

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 มีการเยี่ยมของผู้ดูแลเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้และฝึกซ้ำทำให้ทักษะต่างๆ ดีขึ้น เช่น การมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น การแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในแต่ละวัน นอกจากนี้ยังเปิดโอกาสให้ชุมชนได้ใกล้ชิดและยอมรับผู้ป่วยมากขึ้น ลดการสร้างตราบาปแก่ผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตในชุมชนได้ ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองและคุณภาพชีวิตดีขึ้น ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังในโรงพยาบาลศรีธัญญาเหล่านี้บางรายมีศักยภาพที่จะกลับคืนสู่สังคมเพราะผ่านการเตรียมความพร้อมโดยชุมชนจำลองที่ตั้งอยู่ภายในโรงพยาบาล⁶ ดังนั้นโรงพยาบาลศรีธัญญาร่วมกับสมาคมเพื่อผู้บกพร่องทางจิตจึงได้จัดทำโครงการสร้างเสริมทักษะชีวิตคนพิการทางจิตในชุมชนทดลองเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังซึ่งเป็นผู้พิการทางจิตได้ดำเนินชีวิตในสังคมอย่างมีความสุขเหมือนคนทั่วไป

โดยเริ่มดำเนินการที่ชุมชนวัดบางระโห่ง อำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี มีระยะเวลาดำเนินการ

1 ปีคือ ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม 2547 ถึง มีนาคม 2548 ขั้นตอนการดำเนินงานมีดังนี้คือ⁷ **ระยะเตรียมการประกอบ** ด้วย การเตรียมชุมชนมีการติดต่อหาชุมชนที่มีความพร้อมในการเป็นชุมชนทดลองเมื่อชุมชนตกลงให้ความร่วมมือแล้วเพื่อให้การดำเนินโครงการมีความสอดคล้องกับความต้องการของชุมชน จึงมีการสำรวจสภาพปัญหาและความต้องการของชุมชน สำรวจบริบทของครอบครัว 5 ครอบครัวที่ตกลงให้การจ้างงานผู้ป่วย และก่อนที่จะนำผู้ป่วยลงสู่ชุมชนมีการใช้กระบวนการ 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 ปัญหาหนึ่งที่มีผลต่อจิตใจผู้ป่วยคือผู้ป่วยรับทราบว่าโครงการที่เข้าร่วมเป็นโครงการระยะสั้นผู้ป่วยอาจเกิดความรู้สึกกังวล ไม่มั่นใจในเรื่องสถานที่อยู่ภายหลังจบโครงการ ทางทีมผู้ดูแลได้ทำความเข้าใจกับผู้ป่วยที่ไม่มีญาติรับกลับบ้านหรือยังไม่มีที่อยู๋ในชุมชนอื่นที่เหมาะสมกว่าว่าสามารถอยู่ในชุมชนทดลองวัดบางระโห่งต่อไปได้โดยมีทีมผู้ดูแลเช่นเดิม

จากนั้นทำการฝึกทักษะพื้นฐานที่จำเป็นในการดำเนินชีวิต 6 ด้านเพิ่มเติมจนสามารถผ่านการประเมินในระดับ 4 ขึ้นไปทุกราย สร้างเสริมประสบการณ์อาชีพตามภูมิปัญญาท้องถิ่นให้ตรงตามลักษณะงานที่ผู้ป่วยต้องไปทำคือ การทำสวน และ งานบ้าน ใช้เวลาเตรียมผู้ป่วยเป็นระยะเวลา 3 เดือน การเตรียมบุคลากร มีการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อความพร้อมของคณะทำงาน โดยเน้นเพิ่มศักยภาพของผู้ดูแลในการฝึกทักษะด้านต่างๆที่จำเป็นในการดำเนินชีวิต 6 ด้าน สามารถเยี่ยมดูแลสนับสนุนระดับประครองแก้ปัญหาหรือติดต่อประสานงานกับผู้เกี่ยวข้องและสามารถเป็นผู้จัดการรายกรณีของผู้ป่วย(case manager)ได้ ระยะเวลาดำเนินงาน นำผู้ป่วยไปอยู่ในชุมชนโดยผู้ป่วยพักอาศัยอยู่ในวัดบางระโงง 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 ระยะประเมินผล มีการประเมินผลความสามารถและทักษะที่จำเป็นในการใช้ชีวิตอยู่ในชุมชนทดลองของผู้ป่วยทุกเดือน เพื่อนำมาเป็นข้อมูลเฉพาะบุคคลในการสร้างเสริมและพัฒนาทักษะที่ยังขาด

ผู้วิจัยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการฝึกทักษะจำเป็นพื้นฐานในการดำรงชีวิต 6 ด้าน ความ

สามารถในการทำงานและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่เข้าร่วมโครงการนี้ ซึ่งคาดว่าผู้ป่วยที่ผ่านโครงการนี้จะมีทักษะจำเป็นพื้นฐานในการดำรงชีวิต 6 ด้าน ความสามารถในการทำงานและคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น ผลการศึกษาดังกล่าวจะเป็นประโยชน์ต่อการกำหนดแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังต่อไป

วัสดุและวิธีการ

เป็นการศึกษาแบบไปข้างหน้าในผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 10 ราย ที่เข้าร่วมโครงการสร้างเสริมทักษะชีวิตคนพิการทางจิตในชุมชนวัดบางระโงง ผู้ป่วยต้องผ่านขั้นตอนการเตรียมการและได้ไปใช้ชีวิตในชุมชน โดยมีที่พักอาศัยอยู่ในวัดบางระโงงแล้วออกไปทำงานรับจ้างเช่น ทำสวน ทำงานบ้าน รับจ้างให้กับสมาชิกในชุมชนเป็นระยะเวลา 3 เดือน คือนับตั้งแต่ตุลาคมถึงธันวาคม พ.ศ.2547 เครื่องมือในการเก็บข้อมูลคือแบบประเมิน 3 ด้าน

1) แบบประเมินผู้ป่วยเพื่อพัฒนาการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชของโรงพยาบาลศรีธัญญา^๑ เป็นแบบประเมินระดับความสามารถเกี่ยวกับทักษะจำเป็นพื้นฐานในการดำรงชีวิตประจำวัน 6 ด้าน ได้แก่

ทักษะการดูแลตนเองมี 9 ข้อ ได้แก่ การรักษาความสะอาดของผมหงและหนังศีรษะ 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 การสนใจสิ่งแวดล้อม การมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น ความไว้วางใจผู้อื่น ความสามารถในการสื่อสาร การรู้จักขอบคุณและขอโทษ การรู้จักขอยืมของใช้จากผู้อื่น การรู้จักให้และรับ การควบคุมอารมณ์และการให้อภัย และการให้ความช่วยเหลือผู้อื่น

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

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

ทักษะการใช้ชีวิตในชุมชนมี 9 ข้อ ได้แก่ ความสามารถในการเดินทาง การใช้พาหนะได้ถูกต้องและปลอดภัย 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 ต้องคอยกระตุ้นและควบคุมทุกขั้นตอน คะแนน 2 หมายถึง ทำได้เป็นบางครั้งและต้องแนะนำ 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 มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช 2 คน อาจารย์วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์ 1 คน และนักจิตวิทยากรมสุขภาพจิต 1 คน รวมทั้งในการดำรงชีวิต 6 ด้าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาพบว่าคำถามทุกข้อมีค่า IOC (index of concordance) ≥ 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 ไม่เลย 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 ทำการประเมินก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการโดยแบบประเมินแรกผู้ประเมินทำการประเมินโดยใช้วิธีสังเกตจากผู้ป่วย แบบประเมินที่ 2 ผู้ประเมินทำการประเมินโดยใช้วิธีสัมภาษณ์นายจ้างซึ่งนายจ้างเป็นผู้ประเมินความสามารถในการทำงานของผู้ป่วย ส่วนแบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเป็นผู้ประเมินก่อนและหลังสิ้นสุดโครงการ

วิเคราะห์ค่าความถี่ ร้อยละ ค่ามัธยฐานและเปรียบเทียบหาความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ โดยใช้ Wilcoxon signed - rank test

ผล

พบว่าผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการ 10 ราย เป็นเพศชายทั้งหมด ค่ามัธยฐานของอายุเท่ากับ 34 ปี ค่ามัธยฐานของระยะเวลาความเจ็บป่วยเท่ากับ 11 ปี ค่ามัธยฐานจำนวนครั้งของการอยู่โรงพยาบาลเท่ากับ 2.5 ครั้ง ค่ามัธยฐานวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ยเท่ากับ 192 วัน การวินิจฉัยโรคเป็น paranoid schizophrenia จำนวน 6 ราย undifferentiated schizophrenia จำนวน 3 ราย และ residual schizophrenia จำนวน 1 ราย ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑลจำนวน 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 \pm 0.43	3.87 \pm 0.14	1.16
ทักษะการอยู่ร่วมกันภายในบ้าน	3.76 \pm 0.24	3.66 \pm 0.21	-1.27
ทักษะทางสังคม	3.36 \pm 0.53	3.67 \pm 0.25	2.24*
ทักษะการทำงาน	3.26 \pm 0.65	3.64 \pm 0.21	2.11*
ทักษะการพักผ่อน	3.19 \pm 0.31	3.50 \pm 0.23	2.26*
ทักษะการใช้ชีวิตในชุมชน	3.35 \pm 0.68	3.81 \pm 0.15	1.86
คะแนนรวมทักษะ 6 ด้าน	3.36 \pm 0.40	3.64 \pm 0.15	2.04 *
ความสามารถในการทำงาน	2.74 \pm 0.19	3.58 \pm 0.21	2.83*
คุณภาพชีวิต			
ด้านสุขภาพทางกาย	19.40 \pm 4.27	22.5 \pm 2.8	1.89
ด้านที่เกี่ยวกับจิตใจ	19.70 \pm 2.95	18.4 \pm 4.3	-0.42
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	9.20 \pm 1.32	8.8 \pm 2.3	-0.36
ด้านสิ่งแวดล้อม	26.40 \pm 5.62	25.8 \pm 6.2	-0.07
คุณภาพชีวิตโดยรวม	87.50 \pm 18.38	83.50 \pm 14.28	-0.05

* $p < 0.05$

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

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

วิจารณ์

ผู้ป่วยทั้งหมดเป็นเพศชายเนื่องจากหอผู้ป่วยที่ทำการเตรียมความพร้อมคือ ชุมชนจำลองมีเฉพาะผู้ชายและผู้ป่วยชายมีความเหมาะสมในการใช้ชีวิตร่วมกับพระภิกษุในวัด ผู้ป่วยทั้งหมดเป็นผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่มีระยะเวลาในการอยู่โรงพยาบาลนาน มีระดับของสมรรถภาพจากแบบประเมินทักษะจำเป็นพื้นฐานในการดำรงชีวิต 6 ด้านเหมาะสมกับการคืนสู่สังคม คือเป็นผู้ป่วยระดับ 4 ขึ้นไป หมายถึง ผู้ที่ไม่ต้องพึ่งผู้อื่น และสามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตัวเองได้ เมื่อผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้ไปใช้ชีวิตในชุมชนจริงร่วมกับการสนับสนุนจากคนในชุมชนพบว่าคะแนนทักษะทางสังคม ทักษะการทำงาน และทักษะการพักผ่อน เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญสอดคล้องกับการศึกษาอื่น^{4,11} แต่เป็นที่น่าสังเกตว่าทักษะการใช้ชีวิตในชุมชนของการศึกษานี้ไม่มีการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญดังที่คาดการณ์ไว้ สาเหตุเป็นจากลักษณะชุมชนวัดบางระโง่งเป็นชุมชนในชนบท แต่แบบประเมินระดับความสามารถเกี่ยวกับทักษะจำเป็นพื้นฐานในการดำรงชีวิตประจำวัน ด้านทักษะการใช้ชีวิตในชุมชนหลายข้อเป็นการประเมินการใช้ชีวิตในเมืองเช่น ความสามารถในการเดินทาง การใช้พาหนะได้ถูกต้องและปลอดภัย การใช้ถนนอย่างปลอดภัย การรู้จักเลือกซื้อสินค้า อย่างไรก็ตามเมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาเรื่องการทำงานในอารักขาพบว่า ค่าคะแนนทักษะการใช้ชีวิตในชุมชนของการศึกษารั้งนี้เพิ่มขึ้นมากกว่าการทำงานในอารักขา¹¹ นอกจากนี้ยังพบว่า ทักษะการดูแลตนเอง และทักษะการอยู่ร่วมกันภายในบ้านของการศึกษานี้ไม่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญแตกต่างจากการศึกษาอื่น อาจเนื่องจากลักษณะของกิจกรรมที่โครงการนี้ดำเนินการไม่ได้มุ่งเน้นด้านการฝึกทักษะการดูแลตนเองและทักษะการอยู่ร่วมกันภายในบ้านเพราะผู้ป่วยมี 2 ทักษะนี้คืออยู่แล้ว แต่เน้น

การฝึกทักษะทางสังคม ทักษะการทำงาน และทักษะการใช้ชีวิตในชุมชนซึ่งยังขาดอยู่นอกจากนี้ค่าคะแนนจากแบบประเมินผลความสามารถในการทำงานที่ประกอบด้วยพฤติกรรมการทำงานโดยละเอียด 19 พฤติกรรมพบว่า เมื่อผู้ป่วยผ่านโครงการแล้วมีค่าคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศที่พบว่ารูปแบบการฝึกทักษะในชุมชนจริงมีประสิทธิภาพช่วยให้ผู้ป่วยมีทักษะด้านต่างๆรวมทั้งทักษะด้านการทำงาน ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนกลับไปใช้ชีวิตในชุมชนจริง ชุมชนได้รับการเตรียมมีความเข้าใจพร้อมให้โอกาสผู้ป่วยได้อยู่ร่วมและช่วยทำงาน และมีผู้ดูแลที่คอยประคับประคองสนับสนุน ประสานกับทีมผู้รักษาในการดูแลเรื่องยา อาการข้างเคียงของยา ระดับพยาธิสภาพทางจิตใจ และกำหนดให้ผู้ดูแลมีบทบาทเป็นผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี^{12,13}

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจากการศึกษานี้ ค่าคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทางกายด้านที่เกี่ยวข้องกับจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม และคุณภาพชีวิตโดยรวมไม่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางสอดคล้องกับการศึกษาอื่น¹⁴⁻¹⁷ โดยเฉพาะเมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาที่ทำในโรงพยาบาลกลางวันของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา¹⁷ ซึ่งกลุ่มผู้ป่วยมีข้อมูลทางคลินิกได้แก่อายุ การวินิจฉัยโรค และระยะเวลาความเจ็บป่วยใกล้เคียงกับการศึกษารั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยประเมินคุณภาพชีวิตของตนเองในระดับที่ไม่สูง อาจเป็นผลมาจากวิธีการประเมินคุณภาพชีวิตนั้นใช้ทรงสนะของผู้ป่วยเอง ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังมักมีข้อจำกัดในการรับรู้สภาพความเจ็บป่วยและคุณภาพชีวิตได้อย่างถูกต้อง นอกจากนี้ข้อคำถามอาจไม่มีความจำเพาะกับวิถีการใช้ชีวิตของผู้ป่วยซึ่งแตกต่างจากการใช้ชีวิตของคนทั่วไป¹⁸

ในกรณีผู้ป่วย 2 รายที่กลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลเป็นกรณีที่ทางทีมผู้ดูแลต้องพิจารณาแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพให้เหมาะสมในแต่ละกรณีในรายแรกที่มีอาการทางจิตกำเริบจิตแพทย์ที่ดูแลได้ทบทวนและประเมินการรักษาที่เหมาะสมใหม่เพื่อควบคุมอาการทางจิตและวางแผนว่าหากต้องฝึกทักษะในชุมชนควรไปฝึกในชุมชนเดิมที่ผู้ป่วยคุ้นเคย ส่วนรายที่ 2 เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะปรับตัวยากเนื่องจากอยู่โรงพยาบาลนาน 4 ปี ควรพยายามหาโอกาสและสนับสนุนให้ผู้ป่วยกลับไปอยู่ในชุมชนอีกครั้ง

การศึกษานี้มีข้อจำกัดคือ ผู้ประเมินผลการฝึกทักษะจำเป็นพื้นฐาน 6 ด้าน และความสามารถในการทำงาน เป็นทีมเดียวกับผู้ให้การฝึก และดูแลผู้ป่วยขณะเข้าร่วมโครงการ อาจส่งผลต่อค่าคะแนนของผู้ป่วยก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการได้ การดำเนินโครงการมีความยากเพราะเกี่ยวข้องกับทัศนคติของชุมชน ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังทั้งหมดที่ถูกคัดเลือกต้องมีความพร้อมไม่ก่อให้เกิดปัญหากับชุมชน 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, Szmukler G, eds. Textbook of community psychiatry. Oxford : Oxford university press; 2001. p.141-54.
4. พัทธพงษ์ บุญขมาลิก, สุนีย์ เอกวิวัฒน์พันธ์. 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 persistent schizophrenia. Am J of psychiatry 1998;155:1087-95.
6. ฉันทนา บุญคล้าย, สกาวรัตน์ พวงลัดดา, โพธิ์ จันทสิงห์, เสถียร ขาวณะอ่อน, ศิริภัสสร ลิ้มปิทธิเกียรติ. ชุมชนทดลอง: การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน.เอกสารประกอบการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 4 ประจำปี 2548 เรื่อง สุขภาพจิตกับภัยพิบัติ; 6-8 กรกฎาคม 2548; ณ โรงแรมปรีซ์พาลเลซ. 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. เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์กรอนามัยโลกชุด 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, Szukler 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. นรวิทย์ พุ่มจันทร์. การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทและญาติ : กรณีศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลกลางวัน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2548;3:146-56.
18. รณชัย คงสกนธ์, อุไร บุรณพิเชษฐ, รุ่งทิพย์ ประเสริฐชัย, เพียงใจ ทองพวง, อุมพร อุดมทรัพย์กุล. การพัฒนาแบบวัดคุณภาพชีวิตฉบับภาษาไทยสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภท. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2547;2:89-110.