



วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา

ISSN (print): 1905-8586, ISSN (online): 2697-651X

คณะที่ปรึกษา (สังกัดสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา)

	พญ.สุพัฒนา เชาววิวงศ์ ณ อยุธยา	นพ.เกษม ต้นคิดผลาชีวะ	นพ.ฐานันดร ปิยะศิริศิลป์
	นพ.นพดล วาณิชชฤดี	พญ.ปัทมา ศิริเวช	นพ.พลภัทร์ โล่เสถียรกิจ
บรรณาธิการ	ดร.ภญ.อรภรณ์ สวนช้าง	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา	
บรรณาธิการรอง	นางฐปณีย์ พูลมณีเจริญ	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา	
	น.ส.วัฒนาภรณ์ พิบูลอักษรณ	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา	
กองบรรณาธิการ	รศ.ดร.นพ.ชัชวาลย์ ศิลปกิจ	มหาวิทยาลัยมหิดล	
	รศ.ดร.นพ.วิฑูรย์ โล่ห์สุนทร	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	
	ผศ.ดร.นพ.วรภัทร รัตอาภา	มหาวิทยาลัยมหิดล	
	ผศ.ดร.นพ.วรสิทธิ์ ศิริพรพาณิชย์	มหาวิทยาลัยมหิดล	
	ดร.นพ.นพพร ต้นศิริวงศ์	ศูนย์สุขภาพจิตที่ 12	
	นพ.วรวัฒน์ ไชยชาญ	โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์	
	รศ.ดร.ภก.มนัส พงศ์ชัยเดชา	มหาวิทยาลัยศิลปากร	
	ดร.ธนะภูมิ รัตนานุพงศ์	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	
	ดร.ชฎาภา ประเสริฐทรง	มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ	
	พันตรีหญิง ดร.อุบลพรรณ ชีระศิลป์	มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ	
	ผศ.ดร.ภก.ทวนธน บุญสืบ	มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี	
	ดร.ภก.ถนอมพงษ์ เสถียรลัคนา	มหาวิทยาลัยสยาม	
	ดร.สุนทรี ศรีโกไสย	สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์	
	ดร.นพรัตน์ ไชยธานี	โรงพยาบาลสวนสราญรมย์	

กองบรรณาธิการ (สังกัดสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา)

	นพ.พงศกร เล็งดี	นพ.ปทานนท์ ขวัญสนิท	พญ.จิตติมา สงวนวิชัยกุล
	นพ.สุทธา สุปัญญา	นางอุณจิตร คุณารักษ์	น.ส.ชุมพร บ้านกล้วย
	น.ส.นิรมล ปะนะสุนา	น.ส.สาวิตรี แสงสว่าง	นางฉัตรสุดา จุงสกุล
ผู้จัดการ	น.ส.ชนสินันท์ ธนาพัฒนธนนท์	น.ส.เกตุรมาศ อยู่ถื่น	
	นายกฤตชัย แก้วยศ	นางศุภฤดี อุดมอิทธิพงษ์	

การติดต่อ โทรศัพท 0-2442-2500 ต่อ 59286 E - mail: somdetjournal@gmail.com

หมายเหตุ : กำหนดออกปีละ 2 ฉบับ (เดือนมีนาคม และเดือนกันยายน)

บทความที่ตีพิมพ์ต้องผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิอย่างน้อย 2 ท่าน / 1 บทความ (double blinded)

ผู้อ่านสามารถนำข้อความ ข้อมูลจากการสารไปใช้ประโยชน์ทางวิชาการได้ เช่น เพื่อการสอน การอ้างอิง การจะนำไปใช้วัตถุประสงค์อื่น เช่น เพื่อการค้า จะต้องได้รับอนุญาตเป็นลายลักษณ์อักษรจากกองบรรณาธิการก่อน



Department of Mental Health
Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry

Journal of Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry

ISSN (print): 1905-8586, ISSN (online): 2697-651X

Advisory board (Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry)

	Supathana Dejatiwongse	Kasem Tantiphalachiva	Thanundr Piyasirisilp
	Noppadol Vanichrudee	Pattama Sirivech	Pholphat Losatiankij
Editor	Orabhorn Suanchang	Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry	
Associate editor	Thapanee Foomooljareon	Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry	
	Wattanaporn Pibullarak	Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry	
Editorial board	Chatchawan Silapakit	Mahidol University	
	Vitoon Lohsoonthorn	Chulalongkorn University	
	Woraphat Ratta-Apha	Mahidol University	
	Vorasith Siripornpanich	Mahidol University	
	Nopporn Tanthirungsri	Mental Health Center 12	
	Warawat Chaichan	Nakhon Sawan Rajanagarindra Psychiatric Hospital	
	Manat Pongchaidecha	Silpakorn University	
	Thanapoom Rattananupong	Chulalongkorn University	
	Chadapa Prasertsong	Huachiew Chalermprakiet University	
	Ubonpan Theerasilp	Huachiew Chalermprakiet University	
	Tuanthon Boonlue	Ubon Ratchathani University	
	Thanompong Sathienluckana	Siam University	
	Soontaree Srikosai	Rajanagarindra Institute of Child Development	
	Nopparat Chaichumni	Suansaranrom Psychiatric Hospital	

Editorial board (Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry)

	Pongsakorn Lengdee	Patanon Kwansanit	Thitima Sanguanvichaikul
	Suttha Supanya	Unjit Khunarak	Chumphorn Bankluai
	Niramon Panasuna	Sawitree Saengsawang	Chatsuda Chungsakul
Manager	Chonsinun Thanapatthanon	Keyunmart Yootin	Krittana Kaewyot
	Dussadee Udomittipong		

Contact Information:

Subscription request, address changes or other communications please kindly send to manager of the journal at Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry.

Tel. 02-4422500 Ext. 59286

E - mail: somdetjournal@gmail.com

สารบัญวารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา ปี 2564 ปีที่ 15 ฉบับที่ 1 (มีนาคม)

	หน้า
สารบัญ	ก
คำแนะนำสำหรับผู้พิมพ์	จ
บรรณาธิการแถลง	ฎ
นิพนธ์ต้นฉบับ	
การศึกษาคุณภาพชีวิตของบุคคลออทิสติกไทยวัยผู้ใหญ่	1
วรัฏฐา เจริญ, นารีรัตน์ เอกจิน, กิจจาพร ชื่นบุญ	
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการเรียนออนไลน์	14
จากสถานการณ์โควิด-19 ของนักศึกษาพยาบาล	
ชฎาภา ประเสริฐทรง, จรินทร์วรรณ แสงหิรัญรัตนา, พรชญา กลัดแก้ว	
การพัฒนาแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยแอลกอฮอล์ในระยะถอนฤทธิ์สุรา	29
แบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์	
กนกกาญจน์ วิโรจน์อุไรเรือง, อัมพร สีลากุล, วิมาลา เจริญชัย	
รายงานผู้ป่วย	
การพัฒนาทักษะทางสังคมของเด็กออทิสติก	49
โดยการใช้เกมกระดานร่วมกับการชี้แนะ	
ปฐินทร์ นิติธรรมานุสรณ์, ชนิตา มิตรานันท์, กนกพร วิบูลพัฒนะวงศ์	
บทความพื้นฟูวิชาการ	
การกระตุ้นการรู้คิดสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย :	62
บทความพื้นฟูวิชาการ	
คุณุฎิ อุดมอิทธิพงศ์, พิชญา ชาญนกร,	
ธิดิมา ณรงค์ศักดิ์, นภาพิศ นิมนาคบุญ	

Contents of Journal of Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry

Years 2021, Volume 15, Issue 1 (March)

	Page
Contents	๓
Instruction to authors	๗
Preface	๗
Original article	
Quality of life study among Thai adults with autism	2
Warattha Charoen, Nareerat Akejeen, Kitjaporn Cheunboon	
The factor related to stress of online learning due to the COVID-19 situation among nursing students	15
Chadapa Prasertsong, Jarinwan Sanghirunruttana, Pornchana Kladkaew	
The guideline development of alcohol withdrawal treatment for inpatients, Prasrimahabhodi Psychiatric Hospital	30
Kanokkarn Wiroteurairuang, Amporn Seelakul, Wimala Charoenchai	
Case report	
The development of social skill of children with autism spectrum disorder using board game and prompting	50
Purin Nitithammanusorn, Chanida Mitranun,	
Kanokporn Viboontattanawong	
Review article	
Cognitive stimulation for elderly with mild cognitive impairment: review article	63
Dussadee Udomittipong, Pitchaya Channakorn,	
Thitima Narongsak, Napapit Chimnakboon	

คำแนะนำผู้พิมพ์

วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา จัดทำขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประชาสัมพันธ์นโยบายและกิจกรรมของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา เป็นสื่อในการเผยแพร่ผลงานทางวิชาการสุขภาพจิตและจิตเวช เรื่องที่ลงพิมพ์ในวารสารฉบับนี้แล้วถือเป็นสิทธิ์ของวารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา

เพื่อให้ได้มาตรฐานสากล ผู้ประสงค์ที่จะส่งต้นฉบับมาลงตีพิมพ์ในวารสาร ต้องจัดเตรียมต้นฉบับให้ได้มาตรฐานตามคำแนะนำดังนี้

ประเภทของบทความแบ่งเป็น 6 ชนิด

1. บทบรรณาธิการ (Editorial)

เป็นบทความซึ่งวิเคราะห์ผลงานทางแพทย์หรือสุขภาพจิต หรืออาจจะเป็นข้อคิดเห็นเพื่อความก้าวหน้าทางวิชาการ มีส่วนประกอบที่สำคัญดังนี้

1.1 ชื่อเรื่อง (Title) ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

1.2 ชื่อผู้พิมพ์ และสังกัด (Author & byline) ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

1.3 เนื้อเรื่อง (Text) ประกอบด้วย

- บทนำ (Introduction)

- ประเด็นหลักและคำอธิบายที่ผสมผสานกับข้อวิจารณ์

- ประเด็นย่อยหรือหัวข้อข้ออธิบายที่ผสมผสานกับข้อวิจารณ์หรือข้อเสนอแนะที่ก่อให้เกิดแนวคิดใหม่

1.4 สรุป (Conclusion)

1.5 กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements)

1.6 เอกสารอ้างอิง (References)

2. นิพนธ์ต้นฉบับ (Original article)

เป็นบทความรายงานการวิจัย โดยยังไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารฉบับใด ๆ มาก่อน บทความที่เป็นรายงานการวิจัยประกอบด้วย 11 ส่วน คือ

2.1 ชื่อเรื่อง (Title) ต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ชื่อเรื่องควรเป็นวลีสั้น ๆ แต่ได้ใจความ สามารถสื่อให้ผู้อ่านคาดเดาถึงแนวทาง และผลการวิจัยได้

2.2 ชื่อผู้พิมพ์และสังกัด (Author & by-line) เขียนชื่อ นามสกุล ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ในกรณีที่มีผู้พิมพ์หลายคนให้เรียงชื่อตามลำดับความสำคัญที่แต่ละคนมีส่วนในงานวิจัยนั้น ชื่อหน่วยงานของผู้เขียนที่เป็นปัจจุบันเพื่อสะดวกในการติดต่อ

2.3 บทคัดย่อ (Abstract) ภาษาไทยและ

ภาษาอังกฤษ ให้เรียงลำดับตามหัวข้อดังนี้
วัตถุประสงค์ (Objective) วัสดุและวิธีการ
(Materials and methods) ผล (Results) สรุป
(Conclusion) จำนวนไม่ควรเกิน 300 คำ ตาม
ด้วยคำสำคัญให้อยู่ในหน้าเดียวกัน

2.4 คำสำคัญ (Key words) เขียนเป็นคำ
หรือวลี ทั้งภาษาไทยและอังกฤษ จำนวน 3 - 5 คำ

2.5 บทนำ (Introduction) ให้ข้อมูล
ข้อสนเทศและประเด็นสำคัญทางวิชาการ
รวมทั้งวัตถุประสงค์ของการวิจัยนั้น

2.6 วัสดุและวิธีการ (Materials and
methods) กล่าวถึงการออกแบบกลุ่มตัวอย่าง
เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์
ทางสถิติโดยเรียงเรียงตามขั้นตอน

2.7 ผล (Results) รายงานและอธิบายผล
ที่สำคัญที่เป็นจริง อาจมีตารางและ
ภาพประกอบไม่เกิน 4 ตารางหรือภาพ และไม่
ซ้ำซ้อนกับคำบรรยาย

2.8 อภิปราย (Discussion) นำประเด็นที่
สำคัญที่เป็นจริงของผลการวิจัยมาศึกษาอธิบาย
เรียงตามลำดับที่นำเสนอในผลว่าเหมือนหรือ
ต่างจากผลการศึกษาของผู้อื่นอย่างไร โดยมี
หลักฐานอ้างอิงที่น่าเชื่อถือ การนำผลมา
ประยุกต์ใช้ รวมทั้งข้อเสนอแนะทางวิชาการ

2.9 สรุป (Conclusion) เขียนสรุปเรียงลำดับ
ตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้

2.10 กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements)

เขียนขอบคุณบุคคลที่ช่วยเหลือเป็นกรณีพิเศษ
โดยเขียนให้สั้นเรียบง่าย ชัดเจน แสดงความมี
น้ำใจแต่ไม่เกินจริงและกล่าวถึงแหล่ง
สนับสนุนด้วย

2.11 เอกสารอ้างอิง (References) การ
อ้างอิงใช้ระบบ Vancouver 2003 โดยผู้ที่เขียน
ต้องรับผิดชอบในความถูกต้องของ
เอกสารอ้างอิง และการอ้างอิงในเนื้อหาให้ใช้
เครื่องหมายเชิงบรรณเป็นหมายเลข โดยใช้
หมายเลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงอันดับแรก
(ตัวเลขยกไม่ใส่วงเล็บ) และเรียงต่อไป
ตามลำดับ ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำให้ใช้หมายเลข
เดิม การอ้างอิงท้ายบทความ จะมีตัวอย่างการ
เขียนต่อจากการส่งต้นฉบับ รวม 14 ตัวอย่าง

การเตรียม ตาราง รูปภาพและแผนภูมิ

1. ตารางให้เรียงต่อจากคำอธิบาย

2. รูปภาพ ให้ใช้ภาพถ่ายขาวดำขนาด
โปสการ์ด (3 X 5 นิ้ว) ผิวหนาเรียบ โดยด้านหลัง
เขียนลูกศรด้วยดินสอสีดำเป็นแนวตั้ง ตามที่
ผู้พิมพ์ต้องการให้ปรากฏในวารสาร และเขียน
หมายเลขกำกับไว้ว่า ภาพที่ 1 ภาพที่ 2 ฯลฯ

3. แผนภูมิ ควรมีฐานข้อมูลของแผนภูมิ
และควรระบุโปรแกรมที่ใช้ด้วยคำอธิบาย
รูปภาพและแผนภูมิให้พิมพ์แยกไว้ต่างหาก
แทรกไว้ก่อนรูปนั้น

3. บทความฟื้นฟูวิชาการ (Review
article)

เป็นบทความจากการรวบรวมวิเคราะห์สังเคราะห์ผลเรื่องใดเรื่องหนึ่ง เพื่อให้ผู้อ่านมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความก้าวหน้าของเรื่องนั้นในสถานการณ์ปัจจุบัน บทความฟื้นฟูวิชาการมีส่วนประกอบดังนี้

3.1 ชื่อเรื่อง (Title) ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

3.2 ชื่อผู้พิมพ์และสังกัด (Author & by-line) ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

3.3 บทคัดย่อ (Abstract) ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

3.4 คำสำคัญ (Key words) ภาษาไทยและอังกฤษ

3.5 บทนำ (Introduction)

3.6 บทปริทัศน์ ซึ่งอาจแบ่งเป็นส่วน ๆ ตามหัวข้อย่อย โดยเริ่มจากการบอกวัตถุประสงค์แล้วแจ้งข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับการทบทวนเอกสารและการรวบรวมข้อมูลต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง กับเรื่องปริทัศน์มาไว้เป็นหมวดหมู่ผสมผสานกับข้อวิจารณ์ หรือข้อคิดเห็นข้อเสนอแนะ ที่ก่อให้เกิดแนวคิดใหม่ ๆ บางครั้งบทวิจารณ์ (Discussion) อาจแยกไว้เป็นหัวข้อต่างหาก

3.7 สรุป (Conclusion)

3.8 เอกสารอ้างอิง (References)

4. รายงานเบื้องต้น (Preliminary report)

หรือรายงานสังเขป (Short communication) เป็นการนำเสนอรายงานผลการศึกษาวิจัยที่ยัง

ไม่เสร็จสมบูรณ์ต้องศึกษาต่อเพื่อเก็บข้อมูลเพิ่มเติมหรือศึกษาเสร็จแล้วกำลังเตรียมต้นฉบับซึ่งมีส่วนประกอบที่สำคัญ เช่นเดียวกับนิพนธ์ต้นฉบับหรือบทความฟื้นฟูวิชาการ

5. รายงานผู้ป่วย (Case report)

เป็นรายงานที่เกี่ยวกับผู้ป่วยที่น่าสนใจไม่เคยมีรายงานมาก่อนหรือมีรายงานน้อยรายชื่อเรื่องควรต่อท้ายด้วย : รายงานผู้ป่วย (Case report) เพื่อให้ผู้อ่านทราบว่าเป็นรายงานผู้ป่วยถ้าแสดงรูปภาพ ต้องเฉพาะที่จำเป็นจริง ๆ และได้รับการยินยอมจากผู้ป่วยหรือผู้รับผิดชอบรายงานผู้ป่วยมีองค์ประกอบดังนี้

5.1 ชื่อเรื่อง (Title) ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

5.2 ชื่อผู้พิมพ์และสังกัด (Author & by-line) ภาษาไทยและอังกฤษ

5.3 บทคัดย่อ (Abstract) ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

5.4 คำสำคัญ (Key words) ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

5.5 บทนำ (Introduction)

5.6 รายงานผู้ป่วย (Report of case [s]) ซึ่งบอกลักษณะอาการของผู้ป่วยผลการตรวจ (Finding) การรักษาและผลจากการรักษาบำบัด

5.7 วิจารณ์ (Discussion)

5.8 สรุป (Conclusion)

5.9 กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements)

5.10 เอกสารอ้างอิง (References)

6. ปกิณกะ (Miscellany)

เป็นบทความที่ไม่สามารถจัดเข้าในประเภท 1 ถึง 4 ได้

6.1 ชื่อเรื่อง (Title) ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

6.2 ชื่อผู้พิมพ์และสังกัด (Author & by-line) ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

6.3 เนื้อเรื่อง (Text) ประกอบด้วย

- บทนำ (Introduction)
- ประเด็นหลักสำคัญ และคำอธิบายที่ประกอบด้วยเนื้อหา
- ประเด็นย่อยหรือหัวข้อย่อย และคำอธิบาย

- ประเด็นสำคัญ

- ประเด็นย่อย

- สรุป (Conclusion)

6.4 กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements)

6.5 เอกสารอ้างอิง (References)

การเตรียมต้นฉบับ

1. ภาษา ให้ใช้ 2 ภาษา คือ ภาษาไทย และ/หรือภาษาอังกฤษ ถ้าต้นฉบับเป็นภาษาไทย ควรใช้ศัพท์ภาษาไทยให้มากที่สุด โดยใช้พจนานุกรมศัพท์วิทยาศาสตร์ ฉบับราชบัณฑิตยสถาน เป็นบรรทัดฐาน สำหรับคำศัพท์แพทย์ภาษาอังกฤษที่ไม่มีคำแปลใน

พจนานุกรมฯ อนุโลมให้ใช้ภาษาอังกฤษได้ คำศัพท์ภาษาอังกฤษที่ปนในเรื่องภาษาไทยให้ใช้ตัวพิมพ์เล็กทั้งหมด ยกเว้นชื่อเฉพาะ ซึ่งขึ้นต้นด้วยตัวพิมพ์ใหญ่ ไม่ขึ้นต้นประโยคด้วยคำศัพท์ภาษาอังกฤษและหลีกเลี่ยงการใช้ศัพท์ภาษาอังกฤษเป็นกริยา การเขียนคำสถิติ ร้อยละ ให้ใช้ทศนิยม 1 ตำแหน่ง

2. ต้นฉบับ พิมพ์ด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ โปรแกรม Microsoft Word ขนาดตัวอักษร ภาษาไทย อังสนา UPC ขนาด 16 และให้พิมพ์ข้อความ 1 สดมภ์ (1 Column) ต่อ 1 หน้ากระดาษ A4 ให้พิมพ์ห่างจากขอบกระดาษทุกด้านไม่น้อยกว่า 2.5 ซม. (1 นิ้ว) และต้นฉบับแต่ละเรื่องไม่ควรเกิน 8 - 15 หน้ากระดาษ A4

การส่งต้นฉบับ

ส่งต้นฉบับได้ที่ <https://www.tci-thaijo.org/index.php/journalsomdetchaopraya/index> หรือส่งทาง e - mail: somdetjournal@gmail.com

ถ้าเป็นการทดลองในมนุษย์ให้แนบสำเนาหนังสือรับรองของคณะกรรมการจริยธรรมพิจารณาการทดลองในคนด้วย

เอกสารอ้างอิง

ในคำแนะนำสำหรับผู้พิมพ์นี้ได้รวบรวมรูปแบบการอ้างอิงเอกสารระบบ Vancouver 2003 ไว้ทั้งหมด 6 ประเภท 14

ตัวอย่าง ดังนี้

1. เอกสารอ้างอิงที่เป็นวารสาร

1.1 การอ้างอิงจากวารสารที่ได้มาตรฐานทั่วไป

รูปแบบพื้นฐาน : ชื่อผู้พิมพ์, ชื่อเรื่อง, ชื่อวารสาร ปี; ปีที่วารสาร: หน้า.

ตัวอย่างที่ 1 (กรณีผู้พิมพ์ไม่เกิน 6 คน)

Silpakit O, Amornpichetkoom M, Kaojaren S. Comparative study of bioavailability and clinical efficacy carbamazepine in epileptic patients. Ann Pharmacother 1997; 31: 548-52.

ตัวอย่างที่ 2 (กรณีผู้พิมพ์เกิน 6 คน)

Meydani SN, Leka LS, Fine BC, Dallal GE, Keusch GT, Singh MF, et al. Vitamin E and respiratory tract infections in elderly nursing home residents: a randomized controlled trial. JAMA 2004; 292: 828-36.

1.2 กรณีที่หน่วยงานเป็นผู้พิมพ์ ใช้รูปแบบพื้นฐานเช่นเดียวกันกับ 1.1 ดังนี้

รูปแบบพื้นฐาน : ชื่อหน่วยงาน, ชื่อเรื่อง, ชื่อวารสาร ปี; ปีที่วารสาร: หน้า.

1.3 กรณีที่ไม่มีชื่อผู้พิมพ์

ตัวอย่างที่ 3 Cancer in South Africa

[editorial]. S Afr Med J 1994; 84: 15.

1.4 กรณีที่เป็นฉบับเสริม (Supplement)

ตัวอย่างที่ 4 Strauss SE. History of

chronic fatigue syndrome. Rev Inf Dis 1991; 11

suppl: S2-7.

2. เอกสารอ้างอิงที่เป็นหนังสือ/ตำรา

2.1 การอ้างอิงจากหนังสือที่ได้มาตรฐานทั่วไป

รูปแบบพื้นฐาน : ชื่อสกุลผู้พิมพ์ อักษรย่อชื่อผู้พิมพ์, ชื่อหนังสือ, พิมพ์ครั้งที่ (กรณีพิมพ์มากกว่า 1 ครั้ง), ชื่อเมือง: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.

ตัวอย่างที่ 5 Eisen HN. Immunology: an introduction to molecular and cellular principles of the immune response. 5th ed. New York: Harper and Row; 2529.

ตัวอย่างที่ 6 สกน สุวรรณเลิศ. ฝึบอบปี เ้าในทรรสนะทางจิตเวชศาสตร์. กรุงเทพฯ: บพิขการพิมพ์; 1974.

2.2 หนังสือที่ผู้เขียนเป็นบรรณาธิการ หรือผู้รวบรวม

ตัวอย่างที่ 7 ธนุ ชาดิธนานนท์, บรรณาธิการ. คู่มือประกอบการใช้ ICD-10. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง; 2536.

2.3 หนังสือที่มีผู้พิมพ์เป็นหน่วยงาน และเป็นผู้พิมพ์

ตัวอย่างที่ 8 กรมสุขภาพจิต. คู่มือ ICD-10. นนทบุรี : กรมสุขภาพจิต; 2538.

2.4 เอกสารอ้างอิงเป็นบทหนึ่งในหนังสือ

ตัวอย่างที่ 9 Strang J, Gradley B,

Stockwell T. Assessment of drug and alcohol use. In: Thompson C, editor. The instrument of psychiatric research. London: John Wiley & son; 1989: 211-32.

2.5 เอกสารอ้างอิงที่เป็นหนังสือประกอบการประชุม (conference proceeding)

ตัวอย่างที่ 10 ทรงเกียรติ ปิยะกะ. บรรณาธิการ. ยิ้มสู้ภัย...ยาเสพติด. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ประจำปี 2545 เรื่องสุขภาพจิต กับยาเสพติด; 21 – 23 สิงหาคม 2545; ณ โรงแรมปริ้นซ์พาเลซ. กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต; 2545.

3. เอกสารอ้างอิงที่เป็นวิทยานิพนธ์

รูปแบบพื้นฐาน : ชื่อผู้นิพนธ์. ชื่อเรื่อง [วิทยานิพนธ์]. ชื่อเมือง : ชื่อมหาวิทยาลัย ; ปี.

ตัวอย่างที่ 11 Silpakit C. A study of common mental disorders in primary care in Thailand [Ph.D. thesis]. London: University of London; 1998.

ตัวอย่างที่ 12 พนิษฐา พานิชชีวะกุล. การพัฒนาเครื่องมือวัดคุณภาพที่เป็นสหมิติสำหรับผู้สูงอายุในชนบท [วิทยานิพนธ์ดุสิตบัณฑิต]. นครปฐม: บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล; 2537.

4. เอกสารอ้างอิงที่เป็นรายงานทางวิชาการ

รูปแบบพื้นฐาน : ชื่อผู้วิจัย (หรือสถาบัน).

ชื่อเรื่อง. ชื่อเมือง: สำนักพิมพ์: ปี.

ตัวอย่างที่ 13 อรพรรณ ศิลปกิจ. รายงานการวิจัยเรื่องเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคลมชัก. นนทบุรี: โรงพยาบาลศรีธัญญา; 2541.

5. การอ้างอิงจากสื่ออิเล็กทรอนิกส์

5.1 วารสารในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์
รูปแบบพื้นฐาน : ชื่อผู้นิพนธ์. ชื่อเรื่อง. [online]. Available from: เว็บไซต์ [วันที่เข้าถึง].

ตัวอย่างที่ 14 Wallker J. The Columbia guide to online style Dec 1996. [online]. Available from: www.cas.usp.edu/english/wallker/apa.Hml [1999 Feb 11].

จริยธรรมในการเผยแพร่ผลงานวิจัยในวารสาร

1. เนื้อหาทั้งหมดของบทความที่ลงตีพิมพ์ในวารสาร เจ้าของผลงานมีการคิด ค้นคว้า ทบทวน วิเคราะห์ สรุป เรียบเรียงและอ้างอิงข้อมูลโดยผู้เขียนเอง กองบรรณาธิการไม่มีส่วนร่วมรับผิดชอบ

2. บทความที่ตีพิมพ์ในวารสารนี้ต้องไม่เคยได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ที่ไหนมาก่อน และไม่อยู่ระหว่างการเสนอเพื่อพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่น

3. ผลงานวิชาการที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์หรือสัตว์ทดลองต้องได้รับการรับรองการผ่านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และสัตว์ทดลอง และต้องส่งหลักฐานให้กับวารสารด้วย

บรรณาธิการแถลง

วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา จัดทำขึ้นเพื่อเผยแพร่ผลงานวิชาการด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ปัจจุบันเป็นปีที่ 15 ฉบับที่ 1 ผลงานวิชาการในเล่มนี้ประกอบด้วยนิพนธ์ต้นฉบับ จำนวน 3 เรื่อง โดยเรื่องแรกเป็นการศึกษาคุณภาพชีวิตของบุคคลออทิสติกไทยวัยผู้ใหญ่ เรื่องที่สองเป็นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการเรียนออนไลน์จากสถานการณ์โควิด-19 ของนักศึกษาพยาบาล ส่วนเรื่องที่สามจะเกี่ยวข้องกับการพัฒนาแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยแอลกอฮอล์ในระยะถอนฤทธิ์สุราแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ รายงานผู้ป่วย จำนวน 1 เรื่อง คือการพัฒนาทักษะทางสังคมของเด็กออทิสติกโดยการใช้เกมกระดานร่วมกับการชี้แนะ และบทความฟื้นฟูวิชาการ จำนวน 1 เรื่อง ซึ่งเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการกระตุ้นการรู้คิดสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย

กองบรรณาธิการขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เขียนบทความทุกท่านที่มีส่วนสนับสนุนให้วารสารเสร็จสมบูรณ์อย่างมีคุณภาพ และขอเชิญชวนบุคลากรสถาบันฯ นักวิชาการ และนิสิตนักศึกษา รวมทั้งผู้สนใจส่งบทความเพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ โดยปัจจุบันวารสารได้มีการตีพิมพ์รูปแบบ e-journal เพื่อประโยชน์ในการสืบค้นและเข้าถึงข้อมูลได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ โดยผู้สนใจสามารถดาวน์โหลดบทความหรือส่งบทความเพื่อตีพิมพ์ได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายใด ๆ ได้ที่ <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/journalsomdetchaopraya/index> หวังเป็นอย่างยิ่งว่าบทความในวารสารฉบับนี้จะให้ความรู้และเป็นประโยชน์ต่อผู้อ่านทุกท่าน ในการพัฒนางานด้านสุขภาพจิตและการดูแลผู้ป่วยจิตเวชต่อไป

ดร.ภญ.อรภรณ์ สวนซัง

บรรณาธิการวารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา

การศึกษาคุณภาพชีวิตของบุคคลออทิสติกไทยวัยผู้ใหญ่

วรัญญา เจริญ*, นาริรัตน์ เอกจิน**, กิจจาพร ชื่นบุญ***

*นักสังคมสงเคราะห์, โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

**ผู้อำนวยการ, สมาคมผู้ปกครองบุคคลออทิสติก (ไทย)

***เลขาธิการ, สมาคมผู้ปกครองบุคคลออทิสติก (ไทย)

วันรับบทความ : 26 ตุลาคม 2563

วันแก้ไขบทความ : 22 มกราคม 2564

วันตอบรับบทความ : 29 มกราคม 2564

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของบุคคลออทิสติกไทยวัยผู้ใหญ่ในประเทศไทย และเพื่อศึกษาความแตกต่างของ
คุณภาพชีวิตกับปัจจัยส่วนบุคคลของบุคคลออทิสติกไทยวัยผู้ใหญ่ในประเทศไทย

วัสดุและวิธีการ : การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างคือ บุคคลโรคกลุ่มอาการออทิสติกที่มีอายุ
ตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป โดยกำหนดพื้นที่ในการเก็บข้อมูลจำนวน 9 ภูมิภาคในประเทศไทย จำนวน 378 คน ในช่วงเดือน
มีนาคม – เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2560 เครื่องมือที่ใช้คือ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และแบบวัด
คุณภาพชีวิต ชุดย่อฉบับภาษาไทย สถิติที่ใช้คือ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติอนุมาน
ได้แก่ การทดสอบความแปรปรวนทางเดียว โดยใช้สถิติเอฟเทส และสถิติทีเทส

ผล : กลุ่มตัวอย่าง 378 คน ส่วนใหญ่เพศชาย ร้อยละ 77.0 มีอายุระหว่าง 18 ปี – 23 ปี ร้อยละ 70.9 จบการศึกษาระดับ
ประถมศึกษา ร้อยละ 32.3 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 73.5 ไม่มีรายได้ ร้อยละ 69.3 และไม่มีการใช้สารเสพติด ร้อยละ
98.4 คุณภาพชีวิตของบุคคลออทิสติกไทยวัยผู้ใหญ่ พบว่าบุคคลออทิสติกไทยวัยผู้ใหญ่มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายโดยรวม
อยู่ในเกณฑ์ระดับดี มีคุณภาพชีวิตด้านจิตใจโดยรวมอยู่ในเกณฑ์ระดับปานกลาง มีคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทาง
สังคมโดยรวมอยู่ในเกณฑ์ระดับปานกลาง และมีคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมโดยรวมอยู่ในเกณฑ์ระดับปานกลาง
ส่วนความแตกต่างของคุณภาพชีวิตโดยรวมกับปัจจัยส่วนบุคคล คือ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และ
รายได้

สรุป : หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรส่งเสริมนโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิตของบุคคลออทิสติกไทยวัยผู้ใหญ่ในประเทศ
ไทยในทุกองค์ประกอบ ได้แก่ ด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม และคุณภาพ
ชีวิตและสุขภาพโดยรวม เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของบุคคลออทิสติกไทยวัยผู้ใหญ่

คำสำคัญ : คุณภาพชีวิต, บุคคลออทิสติกไทยวัยผู้ใหญ่

ORIGINAL ARTICLE

QUALITY OF LIFE STUDY AMONG THAI ADULTS WITH AUTISM

Warattha Charoen*, Nareerat Akejeen**, Kitjaporn Cheunboon**

*Social Worker, Yuwaprasart Waithayopatham Child and Adolescent Psychiatric Hospital

**Director, Association for the Parents of Autism (Thai)

***Secretary, Association for the Parents of Autism (Thai)

Received: October 26, 2020

Revised: January 22, 2021

Accepted: January 29, 2021

Abstract

Objectives: To study quality of life and the differences of personal factor in adults with autism in Thailand.

Material and Methods: This was a cross-sectional descriptive study. The subjects were Thai adults with autism spectrum disorder aged 18 and above. The data collection from specifying areas in 9 regions of Thailand, 378 adults with autism spectrum disorder was conducted since March to June 2017. The instruments used in research were the general questionnaire created by the researcher and WHOQOL-BREF-THAI (World Health Organization quality of life-Thai version). Data were analyzed using descriptive statistics: percentages, means and standard deviations and inferential statistics: t-test, and F-test or (One-way ANOVA).

Results: The study sample consisted of 378 adults with autism spectrum disorder. Most participants were male (77.0%), primary school educated (32.3%), aged between 18 - 23 years (70.9%), non-career (73.5%), samples with no income (69.3%) and non-substance users (98.4%). The overall physical dimension of quality of life was reported at a good level and psychological, social relationship and environmental dimension, the samples had moderate levels. Factors affect the QOL were marital status, education, occupation, and income.

Conclusion: From this study, it is a good opportunity for relevant agencies to promote quality of life improvement with physical, psychological, social, and environmental dimensions of Thai adults with autism through the policies.

Key words: autism Thai adults, quality of life

บทนำ

ผู้ป่วยโรคกลุ่มอาการออทิสติก (autism spectrum disorder) มีความชุกประมาณร้อยละ 1 รัฐบาลและครอบครัวมีความจำเป็นจะต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ในปริมาณที่สูง ซึ่งในปี ค.ศ. 2006 ได้มีการประมาณค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ในประเทศอังกฤษสูงถึง 25 พันล้านปอนด์ต่อปี¹ จากการประมาณการจากค่าความชุกของโรคกลุ่มอาการออทิสติก คาดว่าจำนวนผู้ป่วยออทิสติกในประเทศไทยมีทั้งสิ้นมากกว่า 300,000 คน ในจำนวนนี้มีบุคคลออทิสติกจำนวนมากอยู่ในช่วงวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่จำนวนไม่น้อย ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีอาการหรือความผิดปกติที่แตกต่างจากผู้ป่วยโรคกลุ่มอาการออทิสติกในวัยเด็ก และมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชเพิ่มขึ้น เช่น มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคอารมณ์สองขั้ว (bipolar disorder) โรคจิตเภท (schizophrenia) และอื่น ๆ นอกจากนี้ยังพบว่ามี ความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคทางกาย เช่น โรคในกลุ่ม metabolic syndrome เกิดความท้าทายต่อการจัดระบบบริการสุขภาพที่เอื้ออำนวยต่อผู้ป่วยในกลุ่มนี้ เนื่องจากมีความแตกต่างจากการดูแลรักษาผู้ป่วยออทิสติกในวัยเด็ก²

การรวบรวมงานวิจัยตั้งแต่ปี ค.ศ. 2004 - 2012 โดยศึกษาคุณภาพชีวิตของบุคคลออทิสติก 486 คน โดยเทียบกับคุณภาพชีวิตของบุคคล

ทั่วไปจำนวน 17,776 คน รวมไปถึงการศึกษาคุณภาพชีวิตของบุคคลออทิสติกสูงอายุ (อายุ 53 - 83 ปี) จำนวน 24 คน พบว่า บุคคลออทิสติกมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าบุคคลทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Cohen's $d = -0.96$) โดยอายุ และระดับความรุนแรงไม่ได้มีผลต่อระดับคุณภาพชีวิต³

จากการศึกษาในประเทศไต้หวัน โดย Lin เมื่อปี 2014⁴ ที่ได้ศึกษาว่าบุคคลออทิสติกวัยผู้ใหญ่มีมุมมองเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของตนเป็นอย่างไร พบว่า ค่าของคะแนนคุณภาพชีวิตสูงที่สุดในหมวดของสิ่งแวดล้อม (environment domain) ตามมาด้วยเรื่องสุขภาพทางร่างกาย (physical health domain) และ สุขภาพจิต (psychological health domain) แต่พบว่าคะแนนอยู่ในระดับต่ำ ในส่วนของความสัมพันธ์ทางสังคม (social relation domain) อย่างไรก็ตาม ค่าคะแนนของคุณภาพชีวิตของบุคคลออทิสติกมีค่าต่ำกว่าบุคคลทั่วไปในทุกประเด็น โดยเฉพาะในส่วนของสุขภาพทางร่างกาย (physical health domain) และ สุขภาพจิต (psychological health domain) และพบว่าคะแนนอยู่ในระดับต่ำในส่วนของความสัมพันธ์ทางสังคม (social relation domain) โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระดับคะแนนคุณภาพชีวิต ได้แก่ Comorbid psychiatric, self-rated health status และ perceived happiness นอกจากนี้ การศึกษาวิจัยในต่างประเทศยังศึกษาถึงความสามารถใน

การมีชีวิตอยู่โดยลำพัง (functional independence) การมีอาชีพและการจ้างงาน (employment) การเป็นภาระพึ่งพิงของครอบครัว และปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม (environmental factor) ซึ่งมีผลต่อระดับคุณภาพชีวิตของบุคคลออทิสติก และส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ความรู้สึกในคุณค่าของตนเอง รวมถึงคุณภาพชีวิต แม้ว่าในต่างประเทศจะมีการศึกษามากมายถึงคุณภาพชีวิตของบุคคลออทิสติกด้วยผู้ใหญ่

อย่างไรก็ตามในประเทศไทยยังไม่เคยมีการศึกษาในเรื่องนี้โดยใช้แบบทดสอบที่มีมาตรฐานที่เทียบเคียงผลกับการศึกษาในต่างประเทศได้ ด้วยเหตุนี้คณะผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาคุณภาพชีวิตของบุคคลออทิสติกด้วยผู้ใหญ่ เพื่อให้ได้ข้อมูลพื้นฐานซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการวางแผนช่วยเหลือในการดูแลบุคคลออทิสติกในวัยผู้ใหญ่ได้อย่างเหมาะสม อันจะช่วยให้บุคคลกลุ่มนี้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป ตลอดจนเป็นองค์ความรู้ที่จะสามารถนำไปใช้ในการทำวิจัยต่อไปในอนาคต

นิยามศัพท์

บุคคลออทิสติกไทยวัยผู้ใหญ่ หมายถึง บุคคลโรคกลุ่มอาการออทิสติกที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป สัญชาติไทย ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ หรือจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นว่าเจ็บป่วย

ด้วย autism spectrum disorder หรือ autistic disorder ตามเกณฑ์การวินิจฉัยด้วย DSM - IV, DSM - V หรือ ICD - 10

Autistic Spectrum Disorder (ADS)

หมายถึง ความผิดปกติทางพัฒนาการที่มีอาการสำคัญคือ มีความผิดปกติในพัฒนาการทางสังคม การสื่อสาร และมีพฤติกรรมซ้ำซาก หรือสนใจในเรื่องแคบ ๆ

คุณภาพชีวิต หมายถึง ความผาสุก ความรู้สึกเป็นสุข ความพึงพอใจในชีวิตของบุคคล เกิดจากได้รับการตอบสนองในสิ่งที่บุคคลต้องการ รวมทั้งการมีสุขภาพดีทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม

วัสดุและวิธีการ

เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) ประชากร คือ บุคคลโรคกลุ่มอาการออทิสติกที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคคลโรคกลุ่มอาการออทิสติกที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปที่เป็นผู้ป่วยของโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ หรือเป็นสมาชิกของชมรมบุคคลออทิสติกตามจังหวัดต่าง ๆ ของประเทศไทย ที่ผ่านเกณฑ์คัดเลือก การคำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่างจะทำให้ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมในการศึกษา โดยกำหนดให้ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ไม่เกินร้อยละ 5

$$\text{จากสูตร} \quad n = [Z^2 \alpha_2 PQ] / d^2$$

โดยที่	$Z_{\alpha_2} = 1.96$ (two tail)	ใช้จำนวนกลุ่มตัวอย่างเป็นบุคคลออทิสติก
	$P = 0.291$	จำนวน 348 ราย แต่จากศึกษาประชากรพบว่ามี
	$Q = 0.790$	มากกว่าการคำนวณขนาดตัวอย่างดังกล่าว โดย
	$d = 0.05$	ผู้วิจัยเก็บข้อมูลได้เก็บข้อมูลประชากรดังกล่าว
จะได้	$n = 317$ ราย	และคัดกรองข้อมูลแล้ว จึงได้กลุ่มบุคคลออทิสติก
จากการคำนวณขนาดตัวอย่างในการศึกษา		ผู้ใหญ่ จำนวน 378 คน เพื่อให้ได้ข้อมูลที่
จะเพิ่มอีกร้อยละ 10 ดังนั้นในการศึกษานี้จะ		สมบูรณ์ ดังนี้

ตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา

ภูมิภาค	บุคคลออทิสติกจำนวน (ราย)	ผู้ปกครองจำนวน (ราย)
ภาคเหนือตอนบน	42	42
ภาคเหนือตอนล่าง	42	42
ภาคอีสานตอนบน	42	42
ภาคอีสานตอนล่าง	42	42
ภาคใต้ตอนบน	42	42
ภาคใต้ตอนล่าง	42	42
ภาคตะวันออก	42	42
ภาคตะวันตก	42	42
ภาคกลาง	42	42
รวม	378	378

เกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria)

1. บุคคลโรคกลุ่มอาการออทิสติกที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป
2. ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์หรือจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นว่าเจ็บป่วยด้วย autism spectrum disorder หรือ autistic disorder ตามเกณฑ์การวินิจฉัยด้วย DSM-IV, DSM-V หรือ ICD-10

3. สามารถฟัง พูด เข้าใจ และอ่านภาษาไทยได้อย่างถูกต้อง

4. ยินดีเข้าร่วมโดยสามารถแสดงความจำนงและเข้าใจข้อคำถามอย่างถูกต้อง รวมถึงต้องได้รับความยินยอมจากผู้ปกครอง ซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักให้เด็กเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria)

1. บุคคลออทิสติกที่มีอาการทางจิต เช่น หนูแว่ว เห็นภาพหลอน ที่อาจจะเป็นอันตรายต่อตัวเอง ผู้อื่น และสิ่งแวดล้อม หรือมีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์รุนแรง

2. ไม่มีโรคร่วมที่ส่งผลกระทบต่อ การตอบคำถาม

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ แหล่งของรายได้ โรคประจำตัว ผู้ดูแล การใช้สารเสพติด สุรา และบุหรี่ ซึ่งคณะผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น โดยมีการปรึกษาผู้เชี่ยวชาญทางด้านจิตเวชเด็กและวัยรุ่น

2. แบบวัดคุณภาพชีวิตซึ่งเป็นแบบสอบถามที่ดัดแปลงมาจากเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF - THAI) ซึ่งแปลและปรับปรุงโดยสุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ (2540)⁵ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 26 ข้อ โดยแบ่งออกเป็น 4 องค์ประกอบ คือ 1) ด้านร่างกาย จำนวน 7 ข้อ 2) ด้านจิตใจ จำนวน 6 ข้อ 3) ด้านสัมพันธภาพทางสังคม จำนวน 3 ข้อ และ 4) ด้านสิ่งแวดล้อม จำนวน 8 ข้อ ส่วนข้อคำถามอีก 2 ข้อ เป็นตัวชี้วัดที่อยู่ในหมวดคุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวม ซึ่งไม่รวมอยู่ในองค์ประกอบคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้าน แบบวัดคุณภาพชีวิตนี้จะ

มีข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 23 ข้อ และข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ 3 ข้อ (ข้อ 2, 9 และ 11) แต่ละข้อจะมีคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ โดยผู้ตอบคำถามเลือกตอบ ซึ่งการแปลผลคะแนนแบ่งระดับคุณภาพชีวิตออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับไม่ดี ปานกลาง และดี

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. นำแบบสอบถามที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลมาตรวจสอบความสมบูรณ์

2. ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์

3. ข้อมูลส่วนบุคคลใช้สถิติเชิงพรรณนา โดยคำนวณหาจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

4. การวิเคราะห์หาความแตกต่างของคุณภาพชีวิตกับปัจจัยส่วนบุคคลโดยใช้การทดสอบความแปรปรวนแบบทางเดียว (One-Way ANOVA) เป็นการวิเคราะห์โดยใช้สถิติ f-test และสถิติ t-test

ผล

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

จากตารางที่ 2 แสดงข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลออทิสติกวัยผู้ใหญ่ พบว่า ส่วนใหญ่เพศชาย ร้อยละ 77.0 มีอายุระหว่าง 18 ปี - 23 ปี ร้อยละ 70.9 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 95.2 จบ

การศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 32.3 ไม่ได้ 69.3 และไม่มีการใช้สารเสพติดร้อยละ 98.4
ประกอบอาชีพ ร้อยละ 73.5 ไม่มีรายได้ ร้อยละ

ตารางที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคล (n = 378)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	291	77.0
หญิง	87	23.0
อายุ		
18 – 23 ปี	268	70.8
24 – 29 ปี	81	21.4
30 – 35 ปี	20	5.3
36 – 41 ปี	6	1.6
42 ปีขึ้นไป	3	0.9
ศาสนา		
พุทธ	360	95.2
คริสต์	12	3.2
อิสลาม	4	1.1
ไม่ระบุ	2	0.5
สถานภาพการสมรส		
โสด	378	100.0
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	122	32.3
มัธยมศึกษาตอนต้น	79	20.9
มัธยมศึกษาตอนปลาย	66	17.5
ปริญญาตรี	30	7.9
ปวช./อนุปริญญา	2	0.5
อนุปาล	1	0.3
ไม่ได้เรียน	75	19.8
ไม่ระบุ	3	0.8

ตารางที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคล (n = 378) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ		
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	7	1.9
พนักงานบริษัท	38	10.1
ค้าขาย/อาชีพอิสระ	3	0.8
รับจ้าง	52	13.8
ไม่ประกอบอาชีพ	278	73.4
รายได้ส่วนตัวต่อเดือน		
น้อยกว่า 10,000 บาท	94	24.9
10,000 -15,000 บาท	16	4.2
15,001- 20,000 บาท	1	0.3
ไม่มีรายได้	262	69.3
ไม่ระบุ	5	1.3
การใช้สารเสพติด		
ไม่มี	372	98.4
มี	1	0.3
ไม่ระบุ	5	1.3

ตารางที่ 3 คุณภาพชีวิตของบุคคลออทิสติกวัยผู้ใหญ่

องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	การแปลผล
ด้านสุขภาพกาย	3.79	0.59	ดี
ด้านจิตใจ	3.42	0.69	ปานกลาง
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	3.25	0.72	ปานกลาง
ด้านสิ่งแวดล้อม	3.39	0.62	ปานกลาง

คุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง
จากตารางที่ 3 แสดงคุณภาพชีวิตของ
บุคคลออทิสติกวัยผู้ใหญ่ พบว่าบุคคลออทิสติก

วัยผู้ใหญ่มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายโดย
รวมอยู่ในเกณฑ์ระดับดี (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.79) มี
คุณภาพชีวิตด้านจิตใจโดยรวมอยู่ในเกณฑ์

ระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.42) มีคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมโดยรวมอยู่ในเกณฑ์ระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.25) และมีคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมโดยรวมอยู่ในเกณฑ์ระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.39)

การเปรียบเทียบความแตกต่างของคุณภาพชีวิตกับปัจจัยส่วนบุคคล

จากตารางที่ 4 พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลของบุคคลออทิสติกวัยผู้ใหญ่ ในตัวแปรเพศ และตัวแปรการใช้สารเสพติด พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับทุกตัว

แปรคุณภาพชีวิตของบุคคลออทิสติกวัยผู้ใหญ่ ตัวแปรอายุ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับตัวแปรคุณภาพชีวิตของบุคคลออทิสติกวัยผู้ใหญ่ด้านสุขภาพกาย และด้านจิตใจ ตัวแปรศาสนา พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับตัวแปรคุณภาพชีวิตของบุคคลออทิสติกวัยผู้ใหญ่ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม สำหรับตัวแปรสถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับทุกด้านของตัวแปรคุณภาพชีวิตของบุคคลออทิสติกวัยผู้ใหญ่

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบความแตกต่างของคุณภาพชีวิตกับปัจจัยส่วนบุคคล

องค์ประกอบ ของคุณภาพชีวิต	ปัจจัยส่วนบุคคล							
	เพศ	อายุ	ศาสนา	สถานภาพ สมรส	ระดับ การศึกษา	อาชีพ	รายได้	การใช้ สารเสพติด
ด้านสุขภาพกาย	ns	0.048*	ns	< 0.001*	< 0.001*	< 0.001*	< 0.001*	ns
ด้านจิตใจ	ns	0.009*	ns	< 0.001*	0.003*	0.001*	0.006*	ns
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	ns	ns	0.037*	< 0.001*	0.004*	0.001*	0.001*	ns
ด้านสิ่งแวดล้อม	ns	ns	ns	< 0.001*	< 0.001*	0.013*	0.001*	ns
ด้านคุณภาพชีวิตโดยรวม	ns	ns	ns	< 0.001*	< 0.001*	< 0.001*	< 0.001*	ns

*p-value < 0.05, ns = no significant

อภิปราย

การศึกษาคุณภาพชีวิตของบุคคลออทิสติกผู้ใหญ่ ด้วยคะแนนคุณภาพชีวิตแยกออกเป็นองค์ประกอบต่าง ๆ คือ ด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ

ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม และคุณภาพชีวิตโดยรวม พบว่า ด้านที่มีคะแนนคุณภาพชีวิตมากที่สุด คือ คุณภาพชีวิตองค์ประกอบด้านสุขภาพกาย มีคะแนนคุณภาพ

ชีวิตปานกลาง สอดคล้องกับ ทฤษฎีทาง Biological โดย Dawson และคณะ (1989)⁶ พบว่า สาเหตุสำคัญของภาวะออทิสติก มาจากความบกพร่องของ Central nervous system ซึ่งอาจเกิดจากเซลล์ของสมองที่ผิดปกติและความไม่สมดุลของสารเคมีของระบบประสาท รวมทั้งสมองของเด็กออทิสติกจะมีความผิดปกติต่างไปจากสมองของเด็กปกติทั่วไป เช่น มีการพบความผิดปกติ ในส่วนที่เรียกว่า Vermis ซึ่งอยู่ใน cerebellum ทำให้เด็กกลุ่มนี้มีปัญหาทางด้านสติปัญญา และการเรียนรู้ และ Aarons and Gittens (1993)⁷ กล่าวว่า มีไวรัสบางชนิด เช่น rubella, herpes simples และ cytomegaro รวมถึงเชื้อราบางชนิด โดยที่ไวรัสจะไม่ทำให้เกิดอาการในเด็กทันทีที่เกิด แต่จะแอบแฝงอยู่ในตัวเด็ก จนกระทั่งเมื่อมีแรงกระตุ้น เช่น ความเครียด ความรู้สึกที่ถูกทอดทิ้ง ไม่เอาใจใส่ ฯลฯ ก็จะทำให้เด็กมีอาการนี้ขึ้นมาได้ จากหลักการนี้สามารถนำไปอธิบายเด็กแรกเกิดที่มีอาการปกติ แต่เกิดภาวะออทิสติกในภายหลัง นอกจากนั้น ภาวะออทิสติกยังเกิดขึ้นจากความผิดปกติต่างๆ ที่สามารถถ่ายทอดทางพันธุกรรมที่เกี่ยวข้องกับภาวะออทิสติก ได้แก่ tuberous sclerosis, neurofibromatosis, fragile X-syndrome

ส่วนด้านที่มีคะแนนคุณภาพชีวิตน้อยที่สุด คือ คุณภาพชีวิตองค์ประกอบด้านจิตใจ มีคะแนนคุณภาพชีวิตปานกลาง ทั้งนี้ในการศึกษา

ของสุจิตรา ทรัพย์จำรูญ (2549)⁸ อธิบายว่าในปัจจุบัน ยังไม่มีใครทราบสาเหตุที่แท้จริงของการเกิดภาวะออทิสติก และสุไปรมา ลีลามณี (2543)⁹ ได้อธิบายถึงสาเหตุการเกิดความผิดปกติในพฤติกรรมมนุษย์ ตัวอย่างมี 2 ทฤษฎีที่มีความเกี่ยวเนื่องกับสาเหตุของเด็กออทิสติก 1) ทฤษฎีทาง psychogenic และ 2) ทฤษฎีทาง Biological ซึ่งในการศึกษางานวิจัยครั้งนี้ พบว่าด้านที่มีคะแนนคุณภาพชีวิตน้อยที่สุด คือ คุณภาพชีวิตองค์ประกอบด้านจิตใจ จึงสอดคล้องกับทฤษฎีทาง psychogenic โดยแนวคิดนี้มีความเชื่อว่า ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมของบุตรที่เกิดจากสุขภาพจิตใจของบิดามารดามีส่วนทำให้เกิดภาวะออทิสติกในเด็ก เช่น การที่บิดามารดาละเลย เพิกเฉย ไม่ดูแลเอาใจใส่ ไม่ได้ให้ความอบอุ่นแก่เด็กอย่างเพียงพอ ไม่ให้ความรัก หรือประพฤติปฏิบัติต่อเด็กไม่เหมาะสม โดยเฉพาะมารดา ถ้ามารดาไม่ให้ความรักเอาใจใส่แก่บุตรตามบทบาทที่ควรจะเป็น อาจทำให้เด็กเกิดภาวะออทิสติกได้ อย่างไรก็ตามในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ พบว่าด้านที่มีคะแนนคุณภาพชีวิตน้อยที่สุด คือ คุณภาพชีวิตองค์ประกอบด้านจิตใจ สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศญี่ปุ่น โดย Kamio และคณะ (2012)¹⁰ พบว่าบุคคลออทิสติก มีค่าคุณภาพชีวิตต่ำในส่วนของจิตใจและสังคม

ส่วนการเปรียบเทียบความแตกต่างของ

คุณคุณภาพชีวิตกับปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลด้านอายุ มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับตัวแปรคุณภาพชีวิต ของบุคคลออทิสติกวัยผู้ใหญ่ด้านสุขภาพกาย และด้านจิตใจ สอดคล้องกับของเพ็ญแข ลิ้มศิลา (2540)¹¹ ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัญหาของอาการออทิสติก ในวัยรุ่น พบว่าเมื่อเด็กออทิสติกทั้งชายและ หญิงมีอายุย่างเข้าวัยรุ่น จะเริ่มมีอาการวิตกกังวลในการเปลี่ยนแปลงของร่างกายมากกว่า เด็กปกติ และเริ่มมีปัญหาทางอารมณ์ หงุดหงิดง่าย มีพฤติกรรมก้าวร้าว เด็กผู้หญิงมีความรู้สึก หวาดกลัวและวิตกกังวลขณะมีประจำเดือนครั้งแรก และจะไม่อยากไปโรงเรียนเมื่อถึงรอบเดือน ทุกครั้ง ส่วนเด็กผู้ชายก็จะคอยจับอวัยวะเพศ เมื่อแข็งตัว ทำให้เด็กบางคนเข้าห้องน้ำบ่อย เพราะนึกว่าปวดปัสสาวะ และตระหนกตกใจ กับการมีฝันเปียก ควรอธิบายให้เด็กเข้าใจอย่าง ง่าย ๆ ไม่ควรสอนให้เด็กช่วยเหลือตัวเอง (masturbation) ถ้าเด็กค้นพบและทำด้วยตัวเอง ก็ควรสอนให้เด็กกระทำในที่ลับตาคน และควร ให้เด็กออกกำลังกายมาก ๆ เข้านอนเมื่อว่าง นอน และ หลีกเลี่ยงการดูภาพ ที่กระตุ้น ความรู้สึกทางเพศทุกอย่าง

ปัจจัยส่วนบุคคลด้านอาชีพ และรายได้ ส่วนตัวต่อเดือน มีความแตกต่างกันอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติกับทุกด้านของตัวแปร คุณภาพชีวิตของบุคคลออทิสติกวัยผู้ใหญ่

สอดคล้องกับสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ปีค.ศ. 2000 ได้จัด โรคออทิสติก (autistic disorder) หรือกลุ่มอาการออทิสซึม (autism) ไว้ในกลุ่ม ความผิดปกติของพัฒนาการล่าช้า (pervasive developmental disorder: PDD) หรือมีชื่อย่อใช้ เรียกเป็นทางการว่า พีดีดี (PDD)¹² และได้มี การศึกษาคุณภาพชีวิตของบุคคลออทิสติกวัย ผู้ใหญ่ในประเทศตะวันตก พบว่า ความสามารถ ในการพึ่งพิงตนเอง และการมีงานทำเป็นปัจจัย ที่สำคัญที่มีผลต่อระดับคุณภาพชีวิต และใน ประเทศไทยได้มีการสนับสนุนบุคคลออทิสติก วัยผู้ใหญ่ในด้านการมีอาชีพ และรายได้ภายใต้ พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิต คนพิการ พ.ศ. 2550 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2556 มีการกำหนดใน 3 มาตรา คือ ม. 33 - 35 ที่มีเจตนารมณ์ให้คนพิการได้มีโอกาสใช้ ความสามารถในการมีรายได้และพึ่งพาตนเอง ลดภาระของครอบครัวและสังคม โดยมาตราที่ สอดคล้องในด้านอาชีพ และรายได้ คือ มาตรา 33 เพื่อประโยชน์ในการส่งเสริมและพัฒนา คุณภาพชีวิตคนพิการให้นายจ้าง หรือเจ้าของ สถานประกอบการ และหน่วยงานของรัฐรับคน พิการเข้าทำงาน ตามลักษณะของงาน ใน อัตราส่วนที่เหมาะสมกับผู้ปฏิบัติงานในสถาน ประกอบการหรือหน่วยงานของรัฐ ทั้งนี้ให้ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงแรงงานออก กฎกระทรวงกำหนดจำนวนที่นายจ้าง หรือ

เจ้าของสถานประกอบการ และหน่วยงานของ
รัฐจะต้องรับคนพิการเข้าทำงาน

สำหรับตัวแปรสถานภาพการสมรส ที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับทุกด้านของตัวแปรคุณภาพชีวิตของบุคคลออทิสติกวัยผู้ใหญ่ พบว่า สอดคล้องกับงานวิจัยดังกล่าวข้างต้นที่ระบุว่า เมื่อเด็กออทิสติกเริ่มชอบเพศตรงข้าม เขาก็ไม่สามารถปิดบังความรู้สึกของเขาได้ มักจะแสดงออกอย่างเปิดเผย โดยการจับจ้องคนที่เขาชอบมากจนเกินไป โดยไม่มีกาลเทศะ หรือพูดออกมาดัง ๆ เพราะเขาคิดในใจไม่เป็น ทำให้คนที่เขาชอบรู้สึกไม่พอใจเขา เด็กออทิสติกส่วนมากจะรักเดียวใจเดียว มีครอบครัวที่มีสามีเป็นเด็กออทิสติก 3 ครอบครัว ที่ประสบความสำเร็จในการครองคู่กันมีลูกด้วยกัน เนื่องจากภรรยาทราบและยอมรับสามีที่เป็นออทิสติก พยายามเข้าใจและปรับตัวอยู่ด้วยกันและมีลูกได้อย่างมีความสุข สำหรับปัจจัยส่วนบุคคลด้านศาสนา มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติด้านสัมพันธภาพทางสังคม และปัจจัยส่วนบุคคลด้านระดับการศึกษา มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับทุกด้านของตัวแปรคุณภาพชีวิตของบุคคลออทิสติกวัยผู้ใหญ่ที่พบในการศึกษาครั้งนี้ ไม่ปรากฏว่ามีงานวิจัยใดค้นพบหรือสนับสนุนการมีนัยสำคัญทางสถิติของทั้ง 2 ตัวแปรดังกล่าว แสดงให้เห็นว่า การ

ศึกษาวิจัยนี้คณะผู้วิจัยได้ค้นพบว่าตัวแปรศาสนา และระดับการศึกษาที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตบุคคลออทิสติกผู้ใหญ่ และจะนำไปสู่การอ้างอิงในการศึกษาเกี่ยวกับบุคคลออทิสติกต่อไป

สรุป

คุณภาพชีวิตของบุคคลออทิสติกวัยผู้ใหญ่ พบว่าบุคคลออทิสติกวัยผู้ใหญ่มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายโดยรวมอยู่ในเกณฑ์ระดับดี มีคุณภาพชีวิตด้านจิตใจโดยรวมอยู่ในเกณฑ์ระดับปานกลาง มีคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมโดยรวมอยู่ในเกณฑ์ระดับปานกลาง และมีคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม โดยรวมอยู่ในเกณฑ์ระดับปานกลาง ส่วนความแตกต่างของคุณภาพชีวิตโดยรวมกับปัจจัยส่วนบุคคลคือ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัย ดังนี้

1) ควรศึกษาวิจัยเรื่องการพัฒนาคุณภาพชีวิตของบุคคลออทิสติก เปรียบเทียบกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของบุคคลที่มีปัญหาทางสติปัญญาด้านอื่น ๆ ในวัยเดียวกัน

2) ควรศึกษาความต้องการด้านสิ่งสนับสนุนในการดูแลบุคคลออทิสติก อาทิ

เครือข่ายและการสนับสนุนทางสังคม การเข้าถึงบริการของรัฐในการดูแล และพัฒนาคุณภาพชีวิตของบุคคลออทิสติกวัยผู้ใหญ่

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนายชูศักดิ์ จันทยานนท์ ประธานมูลนิธิออทิสติกไทย และแพทย์หญิงวิมลพัชร กิตติชะระพันธุ์ จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ ที่กรุณาเป็นที่ปรึกษา และให้คำแนะนำ และขอขอบคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อารีนา เลิศแสนพร อาจารย์ประจำคณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์และสวัสดิการสังคม มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ที่ให้คำแนะนำในการวิเคราะห์ข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1. Kamp-Becker I, Schröder J, Remschmidt H, Bachmann CJ. Health-related quality of life in adolescents and young adults with high functioning autism-spectrum disorder. *Psychol Med* 2010; 7: 1-10.
2. Eaves LC, Ho HH. Young adult outcome of autism spectrum disorders. *J Autism Dev Disord* 2008; 38: 739-47.
3. Barbara FC, Hilde M. Quality of life in autism across the lifespan: A meta-analysis. *Autism* 2015; 19(2): 158-67.
4. Lin L. Quality of life of Taiwanese adults with autism spectrum disorder. *PLoS One* 2014; 9(10): e109567.
5. สุวัฒน์ มหัตถ์นรินทร์กุล, วิระวรรณ ดันติพัฒน์สกุล, วณิดา พุ่มไพศาลชัย, กรองจิตต์ วงศ์สุวรรณ, ราณี พรมานะจิรังกุล. เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกทุก 100 ตัวชี้วัด และ 26 ตัวชี้วัด. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง; 2540.
6. Dawson G, Finley C, Phillips S, Galpert L, Lewy A. Reduced P3 amplitude of the event-related brain potential: Its relationship to language ability in autism. *J Autism Dev Disord* 1988; 18(4): 493-504.
7. Aarons M, Gittens T. Semantic-pragmatic disorder (or a little bit autistic?). *Int J Lang Commun Disord* 1993; 18.
8. สุจิตรา ทรัพย์จำรูญ. ความคาดหวังของผู้ปกครอง บุตรออทิสติก [วิทยานิพนธ์มหบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2549.
9. สุไพรมา ลีลามณี. ศึกษาการเผชิญปัญหาภาวะวิกฤต และการได้รับการสนับสนุนทางสังคมของบิดามารดาที่มีบุตรเป็นออทิสติก [วิทยานิพนธ์มหบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2543.
10. Kamio Y, Inada N, Koyama T. A nationwide survey on quality of life and associated factors of adults with high-functioning autism spectrum disorders. *Autism* 2012; 17: 15-26.
11. เพ็ญแข ลีมศิลา. การวินิจฉัยโรคออทิสซึม. สมุทรปราการ: ช.แสงงามการพิมพ์; 2540.
12. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.

นิพนธ์ต้นฉบับ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการเรียนออนไลน์ จากสถานการณ์โควิด-19 ของนักศึกษาพยาบาล

ชฎาภา ประเสริฐทรง*, จรินทร์วรรณ แสงหิรัญรัตนนา**, พรชานา กลัดแก้ว**

*อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

**นักศึกษา, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

วันรับบทความ : 23 พฤศจิกายน 2563

วันแก้ไขบทความ : 1 กุมภาพันธ์ 2564

วันตอบรับบทความ : 5 กุมภาพันธ์ 2564

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการเรียนออนไลน์จากสถานการณ์โควิด-19 ของนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

วัตถุประสงค์และวิธีการ : การศึกษาเชิงสำรวจ กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษา ชั้นปีที่ 2, 3 และ 4 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ที่ลงทะเบียนเรียนภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2563 จำนวน 450 คน เครื่องมือที่ใช้คือแบบสอบถามออนไลน์ ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยสนับสนุน และความเครียดในการเรียนออนไลน์ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผล : ส่วนใหญ่เป็นนักศึกษาชั้นปีที่ 3 ร้อยละ 35.8 เกรดเฉลี่ยสะสม 2.50 - 3.00 ร้อยละ 47.6 อาศัยอยู่ในเขตเมือง ร้อยละ 55.8 ลักษณะที่อยู่อาศัยเป็นทาวน์เฮาส์/บ้านเดี่ยว ค่าใช้จ่ายในการซื้อบริการออนไลน์จากเครือข่าย 399 - 699 บาท/เดือน ร้อยละ 39.8 อุปกรณ์ในการเรียนออนไลน์เป็นสมาร์ตโฟน ร้อยละ 32.5 ปัจจัยสนับสนุน ได้แก่ สิ่งแวดล้อมขณะเรียนในการเรียนออนไลน์ จำแนกเป็น ด้านเสียง ด้านความร้อน และอุปสรรคของการสื่อสารออนไลน์ จำแนกเป็นด้านความล่าช้าของการรับส่งข้อมูล ด้านความเสถียรของคลื่นหรืออินเทอร์เน็ตของเครือข่าย มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการเรียนออนไลน์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ชั้นปี เกรดเฉลี่ยสะสม ที่ตั้งของที่อยู่อาศัย ลักษณะของที่อยู่อาศัย ค่าใช้จ่ายในการซื้อบริการออนไลน์จากเครือข่าย และอุปกรณ์ในการเรียนออนไลน์ ไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการเรียนออนไลน์

สรุป : สิ่งแวดล้อมในการเรียนออนไลน์ และอุปสรรคของการสื่อสารออนไลน์ มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการเรียนออนไลน์ ปัจจัยเหล่านี้สามารถแก้ไขได้ หากนักศึกษาได้รับการปฐมนิเทศ คำแนะนำ และการสนับสนุนจากครอบครัว เช่น การจัดสถานที่เรียนที่เงียบสงบ อุณหภูมิภายในห้องเรียนเหมาะสม มีสัญญาณอินเทอร์เน็ตไร้สายที่แรงและมีความเสถียร สิ่งเหล่านี้จะช่วยลดความเครียดในการเรียนออนไลน์ได้

คำสำคัญ : การเรียนออนไลน์, ความเครียด, โควิด-19, นักศึกษาพยาบาล

ผู้นิพนธ์ประสานงาน : ชฎาภา ประเสริฐทรง

E-mail: dr.chadapa@yahoo.com

THE FACTOR RELATED TO STRESS OF ONLINE LEARNING DUE TO THE COVID-19 SITUATION AMONG NURSING STUDENTS

Chadapa Prasertsong*, Jarinwan Sanghirunruttana, Pornchana Kladkaew****

*Lecturer, Faculty of Nursing, Huachiew Chalearmprakit University

**Student, Faculty of Nursing, Huachiew Chalearmprakit University

Received: November 23, 2020

Revised: February 1, 2021

Accepted: February 5, 2021

Abstract

Objectives: To study the factor related to stress of online learning due to the COVID-19 situation among nursing students at Huachiew Chalermprakit University.

Material and methods: This study a survey research. The samples consisted of 450 sophomore, junior, and senior of nursing students who were studying in the first semester of the academic year 2020 in Huachiew Chalermprakit University. The research instruments composed of the personal factors, contributing factors questionnaire and the stress of online learning. The data was analyzed by using frequency, percentage, mean, standard deviation and Pearson correlation coefficient.

Results: Most of nursing students were junior students (35.8%), Grade Point Average between 2.50 - 3.00 (47.6%), living in an urban area (55.8%), private living house or townhouse (51.6), internet 399 - 699 bath/month (39.8%), an online leaning by using smartphones (32.5%). Factors that were significantly related to stress of online learning, were the academic environment classified as noise, thermal and the communication breakdown classified as latency in data transmission, stability of the waves or the internet of the network. Year of nursing students, Grade Point Average, location of the house, types of the housing, the expense of service internet, and the equipment used in online learning were not related to stress of online leaning.

Conclusion: Environmental and communication barriers in an online class were factor related to stress of online leaning so this result can be used as a basic for planning to help nursing students reduce their stress during online leaning.

