

ผลของโปรแกรมกลุ่มส่งเสริมการรู้คิดต่อความสามารถในการรู้คิด ในผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะพุทธิปัญญาบกพร่อง

สมฤดี ชุมแก้ว*, วิไลวรรณ สีนุ้ย*, วิดาวรรณ จำปา*

*พยาบาลวิชาชีพ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา

วันรับบทความ : 18 กรกฎาคม 2562
วันแก้ไขบทความ : 21 ธันวาคม 2562
วันตอบรับบทความ : 14 มกราคม 2563

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความสามารถในการรู้คิดของผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มส่งเสริมการรู้คิด ก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ และเปรียบเทียบความสามารถในการรู้คิดของผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มส่งเสริมการรู้คิดกับการพยาบาลตามปกติ

วัสดุและวิธีการ : เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา ที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี ได้รับการประเมินว่าไม่มีภาวะสมองเสื่อมแต่มีภาวะพุทธิปัญญาบกพร่อง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 35 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 18 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 17 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินภาวะพุทธิปัญญาฉบับภาษาไทย (MoCA-T) และวิเคราะห์ผลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และเปรียบเทียบความแตกต่างของความสามารถในการรู้คิดของผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติที

ผล : หลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มส่งเสริมการรู้คิด ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีคะแนนความสามารถในการรู้คิด (คะแนน MOCA-T) มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยคะแนนความสามารถในการรู้คิดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเท่ากับ 21.7 ± 2.32 และ 17.7 ± 2.52 คะแนน ตามลำดับ เมื่อวัดหลังการทดลองทันที และเท่ากับ 20.0 ± 2.82 และ 17.0 ± 3.02 คะแนนตามลำดับ เมื่อวัดหลังการทดลอง 2 สัปดาห์

สรุป : โปรแกรมกลุ่มส่งเสริมการรู้คิด เป็นกิจกรรมกลุ่มบำบัดทางการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพในการบำบัดผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะพุทธิปัญญาบกพร่อง ที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการรู้คิดเพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตามควรมีการติดตามเพื่อดูผลลัพธ์ของโปรแกรมในระยะยาวด้วย

คำสำคัญ : ความสามารถในการรู้คิด, โปรแกรมกลุ่มส่งเสริมการรู้คิด, ผู้ป่วยจิตเภท, ภาวะพุทธิปัญญาบกพร่อง

THE EFFECT OF COGNITIVE TRAINING GROUP PROGRAM ON COGNITIVE FUNCTION IN SCHIZOPHRENIC PATIENTS WITH MILD COGNITIVE IMPAIRMENT

Somrudee Chumkaew*, Wilaiwan Senuy*, Widawan Jumba*

*Registered Nurse, Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry

Received : July 18, 2019

Revised : December 21, 2019

Accepted : January 14, 2020

Abstract

Objective: To compare cognitive function in schizophrenic patients with mild cognitive impairment (MCI) who received the Cognitive Training Group Program among baseline, immediately after and 2-week after this program. Moreover, to compare cognitive function between patients who received the Cognitive Training Group Program with those who received conventional nursing care.

Material and Methods: The quasi-experimental, two-group, pretest-posttest design was conducted. Schizophrenia with MCI, age under 60 who admitted to the Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry were eligible for inclusion. Among these, 35 subjects were selected by purposive sampling. Eighteen subjects were assigned to an experimental group and 17 subjects to the control group. The instruments used in this research were general questionnaire and MoCA-T. Data analysis was done using descriptive statistics (mean, percentage) and t-test.

Results: After attending the Cognitive Training Group Program, patients in experimental group had cognitive function scores (MOCA-T) more than control group at the statistical significance level of 0.05. For immediately after program, MOCA-T score of experimental and control group were 21.7 ± 2.32 and 17.7 ± 2.52 , respectively. Moreover, 2 weeks after this program, MOCA-T score of experimental and control group were 20.0 ± 2.82 and 17.0 ± 3.02 , respectively.

Conclusion: The Cognitive Training Group Program is an effective intervention for improving cognitive function in schizophrenic patients with mild cognitive impairment (MCI). However, long-term evaluation should be done for monitoring long-term outcome of the program.

Keywords: cognitive function, cognitive training group program, schizophrenic patients, cognitive impairment

บทนำ

โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่พบได้บ่อย และมีอุบัติการณ์การเกิดโรคประมาณ 0.1 - 0.5 ต่อพันประชากร มีผู้ป่วยจิตเภทรายใหม่ทั่วโลกเพิ่มขึ้น 2 ล้านคนต่อปี อัตราความชุกของโรคจิตเภทในระดับโลก ประมาณ 2.5 - 5.3 ต่อพันประชากร มีอัตราความชุกชั่วชีวิตประมาณ 5.0-10.0 ต่อพันประชากร¹ โรคจิตเภทมีการดำเนินโรคเรื้อรัง ทำให้บุคคลเกิดการเสื่อมสมรรถภาพเป็นอย่างมากและก่อให้เกิดการสูญเสียสุขภาพก่อนวัยอันควร² พบได้ทุกเชื้อชาติ เพศหญิงหรือชายมีโอกาสเป็นเท่า ๆ กัน พบในช่วงอายุ 15 - 54 ปี มักจะเริ่มปรากฏอาการครั้งแรกในช่วงระยะวัยรุ่นตอนปลายถึงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น³ ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเป็นผู้ที่มีความผิดปกติในด้านการคิด การรับรู้ อารมณ์ความรู้สึก การรู้จักตนเอง พฤติกรรม การตัดสินใจ ร่วมกับมีความบกพร่องด้านหน้าที่การงานและสังคม⁴ เมื่อเป็นแล้วมักไม่หายขาด ส่วนใหญ่มีอาการกำเริบเป็นช่วง ๆ โดยมีอาการหลงเหลืออยู่⁵

โรคจิตเภทในปัจจุบันมองว่าเป็น Neurodevelopmental disorder⁵ ที่เชื่อว่าเกิดจากสารสื่อประสาทโดปามีนที่ทำงานมากกว่าปกติ โดยเฉพาะในบริเวณเมโซลิมบิกและเมโซคอร์ติคัล มีความผิดปกติของ Post-Synaptic receptor ที่ทำให้เกิดกลุ่มอาการด้านบวก ได้แก่ อาการหลงผิด อาการประสาทหลอน การพูดแบบไม่มีระเบียบแบบแผนไม่สัมพันธ์กัน เป็นต้น กลุ่มอาการด้านลบเกิดจากสารซีโรโทนินที่มีการทำงานของ Serotonin-2 receptor ในเปลือกสมองส่วนหน้าลดลง ได้แก่ อารมณ์ที่/เฉยเมย การคิดอ่านและการพูดน้อยลง ขาดความสนใจในการเข้าสังคม และกิจกรรมที่เคย

