

การพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคม
ด้วยการจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทซับซ้อน

THE DEVELOPMENT OF PSYCHOSOCIAL REHABILITATION CASE
MANAGEMENT MODEL FOR THE COMPLICATED
SCHIZOPHRENIC PATIENTS

จดี เจริญสรรรพ์, วทม. (Jalee Jaroensan, APN, M.S.)*

นพรัตน์ ไชยชำนาญ, ปรัช. (Nopparat Chaichumni, APN, Ph.D.) **

Abstract

Objective: The purpose of this study was to develop and evaluate the effectiveness of a psychosocial rehabilitation case management model for the complicated schizophrenic patients.

Methods: The development process involved study the problems and needs for developing the model, and develop the model and research instruments. After being verified by the experts, the developed model was tested for its effectiveness. Samples were 60 complicated schizophrenic patients who were selected using purposive sampling. Research instruments were rehabilitation manual for nurse manager. Data collection tools included 1) focus group guideline, 2) in-depth interview guideline, 3) the Thai personal and social performance (Thai-PSP), and 4) quality of life scale. Data were analyzed using statistics, content analysis, percentage, mean, and t-test.

Results: 1) The model comprises of

relationship building, case screening, assessing for problems and social support, goal setting, action planning for individual rehabilitation, coordinating with multidisciplinary team, implementing the plan, supervising to make sure that the plan was followed, and evaluating the plan.

2) For model effectiveness testing, results showed that after experiment, the social functioning and quality of life of the experimental group were significantly higher than those before and those of control group at the .05.

Conclusion: The psychosocial rehabilitation case management model can be used to improve social functioning and quality of life of complicated schizophrenic patients.

Keywords: The psychosocial rehabilitation, case management, complicated schizophrenic patient

* Corresponding author, พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชชนกรินทร์ Email: kjalee2501@hotmail.com

**พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: พัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคมด้วยการจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทซับซ้อน และศึกษาประสิทธิผลของการใช้รูปแบบฯ

วิธีการศึกษา: กระบวนการพัฒนาประกอบด้วยศึกษาปัญหาและความต้องการพัฒนารูปแบบฯ พัฒนาเครื่องมือ และสร้างรูปแบบฯ ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบรูปแบบฯ รูปแบบฯ ได้ถูกนำไปทดลองใช้ และถูกนำไปทดสอบประสิทธิผลในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคจิตเภทซับซ้อน 60 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือวิจัยคือคู่มือการฟื้นฟูสำหรับพยาบาลผู้จัดการรายกรณี เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล คือ แนวทางการสนทนากลุ่ม แบบสัมภาษณ์เชิงลึก แบบประเมินการทำหน้าที่ทางสังคม และแบบวัดคุณภาพชีวิต วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา หาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และทดสอบประสิทธิผลรูปแบบฯ ใช้การทดสอบที (t-test)

ผลการศึกษา: 1) รูปแบบฯ ประกอบด้วยการสร้างสัมพันธภาพ คัดเลือกผู้ป่วย ประเมินปัญหาและแหล่งสนับสนุนทางสังคม กำหนดเป้าหมาย จัดทำแผนฟื้นฟูผู้ป่วยรายบุคคล ประสานงานทีมสหวิชาชีพ ดำเนินการฟื้นฟูฯ กำกับให้เป็นไปตามแผนฯ และประเมินผล

2) การทดสอบประสิทธิผลของรูปแบบฯ ผลการวิเคราะห์พบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองทำหน้าที่ทางสังคมและคุณภาพชีวิตสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุป: สามารถนำรูปแบบฯ ไปใช้เพื่อส่งเสริมความสามารถในการทำหน้าที่ทางสังคมและ

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทซับซ้อน

คำสำคัญ: การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคม การจัดการรายกรณี โรคจิตเภทซับซ้อน

ความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคจิตเภทมากเป็นอันดับ 1 คิดเป็นร้อยละ 27.1 ของผู้ป่วยโรคจิต มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี (กรมสุขภาพจิต, 2550) โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรัง ก่อให้เกิดการไร้สมรรถภาพหรือความพิการทางด้านจิตสังคมได้มากที่สุดในการบรรดาโรคจิตเวชทั้งหมด (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนธ์, 2555) และพบว่าร้อยละ 20 ของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่กลับเข้ารับการรักษาย้ายภายใน 6 เดือนหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาลจิตเวชไม่สามารถใช้ชีวิตได้อย่างอิสระด้วยตนเอง (Ascher-Svanum et al., 2010) สาเหตุสำคัญคือ ผู้ป่วยมีความสามารถในการทำหน้าที่ด้านสังคมในระดับต่ำ (Kim & Han, 1997) มีความบกพร่องในด้านสังคมหรืออาชีพนับตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการไม่สบาย หากผู้ป่วยไม่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคม ก็จะมีพร่องในการทำหน้าที่ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลจิตเวช (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนธ์, 2555)

การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคม ถือเป็นเป้าหมายสูงสุดของการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเนื่องจากโรคนี้มีผลกระทบทางลบต่อตัวผู้ป่วยและครอบครัวทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ได้แก่ผู้ป่วยมีความพร่องในการทำงาน การสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น และการดูแลอนามัยตนเองรวมทั้ง

มีผลกระทบทางลบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในทุกๆ ด้าน (Harrison & Gill, 2010) ครอบครัวรู้สึกเครียดเป็นภาระในการดูแล (Phanthunane, Vos, Whiteford, Bertram, & Udomratn, 2010) ดังนั้นการที่ผู้ป่วยจะอยู่ร่วมกับภาวะการเจ็บป่วยทางจิตเรื้อรังนี้ได้ จะต้องได้รับการช่วยเหลือให้มีสภาพจิตใจที่เข้มแข็งดำรงชีวิตอยู่ด้วยความหวังตลอดจนรู้จักรับผิดชอบตนเองเพื่อต่อสู้ และอยู่ร่วมกับภาวะการเจ็บป่วยและมีคุณภาพชีวิตที่ดี (Kaewprom, 2011) พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยโรคจิตเภท มีความสามารถทำหน้าที่ทางสังคมเหมือนกับคนอื่นๆ ช่วยให้ผู้ป่วยมีกระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคมที่ดี และสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีความหมายท่ามกลางการเจ็บป่วยที่รักษาไม่หายขาด (Kaewprom, Curtis, & Deane, 2009; Till, 2007) ดังนั้นการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิตเภทให้มีความสามารถในการทำหน้าที่ทางสังคมรับมือและปรับตัวกับผลกระทบดังกล่าวจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี (เชษฐา แก้วพรม, 2555)

จากการทบทวนวรรณกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคมสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อนในปัจจุบัน รูปแบบที่ชัดเจนมีค่อนข้างน้อย ไม่ครอบคลุมการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคมตามมาตรฐานการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคมโดยรูปแบบทีมสหวิชาชีพอย่างชัดเจน (Farkas & Anthony, 2010) การจัดกิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคมได้รับการสนับสนุนน้อยที่สุดซึ่งเห็นได้จากอัตราการป่วยซ้ำที่สูงขึ้นอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยโรคจิตเภท (กรมสุขภาพจิต, 2550; กรมสุขภาพจิต, 2551)) นอกจากนี้

มีผู้ศึกษารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคมในผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่าการฟื้นฟูรูปแบบการจัดการรายกรณี ร่วมกับการบำบัดด้วยยาและการบำบัดรักษาด้านจิตสังคม ส่งผลต่อการทำหน้าที่ทางสังคมและส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยและผู้ดูแล (เอกอุมา อิมคำ, 2556; Chien, Norman & Thompson, 2006; Suphaaksorn, 2010)

ฟาร์กัสและแอนโทนี (Farkas & Anthony, 2010) กล่าวว่ารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคมด้วยการจัดการรายกรณี (Rehabilitation Case Management) เป็นรูปแบบที่ผู้จัดการรายกรณี (case manager) เน้นทำบทบาทการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคมทางการพยาบาล โดยมีหลักการฟื้นฟูคือ จัดการฝึกทักษะทางจิตสังคม งานอาชีพ หาแหล่งสนับสนุนให้กับผู้รับบริการ ผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ และทำหน้าที่เป็นผู้ประสานความร่วมมือของทีมสหวิชาชีพ ในการประเมินวางแผนการปฏิบัติ ประสานติดตาม และประเมินผลการฟื้นฟูเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยแต่ละรายอย่างครอบคลุมและต่อเนื่องแบบองค์รวม ภายใต้การติดต่อสื่อสาร และกำกับดูแลเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ตามเป้าหมายที่วางไว้ภายในเวลาที่กำหนด จึงเหมาะสมในการประยุกต์ใช้ในการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคมด้วยการจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีปัญหาซับซ้อนดังกล่าว อันจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถทำหน้าที่ทางสังคม ปรับตัวอยู่ร่วมกับคนในครอบครัวและอยู่ร่วมกับคนในชุมชนได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี ไม่ก่อเหตุการณ์รุนแรงและตราบาปทั้งผู้ป่วย ผู้ดูแล และคนในชุมชน

จากการศึกษาเพิ่มประวัตผู้ป่วยโรคจิตเภท
 ซ้ำซ้อนที่ป่วยซ้ำจำนวน 15 แพ้ม (งานเวชระเบียน
 โรงพยาบาลสวนสราญรมย์, 2559) สัมภาษณ์เชิงลึก
 และสนทนากลุ่ม กลุ่มตัวอย่างคือ ทีมผู้เชี่ยวชาญ
 จำนวน 11 คน ผู้ป่วยโรคจิตเภทซ้ำซ้อน 2 คน
 และผู้ดูแล 2 คน พบประเด็นปัญหาสำคัญของการ
 ฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคมด้วยการจัดการ
 รายกรณีสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทซ้ำซ้อน คือ
 ส่วนใหญ่พยาบาลผู้จัดการรายกรณีปฏิบัติการ
 พยาบาลฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคมโดยให้
 สุขภาพจิตศึกษา กลุ่มกิจกรรมบำบัดต่างๆ ไป เช่น
 กลุ่มนันทนาการ กลุ่มชุมชนบำบัด กลุ่มก่อน
 กลับบ้าน กลุ่มทักษะการดูแลตนเอง ฝึกงานอาชีพ
 เป็นต้น บันทึกทางการแพทย์ในแฟ้มผู้ป่วย
 ไม่เห็นขั้นตอนการฟื้นฟูที่ชัดเจน การประเมิน
 ผลลัพธ์การฟื้นฟูไม่ชัดเจน บันทึกทีมสหวิชาชีพ
 พบว่าข้อมูลการประสานงานฟื้นฟู น้อยมาก
 เนื่องจากไม่มีแผนการฟื้นฟูล่วงหน้า ไม่มีแผนการ
 ฟื้นฟูฯ รายบุคคลตั้งแต่แรกถึงจำหน่ายและ
 แนวปฏิบัติการพยาบาลเกี่ยวกับการฟื้นฟูฯ ทำให้
 บทบาทพยาบาลผู้จัดการรายกรณีปฏิบัติการ
 พยาบาลฟื้นฟูไม่ชัดเจน พยาบาลผู้จัดการรายกรณี
 ทำตามประสบการณ์ที่มี ส่งผลให้ผู้ป่วยยังป่วยซ้ำ
 สูง ผู้วิจัยเห็นถึงความสำคัญในการพัฒนารูปแบบ
 การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคมด้วยการจัดการ
 รายกรณีสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทซ้ำซ้อน อันจะ
 ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทซ้ำซ้อน มีความสามารถ
 ในการทำหน้าที่ทางสังคม สามารถปรับตัวอยู่
 ร่วมกันในครอบครัว ชุมชนและสังคมได้อย่าง
 มีความสุข ลดอัตราการป่วยซ้ำส่งผลให้ผู้ป่วยมี
 คุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพ
 ทางจิตสังคมด้วยการจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วย
 โรคจิตเภทซ้ำซ้อน
2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้รูปแบบ
 การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคมด้วยการจัดการ
 รายกรณีสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทซ้ำซ้อนต่อความ
 สามารถในการทำหน้าที่ทางสังคม และคุณภาพ
 ชีวิตของผู้ป่วย

