



นิพนธ์ต้นฉบับ (ORIGINAL ARTICLE)

การฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคมจิตใจผู้ป่วย จิตเภทสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งภาคใต้

สุจิตรา เนาวรัตน์*

วันรับบทความ : 25 ธันวาคม 2561
วันแก้ไขบทความ : 1 มีนาคม 2562
วันตอบรับบทความ : 8 มีนาคม 2562

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาการฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคมจิตใจผู้ป่วยจิตเภทสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งภาคใต้

วัสดุและวิธีการ : เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ศึกษากลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังการทดลองทันที โดยกลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยจิตเภทที่รับบริการที่สถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งภาคใต้ (สิทธิ) จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 47 คน เครื่องมือวิจัยคือ โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคมจิตใจ แบบประเมินความสามารถโดยรวม แบบประเมินเพื่อความฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน และแบบประเมินความสามารถตามประเภทความพิการ และให้รหัส ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย

ผล : หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคมจิตใจ มีผู้ป่วยจิตเภทผ่านการประเมินเข้าร่วมโปรแกรมฯ ระดับที่ 3 จำนวน 8 คน จาก 47 คน และทั้ง 8 คน มีคะแนนความสามารถโดยรวม คะแนนสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช และความสามารถตามประเภทคนพิการและการให้รหัส ICF มากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ

สรุป : โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคมจิตใจสามารถใช้ได้ผลดีกับผู้ป่วยจิตเภทไร้ที่พึ่ง อย่างไรก็ตามต้องมีการฝึกฝนกับผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถผ่านระดับที่สูงขึ้นและมีจำนวนมากขึ้นในการเข้าโปรแกรม รวมทั้งให้มีการพัฒนารูปแบบที่มีความหลากหลายของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคมจิตใจต่อผู้ป่วยจิตเภทไร้ที่พึ่งด้วยเช่นกัน

คำสำคัญ : โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคมจิตใจ ผู้ป่วยจิตเภท



PSYCHOSOCIAL REHABILITATION OF SCHIZOPHRENIC PATIENT IN A HOMELESS PROTECTION CENTER, SOUTHERN

*Sujira Naowarat**

Received : December 25, 2018

Revised : March 1, 2019

Accepted : March 8, 2019

Abstract

Objective: To study psychosocial rehabilitation of schizophrenic patient in a homeless protection center, Southern.

Material and Methods: The quasi-experiment, pre-post one group design was carried out in a homeless protection center, Sichon, Nakhon Si Thammarat. All 47 patients with schizophrenia were recruited to the study. The research instruments were psychosocial rehabilitation program, assessing overall ability, rehabilitation program for psychiatric patients in the community evaluation form, and International Classification of Functioning, Disability and Health assessment (ICF). Using techniques of descriptive statistics, the researcher analyzed the data collected in terms of frequency distribution, percentage, and mean.

Results: After psychosocial rehabilitation program, 8 from 47 patients passed the assessment and attended the level 3 and it was found that after the program, 8 patients had higher average scores on assessing overall ability, rehabilitation for psychiatric patients and International Classification of Functioning, Disability and Health assessment (ICF) than before receiving the program.

Conclusion: The psychosocial rehabilitation program could improve in schizophrenic cases however consistency of practice is essential in order to pass higher levels and to see more patients attending. In addition to developing diversity model, psychosocial rehabilitation program of homeless schizophrenia patients should also be created.

Keywords: psychosocial rehabilitation, schizophrenic patient

*Social Worker, Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry

บทนำ

โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่มีความเรื้อรังและรุนแรงมากที่สุด มีความชุกชั่วชีวิตร้อยละ 0.3-0.7 ของประชากรโลก¹ ในประเทศไทยอุบัติการณ์ของโรคจิตเภท พบว่า ความชุกของผู้ป่วยโรคจิตเภทในผู้ป่วยอายุ 15 - 59 ปี อยู่ที่ 8.8 คน ต่อ 1,000 คน² โดยโรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด การรับรู้และพฤติกรรม ส่วนใหญ่จะเริ่มแยกตัวออกจากสังคมขาดความสนใจในการดูแลตนเอง มีความเสื่อมถอยทางบุคลิกภาพ และการทำหน้าที่ทางสังคมลดลง³ พบอัตราการกลับเป็นซ้ำร้อยละ 50 - 60 ในระยะเวลาการเจ็บป่วย 5-6 ปี⁴ การกลับเป็นซ้ำนั้นก่อให้เกิดผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างมากมาย ผู้ป่วยอาจเกิดความรู้สึกมีปมด้อยและมีความรู้สึกว่าคุณค่าในตนเองลดลง รู้สึกขาดอิสรภาพในชีวิตเนื่องจากอาการทางจิตที่ยังหลงเหลืออยู่มีความรู้สึกว่าต้องพึ่งพิงและเป็นภาระแก่ผู้ดูแล⁵

