

การพัฒนาเครื่องมือประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของ ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

The development of functional ability assessment tool for chronic schizophrenia

ไพฑูรย์ สมุทรสินธุ์, พ.บ., จุฬารัตน์ วิระชะรัตน์, ค.ม.,
รสสุคนธ์ ชมชื่น, ศศ.ม., สมศรี กิตติพงษ์พิศาล, วท.ม.
Paitoon Samuthrsindh, M.D., Jularat Wirakarat, M.A.,
Rossukon Chomchuen, M.A., Somsri Kittipongpisarn, M.Sc.

โรงพยาบาลศรีธัญญา
Srithanya Hospital

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความเที่ยงและความตรงของแบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของ
ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

วัสดุและวิธีการ พัฒนาเครื่องมือประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง โดย
การสัมภาษณ์ญาติ สนทนากลุ่มทีมสหวิชาชีพ และทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ตรวจสอบคุณภาพ
ของแบบประเมินด้วยการหาค่าความตรงเชิงเนื้อหา โดยความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ 8 คน (ไม่น้อยกว่า
ร้อยละ 80) และความเที่ยงในการวัดซ้ำ ในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเภทรวม 162 คน ด้วย test-retest, inter rater
ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค และ intraclass correlation coefficient (ICC) ค่าอำนาจจำแนก ด้วย
วิธี known-group technique เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังและ
ไม่เรื้อรังด้วย unpaired t-test

ผล แบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง เป็นแบบสังเกตพฤติกรรม
แบ่ง 4 ระดับ ใน 3 ด้าน คือ การดูแลตนเอง 7 ข้อ การทำหน้าที่ทางสังคม 2 ข้อ การทำงาน 7 ข้อ การ
รับรู้ต่อการเจ็บป่วย เป็นแบบสัมภาษณ์ 10 ข้อ ความตรงด้านเนื้อหา มีน้ำหนักคะแนนรายข้อและรายด้านอยู่
ระหว่าง 5-7 คะแนน และผู้ทรงคุณวุฒิเห็นด้วยกับเนื้อหามากกว่าร้อยละ 80 ความเที่ยงในการวัดมีค่า ICC
ระหว่าง 0.92-0.98 ความตรงในการวัดซ้ำระยะเวลาห่างกัน 1 สัปดาห์ มีความสอดคล้องในระดับดีมากทุกด้าน
และเมื่อประเมินผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง และไม่เรื้อรัง พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทำหน้าที่ทุกด้าน
แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

สรุป แบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังสามารถใช้ประเมินความ
สามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังได้ ควรใช้วัดผลในการให้บริการแก่ผู้ป่วยต่อไป

คำสำคัญ: ความสามารถในการทำหน้าที่ แบบประเมิน ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง
ติดต่อผู้พิมพ์ e-mail: drpaitoons@hotmail.com

Abstract

Objective: To evaluate the reliability and validity of the functional ability assessment (FAA) for patients with chronic schizophrenia.

Materials and methods: Conceptual frame was gathered by interviewing groups of relatives, focus group discussion among multidisciplinary psychiatric teams and related research. Psychometric properties were assessed included index of item objective congruence (IOC), content validity, inter-rater reliability, test retest reliability. FAA was tried in 162 patients with chronic schizophrenia inpatient of Srithanya Hospital. Data was analyzed with statistics of Intraclass correlation and t-test.

Results: FAA for patients with chronic schizophrenia, comprised of 2 components which were 1) three areas of behavior observe check lists: 7 items of self-care, 2 items of social function and 7 items of working competency and 2) ten items interview questions about illness perception. IOC for each item and each area ranged between 0.5-0.7 and total was 0.8. Inter rater reliability ranged between 0.92- 0.98, one week test-retest reliability was excellent in every item and area. After FAA trial assessment, the mean score in each area of patients with and without chronic schizophrenia was significantly different.

Conclusion: FAA can be used to assess the ability of patients with chronic schizophrenia and recommended to further services system.

Key words: assessment, chronic schizophrenia, functional ability
corresponding author e-mail: drpaitoons@hotmail.com

บทนำ

โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรัง ส่วนใหญ่มีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ ผู้ป่วยร้อยละ 50-70 จะมีอาการป่วยซ้ำได้อีกหลังจากการรักษาภายใน 1 ปี¹ มีอาการหลงเหลือและมีลักษณะเรื้อรัง รวมทั้งมีความเสื่อมในทักษะความสามารถในการดูแลตนเองเกือบทุกด้าน² ถ้าป่วยซ้ำบ่อยๆ มีโอกาสที่จะมีพยาโรศภาพที่ถาวรมากขึ้น³ ระยะเวลาของการดำเนินโรค ที่ยาวนานทำให้เกิดความเสื่อมถอยด้านบุคลิกภาพ และการทำหน้าที่ต่างๆ ของร่างกาย

ลดลงเรื่อยๆ⁴ การรักษาผู้ป่วยจิตเภทจึงจำเป็นต้องทำควบคู่ไปกับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย ซึ่งการฟื้นฟูสมรรถภาพนั้นมีเป้าหมาย 2 ประการ คือ การป้องกัน (prevention) มิให้เกิดภาวะเสื่อมถอยหรือการไร้ความสามารถมากขึ้นกว่าเดิม และการปรับคืนสู่สภาพเดิม (restoration) เป็นการเสริมสร้างความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยให้กลับคืนสู่สภาพเดิมก่อนป่วยมากที่สุด^{5, 6} ในการฟื้นฟูสมรรถภาพจำเป็นต้องมีการประเมินความสามารถของผู้ป่วย จะทำให้ทราบว่าผู้ป่วยบกพร่องทักษะใด จากนั้นวางแผนในการฝึก

ทักษะและฝึกร่างกายต่อเนื่องจนเกิดการเรียนรู้และได้มาซึ่งทักษะที่ต้องการ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีการคิดค้นเครื่องมือประเมินความสามารถในการทำหน้าที่หลายชนิด ส่วนใหญ่ใช้ประเมินทักษะที่จำเป็นในการดำรงชีวิตประจำวันโดยไม่ต้องพึ่งผู้อื่น เช่น Barthel Activity of Daily Living (ADL)⁷ Katz Index of Independence in Activity of daily living⁸ Instrument Activities of daily living (IADL)⁹ ใช้ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีเกณฑ์การประเมินและการให้คะแนนที่แตกต่างกันในแต่ละกิจกรรม ตั้งแต่ไม่สามารถปฏิบัติได้ถึงสามารถปฏิบัติได้เอง ส่วนการประเมินการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในประเทศไทย กรมสุขภาพจิตได้พัฒนาแบบประเมินทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทฉบับสั้น 5 ข้อ ให้ผู้ป่วยประเมินตนเอง คะแนน 1-3 คะแนนที่เป็นไปได้สูงสุด 15 คะแนน ต่ำสุด 5 คะแนน¹⁰ แบบวัด Personal and Social Performance ฉบับภาษาไทย เป็นแบบประเมินที่มีค่านิยามและเกณฑ์การตัดสินระดับความผิดปกติที่แตกต่างกันอยู่ 2 ชุด ซึ่งต้องให้แพทย์เป็นผู้ประเมินเท่านั้น¹¹ ส่วนการประเมินความสามารถในการทำงานหรือการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ที่นำมาใช้กันอย่างแพร่หลาย ได้แก่ แบบประเมิน The Comprehensive Occupational Therapy Evaluation (COTE Scales) แปลโดย เทียม ศรีคำจักร, พรเพ็ญ ศิริสัตยวงค์ และวารินทร์ เมธาภักดิ์ ในปี พ.ศ.๒๕๔๔ ประกอบด้วยการประเมินความบกพร่องทางความสามารถในการประกอบกิจกรรมโดยการสังเกตพฤติกรรมใน 3 องค์ประกอบ คือ ด้านพฤติกรรมทั่วไป ด้านพฤติกรรมความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และด้านพฤติกรรมทำงาน ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนน 5 ระดับ

คือ คะแนน 0 ถ้าปกติ หรือไม่พบความบกพร่อง (normal) 1 มีความบกพร่องเล็กน้อย (minimal) 2 มีความบกพร่องระดับปานกลาง (mild) 3 มีความบกพร่องในระดับมาก (moderate) และ 4 ถ้ามีความบกพร่องในระดับรุนแรง (severe)¹² จะเห็นได้ว่าเครื่องมือมีความละเอียดมากและยากต่อการประเมิน

การประเมินการรับรู้การเจ็บป่วย มีการนำแบบประเมินการรับรู้อาการทางจิต insight rating scale¹³ มาใช้ประเมินผู้ป่วยก่อนและหลังเข้ารับการรักษาด้วยโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบ SARA Model ในโรงพยาบาลศรีธัญญา เป็นแบบประเมินทั้งหมด 7 ข้อ และเพิ่มเติม 1 ข้อ มีคะแนนสูงสุด 14 คะแนน โดยวัดองค์ประกอบ 3 ด้าน คือ การให้ความร่วมมือในการรักษา มีข้อคำถามกว้าง ไม่ชัดเจน ด้านการตระหนักรู้ถึงความเจ็บป่วย มีข้อคำถามค่อนข้างยาก และเป็นข้อคำถามที่ประเมินการเจ็บป่วยทางจิตของผู้ป่วยเท่านั้น ซึ่งควรจะครอบคลุมไปถึงความรู้เกี่ยวกับโรคจิตด้วย ดังนั้นผู้วิจัยจึงทำการพัฒนาแบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังเพื่อเป็นเครื่องมือฉบับเดียวที่บูรณาการการประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยไว้ 4 ด้าน คือ การดูแลตนเอง (self-care) การทำหน้าที่ทางสังคม (social function) ความสามารถในการทำงาน (work ability) และการรับรู้การเจ็บป่วย (insight to illness) โดยเชื่อว่าความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภททั้ง 4 ด้านเพียงพอต่อผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังในการดำเนินชีวิตประจำวันอย่างปกติสุขโดยมุ่งหวังผลการประเมินจะนำไปสู่การวางแผนและให้บริการที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย โดยเริ่มต้นที่ปัญหาที่พบในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง การศึกษาครั้งนี้มี

วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความเที่ยงและความตรงของแบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

วัสดุและวิธีการ

การวิจัยพัฒนา และทดลองดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม ๒๕๕๖ - พฤศจิกายน ๒๕๕๗ ณ โรงพยาบาลศรีธัญญา โดยมีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 สร้างแบบประเมินและคู่มือการประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง โดยทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สัมภาษณ์เชิงลึกกับญาติผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังจำนวน 20 คน สันทนาการกลุ่มในทีมสหวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในงานบำบัดระยะยาว 9 คน ได้แก่ จิตแพทย์ นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ และพยาบาลวิชาชีพ ได้กรอบแนวคิดในการสร้างแบบประเมินและคู่มือประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ การดูแลตนเอง (self-care) การทำหน้าที่ทางสังคม (social function) ความสามารถในการทำงาน (work ability) เป็น rating scale 4 ระดับ และการรับรู้การเจ็บป่วย (insight to illness) เป็นแบบสัมภาษณ์ กำหนดการยอมรับได้ในข้อที่ผู้ทรงคุณวุฒิเห็นด้วยมากกว่าร้อยละ 80 ซึ่งจะไม่กล่าวละเอียดในที่นี้

