



## โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพสมองสำหรับ ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

จุฬารัตน์ วิระชะรัตน์, ค.ม.

### บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์** เพื่อพัฒนาและประเมินผลโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพสมองสำหรับผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง **วัสดุและวิธีการ** การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง จำนวน 10 คน เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพสมองด้วยโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพสมองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ครอบคลุมการฟื้นฟูสมรรถภาพสมองใน 5 ด้าน ได้แก่ การรับรู้, การจดจำ, ความใส่ใจและการคำนวณ, ภาษา และการระลึกได้ จำนวน 20 ครั้งๆ ละ 2 ชั่วโมง เป็นระยะเวลา 1 เดือน ประเมินคะแนนสมรรถภาพสมองด้วยแบบประเมิน MMSE ฉบับภาษาไทย คุณภาพชีวิต (QOL) และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้วยสถิติ Wilcoxon signed - rank test

**ผล** ก่อนเข้ารับโปรแกรมฯ ผู้ป่วยทุกคนมีคะแนน MMSE ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ หลังเข้ารับโปรแกรมฯ ผู้ป่วยทุกคนมีคะแนน MMSE เพิ่มขึ้น โดยมีผู้ป่วย 4 รายมีคะแนน MMSE อยู่ในระดับปกติ คะแนนเฉลี่ย MMSE ของผู้ป่วย โดยรวมและรายด้าน และคะแนน QOL หลังเข้ารับโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนเข้ารับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญ แต่ด้าน ADL ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

**สรุป** โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพสมองสำหรับผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่พัฒนาขึ้นสามารถใช้ได้ผลดี แต่จำเป็นต้องฝึกซ้ำ และต่อเนื่อง ควรมีการพัฒนากิจกรรมที่ใช้ในการฝึกสมรรถภาพสมองทั้ง 5 ด้านไว้อย่างหลากหลาย โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่ต้องพึ่งพาการดูแล

**คำสำคัญ** : โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง



## The Cognitive Recovery Program for chronic schizophrenic patients

---

Jularat Wirakarat, M.A.

### Abstract

**Objective** To develop and evaluate the effectiveness of Cognitive Recovery Program for chronic schizophrenic patients.

**Materials and methods** The quasi-experiment, pre-post one group design was carried out in a chronic schizophrenic ward at Srithanya Psychiatric Hospital in May 2012. All 10 patients were recruited to the study. The Cognitive Recovery Program (CRP) was developed according to concepts of observation, organization and association. There were 20 2-hour-sessions covering 5 domains i.e. orientation, recall, attention, calculation and language. Mini Mental State Examination-Thai (MMSE), a quality of life scale (QOL) and activity daily life (ADL) scale were applied before and after the program. Wilcoxon signed rank test was analyzed means of 3 scales.

**Results** All patients had MMSE score lower than normal before entering the program. After the program, all cases had increase MMSE score, and 4 cases had scores at normal level. Mean score of MMSE, QOL were significant higher than those before study except ADL.

**Conclusion** The Cognitive Recovery Program could improve/maintenance cognitive function in schizophrenic cases. However, consistency of practice is essential otherwise cognitive function might be decline. In addition, diversity model for specific cognitive training program of the chronic schizophrenic patients who depend on the caregiver should be created.

**Key words** : cognitive recovery program, chronic schizophrenia

## บทนำ

โรคจิตเภทเป็นหนึ่งในโรคทางจิตเวชที่มีความรุนแรงและเรื้อรังมากที่สุด ทั้งนี้พบว่าในระยะ 5 ปีแรกของการเจ็บป่วย ผู้ป่วยส่วนมากจะมีอาการของโรคกลับเป็นซ้ำสลับกับช่วงที่หายหรือทุเลา<sup>1</sup> โดยอัตรากลับเป็นซ้ำสูงถึงร้อยละ 70-82 ส่วนใหญ่จะตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาไม่ดี การทำหน้าทีทางสังคมบกพร่องนำไปสู่การดำเนินโรคที่เรื้อรัง<sup>1,2</sup> ทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองลดลง ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการดำเนินชีวิตประจำวัน ส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากความเสื่อมถอยของสมรรถภาพสมอง<sup>3,4</sup> โดยพบมากในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่มีอาการด้านลบ<sup>5</sup> หรืออาจจะเป็นตั้งแต่กำเนิดเนื่องจากพบพยาธิสภาพทางสมองของผู้ป่วยจิตเภทคือสมองฝ่อและช่องสมองขยายกว่าคนปกติ และพบความผิดปกติเฉพาะที่ของสมองส่วน hippocampus, prefrontal gyrus และ dorsal thalamus ซึ่งเชื่อว่าผิดปกติตั้งแต่ในระยะพัฒนาของสมองตั้งแต่ในครรภ์<sup>6</sup>

