

ความคิดเห็นของบุคลากรกรมสุขภาพจิตต่อกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช



นางรวิณัต์ ทองขาว

สถาบันวิทยบริการ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาเวชศาสตร์ชุมชน ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2545

ISBN 974-17-2399-7

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

OPINION OF HEALTH PERSONNEL IN MENTAL HEALTH DEPARTMENT
TOWARD SPECIFIED PSYCHIATRIC REHABILITATION ACTIVITIES

Mrs.Rawinan Thongkhao

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Science in Community Medicine

Department of Preventive and Social Medicine

Faculty of Medicine

Chulalongkorn University

Academic Year 2002

ISBN 974-17-2399-7

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ความคิดเห็นของบุคลากรกรมสุขภาพจิตต่อกิจกรรมการฟื้นฟู
สมรรถภาพทางจิตเวช

โดย

นางรวินันท์ ทองขาว

สาขาวิชา

เวชศาสตร์ชุมชน

อาจารย์ที่ปรึกษา

ศาสตราจารย์นายแพทย์ไพบุลย์ โล่ห์สุนทร

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

ผู้ช่วยศาสตราจารย์สมรัตน์ เลิศมหาฤทธิ์

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็น
ส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

..... คณบดีคณะแพทยศาสตร์
(ศาสตราจารย์ นายแพทย์ภิรมย์ กมลรัตนกุล)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์องอาจ วิพุกศิริ)

.....อาจารย์ที่ปรึกษา
(ศาสตราจารย์ นายแพทย์ไพบุลย์ โล่ห์สุนทร)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์สมรัตน์ เลิศมหาฤทธิ์)

.....กรรมการ
(แพทย์หญิงปัทมา ศิริเวช)

วรินทร์ ทองขาว : ความคิดเห็นของบุคลากรกรมสุขภาพจิตต่อกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช
(OPINION OF HEALTH PERSONNEL IN MENTAL HEALTH DEPARTMENT TOWARD SPECIFIED
PSYCHIATRIC REHABILITATION ACTIVITIES) อ. ที่ปรึกษา : ศ.นพ.ไพบุลย์ โล่ห์สุนทร , อ.ที่ปรึกษาร่วม
: ผศ.สมรัตน์ เลิศมหาฤทธิ์ 167 หน้า. ISBN 974-17-2399-7

ความเป็นมา องค์การอนามัยโลกระบุ ว่า 450 ล้านคน มีปัญหาสุขภาพจิต การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชเป็นหัวใจสำคัญของการป้องกันภาวะเรื้อรังและการกลับซ้ำของโรค ซึ่งมีอัตรา ร้อยละ 42.6 ดังนั้น ความคิดเห็นของบุคลากรกรมสุขภาพจิตต่อกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช มีความสำคัญยิ่งต่อการพัฒนาบริการที่มีคุณภาพในอนาคต

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความคิดเห็นของบุคลากรกรมสุขภาพจิตต่อกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช

รูปแบบการวิจัย การศึกษาเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใด เวลาหนึ่ง

กลุ่มประชากรที่ศึกษา บุคลากรกรมสุขภาพจิต ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ และบุคลากรอื่นๆ

ขนาดตัวอย่าง บุคลากร ในโรงพยาบาลจิตเวช 4 แห่ง 682 คน จากทั้งหมด 916 คน (อัตราตอบกลับร้อยละ 74.5)

สถิติที่ใช้ Unpaired t-test , Paired t-test , One-way ANOVA และ Wilcoxon Signed - Ranks test.

เครื่องมือ แบบสอบถามชนิดตอบเอง

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ตอบบุคลากร ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 78.0 มีอายุเฉลี่ย 39.3 ปี จบการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป ร้อยละ 72.2 ตำแหน่งผู้ปฏิบัติงาน ร้อยละ 81.4 มีประสบการณ์ด้านการทำงานจิตเวชเฉลี่ย 16.1 ปี ประเด็นการให้ความสำคัญและการปฏิบัติ 28 กิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช ใน 5 ด้าน พบว่า คะแนนเฉลี่ยการให้ความสำคัญสูงกว่าและปฏิบัติสอดคล้องกัน โดยกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 4.11 และ 3.10 นอกจากนั้น ผู้ตอบกว่า 50 % ให้คะแนนความสำคัญมากถึงมากที่สุด ใน 22 จาก 28 กิจกรรมทั้ง 5 ด้าน โดย 3 อันดับแรกคือ ทักษะการดูแลตนเอง การใช้ชีวิต และการงาน แต่ในการปฏิบัติ พบว่า กิจกรรมที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงมากกว่า 50 % มีเพียง 3 จาก 28 กิจกรรม คือ ทักษะการดูแลตนเอง ทักษะการใช้ชีวิต และทักษะการพักผ่อน ส่วน 5 กิจกรรมสำหรับญาติ ผู้ตอบกว่า 50% ให้คะแนนความสำคัญสูงและมากกว่าการปฏิบัติทุกกิจกรรม นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มอายุระดับการศึกษา ตำแหน่งในปัจจุบัน การได้รับการอบรม การได้รับการนิเทศ และสถานที่ตั้งของโรงพยาบาลจิตเวช มีผลให้ความคิดเห็นมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ปัญหาสำคัญ ได้แก่ ขาดความรู้ ความสามารถ และการประสานงาน

สรุป จากการศึกษาครั้งนี้ กิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชที่มีคะแนนความสำคัญสูงจากผู้ตอบส่วนใหญ่ ควรนำไปพิจารณาเป็นดัชนีกิจกรรมสำคัญในการกำหนดเกณฑ์มาตรฐานการปฏิบัติงานกิจกรรมหลัก และการปฏิบัติกิจกรรมส่วนใหญ่ที่ยังไม่ได้ปฏิบัติถึงปฏิบัติน้อยที่สุด อาจเป็นเพราะบุคลากรประมาณครึ่งหนึ่งยังไม่เคยได้รับการอบรม ดังนั้น กรมสุขภาพจิตควรสนับสนุนให้มีการจัดอบรมความรู้ ทักษะและสนับสนุนให้มีการนิเทศงานเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช เพื่อให้การปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ภาควิชา	เวชศาสตร์ป้องกันและสังคม	ลายมือชื่ออนิสิต.....
สาขาวิชา	เวชศาสตร์ชุมชน	ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....
ปีการศึกษา	2545	ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาร่วม.....

447 53700 30 : MAJOR COMMUNITY MEDICINE

KEY WORD : OPINION / HEALTH PERSONNEL / SPECIFIED PSYCHIATRIC REHABILITATION ACTIVITIES

RAWINAN THONGKHAO : OPINION OF HEALTH PERSONNEL IN MENTAL HEALTH DEPARTMENT
TOWARD SPECIFIED PSYCHIATRIC REHABILITATION ACTIVITIES. THESIS ADVISOR :
PROF.DR.PAIBOOL LOHSOONTHORN , THESIS COADVISOR : ASST.PROF.SOMRAT LERTMAHARIT ,
167 pp. ISBN 974-17-2399-7.

Background: Psychiatric health problem reported by World Health Organization about 450 million people. Psychiatric rehabilitation is a crucial strategy in prevention of chronic illness and recurrent of diseases, which was estimated 42.6 percent of mental disorders. Therefore, opinions of health personnel in Mental Health Department toward psychiatric rehabilitation activities were an important information to improve service quality.

Objectives; To study opinion of health personnel in Mental Health Department toward specified psychiatric rehabilitation activities .

Research Design: Cross – sectional Descriptive Study

Study population: Health personnel in Mental Health Department such as doctors, pharmacists, nurses, social workers and other personnel.

Sample size: Personnel in 4 psychiatric hospital, 682 from 916 persons (response rate 74.5%)

Statistic: Unpaired t-test ,Paired t-test ,One-way ANOVA and Wilcoxon Signed - Ranks test.

Research tools: Self – administered questionnaire.

Results: Health personnel respondents were female (78.0%), mean age 39.3 years, undergraduate education (72.2%), health worker level (81.4%), mean psychiatric work experience 16.1 years. From 28 activities listed in 5 dimensions, the important and real amount of practice were rated by the respondents. The results showed that all of the activity importance were rated higher mean scores than those activities of real practice. The social dimensions of psychiatric rehabilitation activities, the importance and real practice were marked as highest means scores (4.11 and 3.10). Moreover, more than 50% of the respondents, rated 22 out of 28 activities as very high important activities (score 4+5) and the first 3 rank were as follow: self-care skills, living skills and working skills, however, only 3 out of 28 activities of the real amount of practice were marked as very high scores by more than 50% and those 3 specified were self-care skills, living skills and leisure skills. For activities provision for relatives, more than 50% of respondents marked the important activities with higher scores than the real practice in all activities. Furthermore, age group, level of education, present job position, experiences training, orientation and psychiatric hospital location affect the differences in opinion statistically significant ($p < 0.05$). The top-3 obstacles, were stated as follow: lack of knowledge, capabilities or skills and co-ordination of work system.

Conclusion: From this research, psychiatric rehabilitation activities which respondents marked high score should be considered as key performance indicators in the future standard guideline for psychiatric rehabilitation practice. The reasons of no activity or low activity amount of practice marked might be inadequate training experiences, Mental Health Department should support in training to improve the efficiency of psychiatric rehabilitation.

Department of Preventive and Social Medicine

Field of study Community Medicine

Academic Year 2002

Student's signature.....

Advisor's signature.....

Co-advisor's signature.....

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความช่วยเหลืออย่างดียิ่งของศาสตราจารย์นายแพทย์ ไพบูลย์ โล่ห์สุนทร อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์สมรัตน์ เลิศมหาฤทธิ์ อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม รองศาสตราจารย์นายแพทย์องอาจ วิพุทธศิริ ประธานสอบวิทยานิพนธ์ และ แพทย์หญิงปัทมา ศิริเวช กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษา แนะนำ ตรวจสอบ และแก้ไขข้อบกพร่องของ วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ด้วยความเอาใจใส่ และให้กำลังใจเสมอมา จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั้ง 4 แห่งที่ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูล และขอขอบคุณบุคลากรกลุ่มตัวอย่าง ที่ได้ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามเป็นอย่างดี

ขอขอบคุณเภสัชกรหาญ ทองขาว และบุตรสาวของผู้วิจัยที่มีส่วนสำคัญยิ่งในการให้ความช่วยเหลือ และเป็นกำลังใจตลอดระยะเวลาการศึกษา

ทำนุนี้ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณบิดา มารดา รวมทั้งผู้ที่มีส่วนช่วยเหลือทุกท่านที่ได้กล่าวชื่อนาม ในที่นี้ ผู้วิจัยขอขอบคุณไว้ ณ โอกาสนี้

รวินันท์ ทองขาว

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญ

ช
หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฌ
สารบัญแผนภูมิ.....	ฎ
บทที่	
1. บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	4
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	4
สมมติฐานการวิจัย.....	5
กรอบแนวคิด.....	6
ข้อตกลงเบื้องต้น.....	6
คำสำคัญ.....	6
นิยามเฉพาะของคำศัพท์ในการวิจัย.....	7
ปัญหาด้านจริยธรรม.....	8
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	8
อุปสรรคและมาตรการในการแก้ไข.....	8
2. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	9
แนวคิดเกี่ยวกับความคิดเห็น.....	9
แนวความคิดเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช.....	11
ประเภทของการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช.....	18
แนวคิดเกี่ยวกับการเจ็บป่วยเรื้อรัง.....	30
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	33

สารบัญ (ต่อ)

	ช หน้า
3. วิธีดำเนินการวิจัย.....	41
รูปแบบการวิจัย.....	41
ระเบียบวิธีวิจัย.....	41
ระยะเวลาการดำเนินการวิจัย.....	45
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	45
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	46
4. ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	47
ส่วนที่ 1 การตอบกลับของแบบสอบถาม.....	47
ส่วนที่ 2 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยสนับสนุนของบุคลากรกรมสุขภาพจิต.....	48
ส่วนที่ 3 ความคิดเห็นของบุคลากรกรมสุขภาพจิตต่อกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช.....	58
ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของความคิดเห็นของบุคลากรกรมสุขภาพจิตต่อกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช ตามปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยสนับสนุน.....	86
ส่วนที่ 5 ความคิดเห็นของบุคลากรกรมสุขภาพจิตเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัญหา และอุปสรรคในการดำเนินงานด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช.....	105
ส่วนที่ 6 ความคิดเห็นของบุคลากรกรมสุขภาพจิตเพิ่มเติมเกี่ยวกับข้อเสนอแนะในการพัฒนางานด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช.....	108
5. สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	111
สรุปผลการวิจัย.....	112
อภิปรายผลการวิจัย.....	120
ข้อเสนอแนะ.....	136
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	137
รายการอ้างอิง.....	139
ภาคผนวก.....	145
ภาคผนวก ก แบบสอบถาม.....	146
ภาคผนวก ข แบบรายงานผลการปฏิบัติงานของผู้บริหารของหน่วยงานสังกัดกรมสุขภาพจิต.....	157
ภาคผนวก ค ความคิดเห็นของบุคลากรกรมสุขภาพจิตต่อการประเมินสมรรถภาพทางจิตเวชและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช.....	160
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	166
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	167

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
3.1 วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล.....	36
4.1 จำนวนและร้อยละของการตอบกลับแบบสอบถาม จำแนกตามภาค.....	48
4.2 จำนวนและร้อยละของบุคลากรกรมสุขภาพจิต จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล.....	49
4.3 จำนวนและร้อยละของบุคลากรกรมสุขภาพจิต จำแนกตามปัจจัยสนับสนุน.....	52
4.4 จำนวนและร้อยละของลักษณะหน่วยงานที่ให้บริการ.....	54
4.5 จำนวนและร้อยละของวิชาชีพที่ควรให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชในชุมชน.....	55
4.6 จำนวนและร้อยละของความต้องการอบรม/เพิ่มเติมความรู้เรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช.....	55
4.7 จำนวนและร้อยละของเรื่องที่ต้องการอบรม/เพิ่มเติมความรู้.....	56
4.8 จำนวนและร้อยละของการทำกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชอื่นๆ ในโรงพยาบาลจิตเวช.....	57
4.9 ร้อยละของความคิดเห็นของบุคลากรกรมสุขภาพจิตต่อกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช ในด้านการให้ความสำคัญและการปฏิบัติ จำแนกตามรายชื่อ.....	61
4.10 ร้อยละของความคิดเห็นของบุคลากรกรมสุขภาพจิตต่อกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช ในด้านการให้ความสำคัญและการปฏิบัติ จำแนกตามรายชื่อ.....	62
4.11 ร้อยละของความคิดเห็นของบุคลากรกรมสุขภาพจิตต่อกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช ในด้านการให้ความสำคัญและการปฏิบัติ จำแนกตามรายชื่อ.....	63
4.12 ร้อยละของความคิดเห็นของบุคลากรกรมสุขภาพจิตต่อกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช ในด้านการให้ความสำคัญและการปฏิบัติ จำแนกตามรายชื่อ.....	64
4.13 ร้อยละของความคิดเห็นของบุคลากรกรมสุขภาพจิตต่อกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช ในด้านการให้ความสำคัญและการปฏิบัติ จำแนกตามรายชื่อ.....	65
4.14 ความแตกต่างระหว่างการให้ความสำคัญและการปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช จำแนกตามรายด้าน.....	67
4.15 ความแตกต่างระหว่างการให้ความสำคัญและการปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช จำแนกตามร้อยละของบุคลากรกรมสุขภาพจิตที่ให้คะแนนในระดับมากที่สุด.....	70
4.16 ความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยการให้ความสำคัญ และการปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช จำแนกรายชื่อ.....	73

สารบัญตาราง(ต่อ)

ตาราง	หน้า
4.17 ความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยการให้ความสำคัญและการปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช จำแนกตามรายด้าน.....	77
4.18 ความแตกต่างของการให้ความสำคัญและการปฏิบัติระหว่างบุคลากรที่ได้รับการอบรมและไม่ได้รับการอบรมด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช จำแนกตามรายข้อ.....	78
4.19 จำนวนและร้อยละความคิดเห็นของบุคลากรกรมสุขภาพจิตต่อกิจกรรมสำหรับญาติผู้ป่วยจิตเวช.....	84
4.20 ความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยการให้ความสำคัญและการปฏิบัติกิจกรรมสำหรับญาติผู้ป่วยจิตเวช จำแนกตามรายข้อ.....	85
4.21 ความแตกต่างของคะแนนความคิดเห็นของบุคลากรกรมสุขภาพจิตต่อกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล.....	90
4.22 ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความสำคัญและการปฏิบัติรายด้าน ตามปัจจัยส่วนบุคคลของบุคลากรกรมสุขภาพจิต.....	93
4.23 ความแตกต่างของคะแนนความคิดเห็นของบุคลากรกรมสุขภาพจิตต่อกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช จำแนกตามปัจจัยสนับสนุนของบุคลากรกรมสุขภาพจิต...	99
4.24 ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความสำคัญและการปฏิบัติรายด้าน ตามปัจจัยสนับสนุนของบุคลากรกรมสุขภาพจิต.....	103
4.25 จำนวนและร้อยละความคิดเห็นของบุคลากรกรมสุขภาพจิตต่อปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช จำแนกตามรายด้าน.....	105
4.26 จำนวนและร้อยละความคิดเห็นของบุคลากรกรมสุขภาพจิตต่อปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช จำแนกตามรายข้อ.....	106
4.27 จำนวนและร้อยละความคิดเห็นของบุคลากรกรมสุขภาพจิตต่อข้อเสนอแนะในการพัฒนางานด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช จำแนกตามรายด้าน.....	108
4.28 จำนวนและร้อยละความคิดเห็นของบุคลากรกรมสุขภาพจิตต่อข้อเสนอแนะในการพัฒนางานด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช จำแนกตามรายข้อ.....	109

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิประกอบ	หน้า
แผนภูมิที่ 1.1 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	6
แผนภูมิที่ 2.1 แผนภูมิขั้นตอนในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช.....	28
แผนภูมิที่ 3.1 แสดงการสู่มตัวอย่างโรงพยาบาลจิตเวช.....	42



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา (Background and Rationale)

ปัญหาสุขภาพจิตเป็นปัญหาสำคัญที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนทั่วโลก เนื่องจากในปัจจุบันโลกเป็นสังคมยุคโลกาภิวัตน์ ซึ่งก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในหลายๆ ด้าน เช่น ด้านเศรษฐกิจ การเมือง สังคม และวัฒนธรรม ส่งผลให้เกิดการแข่งขันระหว่างมนุษย์ด้วยกันเอง รวมทั้งสภาพการดำเนินชีวิตของประชาชนเป็นไปอย่างเร่งรีบ แข่งขัน และต่อสู้ดิ้นรนเพื่อความอยู่รอดของตนเอง ทำให้เกิดความเครียด เกิดปัญหาทางอารมณ์ และเป็นมูลเหตุสำคัญที่นำไปสู่ปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรงได้ ในประเทศไทย จากรายงานสถิติประจำปี พ.ศ.2538 และ พ.ศ. 2539 ของกรมสุขภาพจิต พบว่า มีผู้ป่วยโรคจิตเป็นอันดับ 1 โดยมีอัตราป่วย 343,938 รายและ 355,299 รายของจำนวนผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด หรือคิดเป็นร้อยละ 52 และมากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยโรคจิตพบว่าเป็นโรคจิตเภท⁽¹⁾

จากการศึกษาร่วมกันขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization) มหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด (Harvard University , U.S.A) ประเทศสหรัฐอเมริกา และธนาคารโลก (World Bank) พบว่า ในอีก 20 ปีข้างหน้าจะมีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพของประชากรทั่วโลก คือ ปัญหาโรคไร้เชื้อที่เกิดจากพฤติกรรม และแนวทางการดำเนินชีวิตจะเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญ เช่น โรคหัวใจ และโรคซึมเศร้า เป็นต้น เชื่อว่า โรคไร้เชื้อจะเป็นสาเหตุของการตายของประชากร 7 ใน 10 ของการตายในประเทศกลุ่มที่พัฒนาแล้ว ซึ่งเรียกว่าเป็นยุคของการเปลี่ยนแปลงทางระบาดวิทยา นอกจากนี้ ผู้ศึกษาวิจัยยังได้รวบรวมสถิติของการเจ็บป่วย โดยคิดเป็นอัตราป่วยและอัตราตายของโรคต่างๆ ทั่วโลก นำมาวิเคราะห์ และนำวิธีการวัดภาวะสุขภาพวิธีใหม่ โดยนำเอาความบกพร่องในบทบาทหน้าที่ หรือความพิการ (Disability) ที่เกิดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ มาคิดรวมด้วย และได้ใช้วิธีการนี้วัดปัญหาสุขภาพ โดยใช้คำว่า ภาระของโรค (Burden of Disease)⁽²⁾ โดยได้ตีพิมพ์เผยแพร่การศึกษานี้ไปทั่วโลก จากการศึกษาศิติทางระบาดวิทยาของโรคต่างๆ รวมทั้งการวัดภาระของโรคและศึกษาคาดการณ์ไปอีก 20 ปีข้างหน้า พบว่า ปัญหาสุขภาพจิตจะทวีความสำคัญมากขึ้นเรื่อยๆ ไม่ว่าจะเป็นประเทศที่พัฒนาแล้ว หรือกำลังพัฒนา โดยเฉพาะอย่างยิ่ง โรคซึมเศร้า ปัญหาอารมณ์ และพฤติกรรมที่เกิดร่วมหรือเป็นปฏิกิริยาต่อโรคเรื้อรังทางกาย เช่น โรคมะเร็ง โรคหลอดเลือดสมอง และโรคหัวใจ เป็นต้น อุบัติเหตุ การติดสุรา และสารเสพติด ปัญหาความรุนแรงในสังคม รวมทั้งการฆ่าตัวตาย และทำร้ายตัวเอง ปัญหาทาง

จิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์ โรคจิตเภท หรือแม้กระทั่งโรควิตกกังวล โรคย้ำคิดย้ำทำ (อ้างใน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข และภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย) ⁽³⁾ เมื่อพิจารณาผลกระทบของปัญหาสุขภาพจิตที่มีต่อสภาพชีวิตที่เป็นสุขของประชาชนในวัยผู้ใหญ่ ประมาณการณ์ว่าร้อยละ 18 ของวัยผู้ใหญ่ต้องทนทุกข์ทรมานจากความผิดปกติทางจิต ส่วนใหญ่ของความผิดปกติทางจิต ได้แก่ วิตกกังวล ซึมเศร้า การใช้สารเสพติดซึ่งมีประมาณ ร้อยละ 9.7 , 7.7 และ 5.8 ตามลำดับ และเมื่อเกิดปัญหาสุขภาพจิตรุนแรงขึ้นก็จะนำไปสู่การป่วยเป็นโรคจิต ซึ่งมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของบุคคล ครอบครัว ชุมชนและสังคม

องค์การอนามัยโลกได้เปรียบเทียบการสูญเสียความสามารถของผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังกับผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคทางกาย ผลปรากฏว่าเทียบเท่ากับผู้ป่วยที่เป็นอัมพาตทั้งตัวตั้งแต่คอลงมา (quadriplegia) โดยปัญหาทางจิตเวชสร้างความสูญเสียมากกว่าที่คิดไว้ คิดเป็นร้อยละ 11 ของความสูญเสียทั้งหมด ⁽⁴⁾ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงการสูญเสียทรัพยากรที่ไม่สามารถทำอะไรได้เลยหากคิดเป็นจำนวนเงินที่บุคคลหนึ่งสามารถทำงานและเลี้ยงดูตนเองในวัยทำงานประมาณ 35,204 บาท / ปี ⁽⁵⁾ การมีชีวิตโดยมีภาวะ Acute psychosis , dementia , severe migraine หรือ quadriplegia 1 ปี จะเป็นความสูญเสียที่มีค่าอยู่ระหว่าง 0.7 – 1 เท่าของการสูญเสียชีวิตอันมีค่า 1 ปี ⁽⁵⁾ ทั้งนี้ไม่รวมค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล รายได้ที่ญาติเสียเวลา ไม่สามารถไปทำงานหาเงิน เพราะต้องดูแลผู้ป่วย ฯลฯ เมื่อคำนึงถึงสิ่งเหล่านี้ทั้งหมดจะเป็นค่าใช้จ่ายจำนวนมากที่ต้องสูญเสียไป

นอกจากนั้นผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลประมาณร้อยละ 50 – 60 สามารถใช้ชีวิตในชุมชนได้นานเกิน 2 ปี และพบว่าอัตราการรักษาผู้ป่วยซ้ำในโรงพยาบาลในระยะเวลา 1 ปีมีถึงร้อยละ 30 ⁽⁶⁾ สำหรับประเทศไทย จากการศึกษาเรื่องการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเวชของภัทรา ธิรลภ พ.ศ. 2530 พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทจะมีอัตราการป่วยซ้ำมากกว่าผู้ป่วยโรคจิตอื่นๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ⁽⁷⁾ และจากการศึกษาเรื่องปัจจัยเสี่ยงของการกลับมารักษาซ้ำภายในระยะเวลา 3 เดือนของผู้ป่วยในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี พ.ศ. 2543 พบว่าความชุกของการกลับมารักษาซ้ำ มีร้อยละ 42.6 ⁽⁸⁾

จากปัญหาดังกล่าว มีสาเหตุจาก 3 องค์ประกอบ กล่าวคือ สาเหตุแรก พบว่าผู้ป่วยเหล่านี้มีความบกพร่องด้านทักษะทางสังคมหรืออาชีพการงาน ตลอดจนวิธีการจัดการแก้ไขปัญหาเมื่ออยู่ในชุมชน ⁽⁹⁾ สาเหตุที่สองคือ ทักษะและความคาดหวังของญาติโดยเฉพาะความรู้สึกของญาติในแง่ลบที่ต้องดูแลผู้ป่วยระยะยาว รวมทั้งขาดความรู้เรื่องทักษะการใช้ชีวิตร่วมกับผู้ป่วย และสาเหตุสุดท้ายที่สำคัญคือการขาดความต่อเนื่องของบริการและไม่มีบริการทางเลือกที่เหมาะสมกับผู้ป่วยกลุ่มนี้ ถึงแม้ว่าโรงพยาบาลจิตเวชได้มีการขยายบริการให้แก่ผู้ป่วยจิตเวชและญาติ เช่น การดูแลผู้ป่วยที่บ้านแต่บริการที่มีก็ยังไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ และในปัจจุบันแนวโน้มนโยบายการดูแลผู้ป่วยจิตเวช

เน้นการจำหน่ายผู้ป่วยโดยเร็วที่สุด⁽¹⁰⁾ โรงพยาบาลเป็นสถานที่รองรับผู้ป่วยที่ถูกเงินชั่วคราวเท่านั้น⁽¹¹⁾ และแนวโน้มการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสากลที่เน้นการสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเวชได้รับการอยู่กับครอบครัว และชุมชนให้มากขึ้น ผู้ป่วยที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจึงควรสามารถปรับตัว และดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุขในครอบครัวและชุมชน วิธีที่จะช่วยให้ผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชนกลับมาอยู่อย่างปกติได้อีกครั้ง คือ การฟื้นฟูสมรรถภาพ⁽¹²⁾ และเป็นผลให้การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชกลายเป็นหัวใจสำคัญของการให้บริการ โดยเฉพาะในส่วนของ การป้องกันภาวะเรื้อรัง การกลับซ้ำของโรค และถ้าการฟื้นฟูสมรรถภาพมีประสิทธิภาพ ก็จะเป็นการป้องกันโรคแทรกซ้อน ลดความเจ็บป่วยหรือความพิการอย่างเรื้อรัง⁽¹³⁾

ตามกฎกระทรวง แบ่งส่วนราชการกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ 2545⁽¹⁴⁾ ข้อ 1 ให้กรมสุขภาพจิต มีภารกิจเกี่ยวกับการพัฒนาวิชาการด้านสุขภาพจิต โดยมีการศึกษา วิจัย พัฒนา และถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยี ดำเนินการส่งเสริม ป้องกัน บำบัด รักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพจิตใจเพื่อให้ประชาชนมีความตระหนัก และสามารถดูแลสุขภาพจิตของตนเอง ครอบครัว และชุมชนได้ รวมทั้งสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่มีคุณภาพ มาตรฐาน และเป็นธรรม และ ข้อ 3 ส่วนราชการของกรมสุขภาพจิต มีอำนาจหน้าที่ ดังต่อไปนี้ (6) โรงพยาบาล ศิริรัฐฤๅณ มีอำนาจหน้าที่ ดังต่อไปนี้

(ก) ศึกษา วิเคราะห์ และวิจัยเพื่อพัฒนาเกี่ยวกับมาตรฐานของงาน องค์ความรู้ และเทคโนโลยี รวมทั้งรูปแบบการให้บริการเฉพาะทางด้าน การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช

(ข) ส่งเสริม พัฒนา และถ่ายทอดองค์ความรู้ และเทคโนโลยีเฉพาะทางด้าน การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชแก่หน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ และเอกชน

(ค) ให้บริการตรวจ วินิจฉัย บำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้มีปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรง ยุ่งยาก หรือซับซ้อน เพื่อพัฒนาวิชาการเฉพาะทางด้าน การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช

(ง) ให้การเพิ่มพูนความรู้และทักษะการปฏิบัติงานเฉพาะทางด้าน การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช แก่บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข รวมทั้งบุคลากรอื่นของภาครัฐ และภาคเอกชน

นอกจากนี้ โรงพยาบาลศิริรัฐฤๅณยังได้รับมอบหมายจากกรมสุขภาพจิตในการปรับเปลี่ยนรูปแบบและวิธีการทำงานจากโรงพยาบาลจิตเวชทั่วไป ไปสู่โรงพยาบาลจิตเวชระดับตติยภูมิขั้นสูง และเป็นสถาบันจิตเวชศาสตร์ภายในระยะเวลา 5 ปี ซึ่งลักษณะของรูปแบบงานที่ให้บริการในปัจจุบันเป็นการให้บริการรักษาพยาบาลทางจิตเวชเป็นหลัก นอกจากนี้ในแต่ละโรงพยาบาล และกรมสุขภาพจิตยังไม่มีกรรวบรวมข้อมูลด้านกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช รวมทั้งการทำกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชในแต่ละโรงพยาบาล ยังแตกต่างกัน ไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน ประกอบกับมีผู้ศึกษาวิจัยเรื่องนี้ไว้น้อยมาก

ดังนั้นผู้วิจัยซึ่งเป็นบุคลากรคนหนึ่งในที่มจิตเวชของโรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต จึงมีความสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับความคิดเห็นของบุคลากรกรมสุขภาพจิตต่อกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชให้ครอบคลุมโรงพยาบาลจิตเวช ซึ่งเป็นตัวแทนของในแต่ละภาคของกรมสุขภาพจิต เพื่อนำผลการวิจัยซึ่งเป็นข้อมูลที่ตรงตามสถานการณ์ปัจจุบัน ไปใช้ประโยชน์ในการวางนโยบายและแนวทางในการจัดกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชของกรมสุขภาพจิตอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

คำถามการวิจัย (Research Questions)

1. ความคิดเห็นและการปฏิบัติของบุคลากรกรมสุขภาพจิตต่อกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชแตกต่างกันอย่างไร
2. ความคิดเห็นและการปฏิบัติของบุคลากรกรมสุขภาพจิตต่อกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชตามปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยสนับสนุนแตกต่างกันอย่างไร
3. ปัญหา และอุปสรรคของบุคลากรกรมสุขภาพจิตในการดำเนินกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชมีอะไรบ้าง
4. ข้อเสนอแนะในการพัฒนางานด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชมีอะไรบ้าง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย(Objectives)

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาความคิดเห็น และการปฏิบัติของบุคลากรกรมสุขภาพจิตต่อกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช รวมถึงปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะในการดำเนินงานด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาความคิดเห็น และการปฏิบัติของบุคลากรกรมสุขภาพจิตต่อกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช
2. เพื่อศึกษาความคิดเห็นและการปฏิบัติของบุคลากรกรมสุขภาพจิตต่อกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช ตามปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยสนับสนุน
3. เพื่อศึกษาปัญหา และอุปสรรคของบุคลากรกรมสุขภาพจิตในการดำเนินกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช

4. เพื่อศึกษาข้อเสนอแนะในการพัฒนางานด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช

สมมติฐานการวิจัย (Hypotheses)

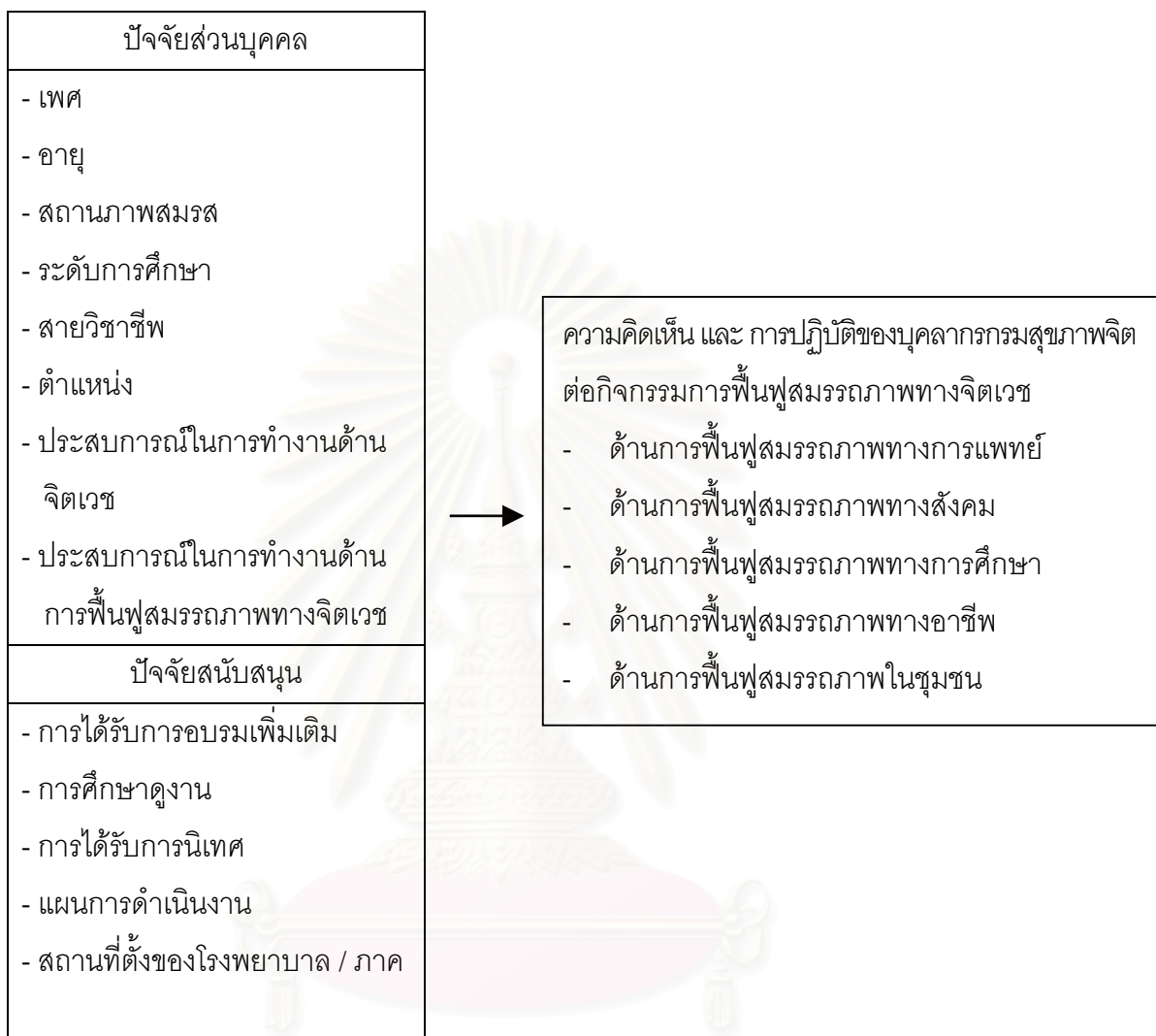
ความคิดเห็นและการปฏิบัติของบุคลากรกรมสุขภาพจิตต่อกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชแตกต่างกันตามปัจจัยด้านต่างๆ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา วิชาชีพ ตำแหน่ง ประสบการณ์ในการทำงานด้านจิตเวช ประสบการณ์ในการทำงานด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช การได้รับการอบรม การศึกษาดูงาน การได้รับการนิเทศ แผนการดำเนินงาน และสถานที่ตั้งของโรงพยาบาล / ภาค



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กรอบแนวคิดของการวิจัย (Conceptual Framework)

แผนภูมิ 1.1 กรอบแนวคิดในการวิจัย



ข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption)

ระดับคะแนนความคิดเห็น (1-5) ซึ่งเป็น Ordinal scale จะพิจารณาตัวแปรว่ามีอันตรภาคชั้นแต่ละอันตรภาคชั้นเท่ากัน (Equal interval) ⁽¹⁵⁾ และถือว่าคะแนนเดียวกันของแต่ละคนมีค่าเท่ากัน เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลเป็น Interval Scale ต่อไป

คำสำคัญ (Key Words)

Opinion , Health Personnel , Specified Psychiatric Rehabilitation Activities

นิยามเฉพาะของคำศัพท์ในการวิจัย (Operational Definition)

1. ความคิดเห็นของบุคลากรกรมสุขภาพจิตต่อกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช หมายถึง การแสดงออกด้านความรู้สึก ความคิด และการพิจารณาตัดสินต่อกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช

2. การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช หมายถึง กระบวนการเสริมสร้างหรือพัฒนาบุคคลที่มีความสามารถบกพร่อง หรือไร้สมรรถภาพ ให้สามารถกลับคืนสภาพทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคมสู่สภาวะปกติ หรือใกล้เคียงมากที่สุด สำหรับการศึกษาคั้งนี้ หมายถึง กระบวนการเสริมสร้างและพัฒนาผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต ให้สามารถกลับคืนสภาพทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคมสู่สภาวะปกติ หรือใกล้เคียงมากที่สุด

- การฟื้นฟูสมรรถภาพทางด้านการแพทย์ หมายถึง การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยในเบื้องต้น ที่มารับการรักษาเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยทางร่างกายและจิตใจให้หมดไป สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และช่วยเหลือตนเองได้

- การฟื้นฟูสมรรถภาพทางด้านสังคม หมายถึง การฝึกทักษะพื้นฐานที่จำเป็นต่อการดำเนินชีวิตเกี่ยวกับทางสังคม เพื่อให้ผู้ป่วยได้รู้จักและช่วยเหลือตนเองได้

- การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการศึกษา หมายถึง การสอนกิจกรรมเพื่อหรือฟื้นฟูความรู้ที่มีอยู่เดิมและความรู้ใหม่ที่เป็นในการดำรงชีวิต

- การฟื้นฟูสมรรถภาพทางด้านอาชีพ หมายถึง การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยในทักษะพื้นฐานที่จำเป็นต่อการดำเนินชีวิตเกี่ยวกับพื้นฐานการทำงาน และฝึกผู้ป่วยที่ผ่านการฟื้นฟูสมรรถภาพ ให้สามารถประกอบอาชีพในงานอาชีพต่างๆ ตามความเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคน

- การฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน หมายถึง การเตรียมความพร้อมให้แก่ผู้ป่วยก่อนเข้าสู่ชุมชน การเตรียมญาติและการติดตามผล รวมทั้งการประสานงาน / กระตุ้นเพื่อให้ประชาชนแกนนำชุมชน หรือองค์กรต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน เข้ามามีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยในชุมชน

3. กิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช หมายถึง กิจกรรมที่จัดบริการให้กับผู้ป่วยจิตเวชอย่างต่อเนื่อง เริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งผู้ป่วยกลับไปที่บ้าน โดยกิจกรรมต้องมีสอดคล้องกับสภาพปัญหา ความต้องการ และศักยภาพของผู้ป่วยแต่ละคน

4. บุคลากรกรมสุขภาพจิต หมายถึง แพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเทคนิค ผู้ช่วยพยาบาล นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นักกายภาพบำบัด นักอาชีวบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักเกษตรกรรมบำบัด และนักวิชาการศึกษาพิเศษ ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต

5. สายวิชาชีพการแพทย์ หมายถึง บุคลากรที่ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในระยะแรกที่ยังมีอาการทางจิต ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเทคนิค และผู้ช่วยพยาบาล

6. สายวิชาชีพอื่นๆ หมายถึง บุคลากรที่ดูแลผู้ป่วยในระยะที่อาการทางจิตเริ่มดีขึ้น ได้แก่ นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นักกายภาพบำบัด นักอาชีพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักเกษตรกรรมบำบัด และนักวิชาการศึกษาพิเศษ

7. กรมสุขภาพจิต หมายถึง หน่วยงานราชการที่รับผิดชอบงานด้านสุขภาพจิต และจิตเวช ภายใต้สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ปัญหาด้านจริยธรรม (Ethical Considerations)

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา รวบรวมข้อมูลจากบุคลากรกรมสุขภาพจิต โดยไม่ได้มีสิ่งแทรกแซงหรือการทดลองใดๆ ให้กับกลุ่มที่ศึกษาจึงไม่มีปัญหาด้านจริยธรรม

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ (Expected Benefit)

1. เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับกรมสุขภาพจิต และโรงพยาบาลศรีธัญญา ในการวางแผนพัฒนางานฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช
2. เป็นแนวทางในการพัฒนาบุคลากรกรมสุขภาพจิตทางด้านการจัดกิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช
3. เป็นแนวทางในการกำหนดนโยบาย ทิศทาง เป้าหมาย และกลวิธีการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชที่ชัดเจน

อุปสรรคที่คาดว่าจะเกิดขึ้นระหว่างการวิจัยและมาตรการแก้ไข (Obstacle and Strategies to Solve the Problem)

1. การตอบกลับของแบบสอบถามอาจเกิดความล่าช้าและไม่ครบจำนวน แนวทางแก้ไข มีดังนี้
 - ประสานงานโดยการโทรศัพท์เป็นระยะๆ
 - แจ้งกำหนดวัน เวลา ในการรับแบบสอบถามคืนไว้ล่วงหน้าอย่างชัดเจน
2. ทำหนังสือประสานงานกับโรงพยาบาลจิตเวชทั้ง 4 แห่ง เพื่อขอความร่วมมือในการติดตาม

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาเรื่อง“ความคิดเห็นและการปฏิบัติของบุคลากรกรมสุขภาพจิต ต่อกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช” ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าแนวคิด ทฤษฎี จากตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับความคิดเห็น
2. แนวคิดเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช
3. แนวคิดเกี่ยวกับการเจ็บป่วยเรื้อรัง
4. การศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดเกี่ยวกับความคิดเห็น

ความหมาย

Kolesnik ⁽¹⁶⁾ ได้ให้คำนิยามของความคิดเห็นว่า "เป็นการแสดงออกซึ่งการตัดสินใจจากการประมาณค่า หรือทัศนะเกี่ยวกับเรื่องใดเรื่องหนึ่งโดยเฉพาะ และความคิดเห็นย่อมได้รับอิทธิพลจากเจตคติ"

พจนานุกรม New Webster's Century Dictionary ⁽¹⁷⁾ ได้ให้ความหมายของคำว่า ความคิดเห็น (Opinion) หมายถึง การตัดสินใจ คำวิจารณ์ ความคิดเห็นหรือรูปแบบของการประเมินผลในจิตใจเกี่ยวกับข่าวสารที่ได้รับ เป็นความเชื่อของบุคคลที่มีต่อเหตุการณ์หรือข่าวสารโดยความเชื่อนั้นจะขึ้นอยู่กับประสบการณ์ และการสังเกตของแต่ละบุคคล หรือความคิดเห็น การแสดงออกทางความคิด ความสนใจ ความรู้สึกของผู้ทรงคุณวุฒิที่มีต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใด หรือเหตุการณ์ใด เหตุการณ์หนึ่ง

สงวน สุทธิเลิศอรุณ และคณะ ⁽¹⁸⁾ ได้ให้คำจำกัดความของความคิดเห็นว่าความคิดเห็น คือ การแสดงออกถึงวิจารณ์ญาณที่มีต่อเรื่องใดเรื่องหนึ่งโดยเฉพาะ ความคิดเห็นมีความหมายที่แคบกว่าเจตคติ เพราะความคิดเห็นของบุคคลเปลี่ยนไปตามข้อเท็จจริง (Fact) และเจตคติ

(Attitude) ของบุคคลในขณะที่เจตคติแสดงสภาพความรู้สึกต่างๆ ไปเกี่ยวกับสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ความคิดเห็นจะเป็นการอธิบายเหตุผลที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งโดยเฉพาะ

โยธิน ศันสนยุทธ์ และจุมพล พูลภัทรชีวิน⁽¹⁹⁾ ได้กล่าวว่า “นักจิตวิทยาสังคมให้นิยามความคิดเห็นว่าเป็นการแสดงออกทางภาษา (Verbal expression) เกี่ยวกับเจตคติ ความเชื่อ หรือ ค่านิยม ความคิดเห็นไม่ใช่สิ่งเดียวกับเจตคติ เพราะในตัวของมันเองไม่จำเป็นต้องประกอบด้วยองค์ประกอบทางอารมณ์หรือทางพฤติกรรม” ซึ่งสอดคล้องกับ กมลรัตน์ หล้าสูงวงศ์ ที่ได้กล่าวไว้ว่า ความคิดเห็นเป็นการแสดงออกโดยการพูดหรือเขียนเกี่ยวกับเจตคติ ความเชื่อ หรือค่านิยมของบุคคล ความคิดเห็นไม่เหมือนเจตคติตรงที่ไม่จำเป็นต้องแสดงความรู้สึก อารมณ์ หรือแม้กระทั่งการแสดงพฤติกรรมที่จะตอบสนองหรือไม่ตอบสนองต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง เป็นเพียงคำพูดพร้อมเหตุผลที่บุคคลคิดขึ้นมาและถ้ามีคนไม่เห็นด้วย บุคคลนั้นก็อาจเปลี่ยนคำพูด ดังกล่าวได้

บุญเรียง ขจรศิลป์⁽²⁰⁾ ได้สรุปความหมายของคำว่า “ความคิดเห็น หมายถึง การแสดงออกทางวาจาของเจตคติ การที่บุคคลกล่าวว่าเขามีความเชื่อหรือรู้สึกอย่างไรนั้น เป็นการแสดงความคิดเห็นของบุคคลนั้น ดังนั้นการวัดความคิดเห็นของบุคคลนั้น เป็นสิ่งที่เป็นไปได้”

จากความหมายของความคิดเห็น สรุปได้ว่า ความคิดเห็น หมายถึง การแสดงออกซึ่งการตัดสินใจ ตอบสนอง หรือการอธิบายเหตุผลที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งโดยเฉพาะ หรือเป็นความเชื่อของบุคคลที่มีต่อเหตุการณ์ หรือข่าวสาร ซึ่งขึ้นกับประสบการณ์และการสังเกตของแต่ละบุคคล การแสดงความคิดเห็นของบุคคลนั้นสามารถวัดได้ ดังนั้น ความคิดเห็นของบุคคลากรกรมสุขภาพจิตต่อกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช จึงหมายถึง การแสดงออกซึ่งการตัดสินใจ ตอบสนอง หรือการอธิบายเหตุผลที่มีต่อกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช

การวัดความคิดเห็น

บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์⁽²¹⁾ ได้เสนอการวัดความคิดเห็นหรือทัศนคติที่นิยมและรู้จักกันแพร่หลาย มี 4 วิธี คือ

1. วิธีของเทอร์สตัน (Thurston's Method) เป็นวิธีการสร้างมาตรวัด (Scale) ออกเป็นปริมาณเปรียบเทียบตำแหน่งของความคิดเห็นหรือทัศนคติไปในทางเดียวกันและเสมือนว่าเป็นมาตรวัด (Scale) ที่มีช่วงห่างเท่ากัน (Equal Appearing Intervals)

2. วิธีกัตต์แมน (Guttman's Scale) เป็นวิธีวัดทัศนคติ หรือความคิดเห็นในแนวเดียวกัน และสามารถจัดอันดับข้อความทัศนคติสูง ต่ำแบบเปรียบเทียบกันและกันได้จากต่ำสุด ถึงสูงสุดได้ และแสดงถึงการสะสมของความคิดเห็น

3. วิธีจำแนกแบบ S - D Scale (Semantic Differential Scale) เป็นวิธีวัดทัศนคติหรือความคิดเห็นโดยอาศัยคู่คำคุณศัพท์ที่มีความหมายตรงกันข้าม (Bipolar Adjective) เช่น ดี - เลว ขยัน - ขี้เกียจ เป็นต้น

4. วิธีแบบลิเคิท (Likert's Method) เป็นวิธีสร้างมาตรวัดความคิดเห็นที่นิยมแพร่หลาย เพราะเป็นการสร้างมาตรวัดที่ง่ายและประหยัดเวลา ผู้ตอบแบบสอบถามสามารถแสดงความคิดเห็นในทางที่ตนชอบหรือไม่ชอบ ซึ่งมีคำตอบให้เลือกตอบ 3 คำตอบ 5 คำตอบ หรือ 7 คำตอบก็ได้ แต่ส่วนมากใช้ 5 คำตอบได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ส่วนการให้คะแนนขึ้นอยู่กับใจความว่าจะเห็นเชิงบวก (Positive) หรือเชิงลบ (Negative)

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยนำวิธีของ ลิเคิท (Likert's Method) มาใช้ในการวัดความคิดเห็น โดยพิจารณากำหนดคำตอบเป็น 5 คำตอบ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ดังนั้น ในการวิจัยครั้งนี้ ความคิดเห็น คือ การแสดงออกด้านความคิด ความรู้สึก หรือ การประเมินผล โดยพิจารณาจากการรับรู้ ประสบการณ์การปฏิบัติงานของบุคลากรกรมสุขภาพจิตต่อกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช

แนวความคิดเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช

การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช ตามนิยามขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization : WHO, อังใน อนงค์ ธรรมโรจน์ และคณะ) ⁽²²⁾ หมายถึง กระบวนการที่ริเริ่มโดยบุคลากรสาธารณสุขหรือด้านสุขภาพจิต โดยการฟื้นฟูสมรรถภาพจะมุ่งเน้นไปที่การพัฒนา และทำให้บุคคลได้ใช้ความสามารถอย่างเต็มที่ พยายามลดความบกพร่องความไร้สมรรถภาพ ความเสียเปรียบให้เหลือน้อยที่สุด ในการฟื้นฟูสมรรถภาพนั้นจะครอบคลุมทั้งด้านสังคม อาชีพ โดยใช้ปรัชญาว่า จะต้องใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ให้เกิดคุณค่าอย่างเต็มที่ และมีการกระจายทรัพยากรนั้นไปสู่ชุมชน โดยมีเป้าหมายสุดท้ายคือให้ผู้ป่วยเป็นส่วนหนึ่งของสังคมการฟื้นฟูสมรรถภาพนั้นไม่ได้ทำในวันเดียว แต่จะต้องทำเป็นกระบวนการต่อเนื่องและใช้เวลาซึ่งเป็นกระบวนการริเริ่มโดยบุคลากรสุขภาพจิต สิ่งที่สำคัญอย่างหนึ่งของการฟื้นฟูสมรรถภาพก็คือผู้ป่วยและครอบครัวที่เข้าร่วมกระบวนการ ต้องมีความเต็มใจไม่ใช่ว่าบังคับ และจะต้องมีนโยบายของรัฐบาลเป็นสิ่งสนับสนุนด้วย ต้องมีการวางแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยแต่ละคนแตกต่างกัน ไม่ใช่จัดโปรแกรมเหมือนกัน จะต้องมีความมุ่งหมายในการ

