

นิพนธ์ต้นฉบับ

ผลของการฝึกทักษะด้านสังคมและการสื่อสาร
ร่วมกับการใช้เบาะรถยนต์ของผู้ป่วยจิตเภท

วันรับ : 1 กันยายน 2562
วันแก้ไข : 22 กรกฎาคม 2563
วันตอบรับ : 27 กรกฎาคม 2563

จิตรัตน์ พิมพ์ดีด, พย.ม., ภัฏฐาภรณ์ เบ้าเรือง, พย.ม.,
สุนละมัย ทาคำใจ, พย.บ.
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลของการฝึกทักษะด้านสังคมและการสื่อสารร่วมกับการใช้เบาะรถยนต์ต่อทักษะด้านสังคมและการสื่อสารของผู้ป่วยจิตเภท

วิธีการ: เป็นการวิจัยแบบทดลองในผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในระยะคงสภาพการรักษา โดยเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับการฝึกทักษะด้านสังคมและการสื่อสาร และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการบำบัดการจัดการกับอาการหว่ว กลุ่มละ 24 คน ดำเนินการในระหว่างเดือนกรกฎาคม - พฤศจิกายน 2560 ใช้เครื่องมือแบบประเมินเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช ในชุมชนเฉพาะทักษะด้านสังคมและการสื่อสาร ฉบับสั้น 5 ข้อ ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค 0.84 ประเมินผลก่อนและหลังการทดลอง 1 สัปดาห์ และหลังติดตามผล 1 เดือน ใช้สถิติวิเคราะห์ independent-samples t-test และ paired-samples t-test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผล: ค่าคะแนนเฉลี่ยทักษะด้านสังคมและการสื่อสารของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (17.04, 17.08 คะแนน) ก่อนการทดลอง ไม่แตกต่างกัน และหลังการทดลอง 1 สัปดาห์ ค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลองแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ (18.83, 17.46 คะแนน) ส่วนในกลุ่มทดลองเอง ค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลอง 1 สัปดาห์ แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ (17.04, 18.83 คะแนน) และหลังติดตามผล 1 เดือน แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ (17.04, 18.83 คะแนน) เช่นกัน

สรุป: การฝึกทักษะด้านสังคมและการสื่อสารร่วมกับการใช้เบาะรถยนต์ สามารถทำให้ทักษะด้านสังคมและการสื่อสารของผู้ป่วยจิตเภทดีขึ้น ดังนั้นผู้ป่วยจิตเภทควรได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยการฝึกทักษะด้านสังคมและสื่อสารอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: การฝึกทักษะด้านสังคมและสื่อสาร ผู้ป่วยจิตเภท

ติดต่อผู้นิพนธ์: จิตรัตน์ พิมพ์ดีด; e-mail: jengy2553@hotmail.com

Original article

The effects of social and communication skills training with the token economy in schizophrenic patients

Received : 1 September 2019

Revised : 22 July 2020

Accepted : 27 July 2020

Chidarat Pimdeed, M.N.S., Nuttaporn Baouraeng, M.N.S.,

Sunlamai Takumjai, B.N.S.

Khon Kaen Rajanagarindra Psychiatric Hospital

Abstract

Objective: To study the effects of social and communication skills training with the token economy in schizophrenic patients.

Methods: This is a randomized controlled trial study, comparing two groups of schizophrenic patients in maintenance phase with the experimental group receiving social and communication skills training and the control group receiving hallucination management as usual care. The study was conducted between July - November 2017. The instrument used to collect data was the 5-items psychiatric patient's rehabilitation screening test-social and communication skills part. The data was collected at the beginning, 1 week after training, and at 1-month follow up. The reliability of psychiatric patient's rehabilitation screening from the Cronbach's alpha coefficient was 0.84. Data were analyzed using independent-samples t-test and paired-samples t-test with the p-value at the .05.

Results: There were no difference in the average pre-treatment measurements between these two group, 17.04 and 17.08 respectively. The average score of post-treatment measurements of the experimental group was significantly different from the control group (18.83 and 17.46) respectively. There is also a was significant difference between pre and post training score in the experiment group, that persisted at one month follow up.

Conclusion: The social and communication skills training is able to improve on social and communication skills of schizophrenic patients. This may be expanded in other setting to help prepare people with schizophrenia in their rehabilitation to improve social and communication skills.

Keywords: schizophrenic patients, social and communication skills training

Corresponding author: Chidarat Pimdeed; e-mail: jengy2553@hotmail.com

บทนำ

โรคจิตเภทเป็นโรคจิตที่พบบ่อยที่สุด ผู้ป่วยจิตเภทมีความผิดปกติของความคิดเป็นอาการเด่น และยังมีผลถึงอารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม อาการเหล่านี้เกิดขึ้นเป็นเวลานานอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป โดยไม่มีโรคทางกาย โรคทางสมอง พืชจากยาหรือสารเสพติดที่เป็นสาเหตุของอาการดังกล่าว¹ ส่วนใหญ่พบในวัยรุ่นตอนปลายถึงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น โดยอาการมักเริ่มก่อนอายุ 25 ปี เป็นโรคเรื้อรังที่มีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ โดยอาจมีอาการหลงเหลืออยู่บ้างในระหว่างนั้น²⁻⁴ ผลที่ตามมาทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความบกพร่องและความเสื่อมในด้านต่างๆ เช่น การเสื่อมถอยของบุคลิกภาพ อารมณ์ และการรับรู้ ผู้ป่วยต้องเผชิญกับอาการหลงผิด ประสาทหลอน การสูญเสียความสามารถ หรือมีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นบกพร่องทั้งหมดนี้ส่งผลกระทบต่อการศึกษา การทำงาน และการใช้ชีวิตในครอบครัวและสังคม⁵ ในช่วงที่มีอาการกำเริบแต่ละครั้งยิ่งส่งผลให้การทำหน้าที่ด้านต่างๆ เสื่อมมากขึ้นตามไปด้วย โดยจะเสื่อมลงตามระยะเวลาการเจ็บป่วยและจำนวนครั้งที่มีการกำเริบ⁴ ผู้ป่วยจิตเภทจึงมีความจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคมที่เหมาะสม โดยเฉพาะการฝึกทักษะทางสังคม

การฝึกทักษะทางสังคมมีจุดมุ่งหมายเพื่อส่งเสริมพัฒนาทักษะทางสังคมของผู้ป่วยให้สามารถมีชีวิตอยู่ในชุมชนโดยอาศัยแนวคิดทางพฤติกรรมบำบัด ด้วยวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยให้มีความเหมาะสมอย่างค่อยเป็นค่อยไป ควบคู่กับการเสริมแรงทางบวกเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์⁴ ร่วมกับแนวคิดจากทฤษฎีการเรียนรู้และทฤษฎีพุทธิปัญญา โปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมส่วนใหญ่จะเน้นที่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยสามารถนำทักษะที่ได้เรียนรู้ไปใช้ในสถานการณ์จริงเมื่อกลับไปอยู่ในชุมชน ดังนั้นเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม จึงมีการฝึกพฤติกรรมโดยใช้วิธีใด การสาธิตทักษะทางสังคม การแสดงบทบาทสมมติ และมีการฝึกทักษะเฉพาะโดยการมอบการบ้านให้ทำ^{4,6}

หลักฐานวิจัยพบว่าผู้ป่วยจิตเภทสามารถเรียนรู้ทักษะทางสังคมและมีการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมคือ รู้จักทักทาย ยกมือไหว้ สามารถบอกความต้องการได้ พูดคุยด้วยคำพูดที่สุภาพ รู้จักกล่าวคำขอโทษ และขอบคุณ มีทักษะการดำรงชีวิตได้อย่างอิสระ และมีพฤติกรรมกล้าแสดงออกอย่างเหมาะสมเพิ่มขึ้น^{6,7} จากการศึกษาการฝึกทักษะทางสังคมร่วมกับการให้ยารักษาโรคจิต พบอัตราการกำเริบต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับยารักษาโรคจิตอย่างเดียวอย่างมีนัยสำคัญ (ร้อยละ 30.0 และร้อยละ 46.0 ตามลำดับ)⁸ กล่าวได้ว่าการฝึกทักษะทางสังคมมีประโยชน์ทางคลินิกคือ อาการทางจิตลดลง⁹ ลดอาการด้านลบ¹⁰ และอัตราการกำเริบต่ำ ส่วนในด้านความยั่งยืนของทักษะที่ผู้ป่วยเรียนรู้ยังคงอยู่ 21 เดือน แต่ยังไม่ถึง 24 เดือน⁸ ดังนั้นผู้ป่วยจิตเภทควรได้รับการกระตุ้นในทักษะต่างๆ ที่เรียนรู้เป็นระยะ มีการฝึกปฏิบัติซ้ำๆ จะมีผลต่อการเพิ่มความสามารถทักษะทางสังคม⁵ รวมทั้งฝึกทักษะทางสังคมร่วมกับการบำบัดทางจิตสังคมอื่นๆ ควรทำการกระตุ้นเป็นระยะ เพื่อให้ผู้ป่วยอยู่ในระยะคงสภาพการรักษา⁸

คณะผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมฝึกทักษะด้านสังคมและการสื่อสารขึ้น และศึกษาผลของการใช้โปรแกรมนี้ โดยศึกษาเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทชาย เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทชายมีอาการด้านลบ และความเสื่อมด้านพุทธิปัญญามากกว่าผู้ป่วยจิตเภทหญิง^{4,11,12} ดำเนินการทดลองฝึกทักษะด้านสังคมและการสื่อสาร 1 ครั้งต่อสัปดาห์ รวม 3 ครั้ง 3 สัปดาห์ ส่วนสัปดาห์ที่ 4 ทบทวนกิจกรรมทั้งหมด และใช้แบบประเมินเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนเฉพาะทักษะด้านสังคมและการสื่อสาร ฉบับยาว 19 ข้อ ผลการศึกษาพบว่า หลังได้รับการฝึกโปรแกรม 1 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะด้านสังคมและการสื่อสารมากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนกลุ่มควบคุมไม่พบว่าแตกต่างกัน อย่างไรก็ตาม การศึกษาดังกล่าวจำกัดเฉพาะผู้ป่วยชายและผู้ป่วยจะต้องอยู่โรงพยาบาลนานมากกว่าหนึ่งเดือนเนื่องจากมีช่วงระยะเวลารักษาก่อนที่อาการทางจิตจะสงบ⁷

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยต้องการศึกษาวิจัยผลของการฝึกทักษะด้านสังคมและการสื่อสารร่วมกับการใช้เบี้ยอรรถกรต่อทักษะด้านสังคมและการสื่อสารของผู้ป่วยจิตเภท โดยศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ครอบคลุมทั้งเพศหญิงและเพศชาย และปรับกิจกรรมตามบริบทของโรงพยาบาลเป็นสามครั้งต่อสัปดาห์ เพื่อให้เหมาะสมกับระยะเวลาการอยู่โรงพยาบาลที่สั้นลง และบุคลากรทางการพยาบาลสามารถจัดกิจกรรมตรงตามปัญหาให้กับผู้ป่วยจิตเภท ทั้งนี้เพื่อนำไปสู่การขยายผลการดำเนินงานในโรงพยาบาลจิตเวช และบุคลากรสามารถนำไปใช้ฝึกผู้ป่วยในระหว่างการทำฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคมก่อนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านได้

วิธีการ

ใช้ระเบียบวิธีทดลอง (experimental research) แบบวัดก่อนและหลังการทดลอง เปรียบเทียบในกลุ่มทดลองและเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เพื่อศึกษาผลของการฝึกทักษะด้านสังคมและการสื่อสารต่อพฤติกรรมด้านสังคมและการสื่อสารของผู้ป่วยจิตเภท ณ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ การวิจัยนี้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ รหัสโครงการ 002/2560 วันที่รับรอง 24 กรกฎาคม 2560 ถึง 24 กรกฎาคม 2561

ประชากรเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาล ในช่วงมิถุนายน ถึง พฤศจิกายน 2560 ตามเกณฑ์ดังนี้ 1) อายุตั้งแต่ 15-60 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ผู้รักษาว่าเป็นโรคจิตเภทตาม ICD-10 รับการรักษาทางยาในระยะคงสภาพการรักษา และยินดีเข้าร่วมการศึกษา 2) ผลการประเมิน Thai HoNOS ทุกข้อมีค่า ≤ 2 หมายถึง อาการทางจิตทุเลา 3) มีคะแนนเฉลี่ยทักษะด้านสังคมและการสื่อสารตั้งแต่ระดับ 2 (0.51-1.50) ถึงระดับ 5 (3.51-4.00) และ 4) ไม่มีปัญหาการได้ยินและไม่มี ความบกพร่องทางสติปัญญา เกณฑ์ในการคัดออกคือ มีอาการกำเริบ ไม่รับรู้เกี่ยวกับเวลา สถานที่ และบุคคล หรือมีโรคแทรกซ้อนทางกายรุนแรงจนไม่สามารถเข้ากลุ่มได้ หรือ

มีประวัติเป็นโรคทางสมอง อาสาสมัครสามารถขอถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดระยะเวลาเข้าร่วมโครงการ

คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรม n4studies โดยกำหนดค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มทดลองเท่ากับ 40.40 และ 11.93 ตามลำดับ กลุ่มควบคุมเท่ากับ 52.33 และ 11.88 ตามลำดับ อ้างอิงจากการศึกษาประสิทธิภาพของการฝึกทักษะทางสังคมต่อการลดอาการด้านลบในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง¹⁰ ส่วนการวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดค่า $\alpha = 0.05$ และ $\beta = 0.20$ จากการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรมดังกล่าว ได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 16 คนต่อกลุ่ม หรือจำนวนขนาดตัวอย่างทั้งหมด 32 คน เก็บข้อมูลจริงมากกว่ากำหนดอย่างน้อยร้อยละ 40.0 เพื่อชดเชยการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งสิ้น 50 คน (44.8) จำแนกเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 25 คน โดยการใช้การสุ่มตัวอย่างแบบง่ายด้วยการจับฉลากเป็นคู่ๆ แยกเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยหญิงและกลุ่มผู้ป่วยชาย โดยจับคู่ให้ระหว่างกลุ่มมีอายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วยทางจิตเวชใกล้เคียงกัน ($\pm$ ไม่เกิน 5 ปี) และมีคะแนนทักษะด้านสังคมและการสื่อสารในระดับเดียวกัน หรือใกล้เคียงกัน จนครบ 25 คู่ แต่ในระหว่างการวิจัยมีผู้เข้าเกณฑ์ยุติโครงการสองคน (กลุ่มทดลอง 1 คน มีอาการทางจิตกำเริบ และกลุ่มควบคุม 1 คน ปฏิเสธการเข้ากลุ่มกิจกรรมบำบัด) จึงเหลือกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 24 คน รวมเป็น 48 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย

1. โปรแกรมการฝึกทักษะด้านสังคมและการสื่อสาร โดยมีอุปกรณ์ประกอบ ได้แก่ วิดีทัศน์เรื่องการฝึกทักษะด้านสังคมและการสื่อสาร บัตรคำ และแถบเสียง โปรแกรมประกอบด้วยกิจกรรมกลุ่ม 3 กิจกรรม คือ

กิจกรรมครั้งที่ 1 มี 5 ทักษะ ประกอบด้วย การทักทาย การพูดคุยโต้ตอบได้อย่างเหมาะสม (การพูดคุยกับผู้ใหญ่และพระภิกษุสงฆ์) การสบตาขณะพูดคุย การปฏิเสธด้วยคำพูดและท่าทาง และการกล่าวขอบคุณและคำขอโทษ ใช้เวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที

กิจกรรมครั้งที่ 2 มี 5 ทักษะ ประกอบด้วย การใช้ระดับเสียงเหมาะสมในการพูดคุย การใช้สรรพนามอย่างเหมาะสม การใช้คำพูดสุภาพ การรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น การรับฟังเรื่องราวผู้อื่นพูดได้อย่างต่อเนื่องและการถามเรื่องที่สนใจหรือสงสัย ใช้เวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที

กิจกรรมครั้งที่ 3 ทบทวนการฝึกทักษะฯ ทั้ง 10 ทักษะ โดยมีผู้นำกลุ่มช่วยปรับแก้ไขในพฤติกรรมที่ถูกต้อง และสมาชิกทุกคนช่วยให้ข้อเสนอแนะ พร้อมให้คำชมเชย เมื่อมีความเห็นว่า “ผ่าน” จึงเริ่มคู่ต่อไปได้ ฝึกจนครบ 10 ทักษะ ใช้เวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที

โปรแกรมการฝึกทักษะด้านสังคม⁷ ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ ประกอบด้วย จิตแพทย์ อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลจิตเวช ผู้เชี่ยวชาญด้านอาชีวบำบัด ผู้มีประสบการณ์เกี่ยวกับผู้พิการ และนักจิตวิทยา จำนวน 6 ท่าน ได้เสนอแนะขอบเขตของเนื้อหาและการใช้การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (participatory learning: PL) เป็นรูปแบบของการฝึกทักษะ และได้ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิเป็นที่เรียบร้อยแล้ว ส่วนวิธีการฝึกทักษะด้านสังคมและการสื่อสาร ผ่านการตรวจสอบเนื้อหาจากจิตแพทย์ที่มีประสบการณ์ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภท ได้เสนอแนะสื่อการฝึกทักษะควรเป็นภาพให้เห็นชัดเจน ใช้คำที่ง่าย เข้าใจง่ายในแผนการสอน วิดีทัศน์สื่อการสอนต่างๆ และใบความรู้ คณะผู้วิจัยได้แก้ไขและปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

2. แบบประเมินเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนเฉพาะทักษะด้านสังคมและการสื่อสาร ฉบับสั้น 5 ข้อ ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป และ ส่วนที่ 2 การประเมินทักษะด้านสังคมและการสื่อสาร มีคะแนนรวมตั้งแต่ 0-20 คะแนน แบบวัดนี้ให้คะแนนเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ “0 ทำไม่ได้” หมายถึง ขาดทักษะหรือไม่สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ตามที่ระบุ; “1 ทำได้แต่ไม่ทำ” หมายถึง สามารถทำได้แต่ไม่ทำแม้ว่าจะกระตุ้น (ช่วยเหลือ) ก็ไม่ทำ; “2 ทำได้แต่ต้องกระตุ้นทุกครั้ง” หมายถึง สามารถทำได้เมื่อได้รับการกระตุ้นหรือช่วยเหลือ

ทุกครั้งหรืออย่างมาก; “3 ทำได้แต่ต้องกระตุ้นบางครั้ง” หมายถึง สามารถทำได้เมื่อได้รับการกระตุ้นหรือช่วยเหลือ บางครั้งหรือเล็กน้อย; “4 ทำได้เอง” หมายถึง สามารถทำได้เอง โดยไม่ต้องกระตุ้น แบบประเมินเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนทั้งชุด มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.96¹³ ผู้วิจัยได้รับอนุญาตให้ใช้เครื่องมือนี้ และได้นำแบบประเมินนี้เฉพาะรายด้านสังคมและการสื่อสาร มาทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 30 คน เพื่อนำมาหาค่าความเชื่อมั่นด้วยการหาสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.84

ขั้นตอนการวิจัย

1. *ขั้นเตรียมการทดลอง* ผู้วิจัยได้อธิบายให้ข้อมูลกับอาสาสมัครตามเอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้ที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัยได้ลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย และญาติลงนามด้วย หลังจากนั้นทีมผู้วิจัยสัมภาษณ์อาสาสมัครกลุ่มทดลองเป็นรายบุคคลเพื่อสำรวจแรงจูงใจที่ต้องการ และบันทึกลงในแบบบันทึกแรงจูงใจผู้ป่วยจิตเวช พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ของการฝึกทักษะฯ และการให้รางวัลหากมีพฤติกรรมพึงประสงค์

2. *ขั้นทดลอง* ทีมผู้วิจัยจัดให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมได้รับการบำบัดในเวลาเดียวกัน โดยกลุ่มทดลองจัดให้เข้ากลุ่มฝึกทักษะด้านสังคมและการสื่อสาร ส่วนกลุ่มควบคุมจัดให้เข้ากลุ่มการจัดการอาการหว่ว (การรักษาปกติที่จัดให้บริการ) ที่ห้องกิจกรรมกลุ่มหออผู้ป่วยชงโคบน และดำเนินการทำกลุ่มเสร็จสิ้นในเวลาใกล้เคียงกัน ทีมผู้วิจัยที่เป็นผู้นำกลุ่มกิจกรรมบำบัดจะทราบถึงจุดบกพร่องของกลุ่มทดลองในแต่ละคนจากผลการประเมินฯ หลังการฝึกในแต่ละกิจกรรมทีมผู้วิจัยประจำหออผู้ป่วยจะกระตุ้นพฤติกรรมที่พึงประสงค์ และติดตามประเมินผลการฝึกในแต่ละกิจกรรมเพื่อนำผลการประเมินแจ้งให้ผู้ป่วยกลุ่มทดลองทราบก่อนเริ่มฝึกทักษะในกิจกรรมครั้งต่อไป ผู้วิจัยประกาศผู้ผ่านการประเมินพฤติกรรมที่พึงประสงค์ครั้งก่อนหน้า และให้รางวัลเป็นเหรียญมีมูลค่าแทนเงิน 5 บาท รวมการฝึกกิจกรรมครั้งที่ 1 และฝึกกิจกรรมครั้งที่ 2 มูลค่า 10 บาท ส่วนกิจกรรมครั้งที่

3 หลังการทบทวนการฝึกทักษะให้รางวัลแรงจูงใจที่ต้องการ และเมื่อญาติมารับอาสาสมัครกลุ่มทดลองกลับบ้าน ผู้วิจัย สอนญาติในทักษะด้านสังคมและการสื่อสาร เพื่อให้ญาตินำ ความรู้ไปกระตุ้นพฤติกรรมผู้ป่วยซ้ำๆ ขณะอยู่ที่บ้าน อีกทั้ง เตรียมเอกสารใบความรู้ทักษะด้านสังคมและการสื่อสาร และ แบบประเมินเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน (ทักษะด้านสังคมและการสื่อสาร) ให้แก่ญาติ

3. **ขั้นประเมินผล** ประเมินทักษะด้านสังคมและ การสื่อสารในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง 1 สัปดาห์ หลังการทดลองผ่านไป 1 สัปดาห์ โดยผู้เก็บข้อมูล วิจัยที่เป็นพยาบาลขึ้นปฏิบัติงานส่วนใหญ่ในเวรเช้า หอผู้ป่วยละ 1 คน จาก 2 หอผู้ป่วย (ไม่อยู่ในคณะผู้วิจัย) ได้รับการฝึกใช้ประเมินทักษะด้านสังคมและการสื่อสาร ผู้เก็บข้อมูลไม่ทราบว่าผู้ป่วยอยู่ในกลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม และในระยะติดตามผล 1 เดือน ประเมินโดยญาติที่ดูแลผู้ป่วย ไม่ต่ำกว่า 2 สัปดาห์ และติดต่อกับญาติทางโทรศัพท์

การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยการแจกแจงความถี่และ ร้อยละ และข้อมูลเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยทักษะ ด้านสังคมและการสื่อสารของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง 1 สัปดาห์ ด้วยสถิติ Independent-samples t-test และเปรียบเทียบค่าคะแนน

เฉลี่ยทักษะด้านสังคมและการสื่อสาร ก่อนกับหลังการทดลอง 1 สัปดาห์ และก่อนการทดลองกับติดตามผล 1 เดือน ของ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Paired-samples t-test

ผล

กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 58.3) เป็นเพศชาย อายุเฉลี่ย 37.7 ± 10.24 ปี โดยพบช่วงอายุ 30-39 ปี ร้อยละ 35.4 ระยะเวลาการเจ็บป่วยทางจิตอยู่ในช่วง 6-10 ปี ร้อยละ 35.4 และระยะเวลาเจ็บป่วยเฉลี่ย 9.25 ± 5.57 ข้อมูลทั่วไป แสดงดังตารางที่ 1

จากผลการประเมินทักษะด้านสังคมและการสื่อสาร พบว่าก่อนการทดลองค่าคะแนนเฉลี่ยทักษะด้านสังคมและ การสื่อสารของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน แต่หลังการทดลอง 1 สัปดาห์ ค่าคะแนนเฉลี่ยทักษะด้านสังคมและการสื่อสาร ของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นแตกต่างจากกลุ่มควบคุม อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงดังตารางที่ 2

กลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับการฝึกทักษะ ด้านสังคมและการสื่อสาร 1 สัปดาห์ และก่อนได้รับการ ฝึกทักษะด้านสังคมและการสื่อสารและหลังการติดตาม 1 เดือน มีค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะด้านสังคมและการสื่อสาร เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน แสดงดังตารางที่ 3 และตารางที่ 4

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มควบคุม (n = 24) และกลุ่มทดลอง (n = 24)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		รวม	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ						
หญิง	10	41.7	10	41.7	20	41.7
ชาย	14	58.3	14	58.3	28	58.3
อายุ (ปี)						
	X̄ = 36.9, SD = 10.2, Min = 18, Max = 55		X̄ = 38.5, SD = 10.4, Min = 19, Max = 60		X̄ = 37.7, SD = 10.2, Min = 18, Max = 60	
ระยะเวลาการเจ็บป่วยทางจิต (ปี)						
	X̄ = 9.5, SD = 5.7, Min = 1, Max = 20		X̄ = 9.0, SD = 5.5, Min = 1, Max = 20		X̄ = 9.3, SD = 5.6, Min = 1, Max = 20	

ตารางที่ 2 ค่าคะแนนเฉลี่ยทักษะด้านสังคมและการสื่อสารของกลุ่มทดลอง (n = 24) และกลุ่มควบคุม (n = 24) ก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง 1 สัปดาห์

กลุ่มตัวอย่าง		$\bar{X}$	SD	t	p-value
ก่อนทดลอง	กลุ่มทดลอง	17.04	1.60	0.87	0.93
	กลุ่มควบคุม	17.08	1.72		
หลังทดลอง 1 สัปดาห์	กลุ่มทดลอง	18.83	1.17	-2.72	0.009*
	กลุ่มควบคุม	17.46	2.19		

*independent - samples t-test (p < 0.05)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยทักษะด้านสังคมและการสื่อสารก่อนและหลังการทดลอง 1 สัปดาห์ของกลุ่มทดลอง และของกลุ่มควบคุม

กลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน)	$\bar{X}$ (SD)		t	p-value
		ก่อนทดลอง	หลังทดลอง		
กลุ่มทดลอง	24	17.04 (1.60)	18.83 (1.17)	-5.96	0.01
กลุ่มควบคุม	24	17.08 (1.72)	17.46 (2.19)	-0.87	0.39

paired-samples t-test (P < 0.05)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะด้านสังคมและการสื่อสารก่อนการทดลองและในระยะติดตามผล 1 เดือนของกลุ่มทดลองและของกลุ่มควบคุม

กลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน)	$\bar{X}$ (SD)		t	p-value
		ก่อนทดลอง	หลังทดลอง		
กลุ่มทดลอง	24	17.04 (1.60)	18.83 (1.34)	-4.59	0.01
กลุ่มควบคุม	24	17.08 (1.72)	16.17 (2.73)	1.77	0.09

paired-samples t-test (P < 0.05)

วิจารณ์

ผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทดลองและกลุ่มตัวอย่างควบคุมของการศึกษานี้ มีข้อมูลทั่วไปและค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะด้านสังคมและการสื่อสารไม่แตกต่างกัน หลังจากกลุ่มทดลองได้รับการฝึกทักษะด้านสังคมและการสื่อสาร 1 สัปดาห์ มีค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะด้านสังคมและการสื่อสารดีขึ้นแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศอินเดียที่ฝึกทักษะการสนทนาในผู้ป่วยจิตเภทหญิง จำนวน 30 คน เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 15 คน พบว่าทักษะการสนทนาในกลุ่มทดลอง

แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001¹⁵ และอีกการศึกษาหนึ่งของอินเดียที่ฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง 65 คน เป็นกลุ่มทดลอง 34 คน และเป็นกลุ่มควบคุม 31 คน พบว่าผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังมีการปรับปรุงพฤติกรรมที่ดีขึ้นในด้านการไม่พูดหรือพูดน้อยลง (alogia) สิ้นหน้ำไม่แสดงอารมณ์ (apathy) และภาวะสิ้นยินดี (anhedonia)¹⁶ นอกจากนี้การฝึกทักษะทางสังคมในชุมชนและการออกกำลังกายแบบไทเก็กผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง พบว่าอาการโรคจิตด้านลบลดลง (จากเครื่องมือ Positive and Negative Syndrome Scale; PANSS) ความเสี่ยงต่อพฤติกรรมก้าวร้าว

ลดลง และการเคร่งครัดต่อการใช้ยามากขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียว¹⁹

ผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะด้านสังคมและการสื่อสาร 1 สัปดาห์ มีค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะด้านสังคมและการสื่อสารดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ แสดงให้เห็นว่าการฝึกทักษะทางสังคมเป็นการสอนเกี่ยวกับพฤติกรรมของบุคคลให้มีการสื่อสารที่ถูกต้องตามความรู้สึก ความคิด และเอื้อให้เกิดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลตามเป้าหมาย การมีปฏิสัมพันธ์ที่ประสบผลสำเร็จนั้นหมายถึง การมีทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพทั้งวัจนภาษาและอวัจนภาษา¹⁷ ซึ่งเครื่องมือที่ใช้ในการฝึกทักษะผู้ป่วยจิตเภทด้วยโปรแกรมการฝึกทักษะด้านสังคมและการสื่อสารนี้⁷ ยึดหลักการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม¹⁸ การฝึกทักษะมี 2 ขั้นตอน คือ 1) ขั้นรู้ชัดเห็นจริง โดยให้ผู้ผู้ป่วยได้ชมวีดิทัศน์การฝึกทักษะด้านสังคมและการสื่อสาร ฟังแถบเสียง และฝึกตามบัตรคำ และ 2) ขั้นลงมือกระทำ โดยให้ผู้ผู้ป่วยแต่ละคู่ หรือแต่ละกลุ่มได้ฝึกแสดงบทบาทสมมติตามที่ได้รับมอบหมาย เพื่อนผู้ป่วยที่เหลือช่วยให้ข้อเสนอแนะ ตลอดจนผู้นำกลุ่มช่วยปรับแก้ไขในพฤติกรรมที่ถูกต้อง จนกระทั่งสมาชิกทุกคนมีความเห็นว่า “ผ่าน” พร้อมให้คำชมเชย ดังตัวอย่างผู้ป่วยจิตเภทที่กล่าวว่า “ไม่กลัวพูดกับคน ไม่กลัวสบตา และซักถามเพิ่มไม่เป็น” “หนูแยกตัวเองไม่คบใคร ไม่พูดกับใคร หนูเลยอยู่แต่ตัวคนเดียว” และหลังจากได้รับการฝึกทักษะผู้ป่วยแสดงความมั่นใจจะนำทักษะที่ได้ฝึกปฏิบัติไปในชีวิตจริง “คุณพยาบาลสอนผมทุกอย่างได้ดี ผมพร้อมจะออกศึก คิดว่าจะท้าทายเป็นยุคไม่จ้องตา แต่จะมองตรงจุมูก” “การฝึกทำให้หนูรู้จักกาลเทศะ กิริยา มารยาทความเป็นลูกผู้ใหญ่ โปรแกรมดี ทำให้หนูได้ฝึก ตอนนี้หนูคิดว่าออกจากโรงพยาบาลไปแล้วเพื่อนมาชวนใช้ยาเสพติด หนูคิดว่าจะปฏิเสธเป็น”

ในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการบริการพยาบาลตามปกติ คือ การเข้ากลุ่มการจัดการอาการหุนหวน แต่ไม่ได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะด้านสังคมและการสื่อสาร ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มควบคุมจึงไม่ได้เกิดการเรียนรู้เข้าใจในทักษะด้านสังคมและการสื่อสารอย่างเป็นแบบแผนและเนื้อหาเฉพาะในพฤติกรรม

ที่พึงประสงค์ ค่าคะแนนเฉลี่ยทักษะด้านสังคมและการสื่อสารก่อนและหลังการทดลอง 1 สัปดาห์ และ 1 เดือนจึงไม่เปลี่ยนแปลง ดังที่นักการศึกษาได้กล่าวไว้ว่า “การสอนที่มีคุณภาพนั้นย่อมเกิดจากการที่ผู้สอนใช้ยุทธศาสตร์การสอนที่เหมาะสม การสอนเป็นการพยายามใช้วิธีการต่างๆ เพื่อส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดความรู้ ความเข้าใจ คิดเป็นทำได้ มีคุณลักษณะที่พึงประสงค์ หรือทำให้ผู้เรียนเรียนรู้ ซึ่งมีใช้แต่เพียงจำเนื้อหาสาระ แต่รวมถึงการพัฒนากระบวนการทางปัญญา ทักษะและวิถีปฏิบัติที่สะท้อนเจตคติและค่านิยมทั้งมวลของตน”²⁰

การวิจัยครั้งนี้นอกจากใช้การฝึกทักษะด้านสังคมและการสื่อสาร ยังใช้แนวคิดการจัดการเงื่อนไขผลกรรมของ B.F. Skinner เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์ โดยการเสริมแรงทางบวก ดังที่ Skinner²¹ ได้ให้ความหมายของการเสริมแรงทางบวกเอาไว้ว่า เป็นการเพิ่มความถี่ของการเกิดพฤติกรรม อันเป็นผลมาจากผลกรรมที่ตามหลังพฤติกรรมนั้น ซึ่งผลกรรมนั้นเรียกว่าตัวเสริมแรงทางบวก ครอบคลุมเฉพาะพฤติกรรมที่เกิดการเรียนรู้ใหม่เท่านั้น ประเภทของตัวเสริมแรงแบ่งออกได้ 5 ประเภท คือ 1) ตัวเสริมแรง ที่เป็นสิ่งของ 2) ตัวเสริมแรงทางสังคม 3) ตัวเสริมแรงที่เป็นกิจกรรม 4) ตัวเสริมแรงที่เป็นเบียร์รรถกร และ 5) ตัวเสริมแรงภายใน จากการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกใช้ตัวเสริมแรงที่เป็นสิ่งของตามแรงจูงใจที่กลุ่มทดลองอยากได้ เช่น ขนม เป็นต้น มาให้เป็นรางวัล ใช้ตัวเสริมแรงทางสังคมซึ่งมีอยู่ในสภาพแวดล้อมตามธรรมชาติ เช่น การชมเชย การยกย่อง การยิ้ม การปรบมือ การเข้าใกล้ หรือการแตะตัว เป็นต้น และใช้ตัวเสริมแรงที่เป็นเบียร์รรถกร (token reinforcement) เบียร์รรถกร (token economy) ที่ใช้เป็นเหรียญคล้ายเงิน มีมูลค่าแลกเป็นเงิน 5 บาท เป็นรางวัล เมื่อกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ อีกทั้งทีมวิจัยประจำหอผู้ป่วยช่วยสอนและกระตุ้นพฤติกรรมที่พึงประสงค์อย่างต่อเนื่อง

นอกจากนี้ แม้เมื่อออกจากโรงพยาบาลและกลับสู่ชุมชน โดยให้ญาติทำการฝึกทักษะฯ ผู้ป่วยต่อเนื่อง และทีมวิจัยติดต่อประสานกับญาติทางโทรศัพท์ พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองในระยะติดตามผล 1 เดือน

สูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งนี้แสดงว่าหากญาติมีความรู้ ความเข้าใจในทักษะด้านสังคมและการสื่อสารจะสามารถช่วยฝึกกระตุ้นทักษะฯ ของผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในระยะยาวได้

ข้อจำกัดของงานวิจัยนี้คือ ไม่มีการประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก ซึ่งจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจะพบว่า การฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภท นอกจากจะมีทักษะทางสังคมด้านต่างๆ เพิ่มขึ้น ยังช่วยให้อาการโรคจิตลดลง มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและคุณภาพชีวิตดีขึ้น⁹ พฤติกรรมดีขึ้นในด้านการไม่พูดหรือพูดน้อยลง (alogia) สีหน้าไม่แสดงอารมณ์ (apathy) และภาวะสิ้นยินดี (anhedonia)¹⁶ คะแนนด้านลบและความเสี่ยงต่อพฤติกรรมก้าวร้าวลดลง มีการเคร่งครัดต่อการใช้ยามากขึ้น¹⁹

สรุป

การฝึกทักษะด้านสังคมและการสื่อสารในผู้ป่วยจิตเภท เป็นกิจกรรมที่สามารถนำลงสู่การปฏิบัติในงานประจำได้ โดยใช้ระยะเวลาในการทำกลุ่มเพียง 3 ครั้งใน 1 สัปดาห์ ซึ่งถือว่าใช้เวลาไม่มากนัก และเป็นการฝึกทักษะทางสังคมขั้นพื้นฐานและทักษะการแก้ไขปัญหา ร่วมกับการกระตุ้นพฤติกรรมที่พึงประสงค์อย่างต่อเนื่องในระหว่างอยู่ในหอผู้ป่วย ด้วยการเสริมแรงทางบวกในรูปแบบของคำชมเชย การให้เบียร์รกร และสิ่งจูงใจที่ผู้ป่วยต้องการ สามารถฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ผู้ป่วย และฝึกต่อให้ญาติสามารถฟื้นฟูผู้ป่วยต่อในชุมชนได้

ความรู้เดิม: ผู้ป่วยจิตเภทมักจะขาดทักษะด้านสังคมและการสื่อสาร

ความรู้ใหม่: การฝึกทักษะด้านสังคมและการสื่อสารร่วมกับการใช้เบียร์รกร สามารถเพิ่มทักษะด้านสังคมและการสื่อสารในผู้ป่วยจิตเภทได้ทั้งในระหว่างอยู่โรงพยาบาลและต่อเนื่องหลังจำหน่ายแล้ว

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้: การฝึกทักษะด้านสังคมและการสื่อสารในผู้ป่วยจิตเภท สามารถนำไปใช้ฝึกผู้ป่วยในระหว่างการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคมก่อนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านได้ และสามารถสอนให้ญาติฝึกผู้ป่วยต่อเนื่องในชุมชนเพื่อการคงผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในระยะยาวได้

เอกสารอ้างอิง

1. สมภพ เรืองตระกูล. ตำราจิตเวชศาสตร์ [Psychiatry]. พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพฯ : เรือนแก้วการพิมพ์; 2556.
2. กนกวรรณ ลิ้มศรีเจริญ. โรคจิตเภทและโรคจิตชนิดอื่น [Schizophrenia spectrum and other psychotic disorders]. ใน: นันทวัช สิริธิรักษ์, กมลเนตร วรณเสวก, กมลพร วรณฤทธิ์, ปณต ผู้กฤตยาคามิ, สุพร อภินันทเวช, พนม เกตุมาน. บรรณาธิการ. จิตเวชศิริราช DSM-5. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ประยูรสาส์นไทยการพิมพ์; 2558. น. 365-72.
3. มาโนช หล่อตระกูล. โรคจิตเภทและโรคจิตอื่นๆ [Schizophrenia and other psychosis]. ใน: มาโนช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุคนิชย์. บรรณาธิการ. จิตเวชศาสตร์รามธิบดี. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2555. น. 124-47.
4. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. editors. Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry behavioral sciences/ clinical psychiatry. 11th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2015.
5. ปัทมา ศิริเวช. การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคม [Psychosocial rehabilitation]. ใน: พิเชฐ อุดมรัตน์, สรยุทธ วาสิกนันทน์. บรรณาธิการ. ตำราโรคจิตเภท. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์; 2552. น. 305-16.
6. Malone Cole JA. Schizophrenia and other psychotic disorders. In: Fortinash KM & Holiday Worret PA. editors. Psychiatric mental health nursing. 5th ed. ST Louis: Mosby; 2012. p. 259-97.

7. จิตรัตน์ พิมพ์ดีด, เยาวภา ไตรพฤษชาติ, สาคร บุบผาเข้า, อำไพโรจน์ จันทิโร, บัวเงิน วงษ์คำพันธ์, ญัฐิกา ราชบุตร. ผลการฝึกทักษะด้านสังคมและการสื่อสาร ต่อพฤติกรรมด้านสังคมและการสื่อสารของ ผู้ป่วยจิตเภทชาย โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ [Effects of social and communication skills training on social and communication behaviors of male schizophrenic patients Jitavej Khon Kaen Rajanagarindra Hospital]. ขอนแก่น: เพ็ญพรินต์; 2552.
8. Swartz MS, Froberg NR, Drake RE, Lauriello J. Psychosocial therapies. In: Lieberman JA, Stroup TS, Perkins DO, editors. Essential of schizophrenia. USA: American psychiatric publishing; 2012. p. 207-24.
9. จีรพันธ์ เอิบกมล. การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภท [A synthesis of research on social skills training programs for schizophrenia] [สารนิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2553.
10. Barzegar S, Ahadi M, Barzegar Z, Ghahari Sh. The effectiveness of social skills training on reducing negative symptoms of chronic schizophrenia. International Journal of Medical Research & Health Sciences. 2016;5(7S):323-7. Available from: <https://www.ijmrhs.com/abstract/the-effectiveness-of-social-skills-training-on-reducing-negative-symptoms-of-chronic-schizophrenia-5243.html>
11. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders 4th Text Revision. Washington DC: Donnelley & Sons; 2000.
12. Pinkham AE, Mueser KT, Penn DL, Glynn SM, Mc Gurk SR, Addington J. Social and functional impairments. In: Lieberman JA, Stroup TS, Perkins DO, editors. Essential of schizophrenia. USA: American psychiatric publishing; 2012. p. 93-130.
13. เกียรติภูมิ วงศ์รจิต, พัทธ์พัฑฒ บุนนยะมาลิก, สุพัฒน์นา สุขสว่าง, ศิริลักษณ์ สว่างวงศ์สิน. แบบประเมินเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน [Psychiatric patient's rehabilitation screening test]. นนทบุรี: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2550.
14. Polit DF, Beck CT. editors. Nursing research: principles and methods. 7 th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004.
15. Padmavathi N, Lalitha K, Parthasarathy R. Effectiveness of conversational skill training of patients with schizophrenia. Journal of Krishna Institute of Medical Sciences University. 2013;2(2):42-7.
16. Koujalgi SR, Patil SR, Nayak RB, Chate SS, Patil NM. Efficacy of social skill training in patient with chronic schizophrenia: an interventional study. Journal of the Scientific Society. 2014;41(3):156-61.
17. Perry K, Antai-Otong D. The client with schizophrenia and other psychotic disorders. In: Antai-Otong D, editor. Psychiatric nursing biological & behavioral concepts. 2nd ed. Canada: Delmar; 2008. p. 385-410.
18. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือฝึกอบรมแบบมีส่วนร่วม [Participatory training manual]. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: วงศ์กมลโปรดักชั่น. 2544.
19. Kang R, Wu Y, Li Z, Jiang J, Gao Q, Yu Y, et al. Effect of community-based social skills training and Tai-Chi exercise on outcomes in patients with chronic schizophrenia: a randomized, one - year study. Psychopathology. 2016;49:345-55. doi:10.1159/000448195.
20. เสริมศรี ไชยศรี. เอกสารประกอบการบรรยายเรื่อง การสอนเพื่อพัฒนาคุณลักษณะด้านจิตพิสัย [Teaching to develop character traits]. สำหรับนักศึกษา สาขาวิชาหลักสูตรและการสอน คณะศึกษาศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2551.
21. สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม [Theory and techniques of behavior modification]. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2556.