

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

ประสิทธิผลการให้สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะการทำหน้าที่ทางสังคม และอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภท

ภาวิณี สถาพรธีระ พย.ม.*

ภาสินี ไทอินทร์ ปร.ด.**

กาญจน์กนก สุรินทร์ชมภู พย.ม.*

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดซ้ำ วัดดูประสพงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะต่อการทำหน้าที่ทางสังคมและอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่รักษาแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ 50 คน คัดเลือกตามเกณฑ์ จับคู่แล้วสุ่มเข้ากลุ่มทดลอง 25 คน กลุ่มควบคุม 25 คน ดำเนินการเดือนตุลาคมถึงธันวาคม 2567 กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะ 5 กิจกรรมๆ ละ 60 นาที สัปดาห์ละ 2 ครั้ง เป็นเวลา 2 สัปดาห์ และกลุ่มควบคุมให้การพยาบาลตามปกติ เครื่องมือทดลองเป็นโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะ เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบประเมินการทำหน้าที่ทางสังคมผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (CVI = 0.92) ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค 0.90 และแบบประเมินอาการทางจิต วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ไคสแคว์ โดยใช้สถิติ Independent t-test เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของ 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน

ผลการวิจัย พบว่า 1) หลังได้รับโปรแกรมเสร็จสิ้นทันทีและระยะติดตามผล 1 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ทางสังคมสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 2) คะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ทางสังคมและอาการทางจิตผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลอง ระยะก่อนได้รับโปรแกรม หลังได้รับโปรแกรมเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือนมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุป โปรแกรมนี้สามารถส่งเสริมการทำหน้าที่ทางสังคมและลดอาการทางจิตผู้ป่วยจิตเภท และนำไปประยุกต์ใช้ในการพยาบาลเพื่อสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัวได้

คำสำคัญ: การทำหน้าที่ทางสังคม ผู้ป่วยจิตเภท สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะ อาการทางจิต

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

** อาจารย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ขอนแก่น คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก: ผู้รับผิดชอบบทความ

E-mail: pasineethoin@bcnkk.ac.th

รับบทความ: 11 มีนาคม 2569 แก้ไขบทความ: 31 มีนาคม 2569 รับผิดชอบบทความ: 21 เมษายน 2569

The Effective of Psychoeducation Activity Focusing on Skill Training on Social Functioning and Symptom Psychotic of Schizophrenia Patient

Pawinee Stapornteera M.N.S.*

Pasinee Thoin Ph.D**

Karnkanok Surinchompu M.N.S.*

Abstract

A quasi-experimental, two-group, repeated-measures study aimed to investigate the effectiveness of a skills-focused mental health education program on social functioning and psychiatric symptoms in schizophrenic patients. The sample consisted of 50 inpatient schizophrenic patients treated at Khon Kaen Rajanagarindra Psychiatric Hospital. Patients were selected, matched, and randomly assigned to an experimental group (25 patients) and a control group (25 patients). The study was conducted from October to December 2024. The experimental group received a skills-focused mental health education program consisting of five activities, each 60 minutes long, twice a week for two weeks. The control group received standard nursing care. The experimental instrument was the skills-focused mental health education program. Data were collected using a social functioning assessment scale (content validity: CVI=0.92, Cronbach's alpha coefficient 0.90) and a psychiatric symptom assessment scale. Data were analyzed using descriptive statistics, chi-square tests, and independent two-group t-tests. One-way repeated measures ANOVA

The research findings showed that: 1) Immediately after the completion of the program and at a 1-month follow-up, the experimental group had significantly higher average scores in social functioning than the control group at the .05 statistical significance level. 2) The average scores in social functioning and psychiatric symptoms of schizophrenic patients in the experimental group before the program, immediately after the completion of the program, and at a 1-month follow-up, differed significantly at the .05 statistical significance level.

Conclusion: this program can promote social functioning and reduce psychiatric symptoms in schizophrenic patients and can be applied in nursing to support self-care for patients and their families.

Keywords: Psychoeducational program focused on skills training, Psychotic symptoms, schizophrenia, Social functioning,

* Registered Nurse, Senior Professional Level, Khon kaen Rajanagarindra Psychiatric Hospital

** Instructor, Boromarajonani College of Nursing, Khon Kaen, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute: Corresponding Author E-mail: pasineethoin@bcnkk.ac.th

Received: March 11, 2026, Revised: March 31, 2026, 2025, Accepted: April 21, 2026

บทนำ

โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชเรื้อรังที่มีความรุนแรงส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัว และระบบบริการสุขภาพในวงกว้าง ปัจจุบันทั่วโลกมีผู้ป่วยประมาณ 24 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 0.30 ของประชากรโลก และมีความชุกตลอดช่วงชีวิตร้อยละ 0.70–1.00^{1,2} โรคจิตเภทจัดเป็นหนึ่งในสิบอันดับแรกของโรคที่ก่อให้เกิดภาวะความพิการสูงสุดของโลก และมีผลกระทบทางเศรษฐกิจอย่างมีนัยสำคัญ³ สำหรับประเทศไทย ข้อมูลกรมสุขภาพจิต ปี พ.ศ. 2566–2567 พบว่า อัตราผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มจาก 104.39 เป็น 132.71 ต่อแสนประชากร และความชุกเพิ่มจากร้อยละ 1.39 เป็นร้อยละ 1.48 โดยเฉพาะเขตสุขภาพที่ 8 ซึ่งมีอัตราผู้ป่วยรายใหม่สูงที่สุด สะท้อนภาระโรคที่กระจุกตัวในภาคตะวันออกเฉียงเหนืออย่างชัดเจน ผู้ป่วยจิตเภทมีความผิดปกติด้านความคิด การรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรม ส่งผลให้เกิดความบกพร่องในการรู้จัก การตัดสินใจ และการดำรงบทบาททางสังคม เมื่อการด้านบวกจะตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา แต่ผู้ป่วยจำนวนมากยังคงมีข้อจำกัดในการทำหน้าที่ทางจิตสังคม เช่น การดูแลตนเอง การสร้างสัมพันธภาพ การประกอบอาชีพ และการมีส่วนร่วมในชุมชน^{4,5} งานวิจัยพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีอัตราการว่างงานสูงถึงร้อยละ 80–90 และมีความเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำเพิ่มขึ้นเมื่อขาดการสนับสนุนทางสังคม โดยอัตราการกลับเป็นซ้ำในปีแรกอยู่ที่ประมาณร้อยละ 26–30 และเพิ่มสูงขึ้นเมื่อระยะเวลาติดตามนานขึ้น⁶ การกลับเป็นซ้ำสัมพันธ์กับการเสื่อมถอยของการทำหน้าที่ทางสังคม คุณภาพชีวิตต่ำ และภาระครอบครัวที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

จากสถิติข้อมูลย้อนหลังปี พ.ศ. 2563 – 2567 มีผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาที่ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จำนวน 32,852, 31,107, 32,022, 30,573 และ 37,552 คนตามลำดับ ที่มารับการรักษาและรับยาอย่างต่อเนื่องจะเห็นได้ว่า มีอัตราการเพิ่มขึ้นในผู้ป่วยจิตเภท และพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่รับไว้รักษา ในปี พ.ศ. 2563 – 2567 จำนวน 1334, 1024, 828, 931 และ 1337 คนตามลำดับ จากสถิติย้อนหลัง 3 ปี (พ.ศ. 2565 – 2567) พบว่า ความชุกในผู้ป่วยจิตเภทเป็นร้อยละ 40.44, 38.61 และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนในปี พ.ศ. 2567 ร้อยละ 47.43 โดยอัตราการรับไว้รักษาในโรงพยาบาล

เพิ่มขึ้นต่อเนื่องจากร้อยละ 2.59 เป็นร้อยละ 3.56⁶ สะท้อนแนวโน้มการกลับมารักษาซ้ำและความรุนแรงของโรคที่เพิ่มขึ้น สาเหตุสำคัญ ได้แก่ การไม่ร่วมมือรับประดานยา การขาดความรู้และทักษะในการจัดการอาการ การใช้สาร/สารเสพติด และข้อจำกัดด้านการดูแลจากครอบครัว การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในปัจจุบันมุ่งเน้นการรักษาในโรงพยาบาลเฉพาะระยะอาการกำเริบรุนแรง และส่งเสริมการกลับสู่ชุมชนเมื่ออาการทุเลา นโยบายดังกล่าวทำให้ครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการดูแลระยะยาว⁷

อย่างไรก็ตาม ผู้ดูแลจำนวนมากยังขาดความรู้ ทักษะ การสังเกตอาการเตือน และการสนับสนุนจากทีมสุขภาพ ส่งผลต่อประสิทธิภาพผลการฟื้นฟู⁸ การให้สุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation) จึงมีบทบาทสำคัญในการเสริมสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การรักษา การจัดการอาการเตือน และการใช้ยาอย่างถูกต้อง ขณะเดียวกัน การฝึกทักษะทางสังคม (Social Skills Training: SST) ตามแนวคิดพฤติกรรมบำบัด ช่วยเพิ่มทักษะชีวิต ทักษะการสื่อสาร และการแก้ปัญหา ส่งผลต่อการลดอาการด้านลบและพัฒนาการทำหน้าที่ในชุมชน การให้สุขภาพจิตศึกษา จะช่วยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกิดความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วย สาเหตุของการเจ็บป่วยและการรักษา จนเกิดการยอมรับ และสามารถจัดการกับอาการที่รุนแรงจากการเจ็บป่วยได้และมีการปรับพฤติกรรมในการดำเนินชีวิต และทำให้ผู้ป่วยจิตเภทให้ความร่วมมือในการรับประดานยามากขึ้น⁹ ผู้ป่วยและครอบครัวที่ได้รับการฝึกทักษะการจัดการกับอาการและการจัดการกับยา จะช่วยส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาที่เหมาะสมสามารถลดอาการทางจิตและลดอัตราการกลับเป็นซ้ำ ซึ่งส่งผลให้การทำหน้าที่ทางสังคมมากขึ้น

แม้งานวิจัยต่างประเทศสนับสนุนประสิทธิผลของการบูรณาการสุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการฝึกทักษะ แต่ในประเทศไทยยังมีการศึกษาที่ครอบคลุมทั้งการทำหน้าที่ทางสังคมและอาการทางจิตอย่างจำกัด^{10,11} ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะตามแนวคิด Family Psychoeducation และ Modular Skill Training ประกอบด้วย กิจกรรม 6 ด้าน ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพ และแรงจูงใจ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและยา การจัดการอาการเตือน การบริหารจัดการยา การพัฒนาทักษะทางสังคม และการเผชิญความเครียด เพื่อส่งเสริมการทำหน้าที่

ทางสังคม ลดอาการทางจิต ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถกลับสู่ชุมชนและทำหน้าที่ทางสังคมได้ดีขึ้น การส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท จะทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดกำลังใจต่อสู้ชีวิต มีความหวัง มีคุณค่ามีคุณค่าต้องการ มีคนห่วงใยและเข้าใจ ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความเชื่อมั่นในการทำหน้าที่ทางสังคมของตนเองได้ดีขึ้น ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้มีความสำคัญทั้งเชิงวิชาการและเชิงปฏิบัติ โดยมุ่งประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะต่อการทำหน้าที่ทางสังคมและอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภท อันจะเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนบทบาทพยาบาลจิตเวชในการพัฒนารูปแบบการดูแลที่ยั่งยืน และสอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลจิตเวชราชชนรินทร์และพื้นที่เขตสุขภาพที่ 8 ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะต่อการทำหน้าที่ทางสังคม และอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภท

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบการทำหน้าที่ทางสังคมและอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทในระยะก่อนได้รับโปรแกรม หลังได้รับโปรแกรมเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
2. เพื่อเปรียบเทียบการทำหน้าที่ทางสังคมและอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มทดลองในระยะก่อนได้รับโปรแกรม หลังได้รับโปรแกรมเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน

สมมุติฐานการวิจัย

1. กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะมีคะแนนการทำหน้าที่ทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภทในระยะหลังได้รับโปรแกรมเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือนสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการ

พยาบาลตามปกติ

2. กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะมีคะแนนอาการทางจิตในระยะหลังได้รับโปรแกรมเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือนน้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

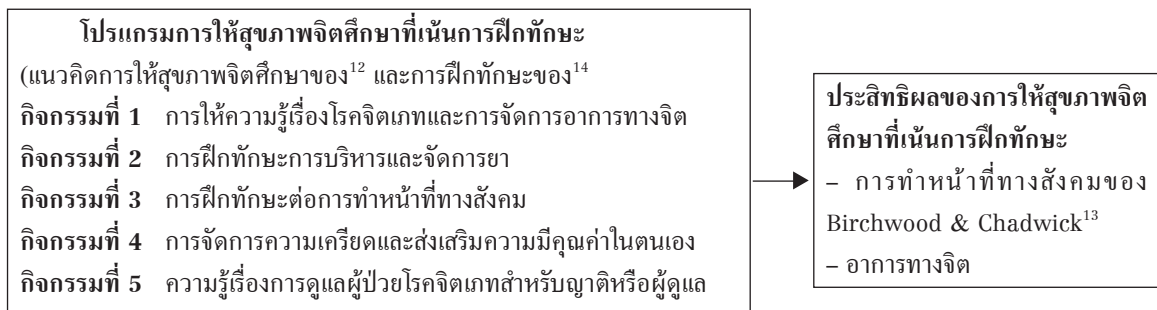
3. กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะมีคะแนนการทำหน้าที่ทางสังคมในระยะหลังได้รับโปรแกรมเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือนสูงกว่าระยะก่อนการทดลอง

4. กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะมีคะแนนอาการทางจิตในระยะหลังได้รับโปรแกรมเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือนน้อยกว่าระยะก่อนการทดลอง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดการให้สุขภาพจิตศึกษาของแอนเดอร์สัน โฮกัตต์ และไรส์¹² และการทำหน้าที่ทางสังคม (social function skill) ของบริซวูด¹³ ซึ่งมีรูปแบบของการให้ความรู้ผู้ป่วยจิตเภทร่วมกับแนวคิดการฝึกทักษะด้านการจัดการกับยา และการจัดการกับอาการของ Liberman¹⁴ โดยกิจกรรมครั้งนี้จะดำเนินกิจกรรมในรูปแบบกลุ่มบำบัด จำนวน 5 กิจกรรม ประกอบด้วย การให้สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะสำหรับผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 4 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมที่ 1 การให้ความรู้ เรื่อง โรคทางจิตเภทและการจัดการอาการทางจิต กิจกรรมที่ 2 การฝึกทักษะการบริหารและจัดการยา กิจกรรมที่ 3 การฝึกทักษะต่อการทำหน้าที่ทางสังคม กิจกรรมที่ 4 การจัดการความเครียดและส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเอง และกิจกรรมที่ 5 การให้ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทสำหรับญาติหรือผู้ดูแล ใช้เวลาในการทำกิจกรรมละ 60 นาที สัปดาห์ละ 2 ครั้งติดต่อกัน 2 สัปดาห์ ดังภาพที่ 1

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดซ้ำ (two-group repeated measures design) ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะ ตัวแปรตาม คือ การทำหน้าที่ทางสังคมและอาการทางจิต

ข้อพิจารณาทางจริยธรรม

โครงการวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาการรับรองการทำวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต เลขที่ 011/2567 เลขหนังสือรับรอง KKP.H.REC006/2568Ts_Ful ลงวันที่ 16 กันยายน พ.ศ. 2567 และได้รับอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูลจากงานวิจัย โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ผู้วิจัยจัดทำเอกสารชี้แจงข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัย โดยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบเกี่ยวกับความเป็นอิสระในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย ข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บไว้เป็นความลับ ไม่มีการระบุตัวอย่างเป็นรายบุคคล นำเสนอรายงานผลการวิจัยเป็นภาพรวม กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยโดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตามเกณฑ์จำแนกโรค ICD10 ว่าเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia) (F20.0 ถึง F20.9) มีอายุ 20–59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลขอนแก่นราชนครินทร์ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตามเกณฑ์จำแนกโรค ICD10 ว่าเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia) (F20.0 ถึง F20.9) มีอายุ 20–59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลขอนแก่นราชนครินทร์ในระหว่าง

เดือนตุลาคมถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2567 ผู้วิจัยคำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power โดยกำหนดการวิเคราะห์แบบ mean difference ตามแนวคิดของ Faul, Erdfelder และ Lang¹⁵ กำหนดค่า effect size = 0.80 จากการศึกษาของพัฒน์ ศรีโอรุ และภาสินี โทอินทร์¹⁶ กำหนดค่าความคลาดเคลื่อน (α) = .05 และอำนาจการทดสอบ (power) = 0.80 ตามแนวทาง Leppink, Sullivan และ KalWinston¹⁷ ได้ขนาดตัวอย่างขั้นต่ำกลุ่มละ 21 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง (dropout) เพิ่มร้อยละ 10 สุ่มอย่างง่ายแบบจับฉลากไม่ใส่คืน โดยจับคู่แล้วสุ่มเข้ากลุ่มทดลอง 25 คน และกลุ่มทดลอง 25 คน รวมทั้งสิ้น 50 คน เกณฑ์การคัดเข้า 1) มีคะแนนการประเมินอาการทางจิตน้อยกว่าหรือเท่ากับ 36 คะแนน (มีอาการทางจิตในระดับน้อย) 2) มีคะแนนประเมินสภาวะจิตชนิดสั้นตั้งแต่ 18 คะแนนขึ้นไป (มีระดับสติปัญญาปกติ) 3) สามารถสื่อสารด้วยภาษาพูดหรือตอบโต้ได้ อ่านออกและเขียนได้ 4) สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยและยินดีให้ความร่วมมือในการติดตามหลังจำหน่าย 5) มีญาติหรือผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยและยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรอง ได้แก่ 1) แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS)³ ผู้วิจัยใช้เครื่องมือนี้ประเมินอาการทางจิตก่อนคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 36 คะแนน (มีอาการทางจิตในระดับน้อย) 2) แบบประเมินสภาวะจิตชนิดสั้น (Mini Mental Status Examination: MMSE)¹⁸ ผู้วิจัยใช้เครื่องมือนี้ประเมินระดับสติปัญญา ก่อนคัดเลือกเข้าโครงการวิจัย เครื่องมือนี้ผู้วิจัยใช้สัมภาษณ์ผู้ป่วยซึ่งตั้งแต่ 18 คะแนนขึ้นไปจาก 20 คะแนน (มีระดับสติปัญญาในเกณฑ์ปกติ)

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล มีดังนี้ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเป็นแบบสอบถามเลือกตอบและเติมคำ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาที่เจ็บป่วย และผู้ดูแลหลักของผู้ป่วย 2) แบบประเมินการทำหน้าที่ทางสังคม (social functioning scale) ของ Birchwood & Chadwick¹³ รวมข้อคำถาม 75 ข้อ คะแนนทั้งหมด 223 คะแนน แปลผลดังนี้ คะแนน 0 – 95 คะแนน (การทำหน้าที่ทางสังคมได้ระดับต่ำ) คะแนน 96 – 105 คะแนน (การทำหน้าที่ทางสังคมได้ระดับปานกลาง) คะแนน 106 – 125 คะแนน (การทำหน้าที่ทางสังคมได้ระดับดี) คะแนน 126–135 คะแนน (การทำหน้าที่ทางสังคมได้ระดับดีมาก) 3) แบบประเมินอาการทางจิต¹⁸

3. เครื่องมือในการทดลอง 1) โปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะ โดยใช้แนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบการให้สุขภาพศึกษาของแอนเดอร์สัน โซกาดี และไรส์¹² ซึ่งมีรูปแบบของการให้ความรู้สำหรับผู้ป่วยทางจิต โดยการให้ผู้ดูแลเข้ามาเป็นหุ้นส่วนในกิจกรรมที่จัดขึ้นร่วมกันกับแนวคิดการฝึกทักษะด้านการจัดการกับอาการและการบริหารจัดการยาของ Liberman¹⁴

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือในการคัดกรอง ได้แก่ 1) แบบประเมินอาการทางจิตผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 9 คน มีค่าความเชื่อมั่น .87 2) แบบประเมินสภาวะจิตชนิดสั้น ได้ค่าความเชื่อมั่น .83 เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง 2) แบบประเมินการทำหน้าที่ทางสังคม (social functioning scale) ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ประกอบด้วย จิตแพทย์ 1 คน พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 1 คน และนักจิตวิทยา 1 คน มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.92 นำไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.90 เครื่องมือในการทดลอง คือ โปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะ มีค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ได้ค่า IOC = 0.72

การดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ผ่านคุณสมบัติตาม

เกณฑ์ที่กำหนดและสุ่มอย่างง่าย โดยการจับสลากแบบไม่ใส่คืน เพื่อเข้ากลุ่มทดลอง 25 คน กลุ่มควบคุม 25 คน กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการศึกษาตามโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะในแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ตามวันเวลาที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยดำเนินการกิจกรรมตามโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะมี 5 กิจกรรมๆ ละ 60 นาที สัปดาห์ละ 2 ครั้ง รวมเวลา 2 สัปดาห์ ดังนี้ กิจกรรมที่ 1 การให้ความรู้ เรื่อง โรคทางจิตเภทและการจัดการอาการทางจิต การให้ความรู้ เรื่อง โรคทางจิตเภทและการจัดการอาการทางจิต เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้โรคทางจิตเภท และสังเกตอาการและสามารถจัดการกับอาการทางจิตของตนเองได้ และสามารถปรับตัวอยู่ในชุมชนได้ การประเมินผล จากการมีส่วนร่วมในการโต้ตอบของสมาชิก การตอบคำถามระหว่างสนทนา การแสดงความคิดเห็น และบอกสิ่งที่ได้รับจากการทำกลุ่ม กิจกรรมที่ 2 การฝึกทักษะการบริหารและจัดการยา กิจกรรมนี้เป็นการให้สมาชิกที่เข้าใจและรับรู้การฝึกทักษะการบริหารและจัดการยา กิจกรรมนี้เป็นการนำความรู้เรื่องยาทางจิตเวชไปใช้ที่บ้าน โดยให้สมาชิกมีส่วนร่วมในการฝึกทักษะ และเห็นความสำคัญในการจัดยาตนเอง การประเมินผล การมีส่วนร่วมในการสนทนา การมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็น สามารถบอกการจัดยาตนเอง และการสรุปปัญหาและการวางแผนการจัดยาตนเอง กิจกรรมที่ 3 การฝึกทักษะต่อการทำหน้าที่ทางสังคม เพื่อให้สมาชิกมีทักษะในการสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น มีทักษะในการบอกความต้องการกับบุคคลอื่นได้ มีทักษะในการตัดสินใจและการแก้ปัญหา รวมทั้งทักษะในการปฏิเสธและการจัดการกับอารมณ์และความเครียด ซึ่งจะทำให้สมาชิกมีทักษะในการจัดการกับปัญหาอุปสรรคต่างๆ ตัวในปัจจุบันและเตรียมพร้อมสำหรับการปรับตัวในอนาคตต่อไปได้ รวมทั้งการใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม การประเมินผล 1) การมีส่วนร่วมในการสนทนา 2) การมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็น 3) สามารถสื่อสารบอกความต้องการได้ 4) บอกการมีส่วนร่วมในชุมชนได้ กิจกรรมที่ 4 การจัดการความเครียดและส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเอง เป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเอง เพื่อให้สมาชิกมีความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ช่วยลดความคับข้องใจที่อยู่ภายในจิตใจของสมาชิกภายในกลุ่มออกมา ด้วยวิธีการระบายที่ถูกต้องและเหมาะสม