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดรูปแบบการฟื้นฟู
 สมรรถภาพทางจิตสังคมด้วยการจัดการรายกรณี
 สำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทซ้ำซ้อน ของฟาร์กัสและ
 เอ็นโทนี (Farkas & Anthony, 2010) ซึ่งเป็นรูปแบบ
 ที่ผู้จัดการรายกรณี (case manager) ทำบทบาทการ
 ฟื้นฟูทางจิตสังคมทางการพยาบาล เจริญต่อรอง
 ในเรื่องการบริหารฟื้นฟูและแหล่งสนับสนุนตาม
 ปัญหาความต้องการของผู้ป่วยแต่ละรายเพื่อที่จะ
 พัฒนาทักษะการดูแลตนเองของผู้ป่วย รวมทั้ง
 การสนับสนุนสิ่งแวดล้อมเพื่อให้บรรลุผลสำเร็จ
 ตามเป้าหมายที่วาง กำหนดเป้าหมายเพื่อการฟื้นฟู
 โดยเฉพาะ ประเมินการทำหน้าที่ สอนทักษะตาม
 ปัญหาความต้องการการฟื้นฟูของผู้ป่วยแต่ละราย
 ในสภาพแวดล้อมที่จัดสรรในระดับสูงสุดเท่าที่
 เป็นไปได้ อยู่บนหลักการการฟื้นฟูคือ การจัดการ
 ฝึกทักษะทางจิตสังคมผ่านกระบวนการมีส่วนร่วม
 ของผู้รับบริการ ทำหน้าที่ประสานความร่วมมือกับ
 ทีมสหวิชาชีพ ในการประเมินวางแผนการปฏิบัติ
 ประสานติดตาม ประเมินผลการดูแลฟื้นฟู เพื่อ
 ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย
 อย่างครอบคลุมและต่อเนื่องแบบองค์รวม ภายใต้

การติดต่อสื่อสาร กำกับดูแลเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ตามเป้าหมายที่วางไว้ภายในเวลาที่กำหนด โดยใช้แผนการดูแลล่วงหน้า (clinical pathway) เป็นเครื่องมือในการกำกับ ทำให้สามารถแก้ไขปัญหาคและตอบสนองความต้องการการฟื้นฟูของผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว อีกทั้งพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีจะเป็นผู้ติดต่อสื่อสาร ประสานการดูแลแก้ไขข้อขัดข้องต่างๆ ที่จะทำให้เกิดการล่าช้า ลดบริการต่างๆ ที่ไม่จำเป็น ร่วมกับการปฏิบัติกิจกรรมฟื้นฟูทางจิตสังคมผู้ป่วย

พยาบาลผู้จัดการรายกรณีสร้างสัมพันธภาพและดำเนินกิจกรรมการฟื้นฟูประกอบด้วย 7 ขั้นตอนดังนี้ขั้นตอนที่ 1 การค้นหาและเลือกผู้ป่วย ขั้นตอนที่ 2 ประเมินและวินิจฉัยปัญหา ขั้นตอนที่ 3 พัฒนาวางแผนการฟื้นฟู ขั้นตอนที่ 4 ดำเนินการตามแนวปฏิบัติการพยาบาลฟื้นฟู ประกอบด้วยกิจกรรมกลุ่มเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและครอบครัวและประสานความร่วมมือตามแผนการฟื้นฟู ขั้นตอนที่ 5 การประเมินผลและติดตามขั้นตอนที่ 6 การกำกับอย่างต่อเนื่องการประเมินผลซ้ำขั้นตอนที่ 7 การปิดกรณีและสิ้นสุดการจัดการรายกรณี การสอนทักษะทางจิตสังคมเนื้อหาสาระของกิจกรรมตามแนวคิดคุณภาพชีวิต (สุวัฒน์มัตตนิรันดร์กุล, จิรวรรณ ตันติวิวัฒนสกุล, วณิดา พุ่มไพศาลชัย, กรองจิต วงษ์สุวรรณ และราณีพรหมานะจรรย์กุล, 2540) ปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูใช้แนวคิดการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของเพปพลา (Peplau, 1952) และแนวคิดการดูแลแบบเกื้อกูล (mutual support group) ของเชนและคณะ (Chien et al., 2006) ในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและกิจกรรมครอบครัวผ่านกระบวนการกลุ่มการดูแลแบบเกื้อกูลทำให้เกิด

การส่งเสริมความสามารถในการทำหน้าที่ส่วนบุคคลและสังคมรวมทั้งคุณภาพชีวิต ที่สมาชิกในกลุ่มสามารถเรียนรู้การปรับทักษะทางสังคมใหม่จากสมาชิกคนอื่นๆ ด้วย องค์ประกอบหลัก คือ การสร้างสัมพันธภาพวิธีการสอนที่ชัดเจนให้แรงเสริมที่เหมาะสมและทำให้เกิดตัวอย่างหรือรูปแบบที่ดีฝึกปฏิบัติทักษะทางสังคมต่างๆ ผ่านกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้สาธิตให้ดูเป็นต้นแบบ (modeling) บทบาทสมมุติจากกระบวนการและขั้นตอนการเรียนรู้ทักษะดังกล่าวจะส่งผลให้สมาชิกกลุ่มเกิดการเรียนรู้เลียนแบบและสามารถประยุกต์ความรู้ใหม่ไปใช้ในการดำเนินชีวิตประจำวัน ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการทำหน้าที่ทางสังคมและมีคุณภาพชีวิตที่ดี (พรทิพย์ โพธิ์มูล, 2552; รัตนาพร สันติวงษ์, 2550; ศรีวิไล โมกขาว, 2554) รูปแบบการฟื้นฟูทางจิตสังคมพัฒนาขึ้นจากกระบวนการวิจัยและพัฒนา 6 ขั้นตอน 1) ศึกษาสถานการณ์ปัญหาและความต้องการพัฒนารูปแบบ 2) พัฒนาเครื่องมือ 3) สร้างรูปแบบฯ 4) ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบรูปแบบฯ 5) ทดลองใช้รูปแบบฯ 6) นำรูปแบบที่ได้ไปใช้เพื่อศึกษาประสิทธิผล

