

ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาบนพื้นฐานการฝึกทักษะต่อความ สามารถการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท

The Effect of Skills Training-Based Psychoeducation Program on Functional Ability in Patients with Schizophrenia

กุลิสรา ทองไหม* สกาอรัตน์ พวงลัดดา

Kulissara Thongmai* Skaorat Puangladda

โรงพยาบาลศรีธัญญา นนทบุรี ประเทศไทย 110000

Srithanya Hospital, Nontaburi, Thailand, 11000

บทคัดย่อ

งานวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi - experimental research) มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาบนพื้นฐานการฝึกทักษะ และเปรียบเทียบความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาบนพื้นฐานการฝึกทักษะกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ที่รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศรีธัญญา กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 16 คน เป็นเวลา 2 สัปดาห์ เครื่องมือคือแบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ ประเมินก่อน-หลังการทดลอง 1 เดือน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ สถิติ chi - square test ค่าสถิติ dependent t-test และ independent t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนของความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทำหน้าที่มีความแตกต่างกัน และค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาบนพื้นฐานการฝึกทักษะ มีความแตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติมีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สรุปว่า โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาบนพื้นฐานการฝึกทักษะ มีผลต่อการพัฒนาความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งควรมีการฝึกและการติดตามผลอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดผลในระยะยาวต่อไป

คำสำคัญ: สุขภาพจิตศึกษา, การฝึกทักษะ, ความสามารถในการทำหน้าที่, ผู้ป่วยจิตเภท

Abstract

This study was a quasi-experimental research aimed at comparing the functional abilities of patients with schizophrenia before and after receiving a skill-based psychoeducation program, as well as comparing the functional abilities between patients who received the skill-based psychoeducation program and those who received routine care. The participants were inpatients at Srithanya Hospital, with 16 individuals in each group, over a period of two weeks. The research instrument was a functional ability assessment, administered before the intervention and one month after the experiment. Data were analyzed using frequency distribution, mean, percentage, chi-square test, dependent t-test, and independent t-test. The findings revealed that the mean functional ability scores of patients with schizophrenia after the intervention differed between the

*Corresponding Author : E-mail porpee1981@gmail.com

experimental and control groups, and the mean functional ability scores of those receiving the program were significantly different from those receiving routine care at the .05 level. In conclusion, the skill-based psychoeducation program had a positive effect on improving the functional abilities of patients with schizophrenia. Continuous training and follow-up are recommended to ensure long-term benefits.

Keywords: Psychoeducation, Skills Training-Based, Functional ability, Schizophrenia

บทนำ

โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชเรื้อรัง การเจ็บป่วยส่งผลกระทบต่อชีวิตด้านส่วนตัว ครอบครัว สังคม การศึกษา และการประกอบอาชีพ จากการสำรวจระดับนานาชาติทั่วโลก มีอุบัติการณ์โรคจิตเภท 1.13 ล้านคน¹ และจากข้อมูลสถิติผู้ป่วยโรคจิตเภทในโรงพยาบาลศรีธัญญา ปีงบประมาณ 2564 - 2566 พบว่า เป็นโรคที่พบมากอันดับ 1² จากข้อมูลจะเห็นว่าโรคจิตเภทมีจำนวนสถิติที่สูงที่สุดที่มารับบริการ ซึ่งลักษณะอาการของโรคจิตเภท มักพบความบกพร่องของการรู้คิด³ ทำให้ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการคิด การกระทำอย่างมีเหตุผล ตลอดจนการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น⁴ และยังพบความบกพร่องในเรื่องการทำหน้าที่ทางสังคม⁵ หรือความสามารถในการทำหน้าที่ ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตของตนเองด้อยสมรรถภาพ⁶ ความบกพร่องเหล่านี้เกิดขึ้นมาเป็นเวลานานก่อนที่จะเริ่มมีอาการของโรคและดำเนินต่อไปตลอดชีวิต ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความยากลำบากในการมีปฏิสัมพันธ์ และปรับตัวเข้ากับบุคคลอื่นในสังคม ต้องเผชิญกับการถูกโดดเดี่ยวทางสังคม การว่างงาน และการใช้ชีวิตอย่างอิสระเป็นเรื่องที่ทำได้ยาก⁷ ส่งผลให้การทำหน้าที่ทางสังคมจึงมีความบกพร่องอย่างมาก และมีความเกี่ยวข้องกับหลายปัจจัย เช่น การไม่ปฏิบัติตามการรักษา การพยากรณ์โรคที่ไม่ดี อัตราการกำเริบของโรคที่สูงขึ้น และเพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร⁸ ดังนั้น ผู้ป่วยจิตเภทต้องได้รับการช่วยเหลือเพื่อพัฒนาการทำหน้าที่ทางสังคม หรือความสามารถในการทำหน้าที่ ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่เป็นความสามารถในการใช้ชีวิตด้วยตนเองอย่างอิสระ การมีส่วนร่วมในความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ความสามารถในการปรับตัวทางสังคม และกิจกรรมประจำวัน⁹ รวมถึงความสามารถในการทำหน้าที่ทางสังคมที่เฉพาะเจาะจงและความพอใจของตนเองต่อความสามารถนี้ เช่นเดียวกับความสามารถในการดูแลตัวเองและการใช้เวลาว่าง¹⁰ สำหรับประเทศไทยมีการให้ความหมายไว้ว่า เป็นความสามารถในการดูแลตนเอง การทำ

หน้าที่ทางสังคม ความสามารถในการทำงาน และการรับรู้การเจ็บป่วย¹¹ โดยปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท คือ อาการทางจิต และการรู้คิดบกพร่อง ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่บกพร่องแสดงออกมาเป็นพฤติกรรม เช่น การแยกตัวจากการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ไม่สามารถรักษาความสัมพันธ์ในครอบครัว หรือเพื่อนไว้ได้ ประสิทธิภาพในการทำงานไม่เพียงพอ และขาดความสามารถในการมีส่วนร่วมในสังคม¹² จึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยเหล่านี้ได้ฟื้นคืนสู่สภาวะและป้องกันผลกระทบที่เกิดจากการเจ็บป่วยต่อไป

สุขภาพจิตศึกษา (psycho-education) เป็นการบำบัดทางจิตสังคม ที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีผลลัพธ์ที่ดีที่สุดที่ใช้ในการรักษาโรคจิตเภท¹³ สุขภาพจิตศึกษามีการนำมาใช้ในการแก้ไขความบกพร่องเรื่องการทำหน้าที่ทางสังคม เช่น การให้สุขภาพจิตศึกษามีประสิทธิภาพในการแก้ไขความบกพร่องการทำหน้าที่ทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภท¹⁴ รวมถึงการส่งเสริมความสัมพันธ์และการสื่อสารระหว่างบุคคลในผู้ป่วยจิตเภท¹⁵ ซึ่งเมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีสัมพันธภาพที่ดีต่อบุคคลอื่นมากขึ้น ส่งผลให้ความสามารถที่จะเรียนรู้ในการเริ่มการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้ดีขึ้น¹⁶ สำหรับในประเทศไทยมีการศึกษาสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะสำหรับผู้ป่วยจิตเภท เพื่อพัฒนาการทำหน้าที่ทางสังคม พบว่า ช่วยให้การทำหน้าที่ทางสังคมผู้ป่วยดีขึ้น และประกอบกับมีการศึกษาโปรแกรมฝึกทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการด้านลบ¹⁷ พบว่า ทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภทเพิ่มมากขึ้น และมีการศึกษาการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบพบว่าการทำหน้าที่ดีขึ้น¹⁸ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง¹⁹ พบว่า การฝึกทักษะทางสังคม สามารถทำให้อาการด้านลบลดลง และพฤติกรรมด้านสังคมและการสื่อสารของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังดีขึ้น สรุปได้ว่า การให้สุขภาพจิตศึกษา และการฝึกทักษะทางสังคม ช่วยให้การทำหน้าที่ทางสังคมของ

ผู้ป่วยจิตเภทดีขึ้น แต่ยังพบว่าการศึกษที่ผ่านมาเป็นการศึกษา
ผลของการฝึกทักษะทางสังคมหรือสุขภาพจิตศึกษาแบบ
แยกส่วน และยังขาดงานวิจัยที่ประเมินความสามารถในการทำ
หน้าที่โดยตรง ซึ่งมีผลต่อการกลับเข้าสู่สังคม ดังนั้นหากมีการ
นำมาบูรณาการจะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้และทักษะ
โดยเฉพาะอย่างยิ่งพยาบาลจิตเวชมีบทบาทสำคัญในการให้
สุขภาพจิตศึกษาและให้การปรึกษาแก่ผู้ป่วยจิตเภท จัดการเรียนรู้
และพัฒนาทักษะของผู้ป่วยการพัฒนาโปรแกรมที่ผสม
สุขภาพจิตศึกษาเข้ากับการฝึกทักษะจึงอาจเป็นแนวทางในการ
ช่วยพัฒนาความสามารถในการทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ
เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทดำรงชีวิตอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้ตาม
ศักยภาพของตนเองต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการทำหน้าที่
ของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา
บนพื้นฐานการฝึกทักษะ
2. เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการทำหน้าที่
ของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา
บนพื้นฐานการฝึกทักษะกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

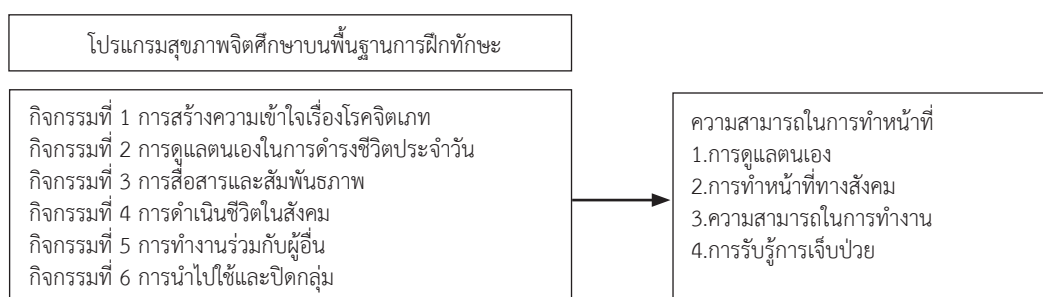
สมมติฐานในการวิจัย

1. ความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท
หลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาบนพื้นฐานการฝึกทักษะ
แตกต่างกับก่อนการได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาบนพื้นฐาน
การฝึกทักษะ
2. ความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท
กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาบนพื้นฐานแตกต่างกับ
กลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ใช้แนวคิดสุขภาพจิตศึกษา²⁰
การฝึกทักษะทางสังคม²¹ พัฒนามาจากโปรแกรมการฝึกทักษะ
ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง¹⁹ และกระบวนการกลุ่ม
บำบัด²² เพื่อช่วยพัฒนาความสามารถในการทำหน้าที่ของ
ผู้ป่วยจิตเภท¹¹

โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรัง การฟื้นฟูสมรรถภาพ
สำหรับผู้ป่วยจิตเภทเป็นสิ่งจำเป็นเพราะแม้ว่ายารักษา
อาการทางจิตจะบรรเทาอาการทางจิตเวชได้ก็ตาม แต่ยาเพียง
อย่างเดียวไม่ได้มีประสิทธิภาพเพียงพอที่จะฟื้นฟูสมรรถภาพ
ผู้ป่วยเหล่านี้ให้สามารถดำรงชีวิตในสังคมได้⁹ การฟื้นฟู
สมรรถภาพจะช่วยลดสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยแยกตัวจากสังคม⁹
โดยที่สุขภาพจิตศึกษา (psycho-education) เป็นหนึ่งในการ
บำบัดทางจิตสังคมวิธีแรกๆ และเป็นที่ยอมรับที่สุดที่ใช้ในการ
รักษาโรคจิตเภท²⁰ การให้สุขภาพจิตศึกษามีประสิทธิภาพในการ
แก้ไขความบกพร่องเรื่องความสามารถการทำหน้าที่ทางสังคม
ของผู้ป่วยจิตเภท³ รวมถึงการส่งเสริมความสัมพันธ์และ
การสื่อสารระหว่างบุคคลในผู้ป่วยจิตเภท นอกจากนี้ การฝึก
ทักษะทางสังคมเป็นสิ่งจำเป็น ซึ่งจะสอนให้ผู้ป่วยมีทักษะ
เมื่อกลับไปสู่สถานการณ์ที่พวกเขาเผชิญได้อย่างเหมาะสม
ในสภาพแวดล้อมของตนเอง ช่วยให้ความสามารถในการทำ
หน้าที่ทางสังคมดีขึ้น⁹ สำหรับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา
บนพื้นฐานการฝึกทักษะ¹⁹ ร่วมกับการบำบัดแบบกลุ่มจึงเป็นวิธี
การหลักในการฝึกทักษะทางสังคม²¹ เพราะกระบวนการกลุ่ม
ช่วยให้เกิดปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยด้วยกัน ทั้งในด้านความรู้สึก
ความคิด และการกระทำ²² เกิดการสนับสนุนกันของกลุ่ม
การเป็นแบบอย่างและการเสริมแรงซึ่งกันและกัน เป็นโอกาส
ในการช่วยเหลือตนเองและสนับสนุนกันเอง รวมถึงเป็น
บริบทที่ผู้เข้าร่วมกลุ่มได้เรียนรู้จากประสบการณ์จริงและ
ความพยายามในการแก้ปัญหาของกันและกัน²¹ ซึ่งจะส่งผล
ต่อการเปลี่ยนแปลงความสามารถของการทำหน้าที่ใน
ผู้ป่วยจิตเภทต่อไป สรุปเป็นภาพกรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพ



ภาพกรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi - experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาบนพื้นฐานการฝึกทักษะ ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาบนพื้นฐานการฝึกทักษะ ตัวแปรตาม คือ ความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (F 20.0 - F20.9) ที่เข้ารับการรักษารูปแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลศรีธัญญา

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (F20.0-F20.9) ที่รับการรักษาเป็นผู้ป่วยในตึกสามัญชายและหญิง ดำเนินการทดลอง ระหว่าง 13 ธันวาคม 2567 - 31 มีนาคม 2568 โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยกำหนดไว้ ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) 1) อายุระหว่าง 20 - 59 ปี 2) ประเมิน BPRS คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 36 3) ระยะเวลาการเจ็บป่วย 2 ปี ขึ้นไป 4) ประเมิน ICF คะแนน แต่ละด้านอยู่ระหว่าง .1 (มีความยากลำบากเล็กน้อย) - .4 (มีความยากลำบากที่สุด) 5) สามารถเข้าใจในการสื่อสาร 6) เขียนและอ่านเข้าใจได้โดยใช้ภาษาไทย 7) ยินยอมให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) 1) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยโรคร่วมทางจิตเวชอื่นๆ 2) มีปัญหาโรคแทรกซ้อนทางกายที่เป็นอุปสรรค 3) ต้องรักษาด้วยไฟฟ้าระหว่างการศึกษ

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างทำโดยโปรแกรมสำเร็จรูป G*Power (Version 3.1.9.7) ร้อยละ 99 ระดับนัยสำคัญ .05 ค่าขนาดกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำจำนวน 32 คน แบ่งเป็น 16 คน ต่อกลุ่ม คือ 1) กลุ่มทดลอง เป็นกลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยยาพร้อมกับโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น 2) กลุ่มควบคุม เป็นกลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยยาพร้อมกับวิธีมาตรฐานของโรงพยาบาล เพื่อให้ทั้งสองกลุ่มมีความเท่าเทียมกัน ผู้วิจัยจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (Matched-pair) ให้แต่ละกลุ่มมีคุณสมบัติที่ใกล้เคียงกันมากที่สุด คือ เพศ อายุ ระดับการศึกษา และระยะเวลาการเจ็บป่วย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาบนพื้นฐานการฝึกทักษะ เป็นโปรแกรมที่ประยุกต์มาจากโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง¹⁹ จำนวน 6 ครั้ง รวมเวลา 2 สัปดาห์ รายละเอียดโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา มี ดังนี้ กิจกรรมที่ 1 การสร้างความเข้าใจเรื่องโรคจิตเภท กิจกรรมที่ 2 การดูแลตนเองในการดำรงชีวิตประจำวัน กิจกรรมที่ 3 การสื่อสารและสัมพันธภาพ กิจกรรมที่ 4 การดำเนินชีวิตในสังคม กิจกรรมที่ 5 การทำงานร่วมกับผู้อื่น กิจกรรมที่ 6 การนำไปใช้และปิดกลุ่ม การตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรม ผู้วิจัยนำโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกเสริมทักษะให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ จิตแพทย์ 1 ท่าน พยาบาลผู้ที่มีความชำนาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 2 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความชัดเจน และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และแก้ไขตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะ โดยมีค่าความสอดคล้อง (IOC) = 0.95

2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2.1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2.2) แบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท¹¹ สรุปแบบประเมินแต่ละด้านเป็น ดังนี้ 1) ความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care) จำนวน 7 ข้อ 2) การทำหน้าที่ทางสังคม (Social function) จำนวน 2 ข้อ 3) ความสามารถในการทำงาน (Task capacity) จำนวน 7 ข้อ 4) การรับรู้การเจ็บป่วย (Insight to illness) จำนวน 3 ข้อ โดยเกณฑ์การจัดระดับคะแนนในแต่ละข้อ มี 4 ระดับ คือ ระดับ 1 ถึง ระดับ 4 สำหรับค่าความเที่ยง (reliability) ของแบบประเมินความสามารถรายด้าน การดูแลตนเองขั้นพื้นฐาน การดูแลตนเองขั้นก้าวหน้า การทำหน้าที่ทางสังคม ความสามารถในการทำงาน และการรับรู้การเจ็บป่วย เท่ากับ .99 ,1.00 ,1.00,1.00 และ 1.00 ตามลำดับ ส่วนค่าความเที่ยงทั้งฉบับ เท่ากับ .99 การศึกษาครั้งนี้ไม่ได้ดัดแปลงใดๆ จึงไม่ได้ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือซ้ำ

การวิเคราะห์ข้อมูลวิจัย 1) การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ ศาสนา ระยะเวลาการเจ็บป่วย จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และระดับคะแนนอาการทางจิต นำเสนอด้วยการแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และทดสอบความแตกต่างด้วยสถิติ chi - square test 2) เปรียบเทียบคะแนนความสามารถการทำหน้าที่ของกลุ่ม

ทดลองก่อนการทดลองและหลังได้รับโปรแกรมฯ และเปรียบเทียบคะแนนความสามารถการทำหน้าที่ของกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองและหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา (SLA) โดยทดสอบค่าสถิติ dependent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 3) เปรียบเทียบคะแนนความสามารถการทำหน้าที่ ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯ และกลุ่มควบคุมที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา (SLA) ก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง โดยทดสอบค่าสถิติ independent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยส่งโครงร่างและเอกสารที่เกี่ยวข้องให้คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ของโรงพยาบาลศรีธัญญา เพื่อให้พิจารณารับรองตามเอกสารรับรอง เลขที่ : STY.COAO02/2568 ลงวันที่ 24 ตุลาคม 2567 ดำเนินการส่งเครื่องมือในการวิจัยให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ ผู้วิจัยแก้ไขปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ ส่งให้คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของโรงพยาบาลศรีธัญญา เพื่อให้พิจารณารับรองตามเอกสารรับรอง ตามเอกสารรับรอง เลขที่ : STY.COAO02/2568 ลงวันที่ 12 ธันวาคม 2567 การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการภายหลังได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในคน ผู้วิจัยเข้าพบและอธิบายวัตถุประสงค์และขอความยินยอมจากผู้ให้ข้อมูล ที่ให้ความยินยอมด้วยการลงลายมือให้ความยินยอมในหนังสือให้ความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยซึ่งผู้ให้ข้อมูล มีสิทธิ์ให้ความ

ยินยอมหรือปฏิเสธการได้โดยไม่มีผลต่อการรักษาการเปิดเผยข้อมูลจะเปิดเผยในภาพรวมไม่เปิดเผยข้อมูลเฉพาะบุคคลที่สามารถสืบหาผู้ให้ข้อมูลได้

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ข้อมูลพื้นฐานของทั้งสองกลุ่มส่วนมากไม่แตกต่างกัน กล่าวคือ เพศชาย และเพศหญิงเท่ากัน อายุเฉลี่ยอยู่ในช่วง 31-35 ปี เท่ากัน การศึกษาของทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น มากที่สุด สถานภาพสมรสส่วนใหญ่โสด อาชีพส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงาน ศาสนาเป็นศาสนาพุทธ ร้อยละ 100 มีระยะเวลาการเจ็บป่วยส่วนใหญ่มากกว่า 2-5 ปี ร้อยละ 37.5 ส่วนกลุ่มควบคุม 6-9 ปี ร้อยละ 31.25 จำนวนครั้งที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 2-5 ครั้ง และระดับคะแนนอาการทางจิตอยู่ในระดับน้อยทั้งสองกลุ่ม เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ chi-square test พบว่าข้อมูล ทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ $p > .05$ นั้นแสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีความเท่าเทียมกันก่อนการทดลอง

2. วัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาบนพื้นฐานการฝึกทักษะ ในกลุ่มทดลอง รวมถึงเมื่อเปรียบเทียบความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองและหลังการทดลอง (n= 32 คน)

คะแนนความสามารถในการทำหน้าที่	Mean	SD	df	t	p-value
กลุ่มการทดลอง (n = 16 คน)					
ก่อนการทดลอง	49.75	10.98	15	-16.12	.000
หลังการทดลอง	84.56	4.92	15		
กลุ่มควบคุม (n = 16 คน)					
ก่อนการทดลอง	59.50	10.35	15	-1.58	.134
หลังการทดลอง	62.06	8.14	15		

จากตารางที่ 1 พบว่า 1) คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทำหน้าที่ของกลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาบนพื้นฐานการฝึกทักษะ มีค่าเฉลี่ย 49.75 (SD 10.98) และหลังจากได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาบนพื้นฐานการฝึกทักษะ มีค่าเฉลี่ย 84.56 (SD 4.92) เมื่อเปรียบเทียบกับสถิติ dependent t-test พบว่าหลังการทดลองค่าเฉลี่ยความสามารถในการทำหน้าที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t=-16.12$) นั่นคือ กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาบนพื้นฐานการฝึกทักษะ มีคะแนนทักษะความสามารถในการทำหน้าที่เพิ่มมากขึ้น 2) คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทำหน้าที่ของกลุ่มควบคุมก่อนได้รับการพยาบาล

ตามปกติมีค่าเฉลี่ย 59.50 (SD 10.35) และหลังจากได้รับการพยาบาลตามปกติมีค่าเฉลี่ย 62.06 (SD 8.14) เปรียบเทียบกับสถิติ dependent t-test พบว่าความสามารถในการทำหน้าที่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t=-1.58$) นั่นคือ กลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีคะแนนทักษะความสามารถในการทำหน้าที่ไม่แตกต่างกัน

3. วัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาบนพื้นฐานการฝึกทักษะกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการทำหน้าที่ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาบนพื้นฐานการฝึกทักษะกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

คะแนนความสามารถในการทำหน้าที่	Mean	SD	df	t	p-value
ก่อนการทดลอง (n = 16 คน)					
กลุ่มทดลอง	49.75	10.98	30	-2.58	.015
กลุ่มควบคุม	59.50	4.92	30		
หลังการทดลอง (n = 16 คน)					
กลุ่มทดลอง	84.56	10.35	30	8.74	.000
กลุ่มควบคุม	63.00	8.54	30		

จากตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการทำหน้าที่ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาบนพื้นฐานการฝึกทักษะ กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ 1) ค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการทำหน้าที่กลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาบนพื้นฐานการฝึกทักษะ มีค่าเฉลี่ย 49.75 (SD 10.98) และกลุ่มควบคุมก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ มีค่าเฉลี่ย 59.50 (SD 4.92) เมื่อเปรียบเทียบกับสถิติ independent t-test พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการทำหน้าที่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t=-2.58$) นั่นแสดงให้เห็นว่าความสามารถในการทำหน้าที่ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันก่อนการทดลอง 2) ค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการทำหน้าที่ในกลุ่มทดลองภายหลังที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาบนพื้นฐานการฝึกทักษะ มีค่าเฉลี่ย 84.56 (SD 10.35) และกลุ่ม

ควบคุมภายหลังได้รับการพยาบาลตามปกติมีค่าเฉลี่ย 63.00 (SD 8.54) เมื่อเปรียบเทียบกับสถิติ independent t-test พบว่าคะแนนความสามารถในการทำหน้าที่ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t=8.79$) นั่นแสดงให้เห็นว่าความสามารถในการทำหน้าที่ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันหลังการทดลอง โดยค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการทำหน้าที่ในกลุ่มทดลองภายหลังที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาบนพื้นฐานการฝึกทักษะ มีค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการทำหน้าที่มากกว่ากลุ่มควบคุม

การอภิปรายผลการวิจัย

1. ความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมฯ แตกต่างกับก่อนการได้รับโปรแกรมสุขภาพ

จิตศึกษาบนพื้นฐานการฝึกทักษะ จากการที่ผู้ป่วยโรคจิตเภท หลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาบนพื้นฐานการฝึกทักษะ 1 เดือน มีค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการทำหน้าที่ดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญ แสดงให้เห็นว่าการให้สุขภาพจิตศึกษา บนพื้นฐานการฝึกทักษะเป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับการสอนให้ ความรู้เรื่องโรค การเรียนรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองขณะ ป่วย นอกจากนี้ยังมีการสอนการฝึกทักษะทางสังคมทั้ง 4 ด้าน จากกิจกรรมของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาบนพื้นฐานการฝึก ทักษะ ดังนี้ กิจกรรมที่ 1) การสร้างความเข้าใจเรื่องโรคจิตเภท เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจ ตระหนักรู้เรื่องโรคจิตเภทและ การรักษาส่งผลให้เกิดการรับรู้การเจ็บป่วย จนกระทั่งก่อน การเข้ากลุ่มผู้ป่วยที่ยังไม่ยอมรับการเจ็บป่วย เมื่อมีการพูดคุย แลกเปลี่ยนประสบการณ์การเจ็บป่วยด้วยกันภายในกลุ่ม เริ่มมี การตระหนักรู้เกี่ยวกับอาการตนเองยอมรับอาการมากขึ้น เป็นการให้ความรู้ผู้ป่วยโรคจิตเภท เป็นรูปแบบหนึ่งของการฝึก อบรมเสริมพลัง ที่มุ่งเป้าไปที่การส่งเสริมความตระหนักรู้ และให้เครื่องมือในการจัดการรับมือและใช้ชีวิตอยู่กับ โรคจิตเภท^๑ กิจกรรมที่ 2) การดูแลตนเองในการดำรงชีวิตประจำวัน เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจ ตระหนักรู้โรคจิตเภท และการ รักษาส่งผลให้เกิดการรับรู้การเจ็บป่วย^๒ เมื่อเกิดการแลกเปลี่ยน เรียนรู้กันเองภายในสมาชิกกลุ่ม แลกเปลี่ยนประสบการณ์ใน การดูแลตนเอง ส่งผลให้สมาชิกเกิดการเรียนรู้ การดูแลสุ ขอนามัยตนเองอย่างถูกวิธี การรับประทานอาหารและน้ำ การ พักผ่อน และการออกกำลังกาย โดยสมาชิกให้ความสนใจ เนื่องจากการดูแลตนเองในเรื่องกิจวัตรประจำวัน เป็นความ บกพร่องที่อาจเกิดขึ้นมานานก่อนที่จะเริ่มมีอาการ ของ โรคจิตเภท และดำเนินต่อไปตลอดชีวิตในวัยผู้ใหญ่ การดูแล ตนเองในการดำรงชีวิตประจำวัน เป็นองค์ประกอบหลักของ ความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท กิจกรรมที่ 3) การดำเนินชีวิตในสังคม โดยการใช้ทักษะการสื่อสาร การพูด การฟัง ที่เหมาะสม การใช้ระดับเสียงเหมาะสม ในการพูดคุย การใช้สรรพนามอย่างเหมาะสม การใช้คำพูด สุภาพ การรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น การรับฟังเรื่องราว ผู้อื่น พูดได้อย่างต่อเนื่อง และการถามเรื่องที่สนใจหรือสงสัย เป็นการฝึกทักษะทางสังคมที่ผู้ป่วยจิตเภทมีความบกพร่อง^๓ กิจกรรมที่ 4) การสื่อสารและสัมพันธภาพ โดยนำทักษะการจาย ตลาด โดยการใช้ทักษะการสื่อสารและสัมพันธภาพ เป็นสิ่ง จำเป็นซึ่งจะสอนให้ผู้ป่วยมีทักษะเมื่อกลับไปสู่สถานการณ์ที่ พวกเขาเผชิญได้อย่างเหมาะสม ในสภาพแวดล้อมของตนเอง

จึงช่วยให้ความสามารถการทำหน้าที่ทางสังคมดีขึ้น^{๑๑} กิจกรรมที่ 5) การทำงานร่วมกับผู้อื่น เป็นการทำงานร่วมกัน มีการวางแผน การแบ่งงานกัน หลังกิจกรรมสมาชิกกลุ่ม ได้ทำงานร่วมกัน มีความรู้สึกร่วมกิจกรรม การฝึกทักษะทาง สังคมผ่านการทำงานร่วมกัน ส่งเสริมความสามารถการทำหน้าที่ ส่งผลให้เกิดความฟื้นตัวได้ดีขึ้น^{๑๘,๒๐} กิจกรรมที่ 6) การสรุป การนำไปใช้และปิดกลุ่ม การนำไปใช้และปิดกลุ่ม เป็นการ ทบทวนและวางแผนการนำไปใช้ในชีวิตประจำวันหลังจำหน่าย ออกจากโรงพยาบาล

2. ความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาบนพื้นฐานการฝึกทักษะ แตกต่างกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติจากการติดตามผล หลังสิ้นสุดโปรแกรม 1 เดือน เมื่อผู้ป่วยได้เข้าร่วมโปรแกรมฯ จนครบทุกขั้นตอนทำให้ผู้ป่วยยังคงมีทักษะในการใช้ชีวิต ในด้านต่างๆอยู่ร่วมกับครอบครัว และอยู่ในชุมชนได้ดีขึ้น จากการติดตามพบว่าคะแนนความสามารถในการทำหน้าที่ของ กลุ่มทดลองสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองและแตกต่างจากกลุ่ม ควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 ซึ่งโปรแกรมสุขภาพจิต ศึกษาบนพื้นฐานการฝึกทักษะส่งผลต่อความบกพร่องเรื่อง การทำหน้าที่ทางสังคม สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา^{๑๔} ที่พบ ว่าการให้สุขภาพจิตศึกษามีประสิทธิภาพในการแก้ไขความ บกพร่องการทำหน้าที่ทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภท ส่วนอีกการ ศึกษาที่พบว่าการฝึกทักษะทางสังคมเป็นสิ่งจำเป็น ซึ่งจะสอน ให้ผู้ป่วยมีทักษะเมื่อกลับไปสู่สถานการณ์ที่พวกเขาเผชิญได้ อย่างเหมาะสมในสภาพแวดล้อมของตนเอง ช่วยให้การทำ หน้าที่ทางสังคมดีขึ้น^{๒๓} เหตุผลอื่นที่สนับสนุนสมมติฐานข้อนี้ คือ เป็นการช่วยลดสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยแยกตัวจากสังคม^{๒๓} สุขภาพจิตศึกษา (psycho-education) ยังเป็นการบำบัดทาง จิตสังคมที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ว่าดีที่สุดที่ใช้ในการรักษา โรคจิตเภท มีการนำมาใช้ ในการแก้ไขความบกพร่องการทำ หน้าที่ทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภท^{๑๔} การฝึกทักษะยังเป็นการ ส่งเสริมความสัมพันธ์ และการสื่อสารระหว่างบุคคลในผู้ป่วย จิตเภท^{๑๕} รวมถึงการฝึกทักษะทางสังคมเป็นสิ่งจำเป็น เพื่อสอน ให้ผู้ป่วยมีทักษะเมื่อกลับไปสู่สถานการณ์ที่พวกเขาเผชิญ ได้อย่างเหมาะสมในสภาพแวดล้อมของตนเอง ช่วยให้การทำ หน้าที่ทางสังคมดีขึ้น^{๒๓} สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทย ที่พบว่าโปรแกรมฝึกทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทที่มี อาการด้านลบเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการรักษาตามปกติ^{๑๗} พบว่าทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภทเพิ่มมากขึ้นเมื่อเปรียบ

เทียบกับกลุ่มควบคุม และสอดคล้องกับการศึกษาที่ พบว่า การสอนสุขภาพจิตที่เน้นการฝึกทักษะสำหรับผู้ป่วยจิตเภท เพื่อพัฒนาการทำหน้าที่ทางสังคม ส่งผลต่อการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁹ ที่เป็นเช่นนั้นเพราะ สุขภาพจิต ศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะ เป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภท มีความรู้และทักษะที่จำเป็นในการดูแลตนเอง เพื่อใช้ในการ ดำรงชีวิตในสังคม เหตุผลที่สำคัญอีกประการหนึ่ง คือ เป็นการบำบัดแบบกลุ่ม การมีปฏิสัมพันธ์ของสมาชิกในกลุ่มที่มี ลักษณะคล้ายคลึงกัน ส่งผลให้เกิดปัจจัยการบำบัด²² ที่มี ประโยชน์ในการเยียวยาผู้ป่วยจิตเภทแตกต่างจากการดูแล ตามปกติที่เป็นลักษณะกลุ่มเปิด ดังนั้น การฟื้นฟูสมรรถภาพ สำหรับผู้ป่วยจิตเภทเป็นสิ่งจำเป็นเพราะแม้ว่ายารักษาอาการ ทางจิตจะบรรเทาอาการทางจิตเวชได้ก็ตาม ที่สำคัญการฟื้นฟู สมรรถภาพด้วยสุขภาพจิตศึกษาบนพื้นฐานการฝึกทักษะ พยาบาลวิชาชีพสามารถดำเนินการได้ตามมาตรฐานวิชาชีพ เพราะผลลัพธ์ที่สำคัญของการปฏิบัติการพยาบาลตาม มาตรฐานการพยาบาลเชิงผลลัพธ์ของสภาการพยาบาลคือ ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพและทักษะในการดูแล สุขภาพของตนเองสรุปได้ว่าโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาบน พื้นฐานการฝึกทักษะช่วยให้ความสามารถในการทำหน้าที่ของ ผู้ป่วยจิตเภทดีขึ้นแตกต่างจากการได้รับการพยาบาลแบบปกติ เป็นเหตุผลสนับสนุนให้พยาบาลจิตเวชนำโปรแกรมสุขภาพจิต ศึกษาบนพื้นฐานการฝึกทักษะไปใช้ในการพยาบาลผู้ป่วย จิตเภทต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการทำวิจัย

1) การนำโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาบนพื้นฐาน การฝึกทักษะไปใช้ จำเป็นต้องดำเนินการตามลำดับขั้นตอน เพื่อให้เกิดประสิทธิผลอย่างสมบูรณ์ ดังนั้นควรมีการจัดฝึก อบรมเชิงปฏิบัติการให้กับพยาบาลผู้ทำงานเกี่ยวข้องกับ การดูแลผู้ป่วยจิตเภท

2) พยาบาลในโรงพยาบาลจิตเวชสามารถนำ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาบนพื้นฐานการฝึกทักษะไปใช้ เป็นแนวทางในการส่งเสริมความสามารถในการทำหน้าที่ของ ผู้ป่วยจิตเภท

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรมีการศึกษาติดตามความสามารถในการทำ หน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทต่อเนื่อง ใน 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี เพื่อทำการประเมินประสิทธิผลของความคงทนของความ สามารถการทำหน้าที่

2) ควรมีการศึกษานำโปรแกรมสุขภาพจิต ศึกษาบนพื้นฐานการฝึกทักษะ ไปใช้ในประชากรของผู้ป่วย จิตเภทซ้ำหลาย ๆ แห่ง เพื่อเป็นประโยชน์ในการวิเคราะห์ งานวิจัย อย่างเป็นระบบ (systematic review) หรือศึกษา ในกลุ่มโรคทางจิตเวชอื่นต่อไป

References

1. He H, Liu Q, Li N, Guo L, Gao F, Bai L.,et al. Trends in the incidence and DALYs of schizophrenia at the global, regional and national levels: results from the Global Burden of Disease Study 2017. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*. 2020;29:e91.
2. Srithanya Hospital. Service Statistics of Srithanya Hospital for Fiscal Year 2023. Nonthaburi: Department of Mental Health; 2023. (in Thai)
3. El-Azzab S, Ali S, & Othman B. Effectiveness of psycho-motivational training on improving social skills and emotional regulation in patients with schizophrenia. *Egyptian Journal of Nursing and Health Sciences*. 2022;3 (2): 76–102.
4. Shanko A, Abute L, & Tamirat T. Attitudes toward schizophrenia and associated factors among community members in Hossana town: a mixed method study. *BioMed Central Psychiatry*. 2023;23 (1):1–10.
5. Fulford D, Campellone T, & Gard D. Social motivation in schizophrenia: How research on basic reward processes informs and limits our understanding. *Clinical Psychology Review*. 2018;63: 12–24.

6. Hongtiyanon T, & Tipawong A. Relationships between social support and quality of life inschizophrenia patients. *Journal of The Royal Thai Army Nurses* 2018;19 (Suppl):487-94.
7. Fitah I, Chakit M, Kadiri M, Brikat S, Hessni A, & Mesfioui A. The evaluation of the social functioning of schizophrenia patients followed up in the health center My El Hassan of Kenitra, Morocco. *The Egyptian Journal of Neurology, Psychiatry and Neurosurgery*. 2023;59(1): 125.
8. Alhadidi MM, Lim Abdullah K, Yoong TL, Al Hadid L, & Danaee M. A systematic review ofrandomized controlled trials of psychoeducation interventions for patients diagnosed with schizophrenia. *International Journal of Social Psychiatry*. 2020;66(6):542-52.
9. Dziwota E, Stepulak MZ, & Włoszczak- Szubzda A. Social functioning and the quality of life of patients diagnosed with schizophrenia. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*. 2018; 25(2):275-80.
10. Nemoto T, Uchino T, Aikawa S, Saito J, Matsumoto H, Funatogawa T, et al. Social anxiety and negative symptoms as the characteristics of patients with schizophrenia who show competence-performance discrepancy in social functioning. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 2019; 73(7): 394-9.
11. Samutsin P, Wirakarat C, Chomchean R, Kittipongpisan S. The development of functional ability assessment tool for chronic schizophrenia. *Journal Mental Health Thai*. 2016;24(3):189-91. (in Thai).
12. Porcelli S, Kasper S, Zohar J, Souery D, Montgomery S, Ferentinos P, et al. Social dysfunction in mood disorders and schizophrenia: clinical modulators in four independent samples. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological*. 2020;99: 109835.
13. bdelgelil SA, Elyazal AS, Mubarak AAR, & Elsherif ZA. Effect of social skills enhancement training program on negative symptoms among patients with schizophrenia. *Tanta Scientific Nursing Journal*. 2022; 24(1): 35-73.
14. El-Azzab SESH, Ali SMH, & Othman BEM. Effectiveness of psycho-motivational training on improving social skills and emotional regulation in patients with schizophrenia. *Egyptian Journal of Nursing and Health Sciences*. 2022; 3(2): 76-102.
15. Alhadidi MMB, Abdullah KL, Yoong TL, Hadid LA, & Danaee M. A systematic review of randomized controlled trials of psychoeducation interventions for patients diagnosed with schizophrenia. *International Journal of Social Psychiatry*. 2020;66(6): 542-52
16. Posri A. Family and community participation in caring of chronic schizophrenic patients: Study of Nongnasang community. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2018; 19 (Supplement) :239-47. (in Thai)
17. Sirilak P. The Effect of Social Skills Training Program on Negative Symptoms in Schizophrenic Patients Compared with the Usual Treatment Group [Master's thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2018. (in Thai)

18. Leethongkham S, & Uthis P. The effect of negative symptoms self management program on functioning of schizophrenic patients with negative symptoms. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2018;19 (Supplement) :459– 67. (in Thai)
19. Jidarat P, Natthaporn B, Sunlamai T, Prakaidao C, & Porndusit K. Development and effectiveness of a social skills training program for chronic schizophrenic patients. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2022; 36 (2): 22–48. (in Thai)
20. Anderson CM, Hogarty GE & Reiss DJ. Family treatment of adult schizophrenic patients: a psycho-educational approach. *Schizophrenia Bulletin*. 1980; 6(3): 490–95.
21. Baskaran M, Raghuthaman G, & Jayasudha A. Effectiveness of social skill program for social performance among schizophrenia patients selected tertiary care hospital Coimbatore India. *Clinical Epidemiology and Global Health*. 2023;23: 101381.
22. Yalom I, & Leszcz M. The theory and practice of group psychotherapy. (6th ed). London: Hachette UK; 2020: 123–40.
23. Abaoglu H, Mutlu E, Ak S, Aki E, & Anil Yagcioglu A. The effect of life skills training on functioning in schizophrenia: a randomized controlled trial. *Turk Journal Psychiatry*. 2020; 31(1):1-10.