Key word: online learning, stress, COVID-19, nursing students

บทนำ

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 (COVID-19) ที่มีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้นในหลายประเทศ สำหรับประเทศไทยตั้งแต่วันที่ 26 มีนาคม - 30 เมษายน พ.ศ.2563 รัฐบาลประกาศใช้พระราชกำหนด (พ.ร.ก.) การบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน เพื่อควบคุมสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโควิด-19 และมีมาตรการการปิดเมือง (lockdown) ในหลายพื้นที่ พร้อมกับให้ทุกคนเว้นระยะห่างทางสังคม (social distancing) และกักตัวเอง (self-quarantine) หากอยู่ในกลุ่มเสี่ยงเป็นเวลา 14 วัน นอกจากนี้กระทรวงศึกษาธิการและกระทรวงอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ และนวัตกรรม มีการสั่งปิดสถานบันการศึกษาตั้งแต่วันที่ 18 มีนาคม พ.ศ. 2563 ซึ่งสิ่งเหล่านี้ทำให้เกิดผลกระทบต่างๆ ต่อประชาชน ไม่ว่าจะเป็นความวิตกกังวลด้านสุขภาพ การป้องกันตนเองไม่ให้เกิดโรคด้วยวิธีต่าง ๆ ได้แก่ การใช้หน้ากากอนามัย หลีกเลี่ยงการไปที่ชุมชน แออัด ล้างมือบ่อยครั้ง สถานประกอบการบางแห่งมีการสั่งหยุดงาน หรือให้ทำงานที่บ้าน (work from home) เพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อของโรคโควิด-19 ส่งผลกระทบบถึงเรื่องราวได้ทีลดน้อยลง ไม่เพียงพต่อการใช้จ่ายทั้งในส่วนของตนเองและครอบครัว ระบบเศรษฐกิจแย่ลง จากการปิดกิจการธุรกิจต่าง ๆ เพื่อลดการรวมตัวกันของผู้คนจำนวนมาก ซึ่งอาจก่อให้เกิดการ

แพร่กระจายเชื้อโรคโควิด-19 ประชาชนต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (new normal) ในการใช้ชีวิต' รวมไปถึงในระบบการศึกษาที่ต้องปรับเปลี่ยนรูปแบบการเรียน เป็นการศึกษาผ่านระบบออนไลน์ ซึ่งหลายสถาบันการศึกษาในไทย ไม่ได้มีการวางแผนจัดการเรียนการสอนออนไลน์ไว้ล่วงหน้า

การเรียนออนไลน์ เป็นการใช้ทรัพยากรต่าง ๆ ในระบบอินเทอร์เน็ตมาออกแบบและจัดระบบเพื่อสร้างระบบการเรียนการสอน เนื้อหาของบทเรียนประกอบด้วยข้อความ รูปภาพ เสียง วิดีโอ และมัลติมีเดียอื่น ๆ จะถูกส่งไปยังผู้เรียนผ่านเว็บเบราว์เซอร์จากผู้สอนไปยังผู้เรียน และเพื่อนร่วมชั้นเรียนทุกคน สามารถติดต่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและปรึกษากันได้ เช่นเดียวกับการเรียนในชั้นเรียนปกติ โดยอาศัยเครื่องมือในการติดต่อสื่อสารออนไลน์ที่ทันสมัย เช่น e-mail, web-board และ chat เชื่อมโยงเป็นระบบเครือข่ายที่สามารถเรียนรู้ได้ทุกที่ ทุกเวลา และทุกคน เป็นระบบที่เกี่ยวข้องกับเทคโนโลยีเว็บและเครือข่ายอินเทอร์เน็ต มีสถานะแวดล้อมที่สนับสนุนการเรียนรู้อย่างมีชีวิตชีวา (active learning) และ การเรียนรู้ที่เน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง เป็นผู้คิดตัดสินใจเรียน โดยสร้างความรู้และความเข้าใจใหม่ ๆ ด้วยตนเอง เชื่อมโยงการเรียนรู้ให้เข้ากับชีวิตจริงและครอบคลุมการเรียนรู้ทุกรูปแบบ ทั้งการเรียน

ทางไกลและการเรียนผ่านเครือข่าย ซึ่งสามารถประเมิน ติดตามพฤติกรรมผู้เรียนได้ เหมือนการเรียนในห้องเรียนจริง²

ในเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2563 เป็นต้นมา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ COVID-19 เช่นเดียวกัน มีนโยบายจากผู้บริหารมหาวิทยาลัย ให้จัดการเรียนการสอนภาคการศึกษาที่ 3 ปีการศึกษา 2562 ทุกรายวิชา ทฤษฎีให้ในรูปแบบออนไลน์ และเลื่อนการเรียนรายวิชาทฤษฎีของภาคการศึกษาที่ 1 ปีการศึกษา 2563 มาเรียนก่อน เพราะรายวิชาปฏิบัติ ไม่สามารถขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาลตามแหล่งฝึกได้ คณะกรรมการบริหารหลักสูตรให้อาจารย์ผู้สอนออกแบบการเรียนการสอนผ่าน Microsoft team ซึ่งภายหลังการเรียนการสอนออนไลน์เสร็จสิ้นลง ผู้วิจัยในฐานะอาจารย์ผู้สอนรายวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ได้สอบถามความคิดเห็นของนักศึกษาที่เรียนจำนวน 10 คน พบว่า นักศึกษาได้รับผลกระทบจากการเรียนออนไลน์ในรายวิชาทฤษฎี ทำให้เกิดความเครียด โดยนักศึกษาให้เหตุผลว่าไม่คุ้นเคยกับวิธีการเรียนผ่านการใช้แพลตฟอร์ม (platform) ออนไลน์ สถานที่พักอาศัยไม่เอื้อต่อการเรียนออนไลน์ เช่น สัญญาณอินเทอร์เน็ตที่บ้านไม่แรง สัญญาณหลุดง่าย กลัวส่งงานแล้วอาจารย์ไม่ได้รับ เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษา

ของ Moawad (2020) ที่กล่าวว่า การเรียนการสอนออนไลน์ในสถานการณ์โควิด-19 เป็นเรื่องใหม่ ผู้เรียนต้องมีการปรับตัวจนอาจทำให้เกิดความเครียดได้ ความเครียดในการเรียนออนไลน์อาจมีมากหรือน้อย อาจเนื่องมาจากปัจจัยในด้านต่าง ๆ³ บุคคลเกิดความเครียด ร่างกายจะเกิดความไม่สมดุลของระบบฮอร์โมนที่ทำหน้าที่ควบคุมการทำงานของระบบต่าง ๆ ในร่างกาย ทำให้ระบบการทำงานของร่างกายบกพร่อง อาจทำให้เกิดอาการตั้งแต่ปวดศีรษะ ปวดหลัง ปวดท้อง อ่อนเพลีย หรือเกิดโรคทางกายที่มีสาเหตุมาจากจิตใจ เช่น หนี้อึดเป็นลม ความดันโลหิตสูงขึ้น ผลกระทบต่อด้านจิตใจ ทำให้การรับรู้เสื่อมลง ความสามารถในการแก้ปัญหาลดลง ไม่สนใจสิ่งรอบตัว ความคิดสับสน ความจำลดลง สมาธิลดลง ตัดสินไม่ได้ แสดงอารมณ์ไม่เหมาะสม โกรธและหงุดหงิดง่าย กลัว นอนไม่หลับ สูญเสียความเชื่อมั่นในความสามารถที่จะจัดการกับชีวิตของตนเอง⁴ หากความเครียดนั้นเกิดจากการเรียนออนไลน์ย่อมส่งผลกระทบต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนด้วยเช่นกัน

จากเหตุผลข้างต้น สถานการณ์โควิด-19 ยังไม่สิ้นสุด และอาจเกิดการระบาดรอบใหม่ได้ อีกการเรียนออนไลน์สำหรับนักศึกษาพยาบาล ยังคงต้องดำเนินการต่อไปอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์

กับความเครียดในการเรียนออนไลน์จากสถานการณ์โควิด-19 ของนักศึกษาพยาบาลเพื่อนำผลการศึกษาไปใช้ในการป้องกันหรือลดความเครียดที่อาจจะเกิดขึ้นจากการเรียนออนไลน์

วัสดุและวิธีการ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (survey research) กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาชั้นปีที่ 2 3 และ 4 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ จำนวน 530 คน (สำนักทะเบียนและประมวลผล ข้อมูลวันที่ 10 สิงหาคม พ.ศ.2563) มีนักศึกษาสมัครใจเป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 450 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) มีดังนี้ 1) เป็นนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ชั้นปีที่ 2 3 และ 4 ที่ลงทะเบียนเรียนในภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2563 2) สมัครใจและลงชื่อยินยอมเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง 3) สามารถทำแบบสอบถามออนไลน์ผ่านอุปกรณ์ที่สามารถใช้ google form ได้ เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) มีดังนี้ 1) ตอบแบบสอบถามออนไลน์ไม่ครบสมบูรณ์ 2) ลาออกจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามออนไลน์ (online questionnaire) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นใน google form จากการทบทวน

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความเครียดและการเรียนออนไลน์ ได้แก่ อาการแสดงเมื่อมีความเครียด ปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเรียนออนไลน์ และการสัมภาษณ์เชิงลึกกับนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ จำนวน 10 ราย ที่เรียนออนไลน์ในช่วงสถานการณ์โควิด-19 ด้วยคำถามดังนี้ 1) การเรียนออนไลน์ส่งผลกระทบต่อนักศึกษา 2) อะไรเป็นสาเหตุที่ทำให้นักศึกษาเกิดความไม่สบายใจในการเรียนออนไลน์ ผู้วิจัยได้นำข้อมูลมาสร้างเป็นนิยามศัพท์เฉพาะ และข้อคำถามปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการเรียนออนไลน์จากสถานการณ์โควิด-19 ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล มีจำนวน 6 ข้อ ได้แก่ ชั้นปี เกรดเฉลี่ย ที่ตั้งของที่อยู่อาศัย ลักษณะที่อยู่อาศัย ค่าใช้จ่ายในการซื้อบริการออนไลน์จากเครือข่าย และอุปกรณ์ที่ใช้ในการเรียนออนไลน์ ส่วนที่ 2 ปัจจัยสนับสนุน มีจำนวน 15 ข้อ ได้แก่ สิ่งแวดล้อมขณะเรียนออนไลน์ด้านเสียง จำนวน 4 ข้อ ด้านความร้อน จำนวน 4 ข้อ และอุปกรณ์ของการสื่อสารออนไลน์ ด้านความล่าช้าของการรับส่งข้อมูล จำนวน 3 ข้อ ความเสถียรของคลื่นหรืออินเทอร์เน็ตของเครือข่าย จำนวน 4 ข้อ และส่วนที่ 3 ความเครียดในการเรียนออนไลน์ มีจำนวน 9 ข้อ

เกณฑ์การให้คะแนน คือ มาก 4 คะแนน

ค่อนข้างมาก 3 คะแนน ค่อนข้างน้อย 2 คะแนน และน้อย 1 คะแนน โดยเกณฑ์การแปลผลค่าเฉลี่ย คือ

ค่าเฉลี่ย 1.00 - 1.99 หมายถึง มีความเครียดในการเรียนออนไลน์อยู่ในระดับน้อย

ค่าเฉลี่ย 2.00 - 2.99 หมายถึง มีความเครียดในการเรียนออนไลน์อยู่ในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 3.00 - 4.00 หมายถึง มีความเครียดในการเรียนออนไลน์อยู่ในระดับมาก

การหาคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยสร้างข้อคำถามให้สอดคล้องกับนิยามศัพท์เฉพาะ (face validity) โดยพิจารณาถึงความสอดคล้องและความเหมาะสมในการนำไปใช้จริง จากนั้นเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อพิจารณาความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยใช้ดัชนีความสอดคล้อง (Item Objective Congruency Index: IOC) มีผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน เป็นอาจารย์กลุ่มวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน และจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ จำนวน 1 คน และพยาบาลเฉพาะทางด้านการพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวช สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา จำนวน 2 คน จากนั้นนำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ ตามความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ นำไปวิเคราะห์หาอำนาจจำแนกรายข้อ (item analysis) มีค่า 0.66 - 1.00 มีจำนวนข้อคำถามทั้งสิ้น 30 ข้อ นำแบบสอบถามออนไลน์

มาทดลองใช้กับนักศึกษา คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ จำนวน 30 คน นำแบบสอบถามออนไลน์ มาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น (reliability) โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficients) พบว่า แบบสอบถามออนไลน์ทั้งฉบับมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .92

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยฉบับนี้ได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบ โดยสอดคล้องกับประกาศเฮลซิงกิ จากคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ตามหนังสือเลขที่ อ.1026/2563 ลงวันที่ 12 ตุลาคม 2563 เมื่อได้รับรองการทำวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยได้อธิบายและเชิญชวนนักศึกษาชั้นปีที่ 2 3 และ 4 เข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่าง ผ่านไลน์กลุ่มชั้นปี โดยผู้วิจัยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวมเท่านั้น กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการได้ตลอดเวลาไม่จำเป็นต้องให้เหตุผลและไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำเอกสารชี้แจงโครงการวิจัยให้กับนักศึกษาแต่ละชั้นปีผ่านไลน์ (line) กลุ่มชั้นปี
2. จัดส่งลิงค์ (link) แบบสอบถามออนไลน์ให้กับนักศึกษาผ่านไลน์ (line) กลุ่มชั้นปี
3. นำแบบสอบถามออนไลน์ที่ได้รับ

กลับคืนมา ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามออนไลน์ พบว่า แบบสอบถามออนไลน์มีความสมบูรณ์ทั้งสิ้น 450 ชุด คิดเป็นร้อยละ 84.9

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยสำเนาข้อมูลจากแบบสอบถามออนไลน์ซึ่งอยู่ในรูปแบบ excel มาลงในโปรแกรมสำเร็จรูป ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับ ดังนี้

1. วิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคล โดยการหาความถี่ และค่าร้อยละ
2. วิเคราะห์ปัจจัยสนับสนุน และความเครียดในการเรียนออนไลน์ โดยการหาค่าเฉลี่ย (mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และการแปลผลค่าเฉลี่ย
3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยสนับสนุน กับความเครียดในการเรียนออนไลน์ตามด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson correlation) ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ผล

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาชั้นปีที่ 2 3 และ 4 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ที่ยินยอมเป็นกลุ่มตัวอย่างและ

ตอบแบบสอบถามออนไลน์อย่างสมบูรณ์จำนวน 450 คน คิดเป็นร้อยละ 84.9 ผลการศึกษา ดังนี้

ปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า ส่วนใหญ่เป็นนักศึกษาชั้นปีที่ 3 จำนวน 161 คน (ร้อยละ 35.8) มีเกรดเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 2.50 - 3.00 จำนวน 214 คน (ร้อยละ 47.6) มีที่อยู่อาศัยในเขตเมือง จำนวน 251 คน (ร้อยละ 55.8) ลักษณะที่อยู่อาศัย เป็นทาวเฮ้าส์/บ้านเดี่ยว จำนวน 232 คน (ร้อยละ 51.6) มีค่าใช้จ่ายในการซื้อบริการออนไลน์จากเครือข่ายอยู่ระหว่าง 399 - 699 บาท/เดือน จำนวน 179 คน (ร้อยละ 39.8) มีการใช้อุปกรณ์ในการเรียนออนไลน์เป็นสมาร์ทโฟน (smart phone) จำนวน 146 คน (ร้อยละ 32.5)

ปัจจัยสนับสนุนการเรียนออนไลน์ของกลุ่มตัวอย่าง

จากตาราง 1 พบว่า ปัจจัยสนับสนุน ได้แก่ สิ่งแวดล้อมขณะเรียนออนไลน์โดยรวม (mean = 2.76, SD = 0.63) และทุกรายข้อมีผลต่อความเครียดในการเรียนออนไลน์อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อจำแนกรายข้อสิ่งแวดล้อมขณะเรียนออนไลน์ ด้านเสียง พบว่า นักศึกษาเสียสมาธิในการเรียนออนไลน์เมื่อมีเสียงรบกวนมากที่สุด ทำให้ข้าพเจ้าไม่เข้าใจเนื้อหาที่เรียน เสียงรบกวนขณะเรียนออนไลน์ทำให้ผลการเรียนรู้ของข้าพเจ้าแย่ลง และข้าพเจ้าเรียนไม่รู้เรื่องเมื่อมีเสียงฟ้าร้อง มีผลต่อ

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์ปัจจัยสนับสนุน (n = 450 คน)

ปัจจัยสนับสนุน	mean	SD	แปลผล
สิ่งแวดล้อมขณะเรียนออนไลน์โดยรวม	2.76	0.63	ปานกลาง
<u>เสียง</u>			
1. ข้าพเจ้าเสียสมาธิในการเรียนออนไลน์เมื่อมีเสียงรบกวน	2.97	0.74	ปานกลาง
2. เสียงรบกวนขณะเรียนออนไลน์ทำให้ข้าพเจ้าไม่เข้าใจเนื้อหาที่เรียน	2.93	0.73	ปานกลาง
3. เสียงรบกวนขณะเรียนออนไลน์ทำให้ผลการเรียนรู้อย่างน้อย	2.76	0.78	ปานกลาง
4. ข้าพเจ้าเรียนไม่รู้เรื่องเมื่อมีเสียงฟ้าร้อง	2.67	0.93	ปานกลาง
<u>ความร้อน</u>			
5. ถ้าอากาศร้อนทำให้ข้าพเจ้าไม่มีสมาธิในการเรียนออนไลน์	2.74	0.87	ปานกลาง
6. ถ้าอากาศร้อนทำให้ข้าพเจ้าไม่อยากเรียนออนไลน์	2.70	0.90	ปานกลาง
7. ถ้าอากาศร้อนทำให้ข้าพเจ้าเรียนไม่รู้เรื่อง	2.62	0.90	ปานกลาง
8. ถ้าอากาศร้อนเป็นอุปสรรคในการเรียนออนไลน์	2.63	0.93	ปานกลาง
อุปสรรคของการสื่อสารออนไลน์โดยรวม	3.32	0.60	มาก
<u>ความล่าช้าของการรับส่งข้อมูล</u>			
9. ข้าพเจ้ารู้สึกกังวลว่าอินเทอร์เน็ตจะหลุดเมื่อต้องส่งงานทางออนไลน์	3.30	0.82	มาก
10. ข้าพเจ้าไม่สบายใจเมื่อส่งงานแล้วไม่มีการตอบรับจากผู้สอน	3.35	0.74	มาก
11. ข้าพเจ้าเบื่อหน่ายเมื่ออินเทอร์เน็ตล่าช้าขณะส่งงาน	3.38	0.76	มาก
<u>ความเสถียรของคลื่นหรืออินเทอร์เน็ตของเครือข่าย</u>			
12. ข้าพเจ้าเบื่อหน่ายเมื่ออินเทอร์เน็ตหลุดขณะส่งงาน	3.42	0.73	มาก
13. ข้าพเจ้ารู้สึกไม่สบายใจเมื่อภาพหรือสไลด์ไม่ตรงกับเสียงของผู้สอน	3.22	0.75	มาก
14. ข้าพเจ้ากังวลเมื่อคำสอนขาดหายเป็นช่วง ๆ	3.25	0.75	มาก
15. ข้าพเจ้าเรียนไม่รู้เรื่องเมื่ออินเทอร์เน็ตไม่เสถียรขณะเรียนออนไลน์	3.36	0.72	มาก

ความเครียดในการเรียนออนไลน์ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.97, 2.93, 2.76 และ 2.67 ตามลำดับ ส่วนสิ่งแวดล้อมขณะเรียนออนไลน์ด้านความร้อน เมื่อจำแนกรายข้อพบว่า ถ้าอากาศร้อนทำให้ข้าพเจ้าไม่มีสมาธิในการเรียนออนไลน์มากที่สุด รองลงมาคือ ถ้าอากาศร้อนทำให้ข้าพเจ้า

ไม่อยากเรียนออนไลน์ ถ้าอากาศร้อนเป็นอุปสรรคในการเรียนออนไลน์ และถ้าอากาศร้อนทำให้ข้าพเจ้าเรียนไม่รู้เรื่อง มีผลต่อความเครียดในการเรียนออนไลน์มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.74, 2.70 และ 2.62 ตามลำดับ

อุปสรรคของการสื่อสารออนไลน์โดยรวม

(mean = 3.32, SD = 0.60) และทุกรายข้อมีผลต่อความเครียดในการเรียนออนไลน์อยู่ในระดับมาก อุปสรรคของการสื่อสารออนไลน์ด้านความล่าช้าของการรับส่งข้อมูล เมื่อจำแนกรายข้อพบว่า นักศึกษาเบื่อหน่ายเมื่ออินเทอร์เน็ตล่าช้าขณะส่งงานมากที่สุด รองลงมาคือ ข้าพเจ้าไม่สบายใจเมื่อส่งงานแล้วไม่มีการตอบรับจากผู้สอน และข้าพเจ้ารู้สึกกังวลว่าอินเทอร์เน็ตจะหลุดเมื่อต้องส่งงานทางออนไลน์ มีผลต่อความเครียดในการเรียนออนไลน์ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.38, 3.35 และ 3.30 ตามลำดับ ส่วนอุปสรรคของการสื่อสารออนไลน์ด้านความเสถียรของคลื่นหรืออินเทอร์เน็ตของเครือข่าย เมื่อจำแนกรายข้อพบว่า นักศึกษาเบื่อหน่ายเมื่ออินเทอร์เน็ตหลุดขณะส่งงานมากที่สุด รองลงมาคือ ข้าพเจ้าเรียนไม่รู้เรื่องเมื่ออินเทอร์เน็ตไม่เสถียรขณะเรียนออนไลน์ ข้าพเจ้ากังวลเมื่อคำสอนขาดหายเป็นช่วง ๆ และข้าพเจ้ารู้สึกไม่สบายใจเมื่อภาพหรือสไลด์ไม่ตรงกับเสียงของผู้สอน มีผลต่อความเครียดในการเรียนออนไลน์ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.42, 3.36, 3.25 และ 3.22 ตามลำดับ

ความเครียดในการเรียนออนไลน์ของกลุ่มตัวอย่าง

ความเครียดในการเรียนออนไลน์โดยรวมและทุกรายข้อ อยู่ในระดับปานกลาง (mean = 2.41, SD = 0.74) เมื่อจำแนกรายข้อพบว่า นักศึกษาไม่มีสมาธิในการเรียนออนไลน์

มากที่สุด รองลงมาคือ ข้าพเจ้ากังวลใจในการเรียนออนไลน์ ข้าพเจ้าไม่สบายใจเมื่อต้องส่งงานทางออนไลน์ ข้าพเจ้าเบื่อหน่ายเมื่อมีการเรียนออนไลน์ ข้าพเจ้าไม่ชอบเรียนออนไลน์ ข้าพเจ้าไม่มีความสุขจากการเรียนออนไลน์ ข้าพเจ้ารู้สึกว่าการเรียนออนไลน์เป็นปัญหาของข้าพเจ้า ข้าพเจ้าปวดศีรษะเมื่อเรียนออนไลน์ และการเรียนออนไลน์ทำให้ข้าพเจ้ารู้สึกเบื่ออาหารหรือรับประทานอาหารมากขึ้น มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.61, 2.51, 2.50, 2.48, 2.48, 2.41, 2.39, 2.23 และ 2.05 ตามลำดับ

ความความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยสนับสนุนกับความเครียดในการเรียนออนไลน์

จากตาราง 3 ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ชั้นปี เกรดเฉลี่ย ที่ตั้งของที่อยู่อาศัย ลักษณะที่อยู่อาศัย ค่าใช้จ่ายในการซื้อบริการออนไลน์จากเครือข่าย และอุปกรณ์ในการเรียนออนไลน์ ไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการเรียนออนไลน์ สำหรับปัจจัยสนับสนุน ได้แก่ สิ่งแวดล้อมขณะเรียนออนไลน์ด้านเสียง สิ่งแวดล้อมขณะเรียนออนไลน์ด้านความร้อน อุปสรรคของการสื่อสารออนไลน์ด้านความล่าช้าของการรับส่งข้อมูล และอุปสรรคของการสื่อสารออนไลน์ด้านความเสถียรของคลื่นหรืออินเทอร์เน็ตของเครือข่ายมีความสัมพันธ์กับความเครียดในการเรียนออนไลน์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ความเครียดในการเรียนออนไลน์ (n = 450 คน)

ความเครียดในการเรียนออนไลน์	mean	SD	แปลผล
1. ข้าพเจ้าปวดศีรษะเมื่อเรียนออนไลน์	2.23	0.87	ปานกลาง
2. การเรียนออนไลน์ทำให้ข้าพเจ้ารู้สึกเบื่ออาหารหรือรับประทาน อาหารมากขึ้น	2.05	0.93	ปานกลาง
3. ข้าพเจ้าไม่มีสมาธิในการเรียนออนไลน์	2.61	0.87	ปานกลาง
4. ข้าพเจ้าไม่มีความสุขจากการเรียนออนไลน์	2.41	0.89	ปานกลาง
5. ข้าพเจ้าไม่สบายใจเมื่อต้องส่งงานทางออนไลน์	2.50	0.91	ปานกลาง
6. ข้าพเจ้ากังวลใจในการเรียนออนไลน์	2.51	0.92	ปานกลาง
7. ข้าพเจ้าเบื่อหน่ายเมื่อมีการเรียนออนไลน์	2.48	0.93	ปานกลาง
8. ข้าพเจ้ารู้สึกว่าการเรียนออนไลน์เป็นปัญหาของข้าพเจ้า	2.39	0.94	ปานกลาง
9. ข้าพเจ้าไม่ชอบเรียนออนไลน์	2.48	0.98	ปานกลาง
ความเครียดในการเรียนออนไลน์โดยรวม	2.41	0.74	ปานกลาง

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยสนับสนุนกับความเครียดในการเรียนออนไลน์

ตัวแปร	r	p-value
ปัจจัยส่วนบุคคล		
ชั้นปี	-0.021	0.37
เกรดเฉลี่ย	-0.078	0.21
ที่ตั้งของที่อยู่อาศัย	-0.016	0.16
ลักษณะที่อยู่อาศัย	-0.036	0.18
ค่าใช้จ่ายในการซื้อบริการออนไลน์จากเครือข่าย	0.025	0.06
อุปกรณ์ในการเรียนออนไลน์	0.007	0.82
ปัจจัยสนับสนุน		
สิ่งแวดล้อมขณะเรียนออนไลน์ด้านเสียง	0.497	< 0.01*
สิ่งแวดล้อมขณะเรียนออนไลน์ด้านความร้อน	0.476	< 0.01*
อุปสรรคของการสื่อสารออนไลน์ด้านความล่าช้าของการรับส่งข้อมูล	0.355	< 0.01*
อุปสรรคของการสื่อสารออนไลน์ด้านความเสถียรของคลื่นหรืออินเทอร์เน็ตของเครือข่าย	0.346	< 0.01*

*p-value < 0.01, Pearson correlation

อภิปราย

จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการเรียนออนไลน์จากสถานการณ์โควิด-19 ของนักศึกษาพยาบาล ผู้วิจัยอภิปรายผลตามสมมติฐาน ดังนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ชั้นปี เกรดเฉลี่ย ที่ตั้งของที่อยู่อาศัย ลักษณะที่อยู่อาศัย ค่าใช้จ่ายในการใช้บริการออนไลน์จากเครือข่าย และอุปกรณ์ในการเรียนออนไลน์ ไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการเรียนออนไลน์

ชั้นปี และเกรดเฉลี่ย อาจเนื่องจาก นักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ไม่ว่าจะชั้นปี 2, 3 หรือ 4 หรือมีเกรดเฉลี่ยเท่าใด พบว่า ส่วนใหญ่มีเกรดเฉลี่ยในระดับ 2.50 -3.00 นักศึกษาทุกคนได้รับผลกระทบจากการเรียนออนไลน์ในสถานการณ์โควิด-19 เป็นครั้งแรกเหมือนกัน ชั้นปีและเกรดเฉลี่ย จึงไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการเรียนออนไลน์ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของกฤษฎากร ชูเลม็ด (2557) ที่กล่าวว่า ผู้เรียนที่ศึกษาในระดับชั้นปีที่สูงย่อมมีวุฒิและวุฒิภาวะมากกว่าผู้เรียนในระดับชั้นปีที่ต่ำกว่า เนื่องจากมีการปรับตัวต่อสภาพแวดล้อมการเรียนและด้านต่าง ๆ รวมทั้งค้นพบวิธีการเรียนรู้ที่จะทำให้ตนเองเกิดความเชื่อมั่น ฉะนั้นถ้าบุคคลมีการปรับตัวจนเกิดความเชื่อมั่นได้ ย่อมไม่มีความเครียดเกิดขึ้นจน

เป็นอุปสรรคต่อการปรับตัวเช่นกัน⁶ สำหรับ เกรดเฉลี่ย สอดคล้องกับการศึกษาของนิธิพันธ์ พิณบุญ (2553) ที่ศึกษาพบว่าระดับเกรดเฉลี่ย สะสมไม่มีความสัมพันธ์กับวิธีการจัดการความเครียดด้านการปรับความคิด โดยการยอมรับความจริง⁶

ที่ตั้งของที่อยู่อาศัย นักศึกษาส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่ในเขตเมือง ในเขตเมืองจะมีระบบสาธารณูปโภคด้านเครือข่ายการให้บริการอินเทอร์เน็ตที่มีการแข่งขันจากผู้ให้บริการหลายบริษัทอยู่แล้วการให้บริการจึงน่าจะดีกว่านอกเมือง นอกจากนี้ส่วนใหญ่นักศึกษามีที่พักอาศัยเป็นทาวน์เฮาส์/บ้านเดี่ยว จึงอาจกล่าวได้ว่าทำเลที่พักอาศัยในเขตเมืองของนักศึกษา และลักษณะของที่อยู่อาศัยของนักศึกษาจึงเอื้อต่อการเรียนออนไลน์จึงไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการเรียนออนไลน์ สอดคล้องกับการศึกษาของสรวงมนตร์ สิทธิสมาน ที่พบว่า ผลการตรวจสอบการใช้เทคโนโลยีและอินเทอร์เน็ต ระบุว่าบ้านที่อาศัยในเขตเมืองมีความพร้อมในการใช้เทคโนโลยีและอินเทอร์เน็ตมากกว่าบ้านที่อาศัยอยู่ในเขตนอกเมือง⁷

อุปกรณ์ในการเรียนออนไลน์ และ ค่าใช้จ่ายในการใช้บริการออนไลน์จากเครือข่าย ไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการเรียนออนไลน์ อาจเนื่องจากนักศึกษาทุกคนมีการใช้อุปกรณ์ในการเรียนออนไลน์ทุกคน

โดยเป็นสมาร์ทโฟน (smartphone) และอุปกรณ์อื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น แท็บเล็ต โน้ตบุ๊ก และคอมพิวเตอร์ เป็นอุปกรณ์ที่สองหรือสามก่อนที่จะมีการเรียนการสอนออนไลน์ และในช่วงสถานการณ์โควิด-19 รัฐบาลได้ขอให้ผู้ให้บริการเครือข่ายลดค่าบริการเครือข่ายลง เพื่อสนับสนุนการศึกษาและการทำงานที่บ้านให้มีความสะดวกมากยิ่งขึ้น โดยพบว่าทุกเครือข่ายมีการลดค่าบริการเครือข่ายให้ร้อยละ 30-50 เป็นเวลา 3 เดือน เพื่อเป็นการลดภาระค่าใช้จ่ายของผู้รับบริการ นอกจากนี้อาจเนื่องจากนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ เกือบร้อยละ 30 ได้รับทุนจากโรงพยาบาลเอกชน และร้อยละ 20 ได้รับการสนับสนุนจากกองทุนให้กู้ยืมเพื่อการศึกษา (กยศ.) ครอบครัวนักศึกษาจึงมีเศรษฐกิจฐานะปานกลาง ครอบครัวสามารถสนับสนุนค่าใช้จ่ายและอุปกรณ์ที่ใช้ในการเรียนออนไลน์ได้

2. ปัจจัยสนับสนุน ได้แก่

2.1 สิ่งแวดล้อมขณะเรียน

โดยรวมและรายด้านมีความสัมพันธ์กับความเครียดในการเรียนออนไลน์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 สอดคล้องกับการศึกษาของณัฐธัญญา ประสิทธิ์ศาสตร์ (2561) กล่าวถึง สิ่งแวดล้อมขณะเรียน ประกอบด้วย สิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัวเรา ที่เราสัมผัสได้ว่า ร้อน หนาว เย็น มีด สว่าง มีกลิ่น หรือเสียงที่ได้

ยินจากประสาทสัมผัสทั้งห้า อาจมีผลต่อร่างกาย หากปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ เหล่านี้เกิดขึ้นมากเกินไป เช่น เสียงที่ดังมากทำให้รู้สึกไม่สบาย ปวดศีรษะ อาจทำให้เกิดความเครียดได้ และสอดคล้องกับมีการศึกษาของสถาบันส่งเสริมการสอนวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ที่ศึกษาพบว่า สิ่งจำเป็นพื้นฐานของการเรียนรู้ผ่านระบบออนไลน์ คือการมีสถานที่ที่เงียบสงบ จัดเป็นสิ่งจำเป็นอันดับแรกที่นักเรียนหรือนักศึกษา ควรจะต้องมีเพื่อให้มีสมาธิในการเรียนรู้ ข้อมูลจากโครงการประเมินผลการศึกษาของประเทศสมาชิกร (Program for International Student Assessment: PISA) ในปี ค.ศ. 2018 พบว่า นักเรียนอายุ 15 ปี ในกลุ่มประเทศสมาชิกร องค์การความร่วมมือทางเศรษฐกิจและการพัฒนา มีร้อยละ 9 ที่ไม่มีสถานที่เงียบสงบในบ้านสำหรับใช้เพื่อการเรียนรู้ และมีมากถึงร้อยละ 30 ในอินโดนีเซีย ฟิลิปปินส์ รวมทั้งประเทศไทย โดยเฉพาะประเทศไทยมีนักเรียนที่มาจากโรงเรียนที่มีสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมด้อย มีรายงานว่า ขาดสถานที่เงียบสงบในบ้านสำหรับใช้เพื่อการเรียนรู้มากกว่านักเรียนที่มาจากโรงเรียนที่มีสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมดีอย่างเห็นได้ชัด

2.2 อุปสรรคของการสื่อสาร

โดยรวมและรายด้านมีความสัมพันธ์กับความเครียดในการเรียนออนไลน์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่

ระดับ 0.01 สอดคล้องกับการศึกษาของสุปรีดี สุวรรณบุรณ์ กล่าวว่า อุปสรรคในการสื่อสาร หมายถึง สิ่งที่ทำให้การสื่อสารไม่บรรลุตามวัตถุประสงค์ของผู้สื่อสารและผู้รับสาร อุปสรรคในการสื่อสารอาจเกิดขึ้นได้ทุกขั้นตอนของกระบวนการสื่อสาร โดยเฉพาะกระบวนการสื่อสารออนไลน์¹⁰ สอดคล้องกับการศึกษาของสถาบันวิจัยและบริการวิชาการ มหาวิทยาลัย อัสสัมชัญ: เอยูโพล เปิดเผยผลวิจัยเชิงสำรวจ เรื่องการเรียนออนไลน์ในสถานการณ์ Covid-19 จำนวนทั้งสิ้น 505 ตัวอย่าง ในเขตกรุงเทพฯ ที่เรียนออนไลน์ หรือมีบุตรหลานที่เรียนออนไลน์ ดำเนินโครงการระหว่างวันที่ 1 - 18 มิถุนายน 2563 พบว่า ร้อยละ 75.1 รู้สึกเครียดจากการเรียนออนไลน์ในสถานการณ์ Covid-19 สาเหตุที่ทำให้เครียดอื่น ๆ พบว่า ร้อยละ 25.3 ความเร็วของสัญญาณอินเทอร์เน็ตไม่เพียงพอ¹¹ และจากการสัมภาษณ์ นักศึกษาพยาบาล ภายหลังการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยเสร็จสิ้น พบว่า ในการเรียนออนไลน์นักศึกษาจะเครียดมากถ้าเกิดความล่าช้าของการรับส่งข้อมูล เช่น ผู้สอนพูดไปแล้วแต่ภาพยังไม่ปรากฏ ทำให้นักศึกษาไม่เข้าใจเรื่องที่อาจารย์สอน หรือในช่วงที่ต้องส่งคำตอบหรือมีการสอบแล้วพบว่า การส่งข้อมูลไม่สมบูรณ์ หรือส่งได้ช้ากว่าระยะเวลาที่กำหนด อาจารย์ปรี๊ดรับคำตอบแล้วหรือขณะส่งข้อมูลการเชื่อมโยงเครือข่ายหลุด

เป็นต้น จะเป็นสาเหตุทำให้นักศึกษาเกิดความเครียดเป็นอย่างมาก

สรุป

ปัจจัยสนับสนุน ได้แก่ สิ่งแวดล้อมในการเรียนออนไลน์โดยรวม รายด้าน คือ ด้านเสียงและด้านความร้อน และอุปสรรคของการสื่อสารออนไลน์โดยรวม และรายด้านความล่าช้าของการรับส่งข้อมูล และด้านความเสถียรของคลื่นหรืออินเทอร์เน็ตของเครือข่าย มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการเรียนออนไลน์จากสถานการณ์โควิด-19 ของนักศึกษาพยาบาล ซึ่งปัจจัยสนับสนุนเหล่านี้สามารถแก้ไขได้หากนักศึกษาได้รับการปฐมนิเทศ การแนะแนวหรือการสนับสนุนจากครอบครัว คือ สิ่งแวดล้อมขณะเรียนออนไลน์ด้านเสียง ควรให้นักศึกษาเลือกสถานที่ที่เงียบสงบ และขณะเรียนออนไลน์ควรให้นักศึกษาใส่หูฟังเพื่อป้องกันเสียงรบกวนจากภายนอก ส่วนด้านความร้อน นักศึกษาควรเลือกสถานที่ที่มีอุณหภูมิเหมาะสมไม่ร้อนเกินไป ใช้เครื่องใช้ไฟฟ้าเพื่อลดความร้อนในห้องเรียน เช่น พัดลม พัดลมไอเย็น เครื่องปรับอากาศ

อุปสรรคของการสื่อสารออนไลน์ด้านความล่าช้าของการรับส่งข้อมูล และด้านความเสถียรของคลื่นหรืออินเทอร์เน็ตของเครือข่าย นักศึกษาควรเลือกสถานที่เรียนที่มีความสามารถ

เข้าถึงสัญญาณอินเทอร์เน็ต เช่น ห้องหรือที่พักอาศัยที่มีการติดตั้งเทคโนโลยีเครือข่ายแบบไร้สาย อยู่ใกล้จุดส่งสัญญาณ (modem router wireless) และควรเลือกซื้อแพ็คเกจอินเทอร์เน็ตที่สามารถใช้ความเร็วที่ไม่จำกัด และขณะเรียนออนไลน์ แนะนำให้นักศึกษาเลือกใช้บริการอินเทอร์เน็ตแบบไร้สายของที่พักอาศัย เพราะสัญญาณอินเทอร์เน็ตจะมีความเร็วกว่าบริการอินเทอร์เน็ตที่โทรศัพท์มือถือหรืออุปกรณ์ที่นักศึกษาใช้อยู่เดิม

ข้อเสนอแนะ

1. การนำผลการศึกษามาใช้ในการปรับปรุงการเรียนการสอนออนไลน์ โดยให้อาจารย์ที่รับผิดชอบหลักสูตรหรือรายวิชาที่มีการเรียนการสอนออนไลน์ จัดปฐมนิเทศ ให้การแนะนำให้กับนักศึกษาเพื่อ ป้องกันหรือลดสิ่งแวดล้อมขณะเรียนออนไลน์และอุปสรรคของการสื่อสารออนไลน์ที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการเรียนออนไลน์

2. การวิจัยในครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการเรียนออนไลน์ ต่อความเครียดของนักศึกษาพยาบาล

เอกสารอ้างอิง

1. พงศ์พัศ วนิชนันท์. การศึกษาพื้นฐานในยุค โควิด-19: จะเปิด-ปิดโรงเรียนอย่างไร?. [online]. Available form: <https://tdri.or.th/2020/05/basic-education-in-covid-19-crisis-reopening-school-after-lockdown> [2020 Jul 28].
2. ณัฏฐิตา สงค์แก้ว. ความหมายของ E-Learning. [online]. Available form: [https:// sites.google.com/site/khemromanov/khwam-hmay-khxng-e-learning](https://sites.google.com/site/khemromanov/khwam-hmay-khxng-e-learning) [2020 Jul 26].
3. Moawad RA. Online learning during the COVID-19 pandemic and academic stress in university students. *Revista Romaneasca Pentru Educatie Multidimensionala* 2020; 12(1): 100-7.
4. กิริติญา ไทยอยู่. ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคจิตเวช. *วารสารโรงพยาบาลนครพิงค์* 2557; 5 (2): 2-13.
5. กฤษฎากร ชูเมธิต. พฤติกรรมการใช้สื่ออินเทอร์เน็ตและความพึงพอใจต่อการใช้อินเทอร์เน็ตเพื่อการท่องเที่ยวของนักท่องเที่ยวต่างชาติในอำเภอเกาะพะงัน จังหวัดสุราษฎร์ธานี [วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต; 2557.
6. นิธิพันธ์ บุญเพิ่ม. ความเครียดและการจัดการความเครียดของนักศึกษาวิทยาลัยการแพทย์แผนไทย มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี [วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต]. นครปฐม: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2553.
7. สรวทมณท์ สิทธิสมาน. “เรียนออนไลน์” ต้องมาพร้อมกับ 6 ตัวช่วย!. [online]. Available form: <https://mgronline.com/qol/detail/9630000047169> [2020 Sep 2].

8. ฉัตรชัยญา ประสิทธิ์ศาสตร์. ผลของโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจภายในต่อทักษะการจัดการความเครียดของนักศึกษาพยาบาล [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. ปทุมธานี: บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2561.
9. สถาบันส่งเสริมการสอนวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี. โรงเรียนและนักเรียนมีความพร้อมเพียงใดกับการเรียนการสอนผ่านระบบออนไลน์: ข้อค้นพบจาก PISA. [online]. Available form: <https://pisathailand.ipst.ac.th/issue-2020-51> [2020 Jul 2].
10. สุปรีย์ สุวรรณบุรณ์. อุปสรรคในการสื่อสาร. [online]. Available form: <http://www.ipesp.ac.th/learning/thai/Manipulator.html> [2020 Jul 2].
11. สถาบันวิจัยและบริการวิชาการ มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ: เอเชีย. การเรียนออนไลน์ในสถานการณ์ Covid-19. [online]. Available form: <https://www.smartsme.co.th/content/238548> [2020 Dec 20].

นิพนธ์ต้นฉบับ

การพัฒนาแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยแอลกอฮอล์ในระยะถอนฤทธิ์สุรา แบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

กนกกาญจน์ วิโรจน์อุไรเรือง*, อัมพร สีลากุล**, วิมาลา เจริญชัย**

*จิตแพทย์ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

**พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

วันรับบทความ : 14 มกราคม 2564

วันแก้ไขบทความ : 11 มีนาคม 2564

วันตอบรับบทความ : 14 มีนาคม 2564

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลและประเมินผลของการใช้แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยแอลกอฮอล์ในระยะถอนฤทธิ์สุราแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

วัสดุและวิธีการ : ใช้รูปแบบการวิจัยและพัฒนาของกรมสุขภาพจิต 7 ขั้นตอน ศึกษากลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะถอนฤทธิ์สุราที่รับไว้รักษาแบบผู้ป่วยใน 89 คน โดยใช้แบบประเมินภาวะขาดแอลกอฮอล์ และทีมสหวิชาชีพที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยจำนวน 26 คน โดยใช้แบบประเมินความพึงพอใจและข้อเสนอแนะต่อการใช้นิเวศทางดังกล่าว และมีการติดตามผลตามตัวชี้วัด การวิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผล : ผู้ป่วยแอลกอฮอล์จำนวน 89 คน เป็นเพศชายร้อยละ 95.5 ส่วนใหญ่อายุ 41 - 65 ปี ผู้ป่วยทั้งหมดดื่มเหล้าขาวระยะเวลาเฉลี่ยที่ดื่มเท่ากับ 17.4 ± 8.22 ปี ส่วนใหญ่มีความถี่การดื่ม 7 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 88.8 ได้รับการวินิจฉัยโรคหลัก คือ alcohol dependence ร้อยละ 65.2 และหากได้รับการรักษาตามแนวทางจะพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะไม่มีอาการถอนฤทธิ์สุรากลับเป็นซ้ำในช่วงนอนโรงพยาบาลร้อยละ 95.5 นอกจากนี้จำนวนวันของผู้ป่วยสุราหาย/ทุเลาจากภาวะถอนฤทธิ์สุราลดลง 1.27 วัน จำนวนวันนอนเฉลี่ยลดลงเหลือ 16.5 วัน และความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงานต่อแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยแอลกอฮอล์อยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด

สรุป : ผู้ป่วยในภาวะถอนฤทธิ์สุราพบความเสี่ยงจากอาการถอนฤทธิ์สุราและภาวะแทรกซ้อนได้บ่อยครั้ง การที่ได้มีการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ในระยะถอนฤทธิ์สุราแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ส่งผลให้ผู้ที่มีภาวะถอนฤทธิ์สุราปลอดภัย หายทุเลา สามารถลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นได้รวมทั้งลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล และสหวิชาชีพที่รับผิดชอบในการดูแลมีแนวปฏิบัติที่เป็นในรูปแบบเดียวกัน

คำสำคัญ : ภาวะถอนฤทธิ์สุรา, แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยแอลกอฮอล์, ผู้ป่วยใน

ผู้นิพนธ์ประสานงาน : กนกกาญจน์ วิโรจน์อุไรเรือง

E-mail: kanokwirote@gmail.com

ORIGINAL ARTICLE

THE GUIDELINE DEVELOPMENT OF ALCOHOL WITHDRAWAL TREATMENT FOR INPATIENTS, PRASRIMAHABHODI PSYCHIATRIC HOSPITAL

Kanokkarn Wiroteurairuang*, Amporn Seelakul**, Wimala Charoenchai**

*Psychiatrist, Prasrimahabhodi Psychiatric Hospital

**Registered Nurse, Prasrimahabhodi Psychiatric Hospital

Received: January 14, 2021

Revised: March 11, 2021

Accepted: March 14, 2021

Abstract

Objectives: To develop the treatment guideline and to evaluate the implementation of the developed guideline on inpatients with alcohol withdrawal, Prasrimahabhodi Psychiatric Hospital.

Material and Methods: Research and development method had been carried out by using the department of mental health's 7 steps based on the population study of 2 sample groups including 89 in-patients admitted with alcohol withdrawal syndromes of Prasrimahabhodi Psychiatric Hospital using the Alcohol Withdrawal Scale (AWS) evaluation form, and 26 staff from the multi-disciplinary team to support patients treatment using satisfaction evaluation forms and suggestions regarding the proposed guidelines and indexes follow-up. Data analysis has been carried out using frequency distribution, percentage, mean and standard deviation.

Results: 95.5% of all 89 alcoholic patients were males; more than half of those aged between 41 to 65 years old. All of them were addicted to rice whisky. The average addiction duration is 17.4 ± 8.22 years. The majority of 88.8% revealed the consumption frequency rate of 7 times per week. Most of the patients in this group were mainly diagnosed with alcohol dependence 65.2%. And after the treatment guideline implementation, most of the samples in this group showed no alcohol withdrawal symptoms while being admitted in the hospital for 95.5%, and the evaluation results after observing the performance indicators revealed that the rate of recovery in patients with alcohol withdrawal were decreased within 1.27 days, the length of stay before discharging with alcohol withdrawal was decreased within 16.5 days.

Conclusion: Patients with alcohol withdrawal were at risk of withdrawal symptoms and complications frequently. The existence of treatment guidelines of alcohol withdrawal for inpatients, encouraged the patients themselves to be safe, recovered, and exposed to fewer complications. Moreover, the length of stay could be reduced, and the multi-disciplinary staff responsible for caregivers could pursuit the unique practical treatment guideline.

Key words: alcohol withdrawal, alcoholic patients treatments guideline, inpatient

Corresponding author: Kanokkarn Wiroteurairuang

E-mail: kanokwirote@gmail.com

บทนำ

การดื่มสุราเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อบุคคลทั้งด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิต รวมทั้งด้านสังคมและเศรษฐกิจเนื่องจากสุราเป็นสารเสพติดที่มีฤทธิ์กดประสาท การออกฤทธิ์ของสุราต่อสมองทำให้ผู้เสพยาสุราเกิดการเปลี่ยนแปลงทางความคิดและพฤติกรรม ซึ่งการลดปริมาณการดื่มหรือหยุดดื่มในผู้ที่ดื่มมาเป็นระยะเวลานาน อาจทำให้เกิดอาการถอนฤทธิ์สุรา (alcohol withdrawal) ที่รุนแรงขึ้นได้¹ อาการและการแสดงของภาวะถอนฤทธิ์สุราที่พบโดยทั่วไปจะปรากฏหลังจากที่ลดปริมาณการดื่มอย่างหนัก อาการเบื้องต้นที่พบได้แก่ปวดศีรษะ สั่น เหงื่อออก กระสับกระส่าย วิตกกังวลและหงุดหงิด คลื่นไส้ และอาเจียน มีการตอบสนองที่ไวกว่าปกติต่อแสงและเสียง สับสนในการรับรู้ ไม่มีสมาธิ ในบางรายที่มีอาการถอนฤทธิ์สุรา รุนแรงจะมีประสาทหลอนชั่วขณะได้² สำหรับภาวะเพ้อคลั่ง (delirium tremens: DTs) มีลักษณะอาการกระสับกระส่าย สั่น สับสนในการรับรู้ประสาทหลอนตลอดเวลา และมีการเพิ่มขึ้นของอัตราการเต้นของหัวใจ การหายใจ และความดันโลหิตอย่างมาก ซึ่งอาการภาวะเพ้อคลั่งจากภาวะถอนฤทธิ์สุราเกิดประมาณร้อยละ 5 ของผู้ป่วยที่มีภาวะถอนฤทธิ์สุราทั้งหมด มักจะเกิดในช่วงวันที่ 2 - 4 หลังจากหยุดดื่ม และมีโอกาสเกิดการชักประมาณ

ร้อยละ 25 ของช่วงที่มีอาการถอนฤทธิ์สุรา ซึ่งมักเกิดในช่วง 24 ชั่วโมงแรกที่หยุดดื่ม³ นอกจากนั้นยังพบว่าภาวะถอนฤทธิ์สุราทำให้เกิดอาการแทรกซ้อนทางกายและเพิ่มจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่เพิ่มขึ้น³ ซึ่งพบว่าในอดีตมีการเสียชีวิต (mortality) จากอาการเพ้อสับสนในระยยะถอนฤทธิ์สุราประมาณร้อยละ 20 แต่ด้วยการรักษาและการจัดการที่ดีขึ้น การเสียชีวิตในปัจจุบันได้ลดลงเหลือเพียงร้อยละ 54

จากการทบทวนข้อมูลการประเมินสภาพปัญหาผู้ป่วยยุ่งยากซับซ้อนที่มารับการรักษาที่ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ในปีงบประมาณ 2558 พบว่าผู้ป่วยที่มีสภาพปัญหาจากการดื่มสุรา สารเสพติดมีจำนวนร้อยละ 64.29 และจากผลการวิเคราะห์การดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะถอนฤทธิ์สุราของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ พบว่า การรักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการดื่มสุรายังไม่มีรูปแบบการรักษาที่เป็นมาตรฐานเดียวกันในโรงพยาบาลและมีอุบัติการณ์ผู้ป่วยถอนฤทธิ์สุรามีอาการเพ้อสับสน คงอยู่นาน และพบอุบัติการณ์ภาวะโรคร่วมทางกายในช่วงระยะถอนฤทธิ์สุรา ได้แก่ บาดเจ็บจากการกลืนล้ม ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ภาวะชักจากการขาดสุราและอัตราผู้ป่วยหายทุเลาจากภาวะถอนฤทธิ์สุรา ผู้วิจัยจึงได้วิจัยและพัฒนาแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยแอลกอฮอล์

ในระยะถอนฤทธิ์สุราแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาล พระศรีมหาโพธิ์ขึ้น เพื่อให้เกิดแนวปฏิบัติเดียวกันในโรงพยาบาล ซึ่งจะส่งผลต่อการลด ปัญหาอุบัติการณ์ภาวะโรคร่วมทางกายในช่วง ระยะถอนฤทธิ์สุรา

นิยามศัพท์

1. ผู้ป่วยแอลกอฮอล์ หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคภาวะผิดปกติทางพฤติกรรม และจิตประสาท เนื่องจากการเสพแอลกอฮอล์ (Mental and behavioral disorder due to use of alcohol) ได้แก่ F10.0 - F10.9 ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคขององค์การอนามัยโลก ครั้งที่ 10 ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์
2. สหวิชาชีพโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ประกอบด้วย จิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช เกษัชกร
3. ผู้ป่วยสุราหาย/ทุเลาจากภาวะถอน ฤทธิ์สุรา หมายถึง ผู้ป่วยสุราที่มีคะแนน AWS < 5 ต่อเนื่องกันเป็นเวลา 5 วัน

วัตถุประสงค์และวิธีการ

การวิจัยเป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development) เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยแอลกอฮอล์ในระยะถอนฤทธิ์สุราแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ตามแนวทางการวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยี สุขภาพจิตของกรมสุขภาพจิต (2554) 7 ขั้นตอน

5 ประกอบด้วย

ขั้นตอนที่ 1 - 3 คือ วิเคราะห์ความต้องการ และความจำเป็นในการพัฒนา (need analysis) ในเชิงปริมาณจากการประเมินสภาพปัญหา ผู้ป่วยยุ่งยากซับซ้อน ของที่โรงพยาบาล พระศรีมหาโพธิ์ ในปีงบประมาณ 2558 พบว่า ผู้ป่วยที่มีสภาพปัญหาจากการดื่มสุรา สารเสพติด และสารกระตุ้น มีร้อยละ 64.29 และจากการ สทนากลุ่ม (focus group) ทีมสหวิชาชีพ มีความต้องการพัฒนาเรื่องการดูแลรักษาผู้ป่วย แอลกอฮอล์ เช่น การดูแลผู้ป่วยในระยะถอน ฤทธิ์สุรา ซึ่งยังไม่มีแนวทางการดูแลผู้ป่วย ดังกล่าวของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ผู้วิจัย จึงนำมากำหนดกรอบแนวคิด โดยใช้กรอบแนวคิด ในการวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีสุขภาพจิตของ กรมสุขภาพจิต 7 ขั้นตอน และนำมาออกแบบ และจัดทำต้นร่าง (prototype development) แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยแอลกอฮอล์ใน ระยะถอนฤทธิ์สุราแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาล พระศรีมหาโพธิ์ ประกอบด้วย 3 ส่วนหลัก ได้แก่ การประเมินภาวะถอนฤทธิ์แอลกอฮอล์ การประเมินสัญญาณชีพ และการรักษาผู้ป่วยที่มี ปัญหาจากการดื่มสุราตามการประเมินภาวะ ขาดสุรา (AWS)

ขั้นตอนที่ 4 คือ การทดสอบคุณภาพ เทคโนโลยี (testing) ผู้วิจัยนำ (ต้นร่าง) แนวทาง การดูแลรักษาผู้ป่วยแอลกอฮอล์ในระยะถอนฤทธิ์

สูตรแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิแล้วและได้ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะในประเด็นดังนี้

1. รูปแบบของการให้ยาโดยพิจารณาชนิดของยาที่มีผลน้อยต่อการถอนฤทธิ์สุรา เช่น ยาบางตัวมีผลทำให้เกิดการชักได้ง่าย จึงได้เปลี่ยนเป็นยาตัวอื่นที่เหมาะสมกว่า

2. รูปแบบการเฝ้าระวังความเสี่ยงที่เกิดจากการได้รับยา Benzodiazepine ทั้งแบบกินและฉีดเข้าหลอดเลือดดำ เพื่อให้เกิดความปลอดภัยต่อผู้ป่วยโดยปรับการบันทึกข้อมูลการให้ยาร่วมกับการบันทึกสัญญาณชีพและระดับความรุนแรงการถอนฤทธิ์สุราควบคู่กัน ทำให้สามารถประเมินการรักษาได้อย่างเหมาะสม

3. รูปแบบใบสั่งการรักษาทางการแพทย์ (medical order) ปรับเป็นรูปแบบเฉพาะสำหรับผู้ป่วยแอลกอฮอล์ที่มีภาวะถอนฤทธิ์สุราแบบผู้ป่วยใน (standing order for alcohol use disorder) หลังจากนั้นนำ (ต้นร่าง) แนวทางการดูแลรักษาฯ ไปทดลองใช้ ดำเนินการโดยทดลองใช้ในกลุ่มผู้ป่วยแอลกอฮอล์ (F10 - F19) จำนวน 20 คน ที่รักษาแบบผู้ป่วยในหอผู้ป่วยจิตเวชชาย 1 เป็นเวลา 3 เดือน

ขั้นตอนที่ 5 การทดลองใช้เทคโนโลยีในระบบ (pilot study) ทดลองใช้แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยแอลกอฮอล์ในระยะถอนฤทธิ์

สูตรแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ หอผู้ป่วยจิตเวชชาย 3 (กลุ่มงานพยาบาลจิตเวชสุราและสารเสพติด) และหอผู้ป่วยจิตเวชหญิง 1 (กลุ่มงานพยาบาลจิตเวชหญิง) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ระหว่างวันที่ 1 กันยายน 2559 ถึงวันที่ 30 พฤศจิกายน 2559 เป็นเวลา 3 เดือน ซึ่งประกอบด้วย

1. ขั้นตอนการปฏิบัติงานการดูแลรักษาผู้ป่วยแอลกอฮอล์ในระยะถอนฤทธิ์สุราของสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องคือ 1) แพทย์ มีบทบาทประเมินอาการถอนฤทธิ์สุราและให้การรักษาดูแลตามแผนการดูแลรักษาของแพทย์ 2) พยาบาลจิตเวช มีบทบาท ชักประวัติผู้ป่วย ประเมินภาวะถอนฤทธิ์สุราด้วยแบบประเมิน AWS และประเมินสัญญาณชีพ ประเมินและสังเกตอาการของผู้ป่วยแอลกอฮอล์ที่มีการเปลี่ยนแปลงในระยะถอนฤทธิ์สุรา การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาและการให้ยา benzodiazepine ตามแผนการรักษาของแพทย์และปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ และ 3) เภสัชกร บทบาทในการบริหารยากลุ่ม benzodiazepine

2. แนวทางการให้ยากกลุ่ม benzodiazepine เพื่อรักษาภาวะถอนฤทธิ์สุราแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กำหนดแนวทางการดูแลรักษาและให้ยาในช่วงที่ผู้ป่วยที่ภาวะ withdrawal หรืออาการ delirium tremens

3. การปรับลดยา benzodiazepine

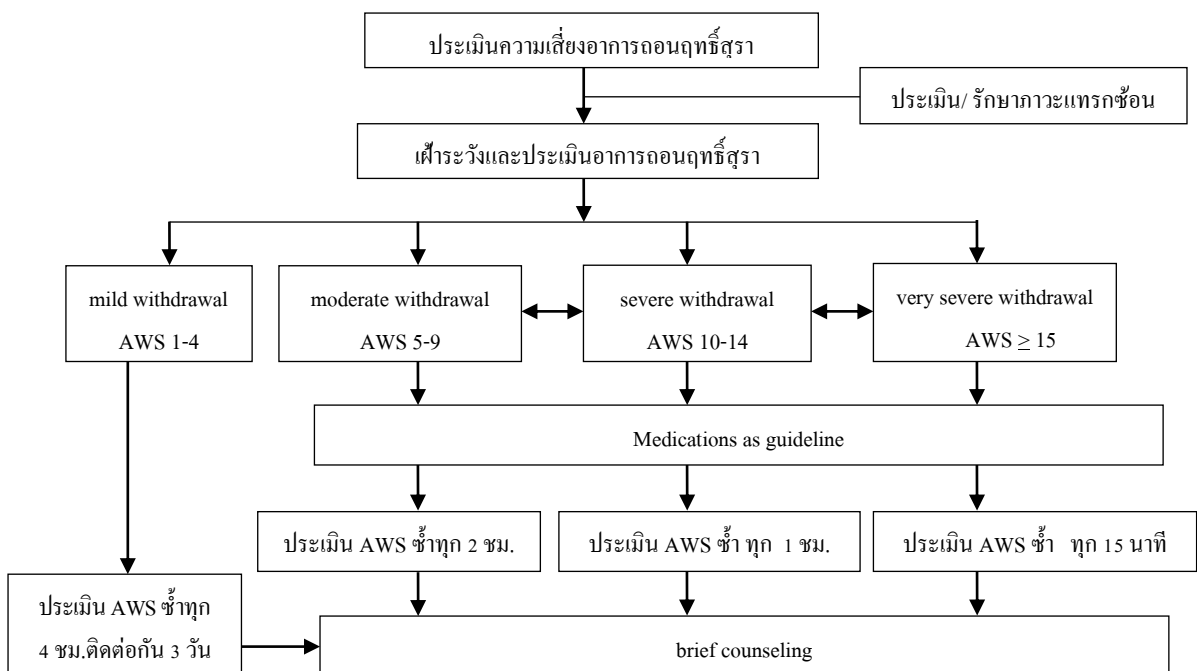
เมื่อครบ 24 ชั่วโมงหลังจากที่ผู้ป่วยมีภาวะถอนฤทธิ์สุรา (withdrawal) หรืออาการ delirium tremens

ขั้นตอนที่ 6 การขยายผลเทคโนโลยีสุขภาพจิต การดำเนินการวิจัยในขั้นตอนการขยายผลเป็นการนำแนวทางการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ในระยะถอนฤทธิ์สุราแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ที่ผ่านการทดลองและการปรับปรุงแก้ไขเรียบร้อยแล้ว โดยนำไปขยายผลดำเนินการต่อเนื่องไปยังทุกหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

ขั้นตอนที่ 7 การประเมินผลและพัฒนา

ต่อเนื่อง การติดตามประเมินผลหลังจากมีการนำคู่มือแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยแอลกอฮอล์ที่มีภาวะถอนฤทธิ์สุราแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ในประเด็น

- อัตราผู้ป่วยสุราหาย/ทุเลาจากภาวะถอนฤทธิ์สุรา ภายใน 3 วัน
- จำนวนวันนอนเฉลี่ยผู้ป่วยสุรา หาย ทุเลา จำหน่ายได้
- อัตราผู้ป่วยสุราที่เกิดอุบัติเหตุ
- ไม่พึงประสงค์ เช่น บาดเจ็บ ชัก เป้าหมาย ร้อยละ 0.0
- ประเมินความพึงพอใจของบุคลากรผู้ปฏิบัติงานด้านการบำบัดรักษา



ภาพที่ 1 แนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะถอนฤทธิ์สุรา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ประกอบด้วย ผู้ป่วยแอลกอฮอล์และทีมสุขภาพจิต ดังนี้

1. ผู้ป่วยแอลกอฮอล์ หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคภาวะผิดปกติทางพฤติกรรมและจิตประสาท เนื่องจากการเสพแอลกอฮอล์ ได้แก่ F10.0 - F10.9 ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคขององค์การอนามัยโลก ครั้งที่ 10 (ICD - 10) ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์การคัดเลือก ขนาดของกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีประมาณจากค่าสัดส่วนได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 81 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยกำหนดกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นร้อยละ 10 ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้ใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 89 คน

2. ทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ซึ่งเป็นผู้ทดลองใช้แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยแอลกอฮอล์ในระยะถอนฤทธิ์สุราแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จำนวน 26 คน ประกอบด้วย พยาบาลจิตเวช 19 คน ซึ่งปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยจิตเวชชาย 3 (กลุ่มงานพยาบาลจิตเวชสุราและสารเสพติด) และหอผู้ป่วยจิตเวชหญิง 1 (กลุ่มงานพยาบาลจิตเวชหญิง) จิตแพทย์ 3 คน และเภสัชกร 4 คน โดยการศึกษาครั้งนี้เน้นการศึกษา อัตราผู้ป่วยสุราหายทุเลาจากภาวะถอนฤทธิ์สุรา อัตราผู้ป่วยสุราที่เกิดอุบัติการณ์

ไม่พึงประสงค์ จำนวนวันที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล และอัตราความพึงพอใจบุคลากรต่อแนวทางดังกล่าว

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกข้อมูลการบำบัดรักษา ผู้ป่วยแอลกอฮอล์ ใช้เป็นเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นเองประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ การเกิดอาการถอนฤทธิ์สุรา ข้อมูลการประเมินภาวะถอนฤทธิ์สุรา (AWS) ข้อมูลอุบัติการณ์ความเสี่ยงในช่วงถอนฤทธิ์สุรา ข้อมูลได้รับยา benzodiazepine เป็นต้น

2. แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงานต่อแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยแอลกอฮอล์ในระยะถอนฤทธิ์สุราแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ข้อมูลทั่วไป และความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงานต่อแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยแอลกอฮอล์ในระยะถอนฤทธิ์สุราแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 4 ด้าน รวมจำนวน 13 ข้อ คือ ด้านเนื้อหาและความรู้ จำนวน 4 ข้อ ด้านการปฏิบัติตามแนวทางฯ จำนวน 5 ข้อ ด้านการนำแนวทางฯ ไปใช้ประโยชน์ จำนวน 3 ข้อ และความพึงพอใจต่อแนวทางฯ โดยรวม ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scales) 5 ระดับ

3. แบบประเมินภาวะขาดสุรา (Alcohol

Withdrawal Scale: AWS) ของซอวันเดอร์ส (Saunders) แปลโดยแพทย์หญิงพันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์ ซึ่งโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ได้นำมาใช้เป็นเอกสารที่ใช้ในงานประจำ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงเนื้อหา

(content validity) ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยการหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index: CVI) ของเครื่องมือ ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น 2 ประเภท ได้แก่ 1) แบบบันทึกข้อมูลการบำบัดรักษาผู้ป่วยแอลกอฮอล์ 2) แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงานต่อแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยแอลกอฮอล์ในระยะถอนฤทธิ์สุราแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ โดยขอรับคำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย จิตแพทย์ที่เชี่ยวชาญด้านการรักษาผู้ป่วยแอลกอฮอล์ในระยะถอนฤทธิ์สุรา จำนวน 1 ท่าน พยาบาลจิตเวชที่มีประสบการณ์การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ในระยะถอนฤทธิ์สุรา จำนวน 1 ท่าน และเภสัชกร 1 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความเข้าใจของเนื้อหาและความชัดเจนของภาษา โดยแบบบันทึกข้อมูลการบำบัดรักษาผู้ป่วยแอลกอฮอล์ มีค่า CVI เท่ากับ 0.89 ส่วนแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงานต่อแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยแอลกอฮอล์ในระยะถอนฤทธิ์สุราแบบ

ผู้ป่วยในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ มีค่า CVI เท่ากับ 0.86 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้ หลังจากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขอีกครั้งหนึ่งเพื่อความถูกต้องและครบถ้วนก่อนนำไปทดสอบเบื้องต้น (try out)

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่น (reliability) ดำเนินการ ดังนี้

2.1 แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงานต่อแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยแอลกอฮอล์ในระยะถอนฤทธิ์สุราแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค เท่ากับ 0.90 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้

2.2 แบบประเมินภาวะขาดสุรา (Alcohol Withdrawal Scale: AWS) ผู้วิจัยทดสอบโดยหาความเชื่อมั่นระหว่างผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย (inter-rater reliability) ค่าที่ได้เท่ากับ 0.95 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ซึ่งมีผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ โดยจะคำนึงถึงจรรยาบรรณของนักวิจัยและให้การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างด้วยการที่ผู้วิจัยแจ้งวัตถุประสงค์ของการดำเนินการวิจัยต่อกลุ่มตัวอย่างให้ทราบถึงสิทธิการเข้าร่วมการวิจัย ซึ่งเป็นความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง การเข้าร่วมงานวิจัยครั้งนี้

จะไม่มีผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่างและต่อการบำบัดรักษาของผู้รับการบำบัด ในขณะที่ดำเนินการวิจัย กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิขอลงตัวโดยไม่มีข้อแม้ใด ๆ ซึ่งข้อมูลที่ได้จากการวิจัยผู้วิจัยจะเก็บไว้เป็นความลับและจะไม่มีการเปิดเผยข้อมูลส่วนตัว การนำเสนอข้อมูลจะเป็นภาพรวม เพื่อประโยชน์เฉพาะสำหรับการวิจัยเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา คือ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผล

การประเมินผลจากการใช้คู่มือแนวทาง การดูแลรักษาผู้ป่วยแอลกอฮอล์ในระยะถอนฤทธิ์ สุราแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

จากตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยแอลกอฮอล์ จำนวน 89 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 95.5 มีอายุ 41 - 65 ปี ร้อยละ 57.2 และข้อมูลประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 100.0 ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ประเภทเหล้าขาว มีระยะเวลาที่ดื่มแอลกอฮอล์ในช่วง 1 - 10 ปี และ 11 - 20 ปี มีจำนวนเท่ากันร้อยละ 41.6 ระยะเวลาโดยเฉลี่ยที่ดื่มแอลกอฮอล์เท่ากับ 17.4 ± 8.22 ปี ส่วนใหญ่

ร้อยละ 88.8 มีความถี่การดื่มแอลกอฮอล์ 7 วันต่อสัปดาห์ ซึ่งมีปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ต่อวันโดยเฉลี่ยเท่ากับ 24.7 ± 13.69 ดื่มมาตรฐาน สำหรับการดื่มแอลกอฮอล์ครั้งสุดท้ายพบในกลุ่มตัวอย่างส่วนมากดื่มแอลกอฮอล์ครั้งสุดท้ายในช่วงน้อยกว่า 24 ชั่วโมงก่อนรับไว้รักษา ร้อยละ 68.6 สำหรับสารเสพติดอื่นที่ใช้ร่วมกับแอลกอฮอล์ส่วนใหญ่ใช้สารเสพติดประเภทบุหรี่ ร้อยละ 44.9 ส่วนประวัติการเกิดอาการถอนฤทธิ์สุรา พบว่า ส่วนใหญ่มีประวัติการเกิดอาการถอนฤทธิ์สุรามาก่อน ร้อยละ 51.7 มีภาวะประวัติดื้อ ร้อยละ 16.9 และมีเพียงเล็กน้อยที่มีประวัติภาวะชัก ร้อยละ 6.7

จากตารางที่ 2 ข้อมูลการรับไว้รักษาของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า มากกว่าครึ่งหนึ่งรับไว้รักษาในโรงพยาบาลเป็นครั้งแรก ร้อยละ 52.8 สำหรับการวินิจฉัยโรคหลักของกลุ่มตัวอย่างส่วนมากได้รับการวินิจฉัยโรคหลัก alcohol dependence (F10.2) ร้อยละ 65.2 ส่วนการวินิจฉัยโรคทางกายที่สัมพันธ์กับการดื่มแอลกอฮอล์ พบว่าส่วนมากไม่มีโรคร่วมทางกาย ร้อยละ 71.9 และมีบางส่วนที่มีโรคทางกาย ร้อยละ 28.1 ซึ่งภาวะโรคร่วมทางกายที่พบมากที่สุด คือ hypokalemia ร้อยละ 44.0 รองลงมาเป็นโรค alcoholic hepatitis ร้อยละ 24.0 ตามลำดับ

นอกจากนั้นกลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่งมีจำนวนวันนอนโรงพยาบาลในช่วง

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มตัวอย่าง (n = 89)

ข้อมูลส่วนบุคคล/ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	85	95.5
หญิง	4	4.5
อายุ (อายุเฉลี่ย 41.8 ± 8.11 ปี)		
19 - 25 ปี	4	4.3
26 - 40 ปี	34	38.5
41 - 65 ปี	51	57.2
ประเภทเครื่องดื่มแอลกอฮอล์		
เหล้าขาว	89	100.0
ระยะเวลาที่ดื่มแอลกอฮอล์ (เฉลี่ย 17.4 ± 8.22 ปี)		
1 - 10 ปี	37	41.6
11 - 20 ปี	37	41.6
21 - 30 ปี	13	14.6
31 - 40 ปี	2	2.2
ความถี่การดื่มแอลกอฮอล์ต่อสัปดาห์		
2 วันต่อสัปดาห์	2	2.2
5 วันต่อสัปดาห์	5	5.6
6 วันต่อสัปดาห์	3	3.4
7 วันต่อสัปดาห์	79	88.8
ปริมาณดื่มแอลกอฮอล์ต่อวัน (เฉลี่ย 24.7 ± 13.69 คมมาตรฐาน)		
น้อยกว่า 21 คมมาตรฐาน	31	34.8
21 - 40 คมมาตรฐาน	50	56.2
ตั้งแต่ 41 คมมาตรฐานขึ้นไป	8	9.0
ดื่มแอลกอฮอล์ครั้งสุดท้าย (เฉลี่ย 31.3 ± 33.72 ชั่วโมง)		
น้อยกว่า 24 ชั่วโมง	61	68.6
25 - 48 ชั่วโมง	7	7.8
49 - 72 ชั่วโมง	13	14.6
73 - 120 ชั่วโมง	8	9.0

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มตัวอย่าง (n = 89) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล/ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สารเสพติดอื่นที่ใช้		
ยาบ้า	4	4.5
บุหรี่	40	44.9
ไม่มี	45	50.6
ประวัติการเกิดอาการถอนฤทธิ์สุรา		
มี	46	51.7
ไม่มี	43	48.3
ภาวะเพ้อคลั่ง		
มี	15	16.9
ไม่มี	74	83.1
ภาวะชัก		
มี	6	6.7
ไม่มี	83	93.3

16 - 30 วัน ร้อยละ 53.9 โดยเฉลี่ยเท่ากับ 18.3 ± 8.55 วัน เนื่องจากรวมระยะเวลาในการบำบัดสุราหลังผู้ป่วยหายทุเลาจากการถอนฤทธิ์สุราแล้ว

จากตารางที่ 3 ข้อมูลการประเมินภาวะถอนฤทธิ์สุรา (withdrawal) ของกลุ่มตัวอย่างพบว่า คะแนน AWS แรกรับ ส่วนมากมีค่าคะแนน AWS อยู่ในช่วง 1 - 4 คะแนน (mild withdrawal) ร้อยละ 65.1 ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดได้รับการรักษาตาม standing order ร้อยละ 97.8 ส่วนที่ไม่ได้รับการรักษาตาม regimen 2 ราย เนื่องจากแพทย์เจ้าของไข้ได้พิจารณาส่งต่อเพราะมีภาวะแทรกซ้อนทางกาย โดยกลุ่มตัวอย่างที่เกิด

ภาวะถอนฤทธิ์สุราและได้รับการรักษาตาม regimen ร้อยละ 79.8 ส่วนวันที่ของการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลที่เริ่มมีอาการถอนฤทธิ์สุรา ($AWS \geq 5$) พบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวนมากเริ่มมีอาการถอนฤทธิ์สุราเกิดขึ้นในวันที่ 1 หลังรับไว้รักษา ร้อยละ 49.3 โดยกลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่งหนึ่ง มีระดับคะแนน AWS สูงสุด หลังเริ่มมีภาวะถอนฤทธิ์สุรา ($AWS \geq 5$) อยู่ในระดับมากกว่าหรือเท่ากับ 15 คะแนน (very severe withdrawal) ร้อยละ 47.8 และหากได้รับการรักษาตามแนวทาง พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะมีจำนวนวันที่หายทุเลาจากภาวะถอนฤทธิ์สุรา

ตารางที่ 2 ข้อมูลการรับไว้รักษาของกลุ่มตัวอย่าง (n = 89)

ข้อมูลการรับไว้รักษา	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ครั้งที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล		
ครั้งแรก	47	52.8
ครั้งที่ 2 - 5	31	34.8
ครั้งที่ 6 - 9	9	10.2
ครั้งที่ 10 ขึ้นไป	2	2.2
การวินิจฉัยโรค		
F10.0	1	1.1
F10.2	58	65.2
F10.3	1	1.1
F10.4	18	20.2
F10.5	11	12.4
โรคร่วมทางกายที่สัมพันธ์กับการดื่มแอลกอฮอล์		
ไม่มีโรคร่วมทางกาย	64	71.9
มีโรคร่วมทางกาย	25	28.1
จำนวนวันนอนโรงพยาบาล (เฉลี่ย 18.3 ± 8.55 วัน)		
น้อยกว่า 16 วัน	35	39.3
16 - 30 วัน	48	53.9
31 - 45 วัน	3	3.4
มากกว่า 45 วันขึ้นไป	3	3.4

ในวันที่ 1 และวันที่ 2 หลังเกิดอาการถอนฤทธิ์สุรา นอกจากนั้นยังพบว่าไม่มีอาการถอนฤทธิ์สุรากลပ်เป็นซ้ำในช่วงนอนโรงพยาบาล ร้อยละ 95.5 และทำให้จำนวนวันนอนโรงพยาบาลลดลง

จากตารางที่ 4 ข้อมูลติดตามผลการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า มีอุบัติการณ์ที่เกิดในช่วง

ถอนฤทธิ์สุรา ความเสี่ยงที่พบ มีอาการชัก ร้อยละ 2.2 การได้รับบาดเจ็บ ร้อยละ 3.5 การติดเชื้อ ร้อยละ 2.2 และการผูกมัด ร้อยละ 43.8 โดยมีจำนวนวันที่หายทุเลา จากภาวะถอนฤทธิ์สุรา ในระยะเวลา 1 วัน ร้อยละ 47.9 และจำนวน 2 วัน ร้อยละ 36.7 จำนวนวันเฉลี่ยเท่ากับ 1.7 ± 0.91 วัน

ตารางที่ 3 ข้อมูลการประเมินภาวะถอนฤทธิ์สุรา (withdrawal) ของกลุ่มตัวอย่าง (n = 89)

ข้อมูลการประเมินภาวะขาดสุรา	จำนวน (คน)	ร้อยละ
คะแนน AWS แรกวัน (เฉลี่ย 5.9 ± 5.18 คะแนน)		
0 คะแนน	3	3.4
1 - 4 คะแนน (mild withdrawal)	58	65.1
5 - 9 คะแนน (moderate withdrawal)	10	11.2
10 - 14 คะแนน (severe withdrawal)	6	6.7
≥ 15 คะแนน (very Severe withdrawal)	12	13.5
การรักษาตาม standing order		
ได้รับการรักษาตาม standing order	87	97.8
ไม่ได้รับการรักษาตาม standing order	2	2.8
มีภาวะถอนฤทธิ์สุรา และได้รับการรักษาตาม regimen		
มีภาวะ withdrawal และได้รับการรักษาตาม regimen	71	79.8
ไม่มีภาวะ withdrawal และไม่ได้รับการรักษาตาม regimen	18	20.2
วันที่ของการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลเริ่มมีอาการภาวะถอนฤทธิ์สุรา (AWS ≥ 5) (n = 71)		
วันแรกวัน	14	19.8
วันที่ 1	35	49.3
วันที่ 2	12	16.8
วันที่ 3	6	8.5
วันที่ 4	1	1.4
วันที่ 5	2	2.8
วันที่ 6	1	1.4
ระดับคะแนน AWS สูงสุด หลังเริ่มมีภาวะถอนฤทธิ์สุรา (AWS ≥ 5) (n = 71)		
0 - 4 คะแนน (mild withdrawal)	15	21.2
5 - 9 คะแนน (moderate withdrawal)	12	16.9
10 -14 คะแนน (severe withdrawal)	10	14.1
≥ 15 คะแนน (very severe withdrawal)	34	47.8

ตารางที่ 3 ข้อมูลการประเมินภาวะถอนฤทธิ์สุรา (withdrawal) ของกลุ่มตัวอย่าง (n = 89) (ต่อ)

ข้อมูลการประเมินภาวะขาดสุรา	จำนวน (คน)	ร้อยละ
จำนวนวันที่หาย ทูเลา จากภาวะถอนฤทธิ์สุรา (n = 71)		
1 วัน	34	47.9
2 วัน	26	36.7
3 วัน	7	11.3
4 วัน	3	4.3
มีอาการถอนฤทธิ์สุรากลั้เป็นซ้ำหลังครบ regimen		
มี	4	4.5
ไม่มี	85	95.5

ตารางที่ 4 ข้อมูลติดตามผลการรักษา และอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่เกิดในช่วงถอนฤทธิ์สุรา (n = 89)

ข้อมูลติดตามผลการรักษา อุบัติการณ์ ความเสี่ยงที่เกิดในช่วงถอนฤทธิ์สุรา	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การชัก		
มี	2	2.2
ไม่มี	87	97.8
ติดเชื้อ		
มี	2	2.2
ไม่มี	87	97.8
มีการผูกมัดในช่วง withdrawal		
มี	39	43.8
ไม่มี	50	56.2
การเกิดภาวะถอนฤทธิ์สุรา (withdrawal symptom)		
มี	71	79.8
ไม่มี	18	20.2

ผลการทดลองใช้แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยแอลกอฮอล์ในระยะถอนฤทธิ์สุราแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ในทีมสหวิชาชีพ ดังนี้

ข้อมูลทั่วไปของผู้ปฏิบัติงาน พบว่าผู้ปฏิบัติงานทั้งหมด 30 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 83.3 ส่วนมากมีอายุในช่วง 35 - 43 ปี ร้อยละ 43.3 ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการดูแลและรักษาพยาบาลผู้ป่วยแอลกอฮอล์อยู่ในช่วง 1 - 5 ปี ร้อยละ 40.0 โดยเฉลี่ยเท่ากับ 10.7 ± 9.41 ปี มีตำแหน่งเป็นพยาบาลจิตเวช จิตแพทย์ และเภสัชกร ร้อยละ 83.3, 10.0 และ 6.7 ตามลำดับ และข้อมูลความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงานต่อคู่มือแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยแอลกอฮอล์ที่มีภาวะถอนฤทธิ์สุราแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ พบว่าผู้ปฏิบัติงานมีความพึงพอใจในด้านเนื้อหาและความรู้ อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 50.0 มีความพึงพอใจในด้านการปฏิบัติตามคู่มือฯ อยู่ในระดับมากและมากที่สุด เท่ากันคือ ร้อยละ 43.3 สำหรับด้านการนำไปใช้ประโยชน์ ผู้ปฏิบัติงานทั้งหมดมีความพึงพอใจ อยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด ร้อยละ 90.0 และผู้ปฏิบัติงานมีความพึงพอใจโดยรวม อยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด ร้อยละ 90.0

จะเห็นว่าผู้ปฏิบัติงานมีความพึงพอใจในด้านเนื้อหาและความรู้ ด้านการปฏิบัติตาม

คู่มือแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยแอลกอฮอล์ที่มีภาวะถอนฤทธิ์สุราแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ด้านประโยชน์การนำไปใช้และความพึงพอใจโดยรวมหลังจากได้นำคู่มือฯ ดังกล่าวไปใช้ในโรงพยาบาลอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด

ข้อมูลติดตามผลการดำเนินงาน

ข้อมูลติดตามผลการดำเนินงาน พบว่าผู้ป่วยสุราหาย/ทุเลาจากภาวะถอนฤทธิ์สุราภายใน 3 วัน (เป้าหมายร้อยละ 80.0) ผลร้อยละ 100.0 ซึ่งลดลงจากเดิมที่หายทุเลาภายใน 5 วัน กลุ่มตัวอย่างมีอุบัติการณ์ที่เกิดในช่วงถอนฤทธิ์สุรา ความเสี่ยงที่พบมีอาการชักร้อยละ 2.2 หลังจากกการใช้แนวทางฯ ลดลงเหลือร้อยละ 0.7 โดยกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนวันที่หายทุเลาจากภาวะถอนฤทธิ์สุรา ในระยะเวลา 1 วัน ร้อยละ 47.9 และ จำนวน 2 วัน ร้อยละ 36.7 ซึ่งจำนวนวันโดยเฉลี่ยเท่ากับ 1.7 ± 0.91 วัน ส่งผลให้จำนวนวันนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยแอลกอฮอล์เป้าหมาย 21 วัน ลดลงเหลือ 16.5 วัน และการประเมินผลความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงานต่อแนวทางฯ อยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด

อภิปราย

การศึกษาวิจัยและพัฒนาแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยแอลกอฮอล์ในระยะถอนฤทธิ์สุราแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

ในครั้งนี้ มีประเด็นสำคัญที่ควรนำมาอภิปรายผลตามตามมิติด้านผู้รับบริการ (ผู้ป่วย) และมิติด้านผู้ให้บริการ (ทีมสหวิชาชีพ) ดังนี้

มิติด้านผู้รับบริการ (ผู้ป่วย) พบว่า กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดเป็นเพศชาย ร้อยละ 95.5 มีอายุ 41 - 65 ปี ร้อยละ 57.2 มีร้อยละ 100.0 ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ประเภทเหล้าขาวระยะเวลาโดยเฉลี่ยที่ดื่มแอลกอฮอล์เท่ากับ 17.4 ± 8.22 ปี ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของวิทย์วิรัชศิษฐ์ และคณะ (2562)⁶ พบว่ามีความแตกต่างระหว่างเพศชัดเจน คือ ชายมากกว่าหญิง มีผู้เคยดื่มแต่เลิกแล้ว ร้อยละ 14.41 และมีนักดื่มปัจจุบัน ร้อยละ 28.41 เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่นักดื่มปัจจุบันเริ่มดื่มเป็นประเภทแรกในสัดส่วนสูงที่สุด คือ เบียร์ (ร้อยละ 38.35) ตามด้วยสุราขาว (ร้อยละ 28.05) และสุราสี (ร้อยละ 26.43) จากผลการสำรวจประชากรไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 55.9 ล้านคนทั่วประเทศ และการศึกษาของณัฏฐวรรตต์ อเนกวิทย์ (2561)⁷ ศึกษาอัตราการเข้าถึงบริการและผลลัพธ์ทางคลินิกของการใช้แนวทางการดูแลผู้ที่มีปัญหาพฤติกรรมการดื่มสุราในแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม พบผู้ที่มีปัญหาพฤติกรรมการดื่มสุราจากการคัดกรองด้วยแบบคัดกรอง ASSIST - Thai ทั้งสิ้นจำนวน 3,610 ราย เป็นเพศชาย ร้อยละ 95.43 เป็นผู้ติดสุรา ร้อยละ 40.8 และยังพบว่า มากกว่าครึ่งหนึ่งรับไว้รักษา

ในโรงพยาบาลเป็นครั้งแรก ร้อยละ 52.8 สำหรับการวินิจฉัยโรคหลักของกลุ่มตัวอย่างส่วนมากได้รับการวินิจฉัยโรคหลัก alcohol dependence (F10.2) ร้อยละ 65.2 ส่วนการวินิจฉัยโรคทางกายที่สัมพันธ์กับการดื่มแอลกอฮอล์พบว่า ส่วนมากไม่มีโรคร่วมทางกาย ร้อยละ 71.9 ซึ่งภาวะโรคร่วมทางกายที่พบมากที่สุด คือ hypokalemia ร้อยละ 44.0 รองลงมาเป็นโรค alcoholic hepatitis ร้อยละ 24.0 ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการสำรวจระดับชาติ 2551 ของบุญศิริ จันศิริมงคล และคณะ (2551)⁸ พบว่า ความชุกของกลุ่มความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุรา (alcohol use disorders) พบสูงถึงร้อยละ 10.9 นอกจากนั้น จากข้อมูลการสำรวจระดับชาติสุขภาพจิตของคนไทย ระดับชาติ ปี พ.ศ. 2556 พบประชากรประมาณ 7.47 ล้านคน มีปัญหาสุขภาพจิต หรือมีความผิดปกติของพฤติกรรมเสพติดสารใด ๆ หรือเป็นโรคจิตเวช มีความชุกเท่ากับ ร้อยละ 14.5 โดยเป็นกลุ่มความผิดปกติพฤติกรรมเสพติดสาร ร้อยละ 5.3 และยังสอดคล้องกับการศึกษาของเบญจมาศ พฤษก์กานนท์ และคณะ (2556)⁹ พบกลุ่มความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 12.4 ของประชากรที่ศึกษา

ข้อมูลการประเมินภาวะถอนฤทธิ์สุรา (withdrawal) ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า คะแนน AWS แรกรับส่วนมากมีค่าคะแนน AWS อยู่

ในช่วง 1 - 4 คะแนน (mild withdrawal) ร้อยละ 65.1 ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดได้รับการรักษาตาม standing order ร้อยละ 97.8 โดยกลุ่มตัวอย่างที่เกิดภาวะถอนฤทธิ์สุราและได้รับการรักษาตาม regimen ร้อยละ 79.8 ส่วนวันที่ของการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลที่เริ่มมีอาการถอนฤทธิ์สุรา ($AWS \geq 5$) พบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวนมากเริ่มมีอาการถอนฤทธิ์สุราเกิดขึ้นในวันที่ 1 หลังรับไว้รักษา ร้อยละ 49.3 รองลงมา คือ วันแรกรับและวันที่ 2 หลังรับไว้รักษา ร้อยละ 19.8 และ 16.8 ตามลำดับ โดยกลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่งหนึ่ง มีระดับคะแนน AWS สูงสุดหลังเริ่มมีภาวะถอนฤทธิ์สุรา ($AWS \geq 5$) อยู่ในระดับมากกว่าหรือเท่ากับ 15 คะแนน (very severe withdrawal) ร้อยละ 47.8 และหากได้รับการรักษาตามแนวทาง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะไม่มีอาการถอนฤทธิ์สุรากลับเป็นซ้ำในชวonn โรงพยาบาล ร้อยละ 95.5 ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของมาริญา พิทักษ์ธรรม (2562)¹⁰ เรื่องผลการใช้แนวทางเวชปฏิบัติในการรักษาภาวะถอนฤทธิ์สุราในผู้ป่วยในโรงพยาบาลนาฏน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วย F10.x ทั้งหมด 71 ราย มีอาการถอนฤทธิ์สุรา ร้อยละ 60.6 และมี CIWA-Ar น้อยกว่า 8 ตลอดการรักษา ร้อยละ 14.1 เป็นกลุ่มตัวอย่าง 33 ราย อัตราหายจากอาการ ร้อยละ 93.9 อัตราหายจากอาการใน ระยะเวลา 3 วัน 4 วัน และ 5 วัน เป็นร้อยละ 68.8, 77.4, และ 90.3

ตามลำดับ มีค่ามัธยฐานระยะเวลาหายจากอาการ 2 วัน (95%CI: 1.42 - 2.79) เป็นกลุ่มอาการปานกลาง 1.67 วัน (95%CI: 1.38 - 2.00) และกลุ่มอาการรุนแรงมาก 4.33 วัน (95% CI: 1.38 - 5.54) และการศึกษาของอุกฤษฏ์ พงศ์ศรีเพียร (2555)¹¹ พบว่าผู้ป่วยทั้งหมดเป็นเพศชาย มีระยะเวลาที่มีภาวะถอนพิษสุรา ($AWS \text{ score} \geq 5$ คะแนน) ระหว่าง 1 - 20 วัน โดยเฉลี่ย 5.0 วัน (SD = 5.4)

นอกจากนั้นพบว่า การรักษาตามแนวทางฯ ที่ได้นำหลักการรักษาภาวะถอนฤทธิ์สุราประกอบด้วย 4S' ได้แก่ 1) sedation: การให้ยาระงับประสาท ยาหลักที่ให้ ได้แก่ diazepam, chlordiazepoxide หรือ lorazepam ซึ่งพิจารณารูปแบบการให้ยาตามความรุนแรงของอาการถอนฤทธิ์สุรา (symptom triggered regiments) โดยพิจารณาขนาดยาและความถี่ในการให้ยาตามความรุนแรงของอาการ และการให้ยาให้ยานิดเข้าหลอดเลือดดำ สอดคล้องกับการศึกษาของอังกูร ภัทรกร และคณะ (2558)¹² ได้กล่าวถึงแนวทางการบำบัดรักษาผู้ป่วยในภาวะถอนพิษสุราว่า การบำบัดรักษาภาวะถอนฤทธิ์สุราเป็นกระบวนการที่จะช่วยให้ผู้ที่ติดสุราสามารถหยุดดื่มสุราได้ โดยมีอาการขาดสุราน้อยที่สุดลดภาวะแทรกซ้อนจากการขาดสุราส่งผลให้การหายทุเลาดีขึ้น

มิติด้านผู้ให้บริการ (ทีมสหวิชาชีพ) พบว่า อัตราความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงานต่อ

แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยแอลกอฮอล์ในระยะถอนฤทธิ์สุราแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ร้อยละ 90 เป็นมิติด้านผู้ให้บริการ พบว่า มีผลการดำเนินงานบรรลุเป้าหมายมากกว่าที่ตั้งไว้ ร้อยละ 80.0 อภิปรายได้ว่า เนื่องจากทีมสหวิชาชีพซึ่งเป็นผู้ช่วยวิจัย ได้มีส่วนร่วมในกระบวนการวิจัยอย่างต่อเนื่อง ทำให้มีความรู้สึกเป็นเจ้าของ อีกทั้งได้รับการเตรียมความพร้อมอย่างกลมกลืนมิตร ทั้งด้านความเข้าใจในวัตถุประสงค์และขั้นตอนกระบวนการวิจัย และผลที่คาดว่าจะได้รับชี้ให้เห็นถึงประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยแอลกอฮอล์และครอบครัว ผู้ป่วย ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นกับหน่วยงานและตัวผู้ให้บริการ รวมทั้งการอบรมให้ความรู้และทักษะในการดูแลรักษาผู้ป่วยแอลกอฮอล์ในระยะถอนฤทธิ์สุราแบบผู้ป่วยใน ตามแนวทางการดูแลรักษาฯ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ซึ่งผู้ช่วยวิจัยสามารถแสดงความคิดเห็น ให้ข้อเสนอแนะ และซักถามข้อสงสัยได้ตลอดเวลา ตลอดจนฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการการประเมินภาวะถอนฤทธิ์สุราด้วยเครื่องมือ AWS ให้มีความถูกต้อง แม่นยำ ตรงกัน และได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้กับผู้วิจัยและระหว่างผู้ช่วยวิจัยด้วยกัน ทำให้มีความมั่นใจในการนำแนวทางการดูแลรักษาฯ ไปใช้ในการปฏิบัติงานจริง ส่งผลให้ความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงานต่อแนวทางการดูแลรักษาฯ เป็นไปในทางบวกและเกินกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้

พบว่า ผู้ปฏิบัติงานมีความพึงพอใจในด้านเนื้อหาและความรู้ อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 50.0 มีความพึงพอใจในด้านการปฏิบัติตามคู่มือฯ อยู่ในระดับมากและมากที่สุด เท่ากันคือ ร้อยละ 43.3 สำหรับด้านการนำไปใช้ประโยชน์ ผู้ปฏิบัติงานทั้งหมดมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด ร้อยละ 90.0 และผู้ปฏิบัติงานมีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด ร้อยละ 90.0 ซึ่งผู้ปฏิบัติได้เสนอความคิดเห็นเพิ่มเติมเกี่ยวกับแนวทางดังกล่าว คือ มีความสะดวกในการใช้ ผู้ใช้มีความมั่นใจในการดูแลรักษา และแพทย์สามารถพิจารณาการให้ยาได้อย่างเหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละราย ฯลฯ อย่างไรก็ตาม หากบุคลากรที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยแอลกอฮอล์ได้มีการประเมิน AWS และให้การรักษตามแนวทางฯ ดังกล่าวจะส่งผลดีต่อผู้ป่วยแอลกอฮอล์ในระยะถอนฤทธิ์สุราแบบผู้ป่วยใน ทั้งในด้านการปลอดภัย การหายทุเลา และระยะการรักษาในโรงพยาบาล

สรุป

ผู้ป่วยในภาวะถอนฤทธิ์สุราพบความเสี่ยงจากอาการถอนฤทธิ์สุราและภาวะแทรกซ้อนได้บ่อยครั้ง การที่ได้มีการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ในระยะถอนฤทธิ์สุราแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ส่งผลให้ผู้ป่วยที่มีภาวะถอนฤทธิ์สุราปลอดภัย

หายทุเลา สามารถลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น ได้รวมทั้งลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลและสหวิชาชีพที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์มีแนวปฏิบัติที่เป็นในรูปแบบเดียวกัน

ข้อจำกัดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะถอนฤทธิ์สุราแบบผู้ป่วยใน ซึ่งก่อนการนำไปใช้ควรมีการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการประเมินภาวะถอนฤทธิ์สุรา โดยเครื่องมือ AWS และอบรมการใช้แนวทางดังกล่าวแก่แพทย์และพยาบาล

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1) ควรนำรูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยแอลกอฮอล์ในระยะถอนฤทธิ์สุราแบบผู้ป่วยในไปใช้ขยายผลรูปแบบการบำบัดในโรงพยาบาลทั่วไปที่มีผู้ป่วยที่มีภาวะถอนฤทธิ์สุราที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล ซึ่งต้องมีการอบรมให้ความรู้บุคลากรที่เกี่ยวข้อง ไม่ว่าจะเป็นแพทย์หรือพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว

2) ควรมีการติดตามประเมินผลและมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการนำรูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยแอลกอฮอล์ในระยะถอนฤทธิ์สุราแบบผู้ป่วยในไปใช้ เพื่อนำข้อมูลมาใช้ประโยชน์ในการพัฒนาปรับปรุงรูปแบบการบำบัดรักษา

อย่างต่อเนื่อง และมีการปรับปรุงให้เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทของสถานพยาบาลแต่ละแห่งที่นำไปใช้

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณนายแพทย์ประกาศ อุครนันท์ ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ นายแพทย์ธรณินทร์ กองสุข ผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยานายแพทย์หวน ศรีเรือนทอง รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ที่ได้กรุณาอนุญาตให้ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยครั้งนี้ ดร.สมจิตร ลุประสงค์ อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี นางพันธ์ทิพย์ โกศลวัฒน์ รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ที่กรุณาให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ในการแก้ไขปรับปรุง เพื่อให้การวิจัยในครั้งนี้มีความสมบูรณ์มากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์. คู่มือสำหรับผู้อบรมการดูแลผู้ป่วยที่มีการดื่มสุราเบื้องต้นสำหรับบุคลากรสุขภาพ. เชียงใหม่: วนิตการพิมพ์; 2552.
2. พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์. การบำบัดรักษาภาวะถอนพิษสุรา. เชียงใหม่: วนิตการพิมพ์; 2554.
3. สาวิตรี อัยนาคักรชัย, สุวรรณ อรุณพงษ์ไพศาล. ปัญหาและความผิดปกติจากการดื่มสุรา ความสำคัญและการดูแลรักษาในประเทศไทย. สงขลา: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2557.

4. พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์. คู่มือสำหรับผู้ปฏิบัติรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีการดื่มสุราในระบบสุขภาพ ฉบับปรับปรุง 2554. เชียงใหม่: แผนงานการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยที่มีการดื่มสุรา (พรส.); 2554.
5. กรมสุขภาพจิต. คู่มือการวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีสุขภาพจิต. กรุงเทพฯ: เบสท์สเต็ปแอ็ดเวอร์ไทซิง; 2554.
6. วิทย์ วิษยดิษฐ์, เอ็ดเวิร์ด แม็กแนล, คาริกา ไสงาม, สาวิตรี อัยฉะกรักรชัย. รายงานสถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสังคมไทย ประจำปี พ.ศ. 2560. กรุงเทพฯ: สหพันธ์พัฒนาการพิมพ์; 2562.
7. ญัฎฐ์วรรค์ อเนกวิทย์. ผลลัพธ์ทางคลินิกของการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราในแผนพัฒนา ระบบบริการสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม กลุ่มงานสุขภาพจิต จิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลมหาสารคาม. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2561; 63(4): 371-82.
8. บุญศิริ จันศิริมงคล, พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์, มรุณ คำวงศ์ปิ่น, วรพรรณ จูหา, ชรณินทร์ กองสุข, จินตนา ลีจึงเพิ่มพูน. ความชุกของความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุราและโรคจิตเวชร่วมในคนไทย: การสำรวจระดับชาติ 2551. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2554; 19(2): 88-102.
9. เบญจมาศ พงศ์กานนท์, วีระ ศิริสมุด, สุรเดช ดวงทิพย์สิริกุล, สกาวรัตน์ พวงลัดดา, กนกวรรณ สุดศรีวิไล. รายงานฉบับสมบูรณ์การสำรวจระดับชาติ ปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในโครงการสนับสนุนและส่งเสริมการบริการครบวงจรสำหรับผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่เป้าหมายเร่งรัดภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า (โครงการบริการสุขภาพจิตครบวงจร). นนทบุรี: สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ (สคสช.). กรมสุขภาพจิต; 2556.
10. มาริษา พิทักษ์ธรรม. ผลการใช้แนวทางเวชปฏิบัติในการรักษาภาวะถอนพิษสุราในผู้ป่วยใน โรงพยาบาลนาคน. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย 2561; 9(2): 207-22.
11. อุกฤษฏ์ พงศ์ศรีเพียร, ธงชัย วชิรพินิจ, กุศลิน กัณหา, สวัสดิ์ เทียงธรรม. ผลการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุรา. วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา 2555; 6(2): 1-9.
12. อังกูร ภัทรากร, ธนุรช ทิพย์วงษ์, อภิชาติ เรณูวัฒนานนท์, พัชร รัตนแสง, วิมล ลักขณาภิชนัช. แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยภาวะขาดสุรา. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2558.

การพัฒนาทักษะทางสังคมของเด็กออทิสติก โดยใช้เกมกระดานร่วมกับการชี้แนะ

ปฐิรินทร์ นิธิธรรมานุสรณ์*, ชนิดา มิตรานันท์**, กนกพร วิบูลพัฒน์วงศ์**

*นิติศตปริณญาโท, คณะศึกษาศาสตร์ และบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

**ผู้ช่วยศาสตราจารย์, ศูนย์พัฒนาการศึกษาพิเศษ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

วันรับบทความ : 13 สิงหาคม 2563

วันแก้ไขบทความ : 12 มีนาคม 2564

วันตอบรับบทความ : 15 มีนาคม 2564

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนาทักษะทางสังคมของเด็กออทิสติกโดยใช้เกมกระดานร่วมกับการชี้แนะ

วัสดุและวิธีการ : การวิจัยครั้งนี้เป็นการรายงานผู้ป่วยด้านการพัฒนาทักษะทางสังคม โดยใช้แบบแผนวิจัยการวิจัยปฏิบัติการในชั้นเรียน แบ่งเป็น 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นวางแผน ขั้นปฏิบัติ ขั้นสังเกตผล และขั้นการสะท้อนผล เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 1) แบบบันทึกพฤติกรรมการแบ่งปัน 2) เกมกระดาน และ 3) แผนการจัดการเรียนรู้ทักษะทางสังคม โดยมีกลุ่มเป้าหมายคือเด็กออทิสติกช่วงอายุ 6 - 12 ปี จำนวน 3 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยความถี่ ค่าเฉลี่ย และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ผล : ทักษะทางสังคมของเด็กออทิสติกภายหลังได้รับการสอนด้วยเกมกระดานร่วมกับการชี้แนะเพิ่มขึ้น หลังดำเนินกิจกรรม ครั้งที่ 1 และ 2 การจัดกิจกรรมการเล่นเกมกระดานแบบกลุ่มส่งผลให้เด็กออทิสติกมีความสนุกสนาน มีทักษะทางสังคมที่ดีขึ้น เด็กออทิสติกที่เข้าร่วมเล่นเกมกระดานมีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนในกลุ่มที่ร่วมเล่นเกมกระดาน และการใช้การชี้แนะเข้ามามีส่วนร่วมในการสอนทักษะทางสังคม ทำให้การจัดกิจกรรมเป็นไปได้อย่างราบรื่น และมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

สรุป : ทักษะทางสังคมของเด็กออทิสติกจากการประเมินด้วยแบบสังเกตทักษะทางสังคมภายหลังได้รับการสอนด้วยเกมกระดานร่วมกับการชี้แนะสูงขึ้นกว่าก่อน ได้รับการสอนด้วยเกมกระดานร่วมกับการชี้แนะ

คำสำคัญ : การชี้แนะ, เกมกระดาน, ทักษะทางสังคม, ออทิสติก

CASE REPORT

THE DEVELOPMENT OF SOCIAL SKILL OF CHILDREN WITH AUTISM SPECTRUM DISORDER USING BOARD GAME AND PROMPTING

Purin Nitithammanusorn*, Chanida Mitranun**, Kanokporn Viboonpattanawong**

*Graduate Student, Faculty of Education and Graduate School, Srinakharinwirot University

**Assistance Professor, Special education development center, Faculty of Education, Srinakharinwirot University

Received: August 13, 2020

Revised: March 12, 2021

Accepted: March 15, 2021

Abstract

Objectives: This research aimed to develop social skill of children with autism spectrum disorder using board game and prompting.

Material and Methods: The research was a case report with Classroom Action Research design (CAR) including 1) planning 2) action 3) observation and 4) reflection. The instruments used in this study were 1) frequency recorder 2) board game and 3) lesson plan. The target group in this research consisted of 3 children with autism spectrum disorder at age of 6 - 12 years with social skill problem and they were diagnosed by child and adolescent psychiatrist without multiple disabilities.

Results: The result of the development of social skill of children with autism spectrum disorder using board game and prompting was analyzed by frequency of social skill while children play together from the frequency recorder with the visual inspection. The result of study after being taught by using board game and prompting were increase in the first and second cycles of CAR. The using of board game activities made children more fun and better way to improve social skill. Children with autism spectrum disorder had more interact with their peers while using board game and prompting to teach social skill made the activities go smoothly and more efficient.

Conclusion: The conclusion of the study indicated that the social skill of 3 children with autism spectrum disorder after being taught by using board game and prompting were higher the prior to the experiment.

Key words: prompting, board game, social skill, autism spectrum disorder

บทนำ

ทักษะทางสังคมเป็นหนึ่งในทักษะที่มีความจำเป็นต่อการดำรงชีวิตของมนุษย์ เนื่องจากมนุษย์ต้องอยู่ด้วยกันเป็นสังคม ความสำคัญของการพัฒนาทักษะทางสังคมให้เพิ่มขึ้นในทางที่ดี และประสบความสำเร็จให้กับเด็กที่มีความต้องการพิเศษต้องกระทำตั้งแต่เริ่มต้น ซึ่งปัญหาทักษะทางสังคมเป็นหนึ่งในปัญหาหลักของเด็กออทิสติก ซึ่งส่วนใหญ่ไม่เข้าใจถึงการผลัดเปลี่ยน การมีน้ำใจ และการแบ่งปัน เมื่อเด็กออทิสติกชอบของเล่นนี้ เด็กออทิสติกก็อยากเล่นโดยไม่สนใจว่าเพื่อนก็อยากเล่นเหมือนกัน เมื่อกำลังเล่นอยู่เด็กออทิสติกก็จะไม่เลิก หรือเมื่อเพื่อนกำลังเล่นอยู่ เด็กออทิสติกก็อยากให้ถึงเวลาที่ตนได้เล่นบ้าง ไม่สามารถรอให้ถึงรอบการเล่นของตนเอง ถ้าเด็กพูดได้ พอสมควรก็อาจพยายามขอเล่น แต่ถ้าเด็กสื่อสารไม่ได้เด็กออทิสติกก็จะแย่งของเล่นจากมือของเพื่อน¹⁻² การแบ่งปันเป็นทักษะสังคมขั้นพื้นฐาน โดยพัฒนาการของเด็กมักจะดูแลรักษาของเล่น สิ่งของต่าง ๆ ด้วยตนเอง เมื่อโตขึ้น และเด็กเริ่มมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นและได้ทำกิจกรรมร่วมกันจึงเกิดการเรียนรู้ในการแบ่งปัน เช่น แบ่งปันสิ่งของต่าง ๆ เพื่อใช้ร่วมกัน แบ่งปันที่นั่งรับประทานอาหาร การแบ่งปันเอาใจใส่คือจุดเริ่มต้นของการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และเข้าใจถึงความรู้สึกของบุคคลอื่น³ ซึ่ง

ส่งผลให้เด็กออทิสติกสามารถสร้างปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนได้เร็วขึ้น โดยการแบ่งปันเป็นทักษะแรกที่สามารถสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลได้อย่างง่าย รวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ ความเต็มใจที่จะแบ่งอาหาร หรือของเล่น จะช่วยสร้างสัมพันธภาพระหว่างเด็กได้ดี⁴

ในการจัดการเรียนการสอนเพื่อพัฒนาทักษะทางสังคมสำหรับเด็กออทิสติกสามารถทำได้หลากหลายวิธี โดยหนึ่งในวิธีที่ได้รับความนิยมในปัจจุบันคือการใช้เกมกระดาน เกมกระดานเป็นอุปกรณ์ที่สามารถสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลให้เป็นไปในทิศทางที่ดีขึ้น การเล่นเกมกระดานส่งเสริมให้ผู้เล่นสามารถเคลื่อนไหว พัฒนาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ทักษะทางสังคม และสามารถถ่ายทอดพฤติกรรมต่าง ๆ จากผู้เล่นคนหนึ่งสู่อีกคนได้ โดยการเล่นเกมกระดานตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปจะสามารถพัฒนาทักษะทางสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเกมกระดานสามารถเล่นเพื่อพัฒนาความรู้ พัฒนาทักษะทางสังคม โดยผู้เล่นจะต้องมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างเล่น อุปกรณ์เล่นที่มีความหลากหลาย ไม่น่าเบื่อ สร้างความสนุกสนานให้แก่ผู้เล่น มีกติกาในการเล่นสามารถเล่นในห้องเรียน และนอกห้องเรียนเพื่อเสริมสร้างความรู้และทักษะทางสังคมได้⁵⁻⁶ โดยการสอนเด็กออทิสติกที่มีประสิทธิภาพ คือการใช้การชี้แนะเข้ามามีส่วนร่วมในการสอน

การใช้การชี้แนะเพื่อสอนเด็กออทิสติกนั้น เป็นการสอนเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมหรือทักษะชนิดใหม่ โดยเด็กออทิสติกไม่จำเป็นต้องมีพื้นฐานทางพฤติกรรม หรือทักษะดังกล่าว เนื่องจากเด็กจะได้รับคำแนะนำจากการสอน การสอนด้วยการชี้แนะสำหรับเด็กออทิสติกนั้น ไม่จำเป็นต้องเรียนด้วยวิธีการมองเห็นเพียงอย่างเดียว และเด็กออทิสติกที่ไม่มีภาษาก็สามารถที่จะเรียนรู้ด้วยวิธีการชี้แนะ ซึ่งสามารถทำให้เด็กออทิสติกประสบผลสำเร็จกับการเรียนได้ ในปัจจุบันได้มีการวิจัยเพื่อพัฒนาทักษะทางสังคมของเด็กออทิสติกโดยการใช้เกมกระดานในช่วงอายุ 5 - 7 ปี ด้วยเกมกระดาน 3 แบบ ได้แก่ Go Fish, Uno และ Yahtzee Jr. ด้วยวิธีการเล่นแบบกลุ่ม ผลการวิจัยพบว่า เด็กออทิสติกภายหลังการเล่นเกมกระดานมีทักษะทางสังคมเพิ่มขึ้น มีปฏิสัมพันธ์กับผู้เล่นมากขึ้น ทักษะการเรียนรู้ของเด็กออทิสติกมีประสิทธิภาพมากขึ้น เมื่อเข้าร่วมกลุ่มสามารถปฏิบัติตามคำสั่งของเกมกระดานได้ดี ผลการวิจัยยังค้นพบอีกว่า เมื่อเปรียบเทียบผลของการเล่นเกมกระดานแบบกลุ่ม กับแบบ one-on-one ประสิทธิภาพของการเล่นเกมกระดานแบบกลุ่มนั้นสูงกว่าการเล่นแบบ one-on-one⁸

ด้วยเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยมีความสนใจพัฒนาทักษะทางสังคมของเด็กออทิสติกช่วง

อายุ 6 - 12 ปี ด้วยเกมกระดานร่วมกับการชี้แนะ ซึ่งผลที่ได้จากการวิจัยจะทำให้เด็กออทิสติกได้รับประโยชน์จากการฝึกทักษะการแบ่งปัน ซึ่งสามารถนำไปใช้ในการพัฒนาทักษะทางสังคมระหว่างเพื่อนในห้องเรียน และบุคคลรอบข้าง และยังสามารถเป็นแนวทางสำหรับครู การศึกษาพิเศษ ผู้ปกครอง บุคคลที่สนใจ ตลอดจนผู้ที่เกี่ยวข้องในการจัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาทักษะทางสังคมสำหรับเด็กออทิสติก

นิยามศัพท์

1. เด็กออทิสติก หมายถึง เด็กออทิสติก ช่วงอายุ 6 - 12 ปี ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นว่ามีภาวะออทิสซึม มีเอกสารรับรองความพิการ ซึ่งไม่มีภาวะความผิดปกติด้านพฤติกรรม และไม่มีภาวะพิการซ้อน โดยพัฒนาการทักษะทางสังคมไม่เป็นไปตามวัย เมื่อเปรียบเทียบกับเด็กวัยเดียวกัน ซึ่งเด็กจำเป็นต้องได้รับการยืนยันจากครูผู้สอนว่ามีปัญหาเกี่ยวกับทักษะทางสังคมแต่สามารถเข้าใจภาษาได้ดี สามารถสื่อสาร และสามารถช่วยเหลือตนเองได้

2. เกมกระดาน หมายถึง สื่อการเรียนรู้พัฒนาทักษะทางสังคม ใช้ในการพัฒนาทักษะการแบ่งปัน มีลักษณะเล่นบนกระดาน โดยผู้เล่นสามารถเคลื่อนไหวตัวหมากไปบนกระดานตามลำดับของการเล่น โดยผู้วิจัยสร้างเกม

กระดาน “ตะลุยอวกาศมหาสนุก” ตามแนวคิด เกม Monopoly (เกม Monopoly คือ เกมที่เล่น บนกระดานใช้จำนวนผู้เล่น 3 - 4 คน มีแผนที่ จำนวน 40 ช่อง โดยเป็นชื่อ สถานที่ในเมือง Atlantic ประเทศสหรัฐอเมริกา และตัวหมาก สำหรับเดิน ชื่อ Rich Uncle Pennybags หรือ Mr. Monopoly เดินบนกระดานผ่านการทอย ลูกเต๋า) โดยมีวิธีการเล่นแบบร่วมมือ ผู้เล่นจะได้รับอุปกรณ์ที่จำเป็นต่อการปฏิบัติตามการ์ด คำสั่ง โดยทุกครั้งที่เดินตัวหมาก จะต้องหยิบ การ์ดคำสั่ง และปฏิบัติตาม ถึงจะผลัดเปลี่ยน การเล่นไปยังผู้เล่นคนต่อไปได้

3. ทักษะทางสังคม หมายถึง การที่เด็ก มีพฤติกรรมแบ่งปันขณะเล่นเกมกระดาน และทำกิจกรรมเพื่อพัฒนาทักษะทางสังคมใน ห้องเรียน โดยแสดงออกได้อย่างเหมาะสมกับ สถานการณ์กลุ่มที่กำลังดำเนินกิจกรรมใน ห้องเรียน และการเล่นเกมกระดานร่วมกัน ระหว่างการทดลอง ซึ่งแสดงออกในการแบ่ง ของเล่น อุปกรณ์การเรียน หรืออุปกรณ์ต่าง ๆ ที่ จำเป็นต้องใช้ร่วมกันในขณะทำกิจกรรม โดย แบ่งปันสิ่งของให้เมื่อเพื่อนขอ หรือส่งให้เอง โดยไม่ถูกร้องขอในขณะทำกิจกรรมกลุ่มใน ห้องเรียน และระหว่างการเล่นเกมกระดานกับ เพื่อน โดยประเมินจากแบบบันทึกคะแนน พฤติกรรมการแบ่งปัน

4. การชี้แนะ หมายถึง การให้ความช่วยเหลือ

เด็กออทิสติกขณะเล่นเกมกระดาน “ตะลุย อวกาศมหาสนุก” เมื่อเด็กออทิสติกไม่สามารถ ปฏิบัติตามกติกาการเล่นเกมกระดาน และไม่สามารถปฏิบัติตามการ์ดคำสั่งของเกมกระดาน โดยผู้เล่นเกมกระดานเป็นผู้คอยให้การชี้แนะ ขณะเล่น ดังนี้

1) การชี้แนะโดยการใช้อำนาจ (verbal prompt) การชี้แนะโดยการใช้คำพูดเพื่อ กระตุ้นให้เด็กออทิสติกแสดงพฤติกรรม การแบ่งปันขณะทำกิจกรรมกลุ่มในห้องเรียน และ ขณะเล่นเกมกระดาน ซึ่งเพื่อนที่กำลังทำ กิจกรรมกลุ่มในห้องเรียน และเด็กปกติขณะ เล่นเกมกระดานกับเด็กออทิสติก โดยใช้คำพูด ให้เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ได้แก่ อ่าน การ์ดคำสั่ง ขอดตัวหมากน้อย หยิบการ์ดคำสั่ง เดินตัวหมาก เป็นต้น

2) การชี้แนะโดยการใช้ท่าทาง (physical prompt) การชี้แนะโดยการใช้ท่าทาง เพื่อกระตุ้นให้เด็กออทิสติกแสดงพฤติกรรม การแบ่งปันขณะทำกิจกรรมกลุ่มในห้องเรียน และขณะเล่นเกมกระดาน ซึ่งเพื่อนที่กำลังทำ กิจกรรมกลุ่มในห้องเรียน และเด็กปกติขณะ เล่นเกมกระดานกับเด็กออทิสติก ได้แก่ ยื่นมือ ไปข้างหน้าพร้อมกับแบฝ่ามือออกเพื่อเป็นการ ทำท่าทางแสดงออกถึงการขอสั่งของ การจับมือ เด็กออทิสติกไปหยิบการ์ดคำสั่งเพื่อให้รู้ว่าต้อง หยิบการ์ดคำสั่ง เป็นต้น

วัสดุและวิธีการ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเพื่อรายงานผู้ป่วย (case report) จำนวน 3 ราย ซึ่งผู้วิจัยได้ดำเนินการทดลองโดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยในชั้นเรียน (classroom action research) มีกระบวนการ 4 ขั้นตอน ได้แก่

ขั้นที่ 1 การวางแผน (plan) คือ การเลือกกลุ่มเป้าหมายในการวิจัย การวางแผน จัดทำแผนการจัดการเรียนรู้ทักษะทางสังคม และการหาคุณภาพเครื่องมือก่อนนำไปใช้จริง

ขั้นที่ 2 การปฏิบัติ (action) คือ การจัดกิจกรรมสอนทักษะทางสังคมด้วยเกมกระดานสำหรับเด็กออทิสติกจำนวน 16 ครั้ง

ขั้นที่ 3 การสังเกต (observation) คือ การสังเกตด้วยแบบบันทึกพฤติกรรมการแบ่งปันระหว่างการจัดกิจกรรมสอนทักษะทางสังคมด้วยเกมกระดานสำหรับเด็กออทิสติก

ขั้นที่ 4 การสะท้อนผล (reflection) คือ วิเคราะห์ผลการประเมินการจัดการพัฒนาทักษะทางสังคมของเด็กออทิสติก พร้อมสรุปแนวทางการแก้ไข

โดยกลุ่มเป้าหมายของการวิจัยครั้งนี้เป็นเด็กออทิสติก ช่วงอายุ 6 - 12 ปี มีปัญหาทักษะทางสังคมด้านการแบ่งปัน และไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าว รุนแรง ทำร้ายตนเอง หรือผู้อื่น สามารถสื่อสารด้วยภาษาพูด และภาษาท่าทาง ได้รับการยินยอมจากผู้ปกครองให้เข้าร่วมโครงการวิจัย ทั้ง 3 ราย การวิจัยครั้งนี้ผ่าน

การพิจารณาจริยธรรมโครงการวิจัยที่ทำในมนุษย์เลขที่ SWUEC/E-377/2561 จากสถาบันยุทธศาสตร์ทางปัญญาและวิจัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลจากกลุ่มเป้าหมายจำนวน 16 ครั้ง โดยแบ่งออกเป็น 4 สัปดาห์ ทำการฝึกครั้งละ 50 นาที เวลา 17.00 - 17.50 น. โดยเก็บข้อมูลในโรงเรียน เขตดินแดง กรุงเทพมหานคร

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยได้พัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าดังนี้

1. แบบบันทึกคะแนนพฤติกรรมการแบ่งปัน

2. แผนการจัดการเรียนรู้ทักษะทางสังคม

3. เกมกระดาน

ขั้นตอนการสร้างและหาคุณภาพเครื่องมือ

1. แบบบันทึกคะแนนพฤติกรรมการแบ่งปัน

1.1 ผู้วิจัยสร้างแบบบันทึกคะแนนพฤติกรรมการแบ่งปัน และนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิเป็นผู้พิจารณาความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยหาค่า IOC พบว่าคะแนนอยู่ระหว่าง 0.67 - 1.00 แสดงว่าแบบบันทึกพฤติกรรมการแบ่งปันสามารถนำไปใช้ได้

1.2 ผู้วิจัยนำแบบบันทึกคะแนนพฤติกรรมการแบ่งปันที่ได้ปรับปรุง

เนื้อหาไปบันทึกพฤติกรรมกับเด็กออทิสติก 1 คน ต่อจำนวนผู้สังเกตร่วมกัน 3 คน เพื่อหาค่าความเที่ยงระหว่างผู้สังเกต (inter-observer reliability) โดยวิธีการหาค่ารวม (gross method) และได้ค่าความเที่ยงร้อยละ 89.29 ซึ่งสามารถนำแบบบันทึกไปใช้ได้

2. แผนการจัดการเรียนรู้ทักษะทางสังคม

2.1 ผู้วิจัยสร้างแผนการจัดการเรียนรู้ และนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน เป็นผู้พิจารณาความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยหาค่า IOC พบว่าจะแน่นอนอยู่ระหว่าง 0.67 - 1.00 แสดงว่าแผนการจัดการเรียนรู้ทักษะทางสังคมสามารถนำไปใช้ได้

2.2. ผู้วิจัยนำแผนการจัดการเรียนรู้ทักษะทางสังคมที่ได้ปรับปรุงเนื้อหา ทดลองใช้กับเด็กออทิสติกที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มเป้าหมายจำนวน 3 คน เพื่อสังเกตความเข้าใจภาษา ความยากง่าย ความเหมาะสมของระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมตามแผนการจัดการเรียนรู้ แล้วนำผลการทดลองมาวิเคราะห์ เพื่อแก้ไขก่อนนำไปใช้กับกลุ่มเป้าหมาย

3. เกมกระดาน

3.1 ผู้วิจัยสร้างเกมกระดาน ด้นแบบ และนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญ และผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความคุณภาพของเกมกระดาน “ตะลุยอวกาศมหาสนุก” โดยกำหนด

องค์ประกอบพิจารณา 9 ข้อ ตามวิธีการเชิงคุณภาพ ซึ่งผู้วิจัยได้นำเกมกระดานมาปรับปรุงแก้ไขตามความคิดเห็นผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิอย่างเคร่งครัด ก่อนนำไปใช้สอนทักษะทางสังคมกับเด็กออทิสติก

การวิเคราะห์ข้อมูล และสถิติที่ใช้ในการวิจัย

1. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ เปรียบเทียบการพัฒนาพฤติกรรมการแบ่งปันของเด็กออทิสติก โดยการใช้เกมกระดานร่วมกับการชี้แนะ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ ร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) ค่าความเชื่อมั่นระหว่างผู้สังเกต (inter-observer reliability)

2. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ (qualitative data analysis) โดยทำการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นรายบุคคล ซึ่งวิเคราะห์ข้อมูลการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมการแบ่งปันของเด็กออทิสติก โดยพิจารณาด้วยสายตา (visual inspection) และวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากแบบบันทึกพฤติกรรมการแบ่งปันโดยนำเสนอเป็นข้อมูลเชิงพรรณนา

ผล

เด็กออทิสติกคนที่ 1 ผลของการใช้เกมกระดานร่วมกับการชี้แนะเพื่อพัฒนาพฤติกรรมการแบ่งปันของเด็กออทิสติกนั้นมีความเปลี่ยนแปลงมากขึ้นกว่าก่อนการทดลอง

พฤติกรรมกรรมการแบ่งปันของเด็กออทิสติกเกิดการเปลี่ยนแปลงโดยมีการตอบสนองต่อการกระตุ้น การชี้แนะจากเพื่อนที่ร่วมเล่นเกม กระดานด้วยกัน มีการแบ่งปันอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่จำเป็นต้องใช้ร่วมกันในการเล่นเกมกระดาน แต่ในบางครั้งเด็กออทิสติกยังมีท่าทีนิ่งเฉย บางครั้ง ทำให้เพื่อนต้องมีการกระตุ้น ชี้แนะ ด้วยวาจา และท่าทางร่วมกันเพื่อกระตุ้นให้เด็กออทิสติกเข้าใจถึงการใช้อุปกรณ์ต่าง ๆ ที่อยู่ในเกมกระดานเพราะจำเป็นต้องใช้ร่วมกัน โดยหลังดำเนินกิจกรรมครั้งที่ 1 พฤติกรรมการแบ่งปันของเด็กเพิ่มขึ้นที่ร้อยละ 22.5 และการดำเนินกิจกรรมครั้งที่ 2 การดำเนินกิจกรรมในครั้งนี้มีความราบรื่นกว่าครั้งก่อน การเริ่มเล่นเกมกระดานง่ายขึ้น เนื่องจากเด็กออทิสติกและเด็กปกติมีความเข้าใจในกติกาการเล่นเกมอยู่แล้ว การดำเนินกิจกรรมของเด็กออทิสติกและเพื่อนเล่นเกมกระดานด้วยความสนุก เข้าใจในกติกาการเล่นเกม มีการแบ่งปันของที่จำเป็นต้องใช้ร่วมกันในการเล่น อาจมีบางครั้งที่ต้องใช้การชี้แนะด้วยคำพูด หรือท่าทางเล็กน้อย แต่เด็กออทิสติกก็มีการแบ่งปันอุปกรณ์ในการเล่นเกมกระดานต่าง ๆ ให้เพื่อนแต่โดยดี โดยพฤติกรรมกรรมการแบ่งปันของเด็กออทิสติกเพิ่มขึ้นที่ร้อยละ 33.0

เด็กออทิสติกคนที่ 2 ผลของการใช้เกมกระดานร่วมกับการชี้แนะเพื่อพัฒนาพฤติกรรม

การแบ่งปันของเด็กออทิสติกสำหรับเด็กออทิสติกนั้นมีความเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมมากกว่าก่อนการทดลอง เด็กออทิสติกมีพฤติกรรมกรรมการแบ่งปันที่ต่ำ และมีท่าทีไม่ยอมเข้าร่วมกิจกรรม จึงต้องใช้วิธีการให้ผู้ปกครองเข้ามานั่งในหอนขณะทำกิจกรรมด้วยกัน จึงจะสามารถลดปัญหาพฤติกรรมที่เกิดขึ้นในวันแรกได้ การดำเนินกิจกรรมเป็นไปได้ดีในครั้งแรก แต่เด็กออทิสติกมักมีการเดินออกจากกลุ่มเพื่อไปหาผู้ปกครองประมาณ 2 - 3 ครั้ง แต่เมื่อเพื่อนเรียกก็จะกลับมาทำกิจกรรมร่วมกับเพื่อนได้จนกิจกรรมเสร็จ โดยหลังดำเนินกิจกรรมครั้งที่ 1 พฤติกรรมการแบ่งปันของเด็กเพิ่มขึ้นที่ร้อยละ 12.5 และการดำเนินกิจกรรมครั้งที่ 2 การดำเนินกิจกรรมในช่วงนี้เป็นไปอย่างสนุกสนาน เด็กออทิสติกสามารถเข้าทำกิจกรรมกับเพื่อนได้อย่างราบรื่น สามารถอ่านการ์ดคำสั่งของเกมกระดานในด้วยตนเองในบางครั้ง ไม่มีท่าทีลุกออกจากกลุ่มขณะทำกิจกรรมเด็กออทิสติกมีความกระตือรือร้นที่จะได้ทำตามการ์ดคำสั่ง และอยากเล่นเกมกระดานร่วมกับเพื่อนให้จบ เด็กออทิสติกสามารถเข้าใจกติกาการเล่นเกมกระดานดี โดยพฤติกรรมกรรมการแบ่งปันของเด็กออทิสติกเพิ่มขึ้นที่ร้อยละ 19.5

เด็กออทิสติกคนที่ 3 ผลของการใช้เกมกระดานร่วมกับการชี้แนะเพื่อพัฒนาพฤติกรรมกรรมการแบ่งปันของเด็กออทิสติกสำหรับเด็กออทิสติก

นั้นมีความเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมมากกว่า ก่อนการทดลอง เมื่อพิจารณาจากความถี่ของ พฤติกรรมการแบ่งปันที่เกิดขึ้น เมื่อเด็กออทิสติก ได้เข้าร่วมเล่นเกมกระดานเพื่อพัฒนาพฤติกรรม การแบ่งปันแล้วนั้น พฤติกรรมการแบ่งปันของ เด็กออทิสติกสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลอง การ ดำเนินกิจกรรมหลังดำเนินกิจกรรมครั้งที่ 1 พบว่าพฤติกรรมการแบ่งปันของเด็กออทิสติก ขณะทำกิจกรรมร่วมกับเพื่อนนั้น เป็นไปได้ ด้วยความยากลำบาก เช่น ไม่แบ่งปันสิ่งขณะ ขณะดำเนินกิจกรรมร่วมกัน ไม่สนใจฟังขณะ เพื่อนปฏิบัติกิจกรรม ผู้วิจัยต้องเป็นฝ่ายเข้าไป ให้ความช่วยเหลือด้วยตนเอง เมื่อได้มีการเล่นเกม กระดานไปสักระยะ เริ่มมีความคุ้นชินกับเพื่อน โดยมีค่าพฤติกรรมการแบ่งปันเพิ่มขึ้นที่ร้อยละ 23.0 และการดำเนินกิจกรรมครั้งที่ 2 การดำเนิน กิจกรรมในช่วงนี้เป็นไปอย่างสนุกสนาน เด็ก ออทิสติกสามารถเข้าทำกิจกรรมกับเพื่อนได้ อย่างราบรื่น และเมื่อตนเองหยิบการ์ดคำสั่งแล้ว จะเป็นฝ่ายร้องขอเพื่อให้เพื่อนอ่านการ์ดคำสั่ง ให้ทันที และเมื่อเพื่อนอ่านการ์ดคำสั่งจบ เด็ก ออทิสติกก็จะปฏิบัติตามคำสั่งในการ์ดทันที เด็กออทิสติกมีท่าทีกระตือรือร้นทุกครั้งเมื่อถึง รอบการเล่นของตนเอง และเมื่อถึงรอบของ เพื่อนเด็กออทิสติกก็จะปฏิบัติตามการ์ดคำสั่งที่ เพื่อนได้รับทุกครั้ง โดยพฤติกรรมการแบ่งปัน ของเด็กออทิสติกเพิ่มขึ้นที่ร้อยละ 37.0 ดังแสดง

ในตารางที่ 1

อภิปราย

การวิจัยนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อพัฒนา พฤติกรรมการแบ่งปันของเด็กออทิสติก ก่อน และหลังการจัดกิจกรรมพบว่า เด็กออทิสติกที่ ได้รับการสอนพฤติกรรมการแบ่งปันด้วยเกม กระดานร่วมกับการชี้แนะมีพฤติกรรมการ แบ่งปันที่สูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองทั้ง 3 คน ซึ่งมีความสอดคล้องกับสมมติฐานที่ผู้วิจัยได้ กำหนดเอาไว้ โดยสามารถอภิปรายผลได้ ดังนี้

การพัฒนาพฤติกรรมการแบ่งปันของเด็กออทิสติกด้วยการใช้เกมกระดานร่วมกับการ ชี้แนะ เป็นกิจกรรมที่ช่วยกระตุ้นให้เกิด พฤติกรรมการแบ่งปันในเด็กออทิสติก ผ่านการ ทำกิจกรรมแบบกลุ่ม กระบวนการเล่น เด็กเกิด ความกระตือรือร้นในการทำกิจกรรมร่วมกับ เพื่อน เนื่องจากกิจกรรมมีความสนุกสนาน ใน ระหว่างการเล่นเกมกระดานเด็กได้มีการ ช่วยเหลือ แบ่งปัน ซึ่งสอดคล้องกับ Luk⁹ ได้ ศึกษาผลของการใช้เกมกระดานเพื่อการ เล่น แบบมีส่วนร่วมของผู้เล่น โดยผลการวิจัยพบว่า ผู้เล่นเกมกระดานแบบกลุ่มมีพฤติกรรมการ แบ่งปัน การรับรู้ตำแหน่งของตนเองในฐานะผู้เล่น การรับฟังปัญหา การแบ่งปันการรับรู้รอบการเล่น ของตนเอง และการมีปฏิสัมพันธ์ภายในกลุ่ม เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนเล่นเกมกระดาน และ

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการแบ่งปัน

เด็ก คนที่	ก่อน การทดลอง	หลังดำเนินกิจกรรม ครั้งที่ 1	เพิ่มขึ้น ร้อยละ	หลังดำเนินกิจกรรม ครั้งที่ 2	เพิ่มขึ้น ร้อยละ
1	100.0	122.5	22.5	133.0	33.0
2	100.0	112.5	12.5	119.2	19.2
3	100.0	123.0	23.0	137.0	37.0

Oppenheim-Leaf et al.⁸ ได้ศึกษาถึงผลการสอนโดยใช้เกมกระดานเพื่อพัฒนาพฤติกรรมการแบ่งปันในเด็กออทิสติก โดยให้เด็กออทิสติกจำนวน 2 คน อายุ 7 ปี และ 5 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ได้เล่นเกมกระดานจำนวน 3 แบบ ได้แก่ Go Fish, UNO และ Yahtzee Jr. โดยการเล่นเกมกระดานเป็นกลุ่ม ผลการทดลองพบว่า เด็กออทิสติกหลังจากได้เล่นเกมกระดานเป็นกลุ่มกับเพื่อน มีพฤติกรรมการแบ่งปันที่เพิ่มขึ้น มีปฏิสัมพันธ์กับผู้เล่นคนอื่นมากกว่าก่อนเล่น ทักษะการเรียนรู้ของเด็กมีประสิทธิภาพมากขึ้น เมื่อเข้าร่วมกลุ่มเด็กสามารถที่จะปฏิบัติตามคำสั่งกติกาของเกมกระดาน ผลการวิจัยยังพบอีกว่าเมื่อเปรียบเทียบผลของการเล่นเกมกระดานแบบกลุ่มกับการเล่นกับครูนั้น ประสิทธิภาพของการเล่นเกมกระดานแบบกลุ่มสูงกว่าการเล่นกับครูเพียงลำพัง

การจัดกิจกรรมการเล่นเกมกระดานแบบกลุ่มนี้ส่งผลให้เด็กที่เล่นเกมกระดานมีความสนุกสนาน มีปฏิสัมพันธ์ มีทักษะการแบ่งปันที่ดีขึ้น เด็กออทิสติกที่ได้เข้าร่วมเล่นเกมกระดาน ได้มีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนในห้องเรียน เด็กออทิสติกสามารถเข้าสังคมร่วมกับเพื่อนในชั้นเรียนได้ง่ายขึ้น ทำให้การเล่นเกมกระดานมีความสนุกสนานมากขึ้น สอดคล้องกับ Ramani et al.⁹ ได้ศึกษาผลของการใช้เกมกระดานชื่อ The Great Race โดยการเล่นแบบกลุ่มเพื่อพัฒนาทักษะทางคณิตศาสตร์และพฤติกรรมการแบ่งปันของเด็กนักเรียนจำนวน 62 คน อายุระหว่าง 3 ปี 6 เดือน ถึง 5 ปี 7 เดือน พบว่า นักเรียนที่มีทักษะทางคณิตศาสตร์สูงมักช่วยเหลือเพื่อนที่มีทักษะทางคณิตศาสตร์ที่น้อยกว่า และมีพฤติกรรมการแบ่งปันที่ดีขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับการเล่นกระดานแบบ one-on-one กับผู้ใหญ่ เนื่องจากการเล่นแบบกลุ่มนั้นนักเรียนมีการรับฟังปัญหาในฐานะผู้เล่นซึ่ง

กันและกัน มีการอภิปรายถึงปัญหาที่เกิดขึ้นขณะเล่นเกมกระดาน โดยสามารถจัดการกับอารมณ์ของตนเองเมื่อเข้าร่วมกลุ่มกับเพื่อนในการเล่น เกมกระดาน และยังยอมรับถึงกฎกติกาในการเล่น แบ่งปันอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่จำเป็นต้องใช้ร่วมกันขณะเล่นเกมกระดาน

นอกจากการสอนทักษะสังคมโดยใช้เกมกระดานแล้ว ผู้วิจัยใช้การชี้แนะร่วมด้วย เพราะการชี้แนะเป็นวิธีการสอนเด็กออทิสติกที่มีประสิทธิภาพ สามารถสอนพฤติกรรมการแบ่งปันกับเด็กออทิสติกร่วมกับเกมกระดานทำให้การจัดกิจกรรมมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น สอดคล้องกับ Hayes¹⁰ ได้วิจัยเกี่ยวกับการใช้การชี้แนะเป็นกลยุทธ์การสอนเชิงประจักษ์เพื่อพัฒนาทักษะทางภาษา การสื่อสาร และการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมสำหรับเด็กออทิสติกในประเทศนิวซีแลนด์ ผลการวิจัยปรากฏว่าการชี้แนะเป็นการสอนที่มีประสิทธิภาพสำหรับเด็กออทิสติก การสอนเด็กออทิสติกในครั้งนี้เริ่มด้วยการสอนแบบชี้แนะมากที่สุด แล้วจึงค่อยลดระดับการชี้แนะลงทีละขั้นตอน โดยผู้วิจัยคอยสังเกตพฤติกรรมของเด็ก

ภายหลังการจัดกิจกรรมการพัฒนาพฤติกรรมการแบ่งปันด้วยเกมกระดานร่วมกับการชี้แนะ เด็กออทิสติกมีพัฒนาการพฤติกรรม การแบ่งปันสูงขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนได้รับการสอนพฤติกรรมการแบ่งปันด้วยเกมกระดาน

ร่วมกับการชี้แนะทั้งการจำแนกรายด้าน และภาพรวม เพราะในการร่วมเล่นเกมกระดาน ผู้วิจัยได้เน้นให้เด็กออทิสติกเกิดพฤติกรรม การแบ่งปัน ซึ่งสอดคล้องกับ Darace et al.¹¹ กล่าวถึงพฤติกรรมการแบ่งปันเป็นพฤติกรรมของมนุษย์ที่ทำให้บุคคลมีปฏิสัมพันธ์ในสังคมที่อยู่ และงดเว้นจากพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ การมีทักษะทางสังคมที่ดีของแต่ละบุคคลมาจากรากฐานวัฒนธรรม และสังคม รวมไปถึงพฤติกรรมเดิม เช่น การติดต่อสื่อสารกันในครอบครัว การให้คำแนะนำ การให้ความช่วยเหลือ เป้าหมายทางการศึกษาที่สำคัญอย่างหนึ่งของเด็กวัยเรียน คือการพัฒนาพฤติกรรม การแบ่งปันให้อยู่ในระดับที่น่าพึงพอใจ (สามารถอยู่ร่วมในสังคมได้) และระดับการพัฒนาพฤติกรรมการแบ่งปันส่งผลต่อการอยู่ร่วมกันในสังคม และการศึกษาของ Sonnenschein et al.¹² ได้ทำการวิจัยโดยการใช้เกมกระดานในการสอนวิชาคณิตศาสตร์ในเด็กอายุ 4 ปี จำนวน 41 คน โดยทำการแบ่งเป็น 2 กลุ่ม โดยกลุ่มควบคุมใช้วิธีการสอนคณิตศาสตร์แบบปกติ และกลุ่มทดลองใช้วิธีการสอนคณิตศาสตร์ด้วยเกมกระดาน การวิจัยพบว่าเด็กที่ได้รับการสอนคณิตศาสตร์ด้วยเกมกระดานมีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนที่สูงกว่าเด็กที่ได้รับการสอนคณิตศาสตร์ด้วยวิธีการปกติ และการวิจัยยังพบว่าเด็กที่ได้รับการสอนคณิตศาสตร์ด้วยเกมกระดานมีพฤติกรรมการ

แบ่งปันด้านการแบ่งปันที่สูงขึ้น เนื่องจากการเล่นเกมกระดานเป็นกิจกรรมกลุ่มทำให้เด็กที่เล่นเกมกระดานมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างการเล่น มีการแบ่งปันสิ่งของที่ต้องใช้ร่วมกันขณะเล่นเกมกระดาน และยังรับรู้ถึงรอบการเล่นของตนเองขณะเล่นเกมกระดาน

สรุป

พฤติกรรมกรรมการแบ่งปันของเด็กออทิสติกภายหลังได้รับการสอนด้วยเกมกระดานร่วมกับการชี้แนะสูงขึ้นกว่าก่อนได้รับการสอนด้วยเกมกระดานร่วมกับการชี้แนะ

ข้อจำกัดในงานวิจัย

การจัดกิจกรรมในครั้งนี้พบว่าเด็กที่ไม่สามารถอ่านหนังสือได้จะมีปัญหาในด้านการอ่านคำสั่งจากการ์ดคำสั่งทุกใบ ผู้วิจัยจึงต้องเข้าช่วยเหลือในเรื่องการอ่าน เด็กจึงจะสามารถปฏิบัติตามการ์ดคำสั่งได้

ข้อเสนอแนะ

การจัดกิจกรรมเกมกระดานเพื่อพัฒนาพฤติกรรมกรรมการแบ่งปันของเด็กออทิสติกควรจัดให้มีความเหมาะสมกับบุคคล เนื่องจากเด็กออทิสติกมีความแตกต่างของพฤติกรรมมาก บางคนมีความสนใจสั้น บางคนสามารถอ่านหนังสือได้ ผู้วิจัยและเด็กปกติที่เข้าร่วมการวิจัยควรมีความ

อดทนเป็นพิเศษ รวมทั้งสื่ออุปกรณ์ควรมีความเหมาะสม ไม่มากจนเกินไป สามารถเข้าใจได้โดยง่าย การจัดกิจกรรมนั้นผู้วิจัยควรมีการศึกษาภูมิหลังของเด็กออทิสติกที่เป็นกลุ่มเป้าหมายให้มีความลึกซึ้งเสียก่อนที่จะมีการวางแผนการจัดกิจกรรม

เอกสารอ้างอิง

1. Korsuwan K, Viriyangkul Y, A parent guide to autism: Teaching with love and understanding. 2nd ed. Chiang Mai: Leo Media Design; 2019.
2. Pimwong T, A Study on social skills of the behavioral problemed children in the mainstream and the normal peers in Prathom Suksa vs Through Cooperative Learning [Master's thesis]. Bangkok: Srinakarinwirot University; 1998.
3. Tubbs J. Creative therapy for children with autism, ADD and asperger's using artistic creativity to reach, teach and touch our children. NY: Square One. 2008.
4. Hodkinson A. Key issues in special education needs & inclusion. 2nd ed. Liverpool: SAGE; 2016.
5. Coil DA, Ettinger CL, Eisen JA. Gut Check: The evolution of an educational board game. PLoS Biol 2017; 15(4): e2001984.
6. Gordon G. What is Play? in search of universal definition. In: Kuschner D (editor). From children to red hatters' diverse image and issues of play. United State: University Press of America; 2009: 1-13.
7. Berereton A. Teaching young children with autism new skills [Brochure]. Melbourne: Monash University; 2011.

8. Luk JCM. Form of participation and semiotic mediation in board games for second language learning. *Pedagogies: An International J* 2013; 8(4): 352-68.
9. Oppenheim-Leaf ML, Leaf JB, Call NA. Teaching board games to two children with an autism spectrum disorder. *J of Developmental Physical Disabilities* 2013; 24(4): 347-58.
10. Hayes D. The use of prompting as an evidence-based strategy to support children with ASD in school setting in New Zealand. *Kairaranga* 2013; 14(2): 52-6.
11. Daraee M, Salehi K, Fakhr M. Comparison of social skills between students in ordinary and talented schools. *J Edu and Edu Psy* 2016; 7: 1-14
12. Sonnenschein S, Metzger S R, Dowling R, Gay B. Extending an effective classroom-based math board game intervention to preschoolers' homes. *J Appl Res Child* 2016; 7(2): 1-30.

บทความฟื้นฟูวิชาการ

การกระตุ้นการรู้คิดสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย : บทความฟื้นฟูวิชาการ

ดุสิต อุดมอิทธิพงศ์*, พิชญา ขาญนคร**, ธิตติมา ณรงค์ศักดิ์***, นภาพิต ฉิมนาคบุญ***

*พยาบาลวิชาชีพ, สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา

**จิตแพทย์, สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา

***นักกายภาพบำบัด, สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา

วันรับบทความ : 17 สิงหาคม 2563

วันแก้ไขบทความ : 15 กุมภาพันธ์ 2564

วันตอบรับบทความ : 19 กุมภาพันธ์ 2564

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อทบทวนวรรณกรรมการกระตุ้นการรู้คิดในผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย แนวคิดการรู้คิดบกพร่อง และการบำบัดเพื่อพัฒนาสุขภาพสมองด้วยการกระตุ้นการรู้คิด

วัสดุและวิธีการ : เป็นการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการกระตุ้นการรู้คิดในผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยจากเอกสารวิชาการ นิพนธ์ต้นฉบับ วารสารออนไลน์ และบทความวิจัย ได้แก่ งานวิจัยทดลองแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุม การวิจัยอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์หอคอย ทั้งหมด 25 เรื่อง

ผล : ภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย หมายถึงความเสื่อมถอยของการทำงานของสมองในด้านการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดอย่างน้อยหนึ่งด้านที่เกิดจากกระบวนการรับรู้ของสติปัญญาที่เสื่อมลงของการลดลงตามปกติของผู้สูงอายุ และภาวะสมองเสื่อมที่เกิดขึ้นอย่างรุนแรงมากขึ้น อาจมีความเกี่ยวข้องกับปัญหาด้านความจำ ภาษา ทักษะด้านมิติสัมพันธ์ ความตั้งใจหรือการมีสมาธิ หรือความสามารถในด้านการคิดเชิงบริหารเกินกว่าที่ควรจะเป็นสำหรับคนที่อายุเท่ากันในระดับเดียวกันที่มีการเปลี่ยนแปลง โดยยังไม่ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน การคัดกรองภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยได้เร็วจะสามารถชะลออัตราการเสื่อมของสมอง เครื่องมือที่นิยมใช้ประเมินการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดระดับเบื้องต้นสำหรับผู้สูงอายุไทย คือ แบบทดสอบสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้นฉบับภาษาไทย และแบบประเมินพุทธิปัญญา ประกอบด้วยการประเมินด้านการมีสมาธิจดจ่อ การรับรู้ ความจำ การตัดสินใจ การใช้ภาษา และการบริหารจัดการ การบำบัดด้วยการกระตุ้นการรู้คิด จะช่วยส่งเสริมความจำ ความสามารถในการรู้คิด และการคิดเชิงบริหาร ส่งผลให้ชะลอการดำเนินเป็นโรคสมองเสื่อมได้

สรุป : การกระตุ้นการรู้คิดมีประสิทธิภาพดีและให้ผลเชิงบวกในผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย หลังได้รับการฝึกฝนฟื้นฟูด้วยการกระตุ้นการรู้คิดรวมทั้งช่วยลดความเสี่ยงของการเสื่อมของการรู้คิดและลดความเสี่ยงของภาวะสมองเสื่อม

คำสำคัญ : การกระตุ้นการรู้คิด, การรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย, ผู้สูงอายุ

ผู้สนับสนุนประสานงาน : ดุสิต อุดมอิทธิพงศ์

E-mail: dussadee.udomittipong@gmail.com

REVIEW ARTICLE

COGNITIVE STIMULATION FOR ELDERLY WITH MILD COGNITIVE IMPAIRMENT: REVIEW ARTICLE

Dussadee Udomittipong*, Pitchaya Channakorn**,
Thitima Narongsak***, Napapit Chimnakboon***

*Registered Nurse, Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry

**Psychiatrist, Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry

***Physical Therapist, Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry

Received: August 17, 2020

Revised: February 15, 2021

Accepted: February 19, 2021

Abstract

Objective: To review literature on cognitive stimulation for elders with mild cognitive impairment (MCI); concept of cognitive stimulation; cognitive stimulation therapy for cognitive function.

Material and methods: Literature review on cognitive stimulation for elders with mild cognitive impairment from academic papers, original articles, online journals were performed. There were 25 research articles including experimental research, randomized controlled trial, systematic review and meta-analysis that met inclusion criteria regarding effectiveness of cognitive stimulation for elderly with mild cognitive impairment.

Results: Mild cognitive impairment (MCI) referred to a condition in which there was a decline in one's usual cognitive abilities on the stage between the expected cognitive decline of normal aging and the more serious decline of dementia. It was able to involve problems with memory, language, visuospatial skills, attention or executive function that were greater than normal age-related changes which were not significant enough to interfere with instrumental activities of daily living. The Mini-Mental Status Examination (MMSE)-Thai 2002, and The Montreal Cognitive Assessment-Thai Version were the most frequently used as cognitive screening tools for Thai elderly that contained of these categories, involving attention, orientation, memory, judgment, language and executive function. Cognitive Stimulation therapy could be able to enhance cognitive ability: memory, executive functions, etc.

Conclusion: Cognitive stimulation for elderly with mild cognitive impairment was effective and positive outcomes after training, including risk reduction of cognitive decline and dementia.

Keywords: cognitive stimulation, mild cognitive impairment, elders

บทนำ

จากโครงสร้างประชากรประเทศไทย พบจำนวนผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นและประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่ “สังคมสูงอายุ” (aged society) อย่างเต็มรูปแบบ คาดว่าในปี พ.ศ.2564 ประเทศไทยจะเป็น “สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์” (complete aged society)¹ จะพบการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมถอยในหลาย ๆ ด้าน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ในผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้น² โดยเฉพาะระบบประสาทและสมองที่มีการเสื่อมถอยลง³ มีการศึกษาพบโรคที่พบได้บ่อยและมีอัตราที่สูงขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น จนทำให้ผู้สูงอายุต้องเข้ารับการรักษาสถานบริการสุขภาพมาก คือ โรคทางสมองและจิตเวช โดยเฉพาะโรคสมองเสื่อม⁴ ปี พ.ศ.2558 พบว่าข้อมูลผู้สูงอายุสมองเสื่อมไทย มีจำนวน 800,000 คน และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 1,117,000 คน ในปี 2573⁵ และจากการศึกษาเชิงสำรวจในผู้สูงอายุไทยทั่วประเทศ ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป พบว่าร้อยละ 4 ของผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่อง (mild cognitive impairment: MCI) และปัจจัยที่สัมพันธ์ ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส และอาชีพ⁶ นอกจากนี้ในผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการโรงพยาบาลศิริราช กรุงเทพมหานคร พบความชุกของการรู้คิดบกพร่อง ร้อยละ 21.54⁷ โดยพบว่าผู้ที่มีการรู้คิดบกพร่องมีอัตราสูงต่อการเป็นโรคสมองเสื่อม โดยมีอัตราเฉลี่ย

ประมาณร้อยละ 25 ในช่วงปีแรก และประมาณร้อยละ 50 ในช่วง 5 ปีหลังจากมีการรู้คิดบกพร่อง⁸ ซึ่งผู้ที่มีการรู้คิดบกพร่องนั้นสามารถเปลี่ยนเป็นโรคสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 10 - 15 ต่อปี⁹⁻¹¹ และช่วงอายุที่ผู้สูงอายุป่วยเป็นโรคสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ (Alzheimer's) มากที่สุด คือ เมื่อมีอายุมากกว่า 85 ปี¹²

ภาวะการรู้คิดบกพร่องในผู้สูงอายุจะมีปัญหาทางด้านความจำมากกว่าคนที่อยู่ในวัยและการศึกษาระดับเดียวกัน⁸⁻¹³ และมีโอกาสพัฒนาเป็นโรคสมองเสื่อมได้⁸ แต่ไม่ถึงกับทำให้สูญเสียหน้าที่การทำงานของกระบวนการรู้คิดเหมือนในผู้ป่วยสมองเสื่อม ผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องจะเริ่มมีการสูญเสียความจำที่เป็นเรื่องใหม่ ๆ เช่น ลืมวันนัด ลืมสิ่งของ ลืมสิ่งที่เคยปฏิบัติได้ ลืมเหตุการณ์ที่เพิ่งเกิดขึ้นได้ไม่นาน พุดซ้ำ ๆ ถามซ้ำ ๆ เป็นต้น ซึ่งอาการเหล่านี้มักเกิดขึ้นอย่างช้า ๆ แบบค่อยเป็นค่อยไป หากไม่ได้รับการดูแลรักษาแก้ไขอย่างถูกต้องและเหมาะสม ปัญหาด้านความจำจะทวีความรุนแรงมากขึ้นเรื่อย ๆ จนส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุในที่สุด¹ และจะเป็นปัญหาที่สำคัญของระบบสาธารณสุขที่จะทวีความรุนแรงมากขึ้นในอีก 2 - 3 ทศวรรษ⁵

ดังนั้นการทบทวนความรู้ในผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย เพื่อช่วยในการป้องกันและชะลอความเสื่อมด้วยการ

กระตุ้นการรู้คิด ให้ได้มีการฝึกพัฒนาศักยภาพอย่างสม่ำเสมอ จะช่วยชะลอความบกพร่องของสมอง และช่วยให้มีความจำ สมาธิที่ดีขึ้น เพื่อเป็นแนวทางดำเนินงานแก่บุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุ ให้คงศักยภาพสมองให้ผู้สูงอายุ ส่งผลให้ผู้สูงอายุ ครอบครัวและผู้ดูแลมีการดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข

วัสดุและวิธีการ

การทบทวนวรรณกรรมการกระตุ้นการรู้คิดในผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย จากการทบทวนเอกสาร วารสาร ดัชนีbibliography และวารสารออนไลน์ งานวิจัยทดลองแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุม การวิจัยอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์ห่อภิณทั้งในประเทศและต่างประเทศ ระหว่างปี ค.ศ.1994 - 2019 ใช้คำสำคัญของการสืบค้น คือ โปรแกรมการกระตุ้นการรู้คิดในผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย, การพัฒนาศักยภาพสมองผู้สูงอายุ, การรู้คิดบกพร่องระยะต้น, cognitive stimulation, cognitive training, mild cognitive impairment, elders, older people, older adults, elderly จำนวน 25 เรื่อง

ผล

ความหมายของการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (mild cognitive impairment)

การให้คำนิยามและความหมายของการรู้คิดบกพร่อง มีความแตกต่างตามแนวคิดและหลักเกณฑ์ในการประเมินอาการของนักวิชาการทั้งในและต่างประเทศ ดังต่อไปนี้

วิรัชดี เมืองไพศาล¹⁴ ให้ความหมายว่าระยะที่อยู่ระหว่างการเปลี่ยนแปลงเนื่องจากความชราและภาวะสมองเสื่อม การใช้คำต่าง ๆ ที่แสดงถึงความผิดปกติในระยะนี้ เช่น การหลงลืม (benign senescent forgetfulness) ความจำบกพร่องจากความสูงอายุ (age-associated memory impairment) และการรู้คิดบกพร่อง (mild cognitive impairment) เริ่มใช้ในปี พ.ศ.2533 โดยผู้ป่วยจะมีความผิดปกติทางด้านความสามารถของสมองด้านความจำเป็นหลักอาจไม่มีความผิดปกติของสมองด้านอื่น ๆ หรือมีความผิดปกติไม่มากนักโดยที่ผู้ป่วยญาติหรือแพทย์ผู้ดูแลสามารถบอกได้ว่ามีจริง ทำการทดสอบสุขภาพทางจิต (mental status) พบว่ามีความผิดปกติโดยยังไม่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม

สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์⁹ ให้ความหมายผู้ป่วยมีปัญหาทางด้านความจำ ร่วมกับการตรวจทาง cognitive function พบว่ามีความจำบกพร่อง แต่ไม่ทำให้สูญเสียหน้าที่การทำงานเหมือนในผู้ป่วยสมองเสื่อม โดยภาวะความจำบกพร่องนี้จะมากกว่าคนปกติที่อยู่ในวัยเดียวกัน และการศึกษาในระดับเท่ากัน

ชมรมสมองเสื่อม (Alzheimer's society)¹⁵

ให้ความหมายว่า สภาวะที่บุคคลมีปัญหาเล็กน้อย
 ในด้านการรู้คิด (cognition) ในความสามารถ
 ทางจิตใจ (mental abilities) ในด้านความจำ (memory)
 หรือความคิด (thinking)

สมาคมจิตแพทย์อเมริกัน¹⁶ ให้ความหมาย
 ว่าเป็นกลุ่มอาการที่มีความเสื่อมถอยของการ
 ทำงานของสมองในด้านการทำหน้าที่ด้านการรู้
 คิดอย่างน้อยหนึ่งด้าน ดังต่อไปนี้ ความใส่ใจ
 เชิงซ้อน (complex attention) ความจำ (memory)
 การใช้ภาษา (language) ความสามารถด้านการ
 รับรู้มิติสัมพันธ์ (visuoconstructional perceptual
 ability) ความสามารถด้านการคิดเชิงบริหาร
 (executive function) และความสามารถในการ
 รับรู้เกี่ยวกับสังคมรอบตัว (social cognition)
 โดยมีความสามารถลดลงจากเดิมที่ดีมาก่อน
 และผลของการเปลี่ยนแปลงไม่ส่งผลกระทบ
 ต่อการดำเนินชีวิตประจำวันหรือมีผลกระทบ
 เพียงเล็กน้อยแต่ต้องใช้ความพยายามอย่างมาก
 หรืออาศัยกลยุทธ์บางอย่างเพื่อให้สามารถทำ
 กิจกรรมต่าง ๆ ได้เหมือนเดิม

สรุปความหมายการรู้คิดบกพร่องที่
 กล่าวมาข้างต้น คือ กลุ่มอาการที่มีความเสื่อมถอย
 ของการทำงานของสมองในด้านการทำหน้าที่
 ด้านการรู้คิดอย่างน้อยหนึ่งด้าน เป็นระยะที่อยู่
 ระหว่างการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุตามปกติ
 และภาวะสมองเสื่อม โดยมีความสามารถลดลง
 จากเดิมที่ดีมาก่อนและผลของการเปลี่ยนแปลง

ไม่ส่งผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตประจำวัน
 หรือมีผลกระทบเพียงเล็กน้อย

อาการและอาการแสดงของผู้สูงอายุที่มี การรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย

อาการของผู้ที่มีการรู้คิดบกพร่องจะมี
 การเปลี่ยนแปลงคล้ายกับอาการเริ่มแรกของผู้ที่มี
 ภาวะสมองเสื่อม (early-stage dementia) และ
 สามารถแปรเปลี่ยนเป็นภาวะสมองเสื่อม
 (dementia) ได้¹⁸ ซึ่งผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่อง
 เล็กน้อยอาจพบปัญหาความจำเพียงเล็กน้อย
 หรือร่วมกับความสามารถของสมองส่วนอื่น ๆ
 โดยจะพบอาการดังต่อไปนี้¹⁵

1. ด้านความจำ (memory) เช่น ลืมเหตุการณ์
 ที่เพิ่งเกิดขึ้นเมื่อไม่นานมานี้ (forgetting recent
 events) หรือถามคำถามเดิมซ้ำ ๆ กับคนเดิม
 (repeating the same question)

2. ด้านการใช้เหตุผล การวางแผน หรือ
 การแก้ไขปัญหา (reasoning, planning or problem
 solving) เช่น มีความยากลำบากในการคิดเรื่อง
 ต่าง ๆ ให้ประสบความสำเร็จ (struggling with
 thinking things through) ขาดไหวพริบในการ
 แก้ไขปัญหาที่ไม่ซับซ้อน หรือเลือกใช้วิธีการ
 แก้ไขปัญหาในกิจวัตรที่เคยทำไม่เหมาะสม

3. ด้านสมาธิจดจ่อ (attention) เช่น เสีย
 สมาธิได้ง่าย (being very easily distracted)

4. ด้านภาษา (language) เช่น พูดมากกว่า

ปกติ

5. ด้านการรับรู้ทางสายตา (visual depth perception) เช่น มีความยากลำบากในการตีความวัตถุสามมิติ (struggling to interpret an object in three dimensions) การกะระยะทางหรือช่วงระยะของขั้นบันได (judge distances or navigate stairs)

ผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องระยะต้น อาจมีอาการทุกอย่างหรืออย่างใดอย่างหนึ่ง ซึ่งมักเกิดอาการเหล่านี้บ่อยๆ ค่อยเป็นค่อยไป ถ้าหากไม่ได้รับการแก้ไขที่ถูกต้อง อาการทวีความรุนแรงมากขึ้นเรื่อย ๆ และส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันในที่สุด

ระยะของการรู้คิดบกพร่อง

สามารถแบ่งระยะของการรู้คิดบกพร่องในผู้สูงอายุ ได้ 3 ระยะ^{13,17} ได้แก่

1. ภาวะหลงลืมตามวัย (normal forgetfulness) หรือการเปลี่ยนแปลงเนื่องจากความชรา (normal ageing change) ในผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านความจำ อาจเกิดจากการเปลี่ยนแปลงเนื่องจากความชราเองหรืออาจเป็นระยะเริ่มแรกของโรค (preclinical stage) ในกลุ่มโรคที่เกิดจากความเสื่อมของระบบประสาท (neurodegenerative diseases) ได้ โดยอาการของภาวะหลงลืมตามวัยของผู้สูงอายุ มีดังต่อไปนี้

1.1 ผู้สูงอายุทราบว่าตนเองมี

ความจำลดลง แต่ไม่พบปัญหาและไม่ส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิตประจำวัน และอาการคงที่ตลอด รูปแบบอาการที่พบ ได้แก่ อาการหลงลืม ลืมว่าวางของไว้ที่ไหน ลืมว่าจอดรถไว้ที่ไหน ลืมชื่อคนที่เคยพบวันก่อน จำหน้าคนได้ แต่นึกชื่อไม่ออก นึกคำพูดที่จะพูดไม่ได้ เป็นต้น ซึ่งเป็นกระบวนการเสื่อมทางสมองในภาวะปกติ (normal aging)

1.2 ผู้สูงอายุไม่มีปัญหาเรื่อง

ความจำในอดีต (remote memory) ซึ่งผู้สูงอายุจะมีอาการหลงลืม แต่ไม่มีปัญหาเรื่องความจำในอดีต เพราะเป็นการเปลี่ยนแปลงเนื่องจากความชราที่มักมีปัญหारेื่องความจำ (forgetfulness) จึงไม่ต้องวิตกกังวล ยกเว้นผู้สูงอายุบางคนอาจจะมีอาการค่อยๆมากขึ้นจนเข้าสู่ภาวะการรู้คิดบกพร่อง

2. การรู้คิดบกพร่อง หรือการสูญเสียความสามารถของสมองเล็กน้อย (Mild Cognitive Impairment: MCI) โดยเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับความจำ พบว่าในผู้สูงอายุบางคนอาจพบอาการดังนี้

2.1 มีปัญหาด้านความจำ

มากกว่าคนปกติวัยเดียวกันแต่ไม่มากถึงกับภาวะสมองเสื่อม โดยจะลืมสิ่งที่ไม่ควรลืม เช่น ลืมวันเวลานัดหมายที่สำคัญ ๆ และจะเกิดขึ้นบ่อยๆ จนรบกวนการทำงานหรือชีวิตประจำวัน

2.2 ไม่สูญเสียหน้าที่การทำงาน การดำเนินชีวิต การตัดสินใจ การใช้เหตุผล ความสามารถในการทำกิจวัตรชนิดพื้นฐาน และความสามารถในการทำกิจวัตรยังเป็นปกติ แต่อาจสูญเสียความสามารถในด้าน การคิดเชิงบริหาร (executive function) บางด้าน เช่น การบริหารจัดการรายรับรายจ่าย การชำระเงินค่าใช้จ่ายต่าง ๆ เป็นต้น

3. ภาวะสมองเสื่อม คือ กลุ่มอาการที่เกิดจากการทำงานของสมองที่เสื่อมลง เกิดความผิดปกติของความจำ ทั้งในความจำระยะสั้นและระยะยาว การใช้ภาษา การสื่อภาษา ความเข้าใจภาษา ทักษะในการทำกิจกรรมและการเคลื่อนไหว การไม่รับรู้ในสิ่งที่เคยรู้มาก่อน การวางแผน การตัดสินใจ และมีการเปลี่ยนแปลงของบุคลิกภาพร่วมด้วย จนมีผลกระทบต่อการทำงานหรือการใช้ชีวิตของบุคคลนั้น ๆ¹⁹ เกณฑ์ประเมินของ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V) ได้ใช้คำว่า Major neurocognitive disorder (NCD) แทนคำว่า Dementia ซึ่ง Major NCD จะมีการทำงานของสมองในด้านต่าง ๆ (higher cortical function) ลดลงจากเดิมชัดเจนและส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันของบุคคลนั้น ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมจะมีอาการดังต่อไปนี้อย่างน้อย 1 ข้อขึ้นไป ดังนี้²⁰

3.1 มีความยากลำบากในการ

ใส่ใจรับรู้ข้อมูล ถูกดึงความสนใจได้ง่าย หรือไม่มีสมาธิจดจ่อกับสิ่งที่กำลังทำ (complex attention)

3.2 มีความคิดในด้าน การตัดสินใจ การวางแผน การมองในลักษณะนามธรรมบกพร่องไป (executive function) เช่น มีปัญหาในการจัดการและการวางแผนการใช้เงิน มีปัญหาในการดูแลตัวเองในเรื่องการกิน การอาบน้ำ การขับถ่าย การแต่งตัว และการเดินทาง

3.3 ความจำและการเรียนรู้สิ่งใหม่บกพร่อง (learning and memory) เช่น จำเรื่องที่เคยพูดคุยเมื่อเร็ว ๆ นี้ไม่ได้ ทำของหายหรือวางของผิดที่

3.4 มีความลำบากในการพูดสื่อสารหรือเข้าใจภาษา (language) เช่น พูดผิด พูดถูก มีปัญหาในการนึกหาคำพูด หรือพูดเข้าใจยาก

3.5 ความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่คุ้นเคยมาก่อนบกพร่อง ทั้ง ๆ ที่มีความสามารถในการเคลื่อนไหวของร่างกายปกติ (perceptual-motor) เช่น มีปัญหาในสิ่งที่เคยทำเป็นประจำที่บ้าน มีปัญหาสับสนทิศทาง

3.6 มีพฤติกรรมไม่เหมาะสมกับบริบทสิ่งแวดล้อม ไม่คำนึงถึงความรู้สึกของผู้อื่น (social cognition) เช่น การ แต่งกายไม่ถูกกาลเทศะ หรือการพูดไม่เหมาะสม หรือมีพฤติกรรมไม่คำนึงถึงความรู้สึกของผู้อื่น

เครื่องมือที่นิยมใช้ประเมินการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด

เพื่อให้ตรวจพบภาวะสมองเสื่อมในระยะต้น สำหรับผู้สูงอายุไทย²¹ ดังนี้

1. แบบประเมินภาวะสมองเสื่อมสำหรับญาติหรือผู้ดูแล (Thai Alzheimer's questionnaire: TAQ)^{9,22} เป็นเครื่องมือที่ผ่านการวิจัยและทดลองใช้อย่างแพร่หลายในประเทศไทย พัฒนาขึ้นโดยอดิศักดิ์ กิตติสารเศ และคณะ คณะแพทยศาสตร์ ภาควิชาอายุรศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และภาควิชาจิตเวชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย แบบทดสอบนี้มีความไว ความจำเพาะ และความเที่ยงตรงสูง สามารถทดสอบได้ง่ายโดยตัวผู้ดูแลเองใช้เวลาน้อย จึงเหมาะในการใช้เป็นเครื่องมือคัดกรองภาวะสมองเสื่อมระยะแรก พบว่า ระยะเวลาการทำแบบสอบถามโดยเฉลี่ยใช้เวลา 2.98 นาที (SD = 1.71, $p < 0.001$) สำหรับภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยพบการทดสอบมีค่าสัมประสิทธิ์ Cronbach's alpha = 0.8931 โดยมีค่า Sensitivity และ Specificity เป็น 79.41 (70.91-87.91) และ 93.75 (88.65-98.85) ตามลำดับ เป็นแบบสอบถามที่ออกแบบเพื่อให้ญาติหรือผู้ที่ดูแลผู้ป่วยเป็นผู้ตอบว่า ผู้สูงอายุมีอาการที่สัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมขณะอยู่ที่บ้านหรือไม่ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 11 ข้อ ได้แก่ ชอบถามคำถามเดิมซ้ำ ๆ หลงลืมบ่อยขึ้น มีปัญหายุ่งยากเรื่องความจำระยะสั้น ต้องมีคน

คอยเตือนให้ทำกิจกรรมที่จำเป็น ลืมวันนัด ลืมโอกาสที่สำคัญของครอบครัว ดูซึมลง เศร้าหมอง หรือร้องไห้บ่อยกว่าเดิม เริ่มมีความยุ่งยากในการคิดเลข คิดเงิน ไม่สนใจกิจกรรมที่เคยชอบทำ เริ่มต้องมีคนคอยช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวัน หงุดหงิด อารมณ์เสียบ่อยขึ้น เริ่มเห็น ได้ยินและ เชื่อในสิ่งที่ไม่เป็นจริง และมีความยุ่งยากลำบากในการหาคำพูดที่ต้องการจะพูด ถ้าญาติหรือผู้ดูแลตอบว่า “มี” หรือ “ใช่” ให้ 1 คะแนน ถ้าตอบว่า “ไม่มี” หรือ “ไม่ใช่” ให้ 0 คะแนน ถ้าคะแนนรวมมากกว่า 4 คะแนน ให้สงสัยว่าอาจมีภาวะสมองเสื่อม จำเป็นต้องปรึกษาแพทย์เพื่อตรวจวินิจฉัย และพิจารณาให้การรักษาตามสาเหตุต่อไป

2. แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) พัฒนาโดยสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ²³ มีวัตถุประสงค์เพื่อใช้เป็นแบบคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุสามารถใช้ได้ในผู้สูงอายุที่ไม่รู้หนังสือ อ่านไม่ออก-เขียนไม่ได้ โดยแบบสอบถามนี้มี 11 ข้อ คะแนนเต็ม 30 คะแนน มีการประเมินคะแนนให้ผู้สูงอายุไม่พบภาวะสมองเสื่อม การแปลผลคะแนนในผู้สูงอายุที่ไม่พบภาวะสมองเสื่อม คือ ผู้สูงอายุปกติที่ไม่ได้เรียนหนังสือ (อ่านไม่ออก-เขียนไม่ได้) ได้คะแนน > 14 คะแนน จาก 23 คะแนน (ไม่ต้องทำแบบทดสอบข้อ 4, 9, 10) ผู้สูงอายุปกติเรียนระดับประถมศึกษา > 17

คะแนน จาก 30 คะแนน ผู้สูงอายุปกติที่เรียนระดับสูงกว่าประถมศึกษา > 22 คะแนน จาก 30 คะแนน

3. แบบประเมินพุทธิปัญญา (The Montreal Cognitive Assessment: MoCA)²⁴ เป็นเครื่องมือที่ออกแบบเพื่อการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม สามารถประเมินการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด ได้แก่ ความจำระยะสั้น (short term memory) มิตีสัมพันธ์ (visuoconstruction) ความคิดรวบยอด (conceptual thinking) การคิดคำนวณ (calculation) การคิดเชิงบริหาร (executive function) สมาธิ จดจ่อ (attention) ภาษา (language) และการรับรู้เวลา สถานที่ บุคคล (orientation) แบบประเมินมีทั้งหมด 11 กิจกรรม ใช้เวลาประมาณ 10 - 15 นาที คะแนนเต็ม 30 นาที ถ้าได้คะแนนตั้งแต่ 25 คะแนนขึ้นไป ถือว่าปกติ มีความไวในการแยกผู้ป่วยที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (mild cognitive impairment) และผู้ป่วยสมองเสื่อม ร้อยละ 90 และมีความจำเพาะในการแยกคนปกติ ร้อยละ 87 เป็นเครื่องมือที่เหมาะสมในการคัดกรองผู้ป่วยที่มีการรู้คิดบกพร่องแยกออกจากคนปกติและผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม

ถ้าญาติหรือผู้สูงอายุคิดว่าตนเองมีความรู้คิดบกพร่องและมีการลดลงของความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (functional decline) ควรจะพิจารณาทำการทดสอบด้วยแบบทดสอบสภาพสมอง (MMSE)

เนื่องจากผู้ป่วยมีโอกาสสมองเสื่อมสูง แต่ถ้าคะแนนอยู่ในเกณฑ์ปกติ ให้พิจารณาทำการทดสอบด้วยแบบประเมินพุทธิปัญญา (MoCA) เนื่องจากผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ ร้อยละ 100 มีความผิดปกติในการทำแบบทดสอบนี้ แต่ในผู้ป่วยที่คิดว่าการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดบกพร่องแต่ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันไม่เปลี่ยนแปลง ควรจะพิจารณาทำแบบประเมินพุทธิปัญญา (MoCA) ก่อน เนื่องจากการทำแบบทดสอบสภาพสมอง (MMSE) ไม่สามารถตรวจแยกผู้ที่มีการรู้คิดบกพร่องกับปกติได้^{14,24}

แนวคิดการกระตุ้นการรู้คิด

Spector และคณะ²⁵ ให้ความหมายว่า ศักยภาพสมองสามารถพัฒนาให้สมองเหมือนกล้ามเนื้อส่วนอื่นที่สามารถฝึกให้แข็งแรงและสามารถซ่อมแซมได้²⁵⁻²⁶ การกระตุ้นการรู้คิดมีส่วนช่วยให้สมองหลั่งสารที่เรียกว่า นิวโรโทรฟินส์ (neurotrophins) ที่ทำให้เซลล์โดยเฉพาะอย่างยิ่งในส่วนเดนไดรต์ (dendrite) ที่เชื่อมระหว่างเซลล์ประสาททำงานดีขึ้น ซึ่งผลของการกระตุ้นการรู้คิดสามารถช่วยเพิ่มจำนวนแขนงหรือเส้นใยของเซลล์ประสาท (axon) ซึ่งมีหน้าที่ในการลำเลียงข้อมูลสื่อสารระหว่างเซลล์ประสาทได้ตลอดชีวิต ช่วยให้การเชื่อมต่อของเซลล์สมองมีมากขึ้น เพิ่มการไหลเวียนของ

เลือดที่ไปเลี้ยงสมอง (increase cerebral blood flow) ช่วยปรับสมดุลของ neurotrophic factors ในสมอง ซึ่งหากมีน้อยลงจะมีผลต่อการลดลงของ เซลล์ประสาทที่ใช้อะซิติลโคลีนเป็นสารสื่อประสาท ที่เป็น ส่วน สำคัญ ที่ทำให้ความสามารถด้านการรู้คิด (cognitive function) ลดลงในผู้สูงอายุ เมื่อเซลล์สมองส่วนใหญ่แข็งแรงก็จะทำให้เกิดความจำ การรับรู้ และการทำงานของสมองระดับสูง คือ การคิดคำนวณ การวิเคราะห์ การสังเคราะห์ การแก้ปัญหา การตัดสินใจ และการวางแผนเป็นไปได้ดี จึงนำไปสู่การคงไว้ซึ่งประสิทธิภาพการทำงานของสมองที่ดีตามมา และยังพบว่า การกระตุ้นการรู้คิดสามารถเปลี่ยนแปลงกลไกการทำงานของสมองให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ทั้งยังช่วยในส่วนของ การฝึกความจำ ช่วยจัดระบบความคิด ช่วยฟื้นฟูการทำงานของสมองในส่วนของการรู้คิด (cognitive function) ส่งผลให้เปลือกสมองใหญ่ (cerebral cortex) ทาลามัส (thalamus) และระบบการทำงานของเรติคูลาร์ที่ทำหน้าที่กระตุ้นการตื่น (reticular activating system: RAS) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของก้านสมองทำงานประสานกัน อย่างดี เพิ่มการไหลเวียนเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง เพิ่มความสามารถด้านการรู้คิด (cognitive function) และคุณภาพชีวิต (quality of life) ของผู้สูงอายุให้ดีขึ้นได้⁵

การกระตุ้นการรู้คิด (cognitive stimulation)

1. การมีสมาธิจดจ่อ (attention) คือ ความตั้งมั่นแห่งจิต เป็นภาวะที่จิตมีอารมณ์เป็นหนึ่ง หรือการที่จิตแนบแน่นอยู่กับสิ่งใดสิ่งหนึ่งนาน ๆ การฝึกสมาธิเป็นกรรมวิธีในการฝึกฝนจิตให้แน่วแน่ และฝึกจัดระเบียบความคิดของตนเพื่อนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน เช่น การศึกษาเล่าเรียน การทำงานให้มีประสิทธิภาพ การพัฒนาบุคลิกภาพ และขั้นสูงเพื่อใช้เป็นฐานของปัญญาการรู้สิ่งทั้งหลายตามความเป็นจริง สมาธิเป็นกระบวนการพิเศษที่เลือกรับการกระตุ้นอย่างใดอย่างหนึ่ง และไม่สนใจสิ่งกระตุ้นอื่น เกิดจากการทำงานของสมองใหญ่ส่วนเปลือกสมอง (cerebral cortex) ได้แก่ ส่วนประสาทรับความรู้สึกที่มีเส้นใยประสานกันเป็นร่างแห (reticular cortex) ทาลามัส (thalamus) และสมองส่วนข้าง (parietal) และสมองส่วนหน้า (frontal) โดยเฉพาะ association cortex ซึ่งอยู่ใกล้กับ primary sensory areas และมีหน้าที่ส่งทอดข้อมูลต่อไป เพื่อกระบวนการรับรู้¹⁰ ความสนใจจดจ่อ (attention) เป็นความสามารถในการเลือกที่จะรับ และให้ความสนใจกับสิ่งเร้าบางชนิดในขณะที่เดียวกันก็กีดหรือไม่สนใจสิ่งเร้าที่ไม่ต้องการ เป็นกระบวนการที่ช่วยในการกำหนดว่า การรับรู้รู้สึก และประสบการณ์ใดที่กำลังมีการตื่นตัว และจำเป็นต้องใช้ในการดำเนินชีวิต ถือได้ว่าความสนใจจดจ่อเป็นสิ่งสำคัญ

ในการทำหน้าที่ของจิตใจ และสอดคล้องอยู่ในกระบวนการของการรับรู้ความเข้าใจทุกกระบวนการ ความบกพร่องของความสนใจจะส่งผลกระทบต่อทักษะความรู้ความเข้าใจด้านอื่นๆ และส่งผลต่อการทำกิจกรรมของมนุษย์^{13,27}

2. การรับรู้ (orientation) คือ การรับรู้อย่างต่อเนื่องของบุคคลในเรื่องของตนเองที่มีต่อบุคคลอื่น สถานที่ต่าง ๆ เวลาและสถานการณ์จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าโดยทั่วไปมักกล่าวถึง การรับรู้ ใน 3 แบบ คือ 1) การรับรู้ต่อบุคคล (orientation to person) 2) การรับรู้ต่อสถานที่ (orientation to place) และ 3) การรับรู้ต่อเวลา (orientation to time) ซึ่งการรับรู้เป็นทักษะที่ต้องอาศัยการผสมผสานระหว่างความจำ (memory) ความสนใจ (attention) และการรับรู้ (perception) กรณีผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องด้านการรับรู้ จะเรียกว่า disorientation อาจเป็นแบบชั่วคราวหรือตลอดไป ทั้งนี้การรับรู้ที่ผิดพลาดอาจนำไปสู่การแสดงออกที่ไม่ถูกต้องได้¹⁰

3. ความจำ (memory) คือ การคงไว้ซึ่งข้อมูลที่ได้รับเข้าไปในสมอง เป็นกระบวนการที่ทำให้เกิดความจำโดยการลงบันทึก (registration) การคงไว้ซึ่งข้อมูล (retention) และการเรียกข้อมูลมาใช้ (retrieval) ซึ่งต้องอาศัยสมรรถภาพพื้นฐานของสมองด้านสมาธิ ภาษา และการรับรู้^{10,28} การเรียนรู้เกิดจากการแสวงหาข้อมูลจากการเลียนแบบซึ่งเรียนรู้จากการมองเห็นและ

การกระทำตามโดยไม่ต้องเข้าใจความหมาย การฝึก ความเคยชิน การทดลอง ความผิดพลาด และจากการรับรู้ ซึ่งอาศัยประสาทรับรู้ที่สำคัญ ได้แก่ การมองเห็น การได้ยิน การสัมผัส นำสิ่งที่รับรู้มาประมวลกับประสบการณ์ในอดีตเพื่อแปลความหมายของสิ่งที่รับรู้ก่อนที่จะแสดงพฤติกรรมการตอบสนองออกมาอย่างเหมาะสม เมื่อได้เรียนรู้แล้วจะมีการปรับปรุงหรือเปลี่ยนแปลงทักษะ หรือพฤติกรรมเดิมระบบประสาทสามารถเก็บและรำลึกข้อมูลได้โดยทางความจำการเรียนรู้ซ้ำ ๆ ข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้รับโดยตัวรับรู้ต่างรับข้อมูลแล้วแปลข้อมูลที่ได้รับการเรียนรู้ วิเคราะห์ และเก็บเป็นความจำระยะสั้น^{10,28} ซึ่งกระบวนการของความจำเกิดขึ้นเมื่อมีตัวป้อนข้อมูล (sensory input) ส่งข้อมูลเข้ามาในสมอง หากบุคคลไม่ให้ความสนใจต่อข้อมูลนั้น ระบบความจำก็จะยังไม่ทำงานแต่หากบุคคลสนใจในเรื่องนั้น ข้อมูลจะถูกส่งผ่านเข้าสู่ระบบและอาจเป็นความจำระยะสั้น (short-term memory) หรือเรียกว่าความจำเพื่อการทำงาน (working memory) ซึ่งความจำแบบนี้มักไม่มีการเก็บรวบรวมข้อมูล (store data) หรือแปลงเป็นรหัสความจำ (encode) ไว้ในสมองหรืออาจมีการสะสมข้อมูลไว้เพียงชั่วคราว แต่หากข้อมูลถูกทำเป็นรหัสความจำและบันทึกไว้ในระบบจะถูกเรียกว่าความจำระยะยาว (long-term memory)^{13,27}

4. การตัดสินใจ (judgment) คือ การพิจารณาตกลงใจซึ่งขาดในการเลือกทางเลือกใดทางเลือกหนึ่ง (alternative) ที่มีอยู่มากกว่าหนึ่งทางเลือก ในการจะดำเนินกิจกรรมของตน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ต้องการ โดยตั้งอยู่บนบรรทัดฐานที่ว่าทางเลือกนั้นมีโอกาสบรรลุเป้าหมายได้มากที่สุด

5. การใช้ภาษา (language) คือ สัญลักษณ์ที่ใช้ในการสื่อความหมายที่มีความซับซ้อนและมีพัฒนาการตลอดเวลา ภาษาใช้ทั้งในการคิดและสื่อสารระหว่างบุคคลเกี่ยวข้องกับขนบธรรมเนียม สภาพสังคม และประวัติศาสตร์ของแต่ละสถานที่ ภาษาที่ใช้ในการสื่อสาร มีหลายรูปแบบ เช่น การแสดงสีหน้าท่าทาง การใช้คำพูด น้ำเสียง การเขียน และการวาดภาพหรือสัญลักษณ์อื่น ๆ

6. การคิดเชิงบริหาร (executive function) คือ กระบวนการที่กำหนดไว้อย่างมีระบบเพื่อให้บรรลุเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ที่ต้องการ ภายใต้เงื่อนไขและข้อมูลในการประกอบการตัดสินใจ ซึ่งผู้สูงอายุที่มีการเสื่อมของสมองบางรายจะไม่สามารถตัดสินใจ คิดในเชิงนามธรรมคิดวางแผนหรือจัดลำดับขั้นตอนว่าจะทำอะไรก่อนหลังได้ การคิดเชิงบริหารเป็นทักษะต่าง ๆ ที่หลากหลายของมนุษย์ซึ่งแสดงออกหรือกระทำผ่านกระบวนการด้านสติปัญญา เป็นตัวควบคุมการแสดงออกหรือ

การกระทำต่าง ๆ มีความสำคัญต่อความสำเร็จในการดำเนินชีวิต ช่วยให้บุคคลสามารถปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลาได้ ซึ่งทักษะการบริหารจัดการด้านที่สำคัญและส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของมนุษย์^{13,29} ได้แก่

6.1 การจัดหมวดหมู่ (categorization)

เป็นความสามารถในการจัดกลุ่มวัตถุ บุคคล หรือเหตุการณ์ต่าง ๆ เข้าด้วยกัน ตามลักษณะที่เหมือนกันได้

6.2 การคิดคำนวณ (calculation)

เป็นความสามารถที่เน้นความคิดความเข้าใจเกี่ยวกับตัวเลขเพื่อให้ผู้สูงอายุมีกลยุทธ์ในการจัดการวิเคราะห์ และสังเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับการบวก ลบ คูณ หาร หรือจัดกระทำกับตัวเลขที่แสดงค่าปริมาณของสิ่งใดสิ่งหนึ่งได้ ซึ่งต้องอาศัยกระบวนการคิดอย่างเป็นระบบ¹⁰ การคิดคำนวณนี้มีความสำคัญต่อการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันในส่วนของการซื้อของ การทอนเงิน การชั่งตวงวัด ซึ่งระบบการคิดคำนวณยังต้องประกอบด้วยความเข้าใจในสัญลักษณ์หรือเครื่องหมายของการคำนวณด้วย เช่น เครื่องหมายบวก ลบ คูณ หาร รวมถึงกระบวนการคิดทางคณิตศาสตร์ ความสามารถในการคำนวณตัวเลขจำเป็นต้องมี 3 องค์ประกอบของกระบวนการคิด คือ ด้านความเข้าใจตัวเลข ผลผลิตที่ได้จากการคำนวณ และกระบวนการใช้สติปัญญาด้านการคำนวณ ซึ่งกระบวนการใช้สติปัญญาด้านการ

คำนวณนั้น ประกอบด้วย ความเข้าใจต่อการใช้สัญลักษณ์ และค่าแทนสัญลักษณ์ ความเข้าใจต่อจำนวนจริงของตัวเลข และความสามารถในการลงมือคำนวณให้สำเร็จ¹³

6.3 การแก้ไขปัญหา (problem solving) เป็นการบูรณาการทักษะด้านความรู้ความเข้าใจหลาย ๆ ทักษะของกระบวนการคิด โดยการแก้ไขปัญหา นั้น ต้องการการทำความเข้าใจหลายอย่างของสมอง เช่น ความสนใจจดจ่อต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งได้นานพอ ความสามารถที่จะคิดหรือเริ่มต้นแผนการ ความสามารถในการรับข้อมูลและให้ข้อมูลย้อนกลับ หรือแปลผลข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงการคิดอย่างยืดหยุ่นและเป็นนามธรรม เพื่อใช้ในการฟันฝ่าอุปสรรคเพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้

6.4 การคิดอย่างยืดหยุ่น (thinking flexibility) เป็นความสามารถในการเริ่ม หยุด และสลับการกระทำไปมาได้ตามสิ่งที่เกิดขึ้นในขณะนั้น หรืออาจกล่าวได้ว่าการคิดอย่างยืดหยุ่นเป็นความสามารถของบุคคลในการดำเนินงานตามแผน ซึ่งต้องการความคิดริเริ่ม การหยุดพักตามความเหมาะสม และการปรับเปลี่ยนวิธีการเพื่อให้เหมาะสมกับสถานการณ์หรือสภาพแวดล้อม

6.5 การคิดอย่างเป็นนามธรรม (abstract thinking) เป็นความสามารถของบุคคลในการรวบรวมความคิดและให้ข้อคิดเห็นต่อข้อมูลที่รับมา ซึ่งถือเป็นพื้นฐานของกระบวนการคิด

และสื่อสารกับบุคคลอื่น ความคิดเชิงนามธรรมเกิดขึ้นได้ต่อเมื่อบุคคลนั้นสามารถที่จะแยกแยะลักษณะรูปแบบของสิ่งที่พบเห็น สามารถจัดกลุ่มและเข้าใจกฎเกณฑ์หรือปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับวัตถุหรือข้อมูลหรือสิ่งที่พบเห็นนั้นได้ การคิดเชิงนามธรรมสามารถส่งเสริมโดยการให้โอกาสในการใช้ความสามารถในการให้ความหมายเชิงนามธรรม ใช้ความสามารถในการเปรียบเทียบความเหมือนหรือความแตกต่างของวัตถุ รวมถึงการทราบความสัมพันธ์เชิงตรรกะ และใช้ความสามารถในการจัดหมวดหมู่ของวัตถุ¹³ เพื่อพัฒนาความคิดที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกรู้สึก และความคิดหรือมโนทัศน์ (ideas or concept)

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการกระตุ้นการรู้คิดสำหรับผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย ดังนี้

1. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาศักยภาพสมองในประเทศไทย

มีการศึกษาวิจัยการพัฒนาศักยภาพสมองของอรวรรณ ภูหาและคณะ²⁹ เรื่องการพัฒนาศักยภาพสมองของผู้ที่มีสมรรถภาพสมองบกพร่องเล็กน้อยด้วยการกระตุ้นการรู้คิด (cognitive stimulation) กลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมการพัฒนาศักยภาพสมอง คือ กิจกรรมเคลื่อนไหว (ตาราง 9 ช่อง, การออกกำลังกายในผู้สูงอายุ)

เพลงดังดอกไม้บาน เพื่อกระตุ้นสมองซีกซ้าย-ขวา ทั้งหมด 6 กิจกรรมที่ 1 การแนะนำตัว การให้ความรู้เรื่องสมอง เพื่อให้เห็นความสำคัญในการฝึกความจำชื่อ และทำการบ้านหนังสืออวัชชีวะประวัติของตนเอง กิจกรรมที่ 2 การทบทวนความจำ ระยะยาวชีวิตของฉันอยู่กับปัจจุบัน และกระตุ้นการรับรู้ กิจกรรมที่ 3 มิติสัมพันธ์ และเขียนแผนที่ กิจกรรมที่ 4 จินตนาการภาพความจำ ภาพและความจำตัวเลขผู้เล่าคือผู้บรรยายภาพและผู้ฟัง คือผู้ได้อินรายละเอียดภาพและเขียนภาพของตนเองจากความจำภาพ กิจกรรมที่ 5 การฝึกความจำที่เป็นภาพ และกิจกรรมที่ 6 การจัดของ ชื่อของ และการตัดสินใจพบว่ารูปแบบกิจกรรมพัฒนาศักยภาพสมองที่พัฒนาขึ้นจะมีความสัมพันธ์กับสมอง ทั้ง 4 ด้าน คือ ความใส่ใจ (attention) มิติสัมพันธ์ (visuospatial) ความจำ (memory) เพื่อกระตุ้นการให้เหตุผล/การวางแผน (executive function) และการใช้ภาษา (language) เพื่อเพิ่มและคงศักยภาพ การทำงานของสมองในส่วนต่าง ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.000$) เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุมและพบว่ากลุ่มทดลองที่ทำกิจกรรมพัฒนาศักยภาพเมื่อทำแบบทดสอบ TGDS ในระยะที่ทำการศึกษามีคะแนนค่าเฉลี่ยของแบบทดสอบลดลงอย่างชัดเจนเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม

วิณา ลิ้มสกุล และคณะ³⁰ ศึกษาผลของการพัฒนาศักยภาพสมองของผู้ที่มีสมรรถภาพ

สมองบกพร่องเล็กน้อย กลุ่มตัวอย่างคือผู้ที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป ผลการศึกษาภายหลังการทดลอง 3 เดือน และระยะติดตามผลเดือนที่ 6 และ 9 เดือน ใช้แบบประเมินสมรรถภาพสมอง MoCA และแบบประเมินพุทธิปัญญาเอเดส-ค็อก (ADAS-cog Thai modified version) พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนสมรรถภาพสมองสูงกว่าก่อนการทดลอง และมีค่าเฉลี่ยคะแนนสมรรถภาพสมองสูงกว่ากลุ่มควบคุม ส่วนกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนสมรรถภาพสมองหลังการทดลองเดือนที่ 3 สูงขึ้น และลดลงในเดือนที่ 6 และ 9 กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนสมรรถภาพสมองก่อนและหลังการทดลองเดือนที่ 3, 6 และ 9 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ณัชชา แรมกั้ง³¹ ศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาศักยภาพสมองต่อการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดในผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย อายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป จำนวน 44 คน สุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 22 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมพัฒนาศักยภาพสมองประกอบด้วย การรับรู้ตามความเป็นจริงและการกระตุ้นการรู้คิด โดยการเคลื่อนไหวร่างกาย การกระตุ้นประสาทสัมผัส การระลึกความหลัง และการประมวลผลข้อมูล จำนวน 6 ครั้ง ๆ ละ 90 - 120 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ต่อเนื่องกัน กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลสุขภาพตามปกติ ผลการวิจัย พบว่าคะแนน

เฉลี่ยการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดของกลุ่มทดลอง หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผลต่างของคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มทดลองมีผลต่างของคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดสูงกว่ากลุ่มควบคุม

2. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดในประเทศไทย

ปิ่นมณี สุวรรณโมลี¹⁰ ศึกษาผลของโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดต่อความจำของผู้สูงอายุในชุมชนที่มีการรู้คิดบกพร่องใช้แนวคิดการกระตุ้นการรู้คิดของ Spector และคณะ²⁹ แบบกลุ่มเดียววัดซ้ำ (One-Group Repeated Measures) โดยทำการวัดซ้ำทั้งหมด 8 ครั้ง คือ ทำการวัดก่อนการทดลอง 1 ครั้ง ระหว่างการทดลอง 6 ครั้ง และหลังเสร็จสิ้นการทดลอง 1 ครั้ง วัดแต่ละครั้งห่างกัน 1 สัปดาห์ ใช้แบบประเมินพุทธิปัญญา ฉบับภาษาไทย (Montreal cognitive assessment (MoCA) พบ ค่าเฉลี่ยคะแนนความจำภายหลังเสร็จสิ้นการเข้าร่วมโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิด สูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และค่าเฉลี่ยคะแนนความจำหลังเข้าร่วมกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 1, 2, 3, 4, 5 และ 6 เพิ่มขึ้นต่อเนื่องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ที่ระดับ 0.01

สุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค และคณะ³² ศึกษาผลของโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดต่อความสามารถในการรู้คิดและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันในผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงของภาวะสมองเสื่อม ที่พักอาศัยในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ จังหวัดปทุมธานี จำนวน 32 คน สุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่าย แบ่งเป็น กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จับคู่ด้วยตัวแปร อายุ เพศ และระดับการศึกษา กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการกระตุ้นการรู้คิด เป็นระยะเวลาต่อเนื่อง 6 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมได้รับกิจกรรมตามปกติของศูนย์ฯ ใช้แบบประเมินสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (Mini - Mental State Examination Thai 2002: MMSE-Thai 2002) ในผู้สูงอายุที่เสี่ยงหรือมีภาวะสมองเสื่อมเล็กน้อย ถึงปานกลางใช้เกณฑ์ คือ มีคะแนน 10 - 24 คะแนน ในผู้ที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือสูงกว่า และมีคะแนน 8 - 19 ในผู้ที่ไม่ได้เรียนหนังสือ พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการรู้คิดของกลุ่มทดลองภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการกระตุ้นการรู้คิดสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) คะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ไม่แตกต่างกัน ($p > 0.05$) ค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการรู้คิด และ

คะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน หลังทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกัน ($p > 0.05$)

จารุวรรณ ก้านศรี³³ ศึกษาผลของโปรแกรม การฟื้นฟูการรู้คิดต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องด้านการรู้คิด กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องด้านการรู้คิด ประเมินพุทธิปัญญาโดยแบบทดสอบ Montreal cognitive assessment (MoCA) มีคะแนนน้อยกว่า 25 จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูการรู้คิดที่สร้างขึ้นโดยผู้วิจัย ตามแนวทางการฟื้นฟูการรู้คิดของฮักแคน และคณะ จำนวน 1 ครั้งต่อสัปดาห์ รวมทั้งหมด 8 ครั้ง ๆ ละ 90 - 120 นาที ติดต่อกัน 8 สัปดาห์ และกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลปกติ ผลการวิจัยพบว่า คะแนนภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องด้านการรู้คิดกลุ่มทดลองหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และคะแนนภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องด้านการรู้คิดหลังได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูการรู้คิด กลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สรุปว่าโปรแกรมการฟื้นฟูการรู้คิดสามารถลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องด้านการรู้คิดได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเป็นแนวทางการบำบัดและป้องกันภาวะ

ซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องด้านการรู้คิดได้อย่างเหมาะสม

สาวิตรี จิระยา² ศึกษาผลของโปรแกรม กระตุ้นการรู้คิดต่อความจำและการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ด้านความจำในผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่อง ด้วยวิธีการกระตุ้นการรู้คิดแบบกลุ่ม เพื่อส่งเสริมความจำและการรับรู้สมรรถนะของตนเอง ด้านความจำของผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่อง มีการดำเนินกลุ่มอย่างมีระบบและเป็นขั้นตอนเกี่ยวกับสัมพันธภาพที่ดี มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ใช้สมาธิในการทำกิจกรรม เรียนรู้ การตัดสินใจ การคิดเชิงบริหาร การรับรู้ ความจำ และประสาทสัมผัสต่าง ๆ ช่วยกระตุ้นสมอง ด้านการรู้คิดของผู้สูงอายุให้ดีขึ้น กำหนดให้มีการจัดกิจกรรมกลุ่ม 8 ครั้ง ใช้เวลาดำเนินกิจกรรมทั้งหมด 4 สัปดาห์ ใช้เวลา 45 - 60 นาทีต่อครั้ง ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความจำไม่แตกต่างกับกลุ่มควบคุม แต่คะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านความจำในกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านความจำในระยะติดตามผล 1 เดือน สูงกว่าระยะหลังการทดลอง และระยะก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จิตติมา ดวงแก้ว และคณะ³⁴ ศึกษาผล

ของโปรแกรมการฝึกการรู้คิดต่อการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดของผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย ในสถานสงเคราะห์คนชราภาครัฐ สุ่มตัวอย่าง 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน จับคู่กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองให้มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกันในด้านเพศ อายุ ระดับ การศึกษา และโรคประจำตัว เครื่องมือที่ใช้ แบบทดสอบสมรรถภาพ สมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยการทำหน้าที่ด้านรู้คิดของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการฝึกการรู้คิดดีกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และค่าเฉลี่ยการทำหน้าที่ด้านรู้คิดของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการฝึกการรู้คิดดีกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3.งานวิจัยที่เกี่ยวข้องโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดของต่างประเทศ

Wenisch และคณะ³⁵ ศึกษาการกระตุ้นการรู้คิดผู้สูงอายุที่มีสมรรถภาพสมองบกพร่องเล็กน้อยเปรียบเทียบกับกลุ่มปกติ เป็นการศึกษาขั้นพื้นฐาน กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุ 24 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมที่และกลุ่มทดลองการกระตุ้นการรู้คิด กลุ่มละ 12 คน วัด ความสามารถทางด้านการรู้คิด (cognitive performance) ก่อน-หลังการทดลองการกระตุ้นการรู้คิด ได้แก่ logical memory, word paired associative learning

task, trail making test, และ verbal fluency test พบว่า หลังการทดลองวัด ความสามารถทางด้านการรู้คิด (cognitive performance) ที่เกี่ยวกับ associative learning task มากกว่าในกลุ่มควบคุม และพบว่าการกระตุ้นการรู้คิดมีประโยชน์มากขึ้นในการพัฒนาความสามารถในการเชื่อมโยงหน่วยความจำ ยกเว้นตอนท้ายของการได้รับการกระตุ้นการรู้คิด ที่พบว่ากลุ่มทดลองที่มีสมรรถภาพสมองบกพร่องเล็กน้อยต่ำกว่ากลุ่มควบคุมเพียงเรื่อง การทวนซ้ำ (delayed recall) ของ logical memory เท่านั้น

Flak และคณะ³⁶ ศึกษาวิจัยเชิงทดลอง วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการฝึกความจำโดยโปรแกรมคอมพิวเตอร์มีประสิทธิภาพในการปรับปรุงการทำงานทางปัญญาในผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย และศึกษาการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของสมองในส่วนเนื้อเยื่อสีเทา ศึกษาในผู้สูงอายุ จำนวน 90 คน ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมระยะแรก ที่โรงพยาบาล (hospital-based memory clinic) ผู้ป่วยจะถูกสุ่มและได้รับโปรแกรมหรือยาหลอกในการฝึกการทำงานของความจำโปรแกรมคอมพิวเตอร์ ครั้งละ 45 นาที จำนวน 25 ครั้งใน 5 สัปดาห์ และติดตามวัดผลการเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงเนื้อเยื่อสีเทาในสมองโดยภาพถ่ายคลื่นแม่เหล็ก ก่อนการทดลอง 1 เดือน และหลังการทดลอง 5 เดือน พบว่าการฝึกความจำโดย

คอมพิวเตอร์มีประสิทธิภาพเพิ่มความสามารถด้านความจำ ความสนใจ และการบริหารจัดการในผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองมากกว่าผู้สูงอายุที่ได้รับยาหลอก และการฝึกความจำส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของสมองส่วนเนื้อขาวและสมองส่วนเนื้อเทาของสมองโดยวัดได้จากการตรวจเอ็กซเรย์ด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า ผลการใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ส่งผลให้การทำงานของหน่วยความจำเปลี่ยนแปลงไปในทางบวกในผู้ป่วยที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยและประชากรที่สองพบ การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของสมองส่วนเนื้อขาวและสมองส่วนเนื้อเทาที่เกิดจากการฝึกดังกล่าวนี้ด้วย

Condoleo และคณะ³⁷ ศึกษาผลของการกระตุ้นการรู้คิดของสมองส่วนการคิดเชิงบริหารในผู้ที่มีสมรรถภาพสมองบกพร่องเล็กน้อย ดูประสิทธิภาพเฉพาะและผลกระทบในหน่วยความจำ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม โดยที่กลุ่ม A ได้รับการอบรมร่วมกับกระตุ้นการรู้คิดต่อเนื่อง 6 เดือน และกลุ่ม B ได้รับการอบรมตามปกติ มีการประเมินก่อนหลัง พบว่าในช่วงเวลาที่ไม่มีการฝึกอบรมประสิทธิภาพการรู้คิดด้านความจำกลุ่ม B แย่ลง แต่กลุ่ม A สามารถเก็บรักษาผลลัพธ์ประสิทธิภาพการรู้คิดด้านความจำไว้ได้แม้เวลาผ่านไป การศึกษานี้แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของโปรแกรมกระตุ้นที่เน้นเฉพาะสมองส่วนการคิดเชิงบริหาร ของผู้ป่วยที่

ได้รับผลกระทบจากการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าการกระตุ้นการรู้คิดของสมองส่วนการคิดเชิงบริหาร ส่งผลดีต่อหน่วยความจำและความสามารถของสมองด้านการรับรู้ทั่วไป

Gates และคณะ³⁸ ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมฝึกการรู้คิดและความจำ ในกลุ่มประชากรที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย เพื่อป้องกันโรคสมองเสื่อมอัลไซเมอร์หรือชะลอการดำเนินของโรคโดยไม่ใช้ยาและการฝึกการรู้คิดและศึกษาการฝึกกลยุทธ์ความจำ (cognitive training, cognitive exercises, memory strategies) โดยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (meta-analysis) สืบค้นหางานวิจัยทั้งหมดจากฐานข้อมูลเมดไลน์ (Medline) ตั้งแต่ ค.ศ.1996 - 2011 ฐานข้อมูลเอมเบส (EMBASE) และฐานข้อมูลชีนาล (CINAHL) ตั้งแต่ ค.ศ. 1980 - 2011 ฐานข้อมูลไซอินโฟ (PsychINFO) ตั้งแต่ ค.ศ.1984 - 2011 พบว่างานวิจัยที่เข้าเกณฑ์การศึกษามีจำนวน 10 เรื่อง จากงานวิจัยจำนวนทั้งหมด 305 เรื่อง สรุปผลการศึกษาพบว่า โปรแกรมการฝึกการรู้คิดและความจำ ส่งผลต่อระดับความจำ ซึ่งขนาดอิทธิพลอยู่ระหว่าง 0.10 - 1.21 แต่พบว่าการใช้กลยุทธ์ฝึกความจำส่งผลระดับของความจำขนาดอิทธิพลอยู่ระหว่าง 0.88 - 1.18 สรุปการออกกำลังกายสมองมีประโยชน์ได้ระดับปานกลางถึงมากที่เกี่ยวข้อง

กับความจำ แต่จำนวนการวิจัยที่มีการทดลองแบบ สุ่ม และมีกลุ่ม ควบคุม (randomized controlled trial; randomized control trial : RCT) ยังคงอยู่ในระดับต่ำจึงควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติม

Sherman และคณะ³⁹ ศึกษาประสิทธิภาพของการกระตุ้นการรู้คิดในผู้ที่มีสมรรถภาพสมองบกพร่องเล็กน้อย แบบทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (meta-analysis) ตีพิมพ์ตั้งแต่เดือนมกราคม ค.ศ.1995 ถึงมิถุนายน ค.ศ.2017 ฐานข้อมูล MEDLINE-R, PubMed, Healthstar, Global Health, PsycINFO วัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบประสิทธิภาพการทดลองแบบสุ่ม (RCT) การกระตุ้นการรู้คิดในผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีสมรรถภาพสมองบกพร่องเล็กน้อยจากการสืบค้นพบงานวิจัยที่เข้าเกณฑ์การศึกษามีจำนวน 26 เรื่อง จากงานวิจัยทั้งหมด 1,199 เรื่อง พบว่า การกระตุ้นการรู้คิดมีประสิทธิภาพต่อมิติด้านความจำมากกว่ามิติด้านอื่นอย่างมีนัยสำคัญ

Tulliani และคณะ⁴⁰ ศึกษาประสิทธิภาพของการให้แทรกแซง (intervention) การรู้คิดต่อความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันต่อเนื่อง/ขั้นสูง (instrumental activities of daily living: IADL) ในผู้ที่มีสมรรถภาพสมองบกพร่องเล็กน้อย โดยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์ห่อภิมาณ (แบบ systematic review and meta-analysis) จาก 5 ฐานข้อมูล CINAHL,

MEDLINE, EMBASE, PsycINFO และ Cochrane Central Register of Controlled Trials พบประสิทธิภาพของการให้โปรแกรมการรู้คิดต่อความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันต่อเนื่อง/ขั้นสูง ดีขึ้น มีข้อเสนอแนะ ในการนำ intervention การรู้คิดต่อความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันต่อเนื่อง/ขั้นสูงมาใช้ฝึกปฏิบัติผู้ที่มีสมรรถภาพสมองบกพร่องในระยะต้น พบว่า การให้ intervention การรู้คิดสามารถช่วยความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันต่อเนื่อง/ขั้นสูง ในผู้ที่มีสมรรถภาพสมองบกพร่องเล็กน้อย และผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะต้นให้ดีขึ้นได้ และผลลัพธ์นี้ผู้เชี่ยวชาญด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพนำมาใช้ปฏิบัติทางคลินิกเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดต่อผู้ที่มีสมรรถภาพสมองบกพร่องเล็กน้อย และผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะต้น

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาศักยภาพสมองของผู้สูงอายุที่ดีที่มีการรู้คิดบกพร่องด้วยการกระตุ้นการรู้คิด พบว่า เมื่อฝึกการกระตุ้นการรู้คิด 6 - 8 ครั้ง ส่งผลให้ ความจำความสามารถในการรู้คิดและความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันดีขึ้น ซึ่งจะชะลอการดำเนินไปเป็นภาวะสมองเสื่อมได้

สรุป

ภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (mild cognitive impairments: MCI) เป็น ภาวะ ที่ อยู่

ระหว่างการหลงลืมปกติ (normal forgetfulness) ของผู้สูงอายุกับภาวะสมองเสื่อมระยะแรก (early dementia) เป็นการเปลี่ยนแปลงที่เชื่อว่ามีความเสี่ยงสูงที่จะพัฒนาไปสู่ภาวะสมองเสื่อม ดังนั้นการบำบัดรักษาผู้ที่มีการรู้คิดบกพร่อง ด้วยกระตุ้นการรู้คิด ซึ่งเป็นทางเลือกหนึ่งของการรักษาด้วยการจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ใช้กระบวนการประมวลผลข้อมูลมากกว่าความรู้เกี่ยวกับข้อเท็จจริง เพื่อช่วยในด้านความจำ การรับรู้ การตัดสินใจ และการคิดเชิงบริหาร ส่งผลให้ชะลอการดำเนินไปเป็นโรคสมองเสื่อมและดำรงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวร เพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการพัฒนาศักยภาพสมองของผู้ที่มีสมรรถภาพสมองบกพร่องในระยะต้น. กรุงเทพฯ: บริษัท ไชเบอร์พริ้นท์กรุ๊ป จำกัด; 2559.
2. ศาวิตรี จิระยา, กรภัทร เสงอุดมทรัพย์, ดวงใจ วัฒนสินธุ์, เวทีส ประทุมศรี. ผลของโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านความจำในผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา 2561; 26(2): 30-9.
3. พรหมธร เจริญกุล. การดูแลผู้สูงอายุ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สภาภาษาชาวไทย; 2555.
4. สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์. รายงานประจำปีสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2553. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.); 2555.
5. ขวัญประภัสร์ จันทบุณยวัชร, ยุทธชัย ไชยสิทธิ์, ไพรวลัย โศครตตะ, กัชรารักษ์ วงศ์อสา, นภาคณ สีนพันธ์. แนวคิดการบำบัดด้วยการรำลึกความหลัง: การประยุกต์ใช้ทางพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุสมองเสื่อม. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ 2560; 40(4): 142-51.
6. บุญชัย นวมงคลวัฒนา, พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์, เกษราภรณ์ เกตนุพลา. การสำรวจความบกพร่องทางพุทธิปัญญาในผู้สูงอายุไทย: การศึกษาระดับชาติ ปี 2551. [online]. Available from: www.prasri.go.th/upic/ie.php/5aa40c07d976449c.pdf [2020 Mar 18].
7. วรพรรณ เสนาณรงค์, เจ แอล คัมมิงส์, สหิต วรรณแสง, นิพนธ์ พงวารินทร์, ปิยนุช แจ่มจรัส, อุไรวรรณ สุจิระชาโต และคณะ. รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์โครงการภาวะสมองเสื่อมและความทุพพลภาพในผู้สูงอายุไทย. [online]. Available from: http://beyond.library.tu.ac.th/cdm/ref/collection/trf_or_th/id/11195 [2020 Mar 10].
8. Zarit SH, Zarit JM. Mental disorders in older adults: Fundamentals of Assessment and Treatment (2nd ed). New York: Guilford Press; 2007.
9. สถาบันประสาทวิทยากรมการแพทย์. แนวเวชปฏิบัติภาวะสมองเสื่อม. กรุงเทพฯ: ธนาเพรศ; 2557.
10. ปิ่นมณี สุวรรณโมลี, จิราพร เกศพิชญวัฒนา. ผลของโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดต่อความจำของผู้สูงอายุในชุมชนที่มีการรู้คิดบกพร่อง. วารสารพยาบาลตำรวจ 2557; 8(2) : 45-57.
11. Farias ST, Mungas D, Reed BR, Harvey D, DeCarli C. Progression of mild cognitive impairment to dementia in clinic vs community-based cohorts. Arch Neurol 2009; 66(9): 1151-57.
12. Alzheimer's association. Alzheimer's disease facts and figures. Alzheimer's & Dementia 2012; 8(2): 14-21.

13. คาราวรรณ ประทุมทาน, เพื่อนใจ รัตดากร, พิรยา มั่นเขตวิทย์. ผลของชุดฝึกความรู้ความเข้าใจที่บ้านและความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องด้านความรู้ความเข้าใจระดับเล็กน้อย. วารสารกิจกรรมบำบัด 2556; 18(3): 35-46.
14. วีรศักดิ์ เมืองไพศาล. การป้องกันการประเมินและการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม. กรุงเทพฯ: ภาพพิมพ์; 2556.
15. Alzheimer's Society. Mild cognitive impairment (MCI). [online]. Available from: https://www.alzheimers.org.uk/info/20007/types_of_dementia/16/mild_cognitive_impairment_mci [2020 Mar 9].
16. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorder. 5th ed. Arlington VA: American psychiatric association; 2013.
17. Rivas-Vazquez RA, Mendez C, Rey GJ, Carrazana EJ. Mild cognitive impairment: new neuropsychological and pharmacological target. Arch Clin Neuropsychol 2004; 19(1): 11-27.
18. รังสฤษฎ์ รังสรรค์. Mental health in elderly: delirium, dementia, others. [online]. Available from: <https://ergoldbook.blogspot.com/2016/12/mental-health-in-elderly-delirium.html> [2020 May 9].
19. Alzheimer's Association. Alzheimer's association report 2015 Alzheimer's disease facts and figures. Alzheimer Dement 2015; 11: 332-84.
20. Institute of Geriatric Medicine, Department of Medical Services, Ministry of Health. Care of geriatric diseases: Multidisciplinary [online]. Available from: <https://www.scribd.com/doc/113926317/multihealth> [2020 Apr 3].
21. ปิณฑิพร สิริทิพากร. คู่มือการพยาบาลการให้การดูแลและการเตรียมญาติและผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; 2558.
22. Chaiyanon NT. Brain check เกมสัปดาห์กรองและประเมินความเสี่ยงโรคสมองเสื่อม. [online]. Available from: <https://blog.goodfactory.co/brain-checkE0%B8%A1-7f76b3baa32d> [2016 May 2].
23. คณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย พ.ศ.2542. แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002). กรุงเทพฯ: สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2545.
24. Hemrungron S. The Montreal Cognitive Assessment (MoCA) Thai version. Available from: <http://www.cueid.org/content/view/2764/0> [2020 Mar 11].
25. Spector A, Thorgrimsen L, Woods B, Royan L, Davies S, Butterworth M, et al. Efficacy of an evidence-based cognitive stimulation therapy program for people with dementia: Randomized controlled trial. Br J Psychiatry 2003; 183(3), 248-54.
26. Breuil V, de Rotrou J, Forette F, Tortrat D, Ganansia-Ganem A, Frambourt A, et al. Cognitive stimulation of patients with dementia: Preliminary results. Int J Geriatr Psychiatry 1994; 9(3): 211-7.
27. พิรยา มั่นเขตวิทย์. การบำบัดรักษาทางกิจกรรมบำบัดสำหรับผู้ที่มีความบกพร่องของการรับรู้และความเข้าใจ [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2551.
28. นงนภัส พันธุ์แจ่ม. ผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพร่วมกับการบริหารสมองต่อการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2549.
29. อรพรรณ คูหา, พงงาม พงศ์ดุริย. การพัฒนาศักยภาพสมองของผู้ที่มีสมรรถภาพสมองบกพร่องในระยะต้น: รายงานการวิจัย. กรุงเทพฯ: สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ; 2555.

30. วิณา ลิมสกุล, บุรินทร์ เอี่ยมจำ, ปุณณนุช คงแสนห. การพัฒนาศักยภาพสมองของผู้ที่มีสมรรถภาพสมองบกพร่องในระยะต้น. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11 2561; 32(3): 1143-53.
31. ณัชชา แรมกึ่ง, รังสิมันต์ สุนทรไชยา, สารรัตน์ วุฒิอาภา. ผลของโปรแกรมพัฒนาศักยภาพสมองต่อการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดในผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่อง. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2561; 36(2) : 114-22.
32. สุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค, อาทิตยา สุวรรณ. ผลของโปรแกรมการกระตุ้นการรู้คิดต่อความสามารถในการรู้คิด และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันในผู้สูงอายุที่เสี่ยงหรือมีภาวะสมองเสื่อม. วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย 2559; 9(2): 145-58.
33. จารุวรรณ ก้านศรี. ศึกษาผลของโปรแกรมการฟื้นฟูการรู้คิดต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องด้านการรู้คิด [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2560.
34. จิตติมา ดวงแก้ว, ศิริพันธุ์ สาสัดย์. ผลของโปรแกรมการฝึกการรู้คิดต่อการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดของผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยในสถานสงเคราะห์คนชราภาครัฐ. วารสารพยาบาลตำรวจ 2561; 10(1): 12-20.
35. Wenisch E, Cantegreil-Kallen I, De Rotrou J, Garrigue P, Moulin F, Batouche F, et al. Cognitive stimulation intervention for elders with mild cognitive impairment compared with normal aged subjects: preliminary results. Aging Clin Exp Res 2007; 19: 316-22.
36. Flak MM, Hernes SS, Skranes J, Løhaugen GCC. The memory aid study: protocol for a randomized controlled clinical trial evaluating the effect of computer-based working memory training in elderly patients with mild cognitive impairment (MCI). Trials 2014; 15(1): 1-17.
37. Moro V, Condoleo MT, Valbusa V, Broggio E, Moretto G, Gambina G. Cognitive stimulation of executive functions in mild cognitive impairment: Specific efficacy and impact in memory. Am J Alzheimers Dis Other Dement 2015; 30(2): 153-64.
38. Gates NJ, Singh MAF, Valenzuela M. Cognitive and memory training in adults at risk of dementia: A systematic review. [online]. Available from <http://www.biomedcentral.com/1471-2318/11/55> [2020 Apr 1].
39. Sherman DS, Mauser J, Nuno M, Sherzai D. The efficacy of cognitive intervention in mild cognitive impairment (MCI): a meta-analysis of outcomes on neuropsychological measures. Neuropsychol Rev 2017; 27(4): 440-84.
40. Tulliani N, Bissett M, Bye R, Chaudhary K, Fahey P, Liu K. The efficacy of cognitive interventions on the performance of instrumental activities of daily living in individuals with mild cognitive impairment or mild dementia: protocol for a systematic review and meta-analysis. Syst Rev 2019; 8: 222.