สนใจ และไม่ดูแลสุขอนามัยตนเอง และกลุ่มอาการด้านการรู้คิด ได้แก่ การคงความใส่ใจ (attention) ลดลง หรือการตีความและการตอบสนองสิ่งต่าง ๆ บกพร่องไป หรือความจำเพื่อใช้งาน (working memory) บกพร่องโดยเฉพาะด้านมิติสัมพันธ์ (visuospatial) หรือไม่สามารถคิดอย่างเป็นเหตุเป็นผล หรือมีความบกพร่องในการจัดการ การตัดสินใจ การวางแผน (executive function)⁶ ซึ่งเกิดจากความผิดปกติในโครงสร้างของสมองส่วนระบบลิมบิกและเบซัลแกงเกลีย (limbic system and basal ganglia) ทั้งประสาทพยาธิและสารเคมี (neuropathological and neurochemical abnormality) ในส่วนของเปลือกสมองใหญ่ (cerebral cortex) талаมัส และก้านสมอง (thalamus and brainstem) พบว่ามีปริมาณของเซลล์ประสาท (neuron) และปริมาตรของเนื้อสมองน้อยกว่าปกติและพบว่าช่องสมองด้านข้าง (lateral ventricle) มีขนาดใหญ่กว่าคนปกติ ความหนาแน่นของแอกซอน (axon) เดนไดรต์ (dendrite) และการไซแนปส์ (synapse) ลดลง โดยเฉพาะในส่วนของเนื้อสมองสีเทา (cortical gray matter) และความสมมาตรกันของสมองส่วนขมับ สมองส่วนหน้าและสมองส่วนหลัง (temporal, frontal and occipital lobe) ลดลง จากความผิดปกติดังกล่าว เป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีภาวะพุทธิปัญญาบกพร่อง (cognitive impairment) ซึ่งในปัจจุบันพบมากถึงร้อยละ 73⁸ และมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและความสามารถในการรู้คิดลดลงของผู้ป่วยที่ลดลงถึงร้อยละ 40⁷⁻⁸

ภาวะพุทธิปัญญาบกพร่อง เป็นภาวะที่สมองเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงด้านโครงสร้างและสารสื่อประสาทที่ส่งผลต่อความสามารถ

ในการรู้คิดของสมองในด้านต่าง ๆ ลดลง ภาวะนี้ จะอยู่ระหว่างภาวะหลงลืมในคนปกติ (normal forgetfulness) และภาวะสมองเสื่อม (dementia)^{7,9} ไม่ส่งผลกระทบต่อการทำงานในชีวิตประจำวัน มากนักและยังไม่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะ สมองเสื่อม มีสาเหตุจากการเสื่อมสภาพของ เซลล์สมองเมื่อมีอายุเพิ่มมากขึ้น¹⁰ จากภาวะ หลอดเลือดสมองตีบตันหรือการอักเสบของ หลอดเลือดเล็ก ๆ ที่สมองทำให้เลือดไปเลี้ยงสมอง ไม่สมบูรณ์¹¹ จากการศึกษาเชื่อในสมองที่ทำให้ เซลล์สมองบางส่วนตาย หรือการได้รับการกระทบ กระเทือนทางสมองบ่อย ๆ หรือการได้รับยา ในขนาดที่มากเกินไปหรือมีการสะสมยาอยู่ใน ร่างกายเป็นระยะเวลาาน ทำให้ระบบการสั่งการ ของสมองเปลี่ยนไป การเรียนรู้และความจำลดลง เช่น ยากันชัก ยาคลายกังวล ยาคลายเครียด¹⁰⁻¹¹

ภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องนี้ผู้ดูแล หรือผู้ที่อยู่ใกล้ชิดจะสังเกตเห็นอาการที่ เปลี่ยนแปลงไปของผู้ป่วย ผู้ป่วยอาจไม่ได้สังเกตเห็นความผิดปกติหรือการเปลี่ยนแปลงของตนเอง ได้แก่ ความจำระยะสั้นผิดปกติโดยเฉพาะ การลืมสิ่งที่ได้พูดไปแล้ว การรับรู้ตนเอง การใช้คำหรือภาษา การสับสนเกี่ยวกับทิศทาง มี อารมณ์ พฤติกรรมและบุคลิกภาพเปลี่ยนไป เช่น อารมณ์เศร้า แยกตัว หงุดหงิดง่าย กระสับ กระส่าย การตัดสินใจไม่เหมาะสม ไม่สามารถ คิดแก้ไขปัญหาหรือดูแลตนเองในการปฏิบัติ กิจวัตรประจำวันได้ สูญเสียความสามารถใน หน้าที่การทำงาน หน้าที่ทางสังคม หรือการเรียน ภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องมีระดับความรุนแรง ตั้งแต่เล็กน้อยถึงรุนแรงตามการดำเนินของ โรค¹² หากปล่อยให้มีการดำเนินโรคต่อไป ผู้ป่วย จะมีความสามารถในการดูแลตนเองลดลงและ

ต้องการการดูแลมากขึ้น ส่งผลกระทบต่อตรง ต่อญาติ ผู้ดูแล ครอบครัว และผู้ป่วยเองมีโอกาส พัฒนาไปสู่ภาวะสมองเสื่อมได้ภายใน 6 เดือน ถึงร้อยละ 35¹³

ความสามารถในการรู้คิด (cognitive function) เป็นสมรรถนะในกระบวนการทำงาน ของสมองในการเก็บและจัดการข้อมูล ซึ่งได้มา จากประสาทสัมผัสในช่วงเวลาหนึ่งแสดงออก มาในรูปของความคิด การแก้ปัญหาการวางแผน การรับรู้ การเข้าใจภาษา การให้เหตุผล การ เคลื่อนไหว การแสดงพฤติกรรม การดำเนินการ เกี่ยวกับมิติสัมพันธ์ และการปฏิบัติกิจวัตร ประจำวัน ประกอบด้วย การลงความใส่ใจ ความจำ การรับรู้ทางภาพ การคิดคำนวณ การ ตัดสินใจ การใช้ภาษา และการจัดการ การ ตัดสินใจ การวางแผน¹⁴ จากความผิดปกติของ โครงสร้างและเซลล์ประสาทของสมองทำให้ ความสามารถในการรู้คิดเปลี่ยนแปลงไป ได้แก่ การทำงานที่ผิดปกติของสมองบริเวณ ส่วนหน้า ที่มีบทบาทสำคัญต่อการจัดการ การ ตัดสินใจ การวางแผน และความจำ ความผิด ปกติของสมองบริเวณส่วนขมับ (temporal lobe) ทำให้การใช้ภาษาที่ได้รับการยอมรับเสียไป การลดขนาดลงของ Hippocampus และ Entorhinal cortex ทำให้ผู้ป่วยมีความจำลดลง และหากมีการทำงานของสมองบริเวณส่วนข้าง ผิดปกติร่วมกับความผิดปกติของสมองบริเวณ ส่วนหน้า จะทำให้ผู้ป่วยมีความบกพร่องด้าน มิติสัมพันธ์ (visuoapatial)⁷⁻⁸ แต่ความผิดปกติ ดังกล่าวนี้ไม่ได้แปลว่าความสามารถในการรู้คิด ของสมองต้องลดลงเสมอไป¹⁵ จากการศึกษาของ เดวิดและคณะ พบว่าสมองส่วนฮิปโปแคมปัส สามารถสร้างเซลล์สมองใหม่ได้เมื่อได้รับ