ขั้นตอนที่ 2 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยประเมินความตรงเชิงเนื้อหา และความเที่ยงในการวัดซ้ำ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity)

โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ มีคุณสมบัติคือ เป็นบุคลากรในวิชาชีพทางจิตเวช มีประสบการณ์ในการ

ให้บริการผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังมากกว่า 10 ปี และมีผลงานทางวิชาการที่บ่งชี้ถึงความเชี่ยวชาญทางการให้บริการผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังอย่างน้อย 3 เรื่อง จำนวน 8 คน ประกอบด้วยจิตแพทย์ 2 คน นักจิตวิทยา 2 คน นักสังคมสงเคราะห์ 2 คน และพยาบาลจิตเวช 2 คน ทำการตรวจสอบข้อความในแบบประเมินฯ และคู่มือการประเมินฯ รวมทั้งการให้นำหน้าหาคะแนนรายชื่อและรายด้านของเครื่องมือ (คะแนนเต็ม 7) ดำเนินการ 1 ครั้ง จากนั้นนำผลการตรวจสอบของผู้ทรงคุณวุฒิแต่ละท่านมาวิเคราะห์ เลือกเนื้อหาที่ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นด้วยมากกว่าร้อยละ 80 เก็บเป็นข้อความที่จะบรรจุในแบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ฉบับจริง นำแบบสอบถามที่ผ่านความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ ก่อนนำไปใช้เก็บข้อมูล

การตรวจสอบความเที่ยงและความตรงในการวัด

กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลจิตเวชที่ทำหน้าที่ผู้ช่วยวิจัยจำนวน 2 คน ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังทั้งหมดที่พักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยในหอผู้ป่วย 6 หลัง ในงานบำบัดระยะยาว โรงพยาบาลศรีธัญญา จำนวนทั้งสิ้น 102 คน และผู้ป่วยจิตเภทไม่เรื้อรัง ที่พักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน ณ หอผู้ป่วยหญิง 1 หลัง หอผู้ป่วยชาย 2 หลัง ในแผนกผู้ป่วยหญิงและชาย จำนวน 60 คน (หอผู้ป่วยละ 20 คน) โดยมีคุณสมบัติ คือวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคจิตเภทโดยไม่มีภาวะโรคร่วมทางจิตอื่นๆ หรือพิการ ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังต้องได้รับการรักษาเป็นผู้ป่วยในเป็นระยะเวลา 2 ปีขึ้นไป อายุไม่เกิน 70 ปี ผู้ป่วยจิตเภทไม่เรื้อรังต้องได้รับการรักษาเป็นผู้ป่วยในเป็นระยะเวลาไม่เกิน 2 เดือน มีอาการทางจิตสงบ โดยพิจารณาจากค่าคะแนน

อาการทางจิต จากแบบประเมิน BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale) ไม่เกิน 36 คะแนน พูดและฟังภาษาไทยได้

ดำเนินการฝึกพยาบาลจิตเวชที่ทำหน้าที่ ผู้ช่วยวิจัยจำนวน 2 คน ในการประเมินโดยใช้เครื่องมือ ประเมินที่พัฒนาขึ้น กับผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง 3 คน ใช้เวลาในการฝึก 8 ชั่วโมง และทดสอบคุณภาพ ของเครื่องมือโดยหาค่าความสอดคล้องระหว่างผู้ ประเมิน (inter-rater reliability) ระหว่างผู้เชี่ยวชาญ และผู้ช่วยวิจัย ประเมินผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง 102 คน 15-20 คนต่อวันใช้เวลา 5 วัน การวัดซ้ำ (test-retest reliability) โดยผู้เชี่ยวชาญประเมินผู้ป่วย 102 คน ระยะเวลาห่างกัน 1 สัปดาห์ วิเคราะห์ด้วยค่า intraclass correlation coefficient กำหนดค่า ICC มีค่าตั้งแต่ 0.60 ขึ้นไป และทดสอบความตรงโดยหาค่าอำนาจ จำแนก (discriminating power) ด้วยวิธี known-group technique เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถ ในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังและไม่เรื้อรัง ด้วย unpaired t-test

โครงการวิจัยได้รับการรับรองจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนโรงพยาบาล ศรีธัญญา วันที่ ๑๕ สิงหาคม ๒๕๕๖ รหัสโครงการ Q๑๔/๒๕๕๖

ผล

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างแบบประเมิน

จากการสัมภาษณ์ญาติ และสนทนากลุ่มทีมสหวิชาชีพ ร่วมกับการทบทวนเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปกรอบแนวคิดในการ สร้างแบบประเมินและคู่มือประเมินความสามารถ ในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ประกอบด้วย

4 ด้าน โดย 3 ด้านแรกเป็นแบบสังเกตพฤติกรรม คือ

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 ด้านละ 1 ข้อ จำนวน 7 ข้อ

การทำหน้าที่ทางสังคม (social function) ประกอบด้วยพฤติกรรมสำคัญ 2 ด้าน ได้แก่ การติดต่อสื่อสาร (communication) และการสร้างสัมพันธ์ภาพ (relationship) ด้านละ 1 ข้อ จำนวน 2 ข้อ