การเสื่อมถอยของสมรรถภาพสมองย่อมส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีความบกพร่องด้านสมรรถภาพสมองจะมีระดับคุณภาพชีวิตและความสามารถในการทำงานต่ำกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่มีความบกพร่องด้านสมรรถภาพสมอง<sup>8,9</sup> ในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังเมื่อประเมินด้วย The Rivermead behavioral memory test พบว่าคะแนนสมรรถภาพสมองของผู้ป่วยโรคจิตเภทแตกต่างจากกลุ่มผู้ป่วยปกติอย่างมีนัยสำคัญ<sup>7</sup> ดังนั้นการดำรงชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังจะเป็นไปอย่างไร้ชีวิตชีวา ไม่สามารถดำรงชีวิตอย่างอิสระได้ ต้องพึ่งพิงและเป็นภาระแก่ผู้อื่น ความรู้สึกเหล่านี้ล้วนเป็นอุปสรรคต่อการเยียวยาเพื่อฟื้นคืนสภาพให้กับผู้ป่วย

ในอดีตการฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ส่วนใหญ่ผู้ปฏิบัติให้ความสำคัญในเรื่องการดูแลตนเองในกิจวัตรประจำวันโดยเฉพาะเกี่ยวกับสุขอนามัย และทักษะทางสังคม<sup>10</sup> อาจจะมีการเน้นประเด็นโปรแกรมการฝึกความจำ<sup>11</sup> แต่ไม่ได้สอดคล้องกับกระบวนการดูแลแบบคนทั้งคน (holistic care) อันหมายถึง กาย สังคม จิตใจ และจิตวิญญาณ ซึ่งจิตวิญญาณในที่นี้ควรที่จะเริ่มต้นที่ผู้ปฏิบัติที่ให้การดูแลผู้ป่วย ที่ต้องมองผู้ป่วยเสมอมนุษย์คนหนึ่งที่มีความต้องการทั้ง 4 องค์ประกอบเช่นมนุษย์คนอื่น ๆ แม้ว่าจะไม่มีความหวังในการหายจากโรคและยังคงมีอาการทางจิตหลงเหลืออยู่อย่างเหนียวแน่นก็ตาม การฟื้นฟูสมรรถภาพสมองจึงถือได้ว่าเป็นจุดเริ่มต้นในการเยียวยาผู้ป่วยให้ครบ 4 องค์ประกอบ

การฟื้นฟูสมรรถภาพสมองเป็นกระบวนการที่มีการวางแผนและเป้าหมายที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังเกิดการเรียนรู้และพัฒนาตนเอง เพื่อป้องกันปัญหาที่อาจเกิดขึ้นในการดำเนินชีวิตประจำวัน และเพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยสามารถใช้สมองใหญ่ด้านการรู้คิด (cognitive function) เพื่อกระทำหน้าที่ต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันได้สมบูรณ์ขึ้น อันหมายถึงพัฒนาการที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ผู้วิจัยไม่พบว่ามีโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพสมองเฉพาะสำหรับผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ดังนั้นการศึกษาค้นคว้าเพื่อพัฒนาโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพสมองสำหรับผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังขึ้น โดยคาดหวังว่าโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นจะสามารถใช้เป็นส่วนสำคัญของกระบวนการพยาบาลเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพสมองผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังได้จริงและเกิดประโยชน์สูงสุด

## วัตถุประสงค์และวิธีการ

เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิดศึกษากลุ่มเดียว วัดก่อนและหลัง (one group pre-post test design) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่พักรักษาตัวในหอผู้ป่วยฟื้นฟู 6 จำนวน 10 คน ที่อ่านหนังสือออกและพูดได้ใจความ อากาทางจิตสงบ

เครื่องมือในการวิจัย ประกอบด้วย

1. โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง (Cognitive Recovery Program) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์หลักการฝึกความจำของ Atkinson & Shiffrin memory model<sup>12</sup> ในส่วนของ 1) การสังเกต 2) การจัดระเบียบ 3) การเชื่อมโยงเพื่อกระตุ้นศักยภาพ

### 1) ด้านการรับรู้ (orientation time, place)

- กิจกรรมที่ 1 : เวลา
- กิจกรรมที่ 2 : ภาพเล่าเรื่อง
- กิจกรรมที่ 3 : โรงพยาบาลของเรา

### 2) ด้านการจดจำ (registration) ตรงกับกิจกรรมข้อ 2,3

### 3) ด้านการระลึกได้ (recall)

- กิจกรรมที่ 4 : รูปทรงเรขาคณิต
- กิจกรรมที่ 5 : วัตถุและรูปทรง
- กิจกรรมที่ 6 : ตัวหนอน
- กิจกรรมที่ 7 : สนุกกับภาพ 1
- กิจกรรมที่ 8 : สนุกกับภาพ 2
- กิจกรรมที่ 9 : สนุกกับภาพ 3
- กิจกรรมที่ 10 : เกมลับอกข้าว
- กิจกรรมที่ 18 : เคลื่อนไหวตามจังหวะ 1
- กิจกรรมที่ 19 : เคลื่อนไหวตามจังหวะ 2
- กิจกรรมที่ 20 : เคลื่อนไหวตามจังหวะ 3

การรู้คิดของสมองใน 5 ด้าน ได้แก่ การรับรู้ (orientation) การจดจำ (registration) ความใส่ใจและการคำนวณ (attention และ calculation) ด้านภาษา (language) และการระลึกได้ (recall) กำหนดเป็นกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพสมองแต่ละด้าน และสรุปผลจากรายงานของเขาวงกตลักษณะ โอรสาณห์ และผู้วิจัยได้ศึกษาไว้ในปี พ.ศ. ๒๕๕๕<sup>11</sup> ได้กิจกรรมฉบับร่าง (ตารางที่ 3) แล้วนำกิจกรรมฉบับร่างไปให้ผู้เชี่ยวชาญซึ่งประกอบด้วยจิตแพทย์ นักจิตวิทยา พยาบาลจิตเวช จำนวน 3 ท่าน ลงความเห็นด้วย คะแนน 2 ใน 3 จึงนำมาใช้เป็นกิจกรรมจริงในโปรแกรมซึ่งประกอบด้วย 20 กิจกรรม ดังนี้

### 4) ด้านความใส่ใจและคำนวณ (attention and calculation)

- กิจกรรมที่ 11 : ไพ่ 9 แต้ม
- กิจกรรมที่ 12 : ไพ่ผสมสิบ
- กิจกรรมที่ 13 : Sudoku 1
- กิจกรรมที่ 14 : Sudoku 2
- กิจกรรมที่ 15 : จ่ายตลาด

### 5) ด้านภาษา (language)

- กิจกรรมที่ 16 : คำพังเพยสุภาษิต
- กิจกรรมที่ 17 : เล่าเรื่องจากภาพ

2. แบบประเมินสมรรถภาพสมองฉบับภาษาไทย (MMSE: Thai version)<sup>13</sup> ประกอบด้วย การประเมิน 1) orientation for time (5 คะแนน) 2) orientation for place (5 คะแนน) 3) registration (3 คะแนน) 4) attention/calculation (5 คะแนน) 5) recall (3 คะแนน) 6) naming (2 คะแนน) 7) repetition (1 คะแนน) 8) verbal command (3 คะแนน) 9) written command (1 คะแนน) 10) writing (1 คะแนน) 11) visuconstruction (1 คะแนน) โดยมีจุดตัดของคะแนนที่สงสัยภาวะสมองหรือความจำเสื่อม ดังนี้ (1) ผู้สูงอายุปกติที่ไม่ได้เรียนหนังสือ คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 14 คะแนน (ไม่ต้องทำข้อ 4,9,10) จากคะแนนเต็ม 23 คะแนน (2) ผู้สูงอายุปกติเรียนระดับประถมศึกษา คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 17 คะแนน จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน (3) ผู้สูงอายุปกติเรียนระดับสูงกว่าระดับประถมศึกษา คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 22 คะแนน จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน

3. แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Modified Barthel ADL Index) เฉพาะในส่วนของ basic activity of daily living ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 10 ข้อ ได้แก่ การรับประทานอาหาร (2 คะแนน) การล้างหน้าหรือผมแปรงฟัน (1 คะแนน) การลุกจากที่นั่ง/นอน (3 คะแนน) การใช้ห้องสุขา (2 คะแนน) การเคลื่อนย้ายภายในห้องหรือบ้าน (3 คะแนน) การสวมใส่เสื้อผ้า (2 คะแนน) การขึ้นลงบันได 1 ชั้น (2 คะแนน) การอาบน้ำ (1 คะแนน) การกั้นการถ่ายอุจจาระ (2 คะแนน) การกั้นการถ่ายปัสสาวะ (2 คะแนน) รวม 20 คะแนน

4. แบบประเมินคุณภาพชีวิต (QOL) ผู้ป่วยของโรงพยาบาลศรีธัญญา ประกอบด้วยตัวชี้วัด 5 ข้อ ได้แก่ 1) ความสามารถในการดูแลตนเอง (4 คะแนน) 2) ความสัมพันธ์กับผู้อื่น (4 คะแนน) 3) การทำงาน (4 คะแนน) 4) ความร่วมมือในการรับประทานยา (4 คะแนน) และ 5) อาการทางจิต (1 คะแนน) รวม 17 คะแนน โดย QOL ข้อ 1-4 นั้นเป็นการประเมินในภาพรวม ตามเกณฑ์วัดความสามารถ 4 ระดับของโรงพยาบาลศรีธัญญา อาการทางจิตส่งด้วยการประเมิน Brief Psychiatric Rating Scale ฉบับประยุกต์ของโรงพยาบาลศรีธัญญา โดยมีคะแนนต่ำกว่า 36

โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง ดำเนินการทุกวันจันทร์-ศุกร์ จำนวน 20 ครั้งๆ ละ 2 ชั่วโมง เป็นเวลา 4 สัปดาห์ ในเดือนพฤษภาคม ๒๕๕๕ และประเมินสมรรถภาพสมองผู้ป่วยด้วยแบบทดสอบ MMSE ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และคุณภาพชีวิต ก่อนและหลังเสร็จสิ้นโปรแกรม โดยพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วย วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ คะแนนเฉลี่ย เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยสมรรถภาพสมอง QOL, ADL ก่อนและหลังเข้ารับโปรแกรมด้วยค่าสถิติ Wilcoxon signed-rank test.

งานวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนจากโครงการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัยของโรงพยาบาลศรีธัญญา และได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนโรงพยาบาลศรีธัญญาเมื่อวันที่ ๑๗ เมษายน ๒๕๕๕

**ผล**

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน มีอายุเฉลี่ย 58.1 (SD=10.7) ระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 32.2 (SD=15.6) ความสามารถในการดูแลตนเอง ในระดับ 4 (6 ใน 10 คน) และการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา (5 ใน 10 คน) ดังตารางที่ 1

ก่อนเข้ารับโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพสมองผู้ป่วยทุกคนมีคะแนนสมรรถภาพสมองต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ แต่หลังเข้ารับโปรแกรมผู้ป่วยทุกคนมีคะแนนสมรรถภาพสมองเพิ่มขึ้น และในจำนวนนี้มีถึง 4 คน ที่คะแนนสมรรถภาพสมองอยู่ในระดับ

ปกติ ดังตารางที่ 2 ก่อนและหลังเข้ารับโปรแกรมฯ ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยสมรรถภาพสมองสูงสุดในด้านการรับรู้ ต่ำสุดด้านการระลึกได้ และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยสมรรถภาพสมองของผู้ป่วยโดยรวมและรายด้านพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ดังตารางที่ 3 ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต ด้านความล้มพันธ์ ด้านการทำงาน และโดยรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ แต่เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่าไม่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 4

**ตารางที่ 1** ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

	ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน
อายุ	39-50 ปี	2
	51-60 ปี	4
	61- 68 ปี	4
	ค่าเฉลี่ย =58.1 S.D.=10.7	
ระยะเวลาการเจ็บป่วย	12-20 ปี	4
	31-40 ปี	1
	41-48 ปี	5
	ค่าเฉลี่ย =32.2 S.D.=15.6	
ระดับการศึกษา	ไม่ได้เรียน	1
	ประถมศึกษา	4
	มัธยมศึกษา	5
ความสามารถในการดูแลตนเอง	ระดับ 1 (ดูตนเองไม่ได้ ผู้อื่นดูแลทั้งหมด)	-
	ระดับ 2 (ดูแลตนเองได้บ้าง)	1
	ระดับ 3 (ดูแลตนเองได้ แต่ต้องได้รับการชี้แนะ)	3
	ระดับ 4 (ดูแลตนเองได้ดี โดยไม่ต้องการความช่วยเหลือ)	6

**ตารางที่ 2** ระดับสมรรถภาพสมองของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังรายบุคคล ก่อนและหลังเข้ารับโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพสมองจำแนกตามจุดตัดคะแนนในแบบทดสอบ MMSE

ระดับการศึกษา (จุดตัดคะแนน)	คะแนนสมรรถภาพสมอง			
	ก่อน		หลัง	
	คะแนน	ระดับ	คะแนน	ระดับ
ไม่ได้เรียน ( $\leq 14$ คะแนน)				
ผู้ป่วยคนที่ 1	6	ต่ำกว่าเกณฑ์	11	ต่ำกว่าเกณฑ์
ประถมศึกษา ( $\leq 17$ คะแนน)				
ผู้ป่วยคนที่ 2	9	ต่ำกว่าเกณฑ์	19	ปกติ
ผู้ป่วยคนที่ 3	10	ต่ำกว่าเกณฑ์	22	ปกติ
ผู้ป่วยคนที่ 4	6	ต่ำกว่าเกณฑ์	12	ต่ำกว่าเกณฑ์
ผู้ป่วยคนที่ 5	8	ต่ำกว่าเกณฑ์	16	ต่ำกว่าเกณฑ์
มัธยมศึกษา ( $\leq 22$ คะแนน)				
ผู้ป่วยคนที่ 6	16	ต่ำกว่าเกณฑ์	22	ต่ำกว่าเกณฑ์
ผู้ป่วยคนที่ 7	10	ต่ำกว่าเกณฑ์	22	ต่ำกว่าเกณฑ์
ผู้ป่วยคนที่ 8	19	ต่ำกว่าเกณฑ์	26	ปกติ
ผู้ป่วยคนที่ 9	10	ต่ำกว่าเกณฑ์	22	ต่ำกว่าเกณฑ์
ผู้ป่วยคนที่ 10	22	ต่ำกว่าเกณฑ์	26	ปกติ

**ตารางที่ 3** เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยสมรรถภาพสมองรายด้านของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังก่อนและหลังเข้ารับโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง

ด้าน	คะแนนเต็ม	ก่อน		หลัง		p-value
		ค่าเฉลี่ย	SD	ค่าเฉลี่ย	SD	
การรับรู้	10	5.4	2.7	8.2	2.4	<.01
การจดจำ	3	1.3	0.5	2.5	0.7	<.01
ความใส่ใจและการคำนวณ	5	0.7	0.8	2.3	1.2	<.01
ภาษา	9	3.8	1.4	6.8	1.5	<.01
การระลึกได้	3	0.4	0.5	1.9	0.7	<.01
คะแนนรวม	30	11.5	5.6	19.6	5.7	<.01

**ตารางที่ 4** เปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการดูแลตนเอง คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังเข้ารับโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง

รายการ	คะแนนเต็ม	ก่อน		หลัง		p-value
		ค่าเฉลี่ย	SD	ค่าเฉลี่ย	SD	
ความสามารถในการดูแลตนเอง (ในกิจวัตรประจำวัน 10 อย่าง)	20	18.9	3.1	19.5	1.6	0.18
<b>คุณภาพชีวิต</b>	17	12.9	2.1	14.5	1.6	<.01
ด้านการดูแลตนเอง(ภาพรวม)	4	3.5	0.7	3.5	0.7	<.01
ด้านอาการทางจิต	1	1.0	0.0	1.0	0.0	<.01
ด้านความร่วมมือในการรับประทานยา	4	3.7	0.5	4.0	0.0	.08
ด้านความสัมพันธ์กับผู้อื่น	4	1.7	0.5	2.5	0.5	.01
ด้านการทำงาน	4	3.0	0.9	3.5	0.5	.02

**ตารางที่ 5** ตัวอย่างการวิเคราะห์กิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพสมองด้านการจดจำ (registration)

หัวข้อ	รูปทรงเรขาคณิต
หลักการ สังเกต	วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยรู้จักรูปทรงเรขาคณิต กิจกรรม 1. ให้ผู้ป่วยดูภาพแล้วให้บรรยายองค์ประกอบของภาพทั้งหมดที่เห็นและให้ชื่อรูปทรงเรขาคณิตให้ผู้ป่วยทราบ 2. ให้ผู้ป่วยดูรูปทรงเรขาคณิตแล้วเขียนสิ่งที่เห็นลงบนกระดาษให้เหมือนกับต้นแบบ
จัดระเบียบ	วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยสามารถจัดกลุ่มรูปทรงเรขาคณิต กิจกรรม ให้ผู้ป่วยนำวัสดุรูปทรงเรขาคณิตที่วางไว้ให้จัดเป็นกลุ่ม ตามรูปทรงที่เหมือนกัน
เชื่อมโยง	วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยสามารถเชื่อมโยงรูปทรงเรขาคณิตไปสู่วัตถุ/สิ่งของรอบๆ ตัวได้ หรือนำรูปทรงเรขาคณิตไปสู่กิจกรรมอื่นๆ ได้ กิจกรรม 1. ให้ผู้ป่วยจับคู่รูปทรงเรขาคณิต กับวัสดุ/สิ่งของที่จัดให้ แล้วบอกว่าทำไมสองสิ่งนั้นจึงต้องคู่กัน มีอะไรที่เหมือนกัน

หัวข้อ	รูปทรงเรขาคณิต
	2. การพับกระดาษเป็นรูปสัตว์ หรืออื่นๆ โดยใช้คำสั่งรูปทรงเรขาคณิต 3. การวาดรูประบายสี โดยเชื่อมโยงรูปทรงเรขาคณิตเป็นโจทย์ในการวาดรูปนำกิจกรรมที่วิเคราะห์ได้จากการเชื่อมโยงไปสร้างเป็นกิจกรรมในโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพสมองโดยกิจกรรมแต่ละครั้งต้องประกอบด้วยกิจกรรมการสังเกต การจัดระเบียบ และการเชื่อมโยงเสมอ

## วิจารณ์

กิจกรรมที่ออกแบบนั้นครอบคลุมมิติด้านการรู้คิด ความจำและการวางแผนตามที่ประเมินด้วย MMSE และต้องใช้เวลา 2 ชั่วโมง จึงจะเพียงพอให้ผู้ป่วยสามารถเรียนรู้และปฏิบัติได้ ซึ่งจากประสบการณ์ของผู้วิจัยในรายงานครั้งก่อนใช้เวลาเพียง 1 ชั่วโมงเท่านั้น<sup>11</sup> กิจกรรมครั้งนี้ เลือกให้ง่ายและสอดคล้องกับศักยภาพสำหรับผู้ป่วย อย่างไรก็ตามสิ่งที่พบว่าเป็นข้อจำกัดคือผู้ป่วยทำไม่ค่อยได้หรือมีคะแนนเพิ่มขึ้นน้อยคือ

การคำนวณตัวเลข ที่จัดกิจกรรมฝึกการนับจำนวนและการเรียงลำดับ เมื่อต้องบวกลบตัวเลข ผู้ป่วยใช้เวลามาก รวมทั้งคิดเงินที่เป็นเหรียญครบตั้งแต่ 1 บาท 2 บาท 5 บาท และ 10 บาท ยกเว้นกิจกรรมการเล่นไพ่ผู้ป่วยจะรู้สึกสนุกสนาน

การใช้เหตุผลและการเรียบเรียงเนื้อเรื่องในกิจกรรมคำพังเพยสุภาษิต การเล่าเรื่องจากภาพ เป็นเรื่องยากสำหรับผู้ป่วย เช่น คำพังเพยสุภาษิตที่ว่า “น้ำขึ้นให้รีบตัก” ผู้ป่วยไม่สามารถใช้ความคิดเชิงนามธรรมในการอธิบายได้ว่าน้ำขึ้นทำไมต้องรีบตักในส่วนของการเล่นเรื่องจากภาพ ผู้ป่วยไม่สามารถเขียนเรียงความเพื่อเล่าเรื่องจากภาพ หรือบรรยายภาพที่ให้ได้

การวาดรูปทรงเรขาคณิต ผู้ป่วยไม่คุ้นเคยกับจับดินสอวาดเป็นเส้นหรือรูปทรงต่างๆ ได้ ไม่สามารถวาดภาพทำเหลี่ยมซ้อนกันได้ ซึ่งเป็นข้อย่อยของ MMSE สอดคล้องกับการศึกษาครั้งก่อน<sup>11</sup> แต่เมื่อปรับกิจกรรมให้เป็นการระบายสีรูปทรงต่างๆ ที่ปรากฏในภาพ และให้อธิบายหรือบอกรูปทรงทั้งหมดที่ปรากฏในภาพ ผู้ป่วยจะทำได้ดี

ในภาพรวมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพสมองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น คะแนนในส่วนการรับรู้จะมีคะแนนเพิ่มสูงมากกว่ามิติอื่น และมีประสิทธิภาพพอที่จะทำให้สมรรถภาพสมองดีขึ้น โดยพบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมผู้ป่วยจะมีคะแนนสมรรถภาพสมองสูงกว่าก่อนเข้ารับโปรแกรม ซึ่งสอดคล้องกับผลงานวิจัยที่คล้ายคลึงกัน วิลาวัณย์ ไชยวงศ์<sup>14</sup> ที่ได้ศึกษาทดลองฝึกความจำในผู้สูงอายุ กลุ่มทดลองมีคะแนนความจำสูงกว่าก่อนได้รับการฝึกความจำ และ Villa D<sup>13</sup> ได้ศึกษาเกี่ยวกับผลของการฝึกทักษะความจำภายใต้เงื่อนไขที่กำหนดในผู้สูงอายุที่ปกติและมีความบกพร่องทางความจำ ในระยะเวลา 5 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า ทั้ง 2 กลุ่มมีคะแนนความจำจากการวัดดีขึ้น

หลังเข้าร่วมโปรแกรมผู้ป่วยจะมีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวม ด้านความสัมพันธ์กับผู้อื่น และ

ด้านการทำงาน สูงกว่าก่อนเข้ารับโปรแกรม นั่นคือหากสมรรถภาพสมองของผู้ป่วยดี จะส่งผลให้ผู้ป่วยเรียนรู้ที่จะสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่นได้ เข้าใจกระบวนการขั้นตอนของการทำงานที่ตนได้รับมอบหมายทำให้สามารถทำงานได้ดี สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Mc VSA<sup>8</sup> และ Tek C<sup>9</sup> ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีความบกพร่องด้านสมรรถภาพสมองจะมีระดับคุณภาพชีวิตและความสามารถในการทำงานต่ำกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่มีความบกพร่องด้านสมรรถภาพสมอง ส่วนผลการวิจัยที่พบมาก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันไม่แตกต่างกันนั้น อธิบายได้ว่าผู้ป่วยได้รับการฝึกฝนในเรื่องของการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมาโดยตลอดระยะเวลาที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลและคะแนนสูงเกือบเต็มการศึกษาครั้งนี้ ไม่ได้ประเมินในส่วนการใช้เครื่องมือหรือการทำภารกิจอื่นๆ ควรมีการพัฒนาเครื่องมือที่เหมาะสมในการประเมินกิจวัตรประจำวันสำหรับผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่เหมาะสมต่อไป