จากสถิติผู้รับบริการในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งภาคใต้ (lixl) จังหวัดนครศรีธรรมราช มีผู้มารับบริการปี พ.ศ. 2558 จำนวน 413 คน เป็นผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 380 คน คิดเป็นร้อยละ 92.0 ของผู้รับบริการทั้งหมด และในปี พ.ศ.2559 มีผู้มารับบริการ จำนวน 452 คน เป็นผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 433 คน คิดเป็นร้อยละ 95.8⁶ ซึ่งมีแนวโน้มอัตราความต้องการเข้ารับบริการในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งจะมีอัตราที่เพิ่มสูงขึ้น แต่อัตราการรองรับผู้รับบริการในการดูแลได้เพียง 300 คน ส่งผลกระทบต่อปัญหาคุณภาพการบริการในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งภาคใต้ (lixl) โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์จึงได้ประสานความร่วมมือในการร่วมดูแลผู้รับบริการ

ในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งภาคใต้ (lixl) โดยจัดทำโครงการการฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคมจิตใจผู้ป่วยจิตเภทสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งภาคใต้ การฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคมจิตใจถือว่าเป็นการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเภทในอีกรูปแบบหนึ่ง ที่อาศัยการทำงานร่วมกันระหว่างผู้รับบริการ เพื่อนผู้รับบริการ และบุคลากรผู้ให้บริการ ประกอบด้วยพื้นฐานในการดูแลกิจวัตรประจำวันและการอยู่ร่วมกับผู้อื่น การพัฒนาความรู้ ความเข้าใจ ทักษะในการจัดการแก้ไขปัญหาการค้นหาคำถามถนัด ความสนใจ ในทักษะทางอาชีพ และการพัฒนาการฝึกทักษะทางสังคม ความเป็นผู้นำ การดำเนินชีวิตในสังคม จิตวิญญาณ ซึ่งนักสังคมสงเคราะห์จิตเวชมีบทบาทสำคัญในการฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเภท ให้มีความสามารถทำหน้าที่ทางสังคมเหมือนกับบุคคลทั่วไป และสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีความหมาย โดยจากการศึกษาของจลิ เจริญสรรพ และนพรัตน์ ไชยธานี พบว่า คณะแผนกการทำหน้าที่ทางสังคมสูงขึ้น เมื่อได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคมในผู้ป่วยโรคจิตเภทซ้ำซ้อน⁷

ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญในการฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคมจิตใจผู้ป่วยจิตเภทสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งภาคใต้ ผู้วิจัยจึงสร้างโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคมจิตใจขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง คือ การดูแลญาติผู้ป่วยจิตเภท และกิจกรรมการฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวช โดยนักสังคมสงเคราะห์ ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคมจิตใจ และเพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมหาดังกล่าวต่อความสามารถโดยรวม คณะแผนกสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช และความสามารถตามประเภทคนพิการและการให้รหัส ICF

อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยพัฒนาศักยภาพด้านการพึ่งพาตนเองเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน การปรับตัวต่อการเจ็บป่วยและสามารถทำหน้าที่ของตนเอง มีคุณค่าในการดำรงชีวิตประจำวัน มีทักษะทางสังคมและการจัดการและแก้ปัญหา การปรับตัวในการใช้ชีวิตอยู่ร่วมกัน มีทักษะทางอาชีพ เพื่อคืนกลับสู่ครอบครัว ชุมชน และสังคม

