

THE DEVELOPMENT AND EFFECTIVENESS OF SOCIAL SKILL TRAINING OF CHRONIC SCHIZOPHRENIC PATIENTS

Chidarat Pimdeed, M.N.S.*, Nuttaporn Baouraeng, M.N.S.**, Sunlamai Takumjai, B.N.S.**

Prakaidao Chomsopa, B.N.S.**, Prorndusit Khummeesrinon, M.N.S.**

Abstract

Objective: The main of this research were to develop social skill training of chronic schizophrenic patients and examine the effects of the program.

Methods: Research and development is divided into 7 steps. The sample group consisted of 24 people with chronic schizophrenia who were maintenance phase, divided into the experimental group, 12 people participating in the program and the control group did not participate in the program. Study period May 2021–November 2021. The instrument used to collect data were Living Skills Assessment (LSA-30) and Negative Syndrome Scale (NSS). Subjects were assessed at pretreatment, posttreatment and follow up in 2 months while reliability of LSA-30 and NSS are obtained from the Cronbach's alpha coefficient were 0.83, 0.86 respectively. Data were analyzed using ANCOVA, repeated measures ANOVA.

Results: 1) The developed program consisted of 6 activities: 1. Appropriate communication 2. Appropriate speaking and listening 3. Marketing 4. Revisiting content of activities 1-3, 5. Practicing social skills in 4 real situations and 6. Educate on psychiatric drug use, the IOC score was equal to 1.0. 2) The mean score on social behavior and communication and negative symptom after the experiment found that the estimated (marginal effect) of the mean social behavior score and communication and negative symptom between the two groups was statistically different at $< .05$ ($\bar{X}_{\text{diff}} = 2.83$, 95% CI of $\bar{X}_{\text{diff}} = 1.22-4.45$, $p\text{-value} = 0.001$) and ($\bar{X}_{\text{diff}} = 2.08$, 95% CI of $\bar{X}_{\text{diff}} = 0.93-3.24$, $p\text{-value} < 0.001$) respectively. Mean scores on social behavior and communication and negative symptom before and after the trial. including a follow-up period of 2 months after the trial. between the experimental group and the control group There was a statistically significant difference at the $< .05$ level at least one pair ($F_{(2,44)} = 15.42$, $p\text{-value} < 0.001$) and ($F_{(2,44)} = 27.82$, $p\text{-value} < 0.001$) respectively. 3) Results of recurrence as an inpatient in a hospital after 3 months of discharge, it was found that 100% of the experimental group did not return for readmitted. But 16.67% of the control group returned to the hospital.

Conclusion: Social skills training can reduce negative symptoms and social behavior and communication among chronic schizophrenic patients improved. This program should be an alternative to nurses in rehabilitation of patients.

Keywords: social skills training, negative symptoms, chronic schizophrenic patients

*Corresponding author: Registered Nurse, Senior Professional Level, KhonKaen Rajanagarindra Psychiatric Hospital, e-mail: jengy2553@hotmail.com

**Registered Nurse, Professional Level, KhonKaen Rajanagarindra Psychiatric Hospital

Received: 28 December 2021, Revised: 3 May 2022, Accepted: 10 May 2022

การพัฒนาและประสิทธิผลของโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

จิรารัตน์ พิมพ์ดีด, พย.ม.*, ญัฐฐาภรณ์ เบ้าเรือง, พย.ม.**, สุนละมัย ทาคำใจ, พย.บ.**

ประกายดาว โคมโสภา, พย.บ.**, พรศุสิต คำมีสินนท์, พย.ม.**

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนาโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง และทดสอบผลของโปรแกรม

วิธีการศึกษา : การวิจัยและพัฒนา แบ่งออกเป็น 7 ขั้นตอน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่อยู่ในระยะคงสภาพการรักษา จำนวน 24 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 12 คน ได้เข้าร่วมโปรแกรม และกลุ่มควบคุมไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม ระยะเวลาการศึกษาเดือนพฤษภาคม 2564 - พฤศจิกายน 2564 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือ แบบประเมินทักษะการดำรงชีวิตการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชในชุมชน (LSA-30) และแบบวัดอาการทางลบ (NSS) วัดก่อนและหลังการทดลองเสร็จสิ้น และในระยะติดตามผล 2 เดือน นำไปหาค่าความเชื่อมั่นด้วยการหาสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.83 และ 0.86 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมการวิเคราะห์ความแปรปรวนวัดซ้ำ

ผลการศึกษา : 1) โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 6 กิจกรรม ได้แก่ 1. การสื่อสารที่เหมาะสม 2. การพูด การฟัง ที่เหมาะสม 3. การจ่ายตลาด 4. ทบทวนเนื้อหากิจกรรมครั้งที่ 1- 3 5. การฝึกทักษะทางสังคมใน 4 สถานการณ์จริง และ 6. การให้ความรู้เรื่องการใช้จ่ายทางจิตเวช ประเมินค่า IOC ได้ค่าคะแนนเท่ากับ 1.0 2) คะแนนค่าเฉลี่ยพฤติกรรมด้านสังคมและการสื่อสาร และอาการด้านลบหลังการทดลอง พบว่า ค่าประมาณของคะแนนค่าเฉลี่ยพฤติกรรมด้านสังคมและการสื่อสาร และอาการด้านลบระหว่างสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $< .05$ ($\bar{X}_{diff} = 2.83$, 95% CI of $\bar{X}_{diff} = 1.22-4.45$, $p\text{-value} = 0.001$) และ ($\bar{X}_{diff} = 2.08$, 95% CI of $\bar{X}_{diff} = 0.93-3.24$, $p\text{-value} < 0.001$) ตามลำดับ -คะแนนค่าเฉลี่ยพฤติกรรมด้านสังคมและการสื่อสาร และอาการด้านลบก่อนและหลังการทดลอง รวมถึงระยะติดตาม 2 เดือนหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $< .05$ อย่างน้อย 1 คู่ ($F_{(2,44)} = 15.42$, $p\text{-value} < 0.001$) และ ($F_{(2,44)} = 27.82$, $p\text{-value} < 0.001$) ตามลำดับ 3) ผลการกลับมารักษาซ้ำเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาล หลังจากจำหน่าย 3 เดือน พบว่า กลุ่มทดลอง ร้อยละ 100.00 ไม่กลับมารักษาซ้ำ แต่กลุ่มควบคุมกลับมารักษาซ้ำถึงร้อยละ 16.67

สรุป : การฝึกทักษะทางสังคม สามารถทำให้อาการด้านลบลดลง และพฤติกรรมด้านสังคมและการสื่อสารของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังดีขึ้น โปรแกรมนี้น่าจะเป็นทางเลือกหนึ่งของพยาบาลในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย

คำสำคัญ : การฝึกทักษะทางสังคม, อาการด้านลบลดลง, ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

*ผู้ประสานงานบทความ: พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์, e-mail: jengy2553@hotmail.com

**พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

วันที่รับ: 28 ธันวาคม 2564, วันที่แก้ไข: 3 พฤษภาคม 2565, วันที่ตอบรับ: 10 พฤษภาคม 2565

ความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชเรื้อรังและทำให้ร่างกายอ่อนแอลง แม้ว่าจะมีความก้าวหน้าในการรักษาทางจิตสังคมสำหรับอาการบางอย่างของโรคจิตเภท แต่ผู้ป่วยจิตเภทมักจะยังคงพบอาการบางอย่างโดยเฉพาะอย่างยิ่งอาการด้านลบตลอดชีวิต เนื่องจากอาการด้านลบส่งผลต่อการทำงานและคุณภาพชีวิตไม่ดี การรักษาอาการด้านลบจึงมีความสำคัญสูง (Elis, Caponigro, & Kring, 2013) อาการด้านลบเป็นสาเหตุของผลการดำเนินโรคที่ไม่ดีในโรคจิตเภท (Granholm, & Harvey, 2018) เป็นอาการผิดปกติที่ขาดหรือบกพร่องไปจากคนทั่วไป เช่น พูดน้อยหรือไม่พูด ไม่แสดงอารมณ์ เฉยเมย ไม่มีแรงจูงใจหรือเหนื่อยชาลง ไม่เข้าสังคม ภาวะสิ้นความยินดี อาการจะค่อยเป็นค่อยไป (กนกวรรณ ลิมศิริเจริญ, 2558) เป็นตัวทำนายความเสี่ยงทางจิตสังคมของผู้ป่วยจิตเภท รวมทั้งการทำงาน อาการด้านลบเฉยเมย-ภาวะสิ้นความยินดีมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับความเสื่อมในการทำหน้าที่ทักษะทางสังคม พุทธิปัญญาทางสังคม (Susan, McGurk, & Mueser, 2013) การวางแผน การสื่อสาร และการทำงานของผู้ป่วยจิตเภท (Lindenmayer, & Khan, 2012) จากหลักฐานทบทวนการศึกษาหลังสุดพบว่าผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังมีอาการด้านลบสูงถึงร้อยละ 60.00 จำเป็นต้องได้รับการรักษา (Correll, & Schooler, 2020) จากปัญหาอาการด้านลบ และปัญหาด้านต่าง ๆ ของผู้ป่วยจิตเภท ทำให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบซ้ำ ส่งผลให้กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล การกลับเป็นซ้ำของโรคพบส่วนใหญ่ในโรคจิตเภท การเปลี่ยนแปลงจากอาการที่ดีเป็นการ

กำเริบของโรคอาจเกิดขึ้นทันทีและมีสัญญาณเตือนเพียงเล็กน้อยหรือแทบไม่มีเลย (Emsley, Chiliza, Asmal, & Harvey, 2013) ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการรักษาอาการทางจิตสงบแต่ยังเกิดอาการกลับเป็นซ้ำได้ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ และเป็นปัญหาที่สำคัญทำให้เกิดความผิดปกติของสมองและเกิดอาการทางจิตรุนแรงขึ้นได้ง่าย ส่งผลต่อการตอบสนองต่อการรักษาและการฟื้นฟู โดยระยะเรื้อรังถือว่าเป็นระยะที่สำคัญที่ทำให้เกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคจิตเภท (สุดาพร สถิตยทุธการ, 2559) สาเหตุการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลเนื่องมาจากอาการกำเริบซ้ำนั้นเกี่ยวข้องกับการพยากรณ์โรค การระบุบุคคลที่มีความเสี่ยงสูงต่อการกลับมารักษาซ้ำ และการเตรียมโปรแกรมการช่วยเหลือ เพื่อให้อัตราการกลับมารักษาซ้ำต่ำ ถือว่าเป็นเรื่องที่มีความสำคัญ (Chi et al., 2016) ข้อมูลจากเวชระเบียนโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ปีงบประมาณ พ.ศ.2561 - 2563 เมื่อเมษายน 2564 พบว่ามีผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในถึงร้อยละ 50.08, 43.68 และ 44.68 ตามลำดับ และอัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 90 วันของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง พบถึงร้อยละ 3.41, 3.89 และ 6.28 ตามลำดับ (โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์, 2563) ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นจากการวิเคราะห์สาเหตุ พบว่า 1) ผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการรับประทานยา เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจ และขาดการตระหนักรู้ในการใช้ยาทางจิตเวช 2) การรักษาไม่ต่อเนื่อง เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถมารับยาด้วยตนเอง หรือขาดคนดูแล 3)

ผู้ป่วยใช้สุรา/สารเสพติด เนื่องจากไม่สามารถควบคุมตนเองได้ อีกทั้งขาดทักษะการปฏิเสธ และถูกชักจูงได้ง่าย และ 4) ยาดีไม่สามารถควบคุมดูแลผู้ป่วยได้ ยาดีบางรายที่ดูแลผู้ป่วย รู้สึกเบื่อหน่ายเป็นภาระ จึงขาดแรงจูงใจในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งเศรษฐกิจยาลดลง

การฝึกทักษะทางสังคม (Social Skill training: SST) มีจุดมุ่งหมายเพื่อส่งเสริมพัฒนาทักษะทางสังคมของผู้ป่วยให้สามารถมีชีวิตรอยู่ในชุมชน โดยอาศัยแนวความคิดทางพฤติกรรมบำบัด ด้วยวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยให้มีความเหมาะสมอย่างค่อยเป็นค่อยไป ควบคู่กับการเสริมแรงทางบวกเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ (Sadock, Sadock, & Ruiz, 2015) โปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมส่วนใหญ่เน้นที่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยสามารถนำทักษะที่ได้เรียนรู้ไปใช้ในสถานการณ์จริงเมื่อกลับไปอยู่ในชุมชน SST ช่วยเพิ่มทักษะทางสังคม ลดอาการด้านลบ และการทำหน้าที่ยังดีขึ้น ด้วยเหตุนี้การดูแลตามปกติสามารถเพิ่ม SST เข้าไปกับการบำบัดต่างๆ (Granholm, & Harvey, 2018) เนื่องจากมีประสิทธิภาพกว่าการบำบัดที่มีอยู่ตามปกติในการรักษาอาการด้านลบ และอาการทางจิต (Turner et al., 2017) จากหลักฐานการวิจัย SST ส่งผลต่อผลลัพธ์ทางคลินิกที่สำคัญคือ มีอัตราการกำเริบ และการกลับเข้ารับรักษาซ้ำต่ำ (Almerie et al., 2015) มีอาการทางจิตลดลง คุณภาพชีวิตดีขึ้น มีทักษะทางสังคมด้านต่าง ๆ เพิ่มขึ้น (จิรพันธ์ เอิบกมล, 2553) และอาการด้านลบลดลง (Barzegar, Ahadi, Barzegar, & Ghahari, 2016) ดังนั้น SST จึงถูกเลือกนำมาใช้กับ

