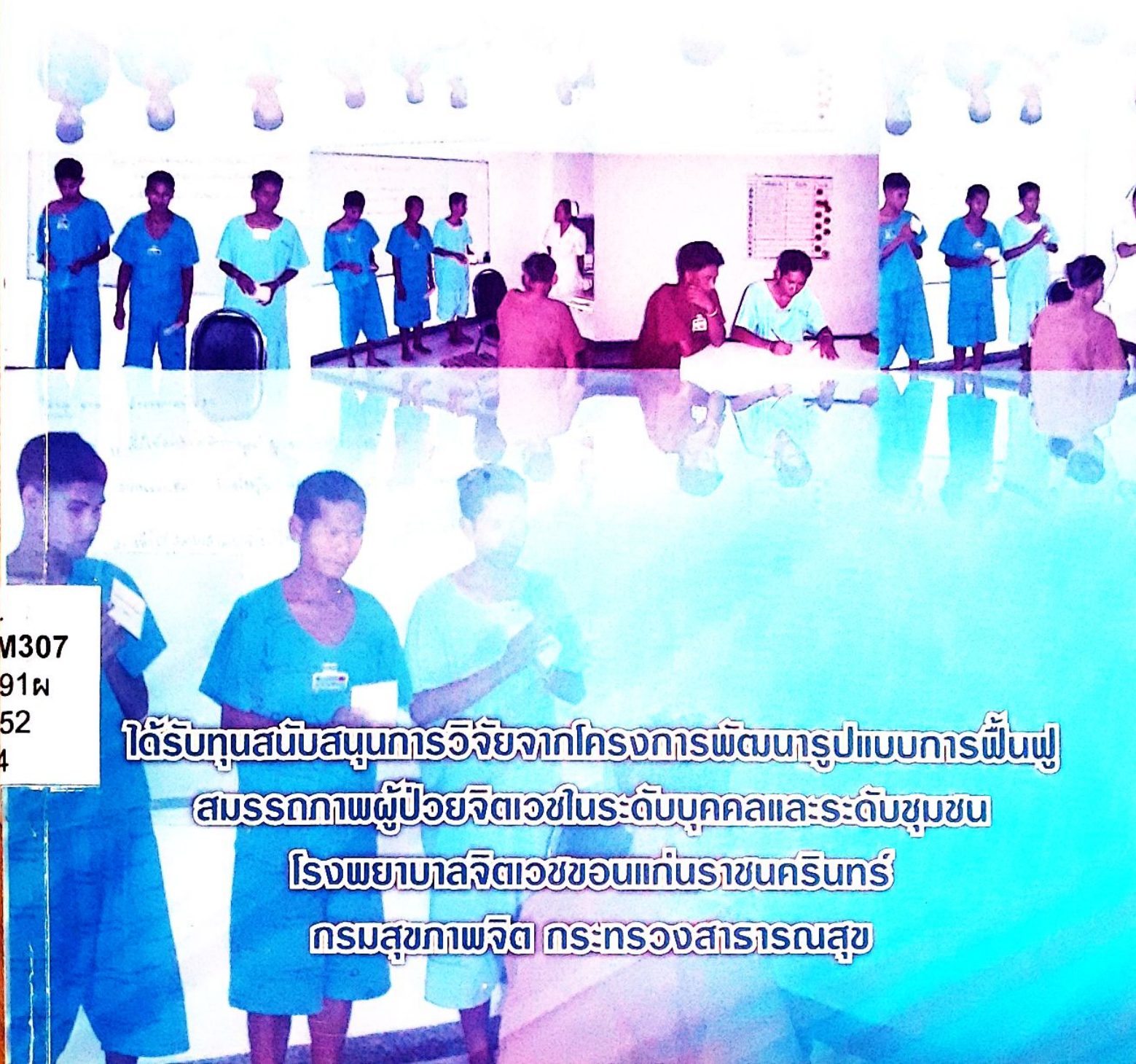


รายงานการวิจัย

เรื่อง

ผลการฝึกทักษะด้านสังคมและสื่อสาร ต่อพฤติกรรม
ด้านสังคมและการสื่อสารของผู้ป่วยจิตเภทชาย
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์



ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากโครงการพัฒนารูปแบบการฟื้นฟู
สมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในระดับบุคคลและระดับชุมชน
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

M307
91ผ
52
4

มอบให้ศึกษา
โครงการ ๒๔/๕/๕๒



รายงานการวิจัย

เรื่อง

ผลการฝึกทักษะด้านสังคมและการสื่อสาร ต่อพฤติกรรม
ด้านสังคมและการสื่อสารของผู้ป่วยจิตเภทชาย
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากโครงการพัฒนารูปแบบการฟื้นฟู
สมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในระดับบุคคลและระดับชุมชน
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

รายงานการวิจัย ผลการฝึกทักษะด้านสังคมและการสื่อสาร ต่อพฤติกรรมด้านสังคม
และการสื่อสารของผู้ป่วยจิตเภทชาย โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น
ราชนครินทร์

คณะผู้วิจัย นางสาวจิรารัตน์ พิมพ์ดีด
นางเยาวภา ไตรพุกษชาติ
นางสาคร บุปผาเฮ้า
นางอำไพพร จันโทริ
นางบัวเงิน วงษ์คำพันธ์
นางณัฐิกา ราชบุตร

เจ้าของ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
สงวนลิขสิทธิ์ตามพระราชบัญญัติ

พิมพ์ครั้งที่ 1 มีนาคม 2552

จำนวน 100 เล่ม

พิมพ์ที่ บริษัทเพ็ญพรินตติ้งจำกัด (043) 220582

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้ใช้ระเบียบวิธีกึ่งทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการฝึกทักษะด้านสังคม และการสื่อสารต่อพฤติกรรมด้านสังคม และการสื่อสารของผู้ป่วยจิตเภทชาย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยคงสภาพการรักษาเข้ารับบริการเป็นผู้ป่วยใน ระหว่างช่วงเดือนกรกฎาคม 2549 – เดือน ธันวาคม 2549 จำนวน 22 คน กลุ่มตัวอย่างเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนดแบ่งเข้ากลุ่มด้วยวิธีการจับฉลากเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 11 คน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองประกอบด้วย เทคโนโลยีการฝึกทักษะด้านสังคมและการสื่อสาร วัสดุทัศนและสื่อการสอนต่าง ๆ หาค่าความเที่ยงตรงของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 6 ท่าน และแบบประเมินเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน เฉพาะทักษะด้านสังคมและการสื่อสารฉบับยาว 19 ข้อ นำไปหาค่าความเชื่อมั่น โดยสัมประสิทธิ์อัลฟาได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.75

ผลการวิจัยพบว่า

1. ค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนทดลองไม่แตกต่างกัน
2. ค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุม หลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05
3. ค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลองหลังฝึกทักษะด้านสังคม และการสื่อสารมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนกลุ่มควบคุมค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังไม่แตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะ

ผู้ป่วยจิตเภทที่มีกลุ่มอาการด้านลบควรได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพการฝึกทักษะทางสังคมอย่างต่อเนื่อง ขณะดำรงชีวิตอยู่ในชุมชน

ห้องสมุดโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์	
เลขทะเบียน.....	001319
วันที่.....	15 ธ.ค. 2552
เลขเรียกหนังสือ.....	วท. นท 807
.....	93914 2552.4

Abstract

This Quasi - Experimental study aimed to effects of social and communication skills training on social and communication behaviors of male schizophrenic patients.

The Sample were maintenance phase patients and admitted during July, 2006 to December, 2006, who met inclusion criteria were 22, and were divided into 11 each the experimental and the control group. The experimental tools of the social and communication skills training, video and other media. Content validity of the tools were tested by 6 specialists, while reliability of psychiatric patient's rehabilitation screening test (social and communication skills training, 19 items) obtained from Coefficient Alpha was 0.75.

The results showed that

1. The average score pf pre-treatment measurements between these 2 group, there were no significant.
2. The average score of post-treatment measurements of the experimental group was significantly more than the control group. ($p - \text{value} < 0.05$).
3. The average score of post-treatment measurements of the experimental group was significantly more than the pre-treatment measurements. ($p - \text{value} < 0.05$). Whereas there was no significant change in the control group.

Suggestion

Schizophrenic patients have negative syndrome, they to prepare rehabilitation, social skills training when they lift hospital.

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณคณะทำงานโครงการพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในระดับบุคคลและระดับชุมชน ได้แก่ นายแพทย์เกียรติภูมิ วงศ์รจิต ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีธัญญา ดร.นายแพทย์พิทักษ์พล บุญมาสิก ผู้อำนวยการศูนย์เตรียมความพร้อมเพื่อรับมือกับสถานการณ์ภัยพิบัติ กรมสุขภาพจิต คุณสุพัฒนา สุขสว่าง พยาบาลวิชาชีพพระดับชำนาญการ และคุณศิริลักษณ์ สว่างวงศ์สิน พยาบาลวิชาชีพพระดับชำนาญการ ซึ่งได้ให้โอกาสมีส่วนร่วมในโครงการดังกล่าวและให้งบประมาณในการทำวิจัยในครั้งนี้ด้วย

ขอกราบขอบพระคุณ นายแพทย์ทวี ตั้งเสรี ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ที่สนับสนุนและให้โอกาสในการทำวิจัยครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ช่วยกรุณาตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการปรับปรุงแก้ไขการสร้างเทคโนโลยีการฝึกทักษะด้านสังคม และการสื่อสาร รวมทั้งสื่อการสอนต่าง ๆ

ขอกราบขอบพระคุณ รศ.ดร.นายแพทย์ชัชวาลย์ ศิลปกิจ คณะแพทยศาสตร์รามธิบดี ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ และผศ.จุฬาลักษณ์ โกมนตรี คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะในการนำเสนอตารางครั้งนำเสนอผลงานวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติครั้งที่ 6 ประจำปี 2550

ขอกราบขอบพระคุณ นางเสงี่ยม สารบัณฑิตกุล อดีตหัวหน้ากลุ่มการพยาบาลที่สนับสนุนให้ทำวิจัย และขอขอบพระคุณ นางสาวลิ เปาโรหิต หัวหน้าตึกเฟื่องฟ้า และนางทัศนีย์ ศิริมุกดากุล หัวหน้าตึกฝ้ายคำ ที่ให้ความร่วมมือในการใช้กลุ่มตัวอย่างจากตึกผู้ป่วยดังกล่าว

ขอกราบขอบพระคุณ นางบางเย็น พยาบาลวิชาชีพพระดับชำนาญการ ที่กรุณาช่วยเก็บรวบรวมข้อมูลและขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในงานวิจัยที่ปฏิบัติงานในตึกผู้ป่วยฝ้ายคำและตึกเฟื่องฟ้า

ขอขอบพระคุณผู้ป่วยทุกท่านที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการทำวิจัยในครั้งนี้

จิราวัฒน์ พิมพ์ดีด และคณะ

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ก
ABSTRACT	ข
กิตติกรรมประกาศ	ค
สารบัญ	ง
สารบัญตาราง	ฉ
สารบัญภาพ	ช
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 คำถามการวิจัย	3
1.3 วัตถุประสงค์การวิจัย	3
1.4 สมมติฐานการวิจัย	3
1.5 ขอบเขตการวิจัย	4
1.6 นิยามตัวแปร	4
1.7 กรอบแนวคิดในการวิจัย	4
1.8 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	5
บทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรม	6
2.1 มโนทัศน์เกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคม	7
2.2 มโนทัศน์เกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภท	12
2.3 มโนทัศน์เกี่ยวกับทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม	15
2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	17
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย	25
3.1 ลักษณะของประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง	25
3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	26
3.3 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ	27
3.4 วิธีการรวบรวมข้อมูล	27
3.5 การวิเคราะห์ข้อมูล	29

สารบัญ(ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิจัยและการอภิปรายผล	30
4.1 ผลการวิจัย	30
4.2 การอภิปรายผล	32
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	36
เอกสารอ้างอิง	38
ภาคผนวก	44
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	77
ประวัติผู้วิจัย	78

สารบัญตาราง

		หน้า
ตาราง 1	แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยจิตเภทชายกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำแนกตามข้อมูลทั่วไป	30
ตาราง 2	เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง	31
ตาราง 3	เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองหลังได้รับการฝึกทักษะด้านสังคมและการสื่อสารครบโปรแกรม 1 สัปดาห์	31
ตาราง 4	เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับการฝึกทักษะด้านสังคมและการสื่อสารครบโปรแกรม 1 สัปดาห์	32

สารบัญภาพ

ภาพที่

หน้า

1. กรอบแนวคิดการฝึกทักษะด้านสังคมและการสื่อสารต่อพฤติกรรม
ด้านสังคมและการสื่อ

5

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

กรมสุขภาพจิตโดยโรงพยาบาลศรีธัญญาซึ่งมีบทบาทหลักในการบริการด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช ได้จัดทำโครงการพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพที่เหมาะสมในระดับบุคคลและชุมชน กิจกรรมในโครงการดังกล่าวมีการจัดทำเทคโนโลยีการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลจิตเวชและจัดทำแบบประเมินเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน กิจกรรมที่กล่าวมานี้ผ่านกระบวนการวิเคราะห์ สังเคราะห์ ระดมความคิด ทบทวน และตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญจากกรมสุขภาพจิต ทบวงมหาวิทยาลัย มูลนิธิเพื่อคนพิการ และมีการทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมที่จำเป็นในการฟื้นฟูสมรรถภาพ ได้แก่ ทักษะด้านสุขอนามัยส่วนบุคคล ทักษะด้านการอยู่อาศัยในครัวเรือน ทักษะด้านสังคมและการสื่อสาร ทักษะด้านการผ่อนคลายและทักษะด้านการทำงานเพื่อการเลี้ยงชีพ คณะผู้วิจัยเป็นตัวแทนระดับภาคในการมีส่วนร่วมในโครงการดังกล่าว และได้รับมอบหมายให้จัดทำเทคโนโลยีการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในทักษะด้านสังคมและการสื่อสาร และมีการทดสอบประสิทธิภาพการใช้เทคโนโลยีจึงเป็นที่มาของการวิจัยในครั้งนี้ คณะผู้วิจัยจึงเลือกศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทชาย เนื่องจากผู้ป่วยเพศชายมีโอกาสดีกกลุ่มอาการด้านลบมากกว่าผู้ป่วยเพศหญิง (Kaplan and Sadock, 1998, อ้างใน จิตรัตน์ พิมพ์ดีด, 2542 : American Psychiatric Association (A.P.A.), 2000)

จิตเภทเป็นโรคที่ทำให้เกิดการเสื่อมถอยของบุคลิกภาพ อารมณ์ และการรับรู้ ประมาณ 1 ใน 3 ของจำนวนผู้ป่วยโรคจิตเภททั้งหมด สามารถทำหน้าที่ต่าง ๆ ได้ตามปกติเช่นเดิม ถ้าระยะเวลาการเจ็บป่วยอยู่ในช่วงสั้น ๆ อีก 1 ใน 3 มีประวัติการกลับเข้ารับรักษาซ้ำและมีอาการรุนแรงตลอดชีวิต และที่เหลือ 1 ใน 3 จะมีอาการเรื้อรัง (Lohr, 1991) การที่จะวินิจฉัยได้ว่าบุคคลนั้นเป็นโรคจิตเภทจะมีอาการบ่งชี้ที่สำคัญ 4 ประการ คือ 1) มีลักษณะอาการของโรคจิตเกิดขึ้นในระยะอาการกำเริบ 2) ระดับความสามารถในการทำหน้าที่ต่าง ๆ ลดลง 3) มีอาการเริ่มแรกอายุ 45 ปี และ 4) มีอาการติดต่อกันอย่างน้อย 6 เดือน (Cook, 1991) และในจำนวนผู้ป่วยเรื้อรังทางจิตที่มารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่าผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภทมากที่สุด (Crosby, 1987) Sulliger (1988) รายงานว่าในปีแรกของการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทจะมีอาการกำเริบมากกว่าร้อยละ 50 และเกือบจะร้อยละ 70 ในปีที่สองหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทจำนวนมากต้องกลับมารับการรักษาซ้ำ จะเห็นว่าอัตราการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลจะเพิ่มขึ้นตามระยะเวลาของการเจ็บป่วย และส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภท

มีความเสื่อมถอยหรือบกพร่องด้านต่าง ๆ จึงเป็นความจำเป็นที่ผู้ป่วยจิตเภทควรได้รับการ
ทางการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคมที่เหมาะสมในแต่ละรายก่อนจำหน่ายกลับสู่ชุมชน

การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคมมีเป้าหมายเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถทำหน้าที่ทางสังคม
ได้ปกติและสามารถพึ่งตนเองให้มากที่สุด โดยใช้ศักยภาพที่มีอยู่อย่างเต็มที่ (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ,
2546) มีความเชื่อว่าบุคคลที่เจ็บป่วยทางจิตมีโอกาสมากเป็นปกติได้ ทำให้เกิดความหวังและมี
โอกาสเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีได้ มุ่งบุคคลเป็นศูนย์กลาง ส่งเสริมให้บุคคลมีทางเลือกและมีพลัง
อำนาจในตนเอง เพื่อให้เกิดการทำงานร่วมกันของผู้ใช้บริการ และการมีส่วนร่วมของครอบครัว
(Plamer – Erbs. et al, 1996 cited by Sundeen, 2001) แม้ว่าในปัจจุบันมียาตัวใหม่มากมายและมี
สรรพคุณลดกลุ่มอาการด้านลบด้วย แต่ยาเหล่านี้ไม่สามารถเข้าถึงต่อกลุ่มผู้ใช้บริการได้อย่าง
กว้างขวาง เนื่องจากมูลค่าของราคาที่สูง อีกทั้งผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสื่อมหรือความบกพร่องด้าน
ต่าง ๆ หลงเหลืออยู่ มักเป็นลักษณะของผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในชุมชนหรือไม่มีที่อยู่หรืออาศัยและ
ยากจน (Kaplan and Sadock, 1998 อ้างใน จิตารัตน์ พิมพ์ดีด, 2542 ; A.P.A., 2000) การฟื้นฟู
สมรรถภาพทางจิตสังคมจึงเป็นรูปแบบหนึ่งที่เหมาะสมในการปรับพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ของ
ผู้ป่วย โดยรูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคมนี้นิยมนำมาใช้ในผู้ป่วยจิตเวชคือการฝึก
ทักษะทางสังคม

การฝึกทักษะทางสังคมเป็นการสอนเกี่ยวกับพฤติกรรมของบุคคลให้มีการสื่อสารที่ถูกต้อง
ตามความรู้สึก ความคิด และต้องก่อให้เกิดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลตามเป้าหมาย (Perry &
Antai – Ootong, 1995) มีแนวคิดพื้นฐานจากทฤษฎีการเรียนรู้และทฤษฎีพุทธิปัญญา โปรแกรมการ
ฝึกทักษะทางสังคมส่วนใหญ่จะเน้นที่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วย
สามารถนำทักษะที่ได้เรียนรู้ไปใช้ในสถานการณ์จริงเมื่อกลับไปอาศัยอยู่ในชุมชน (สมพร รุ่งเรือง
กลกิจ, 2546 ; Liberman et al, 2005) จากผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยจิตเภทสามารถเรียนรู้ในการ
เปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมคือมีความวิตกกังวลลดลง มีพฤติกรรมกล้าแสดงออกอย่างเหมาะสม
เพิ่มขึ้น (Armstrong, 1993 อ้างในจิตารัตน์ พิมพ์ดีด, 2542) และจากผลการสังเคราะห์งานวิจัย
แบบมหวิเคราะห์พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทได้รับประโยชน์จากการเข้าโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม
ผู้ป่วยสามารถอยู่ในชุมชนได้ และมีทักษะทางสังคมดีขึ้นเป็นเวลา 1 ปี แต่ความยั่งยืนของทักษะที่
ผู้ป่วยเรียนรู้ลดลงในช่วง 2 ปีต่อมา (Heinssen, Liberman & Kopelowicz, 2000 อ้างในสมพร
รุ่งเรืองกลกิจ, 2546) ดังนั้นผู้ป่วยจิตเภทควรได้รับการกระตุ้นในทักษะต่าง ๆ ที่เรียนรู้เป็นระยะ
ผู้ป่วยจิตเภททั้งหมดเมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้นความสามารถในการทำหน้าที่ด้านต่าง ๆ จะไม่ปกติ
เช่นเดิมอีกทั้งการดำเนินโรคเรื้อรังซึ่งต่างจากโรคจิตอื่น ๆ เมื่ออาการทางจิตลดลงความสามารถ
และการทำหน้าที่ด้านต่าง ๆ ยังคงเช่นเดิม (Armstrong, 1993 อ้างในจิตารัตน์ พิมพ์ดีด, 2542)
ผู้ป่วยจิตเภทมีจำนวนน้อยมากที่อาการจะดีขึ้นเช่นเดิม ถ้ามีอาการกำเริบในแต่ละครั้งยังส่งผลให้การทำ
หน้าที่ด้านต่าง ๆ เสื่อมมากขึ้นตามไปด้วย โดยเฉพาะผู้ป่วยจิตเภทชายจะเกิดกลุ่มอาการด้าน

ลบมากกว่าผู้ป่วยจิตเภทหญิง ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทหญิงพบว่ามีกลุ่มอาการด้านบวกมากกว่าและการพยากรณ์โรคดีกว่า (Kaplan and Sadock, 1998 อ้างในจิรารัตน์ พิมพ์ดีด, 2542 : A.P.A., 2000) ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีความเสื่อมและความบกพร่องของทักษะทางสังคม อาทิเช่น ทักษะการทำงาน ทักษะการดำรงชีวิตประจำวัน ทักษะทางสังคม มีการแยกตัว เก็บตัวเงียบ ขาดการสื่อสาร และมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้างลดลง (จิรารัตน์ พิมพ์ดีด, 2541 : Anthony & Liberman, 1989 ; Mueser et al, 1991 cited by Hirsh et al, 1996 ; Hochberger and Fisher – James, 1992 อ้างในจิรารัตน์ พิมพ์ดีด, 2542)

ดังนั้น คณะผู้วิจัยจึงเล็งเห็นประโยชน์ของเทคโนโลยีการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช เพื่อให้บุคลากรทางจิตเวชและผู้ผ่านการอบรมด้านสุขภาพจิตและจิตเวชใช้เป็นคู่มือในการบริการด้านฟื้นฟูความสามารถของผู้ป่วยจิตเวชอย่างเป็นมาตรฐานเดียวกันตามทักษะที่พร่อง อีกทั้งสามารถใช้แบบประเมินเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช เพื่อประเมินความสามารถของผู้ป่วยจิตเวชเป็นข้อมูลพื้นฐานเบื้องต้น คณะผู้วิจัยจึงได้ทดสอบถึงประสิทธิผลของเทคโนโลยีการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชเฉพาะด้านสังคมและการสื่อสาร และแบบประเมินเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช โดยผ่านกระบวนการวิจัยเพื่อให้ได้คู่มือและแบบประเมินที่มีคุณภาพแก่การนำไปใช้ประโยชน์ต่อไป

1.2 คำถามการวิจัย

การฝึกทักษะด้านสังคมและการสื่อสารมีผลต่อคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลองหรือไม่

1.3 วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลการฝึกทักษะด้านสังคมและการสื่อสารต่อพฤติกรรมด้านสังคมและการสื่อสารของผู้ป่วยจิตเภทชาย

1.4 สมมติฐานการวิจัย

14.1 ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลองไม่แตกต่างกัน

14.2 ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองหลังได้รับการฝึกทักษะด้านสังคมและการสื่อสารมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มควบคุม

14.3 ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลอง

1.5 ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของการฝึกทักษะด้านสังคม และการสื่อสารของผู้ป่วยจิตเภทชายต่อพฤติกรรมด้านสังคมและการสื่อสารได้รับการวินิจฉัยโรคว่าป่วยด้วย โรคจิตเภทและเข้ารับการรักษที่แผนกผู้ป่วยใน เป็นผู้ป่วยคงสภาพการรักษาของตึกผู้ป่วยเฟื่องฟ้าและตึกฝ้ายคำ เข้ารับบริการในช่วงเดือนกรกฎาคม 2549 - เดือนธันวาคม 2549 จำนวน 22 คน เฉพาะผู้ป่วยเพศชาย และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในเดือนธันวาคม 2549 โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

1.6 นิยามตัวแปร

การฝึกทักษะด้านสังคมและการสื่อสาร หมายถึง การจัดให้ผู้ป่วยได้เข้ากลุ่มกิจกรรมบำบัดในรูปแบบของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม โดยการฝึกทักษะซึ่งมี 2 ขั้นตอน คือ 1) ขั้นรู้ชัดเห็นจริง และ 2) ขั้นลงมือกระทำ มีการจัดกิจกรรม 1 ครั้ง/สัปดาห์ รวม 3 สัปดาห์ สัปดาห์ที่ 4 เป็นการทบทวนกิจกรรมต่าง ๆ ที่ได้รับการฝึก เนื้อหากิจกรรมครั้งที่ 1 ประกอบด้วย การทักทาย การพูดคุยโต้ตอบได้อย่างเหมาะสม (การพูดกับผู้ใหญ่และพระภิกษุสงฆ์) การสบตาขณะพูดคุย การปฏิเสธด้วยคำพูดและท่าทาง และการกล่าวขอบคุณ และคำขอโทษ กิจกรรมครั้งที่ 2 ประกอบด้วย การใช้ระดับเสียงเหมาะสมในการพูดคุย การใช้สรรพนามอย่างเหมาะสม การใช้คำพูดสุภาพ การรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น และการรับฟังเรื่องราวผู้อื่นพูดได้อย่างต่อเนื่อง กิจกรรมครั้งที่ 3 ประกอบด้วย การแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสม การบอกความรู้สึกและความต้องการ มารยาทการรับประทานอาหาร การรู้จักรอคอย การรักษาสิทธิและการพิทักษ์สิทธิของตนเอง และการร่วมกิจกรรมกับคนอื่น ระยะเวลาที่ใช้ในกิจกรรมแต่ละครั้งประมาณ 1 ชั่วโมง 30 นาที

พฤติกรรมด้านสังคมและการสื่อสาร หมายถึง พฤติกรรมที่พึงประสงค์ที่แสดงออกของผู้ป่วยจิตเภท หลังได้รับการฝึกทักษะด้านสังคมและการสื่อสาร

ผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง ผู้ป่วยเพศชายที่เข้ารับการรักษ แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทอยู่ในระยะคงสภาพการรักษา

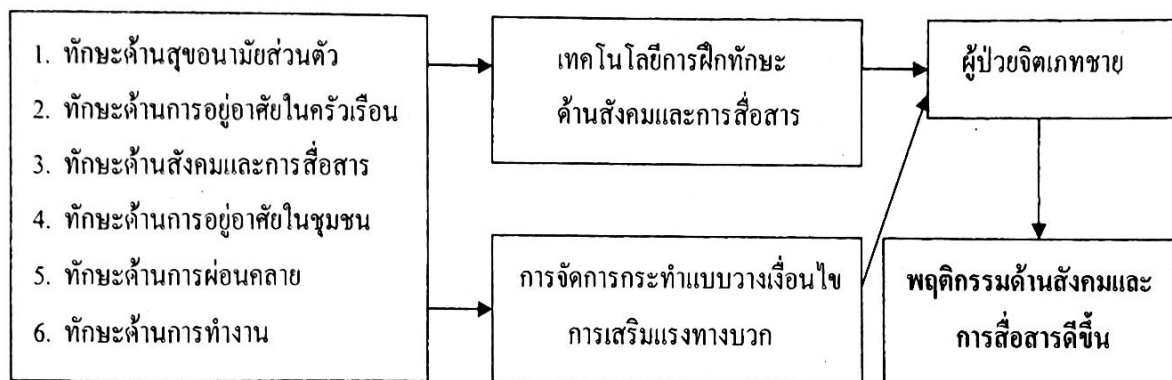
1.7 กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดตามการสร้างแบบประเมินเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนของเกียรติภูมิ วงศ์รจิต, พัทธกัณท์ผล บุญยมาสิก, สุพัฒนา สุขสว่างและศิริลักษณ์ สว่างวงศ์สิน โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต (2550) แบ่งทักษะการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคมออกเป็น 6 ด้าน กล่าวคือ 1) ทักษะด้านสุขอนามัยส่วนตัว 2) ทักษะด้านการอยู่อาศัยในครัวเรือน 3) ทักษะด้านสังคมและการสื่อสาร 4) ทักษะด้านการอยู่อาศัยในชุมชน 5) ทักษะด้าน

การผ่อนคลาย และ 6) ทักษะด้านการทำงาน คณะผู้วิจัยได้เลือกศึกษาเฉพาะทักษะด้านสังคมและการสื่อสาร เนื่องจากคณะผู้วิจัยเป็นทีมวิจัยภาคสนามของโรงพยาบาลศรีธัญญาในโครงการพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพที่เหมาะสมในระดับบุคคลและชุมชน ตลอดจนโครงการย่อยการสร้างแบบประเมินเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ได้รับมอบหมายให้พัฒนาเทคโนโลยี การฝึกทักษะด้านสังคมและการสื่อสาร (กรมสุขภาพจิต โรงพยาบาลศรีธัญญา, 2550) ตลอดจนทำการทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรมในผู้ป่วยจิตเภทชาย เพื่อประเมินพฤติกรรมด้านสังคมและการสื่อสารดีขึ้นหรือไม่

นอกจากนี้ได้อาศัยทฤษฎีการปรับพฤติกรรมของ Skinner การจัดการกระทำแบบวางเงื่อนไข เพื่อให้เกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์ดีขึ้น โดยมีการเสริมแรงทางบวกให้เมื่อพฤติกรรมมีมูลค่าเป็นเงิน ให้คำชมเชย ประทับมือ และให้อาหาร

ทักษะการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคม



รูปที่ 1 กรอบแนวคิดการฝึกทักษะด้านสังคมและการสื่อสารต่อพฤติกรรมด้านสังคมและการสื่อสาร

1.8 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

18.1 ได้เทคโนโลยีการฝึกทักษะด้านสังคมและการสื่อสารซึ่งถือว่าเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภท

18.2 ผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสื่อมถอยของบุคลิกภาพ ทักษะทางสังคมและการสื่อสาร เมื่อผู้ป่วยจิตเภทได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพในทักษะดังกล่าวส่งผลให้ผู้ป่วยมีศักยภาพเพิ่มขึ้นได้

18.3 บุคลากรทางจิตเวชได้เทคโนโลยีใหม่ ๆ และได้พัฒนาศักยภาพของตนเองในการใช้เทคโนโลยีให้เกิดประโยชน์ต่อผู้รับบริการ

บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาครั้งนี้ คณะผู้วิจัยได้ทำการศึกษาดำรง เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังต่อไปนี้

2.1 มโนทัศน์เกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคม

2.1.1 ความหมาย

2.1.2 เป้าหมายหลักการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิต

2.1.3 หลักการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคม

2.1.4 ขั้นตอนในการฟื้นฟูสมรรถภาพ

2.1.5 ปัจจัยที่ช่วยให้เกิดผลลัพธ์ทางบวกในการฟื้นฟูสมรรถภาพ

2.1.6 การฝึกทักษะทางสังคม

2.2 มโนทัศน์เกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภท

2.2.1 ลักษณะผู้ป่วยโรคจิตเภท

2.2.2 ลักษณะความเสื่อมในผู้ป่วยจิตเภท

2.2.3 กระบวนการเรียนรู้ของผู้ป่วยจิตเภท

2.3 มโนทัศน์เกี่ยวกับทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม

2.3.1 แนวคิดของทฤษฎีการวางเงื่อนไขแบบการกระทำ

2.3.2 การจัดการเงื่อนไขผลกระทบ

2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1 มโนทัศน์เกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคม

2.1.1 ความหมาย

สุชาดา ศาครเสถียร (2530) การฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นกระบวนการที่จะผดุงรักษาความสามารถในการทำกิจกรรมในการปฏิบัติภารกิจประจำวัน และดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนภายหลังจากที่เจ็บป่วย หรือหลังได้รับอุบัติเหตุให้อยู่ในระดับที่ใกล้เคียงกับความสามารถเดิมให้มากที่สุด เพื่อที่จะทำให้ผู้พิการนั้นสามารถดำรงชีวิตในชุมชนได้อย่างปกติสุข โดยพึ่งตัวเองได้มากที่สุด

โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์และศูนย์สุขภาพจิต 3 กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (ม.ป.ป.) การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช หมายถึง กระบวนการที่พัฒนาร่างกาย จิตใจ อารมณ์ หรือการเรียนรู้ รวมทั้งพัฒนาการเดิมเพื่อใช้ความสามารถที่มีอยู่อย่างเต็มที่ เพื่อการปรับตัวเข้าสู่สังคม การดำเนินชีวิตประจำวันรวมถึงการประกอบอาชีพอย่างเหมาะสมกับผู้ป่วยมากที่สุด

สมชาย จักรพันธุ์ (2536) การฟื้นฟูสมรรถภาพ หมายถึง การเสริมสร้างหรือพัฒนาร่างกาย อารมณ์ และจิตใจหรือเรียนรู้การพัฒนาการเดิมที่จำเป็นอีกครั้งหนึ่งเพื่อจะใช้ความสามารถที่เหลืออยู่ได้อย่างเต็มที่ในการแสดงออกด้านอารมณ์ การเคลื่อนไหวของร่างกาย การวางตัวในสังคม และการหาเลี้ยงชีพ ทำให้ผู้ป่วยสามารถกำหนดแนวทางของชีวิตใหม่ และนำไปสู่วิถีชีวิตที่ดีกว่าการดำรงชีพ การทำงาน และการพักผ่อนหย่อนใจ ก่อให้เกิดความสบายใจและความหวังใหม่ และสามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนภายหลังการเจ็บป่วยทางกาย ทางจิตใจหรือโดยอุบัติเหตุให้อยู่ในระดับที่ใกล้เคียงกับภาวะเดิมและพึ่งตัวเองได้มากที่สุด

สมชาย จักรพันธุ์ (2536) การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช เป็นการใช้วิธีการของการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ทางสังคม ทางอาชีพ ผสมผสานกันโดยใช้กิจกรรมหลัก 3 แนวทางร่วมกันคือการทำงาน (work) นันทนาการ (play) และทักษะส่วนตัว (Personal skill) โดยเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับรักษาจนอาการทุเลาและเตรียมผู้ป่วยกลับไปมีชีวิตรอยู่ในชุมชนที่เขาอยู่

ปีพามา สิริเวช (2545) การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช หมายถึง กระบวนการที่ใช้ทีมจิตเวชร่วมกับครอบครัว ชุมชน และองค์กรที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาผู้ที่มีความบกพร่องพิการทางจิต ให้สามารถใช้ศักยภาพที่มีอยู่ให้มากที่สุด หรือลดความบกพร่องพิการให้เหลือน้อยที่สุดหรือหมดไป

Sundeen (2001) การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช เป็นกระบวนการช่วยให้บุคคลกลับไปทำหน้าที่ตามปกติให้ได้มากที่สุด ให้บุคคลได้เรียนรู้และทำงานในชุมชนของตนเอง ยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง ประชาชนต่อประชาชน

Hennig 1982 ; Penington & Burry 1990 ; Stryker 1972 (cited by Pryor, 2000)การฟื้นฟูสมรรถภาพเกี่ยวกับการคงไว้ซึ่งความสามารถและบทบาทที่มีอยู่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน

การเสื่อมถอย การป้องกันและลดการไร้ความสามารถ การช่วยให้การทำหน้าที่และบทบาท กลับคืนมาเช่นเดิม และให้เกิดความพิการเหลือน้อยที่สุด

Glynn et al 1994 ; Hume & Pullen 1995 ; Wallace et al 2001 b (cited by Craig et al. 2003) การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช คือการเตรียมการช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง ทั้งด้านความรู้ ความเข้าใจและการประสานงานกับหน่วยบริการ ในการควบคุมอาการและป้องกันอาการกำเริบ และให้ผู้ป่วยทางจิตสามารถนำหน้าทางสังคมได้มากที่สุดทั้งการประกอบอาชีพ การศึกษา และ การทำบทบาทหน้าที่

สรุปการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช หมายถึง กระบวนการช่วยเหลือบุคคลที่เจ็บป่วยทางจิต ซึ่งผลของการเจ็บป่วยทางจิตทำให้มีความเสื่อมถอย ไร้ความสามารถและมีความพิการ ช่วยให้เขาสามารถดำรงชีวิตประจำวัน ทำบทบาทหน้าที่ต่าง ๆ ในสังคมได้ดีเช่นเดิมหรือมากที่สุดตามศักยภาพที่เหลืออยู่ สามารถพึ่งพาตนเองได้มากที่สุดและใช้ชีวิตอยู่ในชุมชนของตนเองได้

2.1.2 เป้าหมายหลักการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคม

การช่วยให้ผู้ป่วยสามารถทำหน้าที่ทางสังคมได้ปกติและสามารถพึ่งตนเองให้มากที่สุด การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคม เป็นคำที่กว้างครอบคลุมทั้งด้านสังคม การเรียน อาชีพ พฤติกรรม และความคิด เพื่อช่วยให้บุคคลที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทได้ใช้ศักยภาพที่มีอยู่อย่างเต็มที่ (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2546) และได้พัฒนาดตนเองให้มีทักษะชีวิตได้อย่างอิสระ (sundeen, 2001)

2.1.3 หลักการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคม (Palmer – Erbs et al, 1996 cited by Sundeen, 2001) มีดังนี้

1. มีความเชื่อว่าบุคคลที่เจ็บป่วยทางจิตมีโอกาหลายเป็นปกติได้
2. ทำให้เกิดความหวังและมีโอกาสเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีได้
3. มุ่งบุคคลเป็นศูนย์กลาง ส่งเสริมให้บุคคลมีทางเลือกและมีพลังอำนาจในตนเอง
4. เอื้อให้เกิดการทำงานร่วมกันของผู้ให้บริการ การมีส่วนร่วมของครอบครัวใน การพัฒนาเป้าหมายและวางแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพ
5. มีการรวบรวมข้อมูลแบบองค์รวมทั้งทางกาย อารมณ์ สติปัญญา สังคม และ มิติทางจิตวิญญาณ
6. ให้โอกาสพัฒนาทางการศึกษา เพื่อสร้างทักษะชีวิตและความรู้ให้มีอิสระใน ชีวิตและการทำหน้าที่ในแต่ละวันมากที่สุด
7. สร้างชุมชนให้มีความเข้มแข็ง และให้ผู้ให้บริการเข้าถึงระบบแหล่งสนับสนุน ทางสังคมได้โดยง่าย

8. นักสุขภาพทางการศึกษา นักกฎหมาย และสมาคมผู้ไร้ความสามารถทางจิตเวช ช่วยกันลดคราบาป และส่งเสริมให้เกิดความเข้าใจในผู้ป่วยจิตเวช

Lindemann (1981 อ้างถึงในสมชาย จักรพันธุ์, 2536) ได้กล่าวถึงการฟื้นฟูสมรรถภาพที่ประสบความสำเร็จว่าควรจะต้องมี

1. ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น การใช้จับ ทำอาหาร ดูแลบ้านซึ่งแสดงถึงการเป็นตัวของตัวเอง ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น
2. มีความมั่นใจในตัวเอง สามารถอยู่ตัวคนเดียวได้เป็นเวลานานโดยไม่มีความเบื่อหน่ายหรือซึมเศร้า
3. สามารถที่จะออกนอกบ้านไปโดยลำพัง รู้จักการเดินทางด้วยตนเอง โดยใช้ยานพาหนะต่าง ๆ
4. สามารถเข้าสังคม พบเพื่อนโดยมีพฤติกรรมที่เหมาะสม
5. มีงานทำหรือสามารถรับผิดชอบในงานของตนเอง
6. มีชีวิตทางเพศอย่างปกติ

2.1.4 ขั้นตอนในการฟื้นฟูสมรรถภาพ (สุชาติ ศาครเสถียร, 2530)

1. ในระยะแรกผู้ป่วยยังมิอาจทางจิต แต่ไม่เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น และยังคงอยู่ในสถานพยาบาล ระยะแรกนี้การฟื้นฟูสมรรถภาพมีวัตถุประสงค์เพื่อลดอาการ กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีปฏิกิริยาตอบสนอง สนใจและรับรู้ต่อสิ่งแวดล้อม กิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพประกอบด้วยงานอาชีพบำบัด ศิลปกรรมบำบัด ดนตรีบำบัด เต้นรำบำบัด ฯลฯ กิจกรรมในช่วงนี้มักเป็นกิจกรรมรายบุคคลที่ใช้ความสามารถง่าย ๆ และทำเสร็จภายในเวลาสั้น ๆ

2. เมื่อผู้ป่วยเริ่มมีพฤติกรรมสนใจสิ่งรอบข้าง มีปฏิกิริยาตอบสนองที่เหมาะสม และสามารถเข้าร่วมกลุ่มได้ จุดประสงค์การจัดให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมบำบัดในระยะนี้เพื่อฝึกให้ผู้ป่วยรู้จักการทำงานกับผู้อื่น เรียนรู้การปฏิบัติตนในกลุ่ม และเริ่มฝึกกิจวัตรประจำวันง่าย ๆ

3. ระยะก่อนผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน ระยะนี้ผู้ป่วยอาจถูกส่งไปอยู่ที่ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพหรือกลับไปทดลองอยู่บ้าน จุดประสงค์ในระยะนี้มุ่งเน้นด้านสัมพันธภาพในสังคม พัฒนาทักษะขั้นพื้นฐานในการทำงาน และทักษะการปฏิบัติตัวทั้งที่บ้านและที่ทำงาน

4. ระยะที่ผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตในชุมชน งานฟื้นฟูสมรรถภาพจะมีวัตถุประสงค์ในการจัดหางานอาชีพเป็นหลัก เช่น งานรับจ้างทั่วไป หรืองานในโรงงานอารัักษ์ ซึ่งอาจจะดำเนินการโดยภาคเอกชนหรือรัฐบาลก็ได้ ให้ความรู้แก่ญาติและบุคลากรในชุมชน ถึงการดูแลผู้ป่วยและการปฏิบัติตัวต่อผู้ป่วย รวมทั้งติดตามดูแลผู้ป่วยว่าสามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนนั้นได้อย่างปกติสุขหรือไม่ ตลอดจนกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้รู้จักใช้ทรัพยากรที่มีในท้องถิ่นนั้นให้เป็นประโยชน์มากที่สุด กระตุ้นให้มีกิจกรรมกลุ่มที่เป็นประโยชน์สำหรับผู้ป่วย

2.1.5 ปัจจัยที่ช่วยให้เกิดผลลัพธ์ทางบวกในการฟื้นฟูสมรรถภาพ

ปัจจัยพื้นฐานมี 3 อย่าง คือ 1) ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง (Participants) 2) กิจกรรม (Activities) และ 3) สถานที่ (setting) (Pryor, 2000)

- 1) ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง (Participants) หมายถึง ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องโดยตรงคือ ผู้ใช้บริการ สมาชิกในครอบครัวหรือบุคคลสำคัญของผู้ใช้บริการและเจ้าหน้าที่ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทางอ้อมรวมทั้งการจัดการให้เกิดการเอื้ออำนวยความสะดวก อุปกรณ์ต่าง ๆ และผู้กำหนดนโยบาย
- 2) กิจกรรม (Activities) เป็นองค์ประกอบที่มีความสำคัญต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ
- 3) สถานที่ (Setting) มีบรรยากาศของการทำงานเป็นทีมของทีมสหวิชาชีพ ซึ่งมีอิทธิพลต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยรวมทั้งการทบทวนถึงสิ่งแวดล้อมของสถานที่ที่ช่วยเอื้ออำนวยความสะดวกให้ผู้บริการอยากมารับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยตนเอง การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช ได้ให้ความสำคัญเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด และบรรยากาศของหอผู้ป่วย

2.1.6 การฝึกทักษะทางสังคม

การฝึกทักษะทางสังคมเป็นอีกรูปแบบหนึ่ง สำหรับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช ในปี ค.ศ. 1980 Robert Paul Liberman และคณะได้พัฒนาและทำการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการฝึกทักษะทางสังคมพบว่าการฝึกทักษะทางสังคม เป็นรูปแบบหนึ่งที่มีอำนาจในการทำนายสูงถึงผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยทางจิตเวช ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่มีอาการ ลดอาการกำเริบ และผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น (Liberman et al, 2005) เนื่องจากความบกพร่องทางสังคม อาจทำให้เสี่ยงต่อการกำเริบสูงขึ้น อย่างไรก็ตามการฝึกทักษะทางสังคมไม่ได้มีผลต่อกลุ่มอาการด้านบวกและกลุ่มอาการด้านลบ ไม่ได้ป้องกันอาการกำเริบ (Bellack et al, 2004) เมื่อ 20 ปีก่อนทักษะทางสังคมและการฝึกทักษะทางสังคมได้รับความนิยมอย่างมากในการนำมาใช้ในการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช มีการศึกษามากมายโดยเฉพาะในผู้ป่วยจิตเภทซึ่งมีความบกพร่องในทักษะทางสังคมและการปฏิบัติตัวในสังคม (Tsang & Pearson, 1996) ผู้ป่วยจิตเภทบางคนไม่เคยมีประสบการณ์ในทักษะทางสังคม แต่ในบางคนเคยมีแต่บกพร่องไป อย่างไรก็ตามก็ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีความบกพร่องในทักษะทางสังคม (Bellack et al, 2004)

Corrigan, Schade & Liberman (1992) กล่าวว่า การฝึกทักษะทางสังคมเป็นองค์ประกอบที่สำคัญสำหรับกลวิธีการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิต ผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยทางจิตมักจะไม่มีความบกพร่องใน ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและการทำหน้าที่ทางสังคม ผู้ป่วยอาจจะแยกตัวจากเพื่อนและครอบครัว การสื่อสารกับบุคคลอื่นไม่เหมาะสมและไม่สามารถทำงานได้ตามเดิม การฝึกทักษะทางสังคมมีหลายรูปแบบ ส่วนโปรแกรมสำหรับผู้ป่วยใน อาศัยวิธีการให้รางวัล ที่เรียกว่า Tokeneconomy Motivational Structure ตัวอย่างเช่น ให้เหรียญเมื่อผู้ป่วยมาตรงต่อเวลา สามารถ

สื่อสารหรือสนทนาได้อย่างเหมาะสม หรือจัดให้ได้ทำความสะอาดที่อยู่อาศัย ผักमारขาทในการรับประทานอาหาร เป็นต้น

Chien, Ku, Lu, Chu, Yao and Chou (2003) ได้กล่าวสรุปถึงทักษะทางสังคมเป็นทักษะของการมีปฏิสัมพันธ์ โดยการใช้พฤติกรรมที่ได้รับการเรียนรู้ทั้งอวัจนภาษาและวัจนภาษา ภายใต้อาการแตกต่างของวิถีชีวิต ซึ่งบุคคลได้รับการยอมรับในสังคมนั้น

การฝึกทักษะทางสังคม เป็นการสอนเกี่ยวกับพฤติกรรมของบุคคลให้มีการสื่อสารที่ถูกต้องตามความรู้สึก ความคิด และต้องเอื้อให้เกิดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลตามเป้าหมาย การมีปฏิสัมพันธ์ที่ประสบความสำเร็จนั้นหมายถึงการมีทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพทั้งวัจนภาษาและอวัจนภาษา (Perry & Antai - Olong, 1995) มีแนวคิดพื้นฐานจากทฤษฎีการเรียนรู้และทฤษฎีพุทธิปัญญา โปรแกรมที่ใช้ในการฝึกทักษะทางสังคมอาจจะแตกต่างกันขึ้นอยู่กับเนื้อหาของทักษะที่ต้องการฝึก แต่โดยส่วนใหญ่แล้วทุกโปรแกรมจะเน้นที่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเป้าหมายหลักในการฝึกอบรมคือ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถนำทักษะที่ได้เรียนรู้ไปใช้ในสถานการณ์จริง เมื่อกลับไปอยู่ในชุมชน เทคนิคต่าง ๆ ที่ใช้ในการฝึกผู้ป่วยจิตเภท เช่น การแสดงบทบาทสมมติ การฝึกซ้อมทำซ้ำ ๆ การเป็นตัวแทนทางสังคม การมอบหมายงาน การให้การเสริมแรง การให้ข้อมูลย้อนกลับ (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2546; Liberman et al, 2005) ทักษะทางสังคมที่มักพบเห็นในโปรแกรมการฝึกอบรมทั่วไป คือ การดูแลตนเอง การรับประทานยา การป้องกันอาการกำเริบ สัมพันธภาพระหว่างบุคคลและครอบครัว การพบปะเพื่อนฝูง การสร้างมิตร การจัดการกับการเจ็บป่วย นันทนาการในเวลาว่าง การบริหารเงิน ทักษะในครัวเรือน ทักษะการใช้ชีวิตในชุมชน การกล้าแสดงออก การสอนให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนการมองสถานการณ์แบบใหม่ ๆ การฮัมเพื่อหยุดยั้งการได้ยินเสียงแว่ว (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2546; Craig et al, 2003; Liberman et al, 2005) รูปแบบการฝึกอาจเป็นรายบุคคลหรือรายกลุ่ม จากผลการสังเคราะห์งานวิจัยแบบมหวิเคราะห์ พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทได้รับประโยชน์จากการเข้าโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม ผู้ป่วยสามารถอยู่ในชุมชนได้ และมีทักษะทางสังคมดีขึ้นเป็นเวลา 1 ปี แต่ความยั่งยืนของทักษะที่ผู้ป่วยเรียนรู้ลดลงในช่วง 2 ปีต่อมา โปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมมีประโยชน์ต่อผู้ป่วยจิตเภททั้งในระยะเฉียบพลันและเจ็บป่วยเรื้อรัง อย่างไรก็ตามไม่สามารถสรุปได้อย่างชัดเจนว่า เนื้อหาที่ควรฝึกให้กับผู้ป่วยควรเป็นเรื่องอะไร ใช้รูปแบบวิธีการฝึกอย่างไร ระยะเวลาของการฝึกควรนานเท่าไร ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับลักษณะของปัญหาและความสามารถในการที่จะเรียนรู้ของผู้ป่วยแต่ละคน การประเมินผู้ป่วยแต่ละคนจึงเป็นสิ่งสำคัญ สำหรับการจัดโปรแกรมการฝึกที่เหมาะสม (Heinssen, Liberman & Kopelowicz, 2000 อ้างในสมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2546)

Heinssen และคณะได้ให้ข้อเสนอแนะว่า ผู้ป่วยสามารถนำความรู้ที่ได้จากการฝึกไปใช้ในชุมชนได้ หากโปรแกรมการฝึกอบรม 1) ระยะเวลาสั้นเพียงพอ 2) สอดคล้องกับบริบทใน

สิ่งแวดล้อมที่ผู้ป่วยอยู่ และผู้ป่วยมีโอกาสได้ฝึกทดลองใช้ทักษะต่าง ๆ ในสิ่งแวดล้อมนั้น 3) ให้การเสริมแรงทันทีเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ และ 4) มีการฝึกทีละขั้นตอนอย่างชัดเจน

สรุป การฝึกทักษะทางสังคมเป็นการจัดโปรแกรมการอบรมให้ผู้ป่วยที่มีความบกพร่องในทักษะต่างๆ ทั้งระยะเฉียบพลันและเจ็บป่วยเรื้อรัง เพื่อตอบสนองตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย อาจจัดเป็นรายบุคคลหรือเป็นกลุ่ม โดยใช้เทคนิคต่างๆ เช่น การแรงทางบวก การแสดงบทบาทสมมติ การฝึกซ้อมทำซ้ำๆ การเป็นตัวแทนทางสังคม การมอบหมายงาน และการให้ข้อมูลย้อนกลับ เป็นต้น ระยะเวลาการฝึกเพียงพอมีการเสริมแรงทันทีเมื่อหาการอบรมต้องสอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วย อีกทั้งผู้ป่วยได้ฝึกทดลองในสถานการณ์จริงมีรูปแบบการฝึกเป็นขั้นตอนอย่างชัดเจน หลังการฝึกทักษะทางสังคมผู้ป่วยมีทักษะดีขึ้นใน 1 ปี และลดลงในช่วง 2 ปีต่อมา

