

ความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอ จังหวัดนนทบุรี
ต่อกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน



นางปัญญวดี สาทิพจันทร์

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาเวชศาสตร์ชุมชน ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2545

ISBN 974-17-3079-9

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

OPINIONS OF HEALTH PERSONNEL AT DISTRICT LEVEL IN NONTHABURI PROVINCE
TOWARD COMMUNITY PSYCHIATRIC REHABILITATION ACTIVITIES

Mrs.Panyawadee Sathipchan

สถาบันวิทยบริการ

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 974-17-3079-9

ปัญญาดี สาทิพจันทร์ : ความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอ จังหวัดนนทบุรี ต่อกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน. (Opinions of Health Personnel at District Level in Nonthaburi Province toward Community Psychiatric Rehabilitation Activities) อาจารย์ที่ปรึกษา : ศาสตราจารย์กิตติคุณแพทย์หญิงทัศนีย์ นุชประยูร , อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม : ผู้ช่วยศาสตราจารย์สมรัตน์ เลิศมหาฤทธิ์ จำนวนหน้า 132 หน้า. ISBN 974-17-3079-9

ในปี พ.ศ. 2539 – 2543 ทั่วประเทศไทยมีผู้เข้ารับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช กว่า 1,000,000 รายทุกปี การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอ จังหวัดนนทบุรี ต่อกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมกราคมถึงกุมภาพันธ์ 2546 กลุ่มตัวอย่างเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอที่ปฏิบัติงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี มีผู้ตอบกลับแบบสอบถามชนิดตอบด้วยตนเอง 437 คนจากทั้งหมด 557 คน (ร้อยละ 78.5)

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ตอบกลับส่วนใหญ่เป็นหญิง ร้อยละ 81.5 อายุระหว่าง 21 – 40 ปี (ร้อยละ 75.3) สถานภาพสมรส ร้อยละ 53.5 การศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 65.4 ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพและนักวิชาการสาธารณสุข (ร้อยละ 34.1 และ 27.5) อายุราชการโดยเฉลี่ย 13.25 ปี ปฏิบัติงานในสถานเอนกนามัยและโรงพยาบาลชุมชน (ร้อยละ 44.9 และ 33.9) เคยได้รับการอบรมด้านสุขภาพจิต ร้อยละ 53.4 และไม่มีประสบการณ์ในการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยเรื้อรัง / ผู้ป่วยจิตเวช ร้อยละ 55.2

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอมากกว่า ร้อยละ 50 ให้คะแนนความสำคัญสูงมากถึงมากที่สุด (4 และ 5 คะแนน) จำนวน 14 จาก 51 กิจกรรมใน 7 ด้าน โดย 3 อันดับแรก ได้แก่ ครอบครัวยอมรับผู้ป่วย มีระบบส่งต่อ-ส่งกลับ และช่วยผู้ป่วยในการปรับตัว สำหรับการให้คะแนนต่อปริมาณการดำเนินกิจกรรมจะพบว่าคะแนนต่ำกว่าความสำคัญ อย่างชัดเจน ทั้ง 51 กิจกรรม โดย เมื่อพิจารณาทางด้าน พบว่าการให้ความสำคัญต่อกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชทางสังคม มากที่สุด (คะแนนเฉลี่ย 3.51) และการให้ความสำคัญต่อกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชทางอาชีพ น้อยที่สุด (คะแนนเฉลี่ย 3.06) ส่วนปริมาณการดำเนินกิจกรรม พบว่า คะแนนเฉลี่ยกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชทางการแพทย์ มากที่สุด (2.36) และมีการดำเนินกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชทางอาชีพ น้อยที่สุด (0.92) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้เคยดูแลผู้ป่วยให้คะแนนเฉลี่ยสูงกว่าผู้ไม่เคยดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติสูง ($p < 0.05$) ในเกือบทุกด้าน ส่วนผู้เคยอบรมมีค่าเฉลี่ยแตกต่างจากผู้ไม่เคยอบรมอย่างมีนัยสำคัญ เพียง ด้านการแพทย์และด้านสังคม นอกจากนี้ยังพบว่า เพศ ตำแหน่ง การเคยอบรมทางด้านสุขภาพจิตและดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง / จิตเวชที่แตกต่างกันมีผลต่อการให้ความสำคัญต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช และพบว่า เพศ อายุ การศึกษา อายุราชการ หน่วยงาน การเคยอบรมทางด้านสุขภาพจิตและดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง/จิตเวชที่แตกต่างกันมีผลต่อการดำเนินกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช

จากผลการศึกษานี้ กิจกรรมที่ได้รับคะแนนความสำคัญมากจากผู้ตอบส่วนใหญ่ ควรได้รับการพิจารณาเบื้องต้น เป็นกิจกรรมหลักของเกณฑ์มาตรฐานการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช และยังสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการฝึกอบรม การวางแผน พัฒนาการดำเนินการ การกำกับและประเมินผลในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชและผู้ป่วยเรื้อรัง ในชุมชน ให้ตรงกับความต้องการของชุมชน อย่างมีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์สูงสุดต่อไป

ภาควิชา เวชศาสตร์ป้องกันและสังคม
สาขาวิชา เวชศาสตร์ชุมชน
ปีการศึกษา 2545

ลายมือชื่อผู้เขียน.....
ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....
ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาร่วม.....

447 53637 30 : MAJOR COMMUNITY MEDICINE

KEY WORD : OPINIONS/HEALTH PERSONNEL AT DISTRICT LEVEL / PSYCHIATRIC REHABILITATION ACTIVITIES / COMMUNITY PANYAWADEE SATHIPCHAN : OPINIONS OF HEALTH PERSONNEL AT DISTRICT LEVEL IN NONTHABURI PROVINCE TOWARD COMMUNITY PSYCHIATRIC REHABILITATION ACTIVITIES , THESIS ADVISOR : PROF.DR.THASSANEE NUCHPRAYOON, CO – ADVISOR : ASST. PROF. SOMRAT LERTMAHARIT, 132 PP. ISBN 974 – 17 – 3079 - 9

In the past 5 years, more than one million people seek psychiatric rehabilitation in Thailand. We studied the opinions of health care personnel at the district level toward community psychiatric rehabilitation activities in Nonthaburi province using a self-administered questionnaire. The study subjects were asked to rate, on a 5–point scale, their opinion on 51–item questionnaire that cover 7 dimensions of psychiatric rehabilitation activities. The study was conducted between January and February 2003. Of 557 health care personnel surveyed, 437 (78.5 %) responded.

Most respondents were female (81.5 %), between 21-40 years (75.3 %), married (53.5 %), working as a professional nurses (34.1 %) , public health educators (27.5 %) for average 13.25 years of work. Around half of the respondents had some training in the psychiatry (53.5 %) but had no direct experience with psychiatric rehabilitation (55.2 %)

Our results showed that although more than half of district level health care personnel rated the 14 out of 51 specified activities to be most important (rated 4 and 5) for psychiatric rehabilitation and the top-3 were family acceptance, back – referral system, and self – help activities for patients, they were not implemented as often in practice. Most respondents rated social rehabilitation dimension the most important (average score of 3.51), and occupational rehabilitation dimension the least important (3.06). In practice, medical rehabilitation dimension were most commonly implemented (2.35), while occupational rehabilitation dimension were uncommon (0.92). Personnel who had some direct experiences in psychiatry rated significantly higher scores in all dimensions than those who had not, while personnel who had prior psychiatric training rated a significantly higher score only for medical and social rehabilitation dimensions.

Our results suggest that the activities may be considered most suitable as major activities in standard guideline for psychiatric rehabilitation practice particularly the highly important 14 activities mentioned and also were used for setting up training courses, planning, guiding for implementation, monitoring and evaluation. Thus, the future psychiatric rehabilitation programs which more efficient and more relevant to the real needs of the community would be obtained.

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

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงไปด้วยความช่วยเหลืออย่างยิ่ง จากศาสตราจารย์ กิตติคุณแพทย์หญิงทัศนีย์ นุชประยูร อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์สมรัตน์ เลิศมหาฤทธิ์ อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำช่วยเหลือ ชี้แนะข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเอาใจใส่ และให้กำลังใจด้วยดีตลอดมา ซึ่งผู้วิจัยขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์นายแพทย์องอาจ วิพุธศิริ ที่กรุณาเป็นประธานในการ สอบวิทยานิพนธ์

ขอขอบพระคุณ แพทย์หญิงปัทมา ศิริเวช ที่กรุณาให้คำปรึกษา ให้คำแนะนำ และสละ เวลามาเป็นกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางกรวย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางบัวทอง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางใหญ่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ไทรน้อย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลปากเกร็ด สาธารณสุขอำเภอเมือง สาธารณสุขอำเภอบางกรวย สาธารณสุขอำเภอบางบัวทอง สาธารณสุขอำเภอบางใหญ่ สาธารณสุขอำเภอไทรน้อย และสาธารณสุข อำเภอปากเกร็ด เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกท่านที่กรุณาช่วยเหลือให้ความสะดวกในการประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างดียิ่ง

ขอขอบคุณสมาชิกในครอบครัวทุกท่านที่เข้าใจ คอยให้กำลังใจ และให้ความช่วยเหลือ ตลอดระยะเวลาการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้

ขอขอบคุณเพื่อนนิสิตปริญญาโททั้งใน และนอกเวลาทุกท่าน และเจ้าหน้าที่ประจำภาค วิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคมทุกท่าน ที่ให้ความช่วยเหลือและเป็นกำลังใจอย่างมากตลอดระยะเวลา การทำวิทยานิพนธ์

ท้ายนี้ผู้วิจัยขอขอบคุณเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอ สังกัดสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดนนทบุรีทุกท่านที่กรุณาให้ข้อมูล และตอบแบบสอบถามเป็นอย่างดีเป็นผลให้วิทยานิพนธ์สำเร็จ ลุล่วงไปด้วยดี

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญ

บทที่	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฌ
สารบัญแผนภูมิ.....	ฎ
บทที่	
1. บทนำ.....	1
ที่มาและความสำคัญของปัญหาการวิจัย.....	1
คำถามการวิจัย.....	4
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	4
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	5
ข้อตกลงเบื้องต้น.....	5
ข้อจำกัดในการวิจัย.....	5
นิยามเฉพาะของคำศัพท์ในการวิจัย.....	6
ปัญหาทางจริยธรรม.....	6
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	6
ปัญหาอุปสรรคและมาตรการในการแก้ไข.....	7
2. ทฤษฎี แนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	8
แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับเรื่องความคิดเห็น.....	8
การฟื้นฟูสมรรถภาพ.....	11
การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช.....	13
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	32

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
3. วิธีดำเนินการวิจัย.....	41
รูปแบบการวิจัย	41
ประชากร.....	41
การสังเกตและการวัด.....	42
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	43
การตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้องของแบบถาม.....	43
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	44
4. ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	46
ส่วนที่ 1 การตอบกลับของข้อมูล.....	47
ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข.....	48
ส่วนที่ 3 ความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต่อกิจกรรม การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยในชุมชน.....	53
ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ต่อกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยในชุมชนตามปัจจัยส่วนบุคคล.....	67
ส่วนที่ 5 ความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต่อกิจกรรม การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยในชุมชนตามกลไกสู่ความสำเร็จ และการดำเนินกิจกรรมในอนาคต	75
ส่วนที่ 6 ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ.....	80
5. สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	84
สรุปผลการวิจัย.....	84
อภิปรายผลการวิจัย.....	95
ข้อเสนอแนะ.....	106
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	118
รายการอ้างอิง.....	109
ภาคผนวก.....	113
ภาคผนวก ก แบบสอบถาม.....	114
ภาคผนวก ข ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม	124
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	132
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	133

สารบัญญัตราง

ตาราง		หน้า
2.1	เปรียบเทียบความแตกต่างรูปแบบการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ.....	12
2.2	กรอบแนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพ	16
3.1	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	44
3.2	สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	45
4.1	จำนวนและร้อยละของการตอบแบบสอบถาม จำแนกตามอำเภอในจังหวัดนนทบุรี	47
4.2	จำนวนและร้อยละของการตอบแบบสอบถาม จำแนกตามสถานที่ปฏิบัติงาน.....	47
4.3	จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	49
4.4	จำนวนและร้อยละของเจ้าหน้าที่ที่เคยได้รับการอบรมด้านสุขภาพจิตและจิตเวช หลักสูตรต่างๆ	51
4.5	จำนวนและร้อยละของโรคเรื้อรังต่างๆ ที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีประสบการณ์ใน การดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยเรื้อรัง / ผู้ป่วยจิตเวช ในชุมชน	52
4.6	ร้อยละและค่าเฉลี่ยคะแนนการให้ความสำคัญและความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขระดับอำเภอต่อกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช ทางการแพทย์ จำแนกรายข้อ	55
4.7	ร้อยละและค่าเฉลี่ยคะแนนการให้ความสำคัญและความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขระดับอำเภอต่อกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช ทางสังคม จำแนกรายข้อ	57
4.8	ร้อยละและค่าเฉลี่ยคะแนนการให้ความสำคัญและความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขระดับอำเภอต่อกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช ทางการศึกษา จำแนกรายข้อ	59
4.9	ร้อยละและค่าเฉลี่ยคะแนนการให้ความสำคัญและความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขระดับอำเภอต่อกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช ทางอาชีพ จำแนกรายข้อ	61
4.10	ร้อยละและค่าเฉลี่ยคะแนนการให้ความสำคัญและความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขระดับอำเภอต่อกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน	63
4.11	ลำดับค่าคะแนนเฉลี่ยและคะแนนร้อยละของความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ระดับอำเภอต่อการให้ความสำคัญและการดำเนินกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้ป่วยจิตเวช เรียงลำดับตามคะแนนร้อยละของความคิดเห็นจากมากไปน้อย 14 กิจกรรม	66

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตาราง		หน้า
4.12	เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการให้ความสำคัญและความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอต่อกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชรายด้าน และระดับนัยสำคัญทางสถิติ จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยสนับสนุน	72
4.13	ร้อยละและค่าเฉลี่ยคะแนนการให้ความสำคัญและความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอเกี่ยวกับกลไกความสำเร็จในการดำเนินกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช จำแนกรายข้อ	76
4.14	ร้อยละและค่าเฉลี่ยคะแนนการให้ความสำคัญและความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอเกี่ยวกับกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช ในอนาคต จำแนกรายข้อ	79
4.15	จำนวนและร้อยละของปัญหาสำคัญเร่งด่วน 3 ลำดับแรกที่เป็นอุปสรรคในการดำเนินกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน	80
4.16	จำนวนและร้อยละของกลุ่ม หรือประเภทผู้ป่วยเรื้อรัง 3 โรคที่สำคัญ ที่สุดที่ควรรับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช	81
4.17	จำนวนและร้อยละของกิจกรรมที่สำคัญ 3 อันดับแรก ที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอ ภาคภูมิใจในการดำเนินกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยทางจิตเวช	82
4.18	จำนวนและร้อยละของข้อเสนอแนะในการพัฒนางานด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช	83
ภาค ผนวกที่	ลำดับค่าคะแนนเฉลี่ยและคะแนนร้อยละของความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอต่อการให้ความสำคัญและการดำเนินกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช เรียงลำดับตามคะแนนร้อยละของความคิดเห็นจากมากไปน้อย (รายกิจกรรม)	125
ภาค ผนวกที่	จำนวนและร้อยละเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอ จังหวัดนนทบุรี ที่ได้รับการอบรมและไม่ได้รับการอบรมด้านสุขภาพจิต จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยสนับสนุน	129
ภาค ผนวกที่	ลำดับร้อยละของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอที่ให้คะแนนความสำคัญและการดำเนินกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในระดับมากที่สุดถึงมากที่สุด (คะแนน 4 + 5) จำแนกตามกิจกรรมของแต่ละด้าน	131

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิ	หน้า
แผนภูมิที่ 1.1 กรอบแนวคิด.....	5
แผนภูมิที่ 2.1 ขั้นตอนในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช.....	27
แผนภูมิที่ 2.2 ลักษณะการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช.....	30
แผนภูมิที่ 3.1 จำนวนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอ จังหวัดนนทบุรี.....	42



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในทศวรรษที่ผ่านมา สภาพทางเศรษฐกิจ สังคม การเมือง และการสาธารณสุขได้มีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างมากมาย ภาวะดังกล่าวนี้ทำให้ประชาชนต้องปรับตัวตามสถานการณ์ต่างๆ ส่งผลต่อสภาวะทางด้านจิตใจโดยเฉพาะความเครียด ประชาชนที่ไม่สามารถปรับตัวได้อาจใช้วิธีที่ไม่ถูกต้องในการแก้ปัญหา ทำให้เกิดการเจ็บป่วยทางจิตขึ้น สำหรับปัญหาสุขภาพจิตในประเทศไทย จากการศึกษาพบว่า พ.ศ.2537 ความชุกของปัญหาสุขภาพจิต เท่ากับ 1,836.9 ต่อแสนประชากร จำแนกเป็นปัญหาสำคัญ 7 โรค คือ โรควิตกกังวล (835.7 ต่อแสนประชากร) โรคจิต (245.5 ต่อแสนประชากร) โรคลมชัก (119.3 ต่อแสนประชากร) ติดสารเสพติด (115.5 ต่อแสนประชากร) โรคซึมเศร้า (33.7 ต่อแสนประชากร) ปัญญาอ่อน (13.2 ต่อแสนประชากร) ฆ่าตัวตาย (45.0 ต่อแสนประชากร) และอื่นๆ (428.9 ต่อแสนประชากร) (สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข, 2543) ⁽¹⁾

จากสถิติการมาใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอกของสถานบริการสาธารณสุขทั่วประเทศ ในปี พ.ศ.2539 พบว่า ผู้รับบริการที่มีความแปรปรวนทางจิตและพฤติกรรมมีจำนวน 1,591,440 คน ในปี 2540 เพิ่มขึ้นเป็น 1,686,330 คนและในปี 2541 เพิ่มขึ้นเป็น 1,794,188 คน (กระทรวงสาธารณสุข, 2544) ไม่เพียงแต่จำนวนผู้ป่วยนอกในสถานบริการสาธารณสุขที่มีจำนวนเพิ่มขึ้นเท่านั้น จำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการประเภทผู้ป่วยนอกของสถานบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต ตั้งแต่ปี 2538 - 2540 จำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี เช่นกัน ดังนี้ 268,336 ราย 772,577 ราย 782,893 ราย ตามลำดับ

การบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางสุขภาพจิตและจิตเวชที่ดำเนินการในโรงพยาบาลจิตเวชในสังกัดกรมสุขภาพจิต เป็นการใช่วิธีการของการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ทางสังคม ทางอาชีพ ผสมผสานกัน โดยใช้กิจกรรมหลัก 3 แนวทางร่วมกัน คือ การงาน (Work) นันทนาการ (Play) และทักษะส่วนบุคคล (Personal skill) โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2539 - 2543 มีผู้เข้ารับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพกว่า 1,000,000 รายในแต่ละปี นอกจากการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางสุขภาพจิตและจิตเวชตามหอผู้ป่วยแล้ว ยังมีโครงการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยในรูปแบบต่างๆ ที่เป็นการผสมผสานกิจกรรมหลายอย่างเข้าด้วยกัน เช่น โครงการทดลองจ้างงานผู้ป่วยจิตเวช การฝึกทักษะการดูแลตนเองและการฝึกอาชีพระยะสั้นสำหรับผู้ป่วยจิตเวช โครงการบ้านกึ่งวิถีศรีวิชัย สายใยแห่งความรัก โครงการชุมชนจำลองเพื่อฝึกผู้ป่วยพึ่งตนเองตามหลักเศรษฐกิจพอเพียง คลินิกพิเศษ “แสงตะวัน” และในปัจจุบันกรมสุขภาพจิตกำลังพัฒนาการฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชนที่จะเชื่อมโยงกับการฟื้นฟูสมรรถภาพในสถานบริการ (CBR : Community Based Rehabilitation , IBR : Institutional Based Rehabilitation) โดยผ่านรูปแบบหนึ่งที่หลายโรงพยาบาลได้ดำเนินการ คือ การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Home Care) และการมีส่วนร่วมของชุมชน

โดยใช้หลักการ A-I-C ซึ่งการฟื้นฟูสมรรถภาพให้กับผู้ป่วยและญาติทั้ง 2 ระบบที่เชื่อมโยงกันจะช่วยให้ผู้ป่วย ญาติและชุมชนอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข (สุขภาพจิตไทย พ.ศ.2543-2544,2544)⁽²⁾

กระทรวงสาธารณสุข (2545)⁽³⁾ ตามกฎกระทรวง แบ่งส่วนราชการกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2545 ข้อ 1 ให้กรมสุขภาพจิต มีภารกิจเกี่ยวกับการพัฒนาวิชาการด้านสุขภาพจิต โดยมีการศึกษา วิจัย พัฒนา และถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยี ดำเนินการส่งเสริม ป้องกัน บำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพจิตใจ เพื่อให้ประชาชนมีความตระหนักและสามารถดูแลสุขภาพจิตของตนเอง ครอบครัว และชุมชนได้ รวมทั้งสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่มีคุณภาพ มาตรฐานและเป็นธรรม

ข้อ 3 ส่วนราชการของกรมสุขภาพจิต มีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้

(6) โรงพยาบาลศรีธัญญา มีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้

(ก) ศึกษาวิเคราะห์ และวิจัยเพื่อพัฒนาเกี่ยวกับมาตรฐานของงาน องค์ความรู้ และเทคโนโลยี รวมทั้งรูปแบบการให้บริการเฉพาะทางด้าน การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช

(ข) ส่งเสริม พัฒนา และถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีเฉพาะทางด้าน การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชแก่หน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน

(ค) ให้บริการตรวจ วินิจฉัย บำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพผู้มีปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรง ยุ่งยาก หรือซับซ้อน เพื่อพัฒนาวิชาการเฉพาะทางด้าน การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช

(ง) ให้การเพิ่มพูนความรู้และทักษะการปฏิบัติงานเฉพาะทาง ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชแก่บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข รวมทั้งบุคลากรอื่นของภาครัฐและภาคเอกชน

(จ) ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง หรือที่ได้รับมอบหมาย

ซึ่งในขณะนี้โรงพยาบาลศรีธัญญาได้มีการเตรียมความพร้อมเพื่อการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่การปรับโครงสร้างใหม่ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข โดยมียุทธศาสตร์ใหม่เกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชดังนี้ พัฒนาศักยภาพและความสามารถของบุคลากร เพื่อความพร้อมในการวิจัย ผลิต และพัฒนาองค์ความรู้ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช ผลิต พัฒนาองค์ความรู้และเทคโนโลยีด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช สร้างและพัฒนาระบบการถ่ายทอดองค์ความรู้สู่เครือข่ายบริการสุขภาพ จนถึงระดับศูนย์สุขภาพชุมชน (เอกสารปรับโครงสร้างโรงพยาบาลศรีธัญญา , 2545)⁽⁴⁾

และจะเห็นได้ว่าการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช เป็นการบำบัดผู้ป่วยจิตเวชวิธีการหนึ่ง ซึ่งเมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาแล้วจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูไปพร้อมๆ กัน และกระทำอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และลดความพิการ ความบกพร่อง ความเสื่อมสภาพทางจิตไว้ให้เหลือน้อยที่สุด ให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัว สังคม และการทำงานได้อย่างปกติ เหมือนก่อนการเจ็บป่วย ทั้งยังควรนำชุมชนมามีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือ ยอมรับผู้ป่วย มีความเข้าใจ เห็นอกเห็นใจและจากการดำเนินงานการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในปัจจุบัน ซึ่งนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข มุ่งเน้นให้บริการเชิงรุก และการผสมผสานงานสุขภาพจิตในระบบสาธารณสุข การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้จิตเวชในอนาคตก็เช่นกัน ตามบทบาทและหน้าที่ของโรงพยาบาลศรีธัญญา ซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิขั้นสูง (Super Tertiary Care) มุ่งเน้นการสร้าง และพัฒนาระบบการถ่ายทอดองค์ความรู้ด้าน

การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชสู่เครือข่ายบริการสุขภาพจนถึงระดับศูนย์สุขภาพชุมชน (PCU) เป็น การเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช ระหว่างผู้ป่วย ญาติ ชุมชน หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในชุมชนและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ เพราะผู้ที่อยู่ร่วมกันภายในชุมชน เดียวกันสามารถเข้าใจปัญหาที่เกิดขึ้นได้ดี และสามารถนำศักยภาพของชุมชนและทรัพยากรที่มีอยู่ในท้องถิ่น มาใช้ในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช ส่งผลให้เกิดการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องและยั่งยืนต่อไป

ผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาในผู้ให้บริการสาธารณสุขระดับชุมชน ซึ่งในที่นี้คือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ระดับอำเภอ ซึ่งมีศูนย์สุขภาพชุมชนให้บริการเป็นพื้นฐานและเป็นบุคลากรที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยในชุมชน มากที่สุด และที่มีส่วนช่วยให้งานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนประสบความสำเร็จและมีการ ดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชได้อย่างต่อเนื่อง ดังนั้นในระดับต้นนี้จึงได้ทำการศึกษาความ คิดเห็นของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน เกี่ยวกับ การดำเนินงานการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนว่าเจ้าหน้าที่ให้ความสำคัญ และมีการดำเนิน กิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนมากน้อยเพียงใด พร้อมทั้งนำข้อเสนอแนะและปัญหา อุปสรรคมาเป็นข้อมูลพื้นฐานและแนวทางในการผลิต และพัฒนาองค์ความรู้ รวมทั้งเทคโนโลยีต่างๆ ในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชสู่ชุมชนต่อไป



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คำถามของการวิจัย (Research questions)

คำถามหลัก (Primary Research question)

ความคิดเห็นเกี่ยวกับการให้ความสำคัญและการดำเนินกิจกรรมในปัจจุบัน ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอ ต่อกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน จังหวัดนนทบุรี เป็นอย่างไร

คำถามรอง (Secondary Research questions)

1. ความคิดเห็นเกี่ยวกับการให้ความสำคัญของบุคลากรสาธารณสุขระดับอำเภอ จังหวัดนนทบุรี ต่อกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน เป็นอย่างไร
2. ความคิดเห็นเกี่ยวกับการดำเนินกิจกรรมในปัจจุบันของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอ จังหวัดนนทบุรี ต่อกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน เป็นอย่างไร
3. ความคิดเห็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอ จังหวัดนนทบุรี เกี่ยวกับการให้ความสำคัญและดำเนินกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ตามปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยสนับสนุน เป็นอย่างไร
4. ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอ จังหวัดนนทบุรี ต่อกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน เป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอ จังหวัดนนทบุรี เกี่ยวกับการให้ความสำคัญและการดำเนินกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนในปัจจุบัน

วัตถุประสงค์เฉพาะ

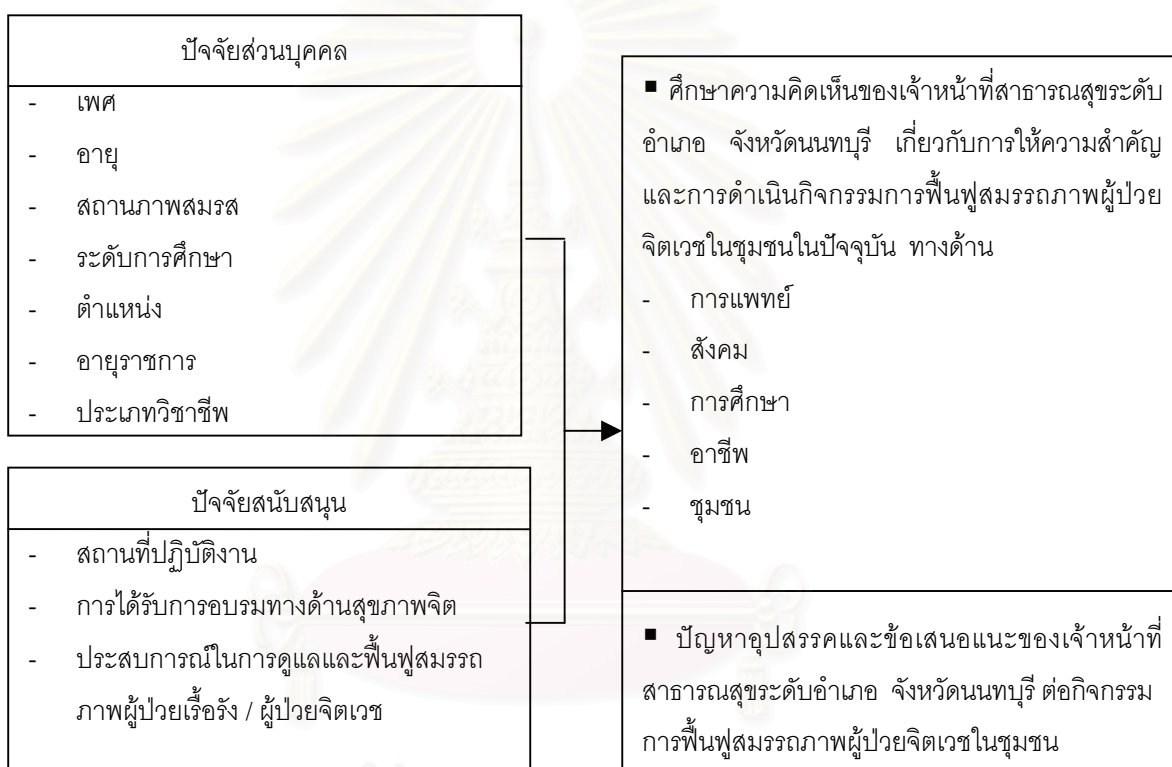
1. เพื่อศึกษาความคิดเห็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอ จังหวัดนนทบุรี เกี่ยวกับการให้ความสำคัญต่อกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน
2. เพื่อศึกษาความคิดเห็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอ จังหวัดนนทบุรี เกี่ยวกับการดำเนินกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนในปัจจุบัน

3. เพื่อศึกษาความคิดเห็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอ จังหวัดนนทบุรี เกี่ยวกับการให้ความสำคัญและดำเนินกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ตามปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยสนับสนุน

4. เพื่อศึกษาปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอ ต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน

กรอบแนวคิดในการวิจัย (Conceptual Framework)

แผนภูมิที่ 1.1 กรอบแนวคิดในการวิจัย



ข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption)

คะแนนความคิดเห็น (1 – 5) ซึ่งเป็น Ordinal scale จะพิจารณาตัวแปรว่ามีอันดับภาคขึ้นเท่ากัน (Equal interval) และคะแนนเดียวกันของแต่ละคนมีค่าเท่ากัน⁽⁵⁾ เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลนี้เป็น Interval scale ต่อไป

ข้อจำกัดในการวิจัย (Limitation)

ไม่มีข้อจำกัดในการวิจัย

นิยามเฉพาะของคำศัพท์ในการวิจัย (Operational Definition)

1. ความคิดเห็น หมายถึง การแสดงออกด้านความรู้สึก ความคิด และการพิจารณาตัดสินของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอต่อกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยในชุมชน
2. การให้ความสำคัญ หมายถึง ความต้องการให้มีหรือให้ปฏิบัติของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอต่อกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน
3. การดำเนินกิจกรรมในปัจจุบัน หมายถึง การดำเนินกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอในปัจจุบัน
4. การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน หมายถึง กระบวนการเสริมสร้างหรือพัฒนาบุคคลที่มีความสามารถบกพร่องหรือไร้สมรรถภาพ ให้สามารถกลับคืนสภาพทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคมสู่สภาวะปกติ หรือใกล้เคียงมากที่สุด สามารถปรับตัวเข้าสู่สังคม และการดำเนินชีวิตประจำวัน รวมถึงการประกอบอาชีพอย่างเหมาะสมกับผู้ป่วยมากที่สุด ให้ผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนมีส่วนร่วม โดยใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชน และเทคโนโลยีที่เหมาะสม
5. กิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช หมายถึง กิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในทั้งด้านการแพทย์ สังคม การศึกษา อาชีพ และชุมชน
6. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอ หมายถึง แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเทคนิค เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขชุมชน นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าหน้าที่บริหารสาธารณสุข หัวหน้าสถานีนอมาภัย ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และสถานีนอมาภัย ในจังหวัดนนทบุรี

ปัญหาทางจริยธรรม (Ethical Considerations)

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ไม่ได้ใส่สิ่งแทรกแซงหรือการทดลองใดๆ ให้กับกลุ่มที่ศึกษา จึงไม่มีปัญหาทางจริยธรรม

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ (Expected Benefit and Application)

1. เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับผู้บริหารในการส่งเสริมพัฒนา และสนับสนุนการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ทั้งด้านศักยภาพบุคลากรในชุมชน เทคโนโลยี และอื่นๆ
2. เพื่อเป็นแนวทางในการเตรียมความพร้อมของชุมชนและระบบสาธารณสุข ในการผสมผสานการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน
3. เพื่อเป็นฐานข้อมูลสำหรับการศึกษาค้นคว้าและดำเนินงานการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนต่อไป

อุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการวิจัยและมาตรการในการแก้ไขปัญหา (Obstacles and Strategies to solve the problem)

1. การตอบกลับของแบบสอบถามอาจเกิดความล่าช้าและไม่ครบจำนวน แนวทางแก้ไข มีดังนี้ คือ
 - การประสานงานโดยการโทรศัพท์เตือนและขอความร่วมมือเป็นระยะๆ
 - แจ้งกำหนดวัน เวลา ในการรับแบบสอบถามคืนไว้ล่วงหน้าอย่างชัดเจน
 - ไปติดต่อด้วยตนเอง หากไม่ได้รับการตอบกลับตามกำหนด
2. ทำหนังสือประสานงานกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เพื่อช่วยติดตามแบบสอบถามให้ขณะออกพื้นที่ดังกล่าว โดยทำหนังสือจากภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคมถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี เพื่อขอความร่วมมือ



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาเรื่อง “ความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอ จังหวัดนนทบุรี ต่อกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน” ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าแนวคิด ทฤษฎี จากตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับเรื่องความคิดเห็น (Opinion)
2. การฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation)
3. การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช (Psychiatric Rehabilitation)
4. การศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับเรื่องความคิดเห็น

ความหมาย

พจนานุกรมเว็บสเตอร์ (Webster New World Dictionary) ⁽⁶⁾ ให้ความหมายของความคิดเห็น (Opinion) หมายถึง การตัดสินใจ คำวิจารณ์ ความเห็นหรือรูปแบบของการประเมินผลในจิตใจเกี่ยวกับข่าวสารที่ได้รับ เป็นความเชื่อของบุคคลที่มีต่อเหตุการณ์หรือข่าวสารโดยความเชื่อนั้นขึ้นกับประสบการณ์และการสังเกตของแต่ละบุคคล หรือความคิดเห็น การแสดงออกทางความคิด ความสนใจ ความรู้สึกของผู้ทรงคุณวุฒิ ที่มีต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใด หรือเหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่ง

พจนานุกรมศัพท์สังคมวิทยาไทย-อังกฤษ ฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2524)⁽⁷⁾ ให้ความหมายของความคิดเห็นว่า “เป็นข้อพิจารณาเห็นว่าเป็นจริงจากการใช้ปัญญา ความคิดประกอบ ถึงแม้จะไม่ได้อาศัยหลักฐานพิสูจน์ยืนยันได้เสมอก็ตาม” และอีกความหมายหนึ่งคือ “ทัศนะ หรือประมาณการเกี่ยวกับปัญหา หรือประเด็นใดประเด็นหนึ่ง”

อุทัย หิรัญโต (2519) ⁽⁸⁾ ให้ความเห็นเกี่ยวกับความคิดเห็นไว้ว่า ความคิดเห็นของคนมีหลายระดับ คือ อย่างผิวเผิน อย่างลึกซึ้งก็มี สำหรับความคิดเห็นที่เป็นทัศนคตินั้นเป็นความคิดเห็นอย่างลึกซึ้งและติดตัวไปเป็นเวลานาน เป็นความคิดเห็นทั่วๆ ไปไม่เฉพาะอย่างซึ่งมีลักษณะประจำตัวของบุคคลทุกคน ความคิดเห็นที่ไม่ลึกซึ้งและเป็นความคิดเห็นเฉพาะอย่างและมีอยู่เป็นเวลานับ เรียกว่า Opinion เป็นความคิดเห็นประเภทหนึ่งที่ไม่ตั้งอยู่บนรากฐานของพยานหลักฐานที่เพียงพอแก่การพิสูจน์ความรู้แห่งอารมณ์ในระดับน้อย และเกิดขึ้นได้ง่ายแต่ก็สลายตัวเร็ว

สุชา จันทรโสม และสุรางค์ จันทรโสม (2520)⁽⁹⁾ ให้ความเห็นว่า "เราไม่สามารถแยก ทักษะคิด และความคิดเห็นออกจากกันได้ เพราะทักษะคิดและความคิดเห็นนั้นมีลักษณะคล้ายๆ กัน แต่ลักษณะของความคิดเห็นจะไม่ลึกซึ้งเหมือนทักษะคิด"

เรืองเวทย์ แสงรัตนา (2522)⁽¹⁰⁾ ได้กล่าวว่า "ความคิดเห็นเป็นส่วนหนึ่งของทัศนคติ (Attitude) สามารถจะแยกความคิดเห็นและทัศนคติออกจากกันได้ เพราะทัศนคติและความคิดเห็นนั้นมีลักษณะคล้ายกัน แต่ลักษณะของความคิดเห็นจะไม่ลึกซึ้งเหมือนทัศนคติ"

สงวน สุทธิเลิศอรุณและคนอื่นๆ (2522)⁽¹¹⁾ ให้ความหมายไว้ว่า "คือการแสดงออกซึ่งวิจารณ์ญาณ ที่มีต่อเรื่องใดเรื่องหนึ่งโดยเฉพาะ ความคิดเห็นมีความหมายแคบกว่าทัศนคติ (Attitude) เพราะความคิดเห็นของบุคคลเปลี่ยนแปลงไปตามข้อเท็จจริง (Fact) และทัศนคติของบุคคล ความคิดเห็นเป็นการอธิบายเหตุผลที่มีต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใดโดยเฉพาะ"

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526)⁽¹²⁾ กล่าวว่า "ความคิดเห็นเป็นการแสดงออกทางด้านทัศนคติอย่างหนึ่ง แต่การแสดงความคิดเห็นนั้นมักจะมีอารมณ์เป็นส่วนประกอบ และเป็นส่วนที่พร้อมที่จะมีปฏิกิริยาเฉพาะอย่างต่อสถานการณ์ภายนอก"

จิราพร เขียวอยู่ (2543)⁽¹³⁾ ได้ให้ความหมายของการวัด (Definition of measurement) หมายถึง กระบวนการในการกำหนดค่าให้แก่บุคคล หรือสัตว์ หรือวัตถุสิ่งของใดๆ (Objects) เพื่อแสดงถึงปริมาณหรือคุณภาพของลักษณะที่สนใจของบุคคล หรือสัตว์ สิ่งของนั้นๆ โดยกระบวนการนี้จะกระทำภายใต้เกณฑ์หรือวิธีการที่ชัดเจนแน่นอน ในการกำหนดค่านั้นนิยมกำหนดเป็นตัวเลข ทั้งนี้เพื่อความสะดวกในการวิเคราะห์ผลที่ได้ของการวัด ตัวอย่างของลักษณะที่สนใจในการวัด เช่น ภาวะสุขภาพกาย จิต ความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง ความพึงพอใจต่อบริการสุขภาพ คุณภาพชีวิต เป็นต้น

จากความหมายต่างๆ ของความคิดเห็นสรุปได้ว่า ความคิดเห็นเป็นการแสดงออกด้านความรู้สึกนึกคิด การตัดสินใจและความเชื่อต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งหรือเหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่งด้วยการพูดหรือการเขียนโดยมีอารมณ์ ประสบการณ์และสภาพแวดล้อมในขณะนั้นเป็นพื้นฐานของการแสดงออกซึ่งอาจจะถูกต้องหรือไม่ก็ได้ อาจได้รับการยอมรับ หรือปฏิเสธจากคนอื่นก็ได้ความคิดเห็นอาจเปลี่ยนแปลงไปตามกาลเวลา

การวัดความคิดเห็น

การวัดความคิดเห็น สามารถวัดความคิดเห็นของบุคคลได้หลายวิธี วิธีที่ใช้กันทั่วไปคือ การใช้การตอบแบบสอบถามและการสัมภาษณ์ เบสท์ (John W. Best 1977)⁽¹⁴⁾ ได้เสนอแนะว่า วิธีที่ง่ายที่สุดในการที่จะบอกถึงความคิดเห็น ก็คือการแสดงให้เห็นถึงร้อยละของคำตอบในแต่ละข้อความ เพราะจะทำให้เห็นว่าความคิดเห็นจะออกมาในลักษณะเช่นไร และจะได้ทำตามข้อคิดเห็นเหล่านั้นได้

มอร์แกน และคิง (Clifford T. Mogan and Richard A. King ค.ศ.1971)⁽¹⁵⁾ เสนอแนะว่า "การที่จะให้ใครออกความคิดเห็นควรถามกันต่อหน้า (Face to Face)"

การวัดความคิดเห็นมีหลายวิธีด้วยกันและที่แพร่หลายมี 4 วิธี คือ

1. แบบลิเคิต (Likert – Type หรือ Summated Rating Scale) เป็นแบบวัดทัศนคติที่สร้างขึ้นโดยนักจิตวิทยาชื่อลิเคิต ลักษณะการวัดจะมีข้อความหลายๆ ข้อความที่ครอบคลุมหัวข้อที่จะศึกษา ซึ่งข้อความนี้ จะมีความหมายทั้งทางบวกและทางลบ เรียงกันอยู่อย่างไม่ตั้งใจ และมีปริมาณที่พอๆ กัน การตอบแบบสอบถามนี้ให้เลือกรับได้ตั้งแต่ 2 ตัวเลือกขึ้นไป ส่วนใหญ่นิยม 4 หรือ 5 ตัวเลือก เช่น เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ผู้ตอบจะใส่เครื่องหมายลงในตัวเลือกใดตัวเลือกหนึ่งเท่านั้น สำหรับการให้คะแนนขึ้นอยู่กับลักษณะของข้อความว่าเป็นบวกหรือลบ คะแนนทัศนคติของผู้ถูกวัดแต่ละคนจะ ได้จากผลรวมของคะแนนในแต่ละข้อ หรือเป็นค่าเฉลี่ยของผลรวมของทุกข้อ

2. แบบเทอร์สโตน (Thurstone – Type) เป็นแบบวัดทัศนคติโดยนักจิตวิทยาชื่อเทอร์สโตน ในปี ค.ศ. 1920 การสร้างสเกลแบบนี้เป็นการพยายามทำให้แต่ละข้อคำถามมีน้ำหนักในแต่ละช่วงเท่ากัน เพราะ ฉะนั้นสเกลที่ได้จะมีช่วงห่างเท่ากัน หรือดูเหมือนว่าเท่ากัน (Equal appearing interval) ลักษณะของแบบ วัดนี้จะมีข้อคำถามให้เลือกตอบได้ 2 ทางเลือก คือ เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย และแต่ละข้อคำถามจะมีค่า คะแนนอยู่ในคู่มือ เพื่อเป็นดัชนีบอกทิศทางและความเข้มของทัศนคติ ค่าคะแนนนี้จะมีค่าอยู่ระหว่าง 0 - 11 ถ้าทัศนคติดีค่าจะเข้าใกล้ 11 แต่ถ้าไม่ดีค่าจะเข้าใกล้ 0 อย่างไรก็ตามแบบของเทอร์สโตน มีข้อด้อย คือ สร้างเครื่องมือยาก เพราะซับซ้อนและใช้เวลามาก จึงมีผู้ใช้น้อยกว่าแบบลิเคิต

3. แบบกัทท์แมน (Guttman-Type or Cumulative Scale) สเกลแบบนี้จะมีความเป็นมิติเดียว วัดไปในแนวเดียวกัน คะแนนรวมที่ได้จะเป็นคะแนนสะสมของแต่ละคำตอบ นั่นคือทุกคะแนนของสเกลที่ เพิ่มขึ้น สะท้อนถึงการเพิ่มขึ้นของทัศนคติในเรื่องนั้น ดังนั้นจะเห็นแบบแผนของคำตอบเป็นสามเหลี่ยม แบบขั้นบันได เพราะฉะนั้นจากคะแนนทัศนคติที่ได้สามารถทราบถึงแบบแผนของคำตอบได้ คนที่ได้ คะแนนเท่ากัน จะมีแบบแผนของคำตอบเหมือนกัน ลักษณะของแบบวัดแบบนี้คะแนนรวมของแต่ละคน จะได้จากผลรวมของแต่ละข้อโดยมีทิศทางเดียวกัน เห็นด้วย เท่ากับ 1 คะแนน ไม่เห็นด้วย เท่ากับ 0 คะแนน ข้อดีของแบบกัทท์แมนคือ มีความเป็นมิติเดียว ให้ภาพความต่อเนื่องของทัศนคติตามคะแนนที่ เพิ่มขึ้น

4. แบบออสกู๊ด (Osgood Scale or Semantic Differential Scale) เป็นแบบวัดที่สร้างขึ้นโดย ออสกู๊ด และคณะ ในปี ค.ศ.1957 เป็นการศึกษาเกี่ยวกับความคิดรวบยอดหรือมโนทัศน์ของสิ่งต่างๆ ลักษณะของแบบวัดนี้จะมีประโยคหรือวลีเกี่ยวกับสิ่งใดสิ่งหนึ่ง อาจจะเป็นสถานที่ บุคคล เหตุการณ์ หรือ สิ่งของที่ต้องการให้ผู้ตอบแสดงความรู้สึกในมิติต่างๆ 3 มิติ คือ ด้านการประเมินผล เช่น ดี-เลว น่าเกลียด- สวยงาม ด้านศักยภาพ เช่น แข็งแรง-อ่อนแอ บอบบาง-ทนทาน และด้านกิจกรรมหรือปฏิกริยา เช่น รวดเร็ว- เชื่องช้า มีดี-สว่าง เป็นต้น ผู้วิจัยต้องหาคำคุณศัพท์ที่มีความหมายตรงข้ามกันเป็นคู่ๆ และมีลักษณะทั้ง 3 มิติปะปนกัน ระหว่างคู่คำจะมีสเกลให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียงตัวเลือกเดียว

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยนำวิธีของลิเคิต (Likert's Method) มาใช้ในการวัดความคิดเห็น โดย พิจารณากำหนดคำตอบเป็น 5 คำตอบ คือ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก มากที่สุด

2. การฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation)

กฤช ชื่นศิริ (2520) ⁽¹⁶⁾ ได้ให้ความหมายของการฟื้นฟูสมรรถภาพบุคคลที่ทุพพลภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจให้สามารถกลับคืนสู่สังคมและทำงานได้ดีเหมือนเดิม หรือไม่เลวลงไปกว่าที่เป็นอยู่ขณะนั้น ถือเอาทุกระยะของการรักษาตั้งแต่เริ่มมีโรคหรือมีความพิการ จนกระทั่งกลับไปประกอบอาชีพและอยู่ในสังคมได้ ยิ่งไปกว่านั้นอาจรวมถึงการจัดหางานที่เหมาะสมให้ทำด้วย และเป็นการเสริมสร้างสุขภาพหรือความสามารถในการทำงาน ซึ่งลดลงไปเนื่องจากความเจ็บป่วยทางกาย จิตใจ หรือโดยอุบัติเหตุ (สมชาย จักรพันธุ์ , 2536)⁽¹⁷⁾ นอกจากนี้สมาคมฟื้นฟูสมรรถภาพแห่งชาติ (National Council of Rehabilitation) ของสหรัฐอเมริกายังให้ความหมายไว้ว่าเป็นการปรับฟื้นคืนสภาพของบุคคลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม การงานอาชีพและเศรษฐกิจให้กลับคืนสู่ภาวะที่ดีที่สุดเท่าที่บุคคลจะพึงกระทำได้

นิตดา หวานชัยสิทธิ์ (2543) ⁽¹⁸⁾ ให้ความหมายของการฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation) หมายถึง กระบวนการเสริมสร้างสมรรถภาพ ความสามารถของผู้พิการ ช่วยให้ผู้สามารถปรับสภาพตนเองทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม สติปัญญา และเศรษฐกิจ โดยวิธีการทางการแพทย์และสังคมสงเคราะห์ เพื่อเอื้ออำนวยให้คนพิการได้มีโอกาสพัฒนาศักยภาพของตนเองที่มีอยู่ให้ถึงระดับสูงสุดสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมและสิ่งแวดล้อม ได้อย่างมีคุณภาพและปกติ ตามอัตภาพของแต่ละบุคคล

รูปแบบการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ

การให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ แบ่งเป็น 5 รูปแบบ (จันทร์ฉาย แยมอยู่ , 2542) ⁽¹⁹⁾ คือ

1. การให้บริการในสถาบัน (Institutional Based Rehabilitation = IBR) เป็นการให้บริการในโรงพยาบาล สถานสงเคราะห์ เน้นที่บทบาทของผู้ให้บริการ โดยที่คนพิการจะได้รับการบำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพโดยผู้เชี่ยวชาญ
2. การให้บริการแบบจัดหน่วยเคลื่อนที่ (Outreach) คือการจัดผู้เชี่ยวชาญไปให้บริการในชุมชนเป็นครั้งคราว ยังคงเน้นบทบาทของผู้ให้บริการ
3. การให้บริการโดยการจัดตั้งศูนย์บริการในชุมชน (Community Based Service = CBS) ส่วนใหญ่จะเป็นสาขาของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับคนพิการหรือสถานสงเคราะห์ จัดตั้งขึ้นเพื่อขยายบริการให้แก่คนพิการในชุมชน
4. การให้บริการโดยใช้ครอบครัวเป็นหลัก (Family Base Rehabilitation = FBR) เป็นการบริการที่เน้นการทำงานกับคนพิการเป็นรายกรณีที่บ้าน
5. การให้การบริการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชน (Community Based Rehabilitation = CBR) เน้นการเปิดโอกาสให้คนพิการ ครอบครัว ตลอดจนชุมชนมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน เพื่อให้ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพครบวงจร ทั้งด้านการแพทย์ การศึกษา อาชีพ และสังคม

การให้บริการทั้ง 5 ประเภท สามารถเปรียบเทียบความแตกต่างได้ดังนี้คือ

ตารางที่ 2.1 เปรียบเทียบความแตกต่างรูปแบบการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ

ประเด็น	IBR	Outreach , CBS , FBR	CBR
1. การดำเนินการ	สถาบัน/นักวิชาชีพ	สถาบัน/นักวิชาชีพ	ชุมชน/ผู้นำชุมชน
2. รูปแบบ	ฟื้นฟูสมรรถภาพ	ฟื้นฟูสมรรถภาพ	ฟื้นฟูสมรรถภาพ
3. สถานที่	ในสถาบัน	ในชุมชน	ใน/โดยชุมชน
4. อุปกรณ์	จำนวนมาก/แพง	จำนวนน้อย	ตาม ความจำเป็นแต่ละคน ตามภูมิปัญญาชาวบ้าน
5. งบประมาณ	สถาบัน	สถาบัน	ชุมชน/สถาบัน สนับสนุนบางส่วน โดยเฉพาะการเริ่มต้น
<u>ข้อดี</u>	การฟื้นฟูครบถ้วนตาม หลักการ	ฟื้นฟูได้ถูกต้องเหมาะสม กับสภาพจริง	เหมาะสมกับสภาพจริงบริการ กว้างขวางทั่วถึง เน้นการฟื้นฟูทุก ด้าน โดยให้ชุมชนมีส่วนร่วม
<u>ข้อเสีย</u>	คนพิการต้องเดินทางไกล บริการได้จำกัด ไม่ได้ฝึก จากสิ่งแวดล้อมจริง	ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง สูงบริการได้จำกัด	ใช้เวลาในการดำเนินการเห็นผล เนื่องจากต้องพึ่งการมีส่วนร่วม จากชุมชนและการฝึกทักษะอบรม ให้ความรู้แก่คนพิการ

ศรีจิตต์ หังสสุต (2538) ⁽²⁰⁾ สรุปแนวความคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในชุมชน หมายถึง การจัดทำ
บริการต่างๆ สู่ชุมชน มีบุคคล 3 ส่วนด้วยกันคือ

1. ตัวคนพิการ
2. ชุมชน ครอบครัว เพื่อนบ้าน กลุ่ม
3. เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานไปสู่ชุมชนและตัวคนพิการ

การดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชน ตั้งอยู่บนพื้นฐานหลัก 4 ประการ คือ

1. ให้คนพิการ ครอบครัว ตลอดจนชุมชนต้องมามีส่วนร่วมอย่างเต็มที่
2. ดำเนินงานโครงการฯ ต้องเป็นไปตามปัญหาและความต้องการของชุมชน
3. ใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชน ไม่ขึ้นกับทรัพยากรภายนอกมากนัก
4. ใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม ถูกต้อง และประหยัด เช่น การใช้ภูมิปัญญาชาวบ้าน

2. การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช (Psychiatric Rehabilitation)

การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช ตามนิยามขององค์การอนามัยโลก World Health Organization : WHO , 1988 อ้างในอนงค์ ธรรมโรจน์และคณะ (2542) ⁽²¹⁾ หมายถึง กระบวนการที่ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชหรือผู้พิการทางจิตใจสามารถกลับไปทำงาน ใช้ชีวิตอยู่ในสังคมหรือชุมชนได้อย่างมีเกียรติและมีศักดิ์ศรี ริเริ่มโดยบุคลากรสาธารณสุขหรือด้านสุขภาพจิต โดยการฟื้นฟูสมรรถภาพจะมุ่งเน้นไปที่การพัฒนาและทำให้บุคคลได้ใช้ความสามารถอย่างเต็มที่พยายามลดความบกพร่อง ความไร้สมรรถภาพ ความเสียเปรียบให้เหลือน้อยที่สุด ในการฟื้นฟูสมรรถภาพนั้นจะครอบคลุมทั้งด้านสังคม อาชีพ โดยใช้ปรัชญาว่า จะต้องใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ให้เกิดคุณค่าอย่างเต็มที่และมีการกระจายทรัพยากรนั้นไปสู่ชุมชน โดยมีเป้าหมายสุดท้ายคือให้ผู้ป่วยเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การฟื้นฟูสมรรถภาพนั้นไม่ได้ทำในวันเดียว แต่จะต้องทำเป็นกระบวนการต่อเนื่องและใช้เวลา ซึ่งเป็นกระบวนการริเริ่มโดยบุคลากรสุขภาพจิต สิ่งที่สำคัญอย่างหนึ่งของการฟื้นฟูสมรรถภาพก็คือ ผู้ป่วยและครอบครัวที่เข้าร่วมกระบวนการต้องมีความเต็มใจ ไม่ใช่บังคับ สิ่งที่สำคัญอย่างยิ่งคือ จะต้องมียุทธศาสตร์ของรัฐบาลเป็นสิ่งสนับสนุนด้วย จะต้องมีการวางแผนการฟื้นฟูแต่ละคนแตกต่างกัน ไม่ใช่จะจัดโปรแกรมเหมือนกันจะต้องมีจุดมุ่งหมายในการที่จะเพิ่มหรือพัฒนาศักยภาพของเขาให้มากขึ้น และลดความบกพร่องให้น้อยลง และต้องได้รับการช่วยเหลือด้านทรัพยากรต่างๆ จากชุมชน

สมชาย จักรพันธุ์ (2536) ⁽¹⁷⁾ ได้ให้ความหมายของการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชว่าเป็นการเสริมสร้างหรือพัฒนาทางร่างกาย อารมณ์ และจิตใจหรือเรียนรู้การพัฒนารูปแบบที่จำเป็นอีกครั้งหนึ่งเพื่อจะให้ความสามารถที่เหลืออยู่ได้อย่างเต็มที่ในการแสดงออกด้านอารมณ์ การเคลื่อนไหวของร่างกาย การวางตัวในสังคม และการหาเลี้ยงชีพ กำหนดให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมโดยการแนะนำจากผู้มีความรู้โดยเฉพาะการฟื้นฟูสมรรถภาพจะทำให้ผู้ป่วยสามารถกำหนดแนวทางของชีวิตใหม่และทำให้รู้สึกว่าการดำรงชีพการทำงาน การพักผ่อนหย่อนใจก่อให้เกิดความสบายใจและความหวังใหม่สามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนภายหลังการเจ็บป่วยทางกาย ทางจิตหรือโดยอุบัติเหตุให้อยู่ในระดับที่ใกล้เคียงกับภาวะเดิมและพึ่งตนเองได้มากที่สุด

สุชาติ ศาครเสถียร (2541) ⁽²²⁾ ให้ความหมายว่า เป็นการช่วยให้บุคคลนั้น จากการใช้ชีวิตที่ไม่มีความสามารถหรือความสามารถบกพร่องให้มีความสามารถอยู่ร่วมกับคนอื่นในสังคม กระบวนการจะเริ่มตั้งแต่แยกตนเอง พึ่งพาคนอื่น ไร้ค่า จนกระทั่งสามารถอยู่ร่วมกับคนอื่นในชุมชน มีทักษะทางสังคม สามารถพึ่งตนเอง และเป็นคนทำประโยชน์ให้แก่ชุมชนได้

ปัทมา ศิริเวช (2544) ⁽²⁵⁾ ให้ความหมายว่า กระบวนการที่ใช้ทีมจิตเวชร่วมกับครอบครัว ชุมชน และองค์กรที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาผู้ที่มีความบกพร่อง/พิการทางจิต เพื่อให้เขาเหล่านั้นสามารถใช้ศักยภาพที่ตนเองมีอยู่ให้มากที่สุด หรือลดความบกพร่อง / พิการให้เหลือน้อยที่สุดหรือหมดไป โดยจุดมุ่งหมายพัฒนาคุณภาพชีวิตให้เขาเหล่านั้นกลับคืนสู่ภาวะปกติ หรือใกล้เคียงปกติ รวมทั้งมีความ

รับผิดชอบและปฏิบัติหน้าที่ ตลอดจนความสามารถในการใช้ชีวิตด้วยตนเองเหมือนคนทั่วๆ ไปในสังคม (Normalization)

นอกจากนั้น ในระหว่างปี ค.ศ. 1947-1949 คณะกรรมการด้านจิตเวชของอเมริกา (American Board of Psychiatry)⁽²³⁾ ได้ให้คำจำกัดความว่าเป็นการลดอัตราความบกพร่องในการทำหน้าที่ของบุคคล อันสืบเนื่องมาจากความแปรปรวนทางด้านจิตใจ ส่วน The International Association of Psychosocial Rehabilitation ให้ความหมายของการฟื้นฟูทางจิตเวชไว้ว่าคือ บริการที่ให้ความช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะไร้ความสามารถจากการเจ็บป่วยทางจิต ช่วยให้เขาประเมินภาวะเข้มแข็งและจุดอ่อนของตนเอง รวมทั้งการตั้งเป้าหมายของการกระทำหน้าที่ที่เป็นประโยชน์ในสังคม บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตนั้นต้องตั้งอยู่บนพื้นฐานของความจำเป็นในการปฏิบัติตนเพื่อการดำรงชีวิตของผู้ป่วยในชุมชน ได้แก่ ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน การพักอาศัยอยู่ร่วมกับผู้อื่น การงานอาชีพ สังคม และนันทนาการ การศึกษา ความสามารถในการเดินทางด้วยตนเองโดยใช้ยานพาหนะต่างๆ และมีชีวิตทางเพศที่ปกติ เป็นต้น ทั้งนี้การช่วยเหลือต้องมีจุดเน้นอยู่ที่การช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้อย่างเต็มขีดความสามารถของเขาในสิ่งแวดล้อมนั้นๆ โดยได้รับความช่วยเหลือจากบุคลากรทางวิชาชีพ น้อยที่สุด หรือเท่าที่จำเป็น (Flexer, Robert W. and Solomon, Phyllis L., 1993)⁽²⁴⁾

จากความหมายการฟื้นฟูสมรรถภาพดังกล่าวมาแล้วข้างต้น สรุปได้ว่า

การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช (Psychiatric Rehabilitation) หมายถึง กระบวนการที่พัฒนาร่างกาย จิตใจ อารมณ์ หรือการเรียนรู้ รวมทั้งพัฒนาการเดิมเพื่อใช้ความสามารถที่มีอยู่อย่างเต็มที่ เริ่มโดยบุคลากรสาธารณสุขหรือด้านสุขภาพจิต ตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ามารับการรักษานในโรงพยาบาลและต้องให้การดูแลรักษาจนกระทั่งผู้ป่วยกลับไปที่บ้าน ดำรงชีวิตของผู้ป่วยในชุมชน โดยการฟื้นฟูสมรรถภาพจะมุ่งเน้นไปที่การพัฒนา และทำให้บุคคลได้ใช้ความสามารถอย่างเต็มที่ เพื่อปรับตัวเข้าสู่สังคม การดำเนินชีวิตประจำวันรวมถึงการประกอบอาชีพอย่างเหมาะสมกับผู้ป่วยมากที่สุด

เป้าหมายของการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช

ผู้ป่วยจิตเวชเป็นผู้ที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด ความรู้สึก อารมณ์ จากสาเหตุต่างๆ ทั้งจากพยาธิสภาพของสมอง หรือความกดดันจากสิ่งแวดล้อมภายในหรือภายนอก ซึ่งขึ้นอยู่กับสถานการณ์ของแต่ละบุคคล ผลของความผิดปกติดังกล่าวทำให้เกิดความแปรปรวนในเรื่องความคิดและการกระทำ พฤติกรรมที่ปรากฏออกมาภายนอกจึงเบี่ยงเบนออกไปจากปกติ และส่วนใหญ่ไม่อาจเป็นที่ยอมรับของสังคมได้ ผู้ป่วยไม่อาจติดต่อสื่อสาร ทำความเข้าใจกับผู้อื่นได้ จึงเกิดการแยกตัวเองออกจากสังคม ผู้ป่วยจะกระทำพฤติกรรมตามความพอใจซึ่งถือว่าเป็นความสุข ความปลอดภัยตามความคิดในขณะนั้นของเขา และการเจ็บป่วยทางจิตนี้ก่อให้เกิดผลกระทบตามมา 3 ประการคือ

1. การถูกทำลายหรือการเสื่อมสภาพ (Impairment) หมายถึง อาการหรืออาการแสดงที่ปรากฏในพฤติกรรมผู้ป่วย อันแสดงให้เห็นถึงภาวะการถูกทำลาย หรือเสื่อมสภาพของผู้ป่วยอันเนื่องมาจาก

การเจ็บป่วยทางจิต อาทิ การแยกตัวเอง (Withdrawal) อาการประสาทหลอน (Hallucination) อาการหลงผิด (Delusion) อาการหวาดระแวง (Paranoid) เป็นต้น

2. การไร้ความสามารถ หรือข้อบกพร่อง (Disability) หมายถึง ข้อจำกัดในการกระทำหน้าที่ตามปกติที่เคยกระทำได้ของผู้ป่วยจิตเวชอันเป็นผลเนื่องมาจากการถูกทำลายจากการดำเนินของโรคจิตหรือการเจ็บป่วยทางจิต ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยจิตเวชไม่สามารถดูแลสุขอนามัยของตนเองได้ทั้งนี้เพราะพฤติกรรมถดถอย (Regression) ยังไม่ทุเลาลง ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถพึ่งตนเองได้ ต้องได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่น

3. ความพิการ (Handicap) ซึ่งในที่นี้หมายถึง เกิดอุปสรรคหรือการเสียเปรียบในการดำรงชีวิตในสังคมของผู้ป่วย อุปสรรค หมายถึง ปรากฏการณ์ที่ปฏิบัติได้ของสังคมที่มีผลต่อการกระทำหน้าที่ในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย และภาวะความพิการนี้จะมีการถูกทำลาย หรือภาวะไร้ความสามารถร่วมด้วยหรือไม่ร่วมก็ได้ ตัวอย่างเช่น สังคมมีเจตคติที่ไม่ดีต่อผู้ป่วย แม้ผู้ป่วยจะรับการรักษาให้หายแล้ว และไม่มีภาวะการถูกทำลาย หรือไร้ความสามารถใดๆ ปรากฏอยู่ก็ตาม แต่ความรังเกียจของผู้คนในสังคม จะก่อให้เกิดภาวะการเสียเปรียบทางสังคม กล่าวคือผู้ป่วยจะถูกปฏิเสธที่จะทำงานอาชีพเลี้ยงตัวเองในสังคมนั้น จึงเปรียบเสมือนเป็นคนพิการที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นให้เลี้ยงดูตลอดไป

จากผลกระทบทั้ง 3 ประการ ทำให้เกิดมีแนวคิดของการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตขึ้น ซึ่งมีเป้าหมาย 2 ประการ คือ

1. การป้องกัน (Prevention) หมายถึง การคงไว้ซึ่งความสามารถในการกระทำหน้าที่ตามปกติของผู้ป่วย รักษาส่วนที่ดีไว้ให้ผู้ป่วยได้ใช้ความสามารถที่หลงเหลืออยู่ให้เต็มศักยภาพเพื่อป้องกันมิให้เกิดภาวะเสื่อมสลายหรือภาวะไร้ความสามารถเพิ่มมากขึ้นไปกว่าเดิม

2. การปรับฟื้นคืนสภาพ (Restoration) หมายถึง การปรับฟื้นคืนสภาพหรือการเสริมสร้างความสามารถในการกระทำหน้าที่ของผู้ป่วยให้กลับคืนสู่สภาพเดิมก่อนการเจ็บป่วยให้ได้มากที่สุดเท่าที่จะกระทำได้ อาจโดยการฝึกฝนทักษะ จัดสถานการณ์ หรือสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ในการปรับตัวเพื่อกลับฟื้นคืนสภาพสู่ปกติ หรือการทดลองใช้ชีวิตอยู่ในชุมชนรวมทั้งทำประโยชน์ต่อตนเองและผู้อื่นได้

จะเห็นได้ว่าการฟื้นฟูสมรรถภาพมีจุดมุ่งหมายก็เพื่อทำให้ตัวผู้ป่วยดีขึ้น ครอบครัวดีขึ้น ชุมชนเข้าใจและยอมรับ ซึ่งจะช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ และอยู่ร่วมกับครอบครัวและชุมชนอย่างมีความสุข

ผู้ป่วยทางจิตเมื่ออยู่ระหว่างกระบวนการการฟื้นฟูสมรรถภาพมักจะใช้คำเรียกด้วยความหมายแตกต่างกันตามสถานที่ที่พวกเขาอาศัยอยู่ ได้แก่ กรณีอยู่โรงพยาบาลเรียกว่า “ผู้ป่วย” โรงพยาบาลกลางวันบ้านกึ่งวิถีจะเรียกว่า “สมาชิก” หรือบ้านอุปถัมภ์ (foster home) เรียกว่า “ผู้อาศัย” เป็นต้น ซึ่งเป็นการหลีกเลี่ยงใช้คำที่ทำให้เกิดความอับอาย (Lieberman RP., 1988 อ้างถึงใน ปัทมา ศิริเวช , 2544 ⁽²⁵⁾

ตารางที่ 1.1 กรอบแนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพ ⁽²⁵⁾

ระยะ หัวข้อ	Impairment →	Disability →	Handicap
นิยาม	ความสูญเสีย หรือ ความผิดปกติของสภาพจิตใจ โครงสร้างหรือหน้าที่ของร่างกาย	ข้อจำกัดหรือการขาดความสามารถในการปฏิบัติกิจการอย่างคนปกติทั่วไปที่เป็นผลมาจาก "Impairment"	ความด้อยเปรียบเนื่องจาก "Impairment" ทำให้มีข้อจำกัดหรือไม่สามารถบรรลุบทบาทที่คนปกติปฏิบัติได้ (ขึ้นอยู่กับอายุ เพศ สภาพสังคม และวัฒนธรรม ฯลฯ)
ตัวอย่าง การจัดการ	อาการบวม และ อาการลบของโรคจิตเภท เช่น หลงผิด - การวินิจฉัยโรค - การรักษาด้วยยา - การรับไว้ในโรงพยาบาล	ทักษะทางสังคม บกพร่อง - การประเมินความสามารถ - การฝึกทักษะ - โปรแกรมสนับสนุนชุมชนในการดูแลผู้ป่วย	- การไว้ที่อยู่อาศัย เช่น บ้าน - การตกงาน - นโยบายการฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพระดับชาติ - การจัดที่อยู่อาศัยแก่ผู้ที่ไร้ที่พึ่ง เช่น บ้านกึ่งวิถี

ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นฟูสมรรถภาพ⁽²⁵⁾

1. ผู้เจ็บป่วยทางจิต โดยเฉพาะผู้ป่วยทางจิตเรื้อรัง (people with chronic mental illness) ที่มีเกณฑ์สำคัญ 3 ประการ ประการแรก การวินิจฉัยโรค เช่น โรคจิตเภท โรคไบโพลาร์ ภาวะออทิสติก ฯลฯ ประการที่สอง ระยะเวลาของโรค ซึ่งการกำหนดระยะเวลาแตกต่างกันในแต่ละสถาบันหรือประเทศ เช่น ระยะเวลาการดำเนินโรคมากกว่าหรือเท่ากับ 2 ปี หรือ The National Institute of Mental Health (NIMH) ที่ Liberman อ้างถึงคือ ผู้ป่วยที่รักษาอยู่ในโรงพยาบาลนาน 6 เดือน 1 ครั้งในรอบ 5 ปี หรือเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาลมากกว่าหรือเท่ากับ 2 ครั้งในรอบ 1 ปี เป็นต้น ประการสุดท้าย คือ ข้อจำกัดหรือการขาดความสามารถในบทบาท (disability) พื้นฐานชีวิตประจำวันอย่างน้อย 3 ใน 6 ด้าน ประกอบด้วย

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

นอกจากนั้น ผู้ที่ใช้สุราเรื้อรัง ผู้ใช้ยาบ้าหรือผู้ที่มีปัญหาบุคลิกภาพเป็นบุคคลที่ต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพเช่นเดียวกัน

2. ญาติและครอบครัว เมื่อแพทย์จำหน่ายผู้เจ็บป่วยทางจิตกลับบ้านด้วยเหตุผลอาการทางจิตสงบดีขึ้นพบว่าร้อยละ 30 ของผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องเข้าทำการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายในระยะเวลา 1 ปี ซึ่งสาเหตุส่วนหนึ่งเนื่องจากทัศนคติและความคาดหวังของญาติ โดยเฉพาะความรู้สึกในแง่ลบที่ต้องดูแลผู้เจ็บป่วยทางจิตระยะยาว และขาดทักษะการใช้ชีวิตร่วมกัน หรือบางครั้งครอบครัวเกิดความอับอายที่จะบอกใครๆ ว่าบุคคลในครอบครัวของตนเป็นโรคจิต ดังนั้นการจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ญาติ และครอบครัวเกิดพลังใจ มีความรู้ความเข้าใจรวมถึงทักษะในการอยู่ร่วมกับผู้เจ็บป่วยทางจิต ตลอดจนการจัดการช่วยเหลือในด้านต่างๆ เช่น การจัดหางานให้ครอบครัว การมีทีมจิตเวชช่วยเหลือถึงบ้านเมื่อเกิดภาวะวิกฤต เป็นต้น จะช่วยให้ผู้ป่วย ญาติ และครอบครัวใช้ชีวิตที่มีคุณภาพร่วมกัน

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

จุดมุ่งหมายของการฟื้นฟูสมรรถภาพ⁽²⁵⁾

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

ปรัชญาของการฟื้นฟูสมรรถภาพ⁽²⁵⁾

ผู้พิการทางจิตแต่ละคนจำเป็นต้องได้รับการฝึกทักษะ และการช่วยเหลือเพื่อให้ปฏิบัติหน้าที่ในการดำรงชีวิตอยู่ (living) การเรียนรู้ (learning) และการทำงาน (Working environment)

วัตถุประสงค์ของการฟื้นฟูสมรรถภาพ⁽²⁵⁾

1. ลดอาการทางจิต (reducing symptomatology) เช่น การใช้ยา (medication)
2. ลดภาวะที่เกิดจากแพทย์ (reducing iatrogeny) เช่น การลดอาการข้างเคียงจากยาที่แพทย์สั่งใช้ เป็นต้น
3. เพิ่มความสามารถทางสังคมแก่ผู้พิการทางจิต (improving social competence) เนื่องจากการที่ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาก็จะทำให้รู้สึกว่าการตนเองกำลังป่วย จึงเข้าสังคมน้อยลงและในที่สุดเมื่อเขาป่วยนาน ๆ ความสามารถทางสังคมของเขาก็จะด้อยลง
4. ลดการแบ่งแยก และตราบาปโดยชุมชนหรือครอบครัว (reducing discrimination and stigma)
5. สนับสนุนครอบครัว (family support) ในการดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วย เนื่องจากครอบครัวมักจะอายที่จะบอกใคร ๆ ว่ามีบุคคลในครอบครัวของตนเป็นโรคจิต และมองว่าผู้ป่วยโรคจิตที่เสีย ไม่ทำงานและมักจะตำหนิผู้ป่วยอย่างเดียว สำหรับในประเทศอินเดียถ้าครอบครัวใดมีลูกสาวที่เป็นโรคจิตก็มักจะไม่มีใครกล้ามาสู่ขอเขาก็มักจะถูกรังแกตำหนิ
6. กระตุ้น/สนับสนุนให้สังคมมีส่วนร่วมในการดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วย
7. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวของผู้พิการทางจิต ได้รับสิทธิที่พึงจะได้รับเท่าเทียมกับผู้อื่น เช่น กลุ่มครอบครัวของผู้ป่วยที่พิการทางจิตในอินเดียมีการรวมกลุ่มเพื่อเรียกร้องให้รัฐบาลตั้งซื้อยารักษาโรคจิตตัวใหม่ ซึ่งทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์น้อยเข้ามารักษาผู้ป่วยแทนยาตัวเดิม ที่ทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์มาก

หลักการของการฟื้นฟูสมรรถภาพ⁽²⁵⁾

1. ผู้ป่วยจะต้องเต็มใจเข้าร่วมในทุกระยะของกระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพ
2. มีการเรียนรู้ทักษะใหม่ๆ จากสถานการณ์เฉพาะ
3. ผู้ป่วยแต่ละรายจะได้รับการฝึกที่มีจุดมุ่งหมายที่มุ่งเน้นต่างกัน (individualized skill goals)

ดังนั้น โปรแกรมที่ใช้ฝึกจะเป็นเฉพาะบุคคล

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

ความหวังให้สูง เพื่อให้เรามีความพยายามที่จะพัฒนาผู้ป่วยให้ไปถึงจุดหมายที่เราต้องการ

กระบวนการของการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช⁽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 เช่น ขาดทักษะทางสังคม และความบกพร่องด้านอาชีพ (Current Psychopathology Disability ,Vocational)
- ปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อมในปัจจุบันที่อาจเป็นปัจจัยสนับสนุน หรือปัจจัยขัดขวาง ต่อ

กระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช

- แหล่งทรัพยากร (Resource) ที่เอื้อต่อผู้ป่วยและครอบครัวในกระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช
- การประเมินบทบาทครอบครัว
- การพิจารณาความต้องการ (need) ของผู้ป่วยและครอบครัว

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

1. ทักษะการใช้ชีวิตตามบทบาทที่ควรกระทำ มี 10 ประเด็น เช่น การดูแลสุขภาพอนามัยตนเอง การเตรียมอาหาร การทำงาน ความรับผิดชอบ ฯลฯ
2. คุณภาพชีวิต มี 11 ประเด็น เช่น ความปลอดภัย การเงิน การคบเพื่อน การรักษา การขอความช่วยเหลือ เป็นต้น
3. อาการผู้ป่วย มี 5 ประเด็น คือ อาการหลงผิด และความคิดผิดปกติ ประสาทหลอน วิตกกังวล ซึมเศร้า และพฤติกรรม mania
4. ผลข้างเคียงจากยา มี 20 ประเด็น เช่น คอแห้ง กระวนกระวาย เป็นต้น
5. ความร่วมมือในการรับประทานยา
6. พฤติกรรมที่ชุมชนไม่ยอมรับ มี 10 ประเด็น เช่น การดื่มสุรา การทำลายทรัพย์สินการพูดก้าวร้าวหรือข่มขู่ เป็นต้น

CASIG นำมาประยุกต์และใช้ได้ดีในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยในการบริการแบบ Case management หรือการบริการผู้ป่วยนอกหรือในเป็นรายบุคคล

2. การวางแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพ ต้องกำหนดเป้าหมายทั้งระยะสั้นและระยะยาวโดยขึ้นกับปัญหาต่างๆ ที่พบ การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา และการกำหนดวิธีบำบัดในแต่และปัญหา ซึ่งกลุ่มเป้าหมายที่รับบริการ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มแรกเป็นการบำบัดที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เช่น การบำบัดด้วยยา การฝึกทักษะทางสังคม การฝึกอาชีพ ดนตรีบำบัดนันทนาการบำบัด การวางแผนจำหน่าย ฯลฯ กลุ่มที่สองยึด ญาติ/ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง เช่น การจัดหาอาชีพให้ญาติ วิธีการผ่อนคลายความเครียด กลุ่มช่วยเหลือซึ่งกันและกันของญาติ เช่น ชมรมกัลยาณมิตรผู้ป่วยจิตเวชโรงพยาบาลศรีรัษฎา กลุ่มตระวันใหม่โรงพยาบาลสมเด็จพระยา

ประเภทของการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช⁽²⁵⁾

กรมสุขภาพจิต (2544) ได้กล่าวถึงประเภทของการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช 5 ประเภท ได้แก่ การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ การฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการศึกษา การฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพ และการฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน

การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์⁽²⁵⁾

หมายถึงการบำบัดตามหลักการแพทย์สำหรับผู้เจ็บป่วยทางจิต กระตุ้นผู้ป่วยออกจากโลกส่วนตัวหรือป้องกันความบกพร่อง/พิการทางจิตที่จะเกิดขึ้น รวมถึงภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการรักษา ตัวอย่างกิจกรรม เช่น อาชีพบำบัด กายภาพบำบัด ดนตรีบำบัด อรรถบำบัด ฯลฯ

การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์เริ่มต้นจากการค้นหาผู้ป่วยทางจิตมารับการรักษาส่วนใหญ่ญาติเป็นผู้พาผู้ป่วยมาพบแพทย์ ปี พ.ศ. 2537 กรมสุขภาพจิตได้ดำเนินงานโครงการค้นหาผู้ป่วยโรคจิต ลมชัก และปัญญาอ่อน เพื่อการดูแลรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน โดยมุ่งเน้นให้อาสาสมัครสาธารณสุขมูลฐาน (อสม.) ค้นหาผู้ป่วยโดยใช้แบบสำรวจผู้ป่วยสุขภาพจิตแล้วส่งต่อไปสถานีนามัย ซึ่งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะให้ความช่วยเหลือตามอาการโรคของผู้ป่วยและความสามารถที่มี เช่น การให้คำปรึกษา การให้คำแนะนำแก่ญาติ การแนะนำเทคนิคคลายเครียด ฯลฯ ถ้านอกเหนือความสามารถของสถานีนามัยให้ส่งผู้ป่วยไปที่โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ ตามลำดับเพื่อให้แพทย์วินิจฉัย และรักษาผู้ป่วยตั้งแต่วินิจฉัยหรือกรณีอาการกำเริบมาก ส่วนกรณีผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง และจำเป็นต้องรับไว้ในโรงพยาบาล สามารถส่งต่อไปยังโรงพยาบาลจิตเวชในพื้นที่ เพื่อรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยเตรียมพร้อมผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน รวมทั้งมีการส่งกลับโรงพยาบาลตามระบบการส่งต่อเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลใกล้บ้านที่สอดคล้องกับนโยบายโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และลดโอกาสการขาดยาที่มีผลทำให้เกิดการกำเริบซ้ำของโรค ปัจจุบันโครงการค้นหา 3 โรคดังกล่าวเป็นงานบริการที่ผสมผสานอยู่ในงานประจำ และระบบรายงานของหน่วยบริการสาธารณสุข

ประเด็นสำคัญนอกจากระบบเครือข่ายการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ คือ กิจกรรมหรือบำบัดที่ควรมีในหน่วยบริการสุขภาพแต่ละระดับ โดยแบ่งเป็น 3 ระดับดังนี้

1. **หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ** ได้แก่ ศูนย์สุขภาพชุมชน ที่สามารถคัดกรองบริการวินิจฉัย ตรวจรักษาผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช ตามแนวทางเวชปฏิบัติด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 8 โรค การติดตามดูแลผู้ป่วยที่บ้าน การจัดทีมฉุกเฉินดูแลผู้ป่วยที่บ้านกรณีมีอาการฉุกเฉินทางจิตเวช อีกทั้งการให้คำแนะนำบิดามารดาหรือครอบครัวในการกระตุ้น และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วย เช่น การฝึกทักษะการดูแลตัวเอง องค์การอนามัยโลกได้กำหนดแนวทาง และจัดทำคู่มือฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ แบ่ง 5 ด้าน ได้แก่บุคคล บทบาทในครอบครัว สังคม อาชีพ และด้านอารมณ์ เพื่อความสะดวกและง่ายในการปฏิบัติสำหรับผู้ให้บริการในระดับปฐมภูมิ

2. **หน่วยบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิ** ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไปโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลเอกชน ส่วนใหญ่การบริการจิตเวชมีลักษณะแบบผู้ป่วยนอกที่มีความยุ่งยาก และซับซ้อนมากกว่าระดับปฐมภูมิ นอกจากนั้น โรงพยาบาลศูนย์ เช่น โรงพยาบาลยะลา โรงพยาบาลราชบุรี โรงพยาบาลชลบุรี มีเตียงเฉพาะสำหรับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการระยะเฉียบพลันไว้ในโรงพยาบาล ดังนั้นการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ในระดับทุติยภูมิที่ควรให้บริการเพิ่มเติมจากระดับปฐมภูมิได้แก่ การบริการจิตบำบัดระยะสั้น / ระยะยาว พฤติกรรมบำบัด ครอบครัวบำบัด อาชีพบำบัด (สำหรับ

โรงพยาบาลที่มีนักอาชีวบำบัด) กลุ่มกิจกรรมบำบัดซึ่งผู้ให้บริการในระดับตติยภูมิต้องผ่านการฝึกอบรม เพื่อให้มีความรู้ความชำนาญในการบำบัดนั้นๆ

3. หน่วยบริการสุขภาพระดับตติยภูมิ ได้แก่ โรงพยาบาลจิตเวช โรงพยาบาลทรวงมหาวิทยาลัย ลักษณะการให้บริการเริ่มจากการบริการผู้ป่วยนอกจิตเวชทั่วไป การบริการคลินิกจิตเวชเฉพาะทาง เช่น คลินิกลิเทียม คลินิก Resistant Schizophrenia คลินิกโรคซึมเศร้า คลินิกยาเสพติด คลินิกอภิสิทธิ์ ฯลฯ การบริการผู้ป่วยในระยะเฉียบพลันและระยะยาว การบริการผู้ป่วยโรงพยาบาลกลางวัน การบริการในชุมชน ได้แก่ การดูแลผู้ป่วยที่บ้านโดยพยาบาลจิตเวช การบริการอาชีวบำบัดในชุมชน การจัดทีมช่วยเหลือภาวะวิกฤต การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ในระดับตติยภูมิที่ควรมีเพิ่มเติมจากระดับปฐมภูมิ และทุติยภูมิ ได้แก่ การบำบัดที่ครอบคลุมทุกมิติสำหรับผู้เจ็บป่วยทางจิต โดยอาศัยบุคคลที่มีความชำนาญเฉพาะทาง เช่น ดนตรีบำบัด อรรถบำบัด กลุ่มจิตบำบัด เป็นต้น จะเห็นได้ว่าหน่วยบริการสุขภาพระดับตติยภูมิโดยเฉพาะโรงพยาบาลศูนย์ที่มีจิตแพทย์/แพทย์ที่รับผิดชอบงานจิตเวชโดยตรงร่วมกับทีมจิตเวชจะมีบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ใกล้เคียงกับหน่วยบริการสุขภาพระดับตติยภูมิ

การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการศึกษา ⁽²⁵⁾

หมายถึง การจัดการศึกษาตามความต้องการของผู้ป่วย หรือการบริการศึกษาซ่อมเสริมในปัญหาการเรียนรู้ที่เกี่ยวข้องกับการพูด การเขียน การอ่าน ตามหลักสูตรการศึกษาที่ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าเรียนได้ 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 มีการศึกษาเรื่องการจัดการศึกษาสำหรับเด็กที่มีความบกพร่องหรือพิการในโรงเรียนทั่วไประดับประถมศึกษา พบว่าครูในโรงเรียนประถมศึกษามีทัศนคติแง่ลบต่อการดูแลเด็กที่มีความบกพร่อง หรือพิการร่วมกับเด็กปกติ แนวทางแก้ไข คือ ควรมีการอบรมความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติแก่ครูที่เกี่ยวข้องในโรงเรียนทั่วไปเพื่อสามารถกระตุ้น และสอนให้บุคคลเหล่านี้ได้อย่างถูกต้องวิธี และเหมาะสม ส่วนการมีโรงเรียนเฉพาะทางอาจมีข้อควรระวังคือบุคคลเหล่านี้จะอยู่แต่ในสังคมของกลุ่มที่มีความบกพร่อง ทำให้ไม่เห็นบุคคลปกติในชั้นเรียนเดียวกันที่เป็นแบบอย่างในการเรียนรู้และพัฒนาตนเอง ส่วนข้อดีคือครูทุกคนมีความเข้าใจและเจตคติดีในการสอนกลุ่มนี้

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 การจัดการเรื่องที่อยู่อาศัยสำหรับผู้เจ็บป่วยทางจิตไร้ที่พึ่งมีจำนวนน้อย ไม่ครอบคลุมทั่วประเทศ เมื่อเปรียบเทียบกับระบบการฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคมเรื่องที่อยู่อาศัยในฮ่องกง ส่วนบ้านกึ่งวิถีในประเทศไทย ได้แก่ บ้านกึ่งวิถีชายและหญิง จังหวัดปทุมธานี ในความดูแลของกรมประชาสงเคราะห์

2. การฝึกทักษะทางสังคม เช่น การดูแลตนเอง การใช้และคิดเงิน การสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น ได้แก่ การทักทาย การสนทนา ทักษะการปฏิเสธ โดยเฉพาะการปฏิเสธสารเสพติด เช่น สุรา ยาบ้า ที่เป็นปัจจัยกระตุ้นในอาการทางจิตกำเริบ หลักสำคัญในการฝึกทักษะต้องตระหนักว่าทักษะเหล่านั้น ผู้เจ็บป่วยทางจิตสามารถนำไปใช้ในสภาพแวดล้อมที่อาศัยอยู่ แบ่งเป็น 2 ขั้นตอน ขั้นตอนแรกดำเนินการในหน่วยบริการสุขภาพ ได้แก่ คลินิกผู้ป่วยนอก หอผู้ป่วยใน ที่เริ่มต้นด้วยการแนะนำ และประเมินแรงจูงใจในทักษะที่ต้องฝึกฝน จากนั้นศึกษาด้วยวิธีทัศนียภาพและสื่อต่างๆ การฝึกบทบาทสมมติการใช้ทักษะ การจัดการปัญหาเพื่อส่งผลสำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนดขั้นตอนสุดท้ายดำเนินการในสภาพแวดล้อมตามความเป็นจริง โดยการปฏิบัติทักษะต่างๆ ที่มีผู้ฝึกเป็นพี่เลี้ยงร่วมกับให้การบ้านฝึกปฏิบัติด้วยตนเอง นอกจากนี้เพื่อคงสภาพทักษะต่างๆ ไว้จะมีโปรแกรมกระตุ้นหรือส่งเสริมเป็นระยะๆ อีกทั้งควรมีหน่วยงานติดตาม และให้คำปรึกษาเพื่อให้ความช่วยเหลือและสังเกตอาการเตือนที่อาจกำเริบซ้ำ หน่วยงานที่รับผิดชอบติดตาม นอกจากเครือข่ายสถานบริการสุขภาพภาครัฐ ได้แก่ กรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงแรงงาน และสวัสดิการสังคม หน่วยงานภาคเอกชน ได้แก่ มูลนิธิต่างๆ ชมรมญาติผู้ป่วยในพื้นที่

3. ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพชุมชน (Community Rehabilitation Center) เป็นกาให้บริการในชุมชน การบริหารจัดการมีพื้นที่ใช้สอยไม่มากเหมือนโรงพยาบาล ห้องขนาด 50 - 100 ตารางเมตร อยู่ในชุมชนที่เดินทางไปมาสะดวกแต่ห่างจากโรงพยาบาลจิตเวชที่ตั้ง หัวหน้าศูนย์มีความชำนาญเกี่ยวกับกิจกรรมหรือกลุ่มบำบัด ได้แก่ นักกิจกรรมบำบัด นักอาชีพบำบัด ร่วมกับเจ้าหน้าที่/ผู้ช่วยประมาณ 2 - 4 คน ซึ่งกิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพมีทั้งการฝึกทักษะทางสังคม และอาชีพ จุดดี คือ ดำเนินการฟื้นฟูสมรรถภาพเชิงรุกในวิถีชีวิตจริงของผู้เจ็บป่วยทางจิต โอกาสรับบริการต่อเนื่องสูงกว่าเนื่องจากการเดินทางสะดวก ใกล้บ้าน จุดอ่อนคือ การจัดสรรอัตรากำลังบุคลากรปฏิบัติงาน และแหล่งเงินสนับสนุน บางแห่งมีการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพรวมอยู่ในศูนย์สุขภาพชุมชน โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชนที่มีความใกล้เคียง และมีการพัฒนาต่อเนื่องอีกรูปแบบหนึ่ง คือ คลับเฮ้าส์โมเดล (Clubhouse model) ที่มีการจัดทำมาตรฐานการบริการและทบทวนทุก 2 ปี จากการศึกษาของ Macias และ คณะเปรียบเทียบ