คำถามการวิจัย

1. รูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคมด้วยการจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทซับซ้อนเป็นอย่างไร
2. ผลของการใช้รูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคมด้วยการจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทซับซ้อนเป็นอย่างไร

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา

ดำเนินการ 6 ขั้นตอน โดยแต่ละขั้นตอนมีรายละเอียดดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ปัญหาและความต้องการพัฒนารูปแบบจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยโรคจิตเภทซับซ้อนที่กลับมารักษาซ้ำ จำนวน 15 แฟ้ม เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปเป็นข้อมูลพื้นฐาน และเก็บข้อมูลภาคสนามโดยสัมภาษณ์เชิงลึก และสนทนากลุ่ม กลุ่มตัวอย่างคือ ทีมผู้เชี่ยวชาญ ได้แก่ จิตแพทย์ 1 คน นักจิตวิทยา 2 คน นักอาชีวะบำบัด 2 คน นักสังคมสงเคราะห์ 2 คน พยาบาลวิชาชีพ 2 คน เภสัชกร 2 คน ผู้ป่วยโรคจิตเภทซับซ้อน 2 คน และผู้ดูแล 2 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา ขั้นตอนนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประเด็นปัญหาการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคมด้วยการจัดการรายการณ์สำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทซับซ้อน นำมาสรุปกรอบแนวคิดในการพัฒนารูปแบบฯ นำผลที่ได้มาร่างเครื่องมือเพื่อทดลองใช้ให้มีความเหมาะสมและสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขั้นตอนที่ 2 พัฒนาเครื่องมือการวิจัย ได้แก่ คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคมในผู้ป่วยโรคจิตเภทสำหรับพยาบาลผู้จัดการรายการณ์ประกอบด้วย

1. แผนการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคมผู้ป่วยล่องหน้า แบบบันทึกแผนฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคมผู้ป่วยรายบุคคลตั้งแต่แรกเริ่ม – จำหน่าย และแบบบันทึกความแปรปรวน ผู้วิจัยร่วมกับทีมผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 9 คน ประกอบด้วย จิตแพทย์ 1 คน พยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูงโรคจิตเภท 3 คน นักจิตวิทยา 1 คน นักสังคมสงเคราะห์ 1 คน เภสัชกร 1 คน นักอาชีวะบำบัด 1 คน โภชนากร 1 คน จัดทำ ตามแนวคิดการฟื้นฟูทางจิตสังคม

ด้วยการจัดการรายการณ์ ของฟาร์กัสและแอนโทนี (Farkas & Anthony, 2010) โดยใช้กระบวนการจัดการความรู้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาผู้วิจัยสัมภาษณ์โดยใช้สนทนากลุ่ม ตามแบบประเมินความเป็นไปได้ของการนำไปใช้ เกี่ยวกับความยากง่ายและความสามารถในการปฏิบัติ ทุกวิชาชีพร้อยละ 100 มีความเห็นว่ายใช้ได้ง่ายและสามารถปฏิบัติได้จริง

2. กระบวนการฟื้นฟูฯ จัดทำกระบวนการฟื้นฟูฯ ตามแนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคมด้วยการจัดการรายการณ์ ของฟาร์กัสและแอนโทนี (Farkas & Anthony, 2010) และแนวคิดขั้นตอนการจัดการรายการณ์ของโพลเวล (Powell, 1996)

3. แนวปฏิบัติการพยาบาลฟื้นฟูฯ ประกอบด้วย 2 กิจกรรมคือกิจกรรมเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและกิจกรรมค่ายครอบครัว เป็นการบูรณาการแนวคิดรูปแบบการฟื้นฟูทางจิตสังคมด้วยการจัดการรายการณ์ ของฟาร์กัสและแอนโทนี (Farkas & Anthony, 2010) และการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภท 4 องค์ประกอบ (สุวัฒน์ มหัตถินันดรกุล และคณะ, 2540) คือ 1) ด้านร่างกาย 2) ด้านจิตใจ 3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และ 4) ด้านสิ่งแวดล้อม มาเป็นกรอบแนวคิดในการกำหนดสาระสำคัญกิจกรรมการฟื้นฟูฯ

4. สัมพันธภาพบำบัด ปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูฯ ใช้แนวคิดการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของเพปเปลว (Peplau, 1952)

กิจกรรม 2, 3 และ 4 พัฒนาโดยใช้กระบวนการจัดการความรู้ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ได้แก่ พยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูง 3 คน และพยาบาลจิตเวชที่

จบปริญญาโทมีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 10 ปี 2 คน ตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างเนื้อหาว่า สอดคล้องกับวัตถุประสงค์และความชัดเจนของ ภาษา ยอมรับได้ 3 ใน 5 หลังจากนั้นผู้วิจัยนำข้อ คิดเห็นและข้อเสนอแนะมาพิจารณาปรับแก้ตาม ผู้ทรงคุณวุฒิ

ขั้นตอนที่ 3 สร้างรูปแบบฯ จากการศึกษา แฟ้มประวัติผู้ป่วยงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และการ เก็บข้อมูลโดยสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่ม ร่างเป็นรูปแบบฯ ให้ครอบคลุมประเด็นสำคัญที่ พยาบาลผู้จัดการรายกรณีต้องปฏิบัติกิจกรรม การฟื้นฟูประกอบด้วยการสร้างสัมพันธภาพ คัดเลือกผู้ป่วย ประเมินปัญหาและความต้องการ ฟื้นฟูทางจิตสังคมและแหล่งสนับสนุนทางสังคม กำหนดเป้าหมายจัดทำแผนฟื้นฟู ผู้ป่วยรายบุคคล ประสานงานระหว่างผู้ป่วยผู้ดูแลและทีมสหวิชาชีพ ดำเนินการฟื้นฟูฯ และฝึกทักษะด้านจิตสังคม ตามแผน ติดตามกำกับให้เป็นไปตามแผนการ ฟื้นฟูฯ ติดตามประเมินผลโดยฝึกทักษะทางจิตสังคม ผู้ป่วย รวมระยะเวลาในการทำกิจกรรมทั้งสิ้น 2 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 3 กิจกรรมๆ ละ 45-60 นาที รวม 6 กิจกรรมค่ายครอบครัว 2 วัน 1 คืน ประกอบด้วย กิจกรรมทั้งสิ้น 15 กิจกรรม และทดลองเยี่ยมบ้าน 1 สัปดาห์ และสร้างสัมพันธภาพบำบัด สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 45-60 นาที รวม 4 สัปดาห์ 8 ครั้ง

ขั้นตอนที่ 4 ผู้ทรงคุณวุฒิ 7 ท่านตรวจสอบ ความตรงตามเนื้อหาโครงสร้างและความเหมาะสม กับการนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง และนำผลการ ประเมินไปปรับปรุงแก้ไข โดยสิ่งที่ได้ปรับปรุง แก้ไข ได้แก่ บทบาทการทำงานแบบทีมสหวิชาชีพ และการประสานงานกิจกรรมค่ายครอบครัว

ขั้นตอนที่ 5 ทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรค จิตเภทซับซ้อนที่ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่แผนก ผู้ป่วยใน จำนวน 6 คน เพื่อศึกษาความเป็นไปได้

และความยากง่ายของการนำรูปแบบฯ ไปใช้พบว่า ทีมสหวิชาชีพร้อยละ 100 มีความคิดเห็นว่าย่ได้ง่าย และสามารถปฏิบัติได้จริง

ขั้นตอนที่ 6 นำรูปแบบฯ ไปใช้เพื่อศึกษา ประสิทธิภาพโดยมีกระบวนการ ดังนี้ การเตรียมทีม วิจัยและทำความเข้าใจบทบาทหน้าที่ โดยผู้วิจัยทำ หน้าที่เป็นผู้ดำเนินงานวิจัยและพยาบาลผู้จัดการ รายกรณีทำหน้าที่บทบาทตามที่กำหนด

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร: คือ ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้ารับการ รักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลสวนสราญรมย์

กลุ่มตัวอย่าง: คือ ผู้ป่วยโรคจิตเภทซับซ้อน ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาล สวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี ระหว่างเดือน มีนาคม ถึง มิถุนายน 2560 ผู้วิจัยสุ่มเลือกกลุ่ม ตัวอย่างเข้าสู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (random assignment) โดยวิธีการจับฉลาก (simple random sampling) กลุ่มที่ 1 เป็นกลุ่มควบคุม กลุ่มที่ 2 เป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 60 คน โดยมีคุณสมบัติ (inclusion criteria) ดังนี้ 1) ได้รับการวินิจฉัยว่า เป็นโรคจิตเภทซับซ้อนและมีอาการเจ็บป่วย อย่างน้อย 1 ปีขึ้นไป 2) อายุ ระหว่าง 20-60 ปี 3) คะแนนรวม ผลการประเมิน BPRS น้อยกว่า 36 คะแนน 4) คะแนนความสามารถในการทำหน้าที่ ทางสังคม อยู่ระดับต่ำกว่า 70 คะแนน 5) คะแนน คุณภาพชีวิตระดับที่ไม่ดี (26-60 คะแนน) 6) สม่ครใจ เข้าร่วมวิจัยและสามารถเข้าร่วมได้ ครบทุกกิจกรรม

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยครั้งนี้ผ่านคณะกรรมการพิจารณา จริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์จากโรงพยาบาล สวนสราญรมย์ เลขที่ SSR REC 07/2560 ผู้วิจัย ชี้แจงกลุ่มตัวอย่างทราบถึงการรักษาความลับ หรือ

การปฏิเสธจะไม่มีผลต่อกลุ่มตัวอย่าง การเข้าถึงข้อมูลเพื่อวัดผลผู้วิจัยปฏิบัติตามกฎระเบียบของโรงพยาบาล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

คู่มือการฟื้นฟูฯ สำหรับพยาบาลผู้จัดการรายกรณี ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 กระบวนการการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคมด้วยการจัดการรายกรณี ส่วนที่ 2 แผนการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคมผู้ป่วยล่วงหน้า ส่วนที่ 3 สัมพันธภาพบำบัด ส่วนที่ 4 แนวปฏิบัติการพยาบาลฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคม ประกอบด้วยกิจกรรมเตรียมความพร้อมผู้ป่วย และค่ายครอบครัว ส่วนที่ 5 แบบบันทึกแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคมรายบุคคล ตั้งแต่แรกเริ่ม – จำหน่าย ส่วนที่ 6 แบบบันทึกความแปรปรวน

เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ทางสังคม แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทย โดย ศรีสุรภานนท์ และคณะ (Srisuapanont et al., 2008)

2. แบบวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL-BREF-THAI ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ชนิด คือ แบบภาวะวิสัย (perceived objective) และอัตวิสัย (self-report subjective) ที่พัฒนามาจากเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก 100 ข้อ ของ สுவัดน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ (2540)

เครื่องมือข้อ 1-2 ก่อนนำไปใช้ผู้วิจัยนำไปทดลองใช้ (try out) กับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารับบริการที่คลินิกผู้ป่วยโรคจิตเภท โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ซึ่งมีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 10 คน นำมาหาความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟา

ของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .89 และ .84 ตามลำดับ

ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง

การวิจัยแบ่งการดำเนินการเป็น 3 ขั้นตอน คือ

1. ขั้นเตรียมการทดลอง: 1) ชี้แจงรายละเอียดขั้นตอน วิธีการและระยะเวลาในการดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยแจ้งหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล ผู้ช่วยหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้างาน หัวหน้าหอ 2) เตรียมผู้ช่วยผู้วิจัย คือ พยาบาล ผู้จัดการรายกรณีซึ่งอยู่ประจำทุกหน่วยงาน 3) ประชุมชี้แจงรายละเอียดทุกขั้นตอนของการทำวิจัย แก่ผู้ช่วยผู้วิจัย

2. ขั้นดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการทดลองระหว่างเดือนมีนาคม – มิถุนายน 2560 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด

3. ขั้นประเมินผล ประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ทางสังคม และ คุณภาพชีวิตผู้ป่วย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย และร้อยละ

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) และสร้างข้อสรุปประเด็นที่ต้องพัฒนารูปแบบฯ

3. การวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการทำหน้าที่ทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทซับซ้อนด้วยสถิติทดสอบที (t-test)

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ ร้อยละ 70 เป็นเพศชาย ร้อยละ 36.6 มีอายุอยู่ระหว่าง

31-40 ปี ทั้งนี้ร้อยละ 56.6 มีสถานภาพสมรสโสด ร้อยละ 50 มีการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 36.7 ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม ร้อยละ 53.3 มีรายได้ระหว่าง 5,000-10,000 และร้อยละ 36.6 เจ็บป่วย 1-20 ปี กลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่ร้อยละ 70 เป็นเพศชาย ร้อยละ 36.6 มีอายุอยู่ระหว่าง 31-40 ปี ร้อยละ 53.3 มีสถานภาพสมรสโสด ร้อยละ 53.3 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 40 อาชีพ

เกษตรกรกรรม ร้อยละ 63.3 มีรายได้ระหว่าง 5,000-10,000 และร้อยละ 43.35 เจ็บป่วย 1-10 ปี

ผลการใช้รูปแบบฯ พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการฟื้นฟูตามรูปแบบฯ ที่พัฒนา มีความสามารถในการทำหน้าที่ทางสังคมและคุณภาพชีวิตสูงกว่า ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมและสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการฟื้นฟูปกติ (ตารางที่ 1 และ 2)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถการทำหน้าที่ทางสังคมและคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยโรคจิตเภทซับซ้อน ก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การเปรียบเทียบ ภายในกลุ่ม	ก่อนการทดลอง (n= 30)		หลังการทดลอง (n =30)		df	t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.			
คะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ทางสังคม							
กลุ่มทดลอง	51.47	11.221	90.47	5.008	29	-17.861	.000
กลุ่มควบคุม	51.93	11.429	63.97	6.223	29	-7.674	.000
คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต							
กลุ่มทดลอง	62.73	4.913	97.33	4.700	29	-25.50	.000
กลุ่มควบคุม	62.90	4.459	63.97	6.223	29	-1.573	.127

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถการทำหน้าที่ทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทซับซ้อนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในช่วงก่อนและหลังการทดลอง

การเปรียบเทียบ ระหว่างกลุ่ม	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)		df	t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.			
คะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ทางสังคม							
ก่อนการทดลอง	51.47	11.221	51.93	11.429	58	.160	.836
หลังการทดลอง	90.47	5.008	64.03	6.322	58	-17.951	.000
คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต							
ก่อนการทดลอง	62.73	4.913	62.90	4.459	58	1.38	.891
หลังการทดลอง	97.33	4.700	68.70	2.902	58	-28.390	.000

การอภิปรายผลการวิจัย

1. รูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคมด้วยการจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทซับซ้อนเป็นการพัฒนาจากบริบทและประสบการณ์ของผู้ป่วย ผู้ดูแล และทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพ คัดเลือกผู้ป่วย ประเมินปัญหาและความต้องการฟื้นฟูทางจิตสังคมและแหล่งสนับสนุนทางสังคม กำหนดเป้าหมาย จัดทำแผนฟื้นฟูฯ ผู้ป่วยรายบุคคล ประสานงานระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแล และทีมสหวิชาชีพ ดำเนินการฟื้นฟูฯ ฝึกทักษะด้านจิตสังคมตามแผน ติดตามกำกับให้เป็นไปตามแผนการฟื้นฟูฯ และติดตามประเมินผล (Farkas & Anthony, 2010) การฟื้นฟูฯ ฝึกทักษะด้านจิตสังคมตามแผน ได้แก่ กิจกรรมตามโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม เตรียมความพร้อมผู้ป่วยและกิจกรรมค่ายครอบครัว ร่วมกับทีมสหวิชาชีพใช้แนวคิดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของเพปพราว (Peplau, 1952) และแนวคิดการดูแลแบบเกื้อกูล (mutual support group) ของเชนและคณะ (Chien et al., 2006) ทำให้เกิดการสื่อสารเป็นลักษณะการแสดงความช่วยเหลือ สนับสนุนให้กำลังใจ ในขณะเดียวกันมีการให้โอกาสที่เปิดกว้างในการสร้างสัมพันธภาพช่วยทำให้เกิดความเข้าใจสถานะของบุคคลในด้านประสบการณ์ ความเชื่อความคาดหวังการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน รวมทั้งความเข้าใจในภาวะสุขภาพกายและจิตสังคมของกลุ่มบุคคลภายในสภาพแวดล้อมที่เหมือนหรือแตกต่างกัน นำไปสู่การเรียนรู้การแก้ปัญหาาร่วมกัน ลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยตลอดกระบวนการทั้งหมดเพื่อบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้และใช้แผนฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคมผู้ผู้ป่วยล่วงหน้าเป็นเครื่องมือในการกำกับการทำงานแบบทีม

สหวิชาชีพซึ่งเป็นแผนที่เขียนขึ้น โดยความร่วมมือของทีมสหวิชาชีพ มีการกำหนดเป้าหมายและระยะเวลาการฟื้นฟูผู้ป่วยไว้ล่วงหน้า ทำให้มีแนวทางในการฟื้นฟูที่แน่นอน งานมีระบบมากขึ้น ทีมสหวิชาชีพมีการประสานงานมากขึ้น โอกาสที่ผู้ป่วยจะไม่ได้รับการฟื้นฟูตามเวลาจึงมีน้อย การฟื้นฟูจึงเป็นไปตามแผน ประกอบกับเมื่อมีความแปรปรวนเกิดขึ้นพยาบาลผู้จัดการรายกรณีประสานทีมสหวิชาชีพช่วยกันแก้ไขจนทำให้ดำเนินงานฟื้นฟูตามแผนต่อไปได้ การปฏิบัติที่เป็นไปตามแผน จึงเป็นที่ยอมรับร่วมกัน ทีมสหวิชาชีพมีความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน สามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างรวดเร็ว และทันเวลาตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างทันทั่วทั้งที่ สอดคล้องกับ ผลการวิจัยของ เอกอุมา อัมคำ (2556) การจัดการผู้ป่วยรายกรณี ในผู้ป่วยโรคจิตเภทติดสารเสพติดระยะบำบัดด้วยยาต่อความพึงพอใจของพยาบาลและความพึงพอใจของผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจหลังการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี และกลุ่มตัวอย่างพยาบาลทั้งหมดพึงพอใจต่อการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ในด้านความร่วมมือในการปฏิบัติงานการประสานงานการติดต่อสื่อสารความต่อเนื่องของการดูแลและการจัดสรรทรัพยากร นอกจากนี้ยังพบว่าการจัดการผู้ป่วยรายกรณี มีผลดีต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทและภาระการดูแลของผู้ดูแลจึงช่วยเพิ่มประสิทธิผลของการฟื้นฟู

2. ผลของการใช้รูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคมจิตใจด้วยการจัดการรายกรณีสำหรับผู้ผู้ป่วยโรคจิตเภทซับซ้อนพบว่า

2.1 ผู้ป่วยที่ได้รับการฟื้นฟูตามรูปแบบฯ ที่พัฒนามีความสามารถในการทำหน้าที่ทางสังคม

สูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมและสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการฟื้นฟูปกติเนื่องจากมีการออกแบบให้พยาบาลผู้จัดการรายเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและกิจกรรมค่ายครอบครัว สอดคล้องกับปัญหาความต้องการตามวิถีชีวิตของผู้ป่วย ที่เป็นระบบและมีประสิทธิภาพ ด้วยการใช้กระบวนการกลุ่มการช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกันสมาชิกในกลุ่มมีการเรียนรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใหม่จากกระบวนการหลัก คือ การสร้างสัมพันธภาพ วิธีการสอนที่ชัดเจน การสนับสนุนที่เหมาะสม และรูปแบบกิจกรรมที่มีประสิทธิภาพ จึงส่งผลต่อการส่งเสริมการทำหน้าที่ทางสังคมที่สูงขึ้นอย่างชัดเจน (Chien, Norman, & Thompson, 2006; Chien & Norman, 2009; Kern, Glynn, Horan, & Marder, 2009) สอดคล้องกับการศึกษาของ Chaichumni (2014) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลแบบเกื้อกูลบนพื้นฐานของวัฒนธรรมไทยต่อการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท พบว่า หลังการทดลอง 1 เดือน และ 3 เดือน การทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยโรคจิตเภทกลุ่มทดลองเพิ่มสูงขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญที่ .05

2.2 ผู้ป่วยที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคมตามรูปแบบที่พัฒนา มีคุณภาพชีวิตสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมและสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการฟื้นฟูปกติ เนื่องจากผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมและเข้าร่วมกิจกรรมค่ายครอบครัว การใช้การบ้าน การจัดการเรียนรู้จากง่ายไปสู่ยาก และการติดตามประเมินผลการเปลี่ยนแปลงในกิจกรรมครั้งต่อไป สิ่งเหล่านี้ค่อยๆ พัฒนาทักษะการสร้างสัมพันธภาพ ความคิดริเริ่ม ความกระตือรือร้น การค้นพบความเข้มแข็งในตนเอง และความมั่นใจในการทำตามบทบาท

หน้าที่ คุณลักษณะเหล่านี้จะช่วยให้ผู้ป่วยพึ่งพาตนเองและใช้ชีวิตอย่างมีคุณภาพมากขึ้น ผู้ป่วยได้ใช้ทักษะการแสดงความคิด ความรู้สึก การแสดง ความห่วงใยให้กำลังใจซึ่งกันและกัน การฟังอย่างใส่ใจในบรรยากาศที่ผ่อนคลายและเป็นมิตร การทำกิจกรรมต่างๆ เปิดโอกาสให้แลกเปลี่ยนประสบการณ์กันอย่างสะดวกใจ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีแนวทางในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น และดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ (Farkas, Cohen, & Nemce, 1988) ช่วยลดความผิดปกติของการรับรู้ที่ผิดปกติ หรือพยาธิสภาพของโรคจิตเภท (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2555) สอดคล้องกับการศึกษาของวลัยพร สุวรรณบุรณ์ (2557) พบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท หลังการได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดตามแนวคิดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลสูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดตามแนวคิดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล สูงกว่าในผู้ป่วยโรคจิตเภทในกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติที่ระดับ .001

ข้อเสนอแนะ

1. ควรจัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูเพื่อพัฒนาการใช้รูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคมผู้ป่วยโรคจิตเภทอย่างต่อเนื่องให้ตรงกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย
2. ควรนำหลักฐานเชิงประจักษ์ของรูปแบบที่ได้มาจัดทำหลักสูตรพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลผู้จัดการรายกรณี และทีมสหวิชาชีพ โดยเฉพาะบุคลากรใหม่

3. กำหนดเป็นนโยบายของโรงพยาบาลในการใช้รูปแบบการฟื้นฟูทั้งระบบแบบบูรณาการเนื่องจากมีความชัดเจนและวัดผลลัพธ์ได้

เอกสารอ้างอิง

กรมสุขภาพจิต. (2550). *ชุดความรู้และแนวทางปฏิบัติ เรื่องการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเภท(ภาคผนวก)*. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

กรมสุขภาพจิต. (2551). *รายงานประจำปี 2550*. นนทบุรี: ศูนย์สารสนเทศและประชาสัมพันธ์ กองแผนงาน.