ที่จะเพิ่มหรือพัฒนาศักยภาพของเขามากขึ้น และลดความบกพร่องให้น้อยลง และต้องได้รับการช่วยเหลือด้านทรัพยากรต่างๆ จากชุมชน

สมชาย จักรพันธุ์⁽¹³⁾ ได้ให้ความหมายของการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชว่าเป็นการเสริมสร้างหรือพัฒนาทางร่างกาย อารมณ์ และจิตใจ หรือเรียนรู้การพัฒนาการเดิมที่จำเป็นอีกครั้งหนึ่ง เพื่อจะใช้ความสามารถที่เหลืออยู่ได้อย่างเต็มที่ในการแสดงออกด้านอารมณ์ การเคลื่อนไหวของร่างกาย การวางตัวในสังคม และการหาเลี้ยงชีพ กำหนดให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมโดยการแนะนำจากผู้มีความรู้โดยเฉพาะการฟื้นฟูสมรรถภาพจะทำให้ผู้ป่วยสามารถกำหนดแนวทางของชีวิตใหม่และทำให้รู้สึกว่าการดำรงชีพการทำงาน การพักผ่อนหย่อนใจก่อให้เกิดความสบายใจ และความหวังใหม่สามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนภายหลังการเจ็บป่วยทางกาย ทางจิตใจหรือโดยอุบัติเหตุให้อยู่ในระดับที่ใกล้เคียงกับภาวะเดิมและพึ่งตนเองได้มากที่สุด

สุชาติ ศาครเสถียร⁽¹²⁾ ให้ความหมายว่า เป็นการช่วยให้บุคคลนั้นจากการที่ไม่มีความสามารถหรือความสามารถบกพร่องให้มีความสามารถอยู่ร่วมกับคนอื่นในสังคม กระบวนการจะเริ่มตั้งแต่แยกตนเอง พึ่งพาคนอื่น ไร้ค่า จนกระทั่งสามารถอยู่ร่วมกับคนอื่นในชุมชน มีทักษะทางสังคม สามารถพึ่งตนเอง และเป็นคนทำประโยชน์ให้แก่ชุมชนได้

นอกจากนั้น ในระหว่างปี ค.ศ. 1947-1949 คณะกรรมการด้านจิตเวชของอเมริกา (American Board of Psychiatry)⁽²³⁾ ได้ให้คำจำกัดความว่าเป็นการลดอัตราความบกพร่องในการทำหน้าที่ของบุคคล อันสืบเนื่องมาจากความแปรปรวนทางด้านจิตใจ ส่วน The International Association of Psychosocial Rehabilitation ให้ความหมายของการฟื้นฟูทางจิตเวชไว้ว่า คือ บริการที่ให้ความช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะไร้ความสามารถจากการเจ็บป่วยทางจิต ช่วยให้เขาประเมินภาวะเข้มแข็ง และจุดอ่อนของตนเอง รวมทั้งการตั้งเป้าหมายของการกระทำหน้าที่ที่เป็นประโยชน์ในสังคม บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตนั้นต้องตั้งอยู่บนพื้นฐานของความจำเป็น ในการปฏิบัติตนเพื่อการดำรงชีวิตของผู้ป่วยในชุมชน ได้แก่ ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน การพักอาศัยอยู่ร่วมกับผู้อื่น การงานอาชีพ สังคมและนันทนาการ การศึกษาความสามารถในการเดินทางด้วยตนเองโดยใช้ยานพาหนะต่างๆ และมีชีวิตทางเพศที่ปกติ เป็นต้นทั้งนี้การช่วยเหลือต้องมีจุดเน้นอยู่ที่การช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้อย่างเต็มขีดความสามารถของเขาในสิ่งแวดล้อมนั้นๆ โดยได้รับความช่วยเหลือจากบุคลากรทางวิชาชีพน้อยที่สุด หรือเท่าที่จำเป็น⁽²⁴⁾

การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช

หมายถึง กระบวนการที่ใช้ที่มจิตเวชร่วมกับครอบครัว ชุมชนและองค์กรที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาผู้ที่มีความบกพร่อง/พิการทางจิต เพื่อให้เขาเหล่านั้นสามารถใช้ศักยภาพที่ตนเองมีอยู่ให้มากที่สุด หรือลดความบกพร่อง/พิการให้เหลือน้อยที่สุดหรือหมดไป โดยจุดมุ่งหมายพัฒนาคุณภาพชีวิตให้เขาเหล่านั้นกลับคืนสู่ภาวะปกติ หรือใกล้เคียงปกติรวมทั้งมีความรับผิดชอบและปฏิบัติหน้าที่ ตลอดจนความสามารถในการใช้ชีวิตด้วยตนเองเหมือนคนทั่วๆ ไปในสังคม (Normalization) ⁽²⁵⁾

ผู้ป่วยทางจิตเมื่ออยู่ระหว่างกระบวนการการฟื้นฟูสมรรถภาพมักจะใช้คำเรียกด้วยความหมายแตกต่างกันตามสถานที่ที่พวกเขาอาศัยอยู่ ได้แก่ กรณีอยู่โรงพยาบาลเรียกว่า “ผู้ป่วย” โรงพยาบาลกลางวัน / บ้านกึ่งวิถี จะเรียกว่า “สมาชิก” หรือบ้านอุปถัมภ์ (foster home) เรียกว่า “ผู้อาศัย” เป็นต้น ซึ่งเป็นการหลีกเลี่ยงใช้คำที่ทำให้เกิดความอับอาย (อ๋างใน ปัทมา ศิริเวช) ⁽²⁵⁾

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 1.1 กรอบแนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพ⁽²⁵⁾

หัวข้อ \ ระยะเวลา	Impairment →	Disability →	Handicap
นิยาม	ความสูญเสีย หรือ ความผิดปกติ ของ สภาพจิตใจ โครงสร้าง หรือหน้าที่ของร่างกาย	ข้อจำกัดหรือการขาด ความสามารถในการ ปฏิบัติกิจกรรมอย่าง คนปกติทั่วไปที่เป็นผล มาจาก “Impairment”	ความด้อยเปรียบ เนื่องจาก “Impairment” หรือ “Disability” ทำให้มีข้อจำกัด หรือไม่สามารถ บรรลุบทบาทที่คนปกติปฏิบัติได้ (ขึ้นอยู่กับอายุ เพศ สภาพสังคม และ วัฒนธรรม ฯลฯ
ตัวอย่าง	อาการบวม และอาการ ลบของโรคจิตเภท เช่น หลงผิด	ทักษะทางสังคม บกพร่อง	- การไร้ที่อยู่อาศัย เช่น บ้าน เป็นต้น - การตกงาน
การจัดการ	- การวินิจฉัยโรค - การรักษาด้วยยา - การรับไว้ในโรงพยาบาล	- การประเมินความ สามารถ - การฝึกทักษะ - โปรแกรมสนับสนุน ชุมชนในการดูแล ผู้ป่วย	- นโยบายการฟื้นฟูสมรรถภาพ ทางอาชีพระดับชาติ - การจัดที่อยู่อาศัย แก่ผู้ไร้ที่พึ่ง เช่น บ้านกึ่งวิถี

ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นฟูสมรรถภาพ⁽²⁵⁾

1. ผู้เจ็บป่วยทางจิต โดยเฉพาะผู้เจ็บป่วยทางจิตเรื้อรัง (people with chronic mental illness) ที่มีเกณฑ์สำคัญ 3 ประการ ประการแรก การวินิจฉัยโรค เช่น โรคจิตเภท โรคไบโพลาร์ ปัญญาอ่อน ฯลฯ ประการที่สอง ระยะเวลาของโรค ซึ่งการกำหนดระยะเวลาแตกต่างกันในแต่ละสถาบันหรือประเทศ เช่น ระยะเวลาการดำเนินโรคมานานกว่าหรือเท่ากับ 2 ปี หรือ The National Institute of Mental Health (NIMH) ที่ Liberman อ้างถึงคือ ผู้ป่วยที่รักษาอยู่ในโรงพยาบาล นาน 6 เดือน 1 ครั้งในรอบ 5 ปี หรือเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลมากกว่าหรือเท่ากับ 2 ครั้งในรอบ 1 ปี เป็นต้น ประการสุดท้าย คือ ข้อจำกัดหรือการขาดความสามารถในบทบาท (disability) พื้นฐาน ชีวิตประจำวันอย่างน้อย 3 ใน 6 ด้าน ประกอบด้วย

1. การดูแลสุขภาพตนเอง
2. การคิดเองทำเองอย่างเหมาะสม
3. ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล
4. การติดต่อทางสังคม
5. การเรียนรู้และสร้างสรรค์
6. การมีรายได้หาเลี้ยงตนเอง

นอกจากนั้น ผู้ที่ใช้สุราเรื้อรัง ผู้ใช้ยาบ้าหรือผู้ที่มีปัญหาบุคลิกภาพเป็นบุคคลที่ต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพเช่นเดียวกัน

2. ญาติและครอบครัว เมื่อแพทย์จำหน่ายผู้ป่วยทางจิตกลับบ้านด้วยเหตุผลอาการทางจิตสงบ/ดีขึ้น พบว่าร้อยละ 30 ของผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องเข้าทำการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายในระยะเวลา 1 ปี ซึ่งสาเหตุส่วนหนึ่งเนื่องจากทัศนคติและความคาดหวังของญาติ โดยเฉพาะความรู้สึกละเลยที่ต้องดูแลผู้ป่วยทางจิตระยะยาวและขาดทักษะการใช้ชีวิตร่วมกันหรือบางครอบครัวเกิดความอับอายที่จะบอกใครๆ ว่าบุคคลในครอบครัวของตนเป็นโรคจิต ดังนั้นบทบาทของญาติและครอบครัวจึงมีความสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วยทางจิต ด้วยการจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ญาติและครอบครัวเกิดพลังใจ มีความรู้ความเข้าใจรวมถึงทักษะในการอยู่ร่วมกับผู้ป่วยทางจิต ตลอดจนการจัดการช่วยเหลือญาติในด้านต่างๆ เช่น การจัดหางานให้ครอบครัว การมีทีมจิตเวชช่วยเหลือถึงบ้านเมื่อเกิดภาวะวิกฤต เป็นต้น

3. ทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วย พยาบาลจิตเวช แพทย์/จิตแพทย์ นักสังคมสงเคราะห์ เภสัชกร นักจิตวิทยาคลินิก นักอาชีวบำบัด ครู ผู้ประสานว่าจ้างงานอาสาสมัคร ฯลฯ ทีมสหวิชาชีพต้องมีองค์ประกอบสำคัญคือ ความสามารถความชำนาญ ความสม่ำเสมอ ความต่อเนื่อง การประสานงาน และความร่วมมือที่ดีที่ช่วยส่งผลให้กระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยทางจิตแต่ละคนเกิดผลลัพธ์ที่สำเร็จตามเป้าหมาย

จุดมุ่งหมายของการฟื้นฟูสมรรถภาพ⁽²⁵⁾

การเพิ่มคุณภาพชีวิต (improve the quality of life) ของผู้พิการทางจิต (the psychiatrically disabled individuals) โดยช่วยเหลือให้เขาเหล่านั้นมีความรับผิดชอบชีวิต และปฏิบัติหน้าที่ของตนเอง เพื่อให้สามารถอยู่ได้ด้วยตนเองในสังคม

ปรัชญาของการฟื้นฟูสมรรถภาพ ⁽²⁵⁾

ผู้พิการทางจิตแต่ละคนจำเป็นต้องได้รับการฝึกทักษะและการช่วยเหลือเพื่อให้ปฏิบัติหน้าที่ในการดำรงชีวิตอยู่ (living) การเรียนรู้ (learning) และการทำงาน (Working environment)

วัตถุประสงค์ของการฟื้นฟูสมรรถภาพ ⁽²⁵⁾

1. ลดอาการทางจิต (reducing symptomatology) เช่น การใช้ยา (medication)
2. ลดภาวะที่เกิดจากแพทย์ (reducing iatrogenic symptom) เช่น การลดอาการข้างเคียงจากยาที่แพทย์สั่งใช้ เป็นต้น
3. เพิ่มความสามารถทางสังคมแก่ผู้พิการทางจิต (improving social competence) เนื่องจากการที่ผู้ป่วยต้องใช้ยาในการรักษาจะทำให้รู้สึกวุ่นวายกำลังป่วย จึงเข้าสังคมน้อยลง และในที่สุดเมื่อเขาป่วยนานๆ ความสามารถทางสังคมของเขาก็จะด้อยลง
4. ลดการแบ่งแยก และการตราบาปโดยชุมชนหรือครอบครัว (reducing Discrimination and stigma)
5. สนับสนุนครอบครัว (family support) ในการดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วย เนื่องจากครอบครัวมักจะอายที่จะบอกใครๆ ว่ามีบุคคลในครอบครัวของตนเป็นโรคจิต และมองว่าผู้ป่วยโรคจิตซึ่งเสีย ไม่ทำงานและมักจะตำหนิผู้ป่วยอย่างเดียว สำหรับในประเทศอินเดียถ้าครอบครัวใดมีลูกสาวที่เป็นโรคจิตก็มักจะไม่มีใครกล้ามาสู่ขอและเขาก็มักจะถูกครอบครัวตำหนิ
6. กระตุ้น / สนับสนุนให้สังคมมีส่วนร่วมในการดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วย
7. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวของผู้พิการทางจิต ได้รับสิทธิที่พึงจะได้รับเท่าเทียมกับผู้อื่น เช่น กลุ่มครอบครัวของผู้ป่วยที่พิการทางจิตในอินเดียมีการรวมกลุ่มเพื่อเรียกร้องให้รัฐบาลตั้งชื่อยารักษาโรคจิตตัวใหม่ ซึ่งทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์น้อยเข้ามารักษาผู้ป่วยแทนยาตัวเดิมซึ่งทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์มาก

หลักการของการฟื้นฟูสมรรถภาพ ⁽²⁵⁾

1. ผู้ป่วยจะต้องเต็มใจเข้าร่วมในทุกๆ ระยะของกระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพ
2. มีการเรียนรู้ทักษะใหม่ๆ จากสถานการณ์เฉพาะ
3. ผู้ป่วยแต่ละรายจะได้รับการฝึกที่มีจุดมุ่งหมายที่มุ่งเน้นต่างกัน (individualised skill goals) ดังนั้น โปรแกรมที่ใช้ฝึกจะเป็นเฉพาะบุคคล

4. การปรับสิ่งแวดล้อมที่ไม่ดี อาจไม่ทำให้การพัฒนาทางทักษะของผู้ป่วยดีขึ้นก็ได้
5. ปัญหาของผู้ป่วยมักจะเป็นปัญหาร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและสิ่งแวดล้อม
6. การพยายามทำให้ผู้ป่วยรู้สึกพึงพอใจน้อยที่สุด ซึ่งจะช่วยให้เขาสามารถช่วยเหลือตนเองได้
7. การให้ความหวัง (Hope) เป็นสิ่งสำคัญของกระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยจะต้องตั้งความหวังให้สูง เพื่อให้เรามีความพยายามที่จะพัฒนาผู้ป่วยให้ไปถึงจุดหมายที่เราต้องการ

กระบวนการของการฟื้นฟูสมรรถภาพ ⁽²⁵⁾

- 1.การประเมินเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation Assessment) มีจุดมุ่งหมายเพื่อ
 - 1.1 การวินิจฉัยปัญหาที่สำคัญ (Diagnosis of main problems)
 - 1.2 กำหนดวิธีบำบัดที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละคน (Determination of appropriate intervention)
 - 1.3 วางแผนประเมินผลการบำบัดว่าได้ผลหรือไม่ (Plan of evaluation)
 - 1.4 ทำนายผลลัพธ์ว่าวิธีบำบัดแต่ละประเภทจะได้ผลอย่างไรบ้าง (Prediction of outcome)

ดังนั้นข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการประเมิน ได้แก่

- การทบทวนประวัติของผู้ป่วย (Detailed History)
- การทบทวนการวินิจฉัย (Case Diagnosis)
- ความผิดปกติทางจิตสังคมในปัจจุบัน และความบกพร่องด้านอาชีพ (Current Psychopathology Disability , Vocational)
- ปัจจัยทางสังคม และสิ่งแวดล้อมในปัจจุบันที่อาจเป็นปัจจัยสนับสนุน (Augmenting) หรือปัจจัยขัดขวาง (Detrimental) ต่อกระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช
- แหล่งทรัพยากร (Resource) ที่เอื้อต่อผู้ป่วย และครอบครัวในกระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช
- การประเมินบทบาทครอบครัว
- การพิจารณาความต้องการ (need) ของผู้ป่วยและครอบครัว

การประเมินต้องครอบคลุมทุกด้านที่จะช่วยให้การวางแผนฟื้นฟูสมรรถภาพเกิดผลลัพธ์ที่คุ้มค่าต่อผู้ป่วย เช่น CASIG (Client Assessment of Strengths , Impairments , and Goals) ที่ใช้การประเมินและรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยและผู้ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ได้แก่ ญาติ / ผู้ดูแล การประเมินใช้เวลา 60 – 90 นาที หลักเกณฑ์การประเมินครอบคลุม 6 ด้าน คือ

- ทักษะการใช้ชีวิตตามบทบาทที่ควรกระทำ มี 10 ประเด็น เช่น การดูแลสุขภาพอนามัยตนเอง การเตรียมอาหาร การทำงาน ความรับผิดชอบ ฯลฯ

- คุณภาพชีวิต มี 11 ประเด็น เช่น ความปลอดภัย การเงิน การคบเพื่อน การรักษา การขอความช่วยเหลือ เป็นต้น

- อาการผู้ป่วย มี 5 ประเด็น คือ อาการหลงผิด และความคิดผิดปกติ ประสาทหลอน วิตกกังวล ซึมเศร้า และพฤติกรรม mania

- ผลข้างเคียงจากยา มี 20 ประเด็น เช่น คอแห้ง กระวนกระวาย เป็นต้น

- ความร่วมมือในการรับประทานยา

- พฤติกรรมที่ชุมชนไม่ยอมรับ มี 10 ประเด็น เช่น การดื่มสุรา การทำลายทรัพย์สิน การพูดก้าวร้าวหรือข่มขู่ เป็นต้น

CASIG นำมาประยุกต์และใช้ได้ดีในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยในการบริการแบบ Case management หรือการบริการผู้ป่วยนอกหรือในเป็นรายบุคคล

2. การวางแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพ ต้องกำหนดเป้าหมายทั้งระยะสั้นและระยะยาว โดยขึ้นกับปัญหาต่างๆ ที่พบ การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา และการกำหนดวิธีบำบัดในแต่ละปัญหา ซึ่งกลุ่มเป้าหมายที่รับบริการ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มแรกเป็นการบำบัดที่ยืด ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เช่น การบำบัดด้วยยา การฝึกทักษะทางสังคม การฝึกอาชีพ ดนตรีบำบัด นันทนาการบำบัด การวางแผนจำหน่าย ฯลฯ กลุ่มที่สองยึด ญาติ/ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง เช่น การจัดหาอาชีพให้ญาติ วิธีการผ่อนคลายความเครียด กลุ่มช่วยเหลือซึ่งกันและกันของญาติ เช่น ชมรมกัลยาณมิตรผู้ป่วยจิตเภทศรีธัญญา กลุ่มตะวันใหม่โรงพยาบาลสมเด็จพระยา

ประเภทของการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช

กรมสุขภาพจิต ได้กล่าวถึงประเภทของการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช 5 ประเภท ได้แก่ การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ การฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการศึกษา การฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพ และการฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน

การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ⁽²⁵⁾

หมายถึงการบำบัดตามหลักการแพทย์สำหรับผู้เจ็บป่วยทางจิต กระตุ้นผู้ป่วยออกจากโลกส่วนตัวหรือป้องกันความบกพร่อง/พิการทางจิตที่จะเกิดขึ้นรวมถึงภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการรักษา ตัวอย่างกิจกรรม เช่น อาชีวบำบัด กายภาพบำบัด ดนตรีบำบัด อรรถบำบัด ฯลฯ

การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์เริ่มต้นจากการค้นหาผู้ป่วยทางจิตมารับการรักษา ส่วนใหญ่ญาติเป็นผู้พาผู้ป่วยมาพบแพทย์ ปี พ.ศ.2537 กรมสุขภาพจิตได้ดำเนินงานโครงการค้นหาผู้ป่วยโรคจิต ลมชัก และปัญญาอ่อน เพื่อการดูแลรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน โดยมุ่งเน้นให้อาสาสมัครสาธารณสุขมูลฐาน (อสม.) ค้นหาผู้ป่วยโดยใช้แบบสำรวจผู้ป่วยสุขภาพจิตแล้วส่งต่อไปสถานีนอนามัย ซึ่งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะให้ความช่วยเหลือตามอาการโรคของผู้ป่วย และความสามารถที่มี เช่น การให้คำปรึกษา การให้คำแนะนำแก่ญาติ การแนะนำเทคนิคคลายเครียด ฯลฯ ถ้านอกเหนือความสามารถของสถานีนอนามัยให้ส่งผู้ป่วยไปที่โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ ตามลำดับ เพื่อให้แพทย์วินิจฉัย และรักษาผู้ป่วยตั้งแต่ระยะเริ่มต้น หรือกรณีอาการกำเริบมาก ส่วนกรณีผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงและจำเป็นต้องรับไว้ในโรงพยาบาล สามารถส่งต่อไปยังโรงพยาบาลจิตเวชในพื้นที่เพื่อรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย เตรียมพร้อมกลับสู่ชุมชน รวมทั้งมีการส่งกลับโรงพยาบาลตามระบบการส่งต่อเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลใกล้บ้านที่สอดคล้องกับนโยบายโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและลดโอกาสการขาดยาที่มีผลทำให้เกิดการกำเริบซ้ำของโรค ปัจจุบันโครงการค้นหา 3 โรคดังกล่าวเป็นงานบริการที่ผสมผสานอยู่ในงานประจำ และระบบรายงานของหน่วยบริการสาธารณสุขภาครัฐ

ประเด็นสำคัญนอกจากระบบเครือข่ายการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ คือกิจกรรมหรือการบำบัดที่ควรมีในหน่วยบริการสุขภาพแต่ละระดับ โดยแบ่งเป็น 3 ระดับดังนี้

1. หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ได้แก่ ศูนย์สุขภาพชุมชน ที่สามารถคัดกรองบริการวินิจฉัย ตรวจรักษาผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชตามแนวทางเวชปฏิบัติด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 8 โรค การติดตามดูแลผู้ป่วยที่บ้าน การจัดทีมดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้านกรณีมีอาการฉุกเฉินทางจิตเวช อีกทั้งการให้คำแนะนำบิดามารดาหรือครอบครัวในการกระตุ้น และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วย เช่น การฝึกทักษะการดูแลตนเอง องค์การอนามัยโลกได้กำหนดแนวทาง และจัดทำคู่มือฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ แบ่งเป็น 5 ด้าน ได้แก่ บุคคล บทบาทในครอบครัว สังคม อาชีพและด้านอารมณ์ เพื่อความสะดวกและง่ายในการปฏิบัติสำหรับผู้ให้บริการในระดับปฐมภูมิ

2. หน่วยบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิ ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลเอกชน ส่วนใหญ่การบริการจิตเวชมีลักษณะแบบผู้ป่วยนอกที่มีความยุ่งยาก และซับซ้อนมากกว่าระดับปฐมภูมิ นอกจากนั้น โรงพยาบาลศูนย์ เช่น โรงพยาบาลยะลา โรงพยาบาลราชบุรี โรงพยาบาลชลบุรี มีตึกเฉพาะสำหรับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการระยะเฉียบพลันไว้ในโรงพยาบาล ดังนั้นการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ในระดับทุติยภูมิที่ควรให้บริการเพิ่มเติมจากระดับปฐมภูมิ ได้แก่ การบริการจิตบำบัดระยะสั้น/ระยะยาว พฤติกรรมบำบัด ครอบครัวบำบัด

อาชีวบำบัด (สำหรับโรงพยาบาลที่มีนักอาชีวบำบัด) กลุ่มกิจกรรมบำบัด ซึ่งผู้ให้บริการในระดับ ทุติยภูมิต้องผ่านการฝึกอบรมเพื่อให้มีความรู้ความชำนาญในการบำบัดนั้นๆ

3. หน่วยบริการสุขภาพระดับตติยภูมิ ได้แก่ โรงพยาบาลจิตเวช โรงพยาบาลทรวง มหาวิทยาลัย ลักษณะการให้บริการเริ่มจากการบริการผู้ป่วยนอกจิตเวชทั่วไป การบริการคลินิกจิตเวช เฉพาะทาง เช่น คลินิกลิเทียม คลินิก Resistant Schizophrenia คลินิกโรคซึมเศร้า คลินิกยาเสพติด คลินิกออทิสติก ฯลฯ การบริการผู้ป่วยในระยะเฉียบพลันและระยะยาว การบริการผู้ป่วยโรงพยาบาล กลางวัน การบริการในชุมชน ได้แก่ การดูแลผู้ป่วยที่บ้านโดยพยาบาลจิตเวช การบริการอาชีวบำบัด ในชุมชน การจัดทีมช่วยเหลือภาวะวิกฤต การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ในระดับตติยภูมิที่ควรมีเพิ่มเติมจากระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ ได้แก่ การบำบัดที่ครอบคลุมทุกมิติสำหรับผู้เจ็บป่วยทางจิต โดยอาศัยบุคคลที่มีความชำนาญเฉพาะทาง เช่น ดนตรีบำบัด วรรณบำบัด กลุ่มจิตบำบัด เป็นต้น จะเห็นได้ว่าหน่วยบริการสุขภาพระดับตติยภูมิโดยเฉพาะโรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลศูนย์ที่มี จิตแพทย์/แพทย์ที่รับผิดชอบงานจิตเวชโดยตรงร่วมกับทีมจิตเวชจะมีบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทาง การแพทย์ใกล้เคียงกับหน่วยบริการสุขภาพระดับตติยภูมิ

การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการศึกษา⁽²⁵⁾

หมายถึง การจัดการศึกษาตามความต้องการของผู้ป่วย หรือการบริการศึกษาซ่อมเสริม ในปัญหาการเรียนรู้ที่เกี่ยวข้องกับการพูด การเขียน การอ่านตามหลักสูตรการศึกษาที่ผู้ป่วยไม่สามารถ เข้าเรียนได้ ในประเทศไทย แบ่งเป็น 3 รูปแบบ คือ

1. การศึกษาตามระบบ เช่น โรงเรียนทั่วไป โรงเรียนเฉพาะทาง
2. การศึกษานอกระบบ มีลักษณะของความยืดหยุ่นตามกลุ่มเป้าหมาย เช่น การศึกษานอกโรงเรียน
3. การศึกษาตามอัธยาศัย (Informal education) ไม่มีกลุ่มเป้าหมายที่แน่นอน ศึกษาเรียนรู้จากการทำหรือประสบการณ์จริง

จากการประชุมอาเซียน – แปซิฟิก ของผู้ที่มีความบกพร่องหรือพิการ ในปี 2542 มีการ ศึกษาเรื่องการจัดการศึกษาสำหรับเด็กที่มีความบกพร่องหรือพิการในโรงเรียนทั่วไประดับประถมศึกษา พบว่า ครูในโรงเรียนประถมศึกษาที่มีทัศนคติแง่ลบต่อการดูแลเด็กที่มีความบกพร่อง หรือ พิการร่วมกับเด็กปกติ แนวทางแก้ไข คือ ควรมีการอบรมความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติแก่ครูที่ เกี่ยวข้องในโรงเรียนทั่วไปเพื่อสามารถกระตุ้น และสอนบุคคลเหล่านี้ได้อย่างถูกต้อง และเหมาะสม ส่วนการมีโรงเรียนเฉพาะทางอาจมีข้อควรระวังคือบุคคลเหล่านี้จะอยู่แต่ในสังคมของกลุ่มที่มีความ

บกพร่อง ทำให้ไม่เห็นบุคคลปกติในชั้นเรียนเดียวกันที่เป็นแบบอย่างในการเรียนรู้และพัฒนาตนเอง ส่วนข้อดีคือครูทุกคนมีความเข้าใจ และเจตคติดีในการสอนกลุ่มนี้

การฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม ⁽²⁵⁾

หมายถึง การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยในทักษะที่จำเป็นต่อการดำเนินชีวิต และการบริการที่เหมาะสมตามความจำเป็น เช่น ที่อยู่อาศัย จุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้เจ็บป่วยทางจิตสามารถปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อม มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น มีทักษะการจัดการกับปัญหา และสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้ แบ่งเป็น 3 ลักษณะ

1. การบริการที่อยู่อาศัย ได้แก่ Group home บ้านกึ่งวิถี (Half-way house) บ้านอุปถัมภ์ (Foster home) เป็นต้น การจัดการเรื่องที่อยู่อาศัยสำหรับผู้เจ็บป่วยทางจิตไว้ที่พื้งมีจำนวนน้อย และไม่ครอบคลุมทั่วประเทศ เมื่อเปรียบเทียบกับระบบการฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคมเรื่องที่อยู่อาศัยในฮ่องกง ส่วนบ้านกึ่งวิถีในประเทศไทย ได้แก่ บ้านกึ่งวิถีชายและหญิง จังหวัดปทุมธานี ในความดูแลของกรมประชาสงเคราะห์

2. การฝึกทักษะทางสังคม เช่น การดูแลตนเอง การใช้และคิดเงิน การสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น ได้แก่ การทักทาย การสนทนา ทักษะการปฏิเสธ โดยเฉพาะการปฏิเสธสารเสพติด เช่น สุรา ยาบ้า ที่เป็นปัจจัยกระตุ้นให้อาการทางจิตกำเริบ หลักสำคัญในการฝึกทักษะต้องตระหนักว่าทักษะเหล่านั้น ผู้เจ็บป่วยทางจิตสามารถนำไปใช้ในสภาพแวดล้อมที่อาศัยอยู่ แบ่งเป็น 2 ขั้นตอน ขั้นตอนแรกดำเนินการในหน่วยบริการสุขภาพ ได้แก่ คลินิกผู้ป่วยนอก หอผู้ป่วยใน ที่เริ่มต้นด้วยการแนะนำ และประเมินแรงจูงใจในทักษะที่ต้องฝึกฝน จากนั้นศึกษาด้วยวิธีทัศน และสื่อต่างๆ การฝึกบทบาทสมมติ การใช้ทักษะจัดการปัญหา เพื่อส่งผลสำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนดขั้นตอนสุดท้ายดำเนินการในสภาพแวดล้อมตามความเป็นจริง โดยการปฏิบัติทักษะต่างๆ ที่มีผู้ฝึกเป็นพี่เลี้ยง ร่วมกับการบ้านฝึกปฏิบัติด้วยตนเอง นอกจากนั้นเพื่อคงสภาพทักษะต่างๆ ไว้จะมีโปรแกรมกระตุ้นหรือส่งเสริมเป็นระยะๆ อีกทั้งควรมีหน่วยงานติดตาม และให้คำปรึกษาเพื่อให้ความช่วยเหลือและสังเกตอาการเตือนที่อาจกำเริบซ้ำ หน่วยงานที่รับผิดชอบติดตาม นอกจากเครือข่ายสถานบริการสุขภาพภาครัฐ ได้แก่ กรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงแรงงาน และสวัสดิการสังคม หน่วยงานภาคเอกชน ได้แก่ มูลนิธิต่างๆ ชมรมญาติผู้ป่วยในพื้นที่

3. ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพชุมชน (Community Rehabilitation Center) เป็นการให้บริการในชุมชน การบริหารจัดการมีพื้นที่ใช้สอยไม่มากเหมือนโรงพยาบาล ห้องขนาด 50-100 ตารางเมตร อยู่ในชุมชนที่เดินทางไปมาสะดวกแต่ห่างจากโรงพยาบาลจิตเวชที่ตั้ง หัวหน้าศูนย์มีความชำนาญเกี่ยวกับกิจกรรมหรือกลุ่มบำบัด ได้แก่ นักกิจกรรมบำบัด นักอาชีพบำบัด ร่วมกับเจ้าหน้าที่ / ผู้ช่วย

ประมาณ 2 – 4 คน ซึ่งกิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพมีทั้งการฝึกทักษะทางสังคมและอาชีพ จุดดี คือ ดำเนินการฟื้นฟูสมรรถภาพเชิงรุกในวิถีชีวิตจริงของผู้เจ็บป่วยทางจิต โอกาสรับบริการต่อเนื่องสูงกว่า เนื่องจากการเดินทางสะดวก ใกล้บ้าน จุดอ่อนคือ การจัดสรรอัตรากำลังบุคลากรปฏิบัติงาน และแหล่งเงินสนับสนุน บางแห่งมีการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพรวมอยู่ในศูนย์สุขภาพชุมชน โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชนที่มีความใกล้เคียง และมีการพัฒนาต่อเนื่องอีกรูปแบบหนึ่ง คือ คลับเฮ้าส์โมเดล (Clubhouse model) ที่มีการจัดทำมาตรฐานการบริการและทบทวนทุก 2 ปี จากการศึกษาของ Macias และคณะ เปรียบเทียบ 71 คลับเฮ้าส์โมเดลที่ผ่านการยอมรับกับ 48 คลับเฮ้าส์โมเดลที่ไม่ผ่านการยอมรับตามมาตรฐาน พบว่าโครงสร้างการบริหารจัดการไม่แตกต่างกัน แต่กลุ่มแรกให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพที่ครอบคลุมมากกว่าและทำให้สมาชิกได้รับการทำงานสูงกว่ากลุ่มหลัง

การฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพ ⁽²⁵⁾

หมายถึง การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยให้มีทักษะพื้นฐานการทำงาน เช่น การฝึกนิสัยการทำงาน การตรงต่อเวลา ความรับผิดชอบ ฯลฯ จากนั้นมีการฝึกอาชีพตามศักยภาพของผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง มีคุณค่า มีรายได้จากการประกอบอาชีพ ลดภาระต่อครอบครัว และเป็นบุคคลที่มีประโยชน์ในสังคม

การฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพต้องมีความต่อเนื่องตั้งแต่การประเมิน และวางแผนการฟื้นฟูแต่ละระยะ (ตามแผนภูมิที่ 1) ผู้เจ็บป่วยทางจิตบางคนมีความก้าวหน้าอาจข้ามขั้นตอนในบางระยะได้ ส่วนการประสบความสำเร็จด้านอาชีพมากนัก้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับโอกาสทางอาชีพ และการสนับสนุนจากองค์กรที่เกี่ยวข้องของการฝึกทักษะการทำงานและทักษะทางอาชีพ ส่งผลให้ผู้เจ็บป่วยทางจิตมีความมั่นใจและงานมีคุณภาพเพิ่มขึ้น ซึ่งการดำเนินงานจะอยู่ในโรงพยาบาลจิตเวชเป็นส่วนใหญ่

การทำงานในโรงงานอารักษ์ (Shelter workshop) ได้แก่ งานเกษตรกรรม งานประกอบเฟอร์นิเจอร์ งานประกอบวงกบกุญแจ งานถ่ายภาพ เป็นต้น หลักสำคัญคือ การฝึกความชำนาญแต่ละขั้นตอนของอาชีพนั้นๆ โดยมีเจ้าหน้าที่คอยดูแลสำหรับชนิดของงานขึ้นกับความสนใจ ความถนัด

สำหรับการจ้างงานแบบสนับสนุน (Supportive employment) มีเป้าหมายที่สำคัญคือการฝึกอาชีพจนเกิดความชำนาญ สามารถทำงานเหมือนคนทั่วไป จำนวนการทำงาน 7-8 ชั่วโมง / วัน และมีรายได้ใกล้เคียงกับการจ้างแรงงานทั่วๆ ไป อีกทั้งการทำงานจะมีผู้ฝึกทางอาชีพ (Job coach) เป็นพี่เลี้ยงให้คำแนะนำการปฏิบัติงาน การจัดการแก้ไขปัญหา ให้กำลังใจ เป็นต้น เมื่อประสบความสำเร็จจากการจ้างงานแบบสนับสนุน บางหน่วยงานจะให้ใบประกาศนียบัตรเพื่อให้บุคคลเหล่านั้นนำไปสมัคร และเข้าแข่งขันทำงานในการจ้างงานแบบเปิด (Opened employment) อีกประเด็นหนึ่งที่

สำคัญ คือการติดตาม และแจ้งสถานที่ให้ความช่วยเหลือแก่พวกเขาทราบเพื่อใช้ติดต่อกรณีเกิดปัญหาในการทำงาน หรือการปรับตัว ซึ่งส่งผลให้พวกเขาสามารถปรับตัว และใช้ชีวิตอยู่ในสังคม ตราบานานเท่านั้น

การฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน (Community Rehabilitation)⁽²⁶⁾

เป็นการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยอาศัยหลักการของชุมชนในการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข เช่นเดียวกันกับบุคคลทั่วไปในชุมชน กิจกรรมที่สำคัญคือ

1. การฝึกทักษะการใช้ชีวิตในชุมชน (Training in Community Living) คือการสอนและการฝึกฝนให้ผู้ป่วยในเรื่องของการเคลื่อนไหว การเดินทางในชุมชนด้วยยานพาหนะต่างๆ (Use of transport) ตลอดจนความปลอดภัยบนท้องถนน นอกจากนี้ยังรวมถึงการช่วยให้ผู้ป่วยรู้จักและเข้าใจท้องถิ่นที่เขาจะต้องเข้าไปพักอาศัยอยู่ ตลอดจนการช่วยฝึกให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการใช้ทรัพยากรในชุมชน อันได้แก่ ห้องสมุด วัด และสถานบริการสาธารณสุข เป็นต้น

2. การจัดการเรื่องถิ่นที่อยู่หรือบ้านพักสำหรับผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน (Residential or Housing) นั่นคือ การจัดให้มีสถานบริการเพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้าไปรับการฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน และสามารถดำรงชีวิตในชุมชนได้โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีปัญหาไม่สามารถกลับไปใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับครอบครัวได้ (Homelessness) ซึ่งสถานบริการนี้อาจเป็นสถานสงเคราะห์ที่มีอยู่เดิมแล้วประสานงาน เพื่อคัดเลือกผู้ป่วยจิตเวชที่หายแล้วเข้าไปพักอาศัย หรือในลักษณะจัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชขึ้นในชุมชน หรืออาจในลักษณะของครอบครัวอาสา หรือครอบครัวบุญธรรมที่เต็มใจรับผู้ป่วยเข้าไปไว้ในความดูแล

3. การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน (Home care) แนวคิดนี้มุ่งให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาดูแลบำบัดเบื้องต้นในครอบครัวที่บ้าน โดยทีมผู้รักษาจะติดตามเยี่ยมเป็นระยะๆ เพื่อติดตามความก้าวหน้าในการดูแลผู้ป่วยและให้คำแนะนำในการจัดการรักษาดูแลผู้ป่วยด้วยตนเองของครอบครัว

4. การผสมผสานการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชในชุมชนเข้ากับการสาธารณสุข (Integration of psychiatric community rehabilitation with public health) กิจกรรมนี้ทีมผู้รักษา ทีมสุขภาพจิต หรือทีมฟื้นฟูสมรรถภาพ ต้องประสานงานกับหน่วยงานสาธารณสุขในชุมชนให้ร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะติดตามเยี่ยมผู้ป่วยเพื่อประเมินความก้าวหน้าเป็นระยะและช่วยเหลือผู้ป่วยในการใช้ชีวิตในชุมชน ตลอดจนประสานงานหรือเตรียมชุมชนให้ยอมรับผู้ป่วย ทั้งนี้จะต้องมีการปรึกษาร่วมกับทีมสุขภาพจิตหรือทีมฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง

กิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช ⁽¹²⁾

แบ่งออกเป็น 10 ประการดังนี้

1. อาชีวะบำบัด (Occupational Therapy) นักอาชีวะบำบัดจะใช้กิจกรรมต่างๆ ที่ประยุกต์มาจากกิจกรรมในชีวิตประจำวัน
2. นันทนาการบำบัด (Recreational Therapy) จะใช้กิจกรรมหย่อนใจต่างๆ และเกมส์ เพื่อปรับปรุงหรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม
3. ศิลปะบำบัด (Art Therapy) เป็นการใช้ศิลปะการปั้น การเขียนภาพ เพื่อจุดมุ่งหมายในการรักษา และช่วยส่งเสริมพัฒนาการและรู้จักตนเองให้มากขึ้น
4. การเต้นรำบำบัด (Dance Therapy) เป็นการให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกายตามจังหวะดนตรีในการรักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาทั้งทางร่างกายและอารมณ์ร่วมกัน
5. ดนตรีบำบัด (Music Therapy) เป็นการใช้ดนตรีเพื่อเป็นสื่อกลางในการที่จะแสดงความรู้สึก หรืออารมณ์
6. สังคมสงเคราะห์ (Psychiatric Social Work) นักสังคมสงเคราะห์จะเป็นผู้รวบรวมข้อมูลต่างๆ เกี่ยวกับฐานะ ความเป็นอยู่ ปัญหาทางครอบครัวของผู้ป่วย และอื่นๆ
7. จิตวิทยาคลินิก (Clinical Psychology) นักจิตวิทยาจะเป็นผู้ทดสอบ และประเมินระดับสติปัญญา อารมณ์ และบุคลิกภาพของผู้ป่วย
8. พยาบาลจิตเวช (Psychiatric Nursing) พยาบาลจิตเวช นอกจากจะให้การพยาบาลตามปกติแล้ว ยังต้องเป็นผู้สอน และตรวจสอบการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยด้วย
9. ผู้ฝึกสอนงานอาชีพ (Job Training) เป็นการฝึกสอนอาชีพให้ผู้ป่วย โดยเริ่มตั้งแต่การให้ผู้ป่วยเริ่มทดลองทำงานในสถานพยาบาล
10. ที่ปรึกษาการอาชีพ (Vocational Counselor) ที่ปรึกษาการฝึกอาชีพจะเป็นผู้ทดสอบระดับสติปัญญา ความสามารถ ความสนใจ และอุปนิสัยในการทำงาน

หลักการจัดกิจกรรมเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช

กิจกรรมใดๆ ก็ตามที่จัดให้ผู้ป่วยจิตเวช เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพนั้นจะต้องคำนึงถึงการได้รับความเพลิดเพลิน รู้สึกผ่อนคลาย มีความเชื่อมั่นในตนเอง เกิดความรู้สึกภาคภูมิใจ ให้เกิดการเรียนรู้ในการทำงาน การอยู่ร่วมกันในชุมชน การจัดกิจกรรมเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช ยึดหลักการดังต่อไปนี้ ⁽²⁷⁾

1. ผู้ป่วยมีความพึงพอใจซึ่งเป็นการตอบสนองทางด้านอารมณ์ของผู้ป่วย ถ้าหากผู้ป่วยพอใจ การดำเนินกิจกรรมต่างๆ จะเป็นไปได้ด้วยดี ไม่ว่าจะอยู่ในรูปของการละเล่น หรือการทำงาน ทำให้สามารถรวมกลุ่มกับคนอื่น ๆ ได้ จนเกิดความคุ้นเคยสนิทสนม มีความรู้สึกมั่นคงมากขึ้น

2. การป้องกันการเสื่อมสมรรถภาพ คือ จะต้องมุ่งกระตุ้นในส่วนที่ขาดหายไป และส่งเสริมให้มีการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง เช่น ผู้ป่วยบางคนเคยอ่านออก เขียนได้ แต่เมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิต สิ่งเหล่านี้ไม่ได้ทำอย่างต่อเนื่อง แสดงว่าเริ่มขาดส่วนนี้ไป เราจะต้องฝึกให้ผู้ป่วยได้ทดลองอ่านเขียน โดยการฝึกในการเข้ากลุ่ม เพื่อไม่ให้ความสามารถที่มีอยู่ขาดหายไป

3. การพัฒนาจะต้องมุ่งพัฒนาให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม โดยทีมจิตเวชจะต้องร่วมกันหาแนวทางดำเนินกิจกรรมต่างๆ เพื่อให้เกิดประสิทธิผลสูงสุด

4. การคงสภาพที่เหลืออยู่เอาไว้ บ่อยครั้งเป้าหมายของการรักษามุ่งที่จะ ช่วยเหลือผู้ป่วยเพียงเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยมีสภาพทรุดไปกว่าเดิมหรือให้มีชีวิตอยู่โดยไม่เป็นภาระแก่ผู้อื่นมากเกินไป เท่านั้น เช่น การฝึกรับประทานอาหาร อาบน้ำ แต่งตัว การขับถ่าย ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้มีความสามารถในระดับหนึ่งเท่านั้น ไม่สามารถที่จะเรียนรู้พัฒนาการเปลี่ยนแปลงอะไรได้มากนัก

การทำกิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช ได้แก่ ⁽¹²⁾

1. การทำกิจกรรม (Activity)

ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกภาคภูมิใจในตัวเอง และรู้คุณค่าในการทำกิจกรรมที่มีความหมาย ต่อเขา

ตัวอย่างกิจกรรม

- Activity of Daily Living
- Simple activities – Art & Craft
- Recreation
- Domestic activities
- Social skill activities etc.

