

เรื่อง

การพัฒนาและประสิทธิผลของโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม
ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

โดย

นางสาวจิตารัตน์	พิมพ์ดีด
นางณัฏฐาภรณ์	เข้าเรื่อง
นางสุนละมัย	ทาคำใจ
นางประกายดาว	โฉมโฉม
นายพรดูลิต	คำมีสินนท์

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง และทดสอบผลของโปรแกรม การวิจัยและพัฒนา แบ่งออกเป็น 7 ขั้นตอน โดยยึดหลักการฝึกทักษะทางสังคม การประยุกต์แนวคิดทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรมของ Skinner (1953) การวางเงื่อนไขแบบการกระทำ เพื่อให้เกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์ยิ่งขึ้น โดยมีการเสริมแรงทางบวกให้เบี่ยงพฤติกรรม และยึดหลักการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (PL) ตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิรวม 8 ท่าน และประเมินค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างเนื้อหา ความรู้ และทักษะของโปรแกรม แต่ละหัวข้อและวัตถุประสงค์ (IOC) โดยผู้ทรงคุณวุฒิรวม 3 ท่าน ระยะเวลาทดสอบผลของโปรแกรม ได้ออกแบบการวิจัยเป็นแบบวัดก่อนและหลังการทดลองเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่างจำนวน 24 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มควบคุม จำนวน 12 คน ได้รับการดูแลตามปกติ และกลุ่มทดลองจำนวน 12 คน ได้รับการดูแลตามโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล คือ แบบประเมินทักษะการดำรงชีวิตการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชในชุมชน (LSA-30) และแบบวัดอาการทางลบ (NSS) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ANCOVA, repeated measures ANOVA

ผลการศึกษา:

1. โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 6 กิจกรรม ได้แก่ 1) การสื่อสารที่เหมาะสม 2) การพูด การฟัง ที่เหมาะสม 3) การจ่ายตลาด 4) ทบทวนเนื้อหากิจกรรมครั้งที่ 1-3 5) การฝึกทักษะทางสังคมใน 4 สถานการณ์จริง และ 6) การให้ความรู้ เรื่องการใช้ยาทางจิตเวช ส่วนที่ 1 การฝึกทักษะทางสังคมในห้องกิจกรรมกลุ่ม ครั้งที่ 1-4 ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง 30 นาที ครั้งที่ 6 ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง ส่วนที่ 2 การฝึกทักษะทางสังคมในสถานการณ์จริง ครั้งที่ 5 ใช้เวลากิจกรรมละประมาณ 45 นาที ถึง 1 ชั่วโมง ประเมินค่า IOC ได้ค่าคะแนนเท่ากับ 1.0

2. คะแนนค่าเฉลี่ยพฤติกรรมด้านสังคมและการสื่อสาร และอาการด้านลบหลังการทดลอง พบว่า ค่าประมาณ (marginal effect) ของคะแนนค่าเฉลี่ยพฤติกรรมด้านสังคมและการสื่อสาร และอาการด้านลบระหว่างสองกลุ่ม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $<.05$ ($\bar{X}_{diff} = 2.83$, 95%CI of $\bar{X}_{diff} = 1.22-4.45$, p-value = 0.001) และ ($\bar{X}_{diff} = 2.08$, 95 %CI of $\bar{X}_{diff} = 0.93-3.24$, p-value <0.001) ตามลำดับ -คะแนนค่าเฉลี่ยพฤติกรรมด้านสังคมและการสื่อสาร และอาการด้านลบก่อนและหลังการทดลอง รวมถึงระยะติดตาม 2 เดือน หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $<.05$ อย่างน้อย 1 คู่ ($F(2,44) = 15.42$, p-value < 0.001) และ ($F(2,44) = 27.82$, p-value < 0.001) ตามลำดับ

สรุป: การฝึกทักษะทางสังคม สามารถทำให้อาการด้านลบลดลง และพฤติกรรมด้านสังคมและการสื่อสารของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังดีขึ้น โปรแกรมนี้น่าจะเป็นทางเลือกหนึ่งของพยาบาลในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย

คำสำคัญ: การฝึกทักษะทางสังคม อาการด้านลบลดลง ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

ABSTRACT

The main of this research were to develop a social skills training program for chronic schizophrenic patients and examine the effects of the program. Research and development is divided into 7 steps, based on Social skill training, applying Skinner's concepts, theories and techniques of behavioral conditioning, to create more frequent desirable behaviors with positive reinforcement for the token economy, and based on participatory learning (PL) principles. The developed program were content validated by 8 professional experts and Item objective congruence index (IOC) by 3 professional experts. In the second phase. The research was designed as a pre- and post-test measurement compared with the control group (randomized control group with pretest and posttest design). The sample group consisted of 24 people, divided into 2 groups: a control group, 12 people received usual care and the experimental group received the developed program. The instruments used to collect data were Life Skills Assessment (LSA-30) and the Negative Symptom Scale (NSS). Data were analyzed using ANCOVA, repeated measures ANOVA.

Results:

1. The developed program consists of 6 activities: 1) proper communication 2) appropriate speaking and listening 3) marketing 4) content review of activities 1 to 3 5) social skills training in 4 real situations and 6) educating on the use of psychiatric drugs, part 1, social skills training in the group activity room. Activities 1-4 took approximately 1 hour and 30 minutes, Session 6 took approximately 1 hour, Part 2, Social skills training in real situations, Session 5, took approximately 45 minutes to 1 hour per activity. IOC values were assessed Score of 1.0

2. The mean score on social behavior and communication and negative symptom after the experiment found that the estimated (marginal effect) of the mean social behavior score and communication and negative symptom between the two groups was statistically different at $< .05$ ($\bar{X}_{diff} = 2.83$, 95%CI of $\bar{X}_{diff} = 1.22-4.45$, p-value =0.001) and ($\bar{X}_{diff} = 2.08$, 95%CI of $\bar{X}_{diff} = 0.93-3.24$, p-value <0.001) respectively. - Mean scores on social behavior and communication and negative symptom before and after the trial, including a follow-up period of 2 months after the trial, between the experimental group and the control group. There was a statistically significant difference at the $<.05$ level at least one pair ($F(2,44) = 15.42$, p-value < 0.001) and ($F(2,44) = 27.82$, p-value < 0.001) respectively.

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

Keywords: Social skills training, Negative symptoms, Chronic schizophrenic patients

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณ นายแพทย์ณัฐกร จำปาทอง อดีตผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ที่สนับสนุนและให้โอกาสในการทำวิจัยครั้งนี้ และขอขอบพระคุณ นายแพทย์ธรณินทร์ กองสุข ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ที่สนับสนุนและให้โอกาสในการเลื่อนตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้น

ขอขอบพระคุณ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนด้านสุขภาพจิตและจิตเวชของกรมสุขภาพจิต ให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ อันทรงพลีทั้งงานวิจัยมีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณ รศ.ดร.พงษ์เดช สารการ ภาควิชาวิทยาการระบาดและชีวสถิติ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่กรุณาแนะนำการใช้สถิติ วิเคราะห์ผลการวิจัย และตรวจทานแก้ไขการนำเสนอผลการวิจัย และขอขอบคุณ นายภูกร จำปาหวาย ที่ช่วยวิเคราะห์ผลการวิจัย

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 11 ท่าน ที่กล่าวนามในภาคผนวกที่ช่วยตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาของโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม และประเมินค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างเนื้อหา ความรู้ และทักษะของโปรแกรม แต่ละหัวข้อและวัตถุประสงค์ (IOC)

ขอขอบพระคุณ นางพนิดา เคหะลุน หัวหน้ากลุ่มงานเวชระเบียนที่สนับสนุนให้ข้อมูลผู้ป่วยจิตเภท

ขอขอบคุณ นางอาบุญญ แดงวิบูลย์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ นางนฤมล เลิศไธสงค์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ และนางสาวปิยดา ชันโพธิ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ที่กรุณาช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล และขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในงานวิจัยที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยชงโค ฝ่ายคำและหอผู้ป่วยเฟื่องฟ้า

ขอขอบคุณ เจ้าหน้าที่บรรณารักษ์ห้องสมุด ช่วยกรุณาค้นคว้าเอกสารวิชาการทั้งในประเทศและต่างประเทศ

ขอขอบพระคุณญาติและผู้ป่วยทุกท่านที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการทำวิจัยในครั้งนี้

งานวิจัยสำเร็จลุล่วงด้วยดี ด้วยการช่วยเหลือ สนับสนุน และเป็นกำลังใจจากท่านทั้งหลายที่กล่าวนามมาข้างต้น ตลอดจนผู้ป่วยและญาติที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

จิตารัตน์ พิมพ์ดีด และคณะ

16 มีนาคม 2565

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ	ก
ABSTRACT	ข
กิตติกรรมประกาศ	ค
สารบัญ	ง
สารบัญตาราง	ฉ
สารบัญภาพ	ช
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 คำถามการวิจัย	5
1.3 วัตถุประสงค์การวิจัย	5
1.4 สมมติฐานการวิจัย	5
1.5 ขอบเขตการวิจัย	5
1.6 นิยามคำศัพท์	6-7
1.7 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	7
บทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	8
2.1 มโนทัศน์เกี่ยวกับการฝึกทักษะทางสังคม (social skill training)	9
2.2 มโนทัศน์เกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภท	12
2.3 มโนทัศน์เกี่ยวกับทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม	25
2.4 มโนทัศน์เกี่ยวกับหลักการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วม	26
2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	28
2.6 การพัฒนาโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม	33
2.7 กรอบแนวคิดในการวิจัย	37
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย	41
3.1 ลักษณะของประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง	41
3.2 วิธีดำเนินการวิจัย	42
3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	48
3.4 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ	49
3.5 การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง	51
3.6 วิธีการรวบรวมข้อมูล	51
3.7 การวิเคราะห์ข้อมูล	54
บทที่ 4 ผลการวิจัย	56
ส่วนที่ 1 ผลการพัฒนาโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง	56
ส่วนที่ 2 ผลการทดสอบโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง	60

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย การอภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	68
5.1 สรุปผลการวิจัย	68
5.2 อภิปรายผล	71
5.3 ข้อมูลเชิงคุณภาพ	74
5.4 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้	77
5.5 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป	77
เอกสารอ้างอิง	78-84
ภาคผนวก	85
ภาคผนวก ก. รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	85
ภาคผนวก ข. ประวัติผู้วิจัย	87
ภาคผนวก ค. หนังสือรับรองเอกสารที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย	90
ภาคผนวก ง. คู่มือโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม	91-127
ภาคผนวก จ. แบบประเมินต่างๆ	128-133

สารบัญตาราง

ลำดับตาราง	รายการ	หน้า
ตารางที่ 1	เปรียบเทียบโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมเดิม และพัฒนาใหม่	47
ตารางที่ 2	แสดงการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม	52
ตารางที่ 3	ตารางการฝึกทักษะทางสังคม	53
ตารางที่ 4	แสดงขั้นตอนการฝึกทักษะทางสังคมและการดำเนินการ	58
ตารางที่ 5	แสดงระดับอาการเตือน อาการ และวิธีการแก้ไข	59
ตารางที่ 6	แสดงลักษณะข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง จำแนกตามกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม	61
ตารางที่ 7	แสดงผลการวิเคราะห์ประสิทธิภาพโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมต่อพฤติกรรมด้านสังคมและการสื่อสาร	62
ตารางที่ 8	แสดงผลการวิเคราะห์ประสิทธิภาพโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมต่ออาการด้านลบ	63
ตารางที่ 9	แสดงผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนค่าเฉลี่ยพฤติกรรมด้านสังคมและการสื่อสารแต่ละระดับการวัดซ้ำในภาพรวม	63
ตารางที่ 10	แสดงผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนค่าเฉลี่ยพฤติกรรมด้านสังคมและการสื่อสารรายคู่ ในการวัดซ้ำด้วยวิธีการปรับค่าของ Bonferroni	64
ตารางที่ 11	แสดงผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนค่าเฉลี่ยอาการด้านลบแต่ละระดับการวัดซ้ำในภาพรวม	65
ตารางที่ 12	แสดงผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนค่าเฉลี่ยอาการด้านลบรายคู่ ในการวัดซ้ำด้วยวิธีการปรับค่าของ Bonferroni	66

สารบัญแผนภาพ

ลำดับแผนภาพ	รายการ	หน้า
แผนภาพที่ 1	กรอบแนวคิดการพัฒนาโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมต่อพฤติกรรมด้านสังคมและการสื่อสาร และอาการด้านลบของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง	40
แผนภาพที่ 2	การออกแบบการวิจัย และการใช้สถิติวิเคราะห์ข้อมูล	55
แผนภาพที่ 3	แสดงผลลัพธ์แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านสังคมและการสื่อสาร	64
แผนภาพที่ 4	แสดงผลลัพธ์แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ยอาการด้านลบ	66

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สถิติจำนวนผู้ป่วยโรคจิตเภทในประเทศไทยปีงบประมาณ 2563 พบเป็นอันดับที่ 5 ของโรคทั้งหมด (ข้อมูลจากคลังข้อมูลการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข อ้างในกรมสุขภาพจิต: online, 2563) และเป็นอันดับ 1 จากการรวบรวมเฉพาะของกรมสุขภาพจิต (ข้อมูลจากระบบศูนย์กลางการให้บริการผู้ป่วยจิตเวชของประเทศไทย กรมสุขภาพจิต: online, 2563) ส่วนสถิติผู้ป่วยโรคจิตเภทในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561-พ.ศ.2563 พบว่าเป็นโรคที่พบมากอันดับ 1 ของโรคทางจิตเวช ร้อยละ 47.42, 38.61 และ 37.60 ตามลำดับ (โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์, 2563) และข้อมูลจากเวชระเบียนปีงบประมาณ พ.ศ.2561-พ.ศ.2563 เมื่อเมษายน 2564 พบว่ามีผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในถึงร้อยละ 50.08, 43.68 และ 44.68 ตามลำดับ โรคจิตเภทส่วนใหญ่เป็นโรคเรื้อรังจึงก่อให้เกิดภาระโรค จากการสำรวจขององค์การอนามัยโลกพบว่า โรคจิตเภทอยู่ในอันดับที่ 16 ของโรคทั้งหมดที่ทำให้เกิดปัญหาในการใช้ชีวิตและอันดับที่ 3 ของโรคจิตและโรคทางระบบประสาท (Whiteford et al, 2010 อ้างใน เสาวลักษณ์ สุวรรณไมตรี และคณะ, 2563) ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้เปรียบเทียบการสูญเสียความสามารถของผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังกับผู้ป่วยโรคทางกาย พบว่าเทียบเท่าผู้ป่วยที่เป็นอัมพาตทั้งตัวตั้งแต่คอลงมา (quadriplegia) ความสูญเสียมีค่าประมาณ 0.7-1 เท่าของการสูญเสียความสามารถอันมีค่า 1 ปี (Murray & Lopez, 1996 อ้างใน เสาวลักษณ์ สุวรรณไมตรี และคณะ, 2563) จะเห็นว่าโรคจิตเภทมีจำนวนสถิติที่สูง และเป็นโรคที่สำคัญของโรคทางจิตเวช

ผู้ป่วยจิตเภทมีความผิดปกติของความคิด เป็นอาการเด่น แต่มีผลถึงอารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรมเป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน โดยที่ผู้ป่วยไม่มีโรคทางกาย โรคทางสมอง พืชจากยาหรือสารเสพติดที่เป็นสาเหตุของอาการดังกล่าว (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2554; เพียรดี เปี่ยมมงคล, 2556; สมภพ เรืองตระกูล, 2556) และส่งผลกระทบต่อปัญหาด้านสังคม การงาน การพยากรณ์โรคเป็นโรคเรื้อรังตลอดชีวิต อาการเป็นๆหายๆ (กนกวรรณ ลิ้มศรีเจริญ, 2558) โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชเรื้อรังและทำให้ร่างกายอ่อนแอลง แม้ว่าจะมีความก้าวหน้าในการรักษาทางจิตสังคมสำหรับอาการบางอย่างของโรคจิตเภท แต่ผู้ป่วยจิตเภทมักจะยังคงพบอาการบางอย่างโดยเฉพาะอย่างยิ่งอาการด้านลบตลอดชีวิต เนื่องจากอาการด้านลบเกี่ยวข้องกับการทำงานและคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี การรักษาอาการด้านลบจึงมีความสำคัญสูง (Elis, Caponigro & Kring, 2013) ซึ่งกลุ่มอาการด้านลบนี้ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีปัญหาต่าง ๆ ตามมา

อาการด้านลบของโรคจิตเภทเป็นสาเหตุของผลการดำเนินโรคที่ไม่ดีในโรคจิตเภท และเป็นความต้องการการรักษาที่ไม่ได้รับการตอบสนองอย่างมีนัยสำคัญในผู้ป่วยจำนวนมาก การลดอาการด้านลบอาจส่งผลให้มีส่วนร่วมในอาชีพ การใช้ชีวิตอิสระ กิจกรรมทางสังคม และสถานการณ์ที่ดีขึ้น ดังนั้นการรักษาอาการด้านลบอย่างมีประสิทธิภาพในโรคจิตเภทจะมีผลอย่างมากต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว ตลอดจนระบบสุขภาพจิตและเศรษฐกิจในวงกว้าง (Granholm & Harvey, 2018) อาการด้านลบเป็นอาการผิดปกติที่ขาดหรือบกพร่องไปจากคนทั่วไป เช่น พูดน้อย หรือไม่พูด ไม่แสดงอารมณ์ เฉยเมย ไม่มีแรงจูงใจหรือเฉื่อยชาลง ไม่เข้าสังคม ภาวะสิ้นความยินดี อาการจะค่อยเป็นค่อยไป (กนกวรรณ ลิ้มศรีเจริญ, 2558) อาการด้านลบ เป็นตัวทำนายความเสื่อมทางจิตสังคมของผู้ป่วยจิตเภทรวมทั้งการทำงาน อาการด้านลบเฉยเมย-ภาวะสิ้นความยินดีมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับความเสื่อมในการทำหน้าที่ ทักษะทางสังคม พหุปัญญาทางสังคม (Susan, Mc Gurk & Mueser, 2013) การวางแผน การสื่อสารและการทำงานของผู้ป่วยจิตเภท (Lindenmayer & Khan, 2012) อาการด้านลบอาจเกิดขึ้นได้ตั้งแต่ช่วงระยะอาการนำของโรคจิตเภท โดยอาการนี้อาจนานาก่อนที่จะมีอาการโรคจิต หลังมีอาการโรคจิตแล้วอาการด้านลบยังคงอยู่ ทำให้ผู้ป่วยมีบุคลิกภาพ หรือการทำหน้าที่ต่างๆเสื่อมลงจากก่อนป่วย มีความสัมพันธ์ทางสังคมกับผู้อื่นน้อยลง ไม่สบตา มีการเคลื่อนไหวช้าลง ไม่สามารถมีความรู้สึกใกล้ชิดสนิทสนมกับผู้อื่นได้ ไม่ทำกิจวัตรประจำวัน ขาดความกระตือรือร้นความสามารถในการทำงานหรือการเรียนรู้ลดลง (ยรัชชา ปรีชา และพิเชฐ อุดมรัตน์, 2552) จากรายงานของกรม

สุขภาพจิต (2558) พบว่าร้อยละ 30 ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังมีอาการด้านลบ ลักษณะอาการที่พบได้แก่ พุดน้อย เนื้อหาที่พุดมีน้อย ใช้เวลานานกว่าจะตอบ หน้าตาเฉยเมยไม่ค่อยสบตา การแสดงออกทางด้านอารมณ์ลดลงอย่างมาก ขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยชาลง ทำอะไรไม่นานก็เลิกทำโดยไม่มีเหตุผล จากหลักฐานการศึกษาของ Patel et al. (2015) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังมีอาการด้านลบสูงถึงร้อยละ 41 แต่จากการทบทวนการศึกษาหลังสุดพบอาการด้านลบได้โดยทั่วไปในโรคจิตเภทถึงร้อยละ 60 ซึ่งจำเป็นที่ต้องได้รับการรักษา (Correll & Schooler, 2020) จากปัญหาอาการด้านลบ และปัญหาด้านต่างๆของผู้ป่วยจิตเภท ทำให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบซ้ำ ส่งผลให้กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล

อาการกำเริบของโรคบ่อยครั้งเป็นลักษณะการดำเนินโรคที่พบส่วนใหญ่ในโรคจิตเภท อัตราการกำเริบของโรคจะสูงมากเมื่อหยุดการรักษา แม้จะมีอาการโรคจิตเพียงครั้งเดียวก็ตาม ระยะเวลาการรักษาที่ยาวนานก่อนที่จะหยุดการรักษาไม่ได้ช่วยลดความเสี่ยงของการกำเริบของโรค ผู้ป่วยจำนวนมากกำเริบทันที หลังจากการรักษาลดลงและรักษาไม่ต่อเนื่อง การเปลี่ยนแปลงจากอาการที่ดีเป็นการกำเริบของโรคอาจเกิดขึ้นทันทีและมีสัญญาณเตือนเพียงเล็กน้อยหรือแทบไม่มีเลย (Emsley et al., 2013) การกลับเป็นซ้ำเป็นปัญหาที่พบได้มากในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง แม้ว่าผู้ป่วยจิตเภทได้รับการรักษาจนอาการทางจิตสงบแต่ก็ยังเกิดอาการกลับเป็นซ้ำได้ สถานการณ์การกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ และเป็นปัญหาที่สำคัญทำให้เกิดความผิดปกติของสมองและเกิดอาการทางจิตรุนแรงขึ้นได้ง่าย ส่งผลต่อการตอบสนองต่อการรักษาและการฟื้นฟู รวมทั้งยังทำให้เกิดความสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาที่นับมูลค่ามหาศาลในแต่ละปีของประเทศ โดยระยะเรื้อรังถือว่าเป็นระยะที่สำคัญที่ทำให้เกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคจิตเภท (สุตาพร สถิตยยุทธการ, 2559) ผู้ป่วยจิตเภทมีอัตราการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลสูง และต้นทุนการรักษาสูงเช่นกัน มีการศึกษาอัตราการกลับมารักษาซ้ำและต้นทุนการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทหลังจากเข้ารับการรักษาครั้งแรก และติดตามการรักษาใน 10 ปีพบว่า ร้อยละ 70.5 ผู้ป่วยจิตเภทกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 10 ปี ร้อยละ 25 ของกลุ่มตัวอย่างกลับมารักษาซ้ำภายใน 4 เดือน หลังจำหน่ายกลับบ้านในการรักษาครั้งแรก สาเหตุการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลเนื่องมาจากอาการกำเริบซ้ำนั้น มีความเกี่ยวข้องกับการพยากรณ์โรค การระบุบุคคลที่มีความเสี่ยงสูงต่อการกลับมารักษาซ้ำ และการเตรียมโปรแกรมการช่วยเหลือ เพื่อให้อัตราการกลับมารักษาซ้ำต่ำ ถือว่าเป็นเรื่องที่มีความสำคัญ (Chi et al., 2016) จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าอาการกำเริบของผู้ป่วยจิตเภท เป็นลักษณะของอัตราการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลถึงร้อยละ 63 มีอาการทางจิตเกิดขึ้นร้อยละ 60 และมีอาการด้านบวกและอาการด้านลบเพิ่มขึ้นร้อยละ 43 (Almond et al., 2004 อ้างใน สุตาพร สถิตยยุทธการ, 2559) มีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาล และอัตราการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท พบว่าระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาล มีผลกระทบต่ออัตราการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท การเตรียมความพร้อมทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชนก่อนจำหน่ายนั้น จึงเป็นสิ่งที่ควรให้ความสำคัญอย่างมากเพื่อให้ผู้ป่วยอยู่ในชุมชนได้นาน และลดโอกาสการกลับมารักษาซ้ำ (กิตติทวี โพธิ์โน, 2552) และอีกการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่ออาการกำเริบซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง พบว่าการไม่รับประทานยาต้านอาการทางจิตอย่างต่อเนื่อง โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอาการกำเริบซ้ำภายใน 1 ปี มากกว่าผู้ป่วยที่รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง 12.5 เท่า และผู้ป่วยจิตเภทที่รับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช มีความเสี่ยงต่อการเกิดอาการกำเริบซ้ำภายใน 1 ปี น้อยกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่รับการรักษาที่ PCU/รพ.สต 0.08 เท่า (กนกรัตน์ ชัยนุ, กิตติยา ทองสุข และมิ่งขวัญ ภูหงษ์ทอง, 2562) สถิติโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561-พ.ศ.2563 อัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 90 วันของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง พบถึงร้อยละ 3.41, 3.89 และ 6.28 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นจากการวิเคราะห์หาสาเหตุ พบว่า 1) ผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการรับประทานยา เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจ และขาดการตระหนักรู้ในการใช้ยาทางจิตเวช 2) การรักษาไม่ต่อเนื่อง เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถมารับยาด้วยตนเอง หรือขาดคนดูแล 3) ผู้ป่วยใช้สุรา/สารเสพติด เนื่องจากไม่สามารถควบคุมตนเองได้ อีกทั้งขาดทักษะการปฏิเสธ และถูกชักจูงได้ง่าย และ 4) ญาติไม่สามารถควบคุม ดูแลผู้ป่วยได้ ญาติบางรายที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังรู้สึกเบื่อหน่าย เป็นภาระ จึงขาดแรงจูงใจในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งเศรษฐกิจฐานะยากจน จากการวิเคราะห์หาสาเหตุดังกล่าว ได้นำไปออกแบบพัฒนาต่อยอดโปรแกรมให้ทันสมัย ดังนั้นผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ป่วยที่ต้องการการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคมเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากพบแนวโน้มของการเจ็บป่วยทางจิตแบบเรื้อรัง ประมาณร้อยละ 30-50

ของผู้ป่วยจิตเภททั้งหมด การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคม ที่จะนำมาพัฒนาฝึกฝนเพิ่มพูนทักษะแก่ผู้ป่วยนั้นก็คือ การฝึกทักษะทางสังคม (ปีทมา ศิริเวช, 2552)

การฝึกทักษะทางสังคม (Social Skill training: SST) มีจุดมุ่งหมายเพื่อส่งเสริม พัฒนาทักษะทางสังคมของผู้ป่วยให้สามารถมีชีวิตอยู่ในชุมชน ซึ่งอาศัยแนวคิดทางพฤติกรรมบำบัด ด้วยวิธีการค่อยๆเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยให้มีความเหมาะสมทีละนิดๆ ควบคู่กับการเสริมแรงทางบวกเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ (Sadock, Sadock & Ruiz, 2015) ร่วมกับแนวคิดพื้นฐานจากทฤษฎีการเรียนรู้และทฤษฎีพุทธิปัญญา โปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมส่วนใหญ่จะเน้นที่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถนำทักษะที่ได้เรียนรู้ไปใช้ในสถานการณ์จริงเมื่อกลับไปอยู่ในชุมชน ดังนั้นเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การฝึกพฤติกรรมโดยใช้วิธีโอ การสาธิตทักษะทางสังคม การแสดงบทบาทสมมติ การฝึกพฤติกรรมซ้ำๆ การให้ข้อเสนอแนะเชิงบวกเพื่อการปรับแก้ไขให้เกิดการเรียนรู้ทักษะ (Lieberman, Kopelowicz & Silverstein, 2005; Malone Cole, 2012; Sadock, Sadock & Ruiz, 2015; Brown, Mueser & Pratt, 2020) SST ช่วยเพิ่มทักษะทางสังคม ลดอาการด้านลบ และการทำหน้าที่ได้ดีขึ้น ด้วยเหตุนี้การดูแลตามปกติสามารถเพิ่ม SST เข้าไปกับการบำบัดต่างๆ (Granholtz & Harvey, 2018) ดังนั้น SST จึงถูกเลือกนำมาใช้กับผู้ป่วยจิตเภท เพื่อช่วยทำให้ความบกพร่องด้านสังคมดีขึ้น ซึ่งความบกพร่องด้านสังคม ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทไร้ความสามารถ และไม่ตอบสนองต่อการรักษา (Barzegar et al., 2016) รวมทั้งอัตราการจ้างงานในผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในระดับน้อยกว่าถึงร้อยละ 15-20 เมื่อเปรียบเทียบกับบุคคลที่มีการเจ็บป่วยอื่นๆที่ทำงานเต็มเวลาหรือรายคาบ แต่ปัญหาพบว่าผู้ป่วยจิตเภทเมื่อมีงานทำไม่สามารถรักษางานที่ทำไว้ได้ เนื่องจากความสามารถของผู้ป่วยจิตเภทในการทำงานลดลง หรือมีอาการกำเริบและกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล (Susan, Mc Gurk & Mueser, 2013) ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีอาการทางจิตที่หลงเหลือ เช่น แยกตัว ไม่สนใจดูแลตนเอง การบกพร่องทางพุทธิปัญญา (ปีทมา ศิริเวช, 2552) SST มีผลทำให้การทำหน้าที่ต่างๆของผู้ป่วยจิตเภทดีขึ้น ผู้ป่วยมีทักษะการดำเนินชีวิตอย่างอิสระได้ดีขึ้น ผู้ป่วยที่เข้าโปรแกรมการจัดหางาน สามารถทำงานได้และได้รับค่าจ้าง (Malone Cole, 2012) มีงานวิจัยจำนวนหนึ่งได้ศึกษาถึงประสิทธิผลของการฝึกทักษะทางสังคม ซึ่งให้ผลลัพธ์ในด้านดีแก่ผู้ป่วยจิตเภท

หลักฐานการวิจัยสังเคราะห์แบบมหวิเคราะห์ ผลการศึกษาพบว่า SST มีประสิทธิภาพกว่าการบำบัดที่มีอยู่ตามปกติในการรักษาอาการด้านลบ และอาการทางจิต อีกทั้งความยั่งยืนของทักษะยังคงอยู่ในหนึ่งปีหลังจากการรักษาสิ้นสุดลง (Turner et al., 2017) และการศึกษาอีกเรื่องเป็นงานวิจัยสังเคราะห์แบบมหวิเคราะห์เช่นกัน ได้ศึกษาประสิทธิผลของการฝึกทักษะทางสังคมพบว่า อัตราการกำเริบ และการกลับเข้ารับรักษาซ้ำในกลุ่มที่ได้รับการฝึกทักษะทางสังคมต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ และสถานะจิตใจของกลุ่มที่ได้รับการฝึกทักษะทางสังคมดีกว่า อีกทั้งคุณภาพชีวิตดีขึ้นในกลุ่มที่ได้รับการฝึกทักษะทางสังคม (Almerie et al., 2015) ผู้ป่วยจิตเภท มีทักษะทางสังคมด้านต่างๆเพิ่มขึ้น มีอาการทางจิตลดลง มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและคุณภาพชีวิตดีขึ้น (จีรพันธ์ เอิบกมล, 2553) การศึกษาของ Barzegar et al. (2016) ได้ทำการศึกษาประสิทธิผลของการฝึกทักษะทางสังคมต่อการลดอาการด้านลบในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าการฝึกทักษะทางสังคมมีผลต่อการลดอาการด้านลบ จากประสบการณ์การทำงานของผู้วิจัยพบผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังมีปัญหาอาการด้านลบ ส่งผลต่อการสื่อสาร การฟัง และการแสดงออกทางสังคมลดลง อีกทั้งไม่ร่วมมือในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และกลับมารักษาซ้ำบ่อย ฉะนั้นหากผู้ป่วยจิตเภทได้รับการฝึกทักษะทางสังคม ซึ่งมีความจำเป็นและสำคัญทำให้ผู้ป่วยจิตเภทได้เรียนรู้การสื่อสาร และการแสดงออกที่เหมาะสมจากต้นแบบ และยังช่วยลดอัตราการกำเริบ และเพิ่มความร่วมมือในการรักษา (Simpson & Morarity, 2014 อ้างใน จิราภรณ์ สรรพวิวงศ์ และปลดา เหมโลหะ, 2558) ดังนั้นจึงมีความจำเป็นต้องนำการฝึกทักษะทางสังคมมาเป็นเครื่องมือในการบำบัดผู้ป่วยจิตเภทอย่างต่อเนื่อง และพัฒนาโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมให้ตอบสนองต่อปัญหาในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทอย่างต่อเนื่องเช่นกัน

โปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม ผู้วิจัยได้ดำเนินการฝึกทักษะผู้ป่วยด้วยตนเองในชั้นการทดลอง ซึ่งเป็นบทบาทของผู้วิจัยบ่งบอกถึงความเชี่ยวชาญในการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคมแก่ผู้ป่วยในโรงพยาบาล อีกทั้งทีมสหวิชาชีพที่รับผิดชอบยังไม่มีทีมสหวิชาชีพได้รับผิดชอบโดยตรงต่อการฝึกทักษะทางสังคมในด้านนี้ โปรแกรมนี้ได้ผสมผสานทฤษฎี

ต่างๆ และหลักการปรับพฤติกรรม เช่นการเสริมแรงโดยใช้เบี้ยอรรถกร เพื่อเป็นแรงจูงใจ รวมทั้งการปรบมือ กล่าวคำชมเชย เป็นต้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ปรับปรุงโปรแกรมเดิม และพัฒนาต่อยอดเพิ่มเนื้อหาความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาทางจิตเวช เนื่องจากมีผลงานวิจัยสนับสนุนในประเด็นการลดอัตราการกำเริบซ้ำ และการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อาทิเช่น การศึกษาตัวแปรที่สามารถจำแนกการป่วยซ้ำ และไม่ป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิมได้อย่างมีนัยสำคัญที่ ระดับ .001 มีจำนวน 1 ตัวแปรคือ พฤติกรรมการใช้ยา (นาถนภา วงษ์ศีล, จินตนา ยูนิพันธ์ และสุนิศา สุขตระกูล, 2556) อีกทั้งยังมีการศึกษาการฝึกทักษะทางสังคมร่วมกับการให้ยารักษาโรคจิต มีนัยสำคัญอัตราการกำเริบต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับยารักษาโรคจิตอย่างเดียวร้อยละ 30 และร้อยละ 46 ตามลำดับ (จิรพันธ์ เอบกมล, 2553) อีกทั้งได้เพิ่มเนื้อหาทักษะการดำรงชีวิตในชุมชน เรื่องการจ่ายตลาด และการฝึกในสถานการณ์จริง ซึ่งต่างจากโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมของนักวิจัยท่านอื่นๆที่ผ่านมากล่าวคือ เน้นฝึกเฉพาะทักษะด้านการสื่อสาร ส่วนโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมนี้ครอบคลุมถึง ทักษะการสื่อสาร ทักษะการกล้าแสดงออกอย่างเหมาะสม ทักษะการดำรงชีวิตในชุมชน และ ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาทางจิตเวช ลักษณะของโปรแกรมครั้งนี้ยังไม่ได้ฝึกถึงระดับพุทธิปัญญา เนื่องจากผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีข้อจำกัดเกี่ยวกับระยะเวลาการอยู่รักษาเพียง 2 สัปดาห์ หลังการวิจัยยุติลงวางแผนเผยแพร่โปรแกรมแก่บุคลากรพยาบาลต่อไป เนื่องจากการสัมภาษณ์พยาบาลวิชาชีพ 3 ท่าน (สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 22 สิงหาคม 2560) ถึงองค์ความรู้ที่มีในการฝึกทักษะทางสังคม เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วย พบว่าพยาบาล 2 ท่าน ต้องการมีความรู้ในโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม “คิดว่ายังมีความรู้ไม่เพียงพอ มีแต่ทำตามที่เคยมีมา” “องค์ความรู้อาจจะรู้ไม่ครบถ้วน ขาดความมั่นใจ ไม่เคยได้รับการอบรมเรื่องนี้มาก่อน” ส่วนพยาบาลอีก 1 ท่าน คิดว่าม้องค์ความรู้ในการฝึกทักษะทางสังคม และเคยเป็นผู้นำกลุ่มในโปรแกรมนี้อีก่อน และยังนำความรู้จากโปรแกรมมาฝึกทักษะกับผู้ป่วยจนกระทั่งทุกวันนี้ “เคยทำตามโปรแกรมของพี่ คิดว่าม้องค์ความรู้เพียงพอ และได้นำมาใช้กับผู้ป่วยทุกวันนี้” พยาบาลทั้ง 3 ท่าน มีความเห็นตรงกันว่า การฝึกทักษะทางสังคม ผู้ป่วยสามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันและอยู่ในสังคมได้ ความบกพร่องด้านต่างๆดีขึ้น ทำให้รู้สึกมีคุณค่า และญาติมีความหวัง มีกำลังใจในการดูแลผู้ป่วย อีกทั้งพยาบาลมีกำลังใจในการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นสามารถอยู่บ้านได้นาน ไม่กลับมารักษาซ้ำบ่อย “เรามั่นใจในสิ่งที่ฝึกผู้ป่วย ผู้ป่วยจะได้รับการปรับพฤติกรรมจนสามารถทำได้ถูกต้อง นำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้” “ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่า และภาคภูมิใจในตนเองที่สามารถทำได้ คนรอบข้างยอมรับอยู่บ้านได้นานขึ้น” “ทำให้ผู้ป่วยใช้ชีวิตประจำวันในสังคมได้ ลดอาการเสื่อมลง สมรรถนะต่างๆแต่ละคนที่บกพร่องจะดีขึ้น ญาติมีความหวัง มีกำลังใจในการดูแลคนไข้ ลดการกลับเข้ารับรักษาซ้ำบ่อยๆ พยาบาลผู้ปฏิบัติงานรู้สึกภูมิใจ มีกำลังใจดูแลผู้ป่วยที่ดีขึ้น”

ดังนั้น โปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมนี้ ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นภายใต้การวิเคราะห์ปัญหาและการทบทวนตำรา เอกสารงานวิจัย ผู้วิจัยต้องการวัดประสิทธิผลของโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมที่มีผลทางคลินิกด้วย คือการลดอาการด้านลบ อีกทั้งได้พัฒนาต่อยอดโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม โดยเพิ่มเนื้อหาความรู้เรื่องการใช้ยาทางจิตเวช การฝึกทักษะการดำรงชีวิตในชุมชน เรื่องการจ่ายตลาด รวมทั้งการฝึกทักษะใน 4 สถานการณ์จริง เพื่อนำโปรแกรมนี้นำไปประโยชน์กับกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง จากการวิเคราะห์สถานการณ์ของหอผู้ป่วยเรื้อรังบำบัด ซึ่งรองรับผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตลดลง และเตรียมการฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อจำหน่ายผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน ปัญหาที่พบจากผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังด้านพฤติกรรมทางสังคมและการสื่อสาร พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีอาการเสื่อมถอยของบุคลิกภาพ ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น บกพร่อง มีปัญหาการเข้าสังคม และปัญหาอาการด้านลบที่พบคือ การแยกตัวเอง สีหน้าไม่แสดงอารมณ์ สีหน้าที่อูๆ ไม่พูดหรือพูดน้อยลง เฉื่อยชา เฉยเมย ขาดแรงจูงใจในการทำงาน ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตต่ำลง ซึ่งการมีอาการด้านลบ ส่งผลต่อการสื่อสาร การฟัง และการแสดงออกทางสังคมลดลง ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลจิตเวช ทำหน้าที่หลายบทบาทในการดูแลผู้ป่วย และมีบทบาทหนึ่งที่สำคัญในการช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ผู้ป่วยจิตเภทนั้นคือ การฝึกทักษะด้านต่างๆที่เสื่อมลงของผู้ป่วย และผู้วิจัยมีความเชี่ยวชาญในการฝึกทักษะด้านสังคมและการสื่อสารของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังให้ดีขึ้นได้ อีกทั้งช่วยฝึกทักษะให้อาการด้านลบของผู้ป่วยลดลงได้ ทั้งนี้โดยอาศัยโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมที่ผ่านกระบวนการวิจัยแล้ว การมีโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมนี้ และการมีพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญในการฝึกทักษะด้าน

นี้ แสดงออกถึงความพร้อมในการสามารถถ่ายทอดประสบการณ์ต่อบุคลากรพยาบาลท่านอื่นๆ เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการฝึกทักษะแก่ผู้ป่วยต่อไป

1.2 คำถามการวิจัย - คุณภาพของโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม ในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่พัฒนาขึ้น เป็นอย่างไร
- คุณภาพของโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมมีผลต่อพฤติกรรมด้านสังคมและการสื่อสาร และการมีอาการด้านลบในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง หรือไม่

1.3 วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์หลัก

- เพื่อพัฒนาโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง และตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรมด้านความเที่ยงตรงตามเนื้อหา และศึกษาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างเนื้อหาความรู้และทักษะของโปรแกรมแต่ละหัวข้อ และวัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์เฉพาะ

- เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมที่มีผลต่อพฤติกรรมทางด้านสังคมและการสื่อสาร และการมีอาการด้านลบในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

- เพื่อประเมินประสิทธิผลการคงอยู่ของโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมที่มีผลต่อพฤติกรรมด้านสังคมและการสื่อสาร และการมีอาการด้านลบในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ในระยะเวลา 2 เดือนหลังจากได้รับโปรแกรม

1.4 สมมติฐานการวิจัย

1.4.1 ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม มีคะแนนค่าเฉลี่ยทักษะด้านสังคมและการสื่อสาร และคะแนนค่าเฉลี่ยอาการด้านลบ แตกต่างจากกลุ่มควบคุม

1.4.2 ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม มีคะแนนค่าเฉลี่ยทักษะด้านสังคมและการสื่อสาร และคะแนนค่าเฉลี่ยอาการด้านลบ แตกต่างจากก่อนได้รับโปรแกรม

1.4.3 ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม ในระยะติดตามผล 2 เดือน มีคะแนนค่าเฉลี่ยทักษะด้านสังคมและการสื่อสาร และคะแนนค่าเฉลี่ยอาการด้านลบ แตกต่างจากก่อนได้รับโปรแกรม

1.4.4 ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังกลุ่มควบคุมมีคะแนนค่าเฉลี่ยทักษะด้านสังคมและการสื่อสาร และคะแนนค่าเฉลี่ยอาการด้านลบ ในระยะติดตามผล 2 เดือน ไม่แตกต่างจากก่อนการทดลอง

1.5 ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยและพัฒนา มุ่งเน้นการพัฒนาโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม และวัดประสิทธิผลของโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กลุ่มตัวอย่างได้รับการวินิจฉัยด้วย ICD-10 เป็นโรคจิตเภท และเข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยในเป็นผู้ป่วยคงสภาพการรักษาของหอผู้ป่วยเรื้อรังบำบัดจิตเวชหญิงเฟื่องฟ้า หอผู้ป่วยเรื้อรังบำบัดจิตเวชชายชงโคและฝ้ายคำ ผู้ป่วยได้รับการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลอง ซึ่งได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรม SST และกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ประเมินประสิทธิผลการบำบัดก่อนและหลัง ระยะติดตามผล 2 เดือนหลังบำบัด ระยะเวลาการศึกษาเดือนพฤษภาคม 2564 – เดือนมิถุนายน 2564

1.6 นิยามคำศัพท์

ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง หมายถึง ผู้ป่วยทั้งเพศหญิงและเพศชายที่เข้ารับการรักษาระยะยาวในของหอผู้ป่วยเรื้อรังบำบัดจิตเวชในหญิงเฟื่องฟ้า และหอผู้ป่วยเรื้อรังบำบัดจิตเวชชายชงโค โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทอยู่ในระยะคงสภาพการรักษา ระยะเวลาก่อนเจ็บป่วยทางจิตตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไป ประเมินโดยใช้แบบประเมินความเสี่ยงทางคลินิก (SAVE) ในหัวข้อแบบประเมินพฤติกรรมรุนแรง (V: Violence) อยู่ในระดับต่ำ – ระดับปานกลาง และแบบประเมิน Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) มีค่าคะแนน ≤ 36

การฝึกทักษะทางสังคม หมายถึง การจัดให้ผู้ป่วยได้เข้ากลุ่มกิจกรรมบำบัดในรูปแบบของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory Learning: PL) เป็นการจัดการเรียนรู้ที่ยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง ได้ออกแบบการจัดกิจกรรมการสอนเป็น 2 แบบ คือ 1. แบบการฝึกทักษะมี 2 ขั้นตอน คือ 1) ขั้นรู้ชัดเห็นจริง และ 2) ขั้นลงมือกระทำ มีการจัดกิจกรรมในห้องกลุ่มกิจกรรม (ภาคเช้า) และกิจกรรมในสถานการณ์จริง (ภาคบ่าย) และ 2. แบบการสอนความรู้เรื่องการใช้ยาทางจิตเวช รวม 6 ครั้งต่อสัปดาห์ (5 วัน) ระยะเวลาที่ในแต่ละครั้งประมาณ 1 ชั่วโมง ถึง 1 ชั่วโมง 30 นาที

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

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

กิจกรรมครั้งที่ 3 เรื่องการจ่ายตลาด มี 3 ทักษะ ประกอบด้วย การรู้จักใช้ธนบัตรและเหรียญ การจ่ายเงิน และรับเงินทอนได้ถูกต้อง และการต่อรองราคา

กิจกรรมครั้งที่ 4 ทบทวนการฝึกทักษะทางสังคมในกิจกรรมครั้งที่ 1, 2 และกิจกรรมครั้งที่ 3 รวม 14 ทักษะ โดยให้ผู้ป่วยแต่ละคู่ หรือแต่ละกลุ่มได้แสดงบทบาทสมมติตามที่ได้รับมอบหมาย เพื่อนผู้ป่วยที่เหลือช่วยให้ข้อเสนอแนะ ตลอดจนผู้นำกลุ่มช่วยปรับแก้ไขในพฤติกรรมที่ถูกต้อง จนกระทั่งสมาชิกทุกคนมีความเห็นว่า “ผ่าน” พร้อมให้คำชมเชย จึงเริ่มคู่ต่อไปได้ ฝึกจนครบ 14 ทักษะ

กิจกรรมครั้งที่ 5 เป็นการฝึกใน 4 สถานการณ์จริงที่ วัด ตลาดหรือร้านค้าสวัสดิการโรงพยาบาล และห้องสมุด คือ การจัดยารับประทาน การสื่อสารกับพระภิกษุสงฆ์ การจ่ายตลาด และการฝึกทำความรู้จักเพื่อนใหม่

กิจกรรมครั้งที่ 6 เป็นการให้ความรู้ เรื่องการใช้ยาทางจิตเวช

พฤติกรรมด้านสังคมและการสื่อสาร หมายถึง พฤติกรรมที่พึงประสงค์ที่แสดงออกของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง หลังจากได้รับการฝึกทักษะทางสังคม วัดพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังโดยใช้แบบประเมินทักษะการดำรงชีวิตการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชในชุมชน (Living Skills Assessment: LSA-30) เฉพาะทักษะด้านสังคมและการสื่อสาร (โรงพยาบาลศรีธัญญา, 2559) และแปลผลจากค่าคะแนนเฉลี่ย ดังนี้

ค่าคะแนนทักษะด้านสังคมและการสื่อสาร

ระดับ 1 ค่าเฉลี่ย 0-0.50 คะแนน หมายถึง ขาดความสามารถในการทำกิจกรรมนั้น

ระดับ 2 ค่าเฉลี่ย 0.51-1.50 คะแนน หมายถึง สามารถทำได้แต่ไม่ได้ทำ

ระดับ 3 ค่าเฉลี่ย 1.51-2.50 คะแนน หมายถึง สามารถทำได้แต่ต้องช่วยเหลือทุกครั้ง

ระดับ 4 ค่าเฉลี่ย 2.51-3.50 คะแนน หมายถึง สามารถทำได้เมื่อช่วยเหลือบางครั้ง

ระดับ 5 ค่าเฉลี่ย 3.51-4.00 คะแนน หมายถึง สามารถทำได้เอง

อาการด้านลบ หมายถึง อาการแสดงออกที่ลดลงด้านสีหน้า อารมณ์ การสื่อสารลดลง เฉื่อยชาขาดแรงจูงใจไม่
อยากทำอะไร ขาดความสุขในชีวิต ไม่ร่วมกิจกรรมในชุมชนหรือไม่เข้าสังคม อาการเหล่านี้มักพบได้ในทุกระยะของ
การดำเนินโรค และเป็นตัวทำนายการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง วัดอาการด้านลบของผู้ป่วยจิตเภท
เรื้อรัง โดยใช้แบบวัดอาการทางลบ ค่าคะแนนสูงหมายถึง มีอาการทางลบมาก ค่าคะแนนต่ำหมายถึง มีอาการทางลบ
น้อย แบ่งระดับเป็น 3 ระดับคือ 10-13 คะแนน ถือว่าเป็นผู้มีอาการทางลบมาก คะแนน 5-9 ถือว่าเป็นผู้มีอาการทาง
ลบปานกลาง และคะแนน 0-4 คะแนน ถือว่าเป็นผู้มีอาการทางลบน้อย

ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังระยะเรื้อรังหรือระยะอาการสงบ ที่ได้รับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยใน หมายถึง ผู้ป่วย
จิตเภทเรื้อรังหลังมีอาการทางจิตอยู่ในระยะอาการสงบหรือระยะคงสภาพ ได้ย้ายมาอยู่หอผู้ป่วยเรื้อรังบำบัด

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง การพยาบาลดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ช่วงที่มีอาการของโรครุนแรง ต้องรับผู้ป่วยเข้า
รับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลเพื่อให้อาการทรงตัว ในช่วงที่มีอาการค่อนข้างคงที่พยาบาลให้การดูแล
ประคับประคองในการให้ยาตามแผนการรักษา พัฒนาวิธีที่จะช่วยให้ฟื้นคืนสภาพ และสามารถเผชิญกับปัญหา การจัด
ให้ผู้ป่วยได้รับการเข้ากลุ่มบำบัดต่างๆที่ตรงตามปัญหาและความต้องการ เช่น กลุ่มบำบัดการแก้ไข้ปัญหา (PST) การ
บำบัดความคิดและพฤติกรรม (CBT) จิตบำบัดประคับประคอง (Supportive Psychotherapy) เป็นต้น นอกจากนี้
ยังมีกิจกรรมบำบัดเพื่อเสริมทักษะด้านการออกกกำลังกาย การใช้ชีวิตประจำวันและการอยู่ร่วมกัน การบำบัดทางด้าน
การงาน และอาชีพ การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด และสิ่งแวดล้อมบำบัด

กลุ่มทดลอง หมายถึง กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการสุ่มเข้าเป็นกลุ่มทดลอง ซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติ และได้รับ
โปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม

กลุ่มควบคุม หมายถึง กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการสุ่มเข้าเป็นกลุ่มควบคุม ซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติ

1.7 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1.7.1 ได้โปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ที่เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน สามารถนำลง
สู่การปฏิบัติได้จริง โดยผ่านการตรวจสอบทางทฤษฎีซึ่งมีผลต่อการลดอาการด้านลบของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

1.7.2 พยาบาลจิตเวชทุกระดับ หลังได้รับการฝึกโปรแกรมนี สามารถดำเนินการทำกลุ่มบำบัดกับผู้ป่วยจิตเวชได้
และพยาบาลจิตเวชได้พัฒนาตนเองตามโปรแกรมที่พัฒนาใหม่

1.7.3 ผู้ป่วยสามารถนำทักษะทางสังคมที่ได้รับการฝึกกลับไปใช้ในชุมชนได้

1.7.4 ผู้ป่วยสามารถอยู่กับครอบครัวและชุมชนได้นาน ไม่กลับมารักษาซ้ำเร็ว

1.7.5 สามารถพัฒนาต่อยอดการวิจัย เพื่อการมีทางเลือกการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคมต่อไป

บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาการพัฒนาและประสิทธิผลของโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาคำরা เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังต่อไปนี้

- 2.1 มโนทัศน์เกี่ยวกับการฝึกทักษะทางสังคม
 - 2.1.1 ความหมาย
 - 2.1.2 เป้าหมายการฝึกทักษะทางสังคม
 - 2.1.3 แนวคิดการฝึกทักษะทางสังคม
 - 2.1.4 เหตุผลต้องฝึกทักษะทางสังคม
 - 2.1.5 รูปแบบและเนื้อหาการฝึกทักษะทางสังคม
 - 2.1.6 ประสิทธิผลของการฝึกทักษะทางสังคม
- 2.2 มโนทัศน์เกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภท
 - 2.2.1 ผู้ป่วยจิตเภท
 - 2.2.2 อาการด้านลบในผู้ป่วยจิตเภท
 - 2.2.3 ลักษณะความเสื่อมในผู้ป่วยจิตเภท
 - 2.2.4 กระบวนการเรียนรู้ของผู้ป่วยจิตเภท
 - 2.2.5 พฤติกรรมด้านสังคมและการสื่อสาร
 - 2.2.6 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง
 - 2.2.7 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่หอผู้ป่วยเร่ร่อนบำบัด (ระยะอาการสงบ)
ที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
- 2.3 มโนทัศน์เกี่ยวกับทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม
 - 2.3.1 แนวคิดของทฤษฎีการวางเงื่อนไขแบบการกระทำ
 - 2.3.2 การจัดการเงื่อนไขผลกรรม
- 2.4 มโนทัศน์เกี่ยวกับหลักการเรียนรู้มีส่วนร่วม
- 2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- 2.6 การพัฒนาโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม
- 2.7 กรอบแนวคิดในการวิจัย

2.1 มโนทัศน์เกี่ยวกับการฝึกทักษะทางสังคม

2.1.1 ความหมาย

จรรยา ธัญญาดี (2559) การฝึกทักษะทางสังคม บางครั้งอ้างไปถึงการบำบัดทักษะทางพฤติกรรม (behavioral skills therapy) การบำบัดนี้สนับสนุนโดยตรง และมีประโยชน์ต่อผู้ป่วย นอกจากอาการทางจิตที่พบในผู้ป่วยจิตเภท ยังมีอาการอื่นที่พบ เช่น การไม่สบตา การตอบสนองช้า การแสดงออกทางสีหน้าแปลกๆ ขาดการเข้าร่วมทางสังคม และมีการรับรู้อย่างไม่ถูกต้อง หรือขาดการรับรู้ในอารมณ์ของผู้อื่น

Almerie et al. (2015) การฝึกทักษะทางสังคม เป็นการใช้พฤติกรรมบำบัด และเทคนิคการสอนบุคคลในการสื่อสารเกี่ยวกับอารมณ์ และการบอกความต้องการ ผู้ป่วยเหล่านี้มีโอกาสมากขึ้นในการบรรลุเป้าหมายในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น และเกิดการปรับตัวทางสังคม

Sadock, Sadock & Ruiz (2015) การฝึกทักษะทางสังคม เป็นการบำบัดโดยการฝึกทักษะในพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ร่วมกับการรักษาด้วยยา การบำบัดนี้เน้นให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์โดยให้การประคับประคอง ตามปัญหาอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้าง รวมทั้งการไม่สบตา การตอบสนองช้าและไม่ปกติ การแสดงสีหน้าแปลกๆ การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมที่ไม่ต่อเนื่อง และการรับรู้ไม่ถูกต้องหรือขาดการรับรู้อารมณ์ของบุคคลอื่น

สรุป การฝึกทักษะทางสังคม เป็นการบำบัดโดยใช้เทคนิคการปรับพฤติกรรม โดยมุ่งหวังในการแก้พฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยในด้านสังคม และการสื่อสารทั้งวัจนภาษาและอวัจนภาษา เริ่มตั้งแต่ขาดการประสานสายตา การใช้น้ำเสียง การตอบสนองช้าและไม่ปกติ การแสดงสีหน้าแปลกๆ การบอกความต้องการ ขาดการเข้าร่วมทางสังคม และมีการรับรู้อย่างไม่ถูกต้อง หรือขาดการรับรู้ในอารมณ์ของผู้อื่น

2.1.2 เป้าหมายการฝึกทักษะทางสังคม

เป้าหมายการฝึกทักษะทางสังคมมี 4 เป้าหมายหลัก คือ (Sadock, Sadock & Ruiz, 2015)

2.1.1.1 ผู้ป่วยมีทักษะทางสังคมดีขึ้นในสถานการณ์เฉพาะเจาะจง

2.1.1.2 ทักษะที่เกิดขึ้นสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้สถานการณ์ที่คล้ายคลึงกัน

2.1.1.3 มีการเรียนรู้ใหม่ในทักษะทางสังคมและการสื่อสาร

2.1.1.4 ผู้ป่วยสามารถลดความวิตกกังวล ขณะอยู่ในสังคมได้

2.1.3 แนวคิดการฝึกทักษะทางสังคม

การฝึกทักษะทางสังคม มาจากหลักการพื้นฐานของการเรียนรู้ของมนุษย์ที่ได้จากการทดลองแล้วนำไปใช้จริงในชีวิตประจำวัน องค์ความรู้พื้นฐานที่เกี่ยวกับการฝึกทักษะทางสังคม ได้แก่การเรียนรู้แบบมีเงื่อนไข การวิเคราะห์พฤติกรรม ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม จิตวิทยาสังคม การรับรู้ทางสังคม (Kopelowicz et al., 2006 อ้างใน จีรพันธ์ เอิบกุล, 2553) และทฤษฎีพุทธิปัญญา (Lieberman et al., 2005) เป็นวิธีการที่เป็นระบบในการสอนทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่มีประสิทธิภาพต่อการทำหน้าที่และอาการทางลบดีขึ้นในผู้ป่วยจิตเภท (Brown, Mueser & Pratt, 2020) การฝึกทักษะทางสังคมเป็นอีกรูปแบบหนึ่งสำหรับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคม ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีอาการทางจิตที่หลงเหลือ เช่น แยกตัวเอง ไม่สนใจดูแลตนเอง การบกพร่องทางพุทธิปัญญา (cognition) รวมถึงข้อจำกัดในทักษะทางสังคม จุดมุ่งหมายคือ การฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อพัฒนาหน้าที่ความสามารถ โดยใช้หลักทฤษฎีการเรียนรู้ในการฝึกผู้ป่วยเรื่องกิจวัตรประจำวัน การทำงาน การพักผ่อน สันทนาการ และการสร้างสัมพันธภาพ เช่น การทักทาย การสนทนา (ปัทมา ศิริเวช, 2552) ซึ่งเป้าหมายเฉพาะของการฝึกทักษะทางสังคมคือ ผู้ป่วยมีการสื่อสารที่ดีขึ้น การรู้จักคบเพื่อน สามารถแก้ไขความขัดแย้งได้ และการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้ (การคมนาคม การรู้จักใช้จ่ายเงิน) ส่วนเป้าหมายระยะยาว เพื่อให้ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพกับบุคคลรอบข้างอย่างมีคุณภาพ สามารถทำบทบาทหน้าที่ และพึ่งพาตนเองได้ (Pinkham et al., 2012) การฝึกทักษะทางสังคมเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคม ซึ่งผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยทางจิต มักมีความบกพร่องในการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและการทำหน้าที่ทางสังคม ผู้ป่วยบางรายแยกตัวจากเพื่อนและครอบครัว การสื่อสารกับบุคคลอื่นไม่เหมาะสม และไม่สามารถทำงานได้ตามเดิม (จิตรรัตน์ พิมพ์ดีด และคณะ, 2552) มี

การแบ่งการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทออกเป็น 2 องค์ประกอบ กล่าวคือ 1. องค์ประกอบย่อย (Micro components) ได้แก่ ด้านวัจนภาษา (ภาษาพูด) ด้านภาษาที่สื่อออกมาจากความรู้สึก (ภาษาพูด ภาษากาย และใจ) (paralinguistic) และองค์ประกอบด้านอวัจนภาษา (ภาษากาย) เช่น การประสานสายตา การแสดงออกทางสีหน้า และการเปล่งเสียง ผู้ป่วยจิตเภทที่มีความบกพร่องทางพุทธิปัญญา และมีอาการด้านลบ ส่งผลให้ทักษะทางสังคมแย่ลง 2. องค์ประกอบหลัก (Macro components) กล่าวถึงการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยที่สามารถปรับตัวต่อสังคมได้ เช่น สามารถทำงาน หรือเรียนหนังสือได้ ความสามารถทำบทบาทการเป็นผู้ปกครองพ่อหรือแม่ หากเป็นผู้ใหญ่สามารถพึ่งพาตนเองและอาศัยอยู่โดยลำพังได้ มีรายได้เพียงพอจากการทำงาน มีเครือข่ายที่เข้มแข็งกับครอบครัว เพื่อน และพึงพอใจต่องานที่ทำ (Pinkham et al., 2012)

2.1.4 เหตุผลต้องฝึกทักษะทางสังคม

อาการด้านลบของโรคจิตเภทเป็นสาเหตุของผลการดำเนินโรคที่ไม่ดีในโรคจิตเภท และเป็นความต้องการการรักษาที่ไม่ได้รับการตอบสนองอย่างมีนัยสำคัญในผู้ป่วยจำนวนมาก การลดอาการด้านลบอาจส่งผลให้มีส่วนร่วมในอาชีพ การใช้ชีวิตอิสระ กิจกรรมทางสังคม และสันติภาพที่ดีขึ้น . ไม่ต้องสงสัยเลยว่าการรักษาอาการด้านลบอย่างมีประสิทธิภาพในโรคจิตเภทจะมีผลอย่างมากต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว ตลอดจนระบบสุขภาพจิตและเศรษฐกิจในวงกว้าง มีคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญเรียกร้องให้มีการรักษาอาการด้านลบ (Granholm & Harvey, 2018) ผู้ป่วยจิตเภทเมื่อมีการเจ็บป่วยทางจิตเกิดขึ้น ผลที่ตามมาผู้ป่วยจิตเภทจะไร้ความสามารถทางสังคม อาจเนื่องมาจากปัจจัยแตกต่างกันหลายสาเหตุ รวมทั้งความสัมพันธ์กับการเจ็บป่วยและปัจจัยอื่นๆ ซึ่งมีการรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างกว้างขวางที่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทได้ เช่นเมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิตรุนแรง ส่งผลรบกวนต่อการปรับตัวทางสังคมของผู้ป่วย มีการรักษาด้วยยา การสอนการป้องกันอาการกำเริบ และการช่วยบุคคลให้มีความยืดหยุ่นในการเผชิญกับอาการที่หลงเหลืออยู่ เพื่อให้สามารถทำหน้าที่ทางสังคมได้ แต่การฝึกทักษะทางสังคม เป็นวิธีเดียวในการฝึกผู้ป่วยทางจิตที่ไร้ความสามารถ ซึ่งมีการศึกษาทำวิจัยรองรับ เพื่อพัฒนาการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วย และทำการประเมินซ้ำในงานวิจัย (Corrigan et al., 2008) เพราะฉะนั้นการบำบัดรักษาที่ส่งผลมากที่สุด ต่อการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทให้ดีขึ้น นั่นก็คือการบำบัดรักษาตามธรรมชาติด้านจิตสังคม ซึ่งการฝึกทักษะทางสังคมเป็นรูปแบบหนึ่งของการบำบัดทางจิตสังคมด้วย ส่วนการรักษาด้วยยาไม่สามารถมีผลโดยตรงให้ผู้ป่วยสามารถทำหน้าที่ทางสังคมได้ดีขึ้น ซึ่งยาเพียงแต่ช่วยลดอาการทางจิตเท่านั้น (Pinkham et al., 2012)

อีกทั้งผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ มักจะเริ่มป่วยตั้งแต่อ่อนได้เรียนรู้ทักษะทางสังคมแบบผู้ใหญ่โดยกระบวนการทางธรรมชาติ ดังนั้นทักษะทางสังคมส่วนใหญ่ที่ผู้ป่วยขาดไป เกิดจากความบกพร่องทางการรับรู้ และการเรียนรู้ซึ่งผู้ป่วยเป็นตั้งแต่ก่อนป่วยด้วย และส่งผลทำให้ความสามารถทางสังคมหยุดพัฒนาในช่วงระยะเริ่มมีอาการและก่อนหน้านั้น (Kopelowicz et al., 2006 อ้างใน จีรพันธ์ เอบกมล, 2553)

2.1.5 รูปแบบและเนื้อหาการฝึกทักษะทางสังคม

โปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม ส่วนมากจะเน้นที่ทักษะด้านสังคม จากการฝึกการสนทนาเพื่อใช้ในการถูกสัมภาษณ์ขณะไปสมัครงาน การบำบัดตามปกติประกอบด้วยหลักการทางพฤติกรรม ซึ่งอยู่ภายใต้การฝึกทักษะทางสังคม การฝึกทักษะทางสังคมมีผลต่อพฤติกรรม เอื้อให้เกิดทักษะด้านสังคมต่างๆ และทักษะในชีวิตประจำวัน ซึ่งเอื้อให้เกิดการฟื้นหายในการทำหน้าที่ในผู้ป่วยจิตเภท (Gannon & Eack, 2016)

การฝึกทักษะทางสังคม เป็นการสอนเกี่ยวกับพฤติกรรมของบุคคลให้มีการสื่อสารที่ถูกต้องตามความรู้สึก ความคิด และต้องเอื้อให้เกิดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลตามเป้าหมาย การมีปฏิสัมพันธ์ที่ประสบความสำเร็จนั้น หมายถึงการมีทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพทั้งวัจนภาษาและอวัจนภาษา (Perry & Antai-Otong, 2008) โปรแกรมที่ใช้ในการฝึกทักษะทางสังคมอาจจะแตกต่างกันขึ้นอยู่กับเนื้อหาของทักษะที่ต้องการฝึก แต่โดยส่วนใหญ่แล้วทุกโปรแกรมจะเน้นที่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เป้าหมายหลักในการฝึกอบรม เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถนำทักษะที่ได้เรียนรู้ไปใช้ในสถานการณ์จริง เมื่อกลับไปอยู่ในชุมชนของตน เทคนิคต่างๆที่ใช้ในการฝึกผู้ป่วยจิตเภท เช่น การแสดงบทบาทสมมติ การสาธิตทักษะทางสังคมให้เห็นพฤติกรรมที่เหมาะสมในสถานการณ์ต่างๆ การฝึกซ้อมทำซ้ำๆโดยมีผู้ฝึก

คอยแนะนำปรับแก้ไขให้แรงเสริมทางบวก จนกระทั่งผู้ป่วยสามารถฝึกทักษะซ้ำๆ ทำได้ถูกต้องและสามารถทำได้ดีขึ้น การเป็นตัวแบบทางสังคม การมอบหมายงาน การฝึกพฤติกรรมโดยให้ชมวิดีโอที่เป็นตัวอย่าง การอัดเทปพฤติกรรมของผู้ป่วย ขณะที่ฝึก และการให้ข้อมูลย้อนกลับ (Lieberman et al., 2005; Malone Cole, 2012; Sadock, Sadock & Ruiz, 2015)

ทักษะทางสังคมที่พบเห็นในโปรแกรมการฝึกทั่วไป คือ ทักษะการสื่อสาร การพูดคุยโต้ตอบได้อย่างเหมาะสม การสบตาขณะพูดคุย การปฏิเสธด้วยคำพูดและท่าทาง และการกล่าวขอบคุณและคำขอโทษ การใช้ระดับเสียงเหมาะสมในการพูดคุย การใช้สรรพนามอย่างเหมาะสม การใช้คำพูดสุภาพ การรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น การรับฟังเรื่องราวผู้อื่นพูดได้อย่างต่อเนื่องและการถามเรื่องที่สนใจหรือสงสัย (จิตารัตน์ พิมพ์ดีด และคณะ, 2552: จิตารัตน์ พิมพ์ดีด, ญัฎฐาภรณ์ เบ้าเรือง และสุนละมัย ทาคำใจ, 2560) การรู้จักแสดงความคิดเห็นต่อบริบทของสังคม การมีสมาธิตั้งใจฟัง สัมพันธภาพระหว่างบุคคลและครอบครัว การพบปะเพื่อนฝูง การสร้างมิตรและการรู้จักคบเพื่อนใหม่ การออกเดท การทำกิจกรรมและนัดหมายการยามว่าง การพูดคุยโต้ตอบกับทีมสุขภาพ หรือการจัดการกับสถานการณ์ทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับการดื่มแอลกอฮอล์หรือยา การจัดการกับการเจ็บป่วย การดูแลตนเอง การรับประทานยา การป้องกันอาการกำเริบ การบริหารเงิน ทักษะในครัวเรือน แสดงออกถึงความคิดและความต้องการของตนเองอย่างเหมาะสม ทักษะการใช้ชีวิตในชุมชน ทักษะด้านสังคม ทักษะการทำงาน ทักษะการตัดสินใจและแก้ปัญหา การสอนให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนการมองสถานการณ์แบบใหม่ ๆ รูปแบบการฝึกอาจเป็นรายบุคคลหรือรายกลุ่ม มีการฝึกบทบาทสมมติฝึกในสถานการณ์จริงขณะอยู่รักษา ฝึกในสถานการณ์จำลอง (จีรพันธ์ เอิบกมล, 2553; Lieberman et al., 2005; Malone Cole, 2012; Gannon & Eack, 2016; Brown, Mueser & Pratt, 2020) สำหรับผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล ควรได้เข้าโปรแกรมการฝึกรายกลุ่ม 3 ครั้งต่อสัปดาห์ จนกระทั่งผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้าน ถ้าผู้ป่วยที่พลาดจากโปรแกรมการฝึก สามารถเข้าโปรแกรมการฝึกรายบุคคลได้ โดยใช้สถานที่ต่างๆ ที่สะดวก เช่น ห้องพักของผู้ป่วยเอง ที่ทำงาน หรือในชุมชน การเสริมแรงใช้วิธีการให้รางวัลเรียกว่าเบี้ยอรรถกร (Token Economy) (Corrigan et al., 2008) ตัวอย่างเช่น การให้เบี้ยอรรถกร (เหรียญ) และการให้การเสริมแรงที่เป็นอาหารที่ผู้ป่วยต้องการ พร้อมทั้งการให้คำชมเชยเมื่อผู้ป่วยมีความรับผิดชอบทำงานตามที่มอบหมายได้ ให้ความร่วมมือในการเข้ากลุ่มกิจกรรมต่างๆ ที่จัดให้ได้ อีกทั้งสามารถสื่อสารบอกความต้องการ ถามเรื่องที่สนใจหรือสงสัยหรือสนทนาได้อย่างเหมาะสม หรือสามารถทำความสะอาดที่อยู่อาศัยได้ ฝึกมารยาทในการรับประทานอาหาร สามารถฝึกทักษะต่างๆ ผ่าน เป็นต้น (จิตารัตน์ พิมพ์ดีด และเยาวภา ไตรพฤษชาติ, 2551; จิตารัตน์ พิมพ์ดีด และคณะ, 2552: จิตารัตน์ พิมพ์ดีด, ญัฎฐาภรณ์ เบ้าเรือง และสุนละมัย ทาคำใจ, 2560)

2.1.6 ประสิทธิภาพของการฝึกทักษะทางสังคม

การฝึกทักษะทางสังคมมีผลทำให้การทำหน้าที่ต่างๆ ของผู้ป่วยจิตเภทได้ดีขึ้น ผู้ป่วยมีทักษะการดำเนินชีวิตอย่างอิสระได้ดีขึ้น ผู้ป่วยที่เข้าโปรแกรมการจัดหางาน สามารถทำงานได้และได้รับค่าจ้าง (Malone Cole, 2012) Turner, et al. (2018) ได้ศึกษาการฝึกทักษะทางสังคมและการบำบัดที่เกี่ยวข้องสำหรับโรคจิต เป็นวิจัยสังเคราะห์แบบมหัพภาค ผลการศึกษาพบว่าเป็นการวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มอยู่ 27 เรื่อง และพบว่า SST มีประสิทธิภาพมากกว่าการบำบัดที่มีอยู่ตามปกติในด้านอาการด้านลบ และอาการทางจิต อีกทั้งความยั่งยืนของทักษะยังคงอยู่ภายในหนึ่งปีหลังจากการรักษาสิ้นสุดลง การศึกษาของ Almerie et al. (2015) ศึกษาโปรแกรมทักษะทางสังคมสำหรับผู้ป่วยจิตเภท เป็นวิจัยสังเคราะห์แบบมหัพภาค ผลการศึกษาพบว่าเป็นการวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มอยู่ 13 เรื่อง ซึ่งการศึกษาเหล่านี้พบว่า อัตราการกำเริบ และการกลับเข้ารับรักษาซ้ำในกลุ่มที่ได้รับการฝึกทักษะทางสังคมต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐาน และสถานะจิตใจของกลุ่มที่ได้รับการฝึกทักษะทางสังคมดีกว่า อีกทั้งคุณภาพชีวิตดีขึ้นในกลุ่มที่ได้รับการฝึกทักษะทางสังคม และการศึกษาของ Barzegar et al. (2016) ได้ทำการศึกษาประสิทธิภาพของการฝึกทักษะทางสังคมต่อการลดอาการ

ด้านลบในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ที่มีความบกพร่องทางสังคม อาจเสี่ยงต่อการกำเริบสูงขึ้น หลังได้รับการฝึกทักษะทางสังคมพบว่าสามารถมีผลต่อการลดอาการด้านลบได้ อย่างไรก็ตามการฝึกทักษะทางสังคม ไม่ได้ป้องกันอาการกำเริบ (Bellack et al., 2004) ผลของการฝึกทักษะทางสังคมที่เกิดกับการทำงาน การป้องกันการกลับเป็นซ้ำหรือการป้องกันพยาธิสภาพทางจิตยังไม่ชัดเจน (เนาวรัตน์ สุขณะล้ำ, 2556) อย่างไรก็ตาม การฝึกทักษะทางสังคมช่วยลดอัตราการกำเริบได้ (Sadock, Sadock & Ruiz, 2015) ผู้ป่วยจิตเภทบางคนไม่เคยมีประสบการณ์ในทักษะทางสังคม แต่ในบางคนเคยมีแต่บกพร่องไป แต่ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีความบกพร่องในทักษะทางสังคม (Bellack et al., 2004) ดังนั้น หากผู้ป่วยจิตเภทได้รับการฝึกทักษะทางสังคม ซึ่งมีความจำเป็นและสำคัญทำให้ผู้ป่วยจิตเภทได้เรียนรู้การสื่อสาร และการแสดงออกที่เหมาะสมจากต้นแบบ จะช่วยลดอัตราการกำเริบ และเพิ่มความร่วมมือในการรักษา (Simpson & Moriarity, 2014 อ้างใน จิราภรณ์ สรรพวีรวงศ์ และปลดดา เหมโลหะ, 2558; Sadock, Sadock & Ruiz, 2015) มีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ชัดเจนเกี่ยวกับการฝึกทักษะทางสังคมให้กับผู้ป่วยจิตเภทโดยมีงานวิจัยที่ประเมินการฝึกทักษะทางสังคม ซึ่งพบว่าการปรับตัวทางสังคมดีขึ้นและปรับตัวในการปฏิบัติหน้าที่ในชุมชนได้ ทักษะการดำเนินชีวิตโดยอิสระพัฒนาขึ้น (เนาวรัตน์ สุขณะล้ำ, 2556) จากการฝึกทักษะทางสังคมขึ้นพื้นฐานพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม ความยั่งยืนของทักษะที่ผู้ป่วยเรียนรู้ยังคงอยู่ระหว่าง 6-12 เดือน และจากการศึกษาการฝึกทักษะทางสังคมร่วมกับการให้ยารักษาโรคจิต มีนัยสำคัญอัตราการกำเริบต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับยารักษาโรคจิตเพียงอย่างเดียว (ร้อยละ 30 และ ร้อยละ 46 ตามลำดับ) และความยั่งยืนของทักษะที่ผู้ป่วยเรียนรู้ยังคงอยู่นาน 21 เดือน แต่ยังไม่ถึง 24 เดือน จากการค้นพบนี้ให้ข้อเสนอแนะว่า การฝึกทักษะทางสังคมร่วมกับการบำบัดทางจิตสังคมอื่นๆ ควรทำการกระตุ้นเป็นระยะ เพื่อให้ผู้ป่วยอยู่ในระยะคงสภาพการรักษา (Swartz et al., 2012) อีกทั้งผู้ป่วยจิตเภทมีทักษะทางสังคมด้านต่างๆเพิ่มขึ้น มีอาการทางจิตลดลง มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและคุณภาพชีวิตดีขึ้น (จิรพันธ์ เอิบกมล, 2553) มีการศึกษาอื่นๆด้วยการฝึกทักษะทางสังคม ผู้ป่วยที่ได้รับยาในขนาดสัดส่วนที่ต่ำ และผู้ป่วยยังมีอาการทางจิต ผลพบว่าผู้ป่วยมีการปรับตัวทางสังคมได้ดีมาก (Marder, 1996 cited by Miller, Mc Evoy, Jeste & Marder, 2012)

สรุป การฝึกทักษะทางสังคมทำให้ผู้ป่วยจิตเภทได้เรียนรู้การสื่อสาร และการแสดงออกของพฤติกรรมที่เหมาะสมจากต้นแบบ จะช่วยลดอาการด้านลบ และอาการทางจิตลดลง ลดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงลงได้ สามารถดำเนินชีวิตอย่างอิสระได้ดีขึ้น ทำงานได้และได้รับค่าจ้าง ลดอัตราการกำเริบ และการกลับมารักษาซ้ำ มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและคุณภาพชีวิตดีขึ้น สามารถปรับตัวทางสังคมได้ดีขึ้น และเพิ่มความร่วมมือในการรักษา การฝึกทักษะทางสังคมมีผลต่อพฤติกรรมของผู้ป่วยที่มีความบกพร่องในทักษะต่างๆ ทั้งระยะเฉียบพลันและระยะเจ็บป่วยเรื้อรัง อาจจัดโปรแกรมเป็นรายบุคคลหรือเป็นกลุ่ม โดยใช้เทคนิคต่างๆ เช่น การเสริมแรงทางบวก การแสดงบทบาทสมมติ การฝึกซ้อมทำซ้ำๆ การเป็นตัวแทนทางสังคม การมอบหมายงาน และการให้ข้อมูลย้อนกลับ เป็นต้น ระยะเวลาการฝึกเพียงพอ มีการเสริมแรงทันที เนื้อหาการฝึกต้องสอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่ในชุมชน หลังการฝึกทักษะทางสังคมความยั่งยืนของทักษะที่ผู้ป่วยเรียนรู้มีทักษะดีขึ้นอยู่ระหว่าง 6-12 เดือน และการฝึกทักษะทางสังคมร่วมกับการให้ยารักษาโรคจิต ความยั่งยืนของทักษะที่ผู้ป่วยเรียนยังคงอยู่ 21 เดือน แต่ยังไม่ถึง 24 เดือน อย่างไรก็ตามผู้ป่วยควรได้รับการบำบัดทางจิตสังคมอื่นๆร่วมด้วย และมีการกระตุ้นพฤติกรรมของผู้ป่วยเป็นระยะ เพื่อให้ผู้ป่วยอยู่ในระยะคงสภาพการรักษา

2.2 มโนทัศน์เกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภท

2.2.1 ผู้ป่วยจิตเภท

โรคจิตเภทเป็นการเจ็บป่วยทางจิตที่พบได้มากที่สุด ความผิดปกติที่พบคือจะค่อยเป็นค่อยไป เริ่มจากการแยกตัวของผู้ป่วยจนกระทั่งมีอาการทางจิตอย่างเด่นชัดคือ หลงผิด ประสาทหลอน และมีพฤติกรรมแปลกๆ ก้าวร้าวดุร้าย เป็นต้น (เนาวรัตน์ สุขณะล้ำ, 2556) โรคจิตเภทเป็นโรคหนึ่งของความเจ็บป่วยทางจิตที่พบบ่อย เป็น 1 ใน 10 สาเหตุของภาวะไร้ความสามารถของประชากรโลกในช่วงอายุ 15-44 ปี ที่เกิดขึ้นได้ในทุกวัฒนธรรม เชื้อชาติ และเศรษฐกิจฐานะทางสังคม มีอาการของโรคจิตเป็นอาการเด่น ส่งผลกระทบต่อการทำหน้าที่ด้านต่างๆ มักเป็นเรื้อรังเป็น

เวลานาน โดยอาจมีอาการเป็นช่วงๆ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถกลับไปดำเนินชีวิตตามปกติตามวัย การบำบัดรักษา และการพยาบาลทั้งด้านชีวภาพ จิตใจ และสังคม จะช่วยลดอาการทางจิต และการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยให้สามารถดูแลช่วยเหลือตนเอง มีทักษะทางสังคมต่างๆ รวมทั้งช่วยลดภาระของครอบครัวและสังคมได้ (จรรยา ธัญญาดี, 2559) ผู้วิจัยขอนำเสนอรายละเอียดเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภท จากการทบทวนวรรณกรรมดังนี้

2.2.1.1 ความหมาย

ผู้ป่วยจิตเภทมีความผิดปกติของความคิด เป็นอาการเด่น แต่มีผลถึง การรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรมเป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน โรคจิตเภทเป็นโรคที่ศักยภาพและพัฒนาการของสมองเปลี่ยนแปลงไป โดยที่ผู้ป่วยไม่มีโรคทางกาย โรคทางสมอง พืชจากยาหรือสารเสพติดที่เป็นสาเหตุของอาการดังกล่าว (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2554; เพียรดี เปี่ยมมงคล, 2556; สมภพ เรื่องตระกูล, 2556: เนาวรัตน์ สุขณะล้ำ, 2556; จรรยา ธัญญาดี, 2559: Prasad, 2016) ส่งผลกระทบต่อการทำหน้าที่ด้านสังคม การงานหรือสุขอนามัยของผู้ป่วย (จรรยา ธัญญาดี, 2559) ซึ่งทำให้ความคิด ภาษา การสื่อสาร อารมณ์ พฤติกรรมทางสังคม และการรับรู้ผู้ป่วยผิดแปลกไปจากความจริง (นภวัลย์ กัมพลาศิริ, 2557)

2.2.1.2 ระบาดวิทยา และการดำเนินโรค

อัตราความชุกตลอดชีพของโรคสูงเนื่องจากความเรื้อรังของโรคพบร้อยละ 1 ทั่วโลก (จิราภรณ์ สรรพวิรวงศ์ และปลดา เหมโลหะ, 2558: กนกวรรณ ลิ้มศรีเจริญ, 2558) และอุบัติการณ์พบ 0.5-5 ต่อ 10,000 ต่อปี โรคจิตเภทมีอุบัติการณ์เกิดในเพศหญิงและเพศชายเท่ากัน เพศชายพบว่าเป็นโรคจิตเภทเมื่ออายุน้อยกว่าและเป็นเร็วกว่าเพศหญิง อายุที่พบเริ่มป่วยมากที่สุดในเพศชายคือ ช่วงอายุ 10-15 ปี เพศหญิงคือ ช่วงอายุ 25-35 ปี พบมากในผู้มีระดับเศรษฐฐานะต่ำ พบว่าผลลัพธ์ของโรคจิตเภทในเพศหญิงดีกว่าเพศชาย (เนาวรัตน์ สุขณะล้ำ, 2556; กนกวรรณ ลิ้มศรีเจริญ, 2558: Sadock, Sadock & Ruiz, 2015) ไม่มีความแตกต่างในระหว่างเชื้อชาติ สถานะของสังคม หรือวัฒนธรรม แต่มีความแตกต่างในเรื่องเพศดังที่กล่าวข้างต้น (เนาวรัตน์ สุขณะล้ำ, 2556) โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรัง อาการเป็นๆหายๆ แต่ละรายมีการดำเนินโรคแตกต่างกัน ส่วนใหญ่มักไม่หายเป็นปกติ พบว่าร้อยละ 25 อาการกลับเป็นปกติ ร้อยละ 40 อาการกลับเป็นซ้ำ ร่วมกับเสียหน้าที่ทางสังคมและทำงานไม่ได้ ส่วนที่เหลือร้อยละ 35 มีอาการเรื้อรังและเสียการทำหน้าที่ (กนกวรรณ ลิ้มศรีเจริญ, 2558) การดำเนินโรคของโรคจิตเภทไม่เหมือนกันเป็นอย่างมาก ด้วยผลลัพธ์ที่หลากหลายจากการฟื้นฟูหายจากโรคจนกระทั่งมีอาการป่วยเรื้อรัง อาทิเช่น การรักษาด้วยยาต้านโรคจิต และการรักษาด้วยวิธีอื่นๆหากเป็นไปได้ควรเริ่มรักษาตั้งแต่เริ่มมีอาการ การรักษาในระยะคงสภาพการรักษา เป็นการดำรงไว้ซึ่งอาการฟื้นฟูให้คงอยู่ด้วยการรักษาด้วยยาต้านโรคจิต แต่ในปัจจุบันนี้ยังไม่สามารถแยกแยะให้แน่ชัดได้ว่าในผู้ป่วยแต่ละคนว่าใครเพิ่งเริ่มมีการดำเนินโรค หรือมีการดำเนินโรคเรื้อรังแล้ว (Perkins & Liberman, 2012)

2.2.1.3 การพยากรณ์โรคจิตเภท

การพยากรณ์โรคเป็นโรคเรื้อรังตลอดชีวิต อาการเป็นๆหายๆ (กนกวรรณ ลิ้มศรีเจริญ, 2558) ผู้ป่วยหญิงเริ่มมีอาการเมื่ออายุมาก เป็นแบบเฉียบพลันและมีปัจจัยกระตุ้นชัดเจน แต่ผู้ป่วยชายเริ่มมีอาการเมื่ออายุน้อย อาการค่อยเป็นค่อยไป ไม่มีปัจจัยกระตุ้น มีอาการกำเริบบ่อยกว่าผู้ป่วยหญิง และตอบสนองต่อยาไม่ดี (กนกวรรณ ลิ้มศรีเจริญ, 2558; Prasad, 2016) ผู้ป่วยจิตเภทมีจำนวนน้อยมากที่อาการจะดีขึ้นกว่าเดิม ถ้ามีอาการกำเริบในแต่ละครั้งยิ่งส่งผลให้การทำหน้าที่ด้านต่าง ๆ เสื่อมมากขึ้นตามไปด้วย จากงานวิจัยจำนวนหนึ่งชี้ให้เห็นว่าก่อนเริ่มมีอาการของโรค ผู้ป่วยจิตเภทชายมีความเสื่อมถอยจะเกิดกลุ่มอาการด้านลบมากกว่าผู้ป่วยจิตเภทหญิง ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทหญิงพบว่ามีกลุ่มอาการด้านลบมากกว่า และการพยากรณ์โรคดีกว่า ยังสามารถทำหน้าที่ทางสังคมได้ดี (American Psychiatric Association: A.P.A., 2000; Sadock, Sadock & Ruiz, 2015) ส่วนด้านสถานภาพทางสังคมและเศรษฐฐานะไม่ได้มีผลกระทบโดยตรงต่อผู้ป่วยจิตเภท อย่างไรก็ดี สถานภาพทางสังคมอาจมีผลกระทบต่อบุคคลที่สัมพันธ์กับการเข้าถึงแหล่งบริการ และความสามารถในการจ่ายค่ารักษา การอาศัยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มีความเครียดสูง และการขาดความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของบุคคลที่อยู่รอบข้าง ผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในวัฒนธรรมของคนในเอเชีย ซึ่งมีรายได้ระดับต่ำถึงระดับปานกลาง พบว่ามีอัตราฟื้นฟูหาย ร้อยละ 36.4 เกือบจะ 3 เท่าของคนที่อยู่ในประเทศที่มีรายได้สูงกว่าระดับ

ปานกลางถึงระดับสูงซึ่งพบว่ามียัตราพันหายเพียงร้อยละ 12-13 เนื่องจากการยอมรับการเจ็บป่วย และระบบ ประคับประคองของครอบครัวที่ให้ความสำคัญต่อบทบาทนี้มากกว่า ไม่ใช่เป็นเพราะจากวัฒนธรรมเพียงอย่างเดียว (Prasad, 2016)

2.2.1.4 ลักษณะอาการของโรคจิตเภท

ลักษณะอาการของโรคจิตเภท แบ่งออกเป็น 3 กลุ่มอาการดังนี้ (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2554)

1. อาการเริ่มต้น มีลักษณะดังนี้

1) อาการเริ่มต้นด้วยมีพฤติกรรมเปลี่ยนไปจากเดิม เช่น ชอบแยกตัวอยู่ตามลำพัง พูดน้อยลง ไม่สนใจตนเอง แต่งกายสกปรก

2) แสดงอารมณ์ไม่เหมาะสมกับเหตุการณ์ สีหน้าเฉยเมย

3) ขาดความคิดริเริ่ม ไม่สนใจการเรียน และการทำงาน

4) ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันบกพร่อง

5) พูดคนเดียว

2. อาการป่วย มีอาการผิดปกติของความคิด การรับรู้ และอารมณ์ มีความสับสนเกี่ยวกับตนเอง เอกลักษณ์ ของตน ตลอดจนบกพร่องในบทบาทหน้าที่ของตน

ลักษณะของอาการป่วย

1) ความผิดปกติของความคิด มีหลงผิด

2) ความผิดปกติของการรับรู้ อาการที่พบบ่อยได้แก่ อาการประสาทหลอน เป็นการรับรู้โดยที่ไม่มี สิ่งมากระตุ้นจากภายนอก อาการประสาทหลอนพบได้ทางการได้ยิน มองเห็น การสัมผัส การได้กลิ่น และมีภาพ หลอน

3) ความผิดปกติด้านอารมณ์ Apathy คือ มีอารมณ์เฉยเมย ไม่แสดงความรู้สึกใดๆ Inappropriate mood แสดงอารมณ์ไม่เหมาะสมกับเหตุการณ์

4) ความสับสนเกี่ยวกับตนเอง เอกลักษณ์ของตน ตลอดจนบกพร่องในบทบาทหน้าที่ของตน

3. อาการทางคลินิกของผู้ป่วยจิตเภท

Bleuler (1950 in Rebraca 1994 อ้างใน อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2554) ได้แบ่งอาการของโรคจิตเภทไว้ เป็น 2 ลักษณะใหญ่ๆ ดังนี้

1) Primary symptoms อาการระดับต้น มีลักษณะ 4A ดังนี้

Association disturbance or loosening of association มีความผิดปกติในการติดต่อเชื่อมโยงสิ่ง ต่างๆทั้งตนเอง บุคคลและครอบครัว

Affective disturbance or inappropriate mood มีความผิดปกติด้านอารมณ์ มีอารมณ์และการ แสดงออกไม่สอดคล้องกับเหตุการณ์

Autism มีความคิดหมกมุ่นแต่เรื่องของตนเอง

Ambivalence มีความรู้สึกสองอย่างในเวลาเดียวกัน เกิดความรู้สึกไม่แน่ใจ กังวลใจตลอดเวลา

2) Secondary symptoms อาการระดับที่สอง เป็นอาการที่รุนแรงขึ้นกว่าระดับต้น ผู้ป่วยจะมี อาการเด่น ดังนี้ มีอาการหลงผิด การแปลภาพผิดไปจากความจริง การรับรู้ผิด (Hallucination)

3) อาการอื่นๆ คือ

-สูญเสียความเป็นตนเอง และเอกลักษณ์ของตน

-ความสามารถในการทำสิ่งต่างๆเสีย

-สูญเสียการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม

-อารมณ์ขึ้นๆลงๆ

-มีอาการเจ็บป่วยทางกาย

-ความอยากอาหารเปลี่ยนแปลง

2.2.1.5 ระยะของการดำเนินโรค

การดำเนินของโรคแบ่งออกเป็น 4 ระยะ คือ

1. **ระยะก่อนป่วย** (premorbid phase) เป็นช่วงระยะเวลาก่อนที่จะมีอาการของโรคจิตเภทเกิดขึ้น ผู้ป่วยมีความบกพร่องเล็กน้อยของการทำหน้าที่ทางความคิด (cognitive function) เช่น ระดับเซวาร์ปัญญา ความใส่ใจ (attention) ความจำเกี่ยวกับการพูด (verbal memory) การทำงานของสมองด้านการวางแผนต่างๆ (executive function) และการเคลื่อนไหว (motor skill) ผู้ป่วยมักมีประวัติมีบุคลิกภาพแบบ schizoid หรือ schizotypal personalities เช่น ยอมตามผู้อื่น ชอบคิดแต่เรื่องของตนเอง ในวัยเด็กมีเพื่อนน้อย อาจชอบดูภาพยนตร์หรือโทรทัศน์ ฟังเพลง หรือเล่นเกมคอมพิวเตอร์ ซึ่งเป็นกิจกรรมสังคมที่แยกตัวจากผู้อื่น ซึ่งบุคลิกภาพก่อนป่วยนี้มักจะเป็นตัวบ่งชี้ถึงการปรับตัวทางสังคมไม่ดี (จรรยา ธัญญาดี, 2559)

2. **ระยะอาการนำ** (prodromal phase) ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเริ่มมีอาการเปลี่ยนแปลงแบบค่อยเป็นค่อยไป โดยช่วงแรกอาจมีอาการวิตกกังวล หรือเศร้าที่ไม่เฉพาะเจาะจงกับเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ตามมาด้วยกลุ่มอาการด้านลบ เช่น มีปัญหาในด้านหน้าที่ความรับผิดชอบ หรือด้านสัมพันธภาพ การเรียนหรือการทำงานแย่ลง เก็บตัว ละเลยเรื่องสุขอนามัยหรือการแต่งกาย ผู้ป่วยอาจหันมาสนใจในด้านปรัชญา ศาสนา หรือจิตวิทยา มีการใช้คำหรือสำนวนแปลกๆ ขณะเดียวกันจะเริ่มมีอาการด้านบวก มีอาการด้านอารมณ์ อาการด้านความคิด มีพฤติกรรมดูแล้วแปลกๆ อาจออกดูระแวง แต่ก็ไม่ถึงกับผิดปกติชัดเจน ผู้ป่วยอาจเริ่มจากบ่นเกี่ยวกับอาการทางกาย เช่น ปวดศีรษะ ปวดหลัง และกล้ามเนื้อ อ่อนเพลีย และมีปัญหาย่อยอาหาร หรือคิดว่าตนเองป่วยเป็นโรคทางกาย ญาติหรือคนใกล้ชิดมักเห็นว่าผู้ป่วยเปลี่ยนไปไม่เหมือนเดิม ระยะนี้อาจสั้นเพียง 2-3 สัปดาห์ หรือหลายเดือน การศึกษาส่วนใหญ่ระบุว่าระยะเวลาเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 2-5 ปี ก่อนอาการกำเริบ ดังนั้นการให้การช่วยเหลือแต่เนิ่นๆ จะช่วยให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีขึ้นในระยะยาว (มาโนช หล่อตระกูล, 2555; จรรยา ธัญญาดี, 2559)

3. **ระยะอาการกำเริบ** (active phase) ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มอาการด้านบวก เมื่อผู้ป่วยมีอาการของโรคมามากขึ้น มักพบว่าการทำหน้าที่ทางสังคมลดลงอย่างมาก ผู้ป่วยอาจเกิดอาการแบบรวดเร็วหรือช้าก็ได้ แต่ส่วนใหญ่จะเป็นแบบค่อยเป็นค่อยไป หลังรักษาอยู่นานประมาณ 6 เดือน อาการจึงเริ่มทุเลา โดยอาการด้านบวกและอาการด้านลบจะลดลง ผู้ป่วยบางคนไม่มีอาการเลย ขณะที่ผู้ป่วยบางคนอาจมีอาการหลงเหลือเพียงเล็กน้อยที่ไม่ใช่อาการทางจิต เช่น มีความตึงเครียด วิตกกังวล และมีปัญหาการนอน (จรรยา ธัญญาดี, 2559)

4. **ระยะอาการหลงเหลือ** (residual phase) อาการคล้ายคลึงกับระยะเริ่มมีอาการ พบว่าร้อยละ 25 ของผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอาการซึมเศร้าร่วมด้วยเกิดในช่วงนี้ การดำเนินโรคกลุ่มที่ 1 มีร้อยละ 22 มีอาการเพียงครั้งเดียวแล้วหายขาด กลุ่มที่ 2 มีร้อยละ 35 มีอาการหลายครั้งโดยกลับสู่สภาวะปกติหรือเกือบปกติ กลุ่มที่ 3 มีร้อยละ 8 มีความบกพร่องหลังจากป่วยครั้งแรก และมีอาการกำเริบเป็นระยะ โดยไม่กลับสู่สภาวะปกติ กลุ่มที่ 4 มีร้อยละ 35 มีความบกพร่องเพิ่มมากขึ้น หลังการป่วยแต่ละครั้งโดยไม่กลับสู่สภาวะปกติ (มาโนช หล่อตระกูล, 2555) การดำเนินโรคเรื้อรังอาการโรคจิตจะค่อยๆ ลดลงตามอายุที่มากขึ้น (จรรยา ธัญญาดี, 2559)

2.2.1.6 การวินิจฉัยโรค

การวินิจฉัยโรคจิตเภท ใช้การสังเกตจากพฤติกรรม ระยะเวลาของการแสดงอาการ และผลลัพธ์ของการเสื่อมในหน้าที่ (Corvin et al. (2013 อ้างใน จิราภรณ์ สรรพวิรวงศ์ และปลดดา เหมโลหะ, 2558) การวินิจฉัยบุคคลเป็นโรคจิตเภทมีอาการบ่งชี้ที่สำคัญ คือ 1) มีลักษณะอาการของโรคจิตเกิดขึ้นในระยะอาการกำเริบอย่างน้อย 2 อาการ เป็นนานอย่างน้อย 1 เดือน 2) ความสามารถในการทำหน้าที่ต่างๆ ลดลง และ 3) ระยะเวลามีอาการติดต่อกันอย่างน้อย 6 เดือน (สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, 2552) และในจำนวนผู้ป่วยโรคทางจิตที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ พบว่าผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภทมากที่สุด (ฝ่ายแผนงาน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์, 2562) ช่วงเริ่มป่วยในปีแรกการวินิจฉัยโรคมักมองไปที่การติดสารเสพติด มีอาการเด่นด้าน

อารมณ์ ปฏิเสธการเจ็บป่วย แพทย์เองก็ไม่อยากตีตราผู้ป่วยของตน ขั้นตอนต่อไปคือ การวินิจฉัยโรคให้ถูกต้อง และเป็นปัจจุบัน (Miller et al., 2012)

2.2.1.7 ความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา

การรักษาอาการทางจิตด้วยยาเป็นเวลานาน พบว่าผู้ป่วยไม่ร่วมมืออยู่ในระดับสูง พบประมาณร้อยละ 40-50 ผู้ป่วยจะไม่ร่วมมือรักษากายใน 1-2 ปี แต่ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเพิ่มสูงขึ้น เมื่อมีการใช้ยาฉีด (Long Acting medication) แทนยารับประทาน (Sadock, Sadock & Ruiz, 2015) ยารักษาโรคทางจิตเวช ถูกใช้ในช่วงผู้ป่วยมีอาการเฉียบพลัน และใช้ในการป้องกันอาการกำเริบเช่นกัน อย่างไรก็ตามผู้ป่วยทางจิตเวช มักหลีกเลี่ยงการรับประทานยา หรือใช้ยาอย่างไม่ถูกต้อง ทีมสุขภาพจิตมีความเชื่อว่า “ความร่วมมือในการรับประทานยา” เป็นความจำเป็นและการจูงใจให้ผู้ป่วยยอมรับการใช้ยาทางจิตเวช ยังมีคำถามเรื่องความจำเป็นในการใช้ยาเกิดขึ้นบ่อยๆจากผู้ป่วย มีการรับรู้เรื่องยาจิตเวชทั้งในด้านมีประโยชน์ และผลด้านลบของยา จากงานวิจัยประสิทธิภาพของยาเมื่อใช้อย่างเหมาะสมพบร้อยละ 70 ของผู้ป่วย (Corrigan et al., 2008)

การเรียนรู้การใช้ยาอย่างมีประสิทธิภาพ เป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการฟื้นฟูของผู้ป่วยมากที่สุด อย่างไรก็ตาม การทำไม่ได้ง่ายอย่างที่คิดเลย เป็นความจำเป็นในการเรียนรู้เกี่ยวกับยาในวงกว้างต่อความรับผิดชอบในบริบทนั้นๆสำหรับการจัดการกับการเจ็บป่วยของตนเอง และการมีสัมพันธภาพกับผู้จ่ายยาถือว่ามีความสำคัญ ทีมสุขภาพจิตที่ทำหน้าที่ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย สามารถนำกระบวนการนี้มาประยุกต์ใช้ได้หลายทาง เช่นการให้สุขภาพจิตศึกษา และการช่วยเหลือด้านการสื่อสารแก่ผู้ป่วย และสร้างความไว้วางใจให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วย การเอาชนะสารเสพติด และการพัฒนากลยุทธ์ของผู้ป่วยในการใช้ยาอย่างมีประสิทธิภาพ (Corrigan et al., 2008)

ปัจจัยป่วยซ้ำ พบมากกว่าร้อยละ 50 จากสาเหตุผู้ป่วยไม่ยอมรับรับประทานยา การป่วยซ้ำทำให้มีอาการมากขึ้นเรื่อยๆ จนกระทั่งเสื่อมถอยของบุคลิกภาพ ซึ่งพบว่าผู้ป่วยจิตเภทหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในหนึ่งปีแรก หากไม่ได้รับการรักษาใดๆเลยกลับป่วยซ้ำถึงร้อยละ 70 รักษาไม่ต่อเนื่องพบร้อยละ 60 และป่วยซ้ำใน 3 สัปดาห์เมื่อมีเหตุการณ์ไม่คาดคิดเกิดขึ้น มีการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยหยุดรับประทานยา โรคกำเริบมากกว่าคนที่รับประทานยาต่อเนื่องถึง 5 เท่า ถ้ากำเริบแล้วจะรักษาให้ดีขึ้นใช้เวลาเกินกว่า 2 ปี (นิมิต เฟื่องคง, กาญจนา รุ่งแก้ว และดวงวิภรณ์ พวงรอด, 2561) มีการวิจัยปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการกลับมาอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 28 วันของผู้ป่วยจิตเภท คือ ปัจจัยด้านตัวโรค ได้แก่ การใช้สารเสพติด และการมีระยะเวลาเจ็บป่วยที่ยาวนาน 11-20 ปี ปัจจัยด้านการรักษา ได้แก่ การขาดยาก่อนการนอนโรงพยาบาลครั้งนี้ และปัจจัยด้านการบริการสาธารณสุข ได้แก่ การที่ผู้ป่วยมาตรวจติดตามการรักษาและหลังนัด (พิชญนันท์ นามวงษ์ และวิญญู ชะนะกุล, 2561)

2.2.1.8 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา Oehl, Hummer & Fleischhacker (2000 อ้างใน กาญจนา บุญมงคล, พิมพ์ชนก หาคำ และกมลทิพย์ สงวนรัมย์, 2562) ได้แบ่งออกเป็น 4 ด้าน คือปัจจัยด้านผู้ป่วย ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ปัจจัยด้านการรักษา และปัจจัยด้านทีมสุขภาพ

1. ปัจจัยด้านผู้ป่วย ผู้ป่วยมีอายุที่เพิ่มขึ้น มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองเมื่อมีการเจ็บป่วย และเพศหญิงดูแลตนเองได้มากกว่าเพศชาย ผู้ป่วยที่รับรู้โอกาสเสี่ยง รับรู้ความรุนแรง ต่อการกลับเป็นซ้ำ จะมีพฤติกรรมการกระทำเพื่อป้องกันการเกิดโรคซ้ำ เกิดการตระหนัก และให้ความร่วมมือในการรักษา สามารถลดความถี่ของการป่วยซ้ำได้ และรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพตนเอง หากผู้ป่วยอยู่ในช่วงมีอาการหลงผิด และอาการทางลบ เช่นมีการตอบสนองด้านอารมณ์น้อยกว่าปกติ ขาดความสามารถในการคิด การแสดงอารมณ์ และการทำหน้าที่ทางสังคม ทำให้ผู้ป่วยขาดแรงจูงใจในการรักษา ส่งผลให้ไม่ร่วมมือในการใช้ยา

2. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วย ฐานะเศรษฐกิจของครอบครัว ผู้ป่วยที่มีความสามารถเดินทางมารับยาอย่างสม่ำเสมอมีผลต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา ด้านการแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัวอยู่ในระดับสูง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมไม่ร่วมมือในการรักษา เช่น มีการวิพากษ์วิจารณ์สูง มีการแสดงความไม่เป็นมิตร

และมีความผูกพันทางอารมณ์ที่มีมากเกินไป ผู้ป่วยที่อยู่ในสังคมที่ไม่เห็นความสำคัญของการรักษา และรังเกียจผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยมีแนวโน้มไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา

3. ปัจจัยด้านการรักษา ผู้ป่วยที่ได้รับยาฉีดยาจะให้ความร่วมมือในการรักษามากกว่าผู้ป่วยที่ได้ยารับประทาน รวมทั้งจำนวนเม็ดยา และเวลารับประทานยา มีผลต่อความร่วมมือในการรักษา ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยจะร่วมมือในการรักษาที่ดี เมื่อรับประทานยา 1-2 ครั้ง/วัน

4. ปัจจัยด้านทรมานสุขภาพ การมีสัมพันธภาพดีของผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ ถือเป็นปัจจัยที่สำคัญที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย

สรุป ปัญหาความไม่ร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยเกิดจากหลายปัจจัยร่วมกัน แต่ที่สำคัญคือปัจจัยด้านผู้ป่วย จากสาเหตุไม่ตระหนักรู้ในตนเองของผู้ป่วย การไม่รับรู้การเจ็บป่วย ลักษณะการเจ็บป่วยทำให้มีความคิด ความเชื่อที่ผิด สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ การใช้แอลกอฮอล์ของผู้ป่วย ปัจจัยด้านการรักษาด้วยยา รูปแบบการใช้ยา ฤทธิ์ข้างเคียงของยา ล้วนมีความสำคัญต่อการร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท แต่ปัจจัยที่สำคัญและส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยมากที่สุดคือ การที่ผู้ป่วยไม่ตระหนักรู้ในตนเอง ไม่รับรู้การเจ็บป่วย (กาญจนา บุญมงคล, พิมพ์ชนก หาคำ และกมลทิพย์ สงวนรัมย์, 2562)

2.2.1.9 การสังเกตอาการเตือน

อาการเตือนในผู้ป่วยจิตเภทมีความจำเพาะในผู้ป่วยแต่ละคน แบ่งเป็น 3 ระดับ (Meijel et al., 2003 อ้างใน นิยมล เผือกคง, กาญจนา รุ่งแก้ว และดวงวิภรณ์ พวงรอด, 2561)

ระดับปกติหรือคงที่ รู้ตัวเองว่าอารมณ์หงุดหงิดได้ง่าย มีความคิดวิตกกังวลเพิ่มขึ้น พักผ่อนน้อยลง แต่ยังควบคุมและจัดการกับตนเองได้ หากผู้ป่วยหรือครอบครัวสามารถจัดการแก้ไขปัญหามากระต้นได้ ผู้ป่วยจะอาการกลับสู่ปกติ

ระดับปานกลาง มีความคิดฟุ้งซ่าน หงุดหงิดกิจกรรมด้านศาสนา ไม่หลับ (ตั้งแต่ 1 คืน) ระแวงคนรอบข้าง ไม่รับประทานอาหาร ให้รีบกลับมาปรึกษาแพทย์

ระดับรุนแรง มีความคิดกลัว หวาดระแวง คิดว่าตนเองติดต่อกับสื่อสารกับสิ่งศักดิ์สิทธิ์ได้ ประสาทหลอน ให้รีบกลับมาปรึกษาแพทย์

2.2.2 อาการด้านลบในผู้ป่วยจิตเภท

2.2.2.1 ความหมาย

ธีระ สลิขานนท์กิจ (2550 อ้างใน จีรพันธ์ เอิบกมล, 2553) เป็นอาการที่การทำหน้าที่ซึ่งมีอยู่ปกติเสียไป เช่น ผู้ป่วยแยกตนเองจากสังคม หกตัวอยู่แต่ในห้องขาดแรงจูงใจขาดกำลังใจ เฉยเมย ขาดความสนใจในกิจกรรมที่ทำประจำ ขาดความตั้งใจอาจไม่เอาใจใส่ต่อการแต่งตัวไม่สนใจอนามัยส่วนตัว ตัดสินใจลำบาก ไม่มีความเพียรพยายามในการทำงาน ไม่รู้จักทำให้ชีวิตสนุกสนาน ความสามารถในการแสดงออกทางอารมณ์ความรู้สึกลดลงมากการพูดจะผิดเคื่องลำปาก ไม่สามารถพูดได้หรือพูดเรียบเฉยจนน่าเบื่อ การแสดงออกของอารมณ์เรียบเฉยสีหน้าเรียบเฉย ไม่มีการเปลี่ยนสีหน้าเวลาพูดคุย จะสบตาไม่ดีหรือสบตาน้อย การแสดงออกทางภาษากายลดลง

อติญา โพธิ์ศรี (2551) อาการทางลบ คือลักษณะอาการที่ลดน้อยลงกว่าสภาพปกติไม่เป็นธรรมชาติ โดยขาดการแสดงออกทางด้านอารมณ์ ขาดความสนใจในการร่วมกิจกรรม ไม่สนใจตนเองและสิ่งแวดล้อม ผู้ป่วยอาจอยู่เฉยๆ ทั้งวัน ขาดความสามารถในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นแยกตัวจากสังคม เก็บตัวไม่มีกิจกรรมที่สนุกสนาน ไม่สนใจคบหาสมาคมกับใคร และมีความบกพร่องในการคิดแบบนามธรรม คิดซ้ำซากอย่างตายตัว

เนาวรัตน์ สุขณะล้ำ (2556) อาการด้านลบ หมายถึง อาการที่เป็นการลดลง เมื่อเทียบกับคนทั่วไป เช่น การแสดงออกทางสีหน้าลดลง หรือไม่มีการแสดงอารมณ์ทางสีหน้า เป็นต้น กลุ่มอาการด้านลบที่พบได้แก่ การขาดความเป็นเหตุ เป็นผล (alogic) การแสดงอารมณ์เฉยเมย ทื่อ (affective blunting) และการเฉื่อยชา (avolition) ส่วน

กลุ่มอาการด้านลบอื่นๆ หมายถึง ความรู้สึกไม่สุขสบายหรือไม่มีความสุข หรือภาวะสิ้นความยินดี (anhedonia) และการที่ความสนใจในทุกสิ่งลดลง (attention impairment)

กนกวรรณ ลิ้มศรีเจริญ (2558) อาการด้านลบ หมายถึง อาการผิดปกติที่ขาดหรือบกพร่องไปจากคนทั่วไป เช่น เฉยเมยไม่แสดงอารมณ์ (affective flattening) พูดน้อยหรือไม่พูด (alogia) ไม่มีแรงจูงใจหรือเฉื่อยชาลง (avolition) ภาวะสิ้นความยินดี (anhedonia) ไม่เข้าสังคม (asociality) อาการจะค่อยเป็นค่อยไป และมักพบในช่วงหลังของการดำเนินโรค

จิราภรณ์ สรรพวิรวงศ์ และปลาดา เหมโลหะ (2558) อาการด้านลบ หมายถึง ภาวะที่ขาดในสิ่งที่คนปกติทั่วไปควรมีประกอบด้วยอาการ 5 ด้านเกี่ยวกับความรู้สึก ความต้องการในสิ่งต่างๆ ได้แก่ asociality, avolition, anhedonia blunt affect หรือ flat หรือ restricted affect, alogia

Andresen (1982 cited by Foussias & Remington, 2010) อาการด้านลบของโรคจิตเภท มักได้รับการพิจารณาว่าประกอบด้วย อารมณ์ที่อ (blunted affect) เนื้อหาที่พูดมีน้อย หรือไม่ค่อยมีเนื้อหาสาระ หรือค้นหาความหมายไม่พบเลย (poverty of speech) ไม่เข้าสังคม (asociality) ไม่มีแรงจูงใจหรือเฉื่อยชาลง (avolition) และภาวะสิ้นความยินดี (anhedonia)

อาการด้านลบ เป็นลักษณะการแสดงออกทางด้านอารมณ์ลดลง และไม่มีแรงจูงใจหรือเฉื่อยชาลง (avolition) และเป็นปัจจัยหลักในการทำนายการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง (Bell, Corbera, Johanesen, Fiszdon & Wexler, 2013; Konstantakopoulos et al., 2011 cited by Cho & Lee, 2018)

Hafner et al. (1995 cited by Lindenmayer & Khan, 2012) อาการด้านลบ หมายถึง ลักษณะของอาการที่คงอยู่กับผู้ป่วยจิตเภทและพบบ่อย อาการด้านลบพบในช่วงระยะอาการนำ (prodromal stages) ได้และพบอาการเกิดขึ้นได้ก่อนช่วงอาการทางจิตจะเกิดขึ้น

Kring & Smith (2013 อ้างใน จิราภรณ์ สรรพวิรวงศ์ และปลาดา เหมโลหะ, 2558) อาการด้านลบ หมายถึง การแสดงออกทางอารมณ์หรือมีอารมณ์ที่อ ขาดแรงจูงใจหรือมีน้อย มีความยากลำบากในการสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพทางสังคมกับบุคคลอื่น รวมทั้งไม่มีเป้าหมายที่แน่ชัดของตนเอง

Susan, Mc Gurk & Mueser (2013) อาการด้านลบ เป็นตัวทำนายความเสื่อมทางจิตสังคมของผู้ป่วยจิตเภท รวมทั้งการทำงาน หากมีอาการด้านลบเฉยเมย-ภาวะสิ้นความยินดี (apathy-anhedonia) มีความสัมพันธ์อย่างมากกับความเสื่อมต่อการทำหน้าที่

Correll & Schooler (2020) อาการด้านลบ หมายถึง การลดลงหรือไม่มีของพฤติกรรมและหน้าที่ปกติที่เกี่ยวข้องกับแรงจูงใจและความสนใจหรือการแสดงออกทางวาจา อารมณ์ อาการด้านลบ ประกอบด้วยโครงสร้างหลัก 5 ประการ ได้แก่ อารมณ์ที่อ (blunted affect) พูดน้อยหรือไม่พูด (alogia: ลดปริมาณคำพูด) ขาดแรงจูงใจ (avolition: กิจกรรมที่มุ่งเน้นเป้าหมายลดลงเนื่องจากแรงจูงใจลดลง) ไม่เข้าสังคม (asociality) และภาวะสิ้นความยินดี (anhedonia: ประสบการณ์ความสุขลดลง) พบอาการด้านลบได้ทุกระยะในระหว่างการเจ็บป่วย

สรุป อาการด้านลบ หมายถึง อาการแสดงออกที่ลดลงด้านสีหน้า อารมณ์ การสื่อสารลดลง เฉื่อยชาขาดแรงจูงใจไม่ยอมทำอะไร ขาดความสุขในชีวิต ไม่รวมกิจกรรมในชุมชนหรือไม่เข้าสังคม อาการเหล่านี้มักพบได้ในทุกระยะของการดำเนินโรค และเป็นตัวทำนายการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

2.2.2.2 ลักษณะของกลุ่มอาการด้านลบ

โดยทั่วไปอาการด้านลบ ได้รับการยอมรับว่ามี 2 ลักษณะ คือ 1) อาการด้านลบปฐมภูมิ (primary negative symptoms) และ 2) อาการด้านลบทุติยภูมิ (secondary negative symptoms) (Carpenter & Kirkpatrick, 1988; Tendon & Geeden, 1989 cited by Lindenmayer & Khan, 2012)

1) Primary negative symptoms อาการด้านลบปฐมภูมิ เป็นการแสดงอาการด้านลบที่พบ "ความบกพร่อง" ในผู้ป่วยจิตเภท อาจพบอาการด้านลบในช่วงมีอาการนำก่อนจะเกิดอาการทางจิต และอาการด้านลบยังคงมีอยู่ในช่วงเกิดอาการนั้นๆ อาการด้านลบเหล่านี้ที่พบ อาทิเช่น ภาวะสิ้นความยินดีระดับปฐมภูมิ (primary

anhedonia) การแสดงอารมณ์เฉยเมย หรือทื่อ มีการแสดงออกทางด้านอารมณ์ลดลงมาก (flattening and narrowing of affect) เนื้อหาที่พูดมีน้อย หรือไม่ค่อยมีเนื้อหาสาระ หรือค้นหาความหมายไม่พบเลย (poverty of speech) ขาดความสนใจในกิจกรรมทุกชนิด ขาดแรงจูงใจ (avolition) และลดการทำกิจกรรมทางสังคม (Carpenter & Kirkpatrick, 1988 cited by Lindenmayer & Khan, 2012)

2) Secondary negative symptoms อาการด้านลบทุติยภูมิ เป็นการแสดงอาการด้านลบที่ "ไม่พบความบกพร่อง" ในผู้ป่วยจิตเภท และสมมติฐานที่ถูกตั้งขึ้นพบว่ามีความสัมพันธ์กับช่วงเกิดอาการทางจิต อารมณ์ซึมเศร้า หรือการหมดกำลังใจ และผลข้างเคียงจากยา (Carpenter et al., 1991 cited by Lindenmayer & Khan, 2012)

2.2.2.3 การดำเนินโรคของอาการด้านลบ

จากการศึกษาโดยทั่วไปแสดงให้เห็นว่า อาการด้านลบมีอาการคงอยู่ตลอดเวลา มากกว่าอาการด้านบวก และอาการด้านลบมีโอกาสอาการดีขึ้นน้อยกว่าในระยะการดำเนินโรค (Addington & Addington, 1991; Crow, 1981; Hull et al., 1997; Kay et al., 1986; Lindenmayer et al., 1984; Pfohl & Winokur, 1982 cited by Lindenmayer & Khan, 2012) การศึกษาในระยะเวลายาวนานของ Arndt et al (1995 cited by Lindenmayer & Khan, 2012) พบว่าอาการด้านลบเป็นอาการที่โดดเด่นที่พบในบุคคลที่มีอาการเจ็บป่วยทางจิตในช่วงแรกของอาการ และเมื่อติดตามบุคคลเหล่านี้พบว่า อาการด้านลบยังคงมีอยู่เป็นเวลาประมาณ 2 ปี สอดคล้องกับการศึกษาของ Hafner et al. (1999 cited by Lindenmayer & Khan, 2012) ทำการสำรวจผู้ป่วยจิตเภทที่มีการเจ็บป่วยทางจิตในช่วงแรก จำนวน 115 คน ด้วยเครื่องมือวัดอาการด้านลบ (SANS) พบอาการด้านลบยังคงอยู่มากกว่า 5 ปี และสอดคล้องเช่นเดียวกันกับการรายงานอุบัติการณ์ของ Amador et al. (1999 cited by Lindenmayer & Khan, 2012) พบอาการด้านลบปฐมภูมิยังคงอยู่ในระดับที่สูงมาก เมื่อผู้ป่วยจิตเภทกลับมาติดตามการรักษา มากกว่าประมาณ 4 ปี อาการด้านลบมักพบว่ามี ความสัมพันธ์เสมอกับความเสื่อมในความสามารถด้านพุทธิปัญญา และทักษะการวางแผน รวมทั้งทักษะการสื่อสาร และทักษะการทำงาน (Lindenmayer & Khan, 2012) อาการด้านลบพบได้โดยทั่วไปในโรคจิตเภทถึงร้อยละ 60 ซึ่ง จำเป็นที่ต้องได้รับการรักษา (Correll & Schooler, 2020)

2.2.2.4 อาการด้านลบที่เฉพาะเจาะจง

จากการทบทวนวรรณกรรม สามารถแบ่งกลุ่มอาการด้านลบได้ดังนี้ (เนาวรัตน์ สุขณะล้ำ, 2556; จิราภรณ์ สรรพวิรวงศ์ และปลดา เหมโลหะ, 2558; จรรยา ธัญญาดี, 2559; Lindenmayer & Khan, 2012; Correll & Schooler, 2020)

1. Alogia ผู้ป่วยจะไม่ค่อยพูดหรือตอบสั้นๆ คำตอบไม่มีรายละเอียด เนื้อหาที่พูดมีน้อย หรือไม่ค่อยมีเนื้อหา สาระ หรือค้นหาความหมายไม่พบเลย (poverty of speech) รอนานกว่าจะตอบคำถาม หรือพูดแล้วหยุดเงียบไป บางครั้งผู้ป่วยพูดมากหลายประโยค แต่มีความหมายเพียงเล็กน้อย เพราะมีความเป็นนามธรรมสูงหรือกล่าวซ้ำๆ (poverty of content)

2. Affective flattening การแสดงอารมณ์เฉยเมย หรือทื่อ มีการแสดงออกทางด้านอารมณ์ลดลงมากต่อสิ่ง กระตุ้น เช่น สีหน้าเรียบเฉย การแสดงออกทางสีหน้าน้อย กล้ามเนื้อบนใบหน้าเคลื่อนไหวน้อยมาก แววตาไม่มีชีวิตชีวา ไม่มีการสบตาหรือแสดงท่าทาง ผู้ป่วยจะตอบด้วยน้ำเสียงราบเรียบ กระแสคำพูดเป็นลักษณะเสียงเดียวต่อเนื่อง และ คำพูดไม่มีการเน้นเสียง มีการเคลื่อนไหวตามธรรมชาติที่ช้ามากและนานๆครั้ง ดูเหมือนท่อนไม้หรือหุ่นยนต์ พบอาการ นี้ 2 ใน 3 ของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการด้านลบ

3. Avolition ขาดความสนใจในกิจกรรมทุกชนิด ขาดแรงจูงใจ ขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยชาลง นั่งอยู่เฉยๆเป็นเวลานานๆโดยไม่ทำอะไร มีความยากลำบากในการทำกิจวัตรประจำวัน การงาน การเรียน การเล่นเกม ไม่ดูแลสุขอนามัยของตนเอง และไม่เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ผู้ป่วยที่มีอาการเฉื่อยชา บางครั้งจะถูกมองว่าขี้เกียจ แต่ความเฉื่อยชาไม่ใช่ความขี้เกียจ แต่มันเป็นอาการที่ขาดแรงจูงใจพื้นฐานในการดำรงชีวิตหรือมุ่งมั่นที่จะประสบความสำเร็จ

4. Anhedonia ภาวะสิ้นความยินดี หรือขาดความสุข พบได้มาก 3 ใน 4 ของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการด้านลบ เป็นภาวะที่ไม่พึงพอใจในสิ่งที่เคยชอบหรือเคยมีความพึงพอใจ ผู้ป่วยรู้สึกว่าการมีชีวิตไม่มีความสุขแม้จะมีเรื่องดี ๆ เกิดขึ้น ขาดความร่าเริงเบิกบานใจในการทำกิจกรรมหรือการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น ผู้ป่วยจะไม่สนใจหรือไม่ค่อยมีกิจกรรม บันทึกลง และกิจกรรมทางเพศ ไม่ค่อยมีเพื่อน ไม่แสดงความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้อื่น มีรายงานวิจัยที่พบว่า อาการดังกล่าวนี้เกิดจากผลของการทำงานของสมองส่วนหน้า (Frontal Brain Regions) และเมโสลิมบิก (Mesolimbic) ผู้ป่วยจะมีสมาธิลดลง ซึ่งอาจเป็นผลมาจากที่มีสิ่งกระตุ้นมากเกินไป เช่น ผู้ป่วยที่มีหูแว่วจะสนใจเสียงที่ตนได้ยิน ทำให้ความสนใจต่อสิ่งรอบข้างหรือการได้ยินเสียงของสิ่งแวดล้อมอื่นภายนอกตัวเองจึงลดลง

5. Asociality ความสนใจในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นลดลง รวมทั้งลดกิจกรรมทางสังคม เก็บตัว เฉยๆ ไม่ค่อยแสดงออก ไม่เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ไม่มีความรู้สึกใกล้ชิดสนิทสนมกับคนในครอบครัว เพื่อน หรือแฟน ต้องการอยู่คนเดียวมากกว่า

6. Poor Rapport มนุษย์สัมพันธ์บกพร่อง รวมทั้งการหลีกเลี่ยงการประสานสายตา ขาดความสนใจในคำถาม ภาษาพูดและภาษากายลดลงในขณะสนทนากับบุคคลอื่น ขาดความใส่ใจบุคคลอื่น การมีปฏิสัมพันธ์ขณะสนทนาลดลง และขาดหรือไม่มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น

7. Reduce sexual interests and activities มีการขาดหรือเสื่อมในความสนใจทางเพศ และการทำกิจกรรม บางคนอาจมีความต้องการทางเพศลดลง หรือไม่ใส่ใจกิจกรรมทางเพศ

8. Inability to feel intimacy and closeness ไม่มีความสามารถคุ้นเคย และใกล้ชิดกับบุคคลอื่น ไม่สามารถมีสัมพันธภาพใกล้ชิดกับบุคคลอื่น และไม่เข้าใจด้านอารมณ์ของคนอื่นว่าเขาต้องการอะไร

9. Increased latency of response ผู้ป่วยจิตเภทใช้เวลานานกว่าปกติที่จะตอบคำถาม หรือบางทีพบว่า หลงลืมเมื่อถูกถามคำถาม

10. Impersistence at work or school ผู้ป่วยจิตเภทมีความยุ่งยากในการทำงาน หรือการรักษาหน้าที่ทำไว้ได้ หรือไม่สามารทำงานที่โรงเรียนหรือที่ทำงานได้อย่างเต็มกำลังความสามารถได้

11. Grooming and hygiene ผู้ป่วยจิตเภทขาดความสนใจในการแต่งกาย และการดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล

2.2.2.5 เครื่องมือวัดอาการด้านลบ

แบบวัดอาการทางลบ (NSS) ของหงส์ บันเทิงสุข (2545) ที่ได้ปรับปรุงแบบประเมินอาการทางลบจาก โครงสร้างเนื้อหาของ Positive and Negative Syndrome Scale ฉบับภาษาไทย (PANSS-T) ที่ธนา นิลชัยโกวิท และคณะ (ม.ป.ป.) แปลและสร้างขึ้นตามแนวคิดของ Kay, Fiszbein, & Opler (1987) ประกอบด้วยการประเมิน ลักษณะอาการทางลบ 7 อาการ ข้อคำถามทั้งหมด 13 ข้อ ค่าคะแนนที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 0-13 คะแนน แปลผลค่า คะแนนโดย ค่าคะแนนสูงหมายถึง มีอาการทางลบมาก ค่าคะแนนต่ำหมายถึง มีอาการทางลบน้อย แบ่งระดับเป็น 3 ระดับคือ 10-13 คะแนน ถือว่าเป็นผู้มีอาการทางลบมาก คะแนน 5-9 ถือว่าเป็นผู้มีอาการทางลบปานกลาง และ คะแนน 0-4 คะแนน ถือว่าเป็นผู้มีอาการทางลบน้อย

2.2.3 ลักษณะความเสื่อมในผู้ป่วยจิตเภท

โรคจิตเภทเป็นโรคที่ทำให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับอาการหลงผิด ประสาทหลอน การสูญเสียความสามารถ หรือ มีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ที่ส่งผลกระทบต่อการศึกษา การทำงาน การใช้ชีวิตใน ครอบครัวและสังคม (ปัทมา ศิริเวช, 2552) ผลที่ตามมาของผู้ที่ป่วยจิตเภทคือ มีความเสื่อมในการทำบทบาทหน้าที่ และบ่อยครั้งไม่สามารถสำเร็จการศึกษาที่สูงในระดับมัธยมศึกษาหรือวิทยาลัย ส่งผลให้เสียเปรียบในตลาด แรงงาน อัตราการจ้างงานในผู้ป่วยจิตเภท น้อยกว่าถึงร้อยละ 15-20 เมื่อเทียบกับบุคคลที่มีการเจ็บป่วยอื่น ๆ ที่มิงานทำเต็มเวลา หรือรายคาบ แต่ปัญหาพบว่าผู้ป่วยจิตเภทเมื่อมีงานทำไม่สามารถรักษาหน้าที่ทำได้ เนื่องจากความสามารถในการทำงานลดลง หรือมีอาการกำเริบ และกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Susan, Mc Gurk & Mueser, 2013) ระยะหลังของการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภท พบอาการอีกกลุ่มหนึ่งได้แก่ Cognitive dysfunction หลายคนมีความเห็น

ว่าอาจเป็นอาการพื้นฐานของโรคนี้ มักพบได้ก่อนมีอาการกำเริบชัดเจน อาการเหล่านี้ได้แก่ สมาธิแย่งลง มีความบกพร่องในการจดจำชั่วคราวเพื่อใช้งาน การตีความสิ่งต่างๆและการตอบสนองบกพร่องไป ไม่สามารถคิดอย่างเป็นเหตุเป็นผล เป็นต้น อาการด้านพุทธิปัญญา (Cognitive) นี้มักคงอยู่นานและเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้แม้ผู้ป่วยทุเลาจากอาการหูแว่ว ประสาทหลอนแล้ว ก็ยังอาจไม่สามารถทำงานได้ดังเดิม (มาโนช หล่อตระกูล, 2555) ทั้งอาการทางจิตและอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท มีผลกระทบต่อความสามารถในการทำงาน ผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 25-40 จะยังคงมีอาการทางจิต ซึ่งสัมพันธ์กับการทำหน้าที่การทำงานที่แย่งลง อาการทางจิตที่พบส่วนใหญ่คือ มีหูแว่วประสาทหลอน และหลงผิด แต่อาจจะมีพฤติกรรมแปลกๆร่วมด้วย และมีความผิดปกติทางความคิดอย่างเป็นเรื่องเป็นราว (Susan, Mc Gurk & Mueser, 2013) แม้ว่าผู้ป่วยจิตเภทยังมีเซวาร์ปัญญาปกติ แต่พบว่ามีความเสื่อมของบุคลิกภาพ อีกทั้งหากมีอาการทางจิตกำเริบในแต่ละช่วงของการเจ็บป่วยยิ่งส่งผลทำให้การทำหน้าที่ด้านต่างๆเสื่อมมากขึ้นตามไปด้วย รวมทั้งการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรัง ยิ่งจะเสื่อมลงตามระยะเวลาการเจ็บป่วย และจำนวนครั้งที่มีการกำเริบ ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความบกพร่องในการทำหน้าที่ทางสังคม และนำไปสู่การกลับเป็นซ้ำสูงถึงร้อยละ 70 (Bellack et al., 2007; Sadock, Sadock & Ruiz, 2015) เมื่อป่วยมานานพบว่ากลุ่มอาการด้านบวกลดลง ผู้ป่วยเพศหญิงจะมีกลุ่มอาการด้านบวกมากกว่าผู้ป่วยเพศชายและการพยากรณ์โรคดีกว่า ส่วนผู้ป่วยเพศชายมีโอกาสเกิดกลุ่มอาการด้านลบมากกว่า ผู้ป่วยจิตเภทจะมีความรุนแรงของความสัมพันธ์ทางสังคม หรือมีความบกพร่องทางอาการพบว่าผู้ป่วยจิตเภท 1 ใน 3 ของผู้ป่วยทั้งหมดสามารถปรับตัวเข้ากับสังคมได้ แต่ผู้ป่วยจิตเภทที่เหลือส่วนมากจะมีลักษณะไร้จุดหมาย กลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลบ่อย ขาดความสนใจในการทำกิจกรรม เป็นลักษณะของผู้ป่วยที่ยากจน อาศัยอยู่ในชนบทหรือไม่มีที่อยู่อาศัย ซึ่งการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นตัวบ่งชี้เบื้องต้นของการขาดความสามารถในการดูแลตนเองตามความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ (A.P.A., 2000; Sadock, Sadock & Ruiz, 2015) และส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีปัญหาในด้านต่างๆ ในการดำรงชีวิต อันเนื่องมาจากลักษณะความเสื่อมต่างๆที่เกิดขึ้น

ลักษณะความเสื่อมในผู้ป่วยจิตเภทส่งผลกระทบต่อทุกหน้าที่ มีหลายปัจจัยเป็นสาเหตุ ลักษณะทางคลินิกมีหลายอย่าง และมักเป็นเรื้อรัง อาการกลับเป็นซ้ำร่วมกับเสียหน้าที่ทางสังคมและทำงานไม่ได้พบถึงร้อยละ 40 (กนกวรรณ ลิ้มศรีเจริญ, 2558) การขาดการติดต่อทางสังคมเป็นตัวทำนายอาการด้านลบที่รุนแรงขึ้น การทำหน้าที่ทางจิตสังคมที่แย่งลง และคุณภาพชีวิตที่แย่งลง (Siegrist et al, 2015) ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีความเสื่อมและความบกพร่องของทักษะทางสังคม มีปัญหาการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น มีความยุ่งยากลำบากในการทำบทบาททางสังคม (Tenhula et al., 2009) ผู้ป่วยจิตเภทจึงมีแนวโน้มที่จะหลีกเลี่ยงจากสถานการณ์ที่ถูกวิพากษ์วิจารณ์ หรือสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความคับข้องใจ (Bellack et al., 2004) อีกทั้งคนในชุมชนยังมีความเข้าใจที่ผิดเกี่ยวกับโรคทางจิตเวช ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทยังถูกตีตราแม้รักษาให้อาการทางจิตทุเลาแล้ว และถูกกล่าวโทษตามความเชื่อของคนในชุมชนนั้น (อรชร โวทวี, 2550 อ้างใน สุธิสา ตีเพชร และเพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์, 2558) ส่งผลให้มีแนวโน้มที่จะอยู่คนเดียว ไม่อยากขอความช่วยเหลือจากใคร (Corrigan, 2004 อ้างใน สุธิสา ตีเพชร และเพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์, 2558) ดังนั้นความเสื่อมและความบกพร่องในด้านสังคม และการทำบทบาทหน้าที่ด้านต่างๆ นำไปสู่การไร้ความสามารถในการทำงาน การดูแลตนเองบกพร่อง และสัมพันธภาพทางสังคมบกพร่อง ซึ่งพบได้บ่อยในระยะหลงเหลืออาการ (A.P.A. , 2000) อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับการฝึกทักษะต่างๆ มีความสามารถเรียนรู้ และสามารถทำหน้าที่ทางสังคมได้ ซึ่งเป็นความสามารถในการใช้ชีวิตด้วยตนเองอย่างอิสระ มีความสามารถในการปรับตัวทางสังคม และสามารถทำงานและได้รับค่าจ้าง (Malone Cole, 2012) การทำงานเป็นเพียงเป้าหมายทั่วไป แต่ส่วนใหญ่แล้วความสำคัญของการทำงาน เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการฟื้นฟูของโรค (Susan, Mc Gurk & Mueser, 2013)

2.2.4 กระบวนการเรียนรู้ของผู้ป่วยจิตเภท

ผู้ป่วยจิตเภทมีความเสื่อมความผิดปกติในการทำหน้าที่ของสมองด้านความจำ ซึ่งการทำหน้าที่ในด้านความจำเป็นพื้นฐานของทักษะในชีวิตประจำวัน (Malone Cole, 2012) ความจำไม่ดีเป็นลักษณะความเสื่อมด้านพุทธิปัญญา

(Cognition) เมื่อมีการเจ็บป่วยทางจิตเรื้อรังทำให้เกิดความเสื่อมในการเรียนรู้ต่อสิ่งใหม่ๆ ส่งผลต่อความจำในปัจจุบันด้วย แต่ความทรงจำในอดีตไม่เสื่อม ตามปกติการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตไม่มีผลต่อความทรงจำ ซึ่งตรงข้ามกับยา Anticholinergic อาจทำให้ความทรงจำลดลงได้ ด้านความสนใจจะมีความเสื่อมของการตอบสนองต่อสิ่งเร้าไม่สามารถสกัดกั้นสิ่งเร้าที่ไม่สำคัญออกไปได้ มีความเสื่อมในด้านการรวบรวมข้อมูล ด้านข่าวสาร อาจเนื่องจากขณะนั้นเกิดมีอาการทางจิตมากขึ้น อย่างไรก็ตาม มิใช่เกิดจากลักษณะอาการของโรคอย่างเดียว นอกจากนี้ยังมีความเสื่อมในด้านสังคมและการประกอบอาชีพ (Patel, Pinal & Breier, 2015) Kurtz et al. (2015) ได้ศึกษาการฝึกทักษะทางสังคมและการฟื้นฟูสมรรถภาพทางพุทธิปัญญา พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีการพัฒนาการจดจำ ความทรงจำในการทำงาน และการเอาใจใส่มากกว่ากลุ่มทักษะคอมพิวเตอร์ แต่ไม่พบความแตกต่างระหว่างกลุ่มที่วัดการทำหน้าที่ทางจิตสังคมอื่นๆ หรือทักษะอื่นๆ สรุปผลการวิจัยเหล่านี้ชี้ให้เห็นว่า การฝึกทักษะทางสังคมและการฟื้นฟูสมรรถภาพทางพุทธิปัญญา สามารถช่วยเพิ่มความทรงจำในการทำงานได้

แม้ว่าผู้ป่วยจิตเภทมีความเสื่อมในด้านต่างๆ ดังกล่าวมา เมื่อได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคมในขณะผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิตสงบ ผู้ป่วยสามารถเรียนรู้ต่อสิ่งต่าง ๆ และสามารถพัฒนาระดับการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยเองให้สูงขึ้นได้ ซึ่งผู้ป่วยรับรู้ถึงความรู้สึกต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในเชิงบวกต่อตัวผู้ป่วยเอง และมีผลต่อการอยู่ในชุมชนได้นาน 6-9 เดือน และ 12-18 เดือน ร้อยละ 36.36 และร้อยละ 36.36 ตามลำดับ (จิตรรัตน์ พิมพ์ดี และเยาวภา ไตรพุกษชาติ, 2551) มีการศึกษาโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพสมองสำหรับผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง 5 ด้าน คือ 1. การรับรู้ 2. การจดจำ 3. ความใส่ใจและการคำนวณ 4. ภาษา และ 5. การระลึกได้ จำนวน 20 ครั้งๆ ละ 2 ชั่วโมง เป็นระยะเวลา 1 เดือน ประเมินคะแนนสมรรถภาพทางสมองด้วยเครื่องมือ ดังนี้ 1) แบบประเมิน Mini-Mental State Examination (MMSE) ฉบับภาษาไทย 2) คุณภาพชีวิต และ 3) การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Activities of Daily Living: ADL) พบว่าก่อนเข้าโปรแกรมผู้ป่วยทุกคนมีคะแนนสมรรถภาพสมองต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ หลังเข้ามีคะแนนสมรรถภาพสมองเพิ่มขึ้น ด้านคุณภาพชีวิตหลังเข้าสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญ แต่ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) ไม่มีความแตกต่าง (จุฬารัตน์ วิระขันธ์, 2555) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาศักยภาพการเรียนรู้ของผู้ป่วยจิตเภทด้วยการประเมินแบบพลวัตด้วยแบบทดสอบ The Wisconsin Card Sorting Test (WCST-64) สามารถแยกผู้ป่วยจิตเภทออกเป็น 3 กลุ่ม กล่าวคือ 1) กลุ่มที่เรียนรู้ได้ด้วยตนเอง 2) กลุ่มที่เกิดการเรียนรู้ และ 3) กลุ่มที่ไม่เกิดการเรียนรู้ ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มเรียนรู้ได้ด้วยตนเอง และผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มเกิดการเรียนรู้ทั้ง 2 กลุ่มนี้มีแนวโน้มสูงกว่ากลุ่มที่ไม่เกิดการเรียนรู้อย่างมีนัยสำคัญ (ด้านความจำระยะสั้น และความจำที่ใช้ในการทำงาน ความยืดหยุ่นทางความคิด และความคิดรวบยอด) ความสามารถด้านความคิดรวบยอดสามารถใช้แยกกลุ่มที่เรียนรู้ได้ด้วยตนเองจากอีก 2 กลุ่ม เนื่องจากต้องอาศัยความฉลาดทางปัญญาด้านการเปลี่ยนชุดความคิด (สมศรี กิตติพงศ์พิศาล, 2556) การทำงานมีรายได้เป็นของตนเอง และการมีกิจกรรมทำร่วมกับคนในครอบครัวและชุมชน ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทรู้สึกภาคภูมิใจมากที่สุด (กนกวรรณ บุญเสริม, 2559) อีกทั้งการทำงานช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทเอาชนะการแยกตัวออกจากสังคม โดยการพบปะแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับคนที่มีความสนใจคล้ายกับตน และกับผู้ที่ได้รับความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยทางจิต ความพึงพอใจทางการเงินช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทรู้สึกถึงความเป็นอิสระ และความสามารถในการพัฒนาทักษะในการวางแผนและควบคุมรายรับ รายจ่ายของตนเองได้ (Panczak & Pietkiewicz, 2016) รวมทั้งกระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเนื่องจากญาติและภาคีเครือข่ายในชุมชน ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทได้เรียนรู้เกี่ยวกับการรับประทานยา การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน ส่งผลให้มีความสามารถเพิ่มขึ้น และคุณภาพชีวิตดีขึ้น ผลที่ตามมาคืออาการกำเริบซ้ำ และการส่งต่อลดลง (ไพจิตร พุทธรอด, 2559)

ผู้ป่วยจิตเภทสามารถเรียนรู้ และพัฒนาด้านต่างๆ ได้ดีขึ้น อย่างไรก็ตาม มีความจำเป็นอย่างมากต้องพัฒนาการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อการฟื้นฟูที่แท้จริงของผู้ป่วย ดังนั้นจึงได้มีการพัฒนาวิธีการฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อปรับปรุงองค์ความรู้ความเข้าใจ วิธีการเหล่านี้มักเรียกว่า "การฟื้นฟูสมรรถภาพทางพุทธิปัญญา" (cognitive rehabilitation) หรือ cognitive remediation ผลการทดลองทางคลินิกแสดงให้เห็นว่า การรวมกันของ

cognitive remediation และการฟื้นฟูสมรรถภาพที่เฉพาะ ส่งผลต่อการทำหน้าที่ทางสังคมดีขึ้น (เช่นการฝึกทักษะทางสังคม) เป็นสิ่งที่มีค่าเพื่อให้เกิด "การฟื้นฟู" ในผู้ที่เป็โรจิตเภท (Iwata, 2013)

2.2.5 พฤติกรรมด้านสังคมและการสื่อสาร

2.2.5.1 ความหมาย

พฤติกรรมด้านสังคมและการสื่อสาร หมายถึง พฤติกรรมที่แสดงออกของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ส่วนใหญ่มักจะเริ่มป่วยตั้งแต่มีก่อนได้เรียนรู้ทักษะทางสังคมแบบผู้ใหญ่โดยกระบวนการทางธรรมชาติ ดังนั้นทักษะทางสังคมส่วนใหญ่ที่ผู้ป่วยขาดไป เกิดจากความบกพร่องทางการรับรู้ และการเรียนรู้ ซึ่งผู้ป่วยเป็นตั้งแต่ก่อนป่วยด้วย และส่งผลทำให้ความสามารถทางสังคมหยุดพัฒนาในช่วงระยะเริ่มมีอาการและก่อนหน้านั้น (Kopelowicz et al., 2006 อ้างใน จีรพันธ์ เอิบกุล, 2553) จึงพบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีความยากลำบากในการปฏิบัติหน้าที่ทางสังคม การเรียน การทำงาน รวมทั้งการใช้ชีวิตประจำวัน (นภวัลย์ กัมพลาศิริ, 2557) มีความพร่องด้านการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ขาดการเข้าสังคม ไม่สามารถทำงานได้เช่นเดิม ไม่รู้จักซักถามเพิ่มเติมในเรื่องที่สนใจ ไม่รู้จักกล่าวขอบคุณ ขอโทษ และทักทาย (จิตรรัตน์ พิมพ์ดีด และคณะ, 2552; จิตรรัตน์ พิมพ์ดีด และคณะ, 2560)

2.2.5.2 เครื่องมือวัดพฤติกรรมด้านสังคมและการสื่อสาร

แบบประเมินทักษะการดำรงชีวิตการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชในชุมชน (Living Skills Assessment: LSA-30) เฉพาะทักษะด้านสังคมและการสื่อสาร ประกอบด้วยส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 การประเมินทักษะด้านสังคมและการสื่อสาร มีคะแนนรวมตั้งแต่ 0 – 20 คะแนน แบบวัดนี้ให้คะแนนเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

- 0 ทำไม่ได้ หมายถึง ขาดทักษะหรือไม่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ตามที่ระบุ
- 1 ทำได้แต่ไม่ทำ หมายถึง สามารถทำได้ แต่ไม่ทำแม้ว่าจะกระตุ้น (ช่วยเหลือ) ก็ไม่ทำ
- 2 ทำได้แต่ต้องกระตุ้นทุกครั้ง หมายถึง สามารถทำได้เมื่อได้รับการกระตุ้นหรือช่วยเหลือทุกครั้งหรืออย่างมาก
- 3 ทำได้แต่ต้องกระตุ้นบางครั้ง หมายถึง สามารถทำได้เมื่อได้รับการกระตุ้นหรือช่วยเหลือบางครั้งหรือเล็กน้อย
- 4 ทำได้เอง หมายถึง สามารถทำได้เอง โดยไม่ต้องกระตุ้น

การหาค่าคะแนนเฉลี่ย

$$\text{คะแนนเฉลี่ย} = \frac{\text{ผลรวมของคะแนนทั้งหมด}}{\text{จำนวนข้อทั้งหมด}}$$

ค่าคะแนนทักษะด้านสังคมและการสื่อสาร

- ระดับ 1 ค่าเฉลี่ย 0-0.50 คะแนน หมายถึง ขาดความสามารถในการทำกิจกรรมนั้น
- ระดับ 2 ค่าเฉลี่ย 0.51-1.50 คะแนน หมายถึง สามารถทำได้แต่ไม่สม่ำเสมอ
- ระดับ 3 ค่าเฉลี่ย 1.51-2.50 คะแนน หมายถึง สามารถทำได้แต่ต้องช่วยเหลือทุกครั้ง
- ระดับ 4 ค่าเฉลี่ย 2.51-3.50 คะแนน หมายถึง สามารถทำได้เมื่อช่วยเหลือบางครั้ง
- ระดับ 5 ค่าเฉลี่ย 3.51-4.00 คะแนน หมายถึง สามารถทำได้เอง

การแปลผลระดับทักษะด้านสังคมและการสื่อสาร

- ระดับต่ำ ได้แก่ มีความสามารถในระดับ 1 และระดับ 2
- ระดับปานกลาง ได้แก่ มีความสามารถในระดับ 3 และระดับ 4
- ระดับสูง ได้แก่ มีความสามารถในระดับ 5

2.2.6 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

การพยาบาลดำเนินไปตามระยะการเจ็บป่วยของผู้ป่วยแบ่งออกเป็น 3 ระยะคือ (นภวัลย์ กัมพลาศิริ, 2557)

ระยะที่ 1 ระยะเฉียบพลันหรือระยะวิกฤติ

การช่วยเหลือมักเป็นในโรงพยาบาล จะเน้นในด้านให้ผู้ผู้ป่วยปลอดภัย ความสุขสบาย ให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองตามความต้องการพื้นฐาน ดูแลให้ยาทางจิตเวช และมีบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางจิตเวช การรักษาในสถานพยาบาลปัจจุบันจะเป็นช่วงสั้นๆประมาณ 14-28 วัน (ผกาพันธุ์ วุฒิลักษณ์, 2562) การรักษาให้อาการคงที่ การควบคุมอาการรุนแรงจึงเป็นสิ่งสำคัญ โดยมีการปฏิบัติดังนี้

- การให้ยาด้านโรคจิต แบ่งเป็น 2 ช่วงดังนี้ (ผกาพันธุ์ วุฒิลักษณ์, 2562)

1) ช่วงควบคุมอาการเฉียบพลัน เพื่อป้องกันอันตรายที่จะเกิดกับตัวผู้ป่วย สังคม และเพื่อให้อาการเฉียบพลันลดความรุนแรงลง การรักษาจึงเป็นการเลือกใช้ยาที่มีฤทธิ์ทำให้อาการสงบลงโดยเร็ว เมื่ออาการคงที่แล้วจึงจะปรับเปลี่ยนขนาดของยา

2) ช่วงควบคุมอาการคงที่และการรักษาสุขภาพ หลังจากอาการเฉียบพลันรุนแรงสงบลง คำแนะนำในการรักษาพยาบาลคือจะใช้ยาต่อเนื่องไปอีก 1-2 ปี เพื่อคุมอาการหลงเหลือ แต่ถ้ามีโรคกำเริบเป็นครั้งที่ 2 ควรให้ยาต่อเนื่องไปอีก 5 ปี

- การสื่อสารตรงไปตรงมา
- พร้อมจะช่วยเหลือ
- จำกัดพฤติกรรม
- ประเมินผลอาการทางจิตและผลของยาที่ได้รับ

ระยะที่ 2 ระยะอาการสงบหรือระยะคงสภาพ

- มุ่งเน้นให้ผู้ผู้ป่วยเข้าใจความเจ็บป่วยและความร่วมมือในการรักษา
- แนะนำหรือให้ความรู้ผู้ป่วยเรื่องยาและผลข้างเคียง การดูแลควบคุมอาการตนเอง และชี้ให้เห็นถึงอาการที่แสดงว่าจะเกิดการกำเริบของโรค
- ให้ความรู้และฝึกทักษะทางสังคมทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล/ญาติ
- ให้การช่วยเหลือบำบัด เช่น สัมพันธภาพบำบัด นิเวศน์บำบัด กิจกรรมบำบัด ครอบครัวบำบัด เป็นต้น ดังนั้นผลลัพธ์จึงมุ่งเป้าหมายที่อาการด้านลบ และความสามารถที่จะประสบความสำเร็จในสังคม อาชีพ หรือกิจกรรมการดูแลตนเอง

ระยะที่ 3 ระยะมีเสถียรภาพ หรือระยะคงที่

- มุ่งเน้นป้องกันอาการกำเริบของโรค และมุ่งให้ผู้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี
- สิ่งสำคัญการพัฒนาทักษะทางสังคม การดูแลตนเอง การรับผิดชอบในบทบาทหน้าที่ การทำงาน การมีเป้าหมายที่เป็นไปได้ในชีวิต และการปรับปรุงตัว
- การช่วยเหลือจะลงในรายละเอียดโดยการสอน แนะนำ และให้ความรู้อย่างต่อเนื่อง ทั้งผู้ป่วยและครอบครัว
- ส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยมีความแข็งแกร่ง มั่นใจ เชื่อมั่นที่จะแก้ไขเหตุการณ์ร้ายๆที่เข้ามาในชีวิตหรือจัดการกับปัญหาอุปสรรคต่างๆ

2.2.7 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่หอผู้ป่วยเรื้อรังบำบัด (ระยะอาการสงบ) ที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ แบ่งหอผู้ป่วยตามอาการเจ็บป่วยทางจิต เมื่อแรกรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษาวินิจฉัยให้อยู่หอผู้ป่วยวิกฤต/ฉุกเฉิน (Acute ward) การพยาบาลดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ช่วงที่มีอาการของโรคเรื้อรังหลังจากผู้ป่วยเข้าสู่ระยะอาการสงบ จะย้ายผู้ป่วยให้อยู่หอผู้ป่วยเรื้อรังบำบัด (Sub acute ward) การพยาบาลดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ช่วงที่มีอาการของโรคเรื้อรัง ต้องรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษากลับเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลเพื่อให้อาการทรงตัว ในช่วงที่มีอาการค่อนข้างคงที่พยาบาลให้การดูแลระดับประคับประคองในการให้ยาตามแผนการรักษา พัฒนารูปแบบที่จะช่วยให้ฟื้นคืนสภาพ และสามารถเผชิญกับปัญหา (จรรยา ธัญญาดิ, 2559) มีการสร้างสัมพันธ์ภาพเพื่อการบำบัด และจัดสิ่งแวดล้อมบำบัด นอกจากนี้ยังมีกิจกรรมบำบัดเพื่อเสริมทักษะด้านการออกกำลังกาย การใช้ชีวิตประจำวันและการอยู่ร่วมกัน การบำบัดทางด้านการงาน และอาชีพ ตลอดจนการบำบัดเฉพาะทางตามปัญหาของผู้ป่วย เช่น กลุ่มบำบัดการแก้ไข้ปัญหา (PST) การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (CBT) จิตบำบัดประคับประคอง (Supportive Psychotherapy) เป็นต้น ปัจจุบันนี้โปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม ได้ลงสู่การปฏิบัติในหอผู้ป่วยเรื้อรังบำบัดอื่นๆ แล้ว

2.3 มโนทัศน์เกี่ยวกับทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม

การศึกษานี้ใช้แนวคิดจากหลายทฤษฎีมาประยุกต์ทั้งแนวคิดของทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรมของ B.F.Skinner (1953 อ้างใน สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2556) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.3.1 แนวคิดของทฤษฎีการวางเงื่อนไขแบบการกระทำ (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2556)

ทฤษฎีการวางเงื่อนไขแบบการกระทำนั้น มีความเชื่อว่าพฤติกรรมของบุคคลเป็นผลพวงเนื่องมาจากการปฏิสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อม พฤติกรรมที่เกิดขึ้นของบุคคลจะแปรเปลี่ยนไปเนื่องมาจากผลกรรม (Consequences) ที่เกิดขึ้นในสภาพแวดล้อมนั้น Skinner ให้ความสำคัญกับผลกรรม 2 ประเภทได้แก่ ผลกรรมที่เป็นตัวเสริมแรง (Reinforcer) ที่ทำให้พฤติกรรมที่บุคคลกระทำอยู่นั้นมีอัตราการกระทำเพิ่มมากขึ้นและผลกรรมที่เป็นตัวลงโทษ (Punisher) ที่ทำให้พฤติกรรมที่บุคคลกระทำนั้นยุติลง

การเสริมแรง (Reinforcement)

การเสริมแรง คือ การทำให้ความถี่ของพฤติกรรมเพิ่มขึ้น อันเป็นผลเนื่องมาจากผลกรรมที่ตามหลังพฤติกรรมนั้น ผลกรรมที่ทำให้พฤติกรรมมีความถี่เพิ่มขึ้นเรียกว่าตัวเสริมแรง (Skinner, 1971) ตัวเสริมแรงที่ใช้กันอยู่นั้นสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ชนิดด้วยกันคือ

1. **ตัวเสริมแรงปฐมภูมิ (Primary Reinforcer)** เป็นตัวเสริมแรงที่มีคุณสมบัติด้วยตัวของมันเอง เนื่องจากสามารถตอบสนองความต้องการทางชีวภาพของอินทรีย์ได้ หรือมีผลต่ออินทรีย์โดยตรง เช่น อาหาร น้ำ อากาศ ความร้อน ความหนาว ความเจ็บปวด เป็นต้น ในการศึกษาใช้การให้อาหารตามความปรารถนาของกลุ่มทดลอง

2. **ตัวเสริมแรงทุติยภูมิ (Secondary Reinforcer)** เป็นตัวเสริมแรงที่ต้องผ่านกระบวนการพัฒนาคุณสมบัติของการเป็นตัวเสริมแรง โดยการนำไปสัมพันธ์กับตัวเสริมแรงปฐมภูมิ เช่น คำชมเชย เงิน หรือตำแหน่งหน้าที่ เป็นต้น ในการศึกษาใช้การให้คำชมเชย และการปรบมือ โดยประกาศให้กลุ่มทดลองทราบก่อนเริ่มฝึกทักษะทางสังคม อีกทั้งมีการให้เบี้ยอรรถกรแลกเป็นเงินมูลค่า 5 บาท ด้วย

2.3.2 การจัดการเงื่อนไขผลกรรม (Contingency Management) (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2556)

การจัดการเงื่อนไขผลกรรม เป็นวิธีการที่นิยมใช้กันมากที่สุดในการปรับพฤติกรรม ไม่ว่าจะเป็นการใช้ด้วยเทคนิคของมันเป็นเอง หรือใช้ร่วมกับเทคนิคอื่นๆ ทั้งนี้เนื่องจากการจัดการเงื่อนไขผลกรรมนั้น สามารถดำเนินการได้ง่าย สะดวกและมีประสิทธิภาพ

แนวคิดพื้นฐาน

การจัดการเงื่อนไขพฤติกรรมนั้น พัฒนามาจากแนวคิดของทฤษฎีการเรียนรู้การวางเงื่อนไขแบบการกระทำของ B.F Skinner Skinner (1953 อ้างใน สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2556) มีความเชื่อว่าพฤติกรรมของบุคคลจะเพิ่มขึ้นหรือลดลงเป็นผลเนื่องมาจากผลกรรมของพฤติกรรมนั้น ถ้าพฤติกรรมใดได้รับผลกระทบที่เป็นตัวเสริมแรงทางบวก พฤติกรรมนั้นก็จะมีความถี่ที่จะเกิดขึ้นอีกในอนาคต ในทางกลับกันถ้าพฤติกรรมใดได้รับผลกระทบที่เป็นตัวลงโทษ พฤติกรรมนั้นก็จะลดลงหรือยุติในอนาคต

ประเภทของตัวเสริมแรง

สิ่งที่มีศักยภาพเป็นตัวเสริมแรงได้นั้น อาจแบ่งออกได้เป็น 5 ประเภท

1. **ตัวเสริมแรงที่เป็นสิ่งของ (Material Reinforcers)** เป็นตัวเสริมแรงที่กล่าวได้ว่ามีประสิทธิภาพกับเด็กมากที่สุด เนื่องจากเป็นตัวเสริมแรงที่ประกอบด้วยอาหาร ของที่เสปได้และสิ่งของต่างๆ เช่น ขนม บุหรี่ เหล้า ของเล่น เสื้อผ้า น้ำหอม รถยนต์ เป็นต้น ในกรณีของวัยรุ่นหรือผู้ใหญ่ก็ใช้ได้ผลในบางกรณีเช่นกัน เช่น กรณีที่ซื้อของขวัญให้คุ้รักบ่อยๆ หรือการที่บริษัทต่างๆ ให้รางวัลพนักงานของตนที่ทำงานได้ดี เป็นต้น

2. **ตัวเสริมแรงทางสังคม (Social Reinforcers)** แบ่งออกได้เป็น 2 ลักษณะคือ เป็นคำพูดและเป็นการแสดงออกทางท่าทางได้แก่ การชมเชย การยกย่อง การยิ้ม การเข้าใกล้ หรือการแตะตัว เป็นต้น ในชีวิตประจำวันของคนเรานั้นก็มีการให้และการรับการให้ตัวเสริมแรงทางสังคมกันอยู่ตลอดเวลา อย่างเช่น แม่กอดลูกเมื่อลูกแสดงพฤติกรรมที่ตนพอใจ หรือการที่ครูไม่ให้ความสนใจต่อการที่นักเรียนโต้เถียง เป็นต้น

3. **ตัวเสริมแรงที่เป็นกิจกรรม (Activity Reinforcers)** ตัวเสริมแรงในลักษณะนี้บางครั้งรู้จักกันในชื่อของหลักการของฟรีแม็ค (Premack Principle) ซึ่งกล่าวไว้ว่ากิจกรรมหรือพฤติกรรมที่มีความถี่สูง สามารถนำมาใช้เสริมแรงกิจกรรมหรือพฤติกรรมที่มีความถี่ต่ำได้ เช่น การดูทีวีอาจจะใช้เป็นตัวเสริมแรงการทำการบ้านของเด็กได้ เป็นต้น

4. **ตัวเสริมแรงที่เป็นเบี้ยอรรถกร (Token Reinforcers)** เบี้ยอรรถกรนั้นเป็นตัวเสริมแรงที่จะมีคุณค่าของการเป็นตัวเสริมแรงได้ ต่อเมื่อสามารถนำไปแลกเป็นตัวเสริมแรงอื่นๆ ได้ ตัวเสริมแรงที่นำไปแลกได้นั้นเรียกว่า ตัวเสริมแรงสนับสนุน (back-up Reinforcer) เบี้ยอรรถกรจะมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ถ้าสามารถนำไปแลกตัวเสริมแรงอื่นๆ ได้มากกว่า 1 ตัวขึ้นไป เบี้ยอรรถกรนั้นมักจะอยู่ในรูปของ เงิน เบี้ย ตั๋ว ดาวยุติ หรือคูปอง เป็นต้น ในปัจจุบันนี้จะเห็นได้ว่าเบี้ยอรรถกรนั้นจัดได้ว่าเป็นตัวเสริมแรงที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด ในการปรับพฤติกรรมของบุคคล

5. **ตัวเสริมแรงภายใน (Covert Reinforcers)** ตัวเสริมแรงภายในนี้ครอบคลุมถึงความคิด ความรู้สึกต่างๆ เช่น ความพึงพอใจ ความสุข หรือความภาคภูมิใจ เป็นต้น บุคคลหลายคนแสดงพฤติกรรมบางอย่าง เมื่อแสดงแล้วไม่เห็นจะได้รับผลตอบแทน แต่บุคคลกระทำไปเพราะเกิดความรู้สึกเป็นสุขใจที่ได้ทำ เช่น การทำบุญ หรือการให้เงินแก่ขอทาน เป็นต้น

2.4 มโนทัศน์เกี่ยวกับหลักการเรียนรู้มีส่วนร่วม

หลักการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (participatory learning: PL) กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2544) ได้สรุปหลักการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ไว้ดังนี้

หลักการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม มีพัฒนาการจากการที่นักปรัชญาการศึกษา Deweyan ได้เริ่มใช้วิธีการเรียนรู้จากการกระทำ (learning by doing) โดยยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลางในการจัดกิจกรรมในการเรียนการสอน ผู้สอนกระตุ้นให้ผู้เรียนคิดแก้ปัญหามากขึ้น และผู้เรียนจะมีส่วนร่วมในกิจกรรมการเรียนการสอนมากขึ้น ซึ่งเป็นพื้นฐานการพัฒนากระบวนการเรียนรู้ที่ดึงความสามารถของผู้เรียนออกมาในรูปของการเรียนรู้ ที่เรียกว่า active learning

ในทศวรรษที่ 80 ได้มีการพัฒนากระบวนการเรียนรู้ (learning process) รูปแบบใหม่ที่เรียกว่า การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (experiential learning) ของ Kolb มุ่งการศึกษาและนักฝึกอบรมได้นำไปใช้อย่างแพร่หลาย ซึ่ง Kolb (1984 อ้างถึงใน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2544) ได้เสนอว่า ประสบการณ์เป็นแหล่งของการเรียนรู้และ

พัฒนา ซึ่งการเรียนรู้เชิงประสบการณ์นี้ ยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลางและผู้เรียนมีส่วนร่วมในกิจกรรม (active learning) มีชื่อเรียกในหลายชื่อ เช่น experimental learning, prior learning และ participatory learning วงจรของการเรียนรู้ของ Kolb's model การได้รับความรู้ ทักษะ และทักษะ จะอยู่ในกระบวนการ 4 องค์ประกอบของการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ ได้แก่ 1) ประสบการณ์เชิงรูปธรรม (concrete experience) 2) การสังเกตอย่างไตร่ตรอง (reflective observation) 3) มโนทัศน์เชิงนามธรรม (abstract conceptualization) และ 4) การทดลองปฏิบัติ (active experimentation)

หลักการสำคัญของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (participatory learning)

การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ประกอบด้วย การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ และการเรียนรู้ด้วยกระบวนการกลุ่ม ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1) การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (experiential learning) เป็นการเรียนรู้ที่ผู้สอนมุ่งเน้นให้ผู้เรียนสร้างความรู้จากประสบการณ์เดิม มีลักษณะสำคัญ 5 ประการ ดังนี้

1. เป็นการเรียนรู้ที่อาศัยประสบการณ์ของผู้เรียน
2. ทำให้เกิดการเรียนรู้ใหม่ๆ ที่ท้าทายอย่างต่อเนื่อง และเป็นการเรียนรู้เชิงรุก (active learning) คือ ผู้เรียนต้องทำกิจกรรมตลอดเวลา ไม่ได้นั่งฟังการบรรยายอย่างเดียว
3. มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เรียนด้วยกันเอง และระหว่างผู้เรียนกับผู้สอน
4. ปฏิสัมพันธ์ที่ทำให้เกิดการขยายตัวของเครือข่ายความรู้ที่ทุกคนมีอยู่ออกไปอย่างกว้างขวาง
5. อาศัยการสื่อสารทุกรูปแบบ เช่น การพูด หรือการเขียน การวาดรูป การแสดงบทบาทสมมติ ซึ่งเอื้ออำนวยให้เกิดการแลกเปลี่ยน การวิเคราะห์ และสังเคราะห์การเรียนรู้

องค์ประกอบของการเรียนรู้เชิงประสบการณ์

Kolb (1984 อ้างถึงในกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2544) ได้กล่าวถึง วงจรการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ ผู้เรียนควรมีทักษะการเรียนรู้ ทั้ง 4 องค์ประกอบ ดังนี้

ประสบการณ์ (experience)

การสะท้อน/อภิปราย (reflection/discussion)

การทดลอง/ประยุกต์แนวคิด (experimentation/application)

ความคิดรวบยอด (concept)

1. ประสบการณ์ (experience) องค์ประกอบที่เป็นประสบการณ์นี้ ผู้สอนจะพยายามกระตุ้นให้ผู้เรียนได้ตั้งประสบการณ์ของตัวเองออกมาใช้ในการเรียนรู้ และสามารถแบ่งปันประสบการณ์ของตนเองที่มีให้แก่เพื่อนๆ ในการฝึกอบรมเนื้อหาที่ใช้ในการให้ความรู้ หรือนำไปสู่การสอนทักษะต่างๆ ส่วนใหญ่จะเป็นเรื่องที่ผู้เรียนมีประสบการณ์มาก่อนแล้ว การที่ผู้สอนพยายามให้ผู้เรียนได้ตั้งประสบการณ์มาใช้จะทำให้เกิดประโยชน์ทั้งผู้สอน และผู้เรียน ดังนี้

ผู้เรียน การที่ผู้เรียนได้ตั้งประสบการณ์ของตัวเองออกมานำเสนอร่วมกับเพื่อนๆ จะทำให้ผู้เรียนรู้สึกตัวเองได้มีส่วนร่วมในฐานะสมาชิกคนหนึ่ง มีความสำคัญที่มีคนฟังเรื่องราวของตนเอง และได้มีโอกาสรับรู้เรื่องของคนอื่น ซึ่งจะทำให้มีความรู้เพิ่มขึ้น ผู้สอนไม่ต้องเสียเวลาในการอธิบาย หรือยกตัวอย่างให้ผู้เรียนฟัง ผู้สอนอาจใช้ใบชี้แจงกำหนดกิจกรรมของผู้เรียนในการนำเสนอประสบการณ์ ในกรณีที่ผู้เรียนไม่มีประสบการณ์ในเรื่องที่จะสอนหรือน้อย ผู้สอนอาจจะยกกรณีตัวอย่าง หรือสถานการณ์ก็ได้

2. การสะท้อน และอภิปราย (reflection and discussion) เป็นองค์ประกอบสำคัญที่ผู้เรียนจะได้แสดงความคิดเห็น และความรู้สึกของตนเองแลกเปลี่ยนกับสมาชิกในกลุ่ม การที่ผู้เรียนจะอภิปราย หรือแสดงความคิดเห็นได้มากน้อยแค่ไหน เป็นไปตามเนื้อหาที่จะสอนหรือไม่ ขึ้นอยู่กับใบงานที่ผู้สอนจัดเตรียม ซึ่งประกอบไปด้วยประเด็นอภิปราย หรือตารางการวิเคราะห์เพื่อให้ผู้เรียนทำได้สำเร็จ ผู้เรียนจะได้เรียนรู้ถึงความคิด ความรู้สึกของคนอื่นที่ต่างไปจากตนเองจะช่วยให้เกิดการเรียนรู้ที่กว้างขวางขึ้น และผลของการสะท้อนความคิดเห็น หรือการอภิปรายจะทำให้ได้ข้อสรุปที่หลากหลาย หรือมีน้ำหนักมากยิ่งขึ้น ในเรื่องที่อภิปราย

3. ความคิดรวบยอด (concept) ความคิดรวบยอดนี้จะส่งผลไปถึงการเปลี่ยนแปลงเจตคติ หรือความเข้าใจในเนื้อหาขั้นตอนของการฝึกทักษะต่างๆ ที่ช่วยให้ผู้เรียนปฏิบัติได้ง่ายขึ้น เป็นองค์ประกอบที่ผู้เรียนได้เรียนรู้เกี่ยวกับเนื้อหาวิชา หรือเป็นการพัฒนาด้านพุทธิพิสัย (knowledge) เกิดได้หลายทาง เช่น ผู้สอนอาจจะสรุปความคิดรวบยอดให้จากการอภิปราย และการนำเสนอของผู้เรียนแต่ละกลุ่ม ผู้เรียนจะเข้าใจและเกิดความคิดรวบยอด จากการบรรยายของผู้สอน การมอบหมายงานให้อ่านจากเอกสาร ตำรา หรือได้จากการสะท้อนความคิดเห็น และอภิปรายในองค์ประกอบที่ 2

4. การทดลอง/การประยุกต์แนวคิด (experimentation / application) เป็นองค์ประกอบที่ผู้เรียนได้ทดลองใช้ความคิดรวบยอดหรือผลิตชิ้นความคิดรวบยอดในรูปแบบต่างๆ เช่น การสนทนา สร้างคำขวัญ ทำแผนภูมิ เล่นบทบาทสมมติ ฯลฯ ซึ่งถ้าพิจารณาให้ดีจะเห็นได้ว่า เป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่ผู้สอนจะได้เปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้รู้จักการประยุกต์ใช้ความรู้ ไม่ใช่เรียนแค่รู้ แต่ควรนำไปใช้ได้จริง

2) การเรียนรู้ด้วยกระบวนการกลุ่ม (group process)

การเรียนรู้ด้วยกระบวนการกลุ่ม (group process) เป็นการเรียนรู้พื้นฐานที่สำคัญอีกอย่างหนึ่ง ซึ่งเมื่อประกอบไปกับการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (experiential learning) กระบวนการกลุ่มจะช่วยให้ผู้เรียนได้มีส่วนร่วมสูงสุด และทำให้บรรลุงานสูงสุด ผู้เรียนทุกคนควรมีส่วนร่วมในทุกกิจกรรมของแต่ละองค์ประกอบ ฉะนั้นผู้สอนจึงต้องพิจารณาตามจำนวนผู้เรียน การมีส่วนร่วมสูงสุด (maximum participation) ของผู้เรียน ขึ้นอยู่กับการออกแบบกลุ่ม ซึ่งมีตั้งแต่กลุ่มเล็กสุด คือ 2 คน จนกระทั่งกลุ่มใหญ่ กลุ่มแต่ละประเภทมีข้อดี และข้อจำกัดต่างกัน

การบรรลุงานสูงสุด (maximum performance) การออกแบบงาน ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ผู้สอนจะต้องจัดทำเป็นใบงานที่กำหนดให้กลุ่ม หรือผู้เรียนทำกิจกรรมให้บรรลุตามวัตถุประสงค์การเรียนรู้ในแผนการสอน สิ่งเหล่านี้เป็นหัวใจสำคัญของการบรรลุงานสูงสุด

สรุปได้ว่า การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ประกอบด้วยการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ และการเรียนรู้ด้วยกระบวนการกลุ่ม เป็นรูปแบบการเรียนการสอนที่มีประสิทธิภาพในการพัฒนาผู้เรียนทั้งด้านความรู้ ทักษะ และทัศนคติ เพราะผู้เรียนทุกคนมีประสบการณ์ จึงสามารถทำให้เกิดประโยชน์สูงสุด หรือแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน และช่วยกันทำในสิ่งที่ยาก หรือไม่เคยทำมาก่อนด้วยความมั่นใจ

2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศและต่างประเทศสรุปได้ดังต่อไปนี้

2.5.1 งานวิจัยในประเทศ

จิตรรัตน์ พิมพ์ดีด และคณะ (2552) ได้ศึกษาผลการฝึกทักษะด้านสังคมและการสื่อสารของผู้ป่วยจิตเภทชาย โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ เป็นวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยคงสภาพการรักษารับบริการเป็นผู้ป่วยในจำนวน 22 คน กลุ่มตัวอย่างเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนดโดยคำนึงถึง คะแนนทักษะด้านสังคมและการสื่อสารเท่ากันหรือใกล้เคียงกัน และสุ่มตัวอย่างอย่างง่ายเป็นคู่ๆ ด้วยวิธีการจับฉลากเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 11 คน ใช้แบบประเมินเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน เฉพาะทักษะด้านสังคมและการสื่อสาร ฉบับยาว 19 ข้อ ระยะเวลาการฝึก 1 ครั้งต่อสัปดาห์ รวม 3 ครั้งต่อ 3 สัปดาห์ สัปดาห์ที่ 4 ทบทวนการฝึก พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะด้านสังคมและการสื่อสาร ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองไม่แตกต่างกัน ค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะด้านสังคมและการสื่อสาร ของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุม หลังการทดลอง 1 สัปดาห์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะด้านสังคมและการสื่อสาร ของกลุ่มทดลองหลังการทดลอง 1 สัปดาห์มากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนกลุ่มควบคุมค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะด้านสังคมและการสื่อสาร ก่อนและหลังการทดลอง ไม่แตกต่างกัน

ปีต่อมา จีรพันธ์ เอิบมกล (2553) ได้ศึกษาการสังเคราะห์งานวิจัยแบบมหวิเคราะห์เกี่ยวกับโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภท ผู้ศึกษาได้ทำการสืบค้นงานวิจัยอย่างเป็นระบบจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ รวมถึง

การสืบค้นจากวารสารต่างๆด้วยตนเอง มีจำนวนงานวิจัยทั้งหมด 14 เรื่อง ที่มีลักษณะตามเกณฑ์ ผลการ ศึกษาพบว่า จากงานวิจัยทั้งหมดสามารถจัดแบ่งลักษณะของโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภทออกเป็น 2 ประเภท ตามทักษะที่ฝึกได้แก่ 1) โปรแกรมที่มีการฝึกเฉพาะทักษะทางสังคม และ 2) โปรแกรมที่มีการฝึกทักษะทางสังคม ร่วมกับการบำบัดทางจิตสังคมอย่างอื่น ทักษะทางสังคมที่ฝึก ได้แก่ ทักษะการสื่อสาร ทักษะในการแสดงออกถึง ความคิดและความต้องการของตนเองอย่างเหมาะสม ทักษะการตัดสินใจและแก้ปัญหา กลวิธีการฝึกส่วนใหญ่ฝึกโดย การสาธิต การแสดงบทบาทสมมติ การเล่นเกม การให้การบ้าน และการฝึกปฏิบัติในสถานที่จริง ผลลัพธ์จากการฝึก ทักษะทางสังคมพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีทักษะทางสังคมด้านต่างๆเพิ่มขึ้น มีอาการทางจิตลดลง มีความรู้สึกมีคุณค่าใน ตนเองและคุณภาพชีวิตดีขึ้น

3 ปีต่อมา ชัญญา คมขำ และรัชนิกร เกดโชค (2556) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการ ฝึกทักษะต่อการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เป็นวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มา รับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพัฒนานิคม ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ จำนวน 40 คน โดยการจับคู่แล้ว สุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน กลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการ ฝึกทักษะทั้งหมด 6 ครั้ง สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 45-60 นาที ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ พบว่า คะแนนการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน หลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ปีต่อมา ลิษา เทียงวิริยะ, ผ่องพรรณ ภาโว และวิมล นุชสวาท (2557) ได้ทำการพัฒนาโปรแกรมการฝึกทักษะ การสื่อสารระหว่างบุคคลของผู้ป่วยโรคจิตเภท และทำการทดสอบผลของโปรแกรมแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการ ทดลอง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน ได้รับการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนดแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 30 คน ได้รับการดูแลตามปกติ และกลุ่มทดลอง 30 คน ได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคล พบว่าผู้ป่วย สามารถสื่อสารแสดงความรู้สึกต่อตนเองและผู้อื่นได้อย่างเหมาะสมหลังการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีทักษะการ สื่อสารระหว่างบุคคลสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ปีต่อมา จุฬารัตน์ วิเรชะรัตน์ และรสสุคนธ์ ชมชื่น (2558) ได้พัฒนาและประเมินผลรูปแบบบริการฟื้นฟู สมรรถภาพสำหรับผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างมี 2 กลุ่มหลัก กลุ่มแรกเพื่อทดสอบโปรแกรมนร่่อง จำนวน 5 กลุ่มๆละ 12 คน และกลุ่มที่สอง เพื่อประเมินผลโปรแกรมบูรณาการจำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่ม ควบคุมอย่างละ 20 คน พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทำหน้าที่ (85 คะแนน) ความรู้สึกมีคุณค่า ในตัวเอง (29.3 คะแนน) สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ

2 ปีต่อมา จิตารัตน์ พิมพ์ดีด, ญัฐฐาภรณ์ เบ้าเรือง และสุนละมัย ทาคำใจ (2560) ได้ศึกษาผลของการฝึก ทักษะด้านสังคมและการสื่อสารร่วมกับการใช้เบี่ยงรกรรของผู้ป่วยจิตเภท เป็นการวิจัยทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็น ผู้ป่วยคงสภาพการรักษาทั้งผู้ป่วยหญิงและผู้ป่วยชายจำนวน 48 คน กลุ่มตัวอย่างเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนดโดยคำนึงถึง อายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วยทางจิต และคะแนนทักษะด้านสังคมและการสื่อสาร ซึ่งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มี ลักษณะดังกล่าวใกล้เคียงกัน ใช้วิธีสุ่มอย่างง่ายเป็นคู่ๆด้วยวิธีการจับฉลากเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 24 คน ใช้แบบประเมินเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน เฉพาะทักษะด้านสังคมและการสื่อสาร ฉบับสั้น 5 ข้อ ระยะเวลาการฝึก 2 ครั้งต่อสัปดาห์ ครั้งที่ 3 ทบทวนการฝึก รวม 3 ครั้งต่อสัปดาห์ พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะด้าน สังคมและการสื่อสาร ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองไม่แตกต่างกัน ค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะด้านสังคม และการสื่อสาร ของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุม หลังการทดลอง 1 สัปดาห์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะด้านสังคมและการสื่อสาร ของกลุ่มทดลองหลังการทดลอง 1 สัปดาห์มากกว่าก่อนการทดลอง

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนกลุ่มควบคุมค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะด้านสังคมและการสื่อสาร ก่อนและหลังการทดลอง ไม่แตกต่างกัน

ปีต่อมา ศิริลักษณ์ ประมะ (2561) ได้ศึกษาผลของการฝึกโปรแกรมทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการด้านลบ เป็นการศึกษาเชิงทดลอง แบบ Randomized Control Study ที่เข้ารับการรักษาระหว่างผู้ป่วยนอกจิตเวช กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการด้านลบจำนวน 23 คน แบ่งกลุ่มโดยการสุ่มอย่างง่าย ในกลุ่มทดลองผู้ป่วยได้รับการฝึกโปรแกรมทักษะทางสังคม จำนวน 8 คน และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการรักษาตามปกติ จำนวน 15 คน พบว่า 1) ค่าคะแนนทดสอบทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมเพิ่มมากขึ้นกว่ากลุ่มควบคุม (ค่าเฉลี่ยค่าคะแนนการทำหน้าที่ทักษะทางสังคมกลุ่มทดลอง ก่อนทดลอง = 96.5 หลังทดลอง = 117.88 กับ กลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง = 129.67 หลังทดลอง = 122.93, $P < 0.05$) 2) ค่าคะแนนทดสอบทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมสูงกว่าก่อนได้รับการฝึกโปรแกรมทักษะทางสังคม (ค่าเฉลี่ยค่าคะแนนการทำหน้าที่ทักษะทางสังคมกลุ่มทดลอง ก่อนทดลอง = 96.5 หลังทดลอง = 117.88, $P < 0.05$) แต่ไม่พบผลดังกล่าวในกลุ่มควบคุม

ในปีเดียวกัน ศิริพันธ์ ลิ้มทองคำ และเพ็ญพักตร์ อุทิศ (2561) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการอาการทางลบด้วยตนเองต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน และได้รับการจับคู่และสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน ผลการวิจัยพบว่า 1) การทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการด้านลบ หลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการด้านลบด้วยตนเองสูงกว่า ก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการอาการด้านลบด้วยตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 2) การทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการด้านลบ กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการด้านลบด้วยตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.5.2 งานวิจัยต่างประเทศ

Kurtz & Mueser (2008) ได้สังเคราะห์งานวิจัยแบบมหัพราเอห์ ต่อการฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภท มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิผลของการฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภท สืบค้นข้อมูลจาก PsycINFO และ MEDLINE ตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงปี ค.ศ 2007 เลือกการวิจัยแบบ RCT ในการฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภท รวมทั้งมีคู่มือการฝึก ถ่ายทอดสดหรือบันทึกเทปหรือการซ้อมบทละคร และข้อเสนอแนะเชิงบวกและการแก้ไข ผลลัพธ์ที่น่าสนใจได้แก่ การวัดความเข้าใจเกี่ยวกับเนื้อหาการฝึกอบรม การวัดทักษะการใช้ชีวิตประจำวัน การวัดการทำงานในชุมชนและในโรงพยาบาล อาการทางจิตเวชและอาการกำเริบของโรค การศึกษาส่วนใหญ่ดำเนินการในแผนกผู้ป่วยนอก ระยะเวลาในการเจ็บป่วยเฉลี่ย 16.7 ปี การบำบัดที่พบบ่อยที่สุดเน้นทักษะการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ทักษะการจัดการยา และหรืออาการเจ็บป่วย หรือการเตรียมตัวเพื่อกลับสู่ชุมชน ระยะเวลาในการบำบัด 8 ชั่วโมงถึง 312 ชั่วโมง ในช่วงสองสัปดาห์ถึงสองปี กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามมาตรฐานหรือการบำบัดอื่นๆ

อีก 5 ปีต่อมา Lavelle, Healey, & McCabe (2013) ศึกษาถึงอวัจนภาษาที่มีผลต่อปฏิสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการทางลบ โดยใช้เทคนิคการจับการเคลื่อนไหว 3 มิติ บันทึกการโต้ตอบของผู้ป่วย 20 คน (ผู้ป่วย 1 คน ผู้เข้าร่วมที่มีสุขภาพดี 2 คน) และการควบคุม 20 คน (ผู้เข้าร่วมที่มีสุขภาพดี 3 คน) ผู้เข้าร่วมให้คะแนนประสบการณ์การมีมนุษยสัมพันธ์กับคู่สนทนาแต่ละราย มีการประเมินอาการของผู้ป่วย การเรียนรู้ทางสังคมและการวางแผน พบว่าผู้ป่วยจิตเภทแสดงท่าทางน้อยลงเมื่อพูด ผู้ป่วยที่มีอาการด้านลบมากขึ้น พยักหน้าน้อยลงเมื่อกำลังฟัง ผู้ป่วยที่มีอาการด้านลบมากขึ้นก็แสดงท่าทางมากขึ้นเมื่อกำลังพูด ควบคู่ไปกับอาการด้านลบที่เพิ่มขึ้นและการเรียนรู้ทางสังคมที่แย่งลง ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการมีประสบการณ์ด้านมนุษยสัมพันธ์อื่นๆที่ไม่ดีของผู้ป่วย ผู้วิจัยสรุปได้ว่าอาการของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่แสดงออกแบบอวัจนภาษาของผู้ป่วยและคู่ของเขา อาการด้านลบมากขึ้นและการใช้ท่าทางที่เพิ่มขึ้นของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับการมีมนุษยสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่แย่งลง การศึกษานี้แสดงหลักฐานเฉพาะเกี่ยวกับผลกระทบของอาการด้านลบที่ส่งผลต่อปฏิสัมพันธ์ทางสังคมของผู้ป่วย

ในปีเดียวกัน Padmavathi et al. (2013) ได้ทำการศึกษาประสิทธิผลของการฝึกทักษะการสนทนาของผู้ป่วยโรคจิตเภท การสุ่มตัวอย่างได้มาโดยวิธีการจับฉลาก จำนวน 30 คน สุ่มแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 15 คน อายุระหว่าง 18-60 ปี มีระยะเวลาการเจ็บป่วยทางจิตตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป ได้รับการคัดเลือกจากสตรีที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท โดยใช้ ICD-10 ใช้วิธีสุ่มแบบหลายขั้นตอน ขั้นที่ 1 สุ่มเลือกผู้ป่วยที่มี 2 ลักษณะคือ หอผู้ป่วยแบบต้องเสียค่าใช้จ่าย และหอผู้ป่วยแบบไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย ขั้นที่ 2 สุ่มเลือกได้หอผู้ป่วยแบบไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย ขั้นที่ 3 หอผู้ป่วยแบบไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย สุ่มเลือกกระหว่างเพศหญิงและเพศชาย ได้กลุ่มตัวอย่างเพศหญิง ขั้นที่ 4 กลุ่มตัวอย่างเพศหญิง จำนวน 30 คน สุ่มแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มควบคุมจากหอผู้ป่วยหญิงปิด และกลุ่มทดลองจากหอผู้ป่วยหญิงเปิด เครื่องมือที่ใช้คือ แบบรวบรวมทักษะการสื่อสารมี 11 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (0-4) มีคะแนนตั้งแต่ 0-44 คะแนน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยสูตรคำนวณอัลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.845 การประเมินการฝึกทักษะการสนทนา โดยใช้วิธีการแสดงบทบาทสมมติตามสถานการณ์ต่างๆทั้งหมด 15 ครั้ง และทำการวัดผลห่างจากการฝึกครั้งสุดท้าย 6 วัน ใช้สถิติ Mann Withney U และ t- test ผลการวิจัย พบว่าก่อนทดลองทักษะการสนทนาทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน หลังการฝึกทักษะการสนทนาระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

ปีถัดมา Millier, et al. (2014) ได้ทำการศึกษาโดยใช้ข้อมูลของ EuroSC ซึ่งเป็นการศึกษาระยะยาว (a longitudinal cohort) กลุ่มผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 1208 คน มีการติดตามเป็นระยะเวลา 2 ปี ทุก 6 เดือน มีการรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์คุณภาพชีวิต โดยใช้เครื่องมือ 1) the Global Satisfaction Score (GLS) 2) the frequency of social contacts score และ 3) PANSS ซึ่งได้มาจากคะแนน EW (emotional withdrawal) พบว่าการวิเคราะห์แบบสองตัวแปรและความสัมพันธ์ สร้างความเชื่อมโยงระหว่างความถี่ของการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และทั้งคะแนน EW (-0.24, $p < 0.001$) และ negative factor scale (-0.30, $p < 0.0001$) ในแต่ละช่วงเวลา นอกจากนี้ยังพบแนวโน้มการทำนายคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น แม้ว่าจะยังไม่มีความสำคัญก็ตาม จากการวิเคราะห์ถดถอยแบบสุ่มขั้นบันไดถึงผลกระทบอย่างมีนัยสำคัญของการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมเมื่อเวลาผ่านไป ใน EW ($p < 0.0001$) negative factor scale ($p < 0.0001$) และ QoL ($p < 0.001$) ผู้วิจัยสรุปไว้ว่า การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมช่วยลดอาการด้านลบ และการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในผู้ป่วยจิตเภท

ในปีเดียวกัน Koujalgi et al. (2014) ได้ทำการศึกษาประสิทธิผลของการฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง: การศึกษาแบบ interventional ผู้ป่วยโรคเรื้อรังทั้งหมด 65 คน เป็นกลุ่มทดลอง 34 คน และ เป็นกลุ่มควบคุม 31 คน เป็นการศึกษาแบบ interventional cross-sectional ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท โดยใช้บัญชีจำแนกทางสถิติระหว่างประเทศของโรคและปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ฉบับทบทวนครั้งที่ 10 (ICD-10) สำหรับเกณฑ์การคัดเข้าวิจัย ผู้ป่วยมีระยะเวลาการเจ็บป่วยมากกว่า 2 ปี เกณฑ์การคัดออกใช้ PANSS เมื่อผู้ป่วยมีอาการด้านบวก เครื่องมือการวิจัยใช้ Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS) และ Social adaptive functioning evaluation (SAFE) ใช้ในการวัดประสิทธิภาพของ SST ในผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดได้รับการวัดเกี่ยวกับ SANS และ SAFE ในช่วงก่อนและหลังการทดลอง ผลการวิจัยพบว่า ก่อนและหลังการทดลองคะแนนของ SAFE ของกลุ่มควบคุมไม่พบความแตกต่าง ($P = 0.053$) แต่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.002$) ระหว่างก่อนและหลังการทดลองของคะแนน SAFE ในกลุ่มทดลอง และไม่พบความแตกต่างคะแนนลดลงของ SANS ในกลุ่มทดลองเทียบกับกลุ่มควบคุม ($P = 0.072$) อย่างไรก็ตามผลการทดลองแสดงให้เห็นถึงพฤติกรรม การปรับปรุงที่ดีขึ้น ในด้านการไม่พูดหรือพูดน้อยลง (alogia) สิ้นหน้ำไม่แสดงอารมณ์ (apathy) และ ภาวะสิ้นความยินดี (anhedonia) ($P = 0.007$, $P = 0.030$, $P = 0.025$)

ปีถัดมา Granholm et al. (2015) ได้ศึกษาการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนด้วยการฝึกทักษะทางสังคมด้านพฤติกรรมทางปัญญาสำหรับโรคจิตเภท: เป็นวิจัยทดลองแบบสุ่ม ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการสุ่มให้เป็น 1 ใน 2 วิธีการ

รักษา (ACT อย่างเดียว หรือ ACT + CBSST ประยุกต์) ระยะเวลาการฝึก 18 เดือน โดยมีการประเมินทุก 18 สัปดาห์ หลังเริ่มฝึก โดยวัดผลด้วยการรายงาน การทดสอบและการสังเกตการณ์ด้วยตนเอง ในการศึกษานี้จะทดสอบว่าการบำบัดตามหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีอยู่ (เช่น CBSST) ที่ได้รับการปรับเปลี่ยนนำมาใช้ในสถานที่ปฏิบัติงาน (เช่นทีม Assertive Community Treatment: ACT) ที่ใช้กันโดยทั่วไปสำหรับผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีขึ้นต่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภท คณะผู้วิจัยได้อภิปรายผลว่าการปรับ CBSST ให้เหมาะสมกับบริบทของการให้บริการ ACT ที่พบได้ทั่วไปของสหรัฐอเมริกา ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีโอกาสและสามารถเข้าถึงและรับประโยชน์จากการบำบัดตามหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีอยู่ได้อย่างมาก

ในปีเดียวกัน Almerie et al. (2015) ได้สังเคราะห์งานวิจัยแบบมหัพภาค ต่อโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภท มีวัตถุประสงค์เบื้องต้นเพื่อค้นหาประสิทธิผลของโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมเปรียบเทียบกับ การดูแลตามมาตรฐานสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภท คณะผู้วิจัยได้สืบค้นเอกสารระหว่าง ค.ศ. 2006-ค.ศ. 2011 จาก the Cochrane Schizophrenia Group's Trials Register บนฐานข้อมูล CINAHL, BIOSIS, AMED, EMBASE, PubMed, MEDLINE, PsycINFO การสืบค้นใน ค.ศ. 2015 พบแหล่งการอ้างอิงอยู่ 37 เรื่อง ผลการศึกษาพบการวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มอยู่ 13 เรื่อง ซึ่งพบว่าอัตราการกำเริบ และการกลับเข้ารับรักษาซ้ำในกลุ่มที่ได้รับการฝึกทักษะทางสังคมต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐาน และสถานะจิตใจของกลุ่มที่ได้รับการฝึกทักษะทางสังคมดีกว่า อีกทั้งคุณภาพชีวิตดีขึ้นในกลุ่มที่ได้รับการฝึกทักษะทางสังคม แต่คุณภาพของหลักฐานอยู่ในระดับต่ำ อย่างไรก็ตาม เมื่อเปรียบเทียบกลุ่มที่ได้รับการฝึกทักษะทางสังคมกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น (discussion group) ไม่พบความแตกต่างของกลุ่มตัวอย่างในด้านการทำหน้าที่ทางสังคม อัตราการกำเริบ สถานะจิตใจหรือคุณภาพชีวิต

ปีถัดมา Barzegar et al. (2016) ได้ทำการศึกษาประสิทธิผลของการฝึกทักษะทางสังคมต่อการลดอาการด้านลบในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง เป็นการศึกษาเชิงทดลองในผู้ป่วยที่ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพเมืองคาราซ ประเทศอินเดีย ซึ่งมีคะแนนอาการด้านลบ (SANS) อยู่ในระดับสูง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังจำนวน 30 คน ได้รับการสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 15 คน กลุ่มทดลองได้รับการฝึกทักษะทางสังคม 8 ครั้ง ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมได้รับการวัดด้วย SANS ก่อนและหลังการทดลอง และระยะติดตามผล 2 เดือน วิเคราะห์ข้อมูลด้วย MANOVA และ SPSS-22 ผลการศึกษาพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังได้รับการฝึกทักษะทางสังคม ซึ่งผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าการฝึกทักษะทางสังคมมีผลต่อการลดอาการด้านลบ

ในปีเดียวกัน Kang et al. (2016) ได้ศึกษาผลการฝึกทักษะทางสังคมของชุมชนและการออกกำลังกายแบบไทเก็กต่อผลลัพธ์ในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง: การศึกษาแบบสุ่มระยะเวลา 1 ปี ในการศึกษาครั้งนี้มีการใช้การฝึกทักษะทางสังคม 24 ครั้ง ร่วมกับการฝึกไทเก็กในชุมชนในผู้ป่วยจิตเภททั้งหมด 244 คน ได้รับการสุ่มเข้ากลุ่มรับการรักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียว (MTA group) หรือสุ่มเข้ากลุ่มแบบบูรณาการตามชุมชน (CBII group) ใช้แบบจำลองเชิงเส้นแบบทั่วไปเพื่อประเมินผลของ intervention (ผลกลุ่ม) ผล intervention ตามเวลา (ผลกระทบเวลา) และผลกระทบจากการปฏิสัมพันธ์ (ผลของกลุ่ม $\times$ time) t test ใช้ในการประเมินความแตกต่างระหว่างกลุ่มกับตัวแปรทางคลินิก การวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นพหุคูณใช้เพื่อวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่าง intervention ในช่วง 12 เดือนและระยะเริ่มแรกของอาการ และใช้เครื่องมือ Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) และคุณภาพชีวิต พบว่ากลุ่มรับการรักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียว และกลุ่มฝึกทักษะทางสังคมบวกกับไทเก็ก มีค่าคะแนนต่ำเมื่อวัดด้วย PANSS และคะแนนด้านลบ ความเสี่ยงต่อพฤติกรรมก้าวร้าวลดลง และเคร่งครัดต่อการใช้ยามากขึ้น หลังการทดลอง 12 เดือน พบการเปลี่ยนแปลงคะแนนรวมของ PANSS คะแนนด้านลบ และคะแนนคุณภาพชีวิต ตั้งแต่เริ่มต้นจนถึง 12 เดือน มีความแตกต่างกันทั้ง 2 กลุ่มอย่างมีนัยสำคัญ การวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นพหุคูณพบว่า intervention มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญกับการเปลี่ยนแปลงจากระยะเริ่มต้นจนถึง 12 เดือน ในคะแนนรวมของ PANSS ($B =$

0.804, $p < 0.001$) คะแนนด้านลบ ($B = 0.709$, $p < 0.001$) และด้านสังคมของคุณภาพของชีวิต ($B = -0.673$, $p = 0.044$)

อีก 2 ปีต่อมา Turner, et al. (2018) ได้ศึกษาการสังเคราะห์งานวิจัยแบบมหัพภาคของการฝึกทักษะทางสังคมและการบำบัดที่เกี่ยวข้องสำหรับโรคจิต โดยการสืบค้นวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ ระบุนิยามของการทดลองที่มีการควบคุมแบบสุ่ม 27 เรื่อง รวมทั้งผู้เข้าร่วมจำนวน 1,437 คน มีการควบคุมรายการความเสี่ยงของความลำเอียงโดยใช้เครื่องมือประเมินความเสี่ยงของ Cochrane ชุดการเปรียบเทียบการสังเคราะห์งานวิจัยแบบมหัพภาค 70 ชุด ให้ขนาดของอิทธิพล (effect size) ใน Hedges 'g' ในด้านความแตกต่างและความลำเอียงของการตีพิมพ์ได้รับการประเมินด้วยผลลัพธ์พบว่า SST มีประสิทธิภาพมากกว่าการบำบัดที่มีอยู่ตามปกติในด้านอาการด้านลบ และอาการทางจิต อีกทั้งความยั่งยืนของทักษะยังคงอยู่ภายในหนึ่งปีหลังจากการรักษาสิ้นสุดลง ข้อสรุปของ SST แสดงให้เห็นถึงขนาดของอิทธิพล สำหรับอาการด้านลบที่คล้ายคลึงกับที่รายงานในการบำบัดด้วย CBT สำหรับอาการด้านบวกแม้ว่าจะแตกต่างจาก CBT แต่ก็ไม่แนะนำให้ใช้ SST เป็นประจำในการบำบัดทางจิตวิทยา SST อาจมีศักยภาพในการดำเนินการในวงกว้าง การวิจัยประสิทธิผลที่เข้มงวดเพิ่มเติมควบคู่ไปกับการนำ SST ไปใช้ในทีมสุขภาพจิตในชุมชนเป็นสิ่งที่ได้รับการยืนยัน

2.6 การพัฒนาโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม

การพัฒนาโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม ผู้วิจัยได้นำแนวคิดของ ศราวุธ วิญญู (2562: online) และของ รุจโรจน์ แก้วอุไร (2549: online) มาประยุกต์เป็นขั้นตอนการวิจัยและพัฒนา และนำมาเป็นแนวทางการพัฒนาแบ่งออกเป็น 7 ขั้นตอน ดังต่อไปนี้

1. การสำรวจปัญหา สังเคราะห์สภาพปัญหาและความต้องการ
2. การออกแบบพัฒนาโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม
3. ทดสอบคุณภาพโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม
4. ปรับปรุงโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมครั้งที่ 1 และการทดลองกับกลุ่มเป้าหมายขนาดเล็ก
5. ปรับปรุงโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมครั้งที่ 2 และการทดลองกับกลุ่มเป้าหมายขนาดใหญ่ (กลุ่มนำร่อง)
6. การทดลองความพร้อมนำไปใช้ของโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม
7. การเผยแพร่โปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม

1. การสำรวจปัญหา สังเคราะห์สภาพปัญหาและความต้องการ

ในการสำรวจปัญหา สังเคราะห์สภาพปัญหาและความต้องการ ผู้วิจัยได้ทบทวนองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งการวิเคราะห์ข้อมูลจากเวชระเบียน ปีงบประมาณ พ.ศ.2561-พ.ศ.2563 เกี่ยวกับการเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง อีกทั้งได้ศึกษาสถิติโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ปีงบประมาณ พ.ศ.2561-พ.ศ.2563 ในประเด็นอัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 90 วัน ซึ่งพบว่ามีแนวโน้มสูงขึ้น และมีการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่ออาการกำเริบซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง พบว่าการไม่รับประทานยาต้านอาการทางจิตอย่างต่อเนื่อง โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอาการกำเริบซ้ำภายใน 1 ปีมากกว่าผู้ป่วยที่รับประทานอย่างต่อเนื่อง 12.5 เท่า (กนกรัตน์ ชัยนุ, กิตติยา ทองสุข, และมิ่งขวัญ ภูหงษ์ทอง, 2562) จากโปรแกรมเดิมที่ผู้วิจัยเคยพัฒนายังมีจุดอ่อน พบว่าขาดการฝึกทักษะในสถานการณ์จริง ไม่มีการให้ความรู้เรื่องการใช้จ่ายทางจิตเวช ขาดทักษะการดำรงชีวิตในชุมชน และการวิจัยของผู้วิจัยเองที่ผ่านมาเป็นการวัดตัวแปรพฤติกรรมด้านสังคมและการสื่อสาร ประกอบกับองค์ความรู้จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การฝึกทักษะทางสังคมมีประโยชน์ทางคลินิกต่อผู้ป่วยจิตเภท คือลดอาการด้านลบ (Barzegar et al., 2016) อาการทางจิต

ลดลง และอัตราการกำเริบต่ำ (จิริพันธ์ เอิบกมล, 2553) ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมเพื่อตอบสนองปัญหาที่พบจากการปฏิบัติงานคือ ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการด้านลบ ไม่ร่วมมือในการรับประทานยา และกลับมารักษาซ้ำบ่อย ส่งผลให้ผู้ป่วยเสื่อมมากขึ้นตามไปด้วย โดยจะเสื่อมลงตามระยะเวลาการเจ็บป่วย และจำนวนครั้งที่มมีอาการกำเริบ ผู้ป่วยจิตเภทมีการเสื่อมถอยของบุคลิกภาพ ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นบกพร่อง ขาดแรงจูงใจในการทำงาน เฉยเมย สิ้นหน้ำไม่แสดงอารมณ์ สิ้นหน้ำที่อ่อย ไม่พูดหรือพูดน้อยลง ฯลฯ อันเป็นผลจากอาการด้านลบ การวิจัยครั้งนี้เพิ่มตัวแปรทางคลินิกที่ต้องการวัดคือ อาการด้านลบ

2. การออกแบบพัฒนาโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม

การพัฒนาโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมครั้งนี้ ยึดแนวความคิดการฝึกทักษะทางสังคม การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (PL) ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2544) และแนวคิดของทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรมของ B.F.Skinner (1953 อ้างใน สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2556)

แนวความคิดการฝึกทักษะทางสังคม มาจากหลักการพื้นฐานของการเรียนรู้ของมนุษย์ที่ได้จากการทดลองแล้วนำไปใช้จริงในชีวิตประจำวัน องค์ความรู้พื้นฐานที่เกี่ยวกับการฝึกทักษะทางสังคม ได้แก่การเรียนรู้แบบมีเงื่อนไข การวิเคราะห์พฤติกรรม ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม จิตวิทยาสังคม การรับรู้ทางสังคม (Kopelowicz et al., 2006 อ้างใน จิริพันธ์ เอิบกมล, 2553) และทฤษฎีพุทธิปัญญา (Lieberman, Kopelowicz, & Silverstein, 2005) เป็นวิธีการที่เป็นระบบในการสอนทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่มีประสิทธิภาพต่อการทำหน้าที่และอาการด้านลบที่ขึ้นในผู้ป่วยจิตเภท (Brown, Mueser, & Pratt, 2020)

การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (PL) ประกอบด้วยการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ และการเรียนรู้ด้วยกระบวนการกลุ่ม เป็นรูปแบบการเรียนการสอนที่มีประสิทธิภาพในการพัฒนาผู้เรียนทั้งด้านความรู้ ทักษะ และทักษะได้ดีที่สุด (Kolb, 1984 อ้างถึงใน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2544) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

การเรียนรู้เชิงประสบการณ์

Kolb (1984 อ้างถึงในกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2544) ได้กล่าวถึง วงจรการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ ผู้เรียนควรมีทักษะการเรียนรู้ ทั้ง 4 องค์ประกอบ ดังนี้ ประสบการณ์ (experience) การสะท้อน/อภิปราย (reflection/discussion) การทดลอง/ประยุกต์แนวคิด (experimentation/application) ความคิดรวบยอด (concept)

การเรียนรู้ด้วยกระบวนการกลุ่ม (group process)

การเรียนรู้ด้วยกระบวนการกลุ่ม (group process) เป็นการเรียนรู้พื้นฐานที่สำคัญอีกอย่างหนึ่ง ซึ่งเมื่อประกอบไปกับการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (experiential learning) กระบวนการกลุ่ม จะช่วยให้ผู้เรียนได้มีส่วนร่วมสูงสุด และทำให้บรรลุงานสูงสุด ผู้เรียนทุกคนควรมีส่วนร่วมในทุกกิจกรรมของแต่ละองค์ประกอบ ฉะนั้นผู้สอนจึงต้องพิจารณาตามจำนวนผู้เรียน การมีส่วนร่วมสูงสุด (maximum participation) ของผู้เรียนขึ้นอยู่กับรูปแบบกลุ่ม ซึ่งมีตั้งแต่กลุ่มเล็กสุด คือ 2 คน จนกระทั่งกลุ่มใหญ่ กลุ่มแต่ละประเภทมีข้อดี และข้อจำกัดต่างกัน

การบรรลุงานสูงสุด (maximum performance) การออกแบบงาน ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ผู้สอนจะต้องจัดทำเป็นใบงานที่กำหนดให้กลุ่ม หรือผู้เรียนทำกิจกรรมให้บรรลุตามวัตถุประสงค์การเรียนรู้ในแผนการสอน สิ่งเหล่านี้เป็นหัวใจสำคัญของการบรรลุงานสูงสุด

สรุปได้ว่า การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมประกอบด้วยการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ และการเรียนรู้ด้วยกระบวนการกลุ่ม เป็นรูปแบบการเรียนการสอนที่มีประสิทธิภาพในการพัฒนาผู้เรียนทั้งด้านความรู้ ทักษะ และทักษะได้ดีที่สุด เพราะผู้เรียนทุกคนมีประสบการณ์ จึงสามารถทำให้เกิดประโยชน์สูงสุด หรือแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน และช่วยกันทำในสิ่งที่ยาก หรือไม่เคยทำมาก่อนด้วยความมั่นใจ

แนวคิดของทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรมของ B.F.Skinner (1953 อ้างใน สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2556) การวางเงื่อนไขแบบการกระทำ (Operant conditioning) เชื่อว่าพฤติกรรมของบุคคลเป็นผลพวงเนื่องมาจากการปฏิสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อม พฤติกรรมที่เกิดขึ้นของบุคคลจะแปรเปลี่ยนไปเนื่องมาจากผลกระทบ ผลกรรมที่เป็นตัว

เสริมแรง (Reinforcer) ที่ทำให้พฤติกรรมที่บุคคลกระทำอยู่นั้นมีอัตราการกระทำเพิ่มมากขึ้น ร่วมกับแนวคิดการจัดการเงื่อนไขผลกรรม (Contingency Management) ของ Skinner (1953 อ้างใน สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2556) เชื่อว่า พฤติกรรมของบุคคลจะเพิ่มขึ้นหรือลดลงเป็นผลเนื่องมาจากผลกรรมของพฤติกรรมนั้น ถ้าพฤติกรรมใดได้รับผลกรรมที่เป็นตัวเสริมแรงทางบวก พฤติกรรมนั้นก็จะมีความถี่ที่จะเกิดขึ้นอีกในอนาคต การวิจัยนี้ผู้วิจัยเลือกการเสริมแรงทางบวกเป็นเบี้ยอรรถกร ซึ่งจะมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ถ้าสามารถนำไปแลกตัวเสริมแรงอื่นๆ ได้มากกว่า 1 ตัวขึ้นไป ดังนั้นผู้วิจัยให้แลกเบี้ยอรรถกรเป็นเงิน และขนมได้

การออกแบบโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมในช่วงแรกนี้ ประกอบด้วย การฝึกทักษะ 4 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 1 ชั่วโมง 30 นาที การให้ความรู้ 1 ครั้ง ใช้เวลา 1 ชั่วโมง และการฝึกทักษะใน 4 สถานการณ์จริง ใช้เวลาประมาณกิจกรรมละ 45 นาที - 1 ชั่วโมง แต่กิจกรรมการฝึกทักษะ และกิจกรรมการให้ความรู้ ยังไม่ได้ระบุชื่อเรื่อง อีกทั้งวัตถุประสงค์ และการประเมินผลของกิจกรรมแต่ละครั้งไม่ได้ระบุเป็นเชิงพฤติกรรม กิจกรรมการให้ความรู้การใช้ยาทางจิตเวช ในเนื้อหาผลข้างเคียงของยา และการสังเกตอาการเตือน ไม่ได้ระบุวิธีแก้ไข สื่อการสอนการฝึกทักษะการจ่ายตลาด เป็นแผ่นภาพสินค้าประเภทต่างๆ ไม่ได้ระบุราคาลงในแผ่นภาพ ผู้วิจัยได้คำนึงถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม จึงมีการฝึกพฤติกรรมโดยใช้วิดีโอ การสาธิตทักษะทางสังคม การแสดงบทบาทสมมติ การฝึกพฤติกรรมซ้ำๆ การให้ข้อเสนอแนะเชิงบวกเพื่อการปรับแก้ไขให้เกิดการเรียนรู้ทักษะ (Liberian et al., 2005; Malone Cole, 2012; Sadock et al., 2015; Brown et al., 2020)

3. ทดสอบคุณภาพโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม

โปรแกรมการฝึกทักษะการดำรงชีวิตในชุมชน เรื่องการจ่ายตลาด และการฝึกทักษะใน 4 สถานการณ์จริงได้สร้างแผนการจัดกิจกรรมด้านทักษะ และให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย 1. พยาบาลอาวุโส จำนวน 1 ท่าน 2. อาจารย์พยาบาลด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 1 ท่าน และ 3. นักกิจกรรมบำบัด จำนวน 1 ท่าน ได้ตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา และปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ จนกระทั่งไม่มีข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ดังเช่นสื่อประกอบการสอน การแสดงตัวอย่างธนบัตรต่างๆ และเหรียญกษาปณ์บนแผ่นป้าย และใบงานมีการกำหนดมูลค่าของเงินที่ต้องจ่ายตลาด เพื่อใช้จ่ายเงินอย่างคุ้มค่า

โปรแกรมการให้ความรู้เรื่องการใช้ยาทางจิตเวช ผู้วิจัยได้สร้างแผนการจัดกิจกรรมด้านความรู้และให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย 1. จิตแพทย์ จำนวน 1 ท่าน 2. เภสัชกร จำนวน 2 ท่าน 3. อาจารย์พยาบาลด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 1 ท่าน และ 4. พยาบาลอาวุโส จำนวน 1 ท่าน ได้ตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา และปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ จนกระทั่งไม่มีข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ดังเช่นใบความรู้ที่ 1 หัวข้อชนิดของยาจิตเวช หากผู้ป่วยมีอาการกำเริบซ้ำครั้งที่สอง แพทย์จะให้ยาต่อเนื่องอย่างน้อย 3-5 ปี เปลี่ยนเป็น “หากผู้ป่วยมีอาการกำเริบซ้ำครั้งที่สอง แพทย์จะให้ยาต่อเนื่องอย่างน้อย 3-5 ปี ขึ้นกับอาการ หรือตลอดชีวิต”

หลังจากนั้นผู้วิจัยนำโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมทั้งหมด ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ซึ่งเป็นผู้มีความรู้ความเชี่ยวชาญ ประสบการณ์ ด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชโปรแกรมทักษะทางสังคม ประเมินผลการประเมินผลโปรแกรมทักษะทางสังคมของผู้ป่วยในชุมชน และด้านเพศภาวะและสุขภาพจิต ได้ให้การตรวจสอบเนื้อหาโปรแกรม ด้านความครอบคลุม ถูกต้องเหมาะสม และประเมินค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างเนื้อหา ความรู้ และทักษะของโปรแกรม แต่ละหัวข้อและวัตถุประสงค์ (Item objective congruence index: IOC) ได้ค่า IOC = 0.00-1.00 และได้ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะดังนี้ 1) วัตถุประสงค์ของกิจกรรมครั้งที่ 1-6 ได้ปรับเป็นวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม 2) วิธีการประเมินผล ได้ปรับให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ และ 3) กิจกรรมการเรียนรู้ ได้ปรับให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ เป็นต้น

4. ปรับปรุงโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมครั้งที่ 1 และการทดลองกับกลุ่มเป้าหมายขนาดเล็ก

นำข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุงแก้ไขเนื้อหาของโปรแกรมครั้งที่ 1 (ฉบับร่าง) หลังจากนั้นนำโปรแกรมที่ปรับปรุงไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทำการตรวจสอบเนื้อหาโปรแกรม ด้านความครอบคลุม ถูกต้องเหมาะสม และประเมินค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างเนื้อหา ความรู้ และทักษะของโปรแกรม แต่ละหัวข้อและวัตถุประสงค์ (Item objective congruence index: IOC) ได้ค่าคะแนน IOC = 1.00

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

5. ปรับปรุงโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมครั้งที่ 2 และการทดลองกับกลุ่มเป้าหมายขนาดใหญ่ (กลุ่มนาร์อง)

หลังจากปรับปรุงแก้ไขเนื้อหาของโปรแกรมครั้งที่ 2 (ฉบับร่าง) นำโปรแกรมที่ปรับปรุงไปทดลองโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมกับผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังทั้งชายและหญิง จำนวน 8 คน รวบรวมปัญหาที่พบจากการทดลองโปรแกรม และปรับปรุงแก้ไขโปรแกรม จนมีความมั่นใจในด้านคุณภาพของโปรแกรม ดังเช่น กิจกรรมครั้งที่ 3 ทักษะการดำรงชีวิตในชุมชน เรื่องการจ่ายตลาด สื่อการฝึกทักษะเป็นแผ่นภาพสินค้าประเภทต่างๆ เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ในขณะฝึกทักษะ การซื้อและขายสินค้า ผู้วิจัยได้ระบุราคาลงในแผ่นภาพสินค้าประเภทนั้นๆเลย

6. การทดลองความพร้อมนำไปใช้ของโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม

ประชากรเป็นผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลช่วงเดือนพฤษภาคม ถึง มิถุนายน 2564 ตามเกณฑ์ดังนี้ 1) อายุตั้งแต่ 20-59 ปี ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ผู้รักษาว่าเป็นโรคจิตเภทตาม ICD-10 รับการรักษาทางยาในระยะคงสภาพการรักษา ยินดีเข้าร่วมการศึกษา และมีระยะเวลาการเจ็บป่วยทางจิต 2 ปีขึ้นไป 2) ผลการประเมินความเสี่ยงทางคลินิก (SAVE) ในหัวข้อประเมินพฤติกรรมรุนแรง (V: Violence) อยู่ในระดับต่ำ-ระดับปานกลาง และประเมิน BPRS มีค่าคะแนน ≤ 36 3) ผลการประเมินคะแนนอาการทางลบ (NSS) มีระดับคะแนนตั้งแต่ 3-13 คะแนน 4) มีคะแนนเฉลี่ยทักษะด้านสังคมและการสื่อสาร (LSA-30) ตั้งแต่ระดับ 2 (0.51-1.50) ถึงระดับ 4 (2.51-3.5) และ 5) ไม่มีปัญหาการได้ยินและไม่มีปัญหาทางสติปัญญา เกณฑ์ในการคัดออกคือ มีอาการกำเริบ ไม่รับรู้เกี่ยวกับเวลา สถานที่ และบุคคล หรือมีโรคแทรกซ้อนทางกายรุนแรงจนไม่สามารถเข้ากลุ่มได้ หรือมีประวัติเป็นโรคทางสมอง

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยในของหอผู้ป่วยเรื้อรังบำบัดจิตเวชเฟื่องฟ้า หอผู้ป่วยเรื้อรังบำบัดชายชังโคและฝ้ายคำ ณ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ในช่วงเดือนพฤษภาคม 2564 ถึง เดือนมิถุนายน 2564 จำนวน 24 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่มๆละ 12 คน คือกลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม 6 ครั้ง /สัปดาห์ มีการเสริมแรงทางบวก โดยให้เบี้ยยอรรถกร เป็นเหรียญมีมูลค่าเป็นเงิน 5 บาท รวม 15 บาท มีการฝึกทักษะโดยแสดงบทบาทสมมติ กระตุ้นให้เพื่อนสมาชิกได้ร่วมแสดงความคิดเห็น และให้ข้อเสนอแนะหลังการฝึกทักษะทุกครั้ง มีการชม และให้กำลังใจ ส่วนหัวหน้าทีมวิจัยดำเนินการเป็นผู้นำกลุ่มเอง ได้ให้ข้อเสนอแนะย้อนกลับเพื่อการปรับปรุงพฤติกรรมฝึกให้ดีขึ้น พร้อมกล่าวคำชมเชยและปรบมือให้กำลังใจ ขณะกลุ่มทดลองอยู่ในหอผู้ป่วย มีทีมวิจัยกระตุ้นและทบทวนพฤติกรรมที่ได้รับการฝึกทักษะร่วมด้วย ส่วนการฝึกใน 4 สถานการณ์จริง คือ การจัดยารับประทาน การสื่อสารกับพระภิกษุ สงฆ์ การจ่ายตลาด และ

การฝึกทำความรู้จักเพื่อนใหม่ มีการปรับเปลี่ยนสถานที่ เนื่องจากภาวะระบาดของโรคโควิด จึงไม่สามารถพากลุ่มทดลองออกนอกโรงพยาบาลได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกห้องกิจกรรมกลุ่ม ฝึกการจัดยารับประทาน การสื่อสารกับพระภิกษุสงฆ์ โดยนิมนต์พระภิกษุมาที่โรงพยาบาล และฝึกทำความรู้จักเพื่อนใหม่ ส่วนฝึกการจ่ายตลาดเปลี่ยนมาที่ร้านค้าสวัสดิการของทางโรงพยาบาล ก่อนฝึกใน 4 สถานการณ์จริง ผู้วิจัยได้คำนึงถึงสภาวะจิตใจของกลุ่มทดลอง จึงประเมินความพร้อมด้านจิตใจ ความไม่สบายใจ และการนับถือทางศาสนาที่จะส่งผลต่อการฝึกทักษะ พบว่ากลุ่มทดลองทุกคนมีความพร้อม ไม่พบปัญหาใดๆ มีความสนใจ กระตือรือร้นต่อการฝึกทักษะ และร่วมมือเป็นอย่างดี โดยเฉพาะการสื่อสารกับพระภิกษุ กลุ่มทดลองส่วนใหญ่สามารถสื่อสาร มีสัมมาคารวะและวางตัวได้ดี สามารถสื่อสารนอกเหนือจากใบงานที่มอบหมายให้ได้

7. การเผยแพร่โปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม

หลังจากปรับปรุงแก้ไขโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมฉบับสมบูรณ์ เผยแพร่โปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมแก่ทีมพยาบาลหอผู้ป่วยเร่งรัดบำบัดจิตเวชในหญิงเฟื่องฟ้า ทีมพยาบาลเหล่านี้มีประสบการณ์การฝึกทักษะทางสังคมในโปรแกรมเดิมกับผู้ป่วย ซึ่งปฏิบัติเป็นงานประจำจึงส่งผลให้ทีมพยาบาลเหล่านี้เรียนรู้ และเข้าใจได้ง่ายต่อการนำลงสู่การปฏิบัติ อีกทั้งเผยแพร่โปรแกรมแก่ทีมพยาบาลหอผู้ป่วยอื่นๆ และเผยแพร่ผลงานวิจัยลงในวารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ปีที่ 36 ฉบับที่ 2: พฤษภาคม-สิงหาคม 2565

2.7 กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา กรอบแนวคิดในการวิจัยใช้กรอบแนวคิดการพัฒนาโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมของ ศรายุทธ วิยวุฒิ (2562: online) และของ รุจโรจน์ แก้วอุไร (2549: online) ร่วมกับทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม การวางเงื่อนไขแบบการกระทำ และการเสริมแรงทางบวก (Skinner, 1953 อ้างใน สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2556) รวมทั้งแนวคิดการฝึกทักษะทางสังคม และหลักการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม รายละเอียดดังต่อไปนี้

การพัฒนาโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม

การพัฒนาโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม ผู้วิจัยได้นำแนวคิดของ ศรายุทธ วิยวุฒิ (2562: online) และของ รุจโรจน์ แก้วอุไร (2549: online) มาประยุกต์เป็นขั้นตอนการวิจัยและพัฒนา และนำมาเป็นแนวทางการพัฒนาแบ่งออกเป็น 7 ขั้นตอน ดังต่อไปนี้

1. การสำรวจปัญหา สังเคราะห์สภาพปัญหาและความต้องการ
2. การออกแบบพัฒนาโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม
3. ทดสอบคุณภาพโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม
4. ปรับปรุงโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมครั้งที่ 1 และการทดลองกับกลุ่มเป้าหมายขนาดเล็ก
5. ปรับปรุงโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมครั้งที่ 2 และการทดลองกับกลุ่มเป้าหมายขนาดใหญ่ (กลุ่มนำร่อง)
6. การทดลองความพร้อมนำไปใช้ของโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม
7. การเผยแพร่โปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม

นอกจากนี้ได้อาศัยทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรมของ Skinner (1953 อ้างใน สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2556) การวางเงื่อนไขแบบการกระทำ เพื่อให้เกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์ขึ้น มีการเสริมแรงทางบวกโดยการให้เบี้ยอรรถกร มีมูลค่าเป็นเงิน ให้คำชมเชย ปรบมือ และอาหาร ดังรายละเอียดพอสังเขปดังนี้

1. แนวคิดของทฤษฎีการวางเงื่อนไขแบบการกระทำ (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2556)

ทฤษฎีการวางเงื่อนไขแบบการกระทำนั้น มีความเชื่อว่า พฤติกรรมของบุคคลเป็นผลพวงเนื่องมาจากการปฏิสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อม พฤติกรรมที่เกิดขึ้นของบุคคลจะแปรเปลี่ยนไปเนื่องมาจากผลกรรม (Consequences) ที่เกิดขึ้นในสภาพแวดล้อมนั้น Skinner ให้ความสนใจกับผลกรรม 2 ประเภทได้แก่ ผลกรรมที่เป็นตัวเสริมแรง (Reinforcer) ที่ทำให้พฤติกรรมที่บุคคลกระทำอยู่นั้น มีอัตราการกระทำเพิ่มมากขึ้น และผลกรรมที่เป็นตัวลงโทษ (Punisher) ที่ทำให้พฤติกรรมที่บุคคลกระทำนั้นยุติลง

2. การจัดการเงื่อนไขผลกรรม (Contingency Management) (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2556)

การจัดการเงื่อนไขผลกรรมนั้น พัฒนามาจากแนวคิดของทฤษฎีการเรียนรู้ การวางเงื่อนไขแบบการกระทำของ B.F Skinner Skinner (1953 อ้างใน สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2556) มีความเชื่อว่า พฤติกรรมของบุคคลจะเพิ่มขึ้นหรือลดลงเป็นผลเนื่องมาจากผลกรรมของพฤติกรรมนั้น ถ้าพฤติกรรมใดได้รับผลกรรมที่เป็นตัวเสริมแรงทางบวก พฤติกรรมนั้นก็จะมีความถี่ที่จะเกิดขึ้นอีกในอนาคต ในทางกลับกันถ้าพฤติกรรมใดได้รับผลกรรมที่เป็นตัวลงโทษ พฤติกรรมนั้นก็จะลดลงหรือยุติในอนาคต

ประเภทของตัวเสริมแรง อาจแบ่งออกได้เป็น 5 ประเภท

1. **ตัวเสริมแรงที่เป็นสิ่งของ** (Material Reinforcers) เช่นขนม ของเล่น เสื้อผ้า เป็นต้น

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

3. **ตัวเสริมแรงที่เป็นกิจกรรม** (Activity Reinforcers) หรือหลักการของฟรีแม็ค (Premack Principle) เช่นการดูทีวีอาจจะใช้เป็นตัวเสริมแรงการทำงานบ้านของเด็กได้ เป็นต้น

4. **ตัวเสริมแรงที่เป็นเบี้ยอรรถกร** (Token Reinforcers) เบี้ยอรรถกรนั้นเป็นตัวเสริมแรงที่จะมีคุณค่าของการเป็นตัวเสริมแรงได้ ต่อเมื่อสามารถนำไปแลกเป็นตัวเสริมแรงอื่นๆได้ เบี้ยอรรถกรนั้นมักจะอยู่ในรูปของ เงิน เบี้ยแต้ม ดาว แสตมป์ หรือคูปอง เป็นต้น เบี้ยอรรถกรนั้นจัดได้ว่าเป็นตัวเสริมแรงที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด ในการปรับพฤติกรรมของบุคคล

5. **ตัวเสริมแรงภายใน** (Covert Reinforcers) ตัวเสริมแรงภายในนี้ครอบคลุมถึงความคิด ความรู้สึกต่างๆ เช่น ความพึงพอใจ ความสุข หรือความภาคภูมิใจ เป็นต้น

ส่วนโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม ผู้วิจัยได้พัฒนาต่อยอดเทคโนโลยีการฝึกทักษะด้านสังคมและการสื่อสารของตนเอง โดยเพิ่มการให้ความรู้เรื่องการใช้จ่ายทางจิตเวช และเพิ่มทักษะการดำรงชีวิตในชุมชน เรื่องการจ่ายตลาด มี 3 ทักษะคือ 1) ทักษะการรู้จักใช้ธนบัตรและเหรียญ 2) ทักษะการจ่ายและรับเงินทอนได้ถูกต้อง และ 3) ทักษะการต่อรองราคา รวมทั้งการฝึกใน 4 สถานการณ์จริง

โปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม มีการออกแบบโดยยึดหลักการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (participatory learning: PL) (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2544) ได้สรุปหลักการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ประกอบด้วย การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ และการเรียนรู้ด้วยกระบวนการกลุ่ม ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1) **การเรียนรู้เชิงประสบการณ์** (experiential learning) เป็นการเรียนรู้ที่ผู้สอนมุ่งเน้นให้ผู้เรียนสร้างความรู้จากประสบการณ์เดิม มีลักษณะสำคัญ 5 ประการ ดังนี้

1. เป็นการเรียนรู้ที่อาศัยประสบการณ์ของผู้เรียน
2. ทำให้เกิดการเรียนรู้ใหม่ๆ ที่ทำอย่างต่อเนื่อง และเป็นการเรียนรู้เชิงรุก (active learning) คือ ผู้เรียนต้องทำกิจกรรมตลอดเวลา ไม่ได้นั่งฟังการบรรยายอย่างเดียว
3. มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เรียนด้วยกันเอง และระหว่างผู้เรียนกับผู้สอน
4. ปฏิสัมพันธ์ที่ทำให้เกิดการขยายตัวของเครือข่ายความรู้ที่ทุกคนมีอยู่ออกไปอย่างกว้างขวาง
5. อาศัยการสื่อสารทุกรูปแบบ เช่น การพูด หรือการเขียน การวาดรูป การแสดงบทบาทสมมติ ซึ่งเอื้ออำนวยให้เกิดการแลกเปลี่ยน การวิเคราะห์ และสังเคราะห์การเรียนรู้

องค์ประกอบของการเรียนรู้เชิงประสบการณ์

Kolb (1984 อ้างถึงใน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2544) ได้กล่าวถึง วงจรการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ ประกอบด้วยองค์ประกอบที่สำคัญ 4 องค์ประกอบ ดังนี้ 1. ประสบการณ์ (experience) 2. การสะท้อน/อภิปราย (reflection/discussion) 3. การทดลอง/ประยุกต์แนวคิด (experimentation/application) และ 4. ความคิดรวบยอด (concept)

2) การเรียนรู้ด้วยกระบวนการกลุ่ม (group process) เป็นการเรียนรู้พื้นฐานที่สำคัญอีกอย่างหนึ่ง ซึ่งเมื่อประกอบไปกับการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (experiential learning) กระบวนการกลุ่มจะช่วยทำให้ผู้เรียนได้มีส่วนร่วมสูงสุด และทำให้บรรลุงานสูงสุด

วิธีปฏิบัติการพยาบาลในโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม

1. ชี้แจงให้กลุ่มทดลองอย่างเข้าใจในการเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม หลังจากนั้นสำรวจแรงจูงใจของผู้ป่วย ประปรายถามว่าอยากได้อะไรที่เจ้าหน้าที่สามารถจัดหามาให้ได้ โดยไม่ขัดต่อกฎระเบียบและความเสี่ยงต่างๆ เช่น ขนม นม ผลไม้ เพื่อเป็นสิ่งจูงใจให้กลุ่มตัวอย่างต้องการเปลี่ยนพฤติกรรมในทางที่ดีขึ้น

2. ชี้แจงให้กลุ่มทดลองเข้าใจ ขณะฝึกทักษะทางสังคม หากผู้ป่วยปฏิบัติตามกิจกรรมและมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ เจ้าหน้าที่ให้รางวัล โดยมีเกณฑ์การให้การเสริมแรง ดังนี้ ครั้งที่ 1-3 ให้คำชมเชย + เบี้ยอรรถกรมีมูลค่า 5 บาท รวมทั้งหมด 15 บาท ครั้งที่ 4 ให้แรงจูงใจที่ปรารถนา ผู้วิจัยเลือกให้การเสริมแรงเป็นเบี้ยอรรถกรมีมูลค่าเหรียญละ 5 บาท เปลี่ยนเป็นเงินได้ จึงส่งผลให้เบี้ยอรรถกรนั้นเป็นตัวเสริมแรงที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด ในการปรับพฤติกรรมของกลุ่มทดลอง และให้การเสริมแรงทางสังคมเป็นคำชมเชย การยกย่อง และขนม (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2556)

3. ในขั้นตอนทดลองการฝึกทักษะทางสังคม ผู้วิจัยมีทีมวิจัยช่วยประเมินพฤติกรรมที่บกพร่องก่อนการฝึกทักษะ และหลังฝึกทักษะมีทีมวิจัยกระตุ้นพฤติกรรมที่พึงประสงค์ขณะอยู่ในหอผู้ป่วย และก่อนการฝึกทักษะในแต่ละครั้ง ผู้วิจัยมีการเสริมแรงประกาศให้กลุ่มทดลองทราบ ใครมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์บ้าง และให้รางวัลเป็นเบี้ยอรรถกรมีมูลค่าเหรียญละ 5 บาท รวมทั้งหมด 15 บาท เพื่อนำเงินไปฝึกจ่ายตลาดในสถานการณ์จริง จากการสังเกตกลุ่มทดลองมีความกระตือรือร้นในการฝึกทักษะ หน้าตาอึมแ่ม และดีใจเมื่อทราบว่าตนฝึกผ่าน พร้อมได้ยินเสียงปรบมือจากเพื่อนๆ

4. ขณะฝึกทักษะผู้วิจัยได้คำนึงถึงบรรยากาศความผ่อนคลาย เพื่อให้กลุ่มทดลองได้เรียนรู้สูงสุด อีกทั้งคำนึงถึงการฝึกเป็นรายบุคคล และรายกลุ่ม ตามหลักการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2544) ซึ่งพบว่ากลุ่มทดลองให้ความสนใจต่อการฝึกทักษะ สามารถร่วมแสดงความคิดเห็นและให้ข้อเสนอแนะแก่เพื่อนๆ

5. โปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมนี้ รูปแบบการฝึก SST ผู้วิจัยเน้นเกี่ยวกับการสอนโดยมีวิดีโอ แล็บเสียง แผ่นภาพสินค้า ฯลฯ มีการแสดงบทบาทสมมติ การให้ข้อเสนอแนะและข้อมูลย้อนกลับจากเพื่อนๆและผู้วิจัย เพื่อให้กลุ่มทดลองได้ปรับปรุงพฤติกรรมให้ดีขึ้น จึงพบว่าช่วงหลังกลุ่มทดลองทุกคนพูดคุยกันมากขึ้น หน้าตาอึมแ่มแจ่มใส มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน SST เป็นวิธีเดียวในการฝึกผู้ป่วยทางจิตที่ไร้ความสามารถซึ่งมีการศึกษาวิจัยรองรับ เพื่อพัฒนาการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วย และทำการประเมินซ้ำๆในงานวิจัย (Corrigan et al., 2008) เพราะฉะนั้นการบำบัดรักษาที่ส่งผลมากที่สุด ต่อการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทให้ดีขึ้น นั่นก็คือการบำบัดรักษาตามธรรมชาติด้านจิตสังคม ซึ่ง SST เป็นรูปแบบหนึ่งของการบำบัดทางจิตสังคมด้วย ส่วนการรักษาด้วยยาไม่สามารถมีผลโดยตรงให้ผู้ป่วยสามารถทำหน้าที่ทางสังคมได้ดีขึ้น ซึ่งยาเพียงแต่ช่วยลดอาการทางจิตเท่านั้น (Pinkham et al., 2012) อาการด้านลบของโรคจิตเภทเป็นสาเหตุของผลการดำเนินโรคที่ไม่ดีในโรคจิตเภท นั่นคือการลดอาการด้านลบ ส่งผลให้การมีส่วนร่วมในอาชีพ การใช้ชีวิตอิสระ กิจกรรมทางสังคม และสันติภาพที่ดีขึ้น การรักษาอาการด้านลบอย่างมีประสิทธิภาพในโรคจิตเภทจะมีผลอย่างมากต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว ตลอดจนระบบสุขภาพจิตและเศรษฐกิจในวงกว้าง มีคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญเรียกร้องให้มีการรักษาอาการด้านลบ (Granholm & Harvey, 2018)

6. วันจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน ผู้วิจัยพบญาติของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมด้วยตนเอง ญาติของกลุ่มทดลองผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องการใช้จ่ายทางจิตเวช และทักษะทางสังคม เพื่อให้ญาติตระหนักและช่วยกระตุ้นผู้ป่วยขณะ

อยู่ที่บ้าน ส่วนญาติกลุ่มควบคุมผู้วิจัยแจ้งให้ทราบหลังจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านครบ 2 เดือน ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องการใช้ยาทางจิตเวช และทักษะทางสังคมเช่นกัน

การพัฒนาโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม	การฝึกทักษะทางสังคม	
แนวทางการพัฒนา ประกอบด้วย 7 ขั้นตอน ต่อไปนี้ 1. การสำรวจปัญหา สังเคราะห์ปัญหา สภาพปัญหาและความต้องการ 2. การออกแบบพัฒนาโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม 3. ทดสอบคุณภาพโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม 4. ปรับปรุงโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมครั้งที่ 1 และการทดลองกับกลุ่มเป้าหมายขนาดเล็ก 5. ปรับปรุงโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมครั้งที่ 2 และการทดลองกับกลุ่มเป้าหมายขนาดใหญ่ (กลุ่มนักร้อง) 6. การทดลองความพร้อมนำไปใช้ของโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม 7. การเผยแพร่โปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม พัฒนาร่วมกับแนวคิดการวางเงื่อนไขแบบการกระทำและการเสริมแรงทางบวก แนวคิดการฝึกทักษะทางสังคมโดยยึดหลักการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม	ครั้งที่ 1 เรื่อง การสื่อสารที่เหมาะสม มี 5 ทักษะ -การทักทาย -การพูดคุยโต้ตอบได้อย่างเหมาะสม (การพูดคุยกับผู้ใหญ่และพระภิกษุสงฆ์) -การสบตาขณะพูดคุย -การปฏิเสธด้วยคำพูดและท่าทาง -การกล่าวขอบคุณและคำขอโทษ ครั้งที่ 2 เรื่อง การพูด การฟัง ที่เหมาะสม มี 6 ทักษะ -การใช้ระดับเสียงเหมาะสมในการพูดคุย -การใช้สรรพนามอย่างเหมาะสม -การใช้คำพูดสุภาพ -การรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น -การรับฟังเรื่องราวผู้อื่นพูดได้อย่างต่อเนื่อง -การถามเรื่องที่สนใจหรือสงสัย ครั้งที่ 3 เรื่องการจ่ายตลาด มี 3 ทักษะ -การรู้จักใช้ธนบัตรและเหรียญ -การจ่ายและรับเงินทอนได้ถูกต้อง -การต่อรองราคา ครั้งที่ 4 ทบทวนการฝึกทักษะทางสังคมในกิจกรรมครั้งที่ 1-3 ครั้งที่ 5 เป็นการฝึกใน 4 สถานการณ์จริง คือ การจัดयरับประทาน การฝึกทำความรู้จักเพื่อนใหม่ การสื่อสารกับพระภิกษุสงฆ์ และการจ่ายตลาด ครั้งที่ 6 เป็นการให้ความรู้เรื่องการใช้ยาทางจิตเวช	- พฤติกรรมด้านสังคมและการสื่อสารดีขึ้น - อาการด้านลบลดลง

แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการพัฒนาโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม ต่อพฤติกรรมด้านสังคมและการสื่อสาร และอาการด้านลบของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development) เพื่อพัฒนาโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง และเพื่อทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมที่มีผลต่อพฤติกรรมทางด้านสังคมและการสื่อสาร และการลดอาการด้านลบในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ช่วงประเมินผลของโปรแกรมได้ออกแบบการวิจัยเป็น แบบวัดก่อนและหลังการทดลองเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม (randomized control group with pretest and posttest design) โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยและพัฒนาของ ศรายุทธ วิทยุฒิ (2562: online) และของ รุจโรจน์ แก้วอุไร (2549: online) มาประยุกต์เป็นขั้นตอนการวิจัยและพัฒนา และนำมาเป็นแนวทางการพัฒนาแบ่งออกเป็น 7 ขั้นตอน ดังต่อไปนี้

1. การสำรวจปัญหา สังเคราะห์สภาพปัญหาและความต้องการ
2. การออกแบบพัฒนาโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม
3. ทดสอบคุณภาพโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม
4. ปรับปรุงโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมครั้งที่ 1 และการทดลองกับกลุ่มเป้าหมายขนาดเล็ก
5. ปรับปรุงโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมครั้งที่ 2 และการทดลองกับกลุ่มเป้าหมายขนาดใหญ่ (กลุ่มนำร่อง)
6. การทดลองความพร้อมนำไปใช้ของโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม
7. การเผยแพร่โปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม

3.1 ลักษณะของประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยที่แพทย์ให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทที่มาใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ในช่วงเดือน พฤษภาคม 2564 ถึง เดือน มิถุนายน 2564

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่มาใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยในของหอผู้ป่วยเรื้อรังจิตเวชในหญิงเฟื่องฟ้า หอผู้ป่วยเรื้อรังจิตเวชในชายชงโคและฝ้ายคำ ในช่วงเดือน พฤษภาคม 2564 ถึง เดือน มิถุนายน 2564 จำนวน 24 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกและแบ่งกลุ่มดังนี้

1. เกณฑ์ในการคัดเลือกเข้าสู่กลุ่มตัวอย่าง

- 1) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ผู้รักษาว่าเป็นโรคจิตเภท ที่ได้รับการรักษาทางยาในระยะคงสภาพการรักษา และยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา มีอายุตั้งแต่ 20-59 ปี และมีระยะเวลาการเจ็บป่วยทางจิต 2 ปีขึ้นไป
- 2) แบบประเมินความเสี่ยงทางคลินิก (SAVE) ในหัวข้อแบบประเมินพฤติกรรมรุนแรง (V: Violence) อยู่ในระดับต่ำ-ระดับปานกลาง และแบบประเมิน BPRS มีค่าคะแนน ≤ 36
- 3) ได้รับการประเมินคะแนนอาการทางลบตามแบบวัดอาการทางลบ (NSS) มีระดับคะแนนตั้งแต่ 3-13 คะแนน
- 4) ได้รับการประเมินคะแนนทักษะด้านสังคมและการสื่อสารตามแบบประเมิน LSD-30 มีค่าคะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ระดับ 2 (0.51-1.50) ถึงระดับ 4 (2.51-3.5)
- 5) ไม่มีปัญหาการได้ยินและไม่มีควมบกพร่องทางสติปัญญา

2. เกณฑ์ในการคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง

- 1) มีอาการกำเริบไม่รับรู้เกี่ยวกับเวลา สถานที่ และบุคคล หรือมีโรคแทรกซ้อนทางกายรุนแรงจนไม่สามารถเข้ากลุ่มได้ หรือมีประวัติเป็นโรคทางสมอง

2) ปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัย

3. เกณฑ์ในการถอนกลุ่มตัวอย่างออกจากโครงการวิจัย

1) มีโรคแทรกซ้อนทางกายรุนแรงจนไม่สามารถเข้ากลุ่มต่อได้

2) มีอาการทางจิตกำเริบ

3) ปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัย ขณะการวิจัยกำลังดำเนินอยู่

4. การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง และการแบ่งกลุ่มตัวอย่าง

1) การศึกษานี้คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรม n4Studies โดยกำหนดค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มทดลองเท่ากับ 35.47 และ 12.97 ตามลำดับ กลุ่มควบคุมเท่ากับ 51.13 และ 11.04 ตามลำดับ ซึ่งได้มาจากผลการศึกษาของ Barzegar et al. (2016) เรื่องการศึกษาประสิทธิผลของการฝึกทักษะทางสังคมต่อการลดอาการทางลบของผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังจำนวน 30 คน มีอาการทางลบระดับสูง เครื่องมือที่ใช้คือ Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS) ส่วนการวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดค่า $\alpha = 0.05$ $\beta = 0.20$ จากการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรมดังกล่าว จะได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 10 คนต่อกลุ่ม หรือจำนวนขนาดตัวอย่างทั้งหมด 20 คน แต่เก็บข้อมูลจริงมากกว่ากำหนดอย่างน้อยร้อยละ 20 เพื่อชดเชยการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง (จรณิต แก้วกังวาล และประตาป สิงห์ศิวานนท์, 2561) ฉะนั้นได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 12 คนต่อกลุ่ม

2) จำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่มาใช้บริการแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จำนวน 24 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 12 คน เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังชาย ผู้วิจัยเลือกหอยุ่ผู้ป่วยเรื้อรังบำบัดจิตเวชในชายชงโคและฝ้ายคำ หลังจากนั้นสุ่มหอยุ่ผู้ป่วยทั้งสองเป็นกลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม ส่วนหอยุ่ผู้ป่วยเรื้อรังบำบัดจิตเวชในหญิงเฟื่องฟ้ามีเพียงหนึ่งหอยุ่ผู้ป่วย เพื่อป้องกันการปนเปื้อนหลังสุ่มตัวอย่างแบบง่าย ผู้วิจัยจะแจ้งหอยุ่ผู้ป่วยหญิงกลุ่มทดลองให้เก็บเป็นความลับในช่วงทดลอง การสุ่มแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย โดยการจับฉลากแยกเป็นคู่ๆ เฉพาะกลุ่มหอยุ่ผู้ป่วยหญิง เช่น คนแรกหอยุ่ผู้ป่วยหญิง จับได้เป็นกลุ่มทดลอง คนที่ 2 หอยุ่ผู้ป่วยหญิงจะเป็นกลุ่มควบคุม ทั้งนี้คนแรกและคนที่สองมีอายุระยะเวลาการเจ็บป่วยทางจิตเวชใกล้เคียงกัน ($\pm$ ไม่เกิน 5 ปี) และมีคะแนนทักษะด้านสังคมและการสื่อสาร และอาการด้านลบในระดับเดียวกันหรือใกล้เคียงกัน หากกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนมากกว่าที่ต้องการ และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่คัดเข้า ผู้วิจัยใช้วิธีสุ่มอย่างง่ายคัดเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับการฝึกทักษะทางสังคม ทั้งหมด 6 ครั้งใน 1 สัปดาห์

3.2 วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยและพัฒนาในครั้งนี้ ดำเนินการตามระเบียบวิธีวิจัยและพัฒนาของ ศราวุธ วัยวุฒิ (2562: online) และของ รุจโรจน์ แก้วอุไร (2549: online) มาประยุกต์เป็นขั้นตอนการวิจัยและพัฒนา และนำมาเป็นแนวทางการพัฒนาแบ่งออกเป็น 7 ขั้นตอน ดังต่อไปนี้

1. การสำรวจปัญหา สังเคราะห์สภาพปัญหาและความต้องการ
2. การออกแบบพัฒนาโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม
3. ทดสอบคุณภาพโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม
4. ปรับปรุงโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมครั้งที่ 1 และการทดลองกับกลุ่มเป้าหมายขนาดเล็ก
5. ปรับปรุงโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมครั้งที่ 2 และการทดลองกับกลุ่มเป้าหมายขนาดใหญ่ (กลุ่มนำร่อง)
6. การทดลองความพร้อมนำไปใช้ของโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม
7. การเผยแพร่โปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม

1. การสำรวจปัญหา สังเคราะห์สภาพปัญหาและความต้องการ

ในการสำรวจปัญหา สังเคราะห์สภาพปัญหาและความต้องการ ผู้วิจัยได้ทบทวนองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งการวิเคราะห์ข้อมูลจากเวชระเบียน ปีงบประมาณ พ.ศ.2561-พ.ศ.2563 เกี่ยวกับการเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง อีกทั้งได้ศึกษาสถิติโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ปีงบประมาณ พ.ศ.2561-พ.ศ.2563 ในประเด็นอัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 90 วัน ซึ่งพบว่ามีแนวโน้มสูงขึ้น และมีการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการกำเริบซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง พบว่าการไม่รับประทานยาต้านอาการทางจิตอย่างต่อเนื่อง โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอาการกำเริบซ้ำภายใน 1 ปีมากกว่าผู้ป่วยที่รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง 12.5 เท่า (กนกรัตน์ ชัยนุ, กิตติยา ทองสุข, และมิ่งขวัญ ภูหงษ์ทอง, 2562) จากโปรแกรมเดิมที่ผู้วิจัยเคยพัฒนายังมีจุดอ่อน พบว่าขาดการฝึกทักษะในสถานการณ์จริง ไม่มีการให้ความรู้เรื่องการใช้จ่ายทางจิตเวช ขาดทักษะการดำรงชีวิตในชุมชน และการวิจัยที่ผ่านมาเป็นการวัดตัวแปรพฤติกรรมด้านสังคมและการสื่อสาร ประกอบกับองค์ความรู้จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การฝึกทักษะทางสังคมมีประโยชน์ทางคลินิกต่อผู้ป่วยจิตเภท คือลดอาการด้านลบ (Barzegar et al., 2016) อาการทางจิตลดลง และอัตราการกำเริบซ้ำ (จิรพันธ์ เอบกมล, 2553) ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมเพื่อตอบสนองปัญหาที่พบจากการปฏิบัติงานคือ ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการด้านลบ ไม่ร่วมมือในการรับประทานยา และกลับมารักษาซ้ำบ่อย ส่งผลให้ผู้ป่วยเสื่อมมากขึ้นตามไปด้วย โดยจะเชื่อมโยงตามระยะเวลาการเจ็บป่วย และจำนวนครั้งที่มีการกำเริบ ผู้ป่วยจิตเภทมีการเสื่อมถอยของบุคลิกภาพ ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นบกพร่อง ขาดแรงจูงใจในการทำงาน เฉยเมย สิ้นหน้ำไม่แสดงอารมณ์ สิ้นหน้ำที่่อย ไม่พูดหรือพูดน้อยลง ฯลฯ อันเป็นผลจากอาการด้านลบ การวิจัยครั้งนี้เพิ่มตัวแปรทางคลินิกที่ต้องการวัดคืออาการด้านลบ

2. การออกแบบพัฒนาโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม

การพัฒนาโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมครั้งนี้ ยึดแนวความคิดการฝึกทักษะทางสังคม การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (PL) ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2544) และแนวคิดของทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรมของ B.F.Skinner (1953 อ้างใน สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2556)

แนวความคิดการฝึกทักษะทางสังคม มาจากหลักการพื้นฐานของการเรียนรู้ของมนุษย์ที่ได้จากการทดลองแล้วนำไปใช้จริงในชีวิตประจำวัน องค์ความรู้พื้นฐานที่เกี่ยวกับการฝึกทักษะทางสังคม ได้แก่การเรียนรู้แบบมีเงื่อนไข การวิเคราะห์พฤติกรรม ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม จิตวิทยาสังคม การรับรู้ทางสังคม (Kopelowicz et al., 2006 อ้างใน จิรพันธ์ เอบกมล, 2553) และทฤษฎีพุทธิปัญญา (Lieberman, Kopelowicz, & Silverstein, 2005) เป็นวิธีการที่เป็นระบบในการสอนทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่มีประสิทธิภาพต่อการทำหน้าที่และอาการทางลบดีขึ้นในผู้ป่วยจิตเภท (Brown, Mueser, & Pratt, 2020)

การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (PL) ประกอบด้วยการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ และการเรียนรู้ด้วยกระบวนการกลุ่ม เป็นรูปแบบการเรียนการสอนที่มีประสิทธิภาพในการพัฒนาผู้เรียนทั้งด้านความรู้ ทักษะ และทัศนคติ และได้ดีที่สุด (Kolb, 1984 อ้างถึงใน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2544) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

การเรียนรู้เชิงประสบการณ์

Kolb (1984 อ้างถึงในกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2544) ได้กล่าวถึง วงจรการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ ผู้เรียนควรมีทักษะการเรียนรู้ ทั้ง 4 องค์ประกอบ ดังนี้

ประสบการณ์ (experience)

การสะท้อน/อภิปราย (reflection/discussion)

การทดลอง/ประยุกต์แนวคิด (experimentation/application)

ความคิดรวบยอด (concept)

การเรียนรู้ด้วยกระบวนการกลุ่ม (group process)

การเรียนรู้ด้วยกระบวนการกลุ่ม (group process) เป็นการเรียนรู้พื้นฐานที่สำคัญอีกอย่างหนึ่ง ซึ่งเมื่อประกอบไปกับการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (experiential learning) กระบวนการกลุ่มจะช่วยให้ผู้เรียนได้มีส่วนร่วมสูงสุด และทำให้บรรลุงานสูงสุด ผู้เรียนทุกคนควรมีส่วนร่วมในทุกกิจกรรมของแต่ละองค์ประกอบ ฉะนั้นผู้สอนจึงต้องพิจารณาตามจำนวนผู้เรียน การมีส่วนร่วมสูงสุด (maximum participation) ของผู้เรียนขึ้นอยู่กับกรอบการออกแบบกลุ่ม ซึ่งมีตั้งแต่กลุ่มเล็กสุด คือ 2 คน จนกระทั่งกลุ่มใหญ่ กลุ่มแต่ละประเภทมีข้อดี และข้อจำกัดต่างกัน

การบรรลุงานสูงสุด (maximum performance) การออกแบบงาน ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ผู้สอนจะต้องจัดทำเป็นใบงานที่กำหนดให้กลุ่ม หรือผู้เรียนทำกิจกรรมให้บรรลุตามวัตถุประสงค์การเรียนรู้ในแผนการสอน สิ่งเหล่านี้เป็นหัวใจสำคัญของการบรรลุงานสูงสุด

สรุปได้ว่า การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมประกอบด้วยการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ และการเรียนรู้ด้วยกระบวนการกลุ่ม เป็นรูปแบบการเรียนการสอนที่มีประสิทธิภาพในการพัฒนาผู้เรียนทั้งด้านความรู้ ทักษะ และทัศนคติได้ดีที่สุด เพราะผู้เรียนทุกคนมีประสบการณ์ จึงสามารถทำให้เกิดประโยชน์สูงสุด หรือแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน และช่วยกันทำในสิ่งที่ยาก หรือไม่เคยทำมาก่อนด้วยความมั่นใจ

แนวคิดของทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรมของ B.F. Skinner (1953 อ้างใน สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2556) การวางเงื่อนไขแบบการกระทำ (Operant conditioning) เชื่อว่าพฤติกรรมของบุคคลเป็นผลพวงเนื่องมาจากการปฏิสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อม พฤติกรรมที่เกิดขึ้นของบุคคลจะแปรเปลี่ยนไปเนื่องมาจากผลกรรม ผลกรรมที่เป็นตัวเสริมแรง (Reinforcer) ที่ทำให้พฤติกรรมที่บุคคลกระทำอยู่นั้นมีอัตราการกระทำเพิ่มมากขึ้น ร่วมกับแนวคิดการจัดการเงื่อนไขผลกรรม (Contingency Management) ของ Skinner (1953 อ้างใน สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2556) เชื่อว่าพฤติกรรมของบุคคลจะเพิ่มขึ้นหรือลดลงเป็นผลเนื่องมาจากผลกรรมของพฤติกรรมนั้น ถ้าพฤติกรรมใดได้รับผลกรรมที่เป็นตัวเสริมแรงทางบวก พฤติกรรมนั้นก็จะมีความถี่ที่จะเกิดขึ้นอีกในอนาคต การวิจัยนี้ผู้วิจัยเลือกการเสริมแรงทางบวกเป็นเป้าหมาย ซึ่งจะมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ถ้าสามารถนำไปแลกตัวเสริมแรงอื่นๆ ได้มากกว่า 1 ตัวขึ้นไป ดังนั้นผู้วิจัยให้แลกเบี้ยอรรถกรเป็นเงิน และขนมได้

การออกแบบโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมในช่วงแรกนี้ ประกอบด้วย การฝึกทักษะ 4 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 1 ชั่วโมง 30 นาที การให้ความรู้ 1 ครั้ง ใช้เวลา 1 ชั่วโมง และการฝึกทักษะใน 4 สถานการณ์จริง ใช้เวลาประมาณกิจกรรมละ 45 นาที -1 ชั่วโมง แต่กิจกรรมการฝึกทักษะ และกิจกรรมการให้ความรู้ ยังไม่ได้ระบุชื่อเรื่อง อีกทั้งวัตถุประสงค์ และการประเมินผลของกิจกรรมแต่ละครั้งไม่ได้ระบุเป็นเชิงพฤติกรรม กิจกรรมการให้ความรู้การใช้ยาทางจิตเวช ในเนื้อหาผลข้างเคียงของยา และการสังเกตอาการเตือน ไม่ได้ระบุวิธีแก้ไข สื่อการสอนการฝึกทักษะการจ่ายตลาด เป็นแผ่นภาพสินค้าประเภทต่างๆ ไม่ได้ระบุราคาลงในแผ่นภาพ ผู้วิจัยได้คำนึงถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม จึงมีการฝึกพฤติกรรมโดยใช้วิดีโอ การสาธิตทักษะทางสังคม การแสดงบทบาทสมมติ การฝึกพฤติกรรมซ้ำๆ การให้ข้อเสนอแนะเชิงบวกเพื่อการปรับแก้ไขให้เกิดการเรียนรู้ทักษะ (Liberian et al., 2005; Malone Cole, 2012; Sadock et al., 2015; Brown et al., 2020)

3. ทดสอบคุณภาพโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม

โปรแกรมการฝึกทักษะการดำรงชีวิตในชุมชน เรื่องการจ่ายตลาด และการฝึกทักษะใน 4 สถานการณ์จริงได้สร้างแผนการจัดกิจกรรมด้านทักษะ และให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย 1. พยาบาลอาวุโส จำนวน 1 ท่าน 2. อาจารย์พยาบาลด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 1 ท่าน และ 3. นักกิจกรรมบำบัด จำนวน 1 ท่าน ได้ตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา และปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ จนกระทั่งไม่มีข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ดังเช่นสื่อประกอบการสอน การแสดงตัวอย่างธนบัตรต่างๆ และเหรียญกษาปณ์บนแผ่นป้าย และใบงานมีการกำหนดมูลค่าของเงินที่ต้องจ่ายตลาด เพื่อใช้จ่ายเงินอย่างคุ้มค่า

โปรแกรมการให้ความรู้เรื่องการไต่ถามทางจิตเวช ผู้วิจัยได้สร้างแผนการจัดกิจกรรมด้านความรู้และให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย 1. จิตแพทย์ จำนวน 1 ท่าน 2. เกษชกร จำนวน 2 ท่าน 3. อาจารย์พยาบาล ด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 1 ท่าน และ 4. พยาบาลอาวุโส จำนวน 1 ท่าน ได้ตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา และปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ จนกระทั่งไม่มีข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ดังเช่นในความรู้ที่ 1 หัวข้อชนิดของยาจิตเวช หากผู้ป่วยมีอาการกำเริบซ้ำครั้งที่สอง แพทย์จะให้ยาต่อเนื่องอย่างน้อย 3-5 ปี เปลี่ยนเป็น “หากผู้ป่วยมีอาการกำเริบซ้ำครั้งที่สอง แพทย์จะให้ยาต่อเนื่องอย่างน้อย 3-5 ปี ขึ้นกับอาการ หรือตลอดชีวิต”

หลังจากนั้นผู้วิจัยนำโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมทั้งหมด ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ซึ่งเป็นผู้มีความรู้ความเชี่ยวชาญ ประสบการณ์ ด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชโปรแกรมทักษะทางสังคม ประสบการณ์การประเมินผลโปรแกรมทักษะทางสังคมของผู้ป่วยในชุมชน และด้านเพศภาวะและสุขภาพจิต ได้ให้การตรวจสอบเนื้อหาโปรแกรม ด้านความครอบคลุม ถูกต้องเหมาะสม และประเมินค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างเนื้อหา ความรู้ และทักษะของโปรแกรม แต่ละหัวข้อและวัตถุประสงค์ (Item objective congruence index: IOC) ได้ค่า IOC = 0.00-1.00 และได้ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะดังนี้ 1) วัตถุประสงค์ของกิจกรรมครั้งที่ 1-6 ได้ปรับเป็นวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม 2) วิธีการประเมินผล ได้ปรับให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ และ 3) กิจกรรมการเรียนรู้ ได้ปรับให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ เป็นต้น

4. ปรับปรุงโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมครั้งที่ 1 และการทดลองกับกลุ่มเป้าหมายขนาดเล็ก

นำข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุงแก้ไขเนื้อหาของโปรแกรมครั้งที่ 1 (ฉบับร่าง) หลังจากนั้นนำโปรแกรมที่ปรับปรุงไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทำการตรวจสอบเนื้อหาโปรแกรม ด้านความครอบคลุม ถูกต้องเหมาะสม และประเมินค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างเนื้อหา ความรู้ และทักษะของโปรแกรม แต่ละหัวข้อและวัตถุประสงค์ (Item objective congruence index: IOC) ได้ค่าคะแนน IOC = 1.00

ในขณะเดียวกันทดลองโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม เฉพาะในผู้ป่วยจิตเภทหญิงจำนวน 5 คน ที่หอผู้ป่วยเรื้อรังบำบัดจิตเวชในหญิงเฟื่องฟ้า รวบรวมปัญหาที่พบจากการทดลองโปรแกรมต้นแบบ และปรับปรุงแก้ไขโปรแกรมให้ได้คุณภาพ ดังเช่น กิจกรรมครั้งที่ 1-3 ได้เพิ่มชื่อเรื่องดังนี้ ครั้งที่ 1 เรื่อง การสื่อสารที่เหมาะสม ครั้งที่ 2 เรื่อง การพูด การฟัง ที่เหมาะสม ครั้งที่ 3 เรื่องการถ่ายทอด เป็นต้น

5. ปรับปรุงโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมครั้งที่ 2 และการทดลองกับกลุ่มเป้าหมายขนาดใหญ่ (กลุ่มนาร่อง)

หลังจากปรับปรุงแก้ไขเนื้อหาของโปรแกรมครั้งที่ 2 (ฉบับร่าง) นำโปรแกรมที่ปรับปรุงไปทดลองโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมกับผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังทั้งชายและหญิง จำนวน 8 คน รวบรวมปัญหาที่พบจากการทดลองโปรแกรม และปรับปรุงแก้ไขโปรแกรม จนมีความมั่นใจในด้านคุณภาพของโปรแกรม ดังเช่น กิจกรรมครั้งที่ 3 ทักษะการดำรงชีวิตในชุมชน เรื่องการถ่ายทอด สื่อการฝึกทักษะเป็นแผ่นภาพสินค้าประเภทต่างๆ เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ในขณะฝึกทักษะ การซื้อและขายสินค้า ผู้วิจัยได้ระบุนาเวลาลงในแผ่นภาพสินค้าประเภทนั้นๆเลย

6. การทดลองความพร้อมนำไปใช้ของโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม

ประชากรเป็นผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลช่วงเดือนพฤษภาคม ถึง มิถุนายน 2564 ตามเกณฑ์ดังนี้ 1) อายุตั้งแต่ 20-59 ปี ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ผู้รักษาว่าเป็นโรคจิตเภทตาม ICD-10 รับการรักษาทางยาในระยะคงสภาพการรักษา ยินดีเข้าร่วมการศึกษา และมีระยะเวลาการเจ็บป่วยทางจิต 2 ปีขึ้นไป 2) ผลการประเมินความเสี่ยงทางคลินิก (SAVE) ในหัวข้อประเมินพฤติกรรมรุนแรง (V: Violence) อยู่ในระดับต่ำ-ระดับปาน

กลาง และประเมิน BPRS มีค่าคะแนน ≤ 36 3) ผลการประเมินคะแนนอาการทางลบ (NSS) มีระดับคะแนนตั้งแต่ 3-13 คะแนน 4) มีคะแนนเฉลี่ยทักษะด้านสังคมและการสื่อสาร (LSA-30) ตั้งแต่ระดับ 2 (0.51-1.50) ถึงระดับ 4 (2.51-3.5) และ 5) ไม่มีปัญหาการได้ยินและไม่มี ความบกพร่องทางสติปัญญา เกณฑ์ในการคัดออกคือ มีอาการกำเริบ ไม่รับรู้เกี่ยวกับเวลา สถานที่ และบุคคล หรือมีโรคแทรกซ้อนทางกายรุนแรงจนไม่สามารถเข้ากลุ่มได้ หรือมีประวัติเป็นโรคทางสมอง

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยในของหอผู้ป่วยเรื้อรังบำบัดหญิงเฟื่องฟ้า หอผู้ป่วยเรื้อรังบำบัดชายชงโคและฝ้ายคำ ณ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ในช่วงเดือนพฤษภาคม 2564 ถึงเดือนมิถุนายน 2564 จำนวน 24 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่มๆละ 12 คน คือกลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม 6 ครั้ง /สัปดาห์ มีการเสริมแรงทางบวก โดยให้เบี้ยยอรรถกร เป็นเหรียญมีมูลค่าเป็นเงิน 5 บาท รวม 15 บาท มีการฝึกทักษะโดยแสดงบทบาทสมมติ กระตุ้นให้เพื่อนสมาชิกได้ร่วมแสดงความคิดเห็น และให้ข้อเสนอแนะหลังการฝึกทักษะทุกครั้ง มีการชม และให้กำลังใจ ส่วนหัวหน้าทีมวิจัยดำเนินการเป็นผู้นำกลุ่มเอง ได้ให้ข้อเสนอแนะย้อนกลับเพื่อการปรับปรุงพฤติกรรมฝึกให้ดีขึ้น พร้อมกล่าวคำชมเชยและปรบมือให้กำลังใจ ขณะกลุ่มทดลองอยู่ในหอผู้ป่วย มีทีมวิจัยกระตุ้นและทบทวนพฤติกรรมที่ได้รับการฝึกทักษะร่วมด้วย ส่วนการฝึกใน 4 สถานการณ์จริง คือ การจัดยารับประทาน การสื่อสารกับพระภิกษุ สงฆ์ การจ่ายตลาด และการฝึกทำความรู้จักเพื่อนใหม่ มีการปรับเปลี่ยนสถานที่ เนื่องจากภาวะระบาดของโรคโควิด จึงไม่สามารถพา กลุ่มทดลองออกนอกโรงพยาบาลได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกห้องกิจกรรมกลุ่ม ฝึกการจัดยารับประทาน การสื่อสารกับพระภิกษุ สงฆ์ โดยนิมนต์พระภิกษุมาที่โรงพยาบาล และฝึกทำความรู้จักเพื่อนใหม่ ส่วนฝึกการจ่ายตลาดเปลี่ยนมาที่ร้านค้าสวัสดิการของทางโรงพยาบาล ก่อนฝึกใน 4 สถานการณ์จริง ผู้วิจัยได้คำนึงถึงสภาวะจิตใจของกลุ่มทดลอง จึงประเมินความพร้อมด้านจิตใจ ความไม่สบายใจ และการนับถือทางศาสนาที่จะส่งผลต่อการฝึกทักษะ พบว่ากลุ่มทดลองทุกคนมีความพร้อม ไม่พบปัญหาใดๆ มีความสนใจ กระตือรือร้นต่อการฝึกทักษะ และร่วมมือเป็นอย่างดี โดยเฉพาะการสื่อสารกับพระภิกษุ กลุ่มทดลองส่วนใหญ่สามารถสื่อสาร มีสัมมาคารวะและวางตัวได้ดี สามารถสื่อสารนอกเหนือจากใบงานที่มอบหมายให้ได้

7. การเผยแพร่โปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม

หลังจากปรับปรุงแก้ไขโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมฉบับสมบูรณ์ เผยแพร่โปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมแก่ทีมพยาบาลหอผู้ป่วยเรื้อรังบำบัดจิตเวชในหญิงเฟื่องฟ้า ทีมพยาบาลเหล่านี้มีประสบการณ์การฝึกทักษะทางสังคมในโปรแกรมเดิมกับผู้ป่วย ซึ่งปฏิบัติเป็นงานประจำจึงส่งผลให้ทีมพยาบาลเหล่านี้เรียนรู้ และเข้าใจได้ง่ายต่อการนำลงสู่การปฏิบัติ อีกทั้งเผยแพร่โปรแกรมฯแก่ทีมพยาบาลหอผู้ป่วยอื่นๆ และเผยแพร่ผลงานวิจัยลงในวารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ปีที่ 36 ฉบับที่ 2: พฤษภาคม-สิงหาคม 2565

จากการพัฒนาโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมเสร็จสมบูรณ์แล้ว สามารถเปรียบเทียบโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมเดิม และโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมที่ได้พัฒนาขึ้นใหม่ ให้เห็นความแตกต่างได้ชัดเจนยิ่งขึ้น ตามตารางที่ 1 ดังนี้

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมเดิม และพัฒนาใหม่

โปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมเดิม	โปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมพัฒนาใหม่
กิจกรรมครั้งที่ 1 มี 5 ทักษะ 1.1 การทักทาย 1.2 การพูดคุยโต้ตอบได้อย่างเหมาะสม (การพูดคุยกับผู้ใหญ่และพระภิกษุสงฆ์) 1.3 การสบตาขณะพูดคุย 1.4 การปฏิเสธด้วยคำพูดและท่าทาง 1.5 การกล่าวขอบคุณและคำขอโทษ	กิจกรรมครั้งที่ 1 เรื่อง การสื่อสารที่เหมาะสม มี 5 ทักษะ 1.1 การทักทาย 1.2 การพูดคุยโต้ตอบได้อย่างเหมาะสม (การพูดคุยกับผู้ใหญ่และพระภิกษุสงฆ์) 1.3 การสบตาขณะพูดคุย 1.4 การปฏิเสธด้วยคำพูดและท่าทาง 1.5 การกล่าวขอบคุณและคำขอโทษ
ข้อแตกต่าง ไม่มีชื่อเรื่อง	ข้อแตกต่าง มีชื่อเรื่อง
กิจกรรมครั้งที่ 2 2.1 การใช้ระดับเสียงเหมาะสมในการพูดคุย 2.2 การใช้สรรพนามอย่างเหมาะสม 2.3 การใช้คำพูดสุภาพ 2.4 การรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น 2.5 การรับฟังเรื่องราวผู้อื่นพูดได้อย่างต่อเนื่อง 2.6 การถามเรื่องที่สนใจหรือสงสัย	กิจกรรมครั้งที่ 2 เรื่อง การพูด การฟัง ที่เหมาะสม เนื้อหา กิจกรรม ประกอบด้วย 2.1 การใช้ระดับเสียงเหมาะสมในการพูดคุย 2.2 การใช้สรรพนามอย่างเหมาะสม 2.3 การใช้คำพูดสุภาพ 2.4 การรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น 2.5 การรับฟังเรื่องราวผู้อื่นพูดได้อย่างต่อเนื่อง 2.6 การถามเรื่องที่สนใจหรือสงสัย
ข้อแตกต่าง ไม่มีชื่อเรื่อง	ข้อแตกต่าง มีชื่อเรื่อง
กิจกรรมครั้งที่ 3 ทบทวนเนื้อหากิจกรรมครั้งที่ 1-2	กิจกรรมครั้งที่ 3 เรื่อง การจ่ายตลาด เนื้อหา กิจกรรม ประกอบด้วย 3.1 การใช้ธนบัตรและเหรียญ 3.2 การจ่ายเงินและรับเงินทอน 3.3 การซื้อสินค้า
	กิจกรรมครั้งที่ 4 ทบทวนเนื้อหากิจกรรมครั้งที่ 1-3
	การฝึกทักษะทางสังคมในสถานการณ์จริง กิจกรรมครั้งที่ 5 เนื้อหา กิจกรรม ประกอบด้วย 5.1 การจัดยารับประทาน 5.2 การสื่อสารกับพระภิกษุสงฆ์ 5.3 การจ่ายตลาด 5.4 การฝึกทำความรู้จักเพื่อนใหม่

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมเดิม และพัฒนาใหม่ (ต่อ)

โปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมเดิม	โปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมพัฒนาใหม่
	กิจกรรมครั้งที่ 6 เรื่องการใช้ยาทางจิตเวช เนื้อหากิจกรรมประกอบด้วย 6.1 ชนิดของยาทางจิตเวช 6.2 วิธีรับประทานยา 6.3 ผลข้างเคียงของยาและวิธีแก้ไข 6.4 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา 6.5 การสังเกตอาการเตือน 6.6 ปัจจัยป่วยซ้ำ
จำนวนกิจกรรมการฝึกทักษะ 3 ครั้ง	จำนวนกิจกรรมการฝึกทักษะ 6 ครั้ง (5 วัน)

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยเครื่องมือในการทดลอง และเครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1) วิดีทัศน์เรื่องการฝึกทักษะด้านสังคมและการสื่อสาร บัตรคำ และแถบเสียง

2) โปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม ประกอบด้วย กิจกรรม 6 ครั้ง คือ

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

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

กิจกรรมครั้งที่ 3 เรื่องการจ่ายตลาด มี 3 ทักษะ ประกอบด้วย การรู้จักใช้ธนบัตรและเหรียญ การจ่ายเงินและรับเงินทอนได้ถูกต้อง และการต่อรองราคา

กิจกรรมครั้งที่ 4 ทบทวนการฝึกทักษะทางสังคมในกิจกรรมครั้งที่ 1,2 และกิจกรรมครั้งที่ 3 รวม 14 ทักษะ โดยให้ผู้ป่วยแต่ละคู่ หรือแต่ละกลุ่มได้แสดงบทบาทสมมติตามที่ได้รับมอบหมาย เพื่อนผู้ป่วยที่เหลือช่วยให้ข้อเสนอแนะ ตลอดจนผู้นำกลุ่มช่วยปรับแก้ไขในพฤติกรรมที่ถูกต้อง จนกระทั่งสมาชิกทุกคนมีความเห็นว่า “ผ่าน” พร้อมให้คำชมเชย จึงเริ่มคู่ต่อไปได้ ฝึกจนครบ 14 ทักษะ

กิจกรรมครั้งที่ 5 การฝึกทักษะทางสังคมใน 4 สถานการณ์จริง คือ การจัดยารับประทาน การสื่อสารกับพระภิกษุ สงฆ์ การซื้อสินค้าที่ร้านค้าสวัสดิการของโรงพยาบาล และการฝึกทำความรู้จักเพื่อนใหม่

กิจกรรมครั้งที่ 6 การให้ความรู้เรื่องการใช้ยาทางจิตเวช

หมายเหตุ ในการฝึกแต่ละกิจกรรม ผู้วิจัยได้คำนึงถึงเชื้อชาติ ศาสนา ของกลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งระยะเวลาที่ใช้คือ 5 วัน การให้ความรู้ และการฝึกทักษะ ดำเนินกิจกรรมในภาคเช้า ส่วนการฝึกทักษะในสถานการณ์จริง ดำเนินกิจกรรมในภาคบ่าย เพื่อไม่ให้เกิดผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่าง ก่อนการฝึกในสถานการณ์จริง มีการฝึกซักซ้อมเสมือนจริงตามใบประเมินผล และสร้างบรรยากาศให้เกิดการผ่อนคลายทั้งการฝึกทักษะในช่วงซักซ้อม และการฝึกทักษะในสถานการณ์จริง

2. เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล

1) แบบประเมินทักษะการดำรงชีวิตการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชในชุมชน (Living Skills Assessment: LSA-30) เฉพาะทักษะด้านสังคมและการสื่อสาร ประกอบด้วยส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 การประเมินทักษะด้านสังคมและการสื่อสาร มีคะแนนรวมตั้งแต่ 0 – 20 คะแนน แบบวัดนี้ให้คะแนนเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

- 0 ทำไม่ได้ หมายถึง ขาดทักษะหรือไม่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ตามที่ระบุ
- 1 ทำได้แต่ไม่ทำ หมายถึง สามารถทำได้ แต่ไม่ทำแม้ว่าจะกระตุ้น (ช่วยเหลือ) ก็ไม่ทำ
- 2 ทำได้แต่ต้องกระตุ้นทุกครั้ง หมายถึง สามารถทำได้เมื่อได้รับการกระตุ้นหรือช่วยเหลือทุกครั้งหรืออย่างมาก
- 3 ทำได้แต่ต้องกระตุ้นบางครั้ง หมายถึง สามารถทำได้เมื่อได้รับการกระตุ้นหรือช่วยเหลือบางครั้งหรือเล็กน้อย
- 4 ทำได้เอง หมายถึง สามารถทำได้เอง โดยไม่ต้องกระตุ้น

การหาค่าคะแนนเฉลี่ย

$$\text{คะแนนเฉลี่ย} = \frac{\text{ผลรวมของคะแนนทั้งหมด}}{\text{จำนวนข้อทั้งหมด}}$$

ค่าคะแนนทักษะด้านสังคมและการสื่อสาร

- ระดับ 1 ค่าเฉลี่ย 0-0.50 คะแนน หมายถึง ขาดความสามารถในการทำกิจกรรมนั้น
- ระดับ 2 ค่าเฉลี่ย 0.51-1.50 คะแนน หมายถึง สามารถทำได้แต่ไม่ได้ทำ
- ระดับ 3 ค่าเฉลี่ย 1.51-2.50 คะแนน หมายถึง สามารถทำได้แต่ต้องช่วยเหลือทุกครั้ง
- ระดับ 4 ค่าเฉลี่ย 2.51-3.50 คะแนน หมายถึง สามารถทำได้เมื่อช่วยเหลือบางครั้ง
- ระดับ 5 ค่าเฉลี่ย 3.51-4.00 คะแนน หมายถึง สามารถทำได้เอง

การแปลผลระดับทักษะด้านสังคมและการสื่อสาร

- ระดับต่ำ ได้แก่ มีความสามารถในระดับ 1 และระดับ 2
- ระดับปานกลาง ได้แก่ มีความสามารถในระดับ 3 และระดับ 4
- ระดับสูง ได้แก่ มีความสามารถในระดับ 5

2) แบบวัดอาการทางลบ (NSS) ของหงส์ บันเทิงสุข (2545) ที่ได้ปรับปรุงแบบประเมินอาการทางลบจากโครงสร้างเนื้อหาของ Positive and Negative Syndrome Scale ฉบับภาษาไทย (PANSS-T) ที่รณานิธิชัยโกวิท และคณะ (ม.ป.ป.) แปลและสร้างขึ้นตามแนวคิดของ Kay, Fiszbein, & Opler (1987) ประกอบด้วยการประเมินลักษณะอาการทางลบ 7 อาการ ข้อคำถามทั้งหมด 13 ข้อ ค่าคะแนนที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 0-13 คะแนน แปลผลค่าคะแนนโดย ค่าคะแนนสูงหมายถึง มีอาการทางลบมาก ค่าคะแนนต่ำหมายถึง มีอาการทางลบน้อย แบ่งระดับเป็น 3 ระดับคือ 10-13 คะแนน ถือว่าเป็นผู้มีอาการทางลบมาก คะแนน 5-9 ถือว่าเป็นผู้มีอาการทางลบปานกลาง และคะแนน 0-4 คะแนน ถือว่าเป็นผู้มีอาการทางลบน้อย

3.4 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ได้ดำเนินการดังต่อไปนี้

- 1. ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม นอกจากการฝึกทักษะในแต่ละกิจกรรมแล้ว ยังเพิ่มการฝึกทักษะทางสังคมใน 4 สถานการณ์จริง คือ การจัดยารับประทาน การสื่อสารกับพระภิกษุ สงฆ์ การซื้อสินค้าที่ร้านค้าสวัสดิการของโรงพยาบาล และการฝึกทำความรู้จักเพื่อนใหม่ โปรแกรมที่พัฒนาต่อยอดเพิ่มเป็นกิจกรรมฝึกทักษะ

การดำรงชีวิตในชุมชน เรื่องการจ่ายตลาด ประกอบด้วย 3 ทักษะ คือ การใช้ธนบัตรและเหรียญ การจ่ายเงินและรับเงิน ทอน และการซื้อสินค้า โปรแกรมการฝึกทักษะการดำรงชีวิตในชุมชน เรื่องการจ่ายตลาด ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย 1. พยาบาลอาวุโส จำนวน 1 ท่าน 2. อาจารย์พยาบาลด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 1 ท่าน และ 3. นักกิจกรรมบำบัด จำนวน 1 ท่าน ได้ตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา และปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ อีกทั้งได้พัฒนากิจกรรมการสอนความรู้เรื่องการใช้จ่ายทางจิตเวช ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย 1. จิตแพทย์ จำนวน 1 ท่าน 2. เภสัชกร จำนวน 2 ท่าน 3. อาจารย์พยาบาลด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 1 ท่าน และ 4. พยาบาลอาวุโส จำนวน 1 ท่าน ได้ตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา และปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ จนกระทั่งไม่มีข้อเสนอแนะ ผู้วิจัยนำโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมทั้งหมด ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ซึ่งเป็นผู้มีความรู้ ความเชี่ยวชาญ ประสพการณ์ด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช โปรแกรมทักษะทางสังคม ประสพการณ์ การประเมินผลโปรแกรมทักษะทางสังคมของผู้ป่วยในชุมชน และได้ให้การตรวจสอบเนื้อหาโปรแกรม ด้านความครอบคลุม ถูกต้องเหมาะสม และประเมินค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างเนื้อหา ความรู้ และทักษะของโปรแกรม แต่ละหัวข้อและวัตถุประสงค์ (Item objective congruence index: IOC)

2. ผู้วิจัยใช้วิธีทัศนเรื่อง การฝึกทักษะด้านสังคมและการสื่อสาร (จิตราธน์ พิมพ์ดี และคณะ, 2552) ได้ผ่านการตรวจสอบเนื้อหาจากจิตแพทย์ ซึ่งเป็นผู้ประสานงานและผู้นิเทศของโครงการพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพที่เหมาะสมในระดับบุคคลและชุมชน ได้เสนอแนะเรื่องการฝึกทักษะควรเป็นภาพให้เห็นชัดเจน ใช้คำที่ง่าย เข้าใจง่ายในแผนการสอน สื่อการสอนต่างๆ ทัศน และใบความรู้ คณะผู้วิจัยได้นำข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิมาแก้ไขและปรับปรุงตามข้อเสนอแนะเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

3. แบบวัดอาการทางลบ (NSS) ของหงส์ บันเทิงสุข (2545) นำไปหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยวิธี Inter-rater reliability (IRR) ใช้สูตรของ Kappa ได้ค่า IRR เท่ากับ 0.84 ส่วนการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยนำแบบประเมินนี้มาทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 30 คน เพื่อนำมาหาค่าความเชื่อมั่นด้วยสูตรคำนวณอัลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.86 ผู้วิจัยได้ขออนุญาตใช้เครื่องมือนี้เรียบร้อยแล้ว อีกทั้งผู้วิจัยได้ฝึกการใช้เครื่องมือนี้กับผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 15 คน จนเกิดความชำนาญในการใช้เครื่องมือ และได้สอนการใช้เครื่องมือนี้กับผู้เก็บข้อมูลวิจัยจำนวน 3 ท่าน โดยฝึกการใช้เครื่องมือในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังจำนวน 5 คน หรือจนกว่าผู้เก็บข้อมูลวิจัยมีความมั่นใจ และในขั้นตอนการทดลอง ผู้วิจัยมอบหมายให้ผู้เก็บข้อมูลวิจัยแยกเก็บข้อมูลคนละห่อผู้ป่วย การวิจัยนี้ผู้วิจัยไม่ได้หาค่าความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมิน (IRR) เนื่องจากผู้เชี่ยวชาญทางด้านสถิติได้แนะนำไว้ เพราะไม่ใช่เป็นการใช้เครื่องมือเพื่อการวินิจฉัยโรค

4. แบบประเมิน LSA-30 (เฉพาะทักษะด้านสังคมและการสื่อสาร) เกียรติภูมิ วงศ์รจิต และคณะ (2550) เป็นผู้สร้างแบบประเมินเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ผู้สร้างมีความประสงค์ให้ใช้แบบประเมินนี้ได้ทั้งในโรงพยาบาลจิตเวชและในชุมชน ในปีพ.ศ.2559 ได้เปลี่ยนชื่อ “แบบประเมินเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน” เปลี่ยนเป็น “แบบประเมินทักษะการดำรงชีวิตการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชในชุมชน (Living Skills Assessment: LSA-30)” แบบประเมินนี้นำมาหาค่าความเชื่อมั่นด้วยสูตรคำนวณอัลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.96 (เกียรติภูมิ วงศ์รจิต และคณะ, 2550) ส่วนการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยนำ LSA-30 มาทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 30 คน เพื่อนำมาหาค่าความเชื่อมั่นด้วยสูตรคำนวณอัลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.83 เครื่องมือนี้ได้ถูกนำมาใช้ในงานประจำแล้ว ผู้วิจัยได้ให้ผู้เก็บข้อมูลวิจัยได้ทบทวนความเข้าใจในการใช้เครื่องมืออีกครั้ง และในขั้นตอนการทดลองผู้วิจัยมอบหมายให้ผู้เก็บข้อมูลวิจัยแยกเก็บข้อมูลคนละห่อผู้ป่วย ซึ่งการวิจัยนี้ผู้วิจัยไม่ได้หาค่า IRR เนื่องจากผู้เชี่ยวชาญทางด้านสถิติได้แนะนำไว้ เพราะไม่ใช่เป็นการใช้เครื่องมือเพื่อการวินิจฉัยโรค

3.5 การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยนำเสนอโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในคน ด้านสุขภาพจิตและจิตเวช กรมสุขภาพจิต และได้รับการรับรองเมื่อวันที่ 20 พฤษภาคม 2564 เลขที่หนังสือรับรอง DMH.IRB.COA 008/2564 หลังจากได้รับการรับรองผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการวิจัย ผู้ป่วยโรคจิตเภทสามารถตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ได้อย่างอิสระโดยไม่มีผลกระทบต่อการรับบริการรักษาพยาบาลแต่อย่างใด และได้รับคำชี้แจงอย่างละเอียดก่อนตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย ตลอดจนการเซ็นใบยินยอมและญาติร่วมเซ็นใบยินยอมด้วย กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากการเข้าร่วมโครงการได้ตลอดเวลาในระหว่างดำเนินการโครงการ ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างและญาติที่เป็นกลุ่มควบคุม ได้เชิญผู้ป่วยมาฝึกทักษะฯ และให้ความรู้แก่ญาติ พร้อมเอกสารความรู้ เพื่อช่วยกระตุ้นและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้าน หากผู้ป่วยรายใดแพทย์ส่งกลับรับยาใกล้บ้าน ผู้วิจัยมีการติดต่อทางโทรศัพท์หรือทางไลน์ เพื่อฝึกทักษะทางสังคมเฉพาะด้านที่พร้อม และให้ความรู้แก่ญาติ

3.6 วิธีการรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นตอนเตรียมการทดลอง

1.1 ทบทวนตำรา เอกสาร งานวิจัย และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

1.2 เตรียมสื่อการสอนการฝึกทักษะทางสังคม

1.3 เตรียมแบบวัดอาการทางลบ (NSS) ผู้วิจัยฝึกการใช้แบบวัดอาการทางลบ จนเกิดความชำนาญ และฝึกผู้เก็บข้อมูลวิจัยให้เกิดความชำนาญเช่นกัน

1.4 การขอรับรองจริยธรรมการวิจัยในคน จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในคน ด้านสุขภาพจิตและจิตเวช กรมสุขภาพจิต ผู้วิจัยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง จะดำเนินการวิจัยหลังจากผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนแล้ว

1.5 เขียนโครงการวิจัย เสนอขออนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ เพื่อดำเนินการวิจัย หลังได้ใบรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แล้ว และขออนุญาตเข้าถึงประวัติผู้ป่วยในระบบ online

1.6 ผู้วิจัยประชุมทีมวิจัยแบ่งหน้าที่ดังนี้

1.6.1 หัวหน้าทีมวิจัย เป็นผู้อธิบายชี้แจงโครงการวิจัยแก่ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่ผ่านเกณฑ์การคัดเข้า และเป็นผู้มีความชำนาญในการฝึกทักษะทางสังคม จึงทำหน้าที่เป็นผู้นำกลุ่มดำเนินการฝึกทักษะทางสังคมกับกลุ่มตัวอย่างเอง ประสานขอความร่วมมือกับพระภิกษุสงฆ์ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้ฝึกการสนทนาและทำกิจกรรมทางศาสนา ประสานหัวหน้าหอผู้ป่วยเร่งรัดบำบัดจิตเวชในชายฝ่ายคำ เพื่อขออัตรากำลังช่วยในการฝึกทักษะในสถานการณ์จริง ดำเนินการฝึกทักษะกับกลุ่มตัวอย่างในสถานการณ์จริง ทั้งนี้ก่อนการฝึกนอกหอผู้ป่วยที่ร้านค้าสวัสดิการของโรงพยาบาล ประเมินความพร้อมด้านร่างกาย จิตใจของกลุ่มตัวอย่างก่อน และถามความพร้อม หากพบกลุ่มตัวอย่างรายใดตื่นเต้นเกินกว่าเหตุ หรือมีอาการกลัวให้ฝึกภายในหอผู้ป่วย ซึ่งพบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองทุกคน มีความพร้อมต่อการฝึกนอกหอผู้ป่วย วันจำหน่ายผู้ป่วยให้ความรู้แก่ญาติเรื่องการใช้จ่ายทางจิตเวช และการกระตุ้นพฤติกรรมที่พึงประสงค์ของผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้าน พร้อมให้ใบความรู้เรื่องการใช้จ่ายทางจิตเวช และใบความรู้การฝึกทักษะทางสังคม

1.6.2 ผู้ช่วยวิจัย 2 คน ช่วยกระตุ้นพฤติกรรมที่พึงประสงค์ หลังจากกลุ่มตัวอย่างได้เข้าฝึกทักษะ ในขณะที่อยู่ในหอผู้ป่วย ส่วนผู้ช่วยวิจัยอีก 3 คน ช่วยดูแลให้กลุ่มตัวอย่างอ่าน หรืออธิบายข้อความในใบยินยอม ก่อนยินยอมเซ็นใบยินยอม

1.7 ชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจวัตถุประสงค์ของการวิจัย ข้อมูลที่อาจนำไปสู่การเปิดเผยตัวตน จะได้รับการปกปิดและจะไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน ในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ชื่อและที่อยู่ของท่านจะต้องได้รับการ

ปกปิดอยู่เสมอ โดยจะใช้เฉพาะรหัสประจำโครงการวิจัยของท่าน หลังกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ให้ลงนามใบยินยอมตลอดจนแจ้งญาติทราบและให้ญาติลงนามใบยินยอมอนุญาตด้วย พร้อมทั้งแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มควบคุมและญาติทราบว่าหลังจากการเก็บรวบรวมข้อมูลเสร็จใน 3 เดือน จะเชิญกลุ่มตัวอย่างกลุ่มควบคุมมาเข้าโครงการการฝึกทักษะทางสังคมต่อไป

1.8 สสำรวจแรงจูงใจของผู้ป่วย ประรณายากได้อะไรที่เจ้าหน้าที่สามารถจัดหาให้ได้ โดยไม่ขัดต่อกฎระเบียบและความเสี่ยงต่างๆ

1.9 ชี้แจงให้ผู้ป่วยเข้าใจ ขณะฝึกทักษะทางสังคม หากผู้ป่วยปฏิบัติตามกิจกรรมและมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ เจ้าหน้าที่ให้รางวัล โดยมีเกณฑ์การให้การเสริมแรง ดังนี้ ครั้งที่ 1-3 ชมเชย + เบี้ยอรรถกร มูลค่า 5 บาท รวมทั้งหมด 15 บาท ครั้งที่ 4 ให้แรงจูงใจที่ปรารถนา

1.10 เตรียมกลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยในของหอผู้ป่วยเรื้อรังบำบัดจิตเวชในหญิงเฟื่องฟ้า และหอผู้ป่วยเรื้อรังบำบัดจิตเวชในชายชังโคและฝ้ายคำ ที่มีระดับคะแนนอาการด้านลบระหว่าง 3-13 คะแนน คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรม n4Studies โดยกำหนดค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มทดลองเท่ากับ 35.47 และ 12.97 ตามลำดับ กลุ่มควบคุมเท่ากับ 51.13 และ 11.04 ตามลำดับ จากผลการศึกษาของ Barzegar et al. (2016) เรื่องประสิทธิผลของการฝึกทักษะทางสังคม ต่อการลดอาการด้านลบในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ส่วนการวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดค่า $\alpha = 0.05$ $\beta = 0.20$ จากการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรมดังกล่าว จะได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 10 คนต่อกลุ่ม หรือจำนวนขนาดตัวอย่างทั้งหมด 20 คน แต่เก็บข้อมูลจริงมากกว่ากำหนดอย่างน้อยร้อยละ 20 เพื่อชดเชยการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง (จรณิต แก้วกังวาล, และประตাপ สิงห์ศิวานนท์, 2561) รวมทั้งสิ้น 24 คน กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 12 คน ประกอบด้วยผู้ป่วยชายและหญิง ได้มาจากการสุ่มอย่างง่าย จากหอผู้ป่วยเรื้อรังบำบัดชายและหอผู้ป่วยเรื้อรังบำบัดหญิง ประเมินกลุ่มตัวอย่างก่อนการฝึกทักษะทางสังคมด้วย LSD-30 และ NSS โดยผู้เก็บข้อมูลวิจัย (ไม่ใช่คณะผู้วิจัย) ทั้งนี้ผู้เก็บข้อมูลวิจัย (ไม่ใช่คณะผู้วิจัย) จะไม่ทราบกระบวนการวิจัยใดๆ ทั้งสิ้น ดังนั้นจึงมั่นใจได้ว่าผู้เก็บข้อมูลวิจัยไม่ทราบเกี่ยวกับกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม

1.11 รายละเอียดการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมตามตารางที่ 2 ดังนี้

ตารางที่ 2 แสดงการดำเนินการเก็บรวบรวม ในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

กลุ่ม	กลุ่มที่	ผู้นำกลุ่ม	จำนวนสมาชิก (คน)	พ.ค. 2564 - มิ.ย. 2564	มิถุนายน 2564
ทดลอง	1	หัวหน้าทีมวิจัย	7	วันที่ 29 พ.ค.-2 มิ.ย.	วันที่ 17-21
	2		5		
ควบคุม	1	หัวหน้าทีมวิจัย	6	วันที่ 29 พ.ค.-2 มิ.ย.	วันที่ 17-21
	2		6		

1.12 จัดตารางการฝึกทักษะทางสังคม มีกิจกรรมเป็นการฝึกทักษะ และการให้ความรู้ ตามตารางที่ 3 ดังนี้

ตารางที่ 3 แสดงตารางการฝึกทักษะทางสังคม

วันจันทร์ (เวลา 9.00-10.30 น.)	วันอังคาร (เวลา 9.00-10.30 น.)	วันพุธ (เวลา 9.00-10.30 น.)	วันพฤหัสบดี (เวลา 9.00-10.30 น.)	วันศุกร์ (เวลา 9.00-10.30 น.)
กิจกรรมครั้งที่ 1 เรื่องการสื่อสารที่ เหมาะสม	กิจกรรมครั้งที่ 2 เรื่องการพูด การฟัง ที่เหมาะสม	กิจกรรมครั้งที่ 3 เรื่องการจ่ายตลาด	กิจกรรมครั้งที่ 4 ทบทวน การฝึกทักษะ ครั้งที่ 1-3 (13.00-15.00 น.) กิจกรรมครั้งที่ 5 การ ฝึกทักษะทางสังคม ใน 4 สถานการณ์จริง	กิจกรรมครั้งที่ 6 การให้ ความรู้เรื่องการใช้จ่ายทาง จิตเวช

2. ขั้นตอนการทดลอง

2.1 ดำเนินการฝึกทักษะทางสังคมกับกลุ่มทดลองจำนวน 6 ครั้งๆละ 60-90 นาที แต่กิจกรรมครั้งที่ 5 เป็นการฝึกทักษะในสถานการณ์จริง ใช้เวลาประมาณ 3 ชั่วโมง 30 นาที ส่วนกลุ่มควบคุมจัดให้เข้ากลุ่มบำบัดอื่นๆตามปกติ

2.2 ก่อนและหลังการฝึกทักษะฯครั้งที่ 1-3 ทีมผู้วิจัยที่ได้รับมอบหมายหน้าที่จะทำการประเมินทักษะผู้ป่วย ก่อนฝึกมีทักษะใดบ้างที่ไม่ผ่าน และหลังผู้ป่วยได้รับการฝึกจากผู้นำกลุ่ม ทีมผู้วิจัยจะทำการกระตุ้นและทบทวนทักษะต่างๆที่ได้รับการฝึกขณะอยู่ที่หอผู้ป่วยจนกระทั่งผ่าน พร้อมส่งแบบประเมินพฤติกรรมผู้ป่วยและเกณฑ์การให้การเสริมแรงในการฝึกทักษะทางสังคมก่อนและหลังการฝึกให้แก่ผู้นำกลุ่ม เพื่อประกาศให้ผู้ป่วยทราบก่อนดำเนินการฝึกทักษะในแต่ละครั้ง โดยการให้รางวัลเป็นเหรียญมูลค่า 5 บาท รวมทั้งหมด 15 บาท และผู้นำกลุ่มกล่าวคำชมเชย และให้เพื่อนสมาชิกปรบมือ และมอบขนม นม หรือผลไม้ ตามแรงจูงใจที่ปรารถนาหลังการฝึกทักษะฯเสร็จในครั้งที่ 4

2.3 ผู้ป่วยกลุ่มทดลองแต่ละคนได้เงิน 15 บาท เพื่อนำมาฝึกทักษะใน 4 สถานการณ์จริง เช่นการจ่ายตลาดที่ร้านค้าสวัสดิการของโรงพยาบาล ฝึกการสื่อสารกับพระภิกษุ การจัดยารับประทาน และการฝึกทำความรู้สึกเพื่อนใหม่ ก่อนการฝึกทักษะในสถานการณ์จริง เพื่อลดความกังวล ความเครียด ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองได้ทดลองฝึกซ้ำๆจนผ่านการประเมิน และทุกคนพร้อมในการฝึกทักษะในสถานการณ์จริง ในการฝึกจ่ายตลาดกลุ่มทดลองทุกคนได้ฝึกการซื้อของ การจ่ายเงิน และรับเงินทอน และในสถานการณ์นี้ผู้วิจัยได้ตกลงกับแม่ค้าสร้างเงื่อนไขการทอนเงินผิดร่วมด้วย

3. ขั้นตอนประเมินผล

3.1 ประเมินทักษะด้านสังคมและการสื่อสารในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง โดยผู้เก็บข้อมูลวิจัย (ไม่ใช่คณะผู้วิจัย) ตามแบบประเมิน LSA-30 (เฉพาะทักษะด้านสังคมและการสื่อสาร) วันจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน ผู้วิจัยพบญาติของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมด้วยตนเอง ญาติของกลุ่มทดลองผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องการใช้จ่ายทางจิตเวช และทักษะทางสังคม เพื่อให้ญาติตระหนักและช่วยกระตุ้นผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้าน ส่วนญาติกลุ่มควบคุมผู้วิจัยแจ้งให้ทราบหลังจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านครบ 2 เดือน ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องการใช้จ่ายทางจิตเวช และทักษะทางสังคมเช่นกัน

3.2 ติดตามประเมินทักษะด้านสังคมและการสื่อสารจากญาติกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ตามแบบประเมิน LSA-30 (เฉพาะทักษะด้านสังคมและการสื่อสาร) ในระยะติดตามผล 2 เดือน เมื่อผู้ป่วยกลับมาพบแพทย์ตามนัด หรือติดตามทางโทรศัพท์ โดยผู้วิจัยเอง พบว่ากลุ่มควบคุม 1 คนออกไปจากการทดลอง ผู้วิจัยจึงใช้ข้อมูลจากที่วัดได้หลังการทดลองที่กลุ่มควบคุมออกไปจากการทดลอง มาเป็นผลลัพธ์ของกลุ่มควบคุม ตามหลักการของ intention to treat analysis (ITT) ด้วยวิธี Last Observation Carried Forward (LOCF)

3.3 ประเมินอาการด้านลบในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง โดยผู้เก็บข้อมูลวิจัย (ไม่ใช่คณะผู้วิจัย) ด้วยเครื่องมือ NSS วันจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน ผู้วิจัยพบญาติของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมด้วยตนเอง ญาติของกลุ่มทดลองผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องการใช้จ่ายทางจิตเวช และทักษะทางสังคม เพื่อให้ญาติตระหนักและช่วยกระตุ้นผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้าน ส่วนญาติกลุ่มควบคุมผู้วิจัยแจ้งให้ทราบหลังจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านครบ 3 เดือน ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องการใช้จ่ายทางจิตเวช และทักษะทางสังคมเช่นกัน

3.4 ติดตามประเมินอาการด้านลบจากกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ด้วยเครื่องมือ NSS ในระยะติดตามผล 2 เดือน เมื่อผู้ป่วยกลับมาพบแพทย์ตามนัด หรือติดตามทางโทรศัพท์ โดยผู้วิจัยเอง พบว่ากลุ่มควบคุม 1 คนออกไปจากการทดลอง ผู้วิจัยจึงใช้ข้อมูลจากที่วัดได้หลังการทดลองที่กลุ่มควบคุมออกไปจากการทดลอง มาเป็นผลลัพธ์ของกลุ่มควบคุม ตามหลักการของ ITT ด้วยวิธี LOCF

3.7 วิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ ได้นำโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ได้แก่ โปรแกรม STATA มาใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยสามารถจำแนกตามประเด็นการวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อตอบวัตถุประสงค์ของการวิจัยได้ดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป และข้อมูลการกลับมารักษาซ้ำ กรณีข้อมูลแบบกลุ่ม จะวิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่ แสดงเป็นจำนวนและร้อยละ ส่วนกรณีข้อมูลแบบต่อเนื่อง จะวิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา แสดงค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุด

2. การพัฒนาโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง และตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรม ด้านความเที่ยงตรงตามเนื้อหา และศึกษาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างเนื้อหา ความรู้ และทักษะของโปรแกรมแต่ละหัวข้อและวัตถุประสงค์ โดยการบรรยาย

3. การวิเคราะห์เพื่อตอบคำถามวิจัย ผู้วิจัยได้แบ่งการวิเคราะห์ออกเป็น 2 ประเด็น ดังนี้

3.1) การวิเคราะห์เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง (จำแนกตามประเด็น ได้แก่ ประเด็นพฤติกรรมด้านสังคมและการสื่อสาร และประเด็นอาการด้านลบ)

ผู้วิจัยเลือกใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (analysis of covariance, ANCOVA) มาใช้ในการประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมฯ ในแต่ละประเด็น โดยการเปรียบเทียบคะแนนหลังจากได้รับโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เมื่อกำหนดให้คะแนนก่อนได้รับโปรแกรมของแต่ละประเด็นเป็นตัวแปรร่วม (covariate) เพื่อควบคุมความผันแปรที่อาจเกิดขึ้นก่อนการได้รับโปรแกรม จากนั้นได้นำเสนอผลลัพธ์แบ่งเป็น 3 ส่วนหลัก ได้แก่

(1) ผลลัพธ์ที่ได้จากการเปรียบเทียบคะแนนเมื่อมีการพิจารณาปรับค่าคะแนนด้วยตัวแปรร่วม ประกอบด้วย ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ของแต่ละกลุ่มและค่า p-value ที่ได้จากสถิติ F-test ภายใต้การทดสอบด้วยวิธีการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA)

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

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

3.2) การวิเคราะห์เพื่อประเมินการคงอยู่ของผลกระทบที่เกิดขึ้น จากโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม ในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง (จำแนกตามประเด็น ได้แก่ ประเด็นพฤติกรรมด้านสังคมและการสื่อสาร และประเด็นอาการด้านลบ)

ผู้วิจัยเลือกใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนวัดซ้ำแบบทางเดียว (one-way repeated measures ANOVA, RM-ANOVA) เมื่อกำหนดให้ระยะเวลาก่อนเริ่มโปรแกรม หลังโปรแกรมเสร็จสิ้นและหลังระยะติดตาม 2 เดือน เป็นตัวแปรวัดซ้ำ ภายใต้ตัวแปรผลลัพธ์ ซึ่งจำแนกเป็น 2 ประเด็น ได้แก่ ประเด็นพฤติกรรมด้านสังคมและการสื่อสารและประเด็นอาการด้านลบ จากนั้นได้นำเสนอผลลัพธ์แบ่งเป็น 2 ส่วนหลัก ได้แก่

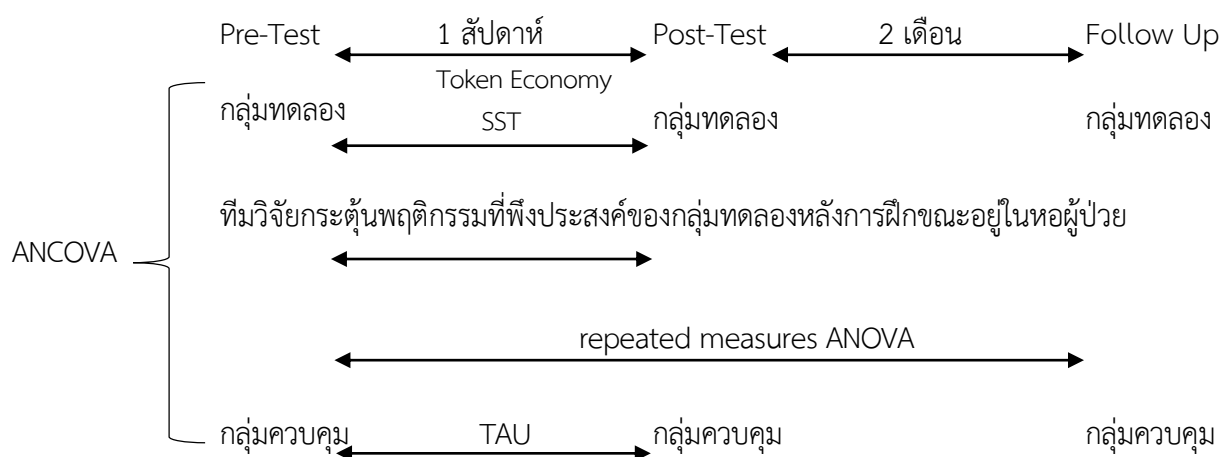
(1) ผลลัพธ์ที่ได้จากการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนค่าเฉลี่ยในแต่ละระดับของการวัดซ้ำในภาพรวม ประกอบด้วย ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ของแต่ละกลุ่ม จำแนกตามระดับของการวัดซ้ำ และค่าสถิติทดสอบ (F-test), p-value และขนาดผลกระทบ (effect size) ที่เกิดขึ้นจากการเปรียบเทียบ

(2) ผลลัพธ์ที่ได้จากการเปรียบเทียบความแตกต่างต่างของคะแนนค่าเฉลี่ยรายคู่ของระดับการวัดซ้ำในแต่ละกลุ่ม ประกอบด้วย ค่าเฉลี่ยของผลต่างรายคู่ ($\bar{X}_{diff}$), 95% of $\bar{X}_{diff}$ และ p-value ของแต่ละกลุ่ม

ซึ่งขั้นตอนการวิเคราะห์ทั้งหมด เพื่อตอบคำถามวิจัยดังกล่าวข้างต้น ได้กำหนดระดับนัยสำคัญ (α) เพื่อนำมาใช้พิจารณาในการตัดสินใจเท่ากับ 0.05

4. การวิเคราะห์ผลใช้หลักการของ intention to treat analysis (ITT) ด้วยวิธี Last Observation Carried Forward (LOCF) คือ การใช้ข้อมูลจากที่วัดได้ครั้งสุดท้ายก่อนที่กลุ่มตัวอย่างจะออกไปจากการทดลอง มาเป็นผลลัพธ์ของกลุ่มตัวอย่างในครั้งถัดไป จะใช้ในการวิเคราะห์ครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่าง drop out (Gupta, 2011)

สรุปการออกแบบการวิจัยครั้งนี้ได้ตั้งแผนภาพที่ 2 ต่อไปนี้



แผนภาพที่ 2 การออกแบบการวิจัย และการใช้สถิติวิเคราะห์ข้อมูล

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยและพัฒนา (Research & Development) นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ประเมินประสิทธิผลของการฝึกทักษะทางสังคมต่อพฤติกรรมด้านสังคมและการสื่อสาร และการลดอาการด้านลบ ออกแบบการวิจัยเป็นแบบวัดก่อนและหลังการทดลองเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม ระยะเวลาการเก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างเดือนพฤษภาคม 2564 – เดือนมิถุนายน 2564 ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิจัยและพัฒนา แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ผลการพัฒนาโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

ส่วนที่ 2 ผลการทดสอบโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

2.1 ข้อมูลทั่วไป

2.2 การวิเคราะห์เพื่อตอบคำถามวิจัย

ส่วนที่ 1 ผลการพัฒนาโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

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

1.1 การสำรวจปัญหา สังเคราะห์สภาพปัญหาและความต้องการ

ผลการสำรวจปัญหา สังเคราะห์สภาพปัญหาและความต้องการ จากข้อมูลเวชระเบียนปีงบประมาณ พ.ศ. 2561-พ.ศ.2563 เมื่อเดือน เมษายน 2564 พบว่ามีผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในถึงร้อยละ 50.08, 43.68 และ 44.68 ตามลำดับ ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังมีอาการด้านลบสูงถึงร้อยละ 60.00 ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการรักษา (Correll, & Schooler, 2020) การลดอาการด้านลบอาจส่งผลให้มีส่วนร่วมในอาชีพ การใช้ชีวิตอิสระ กิจกรรมทางสังคม และสันติภาพที่ดีขึ้น การรักษาอาการด้านลบอย่างมีประสิทธิภาพในโรคจิตเภทจะมีผลอย่างมากต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว (Granholm, & Harvey, 2018) และจากสถิติโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ปีงบประมาณ พ.ศ.2561-พ.ศ.2563 อัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 90 วันของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง พบถึงร้อยละ 3.41, 3.89 และ 6.28 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นจากการวิเคราะห์หาสาเหตุ พบว่า 1) ผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการรับประทานยา เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจ และขาดการตระหนักรู้ในการใช้ยาทางจิตเวช 2) การรักษาไม่ต่อเนื่อง เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถมารับยาด้วยตนเอง หรือขาดคนดูแล 3) ผู้ป่วยใช้สุรา/สารเสพติด เนื่องจากไม่สามารถควบคุมตนเองได้ อีกทั้งขาดทักษะการปฏิเสธ และถูกชักจูงได้ง่าย และ 4) ญาติไม่สามารถควบคุม ดูแลผู้ป่วยได้ ญาติบางรายที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง รู้สึกเบื่อหน่าย เป็นภาระ จึงขาดแรงจูงใจในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งเศรษฐกิจฐานะยากจน การกลับเป็นซ้ำเป็นปัญหาที่พบได้มากในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ โดยระยะเรื้อรังถือว่าเป็นระยะที่สำคัญที่ทำให้เกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคจิตเภท (สุตาพร สถิตยยุทธการ, 2559)

1.2 การพัฒนาคุณภาพโปรแกรม

ผลการพัฒนาโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง โปรแกรมพัฒนาโดยการประยุกต์แนวคิดทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรมของ Skinner (1953 อ้างใน สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2556) การวางเงื่อนไขแบบการกระทำ (Operant conditioning) มีความเชื่อว่าพฤติกรรมของบุคคลเป็นผลพวงเนื่องมาจากการปฏิสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อม พฤติกรรมที่เกิดขึ้นของบุคคลจะแปรเปลี่ยนไปเนื่องมาจากผลกระทบ ผลกรรมที่เป็นตัวเสริมแรง (Reinforcer) ที่ทำให้พฤติกรรมที่บุคคลกระทำอยู่นั้นมีอัตราการกระทำเพิ่มมากขึ้น ร่วมกับแนวคิดการจัดการเงื่อนไขผลกรรม (Contingency Management) ของ Skinner (1953 อ้างใน สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2556) มีความเชื่อว่าพฤติกรรมของบุคคลจะเพิ่มขึ้นหรือลดลงเป็นผลเนื่องมาจากผลกระทบของพฤติกรรมนั้น ถ้าพฤติกรรมใดได้รับผลกระทบที่

เป็นตัวเสริมแรงทางบวก พฤติกรรมนั้นก็จะมีแนวโน้มที่จะเกิดขึ้นอีกในอนาคต การวิจัยนี้ผู้วิจัยเลือกการเสริมแรงทางบวกเป็นเบี้ยอรรถกร เบี้ยอรรถกรจะมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ถ้าสามารถนำไปแลกตัวเสริมแรงอื่นๆได้มากกว่า 1 ตัวขึ้นไป ดังนั้นผู้วิจัยให้แลกเบี้ยอรรถกรเป็นเงินและขนมได้ตามลำดับ และแนวคิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ประกอบด้วยการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ และการเรียนรู้ด้วยกระบวนการกลุ่ม เป็นรูปแบบการเรียนการสอนที่มีประสิทธิภาพในการพัฒนาผู้เรียนทั้งด้านความรู้ ทักษะ และทักษะได้ดีที่สุด (Kolb, 1984 อ้างถึงในกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2544) และแนวคิดการฝึกทักษะทางสังคม มาจากหลักการพื้นฐานของการเรียนรู้ของมนุษย์ที่ได้จากการทดลองแล้วนำไปใช้จริงในชีวิตประจำวัน องค์ความรู้พื้นฐานที่เกี่ยวกับการฝึกทักษะทางสังคม ได้แก่การเรียนรู้แบบมีเงื่อนไข การวิเคราะห์พฤติกรรม ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม จิตวิทยาสังคม การรับรู้ทางสังคม (Kopelowicz et al., 2006 อ้างใน จีรพันธ์ เอิบกมล, 2553) และทฤษฎีพุทธิปัญญา (Lieberman et al., 2005) เป็นวิธีการที่เป็นระบบในการสอนทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่มีประสิทธิภาพต่อการทำหน้าที่และอาการทางลบดีขึ้นในผู้ป่วยจิตเภท (Brown, Mueser & Pratt, 2020)

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาต่อยอดโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมของตนเอง โดยการเพิ่มโปรแกรมความรู้เรื่องการใช้ยาทางจิตเวช ส่วนด้านทักษะได้เพิ่มทักษะการดำรงชีวิตในชุมชน เรื่องการจ่ายตลาด และการฝึกทักษะใน 4 สถานการณ์จริง

ทักษะการดำรงชีวิตในชุมชน เรื่องการจ่ายตลาด และการฝึกทักษะใน 4 สถานการณ์จริง ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา และปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ

โปรแกรมความรู้เรื่องการใช้ยาทางจิตเวช ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ได้ตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา และปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ

หลังจากนั้นผู้วิจัยนำโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมทั้งหมด ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ซึ่งเป็นผู้มีความรู้ความเชี่ยวชาญ และประสบการณ์ด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช โปรแกรมทักษะทางสังคม การประเมินผล โปรแกรมทักษะทางสังคมของผู้ป่วยในชุมชน เพศภาวะและสุขภาพจิต ได้ให้การตรวจสอบเนื้อหาโปรแกรมครั้งที่ 1 ด้านความครอบคลุม ถูกต้องเหมาะสม และประเมินค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างเนื้อหา ความรู้ และทักษะของโปรแกรม แต่ละหัวข้อและวัตถุประสงค์ (Item objective congruence index: IOC) ได้ค่าคะแนน IOC = 0.0-1.00 ได้ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะดังนี้

1. วัตถุประสงค์ของกิจกรรมครั้งที่ 1-6 ได้ปรับเป็นวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม
2. วิธีการประเมินผล ได้ปรับให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์
3. กิจกรรมการเรียนรู้ ได้ปรับให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์
4. ขั้นตอนการฝึกทักษะทางสังคมแต่ละขั้นตอน ได้ระบุให้เห็นความชัดเจนในการดำเนินการ โดยเพิ่มช่อง “การดำเนินการ” ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงขั้นตอนการฝึกทักษะทางสังคมและการดำเนินการ

ขั้นตอนการฝึกทักษะทางสังคม	การดำเนินการ
1.การนำเสนอทักษะทางสังคม (Definition)	ก่อนการฝึกทักษะทางสังคมเปิดวิดีโอทัศน์ แถบเสียง และภาพธนบัตรและเหรียญต่างๆ ให้ผู้ป่วยได้เห็นของจริง
2.การเป็นตัวแทน (Modeling)	วิดีโอทัศน์ แถบเสียง และภาพธนบัตรและเหรียญต่างๆ เป็นตัวแทนเพื่อให้ผู้ป่วยได้เลียนแบบหรือได้ทบทวนประสบการณ์เดิม
3.การฝึกแสดงออกทางพฤติกรรมหรือการแสดงบทบาทสมมติ (Rehearse or Role Play)	มีการใช้สื่อต่างๆประกอบการฝึกทักษะทางสังคมเช่น วงล้อชีวิต บัตรคำ และใบกิจกรรม เป็นต้น และผู้ป่วยทุกคนได้ฝึกแสดงบทบาทสมมติ
4. การทบทวนทักษะที่ได้เรียนรู้หรือสถานการณ์จริงในขณะอยู่ที่โรงพยาบาล (Reviewing)	หลังการฝึกทักษะทางสังคมในแต่ละครั้ง ผู้นำกลุ่มได้พูดสรุปทักษะนั้นๆให้ผู้ป่วยฟังอีกครั้ง รวมทั้งหลังการฝึกทักษะทางสังคมครบทุกกิจกรรม มีชั่วโมงให้ผู้ป่วยได้ทบทวนการฝึกอีก และให้ผู้ป่วยได้ฝึกทักษะทางสังคมในสถานการณ์จริง
5.การให้ข้อมูลย้อนกลับหรือสะท้อนความคิดเห็นต่อพฤติกรรมของผู้ป่วย (Feedback)	ผู้นำกลุ่มเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ให้ข้อเสนอแนะหลังเพื่อนสมาชิกได้ฝึก และผู้นำกลุ่มได้ให้ข้อเสนอแนะ เพื่อปรับแก้ไขในพฤติกรรมของผู้ป่วย
6.การชี้แนะหรือย้ำเตือนผู้ป่วยถึงขั้นตอนในการปฏิบัติ (Prompting)	ผู้นำกลุ่มมีการย้ำเตือนขั้นตอนการปฏิบัติ และแทรกการประสานสายตาให้เกิดขึ้นทุกกิจกรรมที่ฝึก อีกทั้งการฝึกในสถานการณ์จริงผู้ป่วยต้องฝึกตามขั้นตอนใบประเมินผล
7.การเสริมแรงเมื่อผู้ป่วยมีการใช้ทักษะทางสังคมอย่างเหมาะสม (Reinforcing)	มีการแจ้งผู้ป่วยให้ทราบถึงการเสริมแรงที่ผู้ป่วยจะได้รับ เพื่อจูงใจการฝึกทักษะทางสังคมของผู้ป่วย เช่นการให้เบี้ยอรรถกร ซึ่งแลกเปลี่ยนเงินได้ เมื่อผู้ป่วยฝึกทักษะในกิจกรรมต่างๆผ่าน รวมทั้งได้รับขนม นมหรือผลไม้ ตามที่ผู้ป่วยปรารถนาเมื่อจบการฝึกทักษะ

โปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมนี้ มีขั้นตอนต่างๆเช่นเดียวกับของ Kaser (2007อ้างในวุฒิชัย ใจนะภา, 2556) แต่สามารถสลับลำดับของขั้นตอนได้ ซึ่งขึ้นอยู่กับกรอบแบบแผนการสอนตามหลักการการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (PL)

5. เนื้อหาของโปรแกรมความรู้เรื่องการใช้จ่ายทางจิตเวช เรื่องการสังเกตอาการเตือนมี 3 ระดับ ได้เพิ่มหัวข้อ “วิธีการแก้ไข” ในแต่ละระดับ ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 แสดงระดับอาการเตือน อาการ และวิธีการแก้ไข

ระดับอาการเตือน	อาการ	วิธีการแก้ไข
ระดับปกติหรือ คงที่	รู้ตัวเองว่าอารมณ์หงุดหงิดได้ง่าย มีความคิดวิตกกังวลเพิ่มขึ้น พักผ่อนน้อยลง แต่ยังควบคุมและจัดการกับตนเองได้	-ผู้ป่วยควรปรึกษาคบครัว หรือคนที่ไว้วางใจถึงสาเหตุที่ทำให้ไม่สบายใจหรือคับข้องใจ หากผู้ป่วยหรือครอบครัวสามารถจัดการแก้ไขปัญหาที่มากระตุ้นได้ ผู้ป่วยจะอาการกลับสู่ปกติ -หากค้นหาสาเหตุ แต่ไม่พบปัญหาให้ตระหนักว่าธรรมชาติของโรคกำลังจะเกิดขึ้น ให้กลับมาปรึกษาแพทย์
ระดับปานกลาง	ความคิดฟุ้งซ่าน หงุดหงิดกิจกรรมด้านศาสนา ไม่หลับ (ตั้งแต่ 1 คืน) ระวังคนรอบข้าง ไม่รับประทานอาหาร	ให้รีบกลับมาปรึกษาแพทย์เพื่อปรับการรักษา และรับประทานยาต่อที่บ้าน
ระดับรุนแรง	มีความคิดกลัวหวัหระแวง คิดว่าตนเองติดต่อสื่อสารกับสิ่งศักดิ์สิทธิ์ได้ ประสาทหลอน ให้รีบกลับมาปรึกษาแพทย์	รีบกลับมาปรึกษาแพทย์เพื่อรับเข้ารับการรักษากลายเป็นผู้ป่วยใน เนื่องจากผู้ป่วยมีอาการกำเริบและป่วยซ้ำ

ผู้วิจัยเมื่อได้แก้ไขปรับปรุงตามข้อเสนอแนะครั้งที่ 1 จึงนำโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมไปทดลองกับผู้ป่วยจิตเภทหญิงจำนวน 5 คน รวบรวมปัญหาที่พบจากการทดลองโปรแกรมต้นแบบและปรับปรุงแก้ไขโปรแกรมให้ได้คุณภาพดังเช่น กิจกรรมครั้งที่ 1-3 ได้เพิ่มชื่อเรื่องดังนี้ ครั้งที่ 1 เรื่อง การสื่อสารที่เหมาะสม ครั้งที่ 2 เรื่อง การพูดการฟัง ที่เหมาะสม ครั้งที่ 3 เรื่องการจ่ายตลาด ส่วนกิจกรรมครั้งที่ 6 โปรแกรมความรู้เรื่องการใช้ยาทางจิตเวช ผู้วิจัยมีการสำเนาผลข้างเคียงของยา และวิธีการแก้ไขแจกให้กลุ่มตัวอย่างอ่านให้เพื่อนสมาชิกฟัง และเพิ่มข้อความในแผนการสอนช่องเนื้อหา/สื่อว่า “ใบความรู้ที่ 1 (บางหัวข้ออาจให้สมาชิกอ่านให้เพื่อนฟัง)” นำโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมฉบับร่างให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเนื้อหาโปรแกรมครั้งที่ 2 (IOC) ได้ค่าคะแนน IOC = 1.00 และทดลองโปรแกรมกับผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังทั้งชายและหญิงจำนวน 8 คน รวบรวมปัญหาที่พบจากการทดลองโปรแกรม และปรับปรุงแก้ไขโปรแกรม จนกระทั่งมีความมั่นใจในด้านคุณภาพของโปรแกรม ดังเช่น กิจกรรมครั้งที่ 3 ทักษะการดำรงชีวิตในชุมชน เรื่องการจ่ายตลาด สื่อการสอนเป็นแผ่นภาพสินค้าประเภทต่างๆ เพื่อให้เกิดการรีนโหลในขณะฝึกทักษะการซื้อและขายสินค้า ผู้วิจัยได้ระบุดรากลงในแผ่นภาพสินค้าประเภทนั้นๆเลย

1.3 โปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมที่พัฒนาได้

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

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

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

กิจกรรมครั้งที่ 3 เรื่องการจ่ายตลาด มี 3 ทักษะ ประกอบด้วย การรู้จักใช้ธนบัตรและเหรียญ การจ่ายเงินและรับเงินทอนได้ถูกต้อง และการต่อรองราคา

กิจกรรมครั้งที่ 4 ทบทวนการฝึกทักษะทางสังคมในกิจกรรมครั้งที่ 1, 2 และกิจกรรมครั้งที่ 3 รวม 14 ทักษะ โดยให้ผู้ป่วยแต่ละคู่ หรือแต่ละกลุ่มได้แสดงบทบาทสมมติตามที่ได้รับมอบหมาย เพื่อนผู้ป่วยที่เหลือช่วยให้ข้อเสนอแนะ ตลอดจนผู้นำกลุ่มช่วยปรับแก้ไขในพฤติกรรมที่ถูกต้อง จนกระทั่งสมาชิกทุกคนมีความเห็นว่า “ผ่าน” พร้อมให้คำชมเชย จึงเริ่มคู่ต่อไปได้ ฝึกจนครบ 14 ทักษะ และแบ่งกลุ่มมอบหมายให้ทำกิจกรรมตามใบกิจกรรม

กิจกรรมครั้งที่ 5 การฝึกทักษะใน 4 สถานการณ์จริง คือ การจัดยารับประทาน การสื่อสารกับพระภิกษุ สงฆ์ การจ่ายตลาด และการฝึกทำความรู้จักเพื่อนใหม่

กิจกรรมครั้งที่ 6 การให้ความรู้ เรื่องการใช้ยาทางจิตเวช

ส่วนที่ 2 ผลการทดสอบโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

2.1 ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จำนวน 24 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 12 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 12 คน ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 83.33) เป็นเพศชาย มีอายุอยู่ในช่วง 20-29 ปี และ 40-49 ปี (ร้อยละ 29.17, อายุเฉลี่ย 38.75 ปี SD=10.32) มีระยะเวลาการเจ็บป่วยทางจิตอยู่ในช่วง 2-5 ปี (ร้อยละ 33.33, เฉลี่ย 11.75 ปี SD=7.91) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ว่างงาน (ร้อยละ 37.50) และไม่มีโรคประจำตัวทางกาย (ร้อยละ 83.33) ได้ทำการเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 แสดงลักษณะข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง จำแนกตามกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

ลักษณะข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=12)		กลุ่มควบคุม (n=12)		รวม (n=24)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ						
หญิง	2	16.67	2	16.67	4	16.67
ชาย	10	83.33	10	83.33	20	83.33
2. อายุ						
20 – 29 ปี	5	41.66	2	16.67	7	29.17
30 – 39 ปี	2	16.67	3	25.00	5	20.83
40 – 49 ปี	2	16.67	5	41.66	7	29.17
50 – 59 ปี	3	25.00	2	16.67	5	20.83
	$\bar{X}$ = 37.58, SD = 11.87 Min = 21, Max = 56		$\bar{X}$ = 39.92, SD = 8.89 Min = 26, Max = 54		$\bar{X}$ = 38.75, SD = 10.32 Min = 21, Max = 56	
3. ระยะเวลาการเจ็บป่วยทางจิต						
2 – 5 ปี	7	58.34	1	8.33	8	33.33
6 –10 ปี	2	16.67	5	41.66	7	29.17
11 –15 ปี	1	8.33	1	8.33	2	8.33
16 –20 ปี	1	8.33	3	25.00	4	16.67
21 ปีขึ้นไป	1	8.33	2	16.67	3	12.50
	$\bar{X}$ = 8.83, SD=7.13 Min = 2, Max = 24		$\bar{X}$ = 14.67, SD= 7.83 Min = 5, Max = 30		$\bar{X}$ = 11.75, SD= 7.91 Min = 2, Max = 30	
4. อาชีพ						
ว่างงาน	4	33.33	5	41.66	9	37.50
เกษตรกร	5	41.66	0	0.00	5	20.83
งานบ้าน	1	8.33	2	16.67	3	12.50
รับจ้าง	2	16.67	4	33.33	6	25.00
ค้าขาย	0	0.00	1	8.33	1	4.17
5. โรคประจำตัวทางกาย						
ไม่มี	9	83.33	11	91.67	20	83.33
มี	3	16.67	1	8.33	4	16.67
	(ลิ้นหัวใจรั่วตั้งแต่เกิด/ เบาหวาน/ความดันโลหิต สูง)		(เบาหวานและหอบหืด)			

กลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลองมากกว่าครึ่งเป็นเพศชาย (ร้อยละ 83.33) มีอายุอยู่ในช่วง 20-29 ปี (ร้อยละ 41.66, อายุเฉลี่ย 37.58 ปี SD=11.87) ระยะเวลาการเจ็บป่วยทางจิตอยู่ในช่วง 2-5 ปี (ร้อยละ 58.34, เฉลี่ย 8.83 ปี SD=7.13) มีอาชีพเป็นเกษตรกร (ร้อยละ 41.66) และส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวทางกาย (ร้อยละ 83.33)

กลุ่มตัวอย่างกลุ่มควบคุมมากกว่าครึ่งเป็นเพศชาย (ร้อยละ 83.33) มีอายุอยู่ในช่วง 40-49 ปี (ร้อยละ 41.66, อายุเฉลี่ย 39.92 ปี SD=8.89) ระยะเวลาการเจ็บป่วยทางจิตอยู่ในช่วง 6-10 ปี (ร้อยละ 41.66, เฉลี่ย 14.67 ปี SD=7.83) ส่วนใหญ่ว่างงาน (ร้อยละ 41.66) และไม่มีโรคประจำตัวทางกาย (ร้อยละ 91.67)

2.2 การวิเคราะห์เพื่อตอบคำถามวิจัย

จำแนกเป็น 2 ประเด็น ได้ดังนี้

2.2.1) การวิเคราะห์เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

(1) ประเด็นพฤติกรรมด้านสังคมและการสื่อสาร

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบคะแนนค่าเฉลี่ยพฤติกรรมด้านสังคมและการสื่อสารก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมฯ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยวิธีการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA) โดยได้มีการควบคุมตัวแปรร่วม ซึ่งได้แก่ คะแนนค่าเฉลี่ยพฤติกรรมด้านสังคมและการสื่อสารก่อนได้รับโปรแกรมฯ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า คะแนนค่าเฉลี่ยพฤติกรรมด้านสังคมและการสื่อสารระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F_{(1,21)} = 11.78$, $p\text{-value} = 0.003$) และเมื่อนำค่าประมาณของคะแนนค่าเฉลี่ยพฤติกรรมด้านสังคมและการสื่อสารหลังการทดลอง (marginal effect) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมาเปรียบเทียบกัน พบว่า ค่าประมาณของคะแนนค่าเฉลี่ยพฤติกรรมด้านสังคมและการสื่อสารระหว่างสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $<.05$ ($\bar{X}_{diff} = 2.83$, 95%CI of $\bar{X}_{diff} = 1.22-4.45$, $p\text{-value} = 0.001$) โดยมีขนาดผลกระทบส่วนย่อยของกลุ่ม เท่ากับ 36 % ($\eta^2_{partial} = 0.36$, 95%CI = 0.06 – 0.58) ดังแสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 แสดงผลการวิเคราะห์ประสิทธิผลโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมต่อพฤติกรรมด้านสังคมและการสื่อสาร

ตัวแปร	กลุ่ม	$\bar{X} \pm SD$ (ก่อน)	$\bar{X} \pm SD$ (หลัง)	ผลการเปรียบเทียบ ANCOVA		ค่าประมาณหลังปรับตัวแปรร่วม				
				F <i>df (group) * df (residual)</i>	p-value	$\bar{X}_{adj}$	95%CI of $\bar{X}_{adj}$	$\bar{X}_{adj}(diff)$	95%CI of $\bar{X}_{adj}(diff)$	p-value
การฝึกทักษะทางสังคมต่อพฤติกรรมด้านสังคมและการสื่อสาร	กลุ่มทดลอง (n=12)	14.58 ± 2.07	18.58 ± 1.56	F _(1,21) =11.78	0.003	18.58	17.37 – 19.79	2.83	1.22 – 4.45	0.001
	กลุ่มควบคุม (n=12)	15.00 ± 2.73	15.75 ± 2.30			15.75	14.54 – 16.96			
ขนาดผลกระทบในส่วนย่อย: $\eta^2_{partial} = 0.36$ และ (95%CI= 0.06 – 0.58), $\omega^2_{partial} = 0.32$										

(2) ประเด็นอาการด้านลบ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบคะแนนค่าเฉลี่ยอาการด้านลบก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมฯ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยวิธีการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA) โดยได้มีการควบคุมตัวแปรร่วม ซึ่งได้แก่ คะแนนค่าเฉลี่ยอาการด้านลบก่อนได้รับโปรแกรมฯ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า คะแนนค่าเฉลี่ยอาการด้านลบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F_{(1,21)} = 13.46$, $p\text{-value} = 0.002$) และเมื่อนำค่าประมาณของคะแนนค่าเฉลี่ยอาการด้านลบหลังการทดลอง (marginal effect) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมาเปรียบเทียบกัน พบว่า ค่าประมาณของคะแนนค่าเฉลี่ยอาการด้านลบระหว่างสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $<.05$ ($\bar{X}_{diff} = 2.08$, 95%CI of $\bar{X}_{diff} = 0.93-3.24$, $p\text{-value} < 0.001$) โดยมีขนาดผลกระทบส่วนย่อยของกลุ่ม เท่ากับ 48 % ($\eta^2_{partial} = 0.48$, 95%CI = 0.15 – 0.66) ดังแสดงในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 แสดงผลการวิเคราะห์ประสิทธิภาพโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมต่ออาการด้านลบ

ตัวแปร	กลุ่ม	$\bar{X} \pm SD$ (ก่อน)	$\bar{X} \pm SD$ (หลัง)	ผลการเปรียบเทียบ ANCOVA		ค่าประมาณหลังปรับตัวแปรร่วม				
				F <i>df (group) * df (residual)</i>	p-value	$\bar{X}_{adj}$	95%CI of $\bar{X}_{adj}$	$\bar{X}_{adj}(diff)$	95%CI of $\bar{X}_{adj}(diff)$	p-value
การฝึกทักษะทางสังคมต่อ อาการด้านลบ	กลุ่มทดลอง (n=12)	4.83±2.08	1.33±1.61	F _(1,21) =13.46	0.002	1.27	0.54 - 2.01	2.08	0.93 - 3.24	< 0.001
	กลุ่มควบคุม (n=12)	4.58±1.31	3.42±1.24			3.47	2.74 - 4.21			
ขนาดผลกระทบในส่วนย่อย: $\eta^2_{partial} = 0.48$ และ (95%CI= 0.15 - 0.66), $\omega^2_{partial} = 0.44$										

2.2.2) การวิเคราะห์เพื่อประเมินการคงอยู่ของผลกระทบที่เกิดขึ้นจากโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

(1) ประเด็นพฤติกรรมด้านสังคมและการสื่อสาร

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบคะแนนค่าเฉลี่ยพฤติกรรมด้านสังคมและการสื่อสารก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมฯ รวมถึงการติดตามหลังสิ้นสุดโปรแกรม 2 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยวิธีการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำทางเดียว (one-way repeated measures ANOVA) ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นที่สำคัญเกี่ยวกับ Sphericity ด้วยวิธีการ Mauchly's test แล้วพบว่า ไม่ผ่านข้อตกลง (Mauchly's $W = 0.646$, $\chi^2 = 9.62$, $df = 2$ และ $p\text{-value} = 0.008$) ดังนั้นจึงได้เลือกพิจารณาค่า $p\text{-value}$ ที่ได้จากวิธีการปรับค่า degree of freedom มาใช้ในการตัดสินใจ โดยประเมินจากเกณฑ์ดังนี้ นั่นคือ เมื่อค่า $\epsilon \leq 0.75$ จะเลือกใช้วิธีการ Greenhouse-Geisser Correction แต่เมื่อค่า $\epsilon > 0.75$ จะเลือกใช้วิธีการ Huynh-Feldt Correction และจากผลลัพธ์ของการวิเคราะห์ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า ค่า ϵ ของวิธี Greenhouse-Geisser Correction มีค่าเท่ากับ 0.738 ดังนั้นเมื่อพิจารณาตามเกณฑ์ดังกล่าวข้างต้น จึงตัดสินใจเลือกค่า $p\text{-value}$ ของวิธี Greenhouse-Geisser Correction และสรุปได้ว่า คะแนนค่าเฉลี่ยพฤติกรรมด้านสังคมและการสื่อสารก่อนและหลังการทดลอง รวมถึงระยะติดตาม 2 เดือนหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $< .05$ อย่างน้อย 1 คู่ ($F_{(2,44)} = 15.42$, $p\text{-value} < 0.001$) โดยมีขนาดผลกระทบบางส่วนเป็นเวลา ($\text{partial } \eta^2$) เท่ากับ 0.412 ดังแสดงในตารางที่ 9

ตารางที่ 9 แสดงผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนค่าเฉลี่ยพฤติกรรมด้านสังคมและการสื่อสารแต่ละระดับการวัดซ้ำในภาพรวม

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

เมื่อพิจารณาผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนค่าเฉลี่ยพฤติกรรมด้านสังคมและการสื่อสารรายคู่ในการวัดซ้ำ ด้วยวิธีการปรับค่าของ Bonferroni พบว่า

สำหรับกลุ่มควบคุม พบว่า ความแตกต่างของคะแนนค่าเฉลี่ยพฤติกรรมด้านสังคมและการสื่อสารทุกคู่ที่เป็นไปได้ (ครั้งที่ 1 กับครั้งที่ 2, ครั้งที่ 1 กับครั้งที่ 3 และครั้งที่ 2 กับครั้งที่ 3) แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $<.05$ ดังแสดงในตารางที่ 10

สำหรับกลุ่มทดลอง พบว่า ความแตกต่างของคะแนนค่าเฉลี่ยพฤติกรรมด้านสังคมและการสื่อสารระหว่างครั้งที่ 1 กับครั้งที่ 2 และครั้งที่ 1 กับครั้งที่ 3 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความผิดพลาดไม่เกิน 5% ส่วนความแตกต่างของคะแนนค่าเฉลี่ยอาการด้านลบระหว่างครั้งที่ 2 กับครั้งที่ 3 แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $<.05$ ดังแสดงในตารางที่ 10

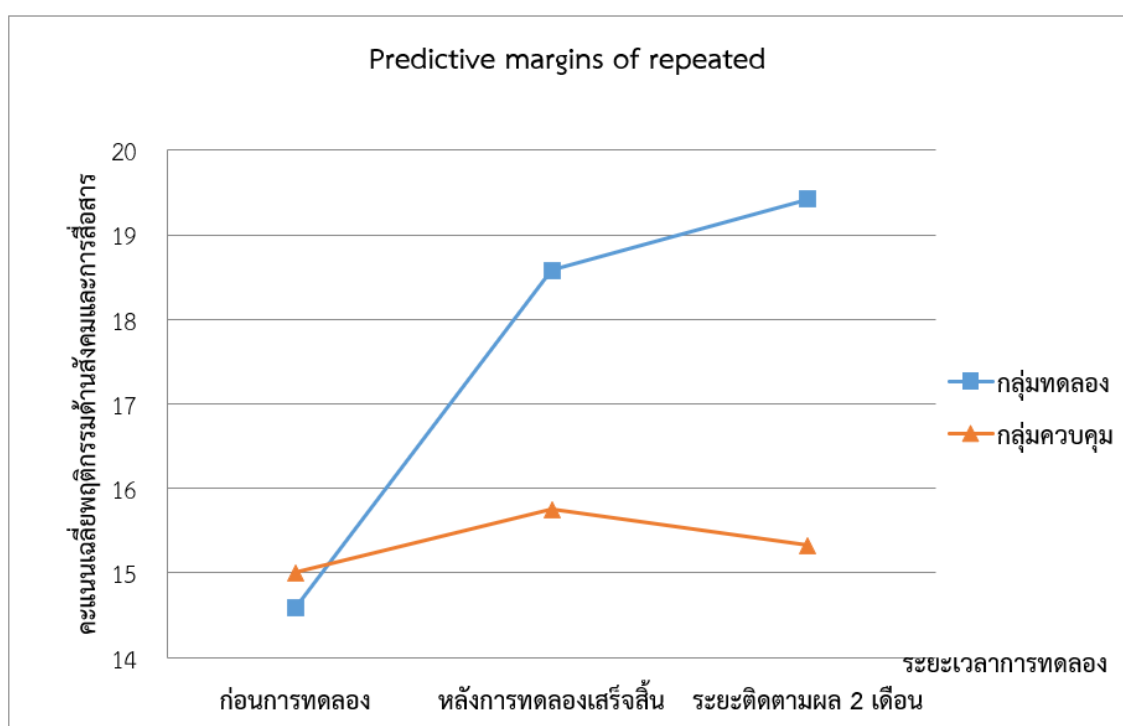
ตารางที่ 10 แสดงผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนค่าเฉลี่ยพฤติกรรมด้านสังคมและการสื่อสารรายคู่ในการวัดซ้ำด้วยวิธีการปรับค่าของ Bonferroni

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

ค่าติดลบ แสดงถึงขนาดความแตกต่างในทิศทางที่ลดลง, * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ซึ่งจากผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบคะแนนค่าเฉลี่ยพฤติกรรมด้านสังคมและการสื่อสารก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมฯ รวมถึงการติดตามหลังสิ้นสุดโปรแกรม 2 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยวิธีการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำทางเดียว (one-way repeated measures ANOVA) ดังกล่าวข้างต้นสามารถแสดงผลแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นตามระยะเวลาการวัดซ้ำได้ ดังแผนภาพที่ 3

แผนภาพที่ 3 แสดงผลลัพธ์แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านสังคมและการสื่อสาร



จากแผนภาพที่ 3 พบว่า ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีการเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านสังคมและการสื่อสารที่แตกต่างกัน โดยกลุ่มทดลองภายหลังได้รับการฝึกโปรแกรมทักษะทางสังคม พบว่า มีแนวโน้มคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านสังคมและการสื่อสารเพิ่มขึ้นค่อนข้างมากในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นและเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องแต่ไม่สูงมากนักในช่วงระยะติดตามผล 2 เดือน ขณะที่กลุ่มควบคุมที่ได้รับการบำบัดตามปกติ พบว่า มีแนวโน้มคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านสังคมและการสื่อสารเพิ่มขึ้นแต่ไม่มากนักในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นและยังพบว่า มีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องในช่วงระยะติดตามผล 2 เดือน

(2) ประเด็นอาการด้านลบ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบคะแนนค่าเฉลี่ยอาการด้านลบก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมฯ รวมถึงการติดตามหลังสิ้นสุดโปรแกรม 2 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยวิธีการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำทางเดียว (one-way repeated measures ANOVA) ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นที่สำคัญเกี่ยวกับ Sphericity ด้วยวิธีการ Mauchly's test แล้วพบว่า ไม่ผ่านข้อตกลง (Mauchly's $W=0.637$, $\chi^2=9.91$, $df=2$ และ $p\text{-value}=0.007$) ดังนั้นจึงได้เลือกพิจารณาค่า $p\text{-value}$ ที่ได้จากวิธีการปรับค่า degree of freedom มาใช้ในการตัดสินใจ โดยประเมินจากเกณฑ์ดังนี้ นั่นคือ เมื่อค่า $\epsilon \leq 0.75$ จะเลือกใช้วิธีการ Greenhouse-Geisser Correction แต่เมื่อค่า $\epsilon > 0.75$ จะเลือกใช้วิธีการ Huynh-Feldt Correction และจากผลลัพธ์ของการวิเคราะห์ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า ค่า ϵ ของวิธี Greenhouse-Geisser Correction มีค่าเท่ากับ 0.734 ดังนั้นเมื่อพิจารณาตามเกณฑ์ดังกล่าวข้างต้น จึงตัดสินใจเลือกค่า $p\text{-value}$ ของวิธี Greenhouse-Geisser Correction และสรุปได้ว่า คะแนนค่าเฉลี่ยอาการด้านลบก่อนและหลังการทดลอง รวมถึงระยะติดตาม 2 เดือนหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $<.05$ อย่างน้อย 1 คู่ ($F_{(2,44)}=27.82$, $p\text{-value}<0.001$) โดยมีขนาดผลกระทบบางส่วนของเวลา (partial η^2) เท่ากับ 0.558 ดังแสดงในตารางที่ 11

ตารางที่ 11 แสดงผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนค่าเฉลี่ยอาการด้านลบแต่ละระดับการวัดซ้ำในภาพรวม

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

เมื่อพิจารณาผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนค่าเฉลี่ยอาการด้านลบรายคู่ในการวัดซ้ำ ด้วยวิธีการปรับค่าของ Bonferroni พบว่า

สำหรับกลุ่มควบคุม พบว่า ความแตกต่างของคะแนนค่าเฉลี่ยอาการด้านลบทุกคู่ที่เป็นไปได้ (ครั้งที่ 1 กับครั้งที่ 2, ครั้งที่ 1 กับครั้งที่ 3 และครั้งที่ 2 กับครั้งที่ 3) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $<.05$ ดังแสดงในตารางที่ 12

สำหรับกลุ่มทดลอง พบว่า ความแตกต่างของคะแนนค่าเฉลี่ยอาการด้านลบระหว่างครั้งที่ 1 กับครั้งที่ 2 และครั้งที่ 1 กับครั้งที่ 3 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <0.05 ส่วนความแตกต่างของคะแนนค่าเฉลี่ยอาการด้านลบระหว่างครั้งที่ 2 กับครั้งที่ 3 แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <0.05 ดังแสดงในตารางที่ 12

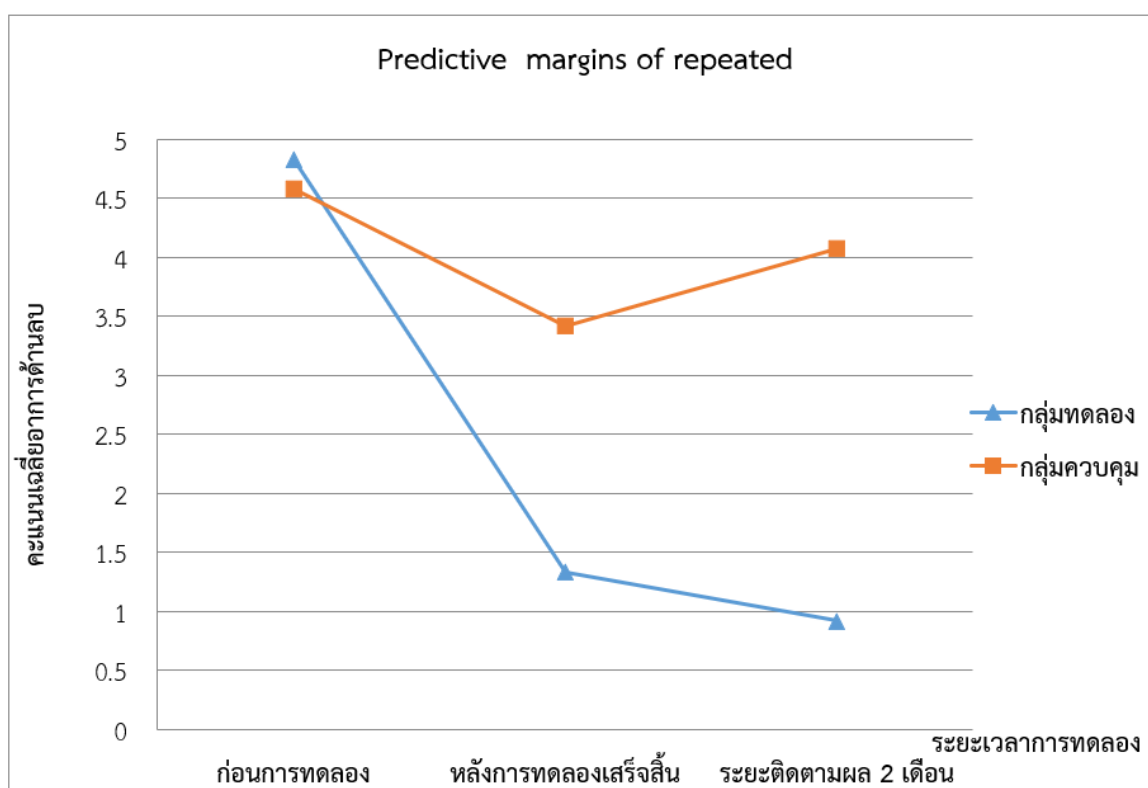
ตารางที่ 12 แสดงผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนค่าเฉลี่ยอาการด้านลบรายคู่ในการวัดซ้ำด้วยวิธีการปรับค่าของ Bonferroni

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

ค่าติดลบ แสดงถึงขนาดความแตกต่างในทิศทางที่ลดลง, * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ซึ่งจากผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบคะแนนค่าเฉลี่ยอาการด้านลบก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมฯ รวมถึงการติดตามหลังสิ้นสุดโปรแกรม 2 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยวิธีการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำทางเดียว (one-way repeated measures ANOVA) ดังกล่าวข้างต้น สามารถแสดงผลแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นตามระยะเวลาการวัดซ้ำได้ ดังแผนภาพที่ 4

แผนภาพที่ 4 แสดงผลลัพธ์แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ยอาการด้านลบ



จากแผนภาพที่ 4 พบว่าในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีการเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ยอาการด้านลบที่ต่างกัน โดยกลุ่มทดลองภายหลังได้รับการฝึกโปรแกรมทักษะทางสังคม พบว่า มีแนวโน้มคะแนนเฉลี่ยอาการด้านลบลดลงค่อนข้างมากในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นและลดลงอย่างต่อเนื่องแต่ไม่มากนักในช่วงระยะติดตามผล

2 เดือน ขณะที่กลุ่มควบคุมที่ได้รับการบำบัดตามปกติ พบว่า มีแนวโน้มคะแนนเฉลี่ยอาการด้านลบลดลงไม่มากนักในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วงระยะติดตามผล 2 เดือน

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

5.1 สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development) เพื่อพัฒนาโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง และเพื่อทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมที่มีผลต่อพฤติกรรมทางสังคมและการสื่อสาร การลดอาการด้านลบในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนพฤษภาคม 2564 ถึง เดือน มิถุนายน 2564 ผู้วิจัยได้พัฒนาต่อยอดโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมและการสื่อสารร่วมกับการใช้เบียร์รถกรสำหรับผู้ป่วยจิตเภท ของจิตารัตน์ พิมพ์ดีด และคณะ (2560) โดยยึดแนวความคิดการฝึกทักษะทางสังคม หลักการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรมของ Skinner (1953) การวางเงื่อนไขแบบการกระทำ เพื่อให้เกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์ยิ่งขึ้น โดยมีการเสริมแรงทางบวกให้เบียร์รถกรมีมูลค่าเป็นเงิน ให้คำชมเชย ประทับมือ และอาหารว่าง โปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมครั้งนี้ ประกอบด้วย การฝึกทักษะ 4 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 1 ชั่วโมง 30 นาที การให้ความรู้ 1 ครั้ง ใช้เวลา 1 ชั่วโมง และการฝึกทักษะใน 4 สถานการณ์จริง ใช้เวลาประมาณครั้งละ 45 นาที -1 ชั่วโมง รวม 6 ครั้ง (5 วัน) /สัปดาห์ ช่วงประเมินผลของโปรแกรมได้ออกแบบการวิจัยเป็น แบบวัดก่อนและหลังการทดลองเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยและพัฒนาของ ศราวุธ วิทยุฒิ (2562: online) และของ รุจโรจน์ แก้วอุไร (2549: online) มาประยุกต์เป็นขั้นตอนการวิจัยและพัฒนา และนำมาเป็นแนวทางการพัฒนาแบ่งออกเป็น 7 ขั้นตอน ดังต่อไปนี้

1. การสำรวจปัญหา สังเคราะห์สภาพปัญหาและความต้องการ
2. การออกแบบพัฒนาโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม
3. ทดสอบคุณภาพโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม
4. ปรับปรุงโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมครั้งที่ 1 และการทดลองกับกลุ่มเป้าหมายขนาดเล็ก
5. ปรับปรุงโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมครั้งที่ 2 และการทดลองกับกลุ่มเป้าหมายขนาดใหญ่ (กลุ่มนำร่อง)

6. การทดลองความพร้อมนำไปใช้ของโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม
7. การเผยแพร่โปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยในของหอผู้ป่วยเรื้อรังบำบัดจิตเวชในหญิงเฟื่องฟ้า หอผู้ป่วยเรื้อรังบำบัดจิตเวชในชายชงโคและฝ้ายคำ ในช่วงเดือน พฤษภาคม 2564 ถึง เดือน มิถุนายน 2564 จำนวน 24 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกดังนี้

- 1) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ผู้รักษาว่าเป็นโรคจิตเภท ที่ได้รับการรักษาทางยาในระยะคงสภาพการรักษา และยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา มีอายุตั้งแต่ 20-59 ปี และมีระยะเวลาการเจ็บป่วยทางจิต 2 ปีขึ้นไป
- 2) แบบประเมินความเสี่ยงทางคลินิก (SAVE) ในหัวข้อแบบประเมินพฤติกรรมรุนแรง (V: Violence) อยู่ในระดับต่ำ-ระดับปานกลาง และแบบประเมิน BPRS มีค่าคะแนน ≤ 36
- 3) ได้รับการประเมินคะแนนอาการทางลบตามแบบวัดอาการทางลบ (NSS) มีระดับคะแนนตั้งแต่ 3-13 คะแนน
- 4) ได้รับการประเมินคะแนนทักษะด้านสังคมและการสื่อสารตามแบบประเมิน LSD-30 มีค่าคะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ระดับ 2 (0.51-1.50) ถึงระดับ 4 (2.51-3.5)
- 5) ไม่มีปัญหาการได้ยินและไม่มีอาการบกพร่องทางสติปัญญา

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 24 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 12 คน เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังชาย ผู้วิจัยเลือกหอผู้ป่วยเรื้อรังบำบัดจิตเวชในชายชงโคและฝ้ายคำ

หลังจากนั้นสุ่มหอยผู้ป่วยทั้งสองเป็นกลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม ส่วนหอยผู้ป่วยเร่งรัดบำบัดจิตเวชในหญิงเฟื่องฟ้ามีเพียงหนึ่งหอยผู้ป่วย เพื่อป้องกันการปนเปื้อนหลังสุมตัวอย่างแบบง่าย ผู้วิจัยแจ้งผู้ป่วยหญิงให้เก็บเป็นความลับในช่วงทดลอง กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ แบบวัดอาการทางลบ ผู้วิจัยนำแบบประเมินนี้มาทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 30 คน เพื่อนำมาหาค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.86 แบบประเมิน LSA-30 (เฉพาะทักษะด้านสังคมและการสื่อสาร) ทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 30 คน เพื่อนำมาหาค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.83

การทดสอบคุณภาพโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม ให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเนื้อหาโปรแกรม ด้านความครอบคลุม ถูกต้องเหมาะสม และประเมินค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างเนื้อหา ความรู้ และทักษะของโปรแกรม แต่ละหัวข้อและวัตถุประสงค์ (IOC) ครั้งที่ 1 ได้ค่าคะแนน IOC อยู่ระหว่าง 0.0-1.00 ได้ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ หลังจากนั้นทดลองโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม เฉพาะในผู้ป่วยหญิงจำนวน 5 คน รวบรวมปัญหาที่พบจากการทดลองโปรแกรมต้นแบบ และปรับปรุงแก้ไขโปรแกรมให้ได้คุณภาพ ให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเนื้อหาโปรแกรม ด้านความครอบคลุม ถูกต้องเหมาะสม และประเมินค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างเนื้อหา ความรู้ และทักษะของโปรแกรม แต่ละหัวข้อและวัตถุประสงค์ (IOC) ครั้งที่ 2 ได้ค่าคะแนน IOC = 1.00 ทดลองโปรแกรมกับผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังทั้งชายและหญิงจำนวน 8 คน รวบรวมปัญหาที่พบจากการทดลองโปรแกรม และปรับปรุงแก้ไขความสมบูรณ์ของโปรแกรม หลังจากนั้นนำโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมไปทดลองการวิจัยกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 24 คน

ในการวิจัยครั้งนี้ ได้นำโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ได้แก่ โปรแกรม STATA มาใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยสามารถจำแนกตามประเด็นการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อตอบคำถามวิจัยได้ดังนี้

การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป และข้อมูลการกลับมารักษาซ้ำ ด้วยการแจกแจงความถี่ และร้อยละ

การวิเคราะห์เพื่อตอบคำถามวิจัย ผู้วิจัยได้แบ่งการวิเคราะห์ออกเป็น 2 ประเด็น ดังนี้

1) การวิเคราะห์เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง (จำแนกตามประเด็น ได้แก่ ประเด็นพฤติกรรมด้านสังคมและการสื่อสาร และประเด็นอาการด้านลบ) ผู้วิจัยเลือกใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (analysis of covariance, ANCOVA) มาใช้ในการประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมฯ ในแต่ละประเด็น โดยการเปรียบเทียบคะแนนหลังจากได้รับโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เมื่อกำหนดให้คะแนนก่อนได้รับโปรแกรมของแต่ละประเด็นเป็นตัวแปรร่วม (covariate) เพื่อควบคุมความผันแปรที่อาจเกิดขึ้นก่อนการได้รับโปรแกรม จากนั้นได้นำเสนอผลลัพธ์แบ่งเป็น 3 ส่วนหลัก ได้แก่ (1) ผลลัพธ์ที่ได้จากการเปรียบเทียบคะแนนเมื่อมีการพิจารณาปรับค่าคะแนนด้วยตัวแปรร่วม ประกอบด้วย ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ของแต่ละกลุ่มและค่า p-value ที่ได้จากสถิติ F-test ภายใต้การทดสอบด้วยวิธีการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA) (2) ผลลัพธ์ที่ได้จากการประมาณค่า (marginal) ของคะแนนที่ปรับค่าแล้วและการเปรียบเทียบค่าประมาณระหว่างสองกลุ่ม ประกอบด้วย ค่าประมาณของค่าเฉลี่ยหลังปรับค่าแล้ว ($\bar{X}_{adj}$) และ 95% of $\bar{X}_{adj}$ ของแต่ละกลุ่ม รวมถึงการแสดงผลการเปรียบเทียบค่าประมาณระหว่างสองกลุ่มดังกล่าวด้วยค่า p-value และ 95% of $\bar{X}_{adj(diff)}$ (3) ผลลัพธ์ที่ได้จากการประเมินขนาดผลกระทบ (effect size) ประกอบด้วย ขนาดผลกระทบในส่วนย่อย (partial) ได้แก่ ค่า $\eta^2_{partial}$ (95%CI) และค่า $\omega^2_{partial}$ (95%CI)

2) การวิเคราะห์เพื่อประเมินการคงอยู่ของผลกระทบที่เกิดขึ้น จากโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง (จำแนกตามประเด็น ได้แก่ ประเด็นพฤติกรรมด้านสังคมและการสื่อสาร และประเด็นอาการด้านลบ) ผู้วิจัยเลือกใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนวัดซ้ำแบบทางเดียว (one-way repeated measures ANOVA, RM-ANOVA) เมื่อกำหนดให้ระยะเวลาก่อนเริ่มโปรแกรม หลังโปรแกรมเสร็จสิ้นและหลังระยะติดตาม 2 เดือน เป็นตัวแปรวัดซ้ำ ภายใต้ตัวแปรผลลัพธ์ ซึ่งจำแนกเป็น 2 ประเด็น ได้แก่ ประเด็นพฤติกรรมด้านสังคมและการสื่อสารและประเด็นอาการด้านลบ จากนั้นได้นำเสนอผลลัพธ์แบ่งเป็น 2 ส่วนหลัก ได้แก่ (1) ผลลัพธ์ที่ได้จากการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนค่าเฉลี่ยในแต่ละระดับของการวัดซ้ำในภาพรวม ประกอบด้วย ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

(SD) ของแต่ละกลุ่ม จำแนกตามระดับของการวัดซ้ำ และค่าสถิติทดสอบ (F-test), p-value และขนาดผลกระทบ (effect size) ที่เกิดขึ้นจากการเปรียบเทียบ (2) ผลลัพธ์ที่ได้จากการเปรียบเทียบความแตกต่างต่างของคะแนนค่าเฉลี่ยรายคู่ของระดับการวัดซ้ำในแต่ละกลุ่ม ประกอบด้วย ค่าเฉลี่ยของผลต่างรายคู่ ($\bar{X}_{diff}$), 95% of $\bar{X}_{diff}$ และ p-value ของแต่ละกลุ่ม กำหนดระดับนัยสำคัญ (α) เท่ากับ 0.05 การวิเคราะห์ผลใช้หลักการของ intention to treat analysis (ITT) ด้วยวิธี Last Observation Carried Forward (LOCF) คือ การใช้ข้อมูลจากที่วัดได้ครั้งสุดท้ายก่อนที่กลุ่มตัวอย่างจะออกไปจากการทดลอง มาเป็นผลลัพธ์ของกลุ่มตัวอย่างในครั้งถัดไป จะใช้ในการวิเคราะห์ครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่าง drop out (Gupta, 2011)

ซึ่งขั้นตอนการวิเคราะห์ทั้งหมด เพื่อตอบคำถามวิจัยดังกล่าวข้างต้น ได้กำหนดระดับนัยสำคัญ (α) เพื่อนำมาใช้พิจารณาในการตัดสินใจเท่ากับ 0.05

ผลการวิจัย

1. โปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม มีความเที่ยงตรงตามเนื้อหา ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างเนื้อหาความรู้ และทักษะของโปรแกรม แต่ละหัวข้อและวัตถุประสงค์ (IOC) ได้ค่าคะแนน IOC = 1.00 เนื้อหาโปรแกรมประกอบด้วย การฝึกทักษะ 4 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 1 ชั่วโมง 30 นาที การให้ความรู้ 1 ครั้ง ใช้เวลา 1 ชั่วโมง และการฝึกทักษะใน 4 สถานการณ์จริง ใช้เวลาประมาณครั้งละ 45 นาที -1 ชั่วโมง รวม 6 ครั้ง (5 วัน) /สัปดาห์

2. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จำนวน 24 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 12 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 12 คน ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 83.33 มีอายุอยู่ในช่วง 40-49 ปี ร้อยละ 29.17 (อายุเฉลี่ย 38.75 ปี SD=10.32) มีระยะเวลาการเจ็บป่วยทางจิตอยู่ในช่วง 2-5 ปี ร้อยละ 33.33 (เฉลี่ย 11.75 ปี SD=7.91) กลุ่มตัวอย่างว่างงานถึงร้อยละ 37.50 และส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวทางกาย ร้อยละ 83.33

- **คะแนนค่าเฉลี่ยพฤติกรรมด้านสังคมและการสื่อสาร** ก่อนได้รับโปรแกรมฯ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F_{(1,21)} = 11.78$, p-value = 0.003) ค่าประมาณของคะแนนค่าเฉลี่ยพฤติกรรมด้านสังคมและการสื่อสาร หลังการทดลองระหว่างสองกลุ่ม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $<.05$ ($\bar{X}_{diff} = 2.83$, 95%CI of $\bar{X}_{diff} = 1.22-4.45$, p-value = 0.001) โดยมีขนาดผลกระทบส่วนย่อยของกลุ่ม เท่ากับ 36 % ($\eta^2_{partial} = 0.36$, 95%CI = 0.06 – 0.58) **คะแนนค่าเฉลี่ยอาการด้านลบ** ก่อนได้รับโปรแกรมฯ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F_{(1,21)} = 13.46$, p-value = 0.002) ค่าประมาณของคะแนนค่าเฉลี่ยอาการด้านลบ หลังการทดลองระหว่างสองกลุ่ม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $<.05$ ($\bar{X}_{diff} = 2.08$, 95%CI of $\bar{X}_{diff} = 0.93-3.24$, p-value <0.001) โดยมีขนาดผลกระทบส่วนย่อยของกลุ่ม เท่ากับ 48 % ($\eta^2_{partial} = 0.48$, 95%CI = 0.15 – 0.66)

- **คะแนนค่าเฉลี่ยพฤติกรรมด้านสังคมและการสื่อสาร** ก่อนและหลังการทดลอง รวมถึงระยะติดตาม 2 เดือน หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $<.05$ อย่างน้อย 1 คู่ ($F_{(2,44)} = 15.42$, p-value <0.001) โดยมีขนาดผลกระทบบางส่วนของเวลา (partial η^2) เท่ากับ 0.412 **คะแนนค่าเฉลี่ยอาการด้านลบ** ก่อนและหลังการทดลอง รวมถึงระยะติดตาม 2 เดือนหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $<.05$ อย่างน้อย 1 คู่ ($F_{(2,44)} = 27.82$, p-value <0.001) โดยมีขนาดผลกระทบบางส่วนของเวลา (partial η^2) เท่ากับ 0.558

- **กลุ่มควบคุม** พบว่า ความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านสังคมและการสื่อสาร และความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยอาการด้านลบ ทุกคู่ที่เป็นไปได้ แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $<.05$ **กลุ่มทดลอง** พบว่า ความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านสังคมและการสื่อสาร และความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยอาการด้านลบ ระหว่างครั้งที่ 1 กับครั้งที่ 2 และครั้งที่ 1 กับครั้งที่ 3 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ

<.05 ส่วนความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านสังคมและการสื่อสาร และความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยอาการด้านลบ ระหว่างครั้งที่ 2 กับครั้งที่ 3 แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <.05

5.2 อภิปรายผล

ผู้วิจัยขอนำเสนอการอภิปรายผลแบ่งออกเป็น 2 ประเด็นคือ 1) การพัฒนาโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม และ 2) ผลการทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม

1. การพัฒนาโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม

การพัฒนาโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมครั้งนี้ ยึดแนวความคิดการฝึกทักษะทางสังคม การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (PL) ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2544) และแนวคิดของทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรมของ B.F.Skinner (1953 อ้างในสมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2556) ดังรายละเอียดพอสังเขปดังนี้

1.1 แนวคิดการฝึกทักษะทางสังคม มีเป้าหมายเฉพาะของการฝึกทักษะทางสังคมคือ ผู้ป่วยมีการสื่อสารที่ดีขึ้น การรู้จักคบเพื่อน สามารถแก้ไขความขัดแย้งได้ และการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้ (การคมนาคม การรู้จักใช้จ่ายเงิน) ผู้วิจัยจึงเลือกการฝึกเรื่อง 1) การสื่อสารที่เหมาะสม 2) การพูด การฟัง ที่เหมาะสม 3) การจ่ายตลาด และมีการฝึกในสถานการณ์จริงเกี่ยวกับการใช้เงิน การทำความรู้จักเพื่อนใหม่ ส่วนเป้าหมายระยะยาว เพื่อให้ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพกับบุคคลรอบข้างอย่างมีคุณภาพ สามารถทำบทบาทหน้าที่ และพึ่งพาตนเองได้ (Pinkham et al., 2012) ซึ่งพบว่าในสถานการณ์จริงการฝึกทักษะการสื่อสารกับพระภิกษุ สงฆ์ กลุ่มทดลองมีความกระตือรือร้นในการฝึกดีมาก และสัปดาห์ละ 1 ครั้ง อยู่ต่อหน้าพระภิกษุ มีกลุ่มทดลองจำนวนหนึ่ง สามารถคิดประเด็นขึ้นเอง เพื่อถามในเรื่องที่ตนเองอยากรู้ ซึ่งไม่เลือกประเด็นตามที่ฝึกซ้อม ช่วงแรกของการเข้ากลุ่มฝึกทักษะ กลุ่มทดลองพูดน้อย หน้าตาเฉยเมย ต้องได้กระตุ้นบ่อยๆ ดังนั้นรูปแบบการฝึก SST ผู้วิจัยจึงเน้นเกี่ยวกับสื่อการสอนโดยมีวิดีโอ แอปเสียง แผ่นภาพสินค้า ฯลฯ มีการแสดงบทบาทสมมติ การให้ข้อเสนอแนะและข้อมูลย้อนกลับ เพื่อให้กลุ่มทดลองได้ปรับปรุงพฤติกรรมให้ดีขึ้น จึงพบว่าช่วงหลังกลุ่มทดลองทุกคนพูดคุยกันมากขึ้น หน้าตายิ้มแย้มแจ่มใส มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน SST เป็นวิธีเดียวในการฝึกผู้ป่วยทางจิตที่ไร้ความสามารถซึ่งมีการศึกษาวิจัยรองรับ เพื่อพัฒนาการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วย และทำการประเมินซ้ำๆ ในงานวิจัย (Corrigan et al., 2008) เพราะฉะนั้นการบำบัดรักษาที่ส่งผลมากที่สุด ต่อการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทให้ดีขึ้น นั่นก็คือการบำบัดรักษาตามธรรมชาติด้านจิตสังคม ซึ่ง SST เป็นรูปแบบหนึ่งของการบำบัดทางจิตสังคมด้วย ส่วนการรักษาด้วยยาไม่สามารถมีผลโดยตรงให้ผู้ป่วยสามารถทำหน้าที่ทางสังคมได้ดีขึ้น ซึ่งยาเพียงแต่ช่วยลดอาการทางจิตเท่านั้น (Pinkham et al., 2012) อาการด้านลบของโรคจิตเภทเป็นสาเหตุของผลการดำเนินโรคที่ไม่ดีในโรคจิตเภท นั่นคือการลดอาการด้านลบ ส่งผลให้การมีส่วนร่วมในอาชีพ การใช้ชีวิตอิสระ กิจกรรมทางสังคม และสถานการณ์ที่ดีขึ้น การรักษาอาการด้านลบอย่างมีประสิทธิภาพในโรคจิตเภทจะมีผลอย่างมากต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว ตลอดจนระบบสุขภาพจิตและเศรษฐกิจในวงกว้าง มีคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญเรียกร้องให้มีการรักษาอาการด้านลบ (Granholm & Harvey, 2018)

1.2 การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (PL) ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2544) ประกอบด้วยการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ และการเรียนรู้ด้วยกระบวนการกลุ่ม ดังที่ Kolb (1984 อ้างถึงในกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2544) ได้กล่าวถึง วงจรการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ ผู้เรียนควรมีทักษะการเรียนรู้ ทั้ง 4 องค์ประกอบ ดังนี้ 1.ประสบการณ์ (experience) 2 .การสะท้อน/อภิปราย (reflection/discussion) 3. การทดลอง/ประยุกต์แนวคิด (experimentation/application) และ 4. ความคิดรวบยอด (concept) ผู้วิจัยได้ออกแบบแผนการสอนประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ กล่าวคือ มีการถามกลุ่มทดลองถึงประสบการณ์หรือให้ชมวิดีโอ กระตุ้นให้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นโดยแบ่งกลุ่มมีใบงาน และสรุปความคิดเห็นก่อนตัวแทนแต่ละกลุ่มนำเสนอ หรือมีการแสดงบทบาทสมมติ และมีการซักถามจะนำไปใช้ประโยชน์ในชีวิตประจำวันอย่างไร ผู้วิจัยได้ตระหนักถึงกระบวนการกลุ่ม เพื่อให้กลุ่มทดลองทุกคนมีส่วนร่วมสูงสุดในการฝึก และทำให้บรรลุงานสูงสุด ดังนั้นแผนการสอนที่ออกแบบในแต่ละ

องค์ประกอบ ผู้วิจัยคำนึงถึงการแบ่งกลุ่มเป็นกลุ่มใหญ่ หรือกลุ่ม 2-3 คน เพื่อให้กลุ่มทดลองทุกคนมีส่วนร่วมในการฝึกแต่ละกิจกรรม

1.3 แนวคิดของทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม ทฤษฎีการวางเงื่อนไขแบบการกระทำนั้น มีความเชื่อว่าพฤติกรรมของบุคคลเป็นผลพวงเนื่องมาจากการปฏิสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อม พฤติกรรมที่เกิดขึ้นของบุคคลจะแปรเปลี่ยนไปเนื่องมาจากผลกรรม (Consequences) ที่เกิดขึ้นในสภาพแวดล้อมนั้น Skinner ให้ความสนใจกับผลกรรม 2 ประเภทได้แก่ ผลกรรมที่เป็นตัวเสริมแรง (Reinforcer) ที่ทำให้พฤติกรรมที่บุคคลกระทำอยู่นั้นมีอัตราการทำเพิ่มมากขึ้นและผลกรรมที่เป็นตัวลงโทษ (Punisher) ที่ทำให้พฤติกรรมที่บุคคลกระทำนั้นยุติลง ผู้วิจัยเลือกให้การเสริมแรงเป็นเบี้ยอรรถกรมีมูลค่าเหรียญละ 5 บาท และให้การเสริมแรงเป็นคำชมเชย การยกย่อง และขนม ในขั้นตอนทดลองผู้วิจัยมีการประเมินพฤติกรรมที่บกพร่องก่อนการฝึกทักษะ และหลังฝึกทักษะมีทีมวิจัยกระตุ้นพฤติกรรมที่พึงประสงค์ขณะอยู่ในหอผู้ป่วย และมีการเสริมแรงประกาศให้ทราบใครมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์บ้างพร้อมให้รางวัลเป็นเบี้ยอรรถกรมีมูลค่าเหรียญละ 5 บาท รวมทั้งหมด 15 บาท เพื่อนำเงินไปฝึกจ่ายตลาดในสถานการณ์จริง จากการสังเกตกลุ่มทดลองมีความกระตือรือร้นในการฝึกทักษะ หน้าที่ยิ้มแย้ม

จากการศึกษาเอกสาร ตำรา งานวิจัย และจากประสบการณ์การปฏิบัติงาน พบปัญหาความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทป่วยซ้ำ และการใช้เงินไม่เหมาะสม ผู้วิจัยจึงได้ปรับปรุงโปรแกรมเดิม และพัฒนาโปรแกรมใหม่ต่อยอดเป็นโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง โดยเพิ่มทักษะการดำรงชีวิตในชุมชน เรื่องการจ่ายตลาด การให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาทางจิตเวช ในเนื้อหาได้เพิ่มองค์ความรู้เกี่ยวกับการสังเกตผลข้างเคียงจากยาและวิธีแก้ไข การสังเกตอาการเตือนและวิธีแก้ไข ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา เป็นต้น และการฝึกทักษะทางสังคมในสถานการณ์จริง ฉะนั้นโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมนี้ครอบคลุมถึง ทักษะการสื่อสาร ทักษะการกล้าแสดงออกอย่างเหมาะสม ทักษะการดำรงชีวิตในชุมชน และความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาทางจิตเวช รูปแบบโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม ได้แบ่งออกเป็น การฝึกทักษะ และการให้ความรู้

ทักษะการดำรงชีวิตในชุมชน เรื่องการจ่ายตลาด และการฝึกทักษะใน 4 สถานการณ์จริง ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา และปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ

โปรแกรมความรู้เรื่องการใช้ยาทางจิตเวช ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ได้ตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา และปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ

หลังจากนั้นผู้วิจัยนำโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมทั้งหมด ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ซึ่งเป็นผู้มีความรู้ความเชี่ยวชาญ และประสบการณ์ด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช โปรแกรมทักษะทางสังคม และประสบการณ์การประเมินผลโปรแกรมทักษะทางสังคมของผู้ป่วยในชุมชน ได้ให้การตรวจสอบเนื้อหาโปรแกรมครั้งที่ 1 ด้านความครอบคลุม ถูกต้องเหมาะสม และประเมินค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างเนื้อหา ความรู้ และทักษะของโปรแกรม แต่ละหัวข้อและวัตถุประสงค์ (IOC) ได้ค่าคะแนน IOC ระหว่าง 0.0 -1.00 ได้ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ จึงนำโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมไปทดลองกับผู้ป่วยจิตเภทหญิงจำนวน 5 คน รวบรวมปัญหาที่พบจากการทดลองโปรแกรมต้นแบบและปรับปรุงแก้ไขโปรแกรมให้ได้คุณภาพ นำโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมฉบับร่าง ให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเนื้อหาโปรแกรมครั้งที่ 2 ด้านความครอบคลุม ถูกต้องเหมาะสม และประเมินค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างเนื้อหา ความรู้ และทักษะของโปรแกรม แต่ละหัวข้อและวัตถุประสงค์ (IOC) ได้ค่าคะแนน IOC = 1.00 ตรงตามเกณฑ์ที่กำหนดคือ ค่า IOC มีค่าตั้งแต่ 0.50-1.00 หมายถึงมีค่าความเที่ยงตรงใช้ได้ (สุรพงษ์ คงสัตย์ และธีรชาติ ธรรมวงศ์, 2551) และทดลองโปรแกรมกับผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังทั้งชายและหญิงจำนวน 8 คน รวบรวมปัญหาที่พบจากการทดลองโปรแกรม และปรับปรุงแก้ไขโปรแกรม จนมีความมั่นใจในด้านคุณภาพของโปรแกรม จึงนำโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังฉบับสมบูรณ์ ไปทดสอบหาประสิทธิภาพต่อไป

2. ผลการทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม

2.1 การประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ประเด็นพฤติกรรมด้านสังคมและการสื่อสารก่อนการทดลอง พบว่า คะแนนค่าเฉลี่ยพฤติกรรมด้านสังคมและการสื่อสารระหว่าง

เข้าเรื่อง และสนลมะยม ทาคำใจ, 2560)

5.3 ข้อมูลเชิงคุณภาพ

การสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลอง ญาติ และพยาบาลวิชาชีพ

จากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลอง ญาติของกลุ่มทดลอง และพยาบาลวิชาชีพที่เคยมีประสบการณ์การฝึกทักษะด้านสังคมและการสื่อสารในโปรแกรมเดิม กลุ่มละ 6 คน เมื่อเดือน มิถุนายน 2564 ได้แสดงความคิดเห็นไว้ดังนี้

คำถามกลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลอง

คำถาม 1. ก่อนฝึกทักษะทางสังคม ท่านคิดว่าตนเองมีปัญหาด้านสังคมและการสื่อสารหรือไม่อย่างไร

กลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลองทั้งหมด 6 คน มีการรับรู้ว่าตนเองมีปัญหาทางสังคมและการสื่อสารดังนี้ ขาดทักษะการสื่อสาร มีสัมพันธ์ภาพบกพร่องกับบุคคลรอบข้าง ส่งผลให้แยกตัวเอง อีกทั้งรู้สึกถูกตีตรา ขาดความมั่นใจในการจ่ายตลาด และขาดทักษะการปฏิเสธ ดังตัวอย่างคำกล่าวของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลอง ดังต่อไปนี้

“กลัวพูดคุยกับพ่อแม่พี่น้องลูกหลานคนสนิท แต่คนอื่นไม่กลัวพูดคุยด้วย”

“รู้สึกว่ามีใครอยากสูงส่งกับเรา และเราก็ไม่อยากจะสูงส่งกับใคร”

“...ไม่มีคนยอมรับฟังเรา วัยเดียวกันเขาไม่สนใจเรา เขาว่าเราเป็นโรคจิตเภท เป็นบ้า ว่าเราพูดไม่รู้เรื่อง พูดไม่เป็นคำ พูดไม่ต่อเนื่อง” “...คนมองว่าเราเป็นบ้า ผมจะไม่เข้าหา ทำให้น้อยใจสังคม ทำให้ไม่รับเราเข้าสังคม”

“ไม่รู้การวางตัวในสังคม การนั่ง การยืน การเดิน เช่นเวลานั่งคุยกันไม่รู้จะนั่งตรงข้ามคนที่คุยด้วย อยากนั่งไหนก็นั่ง เป็นคนพูดไม่ไพเราะ คนอื่นไม่ประทับใจ”

“การซื้อข้าวของให้พ่อแม่ก็ได้ทำอยู่ แต่ยังไม่ (ไม่) คล่อง...”

“แต่ก่อนผมปฏิเสธ (ไม่) เป็น หมู (เพื่อน) มาชวนไปกินเหล้าผมก็ไป แต่เดี๋ยวนี้ผมปฏิเสธหมูเป็นแล้ว”

คำถาม 2. หลังฝึกทักษะทางสังคม ท่านคิดว่าปัญหาด้านสังคมและการสื่อสารอะไรบ้างที่ดีขึ้น

กลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลองทั้งหมด 6 คน มีความคิดเห็นว่าหลังได้รับการฝึกทักษะทางสังคม ทุกคนได้พัฒนาตนเองในด้านต่างๆ มีทักษะการสื่อสาร สัมพันธ์ภาพกับบุคคลรอบข้างดีขึ้น รู้จักการจัดการกับอารมณ์ มีทักษะการปฏิเสธ รู้จักการจ่ายตลาด และรู้จักการทำกิจวัตรประจำวัน ดังตัวอย่างคำกล่าวของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลอง ดังต่อไปนี้

“ได้เรียนได้ฝึกกับคุณพยาบาลได้ปฏิบัติ ทำทางคำพูด ขอบคุณ ขอบใจ ขอโทษ ได้แลกเปลี่ยนความคิดกับเพื่อนๆ ได้ร่วมแสดงบทบาท รู้จักพูดกับผู้ใหญ่ และวัยเดียวกัน พูดให้ตัวจาสุภาพกับผู้ใหญ่”

“ดีขึ้นคือว่ามาเมื่อแรกมาอยู่โรงพยาบาล บ่นใจโง่เลย หลังฝึกแล้วยิ้มแย้มแจ่มใส พัฒนาการพูดคุยกับคนอื่นดีขึ้น (ดีขึ้นหมายความว่าวันแรกอยู่โรงพยาบาลไม่สนใจใครเลย หลังฝึกรู้จักยิ้มแย้มแจ่มใสพัฒนาการพูดคุยกับคนอื่นดีขึ้น)”

“ปกติเป็นคนไม่ค่อยพูด ต่อไปจะชักทายเพื่อน รู้จักวิธีไหว้ผู้ใหญ่ และไหว้ตอบรับเด็ก ได้รู้จักไหว้พระ...แต่ก่อนเวลาคุยกับคนแก่ คนหนุ่ม ไม่รู้ว่าต้องมองตรงจุมก ผมจะมองตั้งแต่หัวถึงเท้า”

“กลับบ้านไปทำงาน หน่วยงานไม่มีเรื่องกับใคร เราควบคุมอารมณ์ตนเองได้ เวลาโกรธเดินหนี อารมณ์ดีแล้วกลับมาทำงาน”

“ต่อไปจะปฏิเสธเรื่องดื่มสุรากับเพื่อนๆ บุหรี่จะสูบลดลงจาก 3 มวน เหลือ 2 มวน” “เรียนรู้การปฏิเสธการใช้สารเสพติด สุรา” “ได้เรียนรู้การปฏิเสธ การถูกชักชวนไปในทางมิดีมีร้าย โดยบอกความรู้สึก และให้เหตุผลในการปฏิเสธ”

“เรียนรู้การจ่ายตลาด การได้รับเงิน การทอนเงิน และการประหยัดเงิน กลับบ้านจะช่วยญาติไปซื้อข้าวของ”

“หลังฝึกทุกอย่างดีขึ้น รู้จักการพูดการจา และการวางตัว...ได้รับการปลูกฝังให้ตื่นตัว ทำกิจวัตรประจำวันให้รวดเร็ว รับประทานยาให้ตรงเวลา...การพูดการจาให้มีสัมมาคารวะ”

คำถาม 3. หลังฝึกทักษะทางสังคม ท่านสามารถนำไปใช้ในชุมชนได้หรือไม่ อย่างไร

กลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลองทั้งหมด 6 คน มีความคิดเห็นว่าหลังได้รับการฝึกทักษะทางสังคม สามารถนำไปใช้ในชุมชนได้ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลองได้เรียนรู้และเกิดทักษะในเรื่องการสื่อสาร รู้จักการปฏิเสธสารเสพติด รู้จักขอบคุณ ขอโทษ การจ่ายตลาด ได้รับความรู้เรื่องการรับประทานยา และสามารถแก้ไขปัญหาเบื้องต้นเมื่อมีอาการข้างเคียงจากยา อีกทั้งแนะนำการรับประทานยาแก่คนอื่นได้ การรู้จักใช้ระดับน้ำเสียงที่เหมาะสมอีกทั้งสามารถแนะนำคนอื่นได้ด้วย รู้จักการควบคุมตนเอง และการทำงานช่วยครอบครัว ดังตัวอย่างคำกล่าวของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลอง ดังต่อไปนี้

“รู้จักถามสารทุกข์ของเพื่อนบ้าน...รู้จักขอบคุณสวัสดิ์ ขอโทษ รู้จักฟัง รู้จักถามเมื่อเกิดความสงสัย รู้จักผู้ใหญ่ รู้จักเด็ก รู้จักช่วยงานบุญชาวบ้าน รู้จักขอความช่วยเหลือเมื่อมีความจำเป็น”

“ถ้ามีเพื่อนมาชวนเล่นยาให้พูดว่า “เราไม่ไปหรอก เราพูดกับแม่ไว้ว่าจะทำความสะอาดบ้าน ให้เธอมาเล่นบ้านเราดีกว่า” หนูก็จะพูดแบบนี้ค่ะ”

“พยายามงดสารเสพติด ถ้ารู้สึกอยากสูบบุหรี่และกินเหล้า ให้อาบน้ำ ถ้าไม่ดีขึ้นให้ออกกำลังกาย บอกตัวเอง “หิวก็กิน (ไม่) กินดอกหนเอา””

“รู้จักกินยาเป็นเวลา จัดยาถูก รู้จักแก้ปัญหาเฉพาะหน้าในการกินยาเมื่อเกิดอาการจากผลข้างเคียงของยา”

“พ่อแม่ใช้ไปซื้อข้าวให้ดูก่อนว่าใบ (ธนบัตร) อะไร จะได้ซื้อของได้ถูกต้องว่าแบงค์ร้อยหรือแบงค์ห้าสิบจะได้ใช้อย่างถูกต้อง”

“การจ่ายตลาดว่าใช้จ่ายตั้งค์เป็นมัย ต่อราคาเป็นมัย ดูแม่ค้าทอนเงินถูกมัย”

“ถ้ามีคนแกล้งคนเฉ่าในสังคมไม่สบาย รับประทานยาไม่ตรงต่อเวลา เราสามารถแนะนำได้”

“รู้จักการใช้ระดับน้ำเสียง พูดเบา พูดระดับปานกลาง และพูดดัง ควรพูดพอดีๆ และเราสามารถแนะนำผู้อื่นได้ ตามคุณพยาบาลได้ให้การอบรมมา”

“ทำงานไม่หาเรื่องใคร เพราะพวกเรามาทำงานหาเงิน ทำให้เราและคนอื่นมีความสุขมีวินัย”

“กลับบ้านหนูจะนั่งข้าวให้ยาย...เวลาไปกินข้าวบ้านคนอื่นรู้จักล้างจานล้างช้อน”

คำถามญาติกลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลอง

จากการสัมภาษณ์ญาติของกลุ่มทดลอง จำนวน 6 คน เมื่อเดือน มิถุนายน 2564 ได้แสดงความคิดเห็นไว้ดังนี้

คำถาม 1. ท่านคิดว่าผู้ป่วยมีปัญหาด้านสังคมและการสื่อสารหรือไม่ ถ้ามีปัญหาด้านสังคมและการสื่อสารมีอย่างไรบ้าง

ญาติกลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลองทั้งหมด 6 คน คิดว่ากลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลอง มีปัญหาด้านสังคมและการสื่อสาร เช่น มีพฤติกรรมแยกตัวเองอยู่คนเดียว มีเรื่องทะเลาะกับคนรอบข้าง ไม่รู้จักการขอบคุณ ขอโทษ พูดไม่ไพเราะ เป็นต้น นอกจากนี้ญาติรู้สึกมีปัญหาเรื่องอาการทางจิตกำเริบ เช่น หวาดระแวงคนนินทา อารมณ์หงุดหงิดจะทำร้ายมารดา พูดคนเดียว ไม่นอน ทำลายข้าวของภายในบ้าน และใส่เสื้อผ้าตัวเดิมไม่ซัก เป็นต้น อีกทั้งมีปัญหาการดื่มสุรา ดมทินเนอร์ รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ไม่สามารถทำงานได้ รู้สึกถูกตีตรา และขอเงิน ดังตัวอย่างคำกล่าวของญาติกลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลอง ดังต่อไปนี้

“เก็บตัว แยกตัวเองอยู่บ้าน ไม่สูงลิ้งกับคนภายนอก สุดท้ายมาบอกจะไปทำงาน พยายามจะไป มีแต่จะไป จะเดินไป”

“พูดไม่ไพเราะ ใครพูดแนะนำไม่รับฟังมีแต่ลืจจาว่า (จะทำร้าย) ทะเลาะวิวาทกับคนรอบข้าง เข้ากับใครไม่ได้...ไม่พูดขอบคุณ ไม่รู้จักพูดขอโทษ”

“ทำลายข้าวของในบ้านเวลาถามบอกไม่ได้ทำ บอกมีคนมาตีกันในบ้าน เก็บตัวเจ็บในบ้าน ล้อคบ้านไว้ ทำลายข้าวของในบ้าน พักหลังไม่มีเพื่อน เพราะไปอาละวาด ช่วงหลังทำงานไม่ได้มีแต่ไปยืนดู และกินเหล้าไม่ยอมกินยาแต่บอกว่ากิน”

“อยู่แต่ตัวเองคนเดียว พุดคนเดียว ไม่หลับไม่นอน ชอบขอเงินคนที่เดินผ่านหน้าบ้าน อาการที่เป็นก็มาจากสับสนหรือจัดและกินกาแฟกระป๋อง ตีสองตีสามถึงนอน เสื้อผ้าไม่ซักใส่แต่ตัวเดิม แต่อาบน้ำ”

“ดมทินเนอร์ ดมถั่วถั่วเดินกลางบ้าน (กลางหมู่บ้าน) ไม่สนใจพูดคุยกับใคร ไม่ยุ่งกับใครเลย ถ้ามีคนอื่นถามจึงจะพูดด้วย กับแม่ถ้าไม่ถามก็ไม่พูดด้วย มาพูดแต่ขอเงิน ขอทั้งวัน ถ้าขอเงินไม่ได้ก็จะตีแม่ ทำลายข้าวของ”

“คนแถวบ้านว่าเป็นบ้า ชอบเอาหูฟังมาอุดหู ไม่อยากได้ยินชาวบ้านนินทา คิดมากเมื่อคุยกับชาวบ้าน”

คำถาม 2. ท่านอยากให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นในด้านใดบ้าง

ญาติกลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลองทั้งหมด 6 คน ต้องการให้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลองมีอาการทางจิตปกติ หยุดเสพสารเสพติด พุดจาใจเพราะ ไม่ดูคำคนอื่น เชื่อฟังครอบครัว สามารถทำงานได้ ร่วมกิจกรรมกับครอบครัวและชุมชน และดูแลซักเสื้อผ้าตัวเองได้ ดังตัวอย่างคำกล่าวของญาติกลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลอง ดังต่อไปนี้

“อยากให้หยุดดมทินเนอร์กลับเป็นคนดีของแม่ หยุดเป็นบ้า หยุดดมกาว อยู่กับแม่ อยากให้พูดดีกับคนอื่น ไม่ไปทำร้าย”

“ไม่อยากให้ด่าคนอื่น น้อง พ่อแม่บอกอะไรให้ฟัง เชื่อฟังไม่ดื้อ อยากให้ทำงานได้ดีเหมือนเดิม อยากกินอะไรให้ทำกินเองได้เหมือนเดิม ไม่อยากให้สับสนหรือ ไม่อยากให้กินกาแฟ”

“อยากให้หลับนอนได้ตามปกติ อยากให้แว่มนคือเก่า (พูดเพราะเช่นเดิม) เพราะแต่ก่อนเป็นคนดีพูดดี”

“เรื่องขอเงินคนอื่นไม่อยากให้ขอ พ่ออายุคนอื่นเพราะพ่อก็มีหน้าตาในสังคม อยากให้ลดขอเงินคนอื่น เลิกสับสนหรือมันอันตราย อยากให้มาร่วมวงกินข้าวกับครอบครัว ให้เปลี่ยนใส่เสื้อผ้าใหม่ๆไม่ซ้ำตัวเดิม รู้จักเอาไปซักเอง”

“อยากให้ทำงานได้ตามปกติ อยากให้ร่วมกิจกรรมของสังคมได้ตามปกติที่เคยทำ อย่างทำไฟฟ้าของหมู่บ้าน ผู้ใหญ่บ้านเคยให้ไปตัดหญ้าที่วัดแกก็ไปทำให้”

“ไม่อยากให้ใช้เหล้า ถ้าไม่ใช้จะเจ็บ ค่ามาจะนอน ถ้ากินเหล้าจะพุดบ่น พ่อแม่จะไม่ได้นอน อยากให้ไปวัดไปวา ใช้ทำอะไรก็ทำ อยากให้ไปเข้าสังคมกับคนอื่น”

คำถามพยาบาลวิชาชีพ

จากการสุ่มสัมภาษณ์พยาบาลวิชาชีพที่เคยมีประสบการณ์การฝึกทักษะด้านสังคมและการสื่อสารในโปรแกรมเดิม จำนวน 6 คน เมื่อเดือน มิถุนายน 2564 ได้แสดงความคิดเห็นไว้ดังนี้

คำถาม ท่านคิดว่าผู้ป่วยได้รับประโยชน์อะไรบ้างจากการฝึกทักษะนี้

พยาบาลวิชาชีพที่เคยมีประสบการณ์การฝึกทักษะด้านสังคมและการสื่อสารในโปรแกรมเดิมที่ห่อผู้ป่วยเรื้อรังบำบัดจิตเวชในหญิงเพื่องฟ้า ได้ให้ความคิดเห็นว่าหากผู้ป่วยที่พร่องทักษะนี้ตั้งแต่แรก จะได้เริ่มพัฒนาการฟื้นฟูสมรรถภาพ ได้ฝึกการสื่อสารที่เหมาะสม ถูกต้อง ขณะฝึกทักษะส่งเสริมได้มีสัมพันธภาพกับเพื่อนผู้ป่วย ส่วนผู้ป่วยที่เคยมีประสบการณ์เดิมก็ได้ฟื้นฟูสมรรถภาพของตนเอง ผู้ป่วยได้ฝึกการปรับตัว และมีทักษะในการอยู่ร่วมกันกับผู้อื่น อีกทั้งมีโอกาสได้เรียนรู้พฤติกรรมที่ดีจากผู้ป่วยอื่นและเจ้าหน้าที่ ผู้ป่วยได้รับการส่งเสริมให้กล้าแสดงออก และกล้าตัดสินใจต่อย้ำให้เพิ่มความมั่นใจ นอกจากผู้ป่วยได้ฝึกทักษะด้านสังคมและการสื่อสาร ยังได้ฟื้นฟูสมรรถภาพการใช้ชีวิตประจำวันในบ้านและในสังคม สามารถปรับใช้ในชีวิตประจำวันเมื่อกลับสู่ครอบครัว ดังตัวอย่างคำกล่าวของพยาบาลวิชาชีพ ดังต่อไปนี้

“ในผู้ป่วยบางรายอาจจะมีการหลงลืม หรือไม่ได้รับการฝึกฝนมาตั้งแต่แรก ก็ได้มีการฟื้นฟูพัฒนาทักษะด้านนี้”

“ได้ทบทวนทักษะด้านนี้ที่มีอยู่เดิมให้เหมาะสมและถูกต้อง”

“ผู้ป่วยได้มีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยอื่น ได้ฝึกการสื่อสารที่เหมาะสม”

“ได้ฝึกการปรับตัว และมีทักษะในการอยู่ร่วมกันกับผู้อื่น”

“มีโอกาสดูเรียนรู้พฤติกรรมที่ดีจากผู้ป่วยอื่นและเจ้าหน้าที่”

“ได้รับการส่งเสริมให้กล้าแสดงออก กล้าตัดสินใจได้เพิ่มความมั่นใจ”

“ได้ฝึกทักษะ และฟื้นฟูการใช้ชีวิตประจำวันในบ้านและในสังคม สามารถปรับใช้ในชีวิตประจำวัน เมื่อกลับไปอยู่บ้าน และสามารถใช้ชีวิตได้เข้ากับบริบทชีวิตในสังคมที่บ้านได้”

5.4 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. โปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมครั้งนี้ ยึดแนวความคิดการฝึกทักษะทางสังคม การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (PL) ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2544) และแนวคิดของทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรมของ B.F.Skinner (1953 อ้างใน สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2556) ดังนั้นพยาบาลวิชาชีพที่เข้าใจหลักการเหล่านี้ สามารถนำโปรแกรมนี้ไปใช้ได้โดยง่าย

2. โปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมแก่ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังครั้งนี้ มีการให้เอกสารใบความรู้เรื่องการใช้ยาทางจิตเวช และทักษะต่างๆแก่ญาติร่วมด้วย เพื่อช่วยกระตุ้นพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภทขณะอยู่ที่บ้าน ดังนั้นควรมีการให้ความรู้แก่ญาติหรือมีเอกสารให้ญาติ เพื่อนำกลับไปใช้กระตุ้นผู้ป่วยที่บ้าน

3. หลังการฝึกทักษะทางสังคมแต่ละครั้ง บุคลากรทุกคนภายในหอผู้ป่วย ควรมีส่วนร่วมในการกระตุ้นพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภทอย่างต่อเนื่อง มีการให้คำชมเชย ประทับมือ และให้ข้อมูลย้อนกลับเพื่อให้ผู้ป่วยปรับปรุงตนเอง

5.5 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การวิจัยครั้งนี้วัดผลก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ และติดตามผล 2 เดือน จึงควรมีการวิจัยติดตามผลการคงอยู่ของความสามารถด้านทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในระยะยาว 6 เดือน 9 เดือน และ 1 ปี

2. โปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมครั้งต่อไป ควรเชิญญาติเข้ามาเป็นตัวแปรหนึ่งของการศึกษาด้วย เพราะพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับการฝึกทักษะฯ จะคงอยู่นานต้องอาศัยการมีส่วนร่วมจากญาติด้วย

3. โปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมครั้งนี้ มีการวัดผลลัพธ์ทางคลินิกคือ อาการด้านลบ และการกลับมารักษาซ้ำ จึงควรวัดผลลัพธ์ทางคลินิกอื่นร่วมด้วยเช่น อาการทางจิต หรือวัดอาการด้านลบเฉพาะด้านคือภาวะสิ้นความยินดี (Anhedonia) หรือขาดความสุข ซึ่งพบได้มาก 3 ใน 4 ของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการด้านลบ

เอกสารอ้างอิง

- กนกรัตน์ ชัยนุ, กิตติยา ทองสุข, มิ่งขวัญ ภูหงษ์ทอง. ปัจจัยที่มีผลต่ออาการกำเริบซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง อำเภอ บ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น [Factor associated to recurrent symptoms in chronic schizophrenia patients at BAN PHAI DISTRICT, KHON KAEN province]. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ขอนแก่น. 2562;1:15-24. Thai.
- กนกวรรณ ลีศรีเจริญ. โรคจิตเภทและโรคจิตชนิดอื่น [Schizophrenia spectrum and other psychotic disorders]. ใน: นันทวัช สิริธิรักษ์, กมลเนตร วรรณเสวก, กมลพร วรรณฤทธิ์, ปณต ผู้กฤตยาคามิ, สุพร อนันันทเวช, พนม เกตุมาน. บรรณาธิการ. จิตเวชศิริราช DSM-5. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ประยูรสาส์นไทยการพิมพ์; 2558. หน้า 365-72. Thai.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือฝึกอบรมแบบมีส่วนร่วม [Cooperative training manual]. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: วงศ์กมลโปรดักชั่น. 2544. Thai.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2558 [Annual Report Department of Mental Health Fiscal Year 2015]. กรุงเทพฯ: งานพิมพ์. 2558. Thai.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. คลังข้อมูลการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข [Medical and Health Archives Ministry of Health]. [อินเทอร์เน็ต]. 2563. สืบค้นเมื่อวันที่ 19 สิงหาคม 2564.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. ระบบศูนย์กลางการให้บริการผู้ป่วยจิตเวชของประเทศไทย [Center for providing services to psychiatric patients in Thailand]. [อินเทอร์เน็ต]. 2563. สืบค้นเมื่อวันที่ 19 สิงหาคม 2564.
- กาญจนา บุญมงคล พิมพ์ชนก หาคำ กมลทิพย์ สงวนรัมย์. ผลการดูแลแบบการจัดการรายกรณีต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทยุ่งยากซับซ้อน [Effects of case management for medication adherence in complicated schizophrenia patients]. มปป; 2562. Thai.
- กิตตกวี โพธิ์โน. ความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาลและอัตราการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์ ประเทศไทย [Association of length of stay and readmission rate among schizophrenic patients in NAKHON PHANOM PSYCHIATRIC HOSPITAL, THAILAND] [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2552. Thai.
- เกียรติภูมิ วงศ์จิต, พัทธ์พัช พล บุญยมาลิก, สุพัฒน์ สุขสว่าง, ศิริลักษณ์ สว่างวงศ์สิน. แบบประเมินเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน [Psychiatric patient's rehabilitation screening test]. นนทบุรี: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2550. Thai.
- จรณิต แก้วกังวาล และ ประตูป สิงหิวนานนท์. (2561). บทที่ 4 ขนาดกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยทางคลินิก ใน พรณิ ปิตุสทธิธรรม, ชัยนต พิเชียรสุนทร (บรรณาธิการ). ตำราการวิจัยในคลินิก Textbook of clinical research. พิมพ์ครั้งที่ 4. (หน้า 107-144). กรุงเทพฯ : คณะเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จรรยา ธัญญาดี. การพยาบาลบุคคลที่มีโรคจิตเภท [Nursing care for persons with schizophrenia]. ใน: ยาใจ สิทธิมงคล, พวงเพชร เกสรสมุทร, นพพร ว่องสิริมาศ, อติยา พรชัยเกตุไวยอง บรรณาธิการ. การพยาบาลจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: บริษัทสแกนอาร์ต; 2559. หน้า 293-18. Thai.
- จิรารัตน์ พิมพ์ดีด, เยาวภา ไตรพลกษชาติ, การพัฒนาระบบบริการการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคมในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังชาย หอผู้ป่วยดอนตู ต่อการยกระดับสมรรถภาพและการกลับมารักษาซ้ำ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ [Development of a psychosocial rehabilitation service system in chronic male schizophrenic patients. Don Du Ward To improve performance and readmitted Khon Kaen

- Rajanagarindra Psychiatric Hospital]. ขอนแก่น: เพ็ญพรินตัง; 2551. Thai.
- จิตรรัตน์ พิมพ์ดีด, เยาวภา ไตรพฤษชาติ, สาคร บุบผาเฮ้า, อำไพโรจน์ จันโทริ, บัวเงิน วงษ์คำพันธ์, ญัฐิกา ราชบุตร. ผลการฝึกทักษะด้านสังคมและการสื่อสารต่อพฤติกรรมด้านสังคมและการสื่อสารของผู้ป่วยจิตเภทชาย โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ [Effects of social and communication skills training on social and communication behaviors of male schizophrenic patients jitavej khon kaen rajanagarindra hospital]. ขอนแก่น: เพ็ญพรินตัง; 2552. Thai.
- จิตรรัตน์ พิมพ์ดีด, ญัฐิกา ราชบุตร. เบ้าเรื่อง, สุนละมัย ทาคำใจ. ผลของการฝึกทักษะด้านสังคมและการสื่อสารร่วมกับการใช้เบี้ยอรรถกรของผู้ป่วยจิตเภท [The effects of social and communication skills training with the token economy in schizophrenic patients]. ม.ป.ท; 2560. Thai.
- จิราภรณ์ สรรพวีรวงศ์, ปลดดา เหมโลหะ. โรคจิตเภทกับการบำบัดทางการพยาบาล [Schizophrenia and nursing therapy] ใน: สายฝน เอกวรางกูร, บรรณาธิการ. การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตศาสตร์และศิลป์สู่การปฏิบัติ 1. กรุงเทพฯ: ไทมพรินตัง; 2558. หน้า 191-218. Thai.
- จิรพันธ์ เอิบกมล. การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภท [A Synthesis of research on social skills training programs for schizophrenia] [สารนิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กทมฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2553. Thai.
- จุฬารัตน์ วิระชะรัตน์. โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพสมองสำหรับผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง [Brain rehabilitation program for patients with chronic schizophrenia]. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2555;20: 163-73. Thai.
- จุฬารัตน์ วิระชะรัตน์, รสสุคนธ์ ชมชื่น. การพัฒนาและประเมินผลรูปแบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง [Development of rehabilitation services model for chronic schizophrenic patients]. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2560;25:148-82. Thai.
- ชัญญา คมขำ, รัชนิกร เกิดโชค. ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะต่อการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน [the effect of psychoeducation program focusing on social skill training for schizophrenic patients in community]. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 2556;27:101-12. Thai.
- นภวัลย์ กัมพลาศิริ. การพยาบาลบุคคลที่มีโรคจิตเภท [Nursing care for persons with schizophrenia]. ใน: อัจฉราพร สิริธัญวงศ์, ประภา ยุทธไตร. พวงเพชร เกสรสมุทร, วาริรัตน์ ถาน้อย, บรรณาธิการ. การพยาบาลจิตเวชศาสตร์. กรุงเทพฯ: สายธุรกิจโรงพิมพ์; 2557. หน้า 425-44. Thai.
- นาถนภา วงษ์ศีล, จินตนา ยูนิพันธุ์, สุนิศา สุขตระกูล. การวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่มผู้ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิม [Discriminant analysis of relapse and non-relapse in thai muslim schizophrenic patients]. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 2556;27:87-100. Thai.
- นิถมล เผือกคง, กาญจนา รุ่งแก้ว, ดวงวิกรม พ่วงรอด. ผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทมุสลิม [Effectiveness of discharge planning program on drug adherence of muslim patient with schizophrenia]. ม.ป.ท; 2561. Thai.
- เนาวรัตน์ สุขณะล้ำ. โรคจิตเภทและการพยาบาล [Nursing care for schizophrenia patients]. ใน: ฉวีวรรณ สัตย์ธรรม, แพ จันทรสุข, ศุภกรใจ เจริญสุข, บรรณาธิการ. การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต (ฉบับปรับปรุง) เล่มที่ 2. กรุงเทพฯ: ธนาเพรส; 2556. หน้า 122-35. Thai.
- ประสพชัย พสุนนท์. การประเมินความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมินโดยใช้สถิติแคปปา [Evaluation of Inter-Rater Reliability Using Kappa Statistics]. วารสารวิชาการศิลปศาสตร์ประยุกต์. 2558;2-20. Thai.
- ปัทมา ศิริเวช. การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคม [Psychosocial rehabilitation]. ใน: พิเชฐ อุดมรัตน์, สรยุทธ วาสิกนันนท์, บรรณาธิการ. ตำราโรคจิตเภท. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์; 2552: หน้า 305-16. Thai.

- ผกาพันธ์ วุฒิลักษณ์. การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท: บทบาทและกระบวนการ [Schizophrenia Nursing: Roles and Processes]. พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่: บริษัท ดีไซน์ปริ้นท์ มีเดีย จำกัด; 2562. Thai.
- พิชญนันท์ นามวงษ์, วิญญู ชะนะกุล. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 28 วันในผู้ป่วยโรคจิตเภทของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา [Factors Associated with 28-day Rehospitalization of Patients with Schizophrenia in SOMDET CHAOPRAYA INSTITUTE of PSYCHIATRY]. วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา. 2561;12:1-11. Thai.
- เพียรดี เปี่ยมมงคล. การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต [Psychiatric Nursing and Mental Health]. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: บริษัทธรรมสารจำกัด; 2556. Thai.
- ไพจิตร พุทธรอด. กระบวนการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยจิตเภทโดยญาติและภาคีเครือข่ายในชุมชน [Process of continuing care in schizophrenic patients by their relatives and networking partners in the community]. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2559;24:122-9. Thai.
- รุจโรจน์ แก้วอุไร. หลักการออกแบบบทเรียนคอมพิวเตอร์ช่วยสอนตามแนวคิดของกายเอ [Principles of computer-assisted instruction design based on the concept of Gaye]. [อินเทอร์เน็ต]. 2549. สืบค้นเมื่อวันที่ 25 กรกฎาคม 2564. จาก: www.thai.com/cai.html.
- โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. รายงานผลการปฏิบัติงานประจำปีงบประมาณ 2563 [Annual performance report for the fiscal year 2020]. ขอนแก่น: โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์; 2563. Thai.
- โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชสู่สุขภาพะ: การจ้างงาน สำหรับบุคลากรสาธารณสุข [Guidelines for psychiatric rehabilitation to well-being: Employment for health personnel]. นนทบุรี: พรอสเพอร์สพลัส; 2559. Thai.
- ลิษา เทียงวิริยะ, ผองพรรณ ภาโว, วิมล นุชสวาท. การพัฒนาโปรแกรมการฝึกทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคลของผู้ป่วยโรคจิตเภท [The development of an interpersonal communication skills training program of schizophrenia patients]. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 2557;28:61-73. Thai.
- มานิช หล่อตระกูล. โรคจิตเภทและโรคจิตอื่นๆ [Schizophrenia and other psychosis]. ใน: มานิช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุคนิษฐ์. บรรณาธิการ. จิตเวชศาสตร์รวมาธิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2555. หน้า 124-47. Thai.
- ยุรัชชา ปรีชา และพิเชฐ อุดมรัตน์. อาการและอาการแสดง [Signs and symptoms]. ใน: พิเชฐ อุดมรัตน์, สรยุทธ วาสิกนันท์, บรรณาธิการ. ตำราโรคจิตเภท. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์; 2552. หน้า 77-100. โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. เทคโนโลยีการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลจิตเวช. นนทบุรี: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2550. Thai.
- ศรายุทธ ้วยวุฒิ. การออกแบบการวิจัย รูปแบบการวิจัยและพัฒนา (R&D) และการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) [Research design Research and development (R&D) and operational research model with Participation (PAR)] โครงการฝึกอบรม”สร้างนักวิจัยรุ่นใหม่”(ลูกไก่) รุ่นที่ ๗ สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติร่วมกับมหาวิทยาลัยนเรศวร, ๑๔-๑๘ ม.ค. ๒๕๖๒. [อินเทอร์เน็ต]. 2562 สืบค้นเมื่อวันที่ 11 ธ.ค. 2563 จาก: http://www.research.nu.ac.th/th/signup/sigupAll/http://www.research.nu.ac.th/th/signup/sigupAll/4_3RandD.pdf
- สิรินันท์ ลีทองคำ, เพ็ญพักตร์ อุทิศ. ผลของโปรแกรมการจัดการอาการทางลบด้วยตนเองต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ [The effect of negative symptoms self- management program on functioning of schizophrenic patients with negative symptoms]. วารสารพยาบาลทหารบก.

2561;19:459-66. Thai.

ศิริลักษณ์ ปรมะ. ผลของการฝึกโปรแกรมทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการด้านลบเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการรักษาตามปกติ [Effect of social skill training program on schizophrenia patients with negative symptoms compare with treatment as usual] [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2561. Thai.

สมภาพ เรื่องตระกูล. ตำราจิตเวชศาสตร์ [Psychiatry]. พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์; 2556. Thai.

สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม [Theories and techniques in behavior modification]. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย; 2556. Thai.

สมศรี กิตติพงศ์พิศาล. ศักยภาพการเรียนรู้ของผู้ป่วยจิตเภท [The learning potential of schizophrenic patients]. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2556;20:85-97. Thai.

สินเงิน สุขสมpong, ดุษฎี อุดมอิทธิพงศ์ และ พลภัทร์ โลเสถียรกิจ. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคจิตครั้งแรก [Factors Associated with Relapse in First Episode Psychosis]. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2559;61:331-40. Thai.

สุดาพร สถิตยยุทธการ. การกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง: สถานการณ์และแนวทางการป้องกัน [Relapse in Persons with Chronic Schizophrenia: Situation and Prevention]. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2559;28:1-15. Thai.

สุธิสา ดีเพชร, เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์. ผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการตีตราตนเองของผู้เป็นโรคจิตเภทในชุมชน [Effects of empowerment program applying on self stigmatization of people with schizophrenia in the community]. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 2558;29:123-38. Thai.

สุรพงษ์ คงสัตย์ และ อีรชาติ ธรรมวงศ์, การหาค่าความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม (IOC) [Finding the validity of the questionnaire]. [อินเทอร์เน็ต]. 2551 สืบค้นเมื่อวันที่ 23 ต.ค. 2564 จาก: www.mcu.ac.th.

สุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล. การวินิจฉัยโรคและการวินิจฉัยแยกโรค [Diagnosis and differential diagnosis]. ใน: พิเชฐ อุดมรัตน์, สรยุทธ วาสิกนันทน์, บรรณาธิการ. ตำราโรคจิตเภท. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์; 2552. หน้า101-8. Thai.

เสาวลักษณ์ สุวรรณไมตรี, อนงค์นุช ศาโตรก, ธนเนตร ฉันทลักษณ์วงศ์, ชุริภรณ์ เสี่ยงล้ำ และวีร์ เมฆวิสัย. คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท สำหรับโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ (ฉบับพยาบาล/นักวิชาการสาธารณสุข) [Schizophrenia care manual for hospitals in health districts (nurse /public health scholar edition)] พิมพ์ครั้งที่2, นนทบุรี: วิศทอเรียอิมเมจ; 2560. Thai.

อติญา โพธิ์ศรี. ผลของโปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัวต่ออาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน [Family and community participation in caring of chronic schizophrenia patients: A case study at Ban Tha Muang community Roi Et province] [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2551. Thai.

อรพรรณ ลือบุญวัชชัย. การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช [Mental Health and Psychiatric Nursing]. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: ทวีพริ้นท์ (1991); 2556. Thai.

หงส์ บรรเทงสุข. ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ [Factors predictiing quality of life of schizophrenic patients, out –patient department of PHASRIMAHABODHI PSYCHIATRIC HOSPITAL]. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2545. Thai.

Almerie MQ, Okba Al, Marhi M, Jawoosh M, Alsabbagh M, Matar HE et al. Social skills programmes

- for schizophrenia. *Cochrane Database of Syst Rev* 2015; 9(6): PMID 26059249.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders 4th Text Revision*. Washington, DC: Donnelley & Sons; 2000.
- Barzegar S, Ahadi M, Barzegar Z, Ghahari Sh. The Effectiveness of social skills training on reducing negative symptoms of chronic schizophrenia. *Int J Med Res Health Sci*. 2016; 5(7S):323-7.
- Bellack AS, Mueser KT, Gingerich S, Agresta J. *Social skills training for schizophrenia a step- by- step guide*. 2 nd ed. NewYork: Adivisionof Guilford Publications; 2004.
- Brown J, Mueser KT, Pratt SD. Social skills training for persons with schizophrenia. In: Douglas W. Nangle, Cynthia A. Erdley, Rebecca A, editors. *Social Skill Across the life Span Theory, Assessment, and Intervention* [internet]. Elsevier B.V.; 2020 [cited 2020 Jan 1]. p. 329-342. Available from: <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-817752-5.00017-2>
- Chi MH, Chih YH, Chen KCH, Lee L-T, Tsai HC, Lee IH, et al. The readmission rate and medical cost of patients with schizophrenia after first hospitalization - A 10-year follow-up population-based study. *Research*. 2016;170:184-90.
- Cho JM, Lee K. Effects of motivation interviewing using a group art therapy program on negative symptoms of schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2018;32:878–84.
- Correll CU, Schooler NR. <p>Negative Symptoms in Schizophrenia: A Review and Clinical Guide for Recognition, Assessment, and Treatment</p>. *Neuropsychiatric Disease and Treatment* [Internet]. Informa UK Limited; 2020 [cited 2019 Dec 5]; Feb;21(16):519–34. Available from: <http://dx.doi.org/10.2147/ndt.s225643>
- Corrigan PW, Mueser KT, Bond GR, Drake RE, Solomon PS, editors. *Principle and practice of psychiatric rehabilitation: an empirical approach*. New York: The Guilford press; 2008.
- Elis O, Caponigro JM, Kring AM. Psychosocial treatments for negative symptoms in schizophrenia: Current practices and future directions. *Clinical Psychology Review* [Internet]. Elsevier BV; 2013 [cited 2019 Dec 5]; Dec;33(8):914–28. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2013.07.001>
- Emsley R, Chiliza B, Asmal L, Harvey BH. The nature of relapse in schizophrenia. *BMC Psychiatry* [Internet]. Springer Science and Business Media LLC; 2013 [cited 2019 Dec 5]; Feb 8;13(1): 1-8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-244x-13-50>
- Foussias G, Remington G. Negative Symptoms in Schizophrenia: Evolution and Occam's Razor *Schizophrenia Bulletin* [Internet]. 2010 [cited 2019 Dec 5]; March 36;2:359-69. Available from: <https://doi.org/10.1093/schbul/sbn094>
- Gannon JM, Eack SM. Psychosocial treatment for psychotic disorders: systems of care and empirically supported psychosocial interventions. In: Marcsisin MJ, Rosenstock JB, Gannon JM, editors. *Schizophrenia and related disorders*. USA: Sheridan Book; 2016. p. 247-92.
- Granholm E, Holden JL, Sommerfeld D, Rufener C, Perivoliotis D, Mueser K, et al. Enhancing assertive community treatment with cognitive behavioral social skills training for schizophrenia: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 2015 Sep 30;16:438. PMID: 26424639.

- Granholm E, Harvey PD. Social Skills Training for Negative Symptoms of Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* [Internet]. Oxford University Press (OUP); 2018 [cited 2019 Dec 5]; Jan 5;44(3):472–4. Available from: <http://dx.doi.org/10.1093/schbul/sbx184>
- Gupta S. K. Intention-to-treat concept: A review. *Perspectives in clinical research* [Internet]. 2011 11[cited 2021 Sep 8];2(3):109–12. Available from: <https://doi.org/10.4103/2229-3485.83221>
- Iwata K. Efficacy and application of cognitive rehabilitation: the importance of combining social skills training with cognitive rehabilitation. *Seishin Shinkeigaku Zasshi* [internet]. 2013 [cited 2017 Sep 26];115(4):406-12. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23789323>
- Kang R, Wu Y, Li Z, Jiang J, Gao Q, Yu Y, et al. Effect of community-based social skills training and Tai-Chi exercise on outcomes in patients with chronic schizophrenia: a randomized, one - year study. *Psychopathology*. 2016;49:345-55.
- Koujalgi SR, Patil SR, Nayak RB, Chate SS, Patil NM. Efficacy of social skill training in patient with chronic schizophrenia: an interventional study. *Journal of the Scientific Society*. 2014;4:156-61.
- Kurtz MM, Mueser KT. A meta-analysis of controlled research on social skills training for schizophrenia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2008; 76:491-504.
- Kurtz MM, Mueser KT, Thime WR, Corbera S, Wexler BE. Social skills training and computer-assisted cognitive remediation in schizophrenia. *Schizophr Res*. 2015 Mar;162(1-3):35-41. doi: 10.1016/j.schres.2015.01.020. Epub 2015 Jan 29
- Lavelle M, Healey PGT, McCabe R. Is Nonverbal Communication Disrupted in Interactions Involving Patients With Schizophrenia? *Schizophrenia Bulletin* [Internet]. Oxford University Press (OUP); 2013 Sep 1;39(5):1150–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1093/schbul/sbs091>
- Lieberman RP, Kopelowicz A, Silverstein SM. Psychiatric rehabilitation. In: Kaplan BS, Sadock VA, editors. *Comprehensive text book of psychiatry Vol 2*. 8th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005. p. 3884-930.
- Lindenmayer JP, Khan A. Psychopathology. In: Lieberman JA, Stroup TS, Perkins DO, editors. *Essential of schizophrenia*. USA: American psychiatric publishing; 2012. p. 11-56.
- Malone Cole JA. Schizophrenia and other psychotic disorders. In: Fortinash KM, Holiday Worret PA, editors. *Psychiatric mental health nursing*. 5th ed. ST Louis: Mosby; 2012. p. 259-97.
- Miller AL, McEvoy JP, Jeste DV, Marder SR. Treatment of Chronic Schizophrenia. In: Lieberman JA, Stroup TS, Perkin DO, editors. *Essentials of Schizophrenia*. Washington DC: American psychiatric Publishing; 2012. P. 225-44.
- Millier A, Siegrist K, Amri I, Toumi M, Aballéa S. Social Contacts Reduce Negative Symptoms, Especially Emotional Withdrawal in Patients with Schizophrenia. *Value in Health* [Internet]. Elsevier BV; 2014 [cited 2020 Jan 3]; Nov;17(7):A455. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jval.2014.08.1244>
- Padmavathi N, Lalitha K, Parthasarathy R. Effectiveness of conversational skill training of patients with schizophrenia. *JKIMSU*. 2013;2:42-7.
- Panczak A, Pietkiewicz I. Work activity in the process of recovery an interpretive henomenological

- analysis of the experiences of people with a schizophrenia spectrum diagnosis. *Psychiatr Pol.* 2016;50:805-26.
- Patel KJ, Pinals DA, Breier A. Schizophrenia and other psychoses. In: Tasman A, Kay J, Liberman JA, First MB, Riba MB, editors. *Psychiatry vol1-2*. 4th ed. New York: John Wiley & Sons; 2015. p. 1201-82.
- Perkins DO, Liberman JA. Epidemiology and natural history. In: Lieberman JA, Stroup TS, Perkins DO, editors. *Essential of schizophrenia*. USA: American psychiatric publishing; 2012. p. 1-10.
- Perry K, Antai- Otong D. The client with schizophrenia and other psychotic disorders. In: Antai – Otong D, editor. *Psychiatric nursing biological & behavioral concepts*. 2nd ed. Canada: Delmar; 2008. p. 385-410.
- Pinkham AE, Mueser KT, Penn DL, Glynn SM, Mc Gurk SR, Addington J. Social and functional impairments. In: Lieberman JA, Stroup TS, Perkins DO, editors. *Essential of schizophrenia*. USA: American psychiatric publishing; 2012. p. 93-130.
- Prasad KM. Course, prognosis, and outcome of schizophrenia and related disorders. In: Marcsisin MJ, Rosenstock JB, Gannon JM, editors. *Schizophrenia and related disorders*. USA: Sheridan Book; 2016. p. 111-41.
- Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P, editors. *Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry behavioral sciences / clinical psychiatry*. 11th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Willkins; 2015.
- Siegrist K, Millier A, Amri I, Aballéa S, Toumi M. Association between social contact frequency and negative symptoms, psychosocial functioning and quality of life in patients with schizophrenia. *Psychiatry Research* [internet]. Elsevier BV; 2015 [cited 2020 Jan 1]; Dec; 230(3): 860-6. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.11.039>
- Susan R, Mc Gurk, Mueser KT. Cognition and work functioning. In: Harvey PD, editor. *Cognitive Impairment in Schizophrenia*. Newyork: Cambridge University; 2013. p. 98-109.
- Swartz MS, Frohberg NR, Drake RE, Lauriello J. Psychosocial therapies. In: Lieberman JA, Stroup TS, Perkins DO, editors. *Essential of schizophrenia*. USA: American psychiatric publishing; 2012: p. 207-24.
- Tenhula WN, Bellack AS, Drake RE. Schizophrenia: psychosocial approaches. In: Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P, editors. *Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry vol 1*. 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2009. p. 1556-71.
- Turner DT, McGlanaghy E, Cuijpers P, van der Gaag M, Karyotaki E, MacBeth A. A Meta-Analysis of Social Skills Training and Related Interventions for Psychosis. *Schizophrenia Bulletin* [Internet]. Oxford University Press (OUP); 2017 [cited 2019 Dec 5]; Nov;44(3):475–91. Available from: <http://dx.doi.org/10.1093/schbul/sbx146>

ภาคผนวก

- ก. รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ
- ข. ประวัติผู้วิจัย
- ค. หนังสือรับรองเอกสารที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย
- ง. คู่มือโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม
- จ. แบบประเมินต่างๆ

ภาคผนวก ก. รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. รายนามผู้เชี่ยวชาญ ตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา ความรู้เรื่องการใช้ยาทางจิตเวช

1.1 นายแพทย์ ณสมพล	หาญดี	โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
1.2 อาจารย์ รุ่งอรุณ	โทวันนัง	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
1.3 พว. นุชจรินทร์	บัวละคร	โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
1.4 ภก. อีรพงษ์	ภิรมย์กิจ	โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
1.5 ญญ. แพ่งกาญจน์	สุวรรณอินทร์	โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

2. รายนามผู้เชี่ยวชาญ ตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาฝึกทักษะการดำรงชีวิตในชุมชน เรื่องการจ่ายตลาด และการฝึกทักษะใน 4 สถานการณ์จริง

2.1 พว. สิรินาฏ	รัชฎาภาส	โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์
2.2 อาจารย์ ดร.รัตติก	เหมือนนาตอน	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครธانی
2.3 นางสาวสุนิสา	เจือหนองแขง	โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

3. รายนามผู้เชี่ยวชาญ ประเมินค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างเนื้อหา ความรู้ และทักษะของโปรแกรม แต่ละหัวข้อและวัตถุประสงค์ (IOC)

3.1 อาจารย์ ดร.ภาสินี	โทอินทร์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนขอนแก่น
3.2 อาจารย์ ดร.รัตน์ดาวรรณ	คลังกลาง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนขอนแก่น
3.3 อาจารย์ ดร.เนตรชนก	แก้วจันทา	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ภาคผนวก ข. ประวัติผู้วิจัย

ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยร่วม

1.1 ผู้วิจัย

1. ชื่อ - สกุล (ภาษาไทย) นางสาวจิตรรัตน์ พิมพ์ดีด
ชื่อ - สกุล (ภาษาอังกฤษ) MISS CHIDARAT PIMDEED
2. ตำแหน่งปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการพิเศษ กลุ่มงาน การพยาบาลจิตเวชผู้ป่วยในหญิง
3. สถานที่ทำงาน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ อ.เมือง จ.ขอนแก่น 40000
โทร. (043) 209999 โทรสาร (043) 224722 มือถือ 08-3775-4774 E-Mail jengy2553@hotmail.com

4. หัวหน้าโครงการวิจัย 4 เรื่อง

- 4.1. การพัฒนารูปแบบการจำหน่ายผู้ป่วยโรคจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำที่หอผู้ป่วยหญิงของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น ปีพ.ศ.2542
- 4.2. การพัฒนาระบบงานบริการการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคม ในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังชาย หอผู้ป่วยตอนดู่ต่อการยกระดับสมรรถภาพการฟื้นฟูสมรรถภาพและการกลับมารักษาซ้ำ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ปีพ.ศ.2549
- 4.3 ผลการฝึกทักษะด้านสังคมและการสื่อสาร ต่อพฤติกรรมด้านสังคมและการสื่อสารของผู้ป่วยจิตเภทชาย โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ปีพ.ศ.2552
- 4.4 ผลของการฝึกทักษะด้านสังคมและการสื่อสาร ร่วมกับการใช้เบี้ยอรรถกรของผู้ป่วยจิตเภท ปีพ.ศ.2560
เผยแพร่ลง วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย ปีที่ 28 ฉบับที่ 3 (ก.ค.-ก.ย. 2563)

5. ผู้ร่วมวิจัย 10 เรื่อง

- 5.1 การศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองโรคจิต (2538)
- 5.2 การศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองโรคจิตและความซุกซนของโรคจิตในชุมชนบ้านดง ต.โคกสำราญ อ.บ้านไผ่ จ.ขอนแก่น (2538)
- 5.3 สุขภาพจิตคนไทย: มุมมองของประชาชนชาวอีสาน (2544)
- 5.4 การสำรวจความคิดเห็นของผู้ป่วยจิตเภทหญิงต่อการประกาศผลประเมินพฤติกรรมในการเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมบำบัด วารสารคณะพยาบาลมหาวิทยาลัยขอนแก่น ปีที่ 25 ฉบับที่ 2 - 3 พ.ศ. 2545
- 5.5 การพาผู้ป่วยจิตเวชเข้าร่วมกิจกรรมสังคมภายนอกโรงพยาบาล วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ปีที่ 47 ฉบับที่ 1 (ม.ค.-มี.ค. 2545)
- 5.6 การพัฒนารูปแบบการช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชที่กลับมารับการรักษาตามนัดโดยใช้กระบวนการกลุ่ม วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ปีที่ 17 ฉบับที่ 2 (ก.ค.-ธ.ค. 2546)
- 5.7 รูปแบบ/กิจกรรมการพัฒนาศักยภาพผู้ป่วยจิตเวชในระดับชุมชน (2550)
- 5.8 แบบประเมินเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน (2550)
- 5.9 การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพื่อป้องกันการกลับมารักษาแบบผู้ป่วยในซ้ำ (2554)
- 5.10 การสำรวจระดับความวิตกกังวลของสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติปี 2556: ความซุกซนและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับ
สภาวะการฆ่าตัวตาย Thai national mental health survey 2013 : Prevalence and Factors related to the suicidality

1.2 ผู้ช่วยวิจัยร่วม

1. ชื่อ - สกุล (ภาษาไทย) นางณัฏฐาภรณ์ เบ้าเรือง
ชื่อ - สกุล (ภาษาอังกฤษ) Mrs. NUTTAPORN BAOURAENG
2. ตำแหน่งปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ กลุ่มงาน การพยาบาลจิตเวชผู้ป่วยในชาย
3. สถานที่ทำงาน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ อ.เมือง จ.ขอนแก่น 40000
โทร. (043) 209999 โทรสาร (043) 224722
4. ผู้ร่วมวิจัย 1 เรื่อง
- 4.1 ผลของการฝึกทักษะด้านสังคมและการสื่อสาร ร่วมกับการใช้เป็ยอรรถกรของผู้ป่วยจิตเภท วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย ปีที่ 28 ฉบับที่ 3 (ก.ค.-ก.ย. 2563)

1.2 ผู้ช่วยวิจัยร่วม

1. ชื่อ - สกุล (ภาษาไทย) นางสุนละมัย ทาคำใจ
ชื่อ - สกุล (ภาษาอังกฤษ) Mrs. SUNLAMAI TAKUMJAI
2. ตำแหน่งปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ กลุ่มงาน การพยาบาลจิตเวชผู้ป่วยในชาย
3. สถานที่ทำงาน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ อ.เมือง จ.ขอนแก่น 40000
โทร. (043) 209999 โทรสาร (043) 224722
4. ผู้ร่วมวิจัย 1 เรื่อง
- 4.1 ผลของการฝึกทักษะด้านสังคมและการสื่อสาร ร่วมกับการใช้เป็ยอรรถกรของผู้ป่วยจิตเภท วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย ปีที่ 28 ฉบับที่ 3 (ก.ค.-ก.ย. 2563)

1.2 ผู้ช่วยวิจัยร่วม

1. ชื่อ - สกุล (ภาษาไทย) นางประกายดาว โฉมโสภาก
ชื่อ - สกุล (ภาษาอังกฤษ) Mrs. PRAKIDAO CHOMSOPA
2. ตำแหน่งปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ กลุ่มงาน การพยาบาลจิตเวชผู้ป่วยในหญิง
3. สถานที่ทำงาน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ อ.เมือง จ.ขอนแก่น 40000
โทร. (043) 209999 โทรสาร (043) 224722
4. ผู้ร่วมวิจัย 1 เรื่อง
- 4.1 การศึกษาอัตราความชุกของการติดเชื้อในโรงพยาบาล และพัฒนาแนวทางในการปฏิบัติด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อของโรงพยาบาลในสังกัดกรมสุขภาพจิต ปีพ.ศ. 2562

1.2 ผู้ช่วยวิจัยร่วม

1. ชื่อ - สกุล (ภาษาไทย) นายพรดุสิต คำมีสินนท์
ชื่อ - สกุล (ภาษาอังกฤษ) Mr. PRORNDUSIT KHUMMEESRINON
2. ตำแหน่งปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ กลุ่มงาน การพยาบาลจิตเวชผู้ป่วยในชาย
3. สถานที่ทำงาน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ อ.เมือง จ.ขอนแก่น 40000
โทร. (043) 209999 โทรสาร (043) 224722
4. ผู้ร่วมวิจัย 4 เรื่อง
- 4.1 การสำรวจระดับความวิตกกังวลของคนไทยระดับชาติปี 2556 : ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับ

สภาวะการณ์ฆ่าตัวตาย Thai national mental health survey 2013 : Prevalence and Factors related to the suicidality

4.2 การพัฒนาระบบการฟื้นฟูสุขภาพของผู้ป่วยจิตเวช รพ.จิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ปีพ.ศ. 2558

4.3 การพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการฟื้นฟูสุขภาพทักษะการงานอาชีพในผู้ป่วยจิตเภท ปีพ.ศ. 2558

4.4 การศึกษาปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องของผู้พยายามฆ่าตัวตายในเขตบริการสุขภาพที่ 7 ปีพ.ศ. 2559

ภาคผนวก ค.
หนังสือรับรองเอกสารที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย



AL 03.1

หนังสือรับรองเอกสารที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย

เลขที่หนังสือรับรอง	DMH.IRB.COA 008/2564	
ชื่อโครงการ	การพัฒนาและประสิทธิผลของโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง The Development and effectiveness of skill training of chronic schizophrenic patients	
รหัสโครงการวิจัย	DMH.IRB 009/2564 BRm_Ful	
ผู้วิจัยหลัก	นางสาวจิรารัตน์ พิมพ์ดีด และคณะ	
สังกัดหน่วยงาน	โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์	
ผู้สนับสนุนทุนวิจัย	-	
ประเภทการทบทวน	การพิจารณาโครงสร้างการวิจัยแบบเต็มชุด	
เอกสารที่รับรอง		
1. แบบเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนฯ	ฉบับวันที่ 1 มีนาคม 2564	
2. โครงสร้างการวิจัย	ฉบับแก้ไขครั้งที่ 1 วันที่ 27 เมษายน 2564	
3. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย / อาสาสมัคร	ฉบับวันที่ 1 มีนาคม 2564	
4. หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย	ฉบับแก้ไขครั้งที่ 1 วันที่ 27 เมษายน 2564	
5. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล	ฉบับวันที่ 1 มีนาคม 2564	
6. ประวัติผู้วิจัย	ฉบับวันที่ 1 มีนาคม 2564	
วันที่รับรอง 20 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2564	วันที่หมดอายุการรับรอง 19 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2565	
กำหนดการส่งรายงานความก้าวหน้าทุก 12 เดือน (ส่งรายงานความก้าวหน้าภายใน 30 วัน ก่อนวันหมดอายุ)		
คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนด้านสุขภาพจิตและจิตเวช กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ดำเนินการให้การรับรองเอกสารที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากลได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP)		
ลงนาม.....  (นายดุสิต ลิขนะพิชิตกุล) ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน ด้านสุขภาพจิตและจิตเวช กรมสุขภาพจิต		
ทั้งนี้ การรับรองมีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)		

ภาคผนวก ง.

คู่มือโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม

หลักการและเหตุผล

การฝึกทักษะทางสังคม (Social Skill training: SST) มีจุดมุ่งหมายเพื่อส่งเสริม พัฒนาทักษะทางสังคมของผู้ป่วยให้สามารถมีชีวิตรอยู่ในชุมชน ซึ่งอาศัยแนวคิดทางพฤติกรรมบำบัด ด้วยวิธีการค่อยๆเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยให้มีความเหมาะสมทีละนิดๆ ควบคู่กับการเสริมแรงทางบวกเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ ร่วมกับแนวคิดพื้นฐานจากทฤษฎีการเรียนรู้และทฤษฎีพุทธิปัญญา โปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมส่วนใหญ่จะเน้นที่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถนำทักษะที่ได้เรียนรู้ไปใช้ในสถานการณ์จริงเมื่อกลับไปอยู่ในชุมชน ดังนั้นเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การฝึกพฤติกรรมโดยใช้วิดีโอ การสาธิตทักษะทางสังคม การแสดงบทบาทสมมติ การฝึกพฤติกรรมซ้ำๆ การให้ข้อเสนอแนะเชิงบวกเพื่อการปรับแก้ไขให้เกิดการเรียนรู้ทักษะ SST ช่วยเพิ่มทักษะทางสังคม ลดอาการด้านลบ และการทำหน้าที่ได้ดีขึ้น ดังนั้น SST จึงถูกเลือกนำมาใช้กับผู้ป่วยจิตเภท เพื่อช่วยทำให้ความบกพร่องด้านสังคมดีขึ้น ซึ่งความบกพร่องด้านสังคม ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทไร้ความสามารถ และไม่ตอบสนองต่อการรักษาผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีอาการทางจิตที่หลงเหลือ เช่น แยกตัว ไม่สนใจดูแลตนเอง การบกพร่องทางพุทธิปัญญารวมถึงข้อจำกัดในทักษะทางสังคม จุดมุ่งหมายคือ การฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อพัฒนาหน้าที่ความสามารถ โดยใช้หลักทฤษฎีการเรียนรู้ในการฝึกผู้ป่วยเรื่องกิจวัตรประจำวัน การทำงาน การพักผ่อน สันทนาการ และการสร้างสัมพันธภาพ เช่น การทักทาย การสนทนามีงานวิจัยจำนวนหนึ่งได้ศึกษาถึงประสิทธิผลของการฝึกทักษะทางสังคม ซึ่งให้ผลลัพธ์ในด้านดีแก่ผู้ป่วยจิตเภท

หลักฐานการวิจัยแบบมหวิเคราะห์จากหลายการศึกษาพบว่า SST มีประสิทธิภาพในการบำบัดอาการด้านลบและอาการทางจิตได้ดีกว่าการบำบัดรักษาตามมาตรฐาน อีกทั้งความยั่งยืนของทักษะยังคงอยู่ภายในหนึ่งปีหลังจากการรักษาสิ้นสุดลงอัตราการกำเริบ และการกลับเข้ารับรักษาซ้ำในกลุ่มที่ได้รับการฝึกทักษะทางสังคมต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ และสภาวะจิตใจของกลุ่มที่ได้รับการฝึกทักษะทางสังคมดีกว่ามีทักษะทางสังคมด้านต่างๆเพิ่มขึ้น มีอาการทางจิตลดลง มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง อีกทั้งคุณภาพชีวิตดีขึ้น ส่วนการวิจัยถึงประสิทธิผลของการฝึกทักษะทางสังคมพบว่ามีผลต่อการลดอาการด้านลบ

ดังนั้นจึงได้พัฒนาคู่มือโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมขึ้น โดยผ่านกระบวนการวิจัย เพื่อความมีคุณค่าของคู่มือ ก่อนนำมาใช้จริงกับผู้ป่วยจิตเภทต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาคู่มือโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม
2. เพื่อฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภท
3. เพื่อเป็นแนวทางสำหรับผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวในการฝึกทักษะทางสังคม
4. เพื่อเป็นเครื่องมือสำหรับบุคลากรทางจิตเวช ในการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคมโดยการทำกลุ่มกิจกรรมบำบัดกับผู้ป่วยจิตเภท

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้โปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ที่เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน สามารถนำลงสู่การปฏิบัติได้จริง โดยผ่านการตรวจสอบทางการวิจัยซึ่งมีผลต่อการลดอาการด้านลบของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง
2. พยาบาลจิตเวชทุกระดับ หลังได้รับการฝึกโปรแกรมนี้อ สามารถดำเนินการทำกลุ่มบำบัดกับผู้ป่วยจิตเวชได้ และพยาบาลจิตเวชได้พัฒนาตนเองตามโปรแกรมที่พัฒนาใหม่
3. ผู้ป่วยสามารถนำทักษะทางสังคมที่ได้รับการฝึกกลับไปใช้ในชุมชนได้
4. ผู้ป่วยสามารถอยู่กับครอบครัวและชุมชนได้นาน ไม่กลับมารักษาซ้ำเร็ว
5. สามารถพัฒนาต่อยอดการวิจัย เพื่อการมีทางเลือกการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคมต่อไป

ลักษณะของคู่มือและการบริหารจัดการ

ลักษณะของคู่มือ

การจัดทำโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมโดยยึดหลักการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมซึ่งยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และแนวคิดของทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรมของ B.F.Skinner (1953 อ้างใน สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2556) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. หลักการสำคัญของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (participatory learning: PL)

การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมประกอบด้วยการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ และการเรียนรู้ด้วยกระบวนการกลุ่มดังรายละเอียดต่อไปนี้

1) การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (experiential learning) เป็นการเรียนรู้ที่ผู้สอนมุ่งเน้นให้ผู้เรียนสร้างความรู้จากประสบการณ์เดิม มีลักษณะสำคัญ 5 ประการ ดังนี้

1. เป็นการเรียนรู้ที่อาศัยประสบการณ์ของผู้เรียน
2. ทำให้เกิดการเรียนรู้ใหม่ๆ ที่ท้าทายอย่างต่อเนื่อง และเป็นการเรียนรู้เชิงรุก (active learning) คือ ผู้เรียนต้องทำกิจกรรมตลอดเวลา ไม่ได้นั่งฟังการบรรยายอย่างเดียว
3. มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เรียนด้วยกันเอง และระหว่างผู้เรียนกับผู้สอน
4. ปฏิสัมพันธ์ที่มีทำให้เกิดการขยายตัวของเครือข่ายความรู้ที่ทุกคนมีอยู่ออกไปอย่างกว้างขวาง
5. อาศัยการสื่อสารทุกรูปแบบ เช่น การพูด หรือการเขียน การวาดรูป การแสดงบทบาทสมมติ ซึ่งเอื้ออำนวยให้เกิดการแลกเปลี่ยน การวิเคราะห์ และสังเคราะห์การเรียนรู้

องค์ประกอบของการเรียนรู้เชิงประสบการณ์

Kolb (1984 อ้างถึงใน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2544) ได้กล่าวถึง วงจรการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ ผู้เรียนควรมีทักษะการเรียนรู้ ทั้ง 4 องค์ประกอบ ดังนี้

ประสบการณ์ (experience)

การสะท้อน/อภิปราย (reflection/discussion)

การทดลอง/ประยุกต์แนวคิด (experimentation/application)

ความคิดรวบยอด (concept)

1. ประสบการณ์ (experience) องค์ประกอบที่เป็นประสบการณ์นี้ ผู้สอนจะพยายามกระตุ้นให้ผู้เรียนได้ตั้งประสบการณ์ของตนเองออกมาใช้ในการเรียนรู้ และสามารถแบ่งปันประสบการณ์ของตนเองที่มีให้แก่เพื่อนๆ ในการฝึกอบรมเนื้อหาที่ใช้ในการให้ความรู้ หรือนำไปสู่การสอนทักษะต่างๆ ส่วนใหญ่จะเป็นเรื่องที่ผู้เรียนมีประสบการณ์มาก่อนแล้ว การที่ผู้สอนพยายามให้ผู้เรียนได้ตั้งประสบการณ์มาใช้จะทำให้เกิดประโยชน์ทั้งผู้สอน และผู้เรียน ดังนี้

ผู้เรียน การที่ผู้เรียนได้ตั้งประสบการณ์ของตนเองออกมานำเสนอร่วมกับเพื่อนๆ จะทำให้ผู้เรียนรู้สึกตัวตัวเองได้มีส่วนร่วมในฐานะสมาชิกคนหนึ่ง มีความสำคัญที่มีคนฟังเรื่องราวของตนเอง และได้มีโอกาสรับรู้เรื่องของคนอื่น ซึ่งจะทำให้มีความรู้เพิ่มขึ้น ผู้สอนไม่ต้องเสียเวลาในการอธิบาย หรือยกตัวอย่างให้ผู้เรียนฟัง ผู้สอนอาจใช้ใบชี้แจงกำหนดกิจกรรมของผู้เรียนในการนำเสนอประสบการณ์ ในกรณีที่ผู้เรียนไม่มีประสบการณ์ในเรื่องที่จะสอนหรือมีน้อย ผู้สอนอาจจะยกกรณีตัวอย่าง หรือสถานการณ์ก็ได้

2. การสะท้อน และอภิปราย (reflection and discussion) เป็นองค์ประกอบสำคัญที่ผู้เรียนจะได้แสดงความคิดเห็น และความรู้สึกของตนเองแลกเปลี่ยนกับสมาชิกในกลุ่ม การที่ผู้เรียนจะอภิปราย หรือแสดงความคิดเห็นได้มากน้อยแค่ไหน เป็นไปตามเนื้อหาที่จะสอนหรือไม่นั้น ขึ้นอยู่กับใบงานที่ผู้สอนจัดเตรียม ซึ่งประกอบไปด้วยประเด็นอภิปราย หรือตารางการวิเคราะห์เพื่อให้ผู้เรียนทำได้สำเร็จ ผู้เรียนจะได้เรียนรู้ถึงความคิด ความรู้สึกของคนอื่นที่ต่างไปจากตนเองจะช่วยให้เกิดการเรียนรู้ที่กว้างขวางขึ้น และผลของการสะท้อนความคิดเห็น หรือการอภิปรายจะทำให้ได้ข้อสรุปที่หลากหลาย หรือมีน้ำหนักมากยิ่งขึ้น ในเรื่องที่อภิปราย

3. ความคิดรวบยอด (concept) ความคิดรวบยอดนี้จะส่งผลไปถึงการเปลี่ยนแปลงเจตคติ หรือความเข้าใจในเนื้อหาขั้นตอนของการฝึกทักษะต่างๆ ที่ช่วยให้ผู้เรียนปฏิบัติได้ง่ายขึ้น เป็นองค์ประกอบที่ผู้เรียนได้เรียนรู้เกี่ยวกับเนื้อหาวิชา หรือเป็นการพัฒนาด้านพุทธิพิสัย (knowledge) เกิดได้หลายทาง เช่นผู้สอนอาจจะสรุปความคิดรวบยอดให้จากการอภิปราย และการนำเสนอของผู้เรียนแต่ละกลุ่ม ผู้เรียนจะเข้าใจและเกิดความคิดรวบยอด จากการบรรยายของผู้สอน การมอบหมายงานให้อ่านจากเอกสาร ตำรา หรือได้จากการสะท้อนความคิดเห็น และอภิปรายในองค์ประกอบที่ 2

4. การทดลอง/การประยุกต์แนวคิด (experimentation / application) เป็นองค์ประกอบที่ผู้เรียนได้ทดลองใช้ความคิดรวบยอดหรือผลิตชิ้นความคิดรวบยอดในรูปแบบต่างๆ เช่น การสนทนา สร้างคำขวัญ ทำแผนภูมิ เล่นบทบาทสมมุติ ฯลฯ ซึ่งถ้าพิจารณาให้ดีจะเห็นว่า เป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่ผู้สอนจะได้เปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้รู้จักการประยุกต์ใช้ความรู้ ไม่ใช่เรียนแค่รู้ แต่ควรนำไปใช้ได้จริง

2) การเรียนรู้ด้วยกระบวนการกลุ่ม (group process)

การเรียนรู้ด้วยกระบวนการกลุ่ม (group process) เป็นการเรียนรู้พื้นฐานที่สำคัญอีกอย่างหนึ่ง ซึ่งเมื่อประกอบไปกับการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (experiential learning) กระบวนการกลุ่มจะช่วยให้ผู้เรียนได้มีส่วนร่วมสูงสุด และทำให้บรรลุงานสูงสุด ผู้เรียนทุกคนควรมีส่วนร่วมในทุกกิจกรรมของแต่ละองค์ประกอบ ฉะนั้นผู้สอนจึงต้องพิจารณาตามจำนวนผู้เรียน การมีส่วนร่วมสูงสุด (maximum participation) ของผู้เรียนขึ้นอยู่กับกรอบการออกแบบกลุ่ม ซึ่งมีตั้งแต่กลุ่มเล็กสุด คือ 2 คน จนกระทั่งกลุ่มใหญ่ กลุ่มแต่ละประเภทมีข้อดี และข้อจำกัดต่างกัน

การบรรลุงานสูงสุด (maximum performance) การออกแบบงาน ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ผู้สอนจะต้องจัดทำเป็นใบงานที่กำหนดให้กลุ่ม หรือผู้เรียนทำกิจกรรมให้บรรลุตามวัตถุประสงค์การเรียนรู้ในแผนการสอน สิ่งเหล่านี้เป็นหัวใจสำคัญของการบรรลุงานสูงสุด

สรุปได้ว่า การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมประกอบด้วยการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ และการเรียนรู้ด้วยกระบวนการกลุ่ม เป็นรูปแบบการเรียนการสอนที่มีประสิทธิภาพในการพัฒนาผู้เรียนทั้งด้านความรู้ ทักษะ และทัศนคติได้ดีที่สุด เพราะผู้เรียนทุกคนมีประสบการณ์ จึงสามารถทำให้เกิดประโยชน์สูงสุด หรือแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน และช่วยกันทำในสิ่งที่ยาก หรือไม่เคยทำมาก่อนด้วยความมั่นใจ

2. ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม

1) แนวคิดของทฤษฎีการวางเงื่อนไขแบบการกระทำ (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2556)

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

ที่ทำให้พฤติกรรมที่บุคคลกระทำอยู่นั้นมีอัตราการกระทำเพิ่มมากขึ้นและผลกรรมที่เป็นตัวลงโทษ (Punisher) ที่ทำให้พฤติกรรมที่บุคคลกระทำนั้นยุติลง

การเสริมแรง (Reinforcement)

การเสริมแรง คือ การทำให้ความถี่ของพฤติกรรมเพิ่มขึ้น อันเป็นผลเนื่องมาจากผลกรรมที่ตามหลังพฤติกรรมนั้น ผลกรรมที่ทำให้พฤติกรรมมีความถี่เพิ่มขึ้นเรียกว่าตัวเสริมแรง (Skinner, 1971) ตัวเสริมแรงที่ใช้กันอยู่นั้นสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ชนิดด้วยกันคือ

1. **ตัวเสริมแรงปฐมภูมิ (Primary Reinforcer)** เป็นตัวเสริมแรงที่มีคุณสมบัติด้วยตัวของมันเอง เนื่องจากสามารถตอบสนองความต้องการทางชีวภาพของอินทรีย์ได้ หรือมีผลต่ออินทรีย์โดยตรง เช่น อาหาร น้ำ อากาศ ความร้อน ความหนาว ความเจ็บปวด เป็นต้น ในการศึกษาใช้การให้อาหารตามความปรารถนาของกลุ่มทดลอง

2. **ตัวเสริมแรงทุติยภูมิ (Secondary Reinforcer)** เป็นตัวเสริมแรงที่ต้องผ่านกระบวนการพัฒนาคุณสมบัติของการเป็นตัวเสริมแรง โดยการนำไปสัมพันธ์กับตัวเสริมแรงปฐมภูมิ เช่น คำชมเชย เงิน หรือตำแหน่งหน้าที่ เป็นต้น ในการศึกษาใช้การให้คำชมเชย และการปรบมือ โดยประกาศให้กลุ่มทดลองทราบก่อนเริ่มฝึกทักษะทางสังคม อีกทั้งมีการให้เบี้ยอรรถกรแลกเป็นเงินมูลค่า 5 บาท ด้วย

2) การจัดการเงื่อนไขผลกรรม (Contingency Management) (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2556)

แนวคิดพื้นฐาน

การจัดการเงื่อนไขผลกรรมนั้น พัฒนามาจากแนวคิดของทฤษฎีการเรียนรู้การวางเงื่อนไขแบบการกระทำของ B.F Skinner Skinner (1953) มีความเชื่อว่าพฤติกรรมของบุคคลจะเพิ่มขึ้นหรือลดลงเป็นผลเนื่องมาจากผลกรรมของพฤติกรรมนั้น ถ้าพฤติกรรมใดได้รับผลกรรมที่เป็นตัวเสริมแรงทางบวกพฤติกรรมนั้น ก็จะมีแนวโน้มที่จะเกิดขึ้นอีกในอนาคต ในทางกลับกันถ้าพฤติกรรมใดได้รับผลกรรมที่เป็นตัวลงโทษ พฤติกรรมนั้นก็จะลดลงหรือยุติในอนาคต

ประเภทของตัวเสริมแรง

สิ่งที่มีศักยภาพเป็นตัวเสริมแรงได้นั้น อาจแบ่งออกได้เป็น 5 ประเภท

1. **ตัวเสริมแรงที่เป็นสิ่งของ (Material Reinforcers)** เป็นตัวเสริมแรงที่กล่าวได้ว่ามีประสิทธิภาพกับเด็กมากที่สุด เนื่องจากเป็นตัวเสริมแรงที่ประกอบด้วยอาหาร ของที่เสพได้และสิ่งของต่างๆ เช่น ขนม บุหรี่ เหล้า ของเล่น เสื้อผ้า น้ำหอม รถยนต์ เป็นต้น ในกรณีของวัยรุ่นหรือผู้ใหญ่ก็ใช้ได้ผลในบางกรณีเช่นกัน เช่น กรณีที่ซื้อของขวัญให้คู่รักบ่อยๆ หรือการที่บริษัทต่างๆ ให้รางวัลพนักงานของตนที่ทำงานได้ดี เป็นต้น

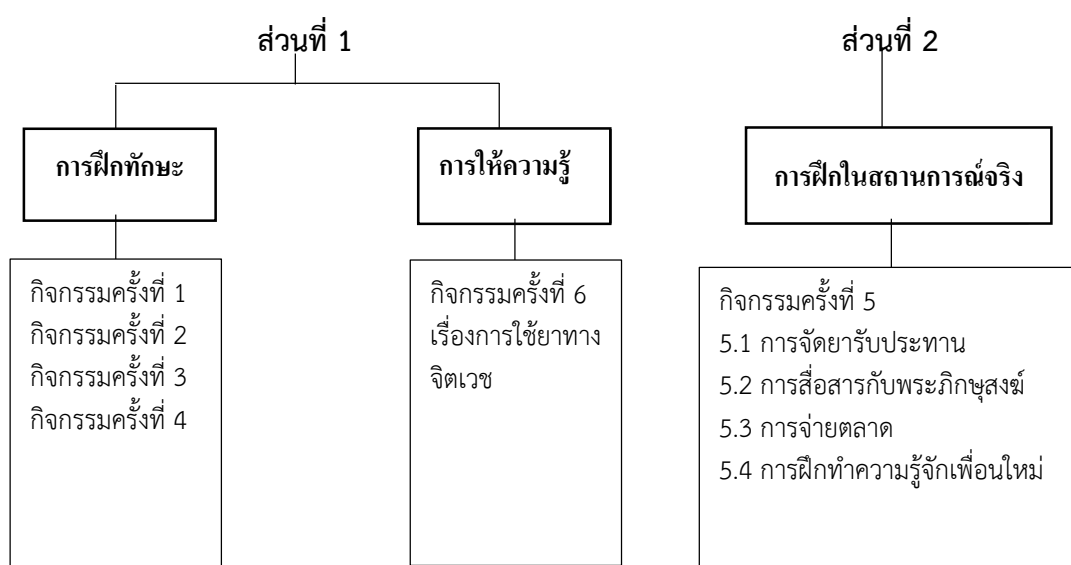
2. **ตัวเสริมแรงทางสังคม (Social Reinforcers)** แบ่งออกได้เป็น 2 ลักษณะคือ เป็นคำพูดและเป็นการแสดงออกทางท่าทางได้แก่ การชมเชย การยกย่อง การยิ้ม การเข้าใกล้ หรือการแตะตัว เป็นต้น ในชีวิตประจำวันของคนเรานั้นก็มีการให้และการระงับการให้ตัวเสริมแรงทางสังคมกันอยู่ตลอดเวลา อย่างเช่น แม่กอดลูกเมื่อลูกแสดงพฤติกรรมที่ตนพอใจ หรือการที่ครูไม่ให้ความสนใจต่อการที่นักเรียนได้เถียง เป็นต้น

3. **ตัวเสริมแรงที่เป็นกิจกรรม (Activity Reinforcers)** ตัวเสริมแรงในลักษณะนี้บางครั้งรู้จักกันในชื่อของหลักการของฟรีแม็ค (Premack Principle) ซึ่งกล่าวไว้ว่า กิจกรรมหรือพฤติกรรมที่มีความถี่สูง สามารถนำมาใช้เสริมแรงกิจกรรมหรือพฤติกรรมที่มีความถี่ต่ำได้ เช่น การดูทีวีอาจจะใช้เป็นตัวเสริมแรงการทำการบ้านของเด็กได้ เป็นต้น

4. **ตัวเสริมแรงที่เป็นเบี้ยอรรถกร (Token Reinforcers)** เบี้ยอรรถกรนั้นเป็นตัวเสริมแรงที่จะมีคุณค่าของการเป็นตัวเสริมแรงได้ ต่อเมื่อสามารถนำไปแลกเป็นตัวเสริมแรงอื่นๆได้ ตัวเสริมแรงที่นำไปแลกได้นั้นเรียกว่า ตัวเสริมแรงสนับสนุน (back-up Reinforcer) เบี้ยอรรถกรจะมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ถ้าสามารถนำไปแลกตัวเสริมแรงอื่นๆได้มากกว่า 1 ตัวขึ้นไป เบี้ยอรรถกรนั้นมักจะอยู่ในรูปของ เงิน เบี้ย แด้ม ดาว แสตมป์หรือคูปอง เป็นต้น ในปัจจุบันนี้จะเห็นได้ว่าเบี้ยอรรถกรนั้นจัดได้ว่าเป็นตัวเสริมแรงที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด ในการปรับพฤติกรรมของบุคคล ในการศึกษาเลือกเบี้ยอรรถกรเป็นเบี้ยมีมูลค่าเป็นเงิน 5 บาท

5. ตัวเสริมแรงภายใน (Covert Reinforcers) ตัวเสริมแรงภายในนี้ครอบคลุมถึงความคิด ความรู้สึกต่างๆ เช่น ความพึงพอใจ ความสุข หรือความภาคภูมิใจ เป็นต้น บุคคลหลายคนแสดงพฤติกรรมบางอย่าง เมื่อแสดงแล้วไม่เห็นจะได้รับผลตอบแทน แต่บุคคลกระทำไปเพราะเกิดความรู้สึกเป็นสุขใจที่ได้ทำ เช่น การทำบุญ หรือการให้เงินแก่ออนทาน เป็นต้น

ลักษณะของคู่มือ ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง และพัฒนาเพิ่มเนื้อหา แบ่งออกแบบเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 การฝึกทักษะทางสังคมในห้องกิจกรรมกลุ่ม ประกอบด้วย 1) การฝึกทักษะ 2) การให้ความรู้ และส่วนที่ 2 การฝึกทักษะทางสังคมในสถานการณ์จริง เพื่อให้โครงสร้างคู่มือโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม มีความชัดเจน และเข้าใจง่าย จึงได้นำเสนอเป็นแผนภาพ ดังต่อไปนี้



แผนภาพ แสดงโครงสร้างคู่มือโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม

ส่วนที่ 1 การฝึกทักษะทางสังคมในห้องกิจกรรมกลุ่ม

1) การฝึกทักษะ

กิจกรรมครั้งที่ 1 เรื่อง การสื่อสารที่เหมาะสม เนื้อหากิจกรรม ประกอบด้วย

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

กิจกรรมครั้งที่ 2 เรื่อง การพูด การฟัง ที่เหมาะสม เนื้อหากิจกรรม ประกอบด้วย

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

กิจกรรมครั้งที่ 3 เรื่อง การจ่ายตลาด เนื้อหากิจกรรม ประกอบด้วย

- 3.1 การใช้ธนบัตรและเหรียญ
- 3.2 การจ่ายเงินและรับเงินทอน
- 3.3 การซื้อสินค้า

กิจกรรมครั้งที่ 4 ทบทวนเนื้อหากิจกรรมครั้งที่ 1 ถึง กิจกรรมครั้งที่ 3

2) การให้ความรู้

กิจกรรมครั้งที่ 6 เรื่องการใช้ยาทางจิตเวช เนื้อหากิจกรรม ประกอบด้วย

- 6.1 ชนิดของยาทางจิตเวช
- 6.2 วิธีรับประทานยา
- 6.3 ผลข้างเคียงของยาและวิธีแก้ไข
- 6.4 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา
- 6.5 การสังเกตอาการเตือน
- 6.6 ปัจจัยป่วยซ้ำ

ส่วนที่ 2 การฝึกทักษะทางสังคมในสถานการณ์จริง

กิจกรรมครั้งที่ 5 เนื้อหากิจกรรม ประกอบด้วย

- 5.1 การจัดเตรียมรับประทาน
- 5.2 การสื่อสารกับพระภิกษุสงฆ์
- 5.3 การจ่ายตลาด
- 5.4 การฝึกทำความรู้จักเพื่อนใหม่

การบริหารจัดการ

ส่วนที่ 1 การฝึกทักษะทางสังคมในห้องกิจกรรมกลุ่ม ครั้งที่ 1-4 ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง 30 นาที ครั้งที่ 6 ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง

ส่วนที่ 2 การฝึกทักษะทางสังคมในสถานการณ์จริง ครั้งที่ 5 ใช้เวลากิจกรรมละประมาณ 45 นาที ถึง 1 ชั่วโมง

ตารางการฝึกทักษะทางสังคม

วันจันทร์ (เวลา 9.00-10.30 น.)	วันอังคาร (เวลา 9.00-10.30 น.)	วันพุธ (เวลา 9.00-10.30 น.)	วันพฤหัสบดี (เวลา 9.00-10.30 น.)	วันศุกร์ (เวลา 9.00-10.30 น.)
กิจกรรมครั้งที่ 1 เรื่องการสื่อสารที่เหมาะสม	กิจกรรมครั้งที่ 2 เรื่องการพูด การฟัง ที่เหมาะสม	กิจกรรมครั้งที่ 3 เรื่องการจ่ายตลาด	กิจกรรมครั้งที่ 4 ทบทวนการฝึกทักษะ ครั้งที่ 1-3 (13.00-15.00 น.) กิจกรรมครั้งที่ 5 การ ฝึกทักษะทางสังคม ใน 4 สถานการณ์จริง	กิจกรรมครั้งที่ 6 การ ให้ความรู้เรื่องการใช้ ยาทางจิตเวช

ขั้นตอนการฝึกทักษะทางสังคม มี 7 ขั้นตอน (Kaser, 2007: online อ้างในวุฒิชัย ใจนะภา, 2556) คือ

1. การนำเสนอทักษะทางสังคม โดยอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจอย่างชัดเจน (Definition)
2. การแสดงทักษะทางสังคมเป็นตัวอย่างให้ผู้ป่วย โดยลำดับขั้นตอนการปฏิบัติที่ชัดเจน (Modeling)
3. การให้ผู้ผู้ป่วยได้ฝึกแสดงออกทางพฤติกรรมหรือการแสดงบทบาทสมมติเป็นกลุ่มหรือเป็นคู่ เพื่อฝึกฝนการใช้ทักษะ (Rehearse or Role Play)
4. การทบทวนทักษะที่ได้เรียนรู้ผ่านสถานการณ์ที่ผู้นำกลุ่มกำหนดขึ้นหรือสถานการณ์จริงในขณะที่อยู่ที่โรงพยาบาลเพื่อผู้ป่วยจะสามารถนำทักษะที่ได้เรียนรู้ ไปใช้ในสถานการณ์อื่นได้ (Reviewing)
5. การให้ข้อมูลย้อนกลับหรือสะท้อนความคิดเห็นต่อพฤติกรรมของผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยนำทักษะทางสังคมไปใช้ (Feedback)
6. การชี้แนะผู้ป่วยถึงการใช้ทักษะทางสังคมในเวลาที่เหมาะสมหรือย้ำเตือนผู้ป่วยถึงขั้นตอนในการปฏิบัติ (Prompting)
7. การเสริมแรงเมื่อผู้ป่วยมีการใช้ทักษะทางสังคมอย่างเหมาะสมเพื่อจูงใจให้ผู้ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสมอยู่เสมอ (Reinforcing)

ขั้นตอนการฝึกทักษะทางสังคมและการดำเนินการ

ขั้นตอนการฝึกทักษะทางสังคม	การดำเนินการ
1.การนำเสนอทักษะทางสังคม (Definition)	ก่อนการฝึกทักษะทางสังคมเปิดวิดีโอทัศน์ แล็บเสียง และภาพธนบัตรและเหรียญต่างๆ ให้ผู้ป่วยได้เห็นของจริง
2.การเป็นตัวอย่าง (Modeling)	วิดีโอทัศน์ แล็บเสียง และภาพธนบัตรและเหรียญต่างๆ เป็นตัวอย่างเพื่อให้ผู้ป่วยได้เลียนแบบหรือได้ทบทวนประสบการณ์เดิม
3.การฝึกแสดงออกทางพฤติกรรมหรือการแสดงบทบาทสมมติ (Rehearse or Role play)	มีการใช้สื่อต่างๆประกอบการฝึกทักษะทางสังคมเช่น วงล้อชีวิต บัตรคำ และใบกิจกรรม เป็นต้น
4. การทบทวนทักษะที่ได้เรียนรู้หรือสถานการณ์จริงในขณะที่อยู่ที่โรงพยาบาล (Reviewing)	หลังการฝึกทักษะทางสังคมในแต่ละครั้ง ผู้นำกลุ่มได้พูดสรุปทักษะนั้นๆให้ผู้ผู้ป่วยฟังอีกครั้ง รวมทั้งหลังการฝึกทักษะทางสังคมครบทุกกิจกรรม มีชั่วโมงให้ผู้ผู้ป่วยได้ทบทวนการฝึกอีก และให้ผู้ผู้ป่วยได้ฝึกทักษะทางสังคมในสถานการณ์จริง
5.การให้ข้อมูลย้อนกลับหรือสะท้อนความคิดเห็นต่อพฤติกรรมของผู้ป่วย (Feedback)	ผู้นำกลุ่มเปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้ให้ข้อเสนอแนะหลังเพื่อนสมาชิกได้ฝึก และผู้นำกลุ่มได้ให้ข้อเสนอแนะ เพื่อปรับแก้ไขในพฤติกรรมของผู้ป่วย
6.การชี้แนะหรือย้ำเตือนผู้ป่วยถึงขั้นตอนในการปฏิบัติ (Prompting)	ผู้นำกลุ่มมีการย้ำเตือนขั้นตอนการปฏิบัติ และแทรกการประสานสายตาให้เกิดขึ้นทุกกิจกรรมที่ฝึก อีกทั้งการฝึกในสถานการณ์จริง ผู้ป่วยต้องฝึกตามขั้นตอนใบประเมินผล
7.การเสริมแรงเมื่อผู้ป่วยมีการใช้ทักษะทางสังคมอย่างเหมาะสม (Reinforcing)	มีการแจ้งผู้ป่วยให้ทราบถึงการเสริมแรงที่ผู้ป่วยจะได้รับ เพื่อจูงใจการฝึกทักษะทางสังคมของผู้ป่วย เช่นการให้เบี้ยอรรถกร ซึ่งแลกเปลี่ยนเงินได้ เมื่อผู้ป่วยฝึกทักษะในกิจกรรมต่างๆผ่าน รวมทั้งได้รับแรงจูงใจที่ปรารถนา เช่นขนม นมหรือผลไม้ เป็นต้น ตามที่ผู้ป่วยต้องการเมื่อจบการฝึกทักษะ

โปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมนี้ มีขั้นตอนต่างๆเช่นเดียวกับของ Kaser (2007อ้างในวุฒิชัย ใจนะภา, 2556) แต่สามารถสลับลำดับของขั้นตอนได้ ซึ่งขึ้นอยู่กับกรอบแบบแผนการสอนตามหลักการการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (PL) หรือมีการฝึกทักษะในขั้นตอนต่างๆเข้าไปมาได้ ส่วนการเสริมแรงมีแนวทางปฏิบัติดังนี้

แนวทางการให้รางวัล

1. สำรวจแรงจูงใจของผู้ป่วยปรารถนาอยากได้อะไรที่เจ้าหน้าที่สามารถจัดหาให้ได้ โดยไม่ขัดต่อกฎระเบียบและความเสี่ยงต่างๆ
2. ชี้แจงให้ผู้ป่วยเข้าใจ ขณะฝึกทักษะทางสังคม หากผู้ป่วยปฏิบัติตามกิจกรรมและมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์เจ้าหน้าที่ให้รางวัล โดยมีเกณฑ์การให้การเสริมแรง ดังนี้
 - ครั้งที่ 1 ชมเชย + เบี้ยอรรรถร มุลค่า 5 บาท
 - ครั้งที่ 2 ชมเชย + เบี้ยอรรรถร มุลค่า 5 บาท
 - ครั้งที่ 3 ชมเชย + เบี้ยอรรรถร มุลค่า 5 บาท
 - ครั้งที่ 4 ให้แรงจูงใจที่ปรารถนา
3. หลังผ่านการฝึกทักษะทางสังคมครั้งที่ 1-3 ประกาศให้ผู้ป่วยทราบว่าผู้ป่วยรายใดบ้างที่มีพฤติกรรมพึงประสงค์และประกาศการให้รางวัล

ตัวอย่าง หลังฝึกทักษะฯ ครั้งที่ 1 ประกาศให้ผู้ป่วยทราบว่าผู้ป่วยรายใดบ้างที่มีพฤติกรรมพึงประสงค์ก่อนเริ่มฝึกทักษะครั้งที่ 2 โดยการให้คำชมเชย และแจ้งมูลค่าเบี้ยอรรรถรที่ได้

หมายเหตุ การให้การเสริมแรงสามารถปรับเปลี่ยนได้ตามความเหมาะสม

กลุ่มเป้าหมาย

เกณฑ์ในการคัดเลือก

- 1) เป็นผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง มีระยะเวลาการเจ็บป่วยทางจิต 2 ปีขึ้นไป
- 2) แบบประเมินความเสี่ยงทางคลินิก (SAVE) ในหัวข้อแบบประเมินพฤติกรรมรุนแรง (V: Violence) อยู่ในระดับต่ำ-ระดับปานกลาง
- 3) แบบประเมิน BPRS มีค่าคะแนน ≤ 36
- 4) ได้รับการประเมินคะแนนอาการทางลบตามแบบวัดอาการทางลบ NSS มีคะแนนตั้งแต่ 3-13 คะแนน
- 5) ได้รับการประเมินคะแนนทักษะด้านสังคมและการสื่อสารตามแบบประเมิน LSA-30 มีค่าคะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ระดับ 2 (0.51-1.50) ถึงระดับ 4 (2.51-3.50) นั่นคือ มีคะแนนตั้งแต่ 3-17 คะแนน
- 6) ไม่มีปัญหาการได้ยินและไม่มีความบกพร่องทางสติปัญญา

โปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม

โปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมนี้ครอบคลุมถึง ทักษะการสื่อสาร ทักษะการกล้าแสดงออกอย่างเหมาะสม ทักษะการดำรงชีวิตในชุมชน และความรู้เกี่ยวกับการใช้ทางจิตเวช ได้แบ่งออกเป็น การฝึกทักษะ และการให้ความรู้ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

แผนการจัดกิจกรรมทักษะทางสังคม

จุดประสงค์การเรียนรู้

เพื่อให้ผู้ป่วยมีทักษะการพูด การฟัง การแสดงออก และการถ่ายทอด ตลอดจนการฝึกทักษะทางสังคมในสถานการณ์จริง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้

สาระสำคัญ

การพูด ฟัง การแสดงออก และการถ่ายทอด เป็นทักษะทางสังคมที่จำเป็นในการดำเนินชีวิต การฝึกให้ผู้ป่วยรู้จักการสื่อสารกับบุคคลรอบข้าง ฝึกให้มีมารยาท เหมาะสมตามกาลเทศะในการพูด ฟัง และการแสดงออก อีกทั้งฝึกให้รู้จักการถ่ายทอด ซึ่งผู้ป่วยแต่ละคนเคยมีประสบการณ์มาก่อน หลังฝึกทักษะทางสังคมในห้องกิจกรรมกลุ่ม ได้ออกแบบให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสฝึกทักษะทางสังคมในสถานการณ์จริง เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจเมื่อกลับไปใช้ชีวิตในชุมชน จึงเป็นปัจจัยสำคัญที่สนับสนุนให้ผู้ป่วยอยู่ร่วมกับครอบครัว และผู้อื่นได้อย่างราบรื่น

เนื้อหากิจกรรม

การจัดกิจกรรมทักษะทางสังคม แบ่งเนื้อหาของกิจกรรมออกเป็น 2 ส่วน กล่าวคือ 1) การฝึกทักษะทางสังคมในห้องกิจกรรมกลุ่ม มีการจัดกิจกรรม 4 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละประมาณ 1 ชั่วโมง 30 นาที 2) การฝึกทักษะทางสังคมในสถานการณ์จริง มีการจัดกิจกรรม 1 ครั้ง โดยฝึกทักษะใน 4 สถานการณ์ ใช้เวลาสถานการณ์ละประมาณ 45 นาที ถึง 1 ชั่วโมง ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 การฝึกทักษะทางสังคมในห้องกิจกรรมกลุ่ม

ครั้งที่ 1 เรื่อง การสื่อสารที่เหมาะสม เนื้อหา กิจกรรม ประกอบด้วย

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

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม เพื่อให้สมาชิก

1. แสดงออกทางพฤติกรรมในการฝึกการทักทาย การพูดคุยกับคนวัยต่างๆ การสบตา การปฏิเสธ และการขอบคุณ ขอโทษได้ถูกต้อง
2. ฝึกการแสดงบทบาทสมมติในการฝึกการทักทาย การพูดคุยกับคนวัยต่างๆ การสบตา การปฏิเสธ และการขอบคุณ ขอโทษ ได้
3. บอกพฤติกรรมของเพื่อนสมาชิกที่ต้องปรับปรุงได้ ในการฝึกการทักทาย การพูดคุยกับคนวัยต่างๆ การสบตา การปฏิเสธ และการขอบคุณ ขอโทษ

ขั้นตอนกิจกรรม ครั้งที่ 1 ใช้เวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที

องค์ประกอบ/กลุ่ม / เวลา	กิจกรรม	เนื้อหา / สื่อ
ขั้นรู้ชัดเห็นจริง ประสพการณ์ กลุ่มใหญ่ (15 นาที) ความคิดรวบยอด กลุ่มใหญ่ (25 นาที) สะท้อนความคิด / อภิปราย จับคู่/ กลุ่มใหญ่ (35 นาที)	- สาธิตโดยเปิดวีดิทัศน์ ให้สมาชิกได้ชมสถานการณ์ต่างๆ - ผู้นำกลุ่มอธิบายเนื้อหาสำคัญของวีดิทัศน์ (วิธีการ ทักทาย วิธีการพูดคุยโต้ตอบกับผู้ใหญ่/พระภิกษุสงฆ์ วิธีการพูด ปฏิเสธ การพูดขอบคุณ ขอโทษและข้อควรทำ เช่น การสบตา) - แบ่งสมาชิกออกเป็น 2 วง วงนอกและวงใน และจับคู่ให้สมาชิกแต่ละคู่ออกมาหมุนวงล้อ เมื่อตกลสถานการณ์ใดให้ทุกคู่ฝึกปฏิบัติตาม จนครบทุกกิจกรรม และชมเชยเมื่อฝึกผ่าน ผู้นำกลุ่มถามสมาชิกนำไปใช้ประโยชน์ได้หรือไม่อย่างไร	- วีดิทัศน์ - ใบความรู้ที่ 1 - วงล้อชีวิต
ขั้นลงมือกระทำ ประยุกต์แนวคิด จับคู่/ กลุ่มใหญ่ (15 นาที)	- แบ่งสมาชิกเป็นคู่ ให้แต่ละคู่ออกมาแสดงวิธีการ 1) การพูดคุยกับผู้ใหญ่ 2) การพูดคุยกับพระภิกษุสงฆ์ 3) การทักทายวัยเดียวกันหรือต่างวัย 4) การขอบคุณ 5) การขอโทษ 6) การปฏิเสธด้วยคำพูดและ 7) การปฏิเสธด้วยท่าทาง(แสดงทีละคู่ และทุกคู่ฝึกการสบตา) สมาชิกที่เหลือช่วยกันสังเกตและให้ข้อเสนอแนะ โดยผู้นำกลุ่มจะเป็นผู้ปรับแก้ไข และให้คำแนะนำทั้งเรื่องคำพูดและภาษาท่าทาง	

สื่อ / อุปกรณ์ ครั้งที่ 1

- วงล้อกระดาษแข็งที่หมุนได้ ภายในวงล้อมีภาพแสดงสถานการณ์ต่างๆ ที่ใช้เป็นสิ่งเร้า เพื่อกระตุ้นให้เกิดทักษะต่างๆ ดังนี้
 - 1) ภาพคน 2 คน เจอหน้ากันตอนเช้า
 - 2) ภาพคนยื่นขวดเหล้าหรือบุหรี่ให้
 - 3) ภาพคนต่างวัยยืนหันหน้าสนทนากัน
 - 4) ภาพคนวัยเดียวกันหันหน้าสนทนากัน
 - 5) ภาพคนให้ของขวัญเดียวกัน
 - 6) ภาพคนให้ของคนต่างวัย
- วีดิทัศน์แสดงสถานการณ์ต่างๆ ตามเนื้อหาของกิจกรรมครั้งที่ 1
- เครื่องคอมพิวเตอร์

การประเมินผล การมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม สมาชิกสามารถฝึกการแสดงบทบาทสมมติตามที่สาธิตได้ถูกต้องและร่วมแสดงความคิดเห็นบอกพฤติกรรมของเพื่อนสมาชิกในการฝึกทักษะต่างๆได้

เนื้อหาตามวิธีทัศน์ในกิจกรรมครั้งที่ 1

ต่อไปนี้เป็นกรสาริต

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

1. การทักทาย

1.1 การทักทายวัยเดียวกันและผู้อ่อนวัยกว่า กล่าวคำว่า “สวัสดีค่ะ” (ครับ) (สบตา+สวัสดี)
“สบายดีไหม” “ไปไหนมา” “ไม่เห็นหน้าตั้งนาน คิดถึง” “วันนี้สวยจัง” ฯลฯ

1.2 การทักทายผู้ใหญ่ กล่าวคำว่า “สวัสดีครับ (ค่ะ)” และยกมือไหว้ (นิ้วหัวแม่มืออยู่ระดับคาง ก้มศีรษะเล็กน้อย) ผู้ใหญ่ไหว้ตอบ พนมมือระดับอก

2. การฝึกคุยโต้ตอบได้อย่างเหมาะสม

2.1 พูดคุยกับผู้ใหญ่

A : “สวัสดีค่ะพี่.....” (สบตา)

B : “เขินนั่งก่อนจ้ะ” (สบตา)

A : “ขอบคุณค่ะ” (สบตา)

B : “วันนี้มาหาพี่ มีอะไรหรือค่ะ” (สบตา)

A : “หนูผ่านมาทางนี้ก็เลยแวะมาเยี่ยมพี่ ไม่ได้เจอพี่ตั้งนานคิดถึงค่ะ” (สบตา)

B : “พี่สบายดี ขอพบใจนะ” (สบตา)

2.2 พูดคุยกับพระภิกษุสงฆ์

A : “นมัสการพระคุณเจ้า” (สบตา) (พระภิกษุอยู่ในท่านั่งและยืน)

B : “เจริญพรโยมมีอะไรจะคุยกับอาตมา” (สบตา)

A : “ดิฉัน (กระผม) มาเรียนปรึกษาเกี่ยวกับการทำบุญขึ้นบ้านใหม่ค่ะ(ครับ)” (สบตา)

3. การสบตาขณะพูดคุย

3.1 ใช้บทสนทนาการพูดคุยกับผู้ใหญ่ในข้อ 2 แสดงการพูดคุยแบบสบตาและไม่สบตา

3.2 กรณีผู้ป่วยที่มีความบกพร่องในการสบตาอย่างมากให้ฝึกการสบตาตามลำดับ ดังนี้

ขั้นที่ 1 ขณะสนทนาผู้ป่วยเบือนหน้าไปทางอื่นหรือก้มหน้าตลอด กระตุ้นให้ผู้ป่วยเงยหน้าหรือหันหน้ามาทางคู่สนทนา

ขั้นที่ 2 ขั้นนี้เป้าหมายฝึกให้ผู้ผู้ป่วยมองหน้าคู่สนทนาโดยมองระดับจมูก

ขั้นที่ 3 ฝึกให้สบตาทุกครั้งทีพูด ให้มองระดับจมูกของคู่สนทนา

หมายเหตุ การฝึกสบตาให้ฝึกทุกครั้งในทุกกิจกรรม

4. การปฏิเสธด้วยคำพูดและท่าทาง

4.1 วิธีการปฏิเสธด้วยคำพูด

A : “วันนี้เราจะมาชวนนายไปกินเหล้า ไปไหม?”

B : “ขอบคุณมากเพื่อน วันนี้เรานัดกับแม่ไว้”

A : “น่า ไปเถอะเพื่อน เราเลี้ยงเอง นายโทรไปเลื่อนนัดแม่นายก็แล้วกัน”

B : “เรารู้สึกไม่ดี ที่จะผัดนัดกับแม่ เราคงไปกับนายไม่ได้ นายคงไม่โกรธเรานะ”

A : “ไม่เป็นไร ไว้โอกาสหน้า”

กรณีถูกเข้าชี้

A : “วันนี้เราจะมาชวนนายไปกินเหล้า ไปไหม?”

B : “ขอบคุณมากเพื่อน วันนี้เรานัดกับแม่ไว้”

A : “น่า ไปเถอะเพื่อน เราเลี้ยงเอง นายโทรไปเลื่อนนัดแม่นายก็แล้วกัน”

B : “เรารู้สึกไม่ดี ที่จะผัดนัดกับแม่ เราคงไปกับนายไม่ได้ (ส่ายหน้าหรือโบกมือแทนการปฏิเสธ) นายคงไม่โกรธเรานะ”

A : “ยังงั้นนายไปกับเราดีกว่า (ดึงมือ)”

B : “เอาอย่างนี้ นายไปกับเราดีกว่า แม่เราจะารู้จักนายด้วย”

4.2 วิธีการปฏิเสธด้วยท่าทาง

A : “เรามีของดีมาให้ดู”

B : “อะไรล่ะ”

A : “เรามียาบ้า 2 เม็ด เราจะแบ่งให้นายเม็ดหนึ่ง เอาไปแอบสูบในห้องน้ำด้วยกันไหม”

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”

5.1.2 ผู้ใหญ่

“คุณสุใจ แม่คุณฝากของใช้ไว้ให้ค่ะ”

“ขอบคุณครับ (ค่ะ) คุณพยาบาล” (ยกมือไหว้และรับของฝาก)

5.2 การกล่าวขอโทษ ขณะเดินผ่านคนอื่น เท้าสะดุดและเหยียบเท้าคนนั่งอยู่

“ขอโทษค่ะ (ครับ) เจ็บมั๊ยค่ะ (ครับ)”

ใบความรู้ที่ 1 เรื่อง การสื่อสารที่เหมาะสม

1. การทักทาย

1. การทักทายวัยเดียวกันและผู้อ่อนวัยกว่า เป็นการใช้คำพูดง่ายๆในชีวิตประจำวัน 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 มีการโน้มตัวไปข้างหน้าขณะพูดกับผู้ใหญ่เพื่อแสดงถึงการให้เกียรติผู้ใหญ่และการยินหรือนั่งให้เรียบร้อย 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 อาจทำให้คู่สนทนายรู้สึกอึดอัด

4. การปฏิเสธด้วยคำพูดและท่าทาง

1. การปฏิเสธด้วยคำพูด มีวิธีการดังนี้
 - 1.1 ควรเริ่มด้วยการบอกความรู้สึกในการปฏิเสธ ตามด้วยถามความคิดเห็นของคู่สนทนา เช่น “รู้สึกไม่สบายใจ (บอกความรู้สึก) ที่ต้องไปดื่มสุรากับนาย เพราะรับปากกับแม่ไว้แล้วว่าจะทำงานบ้าน ขอไม่ไปกับนายได้ไหม (“ถามความคิดเห็น”)
 - 1.2 กรณีถูกเข้าซื้อ ผู้ปฏิเสธ ควรปฏิเสธด้วยคำพูดและน้ำเสียงที่หนักแน่น และเบนให้คู่สนทนามาทำกิจกรรมร่วม หากยังถูกเข้าซื้ออีก 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 เรื่อง การพูด การฟัง ที่เหมาะสม เนื้อหากิจกรรม ประกอบด้วย

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

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม เพื่อให้สมาชิก

1. แสดงออกทางพฤติกรรมในการฝึกการใช้ระดับเสียงเหมาะสมในการพูดคุย การใช้สรรพนามอย่างเหมาะสม การพูดคำสุภาพ การรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น การรับฟังเรื่องราวผู้อื่นพูดได้อย่างต่อเนื่อง การถามเรื่องที่สนใจหรือสงสัย
2. ฝึกการแสดงบทบาทสมมติการฝึกการใช้ระดับเสียงเหมาะสมในการพูดคุย การใช้สรรพนามอย่างเหมาะสม การพูดคำสุภาพ การรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น การรับฟังเรื่องราวผู้อื่นพูดได้อย่างต่อเนื่อง การถามเรื่องที่สนใจหรือสงสัยได้
3. บอกพฤติกรรมของเพื่อนสมาชิกที่ต้องปรับปรุงได้ ในการฝึกการใช้ระดับเสียงเหมาะสมในการพูดคุย การใช้สรรพนามอย่างเหมาะสม การพูดคำสุภาพ การรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น การรับฟังเรื่องราวผู้อื่นพูดได้อย่างต่อเนื่อง และการถามเรื่องที่สนใจหรือสงสัย

ขั้นตอนกิจกรรม ครั้งที่ 2 ใช้เวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที

องค์ประกอบ/ กลุ่ม / เวลา	กิจกรรม	เนื้อหา / สื่อ
ขั้นรู้ชัดเห็นจริง ประสบการณ์ กลุ่มใหญ่ (10 นาที) ความคิดรวบยอด กลุ่มใหญ่ (15 นาที) สะท้อนความคิด / อภิปราย กลุ่ม 3-6 คน (35 นาที) ความคิดรวบยอด กลุ่มใหญ่ (15 นาที)	- เปิดเทปเสียงให้ฟัง เช่น การใช้สรรพนาม ในกรณี ต่างๆการใช้คำสุภาพ การใช้ระดับเสียงที่เหมาะสม - ผู้นำกลุ่มอธิบายเนื้อหาสำคัญของแถบเสียง - สมาชิกจับบัตรคำ และให้จับกลุ่มตามบัตรคำ กลุ่มที่ 1 แสดงระดับของเสียงในการพูดคุย กลุ่มที่ 2 การใช้ สรรพนาม โดยให้สมาชิกกลุ่มนี้พูดคุยกันในเรื่องอะไร ก็ได้ และมีสรรพนามตามบัตรคำ กลุ่มที่ 3 การรับฟัง ความคิดเห็นของผู้อื่น การฟังอย่างต่อเนื่อง และการ ถามเรื่องที่สนใจหรือสงสัยโดยให้สมาชิกกลุ่มทำตาม บัตรคำ - สมาชิกแต่ละกลุ่มแสดงตามบัตรคำ และหลังจบการ แสดงตามบัตรคำ ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกได้แสดง ความคิดเห็นว่าสิ่งใดดี ไม่ดีอย่างไร - ผู้นำกลุ่มสรุปการพูด การฟังอีกครั้งตามบัตรคำ	- แถบเสียง - ใบความรู้ที่ 2 - บัตรคำ
ขั้นลงมือกระทำ ประยุกต์แนวคิด กลุ่มใหญ่/กลุ่ม 4-5 คน (15 นาที)	- ผู้นำกลุ่มถามสมาชิกว่าสามารถนำไปใช้ในชีวิต ประจำวันได้อย่างไรบ้าง ให้สมาชิกแบ่งกลุ่มช่วยกันวาด ภาพหรือเขียนคติเตือนใจเกี่ยวกับเรื่องที่ฝึก แล้วให้แต่ละ กลุ่มออกมานำเสนอ	- กระดาษ A4 - ปากกา / ดินสอ/ ยางลบ

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 ยางลบ - แถบเสียง

ประเมินผล การมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม สมาชิกสามารถฝึกการแสดงบทบาทสมมติตามที่สาธิตได้ถูกต้องและร่วมแสดงความคิดเห็นบอกพฤติกรรมของเพื่อนสมาชิกในการฝึกทักษะต่างๆได้

เนื้อหาตามแถบเสียงกิจกรรมครั้งที่ 2

บทสนทนาการบันทึกแถบเสียง

ต่อไปนี้เป็นกรรณการสาธิต

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

บทสาธิตนี้ มีคนอยู่ 3 คน ชื่อ A B และ C กรรณการติดตามฟังอย่างตั้งใจจะครับ

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

ลักษณะ B : พูดระดับเสียงเหมาะสม (สุภาพ ใช้สรรพนามสุภาพ เช่น ผม)

ลักษณะ C : พูดเบา รับฟังอย่างต่อเนื่อง

A : “โอ้ยกูอยากกลับบ้าน กูมาอยู่โรงพยาบาลนานแล้ว อยากกลับบ้านไวๆ”

B : “คุณA พูดเบาๆ ก็ได้ครับ” “ผมเองก็คิดถึงบ้าน และอยากกลับบ้านเหมือนกัน” คุณมาอยู่โรงพยาบาลก็เดือนแล้ว”

C : “ ใช้ผมก็อยากกลับบ้านเหมือนกัน” (พูดเบาๆ)

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

B : “ผมก็เหมือนกันมาอยู่โรงพยาบาลเกือบเดือน พ่อ แม่ผมก็ยังไม่ว่างเหมือนกัน แต่อย่างไรผมก็คิดว่าน่าจะรอ คราวนี้คุณไปสร้างวีรกรรมอะไรหรือครับ.....”

C :รับฟัง “อืม....ใช่ๆ ”

A : “หยุด ! หยุดเลย มึงไม่ต้องพูดกันแล้ว กูไม่รอหรอก”

ใบความรู้ที่ 2

เรื่อง การพูด การฟัง ที่เหมาะสม

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

ครั้งที่ 3 เรื่องการจ่ายตลาด เนื้อหากิจกรรม ประกอบด้วย

- 3.1 การใช้ธนบัตรและเหรียญ
- 3.2 การจ่ายเงินและรับเงินทอน
- 3.3 การซื้อสินค้า

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม เพื่อให้สมาชิก

1. บอกมูลค่าของธนบัตรและเหรียญที่ใช้ซื้อสินค้าได้
2. ฝึกการแสดงบทบาทสมมติการใช้ธนบัตร เหรียญ และรับเงินทอนในการซื้อสินค้าได้

ขั้นตอนกิจกรรม ครั้งที่ 3 ใช้เวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที

องค์ประกอบ / กลุ่ม / เวลา	กิจกรรม	เนื้อหา / สื่อ
ขั้นรู้ชัดเห็นจริง ประสบการณ์ กลุ่มใหญ่ (15 นาที) ความคิดรวบยอด กลุ่มใหญ่ (10 นาที) สะท้อนความคิด / อภิปราย กลุ่ม 4-5 คน (30 นาที)	-ผู้นำกลุ่มสุ่มถามสมาชิก 4-5 คน “ใครเคยมีประสบการณ์ในการซื้อสินค้าบ้าง” “ใครบ้างรู้ว่าเงินนี้ใบราคาเท่าไร” “เหรียญนี้ราคาเท่าไร” -ผู้นำกลุ่มอธิบายเนื้อหาสำคัญของการใช้ ธนบัตรและเหรียญ การจ่ายเงิน รับเงินทอน และการซื้อสินค้า -แบ่งสมาชิกออกเป็น 3 กลุ่ม ให้สมาชิกแต่ละ กลุ่มทำตามใบกิจกรรม 1 และสำเนาแจกใบ กิจกรรม 1 ให้แต่ละกลุ่ม	-ธนบัตรและเหรียญทุก ราคาที่ใช้ในปัจจุบัน -ใบความรู้ที่ 3 -แผ่นภาพธนบัตรและ เหรียญ -ใบกิจกรรม 1 -กระดาษ A4 / ปากกา ดินสอ/กระดานไวท์บอร์ด/ ปากกาไวท์บอร์ด/ยางลบ
ขั้นลงมือกระทำ ประยุกต์แนวคิด กลุ่มใหญ่ (35 นาที)	-ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกทุกคนฝึกการซื้อสินค้าโดย ให้บอกจำนวนเงิน ธนบัตรและเหรียญที่ต้องการ -ผู้นำกลุ่มถามสมาชิกว่าสามารถนำไปใช้ใน ชีวิตประจำวันได้อย่างไรบ้าง	-ธนบัตรและเหรียญ -สินค้าประเภทต่างๆ

สื่อ / อุปกรณ์ ครั้งที่ 3

- ธนบัตรและเหรียญ
- ใบความรู้ที่ 3
- ใบงานที่ 1-สินค้าประเภทต่างๆ
- กระดานไวท์บอร์ด
- กระดาษ A4 / ปากกา ดินสอ ยางลบ
- ปากกาไวท์บอร์ด

ประเมินผล การมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม และสามารถเลือกธนบัตรซื้อสินค้าได้เหมาะสม และรับเงินทอนได้ถูกต้อง

ใบความรู้ที่ 3

เรื่องมูลค่าของธนบัตรและเหรียญกษาปณ์

การเจ็บป่วยทางจิต หากมีอาการกำเริบบ่อย และได้กลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความเสื่อมในด้านต่างๆตามมา เช่น สัมพันธภาพกับบุคคลรอบข้างลดลง มีความบกพร่องในการทำงาน ทักษะการใช้ชีวิตประจำวัน เป็นต้น ประสบการณ์ต่างๆที่เคยมีก็จะบกพร่องไป ดังนั้นก่อนกลับบ้านจึงจำเป็นต้องมาทบทวนประสบการณ์และทักษะเก่าที่เคยมีเกี่ยวกับการใช้ธนบัตรและเหรียญ การจ่ายเงินและรับเงินทอน และการซื้อสินค้าอุปโภค บริโภค เช่น ผงซักฟอก สบู่ ยาสีฟัน ผัก ผลไม้ ซึ่งเป็นการฟื้นฟูสมรรถภาพของตนเองในการบริหารการใช้เงินอย่างคุ้มค่า เป็นการฝึกสมองในการคำนวณบวกลบเลขเมื่อซื้อสินค้า และรู้จักการสื่อสารกับคนอื่น



ใบกิจกรรม 1

เรื่องการซื้อสินค้า (ใช้เวลา 10 นาที)

คำชี้แจง

1. แบ่งสมาชิกออกเป็น 3 กลุ่ม หรือตามความเหมาะสมของจำนวนสมาชิกที่เข้ากลุ่ม
2. ให้แต่ละกลุ่มได้รับธนบัตรและเหรียญมีมูลค่ารวม 200 บาท
3. ให้แต่ละกลุ่มประชุมกันเพื่อกำหนดรายการสินค้าที่จะซื้อ และให้แจ้งว่าจะซื้อสินค้าประเภทไหน
4. ให้สมาชิกทุกคนในแต่ละกลุ่มช่วยกันซื้อสินค้าตามรายการที่กลุ่มกำหนดจะซื้อ รวมทั้งสรุปจำนวนเงินที่จ่ายไปและเงินทอนที่ได้รับ
5. ให้แต่ละกลุ่มสลับกันเป็นผู้ซื้อ และผู้ขาย
6. ตัวแทนแต่ละกลุ่มนำเสนอซื้อสินค้าประเภทไหน สรุปจำนวนเงินที่จ่ายและเหลือเงินเท่าไร

รายการและราคาสินค้า

รายการสินค้า	ราคา
1. ขนมปัง	25 บาท
2. น้ำมันพืชตรามรกต	47 บาท
3. กระเทียม	20 บาท
4. ไข่	15 บาท
5. น้ำปลา	28 บาท
6. พริก	5 บาท
7. ปลาหมึก กิโลกรัมละ	270 บาท
8. ผักกาดขาว	10 บาท
9. แดง	20 บาท
10. ปลากระป๋องสามแม่ครัว/ป๋มป๋วย	15 บาท
11. กุ้ง กิโลกรัมละ	250 บาท
12. ผักสลัด	10 บาท
13.. ซอสแม็กกี้	30 บาท
14. ขมิพู่	30 บาท
15. ผักชีลาว	10 บาท
16. ไก่ 1 ตัว	160 บาท
17. ลำไย	30 บาท
18. น้ำเปล่า	49 บาท
19. ผงชูรส	50 บาท
20. น้ำปลาร้า	20 บาท
21. หมู กิโลกรัมละ	170 บาท

หมายเหตุ รายการสินค้าปรับเปลี่ยนได้ตามความเหมาะสม

ครั้งที่ 4 ทบทวนเนื้อหากิจกรรมครั้งที่ 1 ถึง กิจกรรมครั้งที่ 3 ประกอบด้วย

กิจกรรมครั้งที่ 1

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

กิจกรรมครั้งที่ 2

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

กิจกรรมครั้งที่ 3

- 3.1 การใช้ธนบัตรและเหรียญ
- 3.2 การจ่ายเงินและรับเงินทอน
- 3.3 การซื้อสินค้า

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม เพื่อให้สมาชิก

1. แสดงออกทางพฤติกรรมในการฝึกการพูด การฟัง การซื้อและจ่ายธนบัตรและเหรียญได้
2. แสดงบทบาทสมมติการฝึกการพูด การฟัง การซื้อและจ่ายธนบัตรและเหรียญได้
3. บอกพฤติกรรมของเพื่อนสมาชิกที่ต้องปรับปรุงได้ ในการฝึกการพูด การฟัง การซื้อและจ่ายธนบัตรและเหรียญ

ขั้นตอนกิจกรรม ครั้งที่ 4 ใช้เวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที

องค์ประกอบ/กลุ่ม/เวลา	กิจกรรม	เนื้อหา / สื่อ
ขั้นรู้ชัดเห็นจริง ประสบการณ์ กลุ่มใหญ่ (10 นาที) ความคิดรวบยอด กลุ่มใหญ่ (15 นาที) สะท้อนความคิด / อภิปราย กลุ่ม 2-3 คน (30 นาที)	- ผู้นำกลุ่มถามสมาชิกว่าเราได้ฝึกทักษะอะไรบ้าง - ผู้นำกลุ่มทบทวนและอธิบายเนื้อหาสำคัญของกิจกรรมครั้งที่ 1 ถึงกิจกรรมครั้งที่ 3 - แบ่งสมาชิกออกเป็น 4 กลุ่ม หรือตามความเหมาะสมของจำนวนสมาชิกที่เข้ากลุ่ม ให้สมาชิกแต่ละกลุ่มทำตามใบกิจกรรม 2	- ใบความรู้ที่ 1-3 - ใบกิจกรรม 2 - กระดาษ A4 / ปากกา ดินสอยางลบ
ขั้นลงมือกระทำ ประยุกต์แนวคิด กลุ่มใหญ่ (35 นาที)	- แบ่งกลุ่มสมาชิกออกเป็น 5 กลุ่ม โดยกลุ่มที่ 1 ออกมาแสดงวิธีการทักทายพูดคุยกับคนวัยต่างๆ กลุ่มที่ 2 ออกมาแสดงวิธีการขอบคุณ และขอโทษ กลุ่มที่ 3 ออกมาแสดงวิธีการปฏิเสธ กลุ่มที่ 4 ออกมาแสดงวิธีการสนทนาด้วยคำพูดที่สุภาพ และกลุ่มที่ 5 แสดงการซื้อสินค้า (แสดงทีละกลุ่ม) กลุ่มที่เหลือช่วยกันสังเกตและให้ข้อเสนอแนะ โดยผู้นำกลุ่มจะเป็นผู้ปรับแก้ไขและให้คำแนะนำทั้งเรื่องคำพูดและภาษาท่าทาง รวมทั้งการซื้อสินค้า และการคำนวณราคาสินค้าได้ถูกต้องหรือไม่ พร้อมให้คำชมเชย - ผู้นำกลุ่มถามสมาชิกว่าสามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้อย่างไรบ้าง	- กระดานไวท์บอร์ด - ปากกาไวท์บอร์ด - ธนบัตรและเหรียญ - สินค้าประเภทต่างๆ

หมายเหตุ การฝึกทุกกิจกรรมจะสอดแทรกทักษะการประสานสายตาทุกครั้ง

สื่อ / อุปกรณ์ ครั้งที่ 4

- ใบความรู้ที่ 1-3
- ใบกิจกรรม 2
- กระดาษ A4 / ปากกา ดินสอ/ ยางลบ
- ปากกาไวท์บอร์ด/ กระดานไวท์บอร์ด
- ธนบัตรและเหรียญ
- สินค้าประเภทต่างๆ

ประเมินผล การมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม สมาชิกสามารถฝึกการแสดงบทบาทสมมติตามที่สาธิตได้ถูกต้องและร่วมแสดงความคิดเห็นบอกพฤติกรรมของเพื่อนสมาชิกในการฝึกทักษะต่างๆได้

ใบกิจกรรม 2

คำชี้แจง

1. แบ่งสมาชิกออกเป็น 4 กลุ่ม ใช้เวลา 20 นาที (สามารถแบ่งจำนวนกลุ่มได้ตามความเหมาะสมของจำนวนสมาชิกที่เข้ากลุ่ม)
2. สำเนาใบกิจกรรม 2 ให้แต่ละกลุ่มทำตามประเด็นที่มอบหมาย
3. ตัวแทนแต่ละกลุ่มนำเสนอ

ประเด็น

1. กลุ่ม 1 การรู้จักทักทาย ขอบคุณและขอโทษ มีผลดีอย่างไร
2. กลุ่ม 2 การพูดคุยด้วยคำสุภาพ ระดับน้ำเสียงดังเหมาะสมมีผลดีอย่างไร
3. กลุ่ม 3 การใช้สรรพนาม “กู” “มึง” และน้ำเสียงไม่สุภาพมีผลเสียอย่างไร
4. กลุ่ม 4 หากเราสามารถช่วยครอบครัวซื้อสินค้าที่ร้านค้าในหมู่บ้านได้ มีผลดีต่อตัวเราและครอบครัวอย่างไร

การรู้จักทักทาย ขอบคุณและขอโทษ มีผลดีอย่างไร

.....

.....

.....

การพูดคุยด้วยคำสุภาพ ระดับน้ำเสียงดังเหมาะสมมีผลดีอย่างไร

.....

.....

.....

การใช้สรรพนาม “กู” “มึง” และน้ำเสียงไม่สุภาพมีผลเสียอย่างไร

.....

.....

.....

หากเราสามารถช่วยครอบครัวซื้อสินค้าที่ร้านค้าในหมู่บ้านได้ มีผลดีต่อตัวเราและครอบครัวอย่างไร

.....

.....

.....

แผนการจัดกิจกรรมการสอนความรู้ ความรู้เรื่อง การใช้ยาทางจิตเวช

จุดประสงค์การเรียนรู้

เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับประโยชน์ของการรับประทานยา และให้ความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถอยู่ในชุมชนได้นาน ไม่กลับมารักษาซ้ำบ่อย

สาระสำคัญ

การให้ความรู้เรื่องชนิดของยาทางจิตเวช วิธีรับประทานยา ผลข้างเคียงของยาและวิธีแก้ไข ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา การสังเกตอาการเตือน และปัจจัยป่วยซ้ำ ช่วยส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจและเห็นความสำคัญเกี่ยวกับการใช้ยาเพิ่มขึ้น เนื่องจากการรับประทานยาช่วยทำให้อาการทางจิตของผู้ป่วยลดลง และสามารถกลับมาดำรงชีวิตได้ตามปกติผู้ป่วยสามารถสังเกตอาการเตือนเพื่อป้องกันการกลับมารักษาซ้ำ สามารถดูแลตนเองและแก้ไขปัญหาเบื้องต้นได้ ในด้านการรับประทานยาและลดอาการข้างเคียงจากการใช้ยาที่เกิดขึ้นได้ และมีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

ครั้งที่ 6 เนื้อหากิจกรรมประกอบด้วย

- 6.1 ชนิดของยาทางจิตเวช
- 6.2 วิธีรับประทานยา
- 6.3 ผลข้างเคียงของยาและวิธีแก้ไข
- 6.4 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา
- 6.5 การสังเกตอาการเตือน
- 6.6 ปัจจัยป่วยซ้ำ

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม เพื่อให้สมาชิก

1. บอกวิธีปฏิบัติเมื่อลืมรับประทานยาได้ถูกต้อง
2. อธิบายอาการข้างเคียงของยา และวิธีการแก้ไขได้
3. บอกอาการเตือนและวิธีการแก้ไขได้
4. อธิบายปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา
5. บอกปัจจัยป่วยซ้ำได้

ขั้นตอนกิจกรรมครั้งที่ 6 ใช้เวลา 1 ชั่วโมง

องค์ประกอบ/กลุ่ม/เวลา	กิจกรรม	เนื้อหา/สื่อ
ประสบการณ์ กลุ่มใหญ่ (20 นาที)	-ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกทำแบบวัดพฤติกรรมการใช้ยา โดยอธิบายให้เข้าใจตามคำชี้แจงของแบบวัดฯก่อนลงมือทำ หากมีผู้ป่วยอ่านไม่ออก ผู้นำกลุ่มและผู้ช่วยกลุ่มช่วยอ่าน -เมื่อสมาชิกทำแบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาเสร็จ ผู้นำกลุ่มสรุปคะแนน และแจ้งสมาชิกทราบถึงความหมายของพฤติกรรมการใช้ยาของสมาชิกแต่ละคน -ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกที่มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องระดับต่ำมากถึงระดับปานกลาง ได้เล่าประสบการณ์การใช้ยาที่ไม่ถูกต้องให้เพื่อนสมาชิกฟัง และผู้นำกลุ่มสรุปให้สมาชิกฟังอีกครั้ง -ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกที่มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องระดับดีถึงระดับดีมาก ได้เล่าประสบการณ์ความคิด ความเชื่อต่อการใช้ยาให้เพื่อนสมาชิกฟัง และผู้นำกลุ่มสรุปให้สมาชิกฟังอีกครั้ง -ผู้นำกลุ่มให้ความรู้การใช้ยาทางจิตเวช	-แบบวัดพฤติกรรมการใช้ยา/ปากกา/ดินสอ -ใบแสดงวิธีการให้คะแนน และการให้ความหมายของพฤติกรรมการใช้ยา
ความคิดรวบยอด กลุ่มใหญ่ (15 นาที)	1. ชนิดของยาทางจิตเวช 2. วิธีรับประทานยา 3. ผลข้างเคียงของยาและวิธีแก้ไข 4. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา 5. การสังเกตอาการเตือน 6. ปัจจัยป่วยซ้ำ	-ใบความรู้ที่ 1 (บางหัวข้ออาจให้สมาชิกอ่านให้เพื่อนฟัง)
สะท้อนคิด/อภิปราย กลุ่ม 4-5 คน (15 นาที)	-ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกแบ่งเป็น 2 กลุ่ม และร่วมอภิปรายตามใบกิจกรรม -ตัวแทนแต่ละกลุ่มนำเสนอ -ผู้นำกลุ่มสรุปประเด็นที่ได้จากตัวแทนกลุ่มที่นำเสนอ และพูดคุยทำความเข้าใจให้ฟังอีกครั้ง	-ใบกิจกรรม 1 -กระดาษ A4 -ปากกา ดินสอ -ยางลบ
ประยุกต์แนวคิด กลุ่มใหญ่ (10 นาที)	-ผู้นำกลุ่มถามสมาชิก เมื่อกลับบ้านจะปรับพฤติกรรมการใช้ยาอย่างไรบ้าง และจะปฏิบัติตัวขณะอยู่บ้านอย่างไร -ผู้นำกลุ่มสรุป	

สื่อ/อุปกรณ์

- แบบวัดพฤติกรรมการใช้ยา
- ใบแสดงวิธีการให้คะแนน และการให้ความหมายของพฤติกรรมการใช้ยา
- ใบความรู้ที่ 1
- ใบกิจกรรม 1
- ปากกาเคมี/ปากกา/ดินสอ/ยางลบ /แปรงลบกระดาน
- กระดาษ A4

การประเมินผล สมาชิกสามารถ

- บอกวิธีปฏิบัติเมื่อสัมผัสรับประทานยาได้ถูกต้อง
- อธิบายอาการข้างเคียงของยา และวิธีการแก้ไขได้
- บอกอาการเตือนและวิธีการแก้ไขได้
- อธิบายปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา
- บอกปัจจัยป่วยซ้ำได้

ชื่อ.....นามสกุล.....

แบบวัดพฤติกรรมการใช้ยา

คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อความแต่ละข้อว่าตรงกับการปฏิบัติของท่านมากน้อยเพียงใด แล้วขีด ✓ ในช่องที่ท่านได้กระทำกิจกรรมนั้น โดยไม่ต้องคำนึงถึงความผิดหรือถูก

ประจำ หมายถึง ปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน

บ่อยครั้ง หมายถึง ปฏิบัติเกือบทุกวัน

บางครั้ง หมายถึง ปฏิบัติเดือนละ 1 ครั้ง

นานๆครั้ง หมายถึง นานๆปฏิบัติครั้งหนึ่ง

ไม่เคยทำ หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติเลย

ข้อความ	ประจำ	บ่อย ครั้ง	บาง ครั้ง	นานๆ ครั้ง	ไม่ เคย ทำ
1.ท่านเคยหยุดยาเองเมื่อคิดว่าอาการทางจิตดีขึ้น					
2.ท่านเคยลืมรับประทานยา					
3.ท่านเคยรับประทานยาเมื่อมีความจำเป็นเท่านั้น					
4.ท่านรับประทานยาตรงตามเวลา					
5.ท่านรับประทานยาครบตามที่แพทย์สั่ง					
6.เมื่อท่านมีอาการผดผื่นรุนแรงจากฤทธิ์ข้างเคียงของยารักษาอาการทางจิต ท่านรีบไปพบแพทย์ทันที					
7.เมื่อมีอาการข้างเคียงของยารักษาอาการทางจิต ท่านรับประทานยาแก้แพ้ที่แพทย์สั่งให้					
8.ท่านขอให้แพทย์ปรับแผนการรักษาเมื่ออาการทางจิตไม่ดีขึ้น					
9.ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของทีมสุขภาพในเรื่องการใช้ยา					
10.เมื่อมีอาการเจ็บป่วยทางกาย ท่านหยุดรับประทานยารักษาอาการทางจิตทันทีโดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์					
11.แม้มีอาการดีขึ้นแล้ว ท่านยังมารับยาสม่ำเสมอ					
12.เมื่อยาหมดท่านซื้อยารักษาอาการทางจิตเอง โดยไม่ได้มาพบแพทย์ (ไม่รวมการสั่งซื้อยาทางไปรษณีย์)					
13.ท่านปรึกษากับทีมสุขภาพ เมื่อมีปัญหาหรือมีอาการผดผื่นจากการใช้ยา					
รวมคะแนน = /13 ระดับ ☐ ดีมาก ☐ ดี ☐ ปานกลาง ☐ ต่ำ ☐ ต่ำมาก					

ใบแสดงวิธีการให้คะแนน และการให้ความหมายของพฤติกรรมการใช้ยา

แบบวัดพฤติกรรมการใช้ยา มีทั้งหมด 13 ข้อ

- ข้อความทางบวก มีจำนวน 8 ข้อ ได้แก่ 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11 และข้อ 13
- ข้อความทางลบ มีจำนวน 5 ข้อ ได้แก่ 1, 2, 3, 10 และข้อ 12

การให้คะแนน

ข้อความ	ความหมาย	คะแนนทางบวก	คะแนนทางลบ
ประจำ	ปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน	5	1
บ่อยครั้ง	ปฏิบัติเกือบทุกวัน	4	2
บางครั้ง	ปฏิบัติเดือนละครั้ง	3	3
นานๆครั้ง	นานๆปฏิบัติครั้งหนึ่ง	2	4
ไม่เคย	ไม่เคยปฏิบัติ	1	5

ตัวอย่าง คะแนนเต็ม $13 \times 5 = 65$

วิธีคำนวณ = $\frac{\text{คะแนนที่ได้}}{\text{จำนวนข้อ}}$

ความหมายของพฤติกรรมการใช้ยา

คะแนน	ความหมาย
4.50 – 5.00	มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ต้องระดับดีมาก
3.50 – 4.49	มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ต้องระดับดี
2.50 – 3.49	พฤติกรรมการใช้ยาที่ต้องระดับปานกลาง
1.50 – 2.49	พฤติกรรมการใช้ยาที่ต้องระดับต่ำ
1.00 – 1.49	พฤติกรรมการใช้ยาที่ต้องระดับต่ำมาก

ใบความรู้ที่ 1

1. ชนิดของยาจิตเวช

ยารักษาโรคทางจิตเวชมี 5 กลุ่มคือ 1) ยาต้านอาการโรคจิต 2) ยาต้านอาการซึมเศร้า 3) ยาควบคุมอารมณ์ 4) ยาลดอาการวิตกกังวลและยานอนหลับ และ 5) ยาลดอาการข้างเคียงของยาต้านอาการโรคจิต (ยาแก้แพ้) แพทย์จะบริหารยาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคนที่เป็นโรคนั้นๆ ในช่วง**ระยะมีอาการเฉียบพลัน** การได้รับยารักษาโรคจิตจึงมีความสำคัญ เพื่อช่วยลดอาการทางจิต แพทย์เริ่มยาจากขนาดต่ำ และค่อยๆ ปรับเพิ่มขนาดยาจนถึงขนาดที่ควบคุมอาการได้ใช้เวลาประมาณ 4-6 สัปดาห์**ระยะทำให้คงที่** เพื่อควบคุมอาการและลดโอกาสที่อาการจะรุนแรงขึ้น หลังจากอาการสงบแล้วต้องได้รับยาขนาดเดิมต่อเนื่องอีก 6 เดือน **ระยะคงที่** เพื่อป้องกันการกำเริบและส่งเสริมให้ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคม แพทย์ให้ยาในขนาดต่ำที่ควบคุมอาการได้ สำหรับ**ผู้ป่วยที่มีอาการครั้งแรกจะพิจารณาหยุดยาเมื่อไม่มีอาการเลยอย่างน้อย 1-2 ปี** ขึ้นกับอาการ หากผู้ป่วยมีอาการกำเริบซ้ำครั้งที่สอง แพทย์จะให้ยาต่อเนื่องอย่างน้อย 3-5 ปี ขึ้นกับอาการ หรือตลอดชีวิต

2. วิธีรับประทานยา

ควรรับประทานยาตามเวลาที่แพทย์สั่งอย่างต่อเนื่อง **ไม่ควรหยุดยาเอง** แม้จะรู้สึกดีขึ้น และมาตรวจตามนัด ใช้ยาถูกต้องตามวัตถุประสงค์ของยา ไม่นำยาผู้อื่นมารับประทาน หรือเอายาไปให้ผู้อื่นรับประทาน การใช้ยาตามเวลาโดยอาจผิดพลาดได้แต่ไม่เกิน 2 มื้อติดต่อกัน หรือไม่เกิน 2 มื้อต่อสัปดาห์และการใช้ยาถูกขนาดโดยไม่เพิ่มหรือลดขนาดยาเองโดยไม่ได้อปรึกษาแพทย์

กรณีลิ้มรับประทานยาให้ปฏิบัติ ดังนี้

กรณีที่ 1 แพทย์สั่งให้รับประทานยวันละ 2 ครั้ง หรือ 3 ครั้ง หรือ 4 ครั้ง เมื่อลิ้มเวลาใดเวลาหนึ่ง แต่ไม่นาน เมื่อนึกขึ้นได้ให้รับประทานยาทันที

กรณีที่ 2 หากลิ้มรับประทานยาเวลาใดเวลาหนึ่ง เมื่อนึกขึ้นได้ใกล้มื้อยาถัดไป และยามื้อถัดไปไม่ซ้ำกับยาที่ลิ้มให้รับประทานยาตัวที่ลิ้มร่วมกับยามื้อถัดไปได้หากยาที่ลิ้มรับประทานซ้ำกับยามื้อถัดไปให้งดยามื้อที่ลิ้มรับประทานนั้น

คำแนะนำ

- ไม่ควรดื่มสุราจะทำให้มีอาการข้างเคียงเพิ่มขึ้น
- ไม่ควรรับประทานยาร่วมกับน้ำชา หรือน้ำอัดลมที่มีคาเฟอีน
- การเก็บรักษายาไม่ควรเก็บในที่ชื้น ร้อน ยาชนิดน้ำห้ามนำไปแช่ตู้เย็นในอุณหภูมิ -4 องศาเซลเซียส

3. ผลข้างเคียงของยา และวิธีแก้ไข

ผลข้างเคียงของยา	วิธีแก้ไข
1. ปากคอแห้งกลืนลำบากและท้องผูก	จิบน้ำ หรือน้ำมะนาวเคี้ยวหมากฝรั่ง ถ้าท้องผูกให้กินอาหารประเภทผักผลไม้เพิ่มขึ้น
2. การเคลื่อนไหวช้า มือสั่น กล้ามเนื้อเกร็ง	แพทย์จะให้ยาเพื่อป้องกันอาการดังกล่าว สังเกตอาการ หากมีอาการผิดปกติมากขึ้นรีบมาพบแพทย์ ให้กลับมาปรึกษาแพทย์
3. ลิ้นแข็ง ฟังไม่ชัด กลืนลำบากหรือลิ้นจุก ปากกล้ามเนื้อเกร็ง มีไข้	กลับมาปรึกษาแพทย์
4. อาการง่วงนอน	-หากง่วงนอนเล็กน้อย ให้ทำกิจกรรมเพื่อให้เพลิดเพลิน ควรหลีกเลี่ยงการทำงานในที่สูง ใช้เครื่องจักร หรือขับซี้รถ -หากง่วงนอนมาก ให้นอนพักผ่อนได้ หลังนอนพักผ่อนยังง่วงมาก และไม่สามารถทรงตัวได้ ให้งดยาไว้ก่อน แล้วรีบกลับมาพบแพทย์
5. คอบิดเบี้ยว หลังแอ่น	งดยา รีบกลับมาพบแพทย์
6. มีน้ำนมไหลหรือประจำเดือนผิดปกติ ในผู้ป่วยหญิง	ไม่ต้องกังวล เมื่อกลับมาพบแพทย์ตามนัดให้แจ้งแพทย์ทราบ
7. หน้ามืด วิงเวียน	แนะนำเปลี่ยนท่าทางอย่างช้าๆ เช่น การลุก การยืน
8. น้ำลายไหลมาก กลืนลำบาก	ใช้ผ้าซับให้แห้งป้องกันกลากเกลื้อน ดูแลความสะอาดช่องปาก
9. กินอาหารมากขึ้น น้ำหนักเพิ่ม	ควรควบคุมอาหารที่มีไขมันหรือแป้ง และออกกำลังกายเพิ่มขึ้น
10. ยาบางชนิดอาจพบอาการตาพร่ามัว	ไม่เป็นอันตราย ให้ระวังเรื่องหกล้ม ส่วนใหญ่อาการจะลดลงเมื่อใช้ยาไปประมาณ 1-2 สัปดาห์ ถ้าอาการยังไม่ดีขึ้นควรปรึกษาแพทย์
11. ยาบางชนิดอาจพบอาการผิวหนังไหม้เมื่อถูกแสงแดด	แนะนำให้ใส่เสื้อแขนยาว กางร่ม หรือทาครีมกันแดด

ผลข้างเคียงของการใช้ยา อาจมีผลข้างเคียงบ้าง ซึ่งอาจแตกต่างกันในแต่ละคน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับชนิดและขนาดของยาที่ใช้ ผลข้างเคียงบางอย่างอาจมีอาการไม่มาก หรือมีอาการในช่วง 2-3 สัปดาห์แรกเมื่อเริ่มใช้ยา หลังจากนั้นอาการจะค่อยๆ ลดหายไป หากสงสัยควรแจ้งแพทย์เพื่อปรับการรักษาให้ใหม่

4. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

แบ่งออกเป็น 4 ด้าน คือปัจจัยด้านผู้ป่วยปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ปัจจัยด้านการรักษา และปัจจัยด้านทรมสุขภาพ

4.1 ปัจจัยด้านผู้ป่วย ผู้ป่วยมีอายุที่เพิ่มขึ้น มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเอง เมื่อมีการเจ็บป่วยและเพศหญิงดูแลตนเองได้มากกว่าเพศชาย ผู้ป่วยที่รับรู้โอกาสเสี่ยง รับรู้ความรุนแรง ต่อการกลับเป็นซ้ำ จะมีพฤติกรรมการกระทำเพื่อป้องกันการเกิดโรคซ้ำ เกิดการตระหนัก และให้ความร่วมมือในการรักษา สามารถลดความถี่ของการป่วยซ้ำได้ และรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพตนเอง หากผู้ป่วยอยู่ในช่วงมีอาการหลงผิด และอาการด้านลบ เช่น มีการตอบสนองด้านอารมณ์น้อยกว่าปกติ ขาดความสามารถในการคิด การแสดงอารมณ์ และการทำหน้าที่ทางสังคม ทำให้ผู้ป่วยขาดแรงจูงใจในการรักษา ส่งผลให้ไม่ร่วมมือในการใช้ยา

4.2 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วย ฐานะเศรษฐกิจของครอบครัว ผู้ป่วยที่มีความสามารถเดินทางมารับยาอย่างสม่ำเสมอมีผลต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา ด้านการแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัวอยู่ในระดับสูง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมไม่ร่วมมือในการรักษา เช่น มีการวิพากษ์วิจารณ์สูง มีการแสดงความเป็นมิตร และมีความผูกพันทางอารมณ์ที่มีมากเกินไป ผู้ป่วยที่อยู่ในสังคมที่ไม่เห็นความสำคัญของการรักษา และรังเกียจผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยมีแนวโน้มไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา

4.3 ปัจจัยด้านการรักษา ผู้ป่วยที่ได้รับยาฉีดยาจะให้ความร่วมมือในการรักษามากกว่าผู้ป่วยที่ได้ยารับประทาน รวมทั้งจำนวนเม็ดยา และเวลารับประทานยา มีผลต่อความร่วมมือในการรักษา ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยจะร่วมมือในการรักษาที่ดี เมื่อรับประทานยา 1-2 ครั้ง/วัน

4.4 ปัจจัยด้านทรมสุขภาพ การมีสัมพันธภาพดีของผู้ป่วยกับทรมสุขภาพ ถือเป็นปัจจัยที่สำคัญที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย

สรุปปัญหาความไม่ร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยเกิดจากหลายปัจจัยร่วมกัน แต่ที่สำคัญคือปัจจัยด้านผู้ป่วยจากสาเหตุไม่ตระหนักถึงในตนเองของผู้ป่วย การไม่รับรู้การเจ็บป่วย

5. การสังเกตอาการเตือน อาการเตือนในผู้ป่วยจิตเภทมีความจำเพาะในผู้ป่วยแต่ละคนแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ 5.1) ระดับปกติหรือคงที่ 5.2) ระดับปานกลาง และ 5.3) ระดับรุนแรง

ระดับอาการเตือน	อาการ	วิธีการแก้ไข
ระดับปกติหรือคงที่	รู้ตัวเองว่าอารมณ์หงุดหงิดได้ง่าย มีความคิดวิตกกังวลเพิ่มขึ้น พักผ่อนน้อยลง แต่ยังควบคุมและจัดการกับตนเองได้	-ผู้ป่วยควรปรึกษาครอบครัว หรือคนที่ไว้วางใจถึงสาเหตุที่ทำให้ไม่สบายใจหรือคับข้องใจ หากผู้ป่วยหรือครอบครัวสามารถจัดการแก้ไขปัญหาที่มากระตุ้นได้ ผู้ป่วยจะอาการกลับสู่ปกติ -หากค้นหาสาเหตุ แต่ไม่พบปัญหาให้ตระหนักว่าธรรมชาติของโรคกำลังจะเกิดขึ้น ให้กลับมาปรึกษาแพทย์
ระดับปานกลาง	ความคิดฟุ้งซ่าน หมกมุ่นกิจกรรมด้านศาสนา ไม่หลับ (ตั้งแต่ 1 คืน) ระแวงคนรอบข้าง ไม่รับประทานอาหาร	ให้รีบกลับมาปรึกษาแพทย์เพื่อปรับการรักษา และรับประทานยาต่อที่บ้าน
ระดับรุนแรง	มีความคิดกลัวหวาดระแวง คิดว่าตนเองติดต่อสื่อสารกับสิ่งศักดิ์สิทธิ์ได้ ประสาทหลอน ให้รีบกลับมาปรึกษาแพทย์	รีบกลับมาปรึกษาแพทย์เพื่อรับเข้ารับการรักษาคือเป็นผู้ป่วยใน เนื่องจากผู้ป่วยมีอาการกำเริบและป่วยซ้ำ

6. ปัจจัยป่วยซ้ำ พบมากกว่าร้อยละ 50 จากสาเหตุผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานยา การป่วยซ้ำทำให้มีอาการมากขึ้นเรื่อยๆจนกระทั่งเสื่อมถอยของบุคลิกภาพ แยกตัวเองออกจากสังคม ซึ่งพบว่าในผู้ป่วยจิตเภทหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในหนึ่งปีแรก หากไม่ได้รับการรักษาใดๆเลย กลับป่วยซ้ำถึงร้อยละ 70 รักษาไม่ต่อเนื่องพบร้อยละ 60 และป่วยซ้ำใน 3 สัปดาห์เมื่อมีเหตุการณ์ไม่คาดคิดเกิดขึ้นมีการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยหยุดรับประทานยา โรคกำเริบมากกว่าคนที่รับประทานยาต่อเนื่องถึง 5 เท่า ถ้ากำเริบแล้วจะรักษาให้ดีขึ้นกว่าเดิมใช้เวลานานกว่า 2 ปี

ส่วนที่ 2 การฝึกทักษะทางสังคมในสถานการณ์จริง

จุดประสงค์การเรียนรู้

เพื่อให้ผู้ป่วยได้ฝึกประสบการณ์จริงในการจัดยารับประทาน การสื่อสารกับพระภิกษุสงฆ์ การจ่ายตลาด การฝึกทำความรู้จักเพื่อนใหม่ การใช้ชีวิตในชุมชน และปรับแก้ไขในพฤติกรรมที่บกพร่อง ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน

สาระสำคัญ

การฝึกทักษะทางสังคมในสถานการณ์จริงครั้งนี้ประกอบด้วยการจัดยารับประทาน การสื่อสารกับพระภิกษุสงฆ์ การจ่ายตลาด และการฝึกทำความรู้จักเพื่อนใหม่ เป็นการฝึกทักษะการดำเนินชีวิตในสถานการณ์จริงเพื่อเตรียมผู้ป่วยให้สามารถนำทักษะที่ได้รับไปปฏิบัติในชีวิตประจำวันและการใช้ชีวิตในชุมชนได้ ซึ่งขณะฝึกทักษะผู้ป่วยได้ทบทวนประสบการณ์เดิม และนำทักษะที่ได้รับจากการฝึกมาประยุกต์ใช้ในสถานการณ์จริง เพื่อปรับปรุงแก้ไขพฤติกรรมที่บกพร่องให้ดียิ่งขึ้น ตามศักยภาพที่เป็นไปได้

ครั้งที่ 5 เนื้อหากิจกรรม ประกอบด้วย

- 5.1 การจัดยารับประทาน
- 5.2 การสื่อสารกับพระภิกษุสงฆ์
- 5.3 การจ่ายตลาด
- 5.4 การฝึกทำความรู้จักเพื่อนใหม่

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม เพื่อให้สมาชิก

1. แสดงบทบาทสมมติในการฝึกประสบการณ์จริงการใช้ชีวิตในชุมชนเกี่ยวกับการจัดยารับประทาน การสื่อสารกับพระภิกษุสงฆ์ การจ่ายตลาด และการฝึกทำความรู้จักเพื่อนใหม่ได้
2. สามารถฝึกทักษะผ่านตามใบประเมินผลการจัดยารับประทาน การสื่อสารกับพระภิกษุสงฆ์ การจ่ายตลาด และการฝึกทำความรู้จักเพื่อนใหม่
3. อธิบายการนำทักษะที่ได้รับจากการฝึก การจัดยารับประทาน การสื่อสารกับพระภิกษุสงฆ์ การจ่ายตลาด และการฝึกทำความรู้จักเพื่อนใหม่มาประยุกต์ใช้ในสถานการณ์จริง

กิจกรรมที่ 1 การจัดยารับประทาน (45 นาที)

สถานการณ์ที่ห้องกิจกรรมกลุ่มให้ผู้ป่วยเรียนรู้การจัดยารับประทานด้วยตนเอง ตามเวลา จำนวนมื้อที่รับประทาน

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม เพื่อให้สมาชิก

1. แสดงบทบาทสมมติในการฝึกประสบการณ์จริงการใช้ชีวิตในชุมชนเกี่ยวกับการจัดยารับประทาน
2. สามารถฝึกทักษะผ่านตามใบประเมินผลการจัดยารับประทาน
3. อธิบายการนำทักษะที่ได้รับจากการฝึกการจัดยารับประทานมาประยุกต์ใช้ในสถานการณ์จริง

คำชี้แจง

1. แบ่งสมาชิกออกเป็น 2-3 กลุ่ม โดยมีผู้นำกลุ่มและผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม 2-3 คน ดูแลการฝึกแต่ละกลุ่ม
2. มอบหมายให้สมาชิกแต่ละคนได้ฝึกการจัดยารับประทาน ตามที่กำหนด
3. สมาชิกแต่ละคนสาธิตการจัดยารับประทาน
4. แจ้งให้สมาชิกทราบว่าประเมินผลการฝึกเกี่ยวกับเรื่องอะไรบ้าง

ใบประเมินผลการจัดยารับประทาน

ข้อความ	การประเมินผล	
	ผ่าน	ไม่ผ่าน
1.ล้างมือก่อนจัดยารับประทาน		
2.อ่านฉลากยา		
3.เลือกชื่อยาของมื้อยาที่รับประทานได้ถูกต้อง		
4.หยิบชนิดยาและจำนวนเม็ดยาได้ถูกต้อง		
5.รับประทานยา		

หมายเหตุ ผู้นำกลุ่ม และผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม ให้สมาชิกทุกคนฝึกการจัดยารับประทานจนผ่าน

กิจกรรมที่ 2 การสื่อสารกับพระภิกษุสงฆ์

(1 ชั่วโมง)

สถานการณ์พาผู้ป่วยไปวัดป่าวิเวกธรรม หรือนิมนต์พระภิกษุสงฆ์มาที่โรงพยาบาล เพื่อพูดคุยปรึกษากับพระภิกษุสงฆ์ในเรื่องต่างๆ ตามประเด็นที่มอบหมายให้

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม เพื่อให้สมาชิก

1. แสดงบทบาทสมมติในการฝึกประสบการณ์จริงการใช้ชีวิตในชุมชนเกี่ยวกับการสื่อสารกับพระภิกษุสงฆ์
2. สามารถฝึกทักษะผ่านตามใบประเมินผลการสื่อสารกับพระภิกษุสงฆ์
3. อธิบายการนำทักษะที่ได้รับจากการฝึกการสื่อสารกับพระภิกษุสงฆ์มาประยุกต์ใช้ในสถานการณ์จริง

คำชี้แจง

1. สมาชิกแต่ละคนฝึกพูดคุยปรึกษากับพระภิกษุสงฆ์ ตามประเด็นที่ตนเองเลือกใช้เวลาคนละ 4-5 นาที
2. สมาชิกทำกิจกรรมตามประเด็นที่ให้หรือตามประเด็นของตน
3. ผู้นำกลุ่มและผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม 2-3 คน ให้สมาชิกได้ทบทวนก่อนฝึกจริง และแจ้งให้สมาชิกทราบว่า ประเมินผลการฝึกเกี่ยวกับเรื่องอะไรบ้าง

ประเด็น 1. ขอให้สมาชิกเลือกปรึกษาพระภิกษุ 1 เรื่อง ดังต่อไปนี้

- 1.1 การทำบุญขึ้นบ้านใหม่
- 1.2 การหาฤกษ์แต่งงานของตนเอง หรือของลูกสาว/ลูกชาย
- 1.3 การทำบุญ 100 วันให้แก่ปู่ /ย่า /ตา /ยาย
- 1.4 การทำบุญสะเดาะเคราะห์ ฯลฯ

ใบประเมินผลการฝึกการสื่อสารกับพระภิกษุสงฆ์

ข้อความ	การประเมินผล	
	ผ่าน	ไม่ผ่าน
1.กราบ และพูดว่า”นมัสการพระคุณเจ้า” หรือ “นมัสการหลวงพ่อ”		
2.เริ่มแจ้งความประสงค์ที่มาพบพระภิกษุ		
3.มองคู่สนทนาที่ปลายจมูก		
4.ใช้สรรพนามแทนตัวเองได้เหมาะสม		
5.พูดคุยตามประเด็นได้สำเร็จตามเป้าหมาย		
6.น้ำเสียงดังพอดี		
7.สื่อสารด้วยคำสุภาพ		
8.การนั่งหรือยืนอยู่ในท่าที่เหมาะสม		
9. สามารถบอกลาได้ กราบ และพูดว่า”กราบลาพระคุณเจ้า”หรือ “กราบลาหลวงพ่อ”		

หมายเหตุ ผู้นำกลุ่ม และผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม ให้สมาชิกทุกคนฝึกการสื่อสารกับพระภิกษุสงฆ์จนผ่าน

กิจกรรมที่ 3 การจ่ายตลาด

(1 ชั่วโมง)

สถานการณ์พาผู้ป่วยไปจ่ายตลาด หรือร้านค้าสวัสดิการของโรงพยาบาล เพื่อให้รู้จักการซื้อและเลือกข้าวของ การจ่ายเงินและรับเงินทอน ตลอดจนการต่อรองราคากับแม่ค้า

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม เพื่อให้สมาชิก

1. แสดงบทบาทสมมติในการฝึกประสบการณ์จริงการใช้ชีวิตในชุมชนเกี่ยวกับการจ่ายตลาด
2. สามารถฝึกทักษะผ่านตามใบประเมินผลการจ่ายตลาด
3. อธิบายการนำทักษะที่ได้รับจากการฝึกการจ่ายตลาดมาประยุกต์ใช้ในสถานการณ์จริง

คำชี้แจง

1. สมาชิกซื้อข้าวของตามที่มอบหมาย ให้เวลาคนละ 10 นาที
2. ผู้นำกลุ่ม และผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม 2-3 คน พุดคุยตกลงกับแม่ค้าขอความร่วมมือของให้แก่ผู้ป่วย ช่วยสร้างสถานการณ์ทอนเงินเกินหรือทอนเงินไม่ครบ
3. ผู้นำกลุ่ม และผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม ให้สมาชิกได้ทบทวนก่อนฝึกจริง และแจ้งให้สมาชิกทราบว่าประเมินผลการฝึกเกี่ยวกับเรื่องอะไรบ้าง

ประเด็น 1. ขอให้ผู้ป่วยซื้อข้าวของตามที่ตนเองต้องการ หรือตามที่ได้รับมอบหมาย (ข้าวของที่ซื้อสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามความเหมาะสม) เช่น

- 1.1 ซื้อผักสลัด
- 1.2 ซื้อมะละกอ
- 1.3 ซื้อขนม
- 1.4 ซื้อผักคะน้า
- 1.5 พริก ฯลฯ

ใบประเมินผลการฝึกการจ่ายตลาด

ข้อความ	การประเมินผล	
	ผ่าน	ไม่ผ่าน
1. รู้จักถามราคาของ		
2. รู้จักเลือกของที่จะซื้อ		
3. รู้จักเลือกจ่ายเหรียญ หรือธนบัตรได้เหมาะสม		
4. รู้จักการต่อรองราคา (กรณีมีการต่อรอง)		
5. รู้จักคำนวณรับเงินทอนได้ถูกต้อง		
6. สื่อสารด้วยคำสุภาพ		
7. น้ำเสียงดังพอดี		

หมายเหตุ ผู้นำกลุ่ม และผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม ให้สมาชิกทุกคนฝึกการจ่ายตลาดจนผ่าน

กิจกรรมที่ 4 การฝึกทำความรู้จักเพื่อนใหม่

(45 นาที)

สถานการณ์ที่ห้องกิจกรรมกลุ่ม หรือพาผู้ป่วยไปห้องสมุดของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์เพื่อให้ผู้ป่วยหาหนังสืออ่านตามที่ตนเองชอบและได้เจอเพื่อนใหม่

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม เพื่อให้สมาชิก

ใหม่

1. แสดงบทบาทสมมติในการฝึกประสบการณ์จริงการใช้ชีวิตในชุมชนเกี่ยวกับการฝึกทำความรู้จักเพื่อน

2. สามารถฝึกทักษะผ่านตามใบประเมินผลการฝึกทำความรู้จักเพื่อนใหม่

3. อธิบายการนำทักษะที่ได้รับจากการฝึกทำความรู้จักเพื่อนใหม่ มาประยุกต์ใช้ในสถานการณ์จริง

คำชี้แจง

1. สมาชิกแต่ละคนทักทายทำความรู้จักกับเพื่อนใหม่ใช้เวลาคนละ 2-3 นาที

2. สมาชิกทำกิจกรรมตามประเด็นที่ให้

3. ผู้นำกลุ่ม และผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม 2-3 คน ให้สมาชิกได้ทบทวนก่อนฝึกจริง และแจ้งให้สมาชิกทราบว่า ประเมินผลการฝึกเกี่ยวกับเรื่องอะไรบ้าง

ประเด็น

1. ขอให้สมาชิกแต่ละคนทักทายทำความรู้จักกับเพื่อนใหม่

1.1 เพื่อนวัยเดียวกันหรือ

1.2 เพื่อนต่างวัย

ใบประเมินผลการฝึกทำความรู้จักเพื่อนใหม่

ข้อความ	การประเมินผล	
	ผ่าน	ไม่ผ่าน
1.เริ่มทักทายก่อน		
2.มองคู่สนทนาที่ปลายจมูก		
3.ใช้คำแทนตัวเองได้เหมาะสม		
4.พูดคุยได้อย่างต่อเนื่อง		
5.น้ำเสียงดังพอดี		
6.สื่อสารด้วยคำสุภาพ		
7.สามารถบอกลาได้		

หมายเหตุ ผู้นำกลุ่ม และผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม ให้สมาชิกทุกคนฝึกทำความรู้จักเพื่อนใหม่จนผ่าน

ภาคผนวก จ. แบบประเมินต่างๆ

แบบประเมินเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน

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

ข้อมูลที่ได้จากการประเมิน จะนำไปสู่การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคมแก่ผู้ป่วยจิตเวช โดยการจัดกิจกรรม/หลักสูตรที่เหมาะสมกับผู้ป่วยจิตเวช ตามระดับความสามารถในการดำรงชีวิตที่ประเมินได้ในแต่ละทักษะ หลังจากเข้าร่วมกิจกรรมจะมีการวัดผลลัพธ์ในแต่ละทักษะ ซึ่งข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นความลับ และนำเสนอผลในภาพรวมเท่านั้น

เพื่อผลประโยชน์ของการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยจิตเวช จึงขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบประเมินเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคม

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 แต่ไม่ ทำ	(2) ทำได้ ต้อง กระตุ้น ทุกครั้ง	(3) ทำได้ ต้อง กระตุ้น	(4) ทำได้ เอง
	ทักษะด้านสังคมและการสื่อสาร					
1.	ทักทายอย่างถูกกาลเทศะเมื่อพบปะผู้อื่น (เช่น ไหว้ จับมือ พุด ยิ้ม ฯลฯ)					
2.	มีการสบตาขณะพูดคุยกับผู้อื่น					
3.	ใช้คำพูดที่สุภาพกับผู้ที่พูดคุย					
4.	รู้จักกล่าวขอโทษและขอบคุณได้เหมาะสมกับโอกาส					
5.	ถามเรื่องที่สนใจหรือสงสัยเพื่อให้ได้รายละเอียดเพิ่มเติม					

ลงชื่อ.....ผู้ประเมิน
วันที่เดือน.....พ.ศ.

แบบประเมินอาการทางลบ

คำชี้แจงสำหรับผู้สัมภาษณ์ แบบประเมินนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อประเมินลักษณะอาการทางลบของผู้ป่วย มีทั้งหมด 13 ข้อ มี 2 ตอน ตอนที่ 1 เป็นอาการทางลบที่ประเมินโดยการสังเกต และตอนที่ 2 เป็นอาการทางลบที่ประเมินโดยการสัมภาษณ์ โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับอาการที่พบในผู้ป่วยในแต่ละข้อ

ไม่มี หมายถึง ไม่ปรากฏลักษณะอาการตามข้อความดังกล่าว

มี หมายถึง ปรากฏลักษณะอาการตามข้อความดังกล่าว

ตอนที่ 1 การสังเกต “ผู้ป่วยมีอาการเหล่านี้หรือไม่”

ข้อที่	ข้อความ	ไม่มี	มี
1	สีหน้าเฉยเมย ไร้อารมณ์		
2	ขณะพูดนั่งตัวแข็งทื่อ ไร้ชีวิตชีวา		
3	การโต้ตอบด้วยคำพูด หยุตชะงักเป็นพักๆ		
4	การโต้ตอบเป็นแบบถามคำตอบคำ		
5	นั่งก้มหน้า ไม่สบตาขณะสนทนา		
6	ไม่สนใจต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นรอบๆตัว		

ตอนที่ 2 การสัมภาษณ์ “ผู้ป่วยมีอาการเหล่านี้หรือไม่”

ข้อที่	ข้อความ	ไม่มี	มี
7	หลีกเลี่ยงการเข้าร่วมกิจกรรม เช่น การทำบุญตามประเพณี งานเทศกาลรื่นเริงกับบุคคลอื่น		
8	มักอยู่คนเดียวเสมอ		
9	บอกความแตกต่างของเด็กกับคนแคระไม่ได้		
10	หลีกเลี่ยงการพูดคุย หรือพูดคุยกับบุคคลอื่นก่อน		
11	บอกความหมายคำพังเพยง่ายๆไม่ได้ เช่น หนีเสือปะจระเข้ หรือน้ำพึ่งเรือ เสือพึ่งป่า		
12	ญาติต้องกระตุ้นให้ทำกิจวัตรประจำวัน		
13	พูดเรื่องเดียวกันซ้ำซาก		
รวมคะแนนทั้ง 2 ตอน			

แบบประเมิน Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)

หัวข้อ	อาการและการแสดงออก	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่
1	Somatic concern (G) คุณรู้สึกตนเองป่วยเป็นโรคทางกายภาพหรือไม่					
2	Anxiety (G) ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาคุณรู้สึกกังวลหรือกลัวอะไรบ้างไหม/ความคิดนี้รบกวนจิตใจบ่อยไหม/รู้สึกมีอาการใจสั่น เหงื่อออก/อาการที่บอกมีผลต่อการทำงานของคุณไหม					
3	Emotional Withdrawal (N) มีลักษณะแยกตัว ไม่ค่อยมีปฏิกิริยาโต้ตอบกับผู้อื่น ไม่แสดงอารมณ์ หน้าเฉยเมย					
4	Conceptual disorganization (P) พูดไม่เป็นเรื่องราว ขาดการเชื่อมโยง พูดอ้อมค้อม ไม่ค่อยต่อเนื่อง (ดูใน 15 นาทีแรก)					
5	Guilt Feeling (G) รู้สึกตำหนิตนเองในสิ่งที่ทำไม่ดี หรือเสียใจต่อสิ่งที่ทำในอดีตหรือไม่					
6	Tension (G) มองจากท่านั่งรู้สึกตึงเครียด ขณะพูดอาจมีการกระตุก เสียงสั่น					
7	Mannerism and posturing (G) มีท่าทางการเคลื่อนไหวไม่เป็นธรรมชาติ เก้งก้าง แข็ง ดูแปลกๆ					
8	Grandiosity (P) คุณมีความรู้สึกมีอำนาจพิเศษบางอย่างหรือไม่/ที่ผ่านมาคิดว่าเป็นใครที่มีชื่อเสียงหรือไม่					
9	Depressive mood (G) คุณรู้สึกว่าไม่มีความสุขหรือความเศร้า/รู้สึกเศร้าไหม/รู้สึกเศร้าบ่อยแค่ไหน สามารถเบนความสนใจไปในเรื่องที่ให้ความรู้สึกได้ไหม/ความรู้สึกรบกวนการทำงานของของคุณไหม					
10	Hostility (P) ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา คุณรู้สึกหงุดหงิดหรืออารมณ์เสียบ่อยๆ เคยมีปัญหาขกต่อย หรือทะเลาะกับคนอื่น/สัมพันธ์ภาพกับคนอื่น คนในครอบครัว เพื่อนร่วมงานเป็นอย่างไรร					
11	Suspiciousness (P) คุณรู้สึกมีคนคอยจับผิด มีคนคิดร้ายบ้างไหม/โดยวิธีใด/รู้สึกกังวลกับการคิดร้ายของใครบ้างไหม					
12	Hallucinatory behavior (P) คุณได้ยินเสียงหรือมีคนพูดด้วยโดยไม่เห็นตัวหรือไม่ คุณมองเห็นสิ่งหรือได้กลิ่นอะไรบางอย่างโดยคนอื่นไม่รู้/ประสบการณ์นี้มีผลกระทบต่อชีวิตประจำวันไหม					
13	Motor retardation (G) การพูด การเคลื่อนไหวเชื่องช้า (สังเกตพฤติกรรม)					
14	Uncooperativeness (G) มีท่าทีต่อต้าน ระมัดระวัง ไม่เป็นมิตรต่อผู้อื่นและผู้ตรวจ					
15	Unusual thought content (G) ความคิดแปลก เช่น มีความเชื่อเรื่องพลังจิต วิญญาณ หากพบในข้อ Somatic Grandiosity Delusion จะพบในหัวข้อนี้ด้วย					
16	Blunted affect (N) สีหน้าไม่ค่อยแสดงความรู้สึก อารมณ์					
17	Excitement (P) มีท่าทีลุกโลกโลน มีปฏิกิริยาโต้ตอบเร็ว อยู่ไม่เป็นสุข					
18	Disorientation (G) ถามวันที่ สถานที่ เวลา บุคคล					
	คะแนนรวม					
	ผู้บันทึก.....ตำแหน่ง.....					

Rating Key

1 = ไม่มีอาการ

2 = มีเล็กน้อยเป็นบางครั้ง

3 = มีอาการเล็กน้อย

4 = อาการปานกลาง

5 = อาการค่อนข้างรุนแรง

6 = อาการรุนแรง

7 = อาการรุนแรงมาก

แบบประเมินความเสี่ยงทางคลินิก (SAVE)

1/2

เกณฑ์การเฝ้าระวังความเสี่ยงสำคัญทางคลินิก	วัน/เดือน/ปี				
	../../..	../../..	../../..	../../..	../../..
	OPD/ ER	แรก รับ	ขณะรักษาในสถาบัน/ โรงพยาบาล		
แบบประเมินฆ่าตัวตาย (S : Suicide)					
• มีแนวโน้มจะทำร้ายตนเองจากอาการทางจิต (ข้อใดข้อหนึ่ง)					
- มีอาการหูแว่ว สั่งให้ทำร้ายตนเอง* (1 คะแนน)					
- หวาดกลัว หวาดระแวง (1 คะแนน)					
- หลงผิด หุนหันพลันแล่น (1 คะแนน)					
- ซึมเศร้า ท้อแท้ (1 คะแนน)					
• ตลอดชีวิตที่ผ่านมา เคยพยายามฆ่าตัวตาย (1 คะแนน)					
• ใน 6 เดือนที่ผ่านมา มีการสูญเสียที่สำคัญ เช่น บุคคลใกล้ชิด/หน้าที่การงาน/ อวัยวะ ระบุ..... (1 คะแนน)					
• ใน 1 เดือนที่ผ่านมา					
- มีความคิดฆ่าตัวตาย (1 คะแนน)					
- มีแผนการที่จะฆ่าตัวตาย (1 คะแนน)					
- เคยพยายามฆ่าตัวตาย* (1 คะแนน)					
หมายเหตุ : 0-3 = ต่ำ 4-6 = ปานกลาง 7-9 = สูง รวมคะแนน					
• ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา					
- มีความคิดฆ่าตัวตาย (1 คะแนน)					
- มีแผนการที่จะฆ่าตัวตาย (1 คะแนน)					
- พยายามฆ่าตัวตาย* (1 คะแนน)					
หมายเหตุ : 0-2 = ต่ำ 3-5 = ปานกลาง 6-7 = สูง รวมคะแนน					
แบบประเมินอุบัติเหตุ (A : Accident)					
• การทรงตัวไม่ดี					
- อายุ 60 ปีขึ้นไป/หรือมีภาวะทุพพลภาพ (1 คะแนน)					
- อยู่ระหว่างการรักษาด้วยไฟฟ้า (ECT) (1 คะแนน)					
- รับประทาน HAD/หรือยากกลุ่ม Benzodiazepine หรือยาที่มีผลต่อ ความดันโลหิต หรือได้รับยาฉีด PRN (1 คะแนน)					
- อ่อนเพลีย ง่วงซึม งุนงง สับสน อยู่ไม่นิ่ง* (1 คะแนน)					
• มีแนวโน้มที่จะได้รับอุบัติเหตุจากโรคร่วม/ภาวะทางกาย (ข้อใดข้อหนึ่ง)					
- โรคลมชัก/สมองเสื่อม/โรคทางสมอง (1 คะแนน)					
- ภาวะถอนพิษสุรา (1 คะแนน)					
- ภาวะแพ้ (1 คะแนน)					
- ภาวะ hypo - hypertension (BP<90/60 mmHg, >140/90 mmHg) (1 คะแนน)					
- ภาวะ hypo - hyperglycemia (DTX<80mg%, >180 mg%) (1 คะแนน)					
หมายเหตุ : 0-3 = ต่ำ 4-6 = ปานกลาง 7-9 = สูง รวมคะแนน					

หมายเหตุ : ประเมินข้อใดที่มีเครื่องหมาย * ให้ปรับความเสี่ยงเป็นระดับสูง