

บทที่ 1

บทนำ



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ทรัพยากรมนุษย์เป็นทรัพยากรที่สำคัญในการพัฒนาประเทศ. การที่ประชากรจะมีคุณภาพและเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศได้นั้น ประชากรจะต้องมีสุขภาพดีทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต. อย่างไรก็ตามปัญหาด้านสุขภาพอนามัยเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นกับมนุษย์ทุกคน เป็นปรากฏการณ์ที่ยากจะหลีกเลี่ยงไม่ว่าจะอยู่ในสังคมใดๆก็ตาม แม้ว่ามนุษย์จะพยายามพัฒนาแนวคิด และวิธีการจัดการกับปัญหาความเจ็บป่วยตลอดมา

ในปัจจุบันการปรับเปลี่ยนอย่างรวดเร็วของสภาพแวดล้อม เศรษฐกิจ สังคม และข่าวสาร ทำให้ทุกคนต้องปรับตัวให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงนั้นตลอดเวลา การที่บุคคลไม่สามารถปรับเปลี่ยนหรือเผชิญกับปัญหาหรือการเปลี่ยนแปลงได้นั้น อาจนำไปสู่ปัญหาทางสุขภาพ โดยเฉพาะปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพของประชากรในสังคมนั้นด้วย และผลที่ตามมาอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ก็คือ ปัญหาการใช้สิ่งเสพติดให้โทษ และปัญหาอาชญากรรม ตลอดจนปัญหาในการดูแลรักษาผู้ป่วยทางจิต สิ่งเหล่านี้ย่อมนำมาสู่การลดผลผลิตของประชากรชาติ และความยากจนของประชากรในที่สุด สุขภาพจิตจึงมีผลโดยตรงทั้งต่อบุคคล ครอบครัว สังคม และความเจริญก้าวหน้าของประเทศและการมีชีวิตที่ดีของประชาชนในชาติ

เมื่อปี 2520 องค์การอนามัยโลก (WORLD HEALTH ORGANIZATION;WHO) ได้ประกาศเป้าหมายให้ประเทศที่เป็นสมาชิก ดำเนินงานพัฒนาสาธารณสุข สูเป้าหมายหลักทางสังคม คือ " การบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า ภายในปี 2543 " และประเทศไทยในฐานะสมาชิกได้ลงนามในกฎบัตรเพื่อการพัฒนาสุขภาพ (Charter for Health Development) เมื่อวันที่ 11 กุมภาพันธ์ 2523 ยืนยันว่า ประเทศไทยจะสนับสนุนการสาธารณสุขมูลฐาน เพื่อให้ประชาชนชาวไทยมีสุขภาพดีถ้วนหน้าในปี 2543 (การพัฒนาปัจจัยแวดล้อมเพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ, 2540)

สุขภาพดีถ้วนหน้า หมายถึง การที่ทุกคนเกิดมามีชีวิตยืนยาว ไม่เจ็บป่วยด้วยสาเหตุที่ป้องกันได้ สามารถดำรงอยู่และสร้างประโยชน์ให้แก่สังคมอย่างมีคุณค่า หากเจ็บป่วยก็มีโอกาสได้รับบริการที่เหมาะสมตลอดจนตายอย่างมีศักดิ์ศรี การมีสุขภาพดีนั้นเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์ และเป็นจุดมุ่งหมายของสังคมที่ทุกคนปรารถนา แต่สุขภาพดีถ้วนหน้าไม่ได้หมายถึงสุขภาพกายอย่างเดียว แต่หมายรวมถึงการมีสุขภาพจิตที่ดีด้วย (พระมหาจรรยา สุทธิญาโน, สัมมนา, 16 กรกฎาคม 2540)

สุขภาพจิต เป็นสภาพความสมบูรณ์ทางจิตที่ได้รับอิทธิพลจากสภาพแวดล้อมสุขภาพจิตดีย่อมมีร่างกายแข็งแรงควบคู่กันไปด้วยเสมอ สิ่งที่ป้องกันการมีสุขภาพจิตดี คือ

1. ความสามารถในการสร้างความสัมพันธ์กับคนอื่น และรักษาความสัมพันธ์นั้นไว้รวมทั้งการอยู่ร่วมกับคนอื่นได้อย่างสันติสุข
2. ความสามารถในการเผชิญปัญหา และหาแนวทางแก้ไขปัญหานั้นได้อย่างเหมาะสมกับสภาพแวดล้อม สังคมและตนเอง
3. ความสามารถในการปรับระดับความต้องการของตัวเองให้สมดุลกับสิ่งที่มีอยู่หรือแสวงหาได้ ซึ่งทำให้เกิดความพึงพอใจในสภาพความเป็นอยู่ของตนเอง (ยุพดี ศิริวรรณ, 2539 : 1)

ปัญหาสุขภาพจิต คือ ความไม่สบายในจิตใจ ซึ่งคนทั่วไปมักจะเรียกไปต่างๆ นานา เช่น สุขภาพจิตเสื่อม เหี้ยน ไม่เต็มบาท ประสาทเสื่อม ไม่เต็มเต็ง หรือ บ้า (ยุพดี ศิริวรรณ, 2539 : 2)

ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต จะมีอยู่ 2 กลุ่ม

1. กลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพจิตที่ยังไม่ถึงขั้นเป็นโรค เช่น ผู้ที่มีปัญหาความเครียดที่รุนแรงหรือเรื้อรัง
2. กลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพจิตถึงขั้นเป็นโรค เรียกว่าผู้ป่วยโรคจิต

จากการสำรวจขององค์การอนามัยโลก พบว่า มีประชากรที่เจ็บป่วยด้วยปัญหาทางสุขภาพจิต ระหว่าง 15-50 % ของจำนวนประชากรในแต่ละประเทศ ไม่ว่าจะประเทศที่พัฒนาแล้วหรือประเทศที่กำลังพัฒนา ในประเทศที่กำลังพัฒนามีประชากรเจ็บป่วยด้วยปัญหาสุขภาพจิตประมาณ 70 ล้านคน และ 10 % ของประชากรเหล่านี้ ในช่วงหนึ่งของชีวิตไม่สามารถจะทำงานได้ตามปกติ ทำให้เป็นภาระของครอบครัวและชุมชนอย่างมาก (WHO: 1975)

ในด้านความผิดปกติทางจิตใจหรือโรคทางจิตเวช องค์การอนามัยโลก รายงานว่า ประชากรในโลกอย่างน้อยที่สุด 40 ล้านคน กำลังเจ็บป่วยทางจิตอย่างรุนแรง เช่น ป่วยเป็นโรคจิต ชนิดจิตเภท (Schizophrenia) หรือภาวะซึมเศร้า (Depression) และอย่างน้อยที่สุดอีก 80 ล้านคนมีปัญหาอย่างหนัก หรือทุพพลภาพจากการติดยาเสพติด พิษสุราเรื้อรัง ภาวะปัญญาอ่อน สมอลเสื่อม (Dementia) รวมทั้งความผิดปกติอื่นๆที่คล้ายคลึงกัน และอย่างน้อยที่สุดประชากรโลกอีก 200 ล้านคน มีปัญหาสุขภาพจิตขั้นไม่รุนแรง แต่ทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง (สุชาติ ตริทิพย์ธิดคุณ , 2530 : 1)

จากสถิติการเจ็บป่วยทางจิตหรือสุขภาพจิต พบว่า คนไทยมีอัตราการเจ็บป่วยทางจิตสรุปคือ

- โรคจิต ร้อยละ 1 ของประชากร (ประมาณ 6 แสนคน)
- โรคประสาท ร้อยละ 10 ของประชากร (ประมาณ 6 ล้านคน)
- โรคปัญญาอ่อน ร้อยละ 1.2 ของประชากร (ประมาณ 7.2 แสนคน)
- โรคจิตเวชอื่นๆ เช่น โรคทางกายที่มีสาเหตุทางจิตใจ บุคลิกภาพแปรปรวน ความรู้สึกซึมเศร้า ร้อยละ 10-15 ของประชากร (ประมาณ 6-9 ล้านคน) (กองสุรศึกษา, สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข , 2540 : 64)

จากรายงานสถานการณ์โรคจิตของหน่วยงานสังกัดกรมสุขภาพจิต พบว่าข้อมูลตั้งแต่ เดือน มกราคม ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2538 (ตารางที่ 1) มีจำนวนผู้ป่วยโรคจิตสะสมทั้งสิ้น 141,963 ราย ซึ่งแบ่งเป็นโรงพยาบาลจิตเวชในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 9,859 ราย และโรงพยาบาลจิตเวชในเขตต่างจังหวัด จำนวน 132,104 ราย ดังนี้

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 1 : จำนวนผู้ป่วยโรคจิตที่ได้รับรายงานตั้งแต่ ม.ค.-ก.ย. 2538

เขต	หน่วยงาน	จำนวนผู้ป่วยโรคจิต (ราย)
กทม.	- ศูนย์สุขภาพจิต	92
	- รพ.สมเด็จเจ้าพระยา	8,561
	- รพ.นิติจิตเวช	1,206
	- รพ.ราชานุกูล	0
	รวม	9,859
ต่างจังหวัด	- รพ.ยุวประสาทโหวโยปถัมภ์	1,019
	- รพ.ศรีธัญญา	21,395
	- ศูนย์สุขภาพจิตชัยนาท	8,273
	- รพ.จิตเวชนครราชสีมา	29,093
	- รพ.จิตเวชขอนแก่น	15,412
	- รพ.จิตเวชเลย	0
	- รพ.พระศรีมหาโพธิ์	16,893
	- รพ.จิตเวชนครพนม	0
	- รพ.จิตเวชนครสวรรค์	0
	- รพ.สวนปรุง	21,344
	- รพ.สวนสราญรมย์	18,675
	รวม	132,104
		รวม กรมสุขภาพจิต

ที่มา : แบบรายงาน 401/402

ศูนย์สารสนเทศ กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต

และเมื่อพิจารณาจำนวนผู้ป่วยโรคจิตประจำปีงบประมาณ 2539 (เดือน ตุลาคม 2538 - กันยายน 2539) จะพบว่า จำนวนผู้ป่วยโรคจิตมีจำนวนเพิ่มขึ้น 54,796 ราย (จากเดิม 141,963 ราย เป็น 196,759 ราย) ดังสถิติที่ปรากฏในตารางที่ 2 ดังนี้

ตารางที่ 2 : จำนวนผู้ป่วยโรคจิตของหน่วยงานสังกัดกรมสุขภาพจิต ประจำปีงบประมาณ 2539 (เดือน ตุลาคม 2538 - กันยายน 2539)

เขต	ปี 2538	ปี 2539
กรุงเทพมหานคร	9,859	13,679
ต่างจังหวัด	132,104	183,080
รวม	141,963	196, 759

ที่มา : แบบรายงาน 401/402 ศูนย์สารสนเทศ กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต

จากสถิติดังกล่าว จะเห็นได้ว่าจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคจิต หรือผู้ใช้บริการทางจิตเวชมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น หากปล่อยให้ภาวะเช่นนี้ดำเนินต่อไป ประเทศชาติจะต้องสูญเสียทรัพยากรบุคคล อันเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศ และยังเป็นกำลังพลสำรองของประเทศเป็นจำนวนไม่น้อยด้วย

แผนพัฒนาสาธารณสุขในช่วงของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544) มีการปรับเปลี่ยนกระบวนการพัฒนาขึ้นมาใหม่ โดยเน้น คนเป็นศูนย์กลาง และเน้นกลยุทธ์เชิงป้องกัน เนื่องจากคนเป็นผู้กำหนดทิศทางการพัฒนา และคนเป็นผู้รับประโยชน์และผลกระทบจากการพัฒนา โดยได้กำหนดแนวทางพัฒนาศักยภาพของคนทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสติปัญญา เพื่อให้คนมีคุณภาพชีวิตที่ดี และมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาอย่าง

มีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ในแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 8 ได้กำหนด ยุทธศาสตร์ ยุทธวิธีการ พัฒนาสาธารณสุขในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อการควบคุมป้องกันโรค และส่งเสริมสุขภาพ นั่นคือ การพัฒนาเทคโนโลยี และนวัตกรรมที่ได้ผลในการป้องกัน และการควบคุมทั้งโรค ติดต่อกันและโรคไม่ติดต่อกัน โรคที่มีอยู่เดิม และโรคที่เกิดขึ้นเป็นปัญหาขึ้นมาใหม่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่เป็นสาเหตุของการป่วยและการตายในระดับสูง ได้แก่ โรคเอดส์ อุบัติเหตุ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง และปัญหาสุขภาพจิต (กองสุรศึกษา, สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2540 : 2-3)

ด้วยเหตุที่ปัญหาสุขภาพจิตเป็นปัญหาที่เกิดผลกระทบต่อคนโดยตรง และทำให้ภาวะ การตายอยู่ในอันดับสูง เพราะแม้กระทั่งคนที่เป็โรคทางกายไม่ว่าจะเป็นโรคต่างๆที่เกิดจาก สุขภาพไม่ดี โรคเอดส์ โรคพิษจากอุบัติเหตุหรือพิษจากกำเนิด ล้วนทำให้บุคคลเหล่านี้มีสุขภาพ จิตเสียได้ หรือแม้แต่คนปกติธรรมดา ก็สามารถเป็นโรคทางจิตได้ ถ้ามี สิ่งที่ผิดปกติมา กระทบไม่ว่าจะเป็นทางกายหรือทางจิตใจ เช่น การเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรม เศรษฐกิจ สังคม ฯลฯ และเนื่องจากคนเป็นเป้าหมายหลักของการพัฒนา ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่ง ชาติดังฉบับที่ 8 ดังกล่าว ดังนั้นการคิดค้นกลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพ ในการป้องกันปัญหา สุขภาพจิตจึงเป็นเรื่องที่จำเป็นและสำคัญอย่างยิ่ง หรือแม้ว่าจะมีสุขภาพจิตเสียแล้วก็สามารถหา ทางออกที่ดีสำหรับแก้ไขปัญหาทางจิตได้

พฤติกรรมเบี่ยงเบนทางจิต และการใช้สื่อคนตรีเพื่อพัฒนาสมรรถภาพของผู้ป่วยจิตเวช

ผู้ป่วยโรคจิต หรือ เรียกว่าผู้ป่วยจิตเวช เป็นผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตใจ มีกำเนิดจากสาเหตุ ทางร่างกายหรือสาเหตุทางอารมณ์ โดยแสดงลักษณะของความผิดปกติในความคิด การตอบสนอง ทางอารมณ์ การสื่อสารการเข้าใจสถานะความเป็นจริงและพฤติกรรมอย่างมาก จนไม่สามารถตอบสนอง ความต้องการของชีวิตได้ มีการแสดงออกในลักษณะพฤติกรรมหรืออารมณ์ที่เปลี่ยนไปจาก เดิมอย่างมาก ความสามารถในการควบคุมอารมณ์ต่ำลง มีความหลงผิด และประสาทหลอน (สุ วัฒนา อารีพรรค , 2524)

จากที่ทราบกันดีแล้วว่า การสื่อสารเป็นปัจจัยสำคัญในชีวิตมนุษย์ มนุษย์อาศัยการสื่อ สารเป็นเครื่องมือเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ และเพื่ออยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคม การสื่อสารเป็นพื้นฐานของการติดต่อที่มนุษย์ใช้เพื่อให้เกิดความเข้าใจซึ่งกันและกัน และเป็น

กระบวนการสำคัญในสังคม แต่พฤติกรรมกรรมการสื่อสารของผู้ป่วยจิตเวช โดยเฉพาะผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังนั้น จะมีพฤติกรรมกรรมการสื่อสารที่แตกต่างไปจากประชาชนทั่วไป และพฤติกรรมกรรมการสื่อสารก็เป็นองค์ประกอบหนึ่งของพฤติกรรมทั้งหมด กล่าวคือ ผู้ป่วยโรคจิตโดยทั่วไปมักมีความผิดปกติทางพฤติกรรมอยู่แล้ว ซึ่งแบ่งออกได้เป็น 3 ลักษณะใหญ่ๆ ดังนี้

1. ผู้ป่วยไม่คิด และไม่ยอมรับว่าตนเองป่วย
2. ผู้ป่วยมีบุคลิกภาพและพฤติกรรมเปลี่ยนไปจากเดิมมาก เช่น เก็บตัวอยู่คนเดียว ไม่สนใจตนเอง ไม่อาบน้ำตามปกติ ทำตัวสกปรก หัวเราะคนเดียว พูดคนเดียว ร้องไห้โดยไม่มีเหตุผล
3. ผู้ป่วยไม่อยู่ในโลกของความเป็นจริง คือ มีอาการหลงผิด หวาดระแวงว่าผู้อื่นจะมาทำร้าย ประสาทหลอน เช่น หูแว่ว มีเสียงมาสั่งให้ผู้ป่วยทำในสิ่งที่ไม่เหมาะสม (กลุ่มงานจิตเวชชุมชน โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์, 2537)

จากพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเวช สามารถบ่งชี้ถึงทัศนคติที่มีต่อตนเองและต่อสังคม และพฤติกรรมกรรมการสื่อสารของผู้ป่วยจิตเวชได้ ดังนี้

1. ผู้ป่วยไม่สามารถบอกอาการเจ็บป่วยของตนเองได้ บางครั้งพูดจาไม่รู้เรื่อง พูดวกไปวนมา จำอะไรไม่ค่อยได้ ให้ข้อมูลระหว่างสนทนาไม่ได้ (ตอบไม่ตรงคำถาม) หรือแม้กระทั่งปฏิเสธที่จะสนทนาหรือพูดคุยกับบุคคลรอบข้าง
2. ผู้ป่วยบางคนมีอาการซึมเศร้า มีการเคลื่อนไหวช้า ความสนใจตนเองลดลง ไม่มั่นใจในตนเอง และรู้สึกว่าตนเองไร้ค่าและสิ้นหวังหมดกำลังใจ ในการที่จะออกไปสู่โลกภายนอก ผู้ป่วยคิดว่าตนเองจะไม่ได้รับการยอมรับจากบุคคลภายนอก หมดหวังกับอนาคต แต่ถึงอย่างไรผู้ป่วยก็ยังต้องการที่จะออกไปสู่สังคมภายนอก และต้องการเป็นที่ยอมรับจากสังคม
3. ผู้ป่วยจิตเวชจะมีการแสดงออกที่แปลกผิดปกติต่างจากบุคคลทั่วไปมาก เช่น ตระวัตรวาทสิ่งที่ทำไปแล้วซ้ำแล้วซ้ำอีก ผู้ป่วยบางคนทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดมากเกินไปและไร้ความหมายตลอดเวลา (พูดมาก , เอะอะเสียงดัง , เดินไปเดินมา , ผุดลุกผุดนั่งไม่สามารถควบคุมได้) มีเรื่องโต้แย้งกับบุคคลอื่นบ่อยๆ มีอารมณ์หงุดหงิด กระสับกระส่ายอยู่ไม่เป็นสุข
4. บางครั้งผู้ป่วยไม่กล้าที่จะทำการสื่อสารกับคนอื่น เพราะรู้สึกว่าไม่เคยสนิทสนมกันมาก่อน
5. บางคนมีการแสดงออกทางสีหน้า ท่าทีที่เฉยเมย ไม่สนใจกับสิ่งรอบข้าง ไม่ยอมสนทนาต่อกับผู้ที่ทำการสื่อสารด้วย (พยาบาลโรงพยาบาลศรีธัญญา และผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง , สัมภาษณ์, 27 มิถุนายน 2540)

จากที่ได้กล่าวมา จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยจิตเวชมีพฤติกรรมการสื่อสารที่ผิดปกติแตกต่างจากบุคคลทั่วไป และนอกจากนี้ความหวังที่จะได้กลับออกไปสู่สังคมยังมีน้อยอีกด้วย เนื่องจากว่าผู้ป่วยเกรงว่า นอกจากครอบครัวและญาติพี่น้องจะไม่ยอมรับแล้ว เพื่อนหรือคนอื่นๆในสังคมถ้ารู้ว่าตนเคยเจ็บป่วยและมีปัญหาทางสุขภาพจิตจะไม่ยอมรับตนไปด้วย เพราะคนในสังคมจะมองว่าคนที่เคยเจ็บป่วยทางจิต เป็นคนที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตใจผิดปกติ ไม่สามารถกลับมาทำงาน และใช้ชีวิตตามปกติได้เหมือนเดิม

ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจิตเวชจะเป็นคนที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตใจ ไม่ว่าจะด้วยสาเหตุใดๆก็ตาม แต่ผู้ป่วยเหล่านี้ก็เป็นทรัพยากรมนุษย์ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ถ้าสังคมสามารถคิดหาวิธีการบำบัดและรักษาผู้ป่วยจิตเวชได้ ประเทศชาติก็จะไม่สูญเสียทรัพยากรมนุษย์อันเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศ ด้วยเหตุนี้ ผู้ป่วยจิตเวชจึงจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ให้เป็นปกติเหมือนกับคนทั่วไป ดังนั้น การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโดยเฉพาะผู้ป่วยจิตเวชเรื่องจึงเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นที่สังคมต้องลงมือทำและทำอย่างต่อเนื่องจริงจัง และต้องมีการพัฒนาปรับปรุงอยู่ตลอดเวลา (รุ่งทิวา, 2537: 77)

การฟื้นฟูสมรรถภาพ เป็นการเสริมสร้างหรือพัฒนาร่างกาย อารมณ์และจิตใจ หรือเรียนรู้พัฒนาการเดิมที่จำเป็นอีกครั้งหนึ่ง เพื่อจะใช้ความสามารถที่เหลืออยู่ได้อย่างเต็มที่ในการแสดงออกด้านอารมณ์ การเคลื่อนไหวร่างกาย การวางตัวในสังคม และการหาเลี้ยงชีพ โดยกำหนดให้ผู้ป่วยทำกิจกรรม การฟื้นฟูสมรรถภาพจะทำให้ผู้ป่วยสามารถกำหนดแนวทางของชีวิตใหม่ และทำให้รู้สึกว่าการดำรงชีพ การทำงานและการพักผ่อนหย่อนใจ ก่อให้เกิดความสบายใจและความหวังใหม่ (สุชาติ ศาครเสถียร, 2530: 1)

การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช เป็นการใช่วิธีการของการฟื้นฟูสมรรถภาพ ทางกาย การแพทย์ ทางการศึกษา ทางสังคม และทางอาชีพผสมผสานกัน และจะเริ่มการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย ตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลจนผู้ป่วยมีอาการทุเลา และเตรียมตัวกลับไปบ้านตลอดจนเมื่อผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตกับครอบครัวและในชุมชนแล้ว (สุชาติ ศาครเสถียร, 2530: 5)

การสื่อสาร เป็นรูปแบบหนึ่งที่จะช่วยให้การฟื้นฟูสมรรถภาพมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ถึงแม้ว่าการฟื้นฟูสมรรถภาพจะเป็นการใช่วิชาการทางการแพทย์ การศึกษา การสังคม และงานอาชีพ

ผสมผสานกันก็ตาม แต่วัตถุประสงค์หลักก็เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และพึ่งตัวเองได้มากที่สุด เพราะไม่ว่าจะเป็น วิชาการทางการแพทย์ การศึกษา การสังคม และงานอาชีพ ก็ต้องอาศัยหลักของการสื่อสารในการที่จะสื่อความหมาย และทำความเข้าใจกับผู้ป่วยด้วยกันทั้งนั้น

ดนตรีเป็นส่วนหนึ่งของการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งการฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยวิธีนี้เป็นการสื่อสารทางอวัจนภาษาผ่านทางดนตรี ดนตรีจึงเป็นรูปแบบหนึ่งของการสื่อสาร นั่นคือ การใช้ดนตรีเพื่อเป็นสื่อกลางในการที่จะแสดงความรู้สึก หรืออารมณ์ นอกจากนี้ดนตรียังเป็นตัวกระตุ้นให้ผู้ป่วยตื่นตัวอยู่ตลอดเวลา และสร้างบรรยากาศซึ่งเป็นแบบไม่แข่งขัน หรือไม่สร้างความรู้สึกกดดันต่อผู้ป่วยมากนัก โดยดนตรีนั้นจะเป็นองค์ประกอบหลักสำหรับการฟื้นฟูสมรรถภาพในระยะแรกที่ผู้ป่วยยังมีอาการทางจิต แต่ไม่เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่นแล้ว และยังคงอยู่ในสถานพยาบาล การฟื้นฟูด้วยดนตรีนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อลดอาการ กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีปฏิริยาตอบสนองสนใจและรับรู้ต่อสิ่งแวดล้อม (สุชาติ สาคกรเสถียร , 2530 : 6-7)

ดร. พิชัย ปรัชญานุสรณ์ ได้นำทักษะทางด้านดนตรีมาประยุกต์ใช้ในการบำบัดคนไข้ และสอนลูกศิษย์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งในกลุ่มคนไข้ที่ได้ใช้ดนตรีบำบัดทั้งคนไข้ทางกายและจิต นอกจากนี้ ดร. พิชัย ปรัชญานุสรณ์ ยังกล่าวว่า " การทำดนตรีบำบัดทางกายภาพ ช่วยกระตุ้นให้การทำงานของ ' มอเตอร์ ' ต่างๆดีขึ้น เช่น การทำกายภาพบำบัด ในโรงพยาบาลศิริราช ผู้ป่วยจะอยากเคลื่อนไหวเมื่อมีดนตรี หรือในคนไข้ที่เป็นโรคเรื้อรังมากๆ เช่น มะเร็งหรือเอดส์ การร้องเพลงหรือเล่นดนตรีทำให้เกิดมีความหวัง อยากต่อสู้ ยิ่งปัจจุบัน 80 % ของโรคภัยไข้เจ็บเกิดจากด้านจิตใจ ไม่ว่าจะเป็นความเครียด ความกังวล หรือการไม่เข้าใจในการปฏิบัติตน ก็เลยคิดว่า ถ้าเรารู้จักใช้ประโยชน์จากดนตรี คงช่วยประหยัดค่ายาได้มาก " (พิชัย ปรัชญานุสรณ์ , 2539 : 24)

รำไพพรรณ ศรีโลกาศ (อ่างใน จินตนา สงค์ประเสริฐ และคณะ , 2538 : 26) กล่าวว่า ดนตรีบำบัดเป็นอวัจนภาษา อาศัยหลักการตอบรับ-รับรู้ของสมองส่วนที่ทำหน้าที่เข้าใจดนตรี ใช้ กับแพทย์ทุกสาขา การรักษาด้วยดนตรีแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ

1. ด้านการรักษา (Music Therapy)
2. ด้านการทดสอบทางดนตรี (Musical Test)

นอกจากนี้ ผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทางดนตรีจะมีโอกาสรับรู้ จำ แยกแยะ เรียนรู้ ทดลอง สร้างสรรค์ ทำให้เกิดความเพลิดเพลิน คลายความเครียด ปรับเปลี่ยนอารมณ์จิตใจ

และขบวนการความคิดได้ ขณะเดียวกันผู้ป่วยก็จะเกิดความเข้าใจในโลกแห่งความเป็นจริงนั้น มนุษย์ย่อมมีโอกาสพบกับสิ่งที่พอใจและไม่พอใจ ความสุขและความทุกข์จะคล้ำกันไป แต่อย่างไรก็ตาม การทำตนตรีน่าบัดต้องทำอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ และมีการพัฒนาเนื้อหาทางด้านดนตรี และการพัฒนาสุขภาพจิตควบคู่กันไปด้วย (พิชัย ปรัญญานุสรณ์ , 2534 : 87)

ดังนั้น ในการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวช จึงเป็นกระบวนการที่ต้องกระทำอย่างต่อเนื่อง ต้องใช้เวลาค่อนข้างยาวนานบนพื้นฐานความร่วมมือของตัวผู้ป่วยเองและญาติ ซึ่งต้องใช้ความอดทน และความตั้งใจจริงเป็นอย่างมากในการรักษา เพราะมิฉะนั้นจะก่อให้เกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย ท้อถอย ทั้งในตัวของผู้ป่วยเองและญาติใกล้ชิดของผู้ป่วยเหล่านั้น อันมีผลทำให้ผู้ป่วยจิตเวชมีโอกาสกลายเป็นผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังได้มากขึ้นเรื่อยๆ (สุรพิน แทนรัตนกุล , สุนีย์ เอกวัฒน์พันธ์ และผ่อง อนันตริยเวช , 2539 : 1) สุวิทนา อารีพรรค (2524) กล่าวว่า ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังเป็นผู้ที่ต้องรักษาในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลาชานาน จึงอาจทำให้เกิดสภาพติดโรงพยาบาล ผู้ป่วยจะขาดความคิดริเริ่ม ไม่สนใจสังคมรอบตัว ไม่เป็นตัวของตัวเอง และมีบุคลิกภาพเสื่อมถอย ไม่สามารถกลับไปใช้ชีวิตนอกโรงพยาบาลได้ ดังนั้น การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยจิตเวชเหล่านี้ ให้สามารถกลับไปดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข จึงเป็นเรื่องที่สำคัญอย่างยิ่ง

สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกศึกษาที่โรงพยาบาลศรีธัญญา เนื่องจากโรงพยาบาลศรีธัญญาเป็นโรงพยาบาลหนึ่งที่สังกัดอยู่ในกรมสุขภาพจิต และมีจำนวนผู้ป่วยในที่ได้รับการรักษาเป็นจำนวนมาก เมื่อเทียบกับจำนวนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจิตเวชอื่นๆ ดังจะเห็นได้จากสถิติจำนวนผู้ป่วยในที่มาใช้บริการในหน่วยงานสังกัดกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2536 - 2538 โดยในปี 2536 มีจำนวนผู้ป่วยใน 8,704 ราย ปี 2537 มีจำนวน 8,740 ราย ปี 2538 มีจำนวน 7,597 ราย ดังนี้

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 3. จำนวนผู้ป่วยใน ที่มารับบริการในหน่วยงานสังกัดกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2536 - 2538

หน่วยงาน	ปีงบประมาณ		
	2536	2537	2538
<u>แผนงานรองสุขภาพจิต</u>	36,633	37,803	36,732
• ศูนย์สุขภาพจิต	0	0	0
• รพ. นิตจิตเวช	823	788	715
• รพ. ยูวประสาทไวทยโยปถัมภ์	339	430	464
• รพ. สวนสราญรมย์	3,532	3,575	3,316
• รพ. สวนปรุง	5,070	5,757	6,100
• รพ. พระศรีมหาโพธิ์	5,100	4,658	4,335
• รพ. จิตเวชนครราชสีมา	3,576	3,938	4,403
• รพ. จิตเวชขอนแก่น	3,438	3,344	3,050
• ศูนย์สุขภาพจิตชัยนาท	0	0	0
• รพ. สมเด็จพระเจ้าพระยา	6,051	6,573	6,752
• รพ. ศรีธัญญา	8,704	8,740	7,597

ที่มา : ศูนย์สารสนเทศ กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต

จากสถิติของโรงพยาบาลศรีธัญญา พ.ศ. 2538 พบว่า จำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่รับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยในของกลุ่มงานต่างๆ ในโรงพยาบาลศรีธัญญา จำนวน 7,597 ราย ต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพทางด้านต่างๆ ควบคู่ไปกับการบำบัดรักษาด้วยวิธีอื่นๆ เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเวชเหล่านั้นสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน รับผิดชอบตนเองและกลับไปใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับครอบครัวได้ แม้ว่าผู้ป่วยจิตเวชของโรงพยาบาลศรีธัญญา จะได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านต่างๆตั้งแต่แรกเริ่มการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลก็ตาม แต่จากสถิติเดือนเมษายน พ.ศ. 2538 พบว่า จำนวนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลศรีธัญญา มีจำนวน 2,280 ราย เป็นผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลนานกว่า 3 เดือน และไม่สามารถจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้ มีจำนวน 1,300 ราย คิดเป็นร้อยละ 57.02 ของ

ผู้ป่วยใน จะเห็นได้ว่า จำนวนผู้ป่วยจิตเวช ที่เป็นผู้ป่วยเรื้อรังค้างไว้ในโรงพยาบาลจึงมีจำนวนมาก และคงจะมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ หากไม่คิดวิธีรักษา หรือฟื้นฟูสมรรถภาพที่มีประสิทธิภาพเข้ามาช่วยแก้ไขปัญหานี้ (สุรทิน แท่นรัตนกุล และคณะ ,2539 :2-3)

จากสถิติที่กล่าวมา จำนวนของผู้ป่วยจิตเวชโดยเฉพาะที่เป็นผู้ป่วยในมีจำนวนมาก ถ้ายังไม่ปล่อยทิ้งไว้และไม่คิดหาวิธีบำบัดรักษา จำนวนของผู้ป่วยจิตเวชก็จะเพิ่มมากขึ้น ซึ่งจะเป็นภาระทางสังคม ทำให้เกิดการสูญเสียทรัพยากรบุคคล อันเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศชาติ

อนึ่ง จากการศึกษาทางโรงพยาบาลศรีธัญญาได้เริ่มนำดนตรีเข้ามาใช้ในการสื่อสารกับผู้ป่วยจิตเวชตั้งแต่ปี 2510 แต่ไม่ได้กระทำอย่างจริงจัง เนื่องจากขาดงบประมาณและบุคลากรที่มีประสิทธิภาพจึงเป็นการบำบัดรักษาที่ไม่ต่อเนื่อง ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาเรื่องการใช้กิจกรรมดนตรีกับผู้ป่วย เพื่อเป็นช่องทางในการสื่อสารกับผู้ป่วย ซึ่งใช้เสียงและจังหวะของดนตรีมาช่วยกระตุ้นผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง ให้เกิดการตื่นตัว ได้ระบายอารมณ์ความรู้สึกกับดนตรีและฝึกสมาธิให้กับผู้ป่วย เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้น จึงต้องการที่จะศึกษาประสิทธิผลของการใช้กิจกรรมดนตรีที่มีต่อการฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง ในกลุ่มงานฟื้นฟูสมรรถภาพ โรงพยาบาลศรีธัญญา โดยศึกษาเชิงเปรียบเทียบระหว่างการบำบัดโดยเน้นการใช้กิจกรรมดนตรีและการบำบัดรักษาผู้ป่วยตามปกติในหอผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยในจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษาด้วยวิธีการต่างๆตามรูปแบบของการฟื้นฟูสมรรถภาพและรูปแบบการสื่อสารทั่วไป เพื่อเป็นแนวทางในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยจิตเวชมากยิ่งขึ้นในโอกาสต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างในด้านทัศนคติ ของผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพเน้นการใช้กิจกรรมดนตรี (กลุ่มทดลอง) และผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยการพยาบาลตามปกติในหอผู้ป่วย (กลุ่มควบคุม) ก่อนและหลังการใช้กิจกรรมดนตรี
2. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่าง ในด้านทัศนคติต่อตนเองและทัศนคติต่อสังคมของผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยการใช้กิจกรรมดนตรี (กลุ่มทดลอง) ก่อนและหลังการใช้กิจกรรมดนตรี

3. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างในด้าน พฤติกรรมการสื่อสารและพฤติกรรมเบี่ยงเบนทางจิตของผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพเน้นการใช้กิจกรรมดนตรี (กลุ่มทดลอง) กับ พฤติกรรมการสื่อสารและพฤติกรรมเบี่ยงเบนทางจิต ของผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยการพยาบาลตามปกติในหอผู้ป่วย (กลุ่มควบคุม) ก่อนและหลังการใช้กิจกรรมดนตรี
4. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่าง ในด้านพฤติกรรมการสื่อสารและพฤติกรรมเบี่ยงเบนทางจิต ของผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยการใช้กิจกรรมดนตรี (กลุ่มทดลอง) ก่อนและหลังการใช้กิจกรรมดนตรี

ปัญหาวิจัย

1. ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยเน้นการใช้กิจกรรมดนตรี (กลุ่มทดลอง) และผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยการพยาบาลตามปกติในหอผู้ป่วย (กลุ่มควบคุม) จะมีทัศนคติแตกต่างกันหรือไม่ ก่อนและหลังการใช้กิจกรรมดนตรี
2. หลังการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยเน้นการใช้กิจกรรมดนตรี ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยเน้นการใช้กิจกรรมดนตรี (กลุ่มทดลอง) จะมีทัศนคติดีขึ้นก่อนการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยเน้นการใช้กิจกรรมดนตรีหรือไม่
3. ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยเน้นการใช้กิจกรรมดนตรี (กลุ่มทดลอง) และผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยการพยาบาลตามปกติในหอผู้ป่วย (กลุ่มควบคุม) จะมีพฤติกรรมการสื่อสารและพฤติกรรมเบี่ยงเบนทางจิต แตกต่างกันหรือไม่ ก่อนและหลังการใช้กิจกรรมดนตรี
4. หลังการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยเน้นการใช้กิจกรรมดนตรี ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง กลุ่มที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยเน้นการใช้กิจกรรมดนตรี (กลุ่มทดลอง) จะมีพฤติกรรมการสื่อสารและพฤติกรรมเบี่ยงเบนทางจิต ดีขึ้นก่อนการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยเน้นการใช้กิจกรรมดนตรี หรือไม่

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยเน้นการใช้กิจกรรมดนตรี (กลุ่มทดลอง) และผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยการพยาบาลตามปกติในหอผู้ป่วย (กลุ่มควบคุม) มีทัศนคติก่อนการใช้กิจกรรมดนตรีไม่แตกต่างกัน

2. ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยเน้นการใช้กิจกรรมดนตรี (กลุ่มทดลอง) และผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยการพยาบาลตามปกติในหอผู้ป่วย (กลุ่มควบคุม) มีทัศนคติหลังการใช้กิจกรรมดนตรีแตกต่างกัน

3. หลังการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยเน้นการใช้กิจกรรมดนตรี ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยเน้นการใช้กิจกรรมดนตรี (กลุ่มทดลอง) จะมีทัศนคติดีขึ้นกว่าก่อนการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยเน้นการใช้กิจกรรมดนตรี

4. ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยเน้นการใช้กิจกรรมดนตรี (กลุ่มทดลอง) และผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยการพยาบาลตามปกติในหอผู้ป่วย (กลุ่มควบคุม) มีพฤติกรรมการสื่อสาร และพฤติกรรมเบี่ยงเบนทางจิต ก่อนการใช้กิจกรรมดนตรีไม่แตกต่างกัน

5. ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยเน้นการใช้กิจกรรมดนตรี (กลุ่มทดลอง) และผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยการพยาบาลตามปกติในหอผู้ป่วย (กลุ่มควบคุม) มีพฤติกรรมการสื่อสาร และพฤติกรรมเบี่ยงเบนทางจิต หลังการใช้กิจกรรมดนตรีแตกต่างกัน

6. หลังการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยเน้นการใช้กิจกรรมดนตรี ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยเน้นการใช้กิจกรรมดนตรี (กลุ่มทดลอง) จะมีพฤติกรรมการสื่อสาร และพฤติกรรมเบี่ยงเบนทางจิต ดีขึ้นกว่าก่อนการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยเน้นการใช้กิจกรรมดนตรี

ขอบเขตของการวิจัย

1. การวิจัยครั้งนี้ ใช้ตัวอย่างประชากรเฉพาะผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง ที่รับไว้รักษาในกลุ่มงานฟื้นฟูสมรรถภาพของโรงพยาบาลศรีธัญญา จ. นนทบุรี จำนวน 80 คน

2. การวิจัยครั้งนี้ กลุ่มที่ทำการศึกษา จะยกเว้นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตใจ และทางสมองมากเกินไปจนจะทำการสื่อสารกันได้

3. การวิจัยครั้งนี้มุ่งศึกษาเฉพาะพฤติกรรมการสื่อสารในด้าน

3.1 การเปิดรับข่าวสารจากสื่อบุคคล ซึ่งได้แก่ แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ และเพื่อนสนิท

3.2 การเปิดรับข่าวสารจากสื่อประเภทอื่นๆ ได้แก่ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ และสื่อกิจกรรมที่ทางหอผู้ป่วยหรือทางโรงพยาบาลจัดให้

ข้อตกลงเบื้องต้น

ในการวิจัยครั้งนี้ จะเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยมีประสบการณ์จากการบำบัดรักษาด้วยดนตรีมาก่อน และเป็นคนไข้ที่พูดจาไม่รู้เรื่อง ซึ่งมีพฤติกรรมหรืออาการที่แพทย์และพยาบาลรับรองแล้วว่าสามารถฟื้นฟูสมรรถภาพได้

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. กิจกรรมดนตรี หมายถึง การปฏิบัติทางจังหวะ (Rhythm playing) การเคลื่อนไหวร่างกาย (Body Movement) การเล่นเครื่องดนตรีประเภทเครื่องเคาะ (Percussion playing) การใช้เสียงจากอวัยวะกล่องเสียงและปาก (Voice) ที่ผู้วิจัยนำไปใช้
2. ทักษะคิด หมายถึง ความรู้สึก ความคิดเห็นเกี่ยวกับสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ทักษะคิดในที่นี้คือ ทักษะคิดต่อตนเอง และทักษะคิดต่อสังคม
3. ทักษะคิดต่อตนเอง หมายถึง ความคิดเห็นของผู้ป่วยจิตเวชที่มีต่อตนเองในด้านต่างๆ ทักษะคิดต่อตนเองในที่นี้วัดจาก ความมั่นใจในความสามารถของตนเอง ความมั่นใจในการกระทำของตนเอง ความรู้สึกเกี่ยวกับตนเอง การรับรู้สิ่งต่างๆที่เกิดขึ้น และความกล้าในการแสดงความคิดเห็น
4. ทักษะคิดต่อสังคม หมายถึง ความคิดเห็นของผู้ป่วยจิตเวชที่มีต่อสังคม ทักษะคิดต่อสังคมในที่นี้วัดจาก ความคาดหวังในการกลับเข้าสู่สังคม โอกาสในการอยู่ร่วมกับคนในสังคม การเข้ากับคนในสังคม ความพร้อมในการอยู่ในสังคม และการมองอนาคต
5. พฤติกรรมการสื่อสาร หมายถึง การแสดงออกของผู้ป่วยในด้านที่เกี่ยวกับการสื่อสารในระยะเวลาที่เข้ารับการรักษา พฤติกรรมการสื่อสารของผู้ป่วยในที่นี้วัดจาก
 - 5.1 พฤติกรรมการเปิดรับข่าวสาร
 - 5.2 พฤติกรรมการสื่อสารกลับ (feedback)

5.1 พฤติกรรมการเปิดรับข่าวสาร หมายถึง ความบ่อยครั้งในการรับรู้ข้อความข่าวสารจากสื่อบุคคล และสื่อประเภทอื่นๆ และความสนใจเกี่ยวกับข่าวสาร

ก. การเปิดรับสื่อบุคคล หมายถึง ความบ่อยครั้งในการสนทนา พูดคุย แลกเปลี่ยนข่าวสาร การแสดงความคิดเห็น หรือการติดต่อสื่อสารกับบุคคลต่างๆ ซึ่งได้แก่ แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่และเพื่อนสนิท

ข. การเปิดรับสื่อประเภทอื่นๆ หมายถึง ความบ่อยครั้งในการรับข่าวสารจากโทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ และสื่อกิจกรรมที่ทางหอผู้ป่วยหรือทางโรงพยาบาลจัดให้

5.2 พฤติกรรมการสื่อสารกลับ (feedback) หมายถึง การมีปฏิริยาตอบสนองโดยการซักถามสื่อบุคคล การพูดคุยและการรับฟัง ทิวาณาจากความบ่อยครั้งในการซักถามสื่อบุคคล ความบ่อยครั้งในการนำข่าวสารที่ได้รับไปพูดคุยกับผู้อื่น และความบ่อยครั้งในการเล่าต่อให้ผู้อื่นทราบ

6. ข่าวสาร หมายถึง ข่าวสารที่ได้รับจากสื่อบุคคลและสื่อประเภทอื่นๆ ได้แก่

6.1 ข่าวสารจากสื่อบุคคล หมายถึง ข้อความที่ใช้ในการสื่อสารทั้งที่เป็นลายลักษณ์อักษร และสื่อสารทางวาจาในเรื่องของทักษะชีวิต ได้แก่ การอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคม , การทำงานช่วยเหลือตนเอง , เรื่องโรคภัยไข้เจ็บ เป็นต้น

6.2 ข่าวสารของทางโรงพยาบาล และในหอผู้ป่วย หมายถึง ข่าวสารในเรื่องต่างๆของทางโรงพยาบาล และในหอผู้ป่วย ที่ต้องการให้ผู้ป่วยจิตเวชทราบ ได้แก่ ข่าวสารในเรื่องการฝึกอาชีพ, ข่าวสารความรู้ในการปฏิบัติตัวตามกฎระเบียบในหอผู้ป่วย , ข่าวสารเกี่ยวกับการศึกษา เป็นต้น

6.3 ข่าวสารทั่วไป หมายถึง ข่าวสารที่ได้รับจากสื่อประเภทอื่นๆ ได้แก่ บ้านเมือง , ศิลธรรม-ธรรมะ , กีฬา, อาชญากรรม และบันเทิง

7. พฤติกรรมเบี่ยงเบนทางจิต หมายถึง การกระทำ การแสดงออกของผู้ป่วย ทั้งด้านร่างกาย และสภาวะทางอารมณ์ที่แตกต่างไปจากบุคคลปกติอย่างเห็นได้ชัด เช่น ความก้าวร้าว แยกตัวเอง หวาดกลัว เรื่องซึม ซ้ำคิดซ้ำทำ เป็นต้น ซึ่งวัดได้จากแบบวัดพฤติกรรมเบี่ยงเบนทางจิต

8. ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง หมายถึง ผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับการรักษาคือ เป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาล ซึ่งมีระยะเวลาของการเจ็บป่วยมาแล้วไม่ต่ำกว่า 2 ปี

9. การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช หมายถึง กระบวนการที่เอื้ออำนวยให้บุคคลที่มีความผิดปกติทางจิต มีโอกาสที่จะปรับตัวและพัฒนาศักยภาพ เพื่อให้อยู่ในสังคมได้อย่างเป็นอิสระ โดยมุ่งเน้นให้บุคคลที่ผิดปกติทางจิตใจมีความสามารถในการดูแลตนเอง และการทำงาน นำไปสู่การยอมรับของครอบครัวและสังคม (สุนีย์ เอกวัฒน์พันธ์ และคณะ , 2539 : 6)

10. กลุ่มงานฟื้นฟูสมรรถภาพของโรงพยาบาลศรีธัญญา หมายถึง กลุ่มงานที่มีหน้าที่ในการให้การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช ที่มีอาการทางจิตค่อนข้างสงบบ้างแล้ว ให้สามารถดูแล ช่วยเหลือตัวเอง เพื่อจะได้อยู่ร่วมกับครอบครัวและชุมชนได้อย่างมีสุขต่อไป โดยใช้กิจกรรมในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยหลายลักษณะร่วมกัน เช่น การฟื้นฟูทางสังคม ทางอาชีพ ทางการศึกษา เป็นต้น (สุนีย์ เอกวัฒน์พันธ์ และคณะ , 2539 : 6)

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผลการวิจัยอาจเป็นประโยชน์ในการปรับเปลี่ยนทัศนคติ พฤติกรรมการสื่อสารและพฤติกรรมเบี่ยงเบนทางจิตของผู้ป่วย
2. ทำให้ทราบถึงพฤติกรรมกรรมการสื่อสารของผู้ป่วยจิตเวช เพื่อเป็นประโยชน์ในการหารูปแบบการสื่อสารที่ถูกต้องและเหมาะสม
3. ผลของการวิจัยอาจจะเป็นแนวทางให้โรงพยาบาลจิตเวช และโรงพยาบาลทั่วไปได้นำดนตรีไปใช้เพื่อการบำบัดผู้ป่วย เป็นการพัฒนารมณณ์ พฤติกรรมของผู้ป่วยและเข้าใจพฤติกรรมกรรมการสื่อสารของผู้ป่วยได้
4. เพื่อเป็นแนวทางให้บุคลากรในทีมจิตเวชได้ใช้กลุ่มดนตรีบำบัด เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชได้อย่างมีประสิทธิภาพ
5. ผลของการวิจัยครั้งนี้ จะเป็นแนวทางในการหาแบบเพื่อให้การบำบัดรักษา ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง และผู้ป่วยจิตเวชอื่นๆได้อย่างเหมาะสม และมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น
6. เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษา ค้นคว้า วิจัย เกี่ยวกับการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวช ในมุมมองต่างๆต่อไป