2. การทำงาน (Work)

การทำให้ผู้ป่วยสามารถพัฒนาอุปนิสัยในการทำงาน สามารถทำงานร่วมกับผู้อื่น และสามารถทนต่อความกดดันจากการทำงานได้

ลักษณะของกิจกรรมในโรงงานอาร์ักษ์

- การรับงานจากโรงงานภายนอกมาทำ เช่น การประกอบชิ้นส่วนเข้าด้วยกัน การบรรจุหีบ-ห่อ การผลิตส่วนประกอบง่ายๆ เป็นต้น

- การทำผลิตภัณฑ์ โดยการทำให้เป็น Job Line

3. การประกอบอาชีพ (Employment)

คือ การออกหางานทำหรือทำงานเลี้ยงชีพตามศักยภาพที่ยังคงมีอยู่ จะเป็นทั้งแบบการประกอบอาชีพในตลาดแรงงาน หรือการประกอบอาชีพโดยมีการช่วยเหลือสนับสนุน (Supported employment) ในงานอิสระ ทำเป็นคณะโดยเคลื่อนที่ไป หรือในธุรกิจที่ให้ฝึกหัดได้

การประกอบอาชีพ (Employment) มี 2 แบบ คือ

- การเข้าไปทำงานในโรงงาน โดยหางานทำในตลาดแรงงาน
- การประกอบอาชีพโดยมีการช่วยเหลืออยู่ ((Supported employment) อาจทำเป็นรายบุคคล หรือรายกลุ่ม

ซึ่งการทำกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช ในแต่ละสถานที่ ควรคำนึงถึงสิ่งต่อไปนี้⁽¹²⁾

สถานที่ให้บริการ	คำนึงถึง	กิจกรรมให้บริการ
ในโรงพยาบาล		
- ตึกผู้ป่วยใน แกร็บ	อาการ / ความสามารถ	เพื่อให้อยู่กับอาการได้
- ตึกฟื้นฟู	ความสามารถ / การทำงาน	ฝึกทักษะการดูแลตนเอง ฝึกทักษะทางสังคม ฝึกทักษะการทำงาน ฝึกทักษะงานบ้าน
- ก่อนจำหน่าย	บทบาท / สิ่งแวดล้อม	ฝึกทักษะการดำรงชีวิตในชุมชน ฝึกทักษะการประกอบอาชีพ ฝึกทักษะทางสังคม
ในชุมชน	บทบาท	Supported employment Individual placement บ้านกิจวิถี ศูนย์ฝึกทักษะในชุมชน Day Center

ขั้นตอนในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช ⁽¹²⁾

การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชให้เกิดประสิทธิภาพนั้น ต้องดำเนินการช่วยเหลือผู้ป่วย ตั้งแต่เริ่มแรกเข้ามาในโรงพยาบาลจนกระทั่งกลับไปสู่ครอบครัวชุมชน ซึ่งสามารถแบ่งวิธีการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชออกได้เป็น 4 ระยะ ดังนี้

1. ระยะแรก ขณะที่ผู้ป่วยยังมีอาการทางจิตอยู่บ้าง แต่ลักษณะอาการไม่ก่อให้เกิดอันตรายทั้งต่อตนเองและผู้อื่น ซึ่งในระยะนี้ผู้ป่วยจะถูกประเมินสภาพจิตใจ อารมณ์ และระดับความสามารถในการทำงานเบื้องต้น (Work skills) การฟื้นฟูสมรรถภาพระยะแรกนี้จะมีวัตถุประสงค์เพื่อลดอาการทางจิต กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีปฏิกริยาตอบสนอง สนใจและรับรู้ต่อสิ่งแวดล้อม กิจกรรมที่จัดให้ผู้ป่วยมักเป็นกิจกรรมรายบุคคลที่ใช้ความสามารถง่ายๆ และทำสำเร็จในระยะเวลาอันสั้น

2. ระยะที่สอง เริ่มต้นเมื่อผู้ป่วยเริ่มมีพฤติกรรมสนใจสิ่งแวดล้อมรอบตัว มีปฏิกริยาตอบสนองที่เหมาะสม และสามารถเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มกับผู้อื่นได้ โดยกิจกรรมกลุ่มมีจุดประสงค์ในการฝึกให้ผู้ป่วยรู้จักการทำงานกับผู้อื่น เรียนรู้การปฏิบัติตนในกลุ่มและฝึกการดูแลตนเองในกิจวัตรประจำวัน กิจกรรมในระยะนี้อาจเป็นทักษะการดูแลตนเองในกิจวัตรประจำวัน การฝึกทักษะทางสังคม เป็นต้น

3. ระยะก่อนผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน ในระยะนี้ผู้ป่วยอาจถูกส่งไปที่ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพหรือกลับไปทดลองอยู่ที่บ้าน แต่ยังมีมารับบริการในโรงพยาบาลกลางวัน จุดประสงค์ของการฟื้นฟูสมรรถภาพในระยะนี้ จะมุ่งเน้นด้านสัมพันธภาพในสังคม พัฒนาทักษะขั้นพื้นฐานในการทำงาน และทักษะการปฏิบัติตัวทั้งที่บ้านและที่ทำงาน

ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถจะกลับไปประกอบอาชีพเดิมได้ หรือต้องกลับไปเป็นภาระแก่ครอบครัวที่จะต้องเลี้ยงดู บุคลากรในงานฟื้นฟูสมรรถภาพ เช่น นักอาชีพบำบัด หรือที่ปรึกษาการฝึกอาชีพจะประเมินความสามารถของผู้ป่วยอีกครั้ง เพื่อดูว่าผู้ป่วยมีความสามารถเหมาะกับอาชีพใดเพื่อดำเนินการฝึกอาชีพนั้น หรือจัดหาแหล่งฝึกอาชีพนั้นๆ กิจกรรมในระยะนี้จะเป็นการให้ผู้ป่วยทดลองทำงาน (Work Therapy) ในอาชีพต่างๆ เช่น อุตสาหกรรมบำบัด เกษตรกรรมบำบัด (Pre – Vocational)

4. ระยะที่ผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตในชุมชนแล้ว งานฟื้นฟูสมรรถภาพจะมีวัตถุประสงค์ในการจัดหางานอาชีพ (Job Placement) เป็นหลัก เช่น งานรับจ้างทั่วไป หรืองานในโรงงานอารักษ์ (Sheltered Workshop) ซึ่งอาจดำเนินการโดยภาคเอกชนหรือรัฐบาลได้ ให้ความรู้แก่ญาติและบุคลากรในชุมชนถึงการดูแลผู้ป่วย และการปฏิบัติตัวต่อผู้ป่วยรวม ทั้งติดตามดูแลผู้ป่วยว่าสามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนนั้นได้อย่างปกติสุขหรือไม่ ตลอดจนกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้รู้จักใช้ทรัพยากรที่มีในท้องถิ่นนั้นให้เป็นประโยชน์มากที่สุด กระตุ้นให้มีกิจกรรมกลุ่มที่เป็นประโยชน์สำหรับผู้ป่วย

แผนภูมิที่ 2.1 ขั้นตอนในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช แสดงได้ดังนี้⁽¹²⁾

ในสถานพยาบาล

จุดประสงค์	กิจกรรม
<i>ระยะแรก</i>	
1. ลดอาการ	งานอาชีพบำบัด
2. กระตุ้นผู้ป่วยให้สนใจสภาพแวดล้อมที่ใกล้ตัว	งานศิลปบำบัด
3. กระตุ้นผู้ป่วยให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนอง	งานเดินรำบำบัด
<i>ระยะที่สอง</i>	
4. ฝึกการทำงานร่วมกับผู้อื่น	งานดนตรีบำบัด
5. เรียนรู้การปฏิบัติตัวกับผู้อื่น	งานนันทนาการบำบัด กิจกรรมกลุ่ม

ในศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพหรือโรงพยาบาลกลางวัน

จุดประสงค์	กิจกรรม
1. พัฒนาลักษณะสัมพันธภาพกับผู้อื่น	กิจกรรมกลุ่มสัมพันธภาพ
2. พัฒนาทักษะในการทำงาน	การทดลองทำงาน (Work Therapy)
3. ทักษะการปฏิบัติตัวกับผู้อื่น	งานอุตสาหกรรมบำบัด
4. ฝึกทักษะที่จำเป็นในการประกอบอาชีพ	งานเกษตรกรรมบำบัด ฯลฯ

ในชุมชน

จุดประสงค์	กิจกรรม
1. ให้ผู้ป่วยมีงานทำ	การจัดหาอาชีพให้ผู้ป่วยทำในชุมชน
2. ให้ญาติและบุคลากรในชุมชนรู้จักการปฏิบัติตัวต่อผู้ป่วยและสามารถดูแลผู้ป่วยได้	การแนะนำญาติและบุคลากรในชุมชน
3. ให้ผู้ป่วยรู้จักใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์	การให้ข้อมูลเกี่ยวกับทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชน

บุคลากรที่ทำหน้าที่ฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช ⁽²⁶⁾

การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชนั้นต้องอาศัยหลักของการทำงานเป็นทีมซึ่งประกอบด้วยบุคลากรหลายสาขาวิชาชีพ ซึ่งมีหน้าที่ความรับผิดชอบหลักแตกต่างกันดังนี้

1. จิตแพทย์

หน้าที่ความรับผิดชอบหลัก

- เป็นผู้นำทีม
- ทำการตรวจบำบัดรักษาทั้งโดยทางยาและวิธีการบำบัดรักษา เช่น การรักษาด้วยวิธีการช็อคไฟฟ้า ทั้งนี้ทำการติดตามประเมินผลเป็นระยะเพื่อปรับเปลี่ยนแผนการรักษาตามปัญหาตามความต้องการของผู้ป่วย

2. พยาบาลจิตเวช

หน้าที่ความรับผิดชอบหลัก

- ให้การพยาบาลตามแผนการรักษาของแพทย์
- วางแผนการพยาบาลตามปัญหา และความต้องการของผู้ป่วย โดย ครอบคลุมการดูแลบุคคลทั้งคน (Holistic nursing care) ปฏิบัติการพยาบาลตามแผน และประเมินผล
- ช่วยเหลือและฝึกทักษะของผู้ป่วยในเรื่องของการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน สุขภาพ และสุขอนามัยอื่นๆ ตลอดจนการใช้สิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัดเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้ พึ่งตนเองได้
- ประสานงานของทีมฟื้นฟูสมรรถภาพ ทั้งนี้เพราะเป็นผู้ที่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด และระบบการบันทึกทางการแพทย์จะช่วยให้พยาบาลสามารถให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อทีมได้

3. นักจิตวิทยา

หน้าที่ความรับผิดชอบหลัก

- ดูแล และตรวจทางจิตใจของผู้ป่วยตลอดจนการบำบัด และฟื้นฟูสภาพจิตให้กับผู้ป่วย
- จัดการศึกษาพิเศษที่เหมาะสมให้กับผู้ป่วย

4. นักสังคมสงเคราะห์

หน้าที่ความรับผิดชอบหลัก

- ตรวจสอบสภาพปัญหาทางสังคมของผู้ป่วย เช่น ปัญหาครอบครัว เศรษฐกิจ และปัญหาอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการใช้ชีวิตในสังคม
- บำบัดและฟื้นฟูสภาพทางสังคมให้แก่ผู้ป่วย เช่น ครอบครัวบำบัด และการฝึกทักษะทางสังคมอื่นๆ

5. นักอาชีพบำบัด

หน้าที่ความรับผิดชอบหลัก

- ฝึกทักษะทางอาชีพให้กับผู้ป่วยตามความเหมาะสมกับความสามารถของผู้ป่วย

6. นักกิจกรรมบำบัด

หน้าที่ความรับผิดชอบหลัก

- จัดกิจกรรมสั้นทนทานการเพื่อการผ่อนคลายช่วยฝึกให้ผู้ป่วยรู้จักการปฏิบัติกิจกรรมและการพักผ่อน

- ฝึกทักษะการสร้างความสัมพันธ์ของผู้ป่วยกับผู้อื่น

8. นักกายภาพบำบัด

หน้าที่ความรับผิดชอบหลัก

- บำบัด ป้องกัน แก้ไขและฟื้นฟูการเสื่อมสภาพหรือความพิการทางด้านร่างกายให้กับผู้ป่วย

แนวคิดเกี่ยวกับการเจ็บป่วยเรื้อรัง

Mayo (1965 :145 – 147, อ้างใน พหล วงศาโรจน์)⁽²⁶⁾ ได้อธิบายถึงภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังว่า คือ ความบกพร่อง หรือภาวะเบี่ยงเบนไปจากปกติ อาจมีลักษณะอย่างใดอย่างหนึ่ง หรือหลายอย่างต่อไปนี้เป็น คือ

1. มีการเปลี่ยนแปลงอย่างถาวร
2. มีความพิการหลงเหลืออยู่
3. พยาธิสภาพที่เกิดขึ้นไม่กลับคืนสู่ปกติ
4. ต้องอาศัยการฟื้นฟูสภาพเป็นพิเศษ

5. ต้องมีการดูแล ให้ความช่วยเหลือแนะนำ สังเกต และติดตามระยะยาวด้วยลักษณะของภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง จึงเกิดการเปลี่ยนแปลงหลายอย่างในวิถีชีวิตของผู้ป่วย ทำให้มีความสับสนเกิดขึ้นในครอบครัวและสังคม เมื่อความเจ็บป่วยกระทบต่อกิจกรรมตามปกติ ทำให้มีความสับสนเกิดขึ้นในครอบครัวและสังคม เมื่อความเจ็บป่วยกระทบต่อกิจกรรมตามปกติ ความเจ็บป่วยที่คนอื่นมองเห็นหรือมองไม่เห็น เมื่ออาการปรากฏต่อสังคมมากปฏิสัมพันธ์ทางลบของสังคมต่อผู้ป่วยจะมากขึ้น

ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง

ผู้ป่วยจิตเวช เป็นผู้ที่มีความผิดปกติด้านการรับรู้ ความคิด อารมณ์ และแรงจูงใจ ความผิดปกติเหล่านี้จะสะท้อนออกมาเป็นพฤติกรรม การปรับตัวและการใช้ชีวิตในสังคมที่เบี่ยงเบน ไปจากปกติ ไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม เช่น ไม่อาบน้ำ ไม่เข้าสังคม มีท่าทางและการแต่งกายแปลกๆ พูดคนเดียว นอนมากเกินไปหรือไม่ยอนนอน หนีออกจากบ้าน ทำร้ายผู้อื่นหรือพยายามฆ่าตัวตาย เป็นต้น การเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชเรื้อรังเป็นระยะเวลาช้านาน พยาธิสภาพจากการเจ็บป่วยจะทำลายภาวะสมดุลของการกระทำหน้าที่ของจิตใจ ความคิด อารมณ์ มีผลให้เกิดข้อบกพร่องและข้อจำกัดในการทำหน้าที่ของชีวิต ทั้งในเรื่องของกิจกรรมส่วนตัว การประกอบอาชีพ และสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น ตลอดจนสังคมและสิ่งแวดล้อม ผู้ป่วยไม่อาจพึ่งตนเองได้ ต้องอยู่ในความดูแลของบุคลากรทางวิชาชีพ

ผลกระทบของการเจ็บป่วยเรื้อรัง

ในที่นี่หมายถึง ผลกระทบทางด้านจิตใจในผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง พบว่าเกิดปัญหาขึ้นกับผู้ป่วย ดังนี้

1. ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองลดลง จากผลของภาวะสมดุลของสภาพจิตใจ ความคิด อารมณ์ที่ถูกทำลายหรือเสื่อมสภาพลง ผู้ป่วยจึงมีข้อจำกัดในความสามารถของการกระทำหน้าที่ในกิจกรรมต่างๆ ทำให้เกิดข้อเสียเปรียบต่างๆ มากมายในสถานการณ์ชีวิตประจำวัน การที่ไม่สามารถพึ่งพาตนเองได้เช่นคนปกติทั่วไปในสังคม และร่องรอยของพฤติกรรมเบี่ยงเบนที่เกิดขึ้นเป็นระยะๆ โดยที่ผู้ป่วยไม่อาจช่วยตนเองได้ จึงทำให้มีการประเมินความมีคุณค่าในตนเองลดลง

2. การแยกตนเองและความรู้สึกโดดเดี่ยว การเจ็บป่วยทางจิตเรื้อรังมีผลต่อชีวิตประจำวันหลายอย่าง ซึ่งทำให้มีการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ทางสังคม ผู้ป่วยหลายรายไม่อาจกระทำกิจกรรมตามปกติได้ และสังคมมองเห็นชัด ผู้ป่วยจะรับรู้ว่าคุณค่าแตกต่างจากคนอื่น หรือด้อยกว่าคนอื่น ยิ่งเป็นผลทางลบต่อผู้ป่วยและปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลมากขึ้น จึงทำให้ผู้ป่วยต้องการแยกตัวและไม่เข้าสังคม

3. ภาวะสูญเสียพลังอำนาจ เป็นภาวะที่ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณค่าของตนเองไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับชีวิตได้ รวมทั้งการสูญเสียสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น ครอบครัว สังคม ผู้ป่วยไม่อาจจัดการกับชีวิตของตนได้ จึงมักถูกญาติทอดทิ้งไว้กับโรงพยาบาลจิตเวช เพราะไม่อาจทำประโยชน์ให้ได้ และเป็นภาวะที่ญาติต้องเลี้ยงดู ภาวะสูญเสียพลังอำนาจนี้จะทำลายความเป็นตัวของตัวเอง สมรรถนะความสามารถในการตัดสินใจ และความพยายามควบคุมความเจ็บป่วย จึงพบเห็นได้บ่อยว่าผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังจะปล่อยชีวิตให้ดำเนินไปวันๆ โดยปราศจากความคาดหวังต่อชีวิตในอนาคต

การประเมินสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช ⁽²⁸⁾

การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชจะไม่บรรลุผลสำเร็จ ถ้าไม่มีการประเมินความสามารถเกี่ยวกับทักษะจำเป็นพื้นฐานในการดำรงชีวิตประจำวันของผู้ป่วยแต่ละราย ก่อนและหลังการให้การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช เพื่อติดตามผลของการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช และการปรับวิธีการในการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชให้เหมาะสม และมีประสิทธิภาพสูงสุดแก่ผู้ป่วยจิตเวชแต่ละรายโดยสามารถให้การฟื้นฟูสมรรถภาพตรงตามทักษะที่บกพร่อง ดังนั้น จึงถือได้ว่าการประเมินสมรรถภาพทางจิตเวชเป็นกระบวนการที่จำเป็น และสำคัญเป็นอย่างยิ่ง

ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคมโรงพยาบาลศรีธัญญาได้ใช้เครื่องมือ เพื่อประเมินระดับความสามารถเกี่ยวกับทักษะจำเป็นพื้นฐานในการดำรงชีวิตประจำวันของผู้ป่วยแต่ละราย โดยใช้ประเมินความสามารถทั้งก่อนและหลังการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช โดยกำหนดเกณฑ์แบ่งระดับผู้ป่วยจิตเวช ดังนี้

ค่าเฉลี่ย ระหว่าง	0 - 0.50	หมายถึง ระดับที่ 1
ค่าเฉลี่ย ระหว่าง	0.50 - 1.50	หมายถึง ระดับที่ 2
ค่าเฉลี่ย ระหว่าง	1.51 - 2.50	หมายถึง ระดับที่ 3
ค่าเฉลี่ย ระหว่าง	2.51 - 3.50	หมายถึง ระดับที่ 4
ค่าเฉลี่ย ระหว่าง	3.51 ขึ้นไป	หมายถึง ระดับที่ 5

การแปลความหมาย

ระดับที่ 1	หมายถึง	ผู้ที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ หรือรบกวนความสงบผู้อื่น
ระดับที่ 2	หมายถึง	ผู้ที่อยู่ตามลำพังไม่ยุ่งเกี่ยวกับใคร และช่วยเหลือตนเองไม่ได้
ระดับที่ 3	หมายถึง	ผู้ที่ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง และอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้บ้าง
ระดับที่ 4	หมายถึง	ผู้ที่ไม่ต้องพึ่งผู้อื่น และประกอบอาชีพเลี้ยงตัวเองได้
ระดับที่ 5	หมายถึง	ผู้เลี้ยงตัวเองได้ และช่วยเหลือผู้อื่นได้บ้าง

เกณฑ์การให้คะแนนในกิจกรรมแต่ละทักษะ มีดังนี้

- ก. ทักษะการดำเนินชีวิตประจำวัน
- ข. ทักษะการอยู่ร่วมกันภายในบ้าน
- ค. ทักษะทางสังคม
- ง. ทักษะการทำงาน
- จ. ทักษะการพักผ่อน
- ฉ. ทักษะการใช้ชีวิตในชุมชน

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

นิตยา ตากวิริยะนันท์ และชนมน สุยะชีวิน (2536)⁽²⁹⁾ ศึกษาเรื่องคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเวช ในระยะฟื้นฟูสภาพ พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชในระยะฟื้นฟูสภาพมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ค่อนข้างต่ำเล็กน้อย โดยมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 3 ลำดับแรก คือ คุณภาพชีวิตในเรื่องการรับประทาน ยาทางจิตเวช การรักษาพยาบาล และการนอนหลับที่เพียงพอเต็มอิ่ม ตามลำดับ และมีคะแนน เฉลี่ยต่ำสุด 3 ลำดับแรกคือ คุณภาพชีวิตในเรื่องอาชีพการงาน ฐานะทางการเงินและการศึกษา ตามลำดับ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ประเมินว่าคุณภาพชีวิตในระดับดีพอใช้ขณะอยู่โรงพยาบาล แต่จะมี คุณภาพชีวิตในระดับดีมากเมื่อกลับไปอยู่บ้าน เมื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตและปัจจัย บางประการ พบว่า ความพร้อมในการดูแลตนเอง และเพศเท่านั้นที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตโดยสามารถอธิบายความแปรปรวน ของการรับรู้คุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 4.3 และมีนัยสำคัญทางสถิติ (สำหรับปัจจัยอื่นซึ่งได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระยะเวลาศึกษา รายได้ จำนวนครั้งที่ญาติมาเยี่ยม ระยะเวลาเจ็บป่วย และ จำนวนครั้งที่เข้าโรงพยาบาลในปีที่ผ่านมา พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตและไม่สามารถ ร่วมทำนายคุณภาพชีวิตได้

เสาวนีย์ สังข์โสภณ (2538)⁽³⁰⁾ ศึกษาการสำรวจความคิดเห็นของผู้ป่วยที่รับการรักษา ด้วยวิธีดนตรีบำบัด ร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกาย พบว่า ค่าอายุเฉลี่ยของผู้ป่วย 35.15 ปี (5 – 80 ปี), 65 %ของผู้ป่วยเด็กเป็นโรค cerebral palsy 50% ของผู้ป่วยผู้ใหญ่เป็นโรค Hemiplegia , 97 % ของผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อวิธีการรักษาด้วยดนตรีบำบัดและผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความต้องการ ดนตรีบำบัด (ความถี่ ครั้ง/สัปดาห์) มากกว่าที่ได้จัดไว้ให้ นอกจากนี้ ผู้ป่วยยังสนับสนุนให้มีการ นำวิธีการรักษาทางดนตรีบำบัดไปใช้กับผู้ป่วยโรคอื่นด้วย โดยให้เหตุผลสำคัญว่าดนตรีบำบัด สามารถช่วยทำให้ผู้ป่วยมีสุขภาพจิตดีขึ้น และทำให้อาการป่วยทางร่างกายลดลงได้

เพลินพิศ จันทศักดิ์ และคณะ (2539)⁽³¹⁾ ศึกษาเรื่องการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบ การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน พบว่าผู้ป่วยที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง (ร้อยละ 60.9) ให้ข้อมูลด้วย ตัวเอง (ร้อยละ 69.6) สามารถดูแลตัวเองได้ ทั้งด้านสังคมและการดำรงชีพ สามารถทำกิจวัตร ประจำวันได้เอง (ร้อยละ 95.7) มีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัว (ร้อยละ 82.7) และชุมชน (ร้อยละ 78.3) ไปจนถึงประกอบอาชีพได้ (ร้อยละ 60.9) ในด้านคู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย จิตเวชในชุมชน ทั้งด้านคำแนะนำและภาพประกอบในคู่มือ พบว่า มีความยากในการใช้ความ สะดวกในการใช้และประโยชน์ที่ได้รับอยู่ในระดับปานกลาง กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายที่จะ

พัฒนาให้ประชาชนมีความสามารถในการพึ่งตนเองทางด้านการดูแลสุขภาพ เพื่อให้บรรลุเป้าประสงค์ของการมีสุขภาพดีถ้วนหน้า โดยการใช้วิถีทางสาธารณสุขมูลฐานเข้ามาดำเนินการ ผู้ป่วยจิตเวชที่อยู่ในชุมชน มักจะประสบปัญหาเกี่ยวกับผู้ป่วยไม่ได้รับยาอย่างต่อเนื่อง ถูกละเลย ไม่ได้รับการเอาใจใส่ดูแลเท่าที่ควร เพราะขาดการยอมรับจากญาติและชุมชน ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจิตเวชจะมีศักยภาพในการดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้ก็ตามสิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชเกิดความรู้สึกด้อยในคุณค่าของตนเองเป็นเหตุให้เกิดปัญหาทางสังคมอย่างต่อเนื่อง กรมสุขภาพจิตและคณะผู้ศึกษา จึงเห็นความสำคัญในการจัดทำโครงการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีพอยู่ในชุมชนได้ในระดับใกล้เคียงกับภาวะเดิมและพึ่งพาตนเองได้มากที่สุด ซึ่งบุคคลในครอบครัวและชุมชนจะเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการดูแลช่วยเหลือที่บ้านต่อจากทีมสุขภาพจิตเป็นผลให้ชุมชนและครอบครัวมีความเข้าใจผู้ป่วยจิตเวช มีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วย และผู้ป่วยสามารถดำรงชีพอยู่ในครอบครัวและชุมชนของตนเองได้โดยพึ่งตนเอง และได้รับการฝึกเพื่อดูแลตนเองมิให้เกิดอาการทางจิตกำเริบได้อีก

พหล วงศาโรจน์ (2540)⁽²⁶⁾ ศึกษาเรื่องการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชกับความมั่นคงแห่งชาติ ผลการวิจัย พบว่า โครงสร้างและระบบบริการของงานฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชของโรงพยาบาลจิตเวชสังกัดกรมสุขภาพจิตนั้น มีลักษณะคล้ายคลึงกัน คือมุ่งเน้นที่การให้บริการภายในโรงพยาบาลมากกว่าที่มุ่งสู่ชุมชน รูปแบบกิจกรรมมีลักษณะคล้ายคลึงกันในทุกโรงพยาบาล รวมทั้งไม่มีความแตกต่างกับการรักษาในงานบริการลักษณะอื่นๆ ไม่ว่าจะเป็นงานแรกรับ หรืองานเร่งรัดบำบัด ทั้งนี้ไม่สามารถมองเห็นรูปแบบที่ชัดเจนในเรื่องการฝึกทักษะต่างๆ ที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง งานฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชที่โดดเด่นมากได้แก่ ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพหนองบัว ที่โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ซึ่งมีลักษณะคล้ายการจัดให้มีชุมชนจำลองขึ้นในโรงพยาบาล ผู้ป่วยจะพึ่งตนเองมากกว่าอยู่ในลักษณะหอผู้ป่วย ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน พบว่ามีปัญหาคล้ายๆ กันและที่สำคัญ คือ ปัญหาการขาดแคลนบุคลากรและบุคลากรที่มีอยู่ขาดความรู้ความสามารถ และทักษะในการดำเนินงาน ปัญหาในเรื่องของอาคารสถานที่คับแคบและขาดการพัฒนาทางด้านวิชาการไม่มีความก้าวหน้าทางด้านวิชาการเท่าที่ควร

ศรัญญา บุญพิทักษ์ (2540)⁽³²⁾ ศึกษาเรื่องการศึกษาดูงานผลการพยาบาลโดยการฝึกทักษะการดำเนินชีวิตในผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังชาย โรงพยาบาลศรีธัญญา ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจัดกิจกรรมกลุ่มฝึกทักษะการดำเนินชีวิตใน 10 พฤติกรรม ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีความสามารถในการแสดงพฤติกรรมแตกต่างกัน ในแต่ละครั้งของการประเมิน โดยมีความสามารถในการแสดงพฤติกรรม

สูงสุดในครั้งนี้ 5 ของการประเมิน และพบว่ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมมีความสามารถในการแสดงพฤติกรรมแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($P < .01$)

ศิริตน์วดี ปิยะศีล (2540)⁽³³⁾ ศึกษาเรื่องประสิทธิผลของการใช้กิจกรรมดนตรีที่มีต่อการฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง ในกลุ่มงานฟื้นฟูสมรรถภาพ โรงพยาบาลศรีธัญญา พบว่า ภายหลังจากการทดลองโดยการใช้กิจกรรมดนตรี ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยเน้นการใช้กิจกรรมดนตรี (กลุ่มทดลอง) มีทัศนคติ พฤติกรรมการสื่อสารและพฤติกรรมเบี่ยงเบนทางจิตดีขึ้นมากกว่าผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยการพยาบาลตามปกติ ในหอผู้ป่วย (กลุ่มควบคุม) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และภายหลังจากการทดลองโดยการใช้กิจกรรมดนตรี ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยเน้นการใช้กิจกรรมดนตรี (กลุ่มทดลอง) มีทัศนคติ พฤติกรรมการสื่อสารและพฤติกรรมเบี่ยงเบนทางจิตเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง โดยการใช้กิจกรรมดนตรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นรวิรี พุ่มจันทร์ (2541)⁽³⁴⁾ ศึกษาเรื่องการศึกษาเปรียบเทียบอาการผู้ป่วยก่อนและหลังการฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวชแบบโรงพยาบาลกลางวันด้วยการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม พบว่า 1) ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการทางจิตลดลงหลังจากได้รับการฟื้นฟูแบบโรงพยาบาลกลางวัน ด้วยการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม 2) มีปัจจัยบางประการที่เกี่ยวข้องกับความเปลี่ยนแปลงอาการทางจิตของผู้ป่วยที่ได้รับการฟื้นฟูด้วยการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม 3) ผู้ป่วยส่วนใหญ่เข้าร่วมกิจกรรมการฟื้นฟูแบบโรงพยาบาลกลางวันด้วยการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมอย่างสม่ำเสมอรวมทั้งให้ความร่วมมือในกิจกรรมเป็นอย่างดี และมีความรู้สึกชอบต่อกิจกรรมการฟื้นฟูด้วยการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม สรุปและข้อเสนอแนะ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการทางจิตลดลงมีความสนใจและร่วมมือ รวมทั้งมีความรู้สึกชอบต่อกิจกรรมฟื้นฟูแบบโรงพยาบาลกลางวัน ด้วยการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม น่าจะมีการนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยในหน่วยงานอื่นของกรมสุขภาพจิตที่ยังขาดแคลนบุคลากรในการให้บริการรักษาผู้ป่วยในรูปแบบของโรงพยาบาลกลางวันและควรมีการขยายผลในการนำไปใช้วิจัยและพัฒนา รวมทั้งการประเมินผลเทคโนโลยีและโครงการในอนาคต

ศรีสะอาด จุฑากฤษฏา (2541)⁽³⁵⁾ ศึกษาเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคจิตเภทให้มีทักษะในการดำเนินชีวิต พบว่า ผู้ป่วยสามารถดูแลความสะอาดส่วนตัวได้ มีสัมพันธภาพทางสังคมและทำกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับชีวิตประจำวันได้โดยไม่เป็นภาระแก่ญาติ สรุปและข้อเสนอแนะ คือ ควรจะให้ความรู้แก่ญาติผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ในเรื่องการดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้านในรูปแบบที่ให้ญาติมีส่วนร่วมในการฝึกปฏิบัติภายใน Ward โดยมีเจ้าหน้าที่คอยให้คำแนะนำอย่างน้อย 1 วัน เช่นการ

ฝึกทำงานบ้าน เป็นต้น สำหรับผู้ป่วยรายอื่น ควรจะให้ญาติมีส่วนร่วมในการฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วยเช่นกัน แต่ควรจะให้ผู้ป่วยทดลองกลับไปเยี่ยมบ้านก่อนจำหน่าย และควรมีญาติมาด้วยทุกครั้ง ภายหลังจากเยี่ยมบ้าน ควรจะสำรวจความพึงพอใจ ของญาติภายหลังจากผู้ป่วยฟื้นฟูสมรรถภาพกลับไปสู่ชุมชน

ณัฐวดี แทนรัตนกุล (2542)⁽³⁶⁾ ศึกษาเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการศึกษาเพื่อเสริมสร้างทักษะพื้นฐานที่จำเป็นในการดำรงชีวิตของผู้ป่วยจิตเวช : ศูนย์พัฒนาการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคม พบว่า เมื่อสิ้นสุดการทดลองผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มทดลองแสดงทักษะพื้นฐานที่จำเป็นในการดำรงชีวิตดีกว่าก่อนการทดลอง ค่าคะแนนพฤติกรรมทักษะพื้นฐานที่จำเป็นในการดำรงชีวิตของกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุม ผู้ป่วยจิตเวชที่ช่วยเหลือตนเองได้บ้างและอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้บ้าง และผู้ป่วยจิตเวชที่ไม่ต้องพึ่งผู้อื่น ประกอบอาชีพเลี้ยงตัวเองได้สามารถเรียนรู้ผ่านตามเกณฑ์หลักสูตรการศึกษาผู้ใหญ่แบบเบ็ดเสร็จได้ทุกราย ความสามารถในการเรียนรู้ของกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุม ความสามารถในการเรียนรู้มีความสัมพันธ์โดยตรงกับคะแนนพฤติกรรมทักษะพื้นฐานที่จำเป็นในการดำรงชีวิต

พิทักษ์พล บุญยมาลิก และสุนีย์ เอกวัฒน์พันธ์ (2542)⁽³⁷⁾ ศึกษาเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชโดยชุมชน : กรณีศึกษาชุมชนวัดสวนแก้ว พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชเรื่องรังเพศชายที่รับไว้รักษาในศูนย์พัฒนาการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคม โรงพยาบาลศรีธัญญา และถูกญาติทอดทิ้ง จำนวน 22 ราย ได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนส่งเข้าสู่ชุมชน โดยได้รับการฝึกทักษะจำเป็นพื้นฐานในการดำเนินชีวิตทั้ง 6 ด้าน คือทักษะการดำเนินชีวิตของแต่ละบุคคล ทักษะทางสังคม ทักษะการอยู่ร่วมกันภายในบ้าน ทักษะการทำงาน ทักษะการพักผ่อน ทักษะการใช้ชีวิตในชุมชน และผ่านการประเมินความสามารถในการดูแลตนเองทุกทักษะ ในระดับ 4 ขึ้นไป ก่อนจะถูกส่งเข้าไปใช้ชีวิตร่วมกับสมาชิกอื่นๆ ของชุมชนวัดสวนแก้ว ผลการศึกษาพบว่า หลังจากผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างเข้าไปใช้ชีวิตร่วมกับสมาชิกอื่นๆ ของชุมชนได้ระยะหนึ่ง ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 90.90 สามารถกลับสู่ภูมิลำเนาเดิมของตนเองได้ ในจำนวนของผู้ป่วยที่กลับสู่ภูมิลำเนาเดิมนี้อีก 65 กลับสู่ภูมิลำเนาเดิมด้วยตนเอง และร้อยละ 35 กลับสู่ภูมิลำเนาเดิมโดยมีญาติรับกลับจากวัดสวนแก้ว

เยาวรัตน์ สร้อยสนธิ (2542)⁽³⁸⁾ ศึกษาเรื่องประสิทธิผลของการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุโรงพยาบาลศรีธัญญา พบว่า ประสิทธิผลของการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุในภาพรวมอยู่ในระดับค่อนข้างสูง 2 ด้านและอยู่ในระดับปานกลาง 1 ด้าน เมื่อพิจารณาถึงระดับประสิทธิผลรายด้านต่างกัน ดังนี้ ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย อยู่ในระดับปานกลาง ความสามารถ

ของญาติที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย อยู่ในระดับค่อนข้างสูง ความสามารถของทีมพยาบาลที่รับผิดชอบในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับที่ค่อนข้างสูง

วรรณภา พลอยเกลื่อน (2542)⁽³⁹⁾ ศึกษาเรื่องทักษะของพยาบาลในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลศรีรัษฎา ผลการวิจัยพบว่า ความคิดเห็นของพยาบาลจิตเวชเกี่ยวกับทักษะในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยทั้ง 5 ด้าน ในภาพรวมมีความสำคัญในระดับมาก เมื่อเปรียบเทียบกับความคิดเห็นของพยาบาลจิตเวชที่มีอายุและประสบการณ์ต่างกันเกี่ยวกับทักษะในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยพบว่า มีความคิดเห็นไม่แตกต่างกัน ส่วนพยาบาลจิตเวชที่มีการศึกษาต่างกันพบว่า มีความคิดเห็นแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ที่ระดับ 0.01 และความคิดเห็นเพิ่มเติมเกี่ยวกับแนวทางในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย พยาบาลจิตเวชมีความเห็นว่าด้านการแพทย์ จิตแพทย์ต้องเป็นบุคคลที่เห็นความสำคัญ และเป็นผู้นำทีมในการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยทำการตรวจ รักษา ดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ตั้งแต่เข้ารับการรักษาจนสามารถช่วยเหลือตนเองได้ ด้านสังคมพยาบาลควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยเข้ากลุ่มกิจกรรมต่างๆ เพื่อสามารถปรับตัวแก้ไขปัญหาดตนเอง และผู้อื่นได้ ด้านการศึกษา พยาบาลควรมีแนวทางในการให้ความรู้โดยทำกลุ่มบำบัด หรือมีมุมความรู้ภายในหอผู้ป่วย ด้านอาชีพควรฝึกอาชีพที่ผู้ป่วยถนัด และเหมาะสมกับท้องถิ่น ส่วนในชุมชนทุกคนควรให้ความร่วมมือในการดูแล และยอมรับผู้ป่วย

อนงค์ ธรรมโรจน์ และคณะ (2542)⁽⁴⁰⁾ ศึกษาเรื่องการใช้รูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพตามสภาพปัญหา และความต้องการของผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบที่ 1 มีผู้ป่วยเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านอาชีพ จำนวน 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 13.9 ของผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด รูปแบบที่ 2 มีผู้ป่วยเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการดูแลตนเอง จำนวน 30 ราย คิดเป็นร้อยละ 41.7 และรูปแบบที่ 3 มีผู้ป่วยเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านอาการเจ็บป่วย จำนวน 32 ราย คิดเป็นร้อยละ 44.4 ของผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ผลการเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงทักษะการดำเนินชีวิต และทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเวชจากการเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพทั้ง 3 รูปแบบ พบว่าคะแนนเฉลี่ยทักษะการดำเนินชีวิตของกลุ่มผู้ป่วยหลังจากเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพรูปแบบที่ 1, 2 และ 3 มีการเพิ่มขึ้นตามลำดับดังนี้ 2.5 ± 1.7 2.9 ± 2.4 และ 3.0 ± 2.5 ซึ่งมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ P.05 และพอสรุปได้ว่าการฟื้นฟูสมรรถภาพรูปแบบที่ 3 (การฟื้นฟูสมรรถภาพด้านอาการเจ็บป่วยทางจิต) มีการเพิ่มของคะแนนทักษะการดำเนินชีวิตมากที่สุด ส่วนด้านทักษะทางสังคม พบว่า คะแนนเฉลี่ยของผู้ป่วยเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพรูปแบบที่ 1, 2 และ 3 มีการเพิ่มขึ้นตามลำดับดังนี้ 5.7 ± 3.3 6.7 ± 3.3 และ 6.4 ± 3.2 ซึ่งมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ P .05 และพอสรุปได้ว่า การ

ฟื้นฟูสมรรถภาพรูปแบบที่ 2 (การฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการดูแลตนเอง) มีการเพิ่มของคะแนนทักษะทางสังคมมากที่สุด

จดี เจริญสรรพ และคณะ (2543)⁽⁴¹⁾ ศึกษาเรื่องการประเมินโครงการการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน พบว่าผู้ป่วยมีลักษณะอาการและพฤติกรรมดีขึ้นอย่างชัดเจน ($p\text{-value} = 0.001$) ดังจะเห็นได้จากผู้ป่วยในระดับ 2 ซึ่งช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ร้อยละ 22.0 เมื่อได้รับการดูแลที่บ้าน ไม่พบผู้ป่วยในระดับนี้อีก และผู้ป่วยในระดับ 5 ซึ่งดูแลตนเองและช่วยเหลือผู้อื่นได้เพิ่มจากร้อยละ 3.0 เป็นร้อยละ 18.7 เมื่อเปรียบเทียบความรู้ของญาติทุกคนต่างพึงพอใจต่อการปฏิบัติงานของทีมสุขภาพสรุปและข้อเสนอแนะ หลังได้รับการดูแลที่บ้านผู้ป่วยมีลักษณะอาการและพฤติกรรมดีขึ้น ญาติมีความรู้เกี่ยวกับโรคจิต และการดูแลผู้ป่วยดีขึ้นทั้งก่อนและหลังได้รับการดูแลที่บ้าน ญาติมีทัศนคติที่ดีในการดูแลผู้ป่วย อีกทั้งผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจต่อการปฏิบัติงานของทีมสุขภาพ ดังนั้น ผลการศึกษาครั้งนี้แนะนำให้นำมาปรับปรุงขยายบริการไปยังผู้ป่วยจิตเวชและญาติในอำเภออื่นๆ ของจังหวัดสุราษฎร์ธานี ด้วยการอบรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านแก่บุคลากรสาธารณสุข รวมทั้งจัดทำแบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านสำหรับทีมสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ และลดการกลับมารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในโดยไม่จำเป็น

ชิตชนก โสภาวัฒนา (2543)⁽⁴²⁾ ศึกษาเรื่องทัศนคติและความพร้อมของชุมชนต่อการใช้วัดเป็นศูนย์กลางการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยโรคจิต : ศึกษากรณีชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดนครราชสีมา พบว่า ในด้านทัศนคติต่อผู้ป่วยโรคจิตในชุมชน พบว่า 1) ชุมชนมีความรู้สึกในทางที่ดีต่อผู้ป่วยโรคจิต และยอมรับผู้ป่วยโรคจิตว่าเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน รวมทั้งต้องการให้การช่วยเหลือดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคม และเกือบทั้งหมดเห็นว่าการใช้วัดเป็นศูนย์กลางการดูแลผู้ป่วยโรคจิตนั้นเหมาะสม โดยมีพระสงฆ์เป็นแกนนำ เป็นผู้กระตุ้น และผู้ประสานงานกับผู้เกี่ยวข้องในชุมชน ให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยโรคจิต ซึ่งชุมชนมีแนวโน้มให้ความร่วมมือสูง 2) ความพร้อมของชุมชนในการใช้วัดเป็นศูนย์กลางการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยโรคจิต พบว่า ด้านความรู้ ความเข้าใจในเรื่องโรคจิตและวิธีการดูแลผู้ป่วยโรคจิตที่เป็นวิชาการทางการแพทย์นั้น พระสงฆ์และผู้นำชุมชนยังไม่มีความพร้อมในด้านความรู้ แต่พระสงฆ์จะมีความเข้าใจสภาพจิตใจของมนุษย์ตามหลักพระพุทธศาสนา ซึ่งเป็นภูมิปัญญาท้องถิ่น นำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิต โดยเน้นการดูแลด้านจิตใจ - สังคม ผู้ป่วยและครอบครัว 3) ปัญหาอุปสรรคในการใช้วัดเป็นศูนย์กลางการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยโรคจิต พบว่า สภาพอาการของผู้ป่วยโรคจิตที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรัง ซึ่งจะมีอาการกำเริบเป็นระยะ ทำให้การดูแลผู้ป่วยไม่สามารถบรรลุวัตถุประสงค์ หรืออาจมีผลกระทบต่อวัดได้ การดำเนินงานดูแลผู้ป่วยโรคจิตใน

ชุมชนต้องใช้กระบวนการมีส่วนร่วมจากชุมชน เพราะพระสงฆ์มีข้อจำกัดในด้านพระธรรมวินัยในการดูแลผู้ป่วย

สมรัก ชูวานิชวงศ์ และคณะ (2543)⁽⁴³⁾ ศึกษาเรื่องโครงการทดลองนำผู้ป่วยจิตเวชอาการทุเลาเข้าฝึกอาชีพในโรงงานอุตสาหกรรม พบว่า ผู้ป่วยมีทักษะการดูแลตนเองขั้นพื้นฐาน ใช้ชีวิตร่วมกับผู้อื่นในสังคม และสามารถประกอบอาชีพสุจริตได้ มีรายได้เป็นของตนเอง กล่าวคือ ผู้ป่วยได้รับการบรรจุเป็นลูกจ้างชั่วคราวของโรงงานโดยเป็นหญิง 1 ราย ชาย 2 ราย ซึ่งจำนวนผู้ป่วยจิตเวชหญิงอีก 4 รายพบว่าไม่สามารถปรับตัวเข้ากับการทำงานได้ เนื่องจากมีปัญหาทางด้านอารมณ์และความคิด สรุปลงและข้อเสนอแนะ โครงการทดลองนำผู้ป่วยจิตเวชอาการทุเลาเข้าฝึกอาชีพในโรงงานอุตสาหกรรม เป็นโครงการนำร่องอีกวิธีหนึ่งที่น่าผู้ป่วยจิตเวชออกสู่ชุมชน โดยเน้นการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านอาชีพที่มีหลากหลายและควรมีการพัฒนารูปแบบอื่น ๆ ตามความเหมาะสมและความถนัดของผู้ป่วยแต่ละคน นอกจากนี้ควรมีการขยายผลอย่างต่อเนื่อง

ศิริวรรณ เพียรสุข (2544)⁽⁴⁴⁾ ได้ศึกษาเรื่องการวิจัยประเมินผลโครงการประชาสัมพันธ์การดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน พบว่า แกนนำชุมชนกำหนดกิจกรรมเพื่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวช มีความครอบคลุมการดูแลทั้งกาย ใจ สังคม และอาชีพ แกนนำชุมชนร้อยละ 97 มีความเข้าใจ เห็นใจผู้ป่วยจิตเวช และครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวชมากขึ้น มีความรู้สึกภูมิใจที่ได้มีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัว ผู้ป่วยจิตเวชมีสภาพความเป็นอยู่ในชุมชนดีขึ้น ความถี่ของอาการทางจิตที่กำเริบนั้นลดลง โดยร้อยละ 75 ไม่กลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล ไม่ถูกกักขัง และร้อยละ 97 มีการรับประทานยาต่อเนื่อง ช่วยเหลือตนเองได้ดี ดูแลความสะอาดตนเองได้ ช่วยเหลืองานภายในครอบครัวได้ ประกอบอาชีพได้ กล้าเข้าสังคม ญาติผู้ป่วยจิตเวช ร้อยละ 98 มีความเข้าใจ เห็นใจผู้ป่วยมากขึ้น ประทับใจที่คนในชุมชนห่วงใย คอยช่วยเหลือ ส่วนประชาชนในชุมชน ร้อยละ 90 มีความเห็นใจผู้ป่วยมากขึ้น เข้าใจสาเหตุการเจ็บป่วยของผู้ป่วย อยากให้กำลังใจผู้ป่วยจิตเวช รู้สึกชื่นชมแกนนำที่ช่วยดูแลผู้ป่วย บทสรุปโครงการนี้มีผลต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ช่วยประหยัดเวลาในการปฏิบัติงานของบุคลากร และลดค่าใช้จ่ายต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากขั้นตอนการเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาล สมควรแก่การขยายผลในพื้นที่อื่นๆ

รักสุดา กิจอรุณชัย (2545)⁽⁴⁵⁾ ได้ศึกษาเรื่องการประเมินผลโครงการฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพ โรงพยาบาลศรีรัษฎา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ทราบผลของโครงการฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพ โดยการทำงานในอารักขาของโรงพยาบาลศรีรัษฎา(ร้านเพื่อน) ต่อการเปลี่ยนแปลงความสามารถ

ทางทักษะต่างๆ ทำการประเมินผู้ป่วยซึ่งทำงานในโครงการนาน 6 เดือนขึ้นไป รวมทั้งสิ้น 27 ราย ก่อน และหลังเข้าโครงการ โดยใช้แบบประเมินสมรรถภาพของศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคม ซึ่งประกอบด้วยทักษะ 6 ด้าน ได้แก่ ทักษะการดูแลตนเอง ทักษะการอยู่ร่วมกันภายในบ้าน ทักษะทางสังคม ทักษะการงาน ทักษะการพักผ่อน และทักษะการใช้ชีวิตในชุมชน ผลการวิจัย พบว่า มีการเพิ่มขึ้นของคะแนนความสามารถทั้ง 6 ด้าน อย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะทักษะการงาน และทักษะทางสังคม เพิ่มขึ้นมากกว่าทักษะด้านอื่น สรุปโครงการฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพ โดยการทำงานในอารักขาของโรงพยาบาลศรีธัญญา (ร้านเพื่อน) สามารถเพิ่มทักษะด้านต่างๆ ของผู้ป่วยจิตเวชที่เข้าร่วมโครงการ

Bell MD. และคณะ (อ้างในรักสุตา กิจอรุณชัย,2545)⁽⁴⁵⁾ ได้ทำการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วย 100 คน (ชาย 94 คน , หญิง 6 คน) ณ Veterans affairs (VA) medical center โดยผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอายุเฉลี่ย 40 ปี ระยะเวลาของความเจ็บป่วยเฉลี่ย 16 ปี ทำการสุ่มเลือกได้ผู้ป่วย 57 คน ที่ทำงานร่วมกับได้รับค่าจ้าง และอีก 43 คน ที่ทำงานแต่ไม่ได้รับค่าจ้าง (งานที่ทำก็คืองานภายใน VA medical center เช่น เวชระเบียน, งานช่างบำรุง , พี่เลี้ยงผู้ป่วย และส่งไปรษณีย์) ติดตามดูในเรื่องอัตราการให้ความร่วมมือในการทำงานเป็นระยะเวลา 26 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มที่ได้รับค่าจ้างมีอัตราการให้ความร่วมมือในการทำงานอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งจากผลการศึกษานี้ขัดแย้งความเชื่อเดิมที่ว่าโปรแกรมการทำงานมักไม่ได้ความร่วมมือจากผู้ที่มีอาการทางจิตรุนแรง โดยเฉพาะมีอาการทางด้านลบ การจ่ายเงินเพื่อเป็นแรงจูงใจทำให้มีความร่วมมือมากขึ้นได้ในกรณีผู้ป่วยลักษณะเช่นนี้

Bryson G,Lysaker P. และ Bell M. (อ้างในรักสุตา กิจอรุณชัย,2545)⁽⁴⁵⁾ ศึกษาด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยการทำงาน (work rehabilitation) โดยทำการศึกษาในผู้ป่วยโรคจิตเภท หรือโรคจิตอารมณ์แปรปรวน จำนวน 97 คน ใช้วิธีสุ่มตัวอย่างว่าผู้ป่วยคนใดจะได้รับค่าจ้างหรือไม่ได้รับค่าจ้าง แล้วดูผลในด้านคุณภาพชีวิต โดยใช้ The Heinrichs Quality of Life Scale (QLS) พบว่าในกลุ่มที่ทำงานแล้วได้รับค่าจ้างคะแนนคุณภาพชีวิตรวม คะแนนในด้านองค์ประกอบภายในจิตใจ ได้แก่ ความกระตือรือร้น ความรู้สึกมีจุดหมาย การเห็นใจผู้อื่น และคะแนนด้านการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น มีการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้รับค่าจ้าง

Lysaker P. และคณะ (อ้างในรักสุตา กิจอรุณชัย,2545)⁽⁴⁵⁾ ศึกษาเรื่องความสามารถด้านการทำงานในผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มนี้สามารถฝึกฝนจนเกิดทักษะการทำงานได้เหมือนผู้พิการกลุ่มอื่น โดยต้องมีการให้คำปรึกษาเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับปัญหาต่างๆ และมีการฝึกทักษะทางสังคมเพื่อช่วยให้สามารถปฏิบัติงานในที่ทำงานได้

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

ความคิดเห็นและการปฏิบัติของบุคลากรกรมสุขภาพจิตต่อกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช เป็นการศึกษาความคิดเห็นของบุคลากรกรมสุขภาพจิต ผู้วิจัยใช้วิธีการศึกษา ดังนี้

รูปแบบการวิจัย (Research Design)

การวิจัยเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-sectional Descriptive Study) เพื่อศึกษาความคิดเห็นและการปฏิบัติของบุคลากรกรมสุขภาพจิตต่อกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช โดยใช้แบบสอบถามความคิดเห็นที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้น ผู้ทำการตอบแบบสอบถามคือ บุคลากรกรมสุขภาพจิตในโรงพยาบาลจิตเวชขนาดใหญ่ จำนวน 4 แห่ง

ระเบียบวิธีวิจัย (Research Methodology)

1. ประชากรเป้าหมาย (Target Population) คือ บุคลากรในโรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต

2. ประชากรศึกษา (Study Population) คือ บุคลากรกรมสุขภาพจิต หมายถึง แพทย์ เภสัชกร พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นักกายภาพบำบัด นักอาชีวบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักเกษตรกรรมบำบัด นักวิชาการศึกษาพิเศษ และเจ้าหน้าที่อาชีวบำบัดที่ปฏิบัติงานด้านบริการในโรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต 4 แห่ง คือ โรงพยาบาลสวนปรุง โรงพยาบาลศรีธัญญา โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ และโรงพยาบาลสวนสราญรมย์

3. หน่วยการสุ่ม (Sampling Unit) คือ โรงพยาบาลจิตเวช

4. ขนาดตัวอย่าง (Sample size) การคำนวณขนาดตัวอย่าง

ใช้สูตร Yamane

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

$N =$ จำนวนแพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ ฯลฯ ในโรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต

$$= 1,878 \text{ คน}$$

$e =$ ความคลาดเคลื่อนของกลุ่มตัวอย่าง กำหนดให้เท่ากับ $5\% = 0.05$

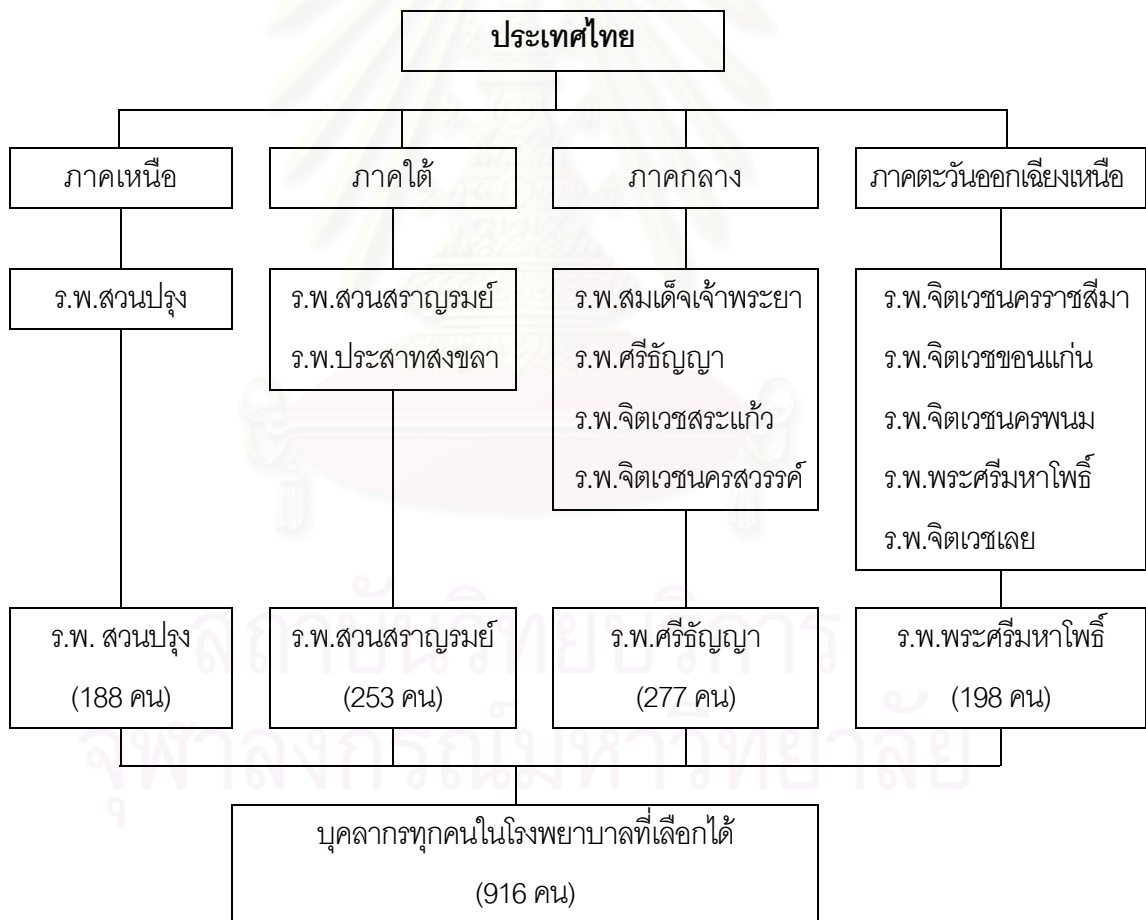
$$n = \frac{1878}{1 + 1878 (0.05)^2}$$

ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 330 คน จึงกำหนดให้ Design effect เป็น 2 เท่าเนื่องจากเป็น
การสุ่มแบบ Cluster

