



ความสามารถของผู้ดูแลในการฟื้นฟูทักษะทางสังคม แก่ผู้ป่วยจิตเภท

ชนภรณ์ โฉมสูงเนิน, พย.ม.¹

ถนอมศรี อินทนนท์, กศ.ม.²

บุญวดี เพชรรัตน์, กศ.ม.²

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาระดับความสามารถและเปรียบเทียบปัจจัยบางประการที่มีผลต่อระดับความสามารถของผู้ดูแลในการฟื้นฟูทักษะทางสังคมแก่ผู้ป่วยจิตเภท

วัสดุและวิธีการ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 340 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เครื่องมือประกอบด้วย 2 ส่วน คือ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภท และแบบสอบถามความสามารถของผู้ดูแลในการฟื้นฟูทักษะทางสังคมแก่ผู้ป่วยจิตเภท 4 ด้าน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและเปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการฟื้นฟูทักษะทางสังคมแก่ผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มญาติที่ได้รับความรู้และไม่ได้รับความรู้ด้วย t-test

ผล กลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการฟื้นฟูทักษะทางสังคมแก่ผู้ป่วยจิตเภทโดยรวม และรายด้าน คือ ด้านการตัดสินใจและการแก้ปัญหา ด้านการมีสัมพันธภาพและการสื่อสาร ด้านการปฏิบัติตามกฎเกณฑ์ของสังคม และด้านการจัดการกับอารมณ์และความเครียดรวมอยู่ในระดับสูงทุกด้าน ส่วนขั้นตอนการปฏิบัติ พบว่าขั้นตอนการวางแผนและตัดสินใจ อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนการลงมือปฏิบัติ กับการประเมินผลและปรับปรุงการปฏิบัติอยู่ในระดับสูง เมื่อเปรียบเทียบปัจจัยบางประการ เช่น ระยะเวลาในการดูแลและการได้รับความรู้ในการฟื้นฟูทักษะทางสังคมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

สรุป ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความสามารถในการฟื้นฟูทักษะทางสังคมแก่ผู้ป่วยจิตเภทโดยรวมอยู่ในระดับสูง อย่างไรก็ตามพบว่าความสามารถในขั้นตอนการวางแผนและตัดสินใจอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้นทีมสุขภาพควรให้ความสำคัญกับการสร้างความมั่นใจเพื่อช่วยให้การวางแผนและตัดสินใจในการฟื้นฟูผู้ป่วยเป็นไปได้ดียิ่งขึ้น

คำสำคัญ : การฟื้นฟูทักษะทางสังคม ผู้ป่วยจิตเภท

¹ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์

² ภาควิชาการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์



Caregivers' competency in social skills rehabilitation for schizophrenia patients

Thanaporn Chosungnoen, M.Ns.¹

Tanomsri Intanon, M.Ed.²

Boonvadee Petcharat, M.Ed.²

Abstract

Objective This study aimed to describe the level of caregivers' competency and compare the factors that affect caregivers' competency in social skills rehabilitation for schizophrenia patients.

Materials and methods A research desings was a descriptive. There were three hundred and forty caregivers of schizophrenia patients were purposively selected. Data were collected using a questionnaire covering personal data of the schizophrenia patients and of their caregivers, and caregivers' competency in social skills rehabilitation scale which was composed of four dimensions. Data were analyzed by descriptive statistics and independent t-test.

Results The results revealed that the overall score of caregivers' competency in social skills rehabilitation for schizophrenia patients was at a high level. Each subscale was at a high level as follows: decision making and problem solving, relationship and communication complying with social rules and emotional and stress management. For each phase of competency, the mean score was at a high level as follows: implementing, and evaluating but planning and making decision was at a moderate level. When compare with the factor about the period of time in the care and receiving knowledge in social skills rehabilitation did not differ significantly between the two groups of subject.

Conclusion Caregivers of schizophrenia patients had competency in social skills rehabilitation at high level. However, their competency in planning and making decision was in moderate level. Therefore, health care team should pay attention in promoting caregivers' confidence, to enhance their competency in planning and making decision in the future.

Key words : schizophrenia, social skills rehabilitation

¹ Suansaranrom Psychiatric Hospital

² Faculty of Nursing, Prince of Songkla University

บทนำ

โรคจิตเภท เป็นโรคที่พบบ่อยเป็นอันดับหนึ่ง ประมาณร้อยละ 40-50 ของผู้ป่วยจิตเวช โดยมีอัตราการเกิดโรคสูงถึงร้อยละ 1¹ แม้ว่าโรคนี้จะไม่ก่อให้เกิดหรือเป็นสาเหตุของการตาย แต่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของบุคคลที่ทำให้ต้องมีชีวิตอยู่กับความทุกข์ทรมานจากโรค เป็นการสูญเสียปีสุขภาวะหรือเป็นภาระโรคที่ต้องให้การดูแลรักษาเป็นเวลานานก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัว สังคม และเศรษฐกิจของชาติ ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่จะมีความเสื่อมในด้านความคิด มีข้อจำกัดหรือสูญเสียความสามารถในการดำเนินชีวิตในสังคม พบว่ามีความบกพร่องของทักษะทางสังคมมากที่สุด² อาจเนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทจะมีการเจ็บป่วยเรื้อรังอาการเป็นๆ หายๆ จนไม่สามารถทำหน้าที่ทางสังคมได้ดี รวมทั้งปัจจัยทางสังคมอื่นๆ ที่ส่งผลต่อผู้ป่วย เช่น ระดับการศึกษา เพศ³ การฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยจิตเภทเป็นกระบวนการเสริมสร้างหรือพัฒนาศักยภาพของบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิต ให้สามารถใช้ศักยภาพที่มีอยู่ให้มากที่สุดหรือลดความบกพร่องพิการให้เหลือน้อยที่สุดหรือหมดไป⁴⁻⁷ การฟื้นฟูสมรรถภาพขึ้นอยู่กับสภาพปัญหาความต้องการ และศักยภาพของแต่ละบุคคล ซึ่งต้องเพิ่มพูนทักษะต่างๆ ที่สอดคล้องกับกิจกรรมในชีวิตประจำวัน⁸ การฟื้นฟูทักษะทางสังคมเป็นการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชที่สำคัญต่อผู้ป่วยจิตเภท การฟื้นฟูที่มีประสิทธิภาพจะช่วยให้ผู้ป่วยเรียนรู้ได้ดี สามารถปรับตัวอยู่ร่วมกับสังคมได้ พึ่งพาตนเองได้⁹⁻¹² ช่วยป้องกันภาวะเรื้อรัง และการกลับเป็นซ้ำของโรค^{3,5,7,13,14} สำหรับในประเทศไทยยังไม่พบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับความสามารถของผู้ดูแลในการฟื้นฟูทักษะทาง

สังคมแก่ผู้ป่วยจิตเภทอย่างชัดเจน การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความสามารถและเปรียบเทียบปัจจัยบางประการที่มีผลกระทบต่อระดับความสามารถของผู้ดูแลในการฟื้นฟูทักษะทางสังคมแก่ผู้ป่วยจิตเภท

วัสดุและวิธีการ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 340 คน จากโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 227 คน และโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ จังหวัดสงขลา จำนวน 113 คน ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ คือ เป็นผู้ดูแลหลักที่เกี่ยวข้อง โดยเป็น สามี ภรรยา บิดา มารดา บุตร และพี่น้องที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วย เป็นผู้รับผิดชอบการดูแลช่วยเหลือฟื้นฟูทักษะทางสังคมแก่ผู้ป่วยมาอย่างต่อเนื่องไม่น้อยกว่า 6 เดือน มีอายุ 20 ปีขึ้นไป สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ ไม่มีปัญหาการรับรู้และยินดีเข้าร่วมการวิจัย คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างและสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างตามความชุกและสถิติการเข้ารับบริการของผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลแต่ละแห่งและเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ในช่วงระหว่างเดือนตุลาคม ๒๕๕๒ จนถึงเดือนพฤศจิกายน ๒๕๕๒ การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ และโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลแบ่งเป็น 2 ส่วน ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล และผู้ป่วยจิตเภท ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถาม

แบบประเมินค่า 5 ระดับ สอบถามการปฏิบัติของผู้ดูแลในการฟื้นฟูทักษะทางสังคมแก่ผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วยข้อคำถามทักษะทางสังคม 4 ด้าน คือ ด้านการปฏิบัติตามกฎเกณฑ์ของสังคมจำนวน 12 ข้อ ด้านการมีสัมพันธภาพและการสื่อสารจำนวน 12 ข้อ ด้านการตัดสินใจและการแก้ปัญหาจำนวน 12 ข้อ และด้านการจัดการกับอารมณ์และความเครียดจำนวน 12 ข้อ ในแต่ละด้านจะครอบคลุมขั้นตอนการลงมือปฏิบัติ 3 ขั้นตอน คือ การวางแผนและตัดสินใจ การลงมือปฏิบัติ และการประเมินผลและปรับปรุงการปฏิบัติ¹⁵ การแปลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ ความสามารถระดับสูงมีคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.67-4.00 ความสามารถระดับปานกลางมีคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.34-2.66 ความสามารถระดับต่ำมีคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 0.0-1.3 ทดสอบความตรงของเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ความสอดคล้องของแบบสอบถามทั้งฉบับ มีค่า Cronbach's alpha=0.97

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ วิเคราะห์ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ เปรียบเทียบคะแนนการปฏิบัติตามกฎเกณฑ์ในการฟื้นฟูทักษะทางสังคมระหว่างกลุ่ม ระยะเวลาที่ผู้ดูแลให้การดูแลที่น้อยกว่า 2 ปี กับผู้ดูแลที่ให้การดูแลตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไป ซึ่งผู้ป่วยที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยมากกว่า 2 ปี ถือเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง และการได้รับความรู้ ในกลุ่มที่ไม่เคยได้รับความรู้กับกลุ่มที่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับการฟื้นฟูทักษะทางสังคมด้วย t-test

ผล

ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 340 คน อายุเฉลี่ย 47.9 ปี (SD=13.0) ช่วงอายุ 41-60 ปี จำนวน 176 คน ร้อยละ 51.8 อาชีพเกษตรกรจำนวน 166 คน ร้อยละ 48.8 ความเพียงพอของรายได้แต่ไม่เหลือเก็บจำนวน 213 คน ร้อยละ 62.7 และลักษณะการดูแลแบบมีผู้ช่วยเหลือในการดูแล จำนวน 213 คน ร้อยละ 62.7 ส่วนผู้ป่วยจิตเภทมีอายุเฉลี่ย 38.1 ปี (SD=12.4) ช่วงอายุ 18-40 ปี จำนวน 222 คน ร้อยละ 65.3 ระยะที่เจ็บป่วยทางจิตเฉลี่ย 9.9 ปี (SD=8.1) ส่วนใหญ่ป่วยมานาน 2.1-5 ปี จำนวน 98 คน ร้อยละ 28.8 (ตารางที่ 1) ผู้ดูแลมีคะแนนในการฟื้นฟูทักษะทางสังคมเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง โดยที่การตัดสินใจแก้ปัญหา การมีสัมพันธภาพและการสื่อสาร และการปฏิบัติตามกฎเกณฑ์ของสังคม มีสัดส่วนสูงสุดสามอันดับแรก และผู้ดูแลมีคะแนนในการฟื้นฟูทักษะทางสังคม ตามขั้นตอนการปฏิบัติเฉลี่ยรายด้านอยู่ในระดับสูง โดยที่การลงมือปฏิบัติมีสัดส่วนสูงสุด ร้อยละ 67.3 (ตารางที่ 2)

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความสามารถในการฟื้นฟูทักษะทางสังคมของผู้ดูแลที่มีระยะเวลาในการดูแลน้อยกว่า 2 ปี และผู้ดูแลที่ให้การดูแลมากกว่าหรือเท่ากับ 2 ปี ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งโดยรวมและรายด้าน ส่วนการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความสามารถของผู้ดูแล ของกลุ่มที่ได้รับความรู้และไม่ได้รับความรู้เรื่องการฟื้นฟูทักษะทางสังคม พบว่า เฉพาะด้านการปฏิบัติตามกฎเกณฑ์ของสังคมทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภท (N=340)

ข้อมูล	ผู้ดูแล		ผู้ป่วย	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
หญิง	224	65.9	101	29.7
ชาย	116	34.1	239	70.3
ระดับการศึกษา				
ไม่ได้รับการศึกษา	9	2.7	12	3.5
ประถมศึกษา	175	51.4	142	41.7
มัธยมศึกษา	89	26.2	136	40.0
ประกาศนียบัตรวิชาชีพ/อนุปริญญา	24	7.0	37	10.9
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	43	12.7	13	3.8
ความสัมพันธ์ทางเครือญาติกับผู้ป่วย				
มารดา	117	34.4	-	-
ญาติอื่นๆ เช่น พี่ น้อง	108	31.8	-	-
บิดา	40	11.8	-	-
บุตร	34	10.0	-	-
ภรรยา	31	9.1	-	-
สามี	10	2.9	-	-
ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย				
1-2 ปี	80	23.6		
มากกว่า 2 ปี	260	76.4		
ความรู้สึกต่อการดูแลผู้ป่วย*	*ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ			
ห่วงใย เอื้ออาทร ดูแล และช่วยเหลือ	331	97.3	-	-
เป็นภาระ เปื้อหนาย อ่อนล้า	51	15.0	-	-
อับอาย เศร้า ซึม เสียใจ	6	1.7	-	-
รังเกียจ โกรธ และไม่ยอมรับ	3	0.8	-	-
การได้รับความรู้เกี่ยวกับโรค/การดูแล				
ไม่เคย	46	13.5		
เคยได้รับ	294	86.5		
การได้รับความรู้เกี่ยวกับฟื้นฟูทักษะทางสังคม				
ไม่เคย	130	38.3		
เคยได้รับ	210	61.7		
การนอนพักในโรงพยาบาล				
ไม่เคยนอนในโรงพยาบาล	-	-	78	22.9
เคยนอนโรงพยาบาล	-	-	262	77.1

ตารางที่ 2 คะแนนความสามารถผู้ดูแลทางสังคมจำแนกตามรายด้านและขั้นตอนการลงมือปฏิบัติ

	สูง จำนวน (ร้อยละ)	ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	ต่ำ จำนวน (ร้อยละ)	ค่าเฉลี่ย (SD)
รายด้าน				
การตัดสินใจและการแก้ปัญหา	207 (60.9)	120 (35.3)	13 (3.8)	2.8 (0.7)
การมีสัมพันธภาพและการสื่อสาร	192 (56.5)	139 (40.9)	9 (2.6)	2.7 (0.7)
การปฏิบัติตามกฎเกณฑ์ของสังคม	183 (53.8)	152 (44.7)	5 (1.5)	2.7 (0.7)
การจัดการกับอารมณ์และความเครียด	174 (51.2)	152 (44.7)	14 (4.1)	2.7 (0.7)
โดยรวม	192 (56.5)	144 (42.3)	4 (1.2)	2.7 (0.6)
ขั้นตอนการลงมือปฏิบัติ				
การวางแผนและการตัดสินใจ	182 (54.1)	142 (41.8)	14 (4.1)	2.6 (0.7)
การลงมือปฏิบัติ	229 (67.3)	107 (31.5)	4 (1.2)	2.9 (0.6)
การประเมินผลและการปรับปรุงการปฏิบัติ	191 (56.2)	142 (41.8)	7 (2.1)	2.7 (0.7)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความสามารถในการฟื้นฟูทักษะทางสังคมของผู้ดูแลที่มีระยะเวลาในการดูแลน้อยกว่าหรือเท่ากับ 2 ปี และผู้ดูแลที่ให้การดูแลมากกว่า 2 ปี และระหว่างผู้ดูแลที่ได้รับความรู้และผู้ดูแลที่ไม่ได้รับความรู้เรื่องการฟื้นฟูทักษะทางสังคม

ทักษะทางสังคม	ค่าเฉลี่ย (SD)		p	ค่าเฉลี่ย (SD)		P
	≥ 2 ปี	< 2 ปี		ได้	ไม่ได้	
	(n=80)	(n=260)		(n=210)	(n=130)	
การปฏิบัติตามกฎเกณฑ์ของสังคม	2.8 (0.7)	2.6 (0.7)	0.13	2.7 (0.7)	2.9 (0.7)	.01
การมีสัมพันธภาพและการสื่อสาร	2.8 (0.7)	2.8 (0.7)	0.98	2.8 (0.7)	2.8 (0.7)	.68
การตัดสินใจและการแก้ปัญหา	2.8 (0.7)	2.8 (0.8)	0.62	2.9 (0.7)	2.8 (0.7)	.61
การจัดการกับอารมณ์และความเครียด	2.8 (0.7)	2.7 (0.7)	0.66	2.8 (0.7)	2.7 (0.8)	.30
โดยรวม	2.8 (0.6)	2.7 (0.7)	0.49	2.8 (0.6)	2.8 (0.6)	.70

วิจารณ์

ความสามารถในการฟื้นฟูทักษะทางสังคมโดยรวม ผู้ดูแลรับรู้ว่าจะสามารถปฏิบัติได้ในระดับสูงเมื่อจำแนกตามขั้นตอนการปฏิบัติ พบว่าขั้นตอนการวางแผนและตัดสินใจผู้ดูแลมีความสามารถอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนขั้นตอนการลงมือปฏิบัติกับขั้นตอนการประเมินผลและปรับปรุงการปฏิบัติ อยู่ในระดับสูง ทั้งนี้ทักษะทางสังคมสามารถฝึกให้เกิดและพัฒนาให้ดียิ่งขึ้นได้¹¹ การฟื้นฟูในรูปแบบการฝึกฝนจะสามารถทำนายถึงผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้สูง² การส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ดูแลมีการดำเนินกิจกรรมต่างๆ อย่างสม่ำเสมอจะทำให้ช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้นเนื่องจากความยั่งยืนของทักษะที่ผู้ป่วยเรียนรู้และได้รับการฝึกฝนจะลดลงในช่วง 2 ปี³ ผู้ดูแลจึงต้องมีการช่วยเหลือฟื้นฟูอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ผู้ป่วยคงทักษะเหล่านั้นไว้

เมื่อพิจารณาความสามารถของผู้ดูแลในการฟื้นฟูทักษะทางสังคมรายด้าน พบว่าด้านการตัดสินใจและการแก้ปัญหา ผู้ดูแลสามารถปฏิบัติได้ดีกว่าด้านอื่นๆ อาจเป็นเพราะส่วนใหญ่ผู้ป่วยจิตเภทมักมีปัญหาเรื่องการขาดยา การใช้สารเสพติดที่มีผลต่อการกำเริบของโรค¹⁶ และเรื่องการจัดการกับปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน ผู้ป่วยมีการตัดสินใจที่ไม่ดีตัดสินใจแล้วผิดพลาด¹⁷ ส่งผลกระทบโดยตรงทั้งตัวผู้ป่วยและผู้ดูแลทำให้ผู้ดูแลต้องให้การช่วยเหลืออยู่เสมอ ด้านการมีสัมพันธภาพและการสื่อสาร การดูแลช่วยเหลือที่มุ่งเน้นเพิ่มทักษะในการสื่อสารให้ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นในแง่บวกทำให้ผู้ป่วยสามารถเรียนรู้การปรับตัวกับสิ่งแวดล้อม ลดการขัดแย้งเกิดประสบการณ์ จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถอยู่ในชุมชนได้นาน ลดการกำเริบซ้ำได้³ จากผลการศึกษา

ผู้ดูแลรับรู้ว่าจะสามารถฟื้นฟูในด้านนี้ได้ในระดับสูงซึ่งแตกต่างจากนงลักษณ์ วรรณิธรานันท์¹⁸ ที่ศึกษาพฤติกรรมเอื้ออาทรของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทพบว่า พฤติกรรมเอื้ออาทรที่กลุ่มตัวอย่างไม่ค่อยได้ปฏิบัติ คือ การรับฟังเรื่องราวที่ผู้ป่วยบ่นเล่าหรือระบายให้ฟัง และการศึกษาของเตือนตา วิโรจน์อุไรเมืองและดารณี ชัยอิทธิพร¹⁹ ที่พบว่าในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยยังไม่ได้ได้รับการสนับสนุนให้มีโอกาสคิด/แสดงความคิดของตนเองหรือการบอกความรู้สึกของตนเองเท่าใดนัก ทำให้ผู้ป่วยล้มเหลวในการสร้างและคงไว้ซึ่งการมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น ด้านการปฏิบัติตามกฎเกณฑ์ของสังคม ผู้ดูแลรับรู้ว่าจะสามารถฟื้นฟูได้ในระดับสูงเช่นกัน แต่ประเสริฐ สุขพิทักษ์¹⁶ พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ยังต้องการให้ผู้ป่วยได้รับการฝึกทักษะด้านการปฏิบัติตามกฎเกณฑ์ของสังคมโดยพยาบาลจิตเวชในระดับมากโดยต้องการให้ฝึกทักษะในเรื่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เองโดยไม่ต้องกระตุ้น เพราะจะเป็นการลดภาระของผู้ดูแลลงได้มาก หากผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ ปฏิบัติตัวตามกฎเกณฑ์และอยู่ในชุมชนได้ ส่วนด้านการจัดการกับอารมณ์และความเครียดพบว่ากลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าจะสามารถฟื้นฟูได้ในระดับสูงแต่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด การจัดการความเครียดเป็นวิธีการที่บุคคลพยายามแสดงออกในด้านความคิด อารมณ์และพฤติกรรม เพื่อลดภาวะที่คุกคามจิตใจซึ่งอาจใช้วิธีการที่แตกต่างกัน การฝึกการผ่อนคลายเป็นทักษะทำให้บุคคลมีความรู้สึกผ่อนคลายช่วยให้เกิดการพัฒนาความมั่นใจในการควบคุมตัวเอง สามารถจัดการกับตัวเองได้²⁰ การผ่อนคลายความเครียดเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้การดำเนินชีวิตประจำวันเป็นไปด้วยความสงบสุข ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีอาการเรื้อรัง อาการเปลี่ยนแปลงเป็นๆ

หายๆ รวมทั้งความสามารถในการปรับตัวของผู้ป่วย มีขีดจำกัด เมื่อมีความเครียดเกิดขึ้นทำให้อาการทางจิตกำเริบได้ง่าย ผู้ดูแลจึงต้องดูแลและหาวิธีช่วยให้ผู้ป่วยผ่อนคลายความตึงเครียดรวมทั้งสามารถปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง ทั้งนี้ผู้ดูแลต้องใช้ความสามารถในการสังเกต แนะนำสั่งสอนวิธีการที่เหมาะสม ต้องใช้เวลาในการฝึกฝนเพื่อให้ทักษะเหล่านั้นคงอยู่ต่อไปสิ่งเหล่านี้อาจส่งผลต่อความสามารถของผู้ดูแลที่ต่ำกว่าด้านอื่นๆ

ระดับความสามารถของผู้ดูแลในการฟื้นฟูทักษะสังคมแก่ผู้ป่วยจิตเภทจำแนกตามขั้นตอนการปฏิบัติ อยู่ในระดับปานกลางในขั้นตอนการวางแผนและตัดสินใจ การปฏิบัติในขั้นตอนนี้ต้องอาศัยการพูดคุยปรึกษาหารือร่วมกันวางแผน/หาแนวทางในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย แต่ผู้ป่วยมีระยะเวลาการเจ็บป่วยที่เรื้อรัง ถึงแม้ว่าผู้ป่วยอาการทางจิตสงบแต่ก็มีอาการด้านลบหลงเหลือไม่สามารถสื่อสารบอกความคิดความรู้สึกที่แท้จริงได้ และอาจมีความผิดปกติของการพูด จึงส่งผลที่เป็นอุปสรรคต่อความสามารถของผู้ดูแล ส่วนขั้นตอนการลงมือปฏิบัติกับขั้นตอนการประเมินผลและปรับปรุงการปฏิบัติ ผู้ดูแลสามารถปฏิบัติได้ในระดับสูง อาจเนื่องจาก ผู้ดูแลสามารถเรียนรู้ได้จากการได้รับคำแนะนำ/การได้รับความรู้จากทีมสุขภาพหรือจากประสบการณ์ของตนเองและผู้ดูแลคนอื่นๆ ประกอบกับในการลงมือปฏิบัติฟื้นฟูผู้ป่วยเป็นทักษะที่ใช้ความชำนาญ ความเคยชินซึ่งง่ายต่อการปฏิบัติ สอดคล้องกับการศึกษาของรัตนาคีโรตม²¹ ที่ศึกษาความสามารถในการลงมือปฏิบัติของผู้ดูแลในการดูแลผู้ติดยาที่พบว่าผู้ดูแลมีความสามารถในการลงมือปฏิบัติสูงกว่าขั้นตอนอื่นในทุกกิจกรรม

เมื่อเปรียบเทียบปัจจัยที่มีผลต่อระดับความสามารถของผู้ดูแลในการฟื้นฟูทักษะทางสังคมแก่ผู้ป่วยจิตเภทในเรื่องของระยะเวลาระหว่างผู้ดูแลที่ดูแลน้อยกว่า 2 ปี กับมากกว่า 2 ปี และการได้รับความรู้เกี่ยวกับการฟื้นฟูทักษะทางสังคมระหว่างผู้ดูแลที่ได้รับและไม่ได้รับความรู้ในการฟื้นฟูทักษะทางสังคม พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ยกเว้นทักษะด้านการปฏิบัติตามกฎหมายของสังคม ที่ทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งกิจกรรมการให้ความรู้และทักษะแก่ผู้ดูแล ทีมสุขภาพควรพัฒนาให้เหมาะสมกับปัญหาที่ผู้ดูแลเผชิญและควรเน้นการประเมินเชิงพฤติกรรมมากกว่าการประเมินความรู้

สรุป

ความสามารถในการฟื้นฟูทักษะทางสังคมโดยรวม อยู่ในระดับสูง เมื่อเปรียบเทียบปัจจัยบางประการ เช่น ระยะเวลาในการดูแลและการได้รับความรู้ในการฟื้นฟูทักษะทางสังคมไม่มีความแตกต่างกัน และมีขั้นตอนการวางแผนและตัดสินใจอยู่ในระดับปานกลางและทักษะด้านการจัดการกับอารมณ์และความเครียดผู้ดูแลปฏิบัติได้น้อยกว่าด้านอื่น ทีมสุขภาพควรให้ความสำคัญกับการสร้างความมั่นใจเพื่อช่วยให้การวางแผนและตัดสินใจในการฟื้นฟูผู้ป่วยเป็นไปได้ดียิ่งขึ้น ส่งเสริมให้คำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการจัดการกับอารมณ์และความเครียดที่เหมาะสม และเป็นกิจกรรมที่ลงมือกระทำได้โดยตรงจะทำให้ผู้ดูแลนำไปใช้ได้มากขึ้น พร้อมทั้งส่งเสริมความสามารถของผู้ป่วยในการจัดการกับอารมณ์และความเครียดในขณะที่ผู้ป่วยรับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาล อาจเป็นวิธีการให้ความรู้ ให้ออกฝึกปฏิบัติในระยะเวลาที่เหมาะสมและต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถนำไป

ใช้ได้จริงในชีวิตประจำวัน และในการศึกษาครั้งนี้ อาจมีข้อจำกัดคือ เป็นการสำรวจไม่ใช่การสังเกต หรือประเมินโดยตรงอาจจะไม่ตรงกับที่ผู้ดูแลสามารถ ปฏิบัติได้จริง