วัตถุประสงค์และวิธีการ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ศึกษากลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังการทดลองทันที (one group pre-post test design) โดยกลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยจิตเภทที่รับบริการที่สถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งภาคใต้ (ลิซด) จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 47 คน จากการสุ่มอย่างเป็นระบบ ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคมจิตใจ และตัวแปรตาม คือ ความสามารถโดยรวม คะแนนสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช และความสามารถตามประเภทคนพิการและการให้รหัส ICF

เกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria)

1. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท
2. ได้รับการขึ้นทะเบียนสิทธิการรักษา 74
3. ผู้ดูแลมีความประสงค์ให้เข้าร่วมกิจกรรม
4. สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ พุดคุยสื่อสารได้

เกณฑ์คัดออก (exclusion criteria)

1. มีอาการทางจิตไม่สงบ
2. มีโรคประจำตัวทางกายที่ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมฯ ได้

เครื่องมือในการวิจัย ประกอบด้วย

1. โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคมจิตใจ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง คือ การดูแลญาติผู้ป่วยจิตเภท และกิจกรรมการฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวช โดยนักสังคมสงเคราะห์ ประกอบด้วยด้วย 3 ระดับ คือ

1) โปรแกรมระดับที่ 1 ทักษะพื้นฐานการดำเนินชีวิตด้านกิจวัตรประจำวัน (2 สัปดาห์) มี 4 กิจกรรม คือ แผนการจัดกิจกรรมที่ 1 การแนะนำ (Introduction) แผนการจัดกิจกรรมที่ 2 การสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล แผนการจัดกิจกรรมที่ 3 การทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐานด้านร่างกาย (สุขอนามัยส่วนตัว) และแผนการจัดกิจกรรมที่ 4 ทักษะการอยู่อาศัยในครัวเรือน

2) โปรแกรมระดับที่ 2 เป็นระดับการพัฒนาความรู้ ความเข้าใจ และทักษะในการจัดการแก้ไขปัญหาการค้นหาความถนัด ความสนใจ ในทักษะทางอาชีพ (4 สัปดาห์) มี 6 กิจกรรม คือ แผนการจัดกิจกรรมที่ 5 ทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคล แผนการจัดกิจกรรมที่ 6 มารยาทในการฟังเพื่อการรับสาร แผนการจัดกิจกรรมที่ 7 การเจ็บป่วย และการดูแลตนเอง แผนการจัดกิจกรรมที่ 8 การรับประทานยา และการสังเกตอาการข้างเคียงจากยา แผนการจัดกิจกรรมที่ 9 มารยาททางสังคมในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น และแผนการจัดกิจกรรมที่ 10 ลักษณะนิสัยที่จำเป็นในการทำงาน

3) โปรแกรมระดับที่ 3 เป็นระดับการพัฒนาการฝึกทักษะทางสังคมความเป็นผู้นำ การดำเนินชีวิตในสังคม จิตวิญญาณ (4 สัปดาห์) มี 3 กิจกรรม คือ แผนการจัดกิจกรรมที่ 11 ความรู้ความเข้าใจเรื่องสิทธิ

แผนการจัดกิจกรรมที่ 12 การตั้งเป้าหมาย และการสร้างแรงจูงใจในการดำรงชีวิต และแผนการจัดกิจกรรมที่ 13 ทักษะการใช้ชีวิตในสังคม

โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม จิตใจได้ตรวจสอบความถูกต้องโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งประกอบด้วยจิตแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ และนักสังคมสงเคราะห์ จำนวน 3 ท่าน และในแต่ละระดับของโปรแกรมจะมีการประเมินผู้ป่วยเพื่อเลื่อนระดับที่สูงขึ้น

2. แบบประเมินความสามารถโดยรวม (Global Assessment of Function (GAF) Scale) จากคู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง สำหรับสถาบัน/โรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต⁸ มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.85 เป็นการประเมินโดยถือว่าเป็นความเจ็บป่วยทางจิตใจ ส่งผลต่อการทำหน้าที่ทางด้านจิตใจ สังคม และหน้าที่การงาน ทั้งนี้การประเมินจะไม่รวมถึงความบกพร่องในหน้าที่ต่าง ๆ ซึ่งเกิดจากข้อจำกัดจากสภาพร่างกายหรือสิ่งแวดล้อม มีระดับคะแนน 0 – 100 คะแนน (เรียงลำดับจาก 0 คะแนน หมายถึง ไม่มีข้อมูลเพียงพอที่จะทำการประเมินได้ 1 – 10 คะแนน หมายถึง มีความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองหรือผู้อื่นอยู่ตลอดเวลา จนถึง 91 – 100 คะแนน หมายถึง สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ หลากหลายได้อย่างดีเยี่ยม)

3. แบบประเมินเพื่อหาความฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนของเกียรตินิยม วงศ์จิตและคณะ⁹ มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.94 ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ 1) ข้อมูลทั่วไป 2) การประเมินทักษะทางจิตสังคมด้านต่างๆ 3) การประเมินความพร้อมด้านจิตใจเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ

และ 4) การประเมินการสนับสนุนทางสังคม โดยมีการคำนวณออกมาเป็นค่าเฉลี่ยคะแนน และแบ่งออกเป็น 5 ระดับ คือ

ระดับที่ 1 ค่าเฉลี่ย 0 - 0.5 คะแนน หมายถึง ขาดความสามารถในการทำกิจกรรม

ระดับที่ 2 ค่าเฉลี่ย 0.51 - 1.5 คะแนน หมายถึง สามารถทำได้แต่ไม่ได้ทำ

ระดับที่ 3 ค่าเฉลี่ย 1.51 - 2.5 คะแนน หมายถึง สามารถทำได้แต่ต้องช่วยเหลือทุกครั้ง

ระดับที่ 4 ค่าเฉลี่ย 2.51 - 3.5 คะแนน หมายถึง ทำได้เมื่อช่วยเหลือบางครั้ง

ระดับที่ 5 ค่าเฉลี่ย 3.51 - 4.0 คะแนน หมายถึง สามารถทำได้เอง

4. แบบประเมินความสามารถตามประเภทคนพิการและการให้รหัส ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) จากคู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง สำหรับสถาบัน/โรงพยาบาล สังกัดกรมสุขภาพจิต⁸ เป็นแบบประเมินสำหรับคนพิการที่มารับเอกสารรับรองความพิการเพื่อจดทะเบียนคนพิการ ตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ.2550 ต้องมีการประเมินทั้งหมด 9 ด้าน แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ 1) ไม่มีความบกพร่องหรือความยากลำบาก (.0) 2) มีความบกพร่องหรือความยากลำบากเล็กน้อย (0.1) 3) มีความบกพร่องหรือความยากลำบากปานกลาง (0.2) 4) มีความบกพร่องหรือความยากลำบากรุนแรง (0.3) และ 5) มีความบกพร่องหรือความยากลำบาก ที่สุดหรือทั้งหมด (0.4)

โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม จิตใจดำเนินการทุกวันจันทร์ – ศุกร์ เป็นเวลา 10 สัปดาห์ โดยประเมินความสามารถโดยรวม

ประเมินเพื่อความพึงพอใจสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน และประเมินความสามารถตามประเภทคนพิการและการให้รหัส ICF ก่อนและหลังเสร็จสิ้นโปรแกรม วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และโครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในคน โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ เลขที่ 18/2561

ผล

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง 47 คน เป็นเพศชายร้อยละ 100 อายุเฉลี่ย 46.0 ± 10.2 ปี ส่วนใหญ่อายุ 36 - 50 ปี ร้อยละ 55.3 ไม่ทราบระดับการศึกษา ร้อยละ 53.2 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 63.8 และส่วนใหญ่ไม่ทราบภูมิลำเนา ร้อยละ 34.0 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 47)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (เฉลี่ย 46.0 ± 10.2 ปี)		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 35 ปี	7	14.9
36 - 50 ปี	26	55.3
มากกว่าหรือเท่ากับ 51 ปี	14	29.8
การศึกษา		
ไม่ทราบ	25	53.2
ประถมศึกษา	13	27.7
มัธยมศึกษาตอนต้น	4	8.5
มัธยมศึกษาตอนปลาย	5	10.6
ศาสนา		
ไม่ทราบ	17	36.2
พุทธ	30	63.8
ภูมิลำเนา		
ไม่ทราบ	16	34.0
สุราษฎร์ธานี	4	8.5
นครศรีธรรมราช	14	29.8
พังงา	1	2.1
ภูเก็ต	2	4.3
ปัตตานี	2	4.3
ตรัง	3	6.4
ยะลา	1	2.1
พัทลุง	2	4.3
กระบี่	1	2.1
กาฬสินธุ์	1	2.1