ดังนั้นขนาดตัวอย่างจะเท่ากับ 660 คน

5. วิธีการสุ่มตัวอย่าง (Sampling Techniques) ใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยมีขั้นตอนตามแผนภูมิที่ 3.1 ดังนี้

แผนภูมิที่ 3.1 แสดงการสุ่มตัวอย่างโรงพยาบาลจิตเวช



6. เกณฑ์ในการคัดเลือกโรงพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria)

6.1 เลือกโรงพยาบาลจิตเวชขนาดใหญ่ที่สุดของแต่ละภาค ได้แก่ โรงพยาบาลสวนปรุง โรงพยาบาลศรีธัญญา โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ และโรงพยาบาลสวนสราญรมย์

6.2 เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 4 โรงพยาบาล โดยไม่มีการสุ่มตัวอย่างประชากร เนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างมีความแตกต่างทั้งลักษณะ และจำนวน

7. การสังเกตและการวัด (Observation and Measurement)

7.1 ตัวแปรอิสระ (Independent Variables) ได้แก่

7.1.1 ปัจจัยส่วนบุคคลของบุคลากรกรมสุขภาพจิต ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา วิชาชีพ ตำแหน่ง ประสบการณ์ในการทำงานด้านจิตเวช และประสบการณ์ในการทำงานด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช

7.1.2 ปัจจัยสนับสนุน ได้แก่ การได้รับการอบรม การศึกษาดูงาน การได้รับการนิเทศ แผนการดำเนินงาน และ สถานที่ตั้งของโรงพยาบาล / ภาค

7.2 ตัวแปรตาม (Dependent Variables) ได้แก่ ความคิดเห็นและการปฏิบัติของบุคลากรกรมสุขภาพจิตต่อกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช

เกณฑ์การวัดผล

นำวิธีของลิเคิท์ (Likert's Method) มาใช้ในการวัดความคิดเห็นโดยพิจารณากำหนดคำตอบเป็น 5 คำตอบ โดยการกำหนดค่าคำตอบ ดังนี้

5 หมายถึง มีความเห็นว่าเป็นเรื่องสำคัญหรือปฏิบัติมากที่สุด

4 หมายถึง มีความเห็นว่าเป็นเรื่องสำคัญหรือปฏิบัติมาก

3 หมายถึง มีความเห็นว่าเป็นเรื่องสำคัญหรือปฏิบัติปานกลาง

2 หมายถึง มีความเห็นว่าเป็นเรื่องสำคัญหรือปฏิบัติน้อย

1 หมายถึง มีความเห็นว่าเป็นเรื่องสำคัญหรือปฏิบัติน้อยที่สุด

8. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (Instrument)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยแบบสอบถามความคิดเห็นของบุคลากรกรมสุขภาพจิตต่อกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา แบบสอบถามประกอบด้วยรายละเอียด 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ลักษณะคำถามเป็นแบบมีข้อให้เลือกตอบ (Check list) และเติมข้อความ จำนวน 18 ข้อ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับความคิดเห็นของบุคลากรกรมสุขภาพจิตต่อกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช ประกอบด้วย กิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช ข้อคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ และเติมข้อความ จำนวน 54 ข้อ ดังนี้

กิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ได้แก่ ความคิดเห็นข้อที่ 19 – 23

กิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม ได้แก่ ความคิดเห็นข้อที่ 24 – 31

กิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการศึกษา ได้แก่ ความคิดเห็นข้อที่ 32 – 34

กิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพ ได้แก่ ความคิดเห็นข้อที่ 35 – 41

กิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน ได้แก่ ความคิดเห็นข้อที่ 42 – 46

การประเมินสมรรถภาพทางจิตเวช ได้แก่ ความคิดเห็นข้อที่ 47 – 48

กิจกรรมสำหรับผู้ป่วยจิตเวช ได้แก่ ความคิดเห็นข้อที่ 49 – 53

กลุ่มบำบัดอื่นๆ (เติมข้อความ) ได้แก่ ความคิดเห็นข้อที่ 54

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช ได้แก่ ความคิดเห็นข้อที่ 55 - 72

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหา และอุปสรรคในการดำเนินงานด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชและข้อเสนอแนะในการพัฒนางานด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช เป็นลักษณะคำถามปลายเปิด จำนวน 2 ข้อ

9. การตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้องของแบบสอบถามความคิดเห็น

9.1 หากความตรงของเนื้อหาของแบบสอบถามความคิดเห็น (Content Validity) ของบุคลากรกรมสุขภาพจิตต่อกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช โดยนำแบบสอบถามความคิดเห็นที่สร้างขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 10 ท่านเป็นผู้ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาและรายละเอียดของข้อคำถาม ความครอบคลุม ความเหมาะสมของภาษาในข้อคำถามทุกข้อ เพื่อขอคำแนะนำและแก้ไขก่อนนำไปใช้เก็บข้อมูล โดยใช้เกณฑ์ 6 ใน 10 ในการตัดสิน

9.2 นำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาแล้วไปทดสอบ (Pretest Questionnaire) กับประชากรที่ลักษณะคล้ายกับประชากรที่ศึกษา ที่สถาบันกัลยาณราชนครินทร์ จังหวัดนครปฐม จำนวน 30 ราย และนำไปแก้ไขข้อบกพร่องก่อนนำไปใช้จริง

9.3 ทดสอบความน่าเชื่อถือของแบบสอบถาม (Reliability) และหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ผล ดังนี้

ค่าความน่าเชื่อถือรวมของแบบสอบถามความคิดเห็นเท่ากับ 0.90 แสดงว่าแบบสอบถามนี้มีค่าความน่าเชื่อถือสูง

ค่าความน่าเชื่อถือด้านกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์เท่ากับ 0.73 แสดงว่าแบบสอบถามนี้มีค่าความน่าเชื่อถือปานกลางค่อนข้างสูง

ค่าความน่าเชื่อถือด้านกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคมเท่ากับ 0.78 แสดงว่าแบบสอบถามนี้มีค่าความน่าเชื่อถือปานกลางค่อนข้างสูง

ค่าความน่าเชื่อถือด้านกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการศึกษาเท่ากับ 0.98 แสดงว่าแบบสอบถามนี้มีค่าความน่าเชื่อถือสูง

ค่าความน่าเชื่อถือด้านกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพเท่ากับ 0.91 แสดงว่าแบบสอบถามนี้มีค่าความน่าเชื่อถือสูง

ค่าความน่าเชื่อถือด้านกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชนเท่ากับ 0.90 แสดงว่าแบบสอบถามนี้มีค่าความน่าเชื่อถือสูง

ค่าความน่าเชื่อถือด้านกิจกรรมสำหรับญาติผู้ป่วยจิตเวชเท่ากับ 0.95 แสดงว่าแบบสอบถามนี้มีค่าความน่าเชื่อถือสูง

ระยะเวลาการดำเนินการวิจัย

ตั้งแต่เดือน ธันวาคม 2545 – กุมภาพันธ์ 2546

การเก็บรวบรวมข้อมูล (Data Collection)

ผู้วิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ตามลำดับขั้น ดังนี้

1. เตรียมเครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามความคิดเห็นของบุคลากรกรมสุขภาพจิตต่อกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช
2. นำหนังสือจากภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม ไปประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชทั้ง 4 แห่ง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และขอความร่วมมือในการศึกษาวิจัย พร้อมส่งแบบสอบถามให้กับโรงพยาบาลจิตเวชที่เป็นตัวอย่างในการศึกษาวิจัย และนัดวันรับแบบสอบถามคืน
3. หลังจากส่งแบบสอบถามไปแล้วประมาณ 1 เดือน โทรศัพท์ติดตามไปยังโรงพยาบาลจิตเวชที่เป็นตัวอย่างเพื่อยืนยันวันรับแบบสอบถามคืน
4. สร้างคู่มือลงรหัส และแปลงข้อมูลเป็นรหัสตามคู่มือลงรหัส
5. สร้างแฟ้มข้อมูลและบันทึกแฟ้มข้อมูล

6. ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลที่บันทึกในแฟ้มข้อมูล และเตรียมการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Windows

การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis)

ตารางที่ 3.1 วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

ชนิดของสถิติ	ตัวแปรที่วิเคราะห์	ชนิดของข้อมูล	วิธีการวิเคราะห์
1. สถิติเชิงพรรณนา	ข้อมูลทั่วไป	- เชิงปริมาณ	ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ตาราง
		- เชิงคุณภาพ	ความถี่ ร้อยละ ตาราง
2. สถิติเชิงอนุมาน	ปัญหาและอุปสรรค	คำถามปลายเปิด	นำมาสรุปผลเพื่อประกอบการอภิปรายผล
	ข้อเสนอแนะ		
	ทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของความคิดเห็น	เชิงปริมาณ > 2 กลุ่ม เป็นอิสระต่อกัน	One – way ANOVA
	กับ ปัจจัยส่วนบุคคล และ ปัจจัยสนับสนุน	เชิงปริมาณ 2 กลุ่ม เป็นอิสระต่อกัน	Unpaired t - test
	ทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของความคิดเห็น	เชิงปริมาณ 2 ชุด ใน ประชากรกลุ่มเดียว	Paired t - test
	ต่อกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช ระหว่างการให้ความสำคัญและการปฏิบัติ	ไม่เป็นอิสระ	Wilcoxon Signed - Ranks test

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความคิดเห็นและการปฏิบัติของบุคลากรกรมสุขภาพจิตต่อกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ขนาดตัวอย่างของการศึกษานี้ จำนวน 916 คน กลุ่มตัวอย่างมีการตอบแบบสอบถามทั้งหมด 682 คน คิดเป็นร้อยละ 74.50 ใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่ เดือนธันวาคม 2545 – เดือนกุมภาพันธ์ 2546 โดยกลุ่มตัวอย่างของการศึกษานี้ คือ บุคลากรกรมสุขภาพจิตที่ปฏิบัติงานด้านบริการ ในโรงพยาบาลจิตเวชขนาดใหญ่ สังกัดกรมสุขภาพจิต จำนวน 4 แห่ง ซึ่งเป็นตัวแทนของแต่ละภาค

การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งเป็น 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 การตอบกลับของข้อมูล

ส่วนที่ 2 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยสนับสนุนของบุคลากรกรมสุขภาพจิต

ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์ความคิดเห็นของบุคลากรกรมสุขภาพจิตต่อกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช ในด้านการให้ความสำคัญและปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของความคิดเห็นของบุคลากรกรมสุขภาพจิตตามปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยสนับสนุน

ส่วนที่ 5 การวิเคราะห์ความคิดเห็นของบุคลากรกรมสุขภาพจิตเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัญหา และอุปสรรคในการดำเนินงานด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช

ส่วนที่ 6 ข้อเสนอแนะในการดำเนินงานด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช

ผลการวิเคราะห์

ส่วนที่ 1 การตอบกลับของแบบสอบถาม

จากการศึกษาพบว่า การตอบกลับของแบบสอบถามมีการตอบกลับจำนวน 682 คน จากจำนวน 916 คน คิดเป็นอัตราการตอบกลับ ร้อยละ 74.5 อัตราการตอบกลับส่วนใหญ่อยู่ในภาคกลาง คิดเป็นร้อยละ 95.7 รองลงมาได้แก่ ภาคใต้ และ ภาคเหนือ คิดเป็นร้อยละ 69.2 และ 63.3 ตามลำดับ ดังตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของการตอบกลับแบบสอบถาม จำแนกตามภาค

ภาค	โรงพยาบาล	จำนวนบุคลากรกรมสุขภาพจิต		อัตราการตอบกลับ	
		จำนวนคน	ร้อยละ	จำนวนตอบกลับ	ร้อยละ
กลาง	ศรีธัญญา	277	30.3	265	95.7
ใต้	สวนสราญรมย์	253	27.6	175	69.2
เหนือ	สวนปรุง	188	20.5	119	63.3
ตะวันออกเฉียงเหนือ	พระศรีมหาโพธิ์	198	21.6	123	62.1
รวม		916	100.0	682	74.5

ส่วนที่ 2 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยสนับสนุน

2.1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล

บุคลากรกรมสุขภาพจิต ร้อยละ 78.0 เป็นเพศหญิง มีอายุอยู่ระหว่าง 31 - 40 ปี ร้อยละ 43.5 อายุเฉลี่ย 39.3 ปี อายุต่ำสุด 20 ปี อายุสูงสุด 60 ปี สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 64.7 ระดับการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 60.5 สายวิชาชีพ พยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 58.6 ตำแหน่งปัจจุบัน ผู้ปฏิบัติงาน ร้อยละ 81.4 ประสบการณ์ในการทำงานจิตเวช 10 ปีขึ้นไป ร้อยละ 43.5 ประสบการณ์ในการทำงานจิตเวชเฉลี่ย 16.1 ปี ประสบการณ์ในการทำงานจิตเวชต่ำสุด 1 ปี ประสบการณ์ในการทำงานจิตเวชสูงสุด 40 ปี ประสบการณ์ในการทำงานด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช 10 ปีขึ้นไป ร้อยละ 31.2 ปี ประสบการณ์ในการทำงานด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชต่ำสุด ไม่มีประสบการณ์ ประสบการณ์ในการทำงานด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชสูงสุด 37 ปี ดังตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2 จำนวนและร้อยละของบุคลากรกรมสุขภาพจิตจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	144	22.0
หญิง	512	78.0
รวม	656	100.0
ชาย:หญิง	1:3.5	
อายุ(ปี)		
21 - 30 ปี	125	19.5
31 - 40 ปี	279	43.5
41 - 50 ปี	151	23.6
51 - 60 ปี	86	13.4
รวม	641	100.0
Mean = 39.3	S.D = 9.1	Median = 39
		Min = 20
		Max = 60
สถานภาพสมรส		
โสด	193	28.5
คู่	438	64.7
ม้าย/หย่า/แยก	46	6.8
รวม	677	100.0
ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	183	27.8
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	398	60.5
ปริญญาโทขึ้นไป	77	11.7
รวม	658	100.0

ตารางที่ 4.2 (ต่อ) จำนวนและร้อยละของบุคลากรกรมสุขภาพจิตจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สายวิชาชีพ		
พยาบาลวิชาชีพ	399	58.5
พยาบาลเทคนิค	171	25.1
ผู้ช่วยพยาบาล	38	5.6
นักจิตวิทยา	20	2.9
นักสังคมสงเคราะห์	14	2.1
เจ้าหน้าที่อาชีวบำบัด	10	1.5
แพทย์	9	1.3
เภสัชกร	9	1.3
นักอาชีวบำบัด	8	1.2
นักกายภาพบำบัด	2	0.3
นักเกษตรกรรมบำบัด	1	0.1
นักวิชาการศึกษาพิเศษ	1	0.1
รวม	682	100.0
ตำแหน่งปัจจุบัน		
ผู้ปฏิบัติงาน	555	81.4
หัวหน้าตึก/หน่วย	80	11.7
หัวหน้าฝ่าย/กลุ่มงาน/แพทย์	25	3.7
รอง/ผู้ช่วยหัวหน้าฝ่าย/ผู้ตรวจการณ	11	1.6
หัวหน้างาน		
รวม	682	100.0

ตารางที่ 4.2 (ต่อ) จำนวนและร้อยละของบุคลากรกรมสุขภาพจิตจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ประสบการณ์ในการทำงานด้านจิตเวช		
น้อยกว่า 10 ปี	162	23.8
10 ปี ขึ้นไป	297	43.5
20 ปี ขึ้นไป	223	32.7
รวม	682	100.0
Mean=16.1 S.D = 8.5 Median = 16.0 Min = 1 Max = 40		
ประสบการณ์ในการทำงานด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช		
น้อยกว่า 10 ปี	181	.0
10 ปี ขึ้นไป	213	36.5
20 ปี ขึ้นไป	113	19.4
ไม่มีประสบการณ์	76	13.0
รวม	583*	100.0
Mean=11.5 S.D = 9.2 Median = 10.0 Min = 0 Max = 37		

* Missing data จำนวน 99 คน

2.2 ข้อมูลปัจจัยสนับสนุน

บุคลากรกรมสุขภาพจิตเคยได้รับการอบรม/สัมมนา เรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช ร้อยละ 51.9 การศึกษาดูงานเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช ไม่เคยร้อยละ 71.1 การได้รับการนิเทศเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช ไม่เคย ร้อยละ 67.5 แผนการดำเนินงานด้านกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชที่ระบุผู้รับผิดชอบและเป้าหมายการดำเนินงาน ไม่มีร้อยละ 64.3 บุคลากรกรมสุขภาพจิตปฏิบัติงานในสถานที่ของโรงพยาบาลจิตเวชในภาคกลาง ร้อยละ 38.9 รองลงมาคือ ภาคใต้ ร้อยละ 25.7 การมีส่วนร่วมในกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช ด้านการบริการ ร้อยละ 61.8 และความต้องการในการทำกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช ต้องการ ร้อยละ 78.0 ดังตารางที่ 4.3

ตารางที่ 4.3 จำนวนและร้อยละของบุคลากรกรมสุขภาพจิตจำแนกตามปัจจัยสนับสนุน

ปัจจัยสนับสนุน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การได้รับการอบรม/สัมมนาเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช		
เคย	342	51.9
ไม่เคย	317	48.1
รวม	659	100.0
การศึกษาดูงานเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช		
ไม่เคย	477	71.1
ในประเทศ	168	25.0
ต่างประเทศ	17	2.6
ในและต่างประเทศ	9	1.3
รวม	671	100.0
การได้รับการนิเทศเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช		
ไม่เคย	438	67.5
เคย	211	32.5
รวม	649	100.0
แผนการดำเนินงานด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช		
ไม่มี	423	64.3
มี	189	28.7
ไม่ทราบ	46	7.0
รวม	658	100.0
สถานที่ตั้งของโรงพยาบาลจิตเวช		
ภาคกลาง	265	38.9
ภาคใต้	175	25.7
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	123	18.0
ภาคเหนือ	119	17.4
รวม	682	100.0

ตารางที่ 4.3 (ต่อ) จำนวนและร้อยละของบุคลากรกรมสุขภาพจิตจำแนกตามปัจจัยสนับสนุน

ปัจจัยสนับสนุน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การมีส่วนร่วมในกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช ¹		
ด้านการบริการ	406	61.8
ด้านวิชาการ	20	3.1
ด้านบริหาร	14	2.1
ด้านการบริหารและวิชาการ	72	11.0
ด้านการบริหารและบริการ	23	3.5
ด้านการบริหาร บริการและวิชาการ	58	8.8
ไม่มีส่วนร่วม	64	9.7
รวม	657	100.0
ความต้องการทำกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชในชุมชน		
ต้องการ	504	78.0
ไม่ต้องการ	115	17.8
ไม่แน่ใจ	27	4.2
รวม	646	100.0

¹ ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

2.3 ข้อมูลอื่นๆ

2.3.1 ลักษณะหน่วยงานที่ให้บริการ

บุคลากรกรมสุขภาพจิตส่วนใหญ่ปฏิบัติงานที่ตึกครบวงจร ตึกแรกรับและฝ้าย / กลุ่มงาน (ร้อยละ 29.6 , 18.7 และ 17.5 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 4.4

ตารางที่ 4.4 จำนวนและร้อยละของลักษณะหน่วยงานที่ให้บริการ

ลักษณะหน่วยงานที่ให้บริการ	จำนวนคน	ร้อยละ
ตึกผู้ป่วยครบวงจร	201	29.6
ตึกแรกรับ	127	18.7
ฝ้าย/กลุ่มงาน	119	17.5
ตึกบำบัดระยะยาว ¹	89	13.1
ตึกเร่งรัดบำบัด	73	10.7
ตึกแทรกซ้อนกาย	26	3.8
ตึกผู้ป่วยนอก	18	2.6
กลุ่มภารกิจจิตเวชชุมชน	5	0.7
ปฏิบัติงานมากกว่า 1 แห่ง	22	3.2
รวม	680	100.0

¹รวมตึกฟื้นฟูสมรรถภาพ

2.3.2 วิชาชีพที่ควรให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชในชุมชน

บุคลากรกรมสุขภาพจิตส่วนใหญ่ มีความคิดเห็นว่าวิชาชีพที่ควรให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชในชุมชนคือ สหวิชาชีพ ซึ่งประกอบด้วยวิชาชีพ นักสังคมสงเคราะห์ แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา และนักอาชีวบำบัด (ร้อยละ 91.0, 86.0 , 82.9 , 80.0 และ 73.8ตามลำดับ) ดังตารางที่ 4.5

ตารางที่ 4.5 จำนวนและร้อยละของวิชาชีพที่ควรให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชในชุมชน
(ตอบมากกว่า 1 ข้อ)

วิชาชีพที่ควรให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชในชุมชน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
จำนวนคนตอบแบบสอบถาม 591 คน (ร้อยละ 86.7)		
1. นักสังคมสงเคราะห์	538	91.0
2. แพทย์	508	86.0
3. พยาบาล	490	82.9
4. นักจิตวิทยา	473	80.0
5. นักอาชีพบำบัด	436	73.8
6. นักกายภาพบำบัด ¹	243	41.1
7. เกษัตริกร	53	9.0
8. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ²	46	7.8
9. อื่นๆ ³	46	7.8

¹ นักกายภาพบำบัดและนักกิจกรรมบำบัด

² เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้นำชุมชน

³ อื่นๆ ได้แก่ ผู้ช่วยเหลือคนไข้, พัฒนาการ, พระสงฆ์, ครู, โภชนากร, นักวิชาการศึกษา

2.3.3 ความต้องการได้รับการอบรมเพิ่มเติมความรู้ในเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช

บุคลากรกรมสุขภาพจิตส่วนใหญ่ มีความต้องการอบรม/เพิ่มเติมความรู้ในเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช ร้อยละ 50.0 ดังตารางที่ 4.6

ตารางที่ 4.6 จำนวนและร้อยละของความต้องการอบรม/เพิ่มเติมความรู้เรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช

ความต้องการอบรม/เพิ่มเติมความรู้	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ต้องการ	341	50.0
ไม่ต้องการ	341	50.0
รวม	682	100.0

บุคลากรกรมสุขภาพจิตส่วนใหญ่ มีความต้องการอบรม/เพิ่มเติมความรู้ในเรื่องทักษะการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช การฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน การฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม และการฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพ (ร้อยละ 39.0,28.2,15.9และและ 15.7 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 4.7

ตารางที่ 4.7 จำนวนและร้อยละของเรื่องที่ต้องการอบรม/เพิ่มเติมความรู้ (ตอบมากกว่า 1 ข้อ)

เรื่องที่ต้องการอบรม/เพิ่มเติมความรู้	จำนวน (คน)	ร้อยละ
จำนวนคนตอบแบบสอบถาม 341 คน (ร้อยละ 50.0)		
1. ทักษะการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช	133	39.0
2. การฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน	96	28.2
3. การฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม	54	15.9
4. การฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพ	51	15.0
5. การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์	51	15.0
6. กิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับญาติ	26	7.6
7. การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการศึกษา	8	2.3
8. อื่นๆ ¹	18	5.3

¹ การประเมินสมรรถภาพทางจิตเวช ,การศึกษาดูงานในประเทศและต่างประเทศ, Job Coach, Destigma

2.3.4 การทำกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชอื่นๆ ในโรงพยาบาลจิตเวช

บุคลากรกรมสุขภาพจิตส่วนใหญ่ มีความคิดเห็นในเรื่องการทำกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช ที่มีอยู่ในโรงพยาบาลจิตเวช ดังนี้ คือการทำกิจกรรมที่ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง การประกอบอาชีพ และการทำงานที่ทำให้ผู้ป่วยพัฒนาอุปนิสัยในการทำงาน (ร้อยละ 82.0,17.4 และ 8.1 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 4.8

ตารางที่ 4.8 จำนวนและร้อยละของการทำกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชอื่นๆ ในโรงพยาบาล
จิตเวช (ตอบมากกว่า 1 ข้อ)

การทำกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชอื่นๆ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
จำนวนคนตอบแบบสอบถาม 161 คน (ร้อยละ 23.6)		
1. การทำกิจกรรมที่ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึภาคภูมิใจในตนเอง ¹	132	82.0
2. การทำงานที่ทำให้ผู้ป่วยพัฒนาอุปนิสัยในการทำงาน ²	28	17.4
3. การประกอบอาชีพ ³	13	8.1
4. อื่นๆ ⁴	12	7.5

¹ กลุ่มชุมชนบำบัด กลุ่มกระตุ้นความสนใจ กลุ่มวาดภาพ กลุ่มเขียนจดหมาย กลุ่มพัฒนาสิ่งแวดล้อม กลุ่มจิตบำบัด กลุ่มเสริมคุณค่าในตนเอง กลุ่มเทคโนโลยีการดูแลผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มสุขศึกษา กลุ่มอ่านหนังสือ กลุ่มละครจิตบำบัด กลุ่มสิทธิผู้ป่วย กลุ่มทักษะชีวิต

² เกษตรกรรม หัตถกรรม ตัดผม อุตสาหกรรม ช่างไม้ ช่างเชื่อม ทักษะการหาเงิน ออมเงิน

³ การล้างรถยนต์ การขายสินค้า การซักรีดเสื้อผ้า การทำงานในโรงงานภายนอกโรงพยาบาล

⁴ กลุ่มกิจกรรมสำหรับญาติ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 3 **ความคิดเห็นของบุคลากรกรมสุขภาพจิตต่อการให้ความสำคัญและการปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช ได้แก่**

3.1 การให้ความสำคัญและการปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช

ผลการศึกษา พบว่า บุคลากรกรมสุขภาพจิตส่วนใหญ่มีความคิดเห็นเกี่ยวกับการให้ความสำคัญ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลางถึงค่อนข้างมาก เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า บุคลากรกรมสุขภาพจิตให้ความสำคัญต่อกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคมมากที่สุด (คะแนนเฉลี่ย 4.11) และให้ความสำคัญต่อกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการศึกษาน้อยที่สุด (คะแนนเฉลี่ย 3.35) ในด้านการปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช โดยรวมอยู่ในระดับไม่ได้ปฏิบัติถึงปฏิบัติน้อยที่สุด เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า บุคลากรกรมสุขภาพจิตส่วนใหญ่ปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคมมากที่สุด (คะแนนเฉลี่ย 3.10) และปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการศึกษาน้อยที่สุด (คะแนนเฉลี่ย 1.07) เช่นเดียวกับการให้ความสำคัญ หากพิจารณารายข้อ พบว่า

กิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์

การให้ความสำคัญ บุคลากรกรมสุขภาพจิตให้ความสำคัญต่อกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช ในด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ในระดับปานกลางถึงค่อนข้างมาก (คะแนนเฉลี่ย 3.76) โดยให้ความสำคัญเกี่ยวกับกิจกรรมจิตบำบัด อยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด (ร้อยละ 79.6) และให้ความสำคัญเกี่ยวกับกิจกรรมอรรถบำบัด อยู่ในระดับน้อยถึงน้อยที่สุด (ร้อยละ 22.7) ดังตารางที่ 4.9

การปฏิบัติ บุคลากรกรมสุขภาพจิตปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช ในด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ในระดับน้อยที่สุดถึงค่อนข้างน้อย (คะแนนเฉลี่ย 1.90) โดยปฏิบัติกิจกรรมจิตบำบัดอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด (ร้อยละ 32.0) และปฏิบัติกิจกรรมอรรถบำบัด อยู่ในระดับไม่มีการปฏิบัติกิจกรรม (ร้อยละ 48.7) เช่นเดียวกับการให้ความสำคัญ ดังตารางที่ 4.9

กิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม

การให้ความสำคัญ บุคลากรกรมสุขภาพจิตให้ความสำคัญต่อกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม ในระดับมาก (4.11) โดยบุคลากรกรมสุขภาพจิตส่วนใหญ่ให้ความสำคัญเกี่ยวกับทักษะการดูแลตนเอง อยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด (ร้อยละ 90.9) และให้ความสำคัญเกี่ยวกับกิจกรรมศิลปบำบัด ในระดับน้อยถึงน้อยที่สุด (ร้อยละ 9.8) ดังตารางที่ 4.10

การปฏิบัติ พบว่าบุคลากรกรมสุขภาพจิตปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคมในระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 3.10) โดยปฏิบัติเกี่ยวกับทักษะการดูแลตนเองอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด (ร้อยละ 69.4) และปฏิบัติกิจกรรมทักษะการใช้ชีวิตในชุมชน ในระดับไม่ได้ปฏิบัติถึงปฏิบัติน้อยที่สุด (ร้อยละ 40.5) ดังตารางที่ 4.10

กิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการศึกษา

การให้ความสำคัญ บุคลากรกรมสุขภาพจิตให้ความสำคัญต่อกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช ในด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการศึกษาในระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 3.35) โดยให้ความสำคัญเกี่ยวกับกิจกรรมการศึกษาตามอัธยาศัย อยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด (ร้อยละ 46.5) และให้ความสำคัญเกี่ยวกับกิจกรรมการจัดการศึกษาตามระบบในระดับน้อยถึงน้อยที่สุด (ร้อยละ 19.6) ดังตารางที่ 4.11

การปฏิบัติ บุคลากรกรมสุขภาพจิตปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช ในด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการศึกษา ในระดับน้อยที่สุด (คะแนนเฉลี่ย 1.07) โดยปฏิบัติกิจกรรมการศึกษาตามอัธยาศัย อยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด (ร้อยละ 10.4) และปฏิบัติกิจกรรมการศึกษานอกระบบ อยู่ในระดับไม่ได้ปฏิบัติ (ร้อยละ 51.7) ดังตารางที่ 4.11

กิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพ

การให้ความสำคัญ บุคลากรกรมสุขภาพจิตให้ความสำคัญต่อกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช ในด้านกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพ ในระดับปานกลางถึงค่อนข้างมาก (คะแนนเฉลี่ย 3.62) โดยให้ความสำคัญเกี่ยวกับกิจกรรมทักษะงานพื้นฐาน อยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด (ร้อยละ 71.0) และให้ความสำคัญเกี่ยวกับกิจกรรมการฝึกอาชีพอุตสาหกรรม ในระดับน้อยถึงน้อยที่สุด (ร้อยละ 17.4) ดังตารางที่ 4.12

การปฏิบัติ บุคลากรกรมสุขภาพจิตปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช ในด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพ ในระดับน้อยที่สุดถึงค่อนข้างน้อย (คะแนนเฉลี่ย 1.77) โดยปฏิบัติกิจกรรมทักษะงานพื้นฐาน อยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด (ร้อยละ 31.8) และปฏิบัติกิจกรรมการฝึกอาชีพอุตสาหกรรมอยู่ในระดับไม่ได้ปฏิบัติ (ร้อยละ 44.7) เช่นเดียวกับการให้ความสำคัญ ดังตารางที่ 4.12

กิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน

การให้ความสำคัญ บุคลากรกรมสุขภาพจิตให้ความสำคัญต่อกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช ในด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน ในระดับมาก (คะแนนเฉลี่ย 4.09) โดยให้ความสำคัญเกี่ยวกับกิจกรรมการติดตามเยี่ยมบ้าน ในระดับมากถึงมากที่สุด (ร้อยละ 79.6) และให้ความสำคัญเกี่ยวกับกิจกรรมการทำกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน ในระดับน้อยถึงน้อยที่สุด (ร้อยละ 7.6) ดังตารางที่ 4.13

การปฏิบัติ บุคลากรกรมสุขภาพจิตปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช ในด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน ในระดับน้อยที่สุดถึงค่อนข้างน้อย (คะแนนเฉลี่ย 1.81) โดยปฏิบัติกิจกรรมการติดตามเยี่ยมบ้าน อยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด (ร้อยละ 21.8) และปฏิบัติกิจกรรมการทำกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน อยู่ในระดับไม่มีการปฏิบัติกิจกรรมถึงน้อยที่สุด (ร้อยละ 58.0) ดังตารางที่ 4.13

ตารางที่ 4.9 ร้อยละของความคิดเห็นของบุคลากรกรมสุขภาพจิตต่อกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช ในด้านการให้ความสำคัญ และการปฏิบัติ จำแนกรายข้อ

กิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพ ทางจิตเวช	ร้อยละของบุคลากรกรมสุขภาพจิต														
	การให้ความสำคัญ*							การปฏิบัติ**							
	n	1	2	3	4	5	Mean	n	0	1	2	3	4	5	Mean
การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์															
1. อาชีวบำบัด	674	1.8	3.4	19.4	41.8	32.6	4.0	676	14.8	17.6	17.0	26.2	16.4	8.0	2.3
2. กายภาพบำบัด	669	5.4	9.7	28.2	34.5	20.4	3.6	669	30.6	21.1	15.8	17.9	9.7	2.9	1.6
3. อรรถบำบัด	667	9.4	13.3	33.0	26.0	16.1	3.3	675	48.7	20.8	10.9	12.3	4.0	2.3	1.1
4. ดนตรีบำบัด	672	3.7	6.2	25.5	40.2	23.0	3.7	676	28.2	16.0	16.0	21.3	13.5	4.3	1.9
5. จิตบำบัด	672	1.3	2.9	14.7	38.0	41.6	4.2	674	9.8	13.6	15.5	27.9	20.7	11.3	2.7
ค่าเฉลี่ยรวม	661						3.76	662							1.90

* 1 = ให้ความสำคัญน้อยที่สุด 2 = ให้ความสำคัญน้อย 3 = ให้ความสำคัญปานกลาง 4 = ให้ความสำคัญมาก 5 = ให้ความสำคัญมากที่สุด

** 0 = ยังไม่มีการปฏิบัติ 1 = ปฏิบัติน้อย 2 = ปฏิบัติน้อย 3 = ปฏิบัติปานกลาง 4 = ปฏิบัติมาก 5 = ปฏิบัติมากที่สุด

ตารางที่ 4.10 ร้อยละของความคิดเห็นของบุคลากรกรมสุขภาพจิตต่อกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช ในด้านการให้ความสำคัญ และการปฏิบัติ จำแนกรายข้อ

กิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพ ทางจิตเวช	ร้อยละของบุคลากรกรมสุขภาพจิต														
	การให้ความสำคัญ*							การปฏิบัติ**							
	n	1	2	3	4	5	Mean	n	0	1	2	3	4	5	Mean
การฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม															
1. ทักษะการดูแลตนเอง	678	0.6	1.2	6.7	29.9	61.0	4.5	680	5.6	4.4	5.3	15.1	30.5	38.9	3.8
2. ทักษะการใช้ชีวิต/อยู่ร่วมกันในบ้าน	678	0.7	1.0	8.5	28.9	60.3	4.5	680	5.3	4.7	5.3	18.8	30.9	34.8	3.7
3. ทักษะทางสังคม	676	0.7	1.5	18.8	41.9	36.2	4.1	678	5.3	4.8	10.6	32.3	33.0	13.5	3.2
4. ทักษะการพักผ่อน	677	0.4	1.5	17.6	45.2	34.6	4.1	681	5.0	3.5	6.3	31.4	38.9	14.8	3.4
5. ทักษะการงาน	676	0.9	1.2	15.1	42.5	39.4	4.2	679	5.9	5.6	11.0	29.0	34.6	13.8	3.2
6. ทักษะการใช้ชีวิตในชุมชน	674	3.2	7.8	20.7	36.8	30.4	3.8	680	24.8	15.7	16.9	22.1	13.9	6.3	2.0
7. บันทึงบำบัด	677	0.7	2.1	29.2	38.9	28.4	3.9	678	7.6	7.8	11.4	35.5	27.0	10.1	3.0
8. ศิลปกรรมบำบัด	674	2.9	6.9	32.0	37.8	19.2	3.6	676	14.1	13.2	17.9	30.4	18.2	5.4	2.4
ค่าเฉลี่ยรวม	661						4.11	669							3.10

* 1 = ให้ความสำคัญน้อยที่สุด 2 = ให้ความสำคัญน้อย 3 = ให้ความสำคัญปานกลาง 4 = ให้ความสำคัญมาก 5 = ให้ความสำคัญมากที่สุด

** 0 = ยังไม่มีการปฏิบัติ 1 = ปฏิบัติน้อย 2 = ปฏิบัติน้อย 3 = ปฏิบัติปานกลาง 4 = ปฏิบัติมาก 5 = ปฏิบัติมากที่สุด

ตารางที่ 4.11 ร้อยละของความคิดเห็นของบุคลากรกรมสุขภาพจิตต่อกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช ในด้านการให้ความสำคัญ และการปฏิบัติ จำแนกรายข้อ

กิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช	ร้อยละของบุคลากรกรมสุขภาพจิต														
	การให้ความสำคัญ*							การปฏิบัติ**							
	n	1	2	3	4	5	Mean	n	0	1	2	3	4	5	Mean
การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการศึกษา															
1. การจัดการศึกษาตามระบบ	668	8.4	11.2	37.1	26.0	17.2	3.0	667	50.7	16.8	13.6	12.4	4.7	1.8	1.1
2. การศึกษานอกระบบ	669	10.5	10.5	33.8	28.4	16.9	3.3	677	51.7	19.1	12.0	9.7	5.6	1.9	1.0
3. การศึกษาตามอัธยาศัย	660	6.7	10.5	36.4	29.5	17.0	3.4	671	45.6	21.6	9.8	12.4	8.6	1.9	1.1
ค่าเฉลี่ยรวม	651						3.35	667							1.07

* 1 = ให้ความสำคัญน้อยที่สุด 2 = ให้ความสำคัญน้อย 3 = ให้ความสำคัญปานกลาง 4 = ให้ความสำคัญมาก 5 = ให้ความสำคัญมากที่สุด

** 0 = ยังไม่มีการปฏิบัติ 1 = ปฏิบัติน้อย 2 = ปฏิบัติน้อย 3 = ปฏิบัติปานกลาง 4 = ปฏิบัติมาก 5 = ปฏิบัติมากที่สุด

ตารางที่ 4.12 ร้อยละของความคิดเห็นของบุคลากรกรมสุขภาพจิตต่อกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช ในด้านการให้ความสำคัญ และการปฏิบัติ จำแนกรายข้อ

กิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช	ร้อยละของบุคลากรกรมสุขภาพจิต														
	การให้ความสำคัญ*							การปฏิบัติ**							
	n	1	2	3	4	5	Mean	n	0	1	2	3	4	5	Mean
การฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพ															
1. ทักษะงานพื้นฐาน	676	2.2	3.4	22.4	42.7	28.3	3.9	680	12.3	13.9	16.6	25.1	23.6	8.2	2.6
2. การฝึกอาชีพเกษตรกรรม	678	2.6	3.7	24.3	41.2	27.6	3.9	680	20.7	19.5	14.1	18.8	18.2	8.5	2.2
3. การฝึกอาชีพอุตสาหกรรม	676	6.3	11.1	33.3	31.8	16.6	3.4	680	44.7	21.3	11.7	11.4	8.4	2.2	1.2
4. การฝึกอาชีพหัตถกรรม	673	6.3	8.7	33.0	34.0	16.7	3.5	679	34.6	22.7	15.7	15.4	8.2	2.9	1.5
5. การฝึกอาชีพค้าขาย	676	2.9	6.3	31.2	36.4	22.3	3.7	679	28.3	20.1	15.1	18.8	12.5	4.8	1.8
6. การฝึกอาชีพบริการ	675	7.2	11.0	33.9	30.5	16.4	3.4	679	44.4	19.5	11.6	14.2	7.3	2.5	1.3
7. การฝึกอาชีพอื่นๆ	674	4.8	7.8	31.5	35.2	19.5	3.6	680	28.2	18.5	15.1	20.8	13.0	4.1	1.8
ค่าเฉลี่ยรวม	660						3.62	672							1.77

* 1 = ให้ความสำคัญน้อยที่สุด 2 = ให้ความสำคัญน้อย 3 = ให้ความสำคัญปานกลาง 4 = ให้ความสำคัญมาก 5 = ให้ความสำคัญมากที่สุด

** 0 = ยังไม่มีการปฏิบัติ 1 = ปฏิบัติน้อย 2 = ปฏิบัติน้อย 3 = ปฏิบัติปานกลาง 4 = ปฏิบัติมาก 5 = ปฏิบัติมากที่สุด

ตารางที่ 4.13 ร้อยละของความคิดเห็นของบุคลากรกรมสุขภาพจิตต่อกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช ในด้านการให้ความสำคัญ และการปฏิบัติ จำแนกรายข้อ

กิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช	ร้อยละของบุคลากรกรมสุขภาพจิต														
	การให้ความสำคัญ*							การปฏิบัติ**							
	n	1	2	3	4	5	Mean	n	0	1	2	3	4	5	Mean
การฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน															
1. การฝึกให้ผู้ป่วยใช้ชีวิตร่วมกับผู้อื่นในชุมชนจำลองภายในโรงพยาบาล	677	3.4	2.5	22.3	33.3	37.8	4.0	682	34.0	16.4	12.3	19.4	11.9	6.0	1.8
2. การฝึกให้ผู้ป่วยได้ทดลองใช้ชีวิตในชุมชน	676	2.1	2.6	18.8	36.5	39.1	4.1	678	31.8	19.1	13.0	18.3	12.0	5.1	1.7
3. การติดตามเยี่ยมบ้าน	682	2.3	3.2	14.8	35.3	44.3	4.2	682	22.6	22.3	13.8	19.5	15.2	6.6	2.0
4. การทำกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน	679	2.5	3.1	20.1	36.5	37.4	4.0	681	34.2	23.8	12.0	16.0	9.7	4.4	1.6
5. การประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในชุมชน/วัด เพื่อร่วมกันดูแลผู้ป่วย	680	2.8	3.1	15.5	35.9	42.4	4.1	678	25.7	21.7	14.8	15.0	14.1	8.2	1.9
ค่าเฉลี่ยรวม	672						4.09	674							1.81

* 1 = ให้ความสำคัญน้อยที่สุด 2 = ให้ความสำคัญน้อย 3 = ให้ความสำคัญปานกลาง 4 = ให้ความสำคัญมาก 5 = ให้ความสำคัญมากที่สุด

** 0 = ยังไม่มีการปฏิบัติ 1 = ปฏิบัติน้อย 2 = ปฏิบัติน้อย 3 = ปฏิบัติปานกลาง 4 = ปฏิบัติมาก 5 = ปฏิบัติมากที่สุด

3.2 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างการให้ความสำคัญและการปฏิบัติกิจกรรม การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช

เมื่อพิจารณาความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความสำคัญและคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติกิจกรรม ตามรายด้าน และทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยความสำคัญและคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติกิจกรรม โดยใช้ Paired t-test ดังตารางที่ 4.14 สรุปได้ดังนี้

การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการศึกษา

เมื่อพิจารณา คะแนนเฉลี่ยของการให้ความสำคัญกับการปฏิบัติ พบว่า บุคลากรกรม สุขภาพจิตให้ความสำคัญอยู่ในระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 3.40) ในขณะที่การปฏิบัติอยู่ในระดับ น้อยที่สุด (คะแนนเฉลี่ย 1.12) เมื่อทดสอบความแตกต่างระหว่างการให้ความสำคัญ และการปฏิบัติ พบว่า บุคลากรมีความคิดเห็นเกี่ยวกับการให้ความสำคัญและการปฏิบัติแตกต่างกันทุกกิจกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอย่างสูง ($p < 0.001$)

การฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน

เมื่อพิจารณา คะแนนเฉลี่ยของการให้ความสำคัญกับการปฏิบัติ พบว่า บุคลากรกรม สุขภาพจิตให้ความสำคัญ อยู่ในระดับมาก (คะแนนเฉลี่ย 4.08) ในขณะที่การปฏิบัติอยู่ในระดับ น้อยที่สุดถึงค่อนข้างน้อย (คะแนนเฉลี่ย 1.81) เมื่อทดสอบความแตกต่างระหว่างการให้ความสำคัญ และการปฏิบัติ พบว่า บุคลากรมีความคิดเห็นเกี่ยวกับการให้ความสำคัญและการปฏิบัติ แตกต่างกันทุกกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.006$)

การฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพ

เมื่อพิจารณา คะแนนเฉลี่ยของการให้ความสำคัญกับการปฏิบัติ พบว่า บุคลากรกรม สุขภาพจิตให้ความสำคัญ อยู่ในระดับปานกลางถึงค่อนข้างมาก (คะแนนเฉลี่ย 3.62) ในขณะที่ การปฏิบัติอยู่ในระดับน้อยที่สุดถึงค่อนข้างน้อย (คะแนนเฉลี่ย 1.76) เมื่อทดสอบความแตกต่าง ระหว่างการให้ความสำคัญและการปฏิบัติ พบว่า บุคลากรมีความคิดเห็นเกี่ยวกับการให้ความสำคัญ และการปฏิบัติแตกต่างกันทุกกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอย่างสูง ($p < 0.001$)

การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์

เมื่อพิจารณา คะแนนเฉลี่ยของการให้ความสำคัญกับการปฏิบัติ พบว่า บุคลากรกรมสุขภาพจิตให้ความสำคัญ อยู่ในระดับน้อยถึงค่อนข้างปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 3.65) ในขณะที่การปฏิบัติอยู่ในระดับน้อยที่สุดถึงค่อนข้างน้อย(คะแนนเฉลี่ย 1.99) เมื่อทดสอบความแตกต่างระหว่างการให้ความสำคัญและการปฏิบัติ พบว่า บุคลากรมีความคิดเห็นเกี่ยวกับการให้ความสำคัญและการปฏิบัติแตกต่างกันทุกกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอย่างสูง ($p < 0.001$)

การฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม

เมื่อพิจารณา คะแนนเฉลี่ยของการให้ความสำคัญกับการปฏิบัติ พบว่า บุคลากรกรมสุขภาพจิตให้ความสำคัญ อยู่ในระดับมาก (คะแนนเฉลี่ย 4.11) ในขณะที่การปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง(คะแนนเฉลี่ย 3.10) เมื่อทดสอบความแตกต่างระหว่างการให้ความสำคัญและการปฏิบัติ พบว่า บุคลากรมีความคิดเห็นเกี่ยวกับการให้ความสำคัญและการปฏิบัติแตกต่างกันทุกกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอย่างสูง ($p < 0.001$)

ตารางที่ 4.14 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยการให้ความสำคัญ และการปฏิบัติ กิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช และระดับนัยสำคัญทางสถิติ จำแนกตามรายด้าน เรียงตามผลต่างของค่าเฉลี่ย

กิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช	คะแนนเฉลี่ย		ผลต่างของค่าเฉลี่ย	p-value*
	ความสำคัญ	การปฏิบัติ		
1. การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการศึกษา	3.40	1.12	2.28	< 0.001
2. การฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน	4.08	1.81	2.27	0.006
3. การฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพ	3.62	1.76	1.86	< 0.001
4. การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์	3.65	1.99	1.66	< 0.001
5. การฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม	4.11	3.10	1.01	< 0.001

* Paired t-test

ความแตกต่างระหว่างการให้ความสำคัญและการปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช

หากพิจารณาการให้ความสำคัญ และการปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช ในประเด็นที่มีความสำคัญมากในกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชในแต่ละด้าน เรียงตามกิจกรรมรายชื่อ โดยพิจารณาถึง ร้อยละของบุคลากรกรมสุขภาพจิตที่ให้คะแนนในระดับมากที่สุดระหว่างการให้ความสำคัญกับการปฏิบัติกิจกรรม ดังตารางที่ 4.15 สรุปได้ดังนี้

กิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม

เมื่อพิจารณา ร้อยละของบุคลากรกรมสุขภาพจิตที่ให้คะแนนในระดับมากที่สุด ระหว่างการให้ความสำคัญกับการปฏิบัติ พบว่า มีบุคลากรกรมสุขภาพจิตร้อยละ 57.04 - 90.91 ที่ให้ความสำคัญในระดับมากที่สุด ในขณะที่บุคลากรกรมสุขภาพจิตปฏิบัติกิจกรรมเพียงร้อยละ 23.61 - 69.60 ที่ให้คะแนนในระดับมากที่สุด

กิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน

เมื่อพิจารณา ร้อยละของบุคลากรที่ให้คะแนนในระดับมากที่สุด ระหว่างการให้ความสำคัญกับการปฏิบัติ พบว่า มีบุคลากรกรมสุขภาพจิตร้อยละ 71.11 - 79.62 ที่ให้ความสำคัญในระดับมากที่สุด ในขณะที่บุคลากรกรมสุขภาพจิตปฏิบัติกิจกรรมเพียงร้อยละ 17.89 - 21.85 ที่ให้คะแนนการปฏิบัติ ในระดับมากที่สุด

กิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์

เมื่อพิจารณา ร้อยละของบุคลากรที่ให้คะแนนในระดับมากที่สุด ระหว่างการให้ความสำคัญกับการปฏิบัติ พบว่า มีบุคลากรกรมสุขภาพจิตร้อยละ 42.08 - 79.62 ที่ให้ความสำคัญในระดับมากที่สุด ในขณะที่บุคลากรกรมสุขภาพจิตปฏิบัติกิจกรรมเพียงร้อยละ 6.30 - 31.96 ที่ให้คะแนนการปฏิบัติ ในระดับมากที่สุด

กิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพ

เมื่อพิจารณา ร้อยละของบุคลากรที่ให้คะแนนในระดับมากที่สุด ระหว่างการให้ความสำคัญกับการปฏิบัติ พบว่า มีบุคลากรกรมสุขภาพจิตร้อยละ 46.92 - 70.97 ที่ให้ความสำคัญในระดับมากที่สุด ในขณะที่บุคลากรกรมสุขภาพจิตปฏิบัติกิจกรรมเพียงร้อยละ 9.82 - 31.82 ที่ให้คะแนนการปฏิบัติ ในระดับมากที่สุด

กิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการศึกษา

เมื่อพิจารณา ร้อยละของบุคลากรที่ให้คะแนนในระดับมากที่สุด ระหว่างการให้ความสำคัญสำคัญกับการปฏิบัติ พบว่า มีบุคลากรกรมสุขภาพจิตร้อยละ 43.21 - 46.52 ที่ให้ความสำคัญในระดับมากที่สุด ในขณะที่บุคลากรกรมสุขภาพจิตเพียงร้อยละ 6.53 - 10.51 ที่ให้คะแนนการปฏิบัติ ในระดับมากที่สุด

ประเด็นสำคัญของความแตกต่างการให้คะแนนความสำคัญ ในระดับมากที่สุด พบว่า บุคลากรกรมสุขภาพจิตร้อยละ 50 ขึ้นไปให้คะแนนความสำคัญในระดับมากที่สุด 22 กิจกรรมจาก 28 กิจกรรม แต่ในด้านการให้คะแนนการปฏิบัติ พบว่าบุคลากรกรมสุขภาพจิตร้อยละ 50 ขึ้นไปให้คะแนนการปฏิบัติในระดับมากที่สุด เพียง 3 กิจกรรม จาก 28 กิจกรรม ได้แก่ ทักษะการดูแลตนเอง ทักษะการใช้ชีวิต และ ทักษะการพักผ่อน