ผู้ป่วยจิตเภท เพื่อช่วยทำให้ความบกพร่องด้านสังคมดีขึ้น ซึ่งความบกพร่องด้านสังคม ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทไร้ความสามารถ และไม่ตอบสนองต่อการรักษา (Barzegar et al., 2016) SST มีผลต่อการทำหน้าที่ต่างๆของผู้ป่วยจิตเภทได้ดีขึ้น การดำเนินชีวิตอย่างอิสระดีขึ้น (Malone Cole, 2012) ฉะนั้นการฝึก SST จึงมีความจำเป็นและความสำคัญทำให้ผู้ป่วยจิตเภทได้เรียนรู้การสื่อสาร การแสดงออกที่เหมาะสมจากต้นแบบ และยังช่วยลดอัตราการกำเริบ และเพิ่มความร่วมมือในการรักษา (Simpson, & Moriarity, 2014 อ้างใน จิราภรณ์ สรรพวิวงศ์, และปดดา เหมโลหะ, 2558) จะเห็นว่าผู้ป่วยจิตเภทมีแนวโน้มของการเจ็บป่วยทางจิตแบบเรื้อรังประมาณร้อยละ 30.00 - 50.00 ของผู้ป่วยจิตเภททั้งหมด การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคม ที่จะนำมาพัฒนาฝึกฝนเพิ่มพูนทักษะแก่ผู้ป่วยนั้นก็คือการฝึกทักษะทางสังคม (ปัทมา ศิริเวช, 2552)

โปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมนี้ ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นภายใต้การวิเคราะห์ปัญหาและการทบทวนตำรา เอกสารงานวิจัยพบว่า อัตราการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังมีแนวโน้มสูงขึ้น ความไม่ร่วมมือในการรับประทานยา การรักษาไม่ต่อเนื่อง การใช้สุรา สารเสพติด และผู้ป่วยมีอาการด้านลบ ส่งผลต่อการดำรงชีวิตประจำวันจากการวิเคราะห์หาสาเหตุดังกล่าว ได้นำไปออกแบบพัฒนาต่อยอดโปรแกรมให้ทันสมัย ผู้วิจัยได้ปรับ โปรแกรมฯ เดิม และเพิ่มเนื้อหาความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาทางจิตเวช เนื้อหาทักษะการดำรงชีวิตในชุมชน เรื่องการจ่ายตลาด และการฝึกทักษะในสถานการณ์จริง ซึ่งต่างจากโปรแกรมการ

ฝึกทักษะทางสังคมของนักวิจัยท่านอื่นๆที่ผ่านมาที่เน้นฝึกเฉพาะทักษะด้านการสื่อสาร ส่วนโปรแกรมนี้ครอบคลุมถึง ทักษะการสื่อสาร ทักษะการกล้าแสดงออกอย่างเหมาะสม ทักษะการดำรงชีวิตในชุมชน และความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาทางจิตเวช เพื่อแก้ไขปัญหาที่พบจากหน้างานในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท
2. เพื่อพัฒนาและทดสอบผลของโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมต่อพฤติกรรมด้านสังคมและการสื่อสาร การมีอาการด้านลบ ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ก่อน หลัง และติดตามผล 2 เดือน
3. เพื่อติดตามการกลับมารักษาซ้ำเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาล หลังจากจำหน่าย 3 เดือน

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้ใช้การวิจัยและพัฒนา (research and development) ตามแนวคิดการฝึกทักษะทางสังคม หลักการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมซึ่งยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และแนวคิดของทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยและพัฒนา แบ่งออกเป็น 7 ขั้นตอน (รุจโรจน์ แก้วอุไร, 2549; ศราวุธ วัชวุฒิ, 2562) ดังต่อไปนี้

1) การสำรวจปัญหา สังเคราะห์สภาพปัญหาและความต้องการ ในการสำรวจปัญหา สังเคราะห์สภาพปัญหาและความต้องการ ผู้วิจัยได้ทบทวนองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งการวิเคราะห์

ข้อมูลจากเวชระเบียนโดยการคำนวณด้วยมือ ปีงบประมาณ 2561 - 2563 เกี่ยวกับการเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง อีกทั้งได้ศึกษาสถิติโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ปีงบประมาณ 2561 - 2563 ในประเด็นอัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 90 วัน ซึ่งพบว่ามีแนวโน้มสูงขึ้น และมีการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการกำเริบซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง พบว่าการไม่รับประทานยาต้านอาการทางจิตอย่างต่อเนื่อง โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอาการกำเริบซ้ำภายใน 1 ปี มากกว่าผู้ป่วยที่รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง 12.5 เท่า (กนกรัตน์ ชัยนุ, กิตติยา ทองสุข, และมิ่งขวัญ ภูหงษ์ทอง, 2562) จากโปรแกรมเดิมที่ผู้วิจัยเคยพัฒนายังมีจุดอ่อน พบว่าขาดการฝึกทักษะในสถานการณ์จริง ไม่มีการให้ความรู้เรื่องการใช้ยาทางจิตเวช ขาดทักษะการดำรงชีวิตในชุมชน และการวิจัยที่ผ่านมาเป็นการวัดตัวแปรพฤติกรรมด้านสังคมและการสื่อสาร ประกอบกับองค์ความรู้จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การฝึกทักษะทางสังคมมีประโยชน์ทางคลินิกต่อผู้ป่วยจิตเภท คือลดอาการด้านลบ (Barzegar et al., 2016) อาการทางจิตลดลง และอัตราการกำเริบซ้ำ (จิรพันธ์ เอิบกมล, 2553) ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมเพื่อตอบสนองปัญหาที่พบจากการปฏิบัติงานคือ ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการด้านลบ ไม่ร่วมมือในการรับประทานยา และกลับมารักษาซ้ำบ่อย การวิจัยครั้งนี้เพิ่มตัวแปรทางคลินิกที่ต้องการวัดคือ อาการด้านลบ และการกลับมารักษาซ้ำ

2) การออกแบบพัฒนาโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม การพัฒนาโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมครั้งนี้ ยึดแนวคิดการฝึกทักษะทางสังคม

การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (PL) ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2544) และแนวคิดของทฤษฎี และเทคนิคการปรับพฤติกรรมของ B.F. Skinner (1953 อ้างในสมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2556)

แนวคิดการฝึกทักษะทางสังคม มาจาก หลักการพื้นฐานของการเรียนรู้ของมนุษย์ที่ได้จากการทดลองแล้วนำไปใช้จริงในชีวิตประจำวัน องค์ความรู้พื้นฐานที่เกี่ยวกับการฝึกทักษะทางสังคม ได้แก่การเรียนรู้แบบมีเงื่อนไข การวิเคราะห์ พฤติกรรม ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม จิตวิทยา สังคม การรับรู้ทางสังคม (Kopelowicz et al., 2006 อ้างใน จิรพันธ์ เอิบกมล, 2553) และทฤษฎีพุทธิปัญญา (Lieberman, Kopelowicz, & Silverstein, 2005) เป็นวิธีการที่เป็นระบบในการสอนทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่มีประสิทธิภาพต่อการทำหน้าที่ และอาการทางลบดีขึ้นในผู้ป่วยจิตเภท (Brown, Mueser, & Pratt, 2020)

การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (PL) ประกอบด้วย การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ และการเรียนรู้ด้วย กระบวนการกลุ่ม เป็นรูปแบบการเรียนการสอนที่มีประสิทธิภาพในการพัฒนาผู้เรียนทั้งด้านความรู้ ทักษะ และทักษะได้ดีที่สุด (Kolb, 1984 อ้างถึงใน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2544)

แนวคิดของทฤษฎีและเทคนิคการปรับ พฤติกรรมของ B.F. Skinner (1953 อ้างในสมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2556) การวางเงื่อนไขแบบการกระทำ (Operant conditioning) เชื่อว่าพฤติกรรมของบุคคล เป็นผลพวงเนื่องมาจากการ ปฏิสัมพันธ์กับ สภาพแวดล้อม พฤติกรรมที่เกิดขึ้นของบุคคลจะ แปรเปลี่ยนไปเนื่องมาจากผลกรรม ผลกรรมที่เป็น

ตัวเสริมแรง (Reinforcer) ที่ทำให้พฤติกรรมที่ บุคคลกระทำอยู่นั้นมีอัตราการกระทำเพิ่มมากขึ้น ร่วมกับแนวคิดการจัดการเงื่อนไข ผลกรรม (Contingency Management) ของ Skinner (1953 อ้างใน สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2556) เชื่อว่าพฤติกรรมของ บุคคลจะเพิ่มขึ้นหรือลดลงเป็นผลเนื่องมาจากผล กรรมของพฤติกรรมนั้น ถ้าพฤติกรรมใดได้รับผล กรรมที่เป็นตัวเสริมแรงทางบวก พฤติกรรมนั้นก็จะ มีแนวโน้มที่จะเกิดขึ้นอีกในอนาคต การวิจัยนี้ ผู้วิจัยเลือกการเสริมแรงทางบวกเป็นเบี่ยงรรณกร ซึ่งจะมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ถ้าสามารถนำไป แลกตัวเสริมแรงอื่น ๆ ได้มากกว่า 1 ตัวขึ้นไป ดังนั้น ผู้วิจัยให้แลกเบี่ยงรรณกรเป็นเงิน และขนมได้

การออกแบบโปรแกรมการฝึกทักษะทาง สังคมในช่วงแรกนี้ ประกอบด้วย การฝึกทักษะ 4 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 1 ชั่วโมง 30 นาที การให้ความรู้ 1 ครั้ง ใช้เวลา 1 ชั่วโมงและการฝึกทักษะใน 4 สถานการณ์จริง ใช้เวลาประมาณกิจกรรมละ 45 นาที - 1 ชั่วโมง แต่ กิจกรรมการฝึกทักษะ และกิจกรรมการให้ความรู้ ยังไม่ได้รับข้อเรื่อง อีกทั้งวัตถุประสงค์ และการ ประเมินผลของกิจกรรมแต่ละครั้งไม่ได้รับเป็น เชิงพฤติกรรม กิจกรรมการให้ความรู้การใช้ยาทาง จิตเวช ในเนื้อหาผลข้างเคียงของยา และการสังเกต อาการเตือน ไม่ได้รับวิธีแก้ไข สื่อการสอนการฝึก ทักษะการจำลองตลาด เป็นแผ่นภาพสินค้าประเภท ต่าง ๆ ไม่ได้รับราคาลงในแผ่นภาพ ผู้วิจัยได้ คำนึงถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม จึงมีการฝึก พฤติกรรมโดยใช้วิธีดีโอ การสาธิตทักษะทางสังคม การแสดงบทบาทสมมติ การฝึกพฤติกรรมซ้ำ ๆ การให้ข้อเสนอแนะเชิงบวกเพื่อการปรับแก้ไขให้

เกิดการเรียนรู้ทักษะ (Lieberman et al., 2005; Malone Cole, 2012; Sadock et al., 2015; Brown et al., 2020)

3) ทดสอบคุณภาพโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม โปรแกรมการฝึกทักษะการดำรงชีวิตในชุมชน เรื่องการจ่ายตลาด และการฝึกทักษะใน 4 สถานการณ์จริง ผู้วิจัยได้สร้างแผนการจัดกิจกรรมด้านทักษะ และให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา และปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ จนกระทั่งไม่มีข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ดังเช่นสื่อประกอบการสอนการแสดงตัวอย่างธนบัตรต่าง ๆ และเหรียญกษาปณ์บนแผ่นป้าย และใบงานมีการกำหนดมูลค่าของเงินที่ต้องจ่ายตลาด เพื่อใช้จ่ายเงินอย่างคุ้มค่า โปรแกรมการให้ความรู้เรื่องการใช้จ่ายทางจิตเวช ผู้วิจัยได้สร้างแผนการจัดกิจกรรมด้านความรู้และให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้ตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา และปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ จนกระทั่งไม่มีข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ดังเช่นใบความรู้ที่ 1 หัวข้อชนิดของยาจิตเวช หากผู้ป่วยมีอาการกำเริบซ้ำครั้งที่สอง แพทย์จะให้ยาต่อเนื่องอย่างน้อย 3 - 5 ปี เปลี่ยนเป็น หากผู้ป่วยมีอาการกำเริบซ้ำครั้งที่สอง แพทย์จะให้ยาต่อเนื่องอย่างน้อย 3 - 5 ปี ขึ้นกับอาการ หรือตลอดชีวิต

หลังจากนั้นนำโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมทั้งหมด ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ซึ่งเป็นผู้มีความรู้ความเชี่ยวชาญ ประสบการณ์ ด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช โปรแกรมทักษะทางสังคม การประเมินผลโปรแกรมทักษะทางสังคมของผู้ป่วยในชุมชน และด้านเพศภาวะและสุขภาพจิต ตรวจสอบเนื้อหาโปรแกรม ด้านความ

ครอบคลุม ถูกต้องเหมาะสม และประเมินค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างเนื้อหา ความรู้ และทักษะของโปรแกรม แต่ละหัวข้อและวัตถุประสงค์ (Item objective congruence index: IOC) ได้ค่า IOC = 0.0 - 1.00 และได้ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะดังนี้ 1) วัตถุประสงค์ของกิจกรรมครั้งที่ 1 - 6 ได้ปรับเป็นวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม 2) วิธีการประเมินผลได้ปรับให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ และ 3) กิจกรรมการเรียนรู้ ได้ปรับให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ เป็นต้น

4) ปรับปรุงโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมครั้งที่ 1 และการทดลองกับกลุ่มเป้าหมายขนาดเล็ก นำข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุงแก้ไขเนื้อหาของโปรแกรมครั้งที่ 1 (ฉบับร่าง) หลังจากนั้นนำโปรแกรมที่ปรับปรุงไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทำการตรวจสอบเนื้อหาโปรแกรมด้านความครอบคลุม ถูกต้องเหมาะสม และประเมินค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างเนื้อหา ความรู้ และทักษะของโปรแกรม แต่ละหัวข้อและวัตถุประสงค์ (Item objective congruence index: IOC) ได้ค่าคะแนน IOC = 1.00

ในขณะเดียวกันทดลองโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม เฉพาะในผู้ป่วยจิตเภทหญิงจำนวน 5 คน ที่หอผู้ป่วยเรื้อรังบำบัดจิตเวชในหญิงเฟื่องฟ้า รวบรวมปัญหาที่พบจากการทดลองโปรแกรมต้นแบบ และปรับปรุงแก้ไขโปรแกรมให้ได้คุณภาพ ดังเช่น กิจกรรมครั้งที่ 1 - 3 ได้เพิ่มชื่อเรื่องดังนี้ ครั้งที่ 1 เรื่อง การสื่อสารที่เหมาะสม ครั้งที่ 2 เรื่อง การพูดการฟัง ที่เหมาะสม ครั้งที่ 3 เรื่องการจ่ายตลาด เป็นต้น

5) ปรับปรุงโปรแกรมการฝึกทักษะทาง

สังคมครั้งที่ 2 และการทดลองกับกลุ่มเป้าหมายขนาดใหญ่ (กลุ่มนาร์อง) หลังจากปรับปรุงแก้ไขเนื้อหาของโปรแกรมครั้งที่ 2 (ฉบับร่าง) นำโปรแกรมที่ปรับปรุงไปทดลองโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมกับผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังทั้งชายและหญิงจำนวน 8 คน รวบรวมปัญหาที่พบจากการทดลองโปรแกรม และปรับปรุงแก้ไขโปรแกรม จนมีความมั่นใจในด้านคุณภาพของโปรแกรม ดังเช่นกิจกรรมครั้งที่ 3 ทักษะการดำรงชีวิตในชุมชน เรื่องการจ่ายตลาด สื่อการฝึกทักษะเป็นแผ่นภาพสินค้าประเภทต่าง ๆ เพื่อให้เกิดการรีนไหลในขณะฝึกทักษะการซื้อขายสินค้า ผู้วิจัยได้ระบุนราคลังในแผ่นภาพสินค้าประเภทนั้นๆเลย

6) การทดลองความพร้อมนำไปใช้ของโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม ประชากรเป็นผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลช่วงเดือนพฤษภาคม ถึง พฤศจิกายน 2564 ตามเกณฑ์ดังนี้ 1) อายุตั้งแต่ 20 - 59 ปี ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ผู้รักษาว่าเป็นโรคจิตเภทตาม ICD-10 รับการรักษาทางยาในระยะคงสภาพการรักษา ยินดีเข้าร่วมการศึกษา และมีระยะเวลาการเจ็บป่วยทางจิต 2 ปีขึ้นไป 2) ผลการประเมินความเสี่ยงทางคลินิก (SAVE) ในหัวข้อประเมินพฤติกรรมรุนแรง (V: Violence) อยู่ในระดับต่ำ - ระดับปานกลาง และประเมิน BPRS มีค่าคะแนน ≤ 36 3) ผลการประเมินคะแนนอาการทางลบ (NSS) มีระดับคะแนนตั้งแต่ 3 - 13 คะแนน 4) มีคะแนนเฉลี่ยทักษะด้านสังคมและการสื่อสาร (LSA-30) ตั้งแต่ระดับ 2 (0.51 - 1.50) ถึงระดับ 4 (2.51 - 3.5) และ 5) ไม่มีปัญหาการได้ยินและไม่มีควมบกพร่องทาง

สติปัญญา เกณฑ์ในการคัดออกคือ มีอาการกำเริบไม่รับรู้เกี่ยวกับเวลา สถานที่ และบุคคล หรือมีโรคแทรกซ้อนทางกายรุนแรงจนไม่สามารถเข้ากลุ่มได้ หรือมีประวัติเป็นโรคทางสมอง

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยในของหอผู้ป่วยเรื้อรังบำบัดหญิง หอผู้ป่วยเรื้อรังบำบัดชายชงโคและฝ้ายคำ ในช่วงเดือนพฤษภาคม ถึง เดือนมิถุนายน 2564 จำนวน 24 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ๆ ละ 12 คน คือกลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม 6 ครั้ง /สัปดาห์ มีการเสริมแรงทางบวก โดยให้เบี้ยอรรถกร เป็นเหรียญมีมูลค่าเป็นเงิน 5 บาท รวม 15 บาท มีการฝึกทักษะโดยแสดงบทบาทสมมติ กระตุ้นให้เพื่อนสมาชิกได้ร่วมแสดงความคิดเห็น และให้ข้อเสนอแนะหลังการฝึกทักษะทุกครั้ง มีการชม และให้กำลังใจ ผู้นำกลุ่มได้ให้ข้อเสนอแนะย้อนกลับเพื่อการปรับปรุงพฤติกรรมฝึกให้ดีขึ้น พร้อมกล่าวคำชมเชย และปรบมือให้กำลังใจ ขณะกลุ่มทดลองอยู่ในหอผู้ป่วย มีทีมวิจัยกระตุ้นและทบทวนพฤติกรรมที่ได้รับการฝึกทักษะร่วมด้วย ส่วนการฝึกใน 4 สถานการณ์จริง คือ การจัดยา รับประทาน การสื่อสารกับพระภิกษุสงฆ์ และการฝึกทำความรู้จักเพื่อนใหม่ ฝึกที่ห้องกิจกรรมกลุ่ม ส่วนการจ่ายตลาด ฝึกที่ร้านค้าสวัสดิการของทางโรงพยาบาล ก่อนฝึกใน 4 สถานการณ์จริง ผู้วิจัยได้คำนึงถึงสภาวะจิตใจของกลุ่มทดลอง จึงประเมินความพร้อมด้านจิตใจ ความไม่สบายใจ และการนับถือทางศาสนาที่จะส่งผลต่อการฝึกทักษะ พบว่ากลุ่มทดลองทุกคนมีความพร้อม ไม่พบปัญหาใด ๆ

มีความสนใจ กระตือรือร้นต่อการฝึกทักษะ และร่วมมือเป็นอย่างดี โดยเฉพาะการสื่อสารกับพระภิกษุกลุ่มทดลองส่วนใหญ่สามารถสื่อสาร มีสัมมาคารวะ และวางตัวได้ดี สามารถสื่อสารนอกเหนือจากใบงานที่มอบหมายให้ได้

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม n4Studies โดยกำหนดค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มทดลองเท่ากับ 35.47 และ 12.97 ตามลำดับ กลุ่มควบคุมเท่ากับ 51.13 และ 11.04 ตามลำดับ อ้างอิงจากการศึกษาประสิทธิผลของการฝึกทักษะทางสังคมต่อการลดอาการทางลบของผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง (Barzegar et al., 2016) ส่วนการวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดค่า $\alpha = 0.05$ $\beta = 0.20$ หอผู้ป่วยเรื้อรังบำบัดชายมีจำนวน 2 หอ ส่วนหอผู้ป่วยเรื้อรังบำบัดหญิงมีจำนวน 1 หอ จากการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรมดังกล่าวได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 10 คนต่อกลุ่ม หรือจำนวนขนาดตัวอย่างทั้งหมด 20 คน เก็บข้อมูลจริงมากกว่ากำหนดอย่างน้อยร้อยละ 20 เพื่อชดเชยการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง(จรนิต แก้วกั้วาล, และประตาสิงหิวนนท์, 2561) รวมทั้งสิ้น 24 คน กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 12 คน ประกอบด้วยผู้ป่วยชายและหญิง จากการสุ่มอย่างง่าย จากหอผู้ป่วยเรื้อรังบำบัดชายและหอผู้ป่วยเรื้อรังบำบัดหญิง

ขั้นตอนการวิจัย

1. ขั้นตอนเตรียมการทดลอง กลุ่มตัวอย่างและญาติที่เป็นกลุ่มควบคุม หลังครบระยะติดตาม 3 เดือนได้เชิญผู้ป่วยมาฝึกทักษะฯ และให้ความรู้แก่ญาติพร้อมเอกสารความรู้ เพื่อช่วยกระตุ้นและฟื้นฟู

สมรรถภาพผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้าน หากผู้ป่วยรายใดแพทย์ส่งกลับรับยาใกล้บ้าน ผู้วิจัยมีการติดต่อทางโทรศัพท์หรือทางไลน์ เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังชาย ผู้วิจัยจะเลือกหอผู้ป่วยเรื้อรังบำบัดจิตเวชในชายชงโคและฝ้ายคำ หลังจากนั้นสุ่มหอผู้ป่วยทั้งสองเป็นกลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม ส่วนหอผู้ป่วยเรื้อรังบำบัดจิตเวชในหญิงเฟื่องฟ้ามีเพียงหนึ่งหอผู้ป่วย เพื่อป้องกันการปนเปื้อนหลังสุ่มตัวอย่างแบบง่าย ผู้วิจัยจะแจ้งผู้ป่วยหญิงกลุ่มทดลองให้เก็บเป็นความลับในช่วงทดลอง ผู้วิจัยได้อธิบายให้ข้อมูลกับอาสาสมัครตามเอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้ที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัยได้ลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย และญาติลงนามด้วย หลังจากนั้นทีมผู้วิจัยสัมภาษณ์อาสาสมัครกลุ่มทดลองเป็นรายบุคคล เพื่อสำรวจแรงจูงใจที่ต้องการ และบันทึกลงในแบบประเมินพฤติกรรมผู้ป่วยและเกณฑ์การให้การเสริมแรง พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ของการฝึกทักษะฯ และการให้รางวัลหากมีพฤติกรรมพึงประสงค์ การเตรียมการฝึกแต่ละกิจกรรม ผู้วิจัยได้คำนึงถึงเชื้อชาติ ศาสนา ของอาสาสมัคร รวมทั้งระยะเวลาที่ใช้คือ 5 วัน การให้ความรู้ และการฝึกทักษะ ดำเนินกิจกรรมในภาคเช้า ส่วนการฝึกทักษะในสถานการณ์จริง ดำเนินกิจกรรมในภาคบ่าย ก่อนการฝึกทักษะในสถานการณ์จริง มีการฝึกชกซ้อมเสมือนจริงตามใบประเมินผล และสร้างบรรยากาศให้เกิดการผ่อนคลายทั้งการฝึกทักษะในช่วงชกซ้อม และการฝึกทักษะในสถานการณ์จริง

2. ขั้นตอนทดลอง กลุ่มทดลองจัดให้เข้าโปรแกรม

ฝึกทักษะทางสังคม ส่วนกลุ่มควบคุมจัดให้เข้ากลุ่มบำบัดอื่น ๆ ตามปกติ ในกลุ่มทดลองผู้วิจัยที่เป็นผู้นำกลุ่มกิจกรรมบำบัดจะทราบถึงจุดบกพร่องของกลุ่มทดลองในแต่ละคนจากผลการประเมินฯ หลังการฝึกในแต่ละกิจกรรมขณะผู้วิจัยประจำหอผู้ป่วยจะกระตุ้นพฤติกรรมที่พึงประสงค์ และติดตามประเมินผลการฝึกในแต่ละกิจกรรม เพื่อนำผลการประเมินแจ้งให้ผู้ป่วยกลุ่มทดลองทราบก่อนเริ่มฝึกทักษะในกิจกรรมครั้งต่อไป ผู้วิจัยประกาศผู้ผ่านการประเมินพฤติกรรมที่พึงประสงค์ครั้งก่อนหน้า และให้รางวัลเป็นเหรียญมูลค่าแทนเงิน 5 บาท รวมการฝึกกิจกรรมครั้งที่ 1 ถึงการฝึกกิจกรรมครั้งที่ 3 มูลค่า 15 บาท ส่วนกิจกรรมครั้งที่ 4 หลังการทบทวนการฝึกทักษะฯ ให้รางวัลแรงจูงใจที่ปรารถนา และเมื่อญาติมารับอาสาสมัครกลุ่มทดลองกลับบ้าน ผู้วิจัยสอนญาติในทักษะทางสังคมและความรู้เรื่องการใช้จ่ายทางจิตเวช เพื่อให้ญาตินำความรู้ไปกระตุ้นพฤติกรรมผู้ป่วยซ้ำ ๆ ขณะอยู่ที่บ้าน อีกทั้งเตรียมเอกสารใบความรู้เรื่องการใช้ยาทางจิตเวช และทักษะทางสังคมให้แก่ญาติ

3. ขั้นตอนประเมินผล ประเมินทักษะทางสังคมในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้น โดยผู้เก็บข้อมูลวิจัยหอผู้ป่วยละ 1 คน จาก 3 หอผู้ป่วย (ไม่อยู่ในขณะผู้วิจัย) ได้รับการฝึกใช้แบบประเมิน LSA-30 และ NSS ผู้เก็บข้อมูลไม่ทราบว่าผู้ป่วยอยู่ในกลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม และในระยะติดตามผล 2 เดือน ประเมินโดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วย และญาติที่ดูแลผู้ป่วยไม่ต่ำกว่า 2 สัปดาห์ ทางโทรศัพท์ หลังจำหน่ายติดตามการกลับมารักษาซ้ำทุกเดือน รวม 3 เดือน

ทางข้อมูลออนไลน์ของโรงพยาบาล หากพบว่าผู้ป่วยรายใดกลับเข้ารับรักษาซ้ำ ผู้วิจัยติดต่อญาติทางไลน์หรือโทรศัพท์ เพื่อซักถามถึงสาเหตุ และปัญหาที่พบขณะอยู่บ้าน

