

ผลของการฝึกโปรแกรมทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการด้านลบเปรียบเทียบกับกลุ่มที่
ได้รับการรักษาตามปกติ



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2561
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Effect of social skill training program on schizophrenia patients with negative symptoms compare with treatment as usual.



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Science in Mental Health
Department of Psychiatry
Faculty of Medicine
Chulalongkorn University
Academic Year 2018
Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ผลของการฝึกโปรแกรมทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการด้านลบเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการรักษาตามปกติ
โดย	น.ส.ศิริลักษณ์ ปรมมะ
สาขาวิชา	สุขภาพจิต
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	นายแพทย์โชติมันต์ ชินวรารักษ์

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

..... คณบดีคณะแพทยศาสตร์
(ศาสตราจารย์ นายแพทย์สุทธิพงศ์ วัชรสินธุ)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงศิริลักษณ์ ศุภปีติพร)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(นายแพทย์โชติมันต์ ชินวรารักษ์)

..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(นายแพทย์สมรัักษ์ สันติเบญจกุล)



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ศิริลักษณ์ ประมะ : ผลของการฝึกโปรแกรมทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการด้านลบเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการรักษาตามปกติ. (Effect of social skill training program on schizophrenia patients with negative symptoms compare with treatment as usual.) อ.ที่ปรึกษาหลัก : นพ.โชติมันต์ ชินวรารักษ์

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงทดลอง (Experimental study) แบบ Randomized Control Study มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางด้านลบ ที่เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการด้านลบจำนวน 23 คน แบ่งกลุ่มโดยการสุ่มอย่างง่ายในกลุ่มทดลองผู้ป่วยได้รับการฝึกโปรแกรมทักษะทางสังคม จำนวน 8 คน และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการรักษาตามปกติ จำนวน 15 คน โดยใช้เครื่องมือ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) แบบประเมินทางจิต Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS – T) 3) แบบประเมินทักษะการทำหน้าที่ทางสังคม 4) โปรแกรมทักษะทางสังคม

ผลการศึกษาพบว่า 1) ค่าคะแนนทดสอบทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมเพิ่มมากขึ้นกว่ากลุ่มควบคุม (ค่าเฉลี่ยค่าคะแนนการทำหน้าที่ทักษะทางสังคมกลุ่มทดลอง ก่อนทดลอง = 96.5 หลังทดลอง = 117.88 กับ กลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง = 129.67 หลังทดลอง = 122.93, $P < 0.05$) 2) ค่าคะแนนทดสอบทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมสูงกว่าก่อนได้รับการฝึกโปรแกรมทักษะทางสังคม (ค่าเฉลี่ยค่าคะแนนการทำหน้าที่ทักษะทางสังคมกลุ่มทดลอง ก่อนทดลอง = 96.5 หลังทดลอง = 117.88, $P < 0.05$) แต่ไม่พบผลดังกล่าวในกลุ่มควบคุม

สาขาวิชา สุขภาพจิต
ปีการศึกษา 2561

ลายมือชื่อนิสิต
ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

5874070230 : MAJOR MENTAL HEALTH

KEYWORD: Schizophrenia, Negative symptoms, Social skill training

Siriluck Porama : Effect of social skill training program on schizophrenia patients with negative symptoms compare with treatment as usual..

Advisor: Chotiman Chinvararak, M.D.

This experimental study was a randomized control study. The purpose of this research were study the effectiveness of the social skill training program in schizophrenia patients with negative symptoms who received services in outpatient psychiatry department King Chulalongkorn Memorial Hospital. The sample included 23 of schizophrenia were randomly assigned to intervention group who received intensive social skill training group 8 members (SST) and 15 members in control group who received treatment as usual (TAU). Research instrument 1) Demographic data record form 2) Positive and Negative Syndrome Scale – T 3) The social functional scale and 4) Social skill training program.

The results showed 1) Patients in intervention group improved performance significantly better than the patients in control group at (SFS score: intervention group pre-test = 96.5, post-test = 117.88 vs control group pre-test = 129.67, post-test= 122.93, $P < 0.05$)

2) The patient in intervention group improved significantly in social skill functional from pre – post test (SFS score: intervention group pre-test = 96.5, post-test = 117.88) whereas individual TAU did not.

Field of Study: Mental Health

Student's Signature

Academic Year: 2018

Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ถูกล่วงไปด้วยดีด้วยความกรุณา ความช่วยเหลือ และความอนุเคราะห์จากบุคคลหลายท่าน

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงศิริลักษณ์ ศุภปีติพร ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ให้เกียรติมาเป็นประธานสอบวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ อีกทั้งกรุณาให้คำแนะนำ ชี้แจง และตรวจสอบวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์สมรักษ์ สันติเบญจกุล คณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายนอกมหาวิทยาลัย ที่ให้เกียรติมาเป็นกรรมการสอบภายนอกในครั้งนี้ อีกทั้งกรุณาในการสอน ให้ความรู้ และแนะนำแนวทางในการทำวิจัย รวมไปถึงตรวจสอบวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์โชติมันต์ ชินวรารักษ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ที่กรุณาให้คำปรึกษา และคำแนะนำในการทำวิทยานิพนธ์ ตลอดจนให้กำลังใจเป็นอย่างดี จนวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เสร็จสมบูรณ์

ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่ธุรการแผนกจิตเวชทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือ ให้คำปรึกษา และให้กำลังใจมาโดยตลอด

ขอขอบพระคุณผู้เข้าร่วมงานวิจัยทุกท่าน ที่กรุณาสละเวลาให้ความร่วมมือในการทำวิจัยเป็นอย่างดี

ขอขอบคุณ คุณพ่อคุณแม่ เพื่อน และคุณปริญญา ชัยวุฒิ ที่เป็นกำลังใจอย่างดีเสมอมา

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ศิริลักษณ์ ปรมะ

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ง
กิตติกรรมประกาศ.....	จ
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	1
บทที่ 1	1
บทนำ.....	1
ความสำคัญและที่มาของปัญหาการวิจัย (Background and Rationale).....	1
สมมติฐานการวิจัย (Hypothesis).....	3
ขอบเขตการวิจัย	3
กรอบแนวคิดในการวิจัย (conceptual framework).....	3
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	3
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย (Expected Benefit and Application).....	5
บทที่ 2	6
เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	6
1. แนวคิดและทฤษฎี	7
คำจำกัดความ.....	7
ระบาดวิทยา.....	7
พยาธิสรีรวิทยา.....	7
อาการด้านบวก (positive symptoms)	8
อาการทางด้านลบ (Negative symtops).....	11

ภาวะร่วมทางจิตเวช	15
2. การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคม	16
3. สถิติและงานวิจัยเกี่ยวกับการฝึกโปรแกรมทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท.....	21
บทที่ 3	24
วิธีการดำเนินงานวิจัย	24
รูปแบบการวิจัย (Research Design).....	24
ระเบียบวิธีวิจัย (Research Methodology).....	24
ขนาดตัวอย่าง (sample size).....	25
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (Measurement).....	26
การรวบรวมข้อมูล (Data collection).....	44
การวิเคราะห์ทางสถิติ (Data Analysis).....	45
บทที่ 4	46
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	46
บทที่ 5	52
สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	52
บรรณานุกรม.....	85
ประวัติผู้เขียน.....	89



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

สารบัญตาราง

ตารางที่ 1	ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	47
ตารางที่ 2	ค่าเฉลี่ยของคะแนน PANSS – Thai ของสองกลุ่มก่อนการทดลอง	48
ตารางที่ 3	ค่าเฉลี่ยของคะแนน PANSS – Thai อาการทางด้านบวกและด้านลบกลุ่มควบคุม	49
ตารางที่ 4	เกณฑ์การตัดเข้าค่าเฉลี่ยของคะแนน PANSS – Thai อาการทางด้านบวกและด้านลบ กลุ่มทดลอง	49
ตารางที่ 5	เปรียบเทียบค่าคะแนนทดสอบทักษะการทำหน้าที่ทางสังคมของกลุ่มทดลองกับกลุ่ม ควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง	50
ตารางที่ 6	การเปรียบเทียบค่าคะแนนทดสอบทักษะการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ ได้รับโปรแกรมก่อนและหลังการทดลอง.....	51
ตารางที่ 7	การเปรียบเทียบค่าคะแนนทดสอบทักษะการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ ได้รับโปรแกรมก่อนและหลังการทดลองในแต่ละด้าน.....	51



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทที่ 1

บทนำ

ความสำคัญและที่มาของปัญหาการวิจัย (Background and Rationale)

ในปัจจุบันสถานการณ์ของผู้ป่วยโรคจิตเภทในประเทศไทย (Schizophrenia) พบผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมดกว่าหนึ่งล้านราย ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เสแสร้ง ซึ่งเป็นรายงานสถิติที่ชัดเจนว่าผู้ป่วยจิตเภทมีจำนวนมากเป็นอันดับต้นๆ ของผู้ป่วยโรคจิตเวชทั้งหมด ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยเข้าถึงการรับบริการด้วยการรักษาทางยาประมาณร้อยละ 50 และโรงพยาบาลจิตเวชมีทั่วประเทศ 17⁽¹⁾ แห่ง ความชุกตลอดชีพพบร้อยละ 1 และอุบัติการณ์พบ 0.5 - 5 ต่อ 10,000 ต่อปี อัตราส่วนพบในเพศหญิงและเพศชายเท่ากัน ส่วนใหญ่พบในช่วงวัยรุ่นตอนปลายถึงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น โดยเพศชายเริ่มอาการของโรคอายุน้อยกว่าเพศหญิง อายุที่พบเริ่มป่วยมากที่สุดในเพศชาย คือ ช่วงอายุ 10 - 25 ปี เพศหญิง คือ ช่วงอายุ 25 - 35 ปี พบมากในผู้ที่มีระดับเศรษฐฐานะต่ำ ผลลัพธ์ของโรคจิตเภท (schizophrenia) ในเพศหญิงดีกว่าเพศชาย⁽²⁾ ผู้ป่วยจิตเภทมีลักษณะทางคลินิกหลายอาการ มีอาการทางบวก เช่น มีอาการหลงผิด ประสาทหลอนความผิดปกติของการพูด ผู้ป่วยจะพูดไม่ค่อยเข้าใจ เช่น คำพูดไม่ต่อเนื่องกัน พูดไม่รู้เรื่อง ทำให้คนอื่นไม่ยอมพูดคุยกับผู้ป่วย ความผิดปกติของพฤติกรรม ผู้ป่วยมีการแต่งกายสกปรก ไม่สนใจดูแลตัวเอง เป็นต้น การเปลี่ยนแปลงด้านความคิดการรับรู้ ผู้ป่วยจะมีสมาธิแย่ง มีปัญหาความจำลดลง ตีความหมายของสิ่งต่างๆไม่ได้ หรือบิดเบือนจากความเป็นจริง คิดเป็นเหตุเป็นผลไม่ได้ หรือความสามารถในการบริหารจัดการลดลงอย่างมาก การตัดสินใจเสีย และเรียนรู้สิ่งใหม่ได้ยาก การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ชัดเจน ผู้ป่วยอาจรู้สึกทุกข์ทรมาน ไม่สบายใจ หดหู่กำลังใจจากอาการของโรคที่เกิดขึ้น พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทร้อยละ 50 พยายามฆ่าตัวตาย และร้อยละ 10 - 15 ฆ่าตัวตายสำเร็จ โดยปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ได้แก่ เพศชาย อายุต่ำกว่า 30 ปี ผู้ป่วยอาจมีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วยและเพิ่งออกจากโรงพยาบาล⁽³⁾ ดังนั้นทักษะการสื่อสารจึงมีความสำคัญต่อการเป็นอยู่เชิงสร้างสรรค์ในทางบวกและการแก้ปัญหากับการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ผู้ป่วยทางจิตเวชหลายคนมีความทุกข์ทรมานกับโรคที่ตัวเองเป็นอยู่ จากการมีความสามารถทางทักษะทางสังคมที่ลดลง เช่น ปัญหาเกี่ยวกับการสื่อสารกับคนอื่น ๆ การถอยหนีห่างจากสังคม ปัญหาเกี่ยวกับชีวิตประจำวัน จึงเป็นเหตุที่ควรฝึกทักษะทางสังคม การฝึกอบรม ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลโดยทฤษฎีเรียนรู้ทางสังคมพื้นฐาน ในผู้ป่วยโรคจิตเภทส่วนมากมีอาการกลับมาเป็นซ้ำ ถ้าสิ่งแวดล้อมหรือครอบครัวของผู้ป่วยเหมาะสมต่อการดูแลผู้ป่วย เช่น ให้ความรัก ความอบอุ่น มีความเข้าใจ และยอมรับในตัวของผู้ป่วย เต็มใจรับผู้ป่วยที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกลับสู่ครอบครัว⁽⁴⁾ ทั้งนี้ต้องจัดเตรียมผู้ป่วยกลับสู่สังคมโดยการฝึกสอนผู้ป่วยให้สามารถใช้ชีวิตได้อย่างอิสระและสามารถช่วยเหลือตนเองให้ได้มากที่สุดเพื่อลดภาวะกดดันจากการเป็นภาระของครอบครัวหรือคนใกล้ชิด อาการผิดปกติที่ขาดหรือบกพร่องไปจากคนทั่วไป เช่น เฉยเมย หน้าตาไม่แสดงอารมณ์ พูดน้อยหรือไม่พูด ไม่มีแรงจูงใจหรือเฉื่อยชาลง ภาวะสิ้นยินดี ไม่เข้าสังคม อาการจะค่อยเป็นค่อยไป และมักพบ

ในช่วงหลังของการดำเนินโรค⁽⁵⁾ ทั้งนี้ปัญหาทางด้านการเข้าสังคมที่เกิดขึ้นเหตุผลมาจากผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางด้านลบ ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางด้านลบ จะมีอาการมีอารมณ์ที่เฉยเมยและจำกัดการแสดงออก การไม่สามารถสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่นได้ จะแสดงออกมาด้วยการที่ผู้ป่วยพยายามหลีกเลี่ยงการสบตา ไม่ตอบคำถาม และสื่อสารกับผู้อื่นน้อยลง ไม่ว่าจะเป็นการสื่อสารด้วยคำพูดหรือท่าทาง นอกจากนี้ผู้ป่วยยังไม่สามารถแสดงความคิดเห็นออกเห็นใจผู้อื่นได้ ขาดความมีส่วนร่วมในการสนทนา ผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับผู้อื่นน้อยมาก บางรายอาจไม่พูดเลย มีความต้องการหรือความสนใจทางเพศลดลง ไม่สามารถรู้สึกใกล้ชิดสนิทสนมกับผู้อื่นได้ ความสัมพันธ์ในกลุ่มเพื่อนลดลง ขาดความกระตือรือร้นและมักมีสีหน้าที่ไม่แสดงออกทางอารมณ์ได้ การแต่งกายหรือการดูแลสุขลักษณะของผู้ป่วยลดลง เฉื่อยชา⁽⁶⁾ ผู้ป่วยจิตเภทมีเครือข่ายสังคมน้อย โดยมากเป็นสมาชิกในครอบครัว ขาดเพื่อนพูดคุย มีความต้องการการตอบสนองด้านการให้คุณค่า การตอบสนองทางด้านอารมณ์ และให้คุณค่าต่อการที่มีอาชีพที่เหมาะสมกับตนเอง มีการรับรู้ต่อตนเองในทางลบหรือตาบอดและไร้สมรรถภาพ นอกจากนี้ยังขาดการเข้าถึงสวัสดิการสังคมที่หลากหลาย โดยเฉพาะโปรแกรมจิตสังคมบำบัดในชุมชนเพื่อการบำบัดฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง การได้รับความสนับสนุนส่งผลต่อการรู้คุณค่าและแรงจูงใจต่อการรักษา จึงควรมีการส่งเสริมให้คุณค่า การสะท้อนทางบวก การมีส่วนร่วมทางสังคม ส่งเสริมเครือข่ายที่มีคุณภาพแก่ผู้ป่วย

ในประเทศไทยมีการศึกษาการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ประกอบด้วยทักษะ 4 ด้าน คือ ร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ หลังการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีความสามารถเพิ่มขึ้นทั้งสี่ด้าน⁽⁷⁾ การศึกษาการให้โปรแกรมจิตสังคมในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง เป็นการให้โปรแกรมกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์เพื่อผลต่อทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง โดยประกอบด้วยทักษะทางสังคม 4 ด้าน 1. การมีปฏิสัมพันธ์ 2. การสร้างสัมพันธ์ภาพ 4. นันทนาการและกิจกรรมยามว่าง ผลการวิจัยพบว่า โปรแกรมกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ช่วยพัฒนาพฤติกรรมทางด้านสังคมของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังให้มีทักษะทางสังคมได้ดี⁽⁸⁾

ในปัจจุบันการส่งเสริมทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทยังมีอย่างจำกัดในประเทศไทย และได้มีการศึกษางานวิจัยในไทยย้อนหลังในการฝึกโปรแกรมศึกษาทางสังคม พบว่าการฝึกโปรแกรมทักษะทางสังคมมีการฝึกแบบผสมผสานเน้นการให้ความรู้พื้นฐานมากกว่าการฝึกโปรแกรมทักษะทางสังคมอย่างเข้มข้นที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้จริง ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีแนวคิดในการคิดโปรแกรมฝึกทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทที่เน้นเฉพาะเรื่องทักษะทางสังคมอย่างจริงจัง โดยได้แนวคิดมาจากงานวิจัยของ Mar Rus Calafell 2014⁽⁹⁾ ทฤษฎี Social functional และ Kopelowiz, Liberman, and Zarate 2006⁽¹⁰⁾ ในการให้โปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม ผู้วิจัยจึงมีแนวคิดเกี่ยวกับการฟื้นฟูทางด้านทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในระยะคงที่ (Maintenance) หรือผู้ป่วยที่มีอาการด้านลบ (Negative Symptoms) เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง ส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อครอบครัวสังคม ลดช่องว่างระยะห่างของตัวผู้ป่วยและครอบครัว ลดภาวะกดดัน ความเครียดภายในของผู้ป่วย ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการดูแลตัวเองและเพิ่มประสิทธิภาพในการทำกิจกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเองลดภาระของครอบครัวและสังคมได้

สมมติฐานการวิจัย (Hypothesis)

1. ค่าคะแนนทดสอบทักษะการทำหน้าที่ทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองหลังจากที่ได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมมีค่าคะแนนทักษะการทำหน้าที่ทางสังคมมากกว่าผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มควบคุม
2. ค่าคะแนนทดสอบทักษะการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมทักษะทางสังคมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม

ขอบเขตการวิจัย

1. การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยทดลอง (experimental research) แบบสองกลุ่มวัดค่าคะแนนก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest – Posttest Design)
2. ประชากรเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์วินิจฉัย ICD 10 หรือ DSM –5 ที่มารับบริการการรักษาผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
3. กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการการรักษาเป็นผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
4. ตัวแปรที่ศึกษา คือ ค่าคะแนนของแบบประเมินทักษะการทำหน้าที่ทางสังคม

กรอบแนวคิดในการวิจัย (conceptual framework)



คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

โรคจิตเภท (Schizophrenia) หมายถึง โรคที่มีความผิดปกติของความคิด การรับรู้ และพฤติกรรม อาการเป็นติดต่อกันอย่างน้อย 6 เดือน โดยไม่มีสาเหตุจากโรคทางกาย ยา หรือสารเสพติดและส่งผลกระทบต่อปัญหาด้านสังคม การงาน หรือสุขอนามัยของผู้ป่วย ในการศึกษานี้วินิจฉัยตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD10 หรือ DSM – 5

ทักษะทางสังคม (Social skill) หมายถึง การที่บุคคลหนึ่งมีการแสดงออกของความพึงพอใจในลักษณะที่เหมาะสมในการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น สามารถเรียนรู้ในเรื่องของการเข้าหาสมาคมกับผู้อื่นได้ และแสดงออกด้วยสีหน้าท่าทางที่สบายใจ โดยผู้ที่ขาดทักษะทางสังคมจะมีความรู้สึกอึดอัด เมื่อเข้าไปมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม เกิดความยุ่งยากใจเกิดขึ้นหรือมีการแสดงออกที่ไม่เหมาะสม ดังนั้นผู้ที่ขาดทักษะทางสังคม จึงไม่สามารถเข้าหาสมาคมกับผู้อื่นได้อย่างมีความสุข และมักจะมีแนวโน้มเป็น คนเงียบ เก็บตัว ไม่คมหาสมาคมกับผู้อื่นได้ ไม่มีความมั่นใจในการแสดงพฤติกรรมต่างๆ เมื่อเข้าสังคม ร่วมกับมีความติดกลัวบุคคลอื่นประเมินตนเองไปในทางลบ⁽¹¹⁾ สามารถวัดได้โดยแบบประเมินทักษะการทำหน้าที่ทางสังคม Social functional skill: SFS

อาการด้านลบในผู้ป่วยจิตเภท (Negative symptoms) หมายถึง อาการที่ผิดปกติขาดหรือบกพร่องไปจากบุคคลทั่วไป เช่น เฉยเมยไม่แสดงอารมณ์ (affective flattening) พูดน้อยหรือไม่พูด (alogia) ไม่มีแรงจูงใจหรือเฉื่อยชาลง (avotition) ภาวะสิ้นยินดี (anhedonia) ไม่เข้าสังคม (asociality) อาการจะดำเนินการค่อยเป็นค่อยไป และมักพบในช่วงหลังของการดำเนินโรค⁽⁵⁾ สามารถวัดได้โดยแบบประเมินอาการทางด้านลบของผู้ป่วยจิตเภท Positive and negative syndrome scale: PANSS ในส่วนอาการทางด้านลบ (negative symptoms)

การฝึกทักษะทางสังคม (Social skill training) หมายถึง การเรียนรู้ที่จะเข้าใจอารมณ์ของคนในสังคม การฝึกทักษะทางการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นหรือคนใกล้ชิดในการใช้ชีวิตประจำวัน เช่น คู่ครอง เพื่อนร่วมงาน รวมไปถึงคนอื่นๆ ในสังคม การมีความเห็นอกเห็นใจผู้อื่นอย่างแท้จริง สามารถแก้ไขปัญหาระหว่างความสัมพันธ์ได้อย่างดี สามารถปรับทัศนคติต่อผู้อื่นที่มีความคิดเห็นไม่ตรงกับตนเองได้⁽¹²⁾

คาบที่ 1 ทักษะการรับรู้ทางสังคมพื้นฐาน (Social perception& information processing skills) เป็นการฝึกทักษะเพิ่มความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการรับรู้พฤติกรรมของสังคมปกติ ในเรื่องของการรับรู้จากการแสดงออกของคู่สนทนา ทั้งในภาษาพูด อวัจนภาษา เช่น การรับรู้การแสดงออกทางสีหน้า การรับรู้การแสดงออกทางน้ำเสียงของผู้อื่น ความเข้าใจเกี่ยวกับระยะห่างในการพูดคุยกับผู้อื่นอย่างเหมาะสม และเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถนำความรู้ความสามารถที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมกับสถานการณ์

คาบที่ 2 ทักษะการสื่อสารโดยการส่งสารพื้นฐาน (Responding and sending skills) ทักษะการสื่อสารโดยการส่งสารพื้นฐาน (Responding and sending skills) เพื่อสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการสื่อสารโดยการส่งสารแบบพฤติกรรมของสังคมที่ปกติ ในเรื่องของการแสดงออกของอารมณ์ทางพฤติกรรมที่เหมาะสม เช่น การแสดงออกทางสีหน้า น้ำเสียงและท่าทาง การขอความช่วยเหลือ การให้ข้อมูลกับผู้อื่น เป็นต้น เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลือกใช้ทักษะในการแสดงออกของพฤติกรรมในสถานการณ์ที่เหมาะสมและสามารถนำความรู้ความสามารถที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้

คาบที่ 3 ทักษะกิจกรรมทางสังคม (Instrument role skills)

เพื่อส่งเสริมสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการกิจกรรมทางสังคม ที่เน้นให้ช่วยเหลือตัวเอง เช่น การหิวผม การแปรงฟัน การรีดผ้า การแต่งตัว การทำงานบ้าน การขึ้นรถเมล์ การวางแผนการเดินทาง การจ่ายเงิน

เมื่อผู้ป่วยได้รับการส่งเสริมในการฝึกกิจกรรมดังกล่าว ผู้ป่วยจะสามารถสามารถเลือกกิจกรรมที่สามารถทำได้โดยตนเองไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน ลดการเป็นภาระของบุคคลอื่น

คาบที่ 4 ทักษะสัมพันธ์และการผ่อนคลาย (Affiliative role skills and relaxation)

เพื่อสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการมีความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลรอบข้างผู้ป่วย เช่น ครอบครัว เพื่อนฝูง ญาติมิตร อาจารย์ถึงเพื่อนร่วมงาน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถสามารถเลือกกิจกรรมที่ทำร่วมกับผู้อื่น หรือกิจกรรมผ่อนคลายที่กับช่วงเวลาได้ถูกต้องอย่างเหมาะสม และให้ผู้ป่วยสามารถนำความรู้ความสามารถเกี่ยวกับกิจกรรมสัมพันธ์ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม

คาบที่ 5 ทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคล (Interpersonal skills)

เพื่อสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลอื่น เช่น การเริ่มต้นสนทนากับบุคคลใหม่ การจบการสนทนา การให้ข้อมูลแก่ผู้อื่น และการแสดงความรู้สึกต่อผู้อื่น (ดีใจ เสียใจ เป็นต้น) เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมในสถานการณ์ที่แตกต่างกัน และให้ผู้ป่วยสามารถนำความรู้ความสามารถเกี่ยวกับกิจกรรมการฝึกทักษะสื่อสารระหว่างบุคคลที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม

คาบที่ 6 ทักษะการเสริมสร้างพฤติกรรมและการเห็นคุณค่าในตัวเอง (Behavior governed by social norm) เพื่อสนับสนุนการให้หรือรับคำชมเพื่อสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการมองผู้อื่นและตนเองในแง่บวก ผู้ป่วยสามารถมองหาข้อดีในตนเองและผู้อื่นได้ อีกทั้งยังสามารถใช้ในการเริ่มต้นมิตรภาพพร้อมทั้งเสริมสร้างการเห็นคุณค่าในตนเองได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมกับสถานการณ์ต่างๆ และสามารถนำความรู้ความสามารถเกี่ยวกับกิจกรรมการฝึกทักษะในการเสริมสร้างพฤติกรรมและการเห็นคุณค่าในตนเองรวมไปถึงการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย (Expected Benefit and Application)

1. เพื่อได้พัฒนาโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอยู่ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
2. เพื่อได้มีโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภท ในการส่งเสริมการเพิ่มประสิทธิภาพทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทให้กลับสู่สังคมได้ดียิ่งขึ้น
3. เพื่อนำเอาโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภทเป็นแนวทางไปประยุกต์ใช้ในการบริการสาธารณสุขแก่ผู้ป่วยจิตเภท
4. เพื่อเป็นแนวทางและข้อมูลพื้นฐานของโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมไปปรับปรุงหรือประยุกต์สำหรับการวิจัยในเชิงทดลองครั้งต่อไป

บทที่ 2

เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง (Review of related literatures)

1. แนวคิดและทฤษฎี
 - คำจำกัดความ
 - ระบาดวิทยา
 - พยาธิสรีรวิทยา
 - แนวคิดของอาการทางบวก
 - แนวคิดของอาการด้านลบ
 - ภาวะร่วมทางจิตเวช
2. การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคม
3. วรรณกรรมงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

1. แนวคิดและทฤษฎี

โรคจิตเภท (schizophrenia)⁽²⁾

โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่พบบ่อยที่สุด ผู้ป่วยที่มีอาการโรคจิตเป็นอาการเด่น ซึ่งส่งผลกระทบต่อทุกหน้าที่ มีหลายปัจจัยเป็นสาเหตุ ลักษณะอาการมีหลายอย่าง และมักเป็นเรื้อรัง ยารักษาโรคจิตถือว่าสำคัญเพราะทำให้อาการดีขึ้นได้ ควบคู่กับการรักษาทางจิตใจและสังคม ตลอดจนการฟื้นฟูทางจิตเวช เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลช่วยเหลือตัวเอง ลดภาวะของครอบครัวและสังคมได้

คำจำกัดความ

โรคจิตเภท หมายถึง โรคที่มีความผิดปกติของความคิด การรับรู้ และพฤติกรรม อาการเป็นติดต่อกันอย่างน้อย 6 เดือน โดยไม่มีสาเหตุจากโรคทางกาย หรือสารเสพติด และส่งผลกระทบต่อปัญหาด้านสังคม การงาน หรือสุขอนามัยของผู้ป่วย

ระบาดวิทยา

ความชุกตลอดชีพ พบร้อยละ 1 และอุบัติการณ์พบ 0.5 – 5 ต่อ 10,000 ต่อปี อัตราส่วนในเพศหญิงและเพศชายเท่ากัน ส่วนใหญ่พบในวัยรุ่นตอนปลายถึงผู้ใหญ่ตอนต้น โดยเพศชายเริ่มเป็นเมื่ออายุน้อยกว่าเพศหญิง อายุที่เริ่มป่วยมากที่สุดในเพศชาย คือ ช่วงอายุ 10 -25 ปี เพศหญิง คือ ช่วงอายุ 25 – 35 ปี พบมากในผู้ที่มีเศรษฐกิจฐานะต่ำ พบว่าผลลัพธ์ของโรคจิตเภท (schizophrenia) ในเพศหญิงดีกว่าเพศชาย⁽¹³⁾

พยาธิสรีรวิทยา

สาเหตุของโรคยังไม่ทราบแน่นอน มีหลายปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคดังนี้

1. ปัจจัยทางชีวภาพ

พันธุกรรม พบว่าญาติของผู้ป่วยมีโอกาสเป็นโรคจิตเภทสูงกว่าประชากรทั่วไปยิ่งมีความใกล้ชิดทางสายเลือดยิ่งมีโอกาสเกิดโรคสูง

- สารชีวเคมีในสมอง ได้แก่ dopamine มีสมมุติฐานว่าเกิดจาก dopaminergic hyperactivity โดยเฉพาะ mesolimbic และ mesocortical tract (D2 receptor) สารสื่อประสาทชนิดอื่นที่เกี่ยวข้องเช่น serotonin พบว่า serotonergic activity (โดยเฉพาะ 5 – HT2A receptor) และ norepinephrine ทำงานมากเกินไป สำหรับ gamma – aminobutyric acid (GABA) ถ้าทำงานน้อยลง dopamine จะทำงานมากเกินไป นอกจากนี้ ยังมี glutamate ซึ่งมี NMDA (N – methy – D – aspartic acid) receptor ทำงานน้อยลง รวมทั้ง acetylcholine และ nicotine ทำงานน้อยลง
- ประสาทกายวิภาค พบ ventricle และ sulci โตกว่าปกติ มี cortical atrophy โดยเฉพาะบริเวณ limbic และ thalamus พบว่าปริมาณและน้ำหนักของสมองน้อยกว่าปกติ
- ประสาทสรีรวิทยา พบสมองมีสภาพ hypofrontality คือ cerebral blood flow และ glucose metabolism ลดลงในบริเวณ frontal lobe ตรงส่วน prefrontal cortex และบางรายงานพบว่ามีความผิดปกติในระดับเซลล์บริเวณ limbic และ prefrontal

แนวคิดปัจจุบันพบว่า โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความผิดปกติด้านพัฒนาการทางระบบประสาท (neurodevelopmental disorder) และพบความผิดปกติในการทำงานของสมองหลายบริเวณ

2. ปัจจัยทางครอบครัว

ลักษณะของครอบครัวที่มีการแสดงอารมณ์ต่อกันสูง (high expressed – emotion; high EE) ได้แก่ คำหิวิพากษ์วิจารณ์ (criticism) เกลียดชังไม่เป็นมิตร (hostility) และผู้เกี่ยวข้องมากเกินไป (over-involvement) มีผลต่อการกำเริบโรคจิตเภท

3. ปัจจัยทางสังคม

ส่วนใหญ่มักพบในผู้ป่วยในสังคมที่มีระดับเศรษฐกิจต่ำซึ่งการที่ผู้ป่วยยังคงมีอาการทางจิตอยู่ตลอดอาจทำให้ไม่สามารถดำเนินชีวิตแบบเดิมได้ (social drift) หรือสภาพทางสังคมที่กดดันอาจทำให้ผู้ป่วยเป็นโรคจิตเภทเพิ่มขึ้นได้ (social causation)⁽¹⁴⁾

อาการด้านบวก (positive symptoms)

แนวคิดของอาการด้านบวก⁽⁶⁾

อาการด้านบวกเป็นอาการที่เกิดขึ้นเนื่องจากความผิดปกติของระบบความคิด อารมณ์ หรือพฤติกรรม เนื่องจากว่าอาการบวกส่วนใหญ่จะแสดงออกมาให้เห็นอย่างชัดเจนกว่าอาการลบ ในอดีตจึงยึดเอาอาการนี้เป็นหลักในการวินิจฉัยโรคจิตเภท เช่น Schneiderian first – rank symptoms ซึ่งอาการกลุ่มนี้จะมีโอกาสสูงมากที่ผู้ป่วยจะเป็นโรคจิตเภท อีกทั้งยังเป็นอาการหลักในเกณฑ์การวินิจฉัยชนิดอื่นด้วย เช่น Feighner criteria, Research Diagnostic Criteria เป็นต้น อาการบวกนี้สามารถเกิดขึ้นในช่วงใดของโรคก็ได้ ตั้งแต่ช่วงระยะอาการนำ ไปจนถึงช่วงที่มีอาการโรคจิตระยะเฉียบพลัน และช่วงระยะหลงเหลืออาการ ซึ่งอาการบวกนี้เป็นเป้าหมายสำคัญในการรักษาด้วยยาโรคจิต อาการบวกได้แก่ อาการหลงผิด ประสาทหลอน พฤติกรรมแปลกประหลาด ซึ่งจะได้กล่าวถึงอาการแต่ละโรคอย่างละเอียดดังนี้⁽¹⁵⁾

อาการหลงผิด (Delusion) คือ ความเชื่อที่ไม่เป็นความจริง หรือไม่มีหลักฐานสนับสนุน และเป็นความเชื่อที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ โดยความหลงผิดนี้ต้องแยกจากความเชื่อตามขนบธรรมเนียมประเพณี และวัฒนธรรมของผู้ป่วยซึ่งเป็นความเชื่อที่เชื่อกันโดยทั่วไปในสังคมที่ผู้ป่วยอยู่ และไม่ส่งผลต่อชีวิตด้านต่างๆ ของผู้ป่วยจิตเภท

อาการหลงผิด หรือ หวาดระแวง (paranoid delusion) ผู้ป่วยที่มีอาการหลงผิดชนิดนี้มักเชื่อมโยงเหตุการณ์ต่างๆ เข้ากับเรื่องของความหลงผิด ตัวอย่างชื่อเรียกอื่นๆ ของภาวะนี้ เช่น delusion mode, delusion state of conscious, sudden delusional ideas และ delusion perception พบว่า โดยส่วนใหญ่การมี delusional perception จะเป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญของการขยายความต่อเติมอาการหลงผิดไปอย่างเป็นระบบ (system of delusional idea) ผู้ป่วยจะใช้ตัวเองเป็นจุดศูนย์กลาง มองข้ามหลักเหตุผลต่างๆ ที่จะมาหักล้างความคิดของตนเอง เช่น ผู้ป่วยคิดว่าไฟจราจรที่เปลี่ยนจากไฟเขียวเป็นไฟแดง หมายความว่ามีความวามสำคัญส่งมาจากภายนอก ให้ผู้ป่วยเริ่มสนใจเพศเดียวกันกับตนเอง ซึ่งเมื่อผู้ป่วยมี

ประสบการณ์ของการหลงผิดแล้วในเรื่องอื่นๆ ที่เรียกว่า secondary delusion ส่งผลให้ความคิดของผู้ป่วยขยายต่อไปเรื่อยๆ เป็นระบบที่สลับซับซ้อน โดยผู้ป่วยแต่ละรายจะตอบสนองต่อความหลงผิดแตกต่างกันออกไป หลายรายอาจจะพูดถึงเมื่อมีผู้อื่นถามถึงเรื่องนั้น แต่ผู้ป่วยบางรายอาจแสดงออกถึงความเชื่อที่หลงผิดนี้มากขึ้น มีการพูดถึงเรื่องที่ตนเองหลงผิดกับทุกคน และอาจมีพฤติกรรมบางอย่างที่เป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น

อาการหลงผิดแบบเป็นระบบ (systematized delusion) มักจะพบในผู้ป่วยที่มีความรู้ค่อนข้างดี และสามารถทำงานหรืออยู่ในสังคมค่อนข้างได้ดี เหมือนคนทั่วไป ผู้ป่วยจะพยายามซ่อนหรือปกปิดอาการหลงผิดเอาไว้ในมากที่สุด แต่ระหว่างช่วงที่มีอาการผู้ป่วยอาจจะทำบางสิ่งเพื่อตอบสนองต่อความหลงผิดของตนเองหรือเพื่อเป็นการป้องกันตัวเองไม่ให้โดยทำร้าย ถึงแม้ว่าอาการหลงผิดที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้ (fixed false belief) แต่พบว่ามีบางช่วง ที่ผู้ป่วยอาจจะมีความสงสัยหรือไม่แน่ใจในอาการหลงผิดของตนเอง ซึ่งช่วงเวลานี้อาจจะเป็นหลายอาทิตย์หรือหลายเดือน

อาการหลงผิดแบบแปลกประหลาด (bizarre delusion) ถือเป็นลักษณะพิเศษของผู้ป่วยจิตเภท ตัวอย่างของการหลงผิดแบบแปลกประหลาดนี้ เช่น เชื่อว่าหัวใจของตัวเองหายไป หรือ เชื่อว่ามนุษย์ต่างดาวกำลังตามหาตัวผู้ป่วยอยู่ เป็นต้น

ชนิดของอาการหลงผิด

1. อาการหลงผิดว่าถูกกลั่นแกล้งปองร้าย (persecutory delusion) ผู้ป่วยมีอาการหลงผิดคิดว่าตนเองถูกปองร้าย ถูกติดตาม หรือตกเป็นเหยื่อในเหตุการณ์ต่างๆ โดยผู้ที่ปองร้ายอาจจะเป็นคนใกล้ชิด เช่น สมาชิกในครอบครัว เพื่อน หรือเป็นผู้รักษา เช่น แพทย์ พยาบาล หรือเป็นองค์กรต่างๆ เช่น FBI หรือ เป็นปีศาจ สัตว์ประหลาดจากนอกโลก เป็นต้น อาการนี้เป็นอาการที่พบบ่อยอย่างหนึ่งของโรคจิตเภท แต่อาจจะพบอาการนี้ได้ในผู้ป่วยโรคจิตหลงผิด (Delusion disorder) โรคซึมเศร้า (Psychotic depression) หรือโรคหลงผิดที่เกิดจากอาการทางกาย (Organic delusional syndrome) ในโรคจิตเภทมักพบความหลงผิดชนิดไม่สอดคล้องกับอารมณ์ (mood incongruent) หรือเป็นความหลงผิดที่ไม่มีลักษณะเฉพาะ ผู้ป่วยอาจรู้สึกว่าการตนเองด้วยอำนาจสองอย่างที่ขัดแย้งกัน เช่น พระเจ้ากับปีศาจความมีเหตุผลกับความไม่มีเหตุผล ดวงอาทิตย์กับดวงจันทร์ ประจุไฟฟ้าบวกและประจุไฟฟ้าลบ เป็นต้น นอกจากนี้บางครั้งรายละเอียดของความหลงผิดจะสะท้อนให้เห็นถึงความก้าวหน้าของเทคโนโลยี เช่น ผู้ป่วยเชื่อว่าตัวเองได้รับการติดตามด้วยเครื่องมือพิเศษติดตามตัว ซึ่งเป็นกล้องคอยจับตามองผู้ป่วยอยู่ตลอดเวลา เป็นต้น อาการหลงผิดคิดว่ามีคนปองร้ายนี้ อาจจะเป็นไปได้ทั้งคลุมเครือ ไม่คงที่ และมีจำนวนน้อย หรืออาจจะป็นอาการหลงผิดหลายๆ เรื่อง พัวพันกันเป็นระบบก็ได้ ข้อควรระวังคือผู้ป่วยที่มีอาการหวาด ระวังอาจจะทำบางอย่างที่ไม่เหมาะสม หรือไม่มีเหตุผล ทำให้เป็นอันตรายต่อตัวผู้ป่วยเองและคนอื่นๆ ได้

2. อาการหลงผิดว่าถูกพาดพิงถึง (delusion of reference) ผู้ป่วยหลงผิดว่าคำพูดหรือท่าทางของผู้อื่นมีเจตนาเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยทั้งที่ความจริงไม่ได้เป็นเช่นนั้น ผู้ป่วยเชื่อว่าสิ่งที่ตนเองคิดเป็นความจริงแน่นอนโดยไม่ต้องการหาหลักฐานมายืนยัน ซึ่งเป็นสิ่งที่แตกต่างไปจากคนธรรมดาทั่วไป เพราะเมื่อสงสัยว่าตนเองได้รับการพาดพิงถึง คนทั่วไปจะพยายามหาพยานและหลักฐานมายืนยันว่าไม่ใช่อย่างที่ตนเองคิด

ตัวอย่างที่พบบ่อยของ delusion of reference คือ ผู้ป่วยคิดว่ารายการโทรทัศน์กล่าวถึงผู้ป่วยโดยเฉพาะ โดยเนื้อหาของอาการหลงผิดส่วนใหญ่จะมีลักษณะเฉพาะของโรคจิตเภทที่พบบ่อยคือผู้ป่วยคิดว่าผู้อื่นพูดถึงตนเองในเรื่องเสื่อมเสีย วางแผนจะทำร้ายตนเอง หรือพูดว่าผู้ป่วยเป็นคนสำคัญ เป็นต้น

3. อาการหลงผิดว่าตนเองถูกควบคุมจากอำนาจภายนอก (delusions of controlled) ผู้ป่วยจะรู้สึกว่ามีอำนาจภายนอกหรือองค์กรต่างๆ พยายามควบคุมความคิด ความรู้สึกหรือร่างกายของตนเองอยู่ ความหลงผิดชนิดนี้ส่งผลให้เกิด delusions of passivity ตามมาซึ่งเกี่ยวข้องกับ อาการประสาทหลอนทางกาย (Somatic hallucination) โดยผู้ป่วยมักใช้ความหลงผิดถูกควบคุมของตนเองมาอธิบายความรู้สึกผิดปกติทางกายที่เกิดขึ้น

อาการหลงผิดนี้ต้องมากกว่าความรู้สึกว่าถูกชักจูงหรือถูกบังคับ เช่น ในเด็กวัยรุ่นที่ได้รับการกดดันจากกลุ่มเพื่อนให้คิดหรือแต่งตัวไปในทางเดียวกัน

4. อาการหลงผิดว่าตนเองถูกสอดแทรกความคิด (thought insertion)

ผู้ป่วยจะมีความเชื่อว่าความคิดบางส่วนของตนเองไม่ได้เป็นของตนเองโดยแท้จริง แต่ได้รับการสอดแทรกมาจากภายนอก ความคิดเหล่านี้มักทำให้ผู้ป่วยไม่พอใจ ที่รบกวนหรือถูกควบคุมความคิดของตนเอง จนอาจไปสู่การทำพฤติกรรมแปลกประหลาด หรือก้าวร้าวรุนแรงได้ อาการนี้จะแตกต่างจากความคิดซ้ำๆ ที่พบในผู้ป่วยโรคย้ำคิดย้ำทำ ซึ่งความคิดมาจากผู้ป่วยเอง โดยไม่มีแรงภายนอกเข้ามาเกี่ยวข้อง แต่ในผู้ป่วยจิตเภทผู้ป่วยจะอ้างว่าความคิดหรือการกระทำของตนเองนั้นเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจากคนอื่น แล้วสอดใส่มาให้ผู้ป่วย

5. อาการหลงผิดว่าความคิดของตนเองถูกดึงออกไป หรือกระจายออกนอกตัว (thought withdrawal and thought broadcasting) Thought withdrawal เป็นอาการที่ตรงข้ามกับ Thought insertion โดยผู้ป่วยที่มีอาการนี้จะเชื่อว่าความคิดของตนเองโดนดึงออกไป ผู้ป่วยอาจจะเล่าประสบการณ์ว่าตนเองกำลังคิดถึงเรื่องหนึ่งอยู่แล้ว ความคิดนั้นก็หายไปอย่างทันทีทันใด ส่วนอาการ thought broadcasting นั้น ผู้ป่วยจะคิดว่าความคิดของตนเองสามารถถ่ายทอดไปให้คนอื่นได้ หรือคนอื่นสามารถได้ยินความคิดของตน ส่วนใหญ่จะมีความหมายในการส่งกระแสความคิด หรือพลังจิต เช่น ผู้ป่วยเชื่อว่ามีคนฝังเครื่องรับวิทยุไว้ในสมองของตนเอง เป็นต้น

6. อาการหลงผิดเรื่องความรู้สึกผิดที่มากเกินไป (delusion of sin or guilt) ผู้ป่วยได้เชื่อว่าจะได้ทำผิดที่ใหญ่หลวงสมควรได้รับการลงโทษ โดยในอดีตผู้ป่วยมักจะมีประวัติการกระทำผิดในเรื่องเล็กๆ น้อยๆ มาก่อน แต่ความรู้สึกของผู้ป่วยมันเป็นเรื่องที่ทำให้เกิดความหายนะต่อผู้ป่วยหรือครอบครัว นอกจากนี้ยังอาจพบร่วมกับ grandiose idea ได้ โดยผู้ป่วยเชื่อว่าความผิดที่ตนเองทำเป็นการทำลายล้างโลกและสมควรได้รับการลงโทษอย่างรุนแรง และอาจพบร่วมกับ delusion of nihilism ได้ด้วย เมื่อมีความเชื่อข้างต้น ทำให้ผู้ป่วยเชื่อต่อไปว่าตัวเองสมควรได้รับการลงโทษจากอำนาจพิเศษต่างๆ โดยเนื้อหาส่วนใหญ่ของความหลงผิดนี้จะแปลกประหลาด และไม่ไปด้วยกันกับอารมณ์ ในทางตรงกันข้ามบางครั้ง delusion of sin and guilt นี้ก็สามารถพบได้ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอารมณ์ซึมเศร้ารุนแรงร่วมกับมีอาการโรคจิต (severe depressive episode with psychotic symptoms) ซึ่งความหลงผิดที่พบในผู้ป่วยกลุ่มนี้ จะสามารถเข้าใจได้ดีกว่า และ

เป็น ego – syntonik อีกทั้งผู้ป่วยกลุ่มนี้มักพบ vegetative symptoms มีความรู้สึกหมดหวัง ไร้ค่า และอาจมีความคิดฆ่าตัวตายร่วมด้วย

7. อาการหลงผิดว่าตนเองมีอำนาจ ความสามารถ หรือมีความสำคัญ (grandiose delusion) ผู้ป่วยที่มีอาการนี้เชื่อว่าตนเองมีพลังวิเศษ มีชื่อเสียง หรือมีพรสวรรค์ นอกจากนี้ยังอาจคิดว่าตนเองเป็นผู้ช่วยกอบกู้ศาสนา เป็นผู้นำโลก หรือเป็นบุคคลที่มีชื่อเสียง อาการหลงผิดชนิดนี้จะส่งผลต่อพฤติกรรมของผู้ป่วยค่อนข้างมาก บางรายมีการกระทำที่รุนแรงจนนำไปสู่อันตรายต่อชีวิตได้ เช่น ผู้ป่วยที่เชื่อว่าตัวเองมีความสามารถพิเศษ สามารถบินได้ แล้วกระโดดออกไปนอกหน้าต่าง เป็นต้น

นอกจากที่พบในโรคจิตเภทแล้ว อาการหลงผิดชนิดนี้ ยังสามารถพบได้ในภาวะแมนีที่มีอาการโรคจิตร่วมด้วย โดยการวินิจฉัยแยกโรค จะต้องดูว่าผู้ป่วยมีอาการอย่างอื่นของภาวะแมนีหรือไม่ เช่น อารมณ์ดีผิดปกติ พุดมากกว่าปกติ มีอาการ hyperactivity หรือ flight of idea

8. อาการหลงผิดเกี่ยวข้องกับเรื่องศาสนา (religious delusion) ผู้ป่วยจะมีความคิดหมกหมุ่นอยู่กับเรื่องของศาสนามากกว่าที่เป็นตามวัฒนธรรมหรือธรรมเนียมในสังคม ส่วนใหญ่ความหมกหมุ่นนี้จะไม่สอดคล้องกับอารมณ์ ความหลงผิดในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับศาสนานี้ยังอาจพบได้ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการโรคจิตร่วมด้วย แต่ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามักกล่าว ผู้ป่วยจะต้องมีอาการของโรคซึมเศร้ามาร่วมกับอาการหลงผิดที่มักจะสอดคล้องกับอารมณ์ซึมเศร้าของผู้ป่วย (mood congruent) ตัวอย่าง ผู้ป่วยชนิดนี้ เช่น ผู้ป่วยหญิงที่มีความเชื่อว่าตัวเองเกิดมาเพื่อชดใช้กรรมด้วยการถูกทรมานทางเพศ เพราะเป็นทางเดียวที่จะทำให้ผู้ป่วยได้ใกล้ชิดกับพระเจ้ามากขึ้น

9. อาการหลงผิดทางกาย (somatic delusions) อาการหลงผิดทางกาย คือ ผู้ป่วยจะหมกหมุ่นอยู่กับการที่อวัยวะบางส่วนของร่างกายทำงานผิดปกติไปหรือหมกหมุ่นอยู่กับอาการป่วยของตนเอง โดยที่ได้รับการตรวจร่างกาย และส่งผลตรวจทางห้องปฏิบัติการต่างๆ หมดแล้ว แพทย์ไม่พบความผิดปกติใดๆ โดยอาการหลงผิดชนิดนี้อาจเกิดขึ้นพร้อมๆ กับ kinesthetic hallucination ซึ่งผู้ป่วยจะมีความผิดปกติในการรับรู้ภายในร่างกายตัวเอง ทำให้เพิ่มความหลงผิดทางกายมากยิ่งขึ้น ผู้ป่วยที่มีอาการหลงผิดชนิดนี้จำเป็นต้อง

อาการทางด้านลบ (Negative symptoms)

แนวคิดของอาการด้านลบ⁽¹³⁾

Eugene Bueuler และ Emill Kraepelin เป็นผู้เสนอว่าอารมณ์เฉยเมย (emotional blunting) การแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติหรือการไม่แสดงอารมณ์ ถือเป็นอาการสำคัญของโรคจิตเภท โดยทั้งสองอาการนี้จัดอยู่ในกลุ่มอาการลบ

Kraepelin ได้พูดถึงอาการลบว่าสามารถแบ่งได้ 2 ประเภท⁽¹⁶⁾ คือ

1. ไม่มีการประสานกันภายในระหว่างสติ ปัญญา อารมณ์ และความตั้งใจ
2. การมีอารมณ์น้อยมาก จนทำให้ไม่มีความตั้งใจในการทำสิ่งต่างๆ

ส่วนแนวคิดของ Jacksonian ถือว่ากลุ่มอาการลบเป็นการลดลงของหน้าที่ปกติ เช่น การลดลงของพลังงานและแรงจูงใจ และการแสดงออกทางอารมณ์ อาการลบเหล่านี้พบได้บ่อยและเป็นอาการซึ่งคงอยู่

นาน อาจจะได้ตั้งแต่ช่วงระยะอาการนำของโรคจิตเภท โดยอาการนี้อาจจะนำมานาน ก่อนจะมีอาการโรคจิต ปัจจุบันได้แบ่งอาการออกเป็นปฐมภูมิ และทุติยภูมิ

1. อาการลบชนิดปฐมภูมิ (primary negative symptoms หรือ deficit symptoms)⁽¹³⁾ จะนำมาก่อนอาการโรคจิต และยังคงอยู่ระหว่างที่มีอาการโรคจิตหรืออาการทางบวก อาการเหล่านี้ได้แก่ ภาวะสิ้นยินดี อารมณ์เฉยเมยและจำกัด (flattening and narrowing of affect) พูดน้อย การขาดความกระตือรือร้น และการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ในสังคมลดลง จากการศึกษาระยะยาวพอจะสรุปอาการแบบปฐมภูมิได้ดังนี้

- อาการลบซึ่งเป็นมาก่อนเริ่มป่วย (premorbid negative symptoms) จะเกิดอาการมาก่อนอาการโรคจิต และบ่งบอกว่าผู้ป่วยมีบุคลิกภาพก่อนป่วยไม่ดี
- อาการซึ่งเป็นพร้อมๆกัน กับอาการโรคจิต (psychotic phase) ในช่วงระหว่างมีอาการโรคจิต ผู้ป่วยมีอาการลบร่วมไปด้วยพร้อมๆกัน
- อาการลบซึ่งยังคงอยู่ หลังมีอาการโรคจิตแล้ว (postpsychotic deterioration component) อาการลบยังคงอยู่หลังจากอาการโรคจิตหายไป ทำให้ผู้ป่วยมีบุคลิกภาพ หรือการทำหน้าที่ต่างๆ เสื่อมลงจากก่อนป่วย

2. อาการลบทุติยภูมิ (secondary negative symptoms หรือ nondeficit symptoms) พบความสัมพันธ์กับช่วงที่มีอาการโรคจิต อารมณ์ซึมเศร้า หรือภาวะหมดกำลังใจ (demoralization) และเป็นผลข้างเคียงจากยา ซึ่งอาการลบชนิดทุติยภูมินี้ส่วนใหญ่จะหายไปได้เมื่อรักษา หรือแก้ที่สาเหตุ

ความสัมพันธ์ของการลบกับความผิดปกติด้าน Neurocognition

พบว่าความผิดปกติด้าน Neurocognition จะสัมพันธ์กับอาการลบของโรคจิตเภทมากกว่าอาการด้านบวก โดยเฉพาะเรื่องเชาว์ปัญญา (intellectual) การวางแผนต่างๆ (executive function) รวมทั้งความคล่องแคล่วในการพูด (verbal fluency) จากการทดสอบด้วย Wisconsin Card Sorting Test ผู้ป่วยที่มีอาการลบเด่นชัดจะทำการทดสอบนี้ได้ไม่ค่อยดี รวมไปถึงการทดสอบทางจิตวิทยาอื่นๆ ด้วยถึงแม้ว่าอาการลบจะมีการดำเนินโรคแบบเรื้อรัง และบางครั้งอาจส่งผลเสียต่อผู้ป่วยมากกว่าอาการทางบวก แต่พบว่ามีผู้ป่วยน้อยรายที่ต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลด้วยอาการลบ เนื่องจากอาการลบไม่ค่อยส่งผลกระทบต่อครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้ป่วยเหมือนกับอาการบวก

กลุ่มอาการลบชนิดต่างๆ

1. อาการเฉยเมยและจำกัด (flat, blunt or restrict affect) คือการไม่มีหรืออาการลดลงของการตอบสนองทางอารมณ์ต่อสิ่งเร้าต่างๆ ผู้ป่วยบางรายแสดงอารมณ์ลดลง ไม่ว่าจะ เป็นอารมณ์โกรธ อารมณ์ดีใจ หรืออารมณ์เศร้า ร่วมกับการไม่สบตา เคลื่อนไหวน้อยลง หน้าตาเฉยเมย ขณะที่ผู้ป่วยบางรายไม่แสดงออกทางอารมณ์เลย ถึงแม้ว่าการแสดงออกทางอารมณ์จะเป็นเช่นนั้น แต่ตัวผู้ป่วยกลับบอกว่ายังคงมีอารมณ์อยู่ ทั้งอารมณ์บวกและลบ การวินิจฉัยแยกโรคที่สำคัญอย่างหนึ่งของอาการนี้คือกลุ่มอาการ pseudoparkinsonism (face mask) ซึ่งเกิดจากรักษาโรคจิต โดยผู้ป่วยที่มีอาการนี้ จะพบลักษณะอย่าง

อื่นของ pseudoparkinsonism ร่วมด้วย เช่น มีมือสั่นระหว่าง (resting tremor) ความถี่ 4 – 5 รอบต่อวินาที เคลื่อนไหวเชื่องช้า (bradykinesia) ไม่กระพริบตา และอาจมีน้ำตาไหล (drooling)

1.1 การเคลื่อนไหวลดลง (Decrease spontaneous movement) ผู้ป่วยจะมีการเคลื่อนไหวด้วยตนเองลดลงอย่างชัดเจน อาจมีการค้างอยู่ในท่าใดท่าหนึ่งนานๆ และมีการเคลื่อนไหวของแขนขาบ่อยลง ในขณะที่เดิน

1.2 การแสดงออกของท่าทางกิริยาลดลง (paucity of expressive gesture) ผู้ป่วยจะไม่สามารถแสดงอารมณ์ที่ตอบสนองต่อสิ่งเร้าออกมาผ่านทางกิริยาท่าทางได้ เช่น จะมีการเคลื่อนไหวของมือเพื่อประกอบคำพูดลดลง

1.3 การสบตาน้อยลง (poor eye contact) ผู้ป่วยจะพยายามหลีกเลี่ยงการสบตากับผู้อื่นโดยตรง หรือ ผู้ป่วยบางรายจ้องตามากเกินควรในขณะที่กำลังพูดด้วย

1.4 การแสดงออกทางน้ำเสียงลดลง (lack of vocal inflections) การพูดของผู้ป่วยจะพูดด้วยน้ำเสียงโทนเดียวกันหมด ไม่มีการเน้นคำ ไม่สามารถแสดงออกผ่านทางน้ำเสียงได้

2. การไม่สามารถสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่นได้ (poor rapport) สิ่งที่ยกมาว่าผู้ป่วยไม่สามารถสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่นได้จะแสดงออกมาด้วยการที่ผู้ป่วยพยายามหลีกเลี่ยงการสบตา ไม่ตอบคำถาม และสื่อสารกับผู้อื่นน้อยลง ไม่ว่าจะเป็นการสื่อสารด้วยคำพูดหรือท่าทาง นอกจากนี้ผู้ป่วยยังไม่สามารถแสดงความเห็นอกเห็นใจผู้อื่นได้ (lack of empathy) ขาดความมีส่วนร่วมในการสนทนา และพยายามหลีกเลี่ยงที่จะมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

2.1 การหลีกเลี่ยงสังคม (passive/ apathetic social withdrawal) ผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางสังคมกับผู้อื่นน้อยมาก บางคนอาจไม่พูดเลย (alogia)

2.2 ความต้องการและความสนใจทางเพศลดลง (reduce sexual interest and activities) ความต้องการทางเพศและการมีความสัมพันธ์ทางเพศลดลง นอกจากนี้ผู้ป่วยบางรายยังมีแรงขับทางเพศลดลง หรือไม่มีความเพลิดเพลินจากกิจกรรมทางเพศ

2.3 ไม่สามารถมีความรู้สึกใกล้ชิดสนิทสนมกับผู้อื่นได้ (inability to feel intimacy and closeness) ผู้ป่วยสร้างความใกล้ชิดกับผู้อื่นไม่ได้ เนื่องจากตัวผู้ป่วยไม่สามารถรับรู้ถึงความต้องการทางอารมณ์ของผู้อื่น ทำให้ไม่มีความสัมพันธ์ของกันและกัน

2.4 ความสัมพันธ์กับเพื่อนและกลุ่มเพื่อนลดลง (reduced relationship with friends and peers) ความสัมพันธ์กับผู้อื่นจะเป็นไปในลักษณะฉาบฉวย ผู้ป่วยมีเพื่อนน้อยหรือไม่มีเลย ส่วนใหญ่ชอบแยกตัวออกจากสังคม

3. การคิดซ้ำๆ หรือคิดอะไรเพียงเรื่องเดียว (Stereotyped thinking) ผู้ป่วยมักคิดอะไรซ้ำๆ หรือมีลักษณะความคิดที่ไม่น่าสนใจ อาจมีความเชื่อที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้ในเรื่องที่ไม่เป็นเหตุเป็นผล หรือเป็นความเชื่อที่มากเกินไป เมื่อพูดคุยกับผู้ป่วย มักพบว่าผู้ป่วยพูดเรื่องเดิมๆ เนื้อหาเป็นไปในทำนองเดียวกับที่ได้คุยมาแล้ว โดยยากที่จะเปลี่ยนเรื่องคุยกับผู้ป่วยได้ในรายที่มีอาการรุนแรง ผู้ป่วยจะพูดถึงแต่เฉพาะเรื่องไม่กี่

เรื่องเท่านั้น หรือพูดซ้ำๆ เรื่องเดิม เปลี่ยนเรื่องยากมาก ส่งผลกระทบต่อการติดต่อสื่อสารกับผู้อื่นเป็นอย่างมาก

3.1 พูดน้อย (alogia) การที่ผู้ป่วยมีความยากลำบากในการคิด หรือไม่มีความต้องการของความคิด ส่งผลให้พูดน้อย และเกี่ยวข้องกับการภาวะขาดความกระตือรือร้น หรือการแสดงออกอารมณ์ที่ลดลง (apathy)

3.2 พูดลดลง (poverty of speech) เป็นอาการ alogia ชนิดหนึ่ง ซึ่งผู้ป่วยจะมีการพูดที่เกิดขึ้นเองน้อยลงมากหรือไม่พูดเลย โดยไม่มีพยาธิสภาพทางกายที่เป็นสาเหตุ การตอบคำถาม จะตอบสั้นๆ ไม่ให้รายละเอียด บางครั้งผู้ป่วยอาจจะไม่ตอบสนองต่อคำถามเลย หรือเพียงคำสองคำ ซึ่งในกรณีเช่นนี้ การถามคำถามน่าจะช่วยให้ได้มาก พบว่าอาการนี้ มักพบได้บ่อยและรุนแรงในผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคจิตเภท ซึ่งอาจจะเป็นผลมาจากความผิดปกติทางด้านความคิดหรือความผิดปกติทางด้านชีววิทยา

3.3 การพูดโดยเนื้อหาสาระตรงกับที่ถามน้อย (poverty of content of speech) ความผิดปกติชนิดนี้ ผู้ป่วยจะมีปริมาณการพูดเหมาะสมแต่ให้เนื้อหา หรือข้อมูลได้น้อย เพราะประโยคที่พูดจะคลุมเครือ เป็นรูปธรรมหรือนามธรรมมากเกินไป พูดวกวน หรือซ้ำไปซ้ำมา

3.4 การตอบสนองช้า (increased latency of response) ผู้ป่วยจะใช้เวลาานานมาก ในการตอบสนองต่อคำถาม และอาจจะย้าคิดอยู่กับคำถามเดิมๆ

4. ขาดความกระตือรือร้น (avolition) และสีหน้าไม่แสดงอารมณ์ (apathy) แสดงออกมาในรูปของการหมดพลังงาน แรงขับ ความสนใจต่างๆอย่างชัดเจน ไม่มีแรงจูงใจในการทำงานให้สำเร็จลุล่วง ไม่มีความคิดเริ่มสร้างสรรค์ มีความสนใจในเรื่องต่างๆน้อย รวมถึงการสนใจที่จะดูแลตัวเองด้วย พบว่าเมื่อถามผู้ป่วยเกี่ยวกับเรื่องสถานการณ์ปัจจุบัน ผู้ป่วยมักไม่ค่อยทราบ หรือให้ข้อมูลได้เพียงเล็กน้อย มีการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ลดลง หรือเข้าร่วมเฉพาะกิจกรรมที่อยู่เฉยๆ เช่น การนั่งดูโทรทัศน์ เป็นต้น การวินิจฉัยแยกโรคของอาการนี้ ต้องแยกออกจากภาวะสิ้นยินดี (anhedonia) ซึ่งพบในผู้ป่วยซึมเศร้า โดยภาวะสิ้นยินดีนั้น ผู้ป่วยจะมีการมีอาการอย่างอื่นของอารมณ์ซึมเศร้าด้วย เช่น รู้สึกหมดหวัง ไร้ค่า ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ร่วมไปกับอาการ vegetative อย่างอื่น

4.1 การแต่งตัว และสุขลักษณะ (grooming and hygiene) ผู้ป่วยไม่สนใจในเรื่องการดูแลตัวเอง อาจมีการแต่งตัวที่สกปรก ไม่ทำกิจวัตรประจำวัน เช่น อาบน้ำ หวีผม เป็นต้น

4.2 ความสามารถในการเรียนหรือการทำงานลดลง (impersistence at work or school) พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ประสบปัญหาในเรื่องการทำงาน หรือการทำงาน หรือมีความยากลำบากในการทำงานให้สำเร็จ ไม่ว่าจะในการทำงานหรือโรงเรียน ซึ่งอาการนี้ถือเป็นข้อหนึ่งที่จำเป็นในการวินิจฉัยโรคจิตเภทด้วย

4.3 เฉื่อยชา (physical anergia) ลักษณะท่าทางของผู้ป่วยจะเฉื่อยชา ไม่มีชีวิตชีวา เมื่อได้รับการกระตุ้นจะมีการตอบสนองเพียงช่วงสั้นๆ จากนั้นจะกลับไปเฉื่อยชาหรืออยู่เฉยๆ เหมือนเดิม นอกจากนี้ ผู้ป่วยยังแสดงให้เห็นถึงการไม่มีแรงขับหรือการเคลื่อนไหวที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง (spontaneous activity)

ภาวะร่วมทางจิตเวช

โรคทางจิตเวชที่มักพบร่วมกับโรคจิตเภท

โรค social phobia หรือ social anxiety disorder ผู้ป่วยโรคจิตเภททั่วไปจะพบอาการหลีกเลี่ยงสังคม (social withdrawal) ได้บ่อย ซึ่ง Goldberg JO และ Schmidt LA⁽¹⁷⁾ ได้ศึกษาความขี้อาย (shyness) และความสามารถในการเข้าสังคม (Sociability) ของผู้ป่วยจิตเภทเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่มีอายุเท่ากันและเพศเดียวกัน พบว่าผู้ป่วยจิตเภทจะมีลักษณะ ขี้อายมากกว่า มีความสามารถในการเข้าสังคมน้อยกว่าและมีปัญหาในทางสังคมมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ เมื่อวิเคราะห์ภายในกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเภทเองพบว่าลักษณะขี้อายและความสามารถในการเข้าสังคมที่จำกัดจะสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับความบกพร่องในด้านการทำงานระหว่างบุคคล (Interpersonal dysfunction) และอาการลบ แม้ปัญหาการเข้าสังคมจะเป็นส่วนหนึ่งของโรคจิตเภทแล้ว แต่ลักษณะสำคัญที่จะบ่งบอกถึงการมีโรค social phobia ร่วมคือผู้ป่วยจะมีความกลัวที่จะต้องเข้าสังคมอาจถูกผู้อื่นจ้องมอง พยายามหลีกเลี่ยงที่จะเข้าไปอยู่ในสถานการณ์นั้น และถ้าจะต้องอยู่ในสถานการณ์นั้น และถ้าต้องอยู่ในสถานการณ์นั้นก็จะต้องทนกับความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นอย่างรุนแรง (intense anxiety) ซึ่งความรู้สึกอึดอัดจากการที่ถูกจ้องมองในสังคมจะต่างจากความกลัวที่จะถูกปองร้ายที่เป็นส่วนหนึ่งของโรคจิตเภท

จากการศึกษา social anxiety ในกลุ่มผู้ป่วยที่เกิดโรคจิตเภทครั้งแรก โดย Voges M และ Addington J⁽¹⁸⁾ พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 60 มีอาการ social anxiety แต่จัดว่าเป็นโรค social phobia ร้อยละ 32 ซึ่งใกล้เคียงกับการสำรวจระดับชาติในประเทศสหรัฐอเมริการะหว่างปี ค.ศ. 2001 – 2003 ที่พบว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคจิตที่ไม่เกี่ยวกับอารมณ์ (Nonaffective psychoses รวม schizophrenia, schizophreniform disorder, schizoaffective disorder, delusional disorder และ psychosis not otherwise specified) มีความชุกชั่วชีวิตของการเกิดโรค social phobia ร่วมใน 12 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 18.9 Pallanti S และคณะ⁽¹⁹⁾ ได้ศึกษาอาการ social anxiety ใน ผู้ป่วยโรคจิตเภท ก็พบความชุกของโรค social anxiety disorder (social phobia) ร่วมร้อยละ 36.3 แต่ในการศึกษาในผู้ป่วยนอกโรคจิตเภท Braga RJ และคณะ⁽²⁰⁾ กลับพบความชุกชั่วชีวิตของโรค social phobia ร่วมเพียงร้อยละ 17 ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีโรควิตกกังวลร่วมจะมีปัญหาในการทำงานและการใช้ชีวิตในสังคมมากกว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ไม่มีโรควิตกกังวลร่วม โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีโรค social phobia ร่วมเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่มีโรคร่วมจะมีประวัติการพยายามฆ่าตัวตายสูงกว่า มีความรุนแรงของการพยายามฆ่าตัวตายมากกว่า มีประวัติการเสพยาหรือสารเสพติดมากกว่า ปรับตัวต่อสังคมได้น้อยกว่า และมีคุณภาพชีวิตรวมต่ำกว่า

อาการ social anxiety ในผู้ป่วยโรคจิตเภท อาจเป็นผลข้างเคียงของยารักษาโรคจิต อาจเป็นผลข้างเคียงของยาโรคจิต Pallanti S และคณะ⁽¹⁹⁾ ได้รายงานผู้ป่วยชนิดหวาดระแวง 12 รายที่เกิดอาการ social anxiety ขึ้นในระหว่างการรักษาด้วย clozapine ซึ่งอาการ social anxiety ของผู้ป่วย 8 ใน 12 รายตอบสนองต่อการรักษาด้วย fluoxetine ที่เสริมเข้าไป สำหรับกลไกของการเกิดผลข้างเคียง social anxiety จาก clozapine นั้น ยังไม่ทราบแน่ชัด แต่ยารักษาโรคจิตเภทรุ่นสองอย่าง Olanzapine ที่มีโครงสร้างทางเคมีคล้าย clozapine กลับมีการศึกษานำร่องแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุมเปรียบเทียบ

ประสิทธิภาพของ clozapine 5 – 20 มก./วัน กัทยาหลอก ในการรักษาผู้ป่วย social anxiety พบว่า clozapine สามารถลดอาการ social anxiety ได้ดีกว่ายาหลอกอย่างมีนัยสำคัญ ยาแก้ซึมเศร้าชนิดอื่น เช่น sertraline, paroxetine และ venlafaxine ต่างเป็นยาที่มีประสิทธิภาพและเป็นยาที่องค์อาหารและยาของประเทศสหรัฐอเมริกาให้การยอมรับในการรักษาโรค social phobia ที่เป็นโรคร่วมในผู้ป่วยจิตเภทได้ นอกจากนี้การรักษาด้วยยาแล้ว Halperin S และคณะ⁽²¹⁾ ได้ศึกษาแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุมในการรักษาแบบ cognitive behavioral therapy (CBT) สำหรับอาการ social anxiety ในผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่าการรักษาแบบ CBT สามารถลดอาการ social anxiety ได้ดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการรักษา

2. การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคม

การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคม⁽²²⁾ หมายถึง กระบวนการฟื้นฟูที่มีทีมจิตเวชร่วมกับครอบครัว ชุมชน องค์กรที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาฝึกฝนเพิ่มพูนทักษะแก่ผู้ป่วย และจัดการสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนผู้ป่วย โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยดำเนินชีวิตในครอบครัวได้ ช่วยเหลือตนเองไม่เป็นภาระต่อผู้อื่น ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลืองานบ้านหรือทำงาน หาเลี้ยงชีพตนเองได้ ซึ่งจะส่งผลให้พวกเขาเหล่านี้กลับคืนสู่ภาวะปกติหรือใกล้เคียงปกติสามารถใช้ชีวิตเหมือนคนทั่วๆ ไปในสังคม

ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ป่วยที่ต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคมเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากพบแนวโน้มของการเจ็บป่วยทางจิตสังคมเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากพบแนวโน้มของการเจ็บป่วยทางจิตแบบเรื้อรังประมาณร้อยละ 30- 50 ของผู้ป่วยจิตเภททั้งหมด โดยมีหลักเกณฑ์ที่สำคัญ 3 ประการ คือ ประการแรก การวินิจฉัยโรคที่มีความรุนแรงและคงทนอยู่นาน ประการที่สอง ระยะเวลาของการดำเนินโรค ทั้งนี้การกำหนดระยะเวลา อาจแตกต่างกันไปในแต่ละสถาบัน เช่น สมาคมจิตแพทย์อเมริกันกำหนดระยะเวลาหรือการดำเนินโรคมานานกว่า 2 ปี ขณะที่ Liberman RP⁽²³⁾ อ้างใน National Institute of mental Health (NIMH) ว่าผู้ป่วยที่รักษาอยู่ในโรงพยาบาล 1 ครั้ง นาน 6 เดือน ในรอบ 5 ปี หรือเข้านอนในโรงพยาบาลซ้ำมากกว่าหรือเท่ากับ 2 ครั้งในรอบ 1 ปี เป็นต้น ประการสุดท้าย คือ การสูญเสียความสามารถในบทบาทพื้นฐานชีวิตประจำวันอย่างน้อย 3 ใน 6 ด้าน ประกอบด้วย การดูแลสุขภาพตนเอง การคิดเองทำเองอย่างเหมาะสม ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การติดต่อทางสังคม การเรียนรู้และสร้างสรรค์ และการมีรายได้หาเลี้ยงตนเอง นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังยังมีอัตราการเข้ารักษาซ้ำอยู่ในโรงพยาบาลภายในระยะเวลา 1 ปี สูงถึงร้อยละ 30 ดังนั้นก่อนเลือกการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคมให้เหมาะกับผู้ป่วยแต่ละรายจึงต้องมีการประเมินผู้ป่วยให้ครอบคลุมทุกด้าน แบบประเมินที่มีการใช้แพร่หลาย คือ CASIG (Client Assessment of Strengths, Impairment and Goal) ที่ประเมินและรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยและผู้ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งใช้เวลาประมาณ 60 – 90 นาที โดยการประเมินจะครอบคลุม 6 ด้าน ได้แก่ 1. ทักษะการใช้ชีวิตตามบทบาทที่ควรกระทำ มี 10 ประเด็น เช่น การดูแลสุขอนามัยตนเอง การเตรียมอาหาร การทำงาน ความรับผิดชอบ ฯลฯ 2. คุณภาพชีวิตมี 11 ประเด็น เช่น ความปลอดภัย การเงิน การคบเพื่อน การรักษา การขอความช่วยเหลือ ฯลฯ 3.อาการของผู้ป่วยมี 5 ประเด็น คือ อาการหลงผิดและความผิดปกติ ประสาทหลอน วิตกกังวล

ซึมเศร้า และพฤติกรรมแมเมีย 4. ผลข้างเคียงของยา มี 20 ประเด็น เช่น คอแห้ง กระวนกระวาย ตาพร่ามัว มือสั่น ฯลฯ 5. ความร่วมมือในการกินยา 6. พฤติกรรมที่ชุมชนไม่ยอมรับ มี 10 ประเด็น แต่ประเด็นที่พบว่าชุมชนไม่ยอมรับมาก 4 อันดับแรก คือ การดื่มสุรา การทำลายทรัพย์สิน การพูดก้าวร้าวหรือข่มขู่ พฤติกรรมทางเพศ เช่น กระทำอนาจารหรือลวนลาม

การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคมที่จะกล่าวในบทนี้⁽²²⁾ ได้แก่ การฝึกทักษะทางสังคม (social skill training) การฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพ (vocation rehabilitation) การจัดการผู้ป่วยเป็นกรณี (case management) Assertive community treatment ถึงแม้ว่าการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคมแต่ละประเภท จะให้ตัวชี้วัดผลลัพธ์ที่แตกต่างกัน แต่มีแนวคิดทั่วไป ที่คล้ายคลึงกัน ดังนี้ 1. มุ่งเน้นการให้ความรู้เกี่ยวกับธรรมชาติของโรคโดยเฉพาะความรู้ ด้านชีววิทยา ของโรคจิตเภท 2. การสร้างความจริงจังสัมพันธ์ภาพ และความเห็นอกเห็นใจ 3. การบำบัดมุ่งเน้นการปรับต่อความเจ็บป่วย และ recovery model 4. ค้นหาและเสริมศักยภาพที่เป็นกลไกในการแก้ไขปัญหาที่เป็นธรรมชาติของผู้ป่วย 5. คำนึงถึงแหล่งสนับสนุนหรือการประคับประคองทุกรูปแบบที่ยืดหยุ่นและเหมาะสมกับผู้ป่วย 6. ให้ความสำคัญกับครอบครัวในการเข้าร่วมกระบวนการรักษา 7. การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคมมีความเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย แต่ไม่ใช่ที่ใช้แบบเดียวได้กับทุกคน 8. สามารถประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยที่แตกต่างกันได้ 9. กระตุ้นและส่งเสริมพลังอำนาจ (empowerment) การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว ในการวางแผนการรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพนั้น ตัวชี้วัดที่เป็นผลลัพธ์ของการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคมที่ใช้ในการติดตามและประเมินผล ได้แก่ พยาธิสภาพทางจิตหรืออาการทางจิตลดลง เช่น อาการทางบวก อาการลบ อาการซึมเศร้า ฯลฯ อัตราการกำเริบ อัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การปรับตัวทางสังคม ทักษะทางสังคม คุณภาพชีวิต การได้ทำงานแบบแข่งขัน โรคร่วมจากการใช้สารเสพติด และ cognitive performance

การฝึกทักษะทางสังคม (Social skill training; SST) ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีอาการทางจิตที่หลงเหลือ เช่น แยกตัว ไม่สนใจดูแลตนเอง ความบกพร่องทาง cognition รวมถึงข้อจำกัดในทักษะทางสังคม จุดมุ่งหมาย คือ การฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อพัฒนาหน้าที่ความสามารถ โดยใช้หลักทฤษฎีการเรียนรู้ (Learning theory) ในการฝึกผู้ป่วยเรื่องกิจวัตรประจำวัน การทำงาน การพักผ่อน และสนทนา การสร้างสัมพันธ์ภาพ เช่น การทักทาย การสนทนา หลักสำคัญในการฝึกทักษะทางสังคมต้องตระหนักว่าทักษะเหล่านั้น ผู้ป่วยโรคจิตเภทสามารถนำไปใช้ในสภาพแวดล้อมจริงที่เขาอาศัยอยู่ โดยเริ่มต้นกิจกรรมการเรียนรู้ทักษะ หลังจากให้ผู้ป่วยเรียนรู้และฝึกทักษะแล้ว ต้องคำนึงว่าผู้ป่วย จะคงทักษะที่เรียนรู้เหล่านั้นไว้ได้อย่างไร สุดท้ายควรติดตามผลลัพธ์ เช่น พยาธิสภาพทางจิตลดลง อัตราการกำเริบซ้ำลดลง เป็นต้น Bellack A. และ Mueser K. แบ่งการฝึกทักษะทางสังคม เป็น 3 รูปแบบ คือ

1. แบบจำลองทักษะพื้นฐาน (basic model) ได้แก่ การสบตา การพูด การทักทาย การตั้งคำถาม การขอโทษ การตอบสนองปฏิสัมพันธ์ โดยผู้ป่วยเรียนรู้ปฏิริยาทางสังคม ผ่านการกระตุ้นให้ฝึกปฏิบัติซ้ำๆ และนำไปใช้ในสภาพแวดล้อมจริง กรมสุขภาพจิตได้พัฒนาเทคโนโลยีการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ใช้หลักการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมที่มีโครงสร้างวัตถุประสงค์ชัดเจน เน้นการฝึกทักษะแบบมีส่วนร่วม ที่มีพื้นฐาน

เดิมจากกลุ่มบำบัดที่มีลักษณะ ความเป็นหนึ่งเดียวกัน (unity) ความผูกพัน (cohesion) และ universalization โดยออกแบบกิจกรรมกลุ่มแบ่งเป็น 6 ทักษะ ตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง คือ 1. กลุ่มการดูแลตัวเอง 2. กลุ่มทักษะการใช้ชีวิตในบ้าน 3. กลุ่มทักษะการทำงานพื้นฐาน 4. กลุ่มทักษะการพักผ่อน 5. กลุ่มทักษะทางสังคม 6. กลุ่มทักษะการดำเนินชีวิตในชุมชน ประเด็นที่สำคัญ คือ กิจกรรมกลุ่มใช้ทฤษฎีการเสริมสร้างแรงจูงใจ เป็นสิ่งกระตุ้นผู้ป่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เหมาะสมใกล้เคียงกับคนปกติ การฟื้นฟูสมรรถภาพโดยทั่วไปเป็นเรื่องที่ผู้ป่วยจะต้องลงมือกระทำและฝึกฝนตนเอง ซึ่งเป็นเรื่องที่มีความยากลำบาก และต้องใช้แรงจูงใจอย่างมาก แรงจูงใจที่เกิดขึ้นได้ 2 ลักษณะ คือ แรงจูงใจที่เกิดขึ้นโดยอาศัยปัจจัยภายนอกและแรงจูงใจที่เกิดขึ้น กลุ่มทักษะทางสังคมที่เน้นแบบจำลองทักษะพื้นฐาน ในเทคโนโลยีการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ได้แก่ การฝึกภาษาท่าทาง เช่น การมอง การใส่ใจรับรู้เสียง การฟังอย่างใส่ใจ การเดินและการกำหนดตำแหน่งที่เหมาะสมในการสนทนาวาจา เช่น การทักทาย มารยาทในการพูดคุยกับผู้อื่น ได้แก่ ระดับเสียงการสนทนา การใช้คำสุภาพ การร้องขอ ขอโทษ ขอบคุณ ขออนุญาต เป็นต้น อารมณ์ความรู้สึก เช่น การรู้จักรอคอย การตอบสนองอารมณ์ การแยกแยะความรู้สึก การฝึกทักษะทางสังคมพื้นฐานเหมาะสมกับผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง แต่เมื่อมีการพัฒนาแล้วต้องใช้รูปแบบอื่นๆ มารองรับต่อ คือ แบบจำลองการแก้ไขปัญหาทางสังคม (social problem – solving model) ประสิทธิภาพของแบบจำลองทักษะพื้นฐานพบว่าถ้ามีการกระตุ้นและฝึกปฏิบัติซ้ำๆ จะมีผลต่อการเพิ่มความสามารถทางสังคม และคงอยู่ได้นาน 12 เดือน แต่พบว่าไม่มีผลชัดเจนต่อการลดอัตราการกำเริบ

2. แบบจำลองการแก้ไขปัญหาทางสังคม (Social problem – solving model) เป็นการจัดการกระบวนการเรียนรู้ข้อมูลไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่พัฒนาความสามารถทางสังคมที่บกพร่องไป ได้แก่ การกินยา การดูแลตนเอง การจัดการอาการที่เกิดขึ้น การนัดหมายการ เป็นต้น รูปแบบการฝึกทักษะกิจกรรมนี้สามารถศึกษารายละเอียดขั้นตอนการฝึกฝนได้จากเทคโนโลยีการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง จะเห็นว่าในรูปแบบที่ 2 นี้ เป็นการฝึกทักษะที่สลับซับซ้อนมากขึ้น และเน้นการแก้ไขจัดการปัญหา ซึ่งกรมสุขภาพจิตได้มีการพัฒนาเทคโนโลยีการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพื่อเสริมสร้างทักษะชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท⁽²⁴⁾ โดยมี 3 ประเด็น คือ 1. การตระหนักรู้ในตนเองผู้อื่นมี 5 กิจกรรม ได้แก่ ความรู้สึกของญาติต่อการป่วยของฉันทุ คนเจ็บป่วยได้ เมื่อป่วยทางจิตต้องรักษาหรือไม่ เป็นโรคจิตไม่กินยาได้หรือไม่ การเฝ้าระวัง อาการทางจิตกำเริบ 2. การเสริมสร้างคุณค่าในตนเองมี 9 กิจกรรม ได้แก่ ความสนใจ คนรู้ใจ สารพันปัญหา ครอบครัวของฉันทุ ความแตกต่างของคน อุปสรรคป่วยจิตแล้วยังมีค่า การมองข้อดีของตนเอง การใช้เวลาวางให้เป็นประโยชน์ 3. ทักษะสังคม มี 6 กิจกรรม ได้แก่ ความพร้อมเพียง สัมพันธภาพ ทักษะการตัดสินใจการสื่อสาร เพื่อบอกความต้องการ ทักษะการปฏิเสธ ทักษะการจัดการอารมณ์และความเครียด จะเห็นว่าการฝึกทักษะการปฏิเสธนี้มีความสำคัญโดยเฉพาะผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีการใช้สารเสพติดร่วม สำหรับประสิทธิภาพของแบบจำลองการแก้ไขปัญหาทางสังคม (Social problem – solving model) นั้น Liberman RP และคณะ ได้ศึกษาเปรียบเทียบ การจัดการปัญหาแบบกลุ่มกับอาชีวบำบัด โดยมีกรบำบัดนาน 6 เดือน (3 ชั่วโมง/วัน X 4 วัน/สัปดาห์) และติดตาม 2 ปี พบว่าผลลัพธ์ 3 ด้าน ที่เด่นอย่างชัดเจน และคงอยู่ได้นานถึง 18 เดือน คือ การรู้สิทธิและความเป็นส่วนบุคคล การจัดเตรียมอาหาร การจัดการเรื่องเงิน นอกจากการศึกษา

ของ Marder SR และคณะ พบว่า การฝึกทักษะทางสังคมเหนือว่ากลุ่มจิตบำบัดอย่างชัดเจนในเรื่องความเป็นอยู่ส่วนบุคคลและภาพรวม เมื่อใช้การฝึกฝนทักษะทางสังคมร่วมกับการรักษาด้วยยาจะช่วยเพิ่มทฤษฎีสัมพันธ์ภาพทางสังคม การใช้กิจกรรมสังคมและนันทนาการ แต่พบว่าไม่มีผลอย่างชัดเจนต่อการลดอาการของโรคจิต หรือป้องกันการกำเริบ การศึกษาของ สุรพิน แทนรัตนกุลและคณะ พบว่า เมื่อเปรียบกลุ่มบำบัดตามปกติในหอผู้ป่วยร่วมกับการฝึกทักษะทางสังคม กลุ่มหลังพบว่ามีความรู้ทักษะทางสังคมเพิ่มขึ้นชัดเจนเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มแรกที่เป็นกลุ่มควบคุม และมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น เช่น กล้าพูดให้ผู้อื่นฟัง กล้าตัดสินใจ เป็นต้น

3. Cognitive remediation model เป็นการฝึกและจัดการกระบวนการเรียนรู้อย่างถูกต้องในเรื่อง attention การวางแผน และตัดสินใจ สาเหตุที่ให้ความสำคัญกับเรื่องนี้เพราะพบว่าอาการของโรคจิตเภทและผลข้างเคียงของยารักษาโรคจิต จะทำให้ cognition impairment จึงต้องมีการฝึกฝนเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพทาง cognition และช่วยให้การฝึกฝนทางจิตสังคมอื่นๆ พัฒนาได้เร็วขึ้นด้วยการฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพ (Vocational rehabilitation) หมายถึง การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยให้มีทักษะพื้นฐานการทำงาน เช่น การฝึกนิสัยการทำงาน การตรงต่อเวลา ความรับผิดชอบ ฯลฯ จากนั้นมีการฝึกอาชีพตามศักยภาพของผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความภาคภูมิใจในตนเองมีรายได้จากการประกอบอาชีพ ลดภาระต่อครอบครัวและเป็นบุคคลที่มีคุณค่ามีประโยชน์ในสังคม การฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพต้องมีความต่อเนื่องตั้งแต่การประเมินและวางแผนการฟื้นฟูในแต่ละระยะ ผู้ป่วยทางจิตบางรายที่มีความก้าวหน้าอาจข้ามขั้นตอนในบางระยะ ส่วนการประสบความสำเร็จทางด้านอาชีพมากนักน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับโอกาสทางอาชีพและการสนับสนุนจากองค์กรที่เกี่ยวข้อง การฝึกทักษะการทำงานและทักษะทางอาชีพส่งผลให้ผู้ป่วยทางจิตมีความมั่นใจและงานมีคุณภาพมากขึ้น ซึ่งการดำเนินจะอยู่ในโรงพยาบาลจิตเวชเป็นส่วนใหญ่ การทำงานในโรงงานอารั้ง (Shelter workshop) ได้แก่ งานเกษตรกรรม งานประกอบเฟอร์นิเจอร์ งานประกอบพวงกุญแจ งานถ่ายเอกสาร เป็นต้น หลักสำคัญคือ การฝึกความชำนาญแต่ละขั้นตอนของอาชีพนั้นๆ มีเจ้าหน้าที่คอยดูแล สำหรับชนิดของงานขึ้นกับความสนใจและความถนัดของผู้ป่วยแต่ละราย

การจ้างงานแบบสนับสนุน (Supportive employment) เริ่มประมาณ ค.ศ. 1980 มีเป้าหมายที่สำคัญคือการฝึกอาชีพจนเกิดความชำนาญ สามารถทำงานเหมือนคนทั่วไป จำนวนการทำงาน 7 – 8 ชั่วโมงต่อวัน และมีรายได้ใกล้เคียงกับการทำงานทั่วไป อีกทั้งการทำงานจะมีผู้ฝึกทางอาชีพ (job coach) เป็นพี่เลี้ยงให้คำแนะนำการปฏิบัติงาน การจัดการแก้ไขปัญหา การให้กำลังใจ เป็นต้น เมื่อประสบความสำเร็จจากการจ้างงานแบบสนับสนุน บางหน่วยงานจะให้ใบประกาศนียบัตรเพื่อให้บุคคลเหล่านั้นนำไปสมัครและเข้าแข่งขันการทำงานในการจ้างงานแบบเปิด (opened employment) หรือการจ้างงานแบบแข่งขัน (competitive employment) ได้

หลักการพื้นฐานของการจ้างงานแบบสนับสนุน (supportive employment) ประกอบด้วย 1. การฟื้นฟูสู่เป้าหมายการจ้างงานแบบแข่งขัน (competitive employment) 2. การค้นหาอาชีพจะเริ่มตั้งแต่นั้นต้น ขณะการฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพแบบดั้งเดิม จะมีกรประเมินและฝึกก่อน ส่วนการหาอาชีพหรือหาการทำงานค่าตอบแทนการภายหลัง 3. บูรณาการงานฟื้นฟูสมรรถภาพและการบริการจิตเวชเข้าด้วยกัน 4. การ

เลือกว่าจะประกอบอาชีพใดขึ้นกับความชอบของผู้ป่วย ไม่ใช่การตัดสินใจของทีมผู้รักษา 5. การประเมินต้องครบวงจร และต่อเนื่องถึงการทำงานในชุมชน 6. ระบบประกันคุ้มครองต้องต่อเนื่องเป็นระยะยาวเพื่อติดตามผู้ป่วยที่ทำงาน สำหรับวิธีการติดตามนั้นขึ้นกับความต้องการ หรือความจำเป็นของผู้ป่วยแต่ละคน

เทียม ศรีคำจักร⁽²⁵⁾ ได้พัฒนาโปรแกรมกิจกรรมบำบัดตามแบบจำลองกิจกรรมที่มุ่งหมายเป็นมนุษย์ ที่มีขั้นตอนดำเนินการ 3 ขั้นตอน คือ 1. ขั้นของการสำรวจ (exploration) เป็นขั้นเตรียมความพร้อมในทักษะพื้นฐาน ใช้เวลาประมาณ 1 เดือน กิจกรรมหลักๆ ของขั้นนี้ ประกอบด้วย 1.1 กิจกรรมการประเมินทางกิจกรรมบำบัด ประกอบด้วย การประเมินเจตจำนงนิสัย ทักษะ รวมถึงความพร้อมของครอบครัวในการให้ความร่วมมือการรักษา (ใช้เวลาในการประเมินไม่เกิน 3 วัน) 1.2 กิจกรรมการรักษา มุ่งเน้นการแสดงออกเพื่อสำรวจองค์ประกอบทางเจตจำนง นิสัย ทักษะ และสภาพแวดล้อมทางครอบครัวและชุมชนของผู้รับบริการเป็นหลัก โดยผ่านกิจกรรมที่ไม่มีกำหนดรูปแบบตายตัว และมุ่งจัดสภาพแวดล้อมต่างๆ ให้เกิดความอบอุ่นปลอดภัยและเอื้ออำนวยต่อการแสดงออก เช่น งานศิลปะ เซรามิค ดนตรี 2. ขั้นฝึกฝนความรู้ความสามารถ (competence) ขั้นฝึกความสามารถที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมดำเนินชีวิตและการประกอบอาชีพที่แต่ละคนเลือกใช้เวลาประมาณ 3 เดือน กิจกรรมหลักๆ ของโปรแกรมประกอบด้วย 2.1 การช่วยผู้ป่วยแยกแยะเป้าหมาย ค่านิสัย และความสนใจ ใช้เวลาไม่เกิน 1 สัปดาห์ 2.2 ฝึกทักษะในงานอาชีพ โดยเริ่มจากการเรียนรู้ทักษะใหม่ๆ ที่เห็นว่าจำเป็นไปพร้อมกับการพัฒนาทักษะที่มีอยู่แล้วให้ประณีตยิ่งขึ้น จากนั้นให้กิจกรรมที่แต่ละคนเลือกได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้ที่ผ่านขั้นนี้ถือว่ามีความพัฒนาในการประกอบกิจกรรมอยู่ในขั้นของการมีความรู้ความสามารถ (ใช้เวลาประมาณ 2-2 ½ เดือน) 3. ขั้นมุ่งสู่ความสำเร็จ (achievement) เป็นขั้นตอนสุดท้ายของโปรแกรม ที่ช่วยให้ผู้ป่วยนำความรู้ความสามารถไปใช้ในการดำเนินชีวิตและประกอบอาชีพในครอบครัวและชุมชนของตนเอง ใช้เวลาไม่เกิน 1 – 2 สัปดาห์ กิจกรรมหลักๆ ประกอบด้วย 2.1 การค้นหาความหมายและคุณค่าที่แท้จริงของชีวิต และการค้นหาบทบาทต่างๆ ในครอบครัว ชุมชน และการค้นหาบทบาทต่างๆ ในครอบครัว ชุมชน และสถานที่ทำงาน 3.2 กิจกรรมเตรียมตัวสมัครงาน 3.3 กิจกรรมการให้ปรึกษาทั้งรายบุคคล รายกลุ่ม และครอบครัว 3.4 กิจกรรมการให้ผู้ป่วยทดลองกลับไปอยู่บ้านและสถานที่ แล้วติดตามผลทุก 1- 2 เดือนเป็นเวลา 3 – 5 ปี

ทั้งนี้รูปแบบดังกล่าวได้พัฒนาขึ้นสำหรับผู้ป่วยที่มีวิถีชีวิตอยู่ในสังคมไทย โดยมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยกลับไปอยู่ในชุมชนและมีงานทำตามศักยภาพของผู้ป่วยแต่ละคนที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ

ประสิทธิภาพของการฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพ Bond และคณะ พบว่า มีข้อจำกัดในการฝึกงานในโรงงานอาร์กซ์ ไม่สามารถเข้าทำงานแบบแข่งขันได้ ขณะที่ Drake RE และ คณะ เปรียบเทียบการจ้างงานแบบสนับสนุน (supported employment) กับโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคมทั่วไป พบว่าการบำบัดแบบแรกให้ผลอย่างชัดเจน ในการเข้าทำงานแบบแข่งขัน

นอกจาก Bond และคณะ⁽²⁶⁾ กับ Drake RE และ คณะ⁽²⁷⁾ ได้เปรียบเทียบกลุ่มจ้างงานแบบสนับสนุนกับกลุ่มควบคุม ซึ่งในกลุ่มควบคุมเป็นการฝึกอาชีพแบบดั้งเดิม โดยเน้นฝึกทักษะเตรียมความพร้อมก่อนฝึกอาชีพ ขณะที่กลุ่มทดลองมีการบูรณาการฝึกอาชีพในสถานการณ์สิ่งแวดล้อมจริงร่วมกับการให้บริการทางสุขภาพจิต พบว่ากลุ่มทดลองนั้นสามารถเข้าทำงานแบบแข่งขันได้โดยประมาณ ร้อยละ 65

ขณะที่กลุ่มควบคุมเข้าทำงานได้ร้อยละ 26 ส่วนผลลัพธ์อื่นๆ ให้ผลไม่แตกต่างกัน เช่น คุณภาพชีวิต อัตราการเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล อาการทางจิต ความมั่นใจในตนเอง เป็นต้น สำหรับการศึกษาในประเทศไทยเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพโดยทำงานในโรงงานอารักข์ของ รักสุดา กิจจรุณชัย พบว่า สามารถเพิ่มทักษะของผู้ป่วยได้อย่างชัดเจน โดยเฉพาะทักษะการงานและทักษะทางสังคม

3. สถิติและงานวิจัยเกี่ยวกับการฝึกโปรแกรมทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท

Charles J. Wallace & Robert Paul Liberman (1984)⁽²⁸⁾ ได้ศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทหลังเข้ารับการรักษาครั้งแรกในโรงพยาบาล 9 สัปดาห์ เพื่อให้ผู้ป่วยอยู่ในระยะคงที่ ผู้ป่วยจิตเภททั้งหมด 28 ราย แบ่งออกเป็นสองกลุ่ม กลุ่มแรกฝึกโปรแกรมทักษะทางสังคม (Social skill training: SST) อีกกลุ่มควบคุมให้การรักษาทั่วไป (Holistic Health therapy: HHT) ทำการฝึกเป็นระยะเวลา 24 เดือน โดยกลุ่มที่ได้รับการฝึกทักษะทางสังคมจะได้รับการฝึกแบบกลุ่มเล็กและแบบเดี่ยว ในทุกเช้า จำนวนการฝึก 2 ชั่วโมง คือ การฝึกทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การฝึกการรับส่งสาร ส่วนกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาทั่วไปได้รับการฝึกโยคะ 30 นาที เดินและวิ่งเหยาะๆ 2.8 ไมล์ นั่งสมาธิ 20 นาที จากผลการวิจัยพบว่าค่าคะแนนของแบบประเมินผู้ป่วย ในแบบประเมินพยาธิสภาพทางด้านจิตใจ Brief Psychiatric Rating Scale, Clinical Global Impressions, Minnesota Multiphasic Personality Intervention, Symptom Checklist ในกลุ่มที่ได้รับการฝึกโปรแกรมทักษะทางสังคมของคะแนนก่อนและหลังที่ได้รับการฝึกมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 4.55$; $df = 1,18$; $p < 0.05$)

David L. Roberts & David L. Penn (2009)⁽²⁹⁾ ได้ทำการศึกษาการใช้โปรแกรมฝึกอบรมทักษะทางสังคมโดยเก็บข้อมูลจากในผู้ป่วยจิตเภททั้งหมด 31 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม คือ กลุ่มที่ทำการฝึกทั่วไป (Treatment as usual) หรือ TAU ผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มนี้ จะได้รับการรักษาทั่วไป เช่น การได้รับการรักษาทางยาตามปกติ การทำกลุ่มบำบัด การให้ความรู้กับครอบครัวในเรื่องของการดูแลผู้ป่วย การฝึกอาชีพ เป็นต้น และกลุ่มทดลอง คือ กลุ่มที่ใช้โปรแกรมทักษะการเรียนรู้ทางสังคม (Social cognition and interaction training) หรือ SCIT โดยประยุกต์มาจากโปรแกรมการฝึกบทบาททางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการเรียนรู้ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท เช่น ให้การฝึกความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ความคิด การปฏิสัมพันธ์ทางสังคม การให้ความรู้ทางจิตวิทยาสังคม ให้ดูวิดีโอ ดูรูปในการฝึกทักษะการรับรู้ ให้เล่นเกมส์ในการรับรู้ของการแสดงออกทางสีหน้า เป็นต้น ร่วมกับการฝึกแบบธรรมดาทั่วไป (TAU) ในกลุ่มควบคุมมีผู้ป่วยจิตเภททั้งหมด 11 ราย ส่วนในกลุ่มทดลอง (TAU + SCIT) มีผู้ป่วยจิตเภททั้งหมด 20 ราย ระยะเวลาในการทำการฝึกโปรแกรมทั้งหมด 20 สัปดาห์ ผลวิจัยพบว่าในแบบประเมินผู้ป่วย The Face Emotion Identification Task (FEIT; Kerr and Neale, 1993) และ The Social Skill Performance Assessment (SSPA; Patterson et al, 2001) ในกลุ่มทดลองที่ได้รับการฝึกแบบ (TAU + SCIT) มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของคะแนนก่อนและหลังทำการฝึกของแบบประเมิน The Face Emotion Identification Task ($p = 0.009$) และ The Social Skill Performance Assessment ($p = 0.024$)

William P. Horan et al. (2009)⁽³⁰⁾ ได้ทำการศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นผู้ป่วยนอก จำนวนผู้ป่วยจิตเภททั้งหมด 31 ราย ผ่านการคัดเลือก 25 ราย แบ่งเป็น กลุ่มฝึกโปรแกรมการเรียนรู้ทักษะทางสังคม 13 ราย ในระยะการฝึกทั้งหมด 12 ครั้ง โดยให้โปรแกรมการฝึกอบรมทักษะการเรียนรู้ มุ่งเน้นไปในทางทักษะทางสังคมทั้งหมด 4 ด้าน คือ การตอบสนอง (affect perception) การรับรู้ทางสังคม (social perception) การอ้างเหตุผล (attribution style) ทฤษฎีของจิตใจ (Theory of mind) โดยมีการฝึกการเข้าใจความคิดของผู้อื่นใน 6 อารมณ์พื้นฐานจาก รูปถ่าย วิดีโอคลิป ไดนามิกฟิล์ม การฝึกการแสดงออกของใบหน้า การแสดงออกทางคำพูดและท่าทาง การตอบสนอง การใช้น้ำเสียง เป็นต้น ส่วนในกลุ่มควบคุม 12 รายได้รับการรักษาตามปกติ จากงานวิจัยพบว่า ในกลุ่มฝึกโปรแกรมการเรียนรู้ทักษะทางสังคมมีความแตกต่างของคะแนนก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการฝึกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (all $df = 3,27$; all $f_s > 6.62$) ในเรื่องการเพิ่มการตอบสนองทางสีหน้า (facial affect perception) แต่ไม่พบในกลุ่มควบคุม

Paola Bucci et al. (2013)⁽³¹⁾ ได้ทำการศึกษาวิจัยเปรียบเทียบสองกลุ่ม โดยทำการรักษาผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้โปรแกรม 2 อย่าง คือ NIT (Neurocognitive Individualized Training) การฝึกการเรียนรู้ทางระบบประสาท โดยเป็นการฝึกแบบเรียนรู้ทางคอมพิวเตอร์ ลักษณะของการฝึกเป็นการให้ผู้ป่วยเรียนรู้การจดจำลักษณะของคำพูด การจดจำใบหน้า การคิดแบบตรรกะ การช้อปปิ้ง การวางแผนในหนึ่งวัน ในส่วนของกับ SSIT (Social Skills Individualized Training) การฝึกทักษะทางสังคมแบบปัจเจก ในการวิจัยขั้นแรกมีผู้ป่วยจิตเภททั้งหมด 84 ราย ผ่านเกณฑ์การคัดเลือก 72 ราย ในกลุ่ม NIT มีผู้ป่วยจิตเภท 32 ราย กลุ่ม SSIT มีผู้ป่วย 40 ราย ระยะการฝึกทั้งหมด 12 เดือน โดยแบ่งออกเป็นสองขั้นตอน 6 เดือนแรกฝึกในผู้ป่วยจิตเภทในบรรยากาศห้องปศุสัตว์ โดยทำการฝึกโปรแกรมทักษะทางสังคม เช่น การรับรู้ความรู้สึก การรับรู้อารมณ์ การส่งเสริมตนเองในแง่บวก การแสดงออกเมื่อมีอารมณ์ต่างๆ โกรธ แสดงความต้องการ ทักษะการสนทนาเบื้องต้น การเริ่มต้นสนทนา ประโยคคำถาม การจบบทสนทนา และ 6 เดือนหลังฝึกในบรรยากาศของโลกความเป็นจริง (real world) โดยมีการฝึกแบบสมมุติบทบาทจำลองจากสถานการณ์จริง ความถี่ของการฝึก คือ 1 ครั้ง/สัปดาห์ ครั้งละ 2 ชั่วโมง ในการจบการฝึกทั้ง 12 เดือน มีผู้ป่วยจิตเภทที่ผ่านการฝึกจนจบการศึกษาของงานวิจัยนี้ในกลุ่มของ NIT เหลือผู้ป่วยจิตเภท 25 ราย กลุ่ม SSIT เหลือผู้ป่วย 24 ราย จากการศึกษาวิจัยพบว่า ในทั้งสองกลุ่มหลังจากได้รับการฝึกไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างสองกลุ่มของคะแนนคุณภาพชีวิต (Quality of life Scale) แต่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ของคะแนนก่อนและหลังทำการฝึกในกลุ่มในกลุ่ม NIT เรื่องของ ความสนใจ (attention) และ verbal memory (การจดจำคำพูด) ส่วนของในกลุ่ม SSIT มีความแตกต่างของคะแนนก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ในเรื่องการพัฒนาในเรื่องของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (interpersonal relationship) และคุณภาพชีวิต (Quality of life Scale) ผู้วิจัยได้ให้ข้อคิดเห็นว่าทั้งนี้ในการรักษาผู้ป่วยจิตเภทควรวางแผนโปรแกรมการฝึกเป็นรายบุคคล

ชฎาภา คมขำ (2555)⁽³²⁾ ได้ทำการศึกษาวิจัยผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะต่อการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 40 ราย เป็นออกเป็นกลุ่มทดลอง 20 ราย กลุ่ม ควบคุมทดลองการฝึกโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา 20 ราย โดยใช้หลักการแนวคิดของ Anderson

et.al.(1980)⁽³³⁾ และแนวคิดของ Modular skill training ของ Liberman 2007⁽²³⁾ ฝึกผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 6 กิจกรรม การให้ความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตัว การจัดการกับอาการทางจิต การบริหารจัดการ ยา การติดต่อสื่อสาร การขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคม การบริหารเวลา การเผชิญหน้า ความเครียด การผ่อนคลายความเครียด การพัฒนาความมีคุณค่าในตนเองและการเผชิญกับการเรียนรู้ตรา บาบ โดยเน้นการใช้สุขภาพจิตศึกษาและทักษะทางสังคมร่วมด้วย ในกลุ่มควบคุมมีผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 20 ราย ได้รับการรักษาตามปกติ ผลการวิจัยพบว่า การทดสอบค่าคะแนนการทำหน้าที่ทางสังคมวัดจากแบบ ประเมินการทำหน้าที่ทางสังคม (Social Functioning Scale) ก่อนและหลังได้รับการฝึกโปรแกรมทักษะ ทางสังคมของกลุ่มทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยคะแนนเฉลี่ยของการทำ หน้าที่ทางสังคมของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($t = 6.24$)



บทที่ 3

วิธีการดำเนินงานวิจัย

รูปแบบการวิจัย (Research Design)

การศึกษาวินิจฉัยครั้งนี้เป็นการวิจัยทดลอง (Experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดค่าคะแนนก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest – Posttest Design)

ระเบียบวิธีวิจัย (Research Methodology)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง (Population and Sample)

ประชากรเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์วินิจฉัย ICD 10 หรือ DSM – 5 ที่มารับบริการการรักษาผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

ประชากรตัวอย่าง ผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการการรักษาเป็นผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

กลุ่มตัวอย่าง (Sample)

เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ป่วยเข้ากลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria)

1. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโดยจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD 10 หรือ DSM - 5
2. มีอายุระหว่าง 20 – 59 ปี
3. ผู้ป่วยจิตเภทที่มีค่าคะแนนทางด้านบวกจากคะแนน Positive and negative syndrome scale: PANSS ในเกณฑ์ ไม่เกิน 14 คะแนน
4. ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางด้านลบจากคะแนน Positive and negative syndrome scale: PANSS ในเกณฑ์ ไม่ต่ำกว่า 21 คะแนน
5. สามารถฟัง พูด อ่านและเขียนภาษาไทยได้ ยินยอมและให้ความร่วมมือในการทำวิจัย

เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ป่วยออกจากกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria)

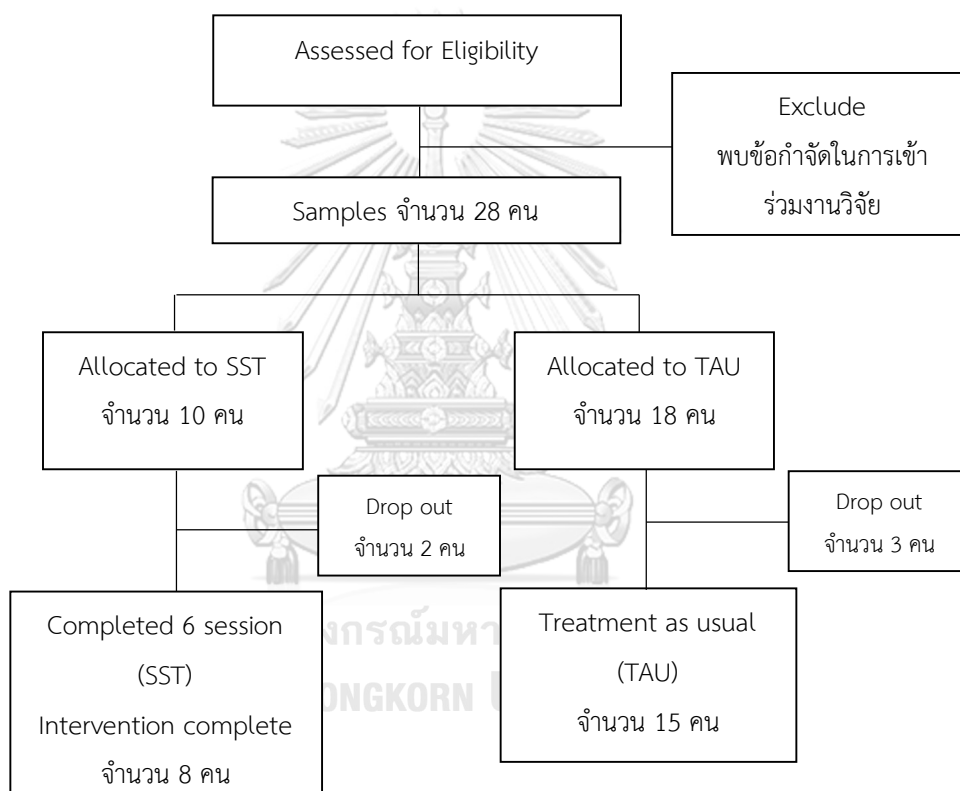
1. ผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะอื่นแทรกซ้อนหรือเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม
2. ผู้ป่วยจิตเภทที่มีการใช้สารเสพติดที่ผิดกฎหมายร่วมด้วย

การสุ่มตัวอย่าง

1. สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบ Purposive Sampling คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก

จิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย โดยคัดเลือกจากเวชระเบียนผู้ป่วยที่ได้รับวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท โดยจิตแพทย์ทำการประเมินอาการของกลุ่มอาการทางลบโดยใช้แบบประเมิน PANSS ตามเกณฑ์กำหนด

2. ทำการแบ่งกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทออกเป็นสองกลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง (ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมและกลุ่มควบคุม (ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาตามปกติ) ใช้การแบ่งกลุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple randomization) วิธีการสุ่มการแบ่งกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยฉลากแต่ละกลุ่ม SST (Social skill training) และ TAU (Treatment as usual) อย่างละ 18 ใบ ผู้ป่วยหนึ่งคน จับฉลาก 1 ใบ และผู้ป่วยไม่ทราบว่าจะตนเองได้อยู่กลุ่มไหน



แผนภาพที่ 1 การแบ่งกลุ่มผู้ป่วยจิตเภท

ขนาดตัวอย่าง (sample size)

คำนวณขนาดตัวอย่างในการวิจัยเชิงทดลอง (experimental study) การศึกษาความแตกต่างระหว่าง 2 กลุ่ม ที่เป็นอิสระต่อกัน (two independent groups)⁽³⁴⁾

เมื่อ n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยใช้ในการศึกษา

$Z_{\alpha/2}$ = ค่าปกติมาตรฐานที่ได้จากตารางแจกแจงปกติเมื่อกำหนดขนาดของค่าความคลาดเคลื่อน

ชนิดที่ 1 ของระดับความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 = 1.96

Z_{β} = ค่าปกติมาตรฐานที่ได้จากตารางแจกแจงปกติเมื่อกำหนดขนาดของค่าความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 2 ของระดับความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 80 = 0.84

$$n / \text{group} = \frac{2(Z_{\alpha/2} + Z_{\beta})^2 \sigma^2}{(\bar{x}_1 - \bar{x}_2)^2}$$

แทนค่าในสูตรอ้างอิงจากงานวิจัย ชัญชฎา คมขำ, 2555 ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะต่อการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน มีค่าเฉลี่ยการทำหน้าที่ของสังคมในกลุ่มทดลอง เท่ากับ 106.75 ± 5.11 มีค่าเฉลี่ยการทำหน้าที่ของสังคมในกลุ่มควบคุม เท่ากับ 100.58 ± 7.02

แทนค่า

$$\begin{aligned} \sigma^2 &= \text{Pooled variance} \\ \sigma^2 &= \frac{(n_1 - 1) S_1^2 + (n_2 - 1) S_2^2}{(n_1 + n_2) - 2} \\ n / \text{group} &= \frac{2(1.96 + 0.84)^2 \times 37.7}{(-6.17)^2} \\ n / \text{group} &= \frac{2 \times 7.84 \times 37.7}{38.07} \\ n / \text{group} &= 15.52 \end{aligned}$$

เพื่อป้องกันการผิดพลาดจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 10 % ดังนั้นต้องใช้จำนวนตัวอย่างกลุ่มละ 18 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (Measurement)

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน จำนวนครั้งการนอนรักษาตัวที่โรงพยาบาล ระยะเวลาที่เจ็บป่วย

ตอนที่ 2 แบบประเมินอาการทางจิต Positive Syndrome Scale ฉบับภาษาไทย (PANSS - T) ได้รับการแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย ธนาธิล ชัยโกวิทย์ และคณะ (2550) ที่แปลและเรียบเรียงมา

จาก Positive Syndrome Scale (PANSS) ของ Kay, Fiszbein and Opler (1987) เป็นเครื่องมือมาตรฐานที่ใช้ประเมินความรุนแรงของอาการทางจิต แบบประเมินมี 3 ส่วน ได้แก่ กลุ่มด้านอาการทางบวก (Positive Scale) 7 ข้อ กลุ่มอาการทางด้านลบ (Negative Scale) 7 ข้อ และอาการผิดปกติทางจิตทั่วไป (General Psychopathology Scale) 16 ข้อ แบบประเมินเป็นลักษณะข้อคำถามแบบให้ค่าคะแนนในแต่ละข้อ (Rating Scale) 7 ระดับ โดยคะแนนแต่ละระดับจะแสดงถึงความรุนแรงของข้อคำถามในแต่ละข้อเรื่องความผิดปกติทางจิตที่มีความผิดปกติตามลำดับ ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.82⁽³⁵⁾

การคิดค่าคะแนนของ แบบประเมินอาการทางจิต Positive Syndrome Scale ฉบับภาษาไทย (PANSS - T) แบ่งค่าคะแนนออกเป็น 3 ด้าน กลุ่มด้านอาการทางบวก (Positive Scale) มีจำนวนคำถาม 7 ข้อ มีค่าคะแนน 1 -7 กลุ่มอาการทางด้านลบ (Negative Scale) มีจำนวนคำถาม 7 ข้อ มีค่าคะแนน 1 -7 อาการผิดปกติทางจิตทั่วไป (General Psychopathology Scale) มีจำนวนคำถาม 16 ข้อ มีค่าคะแนน 1 - 7

โดยงานวิจัยในครั้งนี้ ผู้ป่วยที่ผ่านเกณฑ์เข้าร่วมการศึกษาต้องมีคะแนนอาการทางด้านลบ อยู่น้อย 14 คะแนน ซึ่งบ่งบอกถึงผู้ป่วยรายนั้นมีอาการทางด้านลบหลงเหลืออยู่

ตอนที่ 3 แบบประเมินการทำหน้าที่ทางสังคม

แบบประเมินการทำหน้าที่ทางสังคม (Social functioning Scale : SFS) ของ Birchwood et al., (1990) โดยแบบประเมินวัดการทำหน้าที่ทางสังคมทั้งหมด 7 ด้าน 1. ด้านการถอนตัวจากสังคม/การมีส่วนร่วมทางสังคม 2. การสื่อสารระหว่างบุคคล 3. การมีกิจกรรมทางสังคม 4. กิจกรรมนันทนาการ 5. ความสามารถในการพึ่งพาตนเอง 6. ประสิทธิภาพในการพึ่งพา 7. การจ้างงาน / อาชีพถ้าทำงานหรือมีรายได้ ใช้เวลาในการประเมิน 20 - 30 นาที ค่าความเที่ยงตรงของเนื้อหาของเครื่องมือ เท่ากับ 0.92 และความเชื่อมั่นของเครื่องมือ เท่ากับ 0.94 เพื่อประเมินทักษะการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท โดยแบบประเมินวัดทักษะการทำหน้าที่ทางสังคมในด้านต่างๆ ทั้ง 7 ด้าน แบ่งค่าพิสัยของคะแนน 0 - 3 คะแนน

2.1 การถอนตัวจากสังคม / การมีส่วนร่วมทางสังคม มีจำนวนคำถาม 3 ข้อ มีค่าคะแนน 0 - 15

2.2 การสื่อสารระหว่างบุคคล มีจำนวนคำถาม 4 ข้อ มีจำนวนคำถาม 3 ข้อ มีค่าคะแนน 0 - 9

2.3 การมีกิจกรรมทางสังคม มีจำนวนคำถาม 22 ข้อ มีจำนวนคำถาม 0 - 66

2.4 กิจกรรมนันทนาการทางสังคม/ การพักผ่อนหย่อนใจ มีจำนวนคำถาม 15 ข้อ มีค่าคะแนน 0 -

45

2.5 ความสามารถในการพึ่งพาตนเอง มีจำนวนคำถาม 13 ข้อ มีค่าคะแนน 0 - 39

2.6 ประสิทธิภาพในการพึ่งพาตนเอง มีจำนวนคำถาม 13 ข้อ มีค่าคะแนน 0 - 39

2.7 การจ้างงาน / อาชีพถ้าทำงาน มีจำนวนคำถาม 3 ข้อ มีการทำงานระดับ คะแนน 7 -10 ถ้าไม่ได้ทำงาน ระดับคะแนน 0 -6 คะแนน

รวมจำนวนคำถาม 75 คะแนนรวมทั้งหมด = 223 คะแนน โดยนำคะแนนไปเทียบกับ raw scores ในตารางแปลผลคะแนนได้ตามค่าคะแนนดังนี้

แปลผลของค่าคะแนนในแต่ละระดับ

ค่าคะแนนในช่วง 0-95 คะแนน แปลผล ทำหน้าที่ทักษะทางสังคมได้ระดับต่ำ

ค่าคะแนนในช่วง 96 -105 คะแนน แปลผล ทำหน้าที่ทักษะทางสังคมได้ระดับปานกลาง

ค่าคะแนนในช่วง 106 – 125 คะแนน แปลผล ทำหน้าที่ทักษะทางสังคมได้ดี

ค่าคะแนนในช่วง 126 – 135 คะแนน แปลผล ทำหน้าที่ทักษะทางสังคมได้ดีมาก

ในส่วนของแบบประเมินการทำหน้าที่ทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทฉบับภาษาไทย ชัชชญา คมขำ 2555⁽³²⁾ ได้ทำการแปลแบบประเมินการทำหน้าที่ทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท (Social functioning Scale : SFS) ของ Birchwood et al., (1990) จากภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย เพื่อมาใช้ในการวิจัยเป็นการแปลแบบย้อนกลับ (Back Translation) โดยผู้เชี่ยวชาญทางด้านภาษาจากสถาบันภาษาจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้นำมาแปลและดัดแปลงทางด้านภาษา ความหมายและข้อความให้เหมาะสมกับบริบทคนไทย การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ชัชชญา คมขำ 2555 ได้ทำกรรนำเครื่องมือไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ซึ่งประกอบด้วย จิตแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล จำนวน 2 ท่าน พยาบาลปฏิบัติการ จำนวน 2 ท่าน ได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา และความถูกต้องชัดเจน ครอบคลุม เหมาะสมกับภาษาที่ใช้ โดยให้คะแนนความคิดเห็นเป็นระดับ จำนวน 1 – 4 คะแนน เห็นด้วยมากที่สุด 4 คะแนน ไม่เห็นด้วย 1 คะแนน โดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่านได้ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (CVI: Content Validity Index) ซึ่งได้ความคิดเห็นสอดคล้องกัน ค่าที่รับได้ คือ 0.80 ขึ้นไป ซึ่งคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) จากสูตรของ (Hambleton et al., 1975) ได้เท่ากับ 0.92 ความเที่ยงของเครื่องมือ ชัชชญา คมขำ 2555 ได้นำเครื่องมือไปทดลองกับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จำนวน 30 ราย ของแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพัฒนา นิคม จังหวัดลพบุรี แล้วนำมาหาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟา ครอนบาค (Cronbach' s Alpha Coefficient) ของเครื่องมือ ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือในแต่ละด้าน ดังนี้ ด้านที่ 1. ด้านการถอนตัวจากสังคม/การมีส่วนร่วมทางสังคม ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.96 ด้านที่ 2.การสื่อสารระหว่างบุคคล ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.97 ด้านที่ 3.การมีกิจกรรมทางสังคม ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.93 ด้านที่ 4. กิจกรรมนันทนาการ ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.93 ด้านที่ 5.ความสามารถในการพึ่งพาตนเอง ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.94 ด้านที่ 6.ประสิทธิภาพในการพึ่งพา ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.94

ตอนที่ 4 โปรแกรมทักษะทางสังคม

ผู้วิจัยได้ออกแบบโปรแกรมทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภทโดยอ้างอิงทฤษฎีจาก ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการฝึกโปรแกรมทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท

แนวคิดเหตุผลและสมมติฐานงานวิจัยของเครื่องมือที่ใช้ในการฝึกโปรแกรมทักษะทางสังคม

ผู้ป่วยจิตเภทส่วนหนึ่งได้รับการรักษาทางยาอย่างเต็มที่แล้ว ยังคงมีความบกพร่องอย่างรุนแรงในเรื่องของการเข้าสังคม เช่น การทำงาน ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและดูแลตัวเองไม่ได้ ผู้ป่วยโรคจิตเภทเหล่านี้มักจะต้องเผชิญกับปัญหาต่างๆ เช่น การถอนตัวจากสังคม ประกอบอาชีพเดิมไม่ได้ มีปัญหาในการปรับตัวและการแก้ปัญหาระหว่างความสัมพันธ์กับคนใกล้ชิด ซึ่งทักษะทางจิตสังคมที่ผิดปกติไป ซึ่งเกิดจาก

ตัวโรคจิตเภทเอง⁽³⁶⁾ การให้การรักษาทางจิตสังคมมักใช้ร่วมกับการรักษาด้วยยา เนื่องจากเมื่ออาการของผู้ป่วยจิตเภทดีขึ้น แต่ยังคงก่อให้เกิดปัญหาทางสังคมอยู่ และผู้ป่วยจิตเภทยังคงมีอาการด้านลบเหลืออยู่ ซึ่งไม่ตอบสนองด้วยการรักษาด้วยยา ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภทเพื่อเป็นการให้การรักษาย่างครอบคลุมมากขึ้น เพื่อส่งผู้ป่วยจิตเภทกลับคืนสู่สังคมและใช้ชีวิตอย่างปกติสุข การให้โปรแกรมทักษะทางสังคมได้แนวคิดมาจาก Kopelowiz, Liberman, and Zarate 2006⁽¹⁰⁾ ในแนวกรอบความคิดมีการให้โปรแกรมทักษะทางสังคมทั้งหมด 7 ทักษะ คือ 1. การรับรู้ทางสังคม (social Perception) 2. ทักษะกระบวนการทางข้อมูลของสังคม (social information processing skills) 3. ทักษะการสื่อสารโดยการส่งสาร (responding and sending skills) 4. ทักษะสัมพันธ์ (affiliative role skills) 5. ทักษะกิจกรรมทางสังคม (instrument role skills) 6. ทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคล (interpersonal skills) 7. ทักษะพฤติกรรมปกติทางสังคม (behavior governed by social norm) ผู้วิจัยได้มีการปรับเพิ่มลดกิจกรรมตามความเหมาะสมและประยุกต์ให้เข้ากับแนวความคิดส่วนประกอบบทบาททางสังคม (social functioning) ของ Mar Rus Calafell 2014⁽⁹⁾ ซึ่งบทบาททางสังคมจะเริ่มต้นที่ ทฤษฎีเกี่ยวกับตนเอง (theory of mind) การเรียนรู้ทางสังคม (social Cognition) ความสามารถในการเข้าสังคม (social Competence) และบทบาททางสังคม (social functioning) ซึ่งยังคงมีเนื้อหาสาระและจุดประสงค์ของการฝึกโปรแกรมคงเดิม แบ่งออกเป็นสัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 45 -60 นาที มีรายละเอียดดังนี้

คาบที่ 1 ทักษะการรับรู้ทางสังคมพื้นฐาน (Social perception& information processing skills)

การรับรู้ทางสังคม (social perception) คือ ความสามารถในการแปลงสารต่างๆ จากสังคม นั้นรวมไปถึงการได้รับสารทั้งแบบภาษาและอวัจนภาษาด้วย เช่น น้ำเสียง อารมณ์ ท่าทาง เป็นต้น ซึ่งควรรับรู้ได้ดีพอกับภาษาที่ใช้พูด⁽³⁷⁾ การเรียนรู้ทางสังคม (social cognition) เป็นการรวบรวมการวิเคราะห์การกระตุ้นชนิดต่างๆ ของสังคม มาคิดวิเคราะห์ รวมกันตั้งแต่ประสบการณ์จากอดีตจนถึงปัจจุบันจนแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมตอบสนอง ในคาบที่ 1 ทักษะการรับรู้ทางสังคมพื้นฐาน (social perception & information processing skills) เป็นการฝึกทักษะเพื่อสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการรับรู้พฤติกรรมของสังคมที่ปกติ ในเรื่องของการแสดงออก เช่น การแสดงออกทางสีหน้า การแสดงออกทางน้ำเสียงของผู้อื่น สร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับระยะห่างในการพูดคุยกับผู้อื่นอย่างเหมาะสม และเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถนำความรู้ความสามารถที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมกับสถานการณ์

คาบที่ 2 ทักษะการสื่อสารโดยการส่งสารพื้นฐาน (Responding and sending skills)

การแสดงออกทางพฤติกรรม (การพูด น้ำเสียง จังหวะ การขยับของร่างกาย การเว้นระยะห่างของการสนทนา) ล้วนเป็นสิ่งสำคัญของการสนทนา และสิ่งสำคัญในการสนทนาระหว่างผู้พูดต้องรวมไปถึงการจังหวะตอบสนองระหว่างการพูดที่เหมาะสมด้วย⁽⁹⁾ ในคาบที่ 2 ทักษะการสื่อสารโดยการส่งสารพื้นฐาน (responding and sending skills) เพื่อสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการสื่อสารโดยการส่งสารแบบพฤติกรรมของสังคมที่ปกติ ในเรื่องของการแสดงออกของอารมณ์ทางพฤติกรรมที่เหมาะสม เช่น การแสดงออกท่าสี

หน้า น้ำเสียงและท่าทาง การขอความช่วยเหลือ การให้ข้อมูลกับผู้อื่น เป็นต้น เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลือกใช้ทักษะในการแสดงออกของพฤติกรรมในสถานการณ์ที่เหมาะสมและสามารถนำความรู้ความสามารถที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้

คาบที่ 3 ทักษะกิจกรรมทางสังคม (Instrument role skills)

ในผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มักจะหลงลืมวิธีการแต่งตัว หลงลืมการอาบน้ำ หรือใส่เสื้อผ้าเก่า ไม่สนใจการดูแลรักษาตัวเอง หรือบางครั้งผู้ป่วยมักใส่เสื้อผ้าสีทึบไม่สดใส ดังนั้นผู้ป่วยจิตเภทจึงควรได้รับการสอนเพื่อให้กลับมาดูแลรักษาตัวเองในเรื่องของการอาบน้ำ การแต่งตัว หรือรักษาความสะอาด⁽³⁸⁾ ในคาบที่ 3 ทักษะกิจกรรมทางสังคม (instrument role skills) เพื่อส่งเสริมสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการกิจกรรมทางสังคม ที่เน้นให้ช่วยเหลือตัวเอง เช่น การหิวผอม การแปรงฟัน การรีดผ้า การแต่งตัว การทำงานบ้าน การขึ้นรถเมล์ การวางแผนการเดินทาง การจ่ายเงิน เมื่อผู้ป่วยได้รับการส่งเสริมในการฝึกกิจกรรมดังกล่าว ผู้ป่วยจะสามารถเลือกกิจกรรมที่สามารถทำได้โดยตนเองไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน ลดการเป็นภาระของบุคคลอื่น

คาบที่ 4 ทักษะสัมพันธ์และการผ่อนคลาย (Affiliative role skills and relaxation)

การส่งเสริมในการทำกิจกรรมได้โดยตนเองของผู้ป่วย รวมไปถึงในการเสริมสร้างความสัมพันธ์ของคนในครอบครัวผู้ป่วย หรือผู้ดูแล ญาติสนิท คนใกล้ชิด สามารถลดความตึงเครียดระหว่างผู้ป่วยและคนใกล้ชิดได้ อีกทั้งยังลดการเป็นภาระของคนใกล้ชิดได้อีกด้วย⁽¹²⁾ ในคาบที่ 4 ทักษะสัมพันธ์และการผ่อนคลาย (affiliative role skills and relaxation) เพื่อสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการมีความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลรอบข้างผู้ป่วย เช่น ครอบครัว เพื่อนฝูง ญาติมิตร อาจรวมถึงเพื่อนร่วมงาน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลือกกิจกรรมที่ทำร่วมกับผู้อื่น หรือกิจกรรมผ่อนคลายที่กับช่วงเวลาได้ถูกต้องอย่างเหมาะสม และให้ผู้ป่วยสามารถนำความรู้ความสามารถเกี่ยวกับกิจกรรมสัมพันธ์ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม

คาบที่ 5 ทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคล (Interpersonal skills)

มีหลายๆ สถานการณ์ที่เกิดขึ้นในเรื่องที่ต้องเริ่มต้นการสนทนากับบุคคลแปลกหน้า หรือเพื่อนใหม่ที่ยังไม่คุ้นเคย แต่ผู้ป่วยจำเป็นต้องเข้าไปทำความรู้จักเพื่อนใหม่นั้น อาจจะมีความรู้สึกเขินอายเกิดขึ้น ผู้ป่วยจึงควรมีการฝึกฝนขึ้นเริ่มต้นในการเริ่มการสนทนา⁽³⁹⁾ ในคาบที่ 5 ทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคล (interpersonal skills) เพื่อสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลอื่น เช่น การเริ่มต้นสนทนากับบุคคลใหม่ การจบการสนทนา การให้ข้อมูลแก่ผู้อื่น และการแสดงความรู้สึกต่อผู้อื่น (ดีใจ เสียใจ เป็นต้น) เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมในสถานการณ์ที่แตกต่างกัน และให้ผู้ป่วยสามารถนำความรู้ความสามารถเกี่ยวกับกิจกรรมการฝึกทักษะสื่อสารระหว่างบุคคลที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม

คาบที่ 6 ทักษะการเสริมสร้างพฤติกรรมและการเห็นคุณค่าในตัวเอง (Behavior governed by social norm)

การให้คำชมเชย คือสิ่งที่ดีสำหรับการแสดงออกในการมองโลกในแง่บวก คำชมเชยที่ใช้บ่อย อาจจะเกี่ยวข้องกับอะไรที่สามารถมองเห็นได้ เช่น รองเท้าคู่มือ ประโยคเกี่ยวกับเสื้อผ้าที่สวมใส่ การตัดผมหรือทำผมทรงใหม่ การได้รับหรือรับคำชมเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดความรู้สึกดีต่อตนเองและผู้อื่น⁽³⁹⁾ คาบที่ 6 ทักษะการเสริมสร้างพฤติกรรมและการเห็นคุณค่าในตัวเอง (behavior governed by social norm) เพื่อสนับสนุนการให้หรือรับคำชมเพื่อสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการมองผู้อื่นและตนเองในแง่บวก ผู้ป่วยสามารถมองหาข้อดีในตนเองและผู้อื่นได้ อีกทั้งยังสามารถใช้ในการเริ่มต้นมิตรภาพพร้อมทั้งเสริมสร้างการเห็นคุณค่าในตนเองได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมกับสถานการณ์ต่างๆ และสามารถนำความรู้ความสามารถเกี่ยวกับกิจกรรมการฝึกทักษะในการเสริมสร้างพฤติกรรมและการเห็นคุณค่าในตนเองรวมไปถึงการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม

กลุ่มที่ได้รับการรักษาตามปกติ (กลุ่มควบคุม)

ในกลุ่มควบคุมหรือกลุ่มที่ได้รับการรักษาตามปกติ คือ กลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการด้านลบ และแพทย์ได้นัดผู้ป่วยเพื่อติดตามอาการ ทุก 1 – 3 เดือน โดยให้การรักษาตามปกติ เช่น การให้การแนะนำเกี่ยวกับโรคและรักษาโรค ติดตามประสิทธิภาพและผลข้างเคียงของยา การจัดการความเครียด (stress management) การให้คำปรึกษาเพื่อประคับประคองจิตใจ (support psychotherapy) หรือ ได้รับข้อมูลการดูแลจากพยาบาลวิชาชีพ การได้รับการรักษาแบบโรงพยาบาลกลางวัน (day hospital) รวมถึงระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

เครื่องมือใช้ในการฝึกโปรแกรมทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท

Kopelowiz, Liberman, and Zarate, 2006 Mar Rus Calafell, 2014

คาบที่ 1 ทักษะการรับรู้ทางสังคมพื้นฐาน (Social perception & information processing skills)

คาบที่ 2 ทักษะการสื่อสารโดยการส่งสารพื้นฐาน (Responding and sending skills)

คาบที่ 3 ทักษะสัมพันธ์และการผ่อนคลาย (Affiliative role skills and relaxation)

คาบที่ 4 ทักษะกิจกรรมทางสังคม (Instrument role skills)

คาบที่ 5 ทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคล (Interpersonal skills)

คาบที่ 6 ทักษะการเสริมสร้างพฤติกรรมและการเห็นคุณค่าในตัวเอง (Behavior governed by social norm)

ในการฝึกแต่ละกิจกรรมใช้หลักการของการฝึกตาม Bellack A, Mueser K, Gingerich S, and Agresta J., 2004⁽³⁹⁾

รายละเอียดดังนี้

1. บอกวัตถุประสงค์/เหตุผลของการฝึกทักษะ (Establish a rationale for the skill)
2. อธิบายแต่ละขั้นตอนในการฝึกของแต่ละกิจกรรม (Discuss the steps of the skill)
3. สาธิตตัวอย่างให้ผู้ป่วยดูเป็นต้นแบบ (Model the skill in a role play)
4. ให้ผู้ป่วยทำตาม หรือ ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการฝึกแต่ละบทบาท (Engage the consumer in role play)
5. ในการสวมบทบาทของผู้ป่วย ผู้วิจัยจะให้ข้อเสนอแนะการทำกิจกรรมของผู้ป่วยในเชิงบวก เสริมพฤติกรรมที่ดีให้คงไว้ (Provide positive feedback)
6. ในการสวมบทบาทของผู้ป่วย ผู้วิจัยจะให้ข้อเสนอแนะหรือแก้ไขการทำกิจกรรมของผู้ป่วยที่ไม่ถูกต้อง ให้ถูกต้องมากขึ้น (Provide corrective feedback)
7. Assign homework กำหนดการบ้านเกี่ยวข้องกับกิจกรรมนั้นๆ

คาบที่ 1 ทักษะการรับรู้ทางสังคมพื้นฐาน (Social perception & information processing skills)

กลุ่มเป้าหมาย : การฝึกแบบเดี่ยว

ระยะเวลา 45 – 60 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการรับรู้พฤติกรรมของสังคมที่ปกติ ในเรื่องของการแสดงออก เช่น การแสดงออกทางสีหน้า การแสดงออกทางน้ำเสียงของผู้อื่น
2. เพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับระยะห่างในการพูดคุยกับผู้อื่นอย่างเหมาะสม
3. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถนำความรู้ความสามารถที่ได้รับ ไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม

สื่อและอุปกรณ์

1. แก้วน้ำ เพื่อสาธิตการเว้นระยะในการนั่งสนทนากับผู้อื่น
2. แผ่นความรู้แผ่นอธิบายลักษณะสีหน้า 7 อารมณ์พื้นฐาน
3. แผ่นความรู้เนื้อเรื่องละครวิทยุ 10 ข้อคำถาม
4. แผ่นเกมส์ทดสอบหลังการได้รับการฝึก 21 แผ่น
5. คลิปเสียงเล็กทรอนิกส์ทดสอบหลังได้รับการฝึก 3 คำถาม

กิจกรรม

1. อธิบายจุดประสงค์ในการฝึกทักษะทางสังคมในคาบที่ 1 และประโยชน์ที่น่าจะได้รับจากการเข้าร่วมการ
2. ฝึกโปรแกรมทักษะทางสังคม
3. อธิบายท่าทางการแสดงออกทางสีหน้า โดยมีแผ่นรูปภาพการแสดงออกจากสีหน้าที่ทั้งหมด 7 อารมณ์พื้นฐาน ดังนี้ โกรธ รังเกียจ มีความสุข เศร้า ตุก ก้าว ประหลาดใจ โดยใบความรู้จะอธิบายการแสดงออกทางสีหน้า จากการแสดงออกของอวัยวะต่างๆบนใบหน้า เช่น คิ้ว ปาก ตา กล้ามเนื้อใบหน้า
4. ผู้วิจัยสาธิตการแสดงออกทางสีหน้าจากอารมณ์พื้นฐานพร้อมอธิบายการแสดงออกจากอวัยวะบนใบหน้าต่างๆ ให้ผู้ป่วยดูพร้อมทั้งอธิบายส่วนประกอบ คิ้ว ตา จมูก ปากของผู้วิจัยเอง
5. ให้ผู้ป่วยตอบคำถามเกมส์รูปภาพทดสอบการแสดงออกของสีหน้า
6. ให้ผู้ป่วยอ่านแผ่นบทละครวิทยุ ทั้งหมด 2 เรื่อง และอธิบายการแสดงออกของน้ำเสียงแต่ละแบบ
7. ให้ผู้ป่วยฟังคลิปเสียงอิเล็กทรอนิกส์จากคอมพิวเตอร์ที่เตรียมไว้ ความยาว ประมาณ 5.14 นาที
8. ให้ผู้ป่วยตอบคำถาม การแสดงออกทางน้ำเสียงและอารมณ์ของตัวละคร
9. สาธิตและอธิบายเกี่ยวกับระยะห่างในการสนทนากับผู้อื่น ทั้งในการยืนและนั่ง
10. ให้ผู้ป่วยทำตาม โดยมีทั้งการยืนและการนั่ง ตอบคำถามระยะห่างในสถานการณ์ต่างๆของความถูกต้องเหมาะสมในการรักษาระยะห่างของคู่สนทนาหรือไม่ อย่างไร
11. ให้การบ้านเป็นกิจกรรมพบทวนการฝึกทักษะในกิจกรรมที่ได้ทำทั้งหมดในคาบและผู้ป่วยทำการนัดหมายในการฝึกโปรแกรมทักษะทางสังคมในครั้งถัดไป

การประเมินผล

1. การทดสอบการแสดงสีหน้า 7 อารมณ์พื้นฐาน ผู้ป่วยสามารถตอบคำถามถูกต้อง 18 แผ่น ขึ้นไป
2. การทดสอบการแสดงออกทางน้ำเสียงหรืออ่านอารมณ์จากบทละครวิทยุ ผู้ป่วยสามารถตอบคำถามถูกต้องได้ 7 ข้อขึ้นไป
3. การทดสอบการรับรู้ทางน้ำเสียงและอารมณ์ในการฟังคลิปป็อดแคสต์ ผู้ป่วยสามารถตอบคำถามได้ถูกต้อง 5 ข้อขึ้นไป

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ป่วยสามารถรับรู้ความรู้สึกของคนรอบข้าง คนในครอบครัว คนในสังคมรอบข้างได้ โดยจากการสังเกตพฤติกรรมของบุคคลเหล่านั้น
2. ผู้ป่วยสามารถตีความจากอารมณ์น้ำเสียงของคนในครอบครัว คนในสังคมรอบข้างได้ จากการฟัง ตีความ วิเคราะห์ ประเมินสถานการณ์เบื้องต้นได้อย่างถูกต้องมากขึ้น
3. ผู้ป่วยสามารถเข้าใจการเว้นระยะห่างในระยะที่ถูกต้องเหมาะสมในการสนทนาได้อย่างถูกต้อง



คาบที่ 2 ทักษะการสื่อสารโดยการส่งสารพื้นฐาน (Responding and sending skills)

กลุ่มเป้าหมาย : การฝึกแบบเดี่ยว

ระยะเวลา 45 – 60 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการสื่อสารโดยการส่งสารแบบพฤติกรรมของสังคมที่ปกติ ในเรื่องของการแสดงออก เช่น การแสดงออกของอารมณ์ทางพฤติกรรมที่เหมาะสม เช่นการแสดงออกท่าสีหน้า สำเสียงและท่าทาง การขอความช่วยเหลือ การบอกสิ่งที่เป็นจริง การปฏิเสธ ขอโทษ เป็นต้น
2. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลือกใช้ทักษะในการแสดงออกของพฤติกรรมในสถานการณ์ที่เหมาะสม
3. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถนำความรู้ความสามารถที่ได้รับ ไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม

สื่อและอุปกรณ์

1. กระดาษ
2. ใบงาน วาดรูป ระบายสี การแสดงออกทางสีหน้าพื้นฐาน 7 อารมณ์
3. ฉลาก
4. บทละครวิทยุ

กิจกรรม

1. อธิบายจุดประสงค์ในการฝึกทักษะทางสังคมในคาบที่ 2 และประโยชน์ที่น่าจะได้รับจากการเข้าร่วมการฝึกโปรแกรมทักษะทางสังคม
2. ทบทวนหรืออธิบายซ้ำท่าทางการแสดงออกทางสีหน้าของอารมณ์พื้นฐานต่างๆ พร้อมสาธิต
3. ให้ผู้ป่วย วาดรูป ระบายสี การแสดงออกทางสีหน้าอารมณ์พื้นฐาน ทั้ง 7 อารมณ์ ตามตัวอย่างที่ให้
4. ให้ผู้ป่วยดูการแสดงออกทางสีหน้าและดูกระจกเพื่อทราบว่าตอนนี้สีหน้าของตนเองเป็นอย่างไร
5. ประเมินผล ดูข้อผิดพลาดที่เกิด แนะนำสิ่งที่ถูกต้องให้ผู้ป่วยทราบและทำตาม หากผู้ป่วยไม่เข้าใจหรือปฏิบัติตามได้ยาก อธิบายจุดบกพร่อง เมื่อผู้ป่วยแก้ไขจุดบกพร่องได้แล้ว ให้คำชม “เก่งมาก” หรือ “ถูกต้องนะคะ”
6. ให้ผู้ป่วยจับฉลาก ใบคำสั่ง 7 อารมณ์พื้นฐาน พร้อมทั้งแสดงสีหน้าตามใบฉลากที่จับขึ้นมาได้ ทำวน 3 รอบ พร้อมทั้งประเมินคะแนนจากท่าทางผู้ป่วย
7. ให้ผู้ป่วยแสดงอารมณ์ทางทั้งท่าทาง อารมณ์และน้ำเสียง จากการอ่านบทละครวิทยุ จำนวน 2 เรื่อง โดยแสดงอารมณ์หรือน้ำเสียง ตามการตีความหมาย วิเคราะห์ อารมณ์ของตัวละครแต่ละตัวจากบทละครวิทยุที่ได้อ่าน
8. กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีอารมณ์แสดงร่วมในการอ่านบทละครแต่ละตัวให้มากที่สุด พร้อมประเมินให้คะแนน

การประเมินผล

1. การทดสอบการแสดงสีหน้า 7 อารมณ์พื้นฐาน ผู้ป่วยสามารถแสดงออกได้ชัดเจนถูกต้อง ทั้งลักษณะ คิ้ว จมูก ตา ปาก จับฉลากวน 3 รอบ ในรอบที่สามควรถูกต้องทุกอารมณ์

2. ให้ผู้ป่วยอธิบายในสิ่งที่ตัวเองวาด คิ้ว จมูก ปาก ของตัวการ์ตูนที่วาดภาพและระบายสีได้ถูกต้องทุกอารมณ์

3. การทดสอบการแสดงออกทางน้ำเสียงหรืออ่านอารมณ์จากบทละครวิทยุ ผู้ป่วยแสดงออกทางน้ำเสียงหรือท่าทางได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมกับตัวละครได้

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ป่วยสามารถแสดงความรู้สึก จากท่าทาง สีหน้าต่อคนรอบข้าง คนในครอบครัว คนในสังคมได้อย่างเหมาะสมถูกต้องตามสถานการณ์ต่างๆ

2. ผู้ป่วยสามารถแสดงความต้องการพื้นฐานโดยใช้น้ำเสียงที่เหมาะสมตามสถานการณ์ต่างๆ ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

3. คนในครอบครัว คนรอบข้าง คนในสังคม สามารถสังเกตเห็นถึงความแตกต่างและเข้าใจลักษณะท่าทางการแสดงออกทางสีหน้าอารมณ์พื้นฐาน การออกจกน้ำเสียง การแสดงออกจากพฤติกรรมที่เพิ่มขึ้นของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการดื้อนลบ



คาบที่ 3 ทักษะการใช้ชีวิตประจำวัน (Instrument role skills)

กลุ่มเป้าหมาย : การฝึกแบบเดี่ยว

ระยะเวลา 45 – 60 นาที

สื่อและอุปกรณ์

1. แฟ้มอธิบายชุดเสื้อผ้าที่เหมาะสมกับสถานการณ์ต่างๆ
2. แฟ้มอธิบายการวางแผนการเดินทางและแบบฝึกหัด
3. ตารางตัวอย่างการใช้เงินในหนึ่งวันและแบบฝึกหัด

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการกิจกรรมทางสังคม ที่เน้นให้ช่วยเหลือตัวเอง เช่น การวางแผนการเดินทาง การแต่งตัวให้เหมาะสมกับสถานการณ์ การใช้จ่ายเงินในชีวิตประจำวันหรือการจัดทำบัญชีได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม
2. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถสามารถเลือกกิจกรรมที่สามารถทำได้โดยตนเอง ลดการเป็นภาระของบุคคลอื่น ได้ถูกต้องเหมาะสม
3. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถนำความรู้ความสามารถเกี่ยวกับกิจกรรมที่ได้เรียนรู้ ไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม

กิจกรรม

1. อธิบายจุดประสงค์ในการฝึกทักษะทางสังคมในคาบที่ 3 และประโยชน์ที่น่าจะได้รับจากการเข้าร่วมการฝึกโปรแกรมทักษะทางสังคม
2. อธิบายกิจกรรมแรกที่ทำ คือ กิจกรรมการวางแผนการเดินทางจากแฟ้ม พร้อมทั้งยกตัวอย่างประกอบ สอบถามข้อมูลการเดินทางในชีวิตประจำตัวของผู้ป่วย เช่น การวางแผนการเดินทางในชีวิตประจำวันปกติ การเดินทางในชีวิตประจำวัน เช่น การเดินทางไปซื้อของร้านสะดวกซื้อใกล้บ้าน การเดินทางไปตลาด การเดินทางมาที่โรงพยาบาลตามนัด การเดินทางไปสถานที่ต่างๆที่ผู้ป่วยเคยได้
3. ให้อาจารย์ผู้ป่วยในการวางแผนการเดินทางจำนวน 5 ข้อ โดยให้ผู้ป่วยวาดแผนผังการเดินทางระบุวิธีการเดินทาง เช่น การเดิน การเดินทางโดยปั่นจักรยาน เดินทางโดยรถเมล์สายอะไร การเดินทางโดยเรือ การเดินทางโดยรถไฟฟ้า การเดินทางโดยรถไฟใต้ดิน เป็นต้น โจทย์เป็นการเดินทางไปตามสถานที่ต่างๆที่กำหนด เช่น การเดินทางมาตามนัดที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย การเดินทางไปไหว้พระที่อยู่รอบ การเดินทางไปห้างสรรพสินค้าใกล้บ้าน การเดินทางไปสถานที่ที่เกี่ยวกับต่างๆ ที่ผู้ป่วยเคยไป หรือสามารถบอกการเดินทางไปยังสถานที่นั้นๆได้
4. อธิบายกิจกรรมที่ 2 คือ กิจกรรมการวางแผนการใช้จ่ายเงินหรือการทำบัญชีในหนึ่งวัน โดยกำหนดการเดินทาง กำหนดจำนวนงบประมาณเบื้องต้นให้ผู้ป่วย จากนั้นให้ผู้ป่วยทำบัญชีจากตารางตัวอย่างโดยประยุกต์การวางแผนการเงินจากการกำหนดจำนวน 5 วัน จากโจทย์ที่ให้ เช่น ในหนึ่งวัน เป็นวันที่ 3 ตุลาคม 2560 เดินทางมาที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย มีจำนวนเงินในงบประมาณ 300 บาท ผู้ป่วยต้องเขียนวันที่ จำนวนเงินที่เป็นงบประมาณในหนึ่งวัน ดูการวางแผนการเดินทางมาที่โรงพยาบาล จำนวนเงินที่ต้องการจ่ายเพื่อการเดินทางบวกกับจำนวนเงินที่จะต้องจ่ายค่าอาหาร ค่าน้ำ ค่ายา เป็นต้น จากนั้นให้ผู้ป่วยคำนวณเงินที่เหลือ
5. กิจกรรม แปรงพัน อธิบายการแปรงพันอย่างถูกต้องแต่ละขั้นตอนอย่างละเอียดจากแฟ้ม

6. สาธิตการแปร่งฟันให้ผู้ป่วยทำตามในแต่ละขั้นตอน
7. ให้ผู้ป่วยทำการแปร่งฟันพร้อมประเมินความถูกต้อง แนะนำส่วนที่ขาด
8. กิจกรรม การเรียนรู้การแต่งตัวให้เหมาะสมกับสถานการณ์และสถานที่ อธิบายการแต่งตัวในสถานการณ์ต่างๆ เช่น การไปสถานที่ราชการ การแต่งตัวไปเที่ยว การแต่งตัวอยู่บ้าน การแต่งตัวเพื่อไปพบปะสังสรรค์

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยสามารถวางแผนการเดินทางได้ถูกต้องเหมาะสม สามารถตอบคำถาม วิธีการเดินทาง จำนวนเงินที่ใช้จ่ายในการเดินทางได้
2. ผู้ป่วยสามารถคิดคำนวณการใช้จ่ายเงิน บวก ลบ ยอดจำนวนเงินคงเหลือได้ถูกต้อง
3. ผู้ป่วยสามารถตอบคำถามสำหรับชุดแต่งการ ในพิธีการต่างๆ สถานที่ สถานการณ์ต่างๆ ได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม
4. ผู้ป่วยสามารถอธิบายขั้นตอนพื้นฐานในการแปร่งฟันอย่างถูกวิธีได้อย่างถูกต้องทุกขั้นตอน

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ป่วยสามารถวางแผนการเดินทางในชีวิตประจำวันได้อย่างถูกต้องเหมาะสม โดยมีการแนะนำการเดินทางจากคนในครอบครัว หรือสามารถซักถามการเดินทางจากคนที่อยู่รอบข้างตัวผู้ป่วยได้ รวมไปถึงผู้ช่วยสามารถนำการฝึกการวางแผนการเดินทางไปใช้ในชีวิตประจำวันได้โดยผู้ป่วยสามารถเดินทางไปยังสถานที่ต่างๆ ได้อย่างอิสระ ไม่พึ่งพิงหรือเป็นภาระคนรอบข้าง
2. ผู้ป่วยสามารถใช้จ่ายเงินเอง โดยกำหนดวางแผนการใช้เงินเงินในชีวิตประจำวันได้อย่างถูกต้องเหมาะสม
3. ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจการแต่งตัวให้เหมาะสมกับสถานการณ์ในชีวิตประจำวันต่างๆ เช่น การแต่งตัวชุดไปงานศพ การแต่งตัวไปตามสถานที่ราชการ การแต่งตัวไปเดินห้างสรรพสินค้า การแต่งตัวไปงานแต่งงาน เป็นต้น โดยผู้ป่วยมีการแต่งตัวที่เหมาะสม ถูกกาลเทศะ มีความสะอาดเรียบร้อยของชุดเสื้อผ้าที่สวมใส่ รวมไปถึงการจัดแต่งทรงผม บุคลิกภาพที่ผู้คนรอบข้างสามารถสังเกตเห็นตั้งแต่เริ่มแรก
4. ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจการดูแลตัวเองในชีวิตประจำวัน เช่น การจัดแต่งทรงผม การแต่งกาย การแปร่งฟัน การอาบน้ำหรือการดูแลตัวเองขั้นพื้นฐานได้ดีขึ้น

คาบที่ 4 ทักษะสัมพันธ์และการผ่อนคลาย (Affiliative role skill and relaxations)

กลุ่มเป้าหมาย : การฝึกแบบกลุ่ม (หรือสามารถฝึกกับผู้วิจัยหรือบุคคลทั่วไปได้)

ระยะเวลา 45 – 60 นาที

สื่อและอุปกรณ์

1. อุปกรณ์การเล่นเกมส์ เช่น หมากฮอตและกระดาน เกมส้บิงโก้ เกมส้โดมิโน เกมส้ต่อไม้เจนก้า
2. คอมพิวเตอร์ เพื่อเปิดโปรแกรมหนังหรือแนวเพลง
3. สีส้มและกระดาษภาพวาดการ์ตูนหรือผลไม้
4. แฟ้มใบงานอธิบายกิจกรรมยามว่างอื่นๆ ที่น่าสนใจ เช่น ประเภทกีฬาชนิดต่างๆ
5. แฟ้มใบงานอธิบายทำนวดผ่อนคลาย และฝึกการหายใจคลายเครียด

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการมีความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลรอบข้างผู้ป่วย เช่น ครอบครัว เพื่อนฝูงญาติมิตร อาจารย์ถึงเพื่อนร่วมงาน
2. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลือกกิจกรรมที่ทำร่วมกับผู้อื่น หรือกิจกรรมผ่อนคลายที่กับช่วงเวลาได้ถูกต้องอย่างเหมาะสม
3. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถนำความรู้ความสามารถเกี่ยวกับกิจกรรมสัมพันธ์ที่ได้รับ ไปประยุกต์ใช้ใน ชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม

กิจกรรม

1. อธิบายจุดประสงค์ในการฝึกทักษะทางสังคมในคาบที่ 4 และประโยชน์ที่น่าจะได้รับจากการเข้าร่วมการฝึกโปรแกรมทักษะทางสังคม
2. แนะนำกิจกรรมเกมส์เพื่อส่งเสริมความสัมพันธ์กับผู้อื่น เช่น การเล่นหมากฮอต เกมส้บิงโก้ เกมส้โดมิโน เกมส้ต่อไม้เจนก้า จากนั้นให้ผู้ป่วยเลือกเล่นเกมส้ จำนวน 2 เกมส้ ทบทวนวิธีการเล่นเกมส้ให้ผู้ป่วยทราบกติกาการเล่นเกมส์นั้นๆ จากนั้นเล่นเกมส้กับผู้ป่วย มีการกระตุ้นเพื่อความน่าสนใจและความบันเทิงของเกมส์เป็นระยะๆ ในกิจกรรมนี้กำหนดเวลาให้ผู้ป่วยไม่เกิน 15 นาที
3. ให้ผู้ป่วยระบายสีส้ม มีแผ่นกระดาษรูปวาดให้เลือกจำนวน 5 แบบ โดยให้ผู้ป่วยเลือกรูปภาพที่ตัวเองสนใจใช้เวลาผู้ป่วยระบายสีน้ำอย่างเพลินเพลิน พร้อมทั้งชวนคุยบทสนทนาเกี่ยวกับการใช้ชีวิตประจำวันที่ผ่านมา ในกิจกรรมนี้กำหนดให้เวลาผู้ป่วยไม่เกิน 15 นาที
4. แนะนำกิจกรรมต่อไป คือกิจกรรมนวดผ่อนคลายความเครียด อธิบายการนวดผ่อนคลายความเครียดจากแฟ้ม พร้อมทั้งสาธิตวิธีการนวดผ่อนคลายความเครียด แนะนำให้ผู้ป่วยทำตามในรอบแรก จากนั้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติด้วยตนเอง พร้อมกับตรวจสอบความถูกต้องของท่าทางวิธีการวางมือการนวดของผู้ป่วย แนะนำส่วนที่ขาด หรือทำให้ถูกต้องตามวิธีการนวด ทวนซ้ำจำนวน 2 รอบ
5. แนะนำกิจกรรมสุดท้ายของคาบนี้ คือ กิจกรรมฝึกหายใจคลายเครียด อธิบายการหายใจที่ถูกต้องเพื่อลดความเครียด พร้อมทั้งสาธิตวิธีการหายใจที่ถูกต้อง แนะนำให้ผู้ป่วยทำตามในรอบแรก จากนั้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติเอง พร้อมกับตรวจสอบความถูกต้องของท่าทางวิธีการวางมือ วิธีการหายใจ จังหวะการหายใจเข้า และออกของผู้ป่วย แนะนำส่วนที่ขาด หรือทำให้ถูกต้องตามวิธีการหายใจคลายเครียด ทวนซ้ำจำนวน 2 รอบ

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยมีสมาธิจดจ่อกับการระบายสี ไม่ว่องแวกหรือเบื่อหน่าย และระบายสีจนเสร็จ
2. ผู้ป่วยสามารถเข้าใจกติกาการเล่นเกมส์ สามารถเล่นเกมส์กับผู้วิจัยได้อย่างน้อย 2 เกมส์ โดยไม่มีอาการหงุดหงิด หรือเบื่อ มีการพูดคุยปฏิสัมพันธ์มากขึ้นระหว่างการเล่นเกมส์ เมื่อผู้ป่วยชนะเกมส์มีสีหน้าแสดงความดีใจเล็กน้อย
3. ผู้ป่วยสามารถทำตามวิธีขั้นตอนของการนวดผ่อนคลายความเครียดได้ถูกต้อง เพื่อตรวจสอบผู้วิจัยตั้งคำถาม ผู้ป่วยสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับการนวดผ่อนคลายความเครียดได้ ถูกต้องอย่างน้อย 3 ใน 5 ข้อคำถามขึ้นไป
4. ผู้ป่วยสามารถทำตามวิธีขั้นตอนของการหายใจผ่อนคลายความเครียดได้อย่างถูกต้อง เพื่อตรวจสอบผู้วิจัยตั้งคำถาม ผู้ป่วยสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับการหายใจคลายเครียดได้ ถูกต้องอย่างน้อย 3 ใน 5 ข้อคำถามขึ้นไป

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ป่วยสามารถระบายสีต่างๆที่ระบายตามจุดต่างๆได้
2. ผู้ป่วยสามารถใช้กิจกรรมการเล่นเกมส์ยามว่าง เพื่อสานสัมพันธ์กับคนรอบข้าง หรือคนในครอบครัวได้
3. ผู้ป่วยสามารถรับรู้ความรู้สึกของตัวเองในขณะมีความเครียด และสามารถนำวิธีการนวดคลายเครียดไปใช้ได้อย่างถูกต้อง หรือปฏิบัติงานเป็นกิจวัตรประจำวัน เพื่อลดการติงตัวของกล้ามเนื้อคอ
4. ผู้ป่วยสามารถลดอาการความเครียดที่เกิดขึ้นในขณะนั้นได้ โดยการหายใจคลายเครียด หรือสามารถนำไปใช้ในสถานการณ์ที่ผู้ป่วยมีอาการวิตกกังวล สถานการณ์ที่ทำให้ผู้ป่วยตื่นเต้น กระวนกระวาย ซึ่งการหายใจคลายเครียดจะช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการเหล่านั้นลดลงได้


 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 CHULALONGKORN UNIVERSITY

คาบที่ 5 ทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคล (Interpersonal skills)

กลุ่มเป้าหมาย : การฝึกแบบกลุ่ม (หรือสามารถฝึกกับผู้วิจัยหรือบุคคลทั่วไปได้)

ระยะเวลา 45 – 60 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลอื่น เช่น การเริ่มต้นสนทนากับบุคคลใหม่ การจบการสนทนา การให้ข้อมูลแก่ผู้อื่น และการแสดงความรู้สึกต่อผู้อื่น (ดีใจ เสียใจ เป็นต้น)
2. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมในสถานการณ์ที่แตกต่างกัน
3. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถนำความรู้ความสามารถเกี่ยวกับกิจกรรมการฝึกทักษะสื่อสารระหว่างบุคคลที่ได้รับ ไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม

สื่อและอุปกรณ์

1. โต้ะ แก้วอี
2. แฟ้มอธิบายสถานการณ์ต่างๆ

กิจกรรม

1. อธิบายเกี่ยวกับจุดประสงค์ในการฝึกทักษะทางสังคมในครั้งที่ 5 ประโยชน์ที่นำจะได้รับจากการเข้าร่วมงานวิจัยคาบที่ 5
2. อธิบายสมมุติสถานการณ์ที่เกิดขึ้น เช่น การเริ่มต้น สนทนากับบุคคลแปลกหน้าเพื่อทำการรู้จัก ใช้ประโยคสนทนาเริ่มต้นพื้นฐานเพื่อชี้แนะนำตัวและทำความรู้จัก การจบประโยคสนทนา
3. ให้ผู้ป่วยลองทำตามกับสมาชิกท่านอื่นร่วม หากไม่มีสมาชิกท่านอื่น ให้ผู้ป่วยฝึกบทบาทสมมุติกับผู้วิจัย
4. กิจกรรมจำลองสถานการณ์การแสดงความคิดเห็น เช่น การแสดงความคิดเห็นเมื่อญาติหรือคนใกล้ชิดจบการศึกษาได้รับปริญญาบัตร อธิบายและสาธิตการแสดงออกท่าทางการแสดงความคิดเห็นต่อผู้อื่น
5. ให้ผู้ป่วยแสดงออกจากท่าทางและน้ำเสียงของการแสดงความคิดเห็นต่อผู้อื่น
6. ตรวจสอบความถูกต้องของวิธีการและท่าทางในการปฏิบัติ แนะนำส่วนที่ขาด
7. กิจกรรมจำลองสถานการณ์การแสดงความคิดเห็นต่อบุคคลอื่น เช่น การแสดงความคิดเห็นเมื่อผู้ป่วยสูญเสียญาติ อธิบายและสาธิตการแสดงออกท่าทางการแสดงความคิดเห็นต่อผู้อื่น
8. ให้ผู้ป่วยแสดงออกจากท่าทางและน้ำเสียงของการแสดงความคิดเห็นต่อผู้อื่น
9. ตรวจสอบความถูกต้องของวิธีการและท่าทางในการปฏิบัติ แนะนำส่วนที่ขาด

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยสามารถเข้าใจในการจำลองสถานการณ์ต่างๆได้
2. ผู้ป่วยสามารถสวมบทบาทสมมุติได้ ตามสถานการณ์ต่างๆได้
3. ผู้ป่วยสามารถปรับวิธีการจากบทบาทสมมุติที่กำหนดให้ เป็นเหตุการณ์ของตนเอง โดยแสดงเป็นตนเองได้ ที่นอกเหนือจากบทบาทสมมุติที่กำหนดให้

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ป่วยสามารถนำการฝึกโปรแกรม จากสถานการณ์ต่างๆไปประยุกต์ใช้ได้ สถานการณ์จริงที่อาจเกิดขึ้นได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมกับครอบครัว หรือคนรอบข้างได้

2. ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจหรือรับรู้ถึงความรู้สึกของผู้ป่วย สามารถใช้วิธีการปลอมประโลมผู้อื่นได้เป็นมากขึ้น หรือสามารถแสดงความคิดเห็นกับสถานการณ์ต่างๆอย่างใจ กับคนในครอบครัว ญาติ หรือคนรอบข้างได้

3. ผู้ป่วยมีอาการตื่นกลัวหรือไม่มีอาการประหม่าเมื่อพบเจอผู้คนแปลกหน้า จนไปถึงมีความกล้ามากขึ้นที่จะสามารถเข้าไปทำความรู้จักบุคคลใหม่ๆได้มากขึ้น



คาบที่ 6 ทักษะการเสริมสร้างพฤติกรรมและการเห็นคุณค่าในตัวเอง (Behavior governed by social norm)

กลุ่มเป้าหมาย : การฝึกแบบกลุ่ม (หรือสามารถฝึกกับผู้วิจัยหรือบุคคลทั่วไปได้)

ระยะเวลา 45 – 60 นาที

สื่อและอุปกรณ์

1. โต๊ะ เก้าอี้
2. โทรศัพท์ของเล่น
3. แผ่นรูปภาพสถานการณ์ต่างๆ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการมองผู้อื่นและตนเองในแง่บวก
2. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถมองหาข้อดีในตนเองและผู้อื่นได้ เพื่อเริ่มต้นมิตรภาพพร้อมทั้งเสริมสร้างการเห็นคุณค่าในตนเองได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมสถานการณ์ต่างๆ
3. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถนำความรู้ความสามารถเกี่ยวกับกิจกรรมการฝึกทักษะในการเสริมสร้างพฤติกรรมและการเห็นคุณค่าในตนเองและการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม

กิจกรรม

1. อธิบายเกี่ยวกับจุดประสงค์ในการฝึกทักษะทางสังคมในครั้งที่ 6 ประโยชน์ที่น่าจะได้รับจากการเข้าร่วมงานวิจัยคาบที่ 6
2. อธิบายลักษณะการเริ่มต้นมองผู้อื่นและตนเองในแง่บวก
3. ให้ผู้ป่วยเลือกสมาชิกท่านอื่นพร้อมบอกข้อดีที่เห็น หากไม่มีให้ผู้ป่วยเลือกผู้ใกล้ชิดหรือคนในบ้านที่อาศัยอยู่ร่วมกัน หรือญาติที่ใกล้ชิด จำนวนอย่างน้อย 2 คน จากนั้นให้ผู้ป่วยนึกถึงความดีหรือข้อดีจำนวน ท่านละ 10 ข้อ โดยให้ผู้ป่วยเขียนใส่กระดาษ จากนั้นสลับกัน จำลองบทบาทผู้ป่วยเป็นบุคคลที่ผู้ป่วยเขียนถึง ให้ผู้ป่วยสวมบทบาทเป็นบุคคลอื่น (บุคคลที่ผู้ป่วยเขียนถึง) ให้เขียนถึงข้อดีหรือนิสัยที่ดีที่บุคคลอื่นมองผู้ป่วย จำนวน 10 ข้อเท่ากัน
4. ให้ผู้ป่วยเขียนสามสถานการณ์ที่น่าประทับใจที่มีต่อบุคคล 2 ท่านนั้น จากนั้นให้ผู้ป่วยเล่าถึงสถานการณ์ทั้งสามเรื่องที่น่าประทับใจให้ผู้วิจัยฟัง
5. อธิบายข้อคำถามการแก้ไขเหตุการณ์เฉพาะหน้าหรือการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นจากสถานการณ์ที่น่าอึดอัด เช่น น้ำปะปาไม่ไหล ก๊อกน้ำเสีย ท่อน้ำแตก เครื่องใช้ไฟฟ้าภายในบ้านเสีย กุญแจบ้านหาย เสื้อผ้าเลอะหรือเปื้อน แอร์คอนดิชันเนอร์เสีย หลอดไฟฟ้าที่บ้านหมดอายุหรือเสีย รถติด คอมพิวเตอร์ที่บ้านเสีย ให้ผู้ป่วยมองหาข้อดีในสถานการณ์นั้น พร้อมกับให้ผู้ป่วยอธิบายการแก้ไขปัญหาสถานการณ์จำเป็นเบื้องต้นได้อย่างไรบ้าง

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยสามารถเข้าใจสถานการณ์ที่เป็นปัญหาได้ และสามารถมองแง่ดีในสถานการณ์ที่น่าอึดอัดได้

2. ผู้ป่วยสามารถบอกวิธีการแก้ไขปัญหาเบื้องต้น ตลอดจนการแก้ไขปัญหาได้ โดยมีการคิดวิเคราะห์อย่างเป็นเหตุเป็นผล มีการตอบวิธีการแก้ไขปัญหาที่สามารถทำได้อย่างสมเหตุสมผล
3. ผู้ป่วยสามารถมองหาข้อดีของผู้คนใกล้ชิดได้ และสามารถนึกถึงความคิดหรือสิ่งที่น่าสนใจของคนในครอบครัวหรือคนใกล้ชิดได้ โดยผู้ป่วยสามารถเขียนข้อดีได้ทั้งหมด 10 ข้อ และสามารถเล่าเรื่องได้อย่างน้อย 2 ใน 3 ข้อจากเรื่องน่าประทับใจ

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ป่วยสามารถมองสถานการณ์ที่เป็นปัญหาหรือน่าอึดอัดให้เป็นสถานการณ์ที่สามารถแก้ไขปัญหาและผ่านพ้นไปได้ด้วยตนเอง
2. ผู้ป่วยสามารถนำวิธีการแก้ไขปัญหาไปใช้กับสถานการณ์ในชีวิตจริงได้
3. ผู้ป่วยสามารถมีมุมมองวิธีคิดมองตนเองและผู้อื่นในแง่บวกมากขึ้น สามารถใช้ชีวิตประจำวันกับผู้คนรอบข้างได้มีปฏิสัมพันธ์ที่ดีมากขึ้น



การรวบรวมข้อมูล (Data collection)

จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเป็นผู้รวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ศึกษาค้นคว้าข้อมูล โดยผู้วิจัยศึกษาจากแหล่งข้อมูลออนไลน์ เอกสาร หนังสือ วารสาร งานวิจัย วิทยานิพนธ์ และเอกสารอื่นๆ ทั้งภายในประเทศและภายนอกประเทศ

2. ผู้วิจัยส่งหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล
3. ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลยื่นต่อหัวหน้าแผนกจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อขอความร่วมมือและชี้แจงรายละเอียดในการเก็บข้อมูลและการฝึกโปรแกรมทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท
4. ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลและฝึกโปรแกรมทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท โดยมีขั้นตอนดังนี้
 - 4.1 ผู้วิจัยแนะนำตนเองกับผู้เข้าร่วมงานวิจัย (ผู้ป่วยจิตเภท) โดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับงานวิจัย ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์งานวิจัย และการฝึกโปรแกรมทักษะทางสังคม การนำเสนอข้อมูลที่ได้จากการฝึกโปรแกรมทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท โดยนำค่าคะแนนทักษะการทำหน้าที่ทางสังคมมาวิเคราะห์ ผู้วิจัยจะใช้รหัสแทนการระบุชื่อและเก็บข้อมูลรวบรวมของแต่ละบุคคลไว้เป็นความลับ รวมถึงจะเปิดเผยข้อมูลเฉพาะในรูปแบบของการสรุปของการวิจัยเท่านั้น
 - 4.2 ผู้วิจัยอธิบายขั้นตอนในการตอบแบบประเมินทักษะทางสังคม ซึ่งประกอบด้วย แบบคำถามจำนวน 2 ชุด

1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป	จำนวน 9 ข้อ
2) แบบประเมินอาการทางจิต	จำนวน 14 ข้อ
Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS – T)	
3) แบบประเมินทักษะทางสังคม	จำนวน 75 ข้อ
(Social functional Scale: SFS) ของ Birchwood., 1990	

การวิเคราะห์ทางสถิติ (Data Analysis)

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้มาตรวจสอบความถูกต้อง จากนั้นนำมาลงรหัสและตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของข้อมูลอีกครั้ง จึงนำข้อมูลไปวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรม SPSS (Statistical Pack Social Science) โดยวิเคราะห์ตามลำดับดังนี้

1. ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) อธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในการบรรยายลักษณะประชากร
2. สถิติเชิงอนุมานเปรียบเทียบค่าคะแนนทักษะการทำหน้าที่ทางสังคมก่อนและหลังการได้รับฝึกโปรแกรมทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทด้วย Pair t-test ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. ใช้สถิติเชิงอนุมานเปรียบเทียบค่าคะแนนทักษะการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับการรักษาตามปกติ (กลุ่มควบคุม) และกลุ่มที่ได้รับการฝึกโปรแกรมทักษะทางสังคม (กลุ่มทดลอง) เนื่องจากทั้งสองกลุ่มมีค่าความแตกต่างของค่าเริ่มต้น (Baseline) ที่ค่อนข้างต่างกัน จึงใช้วิธีการหา

ค่า Delta แล้วจึงทำมาวิเคราะห์ของสองกลุ่มด้วย Mann – Whitney test ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน



บทที่ 4

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ผลของการฝึกโปรแกรมทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการด้านลบ เปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการรักษาตามปกติ โดยได้ศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง จำนวน ทั้งหมด 23 คน กลุ่มทดลอง 8 คน กลุ่มควบคุม 15 คน ในกลุ่มทดลองผู้ป่วยได้รับการฝึกโปรแกรมทักษะทางสังคม และในส่วนกลุ่มควบคุมผู้ป่วยได้รับการรักษาตามปกติ ผู้วิจัยได้ทำการเก็บข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์วินิจฉัย ICD 10 หรือ DSM - 5 ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย โดยมีการเก็บข้อมูลเป็นค่าคะแนนทดสอบทักษะการทำหน้าที่ทางสังคมก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม (Pre-test – Post-test Group Design)

ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูล นำเสนอผลการวิจัยตารางบรรยายและแปลความหมายตามลำดับ ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

- 1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
- 1.2 ค่าเฉลี่ยของคะแนน PANSS – Thai อาการทางด้านบวกและด้านลบ

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

2.1 การเปรียบเทียบค่าคะแนนทดสอบทักษะการทำหน้าที่ทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองหลังจากที่ได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมมีค่าคะแนนทักษะการทำหน้าที่ทางสังคมมากกว่าผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มควบคุม

2.2 การเปรียบเทียบค่าคะแนนทดสอบทักษะการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมทักษะทางสังคมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม

CHULALONGKORN UNIVERSITY

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ

เพศ

ชาย	5	62.5	9	60
หญิง	3	37.5	6	40
อายุ (ปี), Mean (SD)	37.5±10.1		41.4±11.1	
สภาวะภาพ				
โสด	7	87.5	10	66.7
สมรส	1	12.5	3	20
คู่	0	0	1	6.7
หม้าย	0	0	1	6.7
ระดับการศึกษา				
ต่ำกว่าประถมศึกษา	0	0	1	6.7
มัธยมศึกษาตอนต้น	2	22.5	2	13.3
มัธยมศึกษาตอนปลาย	1	12.5	5	33.3
หรือ ปวช.				
ปวส. หรือ อนุปริญญา	0	0	1	6.7
ปริญญาตรี	4	50	4	26.7
สูงกว่าปริญญาตรี	1	12.5	2	13.3
อาชีพ				
ว่างงาน	8	100	6	40
งานไม่ประจำ	0	0	7	46.7
งานประจำ	0	0	2	13.3
รายได้				
มี	0	0	8	53.3
ไม่มี	8	100	7	46.7
จำนวนการนอนพักรักษาตัว	1 ครั้ง		1 ครั้ง	
ในโรงพยาบาล (Mode)				
ระยะเวลาที่เจ็บป่วยตั้งแต่	12 ปี		10 ปี	
ได้รับการวินิจฉัย (Mode)				

1.2 ค่าเฉลี่ยของคะแนน PANSS – Thai อาการทางด้านบวกและด้านลบ

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยของคะแนน PANSS – Thai ของสองกลุ่มก่อนการทดลอง

คะแนน PANSS – T	ก่อนการทดลอง		t	df	P - Value
	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง			

	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD			
อาการด้านบวก (Positive Symptoms)	9.67	0.72	9.38	0.74	0.91	21	0.985
อาการด้านลบ (Negative Symptoms)	22.73	1.79	25.75	2.43	- 3.4	21	0.115

จากตารางที่ 2 พบว่า คะแนนเฉลี่ย PANSS - T ในส่วนของค่าคะแนนอาการด้านบวกก่อนการทดลองของทั้งสองกลุ่ม แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ($t = 0.91$, $df = 21$) และค่าคะแนนอาการด้านลบก่อนการทดลองของทั้งสองกลุ่ม แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ($t = - 3.4$, $df = 21$)

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยของคะแนน PANSS – Thai อาการทางด้านบวกและด้านลบกลุ่มควบคุม

คะแนน PANSS – T กลุ่มควบคุม	ก่อนการทดลอง				หลังการทดลอง				t	df	P – Value
	\bar{x}	SD	Min.	Max.	\bar{x}	SD	Min.	Max.			
อาการ ด้านบวก	9.67	0.72	9	11	9.33	0.82	8	11	1.44	14	0.173
อาการ ด้านลบ	22.73	0.46	21	28	22.33	0.41	20	26	1.87	14	0.082

จากตารางที่ 3 พบว่า คะแนนเฉลี่ย PANSS – T ในส่วนของค่าคะแนนอาการด้านบวก (Positive symptoms) ของผู้ป่วยจิตเภทที่กลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t=1.435$, $df= 14$) และคะแนนเฉลี่ย PANSS – T ในส่วนของค่าคะแนนอาการด้านลบ (Negative symptoms) ของผู้ป่วยจิตเภทที่กลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t=1.871$, $df = 14$)

ตารางที่ 4 เกณฑ์การคิดหาค่าเฉลี่ยของคะแนน PANSS – Thai อาการทางด้านบวกและด้านลบกลุ่มทดลอง

คะแนน PANSS – T กลุ่มทดลอง	ก่อนการทดลอง				หลังการทดลอง				t	df	P – Value
	\bar{x}	SD	Min.	Max.	\bar{x}	SD	Min.	Max.			

อาการ ด้านบวก	9.38	0.74	8	10	7.5	0.76	7	9	8.2	7	0.001*
อาการ ด้านลบ	25.75	2.44	22	28	18.12	2.42	15	22	13.5	7	0.001*

จากตารางที่ 4 พบว่า คะแนนเฉลี่ย PANSS – T ในส่วนของค่าคะแนนอาการด้านบวก (Positive symptoms) ของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t=8.275$, $df = 7$) และคะแนนเฉลี่ย PANSS – T ในส่วนของค่าคะแนนอาการด้านลบ (Negative symptoms) ของผู้ป่วยจิตเภทที่กลุ่มทดลองโปรแกรมทักษะทางสังคมก่อนและหลังการทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t=13.496$, $df = 7$) โดยค่าเฉลี่ยหลังการทดลองต่ำกว่าค่าเฉลี่ยก่อนการทดลอง นั่นคือ ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการฝึกทักษะทางสังคมมีอาการทั้งด้านบวกและด้านลบลดลง

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

2.1 การเปรียบเทียบค่าคะแนนทดสอบทักษะการทำหน้าที่ทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลอง หลังจากที่ได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมมีค่าคะแนนทักษะการทำหน้าที่ทางสังคมมากกว่าผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าคะแนนทดสอบทักษะการทำหน้าที่ทางสังคมของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

ค่าคะแนนการทำหน้าที่ ทักษะทางสังคม	\bar{x}	SD	Min.	Max.	ระดับ	Delta	P – value
ก่อนการทดลอง							
กลุ่มทดลอง	96.5	18.08	74	129	ปานกลาง	21.38	
กลุ่มควบคุม	129.67	19.16	94	173	ดีมาก		0.001*
หลังการทดลอง							
กลุ่มทดลอง	117.88	23.35	91	148	ดี	- 6.73	
กลุ่มควบคุม	122.93	18.262	94	160	ดี		

จากการทดสอบสมมติฐานโดยใช้สถิติ Mann – Whitney test เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าความแตกต่าง (Delta) เพื่อเปรียบเทียบทั้งสอภกลุ่มที่มี ค่า Baseline ไม่เท่ากัน จากตาราง พบว่าความแตกต่างระหว่างกลุ่มที่ได้รับการฝึกโปรแกรมทางสังคมทางกับกลุ่มที่ได้รับการรักษาตามปกติมีค่าคะแนนการทำหน้าที่ทักษะทางสังคม แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของค่าคะแนนการทำหน้าที่ทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยที่เพิ่มขึ้นมากกว่าค่าเฉลี่ยของกลุ่มควบคุม

2.2 การเปรียบเทียบค่าคะแนนทดสอบทักษะการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมทักษะทางสังคมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม

ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบค่าคะแนนทดสอบทักษะการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมก่อนและหลังการทดลอง

คะแนนการทำหน้าที่ทักษะทางสังคมของกลุ่มทดลอง	\bar{x}	SD	ระดับ	df	t	P - Value
ก่อนการทดลอง	96.50	18.08	ปานกลาง	7	5.25	0.01*
หลังการทดลอง	117.87	19.16	ดี			

จากตารางที่ 6 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการทำหน้าที่ทักษะทางสังคมของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t=5.25$, $df = 7$)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ตารางที่ 7 การเปรียบเทียบค่าคะแนนทดสอบทักษะการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมก่อนและหลังการทดลองในแต่ละด้าน

ค่าคะแนนการทำหน้าที่ทักษะทางสังคมแต่ละตอน	ก่อน (Pre -test)	หลัง (Post - test)	t	P - Value
---	---------------------	-----------------------	---	-----------

	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD		
ตอนที่ 1 ด้านการถอนตัวจากสังคม/ การมีส่วนร่วมทางสังคม	9.87	1.64	10.13	2.7	- 0.25	0.809
ตอนที่ 2 ด้านการสื่อสารระหว่างบุคคล	5.57	1.28	6.63	1.69	- 1.11	0.304
ตอนที่ 3 การมีกิจกรรมทางสังคม	23	5.68	26.25	5.44	- 2.73	0.029*
ตอนที่ 4 กิจกรรมนันทนาการทางสังคม	16.63	4.57	21.25	3.28	- 2.89	0.023*
ตอนที่ 5 ความสามารถในการพึ่งพา ตนเอง	15.75	7.85	21.25	8.8	- 5.82	0.001*
ตอนที่ 6 ประสิทธิภาพในการพึ่งพา ตนเอง	23	4.84	27.88	8.24	- 1.58	0.158
ตอนที่ 7 การจ้างงาน/อาชีพ	2.5	1.69	4.5	3.42	- 1.87	0.104

ตารางที่ 7 จากการทดสอบสมมุติฐานโดยใช้สถิติ Pair t – test เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าคะแนนการทำหน้าที่ทักษะทางสังคมตามแต่ละตอนของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการฝึกโปรแกรมทักษะทางสังคมก่อนและหลัง พบว่าในส่วนของตอนที่ 3.การมีกิจกรรมทางสังคม 4.กิจกรรมนันทนาการทางสังคม และ 5.ความสามารถในการพึ่งพาตนเอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในด้าน ที่ระดับ 0.05 ในตอนที่ 1.การถอนตัวจากสังคม/การมีส่วนร่วมทางสังคม 2.ด้านการสื่อสารระหว่างบุคคล 6.ประสิทธิภาพในการพึ่งพาตนเอง และ 7.การจ้างงาน/อาชีพ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยทดลอง (Experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดค่าคะแนนก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest – Posttest Design) โดยมีการสุ่มตัวอย่างแบบ Purposive Sampling และใช้วิธีแบ่งกลุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple Randomization) เพื่อศึกษาผลของการฝึกโปรแกรมทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการด้านลบ เปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการรักษาตามปกติ ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท ตัวแปรตาม คือ ค่าคะแนนการทำหน้าที่ทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS เพื่อวิเคราะห์ ข้อมูลผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ การวิเคราะห์ค่าหาเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้สถิติเพื่อทดสอบเปรียบเทียบค่าคะแนนการทำหน้าที่ทักษะทางสังคม ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการทำหน้าที่ทักษะทางสังคมของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยแต่ละตอนของคะแนนการทำหน้าที่ทักษะทางสังคม โดยกำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

สรุปการวิจัย

ผลการวิจัยสรุปผลได้ ดังนี้

กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แต่มีลักษณะที่คล้ายคลึงกันในส่วนของคุณลักษณะจำนวนและร้อยละปัจจัยส่วนบุคคล กลุ่มทดลองมีจำนวน 8 คน แบ่งเป็นเพศหญิง 3 คน คิดเป็นร้อยละ 37.5 เพศชาย 5 คน คิดเป็นร้อยละ 62.5 กลุ่มควบคุมมีจำนวน 15 คน แบ่งเป็นเพศหญิง 6 คนคิดเป็นร้อยละ 40 เพศชาย 9 คน คิดเป็นร้อยละ 60 ด้านการศึกษาภาพรวมใกล้เคียงกัน กลุ่มควบคุม จบมัธยมศึกษาตอนต้น 2 คน (ร้อยละ 25.5) มัธยมศึกษาตอนปลาย 1 คน (ร้อยละ 12.5) ปริญญาตรี 4 คน (ร้อยละ 12.5) สูงกว่าปริญญาตรี 1 คน (ร้อยละ 12.5) ในกลุ่มควบคุมมีระดับการศึกษา จบต่ำกว่าประถมศึกษา 1 คน (ร้อยละ 6.7) มัธยมศึกษาตอนต้น 2 คน (ร้อยละ 13.3) มัธยมศึกษาตอนปลาย 5 คน (ร้อยละ 33.3) ปสว.หรืออนุปริญญา 4 คน (ร้อยละ 6.7) ปริญญาตรี 2 คน (ร้อยละ 26.7) สูงกว่าปริญญาตรี 2 คน (ร้อยละ 13.3) ด้านสุขภาพ กลุ่มทดลอง โสัด 7 คน (ร้อยละ 87.5) สมรส 1 คน (ร้อยละ 12.5) กลุ่มควบคุม โสัด 10 คน (ร้อยละ 66.7) สมรส 3 คน (ร้อยละ 20) คู่ 1 คน (ร้อยละ 6.7) หม้าย 1 คน (ร้อยละ 6.7) ค่าเฉลี่ยของอายุในกลุ่มทดลอง เท่ากับ 37.5 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 10.1 กลุ่มควบคุม เท่ากับ 41.4 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 11.1 จำนวนการเข้ารับการรักษาตัวที่โรงพยาบาล กลุ่มทดลอง มีค่าฐานนิยมเท่ากับ 1 ครั้ง กลุ่มควบคุม มีค่าฐานนิยมเท่ากับ 1 ครั้ง ระยะเวลาตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยจิตเภทค่าฐานนิยม กลุ่มทดลอง จำนวน 12 ปี กลุ่มควบคุม 10 ปี

เกณฑ์การคัดเข้ามีการทดสอบคะแนน Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) – Thai การวัดค่าคะแนนเฉลี่ยผู้ป่วยจิตเภท ทั้งอาการด้านบวกและด้านลบ ก่อนการทดลอง ค่าเฉลี่ยอาการ

ด้านบวก กลุ่มทดลอง เท่ากับ 9.38 ค่าเฉลี่ยอาการด้านลบ เท่ากับ 25.75 ค่าเฉลี่ยอาการด้านบวก กลุ่มควบคุม เท่ากับ 9.67 ค่าเฉลี่ยอาการด้านลบ เท่ากับ 22.73 เมื่อนำมาหาความแตกต่างทางสถิติ พบว่าไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ค่าเฉลี่ยคะแนนทดสอบทักษะการทำหน้าที่ทางสังคมในกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนทักษะการทำหน้าที่ทางสังคมมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ค่าเฉลี่ยคะแนนทดสอบทักษะการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองสูงกว่าคะแนนทักษะการทำหน้าที่ทางสังคมก่อนได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของการเปรียบเทียบผลของการฝึกโปรแกรมทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการด้านลบกับกลุ่มที่ได้รับการรักษาตามปกติ ผลการวิจัยสามารถนำมาอภิปรายได้ ดังนี้

สมมุติฐานงานวิจัยข้อที่ 1 ค่าคะแนนทดสอบทักษะการทำหน้าที่ทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองหลังจากที่ได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมมีค่าคะแนนทักษะการทำหน้าที่ทางสังคมมากกว่าผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มควบคุม

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการฝึกโปรแกรมทักษะทางสังคมมีค่าคะแนนเฉลี่ยของการทำหน้าที่ทักษะทางสังคมเพิ่มสูงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการรักษาตามปกติเมื่อวัดค่าคะแนนก่อนและหลังการทดลอง แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งผลการวิจัยดังกล่าวเป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 1 สามารถอภิปรายได้ดังนี้

ในส่วนของกลุ่มควบคุม ได้รับการรักษาตามปกติ คือ กลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการด้านลบ และแพทย์ได้นัดผู้ป่วยเพื่อติดตามอาการ โดยให้การรักษาตามปกติ เช่น การให้การแนะนำเกี่ยวกับโรคและรักษาโรค ติดตามประสิทธิภาพและผลข้างเคียงของยา การจัดการความเครียด (Stress management) การให้คำปรึกษาเพื่อประคับประคองจิตใจ (Support psychotherapy) โดยไม่ได้รับการเรียนรู้ใดๆ เกี่ยวกับทักษะทางสังคม เมื่อทดสอบค่าเฉลี่ยคะแนนการทำหน้าที่ทักษะทางสังคมก่อนและหลังการทดลองพบว่าค่าเฉลี่ยไม่ได้มีการเปลี่ยนแปลงที่เพิ่มสูงขึ้นหรือแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยค่าเฉลี่ยของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มนี้ก่อนทำการทดลองมีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 129.67 และหลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 122.93 ส่วนในกลุ่มทดลองที่ได้รับการฝึกโปรแกรมทักษะทางสังคม มีค่าคะแนนก่อนทำการทดลอง เท่ากับ 96.5 ค่าเฉลี่ยของคะแนนหลังการทดลองเท่ากับ 117.88 พบว่าค่าเฉลี่ยหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยที่เพิ่มสูงขึ้นแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อนำเข้าวิเคราะห์คอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรม SPSS เปรียบเทียบจากการหาผลต่างการเพิ่มขึ้นของค่าเฉลี่ยคะแนนการทำหน้าที่ทักษะทางสังคมของทั้งสองกลุ่มพบว่า ในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการทำหน้าที่ทักษะทางสังคมที่เพิ่มขึ้นแตกต่างมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 นั้นหมายความว่า กลุ่มที่ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการฝึกโปรแกรมทักษะทางสังคม ทั้ง 6 คาบนั้น ทำให้ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีทักษะทางสังคมที่เพิ่มมากขึ้น

จุดมุ่งหมายของการฝึกทักษะทางสังคม (Social skill training หรือ SST) ในผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิตที่หลงเหลือ เช่น แยกตัว ไม่สนใจดูแลตนเอง การบกพร่องทาง cognition รวมถึงข้อจำกัดในทักษะทางสังคม จุดประสงค์ของการฝึก คือ การฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อพัฒนาหน้าที่ความสามารถ โดยใช้หลักทฤษฎีการเรียนรู้ (learning theory) ในการฝึกผู้ป่วยเรื่องกิจวัตรประจำวัน การทำงาน การพักผ่อน และสนทนา การสร้างสัมพันธภาพ เช่น การทักทาย การสนทนา หลักสำคัญในการฝึกทักษะทางสังคมต้องตระหนักว่าทักษะเหล่านั้น ผู้ป่วยโรคจิตเภทสามารถนำไปใช้ในสภาพแวดล้อมจริงที่เขาอาศัยอยู่ โดยเริ่มต้นกิจกรรมการเรียนรู้ทักษะ หลังจากให้ผู้ป่วยเรียนรู้และฝึกทักษะแล้ว ต้องคำนึงว่าผู้ป่วย จะคงทักษะที่เรียนรู้เหล่านั้นไว้ได้อย่างไร สุดท้ายควรติดตามผลลัพธ์ เช่น พยาธิสภาพทางจิตลดลง อัตราการกำเริบซ้ำลดลง⁽³⁶⁾ การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคมเป็นส่วนสำคัญอย่างหนึ่งของการฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเภทรวมไปกับการรักษาทางยา ซึ่งต้องมีการประเมินการวางแผนที่จะใช้การฟื้นฟูสมรรถภาพรูปแบบใดๆ ขึ้นกับปัญหาของผู้ป่วยเป็นรายๆ ไป โดยทีมจิตเวชต้องคำนึงถึงศักดิ์ศรีและความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วยและส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการตัดสินใจลงมือทำด้วยตนเอง สามารถนำการฝึกที่ได้ไปใช้ในชีวิตประจำวันได้จริง จะเห็นได้ว่าการฝึกทักษะทางสังคมช่วยให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการรับมือและแก้ปัญหาได้ดีขึ้น เช่นการดูแลตนเอง การจัดการเรื่องเงิน การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น การฝึกอาชีพในการจ้างงานแบบสนับสนุน ทำให้ผู้ป่วยมีการได้รับการเข้าทำงานแบบแข่งขันได้เพิ่มขึ้น (Penjuntr W., 2006)

ซึ่งมีผลงานวิจัยที่สอดคล้องกับงานวิจัยของผู้วิจัยหลายงาน ดังนี้ งานวิจัยของ Charles J. Wallace & Robert Paul Liberman (1984)⁽²⁸⁾ ได้ศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทหลังเข้ารับการรักษาครั้งแรกในโรงพยาบาล 9 สัปดาห์ เพื่อให้ผู้ป่วยอยู่ในระยะคงที่ ผู้ป่วยจิตเภททั้งหมด 28 ราย แบ่งออกเป็นสองกลุ่ม กลุ่มแรกฝึกโปรแกรมทักษะทางสังคม (Social skill training: SST) อีกกลุ่มควบคุมให้การรักษาทั่วไป (holistic health therapy: HHT) ทำการฝึกเป็นระยะเวลา 24 เดือน โดยกลุ่มที่ได้รับการฝึกทักษะทางสังคมจะได้รับการฝึกแบบกลุ่มเล็กและแบบเดี่ยว ในทุกเช้า จำนวนการฝึก 2 ชั่วโมง คือ การฝึกทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การฝึกการรับส่งสาร ส่วนกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาทั่วไปได้รับการฝึก โยคะ 30 นาที เดินและวิ่งเหยาะๆ 2.8 ไมล์ นั่งสมาธิ 20 นาที จากผลการวิจัยพบว่าคะแนนของแบบประเมินผู้ป่วย ในแบบประเมินพยาธิสภาพทางด้านจิตใจ Brief Psychiatric Rating Scale, Clinical Global Impressions, Minnesota Multiphasic Personality Intervention, Symptom Checklist ในกลุ่มที่ได้รับการฝึกโปรแกรมทักษะทางสังคมของคะแนนก่อนและหลังที่ได้รับการฝึกมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) งานวิจัยในปี 2009 David L. Roberts & David L. Penn (2009)⁽²⁹⁾ ได้ทำการศึกษาการใช้โปรแกรมฝึกอบรมทักษะทางสังคม โดยเก็บข้อมูลจากในผู้ป่วยจิตเภททั้งหมด 31 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม คือ กลุ่มที่ทำการฝึกทั่วไป (Treatment as usual) หรือ TAU ผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มนี้ จะได้รับการรักษาทั่วไป เช่น การได้รับการรักษาทางยาตามปกติ การทำกลุ่มบำบัด การให้ความรู้กับครอบครัวในเรื่องของการดูแลผู้ป่วย การฝึกอาชีพ เป็นต้น และกลุ่มทดลอง คือ กลุ่มใช้โปรแกรมทักษะการเรียนรู้ทางสังคม (Social cognition and interaction training) หรือ SCIT โดยประยุกต์มาจากโปรแกรมการฝึกบทบาททางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการเรียนรู้ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท เช่น ให้การฝึกความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ความคิด การ

ปฏิสัมพันธ์ทางสังคม การให้ความรู้ทางจิตวิทยาสังคม ให้ดูวิดีโอ ดูรูปในการฝึกทักษะการรับรู้ ให้เล่นเกมสีในการรับรู้ของการแสดงออกทางสีหน้า เป็นต้น ร่วมกับการฝึกแบบธรรมดาทั่วไป (TAU) ในกลุ่มควบคุมมีผู้ป่วยจิตเภททั้งหมด 11 ราย ส่วนในกลุ่มทดลอง (TAU + SCIT) มีผู้ป่วยจิตเภททั้งหมด 20 ราย ระยะเวลาในการทำการฝึกโปรแกรมทั้งหมด 20 สัปดาห์ ผลวิจัยพบว่าในแบบประเมินผู้ป่วย The Face Emotion Identification Task (FEIT; Kerr and Neale, 1993) และ The Social Skill Performance Assessment (SSPA; Patterson et al, 2001) ในกลุ่มทดลองที่ได้รับการฝึกแบบ (TAU + SCIT) มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของคะแนนก่อนและหลังทำการฝึกของแบบประเมิน The Face Emotion Identification Task ($p = 0.009$) และ The Social Skill Performance Assessment ($p = 0.024$) งานวิจัยของ William P. Horan et al. (2009)⁽³⁰⁾ ได้ทำการศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นผู้ป่วยนอก จำนวนผู้ป่วยจิตเภททั้งหมด 31 ราย ผ่านการคัดเลือก 25 ราย แบ่งเป็น กลุ่มฝึกโปรแกรมการเรียนรู้ทักษะทางสังคม 13 ราย ในระยะการฝึกทั้งหมด 12 ครั้ง โดยให้โปรแกรมการฝึกอบรมทักษะการเรียนรู้ มุ่งเน้นไปในทางทักษะทางสังคมทั้งหมด 4 ด้าน คือ การตอบสนอง (affect perception), การรับรู้ทางสังคม (social perception), attribution style (การอ้างเหตุผล), Theory of mind (ทฤษฎีของจิตใจ) โดยมีการฝึกการเข้าใจความคิดของผู้อื่นใน 6 อารมณ์พื้นฐานจาก รูปถ่าย วิดีโอคลิป ไดนามิกฟิล์ม การฝึกการแสดงออกของใบหน้า การแสดงออกทางคำพูดและท่าทาง การตอบสนอง การใช้น้ำเสียง เป็นต้น ส่วนในกลุ่มควบคุม 12 รายได้รับการรักษาตามปกติ จากงานวิจัยพบว่า ในกลุ่มฝึกโปรแกรมการเรียนรู้ทักษะทางสังคมมีความแตกต่างของคะแนนก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการฝึกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ในเรื่องการเพิ่มการตอบสนองทางสีหน้า (facial affect perception) และค่าคะแนน Brief Psychiatric Rating Scale แต่ไม่พบในกลุ่มควบคุม

และงานวิจัยของ Paola Bucci et al. (2013)⁽³¹⁾ ได้ทำการศึกษาวิจัยเปรียบเทียบสองกลุ่ม โดยทำการรักษาผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้โปรแกรม 2 อย่าง คือ NIT (Neurocognitive Individualized Training) การฝึกการการเรียนรู้ทางระบบประสาท โดยเป็นการฝึกแบบเรียนรู้ทางคอมพิวเตอร์ ลักษณะของการฝึกเป็นการให้ผู้ป่วยเรียนรู้การจดจำลักษณะของคำพูด การจดจำใบหน้า การคิดแบบตรรกะ การซื้อป้องกัน การวางแผนในหนึ่งวัน ในส่วนของ SSIT (Social Skills Individualized Training) การฝึกทักษะทางสังคมแบบปัจเจก ในการศึกษาขั้นแรกมีผู้ป่วยจิตเภททั้งหมด 84 ราย ผ่านเกณฑ์การคัดเลือก 72 ราย ในกลุ่ม NIT มีผู้ป่วยจิตเภท 32 ราย กลุ่ม SSIT มีผู้ป่วย 40 ราย ระยะการฝึกทั้งหมด 12 เดือน โดยแบ่งออกเป็นสองขั้นตอน 6 เดือนแรก ฝึกในผู้ป่วยจิตเภทในบรรยากาศห้องปกติธรรมดา โดยทำการฝึกโปรแกรมทักษะทางสังคม เช่น การรับรู้ความรู้สึก การรับรู้อารมณ์ การส่งเสริมตนเองในแง่บวก การแสดงออกเมื่อมีอารมณ์ต่างๆ โกรธ แสดงความต้องการ ทักษะการสนทนาเบื้องต้น การเริ่มต้นสนทนา ประโยคคำถาม การจบบทสนทนา และ 6 เดือนหลังฝึกในบรรยากาศของโลกความเป็นจริง (real world) โดยมีการฝึกแบบสมมุติบทบาทจำลองจากสถานการณ์จริง ความถี่ของการฝึก คือ 1 ครั้ง/สัปดาห์ ครั้งละ 2 ชั่วโมง ในการจบการฝึกทั้ง 12 เดือน มีผู้ป่วยจิตเภทที่ผ่านการฝึกจนจบการศึกษาของงานวิจัยนี้ในกลุ่มของ NIT เหลือผู้ป่วยจิตเภท 25 ราย กลุ่ม SSIT เหลือผู้ป่วย 24 ราย จากการศึกษาวิจัยพบว่า ในทั้งสองกลุ่มหลังจากได้รับการฝึกไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างสองกลุ่มของคะแนนคุณภาพชีวิต (Quality of life Scale) แต่มีความแตกต่างอย่าง

มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.5$) ของคะแนนก่อนและหลังทำการฝึกในกลุ่มในกลุ่ม NIT เรื่องของ ความสนใจ (attention) และ verbal memory (การจดจำคำพูด) ส่วนของในกลุ่ม SSIT มีความแตกต่างของคะแนนก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ในเรื่องการพัฒนาในเรื่องของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (interpersonal relationship) และคุณภาพชีวิต (Quality of life Scale) ผู้วิจัยได้ให้ข้อคิดเห็นว่าทั้งนี้ในการรักษาผู้ป่วยจิตเภทควรวางแผนโปรแกรมการฝึกเป็นรายบุคคล

จากการศึกษาสรุปได้ว่าผลของโปรแกรมการฝึกทักษะการทำหน้าที่ทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการด้านลบ ทำให้ผู้ป่วยมีค่าคะแนนการทำหน้าที่ทักษะทางสังคมเพิ่มขึ้น ลดคะแนน PANSS – Thai ในอาการทางด้านลบ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีทักษะทางสังคมเพิ่มมากขึ้น

สมมุติฐานงานวิจัยข้อที่ 2 ค่าคะแนนทดสอบทักษะการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมทักษะทางสังคมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองที่ได้รับการรับโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมหลังจากได้รับโปรแกรมเมื่อวัดค่าคะแนนเฉลี่ยของการทำหน้าที่ทักษะทางสังคมมีค่าคะแนนเพิ่มสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t=5.246$, $df =7$) ซึ่งผลการวิจัยดังกล่าวเป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 2 สามารถอภิปรายได้ดังนี้

เนื่องจากผู้วิจัยได้นำเครื่องมือการฝึกทักษะทางสังคม จาก Kopelowiz, Liberman, and Zarate, 2006 และ Mar Rus Calafell, 2014 นำมาปรับใช้เพื่อให้เหมาะสมกับพฤติกรรมคนไทย มีการฝึกการเรียนรู้ทักษะทางสังคมใน 6 คาบพื้นฐาน ที่มีกิจกรรมและเนื้อหาเข้าใจง่ายเหมาะกับผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการด้านลบ เป็นทักษะพื้นฐานตั้งแต่เริ่มต้น คือ ในคาบที่ 1 ทักษะการรับรู้ทางสังคมพื้นฐาน (social perception & information processing skills) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจในการรับรู้การแสดงออกพื้นฐานของบุคคลทั่วไป ในเรื่องของการวิเคราะห์ เพื่อการรับการแสดงออกของสีหน้า การตีความหมายจากอารมณ์ โดยการอ่านพฤติกรรม ทำท่าง น้ำเสียงที่ใช้เพื่อเป็นพื้นฐานความรู้ความเข้าใจในการเข้าหาผู้อื่น เป็นการเชื่อมโยงการเข้าใจความรู้สึกของผู้อื่นได้มากขึ้น คาบที่ 2 ทักษะการสื่อสารโดยการส่งสารพื้นฐาน (responding and sending skills) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเริ่มมีการฝึกฝนทักษะในการแสดงออกทางอารมณ์พื้นฐานทั่วไป เพื่อสื่อสารอารมณ์ให้มากขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยโรคจิตเภทค่อนข้างมีอารมณ์ที่เฉยเมย มีการตอบสนองต่อสิ่งเร้าน้อย การแสดงออกทางสีหน้าน้อยมาก ในคาบนี้ มีการฝึกการแสดงออกทางสีหน้าพื้นฐาน การแสดงออกทางน้ำเสียง การสื่อสารอารมณ์ที่มากขึ้นกว่าปกติของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้อื่นได้เข้าใจความต้องการของผู้ป่วยมากขึ้น เพิ่มการสื่อสารระหว่างบุคคลได้ดี โดยทั้งสองคาบที่ผ่านมา ผู้วิจัยเน้นวิธีการอธิบายแต่ขั้นตอนของการสื่อความหมายอย่างละเอียด มีการสาธิตหลังจากอธิบาย หลังจากนั้นให้ผู้ป่วยฝึกฝนซ้ำๆ จนเกิดเป็นทักษะ มีข้อทดสอบท้ายคาบ เพื่อวัดความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วย ประเมินคะแนนย่อยๆของแต่ละกิจกรรม เพื่อหาจุดบกพร่องและส่งเสริมในจุดแข็งที่ผู้ป่วยมี เพื่อให้ผู้ป่วยมีประสิทธิภาพในการรับรู้และสื่อสารได้อย่างมีประสิทธิภาพเป็นพื้นฐานในการเข้าสังคมต่อไป คาบที่ 3 ทักษะสัมพันธ์และการผ่อนคลาย (affiliative role skills and relaxation) เป็นการฝึกต่อเนื่องมาจากสองคาบแรก ผู้วิจัยได้นำเอา

ทักษะการมีปฏิสัมพันธ์กับคนรอบข้างของผู้ป่วยจิตเภท โดยการกระตุ้นหาวิธีการเพื่อสานสัมพันธ์ระหว่างคนในครอบครัวหรือคนที่อยู่รอบข้างผู้ป่วย หากกิจกรรมเพื่อเป็นตัวกลางในการเชื่อมความสัมพันธ์ การมีปฏิสัมพันธ์ในการสื่อสารที่มีกิจกรรม คือ การเล่นเกม อีกส่วนหนึ่งในคาบนี้มีการสอนเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทเรียนรู้ทักษะการผ่อนคลายความเครียดโดยการนวดคลายเครียดและหายใจคลายเครียด เป็นการส่งเสริมการแก้ไขสถานการณ์เบื้องต้น สำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่กำลังจะเผชิญหน้ากับสถานการณ์ที่ทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล ไม่สบายใจ เมื่อผู้ป่วยสามารถลดความเครียดได้ ผู้ป่วยจะสามารถรวบรวมความคิดเพื่อแก้ไขสถานการณ์ที่อยู่หน้าข้างได้ คาบที่ 4 ทักษะกิจกรรมทางสังคม (instrument role skills) เน้นความรู้ความเข้าใจเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ใช้ชีวิตประจำวันได้โดยตนเอง เช่น การวางแผนการเดินทาง การวางแผนการเงิน การเรียนรู้การแต่งตัวที่เหมาะสม ส่งเสริมผู้ป่วยให้มีความรู้ความเข้าใจในการช่วยเหลือตัวเองในชีวิตประจำวัน ลดการเป็นภาระแก่ผู้ดูแล คาบที่ 5 ทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคล (interpersonal skills) เมื่อผู้ป่วยได้เรียนรู้กิจกรรมทั้งหมดในแต่ละคาบ มาต่อยอดแล้ว ในคาบนี้ เป็นการสวมบทบาทในสถานการณ์ต่างๆ ที่ซับซ้อนขึ้น ให้ผู้ป่วยเรียนรู้ความเข้าใจ การแสดงออกเพื่อปลอบใจผู้อื่น การจำลองสถานการณ์ให้ผู้ป่วยเล่นบทบาทสมมติ มีการฝึกฝนซ้ำเพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจในสถานการณ์มากขึ้น เช่น การเรียนรู้การเริ่มต้นบทสนทนาใหม่ การแสดงความเสียใจหรือการแสดงความเสียใจกับคนรอบข้างได้ คาบที่ 6 ทักษะการเสริมสร้างพฤติกรรมและการเห็นคุณค่าในตัวเอง (behavior governed by social norm) เป้าหมายของการฝึกทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท คือ การเพิ่มพูนทักษะการเข้าสังคมของผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพให้ใช้ชีวิตอยู่ในสังคมอย่างปกติสุข ในคาบนี้จะเป็นการส่งเสริมความมั่นใจของผู้ป่วยในเรื่องการส่งเสริมการเห็นคุณค่าในตัวเองและผู้อื่น รวมไปถึงการฝึกแก้ไขปัญห (social problem – solving) เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีการเตรียมตัวเพื่อเข้าสู่สังคมปกติได้อย่างมีความรู้เข้าใจ โดยผ่านการเรียนรู้และฝึกฝนมาแล้วในคาบนี้

กรมสุขภาพจิตได้พัฒนาเทคโนโลยีการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง⁽²²⁾ ใช้หลักการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ที่มีโครงสร้างวัตถุประสงค์ชัดเจน เน้นการฝึกทักษะแบบมีส่วนร่วม ที่มีพื้นฐานเดิมจากกลุ่มบำบัดที่มีลักษณะความเป็นหนึ่งเดียวกัน (unity) ความผูกพัน (cohesion) และ universalization โดยออกแบบกิจกรรมกลุ่มแบ่งเป็น 6 ทักษะ ตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง คือ 1. กลุ่มการดูแลตัวเอง 2. กลุ่มทักษะการใช้ชีวิตในบ้าน 3. กลุ่มทักษะการทำงานพื้นฐาน 4. กลุ่มทักษะการพักผ่อน 5. กลุ่มทักษะทางสังคม 6. กลุ่มทักษะการดำเนินชีวิตในชุมชน ประเด็นที่สำคัญ คือ กิจกรรมกลุ่มใช้ทฤษฎีการเสริมสร้างแรงจูงใจ เป็นสิ่งกระตุ้นผู้ป่วยให้เกิด การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เหมาะสมใกล้เคียงกับคนปกติ การฟื้นฟูสมรรถภาพโดยทั่วไปเป็นเรื่องที่ผู้ป่วยจะต้องลงมือกระทำและฝึกฝนตนเอง ซึ่งเป็นเรื่องที่มีความยากลำบาก และต้องใช้แรงจูงใจอย่างมาก แรงจูงใจเกิดขึ้นได้ 2 ลักษณะ คือ แรงจูงใจที่เกิดขึ้นโดยอาศัยปัจจัยภายนอก และแรงจูงใจที่เกิดขึ้นเอง กลุ่มทักษะทางสังคมที่เป็นแบบจำลองทักษะพื้นฐาน ในเทคโนโลยีการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ได้แก่ การฝึกภาษาท่าทาง เช่น การมอง การใส่ใจรับรู้เสียง การฟังอย่างใส่ใจ การเดินและการกำหนดตำแหน่งที่เหมาะสมในการสนทนา วาจา เช่น การทักทาย มารยาทในการพูดคุยกับผู้อื่น ได้แก่ ระดับเสียงการสนทนา การใช้คำสุภาพ การร้องขอ ขอโทษ ขอบคุณ ขออนุญาต เป็นต้น อารมณ์ความรู้สึก เช่น การรู้จักรอคอย การตอบสนอง

อารมณ์ การแยกแยะความรู้สึก การฝึกทักษะทางสังคมพื้นฐานเหมาะสมกับผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง แต่เมื่อมีการพัฒนาแล้วต้องใช้รูปแบบอื่นๆ มารองรับต่อ คือ แบบจำลองการแก้ไขปัญหาทางสังคม (social problem – solving model) ประสิทธิภาพของแบบจำลองทักษะพื้นฐานพบว่าถ้ามีการกระตุ้นและฝึกปฏิบัติซ้ำๆ จะมีส่วนต่อการเพิ่มความสามารถทางสังคม และคงอยู่ได้นาน 12 เดือน แต่พบว่าไม่มีผลชัดเจนต่อการลดอัตราการกำเริบ⁽⁴⁰⁾

ผลของการเปรียบเทียบค่าคะแนนการทำหน้าที่ทักษะทางสังคมในแต่ละตอน พบว่า ในตอนของการประเมินค่าคะแนนการทำหน้าที่ทักษะทางสังคม (social functional scale) ในตอนที่ 3.การมีกิจกรรมทางสังคม (pro social activities) 4.กิจกรรมนันทนาการทางสังคม (recreation activities) 5.ความสามารถในการพึ่งพาตนเอง (Independent) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางด้านลบที่ได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม ได้มีการเรียนรู้ และถูกกระตุ้นในกิจกรรมที่มีการเน้นการกิจกรรมทางสังคม เช่น กิจกรรมด้านการนันทนาการ การฝึกเล่นเกม การชวนคนรอบข้างเล่นเกม เพื่อมีปฏิสัมพันธ์กันให้มากขึ้น การมีกิจกรรมทางสังคมโดยสามารถมีความกล้าและความมั่นใจตนเองในการไปทำกิจกรรมนอกบ้านมากขึ้น ในเรื่องของวางแผนการใช้จ่าย การวางแผนการเดินทาง ความสามารถในการเดินทางนอกบ้านคนเดียว การหากิจกรรมเพื่อคลายความเครียด การทำกิจกรรมพักผ่อนหย่อนใจ การช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง รวมไปถึงการมีส่วนร่วมในการดูแลสิ่งแวดล้อมรอบๆตัว ที่บ้านหรือสิ่งแวดล้อมใกล้ตัว จึงทำให้ค่าเฉลี่ยในส่วนของการประเมินส่วนนี้มีค่าเฉลี่ยของแบบประเมินการทำหน้าที่ทักษะทางสังคมที่มากขึ้น แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ในตอน 1.การถอนตัวจากสังคม/การมีส่วนร่วมทางสังคม (withdrawal) 2.ด้านการสื่อสารระหว่างบุคคล (Interpersonal functioning) 6.ประสิทธิภาพในการพึ่งพาตนเอง (independent) 7.การจ้างงาน/อาชีพ (Employment) ซึ่งอาจเกิดได้จากจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ได้ทำการเก็บข้อมูลเป็นกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก อีกทั้งในการวิจัยมีจำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางด้านลบจำนวนน้อยกว่าที่คำนวณ ซึ่งอาจมีผลต่อการนำข้อมูลมาวิเคราะห์ทางสถิติเนื่องจากอำนาจการทดลอง (power) ไม่เพียงพอต่อการวิเคราะห์ข้อมูล หรือระยะเวลาติดตามผลของโปรแกรมทักษะทางสังคม เนื่องจากในการวิจัยครั้งนี้ ได้ทำการประเมินค่าคะแนนทดสอบทักษะทางสังคมหลังการทดลอง ผู้ป่วยจะต้องทำแบบประเมินหลังการทดลองตอนท้ายของการเข้าร่วมงานวิจัยในคาบที่ 6 ซึ่งมีระยะเวลาการติดตามที่น้อย อาจเป็นไปได้ว่าผู้ป่วยยังไม่สามารถทราบถึงผลของโปรแกรมครอบคลุมทั้งหมดทั้ง 6 ครั้ง เนื่องจากการเว้นระยะเวลาห่างของการทดสอบแบบประเมินหลังการทดลอง ทำให้ผลของการวิเคราะห์ข้อมูลไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางด้านลบที่ได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมยังคงมีปัญหาความยากในการสื่อสารระหว่างบุคคล และประสิทธิภาพในการพึ่งพาตนเองอาจรวมไปถึงการหารายได้ การประกอบอาชีพที่สามารถพึ่งพาตนเองได้ อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งสามอย่างอาจจะมีความเกี่ยวข้องกัน คุณภาพทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทขึ้นอยู่กับ การปรับตัวทางอารมณ์ ความเชื่อ ปัจเจกบุคคล เวลา สถานที่ คุณค่าทางสังคม สรุปได้ว่าการเพิ่มคุณภาพชีวิตขึ้นอยู่กับสิ่งแวดล้อมและสังคม การปรับตัวให้เข้ากับสังคม การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม การมี

ความสัมพันธ์กับสังคม ดังนั้นการเพิ่มประสิทธิภาพในการเข้าถึงอย่างเป็นระบบ และเฉพาะจุดจึงสำคัญในการฝึกผู้ป่วยจิตเภทให้มีคุณภาพทางด้านสังคมให้มากขึ้น⁽⁴¹⁾ อาการหนึ่งของการเจ็บป่วยในผู้ป่วยจิตเภท มีอาการที่ดำเนินให้เห็นชัดเจนก่อนจะเกิดโรค คือ การขาดการเรียนรู้ทางสังคม การขาดการใส่ใจจากวิถีชีวิตอย่างปกติ การเรียนรู้ข้อบกพร่องของผู้ป่วยจิตเภทในการฝึกโปรแกรมทักษะทางสังคม เป็นการเรียนรู้พิเศษที่สามารถทำให้เป้าหมายการเรียนรู้ทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท ได้มีทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคล การวิเคราะห์เพื่อประเมินพฤติกรรมทางสังคมของแต่ละคนว่าต้องการอะไรจากสังคม สามารถลดโอกาสเล็กลง แต่ละสถานการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ กระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดข้อผิดพลาดให้น้อยที่สุด แก้ไขจุดบกพร่องของพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกมา และในสิ่งที่ผู้ป่วยทำถูกแล้วให้ใช้คำพูดในทางที่เหมาะสมเสริมแรงเข้าไป ส่งเสริมจุดแข็งของผู้ป่วยในทางที่ถูกต้องแล้ว เพื่อเป้าหมายในการประสบความสำเร็จของการฝึกทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท ในการใช้ทักษะการเรียนรู้ชีวิตประจำวัน การปฏิบัติซ้ำ เพื่อให้ทักษะยังคงอยู่ในนาน และทนทานมากขึ้น ส่งเสริมให้ผู้ป่วยใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างอิสระและมีประสิทธิภาพ⁽¹⁰⁾

ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ชัญญา คมขำ (2555) ได้ทำการศึกษาวิจัยผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะต่อการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 40 ราย เป็นออกเป็นกลุ่มทดลอง 20 ราย กลุ่ม กลุ่มทดลองการฝึกโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา 20 ราย โดยใช้หลักการแนวคิดของ Anderson et.al.(1980)⁽³³⁾ และแนวคิดของ Modular skill training ของ Liberman 2006 ฝึกผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 6 กิจกรรม การให้ความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตัว การจัดการกับอาการทางจิต การบริหารจัดการยา การติดต่อสื่อสาร การขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคม การบริหารเวลา การเผชิญหน้าความเครียด การผ่อนคลายความเครียด การพัฒนาความมีคุณค่าในตนเองและการเผชิญกับการเรียนรู้ตราบป โดยเน้นการใช้สุขภาพจิตศึกษาและทักษะทางสังคมร่วมด้วย ในกลุ่มควบคุมมีผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 20 ราย ได้รับการรักษาตามปกติ ผลการวิจัยพบว่า การทดสอบค่าคะแนนการทำหน้าที่ทางสังคมวัดจากแบบประเมินการทำหน้าที่ทางสังคม (Social Functioning Scale) ก่อนและหลังได้รับการฝึกโปรแกรมทักษะทางสังคมของกลุ่มทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.5$) โดยคะแนนเฉลี่ยของการทำหน้าที่ทางสังคมของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($t = 6.24$)

จากผลการศึกษาสรุปได้ว่า การนำเอาโปรแกรมฝึกทักษะทางสังคมสามารถเพิ่มความสามารถทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในแต่ละด้านได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

เพื่อให้งานวิจัยเรื่องผลของการฝึกโปรแกรมทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการด้านลบ (การศึกษาเชิงทดลอง) เปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการรักษาตามปกติ

1. นำงานวิจัยไปปฏิบัติจริงในโรงพยาบาล

1.1 เนื่องจากโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม ซึ่งใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นกระบวนการที่เน้นการพัฒนาทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทที่มีการอาการด้วยลบได้อย่างมีประสิทธิภาพ และผู้วิจัยได้ทำการประยุกต์ให้เหมาะกับคนไทย ซึ่งสามารถนำเอาโปรแกรมทักษะทางสังคมไปใช้ในโรงพยาบาลกลางวันได้ โดย

โปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมผู้วิจัยได้ประยุกต์โปรแกรมให้มีการนำไปใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีรูปแบบอย่างง่ายและมีประสิทธิภาพ ควรมีการติดตามผลระยะยาว ฝึกผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ กระตุ้นผู้ป่วยให้มีส่วนร่วมกับสังคม จนเกิดเป็นทักษะที่ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติเป็นกิจวัตรประจำวันได้อย่างอิสระและมีความมั่นใจเพิ่มมากขึ้นในการใช้ชีวิตอย่างปกติ ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น ลดการเกิดซ้ำของอาการทางด้านลบ

1.2 ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำงานฝึกโปรแกรมทางทางสังคม โดยในคาบที่6 มีการฝึกแบบจำลองการแก้ไขปัญหาทางสังคม (Social problem – solving) ซึ่งในการฝึกเป็นเพียงแบบจำลองสถานการณ์เป็นรูปภาพให้ผู้ป่วยฝึกแก้ไข โดยมีวิธีตอบคำถามและแสดงบทบาทเพียงเล็กน้อยเท่านั้น ในการนำไปฝึกครั้งต่อไปหรือการนำไปใช้ประยุกต์ ควรมีการฝึกจากจำลองสถานการณ์จริงนอกสถานที่หรือมีอุปกรณ์ที่คล้ายครั้งการแก้ไขปัญหาได้จริง เช่น การแก้ไขปัญหาเพื่ออยู่นอกบ้าน ประสบปัญหาหินกาแฟลอะเสื่อ ควรให้ผู้ป่วยเรียนรู้จักแก้ปัญหา โดยการนำกระดาษทิชชูชุบน้ำเช็ดเสื่อจริง เป็นต้น

2. ด้านการศึกษา

2.1 สถาบันการศึกษาควรผลิตบุคลากรสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ด้านการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยจิตเภท ได้มีการจัดแนวทางการศึกษา จัดหลักสูตร อบรม การเรียน การสอน เกี่ยวกับการส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในด้านลบ

2.2 ควรเพิ่มเติมเนื้อหาวิชาความรู้เรื่องการฝึกทักษะทางสังคมของผู้ป่วยที่มีอาการบกพร่องทางการใช้ชีวิตในสังคม นั้นหมายถึงนอกเหนือจากผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการด้านลบ เช่น ผู้ป่วยที่มีอาการกลัวสังคม (social phobia) หรือ social anxiety disorder รวมไปถึงผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้นเนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางด้านลบ เพื่อให้ตระหนักถึงประโยชน์ของการฝึกทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท และสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง โดยใช้ความรู้ ตามทฤษฎีที่ได้ศึกษาไปประยุกต์ใช้ในงานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภท

2.3 ควรให้จัดอบรมความรู้เกี่ยวกับการฝึกทักษะทางสังคมของสาขาวิชาชีพหรือบุคลากรที่อาจจะเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจิตเภท ให้ได้มีความรู้พื้นฐานความเข้าใจเบื้องต้นเกี่ยวกับลักษณะของผู้ป่วย รวมไปถึงทักษะความรู้เกี่ยวกับการฝึกโปรแกรมทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท ให้ผู้เกี่ยวข้องได้มีความรู้ความสามารถในการร่วมกันทำงานเกี่ยวกับผู้ป่วยในด้านการประเมินปัญหาตลอดจนการวางแผนการรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ข้อจำกัดในงานวิจัย (Limitations) และตัวทวน (Confundation)

1. กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองในครั้งนี้มีขนาดจำนวนน้อยกว่าที่คำนวณได้ เนื่องจากในช่วงการทดลอง ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าร่วมงานทดลองที่มีระยะเวลาต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานได้ ผู้ป่วยไม่สะดวกเดินทางมารับการทดลองได้ รวมไปถึงผู้ป่วยที่มารับบริการมีคุณสมบัติบางประการไม่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกเข้าร่วมการศึกษางานวิจัยในครั้งนี้ และอาจรวมไปถึงจำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางด้านลบ ในแผนกผู้ป่วยจิตเวชนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย มีจำนวนไม่มาก

2. ช่วงเวลาในการฝึกโปรแกรมทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทบางราย อาจมีความคลาดเคลื่อน ซึ่งไม่สามารถทำการฝึกโปรแกรมทักษะทางสังคมได้ตรงตามเวลาที่กำหนด เนื่องด้วยความสะดวกในการเดินทางของผู้ป่วย จึงทำให้มีการคลาดเคลื่อนไปในแต่ละราย

3. วิจัยครั้งนี้ ในกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง มีค่าเริ่มต้นของคะแนนทักษะทางสังคมที่ค่อนข้างแตกต่างกัน เนื่องจากในกลุ่มควบคุมผู้ป่วยมีค่าคะแนนทักษะทางสังคมที่สูงกว่า เนื่องจากปัจจัยพื้นฐาน จึงทำให้การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต้องหาค่าความต่าง (Delta) มาเพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนทักษะทางสังคมของทั้งสองกลุ่มก่อนนำเข้าวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติได้

4. การวิจัยครั้งนี้ผู้ป่วยโรคจิตเภทในกลุ่มทดลองได้ทำแบบประเมินก่อนทดลอง (pre - test) ในครั้งแรกที่ได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม และผู้ป่วยได้ทำแบบประเมินหลังการทดลอง (post - test) อีกครั้งในคาบสุดท้ายคือคาบที่หก เพื่ออำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วยเรื่องการประหยัดเวลาและการเดินทาง ซึ่งอาจทำให้มีระยะเวลาติดตามผลของโปรแกรมที่กระชั้นชิด อาจไม่สามารถครอบคลุมถึงประสิทธิภาพของคาบสุดท้ายที่ผู้ป่วยสามารถนำไปใช้ได้ในชีวิตประจำวัน

5. จากการวิจัยในเชิงปฏิบัติการทดลองของกลุ่มทดลองที่ได้รับการฝึกโปรแกรมทักษะทางสังคม ผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าร่วมงานวิจัยไม่ค่อยสะดวกในการมารับการฝึกโปรแกรมทักษะทางสังคมในช่วงทำกลุ่ม เนื่องจากไม่สะดวกเดินทางมาเข้ารับการฝึกได้ในเวลาที่ตรงกันพร้อมกันได้ ดังนั้นในการทดลองที่ได้รับการฝึกแต่ละคาบจึงเป็นการฝึกแบบเดี่ยว (individual) ซึ่งมีผู้วิจัยเป็นผู้ร่วมฝึก จำลองเหตุการณ์ต่างๆ ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยไม่ได้ทดลองการสร้างสัมพันธภาพหรือจำลองเหตุการณ์ที่เน้นพูดคุยหรือปฏิสัมพันธ์กับบุคคลแปลกหน้าได้อย่างสมจริง

6. ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยควรเก็บข้อมูลจาก drop out ด้วยวิธีการวิเคราะห์ผลโดยใช้หลัก intention to treat analysis ด้วยวิธี Last observation Carry Forward (LOCF) คือ การใช้ข้อมูลจากที่ได้ครั้งสุดท้ายก่อนที่กลุ่มตัวอย่างจะออกจากการทดลอง แต่เนื่องจากผู้ป่วยไม่ได้มาตามนัดและญาติของผู้ป่วยไม่สะดวกให้เก็บข้อมูล ผู้วิจัยจึงไม่สามารถทำการเก็บข้อมูลครั้งสุดท้ายก่อนกลุ่มตัวอย่างได้ออกจากการทดลอง

7. ในการทดลองครั้งนี้ไม่ได้มีการเก็บข้อมูลอื่นๆร่วมด้วย มีอาจจะมีความเกี่ยวข้องกับข้อมูลงานวิจัย เช่น โรคทางกาย ชนิดของยาและจำนวนของยาที่ผู้ป่วยได้รับ เป็นต้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาการใช้โปรแกรมการให้จิตบำบัดด้วยวิธีหรือเทคนิคที่ทันสมัยอื่นๆ เพื่อเปรียบเทียบกับการใช้โปรแกรมทักษะทางสังคม ในการการพัฒนาทางด้านสังคมของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการด้านลบ ว่ามีการทำหน้าที่ทางสังคมได้เพิ่มขึ้นจากเดิมหรือไม่ และปัจจัยของโปรแกรมใดบ้างที่ควรพัฒนา เพื่อให้ผู้ป่วยไม่กลับมาเป็นซ้ำ หรือสามารถใช้ชีวิตร่วมกับสังคมได้อย่างคนปกติให้ได้มากที่สุดเท่าที่ทำได้

2. ในการวิจัยครั้งต่อไป อาจจะเน้นการให้ฝึกโปรแกรมทักษะทางสังคมผสมผสานกับการฝึกโปรแกรมการทำงานหรือทักษะอาชีพให้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการด้านลบ ร่วมไปถึงการพัฒนาโปรแกรมให้ผู้ป่วยเรียนรู้วิธีการเข้าสังคมกับเพื่อนร่วมงาน มีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อเพื่อนร่วมงาน ทำงานร่วมกับเพื่อนร่วมงานได้อย่างปกติ ช่วยส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความมั่นใจในการอยู่ร่วมสังคมและสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

3. ในการวิจัยครั้งต่อไป ควรประยุกต์โปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมในการเข้าถึงสิ่งแวดล้อมผู้ป่วย โดยมีการ ฝึกในสถานที่จริง เช่น การออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลอง เพื่อศึกษาและปรับเปลี่ยนโปรแกรมให้เข้ากับวัฒนธรรมและสังคมของผู้ป่วยอย่างแท้จริง หรือมีการพาผู้ป่วยในกลุ่มทดลองออกไปฝึกในสถานที่จริงหรือนอกสถานที่ เพื่อเป็นการเตรียมผู้ป่วยสู่สังคมปกติ

4. ในการวิจัยครั้งต่อไปควรมีการเก็บข้อมูลเพิ่มเติมในที่เป็นประโยชน์ในเรื่องรายละเอียดอย่างอื่นที่อาจมีความสัมพันธ์กับผลของการฝึกโปรแกรมทักษะทางสังคม เช่น โรคประจำตัวทางกาย ยาที่ผู้ป่วยได้รับ จำนวนและชนิด เป็นต้น



ภาคผนวก



	<p>คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p>เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย</p>
--	--	---

ชื่อโครงการวิจัย ผลของการฝึกโปรแกรมทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการด้านลบ (การศึกษาเชิงทดลอง)
เปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการรักษาตามปกติ

ผู้สนับสนุนการวิจัย ไม่มี

ผู้วิจัยหลัก

ชื่อ นางสาวศิริลักษณ์ ปรมมะ

ที่อยู่ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตึกธนาคารกรุงเทพฯ โรงพยาบาล
จุฬาลงกรณ์ 1873 ถนนพระราม 4 ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

เบอร์โทรศัพท์ 0 – 22564298, 0-22564346, 0 - 823055820

แพทย์ผู้วิจัยร่วมในโครงการวิจัย(อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์)

ชื่อ นายแพทย์โชติมันต์ ชินวรารักษ์

ที่อยู่ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตึกธนาคารกรุงเทพฯ โรงพยาบาล
จุฬาลงกรณ์ 1873 ถนนพระราม 4 ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

เบอร์โทรศัพท์ 0 – 22564298, 0-22564346

เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน


ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เนื่องจากท่านเป็นผู้มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์การคัดเลือก
เข้าศึกษา และเป็นผู้ป่วยที่มารับการรักษาของแผนกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ก่อนที่
ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยดังกล่าว ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้อย่างถี่ถ้วน เพื่อให้ท่านได้ทราบถึง
เหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ หากท่านมีข้อสงสัยใดๆ เพิ่มเติม กรุณาซักถามจากทีมงานของ
แพทย์ผู้ทำวิจัย หรือแพทย์ผู้ร่วมทำวิจัยซึ่งจะเป็นผู้สามารถตอบคำถามและให้ความกระจ่างแก่ท่านได้

ท่านสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จากครอบครัว เพื่อน หรือแพทย์ประจำตัวของท่าน
ได้ ท่านมีเวลาอย่างเพียงพอในการตัดสินใจโดยอิสระ ถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ขอให้ท่าน
ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของโครงการวิจัยนี้

เหตุผลความเป็นมา

ผู้ป่วยจิตเภทส่วนหนึ่งได้รับการรักษาทางยาอย่างเต็มที่แล้ว ส่วนใหญ่ยังคงมีความบกพร่องอย่างรุนแรงใน
เรื่องของการเข้าสังคม เช่น การทำงาน ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและดูแลตัวเองไม่ได้ ผู้ป่วยโรคจิตเภทเหล่านี้
มักจะต้องเผชิญกับปัญหาต่างๆ เช่น การถอนตัวจากสังคม ประกอบอาชีพเดิมไม่ได้ มีปัญหาในการปรับตัวและการ

หน้า 1/6

	<p>คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p>เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย</p>
---	--	---

แก้ปัญหาระหว่างความสัมพันธ์กับคนใกล้ชิด ซึ่งทักษะทางจิตสังคมที่ผิดปกติไปเกิดจากตัวโรคจิตเภทเอง การให้การ

รักษาทางจิตสังคมมักใช้ร่วมกับการรักษาด้วยยา เนื่องจากเมื่ออาการของผู้ป่วยจิตเภทดีขึ้น แต่ยังคงก่อให้เกิดปัญหาทางด้านสังคมอยู่ และผู้ป่วยจิตเภทยังคงมีอาการด้านลบปรากฏอยู่ ซึ่งไม่ตอบสนองด้วยการรักษาด้วยยา ดังนั้น ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภทเพื่อเป็นการให้การรักษาอย่างครอบคลุมมากขึ้น เพื่อส่งผู้ป่วยจิตเภทกลับคืนสู่สังคมและใช้ชีวิตอย่างปกติสุขอย่างเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

วัตถุประสงค์หลักจากการศึกษาในครั้งนี้คือเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในเรื่องทักษะการทำหน้าที่ของสังคม ของแผนกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย โดยเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการรักษา

โดยจำนวนผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย จำนวน 36 คน

วิธีการที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

จำนวนผู้เข้าร่วมงานวิจัยจะถูกแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม โดเนกรสุ่มแบบง่าย

ในกลุ่มควบคุมหรือกลุ่มที่ได้รับการรักษาตามปกติ จะได้รับการรักษา แพทย์ได้นัดผู้ป่วยเพื่อติดตามอาการทุก 1 เดือน โดยให้การรักษาตามปกติ เช่น การให้คำแนะนำเกี่ยวกับโรคและรักษาโรค ติดตามประสิทธิภาพและผลข้างเคียงของยา การจัดการความเครียด (Stress management) การให้คำปรึกษาเพื่อปรับประคับประคองจิตใจ (Support psychotherapy)

โดยตลอดระยะเวลาที่ท่านอยู่ในโครงการวิจัย ท่านจะได้รับการฝึกโปรแกรมทักษะทางสังคมทั้งหมดจำนวน 6 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 45 - 60 นาที และมาพบผู้วิจัยหรือผู้ร่วมทำวิจัยทั้งสิ้น 7 ครั้ง โดยผู้วิจัยคือ นางสาวศิริลักษณ์ ปรมะ หากท่านตกลงเข้าร่วมการวิจัยจะมีขั้นตอน ดังต่อไปนี้

ครั้งที่ 1 ท่านจะต้องทำแบบสอบถาม ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและข้อมูลส่วนบุคคลและประเมินทักษะการทำหน้าที่ทางสังคมทางสังคม และหลังจากนั้นท่านจะได้รับการฝึกครั้งแรกในคาบที่ 1 ทักษะการรับรู้ทางสังคมพื้นฐาน

ครั้งที่ 2 ทักษะการสื่อสารโดยการส่งสารพื้นฐาน

ครั้งที่ 3 ทักษะกิจกรรมทางสังคม


ครั้งที่ 4 ทักษะสัมพันธ์และการผ่อนคลาย

ครั้งที่ 5 ทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคล

ครั้งที่ 6 ทักษะการเสริมสร้างพฤติกรรมและการเห็นคุณค่าในตัวเอง และท่านต้องทำประเมินทักษะการทำหน้าที่ทางสังคมทางสังคม

ทำหน้าที่ทางสังคมทางสังคม

ครั้งที่ 7 ท่านจะต้องทำแบบสอบถาม แบบประเมินทักษะการทำหน้าที่ทางสังคมทางสังคมอีกครั้ง

	<p>คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p>เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย</p>
---	--	---

โปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมได้แนวคิดมาจาก Kopelowiz, Liberman, and Zarate 2006 และ ส่วนประกอบบทบาททางสังคม (Social Functioning) ของ Mar Rus Calafell 2014 ซึ่งทำการฝึกโดยนัก ภายภาพบำบัดซึ่งได้ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพภายภาพบำบัดแล้ว

โดยผู้วิจัยเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการเข้าร่วมวิจัยของท่าน

ความรับผิดชอบของอาสาสมัครผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

เพื่อให้งานวิจัยนี้ประสบความสำเร็จ ผู้ทำวิจัยใครขอความความร่วมมือจากท่าน โดยจะขอให้ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ทำวิจัยอย่างเคร่งครัด รวมทั้งแจ้งอาการผิดปกติต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับท่านระหว่างที่ท่านเข้าร่วม ในโครงการวิจัยให้ผู้ทำวิจัยได้รับทราบ

ความเสี่ยงที่อาจได้รับ

ความเสี่ยงจากการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้มีเพียงเล็กน้อย ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับสุขภาพของท่าน หรืออาการอื่น ๆ ที่พบร่วมด้วยระหว่างที่อยู่ในโครงการวิจัย ขอให้ท่านรายงานให้ผู้ทำวิจัยทราบโดยเร็ว กรุณาแจ้ง ผู้ทำวิจัยในกรณีที่พบอาการผิดปกติหรือหากมีภาวะแทรกซ้อน การเข้าร่วมงานวิจัยอาจจะทำให้ท่านเสียเวลา หาก ไม่สะดวกระหว่างที่ท่านเข้าร่วมโครงการวิจัย เกิดขึ้นท่านสามารถรายงานผู้วิจัยได้ที่ 0-823055820

ความเสี่ยงที่ไม่ทราบแน่นอน

ท่านอาจเกิดอาการข้างเคียง หรือความไม่สบาย นอกเหนือจากที่ได้แสดงในเอกสารฉบับนี้ ซึ่งอาการ ข้างเคียงเหล่านี้เป็นอาการที่ไม่เคยพบมาก่อน เพื่อความปลอดภัยของท่าน ควรแจ้งผู้ทำวิจัยให้ทราบทันทีเมื่อเกิด ความผิดปกติใดๆ เกิดขึ้น

หากท่านมีข้อสงสัยใดๆ เกี่ยวกับความเสี่ยงที่อาจได้รับการเข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านสามารถ สอบถามจากผู้ทำวิจัยได้ตลอดเวลา


หากมีการค้นพบข้อมูลใหม่ ๆ ที่อาจมีผลต่อความปลอดภัยของท่านในระหว่างที่ท่านเข้าร่วมใน โครงการวิจัย ผู้ทำวิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบทันที เพื่อให้ท่านตัดสินใจว่าจะอยู่ในโครงการวิจัยต่อไปหรือจะขอถอนตัว ออกจากการวิจัย

การพบแพทย์นอกตารางนัดหมายในกรณีที่เกิดอาการข้างเคียง

หากมีอาการข้างเคียงใด ๆ เกิดขึ้นกับท่าน ขอให้ท่านรีบมาพบแพทย์ที่สถานพยาบาลทันที ถึงแม้ว่าจะอยู่ นอกตารางการนัดหมาย เพื่อแพทย์จะได้ประเมินอาการข้างเคียงของท่าน และให้การรักษาที่เหมาะสมทันที หาก อาการดังกล่าวเป็นผลจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านจะไม่เสียค่าใช้จ่าย

ประโยชน์ที่อาจได้รับ

การเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้อาจจะทำให้ทักษะการทำหน้าที่ทางสังคมมากขึ้น แต่ไม่ได้รับรองว่าทักษะ การทำหน้าที่ทางสังคมจะเพิ่มขึ้นอย่างแน่นอน

	<p>คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p>เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย</p>
---	--	---

วิธีการและรูปแบบการรักษาอื่น ๆ ที่มีอยู่สำหรับอาสาสมัคร

ท่านไม่จำเป็นต้องเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เพื่อประโยชน์ในการรักษาโรคที่ท่านเป็นอยู่ เนื่องจากมีแนวทางการรักษาอื่น ๆ หลายแบบสำหรับรักษาโรคของท่านได้ ดังนั้นจึงควรปรึกษาแนวทางการรักษาวิธีอื่นๆ กับแพทย์ผู้ให้การรักษาท่านก่อนตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย

ข้อปฏิบัติของท่านขณะที่ร่วมในโครงการวิจัย

ขอให้ท่านปฏิบัติดังนี้

- ขอให้ท่านให้ข้อมูลทางการแพทย์ของท่านทั้งในอดีต และปัจจุบัน แก่ผู้ทำวิจัยด้วยความสัตย์จริง
- ขอให้ท่านแจ้งให้ผู้ทำวิจัยทราบความผิดปกติที่เกิดขึ้นระหว่างที่ท่านร่วมในโครงการวิจัย
- ขอให้ท่านงดการใช้อาหารอื่นนอกเหนือจากที่ผู้ทำวิจัยได้จัดให้ รวมถึงการรักษาอื่น ๆ เช่น การรักษาด้วยสมุนไพร การซื้อยาจากร้านขายยา
- ขอให้ท่านแจ้งให้ผู้ทำวิจัยทราบทันที หากท่านได้รับยาอื่นนอกเหนือจากยาที่ใช้ในการศึกษาตลอดระยะเวลาที่ท่านอยู่ในโครงการวิจัย
- ขอให้ท่านนำยาที่ใช้ในการศึกษาของท่านทั้งหมดที่เหลือจากการรับประทานมาให้ผู้ทำวิจัยทุกครั้งที่นัดหมายให้มาพบ

อันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัยและความรับผิดชอบของผู้ทำวิจัย/ผู้สนับสนุนการวิจัย

หากพบอันตรายที่เกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการวิจัย ท่านจะได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมทันที หากท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของทีมงานผู้ทำวิจัยแล้ว ผู้ทำวิจัย/ผู้สนับสนุนการวิจัยยินดีจะรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของท่าน อีกทั้งจะได้รับการชดเชยการสูญเสียเวลา เสียรายได้ตามความเหมาะสม

ในกรณีที่ท่านได้รับอันตรายใด ๆ หรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย ท่านสามารถติดต่อกับผู้ทำวิจัยคือ นางสาวศิริลักษณ์ ปรมะ โทโร 0-823055820 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

ค่าใช้จ่ายของท่านในการเข้าร่วมการวิจัย


ท่านจะไม่มีค่าใช้จ่ายในการเข้าร่วมวิจัย

ค่าตอบแทนสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย

ท่านจะได้รับเงินค่าตอบแทนจากการเข้าร่วมในการวิจัย 150 / ครั้งเป็นค่าตอบแทนในการเดินทาง

การประกันภัยเพื่อคุ้มครองผู้เข้าร่วมวิจัย

การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ หากท่านไม่สมัครใจจะเข้าร่วมการศึกษาแล้ว ท่านสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา การขอถอนตัวออกจากโครงการวิจัยจะไม่มีผลต่อการรับบริการตามปกติของท่านแต่อย่างใด

	<p>คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p>เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย</p>
---	--	---

การเข้าร่วมและการสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย

การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ หากท่านไม่สมัครใจจะเข้าร่วมการศึกษาแล้ว ท่านสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา การขอลงตัวออกจากโครงการวิจัยจะไม่มีผลต่อการดูแลรักษาโรคของท่านแต่อย่างใด

ผู้ทำวิจัยอาจถอนท่านออกจากการเข้าร่วมการวิจัย เพื่อเหตุผลด้านความปลอดภัยของท่าน หรือเมื่อผู้สนับสนุนการวิจัยยุติการดำเนินงานวิจัย หรือ ในกรณีดังต่อไปนี้

- ท่านไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ทำวิจัย
- ท่านรับประทานยาที่ไม่อนุญาตให้ใช้ในการศึกษา
- ท่านตั้งครรภ์ระหว่างที่เข้าร่วมโครงการวิจัย
- ท่านเกิดการข้างเคียง หรือความผิดปกติของผลทางห้องปฏิบัติการจากการได้รับยาที่ใช้ในการศึกษา
- ท่านแพ้ยาที่ใช้ในการศึกษา

ท่านต้องการปรับเปลี่ยนการรักษาด้วยยาตัวที่ไม่ได้รับอนุญาตจากการวิจัยครั้งนี้

การปกป้องรักษาข้อมูลความลับของอาสาสมัคร


ข้อมูลที่ท่านนำไปสู่การเปิดเผยตัวท่าน จะได้รับการปกปิดและจะไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน ในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ชื่อและที่อยู่ของท่านจะต้องได้รับการปกปิดอยู่เสมอ โดยจะใช้เฉพาะรหัสประจำโครงการวิจัยของท่าน

จากการลงนามยินยอมของท่าน ผู้ทำวิจัย และผู้สนับสนุนการวิจัย คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ผู้ตรวจสอบการวิจัย และหน่วยงานควบคุมระเบียบกฎหมาย สามารถเข้าไปตรวจสอบบันทึกข้อมูลทางการแพทย์ของท่านได้แม้จะสิ้นสุดโครงการวิจัยแล้วก็ตาม โดยไม่ละเมิดสิทธิของท่านในการรักษาความลับเกินขอบเขตที่กฎหมายและระเบียบกฎหมายอนุญาตไว้

จากการลงนามยินยอมของท่าน แพทย์ผู้ทำวิจัยสามารถบอกรายละเอียดที่เกี่ยวกับการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ของท่านให้แก่แพทย์ผู้รักษาท่านได้

การยกเลิกการให้ความยินยอม

หากท่านต้องการยกเลิกการให้ความยินยอมดังกล่าว ท่านสามารถแจ้ง หรือเขียนบันทึกขอยกเลิกการให้คำยินยอม โดยส่งไปที่ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตึกธนาคารกรุงเทพฯ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ 1873 ถนนพระราม 4 ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 (โทร 0-22564298, 0-22564346, 0-863537210)

	<p>คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p>เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย</p>
---	--	---

หากท่านขอยกเลิกการให้คำยินยอมหลังจากที่ท่านได้เข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะไม่ถูกบันทึกเพิ่มเติม อย่างไรก็ตามข้อมูลอื่น ๆ ของท่านอาจถูกนำมาใช้เพื่อประเมินผลการวิจัย และท่านจะไม่สามารถกลับมาเข้าร่วมในโครงการนี้ได้อีก ทั้งนี้เนื่องจากข้อมูลของท่านที่จำเป็นสำหรับใช้เพื่อการวิจัยไม่ได้ถูกบันทึก


สิทธิของผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

ในฐานะที่ท่านเป็นผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านจะมีสิทธิดังต่อไปนี้

1. ท่านจะได้รับทราบถึงลักษณะและวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้
2. ท่านจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับระเบียบวิธีการของการวิจัยทางการแพทย์ รวมทั้งยาและอุปกรณ์ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้
3. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงความเสี่ยงและความไม่สบายที่จะได้รับจากการวิจัย
4. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงประโยชน์ที่ท่านอาจจะได้รับจากการวิจัย
5. ท่านจะได้รับการเปิดเผยถึงทางเลือกในการรักษาด้วยวิธีอื่น ยา หรืออุปกรณ์ซึ่งมีผลดีต่อท่านรวมทั้งประโยชน์และความเสี่ยงที่ท่านอาจได้รับ
6. ท่านจะได้รับทราบแนวทางในการรักษา ในกรณีที่พบโรคแทรกซ้อนภายหลังการเข้าร่วมในโครงการวิจัย
7. ท่านจะมีโอกาสได้ซักถามเกี่ยวกับงานวิจัยหรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย
8. ท่านจะได้รับทราบว่ากรยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถถอนตัวจากโครงการเมื่อไรก็ได้ โดยผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยสามารถถอนตัวจากโครงการโดยไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น
9. ท่านจะได้รับเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยและสำเนาเอกสารใบยินยอมที่มีทั้งลายเซ็นและวันที่
10. ท่านมีสิทธิในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้ โดยปราศจากการใช้อิทธิพลบังคับข่มขู่หรือการหลอกลวง

หากท่านไม่ได้รับการชดเชยอันควรต่อการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นโดยตรงจากการวิจัย หรือท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามที่ปรากฏในเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในการวิจัย ท่านสามารถร้องเรียนได้ที่สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตึกอำนวยการ ชั้น 3 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ถนนพระราม 4 ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทร 0-2256-4493 ในเวลาราชการ

การลงนามในเอกสารให้ความยินยอม ไม่ได้หมายความว่าท่านได้สละสิทธิ์ทางกฎหมายตามปกติที่ท่านพึงมี ขอขอบคุณในการให้ความร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

 <p style="text-align: center;">คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p style="text-align: center;">เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย</p> <p style="text-align: right;">หน้า 1 / 2</p>
---	---

วันที่ให้คำยินยอม วันที่เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว

ที่อยู่.....

ได้รายละเอียดจากเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยที่แนบมาฉบับวันที่.....และ



ข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยที่ข้าพเจ้าได้ลงนามและวันที่พร้อมด้วยเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ทั้งนี้ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยครั้งนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของการทำวิจัย วิธีการวิจัย อันตรายหรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย และแนวทางการรักษาโดยวิธีอื่นอย่างละเอียด ข้าพเจ้ามีเวลาและโอกาสเพียงพอในการซักถามข้อสงสัยจนมีความเข้าใจอย่างดีแล้ว โดยผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่างๆ ด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าเข้าใจ ข้าพเจ้ารับทราบจากผู้วิจัยว่าหากเกิดอันตรายใดๆ จากการทำวิจัยดังกล่าว ผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับการรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย

ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะบอกเลิกเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ ซึ่งจะไม่มีผลต่อการรักษาโรคหรือสิทธิอื่นๆ ที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะเมื่อได้รับการยินยอมจากข้าพเจ้าเท่านั้น บุคคลอื่นในนามของบริษัทผู้สนับสนุนการวิจัย คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงาน คณะกรรมการวิจัยในคน อาจได้รับอนุญาตให้เข้ามาตรวจสอบและประมวลข้อมูลของผู้ร่วมวิจัย ทั้งนี้จะต้องกระทำเพื่อวัตถุประสงค์ในการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเท่านั้น ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีการเก็บข้อมูลใดๆ ของข้าพเจ้าเพิ่มเติม หลังจากที่ข้าพเจ้าขอยกเลิกการเข้าร่วมโครงการ วิจัย และต้องการให้ทำลายเอกสารและ/หรือตัวอย่างที่ใช้ตรวจสอบทั้งหมดที่สามารถสืบค้นถึงตัวข้าพเจ้าได้

ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าและสามารถยกเลิกการให้สิทธิในการใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าได้ โดยต้องแจ้งให้ผู้วิจัยทราบ

ข้าพเจ้าได้ตระหนักว่าข้อมูลในการวิจัยไม่มีการเปิดเผยชื่อจะผ่านกระบวนการต่างๆ เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกและในคอมพิวเตอร์ การตรวจสอบต่างๆ เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลในแบบ

 <p style="text-align: center;">คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p style="text-align: center;">เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย</p> <p style="text-align: right;">หน้า 1 / 2</p>
 <p style="text-align: center;">คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p style="text-align: center;">เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย</p> <p style="text-align: right;">หน้า 2 / 2</p>

บันทึกและในคอมพิวเตอร์ การตรวจสอบ การวิเคราะห์ และการรายงานข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการเท่านั้น ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและมีความเข้าใจดีทุกประการแล้ว ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยด้วยความเต็มใจ จึงได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้

..... ลงนามผู้ให้ความยินยอม

(.....) ชื่อผู้ยินยอม ตัวบรรจง

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้าได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด ข้าพเจ้าได้ทราบและมีความเข้าใจดีแล้ว พร้อมลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมด้วยความเต็มใจ

..... ลงนามผู้ทำวิจัย


(นางสาวศิริลักษณ์ ปรมะ) ชื่อผู้ทำวิจัย ตัวบรรจง

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

..... ลงนามพยาน

(.....) ชื่อพยาน ตัวบรรจง

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วม โครงการสำหรับผู้แทนโดยชอบธรรม
---	--	---

การวิจัยเรื่อง ผลของการฝึกโปรแกรมทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการด้านลบ (การศึกษาเชิงทดลอง) เปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการรักษาตามปกติวัน ให้คำยินยอม

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

ที่อยู่.....

ซึ่งมีความสัมพันธ์เป็น

ของ ด.ช./ด.ญ./นาย/นาง/นางสาว.....

ได้อ่านรายละเอียดจากเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัยที่แนบมาฉบับวันที่
..... แล้วข้าพเจ้ายินยอมให้


ด.ช./ด.ญ./นาย/นาง/นางสาว..... เข้าร่วมในโครงการวิจัยโดยสมัครใจ

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยที่ข้าพเจ้าได้ลงนาม และ วันที่
พร้อมด้วยเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ทั้งนี้ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมในการ
วิจัยนี้ ข้าพเจ้าและผู้เข้าร่วมการวิจัยได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของการทำ
วิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย หรือจากยาที่ใช้รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการ
วิจัยและแนวทางรักษาโดยวิธีอื่นอย่างละเอียด ข้าพเจ้าและผู้เข้าร่วมการวิจัยมีเวลาและโอกาสเพียงพอในการ
ซักถามข้อสงสัยทั้งหมดจนมีความเข้าใจอย่างดีแล้ว โดยผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าและผู้เข้าร่วมการวิจัย
สงสัยด้วยความเต็มใจไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าและผู้เข้าร่วมการวิจัย พอใจ

ข้าพเจ้าและผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยได้รับทราบจากผู้วิจัยว่าหากเกิดอันตรายใด ๆ จากการวิจัยดังกล่าว
ผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับการรักษาพยาบาล โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย (และระบุว่า จะได้รับการชดเชยจากผู้สนับสนุนการ
วิจัยหรือไม่)

ข้าพเจ้าเข้าใจถึงสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัย เมื่อใดก็ได้โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผลและการ
บอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาโรคหรือสิทธิอื่นๆ ที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวของผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นความลับ และเปิดเผยได้เฉพาะ
เมื่อได้รับการยินยอมจากข้าพเจ้าเท่านั้น บุคคลอื่น ในนามของบริษัทผู้สนับสนุนการวิจัย คณะกรรมการพิจารณา
จริยธรรมการวิจัยในคน และสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา อาจจะได้รับอนุญาตให้เข้ามาตรวจและประมวล
ข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมการวิจัย ทั้งนี้จะต้องกระทำไปเพื่อวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วม โครงการสำหรับผู้แทนโดยชอบธรรม
---	--	---

เท่านั้น โดยการตกลงที่จะเข้าร่วมการศึกษาวิจัยนี้ข้าพเจ้าได้ให้ความยินยอมที่จะให้มีการตรวจสอบข้อมูลประวัติทางการแพทย์ของผู้เข้าร่วมการวิจัยได้

ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีการเก็บข้อมูลใด ๆ ของผู้เข้าร่วมการวิจัย เพิ่มเติม หลังจากที่ข้าพเจ้าขอยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยและต้องการให้ทำลายเอกสารและ/หรือตัวอย่างที่ใช้ตรวจสอบทั้งหมดที่สามารถสืบค้นถึงตัวผู้เข้าร่วมการวิจัย

ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้าพเจ้าและ ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีสิทธิที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมการวิจัยและสามารถยกเลิกการให้สิทธิในการใช้ข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมการวิจัยได้ โดยต้องแจ้งให้ผู้วิจัยรับทราบ

ข้าพเจ้าได้ตระหนักว่าข้อมูลในการวิจัยรวมถึงข้อมูลทางการแพทย์ที่ไม่มีการเปิดเผยชื่อของผู้เข้าร่วมการวิจัย จะผ่านกระบวนการต่าง ๆ เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกและในคอมพิวเตอร์ การตรวจสอบ การวิเคราะห์ และการรายงานข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการ รวมทั้งการใช้ข้อมูลทางการแพทย์ในอนาคตหรือการวิจัยทางด้านเภสัชภัณฑ์ เท่านั้น

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้น และมีความเข้าใจดีทุกประการแล้ว ยินดีให้

ด.ช./ด.ญ./นาย/นาง/นางสาว..... เข้าร่วมในโครงการวิจัยด้วยความ
เต็มใจ จึงได้ลงนามในเอกสารใบยินยอมนี้

CHULALONGKORN UNIVERSITY


..... ลงนามผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ปกครอง

(.....) ชื่อผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ปกครอง

.....ความสัมพันธ์ของผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ปกครองกับ

ผู้เข้าร่วมการวิจัย

วันที่เดือน.....พ.ศ.....

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วม โครงการสำหรับผู้แทนโดยชอบธรรม
---	--	---

ข้าพเจ้าได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย อาการไม่พึงประสงค์ หรือความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย หรือจากยาที่ใช้รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด ให้ผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ปกครองของผู้เข้าร่วมการวิจัยตามนามข้างต้นได้ทราบและมีความเข้าใจดีแล้ว พร้อมลงนามลงในเอกสารแสดงความยินยอมด้วยความเต็มใจ

.....ลงนามผู้ทำวิจัย

(นางสาวศิริลักษณ์ ประมะ) ชื่อผู้ทำวิจัย

วันที่เดือน.....พ.ศ.....

.....ลงนามพยาน

(.....) ชื่อพยาน ตัวบรรจง

วันที่เดือน.....พ.ศ.....

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

รหัสผู้เข้าร่วมวิจัย

แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมงานวิจัย

คำชี้แจง กรุณาตอบคำถามต่อไปนี้ โดยทำเครื่องหมาย ✓ หน้าคำตอบที่ตรงกับท่าน
หรือเติมข้อความลงในช่องว่างตามข้อมูลที่เป็นจริง

1. เพศ หญิง ชาย
2. อายุ.....ปี
3. สถานภาพ

<input type="checkbox"/> โสด	<input type="checkbox"/> สมรส	<input type="checkbox"/> คู่
<input type="checkbox"/> แยกกันอยู่	<input type="checkbox"/> หม้าย	
4. ระดับการศึกษา

<input type="checkbox"/> ต่ำกว่าประถมศึกษา	<input type="checkbox"/> มัธยมศึกษาตอนต้น	<input type="checkbox"/> มัธยมศึกษาตอนปลาย หรือ
ปวช.		
<input type="checkbox"/> ปวส. หรือ อนุปริญญา	<input type="checkbox"/> ปริญญาตรี	<input type="checkbox"/> สูงกว่าปริญญาตรี
5. อาชีพ

<input type="checkbox"/> ว่างาน	<input type="checkbox"/> งานไม่ประจำ
<input type="checkbox"/> งานประจำ	<input type="checkbox"/> ช่วยธุรกิจที่บ้าน
6. การมีรายได้ มี ไม่มี
7. จำนวนการนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล.....ครั้ง
8. ระยะเวลาที่เจ็บป่วยตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัย.....ปี.....เดือน

รหัสผู้เข้าร่วมวิจัย

Positive and Negative syndrome Scale – Thai

แบบประเมินอาการด้านบวกและด้านลบของผู้ป่วยจิตเภท ฉบับภาษาไทย

Positive Scale (P)

อาการ	ระดับคะแนน						
	1	2	3	4	5	6	7
P1 อาการหลงผิด							
P2 อาการความคิดสับสน							
P3 อาการประสาทหลอน							
P4 อาการตื่นเต้นกระวนกระวาย							
P5 อาการความคิดว่าตนมีความสามารถเกินความเป็นจริง							
P6 ความรู้สึกระแวงว่ามีคนมุ่งร้าย							
P7 ความรู้สึกไม่เป็นมิตร							

รวม คะแนน (ด้านบวก)

คะแนน

Negative Scale (N)

อาการ	ระดับคะแนน						
	1	2	3	4	5	6	7
N1 การแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ							
N2 การแยกตัวทางอารมณ์							
N3 มนุษย์สัมพันธ์บกพร่อง							
N4 การแยกตัวจากสังคม							
N5 มีปัญหาในการใช้ความคิดนามธรรม							
N6 การสนทนาไม่เกิดขึ้นเองอย่างเป็นธรรมชาติและไม่สิ้น ไหลอย่างต่อเนื่อง							
N7 การคิดอย่างตายตัว							

รวม คะแนน (ด้านลบ)

คะแนน

รหัสผู้เข้าร่วมวิจัย

แบบประเมินทักษะการทำหน้าที่ทางสังคม

กรุณาทำเครื่องหมาย / ลงในช่องว่าง

ตอนที่ 1 การถอนตัวจากสังคม / การมีส่วนร่วมทางสังคม

1. คุณตื่นนอนตอนเช้าตอนเวลา
 ก่อน 09.00 น. 09.00 – 11.00 11.00 – 13.00 น. หลัง 13.00 น.
2. โดยเฉลี่ยในหนึ่งวัน เฉลี่ยคุณใช้เวลานานเท่าไร เช่น ในห้อง เดินเล่นคนเดียว ฟังวิทยุ หรือดูทีวีคนเดียว ฯลฯ
 0 – 3 ชั่วโมง 3 – 6 ชั่วโมง 6 – 9 ชั่วโมง 9 - 12 ชั่วโมง
3. คุณมักจะเป็นผู้เริ่มต้นสนทนา พูดคุยกับสมาชิกในครอบครัว
 เกือบจะไม่เคย ไม่ค่อยมี บางครั้ง บ่อย
4. คุณมักจะออกไปนอกบ้าน (ด้วยเหตุผลใดๆก็ตาม)
 เกือบจะไม่เคย ไม่ค่อยมี บางครั้ง บ่อย
5. คุณรู้สึกอย่างไร เมื่อต้องพบคนแปลกหน้าหรือคนที่คุณไม่รู้จัก
 หลีกหนีพวกเขา ตื่นกลัว ยอมรับพวกเขา ชอบพวกเขา

คะแนนรวม ตอนที่ 1

ตอนที่ 2 การสื่อสารระหว่างบุคคล (คะแนน 0 – 9 คะแนน)

1. ขณะนี้คุณมีเพื่อนกี่คน?คน
2. คุณมีผู้ดูแลหรือไม่ มี ไม่มี
3. คุณสามารถสนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้อื่นได้อย่างเหมาะสมแค่ไหน
 เกือบจะไม่เคย ไม่ค่อยมี บางครั้ง บ่อย
4. คุณสามารถพูดคุยกับผู้อื่นได้อย่างเข้าใจ ตรงกับความต้องการ
 ง่ายมาก ปานกลาง ค่อนข้างยาก ยาก

คะแนนรวม ตอนที่ 2

ตอนที่ 3 การทำหน้าที่อิสระในการพึ่งพาตนเอง

กรุณาทำเครื่องหมาย/ลงในช่องว่างให้เหมาะสมในแต่ละกิจกรรมต่อไปนี้

ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา	ไม่เคย	นานๆ ครั้ง	บางครั้ง	บ่อย
1. ไปซื้อสินค้าจากร้านค้าใกล้บ้านได้เอง				
2. เก็บและล้างทำความสะอาดเครื่องใช้ให้ สะอาด				
3. อาบน้ำและทำความสะอาดร่างกาย				
4. ซักเสื้อผ้าของตัวเองได้				
5. มีส่วนร่วมในการหารายได้ช่วยเหลือ ครอบครัว				
6. หาซื้ออาหารเอง				
7. จัดหาและ/หรือประกอบอาหารรับประทาน เอง				
8. ไปทำธุระนอกบ้านได้ตามลำพังคนเดียว				
9. เดินทางโดยรถประจำทาง ได้ด้วยตนเอง				
10. ใช้เงินในการจับจ่ายซื้อของด้วยตนเองได้ อย่างถูกต้องและเหมาะสม				
11. จัดทำบัญชีรายรับรายจ่าย ของตนเอง/ ครอบครัว				
12. เลือกซื้อเสื้อผ้าของใช้สำหรับตัวเองได้				
13. แต่งกายอย่างเหมาะสม				

คะแนนรวม ตอนที่ 3

4. นันทนาการ การพักผ่อนหย่อนใจ (recreation)

กรุณาทำเครื่องหมาย / ลงในช่องให้เหมาะสมตรงตามที่คุณได้ทำดังต่อไปนี้

ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา	ไม่เคย	นานๆ ครั้ง	บางครั้ง	บ่อย
1. เล่นดนตรี				
2. เย็บปักถักร้อย				
3. ทำไร่ ทำสวน				
4. อ่านหนังสือ				
5. ดูโทรทัศน์				
6. ฟังวิทยุ				
7. ประชุมอาหารเพื่อรับประทาน				
8. จัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้านได้ (กวาดบ้าน ถูบ้าน เก็บของเป็นระเบียบ)				
9. ซ่อม/แก้ไข (รถยนต์, รถจักรยาน, ของใช้ในครัวเรือน ฯลฯ)				
10. เดินเล่น				
11. ขับรถหรือนั่งรถเที่ยว ขี่จักรยานเพื่อพักผ่อนหย่อนใจ				
12. ว่ายน้ำ หรือเล่นกีฬาออกกำลังกาย				
13. ทำงานอดิเรก (เช่น สะสมสิ่งของ)				
14. ไปซื้อของตามห้างสรรพสินค้าหรือร้านสะดวกซื้อ				
15. ทำกิจกรรมด้านศิลปะ เช่น ภาพวาด, งานฝีมือ ฯลฯ จัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้านได้ (เก็บของเป็นระเบียบ กวาดบ้าน ถูบ้าน)				

5. กิจกรรมทางสังคม (Prosocial)

กรุณาทำเครื่องหมาย / ลงในช่องให้เหมาะสมตรงตามกิจกรรมที่คุณได้ทำดังต่อไปนี้

ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา	ไม่เคย	นานๆ ครั้ง	บางครั้ง	บ่อย
1. ไปดูภาพยนตร์กับเพื่อน				
2. ไปดูละคร ดูลิเก หรือดูคอนเสิร์ต				
3. ไปดูกีฬาในสนามกีฬาในร่ม (บิงปอง สนุกเกอร์ หมากฮอส หมากรูก)				
4. ไปดูกีฬาในสนามกลางแจ้ง (ฟุตบอล, การแข่งกีฬา)				
5. ไปห้องสมุดประจำหมู่บ้านในชุมชน				
6. ร่วมงานแสดงนิทรรศการต่างๆ				
7. ไปเที่ยวสถานที่ที่น่าสนใจ				
8. พบปะสังสรรค์ พูดคุยกับเพื่อน				
9. ร่วมกิจกรรมต่างๆของครอบครัวและชุมชน				
10. ไปเยี่ยมญาติ				
11. ต้อนรับแขกที่มาเยี่ยมได้				
12. ไปเยี่ยมเพื่อนหรือแฟน				
13. ร่วมงานเลี้ยง งานสังสรรค์ในบ้านได้				
14. ร่วมงานเลี้ยง งานสังสรรค์นอกบ้านได้				
15. ไปสถานที่ เต็นรำ ดิสโกเทคหรือร้านคาราโอเกะ				
16. ไปไนท์คลับชมรมทางสังคมต่างๆ				
17. ร่วมเล่นกีฬาในร่ม เช่น เต็นเอโรบิค เล่นบิงปอง สนุกเกอร์ หมากฮอส หมากรูก				
18. ร่วมเล่นกีฬากลางแจ้ง เช่น เล่นฟุตบอล เบตมินตัน วอลเลย์บอล บาสเกตบอล				

19. ร่วมงานเทศกาลสำคัญเช่น ลอยกระทง วันสงกรานต์				
20. ไปเที่ยวสถานบันเทิงที่มีเครื่องดื่มมีเมา				
21. รับประทานอาหารนอกบ้าน				
22. ทำกิจกรรมทางศาสนา				

คะแนนรวม ตอนที่ 5

6. ความสามารถในการพึ่งพาตนเอง (Independent - competence)

กรุณาทำเครื่องหมาย / ลงในช่องให้เหมาะสมตรงตามกิจกรรมที่คุณได้ทำดังต่อไปนี้

ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา	ไม่เคย	นานๆ ครั้ง	บางครั้ง	บ่อย
1. เดินทางโดยรถประจำทางด้วยตนเอง				
2. รับผิดชอบการใช้จ่ายเงินได้เอง				
3. มีการจัดทำบัญชีรายรับรายจ่ายของตนเอง				
4. จัดหาและ / หรือประกอบอาหารรับประทานเอง				
5. ซื้อของตามร้านสะดวกซื้อหรือห้างสรรพสินค้าได้เอง				
6. มองหางาน หรือมีส่วนร่วมในการหารายได้ช่วยเหลือครอบครัว				
7. ดูแลความสะอาดของเสื้อผ้าที่ใส่แล้วของตนเองได้				
8. ดูแลความสะอาดร่างกายของตนเองได้ดี				
9. เก็บและล้างทำความสะอาดเครื่องใช้ตัวเอง				
10. ไปซื้อของจากร้านค้าใกล้บ้านได้				

11. ออกจากบ้านไปทำธุระนอกบ้านได้ตาม ลำพัง				
12. เลือกซื้อเสื้อผ้าของใช้สำหรับตัวเอง				
13. แต่งตัวถูกกาลเทศะ				

คะแนนรวม ตอนที่ 6

7. การจ้างงาน / อาชีพ (Employment / Occupation)

1. คุณได้รับงานจ้างงานหรือประกอบอาชีพอาชีพ (รวมถึงการฟื้นฟูอาชีพหรือการเข้ารับการอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับอาชีพ / ฟื้นฟูสมรรถภาพ)

	ทำงานเต็ม เวลา	บางเวลา	เพิ่งออก จากงานได้ ไม่เกินหก เดือน	กำลังอยู่ ในช่วง ฟื้นฟู อาชีพ/ ฝึกอบรม/ ฟื้นฟู สมรรถภาพ
ลักษณะงานที่คุณได้รับการจ้างงาน				

2. ถ้าไม่มีงานทำ หรือไม่ได้รับการจ้างงาน ถ้าไม่มีงานทำ

2.1 คุณคิดว่าคุณสามารถทำงานหรือไม่

มีแน่นอน	อาจจะเป็นไปได้	น่าจะเป็นไปได้ยาก	ไม่แน่นอน

2.2 คุณใช้ความพยายามที่จะหางานใหม่บ่อยครั้งเพียงใด (เช่นไปที่ศูนย์หางาน หรือหางานจากหนังสือพิมพ์ เป็นต้น)

แทบไม่เคยเลย	นานครั้งๆ	บางครั้ง	บ่อยครั้ง

คะแนนรวม ตอนที่ 7



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

บรรณานุกรม

1. ผู้ป่วยจิตไทยพุ่งทะลุล้าน โรคจิตเภทสูงกว่าแสนคน [Internet]. ผู้จัดการออนไลน์. 2557. Available from: <http://www.manager.co.th/Home/viewNews.aspx?NewID=9570000117185>.
2. ลิ้มศรีเจริญ ก. โรคจิตเภท. ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล: ประยูรสานสน์การพิมพ์; 2558.
3. เรืองตระกูล ส. โรคจิตเภท โรคจิตเภทหลงผิด และโรคจิตชนิดอื่น. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์; 2542.
4. อยุธยา สณ. คู่มือจิตเวชศาสตร์สำหรับประชาชน 2549.
5. Murphy MJ CR. Psychotic disorder. Malden: Blackwell; 2004.
6. ยूरชชา ปรีชา พอ. อาการและอาการแสดง. กรุงเทพมหานคร: ชานเมืองการพิมพ์; 2552.
7. การฟื้นฟูสมรรถภาพทาจิตเวชของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง [Internet]. ผลงานวิชาการและงานวิจัยโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์. 2548. Available from: http://www.prasri.go.th/res/other/2552.php?fbclid=IwAR0ZsEFmoJEvpBxosYScAeU5oontF_x6_UZrgfHgyv-g6Y3D9u51DrtiMGd4.
8. การฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังด้วยกระบวนการกลุ่มสัมพันธ์ [Internet]. ระบบฐานข้อมูลงานวิจัยจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. 2554. Available from: http://www.jvkk.go.th/researchnew/qresearch.asp?code=0103374&fbclid=IwAR1TEOMpG_H7knUcs58xviMHel6Nad0sL58zSxRTvqOGbX3LPBdUXlaAnNMs.
9. Rus-Calafell M, Gutiérrez-Maldonado J, Ribas-Sabaté J, Lemos-Giráldez SJPC. Social skills training for people with schizophrenia: what do we train? 2014;22(3):461.
10. Kopelowicz A, Liberman RP, Zarate RJSb. Recent advances in social skills training for schizophrenia. 2006;32(suppl_1):S12-S23.
11. เขาวนศิลป์ ศ. การปรับพฤติกรรมการวิตกกังวลทางสังคม. จังหวัดเชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2543.
12. Liberman RP. Recovery from disability: American Psychiatry Publishing; 2008.
13. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry: Lippincott Williams & Wilkins; 2011.
14. Birnkrant J, Carlsen AJUeCMEI. Crash course Psychiatry: The Psychotic Disorders and The Mood disorders. 2007.
15. Lindenmayer JP KA. Psychopathology. Washington DC: American Psychiatric Publishing; 2006.

16. Fuller R, Schultz S, Andreasen NJHS, Weinberger DR: Schizophrenia. Second Edition. Blackwell Publishing. The symptoms of schizophrenia. 2003.
17. Goldberg JO, Schmidt LAJSr. Shyness, sociability, and social dysfunction in schizophrenia. 2001;48(2-3):343-9.
18. Voges M, Addington JJSr. The association between social anxiety and social functioning in first episode psychosis. 2005;76(2-3):287-92.
19. Pallanti S, Quercioli L, Pazzagli AJCs. Social anxiety and premorbid personality disorders in paranoid schizophrenic patients treated with clozapine. 2000;5(9):29-43.
20. Braga RJ, Mendlowicz MV, Marrocos RP, Figueira ILJJopr. Anxiety disorders in outpatients with schizophrenia: prevalence and impact on the subjective quality of life. 2005;39(4):409-14.
21. Halperin S, Nathan P, Drummond P, Castle DJA, Psychiatry NZJo. A cognitive-behavioural, group-based intervention for social anxiety in schizophrenia. 2000;34(5):809-13.
22. ศิริเวช ป. ตำราโรคจิตเภท. กรุงเทพมหานคร: ชานเมืองการพิมพ์; 2552.
23. Liberman RPJJoMH. Dissemination and adoption of social skills training: Social validation of an evidence-based treatment for the mentally disabled. 2007;16(5):595-623.
24. สุขมาก ข. เทคโนโลยีการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง. นนทบุรี: สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต; 2541.
25. เทียม ศรีคำจักษ์, สายฝน ชาวล้อม, มณีจักร ว. คู่มือการพัฒนาโปรแกรมกิจกรรมบำบัดตามแนวแบบจำลองกิจกรรมที่มีจุดมุ่งหมายของมนุษย์. ภาควิชากิจกรรมบำบัด: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2547.
26. Bond GR, Becker DR, Drake RE, Rapp CA, Meisler N, Lehman AF, et al. Implementing supported employment as an evidence-based practice. 2001;52(3):313-22.
27. Drake RE, McHugo GJ, Bebout RR, Becker DR, Harris M, Bond GR, et al. A randomized clinical trial of supported employment for inner-city patients with severe mental disorders. 1999;56(7):627-33.
28. Wallace CJ, Liberman RPJPr. Social skills training for patients with schizophrenia: A controlled clinical trial. 1985;15(3):239-47.
29. David L. Robert DLP. Social cognition training (SCIT) for out patients with schizophrenian. Pschiatry Research. 2009;166:141-7.

30. Horan WP, Kern RS, Shokat-Fadai K, Sergi MJ, Wynn JK, Green MFJSr. Social cognitive skills training in schizophrenia: an initial efficacy study of stabilized outpatients. 2009;107(1):47-54.
31. Bucci P, Piegari G, Mucci A, Merlotti E, Chieffi M, De Riso F, et al. Neurocognitive individualized training versus social skills individualized training: a randomized trial in patients with schizophrenia. 2013;150(1):69-75.
32. คมขำ ช. ผลของการฝึกโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเวช ในชุมชน: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2556.
33. Anderson CM, Hogarty GE, Reiss DJJSB. Family treatment of adult schizophrenic patients: A psycho-educational approach. 1980;6(3):490-505.
34. ปัญญาแสง ปหแว. การพิจารณาขนาดตัวอย่าง. หลักการทำวิจัยสู่ความสำเร็จในการปฏิบัติ. 2, editor. ศูนย์วิทยการวิจัยแพทยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2555.
35. ไชสะอาด พ. ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่ออาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท 2557.
36. Mueser KT, Bellack AS, Douglas MS, Morrison RLJSr. Prevalence and stability of social skill deficits in schizophrenia. 1991;5(2):167-76.
37. Solomon P, Cullen SWJP. Psychiatric rehabilitation for achieving successful community living for adults with psychiatric disabilities. 2008:2059-82.
38. Kumar B, Singh ARJTOR. Efficacy of Social Skills Training for the Persons with Chronic Schizophrenia. 2015;20(5):660-96.
39. Bellack A MK, Gingerich S, and Agresta J. Social skill Training for Schizophrenia. New York: Guilford Press; 2004.
40. Penn DL, Mueser KTJTAJoP. Research update on the psychosocial treatment of schizophrenia. 1996;153(5):607.
41. Vala RPaMR. effectiveness of training social skill on social adaptability and quality of schizophrenia female patient's Life – Dezful Hospital. Indian Journal of Fundamental and Applied Life Sciences. 2015;5:2442-8.



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	นางสาวศิริลักษณ์ ประมะ
วัน เดือน ปี เกิด	5 กันยายน 2529
สถานที่เกิด	อำเภอ ภูเขียว จังหวัดชัยภูมิ
วุฒิการศึกษา	สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี คณะสหเวชศาสตร์ สาขากายภาพบำบัด มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ปีการศึกษา 2552 จากนั้นเข้าศึกษาต่อในระดับปริญญาโท สาขาสุขภาพจิต (ภาคในเวลาราชการ) ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในปี พ.ศ. 2558
ที่อยู่ปัจจุบัน	592 หมู่ 2 ตำบล ผักปัง อำเภอภูเขียว จังหวัด ชัยภูมิ 36110

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY