

การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภท

จිරพันธ์ เอิบกมล

สารนิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2553

Copyright by Mahidol University

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

สารนิพนธ์

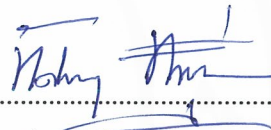
เรื่อง

การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภท


.....

นางจිරพันธ์ เอิบกมล

ผู้ศึกษา


.....

อาจารย์ที่ศนา ทวีคุณ,

Ph. D. (Nursing)

อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์หลัก


.....

ผู้ช่วยศาสตราจารย์พัชรินทร์ นันทจันทร์,

Ph. D. (Nursing)

อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ร่วม


.....

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ., ว.ว. ออร์โทปิดิกส์

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล


.....

รองศาสตราจารย์อรสา พันธุ์ภักดี,

พย.ด.

ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

สารนิพนธ์

เรื่อง

การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภท

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

วันที่ 4 พฤษภาคม พ.ศ. 2553



นางจिरพันธ์ เอิบกมล

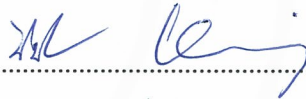
ผู้ศึกษา



ผู้ช่วยศาสตราจารย์พัชรินทร์ นันทจันทร์,

Ph. D. (Nursing)


กรรมการสอบสารนิพนธ์



ผู้ช่วยศาสตราจารย์นิตฐา หาญประสิทธิ์คำ,

Ph. D. (Nursing)

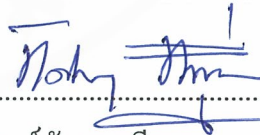
ประธานกรรมการสอบสารนิพนธ์



ผู้ช่วยศาสตราจารย์รังสิมันต์ สุนทรไชยา,

Ph. D. (Nursing)

กรรมการสอบสารนิพนธ์



อาจารย์ทัศน ทวีคุณ,

Ph. D. (Nursing)

กรรมการสอบสารนิพนธ์



ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ., ว.ว. ออร์โธปิดิกส์

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล



ศาสตราจารย์รัชตะ รัชตะนาวิน,

พ.บ., F.A.C.E.

คณบดี

คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

สารนิพนธ์นี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาของอาจารย์ ดร. ทศนา ทวีคุณ ประธานกรรมการควบคุมสารนิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พัทรินทร์ นินทจันทร์ กรรมการควบคุมสารนิพนธ์ ที่ได้ให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะแนวทางการทำสารนิพนธ์ พิจารณาตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ จนสารนิพนธ์ฉบับนี้สมบูรณ์ ตลอดจนให้กำลังใจแก่ผู้ศึกษามาโดยตลอด ผู้ศึกษาขอกราบขอบพระคุณไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนิดฐา หาญประสิทธิ์คำ ประธานกรรมการสอบสารนิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา กรรมการสอบสารนิพนธ์ที่ได้กรุณาตรวจสอบและให้คำแนะนำในการปรับปรุงสารนิพนธ์ฉบับนี้ให้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เจ้าหน้าที่ห้องสมุด และเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ช่วยเหลือและให้คำแนะนำมาโดยตลอด

ขอขอบพระคุณกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขในการอนุเคราะห์ทุนการศึกษาตลอดหลักสูตรการศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช และขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ โรงพยาบาลศรีธัญญา และหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลศรีธัญญาในการสนับสนุนให้ผู้ศึกษาได้มีโอกาสศึกษาต่อ และขอขอบพระคุณเพื่อนร่วมงาน ตลอดจนเพื่อนร่วมรุ่นทุกท่าน ที่ให้การช่วยเหลือและเป็นกำลังใจให้ผู้ศึกษาทำสารนิพนธ์สำเร็จลงได้ด้วยดี

ท้ายที่สุดผู้ศึกษาขอขอบคุณสมาชิกในครอบครัวทุกคน ที่คอยให้กำลังใจและให้ความช่วยเหลืออย่างเสมอมา จนกระทั่งสารนิพนธ์เล่มนี้สำเร็จลงด้วยดี

จิรพันธ์ เอิบกมล

การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับ โปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภท

A SYNTHESIS OF RESEARCH ON SOCIAL SKILLS TRAINING PROGRAMS FOR SCHIZOPHRENIA

จิรพันธ์ เอิบกมล 4836254 RAMH/M

พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์: ทศนา ทวีคุณ, Ph.D. (Nursing), พัชรินทร์ นินทจันทร์, Ph.D. (Nursing)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการใช้โปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภท ผู้ศึกษาได้ทำการสืบค้นงานวิจัยอย่างเป็นระบบจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ รวมถึงการสืบค้นจากวารสารต่างๆด้วยตนเอง โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัย ดังนี้คือ (1) เป็นงานวิจัยที่มีวัตถุประสงค์เพื่อที่จะประเมินผลของการใช้โปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภท (2) เป็นงานวิจัยที่ตีพิมพ์ในช่วงตั้งแต่ปี 2543 - 2552 และ(3) เป็นงานวิจัยที่สามารถเข้าถึงเอกสารฉบับเต็มได้ ในการศึกษาครั้งนี้ มีจำนวนงานวิจัยทั้งหมด 14 เรื่องที่มีลักษณะตามเกณฑ์ จากนั้นผู้ศึกษานำงานวิจัยที่ได้มาทำการวิเคราะห์เกี่ยวกับรูปแบบของโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภท โดยพิจารณาองค์ประกอบเกี่ยวกับ ลักษณะของผู้ป่วย บุคลากรที่ช่วยฝึกทักษะทักษะที่ฝึกและกลวิธีในการฝึก และผลลัพธ์จากการฝึกทักษะทางสังคม ผลการศึกษาพบว่า งานวิจัยทั้งหมดสามารถจัดแบ่งลักษณะของโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภท ออกเป็น 2 ประเภทตามทักษะที่ฝึก ได้แก่ 1)โปรแกรมที่มีการฝึกเฉพาะทักษะทางสังคมและ 2)โปรแกรมที่มีการฝึกทักษะทางสังคมร่วมกับการบำบัดทางจิตสังคมอย่างอื่น ทักษะทางสังคมที่ฝึกได้แก่ ทักษะการสื่อสาร ทักษะในการแสดงออกถึงความคิดและความต้องการของตนเองอย่างเหมาะสม ทักษะการตัดสินใจและแก้ปัญหา กลวิธีการฝึกส่วนใหญ่ ฝึกโดยการสาธิต การแสดงบทบาทสมมุติ การเล่นเกม การให้การบ้าน และการฝึกปฏิบัติในสถานที่จริง ผลลัพธ์จากการฝึก พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีทักษะทางสังคมด้านต่างๆเพิ่มขึ้น มีอาการทางจิตลดลง มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและคุณภาพชีวิตดีขึ้น พยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตสามารถนำเอาองค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ไปประยุกต์ใช้ในการให้การพยาบาล โดยการฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

คำสำคัญ: จิตเภท / การฝึกทักษะทางสังคม

**A SYNTHESIS OF RESEARCH ON SOCIAL SKILLS TRAINING PROGRAMS
FOR SCHIZOPHRENIA**

JEERAPAN ERBKAMOL 4836254 RAMH/M

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

**THEMATIC PAPER ADVISORY COMMITTEE: TUSANA THAWEEKOON, Ph.D.
(NURSING), PATCHARIN NINTACHAN, Ph.D. (NURSING)**

ABSTRACT

The purpose of this study is to review and synthesize empirical findings of social skills training for persons with schizophrenia. The author systematically searched electronic databases and hand-searched journals to identify evaluations of social skill training for schizophrenia patients. Articles were included if they were published between 2000 to 2009, and provided information about social skill training in schizophrenia. Fourteen studies met the inclusion criteria. Selected studies were analyzed to assess their program characteristics including patient characteristics, treatment teams, training skills, and outcome measures. Results showed that the characteristics of social skill training programs from selected studies could be divided into two types: 1) programs including only social skills training, and 2) programs including social skills training in conjunction with other psychosocial treatments. Social skills used in practice were communication skills, assertiveness training skills, decision making, and problem solving skills. The programs included a wide range of techniques used in social skills training such as demonstration, role plays, games, homework assignments, and practice in real life situations. The results of applying social skills training for schizophrenia included social skills improvement, decreasing psychotic symptoms, higher self-esteem and better quality of life. Psychiatric and mental health nurses can apply the results of this study by using social skills training as a nursing intervention for persons with schizophrenia.

KEY WORDS: SCHIZOPHRENIA / SOCIAL SKILLS TRAINING

189 pages

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญตาราง	ช
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการศึกษา	3
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	3
นิยามศัพท์	4
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
โรคจิตเภท	6
ทักษะทางสังคม	19
การฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภท	24
บทที่ 3 วิธีดำเนินการศึกษา	28
บทที่ 4 ผลการศึกษา	37
บทที่ 5 การอภิปรายผล	
คุณภาพและความเพียงพอของงานวิจัยและหลักฐานทางวิชาการ	72
รูปแบบของโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม	73
ลักษณะของผู้ป่วยที่ได้รับการฝึกทักษะทางสังคม	74
คุณลักษณะของผู้ฝึกทักษะทางสังคม	75
ทักษะทางสังคมและวิธีที่ใช้ฝึก	75
ผลลัพธ์ของการใช้โปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภท	80

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 6 สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ	
สรุปผลการศึกษา	86
ข้อเสนอแนะ	89
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาไทย	92
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาอังกฤษ	107
รายการอ้างอิง	123
ภาคผนวก	132
ประวัติผู้ศึกษา	189

สารบัญตาราง

ตาราง		หน้า
1	แสดงผลการสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	30
2	แสดงรายละเอียดของงานวิจัยที่ได้จากการศึกษา	34
3	แสดงรูปแบบ กิจกรรมของการฝึกทักษะทางสังคม ผลลัพธ์และแบบประเมิน ผลลัพธ์ของโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภท	49
4	แสดงประสิทธิภาพของโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภทแจกแจง ตามทักษะที่ฝึก	69
5	แสดงผลการวิเคราะห์ผลการศึกษากับการใช้โปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม ในผู้ป่วยจิตเภท	133

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด การรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรม โดยมีความเสื่อมของบุคลิกภาพและการปฏิบัติหน้าที่การทำงาน นอกจากนี้โรคจิตเภทยังเป็นโรคที่พบมากที่สุดในบรรดาโรคทางจิตเวชทั้งหมด จากการศึกษาพบว่าเมื่ออัตราการเกิดโรคจิตเภทมีประมาณร้อยละ 1 ของประชากรโลกโดยผู้หญิงและผู้ชายมีโอกาสเป็นโรคนี้นี้อันเท่าๆกัน (Sadock & Sadock, 2003) ซึ่งสอดคล้องกับสถิติการเกิดโรคจิตเภทในประเทศไทยที่พบว่าโรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่พบมากที่สุด คือพบถึงร้อยละ 51.53 ของจำนวนผู้ป่วยในทั้งหมดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิตทั้ง 16 แห่งเมื่อปีงบประมาณ 2550 (ศูนย์สารสนเทศ, 2551) ส่วนสถิติผู้ป่วยของโรงพยาบาลศรีธัญญา ซึ่งเป็นโรงพยาบาลจิตเวชขนาดใหญ่ก็พบสถิติผู้ป่วยจิตเภทในตนเองเดียวกัน คือพบผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับการรักษาในปี 2551 แบบผู้ป่วยนอกจำนวน 115,916 ราย เป็นผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 63,321 ราย คิดเป็นร้อยละ 54.6 และผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในจำนวน 5,991 ราย เป็นผู้ป่วยจิตเภท 3,687 ราย คิดเป็นร้อยละ 61.5 (รายงานสถิติประจำปีโรงพยาบาลศรีธัญญา, 2551) จะเห็นได้ว่าโรคจิตเภทเป็นโรคที่เป็นปัญหาสำคัญทางจิตเวชเนื่องจากเป็นโรคที่เรื้อรัง มีความรุนแรงและพบมากที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับโรคจิตชนิดอื่น

เนื่องจากโรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังอาการมักจะเป็นอย่างๆ และเมื่ออัตราการกำเริบสูง ทำให้มีผลกระทบทั้งต่อตัวผู้ป่วยเอง ครอบครัว ชุมชน สังคมรวมถึงประเทศชาติ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ มักมีความเสื่อมด้านต่างๆ โดยเฉพาะทักษะด้านสังคม การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น จนในที่สุดผู้ป่วยจะขาดความมั่นใจ แยกตัวจากสังคม เฉื่อยชา ไม่ยินดียินร้ายกับสิ่งใด ไม่พบปะพูดคุยกับใคร และมีพฤติกรรมชอบอยู่คนเดียว (ราตรี ภูบุญ, 2545) ไม่สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ไม่สามารถแสดงอารมณ์ ความรู้สึกให้ผู้อื่นเข้าใจได้ (Hoffmann, Kupper, & Kunz, 1998) นอกจากนี้ผู้ป่วยอาจทำลายทรัพย์สินหรือทำลายสิ่งของ (ไพรวลัย ร่มซ้าย และคณะ, 2544; มารศรี ปาณีวัตร, 2548) เอะอะอาละวาด ก้าวร้าว แสดงอาการโกรธหรือเกลียดรุนแรง อาจทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น (วาสนา ปานดอก, 2545) ผู้ป่วยจำนวนหนึ่งอาจทำความเดือดร้อนให้ชุมชนเช่น ทำร้ายผู้อื่นเนื่องจากมีอาการหวาดระแวงหรือหลงผิด ทูบทำลายข้าวของหรือพกพาอาวุธ (วิลาวัลย์

เทพโสธร, 2538) นอกจากนี้ผู้ป่วยอาจมีพฤติกรรมการแสดงออกที่ไม่เหมาะสม แสดงพฤติกรรมที่ไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม ทำให้ครอบครัวรู้สึกอับอาย (Glendy & Mackenzie, 1998) นอกจากนี้ อาจมีปัญหาด้านการเรียนเรียนไม่จบ ด้านการทำงานได้รับค่าจ้างในการทำงานน้อยกว่าคนทั่วไป (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542) ดังเช่น การศึกษาของพุดตาน พันธุณเธร และวีรยุทธ ชัยพรสุไพศาล (2551) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีรายได้น้อยกว่าประชากรทั่วไป โดยมีรายได้เฉลี่ยประมาณ 3,000 บาทต่อเดือน และมีการกำเริบบ่อยจึงทำให้ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาเป็นจำนวนมาก ก่อให้เกิดความสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจตามมา (นันทิกา ทวิชาชาติ, 2548) จะเห็นได้ว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทเกิดผลกระทบต่างๆมากมาย จากความบกพร่องทางสังคมเป็นลักษณะหลักของโรคจิตเภท ดังนั้นการพัฒนาพฤติกรรมทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทจึงเป็นเป้าหมายสำคัญของการฟื้นฟูทางจิตเวช ซึ่งการฟื้นฟูทางจิตเวชที่สำคัญอย่างหนึ่งคือการฝึกทักษะทางสังคม

การฝึกทักษะทางสังคม เป็นการบำบัดทางจิตสังคมอย่างหนึ่งที่มีประสิทธิภาพในการพัฒนาพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภท และได้รับการยอมรับว่าเป็นทางเลือกในการรักษาทางจิตสังคมอย่างหนึ่งสำหรับโรคจิตเภท (Torres, Mendez, Merino, & Moran, 2002) โดยการฝึกทักษะทางสังคมเป็นการสอนให้คนรู้จักสื่ออารมณ์และความต้องการ เพื่อให้มีโอกาสไปถึงเป้าหมายมากขึ้น และตอบสนองต่อความจำเป็นในการดำรงชีวิต โดยใช้หลักของการบำบัดทางพฤติกรรม มีการฝึกและสอนซ้ำๆเพื่อให้จำได้และรักษาทักษะไว้ได้นาน สามารถนำไปใช้ได้จริงในชีวิตประจำวัน เน้นการแก้ไขพฤติกรรมโดยการเสริมแรงทางบวก (Kopelowicz, Liberman, & Zarate, 2006) และใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถนำทักษะที่ได้จากการเรียนรู้ไปใช้กับสถานการณ์ในสังคม ในการฝึกทักษะทางสังคมประกอบด้วยทักษะการสนทนา ทักษะการแสดงออกถึงความคิดและความต้องการอย่างเหมาะสม ทักษะการแก้ปัญหา ทักษะการจัดการยา ทักษะการจัดการความเครียด ทักษะการทำงาน (Liberman et al, 1993) ซึ่งโปรแกรมที่ใช้ในการฝึกอาจแตกต่างกันขึ้นอยู่กับทักษะที่ต้องการฝึก โดยส่วนใหญ่ทุกโปรแกรมจะเน้นที่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถนำทักษะที่ได้จากการเรียนรู้ไปใช้ในสถานการณ์จริงเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ในชุมชน (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2546) การฝึกมีการใช้ทักษะและความถี่ที่เหมาะสมกับระยะอาการของโรคจะมีประโยชน์กับผู้ป่วยมาก เนื่องจากผู้ป่วยสามารถเรียนรู้ทักษะที่หลากหลาย และสามารถรักษาทักษะเหล่านั้นไว้ได้ และถ้าผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนให้มีการฝึกทักษะทางสังคมในสถานการณ์ที่ใกล้เคียงกับความเป็นจริง ผู้ป่วยจะสามารถนำทักษะที่ได้จากการฝึกไปใช้ในชีวิตจริง (Kopelowicz et al, 2006)

ผลจากการฝึกทักษะทางสังคมให้กับผู้ป่วยจิตเภท ส่งผลให้เกิดผลครอบคลุมในหลายด้านเช่น ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีทักษะทางสังคมดีขึ้น ซึ่งจะช่วยให้ผลกระทบที่เกิดจากความบกพร่อง

จากการรับรู้ลดน้อยลงและมีการปรับตัวในสังคมดีขึ้น ป้องกันการกำเริบจากการถูกกระตุ้นด้วยความเครียด ช่วยในการฟื้นฟูให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น (Kopelowicz et al, 2006) มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Chien et al., 2003; Seo, Ahn, Byun, & Kim, 2007) มีการพัฒนาความรู้และทักษะของผู้ป่วยจิตเภท (Kern, Glynn, Horan, & Marder, 2009) รวมทั้งช่วยให้ผู้ป่วยมีความสำเร็จในการทำงานและสามารถรักษางานได้ดี (Tsang & Pearson, 2001) นอกจากนี้ยังช่วยให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรับประทานยาและนำสู่การหายจากการป่วย (Kopelowicz et al, 2006)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภท ดังที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น พบว่าเป็น โปรแกรมที่มีประสิทธิผลเมื่อนำมาใช้ในการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้ศึกษาในฐานะผู้ปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชมีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยตรง ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศรีธัญญา ซึ่งเป็นโรงพยาบาลจิตเวชขนาดใหญ่ มีผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังจำนวนมาก และจากนโยบายของโรงพยาบาล ที่เน้นการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช ซึ่งการฝึกทักษะทางสังคมเป็นส่วนหนึ่งของการฟื้นฟูสมรรถภาพ ปัจจุบันโรงพยาบาลศรีธัญญามีการใช้โปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมเป็นส่วนหนึ่งในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช แต่ยังไม่มีการรวบรวมเป็นแนวปฏิบัติที่ชัดเจน ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งมีขั้นตอนของการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ โดยพิจารณางานวิจัยที่มีการศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภททั้งในประเทศไทยและต่างประเทศย้อนหลัง 10 ปี ซึ่งองค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษาค้นคว้านี้ จะเป็นแนวทางให้กับพยาบาลในการนำไปประยุกต์ใช้ในการฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภทให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับ โปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภทในประเด็นรูปแบบของการฝึกทักษะทางสังคม และประสิทธิภาพของโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้องค์ความรู้ที่จะนำไปประยุกต์ใช้ในการฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภท
2. เป็นข้อมูลพื้นฐานที่จะนำไปใช้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการฝึกทักษะทางสังคม

นิยามศัพท์

ผู้ป่วยจิตเภท หมายถึงบุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของ DSM – IV (Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorder Fourth Edition) หรือ ICD - 10 (International Classification of Disease) ว่าเป็นผู้ที่มีความผิดปกติของความคิด การรับรู้ อารมณ์ พฤติกรรม อย่างน้อย 6 เดือนโดยไม่มีโรคทางกาย โรคทางสมอง พิษจากยาหรือสารเสพติดที่ทำให้เกิดสาเหตุของอาการดังกล่าว

โปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท หมายถึงกระบวนการที่ใช้ในการเสริมสร้างทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท เช่นการฝึกทักษะการสื่อสาร ทักษะการแสดงออกถึงความคิดและความต้องการของตนเองอย่างเหมาะสม ทักษะการสร้างสัมพันธภาพ โดยเน้นที่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถนำทักษะที่ได้จากการเรียนรู้ไปใช้ในสถานการณ์จริงเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ในชุมชน

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเพื่อสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภท โดยผู้ศึกษาได้ทำการค้นคว้าจากตำรา เอกสาร บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังต่อไปนี้

โรคจิตเภท

- การวินิจฉัยโรคจิตเภท
- ลักษณะเฉพาะทางคลินิกของโรคจิตเภท
- การดำเนินโรคจิตเภท
- สาเหตุของการเกิดโรคจิตเภท
- ผลกระทบของโรคจิตเภท
- การรักษาโรคจิตเภท
- การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท

ทักษะทางสังคม

- ความหมายของทักษะสังคม
- องค์ประกอบของทักษะทางสังคม
- ประเภทของทักษะทางสังคม
- ทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภท

การฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภท

- แนวคิดเกี่ยวกับการฝึกทักษะทางสังคม
- กระบวนการฝึกทักษะทางสังคม
- รูปแบบการฝึกทักษะทางสังคม
- ประสิทธิภาพของการฝึกทักษะทางสังคม

โรคจิตเภท (Schizophrenia)

โรคจิตเภทเป็นโรคที่รู้จักกันมานาน และพบได้ในทุกประเทศทั่วโลกในระยะแรก Emil Kraepelin เรียกโรคจิตเภทว่า Dementia praecox และต่อมา Eugen Bleuler ได้ตั้งชื่อโรคนี้ใหม่ว่า Schizophrenia (เกษม ดันติผลาชีวะ, 2536) ในประเทศไทยนายแพทย์อารี แสงสว่างวัฒนะ ได้ตั้งชื่อว่า “โรคจิตเภท” ซึ่งแปลว่าจิตใจแตกแยกหรือถูกทำลาย (มานิต ศรีสุรภานนท์ และ จำลอง ดิษยวนิช, 2542)

การวินิจฉัยโรคจิตเภท

เกณฑ์การวินิจฉัยโรคจิตเภทมี 2 ระบบ ได้แก่ การวินิจฉัยตามเกณฑ์ International Classification of Disease 10 (ICD 10) และการวินิจฉัยตามหลักเกณฑ์ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorder Fourth Edition)

การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช โดยสมาคมจิตแพทย์อเมริกันฉบับพิมพ์ครั้งที่ 4 (DSM - IV) (Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorder Fourth Edition) ได้กำหนดเกณฑ์การวินิจฉัยและการจำแนกชนิดย่อยของจิตเภทไว้ดังนี้ (American Psychiatric Association, 1994 อ้างใน ชีระลีลานันท์ทกิจ, 2550)

1. มีอาการต่อไปนี้ตั้งแต่ 2 อาการขึ้นไปนาน 1 เดือน

- 1) อาการหลงผิด
- 2) อาการประสาทหลอน
- 3) คำพูดที่ไม่เป็นระเบียบหรือคำพูดที่สับสนวุ่นวาย
- 4) พฤติกรรมที่ไม่เป็นระเบียบหรือพฤติกรรมที่สับสนวุ่นวาย (disorganized Behavior) หรือการเคลื่อนไหวน้อยหรือมากเกินไป (catatonia behavior)
- 5) มีอาการด้านลบ ได้แก่ มีการแสดงออกของอารมณ์เรียบเฉย (flat affect) พูดน้อยใช้เวลาานกว่าจะตอบ (alogia) หรือขาดความตั้งใจ ขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยชาลง (avolition)

หากเป็นอาการหลงผิดแปลกประหลาด (bizarre delusion) ประสาทหลอนทางหูเป็นเสียงมาวิพากษ์วิจารณ์ (voice commenting) หรือประสาทหลอนทางหูเป็นเสียงคนมาคุยกัน (voice discussing) แม้มีเพียงอาการเดียวก็ถือว่าเข้าเกณฑ์

2. มีความเสื่อมหรือปัญหาด้านการทำหน้าที่ทางสังคมหรืออาชีพมาก เช่น มีความเสื่อมด้านการทำงาน สัมพันธภาพกับผู้อื่น หรือสุขอนามัยของตนเอง

3. มีอาการต่อเนื่องกันนาน 6 เดือนขึ้นไป โดยต้องมีระยะอาการกำเริบ (active phase) ปรากฏชัดเจนอย่างน้อยนาน 1 เดือน และระยะที่เหลืออาจเป็นระยะเริ่มมีอาการ (prodromal) หรือระยะอาการหลงเหลือ (residual phase)

การวินิจฉัยโรคจิตเภทโดยใช้เกณฑ์การจำแนกโรคนานาชาติ ครั้งที่ 10 (International Classification of Disease 10[ICD 10]) (World Health Organization, 1992 อ้างใน ชีระ ลีลานันทกิจ, 2550)

ลักษณะทั่วไปของโรคจิตเภทคือ มีความผิดปกติของความคิดและการรับรู้เป็นหลัก ร่วมกับมีอาการไม่เหมาะสมหรือเรียบเฉย (blunted) สติสัมปชัญญะและความสามารถทางสติปัญญา ยังคงเป็นปกติ แต่มีความเสื่อมเรื่องการเรียนรู้ (cognitive) จะเป็นมากขึ้นตามระยะเวลาที่ป่วย อาการที่สำคัญประกอบด้วยประสาทหลอนทางหู โดยได้ยินเสียงพูดตรงกับความคิดของตนอาจเป็นเสียงกระซิบหรือได้ยินดังมาก (thought echo) หรือหลงคิดว่าความคิดของตนถูกดึงออกไปโดยอำนาจจากภายนอก (thought withdrawal) หลงคิดว่าความคิดของตนแพร่ออกไปให้คนอื่นรู้ (thought broadcasting) เสียงที่ได้ยินอาจเป็นเสียงวิพากษ์วิจารณ์ (voice commenting) หรือเป็นเสียงคุยกันถึงบุคคลที่สาม (voice discussing in the third person) นอกจากนี้อาจมีความผิดปกติของความคิด (thought disorders) รวมถึงอาการด้านลบของโรคจิตเภท (negative symptoms) การดำเนินโรคอาจเป็นแบบต่อเนื่องหรือเกิดขึ้นเป็นระยะๆ อาจเป็นครั้งเดียวหรือมากกว่าหนึ่งครั้ง โดยมีระยะอาการของโรคทุเลาอย่างสมบูรณ์หรือไม่สมบูรณ์ร่วมกับมีอาการคงที่หรืออาการค่อยๆเลวลง

ลักษณะเฉพาะทางคลินิกของโรคจิตเภท

อาการของโรคจิตเภทสามารถแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มแรกคืออาการด้านบวกของโรคจิตเภท กลุ่มที่สองคืออาการด้านลบของโรคจิตเภท

1. อาการด้านบวกของโรคจิตเภท (Positive symptoms) เป็นการแสดงออกของการทำงานปกติที่มากเกินไปหรือบิดเบือนจนผิดปกติไปมาก (ชีระ ลีลานันทกิจ, 2550) ได้แก่อาการหลงผิด อาการประสาทหลอน ความผิดปกติของการพูด และความผิดปกติของพฤติกรรม

1) อาการหลงผิด (delusion) ซึ่งเป็นความเชื่อของผู้ป่วยที่ผิดปกติ อาการหลงผิดชนิดที่พบบ่อยคือ delusion of persecution ผู้ป่วยหลงผิดคิดว่ามีคนปองร้าย delusion of reference ผู้ป่วยคิดไปเองว่ามีคนพูดเรื่องราวเกี่ยวกับตนเอง (ชีระ ลีลานันทกิจ, 2550; มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2548; สมภพ เรื่องตระกูล, 2542) ส่วนอาการหลงผิดอื่นๆ ที่พบ ได้แก่ หลงผิดเกี่ยวกับอาการทางกาย หลงผิดเกี่ยวกับเรื่องของศาสนา หลงผิดคิดว่าตนเองเป็นใหญ่เป็นโต อาการหลงผิดที่มีน้ำหนักในการวินิจฉัยได้แก่ bizarre delusion ซึ่งเป็นอาการหลงผิดที่

มีลักษณะแปลกเป็นไปไม่ได้เลย ได้แก่ ผู้ป่วยมีความเชื่อว่าความคิดและการกระทำของตนถูกควบคุมโดยอำนาจภายนอกบางอย่าง เชื่อว่าความคิดของตนถูกดึงออกจากสมองด้วยอำนาจบางอย่าง คิดว่าความคิดที่มีอยู่ไม่ใช่ของตนแต่เป็นความคิดของคนอื่นใส่เข้ามาในสมอง คิดว่าผู้อื่นสามารถล่วงรู้ความคิดของตนเองได้เนื่องจากความคิดของตนถูกส่งออกไปเป็นเสียง (มาโนช หล่อ ตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2548)

2) **อาการประสาทหลอน (hallucination)** อาการประสาทหลอนอาจเกิดกับประสาทสัมผัสทั้งห้า แต่ผู้ป่วยเกิดประสาทหลอนทางหูมากที่สุดโดยพบร้อยละ 75 ของผู้ป่วย เสียงแว่วที่ได้ยินอาจเป็นเสียงหรือคำพูด เช่น คนพูดว่าร้ายหรือสบประมาทหรือพูดเกี่ยวกับเรื่องราวของผู้ป่วย อาจเป็นเสียงคนๆ เดียวหรือหลายคนผู้ป่วยอาจรับฟังเฉยๆหรือพูดโต้ตอบ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542)

3) **ความผิดปกติของคำพูด (disorganized speech)** ความคิดที่สับสน วุ่นวายผู้ป่วยไม่สามารถรวบรวมความคิดให้เป็นไปในแนวทางเดียวกันตลอด ขาดความเชื่อมโยงของเหตุผล ไม่สามารถลำดับความคิดตามขั้นตอนของเหตุการณ์ มักจะแสดงออกโดยภาษาพูดที่ผิดปกติ เช่นการสนทนากระโดดจากหัวข้อหนึ่งไปอีกหัวข้อหนึ่ง กระแสดำพูดอาจพูดเร็วขึ้นหรือช้าลง อาการที่แสดงออกต้องเป็นมาจนไม่สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ (ธีระ ลีลำนันทกิจ, 2550; มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2548; สมภพ เรื่องตระกูล, 2542)

4) **ความผิดปกติของพฤติกรรม (disorganized behavior)** เป็นพฤติกรรมที่ผิดไปจากปกติอย่างมาก อาจมีพฤติกรรมวุ่นวายต่างๆ เช่น มีพฤติกรรมเหมือนเด็ก พลุ่งพล่านกระวนกระวายมาก พิมพ์เสียงดังๆในที่สาธารณะ ตะโกนหรือแข่งคำอย่างไม่เหมาะสม บางรายทำ masturbation ในที่สาธารณะ (ธีระ ลีลำนันทกิจ, 2550; มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2548; สมภพ เรื่องตระกูล, 2542)

2. **อาการด้านลบของโรคจิตเภท (Negative symptoms)** เป็นอาการที่การทำหน้าที่ ซึ่งมีอยู่ปกติเสียไป เช่น ผู้ป่วยแยกตนเองจากสังคมหมกตัวอยู่แต่ในห้อง ขาดแรงจูงใจขาดกำลังใจ เฉยเมย ขาดความสนใจในกิจกรรมที่ทำประจำ ขาดความตั้งใจอาจไม่เอาใจใส่ต่อการแต่งตัว ไม่สนใจอนามัยส่วนตัว ตัดสินใจลำบาก ไม่มีความเพียรพยายามในการทำงาน ไม่รู้จักทำให้ชีวิตสนุกสนาน ความสามารถในการแสดงออกทางอารมณ์ความรู้สึกลดลงมาก การพูดจะผิดเคื่องลำปากไม่สามารถพูดได้หรือพูดเรียบเฉยจนน่าเบื่อ การแสดงออกของอารมณ์เรียบเฉย สีหน้าเรียบเฉยไม่มีการเปลี่ยนสีหน้า เวลาพูดคุยจะสบตาไม่ดีหรือสบตาน้อย การแสดงออกทางภาษากายลดลง (ธีระ ลีลำนันทกิจ, 2550)

การดำเนินโรคจิตเภท

การดำเนินโรคจิตเภท โดยทั่วไปแบ่งออกเป็น 3 ระยะ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2548) ได้แก่

1. ระยะก่อนเริ่มอาการ (Prodromal phase) ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีอาการเปลี่ยนแปลงแบบค่อยเป็นค่อยไป มักมีปัญหาในหน้าที่ความรับผิดชอบ ขาดความสนใจในการเรียนหรือการทำงาน มีพฤติกรรมแยกตัวจากสังคม มักเก็บตัวอยู่แต่ในห้อง ไม่ดูแลสุขอนามัยหรือละเลยเรื่องสุขอนามัย การแต่งกายสกปรก อาจหันมาสนใจด้านปรัชญาศาสนาหรือจิตวิทยา มีการใช้คำพูดหรือสำนวนแปลกๆ บางครั้งมีพฤติกรรมที่ดูแล้วแปลกๆแต่ไม่ถึงกับผิดปกติชัดเจน ญาติหรือคนใกล้ชิดมักเห็นว่าผู้ป่วยเปลี่ยนไปไม่เหมือนคนเดิม โดยเฉลี่ยแล้วระยะนี้นานประมาณ 1 ปีก่อนอาการกำเริบ การพยากรณ์โรคจะไม่ดีหากระยะนี้เป็นอยู่นาน (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2548; สมภพ เรื่องตระกูล, 2542)

2. ระยะอาการกำเริบ (Active phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการหลงผิด ประสาทหลอน มีความผิดปกติของคำพูดหรือพฤติกรรมไปจากเดิมอย่างมาก อาจพบความผิดปกติของการเคลื่อนไหว บางรายอาจมีอาการด้านลบ ได้แก่การแสดงออกทางอารมณ์เรียบเฉย เนื้อชาลง พูดน้อย พูดคุยด้วยใช้เวลานานกว่าจะตอบ ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มอาการด้านบวก (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2548)

3. ระยะอาการหลงเหลือ (Residual phase) อาการคล้ายคลึงกับระยะก่อนเริ่มอาการ อาจพบการแสดงออกของอารมณ์เรียบเฉยหรือเสื่อมลงมากกว่า อาการประสาทหลอนหรือหลงผิด อาจยังมีอยู่แต่ไม่ได้มีผลกับผู้ป่วยมากเหมือนในช่วงแรก ในระยะอาการหลงเหลือผู้ป่วยอาจมีอาการกำเริบเป็นครั้งคราว (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2548)

มีผู้ป่วยโรคจิตเภทอยู่จำนวนหนึ่งที่เป็นแค่ครั้งเดียว แล้วหายขาดแต่พบได้น้อย ส่วนใหญ่มีอาการกำเริบเป็นช่วงๆยังเป็นบ่อยครั้งก็ยังมีอาการหลงเหลือมากขึ้นหรือเสื่อมลงเรื่อยๆ โดยไม่กลับสู่ภาวะปกติ อาการด้านบวกจะค่อยลดความรุนแรงลงแต่อาการด้านลบจะมีมากขึ้น (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2548; สมภพ เรื่องตระกูล, 2542)

สาเหตุของการเกิดโรคจิตเภท

สาเหตุของการเกิดโรคจิตเภทไม่ได้ตรงไปตรงมาเหมือนโรคฝ่ายกายบางโรค การเจ็บป่วยด้วยโรคนี้มีหลายองค์ประกอบร่วมกันในการทำให้เกิดอาการของโรคขึ้น ปัจจัยใหญ่ๆ ที่เชื่อกันว่าเป็นสาเหตุของโรคนี้คือ

1. สาเหตุจากปัจจัยด้านชีวภาพ

แนวคิดด้านชีวภาพมองว่า โรคจิตเภทเป็น brain disorder เนื่องจากมีการพบหลักฐานทางชีวภาพในด้านต่างๆมากขึ้นเรื่อยๆโดยแบ่งออกเป็น 3 กลุ่มใหญ่ๆ คือ 1) พันธุกรรม 2) ระบบสารชีวเคมีในสมอง 3) กายวิภาคของสมอง (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2548) ดังนี้

1.1 พันธุกรรม พบว่าผู้ที่มีบุคคลในครอบครัวเป็นโรคจิตเภทมีโอกาสเป็นโรคจิตเภทสูงกว่าประชากรทั่วไป ยิ่งมีความใกล้ชิดทางสายเลือดมากยิ่งมีโอกาสเป็นโรคนี้ได้สูง ในประชากรทั่วไปพบว่าเกิดโรคจิตเภทร้อยละ 1 สำหรับบุตรที่มีพ่อและแม่ป่วยมีโอกาสเกิดโรคนี้สูงขึ้นถึงร้อยละ 40 (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2548)

1.2 ระบบสารชีวเคมีในสมอง สมมุติฐานเกี่ยวกับสาร dopamine (Dopamine Hypothesis) เชื่อว่าอาการทางจิตเกิดจากการมีสาร dopamine หลั่งออกมาในสมองมาก (ไพรัตน์ พุกษชาติคุณากร, 2534; มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2548) การศึกษาที่สนับสนุนสมมุติฐานนี้คือยาต้านโรคจิตซึ่งเป็น dopamine blocker สามารถทำให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตดีขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่า amphetamine และ levodopa ซึ่งทำให้มีการเพิ่มขึ้นของ dopamine ในสมองสามารถกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดอาการทางจิตได้ (ไพรัตน์ พุกษชาติคุณากร, 2534) นอกจากนี้ยังมีข้อสันนิษฐานว่าโรคจิตเภทเกิดจากความผิดปกติของภาวะสมดุลระหว่าง dopamine กับ serotonin เนื่องจากการรักษาโรคจิตกลุ่มใหม่ทำให้ dopamine และ serotonin อยู่ในภาวะสมดุลทำให้อาการด้านบวกและอาการด้านลบของโรคจิตเภทดีขึ้น (ธีระ ลีลานันทกิจ, 2550)

1.3 กายวิภาคของสมอง พบว่ามีผู้ป่วยจิตเภทจำนวนหนึ่งมีความผิดปกติด้านกายวิภาคของสมอง โดยเฉพาะผู้ที่มีอาการด้านลบเป็นอาการเด่นมักพบ ventricle โตกว่าปกติ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2548) นอกจากนี้ยังพบว่า hippocampus และ amygdala มีขนาดเล็กลงรวมทั้งมีความผิดปกติของ prefrontal cortex ซึ่งทำหน้าที่เกี่ยวกับประสบการณ์ต่างๆรวมทั้งการแสดงออกทางอารมณ์ จากการศึกษาโดยเอกซเรย์คอมพิวเตอร์พบ prefrontal atrophy รวมทั้ง glucose utilization และ blood flow ของ frontal lobe ลดลง (สมภพ เรืองตระกูล, 2545)

2. สาเหตุทางด้านจิตใจ

จากการศึกษาสาเหตุทางด้านจิตใจพบว่าสาเหตุที่เกี่ยวข้องหลายอย่าง ดังนี้

2.1 การที่บุคคลไม่สามารถจัดการกับตนเองหรือตอบสนองความต้องการของตนเองได้ จึงเกิดความขัดแย้งระหว่างแรงขับภายในและความต้องการที่เรียกว่าสัญชาตญาณ

ทำให้เกิดความไม่เหมาะสมในการทำหน้าที่ของตนทางจิตใจ ร่วมกับการใช้กลไกทางจิตชนิดที่ไม่ช่วยในการแก้ไขปัญหา เช่น การโทษคนอื่น การมีพฤติกรรมถดถอย การปฏิเสธ และการใช้ความรุนแรง ซึ่งสิ่งเหล่านี้มีผลทำให้เกิดความแปรปรวนทางจิตใจขึ้น (ไพรัตน์ พุกษชาติคุณากร, 2534; อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543)

2.2 การเรียนรู้การตอบสนองที่ไม่ถูกต้อง และมีการเปลี่ยนแปลงความคิดของผู้เลี้ยงดูที่มีปัญหาทางอารมณ์ (ไพรัตน์ พุกษชาติคุณากร, 2534)

2.3 ครอบครัวมีการใช้อารมณ์ต่อกันสูง ได้แก่ การดำเนินวิพากษ์วิจารณ์ (criticism) มีท่าทีไม่เป็นมิตร (hostility) หรือจู้จี้เกี่ยวกับผู้ป่วยมากเกินไป (emotional overinvolvement) จะมีผลทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการกำเริบบ่อย (ไพรัตน์ พุกษชาติคุณากร, 2534; มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548) ผู้ป่วยที่อาศัยอยู่กับครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์ต่อกันสูงมีความเสี่ยงที่จะกลับมาป่วยซ้ำเป็น 5 เท่าของครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์ต่ำ (Linszen et al., 1997) นอกจากนี้เด็กที่เกิดมาในครอบครัวที่บิดา มารดาหรือผู้เลี้ยงดูมีปัญหาทางสุขภาพจิต เช่น มีบุคลิกภาพแปรปรวนหรือติดยาเสพติดซึ่งทำให้ไม่มีคุณภาพในการเลี้ยงดูบุตร ไม่สามารถตอบสนองความต้องการทั้งทางร่างกายและจิตใจได้อย่างเหมาะสม และครอบครัวอาจกระทำรุนแรงกับเด็กทั้งทางด้านร่างกายและทางเพศ ซึ่งจะส่งผลให้เด็กเหล่านี้มีความเสี่ยงสูงที่จะมีปัญหาสุขภาพจิตเมื่อโตขึ้น (อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543)

3. สาเหตุจากสิ่งแวดล้อม

มีการศึกษาพบว่าภาวะทางสังคมและเศรษฐกิจมีผลต่อการเจ็บป่วยทางจิตได้ โดยพบว่าบุคคลที่มีฐานะทางสังคมและเศรษฐกิจต่ำมีโอกาสเกิดโรคจิตเภทได้มากกว่าบุคคลที่มีฐานะทางสังคมและเศรษฐกิจสูง (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548; สมภพ เรื่องตระกูล, 2542; อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543) โดยประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยจิตเภท มีรายได้ต่ำกว่ารายได้เฉลี่ยของประเทศ (พุดตาน พันธุเณร และวิรุยทุช ชัยพรสุไพศาล, 2551) มีสมมติฐานว่าการที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิตอยู่เรื่อยๆทำให้การดำรงชีวิตไม่สามารถคงอยู่ได้ในสภาพเดิม หรือการที่สภาพสังคมบีบคั้นทำให้คนเป็นโรคจิตเภทมากขึ้น (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548)

อย่างไรก็ตามในปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัดของโรคจิตเภท แต่เชื่อว่าเป็นกลุ่มอาการจากหลายๆสาเหตุ แนวคิดหนึ่งที่เป็นที่ยอมรับกันในปัจจุบันคือ Stress - diathesis model ซึ่งเชื่อว่าผู้ป่วยมีแนวโน้มหรือจุดอ่อนบางอย่างอยู่แล้ว เมื่อพบกับสภาพกดดันบางประการทำให้เกิดอาการของโรคจิตเภทขึ้นมา สภาพกดดันนี้อาจเป็นปัจจัยด้านชีวภาพ จิตสังคมหรือหลายปัจจัยร่วมกัน (ไพรัตน์ พุกษชาติคุณากร, 2534; มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548)

ผลกระทบของโรคจิตเภท

เนื่องจากโรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังและมักไม่หายเป็นปกติ อาการของโรคมักทรงหรือทรุดลงตามลำดับ ทำให้ส่งผลกระทบต่างๆ ดังต่อไปนี้

1. ผลกระทบต่อชุมชน

ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจำนวนหนึ่งเมื่อจำหน่ายกลับไปอยู่ในชุมชน เมื่อมีอาการทางจิตจะทำความเดือดร้อนให้ชุมชน เช่น ทุบทำลายข้าวของ พกพาอาวุธไว้กับตัว ทำร้ายผู้อื่นเนื่องจากมีอาการหวาดระแวง หลงผิด (วิลาวัลย์ เทพโสธร, 2538) หรือแสดงพฤติกรรมหงุดหงิด ก้าวร้าวกับคนในชุมชน ทำให้คนในชุมชนรู้สึกกังวลใจและไม่ปลอดภัยในการอยู่ร่วมกับผู้ป่วยในชุมชน (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2548)

2. ผลกระทบต่อครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นโรคจิตเภท

โรคจิตเภทเป็นโรคที่เป็นปัญหาสำคัญ เนื่องจากเมื่อเป็นแล้วมักไม่หายขาดมีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือจากผู้ดูแลเป็นระยะเวลานาน ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ดูแล ดังนี้

2.1 ด้านร่างกาย ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มักมีอาการเรื้อรังต้องได้รับการดูแลจากญาติ โดยเฉพาะช่วงที่อาการกำเริบญาติต้องคอยดูแลอย่างใกล้ชิดเพื่อป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยและบุคคลรอบข้าง จากการศึกษาของเอื้ออารีย์ สาลิกา (2543) พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอเนื่องจากผู้ป่วยบางรายชอบนอนกลางวัน ส่วนกลางคืนนอนหลับๆตื่นๆส่งเสียงดังลุกขึ้นมาทำโน่นทำนี่ และจากการศึกษาของรัชนิกร อุปเสน (2541) ได้ศึกษาบทบาทและภาระของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน พบว่าญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่รับประทานอาหารได้น้อย เหนื่อย อ่อนเพลียและได้รับบาดเจ็บจากการถูกผู้ป่วยทำร้ายร่างกายเนื่องจากผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรง

2.2 ด้านจิตใจและอารมณ์ เมื่อเกิดการเจ็บป่วยทางจิตกับบุคคลใดบุคคลหนึ่งในครอบครัวย่อมเกิดผลกระทบต่อสภาพจิตใจและอารมณ์ของผู้ดูแล ผู้ดูแลต้องเผชิญกับปัญหาด้านจิตใจหลายด้าน เช่น ความวิตกกังวล ความเครียด ความกลัว อึดอัดใจ ซึมเศร้า รู้สึกอับอาย (Glanville & Dixon, 2005) จากการศึกษาของเอื้ออารีย์ สาลิกา (2543) ได้ศึกษาความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่าสถานการณ์ผู้ดูแลมีความเครียดคือการที่ต้องจัดการเมื่อผู้ป่วยทำร้ายผู้อื่น ทำร้ายตนเอง การจัดการพาผู้ป่วยมาพบแพทย์เมื่อมีอาการกำเริบหรือควบคุมไม่ได้ มีพฤติกรรมก้าวร้าวหรือมีอาการรุนแรงรวมถึงการทำลายข้าวของ เกล็นดี้ อีฟและแมคเคนซี (Glendy, Ip, & Mackenzie, 1998) ได้ศึกษาการดูแลญาติที่มีการเจ็บป่วยทางจิตอย่างรุนแรงที่บ้านในฮ่องกง พบว่าผู้ดูแลมีความทุกข์ใจ ท้อแท้ ผิดหวังและรู้สึกโกรธเนื่องจากผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่

ผิดปกติและมีพฤติกรรมที่ไม่สามารถคาดการณ์ล่วงหน้าได้ ผู้ดูแลกังวลว่าผู้ป่วยจะทำร้ายผู้อื่นหรือทำร้ายตนเองได้

2.3 ด้านสังคม ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมได้ ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกอับอายเมื่อผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมที่ไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม ทำให้ผู้ดูแลเก็บตัวหรือเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมน้อยลง และมีผลกระทบต่อบทบาทการทำหน้าที่ในครอบครัวไม่สามารถทำหน้าที่ตามบทบาทในครอบครัวได้อย่างสมบูรณ์ (Glendy et al., 1998)

2.4 ด้านเศรษฐกิจ โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังต้องใช้เวลารักษานาน ทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลในระยะยาวและต่อเนื่องรวมถึงค่าเดินทางค่าใช้จ่ายส่วนตัว จึงเป็นภาระหนักสำหรับผู้ดูแลที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำหรือปานกลาง (รัชนิกร อุปเสน, 2541)

3. ผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย

ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมักพบความผิดปกติปรากฏเด่นชัดในช่วงวัยรุ่นตอนปลายหรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543) โดยอาการจะเกิดขึ้นแบบค่อยเป็นค่อยไปเมื่อเป็นโรคนี้แล้วมักจะไม่ใช่เป็นปกติเหมือนเดิม (เกษม ต้นดิผลาชีวะ, 2537) ส่วนใหญ่จะมีอาการกำเริบเป็นช่วงๆโดยมีอาการหลงเหลืออยู่บ้างระหว่างนั้น อาการในช่วงกำเริบจะเป็นอาการด้านบวก ในระยะหลังส่วนใหญ่จะมีอาการด้านลบ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548) ผู้ป่วยมักจะมีควมบกพร่องในการดำเนินชีวิตมานานแม้จะเป็นเพียงกิจกรรมพื้นฐานในสังคม มักจะแยกตัว ไม่ได้ทำงาน ไม่ดูแลความสะอาดของร่างกาย จัดการเงินทองไม่ได้และโดยทั่วไปขาดทักษะในการพึ่งตนเอง (Lieberman et al., 1994) รวมถึงขาดความสนใจในกิจกรรมทุกชนิดโดยจะนั่งเฉยๆเป็นเวลานานๆ ไม่สนใจที่จะเข้าร่วมในการทำงานหรือกิจกรรมด้านสังคม ขาดความสนใจในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น มักมีปัญหาทางด้านการเรียนอาจเรียนไม่จบ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยจำนวนมากถูกให้ออกจากงานหรือได้รับค่าจ้างในการทำงานในระดับต่ำ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542) จากการศึกษาของทิวพร พูเฟื่อง (2544) พบว่าผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศรีธัญญาร้อยละ 57.7 ไม่มีงานทำ เช่นเดียวกับการศึกษาของจิราภรณ์ สรรพวิรวงศ์, ยาใจ สิทธิมงคล, วาสนา แฉล้มเขตร, และไข่มุก วิเชียรเจริญ (2544) ศึกษาความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภทในชีวิตประจำวัน กรณีศึกษาโรงพยาบาลสมเด็จพระยาพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 56 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 39.29 มีความเครียดระดับมากจากการที่ไม่มีรายได้ และร้อยละ 41.07 มีความเครียดระดับปานกลางจากการไม่มีงานทำ และจากการศึกษาของพุดตาน พันธูเณร และวีรยุทธ ชัยพรสุไพศาล (2551) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 40 ต้องออกจากตลาดแรงงานด้วยภาวะอาการทางจิต นอกจากนี้การเจ็บป่วยยังส่งผลให้ผู้ป่วยขาดงานบ่อย ซึ่งสาเหตุของการขาดงานมากที่สุดคือการเจ็บป่วยทางจิตและการขาดงานเพื่อมาโรงพยาบาล ในการ

มาโรงพยาบาลแต่ละครั้งมีต้นทุนค่าเสียโอกาสเท่ากับ 400 บาทซึ่งเป็นจำนวนที่ค่อนข้างสูง และอาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยขาดยาและมีอาการกำเริบ นอกจากนี้ยังพบว่าแม้ว่าผู้ป่วยจะมีอาการสงบและจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกลับสู่ชุมชนก็ยังคงได้รับการปฏิเสธจากญาติและสังคม (บุญวดี เพชรรัตน์ และเขาวนาถ สุวักขณ์, 2547) คนในสังคมไม่ยอมรับผู้ป่วย ไม่อยากคุยด้วยและรังเกียจผู้ป่วยพยายามหลีกเลี่ยงการพบปะกับผู้ป่วยบางครั้งแสดงท่าทีออกมาให้ผู้ป่วยเห็น ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองกลายเป็นบุคคลที่ไม่น่าเชื่อถือ (พันธุ์นภา กิตติรัตน์ไพบูลย์, 2540)

จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยจิตเภทเมื่อป่วยเรื้อรังก็จะทำให้มีความบกพร่องทางสังคมมากขึ้น ผู้ป่วยแยกตัวจากสังคมหมกมุ่นอยู่กับตนเองไม่ติดต่อกับใคร ขาดความสนใจในกิจกรรมทุกชนิด มีปัญหาการเรียนและการทำงาน ไม่สามารถควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมให้เหมาะสมได้ซึ่งส่งผลกระทบต่อทั้งตัวผู้ป่วยเอง ครอบครัว และชุมชน จึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาฟื้นฟูเพื่อให้ผู้ป่วยสนใจสิ่งแวดล้อม กล้าแสดงความคิดเห็นและความรู้สึกต่างๆปฏิบัติตัวอยู่ในสังคมได้อย่างปกติ รวมทั้งเสริมสร้างให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองและปรับตัวอยู่ในสังคมได้อย่างปกติ

การรักษาโรคจิตเภท

โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีสาเหตุมาจากปัจจัยหลายอย่างประกอบกัน การรักษาส่วนใหญ่จึงมักใช้วิธีการหลายอย่างร่วมกัน โดยที่แต่ละวิธีมีส่วนช่วยรักษาอาการและเปลี่ยนแปลงการดำเนินโรคโดยกลไกต่างกัน การรักษาโรคจิตเภทอาจแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ ดังนี้

1. การรักษาทางด้านร่างกาย ได้แก่

1.1 การรักษาด้วยยา ผู้ป่วยทางจิตที่มีอาการรุนแรงมักต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การรักษาที่สำคัญคือการรักษาด้วยยาเพื่อให้พฤติกรรมของผู้ป่วยเป็นปกติโดยเร็วที่สุด เป็นการป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วยเองหรือผู้อื่น ยาก็จะไปช่วยแก้ไขความผิดปกติของสารสื่อประสาทที่เชื่อว่าเป็นสาเหตุของโรคยาจะทำให้อาการของโรคดีขึ้น ในระยะที่ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงต้องเข้ารับการรักษาโรคจิตที่มีขนาดสูง เมื่อผู้ป่วยดีขึ้นจึงลดขนาดยาลงจนกระทั่งอาการคงสภาพก็ยังคงต้องได้รับยาต่อเนื่อง (มานิตย์ ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษยนิษฐ์, 2542) ผู้ป่วยที่ป่วยทางจิตครั้งแรกหลังจากอาการดีขึ้นแล้วจะพิจารณาหยุดการรักษาได้ต่อเมื่อผู้ป่วยไม่มีอาการเลยนานอย่างน้อย 1 ปีหากผู้ป่วยมีอาการกำเริบครั้งที่สองควรให้ยาต่อเนื่องไปนาน 5 ปีหรือตลอดชีวิต (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548)

1.2 การรักษาด้วยไฟฟ้า โดยทั่วไปจะใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาผู้ป่วยที่มีอาการคลุ้มคลั่งมาก หรือมีอาการซึมเศร้ามากเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง

นอกจากนี้ยังใช้ในการรักษาผู้ป่วยจิตเภทที่มีความผิดปกติของการเคลื่อนไหวในบางลักษณะ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542)

2. การรักษาด้านจิตสังคม

เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทมีความเสื่อมในด้านการทำงานและการเข้าสังคมอย่างมาก แม้ว่าจะได้รับการรักษาจนอาการดีขึ้นบ้างแล้วแต่ปัญหาทางด้านสังคมก็ยังคงมีอยู่ นอกจากนี้ปัญหาบางอย่างเช่นภาวะท้อแท้หมดกำลังใจ อาการด้านลบหรือการที่ไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา จึงจำเป็นอย่างยี่งที่จะต้องมีการบำบัดทางจิตสังคมเพื่อช่วยในการปรับตัวของผู้ป่วย (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2548; อ่าไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543) การรักษาทางจิตสังคมมีรูปแบบที่หลากหลาย ได้แก่

2.1 จิตบำบัดประคับประคอง (Supportive psychotherapy) ผู้รักษามีจุดมุ่งหมายในการสร้างความสัมพันธ์เชิงการรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง มีกำลังใจ สามารถแก้ปัญหาของตนเองได้อย่างเหมาะสมและปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมได้ดีขึ้น (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2548; สมภพ เรื่องตระกูล, 2547; อ่าไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543) วิบูลย์ ชานวิทิตกุล และรังสิมันต์ สุนทรไชยา (2551) ได้ศึกษาการใช้กลุ่มจิตบำบัดประคับประคองต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังโรงพยาบาลศรีธัญญา พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังหลังเข้าร่วมกลุ่มจิตบำบัดประคับประคองมีค่าน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2.2 ครอบครัวบำบัด (Family therapy) เป็นการบำบัดที่รวมเอาบุคคลที่มีความผูกพันกันในฐานะครอบครัวเข้ามาร่วมกัน ครอบครัวบำบัดมองว่าปัญหาอยู่นอกตัวบุคคลหรือบริบท (context) และต้องแก้ที่นั่น ครอบครัวบำบัดช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้เกี่ยวกับโรค และวิธีการดูแลตนเองรวมทั้งสามารถปรับปฏิสัมพันธ์ที่มีต่อกันให้เหมาะสมยิ่งขึ้น ช่วยลดการหยุดรักษากลางคันและการเกิดอาการกำเริบ ช่วยให้ครอบครัวได้มีโอกาสระบายความทุกข์ใจ ให้ความเห็นใจครอบครัวเพื่อช่วยให้คนในครอบครัวผ่อนคลายความตึงเครียด และเพิ่มความสามารถของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยช่วยให้ผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544) จากการศึกษาของพนิดา กองสุข (2550) ได้ศึกษาการให้คำปรึกษาครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้แนวคิดของซาเทียร์ พบว่าแนวคิดของซาเทียร์ใช้ได้ดีกับการให้คำปรึกษาครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท โดยช่วยให้สมาชิกครอบครัวรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น และรับรู้การทำหน้าที่ของครอบครัวดีขึ้น

2.3 การจัดการรายกรณี (Case management) เป็นกระบวนการให้บริการให้ บริการให้ บริการ โดยเน้นผู้ให้บริการเป็นศูนย์กลางเน้นคุณภาพและประสิทธิภาพสูงสุด โดยมี แผนการดูแลร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพ มุ่งเน้นการตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการทั้ง ด้านร่างกาย จิตใจและสังคมอย่างต่อเนื่องทั้งในโรงพยาบาลและส่งต่อถึงชุมชน ทำให้สามารถ ควบคุมระยะเวลาการนอนรักษาในโรงพยาบาล ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น (จินตนา ยูนิพันธ์ และอัญชัญ ไพบูลย์, 2546) จากการศึกษาของนงนุช แทนบุญไพรัช (2546) ศึกษาการ จัดการผู้ป่วยรายกรณีในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในโรงพยาบาลศรีธัญญา พบว่าผู้ป่วยได้รับการ ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและครอบครัว

2.4 การบำบัดทางพฤติกรรมความคิด (Cognitive Behavior Therapy) เป็นการนำกระบวนการและเทคนิคของการเรียนรู้มาใช้ในการปรับเปลี่ยนความคิด และความเชื่อ ของบุคคลที่ไม่ถูกต้อง ซึ่งส่งผลให้เกิดปัญหาในการปรับตัวและมีปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวช โดยช่วยให้บุคคลปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อของตนเองให้เหมาะสม ถูกต้อง สามารถปรับตัว ต่อสถานการณ์ต่างๆ ได้ดีขึ้น (อรพรรณ ลือบุญวัชชัย และพีรพนธ์ ลือบุญวัชชัย, 2548) ซึ่งเป็น การรักษาที่มีประโยชน์และมีประสิทธิภาพในการรักษาโรคทางจิตเวชหลายโรค เช่น ผู้ป่วยซึมเศร้า ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมพึ่งพา มีพฤติกรรมที่เป็นปัญหา มีภาวะหวาดระแวง เป็นต้น แนว ทางการบำบัดยังมีการพัฒนาและประยุกต์ใช้อย่างต่อเนื่อง มีเทคนิคและวิธีการที่หลากหลาย เน้น การสำรวจและปรับเปลี่ยนแนวคิดและพฤติกรรม (จันทิมา องค์กรโฆษิต, 2545) จากการศึกษาของ นิตยา จันทโรจวงศ์, กาญจนา สุทธิเนียม, และชลพร กองคำ (2552) ศึกษาผลของการใช้กลุ่มบำบัด ทางความคิด (CBT) ที่มีต่อความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมรุนแรงและการควบคุมอารมณ์ ของผู้ป่วยจิตเภท พบว่าผู้ป่วยจิตเภทหลังเข้าร่วมกลุ่มบำบัดทางความคิดสามารถควบคุมอารมณ์ และพฤติกรรมรุนแรงได้ดีขึ้น

2.5 การฝึกทักษะทางสังคม (Social Skills Training) เป็นการบำบัดทาง พฤติกรรมอย่างหนึ่ง โดยมีการกระตุ้นเตือน สอน แนะนำผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมทางสังคมดี ขึ้น การฝึกสามารถทำได้ทั้งแบบรายบุคคล รายกลุ่ม และแบบครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่น ในตนเองรู้สึกรู้สึกว่าตนเองมีพลัง มองโลกในแง่ดี มีกำลังใจ นอกจากนี้การฝึกทักษะทางสังคมยังช่วย ให้ผู้ป่วยรับประทานยาและเข้ารับการรักษาบำบัดทางจิตสังคมอย่างสม่ำเสมอและนำไปสู่การหายจาก อาการป่วย (Kopelowicz et al., 2006) จากการศึกษาของงานวิจัยของเบนทอน และโชเดออร์ (Benton & Schroeder, 1990) ซึ่งได้วิเคราะห์งานวิจัย 27 ชิ้นเกี่ยวกับการฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภท วัยรุ่น พบว่าการฝึกทักษะทางสังคมทำให้มีการพัฒนาของทักษะทางสังคมบางอย่างดีขึ้น และรักษา ทักษะไว้ได้นานขึ้น

การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท

โรคจิตเภทเป็นโรคที่เป็นๆหายๆและเรื้อรัง ผู้ป่วยมีความบกพร่องในการทำหน้าที่ด้านต่างๆส่งผลให้มีข้อจำกัดในการดำเนินชีวิต (Chien & Chan, 2004) จึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัวและบุคลากรในทีมสุขภาพจิต ซึ่งพยาบาลจิตเวชเป็นบุคลากรในทีมสุขภาพที่มีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยมากที่สุดคนหนึ่ง เนื่องจากพยาบาลจิตเวชอยู่ประจำหอผู้ป่วยใดผู้ป่วยหนึ่ง โดยเฉพาะมีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยและญาติมากที่สุดและเป็นบุคคลสำคัญในการทำกลุ่มกิจกรรมต่างๆ (อรจิต อุดยานุภาพ, 2541) ช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับตนเองสามารถเผชิญปัญหาหรือวิกฤตการณ์ต่างๆอย่างเหมาะสม สามารถพึ่งพาตนเองได้ และมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นอย่างเหมาะสม (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2541)

การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชยึดหลักการปฏิบัติการพยาบาล 4 มิติ ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันปัญหาสุขภาพจิต การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพ (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2541) ดังนี้

1. การส่งเสริมสุขภาพจิต (Promotion of mental health) เป็นการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตขั้นต้น โดยมีหลักการว่าสุขภาพจิตที่ดีมีพื้นฐานจากการกำเนิดที่ดี มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง มีความมั่นคงทางจิตใจ มีการแสดงออกที่เหมาะสมและสามารถเผชิญปัญหาและอุปสรรคต่างๆ ได้ การปฏิบัติการพยาบาลโดยการให้ความรู้แก่ประชาชนด้านสุขภาพจิตรวมถึงการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงและการรับภาระหน้าที่ตามวัย โดยพยาบาลเป็นผู้ให้ความรู้ทางสุขภาพจิตและจิตเวชอย่างง่ายแก่บุคลากรทางสาธารณสุข ครู พระสงฆ์ ผู้นำชุมชน ประชาชน เพื่อช่วยในการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตที่จะเกิดขึ้นกับประชาชน (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2541)

2. การป้องกันปัญหาสุขภาพจิตหรือรักษาภาวะสุขภาพจิตให้ดี (Prevention or maintenance of mental health) เป็นการทำต่อเนื่องจากการส่งเสริมสุขภาพจิตเพื่อให้บุคคลรักษาระดับสุขภาพจิตให้ได้อยู่เสมอ โดยให้ความรู้ความเข้าใจช่วยเหลือแนะนำในการปรับตัว การเผชิญปัญหา การลดความวิตกกังวล แก่บุคคลที่มีปัญหา หรืออยู่ในภาวะวิกฤติเพื่อลดความตึงเครียด และป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิตอย่างรุนแรง รวมทั้งเป็นที่ปรึกษาของบุคลากรทางการพยาบาลและบุคลากรอื่นๆในด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2541) เช่น การให้คำปรึกษารอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน (สาริณี โตะทอง, 2549)

3. การบำบัดรักษา (Therapeutic or Restoration of mental health) เป็นการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างให้มีสภาวะจิตใจที่เข้มแข็ง ป้องกันไม่ให้อาการจิตเสื่อมลง บำบัดรักษาโดยการจัดกิจกรรมทางการพยาบาล เช่น การทำจิตบำบัดประคับประคองซึ่งเป็นการสร้าง

สัมพันธภาพเพื่อการบำบัด มีการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยเชิงการรักษาโดยใช้กระบวนการสร้างสัมพันธภาพและเทคนิคในการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ และเชื่อมั่นในตัวเอง ผู้ป่วยสามารถเล่าหรือระบายปัญหาต่างๆให้พยาบาลฟัง ซึ่งพยาบาลจะใช้ความรู้และประสบการณ์รวมทั้งทักษะให้ผู้ป่วยได้เข้าใจตนเองและบุคคลอื่น ช่วยให้ผู้ป่วยได้หาวิธีการเผชิญปัญหาและแก้ปัญหาที่เหมาะสม ซึ่งต้องใช้เวลาและมีขั้นตอนในการปฏิบัติ ระยะเวลาในการสร้างสัมพันธภาพเชิงการบำบัดรักษาอาจใช้ระยะเวลาสั้นหรือยาว ขึ้นอยู่กับปัญหาและความสามารถในการปฏิบัติตนได้เหมาะสมในสังคม และการปรับตัวของผู้ป่วย (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2541)

4. การฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation of mental health) ผู้ป่วยจิตเภทมักจะขาดความสนใจต่อตนเองและสิ่งแวดล้อม มีความบกพร่องในการดูแลตนเอง การเข้าสังคม รวมทั้งมีการตัดสินใจไม่ดี การปฏิบัติกรพยาบาลต้องฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อเสริมสร้างให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองและปรับตัวอยู่ในสังคม โดยมีหน้าที่ในการวางแผนจัดกลุ่มฟื้นฟูต่างๆหรือปฏิบัติงานร่วมกับบุคลากรอื่นๆในทีมจิตเวช เพื่อฟื้นฟูให้ผู้ป่วยสนใจสิ่งแวดล้อม กล้าแสดงความคิดเห็นและความรู้สึกต่างๆสามารถปฏิบัติตัวอยู่ในสังคมได้อย่างปกติ (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2541) เช่น การฝึกพฤติกรรมกรรมการแสดงออกของผู้ป่วยจิตเภทวัยรุ่น (อรษา ฉวาง, 2540) การช่วยเหลือผู้ป่วยผู้ป่วยจิตเวชที่กลับมาได้รับการรักษาตามนัดโดยใช้กระบวนการกลุ่ม (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2546)

การให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทเพื่อเสริมสร้างทักษะทางสังคมสำหรับผู้ป่วยจิตเภท

ทักษะทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญในโมเดลป้องกันความอ่อนแอและความเครียด (vulnerability - stress - protective factors model) ของโรคจิตเภท การทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีทักษะทางสังคมดีขึ้น มีการปรับตัวดีขึ้นช่วยลดผลกระทบที่เกิดจากการเจ็บป่วย ช่วยในการฟื้นฟูให้ผู้ป่วยมีกำลังใจมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น (Kopelowicz et al, 2006) และมีความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น (Anthony, 1993) พยาบาลผู้ปฏิบัติการชั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช เป็นผู้ที่มีบทบาทหลักในการให้การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนโดยตรง โดยใช้ความรู้จากแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาเป็นพื้นฐานของการปฏิบัติการพยาบาล มีความรู้และความชำนาญในการสอนทักษะ มีการจูงใจให้ผู้ป่วยลงมือกระทำและฝึกทักษะ (สุริรัตน์ โปจรัส, สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, และมธุธดา ชัยมี, 2550) ในการฝึกทักษะทางสังคมใช้การบำบัดทางพฤติกรรมสอนให้คนรู้จักสื่ออารมณ์และความต้องการเพื่อตอบสนองต่อการดำเนินชีวิต มีการกระตุ้น เตือน สอน และแนะนำผู้ป่วย (Kopelowicz et al, 2006) เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทมักจะมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ พยาบาลจิตเวชจึงควรช่วยผู้ป่วยในการพัฒนาความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองตลอดการรักษา ซึ่งอาจมี

ความจำเป็นต้องมีโปรแกรมฝึกนอกสถานที่ด้วย (Seo et al., 2007) และจำเป็นต้องมีการติดตามผลอย่างต่อเนื่องหลังจากจบการฝึกจนผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล พยาบาลสามารถจัดการฝึกซ้ำ มีการเสริมแรงและให้คำแนะนำกับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใช้ทักษะใหม่ในสถานการณ์จริงได้อย่างมีประสิทธิภาพ การประเมินเกี่ยวกับการรับรู้บทบาทหน้าที่และความสามารถในการเรียนรู้ว่าจะมีประโยชน์ในการกำหนดวิธีการฝึกและระยะเวลาในการฝึก (Ucok et al., 2006)

ทักษะทางสังคม

ความหมายของทักษะทางสังคม

มีผู้ที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับทักษะทางสังคมและได้ให้ความหมายเกี่ยวกับทักษะทางสังคม ดังต่อไปนี้

สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต (2543) ได้ให้ความหมายของทักษะทางสังคมว่าหมายถึงความสามารถของบุคคลในการที่จะปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยสามารถแสดงออกถึงความรู้สึกของตนตามสิทธิและความพึงพอใจ ตลอดจนทำให้ความต้องการแห่งตนสามารถบรรลุได้ โดยไม่ละเมิดสิทธิและความพึงพอใจของบุคคลอื่น

ศุรพล พวงพะยอม (2545) ให้ความหมายของทักษะทางสังคมว่าหมายถึงความสามารถของบุคคลในการที่จะมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น โดยสามารถแสดงออกถึงความต้องการของตน สามารถควบคุมการกระทำของตน และสามารถวิเคราะห์และประเมินสถานการณ์ที่เกี่ยวข้อง เพื่อพิจารณาทางเลือกในการการจัดการกับสิ่งเหล่านั้นอย่างถูกต้องเหมาะสม อันจะทำให้เกิดการดำเนินชีวิตอย่างมีความสุข

อรชร ชัยชาญ (2545) กล่าวว่าทักษะทางสังคม คือความสามารถของบุคคลในด้านต่างๆที่จะส่งผลให้บุคคลอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นในสังคมได้อย่างมีความสุข ทั้งด้านการทำงาน การเรียน การดำเนินชีวิตประจำวัน ทำให้บุคคลรู้จักบทบาทและหน้าที่ของตนเอง รู้จักปฏิบัติตนต่อผู้อื่นได้อย่างถูกต้องเหมาะสมเกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างบุคคล ตลอดจนเป็นผู้มีจิตสำนึกต่อสังคม

โคมและสลาบี่ (Combs & Slaby, 1977) ได้ให้คำจำกัดความของทักษะทางสังคมว่าเป็นความสามารถในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นในสังคม ภายใต้สภาวะแวดล้อมและค่านิยมที่ยอมรับได้ในสังคม

เชียนและคณะ (Chien et al., 2003) กล่าวว่าทักษะทางสังคมเป็นทักษะในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นโดยใช้ทั้งภาษาพูดและภาษาท่าทาง ภายใต้สถานการณ์ต่างๆเพื่อให้บุคคลนั้น

เป็นที่ยอมรับในสังคม ทักษะในการสนทนาและการแสดงออกอย่างเหมาะสมเป็นส่วนประกอบในการฝึกเสมอ และในการฝึกมีการสอนผู้ป่วยซ้ำๆ ให้พัฒนาความสามารถในการใช้ทักษะทางสังคม

วีรุฒิ เอกกมลกุล (2537) กล่าวว่า การฝึกทักษะทางสังคมเป็นการสอนให้บุคคลทราบว่า จะมีพฤติกรรมตอบสนองอย่างไรต่อสถานการณ์ทางสังคมอย่างเหมาะสม เป็นที่ยอมรับของสังคมและบรรลุเป้าหมายของตน

สรุปได้ว่า ทักษะทางสังคมหมายถึง ความสามารถของบุคคลในการที่จะการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ภายใต้สภาวะแวดล้อมและค่านิยมที่ยอมรับได้ในสังคม

องค์ประกอบของทักษะทางสังคม

Campbell และ Siperstein (1994 อ้างใน สุรพล พวงพะยอม, 2545) แบ่งองค์ประกอบของทักษะทางสังคมออกเป็น 2 องค์ประกอบ ได้แก่ องค์ประกอบด้านพฤติกรรม (social behavior) และองค์ประกอบด้านความรู้ (social knowledge) โดยเน้นว่าผู้ที่มีทักษะทางสังคมดีย่อมเป็นผู้ที่รู้ว่าตนจะต้องทำอะไรและต้องทำเมื่อใด นอกจากนี้ผู้ที่มีทักษะทางสังคมจะต้องเป็นผู้ที่มีความสามารถในการแก้ไขการกระทำที่ไม่เหมาะสมของตนและเลือกกระทำพฤติกรรมที่สอดคล้องกับสถานการณ์ทางสังคมได้เสมอ คำว่าพฤติกรรมทางสังคมและความรู้ทางสังคมที่ Campbell และ Siperstein กล่าวคือพฤติกรรมทางสังคมเป็นการกระทำที่สังเกตและระบุชี้ชัดได้ว่าเป็นอย่างไร เช่น การยิ้ม การสบสายตา อันเป็นจุดเริ่มต้นของการกระทำที่จะมีต่อเนื่องต่อไปอีก ส่วนความรู้ทางสังคมนั้นเป็นกระบวนการแก้ปัญหาที่จำเป็นและเกี่ยวข้องกับการกระทำที่เป็นพฤติกรรมทางสังคมเหล่านั้น เช่น การยิ้มยอมต้องรู้ว่า จะยิ้มเมื่อใดและอย่างไรกับบุคคลที่เป็นเป้าหมาย ในส่วนรายละเอียดของความรู้ทางสังคมและพฤติกรรมทางสังคม Campbell และ Siperstein ได้อธิบายไว้ ดังนี้

ความรู้ทางสังคม (Social knowledge) เป็นกระบวนการในการแก้ปัญหาที่แต่ละคนใช้ในการเลือกกระทำพฤติกรรมทางสังคมให้ถูกต้องเหมาะสม ซึ่งประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนการรับรู้ (perception) ขั้นตอนการตัดสินใจ (decision making) และขั้นตอนการปฏิบัติ (action) ซึ่งแต่ละคนจะต้องเลือกให้เหมาะสมจึงจะบรรลุตามเป้าหมายทางสังคมของตน

พฤติกรรมทางสังคม (Social behavior) หมายถึงการกระทำที่ผู้อื่นสังเกตเห็นหรือได้ยินได้รับรู้ พฤติกรรมอย่างเดียวกันที่แสดงออกแล้ว ไม่มีผู้สังเกตหรือรับรู้ไม่ถือว่าเป็นพฤติกรรมทางสังคม พฤติกรรมทางสังคมแต่ละพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกอาจใช้เป็นจุดเริ่มต้นของการสร้างพฤติกรรมต่อเนื่องที่จะกระทำไปสู่การตอบสนองตามเป้าหมายสุดท้าย พฤติกรรมที่กระทำมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับสถานการณ์และเป้าหมายของการกระทำ และที่สำคัญคือขึ้นอยู่กับความชำนาญหรือทักษะของแต่ละคนด้วย

ประเภทของทักษะทางสังคม

องค์การอนามัยโลกแบ่งทักษะทางสังคมหรือทักษะชีวิตออกเป็น 10 ด้าน (World Health Organization [WHO], 1996 อ้างใน สุรพล พวงพะยอม, 2545) ดังนี้

1. **ด้านการตัดสินใจ (Decision making)** หมายถึงการเลือกกระทำสิ่งต่างๆ ในชีวิตด้วยเหตุผลที่ดีและมีประสิทธิภาพ การประเมินทางเลือกและผลที่เกิดจากทางเลือกนั้นย่อมส่งผลต่อเนื่องถึงสุขภาพอนามัยของบุคคลผู้นั้นต่อไปด้วย

2. **การแก้ปัญหา (Problem solving)** หมายถึงการแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ได้อย่างถูกต้องและรวดเร็ว ถ้าบุคคลแก้ปัญหาไม่ได้หรือไม่เหมาะสมย่อมส่งผลให้เกิดปัญหาทางสุขภาพกายและสุขภาพจิตตามมา

3. **ความคิดสร้างสรรค์ (Creative thinking)** หมายถึงการนำประสบการณ์และความสามารถด้านสติปัญญามาใช้ในการตัดสินใจและแก้ไขปัญหาในชีวิตประจำวัน เป็นกระบวนการคิดและหาทางเลือกที่จะช่วยให้บุคคลปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ต่างๆ แม้จะยังไม่มีมติตัดสินใจหรือยังไม่ได้มีการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นก็ตาม

4. **ความคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical thinking)** หมายถึงความสามารถของบุคคลในการวิเคราะห์ข้อมูลและประเมินสถานการณ์ในขณะนั้น ปัจจัยที่มีอิทธิพลในการคิดอย่างมีวิจารณญาณ ได้แก่ ความเชื่อ ค่านิยม บุคคลใกล้ชิดและอิทธิพลจากสื่อต่างๆ เป็นต้น

5. **การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ (Effective communication)** หมายถึงการที่บุคคลใช้ภาษาพูดและภาษาท่าทางเพื่อแสดงถึงความคิดความรู้สึกของตนได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมกับวัฒนธรรมประเพณีของสังคม ซึ่งอาจเป็นไปทั้งในรูปแบบของการขอร้อง ปฏิเสธหรือแสดงความต้องการอื่นๆ ให้บุคคลได้รับรู้

6. **สัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal relations skills)** หมายถึงการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันอย่างเหมาะสม สามารถรักษาหรือดำรงความสัมพันธ์ต่อกันเป็นอย่างดี ส่งผลให้มีการอยู่ร่วมกันในสังคมอย่างมีความสุข โดยเฉพาะสัมพันธภาพกับบุคคลในครอบครัวและบุคคลใกล้ชิด

7. **ความตระหนักรู้ตนเอง (Self-awareness)** หมายถึงความสามารถของบุคคลในการรับรู้จุดเด่นจุดด้อยของตนเอง รู้ความต้องการหรือไม่ต้องการของตน มีความเข้าใจในความแตกต่างของตนเองกับบุคคลอื่น รวมทั้งเข้าใจถึงความแตกต่างระหว่างบุคคล ซึ่งจะมีผลต่อการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล

8. ความเข้าใจและเห็นใจผู้อื่น (Empathy) หมายถึงความเข้าใจและยอมรับถึงความแตกต่างระหว่างบุคคล สามารถที่จะแสดงออกถึงความเข้าใจในปัญหาของแต่ละคน โดยเฉพาะผู้ที่ต้องการได้รับการดูแลช่วยเหลือเป็นพิเศษจากสังคมหรือผู้ที่ด้อยโอกาสต่างๆ

9. การจัดการกับอารมณ์ (Coping with emotion) หมายถึงความสามารถของบุคคลในการรับรู้และเข้าใจอารมณ์ของตนเองและผู้อื่น และมีวิธีการที่จะตอบสนองต่ออารมณ์นั้นๆ ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

10. การจัดการกับความเครียด (Coping with stress) หมายถึงความสามารถของบุคคลในการรับรู้ความเครียดของตน เข้าใจถึงสาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียด รู้จักวิธีคลายความเครียดและมีแนวทางในการควบคุมความเครียดเพื่อให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสม

สรุปได้ว่าทักษะทางสังคมสนับสนุนให้บุคคลสามารถตระหนักรู้ถึงอารมณ์ของตนเองและผู้อื่น มีความเข้าใจในความแตกต่างระหว่างบุคคล ช่วยให้บุคคลสามารถควบคุมตนเอง มีความสามารถในการตัดสินใจแก้ไขปัญหา ส่งผลให้มีพฤติกรรมที่เหมาะสมในการแสดงออกและการสื่อสารกับผู้อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภท

เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มักจะเริ่มป่วยตั้งแต่ก่อนได้เรียนรู้ทักษะทางสังคมแบบผู้ใหญ่โดยกระบวนการทางธรรมชาติ ดังนั้นทักษะทางสังคมส่วนใหญ่ที่ผู้ป่วยขาดไปเกิดจากความบกพร่องทางการรับรู้และการเรียนรู้ซึ่งเป็นตั้งแต่ก่อนป่วยด้วย ซึ่งทำให้ความสามารถทางสังคมหยุดพัฒนาในช่วงระยะเริ่มมีอาการและก่อนหน้านั้น (Kopelowicz et al., 2006) นอกจากนี้ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตเรื้อรังจะมีปัญหาในเรื่องของการเบี่ยงเบนความสนใจง่าย สมาธิสั้น ความจำสั้น (Lieberman et al., 1998) มีความผิดปกติด้านความคิด อารมณ์และพฤติกรรม ทำให้ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมได้ โดยปาร์กเกอร์และโรเซน (Parker & Rosen, 1989 อ้างใน ราตรี ภูบุญ, 2545) ได้กล่าวถึงพฤติกรรมทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภทไว้ 5 ด้าน ดังนี้

1. ด้านการดูแลตนเอง พบว่าผู้ที่ เป็นโรคจิตเภทจะมีพฤติกรรมที่หลากหลายแตกต่างกันไปในเรื่องการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการดำรงชีวิตด้วยตนเอง เช่น ด้านสุขภาพร่างกายและสุขอนามัยส่วนบุคคล พบว่าผู้ป่วยบางรายไม่ยอมอาบน้ำหรือถ้าหากอาบน้ำจะอาบน้ำให้เปียกทั่วร่างกายอย่างเดียวโดยไม่ใช้สบู่หรือยาสระผม บางครั้งไม่แปรงฟันต้องให้ญาติสังเกตอย่างใกล้ชิด บางรายต้องกระตุ้นและให้การช่วยเหลือโดยการทำให้ ด้านการแต่งกายพบว่าส่วนใหญ่จะแต่งกายไม่เหมาะสม บางรายรื้อค้นเสื้อผ้าผู้อื่นมาใส่หรือสวมใส่เสื้อผ้าเก่าๆขาดๆ และบางครั้งเดินออกนอกบ้านโดยไม่ใส่เสื้อผ้าเลย นอกจากนี้ผู้ป่วยยังขาดความสนใจสิ่งแวดล้อมอยู่บ้านโดยไม่เปิดประตูหน้าต่าง

ห้องนอนเต็มไปด้วยเศษกระดาษ รวมถึงการไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา (รัชนิกร อุปเสน, 2541) ไม่สนใจรับประทานอาหาร (จิรารัตน์ พิมพ์ดีด, 2541) และยังพบว่าผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีความบกพร่องในการดูแลความปลอดภัยของตนเอง เช่น การใช้สารเสพติด การเป็นเหยื่อทางเพศหรือมีพฤติกรรมทางเพศไม่เหมาะสม ซึ่งอาจทำให้เกิดการตั้งครรภ์โดยไม่ต้องการหรือเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (จินตนา ลีละไกรวรรณ, 2542) ผู้ป่วยจำนวนหนึ่งมีปัญหาเรื่องการรับประทานยา ดังเช่น นิสากร แก้วพิลา (2545) ได้ศึกษาความสามารถของญาติในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในโครงการญาติมีส่วนร่วมของโรงพยาบาลสวนปรุง พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง โดยสาเหตุที่ใหญ่รับประทานยาส่วนใหญ่คิดว่าอาการทางจิตดีขึ้น สดใส คุ่มทรัพย์อนันต์ (2546) ได้ทำการศึกษาเรื่องปัจจัยทางสังคมกับการรักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลศรีธัญญา พบว่าพฤติกรรมที่เป็นปัญหามากที่สุดคือผู้ป่วยเสพยาเสพติด เช่น สุรา เบียร์ ยาบ้า บุหรี่ และรับประทานยาไม่สม่ำเสมอซึ่งส่งผลต่อการรักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท

2. ด้านการควบคุมอารมณ์ ผู้ป่วยจิตเภทมีความผิดปกติทางด้านารรับรู้ ความคิด อารมณ์ โดยพบว่าผู้ป่วยบางรายจะหงุดหงิดเมื่อผู้ดูแลกระตุ้นให้ปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น อาบน้ำ เปลี่ยนเสื้อผ้าหรือซักช้อนรับประทานอาหารเช้าจึงทำร้ายร่างกายผู้ดูแล (รัชนิกร อุปเสน, 2541) นอกจากนี้อาจมีพฤติกรรมอะละอะอาละวาด ก้าวร้าว แสดงอาการโกรธหรือเกลียดรุนแรง อาจทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น (วาสนา ปานดอก, 2545) รวมทั้งมีการทำลายทรัพย์สินหรือทำลายข้าวของ (ไพรวลัย รมชัย และคณะ, 2544; มารศรี ปาณิวัตร, 2548)

3. ด้านการติดต่อทางสังคม ผู้ป่วยจิตเภทจำนวนหนึ่ง มีพฤติกรรมที่ชอบอยู่คนเดียว ไม่พบปะพูดคุยกับใคร เงียบขา ไม่ยินดียินร้ายกับสิ่งใด (ราตรี ภูบุญ, 2545) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนหรือไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆร่วมกับครอบครัว (เพลินพิศ และคณะ, 2539) จากการศึกษาของปรีวัตร ไชยน้อย (2546) เกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 39.3 ไปร่วมกิจกรรมที่มีในหมู่บ้านหรือในชุมชนนานๆครั้ง กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 32.4 ไปเที่ยวสังสรรค์กับคนในครอบครัวหรือเพื่อนฝูงนานๆครั้ง และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 28.4 ปลีกตัวอยู่ตามลำพังโดยไม่ได้พูดคุยกับใครบ่อยครั้ง และจากการศึกษาของเสวิกุล จำสนอง (2546) ศึกษาพฤติกรรมดูแลตนเองและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา พบว่าผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นไม่ดีเท่าที่ควร โดยพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 21.1 ใช้เวลาอยู่คนเดียวในช่วงกลางวันโดยไม่พูดคุยกับใครมากกว่า 8 ชั่วโมง และร้อยละ 24.2 ออกไปสังสรรค์กับผู้อื่นนอกบ้านนานๆครั้ง เช่นเดียวกับการศึกษาของจันทร์ฉาย เนตรสุวรรณ (2545) ศึกษาพฤติกรรมการ

ดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 26.9 ไม่พูดคุยเล่าทุกข์สุขกับคนใกล้ชิด ร้อยละ 24.3 ไม่ออกไปสังสรรค์กับผู้อื่นนอกบ้าน และร้อยละ 10.4 ใช้เวลาอยู่คนเดียวในช่วงกลางวันมากกว่า 8 ชั่วโมงหรือไม่ได้พูดคุยกับใครเลยในแต่ละวัน โดยพฤติกรรมที่แสดงออกมานั้นอาจเนื่องมาจากการที่ผู้ป่วยขาดความรู้ ขาดข้อมูล ขาดความเข้าใจในการปฏิบัติตัว หรือขาดทักษะนั้นๆ นอกจากนี้ผู้ป่วยจิตเภทคิดว่าการเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่น่าอาย พยายามปกปิดการเจ็บป่วยของตนเองจากบุคคลอื่นๆ เพื่อนบ้านและคนในชุมชนมีทัศนคติในทางลบ หวาดกลัว ไม่อยากคบค้าสมาคมด้วยคนในชุมชนจึงไม่ทำให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ (สุพัฒนา สุขสว่าง และศิริลักษณ์ สว่างวงศ์สิน, 2548)

4. **ด้านการสื่อสาร** ผู้ป่วยจะพูดน้อย เนื้อหาที่จะพูดมีน้อย ใช้เวลานานกว่าจะตอบ ความคิดกระจัดกระจายไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกันโดยแสดงออกมาทางการพูด เช่น พูดไม่ปะติดปะต่อ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548) จากการศึกษากระบวนการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำของจิรารัตน์ พิมพ์ดีด (2541) พบว่ามีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งมีสัมพันธภาพกับบุคคลในครอบครัวไม่ดี มีความคับข้องใจ ทะเลาะวิวาทถกเถียงกันบ่อย ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้างลดลงและแยกตนเองมากขึ้น

5. **ด้านการรับผิดชอบต่อตนเอง** พบว่าผู้ป่วยมักขาดความเอาใจใส่ในการรับประทาน ยา แอบซ่อนยา ทิ้งยาหรือลืมรับประทานยา ซึ่งมีผลทำให้ผู้ป่วยต้องกลับมารักษาซ้ำ (ภาวดี การเร็ว, 2541) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยไม่ทำงานบ้านหรืองานประจำ (ทูลภา บุญผาสังข์, 2545) มีความอ่อนล้าในการทำงาน รวมถึงความอดทนต่อการทำงานลดลง ทำให้ความสามารถในการทำงานลดลงมาก (จิรารัตน์ พิมพ์ดีด, 2541)

การฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยเป็นโรคจิตเภท

แนวคิดเกี่ยวกับการฝึกทักษะทางสังคม

การฝึกทักษะทางสังคมมาจากหลักการพื้นฐานของการเรียนรู้ของมนุษย์ที่ได้จากการทดลองแล้วนำไปใช้จริงในชีวิตประจำวัน องค์ความรู้พื้นฐานที่เกี่ยวกับการฝึกทักษะทางสังคม ได้แก่ การเรียนรู้แบบมีเงื่อนไข การวิเคราะห์พฤติกรรม ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม จิตวิทยาสังคม และการรับรู้ทางสังคม (Kopelowicz et al., 2006) แนวคิดการใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมในการฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเวช คือผู้ป่วยจิตเวชจะมีความบกพร่องทางพฤติกรรมบางอย่างและมีพฤติกรรมบางอย่างผิดปกติรวมทั้งมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้ทำให้เกิดความ

ยากลำบากในการปรับตัวเข้ากับสังคมภายนอก แต่ผู้ป่วยเหล่านี้ก็ยังคงอยู่ในสังคมซึ่งสังคมก็มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของพวกเขา ดังนั้นพฤติกรรมจึงสามารถเปลี่ยนได้โดยใช้หลักของการเรียนรู้ นอกจากนี้ในผู้ป่วยที่มีอาการหลงผิด ประสาทหลอน ก็สามารถสอนทักษะได้ (Kem et al., 2009) โดยผู้บำบัดค่อยๆเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยให้มีความเหมาะสมทีละนิดๆ ควบคู่กับการเสริมแรงทางบวกเมื่อมีพฤติกรรมที่เหมาะสม (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2544) มีการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม โดยการแสดงตัวอย่างให้ดูและการเรียนรู้จากการสังเกตแบบอื่นๆ ซึ่งการฝึกทักษะทางสังคมจะได้ผลและมีความชำนาญมากขึ้นเมื่อได้ใช้ทักษะเหล่านั้นในชีวิตจริงและได้รับการตอบสนองที่ดีจากผู้ที่ปฏิสัมพันธ์ด้วย (Kopelowicz et al., 2006)

กระบวนการฝึกทักษะทางสังคม

การฝึกทักษะทางสังคมอาจมีรายละเอียดที่แตกต่างกันบ้าง แต่วิธีการฝึกก็คล้ายๆกัน โดยทั่วไปกระบวนการฝึกทักษะทางสังคมจะมี 5 ส่วน ได้แก่ 1) การอธิบาย (explanation) 2) การสาธิต (demonstration) 3) การแสดงบทบาทสมมติ (role - play) 4) การติชมและการปรับปรุง (feedback and social enhancement) และ 5) การให้การบ้าน (homework exercise) (Chien et al., 2003) โดยผู้นำกลุ่มบำบัดจะสร้างสถานการณ์จำลองแล้วอธิบายปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นและบอกทักษะที่ควรใช้แล้วให้ลองฝึก มีการใช้สื่อการสอนทั้งภาพและเสียงหรือกระดานดำเพื่อเสริมคำอธิบาย และให้ผู้ป่วยเห็นตัวอย่างการกระทำและได้เรียนรู้ การสาธิตเป็นการแสดงให้ผู้ป่วยเห็นการตอบสนองและพฤติกรรมที่เหมาะสมสำหรับแต่ละสถานการณ์ ผู้นำกลุ่มบำบัดจะเป็นผู้แสดงเพื่อสอนผู้ป่วยว่าการตอบสนองที่เหมาะสมนั้นเป็นอย่างไร โดยแสดงตัวอย่างว่าจะจัดการกับสถานการณ์นั้นๆ อย่างไร จะให้ผู้ป่วยร่วมแสดงด้วยก็ได้แล้วให้ผู้ป่วยและผู้บำบัดลองฝึกด้วยกัน หรือให้ผู้ป่วยหลายคนลองแสดงบทบาทและให้ติชม คำติชมควรชัดเจนและไปในทางบวกควรให้กำลังใจและชมเชยตามพฤติกรรมของผู้ป่วย การให้คำติชมหลังจากผู้ป่วยแสดงบทบาทจบทันทีจะได้ผลมากกว่า ทั้งนี้ไม่ว่าผู้ป่วยจะทำได้ดีในกลุ่มเพียงใดก็ต้องฝึกทักษะบ่อยๆ และนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน (Chien et al., 2003)

รูปแบบการฝึกทักษะทางสังคม

การฝึกทักษะทางสังคมสามารถทำได้ทั้งแบบรายบุคคล รายกลุ่ม และแบบครอบครัว ซึ่งการฝึกแต่ละแบบก็มีข้อดีต่างกัน เช่น การฝึกรายบุคคลจะมีกระบวนการและเรียนรู้ทักษะได้เร็วกว่า ส่วนการฝึกแบบครอบครัวโดยมีสมาชิกครอบครัวร่วมด้วยสามารถเน้นการสื่อสารและการแก้ไขปัญหาในครอบครัวได้โดยตรง การบำบัดรายกลุ่มคุ้มกับค่าใช้จ่ายมากกว่าเนื่องจากฝึกได้

ครั้งละหลายๆ คน และจากการที่ผู้ป่วยได้รวมตัวกันในการฝึกจึงทำให้ได้เรียนรู้จากประสบการณ์จริงของผู้อื่น ได้ดูคนอื่นเป็นแบบอย่าง มีความพยายามในการแก้ไขปัญหามีโอกาสฝึกช่วยเหลือตนเองและได้รับการสนับสนุนจากเพื่อน มีการให้กำลังใจซึ่งกันและกัน (Kopelowicz et al., 2006)

ปัจจุบันมีการฝึกทักษะทางสังคมร่วมกับการบำบัดทางจิตสังคมอย่างอื่น เช่น การปรับพฤติกรรมความคิด (CBT) เนื่องจากการฝึกทักษะทางสังคมเป็นการบำบัดทางพฤติกรรมอย่างหนึ่งที่น่าเน้นการฝึกฝนทักษะในการดำรงชีวิตโดยการเน้นการปฏิบัติ (Granholm et al., 2005) ส่วน CBT เน้นที่ความเชื่อมีผลต่ออารมณ์และพฤติกรรม ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยห่างจากความเชื่อที่ผิดปกติ ความเชื่อที่บิดเบือน ยอมรับคำแนะนำในการแก้ไขความเชื่อ และลดความเชื่อที่ผิดปกติที่มีอยู่ (Beck, Baruch, Balter, Steer, & Warman, 2004) ซึ่งการรวม CBT และการฝึกทักษะทางสังคมเข้าด้วยกันอาจมีประโยชน์ต่อผู้ป่วยมากขึ้น นอกจากนี้การฝึกทักษะทางสังคมอาจฝึกพร้อมกับทักษะการทำงาน เนื่องจากมีผู้ป่วยจำนวนมากไม่สามารถทำงานได้ต้องออกจากงาน การฝึกจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถรักษางานไว้ได้นานขึ้นรวมทั้งทำให้เกิดความพึงพอใจในความสำเร็จ โปรแกรมการฝึกจะสอนให้ผู้ป่วยตระหนักถึงสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียดในงาน มีใช้เทคนิคในการจัดการกับความเครียด รู้จักการเอาชนะทัศนคติที่ไม่ดี รวมถึงการขอความคิดเห็นเกี่ยวกับผลการทำงานและการขอความช่วยเหลือจากหัวหน้างาน นอกจากนี้ยังรวมถึงการสนทนาและการสร้างสัมพันธภาพกับเพื่อนร่วมงาน (Wallace & Tauber, 2004)

ประสิทธิภาพของการฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภท

ทักษะทางสังคมเป็นปัจจัยในการป้องกันความอ่อนแอและความเครียดของผู้ป่วยโรคจิตเภท การฝึกทักษะทางสังคมทำให้ผู้ป่วยมีทักษะและความสามารถทางสังคมดีขึ้น สามารถปรับตัวต่อเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด และสามารถปรับตัวในสังคมได้ดีขึ้น การฝึกทักษะทางสังคมที่เหมาะสมกับผู้ป่วยในระยะเวลาที่เหมาะสม จะช่วยพัฒนาความสามารถและลดความบกพร่องของผู้ป่วยได้รวมทั้งช่วยลดอาการทางลบ ช่วยให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการสนทนา มีทักษะในการสื่อสารที่ดี ทำให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในตนเอง มีกำลังใจและมองเห็นโอกาสที่จะฟื้นตัวจากโรค ทำให้มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น นอกจากนี้ทักษะทางสังคมยังช่วยในการป้องกันโรคกลับมาเป็นใหม่ซึ่งถูกกระตุ้นจากความเครียด ดังจะเห็นได้ว่าเมื่อผู้ป่วยมีทักษะในการจัดการกับเหตุการณ์ความตึงเครียดและความยุ่งยากที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันทุกวัน ก็จะมีความชำนาญมากขึ้นในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิต ผลก็คือความเครียดมีโอกาสน้อยลงที่จะทำให้มีอาการกำเริบ รวมทั้งการฝึกทักษะทางสังคมยังช่วยให้ผู้ป่วยอาการสงบ ร่วมมือในการรับประทานยาและเข้ารับการบำบัดทางจิตสังคมอย่างสม่ำเสมอและนำไปสู่การหายจากอาการป่วย (Kopelowicz et al., 2006) ซึ่ง

การรักษาด้วยยาควบคู่กับการฝึกทักษะทางสังคมสามารถแก้ไขการป่วยได้ครอบคลุมมากขึ้น การให้ยาแก่ผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญช่วยรักษาอาการป่วยและลดความเสี่ยงที่จะกลับมาป่วยซ้ำ การฝึกทักษะทางสังคมร่วมด้วยอาจช่วยป้องกันในผู้ป่วยอาการไม่คงที่และได้รับยาไม่เพียงพอ นอกจากนี้กรณีที่ผู้ป่วยได้รับยาอย่างเหมาะสม การฝึกทักษะทางสังคมช่วยพัฒนาทักษะที่ขาดหายไปอีกด้วย (Marder et al., 1996)

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภท ทำให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวในสังคมได้ดีขึ้น (Marder et al., 1996) มีการดูแลตนเองดีขึ้น มีทักษะในการพึ่งพาตนเองมากขึ้น (Lieberman et al., 1998) สามารถจัดการยาและดูแลตนเองได้ดีขึ้น (Eckman et al., 1992) อาการทางจิตดีขึ้น สามารถจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้เร็วขึ้น รวมถึงลดอัตราการป่วยซ้ำ (Corrigan, 1991 cited in Marder et al., 1996) จะเห็นได้ว่าการฝึกทักษะทางสังคมเป็นการบำบัดทางจิตสังคมอย่างหนึ่งที่มีประสิทธิภาพต่อผู้ป่วยจิตเภท

ดังนั้นในการสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภทครั้งนี้ จะช่วยให้ผู้ศึกษามีความรู้ความเข้าใจรูปแบบของการฝึกทักษะทางสังคม และประสิทธิภาพของโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม เพื่อนำไปประยุกต์ใช้ทางการพยาบาลในการช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีอยู่แพร่หลายในปัจจุบัน นำมาประเมินคุณภาพหรือความน่าเชื่อถือของหลักฐาน พิจารณาความเป็นไปได้ของการนำไปใช้ เพื่อให้เกิดแนวทางในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีคุณภาพต่อไป ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. การสืบค้นหลักฐานงานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการ (Search for information sources) ประกอบด้วย
 - 1.1 แหล่งข้อมูลงานวิจัย (Data source)
 - 1.2 คำสำคัญในการสืบค้น (Key word)
 - 1.3 เกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัย (Inclusion criteria)
2. แนวทางในการทบทวน วิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัย ประกอบด้วย
 - 2.1 การประเมินคุณภาพงานวิจัย (Evaluation of research quality)
 - 2.2 การสกัดข้อมูลจากงานวิจัย (Data extraction)

1. การสืบค้นหลักฐานงานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการ (Search for information sources)

1.1) แหล่งข้อมูลงานวิจัย (Data sources) แหล่งข้อมูลที่ใช้ในการสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภท ที่นำมาใช้ในการทบทวน วิเคราะห์และสังเคราะห์ในครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ค้นคว้าด้วยตนเอง (Manual Search) โดยเริ่มพิจารณาจากวัสดุสิ่งพิมพ์ ได้แก่ วิทยานิพนธ์ ตำรา คู่มือ และวารสารจากห้องสมุดมหาวิทยาลัยต่างๆ และจากแหล่งข้อมูลของหน่วยงาน สถาบันที่เกี่ยวข้อง มีหลักฐานอ้างอิงบางส่วนที่สามารถนำไปสืบค้นงานวิจัยต้นฉบับทั้งในและต่างประเทศต่อได้อีก นอกจากนี้ยังสืบค้นทางสื่ออิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Search) โดยเลือกใช้ฐานข้อมูลดังนี้ PUBMED Sciencedirect OVID MULINET CINAHL Wiley Interscience ห้องสมุดกรมสุขภาพจิต ห้องสมุดสำนักงานคณะกรรมการวิจัย

แห่งชาติ ห้องสมุดโรงพยาบาลศรีธัญญา ห้องสมุดมหาวิทยาลัยมหิดลเขตราษฎร์วิถี โดยได้ดำเนินการสืบค้นในระหว่างวันที่ 10 กรกฎาคม 2552 ถึงวันที่ 10 สิงหาคม 2552

1.2) คำสำคัญในการสืบค้น (Key word) ได้แก่ social skills training AND schizophrenia, social skills training AND severe mental illness, social skills training AND chronic mental illness, ทักษะทางสังคม จิตเภท ทักษะทางสังคมและจิตเภท

1.3) เกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัย (Inclusion criteria) ใช้เกณฑ์ในการคัดเลือกงานวิจัย ดังนี้

1) ชนิดของกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัย พิจารณาคัดเลือกผู้ป่วยจิตเภทหรือผู้ป่วยโรคทางจิตเวชที่มีผู้ป่วยจิตเภทรวมอยู่ด้วยมากกว่าร้อยละ 50 ขึ้นไป

2) ชนิดของการจัดกระทำ (Intervention) เป็นงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม

3) ชนิดหรือประเภทของหลักฐานหรืองานวิจัย พิจารณาทั้งงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการออกแบบชนิดสุ่มเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (RCT) งานวิจัยเชิงกึ่งทดลองหรือกรณีศึกษา

4) เป็นงานวิจัยที่ตีพิมพ์ในระหว่างปี ค.ศ. 2000 - 2009 หรือ พ.ศ. 2543 - 2552

5) เป็นงานวิจัยที่สามารถหาฉบับสมบูรณ์ (Full text) ได้

ในการศึกษานี้เมื่อคัดเลือกเรื่องที่ไม่ซ้ำกันจากฐานข้อมูลอันใดอันหนึ่งแล้วรวบรวมงานวิจัยที่ค้นได้งานวิจัยที่สามารถหาฉบับสมบูรณ์ จำนวนทั้งสิ้น 14 เรื่อง ซึ่งรายละเอียดเกี่ยวกับฐานข้อมูลที่ใช้ คำสำคัญในการสืบค้น จำนวนงานวิจัยที่สืบค้นได้ จำนวนงานวิจัยที่ตรงตามข้อกำหนด และจำนวนงานวิจัยหลังคัดเรื่องซ้ำออกแล้ว แสดงในตาราง 1

ตาราง 1 แสดงผลการสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ฐานข้อมูล	คำสำคัญในการสืบค้น	จำนวน งานวิจัย ที่สืบค้น ได้	จำนวน งานวิจัยที่ ตรงตาม ข้อกำหนด	จำนวน งานวิจัยหลัง คัดเรื่องซ้ำ ออกแล้ว
PUBMED	-social skills training AND schizophrenia	311	7	7
	-social skills training AND severe mental illness	153	0	0
	-social skills training AND chronic mental illness	165	4(4)	0
Science Direct	-social skills training AND schizophrenia	148	4(4)	0
	-social skills training AND severe mental illness	172	3(3)	0
	-social skills training AND chronic mental illness	121	4(4)	0
OVID	-social skills training AND schizophrenia	140	3(2)	1
	-social skills training AND severe mental illness	96	1(1)	0
	-social skills training AND chronic mental illness	86	2(2)	0

หมายเหตุ () งานวิจัยที่ซ้ำ

ตาราง 1 แสดงผลการสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (ต่อ)

ฐานข้อมูล	คำสำคัญในการสืบค้น	จำนวน งานวิจัย ที่สืบค้น ได้	จำนวน งานวิจัยที่ ตรงตาม ข้อกำหนด	จำนวน งานวิจัย หลังคัดเรื่อง ซ้ำออกแล้ว
MULINET	-social skills training AND schizophrenia	84	2(2)	0
	-social skills training AND severe mental illness	59	0	0
	-social skills training AND chronic mental illness	123	2(2)	0
CINAHL	-social skills training AND schizophrenia	276	4(3)	1
	-social skills training AND severe mental illness	187	3(3)	0
	-social skills training AND chronic mental illness	165	0	0
Wiley Interscience	-social skills training AND schizophrenia	213	3(2)	1
	-social skills training AND severe mental illness	133	0	0
	-social skills training AND chronic mental illness	97	0	0

หมายเหตุ () งานวิจัยที่ซ้ำ

ตาราง 1 แสดงผลการสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (ต่อ)

ฐานข้อมูล	คำสำคัญในการสืบค้น	จำนวน งานวิจัย ที่สืบค้น ได้	จำนวน งานวิจัยที่ ตรงตาม ข้อกำหนด ข้อกำหนด	จำนวน งานวิจัยหลัง คัดเรื่องซ้ำ ออกแล้ว
ห้องสมุดกรม สุขภาพจิต	ทักษะทางสังคม	2	2	2
	จิตเภท	44	4(2)	2
	ทักษะทางสังคมและจิตเภท	0	0	0
ห้องสมุด สำนักงาน คณะกรรมการวิจัย แห่งชาติ	ทักษะทางสังคม	14	0	0
	จิตเภท	90	0	0
	ทักษะทางสังคมและจิตเภท	0	0	0
ห้องสมุด โรงพยาบาลศรี รัษฎา	ทักษะทางสังคม	4	2(2)	0
	จิตเภท	15	2(2)	0
	ทักษะทางสังคมและจิตเภท	0	0	0
ห้องสมุด มหาวิทยาลัยมหิดล เขตราษฎี	ทักษะทางสังคม	7	0	0
	จิตเภท	74	0	0
	ทักษะทางสังคมและจิตเภท	0	0	0
รวม		2,977	52(38)	14

หมายเหตุ () งานวิจัยที่ซ้ำ

2. แนวทางการทบทวน วิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัย

2.1) การประเมินคุณภาพงานวิจัย (Evaluation of research quality) พิจารณาใช้เกณฑ์ ประเมินคุณภาพระดับงานวิจัยหรือหลักฐานอ้างอิง (Level of Evidence) ซึ่งแบ่งระดับหลักฐาน อ้างอิงทางวิชาการออกเป็น 4 ระดับ (ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย, 2544) ดังนี้

Level A หมายถึง หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็น meta – analysis ของ งานวิจัยที่เป็น randomized controlled trials หรืองานวิจัยเดี่ยวที่เป็น randomized controlled trials

Level B หมายถึง หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็น meta-analysis ของ งานวิจัยที่ออกแบบเป็น randomized controlled trials อย่างน้อย 1 เรื่อง หรือหลักฐานที่ได้จาก งานวิจัยที่มีการออกแบบรัดกุม แต่เป็นงานวิจัยกึ่งทดลองหรืองานวิจัยเชิงทดลองที่ไม่มีการสุ่ม ตัวอย่างเข้ากลุ่ม ได้แก่ non - randomized controlled trials, cohort - study, case control study

Level C หมายถึง หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็นงานเปรียบเทียบหา ความสัมพันธ์หรือเป็นงานวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive study)

Level D หมายถึง หลักฐานที่ได้จากความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ (Expert consensus) คำรา หรือเอกสารที่ไม่ใช่งานวิจัย

จากผลการวิเคราะห์งานวิจัยทั้ง 14 เรื่อง พบว่าเป็นการศึกษาที่เป็น randomized control trial ซึ่งอยู่ในระดับ A จำนวน 7 เรื่อง เป็น quasi – experimental research ซึ่งอยู่ในระดับ B จำนวน 4 เรื่อง และเป็น one group pre - post ซึ่งอยู่ในระดับ B จำนวน 2 เรื่อง เป็น case control study ซึ่งอยู่ในระดับ B จำนวน 1 เรื่อง ดังแสดงรายละเอียดในตาราง 2

ตาราง 2 แสดงรายละเอียดของงานวิจัยที่ได้จากการศึกษา

ลำดับที่	ชื่อเรื่องงานวิจัย	ผู้วิจัย	ระดับ คุณภาพ งานวิจัย
1	Cognitive predictors of skill acquisition on social problem solving in patients with schizophrenia	Ucok, A., Cakir, S., Duman, Z. C., Discigil, A., Kandemir, P., & Atli, H. (2006)	Level A
2	Functional Adaptation Skills Training (FAST) A randomized trial of a psychosocial intervention for middle – aged and older patients with chronic psychotic disorders	Patterson, T. L., Mausbach, B. T., McKibbin, C., Goldman, S., Bucardo, J., & Jeste, D. V. (2006)	Level A
3	Social cognition enhancement training for schizophrenia: a preliminary randomized controlled trial	Choi, K. H., & Kwon, J. H. (2006).	Level A
4	A randomized controlled trial of cognitive behavioral social skills training for middle – aged and older outpatients with chronic schizophrenia	Granholm, E., McQuaid, J. R., McClure, F. S., Auslander, L. A., Perivoliotis, D., Pedrelli, P., et al. (2005)	Level A
5	Effects of social skills training on improving social skills of patients with schizophrenia	Chien, H. C., Ku, C. H., Lu, R. B., Chu, H., Tao, Y. H., & Chou, K. R. (2003)	Level A
6	Improving social functioning in schizophrenia by playing the train game	Torres, A., Mendez, L. P., Merino, H., & Moran, E. A. (2002)	Level A

ตาราง 2 แสดงรายละเอียดของงานวิจัยที่ได้จากการศึกษา (ต่อ)

ลำดับที่	ชื่อเรื่องงานวิจัย	ผู้วิจัย	ระดับ คุณภาพ งานวิจัย
7	Work - related social skills training for people with schizophrenia in Hong Kong	Tsang, H. W., & Pearson, V. (2001)	Level A
8	Development of an integrated cognitive – behavioral and social skills training intervention for older patients with schizophrenia	McQuaid, J. R., Granholm, E., McClure, F. S., Roepke, S., Pedrelli, P., Patterson, T. L., et al. (2000)	Level B
9	Development of specific social skills training programmes for schizophrenia patient results of a multicentre study	Roder, V., Brenner, H. D., Muller, D., Lachler, M., Zorn, P., Reisch, T., et al. (2002)	Level B
10.	Social skills training as nursing intervention to improve the social skills and self - esteem of inpatients with chronic schizophrenia	Seo, J. M., Ahn, S., Byun, E. K., & Kim, C. K. (2007)	Level B
11.	การประเมินผลการฝึกทักษะและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังในโครงการสร้างเสริมทักษะชีวิตคนพิการทางจิตในชุมชนทดลอง	รักสุดา กิจอรุณ และนันทนา บุญคล้าย (2549)	Level B
12	การฝึกทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในโรงพยาบาลศรีธัญญา	สุรพิน แทนรัตนกุล, สุนีย์ เอกวัฒนพันธ์, และณัฏฐวดี รัตนานันคม (2548)	Level B

ตาราง 2 แสดงรายละเอียดของงานวิจัยที่ได้จากการศึกษา (ต่อ)

ลำดับที่	ชื่อเรื่องงานวิจัย	ผู้วิจัย	ระดับ คุณภาพ งานวิจัย
13	การเสริมสร้างทักษะการดำเนินชีวิต ของผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังชาย	สุรียรัตน์ โบจรัส, สมพร รุ่งเรือง กลกิจ, และมธุลดา ชัยมี (2550)	Level B
14	ผลของกลุ่มทักษะทางสังคมต่อ พฤติกรรมทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท	อรุณ พยุงธรรม, สกาวรัตน์ พวง ลัดดา, มลิวัดย์ บุญสอน, สว่าง จิต วสุวัต, และสุรียรัตน์ คุ้ม แย้ม (2548)	Level B

2.2 การสกัดข้อมูลจากงานวิจัย (Data extraction) เพื่อนำผลการวิจัยไปใช้
พิจารณาสกัดข้อมูลจากงานวิจัยที่คัดเลือกไว้ ดังนี้

- 1) วัตถุประสงค์ของงานวิจัย (purpose)
- 2) แบบการวิจัย (research design)
- 3) กลุ่มตัวอย่าง (sample)
- 4) สถานที่หรือแหล่งวิจัย (setting)
- 5) เครื่องมือและการเก็บรวบรวมข้อมูล (data collection)
- 6) การจัดกระทำหรือการบำบัด (intervention)
- 7) ผลการวิจัย (finding/result)
- 8) ข้อเสนอแนะเพื่อนำไปใช้ (implication/implementation)

ผลของการสกัดข้อมูลจากงานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วย
จิตเภท จะนำเสนอในตาราง 5 ในภาคผนวก จากนั้นนำข้อมูลที่สกัดได้ไปสังเคราะห์ตามวัตถุประสงค์
ของการศึกษา

บทที่ 4

ผลการศึกษา

ผลจากการสังเคราะห์การศึกษาเกี่ยวกับการใช้โปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภท ผู้ศึกษาจะนำเสนอผลตามลำดับหัวข้อ ดังต่อไปนี้คือ 1) คุณภาพและความเพียงพอของงานวิจัยและหลักฐานทางวิชาการ 2) รูปแบบของโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม 3) ลักษณะของผู้ป่วยที่ได้รับการฝึกทักษะทางสังคม 4) คุณลักษณะของผู้ทำการฝึกทักษะทางสังคม 5) ทักษะทางสังคมและวิธีที่ใช้ในการฝึกทักษะ 6) ระยะเวลา จำนวนครั้ง และความถี่ในการดำเนินกิจกรรมการฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภท และ 7) ผลลัพธ์ของการฝึกทักษะทางสังคม

คุณภาพและความเพียงพอของงานวิจัยและหลักฐานทางวิชาการ

จากงานวิจัยทั้งหมด 14 เรื่อง พบว่าเป็นงานวิจัยที่ศึกษาในต่างประเทศ จำนวน 10 เรื่อง ตีพิมพ์ระหว่างปี ค.ศ. 2000-2009 โดยเป็น randomized controlled trials อยู่ในระดับ A จำนวน 7 เรื่อง (Chien et al., 2003; Choi & Kwon, 2006; Granholm et al., 2005; Patterson et al., 2006; Torres et al., 2002; Tsang & Pearson, 2001; Ucock et al., 2006) เป็น quasi experimental research อยู่ในระดับ B จำนวน 2 เรื่อง (Roder et al., 2002; Seo et al., 2007) เป็น case control study อยู่ในระดับ B จำนวน 1 เรื่อง (McQuaid et al., 2000) ส่วนงานวิจัยที่ศึกษาในประเทศไทยจำนวน 4 เรื่อง เป็น quasi experimental research อยู่ในระดับ B จำนวน 2 เรื่อง (สุรพิน แทนรัตนกุล และคณะ, 2548; อุ่น พงษ์ธรรม และคณะ, 2548) เป็น one group pre – post ซึ่งอยู่ในระดับ B จำนวน 2 เรื่อง (รักสุตา กิจอรุณ และฉันทนา บุญคล้าย, 2549; สุริรัตน์ โบจรัส และคณะ, 2550)

รูปแบบของโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม

จากการศึกษางานวิจัยทั้ง 14 เรื่อง พบว่ารูปแบบการดูแลผู้ป่วยสามารถแบ่งได้เป็น 2 รูปแบบ คือแบ่งตามลักษณะการฝึกและทักษะที่ฝึก ดังนี้

1. แบ่งตามลักษณะการฝึก

1.1) การฝึกทักษะทางสังคมแบบรายกลุ่ม จำนวน 11 เรื่อง (สุรพิน แทนรัตนกุล และคณะ, 2548; อุ่น พงษ์ธรรม และคณะ, 2548; Chien et al., 2003; Choi & Kwon,

2006; Granholm et al., 2005; McQuaid et al., 2000; Patterson et al., 2006; Seo et al., 2007; Torres et al., 2002; Tsang & Pearson, 2001; Ucock et al., 2006)

1.2) การฝึกทักษะทางสังคมแบบรายกลุ่มร่วมกับรายบุคคล จำนวน 3 เรื่อง (รักสุดา กิจอรุณ และฉันทนา บุญคล้าย, 2549; สุรรัตน์ โปจรัส และคณะ, 2550; Roder et al., 2002) ประกอบด้วยการฝึกทักษะการดำเนินชีวิตประจำวัน 6 ด้านจำนวน 2 เรื่อง (รักสุดา กิจอรุณ และฉันทนา บุญคล้าย, 2548; สุรรัตน์ โปจรัส และคณะ, 2550) ได้รับการฝึกทักษะทางสังคมทางการรับรู้หนึ่งในสามแบบ (การฝึกทักษะเกี่ยวกับการอยู่อาศัย การทำงาน หรือนันทนาการ) จำนวน 1 เรื่อง (Roder et al., 2002)

2. แบ่งตามทักษะที่ฝึก

2.1) การฝึกเฉพาะทักษะทางสังคม จำนวน 11 เรื่อง (รักสุดา กิจอรุณ และฉันทนา บุญคล้าย, 2549; สุรพิน แทนรัตนกุลและคณะ, 2548; สุรรัตน์ โปจรัส และคณะ, 2550; อุ่น พงษ์ธรรม และคณะ, 2548; Chien et al., 2003; Choi & Kwon, 2006; Patterson et al., 2006; Roder et al., 2002; Seo et al., 2007; Tsang & Pearson, 2001; Ucock et al., 2006)

2.2) การฝึกทักษะทางสังคมร่วมกับการบำบัดทางจิตสังคมอย่างอื่น จำนวน 3 เรื่อง (Granholm et al., 2005; McQuaid et al., 2000; Torres et al., 2002) ประกอบด้วย การฝึกทักษะทางสังคมร่วมกับทักษะการเคลื่อนไหว การเล่นเกม และอาชีพะบำบัด จำนวน 1 เรื่อง (Torres et al., 2002) การฝึกทักษะทางสังคมร่วมกับการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดจำนวน 2 เรื่อง (Granholm et al., 2005; McQuaid et al., 2000)

ลักษณะของผู้ป่วยที่ได้รับการฝึกทักษะทางสังคม

จากการวิเคราะห์ผลการศึกษาทั้ง 14 เรื่อง พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการฝึกทักษะทางสังคมมีลักษณะ ดังนี้

1. การวินิจฉัยโรค กลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการฝึกทักษะทางสังคม ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยจิตเภททั้งหมดจำนวน 13 เรื่อง (รักสุดา กิจอรุณ และฉันทนา บุญคล้าย, 2549; สุรพิน แทนรัตนกุล และคณะ, 2548; อุ่น พงษ์ธรรม และคณะ, 2548; Chien et al., 2003; Choi & Kwon, 2006; Granholm et al., 2005; McQuaid et al., 2000; Patterson et al., 2006; Roder et al., 2002; Seo et al., 2007; Torres et al., 2002; Tsang & Pearson, 2001; Ucock et al., 2006) และเป็นผู้ป่วยจิตเภทร่วมกับผู้ป่วยจิตเวชอื่นๆจำนวน 1 เรื่องโดยมีผู้ป่วยเข้าร่วมการศึกษาทั้งหมด 38 คน ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยจิตเภท 28 คน และเป็นผู้ป่วยจิตเวชอื่นๆ 10 คน (สุรรัตน์ โปจรัส และคณะ, 2550)

2. อายุ จากการวิเคราะห์การศึกษาทั้ง 14 เรื่องพบว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการฝึกทักษะทางสังคมมีอายุแตกต่างกันคือ อยู่ในช่วงอายุ 18-74 ปี โดยที่งานวิจัยต่าง ๆ มีเกณฑ์การคัดเข้าของกลุ่มตัวอย่างด้วยอายุ ดังนี้

มีงานวิจัย 9 เรื่อง ที่ระบุอายุในเกณฑ์คัดเข้า โดยมีอายุ 18-59 ปี จำนวน 1 เรื่อง (องุ่น พงษ์ธรรม และคณะ, 2548) อายุ 20-50 ปี จำนวน 1 เรื่อง (สุรพิน แทนรัตนกุล และคณะ, 2548) อายุ 40 ปีขึ้นไปจำนวน 1 เรื่อง (Patterson et al., 2006) อายุ 18-45 ปีจำนวน 1 เรื่อง (Ucok et al., 2006) อายุ 18-50 ปี จำนวน 2 เรื่อง (Torres et al., 2002; Tsang & Pearson, 2001) อายุ 18-60 ปีจำนวน 1 เรื่อง (Choi & Kwon, 2006) อายุ 42-74 ปี จำนวน 1 เรื่อง (Granholm et al., 2005) และอายุมากกว่า 45 ปี จำนวน 1 เรื่อง (McQuaid et al., 2000)

ไม่ได้ระบุอายุผู้ป่วยจิตเวชในเกณฑ์คัดเข้าจำนวน 5 เรื่อง แต่ผู้วิจัยได้รายงานอายุเฉลี่ยของผู้ป่วยไว้ 4 เรื่อง ดังนี้ อายุ 34 ปี 1 เรื่อง (รักสุดา กิจอรุณ และฉันทนา บุญคล้าย, 2549) อายุ 38 ปี 1 เรื่อง (สุรรัตน์ โบจรัส และคณะ, 2550) อายุ 41.77 ปี 1 เรื่อง (Chien et al., 2003) กลุ่มควบคุมอายุ 35.44 ปี กลุ่มทดลองอายุ 38.21 ปี จำนวน 1 เรื่อง (Seo et al., 2007) และไม่ได้รายงานอายุเฉลี่ยไว้ 1 เรื่อง (Roder et al., 2002)

3. ความบกพร่องทางสติปัญญาหรือพยาธิสภาพทางสมอง มีงานวิจัย 5 เรื่องที่ระบุว่า กลุ่มตัวอย่างต้องไม่มีความบกพร่องทางสติปัญญาหรือพยาธิสภาพทางสมอง (องุ่น พงษ์ธรรม และคณะ, 2548; Choi & Kwon, 2006; Roder et al., 2002; Seo et al., 2007; Ucok et al., 2006)

4. สารเสพติด มีงานวิจัยที่ระบุว่ากลุ่มตัวอย่างต้องไม่ใช้สารเสพติด จำนวน 5 เรื่อง (Choi & Kwon, 2006; Granholm et al., 2005; Roder et al., 2002; Seo et al., 2007; Ucok et al., 2006)

5. สถานที่ศึกษา ศึกษาในผู้ป่วยที่อยู่ระหว่างการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช จำนวน 7 เรื่อง (รักสุดา กิจอรุณ และฉันทนา บุญคล้าย, 2549; สุรพิน แทนรัตนกุล และคณะ, 2548; สุรรัตน์ โบจรัส และคณะ, 2550; องุ่น พงษ์ธรรม และคณะ, 2548; Chien et al., 2003; Roder et al., 2002; Seo et al., 2007) เป็นผู้ป่วยที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกจำนวน 3 เรื่อง (Patterson et al., 2006; Torres et al., 2002; Ucok et al., 2006) และเป็นผู้ป่วยศูนย์ฟื้นฟูจิตเวชชุมชนจำนวน 4 เรื่อง (Choi & Kwon, 2006; Granholm et al., 2005; McQuaid et al., 2000; Tsang & Pearson, 2001)

คุณลักษณะของผู้บำบัด

จากการวิเคราะห์ผลการศึกษาทั้ง 14 เรื่อง พบว่าผู้บำบัดในโปรแกรมฝึกทักษะทางสังคมประกอบด้วยบุคลากรทางด้านงานสุขภาพจิตและจิตเวช ดังนี้

พยาบาลวิชาชีพจำนวน 4 เรื่อง (สุรพิน แทนรัตนกุล และคณะ, 2548; สุรรัตน์ ไบจรัส และคณะ, 2550; อุ่น พงษ์ธรรม และคณะ, 2548; Chien et al., 2003) นักจิตวิทยาระดับปริญญาโทจำนวน 1 เรื่อง (Choi & Kwon, 2006) นักจิตวิทยาระดับปริญญาเอกซึ่งมีประสบการณ์ทางคลินิกในการบำบัดแบบ cognitive behavioral social skills training อย่างน้อย 2 ปี จำนวน 1 เรื่อง (Granholm et al., 2005) นักอาชีพบำบัดซึ่งได้รับการฝึกทักษะทางสังคมมาแล้วเป็นผู้นำกลุ่ม และนักสังคมสงเคราะห์ที่มีประสบการณ์ในการทำงานกับผู้ป่วยเป็นผู้ช่วยผู้นำกลุ่มจำนวน 1 เรื่อง (Tsang & Pearson, 2001)

ทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วยจิตแพทย์ 3 คน นักสังคมสงเคราะห์ 1 คน และพยาบาลจิตเวช 1 คน ซึ่งเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในการบำบัด โดยการบำบัดแต่ละครั้งประกอบด้วยผู้นำกลุ่ม 1 คนและผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม 1 คน จำนวน 1 เรื่อง (Ucok et al., 2006) จิตแพทย์และพยาบาลวิชาชีพจำนวน 1 เรื่อง (รักสุดา กิจอรุณ และฉันทนา บุญคล้าย, 2549) พยาบาลจิตเวชที่มีการศึกษาระดับปริญญาเอกด้านการพยาบาลจิตเวช และมีประสบการณ์ในการฝึกทักษะทางสังคม มากกว่า 10 ปี เป็นผู้นำกลุ่ม และนักสังคมสงเคราะห์เป็นผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม จำนวน 1 เรื่อง (Seo et al., 2007) แพทย์และนักนันทนาการบำบัด จำนวน 1 เรื่อง (Torres et al., 2002) ไม้ระบุงอาชีพร่วม 3 เรื่อง (McQuaid et al., 2000; Patterson et al., 2006; Roder et al., 2002) ซึ่งใน 3 เรื่องนั้นมี 1 เรื่อง (Patterson et al., 2006) ที่ระบุว่าผู้บำบัดระดับปริญญาโทและปริญญาเอกผู้นำกลุ่ม รวมทั้งผู้ช่วยพยาบาลที่ทำงานในศูนย์ โดยผู้บำบัดระดับปริญญาโทและปริญญาเอก ได้รับการฝึกฝนการบำบัดและผ่านเกณฑ์ปฏิบัติ

ทักษะทางสังคมและวิธีที่ใช้ในการฝึกทักษะ

จากการวิเคราะห์ผลการศึกษาทั้ง 14 เรื่อง พบว่ามีการจัดให้ฝึกทักษะทางสังคมที่หลากหลาย โดยทักษะทางสังคมและวิธีที่ใช้ในการฝึกทักษะในโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภท สามารถสรุปได้ดังนี้

1. **ทักษะการสื่อสาร** จำนวน 8 เรื่อง (รักสุดา กิจอรุณ และฉันทนา บุญคล้าย, 2549; สุรพิน แทนรัตนกุล และคณะ, 2548; อุ่น พงษ์ธรรม และคณะ, 2548 ; Chien et al., 2003; Granholm et al., 2005; McQuaid et al., 2000; Patterson et al., 2006; Seo et al., 2007) โดยทุกงานวิจัยมีการฝึกปฏิบัติโดยการอธิบาย การสาธิต การแสดงบทบาทสมมุติ การติชมและการ

ปรับปรุง และการให้การบ้าน โดยผู้นำกลุ่มจะสร้างสถานการณ์จำลองแล้วอธิบายปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้น มีการสาธิตการตอบสนองที่เหมาะสมกับสถานการณ์ และให้ผู้ป่วยได้ลองฝึก มีการติชม คำติชมควรเป็นไปในทางบวกและมีการให้การบ้าน ในจำนวนนี้มีงานวิจัยจำนวน 1 เรื่อง (รักสุดา กิจอรุณ และฉันทนา บุญคล้าย, 2549) ที่มีการฝึกปฏิบัติในสถานທີ່จริงร่วมด้วย และมีงานวิจัย 2 เรื่อง (Granholm et al., 2005; McQuaid et al., 2000) ที่มีการฝึกทักษะทางสังคมร่วมกับปรับพฤติกรรมความคิด

2. ทักษะการทำงาน จำนวน 7 เรื่อง (รักสุดา กิจอรุณ และฉันทนา บุญคล้าย, 2549; สุรรัตน์ โปจรัส และคณะ, 2550; Granholm et al., 2005; Patterson et al., 2006; Roder et al., 2002; Torres et al., 2002; Tsang & Pearson, 2001) มีงานวิจัย 6 เรื่อง (รักสุดา กิจอรุณ และฉันทนา บุญคล้าย, 2549; สุรรัตน์ โปจรัส และคณะ, 2550; Granholm et al., 2005; Patterson et al., 2006; Roder et al., 2002; Tsang & Pearson, 2001) ฝึกปฏิบัติโดยการอธิบาย การสาธิต การแสดงบทบาทสมมุติ การติชมและการปรับปรุง และการให้การบ้าน ในจำนวนนี้มี 3 เรื่อง (รักสุดา กิจอรุณ และฉันทนา บุญคล้าย, 2549; สุรรัตน์ โปจรัส และคณะ, 2550; Roder et al., 2002) ที่มีการฝึกในสถานທີ່จริงร่วมด้วย และอีก 1 เรื่อง (Granholm et al., 2005) มีการฝึกทักษะทางสังคมร่วมกับปรับพฤติกรรมความคิด ส่วนอีก 1 เรื่อง (Torres et al., 2002) มีการฝึกโดยการเล่นเกม

3. ทักษะการตัดสินใจและแก้ปัญหา จำนวน 6 เรื่อง (สุรพิน แทนรัตนกุล และคณะ, 2548; Granholm et al., 2005; Roder et al., 2002; Seo et al., 2007; Torres et al., 2002; Ucok et al., 2006) มีงานวิจัย 5 เรื่อง (สุรพิน แทนรัตนกุล และคณะ, 2548; Granholm et al., 2005; Roder et al., 2002; Seo et al., 2007; Ucok et al., 2006) ฝึกปฏิบัติโดยการอธิบาย การสาธิต การแสดงบทบาทสมมุติ การติชมและการปรับปรุง และการให้การบ้าน ในจำนวนนี้มีงานวิจัย 1 เรื่อง (Granholm et al., 2005) มีการฝึกทักษะทางสังคมร่วมกับปรับพฤติกรรมความคิด และมี 1 เรื่อง (Roder et al., 2002) ที่มีการฝึกในสถานທີ່จริงร่วมด้วย ส่วนงานวิจัยอีก 1 เรื่อง (Torres et al., 2002) ฝึกโดยการเล่นเกม

4. ทักษะการสร้างสัมพันธภาพ จำนวน 5 เรื่อง (รักสุดา กิจอรุณ และฉันทนา บุญคล้าย, 2549; สุรพิน แทนรัตนกุล และคณะ; McQuaid et al., 2000; Seo et al., 2007, 2548; Torres et al., 2002) ฝึกปฏิบัติโดยการอธิบาย การสาธิต การแสดงบทบาทสมมุติ การติชมและการปรับปรุง และการให้การบ้านจำนวน 4 เรื่อง (รักสุดา กิจอรุณ และฉันทนา บุญคล้าย, 2549; สุรพิน แทนรัตนกุล และคณะ, 2548; McQuaid et al., 2000; Seo et al., 2007) ในจำนวนนี้มี 1 เรื่อง (รักสุดา กิจอรุณ และฉันทนา บุญคล้าย, 2549) ที่มีการฝึกปฏิบัติในสถานທີ່จริงร่วมด้วย และ

อีก 1 เรื่อง (McQuaid et al., 2000) มีการฝึกทักษะทางสังคมร่วมกับปรับพฤติกรรมความคิด ส่วนอีก 1 เรื่อง (Torres et al., 2002) มีการฝึกโดยการเล่นเกม

5. ทักษะการแสดงออกถึงความคิดและความต้องการของตนเองอย่างเหมาะสม จำนวน 3 เรื่อง (Chien et al., 2003; McQuaid et al., 2000; Seo et al., 2007) ทั้ง 3 เรื่องฝึกปฏิบัติโดยการอธิบาย การสาธิต การแสดงบทบาทสมมุติ การติชมและการปรับปรุง และการให้การบ้าน ในจำนวนนี้มีงานวิจัย 1 เรื่อง (McQuaid et al., 2000) มีการฝึกทักษะทางสังคมร่วมกับปรับพฤติกรรมความคิด

6. ทักษะการจัดการโรคด้วยตนเอง จำนวน 3 เรื่อง (McQuaid et al., 2000; Patterson et al., 2006; Torres et al., 2002) มีงานวิจัย 2 เรื่อง (McQuaid et al., 2000; Patterson et al., 2006) ฝึกปฏิบัติโดยการอธิบาย การสาธิต การแสดงบทบาทสมมุติ การติชมและการปรับปรุงฝึก ในจำนวนนี้มีงานวิจัย 1 เรื่อง (McQuaid et al., 2000) มีการฝึกทักษะทางสังคมร่วมกับปรับพฤติกรรมความคิด ส่วนงานวิจัยอีก 1 เรื่อง (Torres et al., 2002) โดยการเล่นเกม

7. ทักษะการพัฒนาการรับรู้ จำนวน 3 เรื่อง (Choi & Kwon, 2006; McQuaid et al., 2000; Roder et al., 2002) มีงานวิจัย 2 เรื่อง (McQuaid et al., 2000; Roder et al., 2002) ฝึกปฏิบัติโดยการอธิบาย การสาธิต การแสดงบทบาทสมมุติ การติชมและการปรับปรุง และการให้การบ้าน ในจำนวนนี้มีงานวิจัย 1 เรื่อง (Roder et al., 2002) ที่มีการฝึกทักษะในสถานการณ์จริง ส่วนงานวิจัยอีก 1 เรื่อง (Choi & Kwon, 2006) มีการฝึกโดยการเล่นเกม

8. ทักษะการปฏิเสธ จำนวน 1 เรื่อง (สุรพิน แทนรัตนกุล และคณะ, 2548) ฝึกปฏิบัติโดยการอธิบาย การสาธิต การแสดงบทบาทสมมุติ การติชมและการปรับปรุง และการให้การบ้าน

ระยะเวลา จำนวนครั้ง และความถี่ในการดำเนินกิจกรรมการฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภท

จากการวิเคราะห์ผลการศึกษาทั้ง 14 เรื่อง พบว่ามีความแตกต่างกันในการใช้ระยะเวลา จำนวนครั้ง และความถี่ในการดำเนินกิจกรรมระหว่างการดำเนินการบำบัดแบบรายกลุ่มและการบำบัดแบบรายกลุ่มร่วมกับรายบุคคลซึ่งสามารถสรุปได้ ดังนี้

1. การบำบัดแบบรายกลุ่ม จำนวน 11 เรื่อง ใช้ระยะเวลาในการบำบัดสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง รวม 20 ครั้ง จำนวน 1 เรื่อง (สุรพิน แทนรัตนกุล และคณะ, 2548) ใช้ระยะเวลาในการบำบัดสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที รวม 12 ครั้ง จำนวน 1 เรื่อง (องุ่น พงษ์ธรรม และคณะ, 2548) ใช้ระยะเวลาในการบำบัดสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที รวม 36 ครั้ง จำนวน 1 เรื่อง (Choi & Kwon, 2006) ใช้ระยะเวลาในการบำบัด ครั้งละ 60-90 นาที 9 ชั่วโมงต่อ

สัปดาห์ เป็นเวลา 6 เดือน จำนวน 1 เรื่อง (Torres et al., 2002) ใช้ระยะเวลาในการบำบัดสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที รวม 8 ครั้ง จำนวน 1 เรื่อง (Chien et al., 2003) ใช้ระยะเวลาในการบำบัดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที รวม 6 ครั้ง จำนวน 1 เรื่อง (Ucok et al., 2006) ใช้ระยะเวลาในการบำบัดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 90-120 นาที รวม 10 ครั้ง จำนวน 1 เรื่อง (Tsang & Pearson, 2001) ใช้ระยะเวลาในการบำบัดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมง รวม 24 ครั้ง จำนวน 2 เรื่อง (Granholm et al., 2005; Patterson et al., 2006) ใช้ระยะเวลาในการบำบัดสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 60-70 นาที รวม 16 ครั้ง จำนวน 1 เรื่อง (Seo et al., 2007) ใช้ระยะเวลาในการบำบัดบำบัดสัปดาห์ละ 1 ชั่วโมง 1 ครั้งต่อสัปดาห์ รวม 12 ครั้ง จำนวน 1 เรื่อง (McQuaid et al., 2000)

โดยเฉลี่ยแล้วพบว่างานวิจัยในประเทศไทย ใช้ระยะเวลาในการบำบัดสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที จำนวน 16 ครั้ง ส่วนงานวิจัยในต่างประเทศ พบว่าใช้ระยะเวลาในการบำบัดสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง ครั้งละ 1-2 ชั่วโมง จำนวน 19 ครั้ง

2. การบำบัดแบบรายกลุ่มร่วมกับการบำบัดรายบุคคล มีจำนวน 3 เรื่อง โดยใช้ระยะเวลาในการดำเนินกลุ่มต่างกันดังนี้ ใช้ระยะเวลาในการดำเนินกลุ่มครั้งละ 60-90 นาที 6 วันต่อสัปดาห์ เป็นเวลา 7 สัปดาห์ ผู้ที่ไม่ผ่านการประเมินจะทำการฝึกทักษะซ้ำเป็นรายบุคคลตามทักษะที่บกพร่องจนกว่าผู้ป่วยจะทำทักษะนั้นได้ จำนวน 1 เรื่อง (สุริรัตน์ โปจรัส และคณะ, 2550) ใช้ระยะเวลาในการบำบัดนาน 6 เดือน โดยแบ่งเป็น 2 ระยะคือ ระยะรักษา 3 เดือน โดยบำบัดแบบกลุ่ม 2 ครั้งต่อสัปดาห์ ครั้งละ 90 นาที และบำบัดรายบุคคล 1 ครั้งต่อสัปดาห์ ครั้งละ 30 นาที ระยะฟื้นฟู 3 เดือน โดยบำบัดแบบกลุ่ม 1 ครั้งต่อสัปดาห์และบำบัดรายบุคคล 1 ครั้งต่อ 2 สัปดาห์ จำนวน 1 เรื่อง (Roder et al., 2002) และอีก 1 เรื่อง ใช้เวลา 6 เดือน โดยเป็นระยะเตรียมผู้ป่วย 3 เดือน และระยะดำเนินงาน 3 เดือน ระยะเตรียมผู้ป่วยมีการพาผู้ป่วยไปดูชุมชนและฝึกทักษะพื้นฐานที่จำเป็นในการดำเนินชีวิต 6 ด้าน ระยะดำเนินงานใช้เวลา 3 เดือน โดยในเดือนแรกมีการติดตามเยี่ยมรายบุคคลสัปดาห์ละ 1 ครั้งหลังจากนั้นเยี่ยมทุก 2 สัปดาห์ มีการจัดทำกลุ่มเปิดใจเรื่องสภาพปัญหาและความต้องการทุก 2 สัปดาห์ (รักสุดา กิจอรุณ และฉันทนา บุญคล้าย, 2549)

ผลลัพธ์ของการใช้โปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม

จากการวิเคราะห์ผลการศึกษาทั้ง 14 เรื่อง พบว่าโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภททำให้เกิดผลลัพธ์ ดังนี้

1. ทักษะทางสังคมด้านต่างๆ ได้แก่

1.1 ทักษะการสื่อสาร จำนวน 8 เรื่อง (รักสุดา กิจอรุณ และฉันทนา บุญคล้าย, 2549; สุรพิน แทนรัตนกุล และคณะ, 2548; องุ่น พยุงธรรมและคณะ, 2548 ; Chien et al.,

2003; Granholm et al., 2005; McQuaid et al., 2000; Patterson et al., 2006; Seo et al., 2007) โดยในงานวิจัยทั้ง 8 เรื่อง มีงานวิจัย 1 เรื่อง (องุ่น พยุงธรรม และคณะ, 2548) พบว่ากลุ่มที่ได้รับการฝึกทักษะทางสังคม มีทักษะการสื่อสารและการติดต่อทางสังคม มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการฟื้นฟูด้วยกลุ่มบำบัดตามปกติในหอผู้ป่วยหลังการประเมินในสัปดาห์ที่ 1 (ระหว่างการฝึก) และสัปดาห์ที่ 4 (เสร็จสิ้นการฝึก) แต่ไม่มีความแตกต่างในสัปดาห์ที่ 8 (ระยะติดตามผล) มีงานวิจัย 2 เรื่อง (สุรพิน แทนรัตนกุล และคณะ, 2548; Seo et al., 2007) พบว่ากลุ่มที่ได้รับการฝึกมีทักษะทางสังคมมีทักษะการสื่อสารสูงขึ้นกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและสูงขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีงานวิจัย 1 เรื่อง (รักสุดา กิจอรุณ และฉันทนา บุญคล้าย, 2549) พบว่าหลังได้รับการฝึกทักษะทางสังคม ผู้ป่วยมีทักษะการสื่อสารเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ งานวิจัยอีก 1 เรื่อง (Chien et al., 2003) พบว่ากลุ่มที่ได้รับการฝึกทักษะทางสังคมมีทักษะการสื่อสารกับผู้อื่นดีขึ้นทั้งในช่วงระหว่างการบำบัด หลังการบำบัดและระยะติดตามผลหลังสิ้นสุดการบำบัด 1 เดือน และดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการฝึกทักษะทางสังคมทุกช่วงของการวัด และมีงานวิจัย 1 เรื่อง (Patterson et al., 2006) พบว่าเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมแล้วกลุ่มที่ได้รับการบำบัดในกลุ่มที่มีการฝึกทักษะทางสังคม มีพัฒนาการอย่างมากในทักษะการสื่อสาร นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยอีก 1 เรื่อง (McQuaid et al., 2000) พบว่าหลังจบการบำบัดผู้ป่วยสามารถสื่อสารกับคนได้หลากหลายขึ้น ส่วนงานวิจัยอีก 1 เรื่อง (Granholm et al., 2005) ไม่พบความแตกต่างของทักษะการสื่อสารหลังการบำบัดระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง แต่ผู้ป่วยกลุ่มทดลองซึ่งได้รับการฝึกทักษะมีการทำกิจกรรมบ่อยกว่ากลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการบำบัดแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญ

1.2 ทักษะการสร้างสัมพันธภาพ จำนวน 6 เรื่อง (รักสุดา กิจอรุณ และฉันทนา บุญคล้าย, 2549; สุรพิน แทนรัตนกุล และคณะ; องุ่น พยุงธรรม และคณะ, 2548; McQuaid et al., 2000; Seo et al., 2007; Torres et al., 2002) ซึ่งในงานวิจัย 6 เรื่อง มีงานวิจัย 2 เรื่อง (สุรพิน แทนรัตนกุล และคณะ, 2548; Seo et al. 2007) ที่พบว่ากลุ่มที่ได้รับการฝึกมีทักษะทางสังคมมีทักษะการสร้างสัมพันธภาพสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสูงขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีงานวิจัย 1 เรื่อง (องุ่น พยุงธรรม และคณะ, 2548) พบว่ากลุ่มที่ได้รับการฝึกทักษะทางสังคม มีทักษะในการสร้างสัมพันธภาพ มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการฟื้นฟูด้วยกลุ่มบำบัดตามปกติในหอผู้ป่วยหลังการประเมินในสัปดาห์ที่ 1 (ระหว่างการฝึก) และสัปดาห์ที่ 4 (เสร็จสิ้นการฝึก) แต่ไม่มีความแตกต่างในสัปดาห์ที่ 8 (ระยะติดตามผล) มีงานวิจัย 1 เรื่อง (รักสุดา กิจอรุณ และฉันทนา บุญคล้าย, 2549) พบว่าหลังได้รับการฝึกทักษะ ผู้ป่วยมีทักษะการสร้างสัมพันธภาพซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของทักษะทางสังคมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีงานวิจัยอีก 1 เรื่อง (Torres et al., 2002) ที่มีการฝึกทักษะทางสังคมร่วมกับการเล่น

เกม ซึ่งพัฒนาการใช้ชีวิตในสังคม พบว่ากลุ่มที่มีการฝึกทักษะทางสังคมร่วมกับการเล่นเกมมีพัฒนาการในด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นมากกว่ากลุ่มที่มีการฝึกทักษะทางสังคมโดยไม่มีการเล่นเกมร่วม และมากกว่ากลุ่มควบคุมซึ่งมีการฝึกอาชีพะบำบัดเพียงอย่างเดียว นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยอีก 1 เรื่อง (McQuaid et al., 2000) เป็น case report พบว่าหลังได้รับการฝึกผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กับสมาชิกกลุ่ม และผู้นำกลุ่มมากขึ้น ไว้วางใจผู้อื่นมากขึ้น

1.3 ทักษะการแสดงออกถึงความคิดและความต้องการของตนเองอย่างเหมาะสม จำนวน 3 เรื่อง (Chien et al., 2003; McQuaid et al., 2000; Seo et al., 2007) ซึ่งในงานวิจัย 3 เรื่อง มีงานวิจัยจำนวน 2 เรื่อง (Chien et al., 2003; Seo et al., 2007) พบว่าหลังการฝึกกลุ่มทดลองซึ่งได้รับการฝึกทักษะทางสังคมมีทักษะการแสดงออกถึงความคิดและความต้องการของตนเองอย่างเหมาะสมเพิ่มขึ้น และเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุม และงานวิจัยอีก 1 เรื่อง (McQuaid et al., 2000) เป็น case report พบว่าหลังได้รับการฝึกผู้ป่วยมีความสามารถที่จะปฏิบัติงานที่ตนเองไม่ยอมทำได้

1.4 ทักษะการจัดการโรคด้วยตนเอง มีงานวิจัยที่ศึกษาผลลัพธ์ด้านการจัดการโรคด้วยตนเองจำนวน 3 เรื่อง (องุ่น พงษ์ธรรม และคณะ, 2548; McQuaid et al., 2000; Patterson et al., 2006) โดยในงานวิจัย 3 เรื่อง มีงานวิจัย 1 เรื่อง (องุ่น พงษ์ธรรม และคณะ, 2548) พบว่ากลุ่มที่ได้รับการฝึกทักษะทางสังคมมีทักษะการจัดการโรคด้วยตนเองมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการฟื้นฟูด้วยกลุ่มบำบัดตามปกติในหอผู้ป่วยหลังการประเมินในสัปดาห์ที่ 1 (ระหว่างการฝึก) และสัปดาห์ที่ 4 (เสร็จสิ้นการฝึก) แต่ไม่มีความแตกต่างในสัปดาห์ที่ 8 และงานวิจัย 1 เรื่อง (McQuaid et al., 2000) พบว่าหลังการฝึกผู้ป่วยเข้าใจการเจ็บป่วยของตนเองมากขึ้น รู้จักสังเกตอาการเตือนและเชื่อใจแพทย์มากขึ้น ร่วมมือในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ สามารถจัดการกับความเชื่อที่ผิดๆและกำจัดความกลัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่วนงานวิจัยอีก 1 เรื่อง (Patterson et al., 2006) พบว่าการบำบัดด้วยการฝึกทักษะทางสังคม ไม่มีผลต่อทักษะการจัดการจัดการยา

1.5 ทักษะการตัดสินใจและการแก้ไขปัญหา จำนวน 3 เรื่อง (สุรพิน แทนรัตนกุล และคณะ, 2548; Seo et al., 2007; Ucok et al., 2006) ซึ่งในงานวิจัยทั้ง 3 เรื่อง มีงานวิจัย 1 เรื่อง (สุรพิน แทนรัตนกุล และคณะ, 2548) พบว่าหลังได้รับการฝึกผู้ป่วยมีทักษะการตัดสินใจเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุม และงานวิจัยอีก 1 เรื่อง (Ucok et al., 2006) พบว่าผู้ป่วยที่มีการฝึกทักษะทางสังคมมีการรับรู้ปัญหาและมีวิธีแก้ไขปัญหาที่มีประสิทธิภาพมากกว่ากลุ่มควบคุม ส่วนงานวิจัยอีก 1 เรื่อง (Seo et al., 2007) พบว่าหลังการบำบัดไม่มีการเปลี่ยนแปลงทักษะในการแก้ปัญหาทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

1.6 ทักษะการปฏิเสธ จำนวน 2 เรื่อง (สุรพิน แทนรัตนกุล และคณะ, 2548; McQuaid et al., 2000) ซึ่งในงานวิจัยจำนวน 2 เรื่อง มีงานวิจัย 1 เรื่อง (สุรพิน แทนรัตนกุล และคณะ, 2548) พบว่าหลังได้รับการฝึก ผู้ป่วยมีทักษะการปฏิเสธเพิ่มขึ้นและเพิ่มขึ้นมากกว่าควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ และงานวิจัยอีก 1 เรื่อง (McQuaid et al., 2000) เป็น case report พบว่าหลังได้รับการฝึกผู้ป่วยมีความสามารถที่จะปฏิเสธงานที่ตนเองไม่อยากทำได้

1.7 ทักษะการทำงาน จำนวน 4 เรื่อง (รักสุดา กิจอรุณ และฉันทนา บุญคล้าย, 2549; สุรรัตน์ โปจรัส และคณะ, 2550; Torres et al., 2002; Tsang & Pearson, 2001) ซึ่งในงานวิจัย 4 เรื่อง มีงานวิจัย 1 เรื่อง (Torres et al., 2002) ที่พบว่ากลุ่มที่ได้รับการฝึกทักษะทางสังคมมีพัฒนาการด้านการทำงานเพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการฝึกอาชีพะบำบัด มีงานวิจัยอีก 1 เรื่อง (Tsang & Pearson, 2001) พบว่าผู้เข้าร่วมวิจัย 14 จาก 30 คนในกลุ่มฝึกทักษะการทำงานและมีการติดตาม ได้รับการจ้างงานซึ่งเป็นอัตราความสำเร็จ 46.7% ส่วนกลุ่มที่ได้รับการฝึกแต่ไม่มีการติดตามมีผู้เข้าร่วมวิจัย 6 จาก 26 คนได้รับการจ้างงานซึ่งเป็นอัตราความสำเร็จ 23.1% สำหรับกลุ่มเปรียบเทียบซึ่งไม่ได้รับการฝึกทักษะทางสังคมด้านการทำงานมีผู้เข้าร่วมวิจัยเพียงคนเดียวได้รับการจ้างงานและเป็นอัตราความสำเร็จ 2.4% ส่วนความสามารถในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มฝึกทักษะการทำงานและมีการติดตามนั้น ผู้เข้าร่วมวิจัย 14 คนได้รับการจ้างงานในตำแหน่งที่หลากหลาย (เช่น พนักงานรักษาความปลอดภัย พนักงานเสิร์ฟ เสมียน) โดย 6 คน (42.8%) ไปสัมภาษณ์งานเพียงครั้งเดียว และทำให้ได้งานทำอยู่ในปัจจุบัน 7 คน (50%) ได้ทำงานมา 1-2 เดือนแล้ว 12 คน (87.7%) ไม่ได้เปลี่ยนงานเลยในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา 13 คน (92.8%) พอใจกับงานและบอกว่าจะมีความสัมพันธ์ที่ดีกับหัวหน้า และส่วนใหญ่ (85.7%) บอกว่าจะมีความสัมพันธ์ที่ดีกับเพื่อนร่วมงานและไม่มีแผนที่จะเปลี่ยนงานหรือลาออก และงานวิจัยอีก 1 เรื่อง (รักสุดา กิจอรุณ และฉันทนา บุญคล้าย, 2549) พบว่าหลังได้รับการฝึกทักษะ ผู้ป่วยมีทักษะการทำงานเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยอีก 1 เรื่อง (สุรรัตน์ โปจรัส และคณะ, 2550) พบว่าหลังได้รับการฝึกทักษะผู้ป่วยมีทักษะการทำงานดีขึ้นทุกคน และสามารถเลื่อนระดับจากระดับเดิมเป็นระดับที่สูงขึ้น 24 คน จากจำนวนผู้ป่วย 38 คน

1.8 ทักษะการพัฒนาระบบการรับรู้ทางสังคม จำนวน 2 เรื่อง (Choi & Kwon, 2006; Roder et al., 2002) ซึ่งในงานวิจัย 2 เรื่อง มีงานวิจัย 1 เรื่อง (Choi & Kwon, 2006) พบว่าความสามารถในการจัดระบบการรับรู้ และเรียงลำดับเหตุการณ์ทางสังคม ในกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมหลังการบำบัด 4 และ 6 เดือน ส่วนความสามารถในการรับรู้สิ่งกระตุ้นทางอารมณ์ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน และงานวิจัยอีก 1 เรื่อง (Roder et al., 2002) พบว่ากลุ่มควบคุมมีพัฒนาการของตัวแปรการรับรู้บางตัวมากกว่ากลุ่มทดลอง

1.9 ทักษะการใช้ชีวิตประจำวัน จำนวน 5 เรื่อง (รักสุดา กิจอรุณ และฉันทนา บุญคล้าย, 2549; สุวีรัตน์ โบริส และคณะ, 2550; อุ่น พงษ์ธรรม และคณะ, 2548; Granholm et al., 2005; Patterson et al., 2006) ซึ่งในงานวิจัย 5 เรื่อง มีงานวิจัย 1 เรื่อง (Patterson et al., 2006) พบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีพัฒนาการด้านทักษะการใช้ชีวิตประจำวันมากกว่ากลุ่มควบคุม มีงานวิจัย 1 เรื่อง (อุ่น พงษ์ธรรม และคณะ, 2548) พบว่ากลุ่มที่ได้รับการฝึกทักษะทางสังคม มีทักษะการใช้ชีวิตประจำวันมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการฟื้นฟูด้วยกลุ่มบำบัดตามปกติในหอผู้ป่วยหลังการประเมินในสัปดาห์ที่ 1 (ระหว่างการฝึก) และสัปดาห์ที่ 4 (เสร็จสิ้นการฝึก) แต่ไม่มีความแตกต่างในสัปดาห์ที่ 8 และงานวิจัย 1 เรื่อง (สุวีรัตน์ โบริส และคณะ, 2550) พบว่ามีคะแนนทักษะการอยู่ร่วมกันภายในบ้าน และทักษะการใช้ชีวิตในชุมชนเพิ่มขึ้นทุกคน และสามารถเลื่อนระดับจากระดับเดิมเป็นระดับที่สูงขึ้น 14 คน จากจำนวนผู้ป่วย 25 คน เช่นเดียวกับคะแนนทักษะการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นทุกคน และสามารถเลื่อนระดับจากระดับเดิมเป็นระดับที่สูงขึ้น 18 คนจากจำนวนผู้ป่วย 28 คน ส่วนคะแนนทักษะการพักผ่อนเพิ่มขึ้นทุกคน

2. ผลลัพธ์ด้านอื่นๆ ได้แก่

2.1 ด้านอาการแสดงทางจิต จำนวน 2 เรื่อง (Granholm et al., 2005; McQuaid et al., 2000) ซึ่งในงานวิจัยจำนวน 2 เรื่อง มีงานวิจัย 1 เรื่อง (Granholm et al., 2005) พบว่าอาการทางจิตโดยรวมไม่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญ แต่ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีการรับรู้และเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต ยึดถือข้อเท็จจริงในการพิจารณาอาการทางจิตมากกว่าและมีความเชี่ยวชาญในทักษะมากกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งเกี่ยวข้องอย่างมีนัยสำคัญกับการลดอาการทางบวก ส่วนอีก 1 เรื่อง (McQuaid et al., 2000) เป็น case report ซึ่งได้รับการฝึกทักษะทางสังคมร่วมกับทักษะการปรับความคิดและพฤติกรรม พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการฝึกสามารถลดความคิดที่บิดเบือนและความคิดหวาดระแวง มีความเข้าใจการเจ็บป่วยทางจิตของตนเองมากขึ้น รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอและรู้จักสังเกตอาการเตือน ส่งผลให้ช่วยลดความเจ็บป่วย

2.2 ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง จำนวน 1 เรื่อง (Seo et al., 2007) พบว่ากลุ่มที่ได้รับการฝึกทักษะทางสังคมมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการฝึกทักษะทางสังคม

2.3 คุณภาพชีวิต จำนวน 1 เรื่อง (Patterson et al., 2006) พบว่าไม่มีความแตกต่างระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดการฝึกทักษะทางสังคม

จากการสังเคราะห์ผลการศึกษา เกี่ยวกับโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภท พบว่าในแต่ละงานวิจัยที่นำมาศึกษา มีรูปแบบ กิจกรรมของการฝึกทักษะทางสังคม ผลลัพธ์และแบบประเมินผลลัพธ์ ดังแสดงในตารางที่ 3 นอกจากนี้ผลการศึกษาเกี่ยวกับ

ประสิทธิภาพของโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภทแจกแจกตามทักษะที่ฝึก ดัง
แสดงในตาราง 4 รวมทั้งผลการวิเคราะห์งานวิจัยทั้งหมด 14 เรื่อง ดังแสดงไว้ในตาราง 5
(ภาคผนวก ก)



ตาราง 3 รูปแบบกิจกรรมของการฝึกทักษะทางสังคม ผลลัพธ์และแบบประเมินผลลัพธ์ของโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภท

ชื่อเรื่อง / ผู้วิจัย	รูปแบบ / กิจกรรมของการฝึกทักษะทางสังคม	ผลลัพธ์ / แบบประเมิน
<p>1) Cognitive predictors of skill acquisition on social problem solving in patients with Schizophrenia (Ucok et al., 2006)</p>	<p>รูปแบบ</p> <ul style="list-style-type: none"> - เป็นการบำบัดแบบกลุ่มบำบัด <p>กิจกรรมของการฝึกทักษะทางสังคม</p> <p>กลุ่มควบคุม</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยได้รับการดูแลพื้นฐานในโรงพยาบาล <p>กลุ่มทดลอง</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยได้รับการฝึกการแก้ปัญหาการเข้าสังคม หลังจาก warm-up 5-10 นาทีกับนักจิตวิทยาว่า ปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลคืออะไรแล้วนำขึ้นตอนของการแก้ปัญหาอีกครั้งโดยการเขียนบนกระดานขึ้นตอนเหล่านั้น ได้แก่ <ol style="list-style-type: none"> 1. ระบุปัญหา 2. คิดหาทางเลือกหลายวิธี ในการแก้ไข 3. เปรียบเทียบข้อดีและข้อเสียของแต่ละวิธี 4. เลือกวิธีที่เหมาะสม 5. สร้างแผนในการปฏิบัติ 6. ประเมินและให้รางวัลกับความก้าวหน้า <p>หลังจากนั้นให้ผู้ป่วยพบทานการแก้ปัญหาอีกครั้ง และมีการอภิปรายตัวอย่างปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลสองตัวอย่าง ซึ่งยกขึ้นมาโดยผู้ช่วยหรือนักบำบัด โดยใช้กระดานดำในแต่ละครั้งผู้ป่วยเลือกวิธีแก้ปัญหาหนึ่งหรือสองวิธีและแสดงบทบาทสมมติ</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ความสามารถในการแก้ปัญหาการเข้าสังคมของผู้ป่วย ประเมินโดย Assessment of Interpersonal Problem Solving Skill (AIPSS) และ Problem Solving subscale ของ Independent Living Scale - ปัจจัยทำนายการได้รับประโยชน์จากการฝึกแก้ปัญหา - ปัจจัยทำนายจิตเภท ประเมินโดย Continuous Performance Test และ Span of Apprehension Test

ตาราง 3 รูปแบบกิจกรรมของการฝึกทักษะทางสังคม ผลลัพธ์และแบบประเมินผลลัพธ์ของโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

ชื่อเรื่อง / ผู้วิจัย	รูปแบบ / กิจกรรมของการฝึกทักษะทางสังคม	ผลลัพธ์ / แบบประเมิน
2) Functional Adaptation Skills Training (FAST) A randomized trial of a psychosocial intervention for middle – aged and older patients with chronic psychotic disorders (Patterson et al., 2006)	<p>รูปแบบ</p> <ul style="list-style-type: none"> - เป็นการบำบัดแบบกลุ่มบำบัด <p>กิจกรรมของการฝึกทักษะทางสังคม</p> <p>กลุ่มควบคุม</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยได้เข้ากลุ่ม attention control <p>กลุ่มทดลอง</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยได้รับการบำบัด Functional Adaptation Skills Training มีเป้าหมายที่การทำหน้าที่ 6 อย่างในชีวิตประจำวัน ได้แก่ <ol style="list-style-type: none"> 1.ทักษะการจัดการยา 2.ทักษะทางสังคม 3.ทักษะการสื่อสาร 4.การจัดระเบียบและวางแผน 5.การเงินทาง 6.การจัดการเงินทอง <p>วิธีการฝึก</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.บอกกำหนดการในสัปดาห์นี้ 2.ทบทวนการบ้าน 	<ul style="list-style-type: none"> - ทักษะการใช้ชีวิตประจำวัน - ประเมินโดยใช้ UCSD - Performance - based Skills Assessment - ทักษะทางสังคม ประเมินโดยใช้ Social Skills Performance Assessment - ทักษะการจัดการยา - ประเมินโดยใช้ Medication Management Abilities Assessment

ตาราง 3 รูปแบบกิจกรรมของการฝึกทักษะทางสังคม ผลลัพธ์และแบบประเมินผลลัพธ์ของโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

ชื่อเรื่อง / ผู้วิจัย	รูปแบบ / กิจกรรมของการฝึกทักษะทางสังคม	ผลลัพธ์ / แบบประเมิน
<p>2) Functional Adaptation Skills Training (FAST) A randomized trial of a psychosocial intervention for middle – aged and older patients with chronic psychotic disorders (Patterson et al., 2006)(ต่อ)</p>	<p>วิธีการฝึก (ต่อ)</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.เน้นเนื้อหาของที่บ้าน 4.ถกกันว่าจะนำแบบฝึกหัดการบ้านไปประยุกต์ใช้ในชีวิตจริงได้อย่างไร 5.สอนเนื้อหาใหม่โดยใช้การให้สุขภาพจิตศึกษา 6.ฝึกในชั้นเรียนโดยแสดงแบบอย่างให้ดู แสดงบทบาทสมมติและการเสริมแรง 7.สรุปเนื้อหา 8.ให้ที่บ้านสำหรับครั้งต่อไป 	

ตาราง 3 รูปแบบกิจกรรมของการฝึกทักษะทางสังคม ผลลัพธ์และแบบประเมินผลลัพธ์ของโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

ชื่อเรื่อง / ผู้วิจัย	รูปแบบ / กิจกรรมของการฝึกทักษะทางสังคม	ผลลัพธ์ / แบบประเมิน
<p>3) Social cognition enhancement training for schizophrenia: a preliminary Randomized controlled trial (Choi & Kwon, 2006).</p>	<p>รูปแบบ - เป็นการบำบัดแบบกลุ่มบำบัด</p> <p>กิจกรรมของการฝึกทักษะทางสังคม กลุ่มควบคุม - ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูด้วยการบำบัดปกติในศูนย์ฟื้นฟู</p> <p>กลุ่มทดลอง - ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูด้วยการบำบัดตามปกติในศูนย์ฟื้นฟูร่วมกับ การฝึกโปรแกรมการพัฒนาการรับรู้ทางสังคม (Social Cognition Enhancement Training) การบำบัดมี 3 ระดับ (ระดับต้น ระดับกลาง ระดับสูง) แต่ละระดับมีการฝึก 12 ครั้ง ฝึกโดยการให้การดูสิ่งของ โดยกำหนดสถานการณ์ทางสังคม และให้เรียงลำดับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นให้ถูกต้องพร้อมอธิบายสถานการณ์ และประยุกต์ใช้ว่าถ้าเกิดเหตุการณ์จริงจะทำอย่างไร เป็นการสนับสนุนให้ฝึกการรับรู้ทางสังคม อธิบายสถานการณ์ทางสังคมอย่างต่อเนื่อง และอภิปรายว่าจะแก้ปัญหาในสถานการณ์ทางสังคมที่คล้ายคลึงกับการดูตัวอย่าง</p>	<p>ความสามารถในการรับรู้ทางสังคม ซึ่ง ได้แก่ - ความสามารถในเรื่องการจัดระบบการรับรู้ที่เกี่ยวข้องกับบริบททางสังคม ประเมินโดยใช้ Wechsler Intelligence Scale for Children – Revised (WISC-R)</p> <p>- ความสามารถในการใช้ข้อมูลในการเรียงลำดับเหตุการณ์ทางสังคม</p> <p>ประเมิน โดยใช้ Social Behavior Sequencing Task (SBST)</p> <p>- ความสามารถในการประเมินถึงระดับทางอารมณ์ ประเมินโดยใช้ Emotion Recognition Test (ERT) โดยใช้ contextual recognition; CR) subscales</p>

ตาราง 3 รูปแบบกิจกรรมของการฝึกทักษะทางสังคม ผลลัพธ์และแบบประเมินผลลัพธ์ของโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

ชื่อเรื่อง / ผู้วิจัย	รูปแบบ / กิจกรรมของการฝึกทักษะทางสังคม	ผลลัพธ์ / แบบประเมิน
<p>4) A randomized controlled trial of cognitive behavioral social skills training for middle –aged and older outpatients with chronic schizophrenia (Granholm et al., 2005)</p>	<p>รูปแบบ - เป็นการบำบัดแบบกลุ่มบำบัด</p> <p>กิจกรรมของการฝึกทักษะทางสังคม</p> <p>กลุ่มควบคุม -ผู้ป่วยได้รับการบำบัดแบบปกติ</p> <p>กลุ่มทดลอง ผู้ป่วยได้รับการบำบัดแบบปกร่วมด้วยการบำบัด cognitive behavioral social skills training ส่วนที่เป็น การฝึกทักษะทางสังคมมีพื้นฐานจาก psychiatric rehabilitation consultants ส่วนที่เป็น CBT ถูกพัฒนาเฉพาะสำหรับผู้ป่วยจิตเภทเพื่อชดเชยความบกพร่องทางการรับรู้ เนื้อหา ประกอบด้วย 3 module แต่ละ module มีการบำบัด 4 ครั้ง ผู้ป่วยเรียนทั้ง 3 module 2 ครั้งเพื่อ ชดเชยความบกพร่องทางการรับรู้</p> <p>- Module การท้าทายความคิด (thought – challenging module) ผู้ป่วยใช้การบันทึกความคิดเพื่อ ระบุความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์และพฤติกรรม และให้ผู้ช่วยระบุความคิดพลาดในการ คิด ความคิดหลักที่เป็นเป้าหมายคือความเชื่อเกี่ยวกับเสียงที่ได้ยิน (เช่น “พระเจ้ากำลังพูด” “เสียง นั้นสามารถทำร้ายฉันได้”) และเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการหลงผิด ในการทำให้การเรียนรู้ก้าวหน้าขึ้น และเพื่อช่วยผู้ป่วยจำได้ว่าต้องใช้เทคนิคการรับรู้ในชีวิตประจำวัน จึงมีอุปกรณ์ช่วยจำให้ (เช่น การ์ดเตือนพลาดสติขนาดกระเป๋าสีเงินพิมพ์ว่า “The 3Cs: Catch it – identify the thought, Check it – examine evidence, Change it.”; ระบุความคิด ตรวจสอบหลักฐาน เปลี่ยนแปลงความคิด</p>	<p>-การทำหน้าที่ในสังคม ประเมินโดยใช้ Independent Living Skills Survey</p> <p>-ทักษะการดำรงชีวิต ด้านการ ทำงานบ้าน การสื่อสาร การเงิน การเดินทาง และการวางแผน</p> <p>กิจกรรมนันทนาการ ประเมินโดยใช้ UCSD Performance-based Skills Assessment</p> <p>-อาการทางจิต ประเมินโดยใช้ Positive and Negative Syndrome Scale</p> <p>-อาการซึมเศร้า ประเมินโดยใช้ Hamilton Depression Rating Scale</p> <p>-การหยั่งรู้ (cognitive insight) ประเมินโดยใช้ Beck Cognitive Insight Scale</p>

ตาราง 3 รูปแบบกิจกรรมของการฝึกทักษะทางสังคม ผลลัพธ์และแบบประเมินผลลัพธ์ของโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

ชื่อเรื่อง / ผู้วิจัย	รูปแบบ / กิจกรรมของการฝึกทักษะทางสังคม	ผลลัพธ์ / แบบประเมิน
<p>4) A randomized controlled trial of cognitive behavioral social skills training for middle – aged and older outpatients with chronic schizophrenia (Granholm et al., 2005)</p>	<p>รูปแบบ / กิจกรรมของการฝึกทักษะทางสังคม</p> <ul style="list-style-type: none"> - Module การขอความช่วยเหลือสนับสนุน (asking for support module) เพื่อพัฒนาทักษะการสื่อสารและการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม การฝึกนี้ใช้การแสดงบทบาทสมมติ เน้นที่การรายงานอาการให้แพทย์ฟัง การแสดงความรู้สึทางบวกและทางลบ การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมอย่างมั่นใจ และการพัฒนากิจกรรมนันทนาการในชีวิตประจำวัน -Module การแก้ไขปัญหา (solving problems module) มีการสอนทักษะการแก้ไขปัญหาโดยการใช้ปัญหา พิจารณาวิธีแก้ไขต่างๆที่เป็นไปได้ ประเมินวิธีแก้ไขที่ดีที่สุด วางแผน ปฏิบัติและประเมินผลลัพธ์ มีการเน้นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับโรคและการไร้ความสามารถรวมทั้งการรับมือกับอาการ สิ่งที่ทำให้เกิดความเครียด การรับประทานยา การใช้ระบบขนส่งสาธารณะ กิจกรรมนันทนาการ อนามัยและโภชนาการ และการซื้อแว่นสายตาและเครื่องช่วยได้ยิน 	<p>ผลลัพธ์ / แบบประเมิน</p> <ul style="list-style-type: none"> - ความรู้เกี่ยวกับทักษะเฉพาะอย่าง ประเมิน โดยใช้ Comprehensive Module Test

ตาราง 3 รูปแบบกิจกรรมของการฝึกทักษะทางสังคม ผลลัพธ์และแบบประเมินผลลัพธ์ของโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

ชื่อเรื่อง / ผู้วิจัย	รูปแบบ / กิจกรรมของการฝึกทักษะทางสังคม	ผลลัพธ์ / แบบประเมิน
<p>5) Effects of social skills training on improving social skills of patients with schizophrenia (Chien et al., 2003)</p>	<p>รูปแบบ - เป็นการบำบัดแบบกลุ่มบำบัด</p> <p>กิจกรรมของการฝึกทักษะทางสังคม</p> <p>กลุ่มควบคุม -ผู้ป่วยได้รับการดูแลพื้นฐานในโรงพยาบาล</p> <p>กลุ่มทดลอง -ผู้ป่วยได้รับการดูแลพื้นฐานในโรงพยาบาลร่วมกับการฝึกทักษะทางสังคม</p> <p>โดยมีการกำหนดสถานการณ์ และอธิบายถึงปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้น ฝึกทักษะที่จะเผชิญกับสถานการณ์นั้น ทั้งทักษะการติดต่อสื่อสารกับผู้อื่นและทักษะการแสดงออกถึงความคิดและความต้องการของตนเองอย่างเหมาะสม โดยแบ่งออกเป็น 5 ส่วน ได้แก่ การอธิบาย การสาธิต การแสดงบทบาทสมมุติ การให้ข้อมูลย้อนกลับ และการให้การบ้าน</p>	<p>ทักษะการสื่อสารกับผู้อื่น ประเมินโดยใช้ Interpersonal Communication Satisfaction Scale</p> <p>ทักษะการแสดงออกถึงความคิดและความต้องการของตนเองอย่างเหมาะสม ประเมินโดยใช้ Assertive Skill Scale</p> <p>- อารมณ์ด้านบวกและลบ ประเมินโดยใช้ Positive & Negative Syndrome</p> <p>-ระดับความวิตกกังวลเมื่อมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ประเมินโดยใช้ Interaction Anxiousness Scale</p>

ตาราง 3 รูปแบบกิจกรรมของการฝึกทักษะทางสังคม ผลลัพธ์และแบบประเมินผลลัพธ์ของโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

ชื่อเรื่อง / ผู้วิจัย	รูปแบบ / กิจกรรมของการฝึกทักษะทางสังคม	ผลลัพธ์ /แบบประเมิน
<p>6) Improving social functioning in schizophrenia by playing the train game (Torres et al.,2002)</p>	<p>รูปแบบ - เป็นการบำบัดแบบกลุ่มบำบัด</p> <p>กิจกรรมของการฝึกทักษะทางสังคม -กลุ่มที่ 1 เข้าร่วมโปรแกรม EI Tren ทักษะทางสังคม ทักษะการเคลื่อนไหว และอาชีพะบำบัด -กลุ่มที่ 2 เข้าร่วมการฝึกทักษะทางสังคม การฝึกทักษะการเคลื่อนไหว และอาชีพะบำบัด -กลุ่มที่ 3 เข้าร่วมอาชีพะบำบัดเพียงอย่างเดียว</p> <p>EI Tren เป็นเกมกระดานอย่างหนึ่งที่มีการจำลองการเดินทางโดยรถไฟ ซึ่งมีรถไฟไฟผ่านสถานีแต่ละแห่งผู้เล่นจะพบกับปัญหาที่ไม่ได้คาดคิดมาก่อนและให้แก้ไขปัญหานั้น ผู้ช่วยถูกจัดเป็น 4 ทีม แต่ละทีมมีผู้เล่น 2-4 คน ในขณะที่นักบำบัดทำหน้าที่เป็นผู้ควบคุมรถไฟเพื่อช่วยให้เดินทางไปถึงจุดหมายปลายทาง ระหว่างทางผู้ป่วยได้พัฒนาทักษะการแก้ไขปัญห ทักษะการพูดคุยสื่อสาร ทักษะการจัดการจัดการ รับผิดชอบตนเอง รวมถึงการเรียนรู้วิธีแยกแยะระหว่างสถานการณ์ทางบวกและทางลบ นอกจากนี้ยังมีเทคนิคการแก้ไขการรับรู้ซึ่งถูกออกแบบเพื่อเอาชนะความบกพร่องทางการเรียนรู้ของผู้ป่วย</p> <p>การฝึกการเคลื่อนไหว รวมการออกกำลังกายหลายอย่างที่ช่วยพัฒนาการทรงตัว จังหวะ และการทำงานประสานกันของร่างกาย การออกกำลังกายได้ถูกออกแบบเพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยนำกิจกรรมนี้ไปใช้ในชีวิตประจำวัน โดยการออกกำลังกายแบบโรบิกทำให้ผู้ป่วยสดชื่นส่งเสริมสุขภาพและสนุกสนาน ซึ่งนักบำบัดได้รับการฝึกแล้วเป็นผู้อบรม</p>	<p>การทำหน้าที่ทางสังคม ประกอบด้วย</p> <ul style="list-style-type: none"> - พฤติกรรมการแยกตัวจากสังคม - การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น - ความสามารถในการที่จะทำอะไรได้ด้วยตัวเอง - ความสามารถที่จะดำเนินงานด้วยตนเอง - กิจกรรมนันทนาการ - กิจกรรมส่งเสริมการใช้สังคม - การทำงาน <p>ประเมินโดยใช้ Social Functioning Scale</p>

ตาราง 3 รูปแบบกิจกรรมของการฝึกทักษะทางสังคม ผลลัพธ์และแบบประเมินผลลัพธ์ของโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

ชื่อเรื่อง / ผู้วิจัย	รูปแบบ / กิจกรรมของการฝึกทักษะทางสังคม	ผลลัพธ์ / แบบประเมิน
<p>6) Improving social functioning in schizophrenia by playing the train game (Torres et al.,2002) (ต่อ)</p>	<p>การฝึกทักษะทางสังคม เน้นที่การพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยในการแสดงออกทางคำพูด การใช้ท่าทางในการส่งเสริมให้มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เป้าหมายของโปรแกรมเพื่อสอนผู้ป่วยในการที่จะรับประเมินผลและส่งสัญญาณในการที่จะสื่อสารทางสังคม</p> <p>อหิวะบำบัด ประกอบด้วยกิจกรรมหลากหลายที่ออกแบบมาเพื่อพัฒนาการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อเล็กและมัดใหญ่ และใช้เทคนิคทางศิลปะและหัตถกรรมเป็นหลัก</p>	

ตาราง 3 รูปแบบกิจกรรมของการฝึกทักษะทางสังคม ผลลัพธ์และแบบประเมินผลลัพธ์ของโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

ชื่อเรื่อง / ผู้วิจัย	รูปแบบ / กิจกรรมของการฝึกทักษะทางสังคม	ผลลัพธ์ / แบบประเมิน
<p>7) Work - related social skills training for people with schizophrenia in Hong Kong (Tsang & Pearson, 2001)</p>	<p>รูปแบบ - เป็นการบำบัดแบบกลุ่มบำบัด</p> <p>กิจกรรมของการฝึกทักษะทางสังคม</p> <p>กลุ่มที่ 1 ผู้ป่วยได้รับการฝึกทักษะทางสังคมเกี่ยวกับการทำงาน และมีติดตามผล</p> <p>กลุ่มที่ 2 ผู้ป่วยได้รับการฝึกทักษะทางสังคมเกี่ยวกับการทำงาน แต่ไม่มีการติดตามผล</p> <p>กลุ่มที่ 3 ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามมาตรฐานผู้ป่วยนอก</p> <p>โดยแต่ละกลุ่มมีกิจกรรม ดังนี้</p> <p>กลุ่มที่ 1 ผู้ป่วยได้รับการฝึกทักษะทางสังคมเกี่ยวกับการทำงาน โปรแกรมการฝึกเริ่มจากความรู้พื้นฐานเรื่องทักษะทางสังคม (เช่น สีหน้า ท่าทาง) และทักษะการอยู่รอดในสังคม (เช่น นुकติกภาพ ความเป็นระเบียบ) ตามด้วยทักษะหลักเกี่ยวกับการทำงานรวมทั้งการทำงานและรักษาไว้ เช่น การขอลาหยุดกะทันหัน โปรแกรมการฝึกประกอบด้วยการฝึกเป็นกลุ่มแต่ละกลุ่มมีสมาชิก 6-8 คน การเรียนเริ่มจากการทบทวนทักษะพื้นฐานก่อนแล้วจึงเรียนรู้ทักษะเกี่ยวกับการทำงานและรักษาไว้ ทักษะที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ในที่ทำงานที่อาจสร้างปัญหา เช่น การจัดการความขัดแย้งและทักษะในการแก้ปัญหา ซึ่งเน้นที่ความจำเป็นในการนำทักษะที่ได้จากสถานการณ์หนึ่งไปใช้อีกสถานการณ์หนึ่ง โดยการนำทักษะที่ได้เรียนรู้ในกลุ่มไปฝึกฝนในชีวิตจริง</p>	<p>-ความสามารถในการหางานของผู้ป่วยจิตเภท ประเมินโดยใช้เครื่องมือวัดความสามารถทางสังคมที่เกี่ยวกับการทำงาน</p> <p>-ความสามารถในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ประเมินโดยใช้เครื่องมือวัดความสามารถทางสังคมที่เกี่ยวกับการทำงาน</p>

ตาราง 3 รูปแบบกิจกรรมของการฝึกทักษะทางสังคม ผลลัพธ์และแบบประเมินผลลัพธ์ของโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

ชื่อเรื่อง / ผู้วิจัย	รูปแบบ / กิจกรรมของการฝึกทักษะทางสังคม	ผลลัพธ์ / แบบประเมิน
<p>7) Work - related social skills training for people with schizophrenia in Hong Kong (Tsang & Pearson, 2001) (ต่อ)</p>	<p>การเรียนรู้แต่ละครั้งมีกิจกรรมอุ่นเครื่อง การสอน การสาธิตแสดงบทบาทสมมุติ การให้คำแนะนำดี และให้การให้ที่บ้าน ซึ่งตัวอย่างที่ใช้ในการแสดงมาจากตำแหน่งงานที่ผู้ป่วยจิตเภทในฮ่องกงมักจะได้ เช่น พนักงานรักษาความปลอดภัย หรือพนักงานทำความสะอาดแล้วมี 9 อย่างในโปรแกรมการฝึก หลังจบการฝึกมีการติดตามนาน 3 เดือน โดยมีการพบกันทุกเดือน</p> <p>กลุ่มที่ 2 ผู้ป่วยได้รับการฝึกทักษะทางสังคมเกี่ยวกับการทำงานเช่นเดียวกับกลุ่มที่ 1 แต่ไม่มีการติดตามเยี่ยมหลังจบการฝึก</p> <p>กลุ่มที่ 3 ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามมาตรฐานผู้ป่วยนอก</p>	

ตาราง 3 รูปแบบกิจกรรมของการฝึกทักษะทางสังคม ผลลัพธ์และแบบประเมินผลลัพธ์ของโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

ชื่อเรื่อง / ผู้วิจัย	รูปแบบ / กิจกรรมของการฝึกทักษะทางสังคม	ผลลัพธ์ / แบบประเมิน
<p>8) Development of an integrated cognitive - behavioral and social skills training intervention for older patients with schizophrenia (McQuaid et al.,2000)</p>	<p>รูปแบบ - เป็นการบำบัดแบบกลุ่มบำบัด</p> <p>กิจกรรมของการฝึกทักษะทางสังคม เป็น case report ซึ่งได้รับการฝึกทักษะทางสังคมร่วมกับทักษะการปรับความคิดและพฤติกรรม การบำบัดประกอบด้วย 3 modules ดังนี้</p> <p>Module แรก เน้นที่ทักษะการปรับความคิดและพฤติกรรม โดยการฝึกผู้ป่วยในเรื่องทักษะการทำทฤษฎีความคิด ซึ่งประกอบด้วยการเรียนรู้ ประเมินว่าการรับรู้ที่มีการบิดเบือนหรือขัดขวางการทำงานหรือไม่ และสร้างความคิดใหม่ Module นี้รวม</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การฝึกผู้ป่วยในเรื่องทักษะการทำทฤษฎีความคิด 2. การใช้ทักษะเหล่านั้นเพื่อเพิ่มความร่วมมือในการรักษา ทั้งการรับปรึกษาและการทำการบ้านที่ให้ออก 3. การฝึกให้ผู้ป่วยรับมือและป้องกันอาการที่จะเกิด 4. ลดความเชื่อของผู้ป่วยที่เกิดจากหลงผิดและประสาทหลอน <p>Module ที่สอง เน้นการจัดการอาการด้วยตนเอง การระงับอาการเตือนของการกลับมาเป็นซ้ำ การรับมือกับอาการเหล่านั้น และป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำโดยมีการบ้านให้สำเร็จตนเอง และมีการแสดงบทบาทสมมุติในการปรึกษาอาการกับแพทย์ Module นี้จึงเป็นการเพิ่มความรู้อะไรและรู้ทันโรค</p>	<p>ความรู้สึกลึกหรือปัญหาทางอารมณ์ที่ขัดขวางการทำงาน การเข้าสังคม และชีวิตครอบครัว หรือความรับผิดชอบต่อครอบครัว ประเมินโดยใช้ Sheehan Disability Scale (SDS)</p>

ตาราง 3 รูปแบบกิจกรรมของการฝึกทักษะทางสังคม ผลลัพธ์และแบบประเมินผลลัพธ์ของโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

ชื่อเรื่อง / ผู้วิจัย	รูปแบบ / กิจกรรมของการฝึกทักษะทางสังคม	ผลลัพธ์ / แบบประเมิน
<p>8) Development of an integrated cognitive - behavioral and social skills training intervention for older patients with schizophrenia (McQuaid et al.,2000) (ต่อ)</p>	<p>ทางจิตเวชและให้ทักษะการรับมือเพื่อรับมืออย่างสม่ำเสมอ และสามารถสื่อสารกับผู้ให้การรักษาและผู้ให้การสนับสนุนทางสังคมได้ดีขึ้น</p> <p>Module ที่สาม เน้นเกี่ยวกับการจัดการอาการเรื้อรังเสริมด้วยการบริหารความคิดและพฤติกรรม และสนับสนุนการปฏิบัติตามการรักษา โดยเน้นให้ผู้ผู้ป่วยสามารถรับมือกับอาการเรื้อรังโดยการรับประทานอย่างสม่ำเสมอ การจัดการสภาพแวดล้อมเพื่อสนับสนุนให้รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอให้ผู้ป่วยระบุและสังเกตอาการเรื้อรัง และฝึกทักษะการรับรู้และทักษะทางพฤติกรรม (เช่น การหันเหความสนใจ โดยใช้ดนตรีและกิจกรรม) เพื่อรับมือกับอาการประสาทหลอนและหลงผิดที่เรื้อรัง นอกจากนี้ยังมีการใช้เทคนิคการแก้ไขปัญหาและการแสดงบทบาทสมมติเพื่อแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับอาการที่เรื้อรัง</p> <p>แต่ละ modules ประกอบด้วย 4 sessions มีทั้งหมด 12 sessions</p>	

ตาราง 3 รูปแบบกิจกรรมของการฝึกทักษะทางสังคม ผลลัพธ์และแบบประเมินผลลัพธ์ของโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

ชื่อเรื่อง / ผู้วิจัย	รูปแบบ / กิจกรรมของการฝึกทักษะทางสังคม	ผลลัพธ์ / แบบประเมิน
<p>9) Development of specific social skills training programmes for schizophrenia patient results of a multicentre study (Roder et al., 2002)</p>	<p>รูปแบบ - เป็นการบำบัดแบบกลุ่มบำบัดร่วมกับบำบัดรายบุคคล</p> <p>กิจกรรมของการฝึกทักษะทางสังคม</p> <p>กลุ่มควบคุม - ผู้ป่วยได้รับการฝึกทักษะทางสังคมทั่วไป ร่วมกับฝึกการแก้ไขปัญหาด้านการบำบัดทางจิตแบบผสมผสานสำหรับผู้ป่วยจิตเภท (Integrated Psychological Therapy for Schizophrenia Patients)</p> <p>กลุ่มทดลอง - ผู้ป่วยได้รับการฝึกทักษะทางสังคมทางการรับรู้หนึ่งในสามแบบ (การฝึกทักษะเกี่ยวกับการอยู่อาศัย การทำงาน หรือเน้นบทบาท) โดยมีวิธีฝึก ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ให้ผู้ป่วยตระหนักในความจำเป็น ทางเลือก และทักษะของตน (การฝึกทักษะการรับรู้และอารมณ์) 2. ช่วยผู้ป่วยในการตัดสินใจเลือกทักษะ 1 ใน 3 อย่าง 3. ให้ความช่วยเหลือในการนำผลการตัดสินใจนั้นมาทำจริง โดยการทำปฏิบัติ 4. สอนให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความยากลำบากที่อาจเกิดขึ้นและวิธีแก้ไขปัญหานโยบายรวมทั้งสามอย่างมีโครงสร้างเดียวกัน ซึ่งโดยรวมแล้วอำนวยความสะดวกที่ชัดเจนและการวิเคราะห์ปัญหา มีการใช้รูปแบบการบำบัด 4 อย่าง ได้แก่ การบำบัดเป็นกลุ่ม การบำบัดแบบเดี่ยว แบบฝึกหัดให้ทำจริง และการให้การบ้าน ผู้ป่วยแต่ละกลุ่มบำบัดโดยโปรแกรมแบบเดียว 	<p>ความสามารถทางการรับรู้ ประเมินโดยใช้</p> <ul style="list-style-type: none"> -Number Connecting Test, Zahlen – Verbindungs - Test -Continuous Concentration Test, Konzentrations - Verlaufs-Test -Attention-Stress Test, Aufmerksamkeits-Belastungs-Test <p>พหุวิธีสภาพทางจิต ประเมินโดยใช้</p> <ul style="list-style-type: none"> -Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) -Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS) -Scale for the Assessment of Well - Being, BF-S

ตาราง 3 รูปแบบกิจกรรมของการฝึกทักษะทางสังคม ผลลัพธ์และแบบประเมินผลลัพธ์ของโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

ชื่อเรื่อง / ผู้วิจัย	รูปแบบ / กิจกรรมของการฝึกทักษะทางสังคม	ผลลัพธ์ / แบบประเมิน
9) Development of specific social skills training programmes for schizophrenia patient study of a multicentre study (Roder et al., 2002) (ต่อ)	เท่านั้น แต่ละกลุ่มจะมีผู้ป่วย 6-8 คน มีการใช้เทคนิคทางพฤติกรรมกรรมการรับรู้ซึ่ง ได้แก่ การวิเคราะห์ปัญหาและพฤติกรรม การแสดงตัวอย่างให้ดู การแสดงบทบาทสมมติ การสร้างการรับรู้ใหม่ การแก้ปัญหา การระดมความคิด การฝึกตัดสินใจ การเสริมแรงทางบวก การพูดให้ความหมายในทางบวก การควบคุมตนเอง การบอกความรู้สึกและความคิดของตัวเอง การเสริมแรงให้ตนเอง การซ้อมการรับรู้	การนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน ประเมิน โดยใช้ Global Assessment of Functioning Scale (GAF) และ Social Interview Schedule (SIS)

ตาราง 3 รูปแบบกิจกรรมของการฝึกทักษะทางสังคม ผลลัพธ์และแบบประเมินผลลัพธ์ของโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

ชื่อเรื่อง / ผู้วิจัย	รูปแบบ / กิจกรรมของการฝึกทักษะทางสังคม	ผลลัพธ์ / แบบประเมิน
<p>10) Social skills training as nursing intervention to improve the social skills and self-esteem of inpatients with chronic schizophrenia (Seo et al., 2007)</p>	<p>รูปแบบ - เป็นการบำบัดแบบกลุ่มบำบัด</p> <p>กิจกรรมของการฝึกทักษะทางสังคม</p> <p>กลุ่มควบคุม - ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามปกติ</p> <p>กลุ่มทดลอง ผู้ป่วยได้รับการฝึกทักษะทางสังคม ซึ่งประกอบด้วยทักษะการสนทนา และทักษะการแสดงออกถึงความคิดและความต้องการอย่างเหมาะสม</p> <p>ทักษะการสนทนาได้ฝึกการสื่อสารทั้งที่เป็นคำพูดและภาษาท่าทาง วิธีการฝึกมีลำดับขั้นตอน ดังนี้คือ การอธิบาย การสาธิต การแสดงบทบาทสมมุติ การให้คำติชม การเสริมแรง และการให้การบ้าน</p> <p>ทักษะการแสดงออกถึงความคิดและความต้องการอย่างเหมาะสม ได้รวมการแสดงออกถึงความคิดและความต้องการในแง่ของสัมพันธ์กับพระระหว่างบุคคล (interpersonal context) ใช้โมเดลการฝึกแก้ไข้ปัญหา โดยเน้นที่การระบุปัญหา การระบุเป้าหมาย การคิดวิธีต่างๆ ในการแก้ปัญหา การเปรียบเทียบข้อดีและข้อเสียของแต่ละวิธี การเลือกวิธีแก้ปัญหาที่เหมาะสม วางแผนการพัฒนาเพื่อนำไปใช้ ประเมินผลและให้รางวัลความก้าวหน้า</p>	<p>ทักษะทางสังคม โดยประเมิน 4 ด้านคือ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ทักษะการสนทนา ประเมินโดยใช้ Social Interaction Scale - ทักษะการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ประเมินโดยใช้ Relationship Changing Scale - ทักษะในการแก้ปัญหา ประเมินโดยใช้ Personal Problem-Solving Inventory - ทักษะการแสดงออกถึงความคิดและความต้องการของตนเองอย่างเหมาะสม ประเมินโดยใช้ Rathus Assertive Schedule <p>ความรู้ถึงคุณค่าของตนเอง ประเมินโดยใช้ Rosenberg Self-Esteem Scale</p>

ตาราง 3 รูปแบบกิจกรรมของการฝึกทักษะทางสังคม ผลลัพธ์และแบบประเมินผลลัพธ์ของโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

ชื่อเรื่อง / ผู้วิจัย	รูปแบบ / กิจกรรมของการฝึกทักษะทางสังคม	ผลลัพธ์ / แบบประเมิน
<p>11) การประเมินผลการฝึกทักษะและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ใน โครงการสร้างเสริมทักษะชีวิตคนพิการทางจิตในชุมชนทดลอง (รักสุดา กิจอรุณ และฉันทนา บุญคล้าย, 2549)</p>	<p>รูปแบบ - เป็นการบำบัดแบบกลุ่มบำบัดร่วมกับการบำบัดรายบุคคล</p> <p>กิจกรรมของการฝึกทักษะทางสังคม เป็น one group pre-post มีขั้นตอน ดังนี้ -พาผู้ป่วยไปดูชุมชน -ฝึกทักษะพื้นฐาน ในการดำเนินชีวิต 6 ด้านเพิ่มเติม จนผ่านการประเมินระดับ 4 ขึ้น ไปทุกราย -สร้างเสริมประสบการณ์ชีวิตตามภูมิปัญญาท้องถิ่นให้ตรงตามลักษณะงานที่ผู้ป่วยต้องไปทำ -พาผู้ป่วยไปอยู่ในชุมชน โดยอาศัยอยู่ในวัดช่วงเช้าหลังจากทำงานที่วัดเสร็จ จะออกไปทำงานที่สวนกับชาวบ้านซึ่งประกอบอาชีพทำสวนปลูกผลไม้ ช่วงบ่ายช่วยทำงานบ้าน มีการติดตามเยี่ยมจากผู้บำบัดเป็นระยะๆ</p>	<p>-ผลการฝึกทักษะจำเป็นพื้นฐานในการดำรงชีวิต 6 ด้าน ประเมินโดยใช้แบบประเมินผู้ป่วยเพื่อพัฒนาการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชของโรงพยาบาลศรีธัญญา</p> <p>-ความสามารถในการทำงาน ประเมิน โดยแบบประเมินผลความสามารถในการทำงานของสมาคมเพื่อผู้บกพร่องทางจิต</p> <p>-คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ประเมิน โดยแบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุด 26 ตัวชี้วัดฉบับภาษาไทย</p>

ตาราง 3 รูปแบบกิจกรรมของการฝึกทักษะทางสังคม ผลลัพธ์และแบบประเมินผลลัพธ์ของโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

ชื่อเรื่อง / ผู้วิจัย	รูปแบบ / กิจกรรมของการฝึกทักษะทางสังคม	ผลลัพธ์ / แบบประเมิน
<p>12) การฝึกทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในโรงพยาบาลศรีบุญญา (สุรพิน แทนรัตนกุล และคณะ, 2548)</p>	<p>รูปแบบ - เป็นการบำบัดแบบกลุ่มบำบัด</p> <p>กิจกรรมของการฝึกทักษะทางสังคม</p> <p>กลุ่มควบคุม - ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยกลุ่มบำบัดตามปกติในหอผู้ป่วย</p> <p>กลุ่มทดลอง - ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยกลุ่มบำบัดร่วมกับกลุ่มฝึกทักษะทางสังคม ซึ่งประกอบด้วย ทักษะการสร้างสัมพันธภาพ ทักษะการสื่อสารบอกความต้องการของตน ทักษะการตัดสินใจ และทักษะการปฏิเสธ</p>	<p>- พฤติกรรมทางสังคม ประเมินโดยใช้แบบสังเกตพฤติกรรม ซึ่งสุณีย์ เอกวิฒนพันธ์ สร้างและพัฒนาไว้ในปี 2529</p> <p>- ทักษะทางสังคม ได้แก่ ทักษะการสร้างสัมพันธภาพ ทักษะการสื่อสาร บอกความต้องการ ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการปฏิเสธ ประเมินโดยใช้แบบสอบถามทักษะทางสังคม ที่คณะผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นในปี 2547</p>

ตาราง 3 รูปแบบกิจกรรมของการฝึกทักษะทางสังคม ผลลัพธ์และแบบประเมินผลลัพธ์ของโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

ชื่อเรื่อง / ผู้วิจัย	รูปแบบ / กิจกรรมของการฝึกทักษะทางสังคม	ผลลัพธ์ / แบบประเมิน
<p>13) การเสริมสร้างทักษะการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังชาย (สุริรัตน์ โบจรัส และคณะ, 2550)</p>	<p>รูปแบบ - เป็นการบำบัดแบบกลุ่มบำบัดร่วมกับการทำบัตรรายบุคคล</p> <p>กิจกรรมของการฝึกทักษะทางสังคม เป็น one group pre-post มีขั้นตอน ดังนี้ - เริ่มด้วยการประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย - สำรวจความต้องการของผู้ป่วยก่อนเสริมสร้างทักษะการดำเนินชีวิตประจำวัน - จัดให้ผู้ป่วยเข้ากลุ่มตามทักษะที่บกพร่อง โดยมีวิธีการเสริมสร้างทักษะที่แตกต่างกันตามระดับความสามารถของผู้ป่วย ทักษะที่ฝึกได้แก่ ทักษะการดูแลตนเอง ทักษะทางสังคม ทักษะการพักผ่อน ทักษะการทำงานพื้นฐาน ทักษะการใช้ชีวิตในบ้าน ทักษะการใช้ชีวิตในชุมชน - กิจกรรมเริ่มจากกิจกรรมที่ง่าย ๆ มีการฝึกทีละขั้นขึ้นตอน โดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ไปฝึกในสถานที่จริง</p> <p>- มีการสื่อสาร เช่น วิดีทัศน์ เทปเสียง แผ่นที่มีทั้งภาพและเสียง</p> <p>- ประเมินผู้ป่วย ถ้าไม่บรรลุวัตถุประสงค์จะฝึกผู้ป่วยเป็นรายบุคคลตามทักษะที่บกพร่องจนกว่ามีพฤติกรรมปรับเปลี่ยนและสามารถทำทักษะนั้นๆ ได้</p>	<p>- ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ประเมิน โดยใช้แบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของกรมสุขภาพจิต และแบบประเมินพฤติกรรมความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยเรื้อรังชาย</p>

ตาราง 3 รูปแบบกิจกรรมของการฝึกทักษะทางสังคม ผลลัพธ์และแบบประเมินผลลัพธ์ของโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

ชื่อเรื่อง / ผู้วิจัย	รูปแบบ / กิจกรรมของการฝึกทักษะทางสังคม	ผลลัพธ์ / แบบประเมิน
14) ผลของกลุ่มทักษะทางสังคม ต่อพฤติกรรมการทางสังคมของ ผู้ป่วยจิตเภท (อ๋องุ่น พงษ์ธรรม และคณะ, 2548)	<p>รูปแบบ</p> <ul style="list-style-type: none"> - เป็นการบำบัดแบบกลุ่มบำบัด <p>กิจกรรมของการฝึกทักษะทางสังคม</p> <p>กลุ่มควบคุม</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลฟื้นฟูด้วยกลุ่มบำบัดตามปกติในหอผู้ป่วย <p>กลุ่มทดลอง</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยได้รับการฝึกทักษะทางสังคม ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้น โดยครอบคลุมด้านการติดต่อสื่อสารที่จำเป็นทั้งที่เป็นภาษาพูดและภาษาท่าทาง และด้านการติดต่อทางสังคม 	<p>พฤติกรรมทางสังคม ได้แก่</p> <ul style="list-style-type: none"> - ด้านการดูแลตนเอง - ด้านการควบคุมอารมณ์ - ด้านการติดต่อทางสังคม - ด้านการสื่อสาร - ด้านความรับผิดชอบต่อตนเอง <p>ประเมิน โดยแบบสอบถาม</p> <p>พฤติกรรมทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทของปรักเกอร์และโรเซน</p>

ตาราง 4 ประสิทธิภาพของโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภทแยกแยะตามทักษะที่ฝึก

ลำดับงานวิจัย/ ผู้แต่ง/ปี	ทักษะที่ประเมินและผลลัพธ์													
	การสื่อสาร	การสร้างสัมพันธ์ภาพ	การแสดงออกถึงความคิดและความต้องการอย่างเหมาะสม	การจัดการโรคด้วยตนเอง	การตัดสินใจแก้ปัญหา	การปฏิเสธ	การทำงาน	การพัฒนาการรับรู้ทางสังคม	การใช้ชีวิตประจำวัน					
1. Ucock et al., (2006)					○	✓								
2. Patterson et al.,(2006)	○	✓		○			○						○	✓
3. Choi & Kwon,(2006).												○	✓	
4. Granholm et al.,(2005)	○													○
5. Chien et al.,(2003)	○	✓	○	✓										
6. Torres et al.,(2002)		○	✓								○	✓		
7. Tsang & Pearson, (2001)											○	✓		

หมายเหตุ ○ ทักษะที่ประเมิน ✓ ทักษะที่ได้ผลดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญ

ตาราง 4 ประสิทธิภาพของโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภทแยกแยะตามทักษะที่ฝึก (ต่อ)

ลำดับงานวิจัย/ ผู้แต่ง/ปี	ทักษะที่ประเมินและผลลัพธ์												
	การสื่อสาร	การสร้างสัมพันธ์ภาพ	การแสดงออกถึงความคิดและความต้องการอย่างเหมาะสม	การจัดการโรคด้วยตนเอง	การตัดสินใจแก้ปัญหา	การปฏิเสธ	การทำงาน	การพัฒนาการรับรู้ทางสังคม	การใช้ชีวิตประจำวัน				
8. McQuaid et al., (2000)	○	✓	○	✓	○	○	○	○	○	○	○	○	○
9. Roder et al., (2002)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
10. Seo et al., (2007)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
11. วัชรสุดา กิจอรุณ และ ฉันทนา บุญคล้าย, (2549)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
12. สุรพิน แทนรัตนกุล และคณะ, (2548)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

หมายเหตุ ○ ทักษะที่ประเมิน ✓ ทักษะที่ได้ผลดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญ

ตาราง 4 ประสิทธิภาพของโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภทแยกแยะตามทักษะที่ฝึก (ต่อ)

ลำดับงานวิจัย/ ผู้แต่ง/ปี	ทักษะที่ประเมินและผลลัพธ์										
	การสื่อสาร	การสร้างสัมพันธ์ภาพ	การแสดงออกถึงความคิดและความต้องการอย่างเหมาะสม	การจัดการโรคด้วยตนเอง	การตัดสินใจแก้ปัญหา	การปฏิเสธ	การทำงาน	การพัฒนาการรับรู้ทางสังคม	การใช้ชีวิตประจำวัน		
13.ศิริรัตน์ โบจรัส และคณะ, 2550)							○	✓		○	✓
14.อังุ่น พงษ์ธรรม และคณะ, (2548)	○	✓		○	✓					○	✓

หมายเหตุ ○ ทักษะที่ประเมิน ✓ ทักษะที่ได้ผลดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญ

บทที่ 5

การอภิปรายผล

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ในการศึกษาเพื่อวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ โปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภท สำหรับการอภิปรายผลการศึกษา ผู้ศึกษาได้แบ่งการอภิปรายไว้ ดังนี้

1. คุณภาพและความเพียงพอของงานวิจัย
2. รูปแบบของโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม
3. ลักษณะของผู้ป่วยที่ได้รับการฝึกทักษะทางสังคม
4. คุณลักษณะของผู้ฝึกทักษะทางสังคม
5. ทักษะทางสังคมและวิธีที่ใช้ฝึกทักษะ
6. ผลลัพธ์ของการใช้โปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม

คุณภาพและความเพียงพอของงานวิจัย และหลักฐานทางวิชาการ

สำหรับการศึกษานี้ มีงานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์ทั้งหมด 14 เรื่อง เมื่อนำผลงานวิจัยมาประเมินคุณภาพ โดยใช้การประเมินคุณภาพระดับงานวิจัยของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย (2544) พบว่างานวิจัยที่ศึกษาในต่างประเทศ จำนวน 10 เรื่อง ในจำนวนนี้เป็น Randomized control trial ซึ่งอยู่ในระดับ A จำนวน 7 เรื่อง เป็น Quasi – experimental research ซึ่งอยู่ในระดับ B จำนวน 2 เรื่อง และเป็น Case Control Study ซึ่งอยู่ในระดับ B จำนวน 1 เรื่อง ส่วนงานที่ศึกษาในประเทศไทยมีทั้งหมด 4 เรื่อง เป็น Quasi - experimental research ซึ่งอยู่ในระดับ B จำนวน 2 เรื่อง และเป็น One group pre - post ซึ่งอยู่ในระดับ B จำนวน 2 เรื่อง จะเห็นว่าช่วงเวลา 10 ปีที่ผ่านมา การศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภทยังมีค่อนข้างน้อย โดยเฉพาะการศึกษาในประเทศไทยมีเพียง 4 เรื่อง เป็น Quasi - experimental research และเป็น One group pre - post ซึ่งงานวิจัยระดับ B ดังนั้นควรจะมีการศึกษาให้มากกว่านี้ และศึกษางานวิจัยที่เป็น Randomized control trial ส่วนงานวิจัยในต่างประเทศจำนวน 10 เรื่อง มีงานวิจัยที่เป็น Randomized control trial ซึ่งอยู่ในระดับ A จำนวน 7 เรื่อง จากการศึกษาทั้งใน

ประเทศไทยและต่างประเทศมีเกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ป่วยเข้าร่วมวิจัยที่ชัดเจน ผู้บำบัดเป็นผู้ที่มีความรู้และประสบการณ์ในการบำบัด เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินมีความน่าเชื่อถือ รวมถึงกระบวนการบำบัดและการประเมินผลที่มีความชัดเจน จึงนับได้ว่าเป็นงานวิจัยที่มีคุณภาพ ดังนั้นองค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ นับได้ว่าเป็นองค์ความรู้ที่มีคุณภาพ

รูปแบบของโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม

การฝึกทักษะทางสังคมมีหลายรูปแบบ ซึ่งทุกรูปแบบล้วนส่งผลให้เกิดคุณภาพและประสิทธิภาพกับผู้ป่วย ซึ่งการฝึกทักษะทางสังคมแบบรายกลุ่มจะทำให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์จากกระบวนการกลุ่ม ผู้ป่วยได้เรียนรู้จากการสังเกตสมาชิกอื่นในกลุ่ม ได้ฝึกทักษะกับสมาชิกในกลุ่มก่อนที่จะออกไปฝึกในชีวิตประจำวัน (Kern et al., 2009) รวมทั้งยังได้รับคำแนะนำและกำลังใจจากสมาชิก นอกจากนี้ยังเป็นการฝึกที่คุ้มทุนมากกว่าการฝึกรายบุคคลเพราะสามารถฝึกผู้ป่วยได้ครั้งละหลายคน (Kopelowicz et al., 2006) ส่วนการบำบัดแบบรายกลุ่มบำบัดรวมกับการบำบัดรายบุคคลเป็นการฝึกที่มีความจำเป็นเนื่องจากผู้ป่วยแต่ละคนมีความพร้อมของทักษะต่างกัน ผู้ป่วยจิตเภทบางรายอาจมีระดับความพร้อมของทักษะทางสังคมมากกว่าสมาชิกอื่นในกลุ่ม พยาบาลอาจพิจารณากระตุ้นการฝึกทักษะเป็นรายบุคคลจนกระทั่งผู้ป่วยมีความพร้อมที่จะเข้าร่วมกลุ่ม

นอกจากนี้ยังมีรูปแบบที่มีการฝึกเฉพาะทักษะทางสังคม ซึ่งโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมมีการพัฒนาให้เหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วยจิตเภทในแต่ละราย พยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตที่ได้รับมอบหมายให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภท ต้องทำการประเมินระดับการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยก่อน จากนั้นจึงวางแผนในการที่จะให้ผู้ป่วยได้รับการฝึกทักษะ โดยการเลือกโปรแกรมให้เหมาะสมกับผู้ป่วย (Littrel & Littrel, 1998) เช่น อาจพิจารณาโปรแกรมที่มีการฝึกหลายทักษะรวมกันในผู้ป่วยที่มีความพร้อมของทักษะทางสังคมโดยรวม หรือ โปรแกรมที่เน้นทักษะใดทักษะหนึ่งในผู้ป่วยที่ต้องการฟื้นฟูทักษะดังกล่าวโดยเฉพาะ (Tsang & Pearson, 2001) โปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมสำหรับผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุโดยเฉพาะ (Granholm et al., 2005; Patterson et al., 2006)

ส่วนการฝึกทักษะทางสังคมรวมกับการบำบัดทางจิตสังคมอย่างอื่น ได้แก่ การฝึกทักษะทางสังคมร่วมกับทักษะการเคลื่อนไหว การเล่นเกม และอาชีพบำบัด การฝึกทักษะทางสังคมรวมกับการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด เป็นการบำบัดเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย เช่น โปรแกรมที่จัดให้มีการฝึกทักษะทางสังคมรวมกับการฝึกอาชีพสำหรับผู้ป่วยที่กำลังว่างงานและต้องการทำงาน โปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมรวมกับการบำบัดทางความคิดและ

พฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy) สำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตหลงเหลืออยู่ โดยที่โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมนี้จะช่วยลดความเชื่อที่บิดเบือนและการแปลความหมายที่ผิด มีประสิทธิภาพในการลดอาการทางจิต ช่วยให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ (ยูธธนา งามอาจสกุลมั้น, 2548) และเมื่อมีการฝึก ร่วมกับการฝึกทักษะทางสังคม ทำให้ผู้ป่วยเรียนรู้ทักษะทางสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถนำทักษะไปใช้จริงในชีวิตประจำวัน ช่วยลดอัตราการป่วยซ้ำ (McQuaid et al., 2000)

ลักษณะของผู้ป่วยที่ได้รับการฝึกทักษะทางสังคม

จากการวิเคราะห์งานวิจัยทั้ง 14 เรื่อง พบว่าผู้ที่เข้าโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยจิตเภทซึ่งไม่มีพยาธิสภาพทางสมองหรือความบกพร่องทางปัญญา และไม่ใช่สารเสพติด เพราะจะช่วยให้การฝึกทักษะทางสังคมเป็นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพทางสมองหรือความบกพร่องทางปัญญา จะมีความบกพร่องของสมาธิและการสื่อสารรวมถึงขาดแรงจูงใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน นอกจากนี้ผู้ป่วยตอบสนองต่อสิ่งเร้าต่างๆและเบี่ยงเบนความสนใจไปจากกิจกรรมที่ทำอยู่ได้ง่ายทำให้มีความลำบากในการทำกิจกรรมกลุ่ม (Lieberman et al., 1993) มีงานวิจัย 3 เรื่องทำการศึกษาในผู้ป่วยวัยกลางคนและสูงอายุ (Granholm et al., 2005; McQuaid et al., 2000; Patterson et al., 2006) เนื่องจากผู้วิจัยมีความเห็นว่า ยังไม่มีการพัฒนาการบำบัดสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ และผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นในอนาคต การบำบัดที่พัฒนาการทำหน้าที่ทางสังคมจะช่วยป้องกันไม่ให้เกิดความเสื่อมในการทำหน้าที่ที่เร็วเกินไป ช่วยลดการเข้ามารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล นอกจากนี้ยังช่วยลดภาระและความเครียดของบุคคลในครอบครัวรวมทั้งผู้ดูแล จากการวิเคราะห์การวิจัยในประเทศไทย พบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่เข้าโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทั้งหมด (4 เรื่อง) ซึ่งแตกต่างจากการวิจัยในต่างประเทศ ที่พบว่ามีการใช้โปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมทั้งผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจำนวน 3 เรื่อง ผู้ป่วยนอกจำนวน 3 เรื่อง และผู้ป่วยในศูนย์ฟื้นฟูจำนวน 4 เรื่อง ซึ่งเป็นจำนวนที่ใกล้เคียงกันสอดคล้องกับแนวคิดของโคเพอโลวิชและคณะ (Kopelowicz et al., 2006) อธิบายว่าการฝึกทักษะทางสังคมสามารถทำในสิ่งแวดล้อมที่หลากหลาย ทั้งผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกลางวัน สถานพักฟื้นทุกประเภท

คุณลักษณะของผู้ฝึกทักษะทางสังคม

จากการวิเคราะห์การศึกษารุ่นนี้ พบว่าเจ้าหน้าที่ผู้ฝึกทักษะทางสังคมประกอบด้วยเจ้าหน้าที่จากหลากหลายวิชาชีพ ทั้งจิตแพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นักอาชีวบำบัด นักกิจกรรมบำบัด ซึ่งแต่ละงานวิจัยผู้ฝึกทักษะอาจเป็นวิชาชีพใดวิชาชีพหนึ่งหรือหลายวิชาชีพ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของโคเพอโลวิชและคณะ (Kopelowicz et al., 2006) อธิบายว่าผู้ทำการฝึกทักษะทางสังคม ประกอบด้วยบุคลากรจากหลากหลายวิชาชีพ ทั้งจิตแพทย์ นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ พยาบาล นักอาชีวบำบัด นักนันทนาการบำบัด ที่ปรึกษาด้านสุขภาพจิต ผู้จัดการสถานพักฟื้น โดยผู้ฝึกต้องมีความรู้และความเชื่อมั่นในการใช้เทคโนโลยีการสอน มีความพร้อมต่อสถานการณ์ที่เหนือความคาดหมาย ซึ่งผู้ทำการฝึกทักษะแต่ละวิชาชีพอาจจะมีความชำนาญในการสอนทักษะที่แตกต่างกัน โดยจะสอนทักษะที่เกี่ยวข้องกับวิชาชีพของตนเอง เช่นนักอาชีวบำบัดจะสอนเกี่ยวกับทักษะการทำงาน พยาบาลจะสอนเกี่ยวกับทักษะการจัดการยา

ทักษะทางสังคมและวิธีที่ใช้ฝึกทักษะ

จากการวิเคราะห์ผลการศึกษา พบว่าทักษะที่ใช้ในโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมมีความหลากหลายแต่ทุกทักษะล้วนส่งผลดีและมีประโยชน์ต่อผู้ป่วย ซึ่งทักษะที่ใช้ฝึก ได้แก่

ทักษะในการสื่อสาร ทักษะการสื่อสารเป็นทักษะทางสังคมที่ใช้ฝึกมากที่สุดในงานวิจัยเกี่ยวกับการฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภท (จำนวน 8 เรื่องในทั้งหมด 14 เรื่อง) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของเชียนและคณะ (Chien et al., 2003) ที่กล่าวไว้ว่าการฝึกทักษะทางสังคมส่วนใหญ่ประกอบด้วยการเล่นบทบาทสมมติ และการแสดงออกถึงความคิดและความต้องการของตนเองอย่างเหมาะสมเสมอ เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มักขาดทักษะทางสังคมและไม่สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ไม่สามารถแสดงอารมณ์ความรู้สึกและเข้าใจขอบเขตระหว่างบุคคลได้ (Hoffmann et al., 1998) และยังสอดคล้องกับแนวคิดของโคเพอโลวิชและคณะ (Kopelowicz et al., 2006) ซึ่งกล่าวไว้ว่าในการฝึกทักษะทางสังคมต้องสอนให้คนสื่อสารอารมณ์และความต้องการ เพื่อให้มีโอกาสไปถึงเป้าหมายได้มากขึ้นและตอบสนองต่อความสัมพันธ์และบทบาทที่จำเป็นต่อการดำเนินชีวิตด้วยตนเอง

วิธีที่ใช้ฝึกทักษะการสื่อสาร ผลจากการศึกษาพบว่า ทุกงานวิจัยมีการฝึกปฏิบัติโดยการอธิบาย การสาธิต การแสดงบทบาทสมมติ การติชมและการปรับปรุง และการให้การบ้าน โดยผู้นำกลุ่มจะสร้างสถานการณ์จำลองแล้วอธิบายปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้น มีการสาธิตการตอบสนองที่เหมาะสมกับสถานการณ์ และให้ผู้ป่วยได้ลองฝึก มีการติชมคำติชมควรเป็นไปใน

ทางบวกและมีกรให้การบ้าน นอกจากนี้บางงานวิจัยยังมีการฝึกปฏิบัติในในสถานที่จริงร่วมด้วย ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของโคเพอโลวิชและคณะ (Kopelowicz et al., 2006) ที่กล่าวว่า การสอนทักษะทำให้ผู้ป่วยมีการฝึกฝนพฤติกรรมทางสังคมให้ดีขึ้น มีการสื่อสารที่ดีขึ้น เกี่ยวข้องกับการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม ซึ่งทำได้โดยการแสดงตัวอย่างให้ดูและเรียนรู้จากการสังเกต แบบอื่น ๆ มีการฝึกและสอนซ้ำๆ เพื่อให้ผู้ป่วยจำได้และรักษาทักษะไว้ได้นานและนำไปใช้ได้จริงในชีวิตประจำวัน เน้นการแก้ไขพฤติกรรมด้วยการเสริมแรงทางบวก ถ้าผู้ป่วยได้รับกำลังใจไม่ว่าผู้ป่วยจะได้รับการฝึกโดยตรงหรือจากการสังเกตผู้อื่นก็มีแนวโน้มที่จะสื่อสารกับผู้อื่นได้มากขึ้น และยังคงสอดคล้องกับอำเภอพรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์ (2543) ที่กล่าวว่า การบำบัดทางจิตอาจน่าหลักของการปรับพฤติกรรมมาช่วยในการรักษา โดยใช้ทฤษฎีการเรียนรู้มาปรับปรุงพฤติกรรมของผู้ป่วย ถ้าต้องการเพิ่มพฤติกรรมใดๆ พฤติกรรมนั้นก็ควรได้รับการเสริมแรงทางบวก

ทักษะการทำงาน ทักษะการทำงานเป็นทักษะทางสังคมที่ใช้ในฝึกมากที่สุดเป็นอันดับ 2 รองจากทักษะการสื่อสาร (จำนวน 7 เรื่องในทั้งหมด 14 เรื่อง) โดยมีการฝึกเกี่ยวกับทักษะการทำงานบ้าน และงานที่ผู้ป่วยจิตเภทมักจะได้รับจะเป็นงานรับจ้างที่ไม่ต้องใช้ทักษะที่ซับซ้อน เช่น การทำงานในสวน พนักงานรักษาความปลอดภัยและพนักงานทำความสะอาด ซึ่งบางงานวิจัยมีการฝึกทักษะการแก้ปัญหาที่อาจเกิดขึ้นในที่ทำงาน เช่น การจัดการกับความขัดแย้งกับนายจ้างหรือผู้ร่วมงาน การชุบชิบสินค้า ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของไลสเกอร์ (Lysaker et al., 1995 cited in Tsang & Pearson, 2001) ที่กล่าวว่าผู้ป่วยจิตเภทมักประสบปัญหาในการทำงาน ซึ่งปัญหาอย่างหนึ่งคือขาดความสามารถและทักษะที่เหมาะสมกับการทำงาน และยังคงสอดคล้องกับจิราภรณ์ สรรพวิรวงศ์ (2544) ที่ศึกษาความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภทในชีวิตประจำวัน กรณีศึกษาโรงพยาบาลสมเด็จพระยา พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 56 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 39.29 มีความเครียดระดับมากจากการที่ไม่มีรายได้ และร้อยละ 41.07 มีความเครียดระดับปานกลางจากการไม่มีงานทำ จะเห็นได้ว่าปัญหาการทำงานของผู้ป่วยจิตเภทเป็นปัญหาที่สำคัญอย่างหนึ่ง ดังนั้น การฝึกทักษะการทำงานจึงเป็นสิ่งจำเป็นในผู้ป่วยจิตเวช

วิธีที่ใช้ฝึกทักษะการทำงาน ผลจากการศึกษาพบว่า งานวิจัยส่วนใหญ่มีการฝึกปฏิบัติโดยการอธิบาย การสาธิต การแสดงบทบาทสมมุติ การดิชมและการปรับปรุง และการให้การบ้าน และบางงานวิจัยมีการฝึกในสถานที่จริงร่วมด้วย รวมถึงมีการฝึกโดยการเล่นเกมที่สอดคล้องกับมิวเซอร์ (Mueser et al., 1986 cited in Tsang & Pearson, 2001) ที่กล่าวว่า การฝึกทักษะทางสังคมจำเป็นต้องเชื่อมโยงกับสถานการณ์เฉพาะอย่างใกล้ชิด ดังนั้นในการฝึกทักษะการทำงานจึงควรฝึกให้ตรงกับความต้องการของผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยมีทักษะทางสังคมที่เหมาะสมสำหรับสถานที่ทำงาน ซึ่งการที่ผู้ป่วยได้มีโอกาสแสดงบทบาทสมมุติในสถานการณ์ที่ใกล้เคียงกับความ

เป็นจริง หรือมีโอกาสดังไปฝึกในสถานที่จริงจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในทักษะมากขึ้น มีความเชี่ยวชาญในทักษะมากขึ้น

ทักษะการตัดสินใจและแก้ปัญหา ทักษะการตัดสินใจและแก้ปัญหาเป็นทักษะทางสังคมที่ใช้ในฝึกมากที่สุดเป็นอันดับ 3 (จำนวน 6 เรื่องในทั้งหมด 14 เรื่อง) ซึ่งเป็นการฝึกทักษะการแก้ไขปัญหาการเข้าสังคม ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับความบกพร่องที่เกิดจากโรคที่เป็น รวมถึงการรับมือกับสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียด เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังมักขาดทักษะทางสังคมไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ป่วยยิ่งแยกตัวออกจากสังคม (Bellack, Mueser, Gingerich, & Agresta, 1997) ดังนั้นการฝึกทักษะการตัดสินใจและแก้ปัญหาจึงเป็นสิ่งที่จำเป็นอย่างหนึ่งในผู้ป่วยจิตเภท

วิธีที่ใช้ฝึกทักษะการตัดสินใจและแก้ปัญหา ผลจากการศึกษาพบว่า งานวิจัยส่วนใหญ่ฝึกปฏิบัติโดยการอธิบาย การสาธิต การแสดงบทบาทสมมติ การติชมและการปรับปรุง และการให้การบ้าน นอกจากนี้ยังมีบางงานวิจัยที่มีการฝึกทักษะทางสังคมร่วมกับปรับพฤติกรรม ความคิด โดยเน้นการระบุปัญหาและเป้าหมาย การคิดวิธีการต่างๆ ในการแก้ไขปัญหา การเปรียบเทียบข้อดีและข้อเสียของแต่ละวิธี และเลือกวิธีที่เหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของไลเบอร์แมน (Lieberman et al., 1985 cited in Seo et al., 2007) ที่กล่าวว่า การฝึกการแก้ปัญหาเน้นที่การระบุสถานการณ์ที่เป็นปัญหา คิดทางเลือกวิธีการต่างๆ ในการแก้ไขปัญหา เลือกทางเลือกที่ดีที่สุดและใช้ทางเลือกนั้น นอกจากนี้บางงานวิจัยมีการฝึกในสถานที่จริงร่วมด้วย รวมถึงบางงานวิจัยมีการฝึกโดยการเล่นเกม ซึ่งสอดคล้องกับมีเดเลีย (Medalia et al., 2001) ได้ศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วย จิตเภทที่รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน พบว่าผู้ป่วยซึ่งได้รับการฝึกการแก้ไขปัญหาโดยใช้คอมพิวเตอร์เป็นเวลา 5 สัปดาห์ มีพัฒนาการในทักษะการแก้ปัญหาอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งได้ผลดีกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการฝึกความจำ

ทักษะการสร้างสัมพันธภาพ ทักษะการสร้างสัมพันธภาพเป็นทักษะทางสังคมที่ใช้ในฝึกมากที่สุดเป็นอันดับ 4 (จำนวน 5 เรื่องในทั้งหมด 14 เรื่อง) โดยที่การฝึกการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่ใช้ในชีวิตประจำวันมีความจำเป็น เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มักแยกตัวจากสังคม ไม่พบปะพูดคุยกับใคร (ราตรี ภูบุญ, 2545) ส่วนใหญ่มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นไม่ดีเท่าที่ควร มักเก็บตัวอยู่คนเดียวและไม่ค่อยพูดคุยกับใคร (ปริวัตร ไชยน้อย, 2546; เสวิกุล จำสนอง, 2546) ซึ่งสัมพันธภาพระหว่างบุคคลเป็นสิ่งที่มีความจำเป็นในการดำเนินชีวิต แต่ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มักมีความพร่องในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น ดังนั้นการฝึกทักษะการสร้างสัมพันธภาพจึงเป็นทักษะที่จำเป็นทักษะหนึ่งในการฝึกทักษะทางสังคม

วิธีที่ใช้ฝึกทักษะการสร้างสัมพันธภาพ การฝึกทักษะนั้นส่วนใหญ่ฝึกโดยการอธิบาย การสาธิต การแสดงบทบาทสมมุติ การดิชมและการปรับปรุง และการให้การบ้าน รวมทั้งบางงานวิจัยที่มีการฝึกปฏิบัติในสถานที่จริงร่วมด้วย นอกจากนี้บางงานวิจัยมีการฝึกทักษะทางสังคมร่วมกับปรับพฤติกรรมความคิด และยังมีฝึกโดยการเล่นเกม

ทักษะการแสดงออกถึงความคิดและความต้องการของตนเองอย่างเหมาะสม จำนวน 3 เรื่อง (Chien et al., 2003; McQuaid et al., 2000; Seo et al., 2007) เป็นการฝึกให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการปฏิเสธความต้องการที่ไม่มีเหตุผลของผู้อื่น สามารถแสดงความรู้สึกให้ผู้อื่นรับรู้ การแสดงอารมณ์ทางบวกและลบ รวมถึงการรับคำชมจากผู้อื่น ซึ่งมีความจำเป็นต่อผู้ป่วยจิตเภทเนื่องจากการเจ็บป่วยทางจิตมีผลให้ผู้ป่วยขาดทักษะการแสดงออกถึงความคิดและความต้องการของตนเองอย่างเหมาะสม (Chien et al., 2003) สอดคล้องกับการศึกษาของจิคารัตน์ พิมพ์ดีด (2541) ที่พบว่าผู้ป่วยจำนวนหนึ่งมีสัมพันธภาพกับบุคคลในครอบครัวไม่มีความคับข้องใจ ทะเลาะวิวาทถกเถียงกันบ่อย ดังนั้นการฝึกทักษะการแสดงออกถึงความคิดและความต้องการของตนเองอย่างเหมาะสม จึงเป็นทักษะที่จำเป็นทักษะหนึ่งในการฝึกทักษะทางสังคม

วิธีที่ใช้ฝึกทักษะการแสดงออกถึงความคิดและความต้องการของตนเองอย่างเหมาะสม ผลจากการศึกษาพบว่า การฝึกทักษะนั้นทุกงานวิจัยมีการฝึกโดยการอธิบาย การสาธิต การแสดงบทบาทสมมุติ การดิชมและการปรับปรุง และการให้การบ้าน และมีบางงานวิจัยที่มีการฝึกทักษะทางสังคมร่วมกับปรับพฤติกรรมความคิด ซึ่งสอดคล้องกับเขียน (Chien et al., 2003) ที่กล่าวว่า การออกแบบการฝึกให้ตรงกับความต้องการของผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น การฝึกซ้ำหลายๆครั้งและการแสดงบทบาทสมมุติช่วยทำให้ผู้ป่วยมีทักษะการแสดงออกถึงความคิดและความต้องการของตนเองอย่างเหมาะสมยิ่งขึ้น

ทักษะการจัดการโรคด้วยตนเอง จำนวน 3 เรื่อง (McQuaid et al., 2000; Patterson et al., 2006; Torres et al., 2002) ซึ่งรวมถึงการจัดการอาการด้วยตนเอง การดูแลรับประทานยา การรู้จักสังเกตอาการตนเองรวมถึงการพบแพทย์ เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทมักขาดความเอาใจใส่ในการรับประทานยา แอบซ่อนยา ทิ้งยาหรือลืมรับประทานยา ซึ่งมีผลทำให้ผู้ป่วยต้องกลับมารักษาซ้ำ (ภาวดี การเร็ว , 2541) สอดคล้องกับนิศากร แก้วพิลา (2545) ได้ศึกษาความสามารถของญาติในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในโครงการญาติมีส่วนร่วมของโรงพยาบาลสวนปรุง พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง โดยสาเหตุที่หยุดรับประทานยาส่วนใหญ่คิดว่าอาการทางจิตดีขึ้น ดังนั้นทักษะการจัดการโรคด้วยตนเอง จึงเป็นทักษะที่จำเป็นทักษะหนึ่งในการฝึกทักษะทางสังคม

วิธีที่ใช้ฝึกทักษะการจัดการโรคด้วยตนเอง การฝึกนั้นส่วนใหญ่ฝึกโดยการอธิบาย การสาธิต การแสดงบทบาทสมมุติ การดิชมและการปรับปรุง และการให้การบ้าน บางงานวิจัยมีการฝึกโดยการเล่นเกม นอกจากนี้ยังมีการฝึกทักษะทางสังคมร่วมกับปรับพฤติกรรม ความคิด ซึ่งในการฝึกทักษะนี้มีการปรับเนื้อหาและสถานการณ์ให้เหมาะสมกับอายุ และเน้นให้ผู้ป่วยมีความรู้และเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเอง มีการแสดงบทบาทสมมุติในการปรึกษาอาการกับแพทย์ ซึ่งการให้ข้อมูลย้อนกลับ และคำชมระหว่างการแสดงบทบาทสมมุติ รวมถึงการให้การบ้านเป็นสิ่งจำเป็นอย่างมาก (McQuaid et al., 2000)

ทักษะการพัฒนารับรู้ทางสังคม จำนวน 3 เรื่อง (Choi & Kwon, 2006; McQuaid et al., 2000; Roder et al., 2002) ซึ่งประกอบด้วยการจัดระบบการรับรู้และเรียงลำดับเหตุการณ์ทางสังคม ความสามารถในการแยกแยะอารมณ์ การจัดการกับความคิดและความเชื่อของตนเอง เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ขาดทักษะทางสังคมและมีความสัมพันธ์ในด้านต่างๆจากการเจ็บป่วยที่เรื้อรัง ซึ่งผู้ป่วยจำนวนหนึ่งมีอาการประสาทหลอนหรือหลงผิด การฝึกทักษะการพัฒนารับรู้จึงเป็นทักษะที่จำเป็นทักษะหนึ่ง

วิธีที่ใช้ฝึกทักษะการพัฒนารับรู้ทางสังคม การฝึกส่วนใหญ่ฝึกโดยการอธิบาย การสาธิต การแสดงบทบาทสมมุติ การดิชมและการปรับปรุง และการให้การบ้าน รวมถึงบางงานวิจัยมีการฝึกทักษะในสถานการณ์จริง และฝึกโดยการเล่นเกม ซึ่งการฝึกโดยเล่นเกมเป็นการใช้การ์ตูน 4 ช่องในการกำหนดสถานการณ์ทางสังคม และให้เรียงลำดับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นให้ถูกต้องพร้อมอธิบายสถานการณ์ และประยุกต์ใช้ว่าถ้าเกิดเหตุการณ์จริงจะทำอย่างไร เป็นการสนับสนุนให้เข้าร่วมการฝึกการรับรู้ทางสังคม อธิบายสถานการณ์ทางสังคมอย่างต่อเนื่อง และอภิปรายว่าจะแก้ปัญหาในสถานการณ์ทางสังคมที่คล้ายคลึงกับในการ์ตูนได้อย่างไร การฝึกโดยการเล่นเกมทำให้เกิดความขบขันซึ่งจะช่วยให้เกิดแรงจูงใจในการฝึก (Choi & Kwon, 2006) นอกจากนี้บางงานวิจัยยังมีการฝึกร่วมกับการบำบัดทางจิตสังคมอย่างอื่นคือการปรับพฤติกรรม ความคิด ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของโคเพอโลวิชและคณะ (Kopelowicz et al., 2006) ที่อธิบายว่าการบำบัดทางจิตแบบผสมผสาน เนื้อหาที่นำมาใช้ฝึกควรมีความสำคัญเพื่อนำไปสู่การพัฒนาความสนใจ การเรียนรู้ ความจำ และการรับรู้ทางสังคม เพื่อให้ผู้ป่วยมีทักษะในการอยู่ในสังคมและพึ่งตนเองได้ มีการบำบัดในรูปแบบที่ต่อเนื่อง มีการแก้ไขความบกพร่องด้านความสนใจ ความเข้าใจ และการรับรู้ตามด้วยการฝึกทักษะทางสังคมและการแก้ปัญหา

ทักษะทางสังคมโดยรวม จำนวน 3 เรื่อง (รักสุดา กิจอรุณ และฉันทนา บุญคล้าย, 2549; สุริรัตน์ โปจรัส และคณะ, 2550; Patterson et al., 2006) ประกอบด้วยการเล่น สิ่งแวดล้อม การมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น ความไว้วางใจผู้อื่น ความสามารถในการสื่อสาร การรู้จัก

ขอบคุณและขอโทษ การรู้จักยืมของใช้จากผู้อื่น การรู้จักให้และรับ การควบคุมอารมณ์และการให้อภัย และการให้ความช่วยเหลือผู้อื่น ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทมักขาดความสนใจในกิจกรรมทุกชนิด ไม่สนใจที่จะเข้าร่วมในการทำงานหรือกิจกรรมด้านสังคม ขาดความสนใจในการสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542) หรือแสดงพฤติกรรมหงุดหงิด ก้าวร้าวกับคนในชุมชน ทำให้คนในชุมชนรู้สึกกังวลใจและไม่ปลอดภัยในการอยู่ร่วมกับผู้ป่วยในชุมชน (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2548) ดังนั้นการฝึกทักษะทางสังคมโดยรวมก็เป็นวิธีหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวอยู่ในสังคมได้ดีขึ้น

วิธีที่ใช้ฝึกทักษะทางสังคมโดยรวม ฝึกปฏิบัติโดยการอธิบาย การสาธิต การแสดงบทบาทสมมุติ การติชมและการปรับปรุง และการให้การบ้าน บางงานวิจัยมีการใช้เทคนิคสื่อผสมเช่นวีดิทัศน์ แผ่นที่มีทั้งภาพและเสียง มีการใช้ตัวแบบผ่านสื่อภาพยนตร์ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของสมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต (2541) ที่เชื่อว่าสื่อที่หลากหลายจะช่วยดึงดูดความสนใจ และมีอิทธิพลต่ออารมณ์ การเรียนรู้ของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยตั้งใจและมีความพึงพอใจที่จะเรียนรู้ ส่งผลให้ผู้ป่วยเรียนรู้ได้เร็วขึ้น ในจำนวนนี้มี 2 เรื่องที่มีการฝึกในสถานที่จริง ซึ่งมีการฝึกทักษะในชุมชน สอดคล้องกับสก๊อทและเลย์แมน (Scott & Lehman, 2001 อ้างใน รักสุดา กิจอรุณ และฉันทนา บุญคล้าย, 2549) ที่กล่าวว่ารูปแบบการฝึกทักษะในชุมชนจริงมีประสิทธิภาพช่วยให้ผู้ป่วยมีทักษะด้านต่างๆ ทั้งนี้เนื่องจากชุมชนได้รับการเตรียมพร้อมมีความเข้าใจและให้โอกาสผู้ป่วยได้อยู่ร่วมและทำงาน รวมทั้งผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนกลับเข้าไปใช้ชีวิตในชุมชนจริง

ผลลัพธ์ของการใช้โปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภท

จากการวิเคราะห์ผลการศึกษาทั้ง 14 เรื่อง พบว่าการใช้โปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภททำให้เกิดผลลัพธ์กับผู้ป่วย 2 ด้านใหญ่ๆ คือ

1. ผลลัพธ์ด้านทักษะทางสังคม

1.1 ทักษะการสื่อสาร มีงานวิจัยที่ศึกษาผลด้านการสื่อสารจำนวน 8 เรื่อง พบว่าหลังการบำบัดผู้ป่วยส่วนใหญ่มีทักษะการสื่อสารดีขึ้น มีเพียง 1 เรื่องเท่านั้น (Granholm et al., 2005) ที่ไม่พบความแตกต่างของทักษะการสื่อสารหลังการบำบัดระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง แต่ผู้ป่วยกลุ่มทดลองซึ่งได้รับการฝึกทักษะมีการทำกิจกรรมบ่อยกว่ากลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการบำบัดแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งการที่ผู้ป่วยมีการกิจกรรมบ่อยขึ้นก็เป็นการพัฒนาที่สำคัญอย่างหนึ่งเนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความบกพร่องทางด้านการทำงานด้านสังคมมาช้านาน

1.2 ทักษะการสร้างสัมพันธ์ภาพ มีงานวิจัยที่ศึกษาผลด้านการสร้างสัมพันธ์ภาพจำนวน 6 เรื่อง พบว่าหลังได้รับการฝึกทักษะทางสังคมผู้ป่วยมีทักษะการสร้าง

สัมพันธภาพดีขึ้นทุกเรื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของยางและกิม (Yang & Kim, 1999) ที่พบว่า การฝึกทักษะทางสังคมทำให้มีการพัฒนาด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลอย่างมีนัยสำคัญ ผลของการฝึกทักษะทางสังคมด้านการสร้างสัมพันธภาพแสดงให้เห็นว่าการพัฒนาทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทนั้นเป็นไปได้โดยใช้โปรแกรมการฝึกที่เหมาะสม เมื่อผู้ป่วยได้เรียนรู้วิธีการสื่อสารและการตอบสนองต่อสถานการณ์ระหว่างบุคคลได้เหมาะสมแล้ว ผู้ป่วยก็จะได้รับการตอบสนองในทางบวกจากผู้อื่น ทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลมากขึ้น ลดความวิตกกังวลและนำไปสู่ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่ดีขึ้น (Seo et al., 2007)

1.3 ทักษะการทำงาน มีงานวิจัยที่ศึกษาผลลัพธ์ด้านทักษะการทำงาน จำนวน 4 เรื่อง พบว่าหลังได้รับการฝึกทักษะทางสังคม ผู้ป่วยมีทักษะการทำงานเพิ่มขึ้น ได้รับการจ้างงานในอัตราที่สูงขึ้น และผู้ป่วยสามารถปรับตัวเข้ากับการทำงานมีความพอใจกับการทำงาน รวมทั้งมีความสัมพันธ์ที่ดีกับเพื่อนร่วมงานและหัวหน้างาน ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้ป่วยได้รับการฝึกทักษะการทำงานในระยะเวลาที่นานพอและมีการฝึกปฏิบัติในสถานที่จริง (รักสุดา กิจอรุณ และฉันทนา บุญคล้าย, 2549; สุรรัตน์ โบจรัส และคณะ, 2550) นอกจากนี้บางงานวิจัย (Tsang & Pearson, 2001) ผู้ป่วยได้ผ่านการฝึกทักษะทางสังคมพื้นฐานและทักษะการอยู่ร่วมกันในสังคมมาแล้ว เมื่อได้รับการฝึกทักษะเกี่ยวกับการหางานและรักษางานโดยเฉพาะ เช่นการโทรศัพท์เพื่อขอสัมภาษณ์งาน การปฏิบัติตนเมื่อไปสัมภาษณ์งาน หรือการจัดการกับความขัดแย้งในที่ทำงาน การชုชชิบนิเทศ รวมทั้งการแสดงบทบาทสมมติเกี่ยวกับตำแหน่งงานที่ผู้ป่วยจิตเภทมักจะได้รับการ เช่นพนักงานรักษาความปลอดภัยหรือพนักงานทำความสะอาด และมีการติดตามการช่วยเหลือหลังรับการบำบัดนาน 3 เดือน โดยมีการพบกันเดือนละครั้งหรือติดต่อทางโทรศัพท์ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถมาได้ นอกจากนี้ผู้ป่วยบางคนอาจโทรศัพท์หาผู้ฝึกเพื่อปรึกษาปัญหาหรือขอคำแนะนำ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีเทคนิคในการรับมือกับปัญหาในสถานการณ์จริง ช่วยลดความยากลำบากและมีความมุ่งมั่นในการเผชิญปัญหาและอุปสรรคในการทำงาน มีความรู้สึกว่ามีคนคอยช่วยเหลือและมีความยากลำบากในการทำงาน

1.4 ทักษะการใช้ชีวิตประจำวัน มีงานวิจัยที่ศึกษาผลลัพธ์ด้านทักษะการใช้ชีวิตประจำวันจำนวน 5 เรื่อง พบว่างานวิจัยส่วนใหญ่หลังฝึกทักษะผู้ป่วยมีพัฒนาการด้านทักษะการใช้ชีวิตประจำวันเพิ่มขึ้น มีคะแนนทักษะการอยู่ร่วมกันภายในบ้านและทักษะการใช้ชีวิตในชุมชนเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของไลเบอร์แมนและคณะ (Lieberman et al., 1998) ซึ่งได้ศึกษาความสามารถในการปฏิบัติตัวในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยนอกเปรียบเทียบระหว่างการฝึกทักษะทางสังคมและอาชีพบำบัด พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการฝึกทักษะทางสังคมมีทักษะในการพึ่งตนเองมากกว่าอย่างเห็นได้ชัดในช่วงการติดตามผลการดำเนินชีวิตในชุมชน

เป็นเวลา 2 ปี มีงานวิจัย 1 เรื่อง (Granholm et al., 2005) ที่พบว่าทักษะการดำรงชีวิตหลังการบำบัดไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง แต่ผู้ป่วยกลุ่มทดลองซึ่งได้รับการฝึกทักษะมีการทำกิจกรรมน้อยกว่ากลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการบำบัดแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทั้งนี้อาจเป็นเพราะไม่ได้มีการฝึกทักษะทั้งหมดที่มีการวัดด้วยแบบประเมินนี้ (Granholm et al., 2005) นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยอีก 1 เรื่อง (รักสุดา กิจอรุณ และฉันทนา บุญคล้าย, 2549) พบว่าทักษะการพักผ่อนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญหลังเข้าร่วมโครงการ ส่วนทักษะการอยู่ร่วมกันภายในบ้าน ทักษะการใช้ชีวิตในชุมชนและทักษะการดูแลตนเองไม่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญหลังเข้าร่วมโครงการ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าแบบประเมินทักษะการใช้ชีวิตในชุมชนที่ใช้บางข้อไม่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้ป่วย และกิจกรรมในโครงการนี้ไม่ได้มุ่งเน้นการฝึกทักษะการดูแลตนเองและทักษะการอยู่ร่วมกันในบ้านเนื่องจากผู้ป่วยมีทักษะนี้คืออยู่แล้ว

1.5 ทักษะการแสดงออกถึงความคิดและความต้องการของตนเองอย่างเหมาะสม จำนวน 3 เรื่อง พบว่าหลังได้รับการฝึกผู้ป่วยมีทักษะในการแสดงออกถึงความคิดและความต้องการอย่างเหมาะสมเพิ่มขึ้นทั้ง 3 เรื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของ Yang, Wang, & Wang, 1993) ที่พบว่าหลังฝึกทักษะทางสังคมผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีทักษะการแสดงออกถึงความคิดและความต้องการของตนเองอย่างเหมาะสมดีกว่ากลุ่มควบคุม ทั้งนี้เนื่องจากการเจ็บป่วยทางจิตทำให้ผู้ป่วยจิตเภทขาดความมั่นใจ ไม่สามารถแสดงความคิดเห็นและปฏิเสธความต้องการของผู้อื่นได้ ดังนั้นการฝึกทักษะซึ่งประกอบด้วยการสอนแบบซ้ำๆหลายๆครั้งมีการอธิบาย การสาธิต การแสดงบทบาทสมมติเพื่อพัฒนาทักษะของผู้ป่วย การติชมซึ่งเป็นไปในทางบวก รวมทั้งการให้การบ้าน รวมทั้งการฝึกซึ่งได้ถูกออกแบบให้ตรงกับความต้องการของผู้ป่วยและผู้ป่วยที่เข้าร่วมบำบัดเต็มใจที่จะเรียนรู้ ทำให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ช่วยให้ผู้ป่วยมีทักษะการแสดงออกถึงความคิดและความต้องการของตนเองอย่างเหมาะสม (Chien et al., 2003)

1.6 ทักษะการตัดสินใจและการแก้ไขปัญหา จำนวน 3 เรื่อง พบว่าหลังได้รับการฝึกผู้ป่วยมีทักษะการตัดสินใจเพิ่มขึ้น มีการรับรู้ปัญหาและมีวิธีแก้ไขปัญหาที่มีประสิทธิภาพ มีงานวิจัยเพียง 1 เรื่อง (Seo et al., 2007) ที่พบว่าหลังการบำบัดไม่มีการเปลี่ยนแปลงทักษะการตัดสินใจและการแก้ไขปัญหา ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าในการฝึกครั้งนี้จำกัดอยู่เฉพาะการฝึกทักษะการสนทนา และทักษะการแสดงออกถึงความคิดและความต้องการของตนเองอย่างเหมาะสม วิธีการฝึกและเนื้อหาอาจจะไม่เหมาะสมหรือไม่เพียงพอในการพัฒนาทักษะการแก้ไขปัญหา

1.7 ทักษะทางสังคมโดยรวม มีงานวิจัยที่ศึกษาผลลัพธ์ด้านทักษะทางสังคมโดยรวมจำนวน 3 เรื่อง พบว่าหลังเข้าร่วมโครงการผู้ป่วยมีพัฒนาการอย่างมากด้านทักษะทาง

สังคม มีคะแนนทักษะทางสังคมโดยรวมเพิ่มขึ้น อาจเป็นเพราะว่าในการฝึกผู้ฝึกเริ่มต้นจากกิจกรรมที่ง่าย ๆ ไม่ซับซ้อน มีการแนะนำขั้นตอนอย่างชัดเจนมีการอธิบายและสาธิต รวมทั้งมีการสาธิตซ้ำเมื่อผู้ป่วยไม่เข้าใจ มีการใช้ระยะเวลาและความถี่เพียงพอในการฝึก นอกจากนี้การบำบัดเป็นกลุ่มจะช่วยให้ผู้ป่วยเรียนรู้ได้เร็วขึ้น สามารถนำทักษะที่ได้จากการเรียนรู้ในกลุ่มไปใช้ในสถานการณ์จริง ทำให้ผู้ป่วยสามารถพัฒนาทักษะทางสังคมโดยรวม (สุรรัตน์ โปจรัส และคณะ, 2550)

1.8 ทักษะการจัดการโรคด้วยตนเอง จำนวน 3 เรื่อง มีงานวิจัย 1 เรื่อง (อรุณ พงษ์ธรรม และคณะ, 2548) ที่พบว่าหลังเข้าร่วมโครงการผู้ป่วยมีทักษะในการจัดการโรคด้วยตนเองเพิ่มขึ้น และอีก 1 เรื่อง (McQuaid et al., 2000) ซึ่งเป็นการบำบัดร่วมกันระหว่างการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมกับการฝึกทักษะทางสังคม พบว่าหลังการฝึกผู้ป่วยเข้าใจการเจ็บป่วยของตนเองมากขึ้น รู้จักสังเกตอาการเตือนและเชื่อใจแพทย์มากขึ้น ร่วมมือในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ สามารถจัดการกับความเชื่อที่ผิดๆ และกำจัดความกลัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากการบำบัดร่วมกันระหว่างการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมกับการฝึกทักษะทางสังคม สามารถช่วยลดความคิดที่ผิดปกติหรือความเชื่อที่ทำลายตนเอง การฝึกจะช่วยพัฒนาให้ผู้ป่วยสามารถรับมือกับความเครียด และเพิ่มการปฏิบัติตามแผนการรักษา เช่นการร่วมมือในการรักษาด้วยยา ส่วนงานวิจัยอีก 1 เรื่อง (Patterson et al., 2006) พบว่าการบำบัดด้วย Functional Adaptation Skills Training (FAST) ไม่มีผลต่อทักษะการจัดการจัดการยา ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดเป็นผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในสถานพักฟื้นซึ่งมีคนดูแลและจัดการเรื่องยาให้ ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้นำทักษะที่ฝึกไปใช้ในชีวิตจริง ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยไม่มีการพัฒนาด้านการจัดการยา

1.9 ทักษะการพัฒนารับรู้ทางสังคม มีงานวิจัยที่ศึกษาผลลัพธ์ด้านทักษะการพัฒนารับรู้ทางสังคมจำนวน 2 เรื่อง พบว่าพัฒนาการของตัวแปรการรับรู้บางตัวเพิ่มขึ้นความสามารถในการจัดระบบการรับรู้ และเรียงลำดับเหตุการณ์ทางสังคม ส่วนความสามารถในการรับรู้สิ่งกระตุ้นทางอารมณ์ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะว่าการบำบัดที่ใช้ในการฝึกคือ social cognition enhancement training (SCET) ที่มีต่อการรับรู้อารมณ์นั้นไม่ชัดเจน อาจไม่เพียงพอในการเพิ่มความสามารถในการระบุอารมณ์และสีหน้าของผู้อื่น ซึ่งแท้จริงแล้ว SCET เน้นที่การเข้าใจสถานการณ์ทางสังคมได้อย่างถูกต้องมากกว่าการจัดการกับอารมณ์ (Choi & Kwon, 2006)

1.10 ทักษะการปฏิบัติ มีงานวิจัยที่ศึกษาผลลัพธ์ด้านทักษะการปฏิบัติจำนวน 2 เรื่อง พบว่าผู้ป่วยมีทักษะในการปฏิบัติดีขึ้นและสามารถที่จะปฏิบัติงานที่ตนเองไม่ยอมทำได้ ทั้งนี้ อาจเนื่องจากส่วนหนึ่งของโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมมีการสอนทักษะเกี่ยวกับ

การแก้ปัญหาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิต รวมทั้งทักษะการปฏิเสธ ซึ่งเป้าหมายของการบำบัดนั้นชัดเจน มีการวางแผนการบำบัดในแต่ละครั้งอย่างชัดเจนและมีขั้นตอนการฝึกที่ผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง ทำให้ผู้ป่วยที่ได้รับการฝึกมีทักษะดีขึ้น

2. ผลลัพธ์ด้านอื่นๆ

2.1 อาการทางจิต พบว่าหลังรับการฝึกทักษะทางสังคมผู้ป่วยมีอาการทางจิตลดลง สามารถลดความคิดที่บิดเบือนและความคิดหวาดระแวง มีความเข้าใจการเจ็บป่วยทางจิตของตนเองมากขึ้น รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอและรู้จักสังเกตอาการเตือน ส่งผลให้ช่วยลดความเจ็บป่วยได้ สอดคล้องกับไลเบอร์แมน และโคเพอโลวิช (Lieberman & Kopelowicz, 2006) ที่กล่าวว่า การฝึกทักษะทางสังคมช่วยให้ผู้ป่วยรับประทานยาและเข้ารับการบำบัดทางจิตสังคมอย่างสม่ำเสมอ และนำสู่การหายจากอาการป่วย และยังสอดคล้องกับการศึกษาของโดแกนและคณะ (Dogan et al., 2004) ที่ได้ศึกษาผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านโดยใช้การดูแลทางจิตสังคม ซึ่งวิธีการหนึ่งก็คือการฝึกทักษะทางสังคม พบว่าผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับการดูแลทางจิตสังคมที่บ้านมีอาการแสดงทางจิตน้อยกว่าก่อนได้รับการดูแล ส่วนงานวิจัยอีก 1 เรื่อง (Granholm et al., 2005) พบว่าอาการทางจิตโดยรวมไม่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญแต่ผู้ป่วยมีการรับรู้และเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต ยึดถือข้อเท็จจริงในการพิจารณาอาการทางจิตมากกว่าและมีความเชี่ยวชาญในทักษะ มีการรับรู้และเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตของตนเองมากขึ้น สามารถลดความคิดที่บิดเบือนและความคิดหวาดระแวง ร่วมมือในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอและรู้จักสังเกตอาการเตือน ซึ่งเกี่ยวข้องอย่างมีนัยสำคัญกับการลดอาการทางบวก อาจเนื่องจากการฝึกส่วนใหญ่เน้นการใช้เทคนิคทางการรับรู้และการสอนให้ผู้ป่วยขอความช่วยเหลือมากกว่าพัฒนาทักษะการดำรงชีวิตจึงไม่มีผลโดยตรงต่ออาการทางจิต

2.2 ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง หลังการฝึกทักษะพบว่าผู้ป่วยมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับโคเพอโลวิชและคณะ (Kopelowicz et al., 2006) ที่กล่าวว่า การฝึกทักษะทางสังคมมีผลดีทางอ้อมต่อการที่ผู้ป่วยคิดและรู้สึกเกี่ยวกับตนเองจากการพัฒนาประสิทธิภาพของตัวเอง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การรู้สึกว่าตนเองมีพลัง และการมองโลกในแง่ดี และยังสอดคล้องกับการศึกษาของโดแกนและคณะ (Dogan et al., 2004) ที่ได้ศึกษาผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านโดยใช้การดูแลทางจิตสังคม ซึ่งวิธีการหนึ่งก็คือการฝึกทักษะทางสังคม พบว่าผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับการดูแลทางจิตสังคมที่บ้านได้รับการยอมรับจากครอบครัว เพื่อน และบุคคลอื่นๆมากกว่าก่อนได้รับการดูแลทางจิตสังคม

2.3 คุณภาพชีวิต

มีงานวิจัยที่ศึกษาผลลัพธ์ด้านคุณภาพชีวิตจำนวน 1 เรื่อง พบว่าหลังการบำบัดกลุ่มทดลองมีคะแนนคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น แต่ไม่แตกต่างกับกลุ่มทดลอง อาจเป็นไปได้ว่าในการบำบัดนั้นกลุ่มควบคุมได้มีโอกาสพูดคุยเกี่ยวกับปัญหาส่วนตัวและปัญหาที่สำคัญของตนเอง ทำให้ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำและได้รับประโยชน์จากกระบวนการกลุ่ม ส่วนกลุ่มทดลองได้รับการบำบัดทางสังคมที่เน้นทักษะการดำรงชีวิต ซึ่งการบำบัดทั้งสองอย่างก็ทำให้เกิดประโยชน์กับผู้ป่วย และผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มก็เป็นผู้ป่วยในสถานพักฟื้นที่มีความเป็นอยู่ใกล้เคียงกัน ดังนั้นอาจทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มไม่ต่างกัน โดยทั่วไปการฝึกทักษะทางสังคมทำให้ผู้ป่วยสามารถพัฒนาทักษะและนำไปใช้ในชีวิตจริงทำให้ผู้ป่วยมีการดำเนินชีวิตในสังคมดีขึ้น รู้สึกว่าตนเองมีทางเลือกมากขึ้นเมื่ออยู่ในสังคม สามารถจัดการกับสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้ทั้งที่ทำงานและการใช้ชีวิตในชุมชน ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตดีขึ้น (Lieberman, 1992)

จะเห็นได้ว่าผลลัพธ์ของการฝึกทักษะทางสังคม ส่วนใหญ่ทำให้ผู้ป่วยมีทักษะด้านต่างๆดีขึ้น ผู้ป่วยสามารถปรับตัวให้เข้ากับสังคมได้ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับเบนตันและโชเดอร์ (Benton & Schroeder, 1990) ซึ่งได้วิเคราะห์งานวิจัย 27 ชิ้นเกี่ยวกับการฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภทวัยรุ่น พบว่าการฝึกทักษะทางสังคมทำให้มีการพัฒนาของทักษะทางสังคมบางอย่างดีขึ้นและรักษาทักษะไว้ได้นานขึ้น และยังสอดคล้องกับแนวคิดของสมพร รุ่งเรืองกลกิจ (2546) ที่กล่าวว่าหากผู้ป่วยได้รับการฝึกทักษะต่างๆให้สอดคล้องกับกิจกรรมในชีวิตประจำวันจะทำให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เกิดการเรียนรู้ มีความเข้าใจในการดูแลตนเอง เช่น การรับประทานยา การจัดการกับอารมณ์และความเครียด การพูดการสื่อสารบอกความต้องการ การกล้าแสดงออกและการพึ่งตนเองโดยไม่เป็นภาระของผู้อื่น ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการช่วยลดความเรื้อรังทางจิต นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของมาร์เดอร์และคณะ (Marder et al., 1996) ได้ศึกษาผลของการฝึกทักษะทางสังคมและจิตบำบัดในผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก พบว่าการฝึกทักษะทางสังคมช่วยพัฒนาการปรับตัวในสังคมบางประการได้มากกว่าการทำจิตบำบัด และยังพบว่าการฝึกทักษะทางสังคมจะมีประสิทธิภาพมากที่สุดเมื่อใช้ร่วมกับการรักษาด้วยยา ซึ่งจะลดความเสี่ยงที่โรครจะกลับมาเป็นใหม่

บทที่ 6

สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัย รวมถึงหลักฐานทางวิชาการที่เกี่ยวข้องกับการใช้โปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภท เพื่อที่จะได้องค์ความรู้ที่จะนำไปพัฒนาการใช้โปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภท สำหรับการศึกษาครั้งนี้ มีงานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์ทั้งหมด 14 เรื่อง พบว่างานวิจัยที่ศึกษาในต่างประเทศจำนวน 10 เรื่อง ในจำนวนนี้เป็น Randomized control trial ซึ่งอยู่ในระดับ A จำนวน 7 เรื่อง เป็น Quasi - experimental research ซึ่งอยู่ในระดับ B จำนวน 2 เรื่อง และเป็น Case control study ซึ่งอยู่ในระดับ B จำนวน 1 เรื่อง ส่วนงานที่ศึกษาในประเทศไทยมีทั้งหมด 4 เรื่อง เป็น Quasi - experimental research ซึ่งอยู่ในระดับ B จำนวน 2 เรื่อง และเป็น One group pre - post ซึ่งอยู่ในระดับ B จำนวน 2 เรื่อง

จากการวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยทั้งหมด สามารถสรุปสาระสำคัญในการใช้โปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภทได้ ดังนี้ 1) รูปแบบของโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม 2) ลักษณะของผู้ป่วยที่ได้รับการฝึกทักษะทางสังคม 3) คุณลักษณะของผู้ฝึกทักษะทางสังคม 4) ทักษะทางสังคมที่ใช้ในการฝึกทักษะ 5) ระยะเวลา จำนวนครั้ง และความถี่ในการดำเนินกิจกรรมการฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภท 6) ผลลัพธ์ของการใช้โปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภท

1. รูปแบบของโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม

การฝึกทักษะทางสังคมแบ่งได้ 2 รูปแบบใหญ่ๆ คือ

1.1 แบ่งตามลักษณะการฝึก

1.1.1 การฝึกรายกลุ่ม จำนวน 11 เรื่อง

1.1.2 การฝึกรายกลุ่มร่วมกับรายบุคคล จำนวน 3 เรื่อง

1.2 แบ่งตามทักษะที่ฝึก

1.2.1 การฝึกเฉพาะทักษะทางสังคมจำนวน 11 เรื่อง

1.2.2 การฝึกทักษะทางสังคมร่วมกับการบำบัดทางจิตสังคมอย่างอื่นจำนวน 3 เรื่อง

2. ลักษณะของผู้ป่วยที่ได้รับการฝึกทักษะทางสังคม

พบว่าผู้ป่วยที่เข้าร่วมการฝึกทักษะทางสังคม ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยจิตเภททั้งหมด มีเพียง 1 เรื่อง ที่ได้รับการบำบัดเป็นผู้ป่วยจิตเภทและโรคจิตเวชอื่นๆ การวิจัยส่วนใหญ่ศึกษาในผู้ใหญ่ นอกจากนี้ยังมีบางงานวิจัยที่ทำการศึกษาในผู้ป่วยวัยสูงอายุ และในผู้ป่วยวัยกลางคนและสูงอายุ ผู้รับการฝึกทักษะต้องไม่มีพยาธิสภาพทางสมองหรือความบกพร่องทางปัญญา ไม่ใช่สารเสพติด และมีอาการทางจิตสงบสามารถสื่อสารได้ มีอายุระหว่าง 18-74 ปีที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก รวมทั้งผู้ป่วยสถานพักฟื้น

3. คุณลักษณะของผู้ฝึกทักษะทางสังคม

ผู้ฝึกทักษะทางสังคมประกอบด้วยเจ้าหน้าที่จากหลากหลายวิชาชีพ ทั้งจิตแพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นักอาชีวะบำบัด นักกิจกรรมบำบัด ซึ่งส่วนใหญ่ผู้ฝึกทักษะมีการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชมานาน และมีระดับการศึกษาในระดับปริญญาโท ผ่านการฝึกการใช้โปรแกรมทักษะทางสังคมและมีประสบการณ์ในการทำกลุ่มทักษะทางสังคม

4. ทักษะทางสังคมที่ใช้ฝึกทักษะ

จากการวิเคราะห์ผลการศึกษา พบว่าทักษะที่ใช้ในโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม ได้แก่ ทักษะในการสื่อสาร ทักษะการทำงาน ทักษะการตัดสินใจและแก้ปัญหา ทักษะการสร้างสัมพันธภาพ ทักษะการแสดงออกถึงความคิดและความต้องการของตนเองอย่างเหมาะสม ทักษะการจัดการโรคด้วยตนเอง ทักษะการพัฒนาการรับรู้ ทักษะทางสังคมโดยรวม และทักษะการปฏิเสธ ซึ่งส่วนใหญ่มีการฝึกปฏิบัติโดยการอธิบาย การสาธิต การแสดงบทบาทสมมุติ การดิชม และการปรับปรุง และการให้การบ้าน นอกจากนี้ยังมีการฝึกโดยการเล่นเกม รวมทั้งมีการฝึกโดยนำทักษะที่ฝึกไปใช้ในสถานการณ์จริง รวมถึงมีการใช้ร่วมกันระหว่างการบำบัดทางสังคมแบบอื่น

5. ระยะเวลา จำนวนครั้ง และความถี่ในการใช้โปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภท

ระยะเวลาที่ใช้ในการฝึกทักษะทางสังคมมีความแตกต่างกัน สำหรับกลุ่มที่มีการบำบัดแบบรายกลุ่มอย่างเดี่ยว พบว่าโดยเฉลี่ยแล้วงานวิจัยในประเทศไทย ใช้ระยะเวลาในการบำบัดสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที จำนวน 16 ครั้ง ส่วนงานวิจัยในต่างประเทศ พบว่าใช้ระยะเวลาในการบำบัดสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง ครั้งละ 1-2 ชั่วโมง จำนวน 19 ครั้ง ส่วนกลุ่มที่มีการบำบัดแบบรายกลุ่มผสมผสานกับการบำบัดรายบุคคล มีจำนวน 3 เรื่องโดยใช้ระยะเวลาในการดำเนินกลุ่มต่างกันดังนี้ ใช้ระยะเวลาในการดำเนินกลุ่มครั้งละ 60-90 นาที 6 วันต่อสัปดาห์ ผู้ที่ไม่ผ่านการประเมินจะทำการฝึกทักษะซ้ำเป็นรายบุคคลตามทักษะที่บกพร่องจนกว่าผู้ป่วยจะทำทักษะนั้นได้ จำนวน 1 เรื่อง ใช้ระยะเวลาในการบำบัดนาน 6 เดือน โดยแบ่งเป็น 2 ระยะคือ ระยะรักษา 3 เดือน โดยบำบัดแบบกลุ่ม 2 ครั้งต่อสัปดาห์ ครั้งละ 90 นาที และบำบัดรายบุคคล 1 ครั้งต่อสัปดาห์ ครั้งละ 30 นาที ระยะฟื้นฟู 3 เดือน โดยบำบัดแบบกลุ่ม 1 ครั้งต่อสัปดาห์และบำบัดรายบุคคล 1 ครั้งต่อ 2 สัปดาห์ จำนวน 1 เรื่อง และอีก 1 เรื่อง ใช้เวลา 6 เดือน โดยเป็นระยะเตรียมผู้ป่วย 3 เดือน และระยะดำเนินงาน 3 เดือน ระยะเตรียมผู้ป่วยมีการพาผู้ป่วยไปดูชุมชนและฝึกทักษะพื้นฐานที่จำเป็นในการดำเนินชีวิต 6 ด้าน ระยะดำเนินงานใช้เวลา 3 เดือน โดยในเดือนแรกมีการติดตามเยี่ยมรายบุคคลสัปดาห์ละ 1 ครั้ง หลังจากนั้นเยี่ยมทุก 2 สัปดาห์ มีการจัดทำกลุ่มเปิดใจเรื่องสภาพปัญหาและความต้องการทุก 2 สัปดาห์

6. ผลลัพธ์ของการใช้โปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภท

ผลลัพธ์ของการใช้โปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภท สามารถแบ่งออกเป็น 3 ด้าน ดังนี้

6.1 ทักษะทางสังคมด้านต่างๆ ได้แก่ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการสร้างสัมพันธภาพ ทักษะการแสดงออกถึงความคิดและความต้องการของตนเองอย่างเหมาะสม ทักษะการจัดการโรคด้วยตนเอง ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการปฏิเสธ ทักษะการทำงาน ทักษะการติดต่อทางสังคม ทักษะการแก้ไขปัญหา ทักษะการพัฒนาการรับรู้ทางสังคม ทักษะการจัดการการเงิน ทักษะการจัดการยา ทักษะการเดินทาง ทักษะการทำงานบ้าน ทักษะการดูแลตนเอง ซึ่งล้วนทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย ผู้ป่วยมีการพัฒนาทักษะด้านต่างๆเพิ่มขึ้น

6.2 ด้านอาการทางจิต พบว่าหลังได้รับการฝึกทักษะทางสังคม ผู้ป่วยสามารถลดความคิดที่บิดเบือนและความคิดหวาดระแวง มีการรับรู้และเข้าใจการเจ็บป่วยทางจิต

ของตนเองมากขึ้น รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอและรู้จักสังเกตอาการเตือน ส่งผลให้อาการทางจิตลดลงและช่วยลดความเจ็บป่วยได้

6.3 ด้านความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการฝึกทักษะทางสังคมมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น

ข้อจำกัดในการศึกษา

เมื่อเปรียบเทียบงานวิจัยในประเทศไทยและต่างประเทศ พบว่าการศึกษาในประเทศไทยยังมีจำกัดอยู่เฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยในเท่านั้น และบางงานวิจัยยังไม่ได้อธิบายในบางส่วนของระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม รายละเอียดของกิจกรรม และคุณลักษณะของผู้บำบัด ส่วนงานวิจัยในต่างประเทศพบว่ามีงานวิจัยที่ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่หลากหลายทั้งผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยสถานฟื้นฟู แต่มีบางงานวิจัยที่ไม่ได้อธิบายรายละเอียดในส่วนของกิจกรรมการดูแลคุณลักษณะของผู้บำบัด ซึ่งทำให้ผู้ศึกษาไม่สามารถวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยเหล่านี้ได้อย่างละเอียดได้

ข้อเสนอแนะการนำผลการศึกษาไปใช้

ผลที่ได้จากการศึกษาสามารถนำไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในด้านการปฏิบัติการพยาบาล และด้านวิจัยทางการพยาบาล ดังนี้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ผลจากการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ นำมาซึ่งการพัฒนาและปรับปรุงการปฏิบัติการพยาบาลดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้มีทักษะทางสังคมเพิ่มมากขึ้น ดังนี้คือ

1. ผลจากการสังเคราะห์งานวิจัยทั้งหมดพบว่า การฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภท สามารถทำได้ทั้งแบบรายกลุ่มและรายกลุ่มร่วมกับรายบุคคล โดยที่พยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตสามารถจัดให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการฝึกทักษะทางสังคมในรูปแบบที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งการฝึกทักษะทางสังคมแบบรายกลุ่มจะทำให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์จากกระบวนการกลุ่ม ผู้ป่วยได้เรียนรู้จากการสังเกตสมาชิกอื่นในกลุ่ม ได้ฝึกทักษะกับสมาชิกในกลุ่มก่อนที่จะออกไปฝึกในชีวิตประจำวัน รวมทั้งยังได้รับคำแนะนำและกำลังใจจากสมาชิก นอกจากนี้ยังเป็นการฝึกที่คุ้มทุนมากกว่าการฝึกรายบุคคล เพราะสามารถฝึกผู้ป่วยได้ครั้งละหลายคน ส่วนการฝึกรายกลุ่มร่วมกับรายบุคคล มีความจำเป็นเนื่องจากผู้ป่วยแต่ละคนมีความพร้อมของทักษะต่างกัน ในผู้ป่วยจิตเภทบางรายอาจมีระดับความพร้อมของทักษะทางสังคมมากกว่าสมาชิกอื่นในกลุ่ม

พยาบาลอาจพิจารณากระตุ้นการฝึกทักษะเป็นรายบุคคลจนกระทั่งผู้ป่วยมีความพร้อมที่จะเข้าร่วมกลุ่ม ส่วนระยะเวลาที่ใช้ในการฝึกทักษะทางสังคมอาจมีความแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับกิจกรรมที่ใช้

2. เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่จะเจ็บป่วยเรื้อรัง โดยมีความบกพร่องด้านการเรียนรู้ การคงความสนใจ และการคิดแบบนามธรรม จากผลการศึกษาเกี่ยวกับกลวิธีในการฝึกทักษะที่ใช้ในโปรแกรมฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภท สามารถเป็นแนวทางให้พยาบาลในการฝึกทักษะให้กับผู้ป่วย โดยการฝึกต้องฝึกซ้ำๆ ซ้ำๆ มีการอธิบายสิ่งที่ควรปฏิบัติ และแสดงตัวอย่างให้ดู รวมถึงการฝึกซ้อมพฤติกรรมที่เหมาะสม แนะนำสิ่งที่ควรแก้ไข และการให้การบ้านเพื่อฝึกทักษะที่เพิ่งเรียน นอกจากนี้การนำทักษะที่ได้จากการฝึกไปใช้ในสถานการณ์จริงจะเกิดประโยชน์กับผู้ป่วยมากขึ้น เนื่องจากได้เรียนรู้ว่าปัญหาอุปสรรคเป็นอย่างไร

3. ผลจากการศึกษาพบว่า โปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมมีการพัฒนาให้เหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วยจิตเภทในแต่ละราย พยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตที่ได้รับมอบหมายให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภท ต้องทำการประเมินระดับการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยก่อน จากนั้นจึงวางแผนในการที่จะให้ผู้ป่วยได้รับการฝึกทักษะ โดยการเลือกโปรแกรมให้เหมาะสมกับผู้ป่วย เช่น อาจพิจารณาโปรแกรมที่มีการฝึกหลายทักษะรวมกันในผู้ป่วยที่มีความพร้อมของทักษะทางสังคมโดยรวม หรือโปรแกรมที่เน้นทักษะใดทักษะหนึ่งในผู้ป่วยที่ต้องการฟื้นฟูทักษะดังกล่าว โดยเฉพาะ โปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมสำหรับผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ โดยเฉพาะ นอกจากนี้ผลการศึกษายังได้เสนอแนวทางในการฝึกทักษะทางสังคมร่วมกับการบำบัดทางจิตสังคมอื่นร่วมด้วย เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย เช่น โปรแกรมที่จัดให้มีการฝึกทักษะทางสังคมร่วมกับการฝึกอาชีพสำหรับผู้ป่วยที่กำลังว่างงานและต้องการทำงาน โปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมร่วมกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy) สำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตหลงเหลืออยู่ โดยที่โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมนี้จะช่วยลดความเชื่อที่บิดเบือนและการแปลความหมายที่ผิด มีประสิทธิภาพในการลดอาการทางจิต ช่วยให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ และเมื่อมีการฝึกร่วมกับการฝึกทักษะทางสังคม ทำให้ผู้ป่วยเรียนรู้ทักษะทางสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถนำทักษะไปใช้จริงในชีวิตประจำวัน ช่วยลดอัตราการป่วยซ้ำ

ด้านการวิจัยทางการพยาบาล ผลจากการศึกษาคั้งนี้ สามารถใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภท ดังนี้คือ

1. ผลจากการศึกษาการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมสำหรับผู้ป่วยจิตเภท พบว่าการศึกษาวิจัยในหัวข้อเรื่องดังกล่าวในประเทศไทยยังมีน้อย ดังนั้นควรมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมสำหรับ

ผู้ป่วยจิตเภทให้มากขึ้นและครอบคลุมทั้งกลุ่มผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยในชุมชนเนื่องจากปัจจุบันผู้ป่วยจิตเวชมีข้อจำกัดในการใช้สิทธิบัตรต่างๆ ทำให้ต้องจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเร็วขึ้นส่งผลให้มีผู้ป่วยในชุมชนจำนวนมากขึ้น

2. เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่เจ็บป่วยเรื้อรัง มีปัญหาที่ซับซ้อนทำให้การวางแผนให้การดูแลต้องมีการปรับเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ดังนั้นควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับประสิทธิผลของโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมที่มีการพัฒนาให้มีความเหมาะสมเฉพาะกลุ่ม เช่น ประสิทธิภาพของโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ หรือ ประสิทธิภาพของโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมร่วมกับการบำบัดทางจิตสังคมอย่างอื่น เช่น การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม และอาชีพบำบัด เป็นต้น

การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภท

A SYNTHESIS OF RESEARCH ON SOCIAL SKILLS TRAINING PROGRAMS FOR SCHIZOPHRENIA

จिरพันธ์ เอิบกมล 4836254 RAMH/M

พ.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์: ทศนา ทวีคุณ, Ph.D. (Nursing), พัชรินทร์ นินทจันทร์, Ph.D. (Nursing)

บทสรุปแบบสมบูรณ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด การรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรม โดยมีความเสื่อมของบุคลิกภาพและการปฏิบัติหน้าที่การทำงาน นอกจากนี้โรคจิตเภทยังเป็นโรคที่พบมากที่สุดในบรรดาโรคทางจิตเวชทั้งหมด จากการศึกษาพบว่ามีอัตราการเกิดโรคจิตเภทมีประมาณร้อยละ 1 ของประชากรโลกโดยผู้หญิงและผู้ชายมีโอกาสเป็นโรคนี้นี้เท่าๆกัน (Sadock & Sadock, 2003) ซึ่งสอดคล้องกับสถิติการเกิดโรคจิตเภทในประเทศไทยที่พบว่าโรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่พบมากที่สุด คือพบถึงร้อยละ 51.53 ของจำนวนผู้ป่วยในทั้งหมดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิตทั้ง 16 แห่งเมื่อปีงบประมาณ 2550 (ศูนย์สารสนเทศ, 2551) ส่วนสถิติผู้ป่วยของโรงพยาบาลศรีธัญญา ซึ่งเป็นโรงพยาบาลจิตเวชขนาดใหญ่ก็พบสถิติผู้ป่วยจิตเภทในทำนองเดียวกัน คือพบผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับการรักษาในปี 2551 แบบผู้ป่วยนอกจำนวน 115,916 ราย เป็นผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 63,321 ราย คิดเป็นร้อยละ 54.6 และผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในจำนวน 5,991 ราย เป็นผู้ป่วยจิตเภท 3,687 ราย คิดเป็นร้อยละ 61.5 (รายงานสถิติประจำปีโรงพยาบาลศรีธัญญา, 2551) จะเห็นได้ว่าโรคจิตเภทเป็นโรคที่เป็นปัญหาสำคัญทางจิตเวชเนื่องจากเป็นโรคที่เรื้อรัง มีความรุนแรงและพบมากที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับโรคจิตชนิดอื่น

เนื่องจากโรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรัง อาการมักจะเป็นๆ หายๆ และมีอัตราการกำเริบสูง ทำให้มีผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยเอง ครอบครัว ชุมชน สังคมรวมถึงประเทศชาติ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ มักมีความเสื่อมด้านต่างๆ โดยเฉพาะทักษะด้านสังคม การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น จนในที่สุดผู้ป่วยจะขาดความมั่นใจ แยกตัวจากสังคม เฉื่อยชา ไม่ยินดีในร้ายกับสิ่งใด ไม่พบปะพูดคุยกับใคร และมีพฤติกรรมชอบอยู่คนเดียว (ราตรี ภูบุญ, 2545) ไม่สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ไม่สามารถแสดงอารมณ์ ความรู้สึกให้ผู้อื่นเข้าใจได้ (Hoffmann et al, 1998) นอกจากนี้ผู้ป่วยอาจทำลายทรัพย์สินหรือทำลายสิ่งของ (ไพรวัดย์ ร่มซ้าย และคณะ, 2544; มารศรี ปาณิวัตร, 2548) เอะอะอาละวาด ก้าวร้าว แสดงอาการโกรธหรือเกลียดรุนแรง อาจทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น (วาสนา ปานดอก, 2545) ผู้ป่วยจำนวนหนึ่งอาจทำความเดือดร้อนให้ชุมชนเช่น ทำร้ายผู้อื่นเนื่องจากมีอาการหวาดระแวงหรือหลงผิด ทบทำลายข้าวของหรือพกพาอาวุธ (วิลาวัลย์ เทพโสธร, 2538) นอกจากนี้ผู้ป่วยอาจมีพฤติกรรมแสดงออกที่ไม่เหมาะสม แสดงพฤติกรรมที่ไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม ทำให้ครอบครัวรู้สึกอับอาย (Glendy & Mackenzie, 1998) นอกจากนี้อาจมีปัญหาด้านการเรียนเรียนไม่จบ ด้านการทำงานได้รับค่าจ้างในการทำงานน้อยกว่าคนทั่วไป (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542) ดังเช่นการศึกษาของพุดตาน พันธุเณร และวิรุฑธ ชัยพรสุไพศาล (2551) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีรายได้ต่ำกว่าประชากรทั่วไป โดยมีรายได้เฉลี่ยประมาณ 3,000 บาทต่อเดือน และมีการกำเริบบ่อย จึงทำให้ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาเป็นจำนวนมาก ก่อให้เกิดความสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจตามมา (นันทิกา ทวีชาชาติ, 2548) จะเห็นได้ว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทเกิดผลกระทบต่างๆ มากมาย จากความบกพร่องทางสังคมเป็นลักษณะหลักของโรคจิตเภท ดังนั้นการพัฒนาพฤติกรรมทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทจึงเป็นเป้าหมายสำคัญของการฟื้นฟูทางจิตเวช ซึ่งการฟื้นฟูทางจิตเวชที่สำคัญอย่างหนึ่งคือการฝึกทักษะทางสังคม

การฝึกทักษะทางสังคม เป็นการบำบัดทางจิตสังคมอย่างหนึ่งที่มีประสิทธิภาพในการพัฒนาพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภท และได้รับการยอมรับว่าเป็นทางเลือกในการรักษาทางจิตสังคมอย่างหนึ่งสำหรับโรคจิตเภท (Torres et al, 2002) โดยการฝึกทักษะทางสังคมเป็นการสอนให้คนรู้จักสื่ออารมณ์และความต้องการ เพื่อให้มีโอกาสไปถึงเป้าหมายมากขึ้น และตอบสนองต่อความจำเป็นในการดำรงชีวิต โดยใช้หลักของการบำบัดทางพฤติกรรม มีการฝึกและสอนซ้ำๆ เพื่อให้จำได้และรักษาทักษะไว้ได้นาน สามารถนำไปใช้ได้จริงในชีวิตประจำวัน เน้นการแก้ไขพฤติกรรม โดยการเสริมแรงทางบวก (Kopelowicz et al, 2006) และใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถนำทักษะที่ได้จากการเรียนรู้ไปใช้กับสถานการณ์ในสังคม ในการฝึกทักษะทางสังคมประกอบด้วยทักษะการสนทนา ทักษะการแสดงออกถึงความคิดและความต้องการอย่างเหมาะสม ทักษะการแก้ปัญหา ทักษะการจัดการยา ทักษะการจัดการ

ความเครียด ทักษะการทำงาน (Lieberman et al, 1993) ซึ่งโปรแกรมที่ใช้ในการฝึกอาจแตกต่างกันขึ้นอยู่กับทักษะที่ต้องการฝึก โดยส่วนใหญ่ทุกโปรแกรมจะเน้นที่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถนำทักษะที่ได้จากการเรียนรู้ไปใช้ในสถานการณ์จริงเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ในชุมชน (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2546) การฝึกมีการใช้ทักษะและความถี่ที่เหมาะสมกับระยะอาการของโรคจะมีประโยชน์กับผู้ป่วยมาก เนื่องจากผู้ป่วยสามารถเรียนรู้ทักษะที่หลากหลาย และสามารถรักษาทักษะเหล่านั้นไว้ได้ และถ้าผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนให้มีการฝึกทักษะทางสังคมในสถานการณ์ที่ใกล้เคียงกับความเป็นจริง ผู้ป่วยจะสามารถนำทักษะที่ได้จากการฝึกไปใช้ในชีวิตจริง (Kopelowicz et al, 2006)

ผลจากการฝึกทักษะทางสังคมให้กับผู้ป่วยจิตเภท ส่งผลให้เกิดผลครอบคลุมในหลายด้านเช่น ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีทักษะทางสังคมดีขึ้น ซึ่งจะช่วยให้ผลกระทบที่เกิดจากความบกพร่องจากการรับรู้ลดน้อยลงและมีการปรับตัวในสังคมดีขึ้น ป้องกันการกำเริบจากการถูกกระตุ้นด้วยความเครียด ช่วยในการฟื้นฟูให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น (Kopelowicz et al, 2006) มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Chien et al., 2003; Seo et al, 2007) มีการพัฒนาความรู้และทักษะของผู้ป่วยจิตเภท (Kern et al., 2009) รวมทั้งช่วยให้ผู้ป่วยมีความสำเร็จในการทำงานและสามารถรักษางานได้ดี (Tsang & Pearson, 2001) นอกจากนี้ยังช่วยให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรับประทานยาและนำสู่การหายจากการป่วย (Kopelowicz et al, 2006)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภท ดังที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น พบว่าเป็น โปรแกรมที่มีประสิทธิผลเมื่อนำมาใช้ในการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้ศึกษาในฐานะผู้ปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชมีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยตรง ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศรีธัญญา ซึ่งเป็นโรงพยาบาลจิตเวชขนาดใหญ่ มีผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังจำนวนมาก และจากนโยบายของโรงพยาบาล ที่เน้นการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช ซึ่งการฝึกทักษะทางสังคมเป็นส่วนหนึ่งของการฟื้นฟูสมรรถภาพ ปัจจุบันโรงพยาบาลศรีธัญญามีการใช้โปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมเป็นส่วนหนึ่งในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช แต่ยังไม่มีการรวบรวมเป็นแนวปฏิบัติที่ชัดเจน ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งมีขั้นตอนของการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ โดยพิจารณางานวิจัยที่มีการศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภททั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ ย้อนหลัง 10 ปี ซึ่งองค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ จะเป็นแนวทางให้กับพยาบาลในการนำไปประยุกต์ใช้ในการฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภทให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภทในประเด็นรูปแบบของการฝึกทักษะทางสังคม และประสิทธิภาพของโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้องค์ความรู้ที่จะนำไปประยุกต์ใช้ในการฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภท
2. เป็นข้อมูลพื้นฐานที่จะนำไปใช้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการฝึกทักษะทางสังคม

นิยามศัพท์

ผู้ป่วยจิตเภท หมายถึงบุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของ DSM – IV (Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorder Fourth Edition) หรือ ICD - 10 (International Classification of Disease) ว่าเป็นผู้ที่มีความผิดปกติของความคิด การรับรู้ อารมณ์ พฤติกรรม อย่างน้อย 6 เดือนโดยไม่มีโรคทางกาย โรคทางสมอง พิษจากยาหรือสารเสพติดที่ทำให้เกิดสาเหตุของอาการดังกล่าว

โปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท หมายถึงกระบวนการที่ใช้ในการเสริมสร้างทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท เช่นการฝึกทักษะการสื่อสาร ทักษะการแสดงออกถึงความคิดและความต้องการของตนเองอย่างเหมาะสม ทักษะการสร้างสัมพันธภาพ โดยเน้นที่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถนำทักษะที่ได้จากการเรียนรู้ไปใช้ในสถานการณ์จริงเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ในชุมชน

วิธีการดำเนินการศึกษา

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวม วิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภท โดยวิธีการดำเนินการศึกษา มีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. การสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการเพื่อการทบทวน
ผู้ศึกษาได้ค้นคว้าด้วยตนเอง (Manual Search) และสืบค้นข้อมูลทางสื่ออิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Search) โดยมีกระบวนการสืบค้น ดังนี้

1.1 ผู้ศึกษาได้ค้นคว้าด้วยตนเองจากแหล่งข้อมูลต่างๆ ได้แก่ วิทยานิพนธ์ ตำรา คู่มือ และวารสารจากห้องสมุดมหาวิทยาลัยต่างๆ และจากแหล่งข้อมูลของหน่วยงาน สถาบันที่เกี่ยวข้อง

1.2 สืบค้นงานวิจัยจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ทางการแพทย์และการพยาบาลที่สำคัญ ได้แก่ PUBMED, Science direct, OVID, CINAHL, Wiley, Inter science นอกจากนี้ผู้ศึกษายังได้ทำการสืบค้นงานวิจัยจากฐานข้อมูลในประเทศไทยจาก ห้องสมุดกรมสุขภาพจิต ห้องสมุดสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ ห้องสมุดโรงพยาบาลศรีธัญญา และห้องสมุดมหาวิทยาลัยมหิดลเขตราชวิถี โดยได้ดำเนินการสืบค้นตั้งแต่เดือน กรกฎาคม 2552 ถึง สิงหาคม 2552 ซึ่งคำสำคัญในการสืบค้น ได้แก่ social skills training AND schizophrenia, social skills training AND severe mental illness, social skills training AND chronic mental illness, ทักษะทางสังคมและจิตเภท

2. การคัดเลือกงานวิจัย ผู้ศึกษาใช้เกณฑ์ในการพิจารณาคัดเลือกงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ ดังนี้

2.1 ชนิดของกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัย พิจารณาคัดเลือกผู้ป่วยจิตเภททั้งหมดหรือผู้ป่วยโรคทางจิตเวชที่มีผู้ป่วยจิตเภทรวมอยู่ด้วยมากกว่าร้อยละ 50 ขึ้นไป

2.2 ชนิดของการจัดกระทำ เป็นงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม

2.3 ชนิดหรือประเภทของหลักฐานหรืองานวิจัย พิจารณาทั้งงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการออกแบบชนิดสุ่มเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (RCT) งานวิจัยเชิงกึ่งทดลองหรือกรณีศึกษา

2.4 เป็นงานวิจัยที่ตีพิมพ์ในระหว่างปี ค.ศ. 2000 - 2009 หรือ พ.ศ. 2543 - 2552

2.5 เป็นงานวิจัยที่สามารถหาฉบับสมบูรณ์ (Full text) ได้

3. การประเมินคุณภาพงานวิจัย

ภายหลังจากการคัดเลือกงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์แล้ว ผู้ศึกษานำงานวิจัยที่ได้มาประเมินคุณภาพ โดยการประเมินคุณภาพของงานวิจัย ใช้เกณฑ์การประเมินของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย (2544) ซึ่งแบ่งระดับหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้

Level A หมายถึง หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็น meta-analysis ของงานวิจัยที่เป็น randomized controlled trials หรืองานวิจัยเดี่ยวที่เป็น randomized controlled trials

Level B หมายถึง หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็น meta-analysis ของงานวิจัยที่ออกแบบเป็น randomized controlled trials อย่างน้อย 1 เรื่อง หรือหลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่มีการออกแบบรัดกุม แต่เป็นงานวิจัยกึ่งทดลองหรืองานวิจัยเชิงทดลองที่ไม่มีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม ได้แก่ non-randomized controlled trials, cohort-study, case control study

Level C หมายถึง หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็นงานเปรียบเทียบหาความสัมพันธ์หรือเป็นงานวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive study)

Level D หมายถึง หลักฐานที่ได้จากความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ (Expert consensus)

4. การวิเคราะห์ผลงานวิจัย

ผู้ศึกษาได้กำหนดขอบเขตของข้อมูลที่จะดึงจากงานวิจัยที่ผ่านการคัดเลือก ทั้งหมด 14 เรื่อง ดังนี้ 1) วัตถุประสงค์ของงานวิจัย 2) แบบการวิจัย 3) กลุ่มตัวอย่าง 4) สถานที่ดำเนินการวิจัย 5) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล 6) การจัดกระทำหรือโปรแกรมการบำบัด และ 7) ผลการวิจัย

ผลการศึกษา

ผลจากการสังเคราะห์การศึกษาเกี่ยวกับการใช้โปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภท ผู้ศึกษาจะนำเสนอตามลำดับหัวข้อ ดังต่อไปนี้คือ 1) คุณภาพและความเพียงพอของงานวิจัยและหลักฐานทางวิชาการ 2) รูปแบบของโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม 3) ลักษณะของผู้ป่วยที่ได้รับการฝึกทักษะทางสังคม 4) คุณลักษณะของผู้ทำการฝึกทักษะทางสังคม 5) ทักษะทางสังคมและวิธีที่ใช้ในการฝึกทักษะ 6) ระยะเวลา จำนวนครั้ง และความถี่ในการดำเนินกิจกรรมการฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภท และ 7) ผลลัพธ์ของการฝึกทักษะทางสังคม

คุณภาพและความเพียงพอของงานวิจัยและหลักฐานทางวิชาการ

จากงานวิจัยทั้งหมด 14 เรื่อง พบว่าเป็นงานวิจัยที่ศึกษาในต่างประเทศ จำนวน 10 เรื่อง ตีพิมพ์ระหว่างปี ค.ศ. 2000-2009 โดยเป็น randomized controlled trials อยู่ในระดับ A จำนวน 7 เรื่อง (Chien et al., 2003; Choi & Kwon, 2006; Granholm et al., 2005; Patterson et al., 2006; Torres et al., 2002; Tsang & Pearson, 2001; Ucock et al., 2006) เป็น quasi experimental research อยู่ในระดับ B จำนวน 2 เรื่อง (Roder et al., 2002; Seo et al., 2007) เป็น case control study อยู่ในระดับ B จำนวน 1 เรื่อง (McQuaid et al., 2000) ส่วนงานวิจัยที่ศึกษาในประเทศไทยจำนวน 4 เรื่อง เป็น quasi experimental research อยู่ในระดับ B จำนวน 2 เรื่อง (สุรพิน แทนรัตนกุล และ

คณะ, 2548; อุ่น พงษ์ธรรม และคณะ, 2548) เป็น one group pre – post ซึ่งอยู่ในระดับ B จำนวน 2 เรื่อง (รักสุดา กิจอรุณ และฉันทนา บุญคล้าย, 2549; สุรรัตน์ โบริส และคณะ, 2550)

รูปแบบของโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม

จากการศึกษางานวิจัยทั้ง 14 เรื่อง พบว่ารูปแบบการดูแลผู้ป่วยสามารถแบ่งได้ตามลักษณะการฝึกและทักษะที่ฝึก ดังนี้

1. แบ่งตามลักษณะการฝึก

1.1 การฝึกทักษะทางสังคมแบบรายกลุ่ม จำนวน 11 เรื่อง (สุรพิน แทนรัตนกุลและคณะ, 2548; อุ่น พงษ์ธรรม และคณะ, 2548 ; Chien et al., 2003; Choi & Kwon, 2006; Granholm et al., 2005; McQuaid et al., 2000; Patterson et al., 2006; Seo et al., 2007; Torres et al., 2002; Tsang & Pearson, 2001; Ucok et al., 2006)

1.2 การฝึกทักษะทางสังคมแบบรายกลุ่มร่วมกับรายบุคคล จำนวน 3 เรื่อง (รักสุดา กิจอรุณ และฉันทนา บุญคล้าย, 2549; สุรรัตน์ โบริส และคณะ, 2550; Roder et al., 2002) ประกอบด้วยการฝึกทักษะการดำเนินชีวิตประจำวัน 6 ด้านจำนวน 2 เรื่อง (รักสุดา กิจอรุณ และฉันทนา บุญคล้าย, 2548; สุรรัตน์ โบริส และคณะ, 2550) ได้รับการฝึกทักษะทางสังคมทางการรับรู้หนึ่งในสามแบบ (การฝึกทักษะเกี่ยวกับการอยู่อาศัย การทำงาน หรือนันทนาการ) จำนวน 1 เรื่อง (Roder et al., 2002)

2. แบ่งตามทักษะที่ฝึก

2.1 การฝึกเฉพาะทักษะทางสังคมจำนวน 11 เรื่อง (รักสุดา กิจอรุณ และฉันทนา บุญคล้าย, 2549; สุรพิน แทนรัตนกุลและคณะ, 2548;สุรรัตน์ โบริส และคณะ, 2550; อุ่น พงษ์ธรรม และคณะ, 2548 ; Chien et al., 2003; Choi & Kwon, 2006; Patterson et al., 2006; Roder et al., 2002; Seo et al., 2007; Tsang & Pearson, 2001; Ucok et al., 2006)

2.2 การฝึกทักษะทางสังคมร่วมกับการบำบัดทางจิตสังคมอย่างอื่น จำนวน 3 เรื่อง (Granholm et al., 2005; McQuaid et al., 2000; Torres et al., 2002) ประกอบด้วย การฝึกทักษะทางสังคมร่วมกับทักษะการเคลื่อนไหว การเล่นเกม และอาชีพะบำบัด จำนวน 1 เรื่อง (Torres et al., 2002) การฝึกทักษะทางสังคมร่วมกับการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดจำนวน 2 เรื่อง (Granholm et al., 2005; McQuaid et al., 2000)

ลักษณะของผู้ป่วยที่ได้รับการฝึกทักษะทางสังคม

จากการวิเคราะห์ผลการศึกษาทั้ง 14 เรื่อง พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการฝึกทักษะทางสังคมมีลักษณะ ดังต่อไปนี้

1. การวินิจฉัยโรค กลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการฝึกทักษะทางสังคม ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยจิตเภททั้งหมดจำนวน 13 เรื่อง (รักสุดา กิจอรุณ และฉันทนา บุญคล้าย, 2549; สุรพิน แทนรัตนกุล และคณะ, 2548; อุ่น พงษ์ธรรม และคณะ, 2548; Chien et al., 2003; Choi & Kwon, 2006; Granholm et al., 2005; McQuaid et al., 2000; Patterson et al., 2006; Roder et al., 2002; Seo et al., 2007; Torres et al., 2002; Tsang & Pearson, 2001; Ucok et al., 2006) และเป็นผู้ป่วยจิตเภทรวมกับผู้ป่วยจิตเวชอื่นๆ จำนวน 1 เรื่อง โดยมีผู้ป่วยเข้าร่วมการศึกษาทั้งหมด 38 คน ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยจิตเภท 28 คน และเป็นผู้ป่วยจิตเวชอื่นๆ 10 คน (สุรรัตน์ โบจรัส และคณะ, 2550)

2. อายุ จากการวิเคราะห์การศึกษาทั้ง 14 เรื่องพบว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการฝึกทักษะทางสังคมมีอายุแตกต่างกันคือ อยู่ในช่วงอายุ 18-74 ปี โดยที่งานวิจัยต่างๆมีเกณฑ์การคัดเลือกของกลุ่มตัวอย่างด้วยอายุดังนี้

มีงานวิจัย 9 เรื่องที่ระบุอายุในเกณฑ์คัดเข้า โดยมีอายุ 18-59 ปี จำนวน 1 เรื่อง (อุน พงษ์ธรรม และคณะ, 2548) อายุ 20-50 ปี จำนวน 1 เรื่อง (สุรพิน แทนรัตนกุล และคณะ, 2548) อายุ 40 ปีขึ้นไปจำนวน 1 เรื่อง (Patterson et al., 2006) อายุ 18-45 ปีจำนวน 1 เรื่อง (Ucok et al., 2006) อายุ 18-50 ปี จำนวน 2 เรื่อง (Torres et al., 2002; Tsang & Pearson, 2001) อายุ 18-60 ปีจำนวน 1 เรื่อง (Choi & Kwon, 2006) อายุ 42-74 ปี จำนวน 1 เรื่อง (Granholm et al., 2005) และอายุมากกว่า 45 ปี จำนวน 1 เรื่อง (McQuaid et al., 2000)

ไม่ได้ระบุอายุผู้ป่วยจิตเวชในเกณฑ์คัดเข้าจำนวน 5 เรื่อง แต่ผู้วิจัยได้รายงานอายุเฉลี่ยของผู้ป่วยไว้ 4 เรื่อง ดังนี้ อายุ 34 ปี 1 เรื่อง (รักสุดา กิจอรุณ และฉันทนา บุญคล้าย, 2549) อายุ 38 ปี 1 เรื่อง (สุรรัตน์ โบจรัส และคณะ, 2550) อายุ 41.77 ปี 1 เรื่อง (Chien et al., 2003) กลุ่มควบคุมอายุ 35.44 ปี กลุ่มทดลองอายุ 38.21 ปีจำนวน 1 เรื่อง (Seo et al., 2007) และไม่ได้รายงานอายุเฉลี่ยไว้ 1 เรื่อง (Roder et al., 2002)

3. ความบกพร่องทางสติปัญญาหรือพยาธิสภาพทางสมอง มีงานวิจัย 5 เรื่อง ที่ระบุว่ากลุ่มตัวอย่างต้องไม่มีความบกพร่องทางสติปัญญาหรือพยาธิสภาพทางสมอง (อุน พงษ์ธรรม และคณะ, 2548; Choi & Kwon, 2006; Roder et al., 2002; Seo et al., 2007; Ucok et al., 2006)

4. สารเสพติด มีงานวิจัยที่ระบุว่ากลุ่มตัวอย่างต้องไม่ใช้สารเสพติด จำนวน 5 เรื่อง (Choi & Kwon, 2006; Granholm et al., 2005; Roder et al., 2002; Seo et al., 2007; Ucok et al., 2006)

5. **สถานที่ศึกษา** ศึกษาในผู้ป่วยที่อยู่ระหว่างการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช จำนวน 7 เรื่อง (รักสุดา กิจอรุณ และฉันทนา บุญคล้าย, 2549; สุรพิน แทนรัตนกุล และคณะ, 2548; สุรรัตน์ โบจรัส และคณะ, 2550; อุ่น พงษ์ธรรม และคณะ, 2548; Chien et al., 2003; Roder et al., 2002; Seo et al., 2007) เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกจำนวน 3 เรื่อง (Patterson et al., 2006; Torres et al., 2002; Ucok et al., 2006) และเป็นผู้ป่วยศูนย์ฟื้นฟูจิตเวชชุมชนจำนวน 4 เรื่อง (Choi & Kwon, 2006; Granholm et al., 2005; McQuaid et al., 2000; Tsang & Pearson, 2001)

คุณลักษณะของผู้บำบัด

จากการวิเคราะห์ผลการศึกษาทั้ง 14 เรื่อง พบว่าผู้บำบัดในโปรแกรมฝึกทักษะทางสังคมประกอบด้วยบุคลากรทางด้านงานสุขภาพจิตและจิตเวช ดังต่อไปนี้

พยาบาลวิชาชีพจำนวน 4 เรื่อง (สุรพิน แทนรัตนกุล และคณะ, 2548; สุรรัตน์ โบจรัส และคณะ, 2550; อุ่น พงษ์ธรรม และคณะ, 2548; Chien et al., 2003) นักจิตวิทยาระดับปริญญาโทจำนวน 1 เรื่อง (Choi & Kwon, 2006) นักจิตวิทยาระดับปริญญาเอกซึ่งมีประสบการณ์ทางคลินิกในการบำบัดแบบ cognitive behavioral social skills training อย่างน้อย 2 ปีจำนวน 1 เรื่อง (Granholm et al., 2005) นักอาชีวบำบัดซึ่งได้รับการฝึกทักษะทางสังคมมาแล้วเป็นผู้นำกลุ่ม และนักสังคมสงเคราะห์ที่มีประสบการณ์ในการทำงานกับผู้ป่วยเป็นผู้ช่วยผู้นำกลุ่มจำนวน 1 เรื่อง (Tsang & Pearson, 2001)

ทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วยจิตแพทย์ 3 คน นักสังคมสงเคราะห์ 1 คน และพยาบาลจิตเวช 1 คน ซึ่งเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในการบำบัด โดยการบำบัดแต่ละครั้งประกอบด้วยผู้นำกลุ่ม 1 คนและผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม 1 คนจำนวน 1 เรื่อง (Ucok et al., 2006) จิตแพทย์และพยาบาลวิชาชีพจำนวน 1 เรื่อง (รักสุดา กิจอรุณ และฉันทนา บุญคล้าย, 2549) พยาบาลจิตเวชที่มีการศึกษาระดับปริญญาเอกด้านการพยาบาลจิตเวช และมีประสบการณ์ในการฝึกทักษะทางสังคม มากกว่า 10 ปี เป็นผู้นำกลุ่ม และนักสังคมสงเคราะห์เป็นผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม จำนวน 1 เรื่อง (Seo et al., 2007) แพทย์และนักนันทนาการบำบัด จำนวน 1 เรื่อง (Torres et al., 2002) ไม้ระบุนาชีฟจำนวน 3 เรื่อง (McQuaid et al., 2000; Patterson et al., 2006; Roder et al., 2002) ซึ่งใน 3 เรื่องนั้นมี 1 เรื่อง (Patterson et al., 2006) ที่ระบุว่าผู้บำบัดระดับปริญญาโทและปริญญาเอกผู้นำกลุ่ม รวมทั้งผู้ช่วยพยาบาลที่ทำงานในศูนย์ โดยผู้บำบัดระดับปริญญาโทและปริญญาเอก ได้รับการฝึกฝนการบำบัดและผ่านเกณฑ์ปฏิบัติ

ทักษะทางสังคมและวิธีที่ใช้ในการฝึกทักษะ

จากการวิเคราะห์ผลการศึกษาทั้ง 14 เรื่อง พบว่ามีการจัดให้ฝึกทักษะทางสังคมที่หลากหลาย โดยทักษะทางสังคมและวิธีที่ใช้ในการฝึกทักษะในโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภท สามารถสรุปได้ดังนี้

1. **ทักษะการสื่อสาร** จำนวน 8 เรื่อง (รักสุดา กิจอรุณ และฉันทนา บุญคล้าย, 2549; สุรพิน แทนรัตนกุล และคณะ, 2548; สุรรัตน์ โบริส และคณะ, 2550; อุ่น พงษ์ธรรม และคณะ, 2548 ; Chien et al., 2003; Granholm et al., 2005; McQuaid et al., 2000; Patterson et al., 2006; Seo et al., 2007) โดยทุกงานวิจัยมีการฝึกปฏิบัติโดยการอธิบาย การสาธิต การแสดงบทบาทสมมุติ การติชมและการปรับปรุง และการให้การบ้าน โดยผู้นำกลุ่มจะสร้างสถานการณ์จำลองแล้วอธิบายปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้น มีการสาธิตการตอบสนองที่เหมาะสมกับสถานการณ์ และให้ผู้ป่วยได้ลองฝึก มีการติชมคำติชมควรเป็นไปในทางบวกและมีการให้การบ้าน ในจำนวนนี้มีงานวิจัยจำนวน 2 เรื่อง (รักสุดา กิจอรุณ และฉันทนา บุญคล้าย, 2549; สุรรัตน์ โบริส และคณะ, 2550) ที่มีการฝึกปฏิบัติในสถานที่ยุติธรรมร่วมด้วย และมีงานวิจัย 2 เรื่อง (Granholm et al., 2005; McQuaid et al., 2000) ที่มีการฝึกทักษะทางสังคมร่วมกับปรับพฤติกรรมความคิด

2. **ทักษะการทำงาน** จำนวน 7 เรื่อง (รักสุดา กิจอรุณ และฉันทนา บุญคล้าย, 25489; สุรรัตน์ โบริส และคณะ, 2550; Granholm et al., 2005; Patterson et al., 2006; Roder et al., 2002; Torres et al., 2002; Tsang & Pearson, 2001) มีงานวิจัย 6 เรื่อง (รักสุดา กิจอรุณ และฉันทนา บุญคล้าย, 2549; สุรรัตน์ โบริส และคณะ, 2550; Granholm et al., 2005; Patterson et al., 2006; Roder et al., 2002; Tsang & Pearson, 2001) ฝึกปฏิบัติโดยการอธิบาย การสาธิต การแสดงบทบาทสมมุติ การติชมและการปรับปรุง และการให้การบ้าน ในจำนวนนี้มี 3 เรื่อง (รักสุดา กิจอรุณ และฉันทนา บุญคล้าย, 2549; สุรรัตน์ โบริส และคณะ, 2550; Roder et al., 2002) ที่มีการฝึกในสถานที่ยุติธรรมร่วมด้วย และอีก 1 เรื่อง (Granholm et al., 2005) มีการฝึกทักษะทางสังคมร่วมกับปรับพฤติกรรมความคิด ส่วนอีก 1 เรื่อง (Torres et al., 2002) มีการฝึกโดยการเล่นเกม

3. **ทักษะการตัดสินใจและแก้ปัญหา** จำนวน 6 เรื่อง (สุรพิน แทนรัตนกุล และคณะ, 2548; Granholm et al., 2005; Roder et al., 2002; Seo et al., 2007; Torres et al., 2002; Ucok et al., 2006) มีงานวิจัย 5 เรื่อง (สุรพิน แทนรัตนกุล และคณะ, 2548; Granholm et al., 2005; Roder et al., 2002; Seo et al., 2007; Ucok et al., 2006) ฝึกปฏิบัติโดยการอธิบาย การสาธิต การแสดงบทบาทสมมุติ การติชมและการปรับปรุง และการให้การบ้าน ในจำนวนนี้มีงานวิจัย 1 เรื่อง (Granholm et al., 2005) มีการฝึกทักษะทางสังคมร่วมกับปรับพฤติกรรมความคิด

และมี 1 เรื่อง (Roder et al., 2002) ที่มีการฝึกในสถานที่จริงร่วมด้วย ส่วนงานวิจัยอีก 1 เรื่อง (Torres et al., 2002) ฝึกโดยการเล่นเกม

4. ทักษะการสร้างสัมพันธภาพ จำนวน 5 เรื่อง (รักสุดา กิจอรุณ และฉันทนา บุญคล้าย, 2549; สุรพิน แทนรัตนกุล และคณะ; McQuaid et al., 2000; Seo et al., 2007, 2548; Torres et al., 2002) ฝึกปฏิบัติโดยการอธิบาย การสาธิต การแสดงบทบาทสมมุติ การติชม และการปรับปรุง และการให้การบ้านจำนวน 4 เรื่อง (รักสุดา กิจอรุณ และฉันทนา บุญคล้าย, 2549; สุรพิน แทนรัตนกุล และคณะ, 2548; McQuaid et al., 2000; Seo et al., 2007) ในจำนวนนี้มี 1 เรื่อง (รักสุดา กิจอรุณ และฉันทนา บุญคล้าย, 2549) ที่มีการฝึกปฏิบัติในสถานที่จริงร่วมด้วย และอีก 1 เรื่อง (McQuaid et al., 2000) มีการฝึกทักษะทางสังคมร่วมกับปรับพฤติกรรมความคิด ส่วนอีก 1 เรื่อง (Torres et al., 2002) มีการฝึกโดยการเล่นเกม

5. ทักษะการแสดงออกถึงความคิดและความต้องการของตนเองอย่างเหมาะสม จำนวน 3 เรื่อง (Chien et al., 2003; McQuaid et al., 2000; Seo et al., 2007) ทั้ง 3 เรื่อง ฝึกปฏิบัติโดยการอธิบาย การสาธิต การแสดงบทบาทสมมุติ การติชมและการปรับปรุง และการให้การบ้าน ในจำนวนนี้มีงานวิจัย 1 เรื่อง (McQuaid et al., 2000) มีการฝึกทักษะทางสังคมร่วมกับปรับพฤติกรรมความคิด

6. ทักษะการจัดการโรคด้วยตนเอง จำนวน 3 เรื่อง (McQuaid et al., 2000; Patterson et al., 2006; Torres et al., 2002) มีงานวิจัย 2 เรื่อง (McQuaid et al., 2000; Patterson et al., 2006) ฝึกปฏิบัติโดยการอธิบาย การสาธิต การแสดงบทบาทสมมุติ การติชมและการปรับปรุงฝึก ในจำนวนนี้มีงานวิจัย 1 เรื่อง (McQuaid et al., 2000) มีการฝึกทักษะทางสังคมร่วมกับปรับพฤติกรรมความคิด ส่วนงานวิจัยอีก 1 เรื่อง (Torres et al., 2002) โดยการเล่นเกม

7. ทักษะการพัฒนาการรับรู้ จำนวน 3 เรื่อง (Choi & Kwon, 2006; McQuaid et al., 2000; Roder et al., 2002) มีงานวิจัย 2 เรื่อง (McQuaid et al., 2000; Roder et al., 2002) ฝึกปฏิบัติโดยการอธิบาย การสาธิต การแสดงบทบาทสมมุติ การติชมและการปรับปรุง และการให้การบ้าน ในจำนวนนี้มีงานวิจัย 1 เรื่อง (Roder et al., 2002) ที่มีการฝึกทักษะในสถานการณ์จริง ส่วนงานวิจัยอีก 1 เรื่อง (Choi & Kwon, 2006) มีการฝึกโดยการเล่นเกม

8. ทักษะการปฏิเสธ จำนวน 1 เรื่อง (สุรพิน แทนรัตนกุล และคณะ, 2548) ฝึกปฏิบัติโดยการอธิบาย การสาธิต การแสดงบทบาทสมมุติ การติชมและการปรับปรุง และการให้การบ้าน

ระยะเวลา จำนวนครั้ง และความถี่ในการดำเนินกิจกรรมการฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภท จากการวิเคราะห์ผลการศึกษาทั้ง 14 เรื่อง พบว่ามีความแตกต่างกันในการใช้ระยะเวลา จำนวนครั้ง และความถี่ในการดำเนินกิจกรรมระหว่างการดำเนินการบำบัดแบบรายกลุ่ม และการบำบัดแบบรายกลุ่มร่วมกับรายบุคคล ซึ่งสามารถสรุปได้ ดังนี้

1. การบำบัดแบบรายกลุ่ม จำนวน 11 เรื่อง ใช้ระยะเวลาในการบำบัดสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง รวม 20 ครั้ง จำนวน 1 เรื่อง (สุรพิน แทนรัตนกุล และคณะ, 2548) ใช้ระยะเวลาในการบำบัดสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที รวม 12 ครั้ง จำนวน 1 เรื่อง (องุ่น พงษ์ธรรม และคณะ, 2548) ใช้ระยะเวลาในการบำบัดสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที รวม 36 ครั้ง จำนวน 1 เรื่อง (Choi & Kwon, 2006) ใช้ระยะเวลาในการบำบัด ครั้งละ 60-90 นาที 9 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ เป็นเวลา 6 เดือน จำนวน 1 เรื่อง (Torres et al., 2002) ใช้ระยะเวลาในการบำบัดสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที รวม 8 ครั้ง จำนวน 1 เรื่อง (Chien et al., 2003) ใช้ระยะเวลาในการบำบัดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที รวม 6 ครั้ง จำนวน 1 เรื่อง (Ucok et al., 2006) ใช้ระยะเวลาในการบำบัดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 90-120 นาที รวม 10 ครั้ง จำนวน 1 เรื่อง (Tsang & Pearson, 2001) ใช้ระยะเวลาในการบำบัดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมง รวม 24 ครั้ง จำนวน 2 เรื่อง (Granholm et al., 2005; Patterson et al., 2006) ใช้ระยะเวลาในการบำบัดสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 60-70 นาที รวม 16 ครั้ง จำนวน 1 เรื่อง (Seo et al., 2007) ใช้ระยะเวลาในการบำบัดบำบัด ครั้งละ 1 ชั่วโมง 1 ครั้งต่อสัปดาห์ รวม 12 ครั้ง จำนวน 1 เรื่อง (McQuaid et al., 2000)

โดยเฉลี่ยแล้วพบว่างานวิจัยในประเทศไทย ใช้ระยะเวลาในการบำบัดสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที จำนวน 16 ครั้ง ส่วนงานวิจัยในต่างประเทศ พบว่าใช้ระยะเวลาในการบำบัดสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง ครั้งละ 1-2 ชั่วโมง จำนวน 19 ครั้ง

2. การบำบัดแบบรายกลุ่มร่วมกับการบำบัดรายบุคคล มีจำนวน 3 เรื่อง โดยใช้ระยะเวลาในการดำเนินกลุ่มต่างกันดังนี้ ใช้ระยะเวลาในการดำเนินกลุ่มครั้งละ 60-90 นาที 6 วันต่อสัปดาห์ เป็นเวลา 7 สัปดาห์ ผู้ที่ไม่ผ่านการประเมินจะทำการฝึกทักษะซ้ำเป็นรายบุคคลตามทักษะที่บกพร่องจนกว่าผู้ป่วยจะทำทักษะนั้นได้ จำนวน 1 เรื่อง (สุรรัตน์ โบจรัส และคณะ, 2550) ใช้ระยะเวลาในการบำบัดนาน 6 เดือน โดยแบ่งเป็น 2 ระยะคือ ระยะรักษา 3 เดือน โดยบำบัดแบบกลุ่ม 2 ครั้งต่อสัปดาห์ ครั้งละ 90 นาที และบำบัดรายบุคคล 1 ครั้งต่อสัปดาห์ ครั้งละ 30 นาที ระยะฟื้นฟู 3 เดือน โดยบำบัดแบบกลุ่ม 1 ครั้งต่อสัปดาห์และบำบัดรายบุคคล 1 ครั้งต่อ 2 สัปดาห์ จำนวน 1 เรื่อง (Roder et al., 2002) และอีก 1 เรื่อง ใช้เวลา 6 เดือน โดยเป็นระยะเตรียมผู้ป่วย 3 เดือน และระยะดำเนินงาน 3 เดือน ระยะเตรียมผู้ป่วยมีการพาผู้ป่วยไปดูชุมชนและฝึกทักษะพื้นฐานที่จำเป็นในการดำเนินชีวิต 6 ด้าน ระยะดำเนินงานใช้เวลา 3 เดือน โดยในเดือนแรกมีการติดตามเยี่ยม

รายบุคคลสัปดาห์ละ 1 ครั้งหลังจากนั้นเยี่ยมทุก 2 สัปดาห์ มีการจัดทำกลุ่มเปิดใจเรื่องสภาพปัญหาและความต้องการทุก 2 สัปดาห์ (รักสุดา กิจอรุณ และฉันทนา บุญคล้าย, 2549)

ผลลัพธ์ของการใช้โปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม

จากการวิเคราะห์ผลการศึกษาทั้ง 14 เรื่อง พบว่าโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภททำให้เกิดผลลัพธ์ ดังต่อไปนี้

1. ทักษะทางสังคมด้านต่างๆ

1.1 ทักษะการสื่อสาร จำนวน 8 เรื่อง (รักสุดา กิจอรุณ และฉันทนา บุญคล้าย, 2549; สุรพิน แทนรัตนกุล และคณะ, 2548; อนุ่ง พงษ์ธรรม และคณะ, 2548 ; Chien et al., 2003; Granholm et al., 2005; McQuaid et al., 2000; Patterson et al., 2006; Seo et al., 2007)

1.2 ทักษะการสร้างสัมพันธภาพ จำนวน 6 เรื่อง (รักสุดา กิจอรุณ และฉันทนา บุญคล้าย, 2549; สุรพิน แทนรัตนกุล และคณะ; อนุ่ง พงษ์ธรรม และคณะ, 2548; McQuaid et al., 2000; Seo et al., 2007; Torres et al., 2002)

1.3 ทักษะการแสดงออกถึงความคิดและความต้องการของตนเองอย่างเหมาะสม จำนวน 3 เรื่อง (Chien et al., 2003; McQuaid et al., 2000; Seo et al., 2007)

1.4 ทักษะการจัดการโรคด้วยตนเอง จำนวน 3 เรื่อง (McQuaid et al., 2000; Patterson et al., 2006; อนุ่ง พงษ์ธรรม และคณะ, 2548)

1.5 ทักษะการตัดสินใจและการแก้ไขปัญหา จำนวน 3 เรื่อง (สุรพิน แทนรัตนกุล และคณะ, 2548; Seo et al., 2007; Ucok et al., 2006)

1.6 ทักษะการปฏิเสธ จำนวน 2 เรื่อง (สุรพิน แทนรัตนกุล และคณะ, 2548; McQuaid et al., 2000)

1.7 ทักษะการทำงาน จำนวน 4 เรื่อง (รักสุดา กิจอรุณ และฉันทนา บุญคล้าย, 2549; สุรรัตน์ โปจรัส และคณะ, 2550; Torres et al., 2002; Tsang & Pearson, 2001)

1.8 ทักษะการพัฒนารับรู้ทางสังคม จำนวน 2 เรื่อง (Choi & Kwon, 2006; Roder et al., 2002)

1.9 ทักษะการใช้ชีวิตประจำวัน จำนวน 5 เรื่อง (รักสุดา กิจอรุณ และฉันทนา บุญคล้าย, 2549; สุรรัตน์ โปจรัส และคณะ, 2550; อนุ่ง พงษ์ธรรม และคณะ, 2548; Granholm et al., 2005; Patterson et al., 2006)

2. ผลลัพธ์ด้านอื่นๆ

2.1 ด้านอาการแสดงทางจิต จำนวน 3 เรื่อง (Granholm et al., 2005; McQuaid et al., 2000; Roder et al., 2002)

2.2 ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง จำนวน 1 เรื่อง (Seo et al., 2007)

2.3 คุณภาพชีวิต จำนวน 1 เรื่อง (Patterson et al., 2006)

ข้อเสนอแนะการนำผลการศึกษาไปใช้

ผลที่ได้จากการศึกษาสามารถนำไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในด้านการปฏิบัติการพยาบาล และด้านวิจัยทางการพยาบาล ดังนี้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ผลจากการศึกษาครั้งนี้ นำมาซึ่งการพัฒนาและปรับปรุงการปฏิบัติการพยาบาลดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้มีทักษะทางสังคมเพิ่มมากขึ้น ดังนี้คือ

1. ผลจากการสังเคราะห์งานวิจัยทั้งหมดพบว่า การฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภท สามารถทำได้ทั้งแบบรายกลุ่มและรายกลุ่มร่วมกับรายบุคคล โดยที่พยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตสามารถจัดให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการฝึกทักษะทางสังคมในรูปแบบที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งการฝึกทักษะทางสังคมแบบรายกลุ่มจะทำให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์จากกระบวนการกลุ่ม ผู้ป่วยได้เรียนรู้จากการสังเกตสมาชิกอื่นในกลุ่ม ได้ฝึกทักษะกับสมาชิกในกลุ่มก่อนที่จะออกไปฝึกในชีวิตประจำวัน รวมทั้งยังได้รับคำแนะนำและกำลังใจจากสมาชิก นอกจากนี้ยังเป็นการฝึกที่คุ้มทุนมากกว่าการฝึกรายบุคคล เพราะสามารถฝึกผู้ป่วยได้ครั้งละหลายคน ส่วนการฝึกรายกลุ่มร่วมกับรายบุคคล มีความจำเป็นเนื่องจากผู้ป่วยแต่ละคนมีความพร้อมของทักษะต่างกัน ในผู้ป่วยจิตเภทบางรายอาจมีระดับความพร้อมของทักษะทางสังคมมากกว่าสมาชิกอื่นในกลุ่มพยาบาลอาจพิจารณากระตุ้นการฝึกทักษะเป็นรายบุคคลจนกระทั่งผู้ป่วยมีความพร้อมที่จะเข้าร่วมกลุ่ม ส่วนระยะเวลาที่ใช้ในการฝึกทักษะทางสังคมอาจมีความแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับกิจกรรมที่ใช้

2. เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่จะเจ็บป่วยเรื้อรัง โดยมีความบกพร่องด้านการเรียนรู้ การลงความสนใจ และการคิดแบบนามธรรม จากผลการศึกษาเกี่ยวกับกลวิธีในการฝึกทักษะที่ใช้ในโปรแกรมฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภท สามารถเป็นแนวทางให้พยาบาลในการฝึกทักษะให้กับผู้ป่วย โดยการฝึกต้องฝึกซ้ำๆ ซ้ำๆ มีการอธิบายสิ่งที่ควรปฏิบัติและแสดงตัวอย่างให้ดู รวมถึงการฝึกซ่อมพฤติกรรมที่เหมาะสม แนะนำสิ่งที่ควรแก้ไข และการให้การบ้านเพื่อฝึกทักษะที่เพิ่งเรียน นอกจากนี้การนำทักษะที่ได้จากการฝึกไปใช้ในสถานการณ์จริงจะเกิดประโยชน์กับผู้ป่วยมากขึ้น เนื่องจากได้เรียนรู้ว่าปัญหาอุปสรรคเป็นอย่างไร

3. ผลจากการศึกษาพบว่า โปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมมีการพัฒนาให้เหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วยจิตเภทในแต่ละราย พยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตที่ได้รับมอบหมายให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภท ต้องทำการประเมินระดับการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยก่อน จากนั้นจึงวางแผนในการที่จะให้ผู้ป่วยได้รับการฝึกทักษะ โดยการเลือกโปรแกรมให้เหมาะสมกับผู้ป่วย เช่น อาจพิจารณาโปรแกรมที่มีการฝึกหลายทักษะรวมกันในผู้ป่วยที่มีความพร้อมของทักษะทางสังคมโดยรวม หรือ โปรแกรมที่เน้นทักษะใดทักษะหนึ่งในผู้ป่วยที่ต้องการฟื้นฟูทักษะดังกล่าว โดยเฉพาะ โปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมสำหรับผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ โดยเฉพาะ นอกจากนี้ผลการศึกษา ยังได้เสนอแนวทางในการฝึกทักษะทางสังคมร่วมกับการบำบัดทางจิตสังคมอื่นร่วมด้วย เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย เช่น โปรแกรมที่จัดให้มีการฝึกทักษะทางสังคมร่วมกับการฝึกอาชีพสำหรับผู้ป่วยที่กำลังว่างงานและต้องการทำงาน โปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมร่วมกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy) สำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตหลงเหลืออยู่ โดยที่โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมนี้จะช่วยลดความเชื่อที่บิดเบือนและการแปลความหมายที่ผิด มีประสิทธิภาพในการลดอาการทางจิต ช่วยให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ และเมื่อมีการฝึกร่วมกับการฝึกทักษะทางสังคม ทำให้ผู้ป่วยเรียนรู้ทักษะทางสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถนำทักษะไปใช้จริงในชีวิตประจำวัน ช่วยลดอัตราการป่วยซ้ำ

ด้านการวิจัยทางการแพทย์ ผลจากการศึกษานี้ สามารถใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภท ดังนี้คือ

1. ผลจากการศึกษาการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับ โปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมสำหรับผู้ป่วยจิตเภท พบว่าการศึกษาวิจัยในหัวข้อเรื่องดังกล่าวในประเทศไทยยังมีน้อย ดังนั้นควรมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับ โปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมสำหรับผู้ป่วยจิตเภทให้มากขึ้นและครอบคลุมทั้งกลุ่มผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยในชุมชนเนื่องจาก ปัจจุบันผู้ป่วยจิตเวชมีข้อจำกัดในการใช้สิทธิบัตรต่างๆ ทำให้ต้องจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเร็วขึ้นส่งผลให้มีผู้ป่วยในชุมชนจำนวนมากขึ้น

2. เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่เจ็บป่วยเรื้อรัง มีปัญหาที่ซับซ้อนทำให้การวางแผนให้การดูแลต้องมีการปรับเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ดังนั้นควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับประสิทธิผลของ โปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมที่มีการพัฒนาให้มีความเหมาะสมเฉพาะกลุ่ม เช่น ประสิทธิผลของ โปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ หรือ ประสิทธิผลของ โปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมร่วมกับการบำบัดทางจิตสังคมอย่างอื่น เช่น การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม และ อาชีวะบำบัด เป็นต้น

A SYNTHESIS OF RESEARCH ON SOCIAL SKILLS TRAINING PROGRAMS
FOR SCHIZOPHRENIA

JEERAPAN ERBKAMOL 4836254 RAMH/M

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

THEMATIC PAPER ADVISORY COMMITTEE: TUSANA THAWEEKOON,
Ph.D. (NURSING), PATCHARIN NINTACHAN, Ph.D. (NURSING)

EXETENED SUMMARY

Background and Significance of Problem

Schizophrenia is a psychotic disease manifesting thought, perception, emotion and behavior disorder with personality and occupational work dysfunction. In addition, it is the most found psychotic disease. According to the study, schizophrenia are found commonly in 1% of world population with equally chances in male and female (Sadock & Sadock, 2003). Accordingly, the schizophrenia incidence statistics in Thailand showed that it is the most found psychotic disease, i.e. for 51.3 % of total in-patient admitted in the 16 Department of Mental Health's hospitals in Fiscal Year 2550 B.E.(Information Center, 2551 B.E.). Likewise, the statistics of schizophrenia incidence in Srithanya hospital which is a large tertiary psychiatric hospital revealed that, in 2551 B.E., there were 115,916 outpatients visited the hospitals which 63,321 outpatients or 54.6% of the total were patient with schizophrenia. Similarly, there were 5,991 inpatients admitted in Srithanya hospital with 3,687 inpatients or 61.5% were patients with schizophrenia (Srithanya Hospital Annual Statistics Report, 2551 B.E.). Obviously, schizophrenia is an important mental health problem as it is chronic, highly severe and most found disease among all psychotic disease.

Since schizophrenia is a chronic disease manifesting unstable symptoms with frequent relapse, it adversely affects patients, their family, community, society, as

well as the whole country. Most patients with schizophrenia are getting deteriorated in many components especially in social skill such as personal interrelationship. Eventually, patients lacked of self-confidence, isolated themselves from social, inert, insensitive, avoid interpersonal communication, and prefer to live solitarily (Ratree Phuboon, 2545 B.E.). They could not communicate effectively with others, and could not make understandable emotional expression to others (Hoffman, Kupper, & Kunz, 1998). In addition, some patients would behave violently in destroying assets (Praiwan Romsai et al., 1998), act angrily or aggressively to harm themselves or others (Wassana Pandok, 2545 B.E.). Some patients may cause trouble to their communities by hurting others due to paranoid or delusion, damage properties or carrying weapon (Wilawan Thepsotorn, 2538 B.E.). In addition, patient may have inappropriate or bizarre behavior which is unacceptable or shameful (Glendy & Mackenzie, 1998). Patients with schizophrenia mostly had education problem and got lower job income than normal people (Somphob Ruengtrakul, 2542 B.E.). According to Puttan Phanthunaen and Werayuth Chaipornsupsaisan (2551 B.E.), patients with schizophrenia had average income only THB 3,000 which is lower than normal people. Frequent relapse caused high amount of medical expense which was considerable economical loss (Nantika Tawichachat, 2548 B.E.). The illness from schizophrenia adversely affected the patients in many ways. Social dysfunction is a main character of schizophrenia. Thus, social behavior development of schizophrenia is an important goal in psychiatric rehabilitation. One of them is social skills training.

Social skills training is an effective psychosocial therapy in improving patient with schizophrenia's behavior (Torres, Mendez, Merino, and Moran, 2002). Social skills training focuses on the communication effectiveness of the patients' emotion and needs in order to reach their target and able to fulfill their living necessities. The main principle of behavioral therapy is repetitive teaching in order the patient to memorize and retain the skill and able to apply it in daily living. The positive reinforcement (is also crucial principle in behavioral therapy (Kopelowicz, Liberman, & Zarate, 2006) Learning theory is also applied to promote healthy interpersonal relationship between patient and others in order to let the patient apply the learned skill to actual social situation (Suchada Sakornsatiem, 2547, B.E.). Social skills training comprises of conversation skill, appropriate thought and needs

expression skill, problem solving skill, drug administration skill, stress management skill, and working skill (Lieberman et al., 1993). The training program may differ depending on the skill required. Most of the programs focused on behavior change to enable patient to apply the trained skill in actual situation in their communities (Somporn Rungruengsakolkrit, 25446 B.E.). The social skills training program with appropriate frequency and skill for patient would provide great benefit for them since they are able to learn the skill effectively and retain it for a long time The training in realistic simulated situation would enable patient to apply the skill in actual situation effectively (Kopelowicz, et al., 2006).

The benefit from social skills training to patient with schizophrenia covers many areas, i.e., promote social skills which alleviate the impact from perception dysfunction and improve social adaptation, prevent relapse stimulated by stress, recover patient and enhance their morale and quality of life (Kopelowicz et al., 2006), have effective interpersonal relationship (Chien et al., 2003; Seo, Ahn, Byun, & Kim, 2007), develop knowledge and skill of patient with schizophrenia (Kern et al., 2009), facilitate patient to find and retain their job successfully (Tsang & Pearson,, 2001), and improve drug administration compliance of patients which lead to recovery from illness (Kopelowicz, et al., 2006).

According to literature review on social skills training program for patient with schizophrenia stated above, the program was proven effective for schizophrenic care and therapy. Investigator worked as a mental health and psychiatric nurse in Srithanya hospital directly responsible for psychiatric patient care. Mental health performance rehabilitation is also one of the policy stated by hospital. Currently, Srithanya also implemented social skills training as a part of Psychiatric patient rehabilitation. However, the program had not yet collected and organized as a clear practice guideline. Thus, Investigator intended to study social training programs for patient with schizophrenia by performing systematic literature review considering the research on social skills training program in Thailand and foreign country within the past 10 years. The knowledge acquired from this study could be analyzed and synthesized to construct nursing practice guideline on social skills training for patient with schizophrenia in order to enhance the efficacy of schizophrenic care.

Objective of study

To synthesize the research evidence in social skills training program for patient with schizophrenia in terms of social skill training program configuration and efficacy of the program

Expected Benefit

1. To acquire knowledge to apply in social skills training program for patient with schizophrenia
2. To be used as a basic information to develop nursing practice guideline in social skills training

Definition of terms

Patient with schizophrenia: a person who is diagnosed with schizophrenia according to DSM-IV (Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorder Fourth Edition) or ICD - 10 (International Classification of Disease) as a person having thought, perception, emotion, behavior disorder for at least 6 months without physiological disease, neurological disease, or influence from drug or narcotic.

Social skills training program for patient with schizophrenia : a process to cultivate social skills in patient with schizophrenic, e.g., communication skill training, appropriate thought and needs expression skill, and personal relationship making skill, focusing on behavior change in order to let the patient apply the trained skill in actual situation sustainably.

Methodology of study

The methodology of this study is as follows;

1. Searching research & academic evidence for review

Investigator carried out manual search and electronic search by means of the following procedures;

1.1 Manual search in thesis, textbook, manual, and journal from many university and institute libraries.

1.2 Electronic search in health science electronic database such as PUBMED, Science direct, OVID, CINAHL, Wiley, Inter science website. In addition, investigator also carried out electronic database searching in many library electronic databases, i.e., Department of Mental Health library, Office of National Research Committee library, Sriithanya hospital library, and Rajvithee campus library of Mahidol University. The searching was carried out since July, 2009 till August, 2010. The searching keyword was social skills training AND schizophrenia, social skills training AND severe mental illness, social skills training AND chronic mental illness,

2. Selection of research evidences: Investigator used the following research evidence selection criteria as follows;

2.1 Research population and sample: the research on the population and sample of patient with schizophrenia or of more than 50% of patients with schizophrenia.

2.2 Intervention: research concerning social skill training

2.3 Research design, Randomized Controlled Trial research, Quasi-Experimental research, or case study

2.4 The research published between the years 2000 till 2009.

2.5 The research full text was available.

3. Assessing the quality of research evidences

After obtaining the selected research, investigator brought them in quality assessments. The research quality assessment criteria of The Royal College of Physician of Thailand research quality assessment was carried out based on the following 4 levels of academic reference of the evidences;

Level A signifies the evidences obtained from meta analysis of randomized control trial research, or discrete of randomized control trial research

Level B signifies the evidence obtained from meta-analysis of at least 1 randomized controlled trials research or non-randomized controlled trial research or cohort-study, case control study

Level C signifies the evidence obtained from correlation study or descriptive study

Level D signifies the evidence obtained from expert consensus

4. Analysis of research

Investigator identified the scope of content extracted from the 14 obtained evidences as follows 1) objective of research, 2) design of research, 3) Population and sample, 4) setting, 5) research & data collection instrument, 6) intervention, 7) outcome

Result

The synthesis of the evidences concerning social skills training intervention for patient with schizophrenia is presented in the following order 1) Quality and adequacy of research and academic evidence, 2) social skills training program, 3) Characteristics of patient with schizophrenia participating social skills training program, 4) Characteristics of social skills training program trainer, 5) Social skills and social skills training methodology, 6) Duration, session, frequency of social skills training program for patient with schizophrenia, and 7) Outcome of social skills training

Quality and adequacy of research and academic evidences

From totally 14 evidences, 10 evidences were carried out in foreign country which 7 RCT evidences were assessed as A level (Chien et al., 2003; Choi & Kwon, 2006; Granholm et al., 2005; Patterson et al., 2006; Torres et al., 2002; Tsang & Pearson, 2001; Ucok et al., 2006), 2 of Quasi Experiment were assessed as B level (Roder et al., 2002; Seo et al., 2007), and 1 case controlled study was assessed as Level C (McQuaid et al., 2000). The remaining 4 evidences were Thailand-based research which 2 of quasi-experimental research were assessed as Level B (Surapin Tanrattanakul, et al., 2548 B.E.; A-nguen Payungtham, et al., 2548 B.E.) and 2 of one group pre-post research were assessed as level B (Ruksuda Kit-arun and Chantana Boonklai, 2549 B.E.; Surerat Bojaras et al., 2550 B.E.)

Social skills training program intervention

According to the above mentioned 14 evidences the social skills training program intervention can be classified based on the type of training and the type of trained skill as follows;

1. Type of training

1.1 Group social skills training totally 11 evidences (Surapin Tanrattanakul, et al., 2548B.E.; A-nguen Payungtham, et al., 2548 B.E.; Chien et al., 2003; Choi & Kwon, 2006; Granholm et al., 2005; McQuaid et al., 2000; Seo et al., 2007; Patterson et al., 2006; Torres et al., 2002; Tsang & Pearson, 2001; Ucok et al., 2006)

1.2 Individual combined with group training totally 3 evidences (Ruksuda Kit-arun and Chantana Boonklai, 2549 B.E.; Surerat Bojaras et al., 2550 B.E.; Roder et al., 2002), comprising of 2 evidences of 6 dimensions activity of daily living skill training (Ruksuda Kit-arun and Chantana Boonklai, 2548 B.E.; Surerat Bojaras et al., 2550 B.E.), and one evidence on perception focused social skill training in one of the three following area, i.e., ADL skill, working skill, and recreation skill (Roder et al., 2002),

2. Type of trained skill

2.1 Social skills training (Ruksuda Kit-arun and Chantana Boonklai, 2548 B.E.; Surapin Tanrattanakul, et al., 2548B.E.; Surerat Bojaras et al., 2550 B.E.; A-nguen Payungtham, et al., 2548 B.E.; Chien et al., 2003; Choi & Kwon, 2006; Patterson et al., 2006; Roder et al., 2002; Seo et al., 2007; Tsang & Pearson, 2001; Ucok et al., 2006)

2.2 Social skills training in combination with other psychosocial therapy totally 3 evidences (Granholm, et al., 2005; McQuaid, et al., 2000; Torres, et al., 2002) comprising of one evidence of social skill training with motion skill training, game playing, and occupational therapy (Torres, et al., 2002) and 2 evidences of Social skill training in combination with thought and behavior therapy.

Characteristics of patient with schizophrenia participating in social skills training

According to the analysis of abovementioned 14 evidences, patient with schizophrenia taking social skills training intervention were characterized as follows;

1. Diagnosis: the samples taking social skills training intervention in 13 evidences were diagnosed with schizophrenia as follows (Ruksuda Kit-arun and Chantana Boonklai, 2549 B.E.; Surapin Tanrattanakul, et al., 2548B.E.; A-nguen Payungtham, et al., 2548 B.E.; Chien et al., 2003; Choi & Kwon, 2006; Granholm, et al., 2005; McQuaid, et al., 2000; Patterson et al., 2006; Roder et al., 2002; Seo et al., 2007; Torres, et al., 2002; Tsang & Pearson, 2001; Ucok et al., 2006) and the samples in the remaining one evidence were diagnosed with schizophrenia and other psychotic disease which 28 samples were patient with schizophrenia and the other 10 samples were patients with other psychotic disease (Sureerat Bojaras, et al., 2550 B.E.)

2 Age: the social skills training samples from 14 evidences aged 18-74 years old. The inclusion criteria of the evidences were as follows;

There were 9 evidences identified the age of samples, 1 evidence identified samples age 18-59 years old (A-nguen Payungtham, et al., 2548 B.E.), 1 evidence of age 18-50 years old (Surapin Tanrattanakul, et al., 2548B.E.), 1 evidence of age 40 years old and over (Patterson et al., 2006), 1 evidence of age 18-45 years old (Ucok et al., 2006), 2 evidences of age 18-50 years old (Torres, et al., 2002; Tsang & Pearson, 2001), 1 evidence of age 18-60 years old (Choi & Kwon, 2006) 1 evidence of 42-74 years old (Granholm, et al., 2005), and 1 evidence age over than 45 years old (McQuaid, et al., 2000).

Among the evidences, 5 of them did not identify the age criteria of samples but the average age of samples were report instead as follows; 1 of average age 34 years old (Ruksuda Kit-arun and Chantana Boonklai, 2549 B.E), 1 of average age 38 years old (Sureerat Bojaras, et al., 2550 B.E.), 1 of the average of controlled group 35.44 years old and the experimental group 38.21 years old (Seo et al., 2007), and 1 of no report on average age (Roder et al., 2002)

3. Intellectual impairment or neurological pathology, 5 evidences stated the samples did not have intellectual impairment or neurological pathology

(A-nguen Payungtham, et al., 2548 B.E., Choi & Kwon, 2006; Roder et al., 2002; Seo et al., 2007; Ucok et al., 2006)

4. Narcotic substances: 5 evidences specified no narcotic used in sample (Choi & Kwon, 2006; Granholm et al., 2005; Roder et al., 2002; Seo et al., 2007; Ucok et al., 2006)

5. Setting: The setting of 7 evidences was inpatient ward in psychiatric hospital (Ruksuda Kit-arun and Chantana Boonklai, 2549 B.E.; Surapin Tanrattanakul, et al., 2548B.E; Sureerat Bojaras, et al., 2550 B.E.; A-nguen Payungtham, et al., 2548 B.E; Chien et al., 2003; Roder et al., 2002; Seo et al., 2007), 3 evidences in Outpatient department of psychiatric hospital (Patterson et al., 2006; Torres et al., 2002; Ucok et al., 2006) and 4 evidences in community psychiatric rehabilitation center (Choi & Kwon, 2006; Granholm et al., 2005; McQuaid et al., 2000; Tsang & Pearson, 2001)

Characteristics of therapist / trainer

According to analysis of 14 evidences, the characteristics of trainer for social skills training were as follows;

The trainer was registered nurse in 4 evidences.; (Surapin Tanrattanakul, et al., 2548B.E; Sureerat Bojaras, et al., 2550 B.E.; A-nguen Payungtham, et al., 2548 B.E; Chien et al., 2003), Master degree psychologist in 1 evidence (Choi & Kwon, 2006), PhD. Level with cognitive behavioral social skill training at least 2 years in 1 evidence (Granholm et al., 2005), occupational therapist who was trained in social skills training as a lead facilitator and social welfare officer experienced in working with patient as an assistant in 1 evidence (Tsang & Pearson, 2001)

Multidisciplinary team: The team in an evidence comprised of 3 psychiatrists, 1 social welfare officer, and 1 psychiatric nurse who experienced in therapy which there was 1 leading trainer and one assistant (Ucok et al., 2006), in the other evidence the team comprised of psychiatrist and registered nurse (Ruksuda Kit-arun and Chantana Boonklai, 2549 B.E.), registered nurse who hold PhD. in psychiatric nursing with more than 10 years in social skills training experience as a lead trainer and social welfare officer as an assistant in one evidence (Seo et al., 2007),

Physician and recreational therapist in one evidences (Torres et al., 2002); 3 evidences did not specify the qualification of trainer (McQuaid et al., 2000; Patterson et al., 2006; Roder et al., 2002) among these 3 evidences, one of them (Patterson et al., 2006) had therapist holding Master degree and PhD as lead trainers with assistant trainer who were staff nurses working in the setting and met the selection criteria.

Social skills and training method

According to the analysis of the evidences there were various social skills and training method implemented in the studies which can be summarized as follows;

1. Communication skill: totally 8 evidences (Ruksuda Kit-arun and Chantana Boonklai, 2549 B.E.; Surapin Tanrattanakul, et al., 2548B.E; Sureerat Bojaras, et al., 2550 B.E.; A-nguen Payungham, et al., 2548 B.E; Chien et al., 2003; Granholm et al., 2005; McQuaid et al., 2000; Patterson et al., 2006; Seo et al., 2007). Every evidences organized lecture, demonstration, role playing, suggestion and improvement, home assignment. The leading trainer/facilitator raised a situation and explained the possible consequence then demonstrated the appropriate response to that situation, then let the patients practice and gave them the positive and negative feedback together with home assignment. Among these evidences, 2 of them (Ruksuda Kit-arun and Chantana Boonklai, 2549 B.E.; Sureerat Bojaras, et al., 2550 B.E.) also provide practicing in actual situation, and other 2 of them (Granholm et al., 2005; McQuaid et al., 2000) carried out social skills training in adjuvant with cognitive behavioral therapy.

2. Working skill training: were organized in 7 evidences (Ruksuda Kit-arun and Chantana Boonklai, 2549 B.E.; Sureerat Bojaras, et al., 2550 B.E.; Granholm et al., 2005; Patterson et al., 2006; Roder et al., 2002; Torres et al., 2002; Tsang & Pearson, 2001), 6 of them (Ruksuda Kit-arun and Chantana Boonklai, 2549 B.E.; Sureerat Bojaras, et al., 2550 B.E.; Granholm et al., 2005; Patterson et al., 2006; Roder et al., 2002; Tsang & Pearson, 2001) conducted the training by means of lecture, demonstration, role play, giving feedback, and home assignment, among these, 3 of them (Ruksuda Kit-arun and Chantana Boonklai, 2549 B.E.; Sureerat Bojaras, et al., 2550 B.E.; Roder et al., 2002) arranged practicing in actual situation, the other one

(Granholm et al., 2005) arranged social skills training in adjuvant with cognitive behavioral therapy, the other one (Torres et al., 2002) arranged the training with game activity.

3. Decision and problem solving skill training: was organized in 6 evidences (Ruksuda Kit-arun and Chantana Boonklai, 2549 B.E.; Surapin Tanrattanakul, et al., 2548B.E, Granholm et al., 2005; Roder et al., 2002; Seo et al., 2007; Torres et al., 2002; Ucok et al., 2006) comprising of lecture, demonstration, role playing and improvement, and giving home assignments the other one (Granholm et al., 2005) arranged social skills training in adjuvant with cognitive behavioral therapy, the other one (Torres et al., 2002) arranged the training with game activity.

4. Interpersonal relationship skill training: was organized in 5 evidences (Ruksuda Kit-arun and Chantana Boonklai, 2549 B.E.; Surapin Tanrattanakul, et al., 2548B.E; McQuaid et al., 2000; Seo et al., 2007; Torres et al., 2002) which comprised of lecture, demonstration, role playing, giving feedback and improvement, giving 4 home assignments (Ruksuda Kit-arun and Chantana Boonklai, 2549 B.E.; Surapin Tanrattanakul, et al., 2548B.E; McQuaid et al., 2000; Seo et al., 2007), among these, 1 evidence (Ruksuda Kit-arun and Chantana Boonklai, 2549 B.E.) arranged real situation practicing, the other one (Granholm et al., 2005) arranged social skills training in adjuvant with cognitive behavioral therapy, the other one (Torres et al., 2002) arranged the training with game activity.

5. Appropriate idea and needs expression skill training: was organized in 3 evidences (Chien et al., 2003; McQuaid et al., 2000; Seo et al., 2007) comprising of lecture, demonstration, role playing, feedback and improvement, and assignment. One of these evidence (McQuaid et al., 2000) conducted social skills training in adjuvant with cognitive behavioral therapy.

6. Self management skill training: was organized in 3 evidences (McQuaid et al., 2000; Patterson et al., 2006; Torres et al., 2002). Among these, the training activities in 2 evidence (McQuaid et al., 2000; Patterson et al., 2006) comprised of lecture, demonstration, role playing, giving feedback and improvement, One of these evidence (McQuaid et al., 2000) conducted socials skill training in adjuvant with cognitive behavioral therapy, the other one (Torres et al., 2002) arranged the training with game activity.

7. Perception development skill training: was organized in 3 evidences (Choi & Kwon, 2006; McQuaid et al., 2000; Roder et al., 2002), among these, the training activities in 2 evidences (McQuaid et al., 2000; Roder et al., 2002) comprised of lecture, demonstration, role playing, giving feedback and improvement and giving home assignment, one of them (Roder et al., 2002); arranged practicing in actual situation, other one (Choi & Kwon, 2006) arranged training with game activity.

8. Denial skill training: was organized in one evidence (Surapin Tanrattanakul, et al., 2548B.E) comprised of lecture, demonstration, role playing, giving feedback and improvement and giving home assignment.

Duration, number of session, and frequency of social skills training intervention for patient with schizophrenia: According to the analysis of all 14 evidences the duration, number of session, and frequency of intervention of group and individual intervention were different as follows;

1. Group intervention: was carried out in 11 evidences as follows; the training was arranged in 3 time per week totally 20 times with duration 1hour per times in 1 evidence (Surapin Tanrattanakul, et al., 2548B.E.); 3 times a week, 90 minutes per time, totally 12 times in 1 evidence (A-nguen Payungtham, et al., 2548 B.E.); 2 times a week, 90 minutes per time, totally 36 time in 1 evidence (Choi & Kwon, 2006); duration 60-90 minutes per time, 9 hours per week totally 6 month in 1 evidence (Torres et al., 2002); 2 times a week, 60 minutes per time totally 8 times in 1 evidence (Chien et al., 2003); one times a week, 60 minutes per time totally 6 times in 1 evidence (Ucok, et. al., 2006). 1 time a week, 90-120 minute per time totally 10 time in 1 evidence (Tsang & Pearson, 2001); 1 time a week, 2 hour per time, totally 24 times in 2 evidences (Granhholm et al., 2005; Patterson et al., 2006) ; 2 times a week, 60-70 minutes per time, totally 16 times in 1 evidence (Seo et al., 2007); 1 times a week, 1 hour per time, totally 12 times in 1 evidences (McQuaid et al., 2000). Averagely, Thailand based evidences consumed 3 times a week, 60-90 minutes per time, totally 16 times. Foreign country based evidences consumed averagely 1-2 times per week, 1-2 hours per time, totally 19 times.

2. Individual & Group combination intervention: there were 3 evidences conducted individual & group combination intervention with different group intervention timing. In 1 evidence, the group intervention was conducted 60-90 minute per session, 6 time per week totally 7 weeks, the patient who did not pass the assessment would be trained individually on the under-performing skill until the patient could master such skill (Sureerat Bojaras, et al., 2550 B.E.). In the other 1 evidence, the intervention was divided into 2 stages, i.e., 3 months intervention with 2 times group intervention per week, 90 minute per time, and individual intervention 1 time per week 30 minutes per time, following with recovery period for 3 months with 1 time per week group intervention and 1 time per 2 weeks individual intervention (Roder et al., 2002). The other 1 intervention consumed totally 6 months time comprising of preparation phase 3 months and intervention phase 3 months. During preparation phase, patients were taken to visit community and got 6 dimensions of basic ADL skill training. During the intervention phase 3 months, the home visit was made 1 time a week then one time in 2 weeks, the open discussion group was arranged to hear the patient's problem and needs every 2 weeks (Ruksuda Kit-arun and Chantana Boonklai, 2549 B.E.)

Outcome of social skills training program intervention

The outcome of social skills training program intervention in 14 evidences are discussed as follows

1. Social skill outcome

1.1 Communication skill: investigated in 8 evidences (Ruksuda Kit-arun and Chantana Boonklai, 2549 B.E.; Surapin Tanrattanakul, et al., 2548B.E.; Sureerat Bojaras, et al., 2550 B.E.; A-nguen Payungtham, et al., 2548 B.E.; Chien et al., 2003; Granholm et al., 2005; McQuaid et al., 2000; Patterson et al., 2006; Seo et al., 2007).

1.2 Interpersonal relationship making skill outcome: was investigated in 5 evidences (Ruksuda Kit-arun and Chantana Boonklai, 2549 B.E.; Surapin Tanrattanakul, et al., 2548B.E.; McQuaid et al., 2000; Seo et al., 2007; Torres et al., 2002)

1.3 Appropriate idea and needs expression skill outcome:

was investigated in 3 evidences (Chien et al., 2003; McQuaid et al., 2000; Seo et al., 2007).

1.4 Self management skill training outcome: was investigated in 2 evidences (McQuaid et al., 2000; Patterson et al., 2006)

1.5 Decision making and problem solving skill training outcome was investigated in 3 evidences (Surapin Tanrattanakul, et al., 2548B.E.; Seo et al., 2007; Ucok et al., 2006)

1.6 Negation skill training outcome: was investigated in 2 evidences (Surapin Tanrattanakul, et al., 2548B.E.; McQuaid et al., 2000)

1.7 Working skill training outcome: was investigated in 2 evidences (Ruksuda Kit-arun and Chantana Boonklai, 2549 B.E.; Sureerat Bojaras, et al., 2550 B.E.; Torres et al., 2002; Tsang & Pearson, 2001)

1.8 Social perception development skill training outcome: was investigated in 2 evidences (Choi & Kwon, 2006; Roder et al., 2002)

1.9 Activity of Daily living skill training outcome: was investigated in 4 evidences (Ruksuda Kit-arun and Chantana Boonklai, 2549 B.E.; Sureerat Bojaras, et al.; Granholm et al., 2005; Patterson et al., 2006).

2. Other aspect outcome

2.1 Psychotic sign and symptom outcome was investigated in 3 evidences (Granholm et al., 2005; McQuaid et al., 2000; Roder et al., 2002)

2.2 Self esteem outcome was investigated in 1 evidence (Seo et al., 2007)

2.3 Quality of life outcome was investigated in 1 evidence (Patterson et al., 2006).

Recommendation for implementation

The outcome of this study can be applied in nursing practice and nursing research as follows

Nursing practice According to the study, the nursing intervention for patient with schizophrenia can be developed and improved by enhancing their social skill as follows;

1. According to the synthesis of research, the social skills training intervention can be carried out both in group and combination of group & individual. Psychiatric nurse could arrange the appropriate social skills training for each patient with schizophrenia. Group intervention would enable patient to get benefit from group learning process which they had the opportunity to observe the other patient during training including suggestion and encouragement from group members. In addition, the group intervention is more cost effective than individual training. However, the combining group & individual intervention was also necessary since each patient had different skill dysfunction. Some patient with schizophrenia would have higher level of social skill dysfunction than the other group members. Nurse should activate the individual social skills training focus on that skill until the patient is able to participate in group intervention. The duration and timing of social skills training intervention may differ depending on the activity used.

2. Since schizophrenia is a chronic disease accompanied with learning, attention, and abstract thinking dysfunction. The evidences concerning social skills training methodology and technique for patient with schizophrenia can be the guideline for nurses to perform social skills training to the patient by training slowly and repetitively with explanation and example. The patient should practice the appropriate behavior and the trainer gives feedback for improvement then gives them home assignment to practice the skill recently learned. In addition, the skill practice in real situation is also beneficial for patients in order to learn problem and barrier.

3. According to the result of study, the social skills training program was developed to fit for the needs of patient with schizophrenia. Psychiatric and mental health nurse who are in charge of patient with schizophrenic carte should assess the level of social function of each patient and use the assessment result to plan for social skill training. The program can now be tailor-made for each patient's requirement. For example the multi-social skills training should be considered to implement to patient with overall social dysfunction or single –social skills training should be considered for patient who require specific social skills training to recover that skill dysfunction.

The social skills training for elderly patient with schizophrenia is appropriate for elderly patient. In addition, the other psychosocial was able to be performed concurrently with social skills training, for instance, the occupational skill training in concurrent with social skills training for unemployed patient who is looking for a job, social skills training in concurrent with cognitive behavioral therapy is effective for patient with remaining psychotic symptom. The cognitive behavioral therapy could alleviate bizarre believe and misinterpretation which lead to psychotic symptom alleviation thus enable patient to learn social skills training effectively and able to apply these skills in daily living which can reduce relapse.

Nursing research: This study could be the guideline for further social skill training research in patient with schizophrenia as follows;

1. According to the systematic review of researches concerning social skill training for patient with schizophrenia, it was found that the research in Thailand was still rare. Thus more research in social skill training for patient with schizophrenia should be carried out covering inpatient, outpatient, and patient in community since psychiatric patient had more limitation in various medical welfare & insurance benefit so they had to be discharged faster and result in more patient in community

2. Since schizophrenia is a complex and chronic disease, the treatment regimen should be planed carefully to fulfill patient requirement. The additional study on the efficacy of social skill training for specific target group such as social skill training for elderly or the efficacy of social skill training in concurrent with other psychosocial therapy such as cognitive behavioral therapy and occupational therapy should be carried out.

รายการอ้างอิง

- เกษม ต้นติผลาชีวะ. (2536). *ตำราจิตเวชศาสตร์ สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- จันทร์ฉาย นตรสุวรรณ. (2545). *พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท*. การค้นคว้าอิสระปริญญามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จันทิมา องค์โฆสิต. (2545). *จิตบำบัดในการปฏิบัติงานจิตเวชทั่วไป*. กรุงเทพฯ: ยูเนียนครีเอชั่น จำกัด.
- จิรารัตน์ พิมพ์ดีด. (2541). *กระบวนการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่กลับมา รักษาซ้ำในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น.วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น*.
- จินตนา ยูนิพันธ์ และอัญชัญ ไพบูลย์. (2546). *การจัดการผู้ป่วยรายกรณี: จากแนวคิดสู่การปฏิบัติ* กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จินตนา ลีละไกรวรรณ. (2542). *โรคจิตเภท: คู่มือสำหรับครอบครัว*. ขอนแก่น: ศิริภักษ์ออฟเซ็ท.
- จิราภรณ์ สรรพวีรวงศ์, ยาใจ สิทธิมงคล, วาสนา แฉล้มเขตร, และไข่มุก วิเชียรเจริญ. (2544). *ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภทในชีวิตประจำวัน กรณีศึกษา โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 14(2), 52-65.*
- ฉวีวรรณ สัตยธรรม. (2541). *การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*. (พิมพ์ครั้งที่3).นนทบุรี: ยุทธรินทร์ การพิมพ์.
- ทิวาพร ฟู่เฟื่อง. (2544). *การศึกษาผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชที่รักษาด้วยยา รักษาทางจิต ในโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต.โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข*.
- ทิตนา แฉมมณี. (2545). *กลุ่มสัมพันธ์เพื่อการทำงานและการจัดการเรียนการสอน*. กรุงเทพฯ: นิชิน แอควอร์ไทซิ่ง จำกัด.
- ทูลภา บุญผาสังข์. (2545). *ภาวะและความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลกับการกลับเข้ารับรักษาซ้ำของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- ธีระ ลีลานั้นทกิจ. (2550). *โรคจิตเภทกับกลุ่มอาการนิวโรเลปติกที่ร้ายแรง*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- นงนุช แทนบุญไพรัช.(2546). การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในโรงพยาบาลศรีธัญญา. *วารสารการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชสู่ชุมชน*, 6(1-3), 70-78.
- นันทิกา ทวีชาชาติ. (2548). *ระบาดวิทยาทางสุขภาพจิตและจิตเวช*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นิตยา จันทโรจวงศ์, กาญจนา สุทธิเนียม, และชลพร กองคำ. (2552). ผลของการใช้กลุ่มบำบัดทางความคิด (CBT) ที่มีต่อความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมรุนแรงและการควบคุมอารมณ์ของผู้ป่วยจิตเภท สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา. *การประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 8*. สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- นิศากร แก้วพิลา. (2545) *ความสามารถของญาติในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในโครงการญาติมีส่วนร่วมของโรงพยาบาลสวนปรุง*. การค้นคว้าอิสระปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- บุญวดี เพชรรัตน์ และเยาวนาถ สุวลิักษณ์. (2547). ปัจจัยที่ทำนายผลกระทบบจากผู้ดูแลจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 12(3), 141-147.
- ประยงค์ เกสร. (2540). ผลการให้การพยาบาลแบบกลุ่มฝึกทักษะทางสังคมต่อการเสริมสร้างความรู้สึกรับคุณค่าในตนเองสำหรับผู้ป่วยจิตเภทและผู้ติดตามเรื้อรังที่มีอาการทางจิตในโรงพยาบาล สวนปรุง. *วารสารสวนปรุง*, 13(3), 91-101.
- ปริวัตร ไชยน้อย. (2546). *พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พนิดา กองสุข และนวนันท์ ปิยะวัฒน์กุล. (2550). ผลของการให้คำปรึกษาครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้แนวคิดของซาเทียร์. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 52(4), 402.
- พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์. (2540). トラบาปและโรคจิตเวช. *วารสารสวนปรุง*, 13(1), 29-36.
- พุดตาน พันธุ์เณร และวีรยุทธ ชัยพรสุไพศาล. (2551). *โครงการสำรวจภาวะความรุนแรง คุณภาพชีวิต ต้นทุนทางอารมณ์และรูปแบบการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท พ.ศ.2551*. กรุงเทพฯ: โครงการศึกษาทางเลือกเชิงนโยบายต่อภาวะโรค.
- เพลินพิศ จันทศักดิ์. (2551). การบูรณาการงานสังคมสงเคราะห์เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคมแก่ผู้ป่วยจิตเวช. *วารสารโรงพยาบาลศรีธัญญา*, 9(2), 33-44.

- ไพรัตน์ พุกษาชาติคุณากร. (2534). *จิตเวชศาสตร์ 3*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). เชียงใหม่: คณะแพทย
เชียงใหม่.
- ไพรวลัย ร่มซ้าย, วัชณี หัตถพนม, สุวดี ศรีวิเศษ, เอกอุมา วิเชียรทอง, และคณะ. (2544). รายงาน
การวิจัยเรื่องผลการประเมินผลโครงการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตในชุมชน
แบบครบวงจร อำเภอวาริชภูมิ จังหวัดสกลนคร. โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น.
- ภารดี การเร็ว. (2541). *ความสม่ำเสมอในการมารับยาของผู้ป่วยนอกโรคจิตเภทในโรงพยาบาลสวนปรุง*.
การค้นคว้าอิสระสาขารัฐศาสตร์บัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษยวณิช. (2542). *ตำราจิตเวชศาสตร์*. เชียงใหม่: โรงพิมพ์ แสงศิลป์.
- มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์. (2548). *จิตเวชศาสตร์รามาชิตี*. (พิมพ์ครั้งที่ 2).
กรุงเทพฯ: ปิยอนด์เอนเทอร์ไพรซ์ จำกัด.
- มารศรี ปาณีวัตร. (2548). *บทบาทพยาบาลจิตเวชชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน*. รายงาน
การศึกษาระดับปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิต
และจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- มาลี แจ่มพงษ์, ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน, และบุญชัย นวมงคลวัฒนา. (2551). ทักษะคิดประชาชนไทย
ต่อผู้ป่วยทางจิต. *วารสารโรงพยาบาลศรีธัญญา*, 9(1), 18-28.
- ยุทธนา งามอาจสกุลมั้น. (2548). การทำจิตบำบัดแบบcognitive behavior therapyในผู้ป่วยโรค
จิตเภท: รายงานผู้ป่วย 4 ราย. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 13(2), 114.
- รักสุดา กิจอรุณชัย และฉันทนา บุญคล้าย. (2549). การประเมินผลการฝึกทักษะและคุณภาพชีวิต
ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังในโครงการสร้างเสริมทักษะชีวิตคนพิการทางจิตในชุมชนจำลอง.
วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย, 14(2), 124-133.
- รัชนิกร อุปเสน. (2541). *การศึกษารูปแบบและภาระของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน*. วิทยานิพนธ์
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย. (2544). *คุณภาพงานวิจัย. เอกสารประกอบการสอนวิชา
ระเบียบวิธีวิจัยและการใช้ผลการวิจัย*. ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ราตรี ภูบุญ. (2545). *พฤติกรรมทางสังคมของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทตามการรับรู้ของผู้ดูแล*. การค้นคว้า
อิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- โรงพยาบาลศรีธัญญา. (2551). *รายงานสถิติประจำปี 2551*. กรมสุขภาพจิต. กระทรวงสาธารณสุข.

- วาสนา ปานดอก. (2545). *กิจกรรมการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่บ้านของผู้ดูแล*. การค้นคว้าแบบอิสระหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วิบูลย์ ชานวิทิตกุล และรังสิมันต์ สุนทรไชยา (2551). การศึกษาการใช้กลุ่มจิตบำบัด ประคับประคองต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง โรงพยาบาลศรีธัญญา. *วารสารโรงพยาบาลศรีธัญญา*, 9(1), 46-53.
- วิลาวัลย์ เทพโสธร. (2538). *รายงานการวิจัยเรื่องการศึกษาปัจจัยทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการครั้งแรกในโรงพยาบาลศรีธัญญา*. โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- วีรวุฒิ เอกกมลกุล. (2537). *การรักษาทางจิตเวช*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ศรีเรือน แก้วกังวาน. (2544). *ทฤษฎีจิตวิทยาบุคลิกภาพ*. กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.
- ศูนย์สารสนเทศ. (2551). *แบบรายงานผู้ป่วยใน (รับไว้รักษา) จำแนกตามโรค เพศ อายุ (รวมทุกหน่วยงาน)*. กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต.
- ศดใส คุ่มทรัพย์อนันต์ และสุรีย์ บุญเฉย. (2546). *ปัจจัยทางสังคมกับการกลับรักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทโรงพยาบาลศรีธัญญา*. รายงานการวิจัย โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต.
- สมพร บุษ ราทิจ และศิริรัตน์ คุปติวุฒิ. (2540). *จิตเวชปฏิบัติ*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์.
- สมพร รุ่งเรืองกลกิจ. (2544). กรอบแนวคิดในการฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 14(2), 15-23.
- สมพร รุ่งเรืองกลกิจ. (2546). *พยาบาลกับบุคคลที่เป็นโรคจิตเภท*. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานา.
- สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, ดารุณี จงอุดมการณ์, กฤตยา แสงเจริญ, นวนันท์ ปิยะวัฒน์กุล, และสมจิต แคนสีแก่. (2548). ผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน: ชีวิตที่ด้อยโอกาสทับซ้อน. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 19(2), 65-80.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2542). *ตำราจิตเวชศาสตร์*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์.
- สมโภชน์ เอี่ยมสุภามิต. (2543). *ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สันชัย วสุนธรา. (2547). *จิตเภท Schizophrenia*. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนสามัญนิติบุคคลสหประชาพาณิชย์.
- สาริณี ไต้ะทอง และอรพรรณ ลือบุญรัชชัย. (2549). ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 20(1), 47-59.

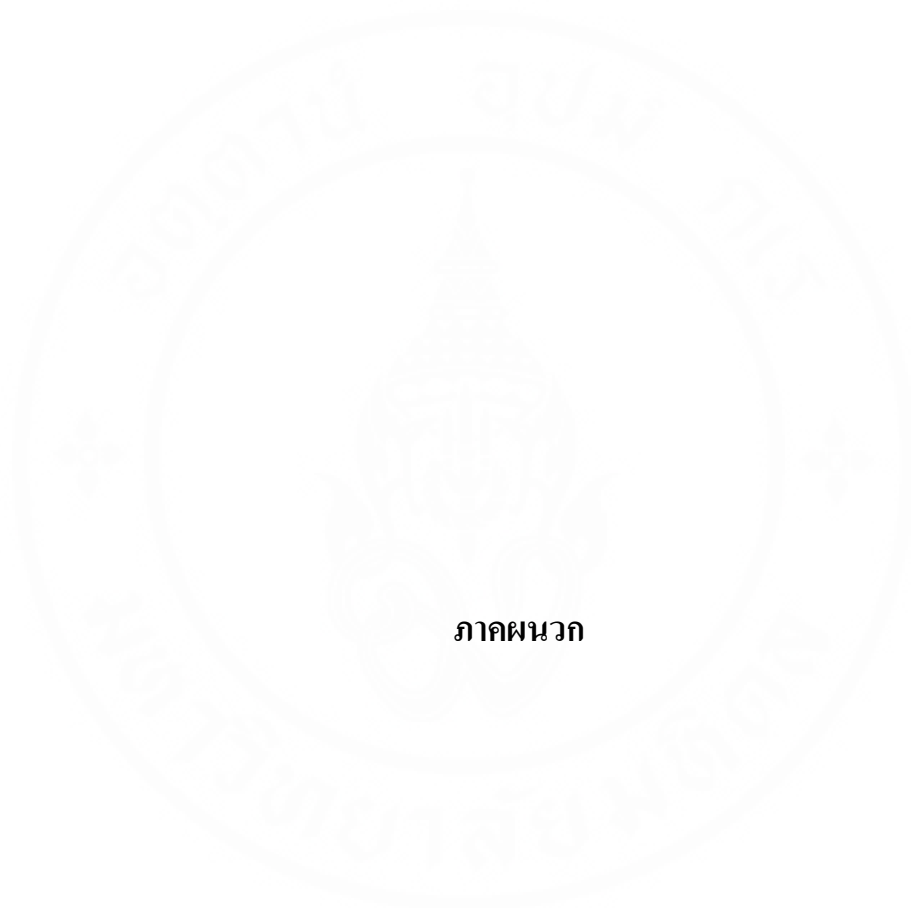
- สุพัฒนา สุขสว่าง และศิริลักษณ์ สว่างวงศ์สิน.(2548). การศึกษาตราบาปในผู้ป่วยจิตเภท. ใน *การประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ, ครั้งที่ 4 เรื่องสุขภาพจิตกับภัยพิบัติ* (น.69-70).
กลุ่มงานการพยาบาล: โรงพยาบาลศรีธัญญา.
- สุรพล พะยอมรัมย์. (2545). *การเรียนรู้ทักษะทางสังคมของนักศึกษาคณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร*. รายงานการวิจัย มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- สุรพิน แทนรัตนกุล, สุนีย์ เอกวัฒน์พันธ์, และณัฐวดี รัตนานิกม. (2548). *การฝึกทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในโรงพยาบาลศรีธัญญา*. รายงานการวิจัย โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต.
- สุรรัตน์ โบจรัส, สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, และมธุลดา ชัยมี. (2550). การเสริมสร้างทักษะการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังชาย. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 21(1), 36-51.
- เสวิกุล จำสนอง. (2546). *พฤติกรรมการณ์ดูแลตนเองและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการณ์ดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*.
- อรจิต อุดยานุภาพ. (2541). *พยาบาลจิตเวชและกลุ่มการบำบัด*. *วารสารสุขภาพจิตและจิตเวช*, 1(1), 25-29.
- อรรช ชัยชาญ. (2545). *ผลของกิจกรรมกลุ่มที่มีต่อการพัฒนาทักษะทางสังคมของเด็กที่มีปัญหาทางพฤติกรรม ระดับประถมศึกษาปีที่ 5 โรงเรียนวัดเวฬุวนาราม กรุงเทพมหานคร. ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการศึกษาและการแนะแนว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์*.
- อรพรรณ ลือบุญรัชชัย. (2545). *การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช*. กรุงเทพฯ: ด้านสุขภาพการพิมพ์.
- อรพรรณ ลือบุญรัชชัย และพีรพันธ์ ลือบุญรัชชัย. (2545). การบำบัดทางพฤติกรรมความคิดในผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวช. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 19(2), 1-13.
- อรษา ฉวาง. (2540). *ผลของการฝึกพฤติกรรมการณ์แสดงออกที่มีต่อการปฏิบัติตนกับบุคคลอื่นของผู้ป่วยจิตเภทวัยรุ่น*. วิทยานิพนธ์การศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อรุณ พงษ์ธรรม, สกาวรัตน์ พวงลัดดา, มลิวลัย บุญสอน, สว่างจิต วสุวัต, และสุรียรัตน์ คุ้มรัมย์. (2548). *ผลของกลุ่มทักษะทางสังคมต่อพฤติกรรมทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท*. *วารสาร*

- การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 20(2), 39-46.
- อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์. (2543). การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตแนวการปฏิบัติตามพยาธิสภาพ. กรุงเทพฯ: บริษัทธรรมสารจำกัด.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ. (2544). จิตบำบัดและการให้คำปรึกษารอบครัว. (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: สำนักการพิมพ์.
- เอื้ออารีย์ สาลิกา. (2543). ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล.
- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11-13.
- Beck, A. T., Baruch, E., Balter, J. M., Steer, R. A., & Warman, D. M. (2004). A new instrument for measuring insight: the Beck cognitive insight scale. *Schizophr Research*, 68, 319-329.
- Bellack, A. S., Mueser, K. T., Gingerich, S., & Agresta, J. (1997). *Social skills training for Schizophrenia: A step-by-step guide*. New York: The Guilford Press.
- Benton, M. K., & Schroeder, H. E. (1990). Social skills training with schizophrenics: a meta analytic evaluation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 741-747.
- Chien, W. T., & Chan, S. W. (2004). One-year follow-up of a multiple family group intervention for Chinese families of patients with schizophrenia. *Psychiatric Services*, 55(11), 1276-1284.
- Chien, H. C., Ku, C. H., Lu, R. B., Chu, H., Tao, Y. H., & Chou, K. R. (2003). Effects of social skills training on improving social skills of patients with schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 17(5), 228-236.
- Choi, K. H., & Kwon, J. H. (2006). Social cognition enhancement training for schizophrenia: a preliminary randomized controlled trial. *Community Mental Health Journal*, 42(2), 177-187.
- Combs, M. L., & Slaby, D. A. (1977). Social skills training with children. In Lahey, B.B., & Kazdin, A.E. (Eds), *Advances in clinical child psychology*. New York: Plenum Press.
- Crist, P., & Stoffel, V. (1992). The Americans with disability act of 1990 and employees with mental impairments: Personal efficacy and the environment. *The Journal of Occupational Therapy*, 46(5), 434-443. *American*

- Dogan, S., Dogan, O., Tel, H., Coker, F., Polatoz, O., & Dogan, F. B. (2004). Psychosocial approaches in outpatients with schizophrenia. *Winter, 27*(3), (279-282).
- Eckman, T. A., Wirshing, W. C., Marder, S. R., Liberman, R. P., Johnston-Cronk, K., Zimmerman K., et al. (1992). Technology for training schizophrenic patients in illness self-management: a controlled trial. *American Journal of Psychiatry, 149*, 1549-1555.
- Glanville, N. D., & Dixon, L. (2005). Caregiver burden family treatment approaches and service use in families of patients with schizophrenia. *Israel Journal of Psychiatric and Related Science, 42*(1), 15-22.
- Glendy, S. H. Ip, K. S. H., & Mackenzie, A. E. (1998). Caring for relatives with serious mental illness at home: The experiences of family cares in Hong Kong. *Archives of sychiatric Nursing, 12*(5), 288-294.
- Granholm, E., McQuaid, J. R., McClure, F. S., Auslander, L. A., Perivoliotis, D., Pedrelli, P., et al. (2005). A randomized controlled trial of cognitive behavioral social skills training for middle – aged and older outpatients with chronic schizophrenia. *American Journal of Psychiatry, 162*(3), 520-529.
- Hammond, V. T., & Deans, G. (1998). A phenomenological study of families and psychoeducation support group. *Journal of Psychosocial Nursing, 33*(10), 7-12.
- Hoffmann, H., Kupper, Z., & Kunz, B. (1998). Predicting schizophrenic outpatients behavior by symptomatology and social skills. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 186*, 214-222.
- Juan, R., John, L., William, P., & Samuel, J. (2001). The psychosocial treatment schizophrenia: An update. *American Journal of Psychiatry, 158*, 63-175.
- Kern, R. S., Glynn, S. M., Horan, W. P., & Marder, S. R. (2009). Psychosocial treatments to promote functional recovery in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin, 35*(2), 347- 361.
- Kopelowicz, A., Liberman, R. P., & Zarate , R. (2006). Recent advances in social skills training for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin, 32*(S1), S12- S23.
- Liberman, R. P. (1992). *Handbook of Psychiatric Rehabilitation*, New York: n.p.
- Liberman, R. P., & Corrigan, P. W. (1993). Designing new psychosocial treatment for Schizophrenia. *Psychiatry, 56*, 238-248.

- Lieberman, R. P., & Kopelowicz, A. (2005). Recovery from schizophrenia: a concept in search of research. *Psychiatric Services, 56*, 735-742.
- Lieberman, R. P., Massel, H. K., Mosk, M. D., & Wong, S.E. (1985). Social skills training for chronic mental patients. *Hospital and Community Psychiatry, 36*, 396 – 403.
- Lieberman, R. P., Putten, T. V., Marshall, B. D., et al. (1994). Optimal drug and behavior therapy for treatment – refractory schizophrenia patients. *American Journal of Psychiatry, 151*, 756-759.
- Lieberman, R. P., Wallace, C. J., Blackwell, G., Eckman, T. A., Vaccaro, J. V., & Kuehnel, T. G. (1993). Innovations in skills training for the seriously mentally ill: The UCLA social and independent living skills modules. *Innovations & Research, 2*(2), 43-59.
- Lieberman, R. P., Wallace, C. J., Blackwell, G., Kopelowicz, A., Vaccaro, J. V., & Mintz, J. (1998). Skills training versus psychosocial occupational therapy for persons with persistent schizophrenia. *American Journal of Psychiatry, 155*(8), 1087-1091.
- Linszen, D. H., Dingemans, P. M., Nugter, M. A., Vanderdoes, A. J. W., Scholte, W. F., & Lenior, M. A. (1997). Patient attributes and expressed emotion as risk factors for psychiatric relapse. *Schizophrenia Bulletin, 23*(1), 119-130.
- Littrell, K. H., & Littrell, S. H. (1998). Issues of reintegration and rehabilitation in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry, 28*, 371-378.
- Marder, S. R., Wirshing, M. D., Mintz, J., McKenzie, J., Johnston, M. S., Eckman, T. A., et al. (1996). Two – year outcome of social skills training and group psychotherapy for outpatient with schizophrenia. *The American Journal of Psychiatry, 153*(12), 1585-1592.
- McQuaid, J. R., Granholm, E., McClure, F. S., Roepke, S., Pedrelli, P., Patterson, T. L., et al. (2000). Development of an integrated cognitive – behavioral and social skills training intervention for older patients with schizophrenia. *Journal of Psychotherapy and Practice Research, 9*(3), 149-156.
- Patterson, T.L., Mausbach, B.T., McKibbin, C., Goldman, S., Bucardo, J., & Jeste, D.V. (2006). functional adaptation skills training (FAST): A randomized trial of a psychosocial

- intervention for middle - aged and older patients with chronic psychotic disorder. *Schizophr Research*, 86, 291-299.
- Roder, V., Brenner, H. D., Muller, D., Lachler, M., Zorn, P., Reisch, T., et al. (2002). Development of specific social skills training programmes for schizophrenia Patient: results of a multicentre study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 105: 363-371.
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2003). *Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry Behavioral Sciences / Clinical Psychiatry* (9thed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Seo, J. M., Ahn, S., Byun, E. K., & Kim, C. K. (2007). Social skills training as nursing intervention to improve the social skills and self - esteem of inpatients with chronic schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 21(6), 317-326.
- Thomas, G. P. (1989). Social Skill training: A programe to help schizophrenic clients copel. *Journal of Psychosocial Nursing* , 27(3), 7-10.
- Tsang, H. W. H., & Pearson, V. (2001). Work - related social skills training for people with schizophrenia in Hong Kong. *Schizophrenia Bulletin*, 27(1), 139- 148.
- Ucok, A., Cakir, S., Duman, Z. C., Discigil, A., Kandemir, P., & Ath, H. (2006). Cognitive predictors of skill acquisition on social problem solving in patients with schizophrenia. *European Archives of Social Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256: 388-394.
- Wallace, C. J., & Tauber, R. (2004). Supplementing supported employment with workplace skills. *Psychiatric Services*, 55, 513-515.
- Yang, S., & Kim, H. S.(1999). Effects of social skills training on the interpersonal relationship, assertiveness and quality of life in chronic schizophrenia inpatients. *Journal of Korean of psychiatric and Mental Health Nursing*, 8(2), 331-342.
- Yang, K. H., Wang, Y. W., & Wang, M. L. (1993). The effectiveness of social skills training with cognitive modification for ameliorating the schizophrenics emotional and interpersonal adaptation. *In Research Report of Social and Technology information Center*, National Science Council, Taipei, Taiwan, ROC.



ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
แสดงผลการวิเคราะห์ผลการศึกษาเกี่ยวกับการใช้โปรแกรม
การฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภท

ตาราง 5 ผลการวิเคราะห์ผลการศึกษา

งานวิจัยที่ 1

ชื่อเรื่องงานวิจัย	Cognitive predictors of skill acquisition on social problem solving in patients with schizophrenia
ผู้แต่ง	Ucok, A., Cakir, S., Duman, Z. C., Discigil, A., Kandemir, P., & Ath, H.
ปี	2006
หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์	1. เพื่อประเมินความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการแก้ไขปัญหาการเข้าสังคม ลักษณะทางคลินิก และ cognitive functions 2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการได้รับประโยชน์จากการฝึกแก้ไขปัญหาการเข้าสังคมในผู้ป่วยจิตเภท
แบบการวิจัย	Randomized Controlled Trial (RCT)
ระดับงานวิจัย	A
กลุ่มตัวอย่าง	-เป็นผู้ป่วยนอก ซึ่งได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์ DSM-4 ว่าเป็นจิตเภท จำนวน 63คน -เป็นเพศชาย 34คน เพศหญิง 29 คน -อายุระหว่าง 18ถึง45ปี -ไม่เป็นโรคทางระบบประสาท หรือ medical conditions เช่น โรคลมชัก หรือมีประวัติว่าเป็น head trauma -ไม่คิดแอลกอฮอล์หรือสารเสพติด -ผู้ป่วยทุกคนอยู่ในระยะอาการทางจิตสงบ ผู้ป่วยมีอายุเฉลี่ย 28.32 ปี และได้รับการศึกษาเฉลี่ย 11.73 ปี ระยะเวลาเฉลี่ยที่เป็นโรคมานี้คือ 7 ปี และจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลเฉลี่ยเป็น 1.83 ครั้ง ผู้ป่วย 2 คนสมรสแล้ว และที่เหลือ ยังเป็นโสด ผู้ป่วยที่มีงานทำเป็นผู้ชาย 10 คนและผู้ป่วยหญิง 6 (9 คนเป็นอาสาสมัคร 7 คนได้รับค่าจ้าง) และที่เหลือได้รับ

ตาราง 5 ผลการวิเคราะห์ผลการศึกษา

งานวิจัยที่ 1 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
กลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)	เงินช่วยเหลือจากครอบครัว ผู้ป่วยทุกคนใช้ยา antipsychotics ผู้ป่วยถูกสุ่มให้เข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยมีการจับคู่ผู้ป่วยให้เหมือนกันมากที่สุดเท่าที่จะทำได้ตามเพศ ความรุนแรงของอาการและความเรื้อรัง มีผู้ป่วยในกลุ่มทดลอง 32 คน และกลุ่มควบคุม 31 คน
สถานที่ดำเนินการศึกษา	ผู้ป่วยนอกของ Psychotic Disorders Research Program
ผลลัพธ์	1. ความสามารถในการแก้ปัญหาการเข้าสังคมของผู้ป่วย 2. ปัจจัยทำนายการได้รับประโยชน์จากการฝึกแก้ไขปัญหาการเข้าสังคมในผู้ป่วยจิตเภท
เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลลัพธ์	1. ใช้ประเมิน พยาธิสภาพทางจิตโดยใช้คะแนนรวมของ Brief Psychiatric Research Scale–Expanded (BPRS), positive symptom subscale และ negative symptom subscale ส่วนความรุนแรงโดยทั่วไปของโรคประเมินโดยใช้ CGI 2. ใช้ประเมินผลลัพธ์ทาง function โดยใช้ Assessment of Interpersonal Problem Solving Skills (AIPSS) เป็นการทดสอบโดยให้คู่วิดีโอเทป ซึ่งใช้เพื่อประเมินทักษะในการเข้าสังคมของผู้ป่วยจิตเภท AIPSS ประเมินโดยให้ผู้ป่วยดูสถานการณ์ที่มีความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลซึ่งถูกบันทึกเทปไว้ 13 ฉาก 10 ฉากในนั้นแสดงปัญหาหระหว่างบุคคลที่มีคนๆหนึ่งขัดขวางการไปถึงเป้าหมายของอีกคนหนึ่ง และ 3 ฉากไม่ได้แสดงปัญหาใดเลย หลังจากดูแต่ละฉากถามคำถามผู้ป่วยเพื่อดูว่าพวกเขารับรู้ว่ามีปัญหาเกิดขึ้นหรือไม่ และลักษณะของปัญหาเป็นอย่างไร (Receiving Skills) ทักษะแก้ไขที่มีประสิทธิภาพ (Processing Skills) และลงมือแก้ไขปัญหาอย่างเหมาะสมโดยการแสดงบทบาทสมมุติ ประเมินการรับรู้ปัญหาโดยใช้คำถามสองข้อคือ “มีปัญหาเกิดขึ้นในฉากนี้หรือไม่” และ “กรุณาอธิบายปัญหาให้ฉันฟังให้เหมือนกับว่าฉันไม่เคยเห็น วิดีโอเทปนี้มาก่อน”ผู้ป่วยได้รับ 1 คะแนนสำหรับคำตอบที่ถูกต้องแต่ละข้อ หรือ 0

ตาราง 5 ผลการวิเคราะห์ผลการศึกษา

งานวิจัยที่ 1 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลลัพธ์ (ต่อ)	<p>คะแนนสำหรับคำตอบที่ไม่ถูกต้อง ผู้ที่ตอบว่ามีปัญหาเกิดขึ้นในฉากที่ไม่มีปัญหาจะถูกถามเพิ่มเติมแต่ไม่มีการให้คะแนน สำหรับคำตอบนั้นคำตอบที่มีต่อคำถามที่สองของการรับรู้ปัญหาที่มีระดับคะแนนได้แก่ 2 (ระบุทั้งปัญหาและเป้าหมายถูกต้อง) 1 (ระบุปัญหาหรือเป้าหมายอย่างใดอย่างหนึ่งถูกต้อง) 0 (ระบุไม่ถูกต้องทั้งสองอย่าง) มีการรวมคะแนนทั้งหมดทุกฉากเพื่อให้ได้คะแนนรวมของการรับรู้ปัญหา ส่วนวิธีการแก้ไขปัญหามีประสิทธิภาพถูกประเมินโดยถามว่า “ถ้าคุณอยู่ในสถานการณ์นี้ คุณจะพูดหรือทำอะไร” คาดว่าจะสามารถแก้ไขปัญหาโดยไม่มีผลที่ตามมาในทางลบได้เพียงใด คะแนนที่ให้ 0, 1, หรือ 2</p> <p>ในงานวิจัยนี้ให้ผู้ป่วยแต่ละคนดู 5 ฉากจาก 13 ฉาก โดยสุ่ม 4 ฉากที่มีปัญหาและ 1 ฉากที่ไม่มีปัญหา หลังจากผู้ป่วยดูแต่ละฉากในวิดีโอเทป ก็ให้ตอบคำถามที่กล่าวมาแล้วโดยการเขียนแล้วดูฉากต่อไป ประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยเคยเข้าโปรแกรมจิตบำบัดแบบประคับประคองและมีประสบการณ์ในการแสดงบทบาทสมมุติ แต่ผู้ป่วยคนอื่นๆไม่เคยมีประสบการณ์มาก่อน ผู้วิจัยไม่ได้ใช้ส่วนที่สามของ AIPSS คือการแสดงบทบาทสมมุติ เนื่องจากผู้ป่วยมีความสามารถในการแสดงบทบาทสมมุติไม่เท่ากัน การบวกคะแนน receiving skills และ processing skills เข้าด้วยกันกลายเป็นคะแนนรวมของ AIPSS คะแนนรวมของ AIPSS สูงสุดเป็น 21 คะแนน</p> <p>3. ประเมิน executive functioning โดยใช้ Wisconsin Card Sorting Test (WCST) ในคอมพิวเตอร์ในการประเมิน (เช่นการสร้างปฏิบัติและเปลี่ยนแนวคิด) ทำในผู้ป่วยทุกคนตัวแปรตามได้แก่ จำนวนคำตอบที่ถูกต้อง จำนวนครั้งที่ทำ และจำนวนคำตอบที่ผิด</p> <p>4. Continuous Performance Test (CPT) ใช้เพื่อวัดการคงความสนใจ CPT-ZA เกี่ยวข้องกับความจำระยะสั้นจึงเป็นการทดสอบ</p>

ตาราง 5 ผลการวิเคราะห์ผลการศึกษา

งานวิจัยที่ 1 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลลัพธ์ (ต่อ)	<p>vigilance ด้วยดังนั้นจึงมีการประเมินผลด้วยข้อมูลใน CPT-ZA มากกว่า</p> <p>CPT-X ประเมินถึงกระตุ้น โดยให้ดูแสดงบนจอภาพขนาด 2 ตารางนิ้วที่ประกอบด้วยอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ที่ให้แสงสีขาวย่านได้ทางเดียว (diode) ตัวอักษรแต่ละตัวถูกสุ่มให้แสดงนาน 160 มิลลิวินาที โดยมีเวลาระหว่างตัวอักษร 800 มิลลิวินาที ผู้ป่วยตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นซึ่งเป็นเป้าหมายโดยการกดปุ่ม ในการทดสอบทั้งหมด 300 ครั้ง 36% ของเป้าหมายแสดงใน 8.5 นาที แต่ละ session เริ่มด้วยการฝึก 1 นาที และการตอบสนองของผู้ป่วยถูกบันทึกลงคิสก์โดยอัตโนมัติใช้ hit rate (ความน่าจะเป็นในการตอบสนองต่อเป้าหมาย) เป็นค่าประเมินการคงความสนใจ</p> <p>5. ประเมินความจำระยะสั้นจากการฟังโดยใช้ Digit Span ซึ่งเป็น subtest จาก Wechsler Adult Intelligence Scale(WAIS-R) Digit Span มีสองส่วนคือ Digit Span Forward และ Backward ใน Digit Span Forward ผู้ป่วยถูกขอให้พูดลำดับตัวเลขตามทีอ่านโดยผู้ทดสอบ ส่วนใน Digit Span Backward ผู้ป่วยถูกขอให้พูดลำดับตัวเลขจากตัวเลขสุดท้ายมาตัวเลขแรก มีลำดับตัวเลข 14 ลำดับ ในแต่ละครั้ง และคะแนนสูงสุดเป็น 28</p>
การจัดกระทำที่ใช้ในการวิจัย	<p>กลุ่มทดลอง</p> <p>กลวิธีดำเนินโปรแกรม</p> <p>มีการฝึกการแก้ปัญหาการเข้าสังคม ซึ่งเป็นการบำบัดแบบกลุ่ม มีทั้งหมด 5 กลุ่ม แต่ละกลุ่มมีผู้ป่วย 6 หรือ 7 คน การฝึกใช้เทคนิคการแก้ปัญหาการเข้าสังคม หลังจาก warm-up 5-10 นาทีนักบำบัดอธิบายว่าปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลคืออะไร แล้วเข้าสู่ขั้นตอนของการแก้ไขปัญหาอีกครั้งโดย การเขียนบนกระดาน ขั้นตอนเหล่านั้น ได้แก่</p>

ตาราง 5 ผลการวิเคราะห์ผลการศึกษา

งานวิจัยที่ 1 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
การจัดกระทำที่ใช้ในการวิจัย (ต่อ)	<p>1. ระบุปัญหา</p> <p>2. คิดหาทางเลือกหลายวิธีในการแก้ไข</p> <p>3. เปรียบเทียบข้อดีและข้อเสียของแต่ละวิธี</p> <p>4. เลือกวิธีที่เหมาะสม</p> <p>5. สร้างแผนในการปฏิบัติ</p> <p>6. ประเมินและให้รางวัลกับความก้าวหน้า</p> <p>หลังจากนั้นให้ผู้ป่วยทบทวนการแก้ปัญหาซ้ำอีกครั้งและมีการอภิปรายตัวอย่างปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลสองตัวอย่าง ซึ่งยกขึ้นมาโดยผู้ป่วยหรือนักบำบัด โดยใช้กระดานดำในแต่ละครั้ง ผู้ป่วยเลือกวิธีแก้ไขปัญหานี้หรือสองวิธีและแสดงบทบาทสมมุติ</p> <p>ระยะเวลา ความถี่ของโปรแกรม</p> <p>การฝึกจะฝึกสัปดาห์ละครั้งๆละ 1 ชั่วโมง เป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์</p> <p>ผู้บำบัด</p> <p>ผู้บำบัดของแต่ละกลุ่มประกอบด้วยนักบำบัด 1 คน และ ผู้ช่วย 1 คน ซึ่งมีประสบการณ์ในการบำบัดแบบกลุ่มและการฝึกแก้ไขปัญหา (จิตแพทย์ 3 คน นักสังคมสงเคราะห์ 1 คน และ พยาบาลจิตเวช 1 คน)</p> <p>กลุ่มควบคุม</p> <p>ผู้ป่วยกลุ่มควบคุมได้รับการรักษาตามปกติ</p>
ผลการวิจัย	<p>-กลุ่มที่ได้รับการฝึกการแก้ไขปัญหามีการรับรู้ปัญหา วิธีแก้ไข ปัญหาที่มีประสิทธิภาพรวมทั้งมีทักษะในการเข้าสังคมดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ</p> <p>-พบความสัมพันธ์ทางลบระหว่างพยาธิสภาพทางจิตด้านบวกกับการเข้าสังคม</p> <p>-พบความสัมพันธ์ทางลบระหว่างพยาธิสภาพทางจิตด้านบวกกับการลดความสนใจ</p>

ตาราง 5 ผลการวิเคราะห์ผลการศึกษา

งานวิจัยที่ 1 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการวิจัย (ต่อ)	<p>-พยาธิสภาพทางจิตเป็นปัจจัยทำนายที่มีนัยสำคัญอย่างเดี่ยวของทักษะในการแก้ปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล</p> <p>-ผู้ป่วยที่ใช้ atypical antipsychotics (ยากกลุ่มใหม่) มีพยาธิสภาพทางจิต และคะแนนการลงความสนใจดีกว่าผู้ป่วยที่ใช้ typical antipsychotics (ยากกลุ่มเก่า)</p>
การนำความรู้จากงานวิจัยไปใช้	<p>ผลของงานวิจัยในงานวิจัยนี้ พบว่ามีความเป็นไปได้ที่จะลดความบกพร่องของผู้ป่วยจิตเภทในการแก้ปัญหาบางประการโดยใช้วิธีบำบัดการรับรู้ ซึ่งการพัฒนาการรับรู้ให้ดีที่สุดนั้นจำเป็นต้องใช้การฝึกการรับรู้ที่มีระยะเวลานานและเหมาะสมกับผู้ป่วย ร่วมกับการรักษาด้วยยา antipsychotic ซึ่งงานวิจัยนี้สามารถนำไปปรับใช้สำหรับผู้ป่วยจิตเภทให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อไป</p>

ตาราง 5 ผลการวิเคราะห์ผลการศึกษา

งานวิจัยที่ 2

ชื่อเรื่องงานวิจัย	Functional Adaptation Skills Training (FAST): A randomized trial of a psychosocial intervention for middle – aged and older patients with chronic psychotic disorders
ผู้แต่ง	Patterson, T.L., Mausbach, B.T., McKibbin, C., Goldman, S., Bucardo, J., & Jeste, D.V.
ปี	2006
หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์	เพื่อศึกษาการบำบัดทางจิตสังคมในผู้ป่วยวัยกลางคนและผู้ป่วยสูงอายุที่มีความผิดปกติทางจิตเรื้อรังในด้านการทำหน้าที่ในชีวิตประจำวัน
แบบการวิจัย	Randomized Controlled Trial (RCT)
ระดับงานวิจัย	A
กลุ่มตัวอย่าง	เกณฑ์คัดเข้า -ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Schizophrenia หรือ Schizoaffective disorder ตามเกณฑ์ของ DSM-IV -อายุ 40 ปีขึ้นไป เกณฑ์คัดออก -ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น dementia ตามเกณฑ์ของ DSM-IV -ผู้ที่มีความเสี่ยงสูงที่จะฆ่าตัวตาย -ผู้ที่ไม่สามารถเข้าร่วมจนเสร็จสิ้นการประเมินได้ -ผู้ที่กำลังเข้าร่วมงานวิจัยทางจิตสังคมแบบอื่นหรือวิจัยยารวมมีผู้ป่วยเข้าร่วมงานวิจัยทั้งหมดจำนวน 240 คน สุ่มเข้ากลุ่มทดลอง 124 คน กลุ่มควบคุม 116 คน
สถานที่ดำเนินการศึกษา	สถานพักฟื้นใน San Diego
ผลลัพธ์	-ทักษะการใช้ชีวิตประจำวัน -ทักษะทางสังคม -ทักษะการจัดยา ได้ทำการประเมินที่ baseline และเมื่อจบการบำบัด 24 สัปดาห์

ตาราง 5 ผลการวิเคราะห์ผลการศึกษา

งานวิจัยที่ 2 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลลัพธ์	<p>ผลลัพธ์หลัก</p> <p>ผลทางการทำหน้าที่ในชีวิตประจำวันประเมิน โดยใช้เครื่องมือวัด 3 ชนิด ซึ่งพัฒนาที่ University of California ที่ San Diego ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. UCSD Performance-based Skills Assessment (UPSA; Patterson et al., 2001a) คะแนนที่สูงหมายถึงการทำหน้าที่ในชีวิตประจำวันดีกว่า 2. Social Skills Performance Assessment (SSPA; Patterson et al., 2001b) ใช้ประเมินทักษะทางสังคมและการสื่อสาร คะแนนที่สูง หมายถึงทักษะทางสังคมและการสื่อสารที่ดีกว่า 3. Medication Management Abilities Assessment (MMAA; Patterson et al., 2002) ใช้เพื่อวัดความสามารถของผู้เข้าร่วมวิจัยในการจัดการยาด้วยตัวเอง คะแนนที่สูงหมายถึงการทำหน้าที่ในการจัดยาด้วยตนเองที่แยกกว่า <p>ผลลัพธ์รอง</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Positive and Negative Syndromes SScale (PANSS; Kay et al., 1987) ใช้ประเมินพยาธิสภาพทางจิต 2. Hamilton Rating Scale for Depression (HAM-D; Hamilton, 1960) ใช้ประเมินภาวะซึมเศร้า 3. Quality of Well-Being (QWB) Scale (Kaplan et al., 1989) ใช้ประเมินคุณภาพชีวิตเกี่ยวกับสุขภาพ
การจัดกระทำที่ใช้ในงานวิจัย	<p>กลุ่มทดลอง</p> <p>-ได้รับการบำบัด Functional Adaptation Skills Training มีเป้าหมายที่การทำหน้าที่ 6 อย่างในชีวิตประจำวัน ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การจัดการยา 2. ทักษะทางสังคม 3. ทักษะการสื่อสาร

ตาราง 5 ผลการวิเคราะห์ผลการศึกษา

งานวิจัยที่ 2 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
การจัดกระทำที่ใช้ในงานวิจัย (ต่อ)	<p>4.การจัดระเบียบและการวางแผน</p> <p>5.การเดินทาง</p> <p>6.การจัดการเงินทอง</p> <p>การฝึกแต่ละครั้งประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.บอกกำหนดการในสัปดาห์นี้ 2. ทบทวนกรบ้าน 3.เน้นเนื้อหาของการบ้าน 4.ถกกันว่าจะนำแบบฝึกหัดการบ้านไปไปประยุกต์ใช้ในชีวิตจริงได้อย่างไร 5.สอนเนื้อหาใหม่โดยใช้การให้สุขภาพจิตศึกษา 6. ฝึกในชั้นเรียน โดยแสดงแบบอย่างให้ดู แสดงบทบาทสมมุติ และการเสริมแรง 7.สรุปเนื้อหา 8.ให้กรบ้านสำหรับครั้งต่อไป <p>ระยะเวลาการบำบัด</p> <ul style="list-style-type: none"> -สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 24 สัปดาห์ -ใช้เวลาในการบำบัดครั้งละ 120 นาที <p>ผู้บำบัด</p> <ul style="list-style-type: none"> -ผู้บำบัดระดับปริญญาโทและปริญญาเอกผู้นำกลุ่ม รวมทั้งผู้ช่วยพยาบาลที่ทำงานในศูนย์ <p>กลุ่มควบคุม</p> <p>ผู้ป่วยเข้ากลุ่ม attention control(AC) ได้รับยาตามปกติ มีการพูดถึงปัญหาส่วนตัวในช่วงโมงแรกเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดคุยกันตามสบายโดยนักบำบัดระดับถึงหัวข้อที่คนส่วนใหญ่คุยกัน ในช่วงที่สองนักบำบัดเป็นผู้นำการพูดคุยในหัวข้อที่ตั้งไว้ นักบำบัดไม่ได้ให้วิธีแก้ปัญหที่สมาชิกกลุ่มคุยกันยกเว้นเรื่องร้ายแรง</p>

ตาราง 5 ผลการวิเคราะห์ผลการศึกษางานวิจัยที่ 2 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
การจัดกระทำที่ใช้ในงานวิจัย (ต่อ)	<p>ระยะเวลาการบำบัด</p> <ul style="list-style-type: none"> - สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 24 สัปดาห์ - ใช้เวลาในการบำบัดครั้งละ 120 นาที <p>ผู้บำบัด</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผู้บำบัดระดับปริญญาโทและปริญญาเอกผู้นำกลุ่มรวมทั้งผู้ช่วยพยาบาลที่ทำงานในศูนย์
ผลการวิจัย	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ที่ได้รับการฝึกในกลุ่ม FAST มีพัฒนาการอย่างมากในเรื่องทักษะการใช้ชีวิตประจำวันและทักษะทางสังคม แต่ไม่มีผลในเรื่องทักษะการจัดการยา - ไม่มีความแตกต่างระหว่างกลุ่ม FAST และกลุ่ม AC ในด้านผลพยาธิสภาพทางจิต ภาวะซึมเศร้า และคุณภาพชีวิตเกี่ยวกับสุขภาพ
การนำเอาความรู้จากงานวิจัยไปใช้	<p>การพัฒนาทักษะในชีวิตประจำวัน เช่นการทำงาน การอยู่โดยพึ่งตนเองสามารถนำไปใช้ในสถานการณ์จริงได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการจัดการเงินทอง การวางแผนและการสื่อสารอาจทำให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติงานง่ายๆในที่ทำงานได้ เช่นการทอนเงิน การสื่อสารกับเพื่อนซึ่งเป็นประโยชน์สำหรับผู้ป่วยวัยกลางคนและวัยสูงอายุที่มีความบกพร่องทางจิต</p>

ตาราง 5 ผลการวิเคราะห์ผลการศึกษา

งานวิจัยที่ 3

ชื่อเรื่องงานวิจัย	Social cognition enhancement training for schizophrenia: A preliminary randomized controlled trial
ผู้แต่ง	Choi, K. H., & Kwon, J. H.
ปี	2006
หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์	เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการฝึกเพื่อพัฒนาการรับรู้ทางสังคม (Social Cognition Enhancement Training) สำหรับผู้ป่วยจิตเภท
แบบการวิจัย	Randomized Controlled Trial (RCT)
ระดับงานวิจัย	A
กลุ่มตัวอย่าง	<p>เกณฑ์คัดเข้า</p> <ul style="list-style-type: none"> - ได้รับการวินิจฉัยตาม DSM-IV ว่าเป็น Schizophrenia หรือ Schizoaffective disorder - ใช้ยาทางจิตที่มีการปรับขนาดยาคงที่แล้ว - มีอายุ 18-60 ปี <p>เกณฑ์คัดออก</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีพยาธิสภาพทางสมอง - มีภาวะติดยาเสพติดร่วมด้วย - เป็น mental retardation แบบรุนแรง <p>รวมมีผู้เข้าร่วมวิจัย 34 คน สุ่มเข้ากลุ่มทดลอง 17 คน กลุ่มควบคุม 17 คน</p>
สถานที่ดำเนินการศึกษา	ศูนย์ฟื้นฟูจิตเวชชุมชนสี่แห่งในจังหวัด Kyung-San และเมือง Taegu ในประเทศเกาหลีใต้
ผลลัพธ์	<p>ความสามารถในการรับรู้ทางสังคม ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ความสามารถในการจัดการระบบการรับรู้ที่เกี่ยวข้องกับบริบททางสังคม 2. ความสามารถในการใช้ข้อมูลในการเรียงลำดับเหตุการณ์ทางสังคม 3. ความสามารถในการประเมินสิ่งกระตุ้นทางอารมณ์

ตาราง 5 ผลการวิเคราะห์ผลการศึกษา

งานวิจัยที่ 3 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลสัมฤทธิ์	<p>1. Picture Arrangement (PA) ใช้ Wechsler Intelligence Scale for Children – Revised (WISC-R) Version ภาษาเกาหลีประเมินความสามารถของผู้ป่วยในเรื่องการจัดระบบการรับรู้และการเรียงลำดับ เพื่อแยกแยะระหว่างรายละเอียดที่จำเป็นและไม่จำเป็นที่เกี่ยวข้องกับบริบททางสังคม</p> <p>2. Social Behavior Sequencing Task (SBST) SBST (Kwon, Chun, & Choi,2003) ถูกพัฒนาตามรูปแบบของ Schema Component Sequencing Task (SCST) ซึ่งใช้โดย Corrigan, Wallace และ Green (1992) ประกอบด้วยการ์ด 6 ชุด แต่ละชุดมีการ์ด 9 ใบขนาด 1x3 นิ้ว ซึ่งบอกการกระทำเฉพาะ เช่นการสั่งอาหารวิธีการประเมินคือให้เรียงลำดับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นให้ถูกต้อง ซึ่งเกี่ยวข้องกับสถานการณ์ทางสังคม คะแนนที่มากแสดงว่ามีความสามารถในการใช้ข้อมูลในการเรียงลำดับเหตุการณ์ทางสังคมได้มาก</p> <p>3. Emotion Recognition Test (ERT) ERT (Lee, 2001) เป็นแบบวัดความสามารถในการประเมินสิ่งกระตุ้นทางอารมณ์ได้อย่างถูกต้อง ซึ่งในแต่ละข้อจะเป็นรูปภาพของหน้าและฉากการ์ตูนที่แสดงอารมณ์ โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อประเมินว่าผู้ป่วยสามารถจับนัยยะ (connotation) ทางอารมณ์ของสิ่งกระตุ้นที่แสดงในรูปแบบต่างๆ ได้ดีเพียงใด แบบประเมิน ERT ประกอบด้วย 3 subscales คือ การรับรู้อารมณ์ (emotional recognition; ER) การแยกความแตกต่างของอารมณ์ (emotional differentiation; ED) และการรับรู้เนื้อหา (contextual recognition; CR) สำหรับในการศึกษาครั้งนี้วัดเฉพาะ CR subscale เท่านั้น</p>
การจัดกระทำที่ใช้ในงานวิจัย	<p>กลุ่มควบคุม</p> <p>ได้รับ Standard Psychiatric Rehabilitation Training ประกอบด้วย การฝึกที่มีเนื้อหาครอบคลุมซึ่งออกแบบเพื่อพัฒนาทักษะการปรับตัวในการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ</p>

ตาราง 5 ผลการวิเคราะห์ผลการศึกษา

งานวิจัยที่ 3 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
<p>การจัดกระทำที่ใช้ในงานวิจัย (ต่อ)</p>	<p>และการเพิ่มการทำหน้าที่ทางสังคม รวมทั้งด้านอาชีพ</p> <p>ผู้บำบัด นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยาระดับปริญญาโท พยาบาลและ/หรือนักอาชีวะบำบัด ซึ่งทำหน้าที่เป็นผู้จัดการรายกรณี รวมทั้งให้บริการเฉพาะตามวิชาชีพของแต่ละคน ตามแนวทางของหลักการฟื้นฟูทางจิตสังคม</p> <p>กลุ่มทดลอง</p> <p>ได้รับSocial Cognition Enhancement Training (SCET) เป็นกลุ่มบำบัด โดยใช้การคุ้นที่ช่อง เป็นสุขภาพจิตศึกษาแบบกึ่งโครงสร้าง หลังจากมีกิจกรรมกลุ่มเพื่อเริ่มให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการฝึกแล้วผู้ป่วยแต่ละคนได้รับการสนับสนุนให้เข้าร่วมการฝึกการรับรู้ทางสังคม ซึ่งฝึกผู้ป่วยให้รู้ความหมายทางสังคมที่ต้องการสื่อในการ์ตูนนั้น โดยจัดลำดับช่องของการ์ตูนให้ถูกต้องตามบริบทที่ให้ และอธิบายสถานการณ์ทางสังคมอย่างต่อเนื่องกันตามที่แสดงในการ์ตูน นอกจากนี้กลุ่มSCET ยังให้โอกาสสมาชิกในการอภิปรายว่าจะแก้ไขปัญหาในสถานการณ์ทางสังคมที่คล้ายคลึงกับในการ์ตูนได้อย่างไร</p> <p>ระยะเวลา ความถี่ของโปรแกรม</p> <p>ระยะเวลาของโปรแกรมครั้งละ 1 ½ ชั่วโมง 2 ครั้งต่อสัปดาห์ โดยใช้เวลาประมาณ 6 เดือนในการบำบัดจนจบทั้ง 36 ครั้ง ซึ่งแบ่งเป็น 3 ระดับ (ระดับต้น ระดับกลาง และระดับสูง) ในแต่ละระดับประกอบไปด้วยการบำบัด 12 ครั้ง</p> <p>ผู้บำบัด</p> <p>การบำบัดนำโดยนักจิตวิทยาระดับปริญญาโทโดยทำตามคู่มือซึ่งมีรายละเอียดของการบำบัดแต่ละครั้ง</p>
<p>ผลการวิจัย</p>	<p>- ความสามารถในการจัดการระบบการรับรู้และการเรียงลำดับเหตุการณ์ทางสังคมในกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมหลังการบำบัด 4 และ 6 เดือน</p>

ตาราง 5 ผลการวิเคราะห์ผลการศึกษา

งานวิจัยที่ 3 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการวิจัย (ต่อ)	<p>-ความสามารถในการใช้ข้อมูลในการเรียงลำดับเหตุการณ์ทางสังคมในกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุม เฉพาะหลังการบำบัด 2 เดือนเท่านั้น</p> <p>-ความสามารถในการรับรู้สิ่งกระตุ้นทางอารมณ์ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน</p>
การนำเอาความรู้จากงานวิจัยไปใช้	<p>- ความสามารถของการรับรู้ทางสังคมบางตัว พัฒนาอย่างรวดเร็วภายหลังให้โปรแกรม 2 เดือน แต่บางตัวจะพัฒนาที่ต่อเมื่อหลังจากให้โปรแกรมไปแล้ว 6 เดือน แสดงว่าระยะเวลาของโปรแกรมมีผลต่อการศึกษา โดยทั่วไปผู้ป่วยได้รับผลประโยชน์มากขึ้นเมื่ออยู่ในโปรแกรมนานขึ้น</p> <p>- การออกแบบโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมมีการนำเอาการฝึกทักษะการรับรู้เข้ามาร่วมกับการฝึกทักษะทางสังคม โดยมีการออกแบบการฝึกจากระดับง่ายไปสู่ยาก โดยใช้สื่อรูปการ์ตูนเป็นการจำลองสถานการณ์ทางสังคม</p>

ตาราง 5 ผลการวิเคราะห์ผลการศึกษา

งานวิจัยที่ 4

ชื่อเรื่องงานวิจัย	A randomized controlled trial of cognitive behavioral social skills training for middle-aged and older outpatients with chronic schizophrenia
ผู้แต่ง	Granholm, E., McQuaid, J. R., McClure, F.S., Auslander, L. A., Perivoliotis, D., Pedrelli, P., et al.
ปี	2005
หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์	เพื่อเปรียบเทียบผลของการบำบัดแบบปกติกับการบำบัดแบบปกติเสริมด้วย cognitive behavioral social skills training ในผู้ป่วยวัยกลางคนและวัยสูงอายุที่เป็นจิตเภทเรื้อรัง ในด้านการทำหน้าที่ในสังคม อาการทางจิต อาการซึมเศร้า การหยั่งรู้ (cognitive insight) และความเชี่ยวชาญในทักษะ
แบบการวิจัย	Randomized Controlled Trial (RCT)
ระดับงานวิจัย	A
กลุ่มตัวอย่าง	<p>เกณฑ์ในการคัดเลือกคือ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วย schizophrenia หรือ schizoaffective disorder ซึ่งได้รับการวินิจฉัยตาม DSM-4 2. ผู้ป่วยจากสถานพยาบาลและที่อยู่อาศัยใน San Diego County จากปี 1999 ถึง 2003 3. อายุ 42 – 74 ปี <p>เกณฑ์ในการคัดออกคือ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ปัญหาความพิการซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการทดลอง 2. ติดสารเสพติดนอกเหนือจากนิโคตินหรือคาเฟอีนภายในเดือนที่ผ่านมา <p>มีผู้ป่วยจำนวน 76 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 39 คนและกลุ่มทดลอง 37 คน</p>
สถานที่ดำเนินการศึกษา	ศูนย์วิจัยและสถานพักฟื้นใน San Diego
ผลลัพธ์	การทำหน้าที่ในสังคม อาการทางจิต อาการซึมเศร้า การหยั่งรู้

ตาราง 5 ผลการวิเคราะห์ผลการศึกษา

งานวิจัยที่ 4 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลลัพธ์ (ต่อ)	(cognitive insight) และความเชี่ยวชาญในทักษะของผู้ป่วยวัยกลางคน และวัยสูงอายุที่เป็นจิตเภทเรื้อรัง
เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลลัพธ์	<p>ประเมิน social functioning (ผลลัพธ์หลัก) โดยใช่</p> <p>1. Independent Living Skills Survey เป็นเครื่องมือวัดซึ่งผู้ป่วยตอบเองเกี่ยวกับทักษะการดำรงชีวิตพื้นฐานซึ่งปฏิบัติเมื่อเดือนที่ผ่านมา ดำเนินไปในรูปแบบการสัมภาษณ์วัดทักษะ 10 หัวข้อ แต่คะแนนรวมคำนวณจากค่าเฉลี่ยของคะแนน functioning 5 ประเภทที่เกี่ยวข้องได้แก่ รูปลักษณ์และการแต่งกาย สุขลักษณะ การดูแลสุขภาพ การเดินทาง และการพักผ่อนและชุมชน ซึ่งไวต่อความบกพร่องทาง functioning ในผู้ป่วย schizophrenia สูงอายุ (26) ส่วนอีก 5 หัวข้อไม่ได้ใช้เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ในงานวิจัยนี้อาศัยในสถานที่ที่เป็นทั้งที่อยู่อาศัยและให้การดูแลซึ่งทำความสะอาดและทำอาหารให้ (2 หัวข้อ) และผู้ป่วยเกือบทั้งหมดเกษียณแล้วหรือไม่มีงานทำและมีรายได้จากเงินชดเชยผู้พิการซึ่งมีผู้บริหารรายได้ให้ (3 หัวข้อ) ดังนั้นผู้ป่วยเหล่านี้จึงไม่มีโอกาสใช้ทักษะเหล่านี้ ดังนั้นจึงไม่สามารถคำนวณคะแนนให้ถูกต้องได้</p> <p>2. UCSD Performance-Based Skills Assessment เป็นเครื่องมือวัดว่าผู้ป่วยสามารถแสดงทักษะการดำรงชีวิตได้ในระดับใดไม่ว่าพวกเขาจะใช้ทักษะนั้นจริงหรือไม่ เครื่องมือนี้วัด functioning 5 หัวข้อ ได้แก่ การทำงานบ้าน การสื่อสาร การเงิน การเดินทาง และการวางแผนกิจกรรมนันทนาการ โดยใช้การแสดงบทบาทสมมุติมาตรฐาน</p> <p>ประเมินอาการทางบวก อาการทางลบ อาการซึมเศร้า cognitive insight และความเชี่ยวชาญในทักษะ (ผลลัพธ์รอง) โดยใช่</p> <p>ใช้ Positive and Negative Syndrome Scale ประเมินอาการทางบวก อาการทางลบ</p> <p>ใช้ Hamilton Depression Rating Scale ประเมินอาการซึมเศร้า</p> <p>ใช้ Beck Cognitive Insight Scale ประเมิน cognitive insight</p>

ตาราง 5 ผลการวิเคราะห์ผลการศึกษางานวิจัยที่ 4 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลลัพธ์ (ต่อ)	<p>ซึ่งเป็นรายการคำถาม 15 ข้อให้ผู้ป่วยตอบเองซึ่งประกอบด้วยเครื่องมือวัดย่อย 2 อย่างคือ self-reflectiveness (ประเมินตัวเองใหม่โดยดูความเป็นจริง; objective reappraisal) และ self-certainty (มั่นใจในความเชื่อของตนเองมากขึ้น) คะแนนสรุปโดยลบคะแนนself-certainty ออกจากคะแนน Self-reflectiveness ผลต่างนี้เรียกว่า reflectiveness- certainty index</p> <p>ใช้ Comprehensive Module Test ใช้ในการประเมินความรู้เกี่ยวกับทักษะเฉพาะอย่างและข้อมูลที่สอนใน cognitive behavioral social skills training</p>
การจัดกระทำที่ใช้ในการวิจัย	<p>กลุ่มควบคุม ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามปกติที่เคยปฏิบัติอยู่</p> <p>กลุ่มทดลอง ได้รับการดูแลตามปกติที่เคยปฏิบัติอยู่ร่วมกับได้รับการบำบัด Cognitive behavioral social skills training ผู้ป่วยได้รับจิตบำบัดเป็นกลุ่มทุกสัปดาห์จำนวน 24 ครั้งๆละ 2 ชั่วโมง โดยมีพักกลางวันครึ่งชั่วโมง (มีอาหารกลางวันให้) คู่มือบำบัดรวมสมุดแบบฝึกหัดของผู้ป่วยซึ่งมีแบบฟอร์มการบ้านอยู่ ส่วนที่เป็นการฝึกทักษะทางสังคมมีพื้นฐานจาก Psychiatric Rehabilitation Consultants ส่วนที่เป็น CBT ถูกพัฒนาเฉพาะสำหรับผู้ป่วย schizophrenia มีการเพิ่มความช่วยเหลือเพื่อชดเชยความบกพร่องทางการรับรู้ด้วยซึ่งเป็นปัญหาธรรมดาทั้งในโรคจิตเภทและผู้สูงอายุ การปรับเนื้อหาตามอายุประกอบด้วยการระบุและท้าทายความเชื่อเรื่องการมีอายุมาก (เช่น “ฉันแก่เกินไปที่จะเรียน”) การแสดงบทบาทจำลองที่เกี่ยวข้องกับอายุ (เช่น คุยกับแพทย์เรื่องแว่นสายตา) และการแก้ไขปัญหาก็เกี่ยวกับอายุโดยเฉพาะ (เช่น การเดินทาง ปัญหาเรื่องการได้ยินและการมองเห็น) ดังนั้น cognitive behavioral social skills training จึงตั้งเป้าที่ความบกพร่องหลายประการซึ่งนำไปสู่การไร้ความสามารถ ในผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ</p>

ตาราง 5 ผลการวิเคราะห์ผลการศึกษา

งานวิจัยที่ 4 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
การจัดกระทำที่ใช้ในการวิจัย (ต่อ)	<p>ใน โมดูลการทำทลายความคิด (thought-challenging module) ผู้ป่วยใช้การบันทึกความคิดและการบ้านเพื่อระบุความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์และพฤติกรรม และพวกเขาจะระบุความคิดพลาดในการคิด ผู้ป่วยทดลองทางพฤติกรรมเพื่อรวบรวมหลักฐานในการประเมินความเชื่อของพวกเขา ความคิดหลักที่เป็นเป้าหมายคือความเชื่อเกี่ยวกับเสียงที่ได้ยิน (เช่น “พระเจ้ากำลังพูด” “เสียงนั้นสามารถทำร้ายฉันได้”) และเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการหลงผิดในการทำให้การเรียนรู้ง่ายขึ้นและเพื่อช่วยผู้ป่วยจำได้ว่าต้องใช้เทคนิคการรับรู้ในชีวิตประจำวัน จึงมีอุปกรณ์ช่วยจำให้ (เช่น การ์ดเคลือบพลาสติกขนาดกระเป๋าใส่เงินพิมพ์ว่า “The 3Cs: Catch it – identify the thought, Check it – examine evidence, Change it.”; ระบุความคิด, ตรวจสอบหลักฐาน, เปลี่ยนความคิด)</p> <p>โมดูลการขอความช่วยเหลือสนับสนุน (asking for support module) เป้าหมายหลักเพื่อพัฒนาทักษะการสื่อสารและการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม การฝึกนี้ใช้การแสดงบทบาทสมมุติซึ่งเน้นที่การรายงานอาการให้แพทย์ฟัง การแสดงความรู้สึกทางบวกและลบ การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมอย่างมั่นใจ และการพัฒนาจิกรรรมนันทนาการในชีวิตประจำวัน</p> <p>โมดูลการแก้ไขปัญหา (solving problems module) มีการสอนทักษะการแก้ไขปัญหาโดยใช้อักษรย่อ “SCALE” ซึ่งย่อมาจาก “Specify, Consider possible solutions, Assess the best solution, Lay out a plan, and Execute and evaluate the outcome.” (ระบุปัญหา พิจารณาวิธีแก้ไขต่างๆที่เป็นไปได้ ประเมินวิธีแก้ไขที่ดีที่สุด วางแผน และปฏิบัติและประเมินผลลัพธ์) มีการเน้นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับโรคและการไร้ความสามารถ รวมทั้งการรับมือกับอาการ สิ่งที่ทำให้เกิดความเครียด (เช่น คนที่รักเสียชีวิต) การรับประทานยา การใช้</p>

ตาราง 5 ผลการวิเคราะห์ผลการศึกษา

งานวิจัยที่ 4 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
การจัดกระทำที่ใช้ในการวิจัย (ต่อ)	<p>ระบบขนส่งสาธารณะ กิจกรรมนันทนาการ อนามัยและโภชนาการ และการซื้อแว่นสายตาและเครื่องช่วยได้ยิน</p> <p>ระยะเวลา ความถี่ของโปรแกรม</p> <p>ได้รับการบำบัดเป็นกลุ่มสัปดาห์ละครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมง เป็นเวลา 24 สัปดาห์</p> <p>ผู้บำบัด</p> <p>นักจิตวิทยาระดับปริญญาเอกหรือนักศึกษาระดับบัณฑิตวิทยาลัยปีสุดท้ายในสาขาวิชาจิตวิทยาคลินิกซึ่งได้รับผ่านการฝึกงานอย่างน้อยในระดับปริญญาโทและมีประสบการณ์ทางคลินิกอย่างน้อย 2 ปีในการบำบัดแบบ cognitive behavioral social skills training นักบำบัดสองคนเป็นผู้นำแต่ละกลุ่ม</p>
ผลการวิจัย	<p>-หลังการบำบัดผู้ป่วยกลุ่มทดลอง มีการทำกิจกรรมในสังคมในสังคมบ่อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ</p> <p>-หลังการบำบัดผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีการรับรู้และเข้าใจอย่างถ่องแท้ (cognitive insight) มากกว่า ยึดถือข้อเท็จจริงในการพิจารณาอาการทางจิตมากกว่า และแสดงออกว่ามีความเชี่ยวชาญในทักษะมากกว่ากลุ่มควบคุมซึ่งเกี่ยวข้องกับนัยสำคัญกับการลดอาการทางบวก (positive symptoms)</p>
การนำเอาความรู้จากงานวิจัยไปใช้	<p>ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังวัยกลางคนและสูงอายุที่ได้รับการบำบัดด้วย cognitive behavioral social skills training ได้เรียนรู้ทักษะในการใช้กลไกทางจิต (coping skills) มีประเมินอาการที่ผิดปกติด้วยข้อเท็จจริงมากขึ้น และพัฒนาด้านการทำหน้าที่ในสังคมมากขึ้น การบำบัดเพียง 3 เดือนก็เพียงพอแล้วในการทำ cognitive behavioral social skills training ในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังวัยกลางคนและสูงอายุ</p>

ตาราง 5 ผลการวิเคราะห์ผลการศึกษา

งานวิจัยที่ 5

ชื่อเรื่องงานวิจัย Effects of social skills training on improving social skills of patients with schizophrenia	
ผู้แต่ง Chien, H.C., Ku, C. H., Lu, R.B., Chu, H.,Tao,Y.H., & Chou, K.R.	
ปี 2003	
หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์	เพื่อศึกษาผลของการฝึกทักษะทางสังคมด้านการสื่อสารกับผู้อื่น และการแสดงออกถึงความคิดและความต้องการของตนเองอย่างเหมาะสมในผู้ป่วยจิตเภท
แบบการวิจัย	Randomized Controlled Trial (RCT)
ระดับงานวิจัย	A
กลุ่มตัวอย่าง	เกณฑ์การคัดเลือก ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น schizophrenia ตาม DSM-IV จำนวน 78 คน โดยสุ่มเข้ากลุ่มทดลอง 35 คน กลุ่มควบคุม 43 คน
สถานที่ดำเนินการศึกษา	ผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวชในประเทศไทยได้หวัน
ผลลัพธ์	ผลลัพธ์ ทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่การสื่อสารกับผู้อื่นและทักษะการแสดงออกถึงความคิดและความต้องการของตนเอง ซึ่งมีการวัด 4 ครั้ง <ul style="list-style-type: none"> - วัดก่อนได้รับการฝึก - วัดหลังการฝึกครั้งที่ 4 - วัดหลังการฝึกครั้งที่ 8 - วัดหลังสิ้นสุดการฝึก 1 เดือน
เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลลัพธ์	1. Interpersonal Communication Satisfaction Scale พัฒนาโดย Hecht(1978) และได้ถูกแปลและปรับปรุงโดยSun (1992) การแปลผลคะแนน ถ้าคะแนนสูงหมายความว่าคนๆนั้นรู้สึกพอใจกับผลของการสื่อสารของเขากับผู้อื่น2. Assertive Skill Scale มีพื้นฐานจากการวัดทัศนคติในการใช้ชีวิตของบุคคล(individual living attitude scale) รวบรวมโดย Cai (1983) ซึ่งให้ผู้ป่วยให้คะแนน 1-6 ตาม Likert scale

ตาราง 5 ผลการวิเคราะห์ผลการศึกษา

งานวิจัยที่ 5 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลลัพธ์ (ต่อ)	<p>ว่าแต่ละคำถามตรงกับสถานการณ์ปัจจุบันในชีวิตของตนแค่ไหนถ้าคะแนนสูงหมายความว่ามีความผิดปกติการแสดงออกถึงความคิดและความต้องการอย่างเหมาะสมสูง</p> <p>3. การวัดกลุ่มอาการด้านบวกและอาการด้านลบ (Positive & Negative Syndrome) พัฒนาโดย Kay, Opler และ Fiszbein (1992) มีการวัดย่อย 4 อย่าง ได้แก่ อาการด้านบวก (positive syndrome) อาการด้านลบ (negative syndrome) พยาธิสภาพทางจิตโดยทั่วไป (general psychopathology) และความเสี่ยงที่จะก้าวร้าว (aggression risk) ประเมินอาการจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วย ถ้าผู้ป่วยมีคะแนนสูงหมายความว่ามีความรุนแรง</p> <p>4. Interaction Anxiousness Scale ใช้ในการวัดระดับความวิตกกังวลเมื่อมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น เป็นแบบประเมินตนเอง 15 ข้อ โดยให้คะแนน 1-5 ตาม Likert scale ดังนั้นคะแนนรวมมีตั้งแต่ 15 คะแนนคือวิตกกังวลเล็กน้อยจนถึง 75 คะแนนคือมีความวิตกกังวลรุนแรง</p>
การจัดกระทำที่ใช้ในการวิจัย	<p>กลุ่มควบคุม ผู้ป่วย 43 คนได้รับการดูแลพื้นฐานในขณะที่รักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล</p> <p>กลุ่มทดลอง ผู้ป่วย 35 คนได้รับการฝึกทักษะทางสังคมเพิ่มจากการดูแลพื้นฐาน รายละเอียดเนื้อหาและกลวิธีดำเนินโปรแกรม ผู้นำกลุ่มกำหนดสถานการณ์และอธิบายถึงปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้น และฝึกทักษะที่จะเผชิญกับสถานการณ์นั้นล่วงหน้า วิธีการฝึกทักษะของการติดต่อสื่อสารกับผู้อื่นและทักษะการแสดงออกถึงความคิดและความต้องการของตนเองอย่างเหมาะสม แบ่งออกเป็น 5 ส่วน คือการอธิบาย การสาธิต การแสดงบทบาทสมมุติ การให้ข้อมูลย้อนกลับ และการให้ฝึกทำเป็นการบ้าน</p>

ตาราง 5 ผลการวิเคราะห์ผลการศึกษา

งานวิจัยที่ 5 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
การจัดกระทำที่ใช้ในการวิจัย (ต่อ)	<p>ระยะเวลา ความถี่ของโปรแกรม</p> <p>การฝึกทักษะทางสังคม ใช้การฝึกครั้งละ 60 นาที สองครั้งต่อสัปดาห์ รวมทั้งหมด 8 ครั้ง</p> <p>กลวิธีดำเนินโปรแกรม</p> <p>ในการบำบัดแต่ละครั้งนั้น 10 นาทีแรกเป็นการอุ่นเครื่อง (warm up) และทบทวนการบ้าน 40 นาทีถัดมาใช้ในการอธิบาย การสาธิตและแสดงบทบาทสมมติ และ 10 นาทีสุดท้ายเป็นการให้feedback และแลกเปลี่ยนความคิดเห็น</p> <p>ผู้บำบัด</p> <p>ผู้นำกลุ่มและผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม เป็นผู้ที่มิประสบการณ์ทางคลินิกในแผนกจิตเวชมา 7 ปี และมีประสบการณ์ในการเป็นผู้นำกลุ่มและผู้ช่วยผู้นำกลุ่มทักษะทางสังคม</p>
ผลการวิจัย	<p>-กลุ่มที่ได้รับการฝึกทักษะทางสังคมมีทักษะในการสนทนา และทักษะในการแสดงออกถึงความคิดและความต้องการของตนเองอย่างเหมาะสมดีขึ้น ทั้งในช่วงระหว่างการบำบัด หลังการบำบัดและระยะติดตามผล</p> <p>- กลุ่มที่ได้รับการฝึกทักษะทางสังคม มีทักษะในการสนทนาและทักษะในการแสดงออกถึงความคิดและความต้องการของตนเองอย่างเหมาะสมดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการฝึกทักษะทางสังคมทุกช่วงของการวัด</p>
การนำเอาความรู้จากงานวิจัยไปใช้	<p>จากการศึกษาการฝึกทักษะทางสังคมด้านการสื่อสารกับผู้อื่นและการแสดงออกถึงความคิดและความต้องการของตนเองอย่างเหมาะสม พบว่าทักษะด้านการสื่อสารกับผู้อื่นและการแสดงออกถึงความคิดและความต้องการของตนเองอย่างเหมาะสมมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆตามจำนวนครั้งของการบำบัดที่เพิ่มขึ้น ดังนั้นถ้ามีระยะเวลาการฝึกสั้นๆสามารถปรับเปลี่ยนการฝึกโดยลดลงเหลือเฉพาะการฝึกทักษะเดียวเพื่อให้เหมาะสมสำหรับการดูแลช่วยเหลือ</p>

ตาราง 5 ผลการวิเคราะห์ผลการศึกษา

งานวิจัยที่ 5 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
การนำเอาความรู้จากงานวิจัยไปใช้ (ต่อ)	ในระยะสั้น ดังนั้นการศึกษานี้จึงเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์อีกอย่างหนึ่ง ที่จะนำไปใช้ประกอบเป็นแนวทางในการใช้โปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภทต่อไป

ตาราง 5 ผลการวิเคราะห์ผลการศึกษา

งานวิจัยที่ 6

ชื่อเรื่องงานวิจัย	Improving social functioning in schizophrenia by playing the train game
ผู้แต่ง	Torres, A., Mendez, L. P., Merino, H., & Moran, E. A.
ปี	2002
หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์	เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการเล่นเกมรถไฟในการพัฒนาทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท
แบบการวิจัย	Randomized Controlled Trial (RCT)
ระดับงานวิจัย	A
กลุ่มตัวอย่าง	- ผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นผู้ป่วยซึ่งได้เข้าศูนย์ฟื้นฟูช่วงกลางวันของโรงพยาบาลจำนวน 49 คนซึ่งพูดภาษาสเปนได้ เป็นผู้ชาย 36 คน และเป็นผู้หญิง 13 คน ผู้ป่วยมีอายุ 18-50 ปี 80% ของผู้ป่วยมีอายุระหว่าง 25-40 ปี ระยะเวลาเฉลี่ยที่ป่วยเป็น 8 ปีผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังโสด อาศัยอยู่ในเขตเมืองกับครอบครัวและไม่ได้ทำงาน - ได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์ DSM-IV ว่าเป็น schizophrenia - กำลังได้รับยา antipsychotic
สถานที่ดำเนินการศึกษา	โรงพยาบาล Xeral-Cies ในเมือง Vigo ประเทศสเปน
ผลลัพธ์	การทำหน้าที่ทางสังคม ประกอบด้วย - พฤติกรรมการแยกตัวจากสังคม - การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น - ความสามารถในการที่จะทำอะไรได้ด้วยตัวเอง - ความสามารถในการดำเนินงานได้ด้วยตนเอง - กิจกรรมนันทนาการ - กิจกรรมที่ส่งเสริมการเข้าสังคม - การทำงาน
เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลลัพธ์	เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ Social Functioning Scale เครื่องมือนี้ประกอบด้วย 7 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมการแยกตัวจากสังคม การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ความสามารถในการที่จะทำอะไรได้ด้วยตัวเอง ความสามารถที่จะดำเนินการอะไรได้ด้วยตนเอง กิจกรรม

ตาราง 5 ผลการวิเคราะห์ผลการศึกษา

งานวิจัยที่ 6 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลลัพธ์	นันทนาการ กิจกรรมที่ส่งเสริมการเข้าสังคม และการทำงาน เครื่องมือนี้ผู้ป่วยและญาติที่ใกล้ชิดคนหนึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูล
การจัดกระทำที่ใช้ในงานวิจัย	<p>ผู้ป่วยถูกสุ่มให้อยู่ใน 1 จาก 3 กลุ่ม ดังนี้</p> <p>กลุ่มที่ 1 จำนวน 19 คน เข้าร่วมโปรแกรมที่มี EI Tren (The train) การฝึกทักษะทางสังคม การฝึก psychomotor skills และ อาชีวะบำบัด</p> <p>กลุ่มที่ 2 จำนวน 16 คน เข้าร่วมการฝึกทักษะทางสังคม การฝึก psychomotor skills และอาชีวะบำบัดแต่ไม่ได้เล่น EI Tren</p> <p>กลุ่มที่ 3 จำนวน 14 คน ได้รับอาชีวะบำบัดเท่านั้น</p> <p>ผู้ป่วยในกลุ่มที่ 1 เล่น EI Tren หนึ่งชั่วโมงต่อสัปดาห์</p> <p>ผู้ป่วยในกลุ่มที่ 1 และ 2 ได้รับการฝึกทักษะทางสังคมและการฝึก psychomotor skills สามชั่วโมงต่อสัปดาห์</p> <p>ผู้ป่วยทั้งสามกลุ่มได้รับอาชีวะบำบัดห้าชั่วโมงต่อสัปดาห์</p> <p>การบำบัดนี้นาน 6 เดือน (จากเดือนมกราคมถึงเดือนกรกฎาคม 2000)</p> <p>EI Tren (The train) เป็นเกมกระดานอย่างหนึ่งที่สร้างขึ้นให้เหมาะกับผู้ป่วยจิตเภท อย่างแรกเกมนี้สร้างโดยคำนึงถึงพฤติกรรม และเน้นที่การเสริมแรงทางบวกและการปรับพฤติกรรม อย่างที่สองคือตอบสนองง่ายต่อข้อจำกัดทางการรับรู้ของผู้เล่น โดยเน้นที่การทำซ้ำและการเรียนรู้อย่างเป็นกระบวนการ อย่างที่สามคือมันถูกออกแบบให้เอาชนะอาการทางลบของผู้เล่น โดยให้ความเพลิดเพลิน และสนุกสนาน เกม EI Tren เป็นการจำลองการเดินทางโดยรถไฟ ซึ่งเมื่อรถไฟผ่านสถานีแต่ละแห่ง ผู้เล่นจะพบกับปัญหาที่ไม่ได้คาดคิดมาก่อนและให้แก้ไขปัญหานั้นผู้ป่วยถูกจัดเป็น 4 ทีม แต่ละทีมมีผู้เล่น 2-4 คน ในขณะที่นักบำบัดทำหน้าที่เป็นผู้ควบคุมรถไฟเพื่อช่วยให้เดินทางไปถึงจุดหมายปลายทาง ระหว่างทางผู้ป่วยได้พัฒนาทักษะการแก้ไขปัญหา ทักษะการพูดคุยสื่อสาร ทักษะการ</p>

ตาราง 5 ผลการวิเคราะห์ผลการศึกษา

งานวิจัยที่ 6 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
<p>การจัดการกระทำที่ใช้ในงานวิจัย (ต่อ)</p>	<p>จัดการ โรคด้วยตนเองรวมถึงการเรียนรู้วิธีแยกแยะระหว่างสถานการณ์ทางบวกและทางลบ นอกจากนี้ยังมีเทคนิคการแก้ไขการรับรู้ซึ่งถูกออกแบบเพื่อเอาชนะความบกพร่องด้านการเรียนรู้ของผู้ป่วย EI Tren เป็นเกมกระดานซึ่งใช้ลูกเต๋า บัตรเกม และบัตรทดสอบ ผู้เล่นแต่ละทีมผลัดกันโยนลูกเต๋าและเดินตัวหมากของตนเองบนกระดาน ช่องต่างๆบนกระดานบอกผู้เล่นให้เลือกบัตรเกมหนึ่งใบซึ่งจะระบุสถานีรถไฟที่ผู้เล่นต้องเดินทางไปสถานีนั้นผู้เล่นจะหยิบบัตรทดสอบหนึ่งใบ ซึ่งบอกปัญหาที่ทีมต้องพยายามแก้ไข เมื่อแก้ปัญหาได้สำเร็จทีมจะได้รับดาวหนึ่งดวง เมื่อจบการเดินทางทีมที่มีดาวมากที่สุดจะเป็นผู้ชนะในเกมนี้ ซึ่งใช้เวลานานประมาณ 60-90 นาที</p> <p>การฝึก Psychomotor skills รวมการออกกำลังกายหลายอย่างที่ช่วยพัฒนาการทรงตัว จังหวะและการทำงานประสานกันของร่างกาย การออกกำลังกายได้ถูกออกแบบเพื่อสนับสนุนผู้ป่วยให้นำกิจกรรมนี้ไปใช้ในชีวิตประจำวัน โดยการออกกำลังกายแบบแอโรบิกทำให้ผู้ป่วยสดชื่น ส่งเสริมสุขภาพและสนุกซึ่งนักนักนันทนาการบำบัดที่ได้รับการฝึกแล้วเป็นผู้บำบัด</p> <p>การฝึกทักษะทางสังคมเน้นที่การพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยในการแสดงออกทางคำพูด การใช้ท่าทาง ในการส่งเสริมให้มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เป้าหมายของโปรแกรมเพื่อสอนผู้ป่วยในการที่จะรับประมวผล และส่งสัญญาณในการที่จะสื่อสารทางสังคม (social communication signals) อาชีวะบำบัดประกอบด้วยกิจกรรมหลากหลายที่ออกแบบมาเพื่อพัฒนาการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อมัดเล็กและมัดใหญ่ และใช้เทคนิคทางศิลปะและหัตถกรรมเป็นหลัก</p>
<p>ผลการวิจัย</p>	<p>กลุ่มที่ 1 มีการพัฒนาขึ้นในด้าน</p> <ul style="list-style-type: none"> - พฤติกรรมการแยกตัวจากสังคม

ตาราง 5 ผลการวิเคราะห์ผลการศึกษา

งานวิจัยที่ 6 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการวิจัย (ต่อ)	<ul style="list-style-type: none"> - การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น - กิจกรรมนันทนาการ - การทำงาน <p>กลุ่มที่ 2 มีการพัฒนาขึ้นในด้าน</p> <ul style="list-style-type: none"> - พฤติกรรมการแยกตัวจากสังคม - การดำเนินการโดยอิสระ - การทำงาน <p>กลุ่มที่ 3 มีการพัฒนาขึ้นในด้าน</p> <ul style="list-style-type: none"> - กิจกรรมส่งเสริมการเข้าสังคม
การนำเอาความรู้จากงานวิจัยไปใช้	<p>จากผลการศึกษาพบว่า การพัฒนาการทำหน้าที่ทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภทโดยการเล่นเกมรถไฟ ร่วมกับกิจกรรมอื่นๆ ได้แก่ การฝึกทักษะทางสังคม psychomotor skills training การฝึกทักษะทางสังคม psychomotor skills training มีประสิทธิภาพในการเพิ่ม Social Functioning ได้มากกว่า</p> <p>ดังนั้นการศึกษานี้จึงเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์อีกอย่างหนึ่งที่จะนำไปเป็นแนวทางในการใช้โปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภทต่อไป</p>

ตาราง 5 ผลการวิเคราะห์ผลการศึกษา

งานวิจัยที่ 7

ชื่อเรื่องงานวิจัย	Work-related social skills training for people with schizophrenia in Hong-Kong
ผู้แต่ง	Tsang, H. W., & Pearson, V.
ปี	2001
หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์	ศึกษาโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังเพื่อพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยในการหางานทำ และรักษางานนั้นไว้
แบบการวิจัย	Randomized Controlled Trial (RCT)
ระดับงานวิจัย	A
กลุ่มตัวอย่าง	<p>ผู้เข้าร่วมวิจัยจำนวน 97 คนจากสถานพักฟื้นทางจิตและที่อยู่อาศัยในฮ่องกง เกณฑ์การเลือกมีดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. เต็มใจที่จะเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม 2. อายุระหว่าง 18-50 ปี 3. ไม่มีงานทำ 4. เคยประกอบอาชีพผู้ใช้แรงงาน เสมียน หรืออุตสาหกรรมบริการ 5. ระดับการศึกษา: ไม่น้อยกว่า 5 ปีในโรงเรียนประถม และไม่น้อยกว่า 5 ปีในโรงเรียนมัธยม 6. อยู่ในโรงพยาบาลไม่น้อยกว่า 1 ปีติดต่อกัน 7. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ซึ่งจดทะเบียนในฮ่องกงว่าเป็น Schizophrenia 8. ไม่มีควมบกพร่องทางการเรียนรู้
สถานที่ดำเนินการศึกษา	สถานพักฟื้นทางจิตในฮ่องกง
ผลลัพธ์	<ol style="list-style-type: none"> 1. ความสามารถในการหางานของผู้ป่วยจิตเภท 2. ความสามารถในการรักษางานของผู้ป่วยจิตเภท
เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลลัพธ์	เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยนี้ ประกอบด้วยเครื่องมือวัดความสามารถทางสังคมที่เกี่ยวกับการทำงานสองส่วน รายการตรวจสอบแรงจูงใจและแบบสอบถามสำหรับติดตามผลซึ่งพัฒนาสำหรับคนฮ่องกงและ

ตาราง 5 ผลการวิเคราะห์ผลการศึกษา

งานวิจัยที่ 7 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลลัพธ์ (ต่อ)	<p>ตรวจสอบแล้วว่าแม่นยำ ดังนี้</p> <p>1. เครื่องมือวัดความสามารถทางสังคมที่เกี่ยวกับการทำงานซึ่งมีสองส่วน</p> <p>ส่วนแรกเป็นรายการตรวจสอบซึ่งให้ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบเอง เป็นการวัดว่าผู้ป่วยคิดว่าตนเองมีความสามารถทางสังคมที่เกี่ยวกับการทำงานและการรักษางานไว้แค่ไหน รายการมี 10 ข้อ (Appendix) ซึ่งมาจากผลของแบบสอบถามเกี่ยวกับสถานการณ์ที่ผู้ป่วยจิตเภทอาจจะพบในที่ทำงานและเมื่อพวกเขา มองหางาน ผู้เข้าร่วมงานวิจัยให้คะแนนแต่ละข้อตามความยากลำบากที่พวกเขาพบเมื่ออยู่ในสถานการณ์แต่ละอย่าง คะแนนยิ่งสูงหมายถึงผู้ป่วยยิ่งคิดว่าตนเองมีความสามารถ</p> <p>ส่วนที่สองเป็นการแสดงบทบาทต่างๆซึ่งวัดการปฏิบัติตนในสังคมของผู้เข้าร่วมวิจัยในสถานการณ์เกี่ยวกับการทำงานที่จำลองขึ้น มีสองสถานการณ์คือการสัมภาษณ์งานและการขอลาหยุดกะทันหัน 1 วันกับหัวหน้า ทั้งสองสถานการณ์ซึ่งเป็นตัวแทนของการทำงานและการรักษางานได้ถูกเลือกขึ้นมาเนื่องจากผู้ใช้แรงงาน ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทที่อาการดีขึ้นแล้วและผู้ให้การรักษาทางจิตเวชมีความเห็นที่เกี่ยวข้องอย่างมาก</p> <p>ผู้เข้าร่วมวิจัยร่วมเล่นบทบาทสมมุติกับบุคลากรที่ได้รับการอธิบายชัดเจนแล้ว (เป็นนักกิจกรรมบำบัดหรือนักสังคมสงเคราะห์ในงานวิจัย) ซึ่งแสดงเป็นผู้สัมภาษณ์ในสถานการณ์แรกและแสดงเป็นหัวหน้าในสถานการณ์ที่สอง มีการบันทึกการแสดงบทบาทด้วยกล้องวิดีโอและประเมินโดยผู้ให้คะแนนอิสระซึ่งได้รับการฝึกสำหรับงานนี้ พฤติกรรมที่ถูกประเมิน ได้แก่ ทักษะเบื้องต้นในการเอาตัวรอดในสังคม ทักษะทางสังคมเบื้องต้นซึ่งเกี่ยวกับคุณภาพของเสียงและการสื่อสารทั้งที่เป็นคำพูดและไม่ใช่คำพูด และการปฏิบัติตนโดยรวมจากสถานการณ์สองแบบนั้น ผู้ประเมินให้คะแนน 5</p>

ตาราง 5 ผลการวิเคราะห์ผลการศึกษา

งานวิจัยที่ 7 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลลัพธ์ (ต่อ)	<p>ระดับโดย 4 หมายถึงปฏิบัติตนได้ปกติ และ 0 หมายถึงปฏิบัติตนไม่ได้</p> <p>ได้มีการทดสอบความเชื่อถือได้และความถูกต้องของเครื่องมือนี้กับบุคคลสองกลุ่ม กลุ่มแรกประกอบด้วยผู้ป่วยจิตเภท 80 คน จากศูนย์บริการของสถานฟื้นฟูซึ่งไม่ใช่ของรัฐบาล กลุ่มที่สองประกอบด้วยคนทำงานปกติ 60 คน โดยที่ 18 คนหามาโดยผ่านสหภาพแรงงานและ 42 คนส่มจากการสัมภาษณ์คนที่เดินผ่านไปมาในเขตอุตสาหกรรม 90 คน คนทั้งสองกลุ่มถูกทดสอบกับเครื่องมือซึ่งพัฒนาขึ้นมาใหม่เพื่อใช้วัดทักษะทางสังคมที่เกี่ยวกับการทำงาน ความน่าเชื่อถือของแบบสอบถามซึ่งให้ตอบเองเป็น 0.80 ($p < 0.01$) correlation coefficient ระหว่างคะแนน test และ retest (ในช่วงเวลา 2 สัปดาห์) เป็น 0.78 ($p < 0.01$) ความแตกต่างระหว่างคะแนนรวมของผู้ที่เป็นจิตเภท และคนปกติมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ ($t = 2.51$, $df = 138$) ความน่าเชื่อถือของการทดสอบการแสดงบทบาทเป็น 0.96 ($p < 0.01$) correlation coefficient ของคะแนนรวมระหว่างผู้ให้คะแนนสองคนซึ่งไม่ทราบเกี่ยวกับกลุ่มที่ผู้ป่วยอยู่เป็น 0.80 ($p < 0.01$) ความแตกต่างระหว่างคะแนนรวมของผู้ป่วยจิตเภทและคนปกติมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ ($t = 2.51$, $df = 138$) ความน่าเชื่อถือของการทดสอบการแสดงบทบาทเป็น 0.96 ($p < 0.01$) correlation coefficient ของคะแนนรวมระหว่างผู้ให้คะแนนสองคนซึ่งไม่ทราบเกี่ยวกับกลุ่มที่ผู้ป่วยอยู่เป็น 0.80 ($p < 0.01$) ความแตกต่างระหว่างคะแนนรวมของผู้ป่วยจิตเภท และคนปกติมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p < 0.01$ $t = 2.58$, $df = 58$) ผลที่ได้เหล่านี้ชี้ว่าเครื่องมือนี้เชื่อถือได้และสามารถบอกความแตกต่างระหว่างกลุ่มได้ (criterion validity)</p> <p>2. เครื่องมือวัดแรงจูงใจ Motivation checklist เพื่อวัดแรงจูงใจของผู้เข้าร่วมวิจัยในการเข้าโปรแกรมฝึกทักษะทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับ</p>

ตาราง 5 ผลการวิเคราะห์ผลการศึกษา

งานวิจัยที่ 7 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลลัพธ์	<p>การทำงานทัศนคติของพวกเขาที่มีต่อโปรแกรมก่อนเข้าร่วมวิจัย และแรงจูงใจในการหางาน ส่วนที่เน้นแรงจูงใจในการเข้าโปรแกรม มี 10 ข้อ โดยที่ 3 ข้อเป็นคำถามทั่วไปเกี่ยวกับความเต็มใจและแรงจูงใจในการเข้าโปรแกรมและแรงจูงใจในการหางาน นอกจากนี้มีคำคุณศัพท์ 7 คู่ที่ใช้อธิบายความรู้สึกของผู้เข้าร่วมวิจัยซึ่งมีผลกระทบต่อแรงจูงใจ คำคุณศัพท์ ได้แก่ วิตกกังวล-ผ่อนคลาย เศร้า-มีความสุข เบื่อ-ตื่นเต้น ไม่สนใจ-น่าท้าทาย ง่าย-ยาก ไม่มีประโยชน์-มีประโยชน์ และมองโลกในแง่ร้าย-มองโลกในแง่ดี ผู้เข้าร่วมวิจัยต้องให้คะแนนความรู้สึก 7 ระดับคือ 1-7 motivation checklist มีจุดประสงค์เพื่อวัดความแตกต่าง ระหว่างแรงจูงใจในการหางานของผู้เข้าร่วมวิจัยก่อนเริ่มฝึก แรงจูงใจไม่ได้ถูกตั้งให้เป็นตัววัดผลลัพธ์ ดังนั้นจึงไม่มีการวิเคราะห์การประเมินหลังการฝึก</p> <p>แบบสอบถามสำหรับติดตามผล แบบสอบถามนี้ถูกออกแบบเพื่อวัดผลลัพธ์ที่เกี่ยวข้องกับสถานะการจ้างงานของผู้เข้าร่วมวิจัย หลังจบโปรแกรม โดยถามจำนวนการสัมภาษณ์งานที่ไป จำนวนงานที่ได้ เหตุผลในการออกจากงาน ระดับความพอใจในงาน และคุณภาพของความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน</p>
การจัดกระทำที่ใช้ในงานวิจัย	<p>การออกแบบการทดลองมี 3 กลุ่ม โดยการสุ่มเลือกจากที่พักอาศัย เข้ากลุ่มทดลองหนึ่งในสามกลุ่ม ดังนั้นในแต่ละกลุ่มจึงมีสมาชิกจากแต่ละศูนย์ 3 แห่ง</p> <p>กลุ่มที่ 1 ได้รับการฝึกทักษะทางสังคมพร้อมทั้งการติดต่อจากสมาชิกกลุ่มและผู้ฝึก</p> <p>กลุ่มที่ 2 ได้รับการฝึกทักษะทางสังคมแต่ไม่ได้รับการติดต่อ</p> <p>กลุ่มที่ 3 เป็นกลุ่มเปรียบเทียบและได้รับการดูแลทางจิตเวชตามมาตรฐานสำหรับผู้ป่วยนอก</p> <p>โปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมโดยเริ่มจากความรู้พื้นฐานเรื่องทักษะทางสังคม (เช่น สีหน้า ท่าทาง) และทักษะการอยู่รอดใน</p>

ตาราง 5 ผลการวิเคราะห์ผลการศึกษา

งานวิจัยที่ 7 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
<p>การจัดกระทำที่ใช้ในงานวิจัย (ต่อ)</p>	<p>สังคม (เช่น บุคลิกภาพ ความเป็นระเบียบ) ตามด้วยทักษะหลักเกี่ยวกับการทำงานรวมทั้งการหางาน และรักษางานไว้ เช่น การขอลาหยุดกะทันหัน โปรแกรมการฝึกประกอบด้วยการฝึกเป็นกลุ่ม แต่ละกลุ่มมีสมาชิก 6-8 คน ผู้ป่วยทุกกลุ่มได้ผ่านทักษะทางสังคมพื้นฐาน เช่น การฝึกทักษะการสื่อสารทั้งที่เป็นคำพูดและการสื่อสารที่เป็นภาษาท่าทาง การแสดงออกถึงความคิดและความต้องการของตนเองอย่างเหมาะสม การแต่งกาย การนำเสนอตนเอง การทักทาย และการสนทนาเบื้องต้น มีการฝึกเกี่ยวกับโปรแกรมหลัก 10 ครั้ง (การหางานและรักษางาน) เริ่มด้วยการทบทวนทักษะพื้นฐานก่อน แล้วจึงเรียนรู้ทักษะที่เกี่ยวข้องกับการหางานและรักษางานไว้ (เช่น การโทรศัพท์เพื่อขอสัมภาษณ์งาน การปฏิบัติตนเมื่อไปสัมภาษณ์) ทักษะที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์เฉพาะแบบในที่ทำงานที่อาจจะสร้างปัญหา (เช่น การจัดการความขัดแย้ง การชุบชิบนิททา) และทักษะในการแก้ปัญหา โปรแกรมนี้เน้นที่ความจำเป็นในการนำทักษะที่ได้จากสถานการณ์หนึ่งไปใช้ในอีกสถานการณ์หนึ่งโดยการนำทักษะที่ได้เรียนรู้ในกลุ่มไปฝึกฝนในชีวิตจริง การเรียนแต่ละครั้งมีส่วนประกอบมาตรฐานของการฝึกทักษะทางสังคมคือ กิจกรรมอุ่นเครื่อง การสอน การสาธิต การให้แสดงบทบาท การให้คำแนะนำติชม และการให้การบ้าน ตัวอย่างที่ใช้ในการแสดงบทบาทมาจากตำแหน่งงานที่ผู้ป่วยจิตเภทในฮ่องกงมักจะได้เช่น พนักงานรักษาความปลอดภัยหรือพนักงานทำความสะอาด รวมแล้วมีทั้งหมด 9 ตัวอย่างในโปรแกรมการฝึก</p> <p>ระยะเวลา ความถี่ของโปรแกรม</p> <p>การฝึกเป็นกลุ่มครั้งละ 1 ชั่วโมงครั้งถึง 2 ชั่วโมง สัปดาห์ละ 1 ครั้งเป็นเวลา 10 สัปดาห์ หลังการฝึกมีการติดตามนาน 3 เดือนมีการพบกันทุกเดือนโดยนักอาชีพบำบัดที่เป็นผู้นำกลุ่มสนับสนุนให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเล่าประสบการณ์ในการหางานและรักษางานไว้ทั้งเรื่องความสำเร็จและความยากลำบาก ผู้เข้าร่วมวิจัยช่วยให้กำลังใจซึ่งกัน</p>

ตาราง 5 ผลการวิเคราะห์ผลการศึกษา

งานวิจัยที่ 7 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
การจัดกระทำที่ใช้ในงานวิจัย (ต่อ)	<p>ถ้าผู้ใดไม่ได้มา ผู้นำกลุ่มจะโทรศัพท์ไปหาเพื่อแจ้งว่ามีการคุยกันเรื่องอะไรและดูว่าสบายดีหรือไม่</p> <p>ผู้บำบัด</p> <p>นำโดยนักอาชีวบำบัดที่ได้รับการฝึกมาแล้ว โดยมีผู้ช่วยเป็นเจ้าหน้าที่สังคมสงเคราะห์ที่ไม่ได้รับการฝึกแต่มีประสบการณ์ในการทำงานกับผู้ป่วยกลุ่มนี้</p>
ผลการวิจัย	<p>สามเดือนหลังจากจบโปรแกรมฝึก ผู้เข้าร่วมวิจัย 14 จาก 30 คนในกลุ่มฝึกที่มีการติดตามได้รับการจ้างงานซึ่งเป็นอัตราความสำเร็จ 46.7% ส่วนกลุ่มฝึกที่ไม่มีการติดตามมีผู้เข้าร่วมวิจัย 6 จาก 26 คน ได้รับการจ้างงานซึ่งเป็นอัตราความสำเร็จ 23.1% สำหรับกลุ่มเปรียบเทียบมีผู้เข้าร่วมวิจัยเพียงคนเดียวได้รับการจ้างงานและเป็นอัตราความสำเร็จ 2.4% chi-square test (20.02, df = 2) ของทั้งสามกลุ่มมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$</p> <p>ในกลุ่มฝึกที่มีการช่วยเหลือติดตามนั้น ผู้เข้าร่วมวิจัย 14 คนได้รับการจ้างงานในตำแหน่งที่หลากหลาย (เช่น ผู้ดูแล พนักงานรักษาความปลอดภัย พนักงานเสิร์ฟ เสมียน) โดย 6 คน (42.8%) ไปสัมภาษณ์งานเพียงครั้งเดียวและทำให้ได้งานในปัจจุบัน 7 คน (50%) ได้ทำงานมา 1 – 2 เดือนแล้ว 12 คน (87.7%) ไม่ได้เปลี่ยนงานเลยในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา 13 คน (92.8%) พอใจกับงานและบอกว่าจะมีความสัมพันธ์ที่ดีกับหัวหน้า และส่วนใหญ่ (85.7%) บอกว่าจะมีความสัมพันธ์ที่ดีกับเพื่อนร่วมงานและไม่มีแผนที่จะเปลี่ยนงานหรือลาออก</p>
การนำเอาความรู้จากงานวิจัยไปใช้	<p>การฝึกทักษะทางสังคม โดยเฉพาะการหางานและการรักษา งานเอาไว้มีประโยชน์อย่างยิ่งสำหรับผู้ป่วยจิตเวช สามารถทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสที่จะได้งานเพิ่มขึ้น และจะได้ผลดีมากขึ้นถ้าได้มีการติดตามช่วยเหลือหลังเสร็จสิ้นการฝึก</p>

ตาราง 5 ผลการวิเคราะห์ผลการศึกษา

งานวิจัยที่ 8

ชื่อเรื่องงานวิจัย	Development of an integrated cognitive - behavioral and social skills training intervention for older patients with schizophrenia
ผู้แต่ง	McQuaid,J.R., Granholm, E., McClure, F.S., Roepke, S., Pedrelli, P., Patterson, T.L., et al.
ปี	2000
หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์	เพื่อศึกษาผลของการบำบัดด้วยการปรับพฤติกรรมความคิดร่วมกับการฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ
แบบการวิจัย	case control study
ระดับงานวิจัย	B
กลุ่มตัวอย่าง	-ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Schizophrenia หรือ Schizoaffective disorder ตามเกณฑ์ของ DSM-IV -อายุมากกว่า 45 ปี -มีความมั่นคงทางร่างกายและจิตใจเพียงพอที่จะได้รับการประเมินหลายอย่าง มีผู้ป่วยเข้าร่วมงานวิจัยทั้งหมด 9 คน
สถานที่ดำเนินการศึกษา	Interventions Research Center
ผลลัพธ์	- ความรู้สึกรู้สึกหรือปัญหาด้านอารมณ์ที่ขัดขวางการทำงาน การเข้าสังคม และชีวิตครอบครัว หรือความรับผิดชอบต่อครอบครัวของผู้ป่วย
เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลลัพธ์	1. Sheehan Disability Scale (SDS) เป็นแบบสอบถามที่มี 3 หัวข้อ ซึ่งประเมินระดับความรู้สึกรู้สึกหรือปัญหาด้านอารมณ์ว่าขัดขวางการทำงาน การเข้าสังคม และชีวิตครอบครัวหรือความรับผิดชอบต่อครอบครัวของผู้ป่วยเพียงใด คะแนนที่สูงหมายถึงมีความขัดขวางอย่างมาก มีการประเมินก่อนและหลังการบำบัด 2. Goals Questionnaires ถูกออกแบบสำหรับงานวิจัยนี้เพื่อให้ทราบเป้าหมายที่ผู้ป่วยหวังว่าจะทำสำเร็จในการเข้ากลุ่ม โดยให้กรอกก่อนการบำบัดและหลังจบการบำบัดมีการถามผู้ป่วยว่าทำสำเร็จตามเป้าหมายดังกล่าวหรือไม่

ตาราง 5 ผลการวิเคราะห์ผลการศึกษา

งานวิจัยที่ 8 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
การจัดกระทำที่ใช้ในงานวิจัย	<p>ผู้รับการบำบัดได้รับการฝึกทักษะทางสังคมร่วมกับทักษะการปรับความคิดและพฤติกรรม</p> <p>การบำบัดประกอบด้วย 3 modules แต่ละ module ประกอบด้วย 4 sessions มีทั้งหมด 12 sessions</p> <p>Module แรกเน้นที่ทักษะการปรับความคิดและพฤติกรรมโดยการฝึกผู้ป่วยในเรื่องทักษะการทำทายความคิด ซึ่งประกอบด้วยกระบวนการรับรู้ประเมินว่าการรับรู้ที่มีการบิดเบือนหรือขัดขวางการทำหน้าที่หรือไม่และสร้างความคิดใหม่</p> <p>Module นี้รวม</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.การฝึกผู้ป่วยในเรื่องทักษะการทำทายความคิด 2.ใช้ทักษะเหล่านั้นเพื่อเพิ่มความร่วมมือในการรักษา ทั้งการรับประทานยาและการทำกายภาพบำบัดที่ให้ออกกำลังกาย 3.การฝึกให้รับมือและป้องกันอาการที่จะเกิด 4.ลดความเชื่อที่เกิดจากหลงผิดและประสาทหลอน <p>Module ที่สองเน้นการจัดการอาการด้วยตนเอง การระงับอาการเตือนของการกลับมาเป็นซ้ำ การรับมือกับอาการเหล่านั้น และป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำโดยมีการบ้านให้เฝ้าระวังตนเอง มีการแสดงบทบาทสมมติในการปรึกษาอาการกับแพทย์ Module นี้จึงเป็นการเพิ่มความรู้และรู้ทันโรคทางจิตเวชและให้ทักษะการรับมือเพื่อรับยาอย่างสม่ำเสมอ และสามารถสื่อสารกับผู้ให้การรักษาและผู้ให้การสนับสนุนทางสังคมได้ดีขึ้น</p> <p>Module ที่สามเน้นที่ทักษะเกี่ยวกับการจัดการอาการเรื้อรังเสริมด้วยการปรับความคิดและพฤติกรรม และสนับสนุนการปฏิบัติตามการรักษา โดยเน้นที่การรับมือกับอาการเรื้อรังโดยการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ การจัดสภาพแวดล้อมเพื่อสนับสนุนให้</p>

ตาราง 5 ผลการวิเคราะห์ผลการศึกษา

งานวิจัยที่ 8 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
การจัดกระทำที่ใช้ในงานวิจัย (ต่อ)	<p>รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ให้ผู้ป่วยระบุและสังเกตอาการเรื้อรัง และฝึกทักษะการรับรู้ และทักษะทางพฤติกรรม (เช่นการหันเหความสนใจโดยใช้ดนตรีและกิจกรรม) เพื่อรับมือกับอาการประสาทหลอนและหลงผิดที่เรื้อรัง นอกจากนี้ยังมีการใช้เทคนิคการแก้ไข ปัญหาและการแสดงบทบาทสมมติเพื่อแก้ไขปัญหารื่องอาการเรื้อรัง</p>
ผลการวิจัย	<ul style="list-style-type: none"> -ผู้ป่วยที่ได้รับการฝึกทักษะสามารถลดความคิดที่บิดเบือน -ผู้ป่วยที่ได้รับการฝึกทักษะสามารถปฏิบัติงานที่ตนเองไม่ยากทำได้ -ครอบครัวเข้าใจการเจ็บป่วยและรับรู้ในความสามารถและข้อจำกัดของผู้ป่วย -ผู้ป่วยมีพัฒนาการในด้านการเข้าสังคมและการทำหน้าที่ในครอบครัว -ความรู้สึกหรือปัญหาทางอารมณ์ที่มีผลกับงานของผู้ป่วยลดน้อยลง -ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กับสมาชิกกลุ่มและผู้นำกลุ่มมากขึ้น ใ้วางใจผู้อื่นมากขึ้น -ผู้ป่วยเข้าใจการเจ็บป่วยของตนเองมากขึ้น -ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ รู้จักสังเกตอาการเตือนและเชื่อใจแพทย์
การนำเอาความรู้จากงานวิจัยไปใช้	<p>การบำบัดซึ่งรวมการปรับพฤติกรรมความคิดร่วมกับการฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ พบว่ามีประโยชน์ในการจัดการกับโรคและทำให้การทำหน้าที่ดีขึ้น แต่เนื่องจากการบำบัดนี้ยังมีระยะเวลาสั้นอยู่ ทำให้การฝึกในแต่ละ session ใช้เวลาน้อยผู้ป่วยที่มี functioning ต่ำอาจต้องได้รับการฝึกเพิ่มขึ้น นอกจากนี้การใช้รูปแบบการบำบัดเป็นกลุ่มอาจจะยากสำหรับผู้ป่วยบางคน ผู้ป่วยที่ขาดการเข้ากลุ่มมากที่สุดและมีปัญหาเรื่องหวาดระแวงซึ่งอาการจะแย่ลงเมื่อบำบัดเป็นกลุ่ม การบำบัดรายบุคคลจึงมีความจำเป็นสำหรับผู้ป่วยบางคน</p>

ตาราง 5 ผลการวิเคราะห์ผลการศึกษา

งานวิจัยที่ 9

ชื่อเรื่องงานวิจัย	Development of specific social skills training programs for schizophrenia patient results of a multicentre study
ผู้แต่ง	Roder, V., Brenner, H. D., Muller, D., Lachler, M., Zorn, P., Reisch, T., et al.
ปี	2002
หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์	เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมทางการรับรู้ (cognitive social skills training) ที่พัฒนาขึ้นใหม่สามโปรแกรมสำหรับด้านการอยู่อาศัย การทำงานและนันทนาการ (residential, vocational and recreational functioning) กับโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมแบบดั้งเดิม ในด้านความสามารถทางการรับรู้ทางสังคม พยาธิสภาพทางจิต และผลของการนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน
แบบการวิจัย	เป็นการศึกษากึ่งทดลอง (Quasi experimental research)
ระดับงานวิจัย	B
กลุ่มตัวอย่าง	ผู้ป่วยจากสถาบันทางจิต 8 สถาบัน จำนวน 105 คน แบ่งเป็น กลุ่มควบคุม 32 คน กลุ่มทดลอง 73 คน เกณฑ์ในการคัดผู้ป่วยเข้า 1. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น schizophrenia หรือ schizoaffective disorder ตาม ICD-10 (F 20, F 25) 2. มีประวัติเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลตั้งแต่ 3 ครั้งขึ้นไป 3. มีความบกพร่องอย่างต่อเนื่องในการทำหน้าที่ทางสังคมในด้านต่างๆ ในช่วง 24 เดือนที่ผ่านมาซึ่ง ได้แก่ การอยู่อาศัย การทำงาน นันทนาการ และทักษะทางสังคม และจำเป็นต้องได้รับการบำบัดในทักษะเหล่านั้น เกณฑ์ในการคัดผู้ป่วยออก 1. การติดยาเสพติด 2. organic brain syndrome

ตาราง 5 ผลการวิเคราะห์ผลการศึกษา

งานวิจัยที่ 9 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
สถานที่ดำเนินการศึกษา	สถาบันทางจิต 8 สถาบัน ในสวีตเซอร์แลนด์ 5 สถาบัน ในเยอรมัน 2 สถาบันและในออสเตรเลีย 1 สถาบัน
ผลลัพธ์	-ความสามารถทางการรับรู้ -พยาธิสภาพทางจิต -การนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน การประเมินผลทำ 4 ครั้งคือ -ก่อนการบำบัด -หลังการบำบัดระยะรักษา -หลังการบำบัดระยะฟื้นฟู -หลังการติดตามผล 1 ปี
เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลลัพธ์	เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยแบ่งเป็นเครื่องมือวัดความสามารถทางการรับรู้ การทำหน้าที่ในสังคม และพยาธิสภาพทางจิต เครื่องมือวัดความสามารถทางการรับรู้ ประกอบด้วย Number Connecting Test, Zahlen-Verbindungs-Test เพื่อประเมินความเร็วของการรับรู้ Continuous Concentration Test, Konzentrations-Verlaufs-Test เพื่อประเมินการรักษาความสนใจในระยะเวลาต่างๆ Attention-Stress Test, Aufmerksamkeits-Belastungs-Test เพื่อประเมินความสามารถในการแยกแยะและความเร็วการประมวลผลข้อมูล เครื่องมือวัดการนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน ประกอบด้วย Global Assessment of Functioning Scale (GAF) ให้คะแนนโดยผู้เชี่ยวชาญเพื่อประเมินระดับทั่วไปของ functioning ในบทบาททางจิตสังคม (ระดับ functioning ทางด้านจิตใจ สังคม และการทำงาน) Social Interview Schedule (SIS) ผู้ป่วยให้คะแนนเองเพื่อประเมินการปรับตัวทางจิตสังคมและพฤติกรรมทางสังคม

ตาราง 5 ผลการวิเคราะห์ผลการศึกษา

งานวิจัยที่ 9 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
<p>เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลลัพธ์ (ต่อ)</p>	<p>Disability Assessment Schedule (DAS-M) ซึ่งให้คะแนนโดยผู้เชี่ยวชาญเพื่อประเมินความบกพร่องทางสังคม (การปรับตัวด้านการอยู่อาศัย การทำงาน และนันทนาการ พฤติกรรมทางสังคมทั่วไป)</p> <p>Intentionality Rating Scale, InSka, Subscale 6 ให้คะแนนโดยผู้เชี่ยวชาญเพื่อประเมินพฤติกรรมทางสังคม</p> <p>เครื่องมือวัดพยาธิสภาพทางจิตประกอบด้วย</p> <p>Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) ให้คะแนนโดยผู้เชี่ยวชาญ</p> <p>Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS) ให้คะแนน โดยผู้เชี่ยวชาญ</p> <p>Scale for the Assessment of Well-Being, BF-S ผู้ป่วยให้คะแนนเอง</p>
<p>การจัดกระทำที่ใช้ในงานวิจัย</p>	<p>กลุ่มทดลอง</p> <p>เนื้อหาและวิธีดำเนินโปรแกรม</p> <p>กลุ่มทดลองได้รับการฝึกทักษะทางสังคมทางการรับรู้หนึ่งในสามแบบ (การฝึกทักษะเกี่ยวกับการอยู่อาศัย การทำงาน หรือนันทนาการ) โปรแกรมบำบัดแต่ละอย่างเน้นที่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ให้ผู้ป่วยตระหนักในความจำเป็น ทางเลือก และทักษะของตน (การฝึกทักษะการรับรู้และอารมณ์) 2. ช่วยผู้ป่วยในการตัดสินใจเลือกทักษะ 1 ใน 3 อย่าง 3. ให้ความช่วยเหลือในการนำผลการตัดสินใจนั้นมาทำจริง โดยการปฏิบัติ 4. สอนให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความยากลำบากที่อาจเกิดขึ้น และวิธีแก้ไขปัญหา <p>โปรแกรมทั้งสามอย่างมีโครงสร้างเดียวกันซึ่งโดยรวมแล้วอำนวยความสะดวกที่ยืดหยุ่นและการวิเคราะห์ปัญหา มีการใช้รูปแบบการบำบัด 4 อย่างได้แก่การบำบัดเป็นกลุ่ม การบำบัดแบบ</p>

ตาราง 5 ผลการวิเคราะห์ผลการศึกษา

งานวิจัยที่ 9 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
การจัดกระทำที่ใช้ในงานวิจัย (ต่อ)	<p>เดี่ยว แบบฝึกหัดให้ทำจริง และการบ้าน ผู้ป่วยแต่ละกลุ่มบำบัด โดยโปรแกรมแบบเดี่ยวเท่านั้น แต่ละกลุ่มจะมีผู้ป่วย 6-8 คน มีการใช้เทคนิคทางพฤติกรรมการเรียนรู้ซึ่ง ได้แก่ การวิเคราะห์ปัญหา และพฤติกรรม การแสดงตัวอย่างให้ดู การแสดงบทบาทสมมุติ การสร้างการเรียนรู้ใหม่ การแก้ปัญหา การระดมความคิด การฝึกตัดสินใจ การเสริมแรงทางบวก การพูดให้ความหมายในทางบวก structuring, covert learning, การควบคุมตนเอง การบอกความรู้สึก และความคิดของตัวเอง การเสริมแรงให้ตนเอง การซ่อมการเรียนรู้ coaching เทคนิคการใช้กลไกทางจิต มีคู่มือการบำบัดมาตรฐาน และแสดงรายละเอียดไว้ในโปรแกรมทั้งสามอย่าง</p> <p>ระยะเวลา ความถี่ของโปรแกรม</p> <p>ผู้ป่วยแต่ละกลุ่มได้รับการบำบัดนาน 6 เดือน โดยเป็น ระยะเวลา 3 เดือนโดยบำบัดแบบกลุ่ม 2 ครั้ง แต่ละครั้งนาน 90 นาที และการบำบัดแบบเดี่ยว 1 ครั้ง นาน 30 นาทีต่อสัปดาห์ ตามด้วยระยะฟื้นฟูนาน 3 เดือนซึ่งพบกันเป็นกลุ่มทุกสัปดาห์และแบบเดี่ยวทุกสองสัปดาห์ มีการติดตามผลนาน 1 ปีหลังจากเข้าร่วมงานวิจัย</p> <p>ผู้บำบัด</p> <p>แต่ละกลุ่มนำโดยผู้บำบัด 1 คนและผู้ช่วยผู้บำบัด 1 คน</p> <p>กลุ่มควบคุม</p> <p>กลุ่มควบคุมได้รับการฝึกทักษะทางสังคมทั่วไป และการฝึกการแก้ไขปัญหาตาม Integrated Psychological Therapy for Schizophrenia Patients (IPT)</p>
ผลการวิจัย	<p>กลุ่มทดลองมีผลการบำบัดโดยรวมสูงกว่าในตัวแปรตาม (dependent variables) เกือบทุกตัว</p> <p>-กลุ่มทดลองมีอาการลดลงมากกว่าแต่กลุ่มควบคุมมีพัฒนาการของตัวแปรการรับรู้บางตัวมากกว่า</p>

ตาราง 5 ผลการวิเคราะห์ผลการศึกษา

งานวิจัยที่ 9 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการวิจัย (ต่อ)	<p>-มีความสัมพันธ์ระหว่างพัฒนาการของพฤติกรรมทางสังคมกับอาการลดลงและพัฒนาการของทักษะการรับรู้</p> <p>-48 สัปดาห์หลังจากเริ่มการบำบัดอัตราการทำรีบของกลุ่มควบคุมมากกว่ากลุ่มทดลอง ซึ่งกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีอาการกำเริบในระหว่างการบำบัดและระยะหลังการบำบัด ในขณะที่กลุ่มทดลองมีอาการกำเริบกระจายตัวตลอดการวิจัย</p>
การนำเอาความรู้จากงานวิจัยไปใช้	<p>พบว่ากลุ่มทดลองมีผลการบำบัดโดยรวมในตัวแปรตามทุกตัวที่มากกว่าและมีการกำเริบน้อยกว่ากลุ่มควบคุมในเครื่องมือวัดทุกตัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระหว่างการรักษา ผลการบำบัดโดยรวมเพิ่มขึ้นไปอีกในระหว่างการฟื้นฟูในทุกกลุ่ม นี่ชี้ว่าการเน้นที่ทักษะทางสังคมเฉพาะอย่างในเนื้อหาที่เฉพาะเจาะจงเช่น นันทนาการ การทำงาน หรือการอยู่อาศัยสามารถนำไปสู่พัฒนาการในด้านสังคม การรับรู้ และพยาธิสภาพทางจิตได้เร็วกว่า แม้ว่าระยะเวลาฟื้นฟูนาน 12 สัปดาห์จะเข้มข้นน้อยกว่าแต่ก็มีส่วนทำให้พัฒนาการเพิ่มขึ้น ซึ่งชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นของการบำบัดในระยะยาวเพื่อให้ได้ผลการรักษาที่เป็นที่น่าพอใจ ดังนั้นการฝึกทักษะทางสังคมจะมีประสิทธิภาพมากขึ้นถ้าให้การบำบัดในระยะยาว</p>

ตาราง 5 ผลการวิเคราะห์ผลการศึกษา

งานวิจัยที่ 10

ชื่อเรื่องงานวิจัย	Social skills training as nursing intervention to improve the social skills and self - esteem of inpatients with chronic schizophrenia
ผู้แต่ง	Seo, J. M., Ahn, S., Byun, E.K., & Kim, C. K.
ปี	2007
หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์	เพื่อศึกษาถึงผลของการฝึกทักษะทางสังคมที่มีต่อทักษะทางสังคม และความรู้สึกมีคุณค่าต่อตนเองของผู้ป่วยในที่เป็นจิตเภทเรื้อรัง
แบบการวิจัย	เป็นการศึกษากึ่งทดลอง (Quasi experimental research)
ระดับงานวิจัย	B
กลุ่มตัวอย่าง	เกณฑ์ในการคัดเข้า ผู้ป่วยในซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Schizophrenia ตาม DSM-IV เกณฑ์ในการคัดออก -organic brain disorder -alcohol/drug abuse มีผู้ป่วยเข้ากลุ่มทดลองจำนวน 37 คนและกลุ่มควบคุมจำนวน 37 คน ผู้ป่วย 3 คนในกลุ่มทดลองและ 5 คนในกลุ่มควบคุมถูกคัดออกจากงานวิจัยเพราะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เมื่อการวิจัยเสร็จสิ้นมีผู้ป่วยเหลืออยู่ในกลุ่มทดลอง 34 คนและกลุ่มควบคุม 32 คน
สถานที่ดำเนินการศึกษา	โรงพยาบาลจิตเวชในเกาหลีใต้
ผลลัพธ์	-ทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท -ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจิตเภท
เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลลัพธ์	ประเมินทักษะทางสังคม โดยประเมิน 4 ด้านคือทักษะการสนทนา ทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล assertiveness skills และทักษะการแก้ไขปัญหา -ประเมินทักษะการสนทนาโดยใช้ Social Interaction Scale ซึ่งพัฒนาโดย Trower, Bryant, และ Argyle (1978) และปรับปรุงพัฒนา

ตาราง 5 ผลการวิเคราะห์ผลการศึกษา

งานวิจัยที่ 10 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลลัพธ์ (ต่อ)	<p>โดย Chun (1994) ซึ่งประเมินโดยพยาบาลจิตเวช 2 คนที่ทำงานอยู่ในหอผู้ป่วยที่ผู้ป่วยอยู่ คะแนนที่น้อยแสดงว่าขาดความสามารถในการสนทนา</p> <p>-ประเมินทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลโดยใช้ Relationship Changing Scale ซึ่งพัฒนาโดย Guerney, Collins, Ginsberg, และ Vogelsong (1977) และปรับปรุงแก้ไขโดย Chun (1994) โดยให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามเอง คะแนนที่สูงแสดงว่ามีความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่น</p> <p>-ประเมินทักษะการแสดงออกอย่างเหมาะสมโดยใช้ Rathus Assertive Schedule (Rathus, 1973; ปรับปรุงแก้ไขโดย Chun, 1994) โดยให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามเอง คะแนนที่สูงแสดงว่าผู้ป่วยมีการแสดงออกอย่างเหมาะสมในการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น</p> <p>-ประเมินทักษะการแก้ไขปัญหาโดยใช้ Personal Problem-Solving Inventory (Heppner & Petersen, 1982; ปรับปรุงแก้ไขโดย Chun, 1994) โดยให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามเอง คะแนนที่ต่ำแสดงว่าผู้ป่วยขาดความมั่นใจในการแก้ไขปัญหา</p> <p>ประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เครื่องมือที่ใช้ Rosenberg Self-Esteem Scale (Rosenberg, 1965) โดยให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามเอง คะแนนที่สูงแสดงว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง</p>
การจัดกระทำที่ใช้ในการวิจัย	<p>กลุ่มควบคุม</p> <p>-ได้รับการดูแลพยาบาลตามปกติ</p> <p>กลุ่มทดลอง</p> <p>-ได้รับการฝึกทักษะทางสังคมซึ่งประกอบด้วย ทักษะการสนทนา และทักษะการแสดงออกถึงความคิดและความต้องการอย่างเหมาะสม</p> <p>ทักษะการสนทนาได้ฝึกการสื่อสารทั้งที่เป็นคำพูดและภาษาท่าทาง วิธีการฝึกมีลำดับขั้นตอนดังนี้คือ การอธิบาย การสาธิต การแสดงบทบาทสมมุติ การให้คำติชม การเสริมแรง และการให้การบ้าน</p>

ตาราง 5 ผลการวิเคราะห์ผลการศึกษา

งานวิจัยที่ 10 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
การจัดกระทำที่ใช้ในการวิจัย (ต่อ)	<p>ทักษะการแสดงออกถึงความคิดและความต้องการอย่างเหมาะสม ได้รวมการแสดงความรู้สึกและความต้องการ และสิทธิในแง่ของสัมพันธภาพระหว่างระหว่างบุคคล (interpersonal context) ใช้โมเดลการฝึกแก้ไขปัญหา โดยเน้นที่การระบุปัญหา การระบุเป้าหมาย การคิดวิธีต่างๆ ในการแก้ปัญหา การเปรียบเทียบข้อดีและข้อเสียของแต่ละวิธี การเลือกวิธีแก้ปัญหที่เหมาะสม วางแผนการพัฒนาเพื่อนำไปใช้ ประเมินผลและให้รางวัลความก้าวหน้า</p> <p>ระยะเวลา</p> <p>การฝึกทักษะทางสังคมเป็นการบำบัดแบบกลุ่ม ซึ่งแบ่งกลุ่มทดลองเป็น 4 กลุ่มย่อย โดยมีผู้ป่วย 9-10 คนในแต่ละกลุ่ม ผู้ป่วยได้รับการฝึกครั้งละ 60-70 นาที สองครั้งต่อสัปดาห์ เป็นเวลา 8 สัปดาห์</p> <p>ผู้บำบัด</p> <p>พยาบาลจิตเวช 1 คนที่มีการศึกษาระดับปริญญาเอกด้านการพยาบาลจิตเวชที่ได้รับการฝึกฝนและฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังมานานกว่า 10 ปีและได้ทำความเข้าใจในเนื้อหาและวิธีการฝึกมีผู้ช่วย 1 คนซึ่งเป็นนักสังคมสงเคราะห์</p>
ผลการวิจัย	<p>-กลุ่มที่ได้รับการฝึกทักษะทางสังคม มีทักษะในการสนทนา ทักษะการแสดงออกถึงความคิดและความต้องการของตนเองอย่างเหมาะสม ทักษะการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลเพิ่มขึ้น และความรู้สึกมีคุณค่าต่อตนเองเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการฝึกทักษะทางสังคม</p> <p>-ไม่มีการเปลี่ยนแปลงของทักษะในการแก้ปัญหาทั้งสองกลุ่ม</p>
การนำเอาความรู้จากงานวิจัยไปใช้	<p>ผลของงานวิจัยนี้แสดงว่าการพัฒนาทักษะทางสังคมของผู้ป่วย schizophrenia เรื้อรังนั้นเป็นไปได้โดยใช้โปรแกรมการฝึกพิเศษ ผลการวิจัยพบว่าเมื่อผู้ป่วยได้เรียนรู้วิธีสื่อสารและตอบสนองในสถานการณ์ระหว่างบุคคลอย่างเหมาะสมแล้วผู้ก็จะได้รับการ</p>

ตาราง 5 ผลการวิเคราะห์ผลการศึกษา

งานวิจัยที่ 10 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
การนำเอาความรู้จากงานวิจัยไปใช้	<p>ตอบสนองในทางบวกจากผู้อื่น ซึ่งก็จะเป็นการเพิ่มความมั่นใจให้กับผู้ป่วยในเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ช่วยลดความวิตกกังวล และนำไปสู่การมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยอื่น ในการใช้โมเดลการฝึกทักษะพื้นฐานและโมเดลการฝึกแก้ไขปัญหาในงานวิจัยนี้การฝึกจำกัดอยู่ที่ทักษะการสนทนาและทักษะการแสดงออกอย่างเหมาะสม วิธีการฝึกและเนื้อหาจำเป็นต้องมีการประเมินว่ามีความเหมาะสมและเพียงพอหรือไม่ในการพัฒนาทักษะการแก้ไขปัญหาสำหรับผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง</p> <p>พยาบาลจิตเวชจึงควรช่วยผู้ป่วยรักษาหรือพัฒนาความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในทางบวกตลอดการบำบัด ในการส่งเสริม self-esteem นั้น โปรแกรมฝึกจำเป็นต้องมีกิจกรรมอื่นๆด้วยและมีการฝึกฝนทักษะการปรับตัวในสังคมนอกเหนือจากทักษะการสนทนา และทักษะความมั่นใจ</p>

ตาราง 5 ผลการวิเคราะห์ผลการศึกษา

งานวิจัยที่ 11

ชื่อเรื่องงานวิจัย	การประเมินผลการฝึกทักษะและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังใน โครงการสร้างเสริมทักษะชีวิตคนพิการทางจิตในชุมชนทดลอง
ผู้แต่ง	รักสุดา กิจอรุณ และนันทนา บุญคล้าย
ปี	2549
หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์	เพื่อประเมินผลการฝึกทักษะจำเป็นพื้นฐานในการดำรงชีวิต 6 ด้าน ความสามารถในการทำงานและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่ เข้าร่วม โครงการ
แบบการวิจัย	one group pre-post
ระดับงานวิจัย	B
กลุ่มตัวอย่าง	ผู้ป่วยชุมชนจำลองชายจำนวน 10 คนที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ และผ่านการประเมินโดยจิตแพทย์ประจำหอผู้ป่วยร่วมกับทีมสห วิชาชีพประเมินพยาธิสภาพ และความพร้อมของผู้ป่วยปรับขนาดยา ที่เหมาะสมจนไม่พบผลข้างเคียงจากยาที่รุนแรง และไม่มีความเสี่ยง จากพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมรวมทั้งผู้ป่วยจะต้องมีระดับ ความสามารถจากแบบประเมินทักษะจำเป็นพื้นฐานในการดำรงชีวิต 6 ด้านอยู่ในระดับ 3 ระดับ 4 และ ระดับ 5
สถานที่ดำเนินการศึกษา	หอผู้ป่วยชุมชนจำลองชาย โรงพยาบาลศรีธัญญา
ผลลัพธ์	1. ผลการฝึกทักษะจำเป็นพื้นฐานในการดำรงชีวิต 6 ด้าน ได้แก่ - ทักษะการดูแลตนเอง - ทักษะการอยู่ร่วมกันภายในบ้าน - ทักษะทางสังคม - ทักษะการทำงาน - ทักษะการพักผ่อน - ทักษะการใช้ชีวิตในชุมชน 2. ความสามารถในการทำงาน 3. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

ตาราง 5 ผลการวิเคราะห์ผลการศึกษา

งานวิจัยที่ 11 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลลัพธ์	<p>เครื่องมือในการเก็บข้อมูลประกอบด้วยแบบประเมิน 3 ชนิด</p> <p>1. แบบประเมินผู้ป่วยเพื่อพัฒนาการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชของโรงพยาบาลศรีธัญญา เป็นแบบประเมินระดับความสามารถเกี่ยวกับทักษะจำเป็นพื้นฐานในการดำรงชีวิตประจำวัน 6 ด้าน ได้แก่ ทักษะด้านการดูแลตนเอง ทักษะการอยู่ร่วมกันภายในบ้าน ทักษะทางสังคม ทักษะการทำงาน ทักษะการพักผ่อน ทักษะการใช้ชีวิตในชุมชน</p> <p>ประเมินโดยพยาบาลวิชาชีพซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยในโครงการทำการประเมินก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ ผู้ประเมินทำการประเมินโดยวิธีสังเกตจากผู้ป่วย</p> <p>2. แบบประเมินผลความสามารถในการทำงานของสมาคมเพื่อผู้บกพร่องทางจิตประกอบด้วย 18 พฤติกรรมการทำงาน ได้แก่ ความตรงต่อเวลา ความอดทนต่องานที่ทำ มีความสนใจและกระตือรือร้น จัดสรรเวลาการทำงานอย่างเหมาะสม รู้จักวางแผนการทำงาน ตามลำดับก่อนหลัง รับผิดชอบต่องานที่ได้รับมอบหมาย สามารถเร่งงานได้ทำงานต่อไปได้หลังจากมีงานอื่นมาแทรก รู้จักขอความช่วยเหลือ ช่วยเหลือเพื่อนร่วมงาน ปฏิบัติตามกฎระเบียบเข้าใจในงานที่ได้รับมอบหมาย รู้จักแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า ซื่อสัตย์ กล้าตัดสินใจด้วยตนเองอย่างเหมาะสม รู้จักขออนุญาตเมื่อออกไปข้างนอกทุกครั้ง การกรอกข้อความในแบบฟอร์มต่างๆ รู้จักสิทธิที่ควรได้รับ และรู้จักแลกเปลี่ยนและรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น</p> <p>ประเมินโดยพยาบาลวิชาชีพซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยในโครงการทำการประเมินก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ ผู้ประเมินทำการประเมินโดยวิธีสัมภาษณ์นางจ้าง ซึ่งนางจ้างเป็นผู้ประเมินความสามารถในการทำงานของผู้ป่วย</p> <p>3. แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุด 26 ตัวชี้วัดฉบับภาษาไทยซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพกาย ด้าน</p>

ตาราง 5 ผลการวิเคราะห์ผลการศึกษา

งานวิจัยที่ 11 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลลัพธ์ (ต่อ)	จิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ประเมินโดยผู้ป่วยเป็นผู้ประเมินเองโดยทำการประเมินก่อนและหลังสิ้นสุดโครงการ
การจัดกระทำที่ใช้ในงานวิจัย	-พาผู้ป่วยไปดูแลสุขภาพ -ฝึกทักษะพื้นฐานในการดำรงชีวิต 6 ด้านเพิ่มเติมจนผ่านการประเมินระดับ 4 ขึ้นไปทุกราย -สร้างเสริมประสบการณ์อาชีพตามภูมิปัญญาท้องถิ่นให้ตรงตามลักษณะงานที่ผู้ป่วยต้องไปทำ -พาผู้ป่วยไปอยู่ในชุมชนโดยอาศัยอยู่ในวัดช่วงเช้าหลังจากทำงานที่วัดเสร็จจะออกไปทำงานที่สวนกับชาวบ้านซึ่งประกอบอาชีพทำสวนปลูกผลไม้ ช่วงบ่ายช่วยทำงานบ้าน บุคลากรติดตามเยี่ยมผู้ป่วยรายบุคคลในช่วงเดือนแรกสัปดาห์ละ 1 ครั้งหลังจากนั้นเยี่ยมทุก 2 สัปดาห์มีการจัดทำกลุ่มเปิดใจเรื่องสภาพปัญหาและความต้องการทุก 2 สัปดาห์ ประสานงานกับชุมชนเพื่อรับฟังปัญหาและติดตามความก้าวหน้าทุกเดือน
ผลการวิจัย	มีทักษะพื้นฐานในการดำรงชีวิต 6 ด้าน ด้านทักษะทางสังคม ทักษะการทำงาน ทักษะการพักผ่อนเพิ่มขึ้น ส่วนการดูแลตนเอง ทักษะการอยู่ร่วมกันภายในบ้าน และทักษะการใช้ชีวิตในชุมชนไม่เพิ่ม และมีคะแนนรวมทักษะ 6 ด้านเพิ่มขึ้น -มีความสามารถในการทำงานเพิ่มขึ้น -ด้านคุณภาพชีวิตโดยรวมไม่เพิ่มขึ้น
การนำเอาความรู้จากงานวิจัยไปใช้	จากผลการศึกษาพบว่า การฝึกทักษะพื้นฐานในการดำรงชีวิตประจำวันให้กับผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังในชุมชนสามารถเพิ่มทักษะด้านต่างๆ ของผู้ป่วยได้ โดยเฉพาะทักษะทางสังคม ทักษะการทำงาน

ตาราง 5 ผลการวิเคราะห์ผลการศึกษา

งานวิจัยที่ 11 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Implementation	ทักษะการพักผ่อน และความสามารถในการทำงาน คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการอยู่ระดับปานกลางผู้ป่วยสามารถดำรงสถานภาพทางสังคมอาชีพ การศึกษาและครอบครัวโดยใช้ศักยภาพและพลังชุมชนเป็นหลัก และมีทีมสุขภาพจิตคอยสนับสนุนตามความเหมาะสม ดังนั้นการศึกษานี้จึงเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์อีกอย่างหนึ่งที่จะนำไปใช้ประกอบเป็นแนวทางในการใช้โปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภทต่อไป

ตาราง 5 ผลการวิเคราะห์ผลการศึกษา

งานวิจัยที่ 12

ชื่อเรื่องงานวิจัย	การฝึกทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในโรงพยาบาลศรีธัญญา
ผู้แต่ง	สุรพิน แทนรัตนกุล สุนีย์ เอกวัฒน์พันธ์ และณัฏฐวดี รัตนานิกม
ปี	2548
หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์	เพื่อศึกษาผลของการฝึกทักษะทางสังคมด้านการสร้างสัมพันธภาพ การสื่อสารบอกความต้องการ การตัดสินใจ และการปฏิเสธที่มีต่อพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง
แบบการวิจัย	เป็นการศึกษากึ่งทดลอง(Quasi experimental research)
ระดับงานวิจัย	B
กลุ่มตัวอย่าง	ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังชาย 20 คน ที่รักษาตัวอยู่ในหอผู้ป่วยฟื้นฟู 17 โรงพยาบาลศรีธัญญา แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 10 คนและกลุ่มทดลอง 10 คน
สถานที่ดำเนินการศึกษา	หอผู้ป่วยฟื้นฟู 17 โรงพยาบาลศรีธัญญา
ผลลัพธ์	- พฤติกรรมทางสังคม - ทักษะทางสังคม ได้แก่ ทักษะการสร้างสัมพันธภาพ ทักษะการสื่อสารบอกความต้องการ ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการปฏิเสธ
เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลลัพธ์	เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ 1.แบบสังเกตพฤติกรรม ซึ่งสุนีย์ เอกวัฒน์พันธ์สร้างและพัฒนาไว้ในปี 2529 เป็นแบบวัดความผิดปกติของพฤติกรรมหรือวัดความเหมาะสมการแสดงออกทางพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเวชด้วยการสังเกต จำนวน 15 พฤติกรรมในลักษณะของมาตราส่วนประมาณค่า การรวบรวมข้อมูลทำ 2 ครั้งคือก่อนการเริ่มกลุ่มฝึกทักษะทางสังคม 2 วันและหลังสิ้นสุดการฝึกแล้ว 2 วัน

ตาราง 5 ผลการวิเคราะห์ผลการศึกษา

งานวิจัยที่ 12 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลลัพธ์ (ต่อ)	<p>2. แบบสอบถามทักษะทางสังคมที่คณะผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นในปี 2547 ตามแนวคิดของ Michael and Susan ป็นแบบสอบถามเพื่อวัดทัศนคติด้านทักษะสังคมมีจำนวน 40 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถาม 4 ทักษะคือ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ทักษะการตัดสินใจ - ทักษะการสร้างสัมพันธภาพ - ทักษะการสื่อสาร - ทักษะการปฏิเสธ <p>การรวบรวมข้อมูลทำ 2 ครั้ง คือก่อนการเริ่มกลุ่มฝึกทักษะทางสังคม 2 วัน และหลังจากการสิ้นสุดกลุ่มฝึกทักษะทางสังคมแล้ว 2 วัน</p>
การจัดกระทำที่ใช้ในการวิจัย	<p>กลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยกลุ่มบำบัดตามปกติในหอผู้ป่วย</p> <p>กลุ่มทดลอง ได้รับการพยาบาลฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยกลุ่มบำบัดตามปกติในหอผู้ป่วยร่วมกับกลุ่มฝึกทักษะทางสังคม ซึ่งประกอบด้วย ทักษะการสร้างสัมพันธภาพ ทักษะการสื่อสารบอกความต้องการของตน ทักษะการตัดสินใจ และทักษะการปฏิเสธ</p> <p>การประเมินผล - ประเมินก่อนการฝึกทักษะทางสังคม 2 วันและหลังจากสิ้นสุดการฝึกทักษะทางสังคมแล้ว 2 วัน</p>
ผลการวิจัย	- กลุ่มที่ได้รับการฝึกทักษะทางสังคม มีพฤติกรรมทางสังคมและทักษะทางสังคมดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการฝึกทักษะทางสังคม
การนำเอาความรู้จากงานวิจัยไปใช้	การฝึกทักษะทางสังคมแก่ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง ด้านการสร้างสัมพันธภาพ ด้านการสื่อสาร ด้านการตัดสินใจ และด้านการปฏิเสธส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง มีพฤติกรรมแสดงออกในเชิงบวกมากยิ่งขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่เหมาะสม มีทัศนคติเชิง

ตาราง 5 ผลการวิเคราะห์ผลการศึกษา

งานวิจัยที่ 12 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
การนำเอาความรู้จากงานวิจัยไปใช้ (ต่อ)	<p>บวก เกิดความตระหนักรู้ในตนเองและผู้อื่น สามารถควบคุมอารมณ์ของตนเองได้ดีขึ้นควรมีการวิจัยมาประยุกต์ใช้ในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชของโรงพยาบาลเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายกลับสู่ชุมชน</p> <p>ในการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม ผู้ฝึกทักษะจำเป็นต้องมีความรู้ด้านเนื้อหา ทฤษฎีตลอดจนประสบการณ์ในการจัดกิจกรรมกลุ่มเพื่อให้สมาชิกกลุ่มเกิดพลังการรักษา เพื่อให้กลุ่มขับเคลื่อนต่อไปได้ จึงควรเปิดโอกาสให้เจ้าหน้าที่ไปศึกษา อบรมและสัมมนาแนวทาง เทคนิคการจัดกิจกรรมกลุ่ม เพื่อจะได้นำความรู้ด้านวิชาการและเทคโนโลยีมาใช้ในการจัดกิจกรรมกลุ่มได้อย่างมีประสิทธิภาพ</p>

ตาราง 5 ผลการวิเคราะห์ผลการศึกษา

งานวิจัยที่ 13

ชื่อเรื่องงานวิจัย	การเสริมสร้างทักษะการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังชาย Enhancing daily life skills of chronic male psychiatric patients
ผู้แต่ง	สุริรัตน์ โปจรัส สมพร รุ่งเรืองกลกิจ และมธุลดา ชัยมี
ปี	2550
หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์	เพื่อเสริมสร้างทักษะการดำเนินชีวิตประจำวันให้ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังชายสามารถดูแลตนเองได้ มีทักษะทางสังคมดีขึ้น
แบบการวิจัย	one group pre- post
ระดับงานวิจัย	B
กลุ่มตัวอย่าง	ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังชายจำนวน 38 คน ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยเป็นโรคจิตเภทจำนวน 28 คน
สถานที่ดำเนินการศึกษา	หอผู้ป่วยจิตเวชชาย 7 โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์
ผลลัพธ์	-พฤติกรรมดูแลตนเอง -ทักษะทางสังคม
เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลลัพธ์	1. แบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของกรมสุขภาพจิต แบบประเมินมีจำนวน 101 ข้อ ประกอบด้วยทักษะการดูแลตนเอง 16 ข้อ ทักษะทางสังคม 47 ข้อ ทักษะการทำงานพื้นฐาน 9 ข้อ ทักษะการพักผ่อน 6 ข้อ ทักษะการใช้ชีวิตในบ้าน 16 ข้อ และทักษะการใช้ชีวิตในชุมชน 9 ข้อ ให้คะแนนเป็นระดับปฏิบัติการของพฤติกรรมแต่ละทักษะ 5 คะแนน คะแนนที่สูงคือมีความสามารถมาก 2. แบบประเมินพฤติกรรมขณะเข้ากลุ่มของกรมสุขภาพจิต โดยประเมิน 6 มิติ ได้แก่ ความสนใจความตั้งใจ การมีส่วนร่วม สัมพันธภาพ ความสนุกสนาน และการบรรลุวัตถุประสงค์ คะแนนที่สูงหมายถึงมีพฤติกรรมในทางที่ดี 3. แบบประเมินพฤติกรรมความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังชายจำนวน 16 ข้อลักษณะของแบบประเมินให้คะแนนเป็นระดับปฏิบัติการของแต่ละพฤติกรรม 5 คะแนน คะแนนที่สูงคือมีความสามารถมาก

ตาราง 5 ผลการวิเคราะห์ผลการศึกษา

งานวิจัยที่ 13 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
การจัดกระทำที่ใช้ในการวิจัย	<p>-ประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย</p> <p>-สำรวจความต้องการของผู้ป่วยก่อนเสริมสร้างทักษะการดำเนินชีวิตประจำวัน</p> <p>-จัดให้ผู้ป่วยเข้ากลุ่มตามทักษะที่บกพร่องโดยมีวิธีการเสริมสร้างทักษะที่แตกต่างกันตามระดับความสามารถของผู้ป่วย ทักษะที่ฝึกได้แก่ ทักษะการดูแลตนเอง ทักษะทางสังคม ทักษะการพักผ่อน ทักษะการทำงานพื้นฐาน ทักษะการใช้ชีวิตในบ้าน ทักษะการใช้ชีวิตในชุมชน</p> <p>-กิจกรรมเริ่มจากกิจกรรมที่ง่าย ๆ มีการฝึกทีละขั้นตอน โดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ไปฝึกในสถานที่จริง</p> <p>-มีการสื่อผสม เช่น วีดิทัศน์ เทปเสียง แผ่นที่มีทั้งภาพและเสียง</p> <p>-ประเมินผู้ป่วย ถ้าไม่บรรลุวัตถุประสงค์จะฝึกผู้ป่วยเป็นรายบุคคลตามทักษะที่บกพร่องจนกว่ามีพฤติกรรมปรับเปลี่ยนและสามารถทำทักษะนั้นๆได้</p>
ผลการวิจัย	<p>-พบว่าผู้ป่วยมีความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันเพิ่มขึ้น มีทักษะทางสังคมดีขึ้น สามารถเลื่อนระดับจากระดับเดิมเป็นระดับที่สูงขึ้น 24 คนจากจำนวนผู้ป่วย 38 คน</p> <p>-ผู้ป่วยมีค่าคะแนนความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันเพิ่มขึ้นทุกคน</p>
การนำเอาความรู้จากงานวิจัยไปใช้	<p>ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังถ้าได้รับการพัฒนาทักษะในการดำเนินชีวิตประจำวันให้เหมาะสมกับความสามารถของแต่ละบุคคล โดยมุ่งเน้นการสอนให้เกิดทักษะในการดำเนินชีวิตประจำวัน การเสริมแรงให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเอง เมื่อผู้ป่วยได้รับการฝึกอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง และมีโอกาสได้นำทักษะที่ได้เรียนรู้ในกลุ่มไปใช้ในสถานการณ์จริงจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเอง มีทักษะทางสังคมดีขึ้น</p>

ตาราง 5 ผลการวิเคราะห์ผลการศึกษา

งานวิจัยที่ 14

ชื่อเรื่องงานวิจัย	ผลของกลุ่มทักษะทางสังคมต่อพฤติกรรมทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท
ผู้แต่ง	อรุณ พงษ์ธรรม สกาวรัตน์ พวงลัดดา มลิวัลย์ บุญสอน สว่างจิต วสุวัตร และสุริย์รัตน์ คุ่มเข้ม
ปี	2548
หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์	เพื่อศึกษาผลของกลุ่มทักษะทางสังคมต่อพฤติกรรมทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท
แบบการวิจัย	เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi- experimental research)
ระดับงานวิจัย	B
กลุ่มตัวอย่าง	ผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ามารับการรักษาในแผนกฟื้นฟูสมรรถภาพ โรงพยาบาลศรีธัญญา -มีอายุตั้งแต่ 18 - 59 ปี -ไม่มีความบกพร่องทางสติปัญญาหรือพยาธิสภาพของสมอง จำนวน 32 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 16 คน กลุ่มควบคุม 16 คน
สถานที่ดำเนินการศึกษา	ชุมชนจำลอง โรงพยาบาลศรีธัญญา
ผลลัพธ์	พฤติกรรมทางสังคม ซึ่งประกอบด้วย - ด้านการดูแลตนเอง - ด้านการควบคุมอารมณ์ - ด้านการติดต่อทางสังคม - ด้านการสื่อสาร - ด้านความรับผิดชอบต่อตนเอง
เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลลัพธ์	เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามพฤติกรรมทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท แบบสอบถามพฤติกรรมทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทเป็นแบบสอบถามพฤติกรรมทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทของปาร์กเกอร์และโรเซน ซึ่งแปลโดยสมพร รุ่งเรืองกลกิจมี 5 ด้าน ได้แก่

ตาราง 5 ผลการวิเคราะห์ผลการศึกษา

งานวิจัยที่ 14 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลลัพธ์ (ต่อ)	<ul style="list-style-type: none"> - 1. ด้านการดูแลตนเอง จำนวน 10 ข้อ - 2. ด้านการควบคุมอารมณ์ จำนวน 12 ข้อ - 3. ด้านการติดต่อทางสังคม จำนวน 10 ข้อ - 4. ด้านการสื่อสาร จำนวน 6 ข้อ - 5. ด้านความรับผิดชอบต่อตนเอง จำนวน 5 ข้อ
การจัดกระทำที่ใช้ในงานวิจัย	<p>กลุ่มควบคุม</p> <ul style="list-style-type: none"> - ได้รับการพยาบาลฟื้นฟูด้วยกลุ่มบำบัดตามปกติในหอผู้ป่วย <p>กลุ่มทดลอง</p> <ul style="list-style-type: none"> - ได้รับการฝึกทักษะทางสังคม ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นโดยครอบคลุมด้านการติดต่อสื่อสารที่จำเป็นทั้งที่เป็นภาษาพูดและภาษาท่าทาง และด้านการติดต่อทางสังคม
ผลการวิจัย	- ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมทางสังคมของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมหลังการประเมินในสัปดาห์ที่ 1 และ สัปดาห์ที่ 4 แต่ไม่แตกต่างกันในสัปดาห์ที่ 8
การนำเอาความรู้จากงานวิจัยไปใช้	จากผลการวิจัยครั้งนี้ผู้เกี่ยวข้องสามารถนำกลุ่มทักษะทางสังคมไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อพัฒนาพฤติกรรมทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภท หลังการฝึกพฤติกรรมทางสังคมควรมีการประเมินพฤติกรรมทางสังคมทุก 2 เดือน และมีการฝึกพฤติกรรมทางสังคมต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมที่ดีขึ้นต่อไป

ประวัติผู้ศึกษา

ชื่อ – นามสกุล	นางจิรพันธ์ เอิบกมล
วัน เดือน ปีเกิด	วันที่ 10 กันยายน 2514
สถานที่เกิด	จังหวัดสุราษฎร์ธานี
ประวัติการศึกษา	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุราษฎร์ธานี ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ พ.ศ. 2533 - 2536
ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน	พ.ศ. 2537 - ปัจจุบัน โรงพยาบาลศรีษะเกษ กลุ่มงานพยาบาล โทรศัพท์ 02-5252333 ต่อ 2346 ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
ที่อยู่	บ้านเลขที่ 100/72ง แขวงท่าแร้ง เขตบางเขน กรุงเทพมหานคร