7. การเผยแพร่โปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม หลังจากปรับปรุงแก้ไขโปรแกรมฯ ฉบับสมบูรณ์ เผยแพร่โปรแกรมฯ แก่ทีมการพยาบาลหอผู้ป่วยหญิงเฟื่องฟ้า วางแผนการนำโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมขยายผลสู่หน่วยงานอื่น ๆ ในองค์กรต่อไป และเผยแพร่ผลงานวิจัยลงในวารสาร

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในคน ด้านสุขภาพจิตและจิตเวช กรมสุขภาพจิต รับการรับรองเมื่อวันที่ 20 พฤษภาคม 2564 เลขที่หนังสือรับรอง DMH.IRB.CO.A 008/2564 หลังจากได้รับการรับรองผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการวิจัย ทั้งนี้ผู้ป่วยโรคจิตเภทสามารถตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ได้อย่างอิสระโดยไม่มีผลกระทบต่อการรับบริการรักษาพยาบาลแต่อย่างใด และได้รับคำชี้แจงอย่างละเอียดก่อนตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย ตลอดจนการเซ็นใบยินยอมและญาติร่วมเซ็นใบยินยอมด้วย อาสาสมัครสามารถขอถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาเข้าร่วมโครงการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกลุ่มตัวอย่าง

1.1 แบบประเมินความเสี่ยงทางคลินิก (SAVE) ในหัวข้อแบบประเมินพฤติกรรมรุนแรง (V: Violence) คัดเลือกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับต่ำ - ระดับปานกลาง (0 - 4 คะแนน = ระดับ

ต่ำ 5 - 8 คะแนน = ระดับปานกลาง 9 - 12 คะแนน = ระดับสูง) และแบบประเมิน BPRS มีจำนวน 18 ข้อ (1 = ไม่มีอาการ 2 = มีเล็กน้อยเป็นบางครั้ง 3 = มีอาการเล็กน้อย 4 = อาการปานกลาง 5 = อาการค่อนข้างรุนแรง 6 = อาการรุนแรง 7 = อาการรุนแรงมาก) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีค่าคะแนน ≤ 36

1.2 แบบวัดอาการทางลบ (NSS)

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างมีระดับคะแนนตั้งแต่ 3 - 13 คะแนน มีทั้งหมด 13 ข้อ มี 2 ตอน ตอนที่ 1 เป็นอาการทางลบที่ประเมินโดยการสังเกต (ข้อ 1 - 6) และตอนที่ 2 เป็นอาการทางลบที่ประเมินโดยการสัมภาษณ์ (ข้อ 7 - 13) มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ไม่มี (0 คะแนน) หมายถึง ไม่ปรากฏลักษณะอาการตามข้อความดังกล่าว

มี (1 คะแนน) หมายถึง ปรากฏลักษณะอาการตามข้อความดังกล่าว

1.3 แบบประเมินทักษะการดำรงชีวิตการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชในชุมชน

(Living Skills Assessment: LSA-30) เฉพาะทักษะด้านสังคมและการสื่อสาร ประกอบด้วยส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 การประเมินทักษะด้านสังคมและการสื่อสาร มี 5 ข้อ คะแนนรวมตั้งแต่ 0 - 20 คะแนน มีค่าคะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ระดับ 2 (0.51 - 1.50) ถึงระดับ 4 (2.51 - 3.5)

1.4 แบบประเมินพฤติกรรม

ผู้ป่วยและเกณฑ์การให้การเสริมแรงในการฝึกทักษะทางสังคม และสำรวจแรงจูงใจที่ปรารถนา หลังจากคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างได้แล้ว ผู้วิจัยประเมินพฤติกรรมของกลุ่มทดลองก่อนการฝึกทักษะกิจกรรมครั้งที่ 1 - 3 ทักษะใดที่บกพร่องบ้าง “ผ่าน”

หรือ “ไม่ผ่าน” หลังการฝึกทักษะกิจกรรมครั้งที่ 1 - 3 ประกาศให้กลุ่มทดลองทราบ

2. เครื่องมือในการทดลอง

2.1 โปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมประกอบด้วย กิจกรรม 6 ครั้ง คือ กิจกรรม

ครั้งที่ 1 เรื่องการสื่อสารที่เหมาะสม มี 5 ทักษะ ประกอบด้วย การทักทาย การพูดคุยโต้ตอบได้อย่างเหมาะสม (การพูดคุยกับผู้ใหญ่และพระภิกษุสงฆ์) การสบตาขณะพูดคุย การปฏิเสธด้วยคำพูดและท่าทาง และการกล่าวขอบคุณ ขอโทษ กิจกรรมครั้งที่ 2 เรื่องการพูด การฟัง ที่เหมาะสม มี 6 ทักษะ ประกอบด้วย การใช้ระดับเสียงเหมาะสมในการพูดคุย การใช้สรรพนามอย่างเหมาะสม การใช้คำพูดสุภาพ การรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น การรับฟังเรื่องราวผู้อื่นพูดได้อย่างต่อเนื่อง และการถามเรื่องที่สนใจหรือสงสัย กิจกรรมครั้งที่ 3 เรื่องการจ่ายตลาด มี 3 ทักษะ ประกอบด้วย การรู้จักใช้ธนบัตรและเหรียญ การจ่ายเงินและรับเงินทอนได้ถูกต้อง และการต่อรองราคา กิจกรรมครั้งที่ 4 ทบทวนกิจกรรมครั้งที่ 1 - 3 รวม 14 ทักษะ กิจกรรมครั้งที่ 5 การฝึกทักษะทางสังคมใน 4 สถานการณ์จริง คือ การจัดยารับประทาน การสื่อสารกับพระภิกษุสงฆ์ การซื้อสินค้าที่ร้านค้าสวัสดิการของโรงพยาบาล และการฝึกทำความรู้จักเพื่อนใหม่ และกิจกรรมครั้งที่ 6 การให้ความรู้เรื่องการใช้จ่ายทางจิตเวช โดยมีอุปกรณ์ประกอบ ได้แก่ วิดีทัศน์ เรื่องการสื่อสารที่เหมาะสม บัตรคำ แถบเสียง วงล้อชีวิต เหรียญกษาปณ์และธนบัตรทั้งของจริงและแผ่นภาพ แผ่นภาพสินค้าบริโภค อุปโภค เหรียญกษาปณ์และธนบัตรคล้ายของจริง

2.2 แบบประเมินทักษะการดำรงชีวิตการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชในชุมชน (Living Skills Assessment: LSA-30) ของเกียรติกุมิ วงศ์จิต, พิทักษ์พล บุญมาลิก, สุพัฒนา สุขสว่าง, และศิริลักษณ์ สว่างวงศ์สิน (2550) มีทักษะทั้งหมด 6 ด้าน ตัวแปรหนึ่งที่ผู้วิจัยศึกษาคือ พฤติกรรมด้านสังคมและการสื่อสาร จึงเลือกเฉพาะทักษะด้านสังคมและการสื่อสาร มีคะแนนรวมตั้งแต่ 0 - 20 คะแนน แบบวัดนี้ให้คะแนนเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ทำไม่ได้จนถึงทำได้เอง LSA-30 ทั้งชุดมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.96 และได้้นำ LSA-30 นี้เฉพาะรายด้านสังคมและการสื่อสาร มาทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นด้วยการหาสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.83 ปัจจุบันเครื่องมือนี้ได้ถูกนำมาใช้ในงานประจำแล้ว LSA-30 มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ทำไม่ได้ (0 คะแนน) หมายถึงขาดทักษะหรือไม่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ตามที่ระบุ

ทำได้แต่ไม่ทำ (1 คะแนน) หมายถึง สามารถทำได้แต่ไม่ทำแม้ว่าจะกระตุ้น (ช่วยเหลือ) ก็ไม่ทำ

ทำได้แต่ต้องกระตุ้นทุกครั้ง (2 คะแนน) หมายถึง สามารถทำได้เมื่อได้รับการกระตุ้นหรือช่วยเหลือทุกครั้งหรืออย่างมาก

ทำได้แต่ต้องกระตุ้นบางครั้ง (3 คะแนน) หมายถึง สามารถทำได้เมื่อได้รับการกระตุ้นหรือช่วยเหลือบางครั้งหรือเล็กน้อย

ทำได้เอง (4 คะแนน) หมายถึง

สามารถทำได้เอง โดยไม่ต้องกระตุ้น

เกณฑ์ค่าคะแนนทักษะด้านสังคมและการสื่อสาร

ระดับ 1 ค่าเฉลี่ย 0 - 0.50 คะแนน หมายถึง ขาดความสามารถในการทำกิจกรรมนั้น

ระดับ 2 ค่าเฉลี่ย 0.51 - 1.50 คะแนน หมายถึง สามารถทำได้แต่ไม่ได้ทำ

ระดับ 3 ค่าเฉลี่ย 1.51 - 2.50 คะแนน หมายถึง สามารถทำได้แต่ต้องช่วยเหลือทุกครั้ง

ระดับ 4 ค่าเฉลี่ย 2.51 - 3.50 คะแนน หมายถึง สามารถทำได้เมื่อช่วยเหลือบางครั้ง

ระดับ 5 ค่าเฉลี่ย 3.51 - 4.00 คะแนน หมายถึง สามารถทำได้เอง

การแปลผลระดับทักษะด้านสังคมและการสื่อสาร

ระดับต่ำ ได้แก่ มีความสามารถในการระดับ 1 และระดับ 2

ระดับปานกลาง ได้แก่ มีความสามารถในการระดับ 3 และระดับ 4

ระดับสูง ได้แก่ มีความสามารถในการระดับ 5

2.3 แบบวัดอาการทางลบ (Negative Syndrome scale: NSS) ของหงส์ บันทึงสุข (2545) พัฒนาจากแบบประเมินอาการทางลบตามโครงสร้างเนื้อหาของ Positive and Negative Syndrome Scale ฉบับภาษาไทย (PANSS-T) ที่รณานิรัช โกวิทย์, นิพัทธ์ กาญจนธนาเลิศ, มานิตย์ ศรีสุรภานนท์, สเปญ อุ๋นอองค์, และพิเชฐ อุดมรัตน์ (2550) แปลและสร้างขึ้นตามแนวคิดของ Kay, Fiszbein, & Opler ประกอบด้วยการประเมิน

ลักษณะอาการทางลบ 7 อาการ ข้อคำถามทั้งหมด 13 ข้อ ค่าคะแนนที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 0 - 13 คะแนน แปลผลค่าคะแนนโดย ค่าคะแนนสูง หมายถึง มีอาการทางลบมาก ค่าคะแนนต่ำหมายถึง มีอาการทางลบน้อย แบ่งระดับเป็น 3 ระดับคือ 10 - 13 คะแนน ถือว่าเป็นผู้มีอาการทางลบมาก คะแนน 5 - 9 ถือว่าเป็นผู้มีอาการทางลบปานกลาง และ คะแนน 0 - 4 คะแนน ถือว่าเป็นผู้มีอาการทางลบน้อย มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.84 และได้นำ NSS นี้ มาทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นด้วยการหาสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.86

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป และข้อมูลการกลับมารักษาซ้ำ ด้วยการแจกแจงความถี่ และร้อยละ ผู้วิจัยได้แบ่งการวิเคราะห์เพื่อตอบคำถามวิจัยออกเป็น 3 ประเด็น ดังนี้

1. การพัฒนาโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง และตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรมด้านความเที่ยงตรงตามเนื้อหา และศึกษาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างเนื้อหาความรู้และทักษะของโปรแกรมแต่ละหัวข้อ และวัตถุประสงค์ (IOC) โดยการบรรยาย

2. การวิเคราะห์เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง นำเสนอผลลัพธ์แบ่งเป็น 3 ส่วนหลัก ได้แก่

2.1 ผลลัพธ์ที่ได้จากการเปรียบเทียบคะแนนเมื่อมีการพิจารณาปรับค่าคะแนนด้วยตัวแปรร่วม ประกอบด้วย ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) และค่าส่วน

เบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ของแต่ละกลุ่มและค่า p -value ที่ได้จากสถิติ F-test ภายใต้การทดสอบด้วยวิธีการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA)

2.2 ผลลัพธ์ที่ได้จากการประมาณค่า (marginal) ของคะแนนที่ปรับค่าแล้วและการเปรียบเทียบค่าประมาณระหว่างสองกลุ่ม ประกอบด้วย ค่าประมาณของค่าเฉลี่ยหลังปรับค่าแล้ว ($\bar{X}_{adj}$) และ $\bar{X}_{adj}$ ของแต่ละกลุ่ม รวมถึงการแสดงผลการเปรียบเทียบค่าประมาณระหว่างสองกลุ่มดังกล่าวด้วยค่า p -value และค่า 95% CI of $\bar{X}_{adj}(\text{diff})$

2.3 ผลลัพธ์ที่ได้จากการประเมินขนาดผลกระทบ (effect size) ประกอบด้วย ขนาดผลกระทบในส่วนย่อย (partial) ได้แก่ ค่า η^2_{partial} (95%CI) และค่า $\omega^2_{\text{partial}}$ (95%CI)

3. การวิเคราะห์เพื่อประเมินการคงอยู่ของผลกระทบที่เกิดขึ้น จากโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง นำเสนอผลลัพธ์แบ่งเป็น 2 ส่วนหลัก ได้แก่

3.1 ผลลัพธ์ที่ได้จากการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนค่าเฉลี่ยในแต่ละระดับของการวัดซ้ำในภาพรวม ประกอบด้วย ค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของแต่ละกลุ่ม จำแนกตามระดับของการวัดซ้ำ และค่าสถิติทดสอบ (F-test), p -value และขนาดผลกระทบ (effect size) ที่เกิดขึ้นจากการเปรียบเทียบ

3.2 ผลลัพธ์ที่ได้จากการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนค่าเฉลี่ยรายคู่ของระดับการวัดซ้ำในแต่ละกลุ่ม ประกอบด้วย ค่าเฉลี่ยของผลต่างรายคู่ ($\bar{X}_{\text{diff}}$) 95%CI of $\bar{X}_{\text{diff}}$ และ p -value ของ

แต่ละกลุ่ม

4. การกลับมารักษาซ้ำเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาล หลังจากจำหน่าย 3 เดือน วิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่ แสดงเป็นจำนวนและร้อยละ

ผลการวิจัย

1. ผลการพัฒนาโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

ผู้วิจัยขอนำเสนอเป็น 3 ส่วน ประกอบด้วย 1.1 การสำรวจปัญหา สังเคราะห์สภาพปัญหาและความต้องการ 1.2 การพัฒนาคุณภาพโปรแกรม และ 1.3 โปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมที่พัฒนาได้ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1.1 การสำรวจปัญหา สังเคราะห์สภาพปัญหาและความต้องการ

ผลการสำรวจปัญหา วิเคราะห์สภาพปัญหาและความต้องการ จากข้อมูลเวชระเบียนโดยการคำนวณด้วยมือ ปีงบประมาณ 2561 - 2563 เมื่อเดือนเมษายน 2564 พบว่ามีผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในถึงร้อยละ 50.08, 43.68 และ 44.68 ตามลำดับ ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังมีอาการด้านลบสูงถึงร้อยละ 60.00 ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการรักษา (Correll, & Schooler, 2020) การลดอาการด้านลบอาจส่งผลให้การมีส่วนร่วมในอาชีพ การใช้ชีวิตอิสระ กิจกรรมทางสังคม และสันติภาพที่ดีขึ้น การรักษาอาการด้านลบอย่างมีประสิทธิภาพในโรคจิตเภทจะมีผลอย่างมากต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว (Granholm, & Harvey, 2018) และจากสถิติโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ปีงบประมาณ 2561 - 2563 อัตราการ

กลับมารักษาซ้ำภายใน 90 วันของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง พบถึงร้อยละ 3.41, 3.89 และ 6.28 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นจากการวิเคราะห์หาสาเหตุพบว่า 1) ผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการรับประทานยา เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจ และขาดการตระหนักรู้ในการใช้ยาทางจิตเวช 2) การรักษาไม่ต่อเนื่อง เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถมารับยาด้วยตนเอง หรือขาดคนดูแล 3) ผู้ป่วยใช้สุรา/สารเสพติด เนื่องจากไม่สามารถควบคุมตนเองได้ อีกทั้งขาดทักษะการปฏิเสธ และถูกชักจูงได้ง่าย และ 4) ญาติไม่สามารถควบคุม ดูแลผู้ป่วยได้ ญาติบางรายที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง รู้สึกเบื่อหน่าย เป็นภาระจึงขาดแรงจูงใจในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งเศรษฐกิจงาน การกลับเป็นซ้ำเป็นปัญหาที่พบได้มากในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ โดยระยะเรื้อรังถือว่าเป็นระยะที่สำคัญที่ทำให้เกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคจิตเภท (สุดาพร สถิตยยุทธการ, 2559)

1.2 การพัฒนาคุณภาพโปรแกรม

การทดสอบคุณภาพโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม โดยผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา และปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ หลังจากนั้นตรวจสอบเนื้อหาโปรแกรมครั้งที่ 1 ด้านความครอบคลุม ถูกต้องเหมาะสม และประเมินค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างเนื้อหาความรู้ และทักษะของโปรแกรม แต่ละหัวข้อและวัตถุประสงค์ (Item objective congruence index: IOC) ได้ค่าคะแนน IOC = 0.0 - 1.00 ได้ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะดังนี้ 1) วัตถุประสงค์ของกิจกรรมครั้งที่ 1 - 6 ได้ปรับเป็นวัตถุประสงค์เชิง

พฤติกรรม 2) วิธีการประเมินผล ได้ปรับให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ 3) กิจกรรมการเรียนรู้ ได้ปรับให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ 4) ขั้นตอนการฝึกทักษะทางสังคมแต่ละขั้นตอน ได้ระบุให้เห็นความชัดเจนในการดำเนินการ 5) เนื้อหาของโปรแกรมความรู้เรื่องการใช้จ่ายทางจิตเวช เรื่องการสังเกตอาการเตือนมี 3 ระดับ ได้เพิ่มวิธีการแก้ไขในแต่ละระดับ และเพิ่มวิธีแก้ไขผลข้างเคียงของยาจิตเวช

เมื่อได้แก้ไขปรับปรุงตามข้อเสนอแนะครั้งที่ 1 จึงนำโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมไปทดลองกับผู้ป่วยจิตเภทหญิงจำนวน 5 คน รวบรวมปัญหาที่พบจากการทดลองโปรแกรมต้นแบบและปรับปรุงแก้ไขโปรแกรมให้ได้คุณภาพ ดังเช่นกิจกรรมครั้งที่ 1 - 3 ได้เพิ่มชื่อเรื่องดังนี้ ครั้งที่ 1 เรื่อง การสื่อสารที่เหมาะสม ครั้งที่ 2 เรื่อง การพูดการฟังที่เหมาะสม ครั้งที่ 3 เรื่องการจ่ายตลาด ส่วนกิจกรรมครั้งที่ 6 โปรแกรมความรู้เรื่องการใช้จ่ายทางจิตเวช ผู้วิจัยมีการสำเนาผลข้างเคียงของยาและวิธีการแก้ไขแจกให้กลุ่มตัวอย่างอ่านให้เพื่อนสมาชิกฟัง และเพิ่มข้อความในแผนการสอนช่องเนื้อหา/สื่อว่า “ใบความรู้ที่ 1 (บางหัวข้ออาจให้สมาชิกอ่านให้เพื่อนฟัง)” นำโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมฉบับร่าง ให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเนื้อหาโปรแกรมครั้งที่ 2 (IOC) ได้ค่าคะแนน IOC = 1.00 และทดลองโปรแกรมกับผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังทั้งชายและหญิงจำนวน 8 คน รวบรวมปัญหาที่พบจากการทดลองโปรแกรม และปรับปรุงแก้ไขโปรแกรม จนมีความมั่นใจในด้านคุณภาพของโปรแกรม ดังเช่น กิจกรรมครั้งที่ 3 ทักษะเรื่องการจ่ายตลาด สื่อการสอนเป็นแผ่นภาพสินค้าประเภท

ต่าง ๆ ได้ระบุราคาลงในแผ่นภาพสินค้าประเภทนั้นๆเลย เพื่อให้เกิดการรีนไหลในขณะฝึกทักษะการซื้อและขายสินค้า

1.3 โปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมที่พัฒนาได้

โปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมที่พัฒนานี้ ประกอบด้วย 2 ส่วน ส่วนที่ 1 ประกอบด้วย 1) การฝึกทักษะ (กิจกรรมครั้งที่ 1 - 4) และ 2) การให้ความรู้ (กิจกรรมครั้งที่ 6 เรื่องการใช้จ่ายทางจิตเวช) ส่วนที่ 2 การฝึกทักษะใน 4 สถานการณ์จริง (กิจกรรมครั้งที่ 5 มี 4 กิจกรรม) การฝึกทักษะ 4 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 1 ชั่วโมง 30 นาที การให้ความรู้ 1 ครั้ง ใช้เวลา 1 ชั่วโมง และการฝึกทักษะใน 4 สถานการณ์จริง ใช้เวลาประมาณครั้งละ 45 นาที - 1 ชั่วโมง ดังรายละเอียดของโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม ดังนี้

กิจกรรมครั้งที่ 1 เรื่อง การสื่อสารที่เหมาะสม มี 5 ทักษะ ประกอบด้วย การทักทาย การพูดคุยโต้ตอบได้อย่างเหมาะสม (การพูดคุยกับผู้ใหญ่และพระภิกษุสงฆ์) การสบตาขณะพูดคุย การปฏิเสธด้วยคำพูดและท่าทาง และการกล่าวขอบคุณ ขอโทษ

กิจกรรมครั้งที่ 2 เรื่อง การพูด การฟัง ที่เหมาะสม มี 6 ทักษะ ประกอบด้วย การใช้ระดับเสียงเหมาะสมในการพูดคุย การใช้สรรพนามอย่างเหมาะสม การใช้คำพูดสุภาพ การรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น การรับฟังเรื่องราวผู้อื่นพูดได้อย่างต่อเนื่อง และการถามเรื่องที่สนใจหรือสงสัย

กิจกรรมครั้งที่ 3 เรื่องการจ่ายตลาด มี 3 ทักษะ ประกอบด้วย การรู้จักใช้ธนบัตรและเหรียญ การจ่ายเงินและรับเงินทอนได้ถูกต้อง และการ

ต่อรองราคา

กิจกรรมครั้งที่ 4 ทบทวนการฝึกทักษะทางสังคมในกิจกรรมครั้งที่ 1 - 3 รวม 14 ทักษะ โดยให้ผู้ป่วยแต่ละคู่ หรือแต่ละกลุ่มได้แสดงบทบาทสมมติตามที่ได้รับมอบหมาย เพื่อนผู้ป่วยที่เหลือช่วยให้ข้อเสนอแนะ ตลอดจนผู้นำกลุ่มช่วยปรับแก้ไขในพฤติกรรมที่ถูกต้อง จนกระทั่งสมาชิกทุกคนมีความเห็นว่า “ผ่าน” พร้อมให้คำชมเชย จึงเริ่มคู่ต่อไปได้ฝึกจนครบ 14 ทักษะ และแบ่งกลุ่มมอบหมายให้ทำกิจกรรมตามใบกิจกรรม

กิจกรรมครั้งที่ 5 การฝึกทักษะใน 4 สถานการณ์จริง คือ การจัดยารับประทาน การสื่อสารกับพระภิกษุ สงฆ์ การจ่ายตลาด และการฝึกทำความรู้จักเพื่อนใหม่

กิจกรรมครั้งที่ 6 การให้ความรู้ เรื่องการใช้ยาทางจิตเวช

2. ผลการพัฒนาและทดสอบผลของโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมต่อพฤติกรรมด้านสังคมและการสื่อสาร การมีอากรด้านลบ ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ก่อน หลัง และติดตามผล 2 เดือน

กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ (ร้อยละ 83.33) เป็นเพศชาย โดยพบอายุ (ร้อยละ 41.66) อยู่ในช่วง 20 - 29 ปี ระยะเวลาการเจ็บป่วยทางจิตอยู่ในช่วง 2 - 5 ปี (ร้อยละ 58.34) อาชีพส่วนใหญ่ (ร้อยละ 41.66) เป็นเกษตรกรกรรม และเกือบทั้งหมดไม่มีโรคประจำตัวทางกาย (ร้อยละ 83.33)

กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ (ร้อยละ 83.33) เป็นเพศชาย โดยพบอายุ (ร้อยละ 41.66) อยู่ในช่วง 40 - 49 ปี ระยะเวลาการเจ็บป่วยทางจิตอยู่ในช่วง 6 - 10 ปี (ร้อยละ 41.66) ส่วนใหญ่ว่างงานไม่มีอาชีพ

(ร้อยละ 41.66) และเกือบทั้งหมดไม่มีโรคประจำตัวทางกาย (ร้อยละ 91.67)

2.1 การวิเคราะห์เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

- คะแนนค่าเฉลี่ยพฤติกรรมด้านสังคมและการสื่อสาร พบว่า คะแนนค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (14.58, 15.00 คะแนน) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $< .05$ ($F_{(1,21)} = 11.78, p\text{-value} = 0.003$) และเมื่อนำค่าประมาณของคะแนนค่าเฉลี่ยพฤติกรรมด้านสังคมและการสื่อสารหลังการทดลอง (marginal effect) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (18.58, 15.75 คะแนน) มาเปรียบเทียบกับ พบว่าค่าประมาณของคะแนนค่าเฉลี่ยพฤติกรรมด้านสังคมและการสื่อสารระหว่างสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $< .05$ ($\bar{X}_{\text{diff}} = 2.83, 95\% \text{CI of } \bar{X}_{\text{diff}} = 1.22 - 4.45, p\text{-value} = 0.001$) โดยมีขนาดผลกระทบส่วนย่อยของกลุ่ม เท่ากับ 36 % ($\eta^2_{\text{partial}} = 0.36, 95\% \text{CI} = 0.06 - 0.58$) ดังแสดงในตารางที่ 1

- คะแนนค่าเฉลี่ยอากรด้านลบ พบว่าคะแนนค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (4.83, 4.58 คะแนน) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $< .05$ ($F_{(1,21)} = 13.46, p\text{-value} = 0.002$) และเมื่อนำค่าประมาณของคะแนนค่าเฉลี่ยการลดอากรด้านลบหลังการทดลอง (marginal effect) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (1.33, 3.42 คะแนน) มาเปรียบเทียบกับ พบว่าค่าประมาณของคะแนนค่าเฉลี่ยการลด

อาการด้านลบระหว่างสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $< .05$ ($\bar{X}_{diff} = 2.08$, 95%CI of $\bar{X}_{diff} = 0.93 - 3.24$, $p\text{-value} < 0.001$) โดยมีขนาดผลกระทบส่วนย่อยของกลุ่มเท่ากับ 48% ($n^2_{partial} = 0.48$, 95%CI = 0.15 - 0.66) ดังแสดงในตารางที่ 1

