การพัฒนาความสามารถในการประกอบกิจกรรมของผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพตามทฤษฎี Sensory Integration

อินทิรา อะตะมะ

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชางานบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2551

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

Copyright by Mahidol University

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

การพัฒนาความสามารถในการประกอบกิจกรรมของผู้ป่วยจิตเภท

โดยใช้โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพตามทฤษฎี Sensory Integration

.....

นางสาวอินทิรา อะตะมะ

ผู้วิจัย

.....

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ปิยะรัตน์ นุชผ่องใส

Ph.D.

ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

.....

รองศาสตราจารย์วิไล กุศลวิศิษฏ์กุล

วท.ม.

กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

.....

ศาสตราจารย์ นพ.บรรจง มไหสวริยะ พ.บ.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย

.....

ผู้ช่วยศาสตราจารย์พิมพา ขจรธรรม

ปช.ด.

ประธานคณะกรรมการบริหาร

หลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชางานบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ

วิทยาลัยราชสุดา

Copyright by Mahidol University

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

การพัฒนาความสามารถในการประกอบกิจกรรมของผู้ป่วยจิตเภท
โดยใช้โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพตามทฤษฎี Sensory Integration
ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชางานบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ
วันที่ 28 เมษายน พ.ศ. 2551

.....
นางสาวอินทิรา อะตะมะ
ผู้วิจัย

.....
ผู้ช่วยศาสตราจารย์วิศาล คันธารัตนกุล
Ph.D.
ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ปิยะรัตน์ นุชผ่องใส
Ph.D.
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
รองศาสตราจารย์วิไล กุศลวิศิษฏ์กุล
วท.ม.
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
ศาสตราจารย์ นพ.บรรจง มไหสวริยะ พ.บ.
คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

.....
ผู้ช่วยศาสตราจารย์พิมพา ขจรธรรม
ปช.ด.
ผู้อำนวยการ
วิทยาลัยราชสุดา มหาวิทยาลัยมหิดล

Copyright by Mahidol University

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาของผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปิยะรัตน์ นุชผ่องใส ประธานคณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์วิไล กุศลวิศิษฎ์กุล กรรมการผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำปรึกษา และเป็นกำลังใจในระหว่างการทำวิทยานิพนธ์ และขอกราบขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ นพ.วิศาล คันธารัตนกุล ที่กรุณารับเป็นประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ขอกราบขอบพระคุณอาจารย์ประจำวิทยาลัยราชสุดา มหาวิทยาลัยมหิดล และอาจารย์พี่เลี้ยงฝึกงานทุกท่านที่ให้ความรู้ในสาขางานบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ รวมถึงให้คำแนะนำ และกำลังใจในการทำวิทยานิพนธ์

ขอกราบขอบพระคุณอาจารย์อรุณี ลิ้มมณี ที่ได้ช่วยตรวจสอบภาษาอังกฤษให้

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ที่เอื้อเฟื้อข้อมูลผู้ป่วยจิตเภทในสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ และขอขอบคุณผู้ป่วยจิตเภทในสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินการทดลองเป็นอย่างดี

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่วิทยาลัยราชสุดา มหาวิทยาลัยมหิดล และเพื่อนร่วมรุ่นหลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชางานบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ปี 2546 รวมถึงเพื่อนร่วมงานในสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ทุกท่านที่ได้ให้กำลังใจ เอื้อเฟื้อ และช่วยเหลือในการทำวิทยานิพนธ์

ท้ายนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา น้องชาย รวมทั้งญาติพี่น้องทุกท่านที่ให้การสนับสนุนผู้วิจัยจนสำเร็จการศึกษา ความสำเร็จและคุณค่าที่เกิดจากการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ ผู้วิจัยขอมอบแด่บิดา มารดา และบุคคลอันเป็นที่รักของผู้วิจัยทุกท่าน

อินทิรา อะตะมะ

Copyright by Mahidol University

การพัฒนาความสามารถในการประกอบกิจกรรมของผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพตามทฤษฎี Sensory Integration (THE IMPROVEMENT IN THE OCCUPATIONAL PERFORMANCE OF SCHIZOPHRENIA PATIENT USING REHABILITATION PROGRAM BASED ON SENSORY INTEGRATION THEORY)

อินทิรา อะตะมะ 4637528 RSRS / M

ศศ.ม. (งานบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ)

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ : ปิยะรัตน์ นุชผ่องใส Ph.D., วิไล กุศลวิศิษฏ์กุล วท.ม.

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีเป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพตามทฤษฎี Sensory Integration ต่อการพัฒนาความสามารถในการประกอบกิจกรรมของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภททุกประเภทที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ณ สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ อายุตั้งแต่ 23-57 ปี ซึ่งมีคุณลักษณะตามเกณฑ์การคัดเลือก โดยใช้การจับคู่เพศ อายุ การศึกษา การจำแนกโรค และคะแนนความบกพร่องทางความสามารถในการประกอบกิจกรรม และสุ่มแบบสุ่มเชิงเดียว (Simple random sampling) เพื่อแบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบจำนวนกลุ่มละ 16 คน กลุ่มทดลองได้เข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพตามทฤษฎี Sensory Integration เป็นเวลา 4 สัปดาห์ติดต่อกัน สัปดาห์ละ 3 ครั้งๆ ละ 1 ชั่วโมง กลุ่มเปรียบเทียบได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพตามโปรแกรมของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ได้แก่ การฟื้นฟูทักษะทางสังคม และทักษะการทำงาน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพตามทฤษฎี Sensory Integration และแบบประเมิน The Comprehensive Occupational Therapy Evaluation Scale (COTE Scale) วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติพรรณนา และสถิติวิเคราะห์ ได้แก่ สถิติทดสอบ t-test

ผลการวิจัยพบว่า (1) คะแนนความบกพร่องทางความสามารถในการประกอบกิจกรรมของกลุ่มทดลองหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (2) คะแนนความบกพร่องทางความสามารถในการประกอบกิจกรรมหลังการทดลองของกลุ่มเปรียบเทียบต่ำกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (3) กลุ่มทดลองมีคะแนนความบกพร่องทางความสามารถในการประกอบกิจกรรมต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (4) กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของผลต่างคะแนนความบกพร่องทางความสามารถในการประกอบกิจกรรมมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 สรุปได้ว่าผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพตามทฤษฎี Sensory Integration มีความสามารถในการประกอบกิจกรรมมากกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพตามโปรแกรมของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

คำสำคัญ : ความสามารถในการประกอบกิจกรรม /โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพ/ผู้ป่วยจิตเภท / ทฤษฎี Sensory Integration

159 หน้า

Copyright by Mahidol University

THE IMPROVEMENT IN THE OCCUPATIONAL PERFORMANCE OF SCHIZOPHRENIA PATIENT USING REHABILITATION PROGRAM BASED ON SENSORY INTEGRATION THEORY

INTHIRA ATAMA 4637528 RSRS / M

M.A. (REHABILITATION SERVICE FOR PERSONS WITH DISABILITIES)

THESIS ADVISORS : PIYARAT NUCHPONGSAI, Ph.D.,

WILAI KUSOLVISITKUL, M.Sc.

ABSTRACT

This research is a study of the effects of the improvement in the occupational performance of schizophrenic patients using a rehabilitation program based on sensory integration theory. The sample group is schizophrenic in-patients of Galya Rajanagarindra Institute, 23 – 57 years of age. Matching and simple random methods were used based upon sex, age, education and occupational dysfunction score that consists of 2 groups. There were 16 patients in the experimental group and 16 in the comparison group. The experimental group participated in a rehabilitation program based on sensory integration theory for 4 consecutive weeks, 3 times a week, meeting for 1 hours each session. The comparison group participate in a rehabilitation program at Galya Rajanagarindra Institute including social skills and prevocational skill rehabilitation program. The research instruments are the rehabilitation program based on sensory integration theory and The Comprehensive Occupational Therapy Evaluation Scale (COTE Scale). The data were analyzed using descriptive statistics, and statistical hypothesis test.

The results were : (1) the experimental group had a lower occupational dysfunction score after participating in a rehabilitation program based on sensory integration theory, with a statistical significance of 0.01 ; (2) the comparison group had lower occupational dysfunction score after participating in a rehabilitation program of Galya Rajanagarindra Institute, with a statistical significance of 0.01 ; (3) the experimental group had lower occupational dysfunction score than the comparison group after participating in a rehabilitation program based on sensory integration theory, with a statistical significance of 0.01 ; (4) the experimental group had a the difference of pre-test and post-test score bigger than that comparison group with statistical significance 0.01. So it can be concluded that the Sensory Integration rehabilitation program could improve the occupational performance of schizophrenic patients in a greater extent than what the currently used program of Galya Rajanagarindra institute can do.

KEY WORDS: OCCUPATIONAL PERFORMANCE / REHABILITATION PROGRAM / SCHIZOPHRENIA / SENSORY INTEGRATION THEORY

159 pp.

Copyright by Mahidol University

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญตาราง	ซ
สารบัญแผนภาพ	ญ
บทที่ 1 บทนำ	
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 วัตถุประสงค์ในการวิจัย	4
1.3 สมมุติฐานของการวิจัย	4
1.4 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	4
1.5 ขอบเขตของการวิจัย	5
1.6 นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย	5
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	
2.1 โรคจิตเภท	7
2.2 ความสามารถในการประกอบกิจกรรม	18
2.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	27
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	
3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	32
3.2 แผนการทดลอง	33
3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	34
3.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล	40
3.5 การวิเคราะห์ข้อมูล	42
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	
4.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภท	43
4.2 ผลการวิเคราะห์และเปรียบเทียบคะแนนความบกพร่องทางความสามารถในการประกอบกิจกรรม	45

Copyright by Mahidol University

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	52
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาไทย	59
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาอังกฤษ	70
บรรณานุกรม	80
ภาคผนวก	
เอกสารอนุญาตเก็บข้อมูล	85
โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพตามทฤษฎี Sensory Integration	93
แบบประเมิน COTE	130
การทดสอบข้อสมมุติ	144
ผลการวิเคราะห์ข้อมูลรายข้อ	146
การจับคู่กลุ่มตัวอย่าง	158
ประวัติผู้วิจัย	159

Copyright by Mahidol University

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพตามทฤษฎี Sensory Integration	35
2	โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์	36
3	จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ จำแนกตามลักษณะส่วนบุคคล	44
4	เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความบกพร่องทางความสามารถในการประกอบกิจกรรมก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ	46
5	เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความบกพร่องทางความสามารถในการประกอบกิจกรรมก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลอง	46
6	เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความบกพร่องทางความสามารถในการประกอบกิจกรรมก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ของกลุ่มเปรียบเทียบ	47
7	เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความบกพร่องทางความสามารถในการประกอบกิจกรรมหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ	48
8	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของผลต่างคะแนนความบกพร่องทางความสามารถในการประกอบกิจกรรมก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ($\bar{d}$) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ	49

ตารางภาคผนวกที่

1	คะแนนความบกพร่องทางความสามารถในการประกอบกิจกรรม ก่อนการทดลองและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติทดสอบ Kolmogorov-Smirnov	144
2	ค่าเฉลี่ยของผลต่างคะแนนความบกพร่องทางความสามารถในการประกอบกิจกรรมก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ($\bar{d}$) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติทดสอบ Kolmogorov-Smirnov	145
3	เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความบกพร่องทางความสามารถในการประกอบกิจกรรมด้านพฤติกรรมทั่วไป หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ	146

Copyright by Mahidol University

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางภาคผนวกที่		หน้า
4	เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความบกพร่องทางความสามารถในการประกอบกิจกรรมด้านพฤติกรรมความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ	147
5	เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความบกพร่องทางความสามารถในการประกอบกิจกรรมด้านพฤติกรรมการทำงาน หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ	148
6	เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความบกพร่องทางความสามารถในการประกอบกิจกรรมด้านพฤติกรรมทั่วไป ก่อนการทดลองและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง	150
7	เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความบกพร่องทางความสามารถในการประกอบกิจกรรมด้านพฤติกรรมความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ก่อนการทดลองและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง	151
8	เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความบกพร่องทางความสามารถในการประกอบกิจกรรมด้านพฤติกรรมการทำงาน ก่อนการทดลองและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง	152
9	เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความบกพร่องทางความสามารถในการประกอบกิจกรรมด้านพฤติกรรมทั่วไป ก่อนการทดลองและหลังการทดลองของกลุ่มเปรียบเทียบ	154
10	เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความบกพร่องทางความสามารถในการประกอบกิจกรรมด้านพฤติกรรมความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ก่อนการทดลองและหลังการทดลองของกลุ่มเปรียบเทียบ	155
11	เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความบกพร่องทางความสามารถในการประกอบกิจกรรมด้านพฤติกรรมการทำงาน ก่อนการทดลองและหลังการทดลองภายในกลุ่มเปรียบเทียบ	156
12	การจับคู่กลุ่มตัวอย่าง	158

Copyright by Mahidol University

สารบัญแผนภาพ

แผนภาพที่		หน้า
1	แสดงกระบวนการทำงานของ Sensory integration	21
2	ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง	41

Copyright by Mahidol University

บทที่ 1
บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ตามกฎกระทรวงฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2537) ในพระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2534 มาตรา 4 และมาตรา 20 ได้กำหนดให้คนพิการมี 5 ประเภท ได้แก่ 1) คนพิการทางการมองเห็น 2) คนพิการทางการได้ยินหรือการสื่อความหมายหรือคนหูตึง คนหูหนวก และคนที่ไม่สามารถสื่อสารด้วยภาษาพูดได้ 3) คนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว 4) คนพิการทางสติปัญญาหรือการเรียนรู้ หรือคนปัญญาอ่อน และ 5) คนพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม โดยให้คำจำกัดความของคนพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม ว่าคือ คนที่มีความผิดปกติหรือความบกพร่องทางจิตใจหรือสมองในส่วนของการรับรู้ อารมณ์ ความคิด จนไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมที่จำเป็นในการดูแลตนเองหรืออยู่ร่วมกับผู้อื่นได้ ในทางการแพทย์นั้นเรียกคนพิการทางจิตใจว่าผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งมีนักวิชาการได้ให้ความหมายของคำว่าผู้ป่วยจิตเวชไว้หลากหลาย เช่น ลักขณา สริวัฒน์ (2544) กล่าวว่า โรคจิตเป็นความผิดปกติทางจิตซึ่งมีการสูญเสียหน้าที่การทำงานของจิตใจถึงระดับที่ทำให้สูญเสียความสามารถในการหยั่งรู้ตนเอง ความสามารถที่จะสนองความต้องการในการดำรงชีวิต ความรู้สึกนึกคิด และพฤติกรรมต่างๆ เป็นผู้ที่ไม่สามารถเผชิญกับสภาพความเป็นจริง และมีพฤติกรรมแยกตัว เช่นเดียวกับภุชงค์ เหล่ารุจิสวัสดิ์ (2551) ที่ให้ความหมายว่า โรคจิตเป็นภาวะที่สูญเสียการหยั่งรู้ตนเอง ขาดความสามารถที่จะตอบสนองความต้องการที่จำเป็นในการดำรงชีพ หรือมีความรู้สึกนึกคิด และพฤติกรรมต่างๆ ที่อยู่ในกรอบของความเป็นจริง จากความหมายดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยจิตเวชจำเป็นต้องได้รับการดูแลและรักษาในสถานพยาบาลกับผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวช เพื่อบรรเทาอาการความผิดปกติต่างๆ

ทั้งนี้นายแพทย์วชิระ เพ็งจันทร์ (2548) รองอธิบดีกรมสุขภาพจิตได้กล่าวถึงสถานการณ์ปัญหาเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวชว่ามีผู้ป่วยจิตเวชถูกทิ้งไว้ในโรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิตทั่วประเทศประมาณ 5,113 คน โดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะอยู่ในโรงพยาบาลนานเกินกว่า 2 ปี และไม่สามารถที่จะจำหน่ายออกนอกโรงพยาบาลได้ เพราะไม่มีญาติ ไม่สามารถจำภูมิลำเนาของตัวเองได้ บางคนไม่รู้ว่าญาติอยู่ที่ไหน และญาติเองก็ไม่อยากให้ผู้ป่วยรู้ เพราะเกรงจะเป็นภาระในการดูแล

Copyright by Mahidol University

ซึ่งรัฐบาลต้องให้ค่าใช้จ่ายรายหัวในการดูแลถึงปีละ 4,000 บาทต่อคน นอกจากนี้ปัญหาการไม่ใส่ใจผู้ป่วยจากญาติหลังจากจำหน่าย ทำให้เกิดปัญหาการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วย จากสถิติของกรมสุขภาพจิตพบว่าในปี 2549 มีผู้ป่วยจิตเวชกลับเป็นซ้ำภายใน 28 วัน ซึ่งต้องรับรักษาไว้ในโรงพยาบาลจิตเวชสังกัดกรมสุขภาพจิต 12 แห่ง จำนวน 1,966 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.68 โดยผู้ป่วยจิตเภทเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 68.66 สำหรับโรคจิตเภท (Schizophrenia) นั้นเป็นโรคที่พบมากในทางจิตเวช ความชุกของโรคนี้มีประมาณร้อยละ 0.5 – 1.0 ของประชากรทั่วไปโดยจากผลการสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิต ปี 2546 (กรมสุขภาพจิต, 2550) พบว่าความชุกของโรคจิตเภทเท่ากับร้อยละ 0.59 ของประชากรไทย และมีลักษณะการดำเนินของโรคที่รุนแรง เรื้อรัง และมีโอกาสกลับมาเป็นซ้ำสูงถึงร้อยละ 70 ดังนั้นการช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถดูแลตนเองได้ ไม่เป็นภาระต่อครอบครัวและสังคมจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง เพราะหากผู้ป่วยเหล่านี้ได้เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพจะทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถเพียงพอในการดูแลตนเอง ลดการพึ่งพิง และสามารถกลับไปดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้ใกล้เคียงปกติ

การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภท มีจุดมุ่งหมายเพื่อลดความด้อยสมรรถภาพและความพิการที่หลงเหลือจากการเจ็บป่วยทางจิต ทำให้ผู้ป่วยมีสุขภาพจิตที่ดีและสามารถกลับสู่สภาพปกติหรือใกล้เคียงปกติได้มากที่สุดตามศักยภาพ นอกจากนั้นยังช่วยให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้ โดยหลักการฟื้นฟูสมรรถภาพนั้นมีการพิจารณาทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และสิ่งแวดล้อม ภายใต้การทำงานเป็นทีมแบบสหวิชาชีพ และการติดต่อประสานความร่วมมือกับครอบครัว ชุมชน และองค์กรที่เกี่ยวข้อง (กรมสุขภาพจิต, 2541) ซึ่งกิจกรรมบำบัด (Occupational Therapy) เป็นวิชาชีพหนึ่งที่เกี่ยวข้องในงานฟื้นฟูสมรรถภาพ นักกิจกรรมบำบัดจะใช้กิจกรรมที่มีจุดมุ่งหมายที่ผ่านการวิเคราะห์หรือสังเคราะห์แล้วเป็นเครื่องมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพความสามารถในการประกอบกิจกรรม (Occupational Performance) เช่น ความรู้ ความจำ ความคิด การตัดสินใจ ไปจนถึงการกระทำที่แสดงออกมาให้เห็นได้ภายนอก เนื่องจากนักกิจกรรมบำบัดมองผลกระทบของความเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทว่า ผู้ป่วยจิตเภทมักมีความยากลำบากในการทำกิจกรรมต่างๆ เนื่องจากมีปัญหาในการตัดสินใจ มีความสับสน ไม่มีความเป็นระบบในความคิดและพฤติกรรม มีพฤติกรรมถดถอยเหมือนเด็ก ชอบพึ่งพา เรียกร้องขาดความอดกลั้น มีท่าทีไม่เป็นมิตร ดื้อก้าวร้าว แยกตนเองจากสังคมและความเป็นจริง หมกมุ่นอยู่กับความคิดของตนเอง อารมณ์ราบเรียบไม่ยินดียินร้าย ไม่สนใจผู้อื่นและสิ่งแวดล้อมหรือแสดงอารมณ์ไม่เหมาะสมกับเหตุการณ์ และ Kimg L.J. (1974, อ้างใน Mocallion, 1990) อธิบายว่าท่าทางการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยจิตเภทนั้นมักอยู่ในท่า S-shape กล่าวคือ ลักษณะการเดินกระย่องกระแย่ง ลากเท้า แขนขาส่วนบนและล่างอยู่

Copyright by Mahidol University

ในท่างอบิดหมุนเข้าด้านใน นอกจากนี้ผู้ป่วยอาจมีความบกพร่องของการรับรู้กล้ามเนื้อ เอ็นและข้อต่อ หรือระบบการทรงตัวและการเคลื่อนไหว ซึ่งจะลดความสามารถในการผสมผสานข้อมูลทางการรับความรู้สึกอื่นๆ ผู้ป่วยจิตเภทมักเบี่ยงเบนความสนใจง่ายและยากที่จะรับข้อมูลทางการรับความรู้สึกอย่างมีความหมาย เช่น ไม่สามารถจัดกลุ่มวัตถุ หรืออธิบายในรูปธรรมได้ ซึ่งอริสสา พงษ์ศักดิ์ศรี (2539) กล่าวว่าวิธีการผสมผสานการรับความรู้สึก (Sensory Integration) โดยการเพิ่มระดับความตื่นตัวของระบบการทรงตัวและการเคลื่อนไหว (vestibular system) ระบบการรับรู้กล้ามเนื้อ เอ็นและข้อต่อ (proprioceptive system) และระบบการรับสัมผัส (tactile system) ผ่านกิจกรรมที่สนุกสนาน จะช่วยพัฒนาระบบความคิดและพฤติกรรม กระตุ้นความสนใจ การปรับตัวเข้าสังคม ทำให้ผู้ป่วยสามารถประกอบกิจกรรมตามปกติในชีวิตประจำวันได้ และยังสามารถเพิ่มการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม นอกจากนี้วิธีการแบบ Sensory Integration สามารถนำไปใช้พัฒนาความสามารถทางสติปัญญาในผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อม (Dementia) ด้านการรับรู้ความเป็นจริง การปฏิบัติตามกฎ และด้านภาษา ในหน่วยดูแลผู้ป่วยเฉียบพลัน โดยการใช้กลิ่นลาเวนเดอร์เพื่อกระตุ้นการรับสัมผัสทางการดมกลิ่น การวางผ้าห่มบนตักเพื่อกระตุ้นการรับการสัมผัส การอบอุ่นร่างกายเพื่อกระตุ้นการทรงตัวและการรับความรู้สึกของข้อ (Wiodyka และ College, 2001) ทั้งนี้ เพื่อนใจ รัตตากร (2539) ได้กล่าวว่าการใช้กิจกรรมกลุ่มตามหลัก Sensory Integration จะช่วยกระตุ้นการปรับตัวของจิตสรีระเพื่อให้สามารถตอบสนอง หรือรับรู้สิ่งเร้าที่มีผลกระทบต่อร่างกายได้อย่างมีระเบียบแบบแผน ทำให้สามารถปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สำหรับในสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์นั้น นักกิจกรรมบำบัดได้นำแนวคิด Sensory Integration มาพัฒนาผู้ป่วยจิตเภท โดยการเลือกกิจกรรมที่สอดคล้องกับความบกพร่องของผู้ป่วยเท่านั้น ไม่ได้นำหลักการดำเนินกิจกรรมกลุ่มมาใช้ ซึ่งจากการศึกษาของ Miller และคณะ (2007) พบว่า ผู้ป่วยเด็กซึ่งมีภาวะ Sensory Modulation Disorder (SMDs) ที่เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มตามหลักการ Sensory Integration มีความสนใจ (attention) และสติปัญญาหรือสังคม (Cognitive / Social) ดีขึ้นกว่ากลุ่มที่ได้รับกิจกรรมพัฒนาตามปกติ เช่นงานศิลปะ งานฝีมือ การต่อบล็อคไม้ และเกมสร้างปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และจากประสบการณ์การทำงานของผู้วิจัยที่ผ่านมาพบว่าการกระตุ้นผู้ป่วยเฉพาะด้านที่บกพร่องต้องใช้เวลาในการทำกิจกรรมต่อเนื่องหลายครั้งจึงจะพัฒนาทำให้ต้องใช้เวลาในการฟื้นฟูสมรรถภาพในโรงพยาบาลนานกว่าจะสามารถพัฒนาความสามารถในการประกอบกิจกรรมของผู้ป่วย ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพซึ่งใช้กิจกรรมกลุ่มและขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมตามแนวทาง Sensory Integration โดยคาดหวังว่าจะสามารถพัฒนาความสามารถในการประกอบกิจกรรมของผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพมากกว่ากิจกรรมปกติของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

Copyright by Mahidol University

1.2 วัตถุประสงค์ในการวิจัย

เพื่อศึกษาความสามารถในการประกอบกิจกรรม (Occupational Performance) ของผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพตามทฤษฎี Sensory Integration ดังนี้

1.2.1 ความสามารถในการประกอบกิจกรรม (Occupational Performance) ของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพตามทฤษฎี Sensory Integration

1.2.2 ความสามารถในการประกอบกิจกรรม (Occupational Performance) ของผู้ป่วยจิตเภท ที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมและกลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม

1.3 สมมุติฐานในการวิจัย

1.3.1 ผู้ป่วยกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพตามทฤษฎี Sensory Integration มีคะแนนความบกพร่องทางความสามารถในการประกอบกิจกรรม (Occupational dysfunction score) หลังการทดลองต่ำกว่าก่อนทดลอง

1.3.2 ผู้ป่วยกลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพตามทฤษฎี Sensory Integration คะแนนความบกพร่องทางความสามารถในการประกอบกิจกรรม (Occupational dysfunction score) หลังการทดลองต่ำกว่าก่อนทดลอง

1.3.3 ผู้ป่วยกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพตามทฤษฎี Sensory Integration มีคะแนนความบกพร่องทางความสามารถในการประกอบกิจกรรม (Occupational dysfunction score) หลังการทดลองต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพตามทฤษฎี Sensory Integration

1.3.4 ผู้ป่วยกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพตามทฤษฎี Sensory Integration มีค่าเฉลี่ยของผลต่างคะแนนความบกพร่องทางความสามารถในการประกอบกิจกรรม (Occupational dysfunction score) ก่อนการทดลองและหลังการทดลองมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพตามทฤษฎี Sensory Integration

1.4 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1.4.1 ได้แนวทางสำหรับจัดโปรแกรมพัฒนาความสามารถในการประกอบกิจกรรม (Occupational Performance) ของผู้ป่วยจิตเภท

1.4.2 ได้แนวทางในการพัฒนารูปแบบการจัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาความสามารถด้านอื่นของผู้ป่วยจิตเภท

Copyright by Mahidol University

1.5 ขอบเขตของการวิจัย

ประชากรที่ศึกษาในการวิจัยครั้งนี้เป็นผู้ป่วยจิตเภททุกประเภทที่เข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน ณ สถาบันกัลยาราชนครินทร์ ตั้งแต่ เดือนมกราคม ถึง มีนาคม 2551 โดยมีอายุ 15 – 60 ปี สามารถพูดสื่อสารได้ ไม่มีภาวะปัญญาอ่อนหรือใช้สารเสพติด ไม่อยู่ระหว่างรับการรักษาด้วยไฟฟ้า ไม่พิการซ้ำซ้อน ไม่มีอาการที่เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น และไม่อยู่ในภาวะที่สับสนวุ่นวายจนเกินไป

1.6 นิยามศัพท์ที่ใช้ในงานวิจัย

1.6.1 ผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง ผู้ป่วยทางจิตที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตาม ICD-10 ว่าเป็นโรคจิตเภท และได้รับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน ณ สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ เป็นเวลาไม่น้อยกว่า 2 สัปดาห์

1.6.2 โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพ หมายถึง กิจกรรมเพื่อการพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยจิตเภท ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ตามทฤษฎี sensory integration ของ ดร. เอ จีน แอร์ (A. jean Ayres)

1.6.3 ความสามารถในการประกอบกิจกรรม (Occupational Performance) หมายถึงการกระทำของบุคคลที่แสดงออกทางพฤติกรรมที่สังเกตได้แบ่งเป็น 3 องค์ประกอบ ดังนี้

1) องค์ประกอบด้านพฤติกรรมทั่วไป (General Behavior) หมายถึง พฤติกรรมของบุคคลที่สามารถสังเกตเห็นได้ ได้แก่ ลักษณะภายนอก (appearance) พฤติกรรมที่ไร้จุดหมาย (non-productive behavior) ระดับการกระทำ (activity level) การแสดงความรู้สึก (expression) ความรับผิดชอบ (responsibility) ความตรงต่อเวลาหรือความใส่ใจ (attendance / punctuality) การรับรู้ความเป็นจริง (reality orientation) ความคิดรวบยอด (conceptualization) โดยสังเกตในทุกสถานการณ์ ทั้งสถานการณ์ที่ถูกกำหนดหรือสร้างเงื่อนไขไว้ และสถานการณ์ที่ไม่กำหนดหรือไม่มีเงื่อนไข

2) องค์ประกอบพฤติกรรมความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal Behavior) หมายถึง พฤติกรรมระหว่างบุคคลที่เกิดขึ้นในกลุ่ม ได้แก่ ความเป็นอิสระ (independence) ความร่วมมือ (cooperation) การรักษาสิทธิ (self assertion) การเข้าสังคม (sociability) การเรียกร้องความสนใจ (attention getting behavior) การไม่เป็นที่ยอมรับของผู้อื่น (negative response from others) โดยสังเกต ทั้งในสถานการณ์ที่ถูกกำหนดหรือสร้างเงื่อนไขไว้ และสถานการณ์ที่ไม่กำหนดหรือไม่มีเงื่อนไข

3) องค์ประกอบพฤติกรรมการทำงาน (Task Behavior) หมายถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการใช้ชีวิตประจำวันของผู้ป่วย เช่น กิจกรรมการดูแลรักษา

Copyright by Mahidol University

ตนเอง กิจกรรมเกี่ยวกับการทำงาน การประกอบอาชีพ หรือกิจกรรมยามว่าง โดยสังเกตการร่วมกิจกรรม (engagement) สมาธิหรือความตั้งใจ (concentration and attention span) สหสัมพันธ์ (coordination) การทำงานตามขั้นตอน (follow direction) ความละเอียดเรียบร้อยในการทำงาน (activity neatness or attention to detail) การแก้ปัญหา (problem solving) การจัดระเบียบงานที่มีความซับซ้อน (complexity and organization of tasks) การเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ (initial learning) ความสนใจในงานหรือกิจกรรม (interest in activity) ความสนใจในผลสำเร็จของงาน (interest in accomplishment) การตัดสินใจ (decision making) และการอดทนต่อความคับข้องใจ (frustration tolerance)

Copyright by Mahidol University

บทที่ 2
วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาความสามารถในการประกอบกิจกรรมของผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพที่พัฒนาจากทฤษฎี Sensory Integration ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้าเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นแนวทางในการศึกษา สรุปสาระสำคัญได้ ดังนี้

2.1 โรคจิตเภท (Schizophrenia)

คำว่า Schizophrenia เป็นคำที่มาจากภาษากรีกว่า skhizo หมายถึงการแยกออก (split) และ phren หมายถึงจิตใจ (mind) เมื่อมารวมกันเป็นคำว่า Schizophrenia จึงหมายถึงบุคคลที่มีจิตใจแตกแยก ในทางวิชาจิตเวชศาสตร์โรคจิตเภท (Schizophrenia) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการของความผิดปกติทางอารมณ์ การรับรู้ กระบวนความคิด พฤติกรรมและบุคลิกภาพโดยรวม ซึ่งความผิดปกติทางอารมณ์แสดงออกโดยผู้ป่วยแสดงอารมณ์ตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมไม่สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริง ความผิดปกติทางการรับรู้แสดงออกโดยผู้ป่วยรับรู้สิ่งต่างๆ ที่ไม่มีจริง เช่น ได้ยินเสียงโดยไม่มีเสียงจริงๆ ความผิดปกติของกระบวนการคิดแสดงออก โดยผู้ป่วยมีความคิดไม่เป็นที่ยอมรับของสังคมทั่วไป เช่น ความคิดหลงผิด ส่วนทางด้านพฤติกรรมและบุคลิกภาพพบว่ามีพฤติกรรมแยกตัว พฤติกรรมถดถอย และพฤติกรรมแปลกๆ (อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543)

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคทางจิตเวชชนิดหนึ่งที่พบบ่อยที่สุดในช่วงอายุ 15-54 ปี โดยมีความชุก 2.5-5.3 คน ต่อประชากร 1000 คน ส่วนใหญ่เริ่มมีอาการช่วงวัยรุ่นหรือผู้ใหญ่ตอนต้น การตรวจทางกายที่พบคือ ผู้ป่วยอาจมีรูปร่างผิดส่วนและมี neurological soft signs เช่น มีความสับสนเกี่ยวกับการถนัดซ้ายและขวา หรือการประสานงานของกล้ามเนื้อไม่ดี ความผิดปกติทางสรีรวิทยาของระบบประสาท เช่น ปฏิกิริยาการตอบสนองช้า หรือมีความผิดปกติของการทรงตัว ผลการประเมินทางจิตวิทยาที่มักพบ คือ การขาดสมาธิ และไม่สามารถใช้ความคิดแบบนามธรรม นอกจากนี้ยังมักมีอาการข้างเคียงอันเป็นผลมาจากยารักษาโรคจิต เช่น parkinsonism และ dystonia อีกด้วย (สมภพ เรืองตระกูล, 2545)

Copyright by Mahidol University

2.1.1 สาเหตุ

ปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัดของโรคจิตเภท แต่เชื่อว่าเป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากหลายๆ สาเหตุ ซึ่งมาโนช หล่อตระกูล (2548) ได้รวบรวมไว้ ดังนี้

1) ปัจจัยทางด้านชีวภาพ ได้แก่

1.1) พันธุกรรม จากการศึกษาพบว่าญาติของผู้ป่วยมีโอกาสเป็นโรคจิตเภทสูงกว่าประชากรทั่วไป ยิ่งมีความใกล้ชิดทางสายเลือดมากยิ่งมีโอกาสเป็นสูง การศึกษาเพื่อหายีนที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคยังไม่พบตำแหน่งยีนที่ผิดปกติชัดเจน แต่เชื่อว่าโรคนี้เกิดจากความผิดปกติของยีนหลายแห่งรวมกัน จากการศึกษาพบว่าคู่แฝดที่เกิดไข่ใบเดียว ถ้าอีกคนหนึ่งเป็นโรค อีกคนจะมีโอกาสเป็นด้วยร้อยละ 50 ในขณะที่คู่แฝดซึ่งเกิดจากไข่คนละใบ มีโอกาสเป็นโรคด้วยร้อยละ 8 - 12

1.2) ระบบสารเคมีในสมอง สมมุติฐานเดิมที่ยังคงเป็นที่ยอมรับกันในปัจจุบันคือ สมมุติฐานโดปามีน (dopamine hypothesis) ซึ่งเชื่อว่าโรคนี้เกิดจาก dopaminergic hyperactivity โดยเฉพาะในบริเวณ mesolimbic และ mesocortical tract ทั้งนี้อาจเป็นความผิดปกติของ post-synaptic receptor เนื่องจากพบว่ายารักษาโรคจิตนั้นออกฤทธิ์โดยการปิดกั้น dopamine receptor type 2 (D2 antagonist) สารนำสื่อประสาทอีกชนิดหนึ่งที่สนใจกันคือ serotonin โดยพบว่าการทำงานของ serotonin-2 (5-HT2A) receptor ใน frontal cortex ของผู้ป่วยจิตเภทมีการทำงานลดลง การศึกษาในระยะหลังพบว่า N-methyl-D-aspartic acid (NMDA) receptor ซึ่งเป็น receptor ของ glutamate มีส่วนเกี่ยวข้องในการเกิดโรคนี้ โดยจากการทดลองพบว่าหาก NMDA receptor ถูกยับยั้ง จะทำให้ glutamatergic neurotransmission ที่ receptor complex นี้ ลดลง ผู้ป่วยจะเกิดอาการโรคจิตเหมือนที่พบในโรคจิตเภท รวมทั้งยังพบอาการด้านลบ และ cognitive dysfunction ด้วย

1.3) ความผิดปกติในส่วนอื่นๆ ของสมอง ผู้ป่วยโรคจิตเภทจำนวนหนึ่งมีความผิดปกติด้านกายวิภาคของสมอง เช่น มี ventricle โตกว่าปกติ ปริมาณเนื้อสมองน้อยกว่าปกติ โดยเฉพาะในส่วนของ cortical gray matter นอกจากนั้นยังพบว่า cerebral blood flow และ glucose metabolism ของผู้ป่วยโรคจิตเภทลดลงในบริเวณ frontal lobe และเชื่อว่าอาการด้านลบและอาการด้าน cognitive มีความสัมพันธ์กับ prefrontal lobe dysfunction

2) ปัจจัยทางด้านครอบครัวและสังคม ปัจจัยด้านครอบครัวและสังคมถือเป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดความผิดปกติทางจิตใจเร็วขึ้น ทั้งนี้เกิดจาก

2.1) สภาพครอบครัวที่มีการใช้อารมณ์ต่อกันสูง (high expressed-emotion ; EE) มีผลต่อการกำเริบของโรค ได้แก่ การตำหนิวิพากษ์วิจารณ์ มีท่าทีไม่เป็นมิตร หรือจู้จี้ยุ่งกับผู้ป่วยมากเกินไป

Copyright by Mahidol University

2.2) ผู้ป่วยโรคจิตเภทมักพบมากในสังคมที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ ซึ่งมีสมมุติฐานว่าการที่มีผู้ป่วยมีอาการกำเริบของโรคจิตเป็นประจำ ทำให้การดำรงชีพไม่สามารถคงอยู่ได้ในสถานภาพเดิม หรือการที่สภาพสังคมบีบคั้นทำให้คนเป็นโรคจิตเภทมากขึ้น

จะเห็นได้ว่าสาเหตุการเกิดความเจ็บป่วยทางจิตเวช หรือโรคจิตมีหลายปัจจัย แต่ในปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัดเกี่ยวกับโรคจิตเภท แต่เชื่อว่าเป็นกลุ่มอาการจากหลายๆ สาเหตุ แนวคิดที่ยอมรับในปัจจุบันคือ stress-diathesis model ซึ่งเชื่อว่าผู้ป่วยนั้นมีแนวโน้มหรือจุดอ่อนบางอย่างอยู่แล้ว เมื่อพบกับสภาพกดดันบางประการทำให้เกิดอาการของโรคจิตเภทขึ้นมา ซึ่งสภาพกดดันนี้อาจเป็นปัจจัยด้านชีวภาพ จิตสังคม หรือหลายปัจจัยร่วมกัน

2.1.2 ประเภท

การจำแนกโรคทางจิตเวชนั้น มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้การสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ในแง่ของความผิดปกติทางจิตเวชทำได้สะดวกขึ้น มีความเข้าใจตรงกัน นอกจากนั้นยังมีประโยชน์ในด้านการศึกษาและการวิจัย โดยทำให้สามารถศึกษาความผิดปกติของโรคจิตแต่ละชนิด ทราบถึงการดำเนินโรค และทำให้มีการพัฒนาแนวทางในการรักษาที่เหมาะสมได้มากขึ้น (มาโนช หล่อตระกูล, 2548) ระบบการจำแนกโรคที่นิยมใช้กันมากในปัจจุบันมีอยู่ 2 ระบบ ได้แก่

1) ระบบการจำแนกโรคที่พัฒนาโดยสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (American Psychiatric Association) โดยจัดทำเป็นคู่มือจำแนกโรคเรียกว่า Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) ซึ่งได้ปรับปรุงครั้งที่ 4 เมื่อ ค.ศ. 1994 และใช้มาจนถึงปัจจุบัน เรียกย่อๆ ว่า DSM-IV

2) ระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (WHO) โดยจัดทำเป็นบัญชีแยกโรคระหว่างประเทศ เรียกว่า International Classification of Diseases and Related Health Problems : ICD ซึ่งได้ปรับปรุงครั้งที่ 10 เมื่อ ค.ศ. 1992 และใช้มาจนถึงปัจจุบัน เรียกย่อๆ ว่า ICD-10

เนื่องจากสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ใช้ระบบการจำแนกโรคผู้ป่วยตามระบบขององค์การอนามัยโลก ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้จึงจำแนกโรคจิตเภทตาม ICD-10 ซึ่งแบ่งออกเป็น 9 ประเภทตามรหัส ดังนี้

1. จิตเภทแบบระแวง (Paranoid schizophrenia / F20.0) เป็นประเภทที่พบมากที่สุดในทุกแห่งทั่วโลก อาการที่ปรากฏให้เห็นค่อนข้างจะเป็นลักษณะเดียวกัน คือหวาดระแวง มีความคิดหลงผิด และตามด้วยอาการการรับรู้ผิดที่เราเรียกว่าประสาทหลอน อาการที่พบบ่อยคือประสาทหลอนทางหู และประสาทหลอนทางตา นอกจากนี้แล้วยังพบอาการอาการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์

Copyright by Mahidol University

แรงจูงใจ การพูด และบางครั้งอาจจะพบอาการเกร็งของกล้ามเนื้อร่วมกับอาการตื่นเต้นอยู่ไม่นิ่งด้วย

2. *จิตเภทแบบเริ่มเกิดในวัยรุ่น (Hebephrenic schizophrenia / F20.1)* มีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์เป็นอาการเด่น มีหลงผิดและประสาทหลอนเป็นลักษณะเปลี่ยนแปลงไปมาอย่างรวดเร็ว โดยพฤติกรรมจะเป็นแบบไม่รับผิดชอบและไม่อาจคาดการณ์ได้ มีแนวโน้มแยกตัวจากสังคม มักจะเริ่มเป็นระหว่างอายุ 15 - 25 ปี และเมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคนี้แล้ว อาการของโรคมักจะดำเนินอย่างรวดเร็ว และรักษาให้หายยาก นอกจากนี้อาจจะพบว่ามีอาการแสดงออกที่มีลักษณะเฉพาะตัวคืออารมณ์ราบเรียบไม่เหมาะสมที่แสดงออกให้เห็นด้วยพฤติกรรมบางลักษณะ เช่น การหัวเราะที่บ่งบอกถึงความพอใจ นอกจากนี้ยังพบได้ว่าบุคคลที่อยู่ในกลุ่มการวินิจฉัยโรคนี้มักจะบ่นเกี่ยวกับอาการเจ็บทางกายหลายอย่าง (Hypochondriacal complaints)

3. *จิตเภทแบบนิ่งเกร็ง (Catatonic schizophrenia / F20.2)* มีความผิดปกติทาง psychomotor เป็นอาการเด่น เป็นกลุ่มที่มีความผิดปกติเด่นด้านการเคลื่อนไหว ได้แก่ มึนงง (stupor) ไม่เคลื่อนไหว (negativism) แข็งทื่อ (rigidity) กระตุ้นตัวเอง (excitement) หรือทรงอยู่กับที่ (posturing) ลักษณะเด่นของผู้ป่วยประเภทนี้ คือ ความแปรปรวนด้านการเคลื่อนไหว ซึ่งอาจจะพบได้สองรูปแบบที่มีลักษณะตรงกันข้ามอย่างสิ้นเชิง คือมีอาการเคลื่อนไหวมากในบางเวลาและไม่เคลื่อนไหวในเวลาต่อมา หรืออีกลักษณะหนึ่งคือปฏิบัติตามอย่างอัตโนมัติโดยไม่ต่อต้านเลยในบางครั้ง (automatic obedience) และปฏิบัติในสิ่งตรงกันข้ามในเวลาต่อมา (negativism) บางครั้งอาจพบว่ามีอาการอยู่ในท่าใดท่าหนึ่งเป็นเวลานาน อาจมีอาการตื่นเต้นและมีพฤติกรรมรุนแรงได้เช่นกัน โดยผู้ป่วยประเภทนี้พบได้มากในประเทศที่ไม่ใช่ประเทศอุตสาหกรรม

4. *จิตเภทแบบแบ่งแยกไม่ชัดเจน (Undifferentiated schizophrenia / F20.3)* ได้แก่ ผู้ที่มีการแสดงออกหลายอย่างเข้าข่ายลักษณะผู้ป่วยจิตเภท แต่อาการที่แสดงออกให้เห็นไม่เข้าข่ายจิตเภทประเภทต่างๆ ที่ได้กล่าวมาแล้ว และแยกไม่ได้ว่ามีลักษณะเด่นอะไรที่จะนำมาจำแนกเป็นโรคจิตเภทอีกประเภทหนึ่งได้

5. *อารมณ์เศร้าหลังโรคจิตเภท (Post-schizophrenia depression / F20.4)* ภาวะซึมเศร้าที่เกิดหลังจากป่วยเจ็บด้วยโรคจิตเภท ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าร่วมไปกับอาการของโรคจิตเภท อาการทางจิตที่ยังหลงเหลืออยู่อาจจะเป็นอาการด้าน “positive” หรือ “negative” ก็ได้ แต่ส่วนใหญ่มักเป็นอาการด้าน “negative” คือ มีความซึมเศร้าร่วมกับภาวะแยกตัวไม่สังคม ไร้ความสุข

6. *จิตเภทที่ยังมีอาการหลงเหลืออยู่ (Residual schizophrenia / F20.5)* เป็นระยะเรื้อรังของการป่วยเป็น schizophrenia อาการส่วนใหญ่เป็น negative symptoms, chronic undifferentiated schizophrenia คือ มีการเคลื่อนไหวทางกายช้า คิดช้า ทำช้า ไม่สังคม การดูแลตนเองไม่ดี

Copyright by Mahidol University

ความจำไม่เสีย ผู้ป่วยเคยมีอาการกำเริบชัดเจนอย่างน้อย 1 ครั้ง ในขณะที่ประเมินไม่พบอาการด้านบวก หรืออาจมีแต่ไม่ใช่อาการเด่น ลักษณะอาการหลงเหลืออยู่ส่วนใหญ่เป็นอาการด้านลบ ผู้ป่วยกลุ่มนี้อาจเรียกอีกอย่างว่าเป็นกลุ่ม in partial remission

7. *จิตเภทแบบธรรมดา (Simple schizophrenia / F20.6)* มีพฤติกรรมแปลกประหลาดซึ่งเกิดขึ้นอย่างช้าๆ แต่เป็นมากขึ้นเรื่อยๆ จนไม่สามารถเข้าสังคมได้ พฤติกรรมเสื่อมถอย อาการหลงผิดและประสาทหลอนไม่ปรากฏให้เห็น ไม่มีอาการ psychotic อย่างเด่นชัด

8. จิตเภทอื่น ๆ (Other schizophrenia / F20.8) คือมีอาการที่ไม่เข้าเกณฑ์ของโรคจิตเภทประเภทใดประเภทหนึ่งที่ได้กล่าวมาแล้วในข้างต้น

9. จิตเภทมิได้ระบุรายละเอียด (Schizophrenia, unspecified / F20.9) คือโรคจิตเภทที่ไม่สามารถจำแนกได้

2.1.3 อาการของโรคจิตเภท

วรวุฒิ เจริญศิริ (2550) แบ่งอาการของโรคจิตเภทออกเป็น 4 กลุ่มใหญ่ คือ

1) กลุ่มอาการด้านบวก

เป็นอาการที่มักพบในระยะอาการกำเริบ และเป็นลักษณะที่โดยทั่วไปจะมองออกว่าผู้ป่วยผิดปกติไป อาการที่พบบ่อยได้แก่ อาการหลงผิดและประสาทหลอน ในบางคนอาจพบมีลักษณะพูดจาไม่รู้เรื่องบ้าง ได้แก่

1.1) อาการหลงผิด เป็นการที่มีความเชื่อที่ไม่ตรงกับความเป็นจริง โดยความเชื่อนี้จะฝังแน่น ไม่เปลี่ยนแปลง แม้ว่าจะมีข้อมูลหลักฐานอื่นๆ มาหักล้างมากมายเท่าใดก็ตาม อาการหลงผิดเป็นอาการเด่นของโรคจิตเภทโดยเฉพาะในระยะโรคกำเริบ ซึ่งมีเนื้อหาหลากหลายตามแต่ประสบการณ์ของคนๆ นั้น อาการหลงผิดที่มักพบเฉพาะในโรคจิตเภท คือ ก) คิดว่าคนถกเถียงหรือออกความคิดเห็นกัน โดยพูดถึงเรื่องของตนเอง พูดวิจารณ์การกระทำหรือกิจกรรมต่างๆ ของตนเอง ได้ยินเสียงดังขึ้นมาพร้อมๆ กันกับที่ตนเองคิด เนื้อหาใจความเหมือนกับที่ตนคิดทุกอย่าง ข) รู้สึกว่าความคิดของตนเองแผ่กระจายออกไปภายนอก จนคนอื่นๆ รอบข้างทราบกันหมดว่าตนเองคิดอะไรอยู่ ค) มีการรับรู้เป็นปกติ แต่กลับโยงเอาสิ่งที่รับรู้มาเข้ากับความหลงผิดของตนเองที่เกิดขึ้นมาในขณะเกิดเหตุการณ์นั้นทั้งที่ไม่เกี่ยวเนื่องกัน เช่น มองเห็นตำรวจโบกมือให้รถไป เกิดเชื่อขึ้นมาว่าตำรวจโบกมือเพื่อบอกว่าสามีจะต้องจากตนเองไปเร็วๆ นี้ ง) รู้สึกว่ามีการเปลี่ยนแปลงในร่างกายของตนเอง ร่วมไปกับเชื่อว่าความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับร่างกายของตนเองเป็นมาจากการกระทำของบุคคลหรืออำนาจภายนอก จ) รู้สึกว่าจู่ๆ ความคิดเกิดหายไปกะทันหันจากการที่มีบุคคลหรืออำนาจภายนอกมาดึงความคิดออกไป ฉ) รู้สึกว่าความคิดที่มีนั้นไม่ใช่ความคิดของตนเอง หากแต่เป็นจาก

Copyright by Mahidol University

บุคคลหรืออำนาจภายนอกสอดแทรกความคิดนั้นเข้าสู่ตนเอง ช) มีความเชื่อว่าอารมณ์ความรู้สึก แรงผลักดัน หรือการกระทำที่มีในขณะนั้นมิใช่ของตนเอง หากเป็นจากอำนาจภายนอกมาควบคุม บังคับให้เป็นเช่นนั้น ตนเองเป็นเหมือนหุ่นยนต์ที่คอยทำตามการควบคุม ซ) มีความเชื่อว่าตนเองมี กระแสจิต กล่าวคือสามารถรับรู้และสื่อสารติดต่อกับคนอื่นหรือเทพทางกระแสจิตโดยที่ไม่ได้ยินเป็น เสียง โดยมากเนื้อหาของกระแสจิตนี้จะเป็นเรื่องกลางๆ มากกว่าที่จะเป็นการข่มขู่ ดุด่า