งานเวชระเบียนโรงพยาบาลสวนสราญรมย์. (2559). *สถิติการมารับบริการและสถิติผู้ป่วยใน*. สุราษฎร์ธานี: โรงพยาบาลสวนสราญรมย์.

เชษฐา แก้วพรม. (2555). บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพจิตใจสำหรับบุคคลที่ป่วยด้วยโรคจิตเภท. *วารสารการพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า*, 23(2), 73-80.

พรทิพย์ โพธิ์มูล. (2552). *ผลของการใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนมุมมองที่เน้นการหาทางออกสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านอาการทางจิต*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.

มานิช หล่อตระกูลและปราโมช สุกนิษฐ์. (2555). *จิตเวชศาสตร์ร่วมอาชีพดี*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชวนพิมพ์.

รัตดาพร สันติวงษ์. (2550). *การบำบัดบนพื้นฐาน*

ของสติในการดูแลบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้า. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.

วลัยพร สุวรรณบูรณ์. (2557). *ผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดตามแนวคิดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภท*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.

ศรีวิไล โมกขาว. (2554). *ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนมุมมองที่เน้นการหาทางออกสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภท*. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 25(3), 56-68.

สุวัฒน์ หัตถินันต์กุล, จิรพรรณ ตันติวิวัฒน์สกุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย, กรองจิต วงษ์สุวรรณ, และราณี พรหมานะจิรังกุล. (2540). *เปรียบเทียบวัดคุณภาพชีวิตขององค์กรอนามัยโลกทุก 100 ตัวชี้วัด และ 26 ตัวชี้วัด*. เชียงใหม่: สวนปรุงการพิมพ์.

เอกอุมา อิมคำ. (2556). *การบำบัดด้านจิตสังคมในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติด : การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์*. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 21(7), 697-710.

Ascher-Svanum, H., Zhu, B., Fraies, D. E., Salkever, D., Slade, E.P., Peng, X., & Conley, R.R. (2010). The cost of relapse and the predictors of relapse in the treatment of schizophrenia. *BioMed Central Psychiatry*, 10(2), 1-7. doi:10.1186/1471-244x-10-2.

Chaichumni, N. (2014). The effect of a Thai culturally-based mutual support program

- on social functioning of persons with schizophrenia. (Unpublished doctoral dissertation). Songkhla : Prince of Songkla University.
- Chien, W.T., Norman, I., & Thompson, D. R. (2006). Perceived benefits and difficulties experienced in a mutual support group for family caregivers of people with schizophrenia. *Qualitative Health Research*, 16(7), 962-981.
- Chien, W.T., & Norman, I. (2009). The effectiveness and active ingredients of mutual support groups for family caregivers of people with psychotic disorders: A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 46, 1604-1623. doi: 10.1016. 2009.04.003
- Farkas, M., & Anthony, W. A. (2010). Psychiatric rehabilitation interventions : A review International Review of Psychiatry. *Community Mental Health Journal*, 22(2), 114-129.
- Farkas, M., Cohen, M., & Nemce, P. (1988). Psychiatric rehabilitation programs: Putting concepts into practice. *Community Mental Health Journal*, 24(1), 7-21.
- Harrison, J., & Gill, A. (2010). The experience and consequences of people with mental health problems, the stigma upon people with schizophrenia: a way forward. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17(3), 242-250.
- Kaewprom, C. (2011). *Perceptions and practices regarding recovery from schizophrenia among Thai mental health nurses*. Ph.D Thesis. University of Wollongong.
- Kaewprom, C., Curtis, J., & Deane, F. P. (2009). Nurses' perceptions and practices regarding recovery from schizophrenia: a descriptive qualitative study. *Journal of Health Science*, 3(2), 1-12.
- Kern, R. S., Glynn, S. M., Horan, P., & Marder, R. (2009). Psychosocial treatments to promote functional recovery in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 35(2), 347-361. doi: 10.1093/schbul/sbn177.
- Kim, S.J., & Han, Y. S. (1997). The relation of social function, cognitive function and symptom of chronic schizophrenia. *Korean Journal Clinical Psychology*, 16, 27-40.
- Suphaaksorn, B. (2010). *The effect of stress management program on functioning of schizophrenic patients in community*. Bangkok: Chulalongkorn University.
- Peplau, H. E. (1952). *Interpersonal relations in nursing*. New York: G.P. Putnam's Sons.
- Phanthunane, P., Vos, T., Whiteford, H., Bertram, M., & Udomratn, P. (2010). Schizophrenia in Thailand: Prevalence and burden of disease. *Population Health Metrics*, 8, 24. doi:10.1186/1478-7954-8-24.
- Powell, S. K. (1996). *Case Management: A Practical Guide to Success in Managed Care*. Philadelphia: Lippincott – Raven.

- Srisurapanont, M., Arunpongpaisal, S., Chuntaruchikapong, S., Silpkit, C., Khuangsinkul, V., Karnjanathanaler, N., & Samanwongthai, U. (2008). Cross-cultural validation and inter-rater reliability of the Personal and Social Performance Scale, Thai version. *Journal of Medicine Associations of Thailand*, 91(10), 1603-1608.
- Till, U. (2007). The values of recovery within mental health nursing. *Mental Health Practice*, 11(3), 32-36.