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 4.15 ความแตกต่างระหว่างการให้ความสำคัญ และการปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช จำแนกตามร้อยละของบุคลากรกรมสุขภาพจิตที่ให้คะแนนในระดับมากที่สุด ถึงมากที่สุด เรียงตามกิจกรรมรายชื่อที่ให้ความสำคัญมาก

กิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช	ร้อยละ (มาก-มากที่สุด)	
	ความสำคัญ*	การปฏิบัติ
กิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม		
1. ทักษะการดูแลตนเอง	90.91	69.60
2. ทักษะการใช้ชีวิต/อยู่ร่วมกันในบ้าน	89.15	65.69
3. ทักษะการงาน	81.96	48.24
4. ทักษะการพักผ่อน	79.77	53.67
5. ทักษะทางสังคม	78.15	46.48
6. บันเทิงบำบัด	67.30	37.10
7. ทักษะการใช้ชีวิตในชุมชน	67.16	20.23
8. ศิลปกรรมบำบัด	57.04	23.61
กิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน		
1. การเยี่ยมบ้าน (หลังจำหน่ายผู้ป่วย)	79.62	21.85
2. การประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในชุมชน	78.30	22.29
3. การฝึกให้ผู้ป่วยได้ทดลองใช้ชีวิตในชุมชน	75.66	17.16
4. การทำกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน	73.90	14.08
5. การฝึกให้ผู้ป่วยใช้ชีวิตร่วมกับผู้อื่นในชุมชนจำลอง	71.11	17.89
กิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์		
1. จิตบำบัด	79.62	31.96
2. อาชีวบำบัด	74.34	24.19
3. ดนตรีบำบัด	63.20	17.74
4. กายภาพบำบัด	54.84	12.61
5. อรรถบำบัด	42.08	6.30

* เรียงตามลำดับการให้ความสำคัญ

ตารางที่ 4.15 (ต่อ) ความแตกต่างระหว่างการให้ความสำคัญ และการปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช จำแนกตามร้อยละของบุคลากรกรมสุขภาพจิตที่ให้คะแนนในระดับมากถึงมากที่สุด เรียงตามกิจกรรมรายชื่อที่ให้ความสำคัญมาก

กิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช	ร้อยละ (มาก-มากที่สุด)	
	ความสำคัญ*	การปฏิบัติ
กิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพ		
1. ทักษะงานพื้นฐาน	70.97	31.82
2. การฝึกอาชีพเกษตรกรรม	68.77	26.69
3. การฝึกอาชีพค้าขาย	58.65	17.30
4. การฝึกอาชีพอื่นๆ	54.69	17.16
5. การฝึกอาชีพหัตถกรรม	50.73	11.14
6. การฝึกอาชีพอุตสาหกรรม	48.39	10.56
7. การฝึกอาชีพบริการ	46.92	9.82
กิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการศึกษา		
1. การศึกษาตามอัธยาศัย	46.52	10.51
2. การศึกษานอกระบบ	45.36	7.52
3. การจัดการศึกษาตามระบบให้แก่ผู้ป่วย	43.21	6.53

* เรียงตามลำดับการให้ความสำคัญ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เมื่อพิจารณาความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความสำคัญ และคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติกิจกรรมตามรายข้อ และทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยความสำคัญ และคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติกิจกรรม โดยใช้ Wilcoxon Signed - Ranks test ดังตาราง 4.16 สรุปได้ดังนี้

การให้ความสำคัญและการปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช 5 อันดับแรก

บุคลากรกรมสุขภาพจิตให้ความสำคัญต่อกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช ใน 5 อันดับแรก ได้แก่ ทักษะการดูแลตนเอง ทักษะการใช้ชีวิต / อยู่ร่วมกันในบ้าน ทักษะการทำงาน ทักษะการเยี่ยมบ้าน และทักษะการพักผ่อน (คะแนนเฉลี่ย 4.50 , 4.48 , 4.20 , 4.16 และ 4.13 ตามลำดับ)

บุคลากรกรมสุขภาพจิตปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช ใน 5 อันดับแรก ได้แก่ ทักษะการดูแลตนเอง ทักษะการใช้ชีวิต / อยู่ร่วมกันในบ้าน การฝึกให้ผู้ป่วยได้ทดลองใช้ชีวิตในชุมชน ทักษะการพักผ่อน และทักษะทางสังคม (คะแนนเฉลี่ย 3.78 , 3.70 , 3.70 , 3.40 และ 3.24 ตามลำดับ)

การให้ความสำคัญและการปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช 5 อันดับสุดท้าย

บุคลากรกรมสุขภาพจิตให้ความสำคัญต่อกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช ใน 5 อันดับสุดท้าย ได้แก่ การฝึกอาชีพบริการ การจัดการศึกษาตามระบบให้แก่ผู้ป่วย จิตบำบัด การศึกษานอกระบบ และ อรรถบำบัด (คะแนนเฉลี่ย 3.38 , 3.32 , 3.31 , 3.31 และ 3.27 ตามลำดับ)

บุคลากรกรมสุขภาพจิตปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช ใน 5 อันดับสุดท้าย ได้แก่ การศึกษาตามอัธยาศัย การจัดการศึกษาตามระบบให้แก่ผู้ป่วย อรรถบำบัด จิตบำบัด และการศึกษานอกระบบ (คะแนนเฉลี่ย 1.23 , 1.09 , 1.08 , 1.04 และ 1.04 ตามลำดับ)

ตารางที่ 4.16 ความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยการให้ความสำคัญ และการปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช และระดับนัยสำคัญทางสถิติ จำแนกรายข้อ เรียงลำดับตามการให้ความสำคัญ

ลำดับ	ด้าน*	ข้อ	กิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช	คะแนนเฉลี่ย		ผลต่าง ของค่าเฉลี่ย	p-value*
				ความสำคัญ	การปฏิบัติ		
1.	2	31	ทักษะการดูแลตนเอง	4.50	3.78	0.72	< 0.001
2.	2	30	ทักษะการใช้ชีวิต/อยู่ร่วมกันในบ้าน	4.48	3.70	0.78	< 0.001
3.	2	26	ทักษะการงาน	4.20	3.22	0.98	< 0.001
4.	5	45	การเยี่ยมบ้าน (หลังจำหน่ายผู้ป่วย)	4.16	2.02	2.14	< 0.001
5.	2	28	ทักษะการพักผ่อน	4.13	3.40	0.89	< 0.001
6.	2	29	ทักษะทางสังคม	4.12	3.24	0.88	< 0.001
7.	5	44	การประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในชุมชน	4.12	1.95	2.17	< 0.001
8.	2	25	ศิลปกรรมบำบัด	3.64	2.42	1.22	< 0.001
9.	5	42	การทำกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน	4.04	1.57	2.47	< 0.001
10.	1	19	อาชีพบำบัด	4.01	1.57	2.44	< 0.001

1 การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ 2 การฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม 3 การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการศึกษา 4 การฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพ 5 การฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน

* Wilcoxon Signed - Ranks test

ตารางที่ 4.16 (ต่อ) ความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยการให้ความสำคัญ และการปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช และระดับนัยสำคัญทางสถิติ จำแนกรายข้อ เรียงลำดับตามการให้ความสำคัญ

ลำดับ	ด้าน*	ข้อ	กิจกรรม	คะแนนเฉลี่ย		ผลต่างของค่าเฉลี่ย	p-value*
				ความสำคัญ	การปฏิบัติ		
11.	5	43	การฝึกให้ผู้ป่วยใช้ชีวิตร่วมกับผู้อื่นในชุมชนจำลอง	4.00	1.77	2.23	< 0.001
12.	2	27	บันเทิงบำบัด	3.93	2.97	0.96	< 0.001
13.	4	41	ทักษะงานพื้นฐาน	3.92	2.59	1.33	< 0.001
14.	4	40	การฝึกอาชีพเกษตรกรรม	3.88	2.20	1.68	< 0.001
15.	5	46	การฝึกให้ผู้ป่วยได้ทดลองใช้ชีวิตในชุมชน	3.84	3.70	0.14	< 0.001
16.	1	23	ดนตรีบำบัด	3.74	1.89	1.85	< 0.001
17.	4	38	การฝึกอาชีพค้าขาย	3.69	1.81	1.88	< 0.001
18.	2	25	ศิลปกรรมบำบัด	3.64	2.42	1.22	< 0.001
19.	4	39	การฝึกอาชีพอื่นๆ	3.57	1.84	1.73	< 0.001
20.	1	22	กายภาพบำบัด	3.56	1.63	1.93	< 0.001

1 การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ 2 การฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม 3 การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการศึกษา 4 การฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพ 5 การฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน

* Wilcoxon Signed - Ranks test

ตารางที่ 4.16 (ต่อ) ความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยการให้ความสำคัญ และการปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช และระดับนัยสำคัญทางสถิติ จำแนกรายข้อ เรียงลำดับตามการให้ความสำคัญ

ลำดับ	ด้าน*	ข้อ	กิจกรรม	คะแนนเฉลี่ย		ผลต่าง ของค่าเฉลี่ย	p-value*
				ความสำคัญ	การปฏิบัติ		
21.	4	37	การฝึกอาชีพहतถกรรรม	3.47	1.48	1.99	< 0.001
22.	4	35	การฝึกอาชีพอุตสาหกรรม	3.42	1.24	2.18	< 0.001
23.	3	34	การศึกษาตามอัธยาศัย	3.40	1.23	2.17	< 0.001
24.	4	36	การฝึกอาชีพบริการ	3.38	1.28	2.10	< 0.001
25.	3	33	การจัดการศึกษาตามระบบให้แก่ผู้ป่วย	3.32	1.09	2.23	< 0.001
26.	1	20	จิตบำบัด	3.31	1.04	2.27	< 0.001
27.	3	32	การศึกษานอกระบบ	3.31	1.04	2.27	< 0.001
28.	1	21	อรรถบำบัด	3.27	1.08	2.19	< 0.001

1 การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ 2 การฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม 3 การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการศึกษา 4 การฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพ 5 การฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน

* Wilcoxon Signed - Ranks test

3.3 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างการให้ความสำคัญและการปฏิบัติกิจกรรม การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชของบุคลากรกรมสุขภาพจิตที่ได้รับการอบรม และไม่ได้ รับการอบรมเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช

เมื่อพิจารณาความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความสำคัญและคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติกิจกรรม ตามรายด้านของบุคลากรที่ได้รับการอบรมและไม่ได้รับการอบรมเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช และทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยความสำคัญและคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติกิจกรรม โดยใช้ Unpaired t-test ดังตารางที่ 4.17 สรุปได้ดังนี้

บุคลากรกรมสุขภาพจิตที่ได้รับการอบรมและไม่ได้รับการอบรมเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชแตกต่างกัน ให้คะแนนเฉลี่ยความสำคัญแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.005$) แต่ในด้านการปฏิบัติ พบว่า บุคลากรกรมสุขภาพจิตที่ได้รับการอบรมเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช ให้คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติทุกด้านแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.005$) ยกเว้น กิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการศึกษา โดยบุคลากรกรมสุขภาพจิตที่ได้รับการอบรมเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช ให้คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติมากกว่าบุคลากรกรมสุขภาพจิตที่ไม่ได้รับการอบรมเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช

เมื่อพิจารณาความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความสำคัญและคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติกิจกรรม ตามรายข้อของบุคลากรที่ได้รับการอบรมและไม่ได้รับการอบรมเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช และทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยความสำคัญและคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติกิจกรรม โดยใช้ Wilcoxon Signed Ranks test ดังตารางที่ 4.18 สรุปได้ดังนี้

บุคลากรกรมสุขภาพจิตที่ได้รับการอบรมและไม่ได้รับการอบรมเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชให้คะแนนเฉลี่ยความสำคัญต่อกิจกรรมการฝึกอาชีพหัตถกรรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.005$) โดยบุคลากรที่ไม่ได้รับการอบรมให้ความสำคัญมากกว่าบุคลากรที่ได้รับการอบรมเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช ในด้านการปฏิบัติบุคลากรที่ได้รับการอบรมให้คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติทุกข้อมากกว่าบุคลากรที่ไม่ได้รับการอบรมเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช โดยกิจกรรม 5 อันดับแรกที่บุคลากรกรมสุขภาพจิตให้คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติมากที่สุดคือ ทักษะการดูแลตนเอง ทักษะการใช้ชีวิต / อยู่ร่วมกันในบ้าน ทักษะการใช้ชีวิตในชุมชน ทักษะการพักผ่อน และ ทักษะการทำงาน (คะแนนเฉลี่ย 3.82 , 3.75 , 3.75 , 3.48 และ 3.37 ตามลำดับ)

ตารางที่ 4. 17 ความแตกต่างของการให้ความสำคัญและการปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชของบุคลากรสุขภาพจิตที่ได้รับและไม่ได้รับการอบรม เรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช และระดับนัยสำคัญทางสถิติ จำแนกตามรายด้าน

ลำดับ	กิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช	คะแนนเฉลี่ยความสำคัญ		ผลต่างของคะแนนเฉลี่ย	p-value*	คะแนนเฉลี่ย การปฏิบัติ		ผลต่างของคะแนนเฉลี่ย	p-value*
		ได้รับการอบรม	ไม่ได้รับการอบรม			ได้รับการอบรม	ไม่ได้รับการอบรม		
1.	ด้านการแพทย์	2.89	2.92	0.03	0.526	2.06	1.78	0.28	0.001
2.	ด้านสังคม	4.13	4.08	0.05	0.429	3.18	2.99	0.19	0.016
3.	ด้านการศึกษา	3.39	3.32	0.07	0.383	1.19	1.03	0.16	0.120
4.	ด้านอาชีพ	3.62	3.63	0.01	0.924	1.90	1.61	0.29	0.003
5.	ในชุมชน	4.06	4.10	0.04	0.459	1.91	1.68	0.23	0.032

* Unpaired t-test

ตารางที่ 4.18 ความแตกต่างของการให้ความสำคัญและการปฏิบัติ ระหว่างบุคลากรสุขภาพจิตที่ได้รับการอบรมและไม่ได้รับการอบรมด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช และระดับนัยสำคัญทางสถิติ จำแนกตามรายชื่อ เรียงตามการให้ความสำคัญ

ลำดับ	ข้อ	ด้าน *	กิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช	คะแนนเฉลี่ย		ผลต่างของคะแนนเฉลี่ย	p-value	คะแนนเฉลี่ย		ผลต่างของคะแนนเฉลี่ย	p-value
				ความสำคัญ				การปฏิบัติ			
				เคย	ไม่เคย	เคย	ไม่เคย				
1.	24	2	ทักษะการดูแลตนเอง	4.53	4.47	0.06	0.339	3.82	3.72	0.10	0.341
2.	25	2	ทักษะการใช้ชีวิต/อยู่ร่วมกันในบ้าน	4.50	4.46	0.04	0.301	3.75	3.65	0.10	0.350
3.	29	2	ทักษะการใช้ชีวิตในชุมชน	4.50	4.46	0.16	0.106	3.75	3.65	0.10	0.010
4.	28	2	ทักษะการงาน	4.18	4.20	0.02	0.761	3.37	3.05	0.32	0.002
5.	23	1	จิตบำบัด	4.18	4.18	-	0.986	2.80	2.60	0.20	0.076
6.	26	2	ทักษะทางสังคม	4.17	4.07	0.10	0.506	3.37	3.08	0.29	0.003
7.	27	2	ทักษะการพักผ่อน	4.14	4.11	0.03	0.123	3.48	3.30	0.18	0.071
8.	44	5	การติดตามเยี่ยมบ้าน	4.11	4.21	0.10	0.225	2.08	1.95	0.13	0.277
9.	43	5	การฝึกให้ผู้ป่วยได้ทดลองใช้ชีวิตในชุมชน	4.09	4.07	0.02	0.836	1.88	1.56	0.32	0.011

1 การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ 2 การฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม 3 การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการศึกษา 4 การฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพ 5 การฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน

* Wilcoxon Signed - Ranks test

ตารางที่ 4.18 (ต่อ) ความแตกต่างของการให้ความสำคัญและการปฏิบัติ ระหว่างบุคลากรสุขภาพจิตที่ได้รับการอบรมและไม่ได้รับการอบรมด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช และระดับนัยสำคัญทางสถิติ จำแนกตามรายชื่อ เรียงตามการให้ความสำคัญ

ลำดับ	ข้อ	ด้าน *	กิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช	คะแนนเฉลี่ย		ผลต่างของคะแนนเฉลี่ย	p-value	คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติ		ผลต่างของคะแนนเฉลี่ย	p-value*
				ความสำคัญ							
				เคย	ไม่เคย	เคย	ไม่เคย				
10.	46	5	การประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในชุมชน/วัด เพื่อร่วมกันดูแลผู้ป่วย	4.06	4.18	0.12	0.104	1.96	1.92	0.04	0.803
11.	45	5	การทำกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพฯ ในชุมชน	4.02	4.05	0.03	0.721	2.08	1.95	0.13	0.054
12.	43	5	การฝึกให้ผู้ป่วยใช้ชีวิตร่วมกับผู้อื่นในชุมชนจำลองภายในโรงพยาบาล	4.01	3.99	0.02	0.877	1.96	1.54	0.42	0.001
13.	19	1	อาชีพบำบัด	4.00	4.01	0.01	0.894	2.59	2.11	0.48	< 0.001
14.	35	4	ทักษะงานพื้นฐาน	3.95	3.90	0.05	0.451	2.68	2.46	0.22	0.055
15.	30	2	บันเทิงบำบัด	3.92	3.94	0.02	0.777	3.37	3.08	0.29	0.035
16.	36	4	การฝึกอาชีพเกษตรกรรม	3.86	3.89	0.03	0.740	2.30	2.07	0.23	0.073

1 การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ 2 การฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม 3 การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการศึกษา 4 การฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพ 5 การฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน

* Wilcoxon Signed - Ranks test

ตารางที่ 4.18 (ต่อ) ความแตกต่างของการให้ความสำคัญและการปฏิบัติ ระหว่างบุคลากรสุขภาพจิตที่ได้รับการอบรมและไม่ได้รับการอบรมด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช และระดับนัยสำคัญทางสถิติ จำแนกตามรายชื่อ เรียงตามการให้ความสำคัญ

ลำดับ	ข้อ	ด้าน *	กิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช	คะแนนเฉลี่ย		ผลต่างของคะแนนเฉลี่ย	p-value	คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติ		ผลต่างของคะแนนเฉลี่ย	p-value*
				ความสำคัญ				การปฏิบัติ			
				เคย	ไม่เคย	เคย	ไม่เคย				
17.	22	1	ดนตรีบำบัด	3.72	3.74	0.02	0.809	2.00	1.76	0.24	0.054
18.	39	4	การฝึกอาชีพค้าขาย	3.69	3.72	0.03	0.787	1.96	1.64	0.32	0.008
19.	31	2	ศิลปกรรมบำบัด	3.65	3.64	0.01	0.948	2.46	2.36	0.10	0.382
20.	41	4	การฝึกอาชีพอื่นๆ	3.58	3.57	0.01	0.825	1.99	1.69	0.30	0.012
21.	20	1	กายภาพบำบัด	3.51	3.58	0.07	0.426	1.76	1.50	0.26	0.029
22.	34	3	การศึกษาตามอัธยาศัย	3.45	3.36	0.09	0.302	1.29	1.18	0.11	0.343
23.	38	4	การฝึกอาชีพหัตถกรรม	3.43	3.50	0.07	0.004	1.64	1.31	0.33	0.004
24.	37	4	การฝึกอาชีพอุตสาหกรรม	3.43	3.40	0.03	0.721	1.37	1.09	0.28	0.012
25.	40	4	การฝึกอาชีพบริการ	3.39	3.39	-	0.933	1.40	1.15	0.25	0.027

1 การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ 2 การฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม 3 การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการศึกษา 4 การฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพ 5 การฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน

* Wilcoxon Signed - Ranks test

ตารางที่ 4.18 (ต่อ) ความแตกต่างระหว่างการให้ความสำคัญและการปฏิบัติ ระหว่างบุคลากรสุขภาพจิตที่ได้รับการอบรมและไม่ได้รับการอบรมด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช และระดับนัยสำคัญทางสถิติ จำแนกตามรายชื่อ เรียงตามการให้ความสำคัญ

ลำดับ	ข้อ	ด้าน *	กิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช	คะแนนเฉลี่ย		ผลต่างของคะแนนเฉลี่ย	p-value	คะแนนเฉลี่ย		ผลต่างของคะแนนเฉลี่ย	p-value*
				ความสำคัญ				การปฏิบัติ			
				เคย	ไม่เคย	เคย	ไม่เคย				
26.	33	3	การศึกษานอกระบบ	3.35	3.27	0.08	0.410	1.16	0.93	0.23	0.031
27.	32	3	การจัดการศึกษาตามระบบ	3.34	3.31	0.03	0.734	1.18	1.01	0.17	0.119
28.	21	1	อรรถบำบัด	3.23	3.27	0.04	0.611	1.18	0.95	0.23	0.028

1 การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ 2 การฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม 3 การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการศึกษา 4 การฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพ 5 การฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน

* Wilcoxon Signed - Ranks test

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

3.4 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างการให้ความสำคัญและการปฏิบัติกิจกรรม สำหรับญาติผู้ป่วยจิตเวช

ผลการศึกษา พบว่า บุคลากรกรมสุขภาพจิตส่วนใหญ่มีความเห็นเกี่ยวกับการให้ความสำคัญโดยรวม อยู่ในระดับมาก (คะแนนเฉลี่ย 4.24) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า บุคลากรกรมสุขภาพจิตให้ความสำคัญต่อกิจกรรมการทำกลุ่มวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยสำหรับญาติมากที่สุด (คะแนนเฉลี่ย 4.30) และให้ความสำคัญต่อกิจกรรมสุขภาพจิตศึกษาและการส่งเสริมกลุ่มช่วยเหลือซึ่งกันและกันของญาติน้อยที่สุดเท่ากัน (คะแนนเฉลี่ย 4.21) ในด้านการปฏิบัติ บุคลากรกรมสุขภาพจิตปฏิบัติกิจกรรมการให้การปรึกษาครอบครัวมากที่สุด (คะแนนเฉลี่ย 2.78) และปฏิบัติกิจกรรมการส่งเสริมกลุ่มช่วยเหลือซึ่งกันและกันของญาติน้อยที่สุด เช่นเดียวกับการให้ความสำคัญ (คะแนนเฉลี่ย 2.15) ดังตารางที่ 4.19

เมื่อพิจารณาความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยความสำคัญ และคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติกิจกรรมสำหรับญาติผู้ป่วยจิตเวชตามรายข้อ และทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยความสำคัญและคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติกิจกรรม โดยใช้ Wilcoxon Signed - Ranks Test สรุปได้ดังนี้

การจัดกิจกรรมสุขภาพจิตศึกษาสำหรับญาติ

เมื่อพิจารณา คะแนนเฉลี่ยของการให้ความสำคัญกับการปฏิบัติ พบว่า บุคลากรกรมสุขภาพจิตให้ความสำคัญอยู่ในระดับมาก (คะแนนเฉลี่ย 4.21) ในขณะที่การปฏิบัติอยู่ในระดับน้อยถึงค่อนข้างปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.43) เมื่อทดสอบความแตกต่างระหว่างการให้ความสำคัญและการปฏิบัติ พบว่า บุคลากรมีความคิดเห็นเกี่ยวกับการให้ความสำคัญและการปฏิบัติแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอย่างสูง ($p < 0.001$) ดังตารางที่ 4.20

การให้การปรึกษาครอบครัว

เมื่อพิจารณา คะแนนเฉลี่ยของการให้ความสำคัญกับการปฏิบัติ พบว่า บุคลากรกรมสุขภาพจิตให้ความสำคัญอยู่ในระดับมาก (คะแนนเฉลี่ย 4.29) ในขณะที่การปฏิบัติอยู่ในระดับน้อยถึงค่อนข้างปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.78) เมื่อทดสอบความแตกต่างระหว่างการให้ความสำคัญและการปฏิบัติ พบว่า บุคลากรมีความคิดเห็นเกี่ยวกับการให้ความสำคัญและการปฏิบัติแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอย่างสูง ($p < 0.001$) ดังตารางที่ 4.20

การทำกลุ่มครอบครัวบำบัด

เมื่อพิจารณา คะแนนเฉลี่ยของการให้ความสำคัญกับการปฏิบัติ พบว่า บุคลากรกรมสุขภาพจิต ให้ความสำคัญอยู่ในระดับมาก (คะแนนเฉลี่ย 4.24) ในขณะที่การปฏิบัติอยู่ในระดับน้อย (คะแนนเฉลี่ย 2.25) เมื่อทดสอบความแตกต่างระหว่างการให้ความสำคัญและการปฏิบัติ พบว่า บุคลากรมีความคิดเห็นเกี่ยวกับการให้ความสำคัญและการปฏิบัติแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอย่างสูง ($p < 0.001$) ดังตารางที่ 4.20

การทำกลุ่มวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยสำหรับญาติ

เมื่อพิจารณา คะแนนเฉลี่ยของการให้ความสำคัญกับการปฏิบัติ พบว่า บุคลากรกรมสุขภาพจิต ให้ความสำคัญอยู่ในระดับมาก (คะแนนเฉลี่ย 4.30) ในขณะที่การปฏิบัติอยู่ในระดับน้อย (คะแนนเฉลี่ย 2.49) เมื่อทดสอบความแตกต่างระหว่างการให้ความสำคัญและการปฏิบัติ พบว่า บุคลากรมีความคิดเห็นเกี่ยวกับการให้ความสำคัญและการปฏิบัติแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอย่างสูง ($p < 0.001$) ดังตารางที่ 4.20

การส่งเสริมกลุ่มช่วยเหลือซึ่งกันและกันของญาติ

เมื่อพิจารณา คะแนนเฉลี่ยของการให้ความสำคัญกับการปฏิบัติ พบว่า บุคลากรกรมสุขภาพจิต ให้ความสำคัญอยู่ในระดับมาก (คะแนนเฉลี่ย 4.21) ในขณะที่การปฏิบัติอยู่ในระดับน้อย (คะแนนเฉลี่ย 2.15) เมื่อทดสอบความแตกต่างระหว่างการให้ความสำคัญและการปฏิบัติ พบว่า บุคลากรมีความคิดเห็นเกี่ยวกับการให้ความสำคัญและการปฏิบัติแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอย่างสูง ($p < 0.001$) ดังตารางที่ 4.20

ตารางที่ 4.19 จำนวนและร้อยละความคิดเห็นของบุคลากรกรมสุขภาพจิตต่อกิจกรรมสำหรับญาติผู้ป่วยจิตเวช

กิจกรรมสำหรับญาติผู้ป่วยจิตเวช	ร้อยละของบุคลากรกรมสุขภาพจิต														
	การให้ความสำคัญ							การปฏิบัติ							
	n	1	2	3	4	5	Mean	n	0	1	2	3	4	5	Mean
1. การจัดกิจกรรมสุขภาพจิตศึกษาสำหรับญาติ	679	1.8	2.8	13.7	36.4	45.4	4.21	681	16.4	14.7	16.0	25.8	16.4	10.6	2.43
2. การให้การปรึกษาครอบครัว	681	1.5	1.3	12.9	35.5	48.8	4.29	681	10.6	11.6	14.7	28.5	22.0	12.6	2.78
3. การทำกลุ่มครอบครัวบำบัด	679	2.2	2.4	11.3	37.1	47.0	4.24	681	19.1	17.5	16.6	22.3	15.7	8.8	2.25
4. การทำกลุ่มวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยสำหรับญาติ	681	1.3	2.3	10.0	37.4	48.9	4.30	680	15.4	14.4	16.0	25.1	18.1	10.9	2.49
5. การส่งเสริมกลุ่มช่วยเหลือซึ่งกันและกันของญาติ	679	2.7	1.6	12.7	38.3	44.8	4.21	679	21.1	18.6	15.2	23.3	13.5	8.4	2.15
ค่าเฉลี่ยรวม	676						4.24	678							2.41

ตารางที่ 4.20 ความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยการให้ความสำคัญ และการปฏิบัติกิจกรรมสำหรับญาติ ผู้ป่วยจิตเวช และระดับนัยสำคัญทางสถิติ จำแนกตามรายข้อ เรียงตามผลต่างของค่าเฉลี่ย

ลำดับ	กิจกรรมสำหรับ ญาติผู้ป่วยจิตเวช	คะแนนเฉลี่ย		ผลต่างของ ค่าเฉลี่ย	p-value*
		ความสำคัญ	การปฏิบัติ		
1.	การจัดกิจกรรมสุขภาพจิตศึกษา สำหรับญาติ	4.21	2.43	1.78	< 0.001
2.	การให้การปรึกษาครอบครัว	4.29	2.78	1.51	< 0.001
3.	การทำกลุ่มครอบครัวบำบัด	4.24	2.25	1.99	< 0.001
4.	การทำกลุ่มวางแผนการจำหน่าย ผู้ป่วยสำหรับญาติ	4.30	2.49	1.81	< 0.001
5.	การส่งเสริมกลุ่มช่วยเหลือซึ่งกัน และกันของญาติ	4.21	2.15	2.06	< 0.001

* Wilcoxon Signed - Ranks test

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความคิดเห็นของบุคลากรกรมสุขภาพจิต ต่อกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช ตามปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยสนับสนุน

คะแนนความคิดเห็นที่ใช้ในการเปรียบเทียบความแตกต่างประกอบด้วย 2 ส่วนคือ คะแนนการให้ความสำคัญ และคะแนนการปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช คะแนนแต่ละส่วนประกอบด้วย ข้อคำถามทั้งหมด 28 ข้อ แบ่งเป็น 5 ด้าน คือ กิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ (5 ข้อ) กิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม (8 ข้อ) กิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการศึกษา (3 ข้อ) กิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพ (7 ข้อ) กิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน (5 ข้อ) คะแนนความสำคัญแต่ละข้อ มีคะแนน 5 ระดับ คือ 1 = ให้ความสำคัญน้อยที่สุด 2 = ให้ความสำคัญน้อย 3 = ให้ความสำคัญปานกลาง 4 = ให้ความสำคัญมาก 5 = ให้ความสำคัญมากที่สุด ดังนั้น ในแต่ละคนจะมีคะแนนตั้งแต่ 28 (1×28) ถึง 140 (5×28) คะแนน เมื่อคิดเป็นค่าเฉลี่ยของคะแนนรายข้อหรือรายด้าน จะมีคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1 ถึง 5 คะแนน ส่วนคะแนนการปฏิบัติมีคะแนน 6 ระดับ คือ 0 = ไม่มีการปฏิบัติ 1 = ปฏิบัติน้อยที่สุด 2 = ปฏิบัติน้อย 3 = ปฏิบัติปานกลาง 4 = ปฏิบัติมาก 5 = ปฏิบัติมากที่สุด ดังนั้นในแต่ละคนจะมีคะแนนตั้งแต่ 0 (0×28) ถึง 140 (5×28) คะแนน เมื่อคิดเป็นค่าเฉลี่ยของคะแนนรายข้อ หรือรายด้าน จะมีคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 0 ถึง 5 คะแนน

ได้ทำการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการให้ความสำคัญและคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช ในภาพรวมและรายด้าน ตามปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยสนับสนุน ได้ผลดังนี้

4.1 ความคิดเห็นด้านการให้ความสำคัญและการปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช ตามปัจจัยส่วนบุคคล

4.1.1 การให้ความสำคัญต่อกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช ตามปัจจัยส่วนบุคคล

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการให้ความสำคัญต่อกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ในภาพรวม คือ เพศ กลุ่มอายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และตำแหน่งในปัจจุบันที่แตกต่างกัน มีคะแนนเฉลี่ยความสำคัญแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) สำหรับสายวิชาชีพ ประสบการณ์การทำงานด้านจิตเวช และประสบการณ์การ

ทำงานด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชที่แตกต่างกัน พบว่า มีผลต่อคะแนนเฉลี่ยความสำคัญไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.005$) ดังตารางที่ 4.21

4.1.2 การปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช ตามปัจจัยส่วนบุคคล

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ในภาพรวม คือ กลุ่มอายุ ระดับการศึกษา และตำแหน่งในปัจจุบันที่แตกต่างกัน มีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) สำหรับเพศ สถานภาพสมรส สายวิชาชีพ ประสบการณ์การทำงานด้านจิตเวช และประสบการณ์ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช พบว่า มีผลต่อคะแนนเฉลี่ยความสำคัญไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.005$) ดังตารางที่ 4.21

เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน คือ กิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ กิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม กิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการศึกษา กิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพ และกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน พบว่า

เพศ

พบว่า บุคลากรกรมสุขภาพจิตที่เพศแตกต่างกัน ให้คะแนนเฉลี่ยความสำคัญด้านการแพทย์ ด้านสังคม ด้านอาชีพ และด้านชุมชน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยเพศหญิงให้คะแนนเฉลี่ยความสำคัญมากกว่าเพศชาย ส่วนด้านการศึกษา พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยความสำคัญไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.005$) ในด้านการปฏิบัติ พบว่า บุคลากรที่เพศแตกต่างกัน ให้คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติด้านการศึกษา ด้านอาชีพ และด้านชุมชน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยเพศชายให้คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติมากกว่าเพศหญิง ดังตารางที่ 4.22

อายุ

พบว่า บุคลากรกรมสุขภาพจิตที่มีอายุแตกต่างกัน ให้คะแนนเฉลี่ยความสำคัญด้านการแพทย์ ด้านสังคม ด้านการศึกษา และด้านชุมชน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยกลุ่มอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 ปี และกลุ่มอายุ 31 – 40 ปีให้คะแนนเฉลี่ยความสำคัญมากกว่ากลุ่มอายุมากกว่า 40 ปี ในด้านการปฏิบัติ พบว่า บุคลากรที่มีอายุแตกต่างกัน ให้คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติด้านการแพทย์ ด้านการศึกษา และด้านอาชีพ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

โดยกลุ่มอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 ปี มีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติ ทั้ง 5 ด้าน มากกว่ากลุ่มอายุอื่น ดังตารางที่ 4.22

สถานภาพสมรส

พบว่า บุคลากรกรมสุขภาพจิตที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกัน ให้คะแนนเฉลี่ยความสำคัญด้านการแพทย์ ด้านสังคม ด้านการศึกษา และด้านอาชีพ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยบุคลากรที่มีสถานภาพสมรสโสด ให้คะแนนเฉลี่ยความสำคัญด้านสังคม ด้านการศึกษา ด้านอาชีพ และด้านชุมชน มากกว่าสถานภาพสมรสคู่ ส่วนด้านชุมชน พบว่า ให้คะแนนเฉลี่ยความสำคัญ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.005$) ในด้านการปฏิบัติ พบว่า บุคลากรที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกันให้คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติด้านการแพทย์ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยบุคลากรที่มีสถานภาพสมรสโสด ให้คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติด้านการแพทย์ ด้านสังคม ด้านการศึกษา และด้านอาชีพ มากกว่าบุคลากรที่มีสถานภาพสมรสคู่ ดังตารางที่ 4.22

ระดับการศึกษา

พบว่า บุคลากรกรมสุขภาพจิตที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน ให้คะแนนเฉลี่ยความสำคัญด้านสังคม ด้านการศึกษา ด้านอาชีพ และด้านชุมชน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอย่างสูง ($p < 0.001$) โดยบุคลากรที่มีระดับการศึกษาปริญญาตรีขึ้นไปให้คะแนนเฉลี่ยความสำคัญทุกด้านมากกว่าบุคลากรที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี ในด้านการปฏิบัติ พบว่า บุคลากรที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน ให้คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติด้านการแพทย์ ด้านสังคม ด้านการศึกษา และด้านอาชีพ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยบุคลากรที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรีให้คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติทุกด้านมากกว่าบุคลากรที่มีระดับการศึกษาปริญญาตรีขึ้นไป ดังตารางที่ 4.22

สายวิชาชีพ

พบว่า บุคลากรกรมสุขภาพจิตที่มีสายวิชาชีพแตกต่างกัน ให้คะแนนเฉลี่ยความสำคัญแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยบุคลากรสายวิชาชีพอื่นๆ ให้คะแนนเฉลี่ยความสำคัญด้านอาชีพมากกว่าบุคลากรสายการแพทย์ ในด้านการปฏิบัติ พบว่า บุคลากรสายวิชาชีพแตกต่างกันให้คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยบุคลากรสายการแพทย์ ให้คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติด้านการแพทย์และด้านสังคมมากกว่าบุคลากรสายวิชาชีพอื่นๆ ดังตารางที่ 4.22

ตำแหน่งในปัจจุบัน

พบว่า บุคลากรกรมสุขภาพจิตที่มีตำแหน่งในปัจจุบันแตกต่างกัน ให้คะแนนเฉลี่ยความสำคัญด้านสังคม ด้านอาชีพ และด้านชุมชน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยบุคลากรที่มีตำแหน่งในปัจจุบันเป็นผู้บริหารให้คะแนนเฉลี่ยความสำคัญทุกด้านมากกว่าบุคลากรที่มีตำแหน่งในปัจจุบันเป็นผู้ปฏิบัติ ในด้านการปฏิบัติ พบว่า บุคลากรที่มีตำแหน่งในปัจจุบันแตกต่างกัน ให้คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติด้านสังคมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยบุคลากรที่มีตำแหน่งในปัจจุบันเป็นผู้ปฏิบัติ ให้คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติด้านการแพทย์ ด้านสังคม ด้านการศึกษา และด้านอาชีพมากกว่าบุคลากรที่มีตำแหน่งในปัจจุบันเป็นผู้บริหาร ดังตารางที่ 4.22

ประสบการณ์การทำงานด้านจิตเวช

พบว่า บุคลากรกรมสุขภาพจิตที่มีประสบการณ์ด้านจิตเวชแตกต่างกัน ให้คะแนนเฉลี่ยความสำคัญ ด้านการแพทย์ และด้านสังคม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยบุคลากรที่มีประสบการณ์ด้านจิตเวชน้อยกว่า 10 ปี ให้คะแนนเฉลี่ยความสำคัญทุกด้านมากกว่าบุคลากรที่มีประสบการณ์ด้านจิตเวชน้อยกว่า 10 ปี ในด้านการปฏิบัติ พบว่า บุคลากรที่มีประสบการณ์ด้านจิตเวชแตกต่างกัน ให้คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติด้านการแพทย์ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยบุคลากรที่มีประสบการณ์ด้านจิตเวชน้อยกว่า 10 ปี ให้คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติด้านการแพทย์ ด้านการศึกษา ด้านอาชีพ และด้านชุมชนมากกว่าบุคลากรที่มีประสบการณ์ด้านจิตเวช 10 ปี ขึ้นไป ดังตารางที่ 4.22

ประสบการณ์การทำงานด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช

พบว่า บุคลากรกรมสุขภาพจิตที่มีประสบการณ์ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชแตกต่างกัน ให้คะแนนเฉลี่ยความสำคัญและการปฏิบัติไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.005$) ดังตารางที่ 4.22

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 4.21 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความคิดเห็นของบุคลากรกรมสุขภาพจิตต่อกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชในด้านการให้ความสำคัญ และการปฏิบัติ จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล

ปัจจัยส่วนบุคคล	คะแนนเฉลี่ยการให้ความสำคัญ				คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติ			
	จำนวน (คน)	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	p-value	จำนวน (คน)	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	p-value
เพศ *								
ชาย	133	3.70	0.68	0.002	137	2.26	1.10	0.055
หญิง	458	3.90	0.65		470	2.06	0.89	
อายุ **								
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 ปี	118	3.92	0.69	0.002	120	2.36	0.95	0.003
31- 40 ปี	255	3.91	0.63		263	2.01	0.94	
มากกว่า 40 ปี	204	3.71	0.71		214	2.09	0.93	
สถานภาพสมรส *								
โสด	181	3.96	0.67	0.007	182	2.21	0.97	0.088
คู่ ¹	426	3.80	0.68		445	2.06	0.94	

* Unpaired t-test

** One - way ANOVA

¹ คู่/ฝ่าย/หย่า/แยก

ตารางที่ 4.21 (ต่อ) เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความคิดเห็นของบุคลากรกรมสุขภาพจิตต่อกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช ในด้านการให้ความสำคัญ และการปฏิบัติ จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล

ปัจจัยส่วนบุคคล	คะแนนเฉลี่ยการให้ความสำคัญ				คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติ			
	จำนวน (คน)	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	p-value	จำนวน (คน)	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	p-value
ระดับการศึกษา *								
ต่ำกว่าปริญญาตรี	166	3.65	0.63	< 0.001	164	2.27	0.92	0.012
ปริญญาตรีขึ้นไป	427	3.92	0.67		447	2.06	0.95	
สายวิชาชีพ *								
สายการแพทย์ ²	567	3.84	0.68	0.091	583	2.12	0.94	0.168
สายวิชาชีพอื่นๆ ³	44	4.02	0.66		46	1.91	1.01	
ตำแหน่งในปัจจุบัน *								
ผู้บริหาร	111	3.98	0.60	0.022	119	1.92	0.99	0.019
ผู้ปฏิบัติ	500	3.82	0.69		511	2.15	0.93	

* Unpaired t-test ** One - way ANOVA

² แพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเทคนิค ผู้ช่วยพยาบาล

³ นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นักวิชาการศึกษาพิเศษ นักอาชีวบำบัด เจ้าหน้าที่อาชีวบำบัด นักกายภาพบำบัด

ตารางที่ 4.21 (ต่อ) เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความคิดเห็นของบุคลากรกรมสุขภาพจิตต่อกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช ในด้านการให้ความสำคัญ และการปฏิบัติ จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล

ปัจจัยส่วนบุคคล	คะแนนเฉลี่ยการให้ความสำคัญ				คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติ			
	จำนวน (คน)	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	p-value	จำนวน (คน)	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	p-value
ประสบการณ์ในการทำงานด้านจิตเวช *								
น้อยกว่า หรือเท่ากับ 10 ปี	152	3.92	0.71	0.856	154	2.19	1.00	0.100
10 ปีขึ้นไป	268	3.90	0.61		279	2.04	0.91	
ประสบการณ์ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช **								
ไม่มีประสบการณ์	66	3.86	0.56	0.996	69	2.06	1.10	0.362
น้อยกว่า 10 ปี	91	3.85	0.69		92	1.99	0.98	
10 ปีขึ้นไป	454	3.84	0.69		469	2.14	0.92	

* Unpaired t-test

** One - way ANOVA

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 4.22 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของความสำคัญและการปฏิบัติรายด้าน ตาม
ปัจจัยส่วนบุคคลของบุคลากรกรมสุขภาพจิต

ปัจจัยส่วนบุคคล	ค่าเฉลี่ยความสำคัญรายด้าน					ค่าเฉลี่ยการปฏิบัติรายด้าน				
	กพ ¹	สค ²	กค ³	อช ⁴	นช ⁵	กพ ¹	สค ²	กค ³	อช ⁴	นช ⁵
เพศ *										
ชาย	2.81	3.93	3.30	3.50	3.94	2.07	3.04	1.45	1.99	2.03
หญิง	2.96	4.17	3.38	3.66	4.14	1.89	3.11	0.99	1.70	1.74
<i>p-value</i>	0.022	<.001	0.405	0.044	0.017	0.111	0.460	<.001	0.022	0.036
อายุ **										
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 ปี	3.86	4.18	3.51	3.70	4.12	2.31	3.28	1.42	2.01	1.88
31- 40 ปี	3.78	4.17	3.38	3.65	4.18	1.76	3.10	0.97	1.64	1.72
มากกว่า 40 ปี	3.63	3.99	3.17	3.53	3.94	1.93	3.04	1.13	1.83	1.81
<i>p-value</i>	0.015	0.003	0.010	0.144	0.005	<.001	0.120	0.005	0.018	0.550
สถานภาพสมรส *										
โสด	2.30	4.21	3.53	3.77	4.14	2.08	3.21	1.22	1.86	1.76
คู่ ⁶	2.88	4.07	3.27	3.56	4.06	1.88	3.05	1.07	1.74	1.82
<i>p-value</i>	0.047	0.008	0.005	0.005	0.289	0.037	0.075	0.183	0.257	0.653
ระดับการศึกษา *										
ต่ำกว่าปริญญาตรี	2.83	3.97	3.08	3.40	3.83	2.12	3.24	1.31	1.96	1.94
ปริญญาตรีขึ้นไป	2.94	4.17	3.44	3.70	4.17	1.86	3.05	1.03	1.71	1.75
<i>p-value</i>	0.064	<.001	<.001	<.001	<.001	0.011	0.016	0.013	0.018	0.107
สายวิชาชีพ *										
สายการแพทย์ ⁷	2.91	4.10	3.33	3.60	4.07	1.96	3.14	1.12	1.77	1.80
สายวิชาชีพอื่นๆ ⁸	3.00	4.19	3.58	3.91	4.24	1.53	2.54	0.94	1.76	1.88
<i>p-value</i>	0.395	0.367	0.106	0.013	0.171	0.012	0.002	0.322	0.958	0.692

* Unpaired t – test ** One-way ANOVA

¹ การฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายการแพทย์ ² การฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม ³ การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการศึกษา

⁴ การฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพ ⁵ การฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน

⁶ คู่/ม่าย/หย่า/แยก ⁷ แพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเทคนิค ผู้ช่วยพยาบาล

⁸ นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นักวิชาการศึกษาพิเศษ นักอาชีวบำบัด เจ้าหน้าที่อาชีวบำบัด นักกายภาพบำบัด

ตารางที่ 4.22 (ต่อ) เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของความสำคัญและการปฏิบัติรายด้าน
ตามปัจจัยส่วนบุคคลของบุคลากรกรมสุขภาพจิต

ปัจจัยส่วนบุคคล	ค่าเฉลี่ยความสำคัญรายด้าน					ค่าเฉลี่ยการปฏิบัติรายด้าน				
	กพ ¹	สค ²	กศ ³	อช ⁴	นช ⁵	กพ ¹	สค ²	กศ ³	อช ⁴	นช ⁵
ตำแหน่งในปัจจุบัน *										
ผู้บริหาร	2.93	4.25	3.49	3.83	4.29	1.76	2.82	0.96	1.65	2.36
ผู้ปฏิบัติ	2.91	4.08	3.32	3.58	4.04	1.96	3.16	1.15	1.84	1.43
<i>p-value</i>	0.846	0.002	0.109	0.002	0.001	0.069	0.007	0.104	0.460	0.131
ประสบการณ์ด้านจิตเวช *										
น้อยกว่า หรือเท่ากับ 10 ปี	3.03	4.18	3.55	3.69	4.14	2.10	3.10	1.27	1.81	1.81
10 ปีขึ้นไป	2.87	4.09	3.28	3.60	4.07	1.86	3.10	1.04	1.75	1.80
<i>p-value</i>	0.006	0.088	0.003	0.196	0.341	0.011	0.981	0.054	0.544	0.847
ประสบการณ์ด้านการฟื้นฟู										
สมรรถภาพทางจิตเวช **										
ไม่มีประสบการณ์	3.75	4.09	3.30	3.61	4.13	3.86	1.86	3.04	1.20	1.75
น้อยกว่า 10 ปี	3.68	4.11	3.53	3.67	4.01	3.85	1.85	3.07	1.02	1.58
10 ปีขึ้นไป	3.77	4.10	3.32	3.62	4.09	3.84	1.97	3.13	1.14	1.82
<i>p-value</i>	0.616	0.987	0.190	0.817	0.600	0.996	0.496	0.721	0.645	0.204

* Unpaired t – test ** One-way ANOVA

¹ การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ² การฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม ³ การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการศึกษา

⁴ การฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพ ⁵ การฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

4.2 ความคิดเห็นด้านการให้ความสำคัญและการปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช ตามปัจจัยสนับสนุน

4.2.1 การให้ความสำคัญต่อกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช ตามปัจจัยสนับสนุน

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการให้ความสำคัญต่อกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช พบว่า ปัจจัยสนับสนุน ในภาพรวม คือ ความต้องการทำกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชในชุมชนที่แตกต่างกัน มีคะแนนเฉลี่ยการให้ความสำคัญแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) สำหรับการได้รับการอบรม / สัมมนา การศึกษาดูงาน การได้รับการนิเทศ การมีแผนการดำเนินงานเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช สถานที่ตั้งของโรงพยาบาล และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชที่แตกต่างกัน พบว่า มีผลต่อคะแนนเฉลี่ยการให้ความสำคัญแตกต่างกัน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) ดังตารางที่ 4.23

4.2.2 การปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช ตามปัจจัยสนับสนุน

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช พบว่า ปัจจัยสนับสนุน ในภาพรวม คือ การได้รับการอบรม / สัมมนา การได้รับการนิเทศ การมีแผนการดำเนินงาน สถานที่ตั้งของโรงพยาบาลจิตเวช และ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช ที่แตกต่างกัน มีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) สำหรับการศึกษาดูงาน ความต้องการทำกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชในชุมชน และลักษณะหน่วยงานที่ให้บริการที่แตกต่างกัน พบว่า มีผลต่อคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติแตกต่างกัน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) ดังตารางที่ 4.23

เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน คือ กิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ กิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม กิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการศึกษา กิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพ และกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน พบว่า

การได้รับการอบรม/สัมมนาเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช

พบว่า บุคลากรกรมสุขภาพจิตที่ได้รับการอบรม / สัมมนาเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชที่แตกต่างกัน ให้คะแนนเฉลี่ยความสำคัญแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) ในด้านการปฏิบัติ พบว่า บุคลากรที่ได้รับการอบรม/สัมมนาเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชที่แตกต่างกัน ให้คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติด้านการแพทย์ ด้านสังคม ด้านอาชีพ และด้านชุมชน

ในชุมชนให้คะแนนเฉลี่ยความสำคัญทุกด้านมากกว่าบุคลากรที่ไม่ต้องการทำกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชในชุมชน ในด้านการปฏิบัติ พบว่า บุคลากรที่ต้องการทำกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชในชุมชนแตกต่างกันให้คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติด้านการแพทย์ และด้านชุมชนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยบุคลากรที่ต้องการทำกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชในชุมชน ให้คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติทุกด้านมากกว่าบุคลากรที่ไม่ต้องการทำกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชในชุมชน ดังตารางที่ 4.24

ลักษณะหน่วยงานที่ให้บริการ

พบว่า บุคลากรกรมสุขภาพจิตที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานที่ให้บริการแตกต่างกันให้คะแนนเฉลี่ยความสำคัญด้านอาชีพ และด้านชุมชนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยบุคลากรที่ปฏิบัติงานที่ตึกครบวงจรให้ความสำคัญด้านอาชีพมากกว่าบุคลากรที่ปฏิบัติงานที่ตึกอื่นๆ และบุคลากรที่ปฏิบัติงานที่ตึกแรกรับให้ความสำคัญด้านชุมชนมากกว่าบุคลากรที่ปฏิบัติงานที่ตึกอื่นๆ ในด้านการปฏิบัติ พบว่า บุคลากรที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานที่ให้บริการแตกต่างกันให้คะแนนเฉลี่ยความสำคัญด้านสังคม และด้านชุมชนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยบุคลากรที่ปฏิบัติงานที่ตึกเร่งรัดบำบัดให้คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติด้านสังคมมากกว่าบุคลากรที่ปฏิบัติงานที่ตึกอื่นๆ และบุคลากรที่ปฏิบัติงานที่ตึกครบวงจรให้คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติด้านชุมชนมากกว่าบุคลากรที่ปฏิบัติงานที่ตึกอื่นๆ ดังตารางที่ 4.24