2.2 มโนทัศน์เกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภท

2.2.1 ลักษณะผู้ป่วยโรคจิตเภท

โรคจิตเภทโรคจิตเภทมีความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรมเป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน โดยที่ผู้ป่วยไม่มีโรคทางกาย โรคทางสมอง พิษจากยาหรือสารเสพติดที่เป็นสาเหตุของอาการดังกล่าว (สมภพ เรื่องตระกูล, 2545) โรคจิตเภทเป็นโรคที่พบบ่อยที่สุด ผู้ป่วยเริ่มมีอาการในช่วงวัยรุ่น เมื่อเป็นแล้วมักไม่หายขาด ส่วนใหญ่มีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ โดยมีอาการหลงเหลืออยู่บ้างในระหว่างนั้น (มาโนช หล่อตระกูล, 2548) ผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 50 มีอาการซึมเศร้าและพยายามฆ่าตัวตาย การพยากรณ์โรคเป็นโรคเรื้อรังตลอดชีวิต (Fadem & Simring, 2004) ผู้ป่วยชายมีโอกาสเกิดอาการด้านลบมากกว่าผู้หญิง แต่ผู้หญิงมีอาการด้านบวกมากกว่าและมีพยากรณ์โรคดีกว่าผู้ชายดูได้จากการกลับเข้ารับรักษาซ้ำและระยะนอนโรงพยาบาล ระยะเวลาการเจ็บป่วยทั้งหมด จำนวนครั้งการกำเริบ การตอบสนองต่อยา สังคมและการทำงาน (A.P.A., 2000) ผู้ป่วยจิตเภทจะเสื่อมลงไปเรื่อยๆตามระยะเวลาที่ผ่านมา และเกิดอาการกำเริบอย่างฉับพลันเป็นระยะ อัตราการป่วยซ้ำใน 2 ปีนั้นถ้าผู้ป่วยได้รับยาอย่างต่อเนื่องจะเกิดประมาณ 4% ถ้าผู้ป่วยไม่ได้รับยาจะเกิดการป่วยซ้ำถึง 80% (พันธุศักดิ์ วราธิ์สวัสดิ์ และทวี ตั้งเสรี, 2536) ประมาณ 1 ใน 3 ของจำนวนผู้ป่วยโรคจิตเภททั้งหมด สามารถทำหน้าที่ต่างๆได้ตามปกติเช่นเดิม ถ้าระยะเวลาการเจ็บป่วยอยู่ในช่วงสั้นๆ อีก 1 ใน 3 มีประวัติการกลับเข้ารับรักษาซ้ำและมีอาการรุนแรงตลอดชีวิต และที่เหลือ 1 ใน 3 จะมีอาการเรื้อรัง (Lohr, 1991) การวินิจฉัยได้ว่าบุคคลใดเป็นโรคจิตเภทนั้นมีการบ่งชี้ที่สำคัญ 4 ประการ คือ 1) มีลักษณะอาการของโรคจิตเภทเกิดขึ้นในระยะอาการกำเริบ 2) ระดับของความสามารถในการทำหน้าที่ต่างๆลดลง 3) เริ่มเกิดอาการก่อนอายุ 45 ปี และ 4) มีอาการติดต่อกันอย่างน้อย 6 เดือน (Cook, 1991)

2.2.2 ลักษณะความเสื่อมในผู้ป่วยจิตเภท

โรคจิตเภทเป็นโรคจิตชนิดที่พบบ่อยที่สุด ผู้ป่วยเริ่มมีอาการในช่วงวัยรุ่นเมื่อเป็นแล้วมักไม่หายขาด ส่วนใหญ่มีอาการกำเริบเป็นช่วง ๆ โดยมีอาการหลงเหลืออยู่บ้างในระหว่างนั้น (มานิช หล่อตระกูล, 2548) ผู้ป่วยจิตเภทมีความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้ พฤติกรรม การตัดสินใจ สัมพันธภาพกับบุคคลอื่นและบุคลิกลักษณะ (พันธุ์ศักดิ์ วราฮ์สวัสดิ์ และทวี ตั้งเสรี, 2536 ; สมภพ เรืองตระกูล, 2545 ; Gubman & Tessler, 1987 อ้างใน สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2546 ; Lamb, 1980 ; Manschreck, 1981 cited by Crosby, 1987 ; Mabbett, 1996 ; Fadem & Simriny, 2004.) ผลที่ตามมาทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความบกพร่องและความเสื่อมในด้านต่าง ๆ

ผู้ป่วยจิตเภททั้งหมดเมื่อมีการเจ็บป่วยทางจิตเกิดขึ้น ความสามารถในการทำหน้าที่ด้านต่าง ๆ จะไม่ปกติเช่นเดิม อีกทั้งการดำเนินโรคเรื้อรัง ซึ่งต่างจากโรคจิตอื่น ๆ เมื่ออาการทางจิตลดลงความสามารถและการทำหน้าที่ด้านต่าง ๆ ยังคงเช่นเดิม ผู้ป่วยจิตเภทมีจำนวนน้อยมากที่อาการจะดีขึ้นเช่นเดิม (Armstrong, 1993 อ้างใน จิตรัตน์ พิมพ์ดีด, 2542) ถ้ามีอาการทางจิตกำเริบในแต่ละครั้งยิ่งส่งผลทำให้การทำหน้าที่ด้านต่าง ๆ เสื่อมมากขึ้นตามไปด้วย รวมทั้งการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรัง เมื่อป่วยมานานพบว่ากลุ่มอาการด้านบวกลดลง ในผู้ป่วยเพศชายมีโอกาสเกิดกลุ่มอาการด้านลบมากกว่าแต่ผู้ป่วยเพศหญิงจะมีกลุ่มอาการด้านบวกมากกว่าและการพยากรณ์โรคดีกว่า ผู้ป่วยจิตเภทจะมีความรุนแรงของความเสื่อมทางสังคม หรือมีความบกพร่องทางอาการ แม้ว่าผู้ป่วยจิตเภท 1 ใน 3 ของผู้ป่วยทั้งหมดสามารถปรับตัวเข้ากับสังคมได้ แต่ผู้ป่วยจิตเภทที่เหลือส่วนมากจะมีลักษณะไร้จุดหมาย ขาดความสนใจในการทำกิจกรรม กลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลบ่อย เป็นลักษณะของผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในชนบทหรือไม่มีที่อยู่อาศัยและยากจน ซึ่งการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นดั่งบ่วงชีวิตเบื้องต้น ของการขาดความสามารถในการดูแลตนเองตามความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ (Kaplan and Sadock, 1998 อ้างใน จิตรัตน์ พิมพ์ดีด, 2542 ; A.P.A. , 2000) และส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีปัญหาในด้านต่าง ๆ ในการดำรงชีวิต อันเนื่องมาจากลักษณะความเสื่อมต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น

ลักษณะความเสื่อมในผู้ป่วยจิตเภทพบว่าผลจากการเจ็บป่วยทางจิต ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความรู้สึกถูกตีตราในจิตใจ จึงส่งผลทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมแยกตัวเอง เก็บตัวเงียบอยู่แต่ในบ้าน (O'Brien, 1998 อ้างในจิตรัตน์ พิมพ์ดีด, 2541) อันสืบเนื่องมาจากการกลัวปฏิกิริยาจากบุคคลรอบข้าง (Link et al, 1989 cited by Link et al, 1991) ผู้ป่วยจิตเภทจึงมีแนวโน้มหลีกเลี่ยงจากสถานการณ์ที่ถูกวิพากษ์วิจารณ์ หรือสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความคับข้องใจ (Bellack et al, 2004) สอดคล้องกับการศึกษาของจิตรัตน์ พิมพ์ดีด (2541) ศึกษากระบวนการการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้างลดลง และแยกตัวเองมากขึ้น ความสามารถในการทำงานลดลงมาก กล่าวคือในผู้ป่วยบางรายความสามารถและความทนต่องาน เริ่มเปลี่ยนไปมีความอ่อนล้า และ

เหนื่อยง่าย ลักษณะที่พบเช่นนี้ จะปรากฏในผู้ป่วยจิตเภทที่กลับมาได้รับการรักษาซ้ำ ในรายดกงาน
 อยากรู้อยากเห็น อยากรู้อยากได้ รู้สึกไร้ค่าถูกรังเกียจจากบุคคลรอบข้าง National Institute of
 Disability and Rehabilitation service (1993 cited by Connie, Mc Reynolds & Garske, 2003)
 ได้ให้สถิติอัตราการดกงานในบุคคลที่ป่วยทางจิตมีถึงร้อยละ 85 บุคคลที่ไร้ความสามารถทางจิต
 เวชสามารถหางานทำได้เพียงครึ่งหนึ่งของคนที่ไร้ความสามารถทางกาย (Marshak, Bostick &
 turton, 1990 cited by Connie et al, 2003) Link et al (1989 cited by Link et al, 1991)
 ชี้ให้เห็นว่าการไม่มีงานทำมีผลทำให้อาการของโรครุนแรงขึ้น ทำให้อาการกำเริบ และส่งผลต่อ
 การกลับมาการรักษาซ้ำได้ อย่างไรก็ดี Harding et al (1987 cited by Connie et al, 2003) กล่าวว่า
 การฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพ ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทไม่เสื่อมไปมากกว่าเดิม ผู้ป่วยสามารถกลับไป
 ทำบทบาทในสังคมได้เช่นเดิม (Nagamoto, 2000) บางรายสัมพันธ์ภาพกับบุคคลในครอบครัวไม่ดี
 กับข้อใจ ทะเลาะวิวาทถกเถียงกันบ่อย บางรายรู้สึกไม่อิสระ ถูกควบคุม (จิรารัตน์ พิมพ์ดีด,
 2541) Crosby (1987) กล่าวว่าผู้ป่วยจิตเภทต้องการความเป็นอิสระและต้องการให้คนรอบข้าง
 มองตนเช่นเดียวกับบุคคลอื่น ๆ อีกทั้งต้องการจัดการควบคุมอาการของตนเองให้ได้ จึงสรุปได้ว่า
 ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีความเสื่อมและความบกพร่องของทักษะทางสังคม (Anthony & Liberman,
 1989 ; Meuser et al, 1991 cited by Hirsch et al, 1996) อาทิเช่น ทักษะการทำงาน ทักษะการ
 ดำรงชีวิตประจำวัน และทักษะทางสังคม (Hochberger and Fisher – James, 1992 อ้างใน จิรารัตน์
 พิมพ์ดีด, 2542) ดังนั้นความเสื่อมและความบกพร่องในด้านสังคม และการทำบทบาท
 หน้าที่ด้านต่าง ๆ นำไปสู่การไร้ความสามารถในการทำงาน สัมพันธภาพทางสังคมบกพร่อง และ
 การดูแลตนเองบกพร่อง ซึ่งพบได้บ่อยในระยะหลังเหลืออาการ (A.P.A., 2000)

2.2.3 กระบวนการเรียนรู้ของผู้ป่วยจิตเภท

โรคจิตเภทเป็นกลุ่มอาการแสดงความผิดปกติในการทำหน้าที่ของสมองด้านการรับรู้
 สถิติปัญญา ความเชื่อมโยงความคิด การควบคุมตนเอง การแสดงออกทางอารมณ์ การสื่อสาร
 และขาดแรงจูงใจ (WHO, 2002 อ้างในสมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2546) ในด้านความสนใจผู้ป่วยจิต
 เภทจะมีความเสื่อมของการตอบสนองต่อสิ่งเร้าไม่สามารถสกัดกั้นสิ่งเร้าที่ไม่สำคัญออกไปได้ มี
 ความเสื่อมในการรวบรวมข้อมูล ข่าวสาร ซึ่งอาจเกิดจากภาวะการณ์ในขณะนั้นเช่นเมื่อมีอาการทาง
 จิตมากขึ้น แต่มิใช่เกิดจากลักษณะอาการของโรคอย่างเดียว ผู้ป่วยจะมีความจำไม่ดีเป็นลักษณะ
 ความเสื่อมของความคิด (Cognition) เมื่อมีการเจ็บป่วยทางจิตเรื้อรังทำให้เกิดความเสื่อมในการ
 เรียนรู้ต่อสิ่งใหม่ ๆ และความจำในปัจจุบัน แต่ความจำในอดีตไม่เสื่อม นอกจากนี้ยังมีความเสื่อม
 ในด้านสังคมและการประกอบอาชีพ ตามปกติการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตไม่มีผลต่อความจำ ซึ่ง
 ตรงข้ามกับยา Anticholinergic อาจทำให้ความจำลดลงได้ (Pinal & Breier, 1997 อ้างใน
 จิรารัตน์ พิมพ์ดีด, 2542)

แม้ว่าผู้ป่วยจิตเภทมีความเสื่อมในด้านต่าง ๆ ดังกล่าวมา มิได้หมายความว่าผู้ป่วยจะไม่สามารถเรียนรู้ต่อสิ่งต่าง ๆ ขณะผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิตสงบสามารถฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยได้ ผู้ป่วยจิตเภทสามารถนำเอาศักยภาพของตนเองที่ยังหลงเหลืออยู่ออกมาใช้ให้เป็นประโยชน์ในการดูแลตนเอง มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการดำรงชีวิตประจำวันในแง่ไม่พึงประสงค์ให้ลดลงได้ อีกทั้งถ้าเกิดอาการผิดปกติ หรือมีปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดอาการ ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ในเวลาที่เหมาะสมมีผลต่อการกลับมารักษาซ้ำลดลงได้ (จิรารัตน์ พิมพ์ดีด, 2541) Hamera, Peterson, Handley, Plumlee and Frank – Rangan (1991) ได้ศึกษาการควบคุมอาการและการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท ได้ให้ข้อเสนอแนะว่าผู้ป่วยจิตเภทสามารถที่จะสอนให้ควบคุมติดตามอาการนำได้อย่างมีประสิทธิภาพ และส่งผลให้ผู้ป่วยปฏิบัติหน้าที่ได้ดีขึ้น และป้องกันการกลับมารักษาซ้ำมีนักวิจัยหลายท่านได้ทำการศึกษาโดยการฝึกทักษะทางสังคมแก่ผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทสามารถเรียนรู้ในการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมคือมีความวิตกกังวลลดลง มีพฤติกรรมกล้าแสดงออกอย่างเหมาะสมเพิ่มขึ้น (Armstrong, 1993 อ้างในจิรารัตน์ พิมพ์ดีด, 2542) อีกทั้งสามารถยกระดับการฟื้นฟูสมรรถภาพของตนให้สูงขึ้นตามศักยภาพของตน (จิรารัตน์ พิมพ์ดีด, 2551) นอกจากการฝึกทักษะทางสังคมแล้วการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยจิตเภท ยังส่งผลให้ผู้ป่วยทำหน้าที่ทางสังคมและคุณภาพชีวิตดีขึ้น (Atkinson et al, 1996)

2.3 มโนทัศน์เกี่ยวกับทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม

2.3.1 แนวคิดของทฤษฎีการวางเงื่อนไขแบบการกระทำ (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2541 หน้า 32-33)

ทฤษฎีการวางเงื่อนไขแบบการกระทำนั้น มีความเชื่อว่าพฤติกรรมของบุคคลเป็นผลพวงเนื่องมาจากการปฏิสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อม พฤติกรรมที่เกิดขึ้นของบุคคลจะแปรเปลี่ยนไปเนื่องมาจากผลกระทบ (Consequences) ที่เกิดขึ้นในสภาพแวดล้อมนั้น Skinner ให้ความสนใจกับผลกระทบ 2 ประเภทได้แก่ ผลกระทบที่เป็นตัวเสริมแรง (Reinforcer) ที่ทำให้พฤติกรรมที่บุคคลกระทำอยู่นั้นมีอัตราการกระทำเพิ่มมากขึ้นและผลกระทบที่เป็นตัวลงโทษ (Punisher) ที่ทำให้พฤติกรรมที่บุคคลกระทำนั้นยุติลง

การเสริมแรง (Reinforcement)

การเสริมแรง คือ การทำให้ความถี่ของพฤติกรรมเพิ่มขึ้น อันเป็นผลเนื่องมาจากผลกระทบที่ตามหลังพฤติกรรมนั้น ผลกระทบที่ทำให้พฤติกรรมมีความถี่เพิ่มขึ้นเรียกว่าตัวเสริมแรง (Skinner, 1971) ตัวเสริมแรงที่ใช้กันอยู่นั้นสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ชนิดด้วยกันคือ

1. ตัวเสริมแรงปฐมภูมิ (Primary Reinforcer) เป็นตัวเสริมแรงที่มีคุณสมบัติด้วยตัวของมันเอง เนื่องจากสามารถตอบสนองความต้องการทางชีวภาพของอินทรีย์ได้ หรือมีผลต่ออินทรีย์

โดยตรงเช่น อาหาร น้ำ อากาศ ความร้อน ความหนาว ความเจ็บปวด เป็นต้น ในการศึกษาที่ใช้การให้อาหารตามความปรารถนาของกลุ่มทดลอง

2. ตัวเสริมแรงทุติยภูมิ (Secondary Reinforcer) เป็นตัวเสริมแรงที่ต้องผ่านกระบวนการพัฒนาคุณสมบัติของการเป็นตัวเสริมแรง โดยการนำไปสัมพันธ์กับตัวเสริมแรงปฐมภูมิ เช่น คำ ชมเชย เงิน หรือตำแหน่งหน้าที่ เป็นต้น ในการศึกษาที่ใช้การให้คำชมเชย และการปรบมือ โดยประกาศให้กลุ่มทดลองทราบก่อนเริ่มฝึกทักษะด้านสังคมและการสื่อสาร อีกทั้งมีการให้เบี้ยอรรถกร แลกเป็นเงินมูลค่า 5 บาท และ 10 บาทด้วย

2.3.2 การจัดการเงื่อนไขผลกระทบ (Contingency Management) (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2541 หน้า 171-173)

การจัดการเงื่อนไขผลกระทบ เป็นวิธีการที่นิยมใช้กันมากที่สุดในการปรับพฤติกรรม ไม่ว่าจะเป็นการใช้ด้วยเทคนิคของตนเอง หรือใช้ร่วมกับเทคนิคอื่นๆ ทั้งนี้เนื่องจากการจัดการเงื่อนไขผลกระทบนั้น สามารถดำเนินการได้ง่าย สะดวกและมีประสิทธิภาพ

แนวคิดพื้นฐาน

การจัดการเงื่อนไขผลกระทบนั้น พัฒนามาจากแนวคิดของทฤษฎีการเรียนรู้การวางเงื่อนไขแบบการกระทำของ B.F Skinner Skinner (1953) มีความเชื่อว่าพฤติกรรมของบุคคลจะเพิ่มขึ้นหรือลดลงเป็นผลเนื่องมาจากผลกระทบของพฤติกรรมนั้น ถ้าพฤติกรรมใดได้รับผลกระทบที่เป็นตัวเสริมแรงทางบวกพฤติกรรมนั้นก็จะมีความถี่ที่จะเกิดขึ้นอีกในอนาคต ในทางกลับกันถ้าพฤติกรรมใดได้รับผลกระทบที่เป็นตัวลงโทษ พฤติกรรมนั้นก็จะลดลงหรือยุติในอนาคต

ประเภทของตัวเสริมแรง

สิ่งที่มีศักยภาพเป็นตัวเสริมแรงได้นั้น อาจแบ่งออกได้เป็น 5 ประเภท

1. ตัวเสริมแรงที่เป็นสิ่งของ (Material Reinforcers) เป็นตัวเสริมแรงที่กล่าวได้ว่ามีประสิทธิภาพกับเด็กมากที่สุด เนื่องจากเป็นตัวเสริมแรงที่ประกอบด้วยอาหาร ของที่เสพได้และสิ่งของต่างๆ เช่นขนม บุหรี่ เหล้า ของเล่น เสื้อผ้า น้ำหอม รถยนต์ เป็นต้น ในกรณีของวัยรุ่นหรือผู้ใหญ่ก็ใช้ได้ผลในบางกรณีเช่นกัน เช่น กรณีที่ซื้อของขวัญให้คู่รักบ่อยๆหรือการที่บริษัทต่างๆให้รางวัลพนักงานของตนที่ทำงานได้ดี เป็นต้น

2. ตัวเสริมแรงทางสังคม (Social Reinforcers) แบ่งออกได้เป็น 2 ลักษณะคือ เป็นคำพูดและเป็นการแสดงออกทางท่าทางได้แก่ การชมเชย การยกย่อง การยิ้ม การเข้าใกล้ หรือการแตะตัว เป็นต้น ในชีวิตประจำวันของคนเรานั้นก็มีการให้และการระงับการให้ตัวเสริมแรงทางสังคม

กันอยู่ตลอดเวลา อย่างเช่น แม่กอดลูกเมื่อลูกแสดงพฤติกรรมที่ตนพอใจ หรือการที่ครูไม่ให้ความสนใจต่อการที่นักเรียนได้เลิยเป็นต้น

3. ตัวเสริมแรงที่เป็นกิจกรรม (Activity Reinforcers) ตัวเสริมแรงในลักษณะนี้บางครั้งรู้จักกันในชื่อของหลักการของพรีแม็ค (Premack Principle) ซึ่งกล่าวไว้ว่ากิจกรรมหรือพฤติกรรมที่มีความถี่สูง สามารถนำมาใช้เสริมแรงกิจกรรมหรือพฤติกรรมที่มีความถี่ต่ำได้ เช่นการดูทีวีอาจจะใช้เป็นตัวเสริมแรงการทำการบ้านของเด็กได้ เป็นต้น

4. ตัวเสริมแรงที่เป็นเบี้ยอรรถกร (Token Reinforcers) เบี้ยอรรถกรนั้นเป็นตัวเสริมแรงที่จะมีคุณค่าของการเป็นตัวเสริมแรงได้ ต่อเมื่อสามารถนำไปแลกเป็นตัวเสริมแรงอื่นๆได้ เบี้ยอรรถกรจะมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ถ้าสามารถนำไปแลกตัวเสริมแรงอื่นๆได้มากกว่า 1 ตัวขึ้นไป เบี้ยอรรถกรนั้นมักจะอยู่ในรูปของ เงิน เบี้ย แด้ม ดาว แสตมป์ หรือคุกกี้ เป็นต้น ในปัจจุบันนี้จะเห็นได้ว่าเบี้ยอรรถกรนั้นจัดได้ว่าเป็นตัวเสริมแรงที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด ในการปรับพฤติกรรมของบุคคล

5. ตัวเสริมแรงภายใน (Covert Reinforcers) ตัวเสริมแรงภายในนี้ครอบคลุมถึงความคิด ความรู้สึกต่างๆ เช่นความพึงพอใจ ความสุข หรือความภาคภูมิใจ เป็นต้น

2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศและต่างประเทศสรุปได้ดังต่อไปนี้

อรษา ฉวาง (2540) ได้ศึกษาผลของการแสดงออกที่มีต่อการปฏิบัติตนกับบุคคลอื่นของผู้ป่วยจิตเภทวัยรุ่น โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทวัยรุ่นที่มีการปฏิบัติตนกับบุคคลอื่นไม่เหมาะสม จำนวน 12 คน อายุระหว่าง 15 - 20 ปี ทั้งเพศหญิงและชาย เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลครั้งที่ 2 ขึ้นไป เป็นผู้ป่วยประเภทบ้าในระยะยาว ซึ่งได้มาจากการสุ่มตัวอย่างจากประชากร ดำเนินการทดลองโดยใช้โปรแกรมการฝึกพฤติกรรมการแสดงออกเป็นเวลา 3 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 5 วัน โดยฝึกครั้งละ 1 ชั่วโมง 30 นาที รวมจำนวน 14 ครั้ง มีการวัดพฤติกรรมการแสดงออกต่อบุคคลอื่น ตามสถานการณ์ที่กำหนดครั้งละ 1 สถานการณ์จนครบ 5 สถานการณ์วัดก่อนและหลังทดลอง ผลการวิจัย พบว่าผู้ป่วยจิตเภทวัยรุ่นที่ได้รับการฝึกพฤติกรรมการแสดงออกมีการปฏิบัติตนกับบุคคลอื่นดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ศรัณญา บุญพิทักษ์ (2540) ศึกษาผลการพยาบาลโดยการฝึกทักษะการดำเนินชีวิตในผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังชาย โรงพยาบาลศรีธัญญา โดยใช้แบบประเมินความสามารถทักษะในการดำเนินชีวิตแต่ละบุคคล (กรมสุขภาพจิต, 2541) ประเมินความสามารถการดำเนินชีวิตประจำวันก่อนและหลังการฝึกทักษะการดำเนินชีวิตประจำวัน ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการจัดกิจกรรมกลุ่มฝึกทักษะการดำเนินชีวิตใน 10 พฤติกรรม ผู้ป่วยทุกคนมีค่าคะแนนความสามารถเพิ่มขึ้นในแต่ละกิจกรรมทุก

ครั้งของการประเมิน เมื่อฝึกทักษะได้ 5 ครั้ง พบว่า กลุ่มทดลองมีการแสดงพฤติกรรม
ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันได้ดีกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01($p<0.1$)

พรทิพย์ ธรรมวงศ์ (2541) ได้ศึกษาผลของการใช้ตัวแบบสัญลักษณ์ต่อความรู้เรื่องการ
ดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทชาย มีระยะเวลาการเจ็บป่วยนาน 2 - 5
ปี เป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ เลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ตาม
คุณสมบัติที่กำหนดไว้ กลุ่มตัวอย่างอย่างง่ายด้วยวิธีจับสลากแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
กลุ่มละ 15 คน กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีความคล้ายคลึงกันในเรื่องเพศ อายุ และผลการทดสอบ
สมรรถภาพ มีคะแนนสูงกว่า 23 คะแนนขึ้นไป กลุ่มทดลองคูตัวแบบเป็นรายบุคคลวันละเรื่องจน
ครบ 3 เรื่อง แล้วดูซ้ำเดิมเรื่องละ 1 ครั้ง รวมเวลาในการดำเนินการทดลองทั้งสิ้น 6 วัน กลุ่ม
ทดลองทำแบบสอบถามความรู้เรื่องการดูแลตนเองทันที ส่วนกลุ่มควบคุมทำแบบสอบถามห่างกัน
นาน 6 วัน ผลการวิจัยพบว่า คะแนนความรู้เรื่องการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองใน
ระยะหลังทดลองมากกว่าคะแนนก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และผู้ป่วย
จิตเภทกลุ่มทดลองที่ได้คูตัวแบบสัญลักษณ์ มีคะแนนความรู้เรื่องการดูแลตนเองในระยะหลัง
ทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมซึ่งไม่ได้คูตัวแบบสัญลักษณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ณัฐวดี แท่นรัตนกุล (2542) ศึกษาการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการศึกษาเพื่อเสริมสร้าง
ทักษะที่จำเป็นในการดำรงชีวิตของผู้ป่วยจิตเวช : ศูนย์พัฒนาการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคม
เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลองแบบวัดก่อน ระหว่าง และหลังทดลอง พบว่า เมื่อสิ้นสุดการศึกษา
ผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มทดลองแสดงทักษะที่จำเป็นในการดำรงชีวิตของกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุม
ผู้ป่วยจิตเวชที่ช่วยเหลือตนเองได้บ้างและอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้บ้าง และผู้ป่วยจิตเวชที่ไม่ต้องพึ่งผู้อื่น
ประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้ สามารถเรียนรู้ผ่านตามเกณฑ์หลักสูตรการศึกษาแบบเบ็ดเสร็จได้ทุก
ราย ความสามารถในการเรียนรู้ของกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งความสามารถในการเรียนรู้มี
ความสัมพันธ์โดยตรงกับคะแนนพฤติกรรมทักษะที่จำเป็นในการดำรงชีวิต

พิทักษ์พล บุญยมาลิก และสุนีย์ เอกวัฒนพันธ์ (2542) ศึกษาการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย
จิตเวชโดยชุมชน : กรณีศึกษาชุมชนวัดสวนแก้ว ซึ่งเป็นผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังชายที่รับไว้รักษาในศูนย์
พัฒนาการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคม โรงพยาบาลศรีธัญญา และถูกญาติทอดทิ้งจำนวน 22
ราย ได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนส่งเข้าสู่ชุมชน โดยได้รับการฝึกทักษะที่จำเป็นพื้นฐานในการ
ดำเนินชีวิตทั้ง 6 ทักษะคือ ทักษะการดำเนินชีวิตของแต่ละบุคคล ทักษะทางสังคม ทักษะการอยู่
ร่วมกันภายในบ้าน ทักษะการทำงาน ทักษะการพักผ่อน และทักษะการใช้ชีวิตในชุมชน เมื่อฝึก
ทักษะที่จำเป็นพื้นฐานในการดำเนินชีวิตครบ 3 เดือน ทำการประเมินผลโดยใช้แบบประเมินเพื่อ
ฟื้นฟูสมรรถภาพ (กรมสุขภาพจิต, 2544) ถ้าผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังชายผ่านการประเมินความสามารถ
ในการดูแลตนเองระดับ 4 ขึ้นไป จะถูกส่งเข้าไปใช้ชีวิตร่วมกับสมาชิกอื่นๆของชุมชนวัดสวนแก้ว
ผลการศึกษาพบว่า หลังจากผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างเข้าไปใช้ชีวิตร่วมกับสมาชิกอื่นๆของชุมชนได้ระยะ

หนึ่ง ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 90.90 สามารถกลับสู่ภูมิลำเนาเดิมของตนได้ ในจำนวนของผู้ป่วย ที่กลับสู่ภูมิลำเนาเดิมร้อยละ 65 กลับสู่ภูมิลำเนาเดิมด้วยตนเอง และร้อยละ 35 กลับสู่ภูมิลำเนาเดิม โดยมีญาติรับกลับจากวัดสวนแก้ว

อนงค์ ธรรมโรจน์ และคณะ (2542) ได้ศึกษาการใช้รูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพตาม สภาพปัญหา และความต้องการของผู้ป่วยจิตเภท โดยทดลองใช้รูปแบบการฟื้นฟู 3 รูปแบบ คือ รูปแบบที่ 1 การฟื้นฟูสมรรถภาพด้านอาชีพ รูปแบบที่ 2 การฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการดูแล ตนเอง และรูปแบบที่ 3 การฟื้นฟูสมรรถภาพด้านอาการเจ็บป่วยทางจิต กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วย จิตเภทชาย ไม่จำกัดอายุ และระยะเวลาการเจ็บป่วย จำนวน 72 คน รูปแบบที่ 1 จำนวน 10 คน รูปแบบที่ 2 จำนวน 30 คน และรูปแบบที่ 3 จำนวน 32 คน สุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ผลการวิจัยพบว่า คะแนนทักษะการดำเนินชีวิตของกลุ่มผู้ป่วย หลังจากเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพ รูปแบบที่ 1, 2 และ 3 มีการเพิ่มขึ้นตามลำดับ ดังนี้ 2.5 ± 1.7 , 2.9 ± 2.4 และ 3.0 ± 2.5 ซึ่งมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนด้านทักษะทางสังคม พบว่าคะแนน เฉลี่ยของผู้ป่วยเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพรูปแบบที่ 1, 2 และ 3 มีการเพิ่มขึ้นตามลำดับดังนี้ 5.7 ± 3.3 , 6.7 ± 3.3 และ 6.4 ± 3.2 ซึ่งมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

พวงเพ็ญ เขียมปัญญาธิ์ และคณะ (2542) ได้สำรวจพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย จิตเวช ในช่วงก่อนที่จะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงและชายที่ได้รับการ รักษาในแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลสมเด็จพระยา จำนวน 117 คน ผลการวิจัยพบว่ากลุ่ม ตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการดูแลความสะอาดในระดับมาก ส่วนด้านอื่น ๆ พฤติกรรมการ ดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง อายุและจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษามีในโรงพยาบาลมี ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

สุวิมล สมิตะ และอรพรรณ ลือบุญรัชชัย (2542) ได้ศึกษาความสามารถในการดำเนิน ชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเวชก่อนและหลังการใช้แบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านและ เปรียบเทียบความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้แบบแผนการดูแลผู้ป่วย จิตเวชที่บ้านกับผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการดูแลตามปกติก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วย จิตเวชที่เคยได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลศรีธัญญา และได้รับการดูแลที่บ้านอย่างต่อเนื่องในเขต จังหวัดนนทบุรี จำนวน 30 คน ผลการวิจัยพบว่า ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของ ผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มที่ได้รับการดูแล โดยใช้แบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการ ดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และความสามารถในการดำเนิน ชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเวช ภายหลังที่ได้รับการดูแลโดยใช้แบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ บ้านสูงกว่าก่อนได้รับการใช้แบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จารุวรรณ จินตมณฑล และอรพรรณ ลือบุญรัชชัย (2542) ได้ศึกษาความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและเปรียบเทียบกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทั้งก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยในจิตสำนึก โรงพยาบาลศรีธัญญา อายุ 20 - 45 ปี ได้รับการจำแนกประเภทอยู่ในประเภทผู้ป่วยเรื้อรัง บำบัดและไม่อยู่ในระหว่างรักษาด้วยไฟฟ้า จำนวนทั้งหมด 15 คู่ มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกัน ผลการวิจัยพบว่าความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลอง ภายหลังใช้โปรแกรมสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลอง ภายหลังการใช้โปรแกรมสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

รัศมี ศรีหิรัญ (2544) ได้ทำการศึกษาผลของการติดตามทางโทรศัพท์ต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทหลังจำหน่าย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเพศชายที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ และได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ และจับสลากกลุ่มตัวอย่างอย่างง่าย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 15 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับการติดตามทางโทรศัพท์จากผู้วิจัย ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลหลังจำหน่ายตามปกติ ผลการวิจัยพบว่า คะแนนการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท หลังจำหน่ายของกลุ่มทดลองในระยะหลังทดลองทันที และระยะติดตามมากกว่าในระยะก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนกลุ่มควบคุมในระยะหลังทดลองทันทีและระยะติดตามคะแนนการดูแลตนเองน้อยกว่าในระยะก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คะแนนการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทหลังจำหน่ายของกลุ่มทดลองในระยะหลังทดลองทันที และระยะติดตามมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

รักสุตา กิจอรุณชัย (2545) ได้ศึกษาการประเมินผลโครงการฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพ โรงพยาบาลศรีธัญญา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพ โดยการทำงานในร้านอารักษ์ของโรงพยาบาลศรีธัญญา ต่อการเปลี่ยนแปลงความสามารถทางทักษะต่าง ๆ โดยทำการประเมินผู้ป่วยซึ่งทำงานในโครงการนาน 6 เดือนขึ้นไป ผู้ป่วยจะถูกมอบให้ทำงานในแผนกที่ตรงกับความสามารถและความสนใจของผู้ป่วย ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่มีระยะการอยู่โรงพยาบาลยาวนาน ถึงแม้ว่าอาการทางจิตสงบ แต่ครอบครัวไม่พร้อมรับกลับไปดูแลและส่วนหนึ่งไม่มีครอบครัวเลย จึงไม่ได้กลับไปใช้ชีวิตในชุมชน การประเมินทักษะ 6 ด้าน คือ ทักษะการดูแลตนเอง ทักษะการอยู่ร่วมกันภายในบ้าน ทักษะทางสังคม ทักษะการงาน ทักษะการพักผ่อน และทักษะการใช้ชีวิตในชุมชนมีการเพิ่มขึ้นของคะแนนความสามารถทางทักษะทั้ง 6 ด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ



สมพร รุ่งเรืองกลกิจ และจิรารัตน์ พิมพิติก (2546) ได้ศึกษาการพาผู้ป่วยจิตเวชเข้าร่วมกิจกรรมสังคมภายนอกโรงพยาบาล กิจกรรมมีการเตรียมความพร้อมของนักศึกษา โดยให้สำรวจความรู้สึกรู้สึกของตนเอง จนกระทั่งมีการตระหนักและมั่นใจที่จะดูแลผู้ป่วยระหว่างช่วงที่อยู่นอกโรงพยาบาล สำหรับผู้ป่วยมีการปฐมนิเทศ แนะนำการปฏิบัติตัวระหว่างทำกิจกรรม จัดเตรียมเสื้อผ้าดูแลความสะอาดร่างกายก่อนไป ระหว่างเข้าร่วมกิจกรรมผู้ป่วยมีการเลือกซื้อสินค้าแสดงออกถึงความพึงพอใจและปฏิบัติตามกฎระเบียบ ผลการจัดกิจกรรมพบว่าผู้ป่วยจิตเวชเข้าร่วม กิจกรรมสังคมภายนอกโรงพยาบาล เป็นการแสดงถึงความเข้าใจในการคิดถึงบ้านของผู้ป่วย ผู้ป่วยมิได้ถูกลืมหรือทอดทิ้งให้อยู่แต่ในโรงพยาบาลและเป็นการฟื้นฟูทักษะทางสังคมตามแนวคิดสิ่งแวดล้อมบำบัด ที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยคลายความคิดถึงบ้าน มีการติดต่อรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางสิ่งแวดล้อมภายนอก ทำให้ผู้ป่วยมีความสุข

เดือนตา วิโรจน์อุไรเรือง และคารนี ชัยสิทธิพร (2547) ได้ศึกษาผลการปรุงแต่งพฤติกรรมผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง ภายหลังให้โปรแกรมจัดสิ่งแวดล้อม โดยใช้หลักการเรียนรู้และเทคนิคของการปรุงแต่งพฤติกรรมชนิดวางเงื่อนไขแบบลงมือกระทำ กับการส่งเสริมทางสังคมที่เป็นบวก เลือกตัวอย่างแบบเจาะจงทั้งเพศหญิงและชาย รับไว้ตั้งแต่ 3 ปีขึ้นไป จำนวน 61 คน ในโปรแกรมมี 13 พฤติกรรม ครอบคลุมความสามารถขั้นพื้นฐานที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วย ด้านการดำรงตนในฐานะสมาชิกของสังคม และด้านการมีสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ทำการประเมินพฤติกรรมทั้งก่อนให้ ขณะให้ และหลังให้ จำนวน 12 ครั้ง ผลการวิจัย พบว่าภายหลังให้โปรแกรมจัดสิ่งแวดล้อม ผู้ป่วยในเงื่อนไขให้โปรแกรมจัดสิ่งแวดล้อมมีพฤติกรรมแตกต่างกับพฤติกรรมของผู้ป่วยในเงื่อนไขควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อรุณ พงษ์ธรรม และคณะ (2547) ได้ศึกษาผลของกลุ่มทักษะทางสังคมต่อพฤติกรรมทางสังคมของผู้ป่วยจิตเวช กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในการฟื้นฟูสมรรถภาพ โรงพยาบาลศรีธัญญา แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 16 คน สุ่มตัวอย่างแบบง่าย กลุ่มทดลองได้รับการเข้ากลุ่มทักษะทางสังคม ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมทางสังคมของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 หลังการทดลอง 1 และ 4 สัปดาห์ เมื่อติดตามในสัปดาห์ที่ 8 คะแนนพฤติกรรมทางสังคมไม่แตกต่างกัน

สุรพิน แทนรัตนกุล (2548) ได้ศึกษาการฝึกทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในโรงพยาบาลศรีบุญญา พบว่า 1) กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 2) ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 3) ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีคะแนนทักษะทางสังคมสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ด้านการสื่อสารบอกความต้องการของตนเอง การตัดสินใจ และการปฏิเสธ แต่มีทักษะด้านสัมพันธภาพไม่แตกต่างกัน

Liberman, Mueser & Wallace (1986) ได้ศึกษาการฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภทรายบุคคลที่เสี่ยงต่อการกำเริบการศึกษาที่ 1 โดยการฝึกผู้ป่วย 6 วัน / สัปดาห์ วันละ 2 ชั่วโมง รวมทั้งหมด 8 สัปดาห์ 96 ชั่วโมง ผู้ป่วยได้รับการฝึกการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมในสถานการณ์ คือ ขณะอยู่ที่โรงพยาบาล ครอบครัว และชุมชน พบว่า ผู้ป่วย 2 ใน 3 คน มีอาการทางจิตลดลง และการกลับเข้ารับรักษาตัวลดลง และมีการปฏิบัติตัวทางสังคมดีขึ้น จากการติดตามประเมินผลหลังจำหน่าย 9 เดือน การศึกษาที่ 2 แบ่งผู้ป่วยจิตเภทออกเป็น 2 กลุ่ม ๆ ละ 28 คน กลุ่มที่ 1 ได้รับการฝึก 5 วัน / สัปดาห์ วันละ 2 ชั่วโมง รวมทั้งหมด 9 สัปดาห์ 90 ชั่วโมง ใน 5 สัปดาห์แรกฝึกสถานการณ์ตามคู่มือ และ 4 สัปดาห์สุดท้ายฝึกสร้างมิตรและนัดหมายตามสถานการณ์ กลุ่มที่ 2 ได้รับการรักษาแบบองค์รวม ผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มได้พบกับผู้รักษาที่ผลิตเปลี่ยนหมุนเวียนในเวลาเท่ากัน และครอบครัวทั้ง 2 กลุ่มได้รับการบำบัด 2 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ รวม 9 ครั้ง พบว่า ผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มมีอาการทางจิตลดลง หลังติดตามการรักษาหลังจำหน่าย 2 ปี ผู้ป่วยที่ได้รับการฝึกทักษะทางสังคม มีการทำหน้าที่ทางสังคมดีกว่า เมื่อกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลใช้เวลาอยู่โรงพยาบาลน้อยกว่า และมีอาการกำเริบน้อยกว่า

Wallace et al (1992) ได้ทำการศึกษาประสิทธิผลและรูปแบบจำลองสำหรับการสอนทางสังคม และเครื่องมือฝึกทักษะสำหรับผู้เจ็บป่วยทางจิตรุนแรง วัตถุประสงค์ของการศึกษาเพื่อประเมินประสิทธิผลและรูปแบบจำลองในการให้ความรู้ทางจิต กลุ่มตัวอย่างจำนวน 108 คน ทดสอบความรู้ และฝึกปฏิบัติทักษะด้านความคิดของผู้ป่วย โดยมีเจ้าหน้าที่สังเกตและรวบรวมข้อมูลตามความเป็นจริงในด้านพฤติกรรมของผู้ป่วย พบว่า ทักษะของผู้ป่วยมีนัยสำคัญดีขึ้น และมาติดตามผลการรักษาในระหว่าง 1 ปี

Perry, Moore & Braff (1995) ได้ศึกษาความแตกต่างทางเพศต่อการวัดความผิดปกติของความคิดในผู้ป่วยจิตเภท มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความแตกต่างทางเพศจากเครื่องมือวัด 3 อย่าง และความสัมพันธ์ระหว่างความผิดปกติทางความคิดและสมรรถนะทางสังคม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ชายจำนวน 53 คน และผู้หญิง 34 คน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 เพศมีความคล้ายคลึงกันในความผิดปกติของความคิด จากการวัดด้วยเครื่องมือ SAPS และ BPRS แต่การวัดด้วยเครื่องมือ The Ego Impairment Index พบว่าผู้ป่วยชายมีคะแนนความเสื่อมมากกว่า และพบ

ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความผิดปกติทางความคิดและคะแนนสมรรถนะทางสังคม ผู้ป่วย
หญิงมีการทำหน้าที่ทางสังคมดีกว่าผู้ป่วยชาย

Marder, Wirshing, Mintz, Mc kenzie, Johnston, Eckman & et al. (1996) ได้ติดตาม
ผลการฝึกทักษะทางสังคมและจิตบำบัดในผู้ป่วยนอกโรคจิตเภทในระยะเวลา 2 ปี วัดดูประสงค์
เพื่อประเมินประสิทธิภาพของพฤติกรรมต่อการฝึกทักษะทางสังคมและกลุ่มระดับประคอง
สำหรับการปรับตัวที่ดีขึ้นของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน และป้องกันอาการทางจิตกำเริบ กลุ่มตัวอย่าง
เป็นผู้ป่วยนอกชายได้รับยา Fluphenazine decanoate 5 - 10 mg. ทุก 14 วัน และยาเกิน
Fluphenazine 5 mg. 2 ครั้งต่อวันหรือยาหลอก กลุ่มตัวอย่างได้รับการสุ่มและบำบัด 2 ครั้งต่อ
สัปดาห์ เป็นระยะเวลา 6 เดือน และติดตามผลอีก 18 เดือน ผลการศึกษาพบว่ามีนัยสำคัญ 2 ใน
6 ด้านของการวัด Social Adjustment Scale ในกลุ่มที่ได้รับการฝึกทักษะทางสังคมมากกว่ากลุ่ม
ระดับประคอง และพบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญระหว่างการรักษาด้วยจิตสังคมควบคู่กับการ
รักษาด้วยยา การฝึกทักษะทางสังคมไม่มีนัยสำคัญลดความเสี่ยงต่อการเกิดอาการกำเริบ

Kopelowicz, Liberman, Mintz & Zarate (1997) ได้ศึกษาเปรียบเทียบสมรรถภาพการ
ฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภทที่มีและไม่มีอาการของอาการด้านลบ เป็นการศึกษา
นำร่อง กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 3 คน ได้รับการฝึกทักษะทางสังคม 12 สัปดาห์ ทักษะทางสังคม
และกลุ่มอาการด้านลบ ถูกประเมินก่อนและหลังการฝึกและประเมินติดตาม 6 เดือน ผลพบว่า
ผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่มีอาการของอาการ มีนัยสำคัญทักษะทางสังคมดีกว่าและมีอาการด้านลบ
น้อยกว่าทั้งหลังฝึกและประเมินติดตาม คณะผู้วิจัยได้สรุปว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่มีอาการของ
กลุ่มอาการด้านลบ สามารถที่จะรับผิดชอบต่อความใส่ใจการฝึกทักษะทางสังคมได้ แต่ผู้ป่วยจิต
เภทที่มีความบกพร่องของกลุ่มอาการด้านลบอาจมีความบกพร่องอย่างมีนัยสำคัญ ในการเรียนรู้การ
ฝึกทักษะ

Liberman, Wallace, Blackwell, Kopelpwicz, Vaccaro & Mintz (1998) ได้ศึกษา
เปรียบเทียบการฝึกทักษะและอาชีพบำบัดในบุคคลที่ยังมีอาการของโรคจิตเภท กลุ่มตัวอย่างมี 80
คน เป็นผู้ป่วยนอกได้รับการสุ่มเข้ากลุ่มฝึกทักษะและอาชีพบำบัด ฝึก 12 ชั่วโมงต่อสัปดาห์เป็น
ระยะเวลา 6 เดือน และประเมินติดตามผล 18 เดือน โดยการจัดกิจกรรมภายในชุมชน ส่วนยา
ด้านโรคจิตเป็นตัวเลือกที่จะถูกสั่งใช้โดยจิตแพทย์ ให้แก่ผู้ป่วยกลุ่มได้รับการฝึกอาชีพบำบัด ซึ่ง
แพทย์จะไม่รู้ว่าเป็นกลุ่มใด กลุ่มอาชีพบำบัด ผู้นำกลุ่มเป็นนักอาชีพบำบัด ส่วนกลุ่มฝึกทักษะมี
นักอาชีพบำบัดและทีมสหวิชาชีพอีก 3 คน ผลพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการฝึกทักษะสามารถพึ่งพา
ตนเองได้ในการดำรงชีวิตในระหว่างการติดตามผล 2 ปีในทุกวันในการทำหน้าที่ในชุมชน

Beebe (2001) ได้ทำการศึกษา นำร่องถึงประสิทธิภาพของการพยาบาลทางโทรศัพท์ การ
ทดลองโดยทำการวัดหลังการทดลองเท่านั้น มีกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 24 คน กลุ่ม
ทดลองได้รับการพยาบาลทางโทรศัพท์ 1 สัปดาห์ / ครั้งเป็นเวลา 3 เดือน กลุ่มควบคุมได้รับการ

แจ้งข้อมูล สัปดาห์ที่ 6 และ 12 ผลการวิจัยพบว่าอัตราการกลับมารักษาค้าง 13% ($n = 2$) ในกลุ่มทดลอง 23% ($n = 5$) ในกลุ่มควบคุม เมื่อเปรียบเทียบกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในประเด็นความสามารถอาศัยอยู่ในชุมชน พบว่าเพิ่มขึ้น 4% และกรณีมีการกลับเข้ารับรักษามีระยะวันนอนโรงพยาบาลลดลง 27% ข้อมูลเบื้องต้นจากการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าการพยาบาลทางโทรศัพท์สามารถทำให้ผู้ป่วยจิตเภทอาศัยอยู่ในชุมชนได้นานขึ้น

Chien et al. (2003) ได้ศึกษาถึงผลของการฝึกทักษะการสนทนาและทักษะการกล้าแสดงออกอย่างเหมาะสมต่อทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มทดลองจำนวน 35 คน ได้รับการฝึกตามโปรแกรม ส่วนกลุ่มควบคุมจำนวน 43 คน ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการสนทนา และทักษะการกล้าแสดงออกอย่างเหมาะสมสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสูงกว่ากลุ่มควบคุมในขณะทดลองหลังทดลอง และระยะติดตามผล กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในข้อมูลส่วนบุคคล

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีกึ่งทดลอง (Quasi – Experimental) แบบวัดก่อนและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลการฝึกทักษะด้านสังคมและการสื่อสารต่อพฤติกรรมด้านสังคมและการสื่อสารของผู้ป่วยจิตเภทชาย โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ โดยมีรายละเอียดของกระบวนการวิจัยดังนี้

3.1 ลักษณะของประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยจิตเภทชายที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ในช่วงเดือนกรกฎาคม 2549 ถึงธันวาคม 2549

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทชายที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยในของตึกเฟื่องฟ้าและฝ้ายคำ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ในช่วงเดือนกรกฎาคม 2549 ถึงธันวาคม 2549 จำนวน 22 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกและแบ่งกลุ่มดังนี้

3.1.1 เกณฑ์ในการคัดเลือกเข้าสู่กลุ่มตัวอย่าง

1. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ผู้รักษาว่าเป็นโรคจิตเภทที่ได้รับการรักษาทางยาในระยะคงสภาพการรักษา และยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษามีอายุตั้งแต่ 15 ปี
2. ได้รับการประเมินคะแนนทักษะทางจิตสังคมเฉพาะทักษะด้านสังคมและการสื่อสารของแบบประเมินเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน (ฉบับยาว 19 ข้อ) มีค่าคะแนนตั้งแต่ระดับ 2 ถึงระดับ 5
3. ไม่มีปัญหาการได้ยินและไม่เป็นโรคปัญญาอ่อน

3.1.2 เกณฑ์ในการคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง

1. มีอาการกำเริบไม่รับรู้เกี่ยวกับเวลา สถานที่ และบุคคล
2. แพทย์จำหน่ายกลับบ้านก่อนและขณะดำเนินการทดลอง

3.1.3 การแบ่งกลุ่มตัวอย่าง

จากจำนวนผู้ป่วยจิตเภทชายที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จำนวน 24 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่มคือกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 12 คน

โดยนำมาจัดเข้ากลุ่มด้วยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย โดยการจับสลากแยกเป็นคู่ ๆ เช่น คนแรกจับได้ เป็นกลุ่มทดลอง คนที่ 2 จะเป็นกลุ่มควบคุม ทั้งนี้คนแรกและคนที่สองมีคะแนนทักษะด้านสังคม และการสื่อสารในระดับเดียวกัน หรือใกล้เคียงกันทำเช่นนี้จนครบ 12 คู่ กลุ่มทดลองได้รับการ ฝึกทักษะด้านสังคมและการสื่อสาร 1 ครั้ง/สัปดาห์ รวม 3 สัปดาห์ สัปดาห์ที่ 4 ทบทวนการฝึก ทักษะด้านสังคมและการสื่อสาร ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการจัดเข้ากลุ่มกิจกรรมบำบัดตามปกติ แต่ ขณะทดลองผู้ป่วยกลุ่มทดลอง 1 คน ปฏิเสธการร่วมมือในการวิจัยเนื่องจากมีญาติมารับกลับบ้าน และกลุ่มควบคุม 1 คน มีโรคทางกาย แพทย์จำหน่ายให้รักษาตัวต่อโรงพยาบาลฝ่ายกาย

3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยเครื่องมือในการทดลองและเครื่องมือในการรวบรวม ข้อมูล

3.2.1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1. วัตถุประสงค์เรื่องการฝึกทักษะด้านสังคมและการสื่อสาร บัตรคำ แถบเสียงและวงล้อชีวิต
2. เทคโนโลยีการฝึกทักษะด้านสังคมและการสื่อสารประกอบด้วย 3 กิจกรรมคือ

กิจกรรมครั้งที่ 1 ประกอบด้วยการทักทาย การพูดคุยโต้ตอบได้อย่างเหมาะสม (การ พูดยกกับผู้ใหญ่และพระภิกษุสงฆ์) การสบตาขณะพูดคุย การปฏิเสธด้วยคำพูดและท่าทาง และ การกล่าวขอบคุณและคำขอโทษ

กิจกรรมครั้งที่ 2 ประกอบด้วยการใช้ระดับเสียงเหมาะสมในการพูดคุย การใช้สรรพนาม อย่างเหมาะสม การใช้คำพูดสุภาพ การรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น และการรับฟังเรื่องราวผู้อื่น พุดได้อย่างต่อเนื่อง

กิจกรรมครั้งที่ 3 ประกอบด้วยการแสดงออกทางด้านอารมณ์อย่างเหมาะสม การบอก ความรู้สึกและความต้องการ มารยาทการรับประทานอาหาร การรู้จักรอคอย การรักษาสิทธิ และการพิทักษ์สิทธิของตนเอง และการร่วมกิจกรรมกับคนอื่น กิจกรรมแต่ละครั้งใช้เวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที (ภาคผนวก ก)

3.2.2 เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล

แบบประเมินเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนเฉพาะทักษะด้านสังคมและ การสื่อสารฉบับยาว 19 ข้อ (ภาคผนวก ข.) ประกอบด้วยส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 การ ประเมินทักษะทางจิตสังคมด้านต่าง ๆ (ทักษะด้านสังคมและการสื่อสาร) มีคะแนนรวมตั้งแต่ 0-76 คะแนน แบบวัดนี้ให้คะแนนเป็นมาตราส่วน 5 ระดับซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

0 ทำไม่ได้ หมายถึง ขาดทักษะหรือไม่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ตามที่ระบุ

1 ทำได้แต่ไม่ทำ หมายถึง สามารถทำได้แต่ไม่ทำแม้ว่าจะกระตุ้น (ช่วยเหลือ) ก็ไม่ทำ

- 2 ทำได้แต่ต้องกระตุ้นทุกครั้ง หมายถึง สามารถทำได้เมื่อได้รับการกระตุ้นหรือช่วยเหลือ
ทุกครั้งหรืออย่างมาก
- 3 ทำได้แต่ต้องกระตุ้นบางครั้ง หมายถึง สามารถทำได้เมื่อได้รับการกระตุ้นหรือ
ช่วยเหลือบางครั้งหรือเล็กน้อย
- 4 ทำได้เอง หมายถึง สามารถทำได้เอง โดยไม่ต้องกระตุ้น

3.3 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

3.3.1 เทคโนโลยีการฝึกทักษะด้านสังคมและการสื่อสารที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นได้ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วยจิตแพทย์ อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลจิตเวช ผู้เชี่ยวชาญด้านอาชีวบำบัด ผู้มีประสบการณ์เกี่ยวกับผู้พิการและนักจิตวิทยาจำนวน 6 ท่าน นำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

3.3.2 วิธีทัศน์เรื่องการฝึกทักษะด้านสังคมและการสื่อสารที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นได้ผ่านการตรวจสอบเนื้อหาจากจิตแพทย์ซึ่งเป็นผู้ประสานงานและผู้นำเสนอของโครงการพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพที่เหมาะสมในระดับบุคคลและชุมชน นำมาแก้ไขและปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

3.3.3 แบบประเมินเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน คณะผู้วิจัยได้มีส่วนร่วมเป็นผู้วิจัยภาคสนามในการเก็บข้อมูล เพื่อนำมาหาค่าความเชื่อมั่นด้วยสูตรคำนวณอัลฟาครอนบาคได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.9576 ส่วนค่าความเชื่อมั่นของข้อมูลที่เก็บเฉพาะของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.7595 (เกียรติกุลมี วงศ์จิต, พัทธกัญพล บุญขมาลิก, สุพัฒนา สุขสว่างและศิริลักษณ์ สว่างวงศ์สิน, 2550)

3.4 วิธีการรวบรวมข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลจากกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยคณะผู้วิจัยได้ทำการทดลองและรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนดังนี้

3.4.1 ขั้นตอนเตรียมการทดลอง

1. เขียนโครงการทำวิจัยและขอบประมาณผ่านทางโรงพยาบาลศรีธัญญา และขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ในการทำวิจัย (ภาคผนวก ก.)
2. ประชุมทีมวิจัยให้เข้าใจกระบวนการวิจัยแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบ
3. จัดทำเทคโนโลยีการฝึกทักษะด้านสังคมและการสื่อสารพร้อมสื่อการสอนต่าง ๆ และปรับปรุงแก้ไขตามผู้ทรงคุณวุฒิ หลังจากนั้นทดลองใช้เทคโนโลยีการฝึกทักษะด้านสังคมและการ

สื่อสาร สื่อการสอนต่าง ๆ และวิธีทัศน์กับผู้ป่วยจิตเภทในการทำกลุ่มกิจกรรมบำบัด พร้อมทั้งปรับปรุงแก้ไขเทคโนโลยีและวิธีทัศน์ให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย

4. หัวหน้าคณะผู้วิจัยประสานงานกับหัวหน้าตึกเฟื่องฟ้าและตึกฝ้ายคำในการใช้ผู้ป่วยจิตเภทชายเป็นกลุ่มตัวอย่างตลอดทั้งชี้แจงระยะเวลาการวิจัย

5. คณะผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างจากประชากรที่มีลักษณะตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้แล้วจัดเข้ากลุ่มศึกษาตัวอย่าง ด้วยวิธีการสุ่มเข้ากลุ่ม แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นคู่ ๆ

6. หัวหน้าคณะผู้วิจัยสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคลเพื่อสำรวจแรงจูงใจที่ผู้ป่วยอยากได้บันทึกลงในแบบประเมินแรงจูงใจผู้ป่วยจิตเวช (ภาคผนวก ง) พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ของการฝึกทักษะฯ และการให้รางวัลหากมีพฤติกรรมพึงประสงค์ โดยทีมวิจัยที่ปฏิบัติงานอยู่ที่ตึกผู้ป่วยประเมินพฤติกรรมด้านสังคมและการสื่อสารก่อนและหลังฝึกทักษะในแต่ละครั้ง (ภาคผนวก จ)

3.4.2 ขั้นตอนทดลอง

1. คณะผู้วิจัยประสานงานบุคลากรประจำตึกเฟื่องฟ้าและฝ้ายคำที่ขึ้นปฏิบัติงานส่วนใหญ่ในเวรเช้าตึกละ 1 คน เพื่อประเมินทักษะด้านสังคมและการสื่อสารก่อนและหลังการทดลองครบ 1 สัปดาห์ตามแบบประเมินเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน โดยบุคลากรทั้ง 2 คนนี้ไม่ทราบถึงกระบวนการวิจัยใด ๆ ทั้งสิ้น

2. ทีมวิจัยประจำตึกประเมินพฤติกรรมด้านสังคมและการสื่อสารก่อนฝึกให้ผู้วิจัยที่เป็นผู้นำกลุ่มกิจกรรมบำบัดทราบถึงจุดบกพร่องของกลุ่มทดลองในแต่ละคน หลังผ่านการฝึกในแต่ละกิจกรรมทีมวิจัยประจำตึกผู้ป่วย กระตุ้นพฤติกรรมที่พึงประสงค์และติดตามประเมินผลการฝึกในแต่ละกิจกรรมผ่านหรือไม่ เพื่อนำผลการประเมินแจ้งให้ผู้ป่วยกลุ่มทดลองทราบก่อนเริ่มในกิจกรรมต่อไป

3. ดำเนินการทดลองการฝึกทักษะด้านสังคมและการสื่อสารในกลุ่มทดลอง 3 ครั้งในสัปดาห์ที่ 1-3 สัปดาห์ที่ 4 ทบทวนการฝึกทักษะด้านสังคมและการสื่อสาร ก่อนเริ่มฝึกทักษะในแต่ละสัปดาห์ผู้วิจัยจะประกาศการประเมินพฤติกรรมที่พึงประสงค์ว่ามีใครผ่านบ้าง การให้รางวัลเป็นเหรียญมูลค่าแทนเงิน 5 บาท และ 10 บาท ในกิจกรรมครั้งที่ 1 และกิจกรรมครั้งที่ 2 ตามลำดับ กิจกรรมครั้งที่ 3 ให้รางวัลแรงจูงใจที่อยากได้ปฏิบัติตามแนวทางการให้รางวัล (ภาคผนวก ฉ) ส่วนกลุ่มควบคุมให้การพยาบาลตามปกติ และแจกนมกล่องคนละ 1 กล่องให้ในสัปดาห์ที่ 4 ในการฝึกทักษะแต่ละครั้งใช้เวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที ส่วนกลุ่มควบคุมผู้วิจัยทำกลุ่มกิจกรรมบำบัดอื่น ๆ ให้ ส่วนสถานที่ทำกลุ่มกิจกรรมบำบัดทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมคือตึกพิเศษ

3.5 การวิเคราะห์ข้อมูล

3.5.1 ข้อมูลทั่วไปแจกแจงความถี่และร้อยละ

3.5.2 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของคะแนนทักษะด้านสังคมและการสื่อสารของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองด้วยสถิติ Mann – Whitney U test

3.5.3 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของคะแนนทักษะด้านสังคมและการสื่อสารของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลองด้วยสถิติ Mann – Whitney U test

3.5.4 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของคะแนนทักษะด้านสังคมและการสื่อสารก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Wilcoxon Matched Pair Signed Rank test

บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

4.1 ผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของการฝึกทักษะด้านสังคมและการสื่อสารต่อพฤติกรรมด้านสังคมและการสื่อสารผู้ป่วยจิตเภทชายโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ คณะผู้วิจัยได้นำเสนอในรูปของตารางประกอบการบรรยายตามลำดับดังนี้

ตาราง 1 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยจิตเภทชายกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
จำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. อายุ						
ต่ำกว่า 20 ปี	0	0.0	1	9.1	1	4.54
20 – 29 ปี	4	36.4	1	9.1	5	22.73
30 – 39 ปี	4	36.4	5	45.5	9	40.91
40 – 49 ปี	3	27.2	4	36.3	7	31.82
50 – 59 ปี	0	0.0	0	0.0	0	0.0
2. ระยะเวลาการเจ็บป่วยทางจิต						
1 – 5 ปี	7	63.6	5	45.5	12	54.55
6 – 10 ปี	3	27.3	4	36.4	7	31.82
11 – 15 ปี	0	0.0	0	0.0	0	0.0
16 – 20 ปี	1	9.1	0	0.0	1	4.54
21 ปีขึ้นไป	0	0.0	2	18.1	2	9.09
3. อาชีพ						
ไม่มีงานทำ	3	27.3	1	9.1	4	18.18
เกษตรกรกรรม	5	45.5	3	27.3	8	36.37
งานบ้าน	1	9.1	5	45.5	6	27.27
รับจ้าง	2	18.1	2	18.1	4	18.18
4. โรคประจำตัวทางกาย						
ไม่มี	9	81.8	10	90.9	19	86.36
มี	2	18.2	1	9.1	3	13.64
	(ภูมิแพ้และชัก)		(Rectal prolapse)			

จากตารางพบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองร้อยละ 36.4 มีอายุอยู่ในช่วง 20 – 29 ปี และ 30 – 39 ปี ส่วนกลุ่มควบคุมร้อยละ 45.5 มีอายุ 30 – 39 ปี ระยะเวลาการเจ็บป่วยทางจิตอยู่ในช่วง 1 – 5 ปี ร้อยละ 63.6 และ 45.5 ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตามลำดับ ผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีอาชีพเกษตรกรและงานบ้านร้อยละ 45.5 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 81.81 และ 90.9 ตามลำดับ

ตาราง2 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	$\bar{X}$	SD	p-value
กลุ่มทดลอง	11	49.45	19.83	>0.47
กลุ่มควบคุม	11	42.82	23.09	

Mann – Whitney U test

$P > 0.05$

จากตารางพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนดำเนินการวิจัยไม่แตกต่างกัน

ตาราง3 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังได้รับการฝึกทักษะด้านสังคมและการสื่อสารครบโปรแกรม 1 สัปดาห์

กลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	$\bar{X}$	SD	p-value
กลุ่มทดลอง	11	61.36	13.71	< 0.03
กลุ่มควบคุม	11	48.36	19.40	

Mann – Whitney U test

$P < 0.05$

จากตารางพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตาราง 4 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับการฝึกทักษะด้านสังคมและการสื่อสารครบโปรแกรม 1 สัปดาห์

ผู้ป่วย	จำนวน	ค่าคะแนนเฉลี่ย		SD	p-value
		ก่อน	หลัง		
กลุ่มทดลอง	11	49.45	61.36	11.00	< 0.01
กลุ่มควบคุม	11	42.82	48.36	11.55	> 0.19

Wilcoxon Matched Pair Signed Rank test

$P < 0.05$

จากตารางพบว่า กลุ่มทดลองหลังได้รับการฝึกทักษะด้านสังคมและการสื่อสารมีค่าคะแนนเฉลี่ยแตกต่างจากก่อนได้รับการฝึกทักษะด้านสังคมและการสื่อสารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนกลุ่มควบคุมค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

4.2 การอภิปรายผล

ผลการศึกษาการฝึกทักษะด้านสังคมและการสื่อสารต่อพฤติกรรมด้านสังคมและการสื่อสารของผู้ป่วยจิตเภทชาย คณะผู้วิจัยได้แยกอภิปรายผลดังนี้

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภท

ผู้ป่วยจิตเภทชายที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 24 คน เป็นกลุ่มทดลอง 12 คน กลุ่มควบคุม 12 คน ระหว่างเก็บข้อมูลในช่วงเดือนธันวาคม 2549 ผู้ป่วยในกลุ่มทดลอง 1 คน ไม่สมัครใจร่วมมือในการวิจัยเนื่องจากญาติมารับกลับบ้านส่วนอีก 1 คนในกลุ่มควบคุมแพทย์เจ้าของไข้อนุญาตให้ญาติรับกลับบ้านเพื่อรักษาโรคทางกายต่อ จึงเหลือกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 22 คน เป็นกลุ่มทดลอง 11 คน และกลุ่มควบคุม 11 คน

จากตาราง 1 กลุ่มที่ศึกษามีอายุในช่วง 30–39 ปี ร้อยละ 40.91 และมากกว่าครึ่งร้อยละ 54.55 มีระยะเวลาการเจ็บป่วยทางจิตอยู่ในช่วง 1–5 ปี มีอาชีพเกษตรกรร้อยละ 36.37 และส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวทางกายร้อยละ 86.36 จากการศึกษาพบว่าลักษณะประชากรกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีลักษณะใกล้เคียงกันมาก คณะผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างเฉพาะเพศชาย มีค่าคะแนนทางจิตสังคมด้านสังคมและการสื่อสารอยู่ในระดับ 2–ระดับ 5 และแต่ละคู่ที่จับฉลากกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าคะแนนระดับใกล้เคียงกัน ซึ่งการศึกษาของ Chien et al (2003) ได้ทบทวนเอกสารการวิจัยพบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการฝึกทักษะทางสังคมมากที่สุดคือ เพศ สถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจ อาการด้านลบ และปฏิสัมพันธ์ที่มีความวิตกกังวล

สมมติฐานที่ 1 ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลองไม่แตกต่างกัน

ผลการศึกษานี้สนับสนุนสมมติฐานที่ 1 โดยก่อนการทดลองทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าคะแนนเฉลี่ยมีพฤติกรรมด้านสังคมและการสื่อสารไม่แตกต่างกัน ซึ่งสนับสนุนว่ากลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้มีข้อมูลส่วนบุคคลใกล้เคียงกันอีกทั้งใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบวิชัยเพื่อจัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ซึ่งถือว่าเป็นการยอมรับในการวิจัยทั้งทดลอง (Polit & Hungler, 1999)

สมมติฐานที่ 2 ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองหลังได้รับการฝึกทักษะด้านสังคมและการสื่อสารมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มควบคุม

ผลการศึกษานี้สนับสนุนสมมติฐานที่ 2 ค่าคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมนั้นหมายความว่าผู้ป่วยจิตเภทชายในกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมด้านสังคมและการสื่อสารดีกว่ากลุ่มควบคุมมีการศึกษามากมายในผู้ป่วยจิตเภท พบว่ามีความบกพร่องในทักษะทางสังคมและการปฏิบัติในสังคม (Tsang & Pearson, 1996) ผู้ป่วยจิตเภทบางคนไม่เคยมีประสบการณ์ในทักษะทางสังคม แต่ในบางคนเคยมีแต่บกพร่องไป อย่างไรก็ตามก็ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีความบกพร่องในทักษะทางสังคม (Bellack et al, 2004) ผู้ป่วยจิตเภทสามารถเรียนรู้และมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น บุคคลเกิดการเรียนรู้ในสิ่งใดสิ่งหนึ่งหรือยัง เราสามารถรู้ได้ก็โดยการสังเกตพฤติกรรมจากทำไม่เป็น ไม่เข้าใจ ไม่รู้ ทำไม่ดี กลายมาทำเป็น เข้าใจ รู้ ทำดีขึ้นเรื่อย ๆ เป็นสาเหตุเนื่องมาจากประสบการณ์จากการฝึก ถือได้ว่าบุคคลนั้น ๆ ได้เกิดการเรียนรู้ขึ้นแล้ว การเรียนรู้เกิดได้ง่าย ถ้าสิ่งที่เรียนเป็นสิ่งที่มีความหมายต่อผู้เรียนก็ผู้เรียนต้องการจะเรียน หรือสนใจจะเรียนเหมาะสมกับวัยและวุฒิภาวะของผู้เรียนและเกิดประโยชน์ต่อผู้เรียน ย่อมทำให้เกิดการเรียนรู้ได้ดีกว่า การเรียนรู้จะบังเกิดผลดี เมื่อผู้เรียนมีความมุ่งหมาย มีความต้องการ มีความสนใจและได้ลงมือกระทำด้วยตนเอง (กันยา สุวรรณแสง, 2542) ผู้ป่วยจิตเภทมีความเสื่อมในด้านต่าง ๆ มิได้หมายความว่าผู้ป่วยจะไม่สามารถเรียนรู้ต่อสิ่งต่าง ๆ เมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิตสงบสามารถฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยได้ ผู้ป่วยจิตเภทสามารถนำเอาศักยภาพของตนเองที่ยังหลงเหลืออยู่ออกมาใช้ให้เป็นประโยชน์ในการดูแลตนเอง มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการดำรงชีวิตในแง่ไม่พึงประสงค์ให้ลดลงได้ (จิรารัตน์ พิมพ์ดีด, 2541) มีนักวิจัยหลายท่านได้ทำการศึกษาโดยการฝึกทักษะทางสังคมแก่ผู้ป่วย ผลพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทสามารถเรียนรู้ในการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมคือมีความวิตกกังวลลดลง มีพฤติกรรมกล้าแสดงออกอย่างเหมาะสมเพิ่มขึ้น (Armstrong, 1993 อ้างในจิรารัตน์ พิมพ์ดีด, 2542) สอดคล้องกับการศึกษาของอุทุมพร พงษ์ธรรมและคณะ (2547) ได้ศึกษาผลของกลุ่มทักษะทางสังคมต่อพฤติกรรมทางสังคมของผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มตัวอย่างในผู้ป่วยจิตเภท ผลการวิจัยพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมทางสังคมของกลุ่ม

ทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 หลังการทดลอง 1 และ 4
ทดลองสอดคล้องกับการศึกษาของสุรพิน แท่นรัตนกุล (2548) ได้ศึกษาการฝึกทักษะทางสังคม
ของผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในโรงพยาบาลศรีธัญญา ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีพฤติกรรม
เปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ
ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีคะแนนทักษะทางสังคมสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ
0.05 ด้านการสื่อสารบอกความต้องการของตนเอง การตัดสินใจ และการปฏิเสธ สอดคล้องกับ
กรณีศึกษาของ Liberman, Mueser, & Wallace (1986) ได้ศึกษาการฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วย
จิตเภทรายบุคคลที่เสี่ยงต่อการกำเริบ ผลการวิจัยพบว่าหลังติดตามการรักษาหลังจำหน่าย 2 ปี
ผู้ป่วยที่ได้รับการฝึกทักษะทางสังคมมีการทำหน้าที่ทางสังคมดีกว่าและสอดคล้องกับการศึกษาของ
Chien et al (2003) ได้ศึกษาถึงผลของการฝึกทักษะการสนทนาและทักษะการกล้าแสดงออกอย่าง
เหมาะสมต่อทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทักษะ
สนทนาและทักษะการกล้าแสดงออกอย่างเหมาะสมสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่
ระดับ 0.05 และสูงกว่ากลุ่มควบคุมในขณะทดลอง หลังทดลองและระยะติดตาม

สมมติฐานที่ 3 ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการทดลอง

ผลการศึกษานี้สนับสนุนสมมติฐานที่ 3 ค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังทดลองในกลุ่ม
ควบคุมไม่แตกต่างกัน กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ได้รับการจัดเข้ากลุ่ม
กิจกรรมบำบัดต่าง ๆ เช่นกันแต่ไม่ได้รับการฝึกทักษะทางสังคมอย่างเป็นแบบแผนและมีเนื้อหา
เฉพาะในพฤติกรรมที่พึงประสงค์หรืออาจจะได้รับการสอนพฤติกรรมทางสังคมและการสื่อสารแต่
ไม่สม่ำเสมอและไม่ต่อเนื่องที่ผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติรวมทั้งไม่ได้เกิดการเรียนรู้เข้าใจในทักษะ
ด้านสังคมและการสื่อสารที่ถูกต้อง ทำให้ค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนหลังการทดลองกลุ่มควบคุมไม่
เปลี่ยนแปลงดังที่เสริมศรี ไชยศรี (2528) ได้กล่าวถึงการเรียนรู้ไว้ว่าเป็นกระบวนการเรียนรู้โดย
ความตั้งใจ เลือกรับรู้ บันทึกข้อมูล จดจำแล้วนำไปใช้ในการแก้ไขปัญหามาจากการทบทวนความรู้
ความจำ

ส่วนกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลองแสดงให้เห็นว่า
การฝึกทักษะทางสังคมเป็นการสอนเกี่ยวกับพฤติกรรมของบุคคลให้มีการสื่อสารที่ถูกต้องตาม
ความรู้สึก ความคิด และเอื้อให้เกิดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลตามเป้าหมาย การมีปฏิสัมพันธ์ที่
ประสบผลสำเร็จนั้นหมายถึงการมีทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพทั้งวัจนภาษาและอวัจน
ภาษา (Pexry & Antai - Otong, 1995) นอกจากนี้ยังใช้แนวคิดการจัดการเงื่อนไขพฤติกรรม
(Contingency Management) ของ B.F. Skinner เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์ โดย
การเสริมแรงทางบวก ดังที่ Skinner (1938 อ้างในสมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2541) ได้ให้
ความหมายของการเสริมแรงทางบวกเอาไว้ว่าเป็นการเพิ่มความถี่ของการเกิดพฤติกรรมอันเป็นผล

มาจากผลกรรมที่ตามหลังพฤติกรรมนั้น ซึ่งผลกรรมนั้นเรียกว่าตัวเสริมแรงทางบวกครอบคลุมเฉพาะพฤติกรรมที่เกิดการเรียนรู้ใหม่เท่านั้น ประเภทของตัวเสริมแรงแบ่งออกได้ 5 ประเภท คือ

- 1) ตัวเสริมแรงที่เป็นสิ่งของ 2) ตัวเสริมแรงทางสังคม 3) ตัวเสริมแรงที่เป็นกิจกรรม
- 4) ตัวเสริมแรงที่เป็นเบี้ยอรรถกร 5) ตัวเสริมแรงภายใน

จากการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกใช้ตัวเสริมแรงที่เป็นสิ่งของตามแรงจูงใจที่กลุ่มทดลองอยากได้ เช่น ขนม นม ถั่ว ไอศกรีม เป็นต้น มาให้เป็นรางวัลใช้ตัวเสริมแรงทางสังคมซึ่งมีอยู่ในสภาพแวดล้อมตามธรรมชาติ เช่น การชมเชย การยกย่อง การยิ้ม การเข้าใกล้ หรือการแตะตัว เป็นต้น และใช้ตัวเสริมแรงที่เป็นเบี้ยอรรถกร (Token Reinforcer) เบี้ยอรรถกร (Token economy) ที่ใช้เป็นเหรียญคล้ายเงินมูลค่า 5 บาท และ 10 บาท เป็นรางวัล เมื่อกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

5.1 สรุปผลการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการฝึกทักษะด้านสังคมและการสื่อสารต่อพฤติกรรมด้านสังคมและการสื่อสารของผู้ป่วยจิตเภทชาย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยคงสภาพการรักษา เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในช่วงเดือนกรกฎาคม 2549 – เดือนธันวาคม 2549 จำนวน 22 คน กลุ่มตัวอย่างเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนดแบ่งเข้ากลุ่มด้วยวิธีจับฉลากเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 11 คน กลุ่มทดลองได้รับการฝึกทักษะด้านสังคมและการสื่อสาร 1 ครั้ง/สัปดาห์ รวม 3 สัปดาห์ และสัปดาห์ที่ 4 ทบทวน ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการจัดเข้ากลุ่มบำบัดต่าง ๆ ตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองประกอบด้วยเทคโนโลยีการฝึกทักษะด้านสังคมและการสื่อสาร วิดีทัศน์และสื่อการสอนต่าง ๆ หากค่าความเที่ยงตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 6 ท่าน และแบบประเมินเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน เฉพาะทักษะด้านสังคมและการสื่อสารฉบับยาว 19 ข้อ นำไปหาค่าความเชื่อมั่นโดยสัมประสิทธิ์อัลฟาได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.75 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ Mann-Whitney U Test และ Wilcoxon Matched Paired Signed Rank Test

ผลการวิจัย

ผู้ป่วยจิตเภททั้งหมดร้อยละ 40.91 มีอายุอยู่ในช่วง 30 – 39 ปี มีระยะการเจ็บป่วยทางจิต 1 – 5 ปี ร้อยละ 54.55 มีอาชีพเกษตรกรกรรมร้อยละ 36.37 และเกือบทั้งหมดร้อยละ 86.36 ไม่มีโรคประจำตัวทางกาย

ค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองไม่แตกต่างกัน

ค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลองหลังฝึกทักษะด้านสังคม และการสื่อสารมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนกลุ่มควบคุมค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังไม่แตกต่างกัน

5.2.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1) การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ แม้ใช้ระยะเวลาในการฝึกทักษะด้านสังคมและการสื่อสารอยู่ในระยะเวลา 1 เดือน ซึ่งถือว่าใช้เวลาไม่มากนักต่างจากเอกสารวิชาการที่ได้พบทวนวรรณกรรมอย่างน้อยใช้เวลา 3 เดือน ในการฟื้นฟูสมรรถภาพ อย่างไรก็ตาม การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ได้ใช้ทีมวิจัยกระตุ้นพฤติกรรมที่พึงประสงค์หลังฝึกทักษะอย่างต่อเนื่อง ขณะผู้ป่วยอยู่รับการรักษาภายในสถานพยาบาล อีกทั้งมีการเสริมแรงทางบวกในรูปของคำชมเชย การให้เบี้ยอรรถกรและสิ่งจูงใจที่ผู้ป่วยอยากได้ ดังนั้น ขณะให้การพยาบาลผู้ป่วยในแต่ละวัน หากพบผู้ป่วยมีความบกพร่องในทักษะด้านใด ๆ ที่เจ้าหน้าที่สังเกตเห็น ควรมีการกระตุ้นพฤติกรรมที่พึงประสงค์ให้เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง และทีมเจ้าหน้าที่มีการปฏิบัติในแนวทางเดียวกันในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย ตลอดจนการส่งต่อญาติให้ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยต่อจากโรงพยาบาล

2) แบบประเมินเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ที่ใช้ทดสอบกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง เฉพาะด้านสังคมและการสื่อสารฉบับยาว 19 ข้อ เมื่อทำการทดสอบเปรียบเทียบกับฉบับสั้น 5 ข้อ ได้ผลเช่นเดียวกัน แม้ว่าเทคโนโลยีการฝึกทักษะด้านสังคมและการสื่อสารเนื้อหาครอบคลุมข้อความทั้งหมดของแบบประเมินฉบับยาว 19 ข้อ แต่สามารถใช้แบบประเมินฉบับสั้น 5 ข้อ ประเมินกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลองได้เช่นเดียวกัน

3) สื่อการสอนต่าง ๆ ในเทคโนโลยีการฝึกทักษะด้านสังคม และการสื่อสารสามารถประยุกต์ใช้วิธีอื่นแทนได้ เช่น ใช้การสาธิตแทนวีดิทัศน์ จับฉลากข้อความตามวงล้อชีวิตแทนการหมุนวงล้อชีวิต และการพากย์เสียงตามบทสาธิตแทนแถบเสียง เป็นต้น

5.2.2 ข้อเสนอแนะในด้านการทำวิจัยครั้งต่อไป

1) การศึกษาวิจัยครั้งนี้ไม่ได้ติดตามความยั่งยืนของพฤติกรรมที่พึงประสงค์ เพื่อศึกษาถึงประสิทธิผลของโปรแกรม ควรศึกษาเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการกระตุ้นพฤติกรรมที่พึงประสงค์อย่างต่อเนื่อง ขณะอยู่ในชุมชนกับกลุ่มที่ดำเนินชีวิตในชุมชนตามปกติ เพื่อศึกษาว่าความยั่งยืนของพฤติกรรมที่พึงประสงค์แตกต่างกันอย่างไร

2) ควรทำการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยจิตเวชกับผู้ป่วยจิตเภท หลังใช้โปรแกรมฝึกทักษะด้านสังคม และการสื่อสารความยั่งยืนของพฤติกรรมที่พึงประสงค์ ขณะอยู่ในชุมชนแตกต่างกันหรือไม่อย่างไร

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์และศูนย์สุขภาพจิต 3.
การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช. ม.ป.ท.; ม.ป.ป.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลศรีธัญญา. เทคโนโลยีการฟื้นฟูสมรรถภาพ
ผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลจิตเวช. นนทบุรี: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย;
2552.
- เกียรติภูมิ วงศ์รจิต, พัทธกัญพล บุญขมาลิก, สุพัฒนา สุขสว่างและศิริลักษณ์ สว่างวงศ์สิน. แบบ
ประเมินเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน. นนทบุรี: ชุมชนสหกรณ์การเกษตร
แห่งประเทศไทย; 2552.
- จารุวรรณ จินตมงคล, อรรถพรณ ลือบุญธวัชชัย. ผลการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ
ต่อความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยจิตเวช. วารสารการพยาบาลจิตเวชและ
สุขภาพจิต 2542 มกราคม – มิถุนายน; 13 :46 – 56.
- จิราวัฒน์ พิมพ์ดีด. กระบวนการการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำ
ในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น [วิทยานิพนธ์]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2541.
_____. รายงานการวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการจำหน่ายผู้ป่วยโรคจิตเภทที่กลับมา
รักษาซ้ำที่หอผู้ป่วยหญิงของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น. ขอนแก่น: พระธรรมขันธ์; 2542.
- จิราวัฒน์ พิมพ์ดีด และเขาวภา ไตรพฤษชาติ. รายงานการวิจัย เรื่อง การพัฒนาระบบบริการการ
ฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคมในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังชาย หอผู้ป่วยคอนดู่ ต่อการยกระดับ
สมรรถภาพและการกลับมารักษาซ้ำ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. ขอนแก่น:
เพ็ญพรินดี; 2551.
- ณัฐวดี แก่นรัตนกุล. รายงานการวิจัย เรื่อง การฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการศึกษาเพื่อเสริมสร้าง
ทักษะที่จำเป็นในการดำรงชีวิตของผู้ป่วยจิตเวช: ศูนย์พัฒนาการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคม.
นนทบุรี: โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต; 2542.
- ปัทมา ศิริเวช. ผู้เจ็บป่วยทางจิตกับการฟื้นฟูสมรรถภาพ [บทบรรณาธิการ]. วารสารสุขภาพจิต
แห่งประเทศไทย 2545; 10 (2): 56 – 66.
- พรทิพย์ ธรรมวงศ์. ผลของการใช้ตัวแบบสัญลักษณ์ต่อความรู้เรื่องการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท
[วิทยานิพนธ์]. เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2541.

พวงเพ็ญ เจียมปัญญาธิราช, นกวลย์ กัมพลาศิริ, ยาใจ สิทธิมงคล, ถวิล นภาพงศ์สุริยา.

พฤติกรรมการณ์ตนเองของผู้ป่วยจิตเวช. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2542
กรกฎาคม - ธันวาคม; 13: 45 - 54.

พันธศักดิ์ วราอัสวปติ และทวี ตั้งเสรี. จิตเภท. ใน : วิวัฒน์ ยถาภูพานนท์, พันธศักดิ์ วราอัสวปติ,
อภิรักษ์ มงคล, ทวี ตั้งเสรี. บรรณาธิการ. คู่มือจิตเวชศาสตร์สำหรับแพทย์ทั่วไป. ขอนแก่น :
ศิริภรณ์ออฟเซต; 2536. P. 71-90.

พิทักษ์พล บุญขมาลิก และสุนีย์ เอกวัฒน์พันธ์. รายงานการวิจัยเรื่อง การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย
จิตเวชโดยชุมชน: โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต; 2542.

เดือนดา วิโรจน์อุไรเรือง, คารนี ชัยอิทธิพร. รายงานการวิจัยเรื่อง ผลการปฐมนิเทศพฤติกรรม
ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะที่ 1 โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์.
อุบลราชธานี : ม.ป.ท.; 2547.

มาโนช หล่อตระกูล. โรคจิตเภท. ใน : มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุนนิชัย.
บรรณาธิการ. จิตเวชศาสตร์รายาธิบติ. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพฯ : ปิยอนด์เอ็นเทอร์ไพรซ์;
2548. หน้า 113 - 27.

รักสุดา กิจอรุณชัย. การประเมินผลโครงการฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพโรงพยาบาลศรีธัญญา.
วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2545; 10 (2): 67 - 76.

รัศมี ศรีหิรัญ. ผลของการติดตามทางโทรศัพท์ต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทหลังจำหน่าย
[วิทยานิพนธ์]. เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2544.

สรัญญา บุญพิทักษ์. รายงานการวิจัย เรื่อง การศึกษาผลการพยาบาลโดยการฝึกทักษะการดำเนิน
ชีวิตในผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังชาย. นนทบุรี: โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต; 2540.

สมชาย จักรพันธ์. การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช. ใน : เกษม. ดันติผลาชีวะ, บรรณาธิการ.
ตำราจิตเวชศาสตร์ สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย เล่ม 2. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ :
โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2536. หน้า 1142 - 52.

สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, จิตรัตน์ พิมพ์ดีด. การพาผู้ป่วยจิตเวชเข้าร่วมกิจกรรมสังคมภายนอก
โรงพยาบาล. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2545; 47 (1): 49 - 58.

สมพร รุ่งเรืองกลกิจ. พยาบาลกับการดูแลบุคคลที่เป็นโรคจิตเภท. ขอนแก่น : คลังน่านาวิทยา;
2546.

สมภาพ เรืองตระกูล. ตำราจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ : เรือนแก้ว; 2545.

สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ :
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2541.

- เสริมศรี ไชยสร. ระบบหลักสูตร-การสอน. พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่: พระสังฆ์การพิมพ์; 2528.
- สุชาดา สาคกรเสถียร. แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช. เอกสารวิชาการ กรมสุขภาพจิต กรมการแพทย์. ม.ป.ท.; 2530.
- สุรพิน แท่นรัตนกุล. การฝึกทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในโรงพยาบาลศรีธัญญา. การประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 4 เรื่องสุขภาพจิตกับภัยพิบัติ วันที่ 6-8 กรกฎาคม 2548 หน้า 151-152.
- สุวิมล สมัตถะ, อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. ผลของการใช้แบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน ต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเวช. วารสารการพยาบาลจิตเวช และสุขภาพจิต 2542 มกราคม – มิถุนายน; 13: 24 – 31.
- อรุณ พงษ์ธรรม, มะลิวัลย์ บุญสอน, สกาวรัตน์ พวงลัดดา, สุนิย์รัตน์ พุ่มเข็ม, สว่างจิต วสุวัต. รายงานการวิจัยเรื่อง ผลของกลุ่มทักษะทางสังคมต่อพฤติกรรมทางสังคมของผู้ป่วยจิตเวช. กรุงเทพฯ: ม.ป.ท.; 2547.
- อรษา ฉวาง. ผลของการฝึกพฤติกรรมการแสดงออกที่มีต่อการปฏิบัติตนกับบุคคลอื่นของผู้ป่วยจิตเภทวัยรุ่นโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา กรุงเทพมหานคร. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2540; 11(1): 89 – 98.
- อนงค์ ธรรมโรจน์, เทพนิมิต บางแสง, สิริญา มั่นคง. รายงานการวิจัยเรื่อง การใช้รูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพตามสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์. อุบลราชธานี: โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์; 2542.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders 4th Text Revision. Washington, DC: Donnelley & Sons; 2000.
- Atkinson JM, Coia DA, Gilmour WH & Harper JP. The Impact of education groups for people with schizophrenia on social functioning and quality of life. BR J Psychiatry 1996; 168 (2): 199 – 204.
- Beebe LH. Community Nursing Support for Clients with Schizophrenia. Archives of Psychiatric Nursing 2001; 15(5): 214 – 22.
- Bellack AS, Mueser KT, Gingerich S & et al. Social Skills Training for Schizophrenia A step-by-step Guide 2nd ed. New York : Adivision of Guilford Publications; 2004.

- Chien HC, Ku CH, Lu RB, Chu H, Tao YH & Chou KR. Effects of Social Skill training on Improving Social Skills of Patients with Schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing* 2003 ; 17(5): 228 – 36.
- Craig TKJ, Liberman RP, Browne M, Robertson MJ, & O'Flynn D. Psychiatric Rehabilitation. In : Hirsch SR, Weinberger DR, editors. *Schizophrenia*. 2nd ed. Oxford: Blackwell Science; 2003. P. 637 – 56.
- Connie J, Mc Reynolds, Garske GG. Psychiatric Disabilities : Challenges and training Issues for Rehabilitation Professionals. *Journal of Rehabilitation* 2003; 69 (4): 13-18.
- Cook, JS. Schizophrenia disorders. In : Cook, JS, Fontaine, KL, editors. *Essentials of Mental Health Nursing*. 2nd ed. California : Addison – Wesley Publishsion Company; 1991. p. 529-80.
- Corrigan PW, Schade ML, Liberman RP. Social Skill Training. In : Liberman RP. ED. *Handbook of Psychiatric Rehabilitation Vol 166*. USA: A Division of Simon & Schuster; 1992. P95-126.
- Crosby RC. Community care of the chronically mental ill. *Journal of Psychosocial nursing* 1987; 25 (1): 33-37.
- Fadem B, Simring SS. Schizophrenia. In : Fadem B, Simring SS, editors. *Psychiatry recall*. 2nd ed. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins; 2004. p. 52-61.
- Hamera Ek, Perterson KA, Handley SM, Plumlee AA & Frank – Ragan E. Patient self Regulation and functioning in schizophrenia. *Hospital and Community Psychiatry* 1991; 42(6): 630-1.
- Henderson DC, Kunkel L, Goff DC. Psychosis and Schizophrenia. In : Stern TA, Herman JB, editors. *Massachusetts General Hospital Psychiatry Update and Board Preparation*. 2nd ed. Massachusetts : Mc Graw – Hill; 2004. p. 97-102.
- Hirsch S, Bowen J, Emami J, Cramer P, Jolley A, Camilla & et al. A one year Prospective study of the Effect of life Events and Medication in the Aetiology of Schizophrenia Relapse. *BR J Psychiatry* 1996; 168 (1): 49. 56.
- Kopelowicz A, Liberman RP, Mintz J & Zarate R. Comparison of Efficacy of Social Skills Training for Deficit and Nondeficil Negative Symtoms in Schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1997; 154 (3): 424 – 5.

- Lieberman RP, Mueser KT & Wallace CI. Social Skills Training of Schizophrenia Individuals at Risk for Relapse. *Am J Psychiatry* 1986; 143 (4): 523 – 6.
- Lieberman RP, Wallace CJ, Blackwell G, Kopelowicz A, Vaccaro JV & Mintz J. Skills Training Versus Psychosocial Occupational therapy for persons with persistent schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1998; 155 (8):1087-91.
- Lieberman RP, Kopelowicz A, Silverstein SM. Psychiatric Rehabilitation. In : Kaplan BS, Sadock VA. Eds. *Comprehensive Text book of Psychiatry Vol 2. 8 th ed.* Philadelphia: Lippincott Williams & Willkins; 2005. P.3884-930.
- Link BG, Mirotznik J, Cullen FT. the Effectiveness of stigma coping orientations : Can negative consequences of mental illness labeling be avoided ? *Journal of Health and Social Behavior* 1991; 32: 302-20.
- Lohr MA. Clients with Schizophrenia. In: Mc Farland G.K, Thomas MD, editors, *Psychiatric Mental Health Nursing Application of the Nursing Process.* Philadelphia : J.B. Lippincott Company; 1991. p. 543-52.
- Mabbett PD. *Instant nursing assessment : Mental Health.* Canada : Delmar Publishers; 1996.
- Marder SR, Wirshing WC, Mintz J, Mckenzie J, Johnston K, Eckman TA & et al. Two-Year Outcome of Social Skills Training and Group Psychotherapy for Out patients with Schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1996; 153 (12): 1585 – 92.
- Nagamoto HT. Schizophrenia and schizoaffective Disorder. In : Jacobson JC, Jacobson AM. editors. *Psychiatric secrets.* 2nd ed. Philadelphia : Hanley & Befus; 2000. P. 51-4.
- Perry K, Antai- Otong D. the Client with Altered Sensory Perception : Schizophrenia and other Psychotic Disorders. In: Antai – Otong D, editor. *Psychiatric Nursing Biological and behavioral Concepts.* Philadelphia: W.B. saunders; 1995. P. 243-5.
- Perry W, Moore D & Braff D. Gender Difference on Thought Disturbance Measures Among Schizophrenic patients. *Am J Psychiatry* 1995; 152 (9): 1298 – 301.
- Polit FD & Hungler PB. *Nursing research : Principle and method.* Philadelphia: Lippincott; 1999.
- Pryor J. Creating a Rehabilitative Milieu. *Rehabilitation Nursing* 2000; 25 (4) : 141 – 4.
- Sulliger N. Relapse. *Journal of Psychosocial Nursing* 1988; 26 (6): 20 – 23.

- Sundeen SJ. Psychiatric rehabilitation. In: Sturt WG, Laraia MT, editors. Principles and practice of psychiatric nursing 7th ed. St. Louis: Mosby; 2001. p. 246-64.
- Tsang W, Pearson HV. A Conceptual framework for work related Social skills in psychiatric rehabilitation. *Journal of Rehabilitation* 1996 July / Sept; 62: 61-7.
- Wallace CJ, Liberman RP, Mackain SJ, Blackwell GB & Eckman TA. Effectiveness and Replicability of modules for teaching social and instrumental skills to the severely mental ill. *AM J Psychiatry* 1992 May; 145 (5): 654-8.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก. เทคโนโลยีการฝึกทักษะด้านสังคมและการส

ภาคผนวก ข. แบบประเมินเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน

ภาคผนวก ค. โครงการการพัฒนาทักษะด้านสังคมและการสื่อสารของผู้ป่วยจิตเวช

ภาคผนวก ง. แบบประเมินแรงจูงใจผู้ป่วยจิตเวช

ภาคผนวก จ. แบบประเมินพฤติกรรมผู้ป่วยและเกณฑ์การให้การเสริมแรงในทักษะด้านสังคมและการสื่อสาร

ภาคผนวก ฉ. แนวทางการให้รางวัล

ภาคผนวก ก.

เทคโนโลยีการฝึกทักษะด้านสังคมและการสื่อสาร

ชื่อโปรแกรม การพัฒนาทักษะด้านสังคม และการสื่อสารของผู้ป่วยจิตเวช

หน่วยงานที่รับผิดชอบ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาเทคโนโลยีในการส่งเสริมทักษะด้านสังคมและการสื่อสาร
2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของเทคโนโลยีที่ใช้ในการส่งเสริมทักษะด้านสังคมและการสื่อสาร
3. เพื่อพัฒนาทักษะด้านสังคม และการสื่อสารของผู้ป่วยให้ดีขึ้น

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเวชที่ขาดทักษะด้านสังคมและการสื่อสาร และมีทักษะด้านสังคมและการสื่อสารไม่เหมาะสม

ผู้ให้การบำบัด บุคลากรด้านจิตเวช

องค์ประกอบของโปรแกรม / เทคโนโลยี ได้แก่ คู่มือฝึกอบรม คู่มือจัดกิจกรรม (เกมบัตรคำ เกมวงล้อชีวิต) วัสดุทัศนั กระดานบันทึกการให้เบื้ออรรถกร แบบประเมินพฤติกรรมผู้ป่วยและเกณฑ์การให้การเสริมแรง แบบประเมินแรงจูงใจผู้ป่วยจิตเวช คู่มือการให้รางวัล

ขั้นตอนการจัดกิจกรรม การจัดกิจกรรมมีทั้งหมด 3 ครั้ง เนื้อหาในแต่ละครั้งประกอบด้วย มารยาทในการพูด มารยาทในการฟัง และมารยาทในการแสดงออก

ทฤษฎีที่ใช้

1. ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม
2. ทฤษฎีการเสริมแรงและการปรับพฤติกรรม
3. การเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วม

ตัวชี้วัด คะแนนทักษะด้านสังคมและการสื่อสารเพิ่มขึ้น

วิธีประเมินผล การมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมของสมาชิกและความสามารถทักษะด้านสังคมและการสื่อสารที่ถูกต้อง

แผนการจัดกิจกรรมทักษะด้านสังคมและการสื่อสาร

จุดประสงค์การเรียนรู้

เพื่อให้ผู้ปวชมีทักษะการพูด การฟัง และการแสดงออก สามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้

สาระสำคัญ

การพูด ฟัง และการแสดงออก เป็นทักษะทางสังคมและการสื่อสารที่จำเป็นในการดำเนินชีวิต การฝึกให้ผู้ปวชมีมารยาท เหมาะสมตามกาลเทศะในการพูด ฟัง และแสดงออก จึงเป็นปัจจัยสำคัญที่สนับสนุนให้ผู้ปวชอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างราบรื่น

เนื้อหากิจกรรม

การจัดกิจกรรมทักษะด้านสังคม และการสื่อสารแบ่งเนื้อหาของกิจกรรมออกเป็น 3 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละประมาณ 1 ชั่วโมง 30 นาที ดังต่อไปนี้

ครั้งที่ 1 เนื้อหากิจกรรม ประกอบด้วย

- 1.1 การทักทาย
- 1.2 การพูดคุยโต้ตอบได้อย่างเหมาะสมถูกกาลเทศะ (การพูดกับผู้ใหญ่และพระภิกษุสงฆ์)
- 1.3 การสบตาขณะพูดคุย
- 1.4 การปฏิเสธด้วยคำพูดและท่าทาง
- 1.5 การกล่าวขอบคุณและคำขอโทษ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกได้ฝึกการทักทาย การพูดคุยกับคนวัยต่างๆ การสบตา การปฏิเสธ และการขอบคุณ ขอโทษ
2. เพื่อให้สมาชิกสามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้

ขั้นตอนกิจกรรม ครั้งที่ 1 ใช้เวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที

องค์ประกอบ / กลุ่ม / เวลา	กิจกรรม	เนื้อหา / สื่อ
ขั้นรู้ชัดเห็นจริง		
ประสบการณ์ กลุ่มใหญ่ (15 นาที)	- สาธิตโดยเปิดวิดีโอทัศน์ ให้สมาชิกได้ชมสถานการณ์ต่างๆ	- วิดีทัศน์
ความคิดรวบยอด กลุ่มใหญ่ (25 นาที)	- ผู้นำกลุ่มอธิบายเนื้อหาสำคัญของวิดีโอทัศน์ (วิธีการทักทาย วิธีการพูดคุยโต้ตอบกับผู้ใหญ่/พระภิกษุสงฆ์ วิธีการพูดปฏิเสธ การพูดขอบคุณ ขอโทษและข้อควรทำ เช่นการสบตา)	- ใบความรู้ที่ 1
สะท้อนความคิด / อภิปราย จับคู่/ กลุ่มใหญ่ (35 นาที)	- แบ่งสมาชิกออกเป็น 2 วง วงนอกและวงใน และจับคู่ให้สมาชิกแต่ละคู่ออกมาหมุนวงล้อ เมื่อตกลสถานการณ์ใดให้ทุกคู่ฝึกปฏิบัติตาม จนครบทุกกิจกรรม และชมเชยเมื่อฝึกผ่าน ผู้นำกลุ่มถามสมาชิกนำไปใช้ประโยชน์ได้หรือไม่อย่างไร	- วงล้อชีวิต
ขั้นลงมือกระทำ		
ประยุกต์แนวคิด กลุ่มใหญ่ (15 นาที)	- แบ่งกลุ่มสมาชิก ให้แต่ละกลุ่มออกมาแสดงวิธีการพูดคุยทักทาย (แสดงทีละกลุ่ม) กลุ่มที่เหลือช่วยกันสังเกตและให้ข้อเสนอแนะ โดยผู้นำกลุ่มจะเป็นผู้ปรับแก้ไขและให้คำแนะนำทั้งเรื่องคำพูดและภาษาท่าทาง	

สื่อ / อุปกรณ์ ครั้งที่ 1

- วงล้อกระดาษแข็งที่หมุนได้ ภายในวงล้อมีภาพแสดงสถานการณ์ต่างๆ ที่ใช้เป็นสิ่งเร้า เพื่อกระตุ้นให้เกิดทักษะต่างๆ ดังนี้
 - 1) ภาพคน 2 คน เจอหน้ากันตอนเช้า
 - 2) ภาพคนยื่นขวดเหล้าหรือบุหรี่ให้
 - 3) ภาพคนต่างวัยยืนหันหน้าสนทนากัน
 - 4) ภาพคนวัยเดียวกันหันหน้าสนทนากัน
 - 5) ภาพคนให้ของวัยเดียวกันและต่างวัย
- วีดิทัศน์แสดงสถานการณ์ต่างๆ ตามเนื้อหาของกิจกรรมครั้งที่ 1
- เครื่องเล่น DVD / VCD

การประเมินผล การมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม สมาชิกสามารถทำตามที่สาธิตได้ถูกต้อง

กิจกรรมครั้งที่ 1

ต่อไปนี้เป็นภารกิจ

1. การทักทาย
2. การพูดคุยโต้ตอบได้อย่างเหมาะสม ถูกกาลเทศะ
3. การสบตาขณะพูดคุย
4. การปฏิเสธด้วยคำพูดและท่าทาง
5. การกล่าวขอบคุณและคำขอโทษ

1. การทักทาย

- 1.1 การทักทายวัยเดียวกันและผู้อ่อนวัยกว่า กล่าวคำว่า “สวัสดีค่ะ” (รับ) (สบตา+สวัสดี)
“สบายดีไหม” “ไปไหนมา” “ไม่เห็นหน้าตั้งนาน คิดถึง” “วันนี้สวยจัง” ฯลฯ
- 1.2 การทักทายผู้ใหญ่ กล่าวคำว่า “สวัสดีครับ (ค่ะ)” และยกมือไหว้ (นิ้วหัวแม่มืออยู่ระดับ
คาง)
ผู้ใหญ่ไหว้ตอบ พนมมือระดับอก

2. การฝึกคุยโต้ตอบได้อย่างเหมาะสม

- 2.1 พูดคุยกับผู้ใหญ่ A : “สวัสดีค่ะพี่.....” (สบตา)
B : “เขีนั่งก่อนจิว” (สบตา)
A : “ขอบคุณค่ะ” (สบตา)
B : “วันนี้มาหาพี่ มีอะไรหรือค่ะ” (สบตา)
A : “หนูผ่านมาทางนี้ก็เลยแวะมาเยี่ยมพี่ ไม่ได้เจอพี่ตั้งนานคิดถึงค่ะ”
(สบตา)
B : “พี่สบายดี ชอบใจนะ” (สบตา)
- 2.2 พูดคุยกับพระภิกษุสงฆ์ A : “นมัสการพระคุณเจ้า” (สบตา)
(พระภิกษุอยู่ในท่านั่ง B : “เจริญพร โยมมีอะไรจะคุยกับอัทมา” (สบตา)
และยืน) A : “ดิฉัน (กระผม) มาเรียนปรึกษาเกี่ยวกับการทำบุญขึ้นบ้าน
ใหม่ค่ะ (ครับ)” (สบตา)

3. การสบตาขณะพูดคุย

3.1 ใ้บทสนทนาการพูดคุยกับผู้อื่นในข้อ 2 แสดงการพูดคุยแบบสบตาและไม่สบตา

3.2 กรณีผู้ป่วยที่มีความบกพร่องในการสบตาอย่างมากให้ฝึกการสบตาตามลำดับ ดังนี้

ขั้นที่ 1 ขณะสนทนาผู้ป่วยเบือนหน้าไปทางอื่นหรือก้มหน้าตลอด กระตุ้นให้ผู้ป่วยเงยหน้าหรือหันหน้ามาทางคู่สนทนา

ขั้นที่ 2 ขั้นนี้เป้าหมายฝึกให้ผู้ป่วยมองหน้าคู่สนทนาโดยมองระดับจมูก

ขั้นที่ 3 ฝึกให้สบตาทุกครั้งทีพูด ให้มองระดับจมูกของคู่สนทนา

หมายเหตุ การฝึกสบตาให้ฝึกทุกครั้งในกิจกรรมครั้งที่ 1-3

4. การปฏิเสธด้วยคำพูดและท่าทาง

4.1 วิธีการปฏิเสธด้วยคำพูด

A “วันนี้ เราจะมาชวนนายไปกินเหล้า ไปไหม?”

B “ขอบคุณมากเพื่อน วันนี้เรานัดกับแม่ไว้”

A : “นำ ไปเถอะเพื่อน เราเลี้ยงเอง นายโทรไปเลื่อนนัดแม่นายก็แล้วกัน”

B : เรารู้สึกไม่ดี ที่จะผัดนัดกับแม่ เราคงไปกับนายไม่ได้ นายคงไม่โกรธเรานะ”

A : ไม่เป็นไร ไว้โอกาสหน้า

กรณีถูกเข้าชี้

A “วันนี้ เราจะมาชวนนายไปกินเหล้า ไปไหม?”

B “ขอบคุณมากเพื่อน วันนี้เรานัดกับแม่ไว้”

A : “นำ ไปเถอะเพื่อน เราเลี้ยงเอง นายโทรไปเลื่อนนัดแม่นายก็แล้วกัน”

B : เรารู้สึกไม่ดี ที่จะผัดนัดกับแม่ เราคงไปกับนายไม่ได้ (ส่ายหน้าหรือโบกมือแทนการ

ปฏิเสธ)

นายคงไม่โกรธเรานะ”

A : “ยังไ้ นายไปกับเราดีกว่า (ดึงมือ)

B : “เอาอย่างนี้ นายไปกับเราดีกว่า แม่เราจะได้อุ้มกอดนายด้วย”

4.2 วิธีปฏิเสธด้วยท่าทาง

A : “เรามีของดีมาให้ดู”

B : “อะไรล่ะ”

A : “เรามียาบ้า 2 เม็ด เราจะแบ่งให้นายเม็ดหนึ่ง เอาไปแอบสูบในห้องน้ำ
ด้วยกันไหม”

B : (นิ่งฟัง เดินจากไป)

5. การกล่าวขอบคุณและคำขอโทษ

5.1 การกล่าวขอบคุณ

5.1.1 วัยเดียวกันและผู้อ่อนวัยกว่า

1. กรณีวัยเดียวกัน

“สมศรี เราเบิกขนมมา 2 ห่อ เราจะแบ่งให้เธอห่อหนึ่ง”

“ขอบคุณมากนะ”

2. กรณีผู้อ่อนวัยกว่า

“พี่สมศรี หนูเบิกขนมมา 2 ห่อ จะแบ่งให้พี่ห่อหนึ่ง”

“ขอบใจมากนะจ้ะ”

1.1.2 ผู้ใหญ่

“คุณสุคใจ แม่คุณฝากของใช้ไว้ให้ค่ะ”

“ขอบคุณครับ (ค่ะ) คุณพยาบาล” (ยกมือไหว้และรับของฝาก)

5.2 การกล่าวขอโทษ

ขณะเดินผ่านคนอื่น เท้าสะดุดและเหยียบเท้าคนนั่งอยู่

“ขอโทษค่ะ (ครับ) เจ็บมั๊ยค่ะ (ครับ)”

ใบความรู้ที่ 1

1. การทักทาย

1. การทักทายวัยเดียวกันและผู้อ่อนวัยกว่า เป็นการใช้คำพูดง่ายๆ ในชีวิตประจำวัน เช่น กล่าวคำว่า "สวัสดี" หรือคำพูดอื่นๆ เพื่อนำสู่การพูดคุยต่อไป เช่น "ไปไหนมา" "ไม่พบกันตั้งนานคิดถึง" "วันนี้สวยจัง"
2. การทักทายกับผู้ใหญ่ โดยใช้คำพูดที่สุภาพ มีหางเสียง ทำท่างนอบน้อม โดยการยกมือไหว้ นิ้วหัวแม่มืออยู่ระดับคาง และกล่าวคำว่า "สวัสดีค่ะ, ครับ" ส่วนผู้ใหญ่ไหว้ตอบ พนมมือระดับอก

2. การพูดคุยโต้ตอบได้อย่างเหมาะสม ถูกกาลเทศะ

1. การพูดคุยกับผู้ใหญ่ ต้องใช้ภาษากาย ท่าทาง และคำพูดที่สุภาพ มีการโน้มตัวไปข้างหน้า ขณะพูดกับผู้ใหญ่เพื่อแสดงถึงการให้เกียรติผู้ใหญ่และการยิน หรือน้อม ให้เรียบร้อย เหมาะสมกับสถานการณ์
2. การพูดคุยกับพระภิกษุ ต้องใช้คำพูดที่เฉพาะกับพระภิกษุสงฆ์ เช่น การกล่าวคำว่า "นมัสการพระคุณเจ้า" ควรพนมมือ ขณะพูด
การใช้สรรพนามแทนผู้พูด ใช้คำว่า "ดิฉัน" "กระผม" ถ้าพระภิกษุอยู่ในท่านั่ง ผู้พูดควรนั่งพับเพียบ นอบน้อม และพนมมือขณะพูด
ถ้าพระภิกษุอยู่ในท่านยืน ผู้พูดควรย่อตัว และนั่งลงพร้อมพนมมือขณะพูดคุยกับพระภิกษุสงฆ์ หรือยืนโน้มตัวไปข้างหน้าเล็กน้อย มือประสานไว้ระหว่างหน้าขา

3. การสบตาขณะพูดคุย

- ขณะพูดคุย ผู้พูดควรมีการมองสบตากับคู่สนทนาเป็นระยะเพื่อแสดงถึงความสนใจและใส่ใจในการสนทนา โดยมองระดับจมูกเพื่อให้เห็นทุกสิ่งบนใบหน้า ไม่ควรมองจ้องตา อาจทำให้คู่สนทนา รู้สึกอึดอัด

4. การปฏิเสธด้วยคำพูดและท่าทาง

1. การปฏิเสธด้วยคำพูด มีวิธีการดังนี้

1.1 ควรเริ่มด้วยการบอกความรู้สึกในการปฏิเสธ ตามด้วยถามความคิดเห็นของคู่สนทนา เช่น

“รู้สึกไม่สบายใจ (บอกความรู้สึก) ที่ต้องไปดื่มสุรากับนาย เพราะรับปากกับแม่ไว้แล้วว่าจะทำงานบ้าน ขอไม่ไปกับนายได้ไหม (“ถามความคิดเห็น”)

1.2 กรณีถูกเข้เข้า ผู้ปฏิเสธ ควรปฏิเสธด้วยคำพูดและน้ำเสียงที่หนักแน่น และเบนให้คู่สนทนาทำกิจกรรมร่วม หากยังถูกเข้เข้าอีก ให้เดินหนี

2. การปฏิเสธด้วยท่าทาง ใช้ในกรณีที่ผู้ถูกชักชวน ไม่รู้จะพูดปฏิเสธอย่างไร โดยเฉพาะอย่างยิ่งการถูกชักชวนไปในทางที่ไม่ดี ไม่เหมาะสม ควรนิ่งฟังสักครู่และเดินจากไป

5. การกล่าวขอบคุณและคำขอโทษ

- มารยาทในสังคมไทยโดยทั่วไป เมื่อใครทำอะไรให้ หรือให้สิ่งของ ควรกล่าวคำว่า “ขอบคุณค่ะ (ครับ)” เมื่อทำอะไรผิดพลาด หรือพลาดพลั้งไป ควรกล่าวคำว่า “ขอโทษค่ะ.. (ครับ)” ถ้าขอบคุณผู้อ่อนวัยกว่า ควรกล่าวคำว่า “ขอบใจ”

ครั้งที่ 2 เนื้อหากิจกรรม ประกอบด้วย

- 2.1 การใช้ระดับเสียงเหมาะสมในการพูดคุย
- 2.2 การใช้สรรพนามอย่างเหมาะสม
- 2.3 การใช้คำพูดสุภาพ
- 2.4 การรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น
- 2.5 การรับฟังเรื่องราวผู้อื่นพูดได้อย่างต่อเนื่อง
- 2.6 การถามเรื่องที่สนใจหรือสงสัย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกได้ฝึกการพูดคำสุภาพ การใช้ระดับน้ำเสียงอย่างเหมาะสม การรับฟังผู้อื่น และซักถามเมื่อสงสัย
2. เพื่อให้สมาชิกสามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน

ขั้นตอนกิจกรรม ครั้งที่ 2 ใช้เวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที

องค์ประกอบ / กลุ่ม / เวลา	กิจกรรม	เนื้อหา / สื่อ
ขั้นรู้ชัดเห็นจริง		
ประสบการณ์ กลุ่มใหญ่ (10 นาที)	- เปิดเทปเสียงให้ฟัง เช่น การใช้สรรพนาม ในกรณีต่างๆ การใช้คำสุภาพ การใช้ระดับเสียงที่เหมาะสม	- แถบเสียง / เทป
ความคิดรวบยอด กลุ่มใหญ่ (15 นาที)	- ผู้นำกลุ่มอธิบายเนื้อหาสำคัญของเทปเสียง	- ใบความรู้ที่ 1
สะท้อนความคิด / อภิปราย กลุ่ม 3-6 คน (35 นาที)	- สมาชิกจับบัตรคำ และให้จับกลุ่มตามบัตรคำ กลุ่มที่ 1 แสดงระดับของเสียงในการพูดคุย กลุ่มที่ 2 การใช้ สรรพนาม โดยให้สมาชิกกลุ่มนี้พูดคุยกันในเรื่องอะไร ก็ได้ และมีสรรพนามตามบัตรคำ กลุ่มที่ 3 การรับฟัง ความคิดเห็นของผู้อื่น การฟังอย่างต่อเนื่อง และการถาม เรื่องที่สนใจหรือสงสัย โดยให้สมาชิกกลุ่มทำตามบัตรคำ - สมาชิกแต่ละกลุ่มแสดงตามบัตรคำ และหลังจบการ แสดงตามบัตรคำ ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกได้แสดง ความคิดเห็นว่าสิ่งใดดี ไม่ดีอย่างไร	- บัตรคำ
ความคิดรวบยอด กลุ่มใหญ่ (15 นาที)	- ผู้นำกลุ่มสรุปการพูด การฟังอีกครั้งตามบัตรคำ	- บัตรคำ

องค์ประกอบ / กลุ่ม / เวลา	กิจกรรม	เนื้อหา / สื่อ
ขั้นตอนมือกระทำ ประยุกต์แนวคิด กลุ่มใหญ่ (15 นาที)	- ผู้นำกลุ่มถามสมาชิกว่าสามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้ อย่างไรบ้าง ให้สมาชิกแบ่งกลุ่มช่วยกันวาดภาพหรือเขียนคำพูดประกอบ แล้วให้แต่ละกลุ่มออกมาเล่าเรื่องราวภาพที่วาด	- กระดาษ A4 - ปากกา / ดินสอ

สื่อ / อุปกรณ์ ครั้งที่ 2

- บัตรคำ แสดงสถานการณ์ต่างๆ ที่ใช้เป็นสิ่งเร้า เพื่อกระตุ้นให้เกิดทักษะต่างๆ ดังนี้

1. บัตรคำว่า “ผมมีความสุขดีครับ (ค่ะ)” (พูดดัง)

“ผมมีความสุขดีครับ (ค่ะ)” (พูดเบา)

“ผมมีความสุขดีครับ (ค่ะ)” (พูดพอดี)

2. บัตรคำว่า “ผม (ดิฉัน)” “กู”

“คุณ” “มึง”

“เขา” “มัน”

3. บัตรคำว่า “เล่าเรื่องอะไรก็ได้ให้เพื่อนฟัง” (คนที่ 1)

“รับฟังและซักถามเรื่องที่สนใจหรือสงสัย” (คนที่ 2)

“โต้แย้ง” (คนที่ 3)

- กระดาษ A4 / ปากกา ดินสอ

- แอปเสียง / เทป

ประเมินผล การมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม สมาชิกสามารถทำตามที่สาธิตได้ถูกต้อง

กิจกรรมครั้งที่ 2

บทสนทนาการบ้านที่กแถบเสียง

ต่อไปนี้เป็นการศึกษา

1. การใช้ระดับเสียงอย่างเหมาะสม
2. การใช้สรรพนามอย่างเหมาะสม
3. การใช้คำพุดสุภาพ
4. การรับฟังความคิดเห็นของคนอื่น
5. การรับฟังเรื่องราวผู้อื่นพูดได้อย่างต่อเนื่อง และ
6. การถามเรื่องที่สนใจหรือสงสัย

บทสนทนา มีคนอยู่ 3 คน ชื่อ A B และ C กรุณาติดตามฟังอย่างตั้งใจนะคะ

ลักษณะ A : “พูดเสียงดัง (พูดไม่สุภาพ “กู มึง” พูดแทรกแซง)

ลักษณะ B : พูดระดับเสียงเหมาะสม (สุภาพ ใช้สรรพนามสุภาพ เช่น ผม)

ลักษณะ C : พูดเบา รับฟังอย่างต่อเนื่อง

A “ไอ้ย กูอยากกลับบ้าน กูมาอยู่โรงพยาบาลนานแล้ว อยากกลับบ้านไว้ย”

B “คุณ A พูดเบาๆ ก็ได้ครับ” “ผมเองก็คิดถึงบ้าน และอยากกลับบ้านเหมือนกัน” คุณมาอยู่โรง

บาล

ก็เดือนแล้ว”

C “ใช่ ผมก็อยากกลับบ้านเหมือนกัน (พูดเบาๆ)

A “เฮ้ย ไอ้ C มึงพูดอะไรวะ กูไม่ค่อยได้ยินเลย” “พ่อ แม่ กูไม่มารับหรอก” “มันเอาญาติทั้งไว้กับโรงพยาบาล 6 เดือนแล้ว สงสัยคราวนี้คงอยู่เป็นปีแน่”

B “ผมก็เหมือนกันมาอยู่โรงพยาบาลเกือบเดือน พ่อ แม่ผมก็ยังไม่ว่าเหมือนกัน แต่อย่างไรผมก็คิดว่าน่าจะรอ คราวนี้คุณไปสร้างวีรกรรมอะไรหรือครับ.....”

C รับฟัง “อืม....ใช่ๆ”

A “หยุด ! หยุดเลย มึงไม่ต้องพูดกันแล้ว กูไม่ร้อหรอก”

ใบความรู้ที่ 1

ในการสนทนากับบุคคลอื่น การใช้ระดับเสียงควรดังพอสมควร ไม่ควรใช้ระดับเสียงที่ดังมากหรือเบาเกินไป เพราะจะทำให้คู่สนทนาเกิดความรู้สึกไม่ดีกับเสียงที่ดัง และระดับเสียงที่เบาเกินไป ทำให้เกิดความรำคาญและกรณีระดับเสียงเบาต้องซักถามซ้ำๆ ขณะสนทนาควรใช้สรรพนามที่สุภาพ กับคนทั่วไป ที่ไม่ใช่เพื่อนสนิท ไม่ควรใช้คำว่า “กู” “มึง” “มัน” ขณะรับฟังผู้อื่นพูด ไม่ควรพูดขัดจังหวะหรือโต้แย้ง ควรรับฟังอย่างต่อเนื่อง ให้จบประโยคเสียก่อน เมื่อสงสัยหรือมีเรื่องที่สนใจ จึงค่อยซักถามเพิ่มเติม

ครั้งที่ 3 เนื้อหากิจกรรม ประกอบด้วย

- 3.1 การแสดงออกทางด้านอารมณ์อย่างเหมาะสม
- 3.2 การบอกความรู้สึกและความต้องการ
- 3.3 มารยาทการรับประทานอาหาร
- 3.4 การรู้จักรอคอย และไม่ละเมิดสิทธิผู้อื่น
- 3.5 การรักษาสิทธิ และการพิทักษ์สิทธิของตนเอง
- 3.6 การร่วมกิจกรรมกับคนอื่น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกได้ฝึกการแสดงออกของอารมณ์ การบอกความรู้สึกและความต้องการ มารยาทการรับประทานอาหาร การรู้จักรอคอย การรักษาสิทธิ พิทักษ์สิทธิตนเอง และการร่วมกิจกรรมกับคนอื่น
2. เพื่อให้สมาชิกสามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้

ขั้นตอนกิจกรรมครั้งที่ 3 ใช้เวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที

องค์ประกอบ / กลุ่ม / เวลา	กิจกรรม	เนื้อหา / สื่อ
ขั้นรู้ชัดเห็นจริง		
ประสบการณ์ กลุ่มใหญ่ (15 นาที)	- ผู้นำกลุ่มสุ่มถามสมาชิกว่า “ใครเคยแข่งกีฬากับคนอื่น” “ใครเคยถูกคนอื่นแข่งกีฬา” “รู้สึกอย่างไรบ้าง” “แสดงอารมณ์ออกมาอย่างไรบ้าง	วีดิทัศน์
ความคิดรวบยอด กลุ่มใหญ่ (15 นาที)	- สานิตโดยเปิดวีดิทัศน์ ให้สมาชิกได้ชมสถานการณ์ต่างๆ ตามเนื้อหากิจกรรมครั้งที่ 3	
สะท้อนความคิด / อภิปราย จับคู่ / กลุ่มใหญ่ (40 นาที)	- ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกจับคู่และฝึกบอกความรู้สึกและความต้องการ ฝึกแสดงออกทางด้านอารมณ์อย่างเหมาะสม และฝึกในสถานการณ์จำลองขณะรับประทานอาหาร ในประเด็น การรู้จักรอคอยและไม่ละเมิดสิทธิผู้อื่น การรักษาสิทธิและการพิทักษ์สิทธิของตนเอง และการร่วมกิจกรรมกับคนอื่น	- ใบกิจกรรม 1 - ห้องอาหาร / ถาด / ช้อน - ใบกิจกรรม 2 - ใบความรู้ที่ 1
ขั้นลงมือกระทำ		
ประยุกต์แนวคิด กลุ่มใหญ่ (20 นาที)	- ผู้นำกลุ่มถามสมาชิกสามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้หรือไม่ อย่างไร แล้วช่วยกันคิดข้อความเตือนใจ (เช่น เตือนใจให้รู้จักรอคอย เตือนใจให้ใจเย็นๆ เตือนใจให้	- กระดาษแผ่นใหญ่

องค์ประกอบ / กลุ่ม / เวลา	กิจกรรม	เนื้อหา / สื่อ
	คิดถึงความรู้สึกรู้สึกของคนอื่น) แล้วเขียนลงในกระดาษแผ่นใหญ่ๆ คิดไว้ตามห้อง	

สื่อ / อุปกรณ์ ครั้งที่ 3

- วีดิทัศน์แสดงสถานการณ์ต่างๆ ตามเนื้อหากิจกรรมครั้งที่ 3
- เครื่องเล่น DVD / VCD
- กระดาษแผ่นใหญ่

ประเมินผล การมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม สมาชิกสามารถทำตามที่เราคิดได้ถูกต้อง

กิจกรรมครั้งที่ 3

ต่อไปนี้เป็นภารกิจ

1. การแสดงออกทางด้านอารมณ์อย่างเหมาะสม
2. การบอกความรู้สึกและความต้องการ
3. มารยาทการรับประทานอาหาร
4. การรู้จักรอคอยและไม่ละเมิดสิทธิผู้อื่น
5. การรักษาสิทธิและการพิทักษ์สิทธิของตนเอง
6. การร่วมกิจกรรมกับคนอื่น

สถานการณ์ขณะเข้าแถวรับประทานอาหาร

1. การล้างมือ - เช็ดมือ
 2. หยิบถาด+ ช้อน
 3. เดินเข้าแถว และเสียบตะเกียบให้คนแก่(ถ้ามี) เข้าแถวก่อน
 4. มีผู้ป่วยอีกคนเดินมาแซงคิวระหว่างเพื่อนๆที่กำลังเข้าแถวรอรับอาหาร
 5. เพื่อนที่ถูกแซงคิว แสดงอารมณ์ และบอกความรู้สึก (ความต้องการ) ของตนเอง
 - B “คุณ A .. ไปต่อแถวข้างหลังนะ” แสดงสีหน้าไม่พอใจเล็กน้อย
 - B “ทุกคนก็รู้สึกหิวและต้องการกินข้าวเหมือนกัน”
 - B “คุณมาที่หลังก็ควรไปเข้าแถวตามคิว”
 - B “ถ้าคุณมาแซงคิวอย่างนี้เป็นการเอาเปรียบคนอื่นที่เขามาก่อนคุณ ทุกคนก็รอคอยกินข้าวเหมือนกัน”
 - A “ผมขอโทษครับ” ก็มึนศีรษะเล็กน้อยและเดินไปต่อท้ายแถว
 6. มีผู้ป่วยคนหนึ่งเข้าใจผิด คิดว่าเพื่อนแซงคิวจึงเข้าไปต่อว่า
 7. เพื่อนที่ถูกต่อว่าแสดงออกถึงการพิทักษ์สิทธิตนเอง
 - C “คุณ D คุณมาแซงคิวทำไม”
 - D “ผมไม่ได้แซงคิวครับ ตะกี้นี้เป็นคุณ A ครับ”
 - C “เหอหือ ผมเข้าใจผิดขอโทษครับ”
 8. ขณะนั่งรับประทานอาหารโต๊ะอาหาร
- ผู้ป่วยคนที่ 1 : รับประทานอาหารมารยาท เหมาะสม
- ผู้ป่วยคนที่ 2 : กินมูมมาม หกเลอะเทอะ
- ผู้ป่วยคนที่ 3 : ถี้อถาดอาหาร ไปนั่งรับประทานอาหารอยู่คนเดียวที่พื้นห้อง

ใบความรู้ที่ 1

การอยู่ร่วมกับผู้อื่น มีโอกาสเกิดการกระทบกระทั่งกันได้ จำเป็นต้องมีการเรียนรู้และฝึกการควบคุมอารมณ์ เพื่อจะได้แสดงออกของอารมณ์อย่างเหมาะสม เป็นที่ยอมรับของสังคม และรู้จักเรียนรู้ที่จะบอกความรู้สึกและความต้องการของตัวเองให้ผู้อื่นได้รับรู้ เพื่อไม่ให้เกิดความคับข้องใจ หากมีความสงสัยในข้อประเด็นใดๆ ควรรู้จักซักถามและรู้จักรอคอยในสิ่งที่ตัวเองต้องการ ไม่ควรเข้าชี้หรือรบกวนเรื่องเดิมซ้ำๆ

ในการทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่น ควรมีการเสียสละ เพื่อส่วนรวม แต่บางอย่างที่เป็นสิทธิอันพึงมีพึงได้ของตนเองควรรู้จักรักษาสีทธิ เช่น ไม่ปล่อยให้คนอื่นแซงคิว ฯลฯ และพิทักษ์สิทธิของตนเองอย่างเหมาะสม เช่น ไม่ปล่อยให้คนอื่นกล่าวหาปรักปรำในทางไม่ดี มิฉะนั้นจะกลายเป็นการเห็นแก่ตัวหรือปกป้องตนเองจนเกินไป

มารยาทในการรับประทานอาหาร ควรรู้จักการเข้าแถวรอคิวแสดงออกถึงการรู้จักรอคอย ไม่ควรแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมแซงคิวคนอื่น ซึ่งเป็นการละเมิดสิทธิผู้อื่น หากมีคนขรารอคิวด้วย ควรแสดงออกถึงความมีน้ำใจ ให้คนขราแซงคิวก่อนได้ ขณะรับประทานอาหาร ควรมีมารยาท ไม่เคี้ยวเสียงดัง กินมูมมาม หกเลอะเทอะ ควรนั่งที่โต๊ะอาหาร (กรณีใช้โต๊ะอาหาร) รับประทานอาหารพร้อมคนอื่น ไม่ควรแยกไปนั่งตามพื้นคนเดียว

ใบกิจกรรม 1

เวลา 20 นาที

คำชี้แจง

1. ให้สมาชิกจับคู่
2. สมาชิกแต่ละคู่ฝึกตามประเด็นที่กำหนดให้ หากประเด็นใดสามารถแสดงออกได้ทั้งการบอกความรู้สึกและความต้องการ และการแสดงออกของอารมณ์อย่างเหมาะสมได้ ให้ฝึกควบคู่ได้เลย
3. สมาชิกแต่ละคู่ออกมาแสดงให้เพื่อนๆ ชม

ประเด็นการฝึก

1. การบอกความรู้สึกและความต้องการ
 - 1.1 สถานการณ์เพื่อนแย่งขนม
 - 1.2 สถานการณ์เพื่อนชวนแอบสูบบุหรี่
 - 1.3 สถานการณ์เพื่อนชวนดื่มสุรา
 - 1.4 สถานการณ์ถูกพ่อหรือแม่บ่นไม่ช่วยทำงาน
 - 1.5 สถานการณ์ถูกพี่น้องด่าว่าเป็น “บ้า” หรือ เมื่อถูกคนอื่นๆ และเด็กๆ ส่อเสียด
 - 1.6 สถานการณ์เมื่อถูกแซงคิว
 - 1.7 สถานการณ์อื่นๆ ตามความเหมาะสม
2. การแสดงออกของอารมณ์อย่างเหมาะสม
 - 2.1 เมื่อได้รับคำชมหรือรางวัล (ดีใจ)
 - 2.2 เมื่อเดินชนเพื่อน (เสียใจ)
 - 2.3 เมื่อฟังเรื่องเศร้า (เศร้าใจ)
 - 2.4 เมื่อถูกเดินชน (โกรธ)

ใบกิจกรรม 2

เวลา 20 นาที

คำชี้แจง

- ให้สมาชิกกลุ่มใหญ่ฝึกในสถานการณ์จำลอง
- เจ้าหน้าที่ร่วมฝึกเพื่อก่อให้เกิดสถานการณ์ที่ต้องการ
- สมาชิกทุกคนร่วมอภิปรายในกลุ่มใหญ่

ประเด็นการฝึก

1. การเข้าแถวรับประทานอาหาร
2. ให้เจ้าหน้าที่เข้าแทรกแถว
3. สังเกตสมาชิกถูกแทรกแถวจะแก้ไขปัญหายังไร หากแก้ไขปัญหาคือเหมาะสม ชมเชย และให้เพื่อนปรบมือให้ (ฝึกสถานการณ์นี้ 2-3 คน)
4. เจ้าหน้าที่กล่าวหาสมาชิกว่าแทรกแถว สังเกตสมาชิกจะแก้ไขปัญหายังไร หากแก้ไขปัญหาคือเหมาะสม ชมเชยและให้เพื่อนปรบมือให้ (ฝึกสถานการณ์นี้ 2-3 คน)

ข้อเสนอแนะ

ในสถานการณ์จริงขณะผู้ช่วยรับประทานอาหารทุกมือ เจ้าหน้าที่ควรสังเกตพฤติกรรมการรับประทานอาหาร หากพบจุดบกพร่องควรบอกให้ผู้ช่วยทราบ เพื่อปรับปรุงพฤติกรรมให้เหมาะสม หากปฏิบัติได้ถูกต้องให้คำชมเชย สิ่งสำคัญเจ้าหน้าที่ควรมีการส่งต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารเช้าเป็นปัญหาให้เจ้าหน้าที่ทุกคนได้รับทราบ เพื่อช่วยกันกระตุ้นให้ผู้ช่วยได้ปรับปรุงตัวเองอย่างต่อเนื่อง

แบบประเมินเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน

แบบประเมินนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อใช้ประเมินระดับความสามารถในการดำรงชีวิต โดยพึ่งพาตนเองของผู้ป่วยจิตเวช ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทผู้ใหญ่ อายุตั้งแต่ 15 ปี ที่มีอาการทางจิตทุเลา (ไม่มีอาการรุนแรงหรือเป็นอันตรายต่อผู้อื่นและตนเองหรือรบกวนผู้อื่น) โดยผู้ประเมินเป็นผู้ที่ดูแลผู้ป่วย ไม่ต่ำกว่า 2 สัปดาห์ บางกิจกรรมที่ไม่สามารถประเมินโดยตรงได้ อาจใช้การสัมภาษณ์ หรือการทดสอบเพิ่มเติม และกรุณาประเมินทุกทักษะและทุกข้อ

ข้อมูลที่ได้จากการประเมิน จะนำไปสู่การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคมแก่ผู้ป่วยจิตเวช โดยการ จัดกิจกรรม/หลักสูตรที่เหมาะสมกับผู้ป่วยจิตเวช ตามระดับความสามารถในการดำรงชีวิตที่ประเมินได้ในแต่ละทักษะ หลังจากเข้าร่วมกิจกรรมจะมีการวัดผลลัพธ์ในแต่ละทักษะ ซึ่งข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นความลับ และนำเสนอผลในภาพรวมเท่านั้น

เพื่อผลประโยชน์ของการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยจิตเวช จึงขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบประเมินเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคม

ลงชื่อ.....ยินดี ให้ความร่วมมือ

มีความสัมพันธ์เป็น.....ของผู้ป่วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง กรุณาลงข้อมูลในช่องว่างที่ตรงกับความเป็นจริง

1. ชื่อผู้ป่วยนามสกุล.....เพศ.....อายุ.....ปี
2. การวินิจฉัยโรค.....ระยะเวลาการเจ็บป่วย.....ปี
3. มีโรคประจำตัวทางกาย (ระบุโรค).....ระยะเวลาที่ป่วย.....ปี
4. อาชีพ.....

ส่วนที่ 2 การประเมินทักษะด้านสังคมและการสื่อสาร

คำชี้แจง กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความสามารถของผู้ป่วยเพียงช่องเดียว โดยพิจารณาความสามารถในปัจจุบันหรือเวลาที่ใกล้เคียง หากกิจกรรมใดที่มีผู้อื่นทำแทน ให้พิจารณาความสามารถจริงของผู้ป่วยในกรณีที่ผู้ป่วยต้องทำกิจกรรมนั้นเอง โดยเลือกประเมิน ดังนี้

- | | | |
|---|---------|--|
| 0 | หมายถึง | ขาดทักษะหรือไม่สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ตามที่ระบุ |
| 1 | หมายถึง | สามารถทำได้ แต่ไม่ทำ แม้ว่าจะกระตุ้น (ช่วยเหลือ) ก็ไม่ทำ หรือทำได้ แต่ไม่มีโอกาส (หรือไม่ได้รับอนุญาต) |
| 2 | หมายถึง | สามารถทำได้ เมื่อได้รับการกระตุ้น (หรือช่วยเหลือ) ทุกครั้งหรืออย่างมาก |
| 3 | หมายถึง | สามารถทำได้ เมื่อได้รับการกระตุ้น (หรือช่วยเหลือ) บางครั้งหรือเล็กน้อย |
| 4 | หมายถึง | สามารถทำได้เอง โดยไม่ต้องกระตุ้น |

ลำดับ	ข้อคำถาม	(0) ทำ ไม่ได้	(1) ทำได้ แต่ไม่ทำ	(2) ทำได้ ต้อง กระตุ้น ทุกครั้ง	(3) ทำได้ ต้อง กระตุ้น บางครั้ง	(4) ทำได้ เอง
1.	ทักษะด้านสังคมและการสื่อสาร ทักทายอย่างถูกกาลเทศะเมื่อพบปะผู้อื่น (เช่น ไหว้ จับมือ พุด ยิ้ม ฯลฯ)					
2.	มีการสบตาขณะพูดคุยกับผู้อื่นได้อย่าง เหมาะสม					
3.	ใช้คำพูดหรือการแสดงการอำลาผู้อื่นอย่าง เหมาะสม					
4.	แสดงออกได้อย่างเหมาะสมกับเหตุการณ์ ขณะนั้น (เช่น ตกใจ ดีใจ เสียใจ ฯลฯ)					
5.	ใช้คำพูดที่สุภาพกับผู้ที่พูดคุย					
6.	ใช้ระดับเสียงพอเหมาะ (ไม่เบาหรือดัง เกินไป) ในการพูดคุย					
7.	พูดคุยโต้ตอบได้เหมาะสมถูกกาลเทศะ					
8.	หลีกเลี่ยงการพูดเรื่องเดิมซ้ำๆ					
9.	ถามเรื่องที่สนใจหรือสงสัยเพื่อให้ได้ รายละเอียดเพิ่มเติม					
10.	ยอมรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น					
11.	สามารถรับฟังเรื่องราวที่ผู้อื่นพูดได้อย่าง ต่อเนื่อง					
12.	ร่วมกิจกรรมกับคนอื่นได้					
13.	รับรู้อารมณ์ของคนรอบข้างได้ (เช่น โกรธ ไม่พอใจ ฯลฯ)					
14.	รู้จักการรอคอย					

ลำดับ	ข้อคำถาม	(0) ทำ ไม่ได้	(1) ทำได้ แต่ไม่ทำ	(2) ทำได้ ต้อง กระตุ้น ทุกครั้ง	(3) ทำได้ ต้อง กระตุ้น บางครั้ง	(4) ทำได้ เอง
15.	ควบคุมอารมณ์หรือแสดงความรู้สึกได้ เหมาะสมกับเหตุการณ์ต่างๆ (เช่น ไม่ทำร้าย ผู้อื่นเมื่อถูกตำหนิ)					
16.	สามารถปฏิบัติตามมารยาทของสังคมเรื่อง การรับประทานอาหารได้					
17.	กล่าวคำขอโทษหรือขอขอบคุณอย่างเหมาะสม กับโอกาส					
18.	รู้จักปฏิเสธ					
19.	แสดงออกหรือบอกความต้องการของตนเอง ให้ผู้อื่นรับรู้ได้อย่างเหมาะสม (เช่น บอกให้ ญาติไม่พูดต่อย้าเรื่องที่ผิดพลาดของตนเอง ฯลฯ)					

ลงชื่อ.....ผู้ประเมิน

วันที่เดือน.....พ.ศ.



ภาคผนวก ค.

บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

ที่ รพจ 09/1151

วันที่ 19 พฤษภาคม 2549

เรื่อง รายงานความก้าวหน้าการร่วมทำวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

ด้วยข้าพเจ้านางสาวจิรารัตน์ พิมพ์ดีด พยาบาลวิชาชีพ 7 และคณะ ได้เข้าร่วมทำวิจัย
กับกรมสุขภาพจิต โดยโรงพยาบาลศรีธัญญา เรื่องการพัฒนาแบบประเมินเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับ
ผู้ป่วยจิตเวช ในระหว่างวันที่ 13 - 15 มกราคม 2549 และวันที่ 1 - 4 พฤษภาคม 2549 นั้น ขณะนี้กำลัง
ดำเนินการทดสอบเครื่องมือ และจัดทำโครงการการพัฒนาทักษะด้านสังคมและการสื่อสารของผู้ป่วยจิตเวช
ดังเอกสารแนบท้าย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ จะเป็นพระคุณ

(นางสาวจิรารัตน์ พิมพ์ดีด)

พยาบาลวิชาชีพ 7

รับ ผู้ดูแลงาน

เพื่อโปรดพิจารณา

106 กิล

19 พค 49

โครงการการพัฒนาทักษะด้านสังคม และการสื่อสารของผู้ป่วยจิตเวช

1. ชื่อโครงการ การพัฒนาทักษะด้านสังคมและการสื่อสารของผู้ป่วยจิตเวช
2. เจ้าของโครงการ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
3. ที่ปรึกษาโครงการ นายแพทย์ทวี ตั้งเสรี และ นางเสงี่ยม สารบัณฑิตกุล
4. ผู้รับผิดชอบโครงการ นางสาวจิรารัตน์ พิมพ์ดีด และคณะ

5. หลักการและเหตุผล

โรคทางจิตเวช เป็นโรคเรื้อรังที่มีความผิดปกติของความคิด ร่วมกับความผิดปกติทางอารมณ์ การรับรู้ และมีความบกพร่องทางหน้าที่การทำงานและสังคม ยาที่ใช้ในการทางจิต สามารถควบคุมอาการทางบวก (Positive Symptoms) แต่ยาไม่สามารถควบคุมอาการทางลบ (Negative Symptoms) ได้ เช่น อารมณ์ท้อ ความสนใจในกิจวัตรประจำวันและสิ่งแวดล้อมลดลง แยกตัวเอง จึงมีความจำเป็นที่จะต้องอาศัยการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคม โดยการฝึกทักษะทางสังคม เพื่อช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยไม่ให้เสื่อมไปมากกว่านี้

การฝึกทักษะทางสังคมมีจุดมุ่งหมาย เพื่อส่งเสริมพัฒนาทักษะทางสังคมของผู้ป่วย ให้สามารถมีชีวิตอยู่ในชุมชน อาศัยแนวคิดทางพฤติกรรมบำบัดด้วยวิธีการค่อยๆ เปลี่ยนพฤติกรรม ผู้ป่วยให้มีความเหมาะสมทีละนิดๆ ควบคู่กับการเสริมแรงทางบวก เมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ การฝึกทักษะด้านสังคมในครั้งนี้เป็นผู้ป่วยที่ขาดทักษะทางสังคมและการสื่อสาร และมีทักษะด้านสังคมและการสื่อสารไม่เหมาะสม

การฝึกทักษะด้านสังคมและการสื่อสาร ปัจจุบันเทคโนโลยีของกรมสุขภาพจิต มีเฉพาะสื่อที่เป็นคู่มือ ส่วนสื่อการสอนอื่นๆ มีน้อย การวิจัยจึงมุ่งเน้นการสร้างเทคโนโลยีเพื่อฝึกทักษะด้านสังคมและการสื่อสารของผู้ป่วย โดยการใช้สื่อการสอนหลากหลาย เช่น คู่มือ วีดิทัศน์ และอื่นๆ เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเวชได้รับรู้ผ่านสื่อหลายมิติทั้งทางการเห็น ได้ยิน เพิ่มความสนใจ และร่วมมือในการฝึก

คณะผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคมของผู้ป่วยจิตเวช โดยเน้นการฝึกทักษะด้านสังคมและการสื่อสารโดยการพัฒนาเทคโนโลยีและศึกษาประสิทธิภาพของเทคโนโลยีที่ใช้ในการส่งเสริมทักษะด้านสังคมและการสื่อสาร เพื่อให้บุคลากรจิตเวชได้ใช้ประโยชน์จากคู่มือและเทคโนโลยี โดยไม่สูญเสียเวลาในการจัดกิจกรรมกลุ่มแก่ผู้ป่วยในแต่ละครั้ง

6. วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาเทคโนโลยีในการส่งเสริมทักษะด้านสังคมและการสื่อสาร
2. เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของเทคโนโลยีที่ใช้ในการส่งเสริมทักษะด้านสังคมและการสื่อสาร
3. เพื่อพัฒนาทักษะด้านสังคมและการสื่อสารของผู้ป่วยให้ดีขึ้น

7. กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเวชที่ขาดทักษะด้านสังคมและการสื่อสารและมีทักษะด้านสังคมและการสื่อสารไม่เหมาะสม

8. ระยะเวลา ดำเนินโครงการตั้งแต่เดือนพฤษภาคม 2549 – ธันวาคม 2549

9. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

- 9.1 กรมสุขภาพจิตมีเทคโนโลยีในการส่งเสริมทักษะด้านสังคมและการสื่อสาร
- 9.2 ผู้ป่วยจิตเวชมีทักษะด้านสังคมและการสื่อสารดีขึ้น

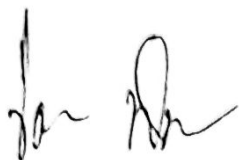
10. แผนการดำเนินงาน

ลำดับ	กิจกรรม	เดือน							
		พ.ค 49	มิ.ย	ก.ค	ส.ค	ก.ย	ค.ค	พ.ย	ธ.ค
1)	ขั้นเตรียมการ								
1.1	เขียนโครงการเพื่อขออนุมัติดำเนินการ	↔							
1.2	สำรวจทักษะด้านสังคมและการสื่อสารของผู้ป่วยจิตเวช เพื่อกำหนดประเด็นการพัฒนาและสร้างโปรแกรม	↔							
1.3	พัฒนาโปรแกรมการฝึกทักษะด้านสังคมและการสื่อสารของผู้ป่วยจิตเวช ประกอบด้วย 3.1 คู่มือการจัดกิจกรรม 3.2 วีดีโอ / โปสเตอร์ 3.3 เครื่องมือบันทึกการสังเกตพฤติกรรม 3.4 คู่มือบริหารจัดการ	↔							
1.4	ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ โปรแกรม		↔						
1.5	ทดลองใช้โปรแกรมและปรับปรุง				↔				
1.6	ประสานงานและชี้แจงแก่บุคลากรที่ใช้เครื่องมือ				↔				
2)	ขั้นดำเนินงาน								
2.1	คัดเลือกหน่วยตัวอย่างที่ขาดทักษะด้านสังคมและการสื่อสารตามประเด็นที่กำหนด				↔				
2.2	ดำเนินการวิจัยแบบกึ่งทดลองแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง				↔				
2.3	จัดกิจกรรมให้กลุ่มเป้าหมายให้การเสริมแรงแบบเบี่ยงบรรณและคำชมเชย และบันทึกพฤติกรรมผู้ป่วย				↔				
3)	ขั้นประเมินผล								
3.1	ประเมินการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมหลังครบกิจกรรมและเขียนรายงาน						↔		
3.2	พิมพ์รายงานและเผยแพร่								↔

11. งบประมาณ

11.1 ค่าสัมภาษณ์แบบสัมภาษณ์ญาติ 50 บาท X 33 คน	=	1,650 บาท
11.2 ค่าตอบแทนการทำงานนอกเวลาของเจ้าหน้าที่ (200 บาท X 40 วัน) + (100 บาท X 40 วัน)	=	20,000 บาท
11.3 ค่าถ่ายเอกสารแบบสัมภาษณ์	=	275 บาท
11.4 ค่าวีดิทัศน์ 30 ม้วน และเผยแพร่	=	14,075 บาท
11.5 ค่าพิมพ์งาน	=	2,000 บาท
11.6 ค่าจัดทำรูปเล่มเพื่อพิมพ์เผยแพร่ 50 เล่ม ๆ ละ 200 บาท	=	10,000 บาท
11.7 ค่าวัสดุอุปกรณ์สำนักงาน	=	2,000 บาท
รวม	=	50,000 บาท
		(ห้าหมื่นบาทถ้วน)

หมายเหตุ ค่าใช้จ่ายต่างๆ ถัวเฉลี่ยแทนกันได้



(นางสาวจิรารัตน์ พิมพ์คิด)

พยาบาลวิชาชีพ 7

ผู้เสนอโครงการ



(นางเตรียม ตารับจิตกุล)

พยาบาลวิชาชีพ 8

ผู้เห็นชอบโครงการ



(นายทวี ตั้งเสรี)

ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

ผู้อนุมัติโครงการ

ภาคผนวก จ.

แบบประเมินพฤติกรรมผู้ป่วยและเกณฑ์การให้การเสริมแรงในทักษะด้านสังคมและการสื่อสาร

ผู้ป่วยชื่อ.....สกุล.....แรงงใจที่ปรารถนา.....

พฤติกรรม	ก่อนฝึกทักษะ		หลังฝึกทักษะ		เกณฑ์การให้การเสริมแรง		
	ผ่าน	ไม่ผ่าน	ผ่าน (ระบุ ว.ค.ป)	ไม่ผ่าน	WK1 ชม + TE	WK2 ชม + TE	WK3 แรงงใจ
ทักษะที่ฝึกในสัปดาห์ที่ 1 1. การทักทาย 2. การพูดคุยโต้ตอบได้อย่างเหมาะสม (การพูดกับผู้ใหญ่ และพระภิกษุสงฆ์) 3. การสบตาขณะพูดคุย 4. การปฏิเสธด้วยคำพูดและท่าทาง 5. การกล่าวขอบคุณและคำขอโทษ							
ทักษะที่ฝึกในสัปดาห์ที่ 2 1. การใช้ระดับเสียงเหมาะสมในการ พูดคุย 2. การใช้สรรพนามอย่างเหมาะสม 3. การใช้คำพูดสุภาพ 4. การรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น 5. การรับฟังเรื่องราวผู้อื่นพูดได้อย่าง ต่อเนื่อง							
ทักษะที่ฝึกในสัปดาห์ที่ 3 1. การแสดงออกทางด้านอารมณ์อย่าง เหมาะสม 2. การบอกความรู้สึกและความต้องการ 3. มารยาทการรับประทานอาหาร 4. การรู้จักรอคอย 5. การรักษาสิทธิและการพิทักษ์สิทธิของ ตนเอง 6. การร่วมกิจกรรมกับคนอื่น							

ภาคผนวก ฉ

แนวทางการให้รางวัล

1. สํารวจแรงจูงใจของผู้ป่วยปรารถนาอยากได้อะไรที่เจ้าหน้าที่สามารถจัดหาให้ได้ โดยไม่ขัดต่อกฎระเบียบและความเสี่ยงต่างๆ
2. ชี้แจงให้ผู้ป่วยเข้าใจ ขณะฝึกทักษะด้านสังคมและการสื่อสาร หากผู้ป่วยปฏิบัติตามกิจกรรมและมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ เจ้าหน้าที่ให้รางวัล โดยมีเกณฑ์การให้การเสริมแรงดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ชมเชย + เบี้ยอรรรถร มูลค่า 5 บาท

สัปดาห์ที่ 2 ชมเชย + เบี้ยอรรรถร มูลค่า 10 บาท

สัปดาห์ที่ 3 ให้แรงจูงใจที่ปรารถนา

3. หลังผ่านการฝึกทักษะด้านสังคมและการสื่อสาร ทุก 7 วัน ประกาศให้ผู้ป่วยทราบว่าผู้ป่วยรายใดบ้างที่มีพฤติกรรมพึงประสงค์ และประกาศการให้รางวัล ตามกระดานบันทึกการให้เบี่ยอรรรถร

ตัวอย่าง ฝึกทักษะฯ วันที่ 1 ลงเบี่ยอรรรถรวันที่ 7 ประกาศให้ผู้ป่วยทราบ
ในวันที่ 8 ก่อนเริ่มฝึกทักษะครั้งต่อไป โดยการให้คำชมเชย และแจ้ง
มูลค่าเบี่ยอรรรถรที่ได้

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ผู้ทรงคุณวุฒิ	ที่ทำงาน
1. นายแพทย์สุจริต สุวรรณชีพ	ที่ปรึกษากรมสุขภาพจิต
2. ดร.นพ.พิทักษ์พล บุญมาลิก	ผู้อำนวยการศูนย์เตรียมความพร้อมเพื่อรับมือสถานการณ์ ภัยพิบัติ กรมสุขภาพจิต
3. รศ.ดร. ยาใจ สิทธิมงคล	คณะพยาบาลศาสตร์ ศิริราชพยาบาล
4. อาจารย์สุชาดา สาคกรเสถียร	ผู้เชี่ยวชาญด้านอาชีวบำบัด กรมสุขภาพจิต
5. อาจารย์พวงแก้ว กิจธรรม	มูลนิธิผู้พิการแห่งประเทศไทย
6. อาจารย์เขาวนาฏ พลิตนันทเกียรติ	นักจิตวิทยา กรมสุขภาพจิต
7. อาจารย์ยอมนรา อินโชนานนท์	นักจิตวิทยา กรมสุขภาพจิต

ประวัติผู้วิจัย

ประวัติหัวหน้าโครงการ

1. ชื่อ - สกุล (ภาษาไทย) นางสาวจิรัตน์ พิมพ์ดีด
ชื่อ - สกุล (ภาษาอังกฤษ) MISS JIDARAT PIMDEED
2. หมายเลขประจำตัวประชาชน 3 - 3099 - 01527 - 69 - 6
3. ตำแหน่งปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการ กลุ่มการพยาบาล
4. สถานที่ทำงาน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ อ.เมือง จ.ขอนแก่น 40000
โทร. (043) 227422 โทรสาร (043) 224722
5. ประวัติการศึกษา
 - 5.1 ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตรและผดุงครรภ์ชั้นสูง วิทยาลัยพยาบาลนครราชสีมา รุ ป
พ.ศ. 2529
 - 5.2 ประกาศนียบัตรสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช จากโรงพยาบาลสมเด็จพระ
เจ้าพระยา ในปี พ.ศ.2533
 - 5.3 ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)
มหาวิทยาลัยขอนแก่น ปี พ.ศ. 2541
 - 5.4 อบรมหลักสูตรเรื่อง การวิจัยคุณภาพ จำนวน 85 ชั่วโมง ปีงบประมาณ 2542 จัดโดย
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น
 - 5.5 วุฒิบัตรสำเร็จการอบรมพัฒนาทักษะการประมวลผลข้อมูล โดยใช้คอมพิวเตอร์ ในปี
พ.ศ.2542 จากคณะพยาบาลศาสตร มหาวิทยาลัยขอนแก่น
 - 5.6 ประกาศนียบัตรการประเมินผลโครงการแบบครบวงจร ระดับหัวหน้าโครงการ รุ่นที่ 3
ในปี พ.ศ.2543 จากสถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร
6. ผลงานวิจัยที่ได้รับการเผยแพร่ (ภายใน 10 ปีที่ผ่านมา)
 - 6.1 หัวหน้าโครงการวิจัย 2 เรื่อง
 - 6.1.1 การพัฒนารูปแบบการจำหน่ายผู้ป่วยโรคจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำที่หอ
ผู้ป่วยหญิงของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น (2542)
 - 6.1.2 การพัฒนาระบบงานบริการการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคมในผู้ป่วย
จิตเภทเรื้อรังชาย หอผู้ป่วยคอนคู่ ต่อการยกระดับสมรรถภาพการฟื้นฟู
สมรรถภาพและการกลับมารักษาซ้ำ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

6.2 ผู้ร่วมวิจัย 5 เรื่อง

6.2.1 การศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองโรคจิต (2538)

6.2.2 การศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองโรคจิตและความสุขของโรคจิตในชุมชนบ้านคง ต.โคกสำราญ อ.บ้านไผ่ จ.ขอนแก่น (2538)

6.2.3 การสำรวจความคิดเห็นของผู้ป่วยจิตเภทหญิงต่อการประกาศผลประเมินพฤติกรรมในการเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมบำบัด จากวารสารคณะพยาบาลมหาวิทยาลัยขอนแก่น ปีที่ ๑.2 - 3 2545

6.2.4 โครงการพัฒนารูปแบบการช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชที่กลับมารักษาตามนัด โดยใช้กระบวนการกลุ่ม วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ปีที่ 17 ฉบับที่ 2 (ก.ค. - ธ.ค. 2546)

6.2.5 สุขภาพจิตคนไทย : มุมมองของประชาชนชาวอีสาน (2544)

ผู้ร่วมวิจัย

1. ชื่อ - สกุล (ภาษาไทย) นางเยาวภา ไตรพุกษชาติ
ชื่อ - สกุล (ภาษาอังกฤษ) Mrs. YAOWAPHA TRAIPHUKSACHAT
2. หมายเลขประจำตัวประชาชน 3 - 4099 - 00222 - 04 - 7
3. ตำแหน่งปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพพระคัมภีร์ชำนาญการ กลุ่มการพยาบาล
4. สถานที่ทำงาน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ อ.เมือง จ.ขอนแก่น 40000
โทร. (043) 227422 โทรสาร (043) 224722
5. ประวัติการศึกษา
 - 5.1 ประกาศนียบัตรวิชาการพยาบาลและผดุงครรภ์ระดับต้น วิทยาลัยพยาบาลศรีรัษฎา ปี 2528
 - 5.2 พยาบาลศาสตรบัณฑิต (ต่อเนื่อง) มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
6. ผลงานวิจัยที่ได้รับการเผยแพร่ (ภายใน 10 ปีที่ผ่านมา)
 - 6.1 ผู้ร่วมวิจัย 1 เรื่อง
 - 6.1.1 การพัฒนาระบบงานบริการการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคมในผู้ป่วยจิตเภท
เรื้อรังชาย หอผู้ป่วยคอนคูน ต่อการยกระดับสมรรถภาพการฟื้นฟูสมรรถภาพและการ
กลับมารักษาซ้ำ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

ผู้ร่วมวิจัย

1. ชื่อ - สกุล (ภาษาไทย) นางสาวกร บุปผาเฮ้า
ชื่อ - สกุล (ภาษาอังกฤษ) Mrs. SAKORN BUBPHAHOU
2. หมายเลขประจำตัวประชาชน 3 - 4017 - 00120 - 79 - 5
3. ตำแหน่งปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพพระคัมภีร์ชันนาญการ กลุ่มการพยาบาล
4. สถานที่ทำงาน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ อ.เมือง จ.ขอนแก่น 40000
โทร. (043) 227422 โทรสาร (043) 224722
5. ประวัติการศึกษา
 - 5.1 ประกาศนียบัตรวิชาการพยาบาลและผดุงครรภ์ระดับต้น วิทยาลัยพยาบาลศรีธัญญา ปี 2530
 - 5.2 พยาบาลศาสตรบัณฑิต (ต่อเนื่อง) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา ปี 2549
6. ผลงานวิจัยที่ได้รับการเผยแพร่ (ภายใน 10 ปีที่ผ่านมา)
 - 6.1 ผู้ร่วมวิจัย
 - 6.1.1 การพัฒนาแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต 2551

ผู้ร่วมวิจัย

1. ชื่อ - สกุล (ภาษาไทย) นางอำไพ จันโทรี
ชื่อ - สกุล (ภาษาอังกฤษ) Mrs. AMPAI JUNTORI
2. หมายเลขประจำตัวประชาชน 3 - 4099 - 00044 - 05 - 4
3. ตำแหน่งปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพพระคัมภีร์ชำนาญการ กลุ่มการพยาบาล
4. สถานที่ทำงาน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ อ.เมือง จ.ขอนแก่น 40000
โทร. (043) 227422 โทรสาร (043) 224722
5. ประวัติการศึกษา
 - 5.1 ประกาศนียบัตรวิชาการพยาบาลและผดุงครรภ์ระดับต้น วิทยาลัยพยาบาลศรีสัญญา ปี 2528
 - 5.2 พยาบาลศาสตรบัณฑิต (ต่อเนื่อง) มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช 2544
6. ผลงานวิจัยที่ได้รับการเผยแพร่ (ภายใน 10 ปีที่ผ่านมา) -

ผู้ร่วมวิจัย

1. ชื่อ - สกุล (ภาษาไทย) นางบัวเงิน วงษ์ คำพันธ์
ชื่อ - สกุล (ภาษาอังกฤษ) Mrs. BUANGOEN WONGKUMPAN
2. หมายเลขประจำตัวประชาชน 3 - 4001- 00953- 01- 9
3. ตำแหน่งปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการ กลุ่มการพยาบาล
4. สถานที่ทำงาน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ อ.เมือง จ.ขอนแก่น 40000
โทร. (043) 227422 โทรสาร (043) 224722
5. ประวัติการศึกษา
 - 5.1 ประกาศนียบัตรวิชาการพยาบาลและผดุงครรภ์ระดับต้น วิทยาลัยพยาบาลศรีธัญญา ปี 2529
 - 5.2 พยาบาลศาสตรบัณฑิต (ต่อเนื่อง) วิทยาลัยบรมราชชนนีขอนแก่น ปี 2547
6. ผลงานวิจัยที่ได้รับการเผยแพร่ (ภายใน 10 ปีที่ผ่านมา) -

ผู้ร่วมวิจัย

1. ชื่อ - สกุล (ภาษาไทย) นางณัฏฐิภา ราชบุศกร
 ชื่อ - สกุล (ภาษาอังกฤษ) Mrs NATIKA RACHABUTR
2. หมายเลขประจำตัวประชาชน 3 - 4005 - 00322 - 56 - 3
3. ตำแหน่งปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพพระคัมภีร์ชำนาญการ กลุ่มการพยาบาล
4. สถานที่ทำงาน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ อ.เมือง จ.ขอนแก่น 40000
 โทร. (043) 227422 โทรสาร (043) 224722
5. ประวัติการศึกษา
 - 5.1 ประกาศนียบัตรวิชาการพยาบาลและผดุงครรภ์ระดับต้น คณะพยาบาลศาสตร์
 มหาวิทยาลัยขอนแก่น ปี 2529
 - 5.2 พยาบาลศาสตรบัณฑิต (ต่อเนื่อง) วิทยาลัยบรมราชชนนีขอนแก่น ปี 2547
6. ผลงานวิจัยที่ได้รับการเผยแพร่ (ภายใน 10 ปีที่ผ่านมา)
 - 6.1 หัวหน้าโครงการวิจัย 1 เรื่อง
 - 6.1.1 ความเครียดและวิธีการเผชิญความเครียดของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลจิตเวช
 ขอนแก่นราชนครินทร์
 - 6.2 ผู้ร่วมวิจัย 1 เรื่อง
 - 6.2.1 การรับรู้ความสามารถของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น
 ราชนครินทร์