2.2) การวิเคราะห์เพื่อประเมินการคงอยู่ของผลกระทบที่เกิดขึ้นจากโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

- คะแนนค่าเฉลี่ยพฤติกรรมด้านสังคมและการสื่อสาร โดยคะแนนค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมฯ รวมถึงการติดตามหลังสิ้นสุดโปรแกรม 2 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เมื่อเลือกวิธีการ Greenhouse-Geisser Correction เนื่องจากไม่ผ่านข้อตกลงเบื้องต้นเกี่ยวกับ Sphericity พบว่า คะแนนค่าเฉลี่ยพฤติกรรมด้านสังคมและการสื่อสารก่อนและหลังการทดลอง รวมถึงระยะติดตาม 2 เดือนหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลอง (14.58, 18.58, 19.42 คะแนน) และกลุ่มควบคุม (15.00, 15.75, 15.33 คะแนน) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $< .05$ อย่างน้อย 1 คู่ ($F_{(2,44)} = 15.42$, $p\text{-value} < 0.001$) โดยมีขนาดผลกระทบบางส่วนเป็นเวลา (partial n^2) เท่ากับ 0.412 ดังแสดงในตารางที่ 2 และเมื่อพิจารณาเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านสังคมและการสื่อสารรายคู่ในการวัดซ้ำ ด้วยวิธีการปรับค่าของ Bonferroni พบว่า ในกลุ่มควบคุม ค่าคะแนนเฉลี่ยทุกคู่ที่เป็นไปได้ (ครั้งที่ 1 กับครั้งที่ 2 ครั้งที่ 1 กับครั้งที่ 3 และครั้งที่ 2 กับครั้งที่ 3) ไม่แตกต่างกัน ขณะที่ในกลุ่มทดลอง

ค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่างครั้งที่ 1 กับครั้งที่ 2 และครั้งที่ 1 กับครั้งที่ 3 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $< .05$ ส่วนค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่างครั้งที่ 2 กับครั้งที่ 3 ไม่แตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 3

- คะแนนค่าเฉลี่ยอาการด้านลบ โดยคะแนนค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมฯ รวมถึงการติดตามหลังสิ้นสุดโปรแกรม 2 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เมื่อเลือกวิธีการ Greenhouse-Geisser Correction เนื่องจากไม่ผ่านข้อตกลงเบื้องต้นเกี่ยวกับ Sphericity พบว่า คะแนนค่าเฉลี่ยอาการด้านลบก่อนและหลังการทดลอง รวมถึงระยะติดตาม 2 เดือนหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลอง (4.83, 1.33, 0.92 คะแนน) และกลุ่มควบคุม (4.58, 3.42, 4.08 คะแนน) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $< .05$ อย่างน้อย 1 คู่ ($F_{(2,44)} = 27.82$, $p\text{-value} < 0.001$) โดยมีขนาดผลกระทบบางส่วนเป็นเวลา (partial n^2) เท่ากับ 0.558 ดังแสดงในตารางที่ 4 และเมื่อพิจารณาเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยอาการด้านลบรายคู่ในการวัดซ้ำ ด้วยวิธีการปรับค่าของ Bonferroni พบว่า ในกลุ่มควบคุม ค่าคะแนนเฉลี่ยทุกคู่ที่เป็นไปได้ (ครั้งที่ 1 กับครั้งที่ 2 ครั้งที่ 1 กับครั้งที่ 3 และครั้งที่ 2 กับครั้งที่ 3) ไม่แตกต่างกัน ขณะที่ในกลุ่มทดลอง ค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่างครั้งที่ 1 กับครั้งที่ 2 และครั้งที่ 1 กับครั้งที่ 3 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $< .05$ ส่วนค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่างครั้งที่ 2 กับครั้งที่ 3 ไม่แตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 5

3. ผลการกลับมารักษาซ้ำเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาล หลังจากจำหน่าย 3 เดือน พบว่า

กลุ่มทดลองร้อยละ 100.00 ไม่กลับมารักษาซ้ำ (2 คน) ในช่วงเดือนที่ 2 และเดือนที่ 3
แต่กลุ่มควบคุมกลับมารักษาซ้ำถึงร้อยละ 16.67

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ประสิทธิผลโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมต่อพฤติกรรมด้านสังคมและการสื่อสาร
และอาการด้านลบ

ตัวแปร	กลุ่ม	$\bar{X} \pm SD$ (ก่อน)	$\bar{X} \pm SD$ (หลัง)	ผลการเปรียบเทียบ		ค่าประมาณหลังปรับตัวแปรร่วม				
				ANCOVA		$\bar{X}_{adj}$	95%CI of X_{adj}	$\bar{X}_{adj(diff)}$	95%CI of $X_{adj(diff)}$	p-value
				F	p-value					
การฝึก ทักษะทาง สังคมต่อ พฤติกรรม ด้านสังคม และการ สื่อสาร	กลุ่ม	14.58±2.07	18.58±1.56	$F_{(1,21)} =$	0.003	18.58	17.37 -	2.83	1.22 -	0.001
	ทดลอง (n = 12)			11.78			19.79		4.45	
อาการ ด้านลบ	กลุ่ม	15.00±2.73	15.75±2.30			15.75	14.54 -			
	ควบคุม (n = 12)						16.96			
ขนาดผลกระทบในส่วนของ: $\eta^2_{partial} = 0.36$ และ (95%CI = 0.06 - 0.58), $\omega^2_{partial} = 0.32$										
การฝึก ทักษะทาง สังคมต่อ อาการ ด้านลบ	กลุ่ม	4.83±2.08	1.33±1.61	$F_{(1,21)} =$	0.002	1.27	0.54 -	2.08	0.93 -	< 0.001
	ทดลอง (n = 12)			13.46			2.01		3.24	
	กลุ่ม	4.58±1.31	3.42±1.24			3.47	2.74 -			
	ควบคุม (n = 12)						4.21			
ขนาดผลกระทบในส่วนของ: $\eta^2_{partial} = 0.48$ และ (95%CI = 0.15 - 0.66), $\omega^2_{partial} = 0.44$										

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนค่าเฉลี่ยพฤติกรรมด้านสังคมและการสื่อสารในระยะก่อน หลัง และติดตามผล 2 เดือน โดยวิธีการ Greenhouse-Geisser Correction

ตัวแปรวัดซ้ำ	กลุ่มควบคุม $\bar{X}$ (SD)	กลุ่มทดลอง $\bar{X}$ (SD)	Greenhouse-Geisser Correction		
			$F_{(df_{repeat}, df_{residual})}$	p -value	Effect size (partial η^2) (95%CI)
ครั้งที่ 1	15.00 (2.73)	14.58 (2.07)	$F_{(2,44)} = 15.42$	< 0.001	0.412 (0.17 - 0.56)
ครั้งที่ 2	15.75 (2.30)	18.58 (1.56)			
ครั้งที่ 3	15.33 (1.92)	19.42 (0.90)			

หมายเหตุ ครั้งที่ 1 = ก่อน ครั้งที่ 2 = หลัง และครั้งที่ 3 = ติดตาม 2 เดือน

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมด้านสังคมและการสื่อสารรายคู่ในการวัดซ้ำด้วยวิธีการปรับค่าของ Bonferroni

คู่ทดสอบ	กลุ่มควบคุม			กลุ่มทดลอง		
	$\bar{X}_{diff}$	95%CI of $\bar{X}_{diff}$	p -value	$\bar{X}_{diff}$	95%CI of $\bar{X}_{diff}$	p -value
ครั้งที่ 1 กับ ครั้งที่ 2	0.75	-1.07 ถึง 2.57	0.931	4.00	2.18 ถึง 5.82	<0.001*
ครั้งที่ 1 กับ ครั้งที่ 3	0.33	-1.48 ถึง 2.15	1.000	4.83	3.01 ถึง 6.65	<0.001*
ครั้งที่ 2 กับ ครั้งที่ 3	-0.42	-2.24 ถึง 1.40	1.000	0.83	-0.99 ถึง 2.65	0.781

ค่าติดลบ แสดงถึงขนาดความแตกต่างในทิศทางที่ลดลง, *มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 4 แสดงผลการเปรียบเทียบอาการด้านลบแต่ละระดับการวัดซ้ำในภาพรวม

ตัวแปรวัดซ้ำ	กลุ่มควบคุม $\bar{X}$ (SD)	กลุ่มทดลอง $\bar{X}$ (SD)	Greenhouse-Geisser Correction		
			$F_{(df_{repeat}, df_{residual})}$	p -value	Effect size (partial η^2) (95%CI)
ครั้งที่ 1	4.58 (1.31)	4.83 (2.08)	$F_{(2,44)} = 27.82$	< 0.001	0.558 (0.33 - 0.67)
ครั้งที่ 2	3.42 (1.24)	1.33 (1.61)			
ครั้งที่ 3	4.08 (2.31)	0.92 (1.31)			

ตารางที่ 5 ผลการเปรียบเทียบอาการด้านลบรายคู่ในการวัดซ้ำด้วยวิธีการปรับค่าของ Bonferroni

คู่ทดสอบ	กลุ่มควบคุม			กลุ่มทดลอง		
	$\bar{X}_{diff}$	95%CI of $\bar{X}_{diff}$	p-value	$\bar{X}_{diff}$	95%CI of $\bar{X}_{diff}$	p-value
ครั้งที่ 1 กับ ครั้งที่ 2	-1.17	-2.41 ถึง 0.07	0.071	-3.50	-4.74 ถึง -2.26	<0.001*
ครั้งที่ 1 กับ ครั้งที่ 3	-0.50	-1.74 ถึง 0.74	0.962	-3.92	-5.16 ถึง -2.68	<0.001*
ครั้งที่ 2 กับ ครั้งที่ 3	0.67	-0.57 ถึง 1.91	0.562	-0.42	-1.66 ถึง 0.82	1.00

ค่าติดลบ แสดงถึงขนาดความแตกต่างในทิศทางที่ลดลง, *มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การอภิปรายผล

ผู้วิจัยขอนำเสนอการอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์แบ่งออกเป็น 3 ประเด็นคือ 1) การพัฒนาโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม 2) ผลการพัฒนาและทดสอบผลของโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมต่อพฤติกรรมด้านสังคมและการสื่อสารการมีอาการด้านลบของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ก่อนหลัง และติดตามผล 2 เดือน และ 3) ผลการกลับมารักษาซ้ำเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาล หลังจากจำหน่าย 3 เดือน

1. การพัฒนาโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม

การพัฒนาโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมครั้งนี้ยึดแนวคิดการฝึกทักษะทางสังคม การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (PL) ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2544) และแนวคิดของ ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรมของ B.F. Skinner (1953 อ้างในสมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2556) ดังรายละเอียดพอสังเขปดังนี้

1.1 แนวคิดการฝึกทักษะทางสังคม มีเป้าหมายเฉพาะคือ ผู้ป่วยมีการสื่อสารที่ดีขึ้น การรู้จักคบเพื่อน สามารถแก้ไขความขัดแย้งได้

และการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้ (การคมนาคม การรู้จักใช้จ่ายเงิน) ผู้วิจัยจึงเลือกการฝึกเรื่อง 1) การสื่อสารที่เหมาะสม 2) การพูด การฟัง ที่เหมาะสม 3) การจ่ายตลาด และการฝึกในสถานการณ์จริงเกี่ยวกับการใช้เงิน การทำความรู้จักเพื่อนใหม่ ส่วนเป้าหมายระยะยาวเพื่อให้ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพกับบุคคลรอบข้างอย่างมีคุณภาพ สามารถทำบทบาทหน้าที่ และพึ่งพาตนเองได้ (Pinkham et al., 2012) ซึ่งพบว่าในสถานการณ์จริงการฝึกทักษะการสื่อสารกับพระภิกษุ สงฆ์ กลุ่มทดลองมีความกระตือรือร้นในการฝึกดีมาก และสำรวจขณะอยู่ต่อหน้าพระภิกษุ มีกลุ่มทดลองจำนวนหนึ่ง สามารถคิดประเด็นขึ้นเอง เพื่อถามในเรื่องที่ตนเองอยากรู้ ซึ่งไม่เลือกประเด็นตามที่ฝึกซ้อม ช่วงแรกของการเข้ากลุ่มฝึกทักษะ กลุ่มทดลองพูดน้อย หน้าตาเฉยเมย ต้องได้กระตุ้นบ่อยๆ ดังนั้นรูปแบบการฝึก SST ผู้วิจัยจึงเน้นเกี่ยวกับสื่อการสอนโดยมีวิดีโอ แถบเสียง แผ่นภาพสินค้า ฯลฯ มีการแสดงบทบาทสมมติ การให้ข้อเสนอแนะและข้อมูลย้อนกลับ เพื่อให้กลุ่มทดลองได้ปรับปรุงพฤติกรรมให้ดีขึ้น จึงพบว่าช่วงหลังกลุ่มทดลองทุกคนพูดคุยกันมากขึ้น หน้าตาขี้น

เข้มแข็งมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน นั่นคือการลดอาการด้านลบส่งผลให้มีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม และสันติภาพที่ดี (Granholm, & Harvey, 2018)

