



บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนแบบบูรณาการ ต่อการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท

ศจิกา ขุนบำรุง* เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์** สุดาพร สถิติยุทธการ***

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนแบบบูรณาการต่อการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยกึ่งทดลอง

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่เข้ารับบริการที่แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จำนวน 40 คน ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดและเข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) โปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนแบบบูรณาการ 2) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภท 3) แบบประเมินทักษะการทำหน้าที่ทางสังคม 4) แบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการอาการ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติทดสอบที

ผลการศึกษา: การทำหน้าที่ทางสังคมของกลุ่มทดลองหลังรับโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนแบบบูรณาการสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการทำหน้าที่ทางสังคมของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุป: บุคลากรทางสุขภาพควรนำรูปแบบของโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนแบบบูรณาการเพื่อส่งเสริมการทำหน้าที่ทางสังคมเตรียมความพร้อมผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน

คำสำคัญ: โปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนแบบบูรณาการ/ การทำหน้าที่ทางสังคม/ ผู้ป่วยจิตเภท

* นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

** ผู้รับผิดชอบหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

*** ผู้รับผิดชอบร่วม ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม



The Effect of Integrated Self-Efficacy Program on Social Functioning of Persons with Schizophrenia

Sajika Khunbamrung* Pennapa Dangdomyouth** Sudaporn Stithyudhakarn***

Abstract

Purpose: To study the effect of the integrated self-efficacy program on social functioning of persons with schizophrenia.

Design: Quasi-experimental research.

Method: The sample were persons with schizophrenia in patient 40 persons who met the inclusion criteria and received service at In-patient Suansaranrom Psychiatric Hospital. Divided into the experimental group and the control group, 20 schizophrenic patients. Research instruments comprised of 1) The integrated self-efficacy program 2) personal patient's record 3) scale on social functioning scale and 4) Assessment of self-efficacy in management. All instruments were verified for content validity by professional experts. Data were analyze using descriptive statistics and t-test.

Result: Social Functioning of experimental group after received the The integrated self-efficacy program was significantly better than that before receiving the program at $p .05$ and Social Functioning of experimental group was significantly better than control group at $p .05$

Conclusion: Health workers should apply the integrated self-efficacy program to promote patient social functioning to return to the community.

Keyword: The integrated self-efficacy program/ social functioning/ schizophrenic patients



บทนำ

โรคจิตเภทส่งผลต่อการทำหน้าที่ส่วนบุคคล ครอบครัว สังคม การศึกษา และอาชีพ¹ ร้อยละ 70-90 พบอุปสรรคด้านอาชีพและที่อยู่อาศัย ร้อยละ 88 บกพร่องการดูแลด้านสุขภาพร่างกาย² ด้านปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น แยกตัวจากครอบครัวและชุมชน³ พบผู้ป่วยมีความบกพร่องในการทำหน้าที่ทางสังคม ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการทำกิจวัตรประจำวัน ขาดการช่วยเหลือดูแลในเรื่องการรับประทานยา การพาไปตรวจสุขภาพที่โรงพยาบาล การพาเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ทางสังคม⁴ เมื่อถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและกลับสู่ชุมชนเพียงแค่อาการทุเลา แต่ยังมีอาการทางลบหลงเหลืออย่างน้อย 1 อาการ⁵ ทำให้เกิดความเชื่อมต่อความสามารถในการดูแลตนเองเกือบทุกด้าน ส่งผลต่อความคิด ความเชื่อในการดูแลตนเอง การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และความสนใจในการทำกิจกรรมต่าง ๆ รวมถึงการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลใกล้ชิดด้วย⁶

การทำหน้าที่ทางสังคม หมายถึง ความสามารถของตนเองขั้นพื้นฐานรวมถึงความสามารถในการปรับตัวทางสังคมและสามารถเผชิญต่อเหตุการณ์ ความเครียดได้⁷ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการทำหน้าที่ทางสังคม ประกอบด้วย 1) ปัจจัยด้านการรับรู้สมรรถนะแห่งตนซึ่งช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเองและมีความมั่นใจมากขึ้นเมื่อแสดงพฤติกรรม⁸ 2) ปัจจัยด้านอาการทางลบ⁹ โดยผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางลบหลงเหลือ สิ้นหาเฉยเมย ไม่พูดจา ขาดทักษะในการสื่อสาร ทำให้ผู้ป่วยไม่มีความมั่นใจในการแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ และการเจ็บป่วยเป็นเวลานาน ทำให้ผู้ป่วยแยกตัวจากสังคม ไม่อาจสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่นได้ 3) ปัจจัยด้านการรักษา¹⁰ พบว่าพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาเป็นสิ่งสำคัญอันดับแรก ช่วยควบคุมอาการทางจิต เกิดความตระหนักรู้ในการเจ็บป่วย และเข้าใจผลกระทบเมื่อไม่ปฏิบัติตาม

ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในตนเองในการปรับเปลี่ยนตนเองต่อการเจ็บป่วยเรื้อรัง⁶ เพื่อลดอาการทางลบ และส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมดูแลตนเอง การรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา นำไปสู่การทำหน้าที่ทางสังคมที่ดีขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า แนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1997)⁸ ทำให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้การทำหน้าที่ทางสังคมของตนเองผ่านประสบการณ์ความสำเร็จ การโน้มน้าวด้วยคำพูด ชักจูง จดจำสัญลักษณ์และนำมาปฏิบัติ ซึ่งผู้ป่วยจะเกิดแรงจูงใจก่อให้เกิดความสามารถต่อการจัดการอาการทางลบ และส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา จากการศึกษาผู้ป่วยจิตเภทในการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการจัดการกับอาการ โดยเน้นที่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของ นภาพร เหลืองมงคลชัย และอรพรรณ ลือบุญธวัชชัย¹¹ พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทลดลง และยังพบการศึกษาผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาโดยการฝึกทักษะทางสังคมเป็นการฝึกที่เน้นการทักษะทางสังคมอย่างเข้มข้นมากกว่าการให้ความรู้พื้นฐาน¹² โดยเรียนรู้ที่จะเข้าใจอารมณ์ของคนในสังคม การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นหรือคนใกล้ชิด และแก้ปัญหาความสัมพันธ์ได้อย่างดี¹³ ตามแนวคิดของ Bellack et al.¹⁴ ซึ่งเป็นแนวคิดการฟื้นฟูด้านทักษะสังคมส่งเสริมให้ผู้ป่วยพัฒนาทักษะที่จำเป็น ได้แก่ การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และการแก้ปัญหาในชีวิตประจำวัน ภายใต้กิจกรรมการเรียนรู้ ผ่านรูปแบบการสอนเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจตัวแบบและการสะท้อนกลับต่อพฤติกรรมเชิงบวกก่อให้เกิดทักษะและลดความเครียด¹⁵ สอดคล้องกับการศึกษาของ Mahrous et al.¹⁶ และ Takaloo et al.¹⁷ พบว่า การฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ด้านการสื่อสาร การแสดงความรู้สึก การแก้ปัญหาในชีวิตประจำวัน โดยใช้ผู้บำบัดเป็นตัวอย่างในการแสดงพฤติกรรมตอบสนองต่อ



สถานการณ์นั้นและฝึกตามบทบาทสมมติ พร้อมทั้งข้อเสนอแนะเชิงบวกเพื่อคงพฤติกรรมที่ดีไว้ และแก้ไขพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องร่วมกับการให้การบ้านเพื่อฝึกปฏิบัติจากประสบการณ์จริงซึ่งจากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่า การเพิ่มสมรรถนะแห่งตนตามแนวคิดของ Bandura (1997)⁸ ในผู้ป่วยจิตเภทช่วยส่งเสริมความมั่นใจในตนเองในการปรับเปลี่ยนตนเองในการเจ็บป่วยเรื้อรังเพื่อลดอาการทางลบ และส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตจึงมีความสนใจพัฒนาโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนแบบบูรณาการ ผ่านปัจจัยการเรียนรู้ทั้ง 4 ปัจจัย และพัฒนาความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง การแนะนำให้ข้อมูล การจัดการอาการทางลบ ตระหนักรู้ในการเจ็บป่วยของตนเอง เข้าใจถึงผลกระทบเมื่อไม่ปฏิบัติตามพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ร่วมกับการบูรณาการการฝึกทักษะทางสังคมตามแนวคิดของ Bellack et al.¹⁴ ในการพยาบาลการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านจิตสังคม เพื่อลดช่องว่างการเปลี่ยนผ่านของผู้ป่วยจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างอิสระภายใต้ข้อจำกัดการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชที่เรื้อรัง และการทำหน้าที่ทางสังคมที่ดีขึ้น

คำถามการวิจัย

1. การทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทภายหลังได้รับโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนแบบบูรณาการสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมหรือไม่ อย่างไร

2. การทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนแบบบูรณาการสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนแบบบูรณาการ

2. เพื่อเปรียบเทียบการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนแบบบูรณาการกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้ได้นำแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1997)⁸ ร่วมกับการฝึกทักษะทางสังคมตามแนวคิดของ Bellack et al.¹⁴ มาพัฒนาโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนแบบบูรณาการต่อการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทเพื่อเสริมสร้างความเชื่อมั่นในศักยภาพของตนในการจัดการอาการทางลบ พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และทักษะสังคม เพื่อให้เกิดความพร้อมก่อนผู้ป่วยกลับสู่ชุมชนตลอดจนเกิดการทำหน้าที่ทางสังคมที่ดีขึ้น โดยแสดงในภาพที่ 1



โปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนแบบบูรณาการ

ขั้นตอนที่ 1 การกระตุ้นทางอารมณ์และการใช้คำพูดชักจูง

กิจกรรมที่ 1 กิจกรรมสัมพันธ์ภาพและการใช้คำพูดชักจูง แลกเปลี่ยนประสบการณ์เดิมและให้ความรู้ โรคจิตเภท การจัดการอาการทางลบ กระตุ้นให้เกิดทัศนคติทางบวกต่อการใช้จ่าย

ขั้นตอนที่ 2 การใช้ตัวแบบ

กิจกรรมที่ 2 การเห็นตัวแบบจริงและทักษะการสื่อสารขั้นพื้นฐาน ศึกษาจากตัวแบบที่เป็นบุคคลจริง บอกเล่าประสบการณ์ การแสดงบทบาทสมมติ

ขั้นตอนที่ 3 ประสบการณ์ความสำเร็จ

กิจกรรมที่ 3 ประสบการณ์ความสำเร็จและทักษะการรับรู้ทางสังคม ฝึกปฏิบัติทักษะการรับรู้ทางสังคม

ขั้นตอนที่ 4 การใช้คำพูดชักจูง

กิจกรรมที่ 4 การใช้คำพูดชักจูงและทักษะเฉพาะสถานการณ์

ฝึกปฏิบัติทักษะโดยจำลองสถานการณ์เฉพาะที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย

กิจกรรมที่ 5 การใช้คำพูดชักจูงและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ การลดอาการทางลบ พฤติกรรมการใช้จ่ายตามเกณฑ์การรักษา การฝึกทักษะสังคม

การทำหน้าที่ทางสังคม

1. การมีส่วนร่วมทางสังคม
2. การสื่อสารระหว่างบุคคล
3. การมีกิจกรรมทางสังคม
4. กิจกรรมนันทนาการ
5. ความสามารถในการพึ่งพาตนเอง
6. ประสิทธิภาพในการพึ่งพาตนเอง
7. การจ้างงาน/อาชีพ

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) โดยเป็นการวิจัยแบบสองกลุ่มวัดสองครั้ง (The Pretest-Posttest Control Group Design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนแบบบูรณาการต่อการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัย

ICD-10 ที่ได้รับการรักษาแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวชระดับตติยภูมิ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่มีระยะการเจ็บป่วยมากกว่า 2 ปีขึ้นไป เป็นเพศชายหรือหญิง อายุระหว่าง 20-59 ปี ที่ได้รับการรักษาแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกดังนี้ 1) ได้รับการประเมินอาการทางจิต BPRS มีค่าคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 36 2) ผู้ป่วยที่มีอาการทางลบประเมินจากเครื่องมือ PANSS ฉบับภาษาไทย มีคะแนนอาการทางลบระหว่าง 5-13 คะแนน 3) มีประวัติเข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยเป็นระยะเวลา 2 ปีขึ้นไป 4) สามารถอ่านออกเขียนได้ 5) ยินดีเข้าร่วมวิจัย



ผู้วิจัยได้ยึดหลักการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมของการวิจัยในแบบทดลองและกึ่งทดลอง ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ได้กำหนดตามแนวคิดของ Polit and Hungler (1999)¹³ เพื่อให้ข้อมูลที่ได้มีการกระจายเข้าสู่โค้งปกติ กล่าวคือสามารถอ้างอิงถึงกลุ่มประชากรได้ดีที่สุด ซึ่งได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมในการวิจัยแบบทดลองและกึ่งทดลอง ซึ่งควรจะมีอย่างน้อยที่สุดกลุ่มละ 20-30 ราย ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัย กำหนดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 20 คน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างได้รับการจับคู่เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน ได้แก่ ระยะเวลาการเจ็บป่วยและเพศ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนแบบบูรณาการที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1997)⁸ ร่วมกับการบูรณาการ การฝึกทักษะสังคมของ Bellack et al.¹⁴ มีทั้งหมด 4 ขั้นตอน 5 กิจกรรม โดยมีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยตรวจสอบค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน พบว่า ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.8

2) เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล โดยลักษณะคำถามเป็นแบบให้เลือกคำตอบและเติมคำมีข้อความจำนวน 9 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาในการเจ็บป่วยและจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษา ผู้ดูแลหลักและส่วนที่ 2 แบบประเมินทักษะการทำหน้าที่ทางสังคม (Social Functioning Scale) ตามแนวคิดของ Birchwood et al.⁷ ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดยชัญญา คมขำ¹⁸ มีข้อความ 75 ข้อ ทั้งหมด 7 ด้าน มาตราวัดประมาณค่า (Rating scale) 0-3 คะแนน และมีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยตรวจสอบค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน

พบว่า ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.94 และพบค่าความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือเท่ากับ 0.8

3) เครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ 1) แบบประเมินอาการทางลบ (Positive and Negative Syndrome Scale ฉบับภาษาไทย: PASS-T) มีข้อความทั้งหมด 13 ข้อ ลักษณะอาการทางลบ 7 อาการ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน มีอาการ (1 คะแนน) ไม่มีอาการ (0 คะแนน) เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่งานวิจัย โดยมีเกณฑ์ที่ใช้พิจารณา คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบในระดับปานกลางและสูง ซึ่งมีคะแนนอาการทางลบระหว่าง 5-13 คะแนน และ 2) แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS) ซึ่งประกอบด้วยข้อความทั้งหมด 18 ข้อ ในแต่ละข้อจะมีระดับคะแนนตั้งแต่ 1-7 คะแนน สำหรับการศึกษาครั้งนี้ จะมีการใช้แบบประเมินอาการทางจิตเพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่งานวิจัย โดยมีเกณฑ์ที่ใช้พิจารณา คือ ผู้ป่วยจิตเภทต้องมีระดับความรุนแรงของอาการทางจิตอยู่ในระดับน้อย ซึ่งมีระดับคะแนนไม่เกิน 36 คะแนน

4) เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่ แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตามแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และแนวคิดการป้องกันการป่วยซ้ำของ Birchwood et al.⁷ ฉบับภาษาไทยโดย สุภาวดี บุญชู¹⁹ ประกอบด้วยข้อความทั้งหมด 15 ข้อ เป็นลักษณะแบบวัดมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ ประเมินตามความเชื่อมั่นในการปฏิบัติ โดยมีเกณฑ์ให้คะแนนจาก เชื่อมั่นมากที่สุด (5 คะแนน) เชื่อมั่นมาก (4 คะแนน) เชื่อมั่นปานกลาง (3 คะแนน) เชื่อมั่นน้อย (2 คะแนน) เชื่อมั่นน้อยที่สุด (1 คะแนน) และมีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยตรวจสอบค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน พบว่า ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .84 และพบค่าความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือเท่ากับ .82 ซึ่งเกณฑ์การกำกับการทดลอง คือ ต้องมีระดับคะแนนสมรรถนะแห่งตนในการจัดการอาการผ่านเกณฑ์



มากกว่าหรือเท่ากับ 61 คะแนนขึ้นไป จากคะแนนเต็ม 75 คะแนน จึงจะถือว่าผ่านเกณฑ์การกำกับการทดลอง โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยจะกำกับการทดลองทันที ภายหลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 5 และหากไม่ผ่านเกณฑ์การกำกับการทดลองผู้วิจัยจะร่วมซักถามข้อสงสัยเพื่อวิเคราะห์ปัญหาเป็นรายบุคคลจนกว่าจะผ่านเกณฑ์ที่กำหนด และเพิ่มเติมในกิจกรรมที่ผู้ป่วยยังไม่เข้าใจ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ภายหลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ภายใต้หนังสือรับรองเลขที่ SSR.REC 006/2567 ได้อนุญาตให้ดำเนินการวิจัยเมื่อวันที่ 28 ธันวาคม 2567 ว่าการวิจัยนี้ไม่เป็นการละเมิดสิทธิของผู้ป่วย ผู้วิจัยจะเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมการศึกษา การเก็บรวบรวมข้อมูล และหากกลุ่มตัวอย่างตอบรับการเข้าร่วมการวิจัย จึงเซ็นยินยอมในเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1. **ขั้นเตรียมการทดลอง** ผู้วิจัยได้ศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการบูรณาการการฝึกทักษะทางสังคมและ พัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และยื่นขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนและขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลกับโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จากนั้นผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยที่เป็นพยาบาลพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานด้านการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชอย่างน้อย 5 ปีเข้าพบหัวหน้าพยาบาลและพยาบาลประจำแผนกผู้ป่วยใน เพื่อชี้แจงการดำเนินการวิจัย ทั้งนี้ผู้วิจัยได้มีการตรวจสอบเวชระเบียนของผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับการรักษามแผนกผู้ป่วยใน เพื่อคัดเลือกเข้าร่วมการวิจัย โดยผู้วิจัยจะชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และนัดหมายวัน เวลา และสถานที่

ในการดำเนินการวิจัย

2. ขั้นตอนการทดลอง

2.1 กลุ่มควบคุม

2.1.1 หลังจากกลุ่มควบคุมลงชื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำการตอบแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภท และประเมินทักษะการทำหน้าที่ทางสังคม

2.1.2 ผู้วิจัยให้ข้อมูลแก่กลุ่มควบคุม โดยได้รับกิจกรรมพยาบาลตามปกติขณะที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ได้แก่ การประเมินอาการทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ การให้การพยาบาลตามมาตรฐานของวิชาชีพ การดูแลรักษาโรคจิตเภท โดยการให้ฉีดยา การรับประทานยา ตามแผนการรักษา การจัดการสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย และการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านจิต

2.1.3 ผู้วิจัยชี้แจงกลุ่มควบคุม เพื่อทำการประเมินการทำหน้าที่ทางสังคม โดยติดตามทางไปรษณีย์ ภายหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเป็นเวลา 1 สัปดาห์

2.2 กลุ่มทดลอง

2.2.1 ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำการตอบแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภท และประเมินทักษะการทำหน้าที่ทางสังคม

2.2.2 ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 10 คน และอธิบายรายละเอียดของโปรแกรมดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมที่ 1 กิจกรรมสัมพันธ์ภาพและการใช้คำพูดชักจูง ใช้เวลา 90 นาที โดยผู้วิจัยสร้างสัมพันธ์ภาพ ให้เกิดความไว้วางใจ ตั้งเป้าหมายและชี้แจงวัตถุประสงค์ของกลุ่ม และให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท โน้มน้าว ชักจูงให้เกิดความเชื่อมั่น ในการพัฒนาความสามารถของตนเอง ในการจัดการอาการทางลบและส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา



สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมที่ 2 การเห็นตัวแบบจริงและนำทักษะการสื่อสารขั้นพื้นฐานไปปฏิบัติใช้เวลา 90 นาที โดยผู้วิจัยประสานงานกับตัวแบบจริงซึ่งมีประสบการณ์คล้ายตนเอง ถ่ายทอดประสบการณ์อาการทางลบ ปัญหา อุปสรรค การจัดการอาการด้วยตนเอง มีการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการสื่อสารขั้นพื้นฐานร่วมซักถามข้อสงสัย และแสดงบทบาทสมมติการสื่อสาร และมอบหมายการบ้านการฝึกการสื่อสาร

สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมที่ 3 ประสิทธิภาพสำเร็จด้วยตนเองและทักษะการรับรู้ทางสังคม ผู้ป่วยร่วมสรุปทักษะการสื่อสารทั้งในรูปแบบอวัจนภาษาและวัจนภาษา จากกิจกรรมที่ 2 และอธิบายการแสดงออกทางสีหน้า จากอวัยวะต่าง ๆ บนใบหน้า โดยใช้รูปภาพแสดงอารมณ์ต่าง ๆ เช่น โกรธ รังเกียจ ดุ๊กกิ้ว เป็นต้น และสาธิตให้ผู้ป่วยถึงการแสดงออกทางสีหน้าและน้ำเสียง และให้ผู้ผู้ป่วยตอบคำถามการแสดงอารมณ์ต่าง ๆ ผ่านการแสดงออกของผู้วิจัย

สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมที่ 4 การใช้คำพูดชักจูงและทักษะเฉพาะสถานการณ์ ผู้ป่วยร่วมสรุปทักษะการรับรู้ทางสังคม การเพิ่มความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการรับรู้พฤติกรรม ของสังคมจากกิจกรรมที่ 3 และการส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยจิตเภทมีการแก้ไขสถานการณ์เฉพาะหน้าที่สามารถเกิดได้ในการใช้ชีวิตประจำวัน และโน้มน้าวใช้คำพูดชักจูงให้เกิดความเชื่อมั่นในการแก้ปัญหาซึ่งบุคคลจะรับรู้ถึงความสามารถของตนเองเมื่อต้องเผชิญความยากลำบาก

สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมที่ 5 การใช้คำพูดชักจูงและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ผู้ป่วยร่วมสรุปทักษะเฉพาะสถานการณ์ และผู้วิจัยประเมินผู้ป่วย จากการนำการจัดการดูแลตนเองเพื่อลดอาการทางลบ พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ร่วมกับการฝึกทักษะทางสังคมไปปฏิบัติ โดยพูดคุยแลกเปลี่ยนระหว่างกลุ่มพร้อมกับข้อคิดเห็น แนะนำ ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน

3. ขั้นตอนเก็บรวบรวมข้อมูล

กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยติดตามทางไปรษณีย์ ภายหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เป็นเวลา 1 สัปดาห์ ผู้วิจัยประเมินการทำหน้าที่ทางสังคม และตรวจสอบความสมบูรณ์และตรวจให้คะแนนของแบบประเมิน จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์ทางสถิติต่อไปจากนั้น

กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยติดตามทางไปรษณีย์ ภายหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เป็นเวลา 1 สัปดาห์ ผู้วิจัยประเมินการทำหน้าที่ทางสังคม และให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา การจัดการอาการทางลบ และการฝึกทักษะทางสังคมแก่กลุ่มควบคุมตามความสมัครใจ

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ซึ่งดำเนินการดังนี้ 1) ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง นำมาแจกแจงความถี่และหาค่าร้อยละ 2) เปรียบเทียบคะแนนการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติทดสอบที (Dependent t-test) หาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3) เปรียบเทียบคะแนนการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติทดสอบที (Independent t-test) กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนแบบบูรณาการ หลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ($t = 22.13$) ส่วนคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มควบคุม ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ .05 ($t = 2.62$) ดังแสดงในตารางที่ 1



ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนแบบบูรณาการต่อการทำหน้าที่ทางสังคม และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลปกติ

คะแนนการทำหน้าที่ทางสังคม	$\bar{X}$	SD	ระดับ	df	t	p-value
กลุ่มทดลอง (n = 20)						
ก่อนการทดลอง	88.55	7.17	ต่ำ	19	22.13	<.001
หลังการทดลอง	96.35	7.95	ปานกลาง			
กลุ่มควบคุม (n = 20)						
ก่อนการทดลอง	88.35	8.16	ต่ำ	19	2.62	.17
หลังการทดลอง	88.75	8.71	ต่ำ			

ระดับนัยสำคัญที่ .05

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนแบบบูรณาการต่อการทำหน้าที่ทางสังคม และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลปกติ

คะแนนการทำหน้าที่ทางสังคม	$\bar{X}$	SD	ระดับ	df	t	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	88.55	7.17	ต่ำ	38	-0.82	.935
กลุ่มควบคุม	88.35	8.16	ต่ำ			
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	96.35	7.95	ปานกลาง	38	-2.88	.006
กลุ่มควบคุม	88.75	8.71	ต่ำ			

ระดับนัยสำคัญที่ .05



2. คะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนแบบบูรณาการ ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนแบบบูรณาการและกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนการทดลองคะแนนเฉลี่ยของการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -0.82$) แต่ภายหลังจากการทดลองพบว่า คะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มทดลองสูงกว่าคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -2.88$) ดังแสดงในตารางที่ 2

อภิปรายผลการวิจัย

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ผลการวิจัย พบว่าการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนแบบบูรณาการสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนแบบบูรณาการอย่างมีนัยสำคัญที่สถิติระดับ .05

ผลการวิจัยสามารถอภิปรายได้ว่า โปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนแบบบูรณาการช่วยให้การทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทดีขึ้น จากการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชที่เรื้อรังและรักษาไม่หาย และอาการทางลบ เช่น อารมณ์ที่เฉยเมย การตอบสนองต่อสิ่งเร้าน้อย การรู้สึกแปลกแยกจากสังคม ทำให้ขาดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดการเรียนรู้ ผ่านการฝึกฝนพัฒนาศักยภาพของตนเอง โดยผู้ป่วยจะเกิดความไว้วางใจในบรรยากาศที่ผ่อนคลาย ร่วมบอกเล่าแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับโรคจิตเภท การจัดการอาการทางลบ และพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และเสริมสร้างความรู้ โน้มน้าวให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติดูแลการเจ็บป่วยตนเอง การจัดการอาการทางลบ และเชื่อมโยงสู่พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

กระตุ้นให้เกิดความตระหนักถึงผลกระทบเมื่อไม่ปฏิบัติ¹¹ การฝึกทักษะสังคม ซึ่งสร้างความเชื่อมั่นผ่านตัวแบบจริง ซึ่งมีประสบการณ์คล้ายคลึงกับตนเอง และฝึกปฏิบัติแสดงบทบาทสมมติจากสถานการณ์จำลอง เพื่อกระตุ้นประสบการณ์เดิมจากที่ผู้ป่วยเคยปฏิบัติได้¹¹ และการใช้ตัวแบบจริงในการถ่ายทอดประสบการณ์ในการจัดการอาการทางลบที่คล้ายคลึงกับตนเองโดยการสังเกตพฤติกรรมส่งผลให้เกิดความพึงพอใจและตนเองได้รับประโยชน์จากพฤติกรรมที่ตัวแบบบอกเล่าสอดคล้องกับการศึกษาของ ดลกมล มัทยัตร์ และเพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์¹⁵ อีกทั้งการแสดงบทบาทสมมติจากสถานการณ์จำลองผู้ป่วยจะเกิดกระบวนการวิเคราะห์และวางแผนเมื่อพบเจอสถานการณ์จริง โดยผู้ป่วยจะบอกเล่าความสำเร็จในกลุ่ม ทำให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับสถานการณ์ที่ทำให้วิตกกังวล ไม่สบายใจและช่วยลดความเครียดได้¹² การฝึกการใช้จ่ายเงิน การใช้ขนส่งสาธารณะ และการส่งเสริมอาชีพ ผู้วิจัยให้ข้อมูลย้อนกลับ แนะนำ อธิบายพฤติกรรมที่ทำให้ผู้ป่วยยังไม่สำเร็จ โน้มน้าวให้เกิดความเชื่อมั่นในการแก้ปัญหาส่งผลต่อการทำหน้าที่ทางสังคมที่ดีขึ้น จึงทำให้ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนแบบบูรณาการที่คะแนนการทำหน้าที่ทางสังคมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ผลการวิจัย พบว่าการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนแบบบูรณาการสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัยสามารถอภิปรายได้ว่า ผู้ป่วยจิตเภทได้รับโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนแบบบูรณาการให้เกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมผ่านการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ซึ่งสะท้อนให้เห็นจากข้อมูลดังกล่าวในข้อที่ 1 พัฒนาความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง การจัดการอาการทางลบ เข้าใจผลกระทบเมื่อไม่ปฏิบัติตามพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา การเรียนจากตัวแบบที่มีปัญหาลักษณะคล้ายคลึงกับตนเอง ก่อให้เกิดแรง



บันดาลใจที่จะกระทำให้เกิดความสำเร็จ ทบทวนตัวเองในการใช้ยา การป่วยซ้ำในอดีต ร่วมกับการฝึกทักษะสังคม ประกอบด้วย ทักษะการสื่อสารขั้นพื้นฐาน ทักษะการรับรู้ทางสังคม และทักษะการแก้ปัญหาเฉพาะสถานการณ์ในรูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ทำให้เกิดความสำเร็จด้วยตนเองจากการฝึกฝน สนับสนุนในกลุ่มซึ่งเป็นการชักจูงให้เกิดพฤติกรรมนั้นอย่างต่อเนื่อง¹⁵ และจากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาร่วมกับผู้ป่วยใน ได้รับการฝึกทักษะสังคมที่จำเป็น โดยให้ผู้ป่วยแสดงบทบาทสมมติ ให้ข้อมูลย้อนกลับ สนับสนุนให้กำลังใจ จึงเกิดปฏิสัมพันธ์ที่ดีระหว่างบุคคล อีกทั้งกระบวนการกลุ่มจะทำให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้วิธีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ มีการยอมรับบุคคลอื่น ทำให้เกิดความมั่นใจต่อการเข้าร่วมสังคม¹⁸ ส่งผลต่อการทำหน้าที่ทางสังคมที่ดีขึ้น ในขณะที่กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กิจกรรมการพยาบาลซึ่งเป็นแนวทางเบื้องต้นเท่านั้น โปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนแบบบูรณาการ โดยส่งเสริมความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ผ่านการเรียนรู้ทั้ง 4 ปัจจัยในการจัดการอาการทางลบ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในกลุ่ม ทำให้ผู้ป่วยสามารถตรวจสอบอาการทางลบที่เกิดขึ้นกับตนเอง และเชื่อมโยงความรู้จากโรคจิตเภทสู่ผลกระทบเมื่อไม่ปฏิบัติพฤติกรรม การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ร่วมกับการบูรณาการการฝึกทักษะสังคม โดยเรียนรู้ที่จะเข้าใจอารมณ์ของคนในสังคม การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นหรือคนใกล้ชิด เรียนรู้ผ่านตัวแบบที่มีประสบการณ์จริง ทำให้เกิดความ

สำเร็จด้วยตนเองจากการฝึกฝน ซึ่งเป็นการชักจูงให้เกิดพฤติกรรมนั้นอย่างต่อเนื่อง เมื่อกลับไปยังชุมชน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการติดตามประเมินผู้ป่วยเป็นระยะ ๆ เนื่องจากการเกิดการทำหน้าที่ทางสังคมจะคงอยู่ โดยกระตุ้นการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ เป็นระยะต่อเนื่อง ในระยะทุก 3 เดือน 6 เดือน 9 เดือน และ 1 ปี
2. ควรมีการศึกษาวิจัยในผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง กลุ่มอื่น ๆ เพื่อประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนแบบบูรณาการในการเพิ่มการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเวช
3. ควรมีการนำโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนแบบบูรณาการร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เพื่อให้เกิดการกระตุ้นการรับรู้การทำหน้าที่ทางสังคมต่อการปรับตัวในสถานการณ์ใหม่ที่ผู้ป่วยเผชิญเมื่ออยู่ในชุมชน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ที่ให้การสนับสนุนและอำนวยความสะดวกในการทำวิจัยในครั้งนี้



Reference

1. World Health Organization. World mental health report: transforming mental health for all [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2022 [cited 2022 Oct 10]. Available from: <https://archive.hshsl.umaryland.edu/handle/10713/20295>
2. Harvey PD, Strassnig MT, Silberstein J. Prediction of disability in schizophrenia: symptoms, cognition, and self-assessment. *J Exp Psychopathol*. 2019; 10(3). <https://doi.org/10.1177/2043808719865693>
3. Srioad P, Thoin P. The effect of psychoeducation activity focusing on skill training on social functioning of schizophrenia patients in community. *Res Dev Health Syst J*. 2021; 14(2): 310-9. (In Thai).
4. Juntapim S, Nuntaboot K. Care of schizophrenia patients by the community. *J Nurs Health Care*. 2021; 36(2): 68-76. (In Thai).
5. Bobes J, Arango C, Garcia-Garcia M, Rejas J; CLAMORS Study Group. Prevalence of negative symptoms in outpatients with schizophrenia spectrum disorders treated with antipsychotics in routine clinical practice: findings from the CLAMORS study. *J Clin Psychiatry*. 2010; 71(3): 280-6. <https://doi.org/10.4088/JCP.08m04250yel>
6. Stithyudhakarn S. Recurrence in patients with chronic schizophrenia: situation and prevention approaches. *J Nurs Sci Chulalongkorn Univ*. 2015; 28(3) :1-15. (In Thai).
7. Birchwood M, Smith J, Cochrane R, Wetton S, Copestake S. The Social Functioning Scale: development and validation of a new scale of social adjustment for use in family intervention programs with schizophrenic patients. *Br J Psychiatry*. 1990; 157: 853-9. <https://doi.org/10.1192/bjp.157.6.853>
8. Bandura A. Self-efficacy: the exercise of control. New York: W.H. Freeman; 1997.
9. Erol A, Unal E, Aydin E, Mete L. Predictors of social functioning in schizophrenia. *Turk J Psychiatry*. 2009; 17(2): 93-101.
10. Purba JM, Simamora RH, Karota E. Relationship of medication adherence and social functioning of persons with schizophrenia in the long-term period. *Open Access Maced J Med Sci*. 2021;9 (T3): 16-8. <https://doi.org/10.3889/oamjms.2021.6302>
11. Luangmongkhonchai N, Lueboonthavatchai O. Effect of perceived self-efficacy promoting group on medication adherence and follow-up intention of schizophrenic patients. *J Psychiatr Nurs Ment Health*. 2011; 25(3): 69-78. (In Thai).
12. Porama S. Effect of social skill training program on schizophrenia patients with negative symptom compared with treatment as usual [thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2018. (In Thai).
13. Polit DF, Hungler BP. Nursing research: principles and methods. 6th ed. Philadelphia: Lippincott; 1999.



14. Bellack AS, Mueser KT, Gingerich S, Agresta J. Social skills training for schizophrenia: a step-by-step guide. 2nd ed. New York: Guilford Publications; 2004.
15. Mattayat D, Dangdomyouth P. Effect of symptom-management self-efficacy program on negative symptoms of schizophrenic patients. J R Thai Army Nurses. 2018; 19(Special Issue Jan-Apr): 147-55. (In Thai).
16. Mahrous Abd El Aziz E. Effectiveness of social skills training program on social functioning and severity of symptoms among patients with schizophrenia. Am J Nurs Sci. 2017; 6(6). <https://doi.org/10.11648/jajns.20170606.13>
17. Takaloo S, Mirsepassi Z, Sharifi V, Farsham A, Farhadbeigi P, Karbalaee Nouri A. Short-term social skills training in schizophrenia spectrum disorders: a clinical trial in an outpatient setting. Iran J Psychiatry Behav Sci. 2020; 14(4). <https://doi.org/10.5812/ijpbs.99462>
18. Komkham C, Kertchok R. Effect of psychoeducation program focusing on skill training on social functioning of schizophrenic patients in community. J Psychiatr Nurs Ment Health. 2013; 27(3): 101-12. (In Thai).
19. Boonchu S. The effect of perceived self-efficacy promoting program on early warning signs recognition of schizophrenic patients [master's thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2008. Available from: <https://doi.org/10.58837/CHULA.THE.2008.634>(In Thai).