



วารสารโรงพยาบาลศรีธัญญา

ปีที่ 12 กันยายน 2554

ที่ปรึกษา

นายแพทย์ศักดา
แพทย์หญิงอรวรรณ

กาญจนาวิโรจน์กุล
ศิลปกิจ

บรรณาธิการ

แพทย์หญิงทัศนกุล

พรหมมา

บรรณาธิการรอง

แพทย์หญิงธิดารัตน์

สุริยาชัยวัฒน์นะ

กองบรรณาธิการ

นางสาวเกลิณี

ศิริวงศ์

นางสาวจันทร

ยี่สุนศรี

นางสาวจุฬารัตน์

วิเรชะรัตน์

นางนงนุช

แตงสิงห์ตรง

นางนฤมล

นาคเรือง

นางสาวนันทา

แก้วสุข

นางสาวปรารธนา

มั่งมูล

นางเพลินพิศ

จันทร์ศักดิ์

นางมณีวรรณ

พัทธมินทร์

นางมาลินี

ชินขอบ

นางสาวรุ่งทิwa

เกิดแสง

นางสาวสมศรี

กิตติพงศ์พิศาล

นายสุภกิจ

ดำรงพิวัฒน์

นางสาวสุภาวดี

ธัมมะรักขิต

นางสาวอนงค์นุช

ศาโครก

นายเอกลักษณ์

วงศ์อภัย

ผู้จัดการ

นางสาวจารุวรรณ

จินตามงคล

วัตถุประสงค์

เป็นสื่อกลางเพื่อเผยแพร่และเสริมสร้างความรู้สุขภาพจิต



Journal of Srithanya Hospital

Volume 12 September 2011

Advisory board

Sakda	Kanjanavirojkul
Orawan	Silpakit

Editor

Tatkamon	Promma
----------	--------

Associate Editor

Tidarat	Suriyachaiwattana
---------	-------------------

Editorial board

Kaysinee	Siriwong
Chantorn	Yeesunsri
Jularat	Wirakarat
Nongnutch	Tangsingtrong
Naruemon	Nakrueang
Nanta	Kaewsook
Pratana	Mungmool
Plearnpit	Chantarasak
Maneewan	Patamin
Malinee	chuenchob
Rungthiwa	Kerdsang
Somsri	Kitipongpisal
Supakit	Dumrongpiwat
Suphawadee	Thammarakhitt
Anongnud	Sasok
Akaluck	Wongapai

Manager

Jaruwan	Jindamongkol
---------	--------------

Objective

Medians for distribution and promotion of mental health knowledge.



สารบัญ

คำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์
บรรณาธิการแถลง

โปรแกรมฝึกความจำสำหรับผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง : เยาวลักษณ์ โอรสานนท์, พย.บ : จุฬารัตน์ วิระขรัตน์, ค.ม.	1
ประสิทธิภาพของการใช้โปรแกรมส่งเสริมทักษะทางสังคม ของโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ เพื่อฝึกทักษะทางสังคมสำหรับผู้ป่วยออทิสติก : ณัฐวัฒน์ งามสมุทร, พบ.	9
ผลการใช้โปรแกรม PDSD ต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท : อรุณี โสติดิวนิชย์วงศ์, วท.บ : นิตยา สุริยะพันธ์, พย.บ	22
ผลของโปรแกรมส่งเสริมคุณภาพชีวิตและความสุขในการทำงานต่อบุคลากรทางจิตเวช : ปภาจิต บุตรสุวรรณ, วท.ม.	28
การพัฒนาแบบบันทึกการประเมินทางกายสำหรับผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุเพื่อเฝ้าระวัง และลดภาวะวิกฤตทางกาย : ชยาภรณ์ ฝ่องแผ้ว, พย.บ : นงนุช ภูมิรินทร์, พย.บ : เยาวเรศ เรืองศรี, พย.บ : ดำเนิน ยืนนาน, พย.บ	37
ลูกอารมณ์ดี พ่อแม่มีสุข : วรณพัทธ์ วิวัฒนวงศา, พบ.	44



Index

Advice for the Author	
Editor Announcement	1
 The memory training program for chronic schizophrenic patients	 2
: Yuwaluk Orasanond, B.Ns.	
: Jularat Wirakarat, M.A.	
 Effectiveness of a social skill training program for children with Autistic spectrum disorder	 10
: Nattawat Ngamsamut, M.D.	
 Treatment outcome by PDSO program to ability of Schizophrenic patients after discharge from PDSO program	 23
: Arunee Soattivanitwong, B.Sc.	
: Nittaya Suriyapan, B.Ns.	
 The outcome of program for promoting quality of life and happiness in work to psychiatric staff	 29
: Pabhajit Budsuwan, M.Sc.	
 Development of physical assessment's record for geriatric patients to take precaution and decrease physical crisis	 38
: Chayaporn Pongpaw, B.Ns.	
: Nongnuch Pumirine, B.Ns.	
: Yaovares Reungsri, B.Ns.	
: Damnern Yuenan, B.Ns.	
 Happy mum happy kid	 44
: Wannaphak Wiwattanawongsa, M.D.	

คำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์

วารสารโรงพยาบาลศรีธัญญาจัดทำขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่ความรู้สุขภาพจิตเป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนความรู้ผลงานทางวิชาการ อันเป็นประโยชน์ต่อวงการจิตเวชศาสตร์ และสุขภาพจิตของไทย โดยมีข้อตกลงระหว่างวารสารโรงพยาบาลศรีธัญญากับผู้นิพนธ์ ดังนี้

1. ต้นฉบับที่ส่งมาเพื่อรับการพิจารณา ต้องไม่เคยตีพิมพ์ในที่ใดมาก่อนหรืออยู่ในระหว่างการรอตีพิมพ์ในวารสารอื่น
2. เรื่องที่ลงตีพิมพ์ในวารสารฉบับนี้ แล้วถือเป็นลิขสิทธิ์ของวารสารโรงพยาบาลศรีธัญญา
3. ต้นฉบับที่ส่งมาจะได้รับการประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิ ในด้านนั้นจำนวน 2 ท่าน

ประเภทบทความที่รับตีพิมพ์

ในวารสารโรงพยาบาลศรีธัญญา แบ่งเป็น 6 ประเภท คือ

1. บทบรรณาธิการ (Editorial)

บทบรรณาธิการเป็นบทความที่ได้วิเคราะห์ผลงานทางวิชาการที่มีความสำคัญด้านสุขภาพจิตและจิตเวช หรืออาจเป็นเพียงการแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับวิชาการทางด้านสุขภาพจิต มีองค์ประกอบ ดังนี้ คือ บทนำ (Introduction) เนื้อเรื่อง (Text) สรุป (Summary) และเอกสารอ้างอิง (References) ในส่วนเนื้อเรื่อง เขียนประเด็นและคำอธิบายที่ผสมผสานกับข้อวิจารณ์ หรือข้อเสนอแนะ ที่ก่อให้เกิดแนวคิดใหม่

2. นิพนธ์ต้นฉบับ (Original article)

นิพนธ์ต้นฉบับเป็นบทความรายงานการวิจัย มีองค์ประกอบ ดังนี้

2.1 ชื่อเรื่อง (Title) ความยาวชื่อเรื่องไม่เกิน 2 บรรทัด ไม่ใช้คำฟุ่มเฟือย เช่น การศึกษา การสำรวจ เป็นต้น

2.2 ผู้นิพนธ์ (Author) เขียนชื่อนามสกุล ด้วยอักษรมหาบัณฑิตสูงสุด ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

2.3 บทคัดย่อ (Abstract) ให้เขียนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ เป็นความเรียงย่อหน้าเดียว ความยาว 200 – 300 คำ (นับคำที่มีความหมาย) หรือไม่เกิน 3/4 หน้า มีเนื้อหาสมบูรณ์ ประกอบด้วย วัตถุประสงค์ วัสดุและวิธีการ ผล และสรุป ไม่ต้องมีการอ้างอิง

2.4 คำสำคัญ (Key words) เขียนคำสำคัญ จำนวน 2-5 คำ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ลงในส่วนท้ายกระดาษหน้าเดียวกับบทคัดย่อ

2.5 บทนำ (Introduction) นำเสนอความสำคัญของปัญหา ประเด็นปัญหาที่เกี่ยวข้อง และเหตุผลของการวิจัยโดยมีการอ้างอิง อาจมีการเพิ่มเติมทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง และงานวิจัยในอดีตบ้างเล็กน้อย ตอนท้ายนำเข้าสู่การศึกษาครั้งนี้ พร้อมทั้งแสดงวัตถุประสงค์ของการวิจัย

2.6 วัสดุและวิธีการ (Materials and Methods) นำเสนอรูปแบบการวิจัย ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษา

การคำนวณขนาดตัวอย่าง วิธีคัดเลือกตัวอย่าง หรือการสุ่มตัวอย่าง วิธีการรวบรวมข้อมูล สถานที่ ช่วงเวลาทำการวิจัย เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูล วิธีการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (ถ้ามี) วิเคราะห์ข้อมูล เขียนให้ชัดเจน ละเอียดพอสมควร ความยาวประมาณ 1-2 หน้า A4

2.7 ผล (Results) นำเสนอผลการศึกษา โดยนำเสนอลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาก่อน จึงนำเสนอเนื้อหาตามลำดับก่อน-หลัง ตามวัตถุประสงค์ พร้อมทั้งแสดงตารางหรือรูปประกอบอย่างชัดเจน ข้อมูลที่นำเสนอต้องผ่านการตรวจสอบความถูกต้อง วิเคราะห์ และแปลผลทางสถิติมาแล้ว ความยาวส่วนนี้ประมาณ 4-6 หน้า A4 (รวมตารางและรูป)

2.8 วิจารณ์ (Discussion) เขียนเชิงวิเคราะห์อย่างมีเหตุผล มีการประเมินและขยายผลการศึกษา ซึ่งให้ผู้อ่านเห็นว่าผลของการศึกษานั้นเป็นจริง น่าเชื่อถือ มีการเปรียบเทียบกับการศึกษาอื่นว่ามีความสอดคล้องเพียงใด หรือไม่ อย่างไร โดยมีเอกสารอ้างอิง อภิปรายผลอย่างตรงไปตรงมา ทั้งข้อดีและข้อเสียของการศึกษาสามารถแสดงความคิดเห็น ประสพการณ์วิจัย ข้อเสนอแนะในการทำงานวิจัยไปใช้ประโยชน์ข้อผิดพลาดต่างๆ ที่เกิดขึ้นในการวิจัย ความยาวประมาณ 1-3 หน้า A4

2.9 สรุป (Conclusion) เขียนสรุปตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้

2.10 กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement) แสดงความขอบคุณ

ทุกคนที่มีส่วนช่วยให้งานวิจัยสำเร็จ รวมทั้งหน่วยงานต่างๆ เจ้าของทุน และผู้ที่เป็นกลุ่มเครือข่าย ยกเว้นผู้ที่มีหน้าที่รับผิดชอบอยู่แล้ว ความยาวไม่เกิน 1/2 หน้า A4

2.11 เอกสารอ้างอิง (References) ใช้การอ้างอิงในเนื้อหา ใช้เครื่องหมายเชิงอรรถเป็นหมายเลข (ตัวเลขยก) ไม่ต้องมีวงเล็บ ใส่หมายเลขท้ายประโยคที่อ้างอิงเรียงตามลำดับการอ้างอิงในเนื้อเรื่อง ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิมการย่อชื่อวารสารให้ใช้ตาม Index Medicus สามารถค้นได้จาก <http://www.nlm.nih.gov>

3. บทความพื้นฟูวิชาการ (Review article)

บทความพื้นฟูวิชาการเป็นบทความที่รวบรวมความรู้ด้านสุขภาพจิตและจิตเวชที่ได้รับตีพิมพ์นามาวิเคราะห์ วิจารณ์ เปรียบเทียบ สรุปข้อดี ข้อเสีย อย่างมีเหตุผลสามารถทำให้อ่านมีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องนั้นมากยิ่งขึ้น มีองค์ประกอบดังนี้คือ ชื่อเรื่อง (Title) บทคัดย่อ (Abstract) คำสำคัญ (Key words) บทนำ (Introduction) สรุป (Conclusion) เอกสารอ้างอิง (References)

4. รายงานเบื้องต้น (Preliminary report)

รายงานเบื้องต้นเป็นการนำเสนอรายงานผลการศึกษาวิจัยที่ยังไม่เสร็จสมบูรณ์ต้องศึกษาต่อเพื่อเก็บข้อมูลเพิ่มเติม มีองค์ประกอบเช่นเดียวกับนิพนธ์ต้นฉบับ

5. รายงานผู้ป่วย (Case Report)

บทความที่ผู้เขียนได้มีประสบการณ์กับผู้ป่วยเฉพาะรายที่น่าสนใจ หรือเป็นเรื่องใหม่

หรือกรณีที่ไม่ค่อยพบเห็น นำเสนอรายละเอียดที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยรายนั้นๆ มีองค์ประกอบดังนี้คือ ชื่อเรื่อง(Title) บทคัดย่อ (Abstract) คำสำคัญ (Key words) บทนำ (Introduction) เนื้อเรื่อง (Text) สรุป (Conclusion) เอกสารอ้างอิง (References)

6. ปกิณกะ (Miscellany)

ปกิณกะเป็นบทความทั่วไปที่เกี่ยวกับกิจการทางการแพทย์และสุขภาพจิต องค์ประกอบในส่วนเนื้อเรื่องประกอบด้วย บทนำ ประเด็นหลักสำคัญ ประเด็นย่อยและคำอธิบาย สรุป ไม่ต้องมีบทคัดย่อ

การเตรียมต้นฉบับ

พิมพ์ใบนำส่งแยกออกจากเนื้อหา ประกอบด้วยชื่อเรื่อง ชื่อผู้พิมพ์ ตัวย่อวุฒิ การศึกษาสูงสุด และหน่วยงานที่ปฏิบัติงาน ในปัจจุบันของผู้พิมพ์ทุกคน โดยเขียนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ และให้ระบุชื่อที่อยู่ และหมายเลขโทรศัพท์ หรือ E-mail address ของผู้พิมพ์ที่เป็นปัจจุบัน เพื่อการบรรณาธิการติดต่อกับผู้พิมพ์ได้สะดวก ในกรณีที่ผู้พิมพ์หลายคนให้เรียงชื่อตามลำดับความสำคัญที่แต่ละคนมีส่วนในงานวิจัยนั้น

การพิมพ์ให้พิมพ์หน้าเดียวในกระดาษ A4 หางขอบทุกด้านๆ ละ 1 นิ้ว มีเลขหน้ากำกับที่มุมบนขวาทุกหน้า ศัพท์ภาษาอังกฤษที่ปนอยู่ในเนื้อเรื่องภาษาไทยให้ใช้ตัวเล็กทั้งหมด ยกเว้นชื่อเฉพาะให้ขึ้นต้นด้วยอักษรตัวใหญ่ได้ ต้นฉบับทั้งหมดรวมไม่เกิน 12 หน้า

ส่งต้นฉบับมายังผู้จัดการวารสาร โรงพยาบาลศรีธัญญา โรงพยาบาลศรีธัญญา

อำเภอเมืองจังหวัดนนทบุรี 11000 หรือ e-mail : academic_s@yahoo.com

ตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิง

1. เอกสารอ้างอิงที่เป็นบทความในวารสาร

รูปแบบพื้นฐาน : ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อเรื่อง. ชื่อวารสาร ปี เดือน วันที่พิมพ์;ปีที่วารสาร(ฉบับที่):หน้า.

ตัวอย่าง

1.1 ลันดิชย์ ฉ่ำจิตรชื่น. ภาวะลิเทียมเป็นพิษที่อาการกำเริบ : รายงานผู้ป่วย 1 ราย. วารสารโรงพยาบาลศรีธัญญา 2549 พฤษภาคม; 8(2):32-8.

1.2 กรณีวารสารที่มีการเรียงเลขหน้าตั้งแต่เล่ม 1 ถึงเล่มสุดท้ายไม่ต้องใส่เดือนหรือหมายเลขเล่มก็ได้ Basaria M, Graf H, Cooper DS. The use of Recombinant Thyrotrophic in the Follow-up of Patients with Differentiated Thyroid Cancer. Am J Med 2002;112:721-5.

1.3 ถ้าผู้พิมพ์มีน้อยหรือเท่ากับ 6 คน ให้ใส่ชื่อผู้พิมพ์ทุกคน ถ้ามีมากกว่า 6 คน ให้ใส่ ชื่อ 6 คนแรกตามด้วย et al. Gao SR, McGarry M, Ferrier TL, Pallante B, Gasparrini B, Fletcher JR, et al. Effect of cell confluence on production of cloned mice using an inbred embryonic stem cell line. Biol Reprod 2003;68:595-603.

1.4 กรณีเป็นบทบรรณาธิการให้ใส่คำว่าบทบรรณาธิการไว้ในวงเล็บใหญ่[] ปัทมา ศิริเวช. ผู้เจ็บป่วยทางจิตกับการฟื้นฟู

สมรรถภาพ[บทบรรณาธิการ]. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2545;10(2):56-66.

Lewis DA. Atypical Antipsychotic Medications and the Treatment of Schizophrenia[editorial]. AM J Psychiatry 2002 June;159(2):177-9.

1.5 กรณีบทบรรณาธิการไม่มีชื่อผู้แต่ง Pharmacists and HIPP[editorial]. AJHP 2003 March 1;60(5):431-2.

2. เอกสารอ้างอิงที่เป็นหนังสือ

รูปแบบพื้นฐาน : ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. สถานที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปี.

ตัวอย่าง

2.1 สมภพ เรืองตระกูล. ตำราจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้ว; 2542.

2.2 กรณีมีบรรณาธิการ ถ้า 1 คน ให้ใส่ editor ถ้ามากกว่า 1 คน ให้ใส่ editors Brown AM, Stubbs DW, editors. Medical physiology. New York: Willy; 1983.

2.3 กรณีนำบทหนึ่งในหนังสือมาใช้ อ้างอิงต้องระบุชื่อบทความในหนังสือและหน้า Liberman RP, Kopelowicz A, Smith TE. Psychiatric rehabilitation. In : Sadock BJ, Sadock VA, editors. Comprehensive textbook of psychiatry. 7th ed. Baltimore: William & Wilkin; 2000. p. 3218-45.

3. เอกสารอ้างอิงที่เป็นเอกสารวิชาการ

3.1 รายงานการประชุมสัมมนา

(Conference proceedings) ต้องระบุวัน เดือน ปีของการประชุมสัมมนา

Kimura j, Shibasaki H, editors. Recent advances in clinical neurophysiology. Proceedings of the 10th international Congress of EMG and Clinical Neurophysiology; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

3.2 บทความในการประชุมสัมมนา (Conference paper)

Bengtsson S, Solheim BG. Enforcement of data protection, privacy and security in medical informatics. In: Lun KC, Degoulet P, Piemme TE, Rienhoff O, editors. MEDINFO 92. Proceedings of the 7th World Congress on Medical Informatics; 1992 Sep 6-10; Geneva, Switzerland.

4. เอกสารอ้างอิงที่เป็นวิทยานิพนธ์ (dissertation)

รูปแบบพื้นฐาน : ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อเรื่อง[วิทยานิพนธ์]. สถานที่พิมพ์ : ชื่อมหาวิทยาลัย; ปี.

ตัวอย่าง

4.1 อารีย์ ใจหนักแน่น. ความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรโรงพยาบาลศรีธัญญา[วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์; 2548.

4.2 Kaplan SJ. Post-hospital home health care : the elderly's

access and utilization [dissertation]. St. Louis (MO): Washington Univ.; 1995.

5. เอกสารอ้างอิงที่เป็นเอกสารอิเล็กทรอนิกส์

5.1 อ้างอิงจาก Website

รูปแบบพื้นฐาน : Author. Title [Online]. Publication Year [cited year month(abbreviated)day];[Number of screens]. Available from: URL:URL address underline

ตัวอย่าง

National Organization for Rare Diseases [Online].1998[cited 1999 Aug 22];[10 screens]. Available from: URL:http:www.rcgp.org.uk/informat/publicat/rcf0021.htm

5.2 อ้างอิงจาก Web Based/Online Databases

ตัวอย่าง

Kirkpatrick GL. Viral infections of the respiratory tract. In: Family Medicine. 5th ed. [Online]. 1998.

Available from: Stat Ref. Jackson (WY): Teton Data Systems; 2001. [cited 2001 Aug 31]

5.3 อ้างอิงจาก CD-ROM

ตัวอย่าง

Clinical pharmacology 2000[CD-ROM]. Version 2.01.[cited 2001 Aug 7]; Gainesville (FL): Gold Standard Multimedia; 2001.

กรณีอ้างอิงหนังสือในCD-ROM

ตัวอย่าง

Paracetamal. Martindale's: the extra pharmacopoeia. In: International Healthcare Series[CD-ROM]. [cited 1998 Sep 3]; Englewood (CO): Macromedia; 1998.

กรณีอ้างอิงวารสารในCD-ROM

ตัวอย่าง

Gershon ES. Antisocial behavior. Arch Gen Psychiatry [serial on CD-ROM]. 1995;52:900-901.

บรรณาธิการแถลง

วารสารฉบับนี้เป็นฉบับของปีที่ 12 มีนิพนธ์ต้นฉบับทั้งหมด 5 เรื่อง และปกิณกะ จำนวน 1 เรื่อง โดยวารสารได้รับงานวิจัยจากRoutine to Research (R2R)ของฝ่ายวิจัย โรงพยาบาล ศรีธัญญา จำนวน 4 เรื่อง คือ โปรแกรมฝึกความจำสำหรับผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ผลการใช้โปรแกรม PDSD ต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท ผลของโปรแกรมส่งเสริมคุณภาพชีวิตและความสุขในการทำงานต่อบุคลากรทางจิตเวช การพัฒนาแบบบันทึกการประเมินทางกายสำหรับผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุเพื่อเฝ้าระวังและลดภาวะวิกฤตทางกาย มีงานวิจัยจากจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นอีก 1 เรื่องคือ ประสิทธิภาพของการใช้โปรแกรมส่งเสริมทักษะทางสังคมของโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์เพื่อฝึกทักษะทางสังคมสำหรับผู้ป่วยออทิสติก และสุดท้ายเป็นปกิณกะ เรื่อง ลูกอารมณ์ดี พ่อแม่มีความสุข

วารสารฉบับปีที่ 11 แม้จะเป็นฉบับแรกของกองบรรณาธิการชุดใหม่ แต่ได้รับบทความที่น่าสนใจจากผู้นิพนธ์หลายเรื่องทำให้คุณภาพของวารสาร เมื่อพิจารณาจาก Impact Factors ของการจัดลำดับวารสารในประเทศไทยสาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ปี พ.ศ. 2553 อยู่อันดับที่3 (โดยศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย)

สุดท้ายนี้กองบรรณาธิการขอขอบคุณผู้นิพนธ์ที่ส่งบทความมาลงในวารสารและขอบคุณผู้อ่านทุกท่านค่ะ สนใจส่งบทความได้ที่

แพทย์หญิง ทัดกมล พรหมมา

47 องค์การแพทย์ โรงพยาบาลศรีธัญญา

ต. ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000

โทร : 02-5250981 ต่อ 1678

Email:tatkamonp@yahoo.com

ทัดกมล พรหมมา

บรรณาธิการ

กันยายน 2554

โปรแกรมฝึกความจำสำหรับผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

เยาวลักษณ์ โอธานนท์, พย.บ.*

จุฬารัตน์ วิระะรัตน์, ค.ม.*

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาและประเมินผลโปรแกรมฝึกความจำสำหรับผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

วัสดุและวิธีการ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง จำนวน 10 คน เข้ารับการฝึกความจำตามโปรแกรมฝึกความจำที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น จำนวน 12 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง เป็นเวลา 1 เดือน วัดคะแนนความจำด้วยแบบทดสอบ MMSE ฉบับภาษาไทย วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความจำ ด้วยค่า Wilcoxon test

ผล ผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมฝึกความจำ มีคะแนนเฉลี่ยความจำหลังการฝึกความจำสูงกว่าก่อนการฝึกความจำอย่างมีนัยสำคัญ

สรุป โปรแกรมฝึกความจำสำหรับผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่เข้าโปรแกรมมีความจำดีขึ้น แต่ทั้งนี้ควรพัฒนากิจกรรมในโปรแกรมให้มีความหลากหลายมากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ : โปรแกรมฝึกความจำ ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

* โรงพยาบาลศรีธัญญา

The memory training program for chronic schizophrenic patients

*Yuwaluk Orasanond, B.Ns.**

*Jularat Wirakarat, M.A.**

Abstract

Objective To develop and evaluate the effect of memory training program in chronic schizophrenic patients.

Materials and methods Test subjects were 10 chronic schizophrenic patients receiving memory training program for 1 hour x 12 sessions within one month. The MMSE test(Thai version) was used to evaluate the result and analyzed by wilcoxon test.

Results Memory scores of chronic schizophrenic patients after using memory training program were significantly higher than before using memory training program .

Conclusion The memory training program could improve chronic schizophrenic patients' memory. However various activities should be developed in program.

Key words : chronic schizophrenic patients, memory training program

* Srithanya Hospital

บทนำ

ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง เป็นผู้ป่วยที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยมากกว่า 2 ปีขึ้นไป อาการของโรคมักแสดงออกในกลุ่มอาการทางลบ กล่าวคือ พุดน้อย การแสดงทางอารมณ์ลดลง ขาดความกระตือรือร้น เก็บตัวเงียบ¹ และโดยสมมติฐานของโรคจิตเภท เชื่อว่าเกิดจากการทำงานของสมองส่วนลิมบิก (Limbic) ที่ผิดปกติไป² ซึ่งเกี่ยวข้องกับ ความจำ ระดับความจำในผู้ป่วยจิตเภทมักอยู่ในระดับต่ำกว่าคนปกติทั่วไป เมื่อทดสอบด้วยแบบทดสอบทางด้านความจำ digit span^{3,4,5} และเมื่อใช้แบบทดสอบ MMSE ในผู้ป่วยโรคจิตเภทซึ่งมีอายุระหว่าง 18-68 ปี พบผู้ป่วยมีความจำบกพร่องเล็กน้อยถึงรุนแรง มีประมาณ ร้อยละ 20⁶ และความจำที่บกพร่องนี้พบมากในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการด้านลบ^{7,8} ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

ปัญหาการบกพร่องด้านความจำของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังย่อมส่งผลกระทบต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย จากการศึกษาของ McDermid⁹ และคณะที่พบว่ากลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่มีระดับความจำบกพร่องมีระดับคุณภาพชีวิตด้านการนอนหลับและการพักผ่อน และด้านความสัมพันธ์ต่อครอบครัวและเพื่อนต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่มีความบกพร่องของความจำ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Tek¹⁰ และคณะที่พบว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีความบกพร่องด้านความจำจะมีระดับคุณภาพชีวิตและความสามารถในการทำงานต่ำกว่าผู้ป่วย

โรคจิตเภทที่ไม่มีความบกพร่องด้านความจำ การฝึกความจำ จึงเป็นตัวเลือกทางหนึ่งในการที่จะทำให้เกิดการเรียนรู้และพัฒนาตนเอง เพื่อป้องกันปัญหาที่อาจเกิดขึ้นในการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งเป็นวิธีการที่สามารถทำและฝึกได้ เพียงแต่อาศัยการฝึกซ้ำ ๆ อยู่บ่อยครั้ง เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพจนกลายเป็นความเคยชิน ก็จะทำให้ผู้ป่วยมีศักยภาพในการจำ ซึ่งผลที่ได้สามารถนำพาผู้ป่วยไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้

หออผู้ป่วยฟื้นฟู 6 เป็นหออผู้ป่วยที่มีภารกิจในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังหญิง โดยมีเป้าหมายอยู่ที่การพัฒนาผู้ป่วยให้สามารถใช้ศักยภาพที่มีอยู่ในการดำรงชีวิตประจำวันได้ด้วยตนเองและมีคุณภาพชีวิตที่ดีเช่นคนปกติทั่วไป และในช่วงเวลาที่ผ่านมามีปัญหาหนึ่งในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยในกิจกรรมต่าง ๆ ที่จัดขึ้นก็คือ ความจำ ผู้ป่วยไม่สามารถจดจำขั้นตอนต่าง ๆ ในการปฏิบัติกิจกรรมได้ ต้องใช้เวลาในการทบทวนก่อนที่จะดำเนินกิจกรรมต่อได้ ดังนั้นการฝึกความจำในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังหญิงที่หออผู้ป่วยฟื้นฟู 6 จึงเป็นเรื่องจำเป็น แต่ประเด็นสำคัญก็คือ ยังไม่มีโปรแกรมฝึกความจำสำหรับผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังโดยเฉพาะ ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงมีความประสงค์ที่จะพัฒนาโปรแกรมการฝึกความจำสำหรับผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง และเปรียบเทียบความจำของผู้ป่วยก่อนและหลังที่เข้ารับการฝึกความจำตามโปรแกรม

วัสดุและวิธีการ

เป็นวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่พักรักษาตัวในหอผู้ป่วยฟื้นฟู 6 จำนวน 10 คน ที่อ่านหนังสือออกและพูดได้ใจความ มีคะแนน BPRS ต่ำกว่า 36 เครื่องมือในการวิจัย ประกอบด้วย

1. โปรแกรมฝึกความจำ ผู้วิจัยพัฒนามาจากหลักการฝึกความจำของ Atkinson & Shiffrin¹¹ และประเด็นวัดความจำ 11 ประเด็น ในแบบทดสอบ MMSE มาเป็นประเด็นฝึกที่เกี่ยวข้องกับสมาธิ การจำ การคำนวณ รูปทรงเรขาคณิต การใช้ภาษา นำมาสร้างกิจกรรมในการฝึกความจำ 12 กิจกรรม ได้แก่

กิจกรรมที่ 1 : การเล่นไพ่ 9 แต้ม (ฝึกการคำนวณ)

กิจกรรมที่ 2 : การจำภาพเหมือน (ฝึกความจำภาพ)

กิจกรรมที่ 3 : วาดรูปทรงเรขาคณิต (เข้าใจ และจดจำรูปทรงเรขาคณิต)

กิจกรรมที่ 4 : การฟังและจับใจความ (ฝึกสมาธิ การฟังและการสรุปสิ่งที่ได้ยิน)

กิจกรรมที่ 5 : การฝึกการใช้เงิน การทอนเงิน (ฝึกการคำนวณ)

กิจกรรมที่ 6 : การหาความแตกต่างของภาพ (ฝึกความจำภาพเชื่อมโยงไปถึงความแตกต่าง)

กิจกรรมที่ 7 : การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของภาพและวัตถุ (ฝึกการเชื่อมโยงรูปทรงเรขาคณิตกับวัตถุ)

กิจกรรมที่ 8 : สุภาษิต คำพังเพย (ฝึกการใช้ภาษาและให้เหตุผล)

กิจกรรมที่ 9 : การฝึกดูเวลา (ฝึกการคำนวณ)

กิจกรรมที่ 10 : การพับกระดาษ (ฝึกสมาธิ การเชื่อมโยงคำสั่งกับการเคลื่อนไหว)

กิจกรรมที่ 11 : การฟังและเคลื่อนไหวตามคำสั่ง (ฝึกสมาธิ การเชื่อมโยงคำสั่งกับการเคลื่อนไหว)

กิจกรรมที่ 12 : การลากเส้นตามจุด แล้วอธิบายสิ่งที่เห็น (ฝึกความจำภาพ) ผู้วิจัยนำโปรแกรมนี้ไปผ่านความเห็นชอบของ ทีมสหวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยฟื้นฟู 6

2. แบบประเมินสมรรถภาพสมอง MMSE (Thai 2002)¹² ซึ่งจะประกอบด้วย การประเมิน 1) orientation for time (5 คะแนน) 2) orientation for place (5 คะแนน) 3) registration (3 คะแนน) 4) attention / calculation (5 คะแนน) 5) recall (3 คะแนน) 6) naming (2 คะแนน) 7) repetition (1 คะแนน) 8) verbal command (3 คะแนน) 9) written command (1 คะแนน) 10) writing (1 คะแนน) 11) visuoconstruction (1 คะแนน) โดยมีจุดตัดของคะแนนที่สงสัยภาวะสมองหรือความจำเสื่อม ดังนี้ (1) ผู้สูงอายุปกติที่ไม่ได้เรียนหนังสือ คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 14 คะแนนไม่ต้องทำข้อ 4,9,10) จากคะแนนเต็ม 23 คะแนน (2) ผู้สูงอายุปกติเรียนระดับประถมศึกษา คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 17 คะแนน จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน (3) ผู้สูงอายุปกติเรียนระดับสูงกว่าระดับประถมศึกษา คะแนนน้อยกว่าหรือ

เท่ากับ 22 คะแนนจากคะแนนเต็ม 30 คะแนน

ผู้วิจัยทำการประเมินความจำผู้ป่วยด้วยแบบทดสอบ MMSE ก่อนเริ่มโปรแกรมฝึกความจำในช่วงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2554 โดยดำเนินการทุกวันจันทร์ พุธ ศุกร์ จำนวน 12 ครั้ง ๆ ละ 45-60 นาที เป็นเวลา 4 สัปดาห์ และทำการประเมินความจำผู้ป่วยด้วยแบบทดสอบ MMSE ซ้ำเมื่อเสร็จสิ้นโปรแกรม

วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ คะแนนเฉลี่ย และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความจำก่อนและหลังเข้ารับโปรแกรมฝึกความจำด้วยค่าสถิติ wilcoxon test

ผล

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน มีอายุเฉลี่ย 60.5 ปี (SD=12.74) ระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 28.1 ปี(SD=12.45) ความ

สามารถในการดูแลตนเอง ในระดับ 3 (6 ใน 10 คน)และการศึกษาระดับมัธยมศึกษา (6 ใน 10 คน)

ลักษณะความจำของผู้ป่วยแต่ละรายเมื่อเทียบกับเกณฑ์(แบ่งตามระดับการศึกษา) พบว่า ก่อนเข้ารับโปรแกรมผู้ป่วยทุกคนมีคะแนนความจำต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ แต่หลังเข้ารับโปรแกรมฝึกความจำผู้ป่วยทุกคนมีคะแนนความจำเพิ่มขึ้น และในจำนวนนี้มีเพียง 1 คน ที่คะแนนความจำอยู่ในระดับปกติ โดยเป็นผู้ป่วยที่ไม่ได้เรียนหนังสือ 1 คน (15 คะแนน สูงกว่าจุดตัด) (ตารางที่ 1) และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความจำของผู้ป่วยก่อนและหลังเข้ารับโปรแกรมฝึกความจำ พบว่า หลังเข้ารับโปรแกรมฝึกความจำผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยความจำ 16.30 (SD=3.71) สูงกว่าคะแนนเฉลี่ยความจำ 10.50 (SD=3.43) ก่อนเข้ารับโปรแกรมฝึกความจำ อย่างมีนัยสำคัญ $p<.01$ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 ระดับความจำของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังรายบุคคล ก่อนและหลังเข้ารับโปรแกรมฝึกความจำ จำแนกตามระดับการศึกษา และจุดตัดของคะแนนในแบบทดสอบ MMSE

ระดับการศึกษา (จุดตัดคะแนน)	คะแนนความจำ			
	ก่อน		หลัง	
	คะแนน	ระดับ	คะแนน	ระดับ
ไม่ได้เรียน (≤ 14 คะแนน)				
ผู้ป่วยคนที่ 1	8	ต่ำกว่าเกณฑ์	15	ปกติ
ผู้ป่วยคนที่ 2	5	ต่ำกว่าเกณฑ์	10	ต่ำกว่าเกณฑ์
ประถมศึกษา (≤ 17 คะแนน)				
ผู้ป่วยคนที่ 3	10	ต่ำกว่าเกณฑ์	14	ต่ำกว่าเกณฑ์
ผู้ป่วยคนที่ 4	8	ต่ำกว่าเกณฑ์	15	ต่ำกว่าเกณฑ์

ตารางที่ 1 (ต่อ) ระดับความจำของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังรายบุคคล ก่อนและหลังเข้ารับโปรแกรมฝึกความจำ จำแนกตามระดับการศึกษา และจุดตัดของคะแนนในแบบทดสอบ MMSE

ระดับการศึกษา(จุดตัดคะแนน)	คะแนนความจำ			
	ก่อน		หลัง	
	คะแนน	ระดับ	คะแนน	ระดับ
มัธยมศึกษา (≤ 22 คะแนน)				
ผู้ป่วยคนที่ 5	11	ต่ำกว่าเกณฑ์	18	ต่ำกว่าเกณฑ์
ผู้ป่วยคนที่ 6	10	ต่ำกว่าเกณฑ์	13	ต่ำกว่าเกณฑ์
ผู้ป่วยคนที่ 7	10	ต่ำกว่าเกณฑ์	16	ต่ำกว่าเกณฑ์
ผู้ป่วยคนที่ 8	15	ต่ำกว่าเกณฑ์	22	ต่ำกว่าเกณฑ์
ผู้ป่วยคนที่ 9	17	ต่ำกว่าเกณฑ์	22	ต่ำกว่าเกณฑ์
ผู้ป่วยคนที่ 10	11	ต่ำกว่าเกณฑ์	19	ต่ำกว่าเกณฑ์

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความจำของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังก่อนและหลังเข้ารับโปรแกรมฝึกความจำ

	ก่อน		หลัง		p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	
คะแนนเฉลี่ยความจำ	10.50	3.43	16.30	3.71	< .01

วิจารณ์

โปรแกรมฝึกความจำเป็นกิจกรรมใหม่ที่ไม่เคยกระทำมาก่อนในหอผู้ป่วยฟื้นฟู 6 ผู้วิจัยต้องทำความเข้าใจกับบุคลากรทั้งหมดในหอผู้ป่วยเพื่อกำหนดตารางเวลา และการมีส่วนร่วมของบุคลากร รวมทั้งสร้างความเข้าใจกับผู้ป่วยที่คัดเลือกไว้จำนวน 10 คน เพื่อให้เกิดการยอมรับและเข้าร่วมในโปรแกรมจนสิ้นสุดโปรแกรม การดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมเป็นไปอย่างช้า ๆ เนื่องจากผู้ป่วยไม่เคยทำกิจกรรมเหล่านี้มาก่อน

การคำนวณตัวเลขเป็นเรื่องยากสำหรับผู้ป่วย เช่นเดียวกับรูปทรงเรขาคณิตโดยเฉพาะรูปหลายเหลี่ยมผู้ป่วยแยกไม่ค่อยออก แต่เมื่อให้เชื่อมโยงกับวัตถุผู้ป่วยสามารถทำได้ แต่ทั้งนี้เมื่อกลับมาทำแบบทดสอบซ้ำโดยการวาดรูปห้าเหลี่ยมที่ทับซ้อนกันผู้ป่วยกลับวาดไม่ได้ ในส่วนของการใช้ภาษาการฟังและสรุปใจความผู้ป่วยทำไม่ค่อยได้ สุภาษิตคำพังเพยก็เช่นกัน ผู้ป่วยจะต่อข้อความไม่ได้ และให้ความหมายไม่ได้ ในส่วนที่ง่ายของกิจกรรมก็คือ การจำภาพเหมือน และการลากเส้นตามจุดแล้ว

อธิบายสิ่งที่เห็น กิจกรรมที่ผู้ป่วยรู้สึก
สนุกสนานได้แก่ การฟังและเคลื่อนไหวตาม
คำสั่ง

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจะเห็นได้ว่า
โปรแกรมฝึกความจำสามารถฝึกความจำได้จริง
โดยหลังเข้าโปรแกรมผู้ป่วยจะมีคะแนนความ
จำสูงกว่าก่อนเข้ารับโปรแกรม ซึ่งสอดคล้อง
กับผลงานวิจัยที่ผ่านมา อาทิ วิลาวรรณ ไชยวงศ์¹³
ที่ได้ศึกษาทดลองฝึกความจำในผู้สูงอายุ
จำนวน 30 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 15
คน และกลุ่มควบคุม 15 คน หลังสิ้นสุด
โปรแกรมฝึกความจำ พบว่า ผู้สูงอายุในกลุ่ม
ทดลองมีคะแนนความจำสูงกว่าก่อนได้รับฝึก
ความจำ และผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีคะแนน
ความจำสูงกว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุม และ Villa
and Diane¹⁴ ได้ศึกษาเกี่ยวกับผลของ
การฝึกทักษะทางความจำภายใต้เงื่อนไขที่
กำหนดในผู้สูงอายุที่ปกติและมีความบกพร่อง
ทางความจำ ในระยะเวลา 5 สัปดาห์
ผลการศึกษาพบว่า ทั้ง 2 กลุ่มมีคะแนน
ความจำจากการวัดดีขึ้น

ผลการวิจัยครั้งนี้ กล่าวได้ว่าการฝึก
ความจำ เป็นทางเลือกหนึ่งที่สามารถช่วย
ฟื้นฟูความจำของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังได้ แม้
ว่าผลการวิจัยพบว่าคะแนนเฉลี่ยความจำโดย
รวมจะเพิ่มขึ้นก็ตาม แต่ก็ยังไม่ขึ้นสู่ระดับปกติ
แต่ถ้ามีการฝึกซ้ำ ๆ ผู้วิจัยเชื่อว่าคะแนน
ความจำของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังจะก้าวขึ้นสู่
ระดับปกติในที่สุด นั่นก็หมายความว่าผู้ป่วย
เกิดการเรียนรู้ และพัฒนาตนเองในกิจกรรม
ต่าง ๆ ได้ ตามระดับศักยภาพของความจำที่
เพิ่มขึ้น ผู้ป่วยสามารถกระทำหน้าที่ต่าง ๆ
ได้ด้วยตนเอง อันหมายถึงคุณภาพชีวิตที่ดี
เพิ่มขึ้นด้วยเช่นกัน

สรุป

โปรแกรมฝึกความจำที่พัฒนาขึ้นสามารถใช้
ฝึกความจำในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังได้ดี แต่
ความเรื้อรังของโรคประกอบกับวัยชราทำให้
การพัฒนาเป็นไปในลักษณะค่อยเป็นค่อยไป
ผู้ฝึกจึงต้องมีความอดทนและเต็มใจที่จะทำ
หน้าที่นี้เป็นอย่างยิ่ง อย่างไรก็ตามรูปแบบของ
กิจกรรมในการฝึกความจำควรมีการพัฒนาให้
มีความหลากหลายมากกว่านี้ เพราะผู้ป่วย
กลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่ไม่อาจจำหน่ายออกจาก
โรงพยาบาลได้ การฝึกแบบเดิมซ้ำ ๆ แม้จะ
ช่วยฝึกความจำได้แต่ในทางตรงกันข้ามอาจ
ก่อให้เกิดความเบื่อหน่ายจนผู้ป่วยไม่อยากเข้า
ร่วมกิจกรรม

เอกสารอ้างอิง

1. มาโนช หล่อตระกูล, ปราโมช สุคนิชย์.
จิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพมหานคร:
สววิชาญการพิมพ์; 2546.
2. Taylor SF, Liberzon I, Decker LR,
Koeppel RA. A functional anatomic
study of emotion in schizophrenia.
Schizophr Res 2002;58:159-72.
3. Brebion G, Amador X, Smith MJ,
Gorman JM. Mechanisms underlying
memory impairment in schizophrenia.
Psychol Med 1991;27:383-93.
4. Carroll RO. Cognitive impairment in
schizophrenia. Advan Psychiatr Treat
2000;6:161-8.
5. Saykin AJ, Gur RC, Gur RE, Mozley PD,
Mozley LH, Resnick SM et al.
Neuropsychological function in
schizophrenia. Selective impairment in

- memory and learning. Arch Gen Psychiatry 1991;48:618-24.
6. McKenna PJ, Tamlyn D, Lund CE, Mortimer AM, Hammond S, Baddeley AD. Amnesic syndrome in schizophrenia. Psychol Med 1990;20:967-72.
 7. Aleman A, Hijman R, de Haan EH, Kahn RS. Memory impairment in schizophrenia: a meta-analysis. Am J Psychiatry 1999;156:1358-66.
 8. Brebion G, Smith MJ, Amador X, Malaspina D, Gorman JM. Clinical correlates of memory in schizophrenia: differential links between depression, positive and negative symptoms, and two types of memory impairment. Am J Psychiatry 1997;154:1538-43.
 9. McDermid Vaz SA, Heinrichs RW. Schizophrenia and memory impairment: evidence for a neurocognitive subtype. Psychiatry Res 2002;113:93-105.
 10. Tek C, Kirkpatrick B, Buchanan RW. A five-year follow up study of deficit and nondeficit schizophrenia. Schizophr Res 2001;49:253-60.
 11. Atkinson RC, Shiffrin RM. Memory and cognition. In S.Worchel & W.Shebilsk (Eds.) Psychology: Principles and application. 2 nd ed. London: Academic Press; 1977.
 12. คณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย. แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย(MMSE-Thai 2002). กรุงเทพมหานคร: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2545.
 13. วิลาวัณย์ ไชยวงศ์. ประสิทธิภาพของการฝึกความจำในผู้สูงอายุ [วิทยานิพนธ์พยาบาล ศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2548.
 14. Villa and Diane. Evaluating the effectiveness of a memory skill training class for health and impaired older adults 2005. [Online]. Available from: <http://www.apa.org/monitor/> [2006 jul 7]
-

ประสิทธิภาพของการใช้โปรแกรมส่งเสริมทักษะทางสังคม ของโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ เพื่อฝึกทักษะทาง สังคมสำหรับผู้ป่วยออทิสติก

ณัฐวัฒน์ งามสมุทร, พบ.*

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของการฝึกทักษะทางสังคมของผู้ป่วยเด็กออทิสติก โดยการใช้โปรแกรมส่งเสริมทักษะทางสังคมของโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์

วัตถุประสงค์และวิธีการ เป็นการวิจัยเชิงทดลอง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นกลุ่มอาการออทิสติกสเปกตรัม ที่มีความสามารถทางเชาวน์ปัญญาระดับ 70 ขึ้นไป อายุ 10 - 16 ปี เรียนร่วมอยู่ในโรงเรียนปกติ และมีปัญหาทักษะทางสังคม จำนวน 12 คน มีการวัดทักษะทางสังคม 2 ครั้ง คือ ก่อนที่จะเข้าฝึกในโปรแกรม และหลังจากจบโปรแกรมไปแล้ว 1 เดือน โดยใช้แบบวัดทักษะทางสังคมของโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ ที่วัดทักษะทางสังคมในด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นและการปรับตัวในการเข้าสังคม ซึ่งประเมินโดยผู้ปกครอง และผู้ให้การบำบัดรักษา วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติหาค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนทักษะทางสังคมของกลุ่มตัวอย่าง แล้ววิเคราะห์ความแตกต่างของทักษะทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการฝึกทักษะทางสังคมโดยใช้ทดสอบค่าที (T-test) และมีการสัมภาษณ์ในเชิงลึกกับเด็กและผู้ปกครองเกี่ยวกับความพึงพอใจต่อโปรแกรมส่งเสริมทักษะทางสังคม และการนำทักษะทางสังคมที่ได้รับการฝึกตามโปรแกรมไปใช้ในชีวิตประจำวัน

ผล ผู้ป่วยกลุ่มอาการออทิสติกสเปกตรัมที่ได้รับการฝึกตามโปรแกรม มีทักษะทางสังคมดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ จากการประเมินของผู้ปกครอง และผู้ให้การบำบัดรักษา จากการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่าเด็กและผู้ปกครองมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมส่งเสริมทักษะทางสังคม และเด็กสามารถนำทักษะที่ได้รับการฝึกจากโปรแกรม ไปใช้ได้จริงกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน เช่น การแก้ไขปัญหาเมื่อถูกเพื่อนแกล้ง หรือการทำกิจกรรมกลุ่มร่วมกับเพื่อนๆ เป็นต้น

สรุป โปรแกรมส่งเสริมทักษะทางสังคมของโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ สามารถพัฒนาและเสริมสร้างทักษะทางสังคมของผู้ป่วยเด็กออทิสติกได้ แต่ควรมีการติดตามผลในระยะยาว และมีการจัดฟื้นฟูทักษะเป็นระยะ เพื่อเป็นการกระตุ้นให้เด็กมีความชำนาญในทักษะทางสังคมมากขึ้น

คำสำคัญ ทักษะทางสังคม โปรแกรมส่งเสริมทักษะทางสังคม ออทิสติกสเปกตรัม

*โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์

Effectiveness of a social skill training program for children with Autistic spectrum disorder

*Nattawat Ngamsamut, M.D.**

Abstract

Objective To examine the effectiveness of social skills training program of the Yuwapasartwaithayoprathum hospital for children with autism.

Materials and Methods The research design was experimental study. Patients who had been diagnosed as autistic syndrome in a spectrum, IQ > 70, aged between 10 to 16 years, in mainstream school with social skills problems included in research. Twelve subjects were rated by social skills questionnaire of Yuwapasartwaithayoprathum hospital 2 times: before enrolling the training program and after completing the program for 1 month used to measure social skills. The measurement of social skills interaction with others and social adaptation were assessed by their parents and hospital's staff. The data were analyzed by statistical averages and standard deviation of social skills'scores. Then analyzed the differences of the samples' social skills before and after training, using T-test and in-depth interviews with children and parents on satisfaction with the program and application of social skills that were trained by the program for daily life use.

Results Patient with autistic spectrum disorder that had been training under the hospital's social skills training program. Social skills improvement were statistically significant from the assessment of parents and hospital's staff. From in-depth interviews found that children and parents were satisfied with the social skills training program . Children could apply the skills that trained in programs to practical situations that occurred in everyday life such as problems when they were ill-treated, group activities with friends and promote positive relationship with their friends etc.

Conclusion The social skills training program of Yuwapasartwaithayoprathum hospital could develop and enhance social skills of children with autism. However there should be a long-term follow-up organized from time to time to refresh skills to motivate children to master more social skills.

Key words: autistic spectrum disorder, social skill, social skill training program

*Yuwapasartwaithayoprathum Hospital

บทนำ

เด็กออทิสติก มีความบกพร่องของพัฒนาการ 3 ด้าน ได้แก่ ด้านภาษาเพื่อการสื่อสาร ด้านปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และด้านพฤติกรรม เนื่องจากมีความผิดปกติในสมอง เด็กแต่ละคนมักมีความบกพร่องหลายด้านร่วมกัน ทางกรมแพทย์จึงจัดโรคนี้ไว้ในกลุ่ม Pervasive developmental disorder^{1,2} แต่ภายหลังพบว่าเด็กแต่ละคนมีระดับความรุนแรงของโรค แตกต่างกันอย่างกว้างมาก จึงนิยมเรียก Autistic spectrum disorder

ปัจจุบันประเทศไทยมีแนวโน้มอุบัติการณ์ของภาวะออทิสติกเพิ่มขึ้น มีการศึกษาการวินิจฉัยออทิสติกและสถิติอุบัติการณ์ของภาวะออทิสติกโดยใช้เกณฑ์ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกันพบว่า มีเด็กออทิสติก 4-5 คน ในประชากรเด็ก 10,000 คน³ และคาดการณ์ได้ว่าอุบัติการณ์น่าจะเพิ่มขึ้น โดยส่วนหนึ่งสามารถเข้าเรียนในระบบมากขึ้น กระทรวงศึกษาธิการสำรวจข้อมูลเด็กกลุ่มอาการออทิสติกในปีการศึกษา 2542-2547 พบว่า มีจำนวนเด็กออทิสติกที่เรียนร่วมเพิ่มขึ้น จาก 1,375 คน เป็น 3,779 คน ซึ่งเพิ่มขึ้นร้อยละ 17.4

จำนวนเด็กออทิสติกที่เข้าสู่ระบบโรงเรียนมากขึ้นเหล่านี้ ยังมีความบกพร่องทักษะทางสังคม อันเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการเรียนรู้ของเด็ก⁴ และพบว่าเด็กออทิสติกที่เข้าโรงเรียนเรียนร่วมกับเด็กปกติ มักจะไม่ประสบความสำเร็จเนื่องจากขาดทักษะทางสังคมเป็นปัญหาหลัก⁵ โดยจะขาดความเข้าใจ

กฎเกณฑ์ของสังคม ไม่สนใจสิ่งที่เกิดขึ้นรอบตัวหรือบุคคลรอบข้าง มีขอบเขตจำกัดในการแสดงออกทางสีหน้า และสื่ออารมณ์ ขาดกระบวนการคิดที่เป็นนามธรรม และการไม่สามารถสร้างปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับเพื่อนวัยเดียวกัน^{6,7} จากพฤติกรรมเหล่านี้ทำให้เด็กออทิสติกไม่เป็นที่ยอมรับของเพื่อนและบุคคลทั่วไป ส่งผลให้มีปัญหาในการปรับตัว ก่อให้เกิดความขัดแย้งและปัญหาในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น ขาดโอกาสในการเรียนรู้สิ่งต่างๆ และพบว่าเด็กออทิสติกเมื่อเข้าสู่วัยรุ่นต้องการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมเพิ่มขึ้น แต่ทำได้ไม่เต็มคนจนกลายเป็นความสับสนยุ่งยาก และรุนแรงขึ้นจนกระทั่งเกิดภาวะซึมเศร้า หรือมีปัญหาทางอารมณ์จนกระทั่งต้องเข้ายาบำบัดเพื่อจัดการเกี่ยวกับความเครียดและความกังวล^{8,9}

การแก้ไขและพัฒนาทักษะทางสังคมให้แก่เด็กออทิสติก เพื่อให้สามารถปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมได้เหมือนปกติ จะได้ผลดีมากขึ้นถ้าฝึกตั้งแต่เด็กเล็ก ด้วยการฝึกทักษะทางสังคมที่เหมาะสมตามอายุ และต้องอาศัยความร่วมมือของบุคลากรทุกคนที่เกี่ยวข้อง ซึ่งจากสภาพการขาดทักษะทางสังคมของเด็กออทิสติกที่มีระดับความรุนแรงแตกต่างกันในแต่ละคน แนวทางการสอน การฝึก และการพัฒนาทักษะทางสังคมเพื่อให้เหมาะสมกับเด็กแต่ละคนจึงแตกต่างกัน วิธีการพัฒนาทักษะทางสังคมให้เด็กออทิสติก มีหลายวิธี เช่น การเล่นเป็นกลุ่มร่วมกับเด็กปกติวัยเดียวกัน การใช้เรื่องราวทางสังคม (social stories)¹⁰ การฝึกการใช้บทสนทนา การบอก

ความคิด (cognitive script)¹¹ การแสดงบทบาทสมมติ (role play)¹² การสอนทักษะทางสังคมโดยการกระตุ้นเตือน¹³ เป็นต้น ด้วยหลักการนำพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็ก มาวิเคราะห์เป็นขั้นตอนย่อยๆ แล้ววางแผนช่วยเหลือโดยพ่อแม่ หรือบุคคลใกล้ชิด ให้เด็กได้เรียนรู้จากสิ่งแวดล้อมที่เป็นธรรมชาติ และเป็นจริงในสถานการณ์ต่างๆ ต้องสอนให้ชัดเจนเพื่อให้เด็กจะสามารถเข้าใจและเรียนรู้ได้ว่าควรปฏิบัติตัวอย่างไรในสถานการณ์ต่างๆ และเสริมแรงพฤติกรรมอย่างเป็นระบบจะทำให้ได้ประสิทธิผลที่ดี

โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ได้มองเห็นถึงปัญหาเกี่ยวกับทักษะทางสังคมของเด็กออทิสติก จึงได้จัดโปรแกรมส่งเสริมทักษะทางสังคมสำหรับเด็กออทิสติกขึ้นทุกๆ ช่วงปิดเทอมภาคฤดูร้อน โดยการจัดทำโปรแกรมจากกลุ่มสหวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักกิจกรรมบำบัด นักอาชีวบำบัด นักกายภาพบำบัด เป็นต้น โดยโปรแกรมที่จัดจะเน้นการทำกิจกรรมกลุ่ม เพื่อให้เด็กได้ฝึกฝนและมีประสบการณ์ตรงในการเข้าสังคม กิจกรรมประกอบด้วย การแสดงบทบาทสมมติ (role play) โดยยกตัวอย่างสถานการณ์ที่เป็นปัญหาและให้เด็กฝึกคิดแก้ไขปัญหา แล้วแสดงออกมาเป็นคำพูด ท่าทาง ที่เหมาะสม โดยมีผู้คุมกลุ่มช่วยให้คำแนะนำ กิจกรรมการเล่นเกมที่เน้นความร่วมมือในกลุ่ม การทำกิจกรรมกีฬา และศิลปะที่ต้องทำงานเป็นกลุ่ม เพื่อฝึกให้เด็กรู้จักการแบ่งหน้าที่ การปรับตัวกับบุคคลอื่น และการฝึกการสื่อสารกับกลุ่มมากขึ้น

จากปัญหาที่เกิดขึ้นจากความบกพร่องทางทักษะทางสังคมของเด็กออทิสติก และการพบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการฝึกทักษะทางสังคมให้กับเด็กออทิสติก ผู้วิจัยจึงได้จัดทำโปรแกรมส่งเสริมทักษะทางสังคมสำหรับเด็กออทิสติกขึ้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะทำการศึกษาว่า โปรแกรมส่งเสริมทักษะทางสังคมของโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์สำหรับเด็กออทิสติก สามารถพัฒนาทักษะทางสังคมได้ผลหรือไม่ หากการศึกษานี้สามารถใช้ได้ผล จะเป็นแนวทางในการพัฒนาและจัดโปรแกรมส่งเสริมทักษะทางสังคมที่เหมาะสมให้เด็กออทิสติกต่อไป

วัสดุและวิธีการ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (experimental research) โดยใช้แบบประเมินก่อนและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมทักษะทางสังคมของเด็กออทิสติกของโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์

กลุ่มตัวอย่างคือ เด็กกลุ่มอาการออทิสติกสเปกตรัมอายุ 7-18 ปีที่เรียนร่วมในโรงเรียนปกติ มีความสามารถทางเชาว์ปัญญามากกว่า 70 สามารถอ่าน เขียน เข้าใจภาษาไทยได้ มีสภาพการรับรู้ต่อบุคคลสถานที่และเวลาอยู่ในระดับปกติ เด็กและผู้ปกครองยินดียะจะให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้ มารับการรักษาในโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ ในช่วงปี พ.ศ. 2552-2553 และได้รับการคัดเลือกเข้าโปรแกรมส่งเสริม

เสริมทักษะทางสังคม โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างตามลำดับที่มาสมัครเข้าโปรแกรมจนครบตามจำนวนที่โปรแกรมรองรับได้ ผู้ป่วยจะไม่ได้เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้หากพบว่ามีปัญหาเกี่ยวกับการได้ยิน การมองเห็น ที่ไม่สามารถร่วมกิจกรรมได้ และมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่ไม่สามารถควบคุมได้

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและวัดตัวแปร ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วยเด็กที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นเอง ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา ระดับความสามารถทางสติปัญญา การวินิจฉัยโรค และแบบประเมินทักษะทางสังคมของผู้วิจัยโดยประเมินทักษะทางสังคม 5 ด้านหลัก คือ

ทักษะเกี่ยวกับภาษาท่าทาง ทักษะเกี่ยวกับการเริ่มมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ทักษะการสนทนาโต้ตอบกับบุคคลอื่น ทักษะการจัดการควบคุมพฤติกรรมและอารมณ์ตัวเอง และทักษะการปรับตัวเข้ากับกลุ่มโดยเรียงคะแนนจากน้อยไปหามาก ตั้งแต่ 1-6 คะแนนน้อยหมายถึงทักษะทางสังคมไม่ดี คะแนนมากหมายถึง มีทักษะทางสังคมที่ดี

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมส่งเสริมทักษะทางสังคมของโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ ฝึกเป็นเวลา 2 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 5 วัน วันละ 6 ชั่วโมง โปรแกรมประกอบไปด้วย การแสดงบทบาทสมมติ การเล่นเกมการศึกษา การเล่นเกมกีฬา กิจกรรมบำบัด และศิลปะบำบัด เป็นโปรแกรมที่ร่วมกันคิดและดำเนินงานโดยทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักกิจกรรมบำบัด นักกายภาพบำบัด

นักอาชีวบำบัด เนื้อหาที่ใช้ในโปรแกรมจะเน้นการทำกิจกรรมกลุ่มและฝึกทักษะทางสังคมให้กับเด็กกลุ่มอาการออทิสติก โดยเน้นที่ 5 ทักษะหลักที่ประเมิน คือ ทักษะเกี่ยวกับภาษาท่าทาง ทักษะเกี่ยวกับการเริ่มมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ทักษะการสนทนาโต้ตอบกับบุคคลอื่น ทักษะการจัดการควบคุมพฤติกรรมและอารมณ์ตัวเอง ทักษะการปรับตัวเข้ากับกลุ่ม มีการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้ หากความถี่ จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง หากค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนทักษะทางสังคมที่ประเมินโดยผู้ปกครองและผู้ให้การบำบัดรักษา ในวันแรกกับหลังจากจบโปรแกรมไปแล้ว 1 เดือนของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยทักษะทางสังคมของเด็กในกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังจบโปรแกรมส่งเสริมทักษะทางสังคมโดยใช้ทดสอบค่าที (paired t-test)

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยเด็กออทิสติกที่เข้ารับการฝึกในโปรแกรมส่งเสริมทักษะทางสังคม ที่ได้ทำการศึกษาวิจัยครั้งนี้ จำนวน 12 คน เป็นเพศชายร้อยละ 67 เป็นเพศหญิงร้อยละ 33 อายุเฉลี่ยของเด็กในกลุ่มตัวอย่าง 13.3 ปี ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับมัธยมศึกษา ระดับสติปัญญาโดยใช้การตรวจด้วย WISC III อยู่ในระดับ 83.58 ได้รับการวินิจฉัยเป็น Autistic disorder 33% Asperger's syndrome 33% และ PDD NOS 33% ส่วนใหญ่มาเข้าร่วมโปรแกรมได้ครบ 100 % (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยเด็กออทิสติกที่เข้ารับการฝึกโปรแกรมฝึกทักษะทางสังคมของโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ จำแนกเป็นรายบุคคล

ลำดับที่	อายุ (ปี)	เพศ	ระดับ การศึกษา	VIQ	PIQ	FSIQ	การวินิจฉัย	จำนวน วันเข้า รวม (%)
1	15.3	ชาย	ม.1	93	112	107	Autistic	100
2	9.3	ชาย	ป.5	100	91	94	PDD NOS	100
3	10.8	ชาย	ป.5	79	75	72	PDD NOS	100
4	13.3	หญิง	ม.1	112	94	99	Asperger	100
5	14.2	ชาย	ม.2	112	88	95	Asperger	100
6	11.0	หญิง	ป.6	79	100	87	Asperger	90
7	11.8	ชาย	ป.6	98	83	88	PDD NOS	90
8	13.6	หญิง	ม.1	93	91	78	PDD NOS	100
9	16.4	ชาย	ม.3	59	88	72	Autistic	100
10	15.3	หญิง	ม.2	61	100	71	Autistic	100
11	12.7	ชาย	ม.1	65	91	70	Autistic	100
12	16.3	ชาย	ม.3	102	53	70	Asperger	100
Mean	13.3					83.58		
SD	2.3					13.08		

คะแนนทักษะทางสังคมจากการประเมินของผู้ปกครองของผู้ป่วยเด็กออทิสติกที่เข้าฝึกโปรแกรมส่งเสริมทักษะทางสังคมของโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ พบว่า มีคะแนนทักษะทางสังคมในวันแรกรับก่อนเข้าโปรแกรม อยู่ในช่วง 39-79 คะแนน และหลังจากจบโปรแกรมไป 1 เดือน คะแนนทักษะทางสังคมอยู่ในช่วง 50-100 และผลต่างของคะแนนในวันแรกก่อนเข้าโปรแกรม และหลังจากจบโปรแกรมไป 1 เดือน อยู่ในช่วง 0-39 จะเห็นได้ว่า คะแนนทักษะทางสังคมในกลุ่มตัวอย่างทั้ง 12 คน เพิ่มขึ้น 11 คน เท่าเดิม 1 คน และเมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ย

ของผลต่างของคะแนนทักษะทางสังคมของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า วันที่เริ่มโปรแกรมกับหลังจบโปรแกรมไป 1 เดือน มีค่าเท่ากับ 16.42 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 14.62 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะทางสังคมที่ประเมินโดยผู้ปกครอง ของเด็กกลุ่มอาการออทิสติก ที่เข้าฝึกโปรแกรมส่งเสริมทักษะทางสังคมของโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ ระหว่างวันที่เริ่มโปรแกรมกับหลังจบโปรแกรมไปแล้ว 1 เดือน โดยใช้การทดสอบค่าที (paired t-test) พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะทางสังคม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ $p < .01$ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 คะแนนทักษะทางสังคม ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และผลต่างของคะแนนทักษะทางสังคมวันแรกกับ กับหลังจากฝึกทักษะทางสังคมไปแล้ว 1 เดือน ประเมินโดยผู้ปกครอง

ลำดับที่	คะแนนทักษะทางสังคม			p – value
	หลังจากจบโปรแกรม			
	วันแรก (P1)	1 เดือน (P2)	ผลต่าง (P2-P1)	
1	62	100	38	
2	46	50	14	
3	39	70	31	
4	58	90	32	
5	59	98	39	
6	50	52	2	
7	71	73	2	
8	60	70	10	
9	58	58	0	
10	66	80	14	
11	79	83	4	
12	56	67	11	
Mean	58.67	74.25	16.42	< .01
SD	10.71	16.57	14.62	

คะแนนทักษะทางสังคมจากการประเมินของผู้ให้การบำบัดรักษา ของผู้ป่วยเด็กออทิสติกที่เข้าฝึกโปรแกรมส่งเสริมทักษะทางสังคมของโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์พบว่า มีคะแนนทักษะทางสังคมในวันแรกกับก่อนเข้าโปรแกรม อยู่ในช่วง 40-73 คะแนน และหลังจากจบโปรแกรมไป 1 เดือน คะแนนทักษะทางสังคมอยู่ในช่วง 53-94 และผลต่างของคะแนนในวันแรกกับก่อนเข้า

โปรแกรม และหลังจากจบโปรแกรมไป 1 เดือน อยู่ในช่วง 2-32 จะเห็นได้ว่า คะแนนทักษะทางสังคมในกลุ่มตัวอย่างทั้ง 12 คน เพิ่มขึ้นทั้ง 12 คน และเมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยของผลต่างของคะแนนทักษะทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างพบว่า วันที่เริ่มโปรแกรมกับหลังจบโปรแกรมไป 1 เดือน มีค่าเท่ากับ 14.33 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.97 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะทางสังคมที่

ประเมินโดยผู้ให้การบำบัดรักษา ของเด็กกลุ่ม
อาการออทิสติก ที่เข้าฝึกโปรแกรมทักษะทาง
สังคมของโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์
ระหว่างวันที่เริ่มโปรแกรมกับหลังจบโปรแกรม

ไปแล้ว 1 เดือน โดยการใช้การทดสอบค่าที
(paired t-test) พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนน
ทักษะทางสังคม มีความแตกต่างกันอย่างมี
นัยสำคัญ $p < .01$ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 คะแนนทักษะทางสังคม ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และผลต่างของ
คะแนนทักษะทางสังคมวันแรกกับ กับหลังจากฝึกทักษะทางสังคมไปแล้ว 1 เดือน
ประเมินโดยผู้ให้การบำบัดรักษา

ลำดับที่	คะแนนทักษะทางสังคม			p - value
	วันแรก (T1)	1 เดือน (T2)	ผลต่าง (T2-T1)	
1	73	94	21	
2	48	60	12	
3	40	57	17	
4	59	91	32	
5	60	87	27	
6	51	53	2	
7	50	55	5	
8	63	77	14	
9	56	68	12	
10	65	69	4	
11	68	90	12	
12	55	79	14	
Mean	57.33	73.33	14.33	< .01
SD	9.28	15.04	8.97	

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนทักษะทางสังคมในวันที่เริ่มโปรแกรมและหลังจากจบโปรแกรม 1 เดือน ที่ประเมินโดยผู้ปกครองกับผู้ให้การรักษา

	คะแนนทักษะทางสังคม		t	df	p-value
	ผู้ปกครอง	ผู้ให้การรักษา			
	Mean (SD)	Mean (SD)			
วันเริ่มโปรแกรม	58.67 (10.71)	57.33 (9.28)	0.585	11	0.57
หลังจบโปรแกรม 1 เดือน	74.25 (16.57)	73.33 (15.04)	0.303	11	0.76

จากตารางที่ 4 แสดงการเปรียบเทียบการให้คะแนนทักษะทางสังคม ระหว่างผู้ปกครองกับผู้ให้การรักษาในเด็กออทิสติก ที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมทักษะทางสังคม ในวันที่เริ่มเข้าโปรแกรมและหลังจากจบโปรแกรมไปแล้ว 1 เดือน โดยใช้การทดสอบค่าที (paired t-test) พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะทางสังคม ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ แสดงว่าการประเมินทักษะทางสังคมโดยแบบประเมินทักษะทางสังคมเมื่อทำการประเมินโดยผู้ปกครองและผู้ให้การรักษาไม่มีความแตกต่างกันซึ่งแสดงถึงความเที่ยงตรงของแบบประเมินได้

วิจารณ์

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ไม่มีความแตกต่างกันมากนักในด้าน อายุ ระดับสติปัญญา ระดับการศึกษา และเวลาในการเข้าร่วมโปรแกรม จึงไม่มีปัญหาในการทำกิจกรรมกลุ่มที่ต้องใช้การคิดวิเคราะห์ การตัดสินใจแก้ปัญหา ความต่อเนื่องของกิจกรรม และการปรับตัวเข้ากับกลุ่ม

ผลการวิจัยพบว่า ทักษะทางสังคมของเด็กกลุ่มอาการออทิสติก ที่มาเข้าฝึกในโปรแกรมส่งเสริมทักษะทางสังคมของโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ มีทักษะทางสังคมดีขึ้นหลังจากจบโปรแกรมไปแล้ว 1 เดือน จากการประเมินของผู้ปกครองและผู้ให้การรักษา อย่างมีนัยสำคัญ $p < .01$ จึงเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยว่า เด็กกลุ่มอาการออทิสติกที่ได้รับการฝึกตามโปรแกรมส่งเสริมทักษะทางสังคม จะมีทักษะทางสังคมดีขึ้นหลังจากจบโปรแกรม

ผลการวิจัยเป็นเช่นนี้ แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของโปรแกรม ว่าสามารถช่วยพัฒนาทักษะทางสังคมให้กับเด็กกลุ่มอาการออทิสติกได้ เป็นที่ทราบกันอยู่แล้วว่า ทักษะสังคมเป็นทักษะที่สำคัญต่อการดำรงชีวิตและการอยู่ร่วมกันของคนในสังคมทุกระดับ เป็นทักษะพื้นฐานที่จำเป็นที่ทำให้เด็กมีพื้นฐานทางอารมณ์ที่ดี และสามารถพัฒนาความสัมพันธ์กับผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม^{14,15} เด็กทั่วไปจะได้รับเตรียมความพร้อมทักษะด้านต่างๆ และเรียนรู้ทักษะสังคมจากการฟัง การสังเกต สิ่งต่างๆรอบตัวทุกวัน แต่เด็กออทิสติกไม่

สามารถทำได้ อาจเนื่องมาจากธรรมชาติของโรคที่ทำให้เด็กมีปัญหาในการติดต่อสื่อสารกับสิ่งแวดล้อมรอบตัว การพัฒนาทักษะทางสังคมจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้เด็กออทิสติกออกจากโลกของตนเอง และเข้ามาอยู่ร่วมกับคนอื่น สร้างความคุ้นเคยและร่วมกิจกรรมกับผู้อื่น เด็กจะเกิดการเรียนรู้สิ่งต่างๆ และจะสามารถพัฒนาตนเองให้ใกล้เคียงหรือเทียบเท่าเด็กปกติได้¹⁷

การจัดโปรแกรมเพื่อแก้ไขและพัฒนาทักษะทางสังคมให้แก่เด็กออทิสติก จะได้ผลดีมากขึ้นถ้ามีการฝึกฝนให้มีความรู้ทักษะทางสังคมที่เหมาะสมตามอายุ^{18,19} และต้องอาศัยความร่วมมือของบุคคลที่เกี่ยวข้องทุกคน แต่เนื่องจากความบกพร่องของทักษะทางสังคมในเด็กมีความแตกต่างกันในแต่ละคน แนวทางการสอน การฝึก และการพัฒนาทักษะทางสังคมแต่ละคนจึงมีความแตกต่างกัน การจัดโปรแกรมจึงต้องพัฒนาเอาวิธีการมาฝึกมาใช้หลายๆวิธี²⁰ ด้วยหลักการนำพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็กมาวิเคราะห์เป็นขั้นตอนย่อยๆ แล้ววางโปรแกรม²¹ ให้เด็กได้เรียนรู้จากสิ่งแวดล้อมที่เป็นธรรมชาติและเป็นจริงในสถานการณ์ต่างๆ มีการสอนให้ชัดเจน เพื่อที่เด็กจะสามารถเข้าใจและเรียนรู้ได้ว่าควรปฏิบัติตัวอย่างใดในสถานการณ์ต่างๆ และเสริมแรงพฤติกรรมอย่างที่เป็นระบบจะทำให้เกิดประสิทธิผลที่ดี^{22,23,24}

ถึงแม้ว่าทักษะทางสังคมของเด็กกลุ่มอาการออทิสติก ที่มาเข้าฝึกในโปรแกรมส่งเสริมทักษะทางสังคมของโรงพยาบาล

ยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ มีทักษะทางสังคมดีขึ้นหลังจากจบโปรแกรมไปแล้ว 1 เดือน จากการประเมินของผู้ปกครอง และผู้ให้การบำบัดรักษาอย่างมีนัยสำคัญ แต่เมื่อวิเคราะห์ในหัวข้อทักษะทางสังคมที่เด็กได้รับการประเมิน 5 ทักษะ คือ ทักษะเกี่ยวกับภาษาท่าทาง ทักษะเกี่ยวกับการเริ่มมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ทักษะการสนทนาโต้ตอบกับบุคคลอื่น ทักษะการจัดการควบคุมพฤติกรรมและอารมณ์ตัวเอง ทักษะการปรับตัวเข้ากับกลุ่ม พบว่า ทักษะที่ได้คะแนนเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน คือ ทักษะเกี่ยวกับการปรับตัวและการสนทนากับบุคคลอื่น แต่ทักษะที่ยังมีปัญหา คือ ทักษะเกี่ยวกับการควบคุมพฤติกรรมและอารมณ์ของตัวเอง จากข้อมูลนี้สามารถวิเคราะห์ได้ว่า เด็กมีความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับทักษะทางสังคมมากขึ้น เด็กสามารถจัดการแก้ปัญหาได้ดีขึ้น วิเคราะห์ และประเมินสถานการณ์ได้ดีขึ้น แต่ยังมีปัญหาเกี่ยวกับการฝึกควบคุมตัวเองให้เหมาะสมกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เมื่อทำการสอบถามในรายละเอียดจากผู้ปกครอง ส่วนใหญ่จะให้ข้อมูลว่า เด็กสามารถจัดการปัญหา และเข้าใจกับเหตุการณ์ได้ดีขึ้น แต่เมื่อมีอารมณ์เกิดขึ้น เด็กจะขาดการควบคุมตัวเอง และกลับไปใช้วิธีการเดิมๆ ก่อนเข้ารับการฝึกในการแก้ปัญหา แต่เมื่อเด็กอารมณ์สงบลง มักจะรู้สึกผิด และสามารถบอกได้ว่าควรทำอย่างไรกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างถูกต้อง ในกรณีนี้ เด็กออทิสติก ซึ่งมีข้อจำกัดหลายประการในการปรับตัว การรับรู้ และการแสดงออกทางภาษา

และอื่นๆ การฝึกจึงควรเริ่มกิจกรรมการฝึกแบบตัวต่อตัวบ่อยๆ ระหว่างผู้ฝึกกับเด็กเพื่อสร้างความคุ้นเคยก่อน เพราะทักษะคือสิ่งที่ต้องฝึกฝนบ่อยๆ จึงได้ผลดีและนำไปใช้ได้เป็นอัตโนมัติ ถ้าขาดการฝึกฝน เด็กจะไม่สามารถเอาไปใช้ได้เมื่อมีเหตุการณ์เกิดขึ้นจริง ดังนั้น จึงควรมีการส่งต่อกับผู้ที่เกี่ยวข้อง กับเด็ก เช่น ผู้ปกครอง ครู ในการส่งเสริมให้เด็กมีโอกาสได้ฝึกทักษะทางสังคมอย่างต่อเนื่อง แล้วจึงขยายไปสู่สังคมที่ใกล้ตัวเด็ก เช่น เพื่อนๆ และกลุ่มอื่นๆ ในสังคมต่อไป

ข้อจำกัดของการศึกษา

1. จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่น้อย ทำให้ยากต่อการนำไปสรุปได้ว่า โปรแกรมมีผลกับการพัฒนาทักษะทางสังคมหรือไม่ ควรต้องมีการเก็บข้อมูลเพิ่มเติมให้กลุ่มตัวอย่างมากขึ้น

2. การวิจัยนี้ยังขาดกลุ่มเปรียบเทียบ จึงยังไม่สามารถสรุปได้ว่าโปรแกรมสามารถพัฒนาทักษะทางสังคมของเด็กกลุ่มอาการออทิสติกได้แตกต่างกับกลุ่มที่ไม่ได้เข้าโปรแกรมหรือไม่ เด็กดีขึ้นตามเวลาที่ผ่านไปเองหรือเป็นผลจากโปรแกรมที่เด็กมาเข้าการฝึก นอกจากนั้นยังไม่ได้มีการเปรียบเทียบจากกลุ่มที่ได้รับการฝึกทักษะทางสังคมด้วยโปรแกรมอื่นว่าได้ผลต่างกันหรือไม่ อย่างไร

3. เนื่องจากเป็นโปรแกรมฝึกเด็กในระยะสั้น และมีการติดตามผลเพียงแค่ 1 เดือน ยังไม่มีการติดตามผลในระยะยาวว่าหลังจาก 1 เดือนไปแล้วนั้น ทักษะทางสังคมของเด็กกลุ่มนี้จะเป็นอย่างไร จะมีผลต่อเนื่อง

ในระยะยาวแค่ไหน เนื่องจากเด็กเมื่อได้รับการฝึกจากโปรแกรมแล้ว ถ้าไม่ได้มีการกระตุ้นหรือให้เด็กมีโอกาสได้ฝึกทักษะทางสังคมที่คนช่วยแนะนำได้อย่างต่อเนื่องเหมาะสม อาจทำให้ทักษะที่เคยมีลดลง หรือหายไป

4. เนื่องจากแบบประเมินทักษะทางสังคมที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยทดลองใช้ความแม่นยำในการประเมินทักษะทางสังคมยังไม่สามารถบอกได้ว่ามากนักน้อยแค่ไหน ต้องมีการปรับปรุงและหาความแม่นยำของแบบประเมินเพิ่มเติม

สรุป

โปรแกรมส่งเสริมทักษะทางสังคมของโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ สามารถพัฒนาและเสริมสร้างทักษะทางสังคมของผู้ป่วยเด็กออทิสติกได้ แต่ควรมีการติดตามผลในระยะยาว และมีการจัดฟื้นฟูทักษะเป็นระยะ เพื่อเป็นการกระตุ้นให้เด็กมีความชำนาญในทักษะทางสังคมมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ศ.พญ. เพ็ญแข ลิมศิลา ผู้ให้คำแนะนำเรื่องการฝึกเด็กออทิสติก โรงพยาบาลประจำหอผู้ป่วยใน 4 ผู้ให้ความร่วมมือเก็บข้อมูล และช่วยทำกลุ่มทักษะทางสังคม คุณอภิรัตน์ เกวลิณ ผู้ช่วยทำกลุ่มทักษะทางสังคม และตรวจความสามารถทางสติปัญญา

เอกสารอ้างอิง

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th edition. Washington: American Psychiatric Association; 2000.
2. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. Geneva (Switzerland): World Health Organization; 1992.
3. เพ็ญแข ล้อมศิลา. ออทิสซึมในประเทศไทยจากตำราสู่ประสบการณ์. เอกสารประกอบการประชุมปฏิบัติการ เรื่องครู หมอ พ่อแม่: มิติการพัฒนาศักยภาพบุคคลออทิสติก. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์; 2545.
4. เพ็ญแข ล้อมศิลา. คู่มือฝึกและดูแลเด็กออทิสติกสำหรับผู้ปกครอง. กรุงเทพมหานคร: ศุภภาลาดพร้าว; 2545.
5. Bellini S, Akullian J, Hopf A. Increasing social engagement in young children with autism spectrum disorders using video self-modeling. *School Psych Rev* 2007;36:80-90.
6. Baron-Cohen S. The Autistic child's theory of mind: a case of specific developmental delay. *J Child Psychology Psychiatry* 1989;30:285-97.
7. Cohen D. *How the Child's Mind Develops*. New York: Taylor & Francis; 2000.
8. McConnell SR. Interventions to facilitate social interaction for young children with autism: review of available research and recommendations for educational intervention and future research. *J Autism Dev Disorder* 2002; 32:351-72.
9. Parsons S, Leonard A, Mitchell P. Virtual environments for social skills training: comments from two adolescents with autistic spectrum disorder. *Computers & Education* 2006;47:186-206.
10. Gray C. *The new social story book: illustrated edition*. Arlington (TX): Future Horizons; 2000.
11. Elliot SN, Gresham FM. Social skills interventions for children. *Behav Modif* 1993;17:287-313.
12. Ozonoff S, Miller JN. Teaching theory of mind-a new approach to social skills training for individuals with autism. *J Autism Dev Disorder* 1995;25(4):415-33.
13. Taylor BA, Levin L. Teaching a student with autism to make verbal initiations: effects of a tactile prompt. *J Applied Behavior Anal* 1998;31(4):651-54.
14. Bernard-Opitz V, Sriram N, Nakhoda-Sapuan S. Enhancing social problem solving in children with autism and normal children through computer-assisted instruction. *J Autism Dev Disorder* 2001;31:377-84.
15. Dowrick P. A review of self-modeling and related interventions. *Appl Preven Psychol* 1999;8:23-39.
16. Attwood T. *Asperger's syndrome: a guide for parents and Professionals*. Philadelphia: Kingsley; 1998.

17. Hagie O, MacCartan P. Social Skill Training and Psychiatric Nursing. Kent: Croom Helm; 1996.
 18. Cook KM. Resource Manual for the Development and Evaluation of Special Programs for Exceptional Students. Florida: The Orange Country Public School System; 1996.
 19. Gresham FM, Elliot SN. Social skills rating system manual. Circle Pines (MN): American Guidance Service; 1990.
 20. Quinn MM, Kavale KA, Mathur SR. A meta-analysis of social skills interventions for students with emotional and behavioral disorders. J Emot Behav Disord 1999;7:54-64.
 21. Stahmer AC. Teaching symbolic play skills to children with autism using pivotal response training. J Autism Dev Disord 1995;25(2):123-41.
 22. Sansosti FJ, Powell-Smith KA, Kincaid D. A research synthesis of social story interventions for children with autism spectrum disorders. Focus Autism Other Dev Disabl 2004;19:194-204.
 23. Welsh M, Park RD, Widaman K. Linkages between children's social and academic competence: a longitudinal analysis. J Sch Psychol 2001;39(6):463-81.
 24. Zanolli K, Daggett J, Adams T. Teaching preschool age autistic children to make spontaneous initiations to peers using priming. J Autism Dev Disord 1996;2:407-22.
-

ผลการใช้โปรแกรม PDSD ต่อความสามารถในการทำหน้าที่ ของผู้ป่วยจิตเภท

อรุณี โสเถถนิชย์วงศ์, วท.บ*

นิตยา สุริยะพันธ์, พย.บ*

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลการใช้โปรแกรมPDSDต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทหลังใช้โปรแกรม PDSD หลังจำหน่าย 1 เดือน

วัสดุและวิธีการ เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลศรีธัญญา ที่มีอายุระหว่าง 15-59 ปี กลุ่มศึกษาศึกษาแบบไปข้างหน้า จำนวน 79 ราย มีกลุ่มเปรียบเทียบเป็นแบบ historical control จำนวน 80 ราย กลุ่มเปรียบเทียบได้รับกิจกรรมฟื้นฟูทางจิตสังคมก่อนมีโปรแกรมPDSD กลุ่มศึกษาได้รับกิจกรรมตามโปรแกรม PDSD จำนวน 4 กิจกรรม เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ แบบติดตามเยี่ยมผู้ป่วยทางโทรศัพท์หลังจำหน่าย 1 เดือน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และChi-square

ผลการศึกษา กลุ่มศึกษาและกลุ่มเปรียบเทียบมีอายุเฉลี่ย 35.0 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด กลุ่มศึกษามีประวัติใช้สารเสพติดมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ คิดเป็นร้อยละ 29.1 และอัตราการกลับมารักษาซ้ำ น้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ คิดเป็นร้อยละ 2.5 ผลการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยทางโทรศัพท์หลังจำหน่าย 1 เดือน พบว่า กลุ่มศึกษามีความสามารถในการทำหน้าที่ด้านการดูแลตนเองดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญ ความสามารถด้านการสื่อสารด้านความร่วมมือในการรับประทานยา และด้านการทำกิจกรรม/การทำงานไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

สรุป โปรแกรม PDSD ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการทำหน้าที่ด้านการดูแลตนเองดีขึ้นหลังจำหน่าย แต่ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูทางจิตสังคมต่อเนื่องจึงจะช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและอยู่ในชุมชนได้นาน

คำสำคัญ : ความสามารถในการทำหน้าที่ โปรแกรม PDSD ผู้ป่วยจิตเภท

* โรงพยาบาลศรีธัญญา

Treatment outcome by PDSD program to ability of Schizophrenic patients after discharge from PDSD program

*Arunee Soattivanitwong, B.Sc.**

*Nittaya Suriyapan, B.Ns.**

Abstract

Objective Study treatment outcome by PDSD program to abilities of schizophrenic patients after one month discharge.

Materials and methods It was a prospective study. The comparative group from historical control received rehabilitation program before PDSD, the study group treated with PDSD program, the study group treated with PDSD program was composed 4 activities. Participants were assessed by telephone with questionnaire after one month discharge.

Results The study and comparative groups had the same age of 35 and most of them were single. The study group was substance use disorders more than the comparative group (29.1%) and had the readmission rate less than the other group (2.5 %). At one month after discharge, the study group had better self care than the comparative group one significantly. There was no significant difference in communicative ability, cooperation on having medication and attending activities/work.

Conclusion The PDSD program could enhance patients' self care ability. However, they still need continue psychological treatment to enable them to have better quality of life and to live longer in their own communities.

Key words : ability, PDSD program, Schizophrenic patients

*Srithanya Hospital

บทนำ

โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรัง และการดำเนินของโรคส่งผลให้เกิดความบกพร่องในการทำหน้าที่ต่างๆ เช่น การดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล การมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น การเรียน การทำงาน เป็นต้น ทำให้มีอัตราการกำเริบและกลับเป็นซ้ำสูง หลักการรักษาผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาล จึงใช้การรักษาทางชีวภาพ (biological treatment) และการรักษาด้านจิตสังคม (psychosocial treatment)¹

จากสถิติ ปีพ.ศ. 2551 และ 2552 ผู้ป่วยจิตเภทโรงพยาบาลศรีธัญญาเป็นกลุ่มโรคที่รับไว้รักษาเป็นอันดับหนึ่งจากกลุ่มโรคจิตอื่นๆ คิดเป็นร้อยละ 68.3 และ 67.7 ตามลำดับ² ในปีพ.ศ.2552 โรงพยาบาลศรีธัญญาได้มีการทบทวนกระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและพัฒนากิจกรรมการฟื้นฟูทางจิตสังคมสำหรับผู้ป่วยจิตเภท คือ โปรแกรม PDSO ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ได้แก่ 1) Psycho-education การให้สุขภาพจิตศึกษา เรื่องโรค การรักษา 2) Drug compliance การให้ความรู้เรื่องยาจิตเวช และฝึกทักษะการจัดยารับประทานด้วยตนเอง 3) Self care คือ การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล และด้านสังคม 4) Domestic การฝึกทักษะงานบ้านงานเรือน เพื่อให้ผู้ป่วยเพื่อพัฒนาความสามารถในการทำหน้าที่ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีสามารถอยู่ในชุมชนได้นานขึ้น โดยประเมินผลหลังเข้ากลุ่มกิจกรรม ตามวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม คุณภาพชีวิต 5 ด้าน คือ ด้านอาการ การร่วมมือในการรับประทานยา การดูแลตนเอง สัมพันธภาพกับผู้อื่น และ

การทำกิจกรรม³ จากผลการศึกษาการใช้โปรแกรม PDSO พบว่า ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น/ไม่ลดลง 2 ใน 5 ด้านมากกว่าร้อยละ 80 ระหว่างอยู่ในโรงพยาบาล⁴

การทำหน้าที่ของผู้ป่วยหลังจำหน่ายถือเป็นตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตที่สำคัญและยังไม่มี การประเมินผลการใช้โปรแกรม PDSO ว่ามีประสิทธิผลเป็นอย่างไรต่อผู้ป่วย ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่จะต้องศึกษาผลการใช้โปรแกรม PDSO ต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเพื่อพัฒนาโปรแกรมให้มีประสิทธิภาพต่อไป

วัสดุและวิธีการ

เป็นการศึกษาไปข้างหน้า มีกลุ่มเปรียบเทียบแบบ historical control กลุ่มเปรียบเทียบได้รับกิจกรรมฟื้นฟูทางจิตสังคมก่อนมีโปรแกรม PDSO ซึ่งประกอบด้วย การให้สุขภาพจิตศึกษาเรื่องโรค การรักษา ยาจิตเวช การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล และการฝึกทักษะงานบ้านซึ่งยังไม่มีขั้นตอนที่ชัดเจนระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2550 – กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2551 กลุ่มศึกษาได้รับกิจกรรมตามโปรแกรม PDSO ที่ได้มีการพัฒนารูปแบบชัดเจนโดยทีมสหวิชาชีพระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2551 – กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2552 เครื่องมือที่ใช้ คือ ศึกษาข้อมูลจากแบบติดตามเยี่ยมผู้ป่วยทางโทรศัพท์หลังจำหน่าย 1 เดือน โดยพยาบาลเป็นผู้ติดตามเยี่ยมและบันทึกข้อมูลผู้ป่วยซึ่งประกอบด้วยข้อมูล 2 ส่วน คือ

1) ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ สถานภาพ ประวัติการใช้สารเสพติด

2) ข้อมูลเกี่ยวกับการทำหน้าที่ของผู้ป่วย ได้แก่ การดูแลตนเอง การสื่อสาร การร่วมมือในการรับประทานยา และการทำกิจกรรม/การทำงาน โดยประเมินความสามารถผู้ป่วยเป็น 3 ระดับ คือ 1) ปฏิบัติได้ด้วยตนเอง 2) ปฏิบัติได้ แต่ต้องกระตุ้น 3) ไม่ร่วมมือ/ต้องดูแล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ Chi-square

ผล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มศึกษาและกลุ่มเปรียบเทียบมีอายุเฉลี่ย 35.0 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด กลุ่มศึกษามีประวัติการใช้สารเสพติดมากกว่า

กลุ่มเปรียบเทียบ คิดเป็นร้อยละ 29.1 และ อัตราการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ คิดเป็นร้อยละ 2.5 (ตารางที่ 1)

2. การเปรียบเทียบความสามารถการทำหน้าที่ผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังใช้โปรแกรม PDSD หลังจำหน่าย 1 เดือน

กลุ่มศึกษามีความสามารถในการทำหน้าที่ด้านการดูแลตนเองหลังจำหน่าย 1 เดือนได้ดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญ ความสามารถด้านการสื่อสาร ด้านความร่วมมือในการรับประทานยา ด้านการทำกิจกรรม/การทำงานไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 จำนวน ค่าเฉลี่ยและร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มศึกษาและกลุ่มเปรียบเทียบ

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มศึกษา (N=79) จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มเปรียบเทียบ(N=80) จำนวน (ร้อยละ)
อายุเฉลี่ย (ปี)	35.0	35.0
สถานภาพ		
- โสด	63 (79.7)	75 (93.8)
- คู่	10 (12.7)	4 (5.0)
- หม้าย/หย่าร้าง	6 (7.6)	1 (1.2)
ประวัติการใช้สารเสพติด		
- ใช้	23 (29.1)	9 (11.2)
- ไม่ใช้	56 (70.9)	71 (88.8)
การกลับมารักษาซ้ำ	2 (2.5)	3 (3.8)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความสามารถการทำหน้าที่ผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังใช้โปรแกรม PDSD หลัง จำหน่าย 1 เดือน

ความสามารถในการทำหน้าที่	กลุ่มศึกษา (N=79) จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มเปรียบเทียบ(N=80) จำนวน (ร้อยละ)	p-value
ด้านการดูแลตนเอง			
- ปฏิบัติได้แต่ต้องได้รับการกระตุ้น	5 (6.3)	14 (17.5)	< 0.05
- ปฏิบัติได้เอง	74 (93.7)	66 (82.5)	
ด้านการสื่อสาร			
- สื่อสารบอกความต้องการได้	1 (1.3)	4 (5.0)	0.37
- สื่อสารได้รู้เรื่อง	78 (98.7)	76 (95.0)	
ด้านความร่วมมือในการรับประทานยา			
- ไม่ร่วมมือต้องกระตุ้น/ทั้งยา	-	2 (2.5)	0.27
- ร่วมมือแต่ต้องกระตุ้น	30 (38.0)	25 (31.3)	
- ร่วมมือดี/จัดยารับประทานเอง	49 (62.0)	53 (66.3)	
ด้านความสามารถในการทำกิจกรรม/การทำงาน			
- ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรม/ ทำงานไม่ได้	7 (8.9)	4 (5.0)	0.07
- เข้าร่วมกิจกรรม/ทำงานได้ แต่ต้องกระตุ้น	23 (29.1)	13 (16.2)	
- เข้าร่วมกิจกรรม/ทำงานได้เอง	49 (62.0)	63 (78.8)	

วิจารณ์

หลังจำหน่าย 1 เดือน กลุ่มศึกษามีการทำหน้าที่ด้านการดูแลตนเองดีขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งนี้เนื่องจากโปรแกรมนี้มีรูปแบบที่มีขั้นตอนและเนื้อหาการสอนที่มีรูปแบบมากกว่า ส่วนด้านการสื่อสาร ความร่วมมือในการรับประทานยา และความสามารถในการทำกิจกรรม/การ

ทำงานไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งนี้เนื่องจากข้อมูลกลุ่มศึกษาเป็นกลุ่มที่มีการใช้สารเสพติดมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และมีข้อจำกัดของการใช้กลุ่มเปรียบเทียบแบบ historical control คือ ขาดความสมบูรณ์และรายละเอียดของการบันทึกข้อมูล

ข้อเสนอแนะของการศึกษา

หากมีการศึกษาต่อไปควรมีการศึกษาเปรียบเทียบการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทก่อนใช้โปรแกรม PDSD และหลังเข้ากลุ่มกิจกรรมคอบระหว่างอยู่ในโรงพยาบาลและหลังใช้โปรแกรม PDSD หลังจำหน่าย 1 เดือน โดยศึกษาในผู้ป่วยจิตเภททั่วไปที่ไม่ได้ใช้ยาเสพติดร่วมด้วย

สรุป

โปรแกรม PDSD ช่วยให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองดีขึ้น และเหมาะสำหรับผู้ป่วยจิตเภททั่วไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นายแพทย์ ศักดา กาญจนาวโรจน์กุล ที่ให้การสนับสนุนและให้คำแนะนำ และขอบคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.ชัชวาลย์ ศิลปกิจ ที่ให้การปรึกษาต่อการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. กรมสุขภาพจิต. ชุดความรู้และแนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเภท. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: ดิจิตอลเวลดีก็อปปี; 2550.
2. รายงานประจำปี 2552 โรงพยาบาลศรีธัญญา. กรุงเทพมหานคร: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2552.
3. โรงพยาบาลศรีธัญญา. โปรแกรมการฟื้นฟูทางจิตสังคม PDSD. นนทบุรี: โรงพยาบาลศรีธัญญา; 2552.
4. กรมสุขภาพจิต. เอกสารประกอบประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติประจำปี 2552 เรื่องพลังสุขภาพจิต เปลี่ยนวิกฤติเป็นโอกาส; 26-28 สิงหาคม 2552; ณ โรงแรมโซฟิเทล เซ็นทรัลแกรนด์. กรุงเทพมหานคร: กรมสุขภาพจิต; 2552.

การพัฒนาแบบบันทึกการประเมินทางกายสำหรับผู้ป่วย จิตเวชสูงอายุเพื่อเฝ้าระวังและลดภาวะวิกฤตทางกาย

ชยาภรณ์ ผ่องแผ้ว, พย.บ*

นนุช ภูมิรินทร์, พย.บ*

เยาวเรศ เรืองศรี, พย.บ*

ดำเนิน ยืนนาน, พย.บ*

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาและประเมินผลแบบบันทึกการประเมินทางกายสำหรับผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุเพื่อเฝ้าระวังและลดภาวะวิกฤตทางกาย

วัสดุและวิธีการ เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการประเมินสภาพร่างกายในผู้ป่วยสูงอายุ ดำเนินการประชุม วางแผนพัฒนาแบบบันทึกการประเมินทางกายสำหรับผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ และทดลองใช้หลังจากนั้นให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบและพัฒนาระบบบันทึกจนมีความเหมาะสมกับผู้ใช้งานจึงนำไปศึกษาในผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ ซึ่งรับไว้ในหอผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุชาย 7 ทุกวัย ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน ถึง 30 มิถุนายน พ.ศ. 2553 จำนวน 50 ราย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาร้อยละ

ผล เดือนเมษายน พ.ศ. 2553 ใช้แบบบันทึกการประเมินทางกายสำหรับผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ จำนวน 17 ราย สามารถค้นพบปัญหาได้ไม่มีอัตราการส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาโรงพยาบาลฝ่ายกาย เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2553 ใช้แบบบันทึกการประเมินทางกายสำหรับผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ จำนวน 19 ราย สามารถค้นพบปัญหาและผู้ป่วยได้รับการรักษาทันเวลาโดยไม่เข้าสู่ระยะวิกฤต จำนวน 1 ราย และไม่ต้องนำส่งโรงพยาบาลฝ่ายกายและเดือนมิถุนายน พ.ศ.2553 ใช้แบบบันทึกการประเมินทางกายสำหรับผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ จำนวน 14 ราย สามารถค้นพบปัญหาได้ ไม่มีอัตราการส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาโรงพยาบาลฝ่ายกาย รวมจำนวนผู้ป่วยที่ใช้แบบบันทึกการประเมินทางกายสำหรับผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุเพื่อเฝ้าระวังและลดภาวะวิกฤตทางกายทั้งหมด จำนวน 50 ราย ไม่พบภาวะวิกฤตทางกายและส่งต่อไปรับการรักษาโรงพยาบาลฝ่ายกาย (ร้อยละ 0)

สรุป แบบบันทึกการประเมินทางกายสำหรับผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุเพื่อเฝ้าระวังและลดภาวะวิกฤตทางกาย มีผลดีต่อการประเมินผู้ป่วยตั้งแต่แรกเริ่มสามารถเฝ้าระวังและลดภาวะวิกฤตทางกายที่ต้องส่งต่อไปรักษาโรงพยาบาลฝ่ายกายได้

คำสำคัญ : แบบบันทึกการประเมินทางกาย ผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ

*โรงพยาบาลศรีธัญญา

Development of physical assessment's record for geriatric patients to take precaution and decrease physical crisis.

*Chayaporn Pongpaw, B. Ns.**

*Nongnuch Pumirine, B. Ns.**

*Yaovares Reungsri, B. Ns.**

*Damnern Yuenan, B. Ns.**

Abstract

Objective to develop and evaluate the physical assessment's record for geriatric patients to take precaution and decrease physical crisis.

Materials and methods It was a quantitative research. To review literature about physical assessment in geriatric patients, attended the meeting, planned to develop physical assessment's record for geriatric patients and on trials to use. Afterward, the expert would check and develop the record until it became appropriate for actual use. Then, it would be applied to study in all 50 geriatric patients at the seventh geriatric ward from April 1 to June 30, 2010. The percentages were used for data analysing.

Results In April 2010, the records used in 17 geriatric patients discovered problem provided that patients needed not referring to the general hospital.

In May 2010, the records were used in 19 geriatric patients. The problem could be found in one patient, treatment could be applied before getting to critical period and not refer patients to the general hospital.

In June 2010, the problem could be found in 14 geriatric patients and never refer patients to the general hospital. Totally, the records were used to take precaution and decrease the physical crisis in 50 geriatric patients. Physical crisis could not be found and not refer patients to the general hospital (0 percent).

Conclusion The physical assessment's record resulted effective to assess geriatric patients since the beginning. It could take precaution and decrease physical crisis referring patients to the general hospital.

Key words : geriatric patients, physical assessment's record

* Srithanya Hospital

บทนำ

งานประเมินสภาพผู้ป่วยแรกรับเป็นส่วนหนึ่งของงานภายในหอผู้ป่วยด้านการพยาบาลที่มีลักษณะงานอยู่ในระบบงานบริการผู้ป่วยซึ่งเป็นระบบหลักของโรงพยาบาล เป็นงานที่มีความสำคัญยิ่งเนื่องจากต้องนำไปใช้ในการวางแผนให้การรักษาพยาบาลกับผู้ป่วยซึ่งเกี่ยวข้องกับร่างกายและชีวิตของผู้ป่วยโดยตรง

การประเมินสภาพผู้ป่วยแรกรับประกอบด้วย การซักประวัติการเจ็บป่วยทางจิต การซักประวัติการเจ็บป่วยทางกาย การประเมินสภาพด้านอารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ปัจจุบันในการปฏิบัติงานพบว่าส่วนที่เป็นปัญหาและต้องการพัฒนา คือ การประเมินสภาพด้านร่างกายผู้ป่วยเนื่องจากผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุลำบากได้รับการรักษาพยาบาลที่ถูกต้องจะสามารถได้รับการรักษาพยาบาลจนสามารถเข้าร่วมกิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชครบตามแผนของโรงพยาบาลได้ แต่ผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุที่พบในปัจจุบัน เป็นผู้ป่วยซึ่งมีโรคประจำตัวและมีความผิดปกติทางร่างกายมากกว่า 1 ระบบ เช่น โรคระบบหลอดเลือดสมองและหัวใจ โรคระบบต่อมไร้ท่อ โรคระบบทางเดินหายใจ โรคระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ โรคระบบทางเดินอาหารและโรคระบบทางเดินปัสสาวะ การปฏิบัติงานพบว่าผู้ป่วยเหล่านี้ มักจะเกิดอาการวิกฤตและบางครั้งการค้นพบปัญหาล่าช้าและไม่ทันท่วงที ทำให้ผู้ป่วยมีภาวะวิกฤตทางกายต้องส่งต่อไปรับการรักษาโรงพยาบาลฝ่ายกาย

จากการทบทวนผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ 3 เดือนระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2552 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2553 พบว่าผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุที่มีภาวะวิกฤตทางกายมีจำนวน 26 ราย ส่งต่อไปรักษาโรงพยาบาลฝ่ายกาย 9 ราย และมีวันนอนโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น 2 ราย โดยโรคที่เป็นสาเหตุให้ต้องส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาโรงพยาบาลฝ่ายกาย ได้แก่ โรคระบบหลอดเลือดสมองและหัวใจ เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือด โรคความดันโลหิตสูง คิดเป็น 44.5% ของผู้ป่วยที่ส่งต่อไปรักษาโรงพยาบาลฝ่ายกาย โรคระบบทางเดินหายใจ เช่น โรคปอดบวม โรควัณโรค คิดเป็น 33.33 % ของผู้ป่วยที่ส่งต่อไปรักษาโรงพยาบาลฝ่ายกาย โรคระบบต่อมไร้ท่อ เช่น โรคเบาหวาน คิดเป็น 11.11% ของผู้ป่วยที่ส่งต่อไปรักษาโรงพยาบาลฝ่ายกาย ซึ่งการประเมินสภาพร่างกายแบบเดิมเป็นการประเมินเฉพาะลักษณะทั่วไป ระดับความรู้สึกตัว ผิวหนัง กำลังของกล้ามเนื้อและการทรงตัวเท่านั้น ซึ่งไม่ละเอียดพอ ไม่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุที่มีโรคประจำตัวและไม่สามารถคัดกรองโรคทางกายได้ ดังนั้นทางทีมวิจัยจึงได้เห็นความสำคัญและจัดทำแบบบันทึกการประเมินทางกายสำหรับผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุเพื่อลดภาวะวิกฤตทางกายขึ้น เพื่อประเมินคัดกรองสภาพผู้ป่วยแรกรับ สามารถนำมาวางแผนการพยาบาลและการรักษาที่ถูกต้อง ครอบคลุม ปลอดภัยยิ่งขึ้น นอกจากนั้นยังเป็นการลดภาวะการสูญเสียหรือผลเสียที่จะเกิดขึ้นตามมาภายหลังอีกด้วยไม่ว่าจะเป็นผลเสียต่อครอบครัวที่ต้อง

เสียบุคคลอันเป็นที่รักหรือค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น
ผลเสียต่อผู้ปฏิบัติงานและโรงพยาบาลที่อาจ
ถูกฟ้องร้องเสียชื่อเสียงได้ และประเทศชาติ
ต้องสูญเสียงบประมาณในการดูแลสุขภาพ
ประชาชนเพิ่มมากขึ้น

วัสดุและวิธีการ

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ
พัฒนาและประเมินผลแบบบันทึกการประเมิน
ทางกายสำหรับผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ เพื่อเฝ้า
ระวังและลดภาวะวิกฤตทางกาย ทำให้ผู้ป่วย
ได้รับการพยาบาลที่ถูกต้อง รวดเร็ว ครอบคลุม
และปลอดภัยมากขึ้น โดยศึกษากับผู้ป่วย
จิตเวชสูงอายุทั้งเพศชายและหญิงตึกชาย 7 ซึ่ง
รับไว้รักษาในโรงพยาบาลศรีธัญญาตั้งแต่วันที่
1 เมษายน ถึงวันที่ 30 มิถุนายน พ.ศ. 2553
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้จะเป็นแบบ
บันทึกการประเมินทางกายสำหรับผู้ป่วยจิต
เวชสูงอายุ (ฉบับพัฒนา) และแบบบันทึก
ข้อมูลพื้นฐานผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุเฉพาะราย
วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติประเภทร้อยละ

ผล

จากการทดลองใช้แบบบันทึกการ
ประเมินทางกายสำหรับผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุที่
ได้พัฒนาขึ้นพบว่าหลังจากที่ใช้แบบบันทึกการ
ประเมินทางกายกับผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุที่รับ
ไว้ในตึกชาย 7 ทุกราย ตั้งแต่วันที่ 1
เมษายน ถึงวันที่ 30 มิถุนายน พ.ศ. 2553
มีจำนวน 50 ราย ดังนี้

- ในเดือนเมษายน พ.ศ. 2553 ใช้
แบบบันทึกการประเมินทางกายสำหรับผู้ป่วย
จิตเวชสูงอายุจำนวน 17 ราย สามารถค้นพบ
ปัญหาได้ทันเวลาไม่มีอัตราการส่งต่อผู้ป่วยไป
รับการรักษาโรงพยาบาลฝ่ายกาย

- ในเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2553 ใช้
แบบบันทึกการประเมินทางกายสำหรับผู้ป่วย
จิตเวชสูงอายุจำนวน 19 ราย สามารถค้น
พบปัญหาได้ทันเวลาโดยไม่เข้าสู่ภาวะวิกฤต
ทางกาย จำนวน 1 ราย ไม่มีอัตราการส่งต่อ
ผู้ป่วยไปรับการรักษาโรงพยาบาลฝ่ายกาย

- ในเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2553 ใช้
แบบบันทึกการประเมินทางกายสำหรับผู้ป่วย
จิตเวชสูงอายุจำนวน 14 ราย สามารถค้น
พบปัญหาได้ทันเวลาไม่มีอัตราการส่งต่อผู้ป่วย
ไปรับการรักษาโรงพยาบาลฝ่ายกาย (ตาราง
ที่ 1)

นอกจากนี้ยังสามารถช่วยให้ผู้ป่วยที่มี
ภาวะแทรกซ้อนทางกายได้รับการรักษาต่อ
เนื่องทางกายอย่างรวดเร็วและปลอดภัยอีก
จำนวน 9 ราย โดยผู้ป่วยทุกรายได้รับการ
เฝ้าระวังและได้รับการช่วยเหลือได้ทันเวลา
ไม่เข้าสู่ภาวะวิกฤตทางกายก่อนไปรับการ
รักษาทางกายต่อเนื่องต่อไป

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุที่เข้าสู่ภาวะวิกฤตทางกายและส่งต่อไปรับการรักษาโรงพยาบาลฝ่ายกาย (N = 50)

เดือน	จำนวนผู้ป่วย (คน)	จำนวนผู้ป่วยที่เข้าสู่ภาวะ วิกฤตทางกายและส่งต่อไปรับการรักษา โรงพยาบาลฝ่ายกาย (ร้อยละ)
เมษายน	17	0
พฤษภาคม	19	0
มิถุนายน	14	0

วิจารณ์

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยที่ใช้แบบบันทึกการประเมินทางกาย สำหรับผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุเพื่อเฝ้าระวังและลดภาวะวิกฤตทางกายทั้งหมด จำนวน 50 ราย ไม่พบภาวะวิกฤตทางกายและส่งต่อไปรับการรักษาโรงพยาบาลฝ่ายกาย (ร้อยละ 0) ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าการพัฒนาแบบบันทึกการประเมินทางกายสำหรับผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุเพื่อเฝ้าระวังและลดภาวะวิกฤตทางกายมีความจำเป็นและสำคัญยิ่ง เพื่อให้การปฏิบัติงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ แบบบันทึกการประเมินทางกายที่พัฒนาขึ้นนี้สามารถใช้เฝ้าระวังและลดภาวะวิกฤตทางกายที่อาจเกิดขึ้นได้ ช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัย สามารถเข้าสู่ขั้นตอนการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชต่อไปได้

ข้อจำกัดของการศึกษา

เนื่องจากแบบประเมินทางกายสำหรับผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุเพื่อลดภาวะวิกฤตทาง

กายนี้ได้รับการพัฒนาปรับปรุงให้มีความจำเพาะและความไวมากขึ้นแต่ก็ยังมีข้อจำกัดเนื่องจากอาการทางจิตและความร่วมมือของผู้ป่วยด้วย

สรุป

แบบบันทึกการประเมินทางกายสำหรับผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุที่พัฒนาขึ้นมีประโยชน์ต่อการประเมินสภาพผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับ มีความสะดวกในการนำมาใช้และทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแล การช่วยเหลืออย่างทันท่วงที ได้รับการรักษาอย่างถูกต้องรวดเร็วครอบคลุมและปลอดภัยมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณทีมวิจัยโรงพยาบาลศรีธัญญา เจ้าหน้าที่และพยาบาลตึกผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุชาย 7 ที่มีส่วนร่วมช่วยให้การศึกษาครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. โรงพยาบาลศรีธัญญา. แบบบันทึกการประเมินสภาพผู้ป่วยด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ. นนทบุรี: โรงพยาบาลศรีธัญญา; 2553.
2. วิทยา ศรีดามา, ธาณินทร์ อินทรกำธรชัย. Evidence based clinical practice guideline ทางอายุรกรรม. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2546.
3. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2547.
4. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. โรคหลอดเลือดหัวใจในผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2547.
5. สุทธชาติ พีชผล. เวชศาสตร์ฉุกเฉิน. กรุงเทพมหานคร: นำอักษรการพิมพ์; 2546.
6. Lyons SS. Fall prevention for older adults. Iowa: University of IOWA Gerontological Nursing Interventions research center; 2004.

แบบบันทึกการประเมินทางกายสำหรับผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุเพื่อลดภาวะวิกฤตทางกาย การประเมินสภาพร่างกาย

ระดับการรู้สึกตัว	☐ รู้สึกตัวดี	☐ ง่วงซึม	☐ มึนงง ลึบสน	☐ ไม่รู้สึกตัว
ผิวหนัง	☐ พบความผิดปกติ.....	☐ ไม่พบความผิดปกติ		
การมองเห็น	☐ มองเห็น	☐ มองไม่เห็น	☐ อื่นๆ.....	
การได้ยิน	☐ ได้ยินชัดเจนทั้งสองข้าง	☐ ได้ยินข้างเดียว	ระบุ.....	
	☐ หูตึง			
กำลังของกล้ามเนื้อแขนขา	☐ ปกติ	☐ อ่อนแรง	ระบุ.....	
การทรงตัว	☐ เดินเซ	☐ เดินขาทาง	☐ เดินปลายเท้าไม่ยก	
	☐ เดินหัวทิ่ม	☐ เดินพยายามคว้าหาที่จับ	☐ เดินไม่ได้	ระบุ....
ช่องปากและการกลืนอาหาร	☐ กลืนลำบาก	☐ ลาลักบ่อย	☐ ฟันผุ	ระบุ.....
	☐ ไม่มีฟันผุ	☐ ใส่ฟันปลอม	ระบุ.....	
การนอน	☐ นอนราบได้	☐ นอนราบไม่ได้		
ความเจ็บปวดตามร่างกาย	☐ ปวดศีรษะ	☐ ปวดข้อ/กระดูก	ปวดกล้ามเนื้อ	
	☐ อื่นๆ	ระบุ.....		
อาการระบบไหลเวียน	☐ เวียนศีรษะ	☐ ใจสั่น		
การขับถ่ายอุจจาระ	☐ ท้องเสีย	☐ ท้องผูก	ระบุ.....	
การขับถ่ายปัสสาวะ	☐ ปัสสาวะบ่อยกะปริบกะปรอย	☐ ปัสสาวะแสบขัด		
	☐ ปัสสาวะลำบาก	☐ กลั้นปัสสาวะไม่ได้		
	☐ ปัสสาวะเป็นเลือด			

ลูกอารมณ์ดี พ่อแม่มีสุข

วรรณพัฏฐ์ วิวัฒนวงศ์, พบ.*

การเป็นเด็กดี เก่ง มีความสุข เป็นภาพรวมของการนิยามบ่งบอกว่าเป็นเด็กที่มีวุฒิภาวะทางอารมณ์ หรือ ความฉลาดทางอารมณ์(EQ) ที่ดี สิ่งถัดไปที่ควรคิดต่อคือแล้วเราควรจะทำอย่างไร เพื่อให้เด็กในสังกัดของเรา เป็นเด็กที่มีEQที่ดีได้ เพราะการเลี้ยงลูกให้มีสุขภาพจิตที่ดี นอกจากจะเพิ่มคุณค่าต่อตัวเด็กที่จะเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณค่าแก่ตัวเองแล้ว ยังสามารถสร้างคุณค่าแก่ครอบครัวและสังคมอีกด้วย ถ้าเปรียบเทียบการเลี้ยงเด็กเหมือนการปลูกต้นไม้ สิ่งสำคัญที่สุดต้องเริ่มต้นจากคนปลูก ควรมีการเตรียมพร้อมเริ่มตั้งแต่การเลือกหาสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม การวางเมล็ดพันธุ์พืช การค่อยๆดูแลรดน้ำ พรวนดิน ใส่ปุ๋ยรายละเอียดทุกขั้นตอน เพื่อให้ต้นไม้งอกงามเจริญเติบโตเป็นต้นไม้ที่แข็งแรงต่อไป เพราะฉะนั้น สิ่งแวดล้อมเล็กๆ ที่เรียกว่าครอบครัว จึงเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการสร้างบุคลิกลักษณะของเด็กคนหนึ่งให้มีความแตกต่างกัน ปัจจัยที่ว่าอันประกอบไปด้วยสิ่งสำคัญ 3 อย่างก็คือ ลักษณะเฉพาะตัวของเด็กที่มีติดตัวมาตั้งแต่เกิด ลักษณะความสัมพันธ์ของพ่อแม่ และสิ่งสุดท้ายก็คือสภาวะเหตุการณ์ต่างๆ ที่ผ่านเข้ามาในครอบครัว จากปัจจัยดังกล่าวล้วนมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ บุคลิกของเด็กแต่ละคน การวางแผนทางเพื่อไปให้

ถึงจุดหมายของการให้เด็กมีสุขภาพจิตที่ดี จึงเป็นสิ่งที่พ่อแม่ทุกคนควรตระหนักและให้ความสำคัญ เพราะการใช้ชีวิตไม่ใช่เรื่องง่าย การที่พ่อแม่ได้วางแนวทางที่ดีแก่ลูกก็เหมือนการให้วัคซีนป้องกันปัญหาด้านสุขภาพจิตและวิธีการแก้ปัญหาชีวิตต่างๆ ได้ในอนาคตให้แก่ลูก

แผนที่เส้นทางเพื่อนำไปสู่การสร้างเด็กให้มีสุขภาพจิตที่ดี ทำได้ดังนี้

1. รักแล้วต้องแสดงออก ด้วยการดูแล ปกป้อง ทะนุถนอม เลี้ยงดูเด็กให้เหมาะสมตามวัย เช่น ในขวบปีแรก เด็กควรได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด กอดให้อุ่น ป้อนให้อิ่ม ปลอบโยนเมื่อไม่สบายตัว เพื่อให้เด็กสัมผัสได้ว่า มีคนหนึ่งที่คอยปกป้องดูแล คอยช่วยเหลือ ให้ความรักและดูแลเอาใจใส่ เกิดสายสัมพันธ์ของความผูกพันระหว่างเด็กและผู้เลี้ยงดู สายใยที่เกิดขึ้นนี้จะเป็นพื้นฐานที่สำคัญต่อพัฒนาการของเด็ก ในการที่จะสร้างความไวใจ เชื่อมมันต่อผู้เลี้ยงดู และต่อผู้อื่นได้ในอนาคต ซึ่งเป็นรากฐานแรกของการสร้างสุขภาพจิตที่ดีให้กับตัวเด็กเองด้วย

2. เติบโตสมวัย การส่งเสริมพัฒนาการ กระตุ้นศักยภาพในตัวเด็กให้เหมาะสมตามวัย เช่น การลดการอุ้ม เมื่อเด็กเริ่มที่อยากเคลื่อนไหวเอง หัดคลาน หัดเดิน การให้เด็กได้เรียนรู้ ฝึกพัฒนาการ

ด้านต่างๆของร่างกายได้อย่างเต็มความสามารถ ช่วยเพิ่มความสุข ความพึงพอใจต่อการเห็นศักยภาพตัวเอง ช่วยเพิ่มความมั่นใจ เพิ่มแรงกระตุ้นในการให้ค้นหา เรียนรู้สิ่งต่างๆรอบตัว เรียนรู้ในการปกป้องตนเอง และการใช้ชีวิตด้วยตัวเอง ลดการพึ่งพิงจากผู้เลี้ยงดู ต่อคนอื่น

3. ฝึกวินัยวันละนิด จิตแจ่มใส

การดูแลให้ทำกิจวัตรประจำวันเป็นพื้นฐานการสร้างวินัยที่ง่ายที่สุด เช่น การดูแลให้เด็กเริ่มควบคุมเวลาการนอน การตื่น การกิน การขับถ่าย ให้เป็นตามช่วงเวลาที่เหมาะสม ทำอย่างสม่ำเสมอ ตามความสามารถในการควบคุมตัวเองตามวัย การดูแลความสะอาดส่วนตัว เพื่อให้เด็กเริ่มเรียนรู้หน้าที่ในการดูแลตัวเอง

4. นิสัยดี เป็นศรีแก่ตัว การสร้างลักษณะนิสัย บุคลิกให้เป็นเด็กอารมณ์ดี มั่นคง พัฒนาการด้านอารมณ์ที่ดี ต้องมีการปลูกฝัง ซึ่งเริ่มทำได้ตั้งแต่ขวบปีแรก อารมณ์ที่ดีสามารถสืบทอดจากผู้เลี้ยงดูเองเวลาที่อยู่ใกล้เด็ก การไม่ปลูกเร้าอารมณ์เด็กอย่างไม่เหมาะสม ไม่แหย่ให้โกรธ เพียงเพราะต้องการหยอกล้อ ไม่ใสความกลัว ความกังวล ให้เด็กรับรู้กับเรื่องราวที่ไม่เหมาะสม เมื่อยังไม่ถึงวัยอันควร สิ่งแวดล้อมที่อบอุ่น สงบสุข ผ่อนคลาย ทุกอย่างรอบตัว ล้วนมีอิทธิพลต่อการสร้างพื้นฐานอารมณ์ของเด็ก

5. ทำได้ แก่ได้ ไม่ง้อใคร การฝึกฝนเรื่องการช่วยเหลือตัวเอง และการแก้ปัญหาอย่างเหมาะสม ฝึกความรับผิดชอบ สามารถ

เริ่มได้จากพื้นฐานเรื่องการสร้างวินัยเช่นกัน การเริ่มมีการตั้งกฎ ระเบียบภายในบ้าน ให้เหมาะสมกับการตามวัย โดยต้องมีการติดตาม กำกับ ควบคุม ดูแลให้เด็กสามารถทำได้อย่างที่วางไว้ ให้รางวัลเมื่อทำดี มีการลงโทษอย่างเหมาะสมเมื่อทำผิด สอนให้ฝึกคิดแก้ปัญหาด้วยตัวเอง ช่วยเหลือตัวเองมากขึ้นเรื่อยๆตามกำลังความสามารถ ลดการช่วยเหลือเท่าที่จำเป็น เมื่อเด็กสามารถทำได้อาจจะเกิดความภูมิใจในตัวเอง และเป็นความเชื่อมั่น ความมั่นใจ ในการจะคิดแก้ปัญหาด้วยตัวเองอย่างเหมาะสมต่อไป

ทั้งหมดนี้ สิ่งจำเป็นที่ผู้เลี้ยงดูจะทำได้ อาจต้องมีปัจจัยหนึ่งที่สำคัญ คือ เวลาที่จะคอยสังเกต ฝึติดูตามดูการเจริญเติบโต และให้เวลาที่ฝึก ปรับเด็ก เพื่อให้เป็นไปตามอย่างที่เรารปรารถนา เวลาที่ว่า เรียกว่า เวลาคุณภาพ เวลาดีๆที่เราจะอุทิศให้กับอนาคตของเด็ก ทุ่มเทเพื่อสิ่งที่เรารัก เวลาคุณภาพไม่ขึ้นกับปริมาณว่าต้องมากน้อยแค่ไหน แต่ขึ้นกับคุณภาพที่เราจะใส่ใจ ทุ่มเทและตั้งใจ

สรุป

การเลี้ยงดูลูกให้ได้ดี อาจต้องทุ่มเทแลกด้วยกำลังทั้งร่างกายแรงใจ และเวลา แต่ถ้าเทียบกับผลตอบแทนที่จะได้รับตามมากับการลงทุนของพ่อแม่ต่อลูกนั้น การเลี้ยงดูสามารถส่งผลต่อการเติบโตไปเป็นผู้ใหญ่ที่ดี มีศักยภาพ และมีความแข็งแกร่งต่อการเผชิญปัญหาต่างๆที่ต้องเจอในสิ่งแวดล้อม

ภายนอก ช่วงเวลาตั้งแต่ลูดยังเล็ก จนก่อนถึงวัยที่อิทธิพลจากภายนอกจะค่อยๆเข้ามามีส่วนต่ออารมณ์ ความคิด เป็นช่วงเวลาที่พ่อแม่มีอิทธิพลต่อลูกมากที่สุด การสร้างสรรค์ปั้นแต่ง ทิศทางอนาคตของลูก จึงเป็นสิ่งที่พ่อแม่ทุกคนสามารถทำได้ ขอเพียงความตั้งใจ ลงมือทำอย่างสม่ำเสมอและเอาใจรักลูกที่ดี ที่น่ารัก น่าชื่นชม นำมาซึ่งความสุขใจและความภาคภูมิใจของพ่อแม่ ไม่ไกลเกินฝันอย่างแน่นอน

เอกสารอ้างอิง

1. พยอมา อิงคตานุวัฒน์. เลี้ยงลูกให้มีสุขภาพจิตดี. ใน: วินัดดา ปิยะศิลป์, พนม เกตุมาน, บรรณาธิการ. จิตเวชเด็กและวัยรุ่น เล่ม 2. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: ธนาเพลส; 2550. หน้า 3-6
2. อุมพร ตรังคสมบัติ. Parenting in the 21st Century. ใน: พัตน์ มหาโชคเลิศวัฒนา, สุวรรณ เรืองกาญจนเศรษฐ์, บรรณาธิการ. กลยุทธ์การดูแลและสร้างเสริมสุขภาพ “วัยรุ่น”. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: ชัยเจริญ; 2547. หน้า 176-79