การกระตุ้นอย่างเหมาะสมในด้านความคิด อารมณ์ และการออกกำลังกาย เซลล์สมองส่วนที่เหลือสามารถทำงานชดเชยด้วยการสร้างใยประสาทและจุดเชื่อมต่อสัญญาณประสาทเพิ่มขึ้นได้ เซลล์ประสาทสามารถปรับเปลี่ยนโครงสร้างและหน้าที่ให้สัมพันธ์กับการเรียนรู้โดยสร้างเดนไดรติกสไปน์ (dendritic spine) ทำให้เกิดการไซแนปส์กับแอกซอนของเซลล์ประสาทที่อยู่ใกล้กันเพื่อสื่อสารระหว่างกัน หากเซลล์ประสาทได้รับการกระตุ้นการเรียนรู้มากขึ้นก็จะเกิด dendritic Spine เพิ่มมากขึ้น มีจุดเชื่อมต่อวงจรประสาทมากขึ้น เมื่อวงจรประสาทมีการขยายกว้างขึ้นทำให้เซลล์ประสาทมีความแข็งแรงและเจริญเติบโตเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 25 - 40¹⁵ และสามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ช่วยให้ความสามารถในการรู้คิดเพิ่มมากขึ้นด้วย

การส่งเสริมการรู้คิด เป็นกิจกรรมการบำบัดด้านจิตสังคมทางการพยาบาล สำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะทุพบุคลิกภาพหรืออ่อนแอถึงปานกลาง เป็นกิจกรรมการกระตุ้นความสามารถในการรู้คิดของสมองอย่างมีแบบแผนที่เหมาะสมกับความสามารถในการรู้คิดในแต่ละด้านของสมอง¹⁶ ได้แก่ ความจำ ภาษา การคงความใส่ใจ การเรียนรู้ มิติสัมพันธ์ และการจัดการ การตัดสินใจ การวางแผน ซึ่งคว้อกและคณะ¹⁷ ได้นำแนวปฏิบัติของ ACTIVE (Advance Cognitive Training for Independent and Vital Elderly) มาใช้ในการกระตุ้นความสามารถในการรู้คิดของสมองเฉพาะด้าน ได้แก่ 1) การกระตุ้นสมองส่วนขมับ เป็นกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการฝึกความจำ เป็นการส่งเสริมความสามารถในการรู้คิดด้านการ

คงความใส่ใจ การเรียนรู้และความจำ ที่เริ่มตั้งแต่การรับข้อมูล การบันทึกข้อมูล และการเรียกข้อมูลนั้นกลับมาใช้ได้ 2) การกระตุ้นสมองส่วนข้าง เป็นกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการฝึกความเร็วของการประมวลข้อมูล เป็นการส่งเสริมความสามารถในการรู้คิดด้านการใช้ภาษาและการรับรู้สิ่งแวดล้อมรอบตัว ในการสื่อสารที่เกี่ยวข้องกับขนบธรรมเนียมประเพณี สภาพสังคม และประวัติศาสตร์ การสื่อสารมีหลายรูปแบบ เช่น การแสดง สีหน้า ท่าทาง การใช้คำพูด น้ำเสียง การเขียน และการวาดภาพหรือสัญลักษณ์อื่น ๆ และ 3) การกระตุ้นสมองส่วนหน้า เป็นกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการฝึกการใช้เหตุผล เป็นการส่งเสริมความสามารถในการรู้คิดในการจัดการ การตัดสินใจ การวางแผน รวมไปถึงการแก้ไขปัญหาในสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย การใช้ความคิดแบบนามธรรม ความสัมพันธ์ระหว่างร่างกายกับทิศทางและสิ่งแวดล้อมหรือมิติสัมพันธ์ โดยมีกระบวนการตั้งเป้าหมาย การวางแผนลงมือกระทำ ตรวจสอบและสามารถปรับเปลี่ยนการกระทำให้เหมาะสมกับสถานการณ์ ซึ่งจากการศึกษา¹⁸⁻²² พบว่าโปรแกรมกลุ่มส่งเสริมการรู้คิดสามารถช่วยแก้ปัญหาความบกพร่องของภาวะทุพบุคลิกภาพในผู้ป่วยจิตเภทได้ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติในด้านความจำเพื่อใช้งาน ความจำด้านภาษา การจัดการ การตัดสินใจ และการวางแผน

ผู้วิจัยในฐานะเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยประสาทจิตเวช และผู้ป่วยที่มีภาวะทุพบุคลิกภาพหรืออ่อนแอ ในการพยาบาลให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม อารมณ์ พฤติกรรมและการรู้คิด จึงมีความสนใจศึกษา

และนำหลักการส่งเสริมการรู้คิด มาพัฒนาเป็นโปรแกรมกลุ่มส่งเสริมการรู้คิดที่จะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องได้เกิดการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ที่ช่วยให้เซลล์ประสาทได้เกิดการเชื่อมโยงของใยประสาทมีจุดเชื่อมต่อวงจรประสาทเพิ่มมากขึ้น เพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของสมองให้ดีขึ้นอย่างมีแบบแผนเฉพาะเจาะจงกับความสามารถในการรู้คิดในแต่ละด้านของสมอง ช่วยชะลอความเสื่อมถอยของเซลล์ประสาทสมองที่นำไปสู่ภาวะสมองเสื่อมได้ และช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องสามารถดูแลตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันได้ด้วยตนเองได้

วัสดุและวิธีการ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยได้คัดเลือกผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องเป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 35 คน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองจำนวน 18 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 17 คน จับคู่กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกันในด้านเพศเดียวกัน อายุแตกต่างกันไม่เกิน 5 ปี คะแนน MoCA-T แตกต่างกันไม่เกิน 2 คะแนน และมีการศึกษาในระดับเดียวกันหรือใกล้เคียงกัน มีระยะเวลาดำเนินกิจกรรม 4 สัปดาห์ ๆ ละ 3 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 60 นาที รวม 12 กิจกรรม

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM - V และ ICD - 10 ที่รับไว้รักษาในหอผู้ป่วยจิตเวช

สามัญหญิงและชาย สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี ได้รับการประเมินว่าไม่มีภาวะสมองเสื่อมแต่มีภาวะพุทธิปัญญาบกพร่อง จากการใช้แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย โดยมีคะแนนมากกว่า 23 คะแนน ร่วมกับแบบประเมินภาวะพุทธิปัญญาฉบับภาษาไทย (MoCA-T) ที่มีคะแนนน้อยกว่า 25 คะแนน และบวกเพิ่มอีก 1 คะแนนเมื่อมีระดับการศึกษาน้อยกว่า 6 ปี จำนวน 36 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 18 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 18 คน แต่มีผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมจำนวน 1 คน ไม่สามารถประเมินภาวะพุทธิปัญญาหลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ได้ เนื่องจากมีอาการทางจิตกำเริบอยู่ในระยะ 3a จึงคัดออกจากการศึกษา ทำให้กลุ่มควบคุมมีจำนวน 17 คน ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มีจำนวน 35 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ตามเกณฑ์การคัดเลือกที่กำหนดดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือก

- 1) เพศหญิงและชาย อายุต่ำกว่า 60 ปี
- 2) ผู้ป่วยอยู่ในระยะ 2a-1d หมายถึงผู้ป่วยที่อาการปานกลางหรืออยู่ระยะพักฟื้น และต้องการได้รับการดูแลน้อยถึงมาก จำแนกตามมิติสภาวะความรุนแรงของความเจ็บป่วยและมิติความต้องการการดูแลขั้นต่ำที่ผู้ป่วย/ญาติพึงได้รับ²³

3) ผลการประเมินแบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย (TMSE) สร้างโดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองไทย²⁴ ที่ได้ทำการดัดแปลงและปรับปรุงจากแบบทดสอบ MMSE ได้ผลการศึกษาไปในแนวเดียวกัน²⁵ มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.82

ค่าความไวเท่ากับ 0.68 และความจำเพาะเท่ากับ 0.88 มีคะแนนเต็มเท่ากับ 30 และต่ำสุดเท่ากับ 0 คะแนน หากคะแนนที่ได้มีเท่ากับหรือน้อยกว่า 23 ถือว่ามีภาวะสมองเสื่อม

4) ผลการประเมินภาวะพุทชิปัญญาฉบับภาษาไทย (MoCA-T) มีการแปลและพัฒนาเป็นภาษาไทยโดยแพทย์หญิงโสฬพัทธ์ เหมรัฐโรจน์²⁶ ได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.74 ค่า Pearson Correlation Coefficient เท่ากับ 0.91 และพบค่าความไวและความจำเพาะเท่ากับ 0.70 และ 0.95 ตามลำดับ²⁷ และสามารถชี้แยะระหว่างผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะพุทชิปัญญาบกพร่องออกจากภาวะปกติได้²⁸ มีคะแนนเต็ม 30 คะแนน หากได้คะแนนน้อยกว่า 25 คะแนน และบวกเพิ่มอีก 1 คะแนน เมื่อผู้ถูกทดสอบมีระดับการศึกษาน้อยกว่า 6 ปี ถือว่ามีภาวะพุทชิปัญญาบกพร่อง

5) มีภาวะสุขภาพทางกายที่พร้อมในการเข้าร่วมกิจกรรม

6) สื่อสารภาษาไทยได้ ไม่มีความบกพร่องในการพูด และการมองเห็น

7) เข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ

เกณฑ์การคัดออก

1) มีอาการทางจิตหรือทางกายอยู่ในภาวะวิกฤตหรืออยู่ในระยะ 4a-3b หมายถึง ผู้ป่วยวิกฤติและอาการหนัก และต้องการได้รับการดูแลตลอดเวลา จำแนกตามมิติสภาวะความรุนแรงของความเจ็บป่วยและมีมติความต้องการการดูแลขั้นต่ำที่ผู้ป่วย/ญาติพึงได้รับ²³

2) มีโรคร่วมหรือภาวะแทรกซ้อนทางกายที่เป็นเหตุให้ต้องออกจากโครงการก่อนสิ้นสุดโปรแกรม

3) เป็นผู้ที่มิภาวะซึมเศร้าจากการใช้

แบบประเมิน 2Q 9Q และ 8Q ของกรมสุขภาพจิต

4) ผู้ที่เข้าร่วมกิจกรรมน้อยกว่า 10 กิจกรรม จากทั้งหมด 12 กิจกรรม

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา ตามเอกสารรับรองโครงการที่ 016/2561 ลงวันที่ 3 พฤษภาคม 2561 โดยผู้วิจัยนำเอกสารรับรองโครงการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ซึ่งแจ้งแก่บุคลากรทางการแพทย์ในหอผู้ป่วยเพื่อขอคัดเลือกรวมกลุ่มตัวอย่างจากเวชระเบียนผู้ป่วย ซึ่งแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแลทราบถึงสิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วมวิจัย พร้อมทั้งอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า การตอบรับหรือปฏิเสธ เข้าร่วมวิจัยจะไม่มีผลต่อการรับการรักษาและรับบริการต่าง ๆ ที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับจากบุคลากรของสถาบันฯ โดยข้อมูลทุกอย่างของกลุ่มตัวอย่างถือเป็นความลับ และจะนำข้อมูลไปวิเคราะห์ในภาพรวม แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแล้วก็สามารถแจ้งขอเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา ก่อนที่การวิจัยจะสิ้นสุดโดยไม่ต้องให้เหตุผลใด ๆ และไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรับการรักษาและบริการที่ได้รับ หากกลุ่มตัวอย่างตอบรับให้ลงนามในหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพ ประวัติการบาดเจ็บทางศีรษะ โรคร่วมทางกาย ระยะเวลากลับป่วยด้วยโรคจิตเภท ประวัติการใช้สารเสพติดในช่วงระยะเวลา 1 เดือน ที่ผ่านมา ก่อนมารับการรักษาที่เกี่ยวกับการดื่มสุรา

ารใช้สารเสพติด และการสูบบุหรี่

2) แบบประเมินภาวะพุทธิปัญญาฉบับภาษาไทย (MoCA-T) สำหรับการคัดเลือกร่วมตัวอย่างว่ามีภาวะพุทธิปัญญาบกพร่อง ต้องได้คะแนนน้อยกว่า 25 คะแนน และบวกเพิ่มอีก 1 คะแนน เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีระดับการศึกษา น้อยกว่า 6 ปี ถือว่ามีภาวะพุทธิปัญญาบกพร่อง

3) แบบทดสอบสมรรถภาพสมองไทย (TMSE) สำหรับประเมินกลุ่มตัวอย่างว่ามีภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องแต่ไม่ได้มีภาวะสมองเสื่อม โดยต้องได้คะแนนมากกว่า 23 ถือว่าไม่มีภาวะสมองเสื่อม

4) โปรแกรมกลุ่มส่งเสริมการรู้คิด สำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะพุทธิปัญญาบกพร่อง ที่ผู้วิจัยได้จากการทบทวนวรรณกรรมและ พัฒนาขึ้นตามแนวปฏิบัติการส่งเสริมการรู้คิด ของคว็อก และคณะ¹⁷ ประกอบด้วย การฝึก ความจำ การฝึกความเร็วของการประมวลข้อมูล และการใช้เหตุผล มีระยะเวลาดำเนินกิจกรรม 4 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 3 กิจกรรม ๆ ละ 60 นาที รวม 12 กิจกรรม

5) เครื่องมือกำกับการทดลอง เป็นแบบ บันทึกการเข้าร่วมกิจกรรม โปรแกรมกลุ่มส่งเสริม การรู้คิดของกลุ่มตัวอย่างที่จะต้องเข้าร่วม กิจกรรมอย่างน้อยร้อยละ 80 คิดเป็นจำนวน ไม่น้อยกว่า 10 ครั้ง

การดำเนินการวิจัย

1) ขั้นตอนเตรียมการทดลอง ก่อนการทดลอง 3 วัน ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มี คุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าร่วมการศึกษา ทดลองที่กำหนด โดยชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ของ การวิจัย ประโยชน์ที่ผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับและ ความไม่สะดวกที่อาจจะได้รับจากการเข้าร่วม

กิจกรรมในครั้งนี้ รวมทั้งการพิทักษ์สิทธิ กลุ่มตัวอย่างของการเข้าร่วมวิจัย และการทำ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบทดสอบ สมรรถภาพสมองไทย (TMSE) และแบบประเมิน ภาวะพุทธิปัญญาฉบับภาษาไทย (MoCA-T)

2) ขั้นตอนการทดลอง

2.1) กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยเข้าพบ กลุ่มตัวอย่างกลุ่มควบคุม จำนวน 17 คน ที่หอ ผู้ป่วยจิตเวชสามัญชาย จำนวน 9 คน และหอ ผู้ป่วยจิตเวชสามัญหญิง จำนวน 8 คน กลุ่มตัวอย่าง ในกลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลในด้านการ พยาบาลและกิจกรรมตามที่หอผู้ป่วยจัดให้ตาม ปกติ

2.2) กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยเข้าพบ กลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลอง จำนวน 18 คน ที่หอ ผู้ป่วยจิตเวชสามัญชายจำนวน 10 คน และหอ ผู้ป่วยจิตเวชสามัญหญิง จำนวน 8 คน กลุ่มตัวอย่าง ในกลุ่มทดลองจะได้รับการดูแลในด้านการ พยาบาลและกิจกรรมตามที่หอผู้ป่วยจัดให้ตาม ปกติและเข้าร่วมกิจกรรมตาม โปรแกรมกลุ่ม ส่งเสริมการรู้คิด เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ ๆ ละ 3 กิจกรรม ๆ ละ 60 นาที รวม 12 กิจกรรม ดัง ตารางที่ 1

3) ขั้นตอนประเมินผลการทดลอง

3.1) กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยนัดหมาย กลุ่มตัวอย่างเพื่อพบกันครั้งที่ 2 และ 3 ในสัปดาห์ ที่ 4 และ 6 เพื่อประเมินความสามารถในการรู้คิด ด้วยแบบประเมินภาวะพุทธิปัญญาฉบับภาษาไทย (MoCA-T) จากนั้นผู้วิจัยกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งยุติสัมพันธภาพ

3.2) กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยนัดหมาย กลุ่มตัวอย่างหลังจากดำเนินกิจกรรมครั้งที่ 12 เพื่อประเมินความสามารถในการรู้คิดหลังการ

ตารางที่ 1 กิจกรรมโปรแกรมกลุ่มส่งเสริมการรู้คิด

สัปดาห์/วัน	วันจันทร์ (13.30 - 14.30 น.)	วันพุธ (13.30 - 14.30 น.)	วันศุกร์ (13.30 - 14.30 น.)
1	ฉันคือใคร	ระลึกภาพ	ความเหมือนที่แตกต่าง
2	สุกษิตไทยน่ารู้	รอบรู้ประเพณีไทย	วลีพาเพลิน
3	ชีวิตของฉัน	เรื่องเล่าจากภาพ	เติมเต็มปริศนา
4	คณิตคิดสนุก	ทางไหนดี	คำนวณเป็นได้ของครบ

ทดลองทันที และนัดหมายผู้ป่วยเพื่อพบกันครั้งที่ 13 ในสัปดาห์ที่ 6 เพื่อประเมินความสามารถในการรู้คิดหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ ด้วยแบบประเมินภาวะพุทธิปัญญาฉบับภาษาไทย (MoCA-T) จากนั้นผู้วิจัยกล่าวขอบคุณผู้ป่วย พร้อมทั้งยุติสัมพันธภาพ

ผู้วิจัยวิเคราะห์และเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการรู้คิดของผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เนื่องจากมีการแจกแจงแบบปกติ จึงใช้สถิติ pair t-test และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการรู้คิดของผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ โดยใช้สถิติ Independent pair t-test

ผล

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้มีจำนวน 35 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 18 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 55.6 มีอายุระหว่าง 40 - 49 ปี ร้อยละ 83.3 อายุเฉลี่ย 44.8 ± 3.73 ปี ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 50.0 มีสถานภาพโสด ร้อยละ 88.8 ไม่มีประวัติการบาดเจ็บทางศีรษะ ร้อยละ 83.3 ไม่มีโรคร่วมทางกาย ร้อยละ 94.4 ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท 1 ปี 1 เดือน - 3 ปี ร้อยละ 44.4 ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทเฉลี่ย 5.9 ± 4.19 ปี ประวัติการใช้สารเสพติด ในช่วงระยะเวลา 1 เดือน ที่ผ่านมาก่อนมารับการรักษาไม่ดื่มสุรา ร้อยละ 88.9 ไม่ใช้สารเสพติด ร้อยละ 77.8 แต่สูบบุหรี่ ร้อยละ 55.6 ส่วนกลุ่มควบคุมจำนวน 17 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 53.0 มีอายุระหว่าง 40 - 49 ปี ร้อยละ 76.4 อายุเฉลี่ย 45.4 ± 3.89 ปี ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 41.2 มีสถานภาพโสด ร้อยละ 82.3 ไม่มีประวัติการบาดเจ็บทางศีรษะ ร้อยละ 58.8 ไม่มีโรคร่วมทางกาย ร้อยละ 94.1 ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท 3 ปี 1 เดือน - 6 ปี ร้อยละ 41.2 ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทเฉลี่ย 6.2 ± 3.83 ปี ประวัติการใช้สารเสพติด ในช่วงระยะเวลา 1 เดือน

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n = 18) จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มควบคุม (n = 17) จำนวน (ร้อยละ)	รวม (n = 35) จำนวน (ร้อยละ)
เพศ			
ชาย	10 (55.6)	9 (53.0)	19 (54.3)
หญิง	8 (44.4)	8 (47.0)	16 (45.7)
อายุ			
40 - 49 ปี	15 (83.3)	13 (76.4)	28 (80.0)
50 - 59 ปี	3 (16.7)	4 (23.6)	7 (20.0)
	เฉลี่ย 44.8 ± 3.73 ปี Min = 40, Max = 51	เฉลี่ย 45.4 ± 3.89 ปี Min = 41, Max = 54	เฉลี่ย 45.1 ± 3.77 ปี Min = 40, Max = 54
ระดับการศึกษา			
ประถมศึกษา	9 (50.0)	7 (41.2)	16 (45.7)
มัธยมศึกษาตอนต้น	5 (27.8)	6 (35.3)	11 (31.4)
มัธยมศึกษาตอนปลาย	2 (11.1)	3 (17.6)	5 (14.3)
อนุปริญญา	2 (11.1)	1 (5.9)	3 (8.6)
สถานภาพ			
โสด	16 (88.8)	14 (82.3)	30 (85.7)
สมรส	1 (5.6)	1 (5.9)	2 (5.7)
หม้าย/หย่า/แยก	1 (5.6)	2 (11.8)	3 (8.6)
ประวัติการบาดเจ็บทางศีรษะ			
มี	3 (16.7)	7 (41.2)	10 (28.6)
ไม่มี	15 (83.3)	10 (58.8)	25 (71.4)
โรคร่วมทางกาย			
มี	1 (5.6)	1 (5.9)	2 (5.7)
ไม่มี	17 (94.4)	16 (94.1)	33 (94.3)
ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท			
1 ปี 1 เดือน - 3 ปี	8 (44.4)	4 (23.5)	12 (34.3)
3 ปี 1 เดือน - 6 ปี	3 (16.7)	7 (41.2)	10 (28.6)
6 ปี 1 เดือน - 9 ปี	2 (11.1)	2 (11.8)	4 (11.4)
9 ปี 1 เดือน ขึ้นไป	5 (27.8)	4 (23.5)	9 (25.7)
	เฉลี่ย 5.9 ± 4.19 ปี Min = 2, Max = 15	เฉลี่ย 6.2 ± 3.83 ปี Min = 2, Max = 14	เฉลี่ย 6.1 ± 3.96 ปี Min = 2, Max = 15
ประวัติการดื่มสุรา			
ดื่ม	2 (11.1)	4 (23.5)	6 (17.1)
ไม่ดื่ม	16 (88.9)	13 (76.5)	29 (82.9)