71 คลับเข้าสโมเดลที่ผ่านการยอมรับกับ 48 คลับเข้าสโมเดลที่ไม่ผ่านการยอมรับตามมาตรฐาน พบว่าโครงสร้างการบริหารจัดการไม่แตกต่างกัน แต่กลุ่มแรกให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพที่ครอบคลุมมากกว่า และทำให้สมาชิกได้รับการทำงานสูงกว่ากลุ่มหลัง

การฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพ ⁽²⁵⁾

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

การฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพต้องมีความต่อเนื่องตั้งแต่การประเมิน และวางแผนการฟื้นฟูแต่ระยะละระยะ ผู้ป่วยทางจิตบางคนมีความก้าวหน้าอาจข้ามขั้นตอนในบางระยะได้ ส่วนการประสบความสำเร็จด้านอาชีพมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับโอกาสทางอาชีพ และการสนับสนุนจากองค์กรที่เกี่ยวข้อง การฝึกทักษะการทำงานและทักษะทางอาชีพส่งผลให้ผู้เจ็บป่วยทางจิตมีความมั่นใจและงานมีคุณภาพเพิ่มขึ้น ซึ่งการดำเนินงานจะอยู่ในโรงพยาบาลจิตเวชเป็นส่วนใหญ่

การทำงานในโรงงานอารัักษ์ (Shelter workshop) ได้แก่ งานเกษตรกรรม งานประกอบเฟอร์นิเจอร์ งานประกอบพวงกุญแจ งานถ่ายเอกสาร เป็นต้น หลักสำคัญคือ การฝึกความชำนาญแต่ละขั้นตอนของอาชีพนั้น ๆ โดยมีเจ้าหน้าที่คอยดูแลสำหรับชนิดของงานขึ้นกับความสนใจ ความถนัด

สำหรับการจ้างงานแบบสนับสนุน (Supportive employment) มีเป้าหมายที่สำคัญคือการฝึกอาชีพจนเกิดความชำนาญ สามารถทำงานเหมือนคนทั่วไป จำนวนการทำงาน 7 - 8 ชั่วโมง/วัน และมีรายได้ใกล้เคียงกับการจ้างแรงงานทั่ว ๆ ไป อีกทั้งการทำงานจะมีผู้ฝึก ทางอาชีพ (job coach) เป็นพี่เลี้ยงให้คำแนะนำการปฏิบัติงาน การจัดการแก้ไขปัญหา ให้กำลังใจ เป็นต้น เมื่อประสบความสำเร็จจากการจ้างงานแบบสนับสนุน บางหน่วยงานจะให้ใบประกาศนียบัตรเพื่อให้บุคคลเหล่านี้ไปสมัครและเข้าแข่งขันทำงานในการจ้างงานแบบเปิด (Opened employment) อีกประเด็นหนึ่งที่สำคัญ คือ การติดตาม และแจ้งสถานที่ทำให้ความช่วยเหลือแก่พวกเขาทราบเพื่อใช้ติดต่อกรณีเกิดปัญหาในการทำงานหรือการปรับตัวซึ่งส่งผลให้พวกเขาสามารถปรับตัว และใช้ชีวิตอยู่ในสังคมตราบนานเท่านาน

การฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน (Community Rehabilitation) ⁽²⁵⁾

เป็นการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยอาศัยหลักการของชุมชนในการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข เช่นเดียวกับกับบุคคลทั่วไปในชุมชน กิจกรรมที่สำคัญคือ

1. การฝึกทักษะการใช้ชีวิตในชุมชน (Training in Community Living) คือการสอนและการฝึกฝนให้ผู้ป่วยในเรื่องของการเคลื่อนไหว การเดินทางในชุมชนด้วยยานพาหนะต่างๆ (Use of transport)

ตลอดจนความปลอดภัยบนถนน นอกจากนี้ยังรวมถึงการช่วยให้ผู้ป่วยรู้จักและเข้าใจท้องถิ่นที่เขาจะต้องเข้าไปพักอาศัยอยู่ตลอดจนการช่วยให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการใช้ทรัพยากรในชุมชน อันได้แก่ ห้องสมุด วัด และสถานบริการสาธารณสุข เป็นต้น

2. การจัดการเรื่องถิ่นที่อยู่หรือบ้านพักสำหรับผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน (Residential of Housing) นั่นคือการจัดให้มีสถานบริการเพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้าไปรับการฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชนและสามารถดำรงชีวิตในชุมชนได้ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีปัญหาไม่สามารถกลับเข้าไปใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับครอบครัว (Homelessness) ซึ่งสถานบริการนี้อาจเป็นสถานสงเคราะห์ที่มีอยู่เดิมแล้วประสานงานเพื่อคัดเลือกผู้ป่วยจิตเวชที่หายแล้วเข้าไปพักอาศัย หรือลักษณะจัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชขึ้นในชุมชน หรืออาจในลักษณะของครอบครัวอาสา หรือครอบครัวบุญธรรมที่เต็มใจรับผู้ป่วยเข้าไปไว้ในความดูแล

3. การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน (Home care) แนวคิดนี้มุ่งให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาดูแลบำบัดเบื้องต้นครอบครัวที่บ้าน โดยทีมผู้รักษาจะติดตามเยี่ยมเป็นระยะๆ เพื่อติดตามความก้าวหน้าในการดูแลผู้ป่วยและให้คำแนะนำในการจัดการรักษาดูแลผู้ป่วยด้วยตนเองของครอบครัว

4. การผสมผสานการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชในชุมชนเข้ากับการสาธารณสุข (integration of psychiatric community rehabilitation with public health) กิจกรรมนี้ที่ทีมผู้รักษาทีมสุขภาพจิตหรือทีมฟื้นฟูสมรรถภาพ ต้องประสานงานกับหน่วยงานสาธารณสุขในชุมชนให้ร่วมมือในการการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะติดตามเยี่ยมผู้ป่วยเพื่อประเมินความก้าวหน้าเป็นระยะ และช่วยเหลือผู้ป่วยในการใช้ชีวิตในชุมชนตลอดจนประสานงานหรือเตรียมชุมชนให้ยอมรับผู้ป่วย ทั้งนี้จะต้องมีการปรึกษาหารือกับทีมสุขภาพจิตหรือทีมฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง

การทำกิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช ได้แก่

1. การทำกิจกรรม (Activity) ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกภาคภูมิใจในตัวเอง และรู้คุณค่าในการทำกิจกรรมที่มีความหมายต่อเขา

ตัวอย่างกิจกรรม

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

2. การทำงาน (Work) การทำให้ผู้ป่วยสามารถพัฒนาอุปนิสัยในการทำงาน สามารถทำงานร่วมกับผู้อื่น และสามารถทนต่อความกดดันจากการทำงานได้

ลักษณะของกิจกรรมในโรงงานอาชีพ

- การรับงานจากโรงงานภายนอกมาทำ เช่น การประกอบชิ้นส่วน เข้าด้วยกัน การบรรจุหีบห่อ การผลิตส่วนประกอบง่าย ๆ เป็นต้น

- การทำผลิตภัณฑ์ โดยการทำให้เป็น Job Line

3. การประกอบอาชีพ (Employment) คือ การออกหางานทำหรือทำงานเลี้ยงชีพตามศักยภาพที่ยังคงมีอยู่ จะเป็นทั้งแบบการประกอบอาชีพในตลอดแรงงาน หรือการประกอบอาชีพโดยมีการช่วยเหลือสนับสนุน (Supported employment) ในงานอิสระ ทำเป็นคณะโดยเคลื่อนที่ไปหรือธุรกิจที่ให้ฝึกหัดได้

การประกอบอาชีพ (Employment) มี 2 แบบ คือ

- การเข้าไปทำงานในโรงงาน โดยหางานทำในตลาดแรงงาน
- การประกอบอาชีพโดยมีการช่วยเหลืออยู่ (Supported employment) อาจทำเป็นรายบุคคลหรือรายกลุ่ม

สถานที่ให้บริการ	คำนึงถึง	กิจกรรมให้บริการ
ในโรงพยาบาล		
ตีผู้ป่วยใน แกร็บ	อาการ/ความสามารถ	- เพื่อให้อยู่กับอาการได้ - ฝึกทักษะการดูแลตนเอง
ตีฟื้นฟู	ความสามารถ/การทำงาน	- ฝึกทักษะทางสังคม - ฝึกทักษะการทำงาน - ฝึกทักษะงานบ้าน
ก่อนจำหน่าย	บทบาท/สิ่งแวดล้อม	- ฝึกทักษะการดำรงชีวิตในชุมชน - ฝึกทักษะการประกอบอาชีพ - ฝึกทักษะทางสังคม
ในชุมชน	บทบาท	- Supported employment - individual placement - บ้านกิจวิถิ - ศูนย์ฝึกทักษะในชุมชน - Day Center

แผนภูมิที่ 2.1 ขั้นตอนในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช แสดงได้ดังนี้⁽¹⁷⁾

ในสถานพยาบาล

จุดประสงค์	กิจกรรม
ระยะแรก	
1. ลดอาการ	งานอาชีพบำบัด
2. กระตุ้นผู้ป่วยให้สนใจสภาพแวดล้อมที่ใกล้ตัว	งานศิลปบำบัด
3. กระตุ้นผู้ป่วยให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนอง	
ระยะที่สอง	
4. ฝึกการทำงานร่วมกับผู้อื่น	งานเตรียมบำบัด
5. เรียนรู้การปฏิบัติตัวกับผู้อื่น	งานดนตรีบำบัด งานนันทนาการบำบัด กิจกรรมกลุ่ม

ในศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพหรือ โรงพยาบาลกลางวัน

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

ในชุมชน

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

การประเมินสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช ⁽²⁶⁾

การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชจะไม่บรรลุผลสำเร็จถ้าไม่มีการประเมินความสามารถเกี่ยวกับทักษะจำเป็นพื้นฐานในการดำรงชีวิตประจำวันของผู้ป่วยแต่ละราย ก่อนและหลังการให้การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช เพื่อติดตามผลของการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช และการปรับวิธีการในการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชให้เหมาะสมและมีประสิทธิภาพสูงสุดแก่ผู้ป่วยจิตเวชแต่ละรายโดยสามารถให้การฟื้นฟูสมรรถภาพตรงตามทักษะที่บกพร่อง ดังนั้น จึงถือได้ว่าการประเมินสมรรถภาพทางจิตเวชเป็นกระบวนการที่จำเป็นและสำคัญเป็นอย่างยิ่ง

ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคม โรงพยาบาลศรีธัญญาได้ใช้เครื่องมือเพื่อประเมินระดับความสามารถเกี่ยวกับทักษะจำเป็นพื้นฐานในการดำรงชีวิตประจำวันของผู้ป่วยแต่ละรายโดยใช้ประเมินความสามารถทั้งก่อนและหลังการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช โดยกำหนดเกณฑ์แบ่งระดับผู้ป่วยจิตเวช ดังนี้

ค่าเฉลี่ย ระหว่าง	0 - 0.50	หมายถึง	ระดับที่ 1
ค่าเฉลี่ย ระหว่าง	0.51 - 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	ผู้ที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ หรือรบกวนความสงบของผู้อื่น
ระดับที่ 2 หมายถึง	ผู้ที่อยู่ตามลำพังไม่ยุ่งเกี่ยวกับใครและช่วยเหลือตนเองไม่ได้
ระดับที่ 3 หมายถึง	ผู้ที่ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง และอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้บ้าง
ระดับที่ 4 หมายถึง	ผู้ที่ไม่ต้องพึ่งผู้อื่น และประกอบอาชีพเลี้ยงดูตนเองได้บ้าง
ระดับที่ 5 หมายถึง	ผู้ที่เลี้ยงดูตนเองได้และช่วยเหลือผู้อื่นได้บ้าง

เกณฑ์การให้คะแนนในกิจกรรมแต่ละทักษะ มีดังนี้

1. ทักษะการดำเนินชีวิตประจำวัน
2. ทักษะการอยู่ร่วมกันภายในบ้าน
3. ทักษะทางสังคม
4. ทักษะการทำงาน
5. ทักษะการพักผ่อน
6. ทักษะการใช้ชีวิตในชุมชน

แนวทางในการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช

แนวทางในการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช มี 5 ประการ คือ

1. เสริมสร้างทักษะให้เป็นปกติมากที่สุด (Reestablish The Patient's Premobid Skills) เป้าหมายสูงสุดของการฟื้นฟูสมรรถภาพ คือการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยกลับคืนสู่สภาพปกติหรือสภาพที่สมบูรณ์มากที่สุดเท่าที่จะทำได้
2. สอนทักษะใหม่ๆ ให้กับผู้ป่วยเพื่อชดเชยให้สามารถประสบความสำเร็จตามเป้าหมายเดิมที่ตั้งไว้ (Teaching The Patient's New Skills for Achieving Previous Skills)
3. สร้างเป้าหมายใหม่เพื่อการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถประสบความสำเร็จได้ (Setting New Goal and Facilitating Their Achievement)
4. ช่วยเหลือให้ผู้ผู้ป่วยปรับตัวได้ดีขึ้น (Facilitating The Patient's Adjustment) เนื่องจากผู้ป่วยทางจิตมีความสามารถต่างๆ ลดลง มีการเปลี่ยนแปลงบทบาทที่ต้องยอมรับความช่วยเหลือจากผู้อื่น
5. ช่วยเหลือการปรับตัวให้แก่บุคคลในครอบครัวของผู้ป่วย (Facilitating The Family's Adjustment) เนื่องจากเมื่อสมาชิกในครอบครัวคนใดคนหนึ่งเจ็บป่วยทางจิต ย่อมมีผลกระทบต่อสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัวด้วย

ขั้นตอนในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช

การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช ดำเนินการเป็นขั้นตอนดังนี้

1. ในระยะที่ผู้ป่วยยังมีอาการทางจิต แต่ไม่เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่นและยังอยู่ในสถานพยาบาล ซึ่งในระยะนี้ผู้ป่วยจะถูกประเมินสภาพจิตใจ อารมณ์ และระดับความสามารถในการทำงานเบื้องต้น (Work skills) การฟื้นฟูสมรรถภาพระยะแรกนี้ จะมีวัตถุประสงค์เพื่อลดอาการทางจิตกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยมีปฏิกิริยาตอบสนอง สนใจและรับรู้ต่อสิ่งแวดล้อม กิจกรรมที่จัดให้มักเป็นกิจกรรมรายบุคคลที่ใช้ความสามารถง่าย ๆ และทำสำเร็จในระยะเวลาอันสั้น
2. เมื่อผู้ป่วยเริ่มมีพฤติกรรมสนใจสิ่งแวดล้อม มีปฏิกิริยาตอบสนองที่เหมาะสม และสามารถเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มกับผู้อื่นได้ กิจกรรมกลุ่มมีจุดประสงค์ในการฝึกให้ผู้ผู้ป่วยรู้จักการทำงานกับผู้อื่น เรียนรู้การปฏิบัติตนในกลุ่ม และฝึกการดูแลตนเองในกิจวัตรประจำวัน กิจกรรมในระยะนี้อาจเป็นทักษะการดูแลตนเองในกิจวัตรประจำวัน การฝึกทักษะทางสังคม เป็นต้น
3. ระยะก่อนผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้านซึ่งในระยะนี้ผู้ป่วยอาจถูกส่งไปที่ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพหรือกลับไปทดลองอยู่ที่บ้าน แต่ยังคงมารับบริการในโรงพยาบาลกลางวัน จุดประสงค์ของการฟื้นฟูสมรรถภาพในระยะนี้ จะมุ่งเน้นด้านสัมพันธภาพในสังคม พัฒนาทักษะขั้นพื้นฐานในการทำงาน และทักษะการปฏิบัติตัวทั้งที่บ้านและที่ทำงาน

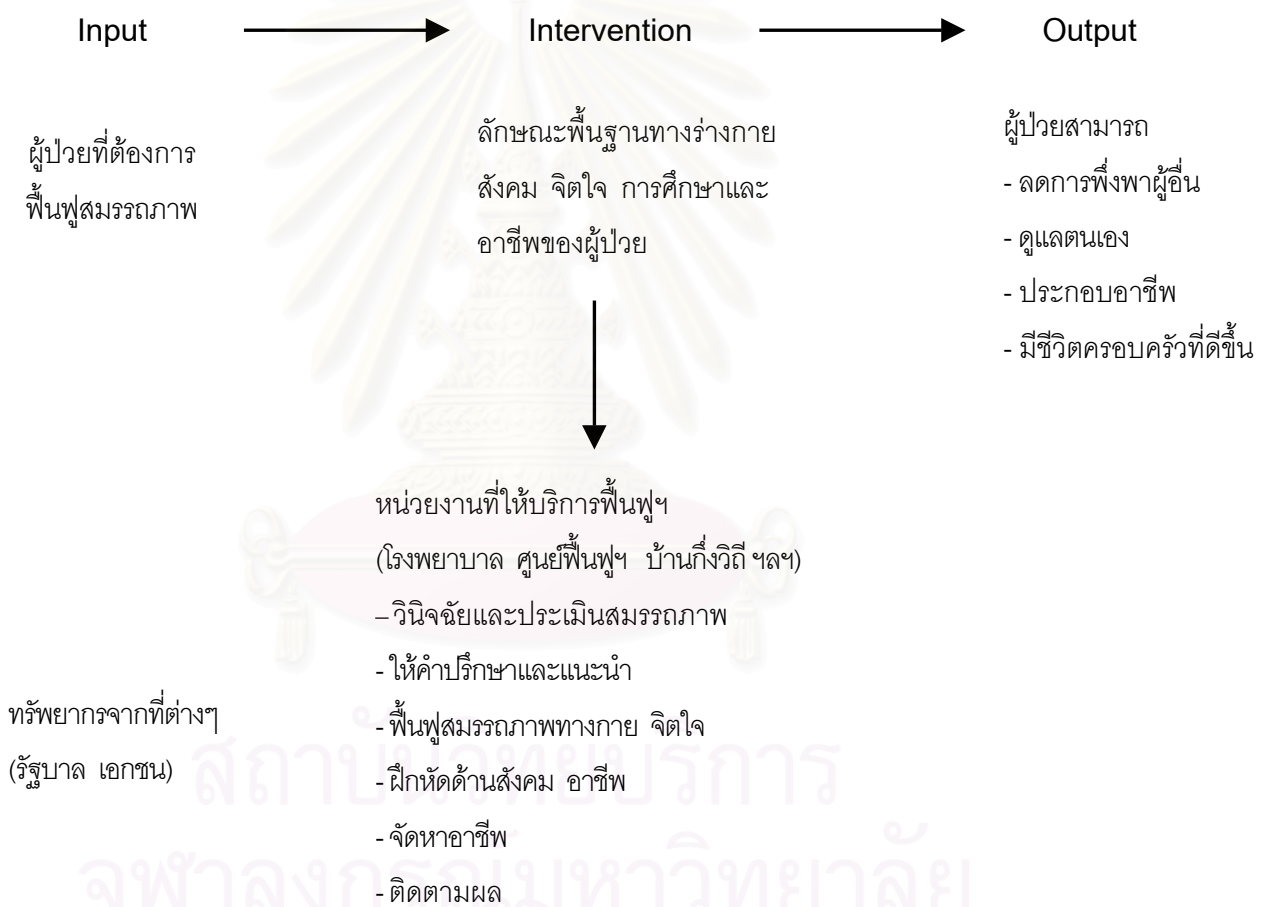
ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถจะกลับไปประกอบอาชีพเดิมได้ บุคลากรในงานฟื้นฟูสมรรถภาพ เช่น นักอาชีวบำบัด หรือที่ปรึกษาการฝึกอาชีพจะประเมินความสามารถของผู้ป่วยอีกครั้ง เพื่อดูว่าผู้ป่วยมี

ความสามารถเหมาะกับอาชีพใด เพื่อดำเนินการฝึกอาชีพนั้น หรือจัดหาแหล่งฝึกอาชีพนั้นๆ กิจกรรมในระยะนี้จะเป็นการให้ผู้ป่วยทดลองทำงาน (Work Therapy)

4. ระยะที่ผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตในชุมชนแล้ว งานฟื้นฟูสมรรถภาพจะมีวัตถุประสงค์ในการจัดงานอาชีพ (Job Placement) ให้ความรู้แก่ญาติและบุคลากรในชุมชนถึงการดูแลผู้ป่วย และการปฏิบัติตัวต่อผู้ป่วย

โดยสรุป การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช จะมีลักษณะดังนี้

แผนภูมิที่ 2.2 ลักษณะการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช



หลักการจัดกิจกรรมเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช

กิจกรรมใดๆ ก็ตามที่จัดให้ผู้ป่วยจิตเวช เพื่อการฟื้นฟูนั้น จะต้องคำนึงถึงการได้รับความเพลิดเพลิน รู้สึกผ่อนคลาย มีความเชื่อมั่นในตนเอง เกิดความรู้สึกภาคภูมิใจ ให้เกิดการเรียนรู้ในการทำงาน การอยู่ร่วมกันในชุมชน การจัดกิจกรรมเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช ยึดหลักการดังต่อไปนี้ (โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ , 2538)

1. ผู้ป่วยมีความพึงพอใจ ซึ่งเป็นการตอบสนองทางด้านอารมณ์ของผู้ป่วย ถ้าหากผู้ป่วยพอใจ การดำเนินกิจกรรมต่างๆ จะเป็นไปได้ด้วยดี ไม่ว่าจะอยู่ในรูปการละเล่น หรือการทำงาน ทำให้สามารถร่วมกลุ่มกับคนอื่นๆ ได้จนเกิดความคุ้นเคยสนิทสนมมีความรู้สึกมีกันคงมากขึ้น
2. การป้องกันการเสื่อมสมรรถภาพ คือจะต้องมุ่งกระตุ้นในส่วนที่ขาดหายไป และส่งเสริมให้มีการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง เช่น ผู้ป่วยบางคนเคยอ่านออกเขียนได้ แต่เมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิต สิ่งเหล่านี้ไม่ได้ทำอย่างต่อเนื่อง แสดงว่าเริ่มขาดส่วนนี้ไป เราจะต้องฝึกให้ผู้ป่วยได้ทดลองอ่าน เขียน โดยการฝึกในการเข้ากลุ่ม เพื่อไม่ให้ความสามารถที่มีอยู่ขาดหายไป
3. การพัฒนา จะต้องมุ่งพัฒนาให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม โดยทีมจิตเวชจะต้องร่วมกันหาแนวทางดำเนินกิจกรรมต่างๆ เพื่อให้เกิดผลสูงสุด
4. การคงสภาพที่เหลืออยู่เอาไว้ บ่อยครั้งเป้าหมายการรักษามุ่งที่จะช่วยเหลือผู้ป่วย เพียงเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยมีสภาพทรุดไปกว่าเดิม หรือให้มีชีวิตอยู่โดยไม่เป็นภาระแก่ผู้อื่นมากเกินไปเท่านั้น เช่น การฝึกรับประทานอาหาร อาบน้ำ แต่งตัว การขับถ่าย ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้มีความสามารถในระดับหนึ่งเท่านั้น ไม่สามารถที่จะเรียนรู้พัฒนาการเปลี่ยนแปลงอะไรได้มากนัก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สุพล รุจิรพัฒน์ (2526)⁽²⁷⁾ ได้ศึกษาถึงความเป็นไปได้ของบริการสุขภาพจิตชุมชนระดับตำบลในจังหวัดนครราชสีมา พบว่ามีการให้บริการอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 45.2) และประเมินผลการดำเนินงานสุขภาพจิตเมื่อสิ้นสุดแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 5 (พ.ศ. 2525-2529) พบว่า ผลการดำเนินงานยังไม่สามารถครอบคลุมประชาชนได้อย่างทั่วถึง เนื่องจากมีปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน อาทิ

1. ปัญหาด้านบุคลากร พบว่า บุคลากรไม่เพียงพอ บุคลากรขาดความรู้ทางด้านสุขภาพจิต มีเจตคติที่ไม่ดีและไม่ตระหนักถึงเรื่องการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพจิต
2. ปัญหาด้านงบประมาณ ขาดการสนับสนุนด้านงบประมาณ
3. ปัญหาด้านการนิเทศงาน ผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตได้รับการนิเทศงานไม่ทั่วถึง ขาดความต่อเนื่อง ผู้นิเทศงานมีจำกัด
4. ปัญหาด้านการประสานงาน การประสานงานไม่เป็นไปตามระบบเท่าที่ควร ทำให้บุคลากรมีความเข้าใจ และมีทัศนคติไม่ถูกต้องต่อการดำเนินงาน

สถิตย์ นิยมญาติ (2528)⁽²⁸⁾ ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง ปัญหาและอุปสรรคของการปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตในโครงการสุขภาพจิตมูลฐาน (ศึกษาเฉพาะกรณีภาคใต้ของประเทศไทย) โดยมีสาธารณสุขอำเภอหรือเจ้าหน้าที่ของสาธารณสุขอำเภอเกือบทุกอำเภอในจังหวัดชุมพร สุราษฎร์ธานี นครศรีธรรมราช สงขลา และภูเก็ต เป็นกลุ่มตัวอย่าง ผลการวิจัยพบว่า มีปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน ดังนี้

1. บุคลากรไม่เพียงพอ รวมทั้งบุคลากรไม่มีความรู้ความเข้าใจงานด้านสุขภาพจิตอย่างแท้จริง ไม่เข้าใจรูปแบบที่แท้จริงของการปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตในโครงการสาธารณสุขมูลฐาน
2. ไม่มีงบประมาณในการดำเนินงาน ทำให้การอบรม การสัมมนาและการเดินทางไปให้บริการแก่ประชาชนในท้องถิ่นห่างไกล เป็นไปโดยไม่สะดวกนัก
3. ไม่มีเครื่องมือหรือเครื่องอำนวยความสะดวกในการปฏิบัติงาน เช่น ยานพาหนะในการเดินทาง ฯ
4. โครงสร้างของระบบงานไม่ค่อยชัดเจน
5. การประสานงานกับหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น การจัดส่งต่อผู้ป่วยไม่ได้รับความสะดวกจากโรงพยาบาลโรคจิต, โรคประสาทเท่าที่ควร
6. ประชาชนไม่ให้ความร่วมมือเท่าที่ควร เนื่องจากประชาชนไม่เข้าใจในเจตนารมณ์และวัตถุประสงค์ของการทำงานของเจ้าหน้าที่ ไม่ค่อยเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิต และไม่คอยเห็นความสำคัญของการปฏิบัติงานด้านการส่งเสริมสุขภาพจิตและการป้องกันการเจ็บป่วยทางจิต

นิตยา ตากวิริยะนันท์ และชนมน สุยะชีวิน (2536)⁽²⁹⁾ ได้ทำการศึกษาเรื่องคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเวชในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยจิตเวชในระยะฟื้นฟูสภาพมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างต่ำ (Mean = 868.35, S.D. = 188.08, possible range = 0-1300) โดยมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 3 ลำดับแรกคือ คุณภาพชีวิตในเรื่อง การรับประทานยาทางจิตเวช การรักษาพยาบาล และการนอนหลับที่เพียงพอเต็มอิ่ม ตามลำดับ และมีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด 3 ลำดับแรก คือ คุณภาพชีวิตในเรื่องอาชีพการงาน ฐานะทางการเงินและการศึกษา ตามลำดับ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ประเมินว่ามีคุณภาพชีวิตในระดับดีพอใช้ขณะอยู่ในโรงพยาบาล แต่จะมีคุณภาพชีวิตในระดับดีมากเมื่อกลับไปอยู่บ้าน เมื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตและปัจจัยบางประการ พบว่าความพร้อมในการดูแลตนเองและเพศเท่านั้นที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.145$ และ $r = .167$, $p < .05$ ตามลำดับ) และสามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตโดยสามารถอธิบายความแปรปรวนของการรับรู้คุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 4.3 และมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 5.009$, $P < .01$) สำหรับปัจจัยอื่นซึ่งได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระยะเวลาศึกษา รายได้ จำนวนครั้งที่ญาติมาเยี่ยม ระยะเวลาเจ็บป่วย และจำนวนครั้งที่เข้าโรงพยาบาลในปีที่ผ่านมา พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต และไม่สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตได้

กนิษฐา ถาวรกิจ (2538)⁽³⁰⁾ ทำการศึกษาเรื่อง “การศึกษาความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในชุมชน : ศึกษาเฉพาะกรณีเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานด้านคนพิการในที่ทำกรประชาสงเคราะห์จังหวัด” ผลการศึกษาพบว่า ความรู้ของเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานคนพิการต่องานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชน ซึ่งประกอบด้วย ความรู้ด้านแนวความคิด ความหมาย หลักการและวิธีการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชน พบว่าเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานมีความรู้ ความเข้าใจในระดับดี ทักษะของเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานด้านคนพิการต่องานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการที่มีชุมชนต่อคนพิการเทคนิคการให้บริการด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ และต่อสถาบันการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พบว่าเจ้าหน้าที่ ส่วนใหญ่มีทัศนคติที่ดีต่อการปฏิบัติงาน ทักษะเจ้าหน้าที่ต่อการปฏิบัติและการเตรียมงานด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชนเจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่มีทักษะต่อความพร้อมในการปฏิบัติงานในระดับดี ส่วนปัญหาและอุปสรรคที่เจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่มีความเห็นว่า ปัญหาด้านงบประมาณ บุคลากร อันเป็นปัญหาทั่วไป และอุปสรรคที่สำคัญ คือ การดำเนินงานไม่ต่อเนื่องของกิจกรรมและทักษะของผู้ปฏิบัติงานไม่เพียงพอในการบอข้อมูลข่าวสารต่างๆ ให้แก่คนพิการ นอกจากนี้ควรมีการกำหนดเป็นมาตรการ แนวการปฏิบัติร่วมกันระหว่างภาครัฐบาลและเอกชน รวมทั้งให้องค์กรชุมชนมีบทบาทในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชน หน่วยงานและกรมประชาสงเคราะห์ควรประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทั่วไปทราบด้วย

สมหมาย เลาะห์จินดาและคณะ(2539)⁽³¹⁾ ได้ศึกษาปัญหาอุปสรรคและความต้องการของแพทย์ และพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนในเขตการสาธารณสุขที่ 8, 9, 10 ต่อการให้บริการสุขภาพจิต

พบว่า ปัญหาการขาดแคลนปัจจัยในการดำเนินงานสุขภาพจิตในโรงพยาบาลชุมชนในเขต 8, 9, 10 หมวดคนหรือบุคลากร หมวดวัสดุอุปกรณ์ หมวดเทคโนโลยี เป็นปัญหาอยู่ในระดับปานกลาง หมวดงบประมาณ หมวดการจัดการ เป็นปัญหาอยู่ในระดับน้อย

แพทย์และพยาบาล มีความต้องการปัจจัยในการดำเนินงานสุขภาพจิตทั้งหมวดบุคลากร งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ การจัดการ และเทคโนโลยี อยู่ในระดับมาก ส่วนใหญ่มีทัศนคติเชิงบวกต่องานสุขภาพจิต และไม่เป็นอุปสรรคต่อการบริการ ความแตกต่างของตำแหน่ง เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินงานสุขภาพจิตของโรงพยาบาลชุมชน ความแตกต่างของการนิเทศงานสุขภาพจิต ไม่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินงานสุขภาพจิต ความแตกต่างของการได้รับการศึกษา/อบรมเพิ่มเติมด้านสุขภาพจิต และจิตเวช การมีหรือไม่มีแผนงานสุขภาพจิต เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินงาน

เพลินพิศ จันทศักดิ์และคณะ (2539)⁽³²⁾ ได้ทำการศึกษาเรื่อง “การศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน” การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยปฏิบัติการ ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์-ตุลาคม 2538 มีวัตถุประสงค์เพื่อค้นหารูปแบบที่เหมาะสม และพัฒนาศักยภาพของชุมชนให้สามารถให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน โดยทำการศึกษาในกลุ่มญาติและผู้ป่วยจิตเวช เขตอำเภอไทรน้อยจังหวัดนนทบุรี จำนวน 23 ราย ผลการประชุมกลุ่มสนทนาเรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ญาติผู้ป่วย อาสาสมัครสาธารณสุข และประชาชนในพื้นที่เดียวกับผู้ป่วย พบว่า ส่วนใหญ่เห็นด้วยต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน ชุมชนยอมรับและเห็นใจผู้ป่วยแต่ขาดความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เห็นว่ายาเป็นสิ่งสำคัญ และอยากให้มีจิตเวชไปเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน และจากการให้การปรึกษาผู้ป่วยแต่ละราย ติดตามเยี่ยมอาการและให้คำแนะนำผู้ป่วยทุกเดือน โดยใช้คู่มือฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนเป็นแนวทางการปฏิบัติ ผลการศึกษาสรุปได้ว่า ผู้ป่วยที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง (ร้อยละ 60.9) ให้ข้อมูลด้วยตัวเอง (ร้อยละ 69.6) สามารถดูแลตัวเองได้ ทั้งด้านสังคมและการดำรงชีพ สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เอง (ร้อยละ 95.7) มีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัว (ร้อยละ 82.7) และชุมชน (ร้อยละ 78.3) ไปจนถึงประกอบอาชีพได้ (ร้อยละ 60.9) ในด้านคู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนทั้งด้านคำแนะนำและภาพประกอบในคู่มือ พบว่า มีความยากในการใช้ความสะดวกในการใช้และประโยชน์ที่ได้รับอยู่ในระดับปานกลาง กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายที่จะพัฒนาให้ประชาชนมีความสามารถในการพึ่งตนเองทางด้านการดูแลสุขภาพเพื่อให้บรรลุเป้าประสงค์ของการมีสุขภาพดีถ้วนหน้า โดยการใช้วิธีทางสาธารณสุขมูลฐานเข้ามาดำเนินการ ผู้ป่วยจิตเวชที่อยู่ในชุมชนมักจะประสบปัญหาเกี่ยวกับผู้ป่วยไม่ได้รับยาอย่างต่อเนื่อง ถูกละเลย ไม่ได้รับการเอาใจใส่ดูแลเท่าที่ควร เพราะขาดการยอมรับจากญาติและชุมชน ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจิตเวชจะมีศักยภาพในการดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้ก็ตามสิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชเกิดความรู้สึกด้อยในคุณค่าของตนเอง เป็นเหตุให้เกิดปัญหาทางสังคมอย่างต่อเนื่อง กรมสุขภาพจิตและคณะผู้ศึกษา จึงเห็นความสำคัญในการจัดทำโครงการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีพอยู่ในชุมชนได้ในระดับใกล้เคียงกับภาวะเดิมและพึ่งพาตนเองได้มากที่สุด ซึ่งบุคคลในครอบครัวและชุมชนจะเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการดูแลช่วยเหลือที่

บ้านต่อจากทีมสุขภาพจิต เป็นผลให้ชุมชนและครอบครัวมีความเข้าใจผู้ป่วยจิตเวช มีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วย และผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัวและชุมชนของตนเองได้โดยพึ่งตนเอง และได้รับการฝึกเพื่อดูแลตนเองมิให้เกิดอาการทางจิตกำเริบได้อีก

ภัทรา ธิรลภ และคณะ (2540)⁽³³⁾ ได้ศึกษาการให้บริการสุขภาพจิตของ รพศ./รพท./ รพช. ในภาคกลาง และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการให้บริการสุขภาพจิต ตลอดจนปัญหาอุปสรรคในการให้บริการสุขภาพจิต กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ผู้ปฏิบัติงาน/ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตในกลุ่มงานจิตเวช กลุ่มงานเวชกรรมสังคม กลุ่มงานเทคนิคบริการทางการแพทย์ กลุ่มงานพยาบาล และฝ่ายส่งเสริมสุขภาพใน รพศ. รพท. และ รพช. ในเขต 1, 2, 3 และ 4 จำนวน 394 คน ผลการวิจัยพบว่า

1. การให้บริการสุขภาพจิตใน รพศ. รพท. รพช. ที่มีการดำเนินงานมากที่สุด คือ ด้านส่งเสริมสุขภาพจิต รองลงมาคือ ด้านป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ด้านบำบัดรักษาให้บริการในรูปแบบการตรวจรักษา ร่วมกับผู้ป่วยทั่วไป ส่วนการฟื้นฟูสมรรถภาพจะมีการดำเนินงานน้อยที่สุด
2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการให้บริการสุขภาพจิต คือ การมีแผนงานสุขภาพจิต การมีบุคลากรรับผิดชอบงานสุขภาพจิต และการได้รับการอบรมด้านสุขภาพจิต
3. ปัญหา อุปสรรค ในการให้บริการสุขภาพจิตที่มากที่สุดคือ ขาดแคลนบุคลากร รองลงมา คือ บุคลากรขาดความรู้และทักษะ

นรวิรุฬห์ พุ่มจันทร์ (2541)⁽³⁴⁾ ศึกษาเปรียบเทียบอาการผู้ป่วยก่อนและหลังการฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวชแบบโรงพยาบาลกลางวันด้วยการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม พบว่า 1. ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการทางจิตลดลง หลังจากได้รับการฟื้นฟูแบบโรงพยาบาลกลางวันด้วยการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม 2. มีปัจจัยบางประการที่เกี่ยวข้องกับความเปลี่ยนแปลงอาการทางจิตของผู้ป่วยที่ได้รับการฟื้นฟูด้วยการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม 3. ผู้ป่วยส่วนใหญ่เข้าร่วมกิจกรรมการฟื้นฟูแบบโรงพยาบาลกลางวันด้วยการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมอย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งให้ความร่วมมือในกิจกรรมเป็นอย่างดี และมีความรู้สึกชอบต่อกิจกรรมการฟื้นฟูด้วยการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม สรุปและข้อเสนอแนะ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการทางจิตลดลง มีความสนใจและร่วมมือ รวมทั้งมีความรู้สึกชอบต่อกิจกรรมฟื้นฟูแบบโรงพยาบาลกลางวันด้วยการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม น่าจะมีการนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยในหน่วยงานอื่นของกรมสุขภาพจิตที่ยังขาดแคลนบุคลากรในการให้บริการรักษาผู้ป่วยในรูปแบบของโรงพยาบาลกลางวัน และควรมีการขยายผลในการนำไปใช้ วิจัยและพัฒนา รวมทั้งการประเมินผลเทคโนโลยีและโครงการในอนาคต

อนงค์ ธรรมโรจน์และคณะ (2542)⁽²¹⁾ ได้ศึกษาเรื่องการใช้รูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพตามสภาพปัญหา และความต้องการของผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบที่ 1 มีผู้ป่วยเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านอาชีพ จำนวน 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 13.9 ของผู้ป่วย

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด รูปแบบที่ 2 มีผู้ป่วยเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการดูแลตนเอง จำนวน 30 ราย คิดเป็นร้อยละ 41.7 และรูปแบบที่ 3 มีผู้ป่วยเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านอาการเจ็บป่วย จำนวน 32 ราย คิดเป็นร้อยละ 44.4 ของผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ผลการเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงทักษะการดำเนินชีวิตและทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเวชจากการเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพทั้ง 3 รูปแบบ พบว่าคะแนนเฉลี่ยทักษะการดำเนินชีวิตของ กลุ่มผู้ป่วยหลังจากเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพรูปแบบที่ 1,2 และ 3 มีการเพิ่มขึ้นตามลำดับดังนี้ $2.5 + 1.7$ $2.9 + 2.4$ และ $3.0 + 2.5$ ซึ่งมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ P.05 และพอสรุปได้ว่าการฟื้นฟูสมรรถภาพรูปแบบที่ 3 (ฟื้นฟูสมรรถภาพด้านอาการเจ็บป่วยทางจิต) มีการเพิ่มของคะแนนทักษะการดำเนินชีวิตมากที่สุด ส่วนด้านทักษะทางสังคมพบว่า คะแนนเฉลี่ยของผู้ป่วยเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพรูปแบบที่ 1,2 และ 3 มีการเพิ่มขึ้นตามลำดับดังนี้ $5.7 + 3.3$ $6.7 + 3.3$ และ $6.4 + 3.2$ ซึ่งมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ P .05 และพอสรุปได้ว่า การฟื้นฟูสมรรถภาพ รูปแบบที่ 2 (การฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการดูแลตนเอง) มีการเพิ่มของคะแนนทักษะทางสังคมมากที่สุด

วรรณภา พลอยเกลื่อน (2542)⁽³⁵⁾ ได้ศึกษาเรื่องทักษะของพยาบาลในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลศรีรัษฎา ผลการวิจัยพบว่า ความคิดเห็นของพยาบาลจิตเวชเกี่ยวกับทักษะในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยทั้ง 5 ด้าน ในภาพรวมมีความสำคัญในระดับมาก เมื่อเปรียบเทียบกับความคิดเห็นของพยาบาลจิตเวชที่มีอายุและประสบการณ์ต่างกันเกี่ยวกับทักษะในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยพบว่า มีความคิดเห็นไม่แตกต่างกัน ส่วนพยาบาล จิตเวชที่มีการศึกษาต่างกันพบว่า มีความคิดเห็นแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ที่ระดับ .01 และความคิดเห็นเพิ่มเติมเกี่ยวกับแนวทางในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย พยาบาลจิตเวชมีความเห็นว่าด้านการแพทย์ จิตแพทย์ต้องเป็นบุคคลที่เห็นความสำคัญ และเป็นผู้นำทีมในการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยทำการตรวจ รักษา ดูแล ผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ตั้งแต่เข้ารับการรักษาจนสามารถช่วยเหลือตนเองได้ ด้านสังคมพยาบาลควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยเข้ากลุ่มกิจกรรมต่างๆ เพื่อสามารถปรับตัว แก้ไขปัญหาตนเอง และผู้อื่นได้ ด้านการศึกษาพยาบาลควรมีแนวทางในการให้ความรู้ โดยทำกลุ่มบำบัดหรือมีมุมความรู้ภายในหอผู้ป่วย ด้านอาชีพที่ผู้ป่วยถนัด และเหมาะสมกับท้องถิ่น ส่วนในชุมชนทุกคนควรให้ความร่วมมือในการดูแล และยอมรับผู้ป่วย

พิทักษ์พล บุญยมาลิก และสุนีย์ เอกวัฒนพันธ์ (2542)⁽³⁶⁾ ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชโดยชุมชน : กรณีศึกษาชุมชนวัดสวนแก้ว โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อหารูปแบบที่เหมาะสมของการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชโดยชุมชน และหาแนวทางคืนผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน โดยใช้ชุมชนวัดสวนแก้ว เป็นชุมชนนำร่อง ได้มีการเตรียมชุมชนให้มีความรู้ความเข้าใจ เรื่องสุขภาพจิตและการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง เพศชาย ที่รับไว้รักษาในศูนย์พัฒนาฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคม โรงพยาบาลศรีรัษฎา และถูกญาติทอดทิ้งจำนวน 22 ราย ได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนส่งเข้าสู่ชุมชน โดยได้รับการฝึกทักษะจำเป็นพื้นฐานในการดำเนิน

ชีวิตทั้ง 6 ด้าน คือ ทักษะการดำเนินชีวิตของแต่ละบุคคล ทักษะทางสังคม ทักษะการอยู่ร่วมกันภายในบ้าน ทักษะการทำงาน ทักษะการพักผ่อน ทักษะการใช้ชีวิตในชุมชน และผ่านการประเมินความสามารถในการดูแลตนเองในทุกทักษะในระดับ 4 ขึ้นไป ก่อนจะถูกนำส่งเข้าไปใช้ชีวิตร่วมกับสมาชิกอื่นๆ ของชุมชน โดยผู้ช่วยกลุ่มตัวอย่าง ได้ทำงานในแผนกต่างๆ ของมูลนิธิวัดสวนแก้ว เช่น งานเกษตรกรรม งานเฟอร์นิเจอร์ งานซ่อมเครื่องไฟฟ้า งานขายของ และงานบริการทั่วไป ผลการศึกษาพบว่า หลังจากผู้ช่วยกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 90.91 สามารถกลับสู่ภูมิลำเนาของตนเองได้ ในจำนวนของผู้ช่วยที่กลับสู่ภูมิลำเนาด้วยตนเอง และร้อยละ 35.0 กลับสู่ภูมิลำเนาเดิมโดยญาติรับกลับจากวัดสวนแก้ว

หทัยรัฐณ์ เอื้อสาลาลัย (2542)⁽³⁷⁾ ได้ศึกษาเรื่องการศึกษาทักษะของบุคลากรสาธารณสุขต่อการสร้างเครือข่ายทางสังคมด้านสาธารณสุขชุมชนของผู้ป่วยจิตเวชเขต 1 ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 31 - 40 ปี สถานภาพโสด สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี ระดับตำแหน่งการปฏิบัติงานพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่อยู่ในระดับ 6 - 7 ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน 10 ปีขึ้นไป และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้มีการติดต่อกับเครือข่ายทางสังคมด้านสาธารณสุขชุมชน คือ สถานีอนามัย โดยวิธีการส่งต่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษา ในด้านความรู้ความเข้าใจในการสร้างเครือข่ายทางสังคมด้านสาธารณสุขชุมชนของผู้ป่วยจิตเวช 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในเรื่องเครือข่ายทางสังคมโรคทางจิตเวช แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพ แนวคิดการใช้ชุมชนเป็นฐาน ซึ่งความรู้ของกลุ่มตัวอย่างในหมวดนี้มีความรู้อยู่ในเกณฑ์มาก แต่มีความรู้ในเรื่องการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง ด้านทักษะของกลุ่มตัวอย่าง ในการสร้างเครือข่ายสังคมด้านสาธารณสุขของผู้ป่วยจิตเวชเขต 1 พบว่า ทักษะของกลุ่มตัวอย่างต่อผู้ป่วยจิตเวชมีความเห็นด้วยมากในเรื่องผู้ป่วยจิตเวชสามารถปรับตัวอยู่ร่วมกับคนปกติในชุมชน ส่วนทักษะกลุ่มตัวอย่างต่อแนวคิดเครือข่ายทางสังคม มีความเห็นด้วยมากที่ว่าการสร้างเครือข่ายทางสังคมเป็นสิ่งสำคัญในการปฏิบัติงานเพื่อป้องกัน แก้ไขปัญหา พี่นุผู้ป่วยจิตเวช ส่วนทักษะของกลุ่มตัวอย่างต่อแนวคิดและเครือข่ายทางสังคมบุคลากรมีความเห็นด้วยมากที่สุดที่ว่าการมีเครือข่ายทางสังคมด้านสาธารณสุขจะช่วยให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน สำหรับทักษะกลุ่มตัวอย่างต่อแนวคิดเครือข่ายทางสังคมต่อองค์กร มีความเห็นด้วยมากกว่า การมีเครือข่ายทางสังคมจะช่วยให้การประสานงานของบุคลากรง่ายขึ้น สำหรับปัญหาและอุปสรรคในการสร้างเครือข่ายทางสังคมด้านสาธารณสุขชุมชนของผู้ป่วยจิตเวชเขต 1 พบว่า ปัญหาและอุปสรรคทางด้านบุคลากร บุคลากรส่วนใหญ่ขาดความรู้ด้านเครือข่ายทางสังคมและขาดการประสานงานในการทำงาน ปัญหาและอุปสรรคทางด้านหน่วยงานพบว่า หน่วยงานไม่มีนโยบายที่ชัดเจนในการสร้างเครือข่าย ปัญหาและอุปสรรคทางการบริหารจัดการในหน่วยงาน พบว่า เครือข่ายทางสังคมด้านจิตเวชมีไม่ถึง ข้อเสนอแนะ ในการสร้างเครือข่ายทางสังคมด้านสาธารณสุขชุมชนของผู้ป่วยจิตเวชเขต 1 ด้านบุคลากร คือ กลุ่มตัวอย่างควรจัดอบรมให้ความรู้ทางด้านเครือข่ายทางจิตเวช ควรมีการศึกษาดูงานในแต่ละองค์กรที่เกี่ยวข้อง ควรมีการศึกษาหรือวิจัยกับเครือข่ายทางด้านสังคม ด้านหน่วยงาน คือ ควรเป็นการทำงานร่วมกันทั้งในชุมชนและหน่วยงาน ควรมีการอบนโยบายที่ชัดเจนในการสร้างเครือข่าย ควรมีการพัฒนาบริหารจัดการในหน่วยงาน

ให้ดีขึ้น ด้านการบริหารคือ ควรมีการให้บริการทางด้านเครือข่ายทางสังคมอย่างทั่วถึง ควรมีการประชาสัมพันธ์ในเรื่องเครือข่ายทางสังคม ควรมีสายการบังคับบัญชาด้านเครือข่ายทางสังคมโดยตรง ควรมีการประชุมชี้แจงในการปฏิบัติงานให้ชัดเจน

สมรัก ชูวานิชวงศ์ และคณะ (2543)⁽³⁸⁾ ทำการศึกษาเรื่อง โครงการทดลองนำผู้ป่วยจิตเวชอาการทุเลาเข้าฝึกอาชีพในโรงงานอุตสาหกรรม ผลที่ได้ ผู้ป่วยมีทักษะการดูแลตนเองขั้นพื้นฐาน ใช้ชีวิตร่วมกับผู้อื่นในสังคม และสามารถประกอบอาชีพสุจริตได้ มีรายได้เป็นของตนเอง กล่าวคือ ผู้ป่วยได้รับการบรรจุเป็นลูกจ้างชั่วคราวของโรงงานโดยเป็นหญิง 1 ราย ชาย 2 ราย ซึ่งจำนวนผู้ป่วยจิตเวชหญิงอีก 4 รายพบว่าไม่สามารถปรับตัวเข้ากับการทำงานได้ เนื่องจากมีปัญหาทางด้านอารมณ์และความคิดสรุปและข้อเสนอแนะ โครงการทดลองนำผู้ป่วยจิตเวชอาการทุเลาเข้าฝึกอาชีพในโรงงานอุตสาหกรรมเป็นโครงการนำร่องอีกวิธีหนึ่งที่น่าผู้ป่วยจิตเวชออกสู่ชุมชน โดยเน้นการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านอาชีพที่มีหลากหลายและควรมีการพัฒนารูปแบบอื่นๆ ตามความเหมาะสมและความถนัดของผู้ป่วยแต่ละคน นอกจากนี้ควรมีการขยายผลอย่างต่อเนื่อง

รักสุดา กิจอรุณชัย (2545)⁽³⁹⁾ ได้ศึกษาเรื่องการประเมินผลโครงการฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพ โรงพยาบาลศรีธัญญาโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ทราบผลของโครงการฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพ โดยการทำงานในอารักขาของโรงพยาบาลศรีธัญญา (ร้านเพื่อน) ต่อการเปลี่ยนแปลงความสามารถทางทักษะต่าง ๆ ทำการประเมินผู้ป่วยซึ่งทำงานในโครงการนาน 6 เดือนขึ้นไป รวมทั้งสิ้น 27 ราย ก่อนและหลังเข้าโครงการ โดยใช้แบบประเมินสมรรถภาพของศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคม ซึ่งประกอบด้วยทักษะ 6 ด้าน ได้แก่ ทักษะการดูแลตนเอง ทักษะการอยู่ร่วมกันภายในบ้าน ทักษะทางสังคม ทักษะการทำงาน ทักษะการพักผ่อน และทักษะการใช้ชีวิตในชุมชน ผลการวิจัย พบว่า มีการเพิ่มขึ้นของคะแนนความสามารถทั้ง 6 ด้าน อย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะทักษะการงาน และทักษะทางสังคม เพิ่มขึ้นมากกว่าทักษะด้านอื่น สรุปโครงการฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพ โดยการทำงานในอารักขาของโรงพยาบาลศรีธัญญา (ร้านเพื่อน) สามารถเพิ่มทักษะด้านต่าง ๆ ของผู้ป่วยจิตเวชที่เข้าร่วมโครงการ

ผ่อง อนันตริยเวช (2545)⁽⁴⁰⁾ ได้ทำการศึกษาโครงการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชโดยชุมชนจำลอง การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชโดยชุมชนจำลอง ยึดหลักปรัชญาการดำเนินชีวิตอย่างคนปกติ (Normalization) ร่วมกับทฤษฎี A Model of Human Occupation (แบบจำลองกิจกรรมที่มีจุดมุ่งหมายของมนุษย์) คือฝึกทักษะจำเป็นพื้นฐานในการดำรงชีวิตแก่ผู้ป่วยจิตเวชอาการทางจิตทุเลา ให้อยู่อย่างอิสระ พึ่งพาตนเองช่วยเหลือซึ่งกันและกัน พร้อมทั้งฝึกทักษะงานอาชีพที่เหมาะสมเป็นประสบการณ์ในการออกไปประกอบอาชีพเลี้ยงดู ตนเองในชุมชน วัตถุประสงค์ เพื่อเป็นการสร้างเสริมทักษะการดำเนินชีวิต และประสบการณ์แก่ผู้ป่วยจิตเวชให้สามารถกลับไปดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้อย่างคนปกติ กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเวชชายอาการทางจิตทุเลา ระดับ 3 , 4 วิธีดำเนินการ 1. ให้การฟื้นฟูสมรรถภาพทั้ง 4

ด้าน โดยฝึกทักษะจำเป็นพื้นฐานในการดำรงชีวิต 6 ด้าน 2. จัดกิจกรรมการอยู่ร่วมกันของผู้ป่วย ชุมชนจำลอง 3. เตรียมชุมชนและจัดหาชุมชนรองรับ ผลการดำเนินงาน 1. มีสมาชิกเข้าร่วมโครงการ 78 คน ปรับระดับความสามารถในการดูแลตนเองจากระดับ 3 เป็น 4 คิดเป็นร้อยละ 41.02 และจากระดับ 4 เป็น 5 คิดเป็นร้อยละ 20.51 2. จำหน่ายผู้ป่วยออกสู่ชุมชนดังนี้ ชุมชนเดิม คิดเป็นร้อยละ 20.51, ชุมชนวัดคิดเป็นร้อยละ 12.82 และชุมชนโรงงาน คิดเป็นร้อยละ 5.12 โดยผู้ป่วยสามารถอยู่ในชุมชนได้นานขึ้น และลดการเข้ารับการรักษาซ้ำ ข้อเสนอแนะ เห็นควรจัดให้มีการจำลองชุมชนในโรงพยาบาลจิตเวช โดยให้สอดคล้องกับสภาพสังคม และวัฒนธรรมประเพณีแต่ละท้องถิ่น ในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช

หยกฟ้า บุญชิต (2545)⁽⁴¹⁾ ทำการศึกษาเรื่องการศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในจังหวัดนครพนม เพื่อศึกษาและอธิบายถึงการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในจังหวัดนครพนม โดยดำเนินการศึกษาใน 3 หมู่บ้านของอำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม ระเบียบวิธีวิจัยที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ใช้ระเบียบวิธีเชิงคุณภาพเป็นหลัก โดยอาศัยการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม ในผู้ป่วย ญาติ ผู้นำชุมชนและบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้องในประเด็นข้อมูลพื้นฐานในหมู่บ้าน ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ญาติและการดูแลของชุมชนต่อผู้ป่วยจิตเภทใช้ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่ ธันวาคม 2543 - เมษายน 2544 สรุปผลการศึกษา จากการศึกษาชี้ให้เห็นว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนจะมีความแตกต่างกันออกไปตามลักษณะอาการของผู้ป่วยและลักษณะของชุมชน โดยผู้ที่มีบทบาทหลักในการดูแลได้แก่ครอบครัวและเครือญาติ และกลุ่มผู้นำชุมชนให้ความเห็นอกเห็นใจ ให้การยอมรับในฐานะสมาชิกชุมชนไม่รังเกียจ ชุมชนช่วยในการสังเกตอาการของผู้ป่วย และนำข้อมูลแจ้งแก่ครอบครัวและญาติ ให้คำแนะนำผู้ป่วยรับประทานยาต่อเนื่อง การดำรงชีวิตทั่วไปของผู้ป่วยและชุมชนมีความกลมกลืนเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน เมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบ ความรู้สึกของชุมชนที่มีต่อผู้ป่วยจะเปลี่ยนไปจากเดิมเป็นความรู้สึกหวาดกลัวการถูกทำร้าย แต่ชุมชนยังมีความรู้สึกห่วงใย ต้องการให้ความช่วยเหลือดูแลเบื้องต้น จะแนะนำการรับประทานยา การดูแลทั่วไป และจำกัดพฤติกรรม และร่วมปรึกษาหารือเพื่อนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลจิตเวช โดยใช้เครือข่ายของครอบครัวญาติ ชาวบ้านทั่วๆ ไป และกลุ่มผู้นำในชุมชน การดำเนินการในชุมชนยังไม่เป็นลักษณะกลุ่มหรือองค์กรที่เข้ามารับผิดชอบโดยตรง ซึ่งเป็นการกระทำในระดับปัจเจกบุคคล

ชุลีวรรณ เพียรทอง (2545)⁽⁴²⁾ ศึกษาเรื่องการพัฒนากระบวนการเครือข่ายงานสุขภาพจิต จากการศึกษาการกลับมาปรึกษาซ้ำเป็นปัญหาที่สำคัญและพบได้บ่อยในโรงพยาบาลจิตเวชต่างๆ แห่งจากสถิติของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ปีงบประมาณ 2540-2543 พบว่ามีผู้ป่วยกลับมาปรึกษาซ้ำ ร้อยละ 43.36 , 42.66 , 44.12 และ 44.34 ตามลำดับ ทั้งนี้เพราะผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตทุเลาและจำหน่ายกลับไปอยู่ในชุมชนไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง จากการประสานงานและส่งต่อข้อมูลเพื่อให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ดูแลผู้ป่วยต่อโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ซึ่งมีเขตพื้นที่รับผิดชอบ 5 จังหวัด ในเขต 7

ได้แก่ อุดลราชธานี ศรีสะเกษ ยโสธร ร้อยเอ็ดและอำนาจเจริญ ได้เห็นความสำคัญของปัญหาดังกล่าว จึงได้มีการพัฒนาระบบการทำงานเครือข่ายงานสุขภาพจิตขึ้น โดยการปรับโครงสร้างองค์กรภายในหน่วยงาน การพัฒนาบุคลากร ทั้งภายในและภายนอกหน่วยงาน การพัฒนาเทคโนโลยีในการดูแลผู้ป่วยโรคจิต การพัฒนาระบบการจัดเก็บข้อมูลและการพัฒนาแนวทางการประสานงานในระบบเครือข่าย ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2542 จนถึงปัจจุบัน ผลการดำเนินงานพบว่า ผู้ป่วยจิตเวชได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจากเครือข่ายงานสุขภาพจิตเนื่องจากมีระบบการจัดเก็บข้อมูลและการส่งต่อข้อมูลของผู้ป่วยไปยังพื้นที่ผู้ป่วยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์มีแนวโน้มลดลง เนื่องจากผู้ป่วยไปรับบริการที่โรงพยาบาลชุมชนมากขึ้น และผู้ป่วยสามารถอยู่ในชุมชนได้นานขึ้น และมีอัตราการกลับมารักษาซ้ำที่ลดลง คือ ปี 2542 กลับมารักษาภายใน 3 เดือน = 2.42 % , ปี 2543 กลับมารักษาภายใน 6 เดือน = 2.3 % มีระบบการนิเทศงานเครือข่ายสุขภาพจิตในระดับ คปสอ. ทำให้ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตในเขตรับผิดชอบ มีขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงานและได้รับการช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหาในการทำงานได้อย่างรวดเร็ว รวมทั้งเกิดระบบการทำงานในรูปแบบของเครือข่ายที่ชัดเจน ส่งผลให้มีการติดต่อประสานงานที่สะดวก รวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ ดังนั้นการพัฒนาเครือข่ายงานสุขภาพจิต ถือว่าเป็นนวัตกรรมที่สำคัญของการดำเนินงานสาธารณสุข โดยเฉพาะงานสุขภาพจิตที่ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเวชและประชาชนผู้มีปัญหาสุขภาพจิตได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

ความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอ จังหวัดนนทบุรี ต่อกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ผู้วิจัยใช้วิธีการศึกษาดังนี้

รูปแบบการวิจัย

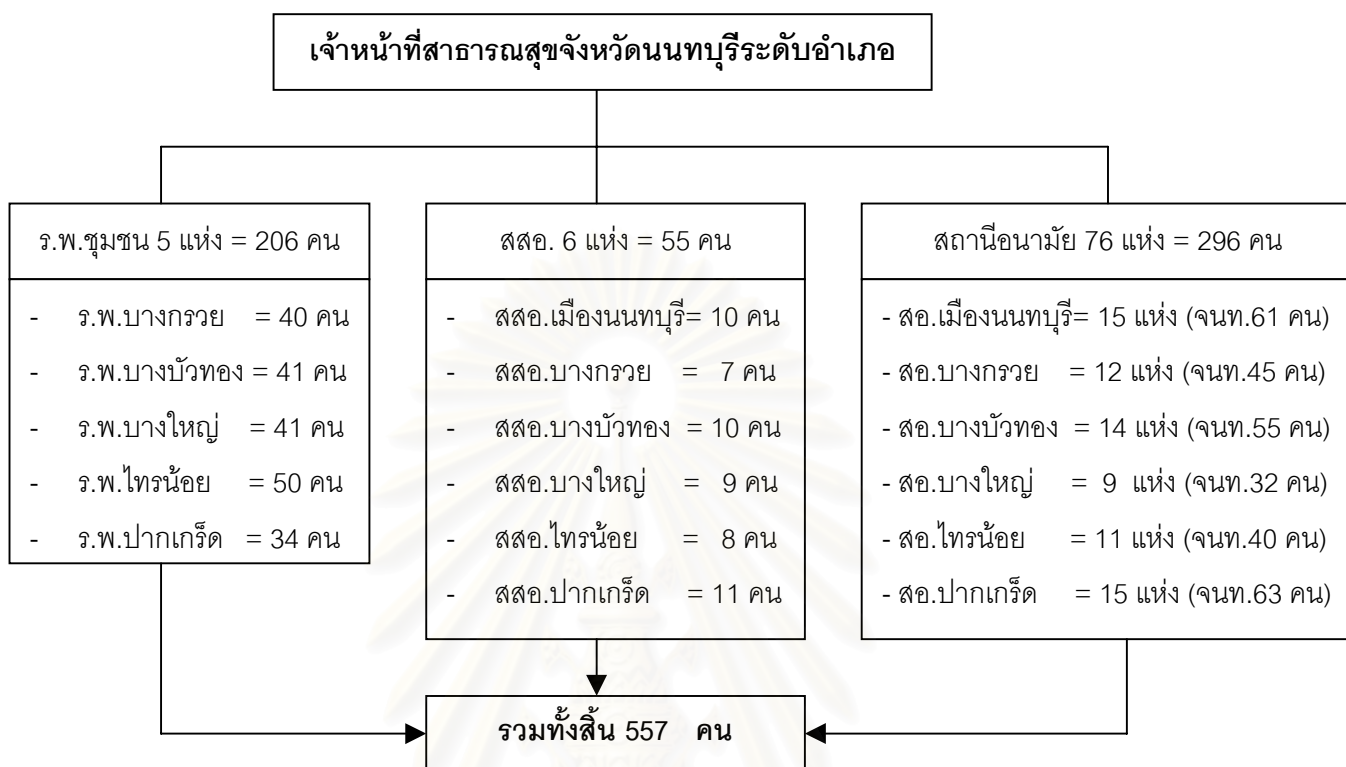
เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาชนิด Cross – sectional Descriptive Study เพื่อศึกษาความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอ จังหวัดนนทบุรี ต่อกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน โดยใช้แบบสอบถามความคิดเห็นที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้น ผู้ทำการตอบแบบสอบถามคือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอที่มีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยทางกายและจิตเวชในโรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และสถานีอนามัย ซึ่งได้แก่ แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเทคนิค เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าหน้าที่บริหารสาธารณสุข หัวหน้าสถานีอนามัย

ระเบียบและวิธีวิจัย (Research methodology)

ประชากรเป้าหมาย (Target Population) หมายถึง เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอทุกคนที่สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี

ประชากรศึกษา (Study Population) หมายถึง เจ้าหน้าที่สาธารณสุขซึ่งประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเทคนิค เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าหน้าที่บริหารสาธารณสุข หัวหน้าสถานีอนามัย ในแต่ละอำเภอของจังหวัดนนทบุรี (6 อำเภอ) รวมมีโรงพยาบาลชุมชน 5 แห่ง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 6 แห่ง สถานีอนามัย 76 แห่ง รวมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทั้งหมด 557 คน ดังแผนภูมิ 3.1

แผนภูมิที่ 3.1 จำนวนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอ จังหวัดนนทบุรี



ตัวอย่าง (Sample) หมายถึง เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอที่มีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยทางกาย และจิตเวชในโรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และสถานีอนามัย ซึ่งได้แก่ แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเทคนิค เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าหน้าที่บริหารสาธารณสุข หัวหน้าสถานีอนามัยทุกคน โดยไม่มีการสุ่มตัวอย่าง รวม 557 คน

การสังเกตและการวัด (Observation and Measurement)

ตัวแปรอิสระ (Independent Variables) ที่ศึกษา คือ

ข้อมูลพื้นฐานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ตำแหน่ง อายุราชการ สถานที่ปฏิบัติงาน การได้รับการอบรมทางด้านสุขภาพจิต ประสิทธิภาพการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยเรื้อรัง / ผู้ป่วยจิตเวช

ตัวแปรตาม (Dependent Variables) ที่ศึกษา คือ ความคิดเห็นเกี่ยวกับการให้ความสำคัญ และการดำเนินกิจกรรมในปัจจุบันของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอ จังหวัดนนทบุรี ต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ในเรื่องกิจกรรมดำเนินงานในด้านการแพทย์, สังคม, การศึกษา, อาชีพ, ชุมชน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (Instrument)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยศึกษาจากเอกสารและผลการวิจัยที่เกี่ยวข้อง กับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน⁽¹⁸⁾ แบบสอบถามประกอบด้วยรายละเอียดต่างๆ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป เช่น ปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยสนับสนุนเป็นแบบเลือกตอบ และเติมข้อความ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอ จังหวัดนนทบุรี เกี่ยวกับการให้ความสำคัญและการดำเนินกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนในปัจจุบัน ข้อคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ โดยจัดทำแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้

- | | | |
|---|--|------------|
| 1 | หมายถึง การให้ความสำคัญ / การดำเนินกิจกรรมในปัจจุบัน | น้อยที่สุด |
| 2 | หมายถึง การให้ความสำคัญ / การดำเนินกิจกรรมในปัจจุบัน | น้อย |
| 3 | หมายถึง การให้ความสำคัญ / การดำเนินกิจกรรมในปัจจุบัน | ปานกลาง |
| 4 | หมายถึง การให้ความสำคัญ / การดำเนินกิจกรรมในปัจจุบัน | มาก |
| 5 | หมายถึง การให้ความสำคัญ / การดำเนินกิจกรรมในปัจจุบัน | มากที่สุด |

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะในการดำเนินกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน

การตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้องของแบบสอบถาม

1. หาความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถาม (Content Validity) โดยนำแบบสอบถามที่เรียบเรียงแล้วไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ได้แก่ จิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นักอาชีวบำบัด เป็นผู้ตรวจสอบประเมินความถูกต้องแม่นยำของเนื้อหา (Content validity) และความเหมาะสมของภาษา (Wording) ก่อนนำไปใช้เก็บข้อมูลจริง

2. นำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาแล้ว ไปทดสอบการใช้โดยถามกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ไม่ได้อยู่ในกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาซึ่งในที่นี้นำไปทดสอบกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอ สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว จำนวน 30 ราย และนำมาแก้ไขข้อบกพร่องก่อนนำไปใช้จริง

3. การหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha Coefficient) หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของแบบสอบถามเท่ากับ 0.98 จำแนกเป็นด้านต่างๆ ดังนี้

ตารางที่ 3.1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์

กิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	
	การให้ความสำคัญ	การดำเนินกิจกรรมในปัจจุบัน
1. ทางกายภาพ	0.90	0.91
2. ทางสังคม	0.88	0.87
3. ทางการศึกษา	0.94	0.94
4. ทางอาชีพ	0.96	0.96
5. ในชุมชน	0.93	0.92

การเก็บรวบรวมข้อมูล (Data collection)

1. เตรียมทดสอบและแก้ไขเครื่องมือในการวิจัย คือ แบบสอบถามความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอ ต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน จังหวัดนนทบุรี

2. ทำหนังสือจากภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการวิจัย

3. ประสานขอความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลชุมชนที่ผู้วิจัยเคยทำงานประสานความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ในเขตอำเภอไทรน้อย อำเภอบางบัวทอง อำเภอบางกรวย อำเภอบางใหญ่ และอำเภอปากเกร็ด และขอความร่วมมือศิษย์เก่าเวชศาสตร์ชุมชนที่ทำงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี เพื่อช่วยประสานงานยังหน่วยงานสาธารณสุขระดับอำเภอในเขตอำเภอต่างๆ ในจังหวัดนนทบุรี

4. ส่งแบบสอบถามให้เจ้าหน้าที่ที่เป็นผู้ประสานงานการเก็บข้อมูลในหน่วยงานสาธารณสุขระดับอำเภอแต่ละแห่ง เพื่อแจกให้กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง

5. หลังส่งแบบสอบถามประมาณ 3 สัปดาห์ ติดตามการตอบกลับของแบบสอบถามและเป็นผู้เก็บแบบสอบถามกลับของตัวอย่างจากเจ้าหน้าที่ที่ผู้ประสานงานการเก็บข้อมูลในแต่ละหน่วยงานสาธารณสุขระดับอำเภอแต่ละอำเภอ เป็นระยะๆ (ทุก 2 สัปดาห์) จนกว่าจะได้รับข้อมูลครบ หรือเมื่อครบกำหนด 2 เดือน ผู้วิจัยจะไปในหน่วยงานสาธารณสุขอำเภอนั้นๆ เพื่อติดตามโดยตรงด้วยตนเอง

6. รวบรวมแบบสอบถามที่ได้ ตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis)

1. สร้างคู่มือลงรหัส
2. แปลงข้อมูลเป็นรหัสตามคู่มือลงรหัส
3. สร้างแฟ้มข้อมูลและบันทึกข้อมูลแฟ้ม
4. ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลที่บันทึกในแฟ้มข้อมูล
5. วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS For Window

ตารางที่ 3.2 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ชนิดของสถิติ	ตัวแปรที่วิเคราะห์	ชนิดของข้อมูล	วิธีการวิเคราะห์
สถิติเชิงพรรณนา	ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัย สนับสนุน	เชิงคุณภาพ เชิงปริมาณ	ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
	ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ	เชิงคุณภาพ	วิเคราะห์คำตอบ เพื่อนำ มาสรุปผลประกอบการ อภิปรายผล
สถิติเชิงอนุมาน	เปรียบเทียบคะแนนการให้ การให้ ความสำคัญและการดำเนินกิจกรรมใน ปัจจุบันกับ - ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ สถานภาพสมรส ตำแหน่ง ฯลฯ	เชิงปริมาณ 2 กลุ่ม	Unpaired t-test
	- ปัจจัยสนับสนุน เช่น สถานที่ ปฏิบัติงาน การได้รับการอบรมฯ	เชิงปริมาณ > 2 กลุ่ม	One-way ANOVA Wilcoxon signed ranks Test (สำหรับ Ordinal scale)

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอ จังหวัดนนทบุรี ต่อกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน โดยใช้แบบสอบถามชนิดให้ตอบเอง ส่งให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอทุกคนที่ปฏิบัติงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี จำนวน 557 คน มีผู้ตอบแบบสอบถามกลับจำนวน 437 คน คิดเป็นร้อยละ 78.5 ใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือน มกราคม – กุมภาพันธ์ 2546 โดยการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล แบ่งเป็น 6 ส่วน ดังนี้

- | | |
|-----------|--|
| ส่วนที่ 1 | การตอบกลับของข้อมูล |
| ส่วนที่ 2 | ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยสนับสนุนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จังหวัดนนทบุรี |
| ส่วนที่ 3 | ความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอ จังหวัดนนทบุรี ต่อกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน เกี่ยวกับการให้ความสำคัญและการดำเนินกิจกรรมในปัจจุบัน |
| ส่วนที่ 4 | เปรียบเทียบความแตกต่างความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ระดับอำเภอ ตามปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยสนับสนุนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข |
| ส่วนที่ 5 | ความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอ จังหวัดนนทบุรี ต่อกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน เกี่ยวกับกลไกสู่ความสำเร็จ การให้ความสำคัญและการดำเนินกิจกรรมในอนาคต |
| ส่วนที่ 6 | ปัญหาและข้อเสนอแนะ |

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลการตอบแบบสอบถามและข้อมูลทั่วไปของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

จากการศึกษาพบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีการตอบกลับแบบสอบถามทั้งหมด จำนวน 437 คน จากจำนวนที่ส่งแบบสอบถามที่ส่งไปให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขตอบทั้งหมด 557 คน คิดเป็นอัตราการตอบกลับร้อยละ 78.5 โดยอำเภอเมือง มีอัตราการตอบกลับแบบสอบถามมากที่สุด (ร้อยละ 87.3) และอำเภอบางบัวทอง มีอัตราการตอบกลับต่ำสุด (ร้อยละ 70.6) ดังตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของการตอบแบบสอบถาม จำแนกตามอำเภอในจังหวัดนนทบุรี

อำเภอ	จำนวนเจ้าหน้าที่สาธารณสุข		
	จำนวนที่ส่งแบบสอบถาม (คน)	จำนวนการตอบกลับ (คน)	ร้อยละ
ไทรน้อย	98	82	83.7
บางกรวย	92	68	73.9
ปากเกร็ด	108	86	79.6
บางบัวทอง	106	75	70.8
บางใหญ่	82	64	78.1
เมือง	71	62	87.3
รวม	557	437	78.5

จากการศึกษาพบว่าจำนวนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ตอบแบบสอบถาม แยกตามสถานที่ปฏิบัติงาน จะเป็นเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานที่สถานีอนามัย มีอัตราการตอบกลับมากที่สุด (ร้อยละ 87.2) และเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน มีอัตราการตอบกลับน้อยที่สุด (ร้อยละ 56.4) ดังตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2 จำนวนและร้อยละของการส่งแบบสอบถาม จำแนกตามสถานที่ปฏิบัติงาน

อำเภอ	จำนวนเจ้าหน้าที่สาธารณสุข		
	จำนวนที่ส่งแบบสอบถาม (คน)	จำนวนการตอบกลับ (คน)	ร้อยละ
โรงพยาบาลชุมชน	206	148	71.6
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ	55	31	56.4
สถานีอนามัย	296	258	87.2
รวม	557	437	78.5

ส่วนที่ 2 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยสนับสนุนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

จากการศึกษาพบว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอ สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 81.5) เป็นเพศหญิง มีสัดส่วนเพศหญิง : เพศชาย เทียบกับ 4.4 : 1 มีอายุระหว่าง 31 – 40 ปี (ร้อยละ 43.7) รองลงมา มีอายุระหว่าง 21 – 30 ปี (ร้อยละ 31.6) อายุเฉลี่ย 34.5 ปี (S.D. = 8.23) อายุ น้อยที่สุด 20 ปี อายุมากที่สุด 60 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 53.5) ส่วนใหญ่จบการศึกษาสูงสุดระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 65.4) ดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ (ร้อยละ 34.1) มีอายุราชการอยู่ในช่วง 1-10 ปี ร้อยละ 43.2 มีอายุราชการเฉลี่ย 13.25 ปี (S.D. = 8.17) มีอายุราชการต่ำสุด 1 ปี มีอายุราชการสูงสุด 39 ปี ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในสถานีอนามัย (ร้อยละ 44.9) มีประสบการณ์ในการอบรมด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ร้อยละ 53.4 และมีประสบการณ์ในการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยเรื้อรัง / ผู้ป่วยจิตเวช ร้อยละ 55.5 ดังตารางที่ 4.3



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 4.3 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

	ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ			
	ชาย	81	18.5
	หญิง	356	81.5
	รวม	437	100.0
	ชาย : หญิง	1 : 4.4	
อายุ (ปี)			
	21 - 30 ปี	138	31.6
	31 - 40 ปี	191	43.7
	41 - 50 ปี	76	17.4
	51 - 60 ปี	32	7.3
	รวม	437	100.0
	Mean = 35.46 SD = 8.23 Median = 35.0 Min = 20 Max = 60		
สถานภาพสมรส			
	โสด	171	39.1
	คู่ อยู่ด้วยกัน	234	53.5
	คู่ แยกกันอยู่	8	1.8
	หย่า	15	3.4
	หม้าย	9	2.1
	รวม	437	100.0
ระดับการศึกษา			
	อนุปริญญา	128	29.3
	ปริญญาตรี	286	65.4
	ปริญญาโท	23	5.3
	รวม	437	100.0

ตารางที่ 4.3 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ตำแหน่ง		
แพทย์	4	0.9
พยาบาลวิชาชีพ	149	34.1
พยาบาลเทคนิค	51	11.7
เจ้าหน้าที่บริหารสาธารณสุข	15	3.4
หัวหน้าสถานีอนามัย	47	10.8
นักวิชาการสาธารณสุข	120	27.5
เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน	51	11.7
รวม	437	100.0
อายุราชการ		
1 - 10 ปี	189	43.2
11 - 20 ปี	169	38.7
20 - 30 ปี	64	14.6
30 ปีขึ้นไป	15	3.4
Mean = 13.25 SD = 8.17 Median = 12.0 Min = 1 Max = 39		
หน่วยงาน		
สถานีอนามัย	196	44.9
ศูนย์สุขภาพชุมชน	62	14.2
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ	31	7.1
โรงพยาบาลชุมชน	148	33.9
รวม	437	100.0

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอ จังหวัดนนทบุรี ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 53.4) เคยได้รับการอบรมหลักสูตรต่างๆ ด้านสุขภาพจิต โดยหลักสูตรที่มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอ เข้ารับการอบรมมากที่สุดได้แก่ Basic counselling (ร้อยละ 25.8) รองลงมา หลักสูตร Matrix program (ร้อยละ 23.2) และหลักสูตรการช่วยเหลือผู้มีภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (ร้อยละ 13.3) ตามลำดับ ดังตารางที่ 4.4

ตารางที่ 4.4 จำนวนและร้อยละของเจ้าหน้าที่ที่เคยได้รับการอบรมด้านสุขภาพจิตและจิตเวชหลักสูตรต่างๆ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

การได้รับการอบรม / หลักสูตร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การอบรมด้านสุขภาพจิตและจิตเวช		
ไม่เคย	203	46.6
เคย	233	53.4
รวม	436	100.0
หลักสูตรต่างๆ ที่ได้รับการอบรม (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
1. Basic counselling	60	25.8
2. Matrix program	54	23.2
3. การช่วยเหลือผู้มีภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย	31	13.3
4. การดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิต	21	9.0
5. การดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน	20	8.6
6. การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า	10	4.3
7. Family counselling	8	3.4
8. การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชระดับต้น	6	2.6
9. Group counselling	4	1.7
10. โครงการพัฒนาสุขภาพจิตผู้สูงอายุ	3	1.3
11. อื่นๆ	12	5.2

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอ จังหวัดนนทบุรี ส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยเรื้อรัง / ผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน (ร้อยละ 55.5) ส่วนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอ จังหวัดนนทบุรี ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังและผู้ป่วยจิตเวช (ร้อยละ 44.5) ผู้ป่วยที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอส่วนใหญ่ให้การดูแลในอันดับ 1 ได้แก่ โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 94.3) รองลงมา ได้แก่ โรคทางจิตเวช (ร้อยละ 68.0) และโรคอัมพาต (ร้อยละ 67.5) ตามลำดับ ดังตารางที่ 4.5

ตารางที่ 4.5 จำนวนและร้อยละของโรคเรื้อรังต่างๆ ที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีประสบการณ์ในการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยเรื้อรัง / ผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

ประสบการณ์ในการดูแล / โรคเรื้อรังต่างๆ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยเรื้อรัง / ผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน		
ไม่มี	242	55.5
มี	194	44.5
รวม	436	100.0
กลุ่มโรคต่างๆ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
1.โรคเบาหวาน	183	94.3
2.โรคความดันโลหิตสูง	183	94.3
3.โรคจิตเวช	132	68.0
4.โรคอัมพาต	131	67.5
5.พิการทางกาย	119	61.3
6.โรคมะเร็ง	100	51.6
7.โรคหัวใจ	94	48.5
8.โรคไต	62	32.0
9.อื่นๆ โปรดระบุ	15	7.7

ส่วนที่ 3 ความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอจังหวัดนนทบุรีต่อกิจกรรม การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช ได้แก่

3.1 การให้ความสำคัญและการดำเนินกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช

การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชแบ่งออกเป็น 5 ประเภท ได้แก่ การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ การฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการศึกษา การฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพ และการฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน

คะแนนความคิดเห็นที่ใช้ในการเปรียบเทียบความแตกต่างประกอบด้วย 2 ส่วนคือ คะแนนการให้ความสำคัญ และคะแนนการดำเนินกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช คะแนนแต่ละส่วนประกอบไปด้วยข้อคำถามทั้งหมด 30 ข้อ แบ่งเป็น 5 ด้าน คือ กิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ (8 ข้อ) กิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม (4 ข้อ) กิจกรรมการฟื้นฟูความสามารถทางการศึกษา (5 ข้อ) กิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพ (6 ข้อ) กิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพภายในชุมชน (7 ข้อ) คะแนนความสำคัญแต่ละข้อ มีคะแนน 5 ระดับ คือ 1 = ให้ความสำคัญน้อยที่สุด 2 = ให้ความสำคัญน้อย 3 = ให้ความสำคัญปานกลาง 4 = ให้ความสำคัญมาก 5 = ให้ความสำคัญมากที่สุด และคะแนนการดำเนินกิจกรรม มีคะแนน 6 ระดับ คือ 0 = ไม่มีการดำเนินกิจกรรม 1 = มีการดำเนินกิจกรรมน้อยที่สุด 2 = มีการดำเนินกิจกรรมน้อย 3 = มีการดำเนินกิจกรรมปานกลาง 4 = มีการดำเนินกิจกรรมมาก 5 = มีการดำเนินกิจกรรมมากที่สุด การคิดคะแนนเฉลี่ยรายด้าน ได้มาจากการคิดค่าเฉลี่ยจากทุกๆ ข้อในด้านนั้นๆ ซึ่งมีผู้ตอบครบทุกข้อเท่านั้น

จากผลการศึกษาความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอจังหวัดนนทบุรีต่อกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช พบว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอ ส่วนใหญ่มีความคิดเห็นเกี่ยวกับการให้ความสำคัญอยู่ในระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 3.31) เมื่อพิจารณาในรายด้าน พบว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอ ให้ความสำคัญต่อกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชทางสังคม มากที่สุด (คะแนนเฉลี่ย 3.51) และการให้ความสำคัญต่อกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชทางอาชีพ น้อยที่สุด (คะแนนเฉลี่ย 3.06) ในด้านการดำเนินกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน พบว่า เจ้าหน้าที่ระดับอำเภอ ส่วนใหญ่มีการดำเนินกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชทางการแพทย์ มากที่สุด (คะแนนเฉลี่ย 2.36) และมีการดำเนินกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชทางอาชีพ น้อยที่สุด (คะแนนเฉลี่ย 0.92) ดังตารางที่ 4.6 และเมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า

กิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชทางการแพทย์

การให้ความสำคัญ

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอส่วนใหญ่ให้ความสำคัญต่อกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชทางการแพทย์ในระดับปานกลางถึงมาก (คะแนนเฉลี่ย 3.40) โดยให้ความสำคัญเกี่ยวกับกิจกรรมการติดตามเยี่ยมบ้าน (Home Health Care) สม่ำเสมอและต่อเนื่อง และมีการอธิบายหรือทำความเข้าใจกับผู้ป่วยจิตเวชและญาติทุกรายเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนมากที่สุด รองลงมาคือ มีการอธิบายหรือทำความเข้าใจกับผู้ป่วยจิตเวชและญาติทุกรายเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนและให้ความสำคัญเกี่ยวกับการมีญาติเวชที่จำเป็นในการรักษาผู้ป่วยในสถานบริการสาธารณสุขระดับอำเภอน้อยที่สุด ดังตารางที่ 4.6

การดำเนินกิจกรรมในปัจจุบัน

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอมีการดำเนินกิจกรรมในปัจจุบันเกี่ยวกับกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชทางการแพทย์ในระดับน้อย (คะแนนเฉลี่ย 2.36) โดยมีการดำเนินกิจกรรมการติดตามเยี่ยมบ้าน (Home Health Care) สม่ำเสมอและต่อเนื่องมากที่สุด รองลงมาคือ มีการปรึกษาเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชตามระบบเครือข่ายสาธารณสุข ส่วนการดำเนินกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพที่มีการดำเนินการน้อยที่สุดคือ การมีญาติเวชที่จำเป็นในการรักษาผู้ป่วยในสถานบริการสาธารณสุขระดับอำเภอซึ่งอยู่ในระดับไม่มีการดำเนินกิจกรรม ร้อยละ 33 ดังตารางที่ 4.6

ตารางที่ 4.6 ร้อยละและค่าคะแนนเฉลี่ยการให้ความสำคัญและความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอต่อกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช
ทางการแพทย์ จำแนกรายข้อ

กิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช	ร้อยละของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ให้ความสำคัญ							ร้อยละของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ดำเนินกิจกรรมในปัจจุบัน							
	n	1	2	3	4	5	Mean	n	0	1	2	3	4	5	Mean
กิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชทางการแพทย์															
1.มีการค้นหา คัดกรอง และประเมินสภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน	437	5.9	10.1	38.2	30.2	15.6	3.39	437	14.6	11.2	15.6	38.4	14.9	5.3	2.43
2.ตรวจวินิจฉัย และรักษาเบื้องต้นตั้งแต่ระยะเริ่มป่วย	437	7.1	14.0	32.5	32.3	14.2	3.32	437	14.9	15.8	19.9	31.1	14.4	3.9	2.26
3.มียาจิตเวชที่จำเป็นในการรักษาผู้ป่วยในสถานบริการ สาธารณสุขระดับอำเภอ	437	18.8	17.2	27.2	26.8	10.1	2.92	437	33.0	17.4	15.1	21.5	10.5	2.5	1.67
4.ติดตามเยี่ยมบ้านสม่ำเสมอ และต่อเนื่อง (Home Health Care)	437	5.0	8.9	30.7	36.8	18.5	3.55	437	11.2	6.9	16.2	28.6	26.8	10.3	2.84
5.มีการปรึกษาเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชตาม ระบบเครือข่ายสาธารณสุข	437	5.9	10.1	38.2	30.2	15.6	3.45	437	12.6	11.2	16.2	37.3	18.8	3.9	2.50
6.มีการส่งปรึกษาแพทย์เฉพาะทางจิตเวชตามความเหมาะสม	437	5.0	9.6	31.4	37.5	16.5	3.46	437	20.4	9.8	16.5	27.2	20.1	5.9	2.35
7.มีคู่มือในการดูแลผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชสำหรับญาติ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	437	3.9	8.9	31.9	38.8	16.5	3.51	437	18.1	9.6	14.6	31.6	19.0	7.1	2.45
8.มีการอธิบายหรือทำความเข้าใจกับผู้ป่วยจิตเวชและญาติ ทุกรายเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน	436	3.9	8.9	31.9	38.8	16.5	3.55	437	16.7	10.3	15.1	36.8	15.6	5.5	2.41
ค่าเฉลี่ยรวม	436						3.40	437							2.36

0 = ไม่มีการดำเนินกิจกรรม

1 = ให้ความสำคัญ หรือ มีการดำเนินกิจกรรมน้อยที่สุด

2 = ให้ความสำคัญ หรือมีการดำเนินกิจกรรมน้อย

3 = ให้ความสำคัญ มีการดำเนินกิจกรรมปานกลาง

4 = ให้ความสำคัญ หรือ มีการดำเนินกิจกรรมมาก

5 = ให้ความสำคัญ หรือ มีการดำเนินกิจกรรมมากที่สุด

กิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชทางสังคม

การให้ความสำคัญ

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอให้ความสำคัญต่อกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชทางสังคม ในระดับปานกลางถึงมาก (คะแนนเฉลี่ย 3.51) โดยให้ความสำคัญเกี่ยวกับกิจกรรมการช่วยให้สมาชิกครอบครัวเข้าใจและยอมรับ ยอมให้ผู้ป่วยใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นในครอบครัวมากที่สุด รองลงมาคือช่วยให้ผู้ป่วยจิตเวชปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อม มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น มีทักษะการจัดการกับปัญหา สามารถดำเนินชีวิตอยู่ ในครอบครัวและสังคมได้เช่นคนปกติ และให้ความสำคัญน้อยที่สุดเกี่ยวกับการจัดให้ผู้ป่วยได้ร่วมกิจกรรมนันทนาการในชุมชน รองลงมาคือฝึกให้ผู้ป่วยได้ใช้ทักษะต่างๆ ทางสังคม ดังตารางที่ 4.7

การดำเนินกิจกรรมในปัจจุบัน

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอมีการดำเนินกิจกรรมในปัจจุบันเกี่ยวกับกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชทางสังคมในระดับน้อย (คะแนนเฉลี่ย 2.08) โดยมีการดำเนินกิจกรรมช่วยให้สมาชิกครอบครัวเข้าใจและยอมรับ ยอมให้ผู้ป่วยใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นในครอบครัวมากที่สุด รองลงมาคือ ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเวชปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อม มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น มีทักษะการจัดการกับปัญหา สามารถดำเนินชีวิตอยู่ ในครอบครัวและสังคมได้เช่นคนปกติ ส่วนการดำเนินกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคมที่มีการดำเนินการน้อยที่สุดคือกิจกรรมการจัดให้ผู้ป่วยได้ร่วมกิจกรรมนันทนาการในชุมชน โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่มีการดำเนินกิจกรรมมากที่สุด ร้อยละ 36.8 ดังตารางที่ 4.7

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 4.7 ร้อยละและค่าเฉลี่ยคะแนนการให้ความสำคัญและความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอต่อกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชทางสังคม จำแนกรายข้อ

กิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช	ร้อยละของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ให้ความสำคัญ							ร้อยละของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ดำเนินกิจกรรมในปัจจุบัน							
	n	1	2	3	4	5	Mean	n	0	1	2	3	4	5	Mean
กิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชทางสังคม															
9. ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเวชปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อม มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น มีทักษะการจัดการกับปัญหา สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในครอบครัวและสังคมได้เช่นคนปกติ	436	4.1	8.3	30.7	40.4	16.5	3.57	437	21.5	11.7	14.6	33.4	14.6	4.1	2.20
10. ฝึกให้ผู้ป่วยได้ใช้ทักษะต่างๆ ทางสังคม	435	3.9	10.6	31.0	39.1	15.4	3.51	437	24.7	10.3	18.8	28.6	13.0	4.6	2.09
11. ช่วยให้สมาชิกครอบครัวเข้าใจและยอมรับ ยอมให้ผู้ป่วยใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นในครอบครัว	437	3.7	6.2	28.6	39.1	22.4	3.70	437	17.8	8.2	14.4	32.7	19.7	7.1	2.49
12. จัดให้ผู้ป่วยได้ร่วมกิจกรรมนันทนาการในชุมชน เช่น ชมภาพยนตร์ , ดนตรี	436	8.5	14.4	32.8	32.8	11.5	3.24	437	36.8	15.3	16.0	22.7	6.6	2.5	1.54
ค่าเฉลี่ยรวม	435						3.51	437							2.08

0 = ไม่มีการดำเนินกิจกรรม

1 = ให้ความสำคัญ หรือ มีการดำเนินกิจกรรมน้อยที่สุด

2 = ให้ความสำคัญ หรือ มีการดำเนินกิจกรรมน้อย

3 = ให้ความสำคัญ มีการดำเนินกิจกรรมปานกลาง

4 = ให้ความสำคัญ หรือ มีการดำเนินกิจกรรมมาก

5 = ให้ความสำคัญ หรือ มีการดำเนินกิจกรรมมากที่สุด

กิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชทางการศึกษา

การให้ความสำคัญ

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอให้ความสำคัญต่อกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชทางการศึกษา ในระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 3.20) โดยให้ความสำคัญเกี่ยวกับกิจกรรมเรียนรู้อย่างง่าย เป็นลำดับขั้นตอน ไม่ซับซ้อน ตามความสามารถและศักยภาพของผู้ป่วยมากที่สุด รองลงมา เป็นกิจกรรมสนับสนุนการเรียนรู้จากสื่อต่างๆ เช่น หนังสือพิมพ์ วารสาร นิตยสาร วิทย์ โทรทัศน์ ฯลฯ และให้ความสำคัญน้อยที่สุดเกี่ยวกับการจัดการศึกษาตามความต้องการของผู้ป่วย ดังตารางที่ 4.8

การดำเนินกิจกรรมในปัจจุบัน

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอมีการดำเนินกิจกรรมในปัจจุบันเกี่ยวกับกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชทางการศึกษา ในระดับน้อยที่สุด (คะแนนเฉลี่ย 1.41) โดยมีการดำเนินกิจกรรมช่วยให้คำแนะนำ ประสานความร่วมมือ / จัดหาสถานที่ศึกษาตามความเหมาะสมมากที่สุด รองลงมา กิจกรรมสนับสนุนการเรียนรู้จากสื่อต่างๆ เช่น หนังสือพิมพ์ วารสาร นิตยสาร วิทย์ โทรทัศน์ ฯลฯ และให้ความสำคัญน้อยที่สุดเกี่ยวกับการจัดการศึกษาตามความต้องการของผู้ป่วย และส่วนการดำเนินกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการศึกษาที่มีการดำเนินการน้อยที่สุดคือการสนับสนุนให้มีการบริการการศึกษาซ่อมเสริมปัญหาการเรียนรู้ที่เกี่ยวข้องกับการพูด การเขียน การอ่าน ซึ่งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่มีการดำเนินกิจกรรมนี้ ร้อยละ 49.8 ดังตารางที่ 4.8

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 4.8 ร้อยละและค่าเฉลี่ยคะแนนการให้ความสำคัญและความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอต่อกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชทางการศึกษา จำแนกรายข้อ

กิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช	ร้อยละของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ให้ความสำคัญ							ร้อยละของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ดำเนินกิจกรรมในปัจจุบัน							
	n	1	2	3	4	5	Mean	n	0	1	2	3	4	5	Mean
กิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชทางการศึกษา															
13. มีการจัดการศึกษาตามความต้องการของผู้ป่วย	436	9.9	16.5	34.4	29.4	9.9	3.13	437	44.4	13.3	15.6	19.7	5.5	1.6	1.33
14. จัดการเรียนรู้อย่างง่าย เป็นลำดับขั้นตอน ไม่ซับซ้อน ตามความสามารถและศักยภาพของผู้ป่วย	437	7.8	14.4	35.5	30.7	11.7	3.24	437	41.0	14.2	15.1	23.1	4.6	2.1	1.42
15. สนับสนุนให้มีการบริการการศึกษาซ่อมเสริมปัญหาการเรียนรู้ที่เกี่ยวข้องกับการพูด การเขียน การอ่าน	435	9.2	14.0	37.9	28.5	10.3	3.17	436	49.8	11.5	14.2	16.1	5.5	3.0	1.25
16. ช่วยให้คำแนะนำ ประสานความร่วมมือ / จัดหาสถานที่ศึกษาตามความเหมาะสม	435	7.6	13.3	38.4	31.0	9.7	3.22	437	40.7	14.0	13.0	18.5	11.2	2.5	1.53
17. สนับสนุนการเรียนรู้จากสื่อต่างๆ เช่น หนังสือพิมพ์ วารสาร นิตยสาร วิทยุ โทรทัศน์ ฯลฯ	437	7.1	13.0	38.0	33.2	8.7	3.23	437	41.0	12.1	15.8	20.1	8.7	2.3	1.50
ค่าเฉลี่ยรวม	435						3.20	437							1.41

0 = ไม่มีการดำเนินกิจกรรม

3 = ให้ความสำคัญ มีการดำเนินกิจกรรมปานกลาง

1 = ให้ความสำคัญ หรือ มีการดำเนินกิจกรรมน้อยที่สุด

4 = ให้ความสำคัญ หรือ มีการดำเนินกิจกรรมมาก

2 = ให้ความสำคัญ หรือ มีการดำเนินกิจกรรมน้อย

5 = ให้ความสำคัญ หรือ มีการดำเนินกิจกรรมมากที่สุด

กิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชทางอาชีพ

การให้ความสำคัญ

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอให้ความสำคัญต่อกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชทางอาชีพในระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 3.06) โดยให้ความสำคัญเกี่ยวกับกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน โดยใช้อาชีพในชุมชนมากที่สุด รองลงมาได้แก่ งานเกษตรกรรมบำบัด และให้ความสำคัญเกี่ยวกับการเปิดโอกาสจ้างงานผู้ป่วยจิตเวชที่ผ่านการฝึกทดลองงาน เพื่อเป็นลูกจ้างประจำหรือลูกจ้างชั่วคราวของหน่วยงานรัฐและเอกชนน้อยที่สุด ดังตารางที่ 4.9

การดำเนินกิจกรรมในปัจจุบัน

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอมีการดำเนินกิจกรรมในปัจจุบันเกี่ยวกับกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชทางอาชีพ ในระดับน้อย (คะแนนเฉลี่ย 1.23) โดยมีการดำเนินกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนทางด้านอาชีพ โดยใช้อาชีพในชุมชน มากที่สุด รองลงมา คือ งานเกษตรกรรมบำบัด และส่วนการดำเนินกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพที่มีการดำเนินการน้อยที่สุดคือการจัดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ฝึกทำงานในสำนักงานของหน่วยงานของรัฐและเอกชน โดยที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่มีการดำเนินกิจกรรมนี้ ร้อยละ 64.8 ดังตารางที่ 4.9

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 4.9 ร้อยละและค่าเฉลี่ยคะแนนการให้ความสำคัญและความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอต่อกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชทางอาชีพ จำแนกรายข้อ

กิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช	ร้อยละของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ให้ความสำคัญ							ร้อยละของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ดำเนินกิจกรรมในปัจจุบัน							
	n	1	2	3	4	5	Mean	n	0	1	2	3	4	5	Mean
กิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชทางอาชีพ															
18.การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนทางด้านอาชีพ โดยใช้อาชีพในชุมชน	437	11.0	11.7	32.5	32.7	12.1	3.23	437	53.8	15.1	11.7	10.5	7.3	1.6	1.07
19.งานเกษตรกรรมบำบัด	436	11.2	13.3	34.9	29.8	10.8	3.16	437	54.7	15.3	10.8	11.9	5.5	1.8	1.04
20.งานอุตสาหกรรมบำบัด	436	14.2	15.8	35.8	26.1	8.0	2.98	437	61.1	12.6	9.4	11.0	5.3	0.7	0.89
21.งานศิลปกรรมบำบัด	436	13.1	17.7	31.9	29.4	8.0	3.02	437	61.3	12.1	11.4	9.4	5.5	0.2	0.86
22.จัดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ฝึกทำงานในสำนักงานของหน่วยงาน ของรัฐและเอกชน	436	14.2	15.8	35.1	27.1	7.8	2.98	437	64.8	10.3	9.8	10.8	3.2	1.1	0.81
23.เปิดโอกาสจ้างงานผู้ป่วยจิตเวชที่ผ่านการฝึกทดลองงาน เพื่อเป็นลูกจ้างประจำหรือลูกจ้างชั่วคราว	436	16.7	13.1	36.2	25.0	8.9	2.96	437	63.4	12.1	9.2	9.8	5.0	.5	0.82
ค่าเฉลี่ยรวม	436						3.06	437							0.92

0 = ไม่มีการดำเนินกิจกรรม

1 = ให้ความสำคัญ หรือ มีการดำเนินกิจกรรมน้อยที่สุด

2 = ให้ความสำคัญ หรือมีการดำเนินกิจกรรมน้อย

3 = ให้ความสำคัญ มีการดำเนินกิจกรรมปานกลาง

4 = ให้ความสำคัญ หรือ มีการดำเนินกิจกรรมมาก

5 = ให้ความสำคัญ หรือ มีการดำเนินกิจกรรมมากที่สุด

กิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน

การให้ความสำคัญ

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอให้ความสำคัญต่อกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนในระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 3.26) โดยให้ความสำคัญเกี่ยวกับกิจกรรมการประชาสัมพันธ์และให้ความรู้ และความเข้าใจแก่ประชาชนทั่วไปเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนมากที่สุด รองลงมาคือมีกิจกรรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน และให้ความสำคัญเกี่ยวกับการจัดหาที่พักอาศัย หากผู้ป่วยไม่สามารถอยู่กับครอบครัวได้ น้อยที่สุด รองลงมาคือฝึกทักษะการใช้ชีวิตในชุมชนและมีหน่วยงานช่วยเหลือหาที่อยู่อาศัย หรือบ้านพักสำหรับผู้ป่วยจิตเวชในรายที่ไม่สามารถอยู่กับครอบครัวได้ ดังตารางที่ 4.10

การดำเนินกิจกรรมในปัจจุบัน

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอมีการดำเนินกิจกรรมในปัจจุบันเกี่ยวกับกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ในระดับน้อยที่สุด (คะแนนเฉลี่ย 1.33) โดยมีการดำเนินกิจกรรมการประชาสัมพันธ์และให้ความรู้ และความเข้าใจแก่ประชาชนทั่วไปเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนมากที่สุด รองลงมาคือกิจกรรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน และส่วนการดำเนินกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชนที่มีการดำเนินการน้อยที่สุด คือ การจัดหาที่พักอาศัย หากผู้ป่วยไม่สามารถอยู่กับครอบครัวได้ โดยที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่มีการดำเนินกิจกรรมนี้ ร้อยละ 63.2 ดังตารางที่ 4.10

ตารางที่ 4.10 ร้อยละและค่าเฉลี่ยคะแนนการให้ความสำคัญและความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอต่อกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช ในชุมชน จำแนกรายข้อ

กิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช	ร้อยละของการให้ความสำคัญ							ร้อยละของการดำเนินกิจกรรมในปัจจุบัน							
	n	1	2	3	4	5	Mean	n	0	1	2	3	4	5	Mean
กิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน															
24. มีกิจกรรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน	437	6.6	9.2	36.6	35.7	11.9	3.37	437	33.9	14.0	12.6	25.9	12.4	1.4	1.73
25. ฝึกทักษะการใช้ชีวิตในชุมชน	437	10.1	13.5	40.5	24.5	11.4	3.14	437	48.7	13.0	13.0	17.8	5.7	1.6	1.24
26. ฝึกการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชน	435	8.7	10.8	39.3	29.4	11.7	3.25	437	45.5	14.9	11.9	18.3	8.2	1.1	1.32
27. ใช้วัด / ศาสนสถาน หรือสถานที่ที่เหมาะสมอื่นๆ เป็นศูนย์การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน	436	8.9	11.5	35.8	31.7	12.2	3.27	437	47.8	13.7	12.6	15.1	8.7	2.1	1.29
28. มีหน่วยงานช่วยเหลือหาที่อยู่อาศัย หรือบ้านพักสำหรับผู้ป่วยจิตเวช ในรายที่ไม่สามารถอยู่กับครอบครัวได้	436	14.7	11.5	32.3	27.8	13.8	3.14	437	61.6	13.3	8.9	11.0	3.7	1.6	0.87
29. จัดหาที่พักอาศัย หากผู้ป่วยไม่สามารถอยู่กับครอบครัวได้	436	14.9	11.2	32.8	27.8	13.3	3.13	437	63.2	11.9	9.2	10.1	4.3	1.4	0.85
30. ประชาสัมพันธ์และให้ความรู้ และความเข้าใจแก่ประชาชนทั่วไปเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน	437	6.9	8.5	29.5	36.6	18.5	3.51	437	30.2	11.4	14.4	20.8	18.1	5.0	2.00
ค่าเฉลี่ยรวม	435						3.26	437							1.33

0 = ไม่มีการดำเนินกิจกรรม

1 = ให้ความสำคัญ หรือ การมีการดำเนินกิจกรรมน้อยที่สุด

2 = ให้ความสำคัญ หรือมีการดำเนินกิจกรรมน้อย

3 = ให้ความสำคัญ มีการดำเนินกิจกรรมปานกลาง

4 = ให้ความสำคัญ หรือ มีการดำเนินกิจกรรมมาก

5 = ให้ความสำคัญ หรือ มีการดำเนินกิจกรรมมากที่สุด

3.2 ลำดับค่าคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอเกี่ยวกับการให้ ความสำคัญและการดำเนินกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช

3 อันดับแรก ของระดับความสำคัญกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชพบว่า อันดับที่ 1 เป็นกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชทางสังคม ซึ่งได้แก่ การช่วยให้สมาชิกครอบครัวเข้าใจและยอมรับ ยอมให้ผู้ป่วยใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นในครอบครัว (คะแนนเฉลี่ย 3.70) รองลงมาได้แก่ มีการส่งต่อ-ส่งกลับตามระบบเครือข่ายบริการสาธารณสุข (คะแนนเฉลี่ย 3.60) ส่วนอันดับที่ 3 มี 2 กิจกรรมได้แก่ การช่วยให้ผู้ป่วยจิตเวชปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อม มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น มีทักษะการจัดการกับปัญหาสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในครอบครัวและสังคมได้เช่นคนปกติ และการรับฟังผู้ป่วยหรือผู้ดูแลได้ระบายความรู้สึกถึงปัญหา ความไม่สบายใจในการดูแลตนเอง / ผู้ป่วย (คะแนนเฉลี่ย 3.57) ในขณะที่ ค่าคะแนนเฉลี่ยของกิจกรรมทั้ง 4 กิจกรรมดังกล่าวในด้านการดำเนินกิจกรรมในปัจจุบันของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอ อยู่ในลำดับที่ 3 , 8 , 12 และ 7 ตามลำดับ ซึ่งกิจกรรมทั้ง 4 กิจกรรมนี้เมื่อนำไปทดสอบนัยสำคัญทางสถิติ พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) ดังตารางที่ 4.11

3 อันดับสุดท้าย ที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอให้คะแนนเฉลี่ยความสำคัญน้อยที่สุด เป็นกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชทางการแพทย์ ได้แก่ มียาจิตเวชที่จำเป็นในการรักษาผู้ป่วยในสถานบริการสาธารณสุขระดับอำเภอ (คะแนนเฉลี่ย 2.92) รองลงมาคือ การเปิดโอกาสจ้างงานผู้ป่วยจิตเวชที่ผ่านการฝึกทดลองงานเพื่อเป็นลูกจ้างประจำและลูกจ้างชั่วคราวของหน่วยงานรัฐและเอกชน (คะแนนเฉลี่ย 2.96) และกิจกรรมคะแนนเฉลี่ยน้อยสุดอันดับ 3 มีค่าเฉลี่ยเท่ากัน 2 กิจกรรม คือ การงานอุตสาหกรรมบำบัด และการจัดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ฝึกทำงานในสำนักงานของหน่วยงานของรัฐและเอกชน (คะแนนเฉลี่ย 2.98) ทั้ง 3 กิจกรรมเป็นการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยทางอาชีพ โดยทั้ง 4 กิจกรรม ที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอให้คะแนนด้านการดำเนินกิจกรรมอยู่ในลำดับที่ 25 , 43 , 41 และ 44 ตามลำดับ ซึ่งกิจกรรมทั้ง 4 กิจกรรมเมื่อนำไปทดสอบนัยสำคัญทางสถิติพบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) ดังตารางภาคผนวกที่ 1

นอกจากนี้ยังพบว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอให้คะแนนความสำคัญกิจจัดบริการ Day Care Center และการจัดตั้งบ้านกึ่งวิถี (Half Way House) ซึ่งมีผลต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด (2.58) ดังตารางภาคผนวกที่ 1

3.3 ความแตกต่างระหว่างการให้ความสำคัญกับการดำเนินกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตตามร้อยละของคะแนนความคิดเห็นระดับมากถึงมากที่สุด (คะแนน 4 + 5)

การพิจารณาความแตกต่างระหว่างการให้ความสำคัญและการดำเนินกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช จากร้อยละของคะแนนความคิดเห็นในระดับมากถึงมากที่สุด (คะแนน 4 + 5) เรียงลำดับตามการให้ความสำคัญต่อกิจกรรม โดยใช้ Wilcoxon signed rank test ในการทดสอบความแตกต่าง สรุปได้ดังนี้

บุคลากรสาธารณสุขระดับอำเภอให้ความสำคัญต่อกิจกรรมในระดับมากถึงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 33.9 - 61.5 ในขณะที่การดำเนินกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช คิดเป็นร้อยละ 2.0 - 37.1 เมื่อพิจารณารายกิจกรรมจะพบว่าบุคลากรสาธารณสุขให้ความสำคัญในระดับมากถึงมากที่สุดสูงกว่าคะแนนการดำเนินกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชทุกกิจกรรม และให้คะแนนความสำคัญในระดับมากถึงมากที่สุดเกินกว่าร้อยละ 50 จำนวน 14 กิจกรรม ได้แก่ 1. ช่วยให้สมาชิกครอบครัวเข้าใจและยอมรับยอมรับให้ผู้ป่วยใช้ชีวิตอยู่ร่วมกัน (ร้อยละ 61.5) 2. มีการส่งต่อ-ส่งกลับตามระบบเครือข่ายบริการสาธารณสุข (ร้อยละ 56.9) 3. ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเวชปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อม มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น (ร้อยละ 56.9) 4. รับฟังผู้ป่วย/ผู้ดูแลได้ระบายความรู้ถึงปัญหา ความไม่สบายใจในการดูแลตนเอง/ผู้ป่วย (ร้อยละ 55.6) 5. มีการอธิบายหรือทำความเข้าใจกับผู้ป่วยจิตเวชและญาติทุกรายเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน (ร้อยละ 55.3) 6. มีคู่มือในการดูแลผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชสำหรับญาติและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ร้อยละ 55.3) 7. ติดตามเยี่ยมบ้าน (Home Health Care) สม่ำเสมอและต่อเนื่อง (ร้อยละ 55.3) 8. ประชาสัมพันธ์และให้ความรู้แก่ประชาชนเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช (ร้อยละ 55.1) 9. มีการพูดคุยกับผู้ป่วยและผู้ดูแล ให้มีความเข้าใจ มองเห็นปัญหาสามารถแก้ไขด้วยตัวเองได้ตามศักยภาพ (ร้อยละ 54.7) 10. ฝึกให้ผู้ป่วยได้ใช้ทักษะต่างๆ ทางสังคม (ร้อยละ 54.5) 11. มีการส่งปรึกษาแพทย์เฉพาะทางจิตเวชตามความเหมาะสม (ร้อยละ 54.0) 12. มีการประสานเครือข่ายสาธารณสุขและแหล่งให้ความช่วยเหลือต่างๆ จากชุมชน/กลุ่ม/องค์กรต่างๆ มามีส่วนร่วมในการดำเนินงานการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน (ร้อยละ 52.6) 13. จัดให้มีผู้รับผิดชอบดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน (ร้อยละ 52.0) 14. มีระบบข้อมูลการลงทะเบียนผู้ป่วยที่ต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชทุกราย (ร้อยละ 51.2) ดังตารางที่ 4.11

ตารางที่ 4.11 ลำดับคะแนนเฉลี่ยและคะแนนร้อยละของความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอเกี่ยวกับการให้ความสำคัญและการดำเนินกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน เรียงลำดับตามคะแนนร้อยละของความคิดเห็นจากมากไปน้อย 14 กิจกรรม

ลำดับ	ลำดับ ร้อยละ ความ สำคัญ*	ลำดับ ค่าเฉลี่ย ความ สำคัญ	รหัส กลุ่ม	รหัส กิจกรรม ข้อ	กิจกรรม	ค่าเฉลี่ย ความ สำคัญ	ค่าเฉลี่ย การดำเนิน กิจกรรม	ผลต่าง ค่าเฉลี่ย	ร้อยละของคะแนนความคิดเห็น (คะแนน 4 + 5) ความสำคัญ ดำเนินกิจกรรม	
1	1	3	SOC	11	ช่วยให้สมาชิกครอบครัวเข้าใจและยอมรับ ยอมให้ผู้ป่วยใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นในครอบครัว	3.70	2.49	1.21	61.5	26.8
2	2	12	SOC	9	ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเวชปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อม มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น มีทักษะการจัดการกับปัญหา	3.57	2.20	1.37	56.9	18.7
3	2	8	CSF	39	มีการส่งต่อ-ส่งกลับตามระบบเครือข่ายบริการสาธารณสุข	3.60	2.39	1.21	56.9	24.1
4	3	7	CSF	43	รับฟังผู้ป่วย/ผู้ดูแลได้ระบายความรู้ถึงปัญหา ความไม่สบายใจในการดูแลตนเอง/ผู้ป่วยฯ	3.57	2.40	1.17	55.6	25.9
5	4	6	MED	8	มีการอธิบายหรือทำความเข้าใจกับผู้ป่วยจิตเวชและญาติทุกรายเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย	3.55	2.41	1.14	55.3	21.1
6	4	4	MED	7	มีคู่มือในการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชสำหรับญาติและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	3.51	2.45	1.06	55.3	26.1
7	4	1	MED	4	ติดตามเยี่ยมบ้านสม่ำเสมอ และต่อเนื่อง (Home Health Care)	3.55	2.84	0.71	55.3	37.1
8	5	18	COM	30	ประชาสัมพันธ์และให้ความรู้ และความเข้าใจแก่ประชาชนทั่วไปเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพฯ	3.51	2.00	1.51	55.1	23.1
9	6	10	CSF	42	มีการพูดคุยกับผู้ป่วยและผู้ดูแล ให้มีความเข้าใจ มองเห็นปัญหาสามารถแก้ไขด้วยตัวเองได้	3.53	2.33	1.20	54.7	13.8
10	7	15	SOC	10	ฝึกให้ผู้ป่วยได้ใช้ทักษะต่างๆ ทางสังคม	3.51	2.09	1.42	54.5	17.6
11	8	9	MED	6	มีการส่งปรึกษาแพทย์เฉพาะทางจิตเวชตามความเหมาะสม	3.46	2.35	1.11	54.0	26.0
12	9	16	CSF	40	มีการประสานเครือข่ายสาธารณสุขและองค์กรต่างๆ มามีส่วนร่วมในการดำเนินงานฯ	3.47	2.08	1.39	52.6	17.2
13	10	14	CSF	38	จัดให้มีผู้รับผิดชอบดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน	3.46	2.13	1.33	52.0	18.9
14	11	13	CSF	33	มีระบบข้อมูลการลงทะเบียนผู้ป่วยที่ต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชทุกราย	3.51	2.19	1.32	51.2	21.5

* เรียงตามลำดับร้อยละของความคิดเห็น ,

MED = ทางด้านการแพทย์ SOC = ทางสังคม EDU = ทางการศึกษา OCC = ทางอาชีพ COM = ในชุมชน

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอต่อกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช ตามปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยสนับสนุน

4.1 ความคิดเห็นการให้ความสำคัญและการดำเนินกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในภาพรวม ตามปัจจัยส่วนบุคคล

4.1.1 การให้ความสำคัญต่อกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในภาพรวม ตามปัจจัยส่วนบุคคล

การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการให้ความสำคัญของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอต่อกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในภาพรวม พบว่า ตามปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ และตำแหน่ง ที่แตกต่างกันมีคะแนนเฉลี่ยการให้ความสำคัญแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญสถิติ ($p < 0.05$) ส่วนอายุ สถานภาพสมรส การศึกษาและอายุราชการที่แตกต่างกัน มีผลต่อคะแนนเฉลี่ยการให้ความสำคัญไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 4.12

4.1.2 การดำเนินกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในภาพรวม ตามปัจจัยส่วนบุคคล

เมื่อทำการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนค่าเฉลี่ยการดำเนินกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช พบว่าปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ และอายุราชการที่แตกต่างกัน มีคะแนนเฉลี่ยการดำเนินกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ส่วนเพศและสถานภาพสมรส การศึกษา และตำแหน่งที่แตกต่างกัน มีผลคะแนนเฉลี่ยการดำเนินกิจกรรมไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 4.12

4.2 ความคิดเห็นการให้ความสำคัญและการดำเนินกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในภาพรวม ตามปัจจัยสนับสนุน

4.2.1 การให้ความสำคัญต่อกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในภาพรวม ตามปัจจัยสนับสนุน

การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการให้ความสำคัญของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอต่อกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในภาพรวม พบว่า ตามปัจจัยสนับสนุน ซึ่งได้แก่ ประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยเรื้อรัง / ผู้ป่วยจิตเวช ที่แตกต่างกัน มีคะแนนเฉลี่ยการให้ความสำคัญต่อกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพจิตเวช แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญสถิติ ($p < 0.01$) ส่วนหน่วยงาน และการได้รับการอบรมทางด้านสุขภาพจิตที่แตกต่างกัน มีผลคะแนนเฉลี่ยการให้ความสำคัญไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 4.12

4.2.2 การดำเนินกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในภาพรวม ตามปัจจัยสนับสนุน

เมื่อทำการเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยการดำเนินกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช พบว่าปัจจัยสนับสนุน ได้แก่ หน่วยงาน การได้รับการอบรมทางด้านสุขภาพจิต และประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยเรื้อรัง/ผู้ป่วยจิตเวชที่แตกต่างกัน มีคะแนนเฉลี่ยการดำเนินกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังตารางที่ 4.12

4.3 ความคิดเห็นการให้ความสำคัญและการดำเนินกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในรายด้าน ตามปัจจัยส่วนบุคคล

4.3.1 การทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการให้ความสำคัญและการดำเนินกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในรายด้าน ตามปัจจัยส่วนบุคคล

เพศ

เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นเกี่ยวกับการให้ความสำคัญรายด้านของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ระดับอำเภอ กับเพศชายและหญิง พบว่า คะแนนเฉลี่ยการให้ความสำคัญต่อกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชทางสังคม และกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยพบแนวโน้มว่าเพศหญิงให้ความสำคัญสูงกว่าเพศชายในทุกด้าน ดังตารางที่ 4.12

ส่วนการดำเนินกิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช พบว่า เพศที่แตกต่างกันมีการดำเนินกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชทางการศึกษา อาชีพ และในชุมชน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังตารางที่ 4.12

อายุ

พบว่าอายุที่แตกต่างกันให้คะแนนการให้ความสำคัญต่อกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชทุกด้าน ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

และอายุที่แตกต่างกัน มีการดำเนินกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชทางสังคม การศึกษา อาชีพ และในชุมชน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ส่วนทางการแพทย์ มีการดำเนินกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพที่ไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่าเจ้าหน้าที่

สาธารณสุขระดับอำเภอที่มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 ปี มีการดำเนินกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพมากกว่ากลุ่มอายุอื่นๆ ดังตารางที่ 4.12

สถานภาพสมรส

พบว่าสถานภาพสมรสที่แตกต่างกันของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอ ความคิดเห็นในการให้ความสำคัญและการดำเนินกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 4.12

การศึกษา

การศึกษาที่แตกต่างกันของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอ พบว่า ความคิดเห็นการให้ความสำคัญต่อกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอที่การศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไปมีการให้ความสำคัญต่อกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชมากกว่ากลุ่มการศึกษาต่ำกว่าระดับปริญญาตรี

ส่วนการดำเนินกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชเกือบทุกด้านของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่การศึกษาแตกต่างกัน พบว่า ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้นการดำเนินกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชทางการศึกษา มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอที่ระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรีจะมีการดำเนินกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพมากกว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่การศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป ดังตารางที่ 4.12

ตำแหน่ง

ด้านตำแหน่งงาน เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มวิชาชีพ และกลุ่มสาธารณสุข ในการให้ความสำคัญต่อกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชรายด้าน พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชทางการศึกษา อาชีพ และในชุมชน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ส่วนทางการแพทย์และทางสังคม ไม่แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยที่กลุ่มวิชาชีพให้ความสำคัญต่อกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชมากกว่ากลุ่มสาธารณสุขในทุกด้าน

และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีตำแหน่งต่างกัน ความคิดเห็นในการดำเนินกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในทุกด้าน ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอ กลุ่มสาธารณสุขมีการดำเนินกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชมากกว่ากลุ่มวิชาชีพในทุกด้าน ดังตารางที่ 4.12

อายุราชการ

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนของการให้ความสำคัญกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชทุกด้านกับอายุราชการที่แตกต่างกัน พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ส่วนการดำเนินกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในทุกด้าน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอที่มีอายุราชการน้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 ปี มีการให้ความสำคัญและการดำเนินกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชมากกว่าอายุราชการอื่นๆ ดังตารางที่ 4.12

4.3.2 การทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการให้ความสำคัญและการดำเนินกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในรายด้าน ตามปัจจัยสนับสนุน

หน่วยงาน

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย การให้ความสำคัญต่อการดำเนินกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช กับสังกัดหน่วยงานที่แตกต่างกันของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอที่ปฏิบัติงานในสถานีนอนามัย ศูนย์สุขภาพจิตชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลชุมชน พบว่ามีคะแนนการให้ความสำคัญรายด้านในระดับปานกลาง และไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอที่ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอจะให้ความสำคัญต่อกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชมากกว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานอื่นๆ

ส่วนการดำเนินกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอ มีการดำเนินงานในระดับน้อยถึงน้อยที่สุด นอกจากนี้ยังพบว่าการดำเนินกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชทุกด้านมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอที่ปฏิบัติงานในสถานีนอนามัยกับศูนย์สุขภาพชุมชนมีการดำเนินกิจกรรมใกล้เคียงกัน ดังตารางที่ 4.12

การได้รับการศึกษาอบรมด้านสุขภาพจิต

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอที่ได้รับการอบรมด้านสุขภาพจิต และไม่เคยการอบรมด้านสุขภาพจิต เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นในการให้ความสำคัญต่อกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในระดับปานกลางและพบว่ากิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชทางการแพทย์ ทางสังคม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทาง ($p < 0.01$)

และเมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการดำเนินกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช พบว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอที่เคยได้รับการอบรม และไม่เคยได้รับการอบรมด้านสุขภาพจิต มีการดำเนินกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชทางการแพทย์ และทางสังคม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) ดังตารางที่ 4.12

ประสบการณ์การดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยเรื้อรัง / จิตเวช

การมีประสบการณ์การดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยเรื้อรัง/จิตเวช ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอ ระหว่างกลุ่มที่เคยมีประสบการณ์การดูแล กับกลุ่มที่ไม่เคยมีประสบการณ์ดูแล การให้ความสำคัญต่อกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชทางการแพทย์ สังคม การศึกษา และในชุมชน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ส่วนทางอาชีพพบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างการดำเนินกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอที่มีประสบการณ์ในการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยเรื้อรัง / ผู้ป่วยจิตเวช พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ในทุกด้าน ดังตารางที่ 4.12

ตารางที่ 4.12 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการให้ความสำคัญและความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอต่อกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชรายด้าน และระดับนัยสำคัญทางสถิติ จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยสนับสนุน

ปัจจัยส่วนบุคคล	ร้อยละของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ให้ความสำคัญ						ร้อยละของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ดำเนินกิจกรรมในปัจจุบัน					
	การแพทย์	สังคม	การศึกษา	อาชีพ	ในชุมชน	รวม	การแพทย์	สังคม	การศึกษา	อาชีพ	ในชุมชน	รวม
เพศ ^a												
ชาย	3.26	3.27	3.05	2.93	3.03	3.12	2.31	2.18	1.64	1.27	1.55	1.76
หญิง	3.42	3.55	3.23	3.08	3.31	3.35	2.37	2.06	1.36	0.84	1.28	1.58
p-value	0.121	0.011	0.140	0.261	0.019	0.033	0.674	0.465	0.007	0.014	0.072	0.150
อายุ (ปี) ^b												
น้อยกว่า/เท่ากับ 30 ปี	3.44	3.49	3.25	3.07	3.27	3.32	2.50	2.29	1.68	1.16	1.56	1.80
31 – 40 ปี	3.35	3.55	3.19	3.12	3.30	3.33	2.35	2.10	1.31	0.83	1.29	1.58
41 ปีขึ้นไป	3.43	3.46	3.14	2.92	3.17	3.32	2.21	1.79	1.22	0.74	1.11	1.42
p-value	0.581	0.682	0.639	0.277	0.570	0.595	0.146	0.016	0.010	0.014	0.01	0.013
สถานภาพ ^a												
โสด	3.39	3.45	3.20	3.06	3.26	3.29	2.43	2.07	1.41	0.92	1.29	1.61
คู่ แยก หย่า ม่าย	3.40	3.54	3.19	3.05	3.26	3.32	2.32	2.09	1.41	0.91	1.36	1.61
p-value	0.848	0.283	0.883	0.936	0.964	0.743	0.315	0.850	0.969	0.991	0.571	0.990

a = unpaired t – test , b = One way ANOVA

ตารางที่ 4.12 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการให้ความสำคัญและความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอต่อกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชรายด้าน และระดับนัยสำคัญทางสถิติ จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยสนับสนุน (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	ร้อยละของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ให้ความสำคัญ						ร้อยละของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ดำเนินกิจกรรมในปัจจุบัน					รวม	
	การแพทย์	สังคม	การศึกษา	อาชีพ	ในชุมชน	รวม	การแพทย์	สังคม	การศึกษา	อาชีพ	ในชุมชน		
การศึกษา^a													
ต่ำกว่าปริญญาตรี	3.36	3.43	3.14	2.86	3.13	3.22	2.41	2.15	1.58	1.12	1.51	1.74	
ปริญญาตรีขึ้นไป	3.40	3.54	3.22	3.13	3.31	3.34	2.35	2.06	1.34	0.83	1.25	1.56	
p-value	0.214	0.988	0.055	0.145	0.415	0.175	0.986	0.743	0.025	0.101	0.455	0.091	
ตำแหน่ง^a													
กลุ่มวิชาชีพ**	3.41	3.57	3.30	3.24	3.39	3.41	2.32	1.95	1.34	0.87	1.22	1.52	
กลุ่มสาธารณสุข***	3.38	3.45	3.11	2.89	3.14	3.22	2.40	2.12	1.47	0.96	1.42	1.69	
p-value	0.670	0.203	0.038	0.001	0.009	0.018	0.459	0.054	0.297	0.434	0.089	0.082	
อายุราชการ^a													
น้อยกว่า/เท่ากับ 10 ปี	3.44	3.54	3.26	3.12	3.32	3.35	2.49	2.26	1.58	1.10	1.54	1.76	
11 ปีขึ้นไป	3.36	3.48	3.15	3.00	3.21	3.27	2.26	1.95	1.28	0.77	1.17	1.49	
p-value	0.353	0.491	0.215	0.264	0.266	0.360	0.038	0.013	0.022	0.006	0.002	0.006	

a = unpaired t – test , b = One way ANOVA

กลุ่มวิชาชีพ** = แพทย์ , พยาบาลวิชาชีพ , พยาบาลเทคนิค

กลุ่มสาธารณสุข*** = เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขชุมชน , นักวิชาการสาธารณสุข , เจ้าหน้าที่บริหาร , หัวหน้าสถานีนอมาลัย

ตารางที่ 4.12 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการให้ความสำคัญและความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอต่อกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชรายด้าน และระดับนัยสำคัญทางสถิติ จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยสนับสนุน (ต่อ)

ปัจจัยสนับสนุน	ร้อยละของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ให้ความสำคัญ						ร้อยละของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ดำเนินกิจกรรมในปัจจุบัน					
	การแพทย์	สังคม	การศึกษา	อาชีพ	ในชุมชน	รวม	การแพทย์	สังคม	การศึกษา	อาชีพ	ในชุมชน	รวม
หน่วยงาน ^b												
สถานีอนามัย	3.42	3.55	3.21	3.01	3.20	3.29	2.60	2.42	1.57	1.01	1.51	1.83
ศูนย์สุขภาพชุมชน	3.40	3.46	3.07	2.89	3.24	3.26	2.61	2.38	1.70	1.04	1.65	1.81
สนง.สาธารณสุขอำเภอ	3.65	3.69	3.39	3.37	3.60	3.59	1.87	1.69	1.28	1.25	1.46	1.63
โรงพยาบาลชุมชน	3.31	3.43	3.19	3.11	3.28	3.28	2.05	1.6	1.10	0.67	0.93	1.63
p-value	0.214	0.425	0.508	0.172	0.219	0.281	< 0.001	< 0.001	0.002	0.016	< 0.001	< 0.001
การอบรมด้านสุขภาพจิต ^a												
ไม่เคย	3.28	3.41	3.12	3.03	3.17	3.22	2.17	1.91	1.33	0.97	1.24	1.49
เคย	3.50	3.60	3.27	3.07	3.35	3.38	2.54	2.25	1.49	0.87	1.41	1.72
p-value	0.007	0.028	0.094	0.705	0.090	0.480	0.001	0.008	0.200	0.374	0.158	0.016
ประสบการณ์ในการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยเรื้อรัง / ผู้ป่วยจิตเวช ^a												
ไม่มี	3.30	3.40	3.08	2.99	3.16	3.20	2.06	1.75	1.09	0.77	1.06	1.33
มี	3.52	3.64	3.35	3.14	3.39	3.44	2.74	2.50	1.83	1.10	1.66	1.95
p-value	0.005	0.004	0.004	0.135	0.013	0.003	< 0.001	< 0.001	< 0.001	0.005	< 0.001	< 0.001

a = unpaired t – test , b = One way ANOVA

ส่วนที่ 5 ความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอ ต่อกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช ตามกลไกสู่ความสำเร็จและการดำเนินกิจกรรมในอนาคต

การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนนอกจากจะมีกิจกรรมการดำเนินการ 5 ด้าน แล้วนั้น ยังมีกิจกรรมการดำเนินงานที่เป็นกลไกนำไปสู่ความสำเร็จในการดำเนินกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช และมีรูปแบบการดำเนินงานการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในอนาคต ซึ่งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอ ได้แสดงความคิดเห็นไว้ดังนี้

กิจกรรมกลไกสู่ความสำเร็จของการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช

การให้ความสำคัญ

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอมีความคิดเห็นในการให้ความสำคัญต่อกลไกสู่ความสำเร็จในกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช อยู่ในระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 3.45) โดยให้ความสำคัญเกี่ยวกับการส่งต่อ-ส่งกลับตามระบบเครือข่ายบริการสาธารณสุข มากที่สุด รองลงมาคือรับฟังผู้ป่วย/ผู้ดูแลได้ระบายความรู้ถึงปัญหา ความไม่สบายใจในการดูแลตนเอง/ผู้ป่วย และให้ความสำคัญเกี่ยวกับการมีการติดตามนิเทศการทำงานสม่ำเสมอ พร้อมให้คำปรึกษาในการดำเนินการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชน้อยที่สุด รองลงมา คือ มีการฟื้นฟูความรู้เดิม (Refreshing) ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชอย่างสม่ำเสมอ และมีการประเมินสภาพและความต้องการของผู้ป่วยก่อนการฟื้นฟูสมรรถภาพ ดังตารางที่ 4.13

การดำเนินกิจกรรมในปัจจุบัน

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอมีความคิดเห็นในการดำเนินกิจกรรมกลไกสู่ความสำเร็จในกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในระดับน้อย (คะแนนเฉลี่ย 2.05) โดยมีการดำเนินกิจกรรมโดยการรับฟังผู้ป่วย/ผู้ดูแลได้ระบายความรู้ถึงปัญหา ความไม่สบายใจในการดูแลตนเอง/ผู้ป่วยมากที่สุด รองลงมา คือ การส่งต่อ-ส่งกลับตามระบบเครือข่ายบริการสาธารณสุข มีคะแนนใกล้เคียงกัน และส่วนการดำเนินกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพกลไกสู่ความสำเร็จที่มีการดำเนินการน้อยที่สุด คือกิจกรรมการฟื้นฟูความรู้เดิม (Refreshing) ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่มีการดำเนินกิจกรรมนี้ ร้อยละ 33.2 ดังตารางที่ 4.13

ตารางที่ 4.13 ร้อยละและค่าเฉลี่ยคะแนนการให้ความสำคัญและความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอเกี่ยวกับกลไกสู่ความสำเร็จในการดำเนินกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช จำแนกรายข้อ

กิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช	ร้อยละของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ให้ความสำคัญ							ร้อยละของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ดำเนินกิจกรรมในปัจจุบัน							
	n	1	2	3	4	5	Mean	n	0	1	2	3	4	5	Mean
กลไกสู่ความสำเร็จ															
31.ผู้บริหารของหน่วยงานให้การสนับสนุนการดำเนินการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน	437	8.5	11.2	30.7	30.2	19.5	3.41	437	27.2	17.8	16.2	24.0	10.1	4.6	1.86
32.มีนโยบาย / เป้าหมาย / แผนงานสอดคล้องกับความต้องการของผู้ใช้บริการในพื้นที่	437	5.7	11.0	34.6	30.9	17.8	3.44	437	24.0	12.6	18.3	27.2	13.0	4.8	2.07
33.มีระบบข้อมูลการลงทะเบียนผู้ป่วยที่ต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชทุกราย	437	5.7	7.8	35.2	32.0	19.2	3.51	437	22.7	12.4	16.7	26.8	14.6	6.9	2.19
34.จัดการฝึกอบรมความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน	437	6.6	10.8	33.6	34.3	14.6	3.40	437	28.8	14.4	16.5	23.6	14.6	2.1	1.87
35.มีการฟื้นฟูความรู้เดิม (Refreshing) ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชอย่างสม่ำเสมอ	437	6.9	12.6	34.1	33.4	13.0	3.33	437	33.2	14.4	17.8	21.1	11.4	2.1	1.69
36.มีการติดตามนิเทศการทำงานสม่ำเสมอ พร้อมให้คำปรึกษา	437	5.3	12.6	38.0	33.6	10.5	3.32	437	27.7	14.4	17.8	25.6	12.4	2.1	1.87
37.มีการประเมินสภาพและความต้องการของผู้ป่วยก่อนการฟื้นฟูสมรรถภาพ	437	6.9	11.0	36.2	34.1	11.9	3.33	437	30.7	13.3	18.8	23.6	12.4	1.4	1.78
0 = ไม่มีการดำเนินกิจกรรม	1 = ให้ความสำคัญ หรือ การมีการดำเนินกิจกรรมน้อยที่สุด							2 = ให้ความสำคัญ หรือมีการดำเนินกิจกรรมน้อย							
3 = ให้ความสำคัญ มีการดำเนินกิจกรรมปานกลาง	4 = ให้ความสำคัญ หรือ มีการดำเนินกิจกรรมมาก							5 = ให้ความสำคัญ หรือ มีการดำเนินกิจกรรมมากที่สุด							

ตารางที่ 4.13 ร้อยละและค่าเฉลี่ยคะแนนการให้ความสำคัญและความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอต่อกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช
ในชุมชน จำแนกรายข้อ (ต่อ)

กิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช	ร้อยละของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ให้ความสำคัญ							ร้อยละของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ดำเนินกิจกรรมในปัจจุบัน							
	n	1	2	3	4	5	Mean	n	0	1	2	3	4	5	Mean
38.จัดให้มีผู้รับผิดชอบดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน	436	5.0	10.3	32.6	37.8	14.2	3.46	437	20.8	14.0	19.7	26.5	14.6	4.3	2.13
39.มีการส่งต่อ-ส่งกลับตามระบบเครือข่ายบริการสาธารณสุข	437	4.8	7.8	30.4	36.8	20.1	3.60	437	17.8	11.2	15.8	31.1	17.2	6.9	2.39
40.มีการประสานเครือข่ายสาธารณสุขและแหล่งให้ความช่วยเหลือต่างๆ จากชุมชน/ กลุ่ม /องค์กรต่างๆ มามีส่วนร่วมในการดำเนินงานการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน	437	5.7	9.2	32.5	38.0	14.6	3.47	437	22.2	14.4	17.4	28.8	13.3	3.9	2.08
41.มีการสำรวจปัญหาเพื่อหาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเวช	437	4.3	10.8	35.0	39.4	10.5	3.41	437	24.0	14.9	16.5	29.5	13.0	2.1	1.99
42.มีการพูดคุยกับผู้ป่วยและผู้ดูแล ให้มีความเข้าใจ มองเห็นปัญหาสามารถแก้ไขด้วยตัวเองได้ตามศักยภาพ	437	5.0	7.3	33.0	39.4	15.3	3.53	437	30.7	13.3	18.8	23.6	12.4	1.4	2.33
43.รับฟังผู้ป่วย/ผู้ดูแลได้ระบายความรู้สึกถึงปัญหา ความไม่สบายใจในการดูแลตนเอง/ผู้ป่วย	437	4.1	8.5	31.8	37.5	18.1	3.57	437	17.6	12.1	14.6	29.7	20.4	5.5	2.40
ค่าเฉลี่ยรวม	436						3.45	437							2.05

0 = ไม่มีการดำเนินกิจกรรม
 1 = ให้ความสำคัญ หรือ การมีการดำเนินกิจกรรมน้อยที่สุด
 2 = ให้ความสำคัญ หรือมีการดำเนินกิจกรรมน้อย
 3 = ให้ความสำคัญ มีการดำเนินกิจกรรมปานกลาง
 4 = ให้ความสำคัญ หรือ มีการดำเนินกิจกรรมมาก
 5 = ให้ความสำคัญ หรือ มีการดำเนินกิจกรรมมากที่สุด

กิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในอนาคต

การให้ความสำคัญ

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอให้ความสำคัญต่อกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในอนาคตระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 3.19) โดยให้ความสำคัญเกี่ยวกับกิจกรรมการฝึกอบรมความรู้ การดูแลผู้ป่วยจิตเวชและการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชสำหรับบุคลากรสาธารณสุขระดับต่างๆ มากที่สุด รองลงมา คือ ผสมผสานการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชชุมชนให้เป็นงานของศูนย์สุขภาพชุมชน และให้ความสำคัญเกี่ยวกับการจัดบริการ Group Home (ผู้ป่วยจิตเวชอยู่กันตามลำพัง) น้อยที่สุด รองลงมา การจัดบริการ Day care center และจัดร้านค้า เพื่อแสดงและจำหน่ายสินค้าฝีมือผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ดังตารางที่ 4.14

การดำเนินกิจกรรมในปัจจุบัน

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอมีการดำเนินกิจกรรมเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในอนาคต ในระดับน้อยที่สุด (คะแนนเฉลี่ย 0.80) โดยมีการดำเนินกิจกรรมการฝึกอบรมความรู้ การดูแลผู้ป่วยจิตเวชและการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชสำหรับบุคลากรสาธารณสุขระดับต่างๆ มากที่สุด รองลงมาคือ ผสมผสานการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชชุมชนให้เป็นงานของศูนย์สุขภาพชุมชน และส่วนการดำเนินกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพในอนาคตที่มีการดำเนินการน้อยที่สุด คือการดำเนินกิจกรรมการจัดบริการ Day Care Center และ Group Home ซึ่งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่มีการดำเนินกิจกรรมนี้ถึง ร้อยละ 78.3 และ 77.6 ตามลำดับ ดังตารางที่ 4.14

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 4.14 ร้อยละและค่าเฉลี่ยคะแนนการให้ความสำคัญและความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอต่อกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช
จำแนกรายข้อ

กิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช	ร้อยละของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ให้ความสำคัญ							ร้อยละของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ดำเนินกิจกรรมในปัจจุบัน							
	n	1	2	3	4	5	Mean	n	0	1	2	3	4	5	Mean
<i>กิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนในอนาคต</i>															
44.จัดตั้งบ้านกึ่งวิถี (Half Way House)	437	11.7	11.2	34.8	31.4	11.0	3.19	437	17.6	12.1	14.6	29.7	20.4	5.5	0.61
45.จัดบริการ Group Home	437	12.4	16.2	33.4	29.5	8.5	3.05	437	77.6	7.3	5.7	6.2	2.5	0.7	0.51
46.จัดบริการ Day Care Center	437	13.3	13.0	34.8	29.5	9.4	3.09	437	78.3	6.2	5.0	7.6	2.3	0.7	0.51
47.จัดให้มี Self help group	437	11.4	11.7	32.7	33.9	10.3	3.20	437	69.1	9.2	6.9	11.4	2.7	0.7	0.72
48.การฝึกอบรมความรู้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชและการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชสำหรับบุคลากรสาธารณสุขระดับต่างๆ	437	8.0	8.9	35.0	32.5	15.6	3.39	437	48.1	9.4	13.3	17.6	6.6	5.0	1.41
49.ผสมผสานการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชชุมชนให้เป็นงานของศูนย์สุขภาพชุมชน	437	8.5	8.9	38.7	31.8	12.1	3.30	437	48.5	10.8	11.4	22.4	5.0	1.8	1.30
50.จัดให้มีการฝึกและทดลองให้ผู้ป่วยจิตเวชทำงานในสถานการณที่จริง โดยมีบุคลากรสาธารณสุขเป็นผู้ฝึกสอน	437	10.3	10.8	39.4	29.7	9.8	3.18	437	67.3	9.6	6.2	11.0	5.3	0.7	0.79
51.จัดร้านค้า เพื่อแสดงและจำหน่ายสินค้าฝีมือผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน	437	12.1	13.7	36.8	27.7	9.6	3.09	437	76.7	7.6	5.5	8.2	1.8	0.2	0.52
ค่าเฉลี่ยรวม	437						3.19	437							0.80

0 = ไม่มีการดำเนินกิจกรรม

1 = ให้ความสำคัญ หรือ มีการดำเนินกิจกรรมน้อยที่สุด

2 = ให้ความสำคัญ หรือ มีการดำเนินกิจกรรมน้อย

3 = ให้ความสำคัญ มีการดำเนินกิจกรรมปานกลาง

4 = ให้ความสำคัญ หรือ มีการดำเนินกิจกรรมมาก

5 = ให้ความสำคัญ หรือ มีการดำเนินกิจกรรมมากที่สุด

ส่วนที่ 6 ปัญหาและข้อเสนอแนะ

จากการวิเคราะห์ความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอ พบว่าปัญหาสำคัญและเร่งด่วนที่เป็นอุปสรรคในการดำเนินงานการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช 3 อันดับแรกในชุมชน คือ ปัญหาการขาดบุคลากรทางจิตเวชมากที่สุด (ร้อยละ 28.81) รองลงมาคือ งบประมาณสนับสนุนด้านการดำเนินงานจิตเวชมีน้อย (ร้อยละ 16.10) อันดับที่ 3 ผู้ป่วยและญาติไม่ให้ความร่วมมือ (ร้อยละ 10.17) ดังตารางที่ 4.15

ตารางที่ 4.15 จำนวนและร้อยละของปัญหาสำคัญเร่งด่วน 3 ลำดับแรกที่เป็นอุปสรรคในการดำเนินกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน (n = 236)

	ปัญหาสำคัญและเร่งด่วน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1	ขาดบุคลากรทางจิตเวช	68	28.8
2	งบประมาณสนับสนุนด้านจิตเวชมีน้อย	38	16.1
3	ผู้ป่วยและญาติไม่ให้ความร่วมมือ	24	10.1

ผลการวิเคราะห์ความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอ ให้ความสำคัญกับกลุ่มผู้ป่วยหรือโรคที่ควรได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช ที่สำคัญ 3 อันดับแรกได้แก่ ผู้ป่วยติดสารเสพติดมากที่สุด (ร้อยละ 32.7) รองลงมา คือ โรคจิต และซึมเศร้า (ร้อยละ 29.2) และอันดับที่ 3 โรคเบาหวาน (ร้อยละ 27.2) ดังตารางที่ 4.16

ตารางที่ 4.16 จำนวนและร้อยละของกลุ่ม หรือประเภทผู้ป่วยเรื้อรัง 3 โรคที่สำคัญ ที่สุดที่ควรได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) (n = 202)

	โรคเรื้อรัง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1	ติดสารเสพติด	66	32.7
2	โรคจิต โรคซึมเศร้า	59	29.2
3	เบาหวาน	55	27.2
4	ความดันโลหิตสูง	46	22.8
5	พิการทางกาย	36	17.8
6	อัมพาต	28	13.9
7	โรคผู้สูงอายุ	25	12.4
8	โรคเอดส์	19	9.4
9	โรคมะเร็ง	18	8.9
10	ภาวะฆ่าตัวตาย	8	3.9

ผลการวิเคราะห์ความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอ มีความคิดเห็นว่าการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชที่ภาคภูมิใจมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ กิจกรรมการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย ในการให้ความรู้ คำปรึกษาแนะนำแก่ญาติและผู้ป่วย มากที่สุด (ร้อยละ 59.3) รองลงมา การทำให้ชุมชนและครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย (ร้อยละ 25.5) และอันดับที่ 3 คือการมีเครือข่ายในการประสานงานที่ดี (ร้อยละ 17.6) ดังตารางที่ 4.17

ตารางที่ 4.17 จำนวนและร้อยละของกิจกรรมที่สำคัญ 3 อันดับแรก ที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอ ภาคภูมิใจในการดำเนินกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยทางจิตเวช (n = 102)

	กิจกรรมสำคัญ 3 อันดับแรก	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1	ออกเยี่ยมบ้าน เยี่ยมผู้ป่วย ให้ความรู้ ให้คำปรึกษา แก่ผู้ป่วยและญาติ (Home health care)	61	59.8
2	การทำให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย	26	25.5
3	มีเครือข่ายการประสานงานที่ดี	18	17.6

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอมีข้อเสนอแนะ เพื่อให้การดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน คือ ควรจัดให้มีการอบรมความรู้เรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชแก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข และญาติ มากที่สุด (ร้อยละ 35.7) รองลงมา คือ มีระบบการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับผิดชอบอย่างต่อเนื่อง (ร้อยละ 32.6) และควรมีบุคลากรด้านจิตเวชเพิ่ม (ร้อยละ 28.6) ดังตารางที่ 4.18

ตารางที่ 4.18 จำนวนและร้อยละของข้อเสนอแนะในการพัฒนางานด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) (n = 98)

	ข้อเสนอแนะ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1	จัดให้มีการฝึกอบรมแก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข และญาติ	35	35.7
2	มีระบบประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มีผู้รับผิดชอบต่อเนื่อง	32	32.6
3	ควรจัดบุคลากรด้านจิตเวชเพิ่ม	28	28.6
4	ควรมีระบบส่งต่อและเยี่ยมบ้านที่ดี	16	16.3
5	ควรมีนโยบาย และโครงการการทำงานที่ชัดเจน	15	15.3
6	ควรมีการจัดตั้งชมรมต่างๆ ในชุมชน	12	12.2
7	ควรมีการสนับสนุนเทคโนโลยีจิตเวชและยาจิตเวช	9	9.2
8	ควรมีงบประมาณสนับสนุน	7	7.1

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-sectional Descriptive Study) เพื่อศึกษาความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอ จังหวัดนนทบุรี เกี่ยวกับการให้ความสำคัญและการดำเนินกิจกรรมในปัจจุบันต่อกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน โดยใช้แบบสอบถามความคิดเห็นที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้น ส่งให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอที่มีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยทางกายและจิตเวชในโรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และสถานีอนามัย ซึ่งได้แก่ แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเทคนิค เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าหน้าที่บริหารสาธารณสุข หัวหน้าสถานีอนามัย ทุกคนที่สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี ทั้งหมดจำนวน 557 คน เป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม – กุมภาพันธ์ 2546 ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามนำมาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Windows สถิติที่ใช้ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบความแตกต่างด้วย unpaired t-test , One way ANOVA และ Wilcoxon signed rank test สรุปได้ดังนี้

สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

จากการศึกษาพบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอ มีการตอบกลับแบบสอบถามทั้งหมดจำนวน 437 คน จากจำนวนแบบสอบถามที่ส่งไปให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขตอบทั้งหมด 557 คน คิดเป็นอัตราการตอบกลับ ร้อยละ 78.5 โดยอำเภอเมือง มีอัตราการตอบกลับแบบสอบถามมากที่สุด (ร้อยละ 87.3) และอำเภอบางบัวทอง มีอัตราการตอบกลับต่ำสุด (ร้อยละ 70.8)

จำนวนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ตอบแบบสอบถาม แยกตามสถานที่ปฏิบัติงาน จะเป็นเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานที่สถานีอนามัย มีอัตราการตอบกลับมากที่สุด (ร้อยละ 82.4) และเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน มีอัตราการตอบกลับน้อยที่สุด (ร้อยละ 72.7)

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอ สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี วนใหญ่ (ร้อยละ 81.5) เป็นเพศหญิง มีสัดส่วนเพศหญิง : เพศชาย เทียบกับ 4.4 : 1 มีอายุระหว่าง 31 – 40 ปี (ร้อยละ 43.7) อายุเฉลี่ย 34.5 ปี สถานภาพสมรสคู่เป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 53.5) จบการศึกษาสูงสุดระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 65.4) ดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ (ร้อยละ 34.1) มีอายุราชการอยู่ในช่วง 1 - 10 ปี (ร้อยละ 43.2) มีอายุราชการเฉลี่ย 13.25 ปี ปฏิบัติงานในสถานีอนามัย (ร้อยละ 44.9) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเคยได้รับการอบรมด้านสุขภาพจิต ร้อยละ 53.4 และมีประสบการณ์ในการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยเรื้อรัง / ผู้ป่วยจิตเวช ร้อยละ 55.5

2. ความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอ จังหวัดนนทบุรี ต่อกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน เกี่ยวกับการให้ความสำคัญและการดำเนินกิจกรรมในปัจจุบัน

สรุปความคิดเห็นต่อกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชเกี่ยวกับการให้ความสำคัญและการดำเนินกิจกรรมทั้ง 5 ด้าน ผลการศึกษา พบว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอ ส่วนใหญ่มีความคิดเห็นเกี่ยวกับการให้ความสำคัญโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 3.31) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอ ให้ความสำคัญต่อกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชทางสังคม มากที่สุด (คะแนนเฉลี่ย 3.51) และการให้ความสำคัญต่อกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชทางอาชีพ น้อยที่สุด (คะแนนเฉลี่ย 3.06) ในด้านการดำเนินกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน พบว่า เจ้าหน้าที่ระดับอำเภอ ส่วนใหญ่มีการดำเนินกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชทางการแพทย์ มากที่สุด (คะแนนเฉลี่ย 2.36) และมีการดำเนินกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชทางอาชีพ น้อยที่สุด (คะแนนเฉลี่ย 0.92) และเมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า

กิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชทางการแพทย์

การให้ความสำคัญ

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอส่วนใหญ่ให้ความสำคัญต่อกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชทางการแพทย์ในระดับปานกลางถึงมาก (คะแนนเฉลี่ย 3.40) โดยให้ความสำคัญเกี่ยวกับกิจกรรมการติดตามเยี่ยมบ้าน (Home Health Care) สม่ำเสมอและต่อเนื่อง และมีการอธิบายหรือทำความเข้าใจกับผู้ป่วยจิตเวชและญาติทุกรายเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนมากที่สุด รองลงมาคือมีการอธิบายหรือทำความเข้าใจกับผู้ป่วยจิตเวชและญาติทุกรายเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนและให้ความสำคัญเกี่ยวกับการมีญาติที่จำเป็นในการรักษาผู้ป่วย ในสถานบริการสาธารณสุขระดับอำเภอน้อยที่สุด

การดำเนินกิจกรรมในปัจจุบัน

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอมีการดำเนินกิจกรรมในปัจจุบันเกี่ยวกับกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชทางการแพทย์ในระดับน้อย (คะแนนเฉลี่ย 2.36) โดยมีการดำเนินกิจกรรมการติดตามเยี่ยมบ้าน (Home Health Care) สม่ำเสมอและต่อเนื่องมากที่สุด รองลงมาคือ มีการปรึกษาเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชตามระบบเครือข่ายสาธารณสุข ส่วนการดำเนินกิจกรรมการ

ฟื้นฟูสมรรถภาพที่มีการดำเนินการน้อยที่สุดคือ การมียาจิตเวชที่จำเป็นในการรักษาผู้ป่วยในสถานบริการสาธารณสุขระดับอำเภอซึ่งอยู่ในระดับไม่มีการดำเนินกิจกรรม ร้อยละ 33

กิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชทางสังคม

การให้ความสำคัญ

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอให้ความสำคัญต่อกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชทางสังคม ในระดับปานกลางถึงมาก (คะแนนเฉลี่ย 3.51) โดยให้ความสำคัญเกี่ยวกับกิจกรรมการช่วยให้สมาชิกครอบครัวเข้าใจและยอมรับ ยอมให้ผู้ป่วยใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นในครอบครัวมากที่สุด รองลงมาคือช่วยให้ผู้ป่วยจิตเวชปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อม มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น มีทักษะการจัดการกับปัญหา สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในครอบครัวและสังคมได้เช่นคนปกติ และให้ความสำคัญน้อยที่สุดเกี่ยวกับการจัดให้ผู้ป่วยได้ร่วมกิจกรรมนันทนาการในชุมชน รองลงมาคือฝึกให้ผู้ป่วยได้ใช้ทักษะต่างๆ ทางสังคม

การดำเนินกิจกรรมในปัจจุบัน

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอมีการดำเนินกิจกรรมในปัจจุบันเกี่ยวกับกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชทางสังคมในระดับน้อย (คะแนนเฉลี่ย 2.08) โดยมีการดำเนินกิจกรรมช่วยให้สมาชิกครอบครัวเข้าใจและยอมรับ ยอมให้ผู้ป่วยใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นในครอบครัวมากที่สุด รองลงมาคือ ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเวชปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อม มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น มีทักษะการจัดการกับปัญหา สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในครอบครัวและสังคมได้เช่นคนปกติ ดำเนินกิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคมที่มีการดำเนินการน้อยที่สุดคือกิจกรรมการจัดให้ผู้ป่วยได้ร่วมกิจกรรมนันทนาการในชุมชน โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่มีการดำเนินกิจกรรมมากที่สุด ร้อยละ 36.8

กิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชทางการศึกษา

การให้ความสำคัญ

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอให้ความสำคัญต่อกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชทางการศึกษา ในระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 3.20) โดยให้ความสำคัญเกี่ยวกับกิจกรรมเรียนรู้อย่างง่าย เป็นลำดับขั้นตอน ไม่ซับซ้อน ตามความสามารถและศักยภาพของผู้ป่วยมากที่สุด รองลงมา เป็น

กิจกรรมจิตเวชในชุมชน มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยพบแนวโน้มว่าเพศหญิงให้ความสำคัญสูงกว่าเพศชายในทุกด้าน

ส่วนการดำเนินกิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช พบว่า เพศที่แตกต่างกันมีการดำเนินกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชทางการศึกษา อาชีพ และในชุมชน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

อายุ

พบว่าอายุที่แตกต่างกันให้คะแนนการให้ความสำคัญต่อกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชทุกด้าน ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการดำเนินกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช พบว่า อายุที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

และอายุที่แตกต่างกัน มีการดำเนินกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชทางสังคม การศึกษา อาชีพ และในชุมชน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ส่วนทางการแพทย์ มีการดำเนินกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพที่ไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สถานภาพสมรส

พบว่าสถานภาพสมรสที่แตกต่างกันของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอ ความคิดเห็นในการให้ความสำคัญและการดำเนินกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การศึกษา

การศึกษาที่แตกต่างกันของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอ พบว่า ความคิดเห็นการให้ความสำคัญต่อกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอที่การศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไปมีการให้ความสำคัญต่อกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชมากกว่ากลุ่มการศึกษาต่ำกว่าระดับปริญญาตรี ส่วนการดำเนินกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชเกือบทุกด้านของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่การศึกษาแตกต่างกัน พบว่า ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้นการดำเนินกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชทางการศึกษา มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอที่ระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรีจะมีการดำเนินกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพมากกว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่การศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป

สนับสนุนการเรียนรู้จากสื่อต่างๆ เช่น หนังสือพิมพ์ วารสาร นิตยสาร วิทยุ โทรทัศน์ ฯลฯ และให้ความสำคัญน้อยที่สุดเกี่ยวกับการจัดการศึกษาตามความต้องการของผู้ป่วย

การดำเนินกิจกรรมในปัจจุบัน

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอมีการดำเนินกิจกรรมในปัจจุบันเกี่ยวกับกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชทางการศึกษา ในระดับน้อยที่สุด (คะแนนเฉลี่ย 1.41) โดยมีการดำเนินกิจกรรมช่วยให้คำแนะนำ ประสานความร่วมมือ / จัดหาสถานที่ศึกษาตามความเหมาะสมมากที่สุด รองลงมา กิจกรรมสนับสนุนการเรียนรู้จากสื่อต่างๆ เช่น หนังสือพิมพ์ วารสาร นิตยสาร วิทยุ โทรทัศน์ ฯลฯ และให้ความสำคัญน้อยที่สุดเกี่ยวกับการจัดการศึกษาตามความต้องการของผู้ป่วย และส่วนการดำเนินกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการศึกษาที่มีการดำเนินการน้อยที่สุดคือการสนับสนุนให้มีการบริการการศึกษาซ่อมเสริมปัญหาการเรียนรู้ที่เกี่ยวข้องกับการพูด การเขียน การอ่าน ซึ่งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่มีการดำเนินกิจกรรมนี้ ร้อยละ 49.8

กิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชทางอาชีพ

การให้ความสำคัญ

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอให้ความสำคัญต่อกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชทางอาชีพในระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 3.06) โดยให้ความสำคัญเกี่ยวกับกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน โดยใช้อาชีพในชุมชนมากที่สุด รองลงมาได้แก่ งานเกษตรกรรมบำบัด และให้ความสำคัญเกี่ยวกับการเปิดโอกาสจ้างงานผู้ป่วยจิตเวชที่ผ่านการฝึกทดลองงาน เพื่อเป็นลูกจ้างประจำหรือลูกจ้างชั่วคราวของหน่วยงานรัฐและเอกชนน้อยที่สุด

การดำเนินกิจกรรมในปัจจุบัน

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอมีการดำเนินกิจกรรมในปัจจุบันเกี่ยวกับกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชทางอาชีพ ในระดับน้อย (คะแนนเฉลี่ย 1.23) โดยมีการดำเนินกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนทางด้านอาชีพ โดยใช้อาชีพในชุมชน มากที่สุด รองลงมา คือ งานเกษตรกรรมบำบัด และส่วนการดำเนินกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพที่มีการดำเนินการน้อยที่สุดคือการจัดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ฝึกทำงานในสำนักงานของหน่วยงานของรัฐและเอกชน โดยที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่มีการดำเนินกิจกรรมนี้ ร้อยละ 64.8)

กิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน

การให้ความสำคัญ

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอให้ความสำคัญต่อกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนในระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 3.26) โดยให้ความสำคัญเกี่ยวกับกิจกรรมการประชาสัมพันธ์ และให้ความรู้ และความเข้าใจแก่ประชาชนทั่วไปเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนมากที่สุด รองลงมาคือมีกิจกรรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน และให้ความสำคัญเกี่ยวกับการจัดหาที่พักอาศัย หากผู้ป่วยไม่สามารถอยู่กับครอบครัวได้ น้อยที่สุด รองลงมาคือฝึกทักษะการใช้ชีวิตในชุมชนและมีหน่วยงานช่วยเหลือหาที่อยู่อาศัย หรือบ้านพักสำหรับผู้ป่วยจิตเวชในรายที่ไม่สามารถอยู่กับครอบครัวได้

การดำเนินกิจกรรมในปัจจุบัน

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอมีการดำเนินกิจกรรมในปัจจุบันเกี่ยวกับกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ในระดับน้อยที่สุด (คะแนนเฉลี่ย 1.33) โดยมีการดำเนินกิจกรรมการประชาสัมพันธ์และให้ความรู้ และความเข้าใจแก่ประชาชนทั่วไปเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนมากที่สุด รองลงมาคือกิจกรรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน และส่วนการดำเนินกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชนที่มีการดำเนินการน้อยที่สุด คือ การจัดหาที่พักอาศัย หากผู้ป่วยไม่สามารถอยู่กับครอบครัวได้ โดยที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่มีการดำเนินกิจกรรมนี้ ร้อยละ 63.2

3. เปรียบเทียบความแตกต่างความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ระดับอำเภอ ตามปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยสนับสนุนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

3.1 การทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการให้ความสำคัญและการดำเนินกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในรายด้าน ตามปัจจัยส่วนบุคคล

เพศ

เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นเกี่ยวกับการให้ความสำคัญรายด้านของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ระดับอำเภอ กับเพศชายและหญิง พบว่า คะแนนเฉลี่ยการให้ความสำคัญต่อกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชทางสังคม และกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย

ตำแหน่ง

ด้านตำแหน่งงาน เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มวิชาชีพ และกลุ่มสาธารณสุข ในการให้ความสำคัญสำคัญต่อกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชรายด้าน พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชทางการศึกษา อาชีพ และในชุมชน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ส่วนทางการแพทย์และทางสังคม ไม่แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีตำแหน่งต่างกัน ความคิดเห็นในการดำเนินกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในทุกด้าน ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อายุราชการ

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนของการให้ความสำคัญกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชทุกด้านกับอายุราชการที่ต่างกัน พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ส่วนการดำเนินกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในทุกด้าน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

3.2 การทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการให้ความสำคัญและการดำเนินกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในรายด้าน ตามปัจจัยสนับสนุน

หน่วยงาน

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย การให้ความสำคัญต่อการดำเนินกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช กับสังกัดหน่วยงานที่ต่างกันของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอที่ปฏิบัติงานในสถานีนอนามัย ศูนย์สุขภาพจิตชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลชุมชน พบว่ามีคะแนนการให้ความสำคัญรายด้านในระดับปานกลาง และไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ส่วนการดำเนินกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอ มีการดำเนินงานในระดับน้อยถึงน้อยที่สุด นอกจากนี้ยังพบว่าการดำเนินกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชทุกด้านมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอที่ปฏิบัติงานในสถานีนอนามัยและศูนย์สุขภาพชุมชนมีการดำเนินกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพใกล้เคียงกัน

การได้รับการอบรมด้านสุขภาพจิต

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอที่ได้รับการอบรมด้านสุขภาพจิต และไม่เคยการอบรมด้านสุขภาพจิต เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นในการให้ความสำคัญต่อกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในระดับปานกลางและพบว่ากิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชทางการแพทย์ ทางสังคม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทาง ($p < 0.01$)

และเมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการดำเนินกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช พบว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอที่เคยได้รับการอบรม และไม่เคยได้รับการอบรมด้านสุขภาพจิต มีการดำเนินกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชทางการแพทย์ และทางสังคม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$)

ประสบการณ์การดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยเรื้อรัง / จิตเวช

การมีประสบการณ์การดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยเรื้อรัง / จิตเวช ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอ ระหว่างกลุ่มที่เคยมีประสบการณ์การดูแล กับกลุ่มที่ไม่เคยมีประสบการณ์ดูแล การให้ความสำคัญต่อกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชทางการแพทย์ สังคม การศึกษา และในชุมชน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ส่วนทางอาชีพพบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างการดำเนินกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอที่มีประสบการณ์ในการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยเรื้อรัง / ผู้ป่วยจิตเวช พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ในทุกด้าน

4. ความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอ จังหวัดนนทบุรี ต่อกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ตามกลไกสู่ความสำเร็จการให้ความสำคัญและการดำเนินกิจกรรมในอนาคต

กลไกสู่ความสำเร็จต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช

การให้ความสำคัญ

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอมีความคิดเห็นในการให้ความสำคัญต่อกลไกสู่ความสำเร็จในกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช อยู่ในระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 3.45) โดยให้ความสำคัญเกี่ยวกับการส่งต่อ-ส่งกลับตามระบบเครือข่ายบริการสาธารณสุข มากที่สุด รองลงมาคือรับฟังผู้ป่วย/ผู้ดูแลได้ระบายความรู้ถึงปัญหา ความไม่สบายใจในการดูแลตนเอง/ผู้ป่วย และให้ความสำคัญเกี่ยวกับการมีการติดตามนิเทศการทำงานสม่ำเสมอ พร้อมให้คำปรึกษาในการดำเนินการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชน้อยที่สุด รองลงมา คือ มีการฟื้นฟูความรู้เดิม (Refreshing) ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชอย่างสม่ำเสมอ และมีการประเมินสภาพและความต้องการของผู้ป่วยก่อนการฟื้นฟูสมรรถภาพ

การดำเนินกิจกรรมในปัจจุบัน

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอมีความคิดเห็นในการดำเนินกิจกรรมกลไกสู่ความสำเร็จ ในกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในระดับน้อย (คะแนนเฉลี่ย 2.05) โดยมีการดำเนินกิจกรรม โดยการรับฟังผู้ป่วย/ผู้ดูแลได้ระบายความรู้ถึงปัญหา ความไม่สบายใจในการดูแลตนเอง/ผู้ป่วยมากที่สุด รองลงมา คือ การส่งต่อ-ส่งกลับตามระบบเครือข่ายบริการสาธารณสุข มีคะแนนใกล้เคียงกัน และส่วนการดำเนินกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพกลไกสู่ความสำเร็จที่มีการดำเนินการน้อยที่สุด คือกิจกรรมการฟื้นฟูความรู้เดิม (Refreshing) ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่มีการดำเนินกิจกรรมนี้ ร้อยละ 33.2

กิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนอนาคต

การให้ความสำคัญ

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอให้ความสำคัญต่อกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในอนาคตระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 3.19) โดยให้ความสำคัญเกี่ยวกับกิจกรรมการฝึกอบรมความรู้ การดูแลผู้ป่วยจิตเวชและการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชสำหรับบุคลากรสาธารณสุขระดับต่างๆ มากที่สุด รองลงมา คือ ผสมผสานการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชชุมชนให้เป็นงานของศูนย์สุขภาพชุมชน และให้ความสำคัญเกี่ยวกับการจัดบริการ Group Home (ผู้ป่วยจิตเวชอยู่กันตามลำพัง) น้อยที่สุด รองลงมา การจัดบริการ Day care center และจัดร้านค้า เพื่อแสดงและจำหน่ายสินค้าฝีมือผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน

การดำเนินกิจกรรมในปัจจุบัน

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอมีการดำเนินกิจกรรมเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในอนาคต ในระดับน้อยที่สุด (คะแนนเฉลี่ย 0.80) โดยมีการดำเนินกิจกรรมการฝึกอบรมความรู้ การดูแลผู้ป่วยจิตเวชและการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชสำหรับบุคลากรสาธารณสุขระดับต่างๆ มากที่สุด รองลงมาคือ ผสมผสานการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชชุมชนให้เป็นงานของศูนย์สุขภาพชุมชน และส่วนการดำเนินกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพในอนาคตที่มีการดำเนินการน้อยที่สุดคือการดำเนินกิจกรรมการจัดบริการ Day Care Center และ Group Home ซึ่งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่มีการดำเนินกิจกรรมนี้ถึงร้อยละ 78.3 และ 77.6 ตามลำดับ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

5. ปัญหาและข้อเสนอแนะ

จากการวิเคราะห์พบว่าปัญหาสำคัญและเร่งด่วนที่เป็นอุปสรรคในการดำเนินงานการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช 3 อันดับแรกในชุมชน คือ ปัญหาการขาดบุคลากรทางจิตเวชมากที่สุด (ร้อยละ 28.8) รองลงมาคือ งบประมาณสนับสนุนด้านการดำเนินงานจิตเวชมีน้อย (ร้อยละ 16.1) อันดับที่ 3 ผู้ป่วยและญาติไม่ให้ความร่วมมือ (ร้อยละ 10.2)

ผลการวิเคราะห์ความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอ ให้ความสำคัญกับกลุ่มผู้ป่วยหรือโรคที่ควรได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช ที่สำคัญ 3 อันดับแรก ได้แก่ ผู้ป่วยติดสารเสพติดมากที่สุด (ร้อยละ 32.7) รองลงมา คือ โรคจิต และซึมเศร้า (ร้อยละ 29.2) และอันดับที่ 3 โรคเบาหวาน (ร้อยละ 27.2)

ผลการวิเคราะห์ความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอ มีความคิดเห็นว่าการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชที่ภาคภูมิใจมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ กิจกรรมการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย ในการให้ความรู้ คำปรึกษาแนะนำแก่ญาติและผู้ป่วย มากที่สุด (ร้อยละ 59.3) รองลงมา การทำให้ชุมชนและครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย (ร้อยละ 25.5) และอันดับที่ 3 คือการมีเครือข่ายในการประสานงานที่ดี (ร้อยละ 17.6)

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอมีข้อเสนอแนะ เพื่อให้การดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน คือ ควรจัดให้มีการอบรมความรู้เรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชแก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข และญาติ มากที่สุด (ร้อยละ 35.7) รองลงมา คือ มีระบบการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับผิดชอบอย่างต่อเนื่อง (ร้อยละ 32.6) และควรมีบุคลากรด้านจิตเวชเพิ่ม (ร้อยละ 28.6)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อภิปรายผลการวิจัย

1. ข้อมูลการตอบกลับของแบบสอบถาม

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีการตอบกลับของแบบสอบถาม จำนวน 437 คน จากจำนวนแบบสอบถามที่ส่งไปให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขตอบทั้งหมด 557 คน อัตราการตอบกลับ ร้อยละ 78.5 โดยอำเภอเมือง มีอัตราการตอบกลับแบบสอบถามมากที่สุด ร้อยละ 87.3 เนื่องจากพื้นที่อยู่ใกล้กับผู้วิจัย จึงได้ทวงถามและติดตามได้ด้วยตัวเองได้หลายครั้ง ส่วนปัญหาที่ได้รับแบบสอบถามไม่ครบ เนื่องจากเป็นช่วงที่ทางสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรีได้มีการจัดอบรมหลายๆ หลักสูตร เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอหลายท่านต้องเดินทางมาเข้ารับการอบรม บางท่านไม่ได้กลับเข้าทำงานเลย ในช่วงที่ผู้วิจัยลงเก็บข้อมูล

2. ข้อมูลส่วนบุคคล

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอ สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี เป็นเพศหญิง : เพศชาย เทียบกับ 4.4 : 1 มีอายุระหว่าง 31 – 40 ปี (ร้อยละ 43.7) อายุเฉลี่ย 34.5 ปี สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 53.5) การศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 65.4) ดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ (ร้อยละ 34.1) มีอายุราชการอยู่ในช่วง 1-10 ปี (ร้อยละ 43.2) มีอายุราชการเฉลี่ย 13.25 ปี สอดคล้องกับการศึกษาของ หทัยรัฐณ์ เอื้อสามาลัย (2542)⁽³⁷⁾ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถาม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุระหว่าง 31 – 40 ปี การศึกษาระดับปริญญาตรี ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ระยะเวลาปฏิบัติงาน 10 ปี ขึ้นไป

3. ข้อมูลสนับสนุน

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอ ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในสถานีนอนาามัย ร้อยละ 44.9 เคยได้รับการอบรมด้านสุขภาพจิต ร้อยละ 53.4 และหลักสูตรที่มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเข้ารับการอบรมมากที่สุดคือ Basic counselling (ร้อยละ 29.8) และส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยเรื้อรัง / ผู้ป่วยจิตเวช ร้อยละ 55.5 ขัดแย้งกับการศึกษาของ ภัทรา ธีรลาภ (2540)⁽³³⁾ บุคลากรสาธารณสุขส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการอบรมความรู้ทางด้านสุขภาพจิต แต่สอดคล้องกับ พหล วงศ์โรจน์ (2540)⁽⁵⁴⁾ พบว่าผู้ให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตระดับหัวหน้างาน ที่ปฏิบัติงานในกลุ่มงานฟื้นฟูสมรรถภาพในโรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต ได้รับการอบรมความรู้ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช ร้อยละ 58.8 และสมหมาย เลาะห์จินดา (2539)⁽³¹⁾ พบว่า ความแตกต่างของการได้รับการศึกษาอบรมเพิ่มเติมด้านสุขภาพจิตและจิตเวช เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชนในเขต 8 , 9 , 10

จึงเห็นควรมีการสนับสนุนและส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอได้รับการศึกษาอบรมความรู้และทักษะการฟื้นฟูสมรรถภาพเพิ่มเติม

4. ความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอต่อการให้ความสำคัญ และการดำเนินกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน

ความคิดเห็นต่อกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชเกี่ยวกับการให้ความสำคัญและการดำเนินกิจกรรมทั้ง 5 ด้าน ผลการศึกษา พบว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอ ส่วนใหญ่มีความคิดเห็นเกี่ยวกับการให้ความสำคัญโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 3.31) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอ ให้ความสำคัญต่อกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชทางสังคม มากที่สุด (คะแนนเฉลี่ย 3.51) และการให้ความสำคัญต่อกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชทางอาชีพ น้อยที่สุด (คะแนนเฉลี่ย 3.06) ในด้านการดำเนินกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน พบว่า เจ้าหน้าที่ระดับอำเภอ ส่วนใหญ่มีการดำเนินกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชทางการแพทย์ มากที่สุด (คะแนนเฉลี่ย 2.36) และมีการดำเนินกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชทางอาชีพ น้อยที่สุด (คะแนนเฉลี่ย 0.92)

การที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอ ให้ความสำคัญกับการฟื้นฟูทางสังคมมากกว่าด้านอื่นๆ เนื่องจากการฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม เป็นพื้นฐานในการดำรงชีวิตของผู้ป่วย สามารถดำเนินกิจกรรมได้ตั้งแต่เริ่มทำการรักษาผู้ป่วย และเข้ากับวิถีการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย ครอบครัว เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเอง จึงทำให้เจ้าหน้าที่รู้สึกว่าจะสะดวกและง่ายต่อการดำเนินการ ส่วนการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการศึกษาเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้ความสำคัญน้อยที่สุดเนื่องจาก คิดว่าเรื่องการศึกษาน่าจะเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบของโรงเรียนและครู ซึ่งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความรู้ความชำนาญแต่ด้านการแพทย์ พยาบาล และการสาธารณสุข

กิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชทางการแพทย์ มักจะเป็นกิจกรรมที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่วนใหญ่ได้มีการดำเนินการอยู่แล้วในปัจจุบัน เช่น การค้นหา คัดกรอง ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต การเยี่ยมบ้าน (Home health care) การให้คำปรึกษา แนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติ

ส่วนการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชทางด้านอาชีพเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีการดำเนินกิจกรรมน้อยที่สุด อาจเนื่องมาจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งนอกจากการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชทางการแพทย์แล้ว การฟื้นฟูสมรรถภาพทางด้านอาชีพก็มีความสำคัญ เพราะการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชทางอาชีพ จะช่วยให้ผู้ป่วยได้ฝึกทักษะพื้นฐานในการทำงาน เช่น ฝึกนิสัยในการทำงาน การตรงต่อเวลา การรับผิดชอบ การฝึกอาชีพตามศักยภาพของผู้ป่วยจิตเวช ยังทำให้เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง มีคุณค่า มีรายได้จากการประกอบอาชีพ ลดภาระต่อครอบครัวและเป็นบุคคลที่มีประโยชน์ต่อสังคม : ปัทมา ศิริเวช (2544)⁽²⁵⁾

เมื่อพิจารณาความคิดเห็นเจ้าหน้าที่ระดับอำเภอ เกี่ยวกับการให้ความสำคัญและการดำเนินกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในรายชื่อ พบว่า

กิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชทางการแพทย์

กิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชทางการแพทย์ที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอให้ความสำคัญและดำเนินกิจกรรมมากที่สุด 3 กิจกรรม ได้แก่ การติดตามเยี่ยมบ้าน (Home health care) สม่ำเสมอและต่อเนื่อง การอธิบายหรือทำความเข้าใจกับผู้ป่วยจิตเวชและญาติทุกรายเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช และการมีคู่มือในการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชสำหรับญาติและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 55.3 เท่ากัน และกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชทางการแพทย์ที่มีการดำเนินกิจกรรมมากที่สุด คือ การติดตามเยี่ยมบ้าน (Home health care) สม่ำเสมอและต่อเนื่องเช่นกัน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากเป็นกิจกรรมที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้มีการดำเนินกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยทางกายและทางจิตอยู่แล้ว และมาตรฐานสถานีนอนามัยและแนวทางปฏิบัติ กระทรวงสาธารณสุข (2544)⁽⁵³⁾ การกำหนดมาตรฐานสถานีนอนามัย ได้มีการกำหนดกิจกรรมการติดตามเยี่ยมบ้านอย่างสม่ำเสมอไว้เป็นมาตรฐานของกระบวนการด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช

ประเด็นที่น่าสนใจอีกประเด็นหนึ่ง คือ กิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้ความสำคัญน้อยที่สุดถึงไม่มีกิจกรรมเลย ได้แก่ การมียาจิตเวชที่จำเป็นในการรักษาผู้ป่วยในสถานบริการสาธารณสุขระดับอำเภอ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเทคนิค เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสถานีนอนามัยและศูนย์สุขภาพชุมชนเป็นส่วนใหญ่ ผู้ที่มีหน้าที่รับผิดชอบและแสดงความคิดเห็นได้ดีควรจะเป็นแพทย์ ซึ่งมีหน้าที่ทำการรักษาผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน แต่เนื่องจากการศึกษาในครั้งนี้พบว่ามีแพทย์เพียง 4 คนนั้นตอบแบบสอบถาม (ร้อยละ 0.9) จากจำนวนแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนทั้งหมด 20 คน จึงไม่สามารถเป็นตัวแทนแพทย์ทุกท่านที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานสาธารณสุขระดับอำเภอได้ และจากการที่ผู้วิจัยได้เคยทำการสัมภาษณ์แพทย์ เภสัชกรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน และเภสัชกรในโรงพยาบาลจิตเวชพบว่า ยาจิตเวชมีราคาค่อนข้างสูง หากสั่งซื้อจำนวนน้อยจะไม่คุ้มค่า และราคาจะแพงมาก ทางโรงพยาบาลชุมชนจึงไม่ดำเนินการสั่งซื้อยาทางจิตเวช แต่ใช้วิธีการส่งต่อผู้ป่วยมารักษายังโรงพยาบาลจิตเวชแทน ซึ่งจะเป็นโอกาสให้ผู้ป่วยอาจขาดยาและการรักษาที่ต่อเนื่องสูง เพราะเป็นการยุ่งยากหากต้องดำเนินการตามขั้นตอนระบบการส่งต่อเพื่อมารักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชและเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทาง หากมีความเป็นไปได้ควรให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและโรงพยาบาลจิตเวชวางแผนการดำเนินการเรื่องการจัดซื้อยาทางจิตเวชร่วมกัน เพื่อใช้ในสถานบริการระดับอำเภอ (โรงพยาบาลชุมชน) เนื่องจาก การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชด้วยยา (Psychopharmacology rehabilitation) ทางวิชาการนับว่าเป็นองค์ประกอบสำคัญเป็นอันดับแรกในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช ยาที่มีประสิทธิภาพและการได้รับยาอย่างต่อเนื่องจะช่วยควบคุมอาการทางจิตของผู้ป่วยให้ทุเลา ซึ่งจะนำไปสู่การฟื้นฟู

สมรรถภาพด้วยวิธีการอื่นๆ ต่อไป Flexer and Solomon อ้างใน พหล วงศาโรจน์ (2540)⁽⁵⁴⁾ ส่วนการให้บริการในระดับสถานีนอนาถและศูนย์สุขภาพชุมชนมุ่งเน้นการบริการด้าน Psycho-social และการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านอื่นๆ มากกว่าการรักษาด้วยยา

กิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชทางสังคม

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอให้ความสำคัญและดำเนินกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชทางสังคมมากที่สุด ได้แก่กิจกรรมการช่วยให้สมาชิกครอบครัวเข้าใจและยอมรับ ยอมให้ผู้ป่วยใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นในครอบครัว เนื่องจากญาติและครอบครัวมีความสำคัญที่สุดในการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมและชุมชน โดยปัทมา ศิริเวช (2544)⁽²⁵⁾ กล่าวว่าเมื่อแพทย์จำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านด้วยเหตุผลอาการทางจิตสงบหรือดีขึ้น พบว่าร้อยละ 30 ของผู้ป่วยกลุ่มนี้ ต้องกลับเข้ามารับการรักษซ้ำในโรงพยาบาลในระยะเวลา 1 ปี สาเหตุเกิดจากความรู้สึกในแง่ลบที่ญาติที่ต้องดูแลผู้ป่วยทางจิตระยะยาวและการขาดทักษะการใช้ชีวิตร่วมกัน หรือบางครั้งครอบครัวเกิดความอับอายที่จะบอกกับใครๆ ว่า บุคคลในครอบครัวของตนเป็นโรคจิต ฉะนั้นบทบาทของญาติและครอบครัวมีความสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวช จึงควรมีกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ญาติ และครอบครัวเกิดกำลังใจ มีความรู้ ความเข้าใจ รวมถึงทักษะในการอยู่ร่วมกันกับผู้ป่วยทางจิต

ส่วนกิจกรรมนันทนาการในชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้ความสำคัญและมีการดำเนินกิจกรรมน้อยที่สุด อาจเนื่องมาจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่ทราบวัตถุประสงค์ของกิจกรรมนันทนาการ เพราะนอกจากเป็นการพักผ่อนหย่อนใจแล้ว ยังสามารถนำมาสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางด้านร่างกาย อารมณ์ และสังคม จากการที่ผู้ป่วยได้มีการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นระหว่างมีกิจกรรม : พหล วงศาโรจน์ (2540)⁽⁵⁴⁾ จึงควรมีการส่งเสริมกิจกรรมนันทนาการสำหรับผู้ป่วยอย่างง่ายโดยบุคคลในครอบครัวหรือชุมชน ด้วยกิจกรรมที่มีอยู่แล้วในท้องถิ่น เช่น พาผู้ป่วยไปร่วมทำบุญในเทศกาลวันสำคัญต่างๆ วันขึ้นปีใหม่ วันสงกรานต์ ร่วมประเพณีลอยกระทง เป็นต้น

กิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชทางการศึกษา

การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชทางการศึกษา เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอมีการให้ความสำคัญและดำเนินกิจกรรมน้อยที่สุด เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ หรือรายกิจกรรมพบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอ ให้ความสำคัญในการจัดการเรียนรู้อย่างง่าย เป็นลำดับขั้นตอน ไม่เข้าชั้นตามความสามารถและศักยภาพของผู้ป่วย ซึ่งพหล วงศาโรจน์ (2540)⁽⁵⁴⁾ กล่าวว่า การศึกษาพิเศษ (Special education) เป็นการจัดโปรแกรมระบบการเรียนรู้อย่างง่าย ตามลำดับที่ละขั้น เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ที่จะกระทำกิจกรรมต่างๆ ให้สำเร็จ ตามการปฏิบัติที่ละขั้นอย่างง่าย และไม่ซ้ำซ้อน เช่นเดียว

กับ บัทมา ศิริเวช (2544)⁽²⁵⁾ กล่าวถึงการศึกษาตามอัธยาศัย (Informal education) เป็นการศึกษาที่ไม่มีกลุ่มเป้าหมายที่แน่นอน เป็นการเรียนรู้จากการกระทำและประสบการณ์จริง

และการที่การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการศึกษามีการดำเนินการน้อยที่สุดหรือเกือบไม่มี เนื่องจากเป็นกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพเฉพาะทางเช่นเดียวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพ ซึ่งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขยังไม่มีการปฏิบัติในชุมชน สอดคล้องกับภทรา ธิรลภ (2540)⁽³³⁾ พบว่างานทางด้านการศึกษาฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนมีการดำเนินการน้อยที่สุด และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขยังขาดความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการศึกษา ซึ่งไม่จำเป็นต้องดำเนินการกิจกรรมโดยนักการศึกษา หรือครูเท่านั้น บัทมา ศิริเวช (2544)⁽²⁹⁾ ได้กล่าวถึงการศึกษาฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชทางการศึกษา ได้แก่ การศึกษาตามระบบ การศึกษานอกระบบ และการศึกษาตามอัธยาศัย (Informal education) ซึ่งกิจกรรมการศึกษาตามอัธยาศัยสามารถดำเนินการได้โดยบุคคลในครอบครัว ชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้คำแนะนำได้ เช่น การศึกษาจากหนังสือ หรือวารสาร นิตยสาร วิทยุ โทรทัศน์ Internet เป็นต้น

กิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชทางอาชีพ

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอให้ความสำคัญและมีการดำเนินกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพในระดับปานกลาง และให้ความสำคัญและมีการดำเนินกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนมากที่สุด ได้แก่ กิจกรรมการใช้อาชีพที่มีอยู่ในชุมชน และให้ความสำคัญน้อยที่สุดในกิจกรรมการเปิดโอกาสจ้างงานผู้ป่วยจิตเวชที่ผ่านการฝึกทดลอง เพื่อเป็นลูกจ้างประจำหรือลูกจ้างชั่วคราวของหน่วยงานรัฐและเอกชน การดำเนินกิจกรรมน้อยที่สุดได้แก่ การจัดโอกาสให้ผู้ป่วยจิตเวช ได้ฝึกงานในสำนักงานของหน่วยงานรัฐและเอกชน

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอ ให้ความสำคัญกับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชทางอาชีพระดับปานกลางอาจเนื่องจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีหน้าที่หลักในการดูแลส่งเสริมด้านสุขภาพทางการแพทย์ พยาบาล และการสาธารณสุข ส่วนการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชทางอาชีพ เป็นงานเฉพาะทาง ผู้ที่มีบทบาทสำคัญควรจะเป็นนักอาชีพบำบัด ซึ่งในชุมชนจะไม่มีเจ้าหน้าที่ทางด้านนี้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวรรณภา พลอยเกลื่อน (2540)⁽³⁵⁾ พบว่าพยาบาลจิตเวชมีความเห็นว่า ทักษะการในการฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพโดยรวมและรายชื่อได้รับความสำคัญอยู่ในระดับปานกลาง และได้รับความสำคัญน้อยกว่าด้านอื่น และจากการศึกษาของรักสุดา กิจอรุณชัย (2545)⁽³⁹⁾ พบว่าการประเมินผลโครงการฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพ โรงพยาบาลศรีธัญญา โดยการทำงานในอารักขาของโรงพยาบาลศรีธัญญา (ร้านเพื่อน) ต่อการเปลี่ยนแปลงความสามารถทางทักษะต่างๆ 6 ด้าน ได้แก่ ทักษะการดูแลตนเอง ทักษะการอยู่ร่วมกันภายในบ้าน ทักษะทางสังคม ทักษะการทำงาน ทักษะการพักผ่อน และทักษะการใช้ชีวิตในชุมชน ผลการวิจัย พบว่ามีการเพิ่มขึ้นของคะแนนความสามารถทั้ง 6 ด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉพาะทักษะการทำงาน และทักษะทางสังคม เพิ่มขึ้นมากกว่าทักษะด้านอื่น

แสดงให้เห็นว่าการฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพ สามารถเพิ่มทักษะด้านต่างๆ ของผู้ป่วยจิตเวชให้ดีขึ้นได้ จึงควรนำแนวคิดการดำเนินงานร้านเพื่อน โรงพยาบาลศรีธัญญาไปปรับประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วยในชุมชน หรือจัดโอกาสและส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการฝึกงานกับร้านหรือหน่วยงานต่างๆ ที่มีอยู่ในท้องถิ่น / ชุมชน เพื่อเป็นการฝึกทักษะที่จำเป็นต่างๆ ในการดำเนินชีวิตให้ผู้ป่วยจิตเวช เพราะการฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพในชุมชนควรนำทรัพยากร และภูมิปัญญาท้องถิ่น พร้อมทั้งนำศักยภาพของบุคลากรที่อยู่ในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการฝึกอาชีพ

กิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอให้ความสำคัญและมีการดำเนินกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชนมากที่สุด คือ กิจกรรมการประชาสัมพันธ์และให้ความรู้ และความเข้าใจแก่ประชาชนทั่วไปเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ส่วนกิจกรรมที่มีการให้ความสำคัญและดำเนินกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพน้อยที่สุด ได้แก่ การจัดหาที่พักอาศัย หากผู้ป่วยไม่สามารถอยู่กับครอบครัวได้

ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกนิษฐา ถาวรกิจ (2538) ⁽³⁰⁾ พบว่าหน่วยงานและกรมประชาสัมพันธ์ควรมีการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทั่วไปทราบในเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการ และจากการศึกษาดูงานด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในต่างประเทศของบุคลากรกรมสุขภาพจิต เช่น ประเทศออสเตรเลีย ฮองกง อังกฤษ พบว่า มีการจัดหาบ้านให้แก่ ผู้ป่วยโดยบ้านที่มาให้บริการผู้ป่วยเช่า ต้องได้รับการอนุญาตจากรัฐก่อน ผู้ป่วยจะเสียค่าเช่าบ้าน บางส่วน โดยส่วนที่เหลือรัฐเป็นผู้ออกให้ แต่ผู้ป่วยที่พักในบ้านนี้จะต้องสามารถดูแลตนเองได้และมีเจ้าหน้าที่มาดูแลเป็นระยะ พิทักษ์พล บุญยมาลิก และสุนีย์ เอกวัฒน์พันธ์(2542) ⁽³⁶⁾ พบว่าการใช้ชุมชนวัดสวนแก้ว โดยการเตรียมชุมชนให้มีความรู้และเข้าใจ เรื่องสุขภาพจิตและการดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ผลจากการนำผู้ป่วยที่ได้รับการฝึกทักษะการดำเนินชีวิตทั้ง 6 ด้านแล้วไปใช้ชีวิตร่วมกับคนในชุมชน พบว่าผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง สามารถกลับสู่ภูมิภานาของตนเองได้ โดยกลับสู่ภูมิภานาด้วยตนเอง และโดยญาติรับกลับจากวัดสวนแก้ว

จึงทำให้เห็นว่าการจัดหาที่พักให้แก่ผู้ป่วยจิตเวชที่ไม่สามารถอยู่กับครอบครัวได้ นอกจากการเช่าบ้าน หรือจัดหาบ้านให้อยู่อาศัยแล้ว การใช้วัดที่มีอยู่ทุกๆ ชุมชนหรือบ้านพักสถานสงเคราะห์ที่มีอยู่ตามหน่วยงานต่างๆ ในการช่วยสนับสนุนด้านที่อยู่อาศัย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสามารถเข้ามามีบทบาทในการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องตามระบบเครือข่ายก็จะสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยในการฟื้นฟูสมรรถภาพได้ โดยใช้แนวคิดการดำเนินงานการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชนมาประยุกต์ใช้ตามความต้องการของผู้ป่วยและญาติ ตามสภาพท้องถิ่น ใช้ทรัพยากรและภูมิปัญญาชาวบ้านที่มีอยู่ในชุมชนนั้น และอาศัยการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนดำเนินกิจกรรม

5. ปัจจัยที่มีผลต่อความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอ เกี่ยวกับการให้ความสำคัญและการดำเนินกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช มีดังนี้

สรุปผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของความคิดเห็นตามปัจจัยส่วนบุคคลในภาพรวม พบว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอที่มี เพศ ตำแหน่ง การอบรมด้านสุขภาพจิตและประสบการณ์การดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยเรื้อรัง / ผู้ป่วยจิตเวช ที่แตกต่างกัน คะแนนเฉลี่ยของการให้ความสำคัญต่อกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ในขณะที่คะแนนเฉลี่ยของความคิดเห็นเกี่ยวกับการดำเนินกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ตามเพศ อายุ การศึกษา อายุราชการ หน่วยงาน การอบรมด้านสุขภาพจิต และประสบการณ์การดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยเรื้อรัง / จิตเวช

ปัจจัยส่วนบุคคล

เพศ

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอ ที่เพศแตกต่างกัน มีความคิดเห็นเกี่ยวกับการให้ความสำคัญต่อกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพที่ต่างกัน ทางสังคมและในชุมชน ส่วนการดำเนินกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขพบว่า เพศที่ต่างกัน มีการดำเนินกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการศึกษา อาชีพ และในชุมชน แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสมหมาย เกิดกล้า (2541)⁽⁵⁰⁾ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลที่ปฏิบัติงานสุขภาพจิตชุมชนในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง เนื่องจากงานสุขภาพจิตเป็นส่วนหนึ่งที่รวมอยู่กับการส่งเสริมสุขภาพและการรักษาพยาบาล ซึ่งเป็นงานที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้หญิงรับผิดชอบ ชัดแจ้งกับการศึกษาของรังษี เจริญวงศ์ระยับ (2543)⁽⁴⁷⁾ เพศไม่มีความสัมพันธ์กับความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลต่อการดำเนินงานโรงพยาบาลชุมชน

อายุ

พบว่า คะแนนเฉลี่ยของการให้ความสำคัญต่อกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช แต่ละด้านไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในกลุ่มอายุที่ต่างกัน ส่วนด้านการดำเนินกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยทางสังคม การศึกษา อาชีพ และในชุมชน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอที่มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 ปี จะมีการดำเนินกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชมากกว่ากลุ่มอายุอื่นทุกด้าน ยกเว้นทางการแพทย์ ซึ่ง อิริคสัน (Eric H. Erickson อ้างใน ดรุณี คุณศรี , 2536)⁽⁵⁵⁾ กล่าวว่าผู้ใหญ่ตอนต้น (20 – 35 ปี) เป็นวัยที่เติบโตเต็มที่ คือ มีการเจริญถึงขีดวุฒิภาวะ มีความพร้อมที่จะทำงานประกอบอาชีพ มีครอบครัว และเป็นโอกาส

ดีที่จะกระตุ้นให้คนกลุ่มนี้ทำงานเต็มความสามารถ และพัฒนางานสุขภาพจิตต่อไป ซึ่งอายุของผู้ตอบแบบสอบถาม สอดคล้องกับอายุราชการ ซึ่งเป็นปัจจัยสนับสนุนปัจจัยหนึ่งในการศึกษาคั้งนี้เช่นกัน พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอที่มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 ปี จะมีอายุราชการน้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 ปี (อายุราชการเฉลี่ย 13.25 ปี)

สถานภาพสมรส

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอที่มีสถานภาพสมรสที่แตกต่างกัน มีความคิดเห็นเกี่ยวกับการให้ความสำคัญและการดำเนินกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในทุกด้าน จึงเห็นว่าสถานภาพสมรสไม่มีผลกับการแสดงความคิดเห็นต่อการศึกษาคั้งนี้

ระดับการศึกษา

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอที่มีระดับการศึกษาที่แตกต่างกัน พบว่าคะแนนเฉลี่ยของการให้ความสำคัญต่อกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีระดับการศึกษาปริญญาตรีขึ้นไปให้ความสำคัญมากกว่า ส่วนการดำเนินกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ระดับการศึกษาระดับต่ำกว่าปริญญาตรี มีการปฏิบัติมากกว่า โดยเฉพาะด้านการศึกษา

จากสภาพความเป็นจริงในปัจจุบัน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอที่ปฏิบัติงานในสถานีนอนามัย หรือโรงพยาบาลชุมชน ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของสมหมาย เกิดกล้า (2540) ⁽⁵⁰⁾ กล่าวว่าผู้ที่สำเร็จการศึกษาประกาศนียบัตรสามารถปฏิบัติหน้าที่ในตำแหน่งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับสถานีนอนามัยได้ โดยไม่จำเป็นต้องสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป จึงทำให้สัดส่วนของผู้จบประกาศนียบัตรมากกว่าระดับปริญญาตรี แต่เนื่องจากในปัจจุบันมีการพัฒนานุเคราะห์อย่างต่อเนื่อง และมีการส่งเสริม สนับสนุนให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่วุฒิมัธยมศึกษาประกาศนียบัตรสาขาต่างๆ เข้ารับการศึกษเพิ่มเติม ทำให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอในปัจจุบันมีระดับการศึกษาตั้งแต่ปริญญาตรีเป็นส่วนใหญ่ ทั้งนี้เนื่องจากการศึกษาอบรมจะช่วยเพิ่มพูนความรู้ความสามารถและเพิ่มประสิทธิภาพ ในการปฏิบัติงาน ดังนั้นการเพิ่มพูนความรู้ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชแก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอจะทำให้เกิดประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานในการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนเพิ่มขึ้น

และอีกประเด็นหนึ่งซึ่งสำคัญ คือ การอบรมความรู้เกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนให้กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานอยู่ระบบสาธารณสุขระดับต่างๆ อาจไม่เพียงพอและทันเหตุการณ์ในการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนได้ เห็นควรบรรจุการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติให้เป็นส่วนหนึ่งของหลักสูตรต่างๆ ทางการแพทย์ ไม่ว่าจะหลัก

สูตรแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขต่างๆ เพื่อให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ตระหนักและมีทักษะในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้จริงเมื่อจบหลักสูตรและไปปฏิบัติงานในชุมชน

ตำแหน่ง

พบว่าคะแนนเฉลี่ยของการให้ความสำคัญต่อกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชที่ตำแหน่งต่างกัน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยเฉพาะการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการศึกษา อาชีพ และในชุมชน โดยแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ และพยาบาลเทคนิค มีการให้ความสำคัญมากกว่ากลุ่มสาธารณสุข ส่วนการดำเนินกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งกลุ่มวิชาชีพและกลุ่มสาธารณสุข ใกล้เคียงกัน

อายุราชการ

พบว่าคะแนนเฉลี่ยของการให้ความสำคัญต่อกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชทั้ง 5 ด้าน ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มที่มีอายุราชการน้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 ปี ให้ความสำคัญมากกว่า ส่วนการดำเนินกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ทุกด้าน โดยผู้ที่มีอายุราชการน้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 ปี มีการดำเนินกิจกรรมมากกว่าเช่นกัน

ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาข้างต้นที่พบว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 ปี มีการให้ความสำคัญและการดำเนินกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยมากกว่ากลุ่มอายุอื่นๆ ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของพหล วงศาโรจน์ (2540)⁽⁵⁴⁾ พบว่าระยะเวลาของการปฏิบัติงาน มีผลต่อความคิดเห็นต่องานฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชโดยรวมทุกด้าน ไม่แตกต่างกัน

ปัจจัยสนับสนุน

หน่วยงาน

พบว่าคะแนนเฉลี่ยของการให้ความสำคัญต่อการดำเนินกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชกับสังกัดหน่วยงานที่แตกต่างกันของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอที่ปฏิบัติงานในสถานเอนาเมัย ศูนย์สุขภาพจิตชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลชุมชน พบว่ามีคะแนนการให้ความสำคัญรายด้านในระดับปานกลาง และไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอให้ความสำคัญมากที่สุด

ส่วนการดำเนินกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอ มีการดำเนินงานในระดับน้อยถึงน้อยที่สุด นอกจากนี้ยังพบว่าการดำเนินกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชทุกด้านมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอที่ปฏิบัติงานในสถานีนามัยและศูนย์สุขภาพชุมชนมีการดำเนินกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพใกล้เคียงกัน

การได้รับการอบรมด้านสุขภาพจิต

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอที่ได้รับการอบรมด้านสุขภาพจิต มีคะแนนเฉลี่ยในการให้ความสำคัญและดำเนินกิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช ที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ได้รับการอบรมด้านสุขภาพจิตจะให้ความสำคัญ และมีการดำเนินกิจกรรมมากกว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ไม่เคยรับการอบรมด้านสุขภาพจิต

จากการเปรียบเทียบระหว่างเจ้าหน้าที่ที่เคยได้รับการอบรมทางด้านสุขภาพจิต พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ได้รับการอบรมด้านสุขภาพจิต ซึ่งข้อมูลสอดคล้องกับจำนวนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขคือเพศหญิงมากกว่าเพศชาย สัดส่วนผู้ที่เคยได้รับการอบรมและไม่ได้รับการอบรม หญิงมากกว่าชาย 3.8 : 1 อายุอยู่ในช่วง 31 – 40 ปี สอดคล้องกับการศึกษาครั้งนี้ ที่เจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่ที่ได้รับการอบรม มีอายุราชการอยู่ระหว่าง 1 – 10 ปี รองลงมา 11 – 20 ปี การศึกษาระดับปริญญาตรี สอดคล้องกับตำแหน่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะพยาบาลวิชาชีพจบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า มีความพร้อมและมีศักยภาพในการรับความรู้เพิ่มเติมหรือมีความรู้พื้นฐานพร้อมที่จะรับความรู้ใหม่ๆ พร้อมทั้งจะนำมาประยุกต์ใช้กับผู้รับบริการในพื้นที่ หน่วยงานจึงส่งเจ้าหน้าที่ที่มีตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพมาเข้ารับการอบรม

และพบว่ามีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอที่ได้รับการอบรมด้านสุขภาพจิต ร้อยละ 38.4 ไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยเรื้อรัง/ผู้ป่วยจิตเวชเลย ดังนั้นการจัดทำหลักสูตรต่างๆ ควรมีการระบุดูคุณสมบัติของผู้เข้ารับการอบรมให้ชัดเจน เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรม หรือผู้ที่ปฏิบัติงานจริงได้นำไปใช้ และเกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วยที่รับบริการ

จะเห็นได้ว่าการอบรมด้านสุขภาพจิตเป็นการพัฒนางานให้มีประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานและปัญหาที่พบในการให้บริการทางด้านสุขภาพจิตของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมาตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน คือการขาดความรู้และทักษะในการปฏิบัติงานสุขภาพจิตประกอบกับงานสุขภาพจิตมีลักษณะที่เป็นนามธรรมเข้าใจยาก จะทำให้การดำเนินสุขภาพจิตไม่ก้าวหน้าเท่าที่ควร ดังนั้นการฝึกอบรมเพื่อเพิ่มพูนความรู้ ทักษะ ทศนคติแก่ผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิต ย่อมทำให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความมั่นใจและสามารถให้บริการสุขภาพจิตแก่ประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ภัทรา ธิรลภ (2540)⁽³³⁾ เช่นเดียวกับสมหมาย เลาหะจินดา และกรองจิตต์ วงศ์สุวรรณ (2539)⁽³¹⁾ ได้หาความสัมพันธ์ระหว่างการศึกษา/อบรมเพิ่มเติมทางด้านสุขภาพจิต/จิตเวชกับอุปสรรคในการดำเนินงานสุขภาพจิต พบ

ว่าการได้รับการศึกษา/อบรม เพิ่มเติมทางด้านสุขภาพจิต/จิตเวชมีผลต่อสภาพปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานสุขภาพจิตของโรงพยาบาลชุมชน เขต 8 , 9 , 10

และจากการแสดงความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอจากการศึกษาครั้งนี้พบว่า มีการอบรมหลักสูตรต่างๆ ทางด้านสุขภาพจิตหลายหลักสูตร แต่ขาดข้อมูลการนำไปใช้ และความเพียงพอของความรู้ที่ได้ และความสามารถนำไปใช้ได้จริงมากนักน้อยเพียงใด ความต้องการเพิ่มเติมของการศึกษาอบรม / สื่อเทคโนโลยีต่างๆ ปัญหาอุปสรรคในการนำความรู้ที่ได้รับในการอบรมไปใช้ ซึ่งเป็นข้อจำกัดในการศึกษาในครั้งนี้ ซึ่งในโอกาสต่อไปควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในประเด็นดังกล่าว

ประสบการณ์การดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยเรื้อรัง / จิตเวช

การมีประสบการณ์การดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยเรื้อรัง / จิตเวช ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอ ระหว่างกลุ่มที่เคยมีประสบการณ์การดูแล กับกลุ่มที่ไม่เคยดูแล การให้ความสำคัญต่อกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชทางการแพทย์ สังคม การศึกษา และในชุมชน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ส่วนทางอาชีพพบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างการดำเนินกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอที่มีประสบการณ์ในการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยเรื้อรัง / ผู้ป่วยจิตเวช พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ในทุกด้าน

ดังนั้นกรมสุขภาพจิตจึงควรจัดหลักสูตรการฝึกอบรมเพิ่มเติมในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชให้แก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและความสามารถในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช นอกจากการฝึกอบรมทางด้านความรู้ ควรจัดให้มีการฝึกปฏิบัติในการดำเนินกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพด้วย เพราะจากการศึกษาพบว่าการมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง / ผู้ป่วยจิตเวช การให้ความสำคัญและการดำเนินกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกด้าน

และจากการแสดงความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอเกี่ยวกับการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยเรื้อรังและผู้ป่วยจิตเวช พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขดูแลจะเป็นผู้ป่วยเรื้อรังทางกายมากกว่าผู้ป่วยจิตเวช เช่น ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง อัมพาต พิการทางกาย มะเร็ง หัวใจ เป็นต้น ซึ่งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเห็นความสำคัญว่าควรมีการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคดังกล่าวแบบองค์รวม คือมีการดูแลทั้งทางด้านกาย จิตและสังคมร่วมกัน จึงเห็นควรให้กรมสุขภาพจิตมีการสนับสนุนสื่อ / เทคโนโลยี การฝึกอบรม การฝึกทักษะในการดูแลทางด้านสังคมจิตใจแก่ผู้ป่วยกลุ่มโรคทางกายดังกล่าว ที่มีอยู่เป็นจำนวนมากในชุมชนนอกเหนือจากผู้ป่วยจิตเวช

6. ข้อเสนอแนะจากการทำวิจัย

ปัญหาและอุปสรรคในดำเนินกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช

1. ผู้บริหารสาธารณสุขระดับจังหวัด อำเภอ ตำบลยังไม่เห็นความสำคัญของการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนเท่าที่ควร
2. กรมสุขภาพจิตและสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขไม่มีนโยบายในการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชร่วมกันอย่างชัดเจน
3. การบริหารจัดการไม่เป็นระบบ
4. ขาดงบประมาณที่เพียงพอในการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน
5. ระบบการส่งต่อ – ส่งกลับยังไม่มีมาตรฐาน
6. ขาดรูปแบบและแนวทางที่ชัดเจนในการดำเนินกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน
7. ขาดบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถในการฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน
8. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอมีงานด้านอื่นค่อนข้างมาก จึงไม่เห็นความสำคัญในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน
9. ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ ความเข้าใจและความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยในชุมชน
10. ขาดยาและเวชภัณฑ์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชในสถานบริการสาธารณสุขระดับอำเภอ
11. ขาดเทคโนโลยี แนวปฏิบัติในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ทั้งระดับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และญาติผู้ดูแล

ข้อเสนอแนะในการพัฒนางานด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน

1. ควรมีนโยบาย โครงการ แผนงานในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนที่ชัดเจน
2. มีระบบการบริหารจัดการที่ดี มีการประชุมปรึกษาหารือระหว่างผู้ที่เกี่ยวข้องเป็นระยะ
3. มีการจัดสรรงบประมาณสนับสนุนอย่างเพียงพอ และรวดเร็วทันเวลาสำหรับดำเนินการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน
4. ผู้บริหารให้ความสำคัญ และมีความมุ่งมั่นในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน
5. มีการประชาสัมพันธ์งานการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนผ่านสื่อต่าง เช่น หนังสือพิมพ์ โทรทัศน์ วิทยุ วารสารต่างๆ Internet ฯลฯ เป็นระยะ อย่างต่อเนื่อง
6. จัดเจ้าหน้าที่สาธารณสุขรับผิดชอบงานการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนอย่างเป็นรูปธรรม ชัดเจน และจัดผู้เชี่ยวชาญสำหรับให้คำปรึกษาการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน พร้อมรับปรึกษาตลอด 24 ชั่วโมง

7. พัฒนาระบบการส่งต่อ – ส่งกลับผู้ป่วยจิตเวชให้มีมาตรฐาน ผู้ป่วยจิตเวชทุกคนได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างทั่วถึง อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ
8. มีการเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ
9. มีการฝึกอาชีพให้แก่ผู้ป่วยจิตเวชตามศักยภาพที่เหลืออยู่ และโดยใช้ทรัพยากร / อาชีพที่มีอยู่ในท้องถิ่น
10. มีกิจกรรมเสริมอื่นๆ ในชุมชน เช่น การจัดตั้งชมรมการออกกำลังกาย ชมรมญาติผู้ป่วยจิตเวช ฯลฯ
11. ฝึกอบรมความรู้และทักษะในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนแก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำชุมชน อาสาสมัครต่างๆ หน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง ญาติ ผู้ป่วย
12. สนับสนุนอุปกรณ์ สื่อ เทคโนโลยีต่างๆ ในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนตามความต้องการและตามปัญหาของพื้นที่ อย่างเพียงพอและทันเวลาที่

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. กรมสุขภาพจิตควรกำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ ยุทธศาสตร์ นโยบาย และแนวปฏิบัติสุขภาพเกี่ยวกับเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนที่ชัดเจน สามารถปฏิบัติได้ในทิศทางเดียวกัน
2. ในการจัดทำแผน นโยบายในเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน กรมสุขภาพจิตควรกำหนดเป้าหมายกิจกรรมในการดำเนินงานให้เป็นรูปธรรมและชัดเจน เพราะที่ผ่านมางานด้านสุขภาพจิตเป็นเหมือนงานฝากจากหน่วยงานของกรมสุขภาพจิต ควรปรับทัศนคติ สร้างความตระหนักให้กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขว่างานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนเป็นงานหลัก ซึ่งควรนำไปผสมผสานกับงานบริการสาธารณสุขทั่วไป ในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม คือ ให้การดูแลทางด้านกาย จิตและสังคมไปพร้อมๆ กัน เพราะนอกจากจะฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช ยังสามารถนำไปใช้ฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตใจแก่ผู้ป่วยทางกายเรื้อรังได้ ตามความต้องการของพื้นที่
3. ควรจัดการฝึกอบรม ความรู้การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน แก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอ โดยมีการพัฒนาหลักสูตรให้ผู้ที่ผ่านการอบรมแล้วมีทักษะสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งควรมีการฝึกปฏิบัติในหน่วยงานจิตเวช หรือสถานที่จริง สามารถให้คำปรึกษาและแนะนำในเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน และควรมีการนิเทศงานติดตามประเมินอย่างต่อเนื่อง มีการสนับสนุนทางวิชาการและสามารถติดต่อขอคำปรึกษากับผู้เชี่ยวชาญทางด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนได้เมื่อมีปัญหา
4. มีการจัดประชุมวิชาการเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน โดยให้ผู้เกี่ยวข้องโดยเฉพาะเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับอำเภอ อาสาสมัคร ผู้นำชุมชน หน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมส่งผลงานวิชาการ งานวิจัย หรือประกวดภูมิปัญญาท้องถิ่น ในการฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน

5. ควรมีการประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนผ่านสื่อต่างๆ อย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ เพื่อให้ผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน องค์กรรัฐและเอกชน หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เห็นความสำคัญและมีส่วนร่วมในการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน
6. มีการสื่อสาร นำเสนอสื่อ วิชาการ และวิธีการดำเนินกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนใหม่ๆ ผู้ปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่องและทันสมัย เช่น การจัดทำวารสารประจำเดือน หรือนำเสนอผ่าน www.moph.go.th

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยต่อไป

1. ศึกษาความต้องการของผู้ป่วย ญาติ ครอบครัว ชุมชน ต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน
2. ศึกษารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยในชุมชนที่เหมาะสมแต่ละภาคของประเทศ
3. ศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยในชุมชน
4. ศึกษาความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกระดับทั่วประเทศต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยในชุมชน

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายการอ้างอิง

- 1.สำนักงานนโยบายและแผน กระทรวงสาธารณสุข. การสาธารณสุขไทย. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข , 2543.
- 2.กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. สุขภาพจิตไทย พ.ศ.2543 – 2544. โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้า และพัสดุภัณฑ์ , 2544.
- 3.โรงพยาบาลศรีธัญญา. เอกสารปรับโครงสร้างโรงพยาบาลศรีธัญญา. กรกฎาคม 2545,อัดสำเนา.
- 4.กระทรวงสาธารณสุข. เอกสารบันทึกหลักการและเหตุผลประกอบกฎกระทรวง แบ่งส่วนราชการกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2545,2545.(อัดสำเนา)
- 5.Ian McDowell , Claire Newell. Measuring Health : A Guide to Rating Scales an Questionnaires 2nd Ed. Ny Oxford University Press,1996.
6. Webster, N.N. New Webster's Dictionary of the English language Deluxe Encychopedia (ed.) New york : Simon&Schuster,1985.
7. ราชบัณฑิตสถาน. พจนานุกรม ศัพท์สังคมวิทยาไทย-อังกฤษ .พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : อมรินทร์พริ้นติ้งกรุ๊ป จำกัด, 2532.
- 8.อุทัย หิรัญโต. สังคมวิทยาประยุกต์. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ไเอเดียนสโตร์, 2529.
9. สุชา จันทร์อม และสุรางค์ จันทร์อม. จิตวิทยาสังคม. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แพร่พิทยา, 2520.
10. เรืองเวทย์ แสงรัตน์. ความคิดเห็นและความสนใจของนักเรียนเตรียมทหารเกี่ยวกับอัตราการเพิ่มของประชากรของประเทศไทย. วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2522.
- 11.สงวน สุทธิเลิศอรุณ และคนอื่น ๆ จิตวิทยาสังคม กรุงเทพมหานคร ศิริชัยการพิมพ์, 2522.
- 12.ประภาเพ็ญ สุวรรณ. “ทัศนคติ” การวัดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอนามัย กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์ไเอเดียนสโตร์, 2526
- 13.จิราพร เขียวอยู่.โครงการอบรมระยะสั้นและการประชุมเชิงปฏิบัติการประจำปี 2543 หลักสูตรการสร้างมาตรฐานวัดสำหรับงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ ขอนแก่น ภาควิชาชีวสถิติและประชากรศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น,2543.
14. Best JW. Research in Education. New Jersey : Prentice Hall, Inc., 1977.
- 15.Clifford TM, Richard A.K. Introduction to Psychology.Tokyo Japan:International Student Edition.McGraw-Hill Kogabusha Ltd,1971.
- 16.กฤษ ชื่นศิริ. “ฟื้นฟูบำบัด” ตำราจิตเวชศาสตร์ สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์,2520.
- 17.สมชาย จักรพันธ์ มล. “การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช” ตำราจิตเวชศาสตร์สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ; 2536.

- 19.จันทร์ฉาย แยม้อยู่. การนำแนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชนมาประยุกต์ใช้กับการดำเนินการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ. ผลการลำดับที่ 1 ประเมินผลเพื่อดำรงตำแหน่งนักสังคมสงเคราะห์ 7 ว สำนักงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ , 2542.
- 20.ศรีจิตต์ หังสสุด. การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชน. เอกสารประกอบการบรรยาย เรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชน. กรกฎาคม 2537 , อัดสำเนา.
- 21.อนงค์ ธรรมโรจน์และคณะ. การใช้รูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์. รายงานการวิจัย. โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์. กรมสุขภาพจิต, 2542.
- 22.สุชาดา สาครเสถียร. แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช. กองสุขภาพจิต กรมการแพทย์ , 2536.
- 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.2544.บทบรรณาธิการผู้เจ็บป่วยทางจิตกับฟื้นฟูสมรรถภาพ People with Mental Health Illness and Rehabilitation. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย ปีที่ 10 (2544) : หน้า 11 – 20.
- 26.โรงพยาบาลศรีธัญญา. คู่มือประกอบการทำแบบประเมินผู้ป่วยเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ. นนทบุรี : โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต,2545.
- 27.สุพล รุจิรพิพัฒน์. สำรวจความเป็นไปได้ของบริการสุขภาพจิตชุมชนในจังหวัดนครราชสีมา : นครราชสีมา, 2526.
- 28.สถิตย์ นิยมญาติ. รายงานการวิจัย เรื่อง ปัญหาและอุปสรรคของการปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตในโครงการสาธารณสุขมูลฐาน. (ศึกษาระดับภาคใต้ของประเทศไทย) กรุงเทพมหานคร. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2528.
- 29.นิตยา ตากวิริยะนันท์ และชนมน สุยะชีวัน. คุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเวชในระยะฟื้นฟูสภาพ. สงขลา นครินทร์เวชสาร ปีที่ 11 ฉบับที่ 1, 2536.
- 30.กนิษฐา ถาวรกิจ. การศึกษาคำรู้ ทักษะชีวิต และการปฏิบัติด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในชุมชน : ศึกษาเฉพาะกรณีเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานด้านคนพิการในที่ทำกรประจำสงเคราะห์จังหวัด. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2538.
- 31.สมหมาย เลาะห์จินดา และคณะ. รูปแบบการให้บริการสุขภาพของโรงพยาบาลชุมชนในเขต 8,9,10. เชียงใหม่.รายงานการวิจัย. โรงพยาบาลสวนปรุง กรมสุขภาพจิต, 2539.
- 32.เพลินพิศ จันทรศักดิ์และคณะ. การศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน. นนทบุรี. รายงานการวิจัย.โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต,2539.

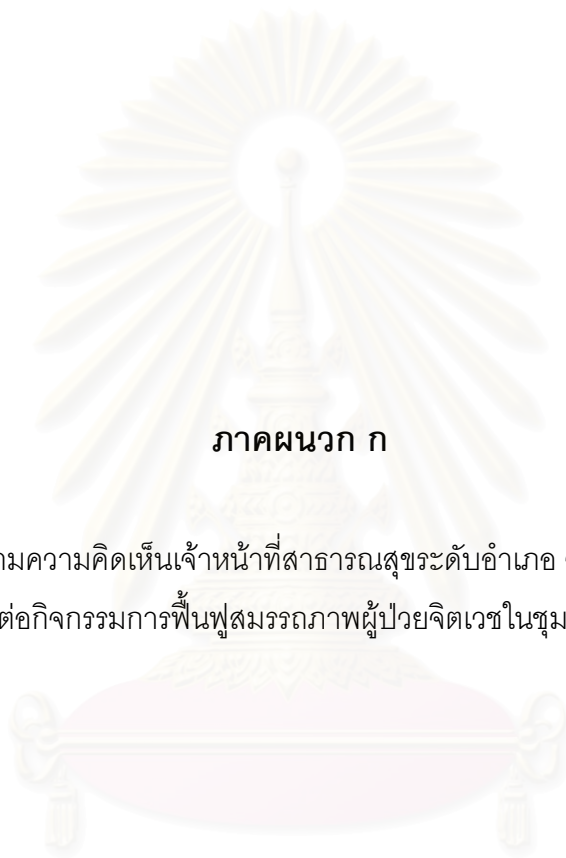
33. ภัทรา ธิรลภ และคณะ. การศึกษาการให้บริการสุขภาพจิตของ รพศ./รพท./ รพช. ในภาคกลาง และภาคตะวันออก. กรมสุขภาพจิต, 2540.
34. นรวิรุฬ ฟู่มจันทร์. การศึกษาเปรียบเทียบอาการผู้ป่วยก่อนและหลังการฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวชแบบ โรงพยาบาลกลางวันด้วยการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม. รายงานในที่ประชุมวิชาการประจำปีของ กรมสุขภาพจิต. กรุงเทพฯ.โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา กรมสุขภาพจิต ,2541.
35. วรณภา พลอยเกลื่อน. 2540. ทักษะของพยาบาลจิตเวชในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทใน โรงพยาบาลศรีธัญญา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต.มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์,2540.
36. พิทักษ์พล บุญยมาลิก และสุนีย์ เอกวัฒน์พันธ์. การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชโดยชุมชน : กรณีศึกษาชุมชนวัดสวนแก้ว. นนทบุรี: ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคม โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2542.
37. หทัยรัฐณ์ เอื้อสามาลัย. การศึกษาทัศนคติของบุคลากรสาธารณสุขต่อการสร้างเครือข่ายทางสังคม ด้านสาธารณสุขชุมชนของผู้ป่วยจิตเวช เขต 1.วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ,2542.
38. สมรัก ชูวานิชวงศ์ และคณะ. โครงการทดลองนำผู้ป่วยจิตเวชอาการทุเลาเข้าฝึกอาชีพในโรงงานอุตสาหกรรม. รายงานในที่ประชุมวิชาการประจำปีของกรมสุขภาพจิต. นนทบุรี. โรงพยาบาลศรีธัญญา.กรมสุขภาพจิต,2543.
39. รักสุดา กิจอรุณชัย. การประเมินผลโครงการฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพ โรงพยาบาลศรีธัญญา. นนทบุรี. รายงานการวิจัย. โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต,2546.
40. ผ่อง อนันตริยเวช. โครงการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช โดยชุมชนจำลอง. รายงานในที่ประชุมวิชาการประจำปีของกรมสุขภาพจิต. นนทบุรี. โรงพยาบาลศรีธัญญา.กรมสุขภาพจิต,2545.
41. หยกฟ้า บุญชิต. การศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในจังหวัดนครพนม. รายงานในที่ประชุมวิชาการประจำปีของกรมสุขภาพจิต. นนทบุรี. โรงพยาบาลศรีธัญญา. กรมสุขภาพจิต,2545.
42. ชุตีวรรณ เทียนทอง. การพัฒนาการเครือข่ายงานสุขภาพจิต. รายงานในที่ประชุมวิชาการประจำปีของกรมสุขภาพจิต. นนทบุรี. โรงพยาบาลศรีธัญญา.กรมสุขภาพจิต,2545.
43. บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ. ระเบียบวิธีการวิจัยทางสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์และทำปกเจริญผล, 2540.
44. บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ. เทคนิคการสร้างเครื่องมือรวบรวมข้อมูลสำหรับวิจัย. กรุงเทพมหานคร: เจริญดีการพิมพ์,2542.
45. วิษยภรณ์ พรนาคดล. การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในชุมชนของคณะกรรมการบริหารองค์การบริหารส่วนตำบล. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์,2544.
46. โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์. เอกสารทางวิชาการเรื่อง การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช. อุบลราชธานี : กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข,2538.

47. รัชสี เจริญวงศ์ระยับ. ความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติงานโรงพยาบาลต่อการดำเนินงาน โรงพยาบาลชุมชน ปี 2543. ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเวชศาสตร์ชุมชน แพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2543.
48. ภิรมย์ กมลรัตน์กุล, มนต์ชัย ซาลาปราวรรตน์, ทวีสิน ต้นประยูร. หลักการทำให้วิจัยให้สำเร็จ. พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร : เท็ก แอน เจอร์เนลส์ พับลิเคชั่น, 2542.
49. เติมศรี ชำนิจารกิจ. สถิติประยุกต์ทางการแพทย์. พิมพ์ครั้งที่ 5 ฉบับปรับปรุง. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2540.
50. สมหมาย เกิดกล้า. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานสุขภาพจิตชุมชนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2541.
51. ศุภรัตน์ เอกอัศวินและคณะ. การจัดระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน เมือง Central Sydney ประเทศออสเตรเลีย 23 ก.ค. - 23 ก.ย. 2543. รายงานการไปฝึกอบรม. กรมสุขภาพจิต, 2543.
52. โรงพยาบาลศรีธัญญา. การฟื้นฟูสมรรถภาพศูนย์ New Life Psychiatric Rehabilitation Association ณ ประเทศฮ่องกง 14 - 19 พค. 2545. รายงานการศึกษาดูงาน. โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต, 2545.
53. กระทรวงสาธารณสุข. ร่างมาตรฐานสถานเอนามัยและแนวทางปฏิบัติ. 21 มิถุนายน 2544. (อัดสำเนา)
54. พหล วงศาโรจน์. การดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชกับความมั่นคงแห่งชาติ. กรุงเทพฯ. : รายงานการวิจัย. วิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร, 2544.
55. ดรุณี คุณศรี. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล ในจังหวัดร้อยเอ็ด. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต เอกสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536.



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก

แบบสอบถามความคิดเห็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอ จังหวัดนนทบุรี
ต่อกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบสอบถามเลขที่

--	--	--	--	--	--

**แบบสอบถามความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอ จังหวัดนนทบุรี
ต่อกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน**

คำชี้แจงในการตอบแบบสอบถาม

- โปรดตอบแบบสอบถามทุกข้อให้ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด
- แบบสอบถามฉบับนี้ มีจำนวนทั้งหมด 3 ส่วน ประกอบด้วย
 - ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป (จำนวน 10 ข้อ)
 - ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความคิดเห็นการให้ความสำคัญและการดำเนินกิจกรรมในปัจจุบันต่อกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน (จำนวน 51 ข้อ)
 - ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะในการดำเนินกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน (จำนวน 4 ข้อ)
- แบบสอบถามฉบับนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอ จังหวัดนนทบุรี ต่อกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน จึงขอให้ท่านโปรดตอบแบบสอบถามแต่ละส่วนให้ครบทุกข้อ โดยใช้ความคิดเห็นของตนเอง ผลการตอบจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ และไม่มีผลต่อการปฏิบัติงานของท่าน ข้อมูลที่ได้รับจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน จึงขอให้ท่านตอบตามความเป็นจริงมากที่สุด

กรุณาเติมคำลงในช่องว่างหรือ เขียนเครื่องหมาย ✓ ลงใน () หน้าข้อที่ตรงตามความจริงมากที่สุด

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. เพศ

() 1.ชาย

() 2.หญิง

2. อายุท่านในปัจจุบัน ปี

3. สถานภาพสมรส

() 1. โสด

() 2. คู่ อยู่ด้วยกัน

() 3. คู่ แยกกันอยู่

() 4. หย่า

() 5. หม้าย

4. ระดับการศึกษาสูงสุด

() 1. อนุปริญญา

() 2. ปริญญาตรี

() 3. ปริญญาโท

() 4. อื่นๆ โปรดระบุ

สำหรับผู้วิจัย

SEX __

AGE __ __

STA __

EDU __

5. ตำแหน่งในปัจจุบัน		POS __
<input type="checkbox"/> 1. แพทย์	<input type="checkbox"/> 2. พยาบาลวิชาชีพ	
<input type="checkbox"/> 3. พยาบาลเทคนิค	<input type="checkbox"/> 4. เจ้าหน้าที่บริหารสาธารณสุข	
<input type="checkbox"/> 5. หัวหน้าสถานเอนามัย	<input type="checkbox"/> 6. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชน	
<input type="checkbox"/> 7. นักวิชาการสาธารณสุข	<input type="checkbox"/> 8. อื่นๆ โปรดระบุ	
6. ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข	ปี	TIM __ __
7. สถานที่ปฏิบัติงาน		OFF __
<input type="checkbox"/> 1. สถานเอนามัย ขนาด	<input type="checkbox"/> 2. PCU ขนาด	
<input type="checkbox"/> 3. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ	<input type="checkbox"/> 4. โรงพยาบาลชุมชน ขนาด	
<input type="checkbox"/> 5. อื่นๆ โปรดระบุ		
8. ท่านเคยได้รับการอบรมด้านสุขภาพจิตและจิตเวช หรือไม่		TRA __
<input type="checkbox"/> 1. ไม่เคย	<input type="checkbox"/> 2. เคย	
- ระบุหลักสูตร	จำนวน	วัน
- ระบุหลักสูตร	จำนวน	วัน
- ระบุหลักสูตร	จำนวน	วัน
9. ประสบการณ์ในการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยเรื้อรัง / ผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน		EXP1__
<input type="checkbox"/> 1. ไม่มี	<input type="checkbox"/> 2. มี ระยะเวลา	ปี
	(หากตอบ มี ในข้อ 9. กรุณาตอบข้อ 10)	
10. ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ท่านให้การดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยเรื้อรัง / ผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนดังนี้		
10.1 โรคหัวใจ	ราย	WOR1__
10.2 โรคเบาหวาน	ราย	WOR2__
10.3 โรคความดันโลหิตสูง.....	ราย	WOR3__
10.4 โรคมะเร็ง	ราย	WOR4__
10.5 โรคอัมพาต.....	ราย	WOR5__
10.6 โรคไต	ราย	WOR6__
10.7 พิการทางกาย.....	ราย	WOR7__
10.8 โรคจิตเวช	ราย	WOR8__
10.9 อื่นๆ โปรดระบุ	ราย	WOR9__

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลเกี่ยวกับความคิดเห็นต่อกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่มีข้อความตรงกับตัวท่านมากที่สุด และขอความร่วมมือตอบคำถามทุกข้อความ
ความหมายของคะแนนแต่ละข้อ

- 0 หมายถึง การดำเนินกิจกรรมในปัจจุบัน ไม่มีกิจกรรม (แม้ไม่มีกิจกรรม กรุณาให้คะแนนระดับความสำคัญของกิจกรรมด้วย)
- 1 หมายถึง การให้ความสำคัญ / การดำเนินกิจกรรมในปัจจุบัน น้อยที่สุด
- 2 หมายถึง การให้ความสำคัญ / การดำเนินกิจกรรมในปัจจุบัน น้อย
- 3 หมายถึง การให้ความสำคัญ / การดำเนินกิจกรรมในปัจจุบัน ปานกลาง
- 4 หมายถึง การให้ความสำคัญ / การดำเนินกิจกรรมในปัจจุบัน มาก
- 5 หมายถึง การให้ความสำคัญ / การดำเนินกิจกรรมในปัจจุบัน มากที่สุด

(โปรดให้คะแนนทุกข้อ)

กิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน	ท่านให้ความสำคัญกิจกรรม ต่อไปนี้มากน้อยเพียงใด น้อยที่สุด → มากที่สุด กรุณาตอบ แม้ยังไม่มีการสน					ยังไม่ มีกิจ กรรม	หน่วยงานของท่านมีกิจกรรม ต่อไปนี้มากน้อยเพียงใด น้อยที่สุด → มากที่สุด					ปัญหาอุปสรรค / ข้อเสนอแนะ / รายละเอียดเพิ่มเติม	สำหรับ ผู้วิจัย	
	1	2	3	4	5		0	1	2	3	4			5
กิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชทางการแพทย์	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
11. มีการค้นหา คัดกรอง และประเมินสภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน														I11__ S11__
12. ตรวจวินิจฉัย และรักษาเบื้องต้นตั้งแต่ระยะเริ่มป่วย														I12__ S12__
13. มียาจิตเวชที่จำเป็นในการรักษาผู้ป่วยในสถานบริการสาธารณสุขระดับอำเภอ														I13__ S13__
14. ติดตามเยี่ยมบ้านสม่ำเสมอ และต่อเนื่อง (Home Health Care)														I14__ S14__
15. มีการปรึกษาเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชตามระบบเครือข่าย สาธารณสุข														I15__ S15__

กิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน	ท่านให้ความสำคัญกิจกรรม ต่อไปนี้มากน้อยเพียงใด น้อยที่สุด → มากที่สุด กรณาคง แม้ยังไม่มีการสุ					ยังไม่ มีกิจ กรรม	หน่วยงานของท่านมีกิจกรรม ต่อไปนี้มากน้อยเพียงใด น้อยที่สุด → มากที่สุด					ปัญหาอุปสรรค / ข้อเสนอแนะ / รายละเอียดเพิ่มเติม	สำหรับ ผู้วิจัย
	1	2	3	4	5		0	1	2	3	4		
16.มีการส่งปรึกษาแพทย์เฉพาะทางจิตเวชตามความเหมาะสม													I16__ S16__
17.มีคู่มือในการดูแลผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชสำหรับญาติและเจ้าหน้าที่ สาธารณสุข													I17__ S17__
18.มีการอธิบายหรือทำความเข้าใจกับผู้ป่วยจิตเวชและญาติทุกรายเกี่ยวกับการ ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน													I18__ S18__
กิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชทางสังคม	-	-	-	-	-		-	-	-	-	-	-	-
19.ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเวชปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อม มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น มีทักษะ การจัดการกับปัญหา สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในครอบครัวและสังคมได้เช่นคนปกติ													I19__ S19__
20.ฝึกให้ผู้ป่วยได้ใช้ทักษะต่างๆ ทางสังคม เช่น การดูแลตนเอง การให้และคิด เงิน การสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น ทักษะการปฏิเสธ เช่น การปฏิเสธการดื่มสุรา ยาเสพติด													I20__ S20__
21.ช่วยให้สมาชิกครอบครัวเข้าใจและยอมรับ ยอมให้ผู้ป่วยใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับ บุคคลอื่นในครอบครัว													I21__ S21__
22.จัดให้ผู้ป่วยได้ร่วมกิจกรรมนันทนาการในชุมชน เช่น ชมภาพยนตร์ , ดนตรี													I22__ S22__
กิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชทางการศึกษา	-	-	-	-	-		-	-	-	-	-	-	-
23.มีการจัดการศึกษาตามความต้องการของผู้ป่วย													I23__ S23__
24.จัดการเรียนรู้อย่างง่าย เป็นลำดับขั้นตอน ไม่ซับซ้อน ตามความสามารถและ ศักยภาพของผู้ป่วย													I24__ S24__

กิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน	ท่านให้ความสำคัญกิจกรรม ต่อไปนี้มากน้อยเพียงใด น้อยที่สุด → มากที่สุด กรณาคง แต่ยังไม่บันทึกผล					ยังไม่ มีกิจ กรรม	หน่วยงานของท่านมีกิจกรรม ต่อไปนี้มากน้อยเพียงใด น้อยที่สุด → มากที่สุด					ปัญหาอุปสรรค / ข้อเสนอแนะ / รายละเอียดเพิ่มเติม	สำหรับ ผู้วิจัย	
	1	2	3	4	5		0	1	2	3	4			5
	25.สนับสนุนให้มีการบริการการศึกษาซ่อมเสริมปัญหาการเรียนรู้ที่เกี่ยวข้องกับ การพูด การเขียน การอ่าน													
26.ช่วยให้คำแนะนำ ประสานความร่วมมือ / จัดหาสถานที่ศึกษาตามความเหมาะสม														I26__ S26__
27.สนับสนุนการเรียนรู้จากสื่อต่างๆ เช่น หนังสือพิมพ์ วารสาร นิตยสาร วิทยุ โทรทัศน์ ฯลฯ														I27__ S27__
กิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชทางอาชีพ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
28.การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนทางด้านอาชีพ โดยใช้อาชีพใน ชุมชน เช่น จักสาน ทอเสื่อ ทอผ้า ผลิตภัณฑ์ในตำบล เป็นต้น														I28__ S28__
29.งานเกษตรบำบัด (กิจกรรมการบำบัดโดยใช้งานเกษตร) เช่น ทำนา ทำสวน														I29__ S29__
30.งานอุตสาหกรรมบำบัด (กิจกรรมการบำบัดโดยใช้งานอุตสาหกรรม) เช่น ขอความ ร่วมมือโรงงานอุตสาหกรรมในชุมชน ให้ผู้ป่วยเข้าไปฝึก / ประกอบอาชีพในโรงงาน														I30__ S30__
31.งานศิลปกรรมบำบัด (กิจกรรมการบำบัดโดยใช้งานศิลปะ) เช่น งานฝีมือ การเขียนภาพ ศิลปะพื้นบ้าน														I31__ S31__
32.จัดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ฝึกทำงานในสำนักงานของหน่วยงานของรัฐและเอกชน เช่น งานเดินหนังสือ ติดต่อประสานงาน ถ่ายเอกสาร พิมพ์เอกสาร งานในโรงงาน อุตสาหกรรม ฯลฯ ตามศักยภาพผู้ป่วย														I32__ S32__
33.เปิดโอกาสจ้างงานผู้ป่วยจิตเวชที่ผ่านการฝึกทดลองงานเพื่อเป็นลูกจ้าง ประจำหรือลูกจ้างชั่วคราวของหน่วยงานรัฐและเอกชน														I33__ S33__

กิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน	ท่านให้ความสำคัญกิจกรรม ต่อไปนี้มากน้อยเพียงใด น้อยที่สุด → มากที่สุด กรณาคือ ไม่มีกิจกรรม					ยังไม่ มีกิจ กรรม	หน่วยงานของท่านมีกิจกรรม ต่อไปนี้มากน้อยเพียงใด น้อยที่สุด → มากที่สุด					ปัญหาอุปสรรค / ข้อเสนอแนะ / รายละเอียดเพิ่มเติม	สำหรับ ผู้วิจัย	
	1	2	3	4	5		0	1	2	3	4			5
กิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
34. มีกิจกรรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน														I34__ S34__
35. ฝึกทักษะการใช้ชีวิตในชุมชน เช่น การใช้ยานพาหนะต่างๆ ความปลอดภัยใน ท้องถนน รู้จักและเข้าใจท้องถิ่น														I35__ S35__
36. ฝึกการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชน เช่น ห้องสมุด วัด สถานบริการสาธารณสุข														I36__ S36__
37. ใช้วัด / ศาสนสถาน หรือสถานที่ที่เหมาะสมอื่นๆ เป็นศูนย์การฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน														I37__ S37__
38. มีหน่วยงานช่วยเหลือหาที่อยู่อาศัยหรือบ้านพักสำหรับผู้ป่วยจิตเวช ในรายที่ ไม่สามารถอยู่กับครอบครัวได้														I38__ S38__
39. จัดหาที่พักอาศัย หากผู้ป่วยไม่สามารถอยู่กับครอบครัวได้ เช่น วัด สถาน สงเคราะห์ ครอบครัวอุปถัมภ์ เพื่อนบ้าน บ้านกึ่งวิถี ฯลฯ														I39__ S39__
40. ประชาสัมพันธ์และให้ความรู้ และความเข้าใจแก่ประชาชนทั่วไปเกี่ยวกับการ ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน														I40__ S40__
กลไกสู่ความสำเร็จ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
41. ผู้บริหารของหน่วยงานให้การสนับสนุนการดำเนินการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย จิตเวชในชุมชน (: กำลังคน งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ ขวัญกำลังใจ)														I41__ S41__
42. มีนโยบาย / เป้าหมาย / แผนงานสอดคล้องกับความต้องการของผู้ใช้บริการในพื้นที่														I42__ S42__
43. มีระบบข้อมูลการลงทะเบียนผู้ป่วยที่ต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชทุกราย														I43__ S43__
44. จัดการฝึกอบรมความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน														I44__ S44__

กิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน	ท่านให้ความสำคัญกิจกรรม ต่อไปนี้มากน้อยเพียงใด น้อยที่สุด → มากที่สุด กรณาคง แม้ยังไม่มีการสุ					ยังไม่ มีกิจ กรรม	หน่วยงานของท่านมีกิจกรรม ต่อไปนี้มากน้อยเพียงใด น้อยที่สุด → มากที่สุด					ปัญหาอุปสรรค / ข้อเสนอแนะ / รายละเอียดเพิ่มเติม	สำหรับ ผู้วิจัย	
	1	2	3	4	5		0	1	2	3	4			5
	45.มีการฟื้นฟูความรู้เดิม (Refreshing) ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช อย่างสม่ำเสมอ													
46.มีการติดตามนิเทศการทำงานสม่ำเสมอ พร้อมให้คำปรึกษาในการดำเนินการ ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน														I46__ S46__
47.มีการประเมินสภาพและความต้องการของผู้ป่วยก่อนการฟื้นฟูสมรรถภาพ														I47__ S47__
48.จัดให้มีผู้รับผิดชอบดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน (: ครอบคลุม อสม. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ฯลฯ)														I48__ S48__
49.มีการส่งต่อ-ส่งกลับตามระบบเครือข่ายบริการสาธารณสุขเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเวช ได้รับการดูแลใกล้บ้านสอดคล้องกับนโยบายโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า														I49__ S49__
50.มีการประสานเครือข่ายสาธารณสุขและแหล่งให้ความช่วยเหลือต่างๆ จาก ชุมชน/ กลุ่ม /องค์กรต่างๆ มามีส่วนร่วมในการดำเนินงานการฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน														I50__ S50__
51.มีการสำรวจปัญหาเพื่อหาปัจจัยที่มีผลกระทบต่ออาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเวช														I51__ S51__
52.มีการพูดคุยกับผู้ป่วยและผู้ดูแล ให้ความเข้าใจ มองเห็นปัญหาสามารถ แก้ไขด้วยตัวเองได้ตามศักยภาพ														I52__ S52__
53.รับฟังผู้ป่วย/ผู้ดูแลได้ระบายความรู้ถึงปัญหา ความไม่สบายใจในการดูแล ตนเอง/ผู้ป่วย														I53__ S53__

กิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน	ท่านให้ความสำคัญกิจกรรม ต่อไปนี้มากน้อยเพียงใด น้อยที่สุด → มากที่สุด กรณาคบ แม้ยังไม่มีการสน					ยังไม่ มีกิจ กรรม	หน่วยงานของท่านมีกิจกรรม ต่อไปนี้มากน้อยเพียงใด น้อยที่สุด → มากที่สุด					ปัญหาอุปสรรค / ข้อเสนอแนะ / รายละเอียดเพิ่มเติม	สำหรับ ผู้วิจัย	
	1	2	3	4	5		0	1	2	3	4			5
กิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนในอนาคต	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
54.จัดตั้งบ้านกึ่งวิถี (Half Way House) เพื่อเพิ่มพูนทักษะในการทำกิจวัตรประจำวัน ให้แก่ผู้ป่วยจิตเวช จนสามารถกลับไปดำเนินชีวิตในชุมชนได้อย่างปกติสุข														I54__ S54__
55.จัดบริการ Group Home (ผู้ป่วยจิตเวชอยู่กันตามลำพัง) สำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่ ไม่มีที่อยู่อาศัยหรือครอบครัวไม่สามารถดูแลได้ (: ญาติยินยอมเสียค่าใช้จ่าย หาบ้านให้ผู้ป่วยมาอยู่ร่วมกัน ผู้ป่วยต้องมีงานทำ เข้าออกไปทำงาน และเย็นกลับมา พักผ่อน กลับไปเยี่ยมบ้านได้ ฯลฯ)														I55__ S55__
56.จัดบริการ Day Care Center (: เป็นที่ฝึกทักษะการดำเนินชีวิตต่างๆ ฝึกอาชีพ แบบเข้ามา – เย็นกลับ ญาติต้องเสียค่าใช้จ่าย)														I56__ S56__
57.จัดให้มี Self help group (กลุ่มช่วยเหลือกันเอง) เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยในชุมชน เช่น กลุ่มญาติและเพื่อนบ้าน กลุ่มผู้นำชุมชน กลุ่มอาสาสมัคร ฯลฯ														I57__ S57__
58.การฝึกอบรมความรู้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชและการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย จิตเวชสำหรับบุคลากรสาธารณสุขระดับต่างๆ														I58__ S58__
59.ผสมผสานการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชชุมชนให้เป็นงานของศูนย์สุขภาพชุมชน														I59__ S59__
60.จัดให้มีการฝึกและทดลองให้ผู้ป่วยจิตเวชทำงานในสถานการณ์ที่จริง โดยมี บุคลากรสาธารณสุขเป็นผู้ฝึกสอน														I60__ S60__
61.จัดร้านค้า เพื่อแสดงและจำหน่ายสินค้าฝีมือผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน โดยให้ ผู้ป่วยเป็นผู้บริการและบริหารจัดการด้วยตนเอง														I61__ S61__

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะในการดำเนินกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน

62. ปัญหาสำคัญและเร่งด่วน 3 อันดับแรก ที่ท่านคิดว่าเป็นอุปสรรคในการดำเนินงานการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชในชุมชนให้ประสบผลสำเร็จ ได้แก่

- 1)
- 2)
- 3)

63. กลุ่มหรือประเภทผู้ป่วยเรื้อรัง (ทั้งกายและจิต) 3 กลุ่มที่สำคัญที่สุด ที่ต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช ได้แก่

- 1)
- 2)
- 3)

64. กิจกรรมสำคัญ 3 อันดับแรก ที่ท่านภาคภูมิใจในการดำเนินการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช โดยทีมงาน / หน่วยงานของท่าน

- 1)
- 2)
- 3)

65. ข้อเสนอแนะในการพัฒนางานด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชในชุมชน

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ขอขอบคุณในความร่วมมือนำในการให้ข้อมูลเพื่อการพัฒนาฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน จังหวัดนนทบุรี
ปัญญวดี สาทิพจันทร์



ภาคผนวก ข

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางภาคผนวกที่ 1 ลำดับคะแนนเฉลี่ยและคะแนนร้อยละของความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอเกี่ยวกับการให้ความสำคัญและการดำเนินกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน เรียงลำดับตามคะแนนร้อยละของความคิดเห็นจากมากไปน้อย

ลำดับ	ลำดับ ร้อยละ	ลำดับ ค่าเฉลี่ย	รหัส กลุ่ม	รหัส กิจกรรม	กิจกรรม	ค่าเฉลี่ย ความ สำคัญ	ค่าเฉลี่ย การดำเนิน กิจกรรม	ผลต่าง ค่าเฉลี่ย	ร้อยละของคะแนนความคิดเห็น (คะแนน 4 + 5)	
	ความ สำคัญ*	ความ สำคัญ		ชื่อ					ความสำคัญ	ดำเนินกิจกรรม
1	1	3	SOC	11	ช่วยให้สมาชิกครอบครัวเข้าใจและยอมรับ ยอมให้ผู้ป่วยใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นในครอบครัว	3.70	2.49	1.21	61.5	26.8
2	2	12	SOC	9	ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเวชปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อม มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น มีทักษะการจัดการกับปัญหา	3.57	2.20	1.37	56.9	18.7
3	2	8	CSF	39	มีการส่งต่อ-ส่งกลับตามระบบเครือข่ายบริการสาธารณสุข	3.60	2.39	1.21	56.9	24.1
4	3	7	CSF	43	รับฟังผู้ป่วย/ผู้ดูแลได้ระบายความรู้ถึงปัญหา ความไม่สบายใจในการดูแลตนเอง/ผู้ป่วยฯ	3.57	2.40	1.17	55.6	25.9
5	4	6	MED	8	มีการอธิบายหรือทำความเข้าใจกับผู้ป่วยจิตเวชและญาติทุกรายเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย	3.55	2.41	1.14	55.3	21.1
6	4	4	MED	7	มีคู่มือในการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชสำหรับญาติและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	3.51	2.45	1.06	55.3	26.1
7	4	1	MED	4	ติดตามเยี่ยมบ้านสม่ำเสมอ และต่อเนื่อง (Home Health Care)	3.55	2.84	0.71	55.3	37.1
8	5	18	COM	30	ประชาสัมพันธ์และให้ความรู้ และความเข้าใจแก่ประชาชนทั่วไปเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพฯ	3.51	2.00	1.51	55.1	23.1
9	6	10	CSF	42	มีการพูดคุยกับผู้ป่วยและผู้ดูแล ให้มีความเข้าใจ มองเห็นปัญหาสามารถแก้ไขด้วยตัวเองได้	3.53	2.33	1.20	54.7	13.8
10	7	15	SOC	10	ฝึกให้ผู้ป่วยได้ใช้ทักษะต่างๆ ทางสังคม	3.51	2.09	1.42	54.5	17.6
11	8	9	MED	6	มีการส่งปรึกษาแพทย์เฉพาะทางจิตเวชตามความเหมาะสม	3.46	2.35	1.11	54.0	26.0
12	9	16	CSF	40	มีการประสานเครือข่ายสาธารณสุขและองค์กรต่างๆ มามีส่วนร่วมในการดำเนินงานฯ	3.47	2.08	1.39	52.6	17.2
13	10	14	CSF	38	จัดให้มีผู้รับผิดชอบดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน	3.46	2.13	1.33	52.0	18.9
14	11	13	CSF	33	มีระบบข้อมูลการลงทะเบียนผู้ป่วยที่ต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชทุกราย	3.51	2.19	1.32	51.2	21.5

* เรียงตามลำดับร้อยละของความคิดเห็น , MED = ทางด้านการแพทย์ SOC = ทางสังคม EDU = ทางการศึกษา OCC = ทางอาชีพ COM = ในชุมชน

ตารางภาคผนวกที่ 1 ลำดับคะแนนเฉลี่ยและคะแนนร้อยละของความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอเกี่ยวกับการให้ความสำคัญและการดำเนินกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน เรียงลำดับตามคะแนนร้อยละของความคิดเห็นจากมากไปน้อย (ต่อ)

ลำดับ	ลำดับ ร้อยละ ความ สำคัญ*	ลำดับ ค่าเฉลี่ย ความ สำคัญ	รหัส กลุ่ม	รหัส กิจกรรม ข้อ	กิจกรรม	ค่าเฉลี่ย ความ สำคัญ	ค่าเฉลี่ย การดำเนิน กิจกรรม	ผลต่าง ค่าเฉลี่ย	ร้อยละของคะแนนความคิดเห็น (คะแนน 4 + 5) ความสำคัญ ดำเนินกิจกรรม	
15	12	19	CSF	41	มีการสำรวจปัญหาเพื่อหาปัจจัยที่มีผลกระทบต่ออาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเวช	3.41	1.99	1.42	49.9	15.1
16	13	21	CSF	31	ผู้บริหารของหน่วยงานให้การสนับสนุนการดำเนินการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน	3.41	1.86	1.55	49.7	14.7
17	14	20	CSF	34	จัดการฝึกอบรมความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน	3.40	1.87	1.53	48.9	16.7
18	15	17	CSF	32	มีนโยบาย / เป้าหมาย / แผนงานสอดคล้องกับความต้องการของผู้ใช้บริการในพื้นที่	3.44	2.07	1.37	48.7	17.8
19	16	30	FUT	48	การฝึกอบรมความรู้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชและการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชสำหรับบุคลากร สธ.	3.39	1.41	1.98	48.1	11.6
20	17	23	COM	24	มีกิจกรรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน	3.37	1.73	1.64	47.6	13.8
21	18	11	MED	2	ตรวจวินิจฉัย และรักษาเบื้องต้นตั้งแต่วะเริ่มป่วย	3.32	2.26	1.06	46.5	18.3
22	19	24	CSF	35	มีการฟื้นฟูความรู้เดิม (Refreshing) ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชอย่างสม่ำเสมอ	3.33	1.69	1.64	46.4	13.5
23	20	22	CSF	37	มีการประเมินสภาพและความต้องการของผู้ป่วยก่อนการฟื้นฟูสมรรถภาพ	3.33	1.78	1.55	46.0	13.8
24	21	5	MED	1	มีการค้นหา คัดกรอง และประเมินสภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน	3.39	2.43	0.96	45.8	20.2
25	21	2	MED	5	มีการปรึกษาเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชตามระบบเครือข่ายสาธารณสุข	3.45	2.50	0.95	45.8	22.7

* เรียงตามลำดับร้อยละของความคิดเห็น , MED = ทางด้านการแพทย์ SOC = ทางสังคม EDU = ทางการศึกษา OCC = ทางอาชีพ COM = ในชุมชน

ตารางภาคผนวกที่ 1 ลำดับคะแนนเฉลี่ยและคะแนนร้อยละของความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอเกี่ยวกับการให้ความสำคัญและการดำเนินกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน เรียงลำดับตามคะแนนร้อยละของความคิดเห็นจากมากไปน้อย (ต่อ)

ลำดับ	ลำดับ ร้อยละ	ลำดับ ค่าเฉลี่ย	รหัส กลุ่ม	รหัส กิจกรรม	กิจกรรม	ค่าเฉลี่ย ความ สำคัญ	ค่าเฉลี่ย การดำเนิน กิจกรรม	ผลต่าง ค่าเฉลี่ย	ร้อยละของคะแนนความคิดเห็น (คะแนน 4 + 5)	
	ความ สำคัญ*	ความ สำคัญ		ชื่อ					ความสำคัญ	ดำเนินกิจกรรม
26	22	37	OCC	18	การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนทางด้านอาชีพ โดยใช้อาชีพในชุมชน	3.23	1.07	2.16	44.8	8.9
27	23	26	SOC	12	จัดให้ผู้ป่วยได้ร่วมกิจกรรมนันทนาการในชุมชน เช่น ชมภาพยนตร์ , ดนตรี	3.24	1.54	1.70	44.3	9.1
28	24	46	FUT	47	จัดให้มี Self help group	3.2	0.72	2.48	44.2	3.4
29	25	20	CSF	36	มีการติดตามนิเทศการทำงานสม่ำเสมอ พร้อมให้คำปรึกษา	3.32	1.87	1.45	44.1	14.5
30	26	33	FUT	49	ผสมผสานการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชชุมชนให้เป็นงานของศูนย์สุขภาพชุมชน	3.30	1.30	2.00	43.9	6.8
31	27	34	COM	27	ใช้วัด / ศาสนสถาน หรือสถานที่ที่เหมาะสมอื่นๆ เป็นศูนย์การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน	3.27	1.29	1.98	43.9	10.8
32	28	29	EDU	14	จัดการเรียนรู้ได้ง่าย เป็นลำดับขั้นตอน ไม่ซับซ้อน ตามความสามารถและศักยภาพของผู้ป่วย	3.24	1.42	1.82	42.4	6.7
33	28	47	FUT	44	จัดตั้งบ้านกึ่งวิถี (Half Way House)	3.19	0.61	2.58	42.4	25.9
34	29	28	EDU	17	สนับสนุนการเรียนรู้จากสื่อต่างๆ เช่น หนังสือพิมพ์ วารสาร นิตยสาร วิทยุ โทรทัศน์ ฯลฯ	3.23	1.50	1.73	41.9	11.0
35	30	40	COM	28	มีหน่วยงานช่วยเหลือหาที่อยู่อาศัย สำหรับผู้ป่วยจิตเวช ในรายที่ไม่สามารถอยู่กับครอบครัวได้	3.14	0.87	2.27	41.6	5.3
36	31	42	COM	29	จัดหาที่พักอาศัย หากผู้ป่วยไม่สามารถอยู่กับครอบครัวได้	3.13	0.85	2.28	41.1	5.7
37	31	32	COM	26	ฝึกการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชน	3.25	1.32	1.93	41.1	9.3
38	33	27	EDU	16	ช่วยให้คำแนะนำ ประสานความร่วมมือ / จัดหาสถานที่ศึกษาตามความเหมาะสม	3.22	1.53	1.69	40.7	13.7
39	34	38	OCC	19	งานเกษตรบำบัด	3.16	1.04	2.12	40.6	7.3

* เรียงตามลำดับร้อยละของความคิดเห็น , MED = ทางด้านการแพทย์ SOC = ทางสังคม EDU = ทางการศึกษา OCC = ทางอาชีพ COM = ในชุมชน

ตารางภาคผนวกที่ 1 ลำดับคะแนนเฉลี่ยและคะแนนร้อยละของความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอเกี่ยวกับการให้ความสำคัญและการดำเนินกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน เรียงลำดับตามคะแนนร้อยละของความคิดเห็นจากมากไปน้อย (ต่อ)

ลำดับ	ลำดับ ร้อยละ ความ สำคัญ*	ลำดับ ค่าเฉลี่ย ความ สำคัญ	รหัส กลุ่ม	รหัส กิจกรรม ชื่อ	กิจกรรม	ค่าเฉลี่ย ความ สำคัญ	ค่าเฉลี่ย การดำเนิน กิจกรรม	ผลต่าง ค่าเฉลี่ย	ร้อยละของคะแนนความคิดเห็น (คะแนน 4 + 5) ความสำคัญ ดำเนินกิจกรรม	
42	37	49	FUT	46	จัดบริการ Day Care Center	3.09	0.51	2.58	38.9	3.0
40	35	45	FUT	50	จัดให้มีการฝึกและทดลองให้ผู้ป่วยจิตเวชทำงานในสถานการณ์ที่จริง โดยมีบุคลากร สธ. เป็นผู้ฝึกสอน	3.18	0.79	2.39	39.5	6.0
41	36	31	EDU	13	มีการจัดการศึกษาตามความต้องการของผู้ป่วย	3.13	1.33	1.80	39.3	7.1
43	38	35	EDU	15	สนับสนุนให้มีการบริการการศึกษาซ่อมเสริมปัญหาการเรียนรู้ที่เกี่ยวข้องกับการพูด การเขียน การอ่าน	3.17	1.25	1.92	38.8	8.5
44	39	49	FUT	45	จัดบริการ Group Home	3.05	0.51	2.54	38.0	3.2
45	40	39	OCC	21	งานศิลปกรรมบำบัด	3.02	0.89	2.13	37.4	5.7
46	41	48	FUT	51	จัดร้านค้า เพื่อแสดงและจำหน่ายสินค้าฝีมือผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน	3.09	0.52	2.57	37.3	2.0
47	42	25	MED	3	มียาจิตเวชที่จำเป็นในการรักษาผู้ป่วยในสถานบริการสาธารณสุขระดับอำเภอ	2.92	1.67	1.25	36.9	13.0
48	43	36	COM	25	ฝึกทักษะการใช้ชีวิตในชุมชน	3.14	1.24	1.90	35.9	7.3
49	44	44	OCC	22	จัดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ฝึกทำงานในสำนักงานของหน่วยงานของรัฐและเอกชน	2.98	0.81	2.17	34.9	4.3
50	45	41	OCC	20	งานอุตสาหกรรมบำบัด	2.98	0.86	2.12	34.1	6.0
51	46	43	OCC	23	เปิดโอกาสจ้างงานผู้ป่วยจิตเวชที่ผ่านการฝึกทดลองงานเพื่อเป็นลูกจ้างของหน่วยงานรัฐและเอกชน	2.96	0.82	2.14	33.9	5.5

* เรียงตามลำดับร้อยละของความคิดเห็น , MED = ทางด้านการแพทย์ SOC = ทางสังคม EDU = ทางการศึกษา OCC = ทางอาชีพ COM = ในชุมชน

ตารางภาคผนวกที่ 2 จำนวนและร้อยละเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอ จังหวัดนนทบุรี ที่ได้รับ
การอบรมและไม่ได้รับการอบรมด้านสุขภาพจิต จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลและ
ปัจจัยสนับสนุน

ปัจจัยส่วนบุคคล	การได้รับการอบรมทางสุขภาพจิต					ประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง / ผู้ป่วยจิตเวช				
	ไม่เคย		เคย		รวม	ไม่เคย		เคย		รวม
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ										
ชาย	42	51.9	39	48.1	81	43	53.1	38	46.9	81
หญิง	161	45.4	194	54.6	355	199	56.1	156	43.9	355
อายุ (ปี)										
21 - 30 ปี	68	49.3	70	50.7	138	71	51.5	67	48.5	138
31 - 40 ปี	84	44.0	107	56.0	191	110	57.6	81	42.4	191
41 - 50 ปี	38	50.7	37	49.3	75	41	54.7	34	45.3	75
51 - 60 ปี	13	40.6	19	59.4	32	20	62.5	12	37.5	32
สถานภาพสมรส										
โสด	83	48.5	88	51.5	171	97	57.0	73	43.0	170
คู่ อยู่ด้วยกัน	108	46.4	125	53.7	233	130	55.6	104	44.4	234
คู่ แยกกันอยู่	9	69.2	4	30.8	13	2	25.0	6	75.0	8
หย่า	6	40.0	9	60.0	15	7	46.7	8	53.3	15
หม้าย	2	22.2	7	77.8	9	6	66.7	3	33.3	9
ระดับการศึกษา										
อนุปริญญา	57	44.5	71	55.5	128	64	50.4	63	49.6	127
ปริญญาตรี	134	47.0	151	53.0	285	164	57.3	122	42.7	286
ปริญญาโท	12	52.2	11	47.8	23	14	60.9	9	39.1	23

ตารางภาคผนวกที่ 2 จำนวนและร้อยละเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอ จังหวัดนนทบุรี ที่ได้รับการอบรมและไม่ได้รับการอบรมด้านสุขภาพจิต จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยสนับสนุน (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	การได้รับการอบรมทางสุขภาพจิต					ประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง / ผู้ป่วยจิตเวช				
	ไม่เคย		เคย		รวม	ไม่เคย		เคย		รวม
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ตำแหน่ง										
แพทย์	2	50.0	2	50.0	4	4	100.0	0	0.0	4
พยาบาลวิชาชีพ	67	45.0	82	55.0	149	100	67.1	49	32.9	149
พยาบาลเทคนิค	33	64.7	18	35.3	51	28	55.0	23	45.1	51
จนท.บริหาร สธ. ¹	5	33.3	10	66.7	15	7	46.7	8	53.3	15
หน.สถานีอนามัย ²	14	29.8	33	70.2	47	19	41.3	27	58.7	46
นวก.สาธารณสุข ³	55	45.8	65	54.2	120	58	48.3	62	51.7	120
จพง.สธ.ชุมชน ⁴	27	54.0	23	46.0	50	26	51.0	25	49.0	51
อายุราชการ										
1 - 10 ปี	93	49.5	95	50.5	188	101	53.4	88	46.6	189
11 - 20 ปี	75	44.4	94	55.6	169	96	56.8	73	43.2	169
20 - 30 ปี	28	43.7	36	56.3	64	37	58.7	26	41.3	63
30 ปีขึ้นไป	7	46.7	8	53.3	15	8	53.3	7	46.7	15
หน่วยงาน										
สถานีอนามัย	75	38.3	121	61.7	196	82	42.1	113	57.9	195
PCU ⁵	28	45.1	34	54.8	62	16	25.8	46	74.2	62
สสอ. ⁶	22	71.0	9	29.0	31	27	87.0	4	13.0	31
โรงพยาบาลชุมชน	78	53.1	69	46.9	147	117	79.0	31	21.0	148
การอบรมด้านสุขภาพจิต										
ไม่เคย						149	73.4	54	26.6	203
เคย						93	40.0	139	60.0	232
ประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง / ผู้ป่วยจิตเวช										
ไม่เคย	149	61.6	93	38.4	242					
เคย	54	28.0	139	72.0	193					

1 = เจ้าหน้าที่บริหารสาธารณสุข

2 = หัวหน้าสถานีอนามัย

3 = นักวิชาการสาธารณสุข

4 = เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขชุมชน

5 = ศูนย์สุขภาพชุมชน

6 = สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

ตารางภาคผนวกที่ 3 ลำดับร้อยละของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอที่ให้คะแนนความสำคัญและ
การดำเนินกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในระดับมากที่สุดถึงมากที่สุด
(คะแนน 4 + 5) จำแนกตามกิจกรรมของแต่ละด้าน

อันดับ	รหัส*	กิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพ	ร้อยละของผู้ปฏิบัติงาน (คะแนน 4 + 5)	
			ความสำคัญ**	การดำเนินกิจกรรม
1	MED	ติดตามเยี่ยมบ้านสม่ำเสมอ และต่อเนื่อง (Home Health Care)	55.30	37.10
2	MED	มีคู่มือในการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชสำหรับญาติและ จนท.	55.30	26.10
3	MED	มีการอธิบายหรือทำความเข้าใจกับผู้ป่วยจิตเวชและญาติทุกรายเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน	55.30	21.10
4	MED	มีการส่งปรึกษาแพทย์เฉพาะทางจิตเวชตามความเหมาะสม	54.00	26.0
5	MED	ตรวจวินิจฉัย และรักษาเบื้องต้นตั้งแต่วัยเริ่มป่วย	46.50	18.30
6	MED	มีการค้นหา คัดกรอง และประเมินสภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน	45.80	20.20
7	MED	มีการปรึกษาเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชตามระบบเครือข่าย	45.80	22.70
8	MED	มียาจิตเวชที่จำเป็นในการรักษาผู้ป่วยในสถานบริการสาธารณสุข	36.90	13.0
1	SOC	ช่วยให้สมาชิกครอบครัวเข้าใจและยอมรับ ยอมให้ผู้ป่วยใช้ชีวิตอยู่ร่วมกัน	61.50	26.80
2	SOC	ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเวชปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อม มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น	56.90	18.70
3	SOC	ฝึกให้ผู้ป่วยได้ใช้ทักษะต่างๆ ทางสังคม	54.50	17.60
4	SOC	จัดให้ผู้ป่วยได้ร่วมกิจกรรมนันทนาการในชุมชน	44.30	9.10
1	EDU	จัดการเรียนรู้อย่างง่าย เป็นลำดับขั้นตอน ไม่ซับซ้อน ตามความสามารถ	42.40	6.70
2	EDU	สนับสนุนการเรียนรู้จากสื่อต่างๆ	41.90	11.0
3	EDU	ช่วยให้คำแนะนำ ประสานความร่วมมือ / จัดหาสถานที่ศึกษา	40.70	13.70
4	EDU	มีการจัดการศึกษาตามความต้องการของผู้ป่วย	39.30	7.10
5	EDU	สนับสนุนให้มีการบริการการศึกษาซ่อมเสริมปัญหาการเรียน	38.80	8.50
1	OCC	การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชทางด้านอาชีพ โดยใช้อาชีพในชุมชน	44.80	8.90
2	OCC	งานเกษตรบำบัด	40.60	7.30
3	OCC	งานศิลปกรรมบำบัด	37.40	5.70
4	OCC	จัดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ฝึกทำงานในสำนักงานของหน่วยงาน	34.90	4.30
5	OCC	งานอุตสาหกรรมบำบัด	34.10	6.0
6	OCC	เปิดโอกาสจ้างงานผู้ป่วยจิตเวชที่ผ่านการฝึกทดลองงาน	33.90	5.50
1	COM	ประชาสัมพันธ์และให้ความรู้แก่ประชาชนเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช	55.10	23.10
2	COM	มีกิจกรรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช	47.60	13.80
3	COM	ใช้วัด / ศาสนสถาน หรือสถานที่ที่เหมาะสมอื่นๆ เป็นศูนย์การฟื้นฟู	43.90	10.80
4	COM	มีหน่วยงานช่วยเหลือหาที่อยู่อาศัยในรายที่ไม่สามารถอยู่กับครอบครัว	41.60	5.30
5	COM	ฝึกการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชน	41.10	9.30
6	COM	จัดหาที่พักอาศัย หากผู้ป่วยไม่สามารถอยู่กับครอบครัวได้	41.10	5.70
7	COM	ฝึกทักษะการใช้ชีวิตในชุมชน	35.90	7.30

* MED = ทางด้านการแพทย์ SOC = ทางสังคม EDU = ทางการศึกษา OCC = ทางอาชีพ COM = ในชุมชน

** อันดับเรียงตามความสำคัญ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

- | | | |
|--|--------------|--|
| 1. นายแพทย์สุจิต | สุวรรณชีพ | สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต |
| 2. รองศาสตราจารย์นายแพทย์องอาจ | วิพุกศิริ | ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 3. ศาสตราจารย์กิตติคุณแพทย์หญิงทัศนีย์ นุชประยูร | | ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์สมรัตน์ | เลิศมหาฤทธิ | ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 5. แพทย์หญิงปัทมา | ศิริเวช | สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา
กรมสุขภาพจิต |
| 6. นางนันทนา | รัตนากร | โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต |
| 7. นางเพลินพิศ | จันทร์ศักดิ์ | โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต |

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางปัญญาวดี สาทิพจันทร์ เกิดเมื่อวันที่ 30 สิงหาคม พ.ศ. 2508 ที่กรุงเทพมหานคร สำเร็จการศึกษาประกาศนียบัตรพยาบาลและผดุงครรภ์ระดับต้น จากวิทยาลัยพยาบาลศรีรัษฎา จังหวัดนนทบุรี (ปัจจุบันเปลี่ยนชื่อเป็นวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรีรัษฎา) ปีการศึกษา 2529 สำเร็จการศึกษาปริญญาศึกษาศาสตรบัณฑิต (เอกสุขศึกษา) มหาวิทยาลัยรามคำแหง ในปีการศึกษา 2531 และสำเร็จประกาศนียบัตรพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้นสูง (เทียบเท่าปริญญาตรี) จากวิทยาลัยพยาบาลกรุงเทพ กรุงเทพมหานคร (ปัจจุบันเปลี่ยนชื่อเป็นวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีกทม) หลังจากนั้นเข้าศึกษาต่อในหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาเวชศาสตร์ชุมชน ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในปีการศึกษา 2544 ปัจจุบันรับราชการตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ 5 โรงพยาบาลศรีรัษฎา กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย