

ส่วนที่ 4 แบบเสนอผลงาน

ชื่อผู้สมัครเข้ารับการแข่งขันบุคคล นางสาวจินต์ ศรีทอง

ตำแหน่งที่ขอเข้ารับการแข่งขันบุคคล พยาบาลวิชาชีพ ด้าน (ถ้ามี) การพยาบาล

ระดับ ชำนาญการพิเศษ ตำแหน่งเลขที่ 1135, 1149, 1165 กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน

กลุ่มภารกิจการพยาบาล สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

กรมสุขภาพจิต

1) ชื่อผลงานเรื่อง ผลของโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดต่อหน้าที่ด้านการรู้คิดและการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ด้านความจำในผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่อง

2) ระยะเวลาที่ดำเนินการ

ระยะเวลาที่ดำเนินการ 1 มิถุนายน - 1 ธันวาคม 2566

3) ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

เป็นผู้มีความรู้และมีความเชี่ยวชาญในการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเภทระยะก่อนจำหน่าย มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชอื่นๆ และผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมที่มีการรู้คิดบกพร่องไม่น้อยกว่า 5 ปี มีความรู้ และความชำนาญในการใช้แบบทดสอบสมรรถภาพสมองไทย (TMSE) และแบบประเมินภาวะพุทธิปัญญา ฉบับภาษาไทย (MoCA-T) ในการประเมินหน้าที่ด้านการรู้คิด

4) สรุปสาระสำคัญขั้นตอนการดำเนินการและเป้าหมายของงาน

ผู้ป่วยจิตเภท (Schizophrenia) เป็นผู้ที่มีความผิดปกติในด้านการคิด (Thought) การรับรู้ อารมณ์ ความรู้สึก การรู้จักตนเอง พฤติกรรม การตัดสินใจ ร่วมกับมีความบกพร่องด้านหน้าที่การงานและสังคม (WHO, 2010) ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงด้านบุคลิกภาพ มีการแสดงออกทางอารมณ์และพฤติกรรมไม่เหมาะสมกับเหตุการณ์ ขาดความเข้าใจต่อสภาพความเป็นจริง สูญเสียความสัมพันธ์ทางสังคม เมื่อเป็นแล้วมักไม่หายขาด จากการศึกษาพบว่าเกิดจากความผิดปกติของสารสื่อประสาทในสมองหลายชนิด ได้แก่ สารโดปามีน (Dopamine) และสารซีโรโทนิน (Serotonin) ทำให้เกิดกลุ่มอาการด้านบวก (Positive Symptoms) และกลุ่มอาการด้านลบ (Negative Symptoms) แต่ในปัจจุบันจากการศึกษาพบว่ายังมีกลุ่มอาการด้านการรู้คิด ซึ่งเป็นความผิดปกติทางด้านความคิด การตัดสินใจ และภาวะการหยิ่งรู้ร้อนเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางระบบประสาทและสมองที่ผิดปกติ ทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาเกี่ยวกับความจำทำให้มีอาการหลงลืมและส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน

ภาวะการรู้คิดบกพร่อง (Cognitive Impairment) เป็นความผิดปกติที่ผู้ดูแลหรือผู้ที่อยู่ใกล้ชิด สังเกตเห็นอาการที่เปลี่ยนแปลงไปของผู้ป่วย ผู้ป่วยอาจไม่ได้สังเกตเห็นความผิดปกติหรือการเปลี่ยนแปลงของตนเอง ได้แก่ ความจำระยะสั้นผิดปกติโดยเฉพาะการลืมสิ่งที่ได้พูดไปแล้ว การรับรู้ตนเอง การใช้คำหรือภาษา การสับสนเกี่ยวกับทิศทาง มีอารมณ์ พฤติกรรมและบุคลิกภาพเปลี่ยนไป เช่น มีอารมณ์เศร้า แยกตัว หงุดหงิดง่าย กระสับกระส่าย การตัดสินใจไม่เหมาะสม ไม่สามารถคิดแก้ไขปัญหาหรือดูแลตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ สูญเสียความสามารถในหน้าที่การทำงาน หน้าที่ทางสังคม หรือการเรียน ทำให้คุณภาพชีวิตลดลง และภาวะพุทธิปัญญาจะบกพร่องมากขึ้นเมื่อมีการดำเนินของโรคเพิ่มขึ้น (สิรินทร ฉันทสิริกาญจน์, 2551) ภาวะการรู้คิดบกพร่องมีระดับความรุนแรงตั้งแต่เล็กน้อยถึงรุนแรง และส่งผลกระทบโดยตรงต่อผู้ป่วยและมีโอกาสพัฒนาไปสู่ภาวะสมองเสื่อมได้ภายใน 6 เดือน ได้มากถึงร้อยละ 35 (Smith, et al., 2007) และ

หากปล่อยให้ผู้ป่วยมีการดำเนินโรคต่อไป ผู้ป่วยจะมีความสามารถในการดูแลตนเองลดลง ยิ่งการดูแลตนเองลดน้อยลงเท่าไรยิ่งต้องการการดูแลที่มากขึ้น การรักษาภาวะการรู้คิดบกพร่องในปัจจุบันมี 2 วิธี คือ การรักษาด้วยยา (Pharmacological Approaches) และไม่ใช้ยา (Non-Pharmacological Approaches) และมักใช้ในการรักษาร่วมกัน เนื่องจากยังไม่พบว่ามีแนวทางใดที่สามารถรักษาภาวะการรู้คิดบกพร่องให้หายขาดได้

การกระตุ้นการรู้คิด (Cognitive Stimulation) เป็นกิจกรรมการบำบัดทางการพยาบาลที่มุ่งเน้นไปที่การกระตุ้นให้เกิดการรู้คิดในผู้ที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่อง เป็นการส่งเสริมให้ใช้กระบวนการประมวลผลข้อมูลมากกว่าความรู้เกี่ยวกับข้อเท็จจริง การกระตุ้นการรู้คิด (Cognitive Stimulation) เป็นแนวคิดที่ส่งเสริมให้ผู้ที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องได้ฝึกใช้สมองอย่างสม่ำเสมอ (Spector, 2003) โดยการกระตุ้นการทำงานของสมองในส่วนของการรู้คิด (Cognitive function) ได้แก่ การมีสมาธิจดจ่อ (Attention) การรับรู้ (Orientation) ความจำ (Memory) การตัดสินใจ (Judgment) การใช้ภาษา (Language) และการบริหารจัดการ (Executive function)

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านความจำ (Perceived memory self-efficacy) หรือความเชื่อมั่นด้านความจำ เป็นการประเมินความจำที่เป็นนามธรรม (Subjective memory) หรือความจำตามความรู้/ความคิดส่วนบุคคล (Lyon, 2014) เป็นมิติหนึ่งของกา ทรหนักรู้เกี่ยวกับประสิทธิภาพความจำของตนเอง (Metamemory) (Bandura, 1993) โดยการประเมินตนเองจากองค์ประกอบ 2 ด้าน คือ 1) ด้านการรับรู้ และทัศนคติที่มีต่อความจำของตนเอง และ 2) ด้านความสามารถในการใช้ความจำอย่างมีประสิทธิภาพและเพียงพอจากการศึกษาพบว่าผู้ที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่อง มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านความจำลดลงอย่างชัดเจน ยิ่งหากมีอายุมากขึ้นการรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านความจำก็จะยิ่งลดลง แต่หากได้รับการบำบัดรักษาที่ถูกต้องและเหมาะสม จะส่งผลให้ผู้ที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องมีความจำและรับรู้ความสามารถแห่งตนด้านความจำดีขึ้นได้

ผู้วิจัยในฐานะเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเภทและจิตเวชอื่นๆ ที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่อง จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการศึกษามากส่วนใหญ่มุ่งเน้นการศึกษาด้านการรู้คิด แต่ยังไม่พบการศึกษาที่ประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านความจำ และในบทบาทของการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มุ่งเน้นการพัฒนาความรู้และการบำบัดการดูแลผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต ผู้วิจัยเห็นความสำคัญและนำรูปแบบการบำบัดการกระตุ้นการรู้คิดตามแนวคิดของสเปกเตอร์ (Spector, 2003) มาปรับใช้และประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านความจำ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องที่หน้าที่ด้านการรู้คิดเพิ่มขึ้นและสามารถดูแลตนเองได้ดีขึ้น และสามารถอยู่ร่วมกับครอบครัวหรือผู้ดูแลได้อย่างมีความสุข

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Two Group Pretest-Posttest Design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดต่อหน้าที่ด้านการรู้คิดและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านความจำในผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่อง ระยะเวลาในการศึกษาวิจัยระหว่างเดือน เมษายน ถึง ธันวาคม 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM - V และ ICD - 10 ที่รับไว้รักษาในหอผู้ป่วยจิตเวชสามัญหญิงและชาย สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ระหว่างวันที่ 1 เมษายน - 1 ธันวาคม 2565 ที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี และได้รับการประเมินทดสอบมรรตภาพสมองของไทย (TMSE) มีคะแนนมากกว่า 23 คะแนน ร่วมกับแบบประเมินภาวะพุทธิปัญญาฉบับภาษาไทย (MoCA-T) มีคะแนนน้อยกว่า 25 คะแนน และบวกเพิ่มอีก 1 คะแนน เมื่อมีการศึกษาน้อยกว่า 6 ปี มีการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าร่วมการศึกษาคัดเลือก (Inclusion Criteria) จำนวน 40 คนแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน

ขั้นตอนการดำเนินการ ดังต่อไปนี้

1) ขั้นตอนเตรียมการทดลอง

1.1) การเตรียมตัวผู้วิจัย ผู้วิจัยศึกษาแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการส่งเสริมการรู้คิด โดยศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1.2) การเตรียมผู้ช่วยวิจัย ทำหน้าที่ในการประเมินความสามารถในการรู้คิดด้วยแบบประเมินภาวะพุทธิปัญญาฉบับภาษาไทย (MoCA-T) ซึ่งผู้ช่วยวิจัยได้ผ่านการอบรมการประเมินภาวะพุทธิปัญญาฉบับภาษาไทย และผู้วิจัยได้เตรียมความพร้อมโดยการอธิบายรายละเอียดให้ผู้ช่วยวิจัยทราบถึงการปฏิบัติตัวในขณะช่วยทำกิจกรรมตามโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดในแต่ละกิจกรรม

1.3) ผู้วิจัยเตรียมอุปกรณ์ที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมกระตุ้นการรู้คิด สื่อการสอน ภาพประกอบกิจกรรมต่างๆ และอุปกรณ์ที่ใช้ในการทำกิจกรรม

1.4) ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าหอผู้ป่วยจิตเวชสามัญหญิงและชายเพื่อแนะนำตัว เพื่อขออนุญาตจัดกิจกรรมตามโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิด โดยได้อธิบายวัตถุประสงค์ วิธดำเนินการวิจัย รายละเอียดขั้นตอนและระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการทำวิจัย

1.5) การเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบทดสอบสมรรถภาพสมองไทย (TMSE) แบบประเมินภาวะพุทธิปัญญาฉบับภาษาไทย (MoCA-T) แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ด้านความจำ-4 และโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิด

1.6) ก่อนการทดลอง 7 วัน ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยร่วมดำเนินการคัดเลือกผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้าร่วมการศึกษาทดลอง (Inclusion Criteria) ที่กำหนดโดยการทำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบทดสอบสมรรถภาพสมองไทย (TMSE) แบบประเมินภาวะพุทธิปัญญาฉบับภาษาไทย (MoCA-T) และแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านความจำตามความสนใจ หากพบว่ามีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ ผู้วิจัยจะเชิญเข้าร่วมการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ที่ผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับ และความไม่สะดวกที่อาจจะได้รับการเข้าร่วมกิจกรรมในครั้งนี้ รวมทั้งการพิทักษ์สิทธิของการเข้าร่วมวิจัย หากผู้ป่วยยินดียินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยจึงให้ลงนามยินยอม ในหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย กรณีที่ผู้ป่วยไม่ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย จะได้รับการแจ้งผลการประเมินภาวะพุทธิปัญญา พร้อมให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอความเสื่อมถอยของหน้าที่ด้านการรู้คิด

1.7) ผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่อง จะถูกแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองจำนวน 20 คู่ โดยการจับคู่ (Matched Pair) ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันมากที่สุดในด้านเพศ อายุ ระดับการศึกษา และคะแนนภาวะพุทธิปัญญา (MoCA-T) พร้อมนัดหมาย วัน เวลาในการทำกิจกรรมกับกลุ่มทดลอง

2) ขั้นตอนการทดลอง

การวิจัยนี้จะดำเนินการทดลองหลังผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา และแจ้งให้หอผู้ป่วยทราบก่อนเพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแลทราบถึงสิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วมวิจัย พร้อมทั้งอธิบายให้ทราบว่าการตอบรับ หรือปฏิเสธเข้าร่วมวิจัย จะไม่มีผลต่อการรับการรักษาและรับบริการต่างๆ ที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับจากเจ้าหน้าที่ของสถาบันฯ โดยข้อมูลทุกอย่างของกลุ่มตัวอย่างจะถือเป็นความลับ แต่จะนำข้อมูลไปวิเคราะห์ในภาพรวม หากกลุ่มตัวอย่างตอบรับให้ลงนามในหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลทุกอย่างจะถูกทำลายทิ้งภายหลังการศึกษาวิจัยเสร็จสิ้น โดยผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งแบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวนกลุ่มละ 20 คนที่หอผู้ป่วยจิตเวชสามัญหญิงและชาย ที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา เพื่อแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย และขอความร่วมมือในการทำวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจข้อตกลงแล้วจึงให้ลงนามในหนังสือยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ทั้งนี้กลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิด โดยผู้วิจัยเป็นผู้นำในการทำกิจกรรมกลุ่มบำบัดแต่ละครั้ง พร้อมประเมินว่าผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมได้ตามวัตถุประสงค์ของ แต่ละกิจกรรมหรือไม่ ด้วยการสังเกตว่าผู้ป่วยเข้าใจคำสั่งและปฏิบัติตามคำสั่งได้ถูกต้องหรือไม่ โดยเป็นรูปแบบกิจกรรมกลุ่มละ 5 คน จำนวน 4 กลุ่ม

โดยแต่ละกลุ่มจะเข้าร่วมกิจกรรมที่จัดขึ้นกลุ่มละ 6 ครั้ง ใช้เวลาประมาณ 60 นาที/ครั้ง สัปดาห์ละ 3 ครั้ง รวมทั้งสิ้น 2 สัปดาห์

3) ขึ้นประเมินผลการทดลอง

3.1) กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยนัดหมายผู้ป่วยเพื่อพบกันครั้งที่ 2 และ 3 ในสัปดาห์ที่ 2 และ 3 เพื่อประเมินหน้าที่ด้านการรู้คิด และประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านความจำ ด้วยแบบประเมินภาวะพุทธิปัญญาฉบับภาษาไทย (MoCA-T) และแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านความจำ -4 จากนั้นผู้วิจัยกล่าวขอบคุณผู้ป่วยพร้อมทั้งยุติสัมพันธภาพ และข้อมูลทุกอย่างจะถูกทำลายทิ้งภายหลังการวิจัยเสร็จสิ้น

3.2) กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยนัดหมายผู้ป่วยหลังจากดำเนินกิจกรรมครั้งที่ 6 และนัดหมายผู้ป่วยในวันถัดมา และครั้งต่อไปในสัปดาห์ที่ 3 เพื่อประเมินหน้าที่ด้านการรู้คิดและประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านความจำ หลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 1 สัปดาห์ ด้วยแบบประเมินภาวะพุทธิปัญญาฉบับภาษาไทย (MoCA-T) และประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านความจำ -4 จากนั้นผู้วิจัยกล่าวขอบคุณผู้ป่วยพร้อมทั้งยุติสัมพันธภาพ และข้อมูลทุกอย่างจะถูกทำลายทิ้งภายหลังการวิจัยเสร็จสิ้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยเครื่องมือ 3 ส่วน ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพ ประวัติการบาดเจ็บทางศีรษะ โรคร่วมทางกาย ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท ประวัติการใช้สารเสพติดในช่วงระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา ก่อนมารับการรักษาเกี่ยวกับการดื่มสุรา การใช้สารเสพติด และการสูบบุหรี่

2) แบบประเมินภาวะพุทธิปัญญาฉบับภาษาไทย (MoCA-T) ได้มีการแปลและพัฒนาเป็นภาษาไทย โดยแพทย์หญิงโสฬสพัทธ เหมธัญโรจน์ (2550) ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach' Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.74 ค่าความไว (Sensitivity) และค่าความจำเพาะเท่ากับ 0.70 และ 0.95 ตามลำดับ

3) แบบสอบถามสมรรถนะแห่งตนด้านความจำ -4 (Memory Self-Efficacy Questionnaire-4 [MSEQ-4]) สร้างโดย West et al. (2008) แปลเป็นไทยและเรียบเรียงโดย ตระการกุล ฉัตรวงศ์วิวัฒน์ และคณะ (2556)

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1) แบบประเมินภาวะพุทธิปัญญาฉบับภาษาไทย (MoCA-T) สำหรับการคัดเลือกผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่อง มีคะแนนเต็ม 30 คะแนน ถ้าได้คะแนนน้อยกว่า 25 และบวกเพิ่มอีก 1 คะแนน เมื่อถูกทดสอบมีระดับการศึกษาน้อยกว่า 6 ปี แสดงว่ามีภาวะการรู้คิดบกพร่อง

2) แบบทดสอบสมรรถภาพสมองไทย (Thai Mental State Examination: TMSE) สำหรับคัดกรองภาวะสมองเสื่อมภายหลังประเมินว่าผู้ป่วยจิตเภทมีภาวะพุทธิปัญญาบกพร่อง แต่ไม่ได้มีภาวะสมองเสื่อม โดยต้องได้คะแนนมากกว่า 23 คะแนนจากคะแนนเต็ม 30 คะแนน

ส่วนที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมกระตุ้นการรู้คิด โดยผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดการกระตุ้นการรู้คิด (Cognitive stimulation) ของสเปกเตอร์และคณะ (Spector, 2003) ใช้เวลากิจกรรมละ 60 นาที/ครั้ง สัปดาห์ละ 3 ครั้ง รวมทั้งสิ้น 2 สัปดาห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินภาวะพุทธิปัญญาฉบับภาษาไทย (MoCA-T) และแบบสอบถามสมรรถนะแห่งตนด้านความจำ -4 มาตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของแบบประเมินทั้งก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 1 สัปดาห์ นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 มีขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1) วิเคราะห์และเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

2) เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยหน้าที่ด้านการรู้คิดและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านความจำของผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องในระลอกก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 1 สัปดาห์

ในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติ Dependent t-test

3) เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยหน้าที่ด้านการรู้คิดและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านความจำของผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 1 สัปดาห์ โดยใช้สถิติ Independent t-test

5) ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

มีโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่อง เป็นรูปแบบการบำบัดทางการพยาบาลจิตเวช โดยใช้กระบวนการกลุ่มบำบัดที่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องได้มีการพัฒนาหน้าที่ด้านการรู้คิดในด้านต่างๆ และได้รับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านความจำ เพื่อให้สามารถดูแลตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันได้ มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ลดภาระการพึ่งพาผู้อื่น และช่วยชะลอการเสื่อมถอยของภาวะการรู้คิดที่บกพร่องที่จะนำไปสู่ภาวะสมองเสื่อมตามมาได้

6) การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

1) เป็นรูปแบบการบำบัดทางการพยาบาลจิตเวชสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่อง เพื่อเพิ่มหน้าที่ด้านการรู้คิดและช่วยให้ผู้ป่วยได้รับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านความจำ ในการฝึกสมองอย่างต่อเนื่อง ให้สามารถดูแลตนเองให้ได้นานที่สุดและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

2) เป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาวิจัยและพัฒนางานการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในการฟื้นฟูหน้าที่ ด้านการรู้คิดและด้านอื่นๆ สำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องในกลุ่มโรคอื่นๆ

7) ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID - 19) ผู้ป่วยจะต้องได้รับการรักษาและสังเกตอาการก่อนการเข้ากลุ่มกิจกรรมอย่างน้อย 7 วัน และก่อนเข้ากลุ่มกิจกรรมต้องได้รับการตรวจคัดกรองด้วย ATK และผลต้องเป็นลบทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม อีกทั้งระยะเวลาในการดำเนินการทดลองต้องใช้ระยะเวลาถึง 4 สัปดาห์ ซึ่งทำให้กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยจะต้องพักรักษาในสถาบันฯ เป็นระยะเวลานานขึ้น อาจส่งผลให้ระยะเวลาการครองเตียงนานขึ้น และต้องได้รับความเห็นชอบจากแพทย์เจ้าของในการยินยอมให้ผู้ป่วยได้เข้ารับกิจกรรมกลุ่มบำบัดครบตามโปรแกรมก่อนการจำหน่ายทุกคน

8) ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

ในการนัดหมายวัน เวลา เพื่อประเมินติดตามหลังการทดลอง 1 สัปดาห์ โดยเฉพาะในในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID - 19) หากผู้ป่วยไม่สามารถเดินทางมาพบผู้วิจัยตามนัดหมายได้ อาจส่งผลให้จำนวนของกลุ่มตัวอย่างลดลง และส่งผลกระทบต่อการวิเคราะห์ข้อมูลได้

9) ข้อเสนอแนะ

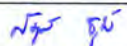
ควรนำโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องร่วมกับให้ครอบครัวและผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการฝึกกิจกรรมกระตุ้นการรู้คิดอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง และควรมีการติดตามประเมินผลหน้าที่ด้านการรู้คิดและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านความจำในระยะยาวต่อไป

10) การเผยแพร่(ถ้ามี)

- ☐ ผลงานแล้วเสร็จและเผยแพร่แล้ว ระบุแหล่งเผยแพร่
- ☐ ผลงานแล้วเสร็จแต่ยังไม่ได้เผยแพร่
- ☒ ผลงานยังไม่แล้วเสร็จ

11) การรับรองสัดส่วนของผลงาน ในส่วนที่ตนเองปฏิบัติและผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

ผู้สมัครเข้ารับการประเมินบุคคลมีส่วนร่วมในผลงานที่ขอรับการประเมิน ร้อยละ 85 และมีผู้มีส่วนร่วมในผลงาน ดังนี้

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	สัดส่วนมีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
1. นางสาวฤดี ชุมแก้ว	ร้อยละ 15	

ส่วนที่ 5 แบบเสนอข้อเสนอแนวคิดในการปรับปรุงหรือพัฒนางาน

ชื่อผู้สมัครเข้ารับการประเมินบุคคล นางสาวจินต์ ศรีทอง

ตำแหน่งที่ขอเข้ารับการประเมินบุคคล พยาบาลวิชาชีพ ด้าน (ถ้ามี) การพยาบาล

ระดับชำนาญการพิเศษ ตำแหน่งเลขที่ 1135, 1149, 1165 กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน

กลุ่มภารกิจการพยาบาล สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

กรมสุขภาพจิต

1) ชื่อผลงานเรื่อง ผลของโปรแกรมการดูแลตนเองแบบองค์รวมต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่อง

2) หลักการและเหตุผล

ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ที่มีความผิดปกติของบุคลิกภาพความคิด การรับรู้ มีพฤติกรรมการแสดงออกทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมกับเหตุการณ์ ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงด้านบุคลิกภาพ ขาดความเข้าใจต่อสภาพความเป็นจริง รวมทั้งสูญเสียความสัมพันธ์ทางสังคม เมื่อเป็นแล้วมักไม่หายขาด อาการแสดงของโรคจิตเภทแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้ (สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต, 2560) 1) กลุ่มอาการด้านบวก (Positive Symptoms) ได้แก่ ความคิดหลงผิด (Delusion) อาการประสาทหลอน (Hallucination) ความผิดปกติของการพูด (Disorganized Speech) ความผิดปกติของพฤติกรรม (Disorganized Behavior) 2) กลุ่มอาการด้านลบ (Negative Symptoms) ได้แก่ เฉยเมยไม่แสดงอารมณ์ (Affective Flattening) พูดน้อยหรือไม่พูด (Alogia) ไม่มีแรงจูงใจหรือเฉื่อยชาลง ภาวะไม่ยินดีในร้าย (Anhedonia) ไม่เข้าสังคม (Asociality) อาจจะค่อยเป็นค่อยไป และ 3) กลุ่มอาการด้านการรู้คิด (Cognitive Symptoms) เป็นกลุ่มอาการที่เกี่ยวข้องกับภาวะการรู้คิดบกพร่อง (Cognitive Impairment) และพบในผู้ป่วยจิตเภทได้ถึงร้อยละ 75 มักพบในช่วงหลังของการดำเนินโรค เป็นกลุ่มอาการที่ผู้ดูแลหรือผู้ที่อยู่ใกล้ชิดสามารถสังเกตเห็นได้ และเมื่อกลุ่มอาการเหล่านี้มีมากขึ้นโดยไม่ได้รับการส่งเสริมหรือพัฒนาจะก่อให้เกิดปัญหาต่อตนเองในการดำเนินชีวิตทั้งด้าน การงาน การเข้าสังคม การเรียนรู้ การดูแลตัวเองลดลง ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแย่ลง และเป็นภาระสำหรับผู้ดูแล (Mosiolek, et al., 2016)

การดำเนินโรคในผู้ป่วยจิตเภทแต่ละคนจะมีความแตกต่างกัน บางคนเป็นๆ หายๆ ในขณะที่บางคนเป็นเรื้อรัง สามารถแบ่งลักษณะการดำเนินโรค ออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้ 1) ระยะก่อนเริ่มอาการ (Prodromal Phase) ผู้ป่วยจะเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงแบบค่อยเป็นค่อยไป มักเป็นกลุ่มอาการด้านลบ และกลุ่มอาการด้านการรู้คิด 2) ระยะอาการกำเริบ (Active Phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการกำเริบมากขึ้นเรื่อยๆ มีอาการชัดเจน โดยอาการส่วนใหญ่จะเป็นกลุ่มอาการด้านบวก และ 3) ระยะอาการหลงเหลือ (Residual Phase) เป็นระยะที่อาการทางจิตสงบแต่ยังมีอาการทางจิตหลงเหลืออยู่แต่ไม่รุนแรง ส่วนมากจะพบอาการด้านลบ ทำให้การทำหน้าที่ของผู้ป่วยลดลง ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม แยกตัว ทักษะด้านการติดต่อสื่อสารทางสังคมจะลดลง และอาการด้านการรู้คิดจะปรากฏตามมา การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทส่งผลกระทบโดยตรงต่อผู้ป่วย ครอบครัว สังคม โดยเฉพาะผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่อง พบว่า มีความบกพร่องในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ที่ซับซ้อนเมื่อเทียบกับผู้ป่วยจิตเภทที่มีสุขภาพดี (Ahn, et al., 2009) และส่วนใหญ่มักมีคุณภาพชีวิตไม่ดี และมีโอกาสพัฒนาไปสู่ภาวะสมองเสื่อมภายใน 6 เดือนมากถึงร้อยละ 35 (Smith, et al., 2007) หากปล่อยให้ภาวะการรู้คิดบกพร่องดำเนินต่อไป ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองน้อยลงเท่าไร ความต้องการในการดูแลย่อมมาก นับได้ว่าเป็นภาระหนักมากสำหรับผู้ดูแล และอาจต้องให้การดูแลอย่างใกล้ชิดต่อเนื่องถึง 24 ชั่วโมงต่อวันก็ได้ ทำให้ผู้ดูแลอาจมีปัญหาด้านสุขภาพร่างกายและจิตใจตามมาได้ และยังผลกระทบโดยตรงทั้งด้านสังคมและเศรษฐกิจ

การดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเป็นสิ่งสำคัญอย่างมาก โดยเฉพาะการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การรับประทานยา การสังเกตอาการข้างเคียงของยา การสังเกตอาการเตือนก่อนอาการกำเริบ การจัดการกับอารมณ์ หรือการจัดการกับความเครียด ซึ่งเป็นปัจจัยพื้นฐานสำคัญ ในการดูแลตนเอง และรัฐบาลมีนโยบายในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่บ้านโดยมีพยาบาลติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามด้านอาการ การรับประทานยา แต่ด้วยข้อจำกัดด้านอัตราค่าจ้างของบุคลากรด้านสาธารณสุขทำให้การติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อดูแลผู้ป่วยอาจได้รับไม่ทั่วถึง ทำให้ผู้ป่วยบางรายขาดทักษะการดูแลตนเอง บางรายพักอาศัยอยู่คนเดียวขาดผู้ดูแล ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช จึงเห็นความสำคัญและนำแนวคิดการดูแลตนเองของโอเรม (Orem, 1995) มาพัฒนาเป็นโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่อง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมตามการป่วยของตนเอง ช่วยลดการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล สามารถดำเนินชีวิตอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีความสุข

3) บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

บทวิเคราะห์

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem (1995) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องของทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem ซึ่ง Orem (1995) กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมของบุคคลที่ตั้งใจกระทำด้วยตนเองอย่างตั้งใจและมีเป้าหมายเพื่อรักษาไว้ซึ่งภาวะสุขภาพและความผาสุกของตนเอง การดูแลตนเองของบุคคลนั้นขึ้นอยู่กับความสามารถในการดูแลตนเอง โดยบุคคลที่มีความสามารถในการดูแลตนเองสอดคล้องกับความต้องการในการดูแลตนเอง และสามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้ เช่นเดียวกับผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องจำเป็นต้องได้รับการเสริมสร้างความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อการดูแลตนเองที่เหมาะสมกับความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นอย่างเป็นองค์รวม ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติพฤติกรรมดูแลความเจ็บป่วยของตนเองได้ ส่งผลให้มีภาวะสุขภาพที่ดี และเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น และสามารถในชีวิตอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้อย่างมีความสุข

แนวความคิด

โปรแกรมการดูแลตนเองแบบองค์รวมสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่อง เป็นรูปแบบกิจกรรมบำบัดทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นจากทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem (1995) โดยมีเป้าหมายเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมดูแลตนเองที่ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกายและจิตสังคม รูปแบบกิจกรรมประกอบด้วย การประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การให้ความรู้ การฝึกทักษะ การปฏิบัติดูแลตนเองทั่วไป การดูแลตนเองตามพัฒนาการ และการดูแลตนเองเมื่อมีการเจ็บป่วย และเมื่อผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองและจัดการกับอารมณ์ตนเองได้ จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้น สามารถควบคุมอาการของโรคได้ และมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่นได้

ข้อเสนอ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasiexperimental research) ชนิดสองกลุ่ม วัดก่อน-หลัง การทดลอง และติดตามผล (two groups, pretestposttest and follow-up design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรค The 10th Edition of International Classification of Diseases (ICD-10) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกรวมตัวอย่างที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี และได้รับการประเมินทดสอบมรรตภาพสมองของไทย (TMSE) มีคะแนนมากกว่า 23 คะแนน ร่วมกับแบบประเมินภาวะพุทธิปัญญาฉบับภาษาไทย (MoCA-T) มีคะแนนน้อยกว่า 25 คะแนน และบวกเพิ่มอีก 1 คะแนนเมื่อมีการศึกษาน้อยกว่า 6 ปี มีการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าร่วมการศึกษาทดลอง (Inclusion Criteria) จำนวน 40 คนแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้หลัก บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย ระยะเวลาที่ป่วย โรคประจำตัวทางกาย และประวัติการใช้สารเสพติด

2) แบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง ผู้วิจัยใช้แบบประเมินของมยุรี กลับวงศ์ (2552) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองที่จำเป็นของ Orem (1995) ซึ่งครอบคลุมการดูแลตนเองที่จำเป็นทั่วไป การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ และการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีภาวะเจ็บป่วย จำนวน 19 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1 - 5 ได้แก่ ไม่ปฏิบัติเลย ปฏิบัตินานๆ ครั้ง ปฏิบัติปานกลาง ปฏิบัติบ่อยครั้ง และปฏิบัติเป็นประจำ การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีพฤติกรรมในระดับต่ำ (19 - 37 คะแนน) ในระดับปานกลาง (38-66 คะแนน) และในระดับสูง (67 - 95 คะแนน)

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่างคือ

1) แบบประเมินภาวะพุทธิปัญญาฉบับภาษาไทย (MoCA-T) สำหรับการคัดเลือกผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่อง มีคะแนนเต็ม 30 คะแนน ถ้าได้คะแนนน้อยกว่า 25 และบวกเพิ่มอีก 1 คะแนน เมื่อถูกทดสอบมีระดับการศึกษาน้อยกว่า 6 ปี แสดงว่ามีภาวะการรู้คิดบกพร่อง

2) แบบทดสอบสมรรถภาพสมองไทย (Thai Mental State Examination: TMSE) สำหรับคัดกรองภาวะสมองเสื่อมภายหลังประเมินว่าผู้ป่วยจิตเภทมีภาวะพุทธิปัญญาบกพร่อง แต่ไม่ได้มีภาวะสมองเสื่อม โดยต้องได้คะแนนมากกว่า 23 คะแนนจากคะแนนเต็ม 30 คะแนน

3) แบบประเมินอาการทางจิต (BPRS) ของ Overall and Gorham (1962) ที่แปลเป็นไทยโดยพันธุภา กิตติรัตนไพบูลย์ (2540) กลุ่มตัวอย่างต้องมีคะแนน BPRS น้อยกว่า 36 คะแนน ถือว่ามีอาการทางจิตสงบ

ส่วนที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการดูแลแบบองค์รวม ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem (1995) ประกอบด้วยกิจกรรมสัปดาห์ละ 3 ครั้งๆ ละ 60 นาที รวมจำนวน 6 ครั้ง การวิเคราะห์ข้อมูล

1) วิเคราะห์และเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

2) เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที โดยใช้สถิติ Dependent t-test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3) เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลตนเองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที โดยใช้สถิติ Independent t-test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ข้อจำกัด

ผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่อง และมีอาการทางจิตรุนแรงในช่วงแรกของการรับไว้รักษาในโรงพยาบาล ทำให้ต้องรอให้อาการทางจิตสงบ (BPRS $\leq$ 36 คะแนน) รวมถึงการประเมินคัดกรองภาวะการรู้คิดบกพร่องต้องอาศัยผู้ที่มีความรู้ ความชำนาญในการประเมิน และต้องแยกให้ได้ระหว่างภาวะการรู้คิดบกพร่องกับภาวะซึมเศร้าซึ่งอาจทำให้การแปลผลผิดพลาดได้ และต้องประสานส่งต่อข้อมูลให้หน่วยงานจิตเวชชุมชนเพื่อติดตามการดูแลตนเองที่บ้านต่อไป ผู้ป่วยในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจึงต้องผ่านความเห็นชอบจากแพทย์เจ้าของก่อนเข้ากิจกรรม ทั้งนี้เพื่อความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล

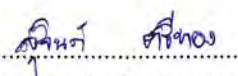
4) ผลที่คาดว่าจะได้รับ

เป็นแนวทางการบำบัดทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีการรู้คิดบกพร่องในการดูแลตนเอง ให้สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง เพื่อลดภาระพึ่งพาจากผู้ดูแล อีกทั้งการกระตุ้นการรู้คิดช่วยเพิ่มการหน้าที่ด้านการรู้คิดของสมองและช่วยชะลอการเสื่อมของเซลล์สมอง เมื่อผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ดี จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น และอยู่ร่วมกับครอบครัวได้อย่างมีความสุข

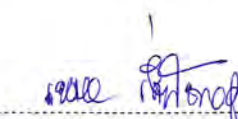
5) ตัวชี้วัดความสำเร็จ

- ร้อยละของผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องสามารถดูแลตนเองและดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชนได้มากกว่า 6 เดือน

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความที่แจ้งไว้ในแบบฟอร์มนี้ถูกต้องและเป็นจริงทุกประการ หากตรวจสอบภายหลังพบว่าข้อความดังกล่าวเป็นเท็จหรือไม่ถูกต้อง จะถือว่าหมดสิทธิ์การได้รับการคัดเลือกและหากได้รับการพิจารณาคัดเลือกแล้วจะถือเป็นโมฆะ และหากข้าพเจ้าได้รับการคัดเลือก ข้าพเจ้าพร้อมที่จะส่งผลงานเข้ารับการประเมินผลงานภายใน 9 เดือน นับจากวันที่ประกาศผลการคัดเลือก และอาจขอขยายเวลาการจัดส่งผลงานได้อีกไม่เกิน 6 เดือน รวมระยะเวลาทั้งสิ้น ไม่เกิน 1 ปี 3 เดือน เว้นแต่กรณีที่ข้าพเจ้าจะเกษียณอายุราชการในปีงบประมาณใด ข้าพเจ้าจะส่งผลงานเข้ารับการประเมินถึงกรมสุขภาพจิต ล่วงหน้าไม่น้อยกว่า 6 เดือน ในปีงบประมาณนั้น ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่สามารถจัดส่งผลงานได้ภายในระยะเวลาที่กำหนด ขอให้กรมสุขภาพจิตพิจารณาคัดเลือกบุคคลตามขั้นตอนต่อไป

(ลงชื่อ)..........ผู้สมัครเข้ารับการประเมินบุคคล
(นางสุจินต์ ศรีทอง)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
วันที่..... 26 พ.ค. 66

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).......... (ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล)
(นางเพลิน เสียงโขอยู่)
รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจพยาบาล
วันที่..... 26 พ.ค. 66

(ลงชื่อ).......... (ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป)
(นายแพทย์ศรุตพันธุ์ จักรพันธุ์ ณ อยุธยา)
ผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
วันที่..... 26 พ.ค. 66

หมายเหตุ คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อย 2 ระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีก 1 ระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรอง 1 ระดับได้