1.2) อาการประสาทหลอน เป็นการรับรู้สิ่งต่างๆ ตามประสาทรับรู้ของคนเรา ได้แก่ รูป รส กลิ่น เสียง สัมผัส โดยที่ไม่มีสิ่งนั้น ๆ ลักษณะเช่นนี้มักพบในระยะโรคกำเริบ เมื่อโรคทุเลาลง อาการนี้จะห่างไป หรือถึงจะมีบ้างก็ไม่ได้มีอิทธิพลต่อตนเองมากเหมือนกับในระยะโรคกำเริบ อาการประสาทหลอนที่มักพบเฉพาะในโรคจิตเภท คือ ก) หูแว่ว เป็นประสาทหลอนชนิดที่พบบ่อย ที่สุดในโรคนี้ โดยพบได้ถึงร้อยละ 60-70 ลักษณะที่พบ ได้แก่ เสียงคนพูดกับตนเอง ดุว่า ข่มขู่ สั่งให้ทำตาม หรืออาจเป็นเสียงคนพูดคุยกันเรื่องของตัวเขาทั้งในด้านดีและไม่ดี โดยทั่วไปเสียงที่ ได้ยินจะเป็นในด้านไม่ดี ทำให้รู้สึกเครียด ทรมาน เสียงที่ได้ยินมักเป็นช่วงๆ ในบางคนอาจได้ยิน ทั้งวัน ช่วงแรกที่ได้ยินจะแยกไม่ออกว่าคือเสียงแว่ว เพราะตามการรับรู้แล้วจะได้ยินเป็นเสียงจริงๆ เหมือนกับเสียงของคนอื่นๆ นอกจากนี้ระบบการคิดอย่างเป็นเหตุเป็นผลสูญเสียไป ทำให้ไม่สามารถ วิเคราะห์ได้ว่าไม่น่าจะใช่เรื่องจริง เสียงที่ได้ยินซึ่งพบได้บ่อย คือเสียงคน นอกจากนี้อาจเป็นเสียงอื่นๆ เช่น เสียงระฆัง เสียงนาฬิกา เสียงคนเคาะโต๊ะ ซึ่งพบได้ไม่บ่อยนัก ข) ภาพหลอน พบได้ประมาณ ร้อยละ10 โดยผู้ป่วยจะเห็นภาพคนมาพูดคุยด้วย ซึ่งอาจมีลักษณะรูปร่างเหมือนคนปกติหรือมี ลักษณะแปลก เป็นเทพต่างๆ ส่วนใหญ่จะเห็นภาพพร้อมกับได้ยินเสียง ส่วนผู้ที่มีแต่ภาพหลอน อย่างเดียวมักจะเป็นจากการใช้สารกระตุ้นประสาท หรือเป็นอาการที่เกิดขึ้นขณะหยุดดื่มสุรากะทันหัน ค) อาการประสาทหลอนแบบอื่นๆ เช่น ได้กลิ่นแปลกๆ รู้สึกเหมือนมีอะไรมาชอนไชตามตัวจะ พบได้น้อย และมักพบร่วมกับอาการหูแว่ว

1.3) ความต่อเนื่องของความคิดเสียไป ในผู้ป่วยจิตเภทนั้นการเล่าเรื่องอาจกระโดด จากเรื่องหนึ่งไปสู่อีกเรื่องหนึ่งที่ไม่ต่อเนื่องกันเท่าไร หรืออาจเปลี่ยนเรื่องไปเลยโดยที่เรื่องเก่ายังพูด ไม่จบ ทำให้ฟังไม่เข้าใจ ซึ่งลักษณะเช่นนี้จะพบในช่วงอาการกำเริบ หากเป็นมากจะฟังไม่เข้าใจเลย เพราะการลำดับคำในประโยคจะอยู่สลับที่ไปหมด

2) กลุ่มอาการอาการด้านลบ

เป็นอาการที่มักพบหลังจากป่วยนานเป็นปีๆ คือหลังจากระยะอาการกำเริบทุเลาลงแล้ว ลักษณะโดยรวมคือผู้ป่วยจะเฉยๆ อยู่คนเดียว ไม่ยุ่งกับใคร คนทั่วไปมักมองไม่เห็นว่าลักษณะแบบนี้ เป็นจากอาการของโรค แต่จะมองว่าเป็นนิสัยที่เปลี่ยนไป สันโดษ เก็บตัวหรือเป็นคนขี้เกียจ ไม่เอา อะไรเลย ลักษณะของกลุ่มอาการด้านลบ ได้แก่

Copyright by Mahidol University

2.1) พูดน้อย ผู้ป่วยจะไม่ค่อยจะเป็นฝ่ายที่เริ่มต้นพูด เวลาถามก็จะตอบน้อยมาก อาจตอบแค่ว่า “ใช่” “ไม่รู้” คิดนานกว่าจะตอบ หรือบางทีพูดอยู่แล้วก็หยุดไปนาน จนต้องกระตุ้นให้พูดต่อ

2.2) อารมณ์เรียบเฉย การแสดงออกของอารมณ์ทั้งทางสีหน้าและท่าทางลดลงมาก ไม่สบตากับคนที่พูดคุยด้วย ไม่มีท่าทียินดียินร้ายต่อสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้น

2.3) เฉื่อยชา ผู้ป่วยจะไม่สนใจทำอะไร ไม่สามารถจะเริ่มต้นทำอะไรได้ หรือไม่สามารถทำอะไรได้นาน ในบางรายอาจไม่ค่อยสนใจดูแลตัวเอง ทั้ง ด้านสุขอนามัย หรือสุขภาพ

2.4) ไม่มีสัมพันธภาพกับผู้อื่น ผู้ป่วยจะไม่ค่อยคบหาสมาคมกับคนอื่น ใครชวนไปไหนก็ไม่ไปโดยไม่รู้สึกเดือดเนื้อร้อนใจ ในรายที่เป็นมากอาจอยู่แต่ในห้อง จะพบคนในบ้านตอนออกมาทานข้าวเท่านั้น

3) กลุ่มอาการด้านความคิด ได้แก่

3.1) ความใส่ใจและสมาธิแย่ลง ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเพ่งความสนใจที่เรื่องใดเรื่องหนึ่งได้นานๆ แม้ว่าเชาวน์ปัญญาของผู้ป่วยจะยังเป็นปกติ ทำให้อาจมีอาการสับสน หรือบกพร่องการรับรู้วัน เวลา สถานที่ บุคคล ทั้งนี้ในช่วงเวลาที่อาการกำเริบหรือมีอาการทางด้านลบอย่างรุนแรง การรู้จักตัวเอง (insight) มักเสียไป และเป็นข้อบ่งชี้ที่ดีที่สุดอย่างหนึ่งว่าการพยากรณ์โรคไม่ดี เนื่องจากผู้ป่วยจะไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา

3.2) การตีความ และการตอบสนองมีความบกพร่อง ในคนที่เป็นโรคจิตเภทนั้น การทำงานของสมองส่วนกลั่นกรองข้อมูลต่างๆ จะเสียไป ทุกสิ่งทุกอย่างที่ผ่านเข้ามาในโสตประสาทล้วนแต่มีความสำคัญมีความหมายพอๆ กันไปหมด ทำให้จับไม่ได้ว่าอะไรเป็นสิ่งที่ตนเองต้องสนใจในขณะนั้น เวลาฟังคำพูดยาวๆ แทนที่จะสนใจว่าผู้พูดต้องการสื่ออะไร กลับสนใจแค่บางข้อความ บางคำพูด โดยไม่เข้าใจว่าบางคำพูดที่สนใจนั้นอาจไม่ใช่เรื่องราวที่สำคัญอะไรเลยเมื่อเทียบกับความหมายทั้งหมด ทำให้ไม่สามารถตอบสนองได้อย่างเหมาะสม จึงมักถูกมองว่ามีลักษณะแปลกๆ ทำให้เข้ากับผู้อื่นได้ลำบาก เพราะไม่มีใครเข้าใจพฤติกรรมของผู้ป่วย ซึ่งการตีความนี้นอกจากจะเป็นกับการสนทนาแล้ว ยังอาจเกิดขึ้นกับการรับรู้ทางตาด้วย เช่น เวลามองบุคคลแทนที่จะเห็นทั้งตัว ผู้ป่วยกลับมองเป็นเป็นส่วนๆ เช่น ตา จมูก แขนที่ขยับไปมา ทำให้ไม่สามารถบอกได้ผู้ที่ตนเองพูดคุยด้วยนั้นมีอารมณ์ความรู้สึกอย่างไร ไม่สามารถบอกได้ว่าสีหน้าแต่ละอย่างนั้นแสดงถึงอารมณ์อะไร โดยเฉพาะอารมณ์ในด้านลบ ผู้ป่วยจึงมีปัญหาในการเข้าสังคม

3.3) การไม่สามารถคิดอย่างเป็นเหตุเป็นผล เป็นอีกลักษณะหนึ่งของผู้ป่วยที่ทำให้มีความคิดแปลกๆ เป็นแบบเด็กๆ ลักษณะการให้เหตุผลจะไม่สอดคล้องกับสามัญสำนึกของคนทั่วไป คิดเองเออเอง หรืออาจมองไม่เห็นว่าการกระทำของตนเองก่อให้เกิดผลอะไรตามมา

Copyright by Mahidol University

3.4) อาการอื่นๆ เช่น รูปแบบการนอนหลับอาจเปลี่ยนไป คือนอนหลับตอนกลางวัน และตื่นหรือวุ่นวายตอนกลางคืน ขาดความสนใจที่จะรับประทานอาหาร หรือไม่ยอมรับประทานอาหารเนื่องจากมีอาการหลงผิด การครุ่นคิดว่าตนเองป่วยเป็นโรคทางกาย นอกจากนี้อาจพบความผิดปกติของการเคลื่อนไหว เช่น มีท่าทางแปลกๆ ทำอะไรซ้ำๆ หรืออยู่ในท่าทางแปลกประหลาด เดินซอยเท้า กระแทกเท้า หรืออยู่นิ่งเฉยไม่มีการเคลื่อนไหวเลย

4) กลุ่มอาการด้านอารมณ์ ได้แก่

4.1) อารมณ์ซึมเศร้า เป็นอารมณ์ผิดปกติที่พบบ่อยในโรคจิตเภท โดยผู้ป่วยจะมีลักษณะซึมลงไป หน้าตาเศร้าหมอง พูดน้อยลง รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า เป็นภาระแก่ผู้อื่น ในบางรายเป็นผลจากอาการหลงผิดประสาทหลอน เช่นรู้สึกซึมเศร้าที่ตนเองไม่สามารถหลุดพ้นจากการถูกปองร้าย หรือมีเสียงมาว่าตนเองเลว บางรายในระยะแรกๆ ที่อาการของโรคยังไม่มาก ยังพอรู้ตัวบ้าง อาจตระหนักว่าตนเองเปลี่ยนแปลงไป ควบคุมตนเองไม่ได้ บ้างก็มีความรู้ว่านี่คืออาการของโรคจิต จึงเกิดอารมณ์ซึมเศร้าตามมา

4.2) อารมณ์วิตกกังวล กลัว เป็นผลมาจากอาการหลงผิดประสาทหลอน บางคนกังวลมากไม่กล้ากินอาหารที่ไม่ได้ทำด้วยตนเอง เพราะไม่แน่ใจว่าจะมีใครแอบใส่อะไรลงไป บางคนจะต้องคอยตรวจดูในห้องว่ามีใครแอบเอาเรื่องดักฟังมาซ่อนไว้ บางคนก็มีความวิตกกังวลโดยที่บอกไม่ถูกว่ากังวลใจเรื่องอะไร

4.3) อารมณ์หงุดหงิด ฉุนเฉียว ก้าวร้าว เป็นผลจากอาการหลงผิดประสาทหลอน ซึ่งญาติมักไม่เข้าใจว่าทำไมจู่ๆ ผู้ป่วยถึงฉุนเฉียวขึ้นมา

4.4) การแสดงออกของอารมณ์ไม่สอดคล้องกับเรื่องราวในขณะนั้น เป็นการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ที่พบไม่บ่อย ได้แก่ ผู้ป่วยจิตเภทอาจแสดงอารมณ์ไม่เหมาะสมด้วยการยิ้มหัวเราะ หรือแสดงสีหน้าแปลกๆ โดยไม่มีสิ่งเร้า ผู้ป่วยมักหมดความสนใจ หรือความสุข อารมณ์อาจเศร้า วิตกกังวล หรือโกรธ ซึ่งเกิดเนื่องจากสมองที่ทำงานประสานกันระหว่างอารมณ์ความคิดกับสิ่งกระตุ้นที่เข้ามาในขณะนั้นๆ บกพร่องไป

2.1.4 การดำเนินของโรคจิตเภท

วรวุฒิ เจริญศิริ (2550) แบ่งการดำเนินของโรคจิตเภทเป็น 3 ระยะ คือ

1) ระยะก่อนเริ่มอาการ (prodromal phase) ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงแบบค่อยเป็นค่อยไป มักมีปัญหาในด้านหน้าที่ความรับผิดชอบหรือด้านสัมพันธภาพ การเรียนหรือการทำงานเริ่มแย่ลง เกียจคร้านกว่าเดิม ไม่ค่อยไปไหนกับใครเหมือนเคย เก็บตัวอยู่แต่ในห้อง ละเลยเรื่องสุขอนามัยหรือการแต่งกาย อาจหันมาสนใจในด้านปรัชญา ศาสนา หรือ

Copyright by Mahidol University

จิตวิทยาในการใช้คำหรือสำนวนแปลกๆ บางครั้งมีพฤติกรรมที่ดูแล้วแปลกๆ อาจระแวงนิดๆ แต่ไม่ถึงกับผิดปกติชัดเจน ญาติหรือคนใกล้ชิดมักเห็นว่าผู้ป่วยเปลี่ยนไปไม่เหมือนคนเดิม ระยะเวลาช่วงนี้ไม่แน่นอน โดยทั่วไปบอกยากกว่าเริ่มผิดปกติตั้งแต่เมื่อไร โดยเฉลี่ยนานประมาณ 1 ปี ก่อนอาการกำเริบ หากระยะนี้เป็นอยู่นาน และผู้ป่วยดูแย่ลงเรื่อยๆ การพยากรณ์โรคจะไม่ดี

2) ระยะอาการกำเริบ (active phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการตามเกณฑ์การวินิจฉัย โดยส่วนใหญ่เป็นกลุ่มอาการด้านบวก

3) ระยะอาการหลงเหลือ (residual phase) อาการคล้ายคลึงกับระยะเริ่มมีอาการ อาจพบ flat affect เสื่อมลงมากกว่าอาการโรคจิต เช่น ประสาทหลอนหรือหลงผิดอาจยังมีอยู่ แต่ไม่มีผลต่อผู้ป่วยมากเหมือนในช่วงแรก พบว่าร้อยละ 25 ของผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอาการซึมเศร้าร่วมด้วย และส่วนใหญ่เกิดในช่วงนี้ โดยในระยะอาการหลงเหลือผู้ป่วยอาจมีอาการกำเริบเป็นครั้งคราว พบว่าผู้ป่วยจะทนต่อความกดดันด้านจิตใจได้ไม่ดี อาการส่วนใหญ่กำเริบเมื่อมีความกดดันด้านจิตใจ อาการเปลี่ยนแปลงก่อนกำเริบที่พบบ่อย ได้แก่ การนอนหลับผิดปกติไป แยกตัวเอง วิตกกังวล หงุดหงิด คิดฟุ้งซ่าน และมักเชื่อมโยงเหตุการณ์ต่างๆ เข้ากับตนเอง

มีผู้ป่วยโรคจิตเภทอยู่จำนวนหนึ่งที่เป็นแค่ครั้งเดียวแล้วหายขาด หรือเป็น 2-3 ครั้ง และแต่ละครั้งที่หายก็กลับคืนสู่สภาพเดิมก่อนป่วย แต่พบได้น้อย ส่วนใหญ่หลังจากที่อาการทุเลาลงจะมีอาการหลงเหลืออยู่บ้าง และมีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ ยิ่งเป็นบ่อยครั้งก็จะยิ่งมีอาการหลงเหลือมากขึ้น หรือเสื่อมลงเรื่อยๆ อาการด้านบวกจะค่อยๆ ลดความรุนแรงลง อาการที่เด่นในระยะหลังจะเป็นอาการด้านลบมากกว่า ลักษณะการเกิดโรคในระยะแรกจะไม่ค่อยบอกถึงผลลัพธ์ในระยะยาวในด้านความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ การเข้าสังคม และคุณภาพชีวิต แต่สิ่งที่จะบอกได้ดีกว่าคือการมีอาการด้านลบ ซึ่งจะบ่งถึงการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี ทั้งนี้การรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลจะช่วยลดความเครียดที่มีต่อผู้ป่วยและครอบครัวลง ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากบุคลากรด้านจิตเวชซึ่งจะช่วยในด้านอื่นๆ ที่มีปัญหานอกเหนือไปจากเรื่องยา ระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาลโดยเฉลี่ยประมาณ 3-6 สัปดาห์ โดยแพทย์จะรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาลในกรณีที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมเป็นอันตรายต่อตนเองหรือก่อความเดือดร้อนรำคาญแก่ผู้อื่น ผู้ป่วยอาจมีปัญหาอื่นๆ ที่ต้องดูแลใกล้ชิด เช่น มีอาการข้างเคียงจากยารุนแรง หรือเพื่อควบคุมเรื่องยา ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ยอมกินยาและเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาในการวินิจฉัย

2.1.5 การบำบัดรักษา

การบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทนั้นมีอยู่หลายวิธี ขึ้นอยู่กับอาการของผู้ป่วย โดยมาโนช หล่อตระกูล (2548) แบ่งการบำบัดรักษา ดังนี้

Copyright by Mahidol University

1) การรักษาด้วยยา

การรักษาด้วยยารักษาโรคจิตนั้นเป็นหัวใจของการรักษา นอกจากเพื่อการควบคุมอาการด้านบวกแล้ว ยังสามารถลดการกำเริบซ้ำของโรคได้ พบว่าผู้ป่วยที่กลับมีอาการกำเริบซ้ำอยู่บ่อยๆ นั้น ส่วนใหญ่มีปัญหาจากการขาดยา การรักษานั้นอาจแบ่งออกได้เป็น 3 ช่วง คือ

1.1) ระยะควบคุมอาการ (acute phase) เป้าหมายของการรักษาในระยะนี้คือการควบคุมอาการให้สงบลงโดยเร็ว การที่อาการวุ่นวายหรือพฤติกรรมของผู้ป่วยโดยทั่วไปดีขึ้นตั้งแต่ระยะเริ่มแรกนั้น เป็นผลมาจากฤทธิ์ทำให้สงบของยา (sedating effect) การรักษาอาการโรคจิตด้วยยานั้นต้องใช้เวลาเป็นสัปดาห์จึงจะเห็นผล

1.2) ระยะให้ยาต่อเนื่อง (stabilization phase) หลังจากที่อาการสงบลงแล้วผู้ป่วยยังจำเป็นต้องได้รับยาอย่างต่อเนื่องเพื่อควบคุมอาการต่อไป ยารักษาโรคจิตที่ใช้ควรมีขนาดเท่าเดิมต่อไปอีกนานประมาณ 6 เดือน การลดยาลงเร็วหรือหยุดยาในช่วงนี้อาจทำให้อาการกำเริบได้

1.3) ระยะอาการคงที่ (maintenance phase) เป็นช่วงที่ผู้ป่วยอาการทุเลาลงแล้วแต่ยังคงต้องให้ยาเพื่อป้องกันมิให้กลับมามีอาการกำเริบซ้ำ ยิ่งผู้ป่วยที่มีการพยากรณ์โรคไม่ดี การควบคุมด้วยยายิ่งเป็นสิ่งสำคัญ ขนาดของยาจะต่ำกว่าที่ใช้ในระยะแรกโดยทั่วไปเมื่อไม่มีอาการด้านบวกที่ชัดเจนแล้ว จะค่อยๆ ลดยาลงร้อยละ 20 ทุก 4-6 เดือนจนถึงขนาดต่ำสุดที่คุมอาการได้โดยขึ้นอยู่กับผู้ป่วยแต่ละคน ในผู้ป่วยที่มีปัญหาการกินยาอาจใช้ยาฉีดประเภท long acting

การรักษาด้วยยาเป็นการรักษาที่ได้ผลดี แพทย์จะให้ยารับประทานต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน บางรายอาจต้องรับประทานยาต่อไปอีกหลายปี เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ แต่ยาก็ไม่สามารถรักษาผู้ป่วยจิตเภทให้หายขาดได้ หรือไม่สามารถรับประกันได้ว่าอาการของโรคจะกำเริบกลับมาเป็นใหม่อีก โดยร้อยละ 80 ของผู้ป่วยจิตเภทถ้าไม่ได้รับยาต่อเนื่องมักมีอาการกลับเป็นซ้ำของโรคอีก ดังนั้นต้องใช้ยารักษาเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค ยาต้านโรคจิตมีผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์คือในช่วงแรกหลังจากที่ได้รับยาผู้ป่วยมักจะมีอาการง่วงนอน กระสับกระส่าย ปวดเมื่อย ตัวสั่น ตาพร่ามัว ซึ่งอาการเหล่านี้สามารถรักษาได้ด้วยยาที่แก้ผลข้างเคียงเหล่านี้ (วรวุฒิ เจริญศิริ, 2550)

2) การรักษาด้วยไฟฟ้า (electroconvulsive therapy : ECT)

การรักษาด้วยไฟฟ้าในผู้ป่วยจิตเภทนั้นไม่ได้ผลดีเท่าการรักษาด้วยยา โดยทั่วไปจะใช้ในกรณีผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา โดยจะมีการจะใช้ ECT ร่วมไปด้วย สัปดาห์ละ 3 ครั้ง จำนวนทั้งหมดประมาณ 12 ครั้ง นอกจากนี้ยังอาจใช้ในผู้ป่วยชนิด catatonic หรือผู้ป่วยที่มี severe depression ร่วมด้วย

Copyright by Mahidol University

3) การรักษาด้านจิตสังคม

การบำบัดด้านจิตสังคมนี้เป็นส่วนสำคัญของการรักษา เนื่องจากอาการของผู้ป่วยมักก่อให้เกิดปัญหาระหว่างตัวเขากับสังคมรอบข้าง แม้ในระยะอาการดีขึ้นบ้างแล้วปัญหาทางสังคมก็ยังคงมีอยู่ รวมทั้งอาการด้านลบ หรือภาวะท้อแท้ หมดกำลังใจ ไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้รักษาจะต้องคำนึงถึงปัจจัยด้านจิตสังคมของผู้ป่วย เพื่อที่จะเข้าใจและช่วยเหลือได้ในทุกด้าน มิใช่แค่โรคเท่านั้น การรักษาด้านจิตสังคม ได้แก่

3.1) จิตบำบัด (psychotherapy) เป็นการรักษาโดยใช้วิธีพูดคุยระหว่างผู้ป่วยกับผู้เชี่ยวชาญ เช่น แพทย์ จิตแพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา ในเรื่องปัญหา ประสบการณ์ ความคิด ความรู้สึก ความสัมพันธ์ต่างๆ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจตนเองและปัญหาของตนเองมากขึ้น และเรียนรู้ที่จะแยกแยะสิ่งที่เป็นความจริงกับที่ไม่ใช่ความจริง ส่วนใหญ่ใช้วิธีการของจิตบำบัดชนิดประคับประคอง ซึ่งผู้รักษาต้องตั้งเป้าหมายตามที่เป็นจริง และผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติได้ เช่น ช่วยผู้ป่วยในการหาวิธีแก้ปัญหาในแบบอื่นที่เขาพอจะทำได้ ให้คำนำนำต่อปัญหาบางประการในฐานะของผู้ที่มีความรู้มากกว่า ช่วยผู้ป่วยค้นหาดูว่าความเครียดหรือความกดดันอะไรที่มักทนไม่ได้ เป็นต้น

3.2) การให้คำแนะนำแก่ครอบครัว (psychoeducation or family counseling) ครอบครัวบำบัดจะเป็นการรักษาที่มีผู้เข้ามาเกี่ยวข้องคือ ผู้ป่วย ญาติพี่น้อง และผู้รักษา ซึ่งมีวัตถุประสงค์แตกต่างกันออกไปหลายอย่าง เช่น ช่วยให้ครอบครัวเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท และปัญหาเกี่ยวกับโรค ช่วยให้ครอบครัวเข้าใจวิถีทางที่จะทำให้ผู้ป่วยมีอาการลดน้อยลง ทั้งนี้ครอบครัวมักเข้าใจว่าเป็นเพราะคนเลี้ยงดูไม่ดีจึงทำให้ผู้ป่วยเป็นโรคจิตเกิดความรู้สึกผิดหรือกล่าวโทษตนเอง นอกจากนี้บางครอบครัวมีการใช้อารมณ์ต่อกันสูง และอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยเป็นเวลานานในแต่ละวัน ซึ่งอาจเป็นการไปเพิ่มความกดดันแก่ผู้ป่วย การทำครอบครัวบำบัดจะช่วยได้เป็นอย่างยิ่ง

3.3) กลุ่มบำบัด (group therapy) เป็นการจัดกิจกรรมกลุ่มระหว่างผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วยผู้ป่วยจำนวนประมาณ 6-12 คน และผู้รักษา 1-2 คน มาร่วมเรียนรู้และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของกันและกัน พร้อมกับช่วยกันแก้ไขพฤติกรรมที่ผิดปกติต่างๆ จากการพูดคุยกันภายในกลุ่ม โดยจะเป็นการช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างมากในช่วงที่จะต้องกลับไปใช้ชีวิตเหมือนเดิมหลังป่วย ซึ่งอาจจะต้องพบปัญหาต่างๆ มากมาย กลุ่มบำบัดช่วยส่งเสริมให้เกิดความรู้สึกว่ามีเพื่อนมีคนเข้าใจ ไม่โดดเดี่ยว มีการช่วยเหลือแก้ไขปัญหาและให้คำแนะนำแก่กัน ฝึกทักษะทางสังคม เน้นการสนับสนุนให้กำลังใจ ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือประคับประคองด้านจิตใจซึ่งกันและกัน และรู้ว่าตนไม่ได้เผชิญปัญหาอยู่คนเดียว

Copyright by Mahidol University

3.4) นิเวศน์บำบัด (milieu therapy) เป็นการจัดสภาพแวดล้อมในโรงพยาบาลเพื่อช่วยส่งเสริมกระบวนการรักษา ประกอบด้วย การจัดกิจกรรมต่างๆ และการจัดสภาพแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยให้น่าอยู่ ระบบการบริหารเป็นแบบให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเป็นบางส่วน ผู้ป่วยต้องช่วยในกิจกรรมต่างๆ เท่าที่พอทำได้ เพื่อส่งเสริมความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเองของผู้ป่วย

3.5) การฟื้นฟูสมรรถภาพ (rehabilitation) การฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นการลดความด้อยสมรรถภาพและความพิการที่หลงเหลือจากการเจ็บป่วยทางจิต ทำให้ผู้ป่วยมีสุขภาพจิตที่ดี และสามารถกลับสู่สภาพปกติหรือใกล้เคียงปกติได้มากที่สุดตามศักยภาพ นอกจากนั้นยังช่วยให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้ โดยการฟื้นฟูสมรรถภาพนั้นจะพิจารณาทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และสิ่งแวดล้อม ภายใต้การทำงานเป็นทีมแบบสหวิชาชีพ และการติดต่อประสานความร่วมมือกับครอบครัว ชุมชน และองค์กรที่เกี่ยวข้อง

เนื่องจากผู้วิจัยเป็นนักกิจกรรมบำบัด ซึ่งวิธีการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเภทที่เกี่ยวข้องตามบทบาทของนักกิจกรรมบำบัดคือการรักษาด้านจิตสังคม ในส่วนของการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านความสามารถในการประกอบกิจกรรม ซึ่งจะกล่าวถึงในลำดับต่อไป

2.2 ความสามารถในการประกอบกิจกรรม

การทำงานของร่างกายและจิตใจนั้นมีการเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด ซึ่งอาศัยการเรียนรู้ทางประสาทสรีระร่วมด้วย เมื่อการรับรู้ทางระบบประสาทมีการขัดข้อง ความสามารถในการทำงาน การจัดระเบียบ การผสมผสาน รวมทั้งการปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมหรือสิ่งเร้าต่างๆ ก็จะสูญเสียไป สิ่งที่สำคัญที่สุดคือการให้การกระตุ้นโดยเร็วที่สุด ซึ่งการฟื้นฟูสมรรถภาพนับเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยฟื้นฟูความบกพร่องด้านต่างๆ หรือช่วยให้ผู้ป่วยคงความสามารถเดิมที่มีอยู่ ในงานกิจกรรมบำบัดนั้นการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยตั้งอยู่บนพื้นฐานแนวคิดแบบจำลองกิจกรรมที่มีจุดมุ่งหมายของมนุษย์ (A Model Of Human Occupation) ของ Kielhofner ซึ่งเน้นการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยดูตามความบกพร่องภายในด้านต่างๆ ที่ส่งผลต่อความสามารถในการประกอบกิจกรรม (Occupational Performance) นักกิจกรรมบำบัดจะจัดกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพในส่วนต่างๆ ซึ่งผู้ป่วยมีความบกพร่อง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้

2.2.1 ความหมายของความสามารถในการประกอบกิจกรรม

ภัทราพร วิสาจันทร์ (2545) ได้กล่าวถึงความสามารถในการประกอบกิจกรรม (Occupational Performance) ว่าเป็นความพึงพอใจของบุคคลในการประกอบกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวัน

Copyright by Mahidol University

และเทียม ศรีคำจักร (2544) ได้กล่าวว่า ความสามารถในการประกอบกิจกรรม (Occupational Performance) หมายถึงการแสดงออกของบุคคลผ่านการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน อันประกอบด้วย 1) การละเล่น / นันทนาการ (play / recreation) หมายถึงกิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อความเพลิดเพลินผ่อนคลายตามความพอใจในยามว่าง โดยไม่มีใครบังคับหรือหวังผลอื่นใดที่นอกเหนือไปจากความพึงพอใจส่วนบุคคล 2) การทำงาน (work/productivities) หมายถึง กิจกรรมที่บุคคลกระทำตามบทบาทหน้าที่ หรือทำตามความคาดหวังทางสังคมอย่างจริงจังโดยหวังผลตอบแทนในรูปแบบต่างๆ และ 3) กิจวัตรประจำวัน / การบำรุงรักษาตนเอง (activity of daily living / self maintenance) หมายถึงกิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อรักษาแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวัน รวมถึงการละเล่นและการทำงานให้คงอยู่ เช่น การรับประทานอาหาร การแต่งกาย การรักษาสุขอนามัยส่วนบุคคล การสื่อสาร การเดินทาง รวมถึงการแก้ปัญหาและการจัดการความเครียดต่างๆ เป็นต้น

ตามทัศนะของแบบจำลองกิจกรรมที่มีจุดมุ่งหมายของมนุษย์ (AbModel Of Human Occupation) มองว่าความสามารถในการประกอบกิจกรรม (Occupational Performance) จะมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ไม่อยู่นิ่ง และมีการพัฒนาอยู่เสมอ จากภาวะหนึ่งสู่อีกภาวะหนึ่งอย่าง และมีความสัมพันธ์ต่อกัน ความสามารถเป็นคำที่มีความหมายกว้างและคลุมเครือ มีความหมายตั้งแต่สิ่งที่อยู่ภายใน เช่น ความรู้ ความจำ ความคิด การตัดสินใจ ไปจนถึงการกระทำที่แสดงออกมาให้เห็นได้ภายนอก เช่น ความสามารถทางดนตรี กีฬา การศึกษา งานอาชีพ ฯลฯ คนที่มีความสามารถเป็นที่ยอมรับสูงในสาขาอาชีพหนึ่ง อาจกลายเป็นคนบกพร่องทางความสามารถได้ เมื่อไปอยู่อีกอาชีพหนึ่งเป็นต้น

2.2.2 การพัฒนาความสามารถในการประกอบกิจกรรม

หลักและแนวทางในการพัฒนาความสามารถในการประกอบกิจกรรมตามบทบาทของนักกิจกรรมบำบัดนั้น ประกอบด้วย 1) การสนองความต้องการขั้นพื้นฐาน (meeting health needs) คือการกระทำใดๆ ก็ตามที่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้เกิดความพึงพอใจ เกิดความหวังกำลังใจ และมีศรัทธาที่จะเข้าร่วมโปรแกรมการรักษา 2) การป้องกัน (prevent) คือกระทำใดๆ ก็ตามที่จะช่วยไม่ให้เกิดปัญหาหรือเกิดความเสื่อมในสมรรถภาพ 3) กระบวนการเปลี่ยนแปลง (the change process) คือการกระทำใดๆ ก็ตามที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภายในตัวบุคคล เป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีและค่อนข้างถาวร 4) การคงสภาพ (maintenance) คือการกระทำใดๆ ก็ตามเพื่อสงวนหรืออนุรักษ์ไว้ซึ่งทักษะความสามารถที่มีอยู่ขณะปัจจุบัน ไม่ให้เกิดการเสื่อมถอยก่อนเวลาอันสมควร และ 5) การจัดการกับปัญหาสิ่งรบกวนต่างๆ (management) คือการกระทำใดๆ ก็ตามเพื่อ

Copyright by Mahidol University

ลด บรรเทา หรือขจัดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ต่างๆ ที่เป็นอุปสรรคขัดขวางต่อกระบวนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพ

ทั้งนี้การจัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาความสามารถในการประกอบกิจกรรมนั้นมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องซึ่งควรคำนึงถึง โดยเทียม ศรีคำจักร (2540) ได้แบ่งเป็น 6 ด้าน ดังนี้ 1) สิ่งแวดล้อมต่างๆ ที่ไม่ใช่มนุษย์ (nonhuman environment) ซึ่งหมายถึงสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ เช่น วัสดุอุปกรณ์ สถานที่ ความสว่างของสถานที่ ควรมีการจัดให้เหมาะสมต่อการทำกิจกรรม 2) การรู้จักตนเองและการใช้ตนเองอย่างเป็นประโยชน์ (conscious use of self) คือการใช้พฤติกรรมหรือการตอบสนองของผู้บำบัดเป็นสื่อในการรักษา เช่น การใช้ผู้บำบัดเป็นตัวอย่าง หรือเป็นแบบอย่างของการแสดงออกซึ่งเหมาะสมกับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้สะท้อนตนเอง รู้จักตนเอง รู้ความต้องการ รู้ถึงการแสดงออกทางอารมณ์ และพฤติกรรมที่เป็นที่ยอมรับ 3) กระบวนการเรียนการสอน (teaching learning process) โดยควรนำกระบวนการสอนมาใช้เพื่อให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้เกี่ยวกับทักษะของการดำเนินชีวิต 4) กิจกรรมที่มีจุดมุ่งหมาย (purposeful activities) คือการใช้กิจกรรมที่มีจุดมุ่งหมายสอดคล้องกับวุฒิภาวะของระบบประสาทสัมผัส การเคลื่อนไหว ความรู้ความเข้าใจ สุขภาพจิต และสังคม ซึ่งกิจกรรมควรอธิบายได้ว่ามีประโยชน์อย่างไร ช่วยลดอาการอะไร ต้องการให้คุณค่าและมีประโยชน์แก่ผู้ป่วย ขณะนั้น และสามารถปรับระดับความง่ายไปจนถึงยากอย่างเป็นขั้นตอน 5) กลุ่มกิจกรรม (activities group) คือการใช้กลุ่มกิจกรรมเพื่อการรักษาในการพัฒนาและคงไว้ซึ่งทักษะการดำรงชีวิตในชุมชนร่วมกับผู้อื่น โดยในการจัดกลุ่มกิจกรรมนั้นอาจจัดสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง และแต่ละครั้งควรใช้เวลา 1 – 1. 30 ชั่วโมง ทั้งนี้ Patterson (1973 อ้างถึงใน วัลภา ถนอมศิริ, 2539) ได้กล่าวว่าการจัดกิจกรรมเป็นกลุ่มควรจัดสัปดาห์ละ 2 ครั้ง แต่ถ้าเวลาในการเข้าร่วมกิจกรรมมีน้อยอาจจัดสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ช่วงเวลาในการทำกลุ่มควรใช้เวลาไม่เกิน 1 ชั่วโมง Trotzer (1977 อ้างถึงใน ชูชัย สมิทธิไกร, 2527) ได้ให้ความเห็นถึงกำหนดระยะเวลาและความถี่ของการเข้ากลุ่มว่า จำนวนครั้งของการเข้ากลุ่มขึ้นอยู่กับเป้าหมายและธรรมชาติของกลุ่ม แต่อย่างน้อยไม่ควรต่ำกว่า 8 ครั้ง 6) กระบวนการวิเคราะห์และสังเคราะห์กิจกรรม (activitie analysis and synthesis) ในการใช้กิจกรรมเพื่อประเมินความสามารถผู้ป่วยหรือบำบัดรักษาก็ตาม จะไม่ได้ประโยชน์ถ้ากิจกรรมเหล่านั้นไม่ผ่านการวิเคราะห์หรือสังเคราะห์มาก่อน การวิเคราะห์กิจกรรมคือการพิจารณาถึงขั้นตอนการปฏิบัติว่ามีผลต่ออาการของผู้ป่วยอย่างไร ผู้ป่วยได้รับความรู้สึกอย่างไร ต้องใช้ความสามารถด้านใดบ้างและจะลดอาการหรือพฤติกรรมเบี่ยงเบนได้อย่างไร

ในการพัฒนาความสามารถทางกิจกรรมบำบัดนั้นมีหลักการและวิธีการมาจากทฤษฎีพื้นฐานทางจิตวิทยา โดยนันทณี เสถียรศักดิ์พงศ์ (2550) แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ คือ 1) ทฤษฎีการพัฒนาการ (Developmental Theories) อธิบายถึงลักษณะความแตกต่างขององค์ประกอบที่มีผลต่อระดับ

Copyright by Mahidol University

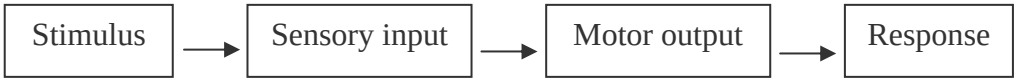
ความสามารถของบุคคล ใช้ในการอธิบายพัฒนาการที่ปกติและพัฒนาการที่ผิดปกติ เช่น ทฤษฎีการพัฒนาการทางจิตสังคม (Psychosocial Development) ทฤษฎีลำดับขั้นของความต้องการพื้นฐาน (The Hierarchy of Basic Needs) และ 2) ทฤษฎีการบูรณาการ (Integrative Theories) อธิบายถึงความสำคัญของ บุคคล สิ่งแวดล้อม และความสามารถของบุคคล สิ่งแวดล้อมเป็นตัวเร้าให้เกิดการเรียนรู้ การเรียนรู้และทักษะการเคลื่อนไหว เช่น ทฤษฎีการเรียนรู้ (Learning Theories) ทฤษฎีพัฒนาการทางความคิด (Cognitive Development) ทฤษฎีผสมผสานการรับความรู้สึก (Sensory Integration)

เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ใช้ทฤษฎีผสมผสานการรับความรู้สึก (Sensory Integration) ในการพัฒนาความสามารถในการประกอบกิจกรรมจึงจะกล่าวเฉพาะทฤษฎีนี้เท่านั้น

ทฤษฎีผสมผสานการรับความรู้สึก (Sensory Integration)

ทฤษฎีผสมผสานการรับความรู้สึก (Sensory Integration) เป็นทฤษฎีที่อธิบายถึงพฤติกรรมของมนุษย์อันเนื่องมาจากการทำงานของระบบประสาท (neurobehavior theory) โดยกล่าวถึงหน้าที่ของสมองที่จะรับและจัดระเบียบสิ่งที่มากระตุ้นระบบประสาทสัมผัส (sensory stimuli) และตอบสนองต่อสิ่งนั้นได้อย่างเหมาะสมและเกิดการเรียนรู้ขึ้น ผู้ที่พัฒนาทฤษฎีนี้ขึ้นคือ ดร. เอ จีน แอร์ (A. Jean Ayres) ซึ่งเป็นนักกิจกรรมบำบัดและนักจิตวิทยาการศึกษาชาวอเมริกัน โดยพัฒนามาตั้งแต่ปี ค.ศ.1960 ซึ่งคำว่า sensory หมายถึงการรับสัมผัสทั้งการมองเห็น การได้ยิน การรับรส การดมกลิ่น และการสัมผัส นั่นคือ sensory input ทุกชนิดที่เข้ามาสู่ระบบประสาทและสมอง และคำว่า integration หมายถึง การประมวลหรือรวบรวมให้เป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน (เพื่อนใจ รัตตากร, 2539)

ดังนั้น sensory integration จึงหมายถึง การประมวลและรวบรวมกระบวนการที่จำเป็นต่อการจัดระเบียบและแปลความหมายของ sensory information เพื่อตอบสนองออกมาอย่างมีระบบ ดังแผนภาพที่ 1 ต่อไปนี้



แผนภาพที่ 1 แสดงกระบวนการทำงานของ Sensory integration

Copyright by Mahidol University

ลำดับขั้นพัฒนาการของ Sensory integration แบ่งเป็น 4 ขั้น ดังนี้

ขั้นที่ 1 ระบบประสาทสัมผัส (ในช่วง 2 เดือนแรก) ได้แก่ การรับสัมผัส หรือความรู้สึกแตะต้อง การทรงตัว หรือการสมดุลและการเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อ เอ็น ข้อ หรือตำแหน่งต่างๆ ของร่างกาย การมองเห็นและการได้ยิน

ขั้นที่ 2 พื้นฐานทางด้านการรับรู้ (ในช่วง 1 ปี) ได้แก่ การรับรู้ส่วนต่างๆ ของร่างกาย การประสานกันของร่างกายทั้งสองข้าง ความเด่นชัดของร่างกายด้านที่ถนัด และการวางแผนการเคลื่อนไหว

ขั้นที่ 3 ทักษะทางด้านการรับรู้และการเคลื่อนไหว (ในช่วง 3 ปี) ได้แก่ การรับรู้ทางการได้ยิน การรับรู้ทางการมองเห็น สหสัมพันธ์ของการมองเห็นและการใช้มือ การประสานกันของการมองเห็นและการเคลื่อนไหว การกระทำกิจกรรมที่มีเป้าหมาย

ขั้นที่ 4 ความพร้อมทางวิชาการ (ในช่วง 6 ปี) ได้แก่ ทักษะทางวิชาการ ทักษะการเคลื่อนไหวที่ซับซ้อน การมีสมาธิ ความตั้งใจสม่ำเสมอ การจัดการด้านพฤติกรรมความถนัดที่เด่นชัดของร่างกายและสมอง

ทฤษฎี Sensory Integration แบ่งระบบการรับความรู้สึกพื้นฐาน 3 ระบบ คือ

1. ระบบการทรงตัวและการเคลื่อนไหว (vestibular system)

ทำหน้าที่รับและแปลผลเกี่ยวกับการทรงตัว การรักษาสมดุลและทรงตัวต้านแรงโน้มถ่วง สิ่งเร้าที่กระตุ้นระบบนี้ในทางธรรมชาติ คือการหมุนศีรษะและเคลื่อนไหวไปในระนาบที่แตกต่างกัน ระบบนี้จะทำงานทันทีที่ศีรษะมีการเปลี่ยนแปลงไปจากแนวกลางลำตัว ส่งผลให้ร่างกายสามารถรักษาสมดุล ไม่ล้มลงเมื่อมีการเคลื่อนไหว คนที่มีปัญหาในระบบนี้ อาจแสดงออกโดยการแสดงอาการกลัวเมื่อต้องมีการเคลื่อนไหวอยู่บนพื้นที่ไม่ราบเรียบ โยกเยก สูงจากพื้น ทำให้มีลักษณะการเคลื่อนไหวที่งุ่มง่าม ไม่คล่องแคล่วสมวัย ไม่ชอบปีนป่ายหรือขึ้นลงบันได หรือในบางคนจะมีลักษณะกระตุ้นตัวเอง เช่น มีการเคลื่อนไหวตลอดเวลา อยู่ไม่นิ่ง เป็นต้น การกระตุ้นระบบนี้จะช่วยส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถรักษาสมดุลของร่างกาย ให้มีลักษณะการเคลื่อนไหวที่คล่องแคล่วสมวัยได้ ซึ่งตัวอย่างกิจกรรมเพื่อพัฒนาการจัดระเบียบของความรู้สึกทางการทรงตัว (vestibular integration) เช่น การเดินบนพื้นที่ไม่ราบเรียบ กิจกรรมการโยก กิจกรรมการทรงตัว การเล่นหกคะเมนตีลังกา เป็นต้น

2. ระบบการรับรู้กล้ามเนื้อ เอ็นและข้อต่อ (proprioceptive system)

ระบบนี้มีอวัยวะรับความรู้สึกอยู่ที่กล้ามเนื้อ เอ็นและข้อต่อทั่วร่างกาย ซึ่งจะทำงานทันทีที่ข้อต่อถูกกระแทกเข้าหากันหรือถูกดึงออกจากกัน ส่งผลให้เรารับรู้ตำแหน่งส่วนต่างๆของร่างกายและทราบถึงทิศทางและความเร็วของการเคลื่อนไหวของแขนขาได้ดี คนที่มีปัญหาในระบบนี้มักแสดงพฤติกรรม หกล้มบ่อย มีความยากลำบากในการใช้มือ ไม่สามารถกะแรงที่ต้องใช้ในกิจกรรม

Copyright by Mahidol University

ได้อย่างเหมาะสม เช่น เขียนหนังสือด้วยแรงกดที่มากเกินไปจนกระดาษทะลุ หรือเขียนเส้นบางมากจนเกินไป การกระตุ้นระบบนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมการเคลื่อนไหวของมือในการทำกิจกรรมต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม ซึ่งตัวอย่างกิจกรรมเพื่อพัฒนาการจัดระเบียบของความรู้สึกจากกล้ามเนื้อ เอ็น และข้อต่อ (propioceptive integration) ได้แก่ 2.1) การหิ้วตะกร้าของที่มีน้ำหนัก 2.2) การห้อยโหนบนบาร์ 2.3) เกมชักคะเย่อ 2.4) การโยนบอล การขว้างบอล 2.5) การลากของหรือกล่องที่มีน้ำหนัก 2.6) กิจกรรมลักษณะแรงกดต่อกล้ามเนื้อ เอ็น และข้อต่อ 2.7) การผลักกล่องที่มีน้ำหนักในทิศทางต่างๆ 2.8) การชก ดันหมอนขนาดใหญ่ และ 9) การผลัก / การดันฝ่ามือกับผนังหรือเพื่อน

3. ระบบการรับสัมผัส (tactile system)

ระบบนี้มีตัวรับสัมผัสที่ผิวหนังซึ่งมีอยู่ทั่วร่างกาย เพื่อรับความรู้สึกสัมผัส เจ็บ ร้อน เย็น แรงกด รวมไปถึงลิ้นที่ตอบสนองต่อการรับสัมผัสออกมาในรูปแบบของกลิ่นและรสชาติ คนที่มีปัญหาในระบบนี้ สามารถสังเกตได้จากการพฤติกรรมเดินเขย่งปลายเท้า รับประทานอาหารแบบซ้ำๆ มีความยากลำบากในการปรับตัวเข้ากับคนแปลกหน้า เปลี่ยนแปลงยาก ไม่ชอบใส่เสื้อผ้าใหม่ๆ ทำให้นำไปสู่พฤติกรรมแยกตัว หันเหความสนใจง่าย พัฒนาการของการใช้มือล่าช้ากว่าวัย เป็นต้น การกระตุ้นระบบนี้จะช่วยพัฒนาความสามารถทางสังคมของผู้ป่วยให้ปรับตัวอยู่ในสังคมได้ ซึ่งตัวอย่างกิจกรรมเพื่อพัฒนาการจัดระเบียบของความรู้สึกทางการสัมผัส (tactile integration) ได้แก่ 3.1) การถู การแตะตามส่วนต่างๆ ของร่างกายโดยใช้วัสดุต่างๆ เช่น สบู่ ครีมโกนหนวด โลชั่นทาผิว แป้ง พลาสติก ฟองน้ำถูตัว ผ้าขนหนูหนาเล็กๆ บริเวณแขน ขา ลำตัว หลัง ให้ลักษณะแรงที่กดลงมีน้ำหนักมากพอควร 3.2) การระบายสีที่นิ้วมือและฝ่ามือ 3.3) การวาดรูปด้วยนิ้วมือบนแขน ขา ลำตัว 3.4) การเล่นทราย 3.5) การนวดแป้ง ดินน้ำมัน 3.6) การห่อตัวด้วยพรมหรือแรงกดที่สม่ำเสมอ

หลักการดำเนินกิจกรรมกลุ่มตามแนวคิด Sensory Integration

การใช้ Sensory Integration กับผู้ป่วยนั้นมุ่งเน้นไปที่การกระตุ้นการปรับตัวของจิตสรีระเพื่อให้สามารถตอบสนอง หรือรับรู้สิ่งเร้าที่มีผลกระทบต่อร่างกายได้อย่างมีระเบียบแบบแผน ทำให้สามารถปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งเพื่อนใจ รัตตากร (2539) ได้กล่าวว่ากิจกรรมตามหลัก Sensory Integration นั้น สามารถดำเนินกิจกรรมได้ทั้งแบบเดี่ยวและแบบกลุ่ม โดยการดำเนินกิจกรรมกลุ่มนั้น ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ

ขั้นที่ 1 เปิดกลุ่ม (The Opening of the Session) ขั้นแนะนำกลุ่มและแนะนำตนเอง โดยผู้นำกลุ่มอธิบายวัตถุประสงค์และวิธีการให้ทุกคนในกลุ่มเข้าใจ ในขั้นนี้จะเป็นการกระตุ้นหรือเร้ากลุ่ม

Copyright by Mahidol University

ผู้บำบัดจะต้องสังเกตพฤติกรรมกลุ่มและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเพื่อประเมินองค์ประกอบและความสัมพันธ์ภายในกลุ่ม การเปิดกลุ่มนี้มีความสำคัญในการปลุกเร้ากลุ่มให้ตื่นตัว การเปิดกลุ่มควรให้บรรยากาศที่อบอุ่นและมีความเป็นมิตร เพื่อให้ทุกคนภายในกลุ่มรู้สึกผ่อนคลาย และควรเน้นให้ผู้ร่วมกลุ่มมีการทักทายพูดคุยกัน เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดี

ขั้นที่ 2 กิจกรรมกระตุ้นการตอบสนองของร่างกาย (Activities Emphasizing Bodily Response) ขั้นนี้จะเริ่มการเคลื่อนไหวพื้นฐานง่ายๆ ซึ่งจะต้องทำเสร็จภายในระยะเวลาสั้น รูปแบบการเคลื่อนไหวจะต้องช้า และไม่ก่อให้เกิดอันตราย เช่น การเคลื่อนไหวแขน ขา ศีรษะ ลำตัว เพื่อเพิ่มความตึงตัวของกล้ามเนื้อ ความแข็งแรงของร่างกาย และเพื่อเพิ่มพัฒนาการทางด้านท่าทางและการเคลื่อนไหว

ขั้นที่ 3 กิจกรรมกระตุ้นการผสมผสานการรับรู้ (Activities Promoting Perceptual Integration) ในขั้นนี้จะเป็นการกระตุ้นการรับรู้ในด้านต่างๆ ที่บกพร่อง ได้แก่ การสูญเสียการรับความรู้สึก (sensory deprivation) ความผิดปกติทางจิตในด้านพฤติกรรมทางสังคม (mental aberrations in social behavior) การสูญเสียความจำ (loss of memory) การหันเหความสนใจได้ง่าย (distractibility) และการมีช่วงความสนใจสั้น (poor attention span)

ขั้นที่ 4 การจัดระเบียบทางความคิดและพฤติกรรมที่เหมาะสม (Cognitive Stimulation and Functioning) ขั้นนี้จะเน้นเกี่ยวกับการจัดระเบียบทางความคิดและพฤติกรรมที่เหมาะสม ซึ่งสามารถแสดงให้เห็นได้ออกมาในรูปของกิจกรรมที่ต้องใช้ความคิดสร้างสรรค์

ขั้นที่ 5 ปิดกลุ่ม (Closing the Session) ขั้นนี้จะเป็นขั้นตอนของการปิดกลุ่ม ผู้บำบัดจะเป็นผู้ประเมินผู้ป่วยแต่ละรายในกลุ่ม เพื่อดูความสามารถของผู้ป่วยแต่ละคนว่าสามารถตอบสนองต่อสิ่งที่มากระตุ้นต่างๆ ได้เหมาะสมหรือไม่

จุดแข็งของกิจกรรมตามแนวคิด Sensory Integration

1. มีรูปแบบขั้นตอนการทำกิจกรรมที่ชัดเจน สามารถระบุวัตถุประสงค์ได้
2. ใช้การกระตุ้นการรับความรู้สึกต่างๆ ผ่านกิจกรรมที่สนุกสนาน สามารถสร้างแรงจูงใจในการทำกิจกรรมได้ง่าย
3. มีการจัดระเบียบการรับความรู้สึกต่างๆ ในขั้นตอนท้ายของการทำกิจกรรมเพื่อการ
4. ผสมผสานการรับความรู้สึกของแต่ละบุคคล
5. สามารถให้การกระตุ้นผู้ป่วยได้ทั้งแบบเดี่ยวและแบบกลุ่ม
6. สามารถจัดกิจกรรมเพื่อให้การกระตุ้นเฉพาะระบบที่มีความบกพร่องได้

Copyright by Mahidol University

จุดอ่อนของกิจกรรมตามแนวคิด Sensory Integration

1. ยากในวิเคราะห์กิจกรรมที่สามารถใช้ในการกระตุ้นทุกระบบได้พร้อมๆ กัน
2. ยากในการกระตุ้นการจัดระเบียบความคิดโดยให้ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็นเนื่องจากลักษณะของคนไทยที่ไม่ค่อยแสดงออก ผู้นำกลุ่มต้องมีการถามนำหรือสรุปให้เห็นภาพที่ชัดเจน
3. ต้องใช้เวลาในการทำกิจกรรมแต่ละขั้นตอนนานเพราะผู้ป่วยต้องได้รับการกระตุ้นเหมือนกันทุกราย
4. กลุ่มไม่ควรมีขนาดใหญ่มาก เพราะจะทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการกระตุ้นอย่างทั่วถึง หรือได้รับการกระตุ้นไม่มากพอ
5. ผู้ป่วยต้องได้รับการกระตุ้นอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ จึงจะเกิดการพัฒนาความสามารถ

2.2.3 การประเมินความสามารถในการประกอบกิจกรรม

การประเมินเป็นกระบวนการแรกของกระบวนการทางกิจกรรมบำบัด เพื่อรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์จุดเด่น จุดด้อยด้านความสามารถในการประกอบกิจกรรม และความจำเป็นที่ต้องเข้ารับบริการทางกิจกรรมบำบัด รวมทั้งการพิจารณาความก้าวหน้าหลังได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพตลอดจน ให้ข้อมูลแก่ทีมผู้รักษา ซึ่งต้องอาศัยเครื่องมือประเมินที่สามารถประเมินผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว และสื่อสารผลการประเมินกับบุคลากรอื่นได้อย่างดี

แบบประเมินที่นิยมใช้ในการประเมินความสามารถในการประกอบกิจกรรมในงานกิจกรรมบำบัดนั้น อริสสา พงษ์ศักดิ์ศรี (2539) ได้แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ คือ

1) แบบประเมินพื้นฐานได้แก่
   - ก) แบบประเมินแรกรับ
   - ข) แบบประเมินกิจวัตรประจำวัน
   - ค) แบบประเมินสภาพจิตทางกิจกรรมบำบัด
2) แบบประเมินเฉพาะด้านได้แก่
   - ก) Diagnostic battery
   - ข) Picture collage
   - ค) Life Style Performance Profile Occupational History
   - ง) Activity Laboratory Questionnaire
   - จ) Adult Psychiatric Sensory Integrative Evaluation Behaviors Assessment
   - ฉ) The Comprehensive Occupational Therapy Evaluation (COTE Scales)

Copyright by Mahidol University

ในการศึกษานี้เลือกใช้แบบประเมิน The Comprehensive Occupational Therapy Evaluation (COTE Scales) เนื่องจากเป็นแบบประเมินระดับการแสดงออกของพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเวชที่นิยมใช้ในโปรแกรมกิจกรรมบำบัดด้านสุขภาพจิตวัยผู้ใหญ่รวมทั้งการรายงานการสังเกตพฤติกรรมระหว่างการฝึกสอนทักษะ และปรับพฤติกรรมของผู้ป่วย ซึ่งมีการอธิบายเกณฑ์การให้คะแนนแต่ละระดับในแต่ละหัวข้อย่อยไว้อย่างชัดเจน สามารถใช้ได้ง่าย และสะดวกในการสื่อสารข้อมูล หรือรายงานพฤติกรรมของผู้ป่วยระหว่างกลุ่มนักวิชาชีพที่เป็นผู้รักษา นอกจากนั้นการรายงานเป็นระดับคะแนนความบกพร่องทางความสามารถในการประกอบกิจกรรมยังสามารถนำไปใช้เป็นเกณฑ์ในการวางแผนให้บริการ และประเมินผลความก้าวหน้าของการให้บริการ จากการศึกษา ของกนิษฐา เมธาภัทร และพรเพ็ญ ศิริสัตยะวงศ์ (2543) ในการใช้แบบประเมิน COTE Scales กับผู้ป่วยจิตเวชจำนวน 30 ราย พบว่าแบบประเมิน COTE Scales มีความเที่ยงตรงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยองค์ประกอบที่มีความตรงสูงสุดคือองค์ประกอบด้านพฤติกรรมการทำงาน (Task Behavior) รองลงมาคือองค์ประกอบด้านพฤติกรรมทั่วไป (General Behavior) และองค์ประกอบด้านพฤติกรรมความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal Behavior)

แบบประเมิน The Comprehensive Occupational Therapy Evaluation (COTE Scales) พัฒนาโดยคาร์เรน อาร์ คูส์ (Karen R. Kunz) และซารา เจ. เบรแมน (Sara K. Brayman) ในปี ค.ศ. 1975 (Barbara J. Hemphill-Person, 1999 : 350-360) แปลและเรียบเรียงโดย เทียม ศรีคำจักร พรเพ็ญ ศิริสัตยะวงศ์ และวาริทธิ์นันท์ เมธาภัทร ในปี พ.ศ. 2544 ประกอบด้วยการประเมินความบกพร่องทางความสามารถในการประกอบกิจกรรมโดยการสังเกตพฤติกรรมระหว่างประกอบกิจกรรมใน 3 องค์ประกอบ คือ

1) องค์ประกอบด้านพฤติกรรมทั่วไป (General Behavior) หมายถึงพฤติกรรมของบุคคลที่สามารถสังเกตเห็นได้ในทุกสถานการณ์ทั้งในสถานการณ์ที่ถูกกำหนดหรือสร้างเงื่อนไขไว้ และสถานการณ์ที่ไม่กำหนดหรือไม่มีเงื่อนไข ซึ่งประกอบด้วยหัวข้อย่อยได้แก่ ก) ลักษณะภายนอก (appearance) ข) พฤติกรรมที่ไร้จุดหมาย (non-productive behavior) ค) ระดับการกระทำ (activity level) ง) การแสดงออกความรู้สึก (expression) จ) ความรับผิดชอบ (responsibility) ฉ) ความตรงต่อเวลาหรือความใส่ใจ (attendance/punctuality) ช) การรับรู้ความเป็นจริง (reality orientation) และ ซ) ความคิดรวบยอด (conceptualization)

2) องค์ประกอบด้านพฤติกรรมความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal Behavior) หมายถึงพฤติกรรมระหว่างบุคคลที่เกิดขึ้นในกลุ่มทั้งในสถานการณ์ที่ถูกกำหนดหรือสร้างเงื่อนไขไว้และสถานการณ์ที่ไม่กำหนดหรือไม่มีเงื่อนไข ซึ่งประกอบด้วยหัวข้อย่อยได้แก่ ก) ความเป็นอิสระ (independence) ข) ความร่วมมือ (cooperation) ค) การรักษาสิทธิ (self assertion) ง) การเข้า

Copyright by Mahidol University

สังคม (sociability) จ) การเรียกร้องความสนใจ (attention getting behavior) ฉ) การไม่เป็นที่ยอมรับของผู้อื่น (negative response from others)

3) องค์ประกอบด้านพฤติกรรมการทำงาน (Task Behavior) หมายถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการใช้ชีวิตประจำวันของผู้ป่วย เช่น กิจกรรมการดูแลรักษาตนเอง กิจกรรมเกี่ยวกับการทำงาน การประกอบอาชีพ หรือกิจกรรมยามว่าง ซึ่งประกอบด้วยหัวข้อย่อย ได้แก่ ก) การร่วมกิจกรรม (engagement) ข) สมาธิหรือความตั้งใจ(concentration and attention span) ค) สหสัมพันธ์ (coordination) ง) การทำงานตามขั้นตอน (Follow Direction) จ) ความละเอียดเรียบร้อยในการทำงาน (activity neatness or attention to detail) ฉ) การแก้ปัญหา (problem solving) ช) การจัดระเบียบงานที่มีความซับซ้อน (complexity and organization of tasks) ซ) การเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ (initial learning) ฌ) ความสนใจในงานหรือกิจกรรม (interest in activity) ญ) ความสนใจในผลสำเร็จของงาน (interest in accomplishment) ฎ) การตัดสินใจ (decision making) และ ฏ) การอดทนต่อความคับข้องใจ (frustration tolerance)

การให้คะแนนมี 5 ระดับ คือให้คะแนน 0 ในพฤติกรรมหัวข้อนั้นถ้าปกติ หรือไม่พบความบกพร่อง (Normal) ให้คะแนน 1 ในพฤติกรรมหัวข้อนั้นถ้ามีความบกพร่องเล็กน้อย (Minimal) ให้คะแนน 2 ในพฤติกรรมหัวข้อนั้นถ้ามีความบกพร่องปานกลาง (Mild) ให้คะแนน 3 ในพฤติกรรมหัวข้อนั้นถ้ามีความบกพร่องระดับมาก (Moderate) และให้คะแนน 4 ในพฤติกรรมหัวข้อนั้นถ้ามีความบกพร่องระดับรุนแรง (Severe) จากนั้นรวมคะแนน โดยแยกรวมคะแนนในองค์ประกอบพฤติกรรมแต่ละด้าน และรวมคะแนนทั้ง 3 ด้าน เพื่อเปรียบเทียบความก้าวหน้าของพฤติกรรมในภาพรวม ซึ่งคะแนนที่ได้จะบ่งบอกถึงระดับความบกพร่องของพฤติกรรม โดยคะแนนรวมมากแสดงว่าความบกพร่องของความสามารถในการประกอบกิจกรรมจะมีระดับรุนแรงขึ้นตาม และคะแนนรวมน้อยแสดงว่าความบกพร่องของความสามารถในการประกอบกิจกรรมจะมีระดับน้อยลงจนไม่พบความบกพร่อง

2.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

มาลี รัตนพัลลภ (2544) ได้ทำการศึกษาเรื่องการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ เพื่อศึกษาผลการใช้วิธีการแบบ Sensory Integration ต่อพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังเพศหญิงที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในโรงพยาบาลศรีธัญญา จำนวน 12 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง ซึ่งจะได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยการพยาบาลตามปกติร่วมกับการผสมผสานการรับรู้

Copyright by Mahidol University

ทางระบบประสาทสัมผัส จำนวน 6 คน และผู้ป่วยกลุ่มควบคุมที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยการพยาบาลตามปกติ จำนวน 6 คน ใช้ระยะเวลาในการศึกษาระหว่างเดือนตุลาคม-ธันวาคม 2544 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือกระตุ้นการประสมประสานการรับรู้ทางระบบประสาทสัมผัสโดยการจัดสภาพแวดล้อม และแบบประเมินกิจวัตรประจำวัน โดยรวบรวมข้อมูลจากการประเมินผลกิจวัตรประจำวัน จำนวน 4 ครั้ง คือ ก่อนการทดลอง ระหว่างการทดลองเดือนที่ 1 ระหว่างการทดลองเดือนที่ 2 และหลังการทดลองเดือนที่ 2 ผลการศึกษาพบว่าหลังการทดลองผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังกลุ่มที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพที่เน้นการพยาบาลโดยการใช้การผสมผสานการรับรู้ระบบประสาทสัมผัสมีพฤติกรรมกิจวัตรประจำวัน ใน 5 พฤติกรรมคือ ด้านการรับประทานอาหาร การแปรงฟันที่ถูกวิธี การสระผม การอาบน้ำ การแต่งตัว เปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง และดีขึ้นมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยการพยาบาลด้วยกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

Wiodyka และ College (2001) ได้ศึกษาการใช้วิธีการแบบ Sensory Integration ในการปรับปรุงความสามารถทางสติปัญญาในผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อม ในหน่วยดูแลผู้ป่วยเฉียบพลัน กลุ่มทดลองมีจำนวน 20 คน และกลุ่มเปรียบเทียบมีจำนวน 44 คน วิธีการแบบ Sensory Integration ประกอบด้วย การกระตุ้นประสาทสัมผัสด้วยวิธีการหลายชนิด เช่น การใช้กลิ่น การสัมผัส การกระตุ้นการทรงตัว และการกระตุ้นการรับความรู้สึกของข้อ ประเมินความสามารถทางสติปัญญาด้วย MMSE (Mini Mental State Exam) การทดลองใช้เวลา 4 สัปดาห์ โดยกิจกรรมที่ใช้แบ่งออกเป็น 3 ตอน ช่วงแรกคือการอบอุ่นร่างกาย โดยจะเป็นการฝึกเทคนิคการหายใจเพื่อกระตุ้นการไหลเวียนของเลือด ช่วงที่สองเป็นการลงน้ำหนักขนาด 1 ถึง 2 ปอนด์ ที่ข้อต่อ และช่วงสุดท้ายเป็นช่วงผ่อนคลายโดยการใช้พาราชู๊ท เพื่อสังเกตการณ์จัดการกับปัญหาของผู้ป่วย การใช้เทคนิคการผ่อนคลาย เช่น การหายใจลึกๆ การจัดท่าทางให้เหมาะสม การผ่อนคลาย ด้วยเพลงที่ผ่อนคลาย การใช้น้ำหนักที่ผ้าห่มวางบนตัก หรือการใช้กลิ่นลาเวนเดอร์ที่เหมาะสมกับผู้ป่วย และจัดบรรยากาศโดยรอบ แสงสว่าง อุณหภูมิที่จัดให้เหมาะสมในการผ่อนคลาย ดำเนินกลุ่มช่วงในบ่าย ใช้เวลาประมาณ 45 นาที 4 ครั้งต่อ 1 สัปดาห์ ผลการทดลองปรากฏว่าหลังการทดลองระดับคะแนนด้านสติปัญญาของกลุ่มทดลองมีมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และจากการทดสอบสมมุติฐานของการบำบัด กลุ่มทดลองดีขึ้นด้วยการใช้ Sensory Integration อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01 เมื่อเปรียบเทียบรายคู่ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง และคะแนนหัวข้อย่อย พบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีระดับคะแนนเรื่องสติปัญญา การรับรู้ความเป็นจริง การปฏิบัติตามกฎ และภาษา มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนด้านความใส่ใจไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

Copyright by Mahidol University

Miller และคณะ (2007) ได้ทำการศึกษาผลของการใช้วิธีการแบบ Sensory Integration กับผู้ป่วยเด็กซึ่งมีภาวะ Sensory Modulation Disorder (SMDs) โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะ SMDs จำนวน 24 ราย แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม โดย กลุ่มที่ 1 ได้รับการบำบัดโดยใช้วิธีการแบบ Sensory Integration จำนวน 2 ครั้ง/สัปดาห์ ประกอบด้วยกิจกรรมและของเล่น กระตุ้นการรับความรู้สึก ที่ให้ได้มีการสร้างจินตนาการ การให้ความหมาย ซึ่งมีความท้าทายและสนุกสนาน โดยต้องให้ประสบความสำเร็จในการทำกิจกรรมทุกครั้ง เป้าหมายในการทำกิจกรรมเพื่อพัฒนาการตอบสนองต่อการรับความรู้สึก พฤติกรรมทางสังคม ความสามารถทางร่างกาย และการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม ทั้งนี้นักกิจกรรมบำบัดจะมีบทบาทในการให้ความรู้และแสดงตัวอย่างให้ผู้ปกครองที่มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมกระตุ้นด้วย กลุ่มที่ 2 ได้รับการบำบัดโดยกิจกรรมพัฒนาตามปกติ เช่น งานศิลปะ งานฝีมือ การต่อบล็อคไม้ และเกมสร้างปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล กลุ่มที่ 3 ไม่ได้รับการบำบัด ทำการวัดพฤติกรรมที่ตอบสนองต่อการรับความรู้สึก และการเปลี่ยนแปลงการทำงานทางสรีระวิทยา ก่อนและหลังการทดลอง ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มที่ได้รับการบำบัดโดยใช้วิธีการแบบ Sensory Integration มีคะแนนความสนใจ (attention) และ สติปัญญาหรือสังคม (Cognitive/Social) ดีขึ้นกว่ากลุ่มที่ได้รับกิจกรรมพัฒนาตามปกติและกลุ่มที่ไม่ได้รับการบำบัด

Watling และ Dietz (2007) ได้ศึกษาผลของการใช้วิธีการแบบ Sensory Integration ต่อพฤติกรรมและระยะเวลาในการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะ Autism spectrum disorder (ASD) อายุ 3 - 4 ขวบ จำนวน 4 ราย ทำการศึกษาแบบ ABAB โดยจัดห้องให้มีอุปกรณ์ ได้แก่ โต๊ะเล็ก 1 ตัวและเก้าอี้ 2 ตัว เบาะนวมขนาดใหญ่ พัดลมตั้งพื้น กระจกติดผนัง และกระดานล้อเลื่อน โดยพื้นห้องทั้งหมดปูด้วยเสื่อ แล้วให้การกระตุ้นการรับความรู้สึกและแบบแผนการเล่นที่เกี่ยวกับการแสดงพฤติกรรมและการทำงาน โดยใช้อุปกรณ์ เช่น กระดานสปริง (trampolines) กระดานทรงตัว (balance beam) ห่วงยาง (plastic rings) โดยแบ่งขั้นตอนการทำกิจกรรมเป็น 3 ขั้นตอน คือ 1) การสร้างความคุ้นเคยระหว่างนักกิจกรรมบำบัดกับเด็ก ใช้เวลา 10 นาที 2) การปูพื้นฐานโดยการให้เล่นแบบอิสระ 15 นาที 3) กิจกรรมกระตุ้นการผสมผสานการรับความรู้สึกโดยวิธีการแบบ Sensory Integration 15 นาที โดยทำกิจกรรม 4 ครั้งต่อสัปดาห์ สังเกตและประเมินพฤติกรรมเป็นเวลา 72 วัน ผลการศึกษาพบว่าการกระตุ้นด้วยวิธีการแบบ Sensory Integration จะไม่มีผลต่อพฤติกรรมหรือระยะเวลาในการเข้าร่วมกิจกรรมของเด็ก ASD ในช่วงวันที่ 1 - 31 โดยเด็กจะมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตั้งแต่การได้รับการกระตุ้นตั้งแต่วันที่ 31- 34 เป็นต้นไป

Copyright by Mahidol University

Roberts และคณะ (2007) ได้ศึกษาถึงพฤติกรรมที่เป็นเครื่องชี้วัดผลของการรักษาโดยใช้วิธีการแบบ Sensory Integration ในเด็กชายอายุ 3 ปี 5 เดือน ซึ่งมีภาวะ sensory modulation disorder คือพัฒนาการทางการพูดและภาษาช้า ซึ่งมีผลต่อความสามารถสำหรับการเรียนชั้นอนุบาล โดยการรักษาด้วยวิธีการแบบ Sensory Integration ครั้งละ 1 ชั่วโมง จำนวน 3 ครั้งต่อสัปดาห์ เป็นเวลา 11 สัปดาห์ ในห้องกิจกรรมบำบัด โดยใช้อุปกรณ์ ได้แก่ เชือก(ropes) อุปกรณ์โหน (lofts) กระดานสปริง (trampolines) กระดานเลื่อน (slides) เสื่อ (mats) และหมอนข้าง (pillows) ทำการศึกษาแบบ ABAB คือการให้การบำบัดสลับกับไม่ให้การบำบัด เริ่มด้วยการไม่ให้การบำบัด 2 สัปดาห์ จากนั้นให้การบำบัด 5 สัปดาห์ แล้วหยุดการบำบัด 2 สัปดาห์ แล้วจึงให้การบำบัดอีก 2 สัปดาห์ และให้ครูซึ่งไม่มีความรู้ด้านการรักษาด้วยวิธีการแบบ Sensory Integration บันทึกพฤติกรรมของเด็ก ผลการศึกษาพบว่าเมื่อให้การบำบัดเด็กมีการเข้าร่วมกิจกรรมระยะเวลานานขึ้น พฤติกรรมก้าวร้าวลดลง ความต้องการการช่วยเหลือจากครูโดยตรงลดลง และมีการพูดบอกความต้องการมากขึ้น ซึ่งทำให้สรุปได้ว่าวิธีการแบบ Sensory Integration อาจสามารถพัฒนาพฤติกรรมการปฏิบัติตามกฎเกณฑ์ของเด็กได้

Sabarre (2007) ได้ศึกษาถึงการใช้วิธีการแบบ Sensory Integration โดยการทบทวนงานวิจัยจาก Centre for Reviews and Dissemination ของประเทศแคนาดา ระหว่างปี 1990 – 2007 จำนวน 16 เรื่อง ซึ่งศึกษาการใช้วิธีการแบบ Sensory Integration ในกลุ่มผู้มีความบกพร่องด้านการเรียนรู้ บกพร่องทางสติปัญญา บกพร่องทางสมอง บกพร่องทางการสื่อภาษา พัฒนาการของทักษะการเคลื่อนไหวช้า และผู้ป่วยจิตเวช สำหรับผู้ป่วยจิตเวชนั้นไม่พบการใช้วิธีการแบบ Sensory Integration ระหว่างปี 1990 – 2007 จึงได้ทบทวนเฉพาะผู้ป่วยกลุ่มนี้ในงานวิจัยระหว่างปี 1970 – 1980 ซึ่งพบว่าการใช้วิธีการแบบ Sensory Integration ใช้มากในจิตวิทยาการศึกษา การเคลื่อนไหวของร่างกาย พฤติกรรม ภาษา และการรับรู้ สำหรับการใช้ในผู้ป่วยจิตเวชนั้นมีรายงานผลการศึกษาการใช้วิธีการแบบ Sensory Integration ว่าทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางบวกในพฤติกรรมทางสังคมด้านพฤติกรรมระหว่างบุคคลของผู้ป่วยที่รับการรักษาในโรงพยาบาล

กนิษฐา เมธาภัทร และพรเพ็ญ ศิริสัตยะวงศ์ (2543) ได้ศึกษาความเที่ยงตรงของเครื่องมือวัดความสามารถของผู้ป่วยจิตเวช 2 ชนิด คือแบบประเมิน The Comprehensive Occupational Therapy Evaluation (COTE Scales) และแบบประเมิน Occupational Therapy Task Observation Scale (OTTOS) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์และความสอดคล้องของคะแนนระหว่างผู้ประเมินจากการใช้เครื่องมือทั้งสอง โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นเป็นนักกิจกรรมบำบัดจำนวน 2 คน เจ้าหน้าที่อาชีวบำบัด 1 คน ทำการประเมินความสามารถในการประกอบกิจกรรมของผู้ป่วยจิตเวชจำนวน 30 ราย ผลการศึกษาพบว่า แบบประเมินทั้งคู่มีความเที่ยงตรงที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 และ

Copyright by Mahidol University

พบว่าคะแนนประเมินจากแบบประเมิน COTE Scales ระหว่างผู้ประเมินที่เป็นนักกิจกรรมบำบัดมีความสัมพันธ์กันในระดับสูงมาก ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.01 และคะแนนประเมินจากแบบประเมิน OTTOS ระหว่างผู้ประเมินที่เป็นนักกิจกรรมบำบัดมีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.01 ทั้งนี้ในแบบประเมิน COTE Scales พบว่ามีค่าความเที่ยงตรงสูงสุดในพฤติกรรมการทำงาน รองลงมาคือพฤติกรรมทั่วไป และพฤติกรรมความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลตามลำดับ ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

Copyright by Mahidol University

บทที่ 3
วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Design) ซึ่งทำการศึกษาแบบแบ่งเป็นสองกลุ่มวัดสองครั้ง (The Pretest-Posttest Design with Non-equivalent Groups) มีรายละเอียดดังนี้

3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยจิตเภททุกประเภทที่เข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน ณ สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ตั้งแต่เดือนมกราคม ถึง มีนาคม 2551 เป็นเวลาไม่น้อยกว่า 2 สัปดาห์ อายุตั้งแต่ 15 – 60 ปี เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยโรคจิตเภทแต่ละประเภทมีจำนวนไม่มากจึงกำหนดให้ผู้ป่วยจิตเภททุกประเภทคือกลุ่มประชากร โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้

1) ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท
2) สมัครใจและเข้าร่วมกลุ่มได้ครบโปรแกรม
3) สามารถพูดสื่อสารได้
4) ไม่มีภาวะปัญญาอ่อนและ/ใช้สารเสพติด
5) ไม่อยู่ระหว่างรับการรักษาด้วยไฟฟ้า
6) ไม่พิการซ้ำซ้อน
7) ไม่มีอาการที่เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น
8) ไม่อยู่ในภาวะที่สับสนวุ่นวายจนเกินไป

จากการรวบรวมข้อมูลเมื่อวันที่ 1 - 15 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2551 พบว่าผู้ป่วยที่อยู่ในเกณฑ์การคัดเลือกประชากรมีจำนวนทั้งสิ้น 46 ราย

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภททุกประเภทที่เข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน ณ สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ซึ่งคัดเลือกจากประชากรจำนวน 46 คน จากนั้นทำการประเมินความสามารถในการประกอบกิจกรรมก่อนทดลอง ในวันที่ 17 และ 18 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2551 ตั้งแต่เวลา 10.00 - 11.30 น. ด้วยแบบประเมิน The Comprehensive Occupational Therapy

Copyright by Mahidol University

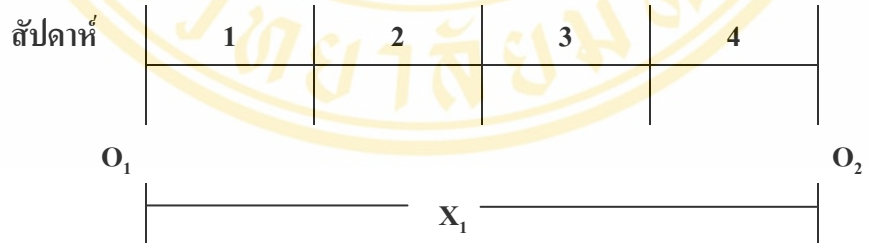
Evaluation Scale (COTE Scale) โดยนักกิจกรรมบำบัดของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ จากนั้นรวบรวมคะแนนแล้วจับคู่เพศ อายุ (±3 ปี) การศึกษา การจำแนกโรค และคะแนนความบกพร่องทางความสามารถในการประกอบกิจกรรม (±5 คะแนน) ได้จำนวน 16 คู่ (ตารางภาคผนวก 12) จากนั้นสุ่มตัวอย่างแบบสุ่มเชิงเดียว (Simple random sampling)โดยวิธีการจับฉลาก เพื่อแบ่งผู้ป่วยแต่ละคู่ออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดย

1) กลุ่มทดลอง (Experimental group) คือผู้ป่วยจิตเภทซึ่งเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพตามทฤษฎี Sensory Integration ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเป็นเวลา 1 ชั่วโมง จำนวนสัปดาห์ละ 3 ครั้ง เป็นเวลา 4 สัปดาห์ ร่วมกับการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ เป็นเวลา 1 ชั่วโมง จำนวนสัปดาห์ละอย่างน้อย 3 ครั้ง

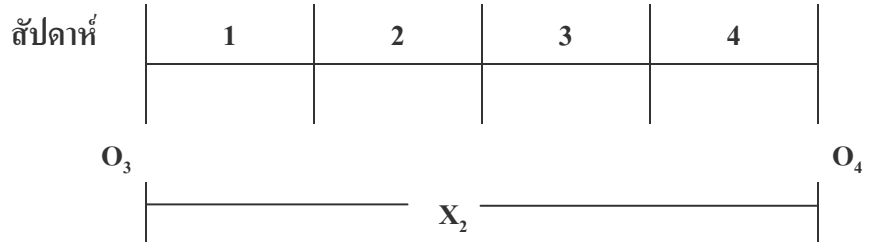
2) กลุ่มเปรียบเทียบ (Comparison group) คือผู้ป่วยจิตเภทซึ่งไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพตามทฤษฎี Sensory Integration แต่ได้เข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์เป็นเวลา 1 ชั่วโมง สัปดาห์ละ 3 ครั้ง เป็นเวลา 4 สัปดาห์ ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทักษะทางสังคม ได้แก่ กลุ่มบันเทิงบำบัด กลุ่มศิลปกรรมบำบัด และการฟื้นฟูสมรรถภาพทักษะการทำงาน ได้แก่ งานหัตถกรรมบำบัด งานเกษตรกรรมบำบัด และงานอุตสาหกรรมบำบัด

3.2 แผนการทดลอง

กลุ่มทดลอง



กลุ่มเปรียบเทียบ



Copyright by Mahidol University

X_1 = การเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพตามทฤษฎี Sensory Integration ร่วมกับโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

X_2 = การเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

O_1 = การประเมินก่อนการทดลองในกลุ่มทดลอง

O_2 = การประเมินหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง

O_3 = การประเมินก่อนการทดลองในกลุ่มเปรียบเทียบ

O_4 = การประเมินหลังการทดลองในกลุ่มเปรียบเทียบ

ตัวแปรที่ศึกษา

1) ตัวแปรอิสระ ได้แก่ โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพตามทฤษฎี Sensory Integration โดยผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามทฤษฎี Sensory Integration ของ ดร.เอ จีน แอร์ (A. Jean Ayres)

2) ตัวแปรตาม ได้แก่ ความสามารถในการประกอบกิจกรรม (Occupational Performance) ของผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย ก) พฤติกรรมทั่วไป (General Behavior) ข) พฤติกรรมความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal Behavior) ค) พฤติกรรมการทำงาน (Task Behavior)

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพตามทฤษฎี Sensory Integration และแบบประเมิน The Comprehensive Occupational Therapy Evaluation Scale (COTE Scale)

3.3.1 โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพตามทฤษฎี Sensory Integration

โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพตามทฤษฎี Sensory Integration เป็นกิจกรรมเพื่อการพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยจิตเภท โดยผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามทฤษฎี sensory integration ของ ดร. เอ จีน แอร์ (A. jean Ayres) ซึ่งมีขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือการศึกษาตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จากนั้นจัดทำโปรแกรมกิจกรรมและวิธีดำเนินกิจกรรมตามวัตถุประสงค์แล้วจึงนำไปให้ให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) และนำมาปรับปรุงแก้ไข โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพตามทฤษฎี Sensory Integration ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นประกอบด้วยกิจกรรมกลุ่มจำนวน 12 ครั้ง ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาการจัดระเบียบความรู้สึกด้านระบบการทรงตัวและการเคลื่อนไหว (vestibular integration) จำนวน 4 ครั้ง ระบบการรับรู้

Copyright by Mahidol University

กล้ามเนื้อ เอ็นและข้อต่อ (proprioceptive integration) จำนวน 8 ครั้ง และ ระบบการรับสัมผัส (tactile integration) จำนวน 7 ครั้ง (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพตามทฤษฎี Sensory Integration

ครั้งที่	วันที่ (10.00-11.00น.)	กิจกรรม	วัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาการจัดระเบียบความรู้สึกด้าน		
			Vestibular integration	Proprioceptive integration	Tactile integration
1	25 ก.พ. 51	ปิดตาฝ่าด่าน		✓	✓
2	27 ก.พ. 51	เรขาพาเพลิน		✓	✓
3	29 ก.พ. 51	ตะเกียบวิเศษ	✓	✓	
4	3 มี.ค. 51	ถุงปริศนา			✓
5	5 มี.ค. 51	ลิงชิงบอล	✓	✓	
6	7 มี.ค. 51	อะไรอยู่ในทราย			✓
7	10 มี.ค. 51	ขวดปริศนา			✓
8	12 มี.ค. 51	สร้างด้วยมือ		✓	✓
9	14 มี.ค. 51	จับได้ให้บอก			✓
10	17 มี.ค. 51	ชักคะเย่อ	✓	✓	
11	19 มี.ค. 51	ไม่พรากจากกัน	✓	✓	
12	21 มี.ค. 51	ฝ่ามือจอมพลัง		✓	

Copyright by Mahidol University

ตารางที่ 2 โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

ครั้งที่	วันที่ (10.00-11.00 น.)	กิจกรรม	วัตถุประสงค์
1	25 ก.พ. 51	วาดภาพ	ฝึกทักษะการทำงาน
2	27 ก.พ. 51	ร้องเพลงคาราโอเกะ + เต้นรำ	ฝึกทักษะทางสังคม
3	29 ก.พ. 51	เกมส่งบอลเรียกชื่อ	ฝึกทักษะทางสังคม
4	3 มี.ค. 51	ปั้นดินน้ำมัน	ฝึกทักษะการทำงาน
5	5 มี.ค. 51	ฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อประกอบเพลง	ฝึกการจัดการกับความเครียด
6	7 มี.ค. 51	เกมเหยียบกระดาษหนังสือพิมพ์	ฝึกทักษะทางสังคม
7	10 มี.ค. 51	พับถุงกระดาษ	ฝึกทักษะพื้นฐานการทำงาน
8	12 มี.ค. 51	ร้องเพลงคาราโอเกะ + เต้นรำ	ฝึกทักษะทางสังคม
9	14 มี.ค. 51	เกมกระซิบ	ฝึกทักษะทางสังคม
10	17 มี.ค. 51	ร้อยลูกปัดมู่ลี่	ฝึกทักษะพื้นฐานการทำงาน
11	19 มี.ค. 51	ฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อประกอบเพลง	ฝึกการจัดการกับความเครียด
12	21 มี.ค. 51	เกมมดขนห่วง	ฝึกทักษะทางสังคม

Copyright by Mahidol University

การดำเนินกิจกรรม

การดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพตามทฤษฎี Sensory Integration ใช้เวลาครั้งละ 1 ชั่วโมง เวลา 10.00 – 11.00 น. จำนวนสัปดาห์ละ 3 ครั้ง รวม 4 สัปดาห์ ตั้งแต่วันที่ 25 กุมภาพันธ์ 2551 โดยในการดำเนินกิจกรรมแต่ละครั้งแบ่งเป็น 5 ขั้นตอน ซึ่งรายละเอียดการทำกิจกรรมแสดงไว้ในภาคผนวก ข

ขั้นที่ 1 เปิดกลุ่ม (5 นาที)

ในกิจกรรมครั้งแรกเป็นการให้ผู้ป่วย ผู้วิจัย และผู้ช่วยวิจัย ซึ่งเป็นผู้ช่วยเหลือคนไข้ของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ แนะนำตนเอง ส่วนในครั้งต่อๆ ไป จะเป็นการแนะนำกลุ่ม โดยผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์และวิธีการให้ทุกคนในกลุ่มเข้าใจ ซึ่งจะเป็นการกระตุ้นความสนใจในการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม

ขั้นที่ 2 กิจกรรมกระตุ้นการตอบสนองของร่างกาย (10 นาที)

ใช้การออกกำลังกายโดยเคลื่อนไหวพื้นฐานง่ายๆ ภายในระยะเวลาสั้น รูปแบบการเคลื่อนไหวช้าและไม่ก่อให้เกิดอันตราย โดยผู้วิจัยแสดงท่าทางการเคลื่อนไหวแขน ขา ศีรษะ ลำตัว เพื่อเพิ่มความตึงตัวของกล้ามเนื้อ ความแข็งแรงของร่างกาย และเพื่อเพิ่มพัฒนาการทางด้านท่าทางและการเคลื่อนไหว ให้ผู้ป่วยในกลุ่มทำตาม

ขั้นที่ 3 กิจกรรมกระตุ้นการผสมผสานการรับรู้ (30 นาที)

ให้การกระตุ้นการผสมผสานการรับรู้ด้วยกิจกรรม 12 ครั้ง ตามลำดับ ประกอบด้วย กิจกรรมปิดตาฝ่าด่าน เรขาพาเพลิน ตะเกียบวิเศษ ถุงปริศนา ลิงชิงบอล อะไรอยู่ในทราย ขวดปริศนา สร้างด้วยมือ จับได้ให้บอก ชักคะเย่อ ไม่พรากจากกัน และฝ่ามือจอมพลัง

ขั้นที่ 4 การจัดระเบียบทางความคิดและพฤติกรรมที่เหมาะสม (10 นาที)

ให้ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับประโยชน์ของกิจกรรมต่อตนเอง โดยผู้วิจัยตั้งคำถามว่า “ท่านคิดว่ากิจกรรมในวันนี้ให้ประโยชน์อะไรกับตัวท่าน” หรือ “ท่านได้อะไรจากการทำกลุ่มในวันนี้” และกระตุ้นให้ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็น 3 - 5 คน จากนั้นผู้วิจัยสรุปประโยชน์ของกิจกรรมที่ได้จากความคิดเห็นของผู้ป่วย โดยให้สอดคล้องตามวัตถุประสงค์

ขั้นที่ 5 ปิดกลุ่ม (5 นาที)

ผู้วิจัยจะเป็นผู้สรุปภาพรวมเกี่ยวกับการการตอบสนองต่อกิจกรรมแต่ละครั้ง โดยชี้ให้ผู้ป่วยเห็นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ดีขึ้นในผู้ป่วยบางราย กล่าวชมเชย ให้กำลังใจ เพื่อเป็นตัวอย่างแก่ผู้ป่วยอื่นในกลุ่ม ในการปรับปรุงตนเองในกิจกรรมครั้งต่อไป โดยในกิจกรรมครั้งสุดท้ายเป็นการสรุปการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยรายบุคคล

Copyright by Mahidol University

3.3.2 แบบประเมิน The Comprehensive Occupational Therapy Evaluation Scale (COTE Scale)

แบบประเมิน The Comprehensive Occupational Therapy Evaluation Scale (COTE Scale) พัฒนาโดยคาร์เรน อาร์ คูส์ (Karen R. Kunz) และซารา เจ. เบรแมน (Sara K. Brayman) ในปี ค.ศ. 1975 (Barbara J. Hemphill-Person, 1999) แปลและเรียบเรียงโดย เทียม ศรีคำจักร พรเพ็ญ ศิริสัตยะวงศ์ และวาริทธิ์นันท์ เมธาภัทร ในปี พ.ศ. 2544 สำหรับใช้ในงานกิจกรรมบำบัดผู้ป่วยจิตเวช โดยนักกิจกรรมบำบัดใช้ประเมินความบกพร่องทางความสามารถในการประกอบกิจกรรมของบุคคลที่แสดงออกทางพฤติกรรมที่สังเกตได้ 3 องค์ประกอบ ดังนี้

1) องค์ประกอบด้านพฤติกรรมทั่วไป (General Behavior) หมายถึงพฤติกรรมของบุคคลที่สามารถสังเกตเห็นได้ในทุกสถานการณ์ทั้งในสถานการณ์ที่ถูกกำหนดหรือสร้างเงื่อนไขไว้ และสถานการณ์ที่ไม่กำหนดหรือไม่มีเงื่อนไข ได้แก่

ก) ลักษณะภายนอก (Appearance)

ข) พฤติกรรมที่ไร้จุดหมาย (Non-productive Behavior)

ค) ระดับการกระทำ (Activity Level)

ง) การแสดงความรู้สึก (Expression)

จ) ความรับผิดชอบ (Responsibility)

ฉ) ความตรงต่อเวลาหรือความใส่ใจ (Attendance / Punctuality)

ช) การรับรู้ความเป็นจริง (Reality Orientation)

ซ) ความคิดรวบยอด (Conceptualization)

2) องค์ประกอบด้านพฤติกรรมความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal Behavior) หมายถึง พฤติกรรมระหว่างบุคคลที่เกิดขึ้นในกลุ่มทั้งในสถานการณ์ที่ถูกกำหนดหรือสร้างเงื่อนไขไว้และสถานการณ์ที่ไม่กำหนดหรือไม่มีเงื่อนไข ได้แก่

ก) ความเป็นอิสระ (Independence)

ข) ความร่วมมือ (Cooperation)

ค) การรักษาสิทธิ (Self Assertion)

ง) การเข้าสังคม (Sociability)

จ) การเรียกร้องความสนใจ (Attention Getting Behavior)

ฉ) การไม่เป็นที่ยอมรับของผู้อื่น (Negative Response from Others)

Copyright by Mahidol University

3) องค์ประกอบด้านพฤติกรรมการทำงาน (Task Behavior) หมายถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการใช้ชีวิตประจำวันของผู้ป่วย เช่น กิจกรรมการดูแลรักษาตนเอง กิจกรรมเกี่ยวกับการทำงาน การประกอบอาชีพ หรือกิจกรรมยามว่าง ได้แก่

ก) การร่วมกิจกรรม (Engagement)

ข) สมาธิหรือความตั้งใจ (Concentration and Attention Span)

ค) สหสัมพันธ์ (Coordination)

ง) การทำงานตามขั้นตอน (Follow Direction)

จ) ความละเอียดเรียบร้อยในการทำงาน (Activity Neatness or Attention to Detail)

ฉ) การแก้ปัญหา (Problem Solving)

ช) การจัดระเบียบงานที่มีความซับซ้อน (Complexity and Organization of Tasks)

ซ) การเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ (Initial Learning)

ฌ) ความสนใจในงานหรือกิจกรรม (Interest in Activity)

ญ) ความสนใจในผลสำเร็จของงาน (Interest in Accomplishment)

ฎ) การตัดสินใจ (Decision Making)

ฏ) การอดทนต่อความคับข้องใจ (Frustration Tolerance)

การให้คะแนน

การให้คะแนนระดับพฤติกรรมระหว่างประกอบกิจกรรมเป็นแบบ rating scales 5 ระดับ คือ

0 = ปกติ ไม่พบความบกพร่อง (Normal)

1 = มีความบกพร่องเล็กน้อย (Minimal)

2 = มีความบกพร่องปานกลาง (Mild)

3 = มีความบกพร่องระดับมาก (Moderate)

4 = มีความบกพร่องระดับรุนแรง (Severe)

จากนั้นรวมคะแนนโดยแยกรวมคะแนนในองค์ประกอบพฤติกรรมแต่ละด้าน และรวมคะแนนทั้ง 3 ด้าน เพื่อเปรียบเทียบความก้าวหน้าของพฤติกรรมในภาพรวม ซึ่งคะแนนจะบ่งบอกถึงระดับความบกพร่องของพฤติกรรม โดยคะแนนรวมมากแสดงว่าความบกพร่องทางความสามารถในการประกอบกิจกรรมจะมีระดับรุนแรงขึ้นตาม และคะแนนรวมน้อยแสดงว่าความบกพร่องทางความสามารถในการประกอบกิจกรรมจะมีระดับน้อยลงจนไม่พบความบกพร่อง

Copyright by Mahidol University

3.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1) ขอหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

2) ขออนุมัติสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ เพื่อขออนุมัติทำการศึกษาวิจัย

3) เสนอโครงร่างงานวิจัยเพื่อขอคำรับรองจากคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนเกี่ยวกับการทดลองในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

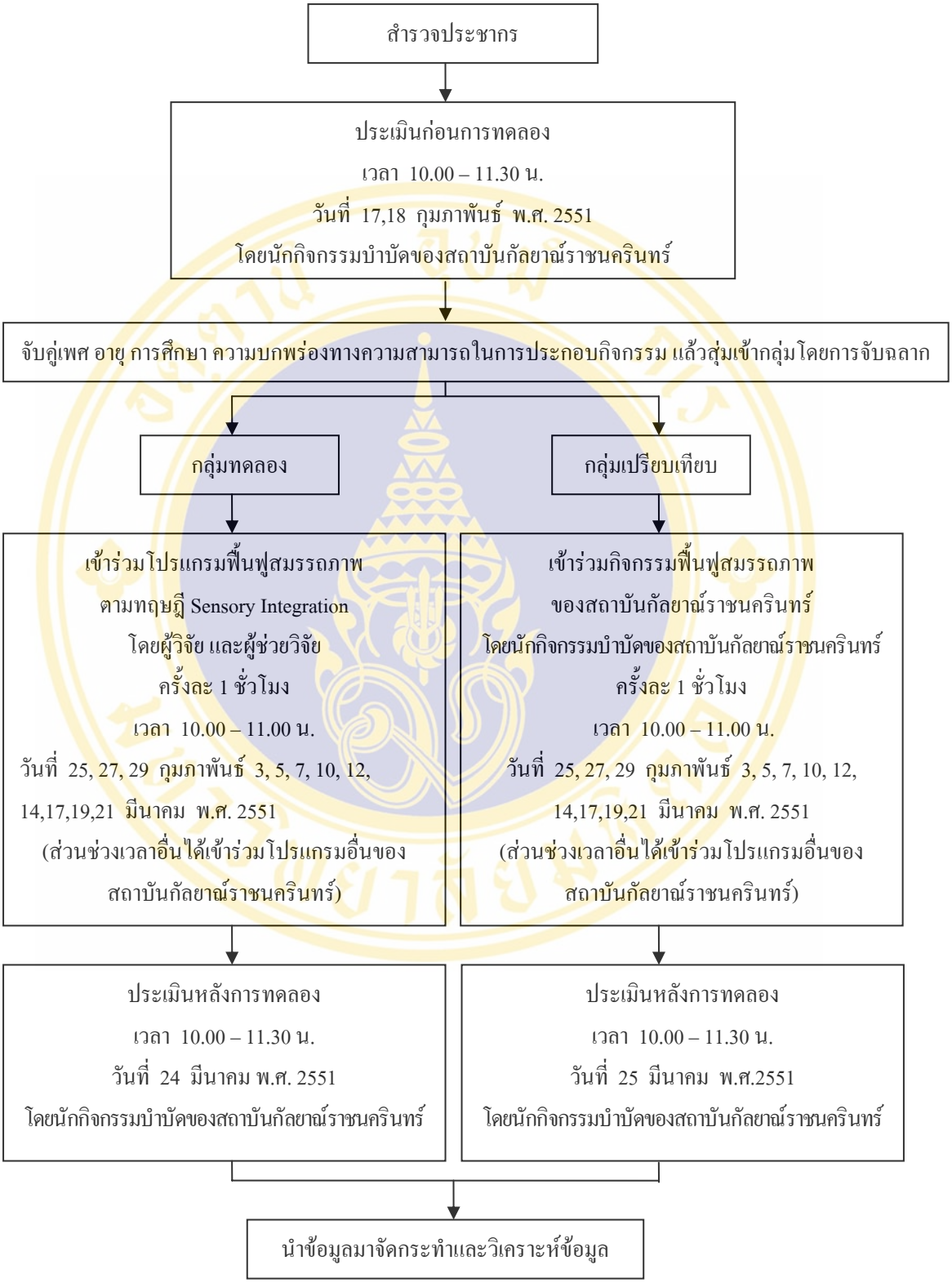
4) ดำเนินการทดลอง

ก) ดำเนินโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพตามทฤษฎี Sensory Integration ครั้งละ 1 ชั่วโมง ตั้งแต่เวลา 10.00 – 11.00 น. วันที่ 25, 27, 29 กุมภาพันธ์ 3, 5, 7, 10, 12, 14,17,19,21 มีนาคม 2551 รวม 12 ครั้ง จำนวน 3 ครั้ง / สัปดาห์ เป็นเวลา 4 สัปดาห์ โดยผู้วิจัยเป็นผู้นำกลุ่ม มีผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นผู้ช่วยเหลือคนไข้ในสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ เป็นผู้ช่วยในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยระหว่างดำเนินกิจกรรมกลุ่ม

ข) ทำการประเมินความสามารถในการประกอบกิจกรรมหลังทดลองในกลุ่มทดลอง เวลา 10.00-11.30 น. วันที่ 24 มีนาคม 2551 และกลุ่มเปรียบเทียบ เวลา 10.00-11.30 น. วันที่ 25 มีนาคม 2551 ด้วยแบบประเมิน The Comprehensive Occupational Therapy Evaluation Scale (COTE Scale) โดยนักกิจกรรมบำบัดของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ คนเดียวกับที่ประเมินก่อนทดลอง

5) นำข้อมูลมาจัดกระทำและวิเคราะห์ข้อมูล

Copyright by Mahidol University



แผนภาพที่ 2 ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง

Copyright by Mahidol University

3.5 การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ซึ่งสถิติที่ใช้มีดังนี้

3.5.1 สถิติพรรณนา บรรยายข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา และการจำแนกโรค โดยเสนอค่าของข้อมูลเป็นจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3.5.2 สถิติวิเคราะห์ ได้แก่

1) การทดสอบข้อสมมุติ (assumption) ว่าข้อมูลมีลักษณะการแจกแจงแบบปรกติหรือไม่ โดยใช้สถิติทดสอบ Kolmogorov-Smirnov

2) เปรียบเทียบคะแนนความบกพร่องทางความสามารถในการประกอบกิจกรรม (Occupational dysfunction score) ก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ เพื่อทดสอบสมมุติฐานข้อที่ 1 และ 2 โดยใช้ Paired t-test

3) เปรียบเทียบคะแนนความบกพร่องทางความสามารถในการประกอบกิจกรรม (Occupational dysfunction score) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ เพื่อทดสอบสมมุติฐานข้อที่ 3 โดยใช้ t-test

4) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของผลต่างคะแนนความบกพร่องทางความสามารถในการประกอบกิจกรรม (Occupational dysfunction score) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ เพื่อทดสอบสมมุติฐานข้อที่ 4 โดยใช้ t-test

Copyright by Mahidol University

บทที่ 4
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาเรื่องการพัฒนาความสามารถในการประกอบกิจกรรมของผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพตามทฤษฎี Sensory Integration ได้เสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

4.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภท

ในการศึกษานี้ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับการคัดเลือกให้เข้าร่วมการทดลอง มีลักษณะส่วนบุคคล ดังนี้

กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 87.5) มากกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 12.5) อายุอยู่ในช่วง 30 – 39 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 56.2) อายุอยู่ในช่วง 20 – 29 ปี และ 50 – 59 ปี น้อยที่สุด (ร้อยละ 12.5) โดยมีอายุเฉลี่ย 38.19 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.67 ปี จบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด (ร้อยละ 43.8) และระดับปวช. / ปวส.น้อยที่สุด (ร้อยละ 12.5) การวินิจฉัยโรคตาม ICD-10 เป็นโรคจิตเภทแบบระแวงมากที่สุด (ร้อยละ 50.0) และน้อยที่สุดคือ จิตเภทมิได้ระบุรายละเอียด (ร้อยละ 12.5)

กลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 87.5) มากกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 12.5) อายุอยู่ในช่วง 30 – 39 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 56.2) อายุอยู่ในช่วง 50 – 59 ปี น้อยที่สุด (ร้อยละ 6.3) โดยมีอายุเฉลี่ย 37.19 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.01 ปี จบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด (ร้อยละ 43.8) และระดับปวช. / ปวส.น้อยที่สุด (ร้อยละ 12.5) การวินิจฉัยโรคตาม ICD-10 เป็นโรคจิตเภทแบบระแวง มากที่สุด (ร้อยละ 50.0) และน้อยที่สุดคือ จิตเภทมิได้ระบุรายละเอียด (ร้อยละ 12.5) (รายละเอียดดังตารางที่ 3)

Copyright by Mahidol University

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ จำแนกตามลักษณะส่วนบุคคล

ลักษณะส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	14	87.5	14	87.5
หญิง	2	12.5	2	12.5
รวม	16	100.0	16	100.0
อายุ (ปี)				
20 – 29	2	12.5	2	12.5
30 – 39	9	56.2	9	56.2
40 – 49	3	18.8	4	25.0
50 – 59	2	12.5	1	6.3
รวม	16	100.0	16	100.0
อายุเฉลี่ย	38.19		37.19	
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	8.67		8.01	
อายุต่ำสุด	24		23	
อายุสูงสุด	57		54	
การศึกษา				
ประถมศึกษา	7	43.8	7	43.8
มัธยมศึกษา	4	25.0	4	25.0
ปวช./ปวส.	2	12.5	2	12.5
ปริญญาตรี	3	18.7	3	18.7
รวม	16	100.0	16	100.0
โรคตาม ICD-10				
จิตเภทแบบระแวง	8	50.0	8	50.0
จิตเภทแบบแบ่งแยกไม่ชัดเจน	6	37.5	6	37.5
จิตเภทมิได้ระบุรายละเอียด	2	12.5	2	12.5
รวม	16	100.0	16	100.0

Copyright by Mahidol University

จากตารางที่ 2 สามารถอธิบายลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ดังนี้

เพศ ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบเป็นเพศชาย (ร้อยละ 87.5) มากกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 12.5) จำนวนเท่ากันทั้ง 2 กลุ่ม

อายุ ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีอายุอยู่ในช่วง 30 – 39 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 56.2) อายุอยู่ในช่วง 20 – 29 ปี น้อยที่สุด (ร้อยละ 12.5) โดยกลุ่มทดลอง มีอายุเฉลี่ย 38.19 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.67 ปี อายุต่ำสุด 24 ปี สูงสุด 57 ปี กลุ่มเปรียบเทียบ มีอายุเฉลี่ย 37.19 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.01 ปี อายุต่ำสุด 23 ปี สูงสุด 54 ปี

การศึกษา ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด (ร้อยละ 43.8) รองลงมาได้แก่ระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 25.0) ระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 18.8) และระดับปวช./ปวส.น้อยที่สุด (ร้อยละ 12.5) จำนวนเท่ากันทั้ง 2 กลุ่ม

โรคตาม ICD-10 ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมากที่สุดคือ จิตเภทแบบระแวง (ร้อยละ 50.0) รองลงมาคือ จิตเภทแบบแบ่งแยกไม่ชัดเจน (ร้อยละ 37.5) และน้อยที่สุดคือ จิตเภทมิได้ระบุรายละเอียด (ร้อยละ 12.5) จำนวนเท่ากันทั้ง 2 กลุ่ม

ลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีความแตกต่างกันบ้างเล็กน้อยในด้านอายุ แต่ในด้านอื่น ๆ ไม่มีความแตกต่างกัน ดังนั้นจึงสรุปว่าลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบไม่แตกต่างกัน

4.2 ผลการวิเคราะห์และเปรียบเทียบคะแนนความบกพร่องทางความสามารถในการประกอบกิจกรรม (Occupational dysfunction score)

ก่อนการวิเคราะห์และเปรียบเทียบคะแนนความบกพร่องทางความสามารถในการประกอบกิจกรรม ผู้วิจัยได้ตรวจสอบข้อสมมุติโดยใช้สถิติทดสอบ Kolmogorov-Smirnov พบว่าคะแนนความบกพร่องทางความสามารถในการประกอบกิจกรรม ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีการแจกแจงแบบปรกติ (รายละเอียดแสดงในตารางภาคผนวก 1) จึงสามารถใช้การทดสอบสมมุติฐานด้วย t-test

อนึ่งเพื่อยืนยันว่าคะแนนความบกพร่องทางความสามารถในการประกอบกิจกรรม ก่อนทดลอง ของผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกัน ผู้วิจัยจึงได้ทำการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความบกพร่องทางความสามารถในการประกอบกิจกรรม ก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบด้วย t-test ดังตารางที่ 4

Copyright by Mahidol University

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความบกพร่องทางความสามารถในการประกอบกิจกรรม ก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

พฤติกรรม	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		t-test	df	p-value
	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s			
ความบกพร่องทางความสามารถในการประกอบกิจกรรม	**54.69**	**19.16**	**55.50**	**19.29**	**-0.12**	**30**	**0.906**
- ด้านพฤติกรรมทั่วไป	16.69	6.10	15.94	6.17	0.35	30	0.732
- ด้านพฤติกรรมความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	11.25	4.57	11.88	4.87	-0.37	30	0.711
- ด้านพฤติกรรมการทำงาน	26.75	9.30	27.69	8.96	-0.29	30	0.773

จากตารางที่ 4 คะแนนความบกพร่องทางความสามารถในการประกอบกิจกรรม ของกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ย (54.69) แตกต่างกับกลุ่มเปรียบเทียบ (55.50) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value = 0.906) สำหรับองค์ประกอบด้านพฤติกรรมทั่วไป (General Behavior) ด้านพฤติกรรมความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal Behavior) และด้านพฤติกรรมการทำงาน (Task Behavior) พบว่าแตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สรุปได้ว่าความสามารถในการประกอบกิจกรรมของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลอง ไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความบกพร่องทางความสามารถในการประกอบกิจกรรม ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลอง

พฤติกรรม	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		Paired t-test	df	p-value
	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s			
ความบกพร่องทางความสามารถในการประกอบกิจกรรม	**54.69**	**19.16**	**22.69**	**15.00**	**21.82**	**15**	**<0.001****
- ด้านพฤติกรรมทั่วไป	16.69	6.10	7.31	5.39	13.06	15	<0.001**
- ด้านพฤติกรรมความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	11.25	4.57	3.25	2.82	15.03	15	<0.001**
- ด้านพฤติกรรมการทำงาน	26.75	9.30	12.13	8.22	21.24	15	<0.001**

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

Copyright by Mahidol University

จากตารางที่ 5 พบว่า คะแนนความบกพร่องทางความสามารถในการประกอบกิจกรรมของกลุ่มทดลอง หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ย (22.69) ต่ำกว่าก่อนการทดลอง (54.69) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (p-value < 0.001) สำหรับองค์ประกอบด้านพฤติกรรมทั่วไป (General Behavior) ด้านพฤติกรรมความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal Behavior) และด้านพฤติกรรมการทำงาน (Task Behavior) พบว่าคะแนนหลังการทดลองต่ำกว่าคะแนนก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความบกพร่องทางความสามารถในการประกอบกิจกรรม ก่อนการทดลองและหลังการทดลองของกลุ่มเปรียบเทียบ

พฤติกรรม	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		Paired t-test	df	p-value
	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s			
ความบกพร่องทางความสามารถในการประกอบกิจกรรม	**55.50**	**19.29**	**44.06**	**17.88**	**14.28**	**15**	**<0.001****
- ด้านพฤติกรรมทั่วไป	15.94	6.17	12.81	5.49	10.38	15	<0.001**
-ด้านพฤติกรรมความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	11.88	4.87	8.98	4.45	12.65	15	<0.001**
- ด้านพฤติกรรมการทำงาน	27.69	8.96	22.31	8.67	11.58	15	<0.001**

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

จากตารางที่ 6 พบว่า คะแนนความบกพร่องทางความสามารถในการประกอบกิจกรรมของกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ย (44.06) ต่ำกว่าก่อนการทดลอง (55.50) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (p-value < 0.001) สำหรับองค์ประกอบด้านพฤติกรรมทั่วไป (General Behavior) ด้านพฤติกรรมความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal Behavior) และด้านพฤติกรรมการทำงาน (Task Behavior) พบว่าคะแนนหลังการทดลองต่ำกว่าคะแนนก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

Copyright by Mahidol University

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความสามารถในการประกอบกิจกรรม หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

พฤติกรรม	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		t-test	df	p-value
	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s			
ความบกพร่องทางความสามารถในการประกอบกิจกรรม	**22.69**	**15.00**	**44.06**	**17.88**	**-3.66**	**30**	**0.0005****
- ด้านพฤติกรรมทั่วไป	7.31	5.39	12.81	5.49	-2.86	30	0.004**
-ด้านพฤติกรรมความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	3.25	2.82	8.98	4.45	-4.32	30	<0.001**
- ด้านพฤติกรรมการทำงาน	12.13	8.22	22.31	8.67	-3.41	30	0.001**

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

จากตารางที่ 7 พบว่า คะแนนความบกพร่องทางความสามารถในการประกอบกิจกรรมกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย (22.69) ต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ (44.06) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (p-value = 0.0005) สำหรับองค์ประกอบด้านพฤติกรรมทั่วไป (General Behavior) ด้านพฤติกรรมความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal Behavior) และด้านพฤติกรรมการทำงาน (Task Behavior) พบว่าคะแนนหลังการทดลองต่ำกว่าคะแนนก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

Copyright by Mahidol University

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของผลต่างคะแนนความบกพร่องทางความสามารถในการประกอบกิจกรรม ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ($\bar{d}$) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

กลุ่มตัวอย่าง	ก่อนการทดลอง $\bar{x}$	หลังการทดลอง $\bar{x}$	$\bar{d}$	s_d	t-test	df	p-value
ความบกพร่องทางความสามารถในการประกอบกิจกรรม							
กลุ่มทดลอง	**54.69**	**22.69**	**-32.00**	**5.87**	**-12.31**	**30.00**	**<0.001****
กลุ่มเปรียบเทียบ	**55.50**	**44.06**	**-11.44**	**3.20**			
- ด้านพฤติกรรมทั่วไป							
กลุ่มทดลอง	16.69	7.31	-9.38	2.87	-8.03	20.12	<0.001**
กลุ่มเปรียบเทียบ	15.94	12.81	-3.13	1.20			
- ด้านพฤติกรรมความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล							
กลุ่มทดลอง	11.25	3.25	-8.00	2.13	-8.72	20.51	<0.001**
กลุ่มเปรียบเทียบ	11.88	8.94	-2.94	0.93			
- ด้านพฤติกรรมการทำงาน							
กลุ่มทดลอง	26.75	12.13	-14.62	2.75	-11.14	30.00	<0.001**
กลุ่มเปรียบเทียบ	27.69	22.31	-5.38	1.86			

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

จากตารางที่ 8 พบว่า ค่าเฉลี่ยของผลต่างคะแนนความบกพร่องทางความสามารถในการประกอบกิจกรรมกลุ่มทดลองมีค่าผลต่าง (-32.00) มากว่ากลุ่มเปรียบเทียบ (-11.44) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (p-value < 0.001) สำหรับองค์ประกอบด้านพฤติกรรมทั่วไป (General Behavior) ด้านพฤติกรรมความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal Behavior) และด้านพฤติกรรมการทำงาน (Task Behavior) กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของผลต่างคะแนนมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

Copyright by Mahidol University

สรุปผลการทดสอบสมมุติฐาน

สมมุติฐานข้อที่ 1 ผู้ป่วยกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพตามทฤษฎี Sensory Integration มีคะแนนความบกพร่องทางความสามารถในการประกอบกิจกรรม (Occupational dysfunction score) หลังการทดลองต่ำกว่าก่อนทดลอง

จากการทดสอบสมมุติฐานพบว่า คะแนนความบกพร่องทางความสามารถในการประกอบกิจกรรมของกลุ่มทดลอง หลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ยต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 จึงสรุปได้ว่าผู้ป่วยกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพตามทฤษฎี Sensory Integration มีคะแนนความบกพร่องทางความสามารถในการประกอบกิจกรรม (Occupational dysfunction score) หลังการทดลองต่ำกว่าก่อนทดลอง ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อที่ 1

สมมุติฐานข้อที่ 2 ผู้ป่วยกลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพตามทฤษฎี Sensory Integration มีคะแนนความบกพร่องทางความสามารถในการประกอบกิจกรรม (Occupational dysfunction score) หลังการทดลองต่ำกว่าก่อนทดลอง

จากการทดสอบสมมุติฐานพบว่า คะแนนความบกพร่องทางความสามารถในการประกอบกิจกรรมของกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 จึงสรุปได้ว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพตามทฤษฎี Sensory Integration มีคะแนนความบกพร่องทางความสามารถในการประกอบกิจกรรม (Occupational dysfunction score) หลังการทดลองต่ำกว่าก่อนทดลอง ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อที่ 2

สมมุติฐานข้อที่ 3 ผู้ป่วยกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพตามทฤษฎี Sensory Integration มีคะแนนความบกพร่องทางความสามารถในการประกอบกิจกรรม (Occupational dysfunction score) หลังการทดลองต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพตามทฤษฎี Sensory Integration

จากการทดสอบสมมุติฐานพบว่า คะแนนความบกพร่องทางความสามารถในการประกอบกิจกรรม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 จึงสรุปได้ว่าผู้ป่วยกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพตามทฤษฎี Sensory Integration มีคะแนนความสามารถในการประกอบกิจกรรม (Occupational Performance) หลังการทดลองต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพตามทฤษฎี Sensory Integration ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อที่ 3

Copyright by Mahidol University

สมมุติฐานข้อที่ 4 ผู้ป่วยกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพตามทฤษฎี Sensory Integration มีค่าเฉลี่ยของผลต่างคะแนนความบกพร่องทางความสามารถในการประกอบกิจกรรม (Occupational dysfunction score) ก่อนการทดลองและหลังการทดลองมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพตามทฤษฎี Sensory Integration

จากการทดสอบสมมุติฐานพบว่า ค่าเฉลี่ยของผลต่างคะแนนความบกพร่องทางความสามารถในการประกอบกิจกรรม กลุ่มทดลองมีค่าผลต่างมากว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 จึงสรุปได้ว่าหลังการทดลองผู้ป่วยกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพตามทฤษฎี Sensory Integration มีค่าเฉลี่ยของผลต่างคะแนนความสามารถในการประกอบกิจกรรม (Occupational Performance) ก่อนการทดลองและหลังการทดลองมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพตามทฤษฎี Sensory Integration ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อที่ 4

Copyright by Mahidol University

บทที่ 5
สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้ มีรูปแบบการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Design) แบบศึกษาสองกลุ่มวัดสองครั้ง (The Pretest-Posttest Design with Non-equivalent Groups) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อการพัฒนาความสามารถในการประกอบกิจกรรมของผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพตามทฤษฎี Sensory Integration ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามทฤษฎี Sensory Integration ของ ดร. เอ จีน แอร์ (A. jean Ayres)

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้การวิจัยครั้งนี้เป็นผู้ป่วยจิตเภททุกประเภทที่เข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน ณ สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ตั้งแต่เดือนมกราคม ถึง มีนาคม พ.ศ. 2551 ตั้งแต่ 2 สัปดาห์ อายุตั้งแต่ 23 – 57 ปี ซึ่งคัดเลือกโดยใช้การจับคู่เพศ อายุ การศึกษา การจำแนกโรค และคะแนนความบกพร่องทางความสามารถในการประกอบกิจกรรม ได้จำนวน 16 คู่ จากนั้นนำมาสุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบสุ่มเชิงเดียว โดยวิธีการจับฉลาก เพื่อแบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบได้จำนวนกลุ่มละ 16 คน

ตัวแปรที่ศึกษาในครั้งนี้ประกอบด้วย 1) ตัวแปรอิสระ ได้แก่ โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพตามทฤษฎี Sensory Integration โดยผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามทฤษฎี Sensory Integration ของ ดร.เอ จีน แอร์ (A. Jean Ayres) 2) ตัวแปรตาม ได้แก่ ความสามารถในการประกอบกิจกรรม (Occupational Performance) ของผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย ก) พฤติกรรมทั่วไป (General Behavior) ข) พฤติกรรมความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal Behavior) ค) พฤติกรรมการทำงาน (Task Behavior)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ 1) โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพตามทฤษฎี Sensory Integration เป็นกิจกรรมเพื่อการพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยจิตเภท โดยผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามทฤษฎี sensory integration ของ ดร. เอ จีน แอร์ (A. jean Ayres) โดยมีขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือการศึกษาตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จากนั้นจัดทำโปรแกรมกิจกรรมและวิธีดำเนินกิจกรรมตามวัตถุประสงค์ แล้วจึงนำไปให้ให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) และนำมาปรับปรุงแก้ไข โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพตามทฤษฎี Sensory Integration ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นประกอบด้วยกิจกรรมกลุ่มจำนวน 12 ครั้ง 2) แบบประเมิน The

Copyright by Mahidol University

Comprehensive Occupational Therapy Evaluation Scale (COTE Scale) ที่พัฒนาโดยคาร์เรน อาร์ คูส์ (Karen R. Kunz) และซารา เจ. เบรแมน (Sara K. Brayman) ในปี ค.ศ. 1975 (Barbara J. Hemphill-Person, 1999 : 350-360) แปลและเรียบเรียงโดย เทียม ศรีคำจักร พรเพ็ญ ศิริสัตยะวงศ์ และวาริทธิ์นันท์ เมธาภัทร ในปี พ.ศ. 2544

การเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการทดลองตามขั้นตอน ดังนี้ 1) สำรวจประชากรผู้ป่วยจิตเภททุกประเภทที่เข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน ณ สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ตั้งแต่วันที่ 1 - 15 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2551 2) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากประชากรตามเกณฑ์การคัดเลือก ทำการประเมินความบกพร่องทางความสามารถในการประกอบกิจกรรมก่อนทดลอง วันที่ 17 และ 18 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2551 เวลา 10.00 – 11.30 น. ด้วยแบบประเมิน The Comprehensive Occupational Therapy Evaluation Scale (COTE Scale) โดยนักกิจกรรมบำบัดของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ จากนั้นจับคู่เพศ อายุ การศึกษา การจำแนกโรค และความบกพร่องทางความสามารถในการประกอบกิจกรรมของประชากรได้จำนวน 16 คู่ แล้วสุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบสุ่มเชิงเดียว โดยวิธีการจับฉลาก แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 16 คน 3) ดำเนินโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพตามทฤษฎี Sensory Integration ครั้งละ 1 ชั่วโมง ตั้งแต่เวลา 10.00 – 11.00 น. วันที่ 25, 27, 29 กุมภาพันธ์ 3, 5, 7, 10, 12, 14,17,19,21 มีนาคม พ.ศ. 2551 จำนวน 3 ครั้ง/สัปดาห์ เป็นเวลา 4 สัปดาห์ รวม 12 ครั้ง โดยผู้วิจัยเป็นผู้นำกลุ่ม มีผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นผู้ช่วยเหลือคนไข้ในสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ เป็นผู้ช่วยในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยระหว่างดำเนินกิจกรรมกลุ่ม และ 4) ทำการประเมินความบกพร่องทางความสามารถในการประกอบกิจกรรมหลังทดลองในกลุ่มทดลอง เวลา 10.00 – 11.30 น. วันที่ 24 มีนาคม พ.ศ. 2551 และกลุ่มเปรียบเทียบ เวลา 10.00 – 11.30 น. วันที่ 25 มีนาคม พ.ศ. 2551 ด้วยแบบประเมิน The Comprehensive Occupational Therapy Evaluation Scale (COTE Scale) โดยนักกิจกรรมบำบัดของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

การวิเคราะห์ข้อมูล ในการศึกษานี้ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ซึ่งสถิติที่ใช้มีดังนี้ 1) สถิติพรรณนา บรรยายข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา และการจำแนกโรค โดยเสนอค่าของข้อมูลเป็นจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2) สถิติวิเคราะห์ ได้แก่ ก) การทดสอบข้อสมมุติ (assumption) ว่าข้อมูลมีลักษณะการแจกแจงแบบปรกติหรือไม่ โดยใช้สถิติทดสอบ Kolmogorov-Smirnov ข) เปรียบเทียบคะแนนความบกพร่องทางความสามารถในการประกอบกิจกรรม (Occupational dysfunction score) ก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ เพื่อทดสอบสมมุติฐานข้อที่ 1 และ 2 โดยใช้ Paired t-test ค) เปรียบเทียบคะแนนความบกพร่องทางความสามารถในการประกอบกิจกรรม (Occupational dysfunction score) ระหว่าง

Copyright by Mahidol University

กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ เพื่อทดสอบสมมุติฐานข้อที่ 3 โดยใช้ t-test ง) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของผลต่างคะแนนคะแนนความบกพร่องทางความสามารถในการประกอบกิจกรรม (Occupational dysfunction score) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ เพื่อทดสอบสมมุติฐานข้อที่ 4 โดยใช้ t-test

สรุปผลการวิจัย

ในการศึกษานี้ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับการคัดเลือกให้เข้าร่วมการทดลอง มีลักษณะส่วนบุคคลไม่แตกต่างกัน คือเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิงจำนวนเท่ากัน โดยมีอายุอยู่ในช่วง 30 – 39 ปี มากที่สุดเหมือนกันโดย และอายุมีความใกล้กัน คือกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 38.19 ปี และกลุ่มเปรียบเทียบมีอายุเฉลี่ย 37.19 ปี ซึ่งใกล้เคียงกัน ด้านการศึกษากลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มมีการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด และระดับปวช. / ปวส. น้อยที่สุด เป็นโรคจิตเภทแบบระแวงมากที่สุดจำนวนเท่ากันทั้ง 2 กลุ่ม ดังนั้นจึงอาจสรุปได้ว่าลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบไม่แตกต่างกัน

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความบกพร่องทางความสามารถในการประกอบกิจกรรม (Occupational dysfunction score) ก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลอง พบว่ามีคะแนนความบกพร่องทางความสามารถในการประกอบกิจกรรมต่ำกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ทุกด้าน ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 1 ที่ตั้งไว้

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความบกพร่องทางความสามารถในการประกอบกิจกรรม (Occupational dysfunction score) ก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่ามีคะแนนความบกพร่องทางความสามารถในการประกอบกิจกรรมต่ำกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 2 ที่ตั้งไว้

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความบกพร่องทางความสามารถในการประกอบกิจกรรม (Occupational dysfunction score) หลังการทดลองของกลุ่มทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนความบกพร่องทางความสามารถในการประกอบกิจกรรมต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 3 ที่ตั้งไว้

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของผลต่างคะแนนความบกพร่องทางความสามารถในการประกอบกิจกรรม (Occupational dysfunction score) ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของผลต่างคะแนนมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพตามทฤษฎี Sensory Integration ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 4 ที่ตั้งไว้

Copyright by Mahidol University

อภิปรายผล

ผู้ป่วยกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพตามทฤษฎี Sensory Integration มีคะแนนความบกพร่องทางความสามารถในการประกอบกิจกรรม (Occupational dysfunction score) หลังการทดลองต่ำกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 สำหรับองค์ประกอบด้านพฤติกรรมทั่วไป (General Behavior) ด้านพฤติกรรมความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal Behavior) และด้านพฤติกรรมการทำงาน (Task Behavior) พบว่าคะแนนหลังการทดลองต่ำกว่าคะแนนก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และเมื่อทดสอบคะแนนรายข้อในองค์ประกอบด้านต่างๆ (ตารางภาคผนวกที่ 6-8) ก็พบว่าคะแนนหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ทุกหัวข้อเช่นกัน โดยการที่ระดับคะแนนยิ่งต่ำหมายถึงความรุนแรงของความบกพร่องของความสามารถในการประกอบกิจกรรมยิ่งลดลง ดังนั้นโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพตามทฤษฎี Sensory Integration จึงน่าจะมีผลต่อการพัฒนาความสามารถในการประกอบกิจกรรมของผู้ป่วยจิตเภท

ผู้ป่วยกลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพตามทฤษฎี Sensory Integration มีคะแนนความบกพร่องทางความสามารถในการประกอบกิจกรรม (Occupational dysfunction score) หลังการทดลองต่ำกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และเมื่อทดสอบคะแนนรายข้อในองค์ประกอบด้านต่างๆ (ตารางภาคผนวกที่ 9-11) สำหรับองค์ประกอบด้านพฤติกรรมทั่วไป (General Behavior) ด้านพฤติกรรมความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal Behavior) และด้านพฤติกรรมการทำงาน (Task Behavior) พบว่าคะแนนหลังการทดลองต่ำกว่าคะแนนก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการที่ผู้ป่วยได้เข้าร่วมกิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์นครินทร์ เช่น กิจกรรมบันเทิงบำบัด ได้แก่ การเล่นเกม การร้องเพลง การเต้นรำ กิจกรรมศิลปกรรมบำบัด ได้แก่ การวาดภาพ การปั้นดินน้ำมัน ซึ่งมีลักษณะกิจกรรมที่ส่งเสริมการรับความรู้สึกและการเคลื่อนไหว จึงสามารถพัฒนาความสามารถในการประกอบกิจกรรมของผู้ป่วยได้เช่นกัน

อย่างไรก็ตาม คะแนนความบกพร่องทางความสามารถในการประกอบกิจกรรมก่อนและหลังการทดลองรายข้อในองค์ประกอบด้านต่างๆ ของผู้ป่วยกลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพตามทฤษฎี Sensory Integration ในองค์ประกอบด้านพฤติกรรมความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal Behavior) หัวข้อความร่วมมือ (cooperation) มีคะแนนหลังการทดลองไม่แตกต่างจากก่อนทดลอง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ที่ผู้ป่วยกลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพตามทฤษฎี Sensory Integration เข้าร่วมส่วนใหญ่จะเป็นกิจกรรมแบบเดี่ยว ทำเป็นรายบุคคล ไม่มีการร่วมกันทำเป็นคู่ จึงทำให้ไม่มีการพัฒนาความสามารถด้านการให้ร่วมมือ

Copyright by Mahidol University

ผู้ป่วยกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพตามทฤษฎี Sensory Integration มีคะแนนความบกพร่องทางความสามารถในการประกอบกิจกรรม (Occupational dysfunction score) หลังการทดลองต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพตามทฤษฎี Sensory Integration อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 เมื่อทดสอบคะแนนรายข้อในองค์ประกอบด้านต่างๆ (ตารางภาคผนวกที่ 3-5) ได้แก่ ด้านพฤติกรรมทั่วไป (General Behavior) ด้านพฤติกรรมความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal Behavior) และด้านพฤติกรรมการทำงาน (Task Behavior) พบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพตามทฤษฎี Sensory Integration มีคะแนนความบกพร่องทางความสามารถในการประกอบกิจกรรมต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพตามทฤษฎี Sensory Integration อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพตามทฤษฎี Sensory Integration มีค่าเฉลี่ยของผลต่างคะแนนความบกพร่องทางความสามารถในการประกอบกิจกรรม ก่อนการทดลองและหลังการทดลองมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพตามทฤษฎี Sensory Integration อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และเมื่อพิจารณารายองค์ประกอบ พบว่าองค์ประกอบด้านพฤติกรรมทั่วไป (General Behavior) ด้านพฤติกรรมความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal Behavior) และด้านพฤติกรรมการทำงาน (Task Behavior) ผู้ป่วยกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพตามทฤษฎี Sensory Integration มีค่าเฉลี่ยของผลต่างคะแนนมากกว่าที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพตามทฤษฎี Sensory Integration อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 แสดงว่าการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพตามทฤษฎี Sensory Integration ทำให้ความสามารถในการประกอบกิจกรรมของผู้ป่วยจิตเภทดีขึ้นมากกว่าการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ซึ่งอาจเป็นเพราะโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพตามทฤษฎี Sensory Integration ใช้การกระตุ้นการรับความรู้สึกต่างๆ ผ่านกิจกรรมที่สนุกสนาน สามารถสร้างแรงจูงใจในการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยจิตเภทในการทำกิจกรรมได้ง่าย และมีขั้นตอนในการจัดระเบียบการรับความรู้สึกต่างๆ เพื่อการกระตุ้นการตอบสนอง หรือการรับรู้สิ่งเร้าที่มีผลกระทบต่อร่างกายอย่างมีระเบียบแบบแผน สำหรับการผสมผสานการรับความรู้สึกของแต่ละบุคคล นอกจากนี้การดำเนินกิจกรรมยังมีความต่อเนื่องโดยใช้รูปแบบซ้ำๆ อย่างสม่ำเสมอ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Miller และคณะ (2007) ที่ได้ใช้วิธีการแบบ Sensory Integration พบว่าผู้ป่วยเด็กซึ่งมีภาวะ Sensory Modulation Disorder (SMDs) ที่ได้รับการบำบัดโดยใช้วิธีการแบบ Sensory Integration มีคะแนนความสนใจ (attention) และสติปัญญาหรือสังคม (Cognitive / Social) ดีขึ้น

เมื่อพิจารณาคะแนนความบกพร่องทางความสามารถในการประกอบกิจกรรม (Occupational dysfunction score) ของผู้ป่วยกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพตามทฤษฎี

Copyright by Mahidol University

Sensory Integration และกลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพตามทฤษฎี Sensory Integration หลังการทดลอง แยกตามองค์ประกอบพบว่าองค์ประกอบด้านพฤติกรรมทั่วไป (General Behavior) หัวข้อการแสดงความรู้สึก (expression) การรับรู้ความเป็นจริง (reality orientation) และความคิดรวบยอด (conceptualization) มีคะแนนความบกพร่องทางความสามารถในการประกอบกิจกรรมไม่แตกต่างกัน แม้ว่าทั้งสองกลุ่มจะมีคะแนนหลังการทดลองต่ำลงกว่าก่อนทดลอง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มนั้น เมื่อเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งโปรแกรม Sensory Integration และโปรแกรมของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ต่างก็ได้รับการกระตุ้นให้แสดงออกถึงความรู้สึกที่สอดคล้องกับสถานการณ์ ในการแสดงความคิดเห็นหลังจากเข้าร่วมกิจกรรม และยังมีการกระตุ้นการรับรู้ความเป็นจริงในด้านวัน เวลา สถานที่ และอาการเจ็บป่วยของตนเอง โดยการให้ข้อมูลจากผู้บำบัดทุกครั้ง สำหรับองค์ประกอบด้านพฤติกรรมความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal Behavior) หัวข้อการไม่เป็นที่ยอมรับของผู้อื่น (negative response from others) ทั้งสองกลุ่มมีคะแนนความบกพร่องทางความสามารถในการประกอบกิจกรรมไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเนื่องจากพฤติกรรมการแสดงออกที่ส่งผลกระทบต่อผู้อื่นจนได้รับการตำหนิและตอบสนองในทางลบ เช่น ร้องขอสิทธิพิเศษหรือการดูแลเป็นพิเศษจากผู้บำบัด พูดมากจนผู้อื่นรำคาญ เมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมเหล่านี้ไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วยกลุ่มใด ผู้บำบัดต้องใช้เทคนิคในการจำกัดพฤติกรรมเพื่อการควบคุมพฤติกรรมของผู้ป่วยไม่ให้รบกวนกลุ่ม สำหรับองค์ประกอบด้านพฤติกรรมการทำงาน (Task Behavior) หัวข้อการทำตามขั้นตอน (follow direction) และหัวข้อความละเอียดเรียบร้อยในการทำงาน (activity neatness / attention to detail) ทั้งสองกลุ่มมีคะแนนความบกพร่องทางความสามารถในการประกอบกิจกรรมไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเนื่องจากในการจัดกิจกรรมเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยนั้น ต้องมีการวิเคราะห์ขั้นตอนการทำกิจกรรมให้เหมาะสมกับความสามารถของผู้ป่วย โดยจะมีการลำดับขั้นตอนการทำกิจกรรมจากง่ายไปยาก และมีการอธิบายขั้นตอนวิธีทำอย่างละเอียด พร้อมกับการสาธิตวิธีทำให้ผู้ป่วยดูและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยถามเมื่อเกิดความลังเลไม่แน่ใจ สำหรับหัวข้อความละเอียดเรียบร้อยในการทำงาน ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับความใส่ใจในแง่ความปราณีตและคุณภาพของงานที่ทำนั้น ในระหว่างที่ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้บำบัดต้องคอยดูแลความละเอียดเรียบร้อยของผลงานผู้ป่วยทุกครั้ง เพื่อกระตุ้นความสนใจ และความใส่ใจในกิจกรรมของผู้ป่วย ซึ่งนอกจากการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพตามทฤษฎี Sensory Integration แล้ว ผู้ป่วยกลุ่มทดลองยังได้เข้าร่วมกิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ซึ่งมีลักษณะเป็นกิจกรรมศิลปะประดิษฐ์ ได้แก่ การทำกล่อง การทำดอกไม้ การทำการ์ดอวยพร

Copyright by Mahidol University

ผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพตามทฤษฎี Sensory Integration มีความสามารถในการประกอบกิจกรรมเกือบทุกองค์ประกอบดีขึ้นกว่าผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ดังนั้นโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพตามทฤษฎี Sensory Integration จึงน่าจะสามารถนำมาใช้เป็นโปรแกรมในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทในสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ได้ แต่ควรมีการปรับปรุงกิจกรรม เพื่อกระตุ้นการผสมผสานการรับความรู้สึกของการแสดงความรู้สึก (expression) การรับรู้ความเป็นจริง (reality orientation) ความคิดรวบยอด (conceptualization) การไม่เป็นที่ยอมรับของผู้อื่น (negative response from others) การทำตามขั้นตอน (follow direction) และความละเอียดเรียบร้อยในการทำงาน (activity neatness / attention to detail) โดยเพิ่มจำนวนกิจกรรม จำนวนครั้ง หรือระยะเวลาในการทำกิจกรรมของแต่ละบุคคล ในขั้นตอนการผสมผสานการรับรู้ เพื่อให้สามารถพัฒนาความสามารถในการประกอบกิจกรรมของผู้ป่วยจิตเภทได้ครอบคลุมทุกองค์ประกอบ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้ คือ

1. ควรมีการศึกษาติดตามผลหลังการจำหน่ายว่าผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพตามทฤษฎี Sensory Integration สามารถคงระดับความสามารถในการประกอบกิจกรรม จนสามารถดูแลตนเองได้ตามศักยภาพหรือไม่

2. ควรมีการทดลองใช้โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพตามทฤษฎี Sensory Integration ในการวิจัยครั้งนี้กับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอื่น เพื่อเปรียบเทียบว่ามีความสอดคล้องกับผลการวิจัยในครั้งนี้หรือไม่ ซึ่งจะเป็นประโยชน์สำหรับการนำไปใช้กับผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลต่างๆ ต่อไป

3. ควรมีการทดลองใช้โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพตามทฤษฎี Sensory Integration ในการวิจัยครั้งนี้ว่าสามารถพัฒนาความสามารถในการประกอบกิจกรรมของผู้ป่วยโรคจิตเวชประเภทอื่น ได้หรือไม่

Copyright by Mahidol University

การพัฒนาความสามารถในการประกอบกิจกรรมของผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพตามทฤษฎี Sensory Integration

อินทิรา อะตะมะ 4637528 RSRS / M

ศศ.ม. (งานบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ : ปิยะรัตน์ นุชผ่องใส Ph.D., วิไล กุศลวิศิษฏ์กุล วท.ม.

บทสรุปแบบสมบูรณ์

บทนำ

ตามพระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2534 ได้ให้คำจำกัดความคนพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรมว่าคือคนที่มีความผิดปกติหรือความบกพร่องทางจิตใจหรือสมองในส่วนของการรับรู้ อารมณ์ ความคิด จนไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมที่จำเป็นในการดูแลตนเองหรืออยู่ร่วมกับผู้อื่นได้ แต่ในทางการแพทย์มักเรียกว่าผู้ป่วยจิตเวช โดยจัดประเภทของผู้ป่วยจิตเวชตามการจำแนกโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (American Psychiatric Association) หรือองค์การอนามัยโลก (WHO) โรคจิตเวชประเภทที่พบมากที่สุด คือ โรคจิตเภท (Schizophrenia) ซึ่งการดำเนินของโรคจิตเภทมีความรุนแรง เรื้อรัง และมีโอกาสกลับมาเป็นซ้ำสูง จากผลการสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิต ปี 2546 (กรมสุขภาพจิต, 2550) พบความชุกของโรคจิตเภทร้อยละ 0.59 ของประชากรไทย และมีโอกาสกลับมาเป็นซ้ำสูงถึงร้อยละ 70 โดยลักษณะอาการของผู้ป่วยจิตเภทที่พบบ่อย เช่น อาการหลงผิดและประสาทหลอน ความคิดไม่ต่อเนื่อง อารมณ์เรียบเฉย ไม่มีสัมพันธภาพกับผู้อื่น ความใส่ใจและสมาธิแย่ลง ไม่สามารถคิดอย่างเป็นเหตุเป็นผล หรือการแสดงออกของอารมณ์ไม่สอดคล้องกับสถานการณ์ ซึ่งการช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทใช้วิธีการบำบัดรักษาด้วยยา และการทำการรักษาด้วยไฟฟ้า (ECT) โดยจิตแพทย์ และการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยทีมสหวิชาชีพ เช่น พยาบาล นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ และนักกิจกรรมบำบัด โดยการฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation) เป็นวิธีเพื่อลดการด้อยความสามารถและความพิการที่หลงเหลือจากการเจ็บป่วยทางจิต ทำให้ผู้ป่วยสามารถ

Copyright by Mahidol University

กลับไปดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้ การฟื้นฟูสมรรถภาพนั้นจะพิจารณาทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และสิ่งแวดล้อม (กรมสุขภาพจิต, 2541) ซึ่งกิจกรรมบำบัด (Occupational Therapy) เป็นวิชาชีพหนึ่งที่เกี่ยวข้องในงานฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยนักกิจกรรมบำบัดจะใช้กิจกรรมที่มีจุดมุ่งหมายที่ผ่านการวิเคราะห์หรือสังเคราะห์แล้วเป็นเครื่องมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพความสามารถในการประกอบกิจกรรม (Occupational Performance) เช่น ความรู้ ความจำ ความคิด การตัดสินใจ ไปจนถึงการกระทำที่แสดงออกมาให้เห็นได้ภายนอก เพื่อนำผู้ป่วยกลับสู่โลกแห่งความเป็นจริง ป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยแยกตัวออกตามลำพัง คงอุปนิสัยและพฤติกรรมส่วนที่ดี ปรับปรุงสมรรถภาพทางร่างกาย กระตุ้นความสนใจและการปรับตัวเข้ากับสังคมหรือสิ่งแวดล้อม รวมถึงการกระตุ้นการรับความรู้สึกจากการสัมผัสและการเคลื่อนไหวร่างกายของผู้ป่วยจิตเภท เนื่องจากนักกิจกรรมบำบัดมองผลกระทบของความเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทว่าผู้ป่วยจิตเภทมักมีความยากลำบากในการทำกิจกรรมต่างๆ เนื่องจากมีปัญหาในการตัดสินใจ มีความสับสน ไม่มีความเป็นระบบในความคิดและพฤติกรรม มีพฤติกรรมถดถอยเหมือนเด็ก ชอบพึ่งพา เรียกร้องขาดความอดกลั้น มีท่าทีไม่เป็นมิตร ดื้อ ก้าวร้าว แยกตนเองจากสังคมและความเป็นจริง หมกมุ่นอยู่กับความคิดของตนเอง อารมณ์ราบเรียบ ไม่ยินดียินร้าย ไม่สนใจผู้อื่นและสิ่งแวดล้อมหรือแสดงอารมณ์ไม่เหมาะสมกับเหตุการณ์ และ Kimg L.J. (1974, อ้างใน Mocallion, 1990) อธิบายว่าท่าทางการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยจิตเภทนั้นมักอยู่ในท่า S-shape กล่าวคือ ลักษณะการเดินกระย่องกระแย่ง ลากเท้า แขนขาส่วนบนและล่างอยู่ในท่างอบิดหมุนเข้าด้านใน นอกจากนี้ผู้ป่วยอาจมีความบกพร่องของการรับรู้กล้ามเนื้อ เอ็นและข้อต่อ หรือระบบการทรงตัวและการเคลื่อนไหว ความสามารถในการผสมผสานข้อมูลทางการรับความรู้สึกอื่นๆ ลดลง ผู้ป่วยจิตเภทมักเบี่ยงเบนความสนใจง่าย และยากที่จะรับข้อมูลทางการรับความรู้สึกอย่างมีความหมาย เช่น ไม่สามารถจัดกลุ่มวัตถุ หรืออธิบายในรูปธรรมได้ ซึ่งอริสสา พงษ์ศักดิ์ศรี (2539) กล่าวว่าวิธีการผสมผสานการรับความรู้สึก (Sensory Integration) โดยการเพิ่มระดับความตื่นตัวของระบบการทรงตัวและการเคลื่อนไหว (vestibular system) ระบบการรับรู้กล้ามเนื้อ เอ็นและข้อต่อ (proprioceptive system) และระบบการรับสัมผัส (tactile system) ผ่านกิจกรรมที่สนุกสนาน จะช่วยพัฒนาระบบความคิดและพฤติกรรม กระตุ้นความสนใจ การปรับตัวเข้าสังคม ทำให้ผู้ป่วยสามารถประกอบกิจกรรมตามปกติในชีวิตประจำวัน และเพิ่มการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมได้ ทั้งนี้ เพื่อนใจ รัตตากร (2539) ได้กล่าวว่าการใช้กิจกรรมกลุ่มตามหลัก Sensory Integration จะช่วยกระตุ้นการปรับตัวของจิตสรีระ เพื่อให้สามารถตอบสนอง หรือรับรู้สิ่งเร้าที่มีผลกระทบต่อร่างกายได้อย่างมีระเบียบแบบแผน ทำให้สามารถปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

Copyright by Mahidol University

สำหรับในสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์นั้น นักกิจกรรมบำบัดได้นำแนวคิด Sensory Integration มาพัฒนาผู้ป่วยจิตเภท โดยการเลือกกิจกรรมที่สอดคล้องกับความบกพร่องของผู้ป่วยเท่านั้น ไม่ได้นำหลักการดำเนินกิจกรรมกลุ่มมาใช้ ซึ่งจากการศึกษาของ Miller และคณะ (2007) พบว่า ผู้ป่วยเด็กซึ่งมีภาวะ Sensory Modulation Disorder (SMDs) ที่เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มตามหลักการ Sensory Integration มีความสนใจ (attention) และสติปัญญาหรือสังคม (Cognitive / Social) ดีขึ้นกว่ากลุ่มที่ได้รับกิจกรรมพัฒนาตามปกติ เช่นงานศิลปะ งานฝีมือ การต่อบล็อคไม้ และเกมสร้างปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และจากประสบการณ์การทำงานของผู้วิจัยที่ผ่านมาพบว่าการกระตุ้นผู้ป่วยเฉพาะด้านที่บกพร่องต้องใช้เวลาในการทำกิจกรรมต่อเนื่องหลายครั้งจึงจะพัฒนา ทำให้ต้องใช้เวลาในการฟื้นฟูสมรรถภาพในโรงพยาบาลนานกว่าจะสามารถพัฒนาความสามารถในการประกอบกิจกรรมของผู้ป่วย ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพซึ่งใช้กิจกรรมกลุ่มและขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมตามแนวทาง Sensory Integration โดยคาดหวังว่าจะสามารถพัฒนาความสามารถในการประกอบกิจกรรมของผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพมากกว่ากิจกรรมปกติของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยจิตเภททุกประเภทที่เข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน ณ สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ตั้งแต่เดือนมกราคม ถึง มีนาคม 2551 เป็นเวลาไม่น้อยกว่า 2 สัปดาห์ อายุตั้งแต่ 15 – 60 ปี เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยโรคจิตเภทแต่ละประเภทมีจำนวนไม่มากจึงกำหนดให้ผู้ป่วยจิตเภททุกประเภทคือกลุ่มประชากร โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก คือ ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท สมัครใจและเข้าร่วมกลุ่มได้ครบโปรแกรม สามารถพูดสื่อสารได้ ไม่มีภาวะปัญญาอ่อนและ/ใช้สารเสพติด ไม่อยู่ระหว่างรับการรักษาด้วยไฟฟ้า ไม่พิการซ้ำซ้อน ไม่มีอาการที่เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น และไม่อยู่ในภาวะที่สับสนวุ่นวายจนเกินไป ซึ่งจากการรวบรวมข้อมูลเมื่อวันที่ 1 - 15 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2551 พบว่าผู้ป่วยที่อยู่ในเกณฑ์การคัดเลือกประชากรมีจำนวนทั้งสิ้น 46 ราย

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภททุกประเภทที่เข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน ณ สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ซึ่งคัดเลือกจากประชากรจำนวน 46 คน ทำการประเมินความบกพร่องทางความสามารถในการประกอบกิจกรรม (Occupational dysfunction) ด้วยแบบประเมิน The Comprehensive Occupational Therapy Evaluation Scale (COTE Scale) โดยนักกิจกรรมบำบัดของ

Copyright by Mahidol University

สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ จากนั้นรวบรวมคะแนนแล้วจับคู่เพศ อายุ (± 3 ปี) การศึกษา การจำแนกโรค และคะแนนความบกพร่องทางความสามารถในการประกอบกิจกรรม (± 5 คะแนน) ได้จำนวน 16 คู่ แล้วสุ่มตัวอย่างแบบสุ่มเชิงเดียว (Simple random sampling) โดยวิธีการจับฉลากเพื่อแบ่งผู้ป่วยแต่ละคู่ออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 16 คน โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิงจำนวนเท่ากันในทั้งสองกลุ่ม อายุอยู่ในช่วง 30–39 ปี มากที่สุด กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 38.19 ปี กลุ่มเปรียบเทียบมีอายุเฉลี่ย 37.19 ปี การศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด ระดับปวช./ปวส.น้อยที่สุด และเป็นผู้ป่วยจิตเภทแบบระแวงมากที่สุดจำนวนเท่ากันทั้งสองกลุ่ม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย (1) โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพตามทฤษฎี Sensory Integration เป็นกิจกรรมเพื่อการพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยจิตเภท โดยผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามทฤษฎี sensory integration ของ ดร. เอ จีน แอร์ (A. jean Ayres) และตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ (2) แบบประเมิน The Comprehensive Occupational Therapy Evaluation Scale (COTE Scale) ที่พัฒนาโดยคาร์เรน อาร์ คูส์ (Karen R. Kunz) และซารา เจ. เบรแมน (Sara K. Brayman) ในปี ค.ศ. 1975 (Barbara J. Hemphill-Person, 1999) แปลและเรียบเรียงโดย เทียม ศรีคำจักร พรเพ็ญ ศิริสัตยะวงศ์ และวาริทธิ์นันท์ เมธาภัทร ในปี พ.ศ. 2544 เพื่อประเมินความสามารถในการประกอบกิจกรรมของผู้ป่วยจิตเภท

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษานี้เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการประเมินความความสามารถในการประกอบกิจกรรมก่อนการทดลองด้วยแบบประเมิน COTE Scale โดยนักกิจกรรมบำบัดของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ จากนั้นผู้วิจัยดำเนินโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพตามทฤษฎี Sensory Integration กับกลุ่มทดลอง ครั้งละ 1 ชั่วโมง รวม 12 ครั้ง จำนวน 3 ครั้ง/สัปดาห์ เป็นเวลา 4 สัปดาห์ โดยผู้วิจัยเป็นผู้นำกลุ่ม มีผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นผู้ช่วยเหลือคนไข้ในสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ช่วยในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยระหว่างดำเนินกิจกรรม สำหรับกลุ่มเปรียบเทียบนั้นได้เข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ครั้งละ 1 ชั่วโมง รวม 12 ครั้ง จำนวน 3 ครั้ง/สัปดาห์ เป็นเวลา 4 สัปดาห์ จากนั้นทำการประเมินความความสามารถในการประกอบกิจกรรมหลังทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ด้วยแบบประเมิน COTE Scale โดยนักกิจกรรมบำบัดของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ คนเดียวกันที่ประเมินก่อนทดลอง

Copyright by Mahidol University

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการศึกษานี้วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ซึ่งสถิติที่ใช้มีดังนี้ (1) สถิติพรรณนา บรรยายข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา และการจำแนกโรค โดยเสนอค่าของข้อมูลเป็นจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (2) สถิติวิเคราะห์ ได้แก่ 1) การทดสอบข้อสมมุติ (assumption) ว่าข้อมูลมีลักษณะการแจกแจงแบบปรกติหรือไม่ โดยใช้สถิติทดสอบ Kolmogorov-Smirnov 2) เปรียบเทียบคะแนนความบกพร่องทางความสามารถในการประกอบกิจกรรม (Occupational dysfunction score) ก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ เพื่อทดสอบสมมุติฐานข้อที่ 1 และ 2 โดยใช้ Paired t-test 3) เปรียบเทียบคะแนนความบกพร่องทางความสามารถในการประกอบกิจกรรม (Occupational dysfunction score) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ เพื่อทดสอบสมมุติฐานข้อที่ 3 โดยใช้ t-test 4) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของผลต่างคะแนนความบกพร่องทางความสามารถในการประกอบกิจกรรม (Occupational dysfunction score) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ เพื่อทดสอบสมมุติฐานข้อที่ 4 โดยใช้ t-test

