



การพัฒนาเครื่องมือประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

Development the functional ability assessment tool
for chronic schizophrenic

โดย

นายไพฑูรย์	สมุทรสินธุ์
นางสาวจุฬารัตน์	วิเรขะรัตน์
นางรสสุคนธ์	ชมชื่น
นางสาวสมศรี	กิตติพงศ์พิศาล

สนับสนุนโดย

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส)
สถาบันสร้างเสริมสุขภาพคนพิการ (สสพ)

บทสรุปผู้บริหาร

โครงการพัฒนาเครื่องมือประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

การวิจัยเรื่องการพัฒนาเครื่องมือประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง มีวัตถุประสงค์การวิจัย คือ พัฒนาแบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ 1) ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่ได้รับการรักษาตัว ณ หอผู้ป่วย ที่งานบำบัดระยะยาว โรงพยาบาลศรีธัญญา จำนวน 102 คน 2) ผู้ป่วยจิตเภทไม่เรื้อรังที่พักรักษาตัว ณ หอผู้ป่วย ที่แผนกผู้ป่วยในจำนวน 60 คน โดยผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มต้องมีค่าคะแนน BPRS ไม่เกิน 36 คะแนน สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ และไม่มีภาวะพิการทางกาย เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยการบูรณาการข้อมูลจากการสัมภาษณ์ญาติผู้ป่วย 20 คน การทำ focus group กับทีมสหวิชาชีพในงานบำบัดระยะยาว 9 คน รวมทั้งข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรม ได้เครื่องมือประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ ฉบับยกร่าง นำเครื่องมือประเมินฯ ฉบับยกร่าง ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 8 ท่านให้ความเห็น ข้อเสนอแนะ ตลอดจนให้นำนักคะแนนประจำรายข้อและรายด้าน แล้วปรับแก้ตามคำแนะนำ ผู้วิจัยฝึกผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชระดับหลังการพยาบาลขั้นพื้นฐาน และมีประสบการณ์ในการทำงานมากกว่า 10 ปี จำนวน 2 คน เป็นผู้ช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนกันยายน 2557

ผลการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ 1) ผลการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาผู้วิจัยใช้เกณฑ์ การเห็นด้วยของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 8 ท่าน ร้อยละ 80 ในการคัดเลือกข้อความทั้งคนด้านและคนข้อบรรจุไว้ในแบบประเมิน ซึ่งผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากคำตอบของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 8 ท่าน ร้อยละ 100 เห็นด้วยกับแบบประเมินคนด้านทุกด้าน ส่วนรายข้อ พบว่า ในแบบประเมินจำนวน 14 ข้อ ผู้ทรงคุณวุฒิ 8 คน เห็นด้วย ร้อยละ 100 ในข้อความทุกข้อของแบบประเมินด้านการดูแลตนเอง การทำหน้าที่ทางสังคม และการรับรู้ต่อการเจ็บป่วย ส่วนด้านการทำงาน ผู้ทรงคุณวุฒิ 8 คน เห็นด้วยร้อยละ 100 เฉพาะข้อ การเริ่มต้นทำงาน ความตั้งใจ และความรับผิดชอบ และเห็นด้วยร้อยละ 85.7 ในข้อปฏิสัมพันธ์กับเพื่อน ความเป็นอิสระในการทำงาน ทำงานตามขั้นตอน และความเรียบร้อยในการทำงาน 2) ผลการหาค่าความสอดคล้องภายในของแบบประเมินฯ โดยผู้เชี่ยวชาญ 1 คน ในการประเมินผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง 102 คน ด้วยวิธีการหาค่า Cronbach's Alpha โดยหาแยกกันในแต่ละด้าน ได้แก่ ความสามารถในการดูแลตนเองพื้นฐาน ความสามารถในการดูแลตนเองขั้นสูง การทำหน้าที่ทางสังคม ความสามารถในการทำงาน และการรับรู้ต่อการเจ็บป่วย พบว่า Cronbach's alpha ในแต่ละด้านมีค่าสูงคืออยู่ระหว่าง 0.800 ถึง 0.987 ซึ่งแสดงว่าคำถามข้อต่างๆ สอดคล้องกันดี แต่เมื่อพิจารณา

ข้อ พบว่า มีเพียงข้อความเดียว ที่มีค่า Corrected item-total correlation (r) ต่ำกว่า 0.600 คือข้อความร่วมมือในการรักษา ในด้านการรับรู้การเจ็บป่วยมีค่า 0.506 3) ผลการหาค่าเที่ยง ด้วยการทดสอบซ้ำ (Test-Retest Reliability) ในผู้ป่วยกลุ่มเดิมโดยผู้เชี่ยวชาญ 1 คน ระยะเวลาห่างกัน 1 สัปดาห์ นำคะแนนที่ได้ในด้านต่างๆ แล้วหาค่า Intraclass correlation coefficient (ICC) โดยกำหนดให้ค่า ICC มีค่าตั้งแต่ .600 ขึ้นไป ผลการวิเคราะห์พบว่า แบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ มีค่า ICC สูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด (.600) ทุกด้าน โดยด้านความสามารถในการดูแลตนเองขั้นพื้นฐานและขั้นก้าวหน้า การทำหน้าที่ทางสังคม ความสามารถในการทำงาน และการรับรู้ต่อการเจ็บป่วย มีค่า ICC เท่ากับ .996 ,1.000 ,1.000,1.000 และ 1.000 ตามลำดับ ฯ 4) การหาค่าเที่ยงระหว่างผู้ประเมิน (Inter-rater reliability) โดยผู้ประเมิน 3 คน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญ และผู้ช่วยวิจัย 2 คน ในผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มเดียวกัน 102 คน โดยทำการประเมิน ณ เวลาเดียวกัน พบว่า มีค่า ICC สูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด (.600) ทุกด้าน โดยความสามารถในการดูแลตนเองขั้นพื้นฐานและขั้นก้าวหน้า การทำหน้าที่ทางสังคม ความสามารถในการทำงาน และการรับรู้ต่อการเจ็บป่วย โดยมีค่า ICC เท่ากับ 0.963, 0.948, 0.925, 0.972 และ 0.985 ตามลำดับ 5. การหาค่าอำนาจจำแนก (Discriminating validity) ด้วยวิธี Known-Group Technique ประเมินโดยผู้ช่วยวิจัย 2 คน ในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทไม่เรื้อรัง 60 คน และกลุ่มคะแนนผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่ทำการประเมินไปแล้ว(เป็นการสุ่มอย่างง่าย) 60 คน นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ด้วยค่า 2-sample t-test ผลการวิเคราะห์พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทไม่เรื้อรังและผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง มีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทำหน้าที่รายด้านทุกด้านแตกต่างกัน ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 โดย ผู้จิตเภทไม่เรื้อรัง มีคะแนนเฉลี่ย การดูแลตนเองขั้นพื้นฐาน การดูแลตนเองขั้นก้าวหน้า การทำหน้าที่ทางสังคม ความสามารถในการทำงาน และการรับรู้การเจ็บป่วย (คะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 15.6, 5.6, 5.9, 20.1, และ 10.2 ตามลำดับ) สูงกว่าผู้ป่วยจิตเภทไม่เรื้อรัง (คะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 14.4, 5.0, 5.0, 16.5 และ 8.6 ตามลำดับ) ซึ่งหมายความว่าแบบประเมินฉบับนี้สามารถใช้แยกผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังและไม่เรื้อรังออกจากกันได้

ผลการวิเคราะห์ดังกล่าวบ่งชี้ได้ว่าเครื่องมือประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ฉบับนี้มีคุณภาพเพียงพอที่จะนำไปใช้ประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท เพื่อใช้ประเมินความก้าวหน้าของผลลัพธ์การให้บริการ และผลจากการประเมินและการจัดระดับตามตัวคุณและเกณฑ์การจัดระดับ พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังจำนวน 102 คน ในงานบำบัดระยะยาวของโรงพยาบาลมีความสามารถในการทำหน้าที่โดยรวมอยู่ในระดับ 4 ร้อยละ 49.0 รองลงมาอยู่ในระดับ 3 ร้อยละ 42.2 ส่วนน้อยร้อยละ 8.8 ที่มีความสามารถในระดับ 2 และไม่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังคนใดมีความสามารถในระดับ 1 ส่วนความสามารถรายด้านพบว่า ด้านการดูแลตนเอง ด้านการหน้าที่ทางสังคม ด้านความสามารถในการทำงาน ด้านการรับรู้การเจ็บป่วย มีความสามารถในระดับ 3 ,3 ,3 และ 4 ตามลำดับ

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1. แบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังในครั้งนี้ ยังคงมีจุดอ่อนอยู่ตรงที่เป็นการทดลองใช้เฉพาะผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลเท่านั้น และเป็นเพียงโรงพยาบาลเดียวคือ โรงพยาบาลศรีธัญญา ซึ่งมีผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังตกค้างอยู่ในโรงพยาบาลมากที่สุด ถึง 174 คน และมีความจำเป็นที่จะใช้เครื่องมือชุดนี้มากที่สุด เพื่อที่จะใช้วัดผลลัพธ์ของการให้บริการ อย่างไรก็ดี เพื่อให้เครื่องมือนี้มีประสิทธิภาพมากที่สุด ควรได้มีการนำไปทดสอบคุณภาพของเครื่องมือในโรงพยาบาลอื่น ๆ ที่มีบริบทแตกต่างกัน

2. จากการทดสอบค่าอำนาจจำแนก ในการแยกผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังและจิตเภทไม่เรื้อรังออกจากกันพบว่า เครื่องมือประเมินฉบับนี้แยกได้ และสามารถจัดระดับความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทไม่เรื้อรังได้เช่นเดียวกัน จึงควรที่จะขยายผลนำไปใช้กับผู้ป่วยจิตเภททั้ง โรงพยาบาล ผลของการประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วย จะทำให้เกิดการต่อยอดในการพัฒนารูปแบบการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ผู้ป่วยจิตเภทอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพได้

3. แบบประเมินความสามารถฉบับนี้พัฒนาขึ้นเพื่อประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่พักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลเท่านั้น หากจะนำไปใช้ในชุมชน ควรได้มีการปรับปรุงและพัฒนาข้อความที่ระบุในแบบประเมินใหม่ โดยเฉพาะในส่วนของการทำหน้าที่ทางสังคม โดยยึดเครื่องมือฉบับนี้เป็นพื้นฐานในการพัฒนา มีการสัมภาษณ์ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยในชุมชนเพิ่มเติม เช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ผู้นำชุมชน เป็นต้น และนำไปทดลองใช้ในชุมชนเพื่อตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้วย

4. ควรมีการขยายผลการประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท ไปยังผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มอื่น ๆ ด้วย ทั้งนี้ต้องมีการปรับและพัฒนาเนื้อหาสาระให้มีความเป็นกลางในการวัดและการประเมิน และตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้วยเช่นกัน

5. ควรมีการต่อยอดผลการวิจัย กล่าวคือ เมื่อทราบปัญหาในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทแล้ว ควรพัฒนารูปแบบการให้บริการ ทั้งในลักษณะพัฒนาโปรแกรมเพื่อการฟื้นฟู หรือการให้คำปรึกษา หรือโปรแกรมการเรียนรู้เพื่อให้เกิดการยอมรับการเจ็บป่วย พัฒนาโปรแกรมการสื่อสารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง หรือโปรแกรมสนับสนุนการเพื่อสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่นให้กับผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง เป็นต้น นอกจากนี้ควรจะมีการพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพให้กับผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่มีความสามารถในการทำหน้าที่ทั้ง 4 ระดับด้วย เพื่อให้ความสามารถในระดับนี้ไว้นานที่สุด ตลอดจนสามารถให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ดูแลและส่งเสริมผู้ป่วยกลุ่มที่มีความสามารถในระดับต่ำกว่าได้ด้วย เช่น การนำกิจกรรมจิตอาสามาใช้กับผู้ป่วย เป็นต้น

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. ด้วยคุณภาพของเครื่องมือประเมินฉบับนี้ จึงควรที่จะได้นำไปเป็นเครื่องมือหนึ่งในการวัดผลลัพธ์การให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทของโรงพยาบาล เนื่องจากยังไม่มีเครื่องมือที่ใช้วัดผลลัพธ์การให้บริการโดยเฉพาะที่สอดคล้องกับลักษณะของผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นคนไทย อย่างไรก็ตามเครื่องมือฉบับนี้เป็นเพียงต้นแบบ ที่นำไปสู่การพัฒนาให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้นต่อไป

2. หากได้มีการพัฒนาเครื่องมือประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเวช ที่เป็นมาตรฐานกลางสามารถใช้ได้ทุกกลุ่มโรค ควรมีการประกาศใช้และใช้เป็นตัวชี้วัดหนึ่งที่บ่งชี้ถึงคุณภาพการให้บริการของสถานบริการ ตลอดจนการพัฒนาสมรรถนะบุคลากรในการใช้เครื่องมือประเมินฯ และการพัฒนารูปแบบบริการคุณภาพบริการตามผลลัพธ์ที่ได้จากเครื่องมือประเมินฯ

3. เนื่องจากหน่วยงานในสถานบริการพยาบาลของรัฐทุกแห่งมักมีปัญหาในการขาดแคลนบุคลากร และงบประมาณ ในส่วนของการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช ควรที่จะได้นำระดับความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการพัฒนาต่อยอดจากเครื่องมือฉบับนี้ เป็นแนวทางในการจัดสรรทรัพยากรที่ใช้ในการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพต่อไป

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เพื่อพัฒนาเครื่องมือประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง 102 คนและผู้ป่วยจิตเภทไม่เรื้อรัง 60 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมี 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การดูแลตนเอง การทำหน้าที่ทางสังคม ความสามารถในการทำงาน และการรับรู้การเจ็บป่วย โดยมีพยาบาลจิตเวชที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง 30 ปีเป็น gold standard วิเคราะห์ความเชื่อมั่นด้วยการหาค่า 1) ความสอดคล้องภายในด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค 2) ความเที่ยงด้วยวิธี Test-retest reliability และ 3) ความเที่ยงระหว่างผู้ประเมินด้วยวิธี Inter-rater reliability และ 4) ค่าอำนาจจำแนกด้วยวิธี Known-group technique ด้วยสถิติ 2-sample t-test

ผลการวิจัย พบว่าแบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ได้แก่ การดูแลตนเองขั้นพื้นฐาน การดูแลตนเองขั้นก้าวหน้า การทำหน้าที่ทางสังคม ความสามารถในการทำงาน และการรับรู้การเจ็บป่วย มีคุณภาพที่สำคัญ ดังนี้

1) ค่าความสอดคล้องภายในสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค พบว่า มีค่าเท่ากับ 0.959, 0.800, 0.908, 0.987 และ 0.813 ตามลำดับ

2) ค่าความเที่ยงด้วยวิธี Test-retest reliability พบว่า มีค่า ICC เท่ากับ .996 ,1.000 ,1.000,1.000 และ 1.000 ตามลำดับ

3) ความเที่ยงระหว่างผู้ประเมินด้วยวิธี Inter-rater reliability มีค่า ICC เท่ากับ 0.963, 0.948, 0.925, 0.972 และ 0.985 ตามลำดับ

4) ค่าอำนาจจำแนก พบว่าผู้ป่วยจิตเภทไม่เรื้อรังและผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง มีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทำหน้าที่ การดูแลตนเองขั้นพื้นฐาน การดูแลตนเองขั้นก้าวหน้า การทำหน้าที่ทางสังคม ความสามารถในการทำงาน และการรับรู้การเจ็บป่วย แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

Abstract

This research is to develop a functional ability assessment (FAA) for people with chronic schizophrenic. The samples were 120 chronic schizophrenic and 60 non- chronic schizophrenic. The instrument used in this study was the functional ability assessment (FAA) comprised of 4 element : self-care ,social function, work ability and insight to illness. Thirty years experience in chronic schizophrenic rehabilitation psychiatric nurse was gold standard.Statistic analysis was done in 1) internal consistency with cronbach alpha 2) test-retest reliability with Intraclass correlation coefficient (ICC) 3) inter rater reliability with Intraclass correlation coefficient (ICC) 4) discrimination by known group technique with 2 sample t-test (p.05)

Results:

The psychometric property of 4 elememts were described respectively : basic self-care, advance self-care , social function, work ability and insight to illness perception

1) alpha coefficient was 0.959, 0.800, 0.908, 0.987 and 0.813

2) test-retest reliability (ICC) were 0.966,1.000, 1.000, 1.000 and 1.000

3) inter rater reliability (ICC) were 0.963, 0.948,0.925, 0.927 and 0.985

4) discrimination : mean score in chronic schizophrenic group was significantly difference from non-chronic schizophrenic.

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้ได้รับความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 8 ท่าน ตลอดจนที่ปรึกษาทั้ง 3 ท่าน ที่ได้กรุณาให้ข้อคิดเห็น เสนอแนะอย่างต่อเนื่อง จนกระทั่งเป็นรายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์นี้

ขอขอบคุณสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข(สวรส) สถาบันสร้างเสริมสุขภาพคนพิการ(สสพ) ที่ได้สนับสนุนงบประมาณทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงลงได้ด้วยดี

ท้ายนี้ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าเครื่องมือประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังฉบับนี้จะมีประโยชน์ต่อการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ผู้ป่วยจิตเภท

ไพฑูรย์ สมุทรสินธุ์
จุฬารัตน์ วิริยะรัตน์
รสสุคนธ์ ชมชื่น
สมศรี กิตติพงศ์พิศาล

สารบัญ

	หน้า
บทสรุปสำหรับผู้บริหาร	ก
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ	ฉ
สารบัญ	ช
สารบัญตาราง	ณ
สารบัญภาพ	ญ
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	4
ขอบเขตการวิจัย	4
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย	4
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	5
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม	
ผู้ป่วยจิตเภท ผลกระทบการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทเรื้อรัง	6
การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเภท	8
องค์ประกอบของความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท	9
ปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความสามารถในการทำหน้าที่บกพร่อง	12
การพัฒนาเครื่องมือประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง	13
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	
ประชากร/กลุ่มตัวอย่าง/คุณสมบัติตัวอย่างประชากร	24
ผู้เชี่ยวชาญ/ผู้ช่วยวิจัย	25
การสร้างเครื่องมือ	25

- ขั้นตอนที่ 1	25
- ขั้นตอนที่ 2	25
- ขั้นตอนที่ 3	26
- ขั้นตอนที่ 4	27
- ขั้นตอนที่ 5	30
- ขั้นตอนที่ 6	31
การรวบรวมข้อมูล	34
การวิเคราะห์ข้อมูล	35
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	36
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและอภิปรายผล	53
สรุปผลการวิจัย	54
อภิปรายผล	57
ข้อเสนอแนะ	63
เอกสารอ้างอิง	65
ภาคผนวก	65
แบบประเมิน BPRS	72
แบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่	74
คู่มือประเมินความสามารถในการทำหน้าที่	82
ผู้ทรงคุณวุฒิ	96
ผู้เชี่ยวชาญ	97

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวน ร้อยละ ลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง	42
2	จำนวน ร้อยละของการเห็นด้วยกับข้อความที่ระบุไว้ในแบบประเมินทั้งรายด้าน และรายชื่อจากผู้ทรงคุณวุฒิ 8 คน	43
3	ค่า Cronbach's Alpha ของแบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่รายด้าน	45
4	ผลการทดสอบความเที่ยง ด้วยการทดสอบซ้ำ (Test-retest reliability) โดยผู้เชี่ยวชาญ 1 คน ในผู้ป่วยกลุ่มเดิม 102 คน ระยะเวลาห่างกัน 1 สัปดาห์	46
5	ผลการทดสอบความเที่ยงระหว่างผู้ประเมิน (Inter-rater reliability) ของผู้ประเมิน 3 คน ในผู้ป่วย 102 คน	47
6	ผลการทดสอบค่าอำนาจจำแนก (Discrimination) ระหว่างผู้ป่วยจิตเภทไม่เรื้อรัง และจิตเภทเรื้อรัง	48
7	จำนวนร้อยละของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังจำแนกตามระดับความสามารถในการทำหน้าที่	50
8	ผลการจำแนกความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทไม่เรื้อรังและผู้ป่วยจิต เภทเรื้อรังที่เป็นตัวอย่างประชากร	52
9	การให้น้ำหนักคะแนนประจำข้อความของผู้ทรงคุณวุฒิ 8 คน	71

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1 A model of the disablement process (Verbugge and Jette 1994)	13

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นโรคจิตชนิดหนึ่งซึ่งมีความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม เป็นลักษณะสำคัญ โดยผู้ป่วยมีความรู้สึกตัวและไม่มีโรคทางกาย แต่การหยั่งรู้เสียไป ผู้ป่วยจิตเภทโดยมาก เมื่อเป็นแล้วมักไม่หายขาด อาการมีลักษณะเรื้อรัง การดำเนินโรคแบบค่อยเป็นค่อยไป ไม่หายขาด อาการป่วยจะกำเริบเป็นช่วง ๆ โดยมีอาการหลงเหลืออยู่บ้างในระหว่างนั้น ผู้ป่วยร้อยละ 50-70 จะมีอาการป่วยซ้ำได้อีกหลังจากการรักษาภายใน 1 ปี¹ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยจิตเภทยังเป็นเรื้อรังนานเท่าใดก็ยิ่งปรากฏภาวะบกพร่องการรู้คิดทางปัญญา (cognitive function) มากเท่านั้น รวมทั้งมีความเสื่อมในทักษะความสามารถในการดูแลตนเองเกือบทุกด้าน² ถ้าป่วยซ้ำบ่อย ๆ มีโอกาสที่จะมีพยาธิสภาพที่ถาวรมากขึ้น³ มีการศึกษาพบว่า ระยะเวลาของการดำเนินโรคที่ยาวนานทำให้เกิดความเสื่อมถอยด้านบุคลิกภาพ และการทำหน้าที่ต่าง ๆ ของร่างกายลดลงเรื่อย ๆ⁴ ผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นผู้ด้อยสมรรถภาพ ไม่สามารถปรับตัวเข้ากับสังคม สัมพันธภาพระหว่างบุคคลเสียไป มีความสัมพันธ์กับผู้อื่นน้อยลง ทำให้สูญเสียบทบาทหน้าที่ทางสังคม⁵ และยากต่อการแก้ไขในการเพิ่มทักษะการใช้ชีวิตในสังคม การเรียน การประกอบอาชีพและการพัฒนาตนเองในมิติต่าง ๆ ให้กลับมาปกติ ทำให้เกิดผลกระทบต่องตัวผู้ป่วย ครอบครัว สังคมและเศรษฐกิจซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุขทั่วโลก⁶

ปัญหาดังกล่าวข้างต้น มีสาเหตุ 3 ประการ คือ 1) ลักษณะของโรคที่มีอาการกำเริบซ้ำเป็นช่วง ๆ แม้จะได้รับการรักษาอย่างไรก็ตาม ยิ่งกลับเป็นซ้ำบ่อยครั้งยิ่งมีอาการหลงเหลือ (Residual Phase) มากขึ้น ยาที่ใช้รักษาอาการทางจิตสามารถควบคุมอาการทางบวก(Positive Symptom) เช่น อาการหลงผิด เห็นภาพหลอน แต่ไม่สามารถรักษาอาการทางลบ (Negative Symptom) ได้แก่ แยกตัวเองออกจากสังคม(social withdrawal) การทำกิจกรรมลดลงหรือช้ากว่าปกติ(underactivity and slowness) ขาดความสนใจหรือขาดการสื่อสารที่ดี (Lack of conversation or interest) มีความคิดหรือพฤติกรรมที่ผิดปกติ (odd ideas or behavior) เนินเฉย ละเอียด ไม่สนใจ ในสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น (neglect of appearance) 2) ผู้ป่วยไม่ได้รับการเรียนรู้ในทักษะการดำเนินชีวิตประจำวัน ขาดการกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อมทำให้ไม่ได้ใช้ทักษะนั้น ๆ ติดต่อกันเป็นระยะเวลายาวนาน เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านทำให้ไม่สามารถใช้ชีวิตร่วมกับสมาชิกคนอื่นในครอบครัวได้⁷ และ3)ทัศนคติและความคาดหวังของญาติ โดยเฉพาะความรู้สึกของญาติในแง่ลบที่ต้องดูแลผู้ป่วยเป็นการ

รับภาระหนักในระยะยาว⁸ เนื่องจากผู้ป่วยขาดทักษะในการดูแลตนเอง มีทักษะทางสังคมไม่เหมาะสมและไม่มีรายได้ในการประกอบอาชีพ รวมทั้งญาติขาดความรู้เรื่องการใช้ชีวิตร่วมกับผู้ป่วย ทำให้ภาวะความบกพร่องของผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น และกลายเป็นผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังไปในที่สุด จนเป็นผลให้ญาติปฏิเสธที่จะรับผู้ป่วยกลับบ้าน และทิ้งผู้ป่วยไว้กับโรงพยาบาล เฉพาะโรงพยาบาลศรีธัญญามีผู้ป่วยที่ญาติทอดทิ้งไว้กับโรงพยาบาลจำนวน 174 คน (สำรวจ ณ วันที่ 3 ตุลาคม 2557)

การบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังให้ได้ผลดีต้องใช้วิธีบำบัดโดยการผสมผสานระหว่างการรักษาด้วยยาต้านอาการทางจิต (Antipsychotic Drugs) และการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช (Psychiatric Rehabilitation) ซึ่งยาต้านโรคจิตไม่สามารถพัฒนาความสามารถเชิงพฤติกรรมในด้านต่าง ๆ ของผู้ป่วยได้ อย่างไรก็ตามเป้าหมายของการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชนั้นมุ่งเน้นที่ การปรับฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม อารมณ์ และคงสภาพที่เหลืออยู่ให้สามารถใช้ศักยภาพของตนเองที่มีอยู่ให้มากที่สุด หรือลดความบกพร่อง/พิการให้หลงเหลือน้อยที่สุดหรือหมดไป โดยมีเป้าหมายเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถทำหน้าที่ทางสังคมได้เป็นปกติและสามารถพึ่งตนเองได้มากที่สุด⁹ สถานพยาบาลและบำบัดรักษาผู้ป่วยทางจิตเวชทุกแห่งจึงได้มีความพยายามในการพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อพัฒนาผู้ป่วยให้สามารถดูแลตนเองได้ในเบื้องต้น และพัฒนาไปสู่ทักษะทางสังคมจนสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ด้วยตนเอง โดยมีกิจกรรมในการฟื้นฟูสมรรถภาพที่หลากหลาย เช่น กลุ่มฝึกทักษะการดูแลตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ในกิจวัตรประจำวัน กลุ่มฝึกทักษะทางสังคม เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถติดต่อสื่อสารหรือมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นในทางบวก กลุ่มฝึกทักษะการทำงานพื้นฐานตลอดจนกลุ่มฝึกอาชีพเพื่อให้ผู้ป่วยได้มีทักษะเบื้องต้นในการประกอบอาชีพ กลุ่มนันทนาการเพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกสนุกสนาน ผ่อนคลายและมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับผู้อื่นมากขึ้น เป็นต้น

อย่างไรก็ดีการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชจำเป็นต้องมีการประเมินผู้ป่วย จะทำให้ทราบว่าผู้ป่วยบกพร่องทักษะใด จากนั้นวางแผนในการฝึกทักษะและฝึกอย่างต่อเนื่องจนเกิดการเรียนรู้และได้มาซึ่งทักษะที่ต้องการ จึงอาจกล่าวได้ว่า การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชอย่างเป็นระบบจะสร้างความเข้มแข็งให้กับผู้ป่วยในการที่จะมีชีวิตที่อิสระและสามารถดูแลตนเองได้ คุณค่าของการบำบัดรักษาจึงไม่ได้อยู่เพียงแต่ผลต่ออาการแต่อยู่ที่ความสามารถในการช่วยให้ผู้ป่วยช่วยตนเองและพัฒนาศักยภาพที่มีอยู่ ให้โอกาสเลือกและคงไว้ซึ่งความรู้สึกมีคุณค่า¹⁰ และมีทักษะที่จำเป็นในการดำรงชีวิต เมื่อต้องกลับเข้าสู่ครอบครัว สังคม และชุมชนเดิมของผู้ป่วยต่อไป ทั้งนี้ความสำเร็จของดำเนินงานดังกล่าวขึ้นอยู่กับกระบวนการประเมินผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพเป็นอันดับแรกและการวัดผลหลังการฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นอันดับรอง ซึ่งการวิจัยครั้งนี้เรียกว่าการประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ (functional ability assessment) โดยเห็นว่าถ้าผู้ป่วยสามารถทำหน้าที่ที่จำเป็นในการดำรงชีวิตภายใต้การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทได้ผู้ป่วยก็จะมีคุณภาพชีวิตที่ดี ดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุขตามอัตภาพ

การประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในงานวิจัยครั้งนี้หมายถึงผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง โดยมุ่งหวังผลการประเมินจะนำไปสู่การวางแผนและให้บริการที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย โดยเริ่มต้นที่ปัญหาที่พบในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ดังที่ได้กล่าวไว้แล้วข้างต้นว่า อาการทางลบเป็นอาการสำคัญในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง และมีอิทธิพลต่อการทำหน้าที่ทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภท¹¹ เช่นเดียวกันกับที่บางการศึกษาพบว่า อาการด้านลบ(Negative symptom) ขาดแรงจูงใจทางสังคม ซึ่งมีผลทำให้เกิดความบกพร่อง ด้านความคิด (Cognitive impairment) ด้านการทำหน้าที่ทางสังคม (Social

functioning) ส่งผลถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย^{9,12} ซึ่งเป็นผลมาจากความบกพร่อง ความสามารถในการดูแลตนเองในการทำกิจวัตรประจำวัน ความสามารถในการทำงาน การมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น และการปฏิบัติตามแผนการรักษา^{13,14,15} เป็นต้น นอกจากนี้ยังพบว่า อีกปัญหาหนึ่งที่พบในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังคือการปฏิเสธการเจ็บป่วยทางจิตของตนเอง โดยร้อยละ 50-80 ไม่เชื่อว่าตนเองป่วยเป็นโรคจิตเภท¹⁶ ไม่รับรู้ถึงพฤติกรรมที่บุคคลอื่นมองว่าตนเองแปลกประหลาด โดยทัศนคติในข้อนี้จึงเป็นผลถูกเลือกปฏิบัติหรือถูกตีตรา (stigma) ว่าเป็นบุคคลไร้ความสามารถ¹⁷ และไม่รับผู้ป่วยเข้าทำงาน จากข้อมูลเหล่านี้ผู้วิจัยจึงได้กำหนดมิติการประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยไว้ 4 ด้านคือ 1) การดูแลตนเอง(Self-care) 2) การทำหน้าที่ทางสังคม (Social function) 3) ความสามารถในการทำงาน (work ability) 4) การรับรู้การเจ็บป่วย(Insight to illness) โดยเชื่อว่าความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภททั้ง 4 ด้านเพียงพอต่อผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังในการดำเนินชีวิตประจำวันอย่างปกติสุข

การทบทวนเครื่องมือที่ใช้ประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังในประเทศไทย พบว่าไม่มีเครื่องมือใดที่สามารถใช้ประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ครอบคลุมทั้ง 4 มิติ ที่พบว่ามีการใช้บ่อย เช่น

การประเมินการดูแลตนเองในกิจวัตรประจำวัน พบว่ามีการใช้ Barthel Activity of Daily Living (ADL) ของ Barthel and Mahoney¹⁸ ใช้ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 10 กิจกรรม คือ การรับประทานอาหาร การแต่งตัว การเคลื่อนย้าย การใช้ห้องสุขา การเคลื่อนที่ การสวมใส่เสื้อผ้า การขึ้นลงบันได การอาบน้ำ การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ โดยมีเกณฑ์ประเมินและการให้คะแนนที่แตกต่างกันในแต่ละกิจกรรม ตั้งแต่ไม่สามารถปฏิบัติได้ถึงสามารถปฏิบัติได้เอง เป็นเกณฑ์ประเมินที่ค่อนข้างกว้างและไม่ชี้นำไปสู่การพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยอย่างแท้จริง

การประเมินทักษะทางสังคมไม่พบที่มีการแปลเครื่องมือต่างประเทศมาใช้ แต่จะมีการใช้แบบการประเมินทักษะทางสังคมฉบับสั้น 5 ข้อที่พัฒนาโดยกรมสุขภาพจิต¹⁹ ประกอบด้วยคำถาม 5 ข้อ คือ ทักษะการสร้างสัมพันธภาพ ทักษะการสื่อสารบอกความต้องการ ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการปฏิเสธและทักษะการจัดการกับอารมณ์และความเครียด ระดับคะแนน 1-3 คะแนน คะแนนที่เป็นไปได้สูงสุด 15 คะแนน ต่ำสุด 5 คะแนน ผู้วิจัยเห็นว่าทักษะสังคมของกรมสุขภาพจิต ส่วนที่เป็นเนื้อหาทักษะการสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพนั้นไม่ชัดเจนและไม่สอดคล้องกับลักษณะทักษะสังคมของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่กำหนดในงานวิจัยครั้งนี้

ส่วนทักษะการทำงานที่พบใช้แบบประเมิน The Comprehensive Occupational Therapy Evaluation Scale (COTE Scale) ซึ่งพัฒนาโดย Karen R. Kunz และ Sara K. Brayman ในปีค.ศ.1975 แปลและเรียบเรียงโดยเทียม ศรีคำจักร พรเพ็ญ ศิริสัตยะวงศ์ และวาริทินันท์ เมธากัทร ในปี 2544¹⁹ สำหรับนักกิจกรรมบำบัดใช้ในการประเมินความบกพร่องทางความสามารถในการประกอบกิจกรรมของบุคคลที่แสดงออกทางพฤติกรรมที่สังเกตได้ 3 องค์ประกอบคือ 1) องค์ประกอบด้านพฤติกรรมทั่วไป ได้แก่ ลักษณะภายนอก พฤติกรรมที่ไร้จุดหมาย ระดับการทำงาน การแสดงความรู้สึก ความรับผิดชอบ ความตรงต่อเวลา หรือความใส่ใจ การรับรู้ความเป็นจริง และความคิดรวบยอด 2) องค์ประกอบด้านพฤติกรรมความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ได้แก่ ความเป็นอิสระ ความร่วมมือ การรักษาสีที การเข้าสังคม การเรียกร้อง

ความสนใจ และการไม่เป็นที่ยอมรับของผู้อื่น 3) องค์ประกอบด้านพฤติกรรมการทำงาน ได้แก่ การร่วมกิจกรรม สมาธิหรือความตั้งใจ สหสัมพันธ์ การทำงานตามขั้นตอน ความละเอียดรอบคอบในการทำงาน การแก้ปัญหา การจัดระเบียบ ความซื่อสัตย์ การเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ความสนใจในงานหรือกิจกรรม ความสนใจในผลสำเร็จของงาน การตัดสินใจ การอดทนต่อความคับข้องใจ ซึ่งมีการให้คะแนนระดับพฤติกรรมระหว่างการประกอบกิจกรรมใน rating scale 5 ระดับ คือ ปกติ บกพร่องเล็กน้อย บกพร่องปานกลาง บกพร่องมาก บกพร่องรุนแรง ซึ่งค่อนข้างยากและเป็นลักษณะวิชาชีพเฉพาะไม่สามารถนำมาใช้ได้โดยทั่วไป

สุดท้ายแบบประเมินการรับรู้การทางจิต Insight Rating Scale พัฒนาโดย David (1990) ที่โรงพยาบาลศรีธัญญานำมาใช้ประเมินผู้ป่วยก่อนและหลังเข้ารับการบำบัดด้วยโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบ SARA Model ซึ่งยากต่อการใช้ มีเพียงจิตแพทย์เท่านั้นที่เป็นผู้ใช้

ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนาแบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง โดยบูรณาการ การประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง การทำหน้าที่ทางสังคม การทำงาน และการรับรู้การเจ็บป่วย เข้าไว้เป็นเครื่องมือชุดเดียวกัน ให้สะดวกและง่ายต่อการใช้งาน โดยคาดหวังว่าเครื่องมือนี้จะสามารถวัดความสามารถดังกล่าวของผู้ป่วยได้จริง และนำไปสู่การวางแผนให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยได้ตรงกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อพัฒนาเครื่องมือประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

ขอบเขตการวิจัย

ศึกษาเฉพาะโรงพยาบาลศรีธัญญา

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคตามเกณฑ์ของ DSM-IV หรือ ICD-10 ว่าเป็นโรคจิตเภท ระยะเวลาของการเจ็บป่วยมากกว่า 2 ปี หรือผู้ป่วยที่รักษาอยู่ในโรงพยาบาลนาน 6 เดือน 1 ครั้ง ในรอบ 5 ปี หรือเข้ารับการรักษาลึกในโรงพยาบาลมากกว่าหรือเท่ากับ 2 ครั้งในรอบ 1 ปี

เครื่องมือประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง หมายถึง เครื่องมือที่ใช้วัดความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท ใน 4 มิติ ได้แก่ 1) การดูแลตนเอง 2) การทำหน้าที่ทางสังคม 3) ความสามารถในการทำงาน 4) การรับรู้การเจ็บป่วย

การดูแลตนเอง (self-care) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมต่างๆในชีวิตประจำวัน ที่จัดเป็น การดูแลตนเองที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภท เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อสุขภาพและความผาสุกในการดำรงชีวิตตามความสามารถของผู้ป่วยแต่ละราย โดยแบ่งการดูแลตนเองออกเป็น 2 ระดับ คือ

1. ระดับพื้นฐาน (Basic) ประกอบด้วยการดูแลตนเองใน 5 กิจกรรม ได้แก่ 1) การรับประทานอาหารและน้ำ 2) การนอนหลับ 3) การรักษาความสะอาดร่างกาย 4) การขับถ่าย 5) การออกกำลังกาย
2. ระดับก้าวหน้า (Advance) ประกอบด้วยกิจกรรมการดูแลตนเองใน 2 กิจกรรม ได้แก่ การเดินทาง และการจัดการทางการเงิน

การทำหน้าที่ทางสังคม (social function) หมายถึง ความสามารถของผู้ป่วยจิตเภทในการแสดงบทบาททางสังคมอย่างเหมาะสม และมีการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ ประกอบด้วย การติดต่อสื่อสาร และการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

ความสามารถในการทำงาน (work ability) หมายถึง ความสามารถของผู้ป่วยในการกระทำหรือรับผิดชอบทำบางสิ่งบางอย่างให้แก่ผู้อื่นทั้งโดยได้รับค่าจ้างและไม่ได้รับค่าตอบแทน มุ่งเน้นใน 7 พฤติกรรมทำงาน ได้แก่ 1) การเริ่มต้นทำงาน (Engagement) 2) สมาธิหรือความตั้งใจในการทำงาน (Attention) 3) ปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงานร่วมกัน (Interaction) 4) ความเป็นอิสระในการทำงาน (Independence) 5) การทำงานตามขั้นตอน (Follow Direction) 6) ความละเอียดเรียบร้อยในการทำงาน (Activity Neatness) 7) ความรับผิดชอบ (Responsibility)

การรับรู้การเจ็บป่วย (insight to illness) หมายถึง พฤติกรรมผู้ป่วยที่แสดงถึงการรับรู้การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทของตนเอง ใน 3 ด้าน คือ การยอมรับการเจ็บป่วยทางจิต ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท และความร่วมมือในการรักษา

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เครื่องมือประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่พัฒนาขึ้นนี้ สามารถใช้เป็นเครื่องมือที่วัดผลลัพธ์การให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพของหน่วยงานได้
2. สามารถพัฒนาหรือต่อยอดไปใช้ในการประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่ใช้ชีวิตอยู่ในชุมชนได้ เพื่อนำข้อมูลกลับมาวางแผนพัฒนารูปแบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชนได้

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

ผู้ป่วยจิตเภท

โรคจิตเภทเป็นโรคจิตชนิดหนึ่งที่มีความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรมเป็นลักษณะสำคัญ โดยผู้ป่วยมีความรู้สึกตัวและไม่มีโรคทางกาย แต่การหยั่งรู้เสียไป การดำเนินของโรคแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเริ่มมีอาการ ในระยะนี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเริ่มมีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป ระยะเวลานี้ไม่แน่นอน และไม่พบว่ามีอาการผิดปกติเริ่มต้นตั้งแต่เมื่อไร โดยเฉลี่ยประมาณ 1 ปีก่อนมีอาการกำเริบ ระยะอาการกำเริบเป็นระยะที่มีอาการทางจิตชัดเจน ระยะที่สาม คือ ระยะอาการหลงเหลือ ผู้ป่วยจะมีอาการคล้ายคลึงกับระยะแรกมีอาการทางจิต อาการแสดงที่สำคัญของโรคจิตเภท แบ่งออกเป็น 2 แบบ²⁰ คือ อาการทางบวกและอาการทางลบ ผู้ป่วยอาการทางบวก (positive symptom) มีความผิดปกติทางความคิด ทั้งเนื้อหาและความเชื่อมโยงของความคิด ร่วมกับมีความผิดปกติของการรับรู้ อาการที่เด่นชัด คือ หลงผิด ประสาทหลอน พุดจาสับสนหรือเปลี่ยนเรื่องพูดเร็ว และมีพฤติกรรมแสดงออกที่แปลกไปจากเดิม เป็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมหรือเป็นพฤติกรรมที่ผู้ป่วยไม่เคยปฏิบัติ ส่วนใหญ่อาการทางบวกจะพบในการดำเนินโรคในระยะอาการกำเริบ ผู้ป่วยที่มีอาการทางลบ (negative symptom) ไม่แสดงพฤติกรรมตามปกติหรือแสดงพฤติกรรมลดลง บางรายมีอาการอยู่ในท่าเดิมนาน ๆ โดยไม่มีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นอาการเฉพาะของผู้ป่วยจิตเภทโดยเฉพาะในด้านการแสดงอารมณ์ที่พบบ่อยมักเป็นการแสดงอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมหรือเฉยเมย ซึ่งเกิดจากการมีความรู้สึกต่อตนเองเปลี่ยนไป บางรายมีอาการซึมเศร้า สับสน โดยทั่วไปผู้ป่วยมีอาการเหมือนกับขาดแรงกระตุ้นหรือขาดความสนใจ²⁰

ผู้ป่วยจิตเภทโดยมากเมื่อเป็นแล้วมักไม่หายขาด ส่วนใหญ่มีอาการกำเริบเป็นช่วง ๆ ผู้ป่วยร้อยละ 50-70 จะมีอาการป่วยซ้ำได้อีกหลังจากการรักษาภายใน 1 ปี¹ โดยมีอาการหลงเหลืออยู่บ้างในระหว่างนั้น อาการมีลักษณะเรื้อรัง รวมทั้งมีความเสื่อมในทักษะความสามารถในการดูแลตนเองเกือบทุกด้าน² ถ้าป่วยซ้ำบ่อย ๆ มีโอกาสที่จะมีพยาธิสภาพที่ถาวรมากขึ้น³ มีการศึกษาพบว่า ระยะเวลาของการดำเนินโรคที่ยาวนานทำให้เกิดความเสื่อมถอยด้านบุคลิกภาพ และการทำหน้าที่ต่าง ๆ ของร่างกายลดลงเรื่อย ๆ⁴

ผลกระทบของการป่วยด้วยโรคจิตเภทเรื้อรัง

การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทเรื้อรัง ส่งผลกระทบโดยรวมใน 3 ด้าน คือ

1. **ด้านผู้ป่วย** ผู้ป่วยจะมีความบกพร่องในด้านความสามารถในการดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน เช่น มีปัญหาเรื่องสุขภาพอนามัย สวมเสื้อผ้าที่ไม่สะอาด ไม่รักษาความสะอาดของเสื้อผ้า และไม่เปลี่ยนเสื้อผ้าในเวลาอันควร ไม่สนใจรับประทานอาหารเช้าหรือรับประทานอาหารไม่เพียงพอ การเสื่อมถอยของสมรรถภาพทางกาย ความสามารถในการทำหน้าที่ต่าง ๆ บกพร่อง ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการยอมรับจากเพื่อนร่วมงานส่งผลให้ผู้ป่วยบางรายต้องเผชิญกับภาวะตกงาน ปัญหาการตกงานดังกล่าว ไม่เพียงแต่นำไปสู่ปัญหาเศรษฐกิจเพียงอย่างเดียวแต่ทำให้เกิดปัญหาทางจิตใจด้วย เนื่องจากพฤติกรรมแยกตัวจากสังคม ขาดทักษะในการเข้าสังคม หรือการติดต่อกับผู้อื่นกับบุคคลอื่น จึงรู้สึกโดดเดี่ยว ไร้ที่พึ่ง^{21,22} และแสดงออกมาในลักษณะแยกตัวเอง หลบนอน ขาดแรงจูงใจที่จะเรียนรู้และเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม⁸

2) **ด้านครอบครัว** จากภาระที่ต้องดูแลผู้ป่วยอย่างยาวนานส่งผลให้เกิดความเครียดแก่สมาชิกในครอบครัว²³ จากการศึกษา พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีอาการอ่อนเพลียเรื้อรัง นอนไม่ค่อยหลับ น้ำหนักลดลง และร้อยละ 55 ของผู้ดูแลมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าได้เมื่อเทียบกับประชากรทั่วไป²⁴

3) **ด้านเศรษฐกิจ** ประเทศต้องสูญเสียงบประมาณค่าใช้จ่ายอย่างมหาศาลเพื่อบำบัดรักษาประเทศสหรัฐอเมริกาประมาณการว่าค่าใช้จ่ายที่ต้องใช้ในการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเภททั้งค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยทางตรงและทางอ้อมเป็นเงิน 62.7 พันล้านยูเอสดอลลาร์ต่อปี²⁵

การรักษาผู้ป่วยจิตเภท

ในปัจจุบันแนวทางการรักษาด้วยยายังเป็นการรักษาหลักที่มีประสิทธิภาพทำให้อาการทางจิตดีขึ้น ยาทางจิตเวชที่ใช้รักษาเป็นยากลุ่ม antipsychotic drug ทั้งกลุ่ม typical antipsychotic drug (ยากลุ่มเก่า) เช่น chlorpromazine, mellaril, haloperidol, perphenazine เป็นต้น และ atypical antipsychotic drug (ยากลุ่มใหม่) ซึ่งมีฤทธิ์ข้างเคียงน้อยกว่ายากลุ่มเก่า เป็นยาที่ค่อนข้างใช้บ่อย ได้แก่ clozapine, risperidone, olanzapine เป็นต้น แต่ทั้งนี้อาการทางจิตบางประการที่ต้องได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าควบคู่ไปด้วย ได้แก่ 1) ผู้ป่วยเป็นชนิด catatonia แบบ stupor หรือ excitement 2) มีอาการซึมเศร้าร่วมด้วยและมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง 3) ผู้ป่วยมีอาการคลุ้มคลั่งมากและใช้ยาแล้วไม่ได้ผล ต้องให้การรักษาด้วยการช็อกไฟฟ้า (Electro Convulsive Therapy : ECT) ร่วมไปด้วย แต่การรักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียวหรือการรักษาด้วยไฟฟ้าเพียงช่วยให้อาการทางจิตของผู้ป่วยดีขึ้น โดยเฉพาะอาการทางบวก แต่ไม่ได้ช่วยแก้ไขอาการทางลบหรือส่งเสริมการทำหน้าที่ด้านต่าง ๆ ของผู้ป่วยจิตเภท จากการศึกษาพบว่าร้อยละ 10-60 ของผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตจะเกิดการดื้อต่อการรักษาด้วยยา²⁶ ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการป่วยซ้ำและกลับมารักษาในโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 30 หลังจากการรักษาด้วยยา 1 ปี และคิดเป็นร้อยละ 80 หลังจากได้รับการรักษาด้วยยา 5 ปี และสามารถลดการกลับมารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยจิตเภทได้ถึงร้อยละ 40²⁷ การดูแลด้านจิตสังคมจึงเป็นการดูแลที่มีลักษณะเฉพาะที่ก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ทำให้โรคจิตเภทดีขึ้น ทั้งยังส่งเสริมทักษะทางสังคม สัมพันธภาพระหว่างบุคคลและการสื่อสารของผู้ป่วย หลักการสำคัญ 3 ประการในการนำจิตสังคมบำบัดมาใช้ในผู้ป่วยจิตเภท คือ 1) การสนับสนุนหรือการให้

ความรู้เบื้องต้น (primary to support or educate) 2) ฝึกทักษะที่เฉพาะเจาะจง (specific skills training) 3) ให้ความสนใจอาการหรือปัญหาที่เกิดขึ้นเป็นสำคัญ (problem or symptom focused)

ดังนั้นการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังจะได้ผลดีต้องใช้วิธีบำบัดโดยการผสมผสานระหว่างการรักษาด้วยยาต้านอาการทางจิตเวช (antipsychotic drugs) และการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช (psychiatric rehabilitation) ซึ่งยาต้านโรคจิตไม่สามารถพัฒนาทักษะทางจิตสังคมได้ การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช มีเป้าหมายหลักคือ ช่วยให้ผู้ป่วยทำหน้าที่ทางสังคมได้เป็นปกติและสามารถพึ่งตนเองให้มากที่สุด ครอบคลุมทั้งด้านสังคม การเรียนรู้ อารมณ์และพฤติกรรม ความคิด เพื่อช่วยให้บุคคลที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทเรื้อรังได้ใช้ศักยภาพที่มีอยู่อย่างเต็มที่เพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดี โดยมุ่งหวังให้ผู้ป่วยเหล่านี้สามารถดูแลตนเอง มีทักษะทางสังคมที่เหมาะสม พึ่งตนเอง มีความภาคภูมิใจและอยู่ในสังคมได้

การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช

ดังได้กล่าวในข้างต้นแล้วว่าการรักษาผู้ป่วยจิตเภทจำเป็นต้องทำควบคู่ไปกับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย ซึ่งการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชนั้นมีเป้าหมาย 2 ประการ⁹ คือ

1. การป้องกัน (prevention) เป็นการป้องกันมิให้เกิดภาวะเสื่อมถอยหรือการไร้ความสามารถมากขึ้นกว่าเดิม โดยรักษาส่วนที่ดีที่สุดของผู้ป่วยไว้ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใช้ศักยภาพที่เหลืออยู่อย่างเต็มศักยภาพ คงไว้ซึ่งหน้าที่ในการดำเนินชีวิตประจำวันให้สามารถปฏิบัติได้เหมือนเดิมมากที่สุด ป้องกันมิให้สภาพจิตใจและร่างกายสูญเสียหรือเสื่อมถอยมากขึ้นและเพื่อป้องกันการนำไปสู่ความพิการทางจิตใจอย่างเรื้อรัง

2. การปรับคืนสู่สภาพเดิม (restoration) เป็นการเสริมสร้างความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยให้กลับคืนสู่สภาพเดิมก่อนป่วยมากที่สุด ในระยะความพิการที่เกิดจากการเสื่อมสภาพและการไร้ความสามารถ มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถประกอบกิจกรรมและทำหน้าที่ตามบทบาทได้เช่นเดิม เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดทักษะการดำเนินชีวิต และทักษะทางสังคม สามารถกลับไปอยู่ในชุมชนได้ รวมทั้งทำประโยชน์ต่อตนเองและผู้อื่นได้

โดยสรุปเป้าหมายของการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชนั้นมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยกลับฟื้นคืนสู่สภาพเดิมก่อนป่วยให้มากที่สุด คงไว้ซึ่งความสามารถเดิมที่มีอยู่พัฒนาส่วนที่บกพร่องเพื่อให้สามารถดูแลตนเองได้ สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ กล่าวคือให้ผู้ป่วยสามารถทำหน้าที่ของตนเองให้ได้มากที่สุด

อย่างไรก็ดีในการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชจำเป็นต้องมีการประเมินผู้ป่วย จะทำให้ทราบว่าผู้ป่วยบกพร่องทักษะใด จากนั้นวางแผนในการฝึกทักษะและฝึกอย่างต่อเนื่องจนเกิดการเรียนรู้และได้มาซึ่งทักษะที่ต้องการ หากมีการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชผู้ป่วยอย่างเป็นระบบจะสร้างความเข้มแข็งของผู้ป่วยในการที่จะมีอิสระและความสามารถในการดูแลตนเองได้ลดภาระการพึ่งพาผู้อื่นลง

องค์ประกอบของความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท

ในการประเมินความสามารถของผู้ป่วยในเรื่องต่าง ๆ เพื่อนำไปสู่การวางแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพ รวมทั้งเป็นการวัดผลลัพธ์หลังให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพแล้ว พบว่าโดยทั่วไปนั้นเน้นที่กิจกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดำรงชีวิตในสังคม และการทำงาน โดยเน้นที่การทำได้ด้วยตนเอง²⁸ ซึ่งหมายถึง องค์ประกอบใน 4 มิติ ดังนี้

1. การดูแลตนเอง (self-care)

การดูแลตนเอง (self-care) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมต่างๆในชีวิตประจำวัน ที่จัดเป็นการดูแลตนเองที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภท เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อสุขภาพและความผาสุกในการดำรงชีวิตตามความสามารถของผู้ป่วยแต่ละราย กิจกรรมเพื่อการดูแลตนเอง แบ่งออกเป็น 2 ระดับ คือ 1) การดูแลตนเองเบื้องต้น (basic) เบื้องต้น ได้แก่ การรับประทานอาหารและน้ำ การพักผ่อนนอนหลับ การขับถ่าย การรักษาความสะอาดร่างกาย และการออกกำลังกาย 2) การดูแลตนเองในระดับก้าวหน้า(advance) ได้แก่ ความสามารถในการเดินทาง และการจัดการทางการเงิน มีการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสมในผู้ป่วยจิตเภทว่า ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขบุหรืคิดเป็นร้อยละ 81.82 มีพฤติกรรมการรับประทาน อาหารที่มีไขมันสูงคิดเป็นร้อยละ 50 มีพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำทุกสัปดาห์คิดเป็น ร้อยละ 22.73 และมีประวัติการใช้สารเสพติด คิดเป็นร้อยละ 68.18 ของผู้ป่วยจิตเภท²⁹ และพบว่าผู้ป่วยจิตเภท มีความบกพร่องในด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น ชอบแยกตัวอยู่ตามลำพัง ไม่เข้าร่วมกิจกรรมกับสมาชิกในครอบครัวและชุมชน³⁰ อาจกล่าวได้ว่าอาการทางลบ (negative symptoms) ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังมีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ที่ลดลงในชีวิตประจำวันมากที่สุด^{31,32}

2. การทำหน้าที่ทางสังคม

ตาม DSM-IV-TR³³ การทำหน้าที่ทางสังคม (social functioning) ได้แก่ การทำงาน ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และการดูแลตนเอง โดยทั่วไปมักหมายถึงความสามารถในการเข้าสังคมและสื่อสารกับบุคคลอื่น มีคำอีกหลายคำที่คาบเกี่ยวกันซึ่งใช้แทนคำว่า social functioning เช่น social dysfunction (ความบกพร่องหรือไม่สามารถในการเข้าสังคม) social adaptation (ความสามารถของคนที่ดำเนินชีวิตตามบรรทัดฐานทางสังคม ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และวัฒนธรรม) และ social competence (ความสามารถโดยรวมของคนที่แสดงออกอย่างเหมาะสมในสิ่งแวดล้อมทางสังคม) ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีความบกพร่องในการทำหน้าที่ทางสังคม³⁴

โดยทั่วไปบุคคลในสังคมมักมองผู้ป่วยจิตเภทว่าเป็นพวกแปลกประหลาด กล่าวคือไม่สามารถอยู่ในสังคมได้ ความรู้สึกอับอายและถูกตำหนิเป็นสิ่งที่พบได้ปกติในผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งทำให้มีตราบาป (stigma) มากกว่าโรคอื่นๆ สิ่งนี้อาจทำให้การทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยแย่ลง มีการรายงานผลการสำรวจผู้ป่วยจิตเภทใน 27 ประเทศ พบว่ามีการเลือกปฏิบัติ (discrimination) ต่อผู้ป่วยจิตเภท ทั้งในการคบหาเพื่อน การหางานและการรักษางานไว้หลังการเจ็บป่วย³⁵ ดังนั้นการตรวจพบความบกพร่องในการทำหน้าที่ทางสังคมแต่เนิ่นๆ นั้นสำคัญมาก มีการพบว่าในร้อยละ 57 ของผู้ป่วยที่ป่วยครั้งแรกนั้น ผู้ป่วยมีภาวะความบกพร่องในการทำหน้าที่ทางสังคมมา 2-3 ปีก่อนแล้ว และเมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้น ผู้ป่วยจึงมีแนวโน้มที่จะมีภาวะการเสื่อมถอยของความสามารถในการทำหน้าที่ทางสังคมเพิ่มขึ้นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ นอกจากนี้ยังพบว่า

กลุ่มอาการทางลบ (negative symptoms) มีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ทางสังคมอย่างมาก^{4,11,36,37,38} อย่างไรก็ตามการศึกษาก็พบว่าการศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ไม่มีภาวะ dementia ร่วมด้วย พบว่าเมื่อระยะเวลาการเจ็บป่วยเพิ่มขึ้นหรือเมื่ออายุมากขึ้น การทำหน้าที่ทางสังคมจะมีความสัมพันธ์กับความเสื่อมในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน³⁹

3. การทำงาน

การทำงานเป็นตัวบ่งชี้ข้อหนึ่งที่ใช้ในการวินิจฉัยว่าผู้ป่วยเป็นโรคจิตเภท กล่าวคือ ผู้ป่วยจิตเภทจะมีความสามารถในการเรียนและการทำงานลดน้อยลงไปเรื่อย ๆ จนไปถึงไม่สามารถเรียนได้หรือทำงานได้จากการรบกวนของพยาธิสภาพทางจิตที่เกิดขึ้น ดังนั้นกระบวนการบำบัดรักษาจึงมีเป้าหมายมุ่งให้ผู้ป่วยสามารถกลับคืนสู่สภาพเดิม ผู้ป่วยที่เคยทำงานควรสามารถกลับไปทำงานเดิมได้

ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ส่วนใหญ่มีอาการทางลบ เช่น การถดถอย ขาดแรงจูงใจ และการใช้สารเสพติด ความบกพร่องของระบบประสาท ปัญหาด้านการสัมผัส การเคลื่อนไหว ผลข้างเคียงของยา ความบกพร่องด้านการสื่อสาร รวมทั้งด้านความรู้ความเข้าใจ ทำให้ผู้ป่วยมีความยากลำบากในการทำงานให้เรียบร้อย การเรียนหนังสือ หรือการคงไว้ซึ่งงานที่ทำอยู่ในปัจจุบัน การตอบสนองที่ล่าช้าและไม่เหมาะสมต่องานนั้นๆ ผู้ป่วยมีความยากลำบากในการจัดการกับตนเอง ความสามารถที่จะเริ่มต้นและสิ้นสุดงานประจำ (initiate and complete routines) ในการดูแลบ้าน การทำงานและเรียนหนังสือ เป็นสิ่งที่ท้าทายสำหรับผู้ป่วยจิตเภท ผู้ป่วยจะรู้สึกวิตกกังวลเมื่อเชื่อว่าตนเองถูกคาดหวังสูงเกินไป และรู้สึกเฉยเมยเมื่อเชื่อว่าตนเองถูกคาดหวังมากเกินไป ทำให้เกิดความล้มเหลวในการทำงาน ในการทำงานต้องอาศัยทักษะ ความรู้ความเข้าใจ (cognition) เช่นความสนใจ (attention) การจัดการเรื่องงาน (organization) การจัดลำดับการทำงาน (sequencing) การแก้ปัญหา (problem solving) การตัดสินใจ (decision making) การใช้เหตุผลทางนามธรรม (abstract reasoning) กระบวนการความปลอดภัย (safety procedures) และการนำไปใช้ในสถานการณ์จริง (generalization)

4. การรับรู้การเจ็บป่วย (insight to illness)

ผู้ป่วยจิตเภทมักไม่เชื่อว่าตนเองเจ็บป่วย และจากประสบการณ์ที่เกิดจากผลข้างเคียงของยาที่ได้รับร่วมกับการรักษาด้วยยาเป็นระยะเวลายาวนาน จะพบว่าผู้ป่วยปฏิเสธการรับประทุษร้าย และให้ความร่วมมือในการรับประทุษร้ายน้อยลง⁴⁰ เช่นเดียวกับการรับรู้เกี่ยวกับอาการเตือนก่อนอาการกำเริบของตนเอง จะพบว่าผู้ป่วยจิตเภทขาดการรับรู้อาการเตือนอย่างมีประสิทธิภาพและไม่สามารถจัดการกับอาการต่าง ๆ ก่อนกำเริบ เช่น จัดการกับอาการเครียด อาการนอนไม่หลับ⁴¹

การรับรู้การเจ็บป่วยทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทนั้นมีความสำคัญเป็นอย่างมาก มีการศึกษาที่แสดงให้เห็นว่ารับรู้การเจ็บป่วยทางจิตและความร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยจิตเภทมีความสัมพันธ์กัน^{42,43,44,45} โดยผู้ป่วยที่มีการรับรู้การเจ็บป่วยทางจิตดีจะให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นผลให้อาการทางจิตทุเลาและหายเร็วขึ้น และผู้ป่วยที่รับประทุษร้ายอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมีโอกาสป่วยซ้ำน้อยกว่าผู้ป่วยที่รับประทุษร้ายไม่สม่ำเสมอ⁴⁶ เช่นเดียวกับการสังเกตอาการข้างเคียงของยา ได้แก่ อาการคอแห้ง ปากแห้ง การเคลื่อนไหวช้าลง กล้ามเนื้อเกร็งจนทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเครียด กังวลกับอาการที่เกิดขึ้น มีรายงานการศึกษาพบว่าผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทุษร้ายมีสาเหตุมาจากความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นจากอาการข้างเคียงของยา

ด้านโรคจิต การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสามารถดูแลและจัดการกับอาการข้างเคียงของยาเบื้องต้นได้ จะช่วยส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทได้

การขาดการรับรู้สภาพการเจ็บป่วย (Lack of insight) ถือเป็นอาการที่สำคัญของผู้ป่วยจิตเภท เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถรับรู้การมีอาการทางจิตของตนเองได้อย่างสมบูรณ์⁴⁷ ตามแนวคิด David⁴⁸ อธิบายว่า การรับรู้อาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 ประการ คือ

1) การรับรู้ประสบการณ์การเจ็บป่วยของตนได้อย่างถูกต้อง (reliable psychotics experiences) จากการศึกษาของ Brook & Colleagues⁴⁹ ในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง จำนวน 68 ราย พบว่า 1 ใน 3 ปฏิเสธการเจ็บป่วยทางจิต และใน 30 คน บอกว่า มีอาการทางจิต หรือ จิตตก และอีก 16 คน บอกว่าเป็นโรคจิตเภท

2) ความร่วมมือในการรักษา (compliance of treatment) บ่อยครั้งที่การรับรู้อาการทางจิตใช้เป็นตัวทำนายความร่วมมือในการรักษา เพราะมีความสัมพันธ์กัน David⁴⁸ ได้อธิบายว่าผู้ป่วยจิตเภทได้พยายามค้นหาสาเหตุและมีความเชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงในคลื่นสมองและรบกวนความคิดของเขา และก็จะปรึกษาแพทย์เพื่อการรักษาโดยการช็อค โดยทั่วไปแล้วพบว่าบุคคลที่ป่วยทางจิตที่ยอมรับความจริงเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของเขามักจะยอมรับการรักษาด้วยยาหรือการนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล

3) การตระหนักรู้ว่าสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเองเป็นการเจ็บป่วยทางจิต (awareness of illness) โดยมีพัฒนาการตามลำดับ คือ

3.1 ระยะเริ่มต้น เมื่อตระหนักรู้ถึงความผิดปกติที่เกิดขึ้น เกิดกระบวนการปรับตัวเพื่อลดความตึงเครียดนั้น

3.2 การปลดปล่อย เพื่อลดความตึงเครียด

3.3 การปรับเปลี่ยนเพื่อให้องค์ประกอบของการใช้ชีวิตประจำวันดำเนินไปอย่างต่อเนื่อง

แต่ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดองค์ประกอบของการรับรู้ต่อการเจ็บป่วยทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทไว้ 3 ด้าน คือ 1) การยอมรับการเจ็บป่วยทางจิต 2) ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท 3) ความร่วมมือในการรักษา

สาเหตุของความบกพร่องในการรับรู้การเจ็บป่วย

Rickeman⁵⁰ อธิบายว่าความบกพร่องในการรับรู้ต่อการเจ็บป่วยทางจิตเกิดจากสาเหตุ 4 ประการ คือ

1. เกิดจากกลไกการป้องกันทางจิต (psychological defense model) โดยเชื่อว่าความบกพร่องในการรับรู้อาการทางจิตเกิดจากระดับการรับรู้อาการทางจิตผิดปกติ เกิดการถอยหนีของการควบคุมทางจิต (ego) ในการป้องกันตัวเอง

2. การบกพร่องทางปัญญา (cognitive deficit model) จากการตรวจสอบโดยเครื่องมือทางสมองในผู้ป่วยจิตเภทที่มีการรับรู้ทางปัญญาดำ พบว่ามีความรู้ความสามารถในการใช้กระบวนการสื่อสาร และความจำที่ไม่สอดคล้องกัน

3. ความไม่สมดุลของสารเคมีในสมอง (theory of chemical dysregulation) ในปัจจุบันมีหลายผลงานวิจัยที่พบว่า ผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภทมีความไม่สมดุลกันของ dopamine, serotonin, and glutamate ซึ่งก่อให้เกิดปัญหาทางด้านความคิด และเมื่อให้สารที่ลด dopamine ทำให้อาการทางจิตดีขึ้น

4. มีความบกพร่องของสารสื่อประสาท (neuropsychological deficit model) พบว่าการรับรู้อาการทางจิตที่บกพร่องมีความสัมพันธ์กับการทำลายเนื้อสมอง โดยผู้ป่วยจิตเภทที่มีขนาดสมองน้อย มีผลให้มีตัวสื่อประสาท (synapse) ทำงานลดลงหรือผิดปกติ

ผลกระทบที่เกิดจากความบกพร่องในการรับรู้ต่อการเจ็บป่วยในผู้ป่วยจิตเภท

ผู้ป่วยที่ขาดการรับรู้เกี่ยวกับอาการทางจิตของตน เกิดผลกระทบในทางลบ ดังนี้

1. การไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา (unaware of treatment adherence)
2. การขาดการตระหนักถึงผลการรักษา (unawareness of clinical outcome)
3. การตระหนักถึงบทบาทหน้าที่ทางสังคม (unawareness and psychosocial function) ในทางตรงกันข้าม

ปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความสามารถในการทำหน้าที่บกพร่อง

จากการทบทวนงานวิจัยได้ข้อสรุปเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งเสริมให้ความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยแต่ละคนมีความแตกต่างกันได้แก่

1. ความบกพร่องในการรู้คิด (cognitive deficit)

ในปัจจุบันมีทฤษฎีเสนอแนะว่า ความบกพร่องในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเป็นผลมาจากความบกพร่องด้านการรู้คิด ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถรับรู้ถึงความอันตรายจากความผิดปกติ โดยเฉพาะในเรื่องของการรับรู้ต่อการเจ็บป่วยทางจิต การปฏิเสธการเจ็บป่วยทางจิตจึงเป็นยุทธวิธีในการปรับตัว (coping strategy) เป็นการหลอกตัวเองเพื่อคงไว้ซึ่งความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจิตเภท และพบว่าการรับรู้อาการทางจิตที่ไม่ดีเป็นตัวทำนายทัศนคติด้านลบต่อการรักษา

2. ภาวะโรคร่วม

โรคร่วมทางกายที่พบบ่อยในผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน หากผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาโรคทางกายอย่างเพียงพอ ภาวะเข้าเสื่อมในผู้ป่วยสูงอายุ กลุ่มโรคร่วมเหล่านี้หากได้รับการรักษาไม่เพียงพอ อาการแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นอาจนำไปสู่การตายของผู้ป่วยที่คาดไม่ถึง หรือการเกิดพยาธิสภาพทางกายที่ถาวร แล้วไปรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถทำหน้าที่ของตนเองได้อย่างสมบูรณ์

3. รูปแบบการดำเนินชีวิต

ผู้ป่วยจิตเภทมักจะมีรูปแบบการดำเนินชีวิตที่ไม่ดีต่อสุขภาพ อาหารที่รับประทานมีไขมันมากกว่าและมีเส้นใยอาหารน้อยกว่าอาหารของประชากรทั่วไป⁵¹ ผู้ป่วยมักสูบบุหรี่⁵² และออกกำลังกายไม่บ่อยนัก⁵³ การสูบบุหรี่เป็นหนึ่งในสาเหตุหลักของการเสียชีวิตจำนวนมากในผู้ป่วยที่เป็นโรคเหล่านี้⁵⁴

รูปแบบการดำเนินชีวิตที่ไม่ดีต่อสุขภาพและฤทธิ์ข้างเคียงของยา antipsychotic ทำให้เกิดโรคอ้วน⁵⁵ เหล่านี้ล้วนเป็นผลต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วย

4. ฤทธิ์ข้างเคียงของยา

ฤทธิ์ข้างเคียงของยา antipsychotic อาจส่งผลทำให้เกิดความบกพร่องในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทได้ ยา antipsychotic ทั้ง typical และ atypical ทำให้น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น⁵⁶ ทำให้มีแนวโน้มที่ทำให้การทำหน้าที่ของร่างกายและสุขภาพทั่วไปแย่ลง⁵⁷

อาการ extrapyramidal เป็นฤทธิ์ข้างเคียงที่พบได้บ่อย โดยเฉพาะจากยา typical antipsychotic และอาจทำให้เกิด functional limitations extrapyramidal side effects เกี่ยวข้องกับการดำเนินการทำงานของ dopamine receptor อันเนื่องมาจากยา antipsychotic⁴⁵ อาการเฉียบพลันที่เป็นกันมากคือ akathisia ซึ่งมีลักษณะคือ restlessness และ acute dystonia นั่นคือ กล้ามเนื้อเกร็งและคอกระตุกซึ่งกินเวลานานและเกิดเป็นระยะๆ อาจเกิดอาการของโรคพาร์กินสัน เช่น สภาพแข็งเกร็ง (rigidity) bradykinesia เดินแบบชอยเท้า (shuffling gait) และอาการสั่นใน 5 ถึง 30 วันแรกของการรักษาซึ่งใช้ขนาดยาสูง tardive dyskinesia ซึ่งเป็นอาการ extrapyramidal ที่เรื้อรังอาจเกิดขึ้นหลังได้รับยา antipsychotic เป็นเวลานาน ผู้ป่วยที่มีอาการ tardive dyskinesia อาจจะมีการเคลื่อนไหวปากและลิ้นแบบซ้ำๆ แบบบังคับไม่ได้และไร้จุดประสงค์ ใบหน้าบิดเบี้ยว และกระพริบตาถี่ หรือ แขนขาเคลื่อนไหวอย่างผิดปกติ⁵⁸ ผลข้างเคียงของอาการ extrapyramidal ยิ่งเพิ่มตราบาป (stigma) ให้กับผู้ป่วยจิตเภท เพราะสามารถทำให้ผู้ป่วยดูประหลาดและทำให้มีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมยาก⁴⁵

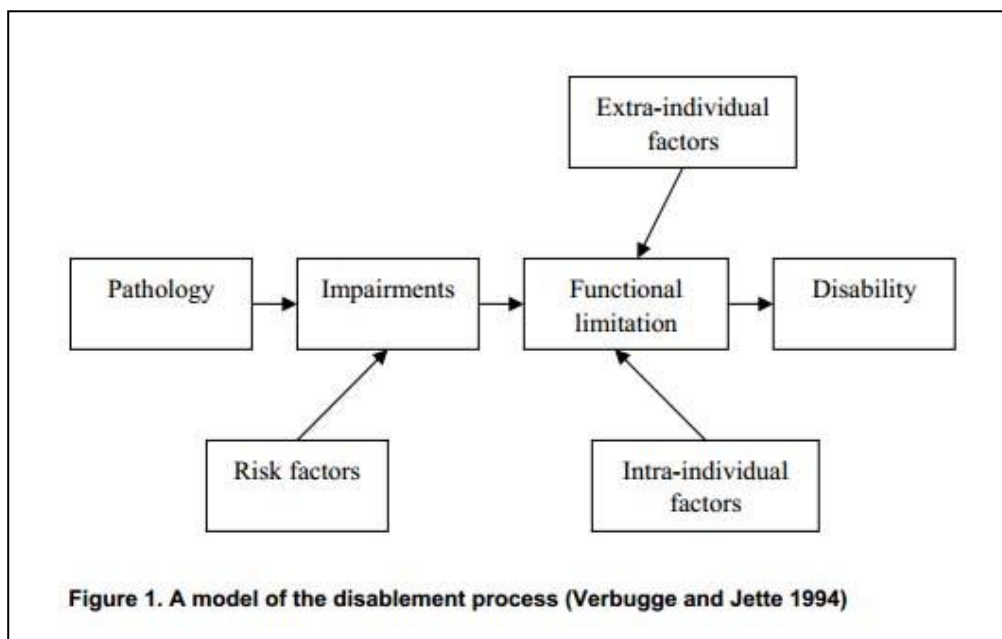
5. ระยะเวลาของการรักษาตัวในโรงพยาบาล

ผู้ป่วยจิตเภท ส่วนใหญ่มักเคยเป็นผู้ป่วยในอยู่ระยะหนึ่ง บางคนอยู่ในโรงพยาบาลเป็นเวลาหลายปี การศึกษาระยะยาวชิ้นหนึ่งได้ติดตามผู้ป่วยจิตเภทที่ได้ออกจากโรงพยาบาลโดยติดตามมากที่สุด 45 เดือน และพบว่าผู้ป่วยที่อยู่ในโรงพยาบาลนานกว่าจะทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันและเข้าสังคมได้แยกว่⁵⁹

การพัฒนาเครื่องมือประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

การประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยอาจเป็นงานใหญ่ และยากหรือแม้แต่เป็นไปได้ที่จะประเมินความสามารถที่แท้จริงอย่างถูกต้องในสถานการณ์จริง มีการคิดค้นเครื่องมือประเมินความสามารถในการทำหน้าที่หลายชนิดเพื่อใช้กับผู้ป่วยจิตเภท แต่ก็ยังไม่มีเครื่องมือที่ยอดเยี่ยมที่สุด⁶⁰ ดัชนีส่วนใหญ่ที่ประเมินทักษะที่จำเป็นในการดำรงชีวิตประจำวันโดยไม่ต้องพึ่งผู้อื่นนั้นวัด ADL, IADL และ social functioning ส่วนประสาทสัมผัส (sensory functions) และการเคลื่อนไหวมักจะไม่ใช่เป็นส่วนหนึ่งของการทำหน้าที่ในชีวิตประจำวันของดัชนีเหล่านี้

Verbugge and Jette²⁸ ได้นำเสนอ model of disablement process ที่ใช้ในการพัฒนาเครื่องมือการประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งโมเดลนี้มีองค์ประกอบ 4 ประการคือ พยาธิสภาพ (pathology) ความบกพร่อง (impairment) ความจำกัดในการทำกิจกรรม (functional limitation) และการไร้ความสามารถ (disability) (รูปที่ 1)



อธิบายได้ว่าพยาธิสภาพของการเจ็บป่วยอาจทำให้เกิดความบกพร่องซึ่งก็คือความผิดปกติทางโครงสร้างในระบบร่างกาย เกิดข้อจำกัดในการทำหน้าที่นั้นคือการลดลงของการมีกิจกรรมทั้งทางร่างกายและจิตใจในชีวิตประจำวัน ทำให้เกิดความยากลำบากต่อการดำรงชีวิตสำหรับผู้ที่ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ทั้งนี้ Verbrugge และ Jette²⁸ ได้กล่าวถึงความแตกต่างของข้อจำกัดในการทำหน้าที่และภาวะไร้ความสามารถไว้ว่า ข้อจำกัดในการทำหน้าที่ (functional limitation) หมายถึงความสามารถที่ลดลงในการทำกิจกรรมที่ไม่ใช่การเข้าสังคม ส่วนภาวะไร้ความสามารถ (disability) หมายถึงการลดลงของความสามารถในการทำกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับบทบาททางสังคม ที่ผ่านมามีงานวิจัยที่ประเมินความสามารถของผู้ป่วยโดยเน้นที่การดูแลตนเอง (กิจกรรมที่ทำในชีวิตประจำวัน) การดูแลที่อยู่อาศัย (กิจกรรมที่ต้องใช้เครื่องมือช่วยในชีวิตประจำวัน) และการทำงาน ส่วนการศึกษาเกี่ยวกับภาวะไร้ความสามารถหรือความบกพร่องนั้น มักจะศึกษาโดยพิจารณาจากการพึ่งพาคนอื่น (dependency) ซึ่งชี้ให้เห็นถึงความยากลำบากและความจำเป็นที่จะต้องมีการช่วยเหลือผู้อื่นช่วยทำกิจกรรม โดยเป็นการรายงานระดับความยากลำบาก เช่น ไม่มีความยากลำบาก มีความยากลำบากบ้าง ลำบากมาก หรือไม่สามารถทำได้เลย²⁸

นอกจากแนวคิดดังกล่าวข้างต้นแล้ว ผู้วิจัยได้นำทฤษฎีระบบการพยาบาล (the theory of nursing system) มาเป็นกรอบแนวคิดร่วมในการพัฒนาเครื่องมือ โดยทฤษฎีระบบนี้จะเกิดขึ้นภายใต้ข้อตกลงของผู้ให้บริการกับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ โดยอาศัยเกณฑ์ความสามารถของบุคคลในการควบคุมการเคลื่อนไหวและการจัดกระทำ (control of movement and manipulation) ซึ่งแบ่งเป็น 3 ระบบ คือ

1. ระบบทดแทนทั้งหมด (wholly compensatory nursing system) ใช้ในผู้ป่วยที่ไม่มีความสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ในการดูแลตนเองได้ เช่น ผู้ป่วยที่หมดสติ ผู้ป่วยที่ไม่มีการรับรู้และตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองได้ ผู้ป่วยที่ไม่สามารถเอาใจใส่ตนเอง ไม่สามารถตัดสินใจอย่างมีเหตุผลในการดูแลตนเอง แม้ว่าร่างกายจะสามารถเคลื่อนไหวได้ตามปกติ เช่น ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติด้านจิตใจ

2. ระบบทดแทนบางส่วน (part compensatory nursing system) ระบบนี้จะเป็นการร่วมรับผิดชอบระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาลในการดูแลเพื่อสนองตอบความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของผู้ป่วยโดยพยาบาลจะช่วยเหลือในเฉพาะสิ่งที่ผู้ป่วยไม่สามารถกระทำเองได้

3. ระบบสนับสนุนให้ความรู้ (supportive education nursing system) ระบบนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยที่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวและจัดการการดูแลตนเองได้ ผู้ป่วยจะได้รับการสอนและให้คำแนะนำ พร้อมทั้งกระตุ้นให้กำลังใจจากพยาบาลเพื่อการคงไว้ซึ่งความพยายามในการดูแลตนเอง

จากแนวคิดและทฤษฎีดังกล่าว ผู้วิจัยได้นำมากำหนดเกณฑ์ในการจัดระดับความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเบื้องต้น ไว้ 4 ระดับ คือ

- | | |
|------------|--|
| ระดับที่ 1 | ผู้ป่วยไม่สามารถทำหน้าที่ได้ด้วยตนเอง |
| ระดับที่ 2 | ผู้ป่วยสามารถทำหน้าที่ด้วยตนเองได้บ้างแต่ยังต้องอาศัยการช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ |
| ระดับที่ 3 | ผู้ป่วยสามารถทำหน้าที่ด้วยตนเองได้มากแต่ไม่ทั้งหมดยังต้องอาศัยการกระตุ้นชี้แนะจากเจ้าหน้าที่ |
| ระดับที่ 4 | ผู้ป่วยสามารถทำหน้าที่ได้ด้วยตนเองทั้งหมด |

อย่างไรก็ดีในปี 2001 WHO ได้ตีพิมพ์ International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF) ซึ่งเป็นการประเมินในด้านต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ซึ่งกำหนดมาเพื่อใช้เป็นมาตรฐานสากลในการอธิบายและวัดสุขภาพและภาวะไร้ความสามารถ⁶¹ ก่อนที่จะมี ICF ก็มีการกำหนด International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH)⁶² มาตรฐานทั้งสองแบบนี้ให้ความหมายของคำว่า functioning ที่แตกต่างกัน มาตรฐานเก่าใช้คำจำกัดความในแง่ลบ (impairment, disability และ handicap) ในขณะที่มาตรฐานใหม่กล่าวถึง functions ทางร่างกาย (เช่น ประสาทสัมผัส) โครงสร้างร่างกาย (ส่วนต่างๆ ของร่างกายทางกายวิภาค) กิจกรรม (การประกอบกิจกรรมหรือการกระทำของผู้ป่วย) และการมีส่วนร่วม (เช่น การสื่อสาร การเคลื่อนไหว การดูแลตนเอง ชีวิตความเป็นอยู่ที่บ้าน ความสัมพันธ์กับผู้อื่น การเข้าสังคม และชีวิตในฐานะพลเมือง) ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม และปัจจัยของตัวผู้ป่วยเอง อย่างไรก็ตาม การประเมินนี้มีเนื้อหาละเอียดและกว้างและควรจะปรับเปลี่ยนให้เป็นเครื่องมือที่ใช้ได้ง่ายเพื่อให้เกิดประโยชน์ในการรักษาผู้ป่วย

เครื่องมือประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง

เครื่องมือที่ใช้ประเมินความสามารถในการดูแลตนเองมีหลายชนิด ได้แก่

แบบประเมิน Barthel Activity of Daily Living (ADL) ของ Barthel and Mahoney¹⁸ ใช้ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 10 กิจกรรม คือ การรับประทานอาหาร การแต่งตัว การเคลื่อนย้าย การใช้ห้องสุขา การเคลื่อนที่ การสวมใส่เสื้อผ้า การขึ้นลงบันได การอาบน้ำ การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ โดยมีเกณฑ์ประเมินและการให้คะแนนที่แตกต่างกันในแต่ละกิจกรรม ตั้งแต่ไม่สามารถปฏิบัติได้ถึงสามารถปฏิบัติได้เอง

แบบประเมินกิจวัตรประจำวัน Instrument Activities of daily living (IADL) ของ Lowton & Brody ในปี 1969 ประเมินการคงไว้ซึ่งการดูแลตนเองและการทำกิจวัตรประจำวัน 7 กิจกรรม คือ การใช้โทรศัพท์ การเดินทาง การจ่ายตลาด การเตรียมอาหาร การทำงานบ้าน การใช้จ่าย การบริหารการเงิน ประกอบด้วยข้อ

คำถาม 7 ข้อ โดยมีเกณฑ์การประเมินและการให้คะแนนที่เหมือนกันในแต่ละกิจกรรม ตั้งแต่ทำได้ด้วยตนเอง ช่วยเหลือ ตามที่ร้องขอ และพึ่งพาผู้อื่น

แบบประเมิน Katz Index of Independence in Activity of daily living ของ Katz et al ในปี 1970 เป็นการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 6 กิจกรรม คือ การอาบน้ำ การแต่งกาย การใช้ห้องส้วม การเคลื่อนย้าย การกลืนปัสสาวะ การรับประทานอาหาร ประกอบด้วยข้อคำถาม 6 ข้อ โดยมีเกณฑ์การประเมินและการให้คะแนน คือ คะแนน =1 หมายถึง พึ่งตนเอง คะแนน =0 หมายถึง พึ่งพาผู้อื่น

ซึ่งเป็นแบบประเมินทั้ง 3 แบบเป็นแบบประเมินที่ใช้กับคนปกติทั่วไปหรือผู้ป่วยด้วยโรคทางกาย สำหรับผู้ป่วยจิตเวชก็มีการนิยมนำมาใช้ แต่ทั้งนี้พบว่าเกณฑ์การประเมินกว้างมากหากนำมาใช้กับผู้ป่วยจิตเภทหรือซึ่งมีอาการทางลบเป็นสำคัญ ผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องได้รับการกระตุ้นค่อนข้างมาก การแบ่งเกณฑ์เพื่อประเมินความสามารถจึงควรนำไปสู่การพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยอย่างแท้จริง ซึ่งผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์ความสามารถในการดูแลตนเองไว้ 4 ระดับ ดังนี้

ระดับที่ 1 ผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองได้

ระดับที่ 2 ผู้ป่วยดูแลตนเองได้แต่ต้องได้รับความช่วยเหลือหรือกระทำการกิจกรรมบางอย่างให้

ระดับที่ 3 ผู้ป่วยดูแลตนเองได้แต่ต้องได้รับกระตุ้นจากผู้อื่น

ระดับที่ 4 ผู้ป่วยดูแลตนเองได้

ผู้วิจัยนำเกณฑ์การประเมินนี้ไปพัฒนาเครื่องมือประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง สำหรับผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

เครื่องมือประเมินการทำหน้าที่ทางสังคม

ตาม DSM-IV-TR³³ การทำหน้าที่ทางสังคม (social function) หมายถึง การทำงาน ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และการดูแลตนเอง แต่โดยทั่วไปหมายถึงความสามารถในการทำหน้าที่ในสังคมและสื่อสารกับบุคคลอื่น มีคำอีกหลายคำที่คาบเกี่ยวกันซึ่งใช้แทนคำว่าหน้าที่ทางสังคม ได้แก่ การปรับตัวทางสังคม (social adaptation) หมายถึง ความสามารถของคนในการดำเนินชีวิตตามบรรทัดฐานทางสังคม ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และวัฒนธรรม และความสามารถทางสังคม (social competence) ซึ่งหมายถึง ความสามารถโดยรวมของคนในการแสดงออกอย่างเหมาะสมในสิ่งแวดล้อมทางสังคม³⁴ มีงานวิจัยมากมายที่อธิบายว่าอาการทางลบ (negative symptoms) มีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภทอย่างมาก^{4,11,36,37,38} ซึ่งลักษณะสำคัญของกลุ่มอาการทางลบ คือ ผู้ป่วยแยกตัวเอง ไม่พูด ไม่มีปฏิสัมพันธ์กับใคร ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงกำหนดให้การติดต่อสื่อสาร กับการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นเป็นคุณลักษณะสำคัญของความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

อย่างไรก็ดีพบว่าเครื่องมือที่ใช้ประเมินการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเวช มีหลายชนิด ขึ้นอยู่ว่า ผู้ประเมินต้องการประเมินเพื่อสะท้อนความสามารถในการทำหน้าที่ทางสังคมในลักษณะใด เป็นแบบการทำหน้าที่ทางสังคมในชีวิตประจำวันแบบกว้าง ๆ หรือ ลักษณะเฉพาะด้านใดด้านหนึ่ง³⁴

ในประเทศไทย กรมสุขภาพจิตได้พัฒนาทักษะทางสังคมที่ใช้ประเมินทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทฉบับสั้น 5 ข้อ ให้ผู้ป่วยประเมินตนเอง ประกอบด้วยคำถาม 5 ข้อ คือ ทักษะการสร้างสัมพันธภาพ

ทักษะการสื่อสารบอกความต้องการ ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการปฏิเสธและทักษะการจัดการกับอารมณ์ และความเครียด ระดับคะแนน 1-3 คะแนน คะแนนที่เป็นไปได้สูงสุด 15 คะแนน ต่ำสุด 5 คะแนน

15 คะแนน	=	มีทักษะทางสังคม ต่ำ
6-10 คะแนน	=	มีทักษะทางสังคม ปานกลาง
11-15 คะแนน	=	มีทักษะทางสังคม สูง

เนื้อหาแบบประเมินทักษะทางสังคมฉบับสั้น 5 ข้อ เป็นดังนี้

1. เมื่อท่านกลับไปอยู่กับครอบครัว ท่านคิดว่า ก. สามารถพูดคุยชักทายกับเพื่อนบ้านหรือญาติได้ตามปกติ ข. จะพูดคุยชักทายเฉพาะคนที่ทักท่านก่อน ค. จะไม่พูดกับใคร เพราะกลัวเขารังเกียจ	2. ถ้าท่านถูกล้อเลียนว่าบ้า ท่านจะอย่างไร ก. บอกว่าไม่ชอบให้ล้อ อยากให้พูดดีๆ และทำตัวปกติ ข. พยายามชี้แจงว่าตนหายแล้ว ค. โต้แย้ง คำนวณกลับไป
3. ถ้าท่านกินยารักษาโรคจิตแล้วมีอาการตาข้างมือสั่นท่านจะอย่างไร ก. หยุดกินยาเมื่อต่อไป แล้วรีบพามาพบแพทย์ ข. ทนกินยาต่อไป อาการเหล่านี้จะหายไป ค. หยุดกินยาเลย	4. ถ้าญาติบอกให้ท่านหยุดยาเพราะจะทำให้สิ้นเปลืองและอาจทำให้ติดยา ท่านจะอย่างไร ก. ปฏิเสธ บอกญาติว่าอาการกำเริบได้ถ้าหยุดยา ข. ยังคงกินยาต่อไป อาการเหล่านี้จะหายไปเอง ค. หยุดกินยาตามที่ญาติบอก
5. ถ้าท่านรู้สึกเครียดท่านจะอย่างไร ก. ฟังเพลงดูทีวี ปลูกต้นไม้หรือพูดคุยกับญาติตามปกติ ข. ไปเที่ยวนอกบ้าน ค. ไปดื่มเหล้าหรือขว้างปาของเพื่อคลายเครียด	

จะเห็นว่าข้อคำถามและการแปลผลไม่สามารถบอกถึงลักษณะของการสื่อสารและสัมพันธภาพของผู้ป่วยต่อผู้อื่นได้อย่างชัดเจน ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้จัดระดับความสามารถในการทำหน้าที่ทางสังคมไว้ 4 ระดับดังนี้

ระดับ 1 ผู้ป่วยไม่พูดคุยกับใคร อยู่เงียบ ๆ ไม่ได้ตอบ หรือหนีไปเมื่อมีผู้อื่นเข้ามาคุยด้วย รวมถึงการโต้ตอบไม่ตรงคำถาม ถามอย่างตอบอีกอย่าง หรือพูดคุยกับผู้อื่นไม่รู้เรื่อง

ระดับ 2 ผู้ป่วยพูดคุยกับผู้อื่นได้บ้าง เข้าใจความหมายในประโยคที่ผู้อื่นสนทนาด้วย โดยการโต้ตอบตรงคำถาม แต่ยังเป็นในลักษณะถามคำตอบคำ สั้น ๆ หรือการโต้ตอบด้วยภาษากาย เช่น พยักหน้า ระหว่างสนทนาไม่สบตา ยอมรับการสนทนากับผู้อื่นในช่วงเวลาสั้น ๆ มักจะเดินหนีจากไป หรือหยุดการสนทนา กลางคันแม้จะนั่งอยู่ด้วยกันผู้ป่วยก็จะไม่ได้ตอบคำถามอีก ทั้งนี้ในการสนทนาผู้สนทนาด้วยต้องพูดประโยคเดิมซ้ำ ๆ ผู้ป่วยจึงจะตอบกลับ การสนทนากับผู้ป่วยยังคงยากลำบากในลักษณะที่ต้องกระตุ้นให้ผู้ป่วยตอบเกือบทุกครั้ง

ระดับ 3 ผู้ป่วยพูดคุยกับผู้อื่นได้มากขึ้น สามารถใช้ภาษากายและวาจาในการทักทายผู้อื่นได้ เช่น การกล่าวสวัสดี การยิ้มให้ หรือการยกมือไหว้ เมื่อเจอกัน เข้าใจความหมายในการสนทนา และถามกลับเมื่อไม่เข้าใจ สนทนาเป็นประโยคยาว ๆ ได้ มีการสบตาขณะสนทนา รวมทั้งแสดงท่าทางประกอบการสนทนาได้ ยินยอมอยู่ร่วมจนจบการสนทนา รวมถึงการที่ผู้ป่วยชอบที่จะพูดตามที่ตัวเองอยากจะพูด ไม่รอฟังสิ่งที่ผู้อื่นพูดและทำความเข้าใจความหมายกับเรื่องราวที่ผู้อื่นจะสื่อสารกับตัวเอง ในระดับนี้ผู้สนทนาไม่ต้องกระตุ้นให้ผู้ป่วยตอบ แต่ต้องดึงผู้ป่วยกลับเข้ามาสู่เรื่องราวการสนทนา

ระดับ 4 ผู้ป่วยพูดคุยกับผู้อื่นได้เป็นอย่างดี สามารถทักทายหรือเริ่มต้นการสนทนากับผู้อื่นได้ ตอบคำถามด้วยประโยคยาว ๆ ได้ สบตาขณะสนทนา รวมทั้งแสดงท่าทางประกอบการสนทนาได้ เนื้อหาของการสนทนาเป็นเรื่องราว ไม่ออกนอกทางหรือเรื่องราวที่สนทนา แสดงความเห็นอย่างเป็นอิสระในเรื่องที่สนทนาได้

ผู้วิจัยได้นำเกณฑ์ที่กำหนดไว้ไปพัฒนาเครื่องมือประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

เครื่องมือประเมินความสามารถในการทำงาน

แบบประเมินความสามารถในการทำงานหรือการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ที่นำมาใช้กันอย่างแพร่หลาย ได้แก่ แบบประเมิน The Comprehensive Occupational Therapy Evaluation (COTE Scales) ในปี ค.ศ. 1975⁶³ แปลโดย เทียม ศรีคำจักร, พรเพ็ญ ศิริ สัตยะวงศ์ และวารินทร์ เมธาภักดิ์ ในปี พ.ศ. 2544⁶⁴ ประกอบด้วยการประเมินความบกพร่องทางความสามารถในการประกอบกิจกรรมโดยการสังเกตพฤติกรรมระหว่างประกอบกิจกรรมใน 3 องค์ประกอบ คือ

1. องค์ประกอบด้านพฤติกรรมทั่วไป (general behavior) หมายถึงพฤติกรรมของบุคคลที่สามารถสังเกตเห็นได้ในทุกสถานการณ์ที่ถูกกำหนดหรือสร้างเงื่อนไขไว้ และสถานการณ์ที่ไม่กำหนดหรือไม่มีเงื่อนไข ซึ่งประกอบด้วยหัวข้อย่อย ได้แก่ 1) ลักษณะภายนอก 2) พฤติกรรมที่ไร้จุดหมาย 3) ระดับการกระทำ 4) การแสดงออกความรู้สึก 5) ความรับผิดชอบ 6) ความตรงต่อเวลา 7) การรับรู้ความเป็นจริง

2. องค์ประกอบด้านพฤติกรรมความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (interpersonal behavior) หมายถึงพฤติกรรมระหว่างบุคคลที่เกิดขึ้นในกลุ่มทั้งในสถานการณ์ที่ถูกกำหนดหรือสร้างเงื่อนไขไว้ และสถานการณ์ที่

ไม่กำหนดหรือไม่มีเงื่อนไข ซึ่งประกอบด้วยหัวข้อย่อยได้แก่ 1) ความเป็นอิสระ 2) ความร่วมมือ 3) การรักษาสิทธิ 4) การเข้าสังคม 5) การเรียกร้องความสนใจ 6) การไม่เป็นที่ยอมรับกับผู้อื่น

3. องค์ประกอบด้านพฤติกรรมทำงาน (task behavior) หมายถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมเกี่ยวกับการทำงาน การประกอบอาชีพ หรือกิจกรรมยามว่าง ซึ่งประกอบด้วยหัวข้อย่อย ได้แก่ 1) การร่วมกิจกรรม 2) สมาธิหรือความตั้งใจ 3) สหสัมพันธ์ 4) การทำงานตามขั้นตอน 5) ความละเอียดรอบคอบในการทำงาน 6) การแก้ปัญหา 7) การจัดระเบียบงานที่ความซับซ้อน 8) การเรียนรู้สิ่งใหม่ 9) ความสนใจในงานหรือกิจกรรม 10) ความสนใจในผลสำเร็จของงาน 11) การตัดสินใจ 12) การอดทนต่อความคับข้องใจ

การให้คะแนนมี 5 ระดับ คือให้คะแนน 0 ในพฤติกรรมหัวข้อนั้นถ้าปกติ หรือไม่พบความบกพร่อง (normal) ให้คะแนน 1 ในพฤติกรรมหัวข้อนั้น ถ้ามีความบกพร่องเล็กน้อย (minimal) ให้คะแนน 2 ในพฤติกรรมหัวข้อนั้น ถ้ามีความบกพร่องระดับปานกลาง (mild) ให้คะแนน 3 ในพฤติกรรมหัวข้อนั้น ถ้ามีความบกพร่องในระดับมาก (moderate) และให้คะแนน 4 ในพฤติกรรมหัวข้อนั้นถ้ามีความบกพร่องในระดับรุนแรง (sever) จากนั้นรวมคะแนน โดยแยกรวมคะแนนองค์ประกอบพฤติกรรมแต่ละด้าน และรวมคะแนนทั้ง 3 ด้าน เพื่อเปรียบเทียบความก้าวหน้าของพฤติกรรมในภาพรวม ซึ่งคะแนนที่ได้จะบ่งบอกถึงระดับความบกพร่องของพฤติกรรม โดยคะแนนรวมมากแสดงว่าความบกพร่องของความสามารถในการประกอบกิจกรรมจะมีระดับรุนแรงขึ้นตาม และคะแนนรวมน้อยแสดงว่าความบกพร่องของความสามารถในการประกอบกิจกรรมจะมีระดับน้อยลงจนไม่พบความบกพร่อง

จะเห็นได้ว่าเครื่องมือมีความละเอียดมากและยากต่อการประเมิน ผู้วิจัยเห็นว่าควรประเมินเฉพาะประเด็นที่มีผลต่อการฝึกทักษะการทำงานในลักษณะกลาง ๆ และใช้ง่าย การแปลผลการประเมินควรนำไปสู่การพัฒนาความสามารถในการทำงานเฉพาะส่วนที่บกพร่องได้ ทั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดระดับความสามารถในการทำงานของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังไว้ 4 ระดับ ดังนี้

Level 1 ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมการทำงานใด ๆ ได้เลย

Level 2 สามารถทำงานได้บ้าง โดยต้องใช้เวลาในการกระตุ้นใจให้ทำงาน ในระหว่างทำงานไม่ค่อยมีสมาธิ ปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นเป็นไปในลักษณะด้านใดด้านหนึ่ง ชักจูงผู้อื่นหรือยอมให้ผู้อื่นชักจูง และในการทำงานไม่สามารถทำได้ทุกขั้นตอนของกิจกรรม ทำได้เพียง 1-2 ขั้นที่ตนเองชอบ ไม่สามารถทำตามลำดับขั้นตอน 1 ไป 2 ไป 3 หรือ 4 จนจบได้ ละเลยรายละเอียดไม่รับผิดชอบงาน

Level 3 สามารถทำงานได้มากขึ้นโดยกระตุ้นเพียงครั้งเดียวผู้ป่วยก็จะเริ่มต้นทำงาน ขาดสมาธิบ้างเป็นระยะ ปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นยังคงยอมให้ผู้อื่นชักจูงหรือชักจูงผู้อื่นอยู่บ้างแต่สามารถกลับมาเป็นตัวเอง ปฏิบัติตามกติกาการทำงานและขั้นตอนการทำงานได้ และในการทำงานยังคงไม่สามารถทำได้ทุกขั้นตอนของกิจกรรม มีเพียง 1-2 ขั้นที่ยังต้องขอคำแนะนำหรือช่วยเหลือจากผู้อื่น สามารถทำงานตามลำดับขั้นตอนที่ไม่ซับซ้อนได้ ละเลยรายละเอียดบ้างเป็นครั้งคราว รับผิดชอบในขั้นตอนหรือกิจกรรมของงานแต่ไม่ทั้งหมด หลีกเลียงบ้าง 1-2 อย่าง

Level 4 สามารถทำงานได้ดี โดยเริ่มต้นทำงานได้โดยไม่ต้องกระตุ้น มีสมาธิและตั้งใจในการทำงาน ปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นเป็นตัวของตัวเอง ให้ความช่วยเหลือผู้อื่นและขอความช่วยเหลือผู้อื่นได้ยามจำเป็น

สามารถ ทำงานให้สำเร็จได้ด้วยตัวเองตามลำพัง รวมทั้งสามารถทำงานตามลำดับขั้นตอนที่ซับซ้อนได้
ทำงานเรียบร้อยทุกขั้นตอน รับผิดชอบในขั้นตอนหรือกิจกรรมของงานทั้งหมด

ผู้วิจัยนำเกณฑ์ที่กำหนดนี้ไปพัฒนาแบบประเมินในส่วนความสามารถในการทำงานของผู้ป่วยจิต
เภทเรื้อรัง

เครื่องมือประเมินการรับรู้การเจ็บป่วย (insight rating scale)

มีการนำแบบประเมินการรับรู้อาการทางจิต insight rating scale พัฒนาโดย David⁴⁸ มาใช้วัดผล
ความสำเร็จของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบ SARA Model ในโรงพยาบาลศรีธัญญา เป็นแบบประเมิน
ทั้งหมด 7 ข้อ และข้อเพิ่มเติม 1 ข้อ มีคะแนนสูงสุด 14 คะแนน โดยวัดองค์ประกอบ 3 ด้านของการรับรู้
อาการทางจิตคือ

- 1) การให้ความร่วมมือในการรักษา (treatment compliance) ข้อ 1ก, 1ข
- 2) การตระหนักรู้ถึงความเจ็บป่วย (awareness of illness) ข้อ 2ก, 2ข
- 3) การเปลี่ยนมุมมองด้านอาการทางจิตได้อย่างถูกต้อง (reliable psychotics experiences correctly) ข้อ 3ก, 3ข

ซึ่งเครื่องมือมีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 การให้ความร่วมมือในการรักษา

1ก.ผู้ป่วยยอมรับการรักษา และร่วมมือในการรักษา (ตัวอย่างเช่น การรักษาด้วยยา และ/หรือ การเข้ารับ
การรักษาในโรงพยาบาล และ/หรือ การรักษาด้วยอาการทางกาย และทางจิตอื่นๆ) หรือไม่

.....บ่อยๆ =2 (ใช้คำถามที่แสดงถึงความต้องการการรักษามาก)

.....บางครั้ง=1 (ใช้คำถามที่แสดงถึงความต้องการการรักษาบางครั้ง)

.....ไม่เคย =0 (ถามถึงเหตุผล).....

ถ้า 1 หรือ 2 ให้ถามต่อไป

1ข. ผู้ป่วยถามเรื่องการรักษาขึ้นเองหรือไม่

.....บ่อยๆ =2 (ยกเว้นความต้องการรักษาด้วยยาที่ไม่เหมาะสม)

.....บางครั้ง=1 (ให้คะแนนถ้าการลืม/ความรุ่มรวยนำไปสู่การรักษาในบางครั้ง)

.....ไม่เคย =0 (ยอมรับการรักษาลงจากให้คำแนะนำ)

คะแนน.....\

ส่วนที่ 2 การยอมรับเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย

2ก.ถามผู้ป่วย “คุณคิดว่าคุณป่วยหรือไม่ ” หรือ “คุณคิดว่ามีบางอย่างผิดปกติเกิดขึ้นกับคุณหรือไม่ ”
(ทางจิตใจ, ทางร่างกาย, ไม่ระบุชัดเจน).....ทางจิตใจ.....

.....บ่อยๆ =2 (คิดว่าเกิดขึ้นเกือบทุกวัน/ทั้งวัน)

.....บางครั้ง=1 (คิดว่าเกิดขึ้นบางโอกาส)

.....ไม่เคย =0 (ถามเพิ่ม เพราะเหตุใด หมอ/คนอื่นคิดว่าคุณป่วย)

ถ้า 1 หรือ 2 คะแนนให้ถามต่อไปนี้

2ข.ถามผู้ป่วย “คุณคิดว่าคุณป่วยทางจิตหรือไม่ ”

.....บ่อยๆ =2 (คิดว่าเกิดขึ้นเกือบทั้งวัน/ทั้งวัน)

.....บางครั้ง=1 (คิดว่าเกิดขึ้นบางโอกาส)

.....ไม่เคย =0

ถ้า 1 หรือ 2 คะแนนให้ถามต่อไปนี้

คะแนน.....

2ค.ถามผู้ป่วย “คุณอธิบายความเจ็บป่วยของคุณอย่างไร”เจ็บป่วยทางจิต ทำให้ระงับอารมณ์ความรู้สึกยากไหมบ่อย

.....เหตุผลที่ให้รายละเอียดที่เป็นไปได้ (โดยเหมาะสมกับสังคม วัฒนธรรม และการศึกษาของผู้ป่วย เช่น ความเครียดมากเกินไป ระดับสารเคมีไม่สมดุล ประวัติครอบครัว)=2

.....ให้เหตุผลที่สับสน อธิบายซ้ำ ๆ โดยไม่เข้าใจหรือไม่รู้ =1

.....อธิบายจากความคิดหลงผิด=0

คะแนน.....

ส่วนที่ 3 การเปลี่ยนมุมมองด้านอาการทางจิตให้ถูกต้อง

3ก.ถามผู้ป่วย “คุณคิดว่า ความเชื่อที่ว่า.....คนอื่นคิดว่าตนเองเป็นคนบ้า..... (อาการหลงผิดของผู้ป่วย).....ไม่ได้เป็นความจริงที่เกิดขึ้นหรือไม่ หรือคุณคิดว่า..... (อาการประสาทหลอน).....ไม่ใช่เรื่องจริงหรือไม่”

.....บ่อยๆ =2 (คิดว่าเกิดขึ้นเกือบทั้งวัน/ทั้งวัน)

.....บางครั้ง=1 (คิดว่าเกิดขึ้นบางโอกาส)

..... ไม่เคย =0

ถ้า 1 หรือ 2 ถามต่อไปนี้

3ข.ถามผู้ป่วย “คุณอธิบายสิ่งที่เกิดขึ้น (ความเชื่อที่ว่า.....การได้ยินเสียง/การเห็นภาพว่าอย่างไร

.....เป็นส่วนหนึ่งของความเจ็บป่วย=2

.....เป็นปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นจากเหตุการณ์ภายนอก (ความเหน็ดเหนื่อย ความเครียด)=1

.....เกิดจากพลังภายนอก=0

คะแนน.....

คำถามเพิ่มเติม

คุณรู้สึกอย่างไรเมื่อคนอื่นไม่เชื่อคุณ (เมื่อคุณพูดถึง..... (อาการหลงผิด ประสาทหลอน)

.....พวกเขาโกหก=0

.....ฉันคิดว่าคนอื่นมีเจตนาที่ไม่ดีจึงพูดแบบนี้=1

.....ฉันสับสนและคิดไม่ออก=2

.....ฉันคิดว่ามีบางอย่างที่ผิดปกติเกิดขึ้นกับฉันหรือไม่ =3

.....ฉันรู้ว่าฉันป่วย=4

รวมคะแนน.....

ความเห็นของผู้วิจัยต่อแบบประเมิน insight rating scale

ส่วนที่ 1 การให้ความร่วมมือในการรักษา ข้อคำถามกว้าง ไม่ชัดเจน และจากการทำ focus group กลุ่มได้ระบุว่าพฤติกรรมผู้ป่วยที่บ่งชี้ถึงความร่วมมือในการรักษานั้น ประกอบด้วย การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง (กรณีผู้ป่วยกลับบ้านให้พิจารณาถึงการมารับยาอย่างต่อเนื่องด้วย) การเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมบำบัดอย่างเต็มใจ และการยินยอมรับการรักษาในโรงพยาบาล (กรณีผู้ป่วยใน) ซึ่งคำตอบที่ได้มีเพียงคำตอบเดียวจากแบบประเมิน insight rating scale ไม่สามารถยืนยันความร่วมมือทั้งสามประเด็นนั้นได้

ส่วนที่ 2 ผู้วิจัยเห็นว่ามีความสอดคล้องกับผลการทำ focus group ที่ระบุว่า การยอมรับการเจ็บป่วยทางจิตของผู้ป่วยให้พิจารณาการยอมรับด้วยตนเองของผู้ป่วยว่าตนเองป่วยเป็นโรคจิต และสามารถบอกเล่าอาการเจ็บป่วยของตนเองได้ แต่ข้อคำถามค่อนข้างยากเป็นสำนวนต่างประเทศไม่เหมาะกับผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่เป็นคนไทย เมื่อไปทดลองใช้ ผู้สัมภาษณ์ผู้ป่วยต้องอธิบายคำถามนั้นใหม่ ให้ผู้ป่วยเข้าใจง่ายขึ้น และสามารถตอบคำถามได้

ส่วนที่ 3 ผู้เห็นว่าในประเด็นที่น่าจะเป็นเรื่องของการบวนการบำบัดในการรับรู้ความเป็นจริงของผู้ป่วยมากกว่า จะมาเป็นข้อคำถามในการประเมินการเจ็บป่วยทางจิตของผู้ป่วย และเห็นว่าในการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยควรจะครอบคลุมไปถึงความรู้เกี่ยวกับโรคมามากกว่า เริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยทราบหรือไม่ว่าตนเองป่วยจิตและคนปกติต่างกันอย่างไร ความรู้เกี่ยวกับการรักษาทั้งทางบวกต่ออาการเจ็บป่วยและอาการข้างเคียง และที่สำคัญผู้ป่วยรู้เกี่ยวกับเรื่องอาการเตือนหรือไม่ เพื่อจะได้ตระหนักและป้องกันไม่ให้เกิดการป่วยซ้ำได้

สำหรับการพัฒนาเครื่องมือส่วนการรับรู้การเจ็บป่วย ผู้วิจัยเห็นว่าไม่สามารถนำหลักการประเมินโดยใช้เกณฑ์ความสามารถในการทำหน้าที่ทั้ง 4 ระดับที่ใช้ในการประเมินที่ผ่านมาทั้ง 3 ส่วนก่อนหน้านี้ได้ ทั้งยังไม่สามารถใช้การสังเกตเพียงอย่างเดียวประเมินพฤติกรรมการรับรู้ต่อการเจ็บป่วยได้ ควรมีการสัมภาษณ์เพิ่มเติม เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ชัดเจนขึ้น ส่วนการจัดระดับผู้วิจัยใช้ความสามารถในการตอบคำถามได้เป็นเกณฑ์ตัดสินระดับซึ่งจะกล่าวไว้ในบทที่ 3

ด้วยเหตุผลดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงเห็นว่าควรมีการพัฒนาเครื่องมือฉบับเดียวที่บูรณาการการประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง การทำหน้าที่สังคม ความสามารถในการทำงาน และการรับรู้การเจ็บป่วยเข้าด้วยกัน โดยเน้นความสะดวกและง่ายต่อการใช้งาน และเพื่อบ่งชี้ถึงประสิทธิผลของการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง และนำผลการประเมินไปพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง

วิธีการประเมิน

ในการประเมินโดยทั่วไปมีหลายวิธี ได้แก่

1. **การสังเกต** เป็นการสังเกตกิจกรรมของผู้ป่วยโดยตรงในสภาพแวดล้อมปกติเป็นวิธีที่ดีที่สุดในการประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม มักมีข้อเสียด้วย เนื่องจากผู้สังเกตต้องติดตามกิจกรรมของผู้ป่วยไปตลอดกิจวัตรประจำวัน จึงใช้เวลาและความพยายามมากและเป็นงานหนักกว่าที่คาดไว้⁶⁵

2. **การรายงานตนเอง** ในการให้ผู้ป่วยรายงานเอง เป็นการให้ผู้ป่วยประเมินความสามารถการทำหน้าที่ของตนเอง เป็นวิธีที่ง่าย ค่าใช้จ่ายถูก และประหยัดเวลา อย่างไรก็ตามมีการวิจารณ์ว่าไม่ดี เพราะมัน

อาจได้รับอิทธิพลจากการที่ผู้ป่วยจิตเวชมีการหยั่งรู้สภาพของตนเอง (insight) ที่ไม่ดีและมีการรู้คิดทางปัญญา (cognitive functioning) ลดลง⁶⁶ ความเชื่อถือได้ของผลลัพธ์จึงอาจเป็นปัญหาได้ ผู้ป่วยบางคนอาจประเมินความสามารถตนเองในสถานการณ์จริงต่ำไปและผู้ป่วยบางคนก็ประเมินสูงไป

3. การรายงานแทน โดยผู้ดูแลอาจแตกต่างกันอย่างมากจากที่ผู้ป่วยรายงานเอง⁶⁷ พบว่าผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความเห็นเหมือนกันในระดับปานกลางในเรื่องอาการและการทำหน้าที่แต่มีความเห็นตรงกันน้อยหรือไม่มีความเห็นตรงกันเลยในเรื่องความสัมพันธ์ทางสังคมและอาชีพการงาน บางครั้งความแตกต่างนี้เนื่องมาจากความบกพร่องในการรู้จักตนเอง (insight) ของผู้ป่วย นอกจากนี้ ถ้าผู้ดูแลไม่รู้จักผู้ป่วยดีพอ เขาก็อาจไม่สังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง การประเมินโดยสมาชิกครอบครัวมักจะใกล้เคียงกับการประเมินโดยผู้ป่วยมากกว่าผู้ดูแลที่ไม่ใช่ญาติ⁶⁸

4. การสัมภาษณ์ผู้ป่วยแบบกึ่งโครงสร้าง (semistructured interview) เป็นวิธีการใหม่ที่ใช้ประเมินการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในสถานการณ์จริง มีการสัมภาษณ์สมาชิกครอบครัว นายจ้าง ที่ปรึกษาในสถานพักพิบนและที่พักอาศัย และคณะผู้ให้การรักษา เพื่อให้ทราบความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยที่แม่นยำกว่า มีการให้คะแนนในสิ่งแวดล้อมสามแบบ (ที่ทำงาน สถานศึกษา และที่อยู่อาศัย) ในสามหัวข้อ (บทบาท ความช่วยเหลือ และความสามารถ) ปฏิสัมพันธ์ (interaction) ระหว่างผู้สัมภาษณ์และผู้ถูกสัมภาษณ์อาจจะมีผลกระทบบางอย่าง โดยเฉพาะเมื่อการสัมภาษณ์ใช้ระยะเวลานาน คุณสมบัติของผู้สัมภาษณ์ เช่น เพศและอายุ ปฏิสัมพันธ์ส่วนตัวระหว่างผู้สัมภาษณ์และผู้ถูกสัมภาษณ์ และพฤติกรรมของผู้สัมภาษณ์ก็อาจส่งผลกระทบได้

สำหรับการพัฒนาเครื่องมือประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังในครั้งนี้ใช้การสังเกตร่วมกับการสัมภาษณ์อย่างมีโครงสร้าง

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยพัฒนา (Research Development) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาเครื่องมือ ประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง โดยมีการดำเนินงานดังนี้

ประชากร เป็นผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท และยังคงพักรักษา ตัวเป็นผู้ป่วยใน ในโรงพยาบาลศรีธัญญา ระหว่างวันที่ 1-30 กันยายน 2557

กลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม

1. ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ทั้งหมดที่พักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน ณ หอผู้ป่วย 6 หลัง ในงานบำบัดระยะยาว โรงพยาบาลศรีธัญญา จำนวนทั้งสิ้น 102 คน
2. ผู้ป่วยจิตเภทไม่เรื้อรัง ที่พักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน ณ หอผู้ป่วยหญิง 1 หลัง หอผู้ป่วยชาย 2 หลัง ในแผนกผู้ป่วยหญิงและชาย จำนวน 60 คน (หอผู้ป่วยละ 20 คน)

คุณสมบัติตัวอย่างประชากร

1. ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคจิตเภทโดยไม่มีภาวะโรคร่วมทางจิตอื่น ๆ หรือพิการ
2. ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังต้องได้รับการรักษาเป็นผู้ป่วยในเป็นระยะเวลา 2 ปีขึ้นไป
3. ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังมีอายุไม่เกิน 70 ปี
3. ผู้ป่วยจิตเภทไม่เรื้อรังต้องได้รับการรักษาเป็นผู้ป่วยในเป็นระยะเวลาไม่เกิน 2 เดือน
4. มีอาการทางจิตสงบ โดยพิจารณาจากค่าคะแนนอาการทางจิต จากแบบประเมิน BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale) ไม่เกิน 36 คะแนน
5. ผู้ป่วยพูดและฟังภาษาไทยได้

เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ จำเป็นต้องใช้ผู้เชี่ยวชาญและผู้ช่วยวิจัย จึงจำเป็นต้องกำหนดคุณสมบัติ ดังนี้

ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 1 คน มีคุณสมบัติ ดังนี้

1. เป็นพยาบาลจิตเวช
2. มีประสบการณ์ในการให้บริการผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังมากกว่า 10 ปี
3. มีผลงานทางวิชาการที่บ่งชี้ถึงความเชี่ยวชาญทางการให้บริการผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังอย่างน้อย 3 เรื่อง
4. ผ่านการอบรมการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชระดับหลังการพยาบาลขั้นพื้นฐาน

ผู้ช่วยวิจัย จำนวน 2 คน มีคุณสมบัติ ดังนี้

1. เป็นพยาบาลจิตเวช
2. มีประสบการณ์ในการให้บริการผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังมากกว่า 10 ปี
3. เป็นพยาบาลวิชาชีพ ที่ผ่านการอบรมการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชระดับหลังการพยาบาลขั้นพื้นฐาน

การสร้างเครื่องมือในการวิจัย

การสร้างแบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสัมภาษณ์เชิงลึกกับญาติผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง(มีนาคม-เมษายน 2557) ที่พักรักษาตัวในหอผู้ป่วย ในงานบำบัดระยะยาว จำนวน 20 คน โดยมีแนวคำถามในการสัมภาษณ์ดังนี้

แนวคำถาม

1. ความรู้สึกที่มีต่อผู้ป่วย : เมื่อป่วยครั้งแรก และ ณ เวลาขณะที่ทำการสัมภาษณ์
2. การนำผู้ป่วยมารักษาที่โรงพยาบาลมีความคาดหวังต่อผลการรักษาอย่างไร
3. หากโรงพยาบาลให้รับผู้ป่วยกลับบ้าน ญาติคิดว่าผู้ป่วยที่จะกลับไปอยู่ร่วมบ้านนั้นต้องมีพฤติกรรมและความสามารถอย่างไรบ้าง (ในกรณีที่ไม่ประสงค์รับผู้ป่วยกลับบ้าน : มีเหตุผลอย่างไร)
4. วางแผนเกี่ยวกับอนาคตของผู้ป่วยไว้หรือไม่ อย่างไร

ขั้นตอนที่ 2 การทำ Focus group กับทีมสหวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในงานบำบัดระยะยาว โดยเป็นจิตแพทย์ 1 คน นักจิตวิทยา 1 คน นักสังคมสงเคราะห์ 1 คน และพยาบาลวิชาชีพ 6 คน จำนวน 2 ครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมง โดยมีประเด็นการสนทนา ดังนี้

ครั้งที่ 1

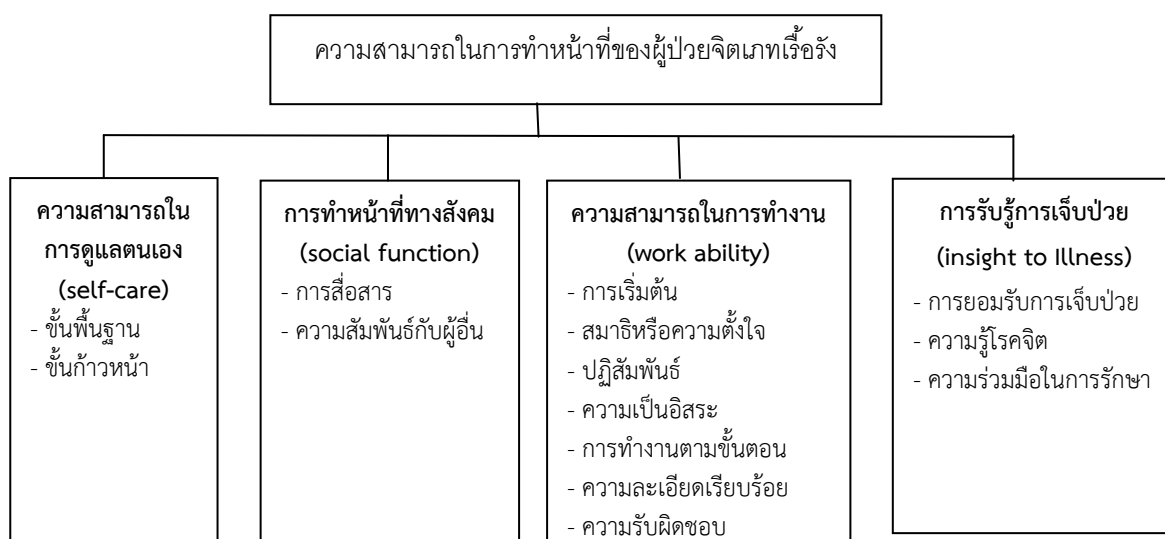
1. ปัญหาผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่พบบ่อยคืออะไร
2. ความคาดหวังต่อผลลัพธ์บริการที่ควรเกิดขึ้นกับผู้ป่วยคืออะไร
3. เห็นด้วยหรือไม่ที่จะประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังใน 4 ด้านตามที่ผู้วิจัยนำเสนอ

ครั้งที่ 2

1. การดูแลตนเองควรให้ความสำคัญในรายละเอียดเรื่องใด หลักการประเมินควรใช้เกณฑ์อะไร
2. การทำหน้าที่ทางสังคมให้ความสำคัญในรายละเอียดเรื่องใด หลักการประเมินควรใช้เกณฑ์อะไร
3. การทำงานให้ความสำคัญในรายละเอียดเรื่องใด หลักการประเมินควรใช้เกณฑ์อะไร
4. การรับรู้การเจ็บป่วยควรให้ความสำคัญในรายละเอียดเรื่องใด หลักการประเมินควรใช้เกณฑ์อะไร
5. วิธีประเมินควรเป็นแบบใด
6. ผู้ประเมินเป็นใคร

ขั้นตอนที่ 3 นำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ญาติ การทำ Focus group กับทีมสหวิชาชีพ และเนื้อหาที่ได้จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มากำหนดกรอบการสร้างเครื่องมือ และเกณฑ์การประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ดังนี้

กรอบแนวคิดการสร้างเครื่องมือประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง



เกณฑ์การประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

- ระดับ 1 ผู้ป่วยไม่สามารถทำหน้าที่นั้น ๆ ได้ด้วยตนเอง
- ระดับ 2 ผู้ป่วยสามารถทำหน้าที่นั้น ๆ ได้บ้าง แต่ต้องได้รับการช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่
- ระดับ 3 ผู้ป่วยสามารถทำหน้าที่นั้น ๆ ได้มาก เพียงแต่ต้องได้รับการกระตุ้นหรือชี้แนะจากเจ้าหน้าที่
- ระดับ 4 ผู้ป่วยสามารถทำหน้าที่นั้น ๆ ได้ทั้งหมดด้วยตนเอง

หมายเหตุ เนื่องจากการพัฒนาเครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ ไม่ได้ลงลึกถึงชุมชน เป็นเพียงการทดสอบสอบใช้เครื่องมือภายในโรงพยาบาลศรีธัญญา ดังนั้นการได้รับการช่วยเหลือของผู้ป่วยจึงหมายถึง การได้รับการช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่เท่านั้น

ขั้นตอนที่ 4 ทำการยกร่างเครื่องมือประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ซึ่งประกอบด้วยแบบประเมินฯ และคู่มือการใช้แบบประเมิน

แบบประเมินฯ มี 2 ลักษณะ

1. การประเมินด้านการดูแลตนเอง การทำหน้าที่ทางสังคม และความสามารถในการทำงาน ใช้ลักษณะเดียวกันกับ Rating Scale 4 ระดับ โดยผู้วิจัยได้กำหนดกรอบระดับความสามารถของผู้ป่วยไว้ แต่ละระดับจะอธิบายความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมหรือพฤติกรรมนั้นๆ ของผู้ป่วยไว้ ผู้ประเมินพิจารณาระดับความสามารถสูงสุด ทางขวามือ คือระดับ 4 หากผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในระดับ 4 ก็ให้ถอยกลับไปพิจารณาในระดับ 3 หากไม่ครบอีก ก็ให้พิจารณาระดับ 2 นั้นหมายความว่าความสามารถผู้ป่วยในระดับใด ผู้ป่วยต้องสามารถปฏิบัติกิจกรรมทุกข้อในระดับนั้นได้ ดังตัวอย่าง

กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ ลงใน ☐ หน้าข้อความระดับความสามารถ ที่ตรงตามลักษณะความสามารถที่เป็นจริงของผู้ป่วยในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

1. ความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care)

☐ ระดับ 1	☐ ระดับ 2	☐ ระดับ 3	☐ ระดับ 4
<u>1.1 รับประทานอาหารและน้ำ:</u> 1) ไม่สามารถรับประทานอาหารและน้ำได้ด้วยตนเอง	<u>1.1 รับประทานอาหารและน้ำ:</u> 1) ไม่สามารถปฏิบัติขั้นตอนอื่นๆ ได้นอกจากการรับประทานอาหารและน้ำเองได้ด้วยตนเอง	<u>1.1 รับประทานอาหารและน้ำ:</u> 1) ล้างมือและเช็ดให้แห้ง 2) เตรียมอุปกรณ์ในการรับประทานอาหารและน้ำ (ถาดอาหาร ช้อน แก้วน้ำ) 3) เช้าแถว 4) เติมน้ำรับอาหาร 5) กลับไปนั่งที่โต๊ะ 6) ใช้ช้อนตักอาหารพอดีคำเข้าปาก เคี้ยว ละเลียด กลืน 7) ดื่มน้ำตาม 1-2 แก้วหลังรับประทานอาหาร	<u>1.1 รับประทานอาหารและน้ำ:</u> 1) ล้างมือและเช็ดให้แห้ง 2) เตรียมอุปกรณ์ในการรับประทานอาหารและน้ำ (ถาดอาหาร ช้อน แก้วน้ำ) 3) เช้าแถว 4) เติมน้ำรับอาหาร 5) กลับไปนั่งที่โต๊ะ 6) ใช้ช้อนตักอาหารพอดีคำเข้าปาก เคี้ยว ละเลียด กลืน 7) ดื่มน้ำตาม 1-2 แก้วหลังรับประทานอาหาร 8) เก็บล้างภาชนะ และนำไปเก็บ
<u>หมายเหตุ</u> เจ้าหน้าที่เป็นผู้กระทำกิจกรรมให้	<u>หมายเหตุ</u> ต้องได้รับการช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ในบางกิจกรรม	<u>หมายเหตุ</u> ตลอดขั้นตอนการปฏิบัติยังคงต้องการกระตุ้นเตือน ชื่นชมจากเจ้าหน้าที่	<u>หมายเหตุ</u> ผู้ป่วยทำกิจกรรมทุกอย่างได้ด้วยตนเอง

ในกรณีนี้ หากผู้ป่วยสามารถกระทำกิจกรรมได้ทั้ง 8 กิจกรรมแต่เป็นในลักษณะต้องได้รับกระตุ้นชี้แนะจากเจ้าหน้าที่ ก็ถือว่าผู้ป่วยมีความสามารถในระดับ 3 และหากว่าบางกิจกรรมเป็นไปในลักษณะเจ้าหน้าที่ต้องทำกิจกรรมบางอย่างให้ เช่น เตรียมถาดอาหาร ล้างมือให้ หรือเก็บล้างถาดอาหารให้ ก็ถือว่าผู้ป่วยมีความสามารถอยู่ในระดับ 2 ทั้งนี้เพราะเป้าหมายของเครื่องมือส่วนหนึ่งมีไว้เพื่อเป็นตัวผลลัพธ์ของการพัฒนาผู้ป่วยให้สามารถดูแลตนเองได้ โดยพัฒนาไปที่ละขั้น จากเจ้าหน้าที่ทำให้หมด --> ลดลงเหลือบางกิจกรรม --> เหลือเพียงการกระตุ้น --> จนถึงไม่ต้องพึ่งพาเจ้าหน้าที่อีกเลย

2. การประเมินด้านการรับรู้การเจ็บป่วย เป็นลักษณะแบบสอบถาม ปลายปิดผสมผสานปลายเปิด โดยผู้ประเมินทำการสอบถามผู้ป่วยตามหัวข้อที่ระบุ ดังตัวอย่าง

3. ความร่วมมือในการรักษา

ผู้ประเมิน สังเกตพฤติกรรม ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ผู้ปฏิบัติกิจกรรมเหล่านี้หรือไม่

1. พฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วย: รับประทานยาตรงเวลา ครบตามจำนวนที่แพทย์สั่ง

☐ ไม่เลย/มีบ้างนานๆครั้งที่ทั้งยา

☐ ทำทุกครั้งทุกมื้อของdoseยา / แอบทิ้งยาบ่อย ๆ/ต้องบังคับเกือบทุกครั้ง

2. การเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มบำบัด/ฟื้นฟู :

☐ ปฏิเสธการเข้ากลุ่ม/ต้องบังคับ

☐ เข้ากลุ่มตามแผนการดูแลบุคลากรจัดให้ด้วยความเต็มใจ

3. การยินยอมรับการรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน ในโรงพยาบาล

☐ ไม่ยินยอม / มีการแสดงทั้งคำพูดและการกระทำว่าไม่ต้องการพักรักษาตัวในโรงพยาบาล

เช่น “ปล่อยให้...กลับบ้านเถอะ” ถูมหาแต่ญาติพี่น้องให้มารับกลับ และมีพฤติกรรมที่แสดงถึงความพยายามในการหลบหนี

☐ ยินยอมอยู่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล บอกได้ว่าเมื่อไหร่จะได้กลับบ้านและไม่มีท่าทีหลบหนี

คู่มือการประเมิน ผู้วิจัยได้จัดทำคู่มือการประเมินเพื่อให้คำอธิบายรายละเอียดของเนื้อหาสาระในแบบประเมินเพิ่มเติม พร้อมทั้งวิธีการประเมิน และเกณฑ์การให้คะแนนจากแบบประเมินฯ ดังตัวอย่าง

1.2 การนอน หมายถึง การนอนหลับในตอนกลางคืนของผู้ป่วยจิตเภทเพื่อให้สามารถพักผ่อนนอนหลับได้อย่างพอเพียง คำนวณประมาณ 6 – 8 ชั่วโมง

สถานที่ : ห้องนอน

ประกอบด้วยกิจกรรมต่าง ๆ ดังนี้

1. การล้างหน้า แปรงฟันก่อนนอน

2. เตรียมเครื่องนอนก่อนนอน (ดูแลเก็บ-พับผ้าคลุมเตียงไว้ในที่เก็บ)

3. สวดมนต์

4. เข้านอนตามเวลาและในท่าของตัวเอง ห่มผ้า

5. ตื่นนอนในตอนเช้า :

- พับผ้าห่มไว้ปลายเตียง

- เก็บเตียงผ้าปูเตียงให้ตึง

- วางหมอนไว้หัวเตียง

- คลุมเตียงด้วยผ้าคลุมเตียง

เกณฑ์การจัดระดับ

ระดับ 1 : ผู้ป่วยไม่สามารถทำได้ด้วยตนเอง ผู้ดูแลต้องทำกิจกรรมทุกอย่างให้รวมทั้งการพาเข้านอนถึงเตียงนอนของผู้ป่วย ดูแลจนผู้ป่วยหลับ รวมทั้งการนอนไม่เป็นที่ และไม่สนใจเข้านอนตามเวลา

ระดับ 2 : เข้านอนในท่าของตัวเองได้ แต่ไม่รู้จักรักษาหรือหาเครื่องนอน

ระดับ 3 : ผู้ป่วยสามารถกระทำการกิจกรรมการนอนได้ด้วยตนเองในทุกกิจกรรม เพียงแต่ต้องมีการกระตุ้นเตือน ชี้แนะจากผู้ดูแลก่อน

ระดับ 4 : ผู้ป่วยสามารถกระทำการกิจกรรมการนอนได้ด้วยตนเอง

เกณฑ์การจัดระดับความสามารถในการดูแลตนเอง Level 1 ผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองได้ ต้องการเจ้าหน้าที่มาดูแลตลอดเวลาและ/หรือมีสมรรถนะในด้านนี้ในระดับต่ำ Level 2 ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้เฉพาะบางขั้นตอนของกิจกรรมนั้น เช่น ตักอาหารรับประทานได้อย่างเดียว เข้านอนได้โดยไม่ยอมปฏิบัติขั้นตอนอื่น ๆ หรือ ขับถ่ายได้แต่ไม่ทำความสะอาด และถ้าให้ทำในทุกขั้นตอนของกิจกรรมต้องมีเจ้าหน้าที่คอยกำกับติดตาม Level 3 ผู้ป่วย ดูแลตนเองได้ในทุกขั้นตอนของกิจกรรมนั้นแต่ยังคงต้องการการกระตุ้น เตือน ชี้แนะจากเจ้าหน้าที่ Level 4 ดูแลตนเองได้ในทุกขั้นตอนของกิจกรรม
วิธีการประเมิน ผู้ประเมินต้องอ่านคู่มือ อ่านคำจำกัดความ เกณฑ์การแบ่งระดับ แล้วสังเกตพฤติกรรมหากพฤติกรรมบางอย่างปรากฏไม่ชัดเจน สามารถซักถามทั้งจากตัวผู้ป่วยและผู้ดูแลเพื่อให้ข้อมูลชัดเจนขึ้น แล้วใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง Level ที่ตรงกับพฤติกรรมผู้ป่วย จะใส่เครื่องหมาย ✓ ลงใน Level 1 ได้ก็ต่อเมื่อผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ ได้เลย จะใส่เครื่องหมาย ✓ ลงใน Level 2 ได้ก็ต่อเมื่อผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ตรงกับที่ระบุไว้ใน Level 2 จะใส่เครื่องหมาย ✓ ลงใน Level 3 ได้ก็ต่อเมื่อผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ตรงกับที่ระบุไว้ใน Level 3 ครบทุกข้อ หากไม่ครบแม้เพียงข้อเดียว ระดับพฤติกรรมของผู้ป่วยก็จะตกไปอยู่ใน Level 2 จะใส่เครื่องหมาย ✓ ลงใน Level 4 ได้ก็ต่อเมื่อผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ตรงกับที่ระบุไว้ใน Level 4 ครบทุกข้อ หากไม่ครบแม้เพียงข้อเดียว ระดับพฤติกรรมของผู้ป่วยก็จะตกไปอยู่ใน Level 3
เกณฑ์การให้คะแนน การให้คะแนนความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ด้านการดูแลตนเอง การทำหน้าที่ทางสังคม และความสามารถในการทำงาน ให้คะแนนตามระดับความสามารถที่ผู้ป่วยได้รับการประเมิน เช่น ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองในระดับ 3 ก็จะได้ คะแนน 3 มีความสามารถในการทำหน้าที่ทางสังคมในระดับ 4 ก็จะได้ คะแนน 4 เป็นต้น

การนำแบบประเมินไปใช้ต้องอาศัยการสัมภาษณ์ และการสังเกตพฤติกรรมผู้ป่วยทั้งจากตัวผู้ป่วยเองและเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยในแต่ละกิจกรรม ภายใต้เงื่อนไขในช่วงระยะเวลา 2 สัปดาห์ ณ เวลาที่ทำการประเมิน

ขั้นตอนที่ 5 การทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ

5.1 การตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 8 ท่าน(แสดงไว้ในภาคผนวก) ซึ่งเป็นผู้ที่มีความรู้ความเข้าใจอย่างดีด้านเนื้อหาเกี่ยวกับความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ทำการตรวจสอบข้อความในแบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ฯ และคู่มือการประเมิน จากนั้นนำผลการตรวจสอบของผู้ทรงคุณวุฒิแต่ละคนมาวิเคราะห์ เลือกเนื้อหาที่ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นด้วยร้อยละ 80 เก็บเป็นข้อความที่จะบรรจุในแบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ฉบับจริง

นำแบบสอบถามที่ผ่านความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ ก่อนนำไปใช้เก็บข้อมูล

5.2 การหาค่าความสอดคล้องภายใน ด้วยค่า Cronbach's Alpha

โดยผู้เชี่ยวชาญ 1 คน ทำการประเมินผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ตามแบบประเมินฯ จำนวน 102 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้มาหาค่า Cronbach's Alpha ทั้งนี้การพิจารณาว่าในจะเลือกข้อความหรือข้อคำถามใดไว้ และตัดข้อความใดออกหรือไม่

(1) พิจารณาจาก ค่า Corrected item-total correlation (r) ซึ่งมีความหมายว่าคะแนนในข้อนั้นๆ มีความสัมพันธ์กับคะแนนรวมในด้านนั้นหรือไม่ ทั้งนี้ถ้าพบว่า ค่า r ต่ำกว่า 0.3 ซึ่งหมายความว่า ข้อความนั้นมีความสัมพันธ์ต่ำกับคะแนนรวมในด้านนั้น ก็จะตัดคำถามข้อนั้นออก

(2) Cronbach's alpha if item deleted ซึ่งหมายความว่า การตัดคำถามข้อนั้นออกไป ทำให้ค่า Cronbach's alpha สูงขึ้นหรือต่ำลง โดยถ้าการตัดข้อความนั้นจะทำให้ Cronbach's alpha มีค่าสูงขึ้นมาก แสดงว่าควรตัดคำถามข้อนั้นออก

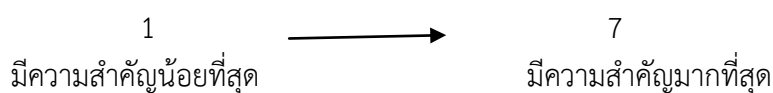
5.3 การหาค่าความเที่ยง ด้วยวิธีการทดสอบซ้ำ (Test-Retest Reliability) วิเคราะห์ด้วยสถิติ Intraclass correlation coefficient (ICC) โดยให้ผู้เชี่ยวชาญ 1 คน ทำการประเมินผู้ป่วยกลุ่มเดิมซ้ำ ในระยะเวลาห่างกัน 1 สัปดาห์ นำคะแนนที่ได้ในด้านต่างๆ มาหา Intraclass correlation coefficient (ICC) โดยกำหนดให้ค่า ICC มีค่าตั้งแต่ .600 ขึ้นไป

5.4 การหาค่าเที่ยงระหว่างผู้ประเมิน (Inter-rater reliability) โดยผู้ประเมิน 3 คน (ผู้เชี่ยวชาญ 1 คนและผู้ช่วยวิจัย 2 คน) ประเมินผู้ป่วยกลุ่มเดียวกัน 102 คน ในเวลาเดียวกันแล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ด้วยสถิติ Intraclass correlation coefficient (ICC) เพื่อดูว่าคะแนนที่ได้จากการประเมิน โดยผู้ประเมินทั้ง 3 คน มีค่าใกล้เคียงกันหรือไม่ กำหนดให้ค่า ICC มีค่าตั้งแต่ .600 ขึ้นไป

5.5 การหาค่าอำนาจจำแนก (Discriminating validity) ด้วยวิธี Known-Group Technique โดยผู้ช่วยวิจัย 2 คน นำแบบประเมินฯ ไปใช้ในในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทไม่เรื้อรัง 60 คน และกลุ่มคะแนนผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ที่ทำการประเมินไปแล้ว(เป็นการสุ่มอย่างง่าย) 60 คน นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ด้วยค่า 2-sample t-test รายงานผลด้วย p-value โดยกำหนดว่า ถ้า $p\text{-value} \leq 0.05$ แสดงว่าคำถามในด้านนั้นๆ สามารถแยกผู้ป่วยเรื้อรังและไม่เรื้อรังออกจากกันได้

ขั้นตอนที่ 6 การแปลผลแบบประเมินฯ

การบ่งชี้ว่าผู้ป่วยจิตเภทมีความสามารถในการทำหน้าที่ในภาพรวมในระดับใดนั้น มีความเกี่ยวข้องกันกับพฤติกรรม 4 ด้าน คือ ความสามารถในการดูแลตนเอง การทำหน้าที่ทางสังคม ความสามารถในการทำงาน และการรับรู้การเจ็บป่วย ซึ่งแต่ละพฤติกรรมนั้นย่อมมีความสำคัญไม่เท่ากัน ผู้วิจัยได้ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 8 ท่าน ให้น้ำหนักคะแนนพฤติกรรมทั้งคนข้อ และคนด้าน 4 ด้าน ใน 7 สเกล คือ



แล้วนำคะแนนคำตอบจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 8 ท่าน มาหาค่ามัธยฐานและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (แสดงไว้ในตารางที่ 9 ในภาคผนวก) แล้วคำนวณสัดส่วนทั้งรายด้าน และภาพรวม ได้น้ำหนักคะแนน และเกณฑ์การตัดสินใจเพื่อแปลผลระดับรายด้าน และภาพรวม ดังนี้

การจัดระดับการดูแลตนเองขั้นพื้นฐาน

คำนวณโดยนำคะแนนที่ได้จากแบบประเมิน คุณ ด้วยตัวคุณ(สัดส่วนตามน้ำหนักรวม)ดังนี้

ขั้นพื้นฐาน (น้ำหนักคะแนน)	น้ำหนักรวม 7	ตัวคุณ (สัดส่วนตามน้ำหนักรวม)
การรับประทานอาหารและน้ำ (7)		1.5
การนอน (7)		1.5
การขับถ่าย (7)		1.5
การรักษาความสะอาดร่างกาย (7)		1.5
การออกกำลังกาย (5)		1.0

เกณฑ์การจัดระดับ

- ระดับ 4 คะแนน 22 - 28
- ระดับ 3 คะแนน 15 - 21
- ระดับ 2 คะแนน 8 - 14
- ระดับ 1 คะแนน 1 - 7

การจัดระดับการดูแลตนเองขั้นก้าวหน้า

คำนวณโดยนำคะแนนที่ได้จากแบบประเมิน คุณ ด้วยตัวคุณ(สัดส่วนตามน้ำหนักรวม)ดังนี้

ขั้นก้าวหน้า (น้ำหนักคะแนน)	น้ำหนักรวม 6	ตัวคุณ (สัดส่วนตามน้ำหนักรวม)
การเดินทาง (5.5)		3.1
การจัดการทางการเงิน (5)		2.9

เกณฑ์การจัดระดับ

- ระดับ 4 คะแนน 19 -24
 ระดับ 3 คะแนน 13 -18
 ระดับ 2 คะแนน 7 -12
 ระดับ 1 คะแนน 1 - 6

การจัดระดับการดูแลตนเองโดยรวม (Self-care)

คำนวณโดยนำคะแนนที่ได้จากแบบประเมิน คุณ ด้วยตัวคุณ(สัดส่วนตามน้ำหนักรวม)ดังนี้

การดูแลตนเองโดยรวม(น้ำหนักคะแนน)	น้ำหนักรวม 7	ตัวคุณ (สัดส่วนตามน้ำหนักรวม)
ระดับการดูแลตนเองขั้นพื้นฐาน (7)		3.8
ระดับการดูแลตนเองขั้นก้าวหน้า (6)		3.2

เกณฑ์การจัดระดับ

- ระดับ 4 คะแนน 22 - 28
 ระดับ 3 คะแนน 15 - 21
 ระดับ 2 คะแนน 8 - 14
 ระดับ 1 คะแนน 1 -7

การจัดระดับการทำหน้าที่ทางสังคม

คำนวณโดยนำคะแนนที่ได้จากแบบประเมิน คุณ ด้วยตัวคุณ(สัดส่วนตามน้ำหนักรวม)ดังนี้

การทำหน้าที่ทางสังคม(น้ำหนักคะแนน)	น้ำหนักรวม 7	ตัวคุณ(สัดส่วนตามน้ำหนักรวม)
การติดต่อสื่อสาร (7)		3.8
การสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่น (6)		3.2

การจัดระดับด้านการติดต่อสื่อสาร ตามที่ประเมินได้

การจัดระดับด้านการสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่นตามที่ประเมินได้

เกณฑ์การจัดระดับ

- ระดับ 4 คะแนน 22 - 28
 ระดับ 3 คะแนน 15 - 21
 ระดับ 2 คะแนน 8 - 14
 ระดับ 1 คะแนน 1 -7

การจัดระดับความสามารถในการทำงาน

คำนวณโดยนำคะแนนที่ได้จากแบบประเมิน คุณ ด้วยตัวคุณ(สัดส่วนตามน้ำหนักรวม)ดังนี้

ความสามารถในการทำงาน (น้ำหนักคะแนน)	น้ำหนักรวม 6	ตัวคุณ (สัดส่วนตามน้ำหนักรวม)
การเริ่มต้นทำงาน (5)		0.7
สมาธิ (6)		0.9
ปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น (6)		0.9
การเป็นอิสระ (5.5)		0.8
การทำงานตามขั้นตอน (6.5)		0.9
ความละเอียดเรียบร้อย(5.5)		0.8
ความรับผิดชอบ (7)		1.0

ในการจัดระดับความสามารถในการทำงานรายชื่อ ใช้คะแนนที่ประเมินได้เป็นตัวจัดระดับ

ส่วนการจัดระดับความสามารถในการทำงานโดยรวม ต้องเริ่มจากการนำคะแนนที่ประเมินได้คูณด้วยตัวคุณของแต่ละข้อ แล้วนำผลรวมทุกข้อ มาตัดสินใจ โดยใช้เกณฑ์

เกณฑ์การจัดระดับ

ระดับ 4 คะแนน 19 - 24

ระดับ 3 คะแนน 13 - 18

ระดับ 2 คะแนน 7 - 12

ระดับ 1 คะแนน 1 - 6

การจัดระดับการรับรู้การเจ็บป่วย

คำนวณโดยนำคะแนนที่ได้จากแบบประเมิน คุณ ด้วยตัวคุณ(สัดส่วนตามน้ำหนักรวม)ดังนี้

ความสามารถในการทำงาน(น้ำหนักคะแนน)	น้ำหนักรวม 6	ตัวคุณ (สัดส่วนตามน้ำหนักรวม)
การยอมรับการเจ็บป่วย (7)		2
ความรู้โรคจิต (7)		2
ความร่วมมือในการรักษา (7)		2

ในการจัดระดับการรับรู้การเจ็บป่วยรายชื่อ ใช้คะแนนที่ประเมินได้เป็นตัวจัดระดับ

ส่วนการจัดระดับความสามารถในการรับรู้การเจ็บป่วยโดยรวม ต้องเริ่มจากการนำคะแนนที่ประเมินได้คูณด้วยตัวคุณของแต่ละข้อ แล้วนำผลรวมทุกข้อ มาตัดสินใจ โดยใช้เกณฑ์

เกณฑ์การจัดระดับ

ระดับ 4 คะแนน 19 - 24

ระดับ 3 คะแนน 13 - 18

ระดับ 2 คะแนน 7 - 12

ระดับ 1 คะแนน 1 - 6

การจัดระดับความสามารถในการทำหน้าที่โดยรวม

คำนวณโดยนำผลระดับความสามารถในภาพรวมสุดท้ายของแต่ละด้าน คูณด้วยน้ำหนักคะแนนที่ผู้ทรงคุณวุฒิให้ไว้ ดังนี้

ความสามารถในการทำหน้าที่โดยรวม	น้ำหนักคะแนน
การดูแลตนเอง (คะแนนเต็ม 4)	7 (คะแนนเต็ม 28)
การทำหน้าที่ทางสังคม (คะแนนเต็ม 4)	7 (คะแนนเต็ม 28)
ความสามารถในการทำงาน (คะแนนเต็ม 4)	6 (คะแนนเต็ม 24)
การรับรู้การเจ็บป่วย (คะแนนเต็ม 4)	6 (คะแนนเต็ม 24)
คะแนนเต็ม	104

แล้วนำผลรวมคะแนนที่ได้มาตัดสินระดับความสามารถในการทำหน้าที่โดยรวม ตามเกณฑ์ดังนี้
เกณฑ์การประเมินความสามารถในการทำหน้าที่โดยรวม

ระดับ 4 คะแนน 79 - 104

ระดับ 3 คะแนน 53 - 78

ระดับ 2 คะแนน 27 - 52

ระดับ 1 คะแนน 1 - 26

การรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยนำเสนอโครงร่างการวิจัยแก่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลได้รับการอนุมัติเมื่อ 15 สิงหาคม 2556 และต่ออายุครั้งที่ 1 ได้รับการอนุมัติ เมื่อ 15 สิงหาคม 2557
2. ติดต่อผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 8 คนเพื่อขอความร่วมมือในการพิจารณาเครื่องมือวิจัย
3. ขอความร่วมมือกับญาติผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังจำนวน 20 คน เพื่อทำการสัมภาษณ์เชิงลึกตามแนวคำถามที่กำหนด
4. ขอความร่วมมือกับทีมสหวิชาชีพ จำนวน 9 คน ในงานบำบัดระยะยาว เพื่อทำ Focus group จำนวน 2 ครั้ง ตามประเด็นที่กำหนด
5. ทำความเข้าใจกับผู้เชี่ยวชาญ 1 คน และผู้ช่วยวิจัย 2 คน (พยาบาลวิชาชีพ) เกี่ยวกับแบบประเมินการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทและแบบสัมภาษณ์การรับรู้ต่อการเจ็บป่วย ตลอดจนคู่มือการใช้แบบประเมิน จนมีความเข้าใจตรงกัน และทำการทดลองใช้เครื่องมือกับผู้ป่วยจิตเภท จนได้ค่า ICC ที่เชื่อถือได้
6. ผู้เชี่ยวชาญ และผู้ช่วยวิจัย 2 คน ทำการประเมินผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง จำนวน 102 คน
7. ต่อมาอีก 1 สัปดาห์ ผู้เชี่ยวชาญ กลับไปประเมินผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังกลุ่มเดิม จำนวน 102 คน
8. ผู้ช่วยวิจัย 2 คน ทำการเก็บข้อมูลผู้ป่วยจิตเภทไม่เรื้อรังที่คัดเลือกไว้ จำนวน 60 คน

9. สุ่มข้อมูลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังจากข้อ 7. จำนวน 60 คน มาวิเคราะห์เปรียบเทียบกับข้อมูลที่ได้จากข้อ 8. ด้วยการวิเคราะห์เพื่อหาค่าอำนาจจำแนก

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลการสัมภาษณ์เชิงลึกกับญาติผู้ป่วย และการทำ Focus group ในทีมสหวิชาชีพ ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)
2. วิเคราะห์ค่าความสอดคล้องภายใน โดยผู้เชี่ยวชาญ 1 คน ด้วยการหาค่า Cronbach's Alpha
3. วิเคราะห์ค่าความเที่ยง ด้วยการทดสอบซ้ำ (Test-Retest Reliability) ด้วยสถิติ Intraclass correlation coefficient (ICC)
4. วิเคราะห์ค่าความเที่ยงระหว่างผู้ประเมิน (Inter-rater reliability) ด้วยสถิติ Intraclass correlation coefficient (ICC)
5. วิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนก (Discriminating validity) ด้วยค่า 2-sample t-test รายงานผลด้วย p-value โดยกำหนดว่า ถ้า $p\text{-value} \leq 0.05$
6. วิเคราะห์เพื่อจำแนกระดับความสามารถในการทำหน้าที่ ตามวิธีการคูณด้วยตัวคูณ และจัดแบ่งตามเกณฑ์ที่เสนอไว้หน้า 31-34

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล ในการพัฒนาแบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง
ครั้งนี้ ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ตามลำดับดังนี้

ตอนที่ 1 ผลการสัมภาษณ์ญาติผู้ป่วยจิตเภท

ตอนที่ 2 ผลการทำ Focus group ในทีมสหวิชาชีพที่ให้บริการผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

ตอนที่ 3 กรอบแนวคิด “ความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง”

ตอนที่ 4 ผลการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

4.1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

4.2 การตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา(Content validity)

4.3 การหาค่าความสอดคล้องภายใน ด้วย Cronbach alpha

4.4 การหาค่าเที่ยงด้วยวิธีการทดสอบซ้ำ (Test-retest reliability)

4.5 การหาค่าเที่ยงระหว่างผู้ประเมิน(Inter-rater reliability)

4.4 การหาค่าอำนาจจำแนก (Discriminating validity)

ตอนที่ 5 ระดับความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ด้วยการวัดจากแบบประเมิน
ความสามารถในการทำหน้าที่

ตอนที่ 1 ผลการสัมภาษณ์เชิงลึกกับญาติผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 20 คน

แนวคำถามในการสัมภาษณ์

1. ความรู้สึกที่มีต่อผู้ป่วย : เมื่อป่วยครั้งแรก และ ณ เวลาขณะที่ทำการสัมภาษณ์
2. การนำผู้ป่วยมารักษาที่โรงพยาบาลมีความคาดหวังต่อผลการรักษาอย่างไร
3. หากโรงพยาบาลให้รับผู้ป่วยกลับบ้าน ญาติคิดว่าผู้ป่วยที่จะกลับไปอยู่ร่วมบ้านนั้นต้องมีพฤติกรรมและความสามารถอย่างไรบ้าง (ในกรณีที่ไม่ประสงค์รับผู้ป่วยกลับบ้าน : มีเหตุผลอย่างไร)
4. วางแผนเกี่ยวกับอนาคตของผู้ป่วยไว้หรือไม่ อย่างไร

ผลสรุป

1. ความรู้สึกที่มีต่อผู้ป่วย

ญาติผู้ป่วยทั้ง 20 คน บอกถึงความรู้สึกที่มีต่อผู้ป่วยค่อนข้างใกล้เคียงกัน โดยจำแนกความรู้สึกออกเป็น 2 ระยะ คือ

ครั้งแรก ญาติ 18 คนมีความรู้สึกตรงกัน ว่าเสียใจเรื่องนี้ไม่ควรเกิดขึ้นในครอบครัว รู้สึกแค้นและเครียดอย่างมาก โดยเฉพาะญาติที่ผู้ป่วยมีอาการคลุ้มคลั่ง รู้สึกกลัวมากและไม่รู้จะจัดการอย่างไร ญาติ 3 คน ต้องพึ่งตำรวจเพื่อนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล ญาติ 2 คนรู้สึกอับอายที่ผู้ป่วยเปลือยกาย และญาติคนหนึ่งที่ไม่กล้าพาผู้ป่วยมาโรงพยาบาลกลัวเพื่อนบ้าน ผู้คนในสังคมจะรู้ว่ามีคนในครอบครัวเป็นบ้า และญาติ 7 คนไม่ได้กลับ ไม่ได้นอน ที่ต้องคอยเฝ้าผู้ป่วยที่บ้าน แต่ญาติทั้ง 20 คนมีความรู้สึกตรงกันว่าคนในครอบครัวไม่สามารถจัดการผู้ป่วยไหวแล้ว สุขภาพของคนในครอบครัวเริ่มมีปัญหา ปวดหัว เครียด และเริ่มมีปากเสียงกันเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย จึงเสาะหาช่องทางที่จะนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล อย่างไรก็ตาม ความรู้สึกในครั้งแรกที่มีต่อการเจ็บป่วยของ ญาติทั้งหมดมีความรู้สึกตรงกัน คือ สงสารผู้ป่วย อยากให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ดีที่สุด และยิ่งพร้อมที่จะรับผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้านเมื่ออาการทุเลา แต่ญาติ 3 คนที่พึ่งตำรวจนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาล บอกว่าช่วงนั้น กังวลว่าเมื่อหายแล้วไม่รู้ว่าจะอยู่ร่วมกับผู้ป่วยอย่างไร เพราะยังกลัวอยู่

ณ เวลานี้ ญาติทั้ง 20 คน บอกตรงกันว่ายังคงมีความสงสารเหลืออยู่บ้าง ความเครียดต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยไม่มีแล้วเพราะชินกับสภาพผู้ป่วย แต่จะรู้สึกเครียดทันทีเมื่อต้องรับผู้ป่วยกลับบ้าน มองว่าผู้ป่วยเป็นภาระ โดยเฉพาะค่าใช้จ่ายและการดูแลที่รบกวนกิจกรรมส่วนตัว/ทางสังคมของตนเอง เบื่อหน่าย อย่างไรก็ตามไม่หาย

2. ความคาดหวังต่อผลการรักษา

ณ เวลานี้ ญาติทั้ง 20 คน บอกตรงกันว่า ไม่คาดหวังอะไรมาก และญาติ 2 คน บอกว่า ไม่คิดว่าผู้ป่วยจะหายจากการเป็นบ้าได้ และอีก 5 คน บอกว่า อยากให้ช่วยรักษาให้พฤติกรรมแปลก ๆ หายไป ไม่เดินเร่ร่อนเปลือยออกนอกบ้าน ญาติ 1 คนบอกว่าช่วยทำหมันให้ผู้ป่วยด้วยเพราะเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ชอบไปยุ่งเกี่ยวกับผู้ชาย อยากให้อาการนี้หายไป และญาติอีก 13 คนคาดหวังหมดจะรักษาให้อาการทางจิตของผู้ป่วยหายขาดไปได้

3. หากโรงพยาบาลให้รับผู้ป่วยกลับบ้าน ญาติคิดว่าผู้ป่วยที่จะกลับไปอยู่ร่วมบ้านนั้นต้องมีพฤติกรรมและความสามารถอย่างไรบ้าง (ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ประสงค์รับผู้ป่วยกลับบ้าน : มีเหตุผลอย่างไร)

ญาติทั้ง 3 คน ยังแบ่งรับแบ่งสู้ในการที่จะรับผู้ป่วยกลับบ้าน โดยบอกว่าหากต้องรับผู้ป่วยกลับบ้าน ผู้ป่วยควรจะช่วยเหลือตนเองได้ พูดคุยด้วยรู้เรื่องอาการทางจิตหายไป ช่วยงานบ้านได้บ้าง รับประทานยาตามที่แพทย์สั่ง หลับได้ในตอนกลางคืน ไม่เดินเร่ร่อนไปนอกนอกบ้าน ไม่ทำที่ดูร้าย

ญาติอีก 17 คนที่เหลือ ปฏิเสธที่จะรับผู้ป่วยกลับบ้าน ญาติ 4 คนบอกว่ายินดีที่จะบริจาคเงินให้กับโรงพยาบาล เพื่อให้รับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลตลอดไป โดยบอกว่ามีธุรกิจยุ่งไม่สามารถปลีกเวลามาดูผู้ป่วยได้ ญาติ 8 คน บอกว่าไม่พร้อมที่จะรับผู้ป่วยกลับ ที่บ้านไม่มีคน เกรงว่าผู้ป่วยจะกลับไปก่อความเดือดร้อนให้อีก ญาติอีก 3 คนที่เหลือบอกว่า ไม่สามารถรับผู้ป่วยกลับไปบ้านได้ เพราะที่บ้านอยู่คนเดียวหากรับผู้ป่วยกลับไปจะไม่สามารถไปทำงานได้ สุดท้ายญาติอีก 2 คนบอกว่าไม่สามารถรับผู้ป่วยกลับไปบ้านได้ โดย 1 คนบอกว่ามีผู้ป่วยจิตอีกคนที่บ้านต้องดูแล และอีก 1 คนบอกว่ามีคนแก่ที่บ้านต้องดูแล จึงไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้

4. วางแผนเกี่ยวกับอนาคตผู้ป่วยอย่างไร

ถึงแม้ว่าญาติ 3 คนแสดงการแบ่งรับแบ่งสู้ในการนำผู้ป่วยกลับบ้าน แต่เมื่อผู้วิจัยถามถึงการวางแผนเกี่ยวกับอนาคตของผู้ป่วย ญาติทั้ง 20 คนบอกตรงกันว่า ขอฝากผู้ป่วยไว้กับโรงพยาบาลตลอดไป

ตอนที่ 2 ผลการทำ Focus group ในทีมสหวิชาชีพที่ให้บริการผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

การทำ Focus group ในทีมสหวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในงานบำบัดระยะยาว ประกอบด้วยจิตแพทย์ 1 คน นักจิตวิทยา 1 คน นักสังคมสงเคราะห์ 1 คน และพยาบาลวิชาชีพ 6 คน จำนวน 2 ครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมง โดยมีประเด็นการสนทนา ดังนี้

ครั้งที่ 1

ประเด็นการสนทนา

1. ปัญหาผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่พบบ่อยคืออะไร
2. ความคาดหวังต่อผลลัพธ์บริการที่ควรเกิดขึ้นกับผู้ป่วยคืออะไร
3. เห็นด้วยหรือไม่ที่จะประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังใน 4 ด้านตามที่ผู้วิจัยนำเสนอ

ข้อสรุป

1. ปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่พบบ่อย ได้แก่ อาการทางลบ อาการทางจิตที่หลงเหลืออยู่อย่างเหนียวแน่น (หูแว่ว หลงผิด) การกำเริบซ้ำของโรค และการเสื่อมถอยของสมรรถภาพทั้งกาย/จิต/สังคม โรคแทรกทางกาย การทอดทิ้งผู้ป่วยของญาติ
2. คาดหวังว่า ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ สื่อสารกับผู้อื่นได้ บอกปัญหาและความต้องการของตนเองต่อผู้อื่นได้ เข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในหอผู้ป่วยได้ ทำงานได้ตามระดับศักยภาพของ

ตนเองที่มีอยู่ (ทำงานบ้าน ไปจนถึงมีคนได้เป็นค่าตอบแทนจากการทำงาน หรือกลับไปทำงานเดิมได้โดยไม่ถูกให้ออกจากงาน) และชะลอความเสี่ยงถอยของสมรรถภาพด้านต่าง ๆ ของผู้ป่วยไว้ได้นานที่สุด

3. เห็นด้วยที่จะประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังใน 4 ด้าน แต่ต้องไม่ลืมประเด็นคุณภาพชีวิต โดยเสนอว่าผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีนั้น ต้องมีอาการทางจิตดี สามารถดูแลตนเองได้ ให้ความร่วมมือต่อการรักษา(รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง) สื่อสารหรือสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่นได้ และมีงานทำ(เบื้องต้นทำงานบ้านที่ได้รับมอบหมายได้)

ครั้งที่ 2

ประเด็นการสนทนา

1. การดูแลตนเองควรให้ความสำคัญในคนละเอียดยิ่งใด หลักการประเมินควรใช้เกณฑ์อะไร
2. การทำหน้าที่ทางสังคมให้ความสำคัญในคนละเอียดยิ่งใด หลักการประเมินควรใช้เกณฑ์อะไร
3. การทำงาน
4. การรับรู้การเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ควรให้ความสำคัญในคนละเอียดยิ่งใด หลักการประเมินควรใช้เกณฑ์อะไร
5. วิธีประเมินควรเป็นแบบใด : (สังเกต สัมภาษณ์)
6. ผู้ประเมินเป็นใคร : (ผู้ป่วยประเมินตนเอง ประเมินโดยผู้ดูแล ประเมินโดยบุคลากรทางวิชาชีพ)

ข้อสรุป

1. การดูแลตนเองให้ความสำคัญในเรื่อง สุขอนามัย(ความสะอาด) การรับประทาน อาหาร การขับถ่าย และการนอน (สะอาด กินได้ หลับได้ ถ่ายสะดวก)
2. การทำหน้าที่ทางสังคมให้ความสำคัญในเรื่อง การสื่อสาร ความสัมพันธ์กับผู้อื่น การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การแสดงบทบาททางสังคมของตนเอง การรับรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมที่เป็นที่ยอมรับของสังคมหรือไม่พึงประสงค์
3. การทำงานให้ความสำคัญในเรื่อง สมมติ การทำงานตามลำดับขั้นของกิจกรรม ความสำเร็จของชิ้นงาน ความร่วมมือ/การแบ่งปันและช่วยเหลือ หรือปฏิสัมพันธ์ที่มีต่อผู้ร่วมงาน/กิจกรรมคนอื่น ๆ
4. การรู้คิดและเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ให้ความสำคัญในเรื่อง การยอมรับการเจ็บป่วยทางจิต ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคทางจิตเภท การปฏิบัติตนเพื่อให้โรคทุเลา/หรือหายไป

สำหรับเกณฑ์ในการประเมิน กลุ่มเสนอแนะว่าควรเป็นเกณฑ์ที่ง่ายต่อการตัดสินใจสำหรับผู้ประเมิน ถ้าเป็นไปได้ผลลัพธ์ของการประเมินน่าจะสามารถใช้เป็นตัวบ่งชี้ถึงคุณภาพในการให้บริการว่าดีขึ้นหรือไม่ โดยเห็นด้วยที่ผู้วิจัยนำเสนอเกณฑ์วัดโดยอิงทฤษฎีระบบทางการพยาบาล

- ผู้ดูแล
- ระดับที่ 1 ผู้ป่วยไม่สามารถทำหน้าที่นั้น ๆ ได้ด้วยตนเอง
- ระดับที่ 2 ผู้ป่วยสามารถทำหน้าที่นั้น ๆ ได้บ้าง แต่ต้องได้รับการช่วยเหลือจาก
- ระดับที่ 3 ผู้ป่วยสามารถทำหน้าที่นั้น ๆ ได้มาก เพียงแต่ต้องได้รับการกระตุ้นหรือชี้แนะจากผู้ดูแล
- ระดับที่ 4 ผู้ป่วยสามารถทำหน้าที่นั้น ๆ ได้ทั้งหมดด้วยตนเอง
5. วิธีประเมินควรเป็นทั้งการสังเกตและสัมภาษณ์แล้วแต่กรณี หรืออาจใช้ร่วมกัน เช่น การยอมรับการเจ็บป่วยทางจิต ต้องประเมินทั้งคำพูดที่ยอมรับว่าป่วยเป็นโรคจิต และพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาโดยการรับประทานยาและเข้าร่วมกิจกรรมในหอผู้ป่วย
6. ผู้ประเมิน ขึ้นอยู่กับสถานการณ์แวดล้อมขณะนั้น ในชุมชน ผู้ป่วยและญาติ ประเมิน ในโรงพยาบาล พยาบาลประเมิน

ตอนที่ 3 กรอบแนวคิด “ความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง”

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ญาติ การทำ Focus group กับทีมสหวิชาชีพ และเนื้อหาที่ได้จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มาสรุปเป็นกรอบแนวคิดในการสร้างแบบประเมินและคู่มือประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ดังนี้

1. การดูแลตนเอง (self-care) แบ่งเป็น การดูแลตนเองระดับพื้นฐาน (Basic) ประกอบด้วย พฤติกรรม 5 ด้าน คือ การรับประทานอาหาร การนอน การขับถ่าย การรักษาความสะอาดร่างกาย การออกกำลังกาย และการดูแลตนเองระดับก้าวหน้า (Advance) ประกอบด้วย พฤติกรรม 2 ด้าน คือ การเดินทาง และการจัดการทางการเงิน
2. การทำหน้าที่ทางสังคม (Social function) ประกอบด้วยพฤติกรรมสำคัญ 2 ด้าน ได้แก่ การติดต่อสื่อสาร (Communication) และการสร้างสัมพันธภาพ (Relationship)
3. ความสามารถในการทำงาน (work ability) ประกอบด้วย พฤติกรรมการทำงาน 7 ด้าน คือ การเริ่มต้นทำงาน (Engagement) สมาธิหรือความตั้งใจในการทำงาน (Attention) ปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงานร่วมกัน (Interaction) ความเป็นอิสระในการทำงาน (Independence) การทำงานตามขั้นตอน (Follow Direction) ความละเอียดเรียบร้อยในการทำงาน (Activity Neatness) และความรับผิดชอบ (Responsibility)
4. การรับรู้การเจ็บป่วย (Insight to Illness) ประกอบด้วย พฤติกรรมการรับรู้ 3 ด้าน คือ การยอมรับการเจ็บป่วย (Accept) ความรู้โรคจิต (Knowledge) และความร่วมมือในการรักษา (Compliance)

การจัดระดับความสามารถในการทำหน้าที่

ให้แบ่งความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยออกเป็น 4 ระดับ โดยมีเกณฑ์การ

ตัดสินใจ ดังนี้

- ระดับที่ 1 ผู้ป่วยไม่สามารถทำหน้าที่นั้น ๆ ได้ด้วยตนเอง
- ระดับที่ 2 ผู้ป่วยสามารถทำหน้าที่นั้น ๆ ได้บ้าง แต่ต้องได้รับการช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่
- ระดับที่ 3 ผู้ป่วยสามารถทำหน้าที่นั้น ๆ ได้มาก เพียงแต่ต้องได้รับการกระตุ้นหรือชี้แนะจากเจ้าหน้าที่
- ระดับที่ 4 ผู้ป่วยสามารถทำหน้าที่นั้น ๆ ได้ทั้งหมดด้วยตนเอง

ตอนที่ 4 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

4.1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 2 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง 102 คน และกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทไม่เรื้อรัง 60 คน อนึ่งการวิจัยครั้งนี้เป็นการพัฒนาเครื่องมือ ไม่ใช่การวิจัยเชิงทดลอง ดังนั้นผู้ป่วยจิตเภทไม่เรื้อรังที่นำมาศึกษาจึงไม่ใช่ case control แต่ถือว่าเป็น Known-Group ที่นำมาใช้ทดสอบเพื่อหาค่าอำนาจจำแนกของเครื่องมือ

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ในงานบำบัดระยะยาว จำนวน 102 คน พบว่า เป็นเพศชายร้อยละ 61.8 เพศหญิง ร้อยละ 38.2 มีอายุอยู่ระหว่าง 41-50 ปี ร้อยละ 35.3 รองลงมา มีอายุอยู่ระหว่าง 51-60 ปี , 31-40 ปี , น้อยกว่า- 30 ปี และ 60 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 31.4, 21.6, 7.8 และ 3.9 ตามลำดับ และมีการศึกษาระดับมัธยม ร้อยละ 55.9 รองลงมาไม่ได้เรียน , ประถม และสูงกว่ามัธยม คิดเป็นร้อยละ 20.6, 17.6 และ 5.9 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทไม่เรื้อรัง จำนวน 60 คน พบว่า เป็นเพศชายร้อยละ 66.7 เพศหญิง ร้อยละ 33.3 มีอายุอยู่ระหว่าง 31-40 ปี ร้อยละ 46.7 รองลงมา มีอายุน้อยกว่า- 30 ปี และ 41-50 ปี คิดเป็นร้อยละ 40.0 และ 13.3 ตามลำดับ และมีการศึกษาระดับมัธยม ร้อยละ 50.0 รองลงมา ประถม , สูงกว่ามัธยม และไม่ได้เรียน คิดเป็นร้อยละ 23.3, 20.0 และ 6.7 ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

ลักษณะส่วนบุคคล	จิตเภทเรื้อรัง		จิตเภทไม่เรื้อรัง	
	จำนวน(n=102)	ร้อยละ	จำนวน(n=60)	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	63	61.8	40	66.7
หญิง	39	38.2	20	33.3
อายุ				
61 ปีขึ้นไป	4	3.9	-	-
51-60 ปี	32	31.4	-	-
41-50 ปี	36	35.3	8	13.3
31-40 ปี	22	21.6	28	46.7
30 ปี	8	7.8	24	40.0
การศึกษา				
สูงกว่ามัธยม	6	5.9	12	20.0
มัธยม	57	55.9	30	50.0
ประถม	18	17.6	14	23.3
ไม่ได้เรียน	21	20.6	4	6.7

4.2 การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาผู้วิจัยใช้เกณฑ์ การเห็นด้วยของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 8 ท่าน ร้อยละ 80 ในการคัดเลือกข้อความทั้งรายด้านและรายข้อบรรจุไว้ในแบบประเมิน ซึ่งผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากคำตอบของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 8 ท่าน ร้อยละ 100 เห็นด้วยกับแบบประเมินรายด้านทุกด้าน ส่วนรายข้อ พบว่าในแบบประเมินจำนวน 14 ข้อ ผู้ทรงคุณวุฒิ 8 คน เห็นด้วย ร้อยละ 100 ในข้อความทุกข้อของแบบประเมินด้านการดูแลตนเอง การทำหน้าที่ทางสังคม และการรับรู้ต่อการเจ็บป่วย ส่วนด้านการทำงาน ผู้ทรงคุณวุฒิ 8 คน เห็นด้วยร้อยละ 100 เฉพาะข้อ การเริ่มต้นทำงาน ความตั้งใจ และความรับผิดชอบ และเห็นด้วยร้อยละ 85.7 ในข้อปฏิสัมพันธ์กับเพื่อน ความเป็นอิสระในการทำงาน ทำงานตามขั้นตอน และความเรียบร้อยในการทำงาน ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละของการเห็นด้วยกับข้อความที่ระบุไว้ในแบบประเมินทั้งรายด้านและรายข้อจากผู้ทรงคุณวุฒิ 8 คน

ความสามารถในการทำหน้าที่	จำนวน(n=8)	ร้อยละ
ความสามารถในการดูแลตนเอง	8	100.00
ขั้นพื้นฐาน	8	100.00
การรับประทานอาหารและน้ำ	8	100.00
การนอน	8	100.00
การขับถ่าย	8	100.00
การรักษาความสะอาดร่างกาย	8	100.00
การออกกำลังกาย	8	100.00
ขั้นก้าวหน้า	8	100.00
การรับประทานอาหารและน้ำ	8	100.00
การนอน	8	100.00
การทำหน้าที่ทางสังคม	8	100.00
การสื่อสารกับผู้อื่น	8	100.00
การมีความสัมพันธ์กับผู้อื่น	8	100.00
ความสามารถในการทำงาน	8	100.00
การเริ่มต้นทำงาน	8	100.00
ความตั้งใจ	8	100.00
ปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนขณะทำงาน	7	87.50
ความป็นอิสระในการทำงาน	7	87.50
ทำงานตามขั้นตอน	7	87.50
ความเรียบร้อยในการทำงาน	7	87.50
ความรับผิดชอบ	8	100.00
การรับรู้การเจ็บป่วย	8	100.00
การยอมรับ	8	100.00
ความรู้เรื่องโรคจิตเภท	8	100.00
ความร่วมมือในการรักษา	8	100.00

4.3 การหาค่าความสอดคล้องภายในของแบบประเมินฯ โดยผู้เชี่ยวชาญ 1 คน ด้วยค่า Cronbach's Alpha ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ตั้งเกณฑ์ในการพิจารณาว่าในจะเลือกข้อความหรือข้อคำถามใดไว้ และตัดข้อความใดออกหรือไม่

(1) พิจารณาจาก ค่า Corrected item-total correlation (r) ซึ่งมีความหมายว่าคะแนนในข้อนั้นๆ มีความสัมพันธ์กับคะแนนรวมในด้านนั้นหรือไม่ ทั้งนี้ถ้าพบว่า ค่า r ต่ำกว่า 0.3 ซึ่งหมายความว่า ข้อความนั้นมีความสัมพันธ์ต่ำกับคะแนนรวมในด้านนั้น ก็จะตัดคำถามข้อนั้นออก

(2) Cronbach's alpha if item deleted ซึ่งหมายความว่า การตัดคำถามข้อนั้นออกไป ทำให้ค่า Cronbach's alpha สูงขึ้นหรือต่ำลง โดยถ้าการตัดข้อความนั้นทิ้งจะทำให้ Cronbach's alpha มีค่าสูงขึ้นมาก แสดงว่าควรตัดคำถามข้อนั้นออก

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ค่า Cronbach's alpha ความสามารถในการดูแลตนเอง พื้นฐาน ความสามารถในการดูแลตนเองขั้นสูง การทำหน้าที่ทางสังคม ความสามารถในการทำงาน และการรับรู้ต่อการเจ็บป่วย มีค่าสูง คือ 0.959, 0.800, 0.908, 0.987 และ 0.813 ตามลำดับ แสดงว่าคำถามข้อต่างๆ สอดคล้องกันดี แต่ทั้งนี้เมื่อพิจารณาค่า Corrected item-total correlation (r) พบว่า คำถามข้อ “ความร่วมมือในการรักษา” พบว่ามีค่าต่ำ คือ 0.506 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่จะต้องตัดข้อความนี้ออกไป Cronbach's alpha มีค่าเพิ่มขึ้นจาก 0.813 เป็น 0.902 เนื่องจากคำถามด้านการรับรู้การเจ็บป่วย จะเห็นว่า ข้อความที่ระบุในความร่วมมือในการรักษา ไม่เกี่ยวกับ การยอมรับการเจ็บป่วย และความรู้โรคจิต อีกทั้งเป็นข้อความสำคัญที่บ่งชี้ถึงการรับรู้การเจ็บป่วย จึงไม่ตัดคำถามข้อนี้ออก ส่วนคำถามข้ออื่นๆ ค่า Cronbach's alpha if item deleted มีค่าเพิ่มขึ้นเล็กน้อยหรือลดลงมาก ซึ่งอยู่ระหว่าง 0.587 ถึง 0.986 แสดงว่าไม่ต้องตัดข้อคำถามใดทิ้ง ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่า Cronbach's Alpha ของแบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่รายด้าน

	Cronbach's alpha	Corrected item-total Correlation	Cronbach's alpha if item deleted
ความสามารถในการดูแลตนเอง			
- Basic	.959		
การรับประทานอาหารและน้ำ		.916	.944
การนอน		.878	.951
การขับถ่าย		.932	.941
การดูแลสุขอนามัย		.850	.955
การออกกำลังกาย		.851	.955
- Advance	.800		
การเดินทาง		.678	-
การจัดการเงิน		.678	-
การทำหน้าที่ทางสังคม	.908		
การสื่อสารกับผู้อื่น		.833	-
การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น		.833	-
ความสามารถในการทำงาน	.987		
การเริ่มต้นทำงาน		.939	.985
ความตั้งใจ		.950	.985
ปฏิสัมพันธ์กับเพื่อน		.963	.984
ความป็นอิสระในการทำงาน		.966	.984
ทำงานตามขั้นตอน		.938	.986
ความเรียบร้อยในการทำงาน		.931	.986
ความรับผิดชอบ		.959	.984
การรับรู้ต่อการเจ็บป่วย	.813		
การยอมรับ		.802	.587
ความรู้เรื่องโรคจิตเภท		.796	.597
ความร่วมมือในการรักษา		.506	.902

4.4 การหาความเที่ยงด้วยวิธีการทดสอบซ้ำ (Test-Retest Reliability) ในผู้ป่วยกลุ่มเดิมโดยผู้เชี่ยวชาญ 1 คน ระยะเวลาห่างกัน 1 สัปดาห์ นำคะแนนที่ได้ในด้านต่างๆ แล้วหาค่า Intraclass correlation coefficient (ICC) โดยกำหนดให้ค่า ICC มีค่าตั้งแต่ .600 ขึ้นไป

ผลการวิเคราะห์คะแนนแบบประเมินจากการประเมินซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังกลุ่มเดิมโดยผู้เชี่ยวชาญคนเดิม ในระยะเวลาห่างกัน 1 สัปดาห์ พบว่า แบบประเมินด้านการดูแลตนเองขั้นพื้นฐาน การดูแลตนเองขั้นก้าวหน้า การทำหน้าที่ทางสังคม ความสามารถในการทำงาน และการรับรู้การเจ็บป่วย มีความเที่ยงสูง โดยพิจารณาค่า ICC ที่สูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด (0.600) คือ .996 ,1.000 ,1.000,1.000 และ 1.000 ตามลำดับ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลการทดสอบความเที่ยง ด้วยการทดสอบซ้ำ (Test-retest reliability) โดยผู้เชี่ยวชาญ 1 คน ในผู้ป่วยกลุ่มเดิม 102 คน ระยะเวลาห่างกัน 1 สัปดาห์

การทำหน้าที่ทางสังคม	ICC (95% CI)
การดูแลตนเองขั้นพื้นฐาน (5 ข้อ)	0.996 (0.994, 0.997)
การดูแลตนเองขั้นก้าวหน้า(2 ข้อ)	1.000
การทำหน้าที่ทางสังคม (2 ข้อ)	1.000
การทำงาน (7 ข้อ)	1.000
การรับรู้ต่อการเจ็บป่วย(3 ข้อ)	1.000

4.5 การหาความเที่ยงระหว่างผู้ประเมิน (Inter-rater reliability) โดยผู้ประเมิน 3 คน (ผู้เชี่ยวชาญ 1 คนและผู้ช่วยวิจัย 2 คน) เพื่อดูว่าคะแนนที่ได้จากการประเมินผู้ป่วยคนเดิมซ้ำโดยผู้ประเมินมากกว่า 1 คน มีค่าใกล้เคียงหรือไม่ แล้วนำข้อมูลมาหาค่า Intraclass correlation coefficient (ICC)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า การใช้แบบประเมินโดยผู้ประเมิน 3 คน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญและผู้ช่วยวิจัย 2 คน ในผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มเดียวกัน 102 คน โดยทำการประเมิน ณ เวลาเดียวกัน พบว่า มีความสอดคล้องภายในสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด (.600) ทุกด้าน โดยความสามารถในการดูแลตนเองขั้นพื้นฐาน และขั้นก้าวหน้า การทำหน้าที่ทางสังคม ความสามารถในการทำงาน และการรับรู้ต่อการเจ็บป่วย โดยมีค่า ICC เท่ากับ 0.963, 0.948, 0.925, 0.972 และ 0.985 ตามลำดับ ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ผลการทดสอบความเที่ยงระหว่างผู้ประเมิน (Inter-rater reliability) ของผู้ประเมิน 3 คน (ผู้เชี่ยวชาญ 1 คน, ผู้ช่วยวิจัย 2 คน) ในผู้ป่วย 102 คน

การทำหน้าที่ทางสังคม	ICC (95% CI)
การดูแลตนเองขั้นพื้นฐาน (5 ข้อ)	0.963 (0.948, 0.973)
การดูแลตนเองขั้นก้าวหน้า(2 ข้อ)	0.948 (0.929, 0.963)
การทำหน้าที่ทางสังคม (2 ข้อ)	0.925 (0.898, 0.946)
การทำงาน (7 ข้อ)	0.972 (0.962, 0.980)
การรับรู้ต่อการเจ็บป่วย(3 ข้อ)	0.985 (0.979, 0.989)

4.6 การหาความจำแนก (Discriminating validity) ด้วยวิธี Known-Group Technique โดยพยาบาลวิชาชีพ 2 คน นำแบบประเมินฯ ไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทไม่เรื้อรัง 60 คน และกลุ่มคะแนนผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่ทำการประเมินไปแล้ว (เป็นการสุ่มอย่างง่าย) 60 คน นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ด้วยค่า 2-sample t-test รายงานผลด้วย p-value โดยกำหนดว่า ถ้า $p\text{-value} \leq 0.05$ แสดงว่าคำถามในด้านนั้นๆ สามารถแยกผู้ป่วยเรื้อรังและไม่เรื้อรังออกจากกันได้

ผลการวิเคราะห์พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทไม่เรื้อรังและผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง มีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทำหน้าที่รายด้านทุกด้านแตกต่างกัน ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 โดยผู้จิตเภทไม่เรื้อรัง มีคะแนนเฉลี่ย การดูแลตนเองขั้นพื้นฐาน การดูแลตนเองขั้นก้าวหน้า การทำหน้าที่ทางสังคม ความสามารถในการทำงาน และการรับรู้การเจ็บป่วย (คะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 15.6, 5.6, 5.9, 20.1, และ 10.2 ตามลำดับ) สูงกว่าผู้ป่วยจิตเภทไม่เรื้อรัง (คะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 14.4, 5.0, 5.0, 16.5 และ 8.6 ตามลำดับ) ซึ่งหมายความว่าแบบประเมินฉบับนี้ สามารถใช้แยกผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังและไม่เรื้อรังออกจากกันได้ ดังตารางที่

ตารางที่ 6 ผลการทดสอบค่าอำนาจจำแนก (Discrimination) ระหว่างผู้ป่วยจิตเภทไม่เรื้อรังและจิตเภทเรื้อรัง

	ผู้ป่วยจิตเภท		p-value	ค่าเฉลี่ยของความแตกต่าง (95% CI)
	ไม่เรื้อรัง	เรื้อรัง		
	(n = 60) ค่าเฉลี่ย $\pm$ SD	(n = 60) ค่าเฉลี่ย $\pm$ SD		
ความสามารถในการดูแลตนเอง				
ขั้นพื้นฐาน (5 ข้อ, 20 คะแนน)	15.6 $\pm$ 1.8	14.4 $\pm$ 3.4	0.01	0.5 (0.248, 0.251)
ขั้นก้าวหน้า (2 ข้อ, 8 คะแนน)	5.6 $\pm$ 1.3	5.0 $\pm$ 1.4	0.02	0.2 (0.940, 1.072)
การทำหน้าที่ทางสังคม (2 ข้อ, 8 คะแนน)	5.9 $\pm$ 1.1	5.0 $\pm$ 1.4	0.00	0.2 (0.305, 1.228)
ความสามารถในการทำงาน (7 ข้อ, 28 คะแนน)	20.1 $\pm$ 4.5	16.5 $\pm$ 7.0	0.00	1.1 (1.443, 5.689)
การรับรู้การเจ็บป่วย (3 ข้อ, 12 คะแนน)	10.2 $\pm$ 2.2	8.6 $\pm$ 2.8	0.00	0.4 (0.705, 2.493)

ตอนที่ 5 การจำแนกผู้ป่วยจิตเภทตามระดับความสามารถในการทำหน้าที่ตามแบบประเมิน

การนำแบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังมาใช้ในการจัดกลุ่มผู้ป่วย ใน 4 ระดับความสามารถ ตามคำจำกัดความที่ให้ไว้คือ

- ระดับที่ 1 ผู้ป่วยไม่สามารถทำหน้าที่นั้น ๆ ได้ด้วยตนเอง
- ระดับที่ 2 ผู้ป่วยสามารถทำหน้าที่นั้น ๆ ได้บ้าง แต่ต้องได้รับการช่วยเหลือจากผู้ดูแล
- ระดับที่ 3 ผู้ป่วยสามารถทำหน้าที่นั้น ๆ ได้มาก เพียงแต่ต้องได้รับการกระตุ้นหรือชี้แนะจากผู้ดูแล
- ระดับที่ 4 ผู้ป่วยสามารถทำหน้าที่นั้น ๆ ได้ทั้งหมดด้วยตนเอง

แต่เนื่องจากความสำคัญของแต่ละพฤติกรรมไม่เท่ากันเมื่อนำมาพิจารณาการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นเพื่อการดำรงชีวิตประจำวันซึ่งรวมถึงการคงไว้ซึ่งการดูแลสุขภาพจากการเจ็บป่วยทางจิต ผู้วิจัยได้ให้ผู้ทรงคุณวุฒิให้นำหนักคะแนนความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังทั้งรายข้อ รายด้าน และภาพรวม แล้วนำมาคำนวณสัดส่วน จนได้ตัวคูณและเกณฑ์การจัดระดับความสามารถ ดังที่ได้แสดงไว้ในหน้า 31-34

5.1 ผลการจัดระดับความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ในงานบริการผู้ป่วย บำบัดระยะยาว จำนวน 102 คน

ผลการจัดระดับความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ตามวิธีการคำนวณและเกณฑ์ที่ได้ระบุไว้ ได้ผลดังนี้ ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังจำนวน 102 คน มีความสามารถในการทำหน้าที่โดยรวมอยู่ในระดับ 4 ร้อยละ 49.0 รองลงมาอยู่ในระดับ 3 ร้อยละ 42.2 ส่วนน้อยร้อยละ 8.8 ที่มีความสามารถในระดับ 2 และไม่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังคนใดมีความสามารถในระดับ 1 ส่วนความสามารถรายด้านพบว่า ด้านการดูแลตนเอง มีความสามารถในระดับ 3 รองลงมา มีความสามารถในระดับ 4 และระดับ 2 คิดเป็นร้อยละ 51.0, 32.4 และ 16.7 ตามลำดับ และไม่พบว่าผู้ป่วยคนใดมีความสามารถในการดูแลตนเองในระดับ 1 ด้านการทำหน้าที่ทางสังคม พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังมีความสามารถในการทำหน้าที่ทางสังคมในระดับ 3 รองลงมา มีความสามารถในระดับ 2 ระดับ 4 และระดับ 1 คิดเป็นร้อยละ 41.2, 39.2 , 18.6 และ 1.0 ตามลำดับ ด้านการทำงาน พบว่าผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังมีความสามารถในการทำงานอยู่ในระดับ 3 รองลงมา ระดับ 4 และ ระดับ 2 และระดับ 1 คิดเป็นร้อยละ 38.2 , 24.5, 21.6 และ 15.7 ตามลำดับ ด้านการรับรู้การเจ็บป่วย พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังมีความสามารถต่อการรับรู้การเจ็บป่วยในระดับ 4 รองลงมา ระดับ 3 และระดับ 2 คิดเป็นร้อยละ 49.0, 42.2 และ 8.8 ตามลำดับโดยไม่พบว่าผู้ป่วยคนใดมีการรับรู้การเจ็บป่วยในระดับ 1 ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 จำนวนร้อยละของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังจำแนกตามระดับความสามารถในการทำหน้าที่

	ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง (n=102)							
	ระดับ 1		ระดับ 2		ระดับ 3		ระดับ 4	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. ความสามารถในการดูแลตนเอง								
1.1 ขั้นพื้นฐาน	-	-	17	16.7	54	52.9	31	30.4
1.2 ขั้นก้าวหน้า	1	1.0	40	39.2	45	44.1	16	15.7
2. การทำหน้าที่ทางสังคม	1	1.0	40	39.2	42	41.2	19	18.6
2.1 การสื่อสาร	1	1.0	42	41.2	40	39.2	19	18.6
2.2 ความสัมพันธ์กับผู้อื่น	5	4.9	42	41.2	46	45.1	9	8.8
3. ความสามารถในการทำงาน	16	15.7	22	21.6	39	38.2	25	24.5
3.1 การเริ่มต้นทำงาน	17	16.7	29	28.4	35	34.3	21	20.6
3.2 สมาธิและความตั้งใจ	18	17.6	24	23.5	38	37.3	22	21.6
3.3 ปฏิสัมพันธ์ในการทำงาน	19	18.6	29	28.4	33	32.4	21	20.6
3.4 ความเป็นอิสระ	18	17.6	29	28.4	31	30.4	24	23.5
3.5 การทำงานตามขั้นตอน	20	19.6	21	20.6	46	45.1	15	14.7
3.6 ความเรียบร้อย	21	20.6	20	19.6	45	44.1	16	15.7
3.7 ความรับผิดชอบ	22	21.6	22	21.6	38	37.3	20	19.6
4. การรับรู้การเจ็บป่วย	1	1.0	29	28.4	22	21.6	50	49.0
4.1 การยอมรับการเจ็บป่วย	22	21.6	15	14.7	19	18.6	46	45.1
4.2 ความรู้โรคจิต	35	34.3	10	9.8	28	27.5	29	28.4
4.3 ความร่วมมือในการรักษา	2	2.0	7	6.9	25	24.5	28	27.5
5. ความสามารถในการทำหน้าที่ โดยรวม	-	-	9	8.8	43	42.2	50	49.0

(หมายเหตุ แปลงคะแนนตามน้ำหนักคะแนนที่ผู้ทรงคุณวุฒิกำหนด)

5.2 ผลการจัดระดับความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทไม่เรื้อรังและจิตเภทเรื้อรัง ที่นำมาคำนวณเพื่อหาค่าอำนาจจำแนก กลุ่มละ 60 คน ได้ระดับความสามารถในการทำหน้าที่ ดังนี้ในงาน บริการผู้ป่วยบำบัดระยะยาว จำนวน 102 คน

ผลการจัดระดับพบว่า ในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทไม่เรื้อรัง มีความสามารถในการดูแลตนเอง โดยรวม และรายด้านได้แก่ การดูแลตนเองขั้นพื้นฐานและการดูแลตนเองขั้นก้าวหน้า อยู่ในระดับที่ 3 ทั้งสิ้น คิดเป็นร้อยละ 55.0, 58.3 และ 41.7 ตามลำดับ การทำหน้าที่ทางสังคมโดยรวม และรายด้าน ได้แก่ การติดต่อสื่อสารและความสัมพันธ์กับผู้อื่น อยู่ในระดับที่ 3 ทั้งสิ้น คิดเป็นร้อยละ 41.7, 41.7 และ 51.7 ตามลำดับ ความสามารถในการทำงานโดยรวม และรายด้านทุกด้าน ได้แก่ การเริ่มต้นทำงาน สมาธิและความตั้งใจ ปฏิสัมพันธ์ในการทำงาน ความเป็นอิสระ การทำงานตามขั้นตอน ความเรียบร้อย และความรับผิดชอบ อยู่ในระดับ 3 ทั้งสิ้น คิดเป็นร้อยละ 46.7, 38.3, 43.3, 38.3, 41.7, 58.3, 46.7 และ 46.7 ตามลำดับ การรับรู้การเจ็บป่วย โดยรวม และรายด้าน ได้แก่ การยอมรับการเจ็บป่วย ความรู้โรคจิต และความร่วมมือในการรักษา อยู่ในระดับ 4 ทั้งสิ้น คิดเป็นร้อยละ 65.0, 63.3, 41.7 และ 76.7 ตามลำดับ ส่วนความสามารถในการทำหน้าที่ โดยรวมของผู้ป่วยจิตเภทไม่เรื้อรัง พบว่า อยู่ในระดับที่ 4 คิดเป็นร้อยละ 60.0

ในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง พบว่า มีความสามารถในการดูแลตนเองโดยรวม และการดูแลตนเองขั้นพื้นฐาน อยู่ในระดับที่ 3 คิดเป็นร้อยละ 55.0 และ 58.3 ส่วนการดูแลตนเองขั้นก้าวหน้า อยู่ในระดับที่ 2 คิดเป็นร้อยละ 41.7 การทำหน้าที่ทางสังคมโดยรวม และรายด้าน ได้แก่ การติดต่อสื่อสารและความสัมพันธ์กับผู้อื่น อยู่ในระดับที่ 2 ทั้งสิ้น คิดเป็นร้อยละ 45.0, 48.3 และ 45.0 ตามลำดับ ความสามารถในการทำงานโดยรวม และรายด้านทุกด้าน ได้แก่ การเริ่มต้นทำงาน สมาธิและความตั้งใจ ปฏิสัมพันธ์ในการทำงาน ความเป็นอิสระ การทำงานตามขั้นตอน ความเรียบร้อย และความรับผิดชอบ อยู่ในระดับ 3 ทั้งสิ้น คิดเป็นร้อยละ 35.0, 31.7, 36.7, 31.7, 30.0, 38.3, 38.3 และ 36.7 ตามลำดับ การรับรู้การเจ็บป่วย โดยรวม และรายด้าน ได้แก่ การยอมรับการเจ็บป่วย และความร่วมมือในการรักษา อยู่ในระดับ 4 ทั้งสิ้น คิดเป็นร้อยละ 48.3, 41.7 และ 66.7 ตามลำดับ ส่วนความรู้เรื่องโรคจิต อยู่ในระดับที่ 1 คิดเป็นร้อยละ 35.0 ทั้งนี้พบว่าผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังมีความสามารถในการทำหน้าที่โดยรวม อยู่ในระดับที่ 3 คิดเป็นร้อยละ 48.3 ดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8

ผลการจำแนกความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทไม่เรื้อรังและผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่เป็นตัวอย่างประชากร

ความสามารถในการทำหน้าที่	ระดับความสามารถ															
	ผู้ป่วยจิตเภทไม่เรื้อรัง(n=60)								ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง (n=60)							
	ระดับ 1		ระดับ 2		ระดับ 3		ระดับ 4		ระดับ 1		ระดับ 2		ระดับ 3		ระดับ 4	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. ความสามารถในการดูแลตนเอง	-	-	2	3.3	33	55.0	25	41.7	-	-	10	16.7	33	55.0	17	28.3
1.1 ขึ้นพื้นฐาน	-	-	4	6.7	35	58.3	21	35.0	-	-	10	16.7	35	58.3	15	25.0
1.2 ขึ้นก้าวหน้า	-	-	17	28.3	25	41.7	18	30.0	1	1.7	25	41.7	24	40.0	10	16.7
2. การทำหน้าที่ทางสังคม	-	-	17	28.3	25	41.7	18	30.0	1	1.7	27	45.0	23	38.3	9	15.0
2.1 การสื่อสาร	-	-	17	28.3	25	41.7	18	30.0	1	1.7	29	48.3	21	35.0	9	15.0
2.2 ความสัมพันธ์กับผู้อื่น	2	3.3	16	26.7	31	51.7	11	18.3	5	8.3	27	45.0	24	40.0	4	6.7
3. ความสามารถในการทำงาน	10	16.7	6	10.0	28	46.7	16	26.7	13	21.7	16	26.7	21	35.0	10	16.7
3.1 การเริ่มต้นทำงาน	8	13.3	11	18.3	23	38.3	18	30.0	14	23.3	18	30.0	19	31.7	9	15.0
3.2 สมาธิและความตั้งใจ	10	16.7	6	10.0	26	43.3	18	30.0	14	23.3	15	25.0	22	36.7	9	15.0
3.3 ปฏิสัมพันธ์ในการทำงาน	10	16.7	12	20.0	23	38.3	15	25.0	15	25.0	17	28.3	19	31.7	9	15.0
3.4 ความเป็นอิสระ	10	16.7	9	15.0	25	41.7	16	26.7	15	25.0	17	28.3	18	30.0	10	16.7
3.5 การทำงานตามขั้นตอน	11	18.3	3	5.0	35	58.3	11	18.3	16	26.7	14	23.3	23	38.3	7	11.7
3.6 ความเรียบร้อย	12	20.0	5	8.3	28	46.7	15	25.0	17	28.3	13	21.7	23	38.3	7	11.7
3.7 ความรับผิดชอบ	12	20.0	5	8.3	28	46.7	15	25.0	18	30.0	12	20.0	22	36.7	8	13.3
4. การรับรู้การเจ็บป่วย	-	-	14	23.3	7	11.7	39	65.0	-	-	19	31.7	12	20.0	29	48.3
4.1 การยอมรับการเจ็บป่วย	7	11.7	10	16.7	5	8.3	35	63.3	18	30.0	5	8.3	12	20.0	25	41.7
4.2 ความรู้โรคจิตเภท	17	28.3	1	1.7	17	28.3	25	41.7	21	35.0	6	10.0	17	28.3	16	26.7
4.3 ความร่วมมือในการรักษา	1	1.7	2	3.3	11	18.3	46	76.7	1	1.7	7	11.7	12	20.0	40	66.7
5. ความสามารถในการทำหน้าที่ โดยรวม	-	-	2	3.3	22	36.7	36	60.0	-	-	6	10.0	29	48.3	25	41.7

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและอภิปรายผล

การวิจัยเรื่องการพัฒนาเครื่องมือประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง มีวัตถุประสงค์การวิจัย คือ พัฒนาแบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ 1) ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่ได้รับการรักษาตัว ณ หอผู้ป่วย ที่งานบำบัดระยะยาว โรงพยาบาลศรีธัญญา จำนวน 102 คน 2) ผู้ป่วยจิตเภทไม่เรื้อรังที่พักรักษาตัว ณ หอผู้ป่วยที่แผนกผู้ป่วยในจำนวน 60 คน โดยผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มต้องมีค่าคะแนน BPRS ไม่เกิน 36 คะแนน สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ ไม่มีโรคร่วมทางจิตเวชอื่น ๆ และไม่มีภาวะพิการทางกาย เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยการบูรณาการข้อมูลจากการสัมภาษณ์ญาติผู้ป่วย 20 คน การทำ focus group กับทีมสหวิชาชีพในงานบำบัดระยะยาว 9 คน รวมทั้งข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรม ได้เครื่องมือประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ ฉบับยกร่าง นำเครื่องมือประเมินฯ ฉบับยกร่าง ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 8 ท่าน ให้ความเห็น ข้อเสนอแนะ ตลอดจนให้นำหน้าหัดคะแนนประจำรายข้อและรายด้าน แล้วปรับแก้ตามคำแนะนำ ผู้วิจัยฝึกผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชระดับหลังการพยาบาลขั้นพื้นฐาน และมีประสบการณ์ในการทำงานมากกว่า 10 ปี จำนวน 2 คน เป็นผู้ช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือน กันยายน 2557

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลการสัมภาษณ์เชิงลึกกับญาติผู้ป่วย และการทำ Focus group ในทีมสหวิชาชีพ ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) วิเคราะห์ค่าความสอดคล้องภายในด้วยการหาค่า Cronbach's Alpha วิเคราะห์ค่าเที่ยงแบบทดสอบซ้ำ (Test-Retest Reliability) ด้วยสถิติ Intraclass correlation coefficient (ICC) วิเคราะห์ค่าความเที่ยงระหว่างผู้ประเมิน (Inter-rater reliability) ด้วยสถิติ Intraclass correlation coefficient (ICC) วิเคราะห์ค่าอำนาจจำแนก (Discriminating

validity) ด้วยค่า 2-sample t-test รายงานผลด้วย p-value โดยกำหนดว่า ถ้า $p\text{-value} \leq 0.05$ จำแนกระดับความสามารถในการทำหน้าที่ ด้วยเกณฑ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

สรุปผลการวิจัย

1. ผลการสัมภาษณ์เชิงลึกกับญาติผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

สรุปผลการสัมภาษณ์เชิงลึก กลุ่มตัวอย่างที่เป็นญาติผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 20 คน ได้ให้ความเห็นเกี่ยวกับ “ความรู้สึกที่มีต่อผู้ป่วย” ว่า ครั้งแรกที่พบว่าญาติตนเองป่วยเป็นโรคจิตเภท รู้สึกเสียใจเรื่องนี้ไม่ควรเกิดขึ้นในครอบครัว รู้สึกแยะและเครียดอย่างมาก โดยเฉพาะญาติเมื่อผู้ป่วยมีอาการคลุ้มคลั่ง รู้สึกกลัวมากและไม่รู้จะจัดการอย่างไร รวมทั้งรู้สึกอับอายต่อพฤติกรรมของผู้ป่วย แต่ก็อยากให้ผู้ป่วยได้รับการรักษา และยิ่งพร้อมที่จะรับผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้านเมื่ออาการทุเลา ส่วนความรู้สึก ณ ปัจจุบันยังมีความสงสารเหลืออยู่บ้าง ไม่รู้สึกเครียดเพราะชินกับสภาพผู้ป่วย แต่จะรู้สึกเครียดทันทีเมื่อต้องรับผู้ป่วยกลับบ้าน มองว่าผู้ป่วยเป็นภาระ โดยเฉพาะค่าใช้จ่ายและการดูแล “ความคาดหวังต่อผลการรักษา” ไม่คาดหวังอะไรมาก ไม่คิดว่าผู้ป่วยจะหาย และความเห็นที่มีต่อคำถามที่ว่า “หากโรงพยาบาลให้รับผู้ป่วยกลับบ้าน ญาติคิดว่าผู้ป่วยที่จะกลับไปอยู่ร่วมบ้านนั้นต้องมี พฤติกรรมและความสามารถอย่างไรบ้าง (ในกรณีที่ไม่ประสงค์รับผู้ป่วยกลับบ้าน : มีเหตุผลอย่างไร)” ผู้ป่วยควรจะช่วยเหลือตนเองได้ พุดคุยด้วยรู้เรื่องอาการทางจิตหายไป ช่วยงานบ้านได้บ้าง รับประทานยาตามที่แพทย์สั่ง กลับได้ในตอนกลางคืน ไม่เดินรื้อยไปนอกนอกบ้าน ไม่ทำที่ดูร้าย แต่ก็ปฏิเสธที่จะรับผู้ป่วยกลับบ้าน ไม่มีคนช่วยดู เกรงว่าผู้ป่วยจะกลับไปก่อความเดือดร้อนให้อีก ส่วน “การวางแผนเกี่ยวกับอนาคตผู้ป่วย” ญาติขอฝากผู้ป่วยไว้กับโรงพยาบาลตลอดไป

2. ผลการทำ Focus group ในทีมสหวิชาชีพ

การทำ Focus group ในทีมสหวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในงานบำบัดระยะยาว ประกอบด้วยจิตแพทย์ 1 คน นักจิตวิทยา 1 คน นักสังคมสงเคราะห์ 1 คน และพยาบาลวิชาชีพ 6 คน จำนวน 2 ครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมง ได้ผลดังนี้

ผลการสนทนา พบว่า “ปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่พบบ่อย” ได้แก่ อาการทางลบ อาการทางจิตที่หลงเหลืออยู่อย่างเหนียวแน่น (หูแว่ว หลงผิด) การกำเริบซ้ำของโรค และการเสื่อมถอยของสมรรถภาพทั้งกาย/จิต/สังคม โรคแทรกทางกาย การทอดทิ้งผู้ป่วยของญาติ “ความคาดหวัง” ทีมสหวิชาชีพคาดหวังว่าผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ สื่อสารกับผู้อื่นได้ บอกปัญหาและความต้องการของตนเองต่อผู้อื่นได้ เข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในหอผู้ป่วยได้ ทำงานได้ตามระดับศักยภาพของตนเองที่มีอยู่ และชะลอความเสี่ยงถอยของสมรรถภาพด้านต่าง ๆ ของผู้ป่วยไว้ได้นานที่สุด “ความเห็นต่อการประเมิน” เห็นด้วยที่จะประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังใน 4 ด้าน แต่ต้องไม่ลืมประเด็นคุณภาพชีวิต โดยเสนอว่าผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ต้องมีอาการทางจิตดี สามารถดูแลตนเองได้ ให้ความร่วมมือต่อการรักษา (รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง) สื่อสารหรือสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่นได้ และมีงานทำ (เบื้องต้นทำงานบ้านที่

ได้รับมอบหมายได้) ส่วนความสามารถในการทำหน้าที่ ควรประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ 1) การดูแลตนเองให้ ความสำคัญในเรื่อง สุขอนามัย(ความสะอาด) การรับประทานอาหาร การขับถ่าย และการนอน (สะอาด กินได้ หลับได้ ถ่ายสะดวก) 2) การทำหน้าที่ทางสังคมให้ความสำคัญในเรื่อง การสื่อสาร ความสัมพันธ์กับผู้อื่น การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การแสดงบทบาททางสังคมของตนเอง การรับรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมที่เป็นที่ยอมรับของสังคมหรือไม่พึงประสงค์ 3) การทำงานให้ความสำคัญในเรื่อง สมานี การทำงานตามลำดับขั้นของ กิจกรรม ความสำเร็จของชิ้นงาน ความร่วมมือ/การแบ่งปันและช่วยเหลือ หรือปฏิสัมพันธ์ที่มีต่อผู้ร่วมงาน/ กิจกรรมคนอื่น ๆ และ 4) การรู้คิดและเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ให้ความสำคัญในเรื่อง การยอมรับการ เจ็บป่วยทางจิต ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคทางจิตเภท การปฏิบัติตนเพื่อให้โรคทุเลา/หรือหายไป โดยมี เกณฑ์ในการประเมิน ดังนี้ ระดับที่ 1 ผู้ป่วยไม่สามารถทำหน้าที่นั้น ๆ ได้ด้วยตนเอง ระดับที่ 2 ผู้ป่วย สามารถทำหน้าที่นั้น ๆ ได้บ้าง แต่ต้องได้รับการช่วยเหลือจากผู้ดูแล ระดับที่ 3 ผู้ป่วยสามารถทำหน้าที่นั้น ๆ ได้มาก เพียงแต่ต้องได้รับการกระตุ้นหรือชี้แนะจากผู้ดูแล ระดับที่ 4 ผู้ป่วยสามารถทำหน้าที่นั้น ๆ ได้ ทั้งหมดด้วยตนเอง สำหรับวิธีการประเมินควรเป็นทั้งการสังเกตและสัมภาษณ์ ส่วนผู้ประเมิน ขึ้นอยู่กับ สถานการณ์แวดล้อมขณะนั้น ในชุมชน ผู้ป่วยและญาติประเมิน ในโรงพยาบาล พยาบาลประเมิน

3. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 61.8 มีอายุอยู่ระหว่าง 41-50 ปี ร้อยละ 35.3 มีการศึกษามัธยม ร้อยละ 55.9 กลุ่มผู้ป่วยจิตเภทไม่เรื้อรัง ส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 66.7 มีอายุอยู่ ระหว่าง 31-40 ปี ร้อยละ 46.7 การศึกษาระดับมัธยม ร้อยละ 50.0

4. ผลการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1) ผลการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาผู้วิจัยใช้เกณฑ์ การเห็นด้วยของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 8 ท่าน ร้อยละ 80 ในการคัดเลือกข้อความทั้งคนด้านและคนข้อบรรจุไว้ในแบบประเมิน ซึ่งผลการวิเคราะห์ข้อมูลจาก คำตอบของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 8 ท่าน ร้อยละ 100 เห็นด้วยกับแบบประเมินคนด้านทุกด้าน ส่วนรายชื่อ พบว่า ใน แบบประเมินจำนวน 14 ข้อ ผู้ทรงคุณวุฒิ 8 คน เห็นด้วย ร้อยละ 100 ในข้อความทุกข้อของแบบประเมิน ด้านการดูแลตนเอง การทำหน้าที่ทางสังคม และการรับรู้ต่อการเจ็บป่วย ส่วนด้านการทำงาน ผู้ทรงคุณวุฒิ 8 คน เห็นด้วยร้อยละ 100 เฉพาะข้อ การเริ่มต้นทำงาน ความตั้งใจ และความรับผิดชอบ และเห็นด้วยร้อย ละ 85.7 ในข้อปฏิสัมพันธ์กับเพื่อน ความเป็นอิสระในการทำงาน ทำงานตามขั้นตอน และความเรียบร้อยใน การทำงาน

2) ผลการหาค่าความสอดคล้องภายในของแบบประเมินฯ โดยผู้เชี่ยวชาญ 1 คน ในการประเมิน ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง 102 คน ด้วยวิธีการหาค่า Cronbach's Alpha โดยหาแยกกันในแต่ละด้าน ได้แก่ ความสามารถในการดูแลตนเองพื้นฐาน ความสามารถในการดูแลตนเองขั้นสูง การทำหน้าที่ทางสังคม ความสามารถในการทำงาน และการรับรู้ต่อการเจ็บป่วย พบว่า Cronbach's alpha ในแต่ละด้านมีค่าสูงคือ อยู่ระหว่าง 0.800 ถึง 0.987 ซึ่งแสดงว่าคำถามข้อต่างๆสอดคล้องกันดี แต่เมื่อพิจารณารายชื่อ พบว่า มี

เพียงข้อความเดียว ที่มีค่า Corrected item-total correlation (r) ต่ำกว่า 0.600 คือข้อความร่วมมือในการรักษา ในด้านการรับรู้การเจ็บป่วยมีค่า 0.506

3) ผลการหาค่าความเที่ยง ด้วยการทดสอบซ้ำ (Test-Retest Reliability) ในผู้ป่วยกลุ่มเดิมโดยผู้เชี่ยวชาญ 1 คน ระยะเวลาห่างกัน 1 สัปดาห์ ด้วยสถิติ Intraclass correlation coefficient (ICC) โดยกำหนดให้ค่า ICC มีค่าตั้งแต่ .600 ขึ้นไป ผลการวิเคราะห์พบว่า แบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ มีค่า ICC สูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด (.600) ทุกด้าน โดยด้านความสามารถในการดูแลตนเองขั้นพื้นฐานและขั้นก้าวหน้า การทำหน้าที่ทางสังคม ความสามารถในการทำงาน และการรับรู้ต่อการเจ็บป่วย มีค่า ICC เท่ากับ .996 ,1.000 ,1.000,1.000 และ 1.000 ตามลำดับ ฯ

4) การหาค่าเที่ยงระหว่างผู้ประเมิน (Inter-rater reliability) โดยผู้ประเมิน 3 คน ได้แก่ผู้เชี่ยวชาญ และผู้ช่วยวิจัย 2 คน ในผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มเดียวกัน 102 คน โดยทำการประเมิน ณ เวลาเดียวกันพบว่า มีค่า ICC สูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด (.600) ทุกด้าน โดยความสามารถในการดูแลตนเองขั้นพื้นฐานและขั้นก้าวหน้า การทำหน้าที่ทางสังคม ความสามารถในการทำงาน และการรับรู้ต่อการเจ็บป่วย โดยมีค่า ICC เท่ากับ 0.963, 0.948, 0.925, 0.972 และ 0.985 ตามลำดับ

5. การหาค่าอำนาจจำแนก (Discriminating validity) ด้วยวิธี Known-Group Technique ประเมินโดยผู้ช่วยวิจัย 2 คน ในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทไม่เรื้อรัง 60 คน และกลุ่มคะแนนผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่ทำการประเมินไปแล้ว(เป็นการสุ่มอย่างง่าย) 60 คน นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ด้วยค่า 2-sample t-test ผลการวิเคราะห์พบว่า แบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ฉบับนี้สามารถแยกผู้ป่วยจิตเภทไม่เรื้อรังและเรื้อรังออกจากกันได้ โดยผู้ป่วยจิตเภทไม่เรื้อรังและผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง มีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทำหน้าที่รายด้านทุกด้านแตกต่างกัน ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 โดยผู้จิตเภทไม่เรื้อรัง มีคะแนนเฉลี่ย การดูแลตนเองขั้นพื้นฐาน การดูแลตนเองขั้นก้าวหน้า การทำหน้าที่ทางสังคม ความสามารถในการทำงาน และการรับรู้การเจ็บป่วย (คะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 15.6, 5.6, 5.9, 20.1, และ 10.2 ตามลำดับ) สูงกว่าผู้ป่วยจิตเภทไม่เรื้อรัง (คะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 14.4, 5.0, 5.0, 16.5 และ 8.6 ตามลำดับ)

ผลการวิเคราะห์ความสอดคล้องภายในทั้ง 3 วิธี และค่าอำนาจจำแนก ที่ระดับนัยสำคัญ 0.5 จึงเป็นผลการวิเคราะห์ที่บ่งชี้ว่า เครื่องมือประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ฉบับนี้มีคุณภาพเพียงพอที่จะใช้ประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

5. ระดับความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

ผลการจัดระดับความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ในงานบริการผู้ป่วยบำบัดระยะยาว จำนวน 102 คน ตามวิธีการคำนวณด้วยตัวคุณตามสัดส่วนของน้ำหนักคะแนนและเกณฑ์ที่ได้ระบุไว้ได้ผลดังนี้ ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังจำนวน 102 คน มีความสามารถในการทำหน้าที่โดยรวมอยู่ในระดับ 4 ร้อยละ 49.0 รองลงมาอยู่ในระดับ 3 ร้อยละ 42.2 ส่วนน้อยร้อยละ 8.8 ที่มีความสามารถในการระดับ 2 และไม่พบว่า

ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังคนใดมีความสามารถในระดับ 1 ส่วนความสามารถรายด้านพบว่า ด้านการดูแลตนเอง มีความสามารถในระดับ 3 รองลงมา มีความสามารถในระดับ 4 และระดับ 2 คิดเป็นร้อยละ 51.0, 32.4 และ 16.7 ตามลำดับ และไม่พบว่าผู้ป่วยคนใดมีความสามารถในการดูแลตนเองในระดับ 1 ด้านการทำหน้าที่ทางสังคม พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังมีความสามารถในการทำหน้าที่ทางสังคม ในระดับ 3 รองลงมา มีความสามารถในระดับ 2 ระดับ 4 และระดับ 1 คิดเป็นร้อยละ 41.2, 39.2 , 18.6 และ 1.0 ตามลำดับ ด้านความสามารถในการทำงาน พบว่าผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังมีความสามารถในการทำงานอยู่ในระดับ 3 รองลงมา ระดับ 4 และระดับ 2 และระดับ 1 คิดเป็นร้อยละ 38.2 , 24.5, 21.6 และ 15.7 ตามลำดับ ด้านการรับรู้การเจ็บป่วย พบว่าผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังมีความสามารถต่อการรับรู้การเจ็บป่วยในระดับ 4 รองลงมา ระดับ 3 และระดับ 2 คิดเป็นร้อยละ 49.0, 42.2 และ 8.8 ตามลำดับโดยไม่พบว่าผู้ป่วยคนใดมีการรับรู้การเจ็บป่วยในระดับ 1

อภิปรายผล

1. ผลการสัมภาษณ์เชิงลึกกับญาติผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง จำนวน 20 คน

จากผลการวิจัยที่พบว่า เมื่อแรกป่วยเป็นจิตเภท ญาติรู้สึกเสียใจและเครียดอย่างมาก รู้สึกกลัวมาก และไม่รู้จะจัดการอย่างไร รวมทั้งรู้สึกอับอายต่อพฤติกรรมของผู้ป่วย แต่ ณ ปัจจุบันแม้จะยังมีความสงสารเหลืออยู่ ก็ไม่รู้สึกเครียดเพราะชินและไม่คาดหวังต่อผู้ป่วยแล้ว แต่จะรู้สึกเครียดทันทีเมื่อต้องรับผู้ป่วยกลับบ้าน มองว่าผู้ป่วยเป็นภาระ โดยเฉพาะค่าใช้จ่ายและการดูแล ญาติขอฝากผู้ป่วยไว้กับโรงพยาบาลตลอดไป ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าทีมผู้ให้บริการต้องปรับยุทธศาสตร์การบริการ เน้นเชิงรุกป้องกันก่อนเกิดโรคจะดีกว่า หากป่วยแล้ว ธรรมชาติของโรคทำให้เกิดการป่วยซ้ำได้ตลอด และจะเพิ่มจำนวนผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ในที่สุด

ข้อมูลดังกล่าวบ่งชี้ถึงทัศนคติในทางลบที่ญาติมีต่อผู้ป่วยเป็นอย่างดี อย่างไรก็ตาม การให้บริการจำเป็นต้องมีเครื่องมือประเมินผลลัพธ์บริการ เครื่องมือที่พัฒนาขึ้นนี้สามารถชี้วัดคุณภาพการให้บริการ รวมทั้งการประเมินปัญหาความต้องการของผู้ป่วยซึ่งนำไปสู่การวางแผนและให้บริการได้เป็นอย่างดี อย่างน้อยหากผู้ป่วยมีสมรรถภาพดีขึ้น ไม่เป็นภาระแก่ญาติ รวมทั้งมีการปรับทัศนคติของญาติก็จะช่วยให้ส่งผู้ป่วยกลับคืนสู่ครอบครัวเดิมได้ในที่สุด

2. ผลการทำ Focus group ในทีมสหวิชาชีพ จำนวน 9 คน

พบว่า บุคลากรในทีมสหวิชาชีพมีความเข้าใจตรงกัน เกี่ยวกับ “ปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่พบบ่อย” ได้แก่ อาการทางลบ อาการทางจิตที่หลงเหลืออยู่อย่างเหนียวแน่น (หูแว่ว หลงผิด) การกำเริบซ้ำของโรค และการเสื่อมถอยของสมรรถภาพทั้งกาย/จิต/สังคม โรคแทรกทางกาย การทอดทิ้งผู้ป่วยของญาติ และมีความคาดหวังที่ต้องการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ สื่อสารกับผู้อื่นได้ เข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในหอผู้ป่วยได้ ทำงานได้ตามระดับศักยภาพของตนเองที่มีอยู่ และชะลอความเสี่ยงถอยของสมรรถภาพด้านต่าง ๆ ของผู้ป่วยไว้ได้นานที่สุด

ข้อค้นพบนี้บ่งชี้ถึงทัศนคติในทางบวกที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ประกอบกับการเห็นด้วยในแนวทางการประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ ที่ผู้วิจัยนำเสนอไว้ ผู้วิจัยมองว่าเป็นสัญญาณในทางบวกที่จะร่วมกันพัฒนาเครื่องมือประเมินฯ และนำไปใช้ในสถานการณ์การให้บริการ ซึ่งอาจเกิดการต่อยอดต่อการพัฒนารูปแบบการให้บริการในด้านอื่น ๆ ต่อไป

3. กลุ่มตัวอย่างประชากร

ผู้วิจัยใช้ตัวอย่างประชากรที่เป็นผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังทั้งหมดที่พักรักษาตัวในหอผู้ป่วยในงานบำบัดระยะยาว ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีระยะเวลาของการพักรักษาตัวในโรงพยาบาลครั้งปัจจุบันนานเกินกว่า 3 ปีขึ้นไป และถูกญาติปฏิเสธที่รับกลับบ้าน สภาพแวดล้อม จำเจ ไม่ได้พบปะผู้คนอื่นนอกจากบุคลากรและผู้ป่วยโอกาสที่จะเกิดความถดถอยได้เร็วกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้ชีวิตอยู่นอกโรงพยาบาล การพัฒนาเครื่องมือประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทจึงเป็นเรื่องจำเป็น ประการแรกเพื่อใช้ค้นหาข้อมูลผู้ป่วยว่าแต่ละราย หรือในภาพรวมผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังมีความสามารถในการทำหน้าที่อย่างไร ในระดับใด ประการที่สองเพื่อพัฒนารูปแบบการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพที่สอดคล้องกับปัญหาความสามารถในการทำหน้าที่ฯ ประการที่สาม เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการวัดผลลัพธ์ของการให้บริการ อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังทั้งหมดในงานบำบัดระยะยาวมีจำนวนทั้งสิ้น 174 คน ที่มีคุณสมบัติครบตามที่กำหนด คือ ไม่มีโรคร่วมอื่น ๆ เช่น Epilepsy Mental Retardation และ Autistic เป็นต้น ไม่มีความพิการทางกาย พูดและฟังภาษาไทยได้ และมีอายุไม่เกิน 70 ปี จึงเหลือผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่มีคุณสมบัติดังกล่าวเพียง 102 คน ผู้วิจัยจึงนำมาเป็นตัวอย่างประชากร

สำหรับผู้ป่วยจิตเภทไม่เรื้อรัง ผู้วิจัยใช้ผู้ป่วยจิตเภทที่กำลังรับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน ที่แผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลศรีธัญญา ในช่วงเดือนกันยายน 2557 โดยเป็นหอผู้ป่วยหญิง 1 หลัง หอผู้ป่วยชาย 2 หลัง (โรงพยาบาลศรีธัญญามีหอผู้ป่วยหญิง 7 หลัง หอผู้ป่วยชาย 10 หลัง) หลังละ 20 คน รวม 60 คน โดยต้องมีคุณสมบัติตามที่กำหนดคือ มีระยะเวลาพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยในไม่เกิน 2 เดือน (นับ ณ วันที่ 1 กันยายน 2557) มีคะแนนอาการทางจิตจากแบบประเมิน Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) ไม่เกิน 36 คะแนน พูดและฟังภาษาไทยได้

4. ผลการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

4.1) ผลการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา พบว่าผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 8 ท่าน ร้อยละ 80 ในการคัดเลือกข้อความทั้งคนด้านและคนข้อบรรจู้ไว้ในแบบประเมิน ซึ่งผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากคำตอบของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 8 ท่าน ร้อยละ 100 เห็นด้วยกับแบบประเมินคนด้านทุกด้าน ส่วนรายชื่อ พบว่า ในแบบประเมินจำนวน 14 ข้อ ผู้ทรงคุณวุฒิ 8 คน เห็นด้วย ร้อยละ 100 ในข้อความทุกข้อของแบบประเมินด้านการดูแลตนเอง การทำหน้าที่ทางสังคม และการรับรู้ต่อการเจ็บป่วย ส่วนด้านการทำงาน ผู้ทรงคุณวุฒิ 8 คน เห็นด้วยร้อยละ 100 เฉพาะข้อ การเริ่มต้นทำงาน ความตั้งใจ และความรับผิดชอบ และเห็นด้วยร้อยละ 85.7 ในข้อปฏิสัมพันธ์ระหว่างทำงาน ความเป็นอิสระในการทำงาน ทำงานตามขั้นตอน และความเรียบร้อยในการทำงาน นั่นคือ

แบบประเมินความสามารถในการทำงานฉบับนี้มีความตามเนื้อตามเกณฑ์ การที่ผู้ทรงคุณวุฒิ 8 ท่านไม่เห็นด้วยร้อยละ 100 ในข้อปฏิสัมพันธ์ระหว่างทำงาน ความเป็นอิสระในการทำงาน ทำงานตามขั้นตอน และความเรียบร้อยในการทำงาน อาจเป็นเพราะผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังส่วนใหญ่มีอาการทางลบอยู่แล้ว ความกระตือรือร้นในเรื่องต่าง ๆ ย่อมน้อยตามไปด้วย ดังนั้นแม้ระหว่างการทำงานจะมีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงานน้อย ไม่สามารถทำอย่างอย่างอิสระ ต้องรอคอยคำสั่งจากผู้ฝึก ทำงานข้ามขั้นตอน ทำให้ไม่ได้ทุกขั้นตอนของกิจกรรมหรือทำงานไม่เรียบร้อย ก็ไม่ใช่เรื่องสำคัญ สมมติและความตั้งใจ และรับผิดชอบที่จะเข้าร่วมกิจกรรมนั้นสำคัญกว่า ผู้วิจัยจึงยังคงข้อความทุกข้อความที่ระบุไว้ในแบบประเมิน

4.2) ผลการหาค่าความสอดคล้องภายในของแบบประเมินฯ โดยผู้เชี่ยวชาญ 1 คน ด้วยวิธีการหาค่า Cronbach's Alpha พบว่าค่า Corrected item-total correlation ได้แก่ รายข้อและรายด้าน ส่วนใหญ่มีค่าสูง คืออยู่ระหว่าง 0.678 - 0.966 มีเพียง ด้านการรับรู้การเจ็บป่วย ข้อความร่วมมือในการรักษาที่ค่า Corrected item-total correlation 0.506 ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด

อภิปรายได้ว่า การที่ค่าความสอดคล้องภายในข้อความร่วมมือในการรักษาไม่สอดคล้องกับภาพรวมการรับรู้การเจ็บป่วย ซึ่งประกอบด้วยข้อความที่ระบุถึงพฤติกรรมสำคัญ 3 ประการ คือ การยอมรับการเจ็บป่วย ความรู้โรคจิต และความร่วมมือในการรักษา จะสังเกตเห็นได้ว่าทั้ง 3 พฤติกรรมต่างเป็นอิสระต่อกัน กล่าวคือ พฤติกรรมหนึ่งไม่ขึ้นกับพฤติกรรมหนึ่ง ดังที่พบอยู่เสมอว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำ ต่างก็รู้ว่โรคจิตคืออะไร ได้รับการสอนการดูแลตนเองอย่างไรเมื่อกลับไปอยู่บ้าน แต่ไม่ร่วมมือที่จะปฏิบัติตาม จนอาการกำเริบ และก็พบอีกเช่นกันที่ไม่ยอมรับว่าตนเองป่วย เช่นเดียวกับที่ผู้ป่วยได้รับข้อมูลตลอดว่าต้องรับประทานยาต่อเนื่อง แต่ก็ทิ้งยาในที่สุด และเมื่อพิจารณาองค์ประกอบความร่วมมือในการรักษา ซึ่งมีพฤติกรรมบ่งชี้ 3 ข้อ คือ การรับประทานยา การเข้ากลุ่มบำบัด และการยอมพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ซึ่งทั้ง 3 พฤติกรรมต่างก็เป็นอิสระต่อกัน ทำนองเดียวกัน ในผู้ป่วยที่รับประทานยาอย่างสม่ำเสมออาจเป็นผู้ปฏิเสธการเข้ากลุ่ม ก็ได้ ด้วยเหตุที่แต่ละข้อความและพฤติกรรมต่างเป็นอิสระต่อกัน จึงเป็นผลให้ ค่าความสอดคล้องของความร่วมมือในการรักษากับการรับรู้การเจ็บป่วยต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด

การที่ ค่า ICC ของข้อความในแบบประเมินใดหากต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด หากทำการตัดข้อความนั้นทิ้ง แล้วถ้าทำให้ Cronbach's alpha มีค่าสูงขึ้นมากแสดงว่าควรตัดคำถามข้อนั้นออก ในกรณีนี้เมื่อผู้วิจัยตัดข้อความร่วมมือในการรักษานี้ออก Cronbach's alpha มีค่าเพิ่มขึ้นจาก 0.813 เป็น 0.902 และด้วยเหตุผลที่ว่า ความร่วมมือในการรักษาเป็นอิสระ และยึดหยุ่นกับอีก ข้อความ ได้แก่ การยอมรับการเจ็บป่วย และความรู้โรคจิต ประกอบกับ ความร่วมมือในการรักษาเป็นข้อความสำคัญในการประเมินการรับรู้การเจ็บป่วย ผู้วิจัยจึงไม่ตัดคำถามข้อความนี้ออก

ดังนั้นการหาค่าความสอดคล้องภายในด้วยวิธีการนี้ ผู้วิจัยยังคงข้อความที่ระบุในแบบประเมินทั้งรายข้อ และรายด้านไว้ทั้งหมด

4.3) ผลการหาค่าเที่ยง ด้วยการทดสอบซ้ำ (Test-Retest Reliability) ในผู้ป่วยกลุ่มเดิมโดยผู้เชี่ยวชาญ 1 คน ระยะเวลาห่างกัน 1 สัปดาห์ นำคะแนนที่ได้ในด้านต่างๆ แล้วหาค่า Intraclass correlation coefficient (ICC) โดยกำหนดให้ค่า ICC มีค่าตั้งแต่ .600 ขึ้นไป

ผลการวิเคราะห์พบว่า แบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ ด้านความสามารถในการดูแลตนเองขั้นพื้นฐานและขั้นก้าวหน้า การทำหน้าที่ทางสังคม ความสามารถในการทำงาน และการรับรู้ต่อการเจ็บป่วย มีค่า ICC เท่ากับ .996 ,1.000 ,1.000,1.000 และ 1.000 ตามลำดับ ฯ เมื่อพิจารณาค่า ICC ที่กำหนดคือ 0.600 จะเห็นได้ว่าแบบประเมินฯ ทั้งฉบับมีความสอดคล้องภายในสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด (.600)ทุกด้านการที่เป็นเช่นนี้ อาจเป็นเพราะการประเมินโดยผู้เชี่ยวชาญคนเดิม ย่อมมีวิธีการตัดสินใจในการประเมินที่แม่นยำตามความเชี่ยวชาญที่มีอยู่ และระยะเวลาที่ห่างกัน 1 สัปดาห์ ย่อมไม่ทำให้การอาการหรือพฤติกรรมต่าง ๆ ในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังเปลี่ยนแปลงไป ตามลักษณะธรรมชาติของโรคในระยะเรื้อรังที่จะมีการดำเนินของโรคอย่างช้าๆหรือคงที่ ด้วยเหตุนี้จึงทำให้การทดสอบซ้ำโดยผู้ประเมินคนเดิม ผู้ป่วยกลุ่มเดิมมีความสอดคล้องในระดับสูง ผู้วิจัยจึงยังคงข้อความที่ระบุในแบบประเมินทั้งรายข้อ และรายด้านไว้ทั้งหมด

4.4 การหาค่าเที่ยงระหว่างผู้ประเมิน (Inter-rater reliability) โดยผู้ประเมิน 3 คน (ผู้เชี่ยวชาญ 1 คนและผู้ช่วยวิจัย 2 คน) เพื่อดูว่าคะแนนที่ได้จากการประเมินผู้ป่วยคนเดิมซ้ำโดยผู้ประเมินมากกว่า 1 คน มีค่าใกล้เคียงหรือไม่ แล้วนำข้อมูลมาหาค่า Intraclass correlation coefficient (ICC)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า การใช้แบบประเมินโดยผู้ประเมิน 3 คน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญ และผู้ช่วยวิจัย 2 คน ในผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มเดียวกัน 102 คน โดยทำการประเมิน ณ เวลาเดียวกัน พบว่า มีความสอดคล้องภายในสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด (.600) ทุกด้าน โดยความสามารถในการดูแลตนเองขั้นพื้นฐานและขั้นก้าวหน้า การทำหน้าที่ทางสังคม ความสามารถในการทำงาน และการรับรู้ต่อการเจ็บป่วย โดยมีค่า ICC เท่ากับ 0.963, 0.948, 0.925, 0.972 และ 0.985 ตามลำดับ อธิบายได้ประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังของผู้ประเมินทั้ง 3 คน ที่มากกว่า 20 ปี ประกอบกับผู้ช่วยวิจัยได้รับการฝึกในการใช้แบบประเมินกับผู้เชี่ยวชาญมาระยะหนึ่ง ทำให้มีความเข้าใจในแบบประเมินตรงกันและเชื่อมโยงข้อความที่ประเมินกับพฤติกรรมของผู้ป่วยได้ถูกต้อง จึงเป็นผลให้ค่าความสอดคล้องภายในของแบบประเมินมีความสอดคล้องกันสูง วิธีการนี้จึงเป็นการช่วยยืนยันถึงคุณภาพของแบบประเมินว่า ผู้เชี่ยวชาญ และผู้ปฏิบัติสามารถใช้แบบประเมินนี้ได้ นั่นคือมีความง่ายและสะดวกต่อการนำไปใช้ แต่ทั้งนี้ผู้นำไปใช้ต้องผ่านการเตรียมเพื่อการใช้เครื่องมือให้ถูกต้องก่อน

4.5 การหาค่าอำนาจจำแนก (Discriminating validity) ด้วยวิธี Known-Group Technique ในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทไม่เรื้อรัง 60 คน และกลุ่มคะแนนผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่ทำการประเมินไปแล้ว(เป็นการสุ่มอย่างง่าย) 60 คน นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ด้วยค่า 2-sample t-test

ผลการวิเคราะห์พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทไม่เรื้อรังและผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง มีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทำหน้าที่รายด้านทุกด้านแตกต่างกัน ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 โดยผู้จิตเภทไม่เรื้อรัง มีคะแนนเฉลี่ย การ

ดูแลตนเองขั้นพื้นฐาน การดูแลตนเองขั้นก้าวหน้า การทำหน้าที่ทางสังคม ความสามารถในการทำงาน และ การรับรู้การเจ็บป่วย (คะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 15.6, 5.6, 5.9, 20.1, และ 10.2 ตามลำดับ) สูงกว่าผู้ป่วยจิตเภท ไม่เรื้อรัง (คะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 14.4, 5.0, 5.0, 16.5 และ 8.6 ตามลำดับ) ซึ่งหมายความว่าแบบประเมินฉบับนี้ สามารถใช้แยกผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังและไม่เรื้อรังออกจากกันได้ อาจกล่าวได้ว่า ความชัดเจนในแบบประเมินที่ แยกระดับความสามารถแต่ละระดับไว้อย่างชัดเจน ทำให้สามารถบ่งชี้ถึงความเสื่อมถอยของผู้ป่วยจิตเภท เรื้อรังได้เป็นอย่างดี ความสามารถในระดับ 4 นั้น โดยเฉพาะเรื่องการดูแลตนเองจะเป็นความสามารถในระดับ ที่คนปกติกระทำได้ ผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยไม่นานเมื่ออาการทางจิตสงบ พฤติกรรมต่าง ๆ ก็กลับสู่ภาวะปกติ เคย แปร่งฟันอย่างไร เคยอาบน้ำอย่างไร เคยรับประทานอาหารอย่างไร เมื่ออาการทางจิตสงบก็จะกลับมาทำได้ เหมือนเดิม ต่างจากผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง นอกจากการเสื่อมถอยจากอาการทางจิตแล้วยังเกี่ยวข้องกับการเสื่อม ถอยตามวัย จึงทำให้การฟื้นคืนตัวสู่สภาพเดิมต้องใช้เวลา และกลับฟื้นคืนมาใหม่หมด ซึ่งชัดเจนอยู่ใน ผลการวิจัยครั้งนี้ที่พบว่า ความสามารถในการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยจิตเภทไม่เรื้อรังอยู่ในระดับ 3 และระดับ 4 คิดเป็นร้อยละ 55.0 และ 41.7 ส่วนผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังอยู่ในระดับระดับ 3 และระดับ 4 เหมือนกันแต่จำนวน น้อยกว่า คิดเป็นร้อยละ 55.0 และ 28.3 การทำหน้าที่ทางสังคม ของผู้ป่วยจิตเภทไม่เรื้อรังอยู่ในระดับ 3 และ ระดับ 4 คิดเป็นร้อยละ 41.7 และ 30.0 ส่วนผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังอยู่ในระดับระดับ 2 และระดับ 3 คิดเป็นร้อย ละ 45.0 และ 38.3 ความสามารถในการทำงาน ของผู้ป่วยจิตเภทไม่เรื้อรังอยู่ในระดับ 3 และระดับ 4 คิด เป็นร้อยละ 46.7 และ 26.7 ส่วนผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังอยู่ในระดับระดับ 3 และระดับ 2 คิดเป็นร้อยละ 35.0 และ 26.7 การรับรู้การเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภทไม่เรื้อรังอยู่ในระดับ 4 และระดับ 2 คิดเป็นร้อยละ 65.0 และ 23.3 ส่วนผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังอยู่ในระดับระดับ 4 และระดับ 2 เหมือนกันแต่จำนวนน้อยกว่า คิดเป็นร้อยละ 48.3 และ 31.7 ความสามารถในการทำหน้าที่ โดยรวมของผู้ป่วยจิตเภทไม่เรื้อรังอยู่ในระดับ 4 และระดับ 3 คิดเป็นร้อยละ 60.0 และ 36.7 ส่วนผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังอยู่ในระดับระดับ 3 และระดับ 4 คิดเป็นร้อยละ 48.3 และ 41.7

ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่าเครื่องมือประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ฉบับนี้มีความชัดเจนพอที่จะ แยกผู้ป่วยจิตเภทไม่เรื้อรังและเรื้อรังออกจากกันได้

5. ระดับความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

การวิจัยครั้งนี้ ได้แบ่งระดับความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังไว้ 4 ระดับ คือ

ระดับที่ 1	ผู้ป่วยไม่สามารถทำหน้าที่นั้น ๆ ได้ด้วยตนเอง
ระดับที่ 2	ผู้ป่วยสามารถทำหน้าที่นั้น ๆ ได้บ้าง แต่ต้องได้รับการช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่
ระดับที่ 3	ผู้ป่วยสามารถทำหน้าที่นั้น ๆ ได้มาก เพียงแต่ต้องได้รับการกระตุ้นหรือชี้แนะ

จากเจ้าหน้าที่หรือผู้ดูแล

ระดับที่ 4	ผู้ป่วยสามารถทำหน้าที่นั้น ๆ ได้ทั้งหมดด้วยตนเอง
------------	--

ผลการจัดระดับความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ในงานบริการผู้ป่วยบำบัด ระยะยาว จำนวน 102 คน ตามวิธีการคำนวณด้วยตัวคุณตามสัดส่วนของน้ำหนักคะแนนและเกณฑ์ที่ได้ระบุไว้

ได้ผลดังนี้ ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังจำนวน 102 คน มีความสามารถในการทำหน้าที่โดยรวมอยู่ในระดับ 4 ร้อยละ 49.0 รองลงมาอยู่ในระดับ 3 ร้อยละ 42.2 ส่วนน้อยร้อยละ 8.8 ที่มีความสามารถในการระดับ 2 และไม่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังคนใดมีความสามารถในการระดับ 1 ส่วนความสามารถรายด้านพบว่า ด้านการดูแลตนเอง มีความสามารถในการระดับ 3 รองลงมาที่มีความสามารถในการระดับ 4 และระดับ 2 คิดเป็นร้อยละ 51.0, 32.4 และ 16.7 ตามลำดับ และไม่พบว่าผู้ป่วยคนใดมีความสามารถในการดูแลตนเองในระดับ 1 ด้านการทำหน้าที่ทางสังคม พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังมีความสามารถในการทำหน้าที่ทางสังคม ในระดับ 3 รองลงมาที่มีความสามารถในการระดับ 2 ระดับ 4 และระดับ 1 คิดเป็นร้อยละ 41.2, 39.2, 18.6 และ 1.0 ตามลำดับ ด้านการทำงาน พบว่าผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังมีความสามารถในการทำงานอยู่ในระดับ 3 รองลงมาในระดับ 4 และ ระดับ 2 และระดับ 1 คิดเป็นร้อยละ 38.2, 24.5, 21.6 และ 15.7 ตามลำดับ ด้านการรับรู้การเจ็บป่วย พบว่าผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังมีความสามารถต่อการรับรู้การเจ็บป่วยในระดับ 4 รองลงมา ระดับ 3 และระดับ 2 คิดเป็นร้อยละ 49.0, 42.2 และ 8.8 ตามลำดับโดยไม่พบว่าผู้ป่วยคนใดมีการรับรู้การเจ็บป่วยในระดับ 1

จะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังยังคงความสามารถในการทำหน้าที่หลาย ๆ ด้านในระดับ 3 และระดับ 4 อยู่ นั่น เป็นเพราะว่าในช่วงระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา งานบำบัดระยะยาวได้มีการพัฒนาการให้บริการผู้ป่วยค่อนข้างมาก เริ่มจาก การฝึกทักษะการดูแลตนเอง การพัฒนาโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง การพัฒนาโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมด้วยนิทานอีสป ตลอดจนการฝึกทักษะการทำงานพื้นฐาน เช่น งานบ้านงานเรือน ไปจนถึงการฝึกทักษะทางอาชีพ ด้วยการปลูกผักไร้ดิน แปลงผักสวนครัว งานหัตถกรรม การทำสบู่เหลวอาบน้ำ แชมพูสระผม น้ำยาล้างจาน น้ำยาล้างห้องน้ำ น้ำยาถูพื้น ตลอดจนน้ำชีวภาพ รวมทั้งการให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสประกอบอาหารรับประทานเอง 1 มื้อ/สัปดาห์ การทำจิตอาสาสาธารณะ ด้วยการเก็บกวาดขยะในสถานที่สำคัญ การให้อาหารในบ่อปลา และการสนทนาธรรมก่อนนอน กิจกรรมเหล่านี้ล้วนกระตุ้นการฟื้นคืนสภาพผู้ป่วยอย่างช้า ๆ อย่างน้อยก็ช่วยชะลอความเสื่อมถอยลงของผู้ป่วยได้มากขึ้น

ด้วยการให้บริการที่ครอบคลุม แบบองค์รวม กาย-จิต-สังคม-จิตวิญญาณจึงส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ในงานบำบัดระยะยาวยังคงระดับความสามารถในระดับ 3 และระดับ 4

6. จุดอ่อนของเครื่องมือ

เครื่องมือฉบับนี้มีวัตถุประสงค์แต่เริ่มแรกเพื่อใช้ประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลศรีธัญญา การทดลองใช้หรือพิสูจน์คุณภาพของเครื่องมือจึงดำเนินการเฉพาะภายในโรงพยาบาลศรีธัญญา ไม่ครอบคลุมผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่มีบริบทแตกต่างกัน เช่น ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ หรือภาคใต้ ดังนั้นหากมีการขยายผลจึงควรที่จะนำไปทดลองใช้ในพื้นที่ที่ต่างกันด้วย จุดอ่อนอีกประการของเครื่องมือก็คือ ในการประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ทางสังคมที่พบว่าไม่ครอบคลุมการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมอื่น ๆ เช่น การเยี่ยมหรือเข้าสมาคมกับเพื่อนบ้าน การร่วมงานบุญ การปฏิบัติกิจกรรมตามประเพณี เช่น วันสงกรานต์ วันลอยกระทง ทั้งนี้เพราะเครื่องมือนี้มุ่งเน้นการใช้งานในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่ยังพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ซึ่งในสภาพแวดล้อมของโรงพยาบาลไม่มีกิจกรรมเหล่านี้ การบรรจุข้อความเพื่อวัดพฤติกรรมเหล่านี้ของผู้ป่วยจึงไม่สามารถวัดได้ อย่างไรก็ตามก็ดีหาก

โรงพยาบาลสามารถจำลองสถานการณ์ทางสังคมเหล่านั้นมาเป็นเครื่องมือหนึ่งในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยแล้ว จึงควรที่จะได้มีการปรับเครื่องมือประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ให้ครอบคลุมต่อไป และประการสุดท้าย เครื่องมือนี้ไม่สามารถนำไปใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในชุมชน เพราะเนื้อหา ข้อความที่ระบุไว้แบบประเมินไม่สอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยในชุมชน

7. จุดแข็งของเครื่องมือ เครื่องมือนี้ผ่านการทดสอบคุณภาพหลากหลายวิธี ผลการทดสอบบ่งชี้ว่าเมื่อผู้ใช้เครื่องมือได้รับการฝึกการใช้เครื่องมือ จะสามารถใช้เครื่องมือนี้ได้ตรงกัน และเป็นเครื่องมือที่บูรณาการความสามารถในการดูแลตนเอง การทำหน้าที่ทางสังคม ความสามารถในการทำงาน และการรับรู้การเจ็บป่วย ไว้ในเครื่องมือชุดเดียวกัน ข้อความที่ใช้ประเมินไม่มากเกินไป ประกอบกับมีคู่มือการใช้แบบประเมินให้อ่านประกอบ และแปลค่า ทำให้มีความสะดวกในการใช้เป็นอย่างยิ่ง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะผลการวิจัย

1. แบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังในครั้งนี้อย่างคงมีจุดอ่อนอยู่ตรงที่เป็นการทดลองใช้เฉพาะผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลเท่านั้น และเป็นเพียงโรงพยาบาลเดียว คือ โรงพยาบาลศรีธัญญา ซึ่งมีผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังตกค้างอยู่ในโรงพยาบาลมากที่สุด ถึง 174 คน และมีความจำเป็นที่จะใช้เครื่องมือชุดนี้มากที่สุด เพื่อที่จะใช้วัดผลลัพธ์ของการให้บริการ อย่างไรก็ตาม เพื่อให้เครื่องมือนี้มีประสิทธิภาพมากที่สุด ควรได้มีการนำไปทดสอบคุณภาพของเครื่องมือในโรงพยาบาลอื่น ๆ ที่มีบริบทแตกต่างกัน

2. จากการทดลองใช้เครื่องมือและทำการทดสอบค่าอำนาจจำแนก ในการแยกผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังและจิตไม่เรื้อรังออกจากกัน พบว่า เครื่องมือประเมินฯ ฉบับนี้สามารถแยกผู้ป่วยจิตเภทไม่เรื้อรังและเรื้อรังออกจากกันได้ และสามารถจัดระดับความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทไม่เรื้อรังได้เช่นเดียวกัน จึงควรที่จะขยายผลนำไปใช้กับผู้ป่วยจิตเภททั้ง โรงพยาบาล ผลของการประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจะทำให้เกิดการต่อยอดในการพัฒนารูปแบบการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ผู้ป่วยจิตเภทอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพได้

3. แบบประเมินความสามารถฉบับนี้พัฒนาขึ้นเพื่อประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่พักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลเท่านั้น หากจะนำไปใช้ในชุมชน ควรได้มีการปรับปรุงและพัฒนาข้อความที่ระบุในแบบประเมินใหม่ โดยยึดเครื่องมือฉบับนี้เป็นพื้นฐานในการพัฒนา มีการสัมภาษณ์ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยในชุมชนเพิ่มเติม เช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ผู้นำชุมชน เป็นต้น และนำไปทดลองใช้ในชุมชน เพื่อตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้วย

4. ควรมีการขยายผลการประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเวช ไปยังผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มอื่น ๆ ด้วย ทั้งนี้ต้องมีการปรับและพัฒนาเนื้อหาสาระให้มีความเป็นกลางในการวัดและการประเมิน และตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้วยเช่นกัน

5. ควรมีการต่อยอดผลการวิจัย กล่าวคือ เมื่อทราบปัญหาในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเวชแล้ว ควรรูปแบบการให้บริการ ทั้งในลักษณะพัฒนาโปรแกรมเพื่อการฟื้นฟู หรือการให้คำปรึกษา หรือโปรแกรมการเรียนรู้เพื่อให้เกิดการยอมรับการเจ็บป่วย พัฒนาโปรแกรมการสื่อสารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง หรือโปรแกรมสนับสนุนการเพื่อสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่นให้กับผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง เป็นต้น นอกจากนี้ควรจะมีการพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพให้กับผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังที่มีความสามารถในการทำหน้าที่ทั้ง 4 ระดับด้วย เพื่อให้คงความสามารถในระดับนี้ไว้นานที่สุด ตลอดจนสามารถให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ดูแลและส่งเสริมผู้ป่วยกลุ่มที่มีความสามารถในระดับต่ำกว่าได้ด้วย เช่น การนำกิจกรรมจิตอาสามาใช้กับผู้ป่วย เป็นต้น

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. เนื่องจากการให้บริการผู้ป่วยจิตเวชในปัจจุบัน ยังไม่มีเครื่องมือที่ใช้วัดผลลัพธ์การให้บริการโดยเฉพาะที่สอดคล้องกับลักษณะของผู้ป่วยจิตเวชที่เป็นคนไทย แม้จะมีเครื่องมือต่างประเทศที่ใช้กันอยู่ทั่วไปบ้าง เมื่อนำมาใช้กับผู้ป่วยจิตเวชไทยจะพบว่ามีปัญหาอุปสรรคอยู่บ้าง ดังที่ได้เกริ่นไว้ในบทที่ 2 หน้า 15-20 ดังนั้นเครื่องมือประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังฉบับนี้จึงน่าที่จะได้ใช้เป็นฉบับต้น ๆ ที่จะนำไปสู่การพัฒนาให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้นต่อไป และใช้ได้กับผู้ป่วยจิตเวชไทยที่มีถิ่นฐานต่างกัน วัฒนธรรมต่างกัน ศาสนาต่างกัน รวมทั้งสามารถใช้วัดได้ทั้งผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังและไม่เรื้อรัง ตลอดจนผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มโรคอื่น ๆ ได้ด้วย

2. หากได้มีการพัฒนาเครื่องมือประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเวช ที่เป็นมาตรฐานกลางสามารถใช้ได้ทุกกลุ่มโรค ควรมีการประกาศใช้และใช้เป็นตัวชี้วัดหนึ่งที่บ่งชี้ถึงคุณภาพการให้บริการของสถานบริการ ตลอดจนการพัฒนาสมรรถนะบุคลากรในการใช้เครื่องมือประเมินฯ และการพัฒนารูปแบบบริการ คุณภาพบริการตามผลลัพธ์ที่ได้จากเครื่องมือประเมินฯ

3. เนื่องจากหน่วยงานในสถานบริการพยาบาลของรัฐทุกแห่งมักมีปัญหาในการขาดแคลนบุคลากรและงบประมาณ ในส่วนของการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช ควรที่จะได้นำระดับความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการพัฒนาต่อยอดจากเครื่องมือฉบับนี้ เป็นแนวทางในการจัดสรรทรัพยากรที่ใช้ในการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพต่อไป

-
1. Linstrom, E., and Bingefors, K., (2000). Patient compliance with drug therapy in Schizophrenia. *Pharmacoeconomics*. 18 :105-124.
 2. American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical : Manual of mental disorder*. 3th ed. Washington DC.: American Psychiatric Association.
 3. Sadock, B. J.,& Sadock, V. A.(2000). *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Philadelphia : Lippincott Williams & wilkins.
 4. Breier, A., Schreiber, J. L., Dyer, J. & Pickar, D. (1991). National Institute of Mental Health longitudinal study of chronic schizophrenia. Prognosis and predictors of outcome. *Arch Gen Psychiatry*, 48, 239-46.
 5. Dickerson, F.B., Pratt, F. & Ringel, N. (2000). The relationship among three measures of social function in outpatients with schizophrenia. (Electronic version). *Journal of Clinical psychology*, 56(2),1509-1519.
 6. Buchanan, R.W., & Carpenter,W.T. (2005). Concept of schizophrenia. In B.J.Sandock, & V.A. Sadock(Ed.). *Kaplan & Sadock s comprehensive textbook of psychiatry*. (8th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
 7. Liberman, R.P. (1988). *Psychiatric rehabilitation of chronic mental patients*. Washington, DC: American Psychiatric press.
 8. Liberman, R.P., Kopelowicz, A.& Smith, TE. (2000). *Comprehensive textbook of Psychiatry* 7th ed. Baltimore.
 9. Liberman, R.P. (2008).*Recovery From Disability Manual of Psychiatric Rehabilitation*. Washington DC, London,England:American Psychiatric Press.

10. Roe,D., Philip, T. and Paul,H.,(2006). Coping with Psychosis : An Integrative Developmental Frame work. *Journal of Nervous Mental Disorder*.194(12):917-924.
11. Bowie, C. R., Depp, C., McGrath, J. A., Wolyniec, P., Mausbach, B. T., Thornquist, M. H., Luke, J., Patterson, T. L., Harvey, P. D. & Pulver, A. E. (2010) Prediction of real-world functional disability in chronic mental disorders: a comparison of schizophrenia and bipolar disorder. *Am J Psychiatry*, 167, 1116-24.
12. David, L.P., Lawrence,J.S., & David,L.R. (2008). SocialCognition in Schizophrenia : An Overview. *Schizophrenia Bulletin*, 34(3), 408-411. Day et al,2005
13. Bustillo JR , Lauriello J, Horan WP & Keith SJ. (2001). The psychosocial treatment of schizophrenia : an update. *Am J Psychiatry*, (158), 163-175.
14. Russel,Y.T.(2000).Schizophrenia. In R.A. Hamsor & B.Atchison (Eds), *Condition in Occupationtherapy :Effect on Occupational performance*. Baltimore :Lippicott,66-69.
15. Rabinowitz J,Levine S, Garibaldi G, Bugarski-Kirola D, Galani C, Kapur S. (2012).Negative symptoms have greater impact on functioning than positive symptoms in schizophrenia : Analysis of CATIE data. *Schizophrenia Research*. 137:147-150.[PubMed:22316568]
16. Amador XF, Gorman JM.(1998). Psychopathologic domains and insight in schizophrenia. *Psychiatric Clinics of North America*.21:27-42. [PubMed:9551489]
17. Yanos, P. T., Roe, D., Markus, K. & Lysaker, P. H. (2008). Pathways between internalized stigma and outcomes related to recovery in schizophrenia spectrum disorders. *Psychiatr Serv*, 59, 1437-42.
18. Mahoney FI, Barthel D.(1965). "Functional evaluation : The Barthel Index." *Maryland Journal*. 14:56-61
19. กรมสุขภาพจิต. (2541). เทคโนโลยีการดูแลผู้ป่วยจิตเภท.นนทบุรี : สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
20. Taylor, MC. 1994. *Essential of Psychiatric Nursing*. 4th ed.st.Louis : Mosby.
21. Gomez, G.E. & Gomez, G.A. (1991). Chronic chizophrenia: the maior mental health problem of the century. *Perspectives in Psychiatry Care*, 27(1), 7-9.
22. Keltner, N.L. (1995). Schizophrenia and other psychoses. In Keltner, N.L. Schwecke, L.H. & Bostrom, C.E. (Ed.). *St. Louis: Mosby Year book*.

23. Knapp, M., Mangalore, R., & Simon, J. (2004). The global costs of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*. 30(2) : 279-293.
24. Chou K.R., Lin S.K., & Chu H., (2002). The effect of support groups on carers of patients with Schizophrenia. *International Journal of Nursing Studies*. 39:713-722.
25. Ziedonis, D., Yanos, P.T., & Silverstein, S.M.,(2007). *Therapy's Guide to Evidence-Based Relapse prevention*. New Jersey : Elsevier.
26. Lindenmayer, J.P., (2000).Treatment refractory schizophrenia. *Psychiatric Q*. 71(4) :373-384.
27. Gumley,A.,et al.,(2006). Early intervention for relapse in Schizophrenia : impact of cognitive behavior therapy on negative belief about psychosis and self-esteem. *J. Clin Psychological*. 45(2) : 247-260.
28. Verbrugge, L. M. & Jette, A. M. (1994) The disablement process. *Soc Sci Med*, 38, 1-14.
29. Holmberg, S.K., and Kane C.(1999). Health and Self-Care Practices of Persons with schizophrenia. *Psychiatric services*. 50(6): 827-829.
30. Videbeck, Sheila,L.(2004). *Psychiatric Mental Health Nursing*. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.
31. Evans, J. D., Heaton, R. K., Paulsen, J. S., Palmer, B. W., Patterson, T. & Jeste, D. V. (2003). The relationship of neuropsychological abilities to specific domains of functional capacity in older schizophrenia patients. *Biol Psychiatry*, 53, 422-30.
32. Palmer, B. W., Heaton, R. K., Gladsjo, J. A., Evans, J. D., Patterson, T. L., Golshan, S. & Jeste, D. V. (2002) Heterogeneity in functional status among older outpatients with schizophrenia: employment history, living situation, and driving. *Schizophr Res*, 55, 205-15.
33. APA (2000a) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision (DSM-IV-TR)*, Washington DC, American Psychiatric Association
34. Burns, T. & Patrick, D. (2007) Social functioning as an outcome measure in schizophrenia studies. *Acta Psychiatr Scand*, 116, 403-18.
35. Thornicroft, G., Brohan, E., Rose, D., Sartorius, N. & Leese, M. (2009). Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: a cross-sectional survey. *Lancet*, 373, 408-15.

36. Bowie, C. R., Reichenberg, A., Pateerson, T. L., Heaton, R. K. & Harvey, P. D. (2006) Determinants of real-world functional performance in schizophrenia subjects: correlations with cognition, functional capacity, and symptoms. *Am J Psychiatry*, 163, 418-25.
37. Dickerson, F., Boronow, J. J., Ringel, N. & Parente, F. (1996). Neurocognitive deficits and social functioning in outpatients with schizophrenia. *Schizophr Res*, 21, 75-83.
38. Green, M. F. (1996) What are the functional consequences of neurocognitive deficits in schizophrenia? *Am J Psychiatry*, 153, 321-30.
39. Artero, S., Touchon, J. & Ritchie, K. (2001) Disability and mild cognitive impairment: a longitudinal population-based study. *Int J Geriatr Psychiatry*, 16, 1092-7.
40. Kaplan, H.L., & Sadock, J.B. (2000). *Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry : Behavior sciences and clinical psychiatry* 8th ed. Baltimore.
41. Kennedy, G. M., Schepp, G.K., and O'Connor, W.F. (2000). Symptom Self-Management and Relapse in Schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*. 14: 266-275.
42. Buchanan A. (1992). A two-year prospective study of treatment compliance in patients with schizophrenia. *Psychological Medicine*, 22, 787-797.
43. Kemp, R., Hayward, P., Applewhaite, G., Everitt, B., & David, A. (1996). Compliance Therapy in psychotic patients; randomized controlled trial. *BMJ*, 312, 345-349.
44. Lin, H.F., Spiga, R. & Fortsch, W. (1997). Insight and adherence to medication in chronic schizophrenics. *Journal of Clinical Psychiatry*, 40, 430-432.
45. Marder, S. R., Essock, S. M., Miller, A. L., Buchanan, R. W., Casey, D. E., Davis, J. M., Kane, J. M., Liberman, J. A., Schooler, N. R., Covell, N., Stroup, S., Weissman, E. M., Wirshing, D. A., Hall, C. S., Pogach, L., Pl-Sunyer, X., Bigger, J. T., Jr., Friedman, A., Leinberg, D., Yevich, S. J., Davis, B. & Shon, S. (2004). Physical health monitoring of patients with schizophrenia. *Am J Psychiatry*, 161, 1334-49.
46. Patterson, T. L., Moscona, S., McKibbin, C. L., Davidson, K. & Jeste, D. V. (2001b). Social skills performance assessment among older patients with schizophrenia. *Schizophr Res*, 48, 351-60. Patterson et al., 2002)
47. Amador, X.F., Flaum M., Anderson, N.C., et al. (1994). Awareness of illness in schizophrenia and schizoaffective and mood disorders. *Archives of General Psychiatry*, 51, 826-836.
48. David, A.S. (1990). Insight and Psychosis. *British Journal of psychiatry*, 156, 798-808.

49. Kingdon, D., Turkington, D., & John, C. (1994). Cognitive Behavior Therapy of Schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 164(5), 581-587.
50. Forbes V.J. (2010). Unawareness as a barrier to treatment in patients with schizophrenia, *Journal of Psychosocial Nursing*, 48, 3.
51. Brown, S., Birtwistle, J., Roe, L. & Thompson, C. (1999). The unhealthy lifestyle of people with schizophrenia. *Psychol Med*, 29, 697-701.
52. Salokangas, R. K., Honkonen, T., Stengard, E., Koivisto, A. M. & Hietala, J. (2006b) . Cigarette smoking in long-term schizophrenia. *Eur Psychiatry*, 21, 219-23.
53. Roick, C., Fritz-Wieacker, A., Matschinger, H., Heider, D., Schindler, J., Riedel-Heller, S. & Angermeyer, M. C. (2007). Health habits of patients with schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 42, 268-76 Russell, 2000 ;
54. Brown, S., Kim, M., Mitchell, C. & Inskip, H. (2010). Twenty-five year mortality of a community cohort with schizophrenia. *Br J Psychiatry*, 196, 116-21.
55. Saarni, S. E., Saarni, S. I., Fogelholm, M., Heliovaara, M., Perala, J., Suvisaari, J. & Lonnqvist, J. (2009). Body composition in psychotic disorders: a general population survey. *Psychol Med*, 39, 801-10.
56. Allison, D. B., Mentore, J. L., Heo, M., Chandler, L. P., Cappelleri, J. C., Infante, M. C. & Weiden, P. J. (1999) Antipsychotic-induced weight gain: a comprehensive research synthesis. *Am J Psychiatry*, 156, 1686-96.
57. Strassnig, M., Brar, J. S. & anguli, R. (2003) Body mass index and quality of life in community-dwelling patients with schizophrenia. *Schizophr Res*, 62, 73-6.
58. Saddock, B. J., Saddock, V. A. & Ruiz, P. (Eds.) (2009). *Kaplan & Saddock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 9th edition, Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins.
59. Harvey, P. D., Reichenberg, A., Bowie, C. R., Patterson, T. L. & Heaton, R. K. (2010a). The course of neuropsychological performance and functional capacity in older patients with schizophrenia: influences of previous history of long-term institutional stay. *Biol Psychiatry*, 67, 933-9.
60. Mausbach, B. T., Moore, R., Bowie, C., Cardenas, V. & Patterson, T. L. (2009). A review of instruments for measuring functional recovery in those diagnosed with psychosis. *Schizophr Bull*, 35, 307-18. Maynard et al., 2002

61. WHO (2001) International Classification of Functioning, Disability and Health ICF, Geneva, World Health Organization.
62. WHO (1980) International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps, Geneva, World Health Organization.
63. Barbara J. Hemphill-Person.(1999). Assential in Psychological Therapy Mental Health. Thorofare, NJ :Slack Inc :350-360
64. เทียม ศรีคำจักร, พรเพ็ญ ศิริสัตยวงส์ , วาริทนันท์ เมธาภัทร .(2544). **คู่มือฝึกงานในกิจกรรมบำบัดในผู้ป่วยจิตเวช**. เชียงใหม่ : ส.ทรัพย์การพิมพ์.
65. McKibbin, C. L., Brekke, J. S., Sires, D., Jeste, D. V. & Patterson, T. L. (2004b). Direct assessment of functional abilities: relevance to persons with schizophrenia. Schizophr Res, 72, 53-67. Miles et al., 2010)
66. Atkinson, M., Zibin, S. & Chuang, H. (1997) Characterizing quality of life among patients with chronic mental illness: a critical examination of the self-report methodology. Am J Psychiatry, 154, 99-105. Ayuso Guiterrez et al., 1997.
67. Sainfort, F., Becker, M. & Diamond, R. (1996). Judgments of quality of life of individuals with severe mental disorders: Patient self-report versus provider perspectives. Am J Psychiatry, 153, 497-502.
68. Becchi, A., Rucci, P., Placentino, A., Neri, G. & DE Girolamo, G. (2004). Quality of life in patients with schizophrenia - comparison of self-report and proxy assessments. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 39, 397-401. Bower et al., 2008,

ภาคผนวก

ตารางที่ 9 การให้น้ำหนักคะแนนประจำข้อความของผู้ทรงคุณวุฒิ 8 คน

	มัธยฐาน	S.D.	ค่าต่ำสุด, ค่าสูงสุด
ความสามารถในการดูแลตนเอง	7.0	0.00	7,7
ขั้นพื้นฐาน			
การรับประทานอาหารและน้ำ	7.0	0.71	5,7
การนอน	7.0	0.74	5,7
การขับถ่าย	7.0	0.71	5, 7
การดูแลสุขอนามัย	7.0	0.52	6, 7
การออกกำลังกาย	5.0	1.19	4, 7
ขั้นก้าวหน้า			
การเดินทาง	5.5	0.74	5, 7
การจัดการเงิน	5.0	0.64	4, 6
การทำหน้าที่ทางสังคม	7.0	0.51	6,7
การสื่อสารกับผู้อื่น	7.0	0.46	6, 7
ความสัมพันธ์กับผู้อื่น	6.0	0.64	5, 7
ความสามารถในการทำงาน	6.0	0.83	5,7
การเริ่มต้นทำงาน	5.0	0.92	5, 7
ความตั้งใจ	6.0	0.84	5, 7
ปฏิสัมพันธ์กับเพื่อน	6.0	0.71	5, 7
ความเป็นอิสระในการทำงาน	5.5	0.54	5, 6
ทำงานตามขั้นตอน	6.5	1.20	4, 7
ความเรียบร้อยในการทำงาน	5.5	0.74	4, 6
ความรับผิดชอบ	7.0	0.76	5, 7
การรับรู้และเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วย	6.0	0.51	6,7
การยอมรับ	7.0	0.35	6, 7
ความรู้เรื่องโรคจิตเภท	7.0	0.93	5, 7
ความร่วมมือในการรักษา	7.0	0.71	5, 7

จากตารางแสดงให้เห็นว่า ผู้ทรงคุณวุฒิ 8 คน ให้น้ำหนักคะแนนประจำข้อความอยู่ระหว่าง 4 ถึง 7 คะแนน โดยพบว่า ผู้ทรงคุณวุฒิให้น้ำหนักคะแนนรายด้านจากมากไปหาน้อยได้แก่ การดูแลตนเอง การทำหน้าที่ทางสังคม ความสามารถในการทำงาน และการรับรู้การเจ็บป่วย เท่ากับ 7, 7, 6 และ 6 คะแนน

แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale ; BPRS)

No	อาการและอาการแสดง	คะแนน						
		1	2	3	4	5	6	7
1	หมกมุ่น กังวล เกี่ยวกับอาการทางกาย (Somatic concern) (Rate ตามความรู้สึกของผู้ป่วย) (G1)							
2	อาการวิตกกังวล (Anxiety) - ขณะนี้รู้สึกกังวลหรือกลัวอะไรบ้างไหม - รู้สึกกังวลหรือกลัวสิ่งใดในอนาคตหรือไม่ (Rate ตามความรู้สึกของผู้ป่วย) (G2)							
3	การแยกตัวทางอารมณ์ (Emotional Withdrawal) (Rate ตามความเห็นของผู้ประเมิน) (N1)							
4	ความคิดสับสน ไม่เป็นเรื่องราวขาดความเชื่อมโยง (Conceptual Disorganization) (Rate ตามความเห็นของผู้ประเมิน) (P1)							
5	รู้สึกตำหนิตนเองเป็นคนไม่ดีหรือเสียต่อสิ่งที่ทำในอดีตหรือไม่ (Guilt Feeling) (Rate ตามความรู้สึกของผู้ป่วย) (G3)							
6	ความตึงเครียด (Tension) (Rate ตามความเห็นของผู้ประเมิน) (G4)							
7	ท่าทางและการเคลื่อนไหวผิดปกติ (Mannerisms and Posturing) (Rate ตามความเห็นของผู้ประเมิน) (G5)							
8	ทำที่หยิ่งยโสยึดความเห็นของตนเป็นใหญ่เก่งผิดปกติจากคนอื่น (Grandiosity) (Rate ตามความเห็นของผู้ประเมิน) (P2)							
9	รู้สึกเศร้า เสียใจ หดหู่ ท้อแท้ สิ้นหวังหรือไม่ (Depressive Mood) (Rate ตามความเห็นของผู้ป่วย) (G6)							
10	ความรู้สึกและท่าที่ไม่เป็นมิตร ดุถูกคนอื่น (Hostility) (Rate ตามความเห็นของผู้ป่วย) (P3)							
11	รู้สึกระแวง คิดว่ามีผู้ประสังค์ร้ายต่อตน (Suspiciousness) (Rate ตามความเห็นของผู้ป่วย) (P4)							
12	อาการหูแว่ว (ภายในช่วง 1 สัปดาห์) (Auditory Hallucination) (Rate ตามความคำบอกเล่าของผู้ป่วย) (P5)							
13	การพูด การเคลื่อนไหวเชื่องช้า (Motor Retardation) (Rate ตามความเห็นของผู้ประเมิน) (G7)							
14	การไม่ให้ความร่วมมือกับการรักษา (Uncooperativeness) (Rate ตามความเห็นของผู้ประเมิน) (G8)							

No	อาการและอาการแสดง	คะแนน						
		1	2	3	4	5	6	7
15	เนื้อหาความคิดผิดปกติ หลงผิด (Unusual Thought Content) (Rate ตามความเห็นของผู้ประเมิน) (G9)							
16	การแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ สีหน้าไม่ค่อยแสดงความรู้สึก (Blunted Affect) (Rate ตามความเห็นของผู้ประเมิน) (N2)							
17	อาการกระวนกระวาย (Excitement) (Rate ตามความเห็นของผู้ประเมิน) (P6)							
18	ไม่รับรู้เวลาสถานที่บุคคล (Disorientation) (Rate ตามความรู้สึกของผู้ป่วย) (G10)							
รวมคะแนน								

หมายเหตุ

G1-G10 = อาการทางจิตทั่วไป

N1-N2 = อาการทางลบ

P1-P6 = อาการทางบวก

การให้คะแนน

- 1 = ไม่มีอาการ
- 2 = สงสัยว่าน่าจะมีอาการอยู่บ้าง
- 3 = มีอาการเล็กน้อย
- 4 = มีอาการปานกลาง
- 5 = มีอาการค่อนข้างรุนแรง
- 6 = มีอาการรุนแรง
- 7 = มีอาการรุนแรงมาก

ความหมายของคะแนน

18 คะแนน หมายถึง อยู่ในเกณฑ์ปกติ

19-36 คะแนน หมายถึง ช่วงที่มีอาการทางจิตสงบหรือไม่รุนแรง

37-126 คะแนน หมายถึง มีอาการทางจิตรุนแรงต้องดูแลแบบผู้ป่วยใน

แบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

ชื่อ-สกุล ผู้ป่วย.....หอผู้ป่วย..... วันที่ประเมิน..... ผู้ประเมิน.....

กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ ลงใน ☐ หน้าข้อความระดับความสามารถ ที่ตรงตามลักษณะความสามารถที่เป็นจริงของผู้ป่วยในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

เกณฑ์จัดระดับการดูแลตนเอง

ระดับ 1 เจ้าหน้าที่เป็นผู้กระทำการให้

ระดับ 2 ต้องได้รับการช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ในบางกิจกรรม

ระดับ 3 ตลอดขั้นตอนการปฏิบัติยังคงต้องมีการกระตุ้นเตือน ชี้แนะจากเจ้าหน้าที่

ระดับ 4 ผู้ป่วยทำกิจกรรมทุกอย่างได้ด้วยตนเอง

1 ความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care)

☐ ระดับ 1	☐ ระดับ 2	☐ ระดับ 3	☐ ระดับ 4
<u>1.1 รับประทานอาหารและน้ำ :</u> 1) ไม่สามารถรับประทานอาหารและน้ำได้ด้วยตนเอง	<u>1.1 รับประทานอาหารและน้ำ :</u> 1) ไม่สามารถปฏิบัติขั้นตอนอื่น ๆ ได้นอกจากการรับประทานอาหารและน้ำเองได้ด้วยตนเอง	<u>1.1 รับประทานอาหารและน้ำ :</u> 1) ล้างมือและเช็ดให้แห้ง 2) เตรียมอุปกรณ์ในการรับประทานอาหารและน้ำ (ถาดอาหาร ช้อน แก้วน้ำ) 3) เข้าแถว 4) เดินมารับอาหาร 5) กลับไปนั่งที่โต๊ะ 6) ใช้ช้อนตักอาหารพอดีคำเข้าปาก เคี้ยว ละเอียด กลืน 7) ดื่มน้ำตาม 1-2 แก้วหลังรับประทาน	<u>1.1 รับประทานอาหารและน้ำ :</u> 1) ล้างมือและเช็ดให้แห้ง 2) เตรียมอุปกรณ์ในการรับประทานอาหารและน้ำ (ถาดอาหาร ช้อน แก้วน้ำ) 3) เข้าแถว 4) เดินมารับอาหาร 5) กลับไปนั่งที่โต๊ะ 6) ใช้ช้อนตักอาหารพอดีคำเข้าปาก เคี้ยว ละเอียด กลืน 7) ดื่มน้ำตาม 1-2 แก้วหลังรับประทานอาหาร 8) เก็บล้างภาชนะ และนำไปเก็บ

☐ ระดับ 1	☐ ระดับ 2	☐ ระดับ 3	☐ ระดับ 4
<u>1.2 การนอน :</u> 1) ไม่สามารถเตรียมตัวก่อนเข้านอน และ/หรือเตรียมที่นอน เครื่องนอน 2) ไม่สามารถเข้านอนได้ด้วยตนเอง ไม่รู้ว่าที่นอนของตนเองอยู่ตรงไหน รวมทั้งการนอนไม่เป็นที่ และไม่สนใจที่จะเข้านอนตามเวลา 3) ตื่นนอนในตอนเช้า : เก็บเครื่องนอน ผู้ป่วยไม่สามารถทำได้	<u>1.2 การนอน :</u> ทำได้เพียง 1) เตรียมตัวก่อนเข้านอนได้ แต่เจ้าหน้าที่ต้องช่วยเหลือทั้งในเรื่องการล้างหน้า แปรงฟัน 2) ไม่สามารถเตรียมเครื่องนอนก่อนนอนได้ตามลำพังเจ้าหน้าที่ต้องช่วยเหลือ 3) เข้านอนในที่นอนของตนเองได้ 4) ตื่นนอนในตอนเช้า : เก็บเครื่องนอน ผู้ป่วยไม่สามารถทำได้ตามลำพัง เจ้าหน้าที่ต้องช่วยเหลือจนเสร็จกิจกรรม	<u>1.2 การนอน :</u> 1) การล้างหน้า แปรงฟันก่อนนอน 2) เตรียมเครื่องนอนก่อนนอน - ปูที่นอน ผ้าคลุมเตียง - ใส่ปลอกหมอน วางหมอนไว้หัวเตียง 3) สวดมนต์ 4) เข้านอนในที่ของตัวเอง ห่มผ้า 5) ตื่นนอนในตอนเช้า : เก็บเครื่องนอน - พับผ้าห่มไว้ปลายเตียง - เก็บเตียงผ้าปูเตียงให้ตึง - วางหมอนไว้หัวเตียง - คลุมเตียงด้วยผ้าคลุมเตียง	<u>1.2 การนอน :</u>) การล้างหน้า แปรงฟันก่อนนอน 2) เตรียมเครื่องนอนก่อนนอน - ปูที่นอน ผ้าคลุมเตียง - ใส่ปลอกหมอน วางหมอนไว้หัวเตียง 3) สวดมนต์ 4) เข้านอนในที่ของตัวเอง ห่มผ้า 5) ตื่นนอนในตอนเช้า : เก็บเครื่องนอน - พับผ้าห่มไว้ปลายเตียง - เก็บเตียงผ้าปูเตียงให้ตึง - วางหมอนไว้หัวเตียง - คลุมเตียงด้วยผ้าคลุมเตียง
<u>1.3 การรักษาความสะอาดของร่างกาย</u> 1) ผู้ป่วยไม่สามารถเตรียมอุปกรณ์ได้ 2) ผู้ป่วยไม่สามารถทำความสะอาดร่างกายด้วยตนเอง	<u>1.3 การรักษาความสะอาดของร่างกาย :</u> 1) เตรียมอุปกรณ์สำหรับการอาบน้ำ แปรงฟัน สระผมได้บ้าง แต่ไม่ครบ 2) ผู้ป่วยแปรงฟัน อาบน้ำ สระผม แต่งตัวได้บ้าง ไม่ทั้งหมด เจ้าหน้าที่ช่วยเหลือในบางกิจกรรม เช่น ไม่สามารถแปรงฟันได้ ผู้ดูแลต้องแปรงฟันให้ หรือ บิยาสิฟันออกจากหลอด เทน้ำสบู์เหลวใส่มือ หรือบางรายไม่สามารถลูบไล่ได้ ผู้ดูแลต้องทำให้ หรือผู้ป่วยชูแขนผู้ดูแลสวมเสื้อใส่แขน คอ และติดกระดุมให้เป็นต้น ร่างกายจึงจะสะอาดเรียบร้อย	<u>1.3 การรักษาความสะอาดของร่างกาย</u> 1) เตรียมอุปกรณ์สำหรับการอาบน้ำ แปรงฟัน สระผมได้ ครบ ด้วยตนเอง 2) ผู้ป่วยสามารถกระทำกิจกรรมการรักษาความสะอาดได้ ทุกกิจกรรม ได้ด้วยตนเองแต่เป็นไปในลักษณะต้องได้รับการชี้แนะ บอกนำจากผู้ดูแลก่อน ถ้าไม่ควบคุมดูแลใกล้ชิดเมื่อกระทำกิจกรรมเสร็จร่างกายจะไม่ค่อยสะอาด มักจะปรากฏคราบโคล ฟองสบู่ แชมพู ยาสิฟันติดตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย	<u>1.3 การรักษาความสะอาดของร่างกาย :</u> 1) เตรียมอุปกรณ์สำหรับการอาบน้ำ แปรงฟัน สระผมได้ ครบ ด้วยตนเอง 2) ผู้ป่วยสามารถกระทำกิจกรรมการรักษาความสะอาดได้ ทุกกิจกรรมได้ด้วยตนเอง ร่างกายสะอาด

☐ ระดับ 1	☐ ระดับ 2	☐ ระดับ 3	☐ ระดับ 4
<u>1.4 การขยับถ่าย:</u> 1) ผู้ป่วยขยับถ่ายเลอะเทอะ ไม่เป็นที่ 2) ไม่สามารถทำความสะอาดตนเองหลังการขยับถ่ายได้	<u>1.4 การขยับถ่าย:</u> 1) ผู้ป่วยขยับถ่ายในห้องส้วม 2) ไม่ทำความสะอาดตนเองหลังการขยับถ่าย 3) ไม่ราดน้ำเพื่อล้างของเสียที่ตนขยับถ่ายลงโถส้วม	<u>1.4 การขยับถ่าย:</u> 1) ผู้ป่วยขยับถ่ายในห้องส้วม 2) ทำความสะอาดตนเองหลังการขยับถ่ายได้ 3) ราดน้ำเพื่อล้างของเสียที่ตนขยับถ่ายลงโถส้วมได้ เพียงแต่กิจกรรมในข้อ 2, 3 เจ้าหน้าที่ต้องกระตุ้นเตือน กำกับทุกครั้ง	<u>1.4 การขยับถ่าย:</u> 1) ผู้ป่วยขยับถ่ายในห้องส้วม 2) ทำความสะอาดตนเองหลังการขยับถ่ายได้ 3) ราดน้ำเพื่อล้างของเสียที่ตนขยับถ่ายลงโถส้วมได้
<u>1.5 การออกกำลังกาย:</u> 1) ไม่ยอมเข้าร่วมกิจกรรมการออกกำลังกาย	<u>1.5 การออกกำลังกาย:</u> 1) ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมการออกกำลังกาย แต่ไม่ค่อยยอมทำตาม เจ้าหน้าที่ต้องสอน จับทำ และพาเคลื่อนไหวอิริยาบถการออกกำลังกายต่างๆ เมื่อเจ้าหน้าที่หยุด เพื่อปล่อยให้ผู้ป่วยทำเอง ผู้ป่วยก็จะหยุด หรืออยู่ไม่ครบเวลา	<u>1.5 การออกกำลังกาย:</u> 1) ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมการออกกำลังกาย สามารถทำได้ด้วยตนเองทุกขั้นตอน แต่มักต้องได้รับการกระตุ้นเตือน หรือบอกวิธีการทำด้วยวาจา ก็สามารถทั้งทำได้ และอยู่ครบเวลา	<u>1.5 การออกกำลังกาย:</u> 1) ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมการออกกำลังกาย และสามารถทำได้ทุกท่า ทุกวิธีด้วยตนเอง และอยู่ครบเวลา
<u>1.6 การเดินทาง:</u> 1) ผู้ป่วยไม่ทราบว่าสถานที่ตั้ง หน่วยงานต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยต้องไปใช้บริการ 2) ปฏิเสธที่จะออกนอกหอผู้ป่วย	<u>1.6 การเดินทาง:</u> 1) ผู้ป่วยทราบว่าสถานที่ตั้ง หน่วยงานต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยต้องไปใช้บริการ (ทราบว่าอยู่ที่ไหน แต่ไม่สามารถบอกเส้นทางได้ 2) ไม่กล้าเดินทางไปยังสถานที่นั้นตามลำพัง ต้องมีเพื่อนร่วมเดินทาง	<u>1.6 การเดินทาง:</u> 1) ผู้ป่วยทราบว่าสถานที่ตั้ง หน่วยงานต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยต้องไปใช้บริการ สามารถบอกเส้นทางได้ 2) เดินทางไปยังสถานที่นั้นตามลำพัง ด้วยการเดินเท้า และใช้พาหนะเช่นจักรยาน ชาเล้ง 3) กลับมาหอบผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง 4) ไม่ค่อยรับผิดชอบ ไปกลับไม่ค่อยตามเวลา และออกนอกเส้นทางบ่อย	<u>1.6 การเดินทาง:</u> 1) ผู้ป่วยทราบว่าสถานที่ตั้ง หน่วยงานต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยต้องไปใช้บริการ สามารถบอกเส้นทางได้ 2) เดินทางไปยังสถานที่นั้นตามลำพัง ด้วยการเดินเท้า และใช้พาหนะเช่นจักรยาน ชาเล้ง 3) กลับมาหอบผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง 4) รับผิดชอบไปกลับตามเวลา ไม่ออกนอกเส้นทาง
<u>1.7 การจัดการทางการเงิน :</u> 1) ผู้ป่วยไม่มีรายได้ รู้จักแต่การขอสิ่งของ ไม่รู้จักการใช้จ่ายเงิน	<u>1.7 การจัดการทางการเงิน</u> 1) ผู้ป่วยไม่มีรายได้ รู้จักขอเงินจากผู้อื่น รู้จักที่จะใช้เงินซื้อสิ่งของ แต่ไม่รู้จักการเก็บเงิน	<u>1.7 การจัดการทางการเงิน</u> 1) ผู้ป่วยมีรายได้แต่ไม่สม่ำเสมอ ไม่สามารถเก็บและดูแลเงินได้ด้วยตนเอง ต้องฝากไว้กับเจ้าหน้าที่ และเบิกใช้ เป็นครั้งคราว	<u>1.7 การจัดการทางการเงิน</u> 1) ผู้ป่วยมีรายได้สม่ำเสมอ และสามารถเก็บเงินได้ด้วยตนเอง รู้จักการจัดสรรเงินที่มีอยู่ สามารถแบ่งให้ผู้อื่นได้

2 การทำหน้าที่ทางสังคม (Social function)

☐ ระดับ 1	☐ ระดับ 2	☐ ระดับ 3	☐ ระดับ 4
2.1 การสื่อสารกับผู้อื่น : 1) ไม่สื่อสารกับผู้อื่น รวมถึงการโต้ตอบไม่ตรงคำถาม หรือพูดคุยกับผู้อื่นไม่รู้เรื่อง	2.1 การสื่อสารกับผู้อื่น : 1) สื่อสารกับผู้อื่นได้บ้าง แต่เป็นในลักษณะถามคำตอบคำสั้น ๆ 2) ยังไม่เป็นผู้เริ่มต้นการสนทนา 3) ไม่สบตาระหว่างการสนทนา 4) ยุติการสนทนามากลางคัน หรือเดินหนีจากไป 5) ต้องกระตุ้นให้ได้ตอบตลอดเวลา	2.1 การสื่อสารกับผู้อื่น : 1) สื่อสารกับผู้อื่นได้มากขึ้น กล่าวทักทายผู้อื่นสั้นได้ เช่น ยืมให้ สวัสดี หรือการยกมือไหว้เมื่อเจอกันในตอนเช้า สามารถตอบคำถามด้วยประโยคยาว ๆ ได้ 2) ยังไม่เป็นผู้เริ่มต้นการสนทนา 3) สบตาระหว่างการสนทนา 4) ยินยอมอยู่ร่วมจนจบการสนทนา 5) ต้องดึงผู้ป่วยกลับสู่เรื่องราวที่เป็นประเด็นการสนทนา	2.1 การสื่อสารกับผู้อื่น : 1) สื่อสารกับผู้อื่นได้เป็นอย่างดี สามารถทักทายผู้อื่นได้ ตอบคำถามด้วยประโยคยาว ๆ ได้ และในทันที 2) เริ่มต้นการสนทนาได้เอง 3) สบตาระหว่างการสนทนา 4) ยินยอมอยู่ร่วมจนจบการสนทนา 5) แสดงความคิดเห็นของตน หรือให้เหตุผลต่อประเด็นที่สนทนาได้ แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้อื่นได้ด้วยตนเอง
2.2 การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น : 1) ผู้ป่วยแยกตัวเอง ไม่สามารถสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่นได้ 2) ไม่เข้าร่วมกิจกรรมในหอผู้ป่วย แม้ว่าจะถูกบังคับก็ปฏิเสธ	2.2 การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น : 1) ผู้ป่วยสามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นในกลุ่มได้ แต่ไม่มีปฏิสัมพันธ์กับใคร หากถูกกระตุ้นจะแสดงท่าที่รับรู้แต่ไม่แสดงกิริยาโต้ตอบ 2) ไม่รับรู้เกี่ยวกับกฎระเบียบของหอผู้ป่วย ปฏิบัติตามกฎระเบียบของหอผู้ป่วยเฉพาะเวลาผู้ดูแลบอก 3) เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มเมื่อถูกบังคับแต่ไม่มีปฏิกิริยาตอบสนองต่อกิจกรรมหรือสมาชิกในกลุ่ม	2.2 การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น : 1) ผู้ป่วยสามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นในกลุ่มได้ มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ลักษณะความสัมพันธ์เป็นไปลักษณะโดด ๆ อย่างใดอย่างหนึ่ง คือ ยอมตาม หรือ ขึ้นว่าผู้อื่น 2) ยังไม่สามารถสร้างความสัมพันธ์ใกล้ชิดในลักษณะเพื่อนสนิทเป็นผู้ป่วยอื่นในกลุ่มเล็ก 2-3 คนได้ 3) รู้จักกฎระเบียบของหอผู้ป่วยเฉพาะตัว ปฏิบัติตามโดยไม่ต้องมีใครบอก 4) เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มด้วยตนเอง เฉพาะที่ได้รับการมอบหมาย	2.2 การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น : 1) ผู้ป่วยสามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นในกลุ่มได้ มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ลักษณะความสัมพันธ์เป็นแบบถ้อยทีถ้อยอาศัย 2) ยังไม่สามารถสร้างความสัมพันธ์ใกล้ชิดในลักษณะเพื่อนสนิทเป็นผู้ป่วยอื่นในกลุ่มเล็ก 2-3 คนได้ 3) รู้จักกฎระเบียบและสามารถถ่ายทอดบอกต่อคนอื่นได้ 4) เข้าร่วมกิจกรรมในหอผู้ป่วยโดยเป็นฝ่ายเรียกร้องขอเข้าร่วมกลุ่มตามความสนใจและความถนัดของตนเอง

3 ความสามารถในการทำงาน (Task capacity)

☐ ระดับ 1	☐ ระดับ 2	☐ ระดับ 3	☐ ระดับ 4
3.1 <u>การเริ่มต้นทำงาน</u> : 1) ผู้ป่วยไม่สามารถเริ่มต้นทำงานหรือกิจกรรมใด ๆ ได้เลย	3.1 <u>การเริ่มต้นทำงาน</u> : 1) ผู้ป่วยสามารถเริ่มต้น (Start) งานหรือกิจกรรมที่ได้รับมอบหมายได้ เพียงต้องกระตุ้นมากกว่า 3 ครั้ง หรือเจ้าหน้าที่ต้องจูงมือหรือบังคับจึงจะเริ่มต้นทำงาน	3.1 <u>การเริ่มต้นทำงาน</u> : 1) ผู้ป่วยสามารถเริ่มต้น (Start) งานหรือกิจกรรมที่ได้รับมอบหมายได้ เพียงต้องกระตุ้น 1-2 ครั้งว่าได้เวลาทำงาน ก็จะเริ่มต้นทำงานทันที	3.1 <u>การเริ่มต้นทำงาน</u> : 1) ผู้ป่วยสามารถเริ่มต้น (Start) งานหรือกิจกรรมที่ได้รับมอบหมายได้ด้วยตนเอง
3.2 <u>สมาธิ</u> : 1) ผู้ป่วยไม่มีสมาธิ ตั้งแต่ 80% ของเวลาทำงานขึ้นไป	3.2 <u>สมาธิ</u> : 1) ผู้ป่วยขาดสมาธิบ่อยและไม่ตั้งใจในการทำงาน มากกว่า 50% แต่ไม่เกิน 80% ของเวลาทำงาน ไม่สามารถมีผลผลิตชิ้นงาน หรือทำงานเสร็จตามเวลา	3.2 <u>สมาธิ</u> : 1) ผู้ป่วยขาดสมาธิบ้างเล็กน้อย ประมาณ 30% แต่ไม่เกิน 50% ของเวลาทำงาน แต่ยังสามารถทำงานได้ มีผลผลิตตามที่กำหนด เช่น ได้ชิ้นงานตามกำหนด ทำงานเสร็จตามเวลา เป็นต้น	3.2 <u>สมาธิ</u> : 1) ผู้ป่วยมีสมาธิและตั้งใจในการทำงานตลอดเวลาของการทำงาน
3.3 <u>ปฏิสัมพันธ์</u> : 1) ผู้ป่วยไม่มีปฏิสัมพันธ์กับใครขณะทำงาน	3.3 <u>ปฏิสัมพันธ์</u> : 1) ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน ในลักษณะขัดแย้ง โต้เถียง ทะเลาะ รบกวนการทำงานของผู้อื่น	3.3 <u>ปฏิสัมพันธ์</u> : 1) ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน ในลักษณะยอมตาม ไม่รบกวนการทำงานของผู้อื่น	3.3 <u>ปฏิสัมพันธ์</u> : 1) ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน ในลักษณะถ้อยถ้อยอาศัย ช่วยเหลือ แบ่งปันผู้อื่น

☐ ระดับ 1	☐ ระดับ 2	☐ ระดับ 3	☐ ระดับ 4
3.4 <u>ความเป็นอิสระ :</u> 1) ต้องพึ่งคนอื่น ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นตลอดเวลาทำงาน	3.6 <u>ความเป็นอิสระ :</u> 1) พึ่งคนอื่นบ้าง ต้องการความช่วยเหลือบ้าง ตั้งแต่ 50% และไม่เกิน 80%ของช่วงเวลาทำงาน	3.6 <u>ความเป็นอิสระ :</u> 1) พึ่งคนอื่นบ้าง ต้องการความช่วยเหลือบ้าง ตั้งแต่ 30% และไม่เกิน 50%ของช่วงเวลาทำงาน	3.6 <u>ความเป็นอิสระ :</u> 1) สามารถทำงานได้ด้วยตนเอง ไม่ต้องพึ่งใคร
3.5 <u>การทำงานตามขั้นตอน :</u> 1) ไม่สามารถทำได้ ผู้ดูแลต้องกำกับใกล้ชิด	3.5 <u>การทำงานตามขั้นตอน :</u> 1) ผู้ป่วยทำได้ไม่ถึง 50 % ของขั้นตอนการทำงานทั้งหมด	3.5 <u>การทำงานตามขั้นตอน :</u> 1) ผู้ป่วยทำได้มากกว่า 50% ของขั้นตอนขึ้นไปแต่ไม่ทั้งหมด รวมถึงการทำได้ทุกขั้นตอน แต่สลับลำดับขั้นตอน	3.5 <u>การทำงานตามขั้นตอน :</u> 1) ทำตามได้ในทุกขั้นตอนด้วยตนเองโดยไม่ต้องการชี้แนะ
2.3.6 <u>ความละเอียดเรียบร้อย</u> 1) ไม่สามารถทำได้ ผลงานเข้าข่ายดูไม่ได้	3.6 <u>ความละเอียดเรียบร้อย</u> 1) ทำงานไม่เรียบร้อย เข้าข่ายพอดูได้ ไม่สะอาด มักทิ้งสิ่งของ อุปกรณ์ ไม่เก็บกวาด หรือเก็บเข้าที่	3.6 <u>ความละเอียดเรียบร้อย</u> 1) ทำงานเรียบร้อยพอควร ผลงานค่อนข้างดี ตัวชิ้นงานอาจไม่เรียบร้อย แต่เข้าข่ายดูได้ ละเลยรายละเอียดบ้างเป็นครั้งคราว หลังทำงานเก็บอุปกรณ์ถูกที่แต่ไม่เรียบร้อย	3.6 <u>ความละเอียดเรียบร้อย</u> 1) ทำงานเรียบร้อยทุกขั้นตอน ผลงานอยู่ในระดับดี หลังทำงานเก็บอุปกรณ์ถูกที่เรียบร้อย
2.3.7 <u>ความรับผิดชอบ :</u> 1) ผู้ป่วยไม่มีความรับผิดชอบในการทำงานที่ได้รับมอบหมาย(ไม่สามารถมอบหมายงานให้ทำได้)	2.3.7 <u>ความรับผิดชอบ :</u> 1) ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงความรับผิดชอบโดยส่วนใหญ่ เช่น เมื่อถึงเวลางานก็หลบซ่อนตัว หากมีความผิดพลาดในการทำงานเกิดขึ้นแม้เจ้าหน้าที่จะทราบว่าผู้ป่วยเป็นคนทำ ผู้ป่วยก็จะปฏิเสธ	2.3.7 <u>ความรับผิดชอบ :</u> 1) ผู้ป่วยรับผิดชอบงานที่ได้รับมอบหมาย มีบ้างเป็นบางครั้งไม่เกิน 1 ครั้งต่อสัปดาห์ ที่แสดงพฤติกรรมหลีกเลี่ยงงาน เช่น ทำเป็นง่วงนอน อ้างว่าไม่สบาย เป็นต้น หากมีความผิดพลาดในการทำงานเกิดขึ้น ถ้าไม่มีใครถามผู้ป่วยก็จะไม่บอก หากมีการถามผู้ป่วยก็จะยอมรับ	2.3.7 <u>ความรับผิดชอบ :</u> 1) รับผิดชอบงานที่ได้รับมอบหมายเป็นอย่างดี ไม่แสดงท่าทีท้งงานหรือหลีกเลี่ยงงาน หากมีความผิดพลาดในการทำงานเกิดขึ้นแม้จะไม่มีใครทราบผู้ป่วยก็จะรายงานให้เจ้าหน้าที่ทราบด้วยตัวเอง

4. การรับรู้การเจ็บป่วย (Insight to illness)

1. การยอมรับการเจ็บป่วยทางจิต

- คำถาม :
1. ทราบหรือไม่ว่าโรงพยาบาลนี้ชื่ออะไร
☐ ตอบไม่ได้ ☐ ตอบได้ถูกต้อง
 2. โรงพยาบาลนี้รักษาผู้ป่วยประเภทใด
☐ ตอบไม่ได้ ☐ ตอบได้ถูกต้อง
 3. “คุณคิดว่าคุณป่วยเป็นโรคจิตหรือไม่”
☐ ไม่ป่วย ☐ ป่วย
 4. “เล่าถึงอาการเจ็บป่วยของคุณ”
☐ เล่าไม่ได้ ☐ เล่าได้

2. ความรู้โรคจิตเภท

- คำถาม
1. “ทราบหรือไม่ว่า คุณป่วยเป็นโรคอะไร” (“บอกชื่อโรคของคุณได้ไหมคะ”)
☐ บอกชื่อโรคไม่ได้/ไม่ถูกต้อง ☐ บอกได้ว่า “โรคจิตเภท”
 2. “ช่วยบอกอาการของโรคจิตเภทให้ฟังหน่อย” (“ช่วยบอกอาการของโรคที่คุณเป็นอยู่ให้ฟังหน่อย”)
☐ บอกไม่ได้ ☐ บอกได้ (ตอบได้ข้อใดข้อหนึ่งก็ถือว่าได้)
 3. “ทราบไหมว่าทำไมต้องกินยา(ทางจิต)” (“ลองเล่าให้ฟังสิคะ ว่าหลังกินยาอาการของคุณเป็นอย่างไร”) (“ช่วยบอกถึงประโยชน์หรือคุณค่าของยาทางจิตที่ใช้รักษาคุณให้ฟังหน่อยค่ะ”)
☐ ตอบไม่ได้ ☐ ตอบได้ (ตอบได้ข้อใดข้อหนึ่งก็ถือว่าได้)
 4. “ช่วยบอกผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากการรักษาด้วยยา” (“คุณไม่ชอบใจอะไรในยาที่หมอใช้รักษาคุณ” หรือ “ถึงเล่าให้ฟังสิคะ เพราะอะไรคุณถึงไม่รับประทานยาต่อ”)
☐ ตอบไม่ได้ ☐ ตอบได้ (ตอบได้ข้อใดข้อหนึ่งก็ถือว่าได้)

5. “ทราบไหมว่าอาการเตือนก่อนโรคจะกำเริบมีอะไรบ้าง เท่าที่คุณจำได้” (“ก่อนที่อาการจะกำเริบ มีอะไรในตัวคุณที่ผิดปกติไปจากเดิมไหม”)

☐ ตอบไม่ได้

☐ ตอบได้ (ตอบได้ข้อใดข้อหนึ่งก็ถือว่าได้)

3. ความร่วมมือในการรักษา

ผู้ประเมิน สังเกตพฤติกรรม ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ผู้ปฏิบัติกิจกรรมเหล่านี้อย่างไร

1. พฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วย: รับประทานยาตรงเวลา ครบตามจำนวนที่แพทย์สั่ง

☐ ไม่เลย/มีบ้างนานๆครั้งทั้งยา

☐ ทำทุกครั้งทุกมื้อของdoseยา

/แอบทิ้งยาบ่อย ๆ/ต้องบังคับเก็บทุกครั้ง

2. การเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มบำบัด/ฟื้นฟู :

☐ ปฏิเสธการเข้ากลุ่ม/ต้องบังคับ

☐ เข้ากลุ่มตามแผนการดูแลบุคลากรจัดให้ด้วยความเต็มใจ

3. การยินยอมรับการรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน ในโรงพยาบาล

☐ ไม่ยินยอม /มีการแสดงทั้งคำพูดและการกระทำว่าไม่ต้องการพักรักษาตัวในโรงพยาบาล เช่น “ปล่อยให้...กลับบ้านเถอะ” ถามหาแต่ญาติพี่น้องให้มารับกลับ และมีพฤติกรรมที่แสดงถึงความพยายามในการหลบหนี

☐ ยินยอมอยู่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล บอกได้ว่าเมื่อไหร่จะได้กลับบ้านและไม่มีท่าทีหลบหนี

คู่มือประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง The functional assessment tool for chronic schizophrenic

คู่มือฉบับนี้ประกอบด้วย 4 ส่วน

- ส่วนที่ 1 การประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care)
- ส่วนที่ 2 การประเมินการทำหน้าที่ทางสังคม (Social function)
- ส่วนที่ 3 การประเมินความสามารถในการทำงาน (Task capacity)
- ส่วนที่ 4 การประเมินการรับรู้และเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วย (Insight to illness)

ส่วนที่ 1 การประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care)

การดูแลตนเอง (Self-care) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมต่างๆในชีวิตประจำวัน ที่จัดเป็นการดูแลตนเองที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภท เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อสุขภาพและความผาสุกในการดำรงชีวิตตามความสามารถของผู้ป่วยแต่ละราย โดยแบ่งการดูแลตนเองออกเป็น 2 ระดับ คือ

1. ระดับพื้นฐาน (Basic) ประกอบด้วยการดูแลตนเองใน 5 กิจกรรม ได้แก่ 1) การรับประทานอาหารและน้ำ 2) การนอนหลับ 3) การรักษาความสะอาดร่างกาย 4) การขับถ่าย 5) การออกกำลังกาย

2. ระดับก้าวหน้า (Advance) ประกอบด้วยกิจกรรมการดูแลตนเองใน 2 กิจกรรม ได้แก่ การเดินทาง และการจัดการทางการเงิน

1) การรับประทานอาหารและน้ำ หมายถึง การรับประทานอาหารของผู้ป่วยจิตเภทอย่างถูกสุขลักษณะ เพื่อให้ร่างกายได้รับสารอาหารและน้ำอย่างเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย

สถานที่ : โรงเลี้ยงอาหาร

ประกอบด้วยกิจกรรมต่าง ๆ ตามลำดับ ดังนี้

1. ล้างมือและเช็ดให้แห้ง
2. เตรียมอุปกรณ์ในการรับประทานอาหารและน้ำ (ถาดอาหาร ช้อน แก้วน้ำ)
3. เข้าแถว
4. เดินมารับอาหาร
5. กลับไปนั่งที่โต๊ะ
6. ใช้ช้อนตักอาหารพอดีคำเข้าปาก เคี้ยว ละเลียด กลืน
7. ดื่มน้ำตาม 1-2 แก้วหลังรับประทานอาหาร(หิบบ้วน น้ำได้ด้วยตนเอง)
8. เก็บล้างภาชนะ

เกณฑ์การจัดระดับ

ระดับ 1 : ผู้ป่วยไม่สามารถรับประทานอาหารและน้ำได้ด้วยตนเอง ผู้ดูแลเป็นผู้กระทำกิจกรรมทุกอย่างให้

ระดับ 2 : ผู้ป่วยตักอาหารและหยิบแก้วน้ำดื่มได้ด้วยตนเอง แต่ผู้ดูแลต้องเตรียมอุปกรณ์ทุกอย่างให้ รวมทั้งช่วยเหลือในเรื่องการล้างมือ รวมถึงการรับประทานอาหารไม่เป็นที่เลอะเทอะ ไม่สนใจใช้อุปกรณ์ เช่น จาน ช้อน

ระดับ 3 : ผู้ป่วยสามารถกระทำกิจกรรมการรับประทานอาหารและน้ำได้ด้วยตนเองในทุกกิจกรรม เพียงแต่ต้องมีการกระตุ้นเตือน ชี้แนะจากผู้ดูแลก่อน

ระดับ 4 : ผู้ป่วยสามารถกระทำกิจกรรมการรับประทานอาหารและน้ำได้ด้วยตนเอง

2) การนอน หมายถึง การนอนหลับในตอนกลางคืนของผู้ป่วยจิตเภทเพื่อให้สามารถพักผ่อนนอนหลับได้อย่างพอเพียง คำนวณประมาณ 6 – 8 ชั่วโมง

สถานที่ : ห้องนอน

ประกอบด้วยกิจกรรมต่าง ๆ ดังนี้

1. การล้างหน้า แปรงฟันก่อนนอน
2. เตรียมเครื่องนอนก่อนนอน (ดูแลเก็บ-พับผ้าคลุมเตียงไว้ในที่เก็บ)
3. สวดมนต์
4. เข้านอนตามเวลาและในที่ตั้งของตัวเอง ห่มผ้า
5. ตื่นนอนในตอนเช้า :
 - พับผ้าห่มไว้ปลายเตียง
 - เก็บเตียงปูเตียงให้ตึง
 - วางหมอนไว้หัวเตียง
 - คลุมเตียงด้วยผ้าคลุมเตียง

เกณฑ์การจัดระดับ

ระดับ 1 : ผู้ป่วยไม่สามารถทำได้ด้วยตนเอง ผู้ดูแลต้องทำกิจกรรมทุกอย่างให้รวมทั้งการพาเข้านอนถึงถึงที่นอนของผู้ป่วย ดูแลจนผู้ป่วยหลับ รวมทั้งการนอนไม่เป็นที่ และไม่สนใจเข้านอนตามเวลา

ระดับ 2 : เข้านอนในที่ตั้งของตนเองได้ แต่ไม่รู้จักรักษาหรือหาเครื่องนอน

ระดับ 3 : ผู้ป่วยสามารถกระทำกิจกรรมการนอนได้ด้วยตนเองในทุกกิจกรรม เพียงแต่ต้องมีการกระตุ้นเตือน ชี้แนะจากผู้ดูแลก่อน

ระดับ 4 : ผู้ป่วยสามารถกระทำกิจกรรมการนอนได้ด้วยตนเอง

3) การรักษาความสะอาดของร่างกาย การดูแลความสะอาดร่างกายของผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ การแปรงฟัน การอาบน้ำ สระผม การสวมใส่เสื้อผ้า

สถานที่ : ห้องน้ำ

ประกอบด้วยกิจกรรมต่าง ๆ ดังนี้

1. จัดเตรียมอุปกรณ์ในการแปรงฟัน อาบน้ำ สระผม (ประกอบด้วย แปรงสีฟัน ยาสีฟัน สบู่ แชมพูสระผม แก้วน้ำหรือขันน้ำ เสื้อผ้ารองกางเกง 1 ชุด ผ้าขนหนู)

2. ทำความสะอาดร่างกายตามลำดับ

แปรงฟัน

- บิบยาสีฟันใส่แปรงจำนวนพอเหมาะ
- บ้วนปากด้วยน้ำสะอาด
- แปรงฟันด้านนอกของฟันบน หายแปรงและเอียงลงเล็กน้อย ขยับแปรงอยู่กับที่ 2-3 ครั้ง แล้วปัดลง แปรงด้านในเหมือนด้านนอก

- แปรงฟันด้านนอกของฟันล่าง คว่ำแปรงและเอียงขึ้นเล็กน้อย ขยับแปรงอยู่กับที่ 2-3 ครั้ง แล้วปัดขึ้น แปรงด้านในเหมือนด้านนอก

- ฟันกราม แปรงไป-มา ทั้งบนและล่าง
- ลิ้น ใช้แปรงสีฟัน แปรงจากบริเวณโคนลิ้นลงมาปลายลิ้นให้ทั่วทั้งลิ้น
- ใช้น้ำสะอาดกลั้วคอและบ้วนปาก

อาบน้ำ

- ใช้น้ำสะอาดราดบริเวณใบหน้า ฟอกสบู่ แล้วล้างด้วยน้ำให้สะอาด
- ใช้น้ำสะอาดราดให้ทั่วร่างกาย ถูขี้ไคล บริเวณลำคอ ท้ายทอย หลังหู ข้อพับต่าง ๆ หน้าอก แขนขา และหลังเท้า แล้วใช้น้ำล้างขี้ไคล จนหมดแล้วฟอกสบู่ทั่วร่างกาย ประมาณ 2-3 นาที ล้างออกจนสะอาด ใช้ผ้าขนหนูเช็ดตามร่างกายให้แห้ง

- สวมเสื้อผ้าที่เตรียมไว้
- หวีผม ทาแป้ง

สระผม

- ใช้น้ำสะอาดราดศีรษะให้เปียก
- ขโลมแชมพูบนศีรษะ ใช้สองมือขยี้จนเกิดฟองทั่วศีรษะ ประมาณ 2-3 นาที
- ล้างด้วยน้ำสะอาด
- ใช้ผ้าขนหนูเช็ดศีรษะให้แห้ง
- หวีผม

เกณฑ์การจัดระดับ

ระดับ 1 : ผู้ป่วยไม่สามารถทำได้ด้วยตนเอง ผู้ดูแลต้องทำกิจกรรมทุกอย่างให้

ระดับ 2 : ผู้ป่วยทำกิจกรรมได้ บางอย่างไม่ทั้งหมด ตั้งแต่การเตรียมอุปกรณ์ไม่ครบ ผู้ป่วยแปรงฟัน อาบน้ำ สระผม แต่งตัว ได้บ้าง ไม่ทั้งหมด ผู้ดูแลต้องช่วยเหลือในบางกิจกรรม เช่น ไม่สามารถแปรงฟันได้ ผู้ดูแลต้องแปรงฟันให้ หรือ บิบยาสีฟันออกจากหลอด เทน้ำสบู่เหลวใส่มือ หรือบางรายไม่สามารถถูขี้ไคลได้ ผู้ดูแลต้องทำให้ หรือผู้ป่วย ชูแขนผู้ดูแลสวมเสื้อใส่แขน คอ และติดกระดุมให้เป็นต้น ร่างกายจึงจะสะอาดเรียบร้อย

ระดับ 3 : ผู้ป่วยสามารถกระทำกิจกรรมการรักษาความสะอาดได้ทุกกิจกรรม ตั้งแต่การเตรียมอุปกรณ์ได้ครบ และทำความสะอาดร่างกายได้ด้วยตนเองแต่เป็นไปในลักษณะต้องได้รับการชี้แนะ บอกรำนำจากผู้ดูแลก่อน ถ้าไม่ควบคุมดูแลใกล้ชิดเมื่อกระทำกิจกรรมเสร็จร่างกายจะไม่ค่อยสะอาด มักจะปรากฏคราบโคล ฟองสบู่ แชมพู ยาสีฟันติดตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย

ระดับ 4 : ผู้ป่วยสามารถกระทำกิจกรรมการรักษาความสะอาดทุกกิจกรรมได้ด้วยตนเอง ร่างกายสะอาด

4) การขับถ่าย หมายถึง การขับถ่ายที่ถูกสุขลักษณะ ได้แก่ การขับถ่ายในห้องส้วมและรักษาความสะอาดอวัยวะเพื่อการขับถ่ายรวมทั้งห้องส้วมหลังจากขับถ่าย

สถานที่ : ห้องส้วม

ประกอบด้วยกิจกรรมต่าง ๆ ดังนี้

1. นั่งบนส้วมให้ถูกสุขลักษณะของส้วม

ส้วมซึม นั่งยอง ๆ

ส้วมชักโครก ใช้ก้นนั่งบนที่รองนั่ง ไม่ใช่เท้าเหยียบที่รองนั่ง

2. เมื่อขับถ่ายเสร็จ

ส้วมซึม ใช้ขันน้ำ ตักน้ำราดก้นบริเวณอวัยวะขับถ่าย (ทั้งการถ่ายอุจจาระ และปัสสาวะ) ใช้กระดาษชำระเช็ดจนสะอาด ลุกขึ้นยืนบนพื้น ใช้ขันตักน้ำราดคอห่าน จนขับอุจจาระหรือน้ำปัสสาวะลงคอห่านจนหมด

ส้วมชักโครก ฉีดน้ำจากชำระล้างก้นบริเวณอวัยวะขับถ่าย ใช้กระดาษชำระเช็ดจนสะอาด เก็บสายฉีดเข้าที่ ลุกขึ้นกดชักโครก ให้น้ำและแรงดันดูดอุจจาระน้ำปัสสาวะลงคอห่านจนหมด

3. ล้างมือด้วยสบู่ให้สะอาด ซับให้แห้งด้วยผ้า

เกณฑ์การจัดระดับ

ระดับ 1 ผู้ป่วยขับถ่ายเลอะเทอะ ไม่เป็นที่ ไม่สามารถทำความสะอาดตนเองหลังการขับถ่ายได้ รวมทั้งการเล่นอุจจาระ ปัสสาวะ

ระดับ 2 ผู้ป่วยขับถ่ายในห้องส้วม แต่ไม่ทำความสะอาดตนเองและห้องส้วมหลังการขับถ่าย

ระดับ 3 ผู้ป่วยขับถ่ายในห้องส้วม มักเผลอเผลอไม่ทำความสะอาดตนเองและห้องส้วมหลังการขับถ่าย แต่เมื่อได้รับการกระตุ้นเตือนจากผู้ดูแลสามารถกระทำได้

ระดับ 4 ผู้ป่วยขับถ่ายในห้องส้วม ทำความสะอาดตนเองและห้องส้วมหลังการขับถ่ายได้

5) การออกกำลังกาย หมายถึงการออกกำลังกายทุกวันๆ ละ 15 – 30 นาที

สถานที่ : ลาน สนามหญ้าหน้าหอผู้ป่วย

ประกอบด้วยกิจกรรมต่าง ๆ ดังนี้

1. การอบอุ่นร่างกาย อาจเป็นการวิ่งหรือเดินเหยาะ จนกระทั่งเหงื่อเริ่มออก ใช้เวลาประมาณ 5-10 นาที

2. ออกกำลังกายด้วยรูปแบบต่าง ๆ เช่น

- การยืดเส้นเอ็นและกล้ามเนื้อ หรือ
- การออกกำลังกายด้วยไม้พลอง หรือ

- การเต้น Paslove หรือ
 - แอโรบิค ฯลฯ
 - การเดินเร็ว หรือวิ่งเหยาะ
- ใช้เวลาประมาณ 10-20 นาที

3. การผ่อนคลาย เตรียมหยุด ใช้เวลาประมาณ 5-10 นาที

เกณฑ์การจัดระดับ

- ระดับ 1 ผู้ป่วยไม่ยอมเข้าร่วมกิจกรรมการออกกำลังกาย
- ระดับ 2 ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมการออกกำลังกาย แต่ไม่ค่อยยอมทำตาม ผู้ดูแลต้องสอนจับทำ และพาเคลื่อนไหววิธียาบถการออกกำลังกายต่างๆ เมื่อผู้ดูแลหยุด ผู้ป่วยก็จะหยุด หรืออยู่ไม่ครบเวลา
- ระดับ 3 ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมการออกกำลังกาย สามารถทำได้ด้วยตนเองทุกขั้นตอน แต่มักต้องได้รับการกระตุ้นเตือน หรือบอกวิธีการทำด้วยวาจา ไม่ต้องมาจับสอน ก็สามารถทั้งทำได้ และอยู่ครบเวลา
- ระดับ 4 ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมการออกกำลังกาย และสามารถทำได้ทุกท่า ทุกวิธีด้วยตนเอง และอยู่ครบเวลา

6) การเดินทาง หมายถึง การเดินทางไปในที่ต่าง ๆ ทั้งในลักษณะการเดินทางเท้าและการใช้พาหนะ และสามารถกลับมาอยู่ที่พักอาศัยได้อย่างถูกต้อง

สถานที่ : ภายในโรงพยาบาล

ประกอบด้วยกิจกรรมต่าง ๆ ดังนี้

1. ผู้ป่วยทราบสถานที่ หน่วยงานต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยต้องไปใช้บริการ เช่น ตึกผู้ป่วยนอก ตึก X-ray ลานอเนกประสงค์ สวนหย่อม ร้านค้า และสามารถบอกเส้นทางไป-กลับระหว่างตึกผู้ป่วยไปยังสถานที่ระบุได้
2. สามารถเดินทางไปยังสถานที่ หน่วยที่ระบุได้ตามลำพัง โดยการเดินเท้าหรือใช้จักรยาน

เกณฑ์การจัดระดับ

- ระดับ 1 ผู้ป่วยไม่ทราบว่าสถานที่ตั้ง หน่วยงานต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยต้องไปใช้บริการ ปฏิเสธที่จะออกนอกหอผู้ป่วย
- ระดับ 2 ผู้ป่วยทราบว่าสถานที่ตั้ง หน่วยงานต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยต้องไปใช้บริการ ทราบว่าอยู่ที่ไหน แต่ไม่สามารถบอกเส้นทางได้ ไม่กล้าเดินทางไปยังสถานที่นั้นตามลำพัง ต้องมีเพื่อนร่วมเดินทาง
- ระดับ 3 ผู้ป่วยทราบว่าสถานที่ตั้ง หน่วยงานต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยต้องไปใช้บริการ สามารถบอกเส้นทางได้เดินทางไปยังสถานที่นั้นตามลำพัง ด้วยการเดินเท้าและใช้พาหนะเช่นจักรยาน ชาเลนซ์ กลับมาหอบุคคลได้อย่างถูกต้อง ไม่ค่อยรับผิดชอบ ไปกลับไม่ค่อยตามเวลา และออกนอกเส้นทางบ่อย
- ระดับ 4 ผู้ป่วยทราบว่าสถานที่ตั้ง หน่วยงานต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยต้องไปใช้บริการ สามารถบอกเส้นทางได้ เดินทางไปยังสถานที่นั้นตามลำพัง ด้วยการเดินเท้าและใช้พาหนะเช่นจักรยาน ชาเลนซ์ กลับมาหอบุคคลได้อย่างถูกต้อง รับผิดชอบไปกลับตามเวลา ไม่ออกนอกเส้นทาง

7) การจัดการทางการเงิน หมายถึง การจัดหา เก็บ และใช้เงินในการดำรงชีวิตประจำวัน

สถานที่ : ภายในโรงพยาบาล

ประกอบด้วยกิจกรรมต่าง ๆ ดังนี้

1. มีรายได้

- ค่าตอบแทนการทำงาน
- เงินฝากญาติ
- เบี้ยเลี้ยงผู้พิการ
- เบี้ยเลี้ยงผู้สูงอายุ

2. เก็บและดูแลเงินด้วยตนเอง

3. จัดสรรเงินที่มีอยู่ใช้จ่ายประจำวันอย่างสมเหตุสมผล

เกณฑ์การจัดระดับ

ระดับ 1 ผู้ป่วยไม่มีรายได้ ไม่รู้จักการใช้จ่ายเงิน รู้จักแต่การขอสิ่งของ

ระดับ 2 ผู้ป่วยไม่มีรายได้ รู้จักขอเงินจากผู้อื่น รู้จักที่จะใช้เงินซื้อสิ่งของ แต่ไม่รู้จักการเก็บเงิน

ระดับ 3 ผู้ป่วยมีรายได้แต่ไม่สม่ำเสมอ ไม่สามารถเก็บและดูแลเงินได้ด้วยตนเอง ต้องฝากไว้กับเจ้าหน้าที่และเบิกใช้เป็นประจำ

ระดับ 4 ผู้ป่วยมีรายได้สม่ำเสมอ ใช้เงินได้ และสามารถเก็บเงินได้ด้วยตนเอง รู้จักการจัดสรรเงินที่มีอยู่ สามารถแบ่งให้ผู้อื่นได้

การแปลผลคะแนนจากแบบประเมิน

1. ความสามารถในการดูแลตนเอง

นำคะแนนที่ได้จากแบบประเมิน คูณ ด้วยตัวคุณ(สัดส่วนตามน้ำหนักรวม)ดังนี้

ขั้นพื้นฐาน		ตัวคุณ (สัดส่วนตามน้ำหนักรวม)
การรับประทานอาหารและน้ำ	น้ำหนักรวม 7	1.5
การนอน		1.5
การขับถ่าย		1.5
การรักษาความสะอาดร่างกาย		1.5
การออกกำลังกาย		1.0

เกณฑ์การจัดระดับ

ระดับ 4 คะแนน 22 - 28

ระดับ 3 คะแนน 15 - 21

ระดับ 2 คะแนน 8 - 14

ระดับ 1 คะแนน 1 - 7

ขั้นก้าวหน้า	น้ำหนักรวม 6	ตัวคุณ (สัดส่วนตามน้ำหนักรวม)
การเดินทาง		3.1
การจัดการทางการเงิน		2.9

เกณฑ์การจัดระดับ

ระดับ 4 คะแนน 19 -24

ระดับ 3 คะแนน 13 -18

ระดับ 2 คะแนน 7 -12

ระดับ 1 คะแนน 1 - 6

การจัดระดับการดูแลตนเองโดยรวม (Self-care)

คำนวณโดยนำคะแนนที่ได้จากแบบประเมิน คุณ ด้วยตัวคุณ(สัดส่วนตามน้ำหนักรวม)ดังนี้

การดูแลตนเองโดยรวม	น้ำหนักรวม 7	ตัวคุณ (สัดส่วนตามน้ำหนักรวม)
ระดับการดูแลตนเองขั้นพื้นฐาน		3.8
ระดับการดูแลตนเองขั้นก้าวหน้า		3.2

เกณฑ์การจัดระดับ

ระดับ 4 คะแนน 22 - 28

ระดับ 3 คะแนน 15 - 21

ระดับ 2 คะแนน 8 - 14

ระดับ 1 คะแนน 1 -7

ส่วนที่ 2 การประเมินการทำหน้าที่ทางสังคม (Social function)

การทำหน้าที่ทางสังคม หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการแสดงบทบาททางสังคมอย่างเหมาะสม และมีการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ ประกอบด้วย การติดต่อสื่อสาร และความสัมพันธ์กับผู้อื่น

การติดต่อสื่อสาร หมายถึง ความสามารถของผู้ป่วยในการติดต่อสื่อสารกับผู้อื่น ในรูปแบบของการสนทนา เริ่มตั้งแต่การเริ่มต้นสนทนา การตอบสนองการสนทนา และการสิ้นสุดการสนทนา ทั้งนี้ผู้ป่วยจะสามารถใช้ภาษาพูดได้ตอบอย่างเข้าใจความหมาย ใช้คำพูดสุภาพ มีคำลงท้าย มีกิริยาท่าทางแสดงให้ผู้สนทนารับรู้ได้ว่าผู้ป่วยให้ความสนใจต่อการสนทนา เช่น การสบตา การรับคำ หรือการพยักหน้ารับคำระหว่างการสนทนา และฟังอย่างตั้งใจ ไม่ขัดคอหรือพูดแทรกขณะที่ผู้อื่นกำลังพูด

ระดับ 1 ผู้ป่วยไม่พูดคุยกับใคร อยู่เงียบ ๆ ไม่ได้ตอบ หรือหนีไปเมื่อมีผู้อื่นเข้ามาคุยด้วย รวมถึงการโต้ตอบไม่ตรงคำถาม ถามอย่างตอบอีกอย่าง หรือพูดคุยกับผู้อื่นไม่รู้เรื่อง

ระดับ 2 ผู้ป่วยพูดคุยกับผู้อื่นได้บ้าง เข้าใจความหมายในประโยคที่ผู้อื่นสนทนาด้วย โดยการโต้ตอบตรงคำถาม แต่ยังเป็นในลักษณะถามคำตอบคำ สั้น ๆ หรือการโต้ตอบด้วยภาษากาย เช่น พยักหน้า ระหว่างสนทนาไม่สบตา ยอมรับการสนทนากับผู้อื่นในช่วงเวลาสั้น ๆ มักจะเดินหนีจากไป หรือหยุดการสนทนามากลางคันแม้จะนั่งอยู่ด้วยกันผู้ป่วยก็จะไม่ได้ตอบคำถามอีก ทั้งนี้ในการสนทนาผู้สนทนาด้วยต้องพูดประโยค

เดิมซ้ำ ๆ ผู้ป่วยจึงจะตอบกลับ การสนทนากับผู้ป่วยยังคงยากลำบากในลักษณะที่ต้องกระตุ้นให้ผู้ป่วยตอบเกือบทุกครั้ง

ระดับ 3 ผู้ป่วยพูดคุยกับผู้อื่นได้มากขึ้น สามารถใช้ภาษากายและวาจาในการทำหายผู้อื่นได้ เช่น การกล่าวสวัสดิ การยิ้มให้ หรือการยกมือไหว้ เมื่อเจอกัน เข้าใจความหมายในการสนทนา และถามกลับเมื่อไม่เข้าใจ สนทนาเป็นประโยคยาว ๆ ได้ มีการสบตาขณะสนทนาสบตาขณะสนทนารวมทั้งแสดงท่าทางประกอบการสนทนาได้ ยินยอมอยู่ร่วมจนจบการสนทนา รวมถึงการที่ผู้ป่วยชอบที่จะพูดตามที่ตัวเองอยากจะพูด ไม่รอฟังสิ่งที่ผู้อื่นพูดและทำความเข้าใจความหมายกับเรื่องราวที่ผู้อื่นจะสื่อสารกับตัวเอง ในระดับนี้ผู้สนทนาไม่ต้องกระตุ้นให้ผู้ป่วยตอบ แต่ต้องดึงผู้ป่วยกลับเข้ามาสู่เรื่องราวการสนทนา

ระดับ 4 ผู้ป่วยพูดคุยกับผู้อื่นได้เป็นอย่างดี สามารถทักทายหรือเริ่มต้นการสนทนากับผู้อื่นได้ ตอบคำถามด้วยประโยคยาว ๆ ได้ สบตาขณะสนทนารวมทั้งแสดงท่าทางประกอบการสนทนาได้ เนื้อหาของการสนทนาเป็นเรื่องราว ไม่ออกนอกทางหรือเรื่องราวที่สนทนา แสดงความเห็นอย่างเป็นอิสระในเรื่องที่สนทนาได้

ความสัมพันธ์กับผู้อื่น หมายถึง ความสามารถของผู้ป่วยในการสร้างความสัมพันธ์และคงความสัมพันธ์ที่ดีนั้นไว้ เริ่มตั้งแต่การผูกมิตรหรือลักษณะมิตรภาพที่มีต่อผู้อื่น การมีกิจกรรมร่วมกับผู้อื่นตามบทบาททางสังคมของตนเอง

ระดับ 1 ผู้ป่วยแยกตัวเอง ไม่สามารถสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่นได้ ไม่เข้าร่วมกิจกรรมในหอผู้ป่วย แม้ว่าจะถูกบังคับก็ปฏิเสธ

ระดับ 2 ผู้ป่วยสามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นในกลุ่มได้ แต่ไม่มีปฏิสัมพันธ์กับใคร หากถูกกระตุ้นจะแสดงท่าทีรับรู้แต่ไม่แสดงกิริยาโต้ตอบ ไม่รับรู้เกี่ยวกับกฎระเบียบของหอผู้ป่วย ปฏิบัติตามกฎระเบียบของหอผู้ป่วยเฉพาะเวลาผู้ดูแลบอก เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มเมื่อถูกบังคับแต่ไม่มีปฏิกิริยาตอบสนองต่อกิจกรรมหรือสมาชิกในกลุ่ม

ระดับ 3 ผู้ป่วยสามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นในกลุ่มได้ มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ลักษณะความสัมพันธ์เป็นไปลักษณะโดด ๆ อย่างใดอย่างหนึ่ง คือ ยอมตาม หรือขึ้นาผู้อื่น ยังไม่สามารถสร้างความสัมพันธ์ใกล้ชิดในลักษณะเพื่อนสนิทเป็นผู้ป่วยอื่นในกลุ่มเล็ก 2-3 คนได้ รู้จักกฎระเบียบของหอผู้ป่วยเฉพาะตัว ปฏิบัติตามโดยไม่ต้องมีใครบอก เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มด้วยตนเอง เฉพาะที่ได้รับการมอบหมาย

ระดับ 4 ผู้ป่วยสามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นในกลุ่มได้ มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ลักษณะความสัมพันธ์เป็นแบบถ้อยทีถ้อยอาศัย ยังไม่สามารถสร้างความสัมพันธ์ใกล้ชิดในลักษณะเพื่อนสนิทเป็นผู้ป่วยอื่นในกลุ่มเล็ก 2-3 คนได้ รู้จักกฎระเบียบและสามารถถ่ายทอดบอกต่อคนอื่นได้ เข้าร่วมกิจกรรมในหอผู้ป่วยโดยเป็นฝ่ายเรียกร้องขอเข้าร่วมกลุ่มตามความสนใจและความถนัดของตนเอง

การแปลผลคะแนนจากแบบประเมิน

คำนวณโดยนำคะแนนที่ได้จากแบบประเมิน คูณ ด้วยตัวคูณ(สัดส่วนตามน้ำหนักรวม)ดังนี้

การทำหน้าที่ทางสังคม	น้ำหนักรวม 7	สัดส่วนตามน้ำหนักรวม
การติดต่อสื่อสาร		3.8
การสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่น		3.2

การจัดระดับด้านการติดต่อสื่อสาร ตามที่ประเมินได้
การจัดระดับด้านการสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่นตามที่ประเมินได้

เกณฑ์การจัดระดับการทำหน้าที่ทางสังคมโดยรวม

ระดับ 4 คะแนน 22 - 28

ระดับ 3 คะแนน 15 - 21

ระดับ 2 คะแนน 8 - 14

ระดับ 1 คะแนน 1 - 7

ส่วนที่ 3 การประเมินความสามารถในการทำงาน (Task capacity)

การทำงาน ความสามารถของผู้ป่วยในการกระทำหรือรับผิดชอบบางสิ่งบางอย่างให้แก่ผู้อื่นโดยทั้ง โดยได้รับค่าจ้างและไม่ได้รับค่าตอบแทน มุ่งเน้นใน 7 พฤติกรรมดังนี้

1. การเริ่มต้นทำงาน (Engagement) หมายถึง การเข้าร่วมการทำงานของผู้ป่วย โดยพิจารณาในแง่ของความเต็มใจ ความสนใจต่อการทำงานโดยไม่ต้องกระตุ้น

ระดับ 1 ผู้ป่วยไม่สามารถเริ่มต้นทำงานหรือกิจกรรมใด ๆ ได้เลย

ระดับ 2 ผู้ป่วยสามารถเริ่มต้น (Start) งานหรือกิจกรรมที่ได้รับมอบหมายได้ เพียงต้องกระตุ้นมากกว่า 3 ครั้ง หรือเจ้าหน้าที่ต้องจูงมือหรือบังคับจึงจะเริ่มต้นทำงาน

ระดับ 3 ผู้ป่วยสามารถเริ่มต้น (Start) งานหรือกิจกรรมที่ได้รับมอบหมายได้ เพียงต้องกระตุ้น 1-2 ครั้งว่าได้เวลาทำงาน ก็จะเริ่มต้นทำงานทันที

ระดับ 4 ผู้ป่วยสามารถเริ่มต้น (Start) งานหรือกิจกรรมที่ได้รับมอบหมายได้ด้วยตนเอง

2. สมาธิหรือความตั้งใจในการทำงาน (Attention) หมายถึง พฤติกรรมที่แสดงถึงการมุ่งความสนใจอยู่กับกิจกรรมหรืองานที่ทำอยู่ตรงหน้าได้ตามระยะเวลาที่กำหนด

ระดับ 1 ผู้ป่วยไม่มีสมาธิ ตั้งแต่ 80% ของเวลาทำงานขึ้นไป

ระดับ 2 ผู้ป่วยขาดสมาธิบ่อยและไม่ตั้งใจในการทำงาน มากกว่า 50% แต่ไม่เกิน 80% ของเวลาทำงาน ไม่สามารถมีผลผลิต ชิ้นงาน หรือทำงานเสร็จตามเวลา

ระดับ 3 ผู้ป่วยขาดสมาธิบ้างเล็กน้อย ประมาณ 30% แต่ไม่เกิน 50% ของเวลาทำงาน แต่ยังสามารถทำงานได้ มีผลผลิตตามที่กำหนด เช่น ได้ชิ้นงานตามกำหนด ทำงานเสร็จตามเวลา เป็นต้น

ระดับ 4 มีสมาธิและตั้งใจในการทำงานตลอดช่วงเวลาของการทำงาน

3. ปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนขณะทำงานร่วมกัน (Interaction) หมายถึง ลักษณะพฤติกรรมของผู้ป่วยที่สามารถรักษาความเป็นตัวเอง และสามารถจัดการความสัมพันธ์ของตนเองกับเพื่อนร่วมงานได้อย่างเหมาะสม

ระดับ 1 ผู้ป่วยไม่มีปฏิสัมพันธ์กับใครขณะทำงาน

ระดับ 2 ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน ในลักษณะขัดแย้ง โต้เถียง ทะเลาะ ระบายการทำงานของผู้อื่น

ระดับ 3 ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน ในลักษณะยอมตาม ไม่ระบายการทำงานของผู้อื่น

ระดับ 4 ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน ในลักษณะถ้อยถนอม ถ้อยอาศัย ช่วยเหลือ แบ่งปันผู้อื่น

4. **ความเป็นอิสระในการทำงาน (Independence)** หมายถึง ระดับความสามารถในการทำกิจกรรมด้วยตนเองโดยอิสระไม่ต้องพึ่งผู้อื่น

ระดับ 1 ต้องพึ่งคนอื่น ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นตลอดเวลาทำงาน

ระดับ 2 พึ่งคนอื่นบ้าง ต้องการความช่วยเหลือบ้าง ตั้งแต่ 50% และไม่เกิน 80% ของช่วงเวลาทำงาน

ระดับ 3 พึ่งคนอื่นบ้าง ต้องการความช่วยเหลือบ้าง ตั้งแต่ 30% และไม่เกิน 50% ของช่วงเวลาทำงาน

ระดับ 4 สามารถทำงานได้ด้วยตนเอง ไม่ต้องพึ่งใคร

5. **การทำงานตามขั้นตอน (Follow Direction)** หมายถึง การทำงานตามขั้นตอนที่ระบุไว้

ระดับ 1 ผู้ป่วยไม่สามารถทำได้ เจ้าหน้าที่ต้องกำกับใกล้ชิด

ระดับ 2 ผู้ป่วยทำได้ไม่ถึง 50 % ของขั้นตอนการทำงานทั้งหมด

ระดับ 3 ผู้ป่วยทำได้มากกว่า 50% ของขั้นตอนขึ้นไปแต่ไม่ทั้งหมด รวมถึงการทำได้ทุกขั้นตอน แต่สลับลำดับขั้นตอน

ระดับ 4 ผู้ป่วยทำได้ทุกขั้นตอน ตามลำดับโดยไม่ต้องการชี้แนะ

6. **ความละเอียดเรียบร้อยในการทำงาน (Activity Neatness)** หมายถึง พฤติกรรมในแง่ของความเรียบร้อยประณีตและคุณภาพของงานที่ทำ

ระดับ 1 ผู้ป่วยไม่สามารถทำได้ ผลงานเข้าข่ายดูไม่ได้

ระดับ 2 ผู้ป่วยทำงานไม่เรียบร้อย เข้าข่ายพอดูได้ ไม่สะอาด มักทิ้งสิ่งของ อุปกรณ์ ไม่เก็บกวาดหรือเก็บเข้าที่เก็บ

ระดับ 3 ผู้ป่วยทำงานเรียบร้อยพอควร ผลงานค่อนข้างดี ตัวชิ้นงานอาจไม่เรียบร้อย แต่เข้าข่ายดูได้ ละเลยรายละเอียดบ้างเป็นครั้งคราว หลังทำงานเก็บอุปกรณ์ถูกที่แต่ไม่เรียบร้อย

ระดับ 4 ผู้ป่วยทำงานเรียบร้อยทุกขั้นตอน ผลงานอยู่ในระดับดี หลังทำงานเก็บอุปกรณ์ถูกที่เรียบร้อย

7. **ความรับผิดชอบ (Responsibility)** หมายถึง ความสามารถในการรับผิดชอบต่อการกระทำของตนด้วยการปฏิบัติตามกฎ กติกาต่าง ๆ ในการทำงานโดยไม่มีใครบังคับ ตั้งแต่ดูแลรักษาอุปกรณ์และเครื่องมือการรักษาเวลานัดหมายในการทำงาน การทำงานสำเร็จจนได้ชิ้นงานหรือเสร็จครบตามกระบวนการทำงาน ตั้งแต่ขั้นแรกจนถึงสุดท้าย

ระดับ 1 ผู้ป่วยไม่มีความรับผิดชอบในการทำงานที่ได้รับมอบหมาย(ไม่สามารถมอบหมายงานให้ทำได้)

ระดับ 2 ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงความรับผิดชอบโดยส่วนใหญ่ เช่น เมื่อถึงเวลางานก็หลบซ่อนตัว หากมีความผิดพลาดในการทำงานเกิดขึ้นแม้เจ้าหน้าที่จะทราบว่าผู้ป่วยเป็นคนทำ ผู้ป่วยก็จะปฏิเสธ

ระดับ 3 ผู้ป่วยรับผิดชอบงานที่ได้รับมอบหมาย มีบ้างเป็นบางครั้งไม่เกิน 1 ครั้งต่อสัปดาห์ ที่แสดงพฤติกรรมหลีกเลี่ยงงาน เช่น ทำเป็นง่วงนอน อ้างว่าไม่สบาย เป็นต้น หากมีความผิดพลาดในการทำงานเกิดขึ้นถ้าไม่มีใครถามผู้ป่วยก็จะไม่บอก หากมีการถามผู้ป่วยก็จะยอมรับ

ระดับ 4 รับผิดชอบงานที่ได้รับมอบหมายเป็นอย่างดี ไม่แสดงท่าทีที่ทำงานหรือหลีกเลี่ยงงาน หากมีความผิดพลาดในการทำงานเกิดขึ้นแม้จะไม่มีใครทราบผู้ป่วยก็จะรายงานให้เจ้าหน้าที่ทราบด้วยตัวเอง

การจัดระดับความสามารถในการทำงาน

คำนวณโดยนำคะแนนที่ได้จากแบบประเมิน คุณ ด้วยตัวคุณ(สัดส่วนตามน้ำหนักรวม)ดังนี้

ความสามารถในการทำงาน	น้ำหนักรวม 6	ตัวคุณ (สัดส่วนตามน้ำหนักรวม)
การเริ่มต้นทำงาน		0.7
สมาธิ		0.9
ปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น		0.9
การเป็นอิสระ		0.8
การทำงานตามขั้นตอน		0.9
ความละเอียดเรียบร้อย		0.8
ความรับผิดชอบ		1.0

ในการจัดระดับความสามารถในการทำงานรายข้อ ใช้คะแนนที่ประเมินได้เป็นตัวจัดระดับ ส่วนการจัดระดับความสามารถในการทำงานโดยรวม ต้องเริ่มจากการนำคะแนนที่ประเมินได้คูณด้วย ตัวคูณของแต่ละข้อ แล้วนำผลรวมทุกข้อ มาตัดสินใจ โดยใช้เกณฑ์

ระดับ 4 คะแนน 19 - 24

ระดับ 3 คะแนน 13 - 18

ระดับ 2 คะแนน 7 - 12

ระดับ 1 คะแนน 1 - 6

ส่วนที่ 4 การรับรู้การเจ็บป่วย (Insight to illness)

การรับรู้และเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วย หมายถึงพฤติกรรมผู้ป่วยที่แสดงถึงการรับรู้การเจ็บป่วย ด้วยโรคจิตเภทของตนเอง ใน 3 ด้าน คือ การยอมรับการเจ็บป่วยทางจิต ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท และ ความร่วมมือในการรักษา

การยอมรับการเจ็บป่วยทางจิต หมายถึง การที่ผู้ป่วยยอมรับการเจ็บป่วย โดยมีการแสดงออกของ พฤติกรรมหรือคำพูด ใน 3 หัวข้อ คือ สถานที่พักรักษาตัว ยอมรับว่าตนเองป่วยจิต และบอกถึงอาการเจ็บป่วยที่ เกิดขึ้นกับตนเองได้ ประกอบด้วยข้อคำถาม 4 ข้อ

เกณฑ์การจัดระดับ

ระดับ 1 ตอบไม่ได้เลย

ระดับ 2 ตอบได้ 1 ข้อ

ระดับ 3 ตอบได้ 2-3 ข้อ

ระดับ 4 ตอบได้ทุกข้อ

ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท หมายถึง ความสามารถของผู้ป่วยในการมีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคจิต เภท ใน 3 หัวข้อ คือ ความรู้ถึงลักษณะอาการของโรคจิตเภท การรักษาด้วยยา และอาการเตือน โดยเครื่องมือใน ส่วนนี้ประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ข้อ

เกณฑ์การจัดระดับ

ระดับ 1 ตอบไม่ได้เลย

ระดับ 2 ตอบได้ 1-2 ข้อ

ระดับ 3 ตอบได้ 3-4 ข้อ

ระดับ 4 ตอบได้ทุกข้อ

ความร่วมมือในการรักษา หมายถึง ลักษณะพฤติกรรมของผู้ป่วยที่บ่งชี้ถึงความร่วมมือในการรักษา ใน 3 พฤติกรรม คือ พฤติกรรมการรับประทานยา การเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม และการยินยอมรับการรักษาตัว เป็นผู้ป่วยใน ในโรงพยาบาล ประกอบด้วยข้อคำถาม 3 ข้อ

โดยมีเกณฑ์ในการจัดระดับ ดังนี้

ระดับ 1 ตอบไม่ได้เลย

ระดับ 2 ตอบได้ 1 ข้อ

ระดับ 3 ตอบได้ 2 ข้อ

ระดับ 4 ตอบได้ทุกข้อ

คำนวณโดยนำคะแนนที่ได้จากแบบประเมิน คูณ ด้วยตัวคูณ(สัดส่วนตามน้ำหนักรวม)ดังนี้

ความสามารถในการทำงาน	น้ำหนักรวม 6	สัดส่วนตามน้ำหนักรวม
การยอมรับการเจ็บป่วย		2
ความรู้โรคจิต		2
ความร่วมมือในการรักษา		2

ในการจัดระดับการรับรู้การเจ็บป่วยรายข้อ ใช้คะแนนที่ประเมินได้เป็นตัวจัดระดับ

ส่วนการจัดระดับความสามารถในการรับรู้การเจ็บป่วยโดยรวม ต้องเริ่มจากการนำคะแนนที่ประเมินได้คูณด้วยตัวคูณของแต่ละข้อ แล้วนำผลรวมทุกข้อ มาตัดสินใจ โดยใช้เกณฑ์

ระดับ 4 คะแนน 19 - 24

ระดับ 3 คะแนน 13 - 18

ระดับ 2 คะแนน 7 - 12

ระดับ 1 คะแนน 1 - 6

เนื้อหาโรคจิตเภทใช้ประกอบการประเมินการรับรู้การเจ็บป่วย (Insight to Illness)

โรคจิตเภท หมายถึง โรคทางจิตใจชนิดหนึ่งที่มีความผิดปกติของความคิดและการรับรู้เป็นลักษณะเด่น ทำให้มีการแสดงออกของพฤติกรรม การรับรู้และอารมณ์ที่ผิดไปจากคนปกติทั่วไป เป็นโรคที่พบบ่อยที่สุดในบรรดาโรคทางจิตทั้งหมด

อาการ

อาการแสดงของโรคจิตเภทอาจแบ่งออกเป็นสองกลุ่ม คือ กลุ่มอาการด้านบวกและกลุ่มอาการด้านลบ

1) กลุ่มอาการด้านบวก(Positive symptoms) แสดงออกในด้านความผิดปกติ ของความคิด การรับรู้ การติดต่อสื่อสาร และพฤติกรรม ได้แก่

1.1) อาการหลงผิด(Delusion) คือ การที่ผู้ป่วยมีความเชื่อผิด ๆ เชื่อในเรื่องที่ไม่เป็นจริง ไม่สามารถอธิบายได้ด้วยเหตุผล เช่น คิดว่าตนเองถูกผู้อื่นบงการร้าย เชื่อว่าตนเองเป็นบุคคลสำคัญ มีความสามารถพิเศษ สามารถติดต่อทางจิตวิญญาณได้ เป็นต้น

1.2) อาการประสาทหลอน(Hallucination) คือ มีการรับรู้ทางประสาทสัมผัส ได้แก่ ตา หู จมูก ลิ้น ผิวน้ำ โดยที่ไม่มีสิ่งกระตุ้นจริง ที่พบบ่อยคือ ประสาทหลอนทางหูหรือหูแว่ว โดยผู้ป่วยจะได้ยินเสียงคนพูดคุย ต่อว่าตำหนิ ให้ปฏิบัติตาม ทำให้ผู้ป่วยแสวงพฤติกรรมย้ำ หัวเราะ หรือพูดคนเดียว เป็นต้น

1.3) ความคิดผิดปกติ (Thinking Disorders) เช่น มีความคิดไม่ปะติดปะต่อ เวลาผู้ป่วยพูด คำพูดเรื่องราวที่พูดไม่ต่อเนื่อง ฟังไม่รู้เรื่องว่ากำลังพูดเรื่องอะไร พูดโต้ตอบไม่ตรงคำถาม บางครั้งอาจพูดภาษาศัพท์แปลกๆ โดยผู้ฟังไม่เข้าใจความหมาย

1.4) พฤติกรรมแปลก ๆ (Disorganized behavior) เป็นพฤติกรรมที่ผิดไปจากปกติอย่างมาก เช่น นอนไม่หลับ วุ่นวาย ยกมือไหว้ไปทั่ว ทำท่าทางแปลกๆ ที่ไม่มีใครเข้าใจความหมายได้ ผู้ป่วยแต่งตัวแปลกหรือสกปรกๆ กิริยาท่าทางโดยที่ไม่มีเรื่องอะไรมากระตุ้น

2) กลุ่มอาการด้านลบ(Negative symptoms) เป็นภาวะถดถอย ต่างไปจากคนทั่ว ๆ ไปควรมี เช่น

2.1) อารมณ์เฉยเมย สีหน้าของผู้ป่วยเรียบเฉย ขาดการแสดงออกทางอารมณ์ ไม่มีการสบตาหรือแสดงกิริยาท่าทาง

2.2) พูดน้อยหรือไม่พูด แสดงออกโดยการตอบคำถามสั้น ๆ ใช้คำพูดน้อยและไม่สนใจที่จะตอบ

2.3) ขาดความสนใจในการทำกิจกรรมทุกชนิด ผู้ป่วยไม่สามารถริเริ่มทำกิจกรรมทุกชนิด โดยจะนั่งเฉย ๆ เป็นเวลานานและไม่สนใจเข้าร่วมในการทำงานหรือกิจกรรมด้านสังคม

การรักษา ประกอบด้วย

1) การรักษาด้วยยาทางจิตเวช

ยาที่ใช้รักษาโรคจิตเภท มี 2 กลุ่มใหญ่ ๆ คือ

1.1) ยารักษาโรคจิตกลุ่มเดิม เช่น Chlorpromazine Haloperidol เป็นต้น การออกฤทธิ์ส่วนใหญ่โดยปิดกั้นการทำงานของสารสื่อประสาท dopamine อาการข้างเคียง และข้อควรระวัง อาจเกิดอาการข้างเคียงได้ ขึ้นอยู่กับตัวยาและบุคคล เช่นการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อผิดปกติ โดยอาจเกิดอาการกล้ามเนื้อเกร็ง มือสั่น ตัวแข็ง คอแข็งได้ อาจแก้ไขด้วยอาการแก้แพ้ อาการข้างเคียงอื่น ๆ ที่อาจพบได้ เช่น ง่วง น้ำหนักตัวเพิ่ม ซึ่งแก้ไขโดยการควบคุมอาหารและการหมั่นออกกำลังกาย เป็นต้น อาการข้างเคียงอื่น ๆ เช่น ปากแห้ง ต้องดื่มน้ำเยอะเกินไป จะทำให้ระบบขับถ่ายเสีย แก้ไขโดยให้ห้อมลูกอมสมุนไพร หรือ วิธีจิบน้ำบ่อย ๆ ไม่ควรให้ดื่มน้ำอัดลมหรือกาแฟเพราะมีสารกระตุ้นที่มีผลต่อโรคและประสิทธิภาพของยาเสื่อม

1.2) ยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่ เช่น Clozapine Risperidone โดยจะออกฤทธิ์ปิดกั้น การทำงานของสารสื่อประสาท ทั้ง dopamine และ serotonin จะเหมาะกับผู้ป่วยที่มีอาการหลงผิด ประสาทหลอน หรือเมื่ออาการกำเริบ และเมื่อมีอาการหลงเหลืออยู่ หรือมีผลจากการยารักษาโรคจิต จากตัวอื่น ๆ เช่น การเคลื่อนไหวที่ผิดปกติ

ข้อดีของยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่ คือ

- ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น
- ประสิทธิภาพดีเท่ากับหรือดีกว่ายาในกลุ่มแรก
- อาการข้างเคียงต่อการเคลื่อนไหวผิดปกติ จะน้อยลง
- ลดอัตราตายของผู้ป่วยได้

ข้อเสียของการรักษาโรคจิตกลุ่มใหม่ คือ ราคาแพงกว่ากลุ่มแรก

โดยสรุป การรักษาด้วยยาเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุด พบว่า เมื่อให้ยารักษาโรคจิตผู้ป่วยจะมีอาการดีขึ้นถึงร้อยละ 75 ในเวลา 6 สัปดาห์ อาการโรคจิตต่าง ๆ จะลดน้อยลงหรือหายไป และพฤติกรรมผู้ป่วยดีขึ้น

2) การรักษาด้วยไฟฟ้า

การรักษาด้วยไฟฟ้าในผู้ป่วยจิตเภทนั้น โดยทั่วไปจะใช้ในกรณีผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา ผู้ป่วยจิตเภทที่มีการเคลื่อนไหวผิดปกติหรือมีอาการซึ่งเศร้ารุนแรงร่วมด้วย วิธีนี้ได้ผลรวดเร็ว ไม่เป็นอันตรายต่อสมอง

3) การรักษาจิตสังคม

มีความสำคัญมาก เนื่องจากอาการของผู้ป่วยมักก่อให้เกิดปัญหาระหว่างตัวเขากับสังคมรอบข้างเป็นจะต้องใช้วิธีการบำบัดทางจิตสังคมร่วมด้วย ได้แก่ จิตบำบัด การให้คำแนะนำแก่ครอบครัว กลุ่มบำบัด นิเวศน์บำบัด หรือการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด เป็นต้น อย่างไรก็ตาม ในการฟื้นฟูสมรรถภาพมีการใช้กลุ่มบำบัดเข้ามาเป็นเครื่องมือในการพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยมากมาย อาทิ กลุ่มฝึกทักษะการดูแลตนเอง กลุ่มฝึกทักษะการทำงานขั้นพื้นฐาน กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง กลุ่มฝึกทักษะทางสังคม กลุ่มฝึกอาชีพเฉพาะ เป็นต้น

อาการเตือน

อาการเตือนของการกลับซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท เป็นการกลับมาที่มีพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ซ้ำอีกหลังจากที่พฤติกรรมนั้นๆ หยุดไประยะเวลาหนึ่ง ซึ่งไม่ได้เกิดขึ้นทันทีทันใดแต่เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นตลอดเวลา มักมีอาการเตือนล่วงหน้า ไม่สามารถบอกระยะเวลา จำนวนอาการกำเริบและความเร็วที่จะเกิดซ้ำได้ โดยไม่สามารถควบคุมได้ ทั้งนี้พบว่าอาการเตือนของผู้ป่วยและญาติสามารถสังเกตได้ก่อนที่จะมีการกลับซ้ำ จำแนกตามลักษณะอาการเป็น 4 ด้าน ได้แก่

- 1) ด้านวิตกกังวลหรือกระวนกระวาย (Anxiety / Agitation) เช่น เจ็บปวดทางกาย นอนหลับยาก ตึงเครียด กลัวหรือวิตกกังวลและขาดสมาธิ
- 2) ด้านซึมเศร้าหรือแยกตัว (Depression / Withdrawal) เช่น อ่อนเพลีย หดแรงแง่ เบื่อ แยกตัว ไม่อยากอาหาร รู้สึกไร้ค่าหรือหมดหวัง เศร้าหรือซึมเศร้า อาการสูญเสีย
- 3) ด้านขาดการยับยั้งในตนเอง (Disinhibition) เช่น หงุดหงิด ก้าวร้าว รุนแรงและไม่เป็นมิตร
- 4) ด้านการเริ่มมีอาการทางจิต (Incipient psychosis) เช่น พูดหรือหัวเราะคนเดียว พูดจาไม่ต่อเนื่องหรือเหลวไหล รู้สึกว่าคนอื่นหัวเราะเยาะหรือพูดถึง รู้สึกว่าถูกจ้องมอง

ผู้ทรงคุณวุฒิ 8 ท่าน

- | | |
|-------------------------------|---|
| 1. พ.ญ.ศุภรัตน์ เอกอัครวิน | นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ
กลุ่มที่ปรึกษา กรมสุขภาพจิต |
| 2. น.พ.สันติชัย ฉ่ำจิตรชื่น | นายแพทย์เชี่ยวชาญ
โรงพยาบาลศรีธัญญา |
| 3. นางสมจิตต์ ลุประสงค์ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ |
| 4. นางสาวนาม บินชัย | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชชนรินทร์ |
| 5. นางสาวชูศรี เกิดพงษ์บุญโชค | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา |
| 6. นางสาวเยาวภา ยงติมิตรภาพ | นักสังคมสงเคราะห์เชี่ยวชาญ
สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา |
| 7. นางหทัยรัตน์ วารินทร์ | นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการพิเศษ
โรงพยาบาลศรีธัญญา |
| 8. นายนคร ศรีสุโข | นักจิตวิทยาคลินิกชำนาญการพิเศษ
สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา |

ผู้เชี่ยวชาญ

-
1. นางสาวจุฬารัตน์ วิระขะรัตน์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
หัวหน้าการพยาบาลสาขาบำบัดระยะยาว โรงพยาบาลศรีธัญญา
ประสบการณ์ให้บริการผู้ป่วยบำบัดระยะยาว 30 ปี
ผ่านการอบรมการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

ผลงานวิชาการ

1. ผลของกลุ่มกระตุ้นความสนใจในการพัฒนาสมรรถภาพสมองของผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง (พ.ศ.2548)
2. โปรแกรมฝึกความจำสำหรับผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง (พ.ศ.2554)
3. โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพสมองสำหรับผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง(พ.ศ.2555)