1.2 การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (PL) ประกอบด้วยการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ และการเรียนรู้ด้วยกระบวนการกลุ่ม ดังที่ Kolb (1984 อ้างถึงในกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2544) ได้กล่าวถึง วงจรการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (experiential learning) และการเรียนรู้ด้วยกระบวนการกลุ่ม (group process) ซึ่งการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ มี 4 องค์ประกอบ ดังนี้ 1. ประสบการณ์ (experience) 2. การสะท้อน/อภิปราย (reflection/discussion) 3. การทดลอง/ประยุกต์แนวคิด (experimentation/application) และ 4. ความคิดรวบยอด (concept) ผู้วิจัยได้ออกแบบแผนการสอนประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ กล่าวคือ มีการถามกลุ่มทดลองถึงประสบการณ์หรือให้ชมวิดีโอกระตุ้นให้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นโดยแบ่งกลุ่มมีใบงาน และสรุปความคิดเห็นก่อนตัวแทนแต่ละกลุ่มออกนำเสนอ หรือมีการแสดงบทบาทสมมติ และมีการซักถามจะนำไปใช้ประโยชน์ในชีวิตประจำวันอย่างไร ผู้วิจัยได้ตระหนักถึงกระบวนการกลุ่ม เพื่อให้กลุ่มทดลองทุกคนมีส่วนร่วมสูงสุดในการฝึก และทำให้บรรลุงานสูงสุด ดังนั้นแผนการสอนที่ออกแบบในแต่ละองค์ประกอบ ผู้วิจัยคำนึงถึงการแบ่งกลุ่มเป็นกลุ่มใหญ่ หรือกลุ่ม 2 - 3 คน เพื่อให้กลุ่มทดลองทุกคนมีส่วนร่วมในการฝึกแต่ละกิจกรรม

1.3 แนวคิดของทฤษฎีและเทคนิค

การปรับพฤติกรรม

ทฤษฎีการวางเงื่อนไขแบบการกระทำนั้น เชื่อว่าพฤติกรรมของบุคคลเป็นผลพวงเนื่องมาจากการปฏิสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อม พฤติกรรมที่เกิดขึ้นของบุคคลจะแปรเปลี่ยนไปเนื่องมาจากผลกรรม (Consequences) ที่เกิดขึ้นในสภาพแวดล้อมนั้น Skinner ให้ความสนใจกับผลกรรม 2 ประเภทได้แก่ ผลกรรมที่เป็นตัวเสริมแรง (Reinforcer) ที่ทำให้พฤติกรรมที่บุคคลกระทำอยู่นั้นมีอัตราการกระทำเพิ่มมากขึ้นและผลกรรมที่เป็นตัวลงโทษ (Punisher) ที่ทำให้พฤติกรรมที่บุคคลกระทำนั้นยุติลง ผู้วิจัยเลือกให้การเสริมแรงเป็นเบี้ยอรรถกรมีมูลค่าเหรียญละ 5 บาท และการเสริมแรงเป็นคำชมเชย การยกย่อง และขนม ในขั้นตอนทดลองผู้วิจัยมีการประเมินพฤติกรรมที่บกพร่องก่อนการฝึกทักษะ และหลังฝึกทักษะมีทีมวิจัยกระตุ้นพฤติกรรมที่พึงประสงค์ขณะอยู่ในหอผู้ป่วย และมีการเสริมแรงประกาศให้ทราบใครมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์บ้างพร้อมให้รางวัลเป็นเบี้ยอรรถกรมีมูลค่าเหรียญละ 5 บาท รวมทั้งหมด 15 บาท เพื่อนำเงินไปฝึกจ่ายตลาดในสถานการณ์จริง จากการสังเกตกลุ่มทดลองมีความกระตือรือร้นในการฝึกทักษะ หน้าที่เข้มแข็ง

จากการศึกษาเอกสาร ตำรา งานวิจัย และจากประสบการณ์การปฏิบัติงาน พบปัญหาความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทป่วยซ้ำ และการใช้เงินไม่เหมาะสม ผู้วิจัยจึงพัฒนาต่อยอดโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง โดยเพิ่มทักษะการดำรงชีวิตในชุมชนเรื่องการจ่ายตลาด การให้ความรู้

เกี่ยวกับการใช้ยาทางจิตเวช ในเนื้อหาได้เพิ่มองค์ความรู้เกี่ยวกับการสังเกตผลข้างเคียงจากยาและวิธีแก้ไข การสังเกตอาการเตือนและวิธีแก้ไข ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเป็นต้น และการฝึกทักษะทางสังคมในสถานการณ์จริง ซึ่งต่างจากโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมของนักวิจัยท่านอื่นๆที่ผ่านมาเน้นฝึกเฉพาะทักษะด้านการสื่อสาร โปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมที่พัฒนานี้ครอบคลุมถึง ทักษะการสื่อสาร ทักษะการกล้าแสดงออกอย่างเหมาะสม ทักษะการดำรงชีวิตในชุมชน และความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาทางจิตเวช รูปแบบโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม ได้แบ่งออกเป็น การฝึกทักษะ และการให้ความรู้

โปรแกรมฯ ที่พัฒนา ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา และประเมินค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างเนื้อหา ความรู้ และทักษะของโปรแกรม แต่ละหัวข้อและวัตถุประสงค์ (IOC) จากผู้ทรงคุณวุฒิ และปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ การตรวจสอบเนื้อหาโปรแกรมครั้งที่ 1 ได้ค่าคะแนน IOC ระหว่าง 0.0 - 1.00 ครั้งที่ 2 ได้ค่าคะแนน IOC = 1.00 ตรงตามเกณฑ์ที่กำหนดคือค่า IOC มีค่าตั้งแต่ 0.50 - 1.00 หมายถึงมีค่าความเที่ยงตรงใช้ได้ (สุรพงษ์ คงสัตย์, และ ชีรชาติ ธรรมวงศ์, 2551) รวบรวมปัญหาที่พบจากการทดลองโปรแกรม และปรับปรุงแก้ไขโปรแกรมจนมีความมั่นใจในด้านคุณภาพของโปรแกรม จึงนำโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังฉบับสมบูรณ์ ไปทดสอบหาประสิทธิผลต่อไป

2. ผลการทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม

2.1 การประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง เมื่อนำค่าประมาณของคะแนนค่าเฉลี่ยพฤติกรรมด้านสังคมและการสื่อสาร และคะแนนค่าเฉลี่ยอาการด้านลบหลังการทดลอง (marginal effect) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมาเปรียบเทียบกัน พบว่าค่าประมาณของคะแนนค่าเฉลี่ยพฤติกรรมด้านสังคมและการสื่อสาร และคะแนนค่าเฉลี่ยอาการด้านลบระหว่างสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $<.05$ ($\bar{X}_{\text{diff}} = 2.83$, 95%CI of $\bar{X}_{\text{diff}} = 1.22 - 4.45$, $p\text{-value} = 0.001$) และ ($\bar{X}_{\text{diff}} = 2.08$, 95%CI of $\bar{X}_{\text{diff}} = 0.93 - 3.24$, $p\text{-value} < 0.001$) ตามลำดับ โดยมีขนาดผลกระทบส่วนย่อยของกลุ่ม เท่ากับ 36 % ($n^2_{\text{partial}} = 0.36$, 95%CI = 0.06 - 0.58) และ 48 % ($n^2_{\text{partial}} = 0.48$, 95%CI = 0.15 - 0.66) ตามลำดับ (ตารางที่ 1) นั่นคือโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม มีผลทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังมีพฤติกรรมด้านสังคมและการสื่อสารดีขึ้น อีกทั้งสามารถลดอาการด้านลบได้ ซึ่งเป็นตัวแปรทางคลินิกที่ผู้วิจัยเพิ่มเข้ามา รวมทั้งโปรแกรมฯ มีการฝึกทักษะใน 4 สถานการณ์จริงด้วย ขณะฝึกทักษะผู้วิจัยได้คำนึงถึงบรรยากาศความผ่อนคลายเพื่อให้กลุ่มทดลองได้เรียนรู้สูงสุด อีกทั้งคำนึงถึงการฝึกเป็นรายบุคคล และรายกลุ่มตามหลักการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2544) ซึ่งพบว่ากลุ่มทดลองให้ความสนใจต่อการฝึกทักษะ สามารถร่วมแสดงความคิดเห็นและให้ข้อเสนอแนะแก่เพื่อน ๆ

2.2 การประเมินการคงอยู่ของผลกระทบที่เกิดขึ้น จากโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง พบว่าคะแนนค่าเฉลี่ยพฤติกรรมด้านสังคมและการสื่อสาร และคะแนนค่าเฉลี่ยอาการด้านลบ ก่อนและหลังการทดลอง รวมถึงระยะติดตาม 2 เดือนหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $< .05$ อย่างน้อย 1 คู่ ($F_{(2,44)} = 15.42, p\text{-value} < 0.001$) โดยมีขนาดผลกระทบบางส่วนเป็นเวลา (partial η^2) เท่ากับ 0.412 ดังแสดงในตารางที่ 2 และ ($F_{(2,44)} = 27.82, p\text{-value} < 0.001$) โดยมีขนาดผลกระทบบางส่วนเป็นเวลา (partial η^2) เท่ากับ 0.558 ดังแสดงในตารางที่ 4 ตามลำดับ และพบว่าคะแนนค่าเฉลี่ยพฤติกรรมด้านสังคมและการสื่อสาร และคะแนนค่าเฉลี่ยอาการด้านลบ ในกลุ่มทดลองแตกต่างกัน อย่างละ 2 คู่ คะแนนค่าเฉลี่ยพฤติกรรมด้านสังคม และการสื่อสาร และคะแนนค่าเฉลี่ยอาการด้านลบ ในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้น และระยะติดตามผล 2 เดือน ไม่มีความแตกต่างกัน ($p > 0.05$) (ตารางที่ 3 และตารางที่ 5) ส่วนในกลุ่มควบคุม พบว่าคะแนนค่าเฉลี่ยพฤติกรรมด้านสังคมและการสื่อสารและคะแนนค่าเฉลี่ยอาการด้านลบในทุกคู่ ไม่มีความแตกต่างกัน ($p > 0.05$) (ตารางที่ 3 และตารางที่ 5) สอดคล้องกับหลายการศึกษาทั้งการสังเคราะห์งานวิจัยแบบมหัพภาค และการทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม ที่มีนักวิจัยในประเทศ และต่างประเทศหลายท่านได้ศึกษาไว้ (จิรพันธ์ เอิบกม, 2553; ศิริลักษณ์ ประม, 2561; ศิรินันท์ ลีทองคำ, และเพ็ญพักตร์ อุทิศ, 2561; Barzegar et al.,

2016; Koujalgi, Patil, Nayak, Chate, & Patil, 2014; Lavelle et al., 2013; Turner et al., 2017) ผลการศึกษาของบาร์ซีก้า และคณะ (Barzegar et al., 2016) นี้แสดงให้เห็นว่า SST มีผลต่อการลดอาการด้านลบ แม้การศึกษาของเคอจาลกิ และคณะ (Koujalgi et al., 2014) พบว่าไม่พบความแตกต่างคะแนนลดลงของอาการด้านลบ อย่างไรก็ตามผลการทดลองของการศึกษานี้แสดงให้เห็นถึงพฤติกรรมปรับปรุงที่ดีขึ้นของอาการด้านลบในด้านการไม่พูดหรือพูดน้อยลง (alogia) สีหน้าไม่แสดงอารมณ์ (apathy) และภาวะสิ้นความยินดี (anhedonia) ผลลัพธ์จาก SST พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีทักษะทางสังคมด้านต่าง ๆ เพิ่มขึ้น มีอาการทางจิตลดลง มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและคุณภาพชีวิตดีขึ้น (จิรพันธ์ เอิบกม, 2553) สอดคล้องกับการศึกษาของศิริลักษณ์ ประม (2561) ได้ศึกษาผลของการฝึกโปรแกรมทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการด้านลบ เป็นการศึกษาเชิงทดลอง พบว่า 1) ค่าคะแนนทดสอบทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรม SST เพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มควบคุม 2) ค่าคะแนนทดสอบทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรม SST สูงกว่าก่อนได้รับการฝึกโปรแกรม SST และอีกการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยสามารถสื่อสารแสดงความรู้สึกต่อตนเองและผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม (ลิษา เทียงวิริยะ และคณะ, 2557) รู้จักการแสดงออกด้วยท่าทาง คำพูด รู้จักขอบคุณขอโทษ รู้จักแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และการพูดกับวัยต่าง ๆ ดังตัวอย่างผู้ป่วยจิตเภทที่กล่าวว่า “ได้เรียนได้ฝึกกับคุณพยาบาล ได้ปฏิบัติ ทำทางคำพูด

ขอบคุณ ขอบใจ ขอโทษ ได้แลกเปลี่ยนความคิดกับเพื่อน ๆ ได้ร่วมแสดงบทบาท รู้จักพูดกับผู้ใหญ่ และวัยเดียวกัน พูดให้ควาจาสุภาพกับผู้ใหญ่” ผู้วิจัยได้สอนญาติ เพื่อให้กระตุ้นพฤติกรรมที่พึงประสงค์ ขณะอยู่บ้าน พร้อมให้เอกสารความรู้เรื่องการใช้ยาจิตเวช และการฝึกทักษะต่าง ๆ เพื่อให้ผลของโปรแกรมคงอยู่นานที่สุด