ทำให้สมาชิกมีกำลังใจที่จะต่อสู้กับชีวิต รู้จักคุณค่าในตนเอง และผู้อื่น รู้ข้อดีข้อเสียของตนเอง เข้าใจตนเองมากขึ้น มีความรับผิดชอบต่อตนเองและนำไปสู่การมีพฤติกรรมที่เหมาะสมต่อไป การประเมินผล 1) การมีส่วนร่วมในการสนทนา 2) การมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็น 3) สามารถบอกคุณค่า และข้อดีของตนเองได้ 4) บอกการจัดการความเครียดได้ กิจกรรมที่ 5 ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทสำหรับญาติหรือผู้ดูแล เป็นการบูรณาการการดูแลผู้ป่วยจิตเภทผ่านการให้ความรู้และสนับสนุนครอบครัว การทำแผนร่วมกันระหว่างผู้ป่วย และครอบครัว รวมถึงการให้คำปรึกษาและการสอนทักษะในการจัดการกับปัญหาทางจิตเวช การประเมินผล 1) การมีส่วนร่วมในการสนทนา 2) การมีส่วนร่วม และแสดงความคิดเห็น 3) สามารถบอกวิธีการดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้านได้ 4) การสังเกตพฤติกรรมสมาชิกขณะกลับไปอยู่บ้าน

การเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนได้รับโปรแกรม ระยะหลังได้รับโปรแกรมเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน เกี่ยวกับการทำหน้าที่ทางสังคมด้วยแบบประเมินทักษะการทำหน้าที่ทางสังคม และประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท หลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้รับมาตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วนของข้อมูล แล้วแปลงข้อมูลเป็นรหัสบันทึกลงในโปรแกรม R 3.5.2 for Windows เพื่อเตรียมวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยสถิติเชิงพรรณนา โดยการหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม วิเคราะห์ด้วยสถิติทดสอบไคสแควร์ (Chi-Square Test)

3. เปรียบเทียบคะแนนการทำหน้าที่ทางสังคม และอาการทางจิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนได้รับโปรแกรม ระยะหลังได้รับโปรแกรมเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน วิเคราะห์ด้วยสถิติทดสอบค่าที ชนิดสองกลุ่มอิสระต่อกัน (independent t-test)

4. เปรียบเทียบคะแนนการทำหน้าที่ทางสังคม และอาการทางจิตภายในกลุ่มทดลองในระยะก่อนได้รับโปรแกรม ระยะหลังได้รับโปรแกรมเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล

1 เดือน วิเคราะห์ด้วยสถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ (one way repeated measures ANOVA: within-subjects main effect) ภายหลังจากที่ทำการทดสอบการกระจายของข้อมูลโดยใช้สถิติ Shapiro-Wilk แล้วพบว่า ชุดข้อมูลทั้งหมดมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (normal distribution)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มควบคุม 25 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 80 เพศหญิง ร้อยละ 20 กลุ่มทดลอง 25 คน เป็นเพศชาย ร้อยละ 72 เพศหญิง ร้อยละ 28 อายุ กลุ่มควบคุมมีอายุ 30-39 ปีมากที่สุด ร้อยละ 44 กลุ่มทดลองมีอายุ 30-39 ปีมากที่สุดเช่นกัน ร้อยละ 36 อายุเฉลี่ยของกลุ่มควบคุม 38.48 ปี (S.D. = 8.85) และกลุ่มทดลอง 38.92 ปี (S.D. = 9.64) กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด ร้อยละ 48 กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด ร้อยละ 44 กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่จบปริญญาตรี ร้อยละ 60 กลุ่มทดลองส่วนใหญ่จบมัธยมศึกษา ร้อยละ 44 อาชีพ พบว่า กลุ่มควบคุมประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 44 กลุ่มทดลอง ร้อยละ 68 กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีรายได้ไม่แน่นอน ร้อยละ 32 กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีรายได้ 5,000-10,000 บาท ร้อยละ 24 กลุ่มควบคุมมีระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 12.37 ปี (S.D. = 7.33) โดยส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 5-10 ปี ร้อยละ 32 ส่วนกลุ่มทดลองมีระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 9.40 ปี (S.D. = 7.80) และส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 1-5 ปี ร้อยละ 40 กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีบิดาหรือมารดาเป็นผู้ดูแลหลัก ร้อยละ 72 กลุ่มทดลองมีบิดาหรือมารดาเป็นผู้ดูแลหลัก ร้อยละ 60 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square test) พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน ($p > .05$)

2. การเปรียบเทียบคะแนนการทำหน้าที่ทางสังคมและอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทในระยะก่อนได้รับโปรแกรม ระยะหลังได้รับโปรแกรมเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า คะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภทในระยะก่อนได้รับโปรแกรม หลังได้รับโปรแกรมเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือนของกลุ่มทดลองเป็น 125.48 (S.D. = 11.89), 140.12 (S.D. = 8.13), 151.04

(S.D. = 12.87) ตามลำดับ คะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มควบคุมเป็น 111.96 (S.D. = 17.43), 126.92 (S.D. = 8.52), 127.44 (S.D. = 13.85) ตามลำดับ คะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทในระยะก่อนได้รับโปรแกรม หลังได้รับโปรแกรมเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือนของกลุ่มทดลองเป็น 30.88 (S.D. = 3.63), 24.60 (S.D. = 2.36), 20.76 (S.D. = 2.11) ตามลำดับ คะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มควบคุมเป็น 28.48 (S.D. = 4.29), 26.76 (S.D. = 2.85), 23.20 (S.D. = 2.43) ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบคะแนนการทำหน้าที่ทางสังคมและอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภท พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการ

ให้สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะมีคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ทางสังคมสูงกว่ากลุ่มควบคุมในระยะหลังได้รับโปรแกรมเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < .05$) และกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมที่ได้รับโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะมีคะแนนอาการทางจิตน้อยกว่ากลุ่มควบคุมในระยะหลังได้รับโปรแกรมเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < .05$)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนการทำหน้าที่ทางสังคมและอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทในระยะก่อนได้รับโปรแกรม

ระยะหลังได้รับโปรแกรมเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือนระหว่างกลุ่มทดลอง ($n = 25$) และกลุ่มควบคุม ($n = 25$)

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	p-value
	M	S.D.	M	S.D.		
การทำหน้าที่ทางสังคม						
ก่อนได้รับโปรแกรม	125.48	11.89	111.96	17.43	2.13	0.038*
หลังได้รับโปรแกรม	140.12	8.13	126.92	8.52	2.92	0.005*
ระยะติดตามหลังผล 1 เดือน	151.04	12.87	127.44	13.85	3.79	< 0.001*
อาการทางจิต						
ก่อนได้รับโปรแกรม	30.88	3.63	28.48	4.29	3.20	0.002*
หลังได้รับโปรแกรม	24.60	2.36	26.76	2.85	5.60	0.003*
ระยะติดตามหลังผล 1 เดือน	20.76	2.11	23.20	2.13	6.24	< 0.001*

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ทางสังคมและอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มทดลอง

ในระยะก่อนได้รับโปรแกรม หลังได้รับโปรแกรมเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน พบว่า คะแนนการทำหน้าที่ทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($F = 154.78$, $p < 0.001$) เมื่อพิจารณา พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ทางสังคมเพิ่มขึ้น โดยระยะก่อนได้รับโปรแกรมมีค่าเฉลี่ย 125.48 คะแนน (S.D. = 11.89) หลังได้รับโปรแกรมเสร็จสิ้นทันทีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 140.12 คะแนน (S.D. = 8.13) และในระยะติดตามผล 1 เดือน คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 151.04 คะแนน (S.D. =

12.87) (ตารางที่ 3) ผลการเปรียบเทียบคะแนนอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มทดลองในระยะก่อนได้รับโปรแกรม หลังได้รับโปรแกรมเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($F = 46.04$, $p < 0.001$) เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตของกลุ่มทดลองลดลง โดยระยะก่อนได้รับโปรแกรมมีค่าเฉลี่ย 30.88 คะแนน (S.D. = 3.63) หลังได้รับโปรแกรมเสร็จสิ้นทันที คะแนนเฉลี่ยลดลงเป็น 24.60 คะแนน (S.D. = 2.36) และลดลงในระยะติดตามผล 1 เดือนเป็น 20.76 คะแนน (S.D. = 2.11) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนการทำหน้าที่ทางสังคมและอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองในระยะก่อนได้รับโปรแกรม หลังได้รับโปรแกรมเสร็จสิ้นทันทีและระยะติดตามผล 1 เดือน (n = 25)

ตัวแปร	ก่อนได้รับ โปรแกรม M (S.D.)	หลังได้รับ โปรแกรม M (S.D.)	ติดตามหลัง ผล 1 เดือน M (S.D.)	SS	df	MS	F	p-value
- การทำหน้าที่ทางสังคม	125.48 (11.89)	140.12 (8.13)	151.04 (12.87)	1304.99	1.56	8.37.57	154.78 ^a	< 0.001
- อาการทางจิต	30.88 (3.63)	24.60 (2.36)	20.76 (2.11)	8224.08	1.36	6040.65	46.04 ^a	< 0.001

a = Greenhouse-Geisser, SS = Sum of Squares, MS = Mean Square, df = Degree of freedom *p < .05

วิจารณ์และสรุป

ภายหลังได้รับโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะในผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมมีคะแนนการทำหน้าที่ทางสังคมในระยะหลังได้รับโปรแกรมเสร็จสิ้นทันทีและระยะติดตามผล 1 เดือนสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ สอดคล้องกับการศึกษาของสุรธรรยา โลหาชีวะ, นันทัก ชนะพันธ์ และพลสิน เถลิมนวัฒน์¹⁹ พบว่า คะแนนความสามารถในการดูแลตนเอง หลังเข้าร่วมโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการดูแลต่อเนื่องสูงกว่าก่อนทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) แสดงว่า โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นสามารถเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่เจ็บป่วยครั้งแรกได้ และสามารถใช้เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลโดยเน้นการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่เจ็บป่วยครั้งแรก เพื่อให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งความสามารถในการดูแลตนเอง ช่วยลดความเป็นภาระให้กับครอบครัวหรือผู้ดูแลได้ต่อไป และสอดคล้องกับศิริลักษณ์ ประมะ²⁰ ระบุว่าค่าคะแนนทดสอบทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมเพิ่มมากขึ้นกว่ากลุ่มควบคุม ค่าคะแนนทดสอบทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมสูงกว่าก่อนได้รับการฝึกโปรแกรมทักษะทางสังคม แต่ไม่พบผลดังกล่าวในกลุ่มควบคุม นอกจากนี้กระบวนการกลุ่มบำบัด ยังช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเป็นสมาชิกของกลุ่ม ได้ฝึกกลวิธีในการติดต่อสื่อสาร ที่มีประสิทธิภาพ ได้เรียนรู้การมีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน มี

การให้ข้อมูลย้อนกลับ และสนับสนุนให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ก่อให้เกิดการพัฒนาทักษะทางสังคมที่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำรงรักษาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ซึ่งจำเป็นอย่างยิ่งต่อการดำเนินชีวิต²¹ อีกทั้งปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นจะช่วยให้ ผู้ป่วยได้รับตอบสนองด้านอารมณ์ มีการรับรู้ ว่าตนเองได้รับการยอมรับจากผู้อื่น รู้ถึงการมีส่วนร่วม และการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม เมื่อพิจารณาการเปลี่ยนแปลงภายในกลุ่มทดลอง พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีคะแนนการทำหน้าที่ทางสังคมในระยะหลังได้รับโปรแกรมเสร็จสิ้นทันทีและระยะติดตามผล 1 เดือน สูงกว่าระยะก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นถึงแนวโน้มการพัฒนาที่ดีขึ้นอย่างต่อเนื่องตามระยะเวลาซึ่งสนับสนุนกรอบแนวคิดของการวิจัยที่อธิบายว่า การให้สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะทางสังคมจะช่วยเสริมสร้างทักษะการสื่อสาร การแก้ปัญหา และการปรับตัวในสถานการณ์จริง ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถนำความรู้และทักษะไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองมีคะแนนอาการทางจิตในระยะหลังได้รับโปรแกรมเสร็จสิ้นทันทีและระยะติดตามผล 1 เดือนต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะสามารถลดความรุนแรงของอาการทางจิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ และผลของโปรแกรมสามารถคงอยู่ต่อเนื่องหลังสิ้นสุดการทดลอง ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้เกี่ยวกับผลของโปรแกรมต่อการลดอาการทางจิต ในด้านอาการทางจิต พบว่าคะแนนอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองในระยะหลังได้รับโปรแกรมเสร็จสิ้นทันที

และระยะติดตามผล 1 เดือนต่ำกว่าระยะก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรมดังกล่าวไม่เพียงช่วยลดอาการทางจิตในระยะสั้น แต่ยังสามารถคงผลการลดอาการได้ในระยะติดตาม ผลการวิจัยนี้จึงสนับสนุนแนวคิดที่ว่า การพัฒนาทักษะทางสังคม และการเรียนรู้เชิงปฏิบัติสามารถช่วยเพิ่มความสามารถในการจัดการอาการและลดความรุนแรงของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างยั่งยืน สอดคล้องกับงานวิจัย²² พบว่าโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะและการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยช่วยลดคะแนนอาการทางจิต และลดอัตราการกลับเป็นซ้ำในช่วงติดตามผล 1 เดือน ซึ่งผลของโปรแกรมยังคงอยู่ต่อเนื่องหลังจำหน่าย จากผลการวิจัย พบว่า คะแนนอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองในระยะหลังได้รับโปรแกรมเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน น้อยกว่าระยะก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สะท้อนให้เห็นว่า โปรแกรมดังกล่าวไม่เพียงช่วยลดอาการทางจิตในระยะสั้น แต่ยังสามารถคงผลการลดอาการได้ในระยะติดตาม

ผลการเปรียบเทียบคะแนนการทำหน้าที่ทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มทดลองในระยะก่อนได้รับโปรแกรมหลังได้รับโปรแกรมเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน พบว่า คะแนนการทำหน้าที่ทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองมีความแตกต่างกัน แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะสามารถส่งเสริมการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพ และผลของโปรแกรมยังคงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องแม้สิ้นสุดการทดลองแล้ว และผลการศึกษานี้สอดคล้องกับวิจัยของ Chien et al²³ ซึ่งพบว่า โปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะทางสังคมช่วยเพิ่มระดับการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท และผลลัพธ์สามารถคงอยู่ได้ในระยะติดตาม ซึ่งรูปแบบของโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะที่จัดการกับอาการทางลบตามแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท มีการให้ผู้ป่วยจิตเภตสำรวจประสบการณ์การเกิดอาการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบ เรียนรู้เกี่ยวกับอาการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบที่เกิดขึ้นได้อย่างถูกต้อง สามารถประเมินและสังเกตอาการทางจิต โดยเฉพาะอาการทางลบที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง รวมทั้งเรียนรู้วิธีการตอบสนองต่ออาการทางจิต โดยเฉพาะ

อาการทางลบที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม โดยมีการรับรู้เกี่ยวกับอาการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบ คือ ผู้ป่วยรับรู้ว่าการเปลี่ยนแปลงไปจากตนเองเคยรู้สึกหรือเคยปฏิบัติ โดยผู้ป่วยจิตเภทต้องรู้สึกตัวผ่านการใช้ความคิด ประเมินตัดสินความรุนแรงของอาการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบสาเหตุ การรักษา และผลที่เกิดขึ้นจากอาการ การตอบสนองต่ออาการ การให้ความรู้ และการนำวิธีการมาฝึกปฏิบัติจนเกิดทักษะการจัดการกับอาการทางลบ ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้และทักษะการจัดการอาการทางจิตได้ด้วยตนเอง จนทำให้อาการทางลบลดลง ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีขึ้น²⁴

ดังนั้น โปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะมีผลต่อการทำหน้าที่ทางสังคม และอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทในทางที่ดีขึ้น ผลการศึกษานี้ ทำให้ผู้วิจัยในฐานะของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช เกิดความตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพราะหากพยาบาลสามารถทำให้ผู้ป่วยเข้าใจยอมรับในปัญหาที่เกิดขึ้น สามารถจัดการตนเองได้

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการสนับสนุนและส่งเสริมให้บุคลากรด้านสุขภาพจิตมีการนำโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะไปใช้ในชุมชนอย่างต่อเนื่อง และมีการติดตามประเมินผลในระยะยาว
2. ควรส่งเสริมการนำโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะไปเผยแพร่แก่บุคลากรทางสุขภาพในชุมชน เพื่อได้มีแนวทางในการส่งเสริมทักษะของผู้ป่วยจิตเภทด้านการจัดการกับอาการทางจิต และการบริหารและจัดการยา ร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถทำหน้าที่ทางสังคมของตนเองได้อย่างเหมาะสม และกลับไปอยู่ในชุมชนอย่างมีความสุขตามอัตภาพ
3. ควรมีการติดตามประเมินผลเป็นระยะ คือ หลังการศึกษา ทุก 3 เดือนและ 6 เดือน เพื่อประเมินความคงอยู่ของแรงจูงใจในการรักษา และประสิทธิผลของการให้สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะเพื่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท

เอกสารอ้างอิง

1. WHO. Schizophrenia: Fact sheet. [Internet]. 2024 [Cited 2025 Apr 20]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
2. Keepers G A, Fochtmann JL, Anzia JM, Benjamin S, Lyness JM, Mojtabai R, et al. The American Psychiatric Association Practice Guideline for the treatment of patients with schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2020;177(9):868–872.
3. กรมสุขภาพจิต. คู่มือระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง สำหรับสถาบัน/โรงพยาบาล สังกัดกรมสุขภาพจิต. กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2567.
4. Barlati, S, Nibbio G, Vita A. Evidence-based psychosocial interventions in schizophrenia: a critical review. *Current Opinion in Psychiatry* 2024;37(3):131–139.
5. Correll C, Xiang P, Sarikonda K, Bhagvandas N. The economic impact of cognitive impairment and negative symptoms in schizophrenia: a targeted literature review with a focus on outcomes relevant to health care decision-makers in the United States. *The Journal of Clinical Psychiatry* 2024;85(3):24r15316.
6. โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. ข้อมูลย้อนหลังปี พ.ศ.2563 – 2567 มีผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาที่ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. ขอนแก่น: โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์; 2567.
7. สมฤดี ชุมแก้ว, วุฒดา อธิคณาพร, ปัญญา ยืนยงตระกูล,พรชนก จุมพิศ. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท. ว. วิชาการพยาบาลและสาธารณสุขมหาวิทยาลัยราชภัฏวราชนครินทร์ 2568;1(2):31–43.
8. Bowie CR, Harvey PD. Cognitive impairment associated with schizophrenia. *Annual Review of Pharmacology and Toxicology* 2023;63:487–507.
9. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan and Sadock’s synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry. 11 th ed. New York: Wolters Kluwer Health; 2015.
10. Lysaker PH, Vohs J, Hamm JA, Kukla M, Minor KS, de Jong S, et al. Deficits in metacognitive capacity distinguish patients with schizophrenia from those with prolonged medical adversity. *Journal of Psychiatric Research* 2014;55:126–132.
11. ยูพิน แก้วนา. การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง หอผู้ป่วยใจสว่าง โรงพยาบาลสกลนคร. สกลนคร: โรงพยาบาลสกลนคร; 2563.
12. Anderson CM, Hogarty GE, Reiss DJ. Family treatment of adult schizophrenic patients: a psycho-educational approach. *Schizophrenia bulletin* 1980;6(3):490–505.
13. Birchwood M, Chadwick P. The omnipotence of voices: Testing the validity of cognitive model. *Psychological Medicine* 1997;27(6):1345–1353.
14. Liberman R. Dissemination and adoption of social skills training: Social validation of evidence-based treatment for the mentally disabled. Los Angeles, CA: Grffen UCLA School of Medicine; 2006.
15. Faul F, Erdfelder E, Buchner A, Lang AG. Statistical Power Analyses Using G*Power 3.1: Tests for Correlation and Regression Analyses. *Behavior Research Methods* 2009;41:1149–

- 1160.
16. พัฒนี ศรีโอรุ, ภาสินี ไทอินทร์. ผลของกิจกรรมการสอนสุขภาพจิตที่เน้นการฝึกทักษะต่อการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. ว. วิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2564;14(2):310-319.
 17. Leppink J, O'Sullivan P, Winston K. Effect size – large, medium, and small. Perspectives on medical education 2016;5(6):347-349.
 18. มานะศักดิ์ เหลือทองกลาง, เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์. ผลของโปรแกรมการบำบัดโดยการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรม การดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุรา. ว. การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2563;34(1):163-178.
 19. สุจรรยา โลหาชีวะ, นันทกัณ ชนะพันธ์, พูลสิน เกลิมวัฒน์. ผลของโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่เจ็บป่วยครั้งแรก. ว. โรงพยาบาลชลบุรี 2565;47(2):105-112.
 20. ศิริลักษณ์ ประมะ. ผลของการฝึกโปรแกรมทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการด้านลบเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการรักษาตามปกติ [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2561.
 21. Norman RJ, Davies MJ, Lord J, Moran LJ. The role of lifestyle modification in polycystic ovary syndrome. Trends in endocrinology and metabolism. TEM 2002;13(6):251-257.
 22. จิราภรณ์ ศรีสุข, สมพร นาคสุข, อรทัย วัฒนกุล. ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะต่ออาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท. ว. สุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2566;31(2):123-136.
 23. Chien WT, Thompson DR, Norman I. A randomized controlled trial of a mutual support group for family caregivers of patients with schizophrenia. International Journal of Nursing Studies 2004;41(2):637-649.
 24. พิษญา บั้วรุ่ง, รัชนิกร อุปเสน. ผลของโปรแกรมการจัดการอาการทางลบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท. ว. พยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2565;34(1):37-50.