ผลการวิจัย

คะแนนความบกพร่องทางความสามารถในการประกอบกิจกรรมของกลุ่มทดลอง หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ย (22.69) ต่ำกว่าก่อนการทดลอง (54.69) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (p-value <0.001) สำหรับองค์ประกอบด้านพฤติกรรมทั่วไป (General Behavior) ด้านพฤติกรรมความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal Behavior) และด้านพฤติกรรมการทำงาน (Task Behavior) พบว่าคะแนนหลังการทดลองต่ำกว่าคะแนนก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 สรุปได้ว่าคะแนนความสามารถในการประกอบกิจกรรมหลังการทดลองของผู้ป่วยกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพตามทฤษฎี Sensory Integration ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง (ตารางที่ 5)

Copyright by Mahidol University

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบความแตกต่างของ คะแนนความบกพร่องทางความสามารถในการประกอบกิจกรรม ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลอง

พฤติกรรม	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		Paired t-test	df	p-value
	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s			
ความบกพร่องทางความสามารถในการประกอบกิจกรรม	**54.69**	**19.16**	**22.69**	**15.00**	**21.82**	**15**	**<0.001****
- ด้านพฤติกรรมทั่วไป	16.69	6.10	7.31	5.39	13.06	15	<0.001**
-ด้านพฤติกรรมความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	11.25	4.57	3.25	2.82	15.03	15	<0.001**
- ด้านพฤติกรรมการทำงาน	26.75	9.30	12.13	8.22	21.24	15	<0.001**

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

คะแนนความบกพร่องทางความสามารถในการประกอบกิจกรรมของกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ย (44.06) ต่ำกว่าก่อนการทดลอง (55.50) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (p-value <0.001) สำหรับองค์ประกอบด้านพฤติกรรมทั่วไป (General Behavior) ด้านพฤติกรรมความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal Behavior) และด้านพฤติกรรมการทำงาน (Task Behavior) พบว่าคะแนนหลังการทดลองต่ำกว่าคะแนนก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 สรุปได้ว่าคะแนนความสามารถในการประกอบกิจกรรมหลังการทดลองของผู้ป่วยกลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพตามทฤษฎี Sensory Integration ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความบกพร่องทางความสามารถในการประกอบกิจกรรม ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ของกลุ่มเปรียบเทียบ

พฤติกรรม	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		Paired t-test	df	p-value
	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s			
ความบกพร่องทางความสามารถในการประกอบกิจกรรม	**55.50**	**19.29**	**44.06**	**17.88**	**14.28**	**15**	**<0.001****
- ด้านพฤติกรรมทั่วไป	15.94	6.17	12.81	5.49	10.38	15	<0.001**
- ด้านพฤติกรรมความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	11.88	4.87	8.98	4.45	12.65	15	<0.001**
- ด้านพฤติกรรมการทำงาน	27.69	8.96	22.31	8.67	11.58	15	<0.001**

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

Copyright by Mahidol University

คะแนนความบกพร่องทางความสามารถในการประกอบกิจกรรมกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย (22.69) ต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ (44.06) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (p-value = 0.0005) สำหรับองค์ประกอบด้านพฤติกรรมทั่วไป (General Behavior) ด้านพฤติกรรมความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal Behavior) และด้านพฤติกรรมการทำงาน (Task Behavior) พบว่าคะแนนหลังการทดลองต่ำกว่าคะแนนก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 สรุปได้ว่าความสามารถในการประกอบกิจกรรมหลังการทดลองของผู้ป่วยกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพตามทฤษฎี Sensory Integration ดีขึ้นกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพตามทฤษฎี Sensory Integration (ตารางที่ 7)

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความบกพร่องทางความสามารถในการประกอบกิจกรรม หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

พฤติกรรม	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		t-test	df	p-value
	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s			
ความบกพร่องทางความสามารถในการประกอบกิจกรรม	**22.69**	**15.00**	**44.06**	**17.88**	**-3.66**	**30**	**0.0005****
- ด้านพฤติกรรมทั่วไป	7.31	5.39	12.81	5.49	-2.86	30	0.004**
-ด้านพฤติกรรมความสัมพันธ์ฯ	3.25	2.82	8.98	4.45	-4.32	30	<0.001**
- ด้านพฤติกรรมการทำงาน	12.13	8.22	22.31	8.67	-3.41	30	0.001**

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของผลต่างคะแนนความบกพร่องทางความสามารถในการประกอบกิจกรรม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของผลต่างคะแนน (-32.00) มากว่ากลุ่มเปรียบเทียบ (-11.44) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 สำหรับองค์ประกอบด้านพฤติกรรมทั่วไป (General Behavior) ด้านพฤติกรรมความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal Behavior) และด้านพฤติกรรมการทำงาน (Task Behavior) กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของผลต่างคะแนนมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 สรุปได้ว่าหลังการทดลองผู้ป่วยกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพตามทฤษฎี Sensory Integration มีความสามารถในการประกอบกิจกรรมดีขึ้นกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพตามทฤษฎี Sensory Integration (ตารางที่ 8)

Copyright by Mahidol University

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของผลต่างคะแนนความบกพร่องทางความสามารถในการประกอบกิจกรรม ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ($\bar{d}$) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

กลุ่มตัวอย่าง	ก่อนการทดลอง $\bar{x}$	หลังการทดลอง $\bar{x}$	$\bar{d}$	s_d	t-test	df	p-value
ความบกพร่องทางความสามารถในการประกอบกิจกรรม							
กลุ่มทดลอง	**54.69**	**22.69**	**-32.00**	**5.87**	**-12.31**	**30.00**	**<0.001****
กลุ่มเปรียบเทียบ	**55.50**	**44.06**	**-11.44**	**3.20**			
- ด้านพฤติกรรมทั่วไป							
กลุ่มทดลอง	16.69	7.31	-9.38	2.87	-8.03	20.12	<0.001**
กลุ่มเปรียบเทียบ	15.94	12.81	-3.13	1.20			
-ด้านพฤติกรรมความสัมพันธ์ฯ							
กลุ่มทดลอง	11.25	3.25	-8.00	2.13	-8.72	20.51	<0.001**
กลุ่มเปรียบเทียบ	11.88	8.94	-2.94	0.93			
- ด้านพฤติกรรมการทำงาน							
กลุ่มทดลอง	26.75	12.13	-14.62	2.75	-11.14	30.00	<0.001**
กลุ่มเปรียบเทียบ	27.69	22.31	-5.38	1.86			

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

อภิปราย

ผู้ป่วยกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพตามทฤษฎี Sensory Integration มีคะแนนความบกพร่องทางความสามารถในการประกอบกิจกรรม หลังการทดลองต่ำกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 สำหรับองค์ประกอบด้านพฤติกรรมทั่วไป (General Behavior) ด้านพฤติกรรมความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal Behavior) และด้านพฤติกรรมการทำงาน (Task Behavior) พบว่าคะแนนหลังการทดลองต่ำกว่าคะแนนก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และเมื่อทดสอบคะแนนรายข้อในองค์ประกอบด้านต่างๆ ก็พบว่าคะแนนหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ทุกหัวข้อเช่นกัน โดยการที่ระดับคะแนน

Copyright by Mahidol University

ยิ่งต่ำหมายถึงความรุนแรงของความบกพร่องของความสามารถในการประกอบกิจกรรมยิ่งลดลง ดังนั้นโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพตามทฤษฎี Sensory Integration จึงน่าจะมีผลต่อการพัฒนาความสามารถในการประกอบกิจกรรมของผู้ป่วยจิตเภท

ผู้ป่วยกลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพตามทฤษฎี Sensory Integration มีคะแนนความบกพร่องทางความสามารถในการประกอบกิจกรรม หลังการทดลองต่ำกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และเมื่อทดสอบคะแนนรายข้อในองค์ประกอบด้านต่างๆ สำหรับองค์ประกอบด้านพฤติกรรมทั่วไป (General Behavior) ด้านพฤติกรรมความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal Behavior) และด้านพฤติกรรมการทำงาน (Task Behavior) พบว่าคะแนนหลังการทดลองต่ำกว่าคะแนนก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการที่ผู้ป่วยได้เข้าร่วมกิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์นครินทร์ เช่น กิจกรรมบันเทิงบำบัด ได้แก่ การเล่นเกม การร้องเพลง การเต้นรำ กิจกรรมศิลปกรรมบำบัด ได้แก่ การวาดภาพ การปั้นดินน้ำมัน ซึ่งมีลักษณะกิจกรรมที่ส่งเสริมการรับความรู้สึกและการเคลื่อนไหว จึงสามารถพัฒนาความสามารถในการประกอบกิจกรรมของผู้ป่วยได้เช่นกัน

อย่างไรก็ตามคะแนนความบกพร่องทางความสามารถในการประกอบกิจกรรมก่อนและหลังการทดลองรายข้อในองค์ประกอบด้านต่างๆ ของผู้ป่วยกลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพตามทฤษฎี Sensory Integration ในองค์ประกอบด้านพฤติกรรมความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล Interpersonal Behavior) หัวข้อความร่วมมือ (cooperation) มีคะแนนหลังการทดลองไม่แตกต่างจากก่อนทดลอง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ที่ผู้ป่วยกลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพตามทฤษฎี Sensory Integration เข้าร่วมส่วนใหญ่จะเป็นกิจกรรมแบบเดี่ยว ทำเป็นรายบุคคล ไม่มีการร่วมกันทำเป็นคู่ จึงทำให้ไม่มีการพัฒนาความสามารถด้านการให้ร่วมมือ

ผู้ป่วยกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพตามทฤษฎี Sensory Integration มีคะแนนความบกพร่องทางความสามารถในการประกอบกิจกรรมหลังการทดลองต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพตามทฤษฎี Sensory Integration อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 เมื่อทดสอบคะแนนรายข้อในองค์ประกอบด้านต่างๆ ได้แก่ ด้านพฤติกรรมทั่วไป (General Behavior) ด้านพฤติกรรมความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal Behavior) และด้านพฤติกรรมการทำงาน (Task Behavior) พบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพตามทฤษฎี Sensory Integration มีคะแนนความบกพร่องทางความสามารถในการประกอบกิจกรรมต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพตามทฤษฎี Sensory Integration อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพตามทฤษฎี Sensory

Copyright by Mahidol University

Integration มีค่าเฉลี่ยของผลต่างคะแนนความบกพร่องทางความสามารถในการประกอบกิจกรรมก่อนการทดลองและหลังการทดลองมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพตามทฤษฎี Sensory Integration อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และเมื่อพิจารณารายองค์ประกอบพบว่าองค์ประกอบด้านพฤติกรรมทั่วไป (General Behavior) ด้านพฤติกรรมความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal Behavior) และด้านพฤติกรรมการทำงาน (Task Behavior) ผู้ป่วยกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพตามทฤษฎี Sensory Integration มีค่าเฉลี่ยของผลต่างคะแนนมากกว่าที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพตามทฤษฎี Sensory Integration อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 แสดงว่าการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพตามทฤษฎี Sensory Integration ทำให้ความสามารถในการประกอบกิจกรรมของผู้ป่วยจิตเภทดีขึ้นมากกว่าการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ซึ่งอาจเป็นเพราะโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพตามทฤษฎี Sensory Integration ใช้การกระตุ้นการรับความรู้สึกต่างๆ ผ่านกิจกรรมที่สนุกสนาน สามารถสร้างแรงจูงใจในการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยจิตเภทในการทำกิจกรรมได้ง่าย และมีขั้นตอนในการจัดระเบียบการรับความรู้สึกต่างๆ เพื่อการกระตุ้นการตอบสนอง หรือการรับรู้สิ่งเร้าที่มีผลกระทบต่อร่างกายอย่างมีระเบียบแบบแผน สำหรับการผสมผสานการรับความรู้สึกของแต่ละบุคคล นอกจากนี้การดำเนินกิจกรรมยังมีความต่อเนื่องโดยใช้รูปแบบซ้ำๆ อย่างสม่ำเสมอ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Miller และคณะ (2007) ที่ได้ใช้วิธีการแบบ Sensory Integration พบว่าผู้ป่วยเด็กซึ่งมีภาวะ Sensory Modulation Disorder (SMDs) ที่ได้รับการบำบัดโดยใช้วิธีการแบบ Sensory Integration มีคะแนนความสนใจ (attention) และสติปัญญาหรือสังคม (Cognitive / Social) ดีขึ้น

เมื่อพิจารณาคะแนนความบกพร่องทางความสามารถในการประกอบกิจกรรมของผู้ป่วยกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพตามทฤษฎี Sensory Integration และกลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพตามทฤษฎี Sensory Integration หลังการทดลอง แยกตามองค์ประกอบพบว่าองค์ประกอบด้านพฤติกรรมทั่วไป (General Behavior) หัวข้อการแสดงความรู้สึก (expression) การรับรู้ความเป็นจริง (reality orientation) และความคิดรวบยอด (conceptualization) มีคะแนนความบกพร่องทางความสามารถในการประกอบกิจกรรมไม่แตกต่างกัน แม้ว่าทั้งสองกลุ่มจะมีคะแนนหลังการทดลองต่ำลงกว่าก่อนทดลอง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มนั้น เมื่อเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งโปรแกรม Sensory Integration และโปรแกรมของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ต่างก็ได้รับการกระตุ้นให้แสดงออกถึงความรู้สึกที่สอดคล้องกับสถานการณ์ในการแสดงความคิดเห็นหลังจากเข้าร่วมกิจกรรม และยังมีการกระตุ้นการรับรู้ความเป็นจริงในด้านวัน เวลา สถานที่ และอาการเจ็บป่วยของตนเอง โดยการให้ข้อมูลจากผู้บำบัดทุกครั้ง สำหรับ

Copyright by Mahidol University

องค์ประกอบด้านพฤติกรรมความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal Behavior) หัวข้อการไม่เป็นที่ยอมรับของผู้อื่น (negative response from others) ทั้งสองกลุ่มมีคะแนนความบกพร่องทางความสามารถในการประกอบกิจกรรมไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเนื่องจากพฤติกรรมการแสดงออกที่ส่งผลกระทบต่อผู้อื่นจนได้รับการตำหนิและตอบสนองในทางลบ เช่น ร้องขอสิทธิพิเศษหรือการดูแลเป็นพิเศษจากผู้บำบัด พูดมากจนผู้อื่นรำคาญ เมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมเหล่านี้ไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วยกลุ่มใด ผู้บำบัดต้องใช้เทคนิคในการจำกัดพฤติกรรมเพื่อการควบคุมพฤติกรรมของผู้ป่วยไม่ให้รบกวนกลุ่ม สำหรับองค์ประกอบด้านพฤติกรรมการทำงาน (Task Behavior) หัวข้อการทำตามขั้นตอน (follow direction) และหัวข้อความละเอียดเรียบร้อยในการทำงาน (activity neatness / attention to detail) ทั้งสองกลุ่มมีคะแนนความบกพร่องทางความสามารถในการประกอบกิจกรรมไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเนื่องจากในการจัดกิจกรรมเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยนั้น ต้องมีการวิเคราะห์ขั้นตอนการทำกิจกรรมให้เหมาะสมกับความสามารถของผู้ป่วย โดยจะมีการลำดับขั้นตอนการทำกิจกรรมจากง่ายไปยาก และมีการอธิบายขั้นตอนวิธีทำอย่างละเอียด พร้อมกับการสาธิตวิธีทำให้ผู้ป่วยดู และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยถามเมื่อเกิดความลังเลไม่แน่ใจ สำหรับหัวข้อความละเอียดเรียบร้อยในการทำงาน ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับความใส่ใจในแง่ความปราณีตและคุณภาพของงานที่ทำนั้น ในระหว่างที่ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้บำบัดต้องคอยดูแลความละเอียดเรียบร้อยของผลงานผู้ป่วยทุกครั้ง เพื่อกระตุ้นความสนใจ และความใส่ใจในกิจกรรมของผู้ป่วย ซึ่งนอกจากการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพตามทฤษฎี Sensory Integration แล้ว ผู้ป่วยกลุ่มทดลองยังได้เข้าร่วมกิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ซึ่งมีลักษณะเป็นกิจกรรมศิลปะประดิษฐ์ ได้แก่ การทำกล่อง การทำดอกไม้ การทำการ์ดอวยพร

ผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพตามทฤษฎี Sensory Integration มีความสามารถในการประกอบกิจกรรมเกือบทุกองค์ประกอบดีขึ้นกว่าผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ดังนั้นโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพตามทฤษฎี Sensory Integration จึงน่าจะสามารถนำมาใช้เป็นโปรแกรมในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทในสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ได้ แต่ควรมีการปรับปรุงกิจกรรม เพื่อกระตุ้นการผสมผสานการรับความรู้สึกของการแสดงความรู้สึก (expression) การรับรู้ความเป็นจริง (reality orientation) ความคิดรวบยอด (conceptualization) การไม่เป็นที่ยอมรับของผู้อื่น (negative response from others) การทำตามขั้นตอน (follow direction) และความละเอียดเรียบร้อยในการทำงาน (activity neatness / attention to detail) โดยเพิ่มจำนวนกิจกรรม จำนวนครั้ง หรือระยะเวลาในการทำกิจกรรมของแต่ละบุคคล ในขั้นตอนการผสมผสานการรับรู้ เพื่อให้สามารถพัฒนาความสามารถในการประกอบกิจกรรมของผู้ป่วยจิตเภทได้ครอบคลุมทุกองค์ประกอบ

Copyright by Mahidol University

THE IMPROVEMENT IN THE OCCUPATIONAL PERFORMANCE OF SCHIZOPHRENIA PATIENT USING REHABILITATION PROGRAM BASED ON SENSORY INTEGRATION THEORY

INTHIRA ATAMA 4637528 RSRS / M

M.A. (REHABILITATION SERVICE FOR PERSONS WITH DISABILITIES)

THESIS ADVISORY COMMITTEE : PIYARAT NUCHPONGSAI, Ph.D., WILAI KUSOLVISITKUL, M.Sc.

EXTENDED SUMMARY

Introduction

According to the Rehabilitation of Disabled Persons Act B.E. 2534 (1991), a person with mental or behavior impairment means an individual with psychological abnormality or malfunctioning of certain parts of the brain associated with perception, emotion and thought which causes inability for her/him to control behavior necessary for self-care or living with others. However, the term, “psychiatric patients” is more commonly used among doctors and other medical professionals. According to psychiatric patients were classified as DSM-V (The American Psychiatric Association) and ICD-10 (World Health Organization). Among several types of psychiatric disorders, the most commonly found is schizophrenia, which is usually a chronic illness, meaning it is likely that the patients may repeat admitted. In 2003, the Department of Mental Health did a survey on the prevalence of mental illness in Thailand and found that the prevalence of schizophrenia is 0.59% of the population and the possibility of relapse is 70% (Department of Mental Health, 2007). Symptoms of schizophrenia include delusion, hallucination, fight of idea, flat mood, non-interpersonal relationship, low attention and concentration, non-reasonable or mood association. For the rehabilitation of schizophrenic patients, several treatments are used such as medical treatment and ECT which are under responsibilities of psychiatrists and other professionals such as nurses, psychologists, social workers and occupational therapists as a multidisciplinary rehabilitation team, with main purposes

Copyright by Mahidol University

of reducing the severity of disabilities or malfunction caused by mental illnesses and preparing the patients before going back into society. For the best result, all areas of rehabilitation (physical, mental, emotional, social and environmental) are done concurrently as a holistic approach for each patient (Department of Mental Health, 1998). Occupational therapy is also part of the rehabilitation for psychotics. Therapists use activities especially designed with specific goals that have been analyzed and synchronized. The objectives of occupational therapy programs are: to bring back patients to reality, to prevent social isolation, to keep appropriate behaviors, to promote physical rehabilitation, to stimulate their sensory motors using tactile activities and body movement, to encourage patients to adjust themselves with the environment and society.

Other symptoms of schizophrenic patients are: unable to make proper decisions, confused, unsystematic thinking, recessive, dependent, demanding, impatient, unfriendly, stubborn, aggressive, repetitive, emotionless, inappropriate behaviors. As described by King L.J. (1974, cited in Mocallion, 1990), physical movements of schizophrenic patients are in S-shape. They tend to drag their legs or turn their legs and arms as a circle while walking. Some patients also have impairment in proprioceptive system, vestibular system and sensory integration. Some are easily distracted and unable to classify objects. Arissa Pongsaksri (1996) concluded in her study that the activities by stimulate the vestibular system, proprioceptive system and tactile system can be used to improve their systematic thinking and appropriate behaviors as well as interpersonal skills.

Some occupational Therapists at the Galya Rajanagarindra Institute use sensory integration activities to improve skills of the patients in certain areas such as physical movement, concentration, social interaction and self value. Examples of these activities are: drawing and painting, clay molding, “name calling” game, dances, etc. However, these activities can improve only some certain skills. There are no programs or activities that can improve all skills as a holistic rehabilitation. The currently used programs do not follow the concept of sensory integration, which emphasizes the reaction of patients to the surroundings in order to improve their ability in adjustment, decision making and task performing. Besides, the currently used program needs a lot of time and repetition, which causes longer stay of the

Copyright by Mahidol University

inpatients. The researcher, therefore, developed a program based on the concept of sensory integration with the objective of increasing the efficiency of the patients in the occupational performance.

Methodology

Population and Samples

Population of this study consists of all inpatients of the Galya Rajanagarindra Institute who stayed in the institute for at least 2 weeks in the period of January 2008 to March 2008 with age range of 15-60. As the number of schizophrenic patients in the institute is not high, the population of this study include all schizophrenic patients regardless the types of schizophrenia. The population was those who had been diagnosed by psychiatrists as schizophrenic patients, voluntarily participated in the study, could participate in all sessions of the program, were able to communicate verbally, had no intellectual disabilities, did not use narcotics, not under ECT, had no multiple disabilities, no signs of hurting themselves or others, and not in severe emotional disturbance. According to the records collected during February 1-15, 2008, there were 46 persons that could be included as the population of the study. Samples of the study were selected from these 46 patients using the Comprehensive Occupational Therapy Evaluation Scale (COTE Scale) to evaluate their Occupational Dysfunction. Then they were matched in pairs by means of ages (± 3), level of education, types of illnesses, and Occupational Dysfunction scores (± 5). The samples of 16 pairs (32 persons) were derived from Simple Random Sampling. Among each pair of the samples, one was put into a comparison group and the other was put into the experimental group by drawing. In both groups, there were more men than women. Most of them aged between 30 to 35 years. The average age of the experimental group was 38.19, and the average age of the comparison group was 37.19. In term of level of education, the biggest group graduated from primary school and the smallest group graduated from vocational school and higher vocational school. As for types of illnesses, most of them were categorized as paranoid.

Copyright by Mahidol University

Instruments

The instruments used in this study were: (1) Rehabilitation Program developed by the researcher based on Sensory Integration Theory of Dr. A. jean Ayres. The instrument was tested for content validity by the professionals. (2) Comprehensive Occupational Therapy Evaluation Scale (COTE Scale) developed by Karen R. Kunz and Sara K. Brayman in1975 (Barbara J. Hemphill-Person, 1999) and translated by Tiam Srikhamchak, Pornpen Sirisattayawong and Waritnan Methapat in 2001. COTE Scale was used to evaluate the capacity of the patients in performing activities.

Data Collection

Samples were evaluated their Occupational Dysfunction by an occupational therapist of the institute using COTE Scale. Then the Rehabilitation Program developed by the researcher was used with the samples in the experimental group. The program was carried on 3 times a week and lasted for 4 weeks. So there were 12 sessions in total, and each session lasted for an hour. The researcher served as the program leader with a program assistant who worked in the institute as a caretaker of the patients. After all 12 sessions of the program, samples in the experimental group and comparison group were evaluated again by the same occupational therapist using COTE Scale and compared pre-test and post-test scores of each group.

Data Analysis

The data was analyzed using Statistical Packages, and the statistics used for data analysis were (1) Descriptive Statistics : to present general information of the patients such as sexes, ages, levels of education, types of illnesses. The data was presented in terms of percentage, mean and standard deviation. (2) Analytical Statistics : 2.1) to test normal distribution of the data using Kolmogorov-Smirnov Statistics ; 2.2) to compare pre-test and post-test scores on Occupational Dysfunction of each group using pair t-test ; 2.3) to compare scores on Occupational Dysfunction between 2 groups using t-test ; 2.4) to compare the differences of pre-test and post-test scores between 2 groups using pair t-test.

Copyright by Mahidol University

Result of the Study

For the experimental group, mean of post-test Occupational Dysfunction Score was 22.69 which was lower than the pre-test (54.69) with statistical significance of 0.01 (p-value <0.001). The post-test scores on general behaviors, interpersonal behaviors and task behaviors were lower than the pre-test scores with statistical significance of 0.01. Hence, it can be concluded that, after the program, the efficiency in the Occupational Performance of the patients in the experimental group was higher (as shown in Table 5).

Table 5 Comparative of pre-test and post-test on Occupational Dysfunction score of the experimental group.

Behavior	**Pre-test**		**Post-test**		**Paired t-test**	**df**	**p-value**
	$\bar{x}$	**s**	$\bar{x}$	**s**			
Occupational Dysfunction	**54.69**	**19.16**	**22.69**	**15.00**	**21.82**	**15**	**<0.001****
- General behavior	16.69	6.10	7.31	5.39	13.06	15	<0.001**
- Interpersonal behavior	11.25	4.57	3.25	2.82	15.03	15	<0.001**
- Task behavior	26.75	9.30	12.13	8.22	21.24	15	<0.001**

** with statistical significance 0.01

For the comparison group, mean of post-test Occupational Dysfunction Score was 44.06 which was lower than the pre-test (55.50) with statistical significance of 0.01 (p-value <0.001). The post-test scores on general behaviors, interpersonal behaviors and task behaviors were lower than the pre-test scores with statistical significance of 0.01. Hence, it can be concluded that, after the program, the efficiency in the Occupational Performance of the patients in the comparison group was also higher (as shown in Table 6).

Copyright by Mahidol University

Table 6 Comparative of pre-test and post-test score on Occupational Dysfunction score of the comparison group.

Behavior	Pre-test		Post-test		Paired t-test	df	p-value
	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s			
Occupational Dysfunction	**55.50**	**19.29**	**44.06**	**17.88**	**14.28**	**15**	**<0.001****
- General behavior	15.94	6.17	12.81	5.49	10.38	15	<0.001**
- Interpersonal behavior	11.88	4.87	8.98	4.45	12.65	15	<0.001**
- Task behavior	27.69	8.96	22.31	8.67	11.58	15	<0.001**

** with statistical significance 0.01

Mean of post-test Occupational Dysfunction Score of the experimental group was 22.69 which was lower than that of the comparison group (44.06) with statistical significance 0.01 (p-value = 0.0005). The post-test scores of the experimental group in 3 categories: general behaviors, interpersonal behaviors and task behaviors were lower than that of the comparison group with statistical significance of 0.01. Therefore, it can be concluded that, after the program, the efficiency in the Occupational Performance of the patients in the experimental group was higher than that of the comparison group (as shown in Table 7).

Table 7 Comparative of post-test on Occupational Dysfunction score between the experimental group and the comparison group.

Behavior	Experimental group		Comparison group		t-test	df	p-value
	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s			
Occupational Dysfunction	**22.69**	**15.00**	**44.06**	**17.88**	**-3.66**	**30**	**0.0005****
- General behavior	7.31	5.39	12.81	5.49	-2.86	30	0.004**
- Interpersonal behavior	3.25	2.82	8.98	4.45	-4.32	30	<0.001**
- Task behavior	12.13	8.22	22.31	8.67	-3.41	30	0.001**

** with statistical significance 0.01

Copyright by Mahidol University

The difference of pre-test and post-test mean score ($\bar{d}$) on Occupational Dysfunction of the experimental group was 32.00, which was bigger than that of the comparison group (11.44) with statistical significance of 0.01. The difference of pre-test and post-test mean score ($\bar{d}$) on Occupational Dysfunction of the experimental group in 3 categories of behaviors: general behaviors, interpersonal behaviors and task behaviors was bigger than that of the comparison group with statistical significance of 0.01. Therefore, it can be concluded that, after the program, the efficiency in the Occupational Performance of the patients in the experimental group was higher than that of the comparison group (as shown in Table 8).

Table 8 Comparative the difference of pre-test and post-test mean score ($\bar{d}$) on Occupational Dysfunction between the experimental group and the comparison group.

Samples	**Pre-test** $\bar{x}$	**Post-test** $\bar{x}$	$\bar{d}$	s_d	**t-test**	**df**	**p-value**
Occupational Dysfunction							
Experimental group	**54.69**	**22.69**	**-32.00**	**5.87**	**-12.31**	**30.00**	**<0.001****
Comparison group	**55.50**	**44.06**	**-11.44**	**3.20**			
- General behavior							
Experimental group	16.69	7.31	-9.38	2.87	-8.03	20.12	<0.001**
Comparison group	15.94	12.81	-3.13	1.20			
- Interpersonal behavior							
Experimental group	11.25	3.25	-8.00	2.13	-8.72	20.51	<0.001**
Comparison group	11.88	8.94	-2.94	0.93			
- Task behavior							
Experimental group	26.75	12.13	-14.62	2.75	-11.14	30.00	<0.001**
Comparison group	27.69	22.31	-5.38	1.86			

** with statistical significance 0.01

Copyright by Mahidol University

Discussion

After the program, the overall score on Occupational Dysfunction of the experimental group was lower than pre-test score with statistical significance 0.01. As for each item in 3 categories, the post-test score on the Occupational Dysfunction was also lower than the pre-test score with statistical significance 0.01. As lower score in Occupational Dysfunction means higher efficiency in Occupational Performance, it can be concluded that the rehabilitation program based on Sensory Integration Theory is likely to affect the efficiency of schizophrenic patients in their occupational performance.

The overall post-test score on Occupational Dysfunction of the comparison group was also lower than the pre-test score with statistical significance 0.01 even though they had not participated in the program. As for each item in 3 categories, the post-test score on the Occupational Dysfunction was also lower than the pre-test score with statistical significance 0.01. This might have been due to the participation of these patients in other activities of the institute such as recreational therapy (games, singing, dancing) and art therapy (drawing, clay shaping). As these activities improved their sensory and vestibular system, it could also increase their efficiency in occupational performance.

However, post-test score on cooperation (which is a sub-category of Interpersonal Behavior) was not different from pre-test score. This may be because the activities they participated were individual based. Unlike the patients in the experimental group, the patients in the comparison group did not have an opportunity to perform activities as a pair or a group. As a result, their cooperation skills did not improve.

Post test score on the Occupational Dysfunction of the patients who participated in the Sensory Integration Theory based program was lower than that of the patients who did not participate in the program with statistical significance 0.01. As for each item of the 3 categories: general behaviors, interpersonal behaviors and task behaviors, post-test score on the Occupational Dysfunction of the patients who participated in the Sensory Integration Theory based program was also lower than that of the patients who did not participate in the program with statistical significance 0.01.

The difference of pre-test and post-test score of the patients who participated in the program was bigger than that of the patients who did not participate in the program with statistical significance 0.01. As for each item of the 3 categories: general behaviors, interpersonal behaviors and task behaviors, the difference of pre-test and post-test score

Copyright by Mahidol University

of the patients who participated in the program was also bigger than that of the patients who did not participate in the program with statistical significance 0.01. So it can be concluded that the Sensory Integration rehabilitation program could improve the occupational performance of schizophrenic patients in a greater extent than what the currently used program of the institute can do. This may be because the Sensory Integration rehabilitation program emphasized on stimulating the sensory perception of the patients through enjoyable activities that can encourage the patients to participate so that they can response to the stimuli in an appropriate manner in accordance with the sensory integration of the individuals. Moreover, the activities in this program were carried on constantly and repetitively. This conclusion is congruent with the study of Miller et. Al. 2007, which found that the Sensory Integration rehabilitation program could increase the scores of children with Sensory Modulation Disorders (SMDs) in the areas of attention and cognitive/social function.

Post-test score on Occupational Dysfunction of the experimental group in the areas of expressions, reality orientation and conceptualization (which are sub-categories of General Behavior) was not different from that of the comparison group. This might have been caused by some similarities between the Sensory Integration rehabilitation program and the currently used program of the institute. For example, both programs emphasize on appropriate expressions, awareness of date, time, places and their illnesses, and discussion after the programs. Post-test score on Occupational Dysfunction of the experimental group in the areas of negative response from others (which is a sub-category of Interpersonal Behavior) was not different from that of the comparison group. The non-preferable behaviors such as demanding or talkative are usually coped immediately by therapists to make sure the patients who have these behaviors do not bother other patients. Hence, the patients in either group are treated in the same way. That is why their scores are not different in this category. Post-test score on Occupational Dysfunction of the experimental group in the areas of follow direction, activity neatness/attention to details (which are sub-categories of Task Behavior) was not different from that of the comparison group. This might have been because, in designing rehabilitation activities for the patients, therapists have to consider the occupational performance of the patients before introducing the activities to them, starting from easy activities at the beginning and gradually increase the level of difficulty and complexity with clear explanation and

Copyright by Mahidol University

demonstration all through the programs. Besides, the patients could ask therapists for more description or clearer explanation if they did not understand.

As for the activity neatness, post-test scores of both groups were not different. This could be explained by the following reason. In guiding the patients to do activities of the program, therapists had to closely follow up and check their works. The patients in the comparison group who participated in the currently used program of the institute also had this opportunity, which resulted in equal scores in the area of activity neatness. Besides, the patients in the experimental group also participated in other programs of the institute such as making handicrafts, paper boxes, artificial flowers, cards, etc.

The patients who participated in the Sensory Integration rehabilitation program had higher score in all categories after their participation in the program. Thus, we can conclude that the program can be used for schizophrenic patients in Galya Rajanagarindra Institute. However, the program should emphasize all areas of sensory integration including the expression, reality orientation, conceptualization, negative response from others, follow direction and activity neatness / attention to details. This can be done by increasing the number of activities, sessions, or length of the program during the sensory integration process so that all categories of the occupational performance can be improved.

Copyright by Mahidol University

บรรณานุกรม

กรมสุขภาพจิต. (2541). คู่มือกิจกรรมกลุ่มบำบัดสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง. สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต. นนทบุรี.

กรมสุขภาพจิต. (2550). ชุดความรู้และแนวทางปฏิบัติเรื่องการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเภท. กรุงเทพฯ. ดิจิตอลเวิลด์ ก็อปปี้.

กนิษฐา เมธาภัทร, พรเพ็ญ ศิริสัตยะวงศ์. (2543). เครื่องมือวัดความสามารถผู้ป่วยจิตเวช (The functional assessment tools for psychiatric patients). วารสารกิจกรรมบำบัด ปีที่ 5 ฉบับที่ 3 กันยายน-ธันวาคม 2543. หน้า 20-30.

ชูชัย สมิทธิไกร. (2527). การปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่ม. เชียงใหม่ : ภาควิชาจิตวิทยา คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

คณะกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ. (2537). พระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2534. สำนักงานคณะกรรมการการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ กรมประชาสงเคราะห์.

เทียม ศรีคำจักร. (2540). กิจกรรมบำบัดแนวจิตวิเคราะห์. ภาควิชากิจกรรมบำบัด คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

เทียม ศรีคำจักร, พรเพ็ญ ศิริสัตยะวงศ์, วาริทธิ์นันท์ เมธาภัทร. (2544). คู่มือฝึกงานในกิจกรรมบำบัดในผู้ป่วยจิตเวช. เชียงใหม่ : ส.ทรัพย์การพิมพ์.

ธวัชชัย วรพงศธร. (2543). หลักการวิจัยทางสาธารณสุขศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นันทณี เสถียรศักดิ์พงศ์. (2550). ทฤษฎีพื้นฐานทางกิจกรรมบำบัด. เข้าถึงได้จาก : http://www.ams.cmu.ac.th/mis/course/course_lecture_download.asp?CourseNO=513220&CID=32 –. (เข้าถึงวันที่ 8 สิงหาคม 2550).

พิลาศิณี สุวรรณ. กิจกรรมแนะนำในการรักษาแนวทฤษฎี Sensory Integration. วารสารกิจกรรมบำบัด ปีที่ 7 ฉบับที่ 3 กันยายน- ธันวาคม 2545. หน้า 6-9.

เพื่อนใจ รัตตากร. (2539). Sensory Integration. ในเอกสารประกอบการสอนกระบวนวิชา 513320: ภาควิชากิจกรรมบำบัด คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

Copyright by Mahidol University

ภัทราพร วิสาจันทร์. องค์ประกอบของ Occupational Performance. วารสารกิจกรรมบำบัด ปีที่ 7 ฉบับที่ 3 กันยายน-ธันวาคม 2545. หน้า 1-5.

ภุชงค์ เหล่ารุจิสวัสดิ์. (2551). โรคจิตหรือโลกทางจิต. เข้าถึงได้จาก : http://www.md.chula.ac.th/rcat/htdocs/previous/200549253.pdf (เข้าถึงวันที่ 23 มกราคม 2551).

มาโนชน์ หล่อตระกูล. (2548). จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.

----------. (2550) อาการของโรคจิตเภท. เข้าถึงได้จาก : http://gotoknow.org/blog/schizophrenia/71779. (เข้าถึงวันที่ 8 สิงหาคม 2550).

มาลี รัตนพัลลภ. การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ : กรณีศึกษาผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง หอฟื้นฟู 6 ศูนย์พัฒนาการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคม. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ปีที่ 16. ฉบับที่ 1. มกราคม-มิถุนายน 2545. หน้า 39-46.

ยุพาพรรณ จารุรักษ์สกุล. กิจกรรมบำบัดในผู้ป่วยจิตเภท . วารสารกิจกรรมบำบัด ปีที่ 4 ฉบับที่ 3 กันยายน-ธันวาคม 2542. หน้า 8-10.

ลักขณา สริวัฒน์. (2544). จิตวิทยาในชีวิตประจำวัน. กรุงเทพฯ. โอเดียนสโตร์.

วรวุฒิ เจริญศิริ. (2550). โรคจิตเภท. เข้าถึงได้จาก : http://www.bangkokhealth.com/mental_htdoc/mental_health_detail.asp?Number=9585 (เข้าถึงวันที่ 8 สิงหาคม 2550).

วชิระ เพ็งจันทร์. (2548). “สังคมไทยไร้ความอาทรทิ้งผู้ป่วยโรคจิตครึ่งหมื่น.” ไทยโพสต์ 28 กุมภาพันธ์ : 1,16.

วัลภา ถนอมศิริ. (2539). การใช้กิจกรรมกลุ่มและการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม เพื่อพัฒนาความรับผิดชอบด้านการเรียน ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนเกษมพิทยา กรุงเทพมหานคร. ปริญญานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกจิตวิทยาการแนะแนว มหาวิทยาลัยศรีนครินทร์วิโรฒ ประสานมิตร.

สมภพ เรืองตระกูล. (2545). ตำราจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ : เรือนแก้วการพิมพ์.

สุภาพร ชินชัย. (2550). Sensory Integrative Theory. เข้าถึงได้จาก : http://se-ed.net/junnoi/page9.htmlhttp://se-ed.net/junnoi/page9.html.(เข้าถึงวันที่ 8 สิงหาคม 2550).

สุภาวดี พุฒิหน่อย. บทบาทและหน้าที่ของนักกิจกรรมบำบัดทางจิต. วารสารกิจกรรมบำบัด ปีที่ 4 ฉบับที่ 3 กันยายน-ธันวาคม 2542. หน้า 4-7.

อริสสา พงษ์ศักดิ์ศรี (2539). กิจกรรมบำบัดในผู้ป่วยจิตเภท. ในเอกสารประกอบการสอนกระบวนวิชา 513320 : ภาควิชากิจกรรมบำบัด คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

Copyright by Mahidol University

อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์. (2543). การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต แนวทางการปฏิบัติตามพยาธิสภาพ. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพ: บริษัทธรรมสารจำกัด.

A. Jean Ayres. (1979). Sensory Integration and the Child. Western Psychological Services.

Barbara J. Hemphill-Person. (1999). Assessments in Occupational Therapy Mental Health. Thorofare, NJ : SLACK Inc.

Bruce MA, Borg B. (1987). Frame of reference in psychosocial occupational therapy. Thorofare, NJ : SLACK Inc.

Carol S. Kranowitz. Signs, Symptoms and Background Information on Sensory Integration : Information on healthy drug free programs to improve sensory processing & integration. Available: http://www.incrediblehorizons.com/ sensory-integration.htm.(2008,April 27).

Carol Sorgen. Help for Sensory Integration Disorder in Kids. Available : http://www.webmd.com/mental-health/features/help-for-sensory-integration. (2008, April 27).

Chery L. Sabarre. Current evidence suggests that Sensory Integration (SI) treatment interventions are as effective as other forms of therapy in behavioural outcomes for youth and young adults with early psychosis.

Cole BS. (1998). Group dynamics in occupational therapy : the theoretical basis and practice application of group treatment. Thorofare : SLACK Inc.

Jane E. Roberts, Linda King-Thomas, Marcia L. Boccia. Behavioural Indexes of the Efficacy of Sensory Integration Therapy. The American Journal of Occupational Therapy. September/October 2007, Volume 61, Number 5.

Keilhofner G. (1995). A Model of human occupation : Theory and application. 2nd edition. Baltimore : Williams & Wilkins.

Leslee Wiodyka, Albright College. The Effects of Sensory Integration Therapy on Cognitive Functioning. Available: http://calminsense.com/files/Sensory_ Integration_Therapy_on_Cognitive_Function.pdf, 2002. (2007,August 8)

Linda Finlay. (2001). Groupwork in Occupational Therapy. 2nd edition . Nelson Thornes Ltd. United Kingdom.

Copyright by Mahidol University

Lucy Jane Miller, Joseph R. Coll, Sararah A. Schoen. A Randomized Controlled Pilot Study of the Effectiveness of Occupational Therapy for Children With Sensory Modulation Disorder. The American Journal of Occupational Therapy. March/April 2007, Volume 61, Number 2.

Mecallion S. (1990). Occupational Therapy and mental health: principles, skill and practice. Sensory Integration in Creek J.(eds). (pp. 169 – 175). New York: Churchill Livingstone.

Renee L. Watling, Jean Dietz.. Immediate Effect of Ayres's Sensory Integration–Based Occupational Therapy Intervention on Children With Autism Spectrum Disorders. The American Journal of Occupational Therapy. September/ October 2007, Volume 61, Number 5.

Susanne Smith Roley, Erna Imperatore Blanche, Roseann C. Schaaf. (2001). Understanding the nature of sensory integration with diverse populations. United States of America : Therapy Skill Builders.

Copyright by Mahidol University

ภาคผนวก

Copyright by Mahidol University

ภาคผนวก ก

เอกสารอนุญาตเก็บข้อมูล

สรุปผลการประชุมเพื่อพิจารณาอนุญาตให้ นางสาวอินทิรา อะตะมะ
นักศึกษาหลักสูตรปริญญาโท สาขาวิชางานบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ
วิทยาลัยราชสุดา มหาวิทยาลัยมหิดล
เข้าดำเนินการเก็บข้อมูลประกอบการทำวิทยานิพนธ์
เรื่อง การพัฒนาความสามารถในการประกอบกิจกรรมของผู้ป่วยจิตเภท
โดยใช้โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพตามทฤษฎี Sensory Integration
ในวันที่ ๓๑ มกราคม ๒๕๕๑ เวลา ๙.๐๐ - ๑๐.๐๐ น.
ณ ห้องประชุม ๒ ตึกอำนวยการ สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

ผลการพิจารณา

คณะกรรมการวิจัยของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ มีมติเห็นควรอนุญาตให้นิสิตดังรายนามข้างต้นเข้าดำเนินการเก็บข้อมูลเพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์ โดยการเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยจิตเภทที่มีอายุระหว่าง 15-60 ปี เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ตั้งแต่ เดือนมกราคม ถึง มีนาคม ๒๕๕๑ ตั้งแต่ ๒ สัปดาห์ เพื่อเข้าร่วมกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบจำนวนกลุ่มละ 10-15 คน

เหตุผล

๑. เป็นการศึกษาที่มีประโยชน์ต่อหน่วยงานในการนำโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพตามทฤษฎี Sensory Integration มาใช้เพื่อพัฒนาพัฒนาความสามารถในการประกอบกิจกรรมของผู้ป่วยจิตเภท และเป็นโอกาสในการพัฒนาคุณภาพการบริการของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

๒. มีการพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมโครงการเป็นลายลักษณ์อักษร

๓. กระบวนการดำเนินการวิจัย ตลอดจนเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยได้ผ่านขั้นตอนการพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญ

๔. ผู้ดำเนินการวิจัยได้เข้าร่วมประชุมและรับทราบข้อเสนอแนะจากคณะกรรมการวิจัยของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมจากคณะกรรมการวิจัย

๑.ประชากรและกลุ่มตัวอย่างเพียงพอในการเข้าร่วมโครงการเนื่องจากผู้ดำเนินการวิจัยได้ชี้แจ้งว่าได้ทำการศึกษาข้อมูลก่อนดำเนินการวิจัยในวันที่ ๓๐ พฤศจิกายน ๒๕๕๐ มีผู้ป่วยอยู่เกณฑ์การคัดเลือกประชากรมีจำนวนทั้งสิ้น 28 ราย

๒.ผู้ดำเนินการวิจัยทำการวิจัยร่วมกับบุคลากรในหน่วย ๑ ท่านแต่มีการประชุมในการดำเนินการวิจัยร่วมกัน

Copyright by Mahidol University

๗.ดำเนินการวิจัยเสร็จสมบูรณ์แล้วขอความร่วมมือส่งงานวิจัยให้สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์จำนวน ๑ เล่ม

ลงนามคณะกรรมการวิจัย

.....

(แพทย์หญิงวนัทดา ถมค้าพาณิชย์)

ประธานคณะกรรมการวิจัย

.....

(นางสาวอรพรรณ เสนาะ)

คณะกรรมการวิจัย

.....

(นางสาวเพ็ญพรรณ์ ชิตวร)

คณะกรรมการวิจัย

ลงนามรับทราบ

.....

(นางสาวอินทิรา อะตะมะ)

นักศึกษาหลักสูตรปริญญาโท สาขาสาขาวิชางานบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ

วิทยาลัยรังสิต มหาวิทยาลัยมหิดล

Copyright by Mahidol University

ใบยินยอมให้ทำการวิจัยโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ (Informed Consent Form)

การวิจัยเรื่อง การพัฒนาความสามารถในการประกอบกิจกรรมของผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพตามทฤษฎี Sensory Integration

วันให้คำยินยอม วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัย ถึง วัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย ที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด และมีความเข้าใจดีแล้ว

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่างๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบังซ่อนเร้น จนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ โดยสมัครใจ และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการรักษาโรคที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเฉพาะที่เกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่สรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

ผู้วิจัยรับรองว่าหากเกิดอันตรายใดๆ จากการวิจัยดังกล่าว ข้าพเจ้าจะได้รับการรักษาพยาบาลโดยไม่คิดมูลค่าตามมาตรฐานวิชาชีพ และจะได้รับการชดเชยรายได้ที่สูญเสียไประหว่างการรักษาพยาบาลดังกล่าว ตลอดจนเงินทดแทนความพิการที่อาจเกิดขึ้น

ผู้วิจัยรับรองว่าหากมีข้อมูลเพิ่มเติมที่ส่งผลกระทบต่อการวิจัย ข้าพเจ้าจะได้รับการแจ้งให้ทราบ โดยไม่ปิดบังซ่อนเร้น

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม ..... ผู้ยินยอม

ลงนาม ..... พยาน

ลงนาม ..... พยาน

Copyright by Mahidol University

คำอธิบายโครงการวิจัยแก่ผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการ

1. หัวข้อเรื่องที่จะทำการวิจัย

การพัฒนาความสามารถในการประกอบกิจกรรมของผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพตามทฤษฎี Sensory Integration

ผู้วิจัย นางสาวอินทิรา อะตะมะ
สาขาวิชางานบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ
แขนงการให้คำปรึกษาในงานบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ
วิทยาลัยราชสุดา มหาวิทยาลัยมหิดล

2. วัตถุประสงค์และวิธีการวิจัย

การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช มีจุดมุ่งหมายเพื่อลดความด้อยสมรรถภาพและความพิการที่หลงเหลือจากการเจ็บป่วยทางจิต ทำให้ผู้ป่วยมีสุขภาพจิตที่ดี และสามารถกลับสู่สภาพปกติหรือใกล้เคียงปกติได้มากที่สุดตามศักยภาพ นอกจากนั้นยังช่วยให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้ โดยหลักการฟื้นฟูสมรรถภาพนั้นมีการพิจารณาทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และสิ่งแวดล้อม ภายใต้การทำงานเป็นทีมแบบสหวิชาชีพ และการติดต่อประสานความร่วมมือกับครอบครัว ชุมชน และองค์กรที่เกี่ยวข้อง

กิจกรรมบำบัด/อาชีวบำบัด (Occupational Therapy) เป็นวิชาชีพหนึ่งที่เกี่ยวข้องในงานฟื้นฟูสมรรถภาพ ทั้งนี้ A. Jean Ayres นักกิจกรรมบำบัดและนักจิตวิทยาการศึกษาชาวอเมริกัน ได้ศึกษาการทำงานของสมองและสังเกตพฤติกรรมของมนุษย์ และรวบรวมเป็นทฤษฎีการผสมผสานการรับความรู้สึก (Sensory Integration Theory) ซึ่งเชื่อว่าผู้ที่มีความบกพร่องเมื่อรับความรู้สึกจากสิ่งแวดล้อมรอบตัวเข้ามาซึ่งถือเป็นสิ่งเร้าแล้วจะไม่สามารถทำการจัดระบบระเบียบของสิ่งเร้าได้ ทำให้ไม่สามารถตอบสนองออกมาเป็นพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสม ดังนั้นถ้าสามารถควบคุมสิ่งเร้าคือการรับความรู้สึกต่างๆ ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม จะเป็นการกระตุ้นกลไกการทำงานของสมองให้สามารถตอบสนองต่อสิ่งเร้าได้ดีขึ้น เป็นการปูพื้นฐานต่อทักษะการทำงานหรือการประกอบกิจกรรมต่างๆ ทั้งด้านการทำงานของร่างกาย การเคลื่อนไหว การทรงตัว การได้ยิน รวมทั้งการพูดร่วมด้วย ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการใช้โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพตามทฤษฎี Sensory Integration ในการพัฒนาความสามารถในการประกอบกิจกรรมของผู้ป่วยจิตเภท เพื่อเป็นแนวทางจัดโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยต่อไป

Copyright by Mahidol University

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาความสามารถในการประกอบกิจกรรมของผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพตามทฤษฎี Sensory Integration ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพตามทฤษฎี Sensory Integration

วิธีการวิจัย

1) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากประชากรตามเกณฑ์การคัดเลือก จากนั้นจับคู่เพศ อายุ การศึกษา การจำแนกโรค และระดับความสามารถในการประกอบกิจกรรมของประชากร แล้วสุ่มตัวอย่างแบบสุ่มเชิงเดียว (Simple random sampling) โดยวิธีการจับฉลาก แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

2) ทำการประเมินความสามารถในการประกอบกิจกรรมก่อนทดลองในกลุ่มตัวอย่างด้วยแบบประเมิน The Comprehensive Occupational Therapy Evaluation Scale (COTE Scale) โดยนักกิจกรรมบำบัดของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ภายใน 1 สัปดาห์ก่อนเริ่มโปรแกรม โดยใช้กิจกรรมกึ่งรูปแบบ (Semi-structured activity) ซึ่งเป็นกิจกรรมที่แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือส่วนหนึ่งกำหนดรูปแบบ วิธีการ หรือขั้นตอนการทำงานที่ชัดเจน อีกส่วนหนึ่งให้โอกาสหรืออิสระในการสร้างสรรค์

3) ดำเนินโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพตามทฤษฎี Sensory Integration โดยผู้วิจัยเป็นผู้นำกลุ่ม กิจกรรมทั้งหมดมีจำนวนรวม 12 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 1 ชั่วโมง จำนวน 3 ครั้ง/สัปดาห์ รวม 4 สัปดาห์ โดยมีขั้นตอนการทำกิจกรรม 5 ขั้นตอน ประกอบด้วย

ขั้นที่ 1 เปิดกลุ่ม (5 นาที)

ในกิจกรรมครั้งแรกเป็นการให้ผู้ป่วย ผู้วิจัย และผู้ช่วยวิจัย ซึ่งเป็นผู้ช่วยเหลือคนไข้ของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ แนะนำตนเอง ส่วนในครั้งต่อๆ ไป จะเป็นการแนะนำกลุ่มโดยผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์และวิธีการให้ทุกคนในกลุ่มเข้าใจ ซึ่งจะเป็นการกระตุ้นความสนใจในการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม

ขั้นที่ 2 กิจกรรมกระตุ้นการตอบสนองของร่างกาย (10 นาที)

ใช้การออกกำลังกายโดยเคลื่อนไหวพื้นฐานง่ายๆ ภายในระยะเวลาสั้น รูปแบบการเคลื่อนไหวช้า และไม่ก่อให้เกิดอันตราย โดยผู้วิจัยแสดงท่าทางการเคลื่อนไหวแขน ขา ศีรษะ ลำตัว เพื่อเพิ่มความตึงตัวของกล้ามเนื้อ ความแข็งแรงของร่างกาย และเพื่อเพิ่มพัฒนาการทางด้านท่าทางและการเคลื่อนไหว ให้ผู้ป่วยในกลุ่มทำตาม

Copyright by Mahidol University

ขั้นที่ 3 กิจกรรมกระตุ้นการผสมผสานการรับรู้ (30 นาที)

ให้การกระตุ้นการผสมผสานการรับรู้ด้วยกิจกรรม 12 ครั้ง ตามลำดับ ประกอบด้วย กิจกรรมปิดตาฝ่าด่าน เรขาพาเพลิน ตะเกียบวิเศษ ถุงปริศนา ลิงชิงบอล อะไรอยู่ในทราย ขวดปริศนา สร้างด้วยมือ จับได้ให้บอก ชักคะเย่อ ไม่พรากจากกัน และฝ่ามือจอมพลัง

ขั้นที่ 4 การจัดระเบียบทางความคิดและพฤติกรรมที่เหมาะสม (10 นาที)

ให้ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับประโยชน์ของกิจกรรมต่อตนเอง โดยผู้วิจัยตั้งคำถามว่า “ท่านคิดว่ากิจกรรมในวันนี้ให้ประโยชน์อะไรกับตัวท่าน” หรือ “ท่านได้อะไรจากการทำกลุ่มในวันนี้” และกระตุ้นให้ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็น 3 - 5 คน จากนั้นผู้วิจัยสรุปประโยชน์ของกิจกรรมที่ได้จากความคิดเห็นของผู้ป่วย โดยให้สอดคล้องตามวัตถุประสงค์

ขั้นที่ 5 ปิดกลุ่ม (5 นาที)

ผู้วิจัยจะเป็นผู้สรุปภาพรวมเกี่ยวกับการการตอบสนองต่อกิจกรรมแต่ละครั้ง โดยชี้ให้ผู้ป่วยเห็นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ดีขึ้นในผู้ป่วยบางราย กล่าวชมเชย ให้กำลังใจ เพื่อเป็นตัวอย่างแก่ผู้ป่วยอื่นในกลุ่ม ในการปรับปรุงตนเองในกิจกรรมครั้งต่อไป โดยในกิจกรรมครั้งสุดท้ายเป็นการสรุปการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยรายบุคคล

4) ทำการประเมินความสามารถในการประกอบกิจกรรมหลังทดลองในกลุ่มตัวอย่างด้วยแบบประเมิน The Comprehensive Occupational Therapy Evaluation Scale (COTE Scale) โดยนักกิจกรรมบำบัดของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ภายใน 1 สัปดาห์หลังสิ้นสุดโปรแกรม ด้วยกิจกรรมเดียวกับการประเมินความสามารถในการประกอบกิจกรรมก่อนทดลอง

3. เหตุผลที่เชิญชวนให้ผู้ยินยอมตนให้ทำการวิจัยเข้าโครงการวิจัย

เนื่องจากผู้ยินยอมตนมีคุณสมบัติตรงตามที่งานวิจัยกำหนด ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาความสามารถในการประกอบกิจกรรมของผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพตามทฤษฎี Sensory Integration เพื่อนำผลการวิจัยมาพิจารณาถึงความเหมาะสมในการพัฒนาความสามารถในการประกอบกิจกรรมของผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพตามทฤษฎี Sensory Integration ผลการวิจัยดังกล่าวจะเป็นข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญ ในการนำมาศึกษาและพัฒนาในการจัดโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชต่อไป

4. ระยะเวลาที่ต้องทำการทดสอบผู้ยินยอมตนให้ทำการวิจัย

เข้าร่วมกิจกรรมทั้งหมด 12 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละประมาณ 1 ชั่วโมง จำนวน 3 ครั้ง/สัปดาห์ เป็นเวลารวม 4 สัปดาห์

Copyright by Mahidol University

5. ประโยชน์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นทั้งต่อผู้ยินยอมตนให้ทำการวิจัยและต่อผู้อื่น

1) ได้แนวทางสำหรับจัดโปรแกรมพัฒนาความสามารถในการประกอบกิจกรรมของผู้ป่วยจิตเวช

2) ได้แนวทางในการศึกษาพัฒนารูปแบบการจัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาความสามารถด้านอื่นของผู้ป่วยจิตเภท

ความเสี่ยงหรือความไม่สบายที่คาดว่าจะเกิดขึ้นกับผู้ยินยอมตนให้ทำการวิจัยในการเข้าร่วมการศึกษาวิจัย

กิจกรรมในโปรแกรมทั้งหมดเป็นกิจกรรมง่ายๆ ไม่มีวัสดุอุปกรณ์ที่เป็นอันตราย จะมีการเลิกจากการศึกษาเมื่อผู้ยินยอมตนมีอาการทางจิตกำเริบหรือแพ้ยาจนไม่สามารถควบคุมคนเองได้ หรือผู้ยินยอมตนไม่สมัครใจเข้าร่วมโปรแกรมต่อก็สามารถออกจากการศึกษาได้ทันที

การเตรียมผลิตภัณฑ์ หรือกระบวนการรักษาที่พิสูจน์จากการทำวิจัยแล้วว่าปลอดภัย และมีประสิทธิผลไว้ให้ผู้ยินยอมตนให้ทำการวิจัยอย่างไร

โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพตามทฤษฎี Sensory Integration ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นได้มาจากการศึกษาตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ก่อนจัดทำโปรแกรมกิจกรรมและวิธีดำเนินกิจกรรมตามวัตถุประสงค์ จากนั้นจึงนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) และนำมาปรับปรุงแก้ไขก่อนที่จะนำไปใช้ในการทดลอง และมีการศึกษาข้อมูลงานวิจัยที่คล้ายคลึงกันจากต่างประเทศ ไม่พบว่ามีความเสี่ยงหรืออันตรายใดๆ แก่ผู้ยินยอมตน

ทางเลือกในการรักษาหรือวิธีการตรวจวินิจฉัยอื่นที่อาจเป็นประโยชน์แก่ผู้ยินยอมตนให้ทำการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการให้ผู้ยินยอมตนเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพควบคู่ไปกับกิจกรรมการรักษาปกติของทางสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ เพื่อศึกษาความสามารถในการประกอบกิจกรรมของผู้ป่วยจิตเภท ไม่ได้มีการรักษา หรือตรวจวินิจฉัยแต่อย่างใด

ขอบเขตการดูแลรักษาความลับของข้อมูลต่าง ๆ ของผู้ยินยอมตนให้ทำการวิจัย

ข้อมูลของผู้ยินยอมตน จะถูกเก็บเป็นความลับทั้งหมด ผลที่ได้จะรายงานในรูปแบบทางสถิติ เช่น ค่าเฉลี่ย ร้อยละ เป็นต้น

Copyright by Mahidol University

การดูแลรักษาที่ผู้วิจัยจะจัดให้

การวิจัยนี้เป็นการให้ผู้ยินยอมตนเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพควบคู่ไปกับกิจกรรมการรักษาปกติของทางสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ เพื่อศึกษาความสามารถในการประกอบกิจกรรมของผู้ป่วยจิตเภท ไม่ได้มีการรักษา หรือตรวจวินิจฉัยแต่อย่างใด

กรณีเกิดอันตรายหรือผลไม่พึงประสงค์จากการศึกษาวิจัย ผู้ยินยอมตนให้ทำการวิจัยจะได้รับการดูแลรักษาโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายอย่างไรบ้าง

การวิจัยนี้เป็นการให้ผู้ยินยอมตนเข้าร่วมกิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพตามโปรแกรม โดยกิจกรรมในโปรแกรมทั้งหมดเป็นกิจกรรมง่ายๆ ไม่พบว่ามีความเสี่ยงหรืออันตรายใดๆ แก่ผู้ยินยอมตน แต่ถ้าเกิดอันตรายในขณะทำการทดลอง ผู้วิจัยจะรับผิดชอบค่ารักษาพยาบาลให้แก่ผู้ยินยอมตน

ในกรณีเกิดอันตรายจากการวิจัยถึงขั้นพิการ หรือเสียชีวิต ผู้ยินยอมตนให้ทำการวิจัยหรือทายาทจะได้รับการชดเชยอย่างไร

ถ้าเกิดอันตรายในขณะทำการทดสอบ ผู้วิจัยจะรับผิดชอบชดเชยค่าเสียหายให้แก่ผู้ยินยอมตนหรือทายาท

สิทธิผู้ยินยอมตนให้ทำการวิจัยจะถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ทุกเมื่อ โดยไม่กระทบต่อการดูแลที่พึงได้รับตามปกติ

เมื่อผู้ยินยอมตนไม่สมัครใจเข้าร่วมโครงการต่อก็สามารถออกจากการศึกษาได้ทันที

Copyright by Mahidol University

โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพตามทฤษฎี Sensory Integration

กิจกรรมครั้งที่ 1

ปิดตาฝ่าด่าน

วันที่ 25 กุมภาพันธ์ 2551

เวลา 10.00 - 11.00 น.

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาการจัดระเบียบของความรู้สึกทางการสัมผัส (Tactile integration)
2. เพื่อพัฒนาการจัดระเบียบของความรู้สึกจากกล้ามเนื้อ เอ็น และข้อต่อ (Proprioceptive integration)

ขนาดของกลุ่ม 16 คน

เวลา 1 ชั่วโมง

อุปกรณ์

1. ผ้าผูกตา
2. นาฬิกาจับเวลา
3. กระดานไวท์บอร์ดขนาดใหญ่
4. ปากกาเคมี
5. โต๊ะ / เก้าอี้
6. ถังน้ำพลาสติก
7. ป้ายชื่อผู้ป่วย

วิธีดำเนินการ

ขั้นที่ 1 เปิดกลุ่ม (5 นาที)

ผู้วิจัยแนะนำตนเอง และผู้ช่วยวิจัย จากนั้นให้ผู้ป่วยแนะนำตนเอง แล้วผู้นำกลุ่มอธิบายวัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมกิจกรรม และวิธีการให้ทุกคนในกลุ่มเข้าใจ

Copyright by Mahidol University

ขั้นที่ 2 กิจกรรมกระตุ้นการตอบสนองของร่างกาย (10 นาที)

ให้ผู้ป่วยยืนเข้าแถวเรียงหน้ากระดาน แถวละ 8 คน จำนวน 2 แถว โดยผู้วิจัยยืนด้านหน้าและหันหน้าเข้าหากลุ่มผู้ป่วย จากนั้นผู้วิจัยแสดงท่าทางออกกำลังกายสะบัดข้อมือ ข้อเท้า งอข้อศอก งอเข่า กางแขน กางขามือเท้าสะเอว ก้มตัวไปข้างหน้า เงยหน้าไปข้างหลัง เอียงข้างซ้ายขวา สลับกัน ให้ผู้ป่วยทำตาม โดยมีผู้ช่วยวิจัย ช่วยในการกระตุ้นและช่วยเหลือให้ผู้ป่วยทำตาม

ขั้นที่ 3 กิจกรรมกระตุ้นการผสมผสานการรับรู้ (30 นาที)

1) ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยจัดเตรียมสถานที่ห้องกิจกรรม โดยจัดวางโต๊ะ เก้าอี้ ถังน้ำพลาสติก ไว้ตามจุดต่าง ๆ เพื่อเป็นสิ่งกีดขวาง

2) ให้ผู้ป่วยจับคู่ 2 คน ได้จำนวน 8 คู่

3) ผูกตาผู้ป่วยคู่ละ 1 คน ทีละคู่

4) ให้ผู้ป่วยที่ไม่ได้ผูกตายืนอยู่ตำแหน่งเริ่มต้น ตรงข้ามกับกระดานไวท์บอร์ด ส่วนผู้ป่วยที่ผูกตายืนอยู่ตำแหน่งใกล้เคียงกัน พร้อมถือปากกาเคมี

5) ผู้ช่วยวิจัยจับเวลา ผู้วิจัยให้สัญญาณแก่ผู้ป่วยที่ไม่ได้ผูกตา ให้เป็นผู้ออกคำสั่งให้คู่ของตนเองเดินหลบหลีกสิ่งกีดขวางต่าง ๆ จนไปถึงกระดานไวท์บอร์ด แล้วให้เขียนชื่อตนเองบนกระดานด้วยปากกาเคมี

6) เมื่อครบ 8 คู่แล้ว ให้สลับหน้าที่กัน แล้วทำตามข้อ 5 อีกครั้ง

7) คู่วิจัยรวมเวลา ผู้ที่ทำเวลารวมได้น้อยที่สุดเป็นผู้ชนะ ให้สมาชิกกลุ่มปรบมือชมเชย

ขั้นที่ 4 การจัดระเบียบทางความคิดและพฤติกรรมที่เหมาะสม (10 นาที)

ให้ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับประโยชน์ของกิจกรรม โดยผู้วิจัยตั้งคำถามว่า “ท่านคิดว่ากิจกรรมในวันนี้ให้ประโยชน์อะไรกับตัวท่าน” หรือ “ท่านได้อะไรจากการทำกลุ่มในวันนี้” จากนั้นผู้วิจัยสรุปประโยชน์ของกิจกรรมตามวัตถุประสงค์

ขั้นที่ 5 ปิดกลุ่ม (5 นาที)

ผู้วิจัยสรุปภาพรวมเกี่ยวกับการตอบสนองต่อกิจกรรม โดยชี้ให้เห็นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ดีขึ้น ในผู้ป่วยบางราย กล่าวชมเชย ให้กำลังใจ เพื่อเป็นตัวอย่างแก่ผู้ป่วยอื่นในกลุ่ม ในการปรับปรุงตนเองในกิจกรรมครั้งต่อไป

Copyright by Mahidol University

ผลลัพธ์ที่ได้จากการทำกิจกรรม

กิจกรรมในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาการจัดระเบียบของความรู้สึกทางการสัมผัส (Tactile integration) และจัดระเบียบของความรู้สึกจากกล้ามเนื้อ เอ็น และข้อต่อ (Proprioceptive integration)

ขั้นที่ 1 การเปิดกลุ่มผู้วิจัยได้ให้ผู้ป่วยติดป้ายชื่อ ยืนเป็นวงกลม เพื่อแนะนำตัว โดยกล่าวคำว่าสวัสดี แล้วตามด้วยชื่อ “สวัสดีครับ / ค่ะ ผมชื่อ.....ครับ / ค่ะ” เพื่อเป็นการสร้างสัมพันธภาพ และเนื่องจากการที่ให้สมาชิกได้แนะนำตัวทีละคน ทำให้ใช้เวลานานกว่าเวลาที่ตั้งไว้ จาก 5 นาที เป็น 10 นาที จากนั้นผู้วิจัยแนะนำว่าการพบกันครั้งแรกเป็นเรื่องปกติที่จะยังจำชื่อทุกคนไม่ได้ แต่การที่ทุกคนติดป้ายชื่อจะช่วยให้สามารถพูดคุยทักทายโดยเรียกชื่อเพื่อนในกลุ่มได้ถูกต้อง และครั้งต่อ ๆ ไปคงจำกันได้มากขึ้น

ขั้นที่ 2 กิจกรรมการออกกำลังกาย ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยเข้าแถวเรียงหน้ากระดานเพื่อเริ่มกิจกรรม ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย ต้องช่วยกันจัดแถวเพื่อให้ผู้ป่วยยืนได้ถูกต้อง เมื่อเริ่มแสดงท่าทางการออกกำลังกายผู้ป่วยส่วนใหญ่ทำตามได้แต่ยังไม่ค่อยคล่องแคล่ว โดยมีผู้ป่วย 2-3 คนยังเคลื่อนไหวตาม ไม่ตรงกับท่าทางที่ผู้วิจัยแสดง ผู้ช่วยวิจัยต้องช่วยจัดท่าทางให้ถูกต้อง

ขั้นที่ 3 เมื่อเริ่มกิจกรรมกระตุ้นการผสมผสานการรับความรู้สึก ผู้ป่วยจับคู่กันได้ช้า ผู้วิจัยต้องช่วยจัดให้ และเมื่ออธิบายวิธีทำกิจกรรมผู้ป่วยแสดงท่าทางไม่เข้าใจ ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยต้องแสดงตัวอย่างให้ดูก่อน จึงทำตามได้ เมื่อผู้ป่วยคู่แรกเริ่มกิจกรรม ผู้ป่วยอื่นซึ่งรอดูอยู่ส่งเสียงช่วยบอกทาง ทำให้ผู้ป่วยที่ปิดตามเกิดความสับสน ผู้วิจัยต้องอธิบายให้ผู้ป่วยที่รออยู่งดการส่งเสียงเพื่อไม่ให้เพื่อนสมาชิกที่ทำกิจกรรมเกิดความสับสน และให้เริ่มต้นทำกิจกรรมใหม่อีกครั้ง สมาชิกบางคู่ทำกิจกรรมได้ถูกต้องตามขั้นตอน และสำเร็จภายในเวลาที่กำหนด แต่ส่วนใหญ่ยังทำกิจกรรมเกินเวลา เนื่องจากผู้ป่วยที่บอกทางบางครั้งใช้คำพูดสับสน หรือผู้ป่วยที่ผูกตามใช้การจดจำทางแล้วเดินเองโดยไม่สนใจฟังคำสั่งของคู่ เมื่อทำกิจกรรมครบทุกคู่จึงใช้เวลามากเกินกว่าตั้งไว้จากเดิมเป็น 30 นาที เป็น 50

ขั้นที่ 4 ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็นจากการเข้าร่วมกิจกรรม ผู้ป่วย ส่วนใหญ่ตอบว่า “ได้มาเข้ากลุ่ม” “ได้เล่นเกม” “ได้สนุกสนาน” ได้มีเพื่อนใหม่” จากนั้นผู้วิจัยจึงสรุปประโยชน์ของกิจกรรมตามวัตถุประสงค์อีกครั้ง

Copyright by Mahidol University

ขั้นที่ 5 การปิดกลุ่ม ผู้วิจัยสรุปภาพรวมเกี่ยวกับการการตอบสนองต่อกิจกรรม โดยชี้ให้เห็นว่าการทำกิจกรรมในครั้งแรกผู้ป่วยอาจยังไม่เห็นการเปลี่ยนแปลงในตนเองมากนัก ต้องเข้าร่วมกิจกรรมหลายๆ ครั้ง อย่างต่อเนื่อง จากนั้นจึงนัดหมายการทำกิจกรรมครั้งต่อไป

Copyright by Mahidol University

กิจกรรมครั้งที่ 2

เรขาพาเพลิน

วันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2551

เวลา 10.00 - 11.00 น.

วัตถุประสงค์

1.เพื่อพัฒนาการจัดระเบียบของความรู้สึกทางการสัมผัส (Tactile integration)

ขนาดของกลุ่ม 16 คน

เวลา 1 ชั่วโมง

อุปกรณ์

1. กระดานไวท์บอร์ดขนาดใหญ่
2. เก้าอี้ 6 ตัว
3. ปากกาเคมี
4. กระดาษแข็งตัดเป็นรูปทรงเรขาคณิต วงกลม สามเหลี่ยม สี่เหลี่ยมจัตรัส
5. ถุงผ้าทึบ
6. นาฬิกาจับเวลา
7. ป้ายชื่อผู้ป่วย

วิธีดำเนินการ

ขั้นที่ 1 เปิดกลุ่ม (5 นาที)

ผู้วิจัยทบทวนชื่อผู้วิจัย และผู้ช่วยวิจัย จากนั้นทบทวนชื่อผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยบอกชื่อผู้ป่วยที่ยืนด้านซ้ายมือและขวามือของตนเอง แล้วผู้นำกลุ่มอธิบายวัตถุประสงค์ของกิจกรรม และอธิบายวิธีการให้ทุกคนในกลุ่มเข้าใจ

ขั้นที่ 2 กิจกรรมกระตุ้นการตอบสนองของร่างกาย (10 นาที)

ให้ผู้ป่วยยืนเข้าแถวเรียงหน้ากระดาน แถวละ 8 คน จำนวน 2 แถว โดยผู้วิจัยยืนด้านหน้าและหันหน้าเข้าหากลุ่มผู้ป่วย จากนั้นผู้วิจัยแสดงท่าทางออกกำลังกายสะบัดข้อมือ ข้อเท้า งอข้อศอก

Copyright by Mahidol University

งอเข่า กางแขน กางขามือเท้าสะเอว ก้มตัวไปข้างหน้า เงยหน้าไปข้างหลัง เอียงข้างซ้ายขวา สลับกัน ให้ผู้ป่วยทำตาม โดยมีผู้ช่วยวิจัย ช่วยในการกระตุ้นและช่วยเหลือให้ผู้ป่วยทำตาม

ขั้นที่ 3 กิจกรรมกระตุ้นการผสมผสานการรับรู้ (30 นาที)

1) ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยจัดเตรียมสถานที่ห้องกิจกรรม โดยจัดวางเก้าอี้ ห่างกันตัวละ 1 เมตร เป็นแถวจากจุดเริ่มต้นถึงกระดานไวท์บอร์ด

2) ให้ผู้ป่วยจับคู่ 2 คน ได้จำนวน 8 คู่

3) ให้ผู้ป่วย 1 คนยืนอยู่ตำแหน่งเริ่มต้น หันหน้าเข้าหากระดานดำ พร้อมถือปากกาเคมี

4) ให้ผู้ป่วยอีก 1 คน เลือกรูปทรงจากถุงทึบแสง แล้วใช้ท้ายปากกาเคมีเขียนรูปทรงตามที่เลือกได้บนแผ่นหลังคู่ของตนเอง ด้วยท้ายปากกาเคมี

5) ให้ผู้ป่วยที่ถูกเขียนข้างหลังวิ่งสลับเก้าอี้ที่ตั้งกีดขวางไว้แล้วไปเขียนรูปทรงบนกระดานไวท์บอร์ด

6) ผู้ช่วยวิจัยจับเวลา ตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มเขียนชื่อบนหลังคู่ของตน จนเขียนรูปทรงบนกระดานเสร็จ ตรวจสอบความถูกต้อง

7) เมื่อครบ 8 คู่แล้ว ให้สลับหน้าที่กัน แล้วทำตามข้อ 4-5 อีกครั้ง

8) ผู้วิจัยรวมเวลา คู่ที่วาดภาพไม่ผิดเลย และทำเวลารวมได้น้อยที่สุดเป็นผู้ชนะ ให้สมาชิกกลุ่มปรบมือชมเชย

ขั้นที่ 4 การจัดระเบียบทางความคิดและพฤติกรรมที่เหมาะสม (10 นาที)

ให้ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับประโยชน์ของกิจกรรม โดยผู้วิจัยตั้งคำถามว่า “ท่านคิดว่ากิจกรรมในวันนี้ให้ประโยชน์อะไรกับตัวท่าน” หรือ “ท่านได้อะไรจากการทำกลุ่มในวันนี้” จากนั้นผู้วิจัยสรุปประโยชน์ของกิจกรรมตามวัตถุประสงค์

ขั้นที่ 5 ปิดกลุ่ม (5 นาที)

ผู้วิจัยสรุปภาพรวมเกี่ยวกับการตอบสนองต่อกิจกรรม โดยชี้ให้เห็นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ดีขึ้น ในผู้ป่วยบางราย กล่าวชมเชย ให้กำลังใจ เพื่อเป็นตัวอย่างแก่ผู้ป่วยอื่นในกลุ่ม ในการปรับปรุงตนเองในกิจกรรมครั้งต่อไป

Copyright by Mahidol University

ผลลัพธ์ที่ได้จากการทำกิจกรรม

กิจกรรมในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาการจัดระเบียบของความรู้สึกทางการสัมผัส (Tactile integration)

ขั้นที่ 1 การเปิดกลุ่มผู้วิจัยทบทวนชื่อผู้วิจัย และผู้ช่วยวิจัย จากนั้นให้ผู้ป่วยบอกชื่อผู้ป่วยที่ยืนด้านซ้ายมือและขวามือของตนเอง ส่วนใหญ่ผู้ป่วยยังจำไม่ได้ แต่ใช้การอ่านชื่อจากป้ายชื่อ แล้วผู้นำกลุ่มอธิบายวัตถุประสงค์ของกิจกรรม และอธิบายวิธีการให้ทุกคนในกลุ่มเข้าใจ

ขั้นที่ 2 กิจกรรมการออกกำลังกาย ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยเข้าแถวเรียงหน้ากระดานเพื่อเริ่มกิจกรรม โดยมีผู้ช่วยวิจัย ช่วยจัดแถวเพื่อให้ผู้ป่วยยืนได้ถูกต้อง เมื่อเริ่มแสดงท่าทางการออกกำลังกาย ผู้ป่วยส่วนใหญ่ทำตามได้แต่ยังไม่ค่อยคล่องแคล่ว และมีผู้ป่วย 2-3 คนยังเคลื่อนไหวตาม ไม่ตรงกับท่าทางที่ผู้วิจัยแสดง ผู้ช่วยวิจัยต้องช่วยจัดท่าทางให้ถูกต้อง

ขั้นที่ 3 เมื่อเริ่มกิจกรรมกระตุ้นการผสมผสานการรับความรู้สึก ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยช่วยผู้ป่วยจับคู่ จากนั้นผู้วิจัยอธิบายวิธีทำกิจกรรม และสาธิตตัวอย่างให้ผู้ป่วยดูก่อน จากนั้นจึงให้ผู้ป่วยเริ่มทำกิจกรรม พบว่าผู้ป่วยบางคู่ใช้ด้ามปากาไวท์บอร์ดวาดรูปด้านหลังเพื่อนโดยกดน้ำหนักเบา ทำให้คู่ของตนเองไม่รับทราบสัมผัส ต้องวาดซ้ำและแนะนำให้กดเน้นมากกว่าเดิม บางคู่วาดเส้นรูปทรงไม่ต่อเนื่อง ทำให้คู่ของตนวาดภาพบนกระดานไวท์บอร์ดเป็นเส้นๆ ไม่ใช่รูปทรงบางคู่เขียนสะเปะสะปะ ไม่ใกล้เคียงกับรูปทรงที่ให้วาด

ขั้นที่ 4 ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็นจากการเข้าร่วมกิจกรรม ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็นว่า “ได้มาเข้ากลุ่ม” “ได้เล่นเกม” “ได้สนุกสนาน” “ได้ฝึกวาดรูป” จากนั้นผู้วิจัยจึงสรุปประโยชน์ของกิจกรรมตามวัตถุประสงค์อีกครั้ง

ขั้นที่ 5 การปิดกลุ่ม ผู้วิจัยสรุปภาพรวมเกี่ยวกับการการตอบสนองต่อกิจกรรม โดยชี้ให้เห็นว่าการทำกิจกรรมในครั้งนี้ ผู้ป่วยเริ่มรู้จักกัน มีสัมพันธภาพกับเพื่อนเพิ่มขึ้น และบางคนสามารถทำกิจกรรมตามคำสั่งได้ถูกต้อง โดยส่วนใหญ่ยังต้องได้รับการช่วยเหลืออยู่มาก จากนั้นจึงนัดหมายการทำกิจกรรมครั้งต่อไป

Copyright by Mahidol University

กิจกรรมครั้งที่ 3

ตะเกียบวิเศษ

วันที่ 29 กุมภาพันธ์ 2551

เวลา 10.00 - 11.00 น.

วัตถุประสงค์

1.เพื่อพัฒนาการจัดระเบียบของความรู้สึกทางการทรงตัว (Vestibular integration)

2.เพื่อพัฒนาการจัดระเบียบของความรู้สึกจากกล้ามเนื้อ เอ็น และข้อต่อ (Proprioceptive integration)

ขนาดของกลุ่ม 16 คน

เวลา 1 ชั่วโมง

อุปกรณ์

1. กระดานไม้กว้างประมาณ 0.20 เมตร ยาว 4.00 เมตร สูง 0.20 เมตร
2. เก้าอี้
3. ลูกปัด
4. ชามพลาสติก จำนวน 4 ใบ
5. ตะเกียบ
6. นาฬิกาจับเวลา
7. ป้ายชื่อผู้ป่วย

วิธีดำเนินการ

ขั้นที่ 1 เปิดกลุ่ม (5 นาที)

แนะนำกลุ่มและแนะนำตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์และวิธีการให้ทุกคนในกลุ่มเข้าใจ สร้างสัมพันธภาพ

Copyright by Mahidol University

ขั้นที่ 2 กิจกรรมกระตุ้นการตอบสนองของร่างกาย (10 นาที)

ให้ผู้ป่วยยืนเข้าแถวเรียงหน้ากระดาน แถวละ 8 คน จำนวน 2 แถว โดยผู้วิจัยยืนด้านหน้าและหันหน้าเข้าหากลุ่มผู้ป่วย จากนั้นผู้วิจัยแสดงท่าทางออกกำลังกายสะบัดข้อมือ ข้อเท้า งอข้อศอก งอเข่า กางแขน กางขามือเท้าสะเอว ก้มตัวไปข้างหน้า เงยหน้าไปข้างหลัง เอียงข้างซ้ายขวาสลับกัน ให้ผู้ป่วยทำตาม โดยมีผู้ช่วยวิจัย ช่วยในการกระตุ้นและช่วยเหลือให้ผู้ป่วยทำตาม

ขั้นที่ 3 กิจกรรมกระตุ้นการผสมผสานการรับรู้ (30 นาที)

1) ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยจัดเตรียมสถานที่ โดยวางกระดานไม้ 2 แผ่น คู่กันตามยาว ห่างกันประมาณ 3 เมตร โดยวางชามใส่ลูกปัดพร้อมตะเกียบไว้ปลายกระดานไม้ที่เป็นจุดเริ่มต้น และวางชามเปล่าไว้บนเก้าอี้อีกด้านปลายกระดานที่เป็นจุดสิ้นสุด

2) ให้เวลาผู้ป่วยคู่ละ 2 นาที ในการใช้ตะเกียบคีบลูกปัดจากชามเริ่มต้นแล้วเดินบนกระดานไปใส่ชามเปล่า จากนั้นวิ่งกลับมาคีบลูกปัดอีก ทำซ้ำจนกว่าจะหมดเวลา

3) ผู้ช่วยวิจัยนับจำนวนลูกปัดที่คีบได้ ของผู้ป่วยแต่ละราย

4) ผู้ป่วยที่คีบลูกปัดได้จำนวนมากที่สุดเป็นผู้ชนะ ให้สมาชิกกลุ่มปรบมือชมเชย

ขั้นที่ 4 การจัดระเบียบทางความคิดและพฤติกรรมที่เหมาะสม (10 นาที)

ให้ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับประโยชน์ของกิจกรรม โดยผู้วิจัยตั้งคำถามว่า “ท่านคิดว่ากิจกรรมในวันนี้ให้ประโยชน์อะไรกับตัวท่าน” หรือ “ท่านได้อะไรจากการทำกลุ่มในวันนี้” จากนั้นผู้วิจัยสรุปประโยชน์ของกิจกรรมตามวัตถุประสงค์

ขั้นที่ 5 ปิดกลุ่ม (5 นาที)

ผู้วิจัยสรุปภาพรวมเกี่ยวกับการตอบสนองต่อกิจกรรม โดยชี้ให้เห็นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ดีขึ้น ในผู้ป่วยบางราย กล่าวชมเชย ให้กำลังใจ เพื่อเป็นตัวอย่างแก่ผู้ป่วยอื่นในกลุ่ม ในการปรับปรุงตนเองในกิจกรรมครั้งต่อไป

ผลลัพธ์ที่ได้จากการทำกิจกรรม

กิจกรรมในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาการจัดระเบียบของความรู้สึกทางการทรงตัว (Vestibular integration) และพัฒนาการจัดระเบียบของความรู้สึกจากกล้ามเนื้อ เอ็น และข้อต่อ (Proprioceptive integration)

Copyright by Mahidol University

ขั้นที่ 1 การเปิดกลุ่มผู้วิจัยให้ผู้ป่วยทบทวนชื่อผู้วิจัย และผู้ช่วยวิจัย จากนั้นสุ่มถามชื่อผู้ป่วยบางคน ให้ผู้ป่วยทุกคนช่วยกันตอบ จากนั้นจึงอธิบายวัตถุประสงค์และวิธีการในการทำกิจกรรม

ขั้นที่ 2 กิจกรรมการออกกำลังกาย ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยเข้าแถวเรียงหน้ากระดานเพื่อเริ่มกิจกรรม ผู้ป่วยยืนได้ถูกต้อง เมื่อเริ่มแสดงท่าทางการออกกำลังกายผู้ป่วยส่วนใหญ่ทำตามได้ด้วยท่าทางที่คล่องแคล่วมากขึ้น

ขั้นที่ 3 กิจกรรมกระตุ้นการผสมผสานการรับความรู้สึก ผู้วิจัยให้ผู้วิจัยสาธิตวิธีการ โดยผู้วิจัยอธิบายตาม จากนั้นเรียกผู้ป่วยมาทำกิจกรรมครั้งละ 2 คน โดยผู้ป่วยทุกคนสามารถใช้ตะเกียบคีบลูกปัดจากถ้วยได้ แต่ระหว่างเดินบนสะพานเกือบทุกคนทำลูกปัดหล่นต้องกลับไปเริ่มคีบใหม่ ผู้ป่วยบางคนที่มีเชื้อสายจีนได้สอนการจับตะเกียบที่ถูกต้องให้เพื่อน ซึ่งบางคนทำตามได้ บางคนทำไม่ได้ ระหว่างที่ผู้ป่วยทำกิจกรรม ผู้ป่วยที่เหลือช่วยส่งเสียงเชียร์ เป็นการทำให้กลุ่มครึกครื้น จนทำกิจกรรมครบทุกคน ผู้วิจัยบอกผลจำนวนลูกปัดของแต่ละคน แล้วผู้วิจัยให้สมาชิกในกลุ่มปรบมือชมเชยผู้ป่วยที่คีบลูกปัดได้จำนวนมากที่สุด และให้ผู้ป่วยทุกคนปรบมือชมเชยตนเองที่สามารถทำกิจกรรมที่ยากได้สำเร็จ

ขั้นที่ 4 ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็นจากการเข้าร่วมกิจกรรม ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็นว่า “ได้ฝึกสมาธิ” “ได้ฝึกทรงตัวเหมือนนักกายกรรม” “ได้รู้เทคนิคการคีบตะเกียบ” “ได้สนุกสนาน” จากนั้นผู้วิจัยอธิบายว่าการคีบตะเกียบพร้อมเดินบนสะพานไม้ เป็นกิจกรรมที่ยาก เพราะต้องทำ 2 สิ่งในเวลาเดียวกัน แต่ผู้ป่วยทุกคนก็มีความพยายามตั้งใจทำ ซึ่งอาจผิดพลาดทำหล่นบ้าง ซึ่งก็ไม่ใช่เรื่องผิด เพราะเป็นการฝึกทักษะซึ่งต้องอาศัยความชำนาญจึงจะทำได้ดี จากนั้นผู้วิจัยจึงสรุปประโยชน์ของกิจกรรมตามวัตถุประสงค์อีกครั้ง

ขั้นที่ 5 การปิดกลุ่ม ผู้วิจัยสรุปภาพรวมเกี่ยวกับการการตอบสนองต่อกิจกรรม โดยชี้ให้เห็นว่าการทำกิจกรรมในครั้งนี้ ผู้ป่วยหลายคนมีการเคลื่อนไหวที่คล่องแคล่วมากขึ้น และหลายคนคงจะมีการพัฒนาขึ้นเมื่อเข้าร่วมกิจกรรมอีกหลายๆ ครั้ง จากนั้นจึงนัดหมายการทำกิจกรรมครั้งต่อไป

Copyright by Mahidol University

กิจกรรมครั้งที่ 4

ถุงปริศนา

วันที่ 3 มีนาคม 2551

เวลา 10.00 - 11.00 น.

วัตถุประสงค์

1.เพื่อพัฒนาการจัดระเบียบของความรู้สึกทางการสัมผัส (Tactile integration)

ขนาดของกลุ่ม 16 คน

เวลา 1 ชั่วโมง

อุปกรณ์

1. วัตถุรูปทรงต่าง ได้แก่ สมุดบันทึกเล่มเล็ก ฟองน้ำล้างจาน หวี เทปเพลง แปรงสีฟัน ปากกา กรรไกรตัดเล็บ ลูกกุญแจ ช้อน นาฬิกาข้อมือ
2. ถุงผ้าทึบ
3. ถุงผ้าทึบ
4. กระดาษ A4
5. ป้ายชื่อผู้ป่วย

วิธีดำเนินการ

ขั้นที่ 1 เปิดกลุ่ม (5 นาที)

แนะนำกลุ่มและแนะนำตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์และวิธีการให้ทุกคนในกลุ่มเข้าใจ สร้างสัมพันธภาพ

ขั้นที่ 2 กิจกรรมกระตุ้นการตอบสนองของร่างกาย (10 นาที)

ให้ผู้ป่วยยืนเข้าแถวเรียงหน้ากระดาน แถวละ 8 คน จำนวน 2 แถว โดยผู้วิจัยยืนด้านหน้าและหันหน้าเข้าหากลุ่มผู้ป่วย จากนั้นผู้วิจัยแสดงท่าทางออกกำลังกายสะบัดข้อมือ ข้อเท้า งอข้อศอก งอเข่า กางแขน กางขามือเท้าสะเอว ก้มตัวไปข้างหน้า เงยหน้าไปข้างหลัง เอียงข้างซ้ายขวา สลับกัน ให้ผู้ป่วยทำตาม โดยมีผู้ช่วยวิจัย ช่วยในการกระตุ้นและช่วยเหลือให้ผู้ป่วยทำตาม

Copyright by Mahidol University

ขั้นที่ 3 กิจกรรมกระตุ้นการผสมผสานการรับรู้ (30 นาที)

1) ผู้วิจัยใส่วัตถุรูปทรงต่างๆ ไว้ในถุงผ้าทึบ โดยไม่ให้ผู้ป่วยเห็นว่ามีอะไรอยู่ในถุง

2) ผู้ช่วยวิจัยแจกกระดาษ และดินสอ ให้ผู้ป่วยคนละ 1 ชุด แล้วให้เขียนชื่อลงมุมบนกระดาษ

3) ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยใช้มือคลำวัตถุในถุงผ้าทึบให้ครบทุกชิ้น ผลัดกันครั้งละ 1 คน / 1 นาที จากนั้นผู้ช่วยวิจัยพาผู้ป่วยแยกไปวาดรูปทรงวัตถุที่คลำได้ในกระดาษที่แจกให้ โดยไม่ให้ผู้ป่วยคนอื่นเห็น ให้เวลา 1 นาที ผู้ป่วยที่ทำกิจกรรมเสร็จให้แยกยืนคนละด้านกับผู้ป่วยที่ยังไม่ได้ทำกิจกรรม จนทำกิจกรรมครบทุกคน

4) แจกกระดาษที่วาดรูปให้ผู้ป่วยในกลุ่ม โดยไม่ให้ตรงกับของตัวเอง

5) ผู้วิจัยหยิบวัตถุออกมาเฉลยที่ละชิ้น ถ้ามีภาพวาดวัตถุนั้น ให้ทำเครื่องหมายถูกบนรูปวัตถุนั้น โดยผู้ช่วยวิจัยช่วยดูแล

6) นับจำนวนวัตถุที่ผู้ป่วยวาดได้ถูกต้อง ผู้ที่วาดได้มากที่สุดเป็นผู้ชนะ ให้สมาชิกกลุ่มปรบมือชมเชย

ขั้นที่ 4 การจัดระเบียบทางความคิดและพฤติกรรมที่เหมาะสม (10 นาที)

ให้ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับประโยชน์ของกิจกรรม โดยผู้วิจัยตั้งคำถามว่า “ท่านคิดว่ากิจกรรมในวันนี้ให้ประโยชน์อะไรกับตัวท่าน” หรือ “ท่านได้อะไรจากการทำกลุ่มในวันนี้” จากนั้นผู้วิจัยสรุปประโยชน์ของกิจกรรมตามวัตถุประสงค์

ขั้นที่ 5 ปิดกลุ่ม (5 นาที)

ผู้วิจัยสรุปภาพรวมเกี่ยวกับการตอบสนองต่อกิจกรรม โดยชี้ให้เห็นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ดีขึ้น ในผู้ป่วยบางราย กล่าวชมเชย ให้กำลังใจ เพื่อเป็นตัวอย่างแก่ผู้ป่วยอื่นในกลุ่ม ในการปรับปรุงตนเองในกิจกรรมครั้งต่อไป

ผลลัพธ์ที่ได้จากการทำกิจกรรม

กิจกรรมในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาการจัดระเบียบของความรู้สึกทางการสัมผัส (Tactile integration)

ขั้นที่ 1 การเปิดกลุ่มผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์และวิธีการในการทำกิจกรรม

Copyright by Mahidol University

ขั้นที่ 2 กิจกรรมการออกกำลังกาย ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยเข้าแถวเรียงหน้ากระดานเพื่อเริ่มกิจกรรม ผู้ป่วยยืนได้ถูกต้อง และทำตามได้ด้วยท่าทางที่คล่องแคล่วมากขึ้น

ขั้นที่ 3 กิจกรรมกระตุ้นการผสมผสานการรับความรู้สึก ผู้วิจัยอธิบายวิธีการให้ผู้ป่วยฟังโดยละเอียด พร้อมให้ผู้ช่วยวิจัยสาธิตวิธีการ โดยสมมติวาดภาพวัตถุที่ไม่มีอยู่ในถุง จากนั้นเริ่มต้นทำกิจกรรมตามขั้นตอน จนครบทุกคน ภายในเวลาที่กำหนด จากนั้นผู้วิจัยจึงแจกกระดาษที่วาดภาพให้ทุกคนในกลุ่มช่วยกันเฉลย โดยผู้ป่วยทุกคนวาดวัตถุได้ไม่ครบตามจำนวนที่อยู่ในถุงทึบ โดยวาดได้ตั้งแต่ 3 - 7 ภาพ แล้วผู้วิจัยให้สมาชิกในกลุ่มปรบมือชมเชยผู้ป่วยที่วาดภาพได้จำนวนมากที่สุด และให้ผู้ป่วยทุกคนปรบมือชมเชยตนเองที่สามารถทำกิจกรรมสำเร็จ

ขั้นที่ 4 ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็นจากการเข้าร่วมกิจกรรม ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็นว่า “ได้ฝึกความจำ” “ได้ฝึกเดาสิ่งของ” “ได้รู้ว่าการคลำเดายากกว่าเห็นด้วยตา ” “ได้ฝึกวาดภาพ” จากนั้นผู้วิจัยอธิบายว่าการกิจกรรมนี้นอกจากเป็นการฝึกประสาทด้านการสัมผัสแล้ว ยังช่วยฝึกด้านความจำ และการทบทวนรูปร่างสิ่งของต่างๆ อีกด้วย

ขั้นที่ 5 การปิดกลุ่ม ผู้วิจัยสรุปภาพรวมเกี่ยวกับการการตอบสนองต่อกิจกรรม โดยชี้ให้เห็นว่าการทำกิจกรรมในครั้งนี้ ผู้ป่วยหลายคนมีการรับความรู้สึกจากการสัมผัสที่ดี และยังต้องอาศัยการจดจำผ่านการวาดภาพร่วมด้วย ซึ่งเป็นเรื่องยากที่ต้องอาศัยการฝึกฝนอย่างสม่ำเสมอ แต่จะเป็นประโยชน์ในด้านความคิดความจำแก่ผู้ป่วยมาก และสามารถนำไปฝึกฝนต่อที่บ้านได้ง่าย หรือนำไปใช้เล่นกับผู้สูงอายุหรือบุตรหลานได้ จากนั้นจึงนัดหมายการทำกิจกรรมครั้งต่อไป

Copyright by Mahidol University

กิจกรรมครั้งที่ 5

ลิงชิงบอล

วันที่ 5 มีนาคม 2551

เวลา 10.00 - 11.00 น.

วัตถุประสงค์

1.เพื่อพัฒนาการจัดระเบียบของความรู้สึกทางการทรงตัว (Vestibular integration)

2.เพื่อพัฒนาการจัดระเบียบของความรู้สึกจากกล้ามเนื้อ เอ็น และข้อต่อ (Proprioceptive integration)

ขนาดของกลุ่ม 16 คน

เวลา 1 ชั่วโมง

อุปกรณ์

1. ลูกบอล 1 ลูก
2. ป้ายชื่อผู้ป่วย

วิธีดำเนินการ

ขั้นที่ 1 เปิดกลุ่ม (5 นาที)

แนะนำกลุ่มและแนะนำตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์และวิธีการให้ทุกคนในกลุ่มเข้าใจ สร้างสัมพันธภาพ

ขั้นที่ 2 กิจกรรมกระตุ้นการตอบสนองของร่างกาย (10 นาที)

ให้ผู้ป่วยยืนเข้าแถวเรียงหน้ากระดาน แถวละ 8 คน จำนวน 2 แถว โดยผู้วิจัยยืนด้านหน้าและหันหน้าเข้าหากลุ่มผู้ป่วย จากนั้นผู้วิจัยแสดงท่าทางออกกำลังกายสะบัดข้อมือ ข้อเท้า งอข้อศอก งอเข่า กางแขน กางขามือเท้าสะเอว ก้มตัวไปข้างหน้า เงยหน้าไปข้างหลัง เอียงข้างซ้ายขวา สลับกัน ให้ผู้ป่วยทำตาม โดยมีผู้ช่วยวิจัย ช่วยในการกระตุ้นและช่วยเหลือให้ผู้ป่วยทำตาม

Copyright by Mahidol University

ขั้นที่ 3 กิจกรรมกระตุ้นการผสมผสานการรับรู้ (30 นาที)

1) ให้ผู้ป่วยยืนเป็นวงกลมห่างกันประมาณ 1 ช่วงแขน

2) ให้ผู้ป่วย 1 คน เป็นลิงอยู่กลางวงกลม

3) ให้ผู้ป่วยรอบวงกลมส่งบอลให้กัน โดยให้คนเป็นลิงคอยแย่งให้ได้

4) ผู้ที่ส่งบอลแล้วถูกลิงแย่งได้ ให้สลับไปเป็นลิงแทน

ขั้นที่ 4 การจัดระเบียบทางความคิดและพฤติกรรมที่เหมาะสม (10 นาที)

ให้ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับประโยชน์ของกิจกรรม โดยผู้วิจัยตั้งคำถามว่า “ท่านคิดว่ากิจกรรมในวันนี้ให้ประโยชน์อะไรกับตัวท่าน” หรือ “ท่านได้อะไรจากการทำกลุ่มในวันนี้” จากนั้นผู้วิจัยสรุปประโยชน์ของกิจกรรมตามวัตถุประสงค์

ขั้นที่ 5 ปิดกลุ่ม (5 นาที)

ผู้วิจัยสรุปภาพรวมเกี่ยวกับการตอบสนองต่อกิจกรรม โดยชี้ให้เห็นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ดีขึ้น ในผู้ป่วยบางราย กล่าวชมเชย ให้กำลังใจ เพื่อเป็นตัวอย่างแก่ผู้ป่วยอื่นในกลุ่ม ในการปรับปรุงตนเองในกิจกรรมครั้งต่อไป

ผลลัพธ์ที่ได้จากการทำกิจกรรม

กิจกรรมในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาการจัดระเบียบของความรู้สึกทางการทรงตัว (Vestibular integration) และความรู้สึกจากกล้ามเนื้อ เอ็น และข้อต่อ (Proprioceptive integration)

ขั้นที่ 1 การเปิดกลุ่มผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์และวิธีการในการทำกิจกรรม

ขั้นที่ 2 กิจกรรมการออกกำลังกาย ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยเข้าแถวเรียงหน้ากระดานเพื่อเริ่มกิจกรรม ผู้ป่วยยืนได้ถูกต้อง และทำตามได้ด้วยท่าทางที่คล่องแคล่ว

ขั้นที่ 3 กิจกรรมกระตุ้นการผสมผสานการรับความรู้สึก ผู้วิจัยอธิบายวิธีการให้ผู้ป่วยฟังโดยละเอียด จากนั้นให้ผู้ป่วยยืนจับมือเป็นวงกลมห่างกัน 1 ช่วงแขน ขออาสาสมัครออกมาเป็นลิง 1 คน จากนั้นจึงให้สัญญาณเริ่มเล่นเกมลิงชิงบอล ผู้ป่วยต่างส่งลูกบอลให้กันใกล้ๆ เบาๆ จึงถูกลิงแย่งลูกบอลได้ง่าย ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยจึงช่วยพูดกระตุ้นให้ส่งบอลไกลตัว ออกแรงมากขึ้น และให้ผู้ป่วยในวงกลมตะโกนเรียกหาบอลด้วย เพื่อให้กลุ่มสนุกสนาน

Copyright by Mahidol University

ขั้นที่ 4 ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็นจากการเข้าร่วมกิจกรรม ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็นว่า “ได้ออกแรง” “ได้เป็นลิง” “ได้เหงื่อ ” “ได้เคลื่อนไหวร่างกายมากที่สุดตั้งแต่เข้ามารักษา” “ได้รู้ว่าการเป็นลิงเหนื่อยมาก” จากนั้นผู้วิจัยอธิบายว่าการทำกิจกรรมในครั้งนี้ ต้องอาศัยทักษะการเคลื่อนไหวที่ต้องใช้พละกำลัง ความแข็งแรง ความคล่องแคล่วว่องไว รวมถึงไหวพริบด้วย จากนั้นผู้วิจัยจึงสรุปประโยชน์ของกิจกรรมตามวัตถุประสงค์อีกครั้ง

ขั้นที่ 5 การปิดกลุ่ม ผู้วิจัยสรุปภาพรวมเกี่ยวกับการการตอบสนองต่อกิจกรรม โดยชี้ให้เห็นว่ากิจกรรมในครั้งนี้ผู้เล่นต้องคอยระมัดระวังลูกบอลจะมาถึงตนเองอยู่ตลอดเวลา ทำให้ผู้ป่วยทุกคนได้มีโอกาสปรับตัวในการเคลื่อนไหวร่างกายมากขึ้น จากนั้นผู้วิจัยจึงนัดหมายการทำกิจกรรมครั้งต่อไป

Copyright by Mahidol University

กิจกรรมครั้งที่ 6

อะไรอยู่ในทราย

วันที่ 7 มีนาคม 2551

เวลา 10.00 - 11.00 น.

วัตถุประสงค์

1.เพื่อพัฒนาการจัดระเบียบของความรู้สึกทางการสัมผัส (Tactile integration)

ขนาดของกลุ่ม 16 คน

เวลา 1 ชั่วโมง

อุปกรณ์

1. วัตถุรูปทรงต่างๆ ได้แก่ ลูกปิงปอง ช้อนกาแฟ ขวดแบรนด์ พวงกุญแจ กรรไกรตัดเล็บ หวี ยางลบ นาฬิกา ขันน้ำขนาดเล็ก ปากกาไวท์บอร์ด จำนวนอย่างละ 2 ชุด
2. กระบะทรายแห้ง ขนาดกว้าง 40 ซ.ม. x ยาว 50 ซ.ม. x สูง 30 ซ.ม.
3. นาฬิกาจับเวลา
4. ป้ายชื่อผู้ป่วย

วิธีดำเนินการ

ขั้นที่ 1 เปิดกลุ่ม (5 นาที)

แนะนำกลุ่มและแนะนำตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์และวิธีการให้ทุกคนในกลุ่มเข้าใจ สร้างสัมพันธภาพ

ขั้นที่ 2 กิจกรรมกระตุ้นการตอบสนองของร่างกาย (10 นาที)

ให้ผู้ป่วยยืนเข้าแถวเรียงหน้ากระดาน แถวละ 8 คน จำนวน 2 แถว โดยผู้วิจัยยืนด้านหน้าและหันหน้าเข้าหากลุ่มผู้ป่วย จากนั้นผู้วิจัยแสดงท่าทางออกกำลังกายสะบัดข้อมือ ข้อเท้า งอข้อศอก งอเข่า กางแขน กางขามือเท้าสะเอว ก้มตัวไปข้างหน้า เงยหน้าไปข้างหลัง เอียงข้างซ้ายขวา สลับกัน ให้ผู้ป่วยทำตาม โดยมีผู้ช่วยวิจัย ช่วยในการกระตุ้นและช่วยเหลือให้ผู้ป่วยทำตาม

Copyright by Mahidol University

ขั้นที่ 3 กิจกรรมกระตุ้นการผสมผสานการรับรู้ (30 นาที)

1) ผู้วิจัยนำวัตถุชุดที่ 1 ใส่ลงในกระบะทราย คละให้กระจายกัน

2) ผู้วิจัยแสดงวัตถุชุดที่ 2 ให้ผู้ป่วยดูทีละชิ้นพร้อมบอกชื่อ และให้ผู้ป่วยทบทวนว่าแต่ละชิ้นคืออะไร

3) ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยค้นหาวัตถุในกระบะทราย คนละ 3 ชิ้น ตามคำสั่ง ครั้งละ 1 คน ผู้ช่วยวิจัยจับเวลา

4) ผู้ที่ทำเวลาได้น้อยที่สุดเป็นผู้ชนะ ให้สมาชิกกลุ่มปรบมือชมเชย

ขั้นที่ 4 การจัดระเบียบทางความคิดและพฤติกรรมที่เหมาะสม (10 นาที)

ให้ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับประโยชน์ของกิจกรรม โดยผู้วิจัยตั้งคำถามว่า “ท่านคิดว่ากิจกรรมในวันนี้ให้ประโยชน์อะไรกับตัวท่าน” หรือ “ท่านได้อะไรจากการทำกลุ่มในวันนี้” จากนั้นผู้วิจัยสรุปประโยชน์ของกิจกรรมตามวัตถุประสงค์

ขั้นที่ 5 ปิดกลุ่ม (5 นาที)

ผู้วิจัยสรุปภาพรวมเกี่ยวกับการตอบสนองต่อกิจกรรม โดยชี้ให้เห็นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ดีขึ้น ในผู้ป่วยบางราย กล่าวชมเชย ให้กำลังใจ เพื่อเป็นตัวอย่างแก่ผู้ป่วยอื่นในกลุ่ม ในการปรับปรุงตนเองในกิจกรรมครั้งต่อไป

ผลลัพธ์ที่ได้จากการทำกิจกรรม

กิจกรรมในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาการจัดระเบียบของความรู้สึกทางการสัมผัส (Tactile integration)

ขั้นที่ 1 การเปิดกลุ่มผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์และวิธีการในการทำกิจกรรม

ขั้นที่ 2 กิจกรรมการออกกำลังกาย ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยเข้าแถวเรียงหน้ากระดานเพื่อเริ่มกิจกรรม ผู้ป่วยทำตามได้ด้วยท่าทางที่คล่องแคล่ว

ขั้นที่ 3 กิจกรรมกระตุ้นการผสมผสานการรับความรู้สึก ผู้วิจัยอธิบายวิธีการให้ผู้ป่วยฟังอย่างละเอียด แล้วแสดงวัตถุชุดที่ 2 ให้ผู้ป่วยดูทีละชิ้นพร้อมบอกชื่อ และให้ผู้ป่วยทบทวนว่าแต่ละชิ้นคืออะไร จากนั้นให้ผู้ป่วยเริ่มทำกิจกรรมทีละคน โดยให้ผู้ป่วยค้นหาวัตถุในกระบะทราย คนละ 3 ชิ้น

Copyright by Mahidol University

ตามคำสั่ง ผู้ช่วยวิจัยจับเวลา โดยมีบางคนที่ค้นหาได้แล้ว 1 หรือ 2 ชิ้น แล้วถามผู้วิจัยซ้ำว่ายังเหลือวัตถุใด แต่จะมีเพื่อนคนอื่นในกลุ่มช่วยบอกสิ่งของที่ถูกต้องให้

ขั้นที่ 4 ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็นจากการเข้าร่วมกิจกรรม ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็นว่า “ได้เล่นทรายเหมือนกลับไปเป็นเด็ก” “รู้สึกสนุก” “ได้มือเปื้อนทราย” จากนั้นผู้วิจัยอธิบายว่าการทำกิจกรรมในครั้งนี้ นอกจากจะใช้ทรายช่วยกระตุ้นการรับสัมผัสแล้ว ยังต้องอาศัยความจำอีกด้วย

ขั้นที่ 5 การปิดกลุ่ม ผู้วิจัยสรุปภาพรวมเกี่ยวกับการการตอบสนองต่อกิจกรรม โดยชี้ให้เห็นว่ากิจกรรมในครั้งนี้ผู้ป่วยทุกคนทำกิจกรรมได้สำเร็จ แม้บางคนจะให้เพื่อนช่วยบ้าง แต่ก็เป็นโอกาสในการสร้างสัมพันธภาพในกลุ่ม และเห็นถึงความมีน้ำใจของเพื่อน ซึ่งอยู่ในกลุ่มต้องช่วยเหลือกัน

Copyright by Mahidol University

กิจกรรมครั้งที่ 7

ขวดปริศนา

วันที่ 10 มีนาคม 2551

เวลา 10.00 - 11.00 น.

วัตถุประสงค์

1.เพื่อพัฒนาการจัดระเบียบของความรู้สึกทางการสัมผัส (Tactile integration)

ขนาดของกลุ่ม 16 คน

เวลา 1 ชั่วโมง

อุปกรณ์

1.ขวดใสขนาดเล็กบรรจุเครื่องปรุงรส ได้แก่ น้ำปลา ซีอิ้ว ซอส น้ำมันหอย น้ำมัน นำผึ้ง

2. กระดาษ

3. ดินสอ

4. ป้ายชื่อผู้ป่วย

วิธีดำเนินการ

ขั้นที่ 1 เปิดกลุ่ม (5 นาที)

แนะนำกลุ่มและแนะนำตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์และวิธีการให้ทุกคนในกลุ่มเข้าใจ สร้างสัมพันธภาพ

ขั้นที่ 2 กิจกรรมกระตุ้นการตอบสนองของร่างกาย (10 นาที)

ให้ผู้ป่วยยืนเข้าแถวเรียงหน้ากระดาน แถวละ 8 คน จำนวน 2 แถว โดยผู้วิจัยยืนด้านหน้าและหันหน้าเข้าหากลุ่มผู้ป่วย จากนั้นผู้วิจัยแสดงท่าทางออกกำลังกายสะบัดข้อมือ ข้อเท้า งอข้อศอก งอเข่า กางแขน กางขามือเท้าสะเอว ก้มตัวไปข้างหน้า เงยหน้าไปข้างหลัง เอียงข้างซ้ายขวา สลับกัน ให้ผู้ป่วยทำตาม โดยมีผู้ช่วยวิจัย ช่วยในการกระตุ้นและช่วยเหลือให้ผู้ป่วยทำตาม

Copyright by Mahidol University

ขั้นที่ 3 กิจกรรมกระตุ้นการผสมผสานการรับรู้ (30 นาที)

1) ผู้วิจัยวางขวดใสที่ใส่เครื่องปรุงต่างๆ ไว้บนโต๊ะ และเขียนป้ายติดหมายเลขกำกับไว้

2) ครั้งที่ 1 ให้ผู้ป่วยมองเครื่องปรุงขวดแล้วทายว่าแต่ละขวดบรรจุเครื่องปรุงรสชนิดใด เขียนคำตอบลงในกระดาษ

3) ครั้งที่ 2 เปิดฝาขวดให้สมาชิกดมกลิ่นแล้วทายว่าแต่ละขวดบรรจุเครื่องปรุงรสชนิดใด เขียนคำตอบลงในกระดาษ ถัดจากคำตอบครั้งที่ 1 บรรทัดเดียวกัน

4) ครั้งที่ 3 ให้สมาชิกชิมเครื่องปรุงรสในขวดแล้วทายว่าแต่ละขวดบรรจุเครื่องปรุงรสชนิดใด เขียนคำตอบลงในกระดาษ ถัดจากคำตอบครั้งที่ 2 บรรทัดเดียวกัน

5) ผู้วิจัยเฉลย แล้วอภิปรายถึงคุณสมบัติของเครื่องปรุงรสแต่ละอย่าง

ขั้นที่ 4 การจัดระเบียบทางความคิดและพฤติกรรมที่เหมาะสม (10 นาที)

ให้ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับประโยชน์ของกิจกรรม โดยผู้วิจัยตั้งคำถามว่า “ท่านคิดว่ากิจกรรมในวันนี้ให้ประโยชน์อะไรกับตัวท่าน” หรือ “ท่านได้อะไรจากการทำกลุ่มในวันนี้” จากนั้นผู้วิจัยสรุปประโยชน์ของกิจกรรมตามวัตถุประสงค์

ขั้นที่ 5 ปิดกลุ่ม (5 นาที)

ผู้วิจัยสรุปภาพรวมเกี่ยวกับการตอบสนองต่อกิจกรรม โดยชี้ให้เห็นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ดีขึ้น ในผู้ป่วยบางราย กล่าวชมเชย ให้กำลังใจ เพื่อเป็นตัวอย่างแก่ผู้ป่วยอื่นในกลุ่ม ในการปรับปรุงตนเองในกิจกรรมครั้งต่อไป

ผลลัพธ์ที่ได้จากการทำกิจกรรม

กิจกรรมในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาการจัดระเบียบของความรู้สึกทางการสัมผัส (Tactile integration)

ขั้นที่ 1 การเปิดกลุ่มผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์และวิธีการในการทำกิจกรรม

ขั้นที่ 2 กิจกรรมการออกกำลังกาย ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยเข้าแถวเรียงหน้ากระดานเพื่อเริ่มกิจกรรม ผู้ป่วยทำตามได้ด้วยท่าทางที่คล่องแคล่ว

Copyright by Mahidol University

ขั้นที่ 3 กิจกรรมกระตุ้นการผสมผสานการรับความรู้สึก ผู้วิจัยอธิบายวิธีการให้ผู้ป่วยฟังอย่างละเอียด จากนั้นจึงเริ่มทำกิจกรรม ครั้งที่ 1 โดยให้ผู้ป่วยมองเครื่องปรุงขวดแล้วทายว่าแต่ละขวดบรรจุเครื่องปรุงรสชนิดใด เขียนคำตอบลงในกระดาษ มีผู้ป่วยบางคนแสดงความคิดเห็นว่าแต่ละขวดน่าจะเป็นอะไร ผู้ป่วยบางคนฟังแล้วเชื่อ เขียนชื่อเครื่องปรุงตาม จากนั้นจึงดำเนินกิจกรรมครั้งที่ 2 โดยเปิดฝาขวดให้สมาชิกดมกลิ่นแล้วทายว่าแต่ละขวดบรรจุเครื่องปรุงรสชนิดใด เขียนคำตอบลงในกระดาษ ถัดจากคำตอบครั้งที่ 1 บรรทัดเดียวกัน เริ่มมีบางคนแสดงท่าทางดีใจว่าทราบแล้วว่าคืออะไร จากนั้นครั้งที่ 3 ให้สมาชิกชิมเครื่องปรุงรสในขวดแล้วทายว่าแต่ละขวดบรรจุเครื่องปรุงรสชนิดใด เขียนคำตอบลงในกระดาษ ถัดจากคำตอบครั้งที่ 2 บรรทัดเดียวกัน จากนั้นผู้วิจัยจึงเฉลย แล้วให้ผู้ป่วยอภิปรายถึงคุณสมบัติของเครื่องปรุงรสแต่ละอย่าง

ขั้นที่ 4 ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็นจากการเข้าร่วมกิจกรรม ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็นว่า “สิบตาเห็นไม่เท่าได้ชิม” “อย่าเชื่อในสิ่งที่เห็น” จากนั้นผู้วิจัยอธิบายว่าการทำกิจกรรมในครั้งนี้นอกจากได้ฝึกประสาทรับสัมผัสทางการมองเห็น การดมกลิ่น และการรับรสแล้ว ยังเป็นข้อเตือนใจว่าการที่มั่นใจในสิ่งใดจากการมองเห็นเพียงอย่างเดียว ไม่ได้ลองสัมผัสใกล้ชิด อาจทำให้ตัดสินใจผิดพลาดได้

ขั้นที่ 5 การปิดกลุ่ม ผู้วิจัยสรุปภาพรวมเกี่ยวกับการการตอบสนองต่อกิจกรรม โดยชี้ให้เห็นว่ากิจกรรมในครั้งนี้ผู้ป่วยหลายคนสามารถแสดงความคิดเห็นเปรียบเทียบเชิงนามธรรมได้ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงการพัฒนาด้านกระบวนการคิด และการวิเคราะห์ จากนั้นจึงนัดหมายการทำกิจกรรมครั้งต่อไป

Copyright by Mahidol University

กิจกรรมครั้งที่ 8

สร้างด้วยมือ

วันที่ 12 มีนาคม 2551

เวลา 10.00 - 11.00 น.

วัตถุประสงค์

1.เพื่อพัฒนาการจัดระเบียบของความรู้สึกทางการสัมผัส (Tactile integration)

ขนาดของกลุ่ม 16 คน

เวลา 1 ชั่วโมง

อุปกรณ์

1. โต๊ะ
2. เก้าอี้
3. ดินน้ำมัน
4. ป้ายชื่อผู้ป่วย

วิธีดำเนินการ

ขั้นที่ 1 เปิดกลุ่ม (5 นาที)

แนะนำกลุ่มและแนะนำตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์และวิธีการให้ทุกคนในกลุ่มเข้าใจ สร้างสัมพันธภาพ

ขั้นที่ 2 กิจกรรมกระตุ้นการตอบสนองของร่างกาย (10 นาที)

ให้ผู้ป่วยยืนเข้าแถวเรียงหน้ากระดาน แถวละ 8 คน จำนวน 2 แถว โดยผู้วิจัยยืนด้านหน้าและหันหน้าเข้าหากลุ่มผู้ป่วย จากนั้นผู้วิจัยแสดงท่าทางออกกำลังกายสะบัดข้อมือ ข้อเท้า งอข้อศอก งอเข่า กางแขน กางขามือเท้าสะเอว ก้มตัวไปข้างหน้า เงยหน้าไปข้างหลัง เอียงข้างซ้ายขวา สลับกัน ให้ผู้ป่วยทำตาม โดยมีผู้ช่วยวิจัย ช่วยในการกระตุ้นและช่วยเหลือให้ผู้ป่วยทำตาม

Copyright by Mahidol University

ขั้นที่ 3 กิจกรรมกระตุ้นการผสมผสานการรับรู้ (30 นาที)

1) ให้ผู้ป่วยนั่งโต๊ะ แล้วจัดดินน้ำมันวางไว้ตรงหน้าคนละ 2 ก้อน

2) ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยปั้นดินน้ำมันรูปทรงเรขาคณิตตามคำสั่ง ได้แก่ รูปทรงกลม รูปทรงสี่เหลี่ยม รูปทรงสามเหลี่ยม

3) ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยปั้นดินน้ำมันรูปทรงอิสระและอธิบายให้กลุ่มฟัง

ขั้นที่ 4 การจัดระเบียบทางความคิดและพฤติกรรมที่เหมาะสม (10 นาที)

ให้ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับประโยชน์ของกิจกรรม โดยผู้วิจัยตั้งคำถามว่า “ท่านคิดว่ากิจกรรมในวันนี้ให้ประโยชน์อะไรกับตัวท่าน” หรือ “ท่านได้อะไรจากการทำกลุ่มในวันนี้” จากนั้นผู้วิจัยสรุปประโยชน์ของกิจกรรมตามวัตถุประสงค์

ขั้นที่ 5 ปิดกลุ่ม (5 นาที)

ผู้วิจัยสรุปภาพรวมเกี่ยวกับการตอบสนองต่อกิจกรรม โดยชี้ให้เห็นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ดีขึ้น ในผู้ป่วยบางราย กล่าวชมเชย ให้กำลังใจ เพื่อเป็นตัวอย่างแก่ผู้ป่วยอื่นในกลุ่ม ในการปรับปรุงตนเองในกิจกรรมครั้งต่อไป

ผลลัพธ์ที่ได้จากการทำกิจกรรม

กิจกรรมในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาการจัดระเบียบของความรู้สึกทางการสัมผัส (Tactile integration)

ขั้นที่ 1 การเปิดกลุ่มผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์และวิธีการในการทำกิจกรรม

ขั้นที่ 2 กิจกรรมการออกกำลังกาย ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยเข้าแถวเรียงหน้ากระดานเพื่อเริ่มกิจกรรม ผู้ป่วยทำตามได้ด้วยท่าทางที่คล่องแคล่ว

ขั้นที่ 3 กิจกรรมกระตุ้นการผสมผสานการรับความรู้สึก โดยให้ผู้ป่วยนั่งโต๊ะ แล้วจัดดินน้ำมันวางไว้ตรงหน้าคนละ 2 ก้อน แล้วผู้วิจัยให้ผู้ป่วยนวดดินน้ำมันให้นิ่มก่อน จากนั้นจึงให้ปั้นดินน้ำมันรูปทรงเรขาคณิตตามคำสั่ง ได้แก่ รูปทรงกลม รูปทรงสี่เหลี่ยม รูปทรงสามเหลี่ยม เมื่อปั้นได้ครบทุกคนผู้วิจัยจึงให้ผู้ป่วยปั้นดินน้ำมันรูปทรงอิสระ แล้วนำเสนอผลงานอธิบายสิ่งที่ปั้นให้กลุ่มฟังว่าคืออะไร

Copyright by Mahidol University

ขั้นที่ 4 ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็นจากการเข้าร่วมกิจกรรม ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็นว่า “ได้เล่นเป็นเด็ก” “ไม่ถนัด” “ปั้นไม่เป็น” หลายคนหัวเราะขบขันในผลงานของตนเอง จากนั้นผู้วิจัยอธิบายว่าการทำกิจกรรมในครั้งนี้ เป็นฝึกประสาทรับสัมผัสไม่ใช่การฝึกศิลปะ ไม่เน้นความสวยงาม เน้นการมีส่วนร่วมของทุกคน ได้เห็นถึงความพยายามของทุกคนในการปั้น แม้จะไม่ใช่สิ่งที่ถนัดหรือคุ้นเคย

ขั้นที่ 5 การปิดกลุ่ม ผู้วิจัยสรุปภาพรวมเกี่ยวกับการการตอบสนองต่อกิจกรรม โดยชี้ให้เห็นว่ากิจกรรมในครั้งนี้ผู้ป่วยหลายคนสามารถใช้จินตนาการปั้นวัตถุรูปทรงต่างๆ ได้ แม้บางคนจะทำตามเพื่อนในกลุ่ม ก็ถือเป็นการแก้ปัญหาเพื่อให้การทำกิจกรรมสำเร็จตามที่กำหนด และ ผลงานที่ได้ก็เกิดจากการกระทำด้วยมือตนเอง ไม่มีใครทำแทน ซึ่งแสดงให้เห็นถึงการจัดระเบียบความคิดได้ จากนั้นจึงนัดหมายการทำกิจกรรมครั้งต่อไป

Copyright by Mahidol University

กิจกรรมครั้งที่ 9

จับได้ให้บอก

วันที่ 14 มีนาคม 2551

เวลา 10.00 - 11.00 น.

วัตถุประสงค์

1.เพื่อพัฒนาการจัดระเบียบของความรู้สึกทางการสัมผัส (Tactile integration)

ขนาดของกลุ่ม 16 คน

เวลา 1 ชั่วโมง

อุปกรณ์

1. ผ้าผูกตา
2. ป้ายชื่อผู้ป่วย

วิธีดำเนินการ

ขั้นที่ 1 เปิดกลุ่ม (5 นาที)

แนะนำกลุ่มและแนะนำตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์และวิธีการให้ทุกคนในกลุ่มเข้าใจ สร้างสัมพันธภาพ

ขั้นที่ 2 กิจกรรมกระตุ้นการตอบสนองของร่างกาย (10 นาที)

ให้ผู้ป่วยยืนเข้าแถวเรียงหน้ากระดาน แถวละ 8 คน จำนวน 2 แถว โดยผู้วิจัยยืนด้านหน้าและหันหน้าเข้าหากลุ่มผู้ป่วย จากนั้นผู้วิจัยแสดงท่าทางออกกำลังกายสะบัดข้อมือ ข้อเท้า งอข้อศอก งอเข่า กางแขน กางขามือเท้าสะเอว ก้มตัวไปข้างหน้า เงยหน้าไปข้างหลัง เอียงข้างซ้ายขวา สลับกัน ให้ผู้ป่วยทำตาม โดยมีผู้ช่วยวิจัย ช่วยในการกระตุ้นและช่วยเหลือให้ผู้ป่วยทำตาม

ขั้นที่ 3 กิจกรรมกระตุ้นการผสมผสานการรับรู้ (30 นาที)

1) ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยยืนเข้าแถวหน้ากระดานจำนวน 2 แถว แล้วใช้มือแตะส่วนต่างๆ ของร่างกายตามคำสั่ง

Copyright by Mahidol University

2) ให้ผู้ป่วยจับคู่ 2 คน ได้จำนวน 8 คู่ ให้แต่ละคู่ผูกตา 1 คน

3) ให้ผู้ป่วยที่ไม่ได้ผูกตามแตะ/จับส่วนต่าง ๆ ของร่างกายคู่ของตนเอง

4) ให้ผู้ป่วยที่ถูกผูกตาบอกว่าคู่แตะ/จับอวัยวะส่วนใดของตนเอง ให้แตะซ้ำๆ หลายที่จนกว่าจะบอกได้ถูกต้อง จากนั้นจึงสลับหน้าที่กัน

ขั้นที่ 4 การจัดระเบียบทางความคิดและพฤติกรรมที่เหมาะสม (10 นาที)

ให้ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับประโยชน์ของกิจกรรม โดยผู้วิจัยตั้งคำถามว่า “ท่านคิดว่ากิจกรรมในวันนี้ให้ประโยชน์อะไรกับตัวท่าน” หรือ “ท่านได้อะไรจากการทำกลุ่มในวันนี้” จากนั้นผู้วิจัยสรุปประโยชน์ของกิจกรรมตามวัตถุประสงค์

ขั้นที่ 5 ปิดกลุ่ม (5 นาที)

ผู้วิจัยสรุปภาพรวมเกี่ยวกับการตอบสนองต่อกิจกรรม โดยชี้ให้เห็นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ดีขึ้น ในผู้ป่วยบางราย กล่าวชมเชย ให้กำลังใจ เพื่อเป็นตัวอย่างแก่ผู้ป่วยอื่นในกลุ่ม ในการปรับปรุงตนเองในกิจกรรมครั้งต่อไป

ผลลัพธ์ที่ได้จากการทำกิจกรรม

กิจกรรมในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาการจัดระเบียบของความรู้สึกทางการสัมผัส (Tactile integration)

ขั้นที่ 1 การเปิดกลุ่มผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์และวิธีการในการทำกิจกรรม

ขั้นที่ 2 กิจกรรมการออกกำลังกาย ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยเข้าแถวเรียงหน้ากระดานเพื่อเริ่มกิจกรรม ผู้ป่วยทำตามได้ด้วยท่าทางที่คล่องแคล่ว

ขั้นที่ 3 กิจกรรมกระตุ้นการผสมผสานการรับความรู้สึก โดยผู้วิจัยให้ผู้ป่วยยืนเข้าแถวหน้ากระดานจำนวน 2 แถว แล้วใช้มือแตะส่วนต่างๆ ของร่างกายตามคำสั่ง จากนั้นให้ผู้ป่วยจับคู่ 2 คน ซึ่งผู้ป่วยสามารถจับคู่ได้เองโดยไม่ต้องช่วยเหลือ จากนั้นแจกผ้าผูกตาให้คู่ละ 1 ผืน ให้ผูกตาคนใดคนหนึ่งก่อน 1 คน แล้วให้ผู้ป่วยที่ไม่ได้ผูกตามแตะ/จับส่วนต่างๆ ของร่างกายคู่ของตนเอง ให้ผู้ป่วยที่ถูกผูกตาบอกว่าคู่แตะ/จับอวัยวะส่วนใดของตนเอง ให้แตะซ้ำๆ หลายที่จนกว่าจะบอกได้

Copyright by Mahidol University

ถูกต้อง จากนั้นจึงสลับกันหน้าที่กัน โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเดิน แบ่งกันดูแลคนละ 4 คู่ ซึ่งผู้ป่วยทุกคู่สามารถทำกิจกรรมได้ถูกต้องอย่างรวดเร็ว

ขั้นที่ 4 ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็นจากการเข้าร่วมกิจกรรม ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็นว่า “ได้ฝึกประสาทสัมผัสจากมือเพื่อน” “ได้ฝึกความคิด” จากนั้นผู้วิจัยจึงสรุปประโยชน์ของกิจกรรมตามวัตถุประสงค์อีกครั้ง

ขั้นที่ 5 การปิดกลุ่ม ผู้วิจัยสรุปภาพรวมเกี่ยวกับการการตอบสนองต่อกิจกรรม โดยชี้ให้เห็นว่ากิจกรรมในครั้งนี้ผู้ป่วยทุกคนสามารถทำกิจกรรมได้ถูกต้องและสำเร็จในเวลาที่รวดเร็ว แสดงให้เห็นถึงการตอบสนองที่ดีขึ้น จากนั้นจึงนัดหมายการทำกิจกรรมครั้งต่อไป

Copyright by Mahidol University

กิจกรรมครั้งที่ 10

ชักคะเย่อ

วันที่ 17 มีนาคม 2551

เวลา 10.00 - 11.00 น.

วัตถุประสงค์

1.เพื่อพัฒนาการจัดระเบียบของความรู้สึกจากกล้ามเนื้อ เอ็น และข้อต่อ (Proprioceptive integration)

ขนาดของกลุ่ม 16 คน

เวลา 1 ชั่วโมง

อุปกรณ์

1. เชือกป่านสำหรับชักคะเย่อ จำนวน 1 เส้น
2. ป้ายชื่อผู้ป่วย

วิธีดำเนินการ

ขั้นที่ 1 เปิดกลุ่ม (5 นาที)

แนะนำกลุ่มและแนะนำตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์และวิธีการให้ทุกคนในกลุ่มเข้าใจ สร้างสัมพันธภาพ

ขั้นที่ 2 กิจกรรมกระตุ้นการตอบสนองของร่างกาย (10 นาที)

ให้ผู้ป่วยยืนเข้าแถวเรียงหน้ากระดาน แถวละ 8 คน จำนวน 2 แถว โดยผู้วิจัยยืนด้านหน้าและหันหน้าเข้าหากลุ่มผู้ป่วย จากนั้นผู้วิจัยแสดงท่าทางออกกำลังกายสะบัดข้อมือ ข้อเท้า งอข้อศอก งอเข่า กางแขน กางขามือเท้าสะเอว ก้มตัวไปข้างหน้า เงยหน้าไปข้างหลัง เอียงข้างซ้ายขวา สลับกัน ให้ผู้ป่วยทำตาม โดยมีผู้ช่วยวิจัย ช่วยในการกระตุ้นและช่วยเหลือให้ผู้ป่วยทำตาม

ขั้นที่ 3 กิจกรรมกระตุ้นการผสมผสานการรับรู้ (30 นาที)

1) แบ่งผู้ป่วยเป็นสองทีม ทีมละ 8 คน

Copyright by Mahidol University

2) แข่งขันชักคะเย่อ 3 รอบ โดยทีมชนะ คือทีมที่ชนะ 2 ใน 3 รอบ

ขั้นที่ 4 การจัดระเบียบทางความคิดและพฤติกรรมที่เหมาะสม (10 นาที)

ให้ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับประโยชน์ของกิจกรรม โดยผู้วิจัยตั้งคำถามว่า “ท่านคิดว่ากิจกรรมในวันนี้ให้ประโยชน์อะไรกับตัวท่าน” หรือ “ท่านได้อะไรจากการทำกลุ่มในวันนี้” จากนั้นผู้วิจัยสรุปประโยชน์ของกิจกรรมตามวัตถุประสงค์

ขั้นที่ 5 ปิดกลุ่ม (5 นาที)

ผู้วิจัยสรุปภาพรวมเกี่ยวกับการตอบสนองต่อกิจกรรม โดยชี้ให้เห็นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ดีขึ้น ในผู้ป่วยบางราย กล่าวชมเชย ให้กำลังใจ เพื่อเป็นตัวอย่างแก่ผู้ป่วยอื่นในกลุ่ม ในการปรับปรุงตนเองในกิจกรรมครั้งต่อไป

ผลลัพธ์ที่ได้จากการทำกิจกรรม

กิจกรรมในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาการจัดระเบียบของความรู้สึกจากกล้ามเนื้อ เอ็นและข้อต่อ (Proprioceptive integration)

ขั้นที่ 1 การเปิดกลุ่มผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์และวิธีการในการทำกิจกรรม

ขั้นที่ 2 กิจกรรมการออกกำลังกาย ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยเข้าแถวเรียงหน้ากระดานเพื่อเริ่มกิจกรรม ผู้ป่วยทำตามได้ด้วยท่าทางที่คล่องแคล่ว

ขั้นที่ 3 กิจกรรมกระตุ้นการผสมผสานการรับความรู้สึก ผู้วิจัยแบ่งผู้ป่วยเป็น 2 ทีม โดยเลือกให้มีรูปร่างใกล้เคียงกัน ทีมละ 8 คน โดยมีผู้ป่วยหญิงอยู่ทีมละ 1 คน จากนั้นจึงเริ่มแข่งขันชักคะเย่อ โดย 2 รอบแรก ชนะกันทีมละรอบ ในรอบที่ 3 แต่ละทีมต่างดึงกันเต็มที่จนทีมแพ้ล้ม อีกทีมหนึ่งจึงชนะ

ขั้นที่ 4 ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็นจากการเข้าร่วมกิจกรรม ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็นว่า “ได้ฝึกความสามัคคี” “ได้กำลัง” “ได้ฝึกทำงานเป็นทีม” จากนั้นผู้วิจัยจึงสรุปประโยชน์ของกิจกรรมตามวัตถุประสงค์อีกครั้ง

Copyright by Mahidol University

ขั้นที่ 5 การปิดกลุ่ม ผู้วิจัยสรุปภาพรวมเกี่ยวกับการการตอบสนองต่อกิจกรรม โดยชี้ให้เห็นว่ากิจกรรมในครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยทุกคนมีการพัฒนาในความสามารถปรับตัวทำกิจกรรมเป็นทีมได้ จากนั้นจึงนัดหมายการทำกิจกรรมครั้งต่อไป

Copyright by Mahidol University

กิจกรรมครั้งที่ 11

ไม่พรากจากกัน

วันที่ 19 มีนาคม 2551

เวลา 10.00 - 11.00 น.

วัตถุประสงค์

1.เพื่อพัฒนาการจัดระเบียบของความรู้สึกทางการทรงตัว (Vestibular integration)

ขนาดของกลุ่ม 16 คน

เวลา 1 ชั่วโมง

อุปกรณ์

1. เทปเพลงจังหวะเร็ว
2. ป้ายชื่อผู้ป่วย

วิธีดำเนินการ

ขั้นที่ 1 เปิดกลุ่ม (5 นาที)

แนะนำกลุ่มและแนะนำตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์และวิธีการให้ทุกคนในกลุ่มเข้าใจ สร้างสัมพันธภาพ

ขั้นที่ 2 กิจกรรมกระตุ้นการตอบสนองของร่างกาย (10 นาที)

ให้ผู้ป่วยยืนเข้าแถวเรียงหน้ากระดาน แถวละ 8 คน จำนวน 2 แถว โดยผู้วิจัยยืนด้านหน้าและหันหน้าเข้าหากลุ่มผู้ป่วย จากนั้นผู้วิจัยแสดงท่าทางออกกำลังกายสะบัดข้อมือ ข้อเท้า งอข้อศอก งอเข่า กางแขน กางขามือเท้าสะเอว ก้มตัวไปข้างหน้า เงยหน้าไปข้างหลัง เอียงข้างซ้ายขวา สลับกัน ให้ผู้ป่วยทำตาม โดยมีผู้ช่วยวิจัย ช่วยในการกระตุ้นและช่วยเหลือให้ผู้ป่วยทำตาม

ขั้นที่ 3 กิจกรรมกระตุ้นการผสมผสานการรับรู้ (30 นาที)

1) ให้ผู้ป่วยยืนจับมือกันเป็นวงกลม

Copyright by Mahidol University

2) ผู้วิจัยเปิดเพลงให้ผู้ป่วยยืนอยู่กับที่แต่เคลื่อนไหวร่างกายประกอบเพลงโดยไม่ให้มือหลุดจากกัน

ขั้นที่ 4 การจัดระเบียบทางความคิดและพฤติกรรมที่เหมาะสม (10 นาที)

ให้ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับประโยชน์ของกิจกรรม โดยผู้วิจัยตั้งคำถามว่า “ท่านคิดว่ากิจกรรมในวันนี้ให้ประโยชน์อะไรกับตัวท่าน” หรือ “ท่านได้อะไรจากการทำกลุ่มในวันนี้” จากนั้นผู้วิจัยสรุปประโยชน์ของกิจกรรมตามวัตถุประสงค์

ขั้นที่ 5 ปิดกลุ่ม (5 นาที)

ผู้วิจัยสรุปภาพรวมเกี่ยวกับการตอบสนองต่อกิจกรรม โดยชี้ให้เห็นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ดีขึ้น ในผู้ป่วยบางราย กล่าวชมเชย ให้กำลังใจ เพื่อเป็นตัวอย่างแก่ผู้ป่วยอื่นในกลุ่ม ในการปรับปรุงตนเองในกิจกรรมครั้งต่อไป

ผลลัพธ์ที่ได้จากการทำกิจกรรม

กิจกรรมในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาการจัดระเบียบของความรู้สึกทางการทรงตัว (Vestibular integration)

ขั้นที่ 1 การเปิดกลุ่มผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์และวิธีการในการทำกิจกรรม

ขั้นที่ 2 กิจกรรมการออกกำลังกาย ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยเข้าแถวเรียงหน้ากระดานเพื่อเริ่มกิจกรรม ผู้ป่วยทำตามได้ด้วยท่าทางที่คล่องแคล่ว

ขั้นที่ 3 กิจกรรมกระตุ้นการผสมผสานการรับความรู้สึก ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยยืนจับมือกันเป็นวงกลม แล้วเปิดเพลงจังหวะเร็ว จำนวน 3 เพลง ให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกายประกอบเพลงโดยไม่ให้มือหลุดจากกัน ซึ่งผู้ป่วยทุกคนสามารถทรงตัวอยู่ได้ไม่มีใครล้ม

ขั้นที่ 4 ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็นจากการเข้าร่วมกิจกรรม ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็นว่า “ได้เต้นรำ” “ได้สนุกสนาน” “ได้ออกกำลัง” จากนั้นผู้วิจัยจึงสรุปประโยชน์ของกิจกรรมตามวัตถุประสงค์อีกครั้ง

Copyright by Mahidol University

ขั้นที่ 5 การปิดกลุ่ม ผู้วิจัยสรุปภาพรวมเกี่ยวกับการการตอบสนองต่อกิจกรรม โดยชี้ให้เห็นว่ากิจกรรมในครั้งนี้ แสดงว่าผู้ป่วยทุกคนมีพัฒนาการทรงตัวที่ดี แม้การเคลื่อนไหวร่างกายจะขึ้นอยู่กับผู้อื่นด้วย ก็ยังสามารถทรงตัวได้ ไม่ล้ม จากนั้นจึงนัดหมายการทำกิจกรรมครั้งสุดท้าย

Copyright by Mahidol University

กิจกรรมครั้งที่ 12

ฝ่ามือจอมพลัง

วันที่ 21 มีนาคม 2551

เวลา 10.00 - 11.00 น.

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาการจัดระเบียบของความรู้สึกจากกล้ามเนื้อ เอ็น และข้อต่อ (Proprioceptive integration)

ขนาดของกลุ่ม 16 คน

เวลา 1 ชั่วโมง

อุปกรณ์

1. ป้ายชื่อผู้ป่วย

วิธีดำเนินการ

ขั้นที่ 1 เปิดกลุ่ม (5 นาที)

แนะนำกลุ่มและแนะนำตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์และวิธีการให้ทุกคนในกลุ่มเข้าใจ สร้างสัมพันธภาพ

ขั้นที่ 2 กิจกรรมกระตุ้นการตอบสนองของร่างกาย (10 นาที)

ให้ผู้ป่วยยืนเข้าแถวเรียงหน้ากระดาน แถวละ 8 คน จำนวน 2 แถว โดยผู้วิจัยยืนด้านหน้าและหันหน้าเข้าหากลุ่มผู้ป่วย จากนั้นผู้วิจัยแสดงท่าทางออกกำลังกายสะบัดข้อมือ ข้อเท้า งอข้อศอก งอเข่า กางแขน กางขามือเท้าสะเอว ก้มตัวไปข้างหน้า เงยหน้าไปข้างหลัง เอียงข้างซ้ายขวาสลับกัน ให้ผู้ป่วยทำตาม โดยมีผู้ช่วยวิจัย ช่วยในการกระตุ้นและช่วยเหลือให้ผู้ป่วยทำตาม

ขั้นที่ 3 กิจกรรมกระตุ้นการผสมผสานการรับรู้ (30 นาที)

1) ให้ผู้ป่วยจับคู่ 2 คน ได้จำนวน 8 คู่

2) ให้ผู้ป่วยทีละคู่ยืนหันหน้าเข้าหากันจากนั้นใช้ฝ่ามือดันกันใครล้มก่อนแพ้

Copyright by Mahidol University

3) นำผู้ชนะแต่ละคู่มาแข่งกันจนได้ผู้ชนะของกลุ่ม

ขั้นที่ 4 การจัดระเบียบทางความคิดและพฤติกรรมที่เหมาะสม (10 นาที)

ให้ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับประโยชน์ของกิจกรรม โดยผู้วิจัยตั้งคำถามว่า “ท่านคิดว่ากิจกรรมในวันนี้ให้ประโยชน์อะไรกับตัวท่าน” หรือ “ท่านได้อะไรจากการทำกลุ่มในวันนี้” จากนั้นผู้วิจัยสรุปประโยชน์ของกิจกรรมตามวัตถุประสงค์

ขั้นที่ 5 ปิดกลุ่ม (5 นาที)

ผู้วิจัยสรุปภาพรวมเกี่ยวกับการตอบสนองต่อกิจกรรม โดยชี้ให้เห็นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ดีขึ้น ในผู้ป่วยบางราย กล่าวชมเชย ให้กำลังใจ เพื่อเป็นตัวอย่างแก่ผู้ป่วยอื่นในกลุ่ม ในการปรับปรุงตนเองในกิจกรรมครั้งต่อไป

ผลลัพธ์ที่ได้จากการทำกิจกรรม

กิจกรรมในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาการจัดระเบียบของความรู้สึกจากกล้ามเนื้อ เอ็นและข้อต่อ (Proprioceptive integration)

ขั้นที่ 1 การเปิดกลุ่มผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์และวิธีการในการทำกิจกรรม

ขั้นที่ 2 กิจกรรมการออกกำลังกาย ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยเข้าแถวเรียงหน้ากระดานเพื่อเริ่มกิจกรรม ผู้ป่วยทำตามได้ด้วยท่าทางที่คล่องแคล่ว

ขั้นที่ 3 กิจกรรมกระตุ้นการผสมผสานการรับความรู้สึก ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยจับคู่ 2 คน ได้จำนวน 8 คู่ โดยผู้ป่วยสามารถจับคู่ได้เองโดยไม่ต้องช่วยเหลือ จากนั้นให้ผู้ป่วยแต่ละคู่ยืนหันหน้าเข้าหากันแล้วใช้ฝ่ามือดันกันใครล้มก่อนเป็นผู้แพ้แพ้ ทำกิจกรรมทีละคู่ นำผู้ชนะมาแข่งกันจนได้ผู้ชนะ เป็นจอมพลังของกลุ่ม ให้ผู้ป่วยทุกคนปรบมือชมเชย

ขั้นที่ 4 ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็นจากการเข้าร่วมกิจกรรม ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็นว่า “ได้ออกแรง” “ได้กำลังแขน” “ได้ออกกำลัง” จากนั้นผู้วิจัยจึงสรุปประโยชน์ของกิจกรรมตามวัตถุประสงค์อีกครั้ง

Copyright by Mahidol University

ขั้นที่ 5 การปิดกลุ่ม ผู้วิจัยสรุปภาพรวมเกี่ยวกับการการตอบสนองต่อกิจกรรม โดยชี้ให้เห็นว่ากิจกรรมในครั้งนี้เป็นกิจกรรมครั้งสุดท้าย ซึ่งหลังจากผ่านการทำกิจกรรมมาแล้ว 12 จะเห็นว่าผู้ป่วยทุกคนมีการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมที่ดีขึ้นจากครั้งแรกที่เข้าร่วมกิจกรรม ซึ่งจะมีการเปลี่ยนแปลงอย่างไรจะแจ้งแก่ผู้ป่วยหลังการประเมินผลเป็นรายบุคคลอีกครั้ง จากนั้นจึงนัดหมายการประเมินหลังการทำกลุ่ม

Copyright by Mahidol University

แบบประเมิน

The Comprehensive Occupational Therapy Evaluation Scales (COTE Scales)

The Comprehensive Occupational Therapy Evaluation Scales (COTE Scales)

	Time	**Pre**	**Post**
	Date		
	พฤติกรรมทั่วไป (General Behavior)		
A	ลักษณะภายนอก (Appearance)		
B	พฤติกรรมที่ไร้จุดมุ่งหมาย (Non-productive Behavior)		
C	ระดับการกระทำ (Activity Level) a = hypoactive / b = hyperactive		
D	การแสดงความรู้สึก (Expression)		
E	ความรับผิดชอบ (Responsibility)		
F	ความตรงต่อเวลา/ความใส่ใจ (Attendance/Punctuality)		
G	การรับรู้ความเป็นจริง (Reality Orientation)		
H	ความคิดรวบยอด (Conceptualization)		
	Sub - Total		
	พฤติกรรมความมนสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal Behavior)		
A	ความเป็นอิสระ (Independence)		
B	ความร่วมมือ (Cooperation)		
C	การรักษาสิทธิ (Self Assertion) a = สมยอม / b = เจ้ากี้เจ้าการ)		
D	การเข้าสังคม (Sociability)		
E	การเรียกร้องความสนใจ (Attention Getting Behavior)		
F	การไม่เป็นที่ยอมรับของผู้อื่น (Negative Response from Others)		
	Sub - Total		
	พฤติกรรมการทำงาน (Task Behavior)		
A	การร่วมกิจกรรม (Engagement)		
B	สมาธิหรือความตั้งใจ (Concentration)		
C	สหสัมพันธ์ (Coordination)		
D	การทำตามขั้นตอน (Follow Direction)		
E	ความละเอียดเรียบร้อยในการทำงาน (Activity Neatness / Attention to Detail) a = ครบถ้วนเรียบร้อย / b = ละเอียด		

Copyright by Mahidol University

The Comprehensive Occupational Therapy Evaluation Scales (COTE Scales) (ต่อ)

		Time	Pre	Post
		Date		
	พฤติกรรมการทำงาน (Task Behavior)			
F	การแก้ปัญหา (Problem Solving)			
G	การจัดระเบียบงานที่มีความซับซ้อน (Complexity and Organization of Task)			
H	การเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ (Initial Learning)			
I	ความสนใจในงานหรือกิจกรรม (Interest in Activity)			
J	ความสนใจในผลสำเร็จของงาน (Interest in Accomplishment)			
K	การตัดสินใจ (Decision Making)			
L	ความอดทนต่อความคับข้องใจ (Frustration Tolerance)			
		Sub - Total		
		Total		

แบบประเมิน The Comprehensive Occupational Therapy Evaluation (COTE Scales) พัฒนาโดยคาร์เรน อาร์ คูส์ (Karen R. Kunz) และซารา เจ. เบรแมน (Sara K. Brayman) ในปี ค.ศ. 1975 (Barbara J. Hemphill-Person, 1999 : 350-360) แปลและเรียบเรียงโดย เทียม ศรีคำจักร พรเพ็ญ ศิริสัตยะวงศ์ และวาริทธิ์นันท์ เมธาภัทร ในปี พ.ศ. 2544 ประกอบด้วยการประเมินพฤติกรรมระหว่างประกอบกิจกรรมใน 3 องค์ประกอบ คือ

1. องค์ประกอบด้านพฤติกรรมทั่วไป (General Behavior)
2. องค์ประกอบด้านพฤติกรรมความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal Behavior)
3. องค์ประกอบด้านพฤติกรรมการทำงาน (Task Behavior)

ขั้นตอนในการประเมิน แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นเตรียมกิจกรรมเพื่อประเมิน

1.1 เลือกและวิเคราะห์กิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพ ได้แก่ หัตถกรรม เกษตรกรรมบำบัด อุตสาหกรรมบำบัด ในการประเมินด้วยการสังเกตพฤติกรรมการทำกิจกรรมของผู้ป่วย โดยแบ่งกิจกรรมออกเป็น 2 ส่วน คือส่วนหนึ่งกำหนดรูปแบบ วิธีการ หรือขั้นตอนการทำงานที่ชัดเจน อีกส่วนหนึ่งให้โอกาสหรืออิสระในการสร้างสรรค์ วิธีการ ได้แก่

Copyright by Mahidol University

1) การเลือกและวิเคราะห์กิจกรรมที่ใช้ในการประเมิน มีเกณฑ์ดังนี้

- กิจกรรมใช้เวลาในการทำประมาณ 20-30 นาที เวลาที่เหลือเป็นช่วงของการเปิดกลุ่ม การบรรยายสาธิตการทำกิจกรรม และการปิดกลุ่ม
- กิจกรรมควรสอดคล้องกับสถานภาพ เพศ วัย อาชีพหรือความถนัด และการคาดหวังในความสามารถของผู้ป่วย
- กิจกรรมต้องสามารถดัดแปลงเพื่อให้ประเมินความสามารถได้ครบ 3 ด้าน

2) การจัดเตรียมวัสดุอุปกรณ์ ดังนี้

- ต้องมีตัวอย่างสำเร็จของผลงาน หรือกิจกรรม
- ต้องจัดเตรียมและจัดวางวัสดุอุปกรณ์ไว้ให้พร้อม
- ต้องจัดเตรียมสถานที่ในการทำกิจกรรมให้พร้อม

2. ขั้นดำเนินกิจกรรม

2.1 การเปิดกลุ่ม เป็นขั้นตอนที่ช่วยสร้างบรรยากาศให้เกิดความรู้สึกที่เป็นกันเอง ไม่ประหม่า หรือวิตกกังวล โดยการกล่าวทักทาย แนะนำตนเอง แนะนำกิจกรรม รวมทั้งบอกวัตถุประสงค์ของการทำกิจกรรม เวลาที่ใช้ในการทำกิจกรรม

2.2 การดำเนินกิจกรรม โดยผู้นำกลุ่มปฏิบัติดังนี้

- แสดงตัวอย่างกิจกรรมที่ทำสำเร็จให้ผู้รับบริการดู
- แสดงขั้นตอนการทำกิจกรรมอย่างละเอียดทุกขั้นตอน
- สังเกตพฤติกรรมของสมาชิกในขณะทำกิจกรรม

2.3 การปิดกลุ่ม เป็นช่วงการซักถาม และอภิปรายเกี่ยวกับอารมณ์ความรู้สึก ความคิดเห็น และข้อเสนอแนะจากการทำกิจกรรม

3. ขั้นสรุปกิจกรรม

คือการบันทึกพฤติกรรมที่สมาชิกแสดงออกในกลุ่ม ลงในแบบประเมิน

Copyright by Mahidol University

เกณฑ์การให้คะแนน

ส่วนที่ 1 องค์ประกอบด้านพฤติกรรมทั่วไป (General Behavior)

หมายถึงพฤติกรรมที่สามารถสังเกตเห็นได้ในทุกสถานการณ์ทั้งในสถานการณ์ที่ถูกกำหนดหรือสร้างเงื่อนไขไว้ และสถานการณ์ที่ไม่กำหนดหรือไม่มีเงื่อนไข แบ่งออกเป็น 8 หัวข้อ คือ

A. ลักษณะภายนอก (Appearance)

เป็นพฤติกรรมที่บ่งถึงความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยขณะอยู่โรงพยาบาล โดยสังเกตใน 6 ด้าน คือ 1) เนื้อตัวสะอาด 2) ผมสะอาด 3) หวีผมเรียบร้อย 4) เสื้อผ้าสะอาด 5) เสื้อผ้าเรียบร้อย และ 6) แต่งตัวแต่งหน้าได้เหมาะสมกับกาลเทศะ มีเกณฑ์การให้คะแนน คือ

0 - ไม่มีปัญหาในด้านใดเลย
1 - มีปัญหา 1 ด้าน
2 - มีปัญหา 2 ด้าน
3 - มีปัญหา 3 หรือ 4 ด้าน
4 - มีปัญหา 5 หรือ 6 ด้าน

B. พฤติกรรมที่ไร้จุดหมาย (Non-productive Behavior)

เช่น โยกตัว สั่นมือสั่นขา เคลื่อนไหวมือซ้ำๆ พูดกับตัวเอง พูดประโยคเดิมซ้ำๆ พูดคุยหรือร่วมสังสรรค์กับผู้อื่นมากเกินไป หมกมุ่นกับตัวเอง ฯลฯ โดยพฤติกรรมที่เกิดขึ้นนี้จะเป็นอุปสรรคต่อการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น และรบกวนการประกอบกิจกรรมในชีวิตประจำวันของบุคคลอีกด้วย มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

0 - ไม่แสดงพฤติกรรมดังกล่าวในกลุ่มเลย
1 - แสดงพฤติกรรมดังกล่าวบ้างบางครั้ง
2 - แสดงพฤติกรรมดังกล่าวครึ่งหนึ่งของเวลาที่เข้าร่วมกิจกรรม
3 - แสดงพฤติกรรมดังกล่าว 3 ใน 4 ของเวลาที่เข้าร่วมกิจกรรม
4 - แสดงพฤติกรรมดังกล่าวตลอดเวลาที่เข้าร่วมกิจกรรม

C. ระดับการกระทำ (Activity Level)

แบ่งออกเป็น 2 ระดับ คือ 1) การกระทำน้อยเกินไป (Hypoactivity) คือ เชื่องช้าเฉื่อย เฉยเมย อืดอาด ไม่คล่องแคล่ว และ 2) การกระทำมากเกินไป (Hyperactivity) คือการกระทำเปลี่ยนแปลงรวดเร็วเกินไป ไม่อยู่นิ่ง โดยระดับการกระทำปกติเป็นความสามารถในการควบคุมการกระทำ

Copyright by Mahidol University

ที่สมดุลเหมาะสม ไม่เร็วหรือช้าเกินไป ซึ่งระดับการกระทำที่น้อยหรือมากเกินไปนี้ นอกจากจะกระทบต่อการเข้าร่วมกิจกรรมและรบกวนต่อการประกอบกิจกรรมของตนเองแล้วยังส่งผลต่อผู้เข้าร่วมกลุ่มอื่นอีกด้วย มีเกณฑ์การให้คะแนน คือ

a คือการเคลื่อนไหวช้ากว่าปกติ (Hypoactivity)

0 - ไม่แสดงพฤติกรรมดังกล่าว

1 - แสดงพฤติกรรมดังกล่าวบ้างบางครั้ง

2 - แสดงพฤติกรรมดังกล่าวจนรบกวนผู้ป่วยอื่นหรือผู้บำบัด แต่ยังสามารถร่วมกลุ่มได้

3 - แสดงพฤติกรรมดังกล่าวอย่างมากจนเกิดความยุ่งยากในการทำกิจกรรมแต่ยังสามารถร่วมกลุ่มได้

4 - แสดงพฤติกรรมดังกล่าวอย่างมากจนไม่สามารถร่วมกิจกรรมได้

b คือการเคลื่อนไหวเร็วหรือมากกว่าปกติ (Hyperactivity)

0 - ไม่แสดงพฤติกรรมดังกล่าว

1 - แสดงพฤติกรรมดังกล่าวบ้างบางครั้ง

2 - แสดงพฤติกรรมดังกล่าวจนรบกวนผู้ป่วยอื่นหรือผู้บำบัด แต่ยังสามารถร่วมกลุ่มได้

3 - แสดงพฤติกรรมดังกล่าวอย่างมากจนเกิดความยุ่งยากในการทำกิจกรรมแต่ยังสามารถร่วมกลุ่มได้

4 - แสดงพฤติกรรมดังกล่าวอย่างมากจนไม่สามารถร่วมกิจกรรมได้

D. การแสดงความรู้สึก (Expression)

เป็นพฤติกรรมที่แสดงถึงความรู้สึกของผู้ป่วย ไม่ว่าจะเป็นการแสดงโดยใช้ภาษาร่างกาย น้ำเสียง การแสดงสีหน้า ลักษณะท่าทาง รวมทั้งความสดชื่นมีชีวิตชีวา โดยพิจารณาว่ามีความเหมาะสมในแต่ละสถานการณ์หรือไม่ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

0 - แสดงออกได้เหมาะสมกับเหตุการณ์และสถานที่

1 - แสดงออกไม่เหมาะสมเป็นบางครั้ง

2 - แสดงออกไม่เหมาะสมหลายครั้ง

3 - แสดงออกไม่เหมาะสมและไม่จำเพาะในสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่ง

4 - แสดงออกมากเกินไป เช่น มีท่าทางแปลก ๆ ควบคุมตัวเองไม่ได้ ฯลฯ

Copyright by Mahidol University

E. ความรับผิดชอบ (Responsibility)

เป็นพฤติกรรมที่แสดงถึงความสามารถรับผิดชอบต่อการกระทำของตนเองด้วยการสังเกตจากความตั้งใจ ยึดมั่น การปฏิบัติตามเกณฑ์ต่าง ๆ โดยไม่มีใครบังคับ การดูแลรักษาอุปกรณ์และเครื่องมือ การรักษาการนัดหมาย ความพอใจ และเต็มใจในการทำงาน ความสามารถเชื่อถือและไว้วางใจได้ มีเกณฑ์การให้คะแนน คือ

0 - รับผิดชอบการกระทำต่าง ๆ ของตนได้
1 - เลี่ยงความรับผิดชอบ 1-2 อย่าง
2 - เลี่ยงความรับผิดชอบหลายอย่าง
3 - เลี่ยงความรับผิดชอบโดยส่วนใหญ่
4 - เลี่ยงความรับผิดชอบทั้งหมด

F. ความตรงต่อเวลาหรือความใส่ใจ (Attendance / Punctuality)

เป็นพฤติกรรมการใส่ใจ และรับผิดชอบเข้าร่วมกิจกรรมการรักษาตามเวลาที่กำหนด มีเกณฑ์การให้คะแนน คือ

0 - มีความพร้อมสำหรับการรักษาสม่ำเสมอ
1 - ต้องกระตุ้นประมาณ 20 % ของเวลาทั้งหมด
2 - ต้องกระตุ้นประมาณ 50 % ของเวลาทั้งหมด
3 - ปฏิเสธการรักษาน้อยกว่า 50 % ของเวลาทั้งหมด
4 - ปฏิเสธการรักษามากกว่า 50 % ของเวลาทั้งหมด

G. การรับรู้ความเป็นจริง (Reality Orientation)

เป็นพฤติกรรมที่แสดงออกในแง่การรู้จักบุคคล เวลา สถานที่และสถานการณ์ต่างๆ อย่างถูกต้อง โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ

0 - รู้จักบุคคล เวลา สถานที่และสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ถูกต้อง
1 - รับรู้โดยทั่วไป แต่รับรู้ได้ไม่คงที่ 1 ด้าน
2 - รับรู้ได้เพียง 2 ด้าน
3 - รับรู้ได้เพียงด้านเดียว
4 - มีความบกพร่องในทุกด้านโดยไม่รู้ว่าใคร ที่ไหน อะไร และทำไม

Copyright by Mahidol University

H. ความคิดรวบยอด (Conceptualization)

เป็นพฤติกรรมที่แสดงออกถึงความสามารถในการรู้ เข้าใจ และการตอบสนองต่อสถานการณ์ต่างๆ ได้อย่างเหมาะสมทั้งในลักษณะที่เป็นรูปธรรม (Concrete) และเป็นนามธรรม (Abstract) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนคือ

0 - แสดงออกถึงความคิดในเชิงนามธรรมได้
1 - ตอบสนองแนวคิดเชิงนามธรรมได้แต่ต้องใช้เวลา
2 - ตอบสนองเฉพาะแนวคิดที่เป็นรูปธรรม
3 - ตอบสนองแนวคิดเชิงรูปธรรมได้แต่ต้องใช้เวลา
4 - ตอบสนองไม่สอดคล้องกับสถานการณ์

ส่วนที่ 2 องค์ประกอบด้านพฤติกรรมความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal Behavior)

หมายถึงพฤติกรรมระหว่างบุคคลที่เกิดขึ้นในกลุ่มทั้งในสถานการณ์ที่ถูกกำหนดหรือสร้างเงื่อนไขไว้ และสถานการณ์ที่ไม่กำหนดหรือไม่มีเงื่อนไข พฤติกรรมนี้เป็นพฤติกรรมที่ส่งผลถึงการแสดงออกในกิจกรรมทางสังคมทุกชนิด บุคคลจะมีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้มีประสิทธิภาพขนาดไหนนั้น ส่วนใหญ่ขึ้นอยู่กับพฤติกรรมความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล แบ่งออกเป็น 6 หัวข้อ คือ

A. ความเป็นอิสระ (Independence)

เป็นพฤติกรรมที่บ่งถึงระดับความสามารถในการทำกิจกรรมด้วยตนเองโดยอิสระไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น มีเกณฑ์การให้คะแนน คือ

0 - ทำกิจกรรมที่มอบหมายสำเร็จได้ด้วยตนเอง
1 - ทำกิจกรรมส่วนใหญ่ได้ แต่มี 1 – 2 ขั้นตอนที่ต้องพึ่งผู้อื่น
2 - ทำกิจกรรมได้ครึ่งหนึ่ง อีกครึ่งหนึ่งต้องพึ่งผู้อื่น
3 - ทำกิจกรรมได้เพียง 1 – 2 ขั้นตอนเท่านั้น
4 - ไม่สามารถทำกิจกรรมได้ด้วยตนเอง ต้องพึ่งผู้อื่น

B. ความร่วมมือ (Cooperation)

เป็นพฤติกรรมที่แสดงออกในแง่ของความร่วมมือในโปรแกรมการรักษา โดยพิจารณาจาก การเข้าร่วมหรือการต่อต้านโปรแกรมการรักษาหรือไม่ มีเกณฑ์การให้คะแนน คือ

0 - ให้ความร่วมมือดี ไม่มีปัญหา
1 - ทำตามที่แนะนำโดยส่วนใหญ่ ขัดขืนต่อต้านบ้างเล็กน้อย

Copyright by Mahidol University

2 - ทำตามที่แนะนำเพียงครึ่งหนึ่ง อีกครึ่งหนึ่งขัดขืนต่อต้าน

3 - ขัดขืนต่อต้านประมาณ 3 ใน 4

4 - ขัดขืนต่อต้านคำแนะนำและการสั่งงานต่าง ๆ ทั้งหมด

C. การรักษาสิทธิ (Self Assertion)

เป็นพฤติกรรมที่บุคคลสามารถรักษาความเป็นตัว ของตัวเองโดยไม่กังวลและไม่กระทบถึงสิทธิผู้อื่น เป็นความสามารถในการจัดการระหว่างการรักษาสิทธิและหน้าที่ของตนเองกับการยอมรับในสิทธิของบุคคลอื่น ซึ่งตั้งอยู่บนพื้นฐานของความมั่นใจในตนเองและความเข้าใจในสิทธิ ต่าง ๆ ของบุคคลด้วย พฤติกรรมรักษาสิทธิช่วยให้บุคคลมีโอกาสทำสั่งที่ตนเองพึงพอใจมากที่สุด แบ่งออกเป็น 2 ด้าน คือ 1)พฤติกรรมสมยอม (Passive and Compliant Behavior) และ 2) พฤติกรรมเจ้ากี้เจ้าการ (Domination Behavior) โดยมีเกณฑ์การตัดสินจากปริมาณเวลาที่พบพฤติกรรมนั้น คือ

a คือพฤติกรรมการสมยอม (Passive and Compliant Behavior)

0 - รักษาสิทธิของตนเองได้เมื่อจำเป็น

1 - สมยอมบ่อยครั้งแต่น้อยกว่าครึ่งหนึ่งของเวลาทำกิจกรรม

2 - สมยอมให้ผู้อื่นครึ่งหนึ่งของเวลาทำกิจกรรม

3 - สมยอมให้ผู้อื่นสามในสี่ของเวลาทำกิจกรรม

4 - ถูกผู้อื่นชักจูงและยอมทำตามโดยทันที

b คือพฤติกรรมเจ้ากี้เจ้าการ (Domination Behavior)

0 - รักษาสิทธิของตนเองได้เมื่อจำเป็น

1 - ชักจูงผู้อื่นบ่อยครั้งแต่น้อยกว่าครึ่งหนึ่งของเวลาทำกิจกรรม

2 - ชักจูงผู้อื่นครึ่งหนึ่งของเวลาทำกิจกรรม

3 - ชักจูงผู้อื่นสามในสี่ของเวลาทำกิจกรรม

4 - ชักจูงหรือครอบงำผู้อื่นตลอดเวลา

D. การเข้าสังคม (Sociability)

เป็นพฤติกรรมที่แสดงถึงความสามารถในการรับรู้การเริ่มต้นและตอบสนองต่อคู่สนทนาทั้งผู้บำบัดและผู้ป่วยอื่น โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ

0 - ทักทายและสนทนากับผู้รักษาและผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

1 - ทักทายและสนทนากับผู้รักษาดี แต่กับผู้ป่วยจะทักทายสนทนาบ้าง

Copyright by Mahidol University

2 - ทักทายสนทนาเฉพาะกับผู้รักษาหรือเฉพาะผู้ป่วยด้วยกันเอง

3 - ทักทายหรือสนทนาเมื่อผู้อื่นเข้าไปทักทายสนทนาด้วยก่อน

4 - ไม่ทักทายสนทนากับใครขณะเข้าร่วมกิจกรรม ไม่สามารถสนทนาเป็นกันเองกับใครแม้จะมีคนเข้าไปทักทายสนทนาด้วยก็ตาม

E. การเรียกร้องความสนใจ (Attention Getting Behavior)

หมายถึงพฤติกรรมที่แสดงออกเพื่อเรียกร้องความสนใจจากผู้รักษาหรือผู้ป่วยอื่น เช่น การใช้คำถามซ้ำๆ การร้องขอความช่วยเหลือบ่อยครั้ง การนิ่งเฉยไม่ทำสิ่งใดๆ เพื่อดึงความสนใจ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ

0 - ไม่เรียกร้องความสนใจ

1 - เรียกร้องความสนใจจากผู้อื่นแต่น้อยกว่าครึ่งหนึ่งของเวลาที่อยู่ในกลุ่ม

2 - เรียกร้องความสนใจจากผู้อื่นครึ่งหนึ่งของเวลาที่อยู่ในกลุ่ม

3 - เรียกร้องความสนใจจากผู้อื่นสามในสี่ของเวลาที่อยู่ในกลุ่ม

4 - เรียกร้องความสนใจอย่างไร้เหตุผลตลอดเวลาทั้งด้วยการพูด หรือท่าทาง

F. การไม่เป็นที่ยอมรับของผู้อื่น (Negative Response from Others)

หมายถึงพฤติกรรมแสดงออกที่ส่งผลกระทบต่อผู้รักษาและผู้ป่วยอื่นจนได้รับการตำหนิและตอบสนองในทางลบ เช่น ร้องขอสิทธิพิเศษหรือการดูแลเป็นพิเศษจากผู้บำบัด พูดมากจนผู้อื่นรำคาญ ฯลฯ การให้คะแนนพิจารณาจากจำนวนครั้งของการถูกปฏิเสธจากผู้อื่น คือ

0 - ไม่แสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม

1 - แสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม 1 ครั้ง

2 - แสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม 2 ครั้ง

3 - แสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม 3 ครั้ง หรือมากกว่า

4 - แสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมหลายครั้งจนผู้รักษาต้องเตือน

Copyright by Mahidol University

ส่วนที่ 3 องค์ประกอบด้านพฤติกรรมการทำงาน (Task Behavior)

หมายถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการใช้ชีวิตประจำวันของผู้ป่วย ได้แก่ กิจกรรมการดูแลรักษาตนเอง กิจกรรมเกี่ยวกับงานอาชีพ หรือกิจกรรมยามว่าง และแบ่งออกเป็น 12 หัวข้อ คือ

A. การร่วมกิจกรรม (Engagement)

เป็นพฤติกรรมเริ่มต้นในการทำงานที่ช่วยบ่งถึงแรงจูงใจต่อการทำงานหรือการประกอบกิจกรรม โดยพิจารณาในแง่ของความเต็มใจของการทำงานโดยไม่ต้องกระตุ้น มีเกณฑ์การให้ คะแนน คือ

0 - เริ่มต้นทำกิจกรรมเองโดยไม่ต้องกระตุ้น
1 - ต้องกระตุ้น 1 ครั้ง จึงเริ่มต้นทำกิจกรรม
2 - ต้องกระตุ้น 2 – 3 ครั้ง จึงเริ่มต้นหรือเข้าร่วมกิจกรรม
3 - เข้าร่วมกิจกรรมได้แต่ต้องกระตุ้นให้กำลังใจเป็นอย่างมาก
4 - ไม่ยอมร่วมกิจกรรมเลย

B. สมาธิหรือความตั้งใจ (Concentration and Attention Span)

หมายถึงพฤติกรรมที่แสดงถึงการมุ่งความสนใจอยู่กับกิจกรรมหรืองานที่ทำอยู่ตรงหน้าได้ตามระยะเวลาที่กำหนด มีเกณฑ์การให้คะแนน คือ

0 - ไม่มีปัญหาตลอดเวลาการทำงานหรือกิจกรรม
1 - ขาดสมาธิหนึ่งในสี่ของเวลาในการทำงาน
2 - ขาดสมาธิและความตั้งใจครึ่งหนึ่งของเวลาในการทำงาน
3 - ขาดสมาธิและความตั้งใจสามในสี่ของเวลาในการทำงาน
4 - มีสมาธิในการทำงานหรือกิจกรรมไม่ถึง 1 นาที

C. สหสัมพันธ์ (Coordination)

หมายถึงพฤติกรรมที่แสดงออกในแง่ของการใช้ส่วนต่างๆ ของร่างกายทำงานร่วมกัน โดยเฉพาะสหสัมพันธ์ของมือกับตา และระหว่างมือทั้งสองข้าง ความสามารถในการใช้มือทั้งสองข้างโดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ

0 - ไม่มีปัญหาในด้านนี้
1 - มีปัญหาเป็นบางครั้งในงานที่ละเอียดประณีตและงานที่มีการใช้วัสดุอุปกรณ์หลายอย่าง

Copyright by Mahidol University

2 - มีปัญหาเป็นบางครั้งในการใช้วัสดุอุปกรณ์บ้าง แต่มีปัญหาบ่อยในงานละเอียดประณีต

3 - มีความยุ่งยากในการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อมัดใหญ่ จนใช้วัสดุอุปกรณ์ไม่ถนัด

4 - มีความยุ่งยากในการเคลื่อนไหวอย่างมากจนไม่สามารถใช้วัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ ได้โดยสิ้นเชิง

D. การทำงานตามขั้นตอน (Follow Direction)

หมายถึงพฤติกรรมที่สังเกตจากการทำกิจกรรมตามขั้นตอนหรือวิธีที่กำหนดให้ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ

0 - ทำตามคำแนะนำได้โดยไม่มีปัญหา

1 - ทำตามคำแนะนำง่ายๆ ได้ แต่มีปัญหา 1 – 2 ขั้นตอน

2 - ทำงานง่ายๆ ขั้นตอนเดียวได้ แต่มีปัญหาในงานที่มี 2 – 3 ขั้นตอน

3 - ทำได้เฉพาะงานง่ายมากๆ ขั้นตอนเดียว โดยการแสดงให้ดู การเขียนหรือพูดให้ฟัง

4 - ทำกิจกรรมไม่ได้เลย ไม่ว่าจะใช้คำแนะนำ

E. ความละเอียดเรียบร้อยในการทำงาน (Activity Neatness or Attention to Detail) หมายถึงพฤติกรรมในแง่ของความเรียบร้อยประณีตและคุณภาพของงานที่ทำ แบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ

a คือการทำงานแต่ละขั้นได้ครบถ้วน ผลงานเรียบร้อย (Activity Neatness)

0 - ทำกิจกรรมเรียบร้อยทุกขั้นตอน

1 - ละเลยรายละเอียดเป็นครั้งคราว

2 - ละเลยรายละเอียดบ่อย ทิ้งวัสดุต่าง ๆ กระจัดกระจาย

3 - ละเลยรายละเอียด รบกวนสมาชิกในกลุ่ม

4 - ไม่รู้สึกถึงความละเอียด ประณีต รกรุงรังจนผู้บำบัดต้องช่วยเหลือ

b คือความสนใจในรายละเอียด (Attention to Detail)

0 - สนใจในรายละเอียดปลีกย่อยอย่างเหมาะสม

1 - สนใจในรายละเอียดปลีกย่อยมากเกินเป็นครั้งคราว

2 - สนใจในรายละเอียดปลีกย่อยเกินจำเป็น

Copyright by Mahidol University

3 - สนใจในรายละเอียดปลีกย่อยมากจนตั้งใช้เวลาเป็น 2 เท่า

4 - กังวลรายละเอียดปลีกย่อยจนทำงานไม่เสร็จตามที่กำหนดไว้

F. การแก้ปัญหา (Problem Solving)

หมายถึงพฤติกรรมที่แสดงออกถึงความสามารถในการมองเห็นปัญหาและแก้ไขปัญหาในสถานการณ์ต่างๆ ได้ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ

0 - แก้ปัญหาต่างๆ เองโดยไม่ต้องมีใครช่วยเหลือ

1 - แก้ปัญหาต่างๆ ได้หลังจากได้รับความช่วยเหลือ 1 ครั้ง

2 - แก้ปัญหาได้ หลังจากได้รับการสอนซ้ำหลายๆ ครั้ง

3 - รับรู้ว่ามีปัญหา แต่ไม่สามารถแก้ไขได้

4 - ไม่รับรู้ว่าเป็นปัญหาและไม่สามารถแก้ไขได้

G. การจัดระเบียบงานที่มีความซับซ้อน (Complexity and Organization of Tasks)

คือพฤติกรรมที่แสดงถึงความสามารถในการจัดลำดับการทำงานต่างๆ ที่มีหลายขั้นตอนจนสำเร็จลุล่วงได้ มีเกณฑ์การให้คะแนน คือ

0 - รู้จักจัดระเบียบการทำงานและทำงานที่รับมายหมายได้สำเร็จ

1 - มีปัญหาการจัดระเบียบงานที่ซับซ้อนบ้างเป็นครั้งคราว แต่ทำได้สำเร็จ

2 - จัดระเบียบงานง่ายๆ ได้ แต่ถ้าเป็นงานซับซ้อนจะทำไม่ได้

3 - สามารถทำงานง่ายๆ โดยมีผู้บำบัดคอยแนะนำทีละขั้นตอนให้เท่านั้น

4 - จัดลำดับขั้นตอนการทำงานหรือดำเนินกิจกรรมไม่ได้เลย

H. การเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ (Initial Learning)

เป็นพฤติกรรมที่แสดงออกถึงความสามารถในการเรียนรู้งานหรือกิจกรรมใหม่ๆ ที่ไม่คุ้นเคยและจำเป็นต้องได้รับการแนะนำหรือสอน มีเกณฑ์การให้คะแนน คือ

0 - เรียนรู้งานหรือกิจกรรมใหม่ได้เร็ว

1 - มีปัญหาบ้างเป็นครั้งคราวในการเรียนรู้กิจกรรมที่ซับซ้อน

2 - มีปัญหาบ่อยๆ ในกิจกรรมที่ซับซ้อน

3 - ไม่สามารถเรียนรู้กิจกรรมใหม่ที่ซับซ้อนได้ และมีปัญหาการเรียนรู้กิจกรรมที่ง่ายๆ เป็นครั้งคราว

4 - เรียนรู้กิจกรรมใหม่ไม่ได้เลย

Copyright by Mahidol University

I. ความสนใจในงานหรือกิจกรรม (Interest in Activity)

เป็นพฤติกรรมที่ แสดงออกถึงความพยายามทำสิ่งใหม่ๆ หรือพยายามทำกิจกรรมในรูปแบบต่างๆ มีเกณฑ์การให้คะแนน คือ

0 - สนใจในงานหรือกิจกรรมหลากหลาย

1 - ไม่สนใจงานหรือกิจกรรมใหม่เป็นครั้งคราว

2 - สนใจในบางส่วนของงานหรือกิจกรรมเท่านั้น

3 - เข้าร่วมกิจกรรมได้ แต่ไม่แสดงความสนใจ

4 - ไม่เข้าร่วมกิจกรรมเลย

G. ความสนใจในผลสำเร็จของงาน (Interest in Accomplishment)

เป็นพฤติกรรมที่แสดงออกถึงความสนใจในเป้าหมายของงานหรือกิจกรรมและพยายามไปถึงเป้าหมายดังกล่าว โดยเลือกกระทำขั้นตอนต่างๆ ที่เกี่ยวข้องและจำเป็น มีเกณฑ์การให้คะแนน คือ

0 - สนใจที่ทำกิจกรรมต่าง ๆ ให้สำเร็จ

1 - ไม่สนใจผลสำเร็จของกิจกรรมระยะยาวเป็นครั้งคราว

2 - สนใจผลสำเร็จของกิจกรรมระยะสั้นเท่านั้น ไม่สนใจผลสำเร็จของกิจกรรมระยะยาว

3 - สนใจทำอะไรก็ได้ให้สำเร็จเป็นครั้งคราวเท่านั้น

4 - ไม่สนใจทำกิจกรรมใด ๆ ให้เป็นผลสำเร็จเลย

K. การตัดสินใจ (Decision Making)

เป็นพฤติกรรมที่แสดงออกถึงความสามารถในการเลือกสิ่งที่ตนต้องการหรือคิดว่ามีความเหมาะสมได้ มีเกณฑ์การให้คะแนน คือ

0 - ตัดสินใจได้ด้วยตนเอง

1 - ตัดสินใจได้ แต่ขอความเห็นบ้างเป็นครั้งคราว

2 - ตัดสินใจได้ แต่ขอความเห็นจากผู้อื่นบ่อยครั้ง

3 - ตัดสินใจได้ เมื่อมีทางเลือกเพียง 2 ทางเท่านั้น

4 - ไม่สามารถตัดสินใจหรือปฏิเสธการตัดสินใจ

Copyright by Mahidol University

L. การอดทนต่อความคับข้องใจ (Frustration Tolerance)

เป็นพฤติกรรมที่บ่งถึงความสามารถในการกระทำในสิ่งที่มีความยุ่งยากหรือฝืนความรู้สึกของตนได้ด้วยจิตใจ มีเกณฑ์การให้คะแนน คือ

0 - ทำงานทุกอย่างได้โดยปราศจากความคับข้องใจ

1 - คับข้องใจต่องานซับซ้อนบ้าง แต่ไม่มีความรู้สึกนี้ต่องานง่ายๆ

2 - คับข้องใจบ่อยครั้งในงานที่ซับซ้อนแต่สามารถทำงานง่าย ๆ ได้

3 - คับข้องใจบ่อยครั้งในงานทุกอย่าง แต่พยายามกระทำต่อไป

4 - มักจะคับข้องใจเป็นอย่างมากกับงานง่าย ๆ จนไม่สามารถทำให้สำเร็จหรือปฏิเสธที่จะทำงานต่อไป

Copyright by Mahidol University

การทดสอบข้อสมมุติ

ตารางภาคผนวก 1 คะแนนความบกพร่องทางความสามารถในการประกอบกิจกรรม ก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติทดสอบ Kolmogorov-Smirnov

คะแนน	Kolmogorov-Smirnov	p-value
กลุ่มทดลอง		
ความบกพร่องทางความสามารถในการประกอบกิจกรรม		
ก่อนการทดลอง	**1.057**	**0.214**
หลังการทดลอง	**1.179**	**0.124**
- ด้านพฤติกรรมทั่วไป		
ก่อนการทดลอง	0.910	0.380
หลังการทดลอง	1.343	0.054
- ด้านพฤติกรรมระหว่างบุคคล		
ก่อนการทดลอง	0.681	0.742
หลังการทดลอง	1.186	0.120
- ด้านพฤติกรรมการทำงาน		
ก่อนการทดลอง	0.879	0.423
หลังการทดลอง	0.842	0.477
กลุ่มเปรียบเทียบ		
ความบกพร่องทางความสามารถในการประกอบกิจกรรม		
ก่อนการทดลอง	**0.874**	**0.430**
หลังการทดลอง	**1.110**	**0.170**
- ด้านพฤติกรรมทั่วไป		
ก่อนการทดลอง	0.653	0.787
หลังการทดลอง	0.767	0.598
- ด้านพฤติกรรมระหว่างบุคคล		
ก่อนการทดลอง	1.035	0.234
หลังการทดลอง	1.084	0.191
- ด้านพฤติกรรมการทำงาน		
ก่อนการทดลอง	0.799	0.546
หลังการทดลอง	0.991	0.280

Copyright by Mahidol University

ตารางภาคผนวก 2 ค่าเฉลี่ยของผลต่างคะแนนความบกพร่องทางความสามารถในการประกอบกิจกรรมก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ($\bar{d}$) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติทดสอบ Kolmogorov-Smirnov

คะแนน	Kolmogorov-Smirnov	p-value
กลุ่มทดลอง		
ความบกพร่องทางความสามารถในการประกอบกิจกรรม	**0.538**	**0.934**
ด้านพฤติกรรมทั่วไป	0.643	0.803
ด้านพฤติกรรมระหว่างบุคคล	0.750	0.627
ด้านพฤติกรรมการทำงาน	0.641	0.806
กลุ่มเปรียบเทียบ		
ความบกพร่องทางความสามารถในการประกอบกิจกรรม	**0.717**	**0.682**
ด้านพฤติกรรมทั่วไป	0.685	0.736
ด้านพฤติกรรมระหว่างบุคคล	0.893	0.403
ด้านพฤติกรรมการทำงาน	0.820	0.512

Copyright by Mahidol University

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลรายข้อ

ตารางภาคผนวก 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของความบกพร่องทางความสามารถในการประกอบกิจกรรมด้านพฤติกรรมทั่วไป หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

	พฤติกรรมทั่วไป	$\bar{X}$	s	t-test	df	p-value
A	**ลักษณะภายนอก**					
	กลุ่มทดลอง	0.44	0.63	-2.36	30	0.025*
	กลุ่มเปรียบเทียบ	1.06	0.85			
B	**พฤติกรรมที่ไร้จุดมุ่งหมาย**					
	กลุ่มทดลอง	0.88	0.89	-2.51	30	0.018*
	กลุ่มเปรียบเทียบ	1.69	0.95			
C	**ระดับการกระทำ**					
	กลุ่มทดลอง	0.75	1.06	-2.16	30	0.039*
	กลุ่มเปรียบเทียบ	1.50	0.89			
D	**การแสดงความรู้สึก**					
	กลุ่มทดลอง	1.38	0.96	-1.38	30	0.178
	กลุ่มเปรียบเทียบ	1.88	1.09			
E	**ความรับผิดชอบ**					
	กลุ่มทดลอง	0.63	0.81	-2.59	30	0.015*
	กลุ่มเปรียบเทียบ	1.44	0.96			
F	**ความตรงต่อเวลา/ความใส่ใจ**					
	กลุ่มทดลอง	0.88	0.72	-2.62	30	0.014*
	กลุ่มเปรียบเทียบ	1.75	1.13			
G	**การรับรู้ความเป็นจริง**					
	กลุ่มทดลอง	1.13	0.96	-1.56	30	0.129
	กลุ่มเปรียบเทียบ	1.69	1.08			
H	**ความคิดรวบยอด**					
	กลุ่มทดลอง	1.25	0.93	-1.80	30	0.082
	กลุ่มเปรียบเทียบ	1.81	0.83			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

Copyright by Mahidol University

ตารางภาคผนวก 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของความบกพร่องทางความสามารถในการประกอบกิจกรรมด้านพฤติกรรมความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

	พฤติกรรมความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	$\bar{x}$	s	t-test	df	p-value
A	**ความเป็นอิสระ**					
	กลุ่มทดลอง	0.56	0.73	-2.22	30	0.034*
	กลุ่มเปรียบเทียบ	1.31	1.14			
B	**ความร่วมมือ**					
	กลุ่มทดลอง	0.44	0.81	-2.74	30	0.010**
	กลุ่มเปรียบเทียบ	1.44	1.21			
C	**การรักษาสิทธิ**					
	กลุ่มทดลอง	0.25	0.58	-4.47	30	<0.001**
	กลุ่มเปรียบเทียบ	1.25	0.68			
D	**การเข้าสังคม**					
	กลุ่มทดลอง	1.00	0.63	-4.28	30	<0.001**
	กลุ่มเปรียบเทียบ	2.19	0.91			
E	**การเรียกร้องความสนใจ**					
	กลุ่มทดลอง	0.31	0.60	-4.53	30	<0.001**
	กลุ่มเปรียบเทียบ	1.38	0.72			
F	**การไม่เป็นที่ยอมรับของผู้อื่น**					
	กลุ่มทดลอง	0.69	0.87	-1.97	30	0.058
	กลุ่มเปรียบเทียบ	1.38	1.09			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

Copyright by Mahidol University

ตารางภาคผนวก 5 เปรียบเทียบความแตกต่างของความบกพร่องทางความสามารถในการประกอบกิจกรรมด้านพฤติกรรมการทำงาน หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

	พฤติกรรมการทำงาน	$\bar{X}$	s	t-test	df	p-value
A	**การร่วมกิจกรรม**					
	กลุ่มทดลอง	0.63	0.89	-3.22	30	0.003**
	กลุ่มเปรียบเทียบ	1.50	0.63			
B	**สมาธิหรือความตั้งใจ**					
	กลุ่มทดลอง	0.94	1.06	-2.47	30	0.020*
	กลุ่มเปรียบเทียบ	1.88	1.09			
C	**สหสัมพันธ์**					
	กลุ่มทดลอง	0.50	0.73	-2.44	30	0.021*
	กลุ่มเปรียบเทียบ	1.13	0.72			
D	**การทำตามขั้นตอน**					
	กลุ่มทดลอง	0.94	0.85	-1.87	30	0.072
	กลุ่มเปรียบเทียบ	1.56	1.03			
E	**ความละเอียดเรียบร้อยในการทำงาน**					
	กลุ่มทดลอง	0.88	0.89	-1.96	30	0.059
	กลุ่มเปรียบเทียบ	1.44	0.73			
F	**การแก้ปัญหา**					
	กลุ่มทดลอง	0.88	1.09	-3.19	30	0.003**
	กลุ่มเปรียบเทียบ	1.94	0.77			
G	**การจัดระเบียบงานที่มีความซับซ้อน**					
	กลุ่มทดลอง	1.31	0.79	-2.61	30	0.014*
	กลุ่มเปรียบเทียบ	2.13	0.96			
H	**การเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ**					
	กลุ่มทดลอง	1.13	0.96	-3.82	30	0.001**
	กลุ่มเปรียบเทียบ	2.31	0.79			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

Copyright by Mahidol University

ตารางภาคผนวก 5 เปรียบเทียบความแตกต่างของความบกพร่องทางความสามารถในการประกอบกิจกรรมด้านพฤติกรรมการทำงาน หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (ต่อ)

พฤติกรรมการทำงาน	$\bar{x}$	s	t-test	df	p-value
E ความสนใจในงานหรือกิจกรรม					
กลุ่มทดลอง	1.44	0.73	-3.08	30	0.004**
กลุ่มเปรียบเทียบ	2.31	0.87			
F ความสนใจในผลสำเร็จของงาน					
กลุ่มทดลอง	1.44	0.73	-2.87	30	0.008**
กลุ่มเปรียบเทียบ	2.38	1.09			
G การตัดสินใจ					
กลุ่มทดลอง	0.94	0.93	-2.28	30	0.030*
กลุ่มเปรียบเทียบ	1.88	1.36			
H ความอดทนต่อความคับข้องใจ					
กลุ่มทดลอง	1.13	0.81	-2.30	30	0.029*
กลุ่มเปรียบเทียบ	1.88	1.02			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

Copyright by Mahidol University

ตารางภาคผนวก 6 เปรียบเทียบความแตกต่างของความบกพร่องทางความสามารถในการประกอบกิจกรรมด้านพฤติกรรมทั่วไป ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลอง

	พฤติกรรมทั่วไป	$\bar{x}$	s	Paired t-test	df	p-value
A	**ลักษณะภายนอก**					
	ก่อนการทดลอง	1.50	0.73	9.60	15	<0.001**
	หลังการทดลอง	0.44	0.63			
B	**พฤติกรรมที่ไร้จุดมุ่งหมาย**					
	ก่อนการทดลอง	2.13	1.09	11.18	15	<0.001**
	หลังการทดลอง	0.88	0.89			
C	**ระดับการกระทำ**					
	ก่อนการทดลอง	1.88	1.20	13.17	15	<0.001**
	หลังการทดลอง	0.75	1.06			
D	**การแสดงความรู้สึก**					
	ก่อนการทดลอง	2.69	1.30	7.46	15	<0.001**
	หลังการทดลอง	1.38	0.96			
E	**ความรับผิดชอบ**					
	ก่อนการทดลอง	1.50	0.89	7.00	15	<0.001**
	หลังการทดลอง	0.63	0.81			
F	**ความตรงต่อเวลา/ความใส่ใจ**					
	ก่อนการทดลอง	2.00	0.89	7.27	15	<0.001**
	หลังการทดลอง	0.88	0.72			
G	**การรับรู้ความเป็นจริง**					
	ก่อนการทดลอง	2.50	1.10	7.65	15	<0.001**
	หลังการทดลอง	1.13	0.96			
H	**ความคิดรวบยอด**					
	ก่อนการทดลอง	2.50	1.03	7.32	15	<0.001**
	หลังการทดลอง	1.25	0.93			

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

Copyright by Mahidol University

ตารางภาคผนวก 7 เปรียบเทียบความแตกต่างของความบกพร่องทางความสามารถในการประกอบกิจกรรมด้านพฤติกรรมความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลอง

	พฤติกรรมความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	$\bar{x}$	s	Paired t-test	df	p-value
A	**ความเป็นอิสระ**					
	ก่อนการทดลอง	1.88	1.09	10.97	15	<0.001**
	หลังการทดลอง	0.56	0.73			
B	**ความร่วมมือ**					
	ก่อนการทดลอง	1.56	0.96	3.48	15	<0.001**
	หลังการทดลอง	0.94	1.06			
C	**การรักษาสิทธิ**					
	ก่อนการทดลอง	1.56	0.89	10.97	15	<0.001**
	หลังการทดลอง	0.25	0.58			
D	**การเข้าสังคม**					
	ก่อนการทดลอง	2.75	0.93	12.12	15	<0.001**
	หลังการทดลอง	1.00	0.63			
E	**การเรียกร้องความสนใจ**					
	ก่อนการทดลอง	1.50	0.82	8.73	15	<0.001**
	หลังการทดลอง	0.31	0.60			
F	**การไม่เป็นที่ยอมรับของผู้อื่น**					
	ก่อนการทดลอง	2.00	1.21	8.72	15	<0.001**
	หลังการทดลอง	0.69	0.87			

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

Copyright by Mahidol University

ตารางภาคผนวก 8 เปรียบเทียบความแตกต่างของความบกพร่องทางความสามารถในการประกอบกิจกรรมด้านพฤติกรรมการทำงาน ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลอง

	พฤติกรรมการทำงาน	$\bar{x}$	s	Paired t-test	df	p-value
A	**การร่วมกิจกรรม**					
	ก่อนการทดลอง	1.50	0.89	10.25	15	<0.001**
	หลังการทดลอง	0.63	0.89			
B	**สมาธิหรือความตั้งใจ**					
	ก่อนการทดลอง	2.00	1.21	9.60	15	<0.001**
	หลังการทดลอง	0.94	1.06			
C	**สหสัมพันธ์**					
	ก่อนการทดลอง	1.50	0.82	10.95	15	<0.001**
	หลังการทดลอง	0.50	0.73			
D	**การทำตามขั้นตอน**					
	ก่อนการทดลอง	2.25	1.06	10.97	15	<0.001**
	หลังการทดลอง	0.94	0.85			
E	**ความละเอียดเรียบร้อยในการทำงาน**					
	ก่อนการทดลอง	2.00	1.15	9.00	15	<0.001**
	หลังการทดลอง	0.88	0.89			
F	**การแก้ปัญหา**					
	ก่อนการทดลอง	2.00	1.21	13.17	15	<0.001**
	หลังการทดลอง	0.88	1.09			
G	**การจัดระเบียบงานที่มีความซับซ้อน**					
	ก่อนการทดลอง	2.56	0.96	8.66	15	<0.001**
	หลังการทดลอง	1.31	0.79			
H	**การเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ**					
	ก่อนการทดลอง	2.44	1.09	10.97	15	<0.001**
	หลังการทดลอง	1.13	0.96			

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

Copyright by Mahidol University

ตารางภาคผนวก 8 เปรียบเทียบความแตกต่างของความบกพร่องทางความสามารถในการประกอบกิจกรรมด้านพฤติกรรมการทำงาน ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลอง (ต่อ)

	พฤติกรรมการทำงาน	$\bar{x}$	s	Paired t-test	df	p-value
I	**ความสนใจในงานหรือกิจกรรม**					
	ก่อนการทดลอง	2.94	0.93	11.62	15	<0.001**
	หลังการทดลอง	1.44	0.73			
J	**ความสนใจในผลสำเร็จของงาน**					
	ก่อนการทดลอง	3.19	0.66	15.65	15	<0.001**
	หลังการทดลอง	1.44	0.73			
K	**การตัดสินใจ**					
	ก่อนการทดลอง	2.19	1.17	11.18	15	<0.001**
	หลังการทดลอง	0.94	0.93			
L	**ความอดทนต่อความคับข้องใจ**					
	ก่อนการทดลอง	2.19	1.17	5.51	15	<0.001**
	หลังการทดลอง	1.13	0.81			

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

Copyright by Mahidol University

ตารางภาคผนวก 9 เปรียบเทียบความแตกต่างของความบกพร่องทางความสามารถในการประกอบกิจกรรมด้านพฤติกรรมทั่วไป ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ของกลุ่มเปรียบเทียบ

	พฤติกรรมทั่วไป	$\bar{x}$	s	Paired t-test	df	p-value
A	**ลักษณะภายนอก**					
	ก่อนการทดลอง	1.56	0.73	3.16	15	0.0030**
	หลังการทดลอง	1.06	0.85			
B	**พฤติกรรมที่ไร้จุดมุ่งหมาย**					
	ก่อนการทดลอง	2.06	1.18	3.00	15	0.0045**
	หลังการทดลอง	1.69	0.95			
C	**ระดับการกระทำ**					
	ก่อนการทดลอง	1.75	1.00	2.24	15	0.0205*
	หลังการทดลอง	1.50	0.89			
D	**การแสดงความรู้สึก**					
	ก่อนการทดลอง	2.25	1.13	3.00	15	0.0045**
	หลังการทดลอง	1.88	1.09			
E	**ความรับผิดชอบ**					
	ก่อนการทดลอง	1.81	1.11	3.00	15	0.0045**
	หลังการทดลอง	1.44	0.96			
F	**ความตรงต่อเวลา/ความใส่ใจ**					
	ก่อนการทดลอง	2.13	1.20	3.00	15	0.0045**
	หลังการทดลอง	1.75	1.13			
G	**การรับรู้ความเป็นจริง**					
	ก่อนการทดลอง	2.13	1.02	3.42	15	0.0020**
	หลังการทดลอง	1.69	1.08			
H	**ความคิดรวบยอด**					
	ก่อนการทดลอง	2.25	0.86	3.42	15	0.0020**
	หลังการทดลอง	1.81	0.83			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

Copyright by Mahidol University

ตารางภาคผนวก 10 เปรียบเทียบความแตกต่างของความบกพร่องทางความสามารถในการประกอบกิจกรรมด้านพฤติกรรมความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ของกลุ่มเปรียบเทียบ

	พฤติกรรมความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	$\bar{x}$	s	Paired t-test	df	p-value
A	**ความเป็นอิสระ**					
	ก่อนการทดลอง	1.94	1.29	5.00	15	<0.0001**
	หลังการทดลอง	1.31	1.14			
B	**ความร่วมมือ**					
	ก่อนการทดลอง	1.69	1.08	-0.90	15	0.1915
	หลังการทดลอง	1.88	1.09			
C	**การรักษาสิทธิ**					
	ก่อนการทดลอง	1.50	0.97	2.24	15	0.0205*
	หลังการทดลอง	1.25	0.68			
D	**การเข้าสังคม**					
	ก่อนการทดลอง	3.19	0.91	7.75	15	<0.0001**
	หลังการทดลอง	2.19	0.91			
E	**การเรียกร้องความสนใจ**					
	ก่อนการทดลอง	1.63	0.89	2.24	15	0.0205*
	หลังการทดลอง	1.38	0.72			
F	**การไม่เป็นที่ยอมรับของผู้อื่น**					
	ก่อนการทดลอง	1.94	1.18	3.58	15	0.0015**
	หลังการทดลอง	1.38	1.09			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

Copyright by Mahidol University

ตารางภาคผนวก 11 เปรียบเทียบความแตกต่างของความบกพร่องทางความสามารถในการประกอบกิจกรรมด้านพฤติกรรมการทำงาน ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มเปรียบเทียบ

	พฤติกรรมการทำงาน	$\bar{x}$	s	Paired t-test	df	p-value
A	**การร่วมกิจกรรม**					
	ก่อนการทดลอง	1.75	0.93	2.24	15	0.0205*
	หลังการทดลอง	1.50	0.63			
B	**สมาธิหรือความตั้งใจ**					
	ก่อนการทดลอง	2.50	1.26	3.48	15	0.0015**
	หลังการทดลอง	1.88	1.09			
C	**สหสัมพันธ์**					
	ก่อนการทดลอง	1.31	0.60	1.861	15	0.0415*
	หลังการทดลอง	1.13	0.72			
D	**การทำตามขั้นตอน**					
	ก่อนการทดลอง	2.19	0.83	5.00	15	<0.001**
	หลังการทดลอง	1.56	1.03			
E	**ความละเอียดเรียบร้อยในการทำงาน**					
	ก่อนการทดลอง	1.81	1.17	1.86	15	0.0415*
	หลังการทดลอง	1.44	0.73			
F	**การแก้ปัญหา**					
	ก่อนการทดลอง	2.38	1.15	3.42	15	0.0020**
	หลังการทดลอง	1.94	0.77			
G	**การจัดระเบียบงานที่มีความซับซ้อน**					
	ก่อนการทดลอง	2.56	0.89	3.42	15	0.0020**
	หลังการทดลอง	2.13	0.96			
H	**การเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ**					
	ก่อนการทดลอง	2.81	0.75	3.87	15	0.0010**
	หลังการทดลอง	2.31	0.79			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

Copyright by Mahidol University

ตารางภาคผนวก 11 เปรียบเทียบความแตกต่างของความบกพร่องทางความสามารถในการประกอบกิจกรรมด้านพฤติกรรมการทำงาน ก่อนการทดลองและหลังการทดลองภายในกลุ่มเปรียบเทียบ (ต่อ)

พฤติกรรมการทำงาน	$\bar{x}$	s	Paired t-test	df	p-value
I ความสนใจในงานหรือกิจกรรม					
ก่อนการทดลอง	3.00	0.73	5.74	15	<0.001**
หลังการทดลอง	2.31	0.87			
J ความสนใจในผลสำเร็จของงาน					
ก่อนการทดลอง	2.88	0.96	3.87	15	0.0010**
หลังการทดลอง	2.38	1.09			
K การตัดสินใจ					
ก่อนการทดลอง	2.13	1.20	2.24	15	0.0205*
หลังการทดลอง	1.88	1.36			
L ความอดทนต่อความคับข้องใจ					
ก่อนการทดลอง	2.38	1.02	3.87	15	0.0010**
หลังการทดลอง	1.88	1.02			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

Copyright by Mahidol University

การจับคู่กลุ่มตัวอย่าง

ตารางภาคผนวก 12 การจับคู่กลุ่มตัวอย่าง

คู่	เพศ		การศึกษา		การจำแนกโรค		อายุ (ปี)		ความบกพร่องทางความสามารถในการประกอบกิจกรรม (คะแนน)	
	E	C	E	C	E	C	E	C	E	C
1	หญิง	หญิง	ป.ตรี	ป.ตรี	F20.0	F20.0	45	46	50	54
2	หญิง	หญิง	มัธยม	มัธยม	F20.0	F20.0	37	38	32	33
3	ชาย	ชาย	ประถม	ประถม	F20.9	F20.9	57	54	84	82
4	ชาย	ชาย	มัธยม	มัธยม	F20.3	F20.3	34	37	83	86
5	ชาย	ชาย	ประถม	ประถม	F20.3	F20.3	29	29	39	35
6	ชาย	ชาย	ประถม	ประถม	F20.0	F20.0	37	37	37	39
7	ชาย	ชาย	มัธยม	มัธยม	F20.3	F20.3	24	23	74	77
8	ชาย	ชาย	ประถม	ประถม	F20.0	F20.0	45	43	43	44
9	ชาย	ชาย	ปวช./ปวส.	ปวช./ปวส.	F20.9	F20.9	36	32	46	45
10	ชาย	ชาย	ประถม	ประถม	F20.0	F20.0	48	45	97	95
11	ชาย	ชาย	ป.ตรี	ป.ตรี	F20.3	F20.3	50	47	54	53
12	ชาย	ชาย	ประถม	ประถม	F20.0	F20.0	33	30	39	39
13	ชาย	ชาย	มัธยม	มัธยม	F20.3	F20.3	31	32	49	44
14	ชาย	ชาย	ปวช.	ปวช.	F20.3	F20.3	39	36	52	52
15	ชาย	ชาย	ประถม	ประถม	F20.0	F20.0	32	32	48	49
16	ชาย	ชาย	ประถม	ประถม	F20.0	F20.0	34	34	48	44

E หมายถึง ผู้ป่วยที่จับฉลากแบ่งกลุ่มแล้วอยู่ในกลุ่มทดลอง

C หมายถึง ผู้ป่วยที่จับฉลากแบ่งกลุ่มแล้วอยู่ในกลุ่มเปรียบเทียบ

Copyright by Mahidol University

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ - สกุล อินทิรา อะตะมะ

วันเกิด 15 มิถุนายน 2519

สถานที่เกิด ลำพูน

ประวัติการศึกษา มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พ.ศ. 2538 - 2543
วท.บ. (กิจกรรมบำบัด)
มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2546 - 2551
ศศ.ม. (งานบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ)

ที่อยู่ 74 / 1 หมู่ 6 ต.วังผาง อ.เวียงหนองล่อง จ.ลำพูน 51120

Copyright by Mahidol University