## สรุป

โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพสมองช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพสมองของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังได้ ผลการวิจัยพบว่าคะแนนสมรรถภาพสมองโดยรวมจะเพิ่มขึ้น และมีจำนวน 4 คนที่ขึ้นสู่ระดับปกติ ดังนั้นการฝึกซ้ำๆ ก็จะช่วยให้คะแนนสมรรถภาพสมองของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังก้าวขึ้นสู่ระดับปกติในที่สุดจากการเรียนรู้และพัฒนาตนเองในกิจกรรมต่างๆ ได้ตามระดับสมรรถภาพของสมองที่เพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตามก็พึงระลึกว่าความเรื้อรังของโรค การใช้ยาทางจิตเวชเป็นระยะเวลายาวนาน ประกอบกับอายุที่มาก

ขึ้น มีผลต่อความจำต่อการเรียนรู้ของผู้ป่วย ด้วยเหตุนี้การฟื้นฟูสมรรถภาพสมองของผู้ป่วยควรเป็นไปในลักษณะค่อยเป็นค่อยไป ผู้ฝึกจึงต้องมีความอดทนและเต็มใจที่จะทำหน้าที่นี้เป็นอย่างยิ่ง รูปแบบของกิจกรรมในการฟื้นฟูสมรรถภาพสมองควรมีการพัฒนาให้มีความหลากหลายมากกว่านี้ เพราะผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่ไม่อาจจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้ การฝึกแบบเดิมซ้ำๆ แม้จะช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพสมองให้กลับมาได้ แต่ในทางตรงกันข้ามอาจก่อให้เกิดความเบื่อหน่ายจนผู้ป่วยไม่ยอมเข้าร่วมกิจกรรม

## เอกสารอ้างอิง

1. Pearson GS. The client with thought disorder. In W. K. Mohr ed. Psychiatric mental health Nursing. 6<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 2006; p.619-658.
2. Lieberman JA. Evidence for sensitization in the early stage of schizophrenia. Eur Neuropsychopharmacology. 1999;6:155.
3. McGurk SR, Morriarty PJ, Harvey PD, Parrella M, White L, Davis KL; 2000. The longitudinal relationship of clinical symptom, cognitive functioning and adaptive life in geriatric schizophrenia. Schizophr Res 42:47-55.
4. Bellack AS, Gold JM, Buchanan RW. Cognitive rehabilitation for schizophrenia; Problem, prospects, and strategies. Schizophrenia Bull 1990;25:257-274.
5. Braff D, Heaton R, Kuck J, Cullum M, Moranville J, Grant I, Zisook S. The generalized pattern of neuropsychological deficits in outpatients with chronic schizophrenia with heterogeneous Wisconsin Card Scoring Test results. Arch of Gen Psychia 1991;48:891-898.
6. Harrison PJ. The neuropathology of schizophrenia. Brain 1999;122:593-624.
7. McKenna PJ, Tamlyn D, Lund CE, Mortimer AM, Hammond S, Baddeley AD. Amnesic syndrome in schizophrenia. Psychol Med 1990;20:967-72.

8. Mc VSA, Heinrichs RW. Schizophrenia and memory impairment: evidence for a neurocognitive subtype. *Psychiatry Res* 2002;113:93-105.
9. Tek C, Kirkpatrick B, Buchanan RW. A five-year followup study of deficit and nondeficit schizophrenia. *Schizoph Res* 2001;49:253-60.
10. Kitaroonchai R, Boonklai C. Brief report: The evaluation of skills training and quality of life in chronic schizophrenic patients attended living skills training in sheltered community for mental disability. *J Ment Health Thailand* 2549;2:124-33.
11. Orasanond Y, Wirakarat J. The memory training program for chronic schizophrenic patients. *J Srithanya Hospital* 2554;12:1-8.
12. Atkinson-Shiffrin memory model. Available from [http://psychology.wikia.com/wiki /Atkinson-Shiffrin\\_ memory\\_model](http://psychology.wikia.com/wiki/Atkinson-Shiffrin_memory_model) [10 March 2011]
13. The Board conducted a preliminary test of the brain condition Thai test performance. Primary brain Thai (MMSE-Thai 2002). Nonthaburi: Department of Medical Service; 2002.
14. Chaiwong V. Effectiveness of memory training in the elderly [Thesis]. Chiang Mai: Chiang Mai University; 2005.
15. Villa D. Evaluating the effectiveness of a memory skill training class for health and impaired older adults 2005. A valiable from <http://www.apa.org/monitor>. [7 jul 2006]