เอกสารอ้างอิง

- Kaplan HI, Sadock BJ. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences and clinical psychiatry. 8th ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1998.
- จิตราตน์ พิมพ์ดีด, เยาวภา ไตรพฤษชาติ. รายงาน การวิจัยเรื่องการพัฒนากระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคมผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังชาย หอผู้ป่วยดอนตู ต่อการยกระดับสมรรถภาพฟื้นฟูสมรรถภาพและการกลับมารักษาซ้ำ. ขอนแก่น: โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์; 2551.
- สมพร รุ่งเรืองกลกิจ. พยาบาลกับการดูแลบุคคลที่เป็นโรคจิตเภท. ขอนแก่น: คลังนาโนวิทยา; 2546.
- วงศ์พรรณ มาลารัตน์. คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนและการช่วยเหลือทางอาชีพ- บำบัด. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; 2545.
- ปัทมา ศิริเวช. ผู้เจ็บป่วยทางจิตกับการฟื้นฟูสมรรถภาพ [บทบรรณาธิการ]. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2545;10:1-10.
- Hume C, Pullen I. Rehabilitation for mental health problems. 2nd ed. London: Churchill Livingstone; 1994.
- Kopelowicz A, Liberman RP, Wallace CJ. Psychiatric rehabilitation for schizophrenia. International Journal of Psychology and Psychological Therapy 2003;3:283-98.
- โรงพยาบาลศรีธัญญา. คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชโดยการฟื้นฟูทักษะจำเป็นพื้นฐานในการดำเนินชีวิต. นนทบุรี: โรงพยาบาลศรีธัญญา; 2544.
- Bengsson-Tops A. Mastery in patients with schizophrenia living in the community: Relationship to sociodemographic and clinical characteristics, need for care and support, and social network. J Psychiatr Ment Health Nurs 2004;11:298-304.
- Liberman RP, Wallace CJ, Blackwell G, Kopelowicz A, Vaccaro JV, Mintz J. Skill training versus psychosocial occupation therapy of persons with persistent schizophrenia. Am J Psychiatry 1998;155:1087-91.
- สุรพิน แทนรัตนกุล, สุณีย์ เอกวัฒนพันธ์, ญัฐวดี รัตนานิคม. การฝึกทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในโรงพยาบาลศรีธัญญา. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2548;13:59-67.
- มานิต ศรีสุรกันนที, จำลอง ดิษยวินิช, บรรณาธิการ. ตำราจิตเวชศาสตร์. เชียงใหม่: แสงศิลป์; 2542.
- Liberman RP, Mueser KT, Wallace C J. Social skills training of schizophrenia individuals at risk for relapse. Am J Psychiatry 1986; 143:523-26.
- Orem, D E. Nursing: Concepts of practices 6th ed. St. Louis: Mosby; 2001.
- สุรางค์ ภาคสินธุ์. ปัญหาในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ที่เป็นโรคจิตตามการรับรู้ของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง. วารสารสวนปรุง 2546;19:42-50.
- ประเสริฐ สุขพิทักษ์. ทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิต- เภตามการรับรู้ของผู้ดูแลและความต้องการของผู้ดูแลในการฝึกทักษะทางสังคมแก่ผู้ป่วยจิตเภท โดยพยาบาลจิตเวช. [สารนิพนธ์] สงขลา: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2552.
- นงลักษณ์ วรวัชรนันท์. พฤติกรรมเอื้ออาทรของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท. [วิทยานิพนธ์]

- เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2546.
19. เตือนตา วิโรจน์อุไรเรือง, ดารณี ชัยอิทธิพร. ผลการสำรวจศักยภาพผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง: กรณีศึกษาโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์. อุบลราชธานี: โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์; 2546.
20. ธวัชชัย กฤษณะประกรกิจ. วิทยาความเครียดในทางจิตเวชศาสตร์. ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา; 2544.
21. รัตนา ศิโรตม. ความสามารถในการลงมือปฏิบัติของผู้ดูแลในการดูแลผู้ติดยา. [สารนิพนธ์] สงขลา: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2550.