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n = 18) จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มควบคุม (n = 17) จำนวน (ร้อยละ)	รวม (n = 35) จำนวน (ร้อยละ)
การใช้สารเสพติด			
ใช่	4 (22.2)	3 (17.6)	7 (20.0)
ไม่ใช่	14 (77.8)	14 (82.4)	28 (80.0)
การสูบบุหรี่			
สูบ	10 (55.6)	7 (41.2)	17 (48.6)
ไม่สูบ	8 (44.4)	10 (58.8)	18 (51.4)

ที่ผ่านมาก่อนมารับ การรักษาไม่ดื่มสุรา ร้อยละ 76.4 ไม่ใช้สารเสพติด ร้อยละ 82.3 และไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 58.8 ดังตารางที่ 2

คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการรู้คิดของผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มส่งเสริมการรู้คิด ภายหลังการทดลองทันที (21.7 ± 2.32) มากกว่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการรู้คิดก่อนการทดลอง (18.0 ± 2.56) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} < 0.001$) และคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการรู้คิดหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ (20.0 ± 2.82) มากกว่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการรู้คิดก่อนการทดลอง (18.0 ± 2.56) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} < 0.001$) แต่คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการรู้คิดหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ (19.9 ± 2.82) น้อยกว่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการรู้คิดหลังทดลองทันที (21.7 ± 2.32) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} < 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ส่วนในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลปกติ พบว่า คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการ

รู้คิดภายหลังการทดลองทันที (17.7 ± 2.52) ไม่แตกต่างกับคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการรู้คิดก่อนการทดลอง (17.9 ± 2.87) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} = 0.529$) และคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการรู้คิดหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ (17.0 ± 3.02) น้อยกว่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการรู้คิดก่อนการทดลอง (17.9 ± 2.87) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} = 0.003$) และคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการรู้คิดหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ (17.0 ± 3.02) น้อยกว่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการรู้คิดหลังการทดลองทันที (17.7 ± 2.52) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} = 0.006$) ดังแสดงในตารางที่ 3

คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการรู้คิดในผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องก่อนได้รับโปรแกรมกลุ่มส่งเสริมการรู้คิดในกลุ่มทดลอง (18.0 ± 2.56) และกลุ่มควบคุม (17.9 ± 2.87) ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} = 0.899$) และในระยะหลังการทดลองทันที พบว่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการรู้คิดในกลุ่มทดลอง ($21.7 \pm$

ตารางที่ 3 คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการรู้คิด (MoCA-T) ของผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะพุทธรูปัญญาบกพร่อง โดยเปรียบเทียบภายในกลุ่มเดียวกัน

การทดลอง	คะแนน MoCA-T		t	df	p-value
	mean	SD			
กลุ่มทดลอง (n = 18)					
<u>เปรียบเทียบครั้งที่ 1</u>					
ก่อนการทดลอง	18.0	2.56	-9.06	17	< 0.001*
หลังการทดลองทันที	21.7	2.32			
<u>เปรียบเทียบครั้งที่ 2</u>					
ก่อนการทดลอง	18.0	2.56	-4.51	17	< 0.001*
หลังการทดลอง 2 สัปดาห์	20.0	2.82			
<u>เปรียบเทียบครั้งที่ 3</u>					
หลังการทดลองทันที	21.7	2.32	5.46	17	< 0.001*
หลังการทดลอง 2 สัปดาห์	20.0	2.82			
กลุ่มควบคุม (n = 17)					
<u>เปรียบเทียบครั้งที่ 1</u>					
ก่อนการทดลอง	17.9	2.87	0.64	16	0.529
หลังการทดลองทันที	17.7	2.52			
<u>เปรียบเทียบครั้งที่ 2</u>					
ก่อนการทดลอง	17.9	2.87	3.45	16	0.003*
หลังการทดลอง 2 สัปดาห์	17.0	3.02			
<u>เปรียบเทียบครั้งที่ 3</u>					
หลังการทดลองทันที	17.7	2.52	3.17	16	0.006*
หลังการทดลอง 2 สัปดาห์	17.0	3.02			

*p-value < 0.05, paired t-test

ตารางที่ 4 คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการรู้คิดในผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะพุทธรูปัญญาบกพร่อง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การทดลอง	คะแนนความสามารถในการรู้คิด (MoCA-T) (mean ± SD)		p-value
	กลุ่มทดลอง (n = 18)	กลุ่มควบคุม (n = 17)	
ก่อนการทดลอง	18.0 ± 2.56	17.9 ± 2.56	0.899
หลังการทดลองทันที	21.7 ± 2.32	17.7 ± 2.52	< 0.001*
หลังการทดลอง 2 สัปดาห์	20.0 ± 2.82	17.0 ± 3.02	0.006*

*p-value < 0.05, Independent samples t-test

2.32) มากกว่ากลุ่มควบคุม (17.7 ± 2.52) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p -value < 0.001) และในระยะหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ พบว่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการรู้คิดในกลุ่มทดลอง (19.9 ± 2.82) มากกว่ากลุ่มควบคุม (17.0 ± 3.02) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p -value = 0.006) จะเห็นได้ว่าโปรแกรมกลุ่มส่งเสริมการรู้คิดสามารถช่วยให้กลุ่มทดลองมีคะแนนความสามารถในการรู้คิดมากกว่ากลุ่มควบคุม แต่ภายหลังเมื่อกลุ่มทดลองไม่ได้รับโปรแกรมกลุ่มส่งเสริมการรู้คิดอย่างต่อเนื่อง คะแนนความสามารถในการรู้คิดในกลุ่มทดลองก็ลดลงเช่นเดียวกับกลุ่มควบคุม แต่ยังคงมีคะแนนที่มากกว่ากลุ่มควบคุม ดังแสดงในตารางที่ 4

อภิปราย

ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐาน กล่าวคือผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะพุทชิปัญญาบกพร่องที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มส่งเสริมการรู้คิดมีคะแนนความสามารถในการรู้คิดหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะพุทชิปัญญาบกพร่องที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มส่งเสริมการรู้คิดมีคะแนนความสามารถในการรู้คิดมากกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะพุทชิปัญญาบกพร่องที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สามารถอภิปรายผลได้ว่ากิจกรรมกลุ่มบำบัดที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวปฏิบัติการส่งเสริมการรู้คิดของคว็อก และคณะ¹⁷ ตามหลักการส่งเสริมการรู้คิดประกอบด้วย การฝึกความจำ การฝึกความเร็วของการประมวลข้อมูล และการฝึกการใช้เหตุผล เป็นกิจกรรม

การกระตุ้นการรู้คิดของสมองส่วนต่าง ๆ ให้ทำงานประสานสัมพันธ์กัน เมื่อสมองได้รับข้อมูลหรือสิ่งเร้าจะทำให้เกิดกระบวนการทำงานของสมองขั้นสูงในการจัดการข้อมูล เกิดการเชื่อมโยงของเส้นใยเซลล์ประสาทสมองอย่างต่อเนื่อง เกิดสร้างเดนไดรติกสไปน ทำให้เกิดการไซแนปส์กับแอกซอนของเซลล์ประสาทสมองที่อยู่ใกล้กันเพื่อสื่อสารระหว่างกัน เมื่อการไซแนปส์มีความแข็งแรงขึ้นส่งผลให้วงจรประสาทมีการขยายกว้าง เซลล์ประสาทสมองทำงานมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น¹⁵ เมื่อเซลล์ประสาทสมองเกิดการเรียนรู้ สามารถจดจำได้มากขึ้นจะช่วยให้ความสามารถในการรู้คิดก็เพิ่มมากขึ้นด้วย

เมื่อพิจารณากิจกรรมในโปรแกรมกลุ่มส่งเสริมการรู้คิด จะเห็นได้ว่ากิจกรรมมีความหลากหลาย มีความน่าสนใจ ไม่ซ้ำเดิม ทั้งนี้เนื่องจากหากใช้กิจกรรมเดิม ๆ ในการกระตุ้นกลุ่มตัวอย่างจะตื่นตัวให้ความสนใจในระยะแรกของกิจกรรม ต่อมาหากยังคงได้รับกิจกรรมแบบเดิม ๆ ซ้ำ ๆ กลุ่มตัวอย่างจะให้ความสนใจกิจกรรมนั้น ๆ ลดลง ส่งผลให้การเรียนรู้จะค่อย ๆ ลดลง จนไม่มีความสนใจต่อกิจกรรมนั้น ๆ แต่กระทำได้ด้วยความเคยชินแทน เมื่อไม่มีการเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ การเติบโตของเซลล์ประสาทก็จะค่อย ๆ ลดลง การเชื่อมโยงของเส้นใยประสาทลดลง การทำหน้าที่ของสมองในส่วนต่าง ๆ ลดลง ส่งผลให้ความสามารถในการรู้คิดลดลงด้วย จะเห็นได้จากคะแนนความสามารถในการรู้คิดของกลุ่มควบคุมที่มีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มส่งเสริมการรู้คิด การจัดกิจกรรมในโปรแกรมกลุ่มส่งเสริมการรู้คิดได้นำเทคนิคที่ช่วยให้กลุ่มรู้สึกสนุก ไม่รู้สึกเครียดขณะร่วมกิจกรรม

ซึ่งจะช่วยส่งเสริมให้เซลล์ประสาทสมองมีความสามารถในการรู้คิดเพิ่มขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากความเครียดเป็นปัจจัยที่ขัดขวางการเชื่อมต่อของเซลล์ประสาทสมองต่าง ๆ เมื่อร่างกายเกิดความเครียด สมองจะทำงานอย่างอัตโนมัติเกิดความเปลี่ยนแปลงในการทำงานของสมองในระบบลิมบิก และเมื่อความเครียดมีระดับสูงขึ้นจะทำให้การทำงานของก้านสมองลดระดับลงซึ่งส่งผลให้ระดับการทำงานของเปลือกสมองใหญ่ลดลงด้วย ทำให้ไม่สามารถเรียนรู้หรือนึกคิดได้ในขณะนั้นได้ อย่างไรก็ตามคะแนนความสามารถในการรู้คิดที่เพิ่มขึ้นภายหลังการทดลองไม่ได้แปลว่าผู้ป่วยจะมีคะแนนภาวะพุทธิปัญญาปกติ คะแนนที่เพิ่มขึ้นดังกล่าวนี้ยังจัดคงอยู่ในกลุ่มของผู้ที่มีภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องอยู่เช่นเดิม นอกจากนี้เมื่อพิจารณากลุ่มทดลองรายกรณี พบว่าผู้ที่มีประวัติการบาดเจ็บที่ศีรษะ ประวัติการใช้สารเสพติด มีระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทนาน ซึ่งจะมีการเสื่อมหรือการบาดเจ็บของโครงสร้างสมองและเซลล์ประสาทก็สามารถพัฒนาฟื้นฟูความสามารถในการรู้คิดให้เพิ่มขึ้นได้เช่นกันแต่จะมีคะแนนเพิ่มขึ้นน้อยกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ไม่มียาประวัติการบาดเจ็บดังกล่าว

โปรแกรมกลุ่มส่งเสริมการรู้คิด เป็นกิจกรรมกลุ่มบำบัดที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวปฏิบัติส่งเสริมการรู้คิดของคว็อก และคณะ¹⁷ และนำกระบวนการกลุ่มบำบัดมาใช้ในการดำเนินกิจกรรม เนื่องจากกระบวนการกลุ่มมีการฝึกทักษะการเข้าสังคม การช่วยเหลือกันภายในกลุ่ม เน้นการสนับสนุนส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึกว่ามีผู้อื่นเข้าใจ ให้ความช่วยเหลือแก้ปัญหา และให้คำแนะนำซึ่งกันและกัน

ช่วยให้กลุ่มตัวอย่างในขณะร่วมกิจกรรมกลุ่มได้เกิดการเรียนรู้ มีการปรับเปลี่ยนความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสม มีระยะเวลา 4 สัปดาห์ ๆ ละ 3 กิจกรรม ๆ ละ 60 นาที รวม 12 กิจกรรม ตามหลักการส่งเสริมการรู้คิด ดังนี้

1) การฝึกความจำ เป็นการกระตุ้นการทำหน้าที่ของสมองบริเวณส่วนขมับ และศูนย์ควบคุมความจำ เกี่ยวข้องกับการคงความใส่ใจ การเรียนรู้และความจำ โดยมีกระบวนการจำที่เริ่มตั้งแต่การรับข้อมูล การบันทึกข้อมูล และการเรียกข้อมูลนั้นกลับมาใช้ได้ ประกอบด้วย 4 กิจกรรม คือ 1) นันคือใคร 2) ระลึกภาพ 3) ความเหมือนที่แตกต่าง และ 4) สุภายิตไทยน่ารู้

2) การฝึกความเร็วของการประมวลข้อมูล เป็นการกระตุ้นการทำหน้าที่ของสมองบริเวณส่วนข้างเกี่ยวข้องกับการใช้ภาษา และการรับรู้สิ่งแวดล้อมรอบตัว เป็นการสื่อสารเกี่ยวกับขนบธรรมเนียม สภาพสังคม และประวัติศาสตร์ที่แสดงออกทางสีหน้า ท่าทาง การใช้คำพูด น้ำเสียง การเขียนและการวาดภาพหรือสัญลักษณ์อื่น ๆ ประกอบด้วย 4 กิจกรรม คือ 1) รอบรู้ประเพณีไทย 2) วลีพาเพลิน 3) ชีวิตของฉัน และ 4) เรื่องเล่าจากภาพ

3) การฝึกการใช้เหตุผล เป็นการกระตุ้นการกระตุ้นการทำหน้าที่ของสมองบริเวณส่วนหน้าเกี่ยวข้องกับการจัดการ การตัดสินใจ การวางแผน การแก้ไขปัญหาในสถานการณ์ต่างๆ การคิดแบบนามธรรมและมีติสัมพันธ์ ประกอบด้วย 4 กิจกรรม คือ 1) เติมเต็มปริศนา 2) คณิตคิดสนุก 3) ทางไหนดี และ 4) คำนวนได้

สรุป

โปรแกรมกลุ่มส่งเสริมการรู้คิดเป็นกิจกรรมทางการแพทย์ที่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องมีคะแนนความสามารถในการรู้คิดเพิ่มขึ้น เป็นกิจกรรมที่มีความหลากหลาย สนุก และสามารถนำไปปรับใช้ในชีวิตประจำวันได้ สามารถนำไปใช้ได้กับผู้ที่ภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องไม่ว่าจะมีสาเหตุใดก็ตาม ทั้งนี้เนื่องจากเมื่อเซลล์ประสาทสมองได้รับการกระตุ้นให้มีการเรียนรู้ใหม่ ๆ อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องจะช่วยชะลอความเสื่อมถอยของเซลล์ประสาทสมองที่นำไปสู่ภาวะสมองเสื่อมตามมาได้ แต่หากไม่ได้รับการส่งเสริมการรู้คิดอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอจะทำให้ผู้นั้นเข้าสู่ภาวะสมองเสื่อมได้เร็วยิ่งขึ้นได้

เอกสารอ้างอิง

- Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry behavioral sciences. 10th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
- Phanthunane P, Vos T, Whiteford H, Bertram M, Udomratn P. Schizophrenia in Thailand: prevalence and burden of disease. *Popular Health Metrics* 2010; 17(2): 8-24.
- มาโนช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุคนิษฐ์. จิตเวชศาสตร์รามธิบดี. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดีมหาวิทยาลัยมหิดล; 2558.
- World Health Organization. The ICD-10: Classification of mental and behavioral disorder clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization; 2010.
- Benjamin J, Sadock MD, Virginia A, Sadock P. Synopsis of Psychiatry. 9th ed. Philadelphia: Lippincott. Williams & Wilkins; 2002.
- พิเชฐ อุดมรัตน์, สรยุทธ วาสิกนันท์. ตำราโรคจิตเภท Textbook of Schizophrenia. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์; 2552.
- มุกิตา พนาสถิตย์. ภาวะพุทธิปัญญาของผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก แผนกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. *จุฬาลงกรณ์เวชสาร* 2551; 52(พิเศษ): 113-27.
- Ronan OC. Cognitive impairment in schizophrenia. *Advance Psychiatry Treatment* 2000; 6(3): 161-8.
- สุทธินันท์ สุบินดี. ภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่มารับบริการคลินิกโรคเรื้อรังของหน่วยบริการปฐมภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่น [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2556.
- Juebin H, John SM., Zherxi, Z, Jing W, Hongbo W, Wenjie W, et al. Progression of mild cognitive impairment to alzheimer's or vascular dementia versus normative aging among elderly Chinese. *Curr Alzheimer Res* 2005; 2(5): 571-8.
- Sman GE, Lessov-Schlaggar CN. The effects of tobacco smoke and nicotine on cognition and the brain. *Neuropsychol Rev* 2007; 17(3): 259-73.
- สิรินทร ฉันทศิริกาญจน์. สมองเสื่อม. กรุงเทพฯ: สมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม; 2551.
- Smith T, Gildeh N, Holmes C. The montreal cognitive assessment: Validity and utility in a memory clinic setting. *Can J Psychiatry* 2007; 52(5): 329-32.
- Puriansil C. Cognitive response of long period surgical resident work [Master's thesis]. Bangkok: Graduate School, Mahidol University; 2006.
- David LP, Lawrence JS, David LR. Social cognition in schizophrenia: An overview. *Schizoph Bull* 2008; 34(3): 408-11.

16. Neville E, Kolonowski AM, Yu F, Eslinger PJ. Improving cognition and function through exercise intervention in Alzheimer's disease. *J Nurs Scholarsh* 2006; 38(4): 358-65.
17. Kwok T, Wong A, Chan G, Shiu YY, Lam KC. Effectiveness of cognitive training for Chinese elderly in Hong Kong. *Clin Interv Aging* 2013; 8(2): 213-9.
18. Pilar T, Inma F, Volker R, Juan CR. Cognitive rehabilitation programs in schizophrenia: Current status and perspectives. *Rev Int Psicol Ter Psicol* 2010; 10(2): 191-204.
19. Kurtz MM, Seltzer JC, Shagan DS, Thime WR, Wexler BE. Computer assisted cognitive remediation in schizophrenia: What is the active ingredient. *Schizophr Res* 2007; 89(1): 251-60.
20. น้ำผึ้ง คุ่มครอง. การฟื้นฟูสมรรถภาพด้านพุทธิปัญญาในผู้ป่วยโรคจิตเภทศูนย์สุขภาพชุมชน ตำบลย้ออำเภอยี่งอ จังหวัดยะลา [วิทยานิพนธ์มหาวิทยาลัย]. ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2553.
21. เขวลักษณ์ โอรสานนท์, จุฬารัตน์ วิระชะรัตน์. โปรแกรมฝึกความจำสำหรับผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง. *วารสารของโรงพยาบาลศรีธัญญา* 2554; 135(12): 1-8.
22. อรษา ฉวาง. ประสิทธิภาพของโปรแกรมกลุ่มส่งเสริมความจำในผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่มีความบกพร่องพุทธิปัญญา. กรุงเทพฯ: สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา; 2560.
23. ชมรมเครือข่ายพยาบาลจิตเวช กรมสุขภาพจิต. การพัฒนาเกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วยจิตเวช: กรณีผู้ป่วยใน. คู่มือประกอบการใช้เกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วยใน (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2). นครราชสีมา: เดชพรการพิมพ์; 2559.
24. กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองไทย. แบบทดสอบสภาพสมองของไทย. *สารศิริราช* 2536; 45(6): 1-9.
25. อรวรรณ คุหา, บุรีณี บุญมีพิพิธ, นันทศักดิ์ ธรรมานวัตร, จิตนา วาณิชวโรดม. การเปรียบเทียบความสัมพันธ์แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเสื่อมเบื้องต้น (MMSE-Thai) 2002 และแบบทดสอบสมรรถภาพสมองไทย (TMSE) ในการคัดกรองผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม. *วารสารพฤกษาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ* 2552; 10(1): 19-24.
26. Hemrungronj S. MoCA Thai version online style 2007. [online]. Available from <http://www.mocatest.org/wp-content/uploads/2015/tests-instructions/MoCA-Instructions-Thai>. [2018 Jan15].
27. Tangwongchai S, Phanasathi M, Charernboon T. The validity of Thai version of the Montreal Cognitive Assessment. *Can J Psychiat* 2009; 22(5): 225-29.
28. Musso MW, Cohen AS, Auster TL, McGovern JE. Investigation of the Montreal Cognitive Assessment (MoCA) as a cognitive screener in severe mental illness. *Psychiatry Res* 2014; 220(1-2): 664-8.