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างเมื่อเข้าร่วมโปรแกรม

ข้อมูลส่วนบุคคล	โปรแกรมระดับที่ 2 (n = 32)	โปรแกรมระดับที่ 3 (n = 8)
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
อายุเฉลี่ย 47.0 ± 9.5 ปี เฉลี่ย 43.5 ± 4.2 ปี		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 35 ปี	4 (12.5)	0 (0.0)
36 - 50 ปี	18 (56.3)	8 (100.0)
มากกว่าหรือเท่ากับ 51 ปี	10 (31.3)	0 (0.0)
การศึกษา		
ไม่ทราบ	15 (46.9)	4 (50.0)
ประถมศึกษา	8 (25.0)	3 (37.5)
มัธยมศึกษาตอนต้น	4 (12.5)	0 (0.0)
มัธยมศึกษาตอนปลาย	5 (15.6)	1 (12.5)
ศาสนา		
ไม่ทราบ	12 (37.5)	4 (50.0)
พุทธ	20 (62.5)	4 (50.0)
ภูมิลำเนา		
ไม่ทราบ	11 (34.4)	4 (50.0)
สุราษฎร์ธานี	2 (6.3)	0 (0.0)
นครศรีธรรมราช	10 (31.3)	3 (37.5)
พังงา	1 (3.1)	0 (0.0)
ภูเก็ต	1 (3.1)	0 (0.0)
ปัตตานี	1 (3.1)	0 (0.0)
ตรัง	3 (9.4)	0 (0.0)
ยะลา	1 (3.1)	0 (0.0)
พัทลุง	2 (6.2)	1 (12.5)

จากการเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มตัวอย่าง จะมีการประเมินขึ้นระดับของโปรแกรมจากระดับที่ 1 ถึงระดับที่ 3 พบว่า มีผู้ป่วยที่ผ่านระดับที่ 1 ไประดับที่ 2 จำนวน 32 คน อายุเฉลี่ย 47.0 ± 9.5 ปี ส่วนใหญ่ไม่ทราบระดับการศึกษา ร้อยละ 46.9 และผ่านจากระดับที่ 2 ไประดับที่ 3 จำนวน 8 คน อายุเฉลี่ย 43.5 ± 4.2 ปี และส่วนใหญ่ไม่ทราบระดับการศึกษา ร้อยละ 50.0 ดังตารางที่ 2

ผลของโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคมจิตใจต่อความสามารถโดยรวมระดับสมรรถภาพผู้ป่วยและความสามารถตามประเภทคนพิการและการให้รหัส ICF

ก่อนเข้ารับโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคมจิตใจ พบว่า คะแนนความสามารถโดยรวมของผู้ป่วยช่วงในช่วง 65 – 81 คะแนน แต่หลังเข้ารับโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคมจิตใจ คะแนนของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอยู่ในช่วง

ตารางที่ 3 ความสามารถโดยรวม และสมรรถภาพของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังเข้ารับโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคมจิตใจ (n = 8)

ผู้ป่วย	คะแนนความสามารถโดยรวม		ระดับสมรรถภาพ	
	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง
คนที่ 6	80	90	ระดับที่ 1	ระดับที่ 4
คนที่ 14	81	90	ระดับที่ 1	ระดับที่ 4
คนที่ 19	65	80	ระดับที่ 2	ระดับที่ 4
คนที่ 27	75	80	ระดับที่ 2	ระดับที่ 4
คนที่ 29	70	90	ระดับที่ 2	ระดับที่ 4
คนที่ 31	81	90	ระดับที่ 1	ระดับที่ 4
คนที่ 34	81	90	ระดับที่ 1	ระดับที่ 4
คนที่ 36	78	90	ระดับที่ 2	ระดับที่ 4

ตารางที่ 4 ความสามารถตามประเภทคนพิการและการให้รหัส ICF หลังเข้ารับโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคมจิตใจ (n = 8)

ที่	ระดับความบกพร่องในการทำงาน/ ความลำบากในการทำกิจกรรม	.0	.1	.2	.3	.4	.8	.9
1	d155 การได้รับทักษะจากการเรียนรู้	6	2					
2	d350 การสนทนา	8						
3	d510 การทำความสะอาดร่างกาย ตนเอง	7	1					
4	d570 การดูแลสุขภาพตนเอง	5	2	1				
5	d640 การทำงานบ้าน	7	1					
6	d720 ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ที่ซับซ้อน	5	2	1				
7	d750 สัมพันธภาพทางสังคม ที่ไม่เป็นทางการ	7		1				
8	d845 การได้ดำเนินงาน การรักษางาน ที่ทำอยู่ และการยุติการทำงาน	7	1					
9	d920 นันทนาการและกิจกรรมยามว่าง	7	1					

80 – 90 คะแนน และระดับสมรรถภาพผู้ป่วยก่อนได้รับโปรแกรมอยู่ระดับที่ 1 และระดับที่ 2 (หมายถึง ขาดความสามารถในการทำกิจกรรมนั้นและสามารถทำได้แต่ไม่ได้ทำ) แต่หลังเข้ารับ

โปรแกรมผู้ป่วยมีระดับสมรรถภาพเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับที่ 4 (หมายถึง ทำได้เมื่อช่วยเหลือบางครั้ง) ดังตารางที่ 3

ความสามารถตามประเภทคนพิการ

และการให้รหัส ICF หลังเข้ารับโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคมจิตใจ พบว่าด้านการสนทนาผู้ป่วยทั้ง 8 คน ไม่มีความบกพร่องหรือความยากลำบาก ส่วนด้านการทำความสะอาดร่างกายตนเอง ด้านการทำงานบ้าน ด้านสัมพันธภาพทางสังคมที่ไม่เป็นทางการ ด้านการได้ดำเนินงานการรักษาที่ทําอยู่และการยุติการทำงาน และด้านนันทนาการและกิจกรรมยามว่าง ผู้ป่วย 7 คน ไม่มีความบกพร่องหรือความยากลำบาก และอีก 1 คน มีความบกพร่องหรือความยากลำบาก เล็กน้อย ถึงปานกลาง ดังตารางที่ 4

อภิปราย

กิจกรรมที่อยู่ภายในโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคมจิตใจเป็นการพัฒนาจากการดูแลญาติผู้ป่วยจิตเภท และกิจกรรมการฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวชโดยนักสังคมสงเคราะห์ โดยครอบคลุมการดูแลกิจวัตรประจำวัน การจัดการแก้ไขปัญหาค้นหาความถนัด ความสนใจในทักษะทางอาชีพ การฝึกทักษะทางสังคมความเป็นผู้นำ และการดำเนินชีวิตในสังคม มีการกำหนดแผนการฟื้นฟู และประเมินผล¹⁰

ผลจากโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคมจิตใจผู้ป่วยจิตเภทสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งภาคใต้ พบว่า จากกลุ่มตัวอย่าง 47 คน เมื่อผ่านโปรแกรมฯ และผ่านการประเมินเลือกระดับ มี 8 คน ที่ได้รับโปรแกรมถึงระดับที่ 3 โดยทั้ง 8 คน มีคะแนนความสามารถโดยรวมและระดับสมรรถภาพสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ เนื่องจากการออกแบบให้นักสังคมสงเคราะห์ซึ่งความชำนาญเฉพาะด้านและทำหน้าที่ฟื้นฟูทักษะทางสังคมโดยตรง เพื่อให้สอดคล้องกับปัญหาหรือความต้องการของผู้ป่วยและสถาน

สงเคราะห์ ด้วยการใช้กระบวนการกลุ่ม การเรียนรู้ซึ่งกันและกันในกลุ่ม จึงส่งผลต่อการทำหน้าที่ในสังคมของผู้ป่วยสูงขึ้น¹¹ สอดคล้องกับผลการศึกษาของจิตติเจริญสรรพและณพรรัตน์ไชยธานี⁷ ได้ศึกษาเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคมด้วยการจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ผ่านโปรแกรมทำหน้าที่ทางสังคมและคุณภาพชีวิตสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจากการศึกษาของอรสา วัฒนศิริ และเสาวภา ศรีภูสิตโต³ ได้ศึกษาการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยจิตเภทโดยทีมสหสาขาและเครือข่าย ซึ่งมีกิจกรรมที่คล้ายคลึงกับผู้ป่วย พบว่า ผลลัพธ์ของการใช้กระบวนการดูแลต่อเนื่อง ได้แก่ การรับประทานยาสม่ำเสมอ การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนระดับความสามารถโดยรวม และคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้มีส่วนร่วมในการดำเนินการ มีความตั้งใจและมุ่งมั่นในการดำเนินงานอย่างดียิ่งแสดงเห็นถึงความตั้งใจปรารถนาดีต่อผู้ป่วย ผู้ป่วยจิตเภทได้มีการเรียนรู้สิ่งแวดล้อมใหม่ๆ ปรับตัวเข้ากับสังคม ชุมชน ได้ฝึกทำทำกิจกรรมใหม่ๆ จากที่เป็นอยู่ ส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ที่สามารถสร้างรายได้หรือได้รับค่าชมเชย เช่น ผู้ป่วยอยู่ที่สถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งไม่ได้ทำอะไร มาเข้าโปรแกรมการฟื้นฟูได้แสดงความสามารถของตัวเอง มีความภูมิใจในตัวเอง มีคุณค่า สามารถดูแลตนเองในการดำเนินชีวิตประจำได้

สรุป

โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคมจิตใจผู้ป่วยจิตเภท สามารถช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภท

สถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งภาคใต้ ทั้ง 8 คน ที่ผ่านโปรแกรมระดับที่ 3 มีคะแนนความสามารถโดยรวมและระดับสมรรถภาพสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ ซึ่งสามารถนำโปรแกรมดังกล่าวมาร่วมให้บริการกับการบริการตามปกติได้ อย่างไรก็ตามควรมีการฝึกฝนกับผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผลจากโปรแกรมมีประสิทธิภาพมากที่สุด

เอกสารอ้างอิง

1. Lortrakul M, Sukanich P. Textbook of Ramathibodi psychiatry. 3rd ed. Bangkok: Beyond Enterprise; 2009.
2. Phanthunane P, Vos T, Whiteford H, Bertram M, Udomratn P. Schizophrenia in Thailand: prevalence and burden of disease. *Popul Health Metr* 2010; 8: 24-35.
3. Wattanasiri O, Sripusito S. The development of process of continuity care in schizophrenia patient by inderdisciplinary team and care giver network of Kamphaeng Phet hospital. *J Nurs Division* 2013; 40(1): 67-83.
4. Robinson D, Woerner MG, Alvir J, Bilder R. Predictors of relapse following response from a first episode of schizophrenia or schizoaffective disorders. *Arch Gen Psychiatr* 1999; 56: 241-47.
5. Sooksompong S, Udomittipong D, Losatiankij P. Factors associated with relapse in first episode psychosis. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2016; 61(4): 331-40.
6. สถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งภาคใต้ (ลิซล). รายงานสถิติจำนวนผู้ป่วยสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งภาคใต้ (ลิซล) ปี 2558 – 2559. นครศรีธรรมราช: 2559.
7. Jaroensan J, Chaichumni N. The development of psychosocial rehabilitation case management model for the complicated schizophrenic patients. *J Psychiatr Nurs Ment Health* 2017; 31(2): 64-77.
8. เสาวลักษณ์ สุวรรณโมศรี, ชิดชนก โอภาสวัฒนา, ชลลดา จารุศิริชัยกุล. คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง สำหรับสถาบัน/โรงพยาบาล สังกัดกรมสุขภาพจิต. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: พรอสเพอริสพลัส; 2561.
9. เกียรติภูมิ วงศ์รจิต, พิทักษ์พล บุญยมาลิก, สุพัฒนา สุขสว่าง, ศิริลักษณ์ สว่างวงศ์สิน. รายงานการวิจัยเรื่องรูปแบบ/กิจกรรมการพัฒนาศักยภาพผู้ป่วยจิตเวชในระดับชุมชน. นนทบุรี: โรงพยาบาลศิริรปัญญา; 2550.
10. Farkas M, Cohen M, Memce P. Psychiatric rehabilitation programs: putting concepts into practice. *Community Ment Health J* 2010; 22(2): 114-29.
11. Kem RS, Glynn SM, Horan P, Marder R. Psychosocial treatments to promote functional recovery in schizophrenia. *Schizophr Bull* 2009; 35(2): 347-61.