ความสามารถในการทำงาน (work ability) ประกอบด้วย พฤติกรรมการทำงาน 7 ด้าน คือ การเริ่มต้นทำงาน (engagement) สมาธิหรือความตั้งใจในการทำงาน (attention) ปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนขณะทำงานร่วมกัน (interaction) ความเป็นอิสระในการทำงาน (independence) การทำงานตามขั้นตอน (follow direction) ความละเอียดเรียบร้อยในการทำงาน (activity neatness) และความรับผิดชอบ (responsibility) ด้านละ 1 ข้อ จำนวน 7 ข้อ โดยแบ่งการประเมินเป็น 4 ระดับ ระดับ 1 เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ ได้เลย ระดับ 2 เมื่อผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ตรงกับที่ระบุไว้ครบทุกข้อ ระดับ 3 เมื่อผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ตรงกับที่ระบุไว้ครบทุกข้อ ระดับ 4 เมื่อผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ตรงกับที่ระบุไว้ครบทุกข้อ หากไม่ครบแม้เพียงข้อเดียว ระดับพฤติกรรมของผู้ป่วยก็จะตกไปอยู่ในระดับต่ำกว่า

ด้านการรับรู้ต่อการเจ็บป่วย เป็นแบบ
 ลัมภาษณ์ มี 3 ด้าน คือ ด้านการยอมรับการเจ็บป่วย
 ทางจิต (3 ข้อ) ความรู้เกี่ยวกับโรคจิต (4 ข้อ) และ
 ความร่วมมือในการรักษา (4 ข้อ) รวม 10 ข้อ ถ้า

ผู้ป่วยตอบได้ ให้ 1 คะแนน ตอบไม่ได้ให้ 0 คะแนน
 กำหนดเกณฑ์การจัดระดับการรับรู้ต่อการเจ็บป่วยไว้
 ดังนี้

ตารางที่ 1 เกณฑ์ในจัดระดับการรับรู้ต่อการเจ็บป่วย

ระดับ	การยอมรับการเจ็บป่วยทางจิต	ความรู้โรคจิตเภท	ความร่วมมือในการรักษา
1	ตอบไม่ได้	ตอบไม่ได้	ตอบไม่ได้
2	ตอบได้ 1 ข้อ	ตอบได้ 1 ข้อ	ตอบได้ 1 ข้อ
3	ตอบได้ 2 ข้อ	ตอบได้ 2-3 ข้อ	ตอบได้ 2 ข้อ
4	ตอบได้ 3 ข้อ	ตอบได้ 4 ข้อ	ตอบได้ 3 ข้อ

**ตอนที่ 2 คุณภาพของแบบประเมินและ
 คู่มือการประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของ
 ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง**

ความตรงตามเนื้อหา ผู้ทรงคุณวุฒิ 8 คน
 เห็นด้วยทุกด้านร้อยละ 100 ส่วนรายข้อเห็นด้วย
 ร้อยละ 100 ทุกข้อในแบบประเมินด้านการดูแล
 ตนเอง การทำหน้าที่ทางสังคม การรับรู้ต่อการเจ็บป่วย
 และด้านการทำงาน เฉพาะข้อการเริ่มต้นทำงาน
 ความตั้งใจ และความรับผิดชอบ เห็นด้วยร้อยละ
 87.5 ในข้อการปฏิสัมพันธ์กับเพื่อน ความเป็นอิสระ
 ในการทำงาน ทำงานตามขั้นตอน และความ
 เรียบร้อยในการทำงาน

เมื่อคำนวณคะแนนรายข้อจะได้คะแนน
 รายข้อตามน้ำหนักคะแนนที่กำหนด โดยมีคะแนน
 เต็มแต่ละด้าน คือ ด้านการดูแลตนเอง 28 คะแนน
 การทำหน้าที่ทางสังคม 28 คะแนน การทำงาน 24 คะแนน
 การรับรู้ต่อการเจ็บป่วย 24 คะแนน และการ
 ทำหน้าที่โดยรวม 104 คะแนน และจัดระดับความ
 สามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยแต่ละด้านคำนวณ

จากอันตรภาคชั้น มีค่าอันตรภาคชั้นด้านการดูแล
 ตนเองและการทำหน้าที่ทางสังคม 6.8 การทำงาน
 และการรับรู้ต่อการเจ็บป่วย 5.8 นำมากำหนดเกณฑ์
 การจัดระดับความสามารถในการทำหน้าที่แต่ละด้าน
 โดยระดับ 1 ด้านการดูแลตนเอง/ด้านการทำหน้าที่
 ทางสังคม ด้านการทำงาน/ด้านการรับรู้ต่อการเจ็บป่วย
 และความสามารถในการทำหน้าที่ผู้ป่วยโดยรวม
 มีคะแนน 0-7.8, 0-6.8 และ 0-26.8 ตามลำดับ
 ระดับ 2 ด้านการดูแลตนเอง/ด้านการทำหน้าที่ทาง
 สังคม ด้านการทำงาน/ด้านการรับรู้ต่อการเจ็บป่วย
 และความสามารถในการทำหน้าที่ผู้ป่วยโดยรวม
 มีคะแนน >7.8-14.5, >6.8-12.5 และ >26.8-52.5
 ตามลำดับ ระดับ 3 ด้านการดูแลตนเอง/ด้านการ
 ทำหน้าที่ทางสังคม ด้านการทำงาน/ด้านการรับรู้
 ต่อการเจ็บป่วย และความสามารถในการทำหน้าที่
 ผู้ป่วยโดยรวม มีคะแนน >14.5-21.3, >12.5-18.3 และ
 >52.5-78.3 ตามลำดับ ระดับ 4 ด้านการดูแลตนเอง/
 ด้านการทำหน้าที่ทางสังคม ด้านการทำงาน/ด้านการ
 รับรู้ต่อการเจ็บป่วย และความสามารถในการ

ทำหน้าที่ผู้ป่วยโดยรวม มีคะแนน >21.3-28, >18.3-24 และ >78.3-104 ตามลำดับ

จากนั้นนำผลการตรวจสอบของผู้ทรงคุณวุฒิแต่ละคนมาวิเคราะห์ พบว่าผู้ทรงคุณวุฒิเห็นด้วยกับเนื้อหาที่ระบุไว้ในแบบประเมินมากกว่าร้อยละ 80 ขึ้นไป และให้นำหน้าห้คะแนนรายชื่อและรายด้านอยู่ระหว่าง 5-7 คะแนน จึงเลือกเนื้อหาทั้งหมดบรรจุในแบบประเมิน

การตรวจสอบความเที่ยงและความตรงในการวัด

กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังจำนวน 102 คน เป็นเพศชายร้อยละ 61.8 เพศหญิงร้อยละ 38.2 มีอายุอยู่ระหว่าง 41-50 ปี ร้อยละ 35.3 รองลงมาคืออายุอยู่ระหว่าง 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 รองลงมาคืออายุน้อยกว่า - 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

การทดสอบความเที่ยงระหว่างผู้เชี่ยวชาญ 1 คน กับผู้ช่วยวิจัย 2 คน ในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง 102 คน พบว่า มีค่า ICC อยู่ในระดับดีมากทุกด้าน โดยการรับรู้ต่อการเจ็บป่วย มีค่า ICC มากที่สุดคือ 0.98 รองลงมาคือ ความสามารถในการทำงาน ความสามารถในการดูแลตนเองโดยรวม (ขั้นพื้นฐานและขั้นก้าวหน้า) และการทำหน้าที่ทางสังคม โดยมีค่า ICC เท่ากับ 0.97 0.95 (0.96, 0.95), และ 0.92 ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

การทดสอบความเที่ยงโดยการประเมินซ้ำระยะเวลาห่างกัน 1 สัปดาห์ พบว่ามีค่า ICC อยู่ในระดับดีมากทุกด้าน โดย การทำหน้าที่ทางสังคม ความสามารถในการทำงาน และการรับรู้ต่อการเจ็บป่วย มีค่า ICC มากที่สุด คือ 1.00 ความสามารถในการดูแลตนเองโดยรวม (ขั้นพื้นฐานและขั้นก้าวหน้า) โดยมีค่า ICC เท่ากับ 0.99 (0.99, 1.00) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการทดสอบความเที่ยงตรงในการวัด ระหว่างผู้เชี่ยวชาญ และผู้ช่วยวิจัย ในผู้ป่วย 102 คน

การทำหน้าที่ทางสังคม	ICC (95%CI)	
	inter-rater	test-retest
ความสามารถในการดูแลตนเอง	0.95 (0.93, 0.96)	0.99 (0.99, 1.00)
ขั้นพื้นฐาน (5 ข้อ)	0.96 (0.95, 0.97)	0.99 (0.99, 0.99)
ขั้นก้าวหน้า (2 ข้อ)	0.95 (0.93, 0.96)	1.00
การทำหน้าที่ทางสังคม (2 ข้อ)	0.92 (0.90, 0.95)	1.00
การทำงาน (7 ข้อ)	0.97 (0.96, 0.98)	1.00
การรับรู้ต่อการเจ็บป่วย (3 ข้อ)	0.98 (0.98, 0.99)	1.00

การทดสอบความตรงโดยการหาค่าอำนาจจำแนก

การประเมินผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังและไม่เรื้อรังด้วยวิธี known-group technique โดยพยาบาลวิชาชีพ 2 คน นำแบบประเมินฯไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทไม่เรื้อรัง 60 คน และสุ่มอย่างง่ายจากผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่ทำการประเมินไปแล้ว 60 คน พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยรายข้อทุกข้อ และรายด้านทุก

ด้านแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ โดยผู้ป่วยจิตเภทไม่เรื้อรัง มีคะแนนเฉลี่ย การดูแลตนเองขั้นพื้นฐาน การดูแลตนเองขั้นก้าวหน้า การทำหน้าที่ทางสังคม ความสามารถในการทำงาน และการรับรู้การเจ็บป่วย สูงกว่าผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ซึ่งหมายความว่าแบบประเมินฉบับนี้ สามารถใช้จำแนกความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังและไม่เรื้อรังได้ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังและไม่เรื้อรัง

	ค่าเฉลี่ย (SD)		ค่าเฉลี่ยของ ความแตกต่าง (95% CI)	p
	ผู้ป่วยจิตเภท ไม่เรื้อรัง	ผู้ป่วยจิตเภท เรื้อรัง		
	(n = 60)	(n = 60)		
ความสามารถในการดูแลตนเอง	22.3 (1.7)	18.8 (5.4)	3.4 (1.3, 5.5)	<.01
การทำหน้าที่ทางสังคม	6.3 (0.7)	5.0 (1.5)	1.3 (0.7, 1.9)	<.01
ความสามารถในการทำงาน	20.5 (4.3)	16.4 (7.0)	4.1 (1.0, 7.1)	<.01
การรับรู้การเจ็บป่วย	10.2 (2.3)	8.6 (2.5)	2.5 (0.1, 3.7)	<.01

การจำแนกผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังตามระดับความสามารถในการทำหน้าที่

ในการประเมินผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังจำนวน 102 คน มีความสามารถในการทำหน้าที่โดยรวมอยู่ในระดับ 4 ร้อยละ 53.9 รองลงมาในระดับ 3 ร้อยละ 37.3 ส่วนความสามารถรายด้านพบว่า ด้านการดูแล

ตนเอง และด้านการทำหน้าที่ทางสังคม ส่วนใหญ่มีความสามารถในระดับ 4 ร้อยละ 55.8 และ 48.0 ตามลำดับ ด้านการทำงาน และด้านการรับรู้ต่อการเจ็บป่วย ส่วนใหญ่มีความสามารถในระดับ 4 ร้อยละ 54.9 และ 52.0 ตามลำดับ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังจำแนกตามระดับความสามารถในการทำหน้าที่

ระดับความสามารถในการทำหน้าที่	จำนวน (ร้อยละ) (n=102)			
	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4
ด้านการดูแลตนเอง	-	2 (2.0)	57 (55.8)	43 (42.2)
ด้านการทำหน้าที่ทางสังคม	1 (1.0)	31 (30.4)	49 (48.0)	21 (20.6)
ด้านการทำงาน	-	4 (3.9)	42 (41.8)	56 (54.9)
ด้านการรับรู้ต่อการเจ็บป่วย	1 (1.0)	29 (28.4)	19 (18.6)	53 (52.0)
ความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท	-	9 (8.8)	38 (37.3)	55 (53.9)

วิจารณ์

การพัฒนาแบบประเมินและคู่มือประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังประกอบด้วย 4 ด้าน คือ การดูแลตนเอง (การรับประทานอาหาร การนอน การขับถ่าย การรักษาความสะอาดร่างกาย การออกกำลังกาย การเดินทาง และการจัดการทางการเงิน) การทำหน้าที่ทางสังคม (การติดต่อสื่อสาร และการสร้างสัมพันธภาพ) ความสามารถในการทำงาน (การเริ่มต้นทำงาน สมมติหรือความตั้งใจในการทำงาน ปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนขณะทำงานร่วมกัน ความเป็นอิสระในการทำงาน การทำงานตามขั้นตอน ความละเอียดเรียบร้อยในการทำงาน และความรับผิดชอบ) และการรับรู้การเจ็บป่วย (การยอมรับการเจ็บป่วย ความรู้โรคจิต และความร่วมมือในการรักษา) ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ทั้ง 4 ด้านเป็นความสามารถในการดูแลตนเองที่จำเป็นระดับพื้นฐานในการมีชีวิตอยู่ของคนโดยทั่วไป จึงควรเสริมสร้างลักษณะดังกล่าวให้ผู้ป่วยเพื่อให้สามารถทำหน้าที่พื้นฐานในชีวิตประจำวันได้และมีการจัดระดับตามความสามารถในการปฏิบัติของผู้ป่วย^{5,14}

ความตรงตามเนื้อหา ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 8 ท่าน ร้อยละ 100 เห็นด้วยกับแบบประเมินทุกด้าน ส่วนรายข้อ ผู้ทรงคุณวุฒิ 8 คน เห็นด้วย ร้อยละ 100 ในข้อความทุกข้อของแบบประเมินด้านการดูแลตนเอง การทำหน้าที่ทางสังคม การรับรู้ต่อการเจ็บป่วย และด้านการทำงาน เฉพาะข้อ การเริ่มต้นทำงาน ความตั้งใจ และความรับผิดชอบ ส่วนข้อ ปฏิสัมพันธ์ระหว่างทำงาน ความเป็นอิสระในการทำงาน ทำงานตามขั้นตอน และความเรียบร้อยในการทำงาน และเห็นด้วยร้อยละ 87.5 อาจเป็นเพราะผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังส่วนใหญ่มีอาการทางลบอยู่แล้ว ความกระตือรือร้นในเรื่องต่างๆ ย่อมน้อยตามไปด้วย¹⁵ ดังนั้นการที่ผู้ป่วยมีสมมติ มีความตั้งใจ และรับผิดชอบในการเข้าร่วมกิจกรรมเป็นเรื่องที่ดี ถึงแม้ระหว่างการทำงานจะมีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงานน้อย ไม่สามารถทำงานได้อย่างอิสระ ต้องรอคอยคำสั่งจากผู้ฝึก ทำงานข้ามขั้นตอน ทำไม่ได้ทุกขั้นตอนของกิจกรรม หรือทำงานไม่เรียบร้อยก็ตาม ซึ่งในข้อดังกล่าวยังมีความสำคัญในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูต่อไป^{5, 6} จึงยังคงข้อความทุกข้อความไว้ในแบบประเมิน

การทดสอบความเที่ยงระหว่างผู้เชี่ยวชาญและผู้ช่วยวิจัย พบว่า มีความเชื่อมั่นในระดับสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนดทุกข้อ เนื่องจากผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ ที่มีประสบการณ์ในการให้บริการผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังมากกว่า 10 ปี และเคยใช้แบบประเมินในการฝึกทักษะ 6 ด้านมาก่อน ทำให้มีความรู้และความเข้าใจในการใช้เครื่องมือบ้างแล้ว ทำให้มีความเข้าใจในแบบประเมินได้อย่างรวดเร็ว ตรงกัน ผู้ประเมินสามารถเชื่อมโยงข้อคำถามที่ประเมินกับพฤติกรรมของผู้ป่วยได้ถูกต้อง เนื่องจากเป็นกิจกรรมการดำเนินชีวิตทั่วไปในชีวิตประจำวัน เป็นสิ่งที่คนทั่วไปคุ้นเคยจึงช่วยให้ผู้ประเมินสามารถทำความเข้าใจวิธีการใช้ได้ง่าย¹⁷ ร่วมกับแบบประเมินมีเกณฑ์การประเมินที่ชัดเจน จึงเป็นผลให้ผู้ประเมินตัดสินใจง่ายในการให้คะแนน ทำให้ค่าความสอดคล้องกันสูง¹⁶

การประเมินซ้ำ (test-retest) มีระยะเวลาห่างกัน 1 สัปดาห์ พบว่ามีความเชื่อมั่นในระดับสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด ทุกข้อ และทุกด้าน อาจเพราะเป็นการประเมินโดยผู้เชี่ยวชาญคนเดิม มีวิธีการตัดสินใจในการประเมินที่แม่นยำตามความเชี่ยวชาญที่มีอยู่ และระยะเวลาที่ห่างกัน 1 สัปดาห์ ย่อมไม่ทำให้การอาการหรือพฤติกรรมต่างๆ ในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังเปลี่ยนแปลงไป ตามลักษณะธรรมชาติของโรคในระยะเรื้อรังที่จะมีการดำเนินของโรคอย่างช้าๆ หรือคงที่⁵

การประเมินผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังและไม่เรื้อรังด้วยวิธี known-group technique พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยรายข้อทุกข้อ และรายด้านทุกด้าน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งแสดงว่าข้อความในแบบประเมินที่พัฒนาขึ้น มีคุณภาพสูงในการใช้ประเมิน

ความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังได้ เนื่องจากเครื่องมือที่มีค่าอำนาจจำแนกสูงจะช่วยให้สามารถใช้ประเมินและเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มได้ชัดเจนยิ่งขึ้น แต่ถ้าใช้กับกลุ่มที่มีจำนวนน้อย และต่างก็มีคุณลักษณะด้านนั้นๆ เหมือนๆ กัน หรือต่างก็มีคุณลักษณะด้านนั้นๆ น้อยๆ เหมือนๆ กัน เครื่องมือก็จะไม่มีอำนาจจำแนกหรือมีอำนาจจำแนกต่ำกว่าเกณฑ์¹⁸

ในการประเมินผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังจำนวน 102 คน มีความสามารถในการทำหน้าที่โดยรวมอยู่ในระดับ 4 ร้อยละ 53.9 รองลงมาระดับ 3 ร้อยละ 37.3 ส่วนความสามารถรายด้านพบว่า ด้านการดูแลตนเอง และด้านการทำหน้าที่ทางสังคม ส่วนใหญ่มีความสามารถในระดับ 4 ร้อยละ 55.8 และ 48.0 ตามลำดับ ด้านการทำงาน และด้านการรับรู้ต่อการเจ็บป่วย ส่วนใหญ่มีความสามารถในระดับ 4 ร้อยละ 54.9 และ 52.0 ตามลำดับ จะเห็นได้ว่ามีผู้ป่วยประมาณครึ่งหนึ่ง ที่สามารถดูแลตนเองได้ โดยผู้ดูแลหรือบุคลากรให้ความช่วยเหลือเพียงเล็กน้อย อาจโดยกระตุ้น ชี้นำ ทำให้ดู หรือทำความเข้าใจกันใหม่ ผู้ป่วยก็จะสามารถทำหน้าที่นั้นๆ ได้ดี⁶ แต่ยังมีผู้ป่วยอีกกลุ่มประมาณร้อยละ 30 โดยเฉพาะในด้านการหน้าที่ที่สังคม ในเรื่องของการสื่อสารและการสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่น ฉะนั้นจึงกล่าวได้ว่าแบบประเมินที่นำมาใช้ประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่พัฒนาขึ้น มีความตรงตามเนื้อหา ความเที่ยงในการวัดในระดับดีถึงดีมาก สามารถใช้ประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังได้ตรงตามความบกพร่องของผู้ป่วย และนำผลไปใช้วางแผนให้การฟื้นฟูสมรรถภาพต่อไปได้

ข้อจำกัด

การวิจัยครั้งนี้เป็นการพัฒนาเครื่องมือประเมินความสามารถของผู้ป่วยจิตเภทไม่เรื้อรังในสถานพยาบาลเฉพาะทาง ซึ่งผู้ใช้มีประสบการณ์ในการประเมิน หากจะนำเครื่องมือนี้ไปใช้ในชุมชน ผู้ใช้ต้องได้รับการฝึกการใช้เครื่องมือ หรือปรับเครื่องมือให้เหมาะกับบริบทในชุมชน

สรุป

แบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง มีค่าความตรงด้านเนื้อหา ความตรงในการวัดซ้ำ ค่าอำนาจจำแนกอยู่ในระดับดีถึงดีมาก สามารถใช้ประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง และติดตามวัดผลในการให้บริการแก่ผู้ป่วยได้

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) และสถาบันเสริมสร้างสุขภาพคนพิการ (สสพ.)

References

1. Linstrom E., Bingeors K. Patient compliance with drug therapy in schizophrenia. *Pharmacoeconomics* 2000;18:105-24.
2. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorder*. 3rd ed. Washington DC: American Psychiatric Association; 2000.
3. Sadock BJ., Sadock VA., Ruiz P. (Eds.) *Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 9thed. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins; 2009.
4. Breier A, Schreiber JL, Dyer J, Pickar D. National Institute of Mental Health longitudinal study of chronic schizophrenia. Prognosis and predictors of outcome. *Arch Gen Psychiatry* 1991;48:239-46.
5. Liberman, R.P. *Recovery from disability: manual of psychiatric rehabilitation*. 1sted. Washington DC, London, American Psychiatric Publishing, Inc.; 2008.
6. Ritsner MS. *Handbook of schizophrenia spectrum disorders, volume III: therapeutic approaches, comorbidity and outcomes*. New York: Springer sciences + business media B.V.; 2011.
7. Mahoney FI, Barthel D. Functional evaluation: The Barthel Index. *Maryland State Med J* 1965;14:56-61.
8. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged. the index of ADL: a standardized measure of biological and psychological function. *JAMA* 1963;185:914-9.
9. Lawton PM, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist* 1969;9:179-86.
10. Department of Mental Health. *Care technology schizophrenic patients*. Department of Mental Health. Ministry of Public Health. Nonthaburi; 1998.
11. Srisurapanont M, Arunpongpaissal S, Chuntaruchikapong S, Silpakit C, Khuangsirikul V, Karnjanathanalers N et al. Cross-cultural validation and inter-rater reliability of the personal and social performance scale, Thai version. *J Med Assoc Thai* 2008;91:1603-8.
12. David AS. Insight and psychosis. *Brit J Psychiatry* 1990;156:798-808.
13. Farkas M, Anthony WA. Psychiatric rehabilitation interventions: a review. *Int Rev Psychiatr* 2010;22:114-29.
14. Rabinowitz J, Levine SZ, Garibaldi G, Bugarski-Kirolo D, Berardo CG, Kapur S. Negative symptoms have greater impact on functioning than positive symptoms in schizophrenia: analysis of CATIE data. *Schizophr Res* 2012;137:147-50.

15. Joseph J, Kremen WS, Stephen J, Glatt CE, Franz SD, Chandler XL et al. Assessment of Lifespan Functioning Attainment (ALFA) scale: A quantitative interview for self-reported current and functional decline in schizophrenia. J Psychiatr Res 2015;65:102-7.
16. Pingmuang P, Chinchai P, Dhippayom JP. Internal consistency and Inter-rater reliability of the functional test for hemiplegic upper extremity in persons with hemiplegia–Thai version. J Thai Rehabil Med 2016;26:39-46.
17. Ziviani J, Rodger S, Pacheco P, Rootsey L, Smith A, Katz N. The Dynamic Occupational Therapy Cognitive Assessment for Children (DOTCA-Ch): Pilot study of inter-rater and test retest reliability. NZ J Occup Ther 2004;51:17-24.
18. Srisard B. discrimination Analysis. Retrieved from www.watpon.com/boonchom/02discrim.doc [4 October 2016]

ภาคผนวก

ตัวอย่างเครื่องมือ

Level 1	Level 2	Level 3	Level 4
1. การดูแลตนเอง			
1.1 รับประทานอาหารและน้ำ: 1) ไม่สามารถทำได้ด้วยตนเอง	1.1 รับประทานอาหารและน้ำ: 1) ตักอาหารรับประทานและดื่มน้ำเองได้	1.1 รับประทานอาหารและน้ำ: 1) จัดเตรียมภาชนะอุปกรณ์ในการรับประทานอาหารและน้ำ 2) ล้างมือ 3) รับประทานอาหารและน้ำได้ 4) จัดล้างทำความสะอาดและเก็บภาชนะและอุปกรณ์ 5) ล้างมือ หมายเหตุ เฉพาะของตนเอง	1.1 รับประทานอาหารและน้ำ: 1) จัดเตรียมภาชนะอุปกรณ์ในการรับประทานอาหารและน้ำ 2) ล้างมือ 3) รับประทานอาหารและน้ำได้ 4) จัดล้างทำความสะอาดและเก็บภาชนะและอุปกรณ์ 5) ล้างมือ 6) ดูแลหรือช่วยเหลือให้ผู้ช่วยอื่นได้รับประทานอาหาร เช่น เตรียมอุปกรณ์ให้ป้อนอาหารและหรือดูแลทำความสะอาดและเก็บอุปกรณ์หรือภาชนะที่ใช้รวมได้
1.2 การนอน: 1) ไม่สามารถทำได้ด้วยตนเอง	1.2 การนอน: 1) เข้านอนในที่นอนของตนเองได้	1.2 การนอน: 1) จัดเตรียมเครื่องนอน ปูที่นอนใส่ปลอกหมอน พับผ้าห่ม 2) เข้านอนในที่ของตนเอง 3) เก็บเครื่องนอนพับผ้าห่มเข้าที่ หมายเหตุ เฉพาะของตนเอง	1.2 การนอน: 1) จัดเตรียมเครื่องนอน ปูที่นอนใส่ปลอกหมอน พับผ้าห่ม 2) เข้านอนในที่ของตนเอง 3) เก็บเครื่องนอนพับผ้าห่มเข้าที่ 4) ดูแลช่วยเหลือในการเตรียม/เก็บเครื่องนอนให้ผู้ช่วยอื่นได้และหรือเก็บรวบรวมผ้าใช้แล้วใส่ถังผ้าเป็นอันได้

ตัวอย่างคู่มือ

ส่วนที่ 1 การประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care)

การดูแลตนเอง (Self-care) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวัน ที่จัดเป็นการดูแลตนเองที่จำเป็น สำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภท เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อสุขภาพ และความผาสุกในการดำรงชีวิต ตามความสามารถของผู้ป่วยแต่ละราย ได้แก่

การรับประทานอาหารและน้ำ หมายถึง การรับประทานอาหารของผู้ป่วยจิตเภทอย่างถูกสุขลักษณะ เพื่อให้ร่างกายได้รับสารอาหารและน้ำ อย่างเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย

การนอนหลับ หมายถึง การนอนหลับในตอนกลางคืนของผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้สามารถพักผ่อนนอนหลับได้อย่างพอเพียง คีลละประมาณ 6-8 ชั่วโมง

เกณฑ์การจัดระดับความสามารถในการดูแลตนเอง

ระดับ 1 ผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองได้ ต้องการคนมาดูแลตลอดเวลาและ/หรือมีสมรรถนะในด้านนี้ในระดับต่ำ

ระดับ 2 ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้เฉพาะบางขั้นตอนของกิจกรรมนั้น เช่น ตักอาหารรับประทานได้อย่างเดียว เข้านอนได้โดยไม่ยอมปฏิบัติขั้นตอนอื่นๆ หรือขับถ่ายได้แต่ไม่ทำความสะอาด และถ้าให้ทำในทุกขั้นตอนของกิจกรรมต้องมีผู้ดูแลคอยกำกับติดตาม

ระดับ 3 ผู้ป่วย ดูแลตนเองได้ในทุกขั้นตอนของกิจกรรมนั้น แต่ยังคงต้องการความช่วยเหลือ/คำแนะนำจากบุคคลอื่น

ระดับ 4 ดูแลตนเองได้ในทุกขั้นตอนของกิจกรรมและ/หรือสามารถให้ความช่วยเหลือในกิจกรรมนั้นแก่ผู้ป่วยอื่นได้