3. การกลับมารักษาค้ำเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาล หลังจากจำหน่าย 3 เดือน พบว่า กลุ่มทดลองร้อยละ 100.00 ไม่กลับมารักษาค้ำ แต่กลุ่มควบคุมกลับมารักษาค้ำถึงร้อยละ 16.67 (2 คน) ในช่วงเดือนที่ 2 และเดือนที่ 3 การกลับมารักษาค้ำของกลุ่มควบคุม 2 คนนี้ เนื่องจากไม่ยอมรับประทานยาหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ญาติและผู้ป่วยไม่กลับมารับยาต่อเนื่อง เเสบยาบ้า และมีระยะเวลาเจ็บป่วยทางจิต 10 - 18 ปี มีการวิจัยปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการกลับมาอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 28 วันของผู้ป่วยจิตเภท คือปัจจัยด้านตัวโรค ได้แก่ การใช้สารเสพติด และการมีระยะเวลาเจ็บป่วยที่ยาวนาน 11 - 20 ปี ปัจจัยด้านการรักษา ได้แก่ การขาดยา ก่อนการนอนโรงพยาบาลครั้งนี้ (พิชญนันท์ นามวงษ์, และวิญญู ชะนะกุล, 2561) การที่กลุ่มทดลองไม่กลับมารักษาค้ำมีเหตุผลที่สนับสนุนกล่าวคือในกระบวนการทดลอง ผู้วิจัยได้สอนญาติ เพื่อให้กระตุ้นพฤติกรรมที่พึงประสงค์ ขณะอยู่บ้าน พร้อมให้เอกสารความรู้เรื่องการใช้ยาจิตเวช และการฝึกทักษะต่าง ๆ สรุปปัญหาความไม่ร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยเกิดจากหลายปัจจัยร่วมกัน แต่ที่สำคัญคือปัจจัยด้านผู้ป่วย การที่ผู้ป่วยไม่ตระหนักรู้ในตนเอง และไม่รับรู้การ

เจ็บป่วย (กาญจนา บุญมงคล, พิมพ์ชนก หาคำ, และกมลทิพย์ สงวนรัมย์, 2562) หลังได้ฝึกทักษะทางสังคมในด้านต่าง ๆ และได้รับองค์ความรู้เรื่องการใช้ยาทางจิตเวช ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตจริงของผู้ป่วย และร่วมมือในการรักษาตามมา

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. โปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมครั้งนี้ยึดแนวคิดการฝึกทักษะทางสังคม การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (PL) ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2544) และแนวคิดของทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรมของ B.F. Skinner (1953 อ้างในสมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2556) ดังนั้นพยาบาลวิชาชีพที่เข้าใจหลักการเหล่านี้ สามารถนำโปรแกรมนี้ไปใช้ได้โดยง่าย

2. โปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมแก่ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังครั้งนี้ มีการให้เอกสารใบความรู้เรื่องการใช้ยาทางจิตเวช และทักษะต่าง ๆ แก่ญาติร่วมด้วย เพื่อช่วยกระตุ้นพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภทขณะอยู่ที่บ้าน ดังนั้นควรมีการให้ความรู้แก่ญาติหรือมีเอกสารให้ญาติเพื่อนำกลับไปใช้กระตุ้นผู้ป่วยที่บ้าน

3. หลังการฝึกทักษะทางสังคมแต่ละครั้ง บุคลากรทุกคนภายในหอผู้ป่วยควรมีส่วนร่วมในการกระตุ้นพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภทอย่างต่อเนื่อง มีการให้คำชมเชย ปรบมือ และให้ข้อมูลย้อนกลับเพื่อให้ผู้ป่วยปรับปรุงตนเอง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการวิจัยเพื่อติดตามผลการคงอยู่

ของความสามารถด้านทักษะทางสังคม อาการด้านลบของผู้ป่วยจิตเภทในระยะยาว 6 เดือน 9 เดือน และ 1 ปี

2. โปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมครั้งต่อไป ควรเชิญญาติเข้ามาเป็นตัวแปรหนึ่งของการศึกษาด้วย เพราะพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับการฝึกทักษะฯ จะคงอยู่นานต้องอาศัยการมีส่วนร่วมจากญาติด้วย

3. การศึกษาวิจัยเพื่อวัดผลลัพธ์ทางคลินิกของโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมอื่นร่วมด้วย เช่น อาการทางจิต หรือวัดอาการด้านลบเฉพาะด้านคือภาวะสิ้นความยินดี (Anhedonia) หรือขาดความสุข ซึ่งพบได้มาก 3 ใน 4 ของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการด้านลบ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ รศ.ดร.พงษ์เดช สารการ ที่ให้คำแนะนำด้านสถิติ และการวิเคราะห์ข้อมูล ขอขอบคุณผู้ช่วยเก็บข้อมูลและอาสาสมัครทุกท่านที่ให้ความร่วมมือ ทำให้คู่มือการฝึกทักษะทางสังคมสำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

กนกรัตน์ ชัยนุ, กิตติยา ทองสุข, และมิ่งขวัญ ภูหงส์ทอง. (2562). ปัจจัยที่มีผลต่ออาการกำเริบซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น. *วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น*, 1, 15-24.

กนกวรรณ ลิ้มศรีเจริญ. (2558). โรคจิตเภทและโรคจิตชนิดอื่น. ใน นันทวัช สิริวัชรีย์, กมลเนตร วรรณเสวก, กมลพร วรรณฤทธิ์, ปณต ผู้กฤตยาคามิ, สุพร อภินันทเวช, และพนม เกตุมาน (บรรณาธิการ). *จิตเวชศิริราช DSM-5*. พิมพ์ครั้งที่ 2. (หน้า 365-372). กรุงเทพฯ: ประยูรสาส์นไทยการพิมพ์.

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2544). *คู่มือฝึกอบรมแบบมีส่วนร่วม*. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: วงศ์กมลโปรดักชั่น. กาญจนา บุญมงคล, พิมพ์ชนก หาคำ, และกมลทิพย์ สงวนรัมย์. (2562). *ผลการดูแลแบบการจัดการรายกรณีต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทอย่างซับซ้อน*. นปป.

เกียรติภูมิ วงศ์จิตร, พัทธ์พัชร์ บุญมาลิก, สุพัฒนา สุขสว่าง, และศิริลักษณ์ สว่างวงศ์สิน. (2550). *แบบประเมินเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน*. นนทบุรี: ชุมชุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

จรณิด แก้วก๊วาล, และ ประดาป สิงหวิวานนท์. (2561). บทที่ 4 ขนาดกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยทางคลินิก ใน พรณี ปิติสุทธิธรรม, ชัยนต์ พิเชียรสุนทร (บรรณาธิการ). *ตำราการวิจัยในคลินิก Textbook of clinical research*. พิมพ์ครั้งที่ 4. (หน้า 107-144). กรุงเทพฯ: คณะเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล.

จิราภรณ์ สรรพวิรวงศ์, และปดดา เหมโลหะ. (2558). โรคจิตเภทกับการบำบัดทางการพยาบาล. ใน สายฝน เอกวรรณ (บรรณาธิการ). *การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตศาสตร์และศิลปสู่การปฏิบัติ 1*. (หน้า 191-218). กรุงเทพฯ: ไทมพ์รีนติ้ง. จีรพันธ์ เอิบกมล. (2553). *การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภท*. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหิดล.

ธนา นิลชัยโกวิทย์, นิพัทธ์ กาญจนธนาเลิศ, มานิตย์ ศรีสุรภานนท์, สเปญ อุณอนงค์, และพิเชฐ อุดมรัตน์. (2550). *Positive and Negative Syndrome Scale ฉบับภาษาไทย (PANSS-T)*. กรุงเทพฯ: เจเนชั่น-ซีแอล.

ปัทมา ศิริเวช. (2552). การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคม. ใน พิเชฐ อุดมรัตน์, และสรยุทธ วาสิกนันท์ (บรรณาธิการ). *ตำราโรคจิตเภท*. (หน้า 305-316). สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.

- พิชญนันท์ นามวงษ์, และวิญญู ชะนะกุล. (2561). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 28 วันในผู้ป่วยโรคจิตเภทของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา. *วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา*, 12(1), 1-11.
- รุจโรจน์ แก้วอุไร. (2549). *หลักการออกแบบบทเรียนคอมพิวเตอร์ช่วยสอนตามแนวคิดของกาย*. สืบค้นเมื่อ 25 กรกฎาคม 2564, จาก www.thai.com/cai.html.
- โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2563). *รายงานผลการปฏิบัติงานประจำปีงบประมาณ 2563*. ขอนแก่น: โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์.
- ลิษา เทียงวิริยะ, ผ่องพรรณ ภาโว, และวิมล นุชสาวท. (2557). การพัฒนาโปรแกรมการฝึกทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคลของผู้ป่วยโรคจิตเภท. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 28(2), 61-73.
- ศรายุทธ วัชวุฒิ. (2562). *การออกแบบการวิจัย รูปแบบการวิจัย และพัฒนา (R&D) และการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR)*. โครงการฝึกอบรม "สร้างนักวิจัยรุ่นใหม่"(ลูกไก่) รุ่นที่ ๑ สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ ร่วมกับมหาวิทยาลัยนเรศวร, ๑๔-๑๘ ม.ค. ๒๕๖๒. สืบค้นเมื่อ 11 ธ.ค. 2563, จาก http://www.research.nu.ac.th/th/signup/sigupAll/http://www.research.nu.ac.th/th/signup/sigupAll/4_3RandD.pdf.
- ศิรินันท์ ลีทองคำ, และเพ็ญพักตร์ อุทิศ. (2561). ผลของโปรแกรมการจัดการอาการทางลบด้วยตนเองต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 19, 459-466.
- ศิริลักษณ์ ประมะ. (2561). *ผลของการฝึกโปรแกรมทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการด้านลบเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการรักษาตามปกติ*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิต, คณะแพทยศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมโภชน์ เข้มสุกามิต. (2556). *ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม*. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุดาพร สถิตยพการ. (2559). การกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง: สถานการณ์และแนวทางการป้องกัน. *วารสารพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 28, 1-15.
- สุรพงษ์ คงศักดิ์ และ ชีรชาติ ธรรมวงศ์ (2551). การหาค่าความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม (IOC). สืบค้นเมื่อ 23 ต.ค. 2564, จาก http://mcu.ac.th/site/articlecontent_desc.php?article_id=656&articlegroup_id=146.2551.
- หงส์ บรรเทิงสุข. (2545). *ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- Almerie, M. Q., Okba, A. I., Marhi, M., Jawoosh, M., Alsabbagh, M., & Matar, H.E. et al. (2015). Social skills programmes for schizophrenia. *Cochrane Database of Syst Rev*, 9(6).
- Barzegar, S, Ahadi, M, Barzegar, Z, & Ghahari, S.H. (2016). The Effectiveness of social skills training on reducing negative symptoms of chronic schizophrenia. *International Journal of Medical Research & Health Sciences*, 5(7S), 323-327.
- Brown, J, Mueser, K. T, & Pratt, S. I. (2020). Social skills training for persons with schizophrenia. In W. Douglas, A. Nangle, Cynthia, A. Erdley, Rebecca (Eds). *Social Skill Across the life Span Theory, Assessment, and Intervention* (pp. 329-342). Retrieved from: <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-817752-5.00017-2>.
- Chi, M. H., Chih, Y. H., Chen, K. C. H., Lee, L. T., Tsai, H. C., Lee, I.H., et al. (2016). The readmission rate and medical cost of patients with schizophrenia after first hospitalization - A 10-year follow-up population-based study. *Research*, 170, 184-190.
- Correll, C. U., & Schooler, N. R. (2020). Negative Symptoms in Schizophrenia: A Review and Clinical Guide for Recognition, Assessment, and Treatment. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. Informa UK Limited, 21(16), 519-534.

- Elis, O., Caponigro, J. M., & Kring, A.M. (2013). Psychosocial treatments for negative symptoms in schizophrenia: Current practices and future directions. *Clinical Psychology Review*, 33(8), 914-928.
- Emsley, R., Chiliza, B., Asmal, L., & Harvey, B. H. (2013). The nature of relapse in schizophrenia. *BMC*, 13(1), 1-8.
- Granholm, E., & Harvey, P. D. (2018). Social Skills Training for Negative Symptoms of Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 44(3), 472-474.
- Koujalgi, S. R., Patil, S. R., Nayak, R. B., Chate, S.S., & Patil, N. M. (2014). Efficacy of social skill training in patient with chronic schizophrenia: an interventional study. *Journal of the Scientific Society*, 4, 156-161.
- Lavelle, M., Healey, P. G. T., & McCabe, R. (2013). Is Nonverbal Communication Disrupted in Interactions Involving Patients with Schizophrenia? *Schizophrenia Bulletin*, 39(5), 1150-1158.
- Lieberman, R. P., Kopelowicz, A., & Silverstein, S. M. (2005). Psychiatric rehabilitation. In B. S. Kaplan, V. A. Sadock, (Eds). *Comprehensive text book of psychiatry Vol 2. 8th ed.* (pp. 3884-3930). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Lindenmayer, J. P., & Khan, A. (2012). Psychopathology. In J. A. Lieberman, T. S. Stroup, D. O. Perkins, (Eds). *Essential of schizophrenia*. (pp. 11-56). USA: American psychiatric publishing.
- Malone Cole, J. A. (2012). Schizophrenia and other psychotic disorders. In K.M. Fortinash, P. A. Holiday Worret, (Eds). *Psychiatric mental health nursing. 5th ed.* (pp. 259-297). ST Louis: Mosby.
- Pinkham, A. E., Mueser, K. T., Penn, D. L, Glynn, S. M, Mc Gurk, S. R., & Addington, J. (2012). Social and functional impairments. In J. A. Lieberman, T. S. Stroup, D. O. Perkins, (Eds). *Essential of schizophrenia*. (pp. 93-130). USA: American psychiatric publishing.
- Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz, P. (2015). *Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry behavioral sciences / clinical psychiatry*. 11th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Susan, R., Mc Gurk, & Mueser, K. T. (2013). Cognition and work functioning. In P. D. Harvey, (Eds). *Cognitive Impairment in Schizophrenia*. (pp. 98-109). Newyork: Cambridge University.
- Turner, D.T., Mc Glanaghy, E, Cuijpers, P., van der Gaag, M., Karyotaki, E., & MacBeth, A. (2017). A Meta-Analysis of Social Skills Training and Related Interventions for Psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, 44(3), 475-491.