ตารางที่ 4.23 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความคิดเห็นของบุคลากรกรมสุขภาพจิตต่อกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชในด้านการให้ความสำคัญ และการปฏิบัติ จำแนกตามปัจจัยสนับสนุน

ปัจจัยสนับสนุน	การให้ความสำคัญ				การปฏิบัติ			
	จำนวน (คน)	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	p-value	จำนวน (คน)	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	p-value
การได้รับการอบรม/สัมมนา *								
เคย	301	3.8	0.66	0.991	316	2.3	0.96	0.001
ไม่เคย	288	3.8	0.62		293	2.1	0.960	
การศึกษาดูงานเรื่องการฟื้นฟู **								
ไม่เคย	475	3.7	0.79	0.781	475	1.9	1.11	0.83
ดูงานในประเทศ	166	3.8	0.81		168	2.1	1.10	
ดูงานต่างประเทศ	26	3.8	0.62		26	2.2	1.07	
การได้รับการนิเทศ *				0.964				< 0.001
เคย	185	3.8	0.59	0.964	197	2.5	0.89	< 0.001
ไม่เคย	397	3.8	0.66		405	2.1	0.95	

* Unpaired t – test ** One-way ANOVA

ตารางที่ 4.23 (ต่อ) เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความคิดเห็นของบุคลากรกรมสุขภาพจิตต่องิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชในด้านการให้ความ
สำคัญ และการปฏิบัติ จำแนกตามปัจจัยสนับสนุน

ปัจจัยสนับสนุน	การให้ความสำคัญ				การปฏิบัติ			
	จำนวน (คน)	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	p-value	จำนวน (คน)	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	p-value
แผนการดำเนินงาน *								
มี	173	3.8	0.66	0.267	176	1.9	0.98	< 0.001
ไม่มี	413	3.8	0.62		430	2.3	0.91	
สถานที่ตั้งของโรงพยาบาลจิตเวช **								
ภาคเหนือ	119	3.8	0.80	0.107	119	2.0	1.18	< 0.001
ภาคกลาง	264	3.7	0.82		264	2.0	1.09	
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	119	3.7	0.79		122	2.1	1.01	
ภาคใต้	175	3.8	0.72		174	1.8	1.12	

* Unpaired t – test ** One-way ANOVA

ตารางที่ 4.23 (ต่อ) เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความคิดเห็นของบุคลากรกรมสุขภาพจิตต่อกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชในด้านการให้ความสำคัญ และการปฏิบัติ จำแนกตามปัจจัยสนับสนุน

ปัจจัยสนับสนุน	การให้ความสำคัญ				การปฏิบัติ			
	จำนวน (คน)	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	p-value	จำนวน (คน)	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	p-value
การมีส่วนร่วมในกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช **								
ไม่มีส่วนร่วม	64	3.6	0.77	0.052	64	1.3	1.02	< 0.001
ด้านบริหาร/วิชาการ	95	3.7	0.75		95	2.1	1.05	
ด้านบริการ	494	3.8	0.79		496	2.0	1.1	
ความต้องการทำกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช ในชุมชน *								
ต้องการ	447	3.9	0.60	0.016	466	2.3	0.88	0.097
ไม่ต้องการ	14	3.7	0.90		132	2.1	1.10	

* Unpaired t – test ** One-way ANOVA

ตารางที่ 4.23 (ต่อ) เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความคิดเห็นของบุคลากรกรมสุขภาพจิตต่อกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชในด้านการให้ความสำคัญ และการปฏิบัติ จำแนกตามปัจจัยสนับสนุน

ปัจจัยสนับสนุน	การให้ความสำคัญ				การปฏิบัติ			
	จำนวน (คน)	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	p-value	จำนวน (คน)	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	p-value
ลักษณะหน่วยงานที่ให้บริการ **								
ตึกแรกรับ	22	4.1	0.55	0.194	23	1.8	1.07	0.495
ตึกเร่งรัดบำบัด	68	3.9	0.61		77	2.1	0.90	
ตึกบำบัดระยะยาว	511	3.8	0.69		522	2.1	0.95	
ตึกครบวงจร	10	4.1	0.74		8	2.1	1.09	

* Unpaired t – test ** One-way ANOVA

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 4.24 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของความสำคัญและการปฏิบัติรายด้าน
ตามปัจจัยสนับสนุนของบุคลากรกรมสุขภาพจิต

ปัจจัยสนับสนุน	ค่าเฉลี่ยความสำคัญรายด้าน					ค่าเฉลี่ยการปฏิบัติรายด้าน				
	กพ ¹	สค ²	กศ ³	อช ⁴	นช ⁵	กพ ¹	สค ²	กศ ³	อช ⁴	นช ⁵
การได้รับการอบรม *										
เคย	2.89	4.13	3.39	3.62	4.06	2.06	3.19	1.19	1.90	1.91
ไม่เคย	2.93	4.09	3.32	3.63	4.10	1.78	2.99	1.03	1.62	1.68
<i>p-value</i>	0.520	0.429	0.383	0.924	0.459	0.001	0.016	0.120	0.003	0.03
การศึกษาดูงาน **										
ไม่เคย	3.74	4.09	3.32	3.60	4.08	1.88	3.06	1.09	1.68	1.73
ดูงานในประเทศ	3.77	4.14	3.38	3.65	4.04	2.08	3.18	1.17	1.96	1.91
ดูงานต่างประเทศ	3.85	4.27	3.72	3.89	4.38	2.16	3.45	1.53	2.34	2.52
<i>p-value</i>	0.718	0.278	0.165	0.234	0.151	0.083	0.101	0.216	0.003	0.007
การได้รับการนิเทศ *										
เคย	2.93	4.12	3.33	3.63	4.09	2.29	3.30	1.30	2.08	2.16
ไม่เคย	2.90	4.11	3.37	3.64	4.09	1.71	2.99	1.00	1.61	1.61
<i>p-value</i>	0.717	0.738	0.618	0.869	0.972	<0.001	<0.001	0.005	<0.001	<0.001
แผนการดำเนินงาน *										
มี	2.82	4.09	3.38	3.55	4.07	1.59	2.84	0.85	1.38	1.39
ไม่มี	2.95	4.12	3.35	3.66	4.09	2.07	3.20	1.23	1.93	1.98
<i>p-value</i>	0.018	0.603	0.764	0.138	0.831	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001
สถานที่ตั้งของโรงพยาบาลจิตเวช **										
ภาคเหนือ	3.82	4.07	3.51	3.74	4.18	1.99	2.91	1.45	1.87	1.84
ภาคกลาง	3.72	4.12	3.42	3.66	4.00	1.96	3.01	1.10	1.72	1.45
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	3.72	4.01	3.11	3.44	4.05	2.07	3.18	1.06	1.81	2.37
ภาคใต้	3.77	4.19	3.29	3.61	4.17	1.79	3.36	0.99	1.80	1.94
<i>p-value</i>	0.671	0.107	0.014	0.048	0.106	0.157	0.001	0.020	0.734	<0.001

* Unpaired t – test ** One-way ANOVA

¹ การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ² การฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม ³ การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการศึกษา

⁴ การฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพ ⁵ การฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน

ตารางที่ 4.24 (ต่อ) เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของความสำเร็จและการปฏิบัติรายด้าน
ตามปัจจัยสนับสนุนของบุคลากรกรมสุขภาพจิต

ปัจจัยสนับสนุน	ค่าเฉลี่ยความสำคัญรายด้าน					ค่าเฉลี่ยการปฏิบัติรายด้าน				
	กพ ¹	สค ²	กค ³	อช ⁴	นช ⁵	กพ ¹	สค ²	กค ³	อช ⁴	นช ⁵
การมีส่วนร่วมในกิจกรรมการฟื้นฟู^{**}										
ไม่มีส่วนร่วม	3.55	3.95	3.15	3.43	3.92	1.34	2.36	0.79	1.11	1.24
ด้านบริหาร	3.69	4.16	3.40	3.82	4.08	1.99	3.19	1.14	1.79	1.87
ด้านบริการ	3.79	4.12	3.38	3.62	4.11	2.10	3.22	1.26	2.19	1.85
<i>p-value</i>	0.052	0.100	0.237	0.014	0.243	0.055	<0.001	0.066	<0.001	0.001
ความต้องการทำกิจกรรมการฟื้นฟู[*]										
ต้องการ	2.94	4.15	3.44	3.67	4.14	1.99	3.15	1.10	1.79	1.89
ไม่ต้องการ	2.84	4.02	3.10	3.52	3.91	1.76	2.97	1.13	1.72	1.54
<i>p-value</i>	0.189	0.046	0.001	0.103	0.004	0.024	0.059	0.820	0.597	0.011
ลักษณะหน่วยงานที่ให้บริการ^{**}										
ตึกแรกรับ	2.84	4.20	3.72	3.97	4.57	1.76	2.45	0.83	1.51	2.10
ตึกเร่งรัดบำบัด	2.91	4.27	3.39	3.73	4.17	1.91	3.15	1.09	1.82	1.44
ตึกบำบัดระยะยาว	2.92	4.08	3.33	3.58	4.05	1.94	3.12	1.13	1.77	1.84
ตึกครบวงจร	3.11	4.18	3.50	4.12	4.27	1.66	2.73	0.87	2.14	2.20
<i>p-value</i>	0.760	0.096	0.316	0.015	0.018	0.743	0.009	0.627	0.534	0.034

* Unpaired t – test ** One-way ANOVA

¹ การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ² การฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม ³ การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการศึกษา

⁴ การฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพ ⁵ การฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 5 ความคิดเห็นของบุคลากรกรมสุขภาพจิตเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรค ในการดำเนินงานด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช

บุคลากรกรมสุขภาพจิตส่วนใหญ่ มีความคิดเห็นว่าปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช ที่พบมากที่สุด คือ ปัญหาด้านบุคลากร ร้อยละ 84.3 รองลงมา คือ ปัญหาด้านกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช ร้อยละ 70.5 และปัญหาเรื่องนโยบายการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช ร้อยละ 50.8 ดังตารางที่ 4.25

ตารางที่ 4.25 จำนวนและร้อยละความคิดเห็นของบุคลากรกรมสุขภาพจิตต่อปัญหาและอุปสรรค
ในการดำเนินงานด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช จำแนกตามรายด้าน (ตอบ
ได้มากกว่า 1 ข้อ)

ลำดับ	ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช	จำนวน (คน)	ร้อยละ
	จำนวนคนตอบ 319 คน (ร้อยละ 46.78)		
1.	ด้านบุคลากร	269	84.3
2.	ด้านกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช	225	70.5
3.	ด้านนโยบายการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช	162	50.8

สำหรับปัญหาด้านบุคลากรที่พบมากที่สุด คือ บุคลากรขาดความรู้ ทักษะ และประสบการณ์
ในการดำเนินงานด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช และ บุคลากรที่มีความสามารถเฉพาะด้าน
มีไม่เพียงพอ (ร้อยละ 47.3 และ 34.2 ตามลำดับ)

ปัญหาที่พบบรองลงมาคือ ปัญหาด้านกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชที่พบมากที่สุด
คือ การประสานงานภายในหน่วยงานและการประสานงานระหว่างทีมสหวิชาชีพยังไม่คล่องตัว
และ การทำกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน (ร้อยละ 29.8 และ
20.4 ตามลำดับ)

ปัญหาด้านนโยบายการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชที่พบมากที่สุด คือ โรงพยาบาลไม่ได้
กำหนดนโยบาย และกลวิธีที่ชัดเจนในการดำเนินงานด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช ไม่ได้รับ

การสนับสนุนในเรื่องงบประมาณและสถานที่ในการดำเนินงานด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช อย่างเพียงพอ (ร้อยละ 18.5 และ 17.0 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 4.26

ตารางที่ 4.26 จำนวนและร้อยละความคิดเห็นของบุคลากรกรมสุขภาพจิตต่อปัญหาและอุปสรรค ในการดำเนินงานด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช จำแนกตามรายชื่อ (ตอบ ได้มากกว่า 1 ข้อ)

ลำดับ	ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช	จำนวน (คน)	ร้อยละ
	จำนวนคนตอบแบบสอบถาม 319 คน (ร้อยละ 46.78) <u>ด้านบุคลากร</u>		
1.	บุคลากรขาดความรู้ ทักษะ และประสบการณ์ในการดำเนินงานด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช	151	47.3
2.	บุคลากรที่มีความสามารถเฉพาะด้านมีไม่เพียงพอ	109	34.2
3.	บุคลากรขาดขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงาน <u>ด้านกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช</u>	9	2.8
1.	การประสานงานภายในหน่วยงานและการประสานงานระหว่างทีมสหวิชาชีพยังไม่คล่องตัว	95	29.8
2.	การทำกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน	65	20.4
3.	การทำกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชยังไม่มุ่งเน้นที่ผู้ป่วยและญาติ	30	9.4
4.	การขาดแคลนองค์ความรู้และเทคโนโลยีที่ทันสมัย	24	7.5
5.	การประชาสัมพันธ์ทั้งในและนอกโรงพยาบาลเรื่องการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช ในโรงพยาบาลยังน้อย	11	3.4

ตารางที่ 4.26 (ต่อ) จำนวนและร้อยละความคิดเห็นของบุคลากรกรมสุขภาพจิตต่อปัญหา และ อุปสรรคในการดำเนินงานด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช จำแนกตาม รายข้อ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

ลำดับ	ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<u>ด้านนโยบาย</u>			
1.	โรงพยาบาลไม่ได้กำหนดนโยบาย กลวิธีที่ชัดเจนในการดำเนินงานด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช	59	18.5
2.	ไม่ได้รับการสนับสนุนในเรื่องงบประมาณและสถานที่ในการดำเนินงานด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชอย่างเพียงพอ	54	17.0
3.	ญาติ และชุมชนยังไม่เข้าใจ ไม่ร่วมมือ และไม่ยอมรับผู้ป่วยจิตเวช	22	6.9
4.	การประสานงานกับญาติ ชุมชน และหน่วยงานนอก โรงพยาบาลให้เข้ามามีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมยังน้อย	18	5.6
5.	โครงสร้างและการจัดอัตรากำลังของหน่วยงานในโรงพยาบาล ยังไม่สมดุลย์	9	2.8

ส่วนที่ 6 ความคิดเห็นของบุคลากรกรมสุขภาพจิตเพิ่มเติมเกี่ยวกับข้อเสนอแนะในการพัฒนางานด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช

บุคลากรกรมสุขภาพจิตส่วนใหญ่ มีความคิดเห็นว่าข้อเสนอแนะในการพัฒนางานด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชมากที่สุด คือ ด้านบุคลากร ร้อยละ 78.1 รองลงมาคือ ด้านกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช ร้อยละ 73.3 และด้านนโยบายการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช ร้อยละ 54.4 ดังตารางที่ 4.27

ตารางที่ 4.27 จำนวนและร้อยละความคิดเห็นของบุคลากรกรมสุขภาพจิตต่อข้อเสนอแนะในการพัฒนางานด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช จำแนกตามรายด้าน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

ลำดับ	ข้อเสนอแนะในการพัฒนางานด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช	จำนวน (คน)	ร้อยละ
	จำนวนคนที่ตอบแบบสอบถาม 270 คน (ร้อยละ 39.59)		
1.	ด้านบุคลากร	211	78.1
2.	ด้านกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช	198	73.3
3.	ด้านนโยบายการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช	147	54.4

สำหรับข้อเสนอแนะด้านบุคลากรที่พบมากที่สุด คือ การพัฒนาศักยภาพของบุคลากรโดยการอบรมความรู้ ทักษะคติ และทักษะด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชอย่างต่อเนื่องและทั่วถึง และการเพิ่มบุคลากรที่มีคุณภาพให้เพียงพอต่อการปฏิบัติงาน (ร้อยละ 44.1 และ 20.0 ตามลำดับ)

ข้อเสนอแนะด้านกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชที่พบมากที่สุด คือ การปรับปรุงการทำงานของทีมสหวิชาชีพเพื่อให้ประสานงานกันได้อย่างครบวงจรและการปฏิบัติงานโดยมุ่งเน้นผู้ป่วยญาติ และชุมชนเป็นสำคัญ (ร้อยละ 20.7 และ 18.9 ตามลำดับ)

ข้อเสนอแนะด้านนโยบายการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชที่พบมากที่สุด คือ การบริหารจัดการและวางระบบในการจัดกิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช ตั้งแต่รับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลจนถึง

การฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน และผู้บริหารควรให้ความสำคัญ สนับสนุนงบประมาณ และสถานที่ในการปฏิบัติงาน (ร้อยละ 15.6 และ 14.8 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 4.28

ตารางที่ 4.28 จำนวนและร้อยละความคิดเห็นของบุคลากรกรมสุขภาพจิตต่อข้อเสนอแนะในการพัฒนางานด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช จำแนกตามรายชื่อ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

ลำดับ	ข้อเสนอแนะในการพัฒนางาน ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช	จำนวน (คน)	ร้อยละ
	จำนวนคนที่ตอบแบบสอบถาม 270 คน (ร้อยละ 39.59)		
	<u>ด้านบุคลากร</u>		
1.	การพัฒนาศักยภาพของบุคลากรโดยการอบรมความรู้ ทักษะคติ และทักษะด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ อย่างต่อเนื่องและทั่วถึง	119	44.1
2.	การเพิ่มบุคลากรที่มีคุณภาพให้เพียงพอต่อการปฏิบัติงาน	54	20.0
3.	การสร้างขวัญและกำลังใจแก่ผู้ปฏิบัติงาน	21	7.8
4.	การนิเทศ ติดตาม และประเมินผลบุคลากรอย่างจริงจัง และต่อเนื่อง	17	6.3
	<u>ด้านกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช</u>		
1.	การปรับปรุงการทำงานของทีมสหวิชาชีพเพื่อให้ประสานงานกันได้อย่างครบวงจร และต่อเนื่อง	56	20.7
2.	การปฏิบัติงานโดยมุ่งเน้นผู้ป่วย ญาติ และชุมชนเป็นสำคัญ	51	18.9
3.	การประสานงานกับชุมชน องค์กรภาครัฐ และเอกชนในการมีส่วนร่วมในกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช	41	15.2
4.	การสนับสนุนองค์ความรู้และเทคโนโลยีที่ทันสมัยในการปฏิบัติงานอย่างเพียงพอ	40	14.8
5.	การประชาสัมพันธ์งานด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช ทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล	10	3.7

ตารางที่ 4.28 (ต่อ) จำนวนและร้อยละความคิดเห็นของบุคลากรกรมสุขภาพจิตต่อข้อเสนอแนะในการพัฒนางานด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช จำแนกตามรายชื่อ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

ลำดับ	ข้อเสนอแนะในการพัฒนางานด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช	จำนวน (คน)	ร้อยละ
	จำนวนคนที่ตอบแบบสอบถาม 270 คน (ร้อยละ 39.59)		
	<u>ด้านนโยบายการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช</u>		
1.	การบริหารจัดการ และวางระบบในการจัดกิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชตั้งแต่รับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล จนถึงการฟื้นฟูสมรรถภาพฯ ในชุมชน	42	15.6
2.	ผู้บริหารควรให้ความสำคัญ สนับสนุนงบประมาณ และสถานที่ในการปฏิบัติงาน	40	14.8
3.	การกำหนดนโยบายการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชที่ชัดเจน และนำไปสู่การปฏิบัติได้จริง	39	14.4
4.	การปรับเปลี่ยนโครงสร้างของหน่วยงานให้เป็นแบบสหวิชาชีพ และมีอัตรากำลังเหมาะสม	26	9.6

นอกจากนี้ผู้วิจัยยังสนใจศึกษาเรื่องความคิดเห็นของบุคลากรกรมสุขภาพจิตต่อการให้ความสำคัญและการปฏิบัติกิจกรรมการประเมินสมรรถภาพทางจิตเวช และการให้ความสำคัญต่อปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช (รายละเอียดในภาคผนวก ค)

สถาบันนวัตกรรมการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยเรื่องความคิดเห็นของบุคลากรกรมสุขภาพจิตต่อกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความคิดเห็นและการปฏิบัติของบุคลากรกรมสุขภาพจิตต่อกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-sectional Descriptive study) ประชากรที่ใช้ในการวิจัยได้แก่บุคลากรกรมสุขภาพจิตที่ปฏิบัติงานด้านบริการในโรงพยาบาลจิตเวชขนาดใหญ่ สังกัดกรมสุขภาพจิต จำนวน 4 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลสวนปรุง โรงพยาบาลศรีธัญญา โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ และโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 4 โรงพยาบาล โดยไม่มีการสุ่มตัวอย่างประชากรเนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างมีความแตกต่างทั้งลักษณะ และจำนวน เริ่มดำเนินการระหว่าง เดือนธันวาคม 2545 – กุมภาพันธ์ 2546 โดยใช้แบบสอบถามความคิดเห็นที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อเป็นเครื่องมือในการวิจัย โดยให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้กรอกข้อมูลเอง ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามนำมาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Windows สถิติที่ใช้ ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความแตกต่างด้วย One-way ANOVA Unpaired t-test Paired t-test และ Wilcoxon Signed - Ranks test และนำเสนอในรูปแบบ ตาราง และความเรียง

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

บุคลลากรกรมสุขภาพจิต เป็นเพศหญิง ร้อยละ 78.0 มีอายุอยู่ระหว่าง 31 - 40 ปี ร้อยละ 43.5 อายุเฉลี่ย 39.3 ปี อายุต่ำสุด 20 ปี อายุสูงสุด 60 ปี สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 64.7 ระดับการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 60.5 สายวิชาชีพ พยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 58.6 ตำแหน่งปัจจุบันผู้ปฏิบัติงาน ร้อยละ 81.4 ประสบการณ์ในการทำงานจิตเวช 10 ปีขึ้นไป ร้อยละ 43.5 ประสบการณ์ในการทำงานจิตเวชเฉลี่ย 16.1 ปี ประสบการณ์ในการทำงานจิตเวชต่ำสุด 1 ปี ประสบการณ์ในการทำงานจิตเวชสูงสุด 40 ปี ประสบการณ์ในการทำงานด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช 10 ปีขึ้นไป ร้อยละ 31.2 ปี ประสบการณ์ในการทำงานด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชเฉลี่ย 11.5 ปี ประสบการณ์ในการทำงานด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชต่ำสุด ไม่มีประสบการณ์ ประสบการณ์ในการทำงานด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชสูงสุด 37 ปี

2. ข้อมูลปัจจัยสนับสนุน

บุคลลากรกรมสุขภาพจิตเคยได้รับการอบรม สัมมนา เรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช ร้อยละ 51.9 ไม่เคยศึกษาดูงานเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช ร้อยละ 71.1 ไม่เคยได้รับการนิเทศเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช ร้อยละ 67.5 ไม่มีแผนการดำเนินงานด้านกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชที่ระบุผู้รับผิดชอบ และเป้าหมายการดำเนินงาน ร้อยละ 64.3 ปฏิบัติงานในสถานที่ของโรงพยาบาลจิตเวชในภาคกลาง ร้อยละ 38.9 รองลงมาคือ ภาคใต้ ร้อยละ 25.7 มีส่วนร่วมในกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช ด้านการบริการ ร้อยละ 61.8 และมีความต้องการในการทำกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช ร้อยละ 78.0

3. ความคิดเห็นของบุคลลากรกรมสุขภาพจิตต่อการให้ความสำคัญและการปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช

ผลการศึกษา พบว่า บุคลลากรกรมสุขภาพจิตส่วนใหญ่ มีความคิดเห็นเกี่ยวกับการให้ความสำคัญโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางถึงค่อนข้างมาก และมีความคิดเห็นเกี่ยวกับการปฏิบัติโดยรวมคือยังไม่ได้ปฏิบัติถึงปฏิบัติน้อยที่สุด เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าบุคลลากรกรมสุขภาพจิตให้คะแนนเฉลี่ย ความสำคัญและการปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชมากที่สุด (คะแนนเฉลี่ย 4.11 และ

3.10) ให้คะแนนเฉลี่ยความสำคัญและปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการศึกษาน้อยที่สุด (คะแนนเฉลี่ย 3.35 และ 1.07) หากพิจารณารายข้อ พบว่า

กิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชที่บุคลากรกรมสุขภาพจิตให้ความสำคัญและปฏิบัติมากที่สุด คือ กิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคมเกี่ยวกับกิจกรรมทักษะการดูแลตนเอง อยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด (ร้อยละ 90.9 และ 69.4) และกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชที่บุคลากรกรมสุขภาพจิตให้ความสำคัญและปฏิบัติน้อยที่สุด คือ กิจกรรมการศึกษาตามอัธยาศัย อยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด (ร้อยละ 46.5 และ 10.4)

หากพิจารณาความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการให้ความสำคัญและการปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช ในประเด็นที่มีความสำคัญมากในกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช ในแต่ละด้าน โดยพิจารณาถึง ร้อยละของบุคลากรกรมสุขภาพจิตที่ให้คะแนน ในระดับมากถึงมากที่สุด ระหว่างการให้ความสำคัญกับการปฏิบัติกิจกรรม พบว่า บุคลากรกรมสุขภาพจิตให้คะแนนเฉลี่ยการให้ความสำคัญและการปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคมมากที่สุด (ร้อยละ 77.80 และ 46.10) และบุคลากรกรมสุขภาพจิตให้คะแนนเฉลี่ยการให้ความสำคัญและการปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการศึกษาน้อยที่สุด (ร้อยละ 45.50 และ 8.30)

เมื่อพิจารณาความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความสำคัญและคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติกิจกรรมตามรายด้านและทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยความสำคัญและคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติกิจกรรม โดยใช้ Paired t-test พบว่า บุคลากรกรมสุขภาพจิตให้คะแนนเฉลี่ยการให้ความสำคัญและการปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคมมากที่สุด โดยให้ความสำคัญอยู่ในระดับมาก ในขณะที่การปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 4.11 และ 3.10) และบุคลากรกรมสุขภาพจิตให้คะแนนเฉลี่ยการให้ความสำคัญและการปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการศึกษาน้อยที่สุด โดยให้ความสำคัญอยู่ในระดับปานกลาง ในขณะที่การปฏิบัติอยู่ในระดับน้อยที่สุด (คะแนนเฉลี่ย 3.40 และ 1.12) ซึ่งบุคลากรกรมสุขภาพจิตมีความคิดเห็นเกี่ยวกับการให้คะแนนเฉลี่ยการให้ความสำคัญและการปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช แตกต่างกันทุกกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.005$)

4. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความคิดเห็นของบุคลากรกรมสุขภาพจิต ต่อกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชตามปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยสนับสนุน

ปัจจัยส่วนบุคคล

จากการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการให้ความสำคัญ และการปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ในภาพรวม คือ กลุ่มอายุ ระดับการศึกษา และตำแหน่งในปัจจุบันที่แตกต่างกัน มีคะแนนเฉลี่ยการให้ความสำคัญและการปฏิบัติแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ส่วนเพศ และสถานภาพสมรสที่ต่างกัน มีคะแนนเฉลี่ยการให้ความสำคัญแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) แต่คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) สำหรับสายวิชาชีพ ประสบการณ์การทำงานด้านจิตเวช และประสบการณ์การทำงานด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช มีคะแนนเฉลี่ยการให้ความสำคัญและการปฏิบัติแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$)

เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน คือ กิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ กิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม กิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการศึกษา กิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพ และกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน พบว่า

เพศ

พบว่า บุคลากรกรมสุขภาพจิตที่เพศแตกต่างกัน ให้คะแนนเฉลี่ยความสำคัญและการปฏิบัติด้านอาชีพ และด้านชุมชน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยเพศหญิงให้คะแนนเฉลี่ยความสำคัญมากกว่าเพศชาย แต่ในด้านการปฏิบัติ เพศชายให้คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติมากกว่าเพศหญิง

อายุ

พบว่า บุคลากรกรมสุขภาพจิตที่มีอายุแตกต่างกัน ให้คะแนนเฉลี่ยความสำคัญและการปฏิบัติด้านการแพทย์ ด้านการศึกษา และด้านชุมชนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยกลุ่มอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 ปี และกลุ่มอายุ 31 – 40 ปีให้คะแนนเฉลี่ยความสำคัญมากกว่ากลุ่มอายุมากกว่า 40 ปี และในด้านการปฏิบัติ กลุ่มอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 ปี ให้คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติ มากกว่ากลุ่มอายุ 31 – 40 ปี และ กลุ่มอายุมากกว่า 40 ปี

สถานภาพสมรส

พบว่า บุคลากรกรมสุขภาพจิตที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกัน ให้คะแนนเฉลี่ยความสำคัญและการปฏิบัติด้านการแพทย์ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยบุคลากรที่มีสถานภาพสมรสโสด ให้คะแนนเฉลี่ยความสำคัญและการปฏิบัติ มากกว่าสถานภาพสมรสคู่

ระดับการศึกษา

พบว่า บุคลากรกรมสุขภาพจิตที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันให้คะแนนเฉลี่ยความสำคัญและการปฏิบัติด้านสังคม ด้านการศึกษา และด้านอาชีพ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยบุคลากรที่มีระดับการศึกษาปริญญาตรีขึ้นไปให้คะแนนเฉลี่ยความสำคัญทุกด้านมากกว่าบุคลากรที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี แต่ในด้านการปฏิบัติ บุคลากรที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรีให้คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติมากกว่าบุคลากรที่มีระดับการศึกษาปริญญาตรีขึ้นไป

สายวิชาชีพ

พบว่า บุคลากรกรมสุขภาพจิตที่มีสายวิชาชีพแตกต่างกัน ให้คะแนนเฉลี่ยความสำคัญและการปฏิบัติด้านอาชีพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยบุคลากรที่มีสายวิชาชีพอื่นๆ ให้คะแนนเฉลี่ยความสำคัญด้านอาชีพมากกว่าสายการแพทย์ แต่ในด้านการปฏิบัติบุคลากรสายการแพทย์ ให้คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติด้านการแพทย์และด้านสังคมมากกว่าบุคลากรที่มีสายวิชาชีพอื่นๆ

ตำแหน่งในปัจจุบัน

พบว่า บุคลากรกรมสุขภาพจิตที่มีตำแหน่งในปัจจุบันแตกต่างกัน ให้คะแนนเฉลี่ยความสำคัญและการปฏิบัติด้านสังคม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยบุคลากรที่มีตำแหน่งในปัจจุบันเป็นผู้บริหารให้คะแนนเฉลี่ยความสำคัญมากกว่าบุคลากรที่มีตำแหน่งในปัจจุบันเป็นผู้ปฏิบัติ แต่ในด้านการปฏิบัติ บุคลากรที่มีตำแหน่งในปัจจุบันเป็นผู้ปฏิบัติ ให้คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติมากกว่าบุคลากรที่มีตำแหน่งในปัจจุบันเป็นผู้บริหาร

ประสบการณ์ด้านจิตเวช

พบว่า บุคลากรกรมสุขภาพจิตที่มีประสบการณ์ด้านจิตเวชแตกต่างกัน ให้คะแนนเฉลี่ยความสำคัญและการปฏิบัติด้านการแพทย์ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดย

บุคลากรที่มีประสบการณ์ด้านจิตเวชน้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 ปี ให้คะแนนเฉลี่ยความสำคัญและคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติด้านการแพทย์มากกว่าบุคลากรที่มีประสบการณ์ด้านจิตเวช 10 ปีขึ้นไป

ประสบการณ์ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช

พบว่า บุคลากรกรมสุขภาพจิตที่มีประสบการณ์ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชแตกต่างกัน ให้คะแนนเฉลี่ยความสำคัญและการปฏิบัติไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$)

ปัจจัยสนับสนุน

จากการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการให้ความสำคัญต่อกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช พบว่า ปัจจัยสนับสนุน ในภาพรวม คือ ความต้องการทำกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชในชุมชน ที่แตกต่างกัน มีคะแนนเฉลี่ยการให้ความสำคัญแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ส่วนการได้รับการอบรม / สัมมนา การได้รับการนิเทศ การมีแผนการดำเนินงานเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช สถานที่ตั้งของโรงพยาบาลจิตเวช และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชที่แตกต่างกัน พบว่า มีผลต่อคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) สำหรับการศึกษาดูงานที่แตกต่างกัน พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยการให้ความสำคัญและคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติ แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$)

เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน คือ กิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ กิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม กิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการศึกษา กิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพ และกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน พบว่า

การได้รับการอบรม/สัมมนาเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช

พบว่า บุคลากรกรมสุขภาพจิตที่ได้รับการอบรม / สัมมนา เรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชที่ต่างกัน ให้คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติด้านการแพทย์ ด้านสังคม ด้านอาชีพ และด้านชุมชน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยบุคลากรที่เคยได้รับการอบรม / สัมมนา ให้คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติทุกด้านมากกว่าบุคลากรที่ไม่เคยได้รับการอบรม / สัมมนา

การศึกษาดูงานเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช

พบว่า บุคลากรกรมสุขภาพจิตที่ได้รับการศึกษาดูงานเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชที่ต่างกัน ให้คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติด้านอาชีพ และด้านชุมชน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยบุคลากรที่เคยได้รับการศึกษาดูงานเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชในต่างประเทศ ให้คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติมากกว่าบุคลากรที่ได้รับการศึกษาดูงานในประเทศ และบุคลากรที่ไม่เคยได้รับการศึกษาดูงานเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช

การได้รับการนิเทศเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช

พบว่า บุคลากรกรมสุขภาพจิตที่ได้รับการนิเทศเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชที่แตกต่างกัน ให้คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติด้านการแพทย์ ด้านสังคม ด้านอาชีพ และด้านชุมชนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยบุคลากรที่เคยได้รับการนิเทศเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช ให้คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติทุกด้านมากกว่าบุคลากรที่ไม่เคยได้รับการนิเทศเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช

แผนการดำเนินงานด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช

พบว่า บุคลากรกรมสุขภาพจิตที่ตอบเรื่องแผนการดำเนินงานด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชแตกต่างกัน ให้คะแนนเฉลี่ยความสำคัญและการปฏิบัติด้านการแพทย์ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยบุคลากรที่ตอบว่าไม่มีแผนการดำเนินงานด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช ให้คะแนนเฉลี่ยความสำคัญและการปฏิบัติมากกว่าบุคลากรที่ตอบว่ามีแผนการดำเนินงานด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช

สถานที่ตั้งของโรงพยาบาลจิตเวช

พบว่า บุคลากรกรมสุขภาพจิตที่ปฏิบัติงานในสถานที่ตั้งของโรงพยาบาลจิตเวชที่แตกต่างกัน ให้คะแนนเฉลี่ยความสำคัญและการปฏิบัติด้านการศึกษา และด้านอาชีพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยบุคลากรที่ปฏิบัติงานในสถานที่ตั้งของโรงพยาบาลจิตเวชในภาคเหนือ ให้คะแนนเฉลี่ยการให้ความสำคัญมากกว่าบุคลากรที่ปฏิบัติงานในสถานที่ตั้งของโรงพยาบาลจิตเวชในภาคอื่นๆ และในด้านการปฏิบัติ พบว่า บุคลากรที่ปฏิบัติงานในสถานที่ตั้งของโรงพยาบาลจิตเวชในภาคเหนือ ให้คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติด้านการศึกษามากกว่าบุคลากรที่ปฏิบัติงานในสถานที่ตั้งของโรงพยาบาลจิตเวชในภาคอื่นๆ บุคลากรที่ปฏิบัติงานในสถานที่ตั้งของโรงพยาบาลจิตเวชในภาคใต้ ให้คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติด้านสังคมมากกว่าบุคลากรที่ปฏิบัติงานในสถานที่ตั้งของโรงพยาบาลจิตเวชในภาคอื่นๆ และบุคลากรที่ปฏิบัติงานในสถานที่ตั้งของโรงพยาบาลจิตเวช ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ให้คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติด้านชุมชนมากกว่าบุคลากรที่ปฏิบัติงานในสถานที่ตั้งของโรงพยาบาลจิตเวชในภาคอื่นๆ

การมีส่วนร่วมในกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช

พบว่า บุคลากรกรมสุขภาพจิตที่มีส่วนร่วมในกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชที่แตกต่างกัน ให้คะแนนเฉลี่ยความสำคัญและการปฏิบัติด้านอาชีพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยบุคลากรที่มีส่วนร่วมในกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชด้านบริหาร ให้คะแนนเฉลี่ยความสำคัญมากกว่าบุคลากรที่มีส่วนร่วมในกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชด้านบริการและบุคลากรที่ไม่มีส่วนร่วมในกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช แต่ในด้านการปฏิบัติ พบว่า บุคลากรที่มีส่วนร่วมในกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชด้านบริการ ให้คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติมากกว่าบุคลากรที่มีส่วนร่วมในกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชด้านบริหาร และบุคลากรที่ไม่มีส่วนร่วมในกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช

ความต้องการทำกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชในชุมชน

พบว่า บุคลากรกรมสุขภาพจิตที่ต้องการทำกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชในชุมชนแตกต่างกัน ให้คะแนนเฉลี่ยความสำคัญและการปฏิบัติด้านสังคมและด้านชุมชน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยบุคลากรที่ต้องการทำกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชในชุมชนให้คะแนนเฉลี่ยความสำคัญและการปฏิบัติมากกว่าบุคลากรที่ไม่ต้องการทำกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชในชุมชน

ลักษณะหน่วยงานที่ให้บริการ

พบว่า บุคลากรกรมสุขภาพจิตที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานที่ให้บริการแตกต่างกันให้คะแนนเฉลี่ยความสำคัญด้านอาชีพ และด้านชุมชนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยบุคลากรที่ปฏิบัติงานที่ตึกครบวงจรให้ความสำคัญด้านอาชีพมากกว่าบุคลากรที่ปฏิบัติงานที่ตึกอื่นๆ และบุคลากรที่ปฏิบัติงานที่ตึกแรกรับให้ความสำคัญด้านชุมชนมากกว่าบุคลากรที่ปฏิบัติงานที่ตึกอื่นๆ ในด้านการปฏิบัติ พบว่า บุคลากรที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานที่ให้บริการแตกต่างกันให้คะแนนเฉลี่ยความสำคัญด้านสังคม และด้านชุมชนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยบุคลากรที่ปฏิบัติงานที่ตึกเร่งรัดบำบัดให้คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติด้านสังคมมากกว่าบุคลากรที่ปฏิบัติงานที่ตึกอื่นๆ และบุคลากรที่ปฏิบัติงานที่ตึกครบวงจรให้คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติด้านชุมชนมากกว่าบุคลากรที่ปฏิบัติงานที่ตึกอื่นๆ

5. ความคิดเห็นเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช

บุคลากรกรมสุขภาพจิตส่วนใหญ่ มีความคิดเห็นว่าปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช ที่พบมากที่สุด คือปัญหาด้านบุคลากร ร้อยละ 84.3 รองลงมา คือ ปัญหาด้านกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช ร้อยละ 70.5 และปัญหาเรื่องนโยบายการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช ร้อยละ 50.8

สำหรับปัญหาด้านบุคลากรที่พบมากที่สุด คือ บุคลากรขาดความรู้ ทักษะ และประสบการณ์ในการดำเนินงานด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช (ร้อยละ 47.3) และบุคลากรที่มีความสามารถเฉพาะด้านมีไม่เพียงพอ (ร้อยละ 34.2)

ปัญหาที่พบบรองลงมาคือ ปัญหาด้านกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช ที่พบมากที่สุด คือ การประสานงานภายในหน่วยงานและการประสานงานระหว่างทีมสหวิชาชีพยังไม่คล่องตัว (ร้อยละ 29.8) และการทำกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน (ร้อยละ 20.4)

ปัญหาด้านนโยบายการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชที่พบมากที่สุด คือ โรงพยาบาลไม่ได้กำหนดนโยบายและกลวิธีที่ชัดเจนในการดำเนินงานด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช (ร้อยละ 18.5) และไม่ได้รับการสนับสนุนในเรื่องงบประมาณ และสถานที่ในการดำเนินงานด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชอย่างเพียงพอ (ร้อยละ 17.0)

6. ข้อเสนอแนะในการพัฒนางานด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช

บุคลากรกรมสุขภาพจิตส่วนใหญ่ มีความคิดเห็นว่าข้อเสนอแนะในการพัฒนางานด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชมากที่สุด คือ ด้านบุคลากร ร้อยละ 84.3 รองลงมาคือ ด้านกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช ร้อยละ 73.3 และด้านนโยบายการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช ร้อยละ 54.4

ข้อเสนอแนะด้านบุคลากรที่พบมากที่สุด คือ การพัฒนาศักยภาพของบุคลากรโดยการอบรมความรู้ ทักษะ และทักษะอย่างต่อเนื่องและทั่วถึง (ร้อยละ 44.1) และการเพิ่มบุคลากรที่มีคุณภาพให้เพียงพอต่อการปฏิบัติงาน (ร้อยละ 20.0)

ข้อเสนอแนะด้านกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช คือ การปรับปรุงการทำงานของทีมสหวิชาชีพ เพื่อให้ประสานงานกันได้อย่างครบวงจร (ร้อยละ 20.7) และการปฏิบัติงาน โดยมุ่งเน้นผู้ป่วย ญาติ และชุมชนเป็นสำคัญ (ร้อยละ 18.9)

ข้อเสนอแนะด้านนโยบายการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชที่พบมากที่สุด คือ การบริหารจัดการ และวางระบบในการจัดกิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช ตั้งแต่รับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลจนถึงการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชในชุมชน (ร้อยละ 15.6) และผู้บริหารควรให้ความสำคัญในการสนับสนุนงบประมาณ และสถานที่ในการปฏิบัติงาน (ร้อยละ 14.8)

อภิปรายผลการวิจัย

1. การตอบกลับของแบบสอบถาม

จากการศึกษาพบว่า การตอบกลับของแบบสอบถาม มีการตอบกลับจำนวน 682 คน จากจำนวน 916 คน คิดเป็นอัตราการตอบกลับ ร้อยละ 74.5 โดยอัตราการตอบกลับส่วนใหญ่อยู่ในภาคกลาง คิดเป็นร้อยละ 95.7 จะเห็นได้ว่า อัตราการตอบกลับแบบสอบถามอยู่ในระดับดี เป็นที่น่าพอใจของผู้วิจัยเนื่องจากในภาคกลางผู้วิจัยเป็นผู้เก็บข้อมูลด้วยตนเอง สำหรับในภาคอื่นๆ ผู้วิจัยได้พยายามติดตามแบบสอบถามที่ไม่ได้กลับคืนมา โดยมีบุคลากรในโรงพยาบาลนั้นๆ เป็นผู้ประสานงาน พบว่า บุคลากรที่ไม่ได้ตอบแบบสอบถาม สาเหตุหลักใหญ่ๆ คือ บุคลากรลาศึกษาต่อ และไปอบรมในต่างจังหวัด

2. ข้อมูลทั่วไป

บุคลากรกรมสุขภาพจิต เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (1:3.5) มีอายุเฉลี่ย 39.3 สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 64.7) จบการศึกษา ระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 60.5) ปฏิบัติงานในสายวิชาชีพพยาบาลวิชาชีพ (ร้อยละ 58.6) ตำแหน่งปัจจุบัน เป็นผู้ปฏิบัติงาน (ร้อยละ 81.4) ลักษณะหน่วยงานที่ให้บริการ คือตึกผู้ป่วยครบวงจร (ร้อยละ 29.6) ประสบการณ์ในการทำงานจิตเวช 10 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 43.5) ประสบการณ์ในการทำงานจิตเวชเฉลี่ย 16.1 ปี ประสบการณ์ในการทำงานด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช 10 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 31.2 ปี) ประสบการณ์ในการทำงานด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชเฉลี่ย 11.5 ปี และไม่มีประสบการณ์ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช (ร้อยละ 13.0) นอกจากนี้บุคลากรยังไม่ตอบคำถามนี้จำนวนมาก (ร้อยละ 14.52) ซึ่งอาจเนื่องจากความเข้าใจว่าการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชเป็นกิจกรรมที่ทำเฉพาะในศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพเท่านั้น เพราะบุคลากรที่ตอบว่าไม่มีประสบการณ์ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานที่ตึกอื่นๆ ยกเว้นศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพ และอาจเป็นเพราะการขาดความรู้ ความเข้าใจในเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช ว่าสามารถเริ่มปฏิบัติได้ตั้งแต่รับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล และอาการทางจิตเริ่มสงบลง จึงเกิดความไม่แน่ใจทำให้ตอบว่าไม่มีประสบการณ์และไม่ตอบคำถามนี้จำนวนมาก ซึ่งประเด็นนี้ควรนำไปพิจารณาในการให้ความรู้หรือประชาสัมพันธ์กิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชให้มากขึ้น

3. ข้อมูลปัจจัยสนับสนุน

บุคลากรกรมสุขภาพจิตเคยได้รับการอบรม / สัมมนา เรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช (ร้อยละ 51.9) สอดคล้องกับ พหล วงศาโรจน์ (2540)⁽²⁶⁾ พบว่าผู้ให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชระดับหัวหน้างานที่ปฏิบัติงานในกลุ่มงานฟื้นฟูสมรรถภาพในโรงพยาบาลจิตเวชสังกัดกรมสุขภาพจิตได้รับการอบรมความรู้ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช (ร้อยละ 58.8) และไม่เคยศึกษาดูงานเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช (ร้อยละ 71.1) จากการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยพบว่าบุคลากรที่ได้รับการอบรมเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช มีคะแนนความคิดเห็นในด้านการปฏิบัติทุกด้านยกเว้นด้านการศึกษามากกว่าบุคลากรที่ไม่เคยได้รับการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งน่าจะมีผลต่อความรู้ ความเข้าใจ และทักษะในการปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช ดังนั้น จึงเป็นประเด็นที่น่าพิจารณาสำหรับกรมสุขภาพจิตในการดำเนินการจัดอบรมความรู้ในเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช ให้ครอบคลุมบุคลากรมากขึ้น และควรสนับสนุนให้บุคลากรมีโอกาสศึกษาดูงานเพื่อเพิ่มพูนความรู้ ประสบการณ์ตรงและมีวิสัยทัศน์กว้างไกล สำหรับนำมาใช้ในการปฏิบัติงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น นอกจากนี้บุคลากรเคยได้รับการนิเทศเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช (ร้อยละ 67.5) สอดคล้องกับ พหล วงศาโรจน์ (2540)⁽²⁶⁾ พบว่าผู้ให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชระดับหัวหน้างาน ที่ปฏิบัติงานในกลุ่มงานฟื้นฟูสมรรถภาพ ในโรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิตได้รับการนิเทศ (ร้อยละ 51.0) ซึ่งเป็นประเด็นที่น่าสนใจว่าควรมีการจัดกิจกรรมการนิเทศเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชเพิ่มขึ้น เพื่อเป็นการชี้แนะแก่บุคลากรให้มีความเข้าใจ และสามารถปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช นอกจากนี้บุคลากรยังตอบว่าไม่มีแผนการดำเนินงานเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชที่ระบุผู้รับผิดชอบและเป้าหมายการดำเนินงาน (ร้อยละ 64.3) บุคลากรมีส่วนร่วมในกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช ด้านการบริการ (ร้อยละ 61.8) และมีความต้องการทำกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช (ร้อยละ 78.0)

4. ข้อมูลอื่นๆ

บุคลากรกรมสุขภาพจิตส่วนใหญ่ มีความคิดเห็นว่าวิชาชีพที่ควรให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชในชุมชน คือ สหวิชาชีพ ซึ่งประกอบด้วย 5 วิชาชีพ คือ นักสังคมสงเคราะห์ แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา และนักอาชีวบำบัด ซึ่งสอดคล้องกับ ปัทมา ศิริเวช (2545)⁽²⁵⁾ ที่กล่าวว่า ทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วย พยาบาลจิตเวช แพทย์ / จิตแพทย์ นักสังคมสงเคราะห์ เภสัชกร นักจิตวิทยาคลินิก นักอาชีวบำบัด ครู ผู้ประสานว่าจ้างงานอาสาสมัคร โดยทีมสหวิชาชีพ ต้องมีองค์ประกอบสำคัญ คือ ความสามารถ ความชำนาญ ความสม่ำเสมอ ความต่อเนื่อง การประสานงาน และความร่วมมือที่ดี ช่วยส่งผลให้กระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยทางจิตแต่ละคนเกิดผลลัพธ์ที่สำเร็จตามเป้าหมาย และสอดคล้องกับ Rice, 1992 : Keating & Kelmann , 1988 อ้างใน

นวิยา ภิรมย์, 2541)⁽⁴⁶⁾ กล่าวว่า ทีมสหวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (multidiscipline home health care team) ได้แก่ จิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช นักสังคมสงเคราะห์ นักอาชีวบำบัด เป็นต้น โดยการให้การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหายุ่งยาก ซับซ้อน หลายๆ ด้าน สมาชิกในทีมจำเป็นต้องร่วมกันวางแผนแก้ไขปัญหา บุคลากรกรมสุขภาพจิตต้องการได้รับการอบรมความรู้ในเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช (ร้อยละ 50) ซึ่งสอดคล้องกับจำนวนบุคลากรที่เคยได้รับการอบรม (ร้อยละ 51.9) โดยเรื่องที่บุคลากรต้องการได้รับการอบรมมากที่สุด คือ ทักษะการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช รองลงมาคือ การฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน อาจเนื่องจากบุคลากรมีความคิดเห็นว่าการพัฒนากิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชให้มีประสิทธิภาพ และช่วยให้ผู้ป่วยจิตเวชกลับไปอยู่กับครอบครัว ชุมชน และในสังคมได้นานที่สุดจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับความต้องการทำกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชในชุมชน (ร้อยละ 78.0) สำหรับการทำกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชอื่นๆ ในโรงพยาบาลจิตเวช บุคลากรกรมสุขภาพจิตส่วนใหญ่มีความเห็นว่า การทำกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชอื่นๆ ในโรงพยาบาลจิตเวชมากที่สุด คือ การทำกิจกรรมที่ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง ซึ่งได้แก่ กลุ่มชุมนุมบำบัด กลุ่มกระตุ้นความสนใจ กลุ่มวาดภาพ และกลุ่มเขียนจดหมาย ฯลฯ เพราะการทำกิจกรรมที่ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง เป็นกิจกรรมที่ตอบสนองความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ คือ ความรู้สึกมีคุณค่า และภาคภูมิใจ หลังจากผู้ป่วยทำกิจกรรมได้ดีแล้วจึงจัดกิจกรรมการทำงานและการประกอบอาชีพให้แก่ผู้ป่วยต่อไป ซึ่งสอดคล้องกับหลักการในการพัฒนาคนของเชียรศรี วิวิธศิริ (2527)⁽⁴⁷⁾ กล่าวว่า การจัดกิจกรรม หลักการสำคัญที่จะช่วยให้บุคคลนั้นรู้จักตนเอง เห็นคุณค่าความสามารถของตนเอง (Self - esteem) และมีความเป็นตัวของตัวเอง (Self - actualization) เกิดการเรียนรู้ด้วยตนเอง ฟังตนเองได้ รู้จักเลือกตัดสินใจหรือแก้ปัญหาและรับผิดชอบในการกระทำของตน

5. ความคิดเห็นของบุคลากรกรมสุขภาพจิตต่อการให้ความสำคัญและการปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช

บุคลากรกรมสุขภาพจิตมีความคิดเห็นเกี่ยวกับการให้ความสำคัญต่อกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ การฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม การฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพ และการฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชนไม่แตกต่างกัน ยกเว้นการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการศึกษา ซึ่งบุคลากรมีความคิดเห็นเกี่ยวกับการให้ความสำคัญในระดับปานกลาง ส่วนความคิดเห็นเกี่ยวกับการปฏิบัติต่อกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชทั้ง 5 ด้าน ไม่แตกต่างกัน คือ ยังปฏิบัติกิจกรรมในระดับน้อยที่สุดถึงค่อนข้างน้อย ยกเว้น การฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม ซึ่งบุคลากรมีความคิดเห็นว่าเป็นปฏิบัติใน

ระดับปานกลาง โดยบุคลากรมีความคิดเห็นเกี่ยวกับการให้ความสำคัญและปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคมมากที่สุด และน้อยที่สุดในด้านกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการศึกษา อาจเนื่องมาจากกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคมเป็นกิจกรรมที่เน้นกิจกรรมพื้นฐานที่สำคัญ และจำเป็นสำหรับการดำรงชีวิตของผู้ป่วยจิตเวช และสามารถปฏิบัติได้ตั้งแต่รับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล ส่วนกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการศึกษา เป็นกิจกรรมที่สามารถทำได้ในผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตดี พร้อมที่จะเรียนรู้ และได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชในด้านอื่นๆ มาแล้ว ซึ่งในปัจจุบันผู้ป่วยจิตเวชที่อาการทางจิตดีขึ้น มักได้รับการจำหน่ายกลับบ้าน และภาระงานส่วนใหญ่ของบุคลากรในโรงพยาบาลมักเป็นการดูแลรักษาผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพพื้นฐาน คือการฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคมมากกว่า จึงทำให้การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการศึกษายังไม่เห็นเป็นรูปธรรมที่ชัดเจน ดังนั้น แนวทางในการพัฒนางานฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชในอนาคต อาจจะต้องสร้างรูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพทุกด้านให้ชัดเจน และเป็นรูปธรรมมากขึ้น ซึ่งผลการวิจัยนี้ต่างกับ วรณมา พลอยเกลื่อน (2540)⁽³⁹⁾ พบว่า พยาบาลจิตเวชโรงพยาบาลศรีธัญญาให้ความสำคัญในระดับมากทั้งในภาพรวมและรายข้อ ต่อทักษะการฟื้นฟูสมรรถภาพทางด้านกายภาพ ซึ่งอาจเกิดจากกลุ่มตัวอย่างและเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมีความแตกต่างกัน

หากพิจารณา ความคิดเห็นเกี่ยวกับการให้ความสำคัญและการปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชในแต่ละข้อ พบว่า

กิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์

บุคลากรกรมสุขภาพจิต ให้ความสำคัญและปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ในทุกข้อไม่แตกต่างกัน คือ กิจกรรมที่ให้ความสำคัญมากจะปฏิบัติกิจกรรมนั้นมากเช่นเดียวกัน ซึ่งกิจกรรมที่บุคลากรกรมสุขภาพจิตให้ความสำคัญ และปฏิบัติมากที่สุด คือ กิจกรรมจิตบำบัด ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการทางจิตเริ่มทุเลาต้องได้รับ เพื่อช่วยให้อาการทางจิตดีขึ้น และเป็นกิจกรรมที่บุคลากรหลายวิชาชีพสามารถปฏิบัติได้ ทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม ส่วนกิจกรรมที่ให้ความสำคัญและปฏิบัติน้อยที่สุด คือ กิจกรรมอรรถบำบัดเนื่องจากเป็นกิจกรรมที่ใช้สำหรับผู้ป่วยที่มีความผิดปกติในเรื่องการพูด ซึ่งมีจำนวนน้อยในโรงพยาบาลจิตเวชทั่วไป

ประเด็นที่น่าสนใจ คือ บุคลากรกรมสุขภาพจิตให้ความสำคัญในระดับปานกลางถึงค่อนข้างมาก (คะแนนเฉลี่ย 3.65) ในขณะที่ให้คะแนนการปฏิบัติในระดับน้อยที่สุดถึงค่อนข้างน้อย (คะแนนเฉลี่ย 1.99) อาจเนื่องจากระบบรายงานของกรมสุขภาพจิตในด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ เป็นการเก็บข้อมูลในประเด็นของการทำกิจกรรมที่ช่วยให้อาการทางจิตดีขึ้น ได้แก่ กิจกรรมอาชีวบำบัด จิตบำบัด ดนตรีบำบัด และอรรถบำบัด และอีกเหตุผลหนึ่ง คือระบบรายงานของกรมสุขภาพจิตไม่ได้

เก็บข้อมูลเรื่องการรักษาด้วยยา การรักษาด้วยไฟฟ้า และการผูกมัดผู้ป่วย ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ทำมากอยู่แล้วในโรงพยาบาลจิตเวช

กิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม

บุคลากรกรมสุขภาพจิตให้ความสำคัญและปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคมไม่แตกต่างกัน คือ กิจกรรมที่ให้ความสำคัญมาก บุคลากรจะปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ มากเช่นเดียวกัน ยกเว้น กิจกรรมศิลปกรรมบำบัดที่ให้ความสำคัญน้อยที่สุด แต่ปฏิบัติกิจกรรมทักษะการใช้ชีวิตในชุมชนน้อยที่สุด ซึ่งกิจกรรมที่บุคลากรกรมสุขภาพจิตให้ความสำคัญและปฏิบัติมากที่สุด คือ ทักษะการดูแลตนเอง เนื่องจากการดูแลตนเองเป็นพื้นฐานที่สำคัญยิ่งของการดำรงชีวิต เพราะถ้าผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองได้ ก็จะเป็นภาระแก่ญาติ ครอบครัว และผู้ดูแล และเป็นสาเหตุสำคัญของการที่ญาติจะปฏิเสธผู้ป่วย สอดคล้องกับ วรรณภา พลอยเกลื่อน (2540)⁽³⁹⁾ ซึ่งพบว่า พยาบาลจิตเวชให้ความสำคัญมากในทักษะการส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลตนเองและสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ ส่วนพยาบาลเป็นผู้เฝ้าอำนวยความสะดวก จัดสิ่งแวดล้อมเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทเป็นการป่วยจิตที่รักษาให้หายขาดยาก ส่วนมากอยู่โรงพยาบาลเป็นเวลานาน บ้างก็ไปๆ มาๆ ทำให้มีพฤติกรรมเบี่ยงเบนไป การดูแลเป็นปัญหากับครอบครัวและสังคมมาก ซึ่งการรักษาปัจจุบันจะให้ผู้ป่วยกลับบ้านให้เร็วที่สุด เพื่อให้โอกาสผู้ป่วยปรับตัวกับกิจกรรมในครอบครัวและสังคมได้ จึงมีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเอง และสามารถรับผิดชอบตนเองได้ พยาบาลจะเป็นผู้กระตุ้นหรือยับยั้งให้เกิดความเหมาะสมกับหลักปฏิบัติของสังคมปกติ ส่วนกิจกรรมที่ให้ความสำคัญน้อยที่สุดคือ กิจกรรมศิลปกรรมบำบัด แต่ปฏิบัติน้อยที่สุดคือ ทักษะการใช้ชีวิตในชุมชน อาจเนื่องจากการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชในปัจจุบันส่วนใหญ่ ยังปฏิบัติกิจกรรมเฉพาะในโรงพยาบาลจิตเวชเท่านั้น มีกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชในชุมชนค่อนข้างน้อยซึ่งกรมสุขภาพจิตควรกำหนดรูปแบบและแนวทางอย่างเป็นรูปธรรมในการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช ให้ครอบคลุมถึงชุมชนด้วย

กิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการศึกษา

บุคลากรกรมสุขภาพจิตให้ความสำคัญและปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการศึกษาน้อยที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชในด้านอื่นๆ เมื่อพิจารณารายชื่อ บุคลากรให้ความสำคัญและปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชไม่แตกต่างกัน คือ ให้ความสำคัญต่อทุกกิจกรรมในระดับปานกลาง และปฏิบัติทุกกิจกรรมในระดับน้อยที่สุด ซึ่งกิจกรรมที่ให้ความสำคัญและปฏิบัติมากที่สุด คือ การศึกษาตามอัธยาศัย เป็นการศึกษาเรียนรู้จากการทำหรือประสบการณ์จริง และให้ความสำคัญและปฏิบัติน้อยที่สุดในกิจกรรมการศึกษานอกระบบที่มีลักษณะของความยืดหยุ่นตามกลุ่มเป้าหมาย เช่น การศึกษานอกโรงเรียน เป็นต้น ซึ่งการที่

บุคลากรกรมสุขภาพจิต ให้ความสำคัญและปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการศึกษา น้อยที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับกรฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชด้านอื่นๆ อาจเป็นเพราะการดูแลผู้ป่วย จิตเวชมุ่งเน้นที่ต้องการให้ผู้ป่วยดูแลช่วยเหลือตนเองได้มากกว่า ประกอบกับผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการ ทางจิตดี และมีความพร้อมในการศึกษามีน้อย ซึ่งต่างจากโรงพยาบาลจิตเวชเฉพาะทาง เช่น โรงพยาบาลราชานุกูล และโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ ที่ดูแลผู้ป่วยปัญญาอ่อน และ ผู้ป่วยจิตเวชเด็ก ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการศึกษา เพราะยังอยู่ในวัยเรียน และสาเหตุสำคัญประการหนึ่ง คือ มีบุคลากรที่เป็นครุการศึกษาพิเศษ มากกว่าโรงพยาบาลจิตเวชที่ผู้วิจัยทำการศึกษา คือ มีนักวิชาการศึกษาพิเศษเพียง 1 คน ในโรงพยาบาล ศรีธัญญา ดังนั้น กรมสุขภาพจิตควรให้การสนับสนุนบุคลากรที่มีความสามารถเฉพาะทางในด้าน การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการศึกษา หรือพัฒนาศักยภาพของบุคลากรที่มีอยู่ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ ของการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชให้ครอบคลุมทุกด้าน

ประเด็นที่ควรพิจารณา คือ บุคลากรกรมสุขภาพจิตให้ความสำคัญและปฏิบัติกิจกรรม การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการศึกษาน้อยกว่าการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชน้อยกว่าด้านอื่นๆ ทั้งๆ ที่ ผู้ป่วยจิตเวชส่วนใหญ่ต้องอยู่โรงพยาบาลเป็นเวลานานจึงทำให้เกิดความเสื่อมในด้านต่างๆ ขาด ความกระตือรือร้นในการดูแลตนเอง ไม่สนใจการเปลี่ยนแปลงของโลกภายนอก เพื่อเป็นการเตรียม ความพร้อมให้ผู้ป่วยปรับตัวเข้ากับครอบครัว สังคม และชุมชน เมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จึงเป็น สิ่งจำเป็นที่บุคลากรกรมสุขภาพจิตควรปฏิบัติเป็นอย่างยิ่ง

กิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพ

บุคลากรกรมสุขภาพจิตให้ความสำคัญและปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพ ไม่แตกต่างกัน โดยกิจกรรมที่ให้ความสำคัญ และปฏิบัติมากที่สุดคือ ทักษะงานพื้นฐานและกิจกรรม ที่ให้ความสำคัญและปฏิบัติ น้อยที่สุด คือ การฝึกอาชีพอุตสาหกรรม ซึ่งบุคลากรให้ความสำคัญ ต่อกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพน้อยกว่ากิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการศึกษา ทั้งนี้เนื่องจาก การปฏิบัติกิจกรรมของบุคลากรส่วนใหญ่ จะเน้นกิจกรรมที่ทำให้ผู้ป่วยช่วยเหลือ และดูแลตนเองได้ก่อนจนมีความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ สามารถอยู่ร่วมกับสังคมได้ จึง จะได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพ ซึ่งบุคลากรที่มีบทบาทในด้านนี้ ส่วนใหญ่จะเป็นนักอาชีวบำบัด สำหรับกิจกรรมที่ให้ความสำคัญและปฏิบัติมากที่สุด คือ ทักษะงานพื้นฐาน อาจเนื่องจากทักษะนี้ เป็นพื้นฐานของทักษะอื่นๆ ของการฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพ เช่น การฝึกนิสัยการทำงาน การ ตรงต่อเวลา การมีความรับผิดชอบ เป็นต้น จากนั้นจึงฝึกอาชีพตามศักยภาพของผู้ป่วยและกิจกรรมที่ ให้ความสำคัญและปฏิบัติ น้อยที่สุด คือ การฝึกอาชีพอุตสาหกรรม ทั้งนี้เพราะการฝึกอาชีพอุตสาหกรรม เป็นกิจกรรมที่ทำในโรงพยาบาลจิตเวชค่อนข้างน้อย เนื่องจากข้อจำกัดในเรื่องสถานที่ และบุคลากร

ที่มีความสามารถในด้านนี้ รวมทั้งความเหมาะสมกับผู้ป่วยจิตเวชที่จะนำไปใช้ในชีวิตจริงหลังออกจากโรงพยาบาลเป็นไปได้น้อย ซึ่งคล้ายคลึงกับ วรรณภา พลอยเกลื่อน (2540)⁽³⁹⁾ พบว่า พยาบาลจิตเวชมีความเห็นว่า ทักษะในการฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพ โดยรวมและรายข้อได้รับความสำคัญอยู่ในระดับปานกลาง และได้รับความสำคัญน้อยกว่าทักษะด้านอื่น ซึ่งเสรี วรรณวรัชย์ (2537)⁽⁴⁸⁾ ได้กล่าวว่า การฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพเป็นการฟื้นฟูสมรรถภาพในด้านการฝึกอบรมวิชาชีพให้มีความรู้ ความสามารถในการประกอบอาชีพตามความเหมาะสม สามารถมีรายได้เลี้ยงตนเองได้ การฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพเป็นการแสดงให้เห็นถึงผลของการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านอื่นจนสามารถประกอบอาชีพได้และการฝึกอาชีพผู้ป่วยให้ประสบผลสำเร็จต้องพิจารณาระดับสติปัญญาพื้นฐาน ความพร้อมในสภาพร่างกาย ความสนใจ ความพยายาม ความเชื่อมั่นในตัวเองที่จะนำไปใช้ประโยชน์ และความถนัด ความชำนาญ หากมีอยู่บ้างแล้ว ควรได้รับการพิจารณาให้ฝึกอาชีพ ที่สอดคล้องกับความชำนาญเท่าที่เป็นไปได้ และภายในขอบเขตของสภาพความพิการหรือได้งานที่ใกล้เคียงกับงานในอดีต

ประเด็นที่ควรพิจารณา คือ กรมสุขภาพจิตควรสนับสนุนให้มีการฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากผลการศึกษาของ รักสุดา กิจอรุณชัย (2545)⁽⁴⁵⁾ พบว่า การประเมินผลโครงการฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพ โรงพยาบาลศรีธัญญา โดยการทำงานในอารักขาของโรงพยาบาลศรีธัญญา (ร้านเพื่อน) ต่อการเปลี่ยนแปลงความสามารถทางทักษะต่างๆ 6 ด้าน ได้แก่ทักษะการดูแลตนเอง ทักษะการอยู่ร่วมกันภายในบ้าน ทักษะทางสังคม ทักษะการงาน ทักษะการพักผ่อน และทักษะการใช้ชีวิตในชุมชน มีการเพิ่มขึ้นของคะแนนความสามารถทั้ง 6 ด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพสำหรับผู้ป่วยจิตเวช ทำให้การฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพด้านอื่นๆ ดีขึ้นด้วย

กิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน

บุคลากรกรมสุขภาพจิตให้ความสำคัญโดยรวมในระดับมาก แต่ปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชนในระดับค่อนข้างน้อย ซึ่งสอดคล้องกับ วรรณภา พลอยเกลื่อน (2540)⁽³⁹⁾ พบว่า “พยาบาลจิตเวชมีความคิดเห็นต่อทักษะในการปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางชุมชน ในภาพรวมและรายข้อในระดับสำคัญมาก” ส่วนกิจกรรมที่ให้ความสำคัญ และปฏิบัติมากที่สุดคือ กิจกรรมการติดตามเยี่ยมบ้าน นอกจากนี้โรงพยาบาลจิตเวชสังกัดกรมสุขภาพจิตแต่ละแห่งยังมีการดำเนินโครงการประชาสัมพันธ์กับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน โดยใช้หลักการระดมพลังสร้างสรรค์ (A-I-C) ซึ่งเป็นกระบวนการประชุมที่ระดมพลังเพื่อแก้ไขปัญหาและหาแนวทางในการพัฒนาเชิงสร้างสรรค์ โดยการประชุม ซึ่ง ศิริวรรณ เพ็ญสุข (2544)⁽⁴⁴⁾ ได้ทำการวิจัยประเมินผลโครงการประชาสัมพันธ์กับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน พบว่า แกนนำชุมชนกำหนดกิจกรรมเพื่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวชมีความ

ครอบคลุมการดูแลทั้งกาย ใจ สังคมและอาชีพ แก่นนำชุมชน ร้อยละ 97 มีความเข้าใจ เห็นใจผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวชมากขึ้น และมีความรู้สึกภูมิใจที่ได้มีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัว ผู้ป่วยจิตเวชมีสภาพความเป็นอยู่ในชุมชนดีขึ้น ความถี่ของอาการทางจิตที่กำเริบนั้นลดลง โดยร้อยละ 75 ไม่กลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล ไม่ถูกกักขัง และร้อยละ 97 มีการรับประทานยาต่อเนื่อง ช่วยเหลือตนเองได้ดี ดูแลความสะอาดตนเองได้ ช่วยเหลืองานในครอบครัวได้ ประกอบอาชีพได้ กล้าเข้าสังคม ญาติผู้ป่วยจิตเวช ร้อยละ 98 มีความเข้าใจ เห็นใจผู้ป่วยมากขึ้น ประทับใจที่คนในชุมชนห่วงใย คอยช่วยเหลือ ส่วนประชาชนในชุมชน ร้อยละ 90 มีความเห็นใจผู้ป่วยมากขึ้น เข้าใจสาเหตุการเจ็บป่วยของผู้ป่วย อยากให้กำลังใจผู้ป่วยจิตเวช รู้สึกชื่นชมแก่นนำชุมชนที่ช่วยดูแลผู้ป่วย บทสรุปโครงการนี้มีผลต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ช่วยประหยัดเวลาในการปฏิบัติงานของบุคลากร และลดค่าใช้จ่ายต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากขั้นตอนการเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาล ประเด็นที่น่าสนใจ คือ บุคลากรกรมสุขภาพจิตยังปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชนน้อยมาก ดังนั้น โรงพยาบาลจิตเวชควรสนับสนุนให้มีการนำโครงการนี้ไปขยายผลให้ครอบคลุมพื้นที่รับผิดชอบให้มากขึ้น

6. ปัจจัยที่มีผลต่อความคิดเห็นของบุคลากรกรมสุขภาพจิตในด้านการให้ความสำคัญและการปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช มีดังนี้

ปัจจัยส่วนบุคคล

เพศ

บุคลากรกรมสุขภาพจิตที่เพศแตกต่างกัน มีความคิดเห็นเกี่ยวกับการให้ความสำคัญและการปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชแตกต่างกัน ทั้งในภาพรวมและรายด้าน โดยบุคลากรเพศหญิงจะให้ความสำคัญต่อกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชทั้ง 5 ด้านมากกว่าบุคลากรเพศชาย แต่ในด้านการปฏิบัติ พบว่า บุคลากรเพศชายมีความคิดเห็นเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช ทั้ง 5 ด้านมากกว่าเพศหญิง สอดคล้องกับ วราภรณ์ พลีพลากร (2539)⁽⁴⁹⁾ พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับความคิดเห็นเกี่ยวกับแนวทางการพัฒนางานวิชาการของโรงพยาบาล และ พรทิพย์ อุโนโกมล (2532)⁽⁵⁰⁾ พบว่า เพศมีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติงานตามหน้าที่ด้านการบริหารของหัวหน้าฝ่ายสุขภาพจิต และป้องกันโรค ในโรงพยาบาลชุมชน ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ต่างกับ มณฑล จันโทริ (2544)⁽⁵¹⁾ พบว่า ปัจจัยชี้วัดสังคมด้านเพศในหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลและฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์กับผลการดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชน

อายุ

บุคลากรกรมสุขภาพจิตที่มีอายุแตกต่างกัน มีความคิดเห็นเกี่ยวกับการให้ความสำคัญและการปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชต่างกัน ทั้งในภาพรวมและรายด้าน โดยบุคลากรที่มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 ปี และกลุ่มอายุ 31 – 40 ปี ให้คะแนนเฉลี่ยความสำคัญมากกว่ากลุ่มอายุมากกว่า 40 ปี ในด้านการปฏิบัติ พบว่าบุคลากรที่มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 ปี มีความคิดเห็นต่อการปฏิบัติกิจกรรมมากกว่าบุคลากรกลุ่มอายุ 31 – 40 ปี และกลุ่มอายุมากกว่า 40 ปี อาจเนื่องมาจากผู้ที่อายุน้อย เพิ่งผ่านการเรียนรู้ในเชิงทฤษฎี และวิชาการ ใช้เวลาในการปฏิบัติงานน้อย จึงมีความกระตือรือร้น มีความรู้สึกที่ดี และเห็นความสำคัญต่อการปฏิบัติงานมากกว่าผู้ที่มีอายุมากกว่า สอดคล้องกับ ทรรศนีย์ ไสร์จรรวมกุล (2543)⁽⁵²⁾ พบว่า อายุเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติงานแตกต่างกัน ไพบูลย์ เลี่ยมอินทร์ (2542)⁽⁵³⁾ พบว่า อายุเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เจตคติของผู้รับบริการแตกต่างกัน ปลายมาศ ชุนภักดี (2533)⁽⁵⁴⁾ พรทิพย์ อุ่นโกมล (2532)⁽⁵⁰⁾ พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ ด้านการบริหาร บริการ วิชาการ และรวมทุกด้าน และจุฑามาศ ปุณฺณปุระ (2543)⁽⁵⁵⁾ พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ด้านอายุ และค่านิยมต่อวิชาชีพ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ ดังนั้น ในการจัดสรรบุคลากรเพื่อปฏิบัติงานด้านกิจกรรมการฟื้นฟูในด้านต่างๆ อาจจำเป็นต้องพิจารณาอายุของผู้ปฏิบัติกิจกรรมร่วมด้วย

สถานภาพสมรส

พบว่า บุคลากรกรมสุขภาพจิตที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกัน ให้คะแนนเฉลี่ยความสำคัญและการปฏิบัติด้านการแพทย์ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยบุคลากรที่มีสถานภาพสมรสโสด ให้คะแนนเฉลี่ยความสำคัญและการปฏิบัติ มากกว่าสถานภาพสมรสคู่

ระดับการศึกษา

เป็นปัจจัยที่ช่วยให้คนมีประสิทธิภาพ บุคคลที่ได้รับการศึกษาสูงย่อมมีสติปัญญาในการพิจารณาสิ่งต่างๆ อย่างมีเหตุผล มีความเข้าใจเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมได้ถูกต้องมากกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำ จากการศึกษานี้ พบว่า บุคลากรกรมสุขภาพจิตที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีความคิดเห็นเกี่ยวกับการให้ความสำคัญและการปฏิบัติแตกต่างกันทั้งในภาพรวมและรายด้าน โดยบุคลากรที่มีระดับการศึกษาปริญญาตรีขึ้นไป มีความคิดเห็นต่อการให้ความสำคัญต่อกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชทุกด้านมากกว่าบุคลากรที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี ในด้านการปฏิบัติ พบว่า บุคลากรที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรีมีความคิดเห็นต่อการปฏิบัติทุกกิจกรรมมากกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาปริญญาตรีขึ้นไป อาจเนื่องมาจากบุคลากรส่วนใหญ่ที่มีระดับการศึกษาปริญญาตรีขึ้นไปต้องปฏิบัติงานด้านบริหารและด้านวิชาการ ควบคู่กับการปฏิบัติงานด้านบริการ บุคลากรที่มี

ระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรีส่วนใหญ่จะปฏิบัติงานในด้านการให้บริการแก่ผู้ป่วยจิตเวชโดยตรงมากกว่า สอดคล้องกับ โสภกา จันนพรัตน์ (2541)⁽⁵⁶⁾ พบว่า หัวหน้าฝ่ายที่มีวุฒิการศึกษาแตกต่างกัน มีความคิดเห็นต่อการบริหารแตกต่างกัน เพชรา คุณสันติพงษ์ (2531)⁽⁵⁷⁾ พบว่าผู้ที่มีวุฒิการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรีมีความต้องการรับการนิเทศมากกว่าผู้ที่มีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่าปริญญาตรีขึ้นไป วราภรณ์ พลีพลากร (2539)⁽⁴⁹⁾ พบว่า วุฒิการศึกษามีความสัมพันธ์กับความคิดเห็นเกี่ยวกับแนวทางการพัฒนางานด้านบริหารงานวิชาการ จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า บุคลากรที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี ถึงร้อยละ 27.8 ดังนั้น ผู้บริหารจึงควรสนับสนุนให้บุคลากรมีการศึกษาต่อเนืองที่สูงขึ้น เพื่อเพิ่มศักยภาพในด้านความรู้ ความเข้าใจในเรื่องกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชเพิ่มขึ้นซึ่งจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานให้ดียิ่งขึ้น

สายวิชาชีพ

พบว่า บุคลากรกรมสุขภาพจิตที่มีสายวิชาชีพแตกต่างกัน ให้คะแนนเฉลี่ยความสำคัญและการปฏิบัติแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยบุคลากรที่มีสายวิชาชีพอื่นๆ ให้คะแนนเฉลี่ยความสำคัญด้านอาชีพมากกว่าสายการแพทย์ แต่ในด้านการปฏิบัติบุคลากรสายการแพทย์ให้คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติด้านการแพทย์และด้านสังคมมากกว่าบุคลากรสายวิชาชีพอื่นๆ ทั้งนี้ อาจเนื่องจากระบบการไหลงานบริการของโรงพยาบาลจิตเวชที่บุคลากรสายการแพทย์จะเป็นผู้ดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยในระยะแรก เมื่อผู้ป่วยอาการทางจิตดีขึ้นบุคลากรสายวิชาชีพอื่นๆ จึงมาทำการฟื้นฟูสมรรถภาพ ดังนั้น การพัฒนางานด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชจึงควรมีการเชื่อมโยงระหว่างทีมสหวิชาชีพ โดยการจัดทำแนวทางการดูแล (Care map) โดยทีมสหวิชาชีพ เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับประโยชน์สูงสุดจากการดูแลครบวงจร

ตำแหน่งในปัจจุบัน

พบว่า บุคลากรกรมสุขภาพจิตที่มีตำแหน่งในปัจจุบันแตกต่างกัน ให้คะแนนเฉลี่ยความสำคัญและการปฏิบัติด้านสังคม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยบุคลากรที่มีตำแหน่งในปัจจุบันเป็นผู้บริหารให้คะแนนเฉลี่ยความสำคัญมากกว่าบุคลากรที่มีตำแหน่งในปัจจุบันเป็นผู้ปฏิบัติ แต่ในด้านการปฏิบัติ บุคลากรที่มีตำแหน่งในปัจจุบันเป็นผู้ปฏิบัติ ให้คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติมากกว่าบุคลากรที่มีตำแหน่งในปัจจุบันเป็นผู้บริหาร อาจเนื่องจากบุคลากรตำแหน่งผู้บริหารเป็นผู้วางแผนกำหนดนโยบาย จึงมีความเข้าใจ และเห็นความสำคัญ แต่บุคลากรตำแหน่งผู้ปฏิบัติเป็นผู้ปฏิบัติกิจกรรม จึงมีความคิดเห็นเกี่ยวกับการปฏิบัติมากกว่า

ประสบการณ์ด้านจิตเวช

พบว่า บุคลากรกรมสุขภาพจิตที่มีประสบการณ์ด้านจิตเวชแตกต่างกัน ให้คะแนนเฉลี่ยความสำคัญและการปฏิบัติด้านการแพทย์ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยบุคลากรที่มีประสบการณ์ด้านจิตเวชน้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 ปี ให้คะแนนเฉลี่ยความสำคัญและคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติด้านการแพทย์มากกว่าบุคลากรที่มีประสบการณ์ด้านจิตเวช 10 ปี ขึ้นไปสอดคล้องกับผลการศึกษาในข้างต้นพบว่า บุคลากรที่มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 ปี มีความคิดเห็นเกี่ยวกับการให้ความสำคัญ และการปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชมากกว่ากลุ่มอายุอื่นๆ สอดคล้องกับ สมพร อิทธิเดชพงศ์ (2530) ⁽⁵⁸⁾ พบว่า ระยะเวลาในการดำรงตำแหน่งของผู้บริหารโรงพยาบาลชุมชน มีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงาน และ นงพงา ปั่นทองพันธุ์, ร.อ.หญิง (2542) ⁽⁵⁹⁾ พบว่า ตัวแปรที่สามารถทำนายความสามารถในการปฏิบัติงานของพยาบาลประจำการ คือการได้รับอำนาจ และประสบการณ์การทำงาน แต่ไม่สอดคล้องกับ Koerner และคณะ (1981) อ้างในมณฑา จันโทริ (2544) ⁽⁵¹⁾ พบว่า ประสบการณ์การทำงานมีความสัมพันธ์ในทิศทางลบกับการปฏิบัติงาน และ พหล วงศาโรจน์ (2540) ⁽²⁶⁾ พบว่า ระยะเวลาของการปฏิบัติงาน มีความคิดเห็นต่องานฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตโดยรวม และรายด้านทุกด้านไม่แตกต่างกัน

ประสบการณ์ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช

บุคลากรกรมสุขภาพจิตที่มีประสบการณ์ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชแตกต่างกันมีความคิดเห็นเกี่ยวกับการให้ความสำคัญและการปฏิบัติแตกต่างกันโดยรวม และรายด้านอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ปัจจัยสนับสนุน

การได้รับการอบรม/สัมมนา เรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช

พบว่า บุคลากรกรมสุขภาพจิตที่ได้รับการอบรม / สัมมนา เรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชที่แตกต่างกัน ให้คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติด้านการแพทย์ ด้านสังคม ด้านอาชีพ และด้านชุมชน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยบุคลากรที่เคยได้รับการอบรม / สัมมนา ให้คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติทุกด้านมากกว่าบุคลากรที่ไม่เคยได้รับการอบรม / สัมมนา สอดคล้องกับแนวคิดของซิมบาร์โดและคณะ (Zimbardo, et al., 1977) อ้างใน ศรีธัญยา มรกตศรีวรรณ (2543) ⁽⁶⁰⁾ กล่าวถึงความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะคิดและการปฏิบัติว่ามีความเกี่ยวข้องกันในหลายๆ ด้าน โดยบุคลากรจะมีทัศนคติต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใด เช่นไรนั้น ย่อมขึ้นอยู่กับความรู้ของบุคคลนั้น กล่าวคือ ถ้า

บุคคลนั้นมีความรู้เรื่องใดเรื่องหนึ่งดี มีทัศนคติต่อสิ่งนั้นดี ย่อมส่งผลให้เกิดการปฏิบัติที่ดีด้วย ดังนั้น ความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติ จึงมีความสัมพันธ์เกี่ยวเนื่องกันเป็นลูกโซ่ ซึ่งอาจจะเกี่ยวพันกันทั้งทางตรง และทางอ้อมก็ได้ และสอดคล้องกับ จารูวรรณ เอกอรรถผล (2529,อ้างใน วิชาวี เฝ้ากันทราทร, 2536) ⁽⁶¹⁾ พบว่า พยาบาลที่ผ่านการศึกษาคณะต่อเนืองเฉพาะทางการพยาบาลจิตเวช ส่วนใหญ่จะเน้นการพยาบาลด้านจิตใจ ส่วนพยาบาลที่ไม่เคยได้รับการศึกษาคณะต่อเนืองเฉพาะทางการพยาบาลจิตเวช ส่วนใหญ่จะเน้นการพยาบาลทางร่างกาย แสดงให้เห็นถึงการอบรมเฉพาะทางการพยาบาลจิตเวช มีความสำคัญต่อการปฏิบัติงานกับผู้ป่วยจิตเวช สอดคล้องกับ Jacobsma (1991,อ้างในวิชาวี เฝ้ากันทราทร,2536) ⁽⁶¹⁾ ที่กล่าวว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเวชต้องการความเชี่ยวชาญเฉพาะสาขา พยาบาลวิชาชีพที่จบการศึกษาในระดับขั้นพื้นฐาน ยังมีความสามารถไม่เพียงพอต่อการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชอย่างมีคุณภาพ เนื่องจากผู้ที่ให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชจะต้องมีลักษณะพิเศษต่างจากบุคลากรทางการพยาบาลทั่วไป คือเป็นบุคคลที่สามารถเข้าใจถึงพฤติกรรมของผู้ป่วยและเรียนรู้ว่า ควรปฏิบัติอย่างไรในสถานการณ์หนึ่งๆ ต่อผู้ป่วยแต่ละคน ซึ่งมีความแตกต่างกันตลอดเวลา และมีการเรียนรู้วิธีการแตกต่างกันที่เหมาะสม เพื่อสนองความต้องการและช่วยผู้ป่วยให้แก้ปัญหาของตนเองได้ จากผลการศึกษาที่พบว่า มีบุคลากรกรมสุขภาพจิตเพียงร้อยละ 51.9 ที่เคยได้รับการอบรม /สัมมนา เรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชซึ่งเป็นประเด็นที่น่าจะนำไปพิจารณาการจัดหลักสูตรต่างๆ ที่เน้นเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช และสนับสนุนให้บุคลากรได้พัฒนาตนเองในด้านการอบรม / สัมมนา เพราะความรู้จะเป็นพื้นฐานให้บุคคลรู้จักคิด พิเคราะห์ ตัดสินใจแก้ปัญหาต่างๆ และเกิดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ในการปฏิบัติงาน (จินตนา ยูนิพันธ์,2527, อ้างใน ศรัณยามรกตศรีวรรณ, 2543) ⁽⁶⁰⁾

การศึกษาดูงานเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช

พบว่า บุคลากรกรมสุขภาพจิตที่ได้รับการศึกษาดูงานเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชที่แตกต่างกัน ให้คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติด้านอาชีพ และด้านชุมชน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยบุคลากรที่เคยได้รับการศึกษาดูงานเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชในต่างประเทศ ให้คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติมากกว่าบุคลากรที่ได้รับการศึกษาดูงานในประเทศ และบุคลากรที่ไม่เคยได้รับการศึกษาดูงานเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช อาจเนื่องจากการศึกษาดูงานในต่างประเทศเป็นการเพิ่มพูนความรู้และประสบการณ์ตรงที่ทำให้บุคลากรมีวิสัยทัศน์ที่กว้างไกล และมีความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการทำกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช เนื่องจากกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชในต่างประเทศ เช่น ประเทศฮ่องกง และประเทศอังกฤษมีการปฏิบัติมานาน และมีรูปแบบที่เป็นรูปธรรมมากกว่าในประเทศไทย

การได้รับการนิเทศเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช

บุคลลากรกรมสุขภาพจิตที่ได้รับการนิเทศเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชแตกต่างกัน มีความคิดเห็นเกี่ยวกับการให้ความสำคัญแตกต่างกันในภาพรวมและรายด้านอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ในด้านการปฏิบัติ พบว่า บุคลลากรกรมสุขภาพจิตที่ได้รับการนิเทศเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชแตกต่างกัน มีความคิดเห็นเกี่ยวกับการปฏิบัติแตกต่างกันทุกด้านมากกว่า โดยบุคลลากรที่เคยได้รับการนิเทศเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชมีความคิดเห็นเกี่ยวกับการปฏิบัติทุกด้านมากกว่า บุคลลากรกรมสุขภาพจิตที่ไม่ได้รับการนิเทศเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช สอดคล้องกับ ศรีธยา มรกตศรีวรรณ (2543)⁽⁶¹⁾ พบว่า ปัจจัยด้านหน่วยงาน ได้แก่ ระบบสนับสนุนขององค์กร พฤติกรรมการนิเทศงานของหัวหน้าหรือผู้ป่วยโรงพยาบาลศูนย์ กระทรวงสาธารณสุข มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุ นิภาพรรณ บุญรอด (2536)⁽⁶²⁾ พบว่าการนิเทศงานในฝ่ายส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ระดับตำบล พบว่า ยังมีความต้องการรับการนิเทศอยู่ในระดับมาก การนิเทศงานจึงเป็นสิ่งสำคัญในการดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชน ให้ประสบความสำเร็จได้ ซึ่งผู้นิเทศจะต้องรับทราบนโยบาย แผนงาน และเป้าหมายของงาน (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2532, อ้างในประณีตศิลป์ วงษ์ชมภู, 2534)⁽⁶³⁾ และผู้นิเทศงานมีหน้าที่ช่วยเจ้าหน้าที่ในการวางแผนงานดำเนินการ และประเมินผลงานสนับสนุน แนะนำเทคนิคการให้บริการ ให้คำปรึกษาและคอยกระตุ้นการทำงานของเจ้าหน้าที่ (John.A.1993 อ้างใน เพชรา คุณสันติพงษ์, 2531)⁽⁵⁷⁾ ไม่สอดคล้องกับ มณฑา จันโฑริ (2540)⁽⁵¹⁾ พบว่า การได้รับการนิเทศงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวช กับผลการดำเนินงานสุขภาพจิต ในหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลและหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์กัน และ พหล วงศาโรจน์ (2540)⁽²⁶⁾ พบว่า ผู้ให้บริการที่ได้รับและไม่ได้รับการนิเทศการปฏิบัติงานด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิต โดยรวมรายด้าน และรายข้อทุกข้อไม่แตกต่างกัน

แผนการดำเนินงานด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช

พบว่าบุคลลากรกรมสุขภาพจิตที่ตอบเรื่องแผนการดำเนินงานด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชแตกต่างกันให้คะแนนเฉลี่ยความสำคัญและการปฏิบัติด้านการแพทย์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยบุคลลากรที่ตอบว่าไม่มีแผนการดำเนินงานด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชให้คะแนนเฉลี่ยความสำคัญและการปฏิบัติมากกว่าบุคลลากรที่ตอบว่ามีแผนการดำเนินงานด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช สอดคล้องกับ มณฑา จันโฑริ (2540)⁽⁵¹⁾ พบว่า แผนการดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชน ไม่มีความสัมพันธ์กับผลการดำเนินงาน ไม่สอดคล้องกับสมหมายและคณะ (2539)⁽⁶⁴⁾ พบว่า การไม่มีแผนการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตเป็นอุปสรรคในการปฏิบัติงานสุขภาพจิตในการให้

บริการสุขภาพจิต ในโรงพยาบาล และประเด็นศิลปะ วงษ์ขมภู (2540) ⁽⁶³⁾ พบว่า การมีแผนการดำเนินงานมีความสัมพันธ์กับผลการดำเนินงานสุขภาพจิตในโรงพยาบาลชุมชนในภาคเหนือ

ประเด็นที่น่าสนใจคือ ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้มีความแตกต่างของคำตอบของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในสถานที่เดียวกัน แต่ตอบแบบสอบถามว่ามีแผน และไม่มีแผนแตกต่างกัน ซึ่งผู้วิจัยคิดว่าการเก็บข้อมูลสำหรับเรื่องนี้จะเป็นการหาข้อมูลด้วยตนเองในสถานที่จริง ดังนั้นในการปฏิบัติงาน การจัดทำแผนยังเป็นสิ่งจำเป็นและต้องมีเพราะการมีแผนงาน จะก่อให้เกิดประโยชน์ต่อการปฏิบัติงานหลายประการ คือ แผนงานจะช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานทราบวัตถุประสงค์ เป้าหมาย กลวิธี ในการปฏิบัติงานให้ถูกต้องและบรรลุวัตถุประสงค์ตามแผนที่กำหนดไว้ นอกจากนี้แผนงานยังช่วยให้เกิดการใช้ทรัพยากรต่างๆ ที่มีอยู่ในองค์กร เช่น คน เงิน วัสดุ อุปกรณ์ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และเกิดประโยชน์สูงสุด และช่วยให้สามารถคาดการณ์ไว้ล่วงหน้า หากมีปัญหาอุปสรรคหรือต้องการขอรับการสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในด้านทรัพยากรต่างๆ และด้านอื่นๆ ที่จำเป็น และเมื่อมีปัญหาอุปสรรคเกิดขึ้นก็สามารถแก้ไขได้ทันเวลาที่ (ศิริพร พงศ์ศรีโรจน์ ,2537) ⁽⁶⁵⁾ และธนชัย ยมจินดา (2535) ⁽⁶⁶⁾ ได้กล่าวว่าแผนงานเป็นแนวทางปฏิบัติในการตัดสินใจ และเป็นแนวทางปฏิบัติงานแก่ผู้บริหาร และพนักงาน ช่วยให้ประหยัดเวลา แรงงานทำให้การติดต่อสื่อสาร การประสานงานเป็นไปได้อย่างง่ายดาย เนื่องจากทุกคนรู้ว่าอะไรเป็นวัตถุประสงค์ และรู้หน้าที่ของแต่ละคนว่าจะทำอะไรให้กับองค์กรและแผน ทำให้การใช้ทรัพยากรเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ เกิดการประสานงานที่ดี ลดการซ้ำซ้อนและการสูญเสียทรัพยากร ก่อให้เกิดการประหยัดค่าใช้จ่าย รวมทั้งช่วยให้ทราบถึงความสำคัญว่าควรทำอะไรก่อนและอะไรควรรอไว้ภายหลัง และแผนช่วยกำหนดวัตถุประสงค์ และมาตรฐานที่ทำให้การควบคุมสามารถทำได้โดยง่าย และมีประสิทธิภาพ ซึ่งจากผลการวิจัยในครั้งนี้ ทำให้สามารถนำไปพัฒนาแนวทางในการจัดทำแผนงานของกรมสุขภาพจิตที่ควรเน้นการจัดทำแผนที่มีประสิทธิภาพเป็นรูปธรรมนำไปปฏิบัติได้จริง และที่สำคัญต้องมีการสื่อสารแผนการดำเนินงานให้บุคลากรทุกระดับรับทราบ เพื่อใช้เป็นเข็มทิศนำทางในการปฏิบัติงานอย่างมีเป้าหมายที่ชัดเจน ดังที่ นฤมลและคณะ (2541) ⁽⁶⁷⁾ กล่าวว่า การมีแผนการดำเนินงานสุขภาพจิต ทำให้บุคลากรทางการแพทย์ได้ทราบกลวิธีในการปฏิบัติงาน สามารถปฏิบัติงานได้ถูกต้อง และสามารถบรรลุวัตถุประสงค์ตามที่กำหนดไว้ เพราะมีแผนงานเป็นเครื่องกำหนดทิศทางในการดำเนินงานและใช้วัดความสำเร็จของงาน

สถานที่ตั้งของโรงพยาบาลจิตเวช

พบว่า บุคลากรกรมสุขภาพจิตที่ปฏิบัติงานในสถานที่ตั้งของโรงพยาบาลจิตเวชที่แตกต่างกัน ให้คะแนนเฉลี่ยความสำคัญและการปฏิบัติด้านการศึกษา และด้านอาชีพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยบุคลากรที่ปฏิบัติงานในสถานที่ตั้งของโรงพยาบาลจิตเวชในภาคเหนือ ให้คะแนนเฉลี่ยการให้ความสำคัญมากกว่าบุคลากรที่ปฏิบัติงานในสถานที่ตั้งของโรงพยาบาลจิตเวชใน

ภาคอื่นๆ และในด้านการปฏิบัติ พบว่า บุคลากรที่ปฏิบัติงานในสถานที่ตั้งของโรงพยาบาลจิตเวชในภาคเหนือ ให้คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติด้านการศึกษามากกว่าบุคลากรที่ปฏิบัติงานในสถานที่ตั้งของโรงพยาบาลจิตเวชในภาคอื่นๆ บุคลากรที่ปฏิบัติงานในสถานที่ตั้งของโรงพยาบาลจิตเวชในภาคใต้ ให้คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติด้านสังคมมากกว่าบุคลากรที่ปฏิบัติงานในสถานที่ตั้งของโรงพยาบาลจิตเวชในภาคอื่นๆ และบุคลากรที่ปฏิบัติงานในสถานที่ตั้งของโรงพยาบาลจิตเวช ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ให้คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติด้านชุมชนมากกว่าบุคลากรที่ปฏิบัติงานในสถานที่ตั้งของโรงพยาบาลจิตเวชในภาคอื่นๆ ซึ่งข้อมูลที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้จะพบว่าบุคลากรที่ปฏิบัติงานในภาคกลางคือ โรงพยาบาลศรีธัญญา มีความคิดเห็นต่อการให้คะแนนเฉลี่ยความสำคัญและการปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชน้อยกว่าบุคลากรที่ปฏิบัติงานในภาคอื่นๆ ซึ่งเป็นประเด็นสำคัญที่น่าจะนำไปพิจารณาในการพัฒนา และปรับปรุงงานด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช เพราะงานนี้เป็นภารกิจหลักของโรงพยาบาลศรีธัญญา ซึ่งบ่งบอกถึงควมมีคุณค่าของหน่วยงาน

การมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช

พบว่า บุคลากรกรมสุขภาพจิตที่มีส่วนร่วมในกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชที่แตกต่างกันให้คะแนนเฉลี่ยความสำคัญและการปฏิบัติด้านอาชีพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยบุคลากรที่มีส่วนร่วมในกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชด้านบริหารให้คะแนนเฉลี่ยความสำคัญมากกว่าบุคลากรที่มีส่วนร่วมในกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชด้านบริการและบุคลากรที่ไม่มีส่วนร่วมในกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช แต่ในด้านการปฏิบัติพบว่า บุคลากรที่มีส่วนร่วมในกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชด้านบริการ ให้คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติมากกว่าบุคลากรที่มีส่วนร่วมในกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชด้านบริหาร และบุคลากรที่ไม่มีส่วนร่วมในกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช อาจเนื่องมาจากบุคลากรส่วนใหญ่ที่มีส่วนร่วมในด้านการบริหาร มักจะทำหน้าที่ในการวางแผน กำหนดนโยบาย และวิธีการดำเนินงาน จึงเห็นความสำคัญและมีความเข้าใจมากกว่า แต่บุคลากรที่มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชด้านบริการ ส่วนใหญ่เป็นผู้ปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช จึงมีความคิดเห็นเกี่ยวกับการปฏิบัติมากกว่า

ความต้องการทำกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชในชุมชน

พบว่า บุคลากรกรมสุขภาพจิตที่ต้องการทำกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชในชุมชนแตกต่างกัน ให้คะแนนเฉลี่ยความสำคัญและการปฏิบัติด้านสังคมและด้านชุมชน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยบุคลากรที่ต้องการทำกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชในชุมชนให้คะแนนเฉลี่ยความสำคัญและการปฏิบัติมากกว่าบุคลากรที่ไม่ต้องการทำกิจกรรม

การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชในชุมชน ซึ่งประเด็นที่น่าจะทำนายถึงการทำการกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชในอนาคตว่าควรจะมีการขยายบริการของงานฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชที่ส่วนใหญ่ปฏิบัติอยู่ในโรงพยาบาลออกไปสู่ชุมชนให้มากขึ้น โดยมีบุคลากรที่ให้ความสำคัญและมีความต้องการทำการกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชในชุมชนเป็นผู้ดำเนินการ

ลักษณะหน่วยงานที่ให้บริการ

พบว่า บุคลากรกรมสุขภาพจิตที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานที่ให้บริการแตกต่างกันให้คะแนนเฉลี่ยความสำคัญด้านอาชีพ และด้านชุมชนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยบุคลากรที่ปฏิบัติงานที่ตึกครบวงจรให้ความสำคัญด้านอาชีพมากกว่าบุคลากรที่ปฏิบัติงานที่ตึกอื่นๆ และบุคลากรที่ปฏิบัติงานที่ตึกแรกรับให้ความสำคัญด้านชุมชนมากกว่าบุคลากรที่ปฏิบัติงานที่ตึกอื่นๆ อาจเนื่องจากบุคลากรที่ปฏิบัติงานที่ตึกแรกจะต้องพบกับผู้ป่วยที่กลับมารักษาซ้ำบ่อยกว่าบุคลากรที่ปฏิบัติงานที่ตึกอื่นๆ และได้พบกับญาติที่มีปัญหาในการดูแลผู้ป่วยจึงทำให้เห็นความสำคัญด้านชุมชนมากกว่า จากผลการวิจัยจะเห็นได้ว่าบุคลากรให้ความสำคัญต่อการจัดกิจกรรมสุขภาพจิตศึกษาสำหรับญาติน้อยที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับกิจกรรมอื่นๆ และปฏิบัติกิจกรรมอยู่ในระดับน้อย (คะแนนเฉลี่ย 2.43) ทั้งๆ ที่เป็นกิจกรรมพื้นฐานสำหรับญาติ ซึ่งเป็นประเด็นที่บุคลากรกรมสุขภาพจิตควรนำไปพิจารณาในการให้บริการแก่ญาติมากขึ้นเพื่อลดจำนวนผู้ป่วยที่ต้องกลับมารักษาซ้ำ ในด้านการปฏิบัติ พบว่า บุคลากรที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานที่ให้บริการแตกต่างกัน ให้คะแนนเฉลี่ยความสำคัญด้านสังคมและด้านชุมชนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยบุคลากรที่ปฏิบัติงานที่ตึกเร่งรัดบำบัดให้คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติด้านสังคมมากกว่าบุคลากรที่ปฏิบัติงานที่ตึกอื่นๆ และบุคลากรที่ปฏิบัติงานที่ตึกครบวงจรให้คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติด้านชุมชนมากกว่าบุคลากรที่ปฏิบัติงานที่ตึกอื่นๆ อาจเนื่องจากตึกครบวงจรต้องรับผู้ป่วยใหม่เช่นเดียวกับตึกแรกซึ่งเห็นผู้ป่วยที่กลับมารักษาซ้ำบ่อยกว่าบุคลากรที่ปฏิบัติงานที่ตึกอื่นๆ และได้พบกับญาติที่มีปัญหาในการดูแลผู้ป่วยจึงปฏิบัติกิจกรรมด้านชุมชนมากกว่าบุคลากรที่ปฏิบัติงานที่ตึกอื่นๆ

ประเด็นที่น่าสนใจ คือ บุคลากรที่ปฏิบัติงานที่ตึกบำบัดระยะยาวซึ่งดูแลผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตสงบ ให้คะแนนความสำคัญและการปฏิบัติค่อนข้างน้อยกว่าบุคลากรที่ปฏิบัติงานที่ตึกอื่นๆ ซึ่งดูแลผู้ป่วยที่ยังมีอาการทางจิต อาจเนื่องจากผู้ป่วยที่ย้ายไปอยู่ในตึกบำบัดระยะยาวเป็นผู้ป่วยเรื้อรังที่ให้การฟื้นฟูสมรรถภาพได้ค่อนข้างยากหรือรูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่ชัดเจน ซึ่งกรมสุขภาพจิตน่าจะนำไปพิจารณาในการพัฒนาและสนับสนุนข้อมูลทางวิชาการ รวมทั้งการจัดทำคู่มือหรือแนวทางในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช

1. บุคลากรขาดความรู้ทัศนคติ และประสบการณ์ในการดำเนินงานด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช
2. บุคลากรที่มีความสามารถเฉพาะด้านมีไม่เพียงพอ
3. การประสานงานภายในหน่วยงานและการประสานงานระหว่างทีมสหวิชาชีพยังไม่คล่องตัว
4. การทำกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน
5. โรงพยาบาลไม่ได้กำหนดนโยบาย กลวิธีที่ชัดเจนในการดำเนินงานด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช
6. ไม่ได้รับการสนับสนุนในเรื่องงบประมาณและสถานที่ในการดำเนินงานด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชอย่างเพียงพอ

ข้อเสนอแนะในการพัฒนางานด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช

1. การพัฒนาศักยภาพของบุคลากรโดยการอบรมความรู้ ทัศนคติ และทักษะด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่องและทั่วถึง
2. การเพิ่มบุคลากรที่มีคุณภาพให้เพียงพอต่อการปฏิบัติงาน
3. การปรับปรุงการทำงานของทีมสหวิชาชีพเพื่อให้ประสานงานกันได้อย่างครบวงจร และต่อเนื่อง
4. การปฏิบัติงานโดยมุ่งเน้นผู้ป่วย ญาติ และชุมชนเป็นสำคัญ
5. การบริหารจัดการ และวางระบบในการจัดกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช ตั้งแต่รับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลจนถึงการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชในชุมชน
6. ผู้บริหารควรให้ความสำคัญ สนับสนุนงบประมาณ และสถานที่ในการปฏิบัติงาน

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. ควรกำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ ยุทธศาสตร์ นโยบาย และแนวปฏิบัติเรื่อง การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชที่ชัดเจน มีรูปแบบที่หน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิต สามารถนำไปปฏิบัติในแนวทางเดียวกัน

2. ควรพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้ ความสามารถ และมีทักษะในการปฏิบัติงาน โดยเน้นการอบรมเชิงปฏิบัติการในหลักสูตรเฉพาะทาง ที่สามารถพัฒนาบุคลากรให้เป็นผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชในระดับประเทศ
3. ควรจัดให้มีกิจกรรมวิชาการในเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช โดยจัดประชุมวิชาการประจำปีในเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช รวมทั้งการเชิญผู้ทรงคุณวุฒิจากหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น ทบวงมหาวิทยาลัย ฯลฯ และองค์กรต่างๆ เข้าร่วมประชุม เพื่อแลกเปลี่ยนองค์ความรู้และพัฒนาด้านวิชาการให้มากขึ้น
4. โรงพยาบาลจิตเวชในสังกัดกรมสุขภาพจิต ควรปรับปรุงระบบการทำงานและประสานงานระหว่างทีมสหวิชาชีพ การประสานงานภายในหน่วยงานให้เป็นระบบ มีข้อตกลงร่วมกันโดยยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง
5. ควรจัดโอกาสให้บุคลากรได้ศึกษาดูงานในต่างประเทศให้มากขึ้น และให้มีการนำเสนอผลการศึกษาดูงานแก่บุคลากรในหน่วยงานสังกัดกรมสุขภาพจิตทุกแห่ง
6. ควรสนับสนุนงบประมาณในการวิจัยในเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช และงบประมาณสำหรับการปฏิบัติงานด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช แก่หน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิตให้มากขึ้น
7. กรมสุขภาพจิตควรมีการนิเทศ ติดตามหน่วยงานให้มีการดำเนินงานด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชอย่างเป็นรูปธรรม
8. กรมสุขภาพจิตควรมีการรณรงค์และประชาสัมพันธ์ในเรื่องกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช ผ่านทางสื่อต่างๆ ในรูปแบบที่หลากหลายอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวช สังคม และชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช
9. โรงพยาบาลจิตเวช ในสังกัดกรมสุขภาพจิตควรมีนโยบายในการทำงานด้านจิตเวช โดยเฉพาะงานด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชแก่ผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน โดยการให้บริการในชุมชนให้มากขึ้น
10. บุคลากรทางด้านสุขภาพจิต ควรปรับเปลี่ยนแนวคิดในการปฏิบัติงานที่เน้นงานด้านการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลเป็นส่วนใหญ่ มาปฏิบัติงานด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพให้มากขึ้น เพื่อลดจำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่จะกลับมารักษาตัวในโรงพยาบาล

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาถึงปัจจัยที่ทำให้การปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชยังอยู่ระดับน้อยต่างๆ ที่ให้ความสำคัญในระดับมาก
2. ควรมีการศึกษาเชิงทดลองในผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช ในแต่ละด้าน

3. ควรศึกษาความคิดเห็นของบุคลากรกรมสุขภาพจิตต่อปัจจัยที่มีผลต่อกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช
4. ควรมีการศึกษาถึงรูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชที่มีประสิทธิภาพ
5. ควรมีการศึกษาถึงความต้องการของญาติต่อกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช ในโรงพยาบาล และในชุมชน
6. ควรมีการศึกษาถึงการมีส่วนร่วมของชุมชนในการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช
7. ควรมีการศึกษาเรื่องรูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพในโรงพยาบาลจิตเวช เปรียบเทียบกับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชในชุมชน



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายการอ้างอิง

1. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข . รายงานประจำปี พ.ศ.2539. นนทบุรี, 2539.
2. Christopher J.L. ,Murray ,Alan D. Lopez. The Global Health Statistics. World Health Organization, 1996.
3. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข และภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. การสำรวจทางระบาดวิทยาของความผิดปกติทางจิต และความรู้ เจตคติ ทักษะการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพจิตของประชาชนไทย. รายงานการวิจัย. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข , 2542.
4. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ. เครื่องชี้วัดภาวะสังคม 2536. กรุงเทพมหานคร : บริษัทแมมาเพลส จำกัด , 2539.
5. Christopher J.L. ,Murray ,Alan D. Lopez. The Global Burden of disease. Harvard University Press, 1996.
6. ศูนย์สารนิเทศ กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต. แบบรายงาน 401/402 จำนวนผู้ป่วยนอกจิตเวช จำแนกตามโรค ประจำปีงบประมาณ 2539 – 2543. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2543.
7. ภัทรา ธิรลาภ. การป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเวช ฝ่ายสังคมสงเคราะห์ โรงพยาบาลศรีธัญญา. นนทบุรี. โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต, 2530.
8. ยุพรัตน์ และคณะ . ปัจจัยเสี่ยงของการกลับมารักษาซ้ำภายในระยะเวลา 3 เดือน ของผู้ป่วยในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์. อุบลราชธานี. รายงานการวิจัย. โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์. กรมสุขภาพจิต, 2543.
9. Liberman RP. Psychiatric rehabilitation of chronic mental patients. Washington , DC : American Psychiatric press. Inc, 1988.
10. ธนู ชาติธนานนท์. สถานการณ์ปัจจุบันของปัญหาสุขภาพในสังคมไทย. เอกสารในการสัมมนาการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ประจำปี. เชียงใหม่ , 2539.
11. ศิริพร จิรวัดน์กุล. ชุมชนกับการอยู่ร่วมกันกับผู้ป่วยจิตเวช. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการประจำปี ครั้งที่ 12 สมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย .นนทบุรี , 2538.
12. สุชาติดา สาครเสถียร. เอกสารทางวิชาการเรื่องแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช. กองสุขภาพจิต กรมการแพทย์ , 2530.
13. สมชาย จักรพันธ์ มล. "การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช" ตำราจิตเวชศาสตร์ สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2536.

14. พระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. 2543. กฎกระทรวง แบ่งส่วนราชการ กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2545. (9 ตุลาคม 2545), 2545.
15. Ian Mc Dowell ,Claire Newell. Measuring Health : A Guide to Rating Scales and Questionnaires 2nd Ed Oxford : University Press , 1996.
16. Kolesnik , W.B. Education Psychology. 2nd ed. New York : Simon & Schuster,1974.
17. Webster ,New Webster ' s Dictionary. 2nd ed. New York : Simon & Schuster ,1974.
18. สงวน สุทธิอรุณเลิศ และคณะ. จิตวิทยาสังคม. พิมพ์ครั้งที่ 2 นนทบุรี : ชัยศิริการพิมพ์ ,2522.
19. โยธิน คັນสนยุทธ และจุมพล ภัทรชิวิน. จิตวิทยาสังคม. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์ศูนย์ส่งเสริมวิทยาการ ,2524.
20. บุญเรียง ขจรศิลป์. วิธีวิจัยทางการศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร : พิชญาพันธ์,2534.
21. บุญธรรม กิจปรีดานันท์. ระเบียบวิจัยทางสังคมศาสตร์. กรุงเทพมหานคร : สามเจริญพานิช , 2531.
22. อนงค์ ธรรมโรจน์ และคณะ การใช้รูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์. รายงานการวิจัย. โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์. กรมสุขภาพจิต , 2542.
23. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (3rd ed.) Washington DC.: American Psychiatric Association , 1987.
24. Flexer , Robert W. and Solomon , Phyllis L. Psychiatric Rehabilitation in Practice. USA , 1993.
25. ปัทมา ศิริเวช. บทบรรณาธิการผู้เจ็บป่วยทางจิตกับการฟื้นฟูสมรรถภาพ People with Mental Illness and Rehabilitation. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 11-20 , 2544.
26. พหล วงศาโรจน์. การดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชกับความมั่นคงแห่งชาติ กรุงเทพฯ. รายงานการวิจัย. วิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร , 2540.
27. โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์. เอกสารทางวิชาการเรื่อง การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช. อุบลราชธานี. โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต.
28. โรงพยาบาลศรีธัญญา. คู่มือประกอบการทำแบบประเมินผู้ป่วยเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ. นนทบุรี. โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต , 2545.
29. นิตยา ตากวิริยะนันท์ และชนมน สุยะชิวิน. คุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเวชในระยะฟื้นฟูสภาพ. สงขลานครินทร์เวชสาร , 2536.
30. เสาวนีย์ สังข์ไสถน. การสำรวจความคิดเห็นของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีดนตรีบำบัด ร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกาย. กรุงเทพฯ. รายงานการวิจัย.ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล , 2538.

31. เพลินพิศ จันทศักดิ์ และคณะ. การศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน. นนทบุรี. รายงานการวิจัย. โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต , 2539.
32. ศรัญญา บุญพิทักษ์. การศึกษาการพยาบาล โดยฝึกทักษะการดำเนินชีวิต ในผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังชาย. นนทบุรี. รายงานการวิจัย. โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต , 2540.
33. ศิรรัตน์วดี ปิยะศิลป์. ประสิทธิผลของการใช้กิจกรรมดนตรีที่มีต่อการฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในกลุ่มงานฟื้นฟูสมรรถภาพ โรงพยาบาลศรีธัญญา. นนทบุรี. รายงานการวิจัย. โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต , 2540.
34. นรวิร์ พุ่มจันทร์. การศึกษาเปรียบเทียบอาการผู้ป่วยก่อนและหลังการฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวชแบบโรงพยาบาลกลางวันด้วยการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม. รายงานในที่ประชุมวิชาการประจำปีของกรมสุขภาพจิต. กรุงเทพฯ. โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา กรมสุขภาพจิต, 2541.
35. ศรีสะอาด จุฑาทกฤษฏา. การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคจิตเภทให้มีทักษะในการดำเนินชีวิต. รายงานในที่ประชุมวิชาการประจำปีของกรมสุขภาพจิต. ขอนแก่น. โรงพยาบาลจิตเวช ขอนแก่น. กรมสุขภาพจิต , 2541.
36. ฅัญฐวดี แทนรัตนกุล. การฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการศึกษาเพื่อเสริมสร้างทักษะพื้นฐานที่จำเป็นในการดำรงชีวิตของผู้ป่วยจิตเวช : ศูนย์พัฒนาการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคม. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต . มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ , 2542.
37. พิทักษ์พล บุญมาลิก และสุนีย์ เอกวัฒนพันธ์. การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชโดยชุมชน : กรณีศึกษาชุมชนวัดสวนแก้ว. นนทบุรี : ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคม โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต , 2542.
38. เขาวรัตน์ สร้อยสนธิ์. ประสิทธิผลของการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุโรงพยาบาลศรีธัญญา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต . สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ , 2542.
39. วรณภา พลอยเกลื่อน. 2540. ทักษะของพยาบาลจิตเวชในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลศรีธัญญา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต . มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, 2540.
40. อนงค์ ธรรมโรจน์และคณะ . การใช้รูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพตามสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์. อุบลราชธานี . รายงานการวิจัย . โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต , 2542.
41. จลี เจริญสรรพ และคณะ. การประเมินโครงการการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน. รายงานในที่ประชุมวิชาการประจำปีของกรมสุขภาพจิต. สุราษฎร์ธานี. โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ กรมสุขภาพจิต , 2542.

42. ชิดชนก โอภาสวัฒนา. ทักษะและความพร้อมของชุมชนต่อการใช้วัดเป็นศูนย์กลางการดูแล
ฟื้นฟูผู้ป่วยโรคจิต : กรณีศึกษาชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์
ปริญญาโทบริหารธุรกิจ . สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ , 2543.
43. สมรัก ชูวานิชวงศ์ และคณะ. โครงการทดลองนำผู้ป่วยจิตเวชอาการทุเลาเข้าฝึกอาชีพ
ในโรงงานอุตสาหกรรม. รายงานในที่ประชุมวิชาการประจำปีของกรมสุขภาพจิต.
นนทบุรี. โรงพยาบาลศรีธัญญา. กรมสุขภาพจิต , 2543.
44. ศิริวรรณ เพียรสุข. การวิจัยประเมินผลโครงการประชาสัมพันธ์กับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน.
วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 53 – 61, 2544.
45. รักสุดา กิจอรุณชัย. การประเมินผลโครงการฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพ โรงพยาบาลศรีธัญญา.
นนทบุรี . รายงานการวิจัย. โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต , 2546.
46. นวียา ภิมรัมย์. บทบาทของพยาบาลในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านตามการรับรู้ของ
พยาบาลวิชาชีพ สังกัดกรมสุขภาพจิต. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ . มหาวิทยาลัย
เชียงใหม่ , 2541.
47. เที่ยงศรี วิวิธศิริ. จิตวิทยาการเรียนรู้ของผู้ใหญ่. กรุงเทพมหานคร. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
48. เสรีย์ วชิรถาวรชัย. การฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพของคนพิการ:การศึกษาเชิงประเมินผล
ของศูนย์ฟื้นฟูคนพิการหายดฝน จังหวัดเชียงใหม่. เชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต . มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ , 2537.
49. วราภรณ์ พลีพลากร. การศึกษารูปแบบและแนวทางการบริหารงานวิชาการของ
โรงพยาบาลชุมชน ภาคกลาง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ . มหาวิทยาลัยมหิดล ,
2539.
50. พรทิพย์ อุ่นโกมล. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของหัวหน้าฝ่าย
สุขภาพและป้องกันโรค. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ . มหาวิทยาลัยมหิดล , 2532.
51. มณฑา จันโทริ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชน ของโรงพยาบาลชุมชน
ในเขต 2. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ . มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ , 2544.
52. ทวรรณีย์ ไสรัจธรรมกุล. ความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ
ต่อการประสานร่วมกับโรงพยาบาลชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ . จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย , 2543.
53. ไพบูลย์ เขียมอินทร์. ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตามกลยุทธ์ DOTS – แผนงานควบคุม
วัณโรคแห่งชาติของผู้ให้บริการทางสุขภาพ ในจังหวัดชลบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต . จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย , 2542.

54. ปลายมาศ ชุนภักดี. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของหัวหน้าฝ่ายเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต .มหาวิทยาลัยมหิดล , 2533.
55. จุฑามาศ ปุญญปุระ. การปฏิบัติงานตามบทบาทของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชัยนาท จังหวัดชัยนาท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต .มหาวิทยาลัยมหิดล , 2543.
56. ไสกา จันนพรัตน์. การวิเคราะห์รูปแบบและแนวทางการพัฒนาการบริหารงานฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลชุมชน เขต 2. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต .มหาวิทยาลัยมหิดล , 2541.
57. เพชรา คุณสันติพงษ์. ความต้องการรับการนิเทศงานด้านบริหารจัดการ ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอในตะวันออกเฉียงเหนือ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต .มหาวิทยาลัยมหิดล , 2531.
58. สมพร อธิติเดชพงศ์. ปัจจัยบางประการที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยมหิดล , 2530.
59. นงพะงา บัณฑิตทองพันธ์ุ, ร้อยเอกหญิง. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของพยาบาลประจำการภาวะผู้นำ และการเสริมสร้างพลังอำนาจในงานของหัวหน้าหอผู้ป่วยกับความสามารถในการปฏิบัติงานของพยาบาลประจำการหน่วยอภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลของรัฐ กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต . จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย , 2542.
60. ศรัณยา มรกตศรีวรรณ. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุของพยาบาล โรงพยาบาลศูนย์ กระทรวงสาธารณสุข. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยขอนแก่น , 2543.
61. วิภาวี เผ่ากันทราท. การจัดอัตรากำลังทางการพยาบาลในหอผู้ป่วยจิตเวชตามความต้องการพยาบาลในโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต . จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย , 2536.
62. นิภาพรณ นุญรอด. เปรียบเทียบผลการนิเทศงานสายส่งเสริมสุขภาพที่ได้รับจริงกับความต้องการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล ในส่วนภูมิภาค เขต 1. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยมหิดล , 2536.
63. ประณีตศิลป์ วงษ์ชมภู. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชนของโรงพยาบาลชุมชนในภาคเหนือของประเทศไทย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536.
64. สมหมาย เลหาะจินดา และคณะ. รูปแบบการให้บริการสุขภาพจิตของโรงพยาบาลชุมชนในเขต 8,9 และ 10. เชียงใหม่. รายงานการวิจัย. โรงพยาบาลสวนปรุง กรมสุขภาพจิต , 2539.

65. ศิริพร พงศ์ศรีโรจน์. องค์การและการจัดการ. กรุงเทพฯ : บริษัทเอ็ดมันเพรสโปรดักส์ จำกัด , 2537.
66. ธนชัย ยมจินดา. การวางแผน. องค์การและการจัดการหน่วยที่ 1 - 8. นนทบุรี : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช , 2535.
67. นฤมล และคณะ. ทัศนคติ การปฏิบัติจริง ความต้องการ และปัญหา อุปสรรค ในการดำเนินงานสุขภาพจิตของบุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาล ชุมชน 5 จังหวัด ในเขตการสาธารณสุขที่ 7. อุบลราชธานี. รายงานการวิจัย. โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์. กรมสุขภาพจิต , 2541.

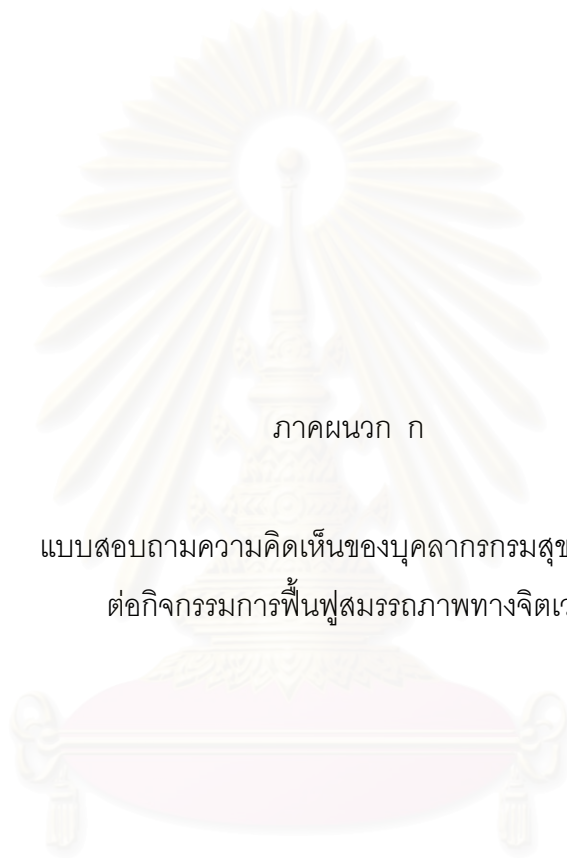


สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก

แบบสอบถามความคิดเห็นของบุคลากรกรมสุขภาพจิต
ต่อกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบสอบถามความคิดเห็นของบุคลากรกรมสุขภาพจิตต่อกิจกรรม การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช

เรียน แพทย์ และบุคลากรกรมสุขภาพจิต

แบบสอบถามนี้เป็นส่วนหนึ่งของการทำวิทยานิพนธ์ ของนางรวิณันท์ ทองขาว ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ 7 สังกัดโรงพยาบาลศรีธัญญา นิสิตปริญญาโท ภาควิชาเวชศาสตร์ ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความคิดเห็นของบุคลากรกรมสุขภาพจิตต่อกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช โดยใช้แบบรายงานผลการปฏิบัติงานของกรมสุขภาพจิต (สจ.รจ.201_1) ประกอบการจัดทำแบบสอบถาม และคาดว่าผลการวิจัยที่ได้จะสามารถนำมาเป็นข้อมูลในการพัฒนา และสนับสนุนการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชของกรมสุขภาพจิต ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

คำชี้แจง

1. แบบสอบถามชุดนี้สำหรับ แพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา นักอาชีวบำบัด เจ้าหน้าที่อาชีวบำบัด นักกายภาพบำบัด นักเกษตรกรรมบำบัด และ นักวิชาการศึกษา พิเศษ ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต
2. กรุณาตอบแบบสอบถามให้ครบทุกข้อ
3. แบบสอบถามชุดนี้แบ่งเป็น 3 ส่วน ประกอบด้วย
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 18 ข้อ
ส่วนที่ 2 ความคิดเห็นของบุคลากรกรมสุขภาพจิตต่อกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช 54 ข้อ
ส่วนที่ 3 ปัญหาและอุปสรรค ข้อเสนอแนะในการดำเนินงานด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช จำนวน 2 ข้อ

ขอขอบคุณทุกท่านที่ได้ตอบแบบสอบถามเพื่อประโยชน์ในการพัฒนางาน
ฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช ของกรมสุขภาพจิต

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง โปรดเติมข้อความหรือตัวเลขลงในช่องว่างและใส่เครื่องหมาย ✓ ลงใน ○ หน้าข้อความ
ที่ตรงกับความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่านมากที่สุด

สำหรับผู้วิจัย

- | | |
|---|---------|
| 1. ท่านปฏิบัติงานในโรงพยาบาลใด | hos |
| ○ 1. โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ | |
| ○ 2. โรงพยาบาลสวนปรุง | |
| ○ 3. โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ | |
| ○ 4. โรงพยาบาลศรีธัญญา | |
| 2. เพศ | sex |
| ○ 1. ชาย | |
| ○ 2. หญิง | |
| 3. อายุของท่านในปัจจุบัน.....ปี (เกิน 6 เดือน นับเป็น 1 ปี) | age |
| 4. สถานภาพสมรส | status |
| ○ 1. โสด | |
| ○ 2. คู่ | |
| ○ 3. ม่าย / หย่า / แยก | |
| 5. ระดับการศึกษา | edu |
| ○ 1. อนุปริญญา | |
| ○ 2. ปริญญาตรี | |
| ○ 3. ปริญญาโท | |
| ○ 4. อื่น ๆ (โปรดระบุ)..... | |
| 6. ท่านปฏิบัติงานในสายวิชาชีพใด | ocu |
| ○ 1. แพทย์ | |
| ○ 2. เภสัชกร | |
| ○ 3. พยาบาลวิชาชีพ | |
| ○ 4. พยาบาลเทคนิค | |
| ○ 5. ผู้ช่วยพยาบาล | |
| ○ 6. นักจิตวิทยา | |
| ○ 7. นักสังคมสงเคราะห์ | |
| ○ 8. นักอาชีวบำบัด | |
| ○ 9. นักกายภาพบำบัด | |
| ○ 10. อื่น ๆ (โปรดระบุ)..... | |
| 7. ตำแหน่งของท่านในปัจจุบัน | station |
| ○ 1. หัวหน้าฝ่าย / ศูนย์ / กลุ่มงาน | |
| ○ 2. หัวหน้าตึก / หน่วย | |
| ○ 3. ผู้ปฏิบัติงาน | |
| ○ 4. อื่น ๆ (โปรดระบุ)..... | |
| 8. ลักษณะของหน่วยงานที่ท่านให้บริการคือ | off |
| ○ 1. ตึกแกร็บ | |
| ○ 2. ตึกเร่งรัดบำบัด | |
| ○ 3. ตึกบำบัดระยะยาว (เรื้อรัง) | |
| ○ 4. ตึกฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช (ศูนย์ฟื้นฟูฯ) | |
| ○ 5. ตึกผู้ป่วยครบวงจร (ดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แกร็บจนจำหน่าย) | |
| ○ 6. ฝ่าย / กลุ่มงาน..... | |
| ○ 7. อื่น ๆ (โปรดระบุ)..... | |
| 9. ท่านมีประสบการณ์ในการทำงานด้านจิตเวชมานาน.....ปี (เกิน 6 เดือนนับเป็น 1ปี) | exp1 |
| 10. ท่านมีประสบการณ์ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชมานาน.....ปี
(เกิน 6 เดือนนับเป็น 1ปี) | exp2 |

11. ท่านเคยได้รับการอบรม / สัมมนา / ฟังบรรยายพิเศษเพิ่มเติมเรื่องการฟื้นฟู
สมรรถภาพทางจิตเวช หรือไม่
 1. ไม่เคย 2. เคย tra 1
12. ท่านเคยไปศึกษาดูงานในเรื่องการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชหรือไม่
 1. ไม่เคย 2. เคย ได้แก่
 1. การศึกษาดูงานในประเทศ tra 2
 2. การศึกษาดูงานต่างประเทศ
13. ในการปฏิบัติงานของท่าน ท่านเคยได้รับการนิเทศในเรื่องการให้บริการฟื้นฟู
สมรรถภาพทางจิตเวช หรือไม่
 1. ไม่เคย 2. เคย demon
14. หน่วยงานที่ท่านปฏิบัติงานอยู่นั้น มีแผนการดำเนินงานด้านกิจกรรมการฟื้นฟู
สมรรถภาพทางจิตเวช ที่ระบุผู้รับผิดชอบและเป้าหมายการดำเนินงานอย่างเป็น
ลายลักษณ์อักษรหรือไม่
 1. มี 2. ไม่มี 3. ไม่ทราบ plan
15. ท่านมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชด้านใดบ้าง
(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) team
 1. ด้านบริหาร 2. ด้านบริการ
 3. ด้านวิชาการ 4. ไม่มีส่วนร่วม
16. ท่านต้องการทำกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชที่อยู่ในชุมชนหรือไม่
 1. ต้องการ 2. ไม่ต้องการ need
17. ท่านคิดว่าทีมจิตเวชที่ควรให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชแก่ผู้ป่วยในชุมชน
ควรประกอบด้วยวิชาชีพใด tec
.....
18. ท่านต้องการได้รับการอบรม / เพิ่มพูนความรู้ในเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช
ในหัวข้อใดบ้าง (เรียงตามลำดับความต้องการ) know
1.
2.
3.

(โปรดให้คะแนนทั้ง 2 คอลัมน์)

กิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพ ทางจิตเวช	1. ท่านให้ความสำคัญ/กิจกรรมฯ ต่อไปนี้ มีประโยชน์ต่อผู้ป่วย มากน้อยเพียงใด					2. ท่านปฏิบัติกิจกรรมต่อไปนี้ มากน้อยเพียงใด					
	น้อยที่สุด → มากที่สุด					น้อยที่สุด → มากที่สุด					
	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
25. ทักษะการใช้ชีวิต/อยู่ร่วมกัน ในบ้าน เช่น การรับประทานอาหาร อาหาร ฯลฯ											
26. ทักษะทางสังคม เช่น การ พูดคุย การต่อรอง ฯลฯ											
27. ทักษะการพักผ่อน เช่น การ ใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์											
28. ทักษะการทำงาน เช่น การฝึก ความสามารถในการทำงาน ร่วมกับผู้อื่น ฯลฯ											
29. ทักษะการใช้ชีวิตในชุมชน เช่น การขึ้นรถประจำทาง ฯลฯ											
30. บันทึบบำบัด โดยใช้ กิจกรรม เกี่ยวกับการบันทึก และกีฬา											
31. ศิลปกรรมบำบัด เช่น การ วาดภาพ การแกะสลัก ฯลฯ											
32. การจัดการศึกษาตามระบบ ให้แก่ผู้ป่วย เช่น โรงเรียนทั่วไป โรงเรียนเฉพาะทาง											
33. การศึกษานอกระบบ เช่น การ ศึกษานอกโรงเรียน(การศึกษาพิเศษ)											
34. การศึกษาตามอัธยาศัย ได้แก่ การเปิดโอกาสให้อาสาสมัคร / เจ้าหน้าที่ช่วยฝึกสอนในโรงพยาบาล											

โปรดให้คะแนนทั้ง 2 คอลัมน์)

กิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพ ทางจิตเวช	1. ท่านให้ความสำคัญ/กิจกรรมฯ ต่อไปนี้ มีประโยชน์ต่อผู้ป่วย มากน้อยเพียงใด					2. ท่านปฏิบัติกิจกรรมต่อไปนี้ มากน้อยเพียงใด					
	น้อยที่สุด → มากที่สุด					น้อยที่สุด → มากที่สุด					
	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
35. ทักษะงานพื้นฐาน เช่น การ ฝึกนิสัยการทำงาน การตรงต่อ เวลา ฯลฯ											
36. การฝึกอาชีพเกษตรกรรม เช่น การปลูกพืช การเลี้ยงสัตว์											
37. การฝึกอาชีพอุตสาหกรรม เช่น การฝึกอาชีพในโรงงาน ฯลฯ											
38. การฝึกอาชีพหัตถกรรม เช่น การถักโครเชต์ ฯลฯ											
39. การฝึกอาชีพค้าขาย เช่น การฝึกขายสินค้า ฯลฯ											
40. การฝึกอาชีพบริการ เช่น การทำงานในสำนักงาน ฯลฯ											
41. การฝึกอาชีพอื่นๆ เช่น การ ใช้แรงงาน ฯลฯ											
42. การฝึกให้ผู้ป่วยได้ใช้ชีวิตร่วมกับ ผู้อื่นในชุมชนจำลองภายใน โรงพยาบาล											
43. การฝึกให้ผู้ป่วยได้ทดลองใช้ ชีวิตในชุมชน											
44. การติดตามเยี่ยมบ้าน (หลัง จำหน่ายผู้ป่วย)											
45. การทำกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพ ในชุมชน											

(โปรดให้คะแนนทั้ง 2 คอลัมน์)

กิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพ ทางจิตเวช	1. ท่านให้ความสำคัญ/กิจกรรมฯ ต่อไปนี้ มีประโยชน์ต่อผู้ป่วย มากน้อยเพียงใด					2. ท่านปฏิบัติกิจกรรมต่อไปนี้ มากน้อยเพียงใด					
	น้อยที่สุด → มากที่สุด					น้อยที่สุด → มากที่สุด					
	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
46. การประสานงานกับเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขในชุมชน / วัดเพื่อร่วม กันดูแลผู้ป่วย											
47. การประเมินสมรรถภาพผู้ป่วย ก่อนทำกิจกรรมการฟื้นฟู สมรรถภาพทางจิตเวช											
48. การประเมินสมรรถภาพผู้ป่วย หลังทำกิจกรรมการฟื้นฟู สมรรถภาพทางจิตเวช											
กิจกรรมสำหรับญาติผู้ป่วยจิตเวช											
49. การจัดกิจกรรมสุขภาพจิต ศึกษาสำหรับญาติ											
50. การให้การปรึกษาครอบครัว											
51. การทำกลุ่มครอบครัวบำบัด											
52. การทำกลุ่มวางแผนการ จำหน่ายผู้ป่วยสำหรับญาติ											
53. การส่งเสริมกลุ่มช่วยเหลือ ซึ่งกันและกันและญาติ											

54. กลุ่มบำบัดอื่น ๆ ที่มีในโรงพยาบาลของท่าน (โปรดระบุ)

gro

1.
2.
3.
4.
5.

กิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช	3. ท่านให้ความสำคัญกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชต่อไปนี้มากน้อยเพียงใด				
	น้อยที่สุด → มากที่สุด				
	1	2	3	4	5
55. การกำหนดนโยบายการฟื้นฟูสมรรถภาพฯ ที่ชัดเจน					
56. ผู้บริหารของหน่วยงานเห็นความสำคัญและให้การสนับสนุนอย่างจริงจัง					
57. การกำหนดแผนการดำเนินงานและงบประมาณด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพฯ					
58. การประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนและหน่วยงานภายนอกรับทราบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพฯ ที่มีในโรงพยาบาล					
59. การประเมินบรรยากาศของการทำงานและความพึงพอใจของบุคลากรต่อกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพฯ					
60. สัดส่วนของบุคลากรต่อปริมาณงานด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช					
61. พัฒนาและฝึกอบรมบุคลากรอย่างทั่วถึงและต่อเนื่อง					
62. การทำงานเป็นทีมระหว่างวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ ฯลฯ					
63. ระบบการประสานงานและเชื่อมโยงระหว่างวิชาชีพในกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช					
64. การประสานงานกับชุมชนทั้งในและนอกโรงพยาบาล รวมทั้งหน่วยงานภายนอกให้เข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช					
65. การจัดทำกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพฯ ตามขั้นตอนอย่างจริงจัง					
66. สถานที่ในการทำกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช					
67. ปริมาณของวัสดุและอุปกรณ์ที่ใช้ในการทำกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช					
68. ระบบข้อมูล สารสนเทศที่เอื้อต่อการวางแผนกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช					

กิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช	3. ท่านให้ความสำคัญกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชต่อไปนี้มากน้อยเพียงใด				
	น้อยที่สุด → มากที่สุด				
	1	2	3	4	5
69. การกำหนด ติดตามตัวชี้วัดและประเมินผลอย่างสม่ำเสมอ					
70. การนิเทศงานด้านกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชอย่างต่อเนื่อง					
71. ปริมาณองค์ความรู้และเทคโนโลยีด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช					
72. การจัดทำคู่มือ / วิธีปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชสำหรับผู้ป่วย ตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่ายและกลับไปใช้ชีวิตในชุมชน					

ส่วนที่ 3 ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินกิจกรรมและข้อเสนอแนะในการพัฒนากิจกรรม
การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช

คำชี้แจง โปรดแสดงความคิดเห็นของท่านลงในช่องว่าง

สำหรับผู้วิจัย

73. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช (โปรดระบุ) prob

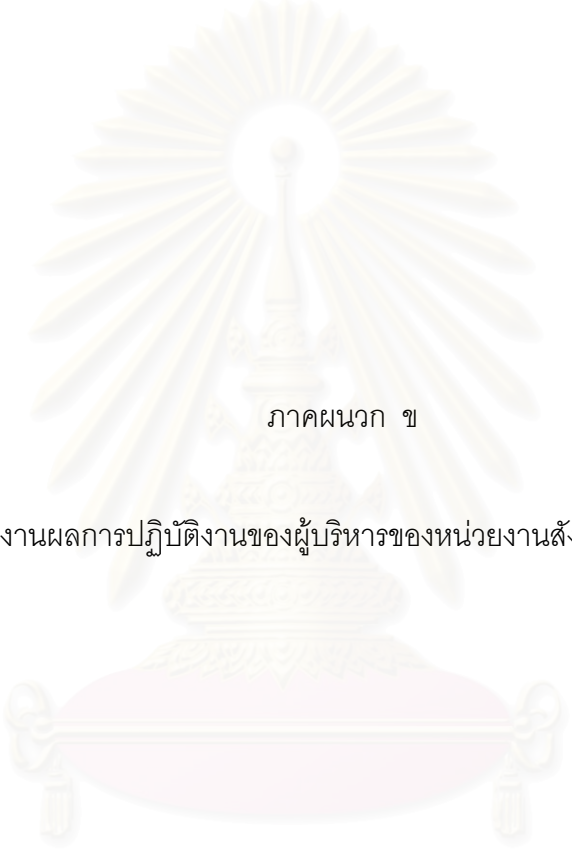
1.
2.
3.
4.
5.

74. ข้อเสนอแนะในการพัฒนางานด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช (โปรดระบุ) sugg

1.
2.
3.
4.
5.

ขอขอบคุณในความร่วมมือ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ข

แบบรายงานผลการปฏิบัติงานของผู้บริหารของหน่วยงานสังกัดกรมสุขภาพจิต

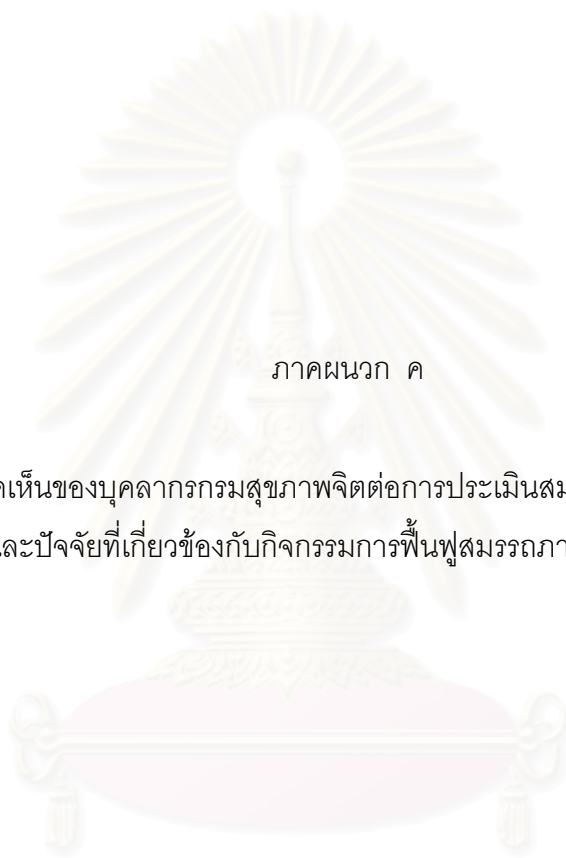
สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบรายงานผลการปฏิบัติงานของผู้บริหารของหน่วยงานสังกัดกรมสุขภาพจิต
โรงพยาบาล / ศูนย์ / สถาบัน.....กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
เดือน.....พ.ศ.ถึงเดือน.....พ.ศ.

ลำดับ	กิจกรรม	หน่วยนับ	รวม
	การบริการสุขภาพจิต		
	ก. งานบริการผู้ป่วยนอก		
1	ผู้ป่วยนอกรับการรักษา - ผู้ป่วยนอกใหม่	คน	
	- ผู้ป่วยนอกเก่า	ครั้ง	
2	ผู้ป่วยพบแพทย์	ครั้ง	
3	ผู้ป่วยรับบริการการรักษานอกเวลาราชการ	ครั้ง	
4	ผู้ป่วยอาการฉุกเฉิน	ครั้ง	
5	การส่งผู้ป่วยกลับเพื่อรับการรักษาต่อ (Refer)	ครั้ง	
6	การรับผู้ป่วยนอกเพื่อตรวจรักษาต่อ (Refer)	ครั้ง	
	ข. งานบริการผู้ป่วยใน		
1	ยอดยกมา ณ วันที่ 30 กันยายน	คน	
2	ผู้ป่วยรับไว้รักษา - รับครั้งแรก	ครั้ง	
	- รับซ้ำ	คน	
		ครั้ง	
3	การส่งผู้ป่วยกลับเพื่อรับการรักษาต่อ (Refer)	ครั้ง	
4	จำนวนวันผู้ป่วยใน - จำนวนวันผู้ป่วยจำหน่าย	วัน	
	- จำนวนวันผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล	วัน	
5	จำนวนวันผู้ป่วยจำหน่าย	ครั้ง	
6	จำนวนผู้ป่วยถึงแก่กรรม	คน	
7	จำนวนการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย	ครั้ง	
	ค. ระบบโครงการคลินิกพิเศษ		
1	คลินิกส่งเสริมพัฒนาการเด็ก	ครั้ง	
2	คลินิกให้บริการการปรึกษา	ครั้ง	
3	คลินิกคลายเครียด	ครั้ง	
4	การให้บริการปรึกษาปัญหาสุขภาพจิตทางโทรศัพท์	ครั้ง	

แบบรายงานผลการปฏิบัติงานของผู้บริหารของหน่วยงานสังกัดกรมสุขภาพจิต
 โรงพยาบาล / ศูนย์ / สถาบัน.....กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
 เดือน.....พ.ศ.ถึงเดือน.....พ.ศ.

ลำดับ	กิจกรรม	หน่วยนับ	รวม
8	งานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย		
	8.1 การประเมินสมรรถภาพผู้ป่วย	ครั้ง / ราย/.....
	8.2 การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์		
	- อาชีวบำบัด	ครั้ง / ราย/.....
	- กายภาพบำบัด	ครั้ง / ราย/.....
	- อรรถบำบัด	ครั้ง / ราย/.....
	- ดนตรีบำบัด	ครั้ง / ราย/.....
	8.3 การฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม		
	- บันทึงบำบัด	ครั้ง / ราย/.....
	- ศิลปกรรมบำบัด	ครั้ง / ราย/.....
	- ทักษะการดูแลตนเอง	ครั้ง / ราย/.....
	- ทักษะการใช้ชีวิต / อยู่ร่วมกันในบ้าน	ครั้ง / ราย/.....
	- ทักษะทางสังคม	ครั้ง / ราย/.....
	- ทักษะการพักผ่อน	ครั้ง / ราย/.....
	- ทักษะการใช้ชีวิตในชุมชน	ครั้ง / ราย/.....
	8.4 การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการศึกษา		
	- การศึกษาพิเศษ	ครั้ง / ราย/.....
	- การส่งเสริมการศึกษา	ครั้ง / ราย/.....
	8.5 การฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพ		
	- ทักษะงานพื้นฐาน	ครั้ง / ราย/.....
	- การฝึกอาชีพ	ครั้ง / ราย/.....
	* เกษตรกรรม	ครั้ง / ราย/.....
	* อุตสาหกรรม / หัตถกรรม	ครั้ง / ราย/.....
	* อาชีพอื่นๆ	ครั้ง / ราย/.....
	8.6 กลุ่มบำบัดอื่นๆ	ครั้ง / ราย/.....
	8.7 การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยในชุมชน	ครั้ง / ราย/.....
	8.8 ติดตามเยี่ยมบ้าน (หลังจำหน่ายผู้ป่วย)	ครั้ง / ราย/.....



ภาคผนวก ค

ความคิดเห็นของบุคลากรกรมสุขภาพจิตต่อการประเมินสมรรถภาพทางจิตเวช
และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

การประเมินสมรรถภาพทางจิตเวช

ผลการศึกษา พบว่า บุคลากรกรมสุขภาพจิตส่วนใหญ่มีความเห็นเกี่ยวกับการให้ความสำคัญโดยรวม อยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า บุคลากรกรมสุขภาพจิตให้ความสำคัญต่อการประเมินสมรรถภาพผู้ป่วยหลังทำกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชมากกว่าการประเมินสมรรถภาพผู้ป่วยก่อนทำกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช (คะแนนเฉลี่ย 4.18) แต่ในด้านการปฏิบัติ บุคลากรกรมสุขภาพจิตปฏิบัติกิจกรรมการประเมินสมรรถภาพผู้ป่วยก่อนทำกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชมากกว่าการประเมินสมรรถภาพผู้ป่วยหลังทำกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช (คะแนนเฉลี่ย 2.92) ดังตารางภาคผนวก ค1



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางภาคผนวก ค 1 จำนวนและร้อยละความคิดเห็นของบุคลากรกรมสุขภาพจิตต่อการประเมินสมรรถภาพทางจิตเวช

การประเมินสมรรถภาพทางจิตเวช	ร้อยละของบุคลากรกรมสุขภาพจิต														
	การให้ความสำคัญ							การปฏิบัติ							
	n	1	2	3	4	5	Mean	n	0	1	2	3	4	5	Mean
1. การประเมินสมรรถภาพผู้ป่วยก่อน ทำกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทาง จิตเวช	679	1.0	2.2	16.5	41.1	39.2	4.15	678	10.2	9.3	12.2	29.4	24.6	14.3	2.92
2. การประเมินสมรรถภาพผู้ป่วยหลัง ทำกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทาง จิตเวช	679	1.0	2.2	16.5	41.1	39.2	4.18	677	10.2	9.2	14.0	29.8	24.5	12.3	2.86
ค่าเฉลี่ยรวม	679						4.16	677							2.88

เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างการให้ความสำคัญและการปฏิบัติกิจกรรมการประเมินสมรรถภาพทางจิตเวช

เมื่อพิจารณาความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยความสำคัญ และคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติกิจกรรมการประเมินสมรรถภาพทางจิตเวชตามรายชื่อ และทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยความสำคัญและคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติกิจกรรม โดยใช้ Wilcoxon Signed Ranks Test สรุปได้ดังนี้

การประเมินสมรรถภาพผู้ป่วยก่อนทำกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช

เมื่อพิจารณา คะแนนเฉลี่ยของการให้ความสำคัญกับการปฏิบัติ พบว่า บุคลากรกรมสุขภาพจิตให้ความสำคัญอยู่ในระดับมาก (คะแนนเฉลี่ย 4.15) ในขณะที่การปฏิบัติอยู่ในระดับน้อยถึงค่อนข้างปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.92) เมื่อทดสอบความแตกต่างระหว่างการให้ความสำคัญและการปฏิบัติ พบว่า บุคลากรมีความคิดเห็นเกี่ยวกับการให้ความสำคัญ และการปฏิบัติแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอย่างสูง ($p < 0.001$) ดังตารางภาคผนวก ข 2

การประเมินสมรรถภาพผู้ป่วยหลังทำกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช

เมื่อพิจารณา คะแนนเฉลี่ยของการให้ความสำคัญกับการปฏิบัติ พบว่า บุคลากรกรมสุขภาพจิตให้ความสำคัญอยู่ในระดับมาก (คะแนนเฉลี่ย 4.18) ในขณะที่การปฏิบัติอยู่ในระดับน้อยถึงค่อนข้างปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.86) เมื่อทดสอบความแตกต่างระหว่างการให้ความสำคัญและการปฏิบัติ พบว่า บุคลากร มีความคิดเห็นเกี่ยวกับการให้ความสำคัญและการปฏิบัติแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอย่างสูง ($p < 0.001$) ดังตารางภาคผนวก ค 2

ตารางภาคผนวก ค 2 ความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยการให้ความสำคัญและการปฏิบัติกิจกรรม
การประเมินสมรรถภาพทางจิตเวช และระดับนัยสำคัญทางสถิติ จำแนก
ตามรายชื่อ เรียงตามผลต่างของค่าเฉลี่ย

ลำดับ	การประเมินสมรรถภาพ ทางจิตเวช	คะแนนเฉลี่ย		ผลต่างของ ค่าเฉลี่ย	p-value*
		ความสำคัญ	การปฏิบัติ		
1.	การประเมินสมรรถภาพ ผู้ป่วยก่อนทำกิจกรรมการ ฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช	4.15	2.92	1.23	< 0.001
2.	การประเมินสมรรถภาพ ผู้ป่วยหลังทำกิจกรรมการ ฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช	4.18	2.86	1.32	< 0.001

* Wilcoxon Signed - Ranks Test

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช

บุคลากรกรมสุขภาพจิตให้ความสำคัญต่อบัญชีที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช ดังนี้

1. การทำงานเป็นที่ระหว่างสหวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา ฯลฯ (คะแนนเฉลี่ย 4.16)
2. ผู้บริหารของหน่วยงานเห็นความสำคัญและให้การสนับสนุนอย่างจริงจัง (คะแนนเฉลี่ย 4.06)
3. การจัดทำคู่มือและวิธีการปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช สำหรับผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่ายและกลับไปใช้ชีวิตในชุมชน (คะแนนเฉลี่ย 4.04)
4. การพัฒนาและจัดอบรมบุคลากรในเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชอย่างครอบคลุมและทั่วถึง (คะแนนเฉลี่ย 4.00)
5. การจัดทำแผนการดำเนินงานและงบประมาณด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช (คะแนนเฉลี่ย 3.98)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ ที่กรุณาให้ความอนุเคราะห์ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา

- | | | |
|--|--------------|--|
| 1. รองศาสตราจารย์นายแพทย์องอาจ วิพุธศิริ | | ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 2. นายแพทย์สุจิต | สุวรรณชีพ | สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต |
| 3. นพ.วชิระ | เพ็งจันทร์ | โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต |
| 4. พญ.ปัทมา | ศิริเวช | โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา กรมสุขภาพจิต |
| 5. พญ.สมรัก | ชวานิชวงศ์ | โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต |
| 6. พญ.รักสุดา | กิจอรุณชัย | โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต |
| 7. นางสุชาดา | สาครเสถียร | สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต |
| 8. นางนันทนา | รัตนากร | โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต |
| 9. นางเพลินพิศ | จันทร์ศักดิ์ | โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต |
| 10. น.ส.รุ่งทิภา | เกิดแสง | โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต |

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางรวินันท์ ทองขาว เกิดเมื่อวันที่ 1 สิงหาคม 2508 ที่จังหวัดกรุงเทพมหานคร สำเร็จการศึกษาประกาศนียบัตรพยาบาลและผดุงครรภ์ระดับต้น จากวิทยาลัยพยาบาลศรีรัษฎา จังหวัดนนทบุรี (ปัจจุบันเปลี่ยนชื่อเป็นวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรีรัษฎา) ในปีการศึกษา 2529 สำเร็จการศึกษา ศีรษะศาสตร์บัณฑิต เอกสุขศึกษา จากมหาวิทยาลัยรามคำแหง ในปีการศึกษา 2531 และสำเร็จการศึกษาประกาศนียบัตรพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้นสูง (เทียบเท่าปริญญาตรี) จากวิทยาลัยพยาบาลกรุงเทพ (ปัจจุบันเปลี่ยนชื่อเป็นวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีกองเทพ) ในปีการศึกษา 2535 หลังจากนั้นเข้ารับการศึกษาในระดับปริญญาโทมหาบัณฑิต หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเวชศาสตร์ชุมชน ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปัจจุบันรับราชการ ในตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ 7 โรงพยาบาลศรีรัษฎา กรมสุขภาพจิต



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย