

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อพัฒนา
ทักษะการสื่อสารในผู้ป่วยจิตเภท



สารนิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2551

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

Copyright by Mahidol University

สารนิพนธ์

เรื่อง

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อพัฒนาทักษะการสื่อสารในผู้ป่วยจิตเภท



.....

นายวิโรจน์ ทองทา
ผู้ศึกษา

.....

รองศาสตราจารย์ ดร. ยาใจ สิริหมงคล
Ph.D. (Nursing)
ประธานกรรมการควบคุมสารนิพนธ์

.....

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อติรัตน์ วัฒนไพลิน
กศ.ด. (การวิจัยและพัฒนาหลักสูตร)
กรรมการควบคุมสารนิพนธ์

.....

ศาสตราจารย์ นายแพทย์ บรรจง มไหสวริยะ
พ.บ.
คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย

.....

รองศาสตราจารย์ ดร. ยาใจ สิริหมงคล
Ph.D. (Nursing)
ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
คณะพยาบาลศาสตร์

สารนิพนธ์

เรื่อง

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อพัฒนาทักษะการสื่อสารในผู้ป่วยจิตเภท

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

วันที่ 22 พฤษภาคม 2551

.....

นายวิโรจน์ ทองทา

นักศึกษา

.....

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประภา ยุทธไตร

พย.ค.

ประธานกรรมการสอบสารนิพนธ์

.....

รองศาสตราจารย์ ดร.ยาใจ ลิทธิมงคล

Ph.D. (Nursing)

กรรมการสอบสารนิพนธ์

.....

แพทย์หญิงอำไพชนิษฐ์ สมานวงศ์ไทย

วว. (จิตเวชศาสตร์)

กรรมการสอบสารนิพนธ์

.....

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อดิรัตน์ วัฒนไพลิน

กศ.ค. (การวิจัยและพัฒนาหลักสูตร)

กรรมการสอบสารนิพนธ์

.....

ศาสตราจารย์ นายแพทย์บรรจง มไหสวริยะ

พ.บ.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

.....

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วาสนา แฉล้มเขตร

กศ.ม. (การแนะแนว)

รักษาการแทนคณบดี

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

สารนิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากคณาจารย์หลายท่าน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง รองศาสตราจารย์ ดร. ยาใจ สิทธิมงคล และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อติรัตน์ วัฒนไพลิน อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ ที่ได้ให้คำแนะนำ ให้คำปรึกษา ตรวจสอบ และช่วยปรับแก้ข้อบกพร่องต่างๆ ของการเขียนสารนิพนธ์ด้วยความเอาใจใส่อย่างดียิ่งตลอดระยะเวลาของการศึกษา ผู้ศึกษาขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงในความกรุณาของท่าน ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประภา ยุทธไตร และแพทย์หญิงอำไพพนิจฐิตมานวงศ์ไทย คณะกรรมการสอบสารนิพนธ์ที่กรุณาให้คำแนะนำเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์ต่อความสมบูรณ์ของการเขียนสารนิพนธ์ฉบับนี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์หญิงรักสุดา กิจอรุณชัย อาจารย์ ดร. อติทยา พรชัย เกตุ โอว ยอง และนางสาวอนงค์นุช ศาโสทรก ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบความถูกต้อง ความแม่นยำ ความครอบคลุมของเนื้อหา และให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ พร้อมกันนี้ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าตึกแรกรับชาย 1 เจ้าหน้าที่เพื่อนร่วมงาน และ ผู้ป่วยทุกๆ ท่านของโรงพยาบาลศรีธัญญาที่ให้โอกาส ให้ความร่วมมือและให้เวลาในการค้นคว้าจนสำเร็จลุล่วงลงได้ด้วยดี

ขอขอบคุณกรมสุขภาพจิตที่ได้สนับสนุนทุนการศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช แผนก ข (ภาคพิเศษ) และขอบคุณเพื่อนร่วมรุ่น 2 ทุกท่านที่ให้ความห่วงใยซึ่งกันและกัน

ขอกราบขอบพระคุณครอบครัวทองทา ที่คอยเป็นกำลังใจ ให้ความเสียสละแบ่งเบาภาระส่วนตัวของผู้ศึกษา ตลอดจนให้การสนับสนุนช่วยเหลือหลายๆ ด้าน ทำให้ผู้ศึกษาทำการศึกษาค้นคว้านี้ได้สำเร็จตามเป้าหมาย

วิโรจน์ ทองทา

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อพัฒนาทักษะการสื่อสารในผู้ป่วยจิตเภท
(THE DEVELOPMENT OF A CLINICAL NURSING PRACTICE GUIDELINE
FOR THE COMMUNICATION SKILLS TRAINING IN PATIENTS WITH
SCHIZOPHRENIA)

วิโรจน์ ทองทา 4736915 NSMH/M

พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

คณะกรรมการควบคุมสารนิพนธ์: ยาใจ สัทธิมงคล, Ph.D., อติรัตน์ วัฒนไพลิน, กศ.ด.

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ของการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการฝึกทักษะการสื่อสารในผู้ป่วยจิตเภทของผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาล ใช้รูปแบบการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของไอโอวา (2001) เป็นกรอบแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติ ผลการดำเนินการตามกรอบแนวคิดดังกล่าวได้งานวิจัยที่มีคุณภาพ 5 เรื่อง ซึ่งเป็นงานวิจัยที่มีการออกแบบวิจัย ประกอบด้วย Randomized Controlled Trial 2 เรื่อง, Descriptive 1 เรื่อง และ One-group pre-post test 2 เรื่อง จากนั้นได้นำผลงานวิจัยทั้ง 5 เรื่องมาสังเคราะห์และสังเคราะห์จนได้ร่างแนวปฏิบัติการพยาบาล และนำร่างแนวปฏิบัติการพยาบาลดังกล่าวให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและปรับปรุงแก้ไข ได้แนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับเพื่อพัฒนาทักษะการสื่อสารในผู้ป่วยจิตเภท โดยมีหัวข้อครอบคลุมประเด็นดังต่อไปนี้ 1) การประเมินคุณสมบัติของผู้ป่วยจิตเภท รวมทั้งการประเมินความสามารถในการสื่อสารของผู้ป่วยจิตเภท 2) การจัดโปรแกรมการฝึกทักษะการสื่อสาร ประกอบด้วยขั้นเตรียมการ ขั้นดำเนินการ และฝึกทักษะครอบคลุม 5 ด้าน ได้แก่ การติดต่อสื่อสารโดยภาษาพูดและไม่ใช้ภาษาพูด การเริ่มต้นสนทนาอย่างเป็นมิตรการดำเนินการสนทนา การจบการสนทนาอย่างเป็นมิตร การใช้ทักษะแบบผสมผสาน และ 3) การประเมินผลลัพธ์หลังสิ้นสุดโปรแกรม

ข้อเสนอแนะจากการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือ แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อพัฒนาทักษะการสื่อสารในผู้ป่วยจิตเภทที่พัฒนาขึ้นเป็นเพียงร่างแนวปฏิบัติที่ได้จากการสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ 5 เรื่อง ดังนั้นควรสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์เพิ่มเติมอีก เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลให้มีความชัดเจนและครอบคลุมมากขึ้น หลังจากนั้นจึงนำแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นไปทำการศึกษาสำรอง เพื่อประเมินความเป็นไปได้ของการนำไปใช้ในสถานการณ์จริง

คำสำคัญ : ผู้ป่วยจิตเภท / โปรแกรมการฝึกทักษะการสื่อสาร/ แนวปฏิบัติการพยาบาล

THE DEVELOPMENT OF A CLINICAL NURSING PRACTICE GUIDELINE
FOR THE COMMUNICATION SKILLS TRAINING IN PATIENTS WITH
SCHIZOPHRENIA

WIROTE TONGTA 4736915 NSMH/M

M.N.S. (MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING)

THEMATIC PAPER ADVISORS: YAJAI SITTHIMONGKOL, Ph.D.,
ATIRAT WATTANAPAILIN, Ed.D.

ABSTRACT

The aim of this study is to develop a clinical nursing practice guideline in order to help nurses working with schizophrenic patients improve the patients' communication skills. The development of this guideline was guided by the IOWA model (2001). Following the 10 steps of this model, the author found 5 research studies relevant to the clinical problem. The studies were 2 Randomized Controlled Trials, one descriptive study, and 2 one-group pre-post test studies. These Studies were analyzed, and synthesized to develop a draft of a clinical nursing practice guideline to improve communication skills of schizophrenic patients. Then the guideline was submitted to 3 clinical experts to validate. The guideline was revised according to the experts' suggestions. The topics of the guideline were: 1) assessment of patients' characteristics and communication skills; 2) a communication skills training program including preparation phase and implementation phase; 3) evaluation of clinical outcome after the program. It was found that there were 5 skills that patients needed to be taught: 1) verbal and non-verbal communication behaviors; 2) starting a friendly conversation; 3) keeping a conversation going; 4) ending a friendly conversation; 5) integrating the skill components.

The recommendation of this study is that the clinical nursing practice guideline is only in initial phase of development. Additional study and evidence is required to develop this guideline more comprehensively. The guideline could be examined through a pilot study to test its feasibility in clinical settings.

KEY WORDS: SCHIZOPHRENIC PATIENT / COMMUNICATION SKILLS
TRAINING / NURSING PRACTICE GUIDELINE

115 pp.

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อ (ภาษาไทย)	ง
บทคัดย่อ (ภาษาอังกฤษ)	จ
บทที่ 1 บทนำ	
ภูมิหลังและความสำคัญของการศึกษา	1
ประเด็นปัญหาหลัก	4
วัตถุประสงค์ของการศึกษา	4
ผลที่คาดว่าจะได้รับ	4
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม	
ความหมายของการสื่อสาร	5
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการสื่อสารของผู้ป่วยจิตเภท	11
แนวคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมทักษะการสื่อสาร	12
โปรแกรมการฝึกทักษะการสื่อสาร	16
กรอบแนวคิดในการศึกษา	17
บทที่ 3 ระเบียบวิธีการศึกษา	18
บทที่ 4 สรุปการศึกษาและข้อเสนอแนะ	
สรุปการศึกษา	40
ข้อเสนอแนะ	40
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาไทย	42
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาอังกฤษ	59
รายการอ้างอิง	76
ภาคผนวก	80
ประวัติผู้วิจัย	115

บทที่ 1

บทนำ

1. ภูมิหลังและความสำคัญของการศึกษา

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคทางจิตที่รุนแรงและเรื้อรัง ทำให้เกิดการเสื่อมถอยของบุคลิกภาพ อารมณ์และการรับรู้ของผู้ป่วย (สมภพ เรื่องตระกูล, 2548) และเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ครองอัตราเตียงในโรงพยาบาลจิตเวชเป็นจำนวนมากที่สุดในบรรดาโรคจิตเวชทั้งหมด โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคที่พบมากที่สุดอีกทั้งยังมีอัตราการกลับเป็นซ้ำสูงที่สุดอีกด้วย (กรมสุขภาพจิต, 2547) จากรายงานผลการให้บริการผู้ป่วยในที่ได้รับไว้รักษาในโรงพยาบาลศรีธัญญา ปีงบประมาณ 2548 พบว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภทมารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในมากที่สุด มีจำนวน 3,988 คน คิดเป็นร้อยละ 60.7 (งานเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลศรีธัญญา, 2548)

อาการที่สำคัญของโรคจิตเภทแบ่งเป็น 2 กลุ่มอาการ คือ กลุ่มอาการด้านบวกและกลุ่มอาการด้านลบ ซึ่งกลุ่มอาการด้านบวก หมายถึง การแสดงออกในด้านความผิดปกติของความคิด การรับรู้ การติดต่อสื่อสาร และพฤติกรรม คือ จะมีความคิดหลงผิด (Delusion) อาการประสาทหลอน (Hallucination) ความผิดปกติของคำพูด ซึ่งพบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทจะมีปัญหาในการคิด ไม่สามารถรวบรวมความคิดให้เป็นไปในแนวทางเดียวกันได้ ซึ่งแสดงออกมาให้เห็นโดยผ่านทางกรพูดสนทนา ผู้ป่วยบางรายมีปัญหาเรื่องกระบวนการคิดมากจนไม่สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2539) อีกกลุ่มคือกลุ่มอาการทางด้านลบ หมายถึง ภาวะที่ผู้ป่วยขาดในสิ่งที่คนทั่วไปควรมี โดยจะมีลักษณะอาการคือ อารมณ์เฉยเมย (Affective flattening) สีหน้าของผู้ป่วยจะเรียบเฉยขาดการแสดงออกของอารมณ์ ไม่สบตา หรือการแสดงกิริยาท่าทาง วิธีการตรวจดูอาการนี้คือ การสังเกตดูขณะผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น พูดน้อยหรือไม่พูด (Alogia) ใช้คำพูดตอบคำถามสั้นๆ และไม่สนใจที่จะตอบ ขาดความสนใจทำกิจกรรมทุกชนิด ผู้ป่วยไม่สามารถริเริ่มในการทำกิจกรรมทุกชนิดโดยจะนั่งเฉยๆเป็นเวลานานๆ และไม่สนใจที่จะเข้าร่วมในการทำงานหรือกิจกรรมด้านสังคม ซึ่งความผิดปกติดังกล่าวจะปรากฏในกิจกรรมต่างๆ เช่น การมีสัมพันธ์กับผู้อื่น การทำงาน การเรียนหรือการดูแลตนเอง และพบว่าผู้ป่วยจำนวนมากจะดำเนินชีวิตโดยมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นน้อยมาก จากที่เคยมีกิจกรรมกับสังคมอย่างดี อาจแยกตัวออกจากผู้อื่น ขาดความสนใจในกิจกรรมต่างๆ ดังเช่นเคย (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542)

ลักษณะปัญหาการสื่อสารของผู้ป่วยจิตเภทที่กล่าวทั้งหมดข้างต้น พบว่าเนื่องจากผู้ป่วยมีปัญหาในการคิด ขาดการเชื่อมโยงของเหตุผลไม่สามารถลำดับความคิดตามขั้นตอนของเหตุการณ์ ดังนั้นเวลาจับฟังผู้ป่วยพูดหรือตอบคำถามจึงไม่ค่อยเข้าใจหรือฟังไม่รู้เรื่อง เพราะคำพูดจะไม่ต่อเนื่องกันเป็นเรื่องราวโดยเปลี่ยนจากเรื่องหนึ่งไปเป็นอีกเรื่องหนึ่ง ซึ่งความผิดปกตินี้เรียกว่า loose association หรือผู้ป่วยพูดไม่รู้เรื่องเลย เรียกว่า incoherence หรือ word salad และสุดท้ายคือความผิดปกติของพฤติกรรมที่มีการแสดงพฤติกรรมไม่เหมาะสมหรือบางครั้งจะมีพฤติกรรมก้าวร้าว เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น จากการศึกษาผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ มีความบกพร่องของพฤติกรรมการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล โดยเฉพาะการสื่อสารกับบุคคลอื่น ถึงแม้ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง แต่การใช้ยาโรคจิตจะมีผลต่อพฤติกรรมทางสังคมน้อย โดยเฉพาะการรักษาด้วยยาต้านเศร้าซึ่งจะได้ผลดีต่ออาการทางบวก คือลดอาการหวาดระแวง ประสาทหลอน แต่ต่อมาเมื่อมีการนำยาต้านเศร้ามารักษาผู้ป่วยจิตเภทซึ่งรักษาอาการทางด้านลบของผู้ป่วยดีขึ้นแต่ยังไม่ครอบคลุมพอจะช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการแสดงออกทางสังคมที่ดีขึ้น ดังนั้นผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังดังกล่าวจึงต้องได้รับการช่วยเหลือฟื้นฟูสมรรถภาพไม่ให้ความเสื่อมมากกว่าเดิม สามารถกลับไปดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข (เกษม ต้นติผลาชีวะ, 2542)

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่ายังผู้ป่วยจิตเภทป่วยนานเท่าไรก็ยังคงมีความเสื่อมในหน้าที่การทำงานมากขึ้น จากการศึกษาติดตามการดำเนินโรคของผู้ป่วยจิตเภทเป็นเวลา 5 ปี พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 78 จะมีลักษณะการดำเนินโรคที่ยาวนาน เรื้อรัง และมีอาการเกิดขึ้นหลายครั้ง หรือที่เรียกว่า การกำเริบซ้ำ ซึ่งการกำเริบนั้นยังเกิดขึ้นบ่อยครั้งเท่าใด ศักยภาพในการดำรงชีวิตแทบทุกด้านของผู้ป่วยก็จะเสื่อมถอยลงเท่านั้น (มานิช หล่อตระกูล, 2544) โดยเห็นได้จากผู้ป่วยไม่มีความมั่นใจในการเข้าสังคม เกิดความวิตกกังวล ไม่กล้าไปเผชิญกับโลกภายนอก ทักษะต่างๆที่ใช้ในชีวิตประจำวันเสื่อมถอยลงโดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านการสื่อสารผู้ป่วยจะมีลักษณะ พูดน้อย แยกตัวเองอยู่ตามลำพัง ไม่คบหาสมาคมกับใคร อารมณ์เฉยเมย (พรทรัพย์ สมิตยเชิฐ, 2534) นอกจากนี้ถ้าผู้ป่วยอยู่ในครอบครัวที่ยู่เหิง วุ่นวายของสมาชิกมีความสัมพันธ์ที่ไม่ดีต่อกันก่อให้เกิดภาวะตึงเครียด และถ้าผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวอยู่ในสภาพแวดล้อมเช่นนี้ได้ อาจทำให้อาการทางจิตกำเริบ กลายเป็นวัฏจักรที่ไม่มีวันสิ้นสุด การมีอาการกำเริบซ้ำๆทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้ เกิดความรู้สึกด้อยคุณค่าในตนเอง คุณภาพชีวิตลดต่ำลง ตลอดจนทำให้เกิดผลเสียทั้งเศรษฐกิจและสังคมของประเทศชาติได้ (จิราพร เกษรสุวรรณ, 2545)

จะเห็นว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท ทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาในการเข้าสังคมอย่างมาก เนื่องจากอาการของโรคดังกล่าวแล้ว ผู้ป่วยจิตเภทเมื่อเจ็บป่วยเป็นเวลานานก็จะมีปัญหา

พฤติกรรมทางสังคมมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะพฤติกรรมการติดต่อสื่อสาร ความบกพร่องดังกล่าวยังทำให้ผู้ป่วยมีลักษณะแปลกไปจากบุคคลอื่นทั่วไป ทำให้ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นน้อยลง ส่งผลให้พฤติกรรมและอาการของผู้ป่วยถดถอยลงไปอีก องุ่น พงษ์ธรรม และคณะ (2545) ได้ศึกษาพฤติกรรมทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในโรงพยาบาลมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 เดือน โดยการใช้แบบสำรวจพฤติกรรมทางสังคม จำนวน 20 รายที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นจิตเภทและมีระยะเวลาการเจ็บป่วยมากกว่า 5 ปีขึ้นไป พบว่า พฤติกรรมทางสังคมที่มีค่าเฉลี่ยต่ำ คือ พฤติกรรมด้านการติดต่อทางสังคมและด้านการติดต่อสื่อสาร ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทตามการรับรู้ของผู้ดูแล ของราตรี ภูบุญ (2545) พบว่า พฤติกรรมที่มีค่าเฉลี่ยต่ำ คือ พฤติกรรมด้านการติดต่อทางสังคมและด้านการสื่อสาร จะเห็นได้ว่าการสื่อสารเป็นทักษะทางสังคมที่มีความจำเป็นต้องพัฒนาในผู้ป่วยจิตเภท เพื่อสร้างความมั่นใจให้กับผู้ป่วยในการที่จะสื่อสารกับบุคคลอื่นเมื่อออกไปอยู่ในสังคมได้ดียิ่งขึ้นด้วย จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่านอกเหนือจากการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยจิตเภทควรเข้าร่วมโปรแกรมทางด้านจิตสังคมต่างๆรวมถึงโปรแกรมการส่งเสริมทักษะการสื่อสารด้วย และพบว่าโปรแกรมที่มีประสิทธิภาพในการเพิ่มทักษะการสื่อสารของผู้ป่วยจิตเภท เช่น โปรแกรมที่นำมาจาก UCLA Social and Independent Living Skills Program โดยมีเนื้อหาที่เรียกว่า BCSM (Basic Conversation Skill Module) และโปรแกรมการฟื้นฟูทักษะด้านการสื่อสารในผู้ป่วยจิตเภท เป็นต้น

โรงพยาบาลศรีธัญญามีวิสัยทัศน์ และพันธกิจว่าจะเป็นผู้ในระดับประเทศในการพัฒนาวิชาการเฉพาะทางด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชสู่ชุมชน จึงมีการจัดทำยุทธศาสตร์การพัฒนาโรงพยาบาล โดยมีการจัดกิจกรรมต่างๆที่ช่วยส่งเสริม พัฒนาทักษะด้านต่างๆของผู้ป่วย ซึ่งกิจกรรมหนึ่งที่ทางโรงพยาบาลให้ความสำคัญ คือการส่งเสริมพัฒนาทักษะทางสังคมด้านต่างๆ ให้กับผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยจัดกิจกรรมฝึกทักษะด้านต่างๆ ให้กับผู้ป่วยตามคู่มือการฝึกทักษะทางสังคมของกรมสุขภาพจิต พบว่าหลังเข้าร่วมกิจกรรมผู้ป่วยมีทักษะด้านต่างๆ ดีขึ้น เช่น การอาบน้ำ แต่งตัว การรับประทานยา แต่พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังมีความบกพร่องในการสื่อสารเนื่องจากบุคลากรยังให้ความสำคัญกับการส่งเสริมหรือฝึกทักษะการสื่อสารเพียงเล็กน้อย ผู้ป่วยยังคงมีความบกพร่องในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น แยกตัวเอง ไม่กล้าที่จะสื่อสาร ดังนั้นโรงพยาบาลโดยกลุ่มงานการพยาบาลได้ให้แต่ละหน่วยงานจัดกิจกรรมหรือโปรแกรมที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการพัฒนาทักษะการสื่อสาร ซึ่งแต่ละหน่วยงานต้องพัฒนากิจกรรม ส่วนใหญ่เป็นการฝึกให้ผู้ป่วยรู้จักแนะนำตัว อย่างไรก็ตามพบว่าผู้ป่วยยังคงแยกตัว ไม่กล้าเริ่มต้นสนทนา ทั้งนี้เนื่องจาก

หน่วยงานมีรูปแบบการปฏิบัติกิจกรรมไม่ชัดเจน และโรงพยาบาลเองยังไม่มีแนวปฏิบัติการส่งเสริมทักษะการสื่อสารในผู้ป่วยจิตเภทที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์

ผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลจิตเวชจึงมีความสนใจที่จะสร้างแนวทางการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อการพัฒนาทักษะด้านการสื่อสารในผู้ป่วยจิตเภทในขณะที่ผู้ป่วยรับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาล เพื่อให้พยาบาลมีแนวปฏิบัติที่เป็นแนวทางเดียวกัน โดยตั้งอยู่บนพื้นฐานของข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยใช้กระบวนการพัฒนาอย่างเป็นระบบของ EBP (Evidence – Based Practice : EBP) นำไปสู่การพยาบาลที่ได้มาตรฐาน และมีคุณภาพ ซึ่งถือว่าเป็นหัวใจสำคัญของการบริการในยุคการปฏิรูประบบสุขภาพ ที่ต้องมีการประกันคุณภาพการบริการ

2. ประเด็นปัญหาหลัก

ความบกพร่องของทักษะการสื่อสารเป็นปัญหาที่พบในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง เนื่องจากลักษณะอาการและพฤติกรรมการแสดงออกของผู้ป่วยที่เป็นมานาน เรื้อรัง ทำให้เกิดการเสื่อมถอยของพฤติกรรมต่างๆ โดยเฉพาะการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นน้อยลง แยกตัว จึงจำเป็นต้องหาแนวทางในการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมผู้ป่วยจิตเภทให้เกิดทักษะในการสื่อสาร ในผู้ป่วยจิตเภทที่แยกตัว หรือมีปัญหาสัมพันธภาพเนื่องจากขาดทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวในด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ได้ดีขึ้น

3. วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อพัฒนาทักษะการสื่อสารในผู้ป่วยจิตเภท

4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการพัฒนาทักษะการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ
2. ผู้ป่วยและญาติเกิดความพึงพอใจในการบริการพยาบาลเพื่อพัฒนาทักษะการสื่อสารของผู้ป่วย
3. พยาบาลมีแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อพัฒนาทักษะการสื่อสารที่เป็นรูปธรรม
4. โรงพยาบาลมีรูปแบบโปรแกรมในการส่งเสริมทักษะการสื่อสารให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ขาดทักษะการสื่อสาร

บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรม

1. การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหา

การศึกษางานวิจัยเพื่อสร้างแนวปฏิบัติเพื่อหาวิธีการ/แนวทางการส่งเสริมผู้ป่วยจิตเภทให้มี
การพัฒนาทักษะด้านการสื่อสาร ผู้ศึกษาได้ทำการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุม
ในหัวข้อต่อไปนี้

1. การสื่อสาร

1.1 ความหมายของการสื่อสาร

1.2 ชนิดของการสื่อสาร

1.3 องค์ประกอบของการสื่อสาร

1.4 การติดต่อสื่อสารของผู้ป่วยจิตเภท

2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการสื่อสารของผู้ป่วยจิตเภท

2.1 อายุ

2.2 เพศ

2.3 ระยะเวลาการเจ็บป่วย

2.4 สภาพแวดล้อม

3. แนวคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมทักษะการสื่อสาร

3.1 แนวคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมทักษะการสื่อสาร

3.2 โปรแกรมการฝึกทักษะการสื่อสารของผู้ป่วยจิตเภท

1. การสื่อสาร

1.1 ความหมายของการสื่อสาร

"การสื่อสาร" ตรงกับคำในภาษาอังกฤษว่า "Communication" ซึ่งได้มีผู้ให้ความหมายไว้
ต่าง ๆ กัน ดังนี้

Miller (1990) ให้ความหมายของการสื่อสารว่าเป็นการถ่ายทอดข่าวสารจากที่หนึ่งไปยัง
อีกที่หนึ่ง" ในขณะที่ Hoveland และคณะ (1990) เชื่อว่า การสื่อสาร คือ กระบวนการที่บุคคลหนึ่ง (ผู้
ส่งสาร) ส่งสิ่งเร้า (ภาษาพูด หรือภาษาเขียน) เพื่อเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลอื่นๆ (ผู้รับสาร) ซึ่ง

คล้ายกับ Rogers and Shoemaker (1997) ให้ความหมายว่า "การสื่อสาร คือ กระบวนการซึ่งสารถูกส่งจากผู้ส่งสารไปยังผู้รับสาร ในขณะที่ Weaver (1994) ให้ความเห็นว่า การสื่อสารมีความหมายกว้างครอบคลุมถึงกระบวนการทุกอย่างที่จิตใจของคนๆหนึ่ง อาจมีผลต่อจิตใจของคนอีกคนหนึ่ง การสื่อสารจึงไม่หมายความว่าแค่เพียงการเขียนและการพูดเท่านั้น หากแต่ยังรวมไปถึงดนตรี ภาพการแสดงและพฤติกรรมทุกพฤติกรรมของมนุษย์อีกด้วย นอกจากนี้ Ruesch และ Bateson (1995) ได้ขยายความหมายของการสื่อสารว่า การสื่อสาร ไม่ได้หมายถึงการถ่ายทอดสารด้วยภาษาพูด ภาษาเขียนที่ชัดเจน และแสดงเจตนาชัดเจนเท่านั้น แต่การสื่อสารยังรวมไปถึงกระบวนการทั้งหลายที่คนมีอิทธิพลต่อกันด้วย

จากความหมายที่มีผู้ให้ไว้แตกต่างกัน ซึ่งบางคนให้ความหมายครอบคลุมไปถึงพฤติกรรมที่ไม่ใช้ภาษาพูดและภาษาเขียนด้วย บางคนถือว่าการสื่อสารคือการแสดงออกทุกอย่างที่ผู้อื่นเข้าใจได้ ไม่ว่าการแสดงนั้นจะมีเจตนาให้ผู้อื่นเข้าใจหรือไม่ก็ตาม จึงอาจสรุปได้ว่า การสื่อสาร คือการที่มนุษย์ถ่ายทอดความรู้ อารมณ์ ความคิด หรือประสบการณ์ของตน ไปยังบุคคลอื่น และการรับความรู้ อารมณ์ ความคิดจากบุคคลอื่น มาปรับพฤติกรรมของตนเอง โดยกระบวนการของการสื่อสาร ซึ่งการถ่ายทอด และการรับความรู้ ความคิดมีอยู่ 3 ลักษณะคือ

1. การใช้รหัสสัญญาณโดยตรง เช่น การใช้สัญญาณเสียง ภาษาพูด สัญลักษณ์ ภาษาเขียน ภาษาท่าทาง ตลอดจนรหัสสัญญาณอื่นๆ ที่กระทำโดยตรง ระหว่างผู้ถ่ายทอดกับผู้รับ
2. การใช้เครื่องมือในการถ่ายทอด เป็นการสื่อสารโดยผ่านทางเครื่องมือ เช่น การใช้โทรศัพท์สัญญาณ วิทยุกระจายเสียง คอมพิวเตอร์ หรือเครื่องมือสื่อสารอื่นๆ
3. การถ่ายทอดโดยกระบวนการทางสังคม เช่น การปฏิบัติสืบทอดทางประเพณี ศาสนา วัฒนธรรม และระบบอื่นๆ ของสังคม

1.2 ชนิดของการสื่อสาร

การติดต่อสื่อสารมิใช่เป็นการสื่อความหมายโดยวิธีการพูดหรือเขียนแต่เพียงอย่างเดียว ยังมีวิธีการอีกหลายแบบที่มนุษย์ใช้ในการสื่อสาร แต่ที่สำคัญแบ่งชนิดของการสื่อสารออกเป็นสองชนิดใหญ่ ซึ่ง สุวนิชย์ เกียวกิ่งแก้ว (2544) กล่าวว่า มี 2 ชนิดคือ

1.การสื่อสารโดยตรง (Direct communication) ได้แก่

- การสื่อสารโดยใช้วาจา (Verbal communication) การใช้วาจาหรือคำพูดในการติดต่อสื่อสารมีกระบวนการภายในที่ซับซ้อนเป็นตัวควบคุมตั้งแต่การได้ยิน การแยกแยะแปลผล พิจารณาตรอง ตัดสินใจ และการตอบสนองให้ปรากฏภายนอกโดยการทำหน้าที่ของอวัยวะที่เกี่ยวข้อง (บุญวดี เพชรรัตน์, 2539) เช่น ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางด้านกลืนเสียงอาจเป็นผู้ป่วยมะเร็งใน

ล่าคอ กล้องเสียง หรือผู้ป่วยที่เจาะคอเพื่อให้หายใจทางท่อที่คอ หรือผู้ที่ติดอ่างเหล่านี้ย่อมมีปัญหาในการติดต่อสื่อสารได้

2. การสื่อสารโดยทางอ้อม (Indirect communication) เป็นการติดต่อสื่อสารที่ไม่ใช้วาจา (Non-verbal communication) มีหลายวิธี ได้แก่

- การใช้สัญลักษณ์ (Symbols) เป็นการสื่อสารที่ใช้สัญลักษณ์ เช่น การเขียน การวาดรูป การเขียนเครื่องหมาย (Signals) การใช้อักษรเบลล์ในผู้พิการทางตาเหล่านี้เป็นต้น เป็นการติดต่อสื่อสารที่ตำราส่วนใหญ่ว่าเป็นการสื่อสารทางเดียว (One-Way communication) แต่ความจริงแล้วอีกฝ่ายสามารถตอบโต้หรือมีปฏิกิริยาตอบโต้ได้แต่อาจจะช้า เช่น การเขียนจดหมาย การวาดรูป และยิ่งในยุคการสื่อสารที่ไร้พรมแดนหรือยุคโลกาภิวัตน์ (Globalization) มนุษย์สามารถสื่อสารทางคอมพิวเตอร์และดาวเทียม การส่งข่าวสารทางอิเล็กทรอนิกส์ (E-mail) หากผู้ติดต่อสื่อสารได้รับขณะใช้เครื่องคอมพิวเตอร์ก็สามารถโต้ตอบได้ทันทีเช่นกัน

- การใช้ภาษาท่าทาง (Body language) เป็นการสื่อสารโดยทางอ้อมเช่นเดียวกับการเขียน ต่างกันที่เป็นลักษณะของการสื่อสารสองทาง (Two-Way communication) ร่วมอยู่ด้วย การสื่อสารภาษานี้เป็นลักษณะที่ไม่มีการใช้คำพูด แต่อาศัยส่วนต่างๆ ของอวัยวะของร่างกายเป็นเครื่องมือสื่อความหมายเพื่อแสดงออกให้ผู้อื่นเข้าใจ คู่สนทนาอาจไม่มีความจำเป็นต้องใช้คำพูดโต้ตอบแต่คู่สนทนาต้องมีความชำนาญในการใช้สายตาสังเกตพฤติกรรมที่แสดงออกส่วนมากในคนปกติมักจะแสดงออกทางสีหน้า แววตา และท่าทาง

การสื่อสารโดยไม่ใช้วาจา มีจุดมุ่งหมายอยู่ที่กิริยาท่าทางและการแสดงออกทางสีหน้า แววตา เป็นสำคัญ อาจเป็นปฏิกิริยาทางกาย เช่น ปากสั่น มือสั่น หน้าซีด หน้าแดง เป็นต้น แววตาก็สามารถบอกถึงความรู้สึกภายในของผู้สื่อความหมายได้ดังคำพังเพยที่ว่า “ดวงตาเป็นหน้าต่างของหัวใจ” ฉะนั้นการประสานตากับผู้ป่วยหรือการสบตาผู้ป่วย ผู้ป่วยอาจบอกความรู้สึกทางแววตาได้ เช่น ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

การใช้ภาษาทางกาย เป็นลักษณะพฤติกรรมที่สังคมหรือกลุ่มคนเข้าใจร่วมกัน เช่น ภาษาของคนหูหนวก ภาษาของแพทย์และพยาบาลในห้องผ่าตัด การใช้มือโบกประกอบการปฏิเสธ การชี้ การอ้อม แเบะปาก พยักหน้า การดูนาฬิกาซึ่งบอกถึงว่าหมดเวลาแล้ว การแสดงความโกรธโดยการจ้องหน้า กำหมัด สีหน้าเย็นชา การแสดงความวิตกกังวลโดยการโยกตัว หักนิ้ว การแสดงความสงสัยโดยการขมวดคิ้ว หรือการแสดงความรู้สึกไม่ปลอดภัยโดยการกอดอก ล้วงกระเป๋า นั่งงอตัว

- การใช้สัมผัส (Touching) ปัจจุบันการสื่อความหมายโดยการสัมผัสได้รับความสนใจมากขึ้น ซึ่งโดยปกติแล้วพยาบาลใช้วิธีนี้มานานแล้วแต่ไม่มีใครกล่าวถึงอย่างจริงจัง เช่น เมื่อผู้ป่วย

ปวดศีรษะหรือมีไข้พยาบาลจะใช้มือสัมผัสที่หน้าผากทำให้รับรู้ว่ามีไข้จริงก็เอาปรอทมาไว้
ไข้ การที่พยาบาลใช้มือสัมผัสผู้ป่วยบอกเหมือนจะทดสอบว่ามีไข้หรือไม่ไข้แล้วพยาบาลก็เอา
ปรอทมาใส่ปากผู้ป่วยโดยที่ไม่พูดอะไรหรือแสดงกิริยาที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงความอบอุ่นใจ

การสัมผัสเป็นวิธีการหนึ่งของการติดต่อสื่อสารโดยการกระทำเพื่อเชื่อมโยงความรู้สึก
ระหว่างบุคคล เป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการสร้างสัมพันธภาพและสามารถลดช่องว่างระหว่าง
บุคคลในบางสถานการณ์ การสัมผัสเป็นการแสดงความรู้สึกที่มีประสิทธิภาพมากกว่าการใช้คำพูด
เมื่อมีการสัมผัสร่วมกับการใช้คำพูดจะมีประสิทธิภาพและให้ความหมายที่ลึกซึ้งมากกว่า การ
ติดต่อโดยใช้คำพูดแต่เพียงอย่างเดียว มีผู้ที่สนใจศึกษาถึงการให้การสัมผัสในการปฏิบัติการ
พยาบาลแก่ผู้ป่วยมีความเห็นตรงกันว่า การสัมผัสเป็นวิธีที่มีประโยชน์และมีประสิทธิภาพ เป็นวิธีที่
ช่วยสนับสนุนในการให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยเป็นอย่างดีทำให้ผู้ป่วยมีความพอใจและมีพฤติกรรม
ตอบสนองในทางบวก

สรุปแล้วชนิดของการติดต่อสื่อสารประกอบด้วย การติดต่อสื่อสารโดยตรงและโดยอ้อม
ซึ่งได้แก่ การสื่อสารด้วยวาจา และไม่ใช้วาจา การสื่อสารโดยไม่ใช้วาจาเน้นที่การใช้สัญลักษณ์
การใช้ภาษาท่าทาง และการใช้สัมผัสซึ่งการสื่อสารโดยไม่ใช้คำพูดเน้นที่การแสดงออกของสี
หน้า แววตา ท่าทาง อากัปกิริยาหรือการสัมผัสซึ่งสามารถสื่อความหมายได้จริงว่าการสื่อสาร
ด้วยวาจาเพราะบางครั้งผู้ป่วยไม่อยากพูดหรือไม่สามารถบอกความรู้สึกของตนออกมาเป็นคำพูดได้
พยาบาลจะต้องฝึกทักษะในการสังเกตและการเอาใจใส่จะช่วยให้พยาบาลหาข้อมูลที่แท้จริงจาก
ผู้ป่วยได้แต่เนื่องจากคนทั่วไปอาจขาดทักษะการสังเกตที่ดีดังนั้นพยาบาลควรส่งเสริมให้ผู้ป่วย
สามารถสื่อสารด้วยวาจาเพื่อบอกความต้องการหรือบอกความรู้สึกอย่างตรงไปตรงมาได้เพื่อง่ายต่อ
การทำความเข้าใจและการมีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน

1.3 องค์ประกอบของการสื่อสาร

องค์ประกอบที่ใช้ในการติดต่อสื่อสาร (Factors of communication)

ในการติดต่อสื่อสารจะต้องมีองค์ประกอบที่สำคัญที่ใช้ในการสื่อความหมาย ซึ่ง พิไล
รัตน์ ทองอุไร (2541) แบ่งมีดังต่อไปนี้

1. ผู้ส่งข่าวสารหรือแหล่งข้อมูล (Sender or source) คือผู้ส่งข่าวสารเป็นผู้เริ่มต้นใน
การเป็นแหล่งข่าวสารหรือข้อมูล
2. ข่าวสาร (Message) หมายถึง เนื้อหาต่างๆที่จะส่งไปอาจเป็นคำพูด วลี ประโยค
ซึ่งเป็นข้อเท็จจริงต่างๆรวมทั้งน้ำเสียง กิริยา ท่าทาง การแสดงออกทางสีหน้า แววตา เป็นต้น
3. ช่องทาง (Channel) เป็นช่องทางส่งผ่านไปยังผู้รับ อาจส่งผ่านความรู้สึกด้วย
การได้ยิน การมอง การสัมผัส การรับกลิ่น หรือการลิ้มรสก็ได้ เมื่อมีช่องทางมากกว่าหนึ่งอย่าง

การรับรู้ก็จะละเอียดมากขึ้น เช่น การได้ยินเสียงพร้อมกับการเห็นภาพ หรือน้ำเสียง สีนํ้าท่าทาง ก็จะทำให้การรับรู้ใกล้เคียงความจริงที่ผู้ส่งข่าวสารต้องการสื่อความหมาย

4. ผู้รับข่าวสาร (Receiver) หมายถึง บุคคลที่เป็นผู้รับสารจากผู้ส่งสาร อาจเป็นบุคคลคนเดียวหรือเป็นกลุ่มก็ได้ เมื่อผู้รับสารแล้วจะแปลความหมายของสารจากประสบการณ์ที่เขาได้อยู่

5. ปฏิกริยาย้อนกลับ (Feedback หรือ Response) เป็นองค์ประกอบที่สำคัญมากในกระบวนการสื่อสาร เพราะจะทำให้ทราบว่าสารที่ผู้ส่งออกไปนั้นจะบรรลุจุดมุ่งหมายเพียงใดแต่ถ้าไม่มีปฏิกริยาย้อนกลับ การสื่อสารนั้นก็จะมีจุดชะงักลง ตามปกติการสื่อสารระหว่างบุคคลสองคน มักจะมีปฏิกริยาย้อนกลับเกิดขึ้นทันที โดยทั่วไปแล้วปฏิกริยาย้อนกลับอาจแบ่งออกเป็นสองประเภทคือ

5.1 ปฏิกริยาย้อนกลับทางบวก (Positive feedback) เป็นปฏิกริยาย้อนกลับที่ทำให้เกิดความพึงพอใจบุคคลที่ได้รับจะเกิดความภาคภูมิใจ ปลื้มปิติ เกิดความมานะ พยายาม ขวนขวายที่จะกระทำสิ่งนั้นๆต่อไป

5.2 ปฏิกริยาย้อนกลับทางลบ (Negative feedback) เป็นปฏิกริยาย้อนกลับที่ทำให้เกิดความไม่พึงพอใจ เพราะไม่ได้รับการตอบสนองอย่างที่ต้องการซึ่งอาจมีผลออกมาสองทาง คือทางแรกจะต่อสู้ปรับปรุงแก้ไขเพื่อให้บรรลุผลตามที่ต้องการให้ได้ อีกทางหนึ่งคือการถอยหนีหมดกำลังใจที่จะส่งสารและจะหยุดการส่งสารนั้นๆต่อไป

สรุป จะเห็นได้ว่าองค์ประกอบของการติดต่อสื่อสารจะต้องมีองค์ประกอบหลักอยู่ 5 องค์ประกอบคือ ผู้ส่งข่าวสาร ข่าวสาร ช่องทางส่งข่าวสาร ผู้รับข่าวสาร และปฏิกริยาย้อนกลับ เพื่อให้การสื่อความหมายมีประสิทธิภาพในแต่ละองค์ประกอบจะต้องชัดเจนรวมทั้งผู้ส่งข่าวสารและผู้รับข่าวสารจะต้องมีความตั้งใจที่จะสื่อความหมายและรับความหมายอย่างแท้จริงมีฉะนั้นข้อมูลที่ได้รับอาจถูกแปลความหมายผิดไปจากเดิม ซึ่งอาจก่อให้เกิดผลเสียต่อการสร้างสัมพันธภาพ

1.4 การติดต่อสื่อสารของผู้ป่วยจิตเภท

จากอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยจิตเภทพบว่าการรักษาด้วยยาสามารถรักษาอาการของกลุ่มอาการด้านบวกได้ แต่กลุ่มอาการด้านลบนั้นมักพบในระยะหลังของโรคและไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาเหมือนกลุ่มอาการด้านบวกซึ่งผู้ป่วยจะมีภาวะที่ขาดในสิ่งที่คนทั่วไปควรมี (มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548) และพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาในเรื่องพฤติกรรมการติดต่อสื่อสารและการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น แสดงให้เห็นโดยที่ผู้ป่วยจิตเภทมักจะแยกตัวอยู่ลำพังโดดเดี่ยว ไม่ค่อยคบหาสมาคมกับบุคคลอื่น ละเลยกิจวัตรประจำวันต่างๆ อารมณ์เฉยเมย ซึ่งปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทเกิดจากความคับข้องใจในการมี

สัมพันธภาพ ไม่สามารถสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่นได้ ไม่สามารถที่จะบอกความต้องการของตนเองแก่ผู้อื่นได้ (จุลพิร ชูวงศ์, 2545) และยิ่งถ้าเป็นผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังก็ยิ่งมีความบกพร่องของพฤติกรรมการมีสัมพันธภาพและการสื่อสารที่เห็นได้ชัดคือ สีหน้าเรียบเฉย อารมณ์เฉยเมย อาจแสดงอารมณ์ไม่เหมาะสมด้วยการยิ้ม หัวเราะหรือ แสดงสีหน้าแปลกๆ โดยไม่มีสิ่งเร้า ไม่สบตาคู่สนทนา พูดน้อย หรือไม่พูดอาจตอบคำถามสั้นๆ ไม่สนใจที่จะตอบ ไม่ริเริ่มในการทำกิจกรรม ไม่สนใจกิจกรรมทางสังคมและในการทำงานอื่นๆ จะนั่งเฉยเป็นเวลานานดำเนินชีวิตโดยมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นน้อยมาก (จิราพร เกษรสุวรรณ, 2545)

2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการสื่อสารของผู้ป่วยจิตเภท

การศึกษาเรื่องทักษะการสื่อสารในผู้ป่วยจิตเภทนั้น พบว่าสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยมีความบกพร่องของทักษะการสื่อสารและสัมพันธภาพนั้นสาเหตุหนึ่งมาจากอาการของโรคจิตเภทเองที่ผู้ป่วยมีอาการของกลุ่มอาการทางด้านบวกและกลุ่มอาการทางด้านลบ โดยเฉพาะกลุ่มอาการทางด้านลบที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการและพฤติกรรมแสดงให้เห็นเด่นชัดมากในเรื่องของความบกพร่องของการสื่อสาร นอกจากนี้ยังพบว่ามีอีกหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการสื่อสารของผู้ป่วยจิตเภท กล่าวคือ

อายุ

อายุ เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้บุคคลมีความแตกต่างกันในเรื่องความคิดของบุคคลที่มีอายุมาก จะมีพฤติกรรมตอบสนองต่อการสื่อสารต่างจากบุคคลที่มีอายุน้อย และบุคคลที่มีอายุน้อย จะมีพฤติกรรมตอบสนองต่อการติดต่อสื่อสารเปลี่ยนไปเมื่อมีอายุมากขึ้น (จุลพิร ชูวงศ์, 2545) และในผู้ป่วยจิตเภทพบว่าผู้ป่วยเริ่มมีอาการในช่วงวัยรุ่นเมื่อเป็นแล้วมักไม่หายขาด ส่วนใหญ่มีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ โดยมีอาการหลงเหลืออยู่บ้างในระหว่างนั้น ทำให้ทราบว่าถ้าอายุที่เริ่มเป็นของผู้ป่วยจิตเภทเริ่มที่อายุน้อยมากเท่าใดอาการจากการเจ็บป่วยเรื้อรังกลับเป็นซ้ำของโรคจึงทำให้เกิดความเสื่อมของบุคลิกภาพ โดยเฉพาะด้านการสื่อสาร (ชะฤทธิ พงศ์อนุตริ, 2536)

เพศ

ในภาวะปกติความแตกต่างทางเพศทำให้บุคคลมีพฤติกรรมในการติดต่อสื่อสารที่แตกต่างกัน กล่าวคือ วัฒนธรรม และสังคมไทยยังกำหนดบทบาทและกิจกรรมของเพศหญิงและเพศชายไว้ต่างกัน เพศหญิงมักจะเป็นคนมีจิตใจอ่อนไหว ละเอียดย่อน ประณีตประณีต และหยิ่งลึกจิตใจคนอื่นได้ดีกว่าเพศชาย ในขณะที่เพศชายจะใช้เหตุผลและจดจำข่าวสารได้มากกว่าเพศหญิง ดังนั้นในเรื่องการสื่อสารเพศชายจะสามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้ดีกว่าเพศหญิง (จุลพิร ชูวงศ์, 2545) แต่ในผู้ป่วยจิตเภท พบว่าเพศหญิงและเพศชายมีการรับรู้ไม่แตกต่างกันในเรื่องของการสื่อสาร (สม

พร รุ่งเรืองกลกิจ, 2544) ดังนั้นความสามารถด้านทักษะต่างๆของผู้ป่วยจึงขึ้นอยู่กับอายุที่เริ่มเป็นโรคและระยะเวลาที่เป็นเรื้อรังมากกว่า (ชลีพร ชวงศ์, 2545)

ระยะเวลาการเจ็บป่วย

พบว่าระยะเวลาในการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท และจำนวนครั้งในการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสื่อสาร อาจมีสาเหตุเนื่องมาจาก โรคจิตเภทมีลักษณะการดำเนินโรคแบบเรื้อรัง ต้องดูแลรักษากันยาวนาน พบว่ามีความก้าวหน้าในการรักษาซ้ำ ผู้ป่วยกลับเข้ามารับการรักษาซ้ำ และจากการป่วยเรื้อรังกลับเป็นซ้ำของโรคจึงทำให้เกิดความเสื่อมทางบุคลิกภาพซึ่งแสดงออกมาในแบบของพฤติกรรมเช่น แยกตัวเองเนื่องจากไม่สามารถบอกความต้องการของตนเองแก่ผู้อื่นได้ พุดน้อย (ชลีพร ชวงศ์, 2545)

สภาพแวดล้อม

เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง ที่ต้องรับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน ผู้ป่วยเหมือนถูกตัดขาดจากสังคมเมื่อออกไปสู่สังคมภายนอกทำให้มีความวิตกกังวลในการแสดงออกในสังคม (Social Anxiety) มีพฤติกรรมทางสังคมผิดๆ หรือเนื่องมาจากการขาดแคลนประสบการณ์ในสังคมที่จะเรียนรู้ให้มีการแสดงออกอย่างเหมาะสม ไม่กล้าที่จะพูด พุด สับสน จนต้องมีการฝึกฝนพฤติกรรมด้านการสื่อสารใหม่ หรือจากสภาพแวดล้อมบางประการ เช่น ครอบครัวที่อยู่เหิง รุนววย รูปแบบการเลี้ยงดูและการอยู่ร่วมกันของสมาชิกที่มีความสัมพันธ์ไม่ดีต่อกัน (พรทรีพย์ สมิตยเสียร, 2534) ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด วิตกกังวลกับความเจ็บป่วย กลัวว่ารูปแบบการสื่อสารที่ออกมาจะทำให้บุคคลอื่นไม่เข้าใจ จึงไม่อยากที่จะสื่อสารกับบุคคลอื่น (ชลีพร ชวงศ์, 2545)

สรุป จะเห็นได้ว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการสื่อสารของผู้ป่วยจิตเภทนั้นประกอบด้วย ปัจจัยที่เกิดจากตัวผู้ป่วยเองและเกิดจากสภาพแวดล้อม ดังนั้นการช่วยเหลือและส่งเสริมผู้ป่วยให้มีทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ สามารถดำเนินชีวิตในครอบครัว ชุมชนได้นั้นจะต้องให้ความสำคัญกับปัจจัยต่างๆที่กล่าวมาด้วย

3. แนวคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมทักษะการสื่อสาร

ในปัจจุบันได้มีผู้พยายามพัฒนากรอบแนวคิดเพื่อใช้ในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทหลายกรอบแนวคิดและแนวคิดที่ได้รับการยอมรับค่อนข้างมากและนำมาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการฟื้นฟู รักษาผู้ป่วยจิตเภทคือ Vulnerability – Stress model ซึ่งถูกพัฒนาโดยซูบินและสปริง (Zubin and Spring, 1977) ซึ่งซูบินและสปริงกล่าวว่า ทุกคน มีโอกาสเกิดความเจ็บป่วยทางจิต เพราะทุกคนมีความอ่อนแอ (Vulnerability) ที่ส่งเสริมให้เกิดการเจ็บป่วยทางจิต แต่มีระดับที่

แตกต่างกัน อาการทางจิตจะแสดงออกเมื่อบุคคลตกอยู่ในสภาวะที่เหมาะสม (suitable circumstances) เช่น สถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด ความอ่อนแอของบุคคล

แนวคิด Vulnerability – Stress model (Zubin and Spring, 1977) ได้ถูกนำมาใช้อย่างแพร่หลายในการรักษาและการฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเภท การกลับเป็นซ้ำทางจิต (relapse) ว่าเป็นผลมาจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย 4 ประการคือ ความอ่อนแอพื้นฐานของบุคคล (Personal vulnerability factors) ปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่ทำให้เกิดความเครียด (Environmental stress) ปัจจัยปกป้องเฉพาะบุคคล (Personal protectors) ปัจจัยปกป้องทางสิ่งแวดล้อม (Environmental protector)

ปัจจัยความอ่อนแอพื้นฐานของบุคคล ประกอบด้วย ความผิดปกติของระดับ Dopamine (Dopaminergic dysfunction) ความสามารถในการประมวลผล (Reduced available processing capacity) ระบบอัตโนมัติทำงานตอบสนองต่อสิ่งเร้ามากเกินไป (Autonomic hyperactivity to aversive stimuli) และ Schizotypal personality Traits ปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่ก่อให้เกิดความเครียด ประกอบด้วย บรรยากาศที่มีการแสดงออกของอารมณ์สูง (High expressed emotion) คือ มีการวิพากษ์วิจารณ์ซึ่งกันและกัน หรือให้ความสนใจ ใส่ใจปกป้องมากเกินไป เหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความตึงเครียด หรืออยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มีการกระตุ้นทางสังคมสูง (Over stimulation social environment) ปัจจัยปกป้องเฉพาะบุคคล ประกอบด้วย การได้รับยาทางจิตเวช ทักษะการเผชิญปัญหา และความเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเอง และ ปัจจัยปกป้องทางสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วย ความสามารถในการแก้ปัญหาครอบคลุมและรูปแบบการช่วยเหลือสนับสนุนทางด้านจิตสังคม

เมื่อสิ่งแวดล้อมทำให้เกิดความเครียด ร่วมกับ ความอ่อนแอของบุคคลสูงเกินกว่าปัจจัยปกป้องส่วนบุคคลและสิ่งแวดล้อมควบคู่ไปกับความผิดปกติในกระบวนการคิดและการทำงานของระบบอัตโนมัติ ก็จะทำให้ผู้ป่วยมีอาการเตือนที่แสดงถึงความผิดปกติ (Prodromal symptoms) อันมีผลต่อการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยและการกลับเป็นซ้ำของอาการทางจิต ปัจจัยทั้งหมดนี้มีปฏิสัมพันธ์ต่อกันและมีการทำงานของวงจรย้อนกลับ เช่น เมื่อผู้ป่วยเริ่มมีความผิดปกติทางจิต ก็จะเป็นปัจจัยย้อนกลับมาสู่การเพิ่มความเครียดทางสิ่งแวดล้อม หรือมีความอ่อนแอพื้นฐานเพิ่มขึ้น

จากแนวคิดดังกล่าว ได้ก่อให้เกิดรูปแบบการรักษาฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเภทด้วยการผสมผสานระหว่างการรักษาด้วยยาทางจิตเวช และพฤติกรรมบำบัด โดยทั้งหมดเริ่มต้นที่การควบคุมอาการทางจิตด้วยการรับประทานยาทางจิตเวช เพราะยาจะช่วยลดหรือควบคุมอาการทางจิต ช่วยพัฒนาการทำหน้าที่การรู้คิด (Cognitive function) ให้ดีขึ้น เมื่ออาการทางจิตสงบจะส่งผลให้

ผู้ป่วยมีความสามารถรับผิดชอบต่อการเรียนรู้ การรับรู้ดีขึ้น และพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยพฤติกรรมบำบัดควบคุมไปกับการรักษาด้วยยาได้ผลดีมากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง ดังนั้นจึงได้มีผู้นำกรอบแนวคิดของซูบินและสปริงไปใช้ในการฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเภทโดยจะทำการฟื้นฟูผู้ป่วยเมื่ออาการทางจิตสงบ จากนั้นจึงเข้าสู่ขั้นตอนการฟื้นฟูทักษะทางสังคมด้านต่างๆ จากที่กล่าวมาแล้วว่าทั้งหมดเป็นกรอบแนวคิดใหญ่สำหรับการฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเภทซึ่งมีหลายรูปแบบ เช่น การฝึกทักษะทางสังคม (Social Skill Training) การให้ความรู้ทางด้านสุขภาพจิตศึกษาแก่ครอบครัว (Family Psychoeducation) การใช้ Case management และการใช้ Self help group รวมถึง Compliance Therapy สำหรับผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่มีความบกพร่องของทักษะการสื่อสารซึ่งเป็นอีกทักษะหนึ่งของทักษะทางสังคมที่มีความสำคัญมากที่จะทำให้ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นมากยิ่งขึ้น และเป็นทักษะเริ่มต้น เป็นจุดเริ่มต้นในการฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเภท เป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการส่งเสริม พัฒนาทักษะทางสังคมของผู้ป่วยให้สามารถใช้ชีวิตอยู่ในชุมชนและสังคมได้

อย่างไรก็ตาม ทักษะทางสังคม ในปัจจุบันยังไม่มีบุคคลใดให้ความหมายอย่างชัดเจน แต่จากการทบทวนวรรณกรรมคำว่า ทักษะ มีความหมายว่าเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจากประสบการณ์การเรียนรู้ (Kopelowicz, Liberman, & Zarate, 2006) และสำหรับทักษะทางสังคมนั้นเป็นทักษะที่ต้องประกอบด้วย 1) การมีสมาธิจดจ่อและการฟัง 2) การสนทนา 3) การให้กำลังใจซึ่งกันและกัน 4) การใช้ทักษะในการแก้ไขปัญหา 5) ทักษะการควบคุมตนเอง นอกจากนี้แล้ว Liberman et al. (1984) ได้ให้ข้อคิดเห็นที่ทำให้เข้าใจทักษะทางสังคมมากขึ้น โดยเห็นว่าทักษะทางสังคมในมิติแรกควรประกอบด้วย ทักษะการใช้ภาษาท่าทางที่จะทำให้นักสื่อสารระหว่างกันได้ เช่น การสบตา การแสดงท่าทาง การใช้มือแสดงเป็นสัญลักษณ์ ความดังของเสียง ระดับเสียง และความคล่องแคล่วของคำพูด อีกมิติหนึ่งประกอบด้วย เนื้อหาของคำพูดหรือการสนทนา การขอให้ผู้อื่นทำในบางสิ่งบางอย่าง เช่น การชื่นชม การกล่าวขอบคุณ การทักทายบุคคลอื่น การปฏิเสธในสิ่งที่ขอด้วยเหตุผลไม่เพียงพอ การถูกสัมภาษณ์ การแสดงปฏิกิริยาโต้ตอบที่เหมาะสมเมื่อถูกวิพากษ์วิจารณ์ การจัดการกับชีวิตประจำวันที่เกิดขึ้น และมีมิติสุดท้ายเกี่ยวข้องกับการโต้ตอบสนทนาระหว่างกัน เช่น การให้แรงเสริมกับคู่สนทนาเพื่อคงการสนทนาไว้ การเริ่มต้นสนทนา การสิ้นสุดการสนทนา และการเข้าร่วมกลุ่ม

ดังนั้นผู้ศึกษาจึงเลือกใช้รูปแบบหรือวิธีการ การฝึกทักษะทางสังคม ในการฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเภทที่มีความบกพร่องของทักษะการสื่อสาร ดังที่รูปแบบของการฝึกทักษะทางสังคมที่ซูบินและสปริงกล่าวไว้

ความบกพร่องทางสังคมของผู้ป่วยอาจเกิดเนื่องมาจากการเจ็บป่วยทางจิต หรือไม่ได้รับการเรียนรู้ ในอดีตก่อนที่ผู้ป่วยจะเกิดการเจ็บป่วย การไม่ได้รับการกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อม หรือการที่ไม่ได้ใช้ทักษะนั้นๆติดต่อกันเป็นระยะเวลาาน การฝึกทักษะทางสังคมจึงเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการรักษาทางด้านจิตสังคมของการฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเภท การฝึกทักษะทางสังคมมีจุดมุ่งหมาย เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตอยู่ในชุมชนได้ด้วย การฝึกทักษะทางสังคมอาศัยแนวคิดทางพฤติกรรมบำบัดด้วยวิธีการค่อยๆ เปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยให้มีความเหมาะสมทีละนิดๆ ควบคู่กับการเสริมแรงทางบวกเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ และทักษะที่นิยมใช้สอนผู้ป่วย คือ ทักษะการใช้ชีวิตประจำวัน (daily life skills) เช่น ทักษะการอยู่ในสังคม (social skills) โดยการใช้แหล่งประโยชน์จากที่ต่างๆ การเผชิญกับความเครียด และการควบคุมอาการทางจิต ซึ่งรวมถึงความสามารถในการบ่งถึงอาการเตือนของการกลับเป็นซ้ำ การจัดการกับอาการเตือนที่เกิดขึ้น การจัดการกับอาการทางจิตที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง แม้จะได้รับการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง และการหลีกเลี่ยงการดื่มสุราและการใช้สารเสพติด (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2544)

และทั้งหมดนี้เป็นการกล่าวถึงการฝึกทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทที่ต้องใช้หลักการของพฤติกรรมบำบัดในการส่งเสริมการเรียนรู้ทักษะทางสังคม ร่วมกับการเสริมแรงทางบวกเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมพึงประสงค์ สำหรับการฟื้นฟูทักษะด้านการสื่อสารผู้ป่วยจิตเภทนั้นจำเป็นจะต้องมีการฝึกทักษะโดยนำแนวคิดการรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเภทของซูบินและสปริงมาประยุกต์ใช้ในการฝึกทักษะด้านการสื่อสารซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการฝึกทักษะทางสังคม เพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์มีผลงานวิจัยบ่งชี้ว่า หลังจากที่ได้รับ การฝึกทักษะทางสังคม ทักษะนี้สามารถคงอยู่ต่อเนื่องเป็นเวลาอย่างน้อย 1 ปี และทำให้มีอัตราการกลับเป็นซ้ำลดลง อย่างไรก็ตามผู้บำบัดจำเป็นต้องได้รับการฝึกอบรมและฝึกปฏิบัติจนมีความสามารถในการฝึกทักษะให้กับผู้ป่วย Kopelowiz & Liberman (1998) กล่าวเตือนว่า การฝึกทักษะทางสังคมนั้นไม่ได้เป็นการเรียนรู้ที่ง่ายสำหรับผู้บำบัด เช่น นักจิตวิทยา พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ หรือ จิตแพทย์ที่เป็นผู้ส่งเสริมการเรียนรู้และฝึกทักษะผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้นจำเป็นต้องผ่านการศึกษา อบรมอย่างน้อย 3-6 เดือน จึงจะทำให้บุคคลเหล่านั้นมีความมั่นใจและมีศักยภาพในการฝึกทักษะทางสังคมให้ผู้ป่วย

อีกส่วนหนึ่งของการฝึกทักษะทางสังคมที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้กับการฟื้นฟูทักษะด้านการสื่อสารคือรูปแบบที่ใช้ในการฝึกอบรมผู้ป่วย จะใช้วิธีการส่งเสริม เรียนรู้หลายๆ วิธีรวมกัน เช่น การดูวีดิทัศน์ เพื่อให้เกิดการเรียนรู้จากตัวแบบ (modeling) การฝึกบทบาทสมมติ (role playing) และการให้การบ้านไปฝึกฝนต่อที่บ้าน

โปรแกรมการฝึกทักษะการสื่อสารของผู้ป่วยจิตเภท

โปรแกรมที่มีประสิทธิผลในการเพิ่มทักษะการสื่อสารของผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่

นำมาจาก UCLA Social and Independent Living Skills Program โดยมีเนื้อหาที่เรียกว่า BCSM (Basic Conversation Skill Module) หรือ BCSM ซึ่งเป็นโปรแกรมที่เริ่มพัฒนามาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1989 จากเนื้อหาที่เรียกว่า Social & Independent Living Skills หรือ SILS มาเป็น BCSM พัฒนาโดย Clinical Research Center for Schizophrenia and Psychiatric Rehabilitation (Lieberman, 1990) ผู้พัฒนาโปรแกรมสนใจเกี่ยวกับการสื่อสารและการสนทนาของผู้ป่วยจิตเภท จึงได้มีการจัดทำเป็นเนื้อหาและโปรแกรมในการฝึกผู้ป่วยจิตเภทที่มีความบกพร่องของทักษะด้านการสื่อสารไว้ แล้วมีการนำไปใช้เพื่อทดสอบประสิทธิภาพและประสิทธิผลของเนื้อหาโปรแกรมในหลายประเทศ ทั้งที่เป็นการนำไปศึกษาเองและจากบุคคลอื่นที่มีความสนใจในเรื่องการสื่อสารและการสนทนาของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งมีอยู่ 2 โปรแกรม คือ

โปรแกรมที่พัฒนาโดย Nilsson และคณะ (1998) เป็นโปรแกรมการฝึกผู้ป่วยจิตเภท โดยมี การฝึกทักษะการสื่อสารของผู้ป่วยจิตเภทในประเทศสวีเดนและนอร์เวย์ ในโปรแกรมประกอบด้วย การฝึกทักษะต่างๆ ได้แก่ การติดต่อสื่อสารโดยภาษาพูดและไม่ใช้ภาษาพูด การเริ่มต้นบทสนทนา อย่างเป็นมิตร การดำเนินการสนทนา การจบบทสนทนาอย่างเป็นมิตร การใช้ทักษะแบบ ผสมผสาน ผลการวิจัยพบว่าการเพิ่มขึ้นของทักษะการสื่อสารของผู้ป่วยและการศึกษาค้นคว้าพบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุเฉลี่ยมากก็จะทำให้ใช้ระยะเวลาในการฝึก และต้องใช้แรงจูงใจในการฝึกมากกว่า กลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุน้อย และในปีเดียวกันยังมีการนำโปรแกรมฝึกการสื่อสารไปประยุกต์ปรับใช้ใน วัฒนธรรมที่แตกต่างกันในเรื่องทักษะการสื่อสาร โดยศึกษาในประเทศบัลแกเรีย ของ Butolin & Liberman (1998) ผู้วิจัยได้นำ Basic Conversation Skill Module (BCSM) มาใช้ในการฝึกการ สนทนาของผู้ป่วย ผลการวิจัยพบว่า BCSM มีความสำเร็จและเป็นที่ยอมรับในการนำมา ประยุกต์ใช้ฟื้นฟูทักษะการสื่อสารของผู้ป่วยในบัลแกเรีย โดยทั้งสองงานวิจัยนี้เป็นการพัฒนา เนื้อหาโปรแกรมของ BCSM ที่มีอยู่เพื่อไปทดลองและปรับใช้กับผู้ป่วยจิตเภท

อีก 5 ปีต่อมาได้มีทีมผู้วิจัยของประเทศไต้หวันคือ Chien และคณะ (2003) ได้จัดทำและ พัฒนาโปรแกรมการฝึกผู้ป่วยจิตเภทเพื่อส่งเสริมความสามารถด้านการสื่อสาร ซึ่งไม่เกี่ยวข้องกับ โปรแกรมของ BCSM มีระยะเวลาในการฝึก 2 ครั้งต่อสัปดาห์ รวมทั้งหมด 8 ครั้ง ทำ 4 สัปดาห์ใน แต่ละเดือน วิธีการคือ 10 นาทีแรกทำกิจกรรมการอุ่นเครื่อง 40 นาทีต่อมาใช้การอธิบาย การสาธิต และแสดงบทบาทสมมุติ ส่วน 10 นาทีสุดท้ายให้ผู้ป่วยได้สะท้อนความรู้สึกและแลกเปลี่ยนความ คิดเห็นกัน ผลการวิจัยพบว่าคะแนนเฉลี่ยของทักษะการสนทนาในกลุ่มทดลองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญ

สำหรับในประเทศไทยนั้นรูปแบบการฟื้นฟูทักษะด้านการสื่อสารในผู้ป่วยจิตเภท มีการวิจัยและศึกษาน้อยมาก ทำให้ยังไม่มีรูปแบบหรือโปรแกรมที่ชัดเจนมาใช้ในการฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเภทที่มีความบกพร่องของทักษะการสื่อสาร จากการค้นคว้าพบว่าการพัฒนาโปรแกรมการฝึกทักษะสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลของผู้ป่วยจิตเภทของพรทฤษฎ์ สมิตยเจียร (2534) ได้พัฒนาโปรแกรมสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล กลุ่มตัวอย่างที่ใช้เป็นผู้ป่วยจิตเภททั้งเพศชายและเพศหญิงที่รับไว้รักษาในแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ 30 คน ได้แบ่งผู้ป่วยเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 15 คน กลุ่มทดลองได้รับการฝึกทักษะสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลร่วมกับกลุ่มการบำบัดปกติ ส่วนกลุ่มควบคุมจะได้รับการรักษาด้วยกลุ่มบำบัดตามปกติในหอผู้ป่วย โดยที่ทั้งกลุ่มการบำบัดปกติและกลุ่มควบคุมจะมีเวลาในการเข้ากลุ่มที่เท่ากันทุกประการ และจากผลการทดลองพบว่าผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับการฝึกทักษะสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยกลุ่มบำบัดตามปกติในหอผู้ป่วย อย่างมีนัยสำคัญคือผู้ป่วยได้มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน ได้พูดถึงอาการความรู้สึของตนเอง และฝึกหัดการรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่นด้วย

สรุปการบำบัดผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาด้านการสื่อสารพบว่ามีโปรแกรมสำหรับการฝึกการสื่อสารที่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความสามารถด้านการสื่อสารมากขึ้น โดยโปรแกรมการบำบัดต้องอาศัยความร่วมมือของผู้ป่วยจิตเภทเองและพยาบาลผู้ทำหน้าที่ในการบำบัดรักษาเพื่อให้ความสามารถด้านการสื่อสารของผู้ป่วยจิตเภทมีประสิทธิภาพมากที่สุด

2. Conceptual Framework of the Study

กรอบแนวคิดในการศึกษา

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจิตเภท และปัจจัยที่มีผลต่อการสื่อสารของผู้ป่วยจิตเภท รวมทั้งนวัตกรรมต่างๆที่ใช้ในการพัฒนาทักษะการสื่อสารของผู้ป่วยจิตเภท ทำให้สามารถสรุปกรอบแนวคิดได้ ดังนี้

ผู้ป่วยจิตเภทมักพบปัญหาเรื่องความบกพร่องของการสื่อสาร คือ ผู้ป่วยจิตเภทไม่สามารถสร้างสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ไม่สามารถบอกความต้องการของตนเองแก่ผู้อื่นได้เนื่องจากคำพูดของผู้ป่วยจะไม่ต่อเนื่องเป็นเรื่องราว เปลี่ยนจากเรื่องหนึ่งเป็นอีกเรื่องหนึ่งหรือบางครั้งพูดไม่รู้เรื่องเลย และการแสดงออกด้านพฤติกรรมผู้ป่วยจะพูดน้อย แยกตัวเองอยู่ตามลำพัง ไม่คบหาสมาคมกับใคร อารมณ์เฉยเมย โดยทั้งหมดนี้เป็นความเสื่อมถอยของกระบวนการคิดและความเสื่อมถอยของทักษะการสื่อสารในผู้ป่วยจิตเภท

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดของ Vulnerability – Stress model (Zubin and Spring, 1977) มาอธิบายแนวทางในการส่งเสริมทักษะการสื่อสารของผู้ป่วยจิตเภท เนื่องจากแนวคิดนี้เชื่อว่าหากผู้ป่วยจิตเภทได้รับการส่งเสริมปัจจัยปกป้องเฉพาะบุคคล และปัจจัยปกป้องทางสิ่งแวดล้อมก็จะสามารถลดโอกาสเกิดการกลับเป็นซ้ำ การเพิ่มทักษะการสื่อสารซึ่งเป็นการส่งเสริมปัจจัยปกป้องเฉพาะบุคคลจะเป็นปัจจัยหลักที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยมีความเชื่อว่าถ้าผู้ป่วยจิตเภทสามารถสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพจะสามารถบอกความต้องการของตนเองได้ สามารถขอความช่วยเหลือหรือขอการสนับสนุนเมื่อไม่สามารถแก้ปัญหาด้วยตนเอง รวมทั้งมีความมั่นใจในการอยู่ในสังคม ก็จะทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวใช้ชีวิตอยู่ในครอบครัวและสังคมได้อย่างปกติสุข

อย่างไรก็ตามการบำบัดเพื่อส่งเสริมทักษะการสื่อสารในผู้ป่วยจิตเภท จำเป็นต้องอาศัยแนวคิดพฤติกรรมบำบัด ซึ่งการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพต้องอาศัยการเรียนรู้และการฝึกอย่างต่อเนื่อง ในการฝึกการสื่อสารจะต้องมีการสื่อสารที่จำเป็นในหลายลักษณะ เช่น การพูดเป็นประโยคที่สมบูรณ์ การใช้คำถามปลายเปิด การบอกความรู้สึก ความต้องการ การสะท้อนความรู้สึก และการฝึกทักษะการสื่อสาร ควรประกอบด้วยวิธีการที่หลากหลาย เช่น การสอนโดยตรง การทำตัวอย่างให้ดู การฝึกซ้อม การให้แรงเสริมทางบวก การสะท้อนกลับเพื่อแก้ไขสิ่งที่ไม่ถูกต้อง และเพื่อให้การบำบัดมีมาตรฐานโปรแกรมการบำบัดควรมีคู่มือสำหรับผู้ฝึกแบบฝึกหัดสำหรับผู้ป่วย และวิดีโอเทปที่ใช้ในการสอนด้วย ทั้งนี้เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเรียนรู้ทักษะการสื่อสารที่เหมาะสม และนำไปใช้ในการดำเนินชีวิตประจำวันได้

บทที่ 3

ระเบียบวิธีการศึกษา

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ วิธีการศึกษาในครั้งนี้ประกอบด้วย การระบุวิธีการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ ระบุเกณฑ์ในการคัดเลือกและประเมินคุณภาพงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์อื่นๆ

วิธีการดำเนินกระบวนการสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการพัฒนาทักษะด้านการสื่อสารในผู้ป่วยจิตเภท ผู้ศึกษาใช้กรอบแนวคิดของ IOWA Model of Evidence-Based Practice to Promote Quality Care 2001 (Titler, et al, 2001) เนื่องจากเป็นกระบวนการที่ชี้แนะผู้ปฏิบัติอย่างเป็นลำดับขั้นตอนที่แน่นอน ง่ายต่อการปฏิบัติและมีทางเลือกอื่นๆหากงานวิจัยไม่เพียงพอ เช่น ใช้การบันทึกข้อมูลของผู้ป่วย ข้อคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ หลักการทางวิทยาศาสตร์และทฤษฎี เน้นให้มีการนำร่องกับผู้ป่วยกลุ่มเล็กๆก่อนจัดให้เป็นแนวปฏิบัติจริงกับผู้ป่วยทั้งหมดเพื่อนำการเปลี่ยนแปลง รวมทั้งให้มีการติดตามตรวจสอบผลลัพท์อย่างน้อย 2 ครั้งเมื่อนำไปใช้ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายคุณภาพของโรงพยาบาลที่มุ่งเน้นให้มีการติดตามตรวจสอบคุณภาพอย่างต่อเนื่อง กระบวนการสร้างแนวปฏิบัติจากหลักฐานเชิงประจักษ์ของ IOWA Model และมีขั้นตอนทั้งหมด 10 ขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. การระบุปัญหา

การกำหนดประเด็นปัญหาที่สนใจเริ่มที่การมุ่งเน้นตรงปัญหาและองค์ความรู้ ซึ่งเป็นตัวกระตุ้นให้คิดหาวิธีและกระบวนการที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล และค้นหาค้นคว้าความรู้ทางวิทยาศาสตร์ใช้ในการตัดสินใจ ประเด็นปัญหาได้มาจากประสบการณ์การทำงาน การบันทึกข้อมูลความเสี่ยงในองค์กรจากกระบวนการพัฒนาคุณภาพหรือมาตรฐานทางการพยาบาล รวมทั้งต้นทุนบริการสุขภาพ ตัวกระตุ้นที่มุ่งเน้นองค์ความรู้คืองานวิจัยใหม่หรือการทบทวนวรรณกรรมที่สัมพันธ์กับปัญหาที่ต้องการแก้ไข

2. การจัดลำดับของปัญหา

ขั้นตอนนี้ต้องพิจารณาหัวข้อประเด็นปัญหาที่เหมาะสมกับระดับองค์กรและในระดับหน่วยงาน โดยเพิ่มการค้นคว้างานวิจัยและการพัฒนาที่ตรงกับความต้องการของหน่วยงาน ทำประเด็นปัญหาให้เกิดความชัดเจนเพื่อให้ได้รับการสนับสนุนจากองค์กร และที่สำคัญพอๆกันคือหัวข้อที่เลือกต้องกระตุ้นให้สมาชิกมีส่วนร่วมให้เกิดการเปลี่ยนแปลง

3. การสร้างทีมงาน

ขั้นตอนต่อมาคือการสร้างทีมบุคลากรและกระตุ้นให้ทีมมีการพัฒนา ทำให้เป็นผลสำเร็จและประเมินแนวปฏิบัติ การกระตุ้นทีมหรือผู้ร่วมงานแต่ละกลุ่มให้กระตุ้นสมาชิกผู้ปฏิบัติ หรืออาจต้องมีการตั้งทีมใหม่หากจำเป็น องค์ประกอบของทีมขึ้นอยู่กับหัวข้อที่เลือกและปรัชญาการดูแลของแต่ละองค์กร เช่นต้องอาศัยการทำงานร่วมกันของสหวิชาชีพ หรือมีเพียงพยาบาลเท่านั้น แต่เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาในระดับปริญญาโทโดยมีอาจารย์ที่ปรึกษาเป็นผู้ให้คำแนะนำและตรวจสอบ จึงยังไม่มีการสร้างทีมในการพัฒนาแนวปฏิบัติ

4. การค้นหาผลงานวิจัยและหลักฐานที่เกี่ยวข้อง

เมื่อเลือกหัวข้อและสร้างทีมงานแล้ว ขั้นตอนต่อมาคือการค้นหาเอกสารที่เกี่ยวข้องและข้อมูลจากแหล่งต่างๆ เช่น แนวปฏิบัติต่างๆ การทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับหัวข้อที่เลือก วิธีการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ตีพิมพ์จากแหล่งข้อมูลควรได้รับการตรวจสอบอย่างดี มีความน่าเชื่อถือ เช่น Cochrane Database of Systematic Review, Electronic journal เป็นต้น

5. การวิจารณ์และการสังเคราะห์ผลงานวิจัย

ขั้นตอนนี้เป็นการวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยที่สืบค้นได้ โดยเป็นความรับผิดชอบของทีมพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ซึ่งแต่ละบุคคลควรมีทักษะในการวิเคราะห์งานวิจัย ซึ่งจะช่วยลดภาระงานที่รับผิดชอบในการปฏิบัติให้บรรลุวัตถุประสงค์ และประยุกต์ใช้งานวิจัยในการปฏิบัติการพยาบาล

6. การประเมินความเพียงพอของงานวิจัยที่จะนำไปพัฒนาแนวปฏิบัติ

ทีมงานสืบค้นงานวิจัยที่ให้แนวทางในการแก้ไขประเด็นปัญหาทางคลินิกที่กำหนดไว้ว่าเพียงพอหรือไม่ หากมีเพียงพอควรศึกษารายงานวิจัยนั้นอย่างละเอียดชัดเจน นำผลจากการวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยมาสร้างแนวปฏิบัติแล้วประยุกต์เป็นโครงการนำร่อง หากผลงานวิจัยไม่เพียงพอให้ทำการวิจัยใหม่เพื่อตอบคำถามและได้ผลการวิจัยที่มีความน่าเชื่อถือ หรือปรึกษาผู้เชี่ยวชาญหรือผู้ที่ทำงานวิจัยในประเด็นปัญหาทางคลินิกนั้นๆ

7. การศึกษานำร่องเพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงในการปฏิบัติ

เมื่อตัดสินใจว่าจะนำแนวปฏิบัติที่พัฒนามาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ จึงวางแผนการนำไปปฏิบัติโดยทำเป็นโครงการนำร่องให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติก่อนนำมาใช้จริง ซึ่งมีขั้นตอนดังนี้ (1) เลือกผลลัพธ์ที่สามารถบรรลุผลได้ (2) ศึกษาข้อมูลพื้นฐาน (3) นำข้อเสนอแนะที่ได้มาเขียนเป็นแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลที่มาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ (4) นำไปปฏิบัติในหน่วยงานหรือผู้ป่วยกลุ่มเล็กๆ (5) ประเมินกระบวนการและผลลัพธ์ (6) ปรับปรุงแนวปฏิบัติและ

ผลลัพธ์ การศึกษานำร่องนี้จะชี้ให้เห็นความยืดหยุ่นและประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติในสถานที่นั้นๆ หากจะเปรียบกับงานวิจัยก็จะพบว่ามีการวิจัยการควบคุมตัวแปรสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อผลลัพธ์ ซึ่งต่างจากการนำไปปฏิบัติจริงที่ไม่มีการควบคุม ผลการนำร่องจึงอาจแตกต่างจากผลการวิจัย

8. การนำมาใช้ในการปฏิบัติ

หลังทำเป็นโครงการนำร่องแล้ว ให้มีการตัดสินใจว่าการนำแนวปฏิบัติมาใช้มีความเหมาะสมกับกลุ่มผู้ป่วยหรือไม่ ต้นทุนที่ใช้จะทำให้เกิดการประหยัดกว่าแนวปฏิบัติเดิมหรือไม่ ลดความเสี่ยงหรือบุคลากรควรมีสมรรถนะในการปฏิบัติอย่างไร หากมีความเหมาะสมในทุกด้านจึงนำมาประยุกต์ใช้ แต่หากแนวปฏิบัติไม่เหมาะสมต้องกลับไปที่กระบวนการประเมินคุณภาพและศึกษาองค์ความรู้ใหม่

9. การเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติทางพยาบาลในหน่วยงาน

ในกรณีที่โครงการนำร่องให้ผลลัพธ์ที่เหมาะสมสามารถประยุกต์ใช้เป็นแนวปฏิบัติได้ ขั้นตอนต่อไปต้องมีการวางแผนสำหรับการเปลี่ยนแปลงในเรื่องต่อไปนี้ (1) การสนับสนุนจากองค์กร (2) การสื่อสารกับบุคลากรที่เกี่ยวข้องทั้งหมด (3) สร้างความรู้สึกร่วมกันในการปฏิบัติงาน (4) พัฒนา/เสริมความรู้และทักษะที่จำเป็นในการปฏิบัติทางการพยาบาลให้กับผู้ร่วมงาน

10. การตรวจสอบและวิเคราะห์ผลของการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านโครงสร้างกระบวนการและผลลัพธ์

การติดตามประเมินผลของการนำแนวปฏิบัติไปใช้โดยประเมินจากผู้ป่วย ผู้ปฏิบัติงาน งบประมาณและสิ่งแวดล้อม การประเมินแนวปฏิบัติทางการพยาบาลจากงานวิจัยยังต้องประเมินการเปลี่ยนแปลงหรือการยอมรับแนวปฏิบัติ การให้ข้อมูลที่สำคัญสำหรับผู้ให้การดูแลอื่นๆ ผู้บริหารและนโยบาย ข้อมูลที่ได้จากการประเมินสนับสนุนให้เห็นประโยชน์แนวปฏิบัติ แสดงให้เห็นคุณค่าของแนวปฏิบัติทางการพยาบาลแก่ผู้บริหารและวิชาชีพอื่นๆ ในทีมสุขภาพ

การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลโดยใช้กระบวนการของ IOWA Model

การศึกษานี้ใช้กระบวนการของ IOWA Model ในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อการพัฒนาทักษะด้านการสื่อสารในผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ มีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. การระบุปัญหาและการจัดลำดับของปัญหา (ข้อ 1 และข้อ 2)

ในฐานะที่ผู้ศึกษาเป็นพยาบาลจิตเวชทำงานในโรงพยาบาลศรีธัญญาดูแลผู้ป่วยจิตเภทซึ่งมีจำนวนมากที่สุดในโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 60.7 (งานเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลศรีธัญญา, 2548) พบว่าการดำเนินอาการของโรคเองนั้นทำให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยและรักษาเป็น

เวลานานมากเท่าไรก็จะทำให้ผู้ป่วยเกิดการเสื่อมถอยของบุคลิก อารมณ์และการรับรู้ มีปัญหาพฤติกรรมทางสังคมมากขึ้นเท่านั้น จากการที่ผู้ศึกษาปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทพบว่า ปัญหาที่พบได้บ่อยและเป็นปัญหาที่สอดคล้องกับนโยบายของโรงพยาบาลที่ต้องการแก้ไขคือการช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทในเรื่องการฟื้นฟูทักษะทางสังคม ซึ่งทักษะทางสังคมที่สำคัญทักษะหนึ่งคือ ทักษะด้านการสื่อสารซึ่งทางโรงพยาบาลยังไม่มีรูปแบบโปรแกรมที่เป็นมาตรฐาน และจากการปฏิบัติงานในหน่วยงาน จากการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับทีมพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในหน่วยงาน และจากการบันทึกข้อมูลความเสี่ยงเพื่อการพัฒนางานการพยาบาลของหน่วยงานพบว่า ญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้ข้อมูลกับทางหน่วยงานว่าเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้านจะสื่อสารกับ ญาติหรือผู้ดูแลไม่ค่อยเข้าใจและในบางครั้งไม่สามารถบอกความต้องการของตนเองได้ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดส่งผลให้อาการทางจิตกำเริบได้ ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลของทางหน่วยงานที่พบว่าปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยกลับเข้ามารักษาซ้ำและบ่อยครั้งในระยะเวลาหนึ่งปีคือปัญหาเรื่องการสื่อสารของผู้ป่วยกับญาติหรือผู้ดูแล โดยพบว่าขณะที่ผู้ป่วยรักษาในโรงพยาบาลสังเกตได้ว่าจะมีความผิดปกติของคำพูดซึ่งผู้ป่วยบางคนจะพูดไม่ต่อเนื่องกันเป็นเรื่องเป็นราว เปลี่ยนจากเรื่องหนึ่งไปเป็นอีกเรื่องหนึ่ง หรือบางครั้งพูดไม่รู้เรื่องเลย การสื่อสารในลักษณะนี้แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มนี้ไม่สามารถสื่อสารกับบุคคลอื่นอย่างมีประสิทธิภาพ และพบว่าผู้ป่วยจิตเภทหลายรายที่ไม่สามารถสื่อสารทางวาจาพยายามใช้การสื่อสารทางอ้อม เช่น การใช้สัญลักษณ์ การใช้ภาษาท่าทาง การแสดงออกทางสีหน้าท่าทาง เช่น การชี้ การยิ้ม จ้องหน้า กำหมัด การแสดง ความวิตกกังวลโดยการโยกตัว หรือการแสดงความเป็นปอดกั๊วโดยการกอดอก นั่งงอตัว ซึ่งทั้งหมดนี้เป็นพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภทที่พยายามจะสื่อสาร โดยใช้ช่องทางการสื่อสารต่างๆ แต่พบว่าบางครั้งพยาบาลและผู้ที่เกี่ยวข้องไม่สามารถเข้าใจคำพูดและภาษาท่าทางที่ผู้ป่วยสื่อออกมา ทำให้ไม่สามารถสนองความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยได้ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่จะต้องให้การบำบัดเพื่อสามารถสื่อสารกับผู้อื่นมีประสิทธิภาพมากที่สุด

จากการสำรวจยอดผู้ป่วยของหน่วยงานในเดือนธันวาคม 2549 พบว่ามียอดผู้ป่วยทั้งหมด 78 คน ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยที่เป็นผู้ป่วยเรื้อรัง 7 คนมีความบกพร่องของพฤติกรรมต่างๆ ได้แก่ ผู้ป่วยจะมีสีหน้าเรียบเฉย อารมณ์เฉยเมย แยกตัวเอง แสดงสีหน้าแปลกๆ โดยไม่มีสิ่งเร้า ไม่สบตาคู่สนทนา พูดน้อย หรือไม่พูดอาจตอบคำถามสั้นๆ ไม่สนใจที่จะตอบ ไม่ริเริ่มในการทำกิจกรรม ไม่สนใจในกิจกรรมทางสังคม จะนั่งเฉยเป็นเวลานาน ดำเนินชีวิตโดยมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นน้อยมาก การที่ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาด้านการสื่อสารและมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นน้อยมีผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยและอาการกำเริบซ้ำของโรคจิตเภท คือ ผู้ป่วยจะคิดและอยู่ในโลกของตนเอง ไม่มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการพื้นฐานต่างๆ ซึ่งจะขอยกตัวอย่าง

พฤติกรรมบกพร่องในผู้ป่วย 2 ราย รายที่ 1 ผู้ป่วยชายอายุ 48 ปีป่วยจิตและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศรีธัญญา มา 20 ปี โดยระหว่างที่รักษาผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมแยกตัวเอง พุดน้อย เวลาพยาบาลสนทนาด้วยก็จะพูดประโยคสั้นๆ พูดไม่ปะติดปะต่อ ผู้ป่วยบอกไม่อยากจะสื่อสารหรือสนทนากับผู้อื่นขอยู่คนเดียวดีกว่า รายที่ 2 ผู้ป่วยชาย อายุ 37 ปี เข้ารับการรักษารับประทานยามาตลอดตั้งแต่อายุ 25 ปี ไม่มีอาการหูแว่วและภาพหลอน สื่อสารพอรู้เรื่องระหว่างอยู่โรงพยาบาลผู้ป่วยเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมบำบัดที่ทางหน่วยงานและนักศึกษาพยาบาลจัดให้แต่จากการประเมินผลพบว่าพฤติกรรมของผู้ป่วยยังชอบแยกตัวอยู่คนเดียว ไม่ค่อยสื่อสารหรือสนทนากับผู้อื่น ขณะสนทนาก็ไม่สบตาคู่สนทนา

จากตัวอย่างพฤติกรรมที่กล่าวข้างต้นช่วยให้เข้าใจปัญหาและความรู้สึกของผู้ป่วยมากขึ้นว่ามีความพยายามที่จะใช้ช่องทางต่างๆ ในการที่จะสื่อสารกับพยาบาลและบุคคลอื่นให้มากที่สุดและมีประสิทธิภาพ แต่ถ้าพยาบาลปล่อยให้ผู้ป่วยคิดและอยู่ในโลกของตนเอง ไม่มีปฏิสัมพันธ์และสื่อสารกับบุคคลอื่น ไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการพื้นฐานต่างๆ ก็จะทำให้ผู้ป่วยแยกตัวออกจากสังคมมากขึ้น และทำให้ผู้ป่วยบกพร่องทักษะทางสังคมโดยเฉพาะด้านการสื่อสารไม่สามารถใช้ชีวิตในครอบครัว ชุมชน ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยต้องรักษาในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลานานทำให้โรงพยาบาลต้องสูญเสียงบประมาณในการดูแลผู้ป่วยโดยไม่จำเป็น ดังนั้นเมื่ออาการทางจิตผู้ป่วยสงบพยาบาลควรฟื้นฟูทักษะทางสังคมโดยเฉพาะด้านการสื่อสารของผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตกับครอบครัวและชุมชนโดยเร็วที่สุด

การสร้างทีม

เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาในระดับปริญญาโท โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อพัฒนาร่างแนวปฏิบัติ ดังนั้นผู้ศึกษาได้สอบถามและปรึกษากับพยาบาลประจำหอผู้ป่วยเพื่อปรึกษาถึงประเด็นที่เป็นปัญหาสำคัญของผู้ป่วยที่เห็นว่าต้องพัฒนา นอกจากนี้ได้ปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อขอคำแนะนำในการปฏิบัติตามขั้นตอนของ IOWA Model ดังนั้นบุคคลเหล่านี้มีแนวโน้มเข้ามาร่วมทีมหลังจากที่ผู้ศึกษาจบการศึกษาแล้ว

การค้นหาลงงานวิจัยและหลักฐานที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนวรรณกรรมเรื่องการฟื้นฟูทักษะทางสังคมด้านการสื่อสารพบว่ามิงงานวิจัยที่มีประสิทธิผลในการเพิ่มทักษะการสื่อสาร ซึ่งนำมาจาก UCLA โดยมีเนื้อหาที่เรียกว่า BCSM (Basic Conversation Skill Module) เช่น Nilsson และคณะ(1998) เป็นโปรแกรมการฝึกทักษะการสื่อสารของผู้ป่วยจิตเภทในประเทศสวีเดนและนอร์เวย์ ซึ่งผลการวิจัยพบว่าการเพิ่มขึ้นของทักษะการสื่อสารของทั้งสองกลุ่มเพียงแต่ถ้าผู้ป่วยมีอายุเฉลี่ยในการฝึกมากก็จะทำให้ใช้ระยะเวลาในการฝึกและต้องใช้แรงจูงใจในการฝึกมากขึ้นด้วย และยังมีโปรแกรมที่สร้างโดยผู้วิจัยในประเทศ

ได้หันของ Chien และคณะ (2003) ได้พัฒนาโปรแกรมการฝึกผู้ป่วยจิตเภทเพื่อส่งเสริมความสามารถด้านการสื่อสาร ซึ่งผลการวิจัยพบว่าคะแนนเฉลี่ยของทักษะการสื่อสารในกลุ่มทดลองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ สำหรับในประเทศไทยยังมีการศึกษาและวิจัยน้อยมากทำให้ยังไม่มีรูปแบบโปรแกรมที่ชัดเจนมาใช้ในการฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเภทที่มีความบกพร่องของทักษะการสื่อสาร

ผู้ป่วยจิตเภทที่มีความบกพร่องของทักษะการสื่อสาร ไม่เคยได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่น และยังไม่มีแนวปฏิบัติที่เฉพาะเจาะจงในการช่วยเหลือให้ผู้ที่มีความสามารถในการสื่อสารกับผู้อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงต้องการหาแนวปฏิบัติในการพัฒนาทักษะด้านการสื่อสารในผู้ป่วยจิตเภทเพื่อส่งเสริมให้ผู้มีความสามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4.1 วิธีการสืบค้น

เกณฑ์การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์และ / หรือเอกสารที่เกี่ยวข้องสำหรับการศึกษาและวิเคราะห์เพื่อนำมาสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการพัฒนาทักษะด้านการสื่อสารในผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วยรายละเอียดดังต่อไปนี้

แนวทางการสืบค้น

การสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อให้ได้งานวิจัยหรือหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ตรงกับเรื่องที่ศึกษา จึงกำหนดคำสำคัญโดยใช้กรอบ PICO (Sackett et al, 1997) ในการคัดเลือกงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์จากฐานข้อมูลสารสนเทศประกอบด้วยรายละเอียด ดังนี้

Population: ผู้ป่วยจิตเภทวัยผู้ใหญ่
Intervention: โปรแกรมการฝึกทักษะการสื่อสาร
Comparison intervention: ไม่มีการเปรียบเทียบ
Outcome: ทักษะการสื่อสาร

คำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้นข้อมูล มีดังนี้

- Schizophrenia
- Communication Program / Training
- Social Skills Training / Conversation Skills Training
- Rehabilitation Program
- Communication Skills

4.2 เกณฑ์การคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์

เกณฑ์ที่ใช้ในการคัดเลือกรงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ และ/หรือเอกสารที่เกี่ยวข้องสำหรับการศึกษาและวิเคราะห์เพื่อนำมาสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการพัฒนาทักษะด้านการสื่อสาร ประกอบด้วยรายละเอียดดังนี้

เกณฑ์การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์

- งานวิจัยที่มีรูปแบบ Intervention ที่ส่งเสริม / พัฒนาทักษะการสื่อสารของผู้ป่วยจิตเภท
- เป็นงานวิจัยที่ทำในผู้ป่วยจิตเภทในวัยผู้ใหญ่ อายุ 18 ปี จนถึงอายุ 60 ปี ครอบคลุม

งานวิจัยที่เป็น Full Text ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1995 ถึง ค.ศ. 2006

กำหนดแหล่งสืบค้น

1. จากฐานข้อมูล Electronic

- ฐานข้อมูลที่รวบรวมแนวปฏิบัติทางคลินิก ได้แก่ www.guidelines.gov,
- ฐานข้อมูลที่รวบรวม systematic review ได้แก่ www.Cochrane.org, www.joannabriggs.edu.au
- จากฐานข้อมูลอื่นๆที่รวบรวมงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ ได้แก่ Pubmed, CINAHL, OVID, HighWire, SCIENCE DIRECT, Blackwell-synergy, MEDLINE

2. Hand search

- Journal ที่มีการตีพิมพ์ผลงานวิจัยเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวช ได้แก่ British Journal of Psychiatry, American Journal of Psychiatry, Journal of Nervous and Mental Disease, Schizophrenia Bulletin, Journal of Psychosocial Nursing, Acta Psychiatrica Scandinavica เป็นต้น
- จากเอกสารอ้างอิงของบทความ / งานวิจัย จากห้องสมุดกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ห้องสมุดโรงพยาบาลศรีธัญญา และห้องสมุดสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

4.3 ผลการสืบค้น

ผลการสืบค้นพบงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมีจำนวนน้อย เนื่องจากงานวิจัยที่เกี่ยวกับการส่งเสริมผู้ป่วยจิตเภทให้มีการพัฒนาทักษะด้านการสื่อสารเป็นเชิงทดลองยังไม่มีมากนัก โดยงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้นได้ทั้งหมดมีจำนวน 9 เรื่อง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1) PUBMED

- Communication program and schizophrenia
- Communication training and schizophrenia
- Skill training and schizophrenia intervention
- Conversation skill training and schizophrenia

3 Studies

2) OVID

- Social skill training communication and schizophrenia
- Communication training and schizophrenia
- Conversation intervention and schizophrenia
- Communication program and schizophrenia

1 Studies

3) CINAHL

- Training program rehabilitation and schizophrenia
- Communication training and schizophrenia
- Conversation skill training and schizophrenia
- Skill training and schizophrenia intervention

2 Studies

4) COCHRANE

- Communication program and schizophrenia
- Skill training and schizophrenia intervention
- Communication training and schizophrenia
- Conversation skill training and schizophrenia

0 Studies

5) HIGHWIRE

- Communication skill training and schizophrenia
- Conversation skill training and schizophrenia

0 Studies

6) SCIENCE DIRECT

- Training program rehabilitation and schizophrenia
- Communication training and schizophrenia
- Conversation skill training and schizophrenia
- Skill training and schizophrenia intervention

1 Studies

7) HAND SEARCH

- งานวิจัยต่างประเทศ 1 เรื่อง

- งานวิจัยในประเทศ 1 เรื่อง

สรุป ได้ 9 เรื่อง และสกัดแล้วใช้ได้ 5 เรื่อง

4.4 การประเมินผลงานวิจัยที่คัดสรรแล้ว

งานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งหมดที่สืบค้นได้จากฐานข้อมูลที่กำหนด และผ่านการประเมินคุณภาพและความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์แล้ว พบงานวิจัยที่เป็นฉบับสมบูรณ์และเป็น Randomized Controlled Trial หรือ Quasi-experimental ที่สามารถนำมาวิเคราะห์ได้มีจำนวนทั้งหมด 5 เรื่อง แต่คัดออก 4 เรื่อง ดังนี้

1. Chambon, O., Cardine, M. M. (1998). An evaluation of social skills training modules with schizophrenia inpatients in France. เนื่องจากงานวิจัยนี้ไม่ได้ระบุถึงเครื่องมือที่ใช้ประเมินผลของเนื้อหาการฝึกโปรแกรมทักษะทางสังคมอย่างชัดเจน

2. Massel, H. K., Corrigan, P. W., Liberman, R. P., & Milan, M. A. (1990). Conversation Skills Training of Thought-Disordered Schizophrenic Patients Through Attention Focusing. เนื่องจาก Population ที่ศึกษาไม่ตรง งานวิจัยนี้เป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มีความผิดปกติด้านความคิดจึงทำให้มีปัญหาการสื่อสาร แต่ในการศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ที่จะศึกษาแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลในผู้ป่วยจิตเภทที่บกพร่องทักษะการสื่อสารจากความเสื่อมถอยของทักษะผู้ป่วยเองเนื่องจากมีการเจ็บป่วยทางจิตเป็นระยะเวลานาน

3. Bazin, Sarfati, Passercux. (2005). Scale for the evaluation of communication disorders in patients with schizophrenia: a validation study. เนื่องจากงานวิจัยนี้เป็นการประเมินระดับคะแนนของผู้ป่วยจิตเภทที่มีความผิดปกติด้านการสื่อสารในผู้ป่วยจิตเภท

4. Bellack, Haas, Schooler, & Flory. (2000). Effects of behavioural family management on family communication and patient outcomes in schizophrenia. เนื่องจากงานวิจัยนี้เป็นการศึกษาผลของการพัฒนาการสื่อสารในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท

ดังนั้นจึงคงเหลืองานวิจัยที่สามารถนำมาวิเคราะห์ได้รวม 5 เรื่อง

เกณฑ์ที่ใช้ประเมินระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์

งานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้นได้จากหลักฐานข้อมูลทั้งหมด 5 เรื่อง จะถูกนำมาประเมินคุณภาพและความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์ก่อน เพื่อคัดเลือกรงานวิจัยที่ตรงกับประเด็นที่ศึกษา และมีคุณภาพมากที่สุด แล้วจึงนำไปวิเคราะห์และสังเคราะห์เพื่อสร้างแนว

ปฏิบัติทางการพยาบาลโดยใช้เกณฑ์การประเมินตามระบบของ Melnyk และ Fineout-Overholt (2005) แบ่งระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ได้ดังนี้

ระดับ 1: หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (Systemic review) หรือการวิเคราะห์ห่อภิณ (Meta-analysis) ที่ตรงกับประเด็นปัญหาหรือแนวปฏิบัติการทางคลินิกที่พัฒนามาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence-based clinical practice guideline) โดยการทบทวนงานวิจัย RCT อย่างเป็นระบบ (Systematic review)

ระดับ 2: หลักฐานเชิงประจักษ์ที่มาจากงานวิจัยที่เป็น RCT อย่างน้อยที่สุด 1 งาน

ระดับ 3: หลักฐานเชิงประจักษ์ที่มาจากงานวิจัยที่มีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองที่ออกแบบการวิจัยเป็นอย่างดี (well-designed controlled trails) โดยไม่มีการสุ่มการทดลองเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (randomization)

ระดับ 4: หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็น Case control และ Cohort study ที่มีการออกแบบงานวิจัยมาเป็นอย่างดี

ระดับ 5: หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (Systematic review) จากงานวิจัยแบบพรรณนา/บรรยาย และงานวิจัยเชิงคุณภาพ

ระดับ 6: หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากงานวิจัยเดี่ยวแบบพรรณนา/บรรยาย หรืองานวิจัยเชิงคุณภาพ 1 งาน

ระดับ 7: หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากความคิดเห็น ทักษะของผู้เชี่ยวชาญในประเด็นนั้นๆ และ/หรือรายงานของคณะ/กลุ่มผู้เชี่ยวชาญ

จากการคัดเลือกงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจากฐานข้อมูลที่กำหนดไว้พบงานวิจัยที่เป็นฉบับสมบูรณ์ และเป็น Randomized Control Trial หรือ Quasi-experimental ที่สามารถนำมาวิเคราะห์ได้ มีจำนวนทั้งหมด 5 เรื่อง ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สามารถนำมาวิเคราะห์ได้

อันดับ	ชื่อเรื่อง/ผู้วิจัย/วารสาร	ระดับงานวิจัย
1	Butorin, N. & Liberman, R. P. (1998). Adaptation and cross-cultural validation of the Basic Conversation Skills Module in Bulgarin. <i>International Review of Psychiatry</i> , 10, 67-70.	One-group pre-post test ระดับ 4
2	Lise – Lotte Nilsson, Rolf, W. Grawe., Sten Levander & Anne – Lise Lovaas. (1998). Conversational skills training of schizophrenia patients In Sweden and Norway. <i>International Review of Psychiatry</i> , (10), 54 – 57.	One-group pre-post test ระดับ 4
3	Hui - Chien, C.-H.K., Ru – Band Lu, Hsin Chu, Yao – Hua Tao, & Kuei – Ru Chou. (2003). Effects of Social Skills Training on Improving Social Skills of Patients With Schizophrenia. <i>Archives of Psychiatric Nursing</i> , (17), 228 – 236.	RCT ระดับ 2
4	Bedell, J., Lennox, S. S., Smith, A. D., & Rabinowicz, E. F. (1998). Evaluation of problem solving and communication skills of persons with schizophrenia. <i>Psychiatry Research</i> , (78), 197 – 206.	Descriptive ระดับ 6
5	พรทรัพย์ สมิตยเจียร. (2534). ผลของการฝึกทักษะสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมการแสดงออกของผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร์บัณฑิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	RCT ระดับ 2

5. การวิจารณ์และการสังเคราะห์ผลงานวิจัย

หลังจากอ่านบททวนหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้ง 5 เรื่อง พบว่าเนื้อหาตรงประเด็นกับปัญหาที่ต้องการแก้ไขและจำนวนงานวิจัยเพียงพอ จึงนำมาวิเคราะห์เนื้อหาอย่างละเอียดอีกครั้งเพื่อสกัดข้อมูลและความรู้มาใช้ในการสร้างแนวปฏิบัติ ดังต่อไปนี้

เรื่องที่ 1

ชื่อผู้วิจัย Nikolai Butorin & Robert P. Liberman. (1998).

ชื่อเรื่อง Adaptation and cross-cultural validation of the Basic Conversation Skills Module in Bulgaria.

การศึกษานี้เพื่อเป็นการนำ Basic Conversation Skills Module (BCSM) ไปประยุกต์ใช้ในต่างวัฒนธรรมคือประเทศบัลแกเรียเพื่อประเมินความตรงของโปรแกรมและเพื่อทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรม BCSM โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม ซึ่งเป็นผู้ป่วยจิตเภทและประชาชนทั่วไป โดยทำวิจัยที่โรงพยาบาลจิตเวชในประเทศบัลแกเรีย โดยประเมินจากแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับทักษะการสื่อสารและ Spielberg's State-Trait Anxiety ใช้วัดระดับความวิตกกังวล ผลการวิจัยพบว่าประมาณครึ่งหนึ่งของผู้เข้าร่วมโปรแกรมแสดงทัศนคติที่ดีต่อโปรแกรมนี้ และกระบวนการฝึกทักษะตามโปรแกรม BCSM มีความเหมาะสมและเป็นประโยชน์พบว่า มีคะแนนความเข้าใจ สูงขึ้นจาก 8 % ในครั้งแรก แต่หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมเพิ่มเป็น 43% ทำให้ทราบว่าสามารถนำเนื้อหาของ Basic Conversation Skills Module (BCSM) ไปประยุกต์ใช้ในประเทศบัลแกเรียได้

เรื่องที่ 2

ชื่อผู้วิจัย Hui-Ching Chien, Chih-Hung Ku, Ru-Band Lu, Hsin Chu, Yao- Hua Tao, And Kuei-Ru Chou. (2003).

ชื่อเรื่อง Effects of Social Skills Training on Improving Social Skills of Patients With Schizophrenia.

การศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาผลของการฝึกทักษะการสนทนาและทักษะการแสดงออกที่เหมาะสมของผู้ป่วยจิตเภท เป็นงานวิจัย RCT กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยในจำนวน 78 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ทำในเวิร์คจิตเวช โรงพยาบาลจิตเวช ในประเทศไต้หวัน โดยมีเครื่องมือที่ใช้ประเมินผู้ป่วย 4 เครื่องมือ ใช้ประเมินผู้ป่วย 4 ครั้ง ครั้งแรกก่อนเข้าโปรแกรม ครั้งที่ 2 หลังจากทำโปรแกรม 2 สัปดาห์ ครั้งที่ 3 หลังจากทำโปรแกรม 4 สัปดาห์ และครั้งที่ 4 ประเมิน 1 เดือนหลังจากสิ้นสุดโปรแกรม ซึ่งการทดลองจะใช้เวลาในการฝึก 2 ครั้งต่อสัปดาห์ รวมทั้งหมด 8 ครั้ง (ครั้งละ 60 นาที) ทำ 4 สัปดาห์ในแต่ละเดือน ซึ่งวิธีการคือ 10 นาทีแรกทำการอุ่นเครื่อง 40 นาทีต่อมาใช้การอธิบาย การสาธิต และแสดงบทบาทสมมุติและ 10 นาทีสุดท้ายให้สะท้อนความรู้สึกและแลกเปลี่ยนความคิดเห็น พบว่า ค่าคะแนนก่อนการได้รับการฝึกทักษะระหว่างการฝึกทักษะ หลังการฝึกทักษะ และการติดตามอย่างต่อเนื่องของทั้ง 2 กลุ่ม พบว่าคะแนนเฉลี่ยของทักษะการสนทนาในกลุ่มทดลองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เรื่องที่ 3

ชื่อผู้วิจัย Lise – Lotte Nilsson, Rolf W Grawe, Sten Levander & Anne – Lise. (1998).

ชื่อเรื่อง Efficacy of conversational skills training of schizophrenia patients
In Sweden and Norway.

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ทดสอบประสิทธิภาพของการฝึกทักษะการสนทนาของผู้ป่วยจิตเภทในประเทศสวีเดนและนอร์เวย์ โดยกลุ่มตัวอย่างประเทศสวีเดน ผู้ป่วยจิตเภท 10 คน (อายุเฉลี่ย 45 ปี) ที่ขาดทักษะทางสังคมและได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ซึ่งผ่านการคัดเลือกจากเจ้าหน้าที่และยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย และประเทศนอร์เวย์ ผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 5 คน (อายุเฉลี่ย 26 ปี) ที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาล ที่มีคุณสมบัติในการคัดเลือกเหมือนกันทั้งสองประเทศ โดยใช้บทเรียน 5 ทักษะเหมือนกันทั้งสองประเทศ คือ 1.การติดต่อสื่อสารโดยภาษาพูดและไม่ใช้ภาษาพูด 2. การเริ่มต้นสนทนาอย่างเป็นมิตร 3. การดำเนินการสนทนา 4. การจบบทสนทนาอย่างเป็นมิตร 5. การใช้ทักษะแบบผสมผสาน โดยการสอนจะใช้หลักการเรียนการสอนและใช้เทคโนโลยีเพื่อช่วยกระตุ้นผู้เรียน จูงใจผู้เรียนให้อยากเรียน รวมทั้งการฝึกผู้ป่วยในเรื่องการใช้เหตุผลด้วย ส่วนระยะเวลาที่ใช้ในการฝึกนั้น ประเทศสวีเดนใช้ระยะเวลาฝึกสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ระยะเวลา 1 ปี (รวม 45 ครั้ง) ประเทศนอร์เวย์ ใช้เวลาฝึกสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ระยะเวลา 14 สัปดาห์ (รวม 28 ครั้ง) ผลการวิจัยพบว่า มีการเพิ่มของทักษะการสนทนาทั้ง 2 กลุ่ม ($P < 0.001$) แนวโน้มของคนนอร์เวย์จะมีทักษะการสื่อสารดีกว่าคนสวีเดนทั้งก่อนและหลังฝึก คนสวีเดนมีอายุเฉลี่ยมากกว่าคนนอร์เวย์ (45 และ 26 ปี ตามลำดับ) ทำให้ใช้ระยะเวลาในการฝึกและต้องใช้แรงจูงใจในการฝึกมากขึ้นด้วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เรื่องที่ 4

ชื่อผู้วิจัย Jeffrey Bedell, Shelley S. Lennox, Adam D. Smith, Esther F. Rabinowicz. (1998).

ชื่อเรื่อง Evaluation of problem solving and communication skills of persons with Schizophrenia.

การศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลของเครื่องมือที่ใช้ในการทดสอบทักษะการเผชิญปัญหาและทักษะการสื่อสารของบุคคลทั่วไปและผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งสองกลุ่มตัวอย่างนี้เป็นกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 20 คน และกลุ่มของบุคคลที่ไม่รู้ว่าเป็นโรคจิตเภทหรือไม่จำนวน 23 คน (ที่มีความใกล้เคียงทั้งอายุและระดับสังคมเศรษฐกิจกับกลุ่มผู้ป่วย โดยเนื้อหาที่ใช้ประเมินทักษะการสื่อสารมี 3 เรื่องคือ 1) Paraphrase การสื่อสารให้เป็นประโยคที่เข้าใจง่าย โดยการให้ผู้ป่วยฟังสิ่งที่ได้ยินจากเทปแล้วให้สื่อสารออกมาเป็นประโยคที่ผู้อื่นเข้าใจได้ง่าย 2) Open question การใช้คำถามปลายเปิด เป็นการให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการสอน เช่น ให้ผู้ป่วยฟังเทปและถามเป็นคำถาม

ปลายเปิดเมื่อเทปหยุด โดยการถามจะไม่เป็นการใช้คำถามที่ให้ผู้ป่วยตอบว่า ใช่ หรือ ไม่ใช่ แต่การถามจะเป็นการถามเพื่อให้ผู้ป่วยมีการสนทนาเป็นประโยค 3) Feeling reflection การสะท้อนความรู้สึกขั้นต่อไปของการฟังเทป คือการให้ผู้ป่วยแสดงออกทางอารมณ์หรือความรู้สึก โดยการนำเสนอ เช่น ให้ทุกคนสมมติว่าถ้าเขาต้องเดินลงไปเอารถของตนเองในลานจอดรถเวลากลางคืนซึ่งมันทั้งมืด และว่างเปล่า อับอ้าว เขาแต่ละคนมีความเข้าใจที่จะแสดงความรู้สึกและถ่ายทอดอารมณ์ ให้บุคคลอื่นทราบได้อย่างไรว่าขณะนั้นเขารู้สึกอย่างไร และการแสดงออกของอารมณ์ต้องมีความเหมาะสมกับเหตุการณ์ที่ตนเองเล่าด้วย เช่น กลัว วิตกกังวล เป็นต้น ซึ่งผลการวิจัยพบว่าการใช้ทักษะการสื่อสารใน 3 เรื่องที่กล่าวมาแล้วนั้นบุคคลที่ไม่ได้เป็นโรคจิตเภทมีระดับความสามารถด้านการสื่อสารดีกว่าผู้ป่วยจิตเภท

เรื่องที่ 5

ชื่อผู้วิจัย พรทรัพย์ สมิตยเชิฐร.(2534).

ชื่อเรื่อง ผลของการฝึกทักษะสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมการแสดง

○ ออกของผู้ป่วยจิตเภท

การศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินว่า การฝึกทักษะสัมพันธภาพระหว่างบุคคลมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 30 คน โดยให้ผู้ป่วยฝึกทักษะสัมพันธภาพระหว่างบุคคลเป็นกลุ่ม จัดทุกวัน วันละ 1 ชั่วโมง เป็นเวลา 10 วัน ใช้จำนวนครั้งทั้งหมด 10 ครั้ง 10 เรื่อง ครั้งที่ 1 การเปิดเผยตนเอง ครั้งที่ 2 การอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นในสังคม ครั้งที่ 3 การปฏิบัติตนให้เป็นที่ยอมรับของบุคคลอื่น ครั้งที่ 4 การใช้คำพูดที่แสดงถึงมิตรภาพ ครั้งที่ 5 การแสดงการปฏิเสธและไม่เห็นด้วยอย่างสุภาพ ครั้งที่ 6 การให้ความช่วยเหลือผู้อื่นและการร้องขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น ครั้งที่ 7 การฟังอย่างมีคุณภาพ ครั้งที่ 8 การรักษาสิทธิของตนเอง ครั้งที่ 9 ความสามารถในการแสดงความรู้สึกของตนเองทั้งทางบวกและทางลบ ครั้งที่ 10 ประเมินผล ผลการวิจัยพบว่า คะแนนพฤติกรรมก่อนและหลังการทดลองของผู้ป่วยกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงว่าผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับการฝึกทักษะสัมพันธภาพระหว่างบุคคล มีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยกลุ่มบำบัดตามปกติ และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการรักษาด้วยกลุ่มบำบัดตามปกติในหอผู้ป่วย ภายหลังการทดลองมีพฤติกรรมที่ประเมินได้จากการสังเกตเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น แต่ความรู้สึกไม่สบายใจ และความเป็นไปได้ของพฤติกรรมแสดงออกตามการรับรู้ของผู้ป่วยเองไม่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม

6. การประเมินความเพียงพอของงานวิจัยที่จะนำไปพัฒนาแนวปฏิบัติ

ผลงานวิจัยที่สืบค้นได้และมีความเพียงพอตรงกับประเด็นปัญหา นำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์ ศึกษารายละเอียดของงานวิจัยทั้ง 5 เรื่องแล้วนำร่างแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อพัฒนาทักษะการสื่อสารให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 3 คน ได้แก่ จิตแพทย์ที่ดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเภท อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญและศึกษาการฟื้นฟูทักษะทางสังคม และพยาบาลจิตเวชที่ได้รับวุฒิบัตรการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงเฉพาะทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช เพื่อตรวจสอบความตรงและถูกต้องเชิงเนื้อหาของแนวปฏิบัติการพยาบาล ร่างแนวปฏิบัติได้รับการปรับแก้ตามข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. การให้โปรแกรมการฝึกทักษะการสื่อสารในผู้ป่วยจิตเภท สามารถเพิ่มความสามารถในการสื่อสารและทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับการสื่อสาร

2. การให้โปรแกรมการฝึกทักษะการสื่อสารในผู้ป่วยจิตเภท พยาบาลจิตเวชมีบทบาทสำคัญในการช่วยฟื้นฟูทักษะเป็นอย่างมาก ดังนั้นก่อนที่จะให้โปรแกรมแก่ผู้ป่วยจิตเภท พยาบาลต้องศึกษารายละเอียดเกี่ยวกับแฟ้มประวัติผู้ป่วยในที่จะเข้าร่วมโปรแกรมเพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้นประกอบการฝึกจากแฟ้มประวัติของผู้ป่วย เมื่อศึกษาแฟ้มผู้ป่วยแล้วต้องมีการสัมภาษณ์รายบุคคลเพื่อประเมินการใช้ทักษะการสื่อสารเบื้องต้นที่จำเป็นของผู้ป่วยว่าบกพร่อง และต้องได้รับการส่งเสริม/ฝึกทักษะการสื่อสารเพื่อให้การสื่อสารของผู้ป่วยมีประสิทธิภาพมากขึ้น นอกจากนี้ควรพิจารณาคุณสมบัติของผู้ป่วยจิตเภทอื่นๆ อีก ดังนี้

2.1 เป็นผู้ป่วยจิตเภท ที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยระบบ ICD-10 หรือ DSM-IV ว่าเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia) อยู่ในวัยผู้ใหญ่ เป็นผู้ป่วยในที่มีประวัติการเจ็บป่วยไม่น้อยกว่า 1 ปี และเคยมีประวัติเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมาก่อน เพราะผู้ป่วยจิตเภทที่มีความบกพร่องของทักษะการสื่อสารโดยมากจะเป็นผู้ป่วยเรื้อรังรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชมานาน (Butorin, & Liberman, 1998: Level IV)

2.2 พยาบาลควรประเมินความสามารถในการสื่อสารของผู้ป่วย โดยประเมินเรื่องต่างๆ ดังนี้

- ผู้ป่วยสามารถบอก ชื่อ-สกุล วัน เดือน ปีเกิด และวันที่ปัจจุบันได้ถูกต้อง มีความสนใจที่จะติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่นบ้าง ระหว่างที่รักษาอยู่ในโรงพยาบาล และควรมีเพื่อนบ้าง และสามารถอ่านออกเขียนได้ เนื่องจากต้องนำแบบบันทึกไปบันทึกต่อบ้าน (พรทรัพย์ สมิตยเชฐียร, 2534: Level II)

- เมื่อพูดคุย/สนทนากับผู้ป่วย พยาบาลควรประเมินผู้ป่วยในประเด็นสำคัญ คือ มีความเข้าใจและสามารถใช้ประโยชน์ง่ายๆ ในการสื่อสารกับผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม และมีสมาธิใน

การฟังผู้อื่นอย่างน้อย 3-5 นาที มีความเต็มใจและสมัครใจในการเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกทักษะการสื่อสาร (Nilsson, Grawe, Levander, & Lovaas, 1998: Level IV)

2.3 คุณสมบัติของผู้นำกลุ่ม เป็นพยาบาลจิตเวช ที่มีประสบการณ์การทำงานในหอผู้ป่วยจิตเวช มีประสบการณ์ในการทำกลุ่มทักษะทางสังคมมาในระดับหนึ่ง (Chien, Ku, Lu, Chu, Tao, & Chou, 2003: Level II)

3. หลักในการจัดโปรแกรมการฝึกทักษะการสื่อสารในผู้ป่วยจิตเภท พยาบาลจิตเวชที่ทำหน้าที่ดำเนินการจัดโปรแกรมการฝึกทักษะการสื่อสารในผู้ป่วยจิตเภทนั้นควรมีการเตรียมตัวเตรียมอุปกรณ์ประกอบการสอน/ฝึก ทบทวนรายละเอียดต่างๆที่มีอยู่ในโปรแกรม ศึกษาวิธีการใช้แบบประเมินผลลัพธ์ของโปรแกรมการฝึกทักษะการสื่อสารที่จะนำมาใช้ในแต่ละขั้นตอน ซึ่งหลักในการจัดโปรแกรมมีรายละเอียด ดังนี้

3.1 ขั้นเตรียมการ

พยาบาลควรมีการเตรียมตัวให้พร้อมโดยมีการเตรียมความรู้และอุปกรณ์ประกอบการฝึก ซึ่งแจ้งรายละเอียดต่างๆให้กับพยาบาลที่ร่วมในโปรแกรม อธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับโปรแกรมการฝึกทักษะการสื่อสารให้กับผู้ป่วยจิตเภทที่จะเข้าร่วมการฝึกทบทวน และต้องศึกษาแบบประเมินผลลัพธ์ที่ต้องนำมาประกอบการประเมินผู้ป่วย โดยมีรายละเอียด ดังนี้

3.1.1 พยาบาลควรจัดประชุมเพื่อให้ความรู้ และชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับโปรแกรมการฝึกทักษะการสื่อสารให้กับพยาบาลทุกคนที่เข้าร่วมโปรแกรมการฝึกทักษะการสื่อสารในผู้ป่วยจิตเภท

3.1.2 พยาบาลควรจัดเตรียมอุปกรณ์ เช่น คู่มือการฝึกทักษะการสื่อสาร วีดีโอเทป โดยเนื้อหาเกี่ยวกับการฝึกทักษะการสื่อสารควรผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิก่อน ซึ่งอุปกรณ์ที่พยาบาลควรเตรียม ประกอบด้วย

- คู่มือการฝึกทักษะการสื่อสารสำหรับผู้ฝึก เพื่อใช้ในการศึกษารายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการฝึกสอนโปรแกรมให้กับผู้ป่วยจิตเภท
- แบบฝึกหัดสำหรับผู้ป่วย ซึ่งเป็นเอกสารให้ผู้ป่วยใช้บันทึกผลของการฝึกทักษะต่างๆที่ได้รับจากการฝึกสอน
- วีดีโอเทป ที่บันทึกบทสนทนา ควรประกอบด้วยบทสนทนาที่ใช้ประโยคง่ายๆและใช้ในชีวิตประจำวันเป็นประจำเพื่อกระตุ้นจิตใจผู้ป่วยให้อยากฝึก (Nilsson, Grawe, Levander, & Lovaas, 1998: Level IV)

3.1.3 พยาบาลที่ทำกลุ่ม ต้องเตรียมแบบประเมินผลลัพธ์และศึกษาวิธีการใช้ที่ถูกต้อง ซึ่งแบบประเมินผลลัพธ์นั้นต้องเป็นแบบประเมินที่มีมาตรฐาน ผ่านการตรวจสอบจาก

ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการฟื้นฟูทักษะทางสังคมโดยเฉพาะทักษะการสื่อสารในผู้ป่วยจิตเภท (Nilsson, Grawe, Levander, & Lovaas, 1998: Level IV) โดยใช้แบบประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยเพื่อวัดความพร้อมก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกทักษะการสื่อสาร ตัวอย่างแบบประเมิน ได้แก่

1) แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับทักษะการสื่อสาร (Butorin, & Liberman, 1998: Level IV)

2) แบบประเมิน The Positive and Negative Syndrome Scale ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินกลุ่มอาการทางบวก ทางลบ พยาธิสภาพทางจิต และปัจจัยเสี่ยงที่ผู้ป่วยอาจเกิดความก้าวร้าวในขณะเข้ากลุ่ม (Chien, Ku, Lu, Chu, Tao, & Chou, 2003: Level II)

3) แบบประเมิน Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) ซึ่งเป็นการประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยโดยมีหัวข้อประเมิน 24 หัวข้อ หลังการประเมินแล้วผู้ป่วยที่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกทักษะการสื่อสารได้ต้องมีคะแนนน้อยกว่า 34 คะแนน (Nilsson, Grawe, Levander, & Lovaas, 1998: Level IV)

3.1.4 พยาบาลควรมีการชี้แจงให้ผู้ป่วยทราบเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ และระยะเวลาของโปรแกรมการฝึกทักษะการสื่อสารก่อนเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจ และสมัครใจเข้าร่วมโปรแกรมการฝึก ทั้งนี้เพื่อจูงใจอยู่ร่วมโปรแกรมตลอดการฝึก (พรทรัพย์ สมิตยเสฐียร, 2534: Level II)

3.2 ขั้นตอนในการ

ในการดำเนินการฝึกทักษะการสื่อสารในผู้ป่วยจิตเภท พยาบาลควรมีข้อพิจารณาเรื่องลักษณะโครงสร้างกลุ่ม เนื้อหาของโปรแกรม วิธีการฝึกสอน โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ลักษณะโครงสร้างกลุ่ม

3.2.1 ในการจัดโปรแกรมเพื่อส่งเสริม/ฝึกทักษะการสื่อสารในผู้ป่วยจิตเภท ควรจัดอย่างน้อย 2 ครั้งต่อสัปดาห์ รวมทั้งหมด 8 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที (Chien, Ku, Lu, Chu, Tao, & Chou, 2003: Level II) โดย 10 นาทีแรกจะเป็นกิจกรรมการอุ่นเครื่อง สนทนาทักทายเรื่องทั่วไป

40 นาทีต่อมาจะให้ผู้ผู้ป่วยฟังเทปแล้วร่วมกันอธิบาย สาธิต และแสดงบทบาทสมมุติร่วมกันกับผู้นำกลุ่มและสมาชิกกลุ่ม

10 นาทีสุดท้ายผู้นำกลุ่มจะให้สมาชิกทุกคนร่วมกันสะท้อนความรู้สึกและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับกิจกรรมกลุ่มที่ปฏิบัติร่วมกัน

3.2.2 จำนวนผู้ป่วยที่จะเข้าร่วมกลุ่มควรมีจำนวนระหว่าง 8-10 คน เนื่องจากถ้ามีจำนวนมากเกินไปจะทำให้ผลของการฝึกทักษะการสื่อสารไม่มีประสิทธิภาพ (Chien, Ku, Lu, Chu, Tao, & Chou, 2003: Level II)

3.2.3 สถานที่จัดกิจกรรมการฝึกทักษะการสื่อสารควรมีห้องเฉพาะ ไม่มีบุคคลอื่นรบกวนเพื่อให้ผู้ป่วยมีสมาธิในการฝึกและฟังวิดีโอเทป (Chien, Ku, Lu, Chu, Tao, & Chou, 2003: Level II)

เนื้อหาของโปรแกรม

เนื้อหาของโปรแกรมการฝึกทักษะการสื่อสารในผู้ป่วยจิตเภท ควรมีเนื้อหาหลักที่ควรฝึกให้ผู้ป่วยมีทักษะที่จำเป็นทั้งหมด 5 ทักษะ (Nilsson, Grawe, Levander, & Lovaas, 1998: Level IV) คือ

- 1) การติดต่อสื่อสารโดยภาษาพูดและไม่ใช้ภาษาพูด
- 2) การเริ่มต้นสนทนาอย่างเป็นมิตร
- 3) การดำเนินการสนทนา
- 4) การจบการสนทนาอย่างเป็นมิตร
- 5) การใช้ทักษะแบบผสมผสาน

การที่จะให้ผู้ป่วยจิตเภทมีทักษะทั้งหมด 5 ทักษะนี้ ต้องฝึกให้ผู้ป่วยรู้จักการสื่อสารที่สื่อสารแล้วบุคคลอื่นสามารถเข้าใจได้ง่าย โดยมีรายละเอียดการฝึก ดังนี้

- 1) การฝึกทักษะการถ่ายทอดข้อความออกมา (Paraphrase) โดยการให้ผู้ป่วยฟังสิ่งที่ได้ยินจากเทปแล้วให้สื่อสารออกมาเป็นประโยคที่ผู้อื่นเข้าใจได้ง่าย
- 2) การฝึกการใช้คำถามปลายเปิด (Open question) เป็นการให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการสอน เช่น ให้ผู้ป่วยฟังเทปและถามเป็นคำถามปลายเปิดเมื่อเทปหยุด โดยการถามจะไม่เป็นการใช้คำถามที่ผู้ป่วยตอบว่า ใช่ หรือ ไม่ใช่ แต่การถามจะเป็นการถามเพื่อให้ผู้ป่วยมีการสนทนาเป็นประโยค

3) การฝึกการสะท้อนความรู้สึก (Feeling reflection) คือการให้ผู้ป่วยแสดงออกทางอารมณ์หรือความรู้สึก โดยการนำเสนอ เช่น ให้ทุกคนสมมติว่าถ้าเขาต้องเดินลงไปที่รถของตนเองในลานจอดรถเวลากลางคืนซึ่งมันทั้งมืด และว่างเปล่า อบอุ่น แต่ละคนมีความเข้าใจที่จะแสดงความรู้สึกและถ่ายทอดอารมณ์ ให้บุคคลอื่นทราบได้อย่างไรว่าขณะนั้นเขารู้สึกอย่างไร (Bedell, Lennox, Smith, & Rabinowicz, 1998: Level VI)

วิธีการฝึก

สำหรับวิธีการฝึกให้ผู้ป่วยพัฒนาทักษะการสื่อสารจะต้องเน้นเรื่องการเผชิญปัญหา การแก้ปัญหา โดยใช้เหตุผลและทักษะในการรับข้อมูล ทักษะกระบวนการส่งต่อข้อมูล โดยวิธีการสอน/ฝึก ควรมีความหลากหลาย ไม่ควรเฉพาะเจาะจงวิธีการใดวิธีการหนึ่งมาใช้ ซึ่งประกอบด้วย

1) การอธิบาย คือการที่ผู้นำกลุ่มยกสถานการณ์ที่ง่าย ๆ มาให้ผู้ป่วยได้เห็นแล้วให้ผู้ป่วยช่วยอธิบายว่ามีปัญหาอะไรและจะใช้ทักษะอะไรในการแก้ปัญหาในการฝึก โดยในการฝึกจะใช้วิดีโอเทปและกระดานดำในการช่วยสอน/ฝึก (Chien, Ku, Lu, Chu, Tao, & Chou, 2003: Level II)

2) การสาธิต/การทำตัวอย่างให้ดู โดยการให้ผู้ป่วยสาธิตย้อนกลับเพื่อให้ผู้ป่วยเห็นว่าการตอบสนองที่เหมาะสมในแต่ละสถานการณ์นั้นควรแสดงพฤติกรรมอย่างไร โดยผู้นำกลุ่มและสมาชิกร่วมกันแสดงการสาธิตด้วย (Chien, Ku, Lu, Chu, Tao, & Chou, 2003: Level II)

3) การแสดงบทบาทสมมติ อาจมีการคัดเลือกผู้ป่วยที่จะมาแสดงบทบาทสมมติ และไม่ว่าผู้ป่วยจะร่วมแสดงบทบาทสมมติในกลุ่มหรือไม่ก็ตาม ทักษะนี้ผู้ป่วยก็ควรที่จะถูกกระตุ้นให้นำไปฝึกต่อที่บ้าน (Chien, Ku, Lu, Chu, Tao, & Chou, 2003: Level II)

4) การให้แรงเสริมทางสังคม/การสะท้อนความคิดเห็น ควรใช้คำพูดที่กลุ่มเห็นว่าชัดเจน เป็นรูปธรรม และมีลักษณะของการแสดงความคิดเห็นทางบวก และการสะท้อนความรู้สึกที่ดีควรให้ในทันทีที่แสดงบทบาทสมมติเสร็จ (Chien, Ku, Lu, Chu, Tao, & Chou, 2003: Level II) หรือให้ผู้ป่วยแสดงออกทางอารมณ์หรือความรู้สึก โดยการนำเสนอ (Bedell, Lennox, Smith, & Rabinowicz, 1998: Level VI)

5) การทำแบบฝึกหัด โดยการให้ผู้ผู้ป่วยฝึกทักษะทั้งหมดนี้เป็นประจำแล้วนำไปปรับใช้ในชีวิตประจำวัน (Chien, Ku, Lu, Chu, Tao, & Chou, 2003: Level II)

3.3 การประเมินผู้ป่วยระหว่างการจัดกิจกรรม

พยาบาลสามารถประเมินพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้ป่วยในขณะที่ดำเนินกิจกรรมการฝึกทักษะการสื่อสารเป็นระยะๆ เช่น 2 สัปดาห์หลังจากร่วมโปรแกรม โดยประเมินระดับความวิตกกังวลและพฤติกรรมการสื่อสารของผู้ป่วยด้วยแบบประเมิน เช่น

1) แบบประเมิน The Interaction Anxiousness Scale เป็นเครื่องมือที่ใช้วัดระดับความวิตกกังวลส่วนบุคคล ซึ่งประกอบด้วย 15 หัวข้อ โดยระดับคะแนนวิตกกังวลเล็กน้อยที่ 15 คะแนน จนถึงระดับวิตกกังวลมากที่คะแนน 75 คะแนน (Chien, Ku, Lu, Chu, Tao, & Chou, 2003: Level II)

2) แบบประเมิน The Social Interaction Schedule (SIS) ซึ่งเป็นแบบสังเกตพฤติกรรมการสื่อสารขณะเข้าร่วมกิจกรรมที่ต้องใช้ผู้ประเมินที่มีประสบการณ์ด้านการสื่อสารของผู้ป่วยจิตเภทอย่างน้อย 2 คน (Nilsson, Grawe, Levander, & Lovaas, 1998: Level IV)

3.4 การประเมินผลลัพธ์หลังสิ้นสุดโปรแกรม

พยาบาลควรใช้เครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ และได้มาตรฐานในการประเมินผลของโปรแกรมการฝึกทักษะการสื่อสารในผู้ป่วยจิตเภท จะประเมินผู้ป่วยหลังจากทำโปรแกรมแล้ว 4 สัปดาห์ โดยใช้แบบประเมิน เช่น

- 1) The Interpersonal Communication Satisfaction Scale ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้วัดความพึงพอใจในการสื่อสารระหว่างบุคคล (Chien, Ku, Lu, Chu, Tao, & Chou, 2003: Level II)
- 2) แบบประเมิน The Assertive Skill Scale ใช้วัดทัศนคติของผู้ป่วยเกี่ยวกับการฝึกทักษะการสื่อสารหลังการฝึกโปรแกรมสิ้นสุดลง (Chien, Ku, Lu, Chu, Tao, & Chou, 2003: Level II)

7. การศึกษานำร่องเพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงในการปฏิบัติ

จากขั้นตอนของ IOWA Model เมื่อได้แนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาจากหลักฐานเชิงประจักษ์แล้วก่อนตัดสินใจว่าจะนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ ควรพิจารณาว่าแนวปฏิบัติดังกล่าวสามารถนำไปใช้ในสถานการณ์จริงได้หรือไม่หรือยังขาดสาระบางประการที่ต้องการหลักฐานเชิงประจักษ์เพิ่มเติมอีกหากนำไปใช้จริง และผลจากการใช้แนวปฏิบัตินั้นสามารถลดต้นทุนหรือไม่ มีผลกระทบต่อคุณภาพการพยาบาลอย่างไร มีความเสี่ยงต่อผู้ป่วยหรือไม่ หากพิจารณาแล้วไม่มีผลกระทบในทางลบและลดต้นทุนได้ ต่อไปควรมีการวางแผนเพื่อสร้างความร่วมมือและการสนับสนุนในการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติการพยาบาล โดยต้องมีการสื่อสารกับบุคลากรในทีมปฏิบัติทำให้ทีมเห็นว่าการเปลี่ยนแปลงเป็นการพัฒนาศักยภาพการทำงานรวมทั้งขอการสนับสนุนจากผู้บริหารในการนำการเปลี่ยนแปลง

เมื่อตกลงในทีมและตัดสินใจว่าจะนำแนวปฏิบัติดังกล่าวไปใช้ ควรมีการวางแผนนำร่องเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการปฏิบัติ มีขั้นตอนดังนี้

ขั้นที่ 1 เลือกผลลัพธ์ที่สามารถบรรลุได้ ซึ่งอาจจะแตกต่างจากงานวิจัย เนื่องจากงานวิจัยมีการควบคุมตัวแปรและสิ่งแวดล้อม แต่ในสถานการณ์จริงไม่สามารถควบคุมตัวแปรและสิ่งแวดล้อมได้ ในประเด็นนี้ทีมงานควรมีการพิจารณาตรวจสอบว่าผลลัพธ์ใดที่ต้องการ และผลลัพธ์ที่เลือกมีความสอดคล้องกับตัวชี้วัดของหน่วยงานหรือไม่

ขั้นที่ 2 ศึกษาข้อมูลพื้นฐาน ที่เกี่ยวข้องับประเด็นปัญหาทั้งด้านทฤษฎีและด้านการปฏิบัติ เพื่อใช้ในการตัดสินใจเลือกโปรแกรมและการประเมินผลที่เหมาะสมกับสถานการณ์ เช่น ลักษณะงาน สภาพและคุณลักษณะของผู้ป่วย ความพร้อมของบุคลากรและหน่วยงาน

ขั้นที่ 3 เขียนเป็นแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่มาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยเลือกโปรแกรมที่ต้องการใช้และเขียนรายละเอียดของแนวปฏิบัติการพยาบาล การเขียนควรเริ่มตั้งแต่การ

คัดเลือกผู้ป่วย ลักษณะของกลุ่มควรมีสมาชิกเท่าใด ใช้เวลาเท่าใด กระบวนการกลุ่มประกอบด้วยอะไรบ้าง และการประเมินผลโปรแกรมควรประเมินอย่างไร ทั้งนี้เพื่อให้เป็นรูปธรรมและสมาชิกในทีมสามารถปฏิบัติไปในแนวทางเดียวกัน

ขั้นที่ 4 นำไปปฏิบัติในหน่วยงานนำร่อง เนื่องจากเป็นโปรแกรมที่เหมาะสมกับผู้ป่วยจิตเภทในทีมปกครองทักษะการสื่อสาร หน่วยงานนำร่องจึงควรเป็นหอผู้ป่วยที่มีการฟื้นฟูทักษะให้กับผู้ป่วยจิตเภท เนื่องจากมีความพร้อมทั้งด้านสถานที่และบุคลากร

ขั้นที่ 5 ประเมินกระบวนการและผลลัพธ์ จากการนำไปปฏิบัติ โดยสามารถใช้แบบประเมินที่ผ่านการตรวจสอบประสิทธิภาพแล้ว และควรมีการติดตามประเมินผลระยะยาว

ขั้นที่ 6 หลังจากการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในหน่วยงานนำร่องกับผู้ป่วยจิตเภทในทีมปกครองทักษะการสื่อสารประมาณ 8-10 ราย และประเมินผล ถ้าได้ผลลัพธ์ตามที่ต้องการจึงเขียนเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาลและบุคลากรอื่นๆ ในทีมสุขภาพ

ในกรณีที่ผลการนำร่องให้ผลลัพธ์ที่เหมาะสมสามารถนำไปใช้ได้ในทุกหน่วยงาน ต่อไปคือการพัฒนาและเสริมสร้างความรู้/ทักษะที่จำเป็น เทคนิคการสอนผู้ป่วยในการปฏิบัติทางการพยาบาลให้แก่บุคลากรที่เกี่ยวข้อง และควรมีการประเมินการเปลี่ยนแปลงและผลลัพธ์เพื่อเสนอข้อมูลแก่ทีมงานและผู้บริหารให้เห็นประโยชน์และคุณค่าของแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อพัฒนาทักษะการสื่อสารในผู้ป่วยจิตเภท

8. การนำมาใช้ในการปฏิบัติ

หากมีการนำแนวปฏิบัติมาทดลองใช้ในหน่วยงาน ควรพิจารณาถึงความเหมาะสมว่าสามารถประยุกต์ใช้กับกลุ่มผู้ป่วยที่บกพร่องทักษะการสื่อสาร ได้จริงและเมื่อพิจารณาถึงความคุ้มค่า สามารถประหยัดค่าใช้จ่าย และไม่เกิดความเสี่ยงกับผู้ป่วยและบุคลากรที่นำแนวปฏิบัติเพื่อการพัฒนาทักษะการสื่อสารในผู้ป่วยจิตเภทไปใช้ก็สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในหน่วยงานได้

9. การเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติการพยาบาลในหน่วยงาน

เมื่อพิจารณาว่าโครงการนำร่องในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในหน่วยงานว่าสามารถทำได้จริง ควรแจ้งให้หน่วยงานและชี้แจงรายละเอียด ขั้นตอนต่างๆ ของแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการพัฒนาทักษะการสื่อสารในผู้ป่วยจิตเภทแก่บุคลากรที่เกี่ยวข้องทราบเพื่อให้ทุกคนเกิดความรู้สึกถึงการมีส่วนร่วม หลังจากนั้นจึงพัฒนาและเสริมความรู้ ทักษะต่างๆ ที่จำเป็นในการนำแนวปฏิบัติไปใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีความบกพร่องทักษะการสื่อสาร

10. การตรวจสอบและวิเคราะห์ผลของการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านโครงสร้างกระบวนการและผลลัพธ์

ประเมินผลแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อพัฒนาทักษะการสื่อสารในผู้ป่วยจิตเภทว่านำไปใช้แล้วผู้ป่วยสามารถสื่อสารได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยประเมินจากผู้ป่วย และพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ เพื่อให้ผู้บริหารและวิชาชีพอื่นในทีมสุขภาพเห็นคุณค่า เกิดการยอมรับให้การสนับสนุนแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อพัฒนาทักษะการสื่อสารในผู้ป่วยจิตเภท



บทที่ 4

สรุปการศึกษาและข้อเสนอแนะ

สรุปการศึกษา

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการพัฒนาทักษะการสื่อสารในผู้ป่วยจิตเภท โดยประยุกต์รูปแบบการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลของ IOWA model ซึ่งทำให้ได้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมทักษะการสื่อสารในผู้ป่วยจิตเภททั้งหมด 9 เรื่อง เป็น Randomized Control Trial 4 เรื่อง เป็น Descriptive 1 เรื่อง เป็น Quasi- experimental 2 เรื่อง เป็น One-group pre-post test 2 เรื่อง แต่หลังจากการอ่านบททวนจึงคัดออกอีก 4 เรื่อง จึงเหลือหลักฐานเชิงประจักษ์ที่นำมาวิเคราะห์ได้ 5 เรื่อง เป็น Randomized Control Trial 2 เรื่อง Descriptive 1 เรื่อง และ One-group pre-post test 2 เรื่อง หลังการวิเคราะห์และสังเคราะห์แล้วได้ข้อเสนอแนะ มาสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่บกพร่องทักษะการสื่อสาร แล้วนำแนวปฏิบัติที่พัฒนาไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความครอบคลุมถูกต้องของเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ นำแนวปฏิบัติมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยมีหัวข้อครอบคลุมประเด็นดังต่อไปนี้ 1) การประเมินคุณสมบัติของผู้ป่วยจิตเภท รวมทั้งการประเมินความสามารถในการสื่อสารของผู้ป่วยจิตเภท 2) การจัดโปรแกรมการฝึกทักษะการสื่อสาร ประกอบด้วยขั้นเตรียมการ ขั้นดำเนินการ และฝึกทักษะครอบคลุม 5 ด้าน ได้แก่ การติดต่อสื่อสารโดยภาษาพูดและไม่ใช้ภาษาพูด การเริ่มต้นสนทนาอย่างเป็นมิตร การดำเนินการสนทนา การจบการสนทนาอย่างเป็นมิตร การใช้ทักษะแบบผสมผสาน และ 3) การประเมินผลลัพธ์หลังสิ้นสุดโปรแกรม

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะสำหรับพัฒนาแนวปฏิบัติเพื่อส่งเสริมทักษะการสื่อสารในผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งพัฒนามาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ระดับ 2 ระดับ 4 และระดับ 6 เสนอแนะให้มีการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์เพิ่มเติมและให้ผู้วิจัยทางการพยาบาลนำแนวปฏิบัติการพยาบาลที่สร้างขึ้นไปทดลองปฏิบัติ โดยศึกษาในรูปแบบของการศึกษานำร่อง (Pilot study) เพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลง

ในการปฏิบัติ และประเมินประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติก่อนที่จะขยายแนวปฏิบัติไปสู่หน่วยงานอื่น ๆ ในโรงพยาบาล

2. การนำไปใช้ในการปฏิบัติ ควรมีการเปรียบเทียบว่าการนำแนวปฏิบัติมาใช้มีความเหมาะสมกับกลุ่มผู้ป่วย ต้นทุนที่ใช้มีความประหยัด และสามารถลดความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับบุคลากรในหน่วยงาน ซึ่งถ้ามีความเหมาะสมในทุกด้านจึงนำมาประยุกต์ใช้แต่หากแนวปฏิบัติไม่เหมาะสมก็ต้องกลับไปที่กระบวนการประเมินคุณภาพและศึกษาองค์ความรู้ใหม่

3. เมื่อโครงการนำร่องให้ผลลัพธ์ที่เหมาะสมสามารถนำมาประยุกต์ใช้เป็นแนวปฏิบัติได้นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติการพยาบาลในหน่วยงาน โดย (1) การสนับสนุนจากองค์กร (2) การสื่อสารกับบุคลากรที่เกี่ยวข้องทั้งหมด (3) สร้างความรู้สึกร่วมกันในการปฏิบัติงาน (4) พัฒนา/เสริมความรู้และทักษะที่จำเป็นในการปฏิบัติทางการพยาบาลให้กับผู้ร่วมงาน

4. ต้องมีการติดตามประเมินผลของการนำแนวปฏิบัติไปใช้โดยประเมินจากผู้ป่วย ผู้ปฏิบัติงาน งบประมาณและสิ่งแวดล้อม การประเมินแนวปฏิบัติทางการพยาบาลจากงานวิจัยยังต้องประเมินการเปลี่ยนแปลงหรือการยอมรับแนวปฏิบัติ การให้ข้อมูลที่สำคัญสำหรับผู้ให้การดูแลอื่นๆ ผู้บริหารและนโยบาย ข้อมูลที่ได้จากการประเมินสนับสนุนให้เห็นประโยชน์แนวปฏิบัติแสดงให้เห็นคุณค่าของแนวปฏิบัติทางการพยาบาลแก่ผู้บริหารและวิชาชีพอื่นๆ ในทีมสุขภาพ

5. เผยแพร่แนวปฏิบัติลงสู่เจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและนอกองค์กร โดยผ่านทาง การประชุมวิชาการ Journal club และเผยแพร่ลงในวารสาร สิ่งตีพิมพ์ฐานข้อมูลทางอิเล็กทรอนิกส์

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อพัฒนาทักษะการสื่อสารในผู้ป่วยจิตเภท

วิโรจน์ ทองทา 4736915 NSMH/M

พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์: ยาใจ สิริธมมงคล, Ph.D., อติรัตน์ วัฒนไพลิน, กศ.ด.

บทสรุปแบบสมบูรณ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคทางจิตที่รุนแรงและเรื้อรัง ทำให้เกิดการเสื่อมถอยของบุคลิกภาพ อารมณ์และการรับรู้ของผู้ป่วย (สมภพ เรื่องตระกูล, 2548) และเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ครองอัตราเตียงในโรงพยาบาลจิตเวชเป็นจำนวนมากที่สุดในบรรดาโรคจิตเวชทั้งหมด โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคที่พบมากที่สุดอีกทั้งยังมีอัตราการกลับเป็นซ้ำสูงที่สุดอีกด้วย (กรมสุขภาพจิต, 2547) จากรายงานผลการให้บริการผู้ป่วยในที่ได้รับไว้รักษาในโรงพยาบาลศรีธัญญา ปีงบประมาณ 2548 พบว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภทมารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในมากที่สุด มีจำนวน 3,988 คน คิดเป็นร้อยละ 60.7 (งานเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลศรีธัญญา, 2548)

อาการที่สำคัญของโรคจิตเภทแบ่งเป็น 2 กลุ่มอาการ คือ กลุ่มอาการด้านบวกและกลุ่มอาการด้านลบ ซึ่งกลุ่มอาการด้านบวก หมายถึง การแสดงออกในด้านความผิดปกติของความคิด การรับรู้ การติดต่อสื่อสาร และพฤติกรรม คือ จะมีความคิดหลงผิด (Delusion) อาการประสาทหลอน (Hallucination) ความผิดปกติของคำพูด ซึ่งพบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทจะมีปัญหาในด้านการคิด ไม่สามารถรวบรวมความคิดให้เป็นไปในแนวทางเดียวกันได้ ซึ่งแสดงออกมาให้เห็นโดยผ่านทางกรพูดสนทนา ผู้ป่วยบางรายมีปัญหาเรื่องกระบวนการคิดมากจนไม่สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2539) อีกกลุ่มคือกลุ่มอาการทางด้านลบ หมายถึง ภาวะที่ผู้ป่วยขาดในสิ่งที่คนทั่วไปควรมี โดยจะมีลักษณะอาการคือ อารมณ์เฉยเมย (Affective flattening) สีหน้าของผู้ป่วยจะเรียบเฉยขาดการแสดงออกของอารมณ์ ไม่สบตา หรือการแสดงกิริยาท่าทาง วิธีการตรวจดูอาการนี้คือ การสังเกตดูขณะผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

พูดน้อยหรือไม่พูด (Alogia) ใช้คำพูดตอบคำถามสั้นๆ และไม่สนใจที่จะตอบ ขาดความสนใจทำกิจกรรมทุกชนิด ผู้ป่วยไม่สามารถริเริ่มในการทำกิจกรรมทุกชนิดโดยจะนั่งเฉยๆเป็นเวลานานๆ และไม่สนใจที่จะเข้าร่วมในการทำงานหรือกิจกรรมด้านสังคม ซึ่งความผิดปกติดังกล่าวจะปรากฏในกิจกรรมต่างๆ เช่น การมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น การทำงาน การเรียนหรือการดูแลตนเอง และพบว่าผู้ป่วยจำนวนมากจะดำเนินชีวิตโดยมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นน้อยมากจากที่เคยมีกิจกรรมกับสังคมอย่างดี อาจแยกตัวออกจากผู้อื่น ขาดความสนใจในกิจกรรมต่างๆ ดังเช่นเคย (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542)

ลักษณะปัญหาการสื่อสารของผู้ป่วยจิตเภทที่กล่าวทั้งหมดข้างต้น พบว่าเนื่องจากผู้ป่วยมีปัญหาในด้านการคิด ขาดการเชื่อมโยงของเหตุผลไม่สามารถลำดับความคิดตามขั้นตอนของเหตุการณ์ ดังนั้นเวลารับฟังผู้ป่วยพูดหรือตอบคำถามจึงไม่ค่อยเข้าใจหรือฟังไม่รู้เรื่อง เพราะคำพูดจะไม่ต่อเนื่องกันเป็นเรื่องราวโดยเปลี่ยนจากเรื่องหนึ่งไปเป็นอีกเรื่องหนึ่ง ซึ่งความผิดปกตินี้เรียกว่า loose association หรือผู้ป่วยพูดไม่รู้เรื่องเลย เรียกว่า incoherence หรือ word salad และสุดท้ายคือความผิดปกติของพฤติกรรมที่มีการแสดงพฤติกรรมไม่เหมาะสมหรือบางครั้งจะมีพฤติกรรมก้าวร้าว เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น จากการศึกษาผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ มีความบกพร่องของพฤติกรรมการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลโดยเฉพาะการสื่อสารกับบุคคลอื่น ถึงแม้ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องแต่การใช้ยารักษาโรคจิตจะมีผลต่อพฤติกรรมทางสังคมน้อย โดยเฉพาะการรักษาด้วยยาต้านเศร้าซึ่งจะได้ผลดีต่ออาการทางบวก คือลดอาการหูแว่ว ประสาทหลอน แต่ต่อมาเมื่อมีการนำยาต้านเศร้ามารักษาสภาพจิตซึ่งรักษาอาการทางด้านลบของผู้ป่วยดีขึ้นแต่ยังไม่ครอบคลุมพอจะช่วยทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมแสดงออกทางสังคมที่ดีขึ้น ดังนั้นผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังดังกล่าวจึงต้องได้รับการช่วยเหลือฟื้นฟูสมรรถภาพไม่ให้เกิดความเสื่อมมากกว่าเดิม สามารถกลับไปดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข (เกษม ต้นติผลาชีวะ, 2542)

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่ายังผู้ป่วยจิตเภทป่วยนานเท่าไรก็ยังคงมีความเสื่อมในหน้าที่การทำงานมากขึ้น จากการศึกษาติดตามการดำเนินโรคของผู้ป่วยจิตเภทเป็นเวลา 5 ปี พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 78 จะมีลักษณะการดำเนินโรคที่ยาวนาน เรื้อรัง และมีอาการเกิดขึ้นหลายครั้ง หรือที่เรียกว่า การกำเริบซ้ำ ซึ่งการกำเริบนั้นยังเกิดขึ้นบ่อยครั้งเท่าใด ศักยภาพในการดำรงชีวิตแทบทุกด้านของผู้ป่วยก็จะเสื่อมถอยลงเท่านั้น (มาโนช หล่อตระกูล, 2544) โดยเห็นได้จากผู้ป่วยไม่มีความมั่นใจในการเข้าสังคม เกิดความวิตกกังวล ไม่กล้าไปเผชิญกับโลกภายนอก ทักษะต่างๆที่ใช้ในชีวิตประจำวันเสื่อมถอยลงโดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านการสื่อสารผู้ป่วยจะมีลักษณะ พูดน้อย แยกตัวเองอยู่ตามลำพัง ไม่คบหาสมาคมกับใคร อารมณ์เฉยเมย (พรทรัพย์ สมิตยเสียร, 2534) นอกจากนี้ถ้าผู้ป่วยอยู่ใน

ครอบครัวที่ยู่เพียงคนเดียว ฐานะของสมาชิกมีความสัมพันธ์ที่ไม่ดีต่อกันก่อให้เกิดภาวะตึงเครียด และถ้าผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวอยู่ในสภาพแวดล้อมเช่นนี้ได้ อาจทำให้อาการทางจิตกำเริบ กลายเป็นวัฏจักรที่ไม่มีวันสิ้นสุด การมีอาการกำเริบซ้ำๆ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้ เกิดความรู้สึกด้อยคุณค่าในตนเอง คุณภาพชีวิตลดต่ำลง ตลอดจนทำให้เกิดผลเสียทั้งเศรษฐกิจและสังคมของประเทศชาติได้ (จิราพร เกษรสุวรรณ, 2545)

จะเห็นว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท ทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาในการเข้าสังคมอย่างมากเนื่องจากอาการของโรคดังได้กล่าวแล้ว ผู้ป่วยจิตเภทเมื่อเจ็บป่วยเป็นเวลานานก็จะมีปัญหาพฤติกรรมทางสังคมมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะพฤติกรรม การติดต่อสื่อสาร ความบกพร่องดังกล่าวยิ่งทำให้ผู้ป่วยมีลักษณะแปลกไปจากบุคคลอื่นทั่วไป ทำให้ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นน้อยลง ส่งผลให้พฤติกรรมและอาการของผู้ป่วยถดถอยลงไปอีก อ่องุ่น พงษ์ธรรม และคณะ (2545) ได้ศึกษาพฤติกรรมทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในโรงพยาบาลมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 เดือน โดยการสังเกตและใช้แบบสำรวจพฤติกรรมทางสังคม จำนวน 20 รายที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นจิตเภทและมีระยะเวลาการเจ็บป่วยมากกว่า 5 ปีขึ้นไป พบว่า พฤติกรรมทางสังคมที่มีค่าเฉลี่ยต่ำ คือ พฤติกรรมด้านการติดต่อทางสังคมและด้านการติดต่อสื่อสาร ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทตามการรับรู้ของผู้ดูแล ของราตรี ภูบุญ (2545) พบว่า พฤติกรรมที่มีค่าเฉลี่ยต่ำ คือ พฤติกรรมด้านการติดต่อทางสังคมและด้านการสื่อสาร จะเห็นได้ว่าการสื่อสารเป็นทักษะทางสังคมที่มีความจำเป็นต้องพัฒนาในผู้ป่วยจิตเภท เพื่อสร้างความมั่นใจให้กับผู้ป่วยในการที่จะสื่อสารกับบุคคลอื่นเมื่อออกไปอยู่ในสังคมได้ดียิ่งขึ้นด้วย จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่านอกเหนือจากการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยจิตเภทควรเข้าร่วมโปรแกรมทางด้านจิตสังคมต่างๆรวมถึงโปรแกรมการส่งเสริมทักษะการสื่อสารด้วย และพบว่าโปรแกรมที่มีประสิทธิผลในการเพิ่มทักษะการสื่อสารของผู้ป่วยจิตเภท มีหลายโปรแกรมตัวอย่างเช่น โปรแกรมที่นำมาจาก UCLA Social and Independent Living Skills Program โดยมีเนื้อหาที่เรียกว่า BCSM (Basic Conversation Skill Module) มีคณะผู้วิจัยได้นำโปรแกรม BCSM นี้ไปทดลองใช้ 2 งานวิจัย คือ

โปรแกรมที่พัฒนาโดย Nilsson และคณะ (1998) เป็นโปรแกรมการฝึกผู้ป่วยจิตเภท โดยมีการฝึกทักษะการสื่อสารของผู้ป่วยจิตเภทในประเทศสวีเดนและนอร์เวย์ โปรแกรมประกอบด้วย การฝึกทักษะต่างๆ ได้แก่ การติดต่อสื่อสารโดยภาษาพูดและไม่ใช้ภาษาพูด การเริ่มต้นบทสนทนาอย่างเป็นมิตร การดำเนินการสนทนา การจบบทสนทนาอย่างเป็นมิตร การใช้ทักษะแบบผสมผสาน ผลการวิจัยพบว่าการเพิ่มขึ้นของทักษะการสื่อสารของทั้งสองกลุ่มเพียงแต่ถ้าผู้ป่วยมีอายุเฉลี่ยเมื่อรับการฝึกมากก็จะทำให้ต้องใช้ระยะเวลาในการฝึกนานขึ้น และแรงจูงใจในการฝึก

มากขึ้นด้วย และในปีเดียวกันยังมีการนำโปรแกรมฝึกการสื่อสารไปประยุกต์ต้องมีการส่งเสริมปรับใช้ในวัฒนธรรมที่แตกต่างกันในเรื่องทักษะการสื่อสารโดยศึกษาในประเทศบัลแกเรีย ของ Butolin & Liberman (1998) ผู้วิจัยได้นำ Basic Conversation Skill Module (BCSM) มาใช้ในการฝึกการสนทนาของผู้ป่วย ผลการวิจัยพบว่า BCSM ช่วยให้ผู้ป่วยมีทักษะการสื่อสารเพิ่มขึ้นและเป็นที่ยอมรับในการนำมาประยุกต์ใช้ฟื้นฟูทักษะการสื่อสารของผู้ป่วยในบัลแกเรีย

อีกโปรแกรมเป็นงานวิจัยของประเทศไต้หวันโดย Chien และคณะ (2003) ได้พัฒนาโปรแกรมการฝึกผู้ป่วยจิตเภทเพื่อส่งเสริมความสามารถด้านการสื่อสาร ระยะเวลาในการฝึก 2 ครั้งต่อสัปดาห์ รวมทั้งหมด 8 ครั้ง ใช้การอธิบาย การสาธิต และแสดงบทบาทสมมุติ และการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้สะท้อนความรู้สึกและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกัน ผลการวิจัยพบว่าคะแนนเฉลี่ยของทักษะการสนทนาในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สำหรับในประเทศไทยนั้นรูปแบบการฟื้นฟูทักษะด้านการสื่อสารในผู้ป่วยจิตเภท มีการวิจัยและศึกษาน้อยมาก ทำให้ยังไม่มีรูปแบบหรือโปรแกรมที่ชัดเจนที่สามารถนำมาใช้ในการฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเภทที่มีความบกพร่องของทักษะการสื่อสาร จากการค้นคว้าพบที่มีการพัฒนาโปรแกรมการฝึกทักษะสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของผู้ป่วยจิตเภทของพรทรัพย์ สมิตยเชิฐ (2534) มีผลการวิจัยที่สามารถบอกได้ว่า กลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการฝึกทักษะสัมพันธภาพระหว่างบุคคลสามารถใช้ทักษะการสื่อสารที่ดีส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้นมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยกลุ่มบำบัดตามปกติ แสดงว่าองค์ความรู้ที่มีจากผลการวิจัยนี้สามารถนำมาเป็นแนวทางในการส่งเสริมทักษะการสื่อสารของผู้ป่วยจิตเภทได้ แต่เนื่องจากงานวิจัยไม่มีการวิจัยซ้ำหรือมีการนำไปประยุกต์ใช้ หรือการตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารจึงทำให้รูปแบบโปรแกรมยังไม่ได้เผยแพร่ให้บุคลากรทางสุขภาพจิตได้ทราบและนำไปประยุกต์ใช้

โรงพยาบาลศรีธัญญามีวิสัยทัศน์ และพันธกิจว่าจะเป็นผู้นำระดับประเทศในการพัฒนาวิชาการเฉพาะทางด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชสู่ชุมชน จึงมีการจัดทำยุทธศาสตร์การพัฒนาโรงพยาบาล โดยมีการจัดกิจกรรมต่างๆที่ช่วยส่งเสริม พัฒนาทักษะด้านต่างๆของผู้ป่วย ซึ่งกิจกรรมหนึ่งที่ทางโรงพยาบาลให้ความสำคัญ คือการส่งเสริมพัฒนาทักษะทางสังคมด้านต่างๆ ให้กับผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยจัดกิจกรรมฝึกทักษะด้านต่างๆ ให้กับผู้ป่วยตามคู่มือการฝึกทักษะทางสังคมของกรมสุขภาพจิต พบว่าหลังเข้าร่วมกิจกรรมผู้ป่วยมีทักษะด้านต่างๆ ดีขึ้น เช่น การอาบน้ำ แต่งตัว การรับประทานอาหาร แต่พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังมีความบกพร่องในการสื่อสารเนื่องจากบุคลากรยังให้ความสำคัญกับการส่งเสริมหรือฝึกทักษะการสื่อสารเพียงเล็กน้อย ผู้ป่วยยังคงมีความบกพร่องในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น แยกตัวเอง ไม่กล้าที่จะสื่อสาร ดังนั้นโรงพยาบาลโดยกลุ่มงานการพยาบาลได้ให้แต่ละหน่วยงานจัดกิจกรรมหรือโปรแกรมที่ส่งเสริมให้

ผู้ป่วยมีการพัฒนาทักษะการสื่อสาร ซึ่งแต่ละหน่วยงานต้องพัฒนากิจกรรม ส่วนใหญ่เป็นการฝึกให้ผู้ป่วยรู้จักแนะนำตัว อย่างไรก็ตามพบว่าผู้ป่วยยังคงแยกตัว ไม่กล้าเริ่มต้นสนทนา ทั้งนี้เนื่องจากหน่วยงานมีรูปแบบการปฏิบัติกิจกรรมไม่ชัดเจน และโรงพยาบาลเองยังไม่มีแนวปฏิบัติการส่งเสริมทักษะการสื่อสารในผู้ป่วยจิตเภทที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์

ผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลจิตเวชจึงมีความสนใจที่จะสร้างแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการพัฒนาทักษะด้านการสื่อสารในผู้ป่วยจิตเภทในขณะที่ผู้ป่วยรับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาล เพื่อให้พยาบาลมีแนวปฏิบัติที่เป็นแนวทางเดียวกัน โดยตั้งอยู่บนพื้นฐานของข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยใช้กระบวนการพัฒนาอย่างเป็นระบบของ EBP (Evidence – Based Practice) นำไปสู่การพยาบาลที่ได้มาตรฐาน และมีคุณภาพ ซึ่งถือว่าเป็นหัวใจสำคัญของการบริการในยุคการปฏิรูประบบสุขภาพ ที่ต้องมีการประกันคุณภาพการบริการ

วัตถุประสงค์ในการศึกษา (Purposes of the study)

เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อพัฒนาทักษะการสื่อสารในผู้ป่วยจิตเภท

วิธีดำเนินการศึกษา

วิธีการในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อพัฒนาทักษะการสื่อสารในผู้ป่วยจิตเภท ผู้ศึกษาใช้กรอบแนวคิดหลักการและวิธีการใช้ผลงานวิจัยทางการพยาบาลของไอโอวา (2001) เป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อพัฒนาทักษะการสื่อสารในผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งมีขั้นตอนในการใช้ผลงานวิจัยเพื่อพัฒนานวัตกรรม ดังนี้

1. การระบุปัญหา

ในฐานะที่ผู้ศึกษาเป็นพยาบาลจิตเวชทำงานในโรงพยาบาลศรีธัญญาดูแลผู้ป่วยจิตเภทซึ่งมีจำนวนมากที่สุดในโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 60.7 (งานเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลศรีธัญญา, 2548) พบว่าการดำเนินอาการของโรคเองนั้นทำให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยและรักษาเป็นเวลานานมากเท่าไรก็จะทำให้ผู้ป่วยเกิดการเสื่อมถอยของบุคลิก อารมณ์และการรับรู้ มีปัญหาพฤติกรรมทางสังคมมากขึ้นเท่านั้น จากการที่ผู้ศึกษาปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทพบว่า ปัญหาที่พบได้บ่อยและเป็นปัญหาที่สอดคล้องกับนโยบายของโรงพยาบาลที่ต้องการแก้ไขคือการช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทในเรื่องการฟื้นฟูทักษะทางสังคม ซึ่งทักษะทางสังคมที่สำคัญทักษะหนึ่งคือ ทักษะด้านการสื่อสารซึ่งทางโรงพยาบาลยังไม่มีรูปแบบโปรแกรมที่เป็นมาตรฐาน และจากการปฏิบัติงานในหน่วยงาน จากการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับทีมพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในหน่วยงาน และจากการบันทึกข้อมูลความเสี่ยงเพื่อพัฒนางานการพยาบาลของหน่วยงานพบว่าญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้ข้อมูลกับทางหน่วยงานว่าเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้านจะสื่อสารกับ

ญาติหรือผู้ดูแลไม่ค่อยเข้าใจและในบางครั้งไม่สามารถบอกความต้องการของตนเองได้ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดส่งผลให้อาการทางจิตกำเริบได้ ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลของทางหน่วยงานที่พบว่าปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยกลับเข้ามารักษาซ้ำและบ่อยครั้งในระยะเวลาหนึ่งปีคือปัญหาเรื่องการสื่อสารของผู้ป่วยกับญาติหรือผู้ดูแล โดยพบว่าขณะที่ผู้ป่วยรักษาในโรงพยาบาลสังเกตได้ว่าจะมีความผิดปกติของคำพูดซึ่งผู้ป่วยบางคนจะพูดไม่ต่อเนื่องกันเป็นเรื่องเป็นราว เปลี่ยนจากเรื่องหนึ่งไปเป็นอีกเรื่องหนึ่ง หรือบางครั้งพูดไม่รู้เรื่องเลย การสื่อสารในลักษณะนี้แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มนี้ไม่สามารถสื่อสารกับบุคคลอื่นอย่างมีประสิทธิภาพ และพบว่าผู้ป่วยจิตเภทหลายรายที่ไม่สามารถสื่อสารทางวาจาพยายามใช้การสื่อสารทางอ้อม เช่น การใช้สัญลักษณ์ การใช้ภาษาท่าทาง การแสดงออกทางสีหน้าท่าทาง เช่น การชี้ การยิ้ม จ้องหน้า กำหมัด การแสดงความวิตกกังวลโดยการโยกตัว หรือการแสดงความไม่ปลอดภัยโดยการกอดอก นั่งอตัว ซึ่งทั้งหมดนี้เป็นพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภทที่พยายามจะสื่อสารโดยใช้ช่องทางการสื่อสารต่างๆ แต่พบว่าบางครั้งพยาบาลและผู้ที่เกี่ยวข้องไม่สามารถเข้าใจคำพูดและภาษาท่าทางที่ผู้ป่วยสื่อออกมา ทำให้ไม่สามารถสนองความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยได้ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่จะต้องให้การบำบัดเพื่อสามารถสื่อสารกับผู้อื่นมีประสิทธิภาพมากที่สุด

จากการสำรวจยอดผู้ป่วยของหน่วยงานในเดือนธันวาคม 2549 พบว่ามียอดผู้ป่วยทั้งหมด 78 คน ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยที่เป็นผู้ป่วยเรื้อรัง 7 คนมีความบกพร่องของพฤติกรรมต่างๆ ได้แก่ ผู้ป่วยจะมีสีหน้าเรียบเฉย อารมณ์เฉยเมย แยกตัวเอง แสดงสีหน้าแปลกๆ โดยไม่มีสิ่งเร้า ไม่สบตาคู่สนทนา พูดน้อย หรือไม่พูดอาจตอบคำถามสั้นๆ ไม่สนใจที่จะตอบ ไม่ริเริ่มในการทำกิจกรรม ไม่สนใจในกิจกรรมทางสังคม จะนั่งเฉยเป็นเวลานาน ดำเนินชีวิตโดยมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นน้อยมาก การที่ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาด้านการสื่อสารและมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นน้อยมีผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยและอาการกำเริบซ้ำของโรคจิตเภท คือ ผู้ป่วยจะคิดและอยู่ในโลกของตนเอง ไม่มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการพื้นฐานต่างๆ ซึ่งจะขอยกตัวอย่างพฤติกรรมบกพร่องในผู้ป่วย 2 ราย รายที่ 1 ผู้ป่วยชายอายุ 48 ปีป่วยจิตและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศรีธัญญา 20 ปี โดยระหว่างที่รักษาผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมแยกตัวเอง พูดน้อย เวลาพยาบาลสนทนาคำพูดก็จะพูดประโยคสั้นๆ พูดไม่ปะติดปะต่อ ผู้ป่วยบอกไม่ยากที่จะสื่อสารหรือสนทนากับผู้อื่นขออยู่คนเดียวดีกว่า รายที่ 2 ผู้ป่วยชาย อายุ 37 ปี เข้ารับการรักษารับประทานยามาตลอดตั้งแต่อายุ 25 ปี ไม่มีอาการหูแว่วและภาพหลอน สื่อสารพอรู้เรื่องระหว่างอยู่โรงพยาบาลผู้ป่วยเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมบำบัดที่ทางหน่วยงานและนักศึกษาพยาบาลจัดให้แต่จากการประเมินผลพบว่าพฤติกรรมของผู้ป่วยยังชอบแยกตัวอยู่คนเดียว ไม่ค่อยสื่อสารหรือสนทนากับผู้อื่น ขณะสนทนาก็ไม่สบตาคู่สนทนา

จากตัวอย่างพฤติกรรมที่กล่าวข้างต้นช่วยให้เข้าใจปัญหาและความรู้สึกของผู้ป่วยมากขึ้นว่ามีความพยายามที่จะใช้ช่องทางต่างๆ ในการที่จะสื่อสารกับพยาบาลและบุคคลอื่นให้มากที่สุดและมีประสิทธิภาพ แต่ถ้าพยาบาลปล่อยให้ผู้ป่วยคิดและอยู่ในโลกของตนเอง ไม่มีปฏิสัมพันธ์และสื่อสารกับบุคคลอื่น ไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการพื้นฐานต่างๆ ก็จะทำให้ผู้ป่วยแยกตัวออกจากสังคมมากขึ้น และทำให้ผู้ป่วยบกพร่องทักษะทางสังคมโดยเฉพาะด้านการสื่อสารไม่สามารถใช้ชีวิตในครอบครัว ชุมชน ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยต้องรักษาในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลานานทำให้โรงพยาบาลต้องสูญเสียงบประมาณในการดูแลผู้ป่วยโดยไม่จำเป็น ดังนั้นเมื่ออาการทางจิตผู้ป่วยสงบพยาบาลควรฟื้นฟูทักษะทางสังคมโดยเฉพาะด้านการสื่อสารของผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตกับครอบครัวและชุมชนโดยเร็วที่สุด

2. การสร้างทีม

เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาในระดับปริญญาโท โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อพัฒนาร่างแนวปฏิบัติ ดังนั้นผู้ศึกษาได้สอบถามและปรึกษากับพยาบาลประจำหอผู้ป่วยเพื่อปรึกษาถึงประเด็นที่เป็นปัญหาสำคัญของผู้ป่วยที่เห็นว่าจะต้องพัฒนา นอกจากนี้ได้ปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อขอคำแนะนำในการปฏิบัติตามขั้นตอนของ IOWA Model ดังนั้นบุคคลเหล่านี้มีแนวโน้มเข้าร่วมทีมหลังจากที่ผู้ศึกษาจบการศึกษาแล้ว

3. การค้นหาผลงานวิจัยและหลักฐานที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนวรรณกรรมเรื่องการฟื้นฟูทักษะทางสังคมด้านการสื่อสารพบว่ามีการวิจัยที่มีประสิทธิภาพในการเพิ่มทักษะการสื่อสาร ซึ่งนำมาจาก UCLA โดยมีเนื้อหาที่เรียกว่า BCSM (Basic Conversation Skill Module) เช่น Nilsson และคณะ(1998) เป็นโปรแกรมการฝึกทักษะการสื่อสารของผู้ป่วยจิตเภทในประเทศสวีเดนและนอร์เวย์ ซึ่งผลการวิจัยพบว่าการเพิ่มขึ้นของทักษะการสื่อสารของทั้งสองกลุ่ม เพียงแต่ถ้าผู้ป่วยมีอายุเฉลี่ยในการฝึกมากก็จะทำให้ใช้ระยะเวลาในการฝึกและต้องใช้แรงจูงใจในการฝึกมากขึ้นด้วย และยังมีโปรแกรมที่สร้างโดยผู้วิจัยในประเทศไต้หวันของ Chien และคณะ (2003) ได้พัฒนาโปรแกรมการฝึกผู้ป่วยจิตเภทเพื่อส่งเสริมความสามารถด้านการสื่อสาร ซึ่งผลการวิจัยพบว่าจะเน้นเฉลี่ยของทักษะการสื่อสารในกลุ่มทดลองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ สำหรับในประเทศไทยยังมีการศึกษาและวิจัยน้อยมากทำให้ยังไม่มีรูปแบบโปรแกรมที่ชัดเจนมาใช้ในการฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเภทที่มีความบกพร่องของทักษะการสื่อสาร

ผู้ป่วยจิตเภทที่มีความบกพร่องของทักษะการสื่อสารไม่เคยได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่น และยังไม่มีแนวปฏิบัติที่เฉพาะเจาะจงในการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการสื่อสารกับ

ผู้อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงต้องการหาแนวปฏิบัติในการพัฒนาทักษะด้านการสื่อสารในผู้ป่วยจิตเภทเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3.1 วิธีการสืบค้น

เกณฑ์การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์และ / หรือเอกสารที่เกี่ยวข้องสำหรับการศึกษาและวิเคราะห์เพื่อนำมาสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการพัฒนาทักษะด้านการสื่อสารในผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วยรายละเอียดดังต่อไปนี้

แนวทางการสืบค้น

การสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อให้ได้งานวิจัยหรือหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ตรงกับเรื่องที่ศึกษา จึงกำหนดคำสำคัญโดยใช้กรอบ PICO (Sackett et al, 1997) ในการคัดเลือกงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์จากฐานข้อมูลสารสนเทศประกอบด้วยรายละเอียด ดังนี้

Population: ผู้ป่วยจิตเภทวัยผู้ใหญ่

Intervention: โปรแกรมการฝึกทักษะการสื่อสาร

Comparison intervention: ไม่มีการเปรียบเทียบ

Outcome: ทักษะการสื่อสาร

คำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้นข้อมูล มีดังนี้

- Schizophrenia
- Communication Program / Training
- Social Skills Training / Conversation Skills Training
- Rehabilitation Program
- Communication Skills

3.2 เกณฑ์การคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์

เกณฑ์ที่ใช้ในการคัดเลือกรงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ และ / หรือเอกสารที่เกี่ยวข้องสำหรับการศึกษาและวิเคราะห์เพื่อนำมาสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการพัฒนาทักษะด้านการสื่อสาร ประกอบด้วยรายละเอียดดังนี้

เกณฑ์การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์

- งานวิจัยที่มีรูปแบบ Intervention ที่ส่งเสริม / พัฒนาทักษะการสื่อสารของผู้ป่วยจิตเภท
- เป็นงานวิจัยที่ทำในผู้ป่วยจิตเภทในวัยผู้ใหญ่ อายุ 18 ปี จนถึงอายุ 60 ปี ครอบคลุมงานวิจัยที่เป็น Full Text ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1995 ถึง ค.ศ. 2006

กำหนดแหล่งสืบค้น

1. จากฐานข้อมูล Electronic

- ฐานข้อมูลที่รวบรวมแนวปฏิบัติทางคลินิก ได้แก่ www.guidelines.gov,
- ฐานข้อมูลที่รวบรวม systematic review ได้แก่ www.Cochrane.org,
www.joannabriggs.edu.au
- จากฐานข้อมูลอื่นๆที่รวบรวมงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ ได้แก่
Pubmed, CINAHL, OVID, HighWire, SCIENCE DIRECT

2. Hand search

- Journal ที่มีการตีพิมพ์ผลงานวิจัยเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวชได้แก่ British Journal of Psychiatry, American Journal of Psychiatry, Journal of Nervous and Mental Disease, Schizophrenia Bulletin, Journal of Psychosocial Nursing, Acta Psychiatrica Scandinavica เป็นต้น
- จากเอกสารอ้างอิงของบทความ / งานวิจัย จากห้องสมุดกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ห้องสมุดโรงพยาบาลศรีธัญญา และห้องสมุดสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

3.3 ผลการสืบค้น

ผลการสืบค้นพบงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมีจำนวนน้อย เนื่องจากงานวิจัยที่เกี่ยวกับการส่งเสริมผู้ป่วยจิตเภทให้มีการพัฒนาทักษะด้านการสื่อสารเป็นเชิงทดลองยังไม่มีมากนัก โดยงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้นได้ทั้งหมดมีจำนวน 5 เรื่อง

จากการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์จากฐานข้อมูลต่างๆพบว่าม้งงานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่สามารถนำมาสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลในการพัฒนาทักษะการสื่อสารในผู้ป่วยจิตเภท ทั้งหมด 5 เรื่อง เมื่อนำมาประเมินคุณภาพและจัดลำดับความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์ (Strength of evidence) ตามระบบการจัดความเข้มแข็งของหลักฐานของ Melnyk & Fineout Overholt (2005) พบว่าเป็นงานวิจัยระดับ 2 จำนวน 2 เรื่อง งานวิจัยระดับ 4 จำนวน 2 เรื่อง และงานวิจัยระดับ 6 จำนวน 1 เรื่อง รวมทั้งหมด 5 เรื่อง ที่สามารถนำมาอ่าน วิเคราะห์ และสกัดเนื้อหาตารางตามลำดับหัวข้อ คือ 1. วัตถุประสงค์ 2. ระเบียบวิธีวิจัย 3. ระดับความเข้มแข็งของหลักฐาน 4. กลุ่มตัวอย่าง 5. สถานที่ในการศึกษาวิจัย 6. เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล 7. วิธีการหรือกิจกรรม (Intervention) ที่ให้แก่กลุ่มตัวอย่าง 8. ผลการวิจัย 9. ความสอดคล้องกับปัญหาทางคลินิก 10. การมีความหมายหรือคุณค่าในเชิงของศาสตร์ 11. ความเป็นไปได้ในการนำข้อค้นพบจากงานวิจัยไปใช้ในการปฏิบัติ 12. การสกัดเพื่อนำไปใช้ และนำข้อความแต่ละตารางมาพิจารณา

สรุปเนื้อหาและประเด็นสำคัญที่ค้นพบจากงานวิจัยทั้งหมดตรวจสอบความถูกต้องกับอาจารย์ที่ปรึกษาและนำไปสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อพัฒนาทักษะการสื่อสารในผู้ป่วยจิตเภท

4. การตรวจสอบความแม่นยำของแนวปฏิบัติ นำแนวปฏิบัติที่สร้างขึ้นไปตรวจสอบความถูกต้องความครอบคลุมของเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ได้แก่ 1. แพทย์เฉพาะทางจิตเวช 1 คน 2. พยาบาลที่ได้วุฒิบัตรการปฏิบัติการขั้นสูงเฉพาะทางสุขภาพจิตและจิตเวช 1 คน (APN) 3. อาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญและศึกษาการฟื้นฟูทักษะในผู้ป่วยจิตเภท 1 คน

สรุปสาระหลักที่ได้จากข้อมูลเชิงประจักษ์

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและนำมาวิเคราะห์ เพื่อสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อพัฒนาทักษะการสื่อสารในผู้ป่วยจิตเภท ได้ข้อเสนอแนะดังนี้

แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อพัฒนาทักษะการสื่อสารในผู้ป่วยจิตเภท

วัตถุประสงค์

เพื่อสร้างแนวทางในการจัดโปรแกรมเพื่อส่งเสริมทักษะการสื่อสารให้แก่ผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับการสื่อสารได้พัฒนาทักษะการสื่อสารให้เพิ่มมากขึ้นและสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้

ลักษณะกลุ่มประชากร

ผู้ป่วยจิตเภท ที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยระบบ ICD-10 หรือ DSM-IV ว่าเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia) อยู่ในวัยผู้ใหญ่ เป็นผู้ป่วยในที่มีประวัติการเจ็บป่วยไม่น้อยกว่า 1 ปี และเคยมีประวัติเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมาก่อน เพราะผู้ป่วยจิตเภทที่มีความบกพร่องของทักษะการสื่อสารจะเป็นผู้ป่วยเรื้อรังรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชมานาน

ผู้ที่ได้รับประโยชน์จากการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล

1. ผู้ป่วยและครอบครัว
2. บุคลากรในหน่วยงาน

ผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล

1. ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการพัฒนาทักษะการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ
2. ผู้ป่วยและญาติเกิดความพึงพอใจในการบริการพยาบาลเพื่อพัฒนาทักษะการสื่อสารของผู้ป่วย
3. โรงพยาบาลมีแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อพัฒนาทักษะการสื่อสารที่เป็นรูปธรรม
4. โรงพยาบาลมีรูปแบบโปรแกรมในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ขาดทักษะการสื่อสาร

ที่มาของหลักฐานเชิงประจักษ์

1. Randomized control trial ซึ่งเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ระดับ 2 จำนวน 2 เรื่อง
2. One-group Pre-post test เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ระดับ 4 จำนวน 2 เรื่อง
3. Descriptive ซึ่งเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ระดับ 6 จำนวน 1 เรื่อง

แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อพัฒนาทักษะการสื่อสารในผู้ป่วยจิตเภท

1. การให้โปรแกรมการฝึกทักษะการสื่อสารในผู้ป่วยจิตสามารถเพิ่มความสามารถในการสื่อสารและทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับการสื่อสาร

2. การให้โปรแกรมการฝึกทักษะการสื่อสารในผู้ป่วยจิตเภท พยาบาลจิตเวชมีบทบาทสำคัญในการช่วยฟื้นฟูทักษะเป็นอย่างมาก ดังนั้นก่อนที่จะให้โปรแกรมแก่ผู้ป่วยจิตเภท พยาบาลต้องศึกษารายละเอียดเกี่ยวกับแฟ้มประวัติผู้ป่วยในที่จะเข้าร่วม โปรแกรมเพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้นประกอบการฝึกจากแฟ้มประวัติของผู้ป่วย เมื่อศึกษาแฟ้มผู้ป่วยแล้วต้องมีการสัมภาษณ์รายบุคคลเพื่อประเมินการใช้ทักษะการสื่อสารเบื้องต้นที่จำเป็นของผู้ป่วยว่าบกพร่อง และต้องได้รับการส่งเสริม/ฝึกทักษะการสื่อสารเพื่อให้การสื่อสารของผู้ป่วยมีประสิทธิภาพมากขึ้น นอกจากนี้ควรพิจารณาคุณสมบัติของผู้ป่วยจิตเภทอื่นๆ อีก ดังนี้

2.1 เป็นผู้ป่วยจิตเภท ที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยระบบ ICD-10 หรือ DSM-IV ว่าเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia) อยู่ในวัยผู้ใหญ่ เป็นผู้ป่วยในที่มีประวัติการเจ็บป่วยไม่น้อยกว่า 1 ปี และเคยมีประวัติเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลมาก่อน เพราะผู้ป่วยจิตเภทที่มีความบกพร่องของทักษะการสื่อสารโดยมากจะเป็นผู้ป่วยเรื้อรังรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชมานาน (Butorin, & Liberman, 1998: Level IV)

2.2 พยาบาลควรประเมินความสามารถในการสื่อสารของผู้ป่วย โดยประเมินเรื่องต่างๆ ดังนี้

- ผู้ป่วยสามารถบอก ชื่อ-สกุล วัน เดือน ปีเกิด และวันที่ปัจจุบัน ได้ถูกต้อง มีความสนใจที่จะติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่นบ้าง ระหว่างที่รักษาอยู่ในโรงพยาบาล และควรมีเพื่อนบ้าง และสามารถอ่านออกเขียนได้ เนื่องจากต้องนำแบบบันทึกไปบันทึกต่อบ้าน (พรทรัพย์ สมิตยเจียร, 2534: Level II)

- เมื่อพูดคุย/สนทนากับผู้ป่วย พยาบาลควรประเมินผู้ป่วยในประเด็นสำคัญ คือ มีความเข้าใจและสามารถใช้ประโยคง่ายๆ ในการสื่อสารกับผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม และมีสมาธิในการฟังผู้อื่นอย่างน้อย 3-5 นาที มีความเต็มใจและสมัครใจในการเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกทักษะการสื่อสาร (Nilsson, Grawe, Levander, & Lovaas, 1998: Level IV)

2.3 คุณสมบัติของผู้นำกลุ่ม เป็นพยาบาลจิตเวชที่มีประสบการณ์การทำงานในหอผู้ป่วยจิตเวช มีประสบการณ์ในการทำกลุ่มทักษะทางสังคมมาในระดับหนึ่ง (Chien, Ku, Lu, Chu, Tao, & Chou, 2003: Level II)

3. หลักในการจัดโปรแกรมการฝึกทักษะการสื่อสารในผู้ป่วยจิตเภท พยาบาลจิตเวชที่ทำหน้าที่ดำเนินการจัดโปรแกรมการฝึกทักษะการสื่อสารในผู้ป่วยจิตเภทนั้นควรมีการเตรียมตัวเตรียมอุปกรณ์ประกอบการสอน/ฝึก ทบทวนรายละเอียดต่างๆที่มีอยู่ในโปรแกรม ศึกษาวิธีการใช้แบบประเมินผลลัพธ์ของโปรแกรมการฝึกทักษะการสื่อสารที่จะนำมาใช้ในแต่ละขั้นตอน ซึ่งหลักในการจัดโปรแกรมมีรายละเอียด ดังนี้

3.1 ขั้นเตรียมการ

พยาบาลควรมีการเตรียมตัวให้พร้อมโดยมีการเตรียมความรู้และอุปกรณ์ประกอบการฝึก ซึ่งแจ้งรายละเอียดต่างๆให้กับพยาบาลที่ร่วมในโปรแกรม อธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับโปรแกรมการฝึกทักษะการสื่อสารให้กับผู้ป่วยจิตเภทที่จะเข้าร่วมการฝึกทบทวน และต้องศึกษาแบบประเมินผลลัพธ์ที่ต้องนำมาประกอบการประเมินผู้ป่วย โดยมีรายละเอียด ดังนี้

3.1.1 พยาบาลควรจัดประชุมเพื่อให้ความรู้ และชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับโปรแกรมการฝึกทักษะการสื่อสารให้กับพยาบาลทุกคนที่เข้าร่วมโปรแกรมการฝึกทักษะการสื่อสารในผู้ป่วยจิตเภท

3.1.2 พยาบาลควรจัดเตรียมอุปกรณ์ เช่น คู่มือการฝึกทักษะการสื่อสาร วีดีโอเทปโดยเนื้อหาเกี่ยวกับการฝึกทักษะการสื่อสารควรผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิก่อน ซึ่งอุปกรณ์ที่พยาบาลควรเตรียม ประกอบด้วย

- คู่มือการฝึกทักษะการสื่อสารสำหรับผู้ฝึก เพื่อใช้ในการศึกษา รายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการฝึกสอนโปรแกรมให้กับผู้ป่วยจิตเภท
- แบบฝึกหัดสำหรับผู้ป่วย ซึ่งเป็นเอกสารให้ผู้ป่วยใช้บันทึกผลของการฝึกทักษะต่างๆที่ได้รับจากการฝึกสอน
- วีดีโอเทป ที่บันทึกบทสนทนา ควรประกอบด้วยบทสนทนาที่ใช้ประโยชน์ง่ายและใช้ในชีวิตประจำวันเป็นประจำเพื่อกระตุ้นใจผู้ป่วยให้อยากฝึก (Nilsson, Grawe, Levander, & Lovaas, 1998: Level IV)

3.1.3 พยาบาลที่ทำกลุ่ม ต้องเตรียมแบบประเมินผลลัพธ์และศึกษาวิธีการใช้ที่ถูกต้อง ซึ่งแบบประเมินผลลัพธ์นั้นต้องเป็นแบบประเมินที่มีมาตรฐาน ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิด้านการฟื้นฟูทักษะทางสังคมโดยเฉพาะทักษะการสื่อสารในผู้ป่วยจิตเภท (Nilsson,

Grawe, Levander, & Lovaas, 1998: Level IV) โดยใช้แบบประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยเพื่อวัดความพร้อมก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกทักษะการสื่อสาร ตัวอย่างแบบประเมิน ได้แก่

1) แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับทักษะการสื่อสาร (Butorin, & Liberman, 1998: Level IV)

2) แบบประเมิน The Positive and Negative Syndrome Scale ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินกลุ่มอาการทางบวก ทางลบ พยาธิสภาพทางจิต และปัจจัยเสี่ยงที่ผู้ป่วยอาจเกิดความก้าวร้าวในขณะเข้ากลุ่ม (Chien, Ku, Lu, Chu, Tao, & Chou, 2003: Level II)

3) แบบประเมิน Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) ซึ่งเป็นการประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยโดยมีหัวข้อประเมิน 24 หัวข้อ หลังการประเมินแล้วผู้ป่วยที่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกทักษะการสื่อสารได้ต้องมีคะแนนน้อยกว่า 34 คะแนน (Nilsson, Grawe, Levander, & Lovaas, 1998: Level IV)

3.1.4 พยาบาลควรมีการชี้แจงให้ผู้ป่วยทราบเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ และระยะเวลาของโปรแกรมการฝึกทักษะการสื่อสารก่อนเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจ และสมัครใจเข้าร่วมโปรแกรมการฝึก ทั้งนี้เพื่อจูงใจอยู่ร่วมโปรแกรมตลอดการฝึก (พรทรัพย์ สมิตธิเชิฐ, 2534: Level II)

3.2 ขั้นตอนการ

ในการดำเนินการฝึกทักษะการสื่อสารในผู้ป่วยจิตเภท พยาบาลควรมีข้อพิจารณาเรื่องลักษณะโครงสร้างกลุ่ม เนื้อหาของโปรแกรม วิธีการฝึกสอน โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ลักษณะโครงสร้างกลุ่ม

3.2.1 ในการจัดโปรแกรมเพื่อส่งเสริม/ฝึกทักษะการสื่อสารในผู้ป่วยจิตเภท ควรจัดอย่างน้อย 2 ครั้งต่อสัปดาห์ รวมทั้งหมด 8 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที (Chien, Ku, Lu, Chu, Tao, & Chou, 2003: Level II) โดย 10 นาทีแรกจะเป็นกิจกรรมการอุ่นเครื่อง สนทนาพักทหายเรื่องทั่วไป

40 นาทีต่อมาจะให้ผู้ผู้ป่วยฟังเทปแล้วร่วมกันอธิบาย สาธิต และแสดงบทบาทสมมุติร่วมกันกับผู้นำกลุ่มและสมาชิกกลุ่ม

10 นาทีสุดท้ายผู้นำกลุ่มจะให้สมาชิกทุกคนร่วมกันสะท้อนความรู้สึกและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับกิจกรรมกลุ่มที่ปฏิบัติร่วมกัน

3.2.2 จำนวนผู้ป่วยที่จะเข้าร่วมกลุ่มควรมีจำนวนระหว่าง 8-10 คน เนื่องจากถ้ามีจำนวนมากเกินไปจะทำให้ผลของการฝึกทักษะการสื่อสารไม่มีประสิทธิภาพ (Chien, Ku, Lu, Chu, Tao, & Chou, 2003: Level II)

3.2.3 สถานที่จัดกิจกรรมการฝึกทักษะการสื่อสารควรมีห้องเฉพาะ ไม่มีบุคคลอื่นรบกวนเพื่อให้ผู้ป่วยมีสมาธิในการฝึกและฟังวิดีโอเทป (Chien, Ku, Lu, Chu, Tao, & Chou, 2003: Level II)

เนื้อหาของโปรแกรม

เนื้อหาของโปรแกรมการฝึกทักษะการสื่อสารในผู้ป่วยจิตเภท ควรมีเนื้อหาหลักที่ควรฝึกให้ผู้ป่วยมีทักษะที่จำเป็นทั้งหมด 5 ทักษะ (Nilsson, Grawe, Levander, & Lovaas, 1998: Level IV) คือ

- 1) การติดต่อสื่อสารโดยภาษาพูดและไม่ใช้ภาษาพูด
- 2) การเริ่มต้นสนทนาอย่างเป็นมิตร
- 3) การดำเนินการสนทนา
- 4) การจบการสนทนาอย่างเป็นมิตร
- 5) การใช้ทักษะแบบผสมผสาน

การที่จะให้ผู้ป่วยจิตเภทมีทักษะทั้งหมด 5 ทักษะนี้ ต้องฝึกให้ผู้ป่วยรู้จักการสื่อสารที่สื่อสารแล้วบุคคลอื่นสามารถเข้าใจได้ง่าย โดยมีรายละเอียดการฝึก ดังนี้

- 1) การฝึกทักษะการถ่ายทอดข้อความออกมา (Paraphrase) โดยการให้ผู้ป่วยฟังสิ่งที่ได้ยินจากเทปแล้วให้สื่อสารออกมาเป็นประโยคที่ผู้อื่นเข้าใจได้ง่าย
- 2) การฝึกการใช้คำถามปลายเปิด (Open question) เป็นการให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการสอน เช่น ให้ผู้ป่วยฟังเทปและถามเป็นคำถามปลายเปิดเมื่อเทปหยุด โดยการถามจะไม่ใช่การใช้คำถามที่ผู้ป่วยตอบว่า ใช่ หรือ ไม่ใช่ แต่การถามจะเป็นการถามเพื่อให้ผู้ป่วยมีการสนทนาเป็นประโยค

- 3) การฝึกการสะท้อนความรู้สึก (Feeling reflection) คือการให้ผู้ป่วยแสดงออกทางอารมณ์หรือความรู้สึก โดยการนำเสนอ เช่น ให้ทุกคนสมมติว่าถ้าเขาต้องเดินลงไปที่รถของตนเองในลานจอดรถเวลากลางคืนซึ่งมันทั้งมืด และว่างเปล่า อบอุ่น แต่ทุกคนมีความเข้าใจที่จะแสดงความรู้สึกและถ่ายทอดอารมณ์ ให้บุคคลอื่นทราบได้อย่างไรว่าขณะนั้นเขารู้สึกอย่างไร (Bedell, Lennox, Smith, & Rabinowicz, 1998: Level VI)

วิธีการฝึก

สำหรับวิธีการฝึกให้ผู้ป่วยพัฒนาทักษะการสื่อสารจะต้องเน้นเรื่องการเผชิญปัญหา การแก้ปัญหา โดยใช้เหตุผลและทักษะในการรับข้อมูล ทักษะกระบวนการส่งต่อข้อมูล โดยวิธีการสอน/ฝึก ควรมีความหลากหลาย ไม่ควรเฉพาะเจาะจงวิธีการใดวิธีการหนึ่งมาใช้ ซึ่งประกอบด้วย

1) การอธิบาย คือการที่ผู้นำกลุ่มยกสถานการณ์ที่ง่าย ๆ มาให้ผู้ป่วยได้เห็นแล้วให้ผู้ป่วยช่วยอธิบายว่ามีปัญหาอะไรและจะใช้ทักษะอะไรในการแก้ปัญหาในการฝึก โดยในการฝึกจะใช้วิดีโอเทปและกระดานดำในการช่วยสอน/ฝึก (Chien, Ku, Lu, Chu, Tao, & Chou, 2003: Level II)

2) การสาธิต/การทำตัวอย่างให้ดู โดยการให้ผู้ป่วยสาธิตย้อนกลับเพื่อให้ผู้ป่วยเห็นว่าการตอบสนองที่เหมาะสมในแต่ละสถานการณ์นั้นควรแสดงพฤติกรรมอย่างไร โดยผู้นำกลุ่มและสมาชิกร่วมกันแสดงการสาธิตด้วย (Chien, Ku, Lu, Chu, Tao, & Chou, 2003: Level II)

3) การแสดงบทบาทสมมติ อาจมีการคัดเลือกผู้ป่วยที่จะมาแสดงบทบาทสมมติ และไม่ว่าผู้ป่วยจะร่วมแสดงบทบาทสมมติในกลุ่มหรือไม่ก็ตาม ทักษะนี้ผู้ป่วยก็ควรที่จะถูกกระตุ้นให้นำไปฝึกต่อที่บ้าน (Chien, Ku, Lu, Chu, Tao, & Chou, 2003: Level II)

4) การให้แรงเสริมทางสังคม/การสะท้อนความคิดเห็น ควรใช้คำพูดที่กลุ่มเห็นชัดเจน เป็นรูปธรรม และมีลักษณะของการแสดงความคิดเห็นทางบวก และการสะท้อนความรู้สึกที่ดีควรให้ในทันทีที่แสดงบทบาทสมมติเสร็จ (Chien, Ku, Lu, Chu, Tao, & Chou, 2003: Level II) หรือให้ผู้ป่วยแสดงออกทางอารมณ์หรือความรู้สึก โดยการนำเสนอ (Bedell, Lennox, Smith, & Rabinowicz, 1998: Level VI)

5) การทำแบบฝึกหัด โดยการให้ผู้ผู้ป่วยฝึกทักษะทั้งหมดนี้เป็นประจำแล้วนำไปปรับใช้ในชีวิตประจำวัน (Chien, Ku, Lu, Chu, Tao, & Chou, 2003: Level II)

3.3 การประเมินผู้ป่วยระหว่างการจัดกิจกรรม

พยาบาลสามารถประเมินกิจกรรมพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้ป่วยในขณะดำเนินกิจกรรมการฝึกทักษะการสื่อสารเป็นระยะๆ เช่น 2 สัปดาห์หลังจากร่วมโปรแกรม โดยประเมินระดับความวิตกกังวลและพฤติกรรมสื่อสารของผู้ป่วยด้วยแบบประเมิน เช่น

1) แบบประเมิน The Interaction Anxiousness Scale เป็นเครื่องมือที่ใช้วัดระดับความวิตกกังวลส่วนบุคคล ซึ่งประกอบด้วย 15 หัวข้อ โดยระดับคะแนนวิตกกังวลเล็กน้อยที่ 15 คะแนน จนถึงระดับวิตกกังวลมากที่คะแนน 75 คะแนน (Chien, Ku, Lu, Chu, Tao, & Chou, 2003: Level II)

2) แบบประเมิน The Social Interaction Schedule (SIS) ซึ่งเป็นแบบสังเกตพฤติกรรมสื่อสารขณะเข้าร่วมกิจกรรมที่ต้องใช้ผู้ประเมินที่มีประสบการณ์ด้านการสื่อสารของผู้ป่วยจิตเภทอย่างน้อย 2 คน (Nilsson, Grawe, Levander, & Lovaas, 1998: Level IV)

3.4 การประเมินผลลัพธ์หลังสิ้นสุดโปรแกรม

พยาบาลควรใช้เครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ และได้มาตรฐานในการประเมินผลของโปรแกรมการฝึกทักษะการสื่อสารในผู้ป่วยจิตเภท จะประเมินผู้ป่วยหลังจากทำโปรแกรมแล้ว 4 สัปดาห์ โดยใช้แบบประเมิน The Interpersonal Communication Satisfaction Scale ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้วัดความพึงพอใจในการสื่อสารระหว่างบุคคล (Chien, Ku, Lu, Chu, Tao, & Chou, 2003: Level II) และแบบประเมิน The Assertive Skill Scale ใช้วัดทัศนคติของผู้ป่วยเกี่ยวกับการฝึกทักษะการสื่อสารหลังการฝึกโปรแกรมสิ้นสุดลง (Chien, Ku, Lu, Chu, Tao, & Chou, 2003: Level II)

สรุปการศึกษา

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการพัฒนาทักษะการสื่อสารในผู้ป่วยจิตเภท โดยประยุกต์รูปแบบการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลของ IOWA model ซึ่งทำให้ได้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมทักษะการสื่อสารในผู้ป่วยจิตเภททั้งหมด 9 เรื่อง เป็น Randomized Control Trial 4 เรื่อง เป็น Descriptive 1 เรื่อง เป็น Quasi- experimental 2 เรื่อง เป็น One-group pre-post test 2 เรื่อง แต่หลังจากการอ่านบททวนจึงคัดออกอีก 4 เรื่อง จึงเหลือหลักฐานเชิงประจักษ์ที่นำมาวิเคราะห์ได้ 5 เรื่อง เป็น Randomized Control Trial 2 เรื่อง Descriptive 1 เรื่อง และ One-group pre-post test 2 เรื่อง หลังการวิเคราะห์และสังเคราะห์แล้วได้ข้อเสนอแนะ มาสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่บกพร่องทักษะการสื่อสาร แล้วนำแนวปฏิบัติที่พัฒนาไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความครอบคลุมถูกต้องของเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ นำแนวปฏิบัติมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยมีหัวข้อครอบคลุมประเด็นดังต่อไปนี้ 1) การประเมินคุณสมบัติของผู้ป่วยจิตเภท รวมทั้งการประเมินความสามารถในการสื่อสารของผู้ป่วยจิตเภท 2) การจัดโปรแกรมการฝึกทักษะการสื่อสาร ประกอบด้วยขั้นเตรียมการ ขั้นดำเนินการ และฝึกทักษะครอบคลุม 5 ด้าน ได้แก่ การติดต่อสื่อสารโดยภาษาพูดและไม่ใช้ภาษาพูด การเริ่มต้นสนทนาอย่างเป็นมิตร การดำเนินการสนทนา การจบการสนทนาอย่างเป็นมิตร การใช้ทักษะแบบผสมผสาน และ 3) การประเมินผลลัพธ์หลังสิ้นสุดโปรแกรม

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะสำหรับพัฒนาแนวปฏิบัติเพื่อส่งเสริมทักษะการสื่อสารในผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งพัฒนามาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ระดับ 2 ระดับ 4 และระดับ 6 เสนอแนะให้มีการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์เพิ่มเติม และผู้วิจัยทางการแพทย์บาลนำแนวปฏิบัติการพยาบาลที่สร้างขึ้นไปทดลองปฏิบัติ โดยศึกษาในรูปแบบของการศึกษานำร่อง (Pilot study) เพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงในการปฏิบัติ และประเมินประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติก่อนที่จะขยายแนวปฏิบัติไปสู่หน่วยงานอื่น ๆ ในโรงพยาบาล
2. การนำไปใช้ในการปฏิบัติ ควรมีการเปรียบเทียบว่าการนำแนวปฏิบัติมาใช้มีความเหมาะสมกับกลุ่มผู้ป่วย ต้นทุนที่ใช้มีความประหยัด และสามารถลดความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับบุคลากรในหน่วยงาน ซึ่งถ้ามีความเหมาะสมในทุกด้านจึงนำมาประยุกต์ใช้แต่หากแนวปฏิบัติไม่เหมาะสมก็ต้องกลับไปที่กระบวนการประเมินคุณภาพและศึกษาองค์ความรู้ใหม่
3. เมื่อโครงการนำร่องให้ผลลัพธ์ที่เหมาะสมสามารถนำมาประยุกต์ใช้เป็นแนวปฏิบัติได้ก็นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติการพยาบาลในหน่วยงาน โดย (1) การสนับสนุนจากองค์กร (2) การสื่อสารกับบุคลากรที่เกี่ยวข้องทั้งหมด (3) สร้างความรู้สึกร่วมในการปฏิบัติงาน (4) พัฒนา/เสริมความรู้และทักษะที่จำเป็นในการปฏิบัติทางการพยาบาลให้กับผู้ร่วมงาน
4. ต้องมีการติดตามประเมินผลของการนำแนวปฏิบัติไปใช้โดยประเมินจากผู้ปฏิบัติงาน งบประมาณและสิ่งแวดล้อม การประเมินแนวปฏิบัติทางการพยาบาลจากงานวิจัยยังต้องประเมินการเปลี่ยนแปลงหรือการยอมรับแนวปฏิบัติ การให้ข้อมูลที่สำคัญสำหรับผู้ให้การดูแลอื่นๆ ผู้บริหารและนโยบาย ข้อมูลที่ได้จากการประเมินสนับสนุนให้เห็นประโยชน์แนวปฏิบัติแสดงให้เห็นคุณค่าของแนวปฏิบัติทางการพยาบาลแก่ผู้บริหารและวิชาชีพอื่นๆ ในทีมสุขภาพ
5. เผยแพร่แนวปฏิบัติลงสู่เจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและนอกองค์กร โดยผ่านทาง การประชุมวิชาการ Journal club และเผยแพร่ลงในวารสาร สิ่งตีพิมพ์ฐานข้อมูลทางอิเล็กทรอนิกส์

THE DEVELOPMENT OF A CLINICAL NURSING PRACTICE GUIDELINE FOR THE COMMUNICATION SKILLS TRAINING IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA

WIROTE TONGTA 4736915 NSMH/M

M.N.S. (MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING)

THEMATIC PAPER COMMITTEE: YAJAI SITTHIMONGKOL, Ph.D.
ATIRAT WATTANAPAILIN, Ed.D.

EXTENDED SUMMARY

Background and significance of the study

Schizophrenia is a severe and chronic mental disorder causing the deterioration of personality, emotion, and perception of individuals (Reangtrakool, 1999). The rate of patients admitted in psychiatric hospital because of schizophrenia outnumbers the rates of in-patients diagnosed with other mental illnesses. Being discharged from hospital is not the guarantee that the patients would not require further medical attention concerning the high rate of recurrence of the disorder (Mental Health Department, 1998). In 2005, there were 3,988 schizophrenic patients—60.6% of all in-patients—admitted at Srithunya Hospital (Register and Statistics Office, Srithunya Hospital, 2005).

There are two significant categories of schizophrenic symptoms –positive and negative. The positive symptoms include malfunction of cognition, perception, communication and behaviours. These are, for example, delusion, hallucination, and disorganised speech caused by the breakdown of cognitive ability. That is, failure of cognitive function causes patients with schizophrenia encounter difficulty to verbally communicate with other people (Marnoch Loatrakool and Pramote Sukanuch, 1996). The negative symptoms refer to the state which schizophrenic patients lack of what normal people have. As a result, the patients show a sign of affectlessness (showing no emotion), avoid eye contact, and show no response to any stimulants.

Schizophrenic patients with negative symptoms do not associate well with other people, thus, they do not have any interest in having conversation and participating in group activities. They instead prefer to sit still for a long period of time. Therefore, social isolation, lack of interest in social activities, and having difficulty to relate with other people are regarded as warning signs of schizophrenia. (Somporb Reangtrakool, 1999).

Patients diagnosed with schizophrenia demonstrate dysfunctional and irrational cognitive ability, coupling with disorientation and behavioural problems. Thus, they are unable to maintain conversation as a consequence of the loss of sense of association—known as incoherence or word salad. Occasionally, schizophrenic patients could become aggressive, and harm either to themselves or others. Based on previous studies, the symptoms mentioned cause the problematic relationship and conversation between the patients and others. In the past, medications prescribed for schizophrenic patients had little effects on controlling the symptoms, especially the medications aiming at treating the positive symptoms (hallucination and delusion). Though later, there were new medications introduced to control the negative symptoms, their results remain insignificant. Hence, rehabilitation intended to minimise deteriorating conditions of the patients is considered with the hope that patients at least will be able to return to live normally in their communities (Kasem Tuntipalachiwa, 1999).

Despite the fact that rehabilitation programme have been implemented, schizophrenic patients' conditions still gradually worsen. The review of previous studies within the past five years shows that 78% of the patients experienced repetitive recurrence of schizophrenic symptoms. It is predicted that the higher the number of recurrences of the disorder the worse the prognosis of the patients' conditions (Marnoch Loatrakool, 2001). Patients lose their self-confidence to participate in social functions, become anxious about their surroundings, and avoid encountering with other people. Some particular circumstances lead patients to experience the deterioration of living skills, communication skill in particular. Therefore, patients with schizophrenia are apathy, and are prone to withdraw with having little contact and conversation with surrounding people (Pornsup Smithisathian, 1991). Moreover, family atmosphere—frustration, and poor

communication among family members—could trigger the relapse of schizophrenia. Relapse of schizophrenia is an endless cycle. The situation is worsening because there are no medications demonstrating successful results. The lack of improvement of patients' conditions causes stress to patients' families as they are unable to adjust themselves to accept that they have a family member suffering with schizophrenia. And in return, the stressful family atmosphere affects the patients leading them to feel even more hopeless and valueless. If there were no rehabilitation programmes provided to regain the relationship between the patients and their family members, not only the patients and family members are affected but also the national economic and social development as a whole (Jiraporn Kasornsuwan, 2002).

Because of the social isolation, schizophrenic patients are prone to have less communication with other people. This situation does not help to regain the patients' ability to return to live their normal lives. Angun Payungthum and colleagues (2002) studied the social behaviours of patients diagnosed with schizophrenia who were admitted in hospital at least in the period of one month. The study participants were 20 schizophrenics over five years ago. The result showed that the average scores of the participants' social behaviours in terms of social and communication skills were low. The result suggested that to enhance the chance of patients returning to their community, rehabilitation programmes directed to improve patients' social and communication skills are crucially required. Furthermore, review of literature demonstrated that apart from continuously taking medications, schizophrenic patients should be provided with a psychosocial rehabilitation programme in order to resume their ability to communicate with other people and daily living skills.

Srithunya hospital has a vision and mission to be the national leader of psychiatric hospitals. Thus, the hospital staff members engage in providing and developing community psychiatric rehabilitation programmes. In its action plan, the hospital provides a range of activities intending to improve social and communication skills of psychiatric patients. The activities provided by the hospital were reported to have favourable impacts on patients. After participating in programmes initiated by the hospital staff members, patients were able to return to live with families in their communities. Given that, there was a gap of such programmes directed at schizophrenic patients, improvement of mental health status of this group of patients

has become a concern of the hospital management and nursing team. However, there was a lack of clear guideline concerning developing programme provided to this target group. Each in-patient ward employed its own way to enhance schizophrenic patients' communication skills.

The investigator as a psychiatric nurse was interested in using evidence to development of a clinical nursing practice guideline for the communication skills training in patients with schizophrenia of hospitalised patients diagnosed with schizophrenia. The investigator believed that the application of Evidence-based Practice (EBP) would enhance nursing standard and quality and create best nursing practice—the core of healthcare services in the era of health reform.

Proposes of the study

This study aimed to development of a clinical nursing practice guideline for the communication skills training in patients with schizophrenia.

Study Procedures

The investigator adopted the principal, concept, and study results of Iowa (2001), which is the concept used to develop nursing guideline for improvement of schizophrenic patients' communication skills, to direct this study.

1. Problem identification

The investigator who has been working as a nurse in Srithunya, a psychiatric hospital in Thailand concerned that there has been a high rate of patients admitted with schizophrenia (60.7% of all patients) (Register and Statistics Office, Srithunya Hospital, 2005). Also, change the longer duration of illness would lead to the patients' personality, emotional state, perception and behaviours deteriorate. Consistent with the hospital's policy, this fact urged the investigator's concern of urgency to improve communication skill of schizophrenic patients. Based on the investigator's experience, discussion with co-workers, and family of patients, the investigator concluded that when patients return to live with families in their own communities, failure of communication between patients and their families appear to be most prominent problems causing stress to both family members and the patients, themselves. And, the stressful environment is accountable for the relapse of patients' schizophrenic symptoms and patients' readmission within one year of discharge from

the hospital. It is observable that in-patients receiving treatment at the hospital have difficulty to communicate, or otherwise their speeches is incoherence whatsoever. However, this instance pointed out that patients attempted to communicate and to be understood by nurses and others. Because of failure to verbally communicate with surrounding peoples, schizophrenic patients tried to communicate using signs, body language, facial expression (i.e. smiling, staring, showing fist). In some cases, when patients feel anxious they swing their bodies, or when they feel insecure they fold their arms tight to the chest or sit with their knees close to the chest. These actions all illustrates that patients attempt to communicate with nurses and other people. Since they are unable to effectively communicate by speaking, they initiated other ways of communication.

In 2006, 78 patients diagnosed with schizophrenia were admitted to the hospital. Those with chronic condition showed sign of communication impairment, apathy, and withdrawal. They also avoided eye contact, did not response to any situation, conversation, participation in group activities, but preferred to be left alone and sit still. Accordingly, the patients focused on their own thoughts, and refused to have any activities with others. Their basic needs then were not taken care of. Out of 78 patients, there were 7 patients demonstrated these signs. Here two examples are given. First, a schizophrenia patient aged 48-year-old—who has been admitting to receive care and treatment at Srithunya Hospital for the past 20 years—while in hospital, he isolated himself, barely spoke to anyone, or otherwise repeatedly communicate with nurses using short conversation with broken sequence. He tried to say that he did not wish to communicate with anybody, but preferred to be left alone. Second, 37 years old male schizophrenic patient has been repetitively admitted to the hospital for the past 25 years, with no record of hallucination and delusion. This patient was able to reasonably communicate with nurses and others. He participated in group activities organised by nurse students and nurses. However, when assessing the patient's behaviour, he as well preferred to be alone, and avoid eye contact and engaging in conervation.

The two examples demonstrated makes the situation of schizophrenic patients more clearly understood. If the situation is neglected the patients may develop more severe conditions, drowning more to their own thoughts and completely isolating

themselves from social contacts. When this happens, patients are unlikely to receive services to meet their basic needs. As a consequence, schizophrenic patients encounter serious difficulty to communicate with family members and other people in their communities. They would also refuse to take part in social activities. Patients then end up to be hospitalised for a long period of time resulting in high cost of cares. Hence, it is necessary to enhance the patients' communication and social skills in order to replace them to live with their families and in their own communities as soon as possible.

2. Forming a Team

This study was carried out by the investigator—under supervision of Thematic advisors - as a partial fulfilment of master degree. However the problem of interest was approved by the head nurse, nurse staff at the psychiatric unit at Srithunya hospital. The investigator was in the process of developing nursing guideline for improvement of schizophrenic patients' communication skills. Therefore, both advisors and nurse staffs at the unit would be members of a team and advisors.

3. Assemble Relevant Research and Related Literature

According to the review of literature, the researcher found that a study concerning the rehabilitation of schizophrenic patients' communication and social skills adopted Basic Conversation Skill Module (BCSM) which was developed by UCLA. This study was conducted by Nilsson and colleagues (1998). The researchers used the BCSM to improve communication and social skills of Swedes and Norwegian patients diagnosed with schizophrenia. The result of the study was favourable. The BCSM successfully improve the patients' skills. However, the programme was more effective when it was used with older group of patients in comparison to those of younger group. Also a group of Taiwanese researchers (Chien et al, 2003) has developed a programme to promote schizophrenic patients' communication skills. The study result showed that the score of communication skills of control group was significantly higher than those of the patients. In Thailand, there is limited number of study focusing on the development of communication and social skills of this particular group of psychiatric patients.

Insufficient supports and cares are provided to Thai schizophrenic patients. Modules which could be employed by healthcare providers to assist the patients to regain their communication and social skills are also inadequately developed. This situation drew researcher's concern. Consequently, the investigator decided to conduct the research which aims at development of a clinical nursing practice guideline for the communication skills training in patients with schizophrenia.

Searching Strategy

The directions to search for evidences and related documents for this study—which then analysed and used as basic information to development of a clinical nursing practice guideline for the communication skills training in patients with schizophrenia.

Searching evidence

The search for evidences and related documents to be used in this study was carried out following PICO framework (Sackett et al, 1997) which includes:

- Population: Schizophrenic patients
- Intervention: Communication Skills-Training Programme
- Comparison intervention: -
- Outcome: Communication skills

The key words used in the search are:

- Schizophrenia
- Communication Programme/Training
- Social Skills Training/ Conversation Skills Training
- Rehabilitation Programme
- Communication Skills

Inclusion Criteria

Selection criteria for and analysis of evidence-based practices and/or related documents used to development of a clinical nursing practice guideline for the communication skills training in patients with schizophrenia.

Selection Criteria

- Studies which are focused on “intervention” and employed to promote communication skills of schizophrenic patients
- Full-text articles—published between 1995 and 2006—of studies which recruited schizophrenic patients aged ranging between 18 years old and 60 years old.

Sources of evidence

1. Electronic

- Database providing guidelines for clinical practices which is www.guidelines.gov
- Database providing systematic review which are www.cochrane.org, www.joannabriggs.edu.au
- Other databases collectively presenting wide range of studies involving evidence-bases practice, for instance, Pubmed, CINAHL, OVID, High Wire, SCIENCE DIRECT

2. Hand search

- Journals which are the sources for publication of studies in relation to psychiatric patients, for example, Journal of Psychiatry, American Journal of Psychiatry , Journal of Nervous and Mental Diseases, Schizophrenia Bulletin, Journal of Psychosocial Nursing, Acta Psychiatrica Scandinavica
- Related documents, articles and research, collectively stored at Mental Health Department’s library, Ministry of Public Health, Srithunya Hospital’ s library, and Somdech-Joapraya Psychiatric institute’s library

Findings

Based on the outcome of the search, there has been small number of experimental studies conducted regarding the promotion of schizophrenic patients' communication skills. There are only five studies found. When the studies were assessed by the researcher for their quality, classifying their strength of evidences according to Melnyk and Fineout Overholt (2005), two out of five studies fell into level II–studies involving Randomised controlled trials). The reminders were categorised as level VI because they were conducted using qualitative methods. The five studies then were examined, analysed and their contents were selectively inserted in a table in accordance with 12 components. The 12 components are 1) objectives, 2) research method, 3) level of evidence, 4) study samples, 5) study settings, 6) methods of data collection, 7) intervention, 8) study results, 9) transferability, 10) scientific merit, 11) feasibility, 12) implications of studies. Then, the investigator again examined, summarised the contents which were added to the table. Subsequently the investigator consulted the study advisor about application of the information gained to development of a clinical nursing practice guideline for the communication skills training in patients with schizophrenia.

Accordingly, the guideline developed was validated by three experts to assess for completeness of its contents and appropriateness of language used. The three experts include a psychiatrist &, an advanced practice psychiatric nurse, and a nurse lecturer who specialises on rehabilitation in schizophrenic patients.

Summary of main issues extracted from empirical evidences

According to evidence review and analysis to the develop clinical nursing practice guideline for the communication skills training and social skills of Thai schizophrenic patients—are as follows;

Objective of the study

This study was aimed at developing a nursing guideline for improvement of schizophrenic patients' communication skills which could be applied by healthcare providers to regain communication skills of schizophrenic patients and increase the possibility to re-situating patients to live with their families in their own communities.

Characteristics of study population

The study population are adult patients who have been 1) diagnosed with schizophrenic based on ICD-10 or DSM-IV, 2) having schizophrenia for at least one year, and 3) hospitalised. Patients who have been hospitalised for a long period of time usually are categorised as chronic schizophrenia of which most of them have problem with communication.

Persons receiving benefits of application of nursing guideline

1. Patients and their families
2. Healthcare providers

Expected Outcomes of the clinical nursing practice guideline

1. Schizophrenic patients are provided chances to improve their communication skills
2. Schizophrenic patients and their families satisfy with the services and cares focusing on improving patients' communication skills
3. Healthcare providers and nurses have access to nursing guideline for the improvement of communication skills
4. Hospital has nursing guideline for the improvement of communication skills in place

The sources of evidence-based practice

1. Two studies—emphasised on randomised control trial—categorised as level II evidence-based practice
 - 1.1 Effects of Social Skills Training on Improving Social Skills of Patients With Schizophrenia.
 - 1.2 Effect of Interpersonal Relation Skills Training on The Behavior of Schizophrenic Patients.
2. Three studies—conducted using descriptive studies— categorised as level VI evidence-based practice
 - 2.1 Adaptation and cross-cultural validation of the Basic Conversation Skills Module in Bulgaria.
 - 2.2 Conversational skills training of schizophrenia patients In Sweden and Norway.

2.3 Evaluation of problem solving and communication skills of persons with schizophrenia.

The development of a clinical nursing practice guideline for the communication skills training in Patients with Schizophrenia

1. Provision of Communication Skills Training Programme is beneficial because 1) it promotes the patients' ability to communicate with other people, and slows down the patients' behavioural deterioration.

2. Provision of Communication Skills Training Programme provides direction of how to rehabilitate the patients' communication skills to psychiatric nurses who play vital role in taking care of the patients. Nurses who would like to employ the programme are recommended to review patients' history profiles. Then nurses should interview patients individually to assess their communication ability. They should also be able to provide communication skills training to the patients. Besides communication skills and the history profiles, there are also other aspects of patients that nurses should examine. These include the followings;

2.1 Schizophrenic patients who have been 1) diagnosed with schizophrenic based on ICD-10 or DSM-IV, 2) having schizophrenia for at least one year, and 3) hospitalised. Patients who have been hospitalised for a long period of time usually are categorised as having chronic schizophrenia and problem with communication (Butorin, & Liberman, 1998: Level IV)

2.2 Nurses are required to possess ability to assess patients' communication skills which include:

- Patients' ability to correctly state their names, date of birth, current date, and patients' interest in engaging in conversation and activities with other people while being hospitalised, as well, patients' evidence of making friend with others (Nilsson et al, 2003: Level IV)

- Patients' coherence of conversation, understanding of surrounding situation, patients' duration of concentration, which recommended duration is at least 3-5 minutes. It is also important that nurses could assess patients' willingness to participate in the training programme (Nilsson et al, 2003: Level IV)

2.3 The team leader should be a psychiatric nurse, who has experience: 1) working with psychiatric patients, 2) leader of group activities in some level. (Chien et al, 2003: Level II)

3. To provide Communication Skills Training Programme, psychiatric nurses should prepare themselves, training materials, review all details indicated in the programme, and understand the principles of methods employed to evaluate the outcomes of each step of the training programme. The step of training programmes is demonstrated in the following section.

Preparation

In the preparation process nurses ensure that they have sufficient knowledge of and materials required for the training programme, then, inform the process of training to nurses and schizophrenic patients who participate in the training. The nurses who organise the training also need to examine and understand the measures adopted to evaluate the outcome of the training.

3.1.1 Nurse organising the training first should schedule a meeting to prepare co-workers—nurses—to have good understanding of the communication skills training programme for schizophrenic patients.

3.1.2 Nurse leading the training should ensure that all materials required for the training are prepared. The training materials are for example communication skills training manual, and video taped demonstrating communication skills training which have been approved by experts. The materials required are as follows.

- Communication skills training manual which is required for providing detail regarding the training to the patients.
- Exercises for the patients which requests the patients to record their experiences (outcomes) gained from the training.
- Videotape used to record conversation should contain simple daily living conversation which aims at motivating the patients to participate in the training (Nilsson et al, 1998: Level IV).

3.1.3 Nurse who leads training group is recommended to prepare and understand evaluating scales used to assess the patient. Each scale used should be

approved for its quality by experts who specialise in social rehabilitation, especially the improvement of schizophrenic patients' communication skills (Nilsson et al, 1998: Level IV). The assessment is as follows;

The instrument used to assess patients' mental status which are for examples:

1) Communication skills assessment Scale (Butorin, & Liberman, 1998: Level IV)

2) The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) is to assess symptoms of patients, psychopathology, and potential risks of patients becoming aggressive while they take part in group activities (Chien et al, 2003: Level II).

3) Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) which is employed to assess mental status of patients. The scale contains 24 items. Patients who are eligible for participating in the training are required having 34 scores yielded from the test (Nilsson et al, 1998: Level IV).

Implementation

To implement communication skills training for schizophrenic patients, nurse who organises the training should establish group structure, programme contents, and training methods.

Group structure

3.2.1 The training programme for the improvement of communication skills of schizophrenic patients should be implemented at least two sessions per week–60 minutes for a session. And to complete the training eight sessions are required (Chien et al, 2003: Level II). The first 10 minutes of each session is for group members to introduce themselves and have general conversation with each other. The following 40 minutes is for patients to listen to audiotape, and to participate in group discussion, demonstration and role play. Then the last 10 minutes is for the group members to give feedback and exchange experience gained from the group activities.

3.2.2 Number of group members should be 8-10. Large group is not recommended as it will minimise effectiveness of the training (Chien et al, 2003: Level II).

3.2.3 The place for training should be a private room to provide appropriate atmosphere for the patients to concentrate in listening to VDO tape (Chien et al, 2003: Level II).

Contents of the programme

Contents of the programme to improve communication skills of schizophrenic patients should consist of five skills (Nilsson et al, 1998: Level IV).

1. Verbal and non-verbal communication behaviours;
2. Starting a friendly conversation;
3. Keeping a conversation going;
4. Ending a friendly conversation;
5. Integrating the skill components.

To accomplish the five skills, schizophrenic patients is required a training which enable them to communicate with others in a simple way. These could be done as follows.

1) Paraphrase: patients is required to listen to audiotape, then, transfer the information that they have heard from the tape to others and to make others understand what they try to explain in a simple way.

2) Open-ended question: Giving opportunity to patients to take part in the training, such as asking open-ended questions to patients after they listen to a story in audiotape.

3) Feeling reflection: Allowing patients to express their emotion and feeling which could be done by presenting patients with a scenario. For examples, asking patients to express to others how would they feel if they had to walk lone in a dark night around a car park (Bedell et al, 1998: Level VI).

Training methods

The training methods applied to improve schizophrenic patients' communication skills should be focused on enhancing the patients to be able to encounter and solve problems in logical manners–based on their perception skills. The training to develop patients' skills to transferring of information could be performed in various ways.

1) Explanation: nurse who is the group leader presents a simple scenario to patients and asks patients to explain what their perceived problems are, and what

skills they would use to solve the perceived problems. During the training, videotape and black board could be used as supportive materials (Chien et al, 2003: Level II).

2) Demonstration: nurse who is the group leader demonstrates a reaction to a situation, then, asks patients to imitate the demonstration. This method is applied to illustrate to patients what proper reactions to particular situations are (Chien et al, 2003: Level II).

3) Role play: nurse who is the group leader select patients out from the group members and asks them to demonstrate a role play. And whether or not patients participate in the role play while in the group activities, all patients should be encouraged to continue practice role play when they have returned to stay with their families at homes.

4) Social reinforcement and cognitive reflection: Patients are encouraged to use words that are positive, clear and concrete. The cognitive reflection should be immediately performed after role play (Chien et al, 2003: Level II). Or otherwise, nurse leading the group should ask patients to express their feelings (Bedell et al, 1998: Level VI).

5) Exercises: patients should be encouraged to practices all skills mentions above to be able to apply them to their daily living (Chien et al, 2003: Level II).

Assessing the patient's anxiety and social interaction during the session

Emotional and behavioural status scales applied to assess patients state of emotion and behaviour are:

1) The Interaction Anxiousness Scale: this scale is used to assess personal level of stress which comprises 15 items. If after the test patients gained 15 scores are ranked into the group with low level of stress while those gained 75 scores are categorised as having high level of stress (Chien et al, 2003: Level II).

2) The Social Interaction Schedule (SIS): this is an observational scale applied to assess the communication experiences between at least two schizophrenic patients (Nilsson et al, 1998: Level IV).

Evaluation of the programme

Nurses are recommended to apply scales which have been approved by experts when they arrange for a training programme to improve schizophrenic patients' communication skills. The scales as mentions earlier are for example:

1. The International Communication Satisfaction Scale: this scale is used to assess satisfaction of interpersonal communication (Chien et al, 2003: Level II).

2. The Assertive Skill Scale: this scale is applied to assess patients' attitude of communication skills training after they complete the training sessions (Chien et al, 2003: Level II).

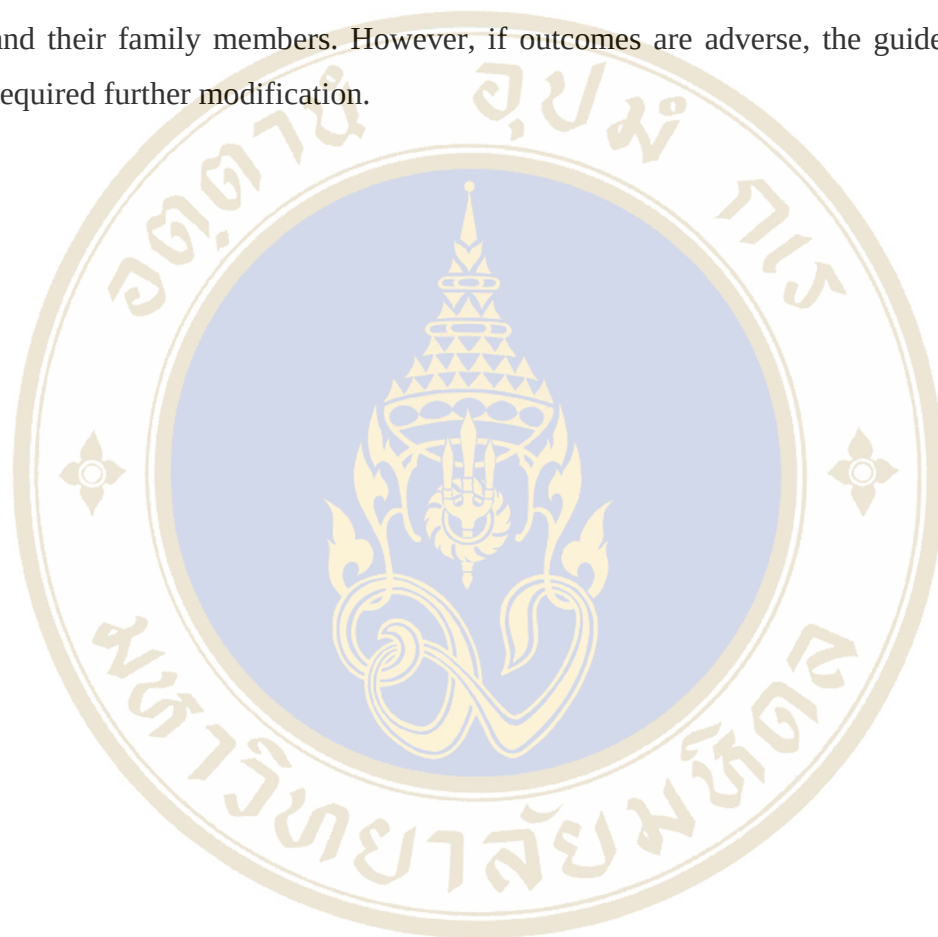
Summary of the study

This study was conducted—using IOWA nursing model of evidence-based practices to develop a nursing guideline to improve communication skills of patients diagnosed with schizophrenia. Nine studies related to the study interest were discovered. These include two one-group pre-post test studies, one descriptive study, two quasi-experimental studies, and four randomised control trial studies. After the nine studies were examined by the investigators, four studies were discarded. The reminders—the two one-group pre-post test studies, the descriptive study, and two randomised control—trial studies were closely examined and analysed. The study then used the result of the examination and analysis to establish a clinical nursing practice guideline for the communication skills training in patients with schizophrenia. The contents and appropriateness of language used in the guideline developed were, consequently, examined by three experts. Subsequently, the guideline was adjusted and modified by the researcher according to the experts' recommendations.

Recommendation

1. The number of evidence used to development the clinical nursing practice guideline for the communication skills training in patients with schizophrenia is limited. In this study, the guideline was developed based on two studies which are classified, according to their strength of evidence, as level II, and two studies which are classified as level IV, and one study is classified as level VI. Therefore, the guideline developed as a product of this study is perhaps counted as being a draft of guideline only. Further review of related study will be required. However, this drafted guideline could be used as pilot study. The result yielded from pilot study then could use as feedback to improve the quality of the guideline.

2. Outcomes of application of the clinical nursing practice guideline should also be recorded. The record then could be baseline information to inform organisation of cost-effectiveness and minimise risks which healthcare personnel may encounter. The predicted outcomes are, for example, reduction of duration of hospitalisation of patients with schizophrenia, and promotion of the relationship between the patients and their family members. However, if outcomes are adverse, the guideline will be required further modification.



รายการอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2547). การทบทวนองค์ความรู้และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในเรื่องระบาดวิทยาของปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวช. นนทบุรี: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์.
- คณะกรรมการหลักสูตรบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. (2548). การเขียนเอกสารอ้างอิงระบบ APA.
- จิราพร เกสรสุวรรณ. (2545). ผลการใช้โปรแกรมกลุ่มนันทนาการบำบัดต่อสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชลีพร ชูวงศ์. (2545). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสื่อสารของผู้ป่วยจิตเภทและสมาชิกในครอบครัวที่มารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ สุราษฎร์ธานี.
- ชะฤทธิ พงศ์อนุตริ. (2531). การช่วยเหลือญาติของผู้ป่วยจิตเภท. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 33(3), 99-102.
- ทูลภา บุญผาสังข์. (2545). ภาระและความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลกับการกลับเป็นซ้ำของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- บุญวดี เพชรรัตน์. (2539). การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 1. สงขลา: เทมการพิมพ์.
- ไพโรจน์ ทองอุไร. (2544). การพยาบาลจิตสังคมผู้ป่วยเรื้อรัง. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- มานิช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุดนิชย์. (2546). จิตเวชศาสตร์. (พิมพ์ครั้งที่ 8). กรุงเทพฯ: สวีชาญการพิมพ์.
- ราตรี ภูบุญ. (2545). พฤติกรรมทางสังคมของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทตามการรับรู้ของผู้ดูแล. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สมพร รุ่งเรืองกลกิจ. (2544). กรอบแนวคิดในการฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเภท. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. ปีที่ 14 ฉบับที่ 2.

- สุวณีย์ เกี้ยวกิ่งแก้ว. (2545). *การพยาบาลจิตเวช*. พิมพ์ครั้งที่ 1. พิษณุโลก: รัตนสุวรรณการพิมพ์ 3.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2005). *ตำราจิตเวชศาสตร์*. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพฯ. เรือนแก้วการพิมพ์.
- พรทรัพย์ สมิตยเชิฐ. (2534). *ผลของการฝึกทักษะสัมพันธ์ทางประหว่งบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรม*
การแสดงออกของผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- โรงพยาบาลศรีธัญญา. (2548). *รายงานการปฏิบัติงานประจำปีงบประมาณ 2548*. นนทบุรี:
งานเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- Barry, M. M., & Crosby, C. (1996) . Quality of life as an evaluative measure in
assessing the impact of community care on people with long-term
psychiatric disorders. *Birmingham Journal of Psychiatry*, 8(2), 210-216.
- Bedell, J., Lenox, S. S., Smith, A. D., & Rabinowicz, E. F. (1998) . Evaluation of
problem solving and communication skills of persons with schizophrenia.
Psychiatry Research, (78), 197 – 206.
- Butorin N., & Liberman, R. P. (1998) . Adaptation and cross-cultural validation of
the Basic Conversation Skills Module in Bulgaria . *International Review of*
Psychiatry, 10, 67-70.
- Chambon, O., Cardine, M. M. (1998) . An evaluation of social skills training modules
with schizophrenia inpatients in France. *International Review of Psychiatry*,
(10), 26-29.
- Corrigan, P. W., Schade, M. L., & Liberman, R. P. (1992) . Social skills training. In
R. P. Liberman (ED.), *Handbook of psychiatric rehabilitation* (pp. 95-126).
Boston: Allyn & Bacon.
- Cutler, S. K., Stein, F. S. (2002). *Psychosocial Therapy* (second ed): *Health Care*
Publishing.
- Dobson, D. J., McDougall, G., Busheikin, J., & Aldous, J. (1995) . Effects of social
skills training and social milieu treatment on symptoms of schizophrenia.
Psychiatric Services, 46, 376-380.
- Fine, A. H. (1996). Leisure, living and quality of life. In R. Renwick, I. Brown, & M.
Nagler (Eds.), *Quality of life in health, promotion and rehabilitation:*
Conceptual approaches, issues, and applications (pp. 342-354). Thousand
Oaks, CA: Sage.

- Halford, W. K., & Hayes, R. L. (1995). Social skills in schizophrenia: Assessing the relationship between social skills, psychopathology and community functioning. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 30, 14-19.
- Hui - Chien, C.-H.K., Ru – Band Lu, Hsin Chu, Yao – Hua Yao, & Kuei – Ru Chou. (2003) . Effects of Social Skills Training on Improving Social Skills of Patients With Schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*, (17), 228 – 236.
- Kopelowicz, A., Liberman, R. P., Mintz, J., & Zarate, R. (1997). Comparison of efficacy of social skills training for deficit and nondeficit negative symptoms in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 154, 424-425.
- Kopelowicz, A., Liberman, R. P., Zarate, R. (2006). Recent Advances in Social Skills Training for Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, (32), 12-23.
- Liberman, R. P. (Ed.). (1992). *Handbook of psychiatric rehabilitation*. Boston: Allyn & Bacon.
- Liberman, R. P., Lillie, F. J., Falloon, I. R. H., Harpin, E. J., Hutchnson. W., & Stoute, B. A. (1984). Social skills training for relapsing schizophrenics: An experimental analysis. *Behavior Modification*, 8,155-179.
- Lise – Lotte Nilsson, Rolf W Grawe, Sten Levander & Anne – Lise Lovaas. (1998). Conversational skills training of schizophrenia patients In Sweden and Norway. *International Review of Psychiatry*, (10), 54 – 57.
- Long, V. O. (1996). Communication Skills in Helping Relationships: *An International Thomson Publisher*.
- Marder, S. R., Wirshing, W. C., Mintz, J., McKenzie, J., Johnston, K., Eckman, T. A., et al. (1996). Two-Year Outcome of Social Skills Training and Group Psychotherapy for Outpatients With Schizophrenia. *Am J Psychiatry*, 153: 12.
- Massel, H. K., Corrigan, P. W., Liberman, R. P., & Milan, M. A. (1990). Conversation Skills Thought-Disordered Schizophrenic Patients Through Attention Focusing. *Psychiatry Research*, (38), 51-61.
- Melnik. B.M & Fineout-Overholt, E.(2005). Evidence-base practice in nursing & healthcare: A guide to best practice. Philadelphia Lippincott Williams & Wilkins.

- Monti, P. M., Corriveau, D. P., & Curran, J. P. (1985) . Social skills training for psychiatric patients: Treatment and outcome. In J. P. Curran & P. M. Monti (Eds.), *Social skills training: A practical handbook for Assessment and treatment* (pp. 185-223). Newyork: Guiford.
- Schindler, V. P. (1999). Group effectiveness in improving social interaction skills. *Psychiatric Rehabilitation Journal*,22,349-354.
- Smith, T. E., Hull, J. W., Mackain, S.J., Wallace, C. J., Rattenni, L.A., Goodman, M., Anthony, D. T., & Kentros, M. K. (1996). Training hospitalized patients with schizophrenia in community reintegration skills. *Psychiatry Services*, 47, 1099-1103.
- Titler, M.G, Kleiber, C., Steelman, VJ, Rakle, BA, Budreau, G., Everett, LG., et al. (2001). The Iowa model of evidence-based practice to promote quality care. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 13.(4), 497-509.
- World Health Organization. (2001) . Mental health: New Understanding. New Hope. The World Health Report. Geneva: World Health Organization.



ภาคผนวก ก

แนวปฏิบัติการพยาบาล

1.ชื่อแนวปฏิบัติการพยาบาล: แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อพัฒนาทักษะการสื่อสารในผู้ป่วยจิตเภท

2.แหล่งอ้างอิงทางบรรณานุกรม: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล สารนิพนธ์คณะพยาบาล
ศาสตร์ การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อพัฒนาทักษะการสื่อสารในผู้ป่วยจิตเภท.

3.ขอบเขตในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ :

3.1 กลุ่มโรค/กลุ่มอาการ: ผู้ป่วยโรคจิตเภท

3.2 กลุ่มบุคคลที่ใช้แนวปฏิบัติ: พยาบาลจิตเวชที่จัดกิจกรรมกลุ่มเพื่อพัฒนาทักษะทางสังคม

3.3 วัตถุประสงค์ของแนวปฏิบัติ: เพื่อสร้างแนวทางในการจัดโปรแกรมเพื่อส่งเสริมผู้ป่วยจิตเภท
ให้เกิดทักษะในการสื่อสารมากที่สุด ที่จะทำให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาเรื่องของทักษะการสื่อสาร
สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้

3.4 ประชากรเป้าหมาย: ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ป่วยเรื้อรังและบกพร่องทักษะการสื่อสาร

3.5 ผลลัพธ์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากการใช้แนวปฏิบัติ :

- ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการพัฒนาทักษะการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ
- ผู้ป่วยและญาติเกิดความพึงพอใจในการบริการพยาบาลเพื่อพัฒนาทักษะการสื่อสารของผู้ป่วย
- พยาบาลมีแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อพัฒนาทักษะการสื่อสารที่เป็นรูปธรรม
- โรงพยาบาลมีรูปแบบโปรแกรมในการส่งเสริมผู้ป่วยจิตเภทที่ขาดทักษะการสื่อสาร

4. วิธีดำเนินการ:

4.1 ตั้งประเด็นคำถามทางคลินิก

ตั้งคำถามทางคลินิกและกำหนดคำสำคัญในการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์โดยใช้กรอบ

แนวคิด PICO (PICO Format) (Melnyk & Fineout-Overholt, 2005)

“วิธีการหรือโปรแกรมการฝึกใดที่มีประสิทธิภาพในการพัฒนาทักษะการสื่อสารในผู้ป่วยจิตเภท”

Population: ผู้ป่วยจิตเภทวัยผู้ใหญ่
Intervention: โปรแกรมการฝึกทักษะการสื่อสาร
Comparison intervention: ไม่มีการเปรียบเทียบ
Outcome: ทักษะการสื่อสาร

4.2 วิธีการสืบค้นและคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์

สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์จากงานวิจัยที่ตีพิมพ์และไม่ได้ตีพิมพ์เผยแพร่ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ จากระบบฐานข้อมูลต่างๆ ได้แก่ ฐานข้อมูล www.guidelines.gov, www.Cochrane.org, www.joannabriggs.edu.au, Pubmed, CINAHL, OVID, HighWire, SCIENCE DIRECT, Blackwell synergy, MEDLINE, Hand search, และ Journal ที่มีการตีพิมพ์ผลงานวิจัยเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวชได้แก่ British Journal of Psychiatry, American Journal of Psychiatry, Journal of Nervous and Mental Disease, Schizophrenia Bulletin, Journal of Psychosocial Nursing, Acta Psychiatrica Scandinavica และจากเอกสารอ้างอิงของบทความ / งานวิจัย จากห้องสมุดกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ห้องสมุดโรงพยาบาลศรีธัญญา และห้องสมุดสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

4.2.1 วิธีการที่ใช้ประเมินคุณภาพและความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์

เกณฑ์ในการประเมินระดับของหลักฐาน (Level of evidence) ใช้เกณฑ์ในการประเมินความเข้มแข็งของหลักฐาน ตามระบบการจำแนกหลักฐานของ Melnyk & Fineout Overholt (2005).

การแบ่งระดับของหลักฐาน มีดังนี้

ระดับ 1: หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (Systemic review) หรือการวิเคราะห์ห่อภิณ (Meta-analysis) ที่ตรงกับประเด็นปัญหาหรือแนวปฏิบัติการทางคลินิกที่พัฒนามาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence-based clinical practice guideline) โดยการทบทวนงานวิจัย RCT อย่างเป็นระบบ (Systematic review)

ระดับ 2: หลักฐานเชิงประจักษ์ที่มาจากงานวิจัยที่เป็น RCT อย่างน้อยที่สุด 1 งาน

ระดับ 3: หลักฐานเชิงประจักษ์ที่มาจากงานวิจัยที่มีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองที่ออกแบบการวิจัยเป็นอย่างดี (well-designed controlled trails) โดยไม่มีการสุ่มการทดลองเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (randomization)

ระดับ 4: หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็น Case control และ Cohort study ที่มีการออกแบบงานวิจัยเป็นอย่างดี

ระดับ 5: หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (Systematic review) จากงานวิจัยแบบพรรณนา/บรรยาย และงานวิจัยเชิงคุณภาพ

ระดับ 6: หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากงานวิจัยเดี่ยวแบบพรรณนา/บรรยาย หรืองานวิจัยเชิงคุณภาพ 1 งาน

ระดับ 7: หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากความคิดเห็น ทักษะของผู้เชี่ยวชาญในประเด็นนั้นๆ และ/หรือรายงานของคณะ/กลุ่มผู้เชี่ยวชาญ

เมื่อนำงานวิจัยทั้ง 5 เรื่อง มาจำแนกหลักฐานของ Melnyk & Fineout Overholt (2005) พบว่างานวิจัยอยู่ในระดับ 2 จำนวน 2 เรื่อง อยู่ในระดับ 4 จำนวน 2 เรื่องและอยู่ระดับ 6 1 เรื่อง

4.2.2 วิเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นงานวิจัยทั้ง 5 เรื่อง โดยการอ่าน วิเคราะห์และสกัดเนื้อหาตาราง ตามลำดับหัวข้อ คือ 1) วัตถุประสงค์ 2) ระเบียบวิธีวิจัย 3) ระดับความเข้มแข็งของหลักฐาน 4) กลุ่มตัวอย่าง 5) สถานที่ในการศึกษา 6) เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล 7) วิธีการหรือกิจกรรม (Intervention) ที่ให้แก่กลุ่มตัวอย่าง 8) ผลการวิจัย 9) ความสอดคล้องกับปัญหาทางคลินิก 10) ความเป็นไปได้ในการนำข้อค้นพบจากงานวิจัยไปใช้ในการปฏิบัติ 11) การสกัดเพื่อนำไปใช้

4.2.3 นำข้อความแต่ละตารางมาพิจารณาร่วมกัน สรุปเนื้อหาและประเด็นสำคัญที่ค้นพบจากงานวิจัยทั้งหมดตรวจสอบความถูกต้องจากอาจารย์ที่ปรึกษาและนำไปสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อพัฒนาทักษะการสื่อสารในผู้ป่วยจิตเภท

4.3 วิธีตรวจสอบความตรงของแนวปฏิบัติ

นำแนวปฏิบัติที่สร้างขึ้นไปตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุมของเนื้อหา ตลอดจนความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ได้แก่

- จิตแพทย์ ที่ดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเภท 1 คน
- อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญและศึกษาการฟื้นฟูทักษะในผู้ป่วยจิตเภท 1 คน
- พยาบาลจิตเวชที่ได้รับวุฒิบัตรสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (APN) จำนวน 1

คน

5.ข้อเสนอแนะ

1. การให้โปรแกรมการฝึกทักษะการสื่อสารในผู้ป่วยจิตสามารถเพิ่มความสามารถในการสื่อสารและทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับการสื่อสาร

2. การให้โปรแกรมการฝึกทักษะการสื่อสารในผู้ป่วยจิตเภท พยาบาลจิตเวชมีบทบาทสำคัญในการช่วยฟื้นฟูทักษะเป็นอย่างมาก ดังนั้นก่อนที่จะให้โปรแกรมแก่ผู้ป่วยจิตเภท พยาบาลต้องศึกษารายละเอียดเกี่ยวกับแฟ้มประวัติผู้ป่วยในที่จะเข้าร่วมโปรแกรมเพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้นประกอบการฝึกจากแฟ้มประวัติของผู้ป่วย เมื่อศึกษาแฟ้มผู้ป่วยแล้วต้องมีการสัมภาษณ์รายบุคคลเพื่อประเมินการใช้ทักษะการสื่อสารเบื้องต้นที่เป็นของผู้ป่วยว่าบกพร่อง และต้องได้รับการส่งเสริม/ฝึกทักษะการสื่อสารเพื่อให้การสื่อสารของผู้ป่วยมีประสิทธิภาพมากขึ้น นอกจากนี้ควรพิจารณาคณสมบัติของผู้ป่วยจิตเภทอื่นๆ อีก ดังนี้

2.1 เป็นผู้ป่วยจิตเภท ที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยระบบ ICD-10 หรือ DSM-IV ว่าเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia) อยู่ในวัยผู้ใหญ่ เป็นผู้ป่วยในที่มีประวัติการเจ็บป่วยไม่น้อยกว่า 1 ปี และเคยมีประวัติเข้ารับการรักษามารก่อน เพราะผู้ป่วยจิตเภทที่มีความบกพร่องของทักษะการสื่อสารโดยมากจะเป็นผู้ป่วยเรื้อรังรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชมานาน (Butorin, & Liberman, 1998: Level IV)

2.2 พยาบาลควรประเมินความสามารถในการสื่อสารของผู้ป่วย โดยประเมินเรื่องต่างๆ ดังนี้

- ผู้ป่วยสามารถบอก ชื่อ-สกุล วัน เดือน ปีเกิด และวันที่ปัจจุบัน ได้ถูกต้อง มีความสนใจที่จะติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่นบ้าง ระหว่างที่รักษาอยู่ในโรงพยาบาล และควรมีเพื่อนบ้าง สามารถอ่านออกเขียนได้ เนื่องจากต้องนำแบบบันทึกไปบันทึกต่อที่บ้าน (พรทรัพย์ สมิตยเสียร, 2534: Level II)

- เมื่อพูดคุย/สนทนากับผู้ป่วย พยาบาลควรประเมินผู้ป่วยในประเด็นสำคัญ คือ มีความเข้าใจและสามารถใช้ประโยชน์ต่างๆ ในการสื่อสารกับผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม และมีสมาธิในการฟังผู้อื่นอย่างน้อย 3-5 นาที มีความเต็มใจและสมัครใจในการเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกทักษะการสื่อสาร (Nilsson, Grawe, Levander, & Lovaas, 1998: Level IV)

2.3 คุณสมบัติของผู้นำกลุ่ม เป็นพยาบาลจิตเวช ที่มีประสบการณ์การทำงานในหอผู้ป่วยจิตเวช มีประสบการณ์ในการทำกลุ่มทักษะทางสังคมมาในระดับหนึ่ง (Chien, Ku , Lu, Chu, Tao, & Chou, 2003: Level II)

3. หลักในการจัดโปรแกรมการฝึกทักษะการสื่อสารในผู้ป่วยจิตเภท พยาบาลจิตเวชที่ทำหน้าที่ดำเนินการจัดโปรแกรมการฝึกทักษะการสื่อสารในผู้ป่วยจิตเภทนั้นควรมีการเตรียมตัว เตรียมอุปกรณ์ประกอบการสอน/ฝึก ทบทวนรายละเอียดต่างๆ ที่มีอยู่ในโปรแกรม ศึกษาวิธีการใช้แบบประเมินผลลัพธ์ของโปรแกรมการฝึกทักษะการสื่อสารที่จะนำมาใช้ในแต่ละขั้นตอน ซึ่งหลักในการจัดโปรแกรมมีรายละเอียด ดังนี้

3.1 ขั้นตอนเตรียมการ

พยาบาลควรมีการเตรียมตัวให้พร้อมโดยมีการเตรียมความรู้และอุปกรณ์ประกอบการฝึก ซึ่งแจ้งรายละเอียดต่างๆ ให้กับพยาบาลที่ร่วมในโปรแกรม อธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับโปรแกรมการฝึกทักษะการสื่อสารให้กับผู้ป่วยจิตเภทที่จะเข้าร่วมการฝึกทบทวน และต้องศึกษาแบบประเมินผลลัพธ์ที่ต้องนำมาประกอบการประเมินผู้ป่วย โดยมีรายละเอียด ดังนี้

3.1.1 พยาบาลควรจัดประชุมเพื่อให้ความรู้ และชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับโปรแกรมการฝึกทักษะการสื่อสารให้กับพยาบาลทุกคนที่เข้าร่วมโปรแกรมการฝึกทักษะการสื่อสารในผู้ป่วยจิตเภท

3.1.2 พยาบาลควรจัดเตรียมอุปกรณ์ เช่น คู่มือการฝึกทักษะการสื่อสาร วีดีโอเทปโดยเนื้อหาเกี่ยวกับการฝึกทักษะการสื่อสารควรผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิก่อน ซึ่งอุปกรณ์ที่พยาบาลควรเตรียม ประกอบด้วย

- คู่มือการฝึกทักษะการสื่อสารสำหรับผู้ฝึก เพื่อใช้ในการศึกษา รายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการฝึกสอนโปรแกรมให้กับผู้ป่วยจิตเภท
- แบบฝึกหัดสำหรับผู้ป่วย ซึ่งเป็นเอกสารให้ผู้ป่วยใช้บันทึกผลของการฝึกทักษะต่างๆที่ได้รับจากการฝึกสอนและสามารถอ่านออกเขียนได้
- วีดิโอเทป ที่บันทึกบทสนทนา ควรประกอบด้วยบทสนทนาที่ใช้ประโยชน์ง่ายๆ และใช้ในชีวิตประจำวันเป็นประจำเพื่อกระตุ้นจิตใจผู้ป่วยให้อยากฝึก (Nilsson, Grawe, Levander, & Lovaas, 1998: Level IV)

3.1.3 พยาบาลที่ทำกลุ่ม ต้องเตรียมแบบประเมินผลลัพธ์และศึกษาวิธีการใช้ที่ถูกต้อง ซึ่งแบบประเมินผลลัพธ์นั้นต้องเป็นแบบประเมินที่มีมาตรฐาน ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิด้านการฟื้นฟูทักษะทางสังคมโดยเฉพาะทักษะการสื่อสารในผู้ป่วยจิตเภท (Nilsson, Grawe, Levander, & Lovaas, 1998: Level IV) โดยใช้แบบประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยเพื่อดูความพร้อมก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกทักษะการสื่อสาร ตัวอย่างแบบประเมิน ได้แก่

- 1) แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับทักษะการสื่อสาร (Butorin, & Liberman, 1998: Level IV)
- 2) แบบประเมิน The Positive and Negative Syndrome Scale ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินกลุ่มอาการทางบวก ทางลบ พยาธิสภาพทางจิต และปัจจัยเสี่ยงที่ผู้ป่วยอาจเกิดความก้าวร้าวในขณะที่เข้ากลุ่ม (Chien, Ku, Lu, Chu, Tao, & Chou, 2003: Level II)
- 3) แบบประเมิน Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) ซึ่งเป็นการประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยโดยมีหัวข้อประเมิน 24 หัวข้อ หลังการประเมินแล้วผู้ป่วยที่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกทักษะการสื่อสารได้ต้องมีคะแนนน้อยกว่า 34 คะแนน (Nilsson, Grawe, Levander, & Lovaas, 1998: Level IV)

3.1.4 พยาบาลควรมีการชี้แจงให้ผู้ป่วยทราบเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ และระยะเวลาของโปรแกรมการฝึกทักษะการสื่อสารก่อนเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจ และสมัครใจเข้าร่วมโปรแกรมการฝึก ทั้งนี้เพื่อจูงใจอยู่ร่วมโปรแกรมตลอดการฝึก (พรทรัพย์ สมิตยเสียว, 2534: Level II)

3.2 ขั้นตอนการดำเนินการ

ในการดำเนินการฝึกทักษะการสื่อสารในผู้ป่วยจิตเภท พยาบาลควรมีข้อพิจารณาเรื่องลักษณะโครงสร้างกลุ่ม เนื้อหาของโปรแกรม วิธีการฝึกสอน โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ลักษณะโครงสร้างกลุ่ม

3.2.1 ในการจัดโปรแกรมเพื่อส่งเสริม/ฝึกทักษะการสื่อสารในผู้ป่วยจิตเภท ควรจัดอย่างน้อย 2 ครั้งต่อสัปดาห์ รวมทั้งหมด 8 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที (Chien, Ku, Lu, Chu, Tao, & Chou, 2003: Level II) โดย 10 นาทีแรกจะเป็นกิจกรรมการอุ่นเครื่อง สนทนาทักทายเรื่องทั่วไป

40 นาทีต่อมาจะให้ผู้ป่วยฟังเทปแล้วร่วมกันอธิบาย สารัตถ์ และแสดงบทบาทสมมุติร่วมกันกับผู้นำกลุ่มและสมาชิกกลุ่ม

10 นาทีสุดท้ายผู้นำกลุ่มจะให้สมาชิกทุกคนร่วมกันสะท้อนความรู้สึกและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับกิจกรรมกลุ่มที่ปฏิบัติร่วมกัน

3.2.2 จำนวนผู้ป่วยที่จะเข้าร่วมกลุ่มควรมีจำนวนระหว่าง 8-10 คน เนื่องจากถ้ามีจำนวนมากเกินไปจะทำให้ผลของการฝึกทักษะการสื่อสารไม่มีประสิทธิภาพ (Chien, Ku, Lu, Chu, Tao, & Chou, 2003: Level II)

3.2.3 สถานที่จัดกิจกรรมการฝึกทักษะการสื่อสารควรมีห้องเฉพาะ ไม่มีบุคคลอื่นรบกวนเพื่อให้ผู้ป่วยมีสมาธิในการฝึกและฟังวิดีโอเทป (Chien, Ku, Lu, Chu, Tao, & Chou, 2003: Level II)

เนื้อหาของโปรแกรม

เนื้อหาของโปรแกรมการฝึกทักษะการสื่อสารในผู้ป่วยจิตเภท ควรมีเนื้อหาหลักที่ควรฝึกให้ผู้ป่วยมีทักษะที่จำเป็นทั้งหมด 5 ทักษะ (Nilsson, Grawe, Levander, & Lovaas, 1998: Level IV) คือ

- 1) การติดต่อสื่อสารโดยภาษาพูดและไม่ใช้ภาษาพูด
- 2) การเริ่มต้นสนทนาอย่างเป็นมิตร
- 3) การดำเนินการสนทนา
- 4) การจบการสนทนาอย่างเป็นมิตร
- 5) การใช้ทักษะแบบผสมผสาน

การที่จะให้ผู้ป่วยจิตเภทมีทักษะทั้งหมด 5 ทักษะนี้ ต้องฝึกให้ผู้ป่วยรู้จักการสื่อสารที่สื่อสารแล้วบุคคลอื่นสามารถเข้าใจได้ง่าย โดยมีรายละเอียดการฝึก ดังนี้

1) การฝึกทักษะการถ่ายทอดข้อความออกมา (Paraphrase) โดยการให้ผู้ผู้ป่วยฟังสิ่งที่ได้ยินจากเทปแล้วให้สื่อสารออกมาเป็นประโยคที่ผู้อื่นเข้าใจได้ง่าย

2) การฝึกการใช้คำถามปลายเปิด (Open question) เป็นการให้ผู้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการสอน เช่น ให้ผู้ป่วยฟังเทปและถามเป็นคำถามปลายเปิดเมื่อเทปหยุด โดยการถามจะไม่เป็น

การใช้คำถามที่ให้ผู้ป่วยตอบว่า ใช่ หรือ ไม่ใช่ แต่คำถามจะเป็นการถามเพื่อให้ผู้ป่วยมีการสนทนาเป็นประโยชน์

3) การฝึกการสะท้อนความรู้สึก (Feeling reflection) คือการให้ผู้ป่วยแสดงออกทางอารมณ์หรือความรู้สึกโดยการนำเสนอ เช่น ให้ทุกคนสมมติว่าถ้าเขาต้องเดินลงไปที่รถของตนเองในลานจอดรถเวลากลางคืนซึ่งมันทั้งมืด และว่างเปล่า อบอุ่น แต่ละคนมีความเข้าใจที่จะแสดงความรู้สึกและถ่ายทอดอารมณ์ ให้นุ้คนอื่นทราบได้อย่างไรว่าขณะนั้นเขารู้สึกอย่างไร (Bedell, Lennox, Smith, & Rabinowicz, 1998: Level VI)

วิธีการฝึก

สำหรับวิธีการฝึกให้ผู้ป่วยพัฒนาทักษะการสื่อสารจะต้องเน้นเรื่องการเผชิญปัญหา การแก้ปัญหา โดยใช้เหตุผลและทักษะในการรับข้อมูล ทักษะกระบวนการส่งต่อข้อมูล โดยวิธีการสอน/ฝึก ควรมีความหลากหลาย ไม่ควรเฉพาะเจาะจงวิธีการใดวิธีการหนึ่งมาใช้ ซึ่งประกอบด้วย

1) การอธิบาย คือการที่ผู้นำกลุ่มยกสถานการณ์ที่ง่าย ๆ มาให้ผู้ป่วยได้เห็นแล้วให้ผู้ป่วยช่วยอธิบายว่ามีปัญหาอะไรและจะใช้ทักษะอะไรในการแก้ปัญหาในการฝึก โดยในการฝึกจะใช้วิดีโอเทปและกระดานดำในการช่วยสอน/ฝึก (Chien, Ku, Lu, Chu, Tao, & Chou, 2003: Level II)

2) การสาธิต/การทำตัวอย่างให้ดู โดยการให้ผู้ป่วยสาธิตย้อนกลับเพื่อให้ผู้ป่วยเห็นว่าการตอบสนองที่เหมาะสมในแต่ละสถานการณ์นั้นควรแสดงพฤติกรรมอย่างไร โดยผู้นำกลุ่มและสมาชิกร่วมกันแสดงการสาธิตด้วย (Chien, Ku, Lu, Chu, Tao, & Chou, 2003: Level II)

3) การแสดงบทบาทสมมติ อาจมีการคัดเลือกผู้ป่วยที่จะมาแสดงบทบาทสมมติ และไม่ว่าผู้ป่วยจะร่วมแสดงบทบาทสมมติในกลุ่มหรือไม่ก็ตาม ทักษะนี้ผู้ป่วยก็ควรที่จะถูกกระตุ้นให้นำไปฝึกต่อที่บ้าน (Chien, Ku, Lu, Chu, Tao, & Chou, 2003: Level II)

4) การให้แรงเสริมทางสังคม/การสะท้อนความคิดเห็น ควรใช้คำพูดที่กลุ่มเห็นว่าชัดเจน เป็นรูปธรรม และมีลักษณะของการแสดงความคิดเห็นทางบวก และการสะท้อนความรู้สึกที่ดีควรให้ในทันทีที่แสดงบทบาทสมมติเสร็จ (Chien, Ku, Lu, Chu, Tao, & Chou, 2003: Level II) หรือให้ผู้ป่วยแสดงออกทางอารมณ์หรือความรู้สึก โดยการนำเสนอ (Bedell, Lennox, Smith, & Rabinowicz, 1998: Level VI)

5) การทำแบบฝึกหัด โดยการให้ผู้ป่วยฝึกทักษะทั้งหมดนี้เป็นประจำแล้วนำไปปรับใช้ในชีวิตประจำวัน (Chien, Ku, Lu, Chu, Tao, & Chou, 2003: Level II)

3.3 การประเมินผู้ป่วยระหว่างการจัดกิจกรรม

พยาบาลสามารถประเมินพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้ป่วยในขณะที่ดำเนินกิจกรรม การฝึกทักษะการสื่อสารเป็นระยะๆ เช่น 2 สัปดาห์หลังจากร่วมโปรแกรม โดยประเมินระดับความวิตกกังวลในการสื่อสารของผู้ป่วยด้วยแบบประเมิน เช่น

1) แบบประเมิน The Interaction Anxiousness Scale เป็นเครื่องมือที่ใช้วัดระดับความวิตกกังวลส่วนบุคคล ซึ่งประกอบด้วย 15 หัวข้อ โดยระดับคะแนนวิตกกังวลเล็กน้อยที่ 15 คะแนน จนถึงระดับวิตกกังวลมากที่คะแนน 75 คะแนน (Chien, Ku, Lu, Chu, Tao, & Chou, 2003: Level II)

2) แบบประเมิน The Social Interaction Schedule (SIS) ซึ่งเป็นแบบสังเกตพฤติกรรมการสื่อสารขณะเข้าร่วมกิจกรรมที่ต้องใช้ผู้ประเมินที่มีประสบการณ์ด้านการสื่อสารของผู้ป่วยจิตเภทอย่างน้อย 2 คน (Nilsson, Grawe, Levander, & Lovaas, 1998: Level IV)

3.4 การประเมินผลลัพธ์หลังสิ้นสุดโปรแกรม

พยาบาลควรใช้เครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ และได้มาตรฐานในการประเมินผลของโปรแกรมการฝึกทักษะการสื่อสารในผู้ป่วยจิตเภท จะประเมินผู้ป่วยหลังจากทำโปรแกรมแล้ว 4 สัปดาห์ โดยใช้แบบประเมิน The Interpersonal Communication Satisfaction Scale ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้วัดความพึงพอใจในการสื่อสารระหว่างบุคคล (Chien, Ku, Lu, Chu, Tao, & Chou, 2003: Level II) และแบบประเมิน The Assertive Skill Scale ใช้วัดทัศนคติของผู้ป่วยเกี่ยวกับการฝึกทักษะการสื่อสารหลังการฝึกโปรแกรมสิ้นสุดลง (Chien, Ku, Lu, Chu, Tao, & Chou, 2003: Level II)

6. การนำแนวปฏิบัติไปใช้ในคลินิก

6.1 ชี้แจงและบอกปัญหาทางคลินิก เพื่อเห็นชอบอนุมัติวิธีการแก้ไขปัญหาอย่างเหมาะสม

6.2 เสนอแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อพัฒนาทักษะการสื่อสารในผู้ป่วยจิตเภทแก่ผู้บริหาร และกลุ่มงานการพยาบาล

6.3 เตรียมความพร้อมของผู้ที่จะบำบัดและใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อพัฒนาทักษะการสื่อสารในผู้ป่วยจิตเภทโดยการอบรม และนำแนวปฏิบัติไปใช้กับผู้ป่วยในรูปแบบกลุ่มขนาดเล็ก

6.4 ประเมินผลแนวปฏิบัติว่ามีความเหมาะสม บุคลากรทางการพยาบาลสามารถนำไปปฏิบัติได้ และเกิดประโยชน์กับผู้ป่วยจริง เพื่อนำผลการประเมินมาพัฒนาปรับใช้เพื่อพัฒนาทักษะการสื่อสารในผู้ป่วยจิตเภท

6.5 นำเสนอแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการพัฒนาทักษะการสื่อสารในผู้ป่วยจิตเภทในงานวิชาการต่างๆ และเผยแพร่ให้หน่วยงานภายในองค์กรและนอกองค์กร

7. ประโยชน์ที่อาจจะเกิดขึ้นจากการนำข้อเสนอแนะจากแนวปฏิบัติไปใช้

7.1 ผู้ป่วยจิตเภทสามารถสื่อสารกับบุคคลอื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

7.2 พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บกพร่องทักษะการสื่อสาร มีแนวทางในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทมีทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

8. ข้อควรพิจารณาจากการนำแนวปฏิบัติไปใช้

1. พยาบาลต้องมีการเตรียมความพร้อมก่อนดำเนินโปรแกรม เช่น ศึกษาวิธีการสอน/ฝึก การสื่อสารแก่ผู้ป่วย การเตรียมอุปกรณ์ประกอบการสอน/ฝึก การประเมินผลลัพธ์ของเครื่องมือ

2. ควรชี้แจงและอธิบายขั้นตอนต่างๆของโปรแกรมการฝึกทักษะการสื่อสารให้แก่ผู้ป่วยจิตเภทที่จะเข้าร่วมโปรแกรมทราบก่อน

9. ข้อมูลอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับแนวปฏิบัติ

9.1 วัน / เดือน / ปี ที่สร้าง:

เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2551

9.2 ผู้สร้าง:

นายวิโรจน์ ทองทา

9.3 อาจารย์ที่ปรึกษา:

1. รองศาสตราจารย์ ดร.ยาใจ สิทธิมงคล

2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อดิรัตน์ วัฒนไพลิน

9.4 รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ:

1. แพทย์หญิงรักสุดา รักกิจอรุณชัย นายแพทย์ 9 วช. โรงพยาบาลศรีธัญญา

2. อาจารย์ ดร.อติตยา พรชัยเกตุ ไอลว ของ อาจารย์พยาบาลประจำภาควิชา

สุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

3. นางสาวอนงค์นุช ศาโสทรก พยาบาลวิชาชีพ 7 วช. โรงพยาบาลศรีธัญญา

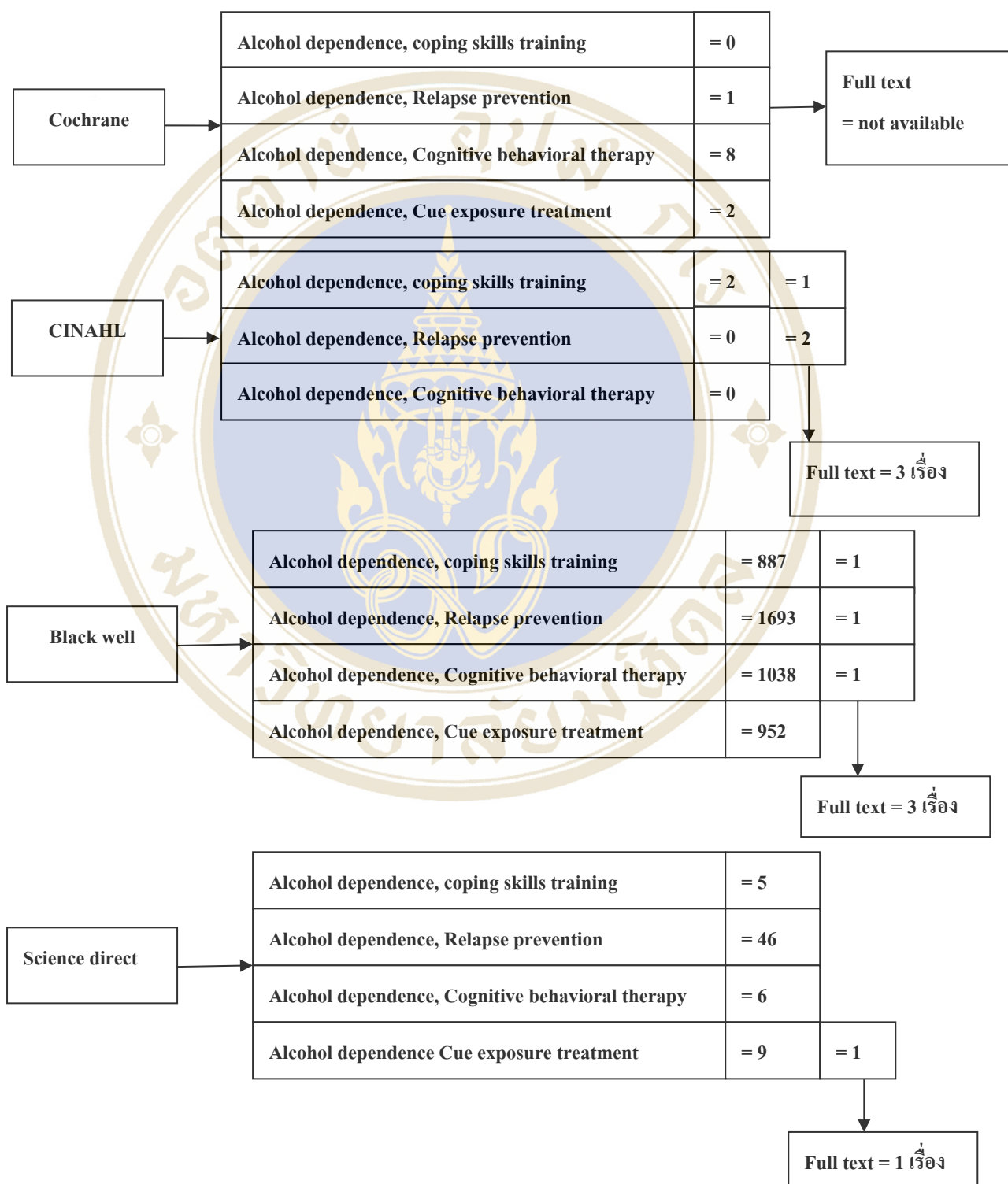
ภาคผนวก ข

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

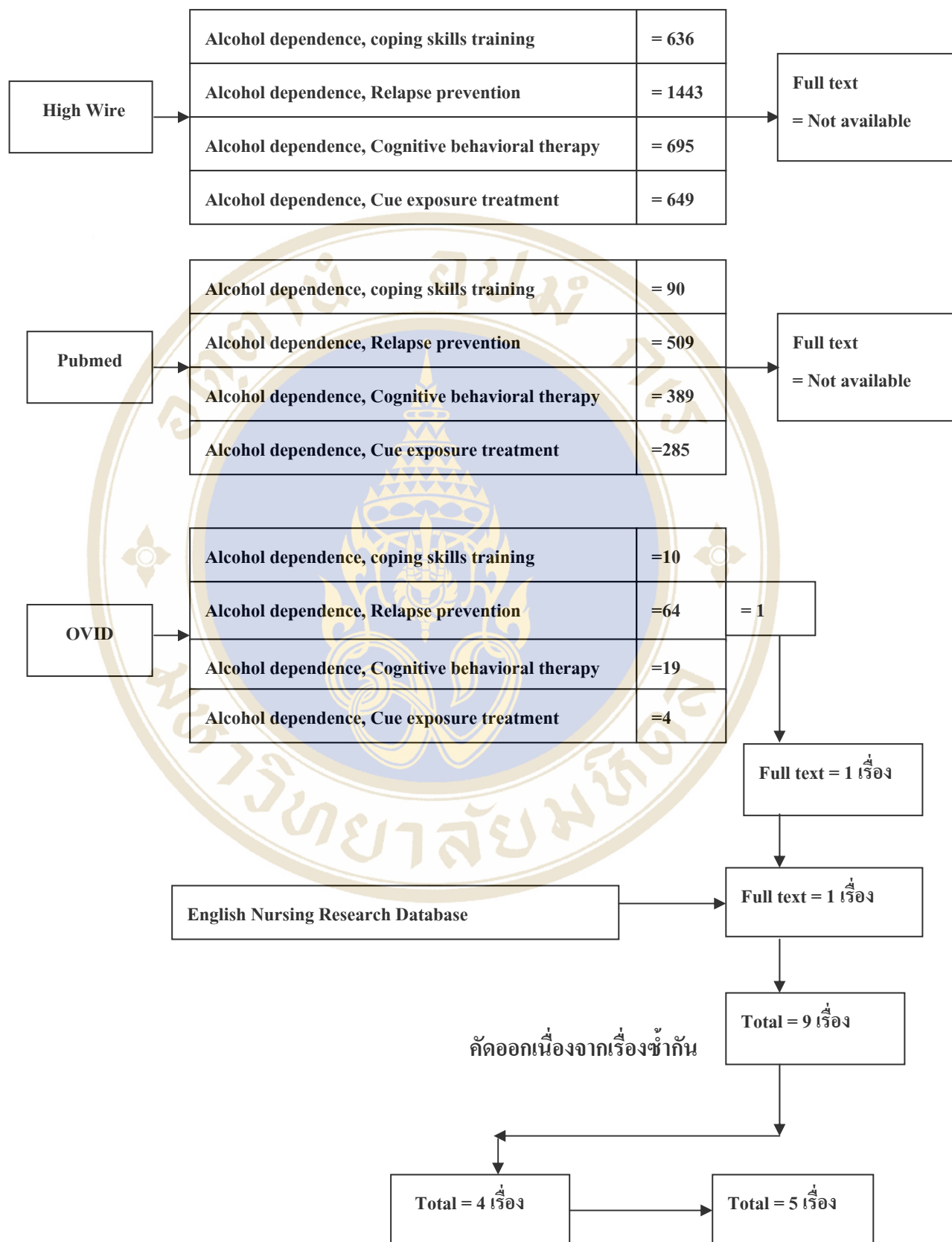
แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อพัฒนาทักษะการสื่อสารในผู้ป่วยจิตเภท ได้ตรวจสอบความถูกต้อง ความแม่นยำ ความครอบคลุมของเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวนทั้งหมด 3 ท่าน ดังมีรายนามต่อไปนี้

1. แพทย์หญิงรักสุดา กิจอรุณชัย พบ. วว. จิตเวชศาสตร์ทั่วไป นายแพทย์ 9 โรงพยาบาลศรีธัญญา
2. นางสาวอนงค์นุช ศาโตรก พย.ม. (สุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช) วุฒิบัตรการปฏิบัติการขั้นสูงเฉพาะทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลศรีธัญญา
3. อาจารย์ ดร. อติทยา พรชัยเกตุ โอว ยอง อาจารย์พยาบาลประจำภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ภาคผนวก ค



แผนภาพที่ 4 ผังการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์จากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์



แผนภาพที่ 4 ผังการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์จากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ (ต่อ)

ภาคผนวก ง

ตารางการวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์

การวิเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ทั้ง 5 เรื่อง แต่ละเรื่องมีรายละเอียดดังแสดงในตารางดังนี้

เรื่องที่ 1 ชื่อผู้วิจัย Nikolai Butorin & Robert P. Liberman.

ชื่องานวิจัย Adaptation and cross-cultural validation of the Basic Conversation Skills Module in Bulgaria

แหล่งที่พิมพ์/ปีที่พิมพ์ International Review of Psychiatry (1998)

วัตถุประสงค์การวิจัย	1. เพื่อศึกษาการนำ Basic Conversation Skills Module ไปประยุกต์ใช้ในต่างวัฒนธรรม 2. เพื่อประเมินความตรงของโปรแกรม 3. เพื่อทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรม BCSM
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัย	ในการทดลองการใช้ทักษะการสนทนาโดยนำมาดัดแปลงใช้ในวัฒนธรรมที่แตกต่างกันของประเทศบัลแกเรีย มี 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) ผู้ป่วยจิตเภท หรือ โรคที่เกี่ยวกับอารมณ์ (Affective disorder) กลุ่มควบคุมจำนวน 6 คน เป็นชาย 3 คน หญิง 3 คนป่วยจิตมา 1-10 ปีโดยผู้ป่วย 4 ใน 6 คนไม่แต่งงาน 2 คนอยู่ในสถานภาพหย่า 3 ใน 6 คนเรียนในระดับมหาวิทยาลัยและ 4 ใน 6 คนมีงานทำ กลุ่มทดลอง ประกอบด้วยผู้ป่วย 5 คน เป็นชาย 1 คน หญิง 4 คน ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทหรือโรคจิตเภทอารมณ์แปรปรวน มากกว่า 10 ปี โดยมี 1 คนที่มีงานทำ 3 คนยังไม่ได้แต่งงาน 2 คนอยู่ร้าง และ 3 คนเรียนในระดับมหาวิทยาลัย 2) ประชาชนทั่วไป ที่ต้องการเข้ามามีส่วนร่วมในการใช้ทักษะสนทนาที่ดัดแปลงมาใช้ในบัลแกเรีย โดยกลุ่มนี้มีจำนวน 60 คน เพื่อนำมาพิจารณาประเมินว่าเหมาะสมกับวัฒนธรรมของประเทศบัลแกเรีย (ชาย 19 คน หญิง 41 คน มีอายุเฉลี่ย 32 ปี และเฉลี่ยเรียนมากกว่า 11ปี)
Settings ของงานวิจัย	โรงพยาบาลจิตเวช ประเทศบัลแกเรีย
ระเบียบวิธีวิจัย/ระดับงานวิจัย	One group pre-post test ; Level IV

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	- แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับทักษะการสื่อสาร - Spielberg's State-Trait Anxiety ใช้วัดระดับความเครียด
Intervention	เป็นการนำ Basic Conversation Skills Module (BCSM) ซึ่งเคยใช้ได้ผลดีในประเทศแถบยุโรปตะวันออก นำมาประยุกต์ปรับใช้ในวัฒนธรรมที่แตกต่างกันที่ประเทศบัลแกเรียว่าผลจะเป็นอย่างไร โปรแกรม BCSM เป็นโปรแกรมที่ออกแบบเพื่อใช้ในการสอนผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตเวชรุนแรงและเรื้อรัง เนื้อหาการสอนจะเน้นที่การเริ่มสนทนาและคงการสนทนาอย่างต่อเนื่อง โดยที่การสนทนานี้จะเป็นการสนทนากับเพื่อนร่วมงานและกับคนแปลกหน้า นอกจากนี้แล้วจะเป็นการสอนเพื่อให้ผู้ป่วยลดโอกาสการอยู่คนเดียวหรือแยกตัวเองจากสังคม มี 3 ลำดับขั้นตอน ดังนี้ ขั้นที่ 1 เป็นการทดลองฝึกทักษะการสนทนาในกลุ่มผู้ป่วยนำร่องเพื่อที่จะศึกษาว่ามีปัญหาในกระบวนการฝึกผู้ป่วยอย่างไรบ้าง ขั้นที่ 2 การประเมินความเหมาะสมของโปรแกรมจากการพิจารณาความเหมาะสมและปัญหาต่างๆของการนำโปรแกรมไปใช้ โดยการประเมินจากผู้ป่วยและคนปกติ ขั้นที่ 3 นำโปรแกรมที่ปรับเรียบร้อยแล้วนำมาใช้ในการวิจัยและกลุ่มทดลองจริงๆ
ผลการวิจัย	- เมื่อนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอนที่ 1 แล้ว พบว่าประมาณครึ่งหนึ่งของผู้เข้าร่วมโปรแกรมแสดงทัศนคติที่ดีต่อโปรแกรมนี้อย่างชัดเจน และกระบวนการฝึกทักษะตามโปรแกรม BCSM มีความเหมาะสมและเป็นประโยชน์ ในส่วนเนื้อหาของโปรแกรมมีเนื้อหาเพียงพอสำหรับการฝึกทักษะ ยกเว้นใน Section ของการฝึกการเริ่มต้นการสื่อสารที่เป็นปัญหายกตัวอย่างเช่น การเปิดเผยตนเอง เนื่องจาก Section นี้ต้องการเวลามากกว่าปกติและต้องการการฝึกที่แน่ใจว่าผู้ป่วยสามารถทำได้ด้วยตัวเอง และต้องทำให้ผู้ที่ถูกคิดว่าเป็นเรื่องที่เหมาะสมในสังคมและให้เกิดการยอมรับด้วย - (6 คน) ขั้นที่ 1 จากผลการเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการสื่อสาร คะแนนหลังการทดสอบพบว่า ความรู้หลังการทดลองผลปรากฏว่าคะแนนของความรู้ดีกว่าก่อนการทดลอง

	ขั้นที่ 2 การประเมินพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภท ประเมินผู้ป่วยจากการเริ่มสนทนาโดยการให้คะแนนโดยดูที่ 1. ความพึงพอใจ 2. ความเหมาะสม 3. ความถี่ โดยให้คะแนน 2 ด้าน คือ การเริ่มสนทนาด้วยตัวผู้ป่วยเอง และการเริ่มสนทนาโดยผู้อื่น ผลปรากฏว่าคนบัลแกเรียพึงพอใจที่จะให้ผู้อื่นเริ่มสนทนาก่อนมากกว่าเริ่มสนทนาเอง - (5 คน) พบว่ากลุ่มทดลอง 5 คนนี้ชอบ BCSM และให้กิจกรรมกลุ่มว่าเข้าใจง่าย มีประโยชน์ เหมาะสม โดยได้ประเมินหลังเข้าโปรแกรม BCSM พบว่า มีคะแนนความเข้าใจ BCSM สูงขึ้นจาก 8 % ในครั้งแรก แต่หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมมีความเข้าใจเพิ่มเป็น 43 % และพบว่า หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมแล้วผู้ป่วยส่วนใหญ่รู้สึกวิตกกังวลน้อยลง โดยประเมินจากเครื่องมือ SSTA
Clinical relevance	วัตถุประสงค์การวิจัยตรงกับประเด็นปัญหาที่ต้องการแก้ไข การบำบัดเป็นการนำ Basic Conversation Skills Module (BCSM) ซึ่งเคยใช้ได้ผลดีในประเทศแถบยุโรปตะวันออก นำมาประยุกต์ปรับใช้ในวัฒนธรรมที่แตกต่างกันที่ประเทศบัลแกเรีย เพื่อฝึกทักษะการสนทนา พยาบาลสามารถนำมาประยุกต์ใช้ได้ตามขอบเขตของการปฏิบัติการพยาบาล
Scientific merit	ทีมนักวิจัยเป็นบุคลากรที่ทำงานในสถาบันด้านจิตเวชที่มีประสบการณ์ตรงมีความน่าเชื่อถือ ชื่อเรื่องน่าสนใจ บอกให้ทราบว่าเป็นการบำบัดด้วยกลุ่มทดลองการใช้ทักษะการสนทนาโดยนำมาดัดแปลงใช้ในวัฒนธรรมที่แตกต่างในประเทศบัลแกเรีย วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเนื้อหาและบทเรียนของ BCSM เรื่องทักษะการสนทนาที่นำมาประยุกต์ใช้ในประเทศบัลแกเรีย มีการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องอย่างครอบคลุม ระบุรูปแบบการวิจัยไว้ชัดเจน ระบุลักษณะของกลุ่มตัวอย่างและคุณสมบัติที่จะนำเข้าหรือนำออกจากการวิจัย ไม่ได้กล่าวถึงการรับรองจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูลเหมาะสมกับขนาดกลุ่มตัวอย่าง
Implementation potential - Transferability of the findings	ความรู้จากงานวิจัยมีความสอดคล้องกับหน่วยงาน กลุ่มประชากรในการวิจัยเป็นกลุ่มที่มีลักษณะที่คล้ายคลึงกับผู้ป่วยจิตเภทในหน่วยงาน เป้าหมายของงานวิจัยตรงกับพันธกิจของหน่วยงานในการสร้างนวัตกรรมเพื่อช่วยฟื้นฟู

	สมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทโดยเฉพาะทักษะการสื่อสาร
Implementation potential - Feasibility	เป็นสิ่งที่พยาบาลสามารถปฏิบัติและกำหนดรูปแบบได้อย่างอิสระในหน่วยงาน เป็นการพัฒนาจากงานที่ปฏิบัติอยู่เดิม โดยนำโปรแกรมจากงานวิจัยไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยจิตเภทในหน่วยงานเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถใช้ทักษะการสื่อสารได้อย่างมีประสิทธิภาพและอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข
Implementation potential - Cost-benefit ratio	การบำบัดเป็นวิธีการดูแลที่ไม่ก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อผู้ป่วย เป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการสนทนามากขึ้น และทางหน่วยงานไม่เสียค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยแต่ละรายแต่จะเสียค่าใช้จ่ายในการเตรียมอุปกรณ์ต่างๆบ้าง
การสรุปเพื่อนำไปใช้	- การจะนำโปรแกรมที่สร้างในต่างวัฒนธรรมมาใช้กับประเทศไทยต้องมีการประยุกต์ให้เหมาะสมทั้งวัฒนธรรมและภาษาด้วย - เครื่องมือที่ใช้วัดความสำเร็จของ Program อาจเป็นเรื่องการประเมินความรู้เรื่องการสื่อสารและความวิตกกังวลในการสร้างสัมพันธภาพประกอบด้วย 1) แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับทักษะการสื่อสาร 2) Spielberg's State-Trait Anxiety ใช้วัดระดับความเครียด - โปรแกรมการฝึกสามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจและเกิดการยอมรับในสังคมด้วย

เรื่องที่ 2 ชื่อผู้วิจัย Hui-Ching Chien , Chih-Hung Ku , Ru-Band Lu , Hsin Chu , Yao-Hua Tao, And Kuei-Ru Chou

ชื่องานวิจัย Effects of Social Skills Training on Improving Social Skills of Patien With Schizophrenia

แหล่งที่พิมพ์/ปีที่พิมพ์ Archives of Psychiatric Nursing (2003)

วัตถุประสงค์การวิจัย	เพื่อศึกษาผลของการฝึกทักษะการสนทนาและทักษะการแสดงออกที่เหมาะสมของผู้ป่วยจิตเภท
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัย	ผู้ป่วยในจำนวน 78 คน ซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทและยินยอมเข้าร่วมทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ซึ่งมีลักษณะเหมือนกันดังนี้ เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส ศาสนา จำนวนครั้งที่เข้ารับรักษาในโรงพยาบาล จำนวนวันนอน อาชีพก่อนที่จะป่วย ได้รับการประทานยาอะไร สถานะทางเศรษฐกิจ และประวัติการได้รับการฝึกทักษะทางสังคม - กลุ่มทดลองจำนวน 35 คน - กลุ่มควบคุมจำนวน 43 คน - อายุเฉลี่ย 41 ปี
Settings ของงานวิจัย	วอร์ดจิตเวช โรงพยาบาลจิตเวช ในประเทศไต้หวัน
ระเบียบวิธีวิจัย/ระดับงานวิจัย	Level II
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	1. The Positive and Negative Syndrome Scale เป็นเครื่องมือที่ใช้วัด 4 ส่วนย่อย คือ - กลุ่มอาการทางบวก - กลุ่มอาการทางลบ - พยาธิสภาพทางจิต - ปัจจัยเสี่ยงต่อความก้าวร้าว วิธีการประเมินโดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วย 2. The Interaction Anxiousness Scale เป็นเครื่องมือที่ใช้วัดระดับความเครียดส่วนบุคคล ซึ่งประกอบด้วย 15 หัวข้อ โดยระดับคะแนนวิตกกังวลเล็กน้อยที่ 15 คะแนน จนถึงระดับวิตกกังวลมากที่คะแนน 75 คะแนน

	3. The Interpersonal Communication Satisfaction Scale เป็นเครื่องมือที่ใช้วัดความพึงพอใจในการสื่อสารระหว่างบุคคลอีกระดับคะแนนสูงแสดงว่าเขารู้สึกพึงพอใจมากผลก็คือการสื่อสารของเขาก็จะดี 4. The Assertive Skill Scale ใช้วัดทัศนคติ - เครื่องมือวัดทั้ง 4 ชนิดนี้ใช้ประเมินผู้ป่วย 4 ครั้ง ครั้งแรกก่อนเข้าโปรแกรม ครั้งที่ 2 หลังจากทำโปรแกรม 2 สัปดาห์ ครั้งที่ 3 หลังจากทำโปรแกรม 4 สัปดาห์ และครั้งที่ 4 ประเมิน 1 เดือนหลังจากสิ้นสุดโปรแกรม
Intervention	การฝึกจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความสามารถด้านทักษะทางสังคมซึ่งในกลุ่มทดลองจะใช้เวลาในการฝึก 2 ครั้งต่อสัปดาห์ รวมทั้งหมด 8 ครั้ง(ครั้งละ 60 นาที) ทำ 4 สัปดาห์ในแต่ละเดือน ซึ่งวิธีการคือ - 10 นาทีแรกทำกิจกรรมอุ่นเครื่อง - 40 นาทีต่อมาใช้การอธิบาย การสาธิต และแสดงบทบาทสมมุติ - 10 นาทีสุดท้ายให้สะท้อนความรู้สึกละและแลกเปลี่ยนความคิดเห็น โดยมีผู้นำกลุ่มและผู้ช่วยผู้นำกลุ่มซึ่งมีประสบการณ์การทำงานในแผนกจิตเวชและมีประสบการณ์เรื่องการทำกลุ่มทักษะทางสังคม 7 ปี วิธีการฝึกทักษะทางสังคมมี 5 ส่วนด้วยกันคือ 1. การอธิบาย คือ ผู้นำกลุ่มต้องยกสถานการณ์ที่ง่าย ๆ มาให้ผู้ป่วยได้เห็นและให้ทุกคนช่วยกันดูว่ามีปัญหาอะไรและควรกำหนดทักษะอะไรในการแก้ปัญหาในการฝึก โดยในการฝึกจะใช้วิดีโอหรือกระดานดำในการช่วยสอน 2. การสาธิต คือ จะให้ผู้ป่วยสาธิตย้อนกลับเพื่อให้ผู้ป่วยเห็นว่าการตอบสนองที่เหมาะสมแต่ละสถานการณ์นั้นเราควรแสดงพฤติกรรมอย่างไรโดยผู้นำกลุ่มและผู้ร่วมกลุ่มมาร่วมกันแสดงการสาธิตด้วย 3. การแสดงบทบาทสมมุติ อาจมีการคัดเลือกผู้ป่วยที่จะมาแสดงบทบาทสมมุติ และไม่ว่าผู้ป่วยจะร่วมแสดงบทบาทสมมุติในกลุ่มหรือไม่ก็ตามแต่ผู้ป่วยควรที่จะถูกกระตุ้นให้ไปใช้ทักษะต่อที่บ้าน 4. การสะท้อนความคิดเห็น การส่งเสริมความสามารถทางสังคม ควรจะใช้คำพูดที่กลุ่มเห็นว่ามีความชัดเจน เป็นรูปธรรม และมีลักษณะของการแสดงความคิดเห็นในทางบวก และการสะท้อนความรู้สึกที่ดี ควรให้ในทันทีที่ Role play เสร็จ

	5. การทำแบบฝึกหัด โดยการให้ผู้ป่วยฝึกทักษะเหล่านี้เป็นประจำและนำไปปรับใช้ในชีวิตประจำวัน
ผลการวิจัย	<u>ก่อนเข้ากลุ่ม</u> - ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างทั้ง 2 กลุ่มในเรื่องของ อายุ, ประวัติโรคจิตเวช, จำนวนครั้งที่เข้ารับรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช, เพศ, สถานะทางเศรษฐกิจ, สถานภาพสมรส, ศาสนา, ประวัติครอบครัว, ประวัติการฝึกทักษะทางสังคม, ความวิตกกังวล และส่วนที่จะเสริมความเสี่ยงความก้าวร้าว ยกเว้น กลุ่มอาการทางบวก, กลุ่มอาการทางลบ, พยาธิสภาพทางจิต <u>หลังเข้ากลุ่ม</u> - คะแนนกลุ่มอาการทางบวก, คะแนนกลุ่มอาการทางลบ, คะแนนพยาธิสภาพทางจิตของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ - ทักษะการสนทนาในกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม - ค่าคะแนนก่อนการได้รับการฝึกทักษะ ระหว่างการฝึกทักษะ หลังการฝึกทักษะ และการติดตามอย่างต่อเนื่องของทั้งสองกลุ่ม พบว่าคะแนนเฉลี่ยของทักษะการสนทนาในกลุ่มทดลองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ - ประสิทธิภาพของโปรแกรมยังคงดำรงต่อไปหลังจากสิ้นสุดโปรแกรม 4 สัปดาห์
Clinical relevance	เป็นการวิจัยที่ตรงประเด็นปัญหา โดยในงานวิจัยเป็นการนำโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมด้านการสนทนาแก่ผู้ป่วยจิตเภทที่รับการรักษาในวอร์ดจิตเวช ซึ่งมีความชัดเจนในเรื่องของ Intervention ระยะเวลาในการฝึก พยาบาลสามารถนำมาประยุกต์ใช้ได้ตามขอบเขตของการปฏิบัติการพยาบาล เช่น การทำกลุ่มกิจกรรมเพื่อฝึกทักษะการสื่อสารในผู้ป่วยจิตเภทที่รักษาในโรงพยาบาลจิตเวช
Scientific merit	การออกแบบงานวิจัยมีความเหมาะสมและมีความสอดคล้อง ตั้งแต่ชื่อเรื่อง วัตถุประสงค์ การวิเคราะห์ข้อมูล ผลการวิจัย สรุปและอภิปรายผลเหมาะสม ในการวิจัยใช้วิธีการทำกลุ่ม กล่าวถึงวรรณกรรมที่บทวนเพียงเล็กน้อยว่า การสนทนาเป็นช่องทางหนึ่งของการสื่อสารที่ต้องค่อยๆฝึกจากที่ไม่มีการสนทนากับผู้อื่นเมื่อมีการฝึกตามกระบวนการในที่สุดแล้วผู้ป่วยก็จะสามารถสนทนากับผู้อื่นได้ในที่สุด ระบุรูปแบบการวิจัยไว้ชัดเจน ระบุนัยของของกลุ่มตัวอย่างและคุณสมบัติที่จะนำเข้าหรือนำออกจากการวิจัย ใช้เครื่องมือ 5

Scientific merit (ต่อ)	เครื่องมือ ไม่ได้กล่าวถึงการรับรองจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูลเหมาะสมกับขนาดกลุ่มตัวอย่าง ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่ากลุ่มทดลองมีทักษะการสนทนามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ช่วยส่งเสริมให้การฝึกทักษะการสื่อสารมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น นำเสนอผลการวิจัยทั้งแบบบรรยาย ตาราง ทำให้เข้าใจได้ง่าย
Implementation potential - Transferability of the findings	ความรู้จากงานวิจัยมีความเหมาะสมกับหน่วยงาน กลุ่มประชากรในการวิจัย เป็นกลุ่มที่มีลักษณะที่คล้ายคลึงกับผู้ป่วยจิตเภทในหน่วยงาน เป้าหมายของงานวิจัยสอดคล้องกับพันธกิจของหน่วยงานในการสร้างนวัตกรรมเพื่อช่วยฟื้นฟูทักษะทางสังคมด้านการสื่อสารในผู้ป่วยจิตเภท
Implementation potential - Feasibility	เป็นสิ่งที่พยาบาลสามารถปฏิบัติและกำหนดรูปแบบได้อย่างอิสระในหน่วยงาน เป็นการพัฒนาจากงานที่ปฏิบัติอยู่เดิม และเป็นโปรแกรมการฝึกที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อน หน่วยงานและองค์กรมีความพร้อม พยาบาลสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการฝึกทักษะผู้ป่วยได้เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทได้ฝึกทักษะการสนทนาได้อย่างมีประสิทธิภาพ
Implementation potential - Cost-benefit ratio	การทำกิจกรรมกลุ่มเป็นวิธีการฝึกทักษะที่ไม่ก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อผู้ป่วย เป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสามารถด้านทักษะทางสังคมด้านการสื่อสาร การสนทนา ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถสนทนา และสื่อสารกับผู้อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดพฤติกรรมแยกตัวเอง ลดการกำเริบและภาวะการดูแลของญาติ ก่อให้เกิดความพึงพอใจทั้งผู้รับบริการและผู้ให้บริการ ด้านบุคลากรควรได้รับการอบรมหรือฝึกทักษะเรื่องการทำกลุ่มทักษะทางสังคมเพื่อให้สามารถปฏิบัติหน้าที่ผู้นำกลุ่มได้อย่างมีประสิทธิภาพ
การสรุปเพื่อนำไปใช้ การสรุปเพื่อนำไปใช้ (ต่อ)	- รูปแบบของการสอนควรมี 5 ส่วนด้วยกันคือ 1. การอธิบาย 2. การสาธิต 3. การแสดงบทบาทสมมุติ 4. การสะท้อนความคิดเห็น การส่งเสริมความสามารถทางสังคม 5. การทำแบบฝึกหัด - ผู้นำกลุ่มและผู้ช่วยผู้นำกลุ่มควรมีประสบการณ์การทำงานในวอร์ดจิตเวช - โปรแกรมการฝึกทักษะการสนทนา ควรจัดให้มีระยะเวลาที่ต่อเนื่องไม่ควรต่ำกว่า 4 สัปดาห์ ใช้เวลาในการฝึก 2 ครั้งต่อสัปดาห์ รวมทั้งหมด 8 ครั้ง (ครั้งละ

	60 นาที) - การประเมินความสำเร็จของโปรแกรมต้องประเมินเป็นระยะๆ เช่น ประเมินผู้ป่วย 4 ครั้ง ครั้งแรกก่อนเข้าโปรแกรม จะใช้ The Positive and Negative Syndrome Scale ในการประเมินอาการของผู้ป่วย ครั้งที่ 2 หลังจากทำโปรแกรม 2 สัปดาห์ใช้ The Interaction Anxiousness Scale ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินระดับความวิตกกังวลส่วนบุคคล ครั้งที่ 3 หลังจากทำโปรแกรม 4 สัปดาห์ใช้ The Interpersonal Communication Satisfaction Scale เป็นเครื่องมือที่ใช้วัดความพึงพอใจในการสื่อสารระหว่างบุคคล และครั้งที่ 4 ประเมิน 1 เดือนหลังจากสิ้นสุดโปรแกรมใช้ The Assertive Skill Scale ใช้วัดทัศนคติของผู้ป่วย - กลุ่มที่ไม่ควรให้ใหญ่เกินไปเพราะจะเห็นได้ว่าการทำกลุ่มในกลุ่มทดลองมีการแบ่งเป็นกลุ่มย่อยอีกจึงจะทำให้การฝึกทักษะการสนทนามีประสิทธิภาพ - เนื้อหาการสอน วิธีการสอน ควรมีความหลากหลาย หรือไม่ควรเฉพาะเจาะจงวิธีการใดวิธีการหนึ่งมาใช้ - ถ้าต้องการวัดระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยอาจใช้เครื่องมือ The Interaction Anxiousness Scale มาใช้ - ถ้าต้องการวัดความพึงพอใจของผู้ป่วยอาจใช้ The Interpersonal Communication Satisfaction Scale ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้วัดความพึงพอใจในการสื่อสารระหว่างบุคคล - ถ้าต้องการวัดทัศนคติของผู้ป่วยอาจใช้ The Assertive Skill Scale มาใช้
--	--

เรื่องที่ 3 ชื่อผู้วิจัย Lise – Lotte Nilsson , Rolf W Grawe , Sten Levander & Anne – Lise

ชื่องานวิจัย Efficacy of conversational skills training of schizophrenia patients

In Sweden and Norway

แหล่งที่พิมพ์/ปีที่พิมพ์ International Review of Psychiatry (1998)

วัตถุประสงค์การวิจัย	เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของการฝึกทักษะการสนทนาของผู้ป่วยจิตเภทในประเทศ สวีเดน และนอร์เวย์
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัย	- Sweden ผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 10 คน (อายุเฉลี่ย 45 ปี) ที่ขาดทักษะทางสังคม และได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ซึ่งผ่านการคัดเลือกจากเจ้าหน้าที่และยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย - Norway ผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 5 คน (อายุเฉลี่ย 26 ปี) ที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลซึ่งมีคุณสมบัติดังนี้ 1. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท 2. สามารถบอก ชื่อ-สกุล วัน เดือน ปีเกิดและวันที่ปัจจุบันได้อย่างเหมาะสม 3. สนใจที่จะติดต่อสื่อสารกับผู้อื่นบ้าง 4. มีเพื่อนบ้าง 5. เข้าใจและสามารถใช้ประโยชน์ต่างๆ ได้และฟังผู้อื่นอย่างน้อย 3-5 นาที โดยไม่รบกวนหรือขัดจังหวะ
Settings ของงานวิจัย	- Sweden ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอก - Norway ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาแผนกผู้ป่วยใน
ระเบียบวิธีวิจัย/ระดับงานวิจัย	One group pre-post test Level IV
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	- The Social Interaction Schedule (SIS) ซึ่งเป็นการประเมินพฤติกรรมขณะสนทนา เช่น การสบตา ปริมาณ ความเร็วของคำพูด น้ำเสียง การสื่อคำพูดหรือการคิดที่สอดคล้องเหมาะสม - Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) ซึ่งเป็นการประเมินอาการทางจิต โดยมีหัวข้อประเมิน 24 หัวข้อ - Experienced Raters ใช้ในการประเมินผู้ป่วยหลังสิ้นสุดการฝึกทักษะการสนทนา

Intervention	- การสอนจะต้องใช้หลักการเรียนการสอนและใช้เทคโนโลยีเพื่อช่วยกระตุ้นผู้เรียน จูงใจผู้เรียนให้อยากเรียน รวมทั้งการฝึกผู้ป่วยในเรื่องการใช้เหตุผลสำหรับการฝึกในนอกรเวย์ - บทเรียนที่สอนมี 5 ทักษะ คือ 1.การติดต่อสื่อสารโดยภาษาพูดและไม่ใช้ภาษาพูด 2. การเริ่มต้นสนทนาอย่างเป็นมิตร 3. การดำเนินการสนทนา 4. การจบบทสนทนาอย่างเป็นมิตร 5. การใช้ทักษะแบบผสมผสาน - วิธีการฝึกให้ผู้ป่วยพัฒนาทักษะการสื่อสารจะต้องเน้นเรื่องการเผชิญปัญหา การแก้ปัญหาโดยใช้เหตุผลและทักษะในการรับข้อมูล ทักษะกระบวนการส่งต่อข้อมูล โดยใช้เทคนิคการเรียนการสอน อาทิ - การสอนโดยตรง - การทำตัวอย่างให้ดู - การฝึกซ้อม - การให้แรงเสริมทางสังคม - การสะท้อนกลับเพื่อแก้ไขสิ่งที่ไม่ถูกต้อง เทคนิคต่างๆเหล่านี้จะถูกบูรณาการในทุก Session ซึ่งทักษะต่างๆใน Session ประกอบด้วย - ความสามารถในการดำเนินการสนทนา - การสนทนาอย่างเป็นมิตรกับเพื่อน บุคคลที่คุ้นเคย หรือกับบุคคลแปลกหน้า ซึ่งในโปรแกรมการฝึกจะมีคู่มือสำหรับผู้ฝึก แบบฝึกหัดสำหรับผู้ป่วยและ VDO tape ที่ใช้ในการสอนโดยมีทั้งหมด 7 กิจกรรมการเรียนรู้ซึ่งสอนโดยใช้หลักการให้ความรู้ ใช้เทคโนโลยีช่วยสอน ใช้การกระตุ้นให้กำลังใจ และ ใช้ทักษะการแก้ปัญหา - ใน Sweden ใช้สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ระยะเวลา 1 ปี (45 ครั้ง) - ใน Norway ใช้สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ระยะเวลา 14 สัปดาห์ (28 ครั้ง)
---------------------	--

ผลการวิจัย	- มีการเพิ่มของทักษะการสนทนาทั้ง 2 กลุ่ม ($P < 0.001$) - แนวโน้มของคนนอร์เวย์จะมีทักษะการสื่อสารดีกว่าคนสวีเดนทั้งก่อนและหลังฝึก - คนสวีเดนมีอายุเฉลี่ยมากกว่าคนนอร์เวย์ (45 และ 26 ปีตามลำดับ) ทำให้ใช้ระยะเวลาในการฝึกและต้องใช้แรงจูงใจในการฝึกมากขึ้นด้วย - ไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างทักษะที่เพิ่มขึ้นกับ อายุ เพศ BPRS total scores , Positive symptom scores , Negative Symptom scores อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
Clinical relevance	ปัญหาในการวิจัยตรงกับประเด็นปัญหาทางคลินิกที่ต้องการแก้ไขคือ การฝึกทักษะการสนทนาของผู้ป่วยจิตเภท โดยเป็นการนำโปรแกรมการสนทนาทดลองทำในประเทศสวีเดนและนอร์เวย์ ให้ผู้ป่วยมีการฝึกตามโปรแกรมการสนทนาซึ่งมีบทเรียน 5 ทักษะแต่ละต่างกันที่ประเทศสวีเดน เป็นผู้ป่วยนอกใช้เวลาในการฝึกสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นระยะเวลา 1 ปี (รวม 45 ครั้ง) ประเทศนอร์เวย์ เป็นผู้ป่วยในใช้เวลาในการฝึกสัปดาห์ละ 2 ครั้ง เป็นระยะเวลา 14 สัปดาห์ (รวม 28 ครั้ง) โดยเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยฝึกใช้กระบวนการสนทนาเพื่อเพิ่มความสามารถในการสื่อสาร พยาบาลสามารถนำนวัตกรรมมาประยุกต์ใช้ได้ตามขอบเขตของการพยาบาลในการฟื้นฟูทักษะการสื่อสารในผู้ป่วยจิตเภท
Scientific merit	ทีมผู้วิจัยเป็นบุคลากรที่มีประสบการณ์ตรงด้านจิตเวชทั้งสองประเทศมีความน่าเชื่อถือ งานวิจัยได้รับการตีพิมพ์ในวารสารด้านจิตเวช ชื่อเรื่อง วัตถุประสงค์ แต่ไม่มีคำถามหรือสมมติฐานการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูลมีความเหมาะสมและสอดคล้องกัน กลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยมีการระบุเกณฑ์ในการเลือกอย่างชัดเจน ไม่แสดงหลักฐานการรับรองจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ ผลการศึกษาระบุคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างไว้ชัดเจน เครื่องมือมีความน่าเชื่อถือ และผู้ที่ใช้เครื่องมือนี้ได้ผ่านการอบรมให้สอน Module เหล่านี้ โดยที่เครื่องมือนี้เป็นเครื่องมือที่นำมาจาก UCLA ซึ่งเป็นสถาบันที่มีความเชี่ยวชาญในการฟื้นฟูทักษะทางสังคมโดยเฉพาะทักษะการสื่อสารในผู้ป่วยจิตเภท ผลการวิจัยพบที่มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ มีการนำเสนอผลการวิจัยในรูปแบบตารางและอธิบายชัดเจน
Implementation potential	ความรู้จากงานวิจัยมีความเหมาะสมที่จะนำไปใช้ในหน่วยงาน เนื่องจากมี

- Transferability of the findings	เป้าหมายในการส่งเสริมผู้ป่วยจิตเภท ให้มีทักษะการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพโดยมีการสนทนากับผู้อื่นมากขึ้น ซึ่งจากงานวิจัยมีการเปรียบเทียบให้เห็นถึงความแตกต่างของทั้งสองประเทศ ที่ใช้ Setting ต่างกัน ระยะเวลาต่างกัน แต่ที่เหมือนกันคือเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยและโปรแกรมการฝึก โดยพบว่ากลุ่มที่มีอายุเฉลี่ยในการฝึกน้อยมีแนวโน้มของทักษะการสื่อสารดีกว่ากลุ่มที่มีอายุเฉลี่ยมากซึ่งต้องใช้ระยะเวลาในการฝึก และใช้แรงจูงใจในการฝึกมากขึ้นด้วย สำหรับผู้ป่วยในหน่วยงานมีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างงานวิจัยในประเทศนอร์เวย์ซึ่งเป็นผู้ป่วยในเหมือนกัน
Implementation potential - Feasibility	พยาบาลสามารถนำโปรแกรมการสอนมาประยุกต์ใช้ในหน่วยงานได้โดยอิสระ ไม่เกิดความยุ่งยากหรือทำให้ภาระงานมากขึ้น หน่วยงานมีความพร้อมด้านบุคลากรและสถานที่ในการดำเนินงาน สามารถกำหนดรูปแบบให้เหมาะสมกับการดำเนินงานหน่วยงานได้ โดยนำโปรแกรมมาปรับใช้กับผู้ป่วยที่มีความบกพร่องด้านการสื่อสารและสัมพันธภาพกับผู้อื่น ไม่มีผลให้เกิดความขัดแย้งในหน่วยงาน เนื่องจากเป็นการพัฒนาจากงานที่ปฏิบัติอยู่เดิม อย่างไรก็ตามเนื้อหาของโปรแกรมใช้ระยะเวลาในการสอนและฝึกนาน จึงอาจต้องมีการปรับเนื้อหาของโปรแกรมเพื่อให้มีความเหมาะสมกับหน่วยงานฟื้นฟู
Implementation potential - Cost-benefit ratio	การนำไปใช้ไม่ก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อผู้ป่วยและหน่วยงาน เนื่องจากมีประโยชน์ต่อผู้ป่วยในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น ทำให้ผู้ป่วยสนทนามากขึ้นและสามารถดูแลตนเองได้ดีขึ้นและกล้าที่จะสนทนากับบุคคลอื่นมากยิ่งขึ้น มีความคุ้มค่ามากในการลดความบกพร่องของทักษะทางสังคมด้านการสื่อสาร ลดค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและญาติในเรื่องการรักษา ค่าใช้จ่ายของหน่วยงานอาจมีเพิ่มในเรื่องการอบรมบุคลากรเรื่องการทำกลุ่มทักษะทางสังคมด้านการสื่อสาร เพื่อให้ผู้บำบัดมีความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับเนื้อหาการสอน ขั้นตอนการทำกลุ่มได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การสรุปเพื่อนำไปใช้	- เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยเข้าร่วมโปรแกรมการฝึก - เนื้อหาโปรแกรมการฝึกควรประกอบด้วยชุดการสอน 5 ทักษะ คือ 1. การติดต่อสื่อสาร โดยภาษาพูดและไม่ใช่ภาษาพูด 2. การเริ่มต้นสนทนาอย่างเป็นมิตร 3. การดำเนินการสนทนา 4. การจบบทสนทนาอย่างเป็นมิตร 5. การใช้ทักษะแบบผสมผสาน - และวิธีการฝึกทักษะการสื่อสารควรประกอบด้วย - การสอนโดยตรง - การทำตัวอย่างให้ดู - การฝึกซ้อม - การให้แรงเสริมทางสังคม - การสะท้อนกลับเพื่อแก้ไขสิ่งที่ไม่ถูกต้อง - ควรมีกุ่มือสำหรับผู้ฝึกและแบบฝึกหัดสำหรับผู้ฝึกด้วย และควรมีวิดีโอประกอบการสอน - ทักษะต่างๆใน Session ควรประกอบด้วย - ความสามารถในการดำเนินการสนทนา - การสนทนาอย่างเป็นมิตรกับเพื่อน บุคคลที่คุ้นเคย หรือกับบุคคลแปลกหน้า - การสอนจะต้องใช้หลักการเรียนการสอนและใช้เทคโนโลยีเพื่อช่วยกระตุ้นผู้เรียน จูงใจผู้เรียนให้อยากเรียน รวมทั้งการฝึกผู้ป่วยในเรื่องการใช้เหตุผล - การฝึกถ้าจะให้ได้ประสิทธิภาพควรเป็นผู้ป่วยในและใช้ระยะเวลาในการฝึกสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ระยะเวลารวม 14 สัปดาห์ (28 ครั้ง) - การประเมินพฤติกรรมของผู้ป่วยควรใช้ The Social Interaction Schedule (SIS) และเมื่อมีการฝึกทักษะการสนทนาสิ้นสุดควรใช้ Experienced Raters
---------------------	---

เรื่องที่ 4 ชื่อผู้วิจัย พรทรัพย์ สมิตยเสียร

ชื่องานวิจัย ผลของการฝึกทักษะสัมพันธ์ทางระหว่างบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมการแสดงออกของผู้ป่วยจิตเภท

แหล่งที่พิมพ์/ปีที่พิมพ์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (2534)

วัตถุประสงค์การวิจัย	เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของการฝึกทักษะสัมพันธ์ทางระหว่างบุคคลต่อพฤติกรรมการแสดงออกของผู้ป่วยจิตเภท
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัย	ผู้ป่วยจิตเภทที่รับไว้รักษาในแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลสมเด็จพระยาจำนวน 30 คน มีคุณสมบัติดังนี้ 1. เป็นผู้ป่วยที่มีอายุระหว่าง 14-30 ปี ทั้งเพศชายและหญิง 2. ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท 3. มีการศึกษาไม่ต่ำกว่าเกณฑ์บังคับ คือ ป.6 อ่านและเขียนหนังสือได้ พุดคุยรู้เรื่องดี 4. ผู้ป่วยมีความเต็มใจและสมัครใจ
Settingsของงานวิจัย	ผู้ป่วยในของโรงพยาบาลสมเด็จพระยา
ระเบียบวิธีวิจัย/ระดับงานวิจัย	RCT Level II
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	เครื่องมือที่ใช้ในการวัดผลของการวิจัยครั้งนี้ เป็นเครื่องมือสำหรับวัดพฤติกรรมการแสดงออกของผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วยแบบวัด 2 ชุด คือ 1. แบบสอบถามประเมินพฤติกรรมการแสดงออก (The Assertion Inventory) โดยแบบสอบถามนี้ประกอบด้วยข้อความสั้น 40 ข้อ ที่ครอบคลุมพฤติกรรมแสดงออกอย่างกว้างขวาง 2. แบบสังเกตพฤติกรรมแสดงออก แบบสอบถามนี้จำนวน 20 ข้อ แบ่งเป็น 5 ระดับคะแนน
Intervention	การฝึกทักษะสัมพันธ์ทางระหว่างบุคคล เป็นกิจกรรมกลุ่มโดยจัดทุกวันวันละ 1 ชั่วโมง เป็นเวลา 10 วันติดต่อกัน โดยมีรายละเอียดดังนี้ ครั้งที่ 1.การเปิดเผยตัวเอง ครั้งที่ 2.การอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นในสังคม

Intervention (ต่อ)	ครั้งที่ 3.การปฏิบัติตนให้เป็นที่ยอมรับของบุคคลอื่น ครั้งที่ 4.คำพูดที่แสดงมิตรภาพ ครั้งที่ 5.การแสดงการปฏิเสธและไม่เห็นด้วยอย่างสุภาพ ครั้งที่ 6.การให้ความช่วยเหลือผู้อื่นและการร้องขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น ครั้งที่ 7.การฟังอย่างมีคุณภาพ ครั้งที่ 8.การรักษาสิทธิของตนเอง ครั้งที่ 9.ความสามารถในการแสดงความรู้สึกของตนทั้งทางบวกและทางลบ ครั้งที่ 10.ประเมินผล
ผลการวิจัย	1.คะแนนพฤติกรรมก่อนและหลังการทดลองของผู้ป่วยกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงว่าผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับการฝึกทักษะสัมพันธภาพระหว่างบุคคลมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยกลุ่มบำบัดตามปกติ 2.กลุ่มควบคุมที่ได้รับการรักษาด้วยกลุ่มบำบัดตามปกติในหอผู้ป่วย ภายหลังการทดลองมีพฤติกรรมที่ประเมินได้จากการสังเกตเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น แต่ความรู้สึกไม่สบายใจ และความเป็นไปได้ของพฤติกรรมการแสดงออกตามการรับรู้ของผู้ป่วยเองไม่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม
Clinical relevance	ปัญหาการวิจัยตรงกับปัญหาทางคลินิกที่ต้องการแก้ไขคือ การส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถใช้ทักษะการสื่อสาร โดยเป็นการฝึกทักษะสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและกลุ่มบำบัดปกติในหอผู้ป่วยมีส่วนทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้น ทั้งนี้เป็นเพราะการเข้าร่วมกิจกรรมในกลุ่มบำบัดทำให้ผู้ป่วยได้เกิดการเรียนรู้การสร้างสัมพันธภาพ และฝึกฝนการปรับตัวให้เข้ากับผู้อื่น มีเนื้อหาในการสอนผู้ป่วยชัดเจน คือ มี 10 ครั้งและในแต่ละครั้งก็จะกำหนดเรื่องที่จะสอนไว้อย่างชัดเจนโดยผู้ป่วยต้องทำกลุ่มทุกวัน วันละ 1 ชั่วโมง เป็นเวลา 10 วันติดต่อกัน เป็นวิธีการที่พยาบาลสามารถปฏิบัติได้อย่างอิสระตามขอบเขตของการปฏิบัติการพยาบาล
Scientific merit	ทีมผู้วิจัยเป็นพยาบาลที่มีความชำนาญด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเวช แต่ผลงานวิจัยไม่มีการนำไปตีพิมพ์ในวารสารที่เกี่ยวข้องกับด้านจิตเวชทั้งในประเทศและต่างประเทศ วัตถุประสงค์การวิจัยระบุไว้เหมาะสมกับหัวข้อการวิจัยและตั้งคำถามการวิจัยไว้ชัดเจน ระบุรูปแบบการวิจัยและกลุ่มตัวอย่างไว้ชัดเจน อธิบายเกณฑ์การเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าและออกจากการวิจัย วิธีการสุ่ม

	กลุ่มตัวอย่างอธิบายในรายงานไว้อย่างชัดเจน ระบุขั้นตอนการเก็บข้อมูลไว้ชัดเจน เครื่องมือผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางการแพทย์และจิตวิทยาซึ่งมีความรู้ในเรื่องที่ศึกษาอย่างดี
Implementation potential - Transferability of the findings	ความรู้จากงานวิจัยมีความเหมาะสมในการนำไปใช้ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความสามารถในการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นมากยิ่งขึ้นได้ทั้งขณะอยู่ในโรงพยาบาลและเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน กลุ่มผู้ป่วยจิตเภทในหน่วยงานมีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัย เป้าหมายของงานวิจัยสอดคล้องกับพันธกิจของหน่วยงานในการสร้างนวัตกรรมเพื่อช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภท
Implementation potential - Feasibility - Feasibility (ต่อ)	พยาบาลสามารถนำมาประยุกต์ใช้สร้างแนวปฏิบัติในงานประจำได้เนื่องจากเป็นวิธีการที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อน ใช้เทคนิคที่พยาบาลจิตเวชต้องใช้เป็นประจำ ไม่กระทบต่อการปฏิบัติงานเดิมในหน่วยงาน องค์กรให้ความสนับสนุนในการคิดค้นนวัตกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย จึงน่าจะได้รับความร่วมมืออย่างดีในหน่วยงาน
Implementation potential - Cost-benefit ratio	แนวปฏิบัติเป็นการดูแลผู้ป่วยที่ไม่เกิดความเสี่ยงต่อผู้ป่วยแต่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถฝึกทักษะการสื่อสาร โดยไม่ต้องใช้เทคโนโลยีขั้นสูง เพิ่มคุณภาพชีวิตในการดำรงอยู่ในสังคม ไม่เกิดอาการทางจิตกำเริบอย่างส่งผลให้อัตราการกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลลดลง เกิดผลดีทั้งตัวชี้วัดของหน่วยงานลดลงตามเกณฑ์และค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยลดลง ส่งผลให้ญาติรู้สึกเป็นภาระน้อยลง การปฏิบัติเป็นขั้นตอนง่ายไม่ต้องใช้เทคโนโลยี แต่พยาบาลผู้ดำเนินกิจกรรมต้องได้รับการฝึกอบรมให้เกิดความชำนาญเสียก่อน
การสรุปเพื่อนำไปใช้	- ควรมีรูปแบบการฝึกทักษะสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เป็นกิจกรรมกลุ่มโดยจัดทุกวันวันละ 1 ชั่วโมง เป็นเวลา 10 วันติดต่อกัน โดยมีรายละเอียดดังนี้ ครั้งที่ 1.การเปิดเผยตัวเอง ครั้งที่ 2.การอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นในสังคม ครั้งที่ 3.การปฏิบัติตนให้เป็นที่ยอมรับของบุคคลอื่น ครั้งที่ 4.คำพูดที่แสดงมิตรภาพ ครั้งที่ 5.การแสดงการปฏิเสธและไม่เห็นด้วยอย่างสุภาพ ครั้งที่ 6.การให้ความช่วยเหลือผู้อื่นและการร้องขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น

	ครั้งที่ 7.การฟังอย่างมีคุณภาพ ครั้งที่ 8.การรักษาสิทธิของตนเอง ครั้งที่ 9.ความสามารถในการแสดงความรู้สึกของตนทั้งทางบวกและทางลบ ครั้งที่ 10.ประเมินผล - เครื่องมือที่ใช้วัดเป็นเครื่องมือที่ใช้วัดพฤติกรรมการแสดงออกของผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย 2 ชุดคือ 1.แบบสอบถามประเมินพฤติกรรมแสดงออก (The Assertion Inventory) โดยแบบสอบถามนี้ประกอบด้วยข้อความสั้น 40 ข้อ ที่ครอบคลุมพฤติกรรมแสดงออกอย่างกว้างขวาง 2. แบบสังเกตพฤติกรรมแสดงออก แบบสอบถามนี้จำนวน 20 ข้อ แบ่งเป็น 5 ระดับคะแนน - ผู้ป่วยควรมีการศึกษาไม่ต่ำกว่าเกณฑ์บังคับ คือ ป.6 อ่านและเขียนหนังสือได้ พุดคุย รู้เรื่องดี
--	---

เรื่องที่ 5 ชื่อผู้วิจัย Jeffrey Bedell , Shelley S. Lennox , Adam D. Smith , Esther F. Rabinowich

ชื่องานวิจัย Evaluation of problem solving and communication skills of persons with schizophrenia

แหล่งที่พิมพ์/ปีที่พิมพ์ Psychiatry Research (1998)

วัตถุประสงค์การวิจัย	เพื่อศึกษาการประเมินผลของทักษะการเผชิญปัญหาและทักษะการสื่อสารของบุคคลทั่วไปกับผู้ป่วยจิตเภท
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัย	(1) ผู้ป่วยจิตเภทวินิจฉัยตาม DSM-III R จำนวน 20 ราย (ชาย 11 ราย และ หญิง 9 ราย) ที่ได้รับการประเมินและยืนยันว่าเป็นโรคจิตเภท (2) บุคคลที่ไม่รู้ว่าเป็นโรคจิตหรือไม่ จำนวน 23 ราย (ชาย 16 ราย หญิง 7 ราย) ที่มีความใกล้เคียงทั้งอายุและระดับสังคมเศรษฐกิจกับกลุ่มผู้ป่วย
Settings ของงานวิจัย	- แผนกผู้ป่วยนอก ที่รับบริการที่ศูนย์สุขภาพจิตชุมชน
ระเบียบวิธีวิจัย/ระดับงานวิจัย	- RCT Level VI
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	1. แบบประเมิน Paraphrase เป็นการประเมินการสื่อสารให้เป็นประโยชน์ที่บุคคลอื่นเข้าใจง่าย ซึ่งการประเมินทักษะนี้จะมีระดับคะแนน 0 – 6 คะแนน 2. แบบประเมิน Open question การใช้คำถามปลายเปิด เป็นการให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการสอน การประเมินทักษะนี้จะมีระดับคะแนน 0 – 4 คะแนน 3. แบบประเมิน Feeling reflection การตอบสนองขึ้นต่อไปของการฟังเทป คือการให้ผู้ป่วยแสดงออกทางอารมณ์หรือความรู้สึก โดยการนำเสนอ การประเมินมีระดับคะแนน 0 – 2 คะแนน
Intervention	แบ่งเนื้อหาเรื่องการประเมินทักษะการสื่อสาร เป็น 3 เรื่อง คือ - Paraphrase การสื่อสารให้เป็นประโยชน์ที่เข้าใจง่าย โดยการให้ผู้ป่วยฟังสิ่งที่ได้ยินจากเทปแล้วให้สื่อสารออกมาเป็นประโยคที่ผู้อื่นเข้าใจได้ง่าย - Open question การใช้คำถามปลายเปิด เป็นการให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการสอน เช่น ให้ผู้ป่วยฟังเทปและถามเป็นคำถามปลายเปิดเมื่อเทปหยุด โดยการถามจะไม่เป็นการใช้คำถามที่ให้ตอบว่า ใช่ หรือ ไม่ใช่ แต่การถามจะเป็นการถามเพื่อให้ผู้ป่วยมีการสนทนาเป็นประโยค - Feeling reflection การตอบสนองขึ้นต่อไปของการฟังเทป คือการให้ผู้ป่วยแสดงออกทางอารมณ์หรือความรู้สึก โดยการนำเสนอ เช่น ให้ทุกคนสมมุติว่า ถ้าเขาต้องเดินลงไปใต้รถของตนเองในลานจอดรถเวลากลางคืนซึ่งมันทั้งมืด

Intervention (ต่อ)	และว่างเปล่า อบอ้าว เขาแต่ละคนมีความเข้าใจที่จะแสดงความรู้สึกและถ่ายทอดอารมณ์ให้บุคคลอื่นทราบได้อย่างไรว่าขณะนั้นเขารู้สึกอย่างไร และการแสดงออกของอารมณ์ต้องมีความเหมาะสมกับเหตุการณ์ที่ตนเองเล่าด้วย เช่น กลัว วิดกกังวล เป็นต้น
ผลการวิจัย	ผลการวิจัยเปรียบเทียบทักษะการสื่อสาร โดยได้แสดงระดับความสามารถของคนที่ไม่ได้เป็นโรคจิตเภทและผู้ป่วยจิตเภท เปรียบเทียบเป็น t – test ใน 3 หัวข้อ คือ 1. Paraphrase บุคคลที่ไม่ได้เป็นโรคจิตเภท 4.41 ผู้ป่วยจิตเภท 2.90 2. Open question บุคคลที่ไม่ได้เป็นโรคจิตเภท 3.05 ผู้ป่วยจิตเภท 2.05 3. Feeling reflection บุคคลที่ไม่ได้เป็นโรคจิตเภท 1.71 ผู้ป่วยจิตเภท 1.14 ซึ่งผลการวิจัยพบว่าบุคคลที่ไม่ได้เป็นโรคจิตเภทเมื่อประเมินโดยใช้แบบประเมินทักษะการสื่อสารนี้แล้วมีระดับความสามารถดีกว่าผู้ป่วยจิตเภท
Clinical relevance	เป็นงานวิจัยเกี่ยวกับการนำเครื่องมือที่ใช้ประเมินทักษะการเผชิญปัญหาและทักษะการสื่อสารมาใช้ประเมินบุคคลทั่วไปกับผู้ป่วยจิตเภท โดย ชื่อเรื่องและเนื้อหา มีความสอดคล้องกัน เป็นประเด็นปัญหาที่หน่วยงานต้องการนวัตกรรมใหม่ๆ เพื่อช่วยคัดแยกผู้ป่วยเพื่อให้ทราบว่าขาดทักษะอะไรระหว่างทักษะการเผชิญปัญหาและทักษะการสื่อสาร ซึ่งผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าบุคคลทั่วไปก็สามารถขาดทักษะการเผชิญปัญหาได้ถ้าตัดสินใจไม่เหมาะสมและผู้ป่วยจิตเภทที่ขาดทักษะการสื่อสาร ดังนั้นงานวิจัยนี้จึงเป็นแนวทางที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์แก่ผู้ป่วยได้อย่างมาก และพยาบาลสามารถนำมาปฏิบัติได้
Scientific merit	งานวิจัยมีเนื้อหาตรงกับประเด็นปัญหาที่ต้องการแก้ไข และสามารถนำเครื่องมือที่ใช้ประเมินทักษะการสื่อสาร ไปใช้ประเมินผู้ป่วยจิตเภทได้ซึ่งเนื้อหาของเครื่องมือได้บอกรายละเอียดเกี่ยวกับเรื่องที่จะประเมินไว้อย่างชัดเจนทำให้เราทราบว่าผู้ป่วยขาดทักษะการสื่อสารหรือไม่
Implementation potential - Transferability of the findings	งานวิจัยสามารถนำมาเป็นแนวทางที่เหมาะสมกับหน่วยงานเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีลักษณะคล้ายคลึงกัน และเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีจำนวนมากในหน่วยงาน พยาบาลสามารถนำเครื่องมือมาใช้ได้โดยอิสระตามขอบเขตของการปฏิบัติการ พยาบาลเป็นวิธีการที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อนและไม่เกิดความเสี่ยงสามารถปฏิบัติ

- Feasibility - Cost-benefit ratio	ควบคู่ไปกับงานเดิมได้โดยไม่ทำให้เสียเวลาเพิ่ม ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องไม่ต้องเสียเวลาหรือเพิ่มงานจึงคาดว่าจะได้รับความร่วมมือในการประเมิน ช่วยให้ประเมินทักษะการสื่อสารของผู้ป่วยจิตเภทได้ เกิดประโยชน์ด้านค่าใช้จ่ายทั้งเรื่องการรักษาที่ญาติต้องจ่ายลดลง ลดต้นทุนของโรงพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง การประเมินไม่ต้องใช้เทคโนโลยีขั้นสูงหรืออุปกรณ์ราคาสูงในการประเมินทักษะการสื่อสารของผู้ป่วยจิตเภท
การสรุปเพื่อนำไปใช้	1. การฝึกทักษะการสื่อสารในผู้ป่วยจิตเภทควรเน้นฝึกทั้ง 3 ทักษะ คือ 1. Paraphrase 2. Open 3. Feeling reflection เพื่อให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการใช้การสื่อสารได้อย่างมีประสิทธิภาพ 2. การฝึกทักษะการสื่อสารต้องมีวิทยุเทปใช้ประกอบการสอนด้วยเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทฝึกปฏิบัติตาม

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นายวิโรจน์ ทองทา
วัน/เดือน/ปีเกิด	13 มกราคม 2520
จังหวัดที่เกิด	จังหวัดพิษณุโลก
ประวัติการศึกษา	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์, 2543 จังหวัดนครสวรรค์ พยาบาลศาสตรบัณฑิต (สถาบันสมทบมหาวิทยาลัยนเรศวร) มหาวิทยาลัยมหิดล, 2551 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)
ประวัติการทำงาน	ปัจจุบันดำรงตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ 7 วช.
สถานที่ทำงาน	โรงพยาบาลศรีรัษฎา (ตึกแรกรับชาย 1) 47 หมู่ 4 ถ.ติวานนท์ ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000 02-5250981 ต่อ 2343 E-Mail address . W_tongtha @ hotmail.com