

ผลของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อภาวะซึมเศร้าของ
ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2561
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY COMBINED WITH FAMILY
PARTICIPATION ON DEPRESSION OF PERSONS WITH SCHIZOPHRENIA IN COMMUNITY



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science in Nursing Science

Field of Study of Nursing Science

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2018

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ผลของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
โดย	น.ส.ธนัชฐา พิพิธวิทยา
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชนิกร อุปเสน

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

.....	คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)	
คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์	ประธานกรรมการ
.....	
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ)	
.....	อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชนิกร อุปเสน)	
.....	กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(อาจารย์ ดร.อัครเดช เกตุฉ่ำ)	

ธนิษฐา พิพิธวิทยา : ผลของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อ
ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. (THE EFFECT OF COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY
COMBINED WITH FAMILY PARTICIPATION ON DEPRESSION OF PERSONS WITH SCHIZOPHRENIA
IN COMMUNITY) อ.ที่ปรึกษาหลัก : ผศ. ดร.รัชนิกร อุปเสน

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ก่อนและหลังได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว และเพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอก แผนกจิตเวช โรงพยาบาลอ่างทอง และผู้ดูแลหลักที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 40 ครอบครัว แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง 20 ครอบครัว และกลุ่มควบคุม 20 ครอบครัว โดยการจับคู่ด้วย ระยะเวลาการเจ็บป่วย และระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าของเบค กลุ่มทดลองได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ 1) การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว 2) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 3) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 4) แบบประเมินความคิดอัตโนมัติในด้านลบ และ 5) แบบวัดทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เครื่องมือทุกชุดผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน เครื่องมือชุดที่ 3, 4 และ 5 มีความเที่ยงอัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .82, .95 และ .93 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติทดสอบที่

ผลการวิจัยสรุปได้ ดังนี้

1. ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ภายหลังได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่ำกว่าก่อนได้รับการบำบัดฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์
ปีการศึกษา 2561

ลายมือชื่อนิสิต

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

5877303036 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORD: COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY, FAMILY PARTICIPATION, PERSONS WITH SCHIZOPHRENIA,
COMMUNITY

Thanittha Pipithwittaya : THE EFFECT OF COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY COMBINED WITH FAMILY PARTICIPATION ON DEPRESSION OF PERSONS WITH SCHIZOPHRENIA IN COMMUNITY. Advisor: Asst. Prof. Rachaneekorn Upasen, Ph.D.

The objective of this quasi-experimental research is to compare depression among persons with schizophrenia in the community before and after receiving the treatment of cognitive behavioral therapy combined with family participation and comparing the depression of schizophrenic patients in the community between groups receiving cognitive behavioral therapy combined with family participation and those receiving regular nursing care. The sample group comprises of schizophrenic patients who come to receive psychiatric outpatient services at Angthong Hospital and their primary caregivers who care for schizophrenic patients in 40 families, divided into 2 groups: 20 experimental groups and 20 control groups. Sample were matched-pairs by illness period and Beck's depression score. The experimental group received cognitive behavioral therapy combined with family participation developed by the researcher. The control group received regular nursing care. Research instruments comprised of: 1) the Cognitive behavioral therapy combined with family participation, 2) Demographic questionnaire, 3) Beck Depression Inventory 4) Automatic Thought, and 5) Measure of schizophrenic care skills. All instruments were validated by 5 professional experts. The reliability of the 3rd, 4th and 5th instrument was reported by Cronbach's alpha as of .82, .95 and .93, respectively. Data was analyzed using t-statistics.

The research results can be summarized as follows:

1. depression of persons with schizophrenia in the community after receiving the treatment of the cognitive behavioral therapy combined with family participation, was lower than before receiving treatment with a statistical significance at the level of .05,

2. depression of persons with schizophrenia in the community who received cognitive behavioral therapy combined with family participation was lower than receiving normal nursing care at a statistical significance of .05.

Field of Study: Nursing Science

Student's Signature

Academic Year: 2018

Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยดี เนื่องจากได้รับความกรุณาอย่างสูงจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รัชนิกร อุปเสน ที่กรุณาให้ให้ความรู้ คำแนะนำปรึกษา และพัฒนากระบวนการคิด พร้อมทั้งชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความเอาใจใส่อย่างสม่ำเสมอ ผู้วิจัยตระหนักถึงความตั้งใจจริงและความทุ่มเทของอาจารย์ และซาบซึ้งถึงความเมตตา กรุณาเป็นที่สุดและขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ ประธานสอบกรรมการสอบ วิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร. อัครเดช เกตุฉ่ำ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ให้ความเมตตาตามเวลา อันมีค่าในการคำแนะนำที่เป็นประโยชน์ และคำแนะนำเพื่อชี้แนะแนวทางที่ถูกต้องในการแก้ไขวิทยานิพนธ์ให้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน คือ นายแพทย์ประยุกต์ เสรีเสถียร ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์ อาจารย์จตุพร หนูสวัสดิ์ นางเกษสุตาพร แป้นทองและนางจุฑามาศ ผดุงญาติ ที่ให้ความกรุณาตรวจสอบ ให้คำสอน ข้อเสนอแนะและให้กำลังใจในการปรับปรุงแก้ไข เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ขอขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้ทุกท่านที่ได้ให้ข้อมูลและได้มีส่วนร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้ สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลอ่างทอง จังหวัดอ่างทอง หัวหน้าแผนกจิตเวชผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลและเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่กรุณาให้ความช่วยเหลือ ให้คำแนะนำและอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลสำหรับการวิจัยครั้งนี้ รวมทั้งขอขอบพระคุณ คุณอริยาภรณ์ คงพูลพิพัฒน์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลชะโงก และคุณนวรรตน์ เรืองรัตน์ ที่ให้ความช่วยเหลือและอำนวยความสะดวก ให้สามารถทำวิจัยในครั้งนี้สำเร็จตามวัตถุประสงค์

ขอขอบพระคุณคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยที่สนับสนุนทุนบางส่วนในการทำวิจัยครั้งนี้ ขอขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่านที่ถ่ายทอดวิชาความรู้ และประสบการณ์อันมีคุณค่า ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่คณะพยาบาลศาสตร์ ที่ให้ความช่วยเหลืออำนวยความสะดวกในการติดต่อเอกสารดำเนินการวิจัย

ขอขอบพระคุณ คุณพ่อพิบูล คุณแม่บุญเลิศ พิพิธวิทยา พี่สาว และคู่ชีวิตที่คอยช่วยเหลือสนับสนุน ให้กำลังใจ แก่ผู้วิจัยด้วยดีเสมอมา ทำให้ผู้วิจัยมีความมุ่งมั่น ไม่ท้อแท้ ระหว่างการเรียนตลอดมา

สุดท้ายนี้คุณค่าและประโยชน์อันเกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบแด่บุพการี ครูอาจารย์ ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว รวมทั้งผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับงานวิจัยในครั้งนี้ ขอให้ทุกท่านจงมีความสุขตลอดไป

ธนัชฐา พิพิธวิทยา

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ง
กิตติกรรมประกาศ.....	จ
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	1
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	6
คำถามการวิจัย	6
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	6
สมมติฐานการวิจัย	11
ขอบเขตการวิจัย	11
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	12
ประโยชน์ที่ได้รับ.....	15
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	16
1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท	17
2. ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน.....	22
3. ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท	24
4. แนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม.....	31
5. แนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัว.....	34
6. การพัฒนาการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว	36

7. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	44
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย	49
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	49
การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง	50
ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	51
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	53
เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย	53
ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย	63
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	93
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	101
สรุปผลการวิจัย.....	105
อภิปรายผลการวิจัย	106
ข้อเสนอแนะ	112
บรรณานุกรม.....	113
ภาคผนวก.....	120
ภาคผนวก ก รายงานผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ	121
ภาคผนวก ข แบบฟอร์มพิทักษ์สิทธิ์.....	123
ภาคผนวก ค พิจารณาจริยธรรม.....	128
ภาคผนวก ง เอกสารขอตกลงใช้เครื่องมือและเอกสารขอเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย	130
ภาคผนวก จ เอกสารขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย	133
ภาคผนวก ฉ ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	136
ภาคผนวก ฉ ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ	147
ประวัติผู้เขียน.....	150



สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 การบูรณาการผลของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว.....	38
ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคุณลักษณะ (Matched paired) ของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นรายคู่.....	52
ตารางที่ 3 กำหนดการดำเนินกิจกรรมตามขั้นตอน การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะซึมเศร้า	65
ตารางที่ 4 ระดับคะแนนการประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว	89
ตารางที่ 5 ระดับคะแนนการประเมินทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว.....	90
ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ ระยะเวลาที่เจ็บป่วย ลักษณะการอยู่อาศัย.....	94
ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย และลักษณะการอยู่อาศัย	95
ตารางที่ 8 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	98
ตารางที่ 9 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังทดลอง	99
ตารางที่ 10 ผลการวิเคราะห์และเปรียบเทียบคะแนนอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยก่อนและหลัง การทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง.....	100

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นโรคจิตชนิดที่พบได้มากที่สุด และเป็นปัญหาสำคัญของโรคทางจิตเวช อาการของโรคจิตเภท คือ มีความผิดปกติของกระบวนการคิด การรับรู้ อารมณ์ และการรับรู้ไม่ตรงกับความเป็นจริง ทำให้มีการแสดงออกผิดปกติจากคนทั่วไป (สมภพ เรื่องตระกูล, 2557) เริ่มมีอาการในช่วงวัยรุ่น เมื่อเป็นแล้วมักไม่หายขาด ส่วนใหญ่มีอาการกำเริบเป็นช่วง ๆ โดยมีอาการหลงเหลืออยู่บ้างระหว่างนั้นมีความรุนแรงและเรื้อรังมีความชุกโรคเท่ากับ 7 รายต่อประชากร 1000 จากการสำรวจสถานการณ์ของประชากรโลก (WHO, 2018) พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทมากกว่า 21 ล้านคน และจากรายงานสถานการณ์ในประเทศไทยพบผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด 2,669,821 ราย เป็นผู้ป่วยจิตเภท 480,266 ราย (กรมสุขภาพจิต, 2560) มากเป็นอันดับ 1 ของผู้ป่วยโรคทางจิตเวชทั้งหมด จากสถิติอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังพบว่าความชุกของการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังอยู่ระหว่างร้อยละ 4-20 (Baynes et al., 2000) ส่วนในประเทศไทยมีการศึกษาถึงความชุกของการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังอยู่ระหว่างร้อยละ 26-36 (วราพงษ์ กำไร, 2551)

ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัวที่สำคัญ คือ มีการกลับเป็นซ้ำและต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยขึ้น (Baynes . et al., 2000) ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา (Conley. et al., 2000) มีสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับสมาชิกในครอบครัวและสังคมลดน้อยลง (Norholm & Bech, 2006) ขาดแรงจูงใจในการเข้ารับการรักษาอยู่ในระดับต่ำ มีความพึงพอใจในชีวิตของผู้ป่วยลดลง (Huppert. et al., 2006) และสุขภาพทางกายและทางจิตแย่ลง (Kelly. et al., 2004) นอกจากนี้ผู้ป่วยจิตเภทยังก่อปัญหาการทำร้ายตนเองและผู้อื่น เช่น การศึกษาของ Mullholland & Cooper (2000) พบว่าร้อยละ 10 ของผู้ป่วยจิตเภทที่เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายมีสาเหตุมาจากภาวะซึมเศร้าได้

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง การคิดที่บิดเบือนไปในทางลบของบุคคลทั้งต่อตนเอง สิ่งแวดล้อมหรือโลกและอนาคตของเขา ความคิดที่บิดเบือนไปในทางลบเหล่านี้จะมีลักษณะเนื้อหาของความคิดที่บิดเบือนไป 3 ประการ ได้แก่ 1.การมีความคิดอัตโนมัติในด้านลบ มองเหตุการณ์ชีวิตในแง่ร้ายทำให้จิตใจอยู่ในสภาพท้อแท้หมดหวัง ผู้ป่วยจะมองตนเอง มองโลกและมองอนาคตในแง่ลบ 2.โครงสร้างทางความคิดที่บิดเบือน และ 3.เนื้อหาของความคิดที่บิดเบือน (Beck et al., 1979) ทั้งนี้ความคิดอัตโนมัติเป็นการรับรู้ที่เฉพาะเจาะจงและไม่ต่อเนื่อง ซึ่งเกิดขึ้นจากปฏิกิริยาสะท้อนกลับและยากที่จะหยุดคิดความคิดอัตโนมัติด้านลบ เป็นผลจากความผิดพลาดของกระบวนการคิดในส่วนของารรับรู้และแปลความผิดจากการรับรู้ประสบการณ์ครั้งแรก ๆ ในชีวิตของบุคคล เมื่อเกิดเหตุการณ์ที่ไม่

สามารถควบคุมได้ รูปแบบกระบวนการคิดจะทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ว่าตนเองขาดความสามารถที่จะเปลี่ยนแปลงหรือแก้ไขเหตุการณ์นั้น ส่งผลให้บุคคลประมวลเรื่องราวผิดพลาดและสะสมเรื่อยมา และเมื่อบุคคลต้องประสบกับภาวะวิกฤต การประมวลที่ผิดพลาดจะกระตุ้นให้เกิดความคิดอัตโนมัติ ด้านลบส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 26-36 ลักษณะซึมเศร้าที่พบในผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ เกิดภาวะอารมณ์หดหู่ มีภาวะหลงผิดร่วมกับความความรู้สึกผิด ความกังวลใจ ความสิ้นหวัง การสูญเสียความเข้าใจ การนอนไม่หลับ เบื่ออาหาร ขาดแรงจูงใจ การไร้ความสามารถและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (ภิญโญภัสร์ พันธุ์ดนตรี, 2554) และเมื่อจำแนกระดับ พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย พบได้ร้อยละ 20 คือ มีภาวะอารมณ์ไม่สดชื่น ไม่แจ่มใส ความภูมิใจถูกทำลาย แต่กระบวนการคิด การแก้ปัญหา การสื่อสารและการดำรงชีวิตประจำวันยังดำเนินเป็นปกติ ภาวะซึมเศร้าปานกลาง พบได้ร้อยละ 4 คือ มีภาวะอารมณ์เศร้าที่รุนแรงกว่าระดับเล็กน้อย มีผลกระทบต่อชีวิต ครอบครัว และการทำงาน ผู้ที่อยู่ในภาวะเศร้านี้ จะรู้สึกอึดอัดใจ ไม่สบายใจ รู้สึกว่าตนเองไร้ค่ามักตำหนิตนเอง ร้องไห้ง่าย หงุดหงิดง่าย คิดซ้ำ พุดล้าปาก อาจมีความวิตกกังวลซึ่งแสดงออกโดยการย้ำคิดย้ำทำ การนอนหลับผิดปกติ และหลีกเลี่ยงการเข้าสู่สังคม ภาวะซึมเศร้ารุนแรง พบได้ร้อยละ 2 คือ ภาวะอารมณ์เศร้านี้อาจมีระดับลึกซึ้งและเป็นนาน โดยสาเหตุของความเศร้านี้อาจมาจากภายในตัวบุคคลนั้น ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างเห็นได้ชัดเจน ได้แก่ ไม่สนใจตนเอง ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม มีความวิตกกังวลสูง นอนไม่หลับ รู้สึกสิ้นหวัง มีอารมณ์เศร้าตลอดเวลา มองไม่เห็นคุณค่าในตนเอง (วราพงษ์ กำไร, 2551)

นอกจากนี้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ยังมีอาการทางจิตหลงเหลืออยู่โดยเฉพาะอย่างยิ่ง อาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ พุดน้อย แยกตัว อารมณ์เฉยเมย ขาดความสนใจในการทำกิจกรรมรวมถึงการดูแลตนเอง (มานิช หล่อตระกูล และปรามิทธิ์ สุคนิษฐ์ ,2558) ซึ่งจะมีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มอาการซึมเศร้า คือ อาการหมดหวัง รู้สึกไร้คุณค่า รู้สึกผิด แสดงลักษณะไร้เรี่ยวแรง ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม การแสดงอาการทางจิตร่วมกับมีอาการซึมเศร้าชัดเจน อาการแสดงทางลบมากยิ่งขึ้นทำให้เกิดภาวะซึมเศร้ามากขึ้น Mulholland & Cooper (2002) อธิบายว่า ภาวะซึมเศร้านี้อาจพบบ่อยในผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทเป็นอาการแสดงทางจิตที่นำไปสู่การพยายามฆ่าตัวตายและการฆ่าตัวตายสำเร็จ จึงจำเป็นต้องมีการวินิจฉัย ประเมินอาการให้ได้ เพื่อให้การรักษาให้อาการดีขึ้น

ผลกระทบผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีภาวะซึมเศร้าในระหว่างการดำเนินโรค จะมีผลลัพธ์การพยากรณ์โรคที่ไม่ดี สูญเสียหน้าที่การงานคุณภาพชีวิตต่ำลง มีโอกาสในการนอนโรงพยาบาลสูงและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (Majadas. et al., 2012) จะเห็นได้ว่าภาวะซึมเศร้านี้อาจเกิดขึ้นได้สูงในผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภททำให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีคุณภาพชีวิตที่แย่ง โอกาสรักษาหายยากขึ้นและเสี่ยง

ต่อการฆ่าตัวตายสูงมากขึ้น จึงเป็นปัญหาสำคัญที่ผู้ให้บริการทางสุขภาพต้องให้ความสนใจ มีการประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้การรักษาได้อย่างทันทั่วถึงและป้องกันการฆ่าตัวตาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในบริบทปัจจุบันที่ผู้ป่วยจิตเภทอาศัยอยู่ในชุมชนมากขึ้น จึงเป็นบทบาทของโรงพยาบาลชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเหล่านี้และให้ความสำคัญกับภาวะซึมเศร้าที่มีโอกาสเกิดกับผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการที่โรงพยาบาลชุมชน (สุภาวดี เกษไชย, 2555)

นอกจากนี้จากการทบทวนวรรณกรรมยังพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีหลากหลายปัจจัย กล่าวคือ จากการศึกษาของภิญญ์ณภัส พันธุ์ดนตรี (2554) พบว่า **1. อายุ** มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทชุมชน ($r=-.401$) และพบว่าภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่พบในคนที่มีอายุน้อย **2. ระยะเวลาการเจ็บป่วย** มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ($r=-.200$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Hausmann & Fleischhacker (2002) พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับระยะเวลาในการเจ็บป่วย และจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากระยะเวลาในการเจ็บป่วยยาวนาน จะยิ่งทำให้ผู้ป่วยอยู่ในสภาพท้อแท้ มองตนเอง มองโลกและมองอนาคตในแง่ลบ **3. ความคิดอัตโนมัติด้านลบ** จากการศึกษาของภิญญ์ณภัส พันธุ์ดนตรี (2554) พบว่า ความคิดอัตโนมัติด้านลบมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทชุมชน ($r=.603$) ความคิดอัตโนมัติด้านลบ เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า ความคิดอัตโนมัติด้านลบที่เพิ่มมากขึ้นทั้งความถี่และความรุนแรงทำให้ความคิดที่มีเหตุผลของบุคคลลดน้อยลง ซึ่งส่งผลให้บุคคลเกิดภาวะซึมเศร้าสูงขึ้น สอดคล้องกับปริญนันท์ สละสวัสดิ์ (2546) ที่พบว่า ภาวะซึมเศร้าที่พบในผู้ป่วยจิตเภทมีลักษณะความคิดแบบ cognitive triad เช่น การมองตนเอง การมองอนาคต และมองสิ่งแวดล้อมในแง่ลบ รู้สึกหดหู่ หมดกำลังใจ ทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้น (Barton, 1999) **4. ความเข้าใจการเจ็บป่วยทางจิต** จากการศึกษา Kao & Liu (2010) ที่พบว่า ความร่วมมือในการรักษาที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเข้าใจการเจ็บป่วยทางจิต และมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าและความรู้สึกสิ้นหวัง การที่ผู้ป่วยมีความเข้าใจการเจ็บป่วยทางจิตในระดับดี ผู้ป่วยจะเชื่อและรับฟังความคิดเห็นของบุคคลอื่นที่มีต่ออาการทางจิตของตนเอง **5. การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว** มีความสัมพันธ์ทางลบกับอาการซึมเศร้า (สุภาวดี เกษไชย และคณะ, 2555) หากบุคคลได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือทางสังคม (social support) จากเครือข่ายทางสังคม (social networks) ที่เพียงพอจะทำให้เกิดความเข้มแข็งทางจิตใจ และช่วยป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้า (Beeber, 1996) และจากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยยังพบว่า การสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท เพราะครอบครัวมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยในเรื่องต่างๆ รวมถึงการรักษาอย่างต่อเนื่องเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้และยังช่วยลดอาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้นได้ (ศิริจิต สุทธิจิตต์และสุตรัก พิละ

กันทา, 2553) ครอบครัวจะช่วยในการพูดคุย แนะนำวิธีแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นร่วมกับผู้ป่วย ให้ความรัก ความอบอุ่น จึงทำให้ช่วยลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทได้

ในปัจจุบันแนวทางการรักษาสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทมุ่งเน้นการส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วย ได้รับการดูแลจากครอบครัวและชุมชนมากขึ้น (Laidlaw, 2002) ทำให้โรงพยาบาลจิตเวชต่าง ๆ มี นโยบายเร่งจำหน่ายผู้ป่วยจิตเวชออกจากโรงพยาบาลตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 (2555-2559) ซึ่งเน้นให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการรักษาและรับผิดชอบผู้ป่วย ภายใต้มิติใหม่ของการดูแลสุขภาพใหม่ของกระทรวงสาธารณสุขที่ว่า “สร้าง นำ ช่อม” จากนโยบาย ดังกล่าว ส่งผลให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยภายหลังจากได้รับการรักษาจากโรงพยาบาล ส่งผลให้แนวโน้มของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่ต้องการการดูแลกลับสู่ครอบครัวและชุมชนมากขึ้น นอกจากนี้ปัญหาที่เกิดขึ้นจากอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวของผู้ป่วย ด้วย Frederick, Caldwell, & McGartland (2002) รายงานว่าครอบครัวของผู้ป่วยที่มีอาการ ซึมเศร้าจะมีความรู้สึกผิด รู้สึกเป็นตราบาปและหลายครอบครัวเห็นว่าอาการซึมเศร้าเป็นการเพิ่ม ภาระให้กับสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย และการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจำเป็นต้องเข้ารับการ รักษาในโรงพยาบาล ยังนำไปสู่ปัญหาเรื่องภาระค่าใช้จ่ายที่ต้องเสียไปในการรักษาพยาบาลทั้งของ ผู้ป่วย ครอบครัว และระดับประเทศ

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการใช้โปรแกรมในการบำบัดภาวะซึมเศร้าพบว่า สุนันทา เอาเจริญ และคณะ (2560) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมการลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วย โรคติดต่อไม่เรื้อรังด้วยพุทธบูรณาการ ลออ สิงห์โชติสุขแพทย์ และคณะ (2562) ได้ทำการศึกษา เกี่ยวกับผลของการใช้โปรแกรมกลุ่มบำบัดแบบประคับประคองต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุใน โรงพยาบาลเขาย้อย จังหวัดเพชรบุรี ธวัชชัย พลเศศักดิ์ (2557) ได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการ บำบัดโดยการแก้ปัญหาต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับ การใช้โปรแกรมในการบำบัดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภทพบว่า อทิตยา คำทวิ (2560) ได้ ทำการศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมการสนับสนุนจากครอบครัวต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทที่ มีอาการทางจิตครั้งแรกพบว่าอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรกหลังได้รับ โปรแกรมการสนับสนุนจากครอบครัวต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรกที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนจาก ครอบครัวต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดย โปรแกรมการสนับสนุนจากครอบครัวประกอบด้วย กิจกรรมการสนับสนุนด้านอารมณ์ กิจกรรมการ สนับสนุนด้านการประเมินค่า กิจกรรมการสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร กิจกรรมการสนับสนุน ทางด้านเครื่องมือและการปฏิสัมพันธ์ทางสังคม แม้ว่ามิจานวิจัยที่สนับสนุนเกี่ยวกับโปรแกรมที่ใช้ใน การบำบัดรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าจำนวนมาก จากการทบทวนวรรณกรรมยังพบว่า ผู้ป่วยจิตเภท

ยังคงมีภาวะซึมเศร้าระหว่างการดำเนินของโรคตั้งแต่ระดับเล็กน้อยจนถึงระดับรุนแรงเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ อันเนื่องมาจากโรคจิตเภทเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรัง นอกจากนี้การศึกษาที่ผ่านมาเป็นการศึกษาอาการซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรก ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรกนั้น ผู้ป่วยจะมีภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงกว่าภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมที่ใช้บำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเภทที่ผ่านมามุ่งเน้นการแก้ไขปัญหาที่ผู้ป่วยโดยตรง แต่ยังขาดการมีส่วนร่วมของครอบครัว ซึ่งการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลจะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะซึมเศร้าได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง และจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่าการมีส่วนร่วมของครอบครัวสามารถช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้ เนื่องจากครอบครัวเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยในเรื่องต่าง ๆ รวมถึงการรักษอย่างต่อเนื่อง เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้และยังช่วยลดภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นได้ ผู้วิจัยจึงมีความคิดที่จะทำการศึกษาเกี่ยวกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว เพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภท

ผู้วิจัยจึงได้นำการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมจากแนวคิดของเบค (1979) (CBT: Cognitive Behavior Therapy) เป็นการบำบัดรูปแบบหนึ่งที่มีโครงสร้างมีทิศทางและมีเป้าหมายของการรักษาเพื่อการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมหรือเป็นปัญหา โดยการใช้กระบวนการและเทคนิคของการเรียนรู้มาใช้ในการปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อของบุคคลที่ไม่ถูกต้องช่วยให้เปลี่ยนเป็นความคิดที่ถูกต้อง เหมาะสม เข้าใจสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริงและเรียนรู้ที่จะจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสม สามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ดีขึ้นส่งผลให้อารมณ์ซึมเศร้ามลดลง (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2549)

การมีส่วนร่วมของครอบครัว เพื่อนบ้าน ผู้ร่วมงานบุคลากรทางด้านสุขภาพ ส่งผลในทางบวกต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การสนับสนุนทางสังคมจากแหล่งต่าง ๆ มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภททั้งสิ้น โดยครอบครัวถือเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญที่สุดโดยเฉพาะอย่างยิ่งในสังคมไทยครอบครัวถือเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วย ทั้งเรื่องของการที่จะทำให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาอย่างต่อเนื่อง และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวกับการดำรงชีวิตได้ตามปกติ ช่วยลดความรู้สึกเป็นตราบาบ มองตนเองว่าไร้ค่า และยังช่วยลดอาการซึมเศร้าที่อาจเกิดขึ้นในผู้ป่วยจิตเภทได้ (สุภาวดี เกษไชย และคณะ, 2555) อย่างไรก็ตามจากการศึกษาที่ผ่านมายังไม่มียานวิจัยใด ที่ศึกษาหารูปแบบการบำบัดที่สามารถนำมาจัดการกับปัจจัยด้านการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ซึ่งพบว่ามีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท ดังนั้นในการศึกษานี้ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมจากแนวคิดของ Beck et al., (1979) ผสมผสานร่วมกับการใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวของ Friedman (2003) เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีภาวะซึมเศร้าได้รับการบำบัดลดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถนำไปใช้กับตนเองได้ และได้รูปแบบทางการ

พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชั้นสูงที่มีประสิทธิภาพในการบำบัดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ก่อนและหลังได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว
2. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

คำถามการวิจัย

1. ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวมีความแตกต่างกันหรือไม่
2. ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนกลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวแตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหรือไม่

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

มีงานวิจัยแสดงให้เห็นชัดเจนว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทร้อยละ 7 ถึงร้อยละ 75 มีภาวะซึมเศร้าในระหว่างการดำเนินโรค ภาวะซึมเศร้านี้อาจเกิดจากโรคเรื้อรังร่วมกับทางกายที่ผู้ป่วยเป็นผลจากการรักษาด้วยยาจิตเวช ผลข้างเคียงจากยาจิตเวชหรือความเครียดจากการเจ็บป่วย (Hausmann Fleischhacker, 2002) ในประเทศไทยพบความชุกของการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังอยู่ระหว่างร้อยละ 26-36 (วราพงษ์ กำไร, 2551) ภาวะซึมเศร้าที่พบในผู้ป่วยจิตเภทมีลักษณะความคิดแบบ cognitive triad เช่น การมองตนเอง การมองอนาคต และมองสิ่งแวดล้อมในแง่ลบ รู้สึกหดหู่ หดงอกำลังใจ ทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้น (Barton, 1999) จากการศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน คือ อายุและระยะเวลาการเจ็บป่วย ความคิดอัตโนมัติด้านลบ ความเข้าใจการเจ็บป่วยทางจิต การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับอาการซึมเศร้า (สุภาวดี เกษไชย และคณะ, 2555)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (CBT: Cognitive Behavior Therapy) เป็นการบำบัดรูปแบบที่มีโครงสร้างมีทิศทางและมีเป้าหมายของการรักษา ซึ่งเป็นการปรับเปลี่ยนความคิดด้านลบของผู้ป่วยโดยตรงให้มีความคิดที่เหมาะสมช่วยลดอารมณ์ความรู้สึกในแง่ลบลงได้ ช่วยให้ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร่าลดลงและดำรงชีวิตได้ตามปกติ (March, 2004) ซึ่งความคิดในด้านลบจะมีลักษณะเนื้อหาของความคิดที่บิดเบือนไป (Beck et al., 1979) ในลักษณะ

3 ประการ คือ องค์ประกอบที่ 1) ความคิดที่บิดเบือนไปในทางลบ (Cognitive triad) โดยจะมีความคิดที่บุคคลมองตนเอง มองสิ่งแวดล้อมหรือโลกและมองอนาคตในทางลบ 2) มีโครงสร้างความคิด (Schema) ที่ปรับเปลี่ยนบิดเบือนในทางลบและมีลักษณะความเชื่อเฉพาะตัว 3) เนื้อหาความคิดที่บิดเบือนไปจากความเป็นจริง (Cognitive error) หลักการสำคัญของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (CBT: Cognitive Behavior Therapy) โดยใช้เทคนิคการเรียนรู้มาใช้ในการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติด้านลบ ความเชื่อของบุคคลที่ไม่ถูกต้อง ช่วยให้เปลี่ยนเป็นความคิดที่ถูกต้องเหมาะสม เข้าใจสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริงและเรียนรู้ที่จะจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสม สามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ดีขึ้นส่งผลให้อารมณ์ซึมเศร้าลดลง (อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, 2549)

สถาบันครอบครัวซึ่งถือมีความสำคัญมากที่สุด เพื่อรองรับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเมื่อกลับมารับการรักษาต่อที่บ้าน จึงอาจนับได้ว่าเป็นปัจจัยที่สำคัญอีกอย่างหนึ่งที่มีส่วนช่วยให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านภายใต้บริบทของครอบครัวเกิดประสิทธิภาพสูงสุด ทั้งต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและญาติที่ดูแลผู้ป่วยด้วยกัน ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่าครอบครัวเป็นสถาบันที่สำคัญในการสนับสนุนการรักษาผู้ป่วยที่ได้ผลดีที่สุดและเป็นผู้ตอบสนองความต้องการการดูแลที่จำเป็นของผู้ป่วย นอกจากนี้ครอบครัวเป็นหน่วยย่อยที่สำคัญที่สุดในสังคมและมีบทบาทอย่างยิ่งในการมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพผู้ป่วยจิตเภทตามสภาวะสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว

Friedman (2003) ให้ความหมายของครอบครัวมีส่วนร่วม คือ กระตุ้นให้กำลังใจ สนับสนุนให้คำแนะนำ ชี้แนะแนวทาง หรือมีส่วนร่วมในการสอนให้สมาชิกในครอบครัวมีการส่งเสริมสุขภาพของตนเอง และได้กล่าวถึงบทบาทของครอบครัวต่อสุขภาพและการเจ็บป่วยไว้ 6 ประการ ดังนี้

1) ครอบครัวมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วยของสมาชิก (Health Promotion and Illness Prevention) คือการให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพในลักษณะองค์รวม ซึ่งจำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวัน การปรับเปลี่ยนที่เกิดขึ้นอาจก่อให้เกิดความขัดแย้งกันภายในครอบครัว แต่การปรับเปลี่ยนของครอบครัวที่เกิดขึ้นนี้ทำให้ครอบครัวเกิดการเรียนรู้ซึ่งกันและกัน

2) ครอบครัวสามารถมีส่วนร่วมในการดูแลระยะที่มีอาการเกิดขึ้น (Symptom Experience Stage) ครอบครัวจะมีการประเมินพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท ให้ความหมายของอาการในลักษณะความรุนแรงของอาการ สาเหตุ ปัจจัยที่สำคัญของการเกิดอาการและความตระหนักหรือความเอาใจใส่ต่อการดูแลเมื่อมีอาการแสดงเกิดขึ้น รวมทั้งการป้องกันจากสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ โดยสมาชิกในครอบครัวคนอื่น ๆ ในครอบครัวได้ช่วยกันตระหนักถึงอันตรายที่เกิดขึ้นนั้น ๆ

3) ครอบครัวสามารถมีส่วนร่วมในการแสวงหาการดูแลรักษาพยาบาล (Care-seeking Stage) สามารถตัดสินใจเมื่อใดที่ผู้ป่วยจิตเภทควรได้รับการรักษาที่ใด (บ้าน คลินิก หรือโรงพยาบาล)

4) ครอบครัวสามารถมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาพยาบาลเบื้องต้น (Medical Contact Stage) ทำหน้าที่เป็นหน่วยปฐมพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทเบื้องต้น เพื่อส่งต่อไประบบปฐมภูมิทำหน้าที่ส่งต่อผู้ป่วยจิตเภทต่อหน่วยบริการรักษาพยาบาลต่อไป

5) ครอบครัวสามารถมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยที่ต้องพึ่งพา (Dependence Patient Stage) สามารถชี้ให้เห็นบทบาทของผู้ป่วยจิตเภท (Patient role) ว่าควรจะปฏิบัติตามคำแนะนำได้มากน้อยระดับไหนและพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภท (Patient role behaviors) สามารถบอกได้ว่าอาการดีขึ้นเมื่อไร ซึ่งช่วงเวลาจะครอบคลุมตั้งแต่การไม่คาดหวังว่าจะต้องหายขาดจากความเจ็บป่วยได้เร็วในระยะเวลาอันสั้น จนถึงความคาดหวังว่าผู้ป่วยจิตเภทจะฟื้นหายเป็นปกติโดยเร็ว

6) ครอบครัวสามารถมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสภาพครอบครัว (Rehabilitation Stage) ครอบครัวจะช่วยสนับสนุนหรือฟื้นฟูสมาชิกที่ได้รับผลกระทบให้หายเจ็บป่วย

ผู้วิจัยได้พัฒนาจากแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางความคิดพฤติกรรมของ Beck et al., (1979) ผสมผสานร่วมกับการใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวของ Friedman (2003) โดยใช้บทบาทของครอบครัว 6 ประการ และให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดำเนินการทุกกิจกรรมตามการบำบัดให้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะซึมเศร้าเป็นรายกลุ่ม ดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 2 ครั้ง จำนวน 3 ขั้นตอน 8 กิจกรรม ๆ ละ 60-90 นาที ติดต่อกัน 4 สัปดาห์ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมความพร้อมในการบำบัดร่วมกับครอบครัว

ประกอบด้วย 2 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว กิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพเพื่อเตรียมความพร้อมในการบำบัด เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจยอมรับเหตุผลวิธีการและแนวทางการบำบัด ชี้แจงวัตถุประสงค์พูดคุยให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความไว้วางใจและให้ความร่วมมือในการบำบัดรักษา สร้างข้อตกลงกับผู้ป่วยให้ยอมรับว่าจะต้องมียางกลับไปทำการบ้าน นอกจากนี้การสร้างสัมพันธภาพด้วยการซักถามประเมินสิ่งที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยเป็นการแสดงถึงความสนใจที่ต้องการช่วยเหลือของพยาบาล อีกทั้งการที่สมาชิกในกลุ่มได้ร่วมกันกำหนดระเบียบวาระข้อตกลงภายในกลุ่มและอภิปรายร่วมกัน จะทำให้เกิดการยึดมั่นผูกพันภายในกลุ่ม ทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกโดดเดี่ยว หรือรู้สึกว่าถูกแยกอยู่คนเดียว และเกิดความไว้วางใจ จากการศึกษาของ ศิริลักษณ์ ปัญญา (2558) พบว่า การส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้พูดคุยทำความเข้าใจกัน การสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลสามารถช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้

กิจกรรมครั้งที่ 2 การเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท ภาวะซึมเศร้า ทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์ พฤติกรรม การเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท ภาวะซึมเศร้า เป็นการเสริมสร้างให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคจิตเภท ภาวะซึมเศร้า ครอบครัวสามารถประเมินพฤติกรรมสุขภาพของ

ผู้ป่วยจิตเภท ฝึกให้ครอบครัวมีทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และทักษะการสังเกตอาการเตือน (warning signs) และจัดการกับอาการเตือน การเฝ้าระวังความคิดฆ่าตัวตาย สังเกตความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย วิธีการจัดการอาการเบื้องต้นได้ ครอบครัวตระหนักถึงอันตรายเมื่อมีอาการแสดงเกิดขึ้น เน้นย้ำให้ผู้ป่วยและครอบครัวทราบถึงความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์ ความรู้สึกพฤติกรรม จากตัวอย่างที่กำหนดให้ตามสถานการณ์จริง โดยให้ผู้ป่วยและครอบครัวร่วมกันอภิปรายถึงปัญหาที่เป็นสาเหตุปัจจัยที่เกี่ยวกับการเกิดภาวะซึมเศร้า ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้บอกความรู้สึกต่อการเจ็บป่วย ข้อมูลด้านสุขภาพของผู้ป่วย ประสบการณ์ ความเชื่อและเจตคติ ร่วมกันค้นหาปัญหา ความต้องการระบุปัญหา รับผิดชอบต่อตนเอง เพื่อใช้ในการตัดสินใจให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่แท้จริง กำหนดเป้าหมายร่วมกับพยาบาล เพื่อตอบสนองความต้องการของตนเองได้ เมื่อผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับอาการของตนเองจะช่วยให้มีความหวัง ในการเข้ารับการบำบัดฯ สามารถช่วยให้ผู้ป่วยกลับเป็นปกติได้ ให้ความร่วมมือในการบำบัด ทำให้การบำบัดได้ผลดี ให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้เรียนรู้และเข้าใจสาเหตุของการเจ็บป่วยได้ดีขึ้น จากศึกษาของ เอื้อญาติ ชูชื่น (2557) ระบุว่า กำลังใจจากครอบครัวส่งผลให้เกิดความรู้สึกการมีคุณค่าในตนเองเพิ่มมากขึ้น ซึ่งการที่ครอบครัวใส่ใจและมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณค่า ซึ่งส่งผลให้ภาวะซึมเศร้ามลดลงได้

ขั้นตอนที่ 2 การบำบัดทางความคิดร่วมกับครอบครัว

ประกอบด้วย 3 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมครั้งที่ 3 การค้นหาความคิดอัตโนมัติด้านลบที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยทางจิต การค้นหาความคิดอัตโนมัติด้านลบที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยทางจิต เน้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวทราบความหมายของความคิดอัตโนมัติด้านลบ “ความคิดแวบแรก” ได้ฝึกค้นหาความคิดอัตโนมัติด้านลบ และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากความคิดอัตโนมัติด้านลบ เชื่อมโยงกับสถานการณ์จริงที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า โดยการนำรูปแบบ A-B-C Model มาใช้เป็นแนวทางในการอธิบายถึงความเชื่อมโยงระหว่างความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม และกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดการสำรวจตนเอง (Klingberg et al., 2009) ครอบครัวช่วยให้ผู้ป่วยค้นหาความคิดอัตโนมัติด้านลบ เพื่อเป็นแรงสนับสนุนให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ส่งผลต่อการลดลงของภาวะซึมเศร้า (ยุทธนา อองอาจสกุลมัน, 2548)

กิจกรรมครั้งที่ 4 การตรวจสอบความคิดอัตโนมัติด้านลบ การบำบัดครั้งนี้ให้ผู้ป่วยและครอบครัว เน้นให้เห็นการตรวจสอบความคิดอัตโนมัติด้านลบที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า โดยนำหลักการ A-B-C Model มาอธิบาย กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการตรวจสอบความถูกต้องของความคิดอัตโนมัติด้านลบ โดยใช้หลักฐานที่สนับสนุนและคัดค้านความคิดอัตโนมัติด้านลบ ฝึกให้ประเมินความคิดที่เกิดขึ้นโดยอาศัยหลักฐานต่างๆ ที่มาสนับสนุนและคัดค้านความคิดนั้นๆ ให้ผู้ป่วยสามารถ

ประเมินตนเองตามความเป็นจริงและพิจารณาผลลัพธ์ที่เกิดจากการกระทำ ครอบครัวยุถึงลักษณะความคิดอัตโนมัติด้านลบที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนความคิด การศึกษาของ Seok et. al., (2003) การเปลี่ยนแปลงของความคิดอัตโนมัติ ความบกพร่องของทัศนคติและอาการของโรคซึมเศร้า โดยการใช้กลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยซึมเศร้า พบว่ากลุ่มบำบัดฯ ช่วยลดความคิดอัตโนมัติด้านลบและเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติและความบกพร่องในเรื่องทัศนคติ ส่งผลต่อการลดลงของภาวะซึมเศร้า

กิจกรรมครั้งที่ 5 **ปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติด้านลบของผู้ป่วย** ผู้ป่วยและครอบครัวพัฒนาทักษะการจัดการกับความคิด ความเชื่อที่บิดเบือนที่เกิดขึ้นโดยใช้วิธีการหยุดความคิด (Thought stopping) ซึ่งสามารถสร้างภาพสัญญาณการหยุดหรือจินตนาการ เพื่อหยุดกระบวนการของความคิดที่ไม่มีประโยชน์และนำเทคนิคการตอบสนองอย่างมีเหตุผล การปรับเปลี่ยนความคิดที่บิดเบือนไม่สมเหตุสมผลจากสถานการณ์ตัวอย่าง เมื่อผู้ป่วยหยุดคิด เข้าใจความคิดอัตโนมัติแวบแรกที่ทำให้เกิดทุกข์ ผู้ป่วยควรหยุดคิด รู้เท่าทันความคิดและปรับเปลี่ยนความคิดให้เป็นเหตุเป็นผลมากขึ้น พร้อมทั้งให้กำลังใจตนเอง ครอบครัวยุร่วมแสดงความคิดเห็นเสนอแนะวิธีการแก้ปัญหาที่พบพร้อมทั้งเสริมสร้างความภาคภูมิใจด้วยการให้คำชมเชยและกำลังใจ จากการศึกษาของ สุนิสา ศรีโมอ่อน (2554) ระบุว่า การแก้ไขปัญหาด้วยตนเองสามารถช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้

ขั้นตอนที่ 3 **การบำบัดทางพฤติกรรมและกำหนดการกระทำด้วยตนเองร่วมกับครอบครัว**
ประกอบด้วย 3 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมครั้งที่ 6 **การเสริมสร้างการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม แบบแผนความคิดบิดเบือน** เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถแยกแยะความคิดอัตโนมัติทางลบร่วมกันค้นหาแนวทางในการแก้ไขปัญหที่เหมาะสม การเสริมสร้างการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมแบบแผนความคิดที่บิดเบือน ฝึกการสร้างความคิดใหม่แล้วใหม่ฝึกเขียนความคิดที่เกิดขึ้น และทองจำให้ขึ้นใจ มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้เปลี่ยนแปลงความคิดเดิม โดยผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการส่งเสริมและค้นหาแนวทางการแก้ปัญหาร่วมกับผู้ป่วย เนื่องจากความคิดของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้านักจะเป็นระบบปิดเกี่ยวกับความเป็นเหตุเป็นผล ให้สมาชิกกลุ่มร่วมกันค้นหาแนวทางในการแก้ไขปัญหที่เหมาะสม ผู้บำบัดช่วยเหลือในการให้ข้อเสนอแนะวิธีการหรือแนวทางแก้ไขปัญหามีประโยชน์ให้ผู้ป่วยลองพิจารณา และตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ไขปัญห โดยการเรียนรู้การตอบรับและปฏิเสธผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม การตอบสนองต่อสถานการณ์ต่าง ๆ ด้วยความคิดใหม่ ซึ่งจะนำมาสู่การเปลี่ยนแปลงโดยผู้ป่วยจะมีอารมณ์ดีขึ้นและมีพฤติกรรมที่เหมาะสม สามารถช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้ (ยุทธนา งามงามสกุลมัน, 2548)

กิจกรรมครั้งที่ 7 **การเบี่ยงเบนความคิดและวิธีการคลายเครียด** ให้ผู้ป่วยและครอบครัว ได้ฝึกทักษะผ่อนคลายความเครียดและลดความกังวล โดยการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

ฝึกการหายใจ ฝึกการพูดกับตนเองทางบวกและการให้กำลังใจตนเอง จะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนความคิดและให้ผู้ป่วยและครอบครัวเสนอวิธีการคลายเครียดที่เหมาะสม เพื่อผ่อนคลายความเครียดและลดความกังวล การมีทักษะการเผชิญความเครียด จากการศึกษาของ อติรัตน์ วัฒนไพลิน (2554) ได้ระบุว่า การมีทักษะการเผชิญความเครียด สามารถช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้

กิจกรรมครั้งที่ 8 ประเมินผลทบทวนความเข้าใจ ให้ผู้ป่วยและครอบครัวทบทวนและสรุปเนื้อหาสิ่งที่ได้เรียนรู้จากประสบการณ์ที่ได้รับหลังจากการเข้ารับการบำบัดฯ ครอบครัวมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูทักษะสำคัญในแต่ละกิจกรรมเพื่อเพิ่มความมั่นใจในการนำไปใช้ระหว่างดำเนินชีวิต ให้ผู้ป่วยและครอบครัวช่วยประเมินปัจจัยแวดล้อมที่จะนำมาซึ่งอุปสรรค เพื่อป้องกันความเครียดที่จะส่งผลต่อผู้ป่วยซึ่งอาจส่งผลให้มีภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น สภาพครอบครัวช่วยสนับสนุนการจัดการกับปัญหาได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และส่งเสริมความสามารถให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าถึงแหล่งทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชน เครือข่ายสุขภาพและแหล่งสนับสนุนทางสังคม เมื่อผู้ป่วยและครอบครัวได้เข้าใจถึงความรู้สึกของกันและกัน ผู้ป่วยรู้สึกมีครอบครัวที่เข้าใจ และคอยรับฟังปัญหาของตนเอง ส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นลดลง

สมมติฐานการวิจัย

1. ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน หลังได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่ำกว่าก่อนได้รับการบำบัดฯ
2. ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน กลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) รูปแบบการศึกษา สองกลุ่มวัดสองครั้งก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest control group design) (Burns & Grove, 2003)

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท รหัส F20 (F20.0-F20.9) ตามบัญชีจำแนก ICD-10 ที่มีภาวะซึมเศร้า อาศัยอยู่ในชุมชนและเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก แผนกจิตเวชโรงพยาบาลอ่างทอง และมีผู้ดูแลหลักที่บ้าน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD - 10 ที่มีภาวะซึมเศร้าที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกแผนกจิตเวชโรงพยาบาลอ่างทอง ทั้งเพศชายและเพศหญิง และผู้ดูแลหลักที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นระยะเวลามากกว่า 6 เดือน

ตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่

ตัวแปรต้น คือ การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว

ตัวแปรตาม คือ ภาวะซึมเศร้า

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง สภาพของความรู้สึกและอารมณ์ในแง่ลบของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เช่น เศร้า โศก เสียใจ โดดเดี่ยว อ้างว้าง เชื่องช้า มีความคิดในทางลบต่อตนเอง เช่น ตำหนิตัวเอง มีพฤติกรรมถดถอย ท้อแท้ เบื่อหน่าย นอนไม่หลับ รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า หมดความสนใจในกิจกรรมที่เคยทำ มีความแปรปรวนทางอารมณ์ต้องการที่จะหลีกเลี่ยงและลงโทษตนเองหรืออยากตาย มีอาการเบื่ออาหาร สูญเสียแรงขับทางเพศมีกิจกรรมต่าง ๆ เปลี่ยนไปจากเดิม ลดน้อยลงและเชื่องช้า สามารถประเมินได้โดยใช้แบบวัดภาวะซึมเศร้าของ Beck (1969) มีคะแนนภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงระดับมาก (10-29 คะแนน)

การมีส่วนร่วมของครอบครัว หมายถึง การรักษาที่ให้ครอบครัวของผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วม โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อส่งเสริมความสัมพันธ์ในครอบครัวผู้ป่วยให้เป็นไปในลักษณะที่ถูกต้องเหมาะสมและสร้างสรรค์ ความสัมพันธ์ที่ผิดปกติควรได้รับการแก้ไข การพบผู้ป่วยและญาติร่วมกันจะช่วยให้ทุกฝ่ายได้ระบายความรู้สึกที่มีต่อกัน โดยมีพยาบาลเป็นคนกลางที่จะช่วยให้ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจกันดีขึ้น และเรียนรู้วิธีที่จะปฏิบัติต่อกันอย่างเหมาะสม มีการแสดงออกของอารมณ์ในลักษณะที่ไม่เป็นอันตรายต่อกัน

การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลเพื่อให้การบำบัดรายกลุ่มกับผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะซึมเศร้า ด้วยกระบวนการสร้างสัมพันธภาพ การประเมินปัญหาของตนเอง ผ่านการเรียนรู้และเข้าใจเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า โรคจิตเภทและความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์และความรู้สึกที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าและค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบหรือข้อสรุปที่บิดเบือนไม่ถูกต้องตามความจริง หรือความคิดความเชื่อที่บิดเบือนลักษณะต่าง ๆ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะซึมเศร้าสามารถพัฒนาตนเองสู่ความคิดใหม่ที่มีความสมเหตุสมผลตรงตามสภาพความเป็นจริง โดยสามารถมองปัญหาหรือแปลความหมายที่มีต่อสถานการณ์ต่าง ๆ ไปในรูปแบบที่สร้างสรรค์มากขึ้นและนำไปสู่พฤติกรรมภายนอกที่พึงประสงค์ ซึ่งรูปแบบการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ประยุกต์มาจากรูปแบบการบำบัดเพื่อจัดการกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท จากการศึกษาที่พัฒนาขึ้นจากรูปแบบการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (CBT) ตามแนวคิดของ Beck et al.(1979) โดยการใช้กระบวนการและเทคนิคของการเรียนรู้มาใช้ในการปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อของบุคคลที่ไม่ถูกต้องช่วยให้เปลี่ยนเป็นความคิดที่ถูกต้อง เข้าใจสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริงและเรียนรู้ที่จะจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสม

ร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวของ Friedman (2003) โดยครอบครัวสามารถมีส่วนร่วมในการตัดสินใจกระบวนการรักษาทุกๆขั้นตอนของความเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว เริ่มตั้งแต่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน รักษา และการฟื้นฟู สังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภท โดยในการดำเนินการกิจกรรมตามการบำบัดให้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะซึมเศร้าเป็นรายกลุ่ม ประกอบด้วย การบำบัดรายกลุ่ม ๆ ละ 10 ครอบครัว จำนวน 3 ขั้นตอน จำแนกเป็น 8 ครั้ง ๆ ละ 60-90 นาที ดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ติดต่อกันรวม 4 สัปดาห์ โดยมีรายละเอียดของการดำเนินการ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมความพร้อมในการบำบัดร่วมกับครอบครัว

ประกอบด้วย 2 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว หมายถึง การสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ การเตรียมความพร้อมในการบำบัด ชี้แจงวัตถุประสงค์ให้ผู้ป่วยและครอบครัว ให้ผู้ป่วยเข้าใจยอมรับเหตุผลแนวทางการบำบัด เกิดความไว้วางใจและให้ความร่วมมือในการบำบัดรักษา โดยเน้นการเปิดเผยตนเอง ประเมินความคิด ความรู้สึก พฤติกรรมของสมาชิกกลุ่ม

กิจกรรมครั้งที่ 2 การเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท ภาวะซึมเศร้า ทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์ พฤติกรรม หมายถึง การเสริมสร้างให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคจิตเภท ภาวะซึมเศร้า ให้ครอบครัวมีทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และทักษะการสังเกตอาการเตือน การจัดการกับอาการเตือน การเฝ้าระวังความคิดฆ่าตัวตาย สังเกตความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย วิธีการจัดการอาการเบื้องต้นได้ เน้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวทราบถึงความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์ ความรู้สึกพฤติกรรม ผู้ป่วยและครอบครัวทราบถึงปัญหาที่เป็นสาเหตุปัจจัยที่เกี่ยวกับการเกิดภาวะซึมเศร้า

ขั้นตอนที่ 2 การบำบัดทางความคิดร่วมกับครอบครัว

ประกอบด้วย 3 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมครั้งที่ 3 การค้นหาความคิดอัตโนมัติด้านลบที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยทางจิต หมายถึง การให้ผู้ป่วยและครอบครัวทราบความหมายของความคิดอัตโนมัติด้านลบ ฝึกค้นหาความคิดอัตโนมัติด้านลบจากสถานการณ์จริง และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากความคิดอัตโนมัติด้านลบ ที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า โดยการนำรูปแบบ A-B-C Model โดยให้ผู้ป่วยและครอบครัวร่วมกันการค้นหาความคิดอัตโนมัติด้านลบ

กิจกรรมครั้งที่ 4 การตรวจสอบความคิดอัตโนมัติด้านลบ หมายถึง การให้ผู้ป่วยและครอบครัวช่วยกันตรวจสอบความคิดอัตโนมัติด้านลบที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า โดยนำหลักการ A-B-C Model มาอธิบาย ดังนั้น กิจกรรมบำบัดในครั้งนี้จึงมีเป้าหมายในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการสำรวจตัวเองและเข้าใจตัวเอง เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจบนความคิดความเชื่ออย่างถูกต้อง โดยการฝึกให้หาหลักฐานที่มาสสนับสนุนความคิดนั้น และหลักฐานที่มาคัดค้านความคิดด้านลบ ทราบถึงลักษณะ

ความคิดอัตโนมัติด้านลบที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า โดยอาศัยหลักฐานต่าง ๆ ที่มาสนับสนุนและคัดค้านความคิดนั้น ๆ เพื่อลดภาวะซึมเศร้าและนำไปสู่การตัดสินใจบนความคิดความเชื่ออย่างถูกต้องในเหตุการณ์จริง

กิจกรรมครั้งที่ 5 **ปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติด้านลบของผู้ป่วย** หมายถึง การให้ผู้ป่วยและครอบครัวพัฒนาทักษะการจัดการกับความคิดอัตโนมัติทางลบ หรือ ความคิดที่บิดเบือนที่เกิดขึ้น แล้วพิจารณาว่าควรตอบสนองต่อเหตุการณ์หรือความคิดนั้นอย่างไร โดยใช้วิธีการหยุดความคิด (Thought stopping) ซึ่งสามารถสร้างภาพสัญญาณการหยุดหรือจินตนาการ เพื่อหยุดกระบวนการของความคิดที่ไม่มีประโยชน์และนำเทคนิคการตอบสนองอย่างมีเหตุผล (Rational Responding) จากสถานการณ์ตัวอย่าง เมื่อผู้ป่วยหยุดคิด เข้าใจความคิดอัตโนมัติแวบแรกที่ทำให้เกิดทุกข์ ผู้ป่วยควรหยุดคิด รู้เท่าทันความคิดและปรับเปลี่ยนความคิดให้เป็นเหตุเป็นผลมากขึ้น พร้อมกับให้กำลังใจตนเอง ครอบครัวร่วมแสดงความคิดเห็นเสนอแนะวิธีการแก้ปัญหาที่พบพร้อมทั้งเสริมสร้างความภาคภูมิใจด้วยการให้คำชมเชยและกำลังใจ มีผลต่อการลดภาวะซึมเศร้าได้

ขั้นตอนที่ 3 การบำบัดทางพฤติกรรมและกำหนดการกระทำด้วยตนเองร่วมกับครอบครัว

ประกอบด้วย 3 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมครั้งที่ 6 การเสริมสร้างการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม แบบแผนความคิดบิดเบือน เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถแยกแยะความคิดอัตโนมัติทางลบร่วมกันค้นหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสม หมายถึง กระตุ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวรู้จักวิธีการช่วยให้มองปัญหาในแงุ่มุมใหม่ โดยใช้เทคนิคการเสนอทางเลือก การสร้างความคิดใหม่แล้วให้ฝึกเขียนความคิดที่เกิดขึ้น และสิ่งที่เราจะทำลงในกระดาษ และท่องจำให้ขึ้นใจ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยพิจารณาว่าความคิดที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ต่าง ๆ นั้นมีความคิดแบบอื่นได้หรือไม่ โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้เปลี่ยนแปลงความคิดเดิม ให้ผู้ป่วยและครอบครัวค้นหาแนวทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นได้ เพื่อช่วยลดภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้น

กิจกรรมครั้งที่ 7 การเบี่ยงเบนความคิดและวิธีการคลายเครียด ผู้ป่วยและครอบครัวรู้จักการให้กำลังใจตนเอง เน้นทักษะการพูดกับตนเองทางบวก โดยการให้ผู้ป่วยและครอบครัว ได้ฝึกทักษะผ่อนคลายความเครียดและลดความกังวล โดยวิธีการผ่อนคลายกล้ามเนื้อส่วนต่างๆ ทำให้ลดการคิดฟุ้งซ่านและลดความวิตกกังวล เกิดสมาธิมากขึ้น และฝึกการกำหนดลมหายใจ ฝึกการพูดกับตนเองทางบวก และการให้กำลังใจตนเองจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนความคิด เพื่อผ่อนคลายความเครียดและลดความกังวล

กิจกรรมครั้งที่ 8 ทบทวนความเข้าใจ ผู้ป่วยและครอบครัวทบทวนและสรุปเนื้อหาสิ่งที่ได้เรียนรู้ตามประสบการณ์ที่ได้รับหลังจากการเข้ารับการบำบัด หมายถึง ให้ผู้ป่วยและครอบครัวทบทวนและสรุปเนื้อหาสิ่งที่ได้เรียนรู้ หลังจากการเข้ารับการบำบัดฯ ครอบครัวมีส่วนร่วมในการฟื้นฟู

ทักษะสำคัญเพื่อเพิ่มความมั่นใจในการนำไปใช้ระหว่างดำเนินชีวิต ให้ผู้ป่วยและครอบครัวประเมินปัจจัยแวดล้อมที่จะนำมาซึ่งอุปสรรค สนับสนุนวิธีจัดการกับปัญหาได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และส่งเสริมความสามารถให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าถึงแหล่งทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชน ส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นลดลง

ผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท ตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD - 10 ที่มีภาวะซึมเศร้า อาศัยอยู่ในชุมชนและเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก แผนกจิตเวชโรงพยาบาลอ่างทอง

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมที่พยาบาลปฏิบัติให้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งมารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลอ่างทอง จังหวัดอ่างทอง ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจ การประเมินสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย การให้สุขศึกษา การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานยาและอาการข้างเคียงจากการใช้ยา รวมทั้งการให้คำปรึกษารายบุคคลตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย

ประโยชน์ที่ได้รับ

1. ป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทชุมชนที่มีภาวะซึมเศร้า และการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยขึ้น
2. พัฒนารูปแบบทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชที่มีประสิทธิภาพในการบำบัดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
3. เป็นแนวทางในการพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชชุมชน

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi- experimental Research) เพื่อศึกษาผลของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษา โดยครอบคลุมเนื้อหาดังต่อไปนี้

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท

- 1.1 ความหมายของโรคจิตเภท
- 1.2 สาเหตุของการโรคจิตเภท
- 1.3 ลักษณะอาการและการวินิจฉัยโรคจิตเภท
- 1.4 การดำเนินโรค
- 1.5 การบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเภท
- 1.6 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

2. ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

- 2.1 ความหมายของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
- 2.2 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

3. ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท

- 3.1 ความหมายของภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
- 3.2 ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท
- 3.3 อาการและอาการแสดงและระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า
- 3.4 ปัจจัยการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
- 3.5 การประเมินภาวะซึมเศร้า
- 3.6 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะซึมเศร้า

4. แนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

- 4.1 ความหมายของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม
- 4.2 ทฤษฎีการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม
- 4.3 เทคนิคการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในการบำบัดสำหรับผู้ป่วยจิตเภท
- 4.4 ขั้นตอนการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมสำหรับผู้ป่วยจิตเภท

5. แนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัว

5.1 ความหมายของครอบครัว

5.2 การมีส่วนร่วมของครอบครัวตามแนวคิดของ Friedman (2003)

6. การพัฒนาการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว

7. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท

1.1 ความหมายของโรคจิตเภท

อรพรรณ สือบุญธวัชชัย (2554) ให้ความหมายของโรคจิตเภท ว่าหมายถึงโรคที่มีความผิดปกติของความคิดเป็นอาการเด่น แต่มีผลของการรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรม

สมภพ เรื่องตระกูล (2557) ให้ความหมายของผู้ป่วยโรคจิตเภท คือ ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรมเป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน โดยที่ผู้ป่วยไม่มีโรคทางกาย โรคของสมอง พิษจากยาหรือสารเสพติดที่จะเป็นสาเหตุของอาการดังกล่าว

สรุปได้ว่า โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่พบได้มากที่สุดในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด ผู้ป่วยจิตเภทจะมีความผิดปกติด้านความคิด การรับรู้ อารมณ์และพฤติกรรม โดยที่ไม่มีความผิดปกติทางกายหรือสมอง เป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน

1.2 สาเหตุของการเกิดโรคจิตเภท

การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทนั้นมักจะมีองค์ประกอบหลายอย่างร่วมกันในการทำให้เกิดอาการของโรค ปัจจัยที่เชื่อว่าเป็นสาเหตุของโรคจิตเภท มีดังนี้

1.2.1 ปัจจัยทางพันธุกรรม (Genetic factors) ส่วนใหญ่พบว่าโรคจิตเภทมีการถ่ายทอดทางพันธุกรรม ในกลุ่มที่มีญาติพี่น้องป่วยด้วยโรคจิตเภทมีอัตราการเกิดโรคจิตเภทร้อยละ 10-16 ในฝาแฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกันมีโอกาสที่จะเป็นโรคจิตเภทถึงร้อยละ 35-58 (อรพรรณ สือบุญธวัชชัย, 2554)

1.2.2 ปัจจัยทางชีววิทยา (Biological factors) มีการสันนิษฐานว่าโรคจิตเภทมีความบกพร่องของ dopamine ในบริเวณ prefrontal cortex ทำให้เกิดอาการทางด้านลบร่วมกับมี dopamine dysregulation ที่ striatum โดยเกิดความผิดปกติของการปล่อย dopamine ทำให้เกิดอาการทางด้านบวก นอกจากนี้ยังพบว่า serotonin ที่มีมากเกินไปทำให้เกิดโรคจิตเภทได้เช่นกัน (เพียรดี เปี่ยมมงคล, 2553)

1.2.3 ปัจจัยทางครอบครัวและสังคม สภาพครอบครัวมีผลต่อการกำเริบของโรค พบว่าการใช้อารมณ์ต่อกันสูง (high expressed-emotion) ได้แก่ การตำหนิวิพากษ์วิจารณ์ ทำที่ไม่เป็นมิตร

หรือจู่โจมเกี่ยวกับผู้ป่วยมากเกินไปและผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภทพบมากในสังคมที่เศรษฐกิจต่ำ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2555)

1.3 ลักษณะอาการและการวินิจฉัยโรคจิตเภท อาการของโรคจิตเภทเป็นอาการที่เกิดขึ้นแบบรุนแรงหรือเฉียบพลัน ซึ่งมีการแสดงออกทางพฤติกรรม การรับรู้ อารมณ์ที่ผิดปกติจากคนทั่วไป อาการที่สำคัญของโรคแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2557)

1.3.1 กลุ่มอาการทางบวก (positive symptoms) ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอาการเด่นชัด คือ แสดงออกในด้านความผิดปกติของความคิด การรับรู้ การติดต่อสื่อสารและพฤติกรรม มีดังต่อไปนี้

1) อาการหลงผิด (delusion) ชนิดที่พบบ่อยคือ คิดว่ามีคนปองร้าย (delusion of persecution) และคิดว่ามีคนพูดเรื่องราวเกี่ยวกับตนเอง (delusion of reference)

2) อาการประสาทหลอน (hallucination) ชนิดที่พบบ่อยคือ หูแว่ว (auditory hallucination) พบร้อยละ 75 เสียงที่ได้ยินอาจเป็นเสียงหรือคำพูด เช่น พูดว่าร้าย พูดเรื่องราวเกี่ยวกับผู้ป่วย โดยผู้ป่วยอาจบอกว่าได้ยินเฉย ๆ หรือพูดจาโต้ตอบด้วย

3) ความผิดปกติของคำพูด ผู้ป่วยจะมีปัญหาทางด้านความคิด ขาดการเชื่อมโยงของเหตุผล ไม่สามารถลำดับความคิดตามขั้นตอนของเหตุการณ์

4) ความผิดปกติของพฤติกรรม ผู้ป่วยมีพฤติกรรมวุ่นวาย เช่น มีพฤติกรรมเหมือนเด็ก พลุ่พล่าม กระวนกระวายมาก แต่งกายแปลกประหลาด และมีพฤติกรรมทางเพศไม่เหมาะสม

1.3.2 กลุ่มอาการทางลบ (negative symptoms) เป็นภาวะที่ขาดในสิ่งที่คนทั่วไปควรมี เช่น ด้านความรู้สึก ความต้องการในสิ่งต่าง ๆ อาการเหล่านี้ ได้แก่

1) อารมณ์เฉยเมย (affective flattening) ขาดการแสดงออกทางอารมณ์ หน้าตาเฉยเมย ไม่ค่อยสบตาหรือแสดงกิริยาท่าทาง

2) พูดน้อยหรือไม่พูด (alogia) ใช้เวลานานในการตอบคำถาม เนื้อหาที่พูดมีน้อย

3) ขาดความสนใจในกิจกรรมทุกชนิด (avolition) ขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยชา

การวินิจฉัยโรคจิตเภท

การวินิจฉัยโรคจิตเภทผู้ป่วยต้องมีอาการติดต่อกันเป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือนและในช่วงเวลาดังกล่าวต้องมีอาการในระยะที่โรคกำลังเป็นมาก (active phase) อย่างน้อย 1 เดือน หลักการวินิจฉัยโรคมัตังนี้ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2557)

ก. ผู้ป่วยมีอาการต่อไปนี้อย่างน้อย 2 อย่าง โดยมีอาการเป็นเวลานาน 1 เดือน

1) อาการหลงผิด

2) อาการประสาทหลอน

3) มีความผิดปกติของรูปแบบคำพูด เช่น คำพูดไม่ต่อเนื่องกัน

4) มีพฤติกรรมวุ่นวายหรืออาการคาทาโทเนีย

5) มีอาการทางลบ

- ข. อาการดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาทางด้านอาชีพการงาน การมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นหรือการดูแลตนเอง
- ค. ผู้ป่วยมีอาการติดต่อกันเป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน
- ง. ผู้ป่วยไม่ได้มีอาการของโรคจิตชนิดอื่น
- จ. อาการไม่ได้เกิดจากยา สารเสพติดหรือโรคทางกาย

1.4 การดำเนินโรค

ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทอาจเกิดอาการแบบเฉียบพลันหรือค่อย ๆ เกิด แบ่งการดำเนินโรคออกเป็น 3 ระยะ คือ (มานอนซ์ หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุขนิษฐ์, 2555) ดังนี้

1.4.1 ระยะเริ่มมีอาการ (prodromal phase) จะมีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไปมักมีปัญหาในด้านหน้าที่ การเรียนหรือทำงาน ญาติสังเกตว่าเกียจคร้าน เก็บตัว สนใจตนเองน้อยลง

1.4.2 ระยะอาการกำเริบ (active phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการตามเกณฑ์การวินิจฉัย ผู้ป่วยแต่ละคนต่างกัน ส่วนใหญ่อาการกำเริบเมื่อผู้ป่วยเผชิญความกดดันทางจิตใจ

1.4.3 ระยะอาการหลงเหลือ (residual phase) อาการคล้ายคลึงกับระยะเริ่มมีอาการอาจพบ flat affect หรือเสื่อมลงมากกว่าอาการโรคจิต เช่น ประสาทหลอนหรือหลงผิดอาจยังมีอยู่

1.5 การบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเภท

มานอนซ์ หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุขนิษฐ์ (2555) เสนอแนวทางการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเภทไว้ ดังนี้

1.5.1 การรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล ในกรณีที่มีพฤติกรรมเป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น มีปัญหาที่ต้องดูแลใกล้ชิดและมีปัญหาในการวินิจฉัย

1.5.2 การรักษาด้วยยา แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่

1) ระยะควบคุมอาการ (acute phase) คือ การควบคุมอาการให้สงบลงโดยเร็ว อาการวุ่นวายหรือพฤติกรรมของผู้ป่วย

2) ระยะให้ยาต่อเนื่อง (stabilization phase) หลังจากมีอาการสงบแล้ว ผู้ป่วยยังจำเป็นต้องได้รับยาต่อเนื่องเพื่อป้องกันมิให้อาการกำเริบซ้ำ

3) ระยะอาการคงที่ (maintenance phase) เป็นช่วงที่อาการทุเลาลงแล้ว แต่ยังคงต้องให้ยาต่อเนื่องเพื่อป้องกันการกำเริบซ้ำ

1.5.3 การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electro Convulsive Therapy: ECT) จะใช้ในกรณีผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา ผู้ป่วยที่มีอาการ Mania หรือผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และผู้ป่วยที่มี Severe depression (มานอนซ์ หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุขนิษฐ์, 2555)

1.5.4 การรักษาด้านจิตสังคม เนื่องจากอาการของผู้ป่วยมักก่อให้เกิดปัญหาระหว่างตัวผู้ป่วยกับสังคมรอบข้างแม้ในระยะอาการดีขึ้นบ้างแล้ว จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องคำนึงถึงปัจจัยด้านจิตสังคมของผู้ป่วย ประกอบด้วย

1) จิตบำบัด (Psychotherapy) เป็นวิธีการบำบัดแบบประคับประคอง ผู้รักษาตั้งเป้าหมายตามที่เป็นจริงและผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติได้ ช่วยให้ผู้ป่วยค้นหาความเครียดหรือความกดดัน ดำเนินการทั้งรายบุคคล เป็นกลุ่มหรือครอบครัวตามความเหมาะสม (อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, 2554)

2) การให้คำแนะนำแก่ครอบครัว (Psycho education or family counseling) เป็นการให้ความรู้เรื่องโรค รวมทั้งการปฏิบัติต่อผู้ป่วย การแสดงอารมณ์เพื่อให้การทำหน้าที่ในครอบครัวดีขึ้น

3) กลุ่มบำบัด (Group therapy) เป็นการจัดกิจกรรมกลุ่มระหว่างผู้ป่วย โดยส่งเสริมให้เกิดความรู้สึกว่ามีเพื่อน มีการช่วยเหลือแก้ไขปัญหาและให้คำแนะนำแก่กัน ผึกทักษะทางสังคม เน้นการสนับสนุนให้กำลังใจ

4) นิเวศน์บำบัด (Milieu therapy) เป็นการจัดสภาพแวดล้อมในโรงพยาบาล เพื่อช่วยส่งเสริมการรักษา ประกอบด้วยการจัดกิจกรรมต่าง ๆ ผู้ป่วยต้องช่วยในกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเอง

1.6 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

โดยอรพรรณ ลือบุญวัชชัย (2556) เสนอแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้กระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน ดังนี้

1.6.1 การประเมินสภาพปัญหา เน้นการศึกษา การค้นหาสภาพปัญหาของผู้ป่วยเพื่อการวิเคราะห์ระดับของพฤติกรรมและสาเหตุของพฤติกรรม ต้องรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยทุกด้าน ที่จะนำไปสู่การวางแผนการพยาบาลอย่างครอบคลุม

1.6.1.1 การประเมินสภาพด้านร่างกาย ประเมินบุคลิกภาพ การแต่งกาย ความสะอาด การดูแลและเอาใจใส่ต่อสุขภาพตนเอง รวมถึงการรับประทานอาหาร นอนหลับได้เพียงพอ เพียงใด พยาบาลใช้การสังเกตและการสัมภาษณ์ และการตรวจสอบทั่วไปเพื่อดูสุขภาพทางด้านร่างกาย

1.6.1.2 การประเมินทางด้านความคิด ผู้ป่วยมีความผิดปกติระดับใด มีอาการหลงผิด ประสาทหลอนหรือไม่ มีความคิดว่าผู้อื่นปองร้ายหรือไม่ มีระดับความรุนแรงเพียงใด ต้องได้รับการช่วยเหลือเร่งด่วนและระมัดระวังพิเศษเพียงใด

1.6.1.3 การรับรู้ของผู้ป่วย ผู้ป่วยมีการรับรู้เพียงใด มีอาการประสาทหลอนหรือไม่ และเมื่อไรมีการตอบสนองอย่างไร เพื่อกำหนดแนวทางการช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

1.6.1.4 พฤติกรรมของผู้ป่วย ผู้ป่วยแสดงออกต่ออาการทางจิตอย่างไร ส่วนใหญ่มักมีอาการย้ำคิดย้ำทำ มีอาการไม่แน่ใจ ไม่อยู่นิ่ง รบกวนผู้อื่น มีพฤติกรรมกระสับกระส่ายจากอาการหลงผิด ประสาทหลอน ต้องได้รับความช่วยเหลือ

1.6.1.5 ด้านสัมพันธภาพ ผู้ป่วยแยกตัว ปฏิเสธการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น พยาบาลต้องใช้เทคนิคในการสื่อสารสร้างสัมพันธภาพและสร้างความไว้วางใจก่อน อย่าเร่งรีบเพื่อหาข้อมูลจากผู้ป่วยเร็วไป อาจมีผลเสียในด้านความไว้วางใจและทำให้ขาดความร่วมมือในการบำบัด

1.6.2 การวินิจฉัยการพยาบาล ข้อวินิจฉัยการพยาบาลในผู้ป่วยจิตเภท ควรพิจารณาทั้งด้านสภาพร่างกาย ความคิด การรับรู้ พฤติกรรมและสัมพันธภาพ

1.6.3 การวางแผนการพยาบาล การวางแผนพยาบาลระยะสั้นและระยะยาว ดังนี้

1.6.3.1 การวางแผนพยาบาลระยะสั้น

1) การดูแลความปลอดภัย ให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย โดยเฉพาะการระวังอุบัติเหตุที่เกิดจากภาวะหลงผิด ประสาทหลอน ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกหวาดกลัวจนมีพฤติกรรมรุนแรง

2) การดูแลสภาพร่างกาย ให้ผู้ป่วยได้รับอาหาร น้ำดื่ม การพักผ่อนนอนหลับและสุขอนามัยที่ดี เนื่องจากผู้ป่วยมักหมกมุ่นกับเรื่องของตนเองจนขาดความสนใจในสิ่งเหล่านี้

3) การดูแลด้านการบำบัดด้านชีวภาพ ให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างถูกต้องและปลอดภัย สังเกตและระมัดระวังอาการที่อาจเกิดขึ้นจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา

4) ผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดด้วยไฟฟ้า กำหนดแผนการพยาบาลที่เน้นการดูแลทั้งร่างกายและจิตใจ ฟื้นฟูสภาพและการป้องกันอันตรายจากพฤติกรรมต่อต้านและภาวะสับสนมีนงง

5) การพัฒนาทักษะสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและกลุ่ม โดยการสร้างสัมพันธภาพด้วยความเข้าใจ ไว้วางใจและสนับสนุนผู้ป่วยให้เรียนรู้ประโยชน์และมีทักษะของการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น ทั้งรายบุคคลและเป็นกลุ่ม

6) พัฒนาการปรับตัว การมองตนเองและมองโลกในแง่ดี

1.6.3.2 การวางแผนระยะยาว เป็นการกำหนดแผนการพยาบาลที่เน้นการดูแลระยะยาวและต่อเนื่อง โดยครอบคลุมถึงเป้าหมายและการดำเนินชีวิตระยะยาวในอนาคต

1.6.3.3 กำหนดวัตถุประสงค์การพยาบาลทุกแผนการพยาบาลควรระบุเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ในการดูแลไว้ในลักษณะของพฤติกรรมที่ต้องการให้เกิดขึ้น และสามารถเป็นไปได้โดยเน้นที่ความสอดคล้องกับข้อวินิจฉัยการพยาบาล

1.6.4 การปฏิบัติการพยาบาลพิจารณาปรับตามความเหมาะสมใช้เทคนิค ดังนี้

- 1) เสริมสร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจ
- 2) ลดความวิตกกังวลยอมรับส่งเสริมการเผชิญปัญหา
- 3) รักษาสมดุลด้านชีววิทยา

- 4) ใช้ความคงเส้นคงวาและชัดเจนในการติดต่อสื่อสาร
- 5) ใช้หลักสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด
- 6) นำผู้ป่วยเข้าสู่ความเป็นจริง โดยการจัดให้มีกิจกรรมบำบัดที่เหมาะสม
- 7) ระวังระวังอันตรายที่จะเกิดกับผู้ป่วยและผู้อื่น

1.6.5 การประเมินผลพยาบาลนำข้อมูลของผู้ป่วยที่ประเมินได้ตั้งแต่เริ่มต้นจนหลังให้การพยาบาลเสร็จสิ้นแล้วเปรียบเทียบกับเกณฑ์การประเมินผล

สรุปได้ว่า การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางความคิด การรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรมที่ผิดปกติจากคนทั่วไป ผู้ให้การพยาบาลจึงต้องมีความละเอียดรอบคอบ ประเมินสภาพผู้ป่วยอย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม และใช้กระบวนการพยาบาลเพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลให้เหมาะสมกับผู้ป่วย

2. ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

2.1 ความหมายของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ประเวศ วะสี (2541) ให้ความหมายของชุมชนว่า หมายถึงการที่คนจำนวนหนึ่งเท่าใดก็ได้มีวัตถุประสงค์ร่วมกัน มีการติดต่อสื่อสารหรือรวมกลุ่มกัน มีความเอื้ออาทรต่อกัน มีการเรียนรู้ร่วมกัน ในการกระทำ มีการจัดการเพื่อให้เกิดความสำเร็จตามวัตถุประสงค์ร่วมกัน

จินตนา สุจจันท์ (2549) ให้ความหมายไว้ว่าชุมชน คือ คนที่อยู่บริเวณใกล้เคียงกันมีความสัมพันธ์กันและมีวัฒนธรรมเดียวกัน

โดยสรุปความหมายของชุมชน คือ การที่คนจำนวนหนึ่งมาอยู่รวมกันมีความสัมพันธ์ มีการติดต่อสื่อสาร เรียนรู้ร่วมกัน มีเป้าหมายในการดำเนินชีวิตร่วมกันและมีวัฒนธรรมเดียวกัน อาจมีขนาดตั้งแต่ขนาดเล็ก เช่น หมู่บ้าน ไปจนถึงขนาดใหญ่ เช่น เมือง ประเทศ เป็นต้น

ลักษณะการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาจนอาการทุเลากลับสู่ชุมชนจะมีการดำเนินของโรคแบบเรื้อรัง มีอาการหลงเหลืออยู่อาจมีอาการด้านบวกอยู่บ้าง เช่น อาการหลงผิด อาการหูแว่ว แต่อาการด้านลบจะอยู่ระดับคงที่ตลอดการเจ็บป่วย เช่น ขาดความสนใจ ในกิจกรรม ขาดการแสดงออกทางอารมณ์ สีหน้าเรียบเฉยส่วนใหญ่มีอาการกำเริบเป็นช่วง ๆ ส่งผลให้สมรรถภาพในการดำเนินชีวิตเสื่อมลง (มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558) จากกรทบทวนวรรณกรรมพบปัญหาและผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยจิตเภทหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกลับสู่ชุมชน ดังนี้

1. ผลกระทบที่มีต่อตัวผู้ป่วยโรคจิตเภท เป็นการเจ็บป่วยแบบเรื้อรังและรุนแรงรักษาไม่หายขาดและมีการกำเริบอยู่เป็นช่วง ๆ เมื่อเกิดพยาธิสภาพทำให้ทักษะการดูแลตนเองบกพร่อง ไม่

สามารถดูแลตนเองหรือประกอบอาชีพได้อย่างเต็มศักยภาพ สูญเสียการรับรู้ ทักษะทางสังคมต่ำลง และเกิดความเสื่อมถอยทางบุคลิกภาพ (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2555)

2. ผลกระทบที่มีต่อครอบครัว การที่สมาชิกในครอบครัวป่วยเป็นโรคจิตเภท ส่งผลกระทบต่อครอบครัวหลาย ๆ ด้าน โดยเฉพาะด้านเศรษฐกิจ ครอบครัวต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วย การดำเนินการให้ผู้ป่วยสามารถอยู่ร่วมกับสมาชิกในครอบครัวและสังคมได้ การรับภาระดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นโรคเรื้อรังและต้องใช้เวลาในการดูแลอย่างยาวนาน ญาติได้ประสบปัญหาหลายประการด้วยกัน เช่น ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ ปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว สมาชิกในครอบครัวบางคนไม่เข้าใจผู้ป่วยจะแสดงพฤติกรรม ตำหนิ ว่ากล่าว ชมชู้ ผู้ดูแลต้องคอยแก้ไขปัญหายอยู่เสมอ ปัญหาจากพฤติกรรมของผู้ป่วย มีพฤติกรรมก้าวร้าวและเก็บตัว ล้วนมีผลต่อผู้ดูแลทั้งสิ้น

3. ผลกระทบที่มีต่อสังคม ผู้ป่วยจิตเภททุกคนมีปัญหาสัมพันธภาพกับผู้อื่นทั้งจากตัวผู้ป่วยเอง เนื่องจากอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทมักแยกตัวอยู่คนเดียวไม่สนใจผู้อื่นหรือสิ่งแวดล้อม (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2544)

2.2 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทั้งการส่งเสริม ป้องกัน ดูแล รักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพให้ผู้ป่วยจิตเภทมีภาวะสุขภาพที่ดี ดังนั้นพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจึงต้องมีความรู้ความเข้าใจในบทบาทและหน้าที่ของตนเองในการปฏิบัติการพยาบาล การรักษาพยาบาลจากโรงพยาบาลไปสู่ผู้ป่วยได้โดยตรง รูปแบบการดูแลต้องครอบคลุมและครบทั้ง 4 มิติ สุวนีย์ เกียวกิ่งแก้ว (2554) ดังนี้

1. หลักการพยาบาลทั่วไป

1.1 การพยาบาลด้านร่างกาย เริ่มต้นที่การส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลสุขภาพอนามัยทั่วไป เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทมีปัญหาด้านการดูแลตนเอง ภาวะด้านสุขภาพอนามัยมักจะไม่ดี

1.2 การพยาบาลด้านความคิด คือ การหาความหมายของพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออก จะช่วยให้เข้าใจความคิดของผู้ป่วยที่สื่อออกมาทางพฤติกรรมได้มากขึ้น

1.3 การพยาบาลด้านจิตใจ อารมณ์ ปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทมีความผิดปกติด้านอารมณ์ ที่เห็นได้ชัดคือ อารมณ์เฉยเมย อาจมีอารมณ์ไม่สอดคล้องกับเหตุการณ์ พยาบาลต้องมีความเข้าใจและอดทนต่อภาวะอารมณ์ไม่ปกติ เสริมสร้างพฤติกรรมและการตอบสนองทางอารมณ์ให้เหมาะสมกับเหตุการณ์

1.4 การพยาบาลด้านสังคม ปัญหาการหนีสังคมและอยู่คนเดียวของผู้ป่วยจิตเภทการไม่สนใจกิจกรรมทางสังคมและการไม่สนใจบุคคลอื่น เป็นปัญหาที่พยาบาลต้องวางแผนแก้ไข

2. กระบวนการพยาบาล หลักการที่นำมาใช้ในการประเมิน วินิจฉัย วางแผนการพยาบาล และประเมินผลการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภททั้งด้านร่างกาย จิตใจ ความคิด และสังคม ซึ่งกระบวนการพยาบาลประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

2.1 การประเมินสภาพผู้ป่วย ได้แก่ การประเมินสภาพทั่วไปและอาการต่าง ๆ ของผู้ป่วยการประเมินเริ่มต้นด้วยการประเมินความคิด การรับรู้ และพฤติกรรม

2.2 การวินิจฉัยการพยาบาล ประเมินอาการด้านร่างกาย ด้านจิตใจ อารมณ์ และการรับรู้ ประเมินอาการหลงผิดประสาทหลอนของผู้ป่วย

2.3 การวางแผนการพยาบาล ประกอบด้วยแผนการพยาบาลในระยะสั้นและระยะยาว การวางแผนการพยาบาลควรที่จะกำหนดพฤติกรรมเป้าหมายที่พึงประสงค์

2.4) การประเมินผลการพยาบาลเป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการพยาบาล มีจุดมุ่งหมายเพื่อประเมินว่าปัญหาใดได้รับการแก้ไขแล้ว

ดังนั้น การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน คือ ผู้ป่วยที่มีอาการทุเลาและแพทย์อนุญาตให้กลับสู่ชุมชน รูปแบบการให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทชุมชน จึงต้องครอบคลุมงานส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟูสุขภาพ โดยพยาบาลต้องบูรณาการให้เข้ากับผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ

3. ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท

3.1 ความหมายของภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

Beck et al.(1979) ให้ความหมาย ภาวะซึมเศร้าเกิดจากการคิดที่บิดเบือนไปในทางลบของบุคคลทั้งต่อตนเอง สิ่งแวดล้อมหรือโลกและอนาคตของเขา ความคิดที่บิดเบือนไปในทางลบเหล่านี้จะมีลักษณะเนื้อหาของความคิดที่บิดเบือนไป คือ การสรุปความโดยปราศจากหลักฐานที่เพียงพอ (arbitrary inference) การเลือกสนใจคิดเฉพาะด้านลบ (selective abstraction) การคิดการแปลความเกินกว่าพื้นฐานความเป็นจริง (overgeneralization) การขยายต่อเติมหรือการตัดทอนเรื่องราว การคิดเอนเอียงไปเกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ที่ไม่เกี่ยวข้องกับตนเอง

อรรถพรณ ลือบุญธวัชชัย (2545) ให้ความหมาย ภาวะซึมเศร้าว่าเป็นการที่บุคคลมีความผิดปกติทางอารมณ์ อย่างเด่นชัดโดยแสดงออกถึงอารมณ์เศร้ามากผิดปกติร้องไห้มาก ปฏิเสธสังคมกับผู้อื่น อ่อนเพลีย ไม่มีแรง หดหู่ใจ และอยากตาย

สรุปภาวะซึมเศร้า หมายถึง เป็นพฤติกรรมที่เกิดจากความคิดที่บิดเบือนไปในทางลบของบุคคลทำให้เกิดภาวะอารมณ์ในแง่ลบ เช่น จิตใจหม่นหมอง เศร้าสร้อย หดหู่ มองโลกในแง่ร้าย และแสดงออกได้ทั้งทางด้านอารมณ์ พฤติกรรม ความคิดและร่างกาย

3.2 ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท

Mulholland & Cooper (2002) อธิบายว่าภาวะซึมเศร้ามักพบได้บ่อยในผู้ป่วยจิตเภทซึ่งภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท เป็นอาการแสดงทางจิตที่นำไปสู่การพยายามฆ่าตัวตายสำเร็จ จึงจำเป็นต้องมีการวินิจฉัย ประเมินอาการให้ได้เพื่อให้การรักษาอาการให้ดีขึ้นได้

3.2.1 การวินิจฉัยแยกโรคต้องแยกภาวะซึมเศร้าออกจากโรคหรืออาการ ดังต่อไปนี้

1. อาการทางจิต (Adjustment reactions) พิจารณาการวินิจฉัยในช่วงที่กำลังแสดงอาการโรคจิตเภทมีอาการแสดงของอาการทางจิตค่อนข้างมาก ปฏิกริยาตอบสนองแบบเฉียบพลันหรืออาการที่แสดงออกครั้งสุดท้ายต้องน้อยกว่า 2 สัปดาห์

2. ปัจจัยทางชีวภาพ อาการซึมเศร้าเป็นหนึ่งในกลุ่มอาการที่มักเกิดขึ้นเป็นอันดับที่สองของการดำเนินโรค ความผิดปกติของสมองและความผิดปกติของต่อมไร้ท่อ

3. ภาวะซึมเศร้าจากอาการทางลบ อาการแสดงทางลบของผู้ป่วยจิตเภทจะมีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มอาการซึมเศร้า คือ แสดงอาการไร้เรี่ยวแรง แยกตัว ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม อาการแสดงทางจิตร่วมกับมีอาการซึมเศร้าชัดเจน เช่น อาการหมดหวัง ไม่ต้องการความช่วยเหลือ รู้สึกไร้คุณค่า รู้สึกผิด วิดกกังวลและมีความคิดฆ่าตัวตาย

3.2.2 การเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทระยะเริ่มมีอาการซึมเศร้า (Depression as a prodromal syndrome) อาการซึมเศร้าเป็นอาการทั่วไปที่พบในผู้ป่วยทางจิตอย่างเฉียบพลัน พบว่าอาการของผู้ป่วยมักอธิบายถึงปัญหาความเครียดที่ทำให้รับภาระได้น้อยลง ไม่มีสมาธิ มีปัญหาการนอน

3.2.3 ผลกระทบของภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเสียชีวิต จากการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 10 ของผู้ป่วยจิตเภทจบชีวิตของตนเองลง ซึ่งปัญหานี้เป็นปัญหาที่มีความสำคัญที่มักเกิดขึ้นเสมอ (Bateman et al.,2007: Murali & Kumar,2008)

3.2.4 สาเหตุของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท สาเหตุยังไม่ทราบแน่ชัด แต่น่าสนใจว่าส่วนใหญ่มักมีประวัติในครอบครัว อุบัติการณ์การเกิดในเพศหญิงและเพศชายเท่า ๆ กัน (ปริญนันท์ สละสวัสดิ์, 2546)

3.2.5 การรักษาจุดมุ่งหมายของการรักษาเพื่อลดอันตรายที่จะเกิดขึ้นร่วมกับภาวะซึมเศร้าด้วยการให้ยาต้านอาการทางจิต

สรุปได้ว่าภาวะซึมเศร้า คือ ผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าอยู่นานมากกว่า 2 สัปดาห์ โดยผู้ป่วยจะมีอารมณ์เศร้า ไม่มีความสุข รู้สึกเบื่ออาหาร นอนไม่หลับ มีความรู้สึกผิด มีความรู้สึกไร้ค่า ไม่มีสมาธิ คิดหมกมุ่น มีความรู้สึกสิ้นหวัง

3.3 อาการและอาการแสดงและระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า

3.3.1 อาการหลักของภาวะเศร้ารุนแรง คือ มีอารมณ์เศร้าหมอง เบื่อหน่ายไม่มีความสุข และมีอาการร่วมอื่น ๆ เปลี่ยนแปลงไปจากปกติวิสัยของผู้ป่วยมีอาการเกือบตลอดวันนานกว่า 2 สัปดาห์ ซึ่งมีอาการร่วมอื่น ๆ ได้แก่ (ดวงใจ กษานติกุล, 2542)

- A. อาการรู้สึกเบื่อหมดความสนใจ หรือหมดอารมณ์เพลิดเพลิน (anhedonia)
 - B. รู้สึกเบื่ออาหารไม่รู้สึกหิว ต้องฝืนใจรับประทาน ทำให้น้ำหนักลดลงและผอมลง
 - C. อาการนอนไม่หลับ นอนไม่หลับตั้งแต่ต้นนอนหลับยากหรือนอนไม่หลับระยะต้น (initial insomnia) หรือนอนหลับได้ง่ายใช้เวลาไม่นานแต่หลับ ๆ ตื่น ๆ ทั้งคืน
 - D. พฤติกรรมเปลี่ยนแปลง ได้แก่ กระวนกระวายทั้งกายและใจ (agitation) เชื่องช้าเชื่องซึม (retardation) พูดช้า ๆ พูดเสียงเบา ๆ หรือพูดน้อยลงไปมาก (poverty of speech)
 - E. ความรู้สึกผิดโทษตนเองมีได้ตั้งแต่รู้สึกไร้ความสามารถไปจนถึงไม่เห็นคุณค่าในตนเอง ผู้ป่วยมักจะคิดซ้ำเติมตนเองคิดว่าตนเองเลวหรือโง่งทำให้ยิ่งมองตนเองไปในด้านลบมากยิ่งขึ้น
 - F. อาการไม่มีสมาธิ คิดช้า ความคิดไม่แล่น ซ้ำลิ้มเนื่องจากขาดสมาธิอาการคล้ายความจำเสื่อม แต่ตรวจไม่พบว่ามี การสูญเสียความจำ ขาดสมาธิ
 - G. อาการคิดหมกมุ่นเกี่ยวกับความตาย ความคิดอยากตายพบได้ในผู้ป่วยซึมเศร้าระดับรุนแรงแทบทุกคน
 - H. อารมณ์แปรปรวนตามเวลาของวัน คือมีอารมณ์เศร้ามากที่สุดในช่วงเช้านี้ และอารมณ์ดีขึ้นในช่วงบ่ายหรือค่ำเป็นผลจากมีการเปลี่ยนแปลงของระดับ Cortisol ในพลาสมาซึ่งหลั่งออกมาสูงสุดในเวลาเช้านี้ประมาณ 4 – 5 นาฬิกา และระดับต่ำสุดในช่วงเย็น
 - I. อาการคิดมาก วิดกกังวล พบได้ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ถึงร้อยละ 60 – 70 หรือเกือบทุกคน อาการกังวลจากระบบประสาทอัตโนมัติทำงานไวกว่าปกติ ได้แก่ ใจสั่น ใจหวิวตกใจง่าย ใจเต้นแรง ร้อนวูบวาบตามตัว มีอาการขาตามปลายมือปลายเท้า ปากแห้ง ปวดศีรษะหรือปวดตามส่วนต่าง ๆ
 - J. อาการหมดอารมณ์ทางเพศ พบบ่อยโดยเฉพาะผู้ป่วยชายมีอารมณ์เพศหรือสมรรถภาพทางเพศลดลง ทำให้เป็นปัญหาที่อาจนำผู้ป่วยมารับการรักษาหรือไม่เป็นที่เข้าใจของภรรยาได้
 - K. อาการวิตกกังวลหมกมุ่นว่าป่วยเป็นโรคทางกาย (hypochondriasis)
- สรุปได้ว่ากลุ่มอาการของภาวะซึมเศร้า ที่กล่าวมาข้างต้นจะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการสูญเสียหน้าที่ด้านต่างๆที่สำคัญ (functioning impairment) ซึ่งได้แก่ หน้าที่ด้านการเรียน การทำงาน ทางสังคมหรือความสัมพันธ์

3.3.2 ระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า

โดยพิจารณาอาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าที่แสดงออกโดยมีความแปรปรวน 4 ด้าน คือ ความแปรปรวนด้านความคิด ความแปรปรวนด้านอารมณ์ ความแปรปรวนด้านแรงจูงใจ

ความแปรปรวนด้านร่างกายและพฤติกรรม แบ่งระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้าออกได้ 3 ระดับ คือ โรคซึมเศร้าระดับเล็กน้อย ระดับปานกลาง และระดับรุนแรง (Beck et al, 1979)

การแบ่งระดับภาวะซึมเศร้า ปัจจุบันแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ตามอาการและอาการแสดง การแบ่งดังกล่าวจะช่วยให้แพทย์และพยาบาลมีแนวทางในการดูแล ช่วยเหลือที่เหมาะสมกับบุคคล นั้น ทั้งนี้การแบ่งระดับภาวะซึมเศร้าต้องอาศัยการวัดและประเมินซึ่งจะกล่าวต่อไป

3.4 ปัจจัยการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ปัจจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าสามารถแบ่งได้เป็น 5 ปัจจัยหลัก ดังนี้ (อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, 2552)

3.4.1 ปัจจัยทางชีววิทยา (Biological Factors)

1. พันธุกรรม พบว่าพันธุกรรมมีส่วนเกี่ยวข้องกับสูงในโรค major depressive disorder โดยเฉพาะในกรณีของ recurrent depression

2. Neurotransmitter system เชื่อว่าผู้ป่วยมีสารสื่อประสาทประเภท norepinephrine และ serotonin ต่ำลง

3. Neuroendocrine system พบว่ามีความผิดปกติในหลายระบบที่สำคัญ ได้แก่ cortisol หลั่งมากและตอบสนองน้อยต่อการกระตุ้นด้วย dexamethasone , growth hormone หลังน้อยกว่าปกติเมื่อถูกกระตุ้นด้วย clonidine thyroid stimulating hormone (TSH)

3.4.2 ปัจจัยทางด้านจิตสังคม (Psychosocial Factors) ปัจจัยภายในจิตใจได้ให้ความสัมพันธ์กับความขัดแย้งที่เกิดขึ้นภายในจิตใจ ที่เกิดจากประสบการณ์ในอดีตหรือประสบการณ์ ความยากลำบากในวัยเด็ก รวมถึงการขาดการเลี้ยงดูที่ดีในวัยเด็ก (Akiskal HS, 2005)

3.4.3 ปัจจัยทางด้านความคิด (Cognitive Factors) ทฤษฎีทางความคิด (Cognitive Theory) พัฒนาขึ้นโดย Beck et al.(1979) กล่าวว่า มุมมองของบุคคลที่มีต่อตนเองและที่มีต่อโลก เป็นตัวกำหนดพฤติกรรมที่บุคคลนั้นแสดงออก นอกจากผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าจะมีความคิดด้านลบแล้วยังมีลักษณะการคิดที่ก่อให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้า

3.4.4 ปัจจัยทางด้านพฤติกรรม (Behavioral Factors) พบว่าพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเอง ก่อให้เกิดอาการโรคซึมเศร้านั้นเป็นมากขึ้น (World Health Organization, 1997)

3.4.5 ปัจจัยทางด้านสัมพันธภาพและสังคม (Interpersonal and Social factors) ปัจจัยเกี่ยวกับปัญหาสัมพันธภาพและปัญหาสังคมเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดอาการของโรคซึมเศร้า

สรุปได้ว่า ปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า ปัจจัยทางพันธุกรรม ความผิดปกติของสารสื่อประสาท ปัจจัยทางด้านความคิดอัตโนมัติด้านลบ ปัจจัยทางด้านพฤติกรรม ปัจจัยทางด้านสัมพันธภาพและสังคม เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต เนื่องจากปัจจัยเหล่านี้เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท

3.5 การประเมินภาวะซึมเศร้า

แบบสอบถามที่มีโครงสร้างแน่นอนชนิดรายงานผลด้วยตนเอง (Self Report Rating Scale, Questionnaire)

1. Beck Depression Inventory (BDI) สร้างขึ้นโดย Beck ในปี ค.ศ. 1961 และได้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วย 21 ข้อคำถามแบ่งคะแนนตั้งแต่ 0 – 3 ซึ่ง 15 ข้อแรกเป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางจิตใจและอีก 6 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางร่างกาย เพื่อประเมินระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าซึ่งแบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้าในช่วงคนปกติ (Normal range) ภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย (mild depression) ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (mild – moderate depression) ภาวะซึมเศร้าระดับมาก (moderate – severe depression) และภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (severe depression) (ลัดดา แสนสีหา, 2536)

2. Zung Self Rating Depression Scale (SDS) สร้างโดย Zung (1965) เพื่อประเมินความเปลี่ยนแปลงของภาวะซึมเศร้าทั้งหมด 20 ข้อ โดยแต่ละข้อมีคะแนน 0 – 3 ตามระดับความรุนแรงของอาการ ในระยะหลังแบบประเมินนั้นไม่ค่อยได้รับความนิยม เนื่องจากไม่สามารถประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของภาวะซึมเศร้าได้ดีเท่าที่ควร ข้อดีของแบบประเมินนี้ คือ สามารถวัดความเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย และจิตใจที่มักแสดงให้เห็นได้ง่ายในช่วงระยะเวลาสั้น ๆ

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (1967) ซึ่งแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดยมุกดา ศรียงค์ (2522) เนื่องจากมีความเหมาะสมกับผู้ป่วยในคลินิก เพื่อประเมินระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าซึ่งโดยใช้ประเมินผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย (mild - moderate depression) และภาวะซึมเศร้าระดับมาก (moderate - severe depression)

3.6 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะซึมเศร้า

ปัจจุบันมีการบำบัดเพื่อลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน สรุปได้ดังนี้

3.6.1 การรักษาด้วยยา ซึ่งเป็นหัวใจของการรักษา (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558) ยาปัจจุบันที่นำมารักษาผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่ เช่น โคลซาพิน ริสเพอริโดน โดยจะออกฤทธิ์ปิดกั้น การทำงานของสารสื่อประสาท ทั้งโดปามีนและซีโรโทนิน เพื่อลดอาการสิ้นหวัง ซึมเศร้า และคิดฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง (Meltzer & Okayli, 1995) พบว่ายากลุ่ม SSRI มีผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภท

3.6.2 การบำบัดทางจิตสังคม จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในและต่างประเทศพบรูปแบบการบำบัดทางจิตสังคมที่มีการนำมาใช้เพื่อลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภท สรุปได้

การพยาบาลแบบองค์รวม เป็นการรวมกลุ่มของบุคคลที่มีประสบการณ์ หรือมีปัญหาเดียวกันมาแลกเปลี่ยนปัญหาของตนกับผู้อื่น (joining) มีการช่วยเหลือกันและยอมรับซึ่งกันและกัน

(Accept) มีการให้ความรู้ข้อมูลข่าวสารที่สมาชิกในกลุ่มสนใจร่วมกัน โดยอาศัยแนวคิดกลุ่มสนับสนุน (Support group) เพื่อให้การสนับสนุนซึ่งกันและกันในการเรียนรู้ทักษะในการดูแลตนเอง ทักษะในการจัดการกับปัญหา (problem solving) เพื่อช่วยให้เกิดการปรับตัวต่อปัญหาต่าง ๆ ที่มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้สมาชิกมีทักษะการสื่อสารทางสังคม สามารถดำเนินกิจกรรมประจำวันต่าง ๆ ได้และใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าลดลง (อัญชลี ศรีสุพรรณ, 2547)

กลุ่มสนับสนุนครอบครัว การสนับสนุนกลุ่มครอบครัวและผู้ดูแลทำให้สมาชิกเกิดความรู้สึกเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน สามารถนำประสบการณ์หรือปัญหาคล้าย ๆ กันมาแลกเปลี่ยนร่วมกันให้เกิดการช่วยเหลือและสนับสนุนซึ่งกันและกัน ได้คิด วิเคราะห์ พุดคุย บอกความรู้สึก ความต้องการของตนเอง ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลเกิดความเข้าใจกันมากขึ้น สามารถลดความขัดแย้งกันภายในครอบครัว และเป็นการพัฒนาความมีคุณค่าในตนเองให้กับผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล (อติญา โพธิ์ศรี, 2551)

Supportive counseling เป็นการเตรียมการช่วยเหลือทางอารมณ์ ด้วยการสร้างสัมพันธภาพด้วยความเป็นมิตรและไม่มีเงื่อนไขกับผู้ป่วย โดยผู้บำบัดมีการใช้ทักษะในการให้คำปรึกษารูปแบบต่าง ๆ เพื่อให้เกิดผลดีในการทำกลุ่ม เป็นการปฏิบัติกับผู้ป่วยด้วยความอบอุ่น ด้วยความเห็นอกเห็นใจ โดยใช้ทักษะต่าง ๆ เช่น การฟัง การสะท้อนให้เห็นถึงปัญหา การสรุปประเด็นต่าง ๆ หลังการบำบัดพบว่า คะแนนเฉลี่ยของการเปลี่ยนแปลงของอาการทางลบเปลี่ยนไปในทางที่ดีขึ้น (Lewis et al., 2002)

Cognitive Behavioral Therapy (CBT) พบว่ามีการนำรูปแบบการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม มาใช้ในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ เช่น การศึกษาของชุมทรัพย์ ก้อนทอง (2559) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่ออาการด้านลบของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนพบว่า โปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด มีประสิทธิผลในการลดอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท โปรแกรมส่งเสริมทักษะของผู้ป่วยในการบ่งชี้อาการทางลบ ปรับการคิดที่ถูกต้องและนำไปสู่การปรับพฤติกรรมและแสดงออกที่เหมาะสมต่อสถานการณ์ จากงานวิจัยนี้สะท้อนให้เห็นว่าการบำบัดพฤติกรรมทางความคิดช่วยให้ภาวะซึมเศร้าลดลงยังมีและแบบแผนความคิดที่ยืดหยุ่นและยอมรับความเป็นจริงมากขึ้น

การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะซึมเศร้า มีลักษณะการพยาบาลคล้ายกับผู้ที่ภาวะซึมเศร้า (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2541: กรมสุขภาพจิต, 2542: อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543) ดังนี้

1) การวิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วยที่สำคัญ คือ การฆ่าตัวตาย พยาบาลจะต้องสังเกตพฤติกรรมที่มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตาย โดยสังเกตการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมและอารมณ์ ซึ่งทำได้ง่ายกว่าพฤติกรรมแยกตัว เนื่องจากผู้ป่วยจะบอกกล่าวปัญหาและแสดงพฤติกรรมให้เห็นเด่นชัด

2) ลดภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เป็นที่ยอมรับกันว่า ผู้ป่วยซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับความคิดฆ่าตัวตาย การป้องกันในขั้นแรกด้วยการเก็บสิ่งของ ซึ่งอาจใช้เป็นอาวุธในการทำร้ายตนเอง สังเกตพฤติกรรมอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง ivotต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วย โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยแสดงอาการซึมเศร้ารุนแรง ไม่พูดคุย พยายามทำร้ายตนเอง หรือเมื่อแสดงอาการดีขึ้นอย่างรวดเร็ว เพื่อให้การดูแลช่วยเหลือที่ถูกต้องและทันท่วงที

3) การดูแลสุขภาพอนามัย ช่วยให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรด้วยตนเอง และให้ได้รับการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล รวมทั้งการแต่งกาย การขับถ่าย การนอน และการรับประทานอาหาร เนื่องจากผู้ป่วยไม่ให้ความสนใจต่อตนเองในเรื่องเหล่านี้ การช่วยให้ร่างกายสะอาด แต่งกายเรียบร้อย สวยงามทำให้สดชื่นและมั่นใจขึ้น

4) การสร้างสัมพันธภาพ เพื่อให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่า มีกำลังใจที่จะดำเนินชีวิตต่อไปนั้น ทำได้ด้วยการให้โอกาสผู้ป่วยได้พูดถึงความรู้สึกท้อแท้ เสียใจ สิ้นหวัง ยอมรับความคิดเห็น และพฤติกรรมของผู้ป่วยในการค้นหาวิธีการเผชิญปัญหาในทางที่สร้างสรรค์ สร้างความหวังใหม่ให้แก่ผู้ป่วย เสริมความมีคุณค่าให้แก่ผู้ป่วยโดยการให้ผู้ป่วยมองหาข้อดีของตนเอง ไม่แนะนำให้ผู้ป่วยหนีความเศร้าด้วยการพูดคุยถึงเรื่องอื่นที่สนุกสนานเพราะจะไม่ช่วยให้ความรู้สึกของผู้ป่วยที่มีต่อตนเองดีขึ้น ควรหลีกเลี่ยงการปลอบใจที่ไม่เหมาะสม การเข้าถึงความรู้สึกของผู้ป่วย (Empathy) ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่น

5) สังเกตผลจากการรักษา เช่น ยา หรือการบำบัดด้วยกระแสไฟฟ้า ทั้งทางตรงและทางอ้อม รวมถึงการบันทึกน้ำหนักตัว เพื่อการติดตามผลต่อไป

6) การจัดกิจกรรมและสิ่งแวดล้อม กิจกรรมที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย ก็คือ การออกกำลังกาย เช่น การวิ่งหรือเล่นกีฬา เพราะจะช่วยให้ลดความตึงเครียด ช่วยทำให้ร่างกายแข็งแรงและจิตใจก็สดชื่นด้วย ในรายที่ซึมเศร้ามาก ๆ ยังไม่ต้องกระตุ้น แค่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้

7) ลดความรู้สึกผิด และเสริมความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและมีประโยชน์โดยการให้ผู้ป่วยร่วมกิจกรรมในการได้ดูแลตนเองและมีงานอดิเรกทำ จะช่วยให้เกิดความหวังและรู้สึกมีคุณค่า และยิ่งกิจกรรมที่ทำนั้นแสดงผลสำเร็จก็จะทำให้มีกำลังใจที่จะสู้ต่อไป

8) การเตรียมผู้ป่วยจิตเภทกลับสู่ชุมชน เมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้น ต้องช่วยให้มีโอกาสแสดงความคิดเห็น พิจารณาตัดสินใจด้วยตนเอง มีการพบปะพูดคุยครอบครัวเพื่อวางแผนร่วมกัน

สรุปได้ว่า การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วย การบำบัดรักษาด้วยยา การบำบัดทางจิตสังคม การสนับสนุนครอบครัว การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (CBT) มาใช้ในผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะซึมเศร้า การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะซึมเศร้า เป็นการวิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้น การลดภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย การดูแลสุขอนามัย การสร้างสัมพันธภาพ การสังเกตผลจากการรักษา เช่น อาการข้างเคียงจากยาที่ได้รับ และการจัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วย

4. แนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

4.1 ความหมายของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (CBT: Cognitive Behavior Therapy) เป็นการบำบัดความคิดเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยมีหลักการบนพื้นฐานทฤษฎีว่าอารมณ์ และพฤติกรรมต่าง ๆ ของคนเรามีอิทธิพลมาจากความคิด วิธีการบำบัดรักษาจะฝึกให้ผู้ป่วยสามารถวิเคราะห์สถานการณ์ต่าง ๆ ที่ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมไม่เหมาะสมหรือทำให้อารมณ์แย่ลง และฝึกให้ผู้ป่วยค้นหาความคิดที่มีผลต่ออารมณ์ และพฤติกรรมนั้น ให้ผู้ป่วยประเมินความคิดดังกล่าวและการตอบสนองต่อสถานการณ์ต่าง ๆ ด้วยความคิดใหม่ ซึ่งจะนำมาสู่การเปลี่ยนแปลงโดยผู้ป่วยจะมีอารมณ์ดีขึ้น และมีพฤติกรรมที่เหมาะสม (ยุทธนา งามอาจสกุลมั้น, 2548)

CBT เป็นรูปแบบการบำบัดชนิดหนึ่ง โดยการตรวจสอบความคิด ทศนคติความเชื่อที่มีผลต่ออารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรม ต่อการดำเนินชีวิตของบุคคลและจะปรับเปลี่ยนความคิดอย่างไร เพื่อให้เกิดผลดีต่อการกระทำของบุคคล (Josept, 2010)

ชุมทรัพย์ ก้อนทอง (2557) กล่าวว่า การบำบัดแบบ CBT เป็นการบำบัดทางจิตวิธีหนึ่งโดยช่วยให้ผู้ป่วยมองเห็นการมองโลกในแง่ลบด้วยตัวผู้ป่วยอย่างชัดเจนทั้งต่อตนเอง ต่อการมองโลกและการมองอนาคตปรับเปลี่ยนแนวความคิดใหม่ด้วยมุมมองในเชิงบวกและมีประโยชน์ต่อตนเอง ช่วยให้การตอบสนองทางอารมณ์ และพฤติกรรมของผู้ป่วยดีขึ้นกว่าเดิม

4.2 ทฤษฎีการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

Beck (2012) อธิบายความสัมพันธ์ระหว่าง การรู้คิด กับอารมณ์ ว่าอารมณ์ของเราเกิดจากการรู้คิดในการรับรู้และตีความสิ่งเร้าที่เราประสบ เช่น อารมณ์พื้นฐาน 4 ประการ ได้แก่ เสียใจ ดีใจ โกรธ กังวลใจ อารมณ์เสียเกิดขึ้นเมื่อรับรู้ถึงความสูญเสียความพ่ายแพ้ ซึ่งมักจะแสดงออกในรูปของการไม่เป็นที่ยอมรับของบุคคลสำคัญในชีวิตส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการแยกตัวจากบุคคลที่ทำให้เกิดความรู้สึกดังกล่าว ความกังวลและความโกรธมักเกิดจากการรับรู้ถึงการถูกคุกคามความกังวลเกิดขึ้น เมื่อบุคคลรับรู้ในจุดที่เป็นปัญหาของตน

Beck et al. (1979) เชื่อว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น (A) ไม่ได้เป็นสาเหตุของการเกิดอารมณ์และพฤติกรรม (C) โดยตรงแต่เกิดจากกระบวนการคิดที่มีต่อเหตุการณ์นั้น (B) ซึ่งเกิดขึ้นมาทันที (ความคิดแบบอัตโนมัติ) ปรากฏการณ์ทางความคิดที่ทำให้เกิดพยาธิสภาพมีอยู่ 3 รูปแบบ ได้แก่ ความคิดอัตโนมัติ (Automatic thoughts) เป็นความคิดที่มีลักษณะอัตโนมัติทั้งในแง่ที่เกิดขึ้นด้วยตนเองโดยไม่บังคับหรือฝืนไม่ให้เกิด แต่คนจำนวนมากมักไม่รู้ว่าตนกำลังคิดอยู่ ต้องอาศัยการฝึกทักษะให้จับความคิดของตนเองได้ก่อนหน้าที่จะทำการรักษาต่อความคิดอัตโนมัตินี้เป็นต้นเหตุทำให้เกิดความรู้สึกที่ไม่ดี เช่น ความรู้สึกซึมเศร้ามักเกิดจากความคิดเรื่องของความสูญเสีย ความพ่ายแพ้ การถูกปฏิเสธ ถูกทอดทิ้งความสิ้นหวัง

สรุปได้ว่า การบำบัดความคิดและพฤติกรรม เชื่อว่าความรู้สึกและความคิดนั้นมีความสัมพันธ์กัน และเสริมแรงซึ่งกันและกัน จึงเป็นเหตุผลทำให้เกิดความบกพร่องทางอารมณ์และความคิดมากยิ่งขึ้น อารมณ์ซึมเศร้าเกิดจากการคิด การเข้าใจ 3 สิ่ง ผิดพลาด (Cognitive Triad) คือ มองตนเอง มองโลกและ มองอนาคต การคิด การเข้าใจที่ผิดพลาดเกิดจากการที่ผู้ป่วยมีแบบแผนการคิดไปในทางลบ

4.3 เทคนิคการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในการบำบัดสำหรับผู้ป่วยจิตเภท

หลักของการรักษา คือ การปรับเปลี่ยนความคิด (cognitive restructuring) โดยเปลี่ยนแปลงความ เชื่อเฉพาะตัว (idiosyncratic beliefs) และกรอบความคิด (schema) ให้ผู้ป่วยมองเห็นความคิดที่ผิดเพี้ยน ไปจากความจริง (cognitive distortion) ของตนโดยใช้การตั้งคำถามให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ที่จะเปลี่ยนแปลง cognition ของตน ฝึกทักษะที่สำคัญและการให้การบ้านเพื่อให้ผู้ป่วยได้ทดสอบสิ่งที่ตนได้เรียนรู้ในแต่ละ ครั้งของการรักษาและความคิดที่บิดเบือนของตน

เทคนิคการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมสำหรับผู้ป่วยจิตเภท สรุปได้ดังนี้

1. Socialization เป็นการเกริ่นนำให้ผู้ป่วยเริ่มรู้จัก Cognitive model และเตรียมให้ผู้ป่วยรู้ใน เบื้องต้นว่าการรักษาจะดำเนินไปอย่างไร (ยุทธนา งามอาจสกุลมั้น, 2548; Wright et al., 2009)
2. Normalization เป็นการชี้ให้เห็นว่าอาการต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยมีนั้นอาจพบได้ในคนทั่วไป (ยุทธนา งามอาจสกุลมั้น, 2548; Wright et al., 2009)
3. A-B-C Technique เป็นการฝึกให้ผู้ป่วยวิเคราะห์สถานการณ์ที่ทำให้ผู้ป่วยอารมณ์แย่ลงโดย A คือสถานการณ์ที่เป็นสิ่งกระตุ้น (Activating event) B คือความเชื่อหรือความคิด (Belief) C คืออารมณ์ ที่เกิดขึ้นตามมา (Emotional Consequence) โดยมีวัตถุประสงค์ให้ผู้ป่วยสามารถวิเคราะห์ได้ว่ามี ความคิดอะไรเกิดขึ้นแล้วทำให้อารมณ์แย่ลง (ยุทธนา งามอาจสกุลมั้น, 2548)
4. Evidence counter evidence technique เป็นการฝึกให้ผู้ป่วยประเมินความคิดที่เกิดขึ้น โดยอาศัยหลักฐานต่าง ๆ ที่มาสนับสนุนและคัดค้านความคิดนั้น ๆ (ยุทธนา งามอาจสกุลมั้น, 2548)
5. Alternative explanation technique เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยพิจารณาว่าความคิดที่เกิดขึ้น ในสถานการณ์ต่าง ๆ นั้น ผู้ป่วยมีความคิดแบบอื่นได้หรือไม่ (Wright et al., 2009)
6. Behavioral attribution technique เป็นการนำเทคนิคทางพฤติกรรมบำบัดมาใช้โดยมี จุดมุ่งหมายเพื่อให้เปลี่ยนแปลงความคิดเดิมผู้ป่วย
7. Thought stopping ใช้ในผู้ป่วยซึ่งสามารถสร้างภาพสัญญาณการหยุดหรือจินตนาการ (a bell going of) เพื่อหยุดกระบวนการของความคิดที่ไม่มีประโยชน์ (dysfunctional) (Stuart,1998; Chan & Leung, 2002) โดยสอนผู้ป่วยในการทำหายความคิดที่รบกวน (disturbed thought)
8. Rational Responding เป็นการตอบสนองอย่างมีเหตุผล หมายถึงการช่วยให้ผู้ป่วยแยกแยะ หรือระบุอย่างถูกต้อง ในเนื้อหาเกี่ยวกับความคิด และการนำไปสู่ทางเลือกในการตอบสนองในทางเลือก อื่นๆ (Kingdon & Turkington, 1991; Kingdon et al.,1994; Riely, 1998)

9. Reality Testing เป็นการช่วยผู้ป่วยในการระบุนึกคิดที่ผิดเกี่ยวกับสถานการณ์ที่เป็นจริง เน้นพฤติกรรมปัจจุบัน (current behavior) ช่วยเหลือให้สนใจความเป็นจริงในการสื่อสารทุกอย่าง ส่งเสริมให้เขาพูดเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่เป็นจริง เป็นการพูดคุยโดยตรงสำหรับเหตุการณ์ที่นี้และเดี๋ยวนี้ (here and now) (Chan & Leung, 2002)

10. Activity Scheduling and detail planning เป็นการจ้ดรายการกิจกรรมหรือโครงสร้าง ประจำสำหรับผู้ป่วยและรายละเอียดของแผนกิจกรรม สามารถช่วยให้ผู้ป่วยมุ่งสนใจในความเป็นจริง (Haddock et al.,1998 cited in Chan & Leung, 2002)

11. Relapse Prevention strategy การป้องกันการกำเริบซ้ำเป็นการประเมินปัจจัยหรือสิ่งที ทำให้เกิดความเครียดหลัก ๆ ทีทำให้เกิดการเพิ่มอาการทางจิตหรือแม้แต่อาการนำ (preceding symptom) (Haddock et al., 1998)

12. Homework เป็นการมอบหมายให้ทำการบ้าน ใช้ได้ใผู้ป่วยทีมีการศึกษาเขียนการบ้านได้ การมอบหมายการบ้านเป็นการเพิ่มโอกาสในการเปลี่ยนแปลงการรู้คิดและพฤติกรรมของผู้ป่วย

4.4 ขั้นตอนการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมสำหรับผู้ป่วยจิตเภท

Hansen et al. (2007) ได้อธิบายถึงขั้นตอนของการทำจิตบำบัดแบบ CBT สำหรับผู้ป่วย จิตเภท ดังนี้

1. Assessment เริ่มต้นโดยการอนุญาตให้ผู้ป่วยได้แสดงออกถึงความคิดของเขาเกี่ยวกับ ประสบการณ์ ขณะที่ผู้บำบัดฟังอย่างใส่ใจ ติดตามการบำบัดและการทราบผลของการวัดร่วมกับผู้ป่วย แผนผัง (Diagram) โดยเฉพาะอย่างยิ่งกับแผนชีวิตที่สับสน (chaotic lifestyle)

2. Engagement stage ในเบื้องต้นผู้บำบัดจะกล่าวอย่างชัดเจน ในทีนี้รวมถึงการดึงเอาความ เข้าใจของตนเองของบุคคลและความรู้สึกเป็นทุกข์ และแสดงถึงความยืดหยุ่น รูปแบบความอ่อนแอต่อ ความเครียด (A Vulnerability- Stress Model)

3. A-B-C Model ซึ่งพัฒนาโดย Ellis and Harper สามารถใช้เพื่อให้แนวทางแก่ผู้ป่วยจัดการ กับประสบการณ์ที่สับสนซึ่งเป็นไปอย่างซ้ำ ๆ เพื่อให้ชัดเจนเชื่อมโยงระหว่างประสบการณ์อารมณ์ทุกข์ ของผู้ป่วยและความเชื่อของเขาที่ยึดถืออยู่ ผู้ป่วยให้คำอธิบายว่าอะไรเป็นเหตุการณ์กระตุ้น (A) ทีดู เหมือนเป็นสาเหตุของ C และผู้บำบัดมั่นใจว่า เหตุการณ์ทีเป็นจริงไม่เจือปนกับการตัดสินและตีความผู้ บำบัดทำการสะท้อนกลับ เพื่อการยอมรับความเชื่อมโยง ของ A กับ C

4. ผู้บำบัดประเมินภาพพจน์ การประเมินผลและความเชื่อของผู้ป่วยและสื่อสารให้ผู้ป่วยทราบ ว่าการให้ความหมายของบุคคล คือการขาดในรูปแบบ ของ A-C Model

5. ความเชื่อของผู้ป่วยเอง (B) ซึ่งเป็นสาเหตุทีแท้จริงของ C ถูกอภิปรายบ่อย ๆ เรื่องนี้สามารถ เป็นเหตุผลได้ และ B เป็นต้นว่า “ถ้าฉันบอกเกี่ยวกับเสียง ไม่มีใครเหมือนฉัน” สามารถโต้แย้งและ

เปลี่ยนเป็น “ฉันจะไม่ต้องการให้ ทุกคนเหมือนฉัน บางคนอาจเหมือน บางคนอาจไม่เหมือน” ไปสู่การเปลี่ยนแปลง C

6. Goal-setting เป้าหมายที่เป็นจริงได้สำหรับการบำบัด ควรได้รับการอภิปรายกับผู้ป่วยในเบื้องต้นของการบำบัด การใช้เหตุผลของการทุกข้อใจ (C) เพื่อเป็นสิ่งกระตุ้นแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลง

7. Normalization ซึ่งมีประโยชน์ในการลดการคิดในทางหายนะในประสบการณ์ที่ไม่ปกติ ในขอบเขตสิ่งแวดล้อมที่แตกต่าง ลดความวิตกกังวลและความรู้สึกแปลกแยก

สรุปได้ว่า การบำบัดความคิดและพฤติกรรม เชื่อว่าอารมณ์ที่ผิดปกติของคนเรานั้น เป็นผลมาจากการบิดเบือนความคิดหรือการประเมินเหตุการณ์ในชีวิตด้วยความคิดที่ไม่ตรงกับความเป็นจริง นอกจากนี้ยังเชื่อว่าความรู้สึกและความคิดนั้นมีความสัมพันธ์กันและเสริมแรงซึ่งกันและกัน จึงเป็นเหตุผลทำให้เกิดความบกพร่องทางอารมณ์และความคิดมากยิ่งขึ้น อารมณ์ซึมเศร้าเกิดจากการคิด การเข้าใจ 3 สิ่ง ผิดพลาด (Cognitive Triad) คือ ตนเอง โลกและอนาคต การคิด การเข้าใจที่ผิดพลาดเกิดจากการที่ผู้ป่วยมีแบบแผนการคิดไปในทางลบ

5. แนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัว

5.1 ความหมายของครอบครัว

The United States Bureau of the Census (อ้างใน อูมาพร ตรังสมบัติ, 2554) ได้ให้นิยามครอบครัว (Family) เป็นกลุ่มบุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันโดยการเกิดการแต่งงานหรือการรับเป็นบุตรบุญธรรมและอาศัยอยู่ร่วมกัน ลักษณะครัวเรือนที่นอกเหนือจากนี้ถือว่าไม่ใช่ครอบครัว

อรรถพรณ ลือบุญธวัชชัย (2553) ได้ให้ความหมายของครอบครัวว่า คือกลุ่มของบุคคลที่มีความสัมพันธ์กันโดยสายเลือดหรือบุคคลที่อยู่ร่วมกันในครัวเรือนเดียวกัน มีความสัมพันธ์กันตามบทบาทหน้าที่ เช่น บิดา มารดา พี่ น้อง สามี ภรรยา บุตร มีกรอบของวัฒนธรรม ประเพณีเดียวกัน เป็นหน่วยสังคมที่เล็กที่สุดและเป็นสถาบันสังคมที่มีความสำคัญยิ่งสถาบันหนึ่งของบุคคล มีความผูกพันกันอย่างแนบแน่นใกล้ชิดกันและมีความรักซึ่งกันและกัน

สรุปได้ว่าครอบครัวเป็นกลุ่มบุคคลตั้งแต่ 2 คน หรือมากกว่าที่อาศัยอยู่ร่วมกัน มีความผูกพันกันทั้งทางด้านอารมณ์และจิตใจ มีการดำเนินชีวิตร่วมกัน กำหนดบทบาทหน้าที่ตามสถานภาพที่พึงพียงกันทางสังคมและเศรษฐกิจ มีความรับผิดชอบดูแลสุขอนามัยแก่สมาชิก ซึ่งขับเคลื่อนและพัฒนาชีวิตให้ดำเนินไปภายใต้การเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อม

5.2 การมีส่วนร่วมของครอบครัวตามแนวคิดของ Friedman (2003)

Friedman (2003) กระตุ้นให้กำลังใจ สนับสนุน ให้คำแนะนำ ชี้แนะแนวทาง หรือมีส่วนร่วมในการสอนให้สมาชิกในครอบครัวมีการส่งเสริมสุขภาพของตนเอง

การมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัว หมายถึงการที่สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ซึ่งมีกระบวนการในการสื่อสาร ข้อมูลภาวะสุขภาพทั้งในขณะอยู่โรงพยาบาลและชุมชน ซึ่งครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการดูแลกระตุ้นให้กำลังใจ สนับสนุนและให้คำแนะนำ ผู้ศึกษาจึงได้นำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในโปรแกรม เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำให้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

Friedman (2003) ได้กล่าวถึงบทบาทของครอบครัวต่อสุขภาพและการเจ็บป่วยไว้ 6 ประการ ดังนี้

1. ครอบครัวมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วยของสมาชิก (Health Promotion and Illness Prevention) คือการให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพในลักษณะองค์รวม ซึ่งจำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวัน การปรับเปลี่ยนที่เกิดขึ้นอาจก่อให้เกิดความขัดแย้งกันภายในครอบครัว แต่การปรับเปลี่ยนของครอบครัว ที่เกิดขึ้นนี้ทำให้ครอบครัวเกิดการเรียนรู้ซึ่งกันและกัน

2. ครอบครัวสามารถมีส่วนร่วมในการดูแลระยะที่มีอาการเกิดขึ้น (Symptom Experience Stage) ครอบครัวจะมีการประเมินพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท ให้ความหมายของอาการในลักษณะความรุนแรงของอาการ สาเหตุ ปัจจัยที่สำคัญของการเกิดอาการและความตระหนักหรือความเอาใจใส่ต่อการดูแลเมื่อมีอาการแสดงเกิดขึ้น รวมทั้งการป้องกันจากสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ โดยสมาชิกในครอบครัวคนอื่น ๆ ในครอบครัวได้ช่วยกันตระหนักถึงอันตรายที่เกิดขึ้นนั้น ๆ

3. ครอบครัวสามารถมีส่วนร่วมในการแสวงหาการดูแลรักษาพยาบาล (Care-seeking Stage) สามารถตัดสินใจเมื่อใดที่ผู้ป่วยจิตเภทควรได้รับการรักษาที่ใด (บ้าน คลินิก หรือโรงพยาบาล)

4. ครอบครัวสามารถมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาพยาบาลเบื้องต้น (Medical Contact Stage) ทำหน้าที่เป็นหน่วยปฐมพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทเบื้องต้น เพื่อส่งต่อให้ระบบปฐมภูมิทำหน้าที่ส่งต่อผู้ป่วยจิตเภทต่อหน่วยบริการรักษาพยาบาลต่อไป

5. ครอบครัวสามารถมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยที่ต้องพึ่งพา (Dependence Patient Stage) สามารถชี้ให้เห็นบทบาทของผู้ป่วยจิตเภท (Patient role) ว่าควรจะปฏิบัติตามคำแนะนำได้มากน้อยระดับไหนและพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภท (Patient role behaviors) สามารถบอกได้ว่าอาการดีขึ้นเมื่อไร ซึ่งช่วงเวลาจะครอบคลุมตั้งแต่การไม่คาดหวังว่าจะต้องหายขาดจากความเจ็บป่วยได้เร็วในระยะเวลาอันสั้น จนถึงความคาดหวังว่าผู้ป่วยจิตเภทจะฟื้นหายเป็นปกติโดยเร็ว

6. ครอบครัวสามารถมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสภาพครอบครัว (Rehabilitation Stage) ครอบครัวจะช่วยฟื้นฟูสมาชิกที่ได้รับผลกระทบให้หายเจ็บป่วย

สรุปได้ว่า การใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัว ของ Friedman (2003) โดยครอบครัวสามารถมีส่วนร่วมในการตัดสินใจกระบวนการรักษาทุกๆขั้นตอนของความเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว เริ่มตั้งแต่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน รักษา และการฟื้นฟู ซึ่งจากการวิเคราะห์บทบาทของครอบครัวที่มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพในระยะต่างๆของความเจ็บป่วย จะเห็นได้ว่าครอบครัวมีความสำคัญในการช่วยให้บุคคลมีสุขภาพดี ป้องกันการเจ็บป่วย การรักษา จนถึงการฟื้นฟูสุขภาพ ในบทบาทของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยจิตเภทต้องกระทำร่วมกับการกระตุ้นให้ครอบครัวหรือผู้ดูแลมีส่วนร่วมด้วยเสมอ เพื่อที่จะส่งผลให้ครอบครัวสามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมป้องกันการเจ็บป่วยซ้ำที่ถูกต้องและเหมาะสม

6. การพัฒนาการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว

จากแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางความคิดพฤติกรรมของ Beck et al., (1979) ผสมผสานร่วมกับการใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวของ Friedman (2003) โดยครอบครัวสามารถมีส่วนร่วมในการดำเนินการกิจกรรมตามการบำบัดให้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะซึมเศร้าเป็นรายกลุ่ม จำนวน 3 ขั้นตอน 8 ครั้ง ๆ ละ 60-90 นาที ดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 2 ครั้ง รวม 4 สัปดาห์โดยมีรายละเอียดของการดำเนินการ

ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมความพร้อมในการบำบัดร่วมกับครอบครัว

กิจกรรมครั้งที่ 1) การสร้างสัมพันธภาพ ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ให้ผู้ป่วยและครอบครัวในการเข้าร่วมกลุ่มบำบัดฯ ข้อตกลงในการเข้าร่วมกิจกรรมและประโยชน์ที่จะได้รับ โดยแจ้งวัน เวลา สถานที่ในการเข้าร่วมกิจกรรม โดยให้ครอบครัวสามารถมีส่วนร่วมในการตัดสินใจกระบวนการบำบัดรักษาทุกขั้นตอน

กิจกรรมครั้งที่ 2) การเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท ภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยฝึกให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและทักษะการสังเกตอาการเตือน และจัดการกับอาการเตือน การเฝ้าระวังความคิดฆ่าตัวตาย สังเกตความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย วิธีการจัดการอาการเบื้องต้นได้

ขั้นตอนที่ 2 การบำบัดทางความคิดร่วมกับครอบครัว

กิจกรรมครั้งที่ 3) การค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยทางจิต ผู้วิจัยนำรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างความคิด และอารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรมที่เกิดขึ้น จากตัวอย่างที่กำหนดให้ตามสถานการณ์จริง เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัววิเคราะห์ความคิดที่ไม่เหมาะสมที่นำไปสู่ภาวะซึมเศร้า

กิจกรรมครั้งที่ 4) การตรวจสอบความคิดอัตโนมัติทางลบ ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยและครอบครัวฝึกทักษะการวิเคราะห์ถึงเหตุการณ์และความคิดอัตโนมัติด้านลบที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า โดยใช้เทคนิค

การหาหลักฐานสนับสนุนเหตุผลความคิดอัตโนมัติทางลบ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดการสำรวจตนเองและเข้าใจตนเอง

กิจกรรมครั้งที่ 5) ปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติด้านลบของผู้ป่วย ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยและครอบครัวพัฒนาทักษะการจัดการกับความคิด ความเชื่อที่บิดเบือนที่เกิดขึ้น โดยใช้เทคนิคการฝึกหยุดความคิดและนำเทคนิคการคิดอย่างมีเหตุผลมาช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติด้านลบ เพื่อช่วยลดภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นได้

ขั้นตอนที่ 3 การบำบัดทางพฤติกรรมและกำหนดการกระทำด้วยตนเองร่วมกับครอบครัว

กิจกรรมครั้งที่ 6) การเสริมสร้างการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมแบบแผนความคิดที่บิดเบือน สร้างความคิดใหม่ ผู้วิจัยใช้เทคนิคการเสนอทางเลือกทำให้เกิดคำตอบที่มีเหตุผล และฝึกปรับทัศนคติไปในทางบวก ส่งผลให้ปรับพฤติกรรมตามมา ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวค้นหาแนวทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นได้

กิจกรรมครั้งที่ 7) การเบี่ยงเบนความคิดและวิธีการคลายเครียด ผู้วิจัยฝึกให้ผู้ป่วยและครอบครัวฝึกเทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และฝึกการกำหนดลมหายใจ เพื่อผ่อนคลายความเครียดและลดความกังวล และลดภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้น

กิจกรรมครั้งที่ 8) ประเมินผลทบทวนความเข้าใจ ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยและครอบครัวทบทวนและสรุปเนื้อหาสิ่งที่ได้เรียนรู้จากประสบการณ์ที่ได้รับหลังจากการเข้ารับการบำบัดฯ และส่งเสริมความสามารถให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าถึงแหล่งทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชน

โดยมีรายละเอียดของการพัฒนาการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การบูรณาการผลของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว

แนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมของ Beck et.al (1979)	แนวคิดครอบครัวมีส่วนร่วม (Friedman 2003)	การบูรณาการในงานวิจัย
<p>ขั้นตอนที่ 1</p> <p>การเตรียมความพร้อมในการบำบัด</p> <p>ประกอบด้วย 2 กิจกรรม คือ กิจกรรมครั้งที่ 1</p> <p>ใช้ระยะดำเนินการกิจกรรมละ 60 นาที โดยใช้แนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมของ Beck et.al (1979)</p> <p>หลักการสำคัญ คือ การสร้างสัมพันธภาพ เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ เปิดเผยข้อมูล ยอมรับการเจ็บป่วย และการบำบัดทั้งประเมินความคิด ความรู้สึก พฤติกรรมของสมาชิกกลุ่ม</p>	<p>ขั้นตอนที่ 1</p> <p>จากแนวคิดครอบครัวมีส่วนร่วมของ Friedman (2003) ข้อที่ 1) ครอบครัวมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วยของสมาชิก (Health Promotion and Illness Prevention)</p> <p>2) ครอบครัวมีส่วนร่วมในการประเมินพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย สาเหตุปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการ และดูแลเมื่อมีอาการแสดงเกิดขึ้น</p>	<p>กิจกรรมครั้งที่ 1</p> <p>การสร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์พูดคุยเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความไว้วางใจและให้ความร่วมมือในการบำบัดรักษา เข้าใจ ยอมรับเหตุผลวิธีการและแนวทางของการบำบัดฯ กิจกรรมตามใบความรู้ที่ 1/1 ผู้ป่วยได้เล่าเรื่องราวจากสถานการณ์ที่ทุกข์ใจในปัจจุบันที่เป็นต้นเหตุของพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของความคิดในด้านลบ เช่น ความท้อแท้ สิ้นหวัง รู้สึกเศร้า วิตกกังวล ให้ผู้ป่วยยกตัวอย่างสถานการณ์ที่ทุกข์ใจ ครอบครัวมีส่วนร่วมในการรับฟังปัญหาผู้ป่วย ครอบครัวมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วย ซึ่งจำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวันให้กับผู้ป่วยและครอบครัวรับรู้บทบาทของตนเอง และตระหนักบทบาทของตนเอง โดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจกระบวนการบำบัดรักษาทุกขั้นตอน กิจกรรมครั้งนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวเรียนรู้เกี่ยวกับการสร้างสัมพันธภาพและความสามารถในการทำบทบาทและหน้าที่ เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและตระหนักถึงความสำคัญของการปฏิบัติตามแผนการรักษาได้</p>
<p>กิจกรรมครั้งที่ 2</p> <p>ใช้ระยะดำเนินการกิจกรรมละ 60 นาที โดยใช้แนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมของ Beck et.al (1979)</p> <p>หลักการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า ประเมิน</p>	<p>กิจกรรมครั้งที่ 2 จากแนวคิดครอบครัวมีส่วนร่วมของ Friedman (2003)</p> <p>1) ครอบครัวสามารถมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยที่ต้องพึ่งพา</p>	<p>กิจกรรมครั้งที่ 2</p> <p>การเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท ภาวะซึมเศร้า เสริมสร้างให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคจิตเภท ภาวะซึมเศร้า ฝึกให้ครอบครัวมีทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และทักษะการสังเกตอาการเตือน(warning signs) และจัดการกับอาการเตือนการเฝ้าระวังความคิดฆ่าตัวตาย สังเกตความเสี่ยงต่อการ</p>

แนวคิดการบำบัดทาง ความคิดและพฤติกรรมของ Beck et.al (1979)	แนวคิดครอบครัวมี ส่วนร่วม (Friedman 2003)	การบูรณาการในงานวิจัย
<p>ความคิด ความรู้สึก พฤติกรรม เชื่อมโยงอาการของภาวะซึมเศร้า สาเหตุของการเกิดอารมณ์ซึมเศร้า ฝึกให้ผู้ป่วยและครอบครัวเห็นความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์ พฤติกรรม ตั้งตัวอย่างที่กำหนดให้และตามสถานการณ์จริงของชีวิต เพื่อให้ตระหนักและยอมรับปัญหาของตนเอง</p>	<p>(Dependence Patient Stage) สามารถชี้ให้เห็นบทบาทของผู้ป่วยจิตเภท (Patient role) ว่าควรปฏิบัติตามคำแนะนำได้มากน้อยระดับไหนและพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภท (Patient role behaviors)</p>	<p>ฆ่าตัวตาย วิธีการจัดการอาการเบื้องต้นได้ ครอบครัวตระหนักถึงอันตรายเมื่อมีอาการแสดงเกิดขึ้นเน้นย้ำให้ผู้ป่วยและครอบครัวทราบถึงความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์ ความรู้สึก พฤติกรรม จากตัวอย่างที่กำหนดให้ตามสถานการณ์จริง โดยให้ผู้ป่วยและครอบครัวร่วมกันอภิปรายถึงปัญหาที่เป็นสาเหตุปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้า กิจกรรมครั้งนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท และการเกิดภาวะซึมเศร้า ทักษะต่าง ๆ ที่จำเป็นได้แก่ ทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และทักษะการสังเกตอาการเตือน การกับอาการเตือน สังเกตความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย วิธีการจัดการอาการเบื้องต้นได้ ครอบครัวสามารถตัดสินใจได้ว่าเมื่อใดที่ผู้ป่วยควรเข้ารับการรักษา ทำให้เกิดความมั่นใจและเป็นแรงกระตุ้นที่จะตัดสินใจในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ครอบครัวเป็นแรงสนับสนุนให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการดูแลตนเองเพื่อลดภาวะซึมเศร้า</p>

แนวคิดการบำบัดทาง ความคิดและพฤติกรรมของ Beck et.al (1979)	แนวคิดครอบครัวมี ส่วนร่วม (Friedman 2003)	การบูรณาการในงานวิจัย
<p>ขั้นตอนที่ 2 การบำบัดทาง ความคิด กิจกรรมครั้งที่ 3 ใช้ระยะดำเนินกิจกรรมละ 60-90 นาที โดยใช้แนวคิด การบำบัดทางความคิดและ พฤติกรรมของ Beck et.al (1979) เน้นให้ผู้ป่วยและ ครอบครัวฝึกค้นหาความคิด อัตโนมัติด้านลบ ตามสถานการณ์จริง</p>	<p>ขั้นตอนที่ 2 กิจกรรมครั้งที่ 3 จาก แนวคิดครอบครัวมี ส่วนร่วมของ Friedman (2003) 1) ครอบครัวสามารถมี ส่วนร่วมในการดูแล ผู้ป่วยที่ต้องพึ่งพา (Dependence Patient Stage) สามารถชี้ให้เห็น บทบาทของผู้ป่วยจิต เภท (Patient role) ว่าควรปฏิบัติตาม คำแนะนำได้มากขึ้น ระดับไหนและ พฤติกรรมของผู้ป่วย จิตเภท (Patient role behaviors) สามารถ บอกได้ว่า อาการดีขึ้น เมื่อไร</p>	<p>กิจกรรมครั้งที่ 3 การค้นหาความคิดอัตโนมัติด้านลบที่เกิดขึ้นจากการ เจ็บป่วยทางจิตให้กับผู้ป่วยและครอบครัว การให้ความรู้ ความคิดด้านลบหรือความคิดที่บิดเบือนในลักษณะต่างๆ ที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าด้วยการนำรูปแบบ A- B-C Model มาอธิบายความสัมพันธ์ของเหตุการณ์ ความคิดและพฤติกรรมที่เกิดขึ้นตามมา จากตัวอย่างที่ กำหนดให้ตามสถานการณ์จริงมาเป็นตัวอย่างในการ อธิบายความเชื่อมโยงระหว่าง A คือ เหตุการณ์กระตุ้น ซึ่ง เป็นเหตุการณ์ที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกสับสนหรือทุกข์ ใจ B คือ ความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้นขณะเกิดเหตุการณ์อัน เป็นผลมาจากความเชื่อที่ผู้ป่วยยึดถืออยู่ และ C คือ อารมณ์และพฤติกรรมที่ตามมา ให้ครอบครัวมีส่วนร่วมใน การชี้ให้เห็นบทบาทของผู้ป่วยในการปฏิบัติตาม คำแนะนำ และสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วย กิจกรรมครั้งนี้ จะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัววิเคราะห์ความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมที่นำไปสู่ภาวะซึมเศร้า ครอบครัวสนับสนุนให้ผู้ป่วยในการฝึกปฏิบัติตาม คำแนะนำให้ความร่วมมือในการดูแลรักษามากขึ้น</p>

แนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมของ Beck et.al (1979)	แนวคิดครอบครัวมีส่วนร่วม (Friedman 2003)	การบูรณาการในงานวิจัย
<p>ขั้นตอนที่ 2</p> <p>กิจกรรมครั้งที่ 4</p> <p>ใช้ระยะดำเนินกิจกรรมละ 60-90 นาที โดยใช้แนวทางการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมของ Beck et.al (1979)</p> <p>ใช้หลักการฝึกให้ผู้ป่วยและครอบครัวตรวจสอบความคิดอัตโนมัติด้านลบตามสถานการณ์จริงของผู้ป่วย</p>	<p>ขั้นตอนที่ 2</p> <p>กิจกรรมครั้งที่ 4</p> <p>จากแนวคิดครอบครัวมีส่วนร่วมของ Friedman (2003)</p> <p>1) ครอบครัวมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วยของสมาชิก (Health Promotion and Illness Prevention)</p>	<p>กิจกรรมครั้งที่ 4</p> <p>การตรวจสอบความคิดอัตโนมัติทางลบให้ผู้ป่วยและครอบครัวฝึกทักษะการวิเคราะห์ถึงเหตุการณ์และความคิดอัตโนมัติด้านลบที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า โดยใช้เทคนิค Evidence counter evidence technique เป็นการฝึกให้ประเมินความคิดที่เกิดขึ้นโดยอาศัยหลักฐานต่างๆ ที่มาสนับสนุนและคัดค้านความคิดนั้นๆ (ยุทธนา อองอาจสกุลมัน, 2548) ให้ผู้ป่วยและครอบครัวตระหนักรู้ถึงความไม่สอดคล้องของตนเองและลดลักษณะด้านลบที่ตนเองไม่ยอมรับ ครอบครัวมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วย โดยการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวัน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนความคิด กิจกรรมครั้งนี้จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดการสำรวจตนเองและเข้าใจตนเอง เพื่อช่วยลดภาวะซึมเศร้าและนำไปสู่การตัดสินใจบนความคิดความเชื่ออย่างถูกต้องในเหตุการณ์จริงที่เกิดขึ้นในชีวิตของผู้ป่วย</p>

แนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมของ Beck et.al (1979)	แนวคิดครอบครัวมีส่วนร่วม (Friedman 2003)	การบูรณาการในงานวิจัย
<p>ขั้นตอนที่ 2</p> <p>กิจกรรมครั้งที่ 5</p> <p>ใช้ระยะดำเนินกิจกรรมละ 60-90 นาที โดยใช้แนวทางการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมของ Beck et.al (1979)</p> <p>ใช้หลักการฝึกให้ผู้ป่วยและครอบครัวปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติด้านลบ เน้นในการฝึกปฏิบัติตามสถานการณ์จริง</p>	<p>ขั้นตอนที่ 2</p> <p>กิจกรรมครั้งที่ 5</p> <p>จากแนวคิดครอบครัวมีส่วนร่วมของ Friedman (2003)</p> <p>1) ครอบครัวสามารถมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยที่ต้องพึ่งพา (Dependence Patient Stage) สามารถชี้ให้เห็นบทบาทของผู้ป่วยจิตเภท (Patient role) ว่าควรจะปฏิบัติตามคำแนะนำได้มากน้อยระดับไหนและพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภท (Patient role behaviors) สามารถบอกได้ว่า อาการดีขึ้นเมื่อไร</p>	<p>กิจกรรมครั้งที่ 5</p> <p>ปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติด้านลบของผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยและครอบครัวพัฒนาทักษะการจัดการกับความคิด ความเชื่อที่บิดเบือนที่เกิดขึ้นโดยใช้เทคนิค Thought stopping ซึ่งสามารถสร้างภาพสัญญาณการหยุดหรือจินตนาการเพื่อหยุดกระบวนการของความคิดที่ไม่มีประโยชน์ และนำเทคนิค Rational Responding มาตอบสนองอย่างมีเหตุผล ให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการชี้ให้เห็นบทบาทของผู้ป่วยในการปฏิบัติตามคำแนะนำ สอนให้ผู้ป่วยแยกแยะหรือระบุอย่างถูกต้องในเนื้อหาของความรู้คิดและการนำไปสู่ทางเลือกในการตอบสนองในทางเลือกอื่นๆ (Kingdon & Turkington, 1991) ครอบครัวมีส่วนร่วมในการชี้แนะและกระตุ้นให้ผู้ป่วยค้นหาวิธีการเปลี่ยนความคิดเป็นมุมมองในทางบวก ให้เห็นบทบาทของผู้ป่วยในการปฏิบัติตามคำแนะนำและสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยไปในทางที่เหมาะสม ด้วยวิธีการหยุดความคิดที่เหมาะสมกับตนเองและสามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้ กิจกรรมครั้งนี้จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติด้านลบ เพื่อช่วยลดภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นได้</p>

แนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมของ Beck et.al (1979)	แนวคิดครอบครัวมีส่วนร่วม (Friedman 2003)	การบูรณาการในงานวิจัย
<p>ขั้นตอนที่ 3 การบำบัดทางพฤติกรรมและกำหนดการกระทำด้วยตนเอง</p> <p>กิจกรรมครั้งที่ 6</p> <p>ใช้ระยะดำเนินการกิจกรรมละ 60 นาที โดยใช้แนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมของ Beck et.al(1979)</p> <p>ใช้หลักการฝึกให้ผู้ป่วยและครอบครัวสร้างความคิดใหม่ให้เป็นความคิดเชิงบวก เน้นในการฝึกปฏิบัติตามสถานการณ์จริง</p>	<p>ขั้นตอนที่ 3</p> <p>กิจกรรมครั้งที่ 6</p> <p>จากแนวคิดครอบครัวมีส่วนร่วมของ Friedman (2003)</p> <p>1) ครอบครัวมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วยของสมาชิก (Health Promotion and Illness Prevention)</p>	<p>กิจกรรมครั้งที่ 6</p> <p>การเสริมสร้างการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมแบบแผนความคิดที่บิดเบือน การสร้างความคิดใหม่กระตุ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวรู้จักวิธีการช่วยตัวเอง ปัญหาในแง่มุมใหม่ โดยใช้เทคนิค Alternative explanation technique ช่วยให้ผู้ป่วยพิจารณาว่าความคิดที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ต่าง ๆ นั้น มีความคิดแบบอื่นได้หรือไม่ (Wright et al., 2009) และนำเทคนิค Behavioral attribution technique ทางพฤติกรรมบำบัดมาใช้ โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้เปลี่ยนแปลงความคิดเดิมส่งเสริมผู้ป่วยและครอบครัวมีวิธีการค้นหาแนวทางการแก้ปัญหา ให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการส่งเสริมและค้นหาแนวทางการแก้ปัญหาร่วมกับผู้ป่วย ผู้บำบัดช่วยเหลือในการให้ข้อเสนอแนะวิธีการหรือแนวทางแก้ไขปัญหามีประโยชน์ให้ผู้ป่วยลองพิจารณาและตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ไขปัญหา กิจกรรมครั้งนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวค้นหาแนวทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมแก้ปัญหที่เกิดขึ้นได้เพื่อช่วยลดภาวะซึมเศร้า</p>
<p>ขั้นตอนที่ 3</p> <p>กิจกรรมครั้งที่ 7</p> <p>ใช้ระยะดำเนินการกิจกรรมละ 60-90 นาที โดยใช้แนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมของ Beck et.al (1979)</p> <p>ใช้หลักการฝึกทักษะการสร้างกำลังใจ ความคิดเชิงบวกปรับเปลี่ยนพฤติกรรม</p>	<p>ขั้นตอนที่ 3</p> <p>กิจกรรมครั้งที่ 7</p> <p>จากแนวคิดครอบครัวมีส่วนร่วมของ Friedman (2003)</p> <p>1) ครอบครัวสามารถมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยที่ต้องพึ่งพา (Dependence Patient Stage)</p>	<p>กิจกรรมครั้งที่ 7</p> <p>การเบี่ยงเบนความคิดและวิธีการคลายเครียด ให้ผู้ป่วยและครอบครัว ได้รับความรู้การเบี่ยงเบนความคิดและวิธีการคลายเครียด และการฝึกเทคนิคการผ่อนคลายความเครียด ให้สมาชิกในกลุ่มแลกเปลี่ยนความคิดและแสดงความคิดเห็น ยกตัวอย่าง เช่น ได้ฝึกทักษะการพูดกับตนเองทางบวกและการให้กำลังใจตนเอง จะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนความคิดให้ผู้ป่วยและครอบครัวเสนอวิธีการคลายเครียดที่เหมาะสม ได้แก่ การฝึกเทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (Muscle Relaxation) และฝึกการกำหนดลมหายใจ (Breathing Exercises) ครอบครัวมีส่วนร่วมในการขึ้นนำบทบาทของ</p>

แนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมของ Beck et.al (1979)	แนวคิดครอบครัวมีส่วนร่วม (Friedman 2003)	การบูรณาการในงานวิจัย
ให้ผู้ป่วยสามารถพึ่งพาตนเองได้		ผู้ป่วยในการปฏิบัติตาม กิจกรรมครั้งนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวฝึกการเบี่ยงเบนความคิดและวิธีการคลายเครียดซึ่งจะช่วยลดความกังวล เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวค้นหาแนวทางการปรับเปลี่ยนความคิดและที่ช่วยลดภาวะซึมเศร้า
<p>ขั้นตอนที่ 3 กิจกรรมครั้งที่ 8 ใช้ระยะดำเนินกิจกรรมละ 60-90 นาที โดยใช้แนวความคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมของ Beck et.al (1979) เน้นการฝึกให้ผู้ป่วยและครอบครัวนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตจริง</p>	<p>ขั้นตอนที่ 3 กิจกรรมครั้งที่ 8 จากแนวคิดครอบครัวมีส่วนร่วมของ Friedman (2003) 1) ครอบครัวสามารถมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสภาพครอบครัว (Rehabilitation Stage)</p>	<p>กิจกรรมครั้งที่ 8 ประเมินผลทบทวนความเข้าใจ ให้ผู้ป่วยและครอบครัวทบทวนและสรุปเนื้อหาสิ่งที่ได้เรียนรู้จากประสบการณ์ที่ได้รับหลังจากการเข้ารับการบำบัดฯ ครอบครัวมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูทักษะสำคัญในแต่ละกิจกรรมเพื่อเพิ่มความมั่นใจในการนำไปใช้ระหว่างดำเนินชีวิต ให้ผู้ป่วยและครอบครัวช่วยประเมินปัจจัยแวดล้อมที่จะนำมาซึ่งอุปสรรค เพื่อป้องกันความเครียดที่จะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยซึ่งอาจส่งผลให้มีภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น สภาพครอบครัวช่วยสนับสนุนวิธีจัดการกับปัญหาได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ครอบครัวมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูทักษะสำคัญในแต่ละกิจกรรมเพื่อเพิ่มความมั่นใจในการนำไปใช้ระหว่างดำเนินชีวิต และส่งเสริมความสามารถให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าถึงแหล่งทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชน เครือข่ายสุขภาพและแหล่งสนับสนุนทางสังคม</p>

7. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

วราพงษ์ กำไร (2552) ศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภท แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ พบว่าความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท ร้อยละ 26 จำแนกเป็นมีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย ร้อยละ 20 ปานกลาง ร้อยละ 4 และรุนแรง ร้อยละ 2 ปัจจัยส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคมพบว่าผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามี 12 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งปัจจัยทางบวกได้แก่ การมีรายได้เป็นของตนเองจากการทำงานความเพียงพอของรายได้ ประวัติการไม่มีโรคประจำตัว ไม่มีอาการข้างเคียงของยารักษาโรคทางจิต บุคคลในครอบครัวมี

ความผูกพันกันในระดับปานกลางถึงมากเป็นส่วนใหญ่ ผู้ที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ด้วยความสัมพันธ์ในครอบครัวอยู่กันอย่างราบรื่นเป็นส่วนใหญ่ ปัจจัยการมีญาติป่วยด้วยโรคซึมเศร้าค่อนข้างต่ำและปัจจัยแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ดี ส่วนปัจจัยที่เป็นด้านลบ ความแตกต่างระหว่างเพศส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ระยะเวลาการเจ็บป่วยในการเจ็บป่วยและกลุ่มญาติด้านโรคจิตที่ผู้ป่วยได้รับปัจจัยทางความเครียด (ใน 1 เดือน)

ภิญโญภัต พันธุ์ดนตรี (2554) ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ภาคกลาง กลุ่มตัวอย่างคือภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเสนาและโรงพยาบาลชัยบาดาล จำนวน 143 ราย ผลการวิจัยพบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ได้แก่ อายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วย การใช้สารเสพติด และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ความคิดอัตโนมัติในด้านลบมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิตและเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

พรเพ็ญ อารีกิจ (2554) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ร่วมกับการเจริญสติต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 ราย คือผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่คลินิกโรงพยาบาลมะการักษ์ โดยจับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 ราย พิจารณาจาก เพศ อายุ และระดับภาวะซึมเศร้า ผลการวิจัย พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเจริญสติ มีค่าคะแนนเฉลี่ยของคะแนนซีเมนส์น้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเจริญสติ พบว่าหลังการทดลองค่าเฉลี่ยของคะแนนซีเมนส์น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

วัชณี หัตถพนม และคณะ (2555) ได้ศึกษาประสิทธิผลของกลุ่มการปรับความคิดและพฤติกรรมบำบัดที่มีต่อความคิดอัตโนมัติ เป็นการวิจัยเชิงทดลอง เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้ป่วยใน (โรคจิต โรคซึมเศร้า และปัญหาการใช้ยาเสพติด หรือสุรา) ของโรงพยาบาลที่มีอาการซึมเศร้าและมีผลประเมินจากแบบวัดภาวะซึมเศร้า Thai Depression Inventory ตั้งแต่ 21 คะแนนขึ้นไป คัดเลือกตัวอย่างแบบสุ่ม เพื่อเข้ารับการบำบัดกลุ่มทดลองได้รับการบำบัดด้วยกลุ่ม CBT 5 ครั้ง ๆ ละ 60-90 นาที และกลุ่มควบคุมได้รับการบำบัดด้วยกลุ่มจิตบำบัดประคับประคอง สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ๆ ละ 60 นาที ประเมินผลด้านความคิดอัตโนมัติด้านลบ ภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังทดลอง และติดตามผลภายหลังการทดลอง 1,3 เดือน พบว่า กลุ่ม

บำบัด CBT ช่วยลดความคิดอัตโนมัติด้านลบและภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่ม และลดการกลับมารักษาซ้ำเป็นผู้ป่วยหลังจำหน่าย 6 เดือนได้มากกว่ากลุ่มควบคุมถึง 2 เท่า

สุภาวดี เกษไชย และคณะ(2555) ได้ศึกษาปัจจัยทำนายอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรก กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 77 ราย ความเข้าใจการเจ็บป่วยทางจิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการซึมเศร้า และการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับอาการซึมเศร้า

ชุมทรัพย์ ก้อนทอง (2557) ได้ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่ออาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน การวิจัยกึ่งทดลองแบบวัดสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง ต่ออาการด้านลบของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวช กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน โดยจับคู่ระยะเวลาการเจ็บป่วยทางจิตและคะแนนอาการทางจิตเหมือนกัน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการวิจัยพบว่า อาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน หลังได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

อทิทยา คำทวี (2560) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนจากครอบครัวต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรก เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรก ที่รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ จำนวน 40 คู่ ได้รับการจับคู่ผู้ป่วยจิตเภทด้วยเพศ และจับคู่ครอบครัวผู้ป่วยด้วยระยะเวลาการดูแลผู้ป่วย และจับคู่เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คู่ ผลการวิจัยพบว่า อาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรกหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนจากครอบครัวต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรกที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนจากครอบครัวต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Baynes et al. (2000) ได้ศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังที่มีอาการสงบเพื่อหาความชุกและความสัมพันธ์ของพยาธิสภาพ และการรักษา กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่อยู่ในชุมชนจำนวน 120 คน ใช้แบบประเมินของ Beck et al.(1979) The Beck Depression Inventory เพื่อประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย ผลการวิจัยพบมีภาวะซึมเศร้าเกิดคิดเป็นร้อยละ 13.3 ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับความเป็นปรปักษ์ (Hostility) ความคิดระแวง และอาการทางบวก

Turkington, Kingdon & Turner (2002) ศึกษารูปแบบการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยจิตเภทชุมชน ประกอบด้วย การประเมินและการจูงใจ การทำ case formulation ทำให้ผู้ป่วยยอมรับและปฏิบัติตามรวมกับการรับประทานยาตามคำแนะนำของแพทย์ (adherence) การ

จัดการกับอาการที่เกิดขึ้นผู้ป่วยจะมาพบพยาบาลทั้งหมด 6 ครั้ง กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดกว่า 422 ราย ภายในระยะเวลา 2-3 เดือน หลังการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีอาการทางลบลดลง และช่วยลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำหลังจากติดตามผลในช่วงระยะเวลา 1 ปี พบว่า การรับรู้การเจ็บป่วยและเข้าใจความเจ็บป่วยของตนเอง (insight) และภาวะในการดูแล รวมทั้งลักษณะอาการทางลบดีขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมจากแนวคิดของเบค (1979) (CBT: Cognitive Behavior Therapy) เป็นการบำบัดรูปแบบหนึ่งที่มีโครงสร้างชัดเจน และมีเป้าหมายของการรักษาเพื่อการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมหรือเป็นปัญหา โดยการใช้กระบวนการและเทคนิคของการเรียนรู้มาใช้ในการปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อของบุคคลที่ไม่ถูกต้อง ช่วยให้เปลี่ยนเป็นความคิดที่ถูกต้อง เหมาะสม สามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ดีส่งผลให้อารมณ์ซึมเศร้าลดลง (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2549) และยังพบว่า การมีส่วนร่วมจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท ครอบครัวจะช่วยให้การพูดคุยแนะนำวิธีแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นร่วมกับผู้ป่วย ให้ความรักความอบอุ่น จึงทำให้ช่วยลดการเกิดอาการซึมเศร้าได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้พัฒนาแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางความคิดพฤติกรรม Beck et al., (1979) ร่วมกับการใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวของ Friedman (2003) โดยครอบครัวสามารถมีส่วนร่วมในการดำเนินการกิจกรรมตามการบำบัดให้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะซึมเศร้าเป็นรายกลุ่ม จำนวน 3 ชั้นตอน 8 ครั้ง ๆ ละ 60-90 นาที ดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 2 ครั้ง รวม 4 สัปดาห์โดยมีรายละเอียดของการดำเนินการ ดังนี้

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผลของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมจากแนวคิดของ Beck (1979)

ร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว Friedman (2003) ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมความพร้อมในการบำบัดร่วมกับครอบครัว

ครั้งที่ 1) การสร้างสัมพันธภาพ ร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว

ครั้งที่ 2) การเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท ภาวะซึมเศร้า

ทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์ ความรู้สึก พฤติกรรม

ขั้นตอนที่ 2 การบำบัดทางความคิดร่วมกับครอบครัว

ครั้งที่ 3) การค้นหาความคิดอัตโนมัติด้านลบที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยทางจิต

ครั้งที่ 4) การตรวจสอบความคิดอัตโนมัติด้านลบ

ครั้งที่ 5) ปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติด้านลบของผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 3 การบำบัดทางพฤติกรรมและกำหนดการกระทำด้วยตนเอง

ร่วมกับครอบครัว

ครั้งที่ 6) การเสริมสร้างการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม แบบแผนความคิด

บิดเบือน ร่วมกันค้นหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสม

ครั้งที่ 7) การเบี่ยงเบนความคิดและวิธีการคลายเครียด

ครั้งที่ 8) ทบทวนความเข้าใจ ผู้ป่วยและครอบครัวทบทวนและสรุปเนื้อหาสิ่งที่ได้ เรียนรู้ตามประสบการณ์ที่ได้รับหลังจากการเข้ารับการบำบัด

ภาวะซึมเศร้า
ของผู้ป่วยจิตเภท
(Beck et al ,1979)

บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest control group design) (Burns & Grove, 2003) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวและเพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนกลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ มีรูปแบบการทดลอง ดังนี้

กลุ่มทดลอง	O ₁	X	O ₂
กลุ่มควบคุม	O ₃		O ₄

O₁ หมายถึง ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว

O₂ หมายถึง ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนหลังได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว

O₃ หมายถึง ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนก่อนได้รับการดูแลตามปกติ

O₄ หมายถึง ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนหลังได้รับการดูแลตามปกติ

X หมายถึง การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท ตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD - 10 ที่มีภาวะซึมเศร้า อาศัยอยู่ในชุมชนและเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก แผนกจิตเวช โรงพยาบาลอ่างทอง มีผู้ดูแลหลักที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นระยะเวลามากกว่า 6 เดือน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท ตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD - 10 ที่มีภาวะซึมเศร้า อาศัยอยู่ในชุมชนของจังหวัดอ่างทอง และมารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกแผนกจิตเวชโรงพยาบาลอ่างทอง มีผู้ดูแลหลักที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นระยะเวลามากกว่า 6 เดือน โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยกำหนดไว้

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria)

1. เป็นผู้ป่วยจิตเภทวัยผู้ใหญ่มีอายุระหว่าง 20-59 ปี ทั้งเพศชายและหญิง
2. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทตามคู่มือการวินิจฉัยโรค ICD-10
3. มีอาการทางจิตไม่รุนแรงโดยแบบประเมิน Brief Psychotic Rating Scale (BPRS) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 คะแนน (จากการพัฒนาโดย Overall และ Gorham (1962) แปลเป็นภาษาไทยโดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข)
4. มีคะแนนภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงระดับมาก (10-29 คะแนน)
5. สามารถพูดและฟังภาษาไทยได้รู้เรื่อง

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตกำเริบ เช่น มีอารมณ์และพฤติกรรมที่อาจเป็นอันตรายต่อตัวผู้ป่วยและผู้อื่น โดยในการวิจัยนี้ ไม่มีผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตกำเริบ ที่ถูกคัดออก

คุณสมบัติของผู้ดูแลในงานวิจัย

1. มีอายุตั้งแต่ 20 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปทั้งชายและหญิง
2. เป็นผู้มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดหรือทางกฎหมาย ได้แก่ บิดา มารดา พี่ น้อง ภรรยา บุตร
3. ผู้ดูแลหลักผู้ป่วยโรคจิตเภทให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรง อาศัยอยู่ภายในบ้านเดียวกันกับผู้ป่วย ที่ดูแลเป็นระยะเวลามากกว่า 6 เดือนขึ้นไปโดยไม่ได้รับค่าตอบแทน
4. สามารถพูดคุยสื่อสารได้ด้วยภาษาไทย
5. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์อำนาจทดสอบใช้โปรแกรม PASS (บุญใจ ศรีสถิตยน์รากูร, 2553) โดยนำผลการศึกษาของชุมทรัพย์ ก้อนทอง (2557) ซึ่งได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่ออาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน มาร่วมกำหนดให้มีอำนาจทดสอบ 80% ที่ระดับนัยสำคัญ .05 พบว่าต้องการกลุ่มตัวอย่าง อย่างน้อยกลุ่มละ 15 ครอบครัว แต่เพื่อป้องกันการสูญเสียระหว่างการทดลอง (Drop out) ของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงได้ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 ครอบครัว แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 ครอบครัว และกลุ่มควบคุม 20 ครอบครัว นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มได้รับการจับคู่ (Matched Pair) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลกระทบต่อการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่

1. ระยะเวลาการเจ็บป่วย (ภิญโญภัส พันธ์ุตุนตรี, 2554) เนื่องจากพบว่าระยะเวลาในการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภท

2. ระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าของ Beck (1967)

ดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์คัดเลือก (Inclusion Criteria) โดยให้ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 ครอบครัว แล้วนำมาจับคู่ (Matched Pair) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน โดยควบคุมให้ทั้ง 2 กลุ่มมีลักษณะใกล้เคียงกันมากที่สุด คือ ระยะเวลาการเจ็บป่วย (ภิญโญภัส พันธ์ุตุนตรี, 2554) เนื่องจากพบว่าระยะเวลาในการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภท โดยการจับคู่ให้ระยะเวลาการเจ็บป่วยห่างกันไม่เกิน 5 ปี และระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าของ Beck (1967) โดยการจับคู่ระดับคะแนนของภาวะซึมเศร้าให้อยู่ในระดับเดียวกัน โดยมีการแบ่งระดับคะแนนและแปลผล ดังนี้

10 – 15 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย (mild depression)

16 – 19 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (mild – moderate)

20 – 29 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าระดับมาก (moderate – severe depression)

เมื่อจับคู่กลุ่มตัวอย่างครบ 20 คู่ จากนั้นจับฉลากทีละคู่เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำนวนกลุ่มละ 20 ครอบครัว

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยประสานงานกับพยาบาลวิชาชีพประจำแผนกจิตเวช ผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลอ่างทอง เพื่อขออนุญาตสำรวจรายชื่อผู้ป่วยจากเวชระเบียนที่แพทย์ให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท พร้อมทั้งประเมินว่ากลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดหรือไม่

2. เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดแล้ว ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างในการทำแบบประเมินอาการทางจิต Brief Psychotic Rating Scale (BPRS) มีคะแนน BPRS อยู่ในระดับน้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 คะแนน (ภิญโญภัส พันธ์ุตุนตรี, 2554) เนื่องจากถือว่าเป็นผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตไม่รุนแรงและสอบถามความสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

3. ผู้วิจัยใช้วิธีการจับคู่ (Matched paired) เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างแต่ละคู่มีลักษณะคล้ายคลึงกันมากที่สุดในเรื่อง ระยะเวลาการเจ็บป่วย (ภิญโญภัส พันธ์ุตุนตรี, 2554) ระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าของ Beck (1967) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลกระทบต่อการทำวิจัยครั้งนี้

4. โดยการจับคู่ระดับคะแนนของภาวะซึมเศร้า เมื่อจับคู่กลุ่มตัวอย่างครบ 20 คู่ จากนั้นจับฉลากทีละคู่เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำนวนกลุ่มละ 20 ครอบครัว

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคุณลักษณะ (Matched paired) ของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมเป็นรายคู่

ลำดับ	คะแนนภาวะซึมเศร้าของ Beck (1967)		ระยะเวลาการเจ็บป่วย	
	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
1	ปานกลาง	ปานกลาง	21 ปี ขึ้นไป	21 ปี ขึ้นไป
2	มาก	มาก	6 – 10 ปี	6 – 10 ปี
3	น้อย	น้อย	6 – 10 ปี	6 – 10 ปี
4	ปานกลาง	ปานกลาง	1 – 5 ปี	1 – 5 ปี
5	มาก	มาก	16 – 20 ปี	16 – 20 ปี
6	มาก	มาก	16 – 20 ปี	16 – 20 ปี
7	น้อย	น้อย	1 – 5 ปี	1 – 5 ปี
8	มาก	มาก	16 – 20 ปี	16 – 20 ปี
9	มาก	มาก	6 – 10 ปี	6 – 10 ปี
10	น้อย	น้อย	1 – 5 ปี	1 – 5 ปี
11	น้อย	น้อย	6 – 10 ปี	6 – 10 ปี
12	ปานกลาง	ปานกลาง	6 – 10 ปี	6 – 10 ปี
13	มาก	มาก	6 – 10 ปี	6 – 10 ปี
14	ปานกลาง	ปานกลาง	6 – 10 ปี	6 – 10 ปี
15	มาก	มาก	1 – 5 ปี	1 – 5 ปี
16	มาก	มาก	16 – 20 ปี	16 – 20 ปี
17	ปานกลาง	ปานกลาง	6 – 10 ปี	6 – 10 ปี
18	ปานกลาง	ปานกลาง	1 – 5 ปี	1 – 5 ปี
19	น้อย	น้อย	6 – 10 ปี	6 – 10 ปี
20	น้อย	น้อย	1 – 5 ปี	1 – 5 ปี

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยนำโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์และเครื่องมือการวิจัยเสนอแก่คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลอ่างทอง เพื่อให้พิจารณาแล้วว่างานวิจัยนี้ไม่ละเมิดต่อสิทธิผู้ป่วยและอนุญาตให้ดำเนินงานวิจัยได้ ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างซึ่งได้รับการอนุมัติให้ดำเนินการวิจัย ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยสุ่มกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ซึ่งกลุ่มตัวอย่างทุกรายจะได้รับการบอกถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาที่ใช้และได้รับการชี้แจงว่าระหว่างขั้นตอนของการวิจัยกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะออกจากกรวิจัยโดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบาย หากกลุ่มตัวอย่างตอบรับ จึงให้ลงชื่อในเอกสารยินยอมเข้าร่วมวิจัย หากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา ได้รับการอนุมัติตามรหัสโครงการวิจัยเลขที่ ATGEC54/2561 รับรองตั้งแต่วันที่ 21 สิงหาคม 2561 ถึงวันที่ 20 สิงหาคม 2562

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ มี 3 ประเภท ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย
 - 2.1 ประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล
 - 2.2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (1967)
3. เครื่องมือกำกับการวิจัย
 - 3.1 แบบประเมินความคิดอัตโนมัติในด้านลบของ Hollon & Kendall (1980)
 - 3.2 แบบวัดทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทตามแนวคิดของ Dreyfus & Dreyfus (1986)

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางความคิดพฤติกรรมของ Beck et al., (1979) ผสมผสานแนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวของ Friedman (2003) มีขั้นตอนการใช้การบำบัด ดังนี้

- 1) ศึกษาตำรา เอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว แนวคิดกลุ่มบำบัด แนวคิดการให้ความรู้ทางสุขภาพผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน

2) สร้างแผนการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว โดยประยุกต์จากจากแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางความคิดพฤติกรรมของ Beck et al., (1979) ผสมผสานแนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวของ Friedman (2003) จากนั้นจึงกำหนดโครงสร้างของกิจกรรม วัตถุประสงค์ ซึ่งประกอบด้วย 3 ขั้นตอน รายละเอียด 8 กิจกรรม ดังนี้ ดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที ติดต่อกันทุกสัปดาห์ เป็นเวลา 4 สัปดาห์ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมความพร้อมในการบำบัด เป็นการดำเนินการครั้งที่ 1 และ 2 ในสัปดาห์ที่ 1 ประกอบด้วย 2 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว

ระยะเวลา 60 นาที

สาระสำคัญ

เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจยอมรับเหตุผลวิธีการและแนวทางการบำบัด ชี้แจงวัตถุประสงค์พูดคุยให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความไว้วางใจและให้ความร่วมมือในการบำบัดรักษา สร้างข้อตกลงกับผู้ป่วยให้ยอมรับว่าจะต้องมียานกลับไปทำเป็นการบ้าน นอกจากนี้การสร้างสัมพันธภาพด้วยการซักถามประเมินสิ่งที่ปัญหาของผู้ป่วยเป็นการแสดงถึงความสนใจที่ต้องการช่วยเหลือของพยาบาล อีกทั้งการที่สมาชิกในกลุ่มได้ร่วมกันกำหนดระเบียบวาระ ข้อตกลงภายในกลุ่มและอภิปรายร่วมกัน จะทำให้เกิดการยึดมั่นผูกพันภายในกลุ่ม

กิจกรรมครั้งที่ 2 การเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท ภาวะซึมเศร้า ทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์ พฤติกรรม

ระยะเวลา 90 นาที

สาระสำคัญ

เป็นการเสริมสร้างให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคจิตเภท ภาวะซึมเศร้า ครอบครัวสามารถประเมินพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท ฝึกให้ครอบครัวมีทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และทักษะการสังเกตอาการเตือน และจัดการกับอาการเตือน การเฝ้าระวังความคิดฆ่าตัวตาย สังเกตความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย วิธีการจัดการอาการเบื้องต้นได้ เน้นย้ำให้ผู้ป่วยและครอบครัวทราบถึงความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์ ความรู้สึกพฤติกรรม จากตัวอย่างที่กำหนดให้ตามสถานการณ์จริง โดยให้ผู้ป่วยและครอบครัวร่วมกันอภิปรายถึงปัญหาที่เป็นสาเหตุปัจจัยที่เกี่ยวกับการเกิดภาวะซึมเศร้า ร่วมกันค้นหาปัญหาความต้องการระบุปัญหา เพื่อใช้ในการตัดสินใจให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่แท้จริง กำหนดเป้าหมายร่วมกับพยาบาล เพื่อตอบสนองความต้องการของตนเองได้ ซึ่งการที่ครอบครัวใส่ใจและมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วย จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณค่า ซึ่งส่งผลให้ภาวะซึมเศร้ามลดลงได้

ขั้นตอนที่ 2 การบำบัดทางความคิด เป็นการค้นหา ตรวจสอบความคิดอัตโนมัติทางลบ ปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบร่วมกับสร้างความคิดใหม่ ใช้ระยะเวลา 60-90 นาที ประกอบด้วย 3 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมครั้งที่ 3 การค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยทางจิต

ระยะเวลา 90 นาที

สาระสำคัญ

เมื่อผู้ป่วยมีการเรียนรู้และเข้าใจสาเหตุของการเจ็บป่วยของตนเอง เริ่มต้นเกิดจากความคิดของผู้ป่วยเอง เน้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวทราบความหมายของความคิดอัตโนมัติด้านลบ “ความคิดแวบแรก” ได้ฝึกค้นหาความคิดอัตโนมัติด้านลบ และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากความคิดอัตโนมัติด้านลบ เชื่อมโยงกับสถานการณ์จริงที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าด้วยการนำรูปแบบ A-B-C Model มาอธิบายความสัมพันธ์ของเหตุการณ์ A คือ เหตุการณ์กระตุ้น ซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกสับสนหรือทุกข์ใจ B คือ ความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้นขณะเกิดเหตุการณ์อันเป็นผลมาจากความเชื่อที่ผู้ป่วยยึดถืออยู่ และ C คือ อารมณ์และพฤติกรรมที่ตามมา ครอบครัวช่วยให้ผู้ป่วยค้นหาความคิดอัตโนมัติด้านลบ เพื่อเป็นแรงสนับสนุนให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ส่งผลต่อการลดลงของภาวะซึมเศร้า

กิจกรรมครั้งที่ 4 การตรวจสอบความคิดอัตโนมัติด้านลบ

ระยะเวลา 90 นาที

สาระสำคัญ

การบำบัดครั้งนี้ให้ผู้ป่วยและครอบครัว นำหลักการ A-B-C Model มาอธิบายเน้นให้เห็นการตรวจสอบความคิดอัตโนมัติด้านลบที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการตรวจสอบความถูกต้องของความคิดอัตโนมัติด้านลบ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการสำรวจตัวเองและเข้าใจตัวเอง โดยใช้หลักฐานที่สนับสนุนและคัดค้านความคิดอัตโนมัติด้านลบ โดยอาศัยหลักฐานต่างๆ ที่มาสนับสนุนและคัดค้านความคิदनั้นๆ ให้ผู้ป่วยสามารถประเมินตนเองตามความเป็นจริงและพิจารณาผลลัพธ์ที่เกิดจากการกระทำ ครอบครัวรู้ถึงลักษณะความคิดอัตโนมัติด้านลบที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนความคิด

กิจกรรมครั้งที่ 5 ปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติด้านลบของผู้ป่วย

ระยะเวลา 90 นาที

สาระสำคัญ

ผู้ป่วยและครอบครัวพัฒนาทักษะการจัดการกับความคิด ความเชื่อที่บิดเบือนที่เกิดขึ้นโดยใช้วิธีการหยุดความคิด ซึ่งสามารถสร้างภาพสัญญาณการหยุดหรือจินตนาการ เพื่อหยุดกระบวนการของความคิดที่ไม่มีประโยชน์และนำเทคนิคการตอบสนองอย่างมีเหตุผล การปรับเปลี่ยนความคิดที่

ปิดเป็นอันไม่สมเหตุสมผลจากสถานการณ์ตัวอย่าง เมื่อผู้ป่วยหยุดคิด เข้าใจความคิดอัตโนมัติแวบแรก ที่ทำให้เกิดทุกข์ ผู้ป่วยควรหยุดคิด รู้เท่าทันความคิดและปรับเปลี่ยนความคิดให้เป็นเหตุเป็นผลมากขึ้น พร้อมกับให้กำลังใจตนเอง ครอบครัวร่วมแสดงความคิดเห็นเสนอแนะวิธีการแก้ปัญหาที่พบพร้อม ทั้งเสริมสร้างความภาคภูมิใจด้วยการให้คำชมเชยและกำลังใจ มีผลต่อการลดภาวะซึมเศร้าได้

ขั้นตอนที่ 3 การบำบัดทางพฤติกรรมและกำหนดการกระทำด้วยตนเอง ประกอบด้วย 3 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมครั้งที่ 6 การเสริมสร้างการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม แบบแผนความคิด ปิดเป็นอัน

ระยะเวลา 90 นาที

สาระสำคัญ

เพื่อให้เปลี่ยนแปลงความคิดเดิม ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการส่งเสริมและค้นหาแนวทางการแก้ปัญหาร่วมกับผู้ป่วย เนื่องจากความคิดของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามักจะเป็นระบบปิดเกี่ยวกับความเป็นเหตุเป็นผล ซึ่งสามารถปรับเปลี่ยนได้โดยการที่ผู้มีภาวะซึมเศร้าสามารถเข้าใจและแยกแยะความคิดอัตโนมัติทางลบ สิ่งเร้าหรือสถานการณ์ที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นได้ ให้ผู้ป่วยมีความกล้าแสดงความคิดเห็นที่เหมาะสม ในกลุ่มร่วมกันค้นหาแนวทางการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสม ผู้บำบัดช่วยเหลือในการให้ข้อเสนอแนะวิธีการหรือแนวทางแก้ไขปัญหามีประโยชน์ให้ผู้ป่วยลองพิจารณา และตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ไขปัญหา การเรียนรู้วิธีการแก้ไขปัญหาด้วยตนเองสามารถช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้

กิจกรรมครั้งที่ 7 การเบี่ยงเบนความคิดและวิธีการคลายเครียด ผู้ป่วยและครอบครัวรู้จักการให้กำลังใจตนเอง

ระยะเวลา 60 นาที

สาระสำคัญ

ให้ผู้ป่วยและครอบครัว ได้ฝึกทักษะผ่อนคลายความเครียดและลดความกังวล โดยการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ฝึกการหายใจ ฝึกการพูดกับตนเองทางบวกและการให้กำลังใจตนเอง จะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนความคิดและให้ผู้ป่วยและครอบครัวเสนอวิธีการคลายเครียดที่เหมาะสม ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีการเตรียมการหรือกำหนดวิธีการเพื่อผ่อนคลายความเครียดและลดความกังวลที่สามารถทำได้จริง ทำแล้วสนุกหรือมีความสุข และมีทักษะวิธีการเผชิญความเครียด สามารถช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้

กิจกรรมครั้งที่ 8 ประเมินผลทบทวนความเข้าใจ

ระยะเวลา 90 นาที

สาระสำคัญ

ให้ผู้ป่วยและครอบครัวทบทวนและสรุปเนื้อหาสิ่งที่ได้เรียนรู้จากประสบการณ์ที่ได้รับหลังจากการเข้ารับการรักษาบำบัดฯ ครอบครัวมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูทักษะสำคัญในแต่ละกิจกรรมเพื่อเพิ่มความมั่นใจในการนำไปใช้ระหว่างดำเนินชีวิต ให้ผู้ป่วยและครอบครัวช่วยประเมินปัจจัยแวดล้อมที่จะนำมาซึ่งอุปสรรค เพื่อป้องกันความเครียดที่จะส่งผลต่อผู้ป่วยซึ่งอาจส่งผลให้มีภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น สภาพครอบครัวช่วยสนับสนุนวิธีจัดการกับปัญหาได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และส่งเสริมความสามารถให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าถึงแหล่งทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชน เครือข่ายสุขภาพและแหล่งสนับสนุนทางสังคม เมื่อผู้ป่วยและครอบครัวได้เข้าใจถึงความรู้สึกของกันและกัน ผู้ป่วยรู้สึกมีครอบครัวที่เข้าใจและคอยรับฟังปัญหาของตนเอง ส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นลดลง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) โดยการนำการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางความคิดพฤติกรรมของ Beck et al., (1979) ผสมผสานแนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวของ Friedman (2003) ไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบเนื้อหาให้เหมาะสมและสอดคล้องกับแนวคิดที่ศึกษา หลังจากนั้นนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย จิตแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญในเรื่องโรคจิตเภทจำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลทางด้านจิตเวชจำนวน 2 ท่าน และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 2 ท่าน การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาความครอบคลุม ความชัดเจน ความถูกต้อง ภาษาที่ใช้และความเหมาะสมของกิจกรรม และเวลาในแต่ละกิจกรรม โดยมีประเด็นที่ต้องแก้ไขปรับปรุงดังนี้

กิจกรรมครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว

ข้อเสนอแนะ ควรให้ครอบครัวมีส่วนร่วมด้วยในการบันทึกทั้ง 2 ฝ่าย

ผู้วิจัยปรับแก้ไขกิจกรรม

กิจกรรมครั้งที่ 2 การเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท ภาวะซึมเศร้า ทักษะ

การดูแลผู้ป่วยจิตเภท และทักษะการสังเกตอาการเตือน จัดการกับอาการเตือน ความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์ ความรู้สึก พฤติกรรม

ผู้วิจัยปรับกิจกรรมให้เข้าใจง่ายขึ้น

1) ข้อเสนอแนะ ความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์ ความรู้สึก พฤติกรรม น่าจะอยู่ในกิจกรรมครั้งอื่น เพราะเนื้อหาของความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท ภาวะซึมเศร้า การดูแล การสังเกตอาการและการจัดการกับอาการเตือนเนื้อหาค่อนข้างมาก และเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลต้องเข้าใจควรเน้นเป็นพิเศษ

ผู้วิจัยปรับแก้ไขเนื้อหาให้กระชับ

2) ข้อเสนอแนะ ควรมีการใช้รูปภาพ สีหน้าต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้าใจ อารมณ์ต่างๆ

ผู้วิจัยปรับแก้ไขกิจกรรมให้น่าสนใจขึ้น

3) ข้อเสนอแนะ ควรตัดเนื้อหาความรู้ออกเป็นใบกิจกรรม

ผู้วิจัยปรับแก้ไขกิจกรรม

กิจกรรมครั้งที่ 3 การค้นหาความคิดอัตโนมัติด้านลบ

ข้อเสนอแนะ ให้ทบทวน Model ให้สอดคล้องในเนื้อหา สถานการณ์ ความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรม ร่างกาย อาจประเมินจากภาพที่ผู้คิดขึ้นมาในใจขณะนั้น

ผู้วิจัยปรับกิจกรรมให้เข้าใจง่ายขึ้น

กิจกรรมครั้งที่ 4 การตรวจสอบความคิดอัตโนมัติทางลบ

ข้อเสนอแนะ ควรปรับตาราง รูปแบบการคิดลบ ตามสถานการณ์ปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัว

ผู้วิจัยปรับกิจกรรมให้เข้าใจง่ายขึ้น

กิจกรรมครั้งที่ 5 ปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติด้านลบ ฝึกทักษะการปรับความคิดใหม่

1) ข้อเสนอแนะ ปรับกระบวนการให้สอดคล้องกับ Model

2) ข้อเสนอแนะ อาจเพิ่มเทคนิคจินตนาการจากการหยุดความคิด ปล่อยวางความคิด ภาพลักษณ์ใหม่

ผู้วิจัยปรับกิจกรรมให้เข้าใจง่ายขึ้น

กิจกรรมครั้งที่ 6 การเสริมสร้างการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม แบบแผนความคิดที่บิดเบือน

1) ข้อเสนอแนะ ปรับ Model ให้สั้นกระชับ เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภท มีข้อจำกัดเรื่องการเรียนรู้ สมาธิสั้น

2) ข้อเสนอแนะ กิจกรรมมากเกินไป ควรปรับลดเหลือแค่ 1-2 กล้อง มากแล้วจะใช้เวลานานโดยไม่ได้ประโยชน์

ผู้วิจัยปรับแก้ไขกิจกรรม

กิจกรรมครั้งที่ 7 การเบี่ยงเบนความคิดและฝึกวิธีการผ่อนคลายความเครียด

ข้อเสนอแนะ ควรเพิ่มกิจกรรมนี้ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อไปถ้าสามารถผ่อนคลายความเครียดได้

กิจกรรมครั้งที่ 8 ประเมินผลทบทวนความเข้าใจ

ข้อเสนอแนะ ผู้ทรงคุณวุฒิเห็นว่าเหมาะสม

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภท เป็นแบบบันทึกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพ อาชีพ และระยะเวลาที่เจ็บป่วย

2.2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (1967) ซึ่งแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย มุกดา ศรีรงค์ (2522, อ้างถึงในพรเพ็ญ อารีกิจ, 2554) แบบประเมินประกอบด้วย ข้อคำถาม 21 ข้อ ในแต่ละข้อคำถามจะมีให้เลือกตอบ โดยมีคะแนนตั้งแต่ 0 – 3 คะแนน ซึ่ง 15 ข้อแรกเป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางจิตใจ และอีก 6 ข้อหลังเป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางร่างกาย ซึ่งผู้วิจัยได้นำมาปรับปรุงภาษาให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างการคิดคะแนนจะคิดรวมตั้งแต่ข้อที่ 1 ถึงข้อที่ 21 โดยคะแนนสูงสุดคือ 63 คะแนน ส่วนคะแนนต่ำสุดคือ 0 คะแนน ภาวะซึมเศร้าแบ่งออกเป็น 5 ระดับ (Beck,1967) คือ

- 0 – 9 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าระดับปกติ (normal range)
- 10 – 15 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย (mild depression)
- 16 – 19 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (mild – moderate)
- 20 – 29 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าระดับมาก (moderate – severe depression)
- 30 – 63 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (severe depression)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยที่สร้างขึ้นให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ตรวจสอบแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ให้เหมาะสม แล้วนำมาไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้แก่ จิตแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญในเรื่องโรคจิตเภทจำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลจำนวน 2 ท่าน พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 2 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้อง ชัดเจน ความครอบคลุม ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และลำดับของเนื้อหา ความสอดคล้องระหว่างคำถามกับคำนิยามเชิงปฏิบัติการของตัวแปร ซึ่งกำหนดระดับความคิดเห็น เป็น 4 ระดับ ดังนี้

- คะแนน 1 หมายถึง คำถามไม่สอดคล้องกับคำนิยามเลย
- คะแนน 2 หมายถึง คำถามมีความสอดคล้องกับคำนิยามน้อย
- คะแนน 3 หมายถึง คำถามมีความสอดคล้องกับคำนิยาม
- คะแนน 4 หมายถึง คำถามมีความสอดคล้องกับคำนิยามมาก

หลังจากนั้นรวบรวมความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิแต่ละท่านมาแจกแจงตามระดับความคิดเห็นทั้ง 4 ระดับ โดยรวมจำนวนคำถามข้อที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนให้ความเห็นในระดับ 3 และ 4 ตามความเห็น

สอดคล้องของผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index : CVI) ค่าที่ได้ = 1.00 ซึ่ง ถือว่ามีความตรงตามเนื้อหาอยู่ในระดับดี (Polit & Beck, 2004)

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิให้คะแนนเท่ากับ 3 หรือ 4}}{\text{จำนวนคำถามทั้งหมด}}$$

จากการคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ พบว่า แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (1967) มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1 ดังนั้นแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (1967) ในครั้งนี้มีความตรงตามเนื้อหาผ่านเกณฑ์

2. ตรวจสอบค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือแบบประเมินภาวะซึมเศร้าไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ซึ่งไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ณ แผนกจิตเวชผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลไชโย จังหวัดอ่างทอง นำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเที่ยง (Reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach' s Alpha) จากการคำนวณความเที่ยงของเครื่องมือ เท่ากับ .89

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง คือ แบ่งเป็น 2 ชุด คือ

ชุดที่ 1 แบบประเมินความคิดอัตโนมัติในด้านลบของ Hollon & Kendall (1980) แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทย โดยลัดดา แสนสีหา และดาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา (2536) แบบประเมินความคิดอัตโนมัติในด้านลบ 3 ด้านคือเกี่ยวกับตนเองสิ่งแวดล้อมหรือประสบการณ์ และอนาคต ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 30 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ ดังนี้

1 คะแนน = น้อยที่สุด

2 คะแนน = น้อย

3 คะแนน = ปานกลาง

4 คะแนน = มาก

5 คะแนน = มากที่สุด

โดยมีการแปลผลดังนี้

การคิดคะแนนจะคิดรวมตั้งแต่ข้อ 1 ถึงข้อ 30 โดยคะแนนสูงสุดคือ 150 คะแนน ส่วนคะแนนที่ต่ำสุดคือ 30 คะแนน ส่วนคะแนนที่อยู่ในช่วง 30-80 คะแนน ถือว่าไม่มีความคิดอัตโนมัติด้านลบเป็นความคิดปกติที่พบได้ในบุคคลทั่วไป

ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์การกำกับการทดลองไว้ คือ ประเมินทันทีหลังเสร็จสิ้นการบำบัด ฯ (เสร็จสิ้นการดำเนินกิจกรรมที่ 8) ผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจะต้องมีคะแนนความคิดอัตโนมัติด้านลบต่ำกว่า 80 คะแนน (ถือว่ามีความคิดอัตโนมัติในด้านลบอยู่ในระดับปกติ) โดยหากพบว่าภายหลังการประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบแล้วกลุ่มตัวอย่างไม่ผ่านเกณฑ์การประเมิน คือมี

คะแนนสูงกว่า 80 คะแนน ผู้วิจัยจะดำเนินการค้นหาปัญหาที่เกิดขึ้นและดำเนินกิจกรรมเสริม เพื่อแก้ไขในจุดนั้นจนกว่าผู้ป่วยจะมีคะแนนผ่านเกณฑ์ที่กำหนด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในกำกับทดลอง

1. ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity)

ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยที่สร้างขึ้น ให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ตรวจสอบแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ให้เหมาะสม แล้วนำมาให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้แก่ จิตแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญในเรื่องโรคจิตเภทจำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล จำนวน 2 ท่าน พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 2 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้อง ชัดเจน ความครอบคลุม ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และลำดับของเนื้อหา ความสอดคล้องระหว่างคำถามกับคำนิยามเชิงปฏิบัติการของตัวแปร

จากการคำนวณดัชนีความตรงของเนื้อหาของเครื่องมือ พบว่าแบบประเมินความคิดอัตโนมัติในด้านลบ (CVI : content validity Index) มีค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา เท่ากับ .98 ดังนั้นแบบประเมินความคิดอัตโนมัติในด้านลบ มีค่าความตรงเชิงเนื้อหาผ่านเกณฑ์

2. ตรวจสอบค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือแบบประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบ ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ซึ่งไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ณ แผนกจิตเวชผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลไชโย จังหวัดอ่างทอง นำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเที่ยง (Reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach' s Alpha) จากการคำนวณความเที่ยงของเครื่องมือ เท่ากับ .95

ชุดที่ 2 แบบวัดทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทตามแนวคิดของ Dreyfus & Dreyfus (1986) ที่พัฒนาขึ้นโดยภัทรภรณ์ ทุ่งป็นคำและคณะ (2548) ซึ่งผู้วิจัยนำมาปรับปรุง ประกอบด้วยคำถาม 50 ข้อ แบ่งออกเป็นคำถามทางบวก 50 ข้อ มีเนื้อหาเพื่อถามเกี่ยวกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย โดยเนื้อหาคำถามแบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่

- 1) ด้านการใช้ชีวิตตามปกติ จำนวน 26 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 19, 20, 22, 23, 24, 27, 28, 30, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40 และ 41
- 2) ด้านการจัดการอาการ จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 1, 2, 3, 15, 18, 21, 25, 26, 29 และ 42
- 3) ด้านการบริหารจัดการด้านยา จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 4, 5, 6, 7, 31 และ 32
- 4) ด้านแหล่งสนับสนุนทางสังคมจำนวน 8 ได้แก่ ข้อที่ 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50

การคิดคะแนนของแบบวัดทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน สำหรับข้อคำถามทางบวกเกณฑ์การให้คะแนนเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 4 ระดับ คือ

ไม่ทราบวิธีการปฏิบัติ	= 1 คะแนน
ทราบและปฏิบัติบ้างแต่ไม่มั่นใจ	= 2 คะแนน

ปฏิบัติทุกครั้ง = 3 คะแนน

ผู้ป่วยทำได้เองหรือไม่มีสถานการณ์เกิดขึ้น = 0 คะแนน

แต่สำหรับข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ คะแนนที่ให้จะกลับกันกับข้อคำถามในทางบวก โดยนำคะแนนมารวมกันแล้วหาค่าเฉลี่ยโดยรวม การแปลผลคะแนน (ภัทรภรณ์ พุ่งปันคำและคณะ, 2548) คือ

98 – 126 คะแนน = มีทักษะในการดูแล ในระดับสูง

70 – 97 คะแนน = มีทักษะในการดูแล ในระดับปานกลาง

42 – 69 คะแนน = ไม่มีทักษะในการดูแล หรือมีทักษะในการดูแลอยู่ในระดับต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในกำกับการทดลอง

1. ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity)

ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยที่สร้างขึ้น ให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ตรวจสอบแก้ไข เนื้อหาและภาษาที่ใช้ให้เหมาะสม แล้วนำมาให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้แก่ จิตแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญในเรื่องโรคจิตเภทจำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล จำนวน 2 ท่าน พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 2 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้อง ชัดเจน ความครอบคลุม ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และลำดับของเนื้อหา ความสอดคล้องระหว่าง คำถามกับคำนิยามเชิงปฏิบัติการของตัวแปร

จากการคำนวณดัชนีความตรงของเนื้อหาของเครื่องมือ พบว่าแบบวัดทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (CVI : content validity Index) มีค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา เท่ากับ .98 ดังนั้นแบบประเมินความคิดอัตโนมัติในด้านลบ มีค่าความตรงเชิงเนื้อหาผ่านเกณฑ์

2. ตรวจสอบค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือแบบวัดทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ซึ่งไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ณ แผนกจิตเวชผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลไชโย จังหวัดอ่างทอง นำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเที่ยง (Reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach' s Alpha) จากการคำนวณความเที่ยงของเครื่องมือ เท่ากับ .93

เครื่องมือในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychotic Rating Scale: BPRS) เป็นการประเมินอาการรุนแรงทางจิตที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการรู้คิดของผู้ป่วย โดยประยุกต์แบบประเมินอาการทางจิต (BPRS) จากการพัฒนาโดย Overall และ Gorham (1962) แปลเป็นภาษาไทยโดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วยข้อคำถาม 18 คะแนนที่ได้จากแบบประเมินแบ่งออกเป็น 5 กลุ่ม คะแนนรวมทั้งหมดจะอยู่ใน ช่วง 18 – 108 คะแนน

โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

- | | |
|----------------------------------|-------------------------------|
| 1 หมายถึง ไม่มีอาการ | 5 หมายถึง อาการค่อนข้างรุนแรง |
| 2 หมายถึง มีเล็กน้อยเป็นบางครั้ง | 6 หมายถึง อาการรุนแรง |
| 3 หมายถึง มีอาการเล็กน้อย | 7 หมายถึง อาการรุนแรงมาก |
| 4 หมายถึง อาการปานกลาง | |

ผู้ประเมิน BPRS คือ พยาบาลจิตเวชซึ่งผ่านการอบรมวิธีการใช้แบบประเมิน ซึ่งผู้วิจัยนำมาใช้เป็นแบบประเมินสำหรับเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างมาศึกษา โดยต้องมีคะแนนไม่เกิน 30 คะแนน เนื่องจากถ้ามีคะแนนมากกว่า 30 คะแนน แสดงว่ามีอาการทางจิตรุนแรง

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1.ระยะเตรียมการทดลอง

1) ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของผู้วิจัย โดยศึกษาจากตำรา เอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว ลงทะเบียนเรียนวิชาสุขภาพจิตและจิตเวช ทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ จำนวน 6 หน่วยกิต และวิชาให้คำปรึกษาทางการพยาบาลจำนวน 3 หน่วยกิต ได้ผ่านการอบรมการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ณ โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา จังหวัดสงขลา เป็นเวลา 4 วัน ซึ่งทำให้ผู้วิจัยมีทักษะและมีความมั่นใจที่จะดำเนินการใช้การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว

2) พัฒนาการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว จัดทำแผนดำเนินการวิจัย และเตรียมเครื่องมือ ได้แก่

1. การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว
2. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย และผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
3. แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (1967)
4. แบบประเมินความคิดอัตโนมัติในด้านลบ
5. แบบวัดทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทตามแนวคิดของ Dreyfus & Dreyfus (1986)

3) ผู้วิจัยส่งโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ที่ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการบริหารหลักสูตร แก่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลอ่างทอง เตรียมสถานที่ในการทำวิจัย โดยทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมด้วยโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์และหนังสือจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเลขที่ ATGEC54/2561 ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลอ่างทอง จังหวัดอ่างทอง เพื่อขี้งางวัตถุประสงค์การศึกษาและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล ณ แผนกจิตเวชผู้ป่วยนอก

4) เมื่อได้รับอนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลอ่างทอง ผู้วิจัยแนะนำตัว แจ้งรายละเอียดในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแก่หัวหน้าแผนกจิตเวชผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอ่างทอง ขออนุญาตศึกษาสถิติ แฟ้มประวัติและทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้ากลุ่ม

5) เตรียมกลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยแนะนำตัว แจ้งรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูลแก่หัวหน้าฝ่ายเวชระเบียน ขอความร่วมมือให้ผู้ป่วยทำแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (1967) และแบบประเมินอาการทางจิต (BPRS)

6) ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง โดยแนะนำตนเอง แจ้งวัตถุประสงค์ของการศึกษา ขั้นตอนขอบเขต และระยะเวลาของการวิจัย เพื่อให้ผู้ป่วยทราบข้อมูล เกิดความไว้วางใจและร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย โดยให้ข้อมูลเรื่องการพิทักษ์สิทธิ์กับกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งให้ลงชื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นผู้วิจัยจับคู่ผู้ป่วยด้วย ระดับคะแนนภาวะซึมเศร้า และระยะเวลาการเจ็บป่วย แล้วจึงสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมทีละคู่ นัดหมายวัน เวลา และสถานที่ในการเข้าร่วมการบำบัดฯ

7) เตรียมผู้ช่วยวิจัยจำนวน 1 คน ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ มีประสบการณ์ในการทำกลุ่มบำบัด และผ่านการอบรมด้านสุขภาพจิตและจิตเวช เพื่อช่วยในการจัดบันทึก เก็บข้อมูล และเป็นผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม ในการดำเนินการทดลองโดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ กิจกรรมต่าง ๆ ในการบำบัดฯ รายละเอียดของเครื่องมือ และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย

2. ระยะดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างกำหนด 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยให้กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว โดยมีผู้วิจัยเป็นผู้นำกลุ่มและผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม แบ่งกลุ่มทดลองออกเป็นกลุ่มละ 10 คน โดยที่กลุ่มที่ 1 ดำเนินกิจกรรมในเช้าวันจันทร์และวันอังคาร และกลุ่มที่ 2 ดำเนินกิจกรรมในบ่ายวันจันทร์และวันอังคาร โดยการสอบถามความสมัครใจและความสะดวกของกลุ่มตัวอย่าง ดำเนินกิจกรรมกลุ่ม สัปดาห์ละ 2 ครั้ง นานครั้งละ 60-90 นาที ระยะเวลาดำเนินกิจกรรมทั้งสิ้น 4 สัปดาห์

2.1 กลุ่มควบคุม ให้กลุ่มควบคุมตอบแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภท และประเมินตนเอง แบบประเมินความคิดอัตโนมัติในด้านลบ ผู้วิจัยให้ข้อมูลกับกลุ่มควบคุมถึงการได้รับกิจกรรมการพยาบาลตามปกติเมื่อมาติดตามการรักษาที่แผนกจิตเวชผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลอ่างทอง ซึ่งได้แก่ การตรวจคัดกรอง ประเมินอาการของการเจ็บป่วย การให้คำแนะนำเรื่องการใช้จ่าย การให้คำปรึกษาตามความต้องการของผู้ป่วยหรือในรายที่มีปัญหาซับซ้อน นัดหมายกลุ่มควบคุมอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 4 เก็บรวบรวมข้อมูลติดตามประเมินผล 1 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่าง โดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (1967) และแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าสิ้นสุดการดำเนินกิจกรรม

2.2 กลุ่มทดลอง ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภท แบบประเมินความคิดอัตโนมัติในด้านลบและแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (1967) ได้รับการพยาบาลตามปกติ

และได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว ผู้วิจัยดำเนินการชี้แจงให้สมาชิกกลุ่มเข้าใจถึงข้อตกลงเบื้องต้นของกลุ่มเกี่ยวกับบทบาทของสมาชิกกลุ่มเข้าใจกฎพื้นฐานของกลุ่ม การรักษาความลับของสมาชิกกลุ่มรวมถึงการชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับตาราง วันเวลา จำนวนครั้ง ระยะเวลารูปแบบในการบำบัดแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มบำบัด จากนั้นเก็บข้อมูลกิจกรรมครั้งที่ 8 และแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าสิ้นสุดการดำเนินกิจกรรม

ตารางที่ 3 กำหนดการดำเนินกิจกรรมตามขั้นตอน การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะซึมเศร้า

วัน	เวลา	กิจกรรม
สัปดาห์ที่ 1 วันจันทร์ที่ 5 พฤศจิกายน 2561	10.00 – 11.00 น.	กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ ตระหนักถึงความสำคัญของการปฏิบัติ ตามแผนการรักษา (กลุ่มที่ 1)
	13.00 – 14.00 น.	กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ ตระหนักถึงความสำคัญของการปฏิบัติ ตามแผนการรักษา (กลุ่มที่ 2)
วันอังคารที่ 6 พฤศจิกายน 2561	10.00 – 11.30 น.	กิจกรรมที่ 2 การเสริมสร้างความรู้ความ เข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท ภาวะซึมเศร้า ความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์ ความรู้สึกร่วมกัน (กลุ่มที่ 1)
	13.00 – 14.30 น.	กิจกรรมที่ 2 การเสริมสร้างความรู้ความ เข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท ภาวะซึมเศร้า ความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์ ความรู้สึกร่วมกัน (กลุ่มที่ 2)
สัปดาห์ที่ 2 วันจันทร์ที่ 12 พฤศจิกายน 2561	10.00 – 11.00 น.	กิจกรรมที่ 3 การค้นหาความคิด อัตโนมัติทางลบด้วยการนำรูปแบบ A- B-C Model มาอธิบาย ความคิดและ พฤติกรรมที่เกิดขึ้น (กลุ่มที่ 1)
	13.00 – 14.00 น.	กิจกรรมที่ 3 การค้นหาความคิด อัตโนมัติทางลบด้วยการนำรูปแบบ A- B-C Model มาอธิบาย ความคิดและ พฤติกรรมที่เกิดขึ้น (กลุ่มที่ 2)

วัน	เวลา	กิจกรรม
วันอังคารที่ 13 พฤศจิกายน 2561	10.00 – 11.00 น. 13.00 – 14.00 น.	กิจกรรมที่ 4 การตรวจสอบความคิด อัตโนมัติทางลบ เป็นการฝึกผู้ป่วยและ ครอบครัววิเคราะห์ถึงเหตุการณ์และ ความคิดอัตโนมัติด้านลบที่ทำให้เกิด ภาวะซึมเศร้า (กลุ่มที่ 1) กิจกรรมที่ 4 การตรวจสอบความคิด อัตโนมัติทางลบ เป็นการฝึกผู้ป่วยและ ครอบครัววิเคราะห์ถึงเหตุการณ์และ ความคิดอัตโนมัติด้านลบที่ทำให้เกิด ภาวะซึมเศร้า (กลุ่มที่ 2)
สัปดาห์ที่ 3 วันจันทร์ที่ 19 พฤศจิกายน 2561	10.00 – 11.00 น. 13.00 – 14.00 น.	กิจกรรมที่ 5 ปรับเปลี่ยนความคิด อัตโนมัติด้านลบจากหลักฐานที่มา คัดค้านความคิดทางลบเพื่อช่วยลดภาวะ ซึมเศร้าที่เกิดขึ้นได้ (กลุ่มที่ 1) กิจกรรมที่ 5 ปรับเปลี่ยนความคิด อัตโนมัติด้านลบจากหลักฐานที่มา คัดค้านความคิดทางลบเพื่อช่วยลดภาวะ ซึมเศร้าที่เกิดขึ้นได้ (กลุ่มที่ 2)
วันอังคารที่ 20 พฤศจิกายน 2561	10.00 – 11.00 น. 13.00 – 14.00 น.	กิจกรรมที่ 6 การเสริมสร้างการ ปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม แบบแผนความคิดที่บิดเบือน เป็นการ เปลี่ยนแปลงความคิดเดิม (กลุ่มที่ 1) กิจกรรมที่ 6 การเสริมสร้างการ ปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม แบบแผนความคิดที่บิดเบือน เป็นการ เปลี่ยนแปลงความคิดเดิม (กลุ่มที่ 2)
สัปดาห์ที่ 4 วันจันทร์ที่ 26 พฤศจิกายน 2561	10.00 – 11.00 น.	กิจกรรมที่ 7 การเบี่ยงเบนความคิดและ ฝึกวิธีการผ่อนคลายความเครียด ฝึก ทักษะการพูดกับตนเองทางบวกและการ ให้กำลังใจตนเอง (กลุ่มที่ 1)

วัน	เวลา	กิจกรรม
วันอังคารที่ 27 พฤศจิกายน 2561	13.00 – 14.00 น.	กิจกรรมที่ 7 การเปรียบเทียบความคิดและฝึกวิธีการผ่อนคลายความเครียด ฝึกทักษะการพูดกับตนเองทางบวกและการให้กำลังใจตนเอง (กลุ่มที่ 2)
	10.00 – 11.00 น.	กิจกรรมที่ 8 ประเมินผลทบทวนความเข้าใจ เป็นการให้ผู้ป่วยและครอบครัวทบทวนและสรุปเนื้อหาสิ่งที่ได้เรียนรู้จากประสบการณ์ที่ได้รับหลังจากการเข้ารับการรักษา (กลุ่มที่ 1)
	13.00 – 14.00 น.	กิจกรรมที่ 8 ประเมินผลทบทวนความเข้าใจ เป็นการให้ผู้ป่วยและครอบครัวทบทวนและสรุปเนื้อหาสิ่งที่ได้เรียนรู้จากประสบการณ์ที่ได้รับหลังจากการเข้ารับการรักษา (กลุ่มที่ 2)

สัปดาห์ที่ 1

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล

สถานที่ คลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอ่างทอง

ระยะเวลา 60 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัย ผู้ป่วยและครอบครัวให้เกิดความไว้วางใจ เปิดเผยข้อมูลและให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรม
2. เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการเข้าร่วมกลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว
3. เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวเรียนรู้เกี่ยวกับการสร้างสัมพันธภาพและความสามารถในการทำบทบาทและหน้าที่
4. เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและตระหนักถึงความสำคัญของการปฏิบัติตามแผนการรักษาซึ่งจะนำไปสู่การลดภาวะซึมเศร้า

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. เปิดเผยข้อมูลในการร่วมกิจกรรม

2. บอกถึงความสำคัญของการดำเนินกิจกรรมได้
3. ครอบคลุมสามารถสื่อสารกับผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ
4. แลกเปลี่ยนประสบการณ์การมีภาวะซึมเศร้า ผลกระทบและหน้าที่ของครอบครัวในการร่วมแก้ไขปัญหา

สาระสำคัญ

กิจกรรมการสร้างสัมพันธ์ภาพเพื่อเตรียมความพร้อมในการบำบัด เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจยอมรับเหตุผลวิธีการและแนวทางการบำบัด ซึ่งแรงวัตถุประสงค์ประสงค์พุดคุยให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความไว้วางใจและให้ความร่วมมือในการบำบัดรักษา สร้างข้อตกลงกับผู้ป่วยให้ยอมรับว่าจะต้องมีงานที่เอากลับไปทำเป็นการบ้าน นอกจากนี้การสร้างสัมพันธ์ภาพด้วยการซักถามประเมินสิ่งที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยเป็นการแสดงถึงความสนใจที่ต้องการช่วยเหลือของพยาบาล อีกทั้งการที่สมาชิกในกลุ่มได้ร่วมกันกำหนดระเบียบวาระ ข้อตกลงภายในกลุ่มและอภิปรายร่วมกัน จะทำให้เกิดการยึดมั่นผูกพันภายในกลุ่ม ทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกโดดเดี่ยว หรือรู้สึกว่าถูกแยกอยู่คนเดียว และเกิดความไว้วางใจ

กิจกรรม

1. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธ์ภาพโดยการตั้งคำถามเพื่อเป็นการสร้างความคุ้นเคยและสร้างความไว้วางใจ เช่น “วันนี้เป็นอย่างไรกันบ้างคะ” “การเดินทางมาสะดวกหรือไม่คะ” “วันนี้ ดิฉันรู้สึกยินดีเป็นอย่างยิ่งที่ได้มาเป็นผู้นำกลุ่ม และขอต้อนรับสมาชิกทุกท่านเข้าร่วมกิจกรรมในครั้งนี้”
2. จากนั้นผู้วิจัยแนะนำตนเอง และบทบาทหน้าที่ในฐานะผู้นำกลุ่ม และจากนั้นให้สมาชิกในกลุ่มได้กล่าวแนะนำตนเอง พร้อมติดป้ายชื่อที่เตรียมไว้ให้ เพื่อสร้างความคุ้นเคยและให้สมาชิกในกลุ่มได้ทำความรู้จักกัน
3. ผู้วิจัยกล่าวชี้แจงให้สมาชิกทราบวัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมกลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับครอบครัว แจ้างกิจกรรมโดยย่อในแต่ละกิจกรรม ข้อตกลงในการเข้าร่วมกิจกรรม และประโยชน์ที่จะได้รับ โดยแจ้งวัน เวลา สถานที่ในการเข้าร่วมกิจกรรม
4. เปิดโอกาสให้สมาชิกภายในกลุ่มได้อภิปรายแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน โดยการซักถามเมื่อสมาชิกบางท่านในกลุ่มเล่าแล้ว กระตุ้นให้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นโดยใช้คำถาม ฟังจากที่เล่ามาแล้วมีสมาชิกท่านใดรู้สึก/คิดเห็น/แสดงท่าทาง คล้ายกันบ้าง ถ้ามีเล่าให้สมาชิกท่านอื่นๆ ได้รับฟัง
5. ผู้วิจัยประเมินอารมณ์ พฤติกรรม และร่างกายของผู้ป่วยในขณะปัจจุบัน เหตุการณ์ที่ทำให้เกิดอารมณ์ พฤติกรรมดังกล่าว และความพร้อมในการให้ความร่วมมือในการบำบัด
6. ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องความเชื่อมโยงของเหตุการณ์ ความคิด อารมณ์ ความรู้สึก พฤติกรรม และร่างกาย ตามไบความรู้ที่ 1/1 และยกตัวอย่างสถานการณ์ความเชื่อมโยงของเหตุการณ์ ความคิด อารมณ์ ความรู้สึก พฤติกรรมและร่างกาย เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเข้าใจการเกิดภาวะซึมเศร้า

7. เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลแต่ละครอบครัวได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์การทำหน้าที่ของตนเองในขณะให้ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้าว่าตนเองทำหน้าที่อะไร หรือมีวิธีการดูแลช่วยเหลือในการจัดการอาการนั้นอย่างไรบ้าง ผู้วิจัยกล่าวสรุปประเด็นอีกครั้ง

8. มอบหมายให้ผู้ป่วยและครอบครัวทำการบ้านครั้งที่ 1/1 แบบบันทึกอาการและการดูแลตนเองในชีวิตประจำวันเป็นการบ้านในช่วงที่ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม นัดหมายวัน เวลา ในการทำกิจกรรมครั้งที่ 2

การประเมินผล

หลังจากทำกิจกรรม “การสร้างสัมพันธ์ภาพ” สมาชิกภายในกลุ่มได้ทักทายและแนะนำตัวทำความรู้จักกัน ด้วยท่าทีที่อบอุ่น จริงใจ ใช้คำพูดที่ง่ายต่อการเข้าใจ สมาชิกทราบถึงวัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมกลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับครอบครัว โดยแจ้งกิจกรรม และข้อตกลงในการเข้าร่วมกิจกรรมและประโยชน์ที่จะได้รับ โดยแจ้งวัน เวลา สถานที่ในการเข้าร่วมกิจกรรม ในกิจกรรมตามใบความรู้ที่ 1/1 ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยเล่าเรื่องราวจากสถานการณ์ที่ทุกซอกใจในปัจจุบัน ที่เป็นต้นเหตุของพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของความคิดในทางลบ เช่น ความท้อแท้ สิ้นหวัง รู้สึกเศร้า วิตกกังวล ผู้วิจัยยกตัวอย่างสถานการณ์ที่ทุกซอกใจ ตัวอย่าง เช่น

ผู้ป่วย “ถูกคนในครอบครัวว่า ตนขี้เกียจ ไม่หาทำงาน เป็นภาระครอบครัว”

“รู้สึกกังวลเกี่ยวกับโรคที่เป็น ไปทำงานอะไรก็ได้ ไม่มีรายได้”

“รู้สึกท้อแท้กับโรคที่เป็น ไม่มีใครที่เข้าใจตัวเรา จริง ๆ”

“ไม่มีใครเชื่อมั่นในตัวผม คิดว่าผมทำอะไรก็ได้ ไม่สำเร็จ”

ครอบครัว รับฟังสิ่งที่ผู้ป่วยพูด และแสดงความคิดเห็นร่วมกัน ตัวอย่าง เช่น

“ไม่เคยรู้ว่า ลูกรู้สึกอย่างไร”

“ทำให้รู้ว่า เขาคิดอย่างไร”

“ทำให้เข้าใจความรู้สึก ผู้ป่วยมากขึ้น”

“มีคนที่มีปัญหามากกว่าเรามีอีกมากมาย เราต้องสู้”

ผู้วิจัยเชื่อมโยงเหตุการณ์ที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ตามใบความรู้ที่ 1/1 ความคิด อารมณ์ ความรู้สึก พฤติกรรมและร่างกาย เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเข้าใจการเกิดภาวะซึมเศร้า ในภาพรวมพบว่าสมาชิกกลุ่มทุกรายสามารถบอกถึงสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ผู้วิจัยประเมินความคิด ความรู้สึกของสมาชิกเกี่ยวกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น กระตุ้นให้ร่วมกันกำหนดระเบียบของกลุ่ม ความร่วมมือในกลุ่ม การรักษาความลับของสมาชิกในกลุ่ม มอบหมายให้ผู้ป่วยและครอบครัวทำการบ้านครั้งที่ 1/1 ความรับผิดชอบในการฝึกทำการบ้าน

กิจกรรมครั้งที่ 2 การเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท ภาวะซึมเศร้าทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์ ความรู้สึก พฤติกรรม

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล

สถานที่ คลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอ่างทอง

ระยะเวลา 90 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้สมาชิกและผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท ภาวะซึมเศร้า การรับรู้สาเหตุของการเจ็บป่วยการรักษา
2. เพื่อให้ครอบครัวมีทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และทักษะการสังเกตอาการเตือน (warning signs) และจัดการกับอาการเตือน การเฝ้าระวังความคิดฆ่าตัวตาย สังเกตความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย วิธีการจัดการอาการเบื้องต้นได้
3. เพื่อให้ครอบครัวตระหนักถึงอันตรายเมื่อมีอาการแสดงเกิดขึ้น และสามารถตัดสินใจได้ว่าเมื่อใดที่ผู้ป่วยควรเข้ารับการรักษาที่ใด
4. เพื่อให้ครอบครัวเป็นแรงสนับสนุนให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการดูแลตนเอง เพื่อลดภาวะซึมเศร้า
5. เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวทราบถึงความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์ ความรู้สึก พฤติกรรมที่เป็นสาเหตุปัจจัยที่เกี่ยวกับการเกิดภาวะซึมเศร้า

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท ภาวะซึมเศร้า สาเหตุของการเจ็บป่วย
2. มีทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทักษะการสังเกตอาการเตือน (warning signs) เฝ้าระวังความคิดฆ่าตัวตาย วิธีการจัดการอาการเบื้องต้นได้
3. บอกถึงความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์ ความรู้สึก พฤติกรรม ที่เกี่ยวกับการเกิดภาวะซึมเศร้า

สาระสำคัญ

การเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท ภาวะซึมเศร้า เป็นการเสริมสร้างให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคจิตเภท ภาวะซึมเศร้า ครอบครัวสามารถประเมินพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท ฝึกให้ครอบครัวมีทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และทักษะการสังเกตอาการเตือน (warning signs) และจัดการกับอาการเตือน การเฝ้าระวังความคิดฆ่าตัวตาย สังเกตความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย วิธีการจัดการอาการเบื้องต้นได้ ครอบครัวตระหนักถึงอันตรายเมื่อมีอาการแสดงเกิดขึ้น เน้นย้ำให้ผู้ป่วยและครอบครัวทราบถึงความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์ ความรู้สึกพฤติกรรม จากตัวอย่างที่กำหนดให้ตามสถานการณ์จริง โดยให้ผู้ป่วยและครอบครัวร่วมกันอภิปรายถึงปัญหาที่เป็นสาเหตุปัจจัยที่เกี่ยวกับการเกิดภาวะซึมเศร้า

กิจกรรม

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายสมาชิกในกลุ่มด้วยการเรียกชื่อ แสดงท่าทีที่เป็นกันเอง สนทนาเรื่องทั่วไปก่อนเพื่อเป็นการผ่อนคลาย
2. ผู้วิจัยชี้แจงกฎระเบียบในการเข้ากลุ่ม วัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมการบำบัดทางความคิด และพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว โดยเน้นการทำหน้าที่ของครอบครัวในแต่ละกิจกรรม ข้อตกลงในการเข้าร่วมกิจกรรมและประโยชน์ที่จะได้รับโดยให้สมาชิกกลุ่มมีส่วนร่วมและเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มได้ซักถาม
3. ทบทวนกิจกรรมครั้งที่ 1 เราได้พูดคุยถึงประสบการณ์อารมณ์ซึมเศร้า ที่เกิดขึ้นกับสมาชิกในกลุ่มว่าเป็นอย่างไร ให้ผู้ป่วยได้เปิดเผยและอภิปรายเกี่ยวกับอารมณ์ซึมเศร้า พฤติกรรม ว่าเป็นแบบใด ตามการรับรู้ของผู้ป่วยและการประเมินภาวะซึมเศร้าของตนเอง ผู้วิจัยให้สมาชิกแบ่งกลุ่มละ 5 ครอบครัว และพูดคุยกันเรื่องใบมอบหมายการบ้านครั้งที่ 1/1 แบบบันทึกอาการและการดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน โดยให้ผู้ป่วยบอกถึงความรู้สึกตนเองเมื่อเกิดภาวะซึมเศร้า และให้ผู้ดูแลบอกถึงความรู้สึกของตนเองเมื่อผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้าหรือความรู้สึกที่ต้องดูแลผู้ป่วย
4. ผู้วิจัยสอบถามสมาชิกเกี่ยวกับโรคจิตเภทและภาวะซึมเศร้า อาการ สาเหตุ การรักษาและการปฏิบัติตัว การสังเกตประเมินอาการเตือน (warning signs) ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์/ความรู้สึก การกระทำ ผู้วิจัยสอบถามโดยเกริ่นถามกับสมาชิกในกลุ่มว่า “สมาชิกในกลุ่มทราบกันหรือไม่คะ ว่าภาวะซึมเศร้า คือ อะไร มีสาเหตุเกิดจากอะไร และเมื่อเมื่อป่วยแล้วจะมีวิธีการรักษา และปฏิบัติตัวอย่างไรเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ” และให้สมาชิกได้ตอบคำถามพร้อมกันในกลุ่มก่อน
5. ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทและภาวะซึมเศร้าตามใบความรู้ที่ 2/1 เรื่องโรคจิตเภทและภาวะซึมเศร้า โดยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลของแต่ละกลุ่มร่วมกันสรุปเรื่องโรคจิตเภท สาเหตุ อาการ การรักษา ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท การรักษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท จนครบทุกกลุ่ม หลังจากนั้น ผู้วิจัยสรุปความรู้โรคจิตเภทและภาวะซึมเศร้าอีกครั้ง
6. ผู้วิจัยให้สมาชิกทำใบงานกิจกรรมที่ 2/2 การสังเกตประเมินอาการเตือน (warning signs) ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ผู้วิจัยสรุปวิธีการสังเกตอาการเตือน การสังเกตความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย วิธีการจัดการอาการเบื้องต้นได้ ในภาพรวมอีกครั้ง
7. ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องความคิด อารมณ์/ความรู้สึก การกระทำ ตามใบความรู้ที่ 2/3 เรื่องความคิด อารมณ์/ความรู้สึก การกระทำ
8. ผู้วิจัยให้สมาชิกทำใบงานกิจกรรมที่ 2/3 สถานการณ์ สิ่งที่เกิดขึ้นกับตัวฉัน ความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์/ความรู้สึก การกระทำ

9. ให้สมาชิกร่วมกันสรุปความรู้ที่ได้รับในครั้งนี้ และสอบถามถึงการนำความรู้ไปใช้ใน ชีวิตประจำวันได้อย่างไรบ้าง หลังจากนั้นผู้วิจัยสรุปประเด็นอีกครั้งและเปิดโอกาสให้สมาชิกซักถาม ข้อสงสัยต่างๆ

10. นัดหมายวัน เวลา ในการทำกิจกรรมต่อไป

ประเมินผล

สมาชิกมีความไว้วางใจและมีสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้วิจัยและสมาชิกคนอื่นภายในกลุ่ม โดย สามารถประเมินได้จาก สีหน้า ท่าที การสนทนา และความร่วมมือในการเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล ทบทวนการบ้าน มีการซักถามเรื่องการบ้านครั้งที่แล้ว พร้อมนำใบงานมาให้ดูว่าทำถูกต้องหรือไม่

ใบความรู้ที่ 2/1 สมาชิกกลุ่มให้ความสนใจซักถามข้อมูลเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรค มีการแสดง ความคิดเห็นแลงเปลี่ยนเกี่ยวกับประสบการณ์เกี่ยวกับโรคจิตเภท และลักษณะอาการซึมเศร้า พบว่า สมาชิกสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคจิตเภทและอาการซึมเศร้าได้ ไม่ต่ำกว่า 5 ข้อ จำนวน 17 คน อีก 3 คน ได้น้อยกว่า 5 ข้อ ผู้วิจัยจึงทบทวนด้วยการให้ความรู้เพิ่มเติมอีกครั้งจน ผู้ป่วยสามารถตอบได้ถูกต้องครบ 5 ข้อ

ในใบงานกิจกรรมที่ 2/2 ผู้วิจัยสรุปวิธีการสังเกตอาการเตือน การสังเกตความเสี่ยงต่อการฆ่า ตัวตาย วิธีการจัดการอาการเบื้องต้นได้ สมาชิกกลุ่มทราบถึงวิธีการสังเกตประเมินอาการเตือน (warning signs) ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และวิธีการจัดการอาการเบื้องต้น

ในใบงานกิจกรรมที่ 2/3 สถานการณ์ “สิ่งที่เกิดขึ้นกับตัวฉัน” ความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์/ความรู้สึก การกระทำ พบว่าสมาชิกกลุ่มทุกรายสามารถบอกถึงสถานการณ์ที่ทุกข์ใจ ผู้วิจัย เชื่อมโยงประสบการณ์ที่เป็นปัญหาที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้า ประเมินความคิด ความรู้สึกของสมาชิก เกี่ยวกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น กระตุ้นให้ผู้ดูแลเรียนรู้มีส่วนร่วม

สัปดาห์ที่ 2

กิจกรรมครั้งที่ 3 การค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบ

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล

สถานที่ คลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอ่างทอง

ระยะเวลา 60 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวทราบความหมายของความคิดอัตโนมัติด้านลบ
2. เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถระบุความคิดและความรู้สึกและพฤติกรรมของตนเองที่ เกิดขึ้นในสถานการณ์นั้นได้

3. เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถฝึกค้นหาและสกัดความคิดอัตโนมัติด้านลบ ฝึกวิเคราะห์เกี่ยวกับความคิดด้านลบ หรือความคิดบิดเบือนลักษณะต่างๆที่สัมพันธ์กับการภาวะซึมเศร้า

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมที่ 3 สมาชิกกลุ่มสามารถ

1. บอกถึงความหมายของความคิดอัตโนมัติด้านลบ
2. บอกถึงความคิดและความรู้สึกและพฤติกรรมของตนเองที่เกิดขึ้นในสถานการณ์นั้นได้
3. ค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบ วิเคราะห์เกี่ยวกับความคิดด้านลบ ความคิดบิดเบือน ที่สัมพันธ์กับการภาวะซึมเศร้า

สาระสำคัญ

การค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยทางจิต ให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว ประกอบด้วย การให้ความรู้ถึงความคิดด้านลบหรือความคิดที่บิดเบือนในลักษณะต่างๆ ที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าด้วยการนำรูปแบบ A-B-C Model มาอธิบายความสัมพันธ์ของเหตุการณ์ ความคิดและพฤติกรรมที่เกิดขึ้นตามมาจากตัวอย่างที่กำหนดให้ตามสถานการณ์จริง มาเป็นตัวอย่างในการอธิบายความเชื่อมโยงระหว่าง A คือ เหตุการณ์กระตุ้น ซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกสับสนหรือทุกข์ใจ B คือ ความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้นขณะเกิดเหตุการณ์อันเป็นผลมาจากความเชื่อที่ผู้ป่วยยึดถืออยู่ และ C คือ อารมณ์และพฤติกรรมที่ตามมา

กิจกรรม

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายสมาชิกในกลุ่มด้วยการเรียกชื่อ แสดงท่าทีที่เป็นกันเอง สนทนาเรื่องทั่วไปก่อนเพื่อเป็นการผ่อนคลาย

2. ผู้วิจัยชี้แจงกฎระเบียบในการเข้ากลุ่ม วัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมการบำบัดทางความคิด และพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว โดยเน้นการทำหน้าที่ของครอบครัวในแต่ละกิจกรรม ข้อตกลงในการเข้าร่วมกิจกรรมและประโยชน์ที่จะได้รับโดยให้สมาชิกกลุ่มมีส่วนร่วมและเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มได้ซักถามข้อสงสัยต่างๆ

3. ทบทวนกิจกรรมครั้งที่ 2 เราได้พูดคุยถึงประสบการณ์อารมณ์ซึมเศร้า ที่เกิดขึ้นกับสมาชิกในกลุ่มว่าเป็นอย่างไร ให้ผู้ป่วยได้เปิดเผยและอธิบายเกี่ยวกับอารมณ์ซึมเศร้า พฤติกรรม ที่เป็นแบบใด ตามการรับรู้ของผู้ป่วยและการประเมินภาวะซึมเศร้าของตนเอง ความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์/ความรู้สึก การกระทำ ผู้วิจัยสอบถามโดยเกริ่นถามกับสมาชิกในกลุ่มว่า “สมาชิกในกลุ่มทราบกันหรือไม่คะ ว่าความคิดอัตโนมัติด้านลบ คืออะไร เกิดจากอะไร แล้วจะมีวิธีการตรวจสอบอย่างไร” และให้สมาชิกได้ตอบคำถามพร้อมกันในกลุ่มก่อน

4. ผู้วิจัยกระตุ้นให้สมาชิกแสดงความคิดเห็น โดยให้สมาชิกแบ่งกลุ่มละ 5 ครอบครัวยุติกัน ในเรื่องความคิดอัตโนมัติด้านลบ พร้อมแจกใบความรู้ที่ 3/1 เรื่องความคิดอัตโนมัติด้านลบ หลังจากนั้นให้ส่งตัวแทน 1 กลุ่ม นำเสนอผลการสนทนาภายในกลุ่ม และผู้วิจัยกล่าวสรุปประเด็นความคิดอัตโนมัติทางลบ

5. ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่อง A-B-C Model ความสัมพันธ์ ระหว่างความคิด และอารมณ์ความรู้สึก ที่ส่งผลกับพฤติกรรมหรือการกระทำ ตามใบความรู้ที่ 3/2 เรื่อง A-B-C Model หลังจากนั้นให้ส่งตัวแทน 1 กลุ่ม นำเสนอผลการสนทนาภายในกลุ่ม และผู้วิจัยกล่าวสรุปประเด็นความรู้เรื่อง A-B-C Model

6. ผู้วิจัยแนะนำให้สมาชิกทำใบงานกิจกรรมที่ 3/1 สถานการณ์ของฉัน ผู้วิจัยให้ตัวแทนผู้ป่วยและผู้ดูแลของแต่ละกลุ่มนำเสนอ ผลการพูดคุยภายในกลุ่ม หลังจากนั้นผู้วิจัยกล่าวสรุปสถานการณ์ของฉัน ในภาพรวมอีกครั้ง

7. ผู้วิจัยแนะนำวิธีการทำใบมอบหมายการบ้านครั้งที่ 3/1 แบบบันทึกการทบทวนตนเองของ ฉัน ให้สมาชิกได้ฝึกทำเป็นการบ้าน

8. ให้สมาชิกร่วมกันสรุปความรู้ที่ได้รับในครั้งนี้และสอบถามถึงการนำความรู้ไปใช้ใน ชีวิตประจำวันได้อย่างไรบ้าง หลังจากนั้นผู้วิจัยสรุปประเด็นอีกครั้งและเปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามข้อสงสัยต่างๆ

9. นัดหมาย วัน เวลา ในการทำกิจกรรมครั้งต่อไป

ประเมินผล

สมาชิกในกลุ่มบอกถึงประสบการณ์อารมณ์ซึมเศร้า ที่เกิดขึ้นกับสมาชิกในกลุ่มว่าเป็นอย่างไร ผู้ดูแลและผู้ป่วยได้อภิปรายเชื่อมโยงเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่ตนเองประสบปัญหา เชื่อมโยงความสัมพันธ์ ระหว่างความคิด อารมณ์/ความรู้สึก การกระทำ ที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าและการทำหน้าที่ใน ชีวิตประจำวันของสมาชิก เหตุผลและความสำคัญของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว ดังตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยบอกว่า

A คือ สถานการณ์ที่เกิดขึ้น “สามีกลับบ้านดึก ผิดเวลา”

B คือ ความคิดอัตโนมัติด้านลบที่เกิดขึ้นต่อสถานการณ์ “สงสัยแอบไปกินเหล้ากับเพื่อน หรือแอบไปหาเมียน้อย”

C คือ อารมณ์และพฤติกรรมที่แสดงออก “โกรธ นอนไม่หลับ ร้องไห้”

หลังจากทำกิจกรรมที่ 3/1 “สถานการณ์ของฉัน” สมาชิกกลุ่มได้เริ่มเรียนรู้เกี่ยวกับความคิดอัตโนมัติด้านลบและลักษณะความคิดที่บิดเบือน เช่น “การมองเหตุการณ์ด้วยอารมณ์” “มองโลกในแง่ร้าย” โดยให้สมาชิกกลุ่มเรียนรู้จากการนำความคิดที่เกิดขึ้นมาพิจารณา ซึ่งมีรูปแบบที่แตกต่างกัน

ไป ให้สมาชิกตรวจสอบความคิดของตนเองอีกครั้งจากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริงในชีวิตประจำวัน และมอบหมายการบ้านครั้งที่ 3/1 แบบบันทึกการทบทวนตนเองของฉันทน์ ให้สมาชิกได้ฝึกทำเป็นการบ้าน

กิจกรรมใบความรู้ที่ 3/2 เรื่อง A-B-C Model สมาชิกกลุ่มร่วมกันสรุป คือ A คือ สถานการณ์ที่เกิดขึ้น B คือ ความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้นต่อสถานการณ์ C คือ อารมณ์และพฤติกรรมที่แสดงออกเมื่อเกิดความคิดนั้นๆ ดังตัวอย่างเช่น

A “ขณะนอนอยู่ โดนพ่อตำว่าตนเองซี้เกียจ ไม่ไปช่วยงานครอบครัว”

B “โกรธพ่อ เสียใจที่พ่อตำ”

C “ร้องไห้ ไม่อยากกินข้าว นอนไม่หลับ”

กิจกรรมครั้งที่ 4 การตรวจสอบความคิดอัตโนมัติด้านลบ

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล

สถานที่ คลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอ่างทอง

ระยะเวลา 60 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวเห็นความสำคัญของความคิดอัตโนมัติด้านลบโดยใช้หลักฐานที่สนับสนุนและคัดค้านความคิดอัตโนมัติด้านลบ
2. เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถตรวจสอบความถูกต้องของความคิดอัตโนมัติด้านลบจากสาเหตุอื่นๆได้
3. เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเรียนรู้การให้ข้อมูลย้อนกลับซึ่งกันและกัน การตระหนักรู้ถึงความไม่สอดคล้องของตนเองและลดลักษณะด้านลบของตนเองที่ตนเองไม่ยอมรับ

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมที่ 4 สมาชิกกลุ่มสามารถ

1. ตรวจสอบความคิดอัตโนมัติด้านลบโดยใช้หลักฐานที่สนับสนุน
2. ตรวจสอบความถูกต้องของความคิดอัตโนมัติด้านลบจากสาเหตุอื่นๆได้
3. ให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดการสำรวจตนเองและเข้าใจตนเอง

สาระสำคัญ

การตรวจสอบความคิดอัตโนมัติทางลบ ให้ผู้ป่วยและครอบครัวฝึกทักษะการวิเคราะห์ถึงเหตุการณ์และความคิดอัตโนมัติด้านลบที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า โดยนำรูปแบบ A-B-C Model มาอธิบายความสัมพันธ์ของเหตุการณ์ มีเป้าหมายในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการสำรวจตัวเองและเข้าใจตัวเอง เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจบนความคิดความเชื่ออย่างถูกต้อง โดยใช้เทคนิค Evidence counter evidence technique เป็นการฝึกให้ประเมินความคิดที่เกิดขึ้นโดยอาศัยหลักฐานต่างๆ ที่มาสนับสนุนและคัดค้านความคิดนั้นๆ ให้ผู้ป่วยสามารถประเมินตนเองตามความเป็นจริงและพิจารณา

ผลลัพธ์ที่เกิดจากการกระทำและตอบสนองความถูกต้องของความคิดอัตโนมัติด้านลบ ผู้ป่วยตระหนักรู้ถึงความไม่สอดคล้องของตนเองและลดลักษณะด้านลบที่ตนเองไม่ยอมรับเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนความคิด

กิจกรรม

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายสมาชิกในกลุ่มด้วยการเรียกชื่อ แสดงท่าทีที่เป็นกันเอง สนทนาเรื่องทั่วไปก่อนเพื่อเป็นการผ่อนคลาย
2. ผู้วิจัยชี้แจงกฎระเบียบในการเข้ากลุ่ม วัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว โดยเน้นการทำหน้าที่ของครอบครัวในแต่ละกิจกรรม ข้อตกลงในการเข้าร่วมกิจกรรมและประโยชน์ที่จะได้รับโดยให้สมาชิกกลุ่มมีส่วนร่วมและเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มได้ซักถาม
3. ทบทวนกิจกรรมครั้งที่ 3 เราได้พูดคุยถึงความคิดอัตโนมัติด้านลบ การประเมินการค้นหาความคิดอัตโนมัติด้านลบ ใบมอบหมายการบ้านครั้งที่ 3/1 แบบบันทึกการทบทวนตนเองของฉัน ที่เกิดขึ้นกับสมาชิกในกลุ่มว่าเป็นอย่างไร ให้ผู้ป่วยได้เปิดเผยและอภิปรายเกี่ยวกับการทบทวนตนเองของฉันว่าเป็นแบบใดตามการรับรู้ของผู้ป่วย
4. ผู้วิจัยสอบถามโดยเกริ่นถามกับสมาชิกในกลุ่มว่า “สมาชิกในกลุ่มทราบกันหรือไม่คะ ว่าวิธีการตรวจสอบความคิดอัตโนมัติด้านลบ มีวิธีการตรวจสอบอย่างไร” และให้สมาชิกได้ตอบคำถามพร้อมกันในกลุ่มก่อน
5. ผู้วิจัยกระตุ้นให้สมาชิกแสดงความคิดเห็น โดยให้สมาชิกแบ่งกลุ่มละ 5 ครอบครัว พูดคุยกันในเรื่องการตรวจสอบความคิดอัตโนมัติด้านลบ พร้อมแจกใบความรู้ที่ 4/1 เรื่องการตรวจสอบความคิดอัตโนมัติด้านลบ ให้ผู้ป่วยแต่ละคนประเมินความคิดและความรู้สึกของตนเอง ตามสภาพความจริงแล้ว การเปิดเผยข้อมูลของตนเอง ทั้งในแง่มุมที่สอดคล้องและแตกต่างกัน หลังจากนั้นให้ส่งตัวแทน 1 กลุ่ม นำเสนอผลการสนทนาภายในกลุ่ม และผู้วิจัยกล่าวสรุปในประเด็น
6. ผู้วิจัยอธิบายให้สมาชิกทราบถึง วิธีการทำใบงานกิจกรรมที่ 4/1 เหตุใดฉันจึงเป็นเช่นนี้ ภายหลังจากเสร็จสิ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัว ได้อ่านทบทวนแล้วซักถามสิ่งที่ได้เรียนรู้ เมื่อทำใบงานกิจกรรมเราเรียนรู้อะไรบ้าง หลังจากนั้นผู้วิจัยสรุปให้ผู้ป่วยครอบครัวทราบซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีวิธีการจัดการความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้น
7. ให้สมาชิกร่วมกันสรุปความรู้ที่ได้รับในครั้งนี้และสอบถามถึงการนำความรู้ไปใช้ในชีวิตประจำวันได้อย่างไรบ้าง หลังจากนั้นผู้วิจัยสรุปประเด็นอีกครั้งและเปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามข้อสงสัยต่างๆ

8. นัดหมาย วัน เวลา ในการทำกิจกรรมครั้งต่อไป

ประเมินผล

สมาชิกกลุ่มได้ทบทวนการบ้านครั้งที่ 3/1 แบบบันทึกการทบทวนตนเองของฉัน ที่เกิดขึ้นกับสมาชิกในกลุ่มว่าเป็นอย่างไร แลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ทุกข์ใจหรือไม่สบายใจ มีสมาชิกท่านใดไม่ได้นำการบ้านมาส่ง และบางท่านไม่ได้ทำการบ้านมา ผู้วิจัยให้สมาชิกลองคิดทบทวนเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจนสามารถบอกได้ถึงเหตุการณ์ที่ทำให้ทุกข์ใจ ไม่สบายใจ เมื่อสมาชิกให้ความสนใจ และสามารถค้นหาความคิดอัตโนมัติด้านลบได้ ยกตัวอย่าง เช่น

“คิดว่าตนเองเป็นภาระให้ครอบครัว ถ้าไม่มีเราพ่อแม่คงจะดีกว่านี้”

“เป็นคนไม่กล้าตัดสินใจ ทำอะไรก็ไม่สำเร็จ”

“คิดว่าไม่มีใครรัก ทำอะไรก็มีแต่คนไม่ชอบ”

ให้สมาชิกช่วยกันบอกถึงความคิดอัตโนมัติด้านลบที่เกิดขึ้น ความคิดที่บิดเบือน และลักษณะความคิดของตนที่สัมพันธ์กับ

- 1) ลักษณะของความคิดผิดปกติด้านการรับรู้ศักยภาพ
- 2) ลักษณะของความคิดผิดปกติด้านการรับรู้คุณค่าของตนเอง และความสำเร็จ
- 3) ลักษณะของความคิดผิดปกติด้านการคิดเพียงด้านใดด้านหนึ่ง

ผู้นำกลุ่มยกตัวอย่างลักษณะของความคิดผิดปกติดังกล่าวกับสมาชิกภายในกลุ่ม สมาชิกนำความคิดมาพูดคุยกัน โดยการยกตัวอย่างเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า หลังจากสมาชิกสามารถตรวจสอบความคิดอัตโนมัติด้านลบได้ ผู้นำกลุ่มรับฟังและเชื่อมโยงถึงเหตุการณ์ ประสบการณ์ที่เกิดขึ้นเพื่อเชื่อมโยงให้สมาชิกกลุ่มเห็นถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการมีความคิดอัตโนมัติด้านลบว่าส่งผลอย่างไรบ้าง ความคิดอัตโนมัติด้านลบนั้นมีผลกับตนเองอย่างไร ให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้สะท้อนคำพูด เมื่อรับทราบว่าคุณคิดเดิม

หลังจากกิจกรรมใบความรู้ที่ 4/1 เรื่องการตรวจความคิดอัตโนมัติด้านลบ สมาชิกทบทวนถึงเหตุการณ์ที่ทุกข์ใจ ให้สมาชิกกลุ่มเรียนรู้จากการนำความคิดที่เกิดขึ้นมาพิจารณา ลักษณะของความคิดที่บิดเบือน และลักษณะของความคิดซึ่งมีรูปแบบที่แตกต่างกัน ให้สมาชิกตรวจสอบความคิดของตนเองอีกครั้งจากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ถามตัวเองเกี่ยวกับความคิดอัตโนมัติด้านลบ โดยใช้คำถามยกตัวอย่าง เช่น

“ถ้าคิดใหม่เราจะคิดอย่างไร”

“เพราะอะไรจึงคิดว่าความคิดแบบนั้นของคุณเป็นความจริง/มีหลักฐานอะไรสนับสนุนหรือคัดค้าน”

“ถ้าสิ่งที่คุณคิดเป็นจริงให้ถามตนเองว่าแล้วความคิดอย่างนี้เป็นประโยชน์อย่างไร หรือความคิดนั้นส่งผลต่อเราอย่างไร”

“หากเราปรับเปลี่ยนความคิดจะเป็นอย่างไรนะ”

ในกิจกรรมที่ 4/1 เหตุใดฉันจึงเป็นเช่นนี้ ผู้ป่วยและครอบครัวได้เรียนรู้ ฝึกคิดวิเคราะห์เกี่ยวกับความคิดอัตโนมัติด้านลบและความคิดบิดเบือนลักษณะต่างๆ ที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีวิธีการจัดการความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้น

ครอบครัว รับฟังสิ่งที่ผู้ป่วยพูด เข้าใจความรู้สึกผู้ป่วยมากขึ้น แต่ละครอบครัวร่วมกันแสดงความคิดเห็นและพูดให้กำลังใจผู้ป่วย ยกตัวอย่าง เช่น

“คนเราต้องให้ออกาสตนเองเสมอ เริ่มต้นใหม่ เปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น”

“ล้มได้ก็ลุกได้ ไม่มีใครทำอะไรแล้วสำเร็จไปทุกอย่าง อย่าท้อ”

“คนเราต้องรักตัวเอง ถ้าเราไม่รักตัวเราแล้วใครจะรักเรา”

สัปดาห์ที่ 3

กิจกรรมครั้งที่ 5 ปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติด้านลบ ฝึกทักษะการปรับความคิดใหม่

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล

สถานที่ คลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอ่างทอง

ระยะเวลา 60 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวค้นหาวิธีการเปลี่ยนความคิดเป็นมุมมองในทางบวก
2. เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวฝึกทักษะการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติด้านลบ
3. เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวฝึกทักษะการสร้างความคิดใหม่ ด้วยวิธีการหยุดความคิดที่เหมาะสมกับตนเองและสามารถนำไปใช้ในชีวิตรประจำวันได้
4. เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติด้านลบ จากหลักฐานที่มาคัดค้านความคิดทางลบเพื่อช่วยลดภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้น

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. ปรับเปลี่ยนความคิดเป็นมุมมองในทางบวก และมีทักษะการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติด้านลบ
2. มีทักษะการสร้างความคิดใหม่ ด้วยวิธีการหยุดความคิดที่เหมาะสมกับตนเอง
3. ปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติด้านลบ จากหลักฐานที่มาคัดค้านความคิดทางลบได้

สาระสำคัญ

ผู้ป่วยและครอบครัวพัฒนาทักษะการจัดการกับความคิด ความเชื่อที่บิดเบือนที่เกิดขึ้นโดยใช้เทคนิค Thought stopping ซึ่งสามารถสร้างภาพสัญญาณการหยุดหรือจินตนาการ เพื่อหยุดกระบวนการของความคิดที่ไม่มีประโยชน์และนำเทคนิค Rational Responding มาตอบสนองอย่างมีเหตุผล ครอบครัวมีส่วนร่วมในการชี้ให้เห็นบทบาทของผู้ป่วยในการปฏิบัติตามคำแนะนำ สอนให้

ผู้ป่วยแยกแยะหรือระบุอย่างถูกต้องในเนื้อหาของเสียงและเกี่ยวกับความรู้คิดและการนำไปสู่ทางเลือกในการตอบสนองในทางเลือกอื่นๆ

กิจกรรม

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายสมาชิกในกลุ่มด้วยการเรียกชื่อ แสดงท่าทีที่เป็นกันเอง สนทนาเรื่องทั่วไปก่อนเพื่อเป็นการผ่อนคลาย

2. ผู้วิจัยชี้แจงกฎระเบียบในการเข้ากลุ่ม วัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว โดยเน้นการทำหน้าที่ของครอบครัวในแต่ละกิจกรรม ข้อตกลงในการเข้าร่วมกิจกรรมและประโยชน์ที่จะได้รับโดยให้สมาชิกกลุ่มมีส่วนร่วมและเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มได้ซักถาม

3. ทบทวนกิจกรรมครั้งที่ 4 เราได้พูดคุยถึงการตรวจสอบความคิดอัตโนมัติด้านลบ เป็นอย่างไร ให้ผู้ป่วยได้เปิดเผยและอภิปราย เกี่ยวกับการตรวจสอบความคิดอัตโนมัติด้านลบตามการรับรู้ของผู้ป่วยและการประเมินของตนเอง ผู้วิจัยให้สมาชิกแบ่งกลุ่มละ 5 ครอบครัว

4. ผู้วิจัยสอบถามโดยเกริ่นถามกับสมาชิกในกลุ่มว่า “สมาชิกในกลุ่มทราบกันหรือไม่คะ ว่าวิธีการการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติด้านลบมีวิธีอย่างไร” ผู้วิจัยกระตุ้นให้สมาชิกแสดงความคิดเห็น และให้สมาชิกได้ตอบคำถามพร้อมกันในกลุ่มก่อน

5. ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติด้านลบ ตามใบความรู้ที่ 5/1 เทคนิคการปรับเปลี่ยนความคิด เปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มได้อภิปรายแลกเปลี่ยนความเห็นซึ่งกันและกัน และให้สมาชิกทำใบงานกิจกรรมครั้งที่ 5/1 มาฝึกหยุดความคิดกันเถอะ

6. ผู้วิจัยให้ตัวแทนผู้ป่วยและผู้ดูแลของแต่ละกลุ่มนำเสนอ การฝึกหยุดความคิด จนครบทุกกลุ่มหลังจากนั้น ผู้วิจัยสรุปการฝึกหยุดความคิดของผู้ป่วยและผู้ดูแลในภาพรวมอีกครั้ง

7. ให้สมาชิกร่วมกันสรุปความรู้ที่ได้รับในครั้งนี้อย่างชัดเจนและสอบถามถึงการนำความรู้ไปใช้ในชีวิตประจำวันได้อย่างไรบ้าง หลังจากนั้นผู้วิจัยสรุปประเด็นอีกครั้งและเปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามข้อสงสัยต่างๆ

8. ผู้วิจัยมอบหมายให้ผู้ป่วยและครอบครัว ทำใบมอบหมายการบ้านครั้งที่ 5/1 การ์ด “ความคิด” ของฉัน ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามข้อสงสัยและทำความเข้าใจเนื้อหา ให้เข้าใจตรงกัน

9. นัดหมาย วัน เวลา ในการทำกิจกรรมครั้งต่อไป

ประเมินผล

ผู้วิจัยเริ่มต้นกิจกรรมด้วยการทบทวนกิจกรรมครั้งที่ 4 เราได้พูดคุยถึงการตรวจสอบความคิดอัตโนมัติด้านลบเป็นอย่างไร ให้สมาชิกในกลุ่มได้แลกเปลี่ยนแสดงความคิดเห็นกัน สมาชิกช่วยกัน

บอกถึงความคิดอัตโนมัติด้านลบที่เกิดขึ้น ความคิดที่บิดเบือน และลักษณะความคิดของตนที่สัมพันธ์กับ

หลังจากสมาชิกสามารถตรวจสอบความคิดอัตโนมัติด้านลบได้ ผู้นำกลุ่มรับฟังและเชื่อมโยงถึงเหตุการณ์ ประสบการณ์ที่เกิดขึ้นเพื่อเชื่อมโยงให้สมาชิกกลุ่มเห็นถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการมีความคิดอัตโนมัติด้านลบ ว่าส่งผลอย่างไรบ้าง ความคิดอัตโนมัติด้านลบนั้นมีผลกับตนเองอย่างไร ให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้สะท้อนคำพูด เมื่อรับทราบว่าความคิดเดิม ยกตัวอย่าง เช่น

“ยิ่งคิดเรื่องที่พ่อด่า จะคิดวนเวียนซ้ำๆ จนปวดหัวทั้งวัน คิดอะไรไม่ออก ไม่อยากทำอะไร”

“คิดแล้วรู้สึกว่ามันหนักใจ ครีดยด หายใจไม่อิ่ม”

เมื่อสมาชิกได้รับความรู้จากใบความรู้ที่ 5/1 เทคนิคการปรับเปลี่ยนความคิด ให้สมาชิกกลุ่มได้นำความคิดมาพูดคุยกันโดยการยกตัวอย่างเหตุการณ์ของผู้วิจัย เปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มได้อภิปราย แลกเปลี่ยนความเห็นซึ่งกันและกัน และสอบถามสมาชิกเพื่อให้พิจารณาความคิดเดิม หรือมีความคิดใหม่ สมาชิกเริ่มทดลองหาความคิดใหม่มาทดแทน และมีเหตุผลประกอบ พบว่าวิธีคิดแบบใหม่ สร้างความสุขได้มากขึ้น

ในใบงานกิจกรรมครั้งที่ 5/1 มาฝึกหยุดความคิดกันเถอะ สมาชิกเริ่มทดลองฝึกหยุดความคิดเมื่อจินตนาการถึงเหตุการณ์ที่เป็นความคิดที่ไม่เหมาะสม ฝึกบอกตนเองให้หยุดคิดในใจได้ทันทีที่จินตนาการถึงเหตุการณ์ที่เป็นความคิดที่ไม่เหมาะสม จากนั้นมอบหมายการบ้านครั้งที่ 5/1 การ์ด “ความคิด” ของฉัน ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามข้อสงสัยและทำความเข้าใจเนื้อหา ให้เข้าใจตรงกัน

สัปดาห์ที่ 3

กิจกรรมครั้งที่ 6 การเสริมสร้างการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม แบบแผนความคิดที่บิดเบือน

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล

สถานที่ คลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอ่างทอง

ระยะเวลา 60 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถมองปัญหาในแงุ่มใหม่
2. เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีลักษณะของการคิดการเสริมสร้างการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม แบบแผนความคิดที่บิดเบือน
3. เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีวิธีค้นหาแนวทางการแก้ปัญหาจากความคิดของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า

4. เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวแยกแยะแบบความคิดอัตโนมัติด้านลบ สิ่งร้ายหรือสถานการณ์ที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นได้

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. ผู้ป่วยและครอบครัววิเคราะห์ความคิดและพฤติกรรม มองปัญหาในแงุ่มใหม่
2. ปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม แบบแผนความคิดที่บิดเบือน
3. ผู้ป่วยและครอบครัวมีวิธีค้นหาแนวทางการแก้ปัญหาจากความคิดของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า

สาระสำคัญ

การเสริมสร้างการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมแบบแผนความคิดที่บิดเบือน โดยใช้เทคนิค Alternative explanation technique และนำเทคนิค Behavioral attribution technique มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้เปลี่ยนแปลงความคิดเดิม การสร้างความคิดใหม่ โดยผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการส่งเสริมและค้นหาแนวทางการแก้ปัญหาพร้อมกับผู้ป่วย เนื่องจากความคิดของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้านั้นมักจะเป็นระบบปิดเกี่ยวกับความเป็นเหตุเป็นผล ซึ่งสามารถปรับเปลี่ยนได้โดยการที่ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าสามารถเข้าใจและแยกแยะความคิดอัตโนมัติทางลบ สิ่งร้ายหรือสถานการณ์ที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นได้ ให้ผู้ป่วยมีความกล้าแสดงความคิดเห็นที่เหมาะสม ในกลุ่มร่วมกันค้นหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสม ผู้บำบัดช่วยเหลือในการให้ข้อเสนอแนะวิธีการหรือแนวทางแก้ไขปัญหาที่มีประโยชน์ให้ผู้ป่วยลองพิจารณาและตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ไขปัญหา โดยการเรียนรู้การตอบรับและปฏิเสธผู้อื่นได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

กิจกรรม

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายสมาชิกในกลุ่มด้วยการเรียกชื่อ แสดงท่าทีที่เป็นกันเอง สนทนาเรื่องทั่วไปก่อนเพื่อเป็นการผ่อนคลาย
2. ผู้วิจัยชี้แจงกฎระเบียบในการเข้ากลุ่ม วัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว โดยเน้นการทำหน้าที่ของครอบครัวในแต่ละกิจกรรม ข้อตกลงในการเข้าร่วมกิจกรรมและประโยชน์ที่จะได้รับโดยให้สมาชิกกลุ่มมีส่วนร่วมและเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มได้ซักถาม
3. ทบทวนกิจกรรมครั้งที่ 5 เราได้พูดคุยถึง วิธีการการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติด้านลบ การฝึกหยุดความคิดเป็นอย่างไร ในบ้านครั้งที่ 5/1 การ์ด“ความคิด” ของฉันให้ผู้ป่วยได้เปิดเผยและอธิบายตามการรับรู้ของผู้ป่วยและการประเมินของตนเอง ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามข้อสงสัยและทำความเข้าใจเนื้อหา จากนั้นผู้วิจัยกล่าวสรุปประเด็นอีกครั้ง ผู้วิจัยให้สมาชิกแบ่งกลุ่มละ 5 ครอบครัว

4. ผู้วิจัยสอบถามโดยเกริ่นถามกับสมาชิกในกลุ่มว่า “สมาชิกในกลุ่มทราบกันหรือไม่คะ ว่าวิธีการการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมของตนเอง มีวิธีการอย่างไร” ผู้วิจัยกระตุ้นให้สมาชิกแสดงความคิดเห็น และให้สมาชิกได้ตอบคำถามพร้อมกันในกลุ่มก่อน

5. ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมของตนเองตามใบความรู้ที่ ใบความรู้ที่ 6/1 เรื่องการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมของตนเอง เปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มได้อภิปรายแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน และให้สมาชิกทำใบงานกิจกรรมที่ 6/1 เรื่องการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมของตนเอง

6. ให้ผู้ช่วยเปิดเผยและอภิปรายวิธีการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม จากการฝึกปฏิบัติตามใบงาน ความคิดอัตโนมัติด้านลบ สิ่งเร้าหรือสถานการณ์ที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยกล่าวสรุปประเด็นอีกครั้ง

7. ผู้วิจัยให้ตัวแทนผู้ช่วยและผู้ดูแลของแต่ละกลุ่มนำเสนอ วิธีการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ตามใบงานกิจกรรมที่ 6/1 เรื่องการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมของตนเอง จนครบทุกกลุ่มหลังจากนั้น เปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามข้อสงสัย ผู้วิจัยสรุปประเด็นในภาพรวมอีกครั้ง

8. ให้สมาชิกร่วมกันสรุปความรู้ที่ได้รับในครั้งนี้และสอบถามถึงการนำความรู้ไปใช้ใน ชีวิตประจำวันได้อย่างไรบ้าง หลังจากนั้นผู้วิจัยสรุปประเด็นอีกครั้งและเปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามข้อสงสัยต่างๆ

9. ผู้วิจัยมอบหมายให้ผู้ช่วยและผู้ดูแลทำใบมอบหมายการบ้านครั้งที่ 6/1 ตารางบันทึกกิจกรรมใน 1 วัน เปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามข้อสงสัยและทำความเข้าใจเนื้อหาให้เข้าใจตรงกัน

10. นัดหมาย วัน เวลา ในการทำกิจกรรมครั้งต่อไป

ประเมินผล

ผู้วิจัยเริ่มต้นกิจกรรมด้วยการทบทวนกิจกรรมครั้งที่ 5 วิธีการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติด้านลบ วิธีการอย่างไร ผู้วิจัยกระตุ้นให้สมาชิกแสดงความคิดเห็น และให้สมาชิกได้ตอบคำถามพร้อมกันในกลุ่มก่อน ให้สมาชิกกลุ่มเล่าถึง การบ้านครั้งที่ 5/1 การ์ด “ความคิด” ของฉัน ให้สมาชิกได้เปิดเผยและอภิปรายตามการรับรู้ของตนเองและการประเมินของตนเอง ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามข้อ

ในใบความรู้ที่ 6/1 เรื่องการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมของตนเอง ผู้วิจัยสรุปการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติด้านลบ เพื่อฝึกทักษะการปรับโครงสร้างความคิดใหม่ เป็นการสร้างความคิดใหม่ให้กับผู้ช่วย สมาชิกกลุ่มซักถามข้อสงสัย

ในกิจกรรมที่ 6/1 เรื่องการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมของตนเอง ผู้วิจัยให้สมาชิกกลุ่มยกตัวอย่างเหตุการณ์ที่ทุกขใจหรือไม่สบายใจของตนเอง เชื่อมโยงเหตุการณ์ อารมณ์และพฤติกรรมที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า จากนั้นให้สมาชิกทุกคนค้นหาแนวทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม

แก้ปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ให้สมาชิกในกลุ่มร่วมกันแลกเปลี่ยนแสดงความคิดเห็นกัน
ผู้ป่วยและครอบครัวช่วยกันปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ดังตัวอย่าง เช่น

สถานการณ์ที่เกิดขึ้น “ถูกแม่ตำว่าไม่ทานยาจิตเวช”

ความคิดอัตโนมัติด้านลบที่เกิดขึ้นต่อสถานการณ์ “แม่ไม่เคยเข้าใจตนเอง ดีแต่ตำ”

อารมณ์ “โกรธ เสียใจ ทุกข์ใจ”

พฤติกรรมที่แสดงออก “นอนไม่หลับ ร้องไห้”

ปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมของตนเองใหม่

สถานการณ์ที่เกิดขึ้น “ถูกแม่ตำว่าไม่ทานยาจิตเวช”

หยุดความคิดลบ ปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมใหม่

ความคิดอัตโนมัติด้านลบที่เกิดขึ้นต่อสถานการณ์ “แม่เป็นห่วงเรา อยากให้เราหายป่วย”

อารมณ์ “ทุกข์ใจน้อยลง”

พฤติกรรมที่แสดงออก “ไม่ร้องไห้ พุดคุยกับแม่ด้วยเหตุผล”

เมื่อเสร็จสิ้นกิจกรรมที่ 6/1 เรื่องการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมของตนเอง ผู้วิจัย
ให้สมาชิกในกลุ่มร่วมกันแลกเปลี่ยนแสดงความคิดเห็นกัน ช่วยกันปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม
สมาชิกกลุ่ม ได้แสดงความคิดเห็น เช่น

“เมื่อปรับเปลี่ยนความคิดแล้วรู้สึกดีขึ้น ทุกข์ใจลดลง มองเห็นแนวทางการแก้ไขปัญหามาก
ขึ้น”

“รู้สึกดีขึ้นมากเลยคะ เครียดน้อยลง”

จากนั้นผู้วิจัยกล่าวสรุปเราไม่ควรเชื่อความคิดของตนเองทั้งหมด เนื่องจากความคิดเป็นเพียง
สมมติฐานเท่านั้น ไม่ใช่ความจริง เราต้องประเมินความคิดของเราโดยการตั้งคำถาม ตัวอย่าง เช่น

“อะไรทำให้เราคิดอย่างนั้น มีหลักฐานหรือเหตุผลอะไร”

“การคิดในทางตรงกันข้ามมีหลักฐานไปในอีกทางหนึ่งไหม”

“ถ้าเราเชื่อความคิดนี้จะมีผลอะไรกับชีวิตเรา”

“แต่ถ้าเราเปลี่ยนความคิดจะเกิดผลอะไรขึ้น”

จากนั้นมอบหมายการบ้านครั้งที่ 6/1 ตารางบันทึกกิจกรรม เปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามข้อ
สงสัยและทำความเข้าใจเนื้อหาให้เข้าใจตรงกัน

สัปดาห์ที่ 4

กิจกรรมที่ 7 การเบี่ยงเบนความคิดและฝึกวิธีการผ่อนคลายความเครียด

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล

สถานที่ คลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอ่างทอง

ระยะเวลา 60 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเบี่ยงเบนความคิดและวิธีการคลายเครียด
2. เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวฝึกทักษะการปรับความคิดใหม่และสร้างแรงจูงใจ
3. เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีวิธีการคลายเครียดที่เหมาะสม

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. มีวิธีเบี่ยงเบนความคิดและวิธีการคลายเครียด
2. มีทักษะการปรับความคิดใหม่และสร้างแรงจูงใจ
3. มีวิธีการคลายเครียดที่เหมาะสม

สาระสำคัญ

การเบี่ยงเบนความคิดและวิธีการคลายเครียด ให้ผู้ป่วยและครอบครัว ได้ฝึกทักษะผ่อนคลายความเครียดและลดความกังวล โดยวิธีการผ่อนคลายกล้ามเนื้อส่วนต่างๆ ทำให้ลดการคิดฟุ้งซ่านและลดความวิตกกังวล เกิดสมาธิมากขึ้น และฝึกการกำหนดลมหายใจ ฝึกการพูดกับตนเองทางบวก และการให้กำลังใจตนเองจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนความคิด เพื่อผ่อนคลายความเครียดและลดความกังวล

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. โปสเตอร์แสดงถึงกฎระเบียบในการเข้ากลุ่ม
2. ใบความรู้ที่ 7/1 การเบี่ยงเบนความคิดและวิธีการคลายเครียด
3. ใบงานกิจกรรมที่ 7/1 การฝึกเทคนิคการผ่อนคลายความเครียด
4. ป้ายชื่อสำหรับผู้ป่วย ดินสอ/ปากกา

กิจกรรม

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายสมาชิกในกลุ่มด้วยการเรียกชื่อ แสดงท่าทีที่เป็นกันเอง สนทนาเรื่องทั่วไปก่อนเพื่อเป็นการผ่อนคลาย

2. ผู้วิจัยชี้แจงกฎระเบียบในการเข้ากลุ่ม วัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว โดยเน้นการทำหน้าที่ของครอบครัวในแต่ละกิจกรรม ข้อตกลงในการเข้าร่วมกิจกรรมและประโยชน์ที่จะได้รับโดยให้สมาชิกกลุ่มมีส่วนร่วมและเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มได้ซักถาม

3. ทบทวนกิจกรรมครั้งที่ 6 เราได้พูดคุยถึง เรื่องการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมของตนเองเป็นอย่างไร ให้ผู้ป่วยได้อภิปราย ตามการรับรู้ของผู้ป่วยและการประเมินของตนเอง ผู้วิจัยอภิปรายเรื่องใบมอบหมายการบ้านครั้งที่ 6/1 ตารางบันทึกกิจกรรม ให้ผู้ป่วยได้เปิดเผยและอภิปรายตามการรับรู้ของผู้ป่วยและการประเมินของตนเอง ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามข้อสงสัย จากนั้นผู้วิจัยกล่าวสรุปประเด็น ผู้วิจัยให้สมาชิกแบ่งกลุ่มละ 5 ครอบครัว

4. ผู้วิจัยสอบถามโดยเกริ่นถามกับสมาชิกในกลุ่มว่า “สมาชิกในกลุ่มมีวิธีการการการเบี่ยงเบนความคิดและวิธีการคลายเครียด อย่่างไรกันบ้าง” ผู้วิจัยกระตุ้นให้สมาชิกแสดงความคิดเห็น และให้สมาชิกได้ตอบคำถามพร้อมกันในกลุ่มก่อน

5. ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับการเบี่ยงเบนความคิดและวิธีการคลายเครียด ตามใบความรู้ที่ 7/1 การเบี่ยงเบนความคิดและวิธีการคลายเครียด และให้สมาชิกฝึกปฏิบัติตามใบกิจกรรมที่ 7/1 การฝึกเทคนิคการผ่อนคลายความเครียด

6. ให้สมาชิกร่วมกันสรุปความรู้ที่ได้รับในครั้งนี้อย่างไรบ้าง และสอบถามถึงการนำความรู้ไปใช้ในชีวิตรประจำวันได้อย่างไรบ้าง หลังจากนั้นผู้วิจัยสรุปประเด็นอีกครั้งและเปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามข้อสงสัยต่างๆ

7. นัดหมาย วัน เวลา ในการทำกิจกรรมครั้งต่อไป

ประเมินผล

ให้สมาชิกกลุ่มทบทวนกิจกรรมครั้งที่ 6 เราได้พูดคุยถึงเรื่องการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมของตนเองเป็นอย่างไร เชื่อมโยงตรวจการบ้านครั้งที่ 6/1 ตารางบันทึกกิจกรรมของผู้ป่วย ผู้วิจัยขอยกตัวอย่างผลการดำเนินกิจกรรมที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน ที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเป็นสุขและสำเร็จ ให้สมาชิกภายในกลุ่มได้ฟัง ยกตัวอย่าง เช่น

“วันนี้ตั้งใจจะช่วยแม่ทำกับข้าว หลังจากไม่ได้ช่วยทำมานาน ทำได้และถูกแม่ชม รู้สึกมีความสุข”

“วันนี้ได้เก็บของทำความสะอาดห้องนอนแล้วรู้สึกสำเร็จ มีความสุข ห้องโล่ง สะอาดตา”

“ได้ลองพูดคุยกับเพื่อนที่ป่วยเป็นโรคเดียวกัน ทำให้ได้รับคำแนะนำและวิธีคิดที่แตกต่าง ทำให้รู้สึกสบายใจขึ้น”

ในใบความรู้ที่ 7/1 การเบี่ยงเบนความคิดและวิธีการคลายเครียด ให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้แสดงความคิดเห็น เสนอวิธีการผ่อนคลายความเครียดของแต่ละคน ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามข้อสงสัย จากนั้นผู้วิจัยให้สมาชิกกลุ่มทุกคนฝึกกิจกรรมที่ 7/1 การฝึกเทคนิคการผ่อนคลายความเครียด โดย ยกตัวอย่างวิธีการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และวิธีฝึกการหายใจ เนื่องจากความเครียดมีผลทำให้กล้ามเนื้อหดตัว การคลายกล้ามเนื้อส่วนต่างๆ ทำให้ลดการคิดฟุ้งซ่านและลดความวิตกกังวล เกิดสมาธิมากขึ้น ฝึกการหายใจ โดยใช้กล้ามเนื้อกระบังลมบริเวณหน้าท้องแทนการหายใจโดยใช้กล้ามเนื้อหน้าอกเมื่อหายใจเข้าหน้าท้องจะพองออก และเมื่อหายใจออกหน้าท้องจะยุบลง ซึ่งจะรู้ได้โดยเอามือวางไว้ที่หน้าท้องแล้วคอยสังเกตเวลาหายใจเข้าและหายใจออก หายใจเข้าลึกๆ และซ้ำๆ กลั้นไว้ชั่วครู่แล้วจึงหายใจออก

หลังจากเสร็จกิจกรรมที่ 7/1 สมาชิกได้รับความรู้การเบี่ยงเบนความคิดและวิธีการคลายเครียด และการฝึกเทคนิคการผ่อนคลายความเครียด ให้สมาชิกในกลุ่มแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและแสดงความคิดเห็น ยกตัวอย่าง เช่น

“รู้สึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ สบายตัวขึ้น”

“ได้วิธีคลายความเครียดหลากหลายวิธี”

“จะลองนำไปฝึกใช้ในชีวิตประจำวัน”

สัปดาห์ที่ 4

กิจกรรมครั้งที่ 8 ประเมินผลทบทวนความเข้าใจ

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเวชและผู้ดูแล

สถานที่ คลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอ่างทอง

ระยะเวลา 60 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อประเมินสิ่งที่ผู้ป่วยได้เรียนรู้จากการเข้าร่วมการบำบัด
2. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถนำความรู้ที่ได้ไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. ผู้ป่วยสามารถบอกถึงวิธีการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการทำหน้าที่ของครอบครัวเพื่อลดภาวะซึมเศร้าได้
2. ครอบครัวสามารถบอกถึงหน้าที่ของตนในการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะซึมเศร้าได้

สาระสำคัญ

ประเมินผลทบทวนความเข้าใจ ให้ผู้ป่วยและครอบครัวทบทวนและสรุปเนื้อหาสิ่งที่ได้เรียนรู้จากประสบการณ์ที่ได้รับหลังจากการเข้ารับการบำบัดฯ ครอบครัวมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูทักษะสำคัญในแต่ละกิจกรรมเพื่อเพิ่มความมั่นใจในการนำไปใช้ระหว่างดำเนินชีวิต ให้ผู้ป่วยและครอบครัวช่วยประเมินปัจจัยแวดล้อมที่จะนำมาซึ่งอุปสรรค เพื่อป้องกันความเครียดที่จะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยซึ่งอาจส่งผลให้มีภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น สภาพครอบครัวช่วยสนับสนุนการจัดการกับปัญหาได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และส่งเสริมความสามารถให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าถึงแหล่งทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชน เครือข่ายสุขภาพและแหล่งสนับสนุนทางสังคม

กิจกรรม

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายสมาชิกในกลุ่มด้วยการเรียกชื่อ แสดงท่าทีที่เป็นกันเอง สนทนาเรื่องทั่วไปก่อนเพื่อเป็นการผ่อนคลาย
2. ผู้วิจัยกล่าวเปิดกลุ่ม ทบทวนวัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว โดยเน้นการทำหน้าที่ของครอบครัวในแต่ละกิจกรรม ข้อตกลงในการเข้าร่วมกิจกรรมและประโยชน์ที่จะได้รับโดยให้สมาชิกกลุ่มมีส่วนร่วมและเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มได้ซักถาม
3. ทบทวนกิจกรรมครั้งที่ 7 เราได้พูดคุยถึง เรื่องการเบี่ยงเบนความคิดและวิธีการคลายเครียดตนเอง ให้ผู้ป่วยได้อภิปราย เสนอวิธีการผ่อนคลายความเครียดของผู้ป่วยและการประเมินของตนเอง ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามข้อสงสัย จากนั้นผู้วิจัยกล่าวสรุปประเด็น
4. ผู้วิจัยให้สมาชิกแบ่งกลุ่มละ 5 ครอบครัว แล้วให้สมาชิกภายในกลุ่มร่วมกันประเมินผลลัพธ์ที่ได้จากการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว และประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัวที่เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะซึมเศร้า ตามใบงานกิจกรรมที่ 8/1 สิ่งที่ได้เรียนรู้ สามารถนำไปใช้ประโยชน์อย่างไรในชีวิตประจำวัน
5. ผู้วิจัยให้ตัวแทนกลุ่มแต่ละกลุ่ม พูดสรุปถึงผลลัพธ์ในการจัดการภาวะซึมเศร้าของตนเอง และพูดถึงการทำหน้าที่ของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะซึมเศร้า หลังจากนั้นผู้วิจัยพูดสรุปรวมอีกครั้งถึงผลลัพธ์ที่ได้

6. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัยและทำความเข้าใจเนื้อหาให้เข้าใจตรงกันและร่วมกันสรุป โดยผู้นำกลุ่มกล่าวสรุปเพิ่มเติม

7. ผู้วิจัยให้สมาชิกในกลุ่มร่วมกันอภิปรายสรุป สิ่งที่ได้รับจากการทำกลุ่ม 8 กิจกรรม ว่ามีประโยชน์และสามารถนำความรู้ไปใช้ในชีวิตประจำวันได้อย่างไรบ้าง เปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มกล่าวอ้อมท้อกันและสิ้นสุดกิจกรรม

8. ภายหลังจากเสร็จสิ้นการดำเนินการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว ผู้วิจัยทำการกำกับการทดลองทันที

ประเมินผล

เมื่อดำเนินการมาถึงขั้นตอนสุดท้ายแล้ว ผู้วิจัยทบทวนการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว สรุปผลการดำเนินกิจกรรม เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวซักถามข้อสงสัย บอกสิ่งที่ได้เรียนรู้และประโยชน์ที่ได้รับจากการบำบัดฯ ให้ผู้ป่วยและครอบครัวเล่าถึงสิ่งที่ได้รับจากการบำบัดฯ นำไปใช้อย่างไรบ้าง ผู้ป่วยและครอบครัวได้แสดงความคิดเห็น ยกตัวอย่าง เช่น

“ดีจังเลยทำให้เข้าใจความคิดตนเอง”

“ต่อไปนี้จะไม่คิดแบบเดิมอีกแล้วละ ไม่สบายใจ”

“ภูมิใจที่ได้ทำกิจกรรมกลุ่มสำเร็จ อยากให้จัดกิจกรรมแบบนี้อีก”

ครอบครัวได้แสดงความคิดเห็น ยกตัวอย่าง เช่น

“ทำให้เข้าใจความรู้สึกผู้ป่วยมากขึ้น”

“ไม่เคยรู้เลยว่าลูก คิดอย่างไร”

“ได้แลกเปลี่ยนความคิด ปัญหาที่เกิดขึ้นของแต่ละครอบครัว วิธีคิดแก้ไขปัญหา หาทางออกให้กับตนเองได้”

การกำกับการทดลอง

ภายหลังจากเสร็จสิ้นการดำเนินกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 4 ผู้วิจัยทำการกำกับการทดลองโดยให้ผู้ผู้ป่วยทำแบบประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบทันที ผลการกำกับการทดลองดังตารางที่ 4 และให้ผู้ดูแลทำแบบประเมินทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลทันที ผลการกำกับการทดลองดังตารางที่ 5

ตารางที่ 4 ระดับคะแนนการประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว

คนที่	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
	คะแนน	การแปลผล	คะแนน	การแปลผล
1	99	ไม่ผ่านเกณฑ์	60	ผ่านเกณฑ์
2	101	ไม่ผ่านเกณฑ์	44	ผ่านเกณฑ์
3	86	ไม่ผ่านเกณฑ์	50	ผ่านเกณฑ์
4	88	ไม่ผ่านเกณฑ์	44	ผ่านเกณฑ์
5	101	ไม่ผ่านเกณฑ์	58	ผ่านเกณฑ์
6	123	ไม่ผ่านเกณฑ์	66	ผ่านเกณฑ์
7	87	ไม่ผ่านเกณฑ์	38	ผ่านเกณฑ์
8	117	ไม่ผ่านเกณฑ์	61	ผ่านเกณฑ์
9	93	ไม่ผ่านเกณฑ์	55	ผ่านเกณฑ์
10	84	ไม่ผ่านเกณฑ์	41	ผ่านเกณฑ์
11	86	ไม่ผ่านเกณฑ์	50	ผ่านเกณฑ์
12	97	ไม่ผ่านเกณฑ์	54	ผ่านเกณฑ์
13	113	ไม่ผ่านเกณฑ์	60	ผ่านเกณฑ์
14	92	ไม่ผ่านเกณฑ์	51	ผ่านเกณฑ์
15	100	ไม่ผ่านเกณฑ์	55	ผ่านเกณฑ์
16	100	ไม่ผ่านเกณฑ์	50	ผ่านเกณฑ์
17	93	ไม่ผ่านเกณฑ์	54	ผ่านเกณฑ์
18	88	ไม่ผ่านเกณฑ์	52	ผ่านเกณฑ์
19	89	ไม่ผ่านเกณฑ์	39	ผ่านเกณฑ์
20	94	ไม่ผ่านเกณฑ์	47	ผ่านเกณฑ์

จากตารางที่ 4 พบว่า คะแนนความคิดอัตโนมัติด้านลบของผู้ป่วย ก่อนการทดลองมีคะแนนความคิดอัตโนมัติด้านลบทั้งหมดไม่ผ่านเกณฑ์ คือสูงกว่า 80 คะแนน หลังการทดลองพบว่าผู้ป่วยจิตเภททั้งหมดมีระดับคะแนนความคิดอัตโนมัติด้านลบทั้งหมดผ่านเกณฑ์ มีคะแนนต่ำกว่า 80 คะแนน ซึ่งแสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด

ตารางที่ 5 ระดับคะแนนการประเมินทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว

คนที่	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
	คะแนน	การแปลผล	คะแนน	การแปลผล
1	136	ระดับสูง	156	ระดับสูง
2	144	ระดับสูง	160	ระดับสูง
3	156	ระดับสูง	169	ระดับสูง
4	162	ระดับสูง	169	ระดับสูง
5	147	ระดับสูง	160	ระดับสูง
6	144	ระดับสูง	154	ระดับสูง
7	171	ระดับสูง	173	ระดับสูง
8	142	ระดับสูง	160	ระดับสูง
9	157	ระดับสูง	169	ระดับสูง
10	113	ระดับสูง	133	ระดับสูง
11	143	ระดับสูง	150	ระดับสูง
12	153	ระดับสูง	158	ระดับสูง
13	152	ระดับสูง	161	ระดับสูง
14	104	ระดับสูง	126	ระดับสูง
15	143	ระดับสูง	149	ระดับสูง
16	123	ระดับสูง	138	ระดับสูง
17	135	ระดับสูง	142	ระดับสูง
18	156	ระดับสูง	165	ระดับสูง
19	148	ระดับสูง	152	ระดับสูง
20	98	ระดับสูง	132	ระดับสูง

จากตารางที่ 5 พบว่าหลังได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลอง มีระดับคะแนนการประเมินทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 100 ซึ่งแสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด

3. ระยะเก็บรวบรวมข้อมูล

3.1 ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง ให้ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม ข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (1967)

3.2 หลังสิ้นสุดการได้รับการบำบัดฯ ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองทำแบบประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบทันที และผู้ดูแลทำแบบวัดทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภททันที

3.3 หลังจาก 1 สัปดาห์ ผู้วิจัยติดตามให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทำประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (1967) (Post-test) และเก็บรวบรวมข้อมูล ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลในแบบสอบถามทุกชุดก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติ โดยนำข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลองมาคำนวณหาค่าทางสถิติ ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยนำมาแจกแจงความถี่ และคำนวณร้อยละ
2. ค่าคะแนนมาตรวัดคะแนนซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มก่อนและกลุ่มหลังได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว และกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับการพยาบาลปกติ ใช้สถิติทดสอบที (Paired Sample t-test)
3. ค่าคะแนนมาตรวัดคะแนนซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลองใช้สถิติทดสอบที (Independent t-test)
4. กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท ตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD - 10 ที่มีภาวะซึมเศร้า อาศัยอยู่ในชุมชนของจังหวัดอ่างทอง และมารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกแผนกจิตเวชโรงพยาบาลอ่างทอง และผู้ดูแลหลักที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นระยะเวลามากกว่า 6 เดือน โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์คัดเลือก กำหนดกลุ่มตัวอย่าง 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน กลุ่มควบคุม 20 คน ใช้วิธีการจับคู่ (Matched paired) ระยะเวลาการเจ็บป่วย และระดับคะแนนภาวะซึมเศร้า โดยเก็บข้อมูลระหว่างเดือนพฤศจิกายน ถึงเดือนธันวาคม 2561

สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปแบบตาราง ประกอบคำบรรยาย โดยนำเสนอรายละเอียดตามลำดับ ดังนี้

- ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง
- ส่วนที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วย
- ส่วนที่ 3 ค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
- ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังทดลอง
- ส่วนที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ ระยะเวลาที่เจ็บป่วย ลักษณะการอยู่อาศัย

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		รวม (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	13	65.00	10	50.00	23	57.50
หญิง	7	35.00	10	50.00	17	42.50
อายุ (ปี)						
ต่ำกว่า 29	3	15.00	5	25.00	8	20.00
30-39	4	20.00	5	25.00	9	22.50
40-49	9	45.00	6	30.00	15	37.50
50-59	4	20.00	4	20.00	8	20.00
สถานภาพสมรส						
โสด	11	55.00	10	50.00	21	52.50
คู่	4	20.00	10	50.00	14	35.00
หย่า	2	10.00	0	0	2	5.00
แยกกันอยู่	3	15.00	0	0	3	7.50
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา	7	35.00	6	30.00	13	32.50
มัธยมศึกษาต้น	7	35.00	7	35.00	14	35.00
มัธยมปลาย	5	25.00	6	30.00	11	27.50
อนุปริญญา	1	5.00	1	5.00	2	5.00
อาชีพ						
ว่างงาน	7	35.00	6	30.00	13	32.50
รับจ้างทั่วไป	7	35.00	10	50.00	17	42.50
เกษตรกรกรรม	1	5.00	2	10.00	3	7.50
ค้าขาย	3	15.00	0	0	3	7.50
รับราชการ	1	5.00	1	5.00	2	5.00
ธุรกิจส่วนตัว	1	5.00	1	5.00	2	5.00

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		รวม (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาในการเจ็บป่วย						
1 – 5 ปี	6	30.00	6	30.00	12	30.00
6 – 10 ปี	9	45.00	9	45.00	18	45.00
11 - 15 ปี	0	0	0	0	0	0
16 – 20 ปี	4	20.00	4	20.00	8	20.00
21 ปีขึ้นไป	1	5.00	1	5.00	2	5.00
ลักษณะการอยู่อาศัย						
อยู่กับคู่สมรส 2 คน	1	5.00	2	10.00	3	7.50
อยู่กับคู่สมรสและบุตร	0	0	4	20.00	4	10.00
อยู่กับคู่สมรส บุตร และหลาน	1	5.00	1	5.00	2	5.00
อยู่กับบุตรหลาน	0	0	1	5.00	1	2.50
อยู่กับญาติพี่น้อง	18	90.00	12	60.00	30	75.00

จากตารางที่ 6 แสดงให้เห็นถึงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 57.50 มีอายุอยู่ระหว่าง 40-49 ปี คิดเป็นร้อยละ 37.50 สถานภาพโสด คิดเป็นร้อยละ 52.50 ระดับการศึกษามัธยมศึกษาต้น คิดเป็นร้อยละ 35.00 อาชีพรับจ้างทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 42.50 ระยะเวลาในการเจ็บป่วย 6-10 ปี คิดเป็นร้อยละ 45.00 ลักษณะการอยู่อาศัยอยู่กับญาติพี่น้อง คิดเป็นร้อยละ 75.00

ส่วนที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วย

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย และลักษณะการอยู่อาศัย

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		รวม (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	7	35.00	8	40.00	15.00	37.50
หญิง	13	65.00	12	60.00	25.00	62.50

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		รวม (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)						
ต่ำกว่า 29	2	10.00	4	20.00	6	15.00
30-39	3	15.00	3	15.00	6	15.00
40-49	1	5.00	5	25.00	6	15.00
50-59	4	20.00	8	40.00	12	30.00
สูงกว่า 59	10	50.00	0	0	10	25.00
สถานภาพสมรส						
โสด	4	20.00	5	25.00	9	22.50
คู่	9	45.00	12	60.00	21	52.50
หม้าย	4	20.00	3	15.00	7	17.50
หย่า	3	15.00	0	0	3	7.50
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา	13	65.00	7	35.00	20	50.00
มัธยมศึกษาต้น	3	15.00	6	30.00	9	22.5
มัธยมปลาย	1	5.00	2	10.00	3	7.50
อนุปริญญา	2	10.00	2	10.00	4	10.00
ปริญญาตรี	1	5.00	3	15.00	4	10.00
อาชีพ						
ว่างงาน	5	25.00	5	25.00	10	25.00
รับจ้างทั่วไป	7	35.00	8	40.00	15	37.50
เกษตรกรกรรม	2	10.00	1	5.00	3	7.50
ค้าขาย	4	20.00	4	20.00	8	20.00
รับราชการ	1	5.00	1	5.00	2	5.00
ธุรกิจส่วนตัว	1	5.00	1	5.00	2	5.00
ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย (ปี)						
1-5	10	50.00	11	55.00	21	52.50
6-10	6	30.00	9	45.00	15	37.50
11-15	0	0	0	0	0	0

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		รวม (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
16-20	4	20.00	0	0	4	10.00
21 ปีขึ้นไป	0	0	0	0	0	0
ลักษณะการอยู่อาศัย						
อยู่กับคู่สมรส 2 คน	1	5.00	0	0	1	2.50
อยู่กับคู่สมรสและบุตร	2	10.00	6	30.00	8	20.00
อยู่กับคู่สมรส บุตร และหลาน	4	20.00	2	10.00	6	15.00
อยู่กับบุตรหลาน	3	15.00	1	5.00	4	10.00
อยู่กับญาติพี่น้อง	10	50.00	11	55.00	21	52.50

จากตารางที่ 7 แสดงให้เห็นถึงจำนวนและร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วย จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 62.50 มีอายุอยู่ระหว่าง 50 - 59 ปี คิดเป็นร้อยละ 30.00 สถานภาพคู่ คิดเป็นร้อยละ 52.50 ระดับการศึกษาประถมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 50.00 อาชีพรับจ้างทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 37.50 ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 6 - 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 37.50 ลักษณะการอยู่อาศัยอยู่กับญาติพี่น้อง คิดเป็นร้อยละ 52

ส่วนที่ 3 ค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังทดลองของกลุ่มทดลอง
และกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังทดลอง
ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คู่มือ	ก่อนทดลอง				หลังทดลอง			
	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	คะแนน	ระดับ	คะแนน	ระดับ	คะแนน	ระดับ	คะแนน	ระดับ
1	19.00	ปานกลาง	18.00	ปานกลาง	11.00	เล็กน้อย	20.00	มาก
2	20.00	มาก	20.00	มาก	14.00	เล็กน้อย	25.00	มาก
3	13.00	เล็กน้อย	13.00	เล็กน้อย	6.00	ปกติ	16.00	ปานกลาง
4	16.00	ปานกลาง	17.00	ปานกลาง	8.00	ปกติ	20.00	มาก
5	25.00	มาก	28.00	มาก	15.00	เล็กน้อย	30.00	รุนแรง
6	25.00	มาก	22.00	มาก	17.00	ปานกลาง	23.00	มาก
7	11.00	เล็กน้อย	10.00	เล็กน้อย	5.00	ปกติ	14.00	เล็กน้อย
8	28.00	มาก	29.00	มาก	19.00	ปานกลาง	33.00	รุนแรง
9	25.00	มาก	24.00	มาก	16.00	ปานกลาง	26.00	มาก
10	13.00	เล็กน้อย	12.00	เล็กน้อย	3.00	ปกติ	16.00	ปานกลาง
11	10.00	เล็กน้อย	11.00	เล็กน้อย	5.00	ปกติ	17.00	ปานกลาง
12	19.00	ปานกลาง	18.00	ปานกลาง	10.00	เล็กน้อย	19.00	ปานกลาง
13	24.00	มาก	21.00	มาก	19.00	ปานกลาง	22.00	มาก
14	17.00	ปานกลาง	16.00	ปานกลาง	9.00	ปกติ	21.00	มาก
15	20.00	มาก	25.00	มาก	10.00	เล็กน้อย	27.00	มาก
16	23.00	มาก	20.00	มาก	12.00	เล็กน้อย	24.00	มาก
17	18.00	ปานกลาง	17.00	ปานกลาง	11.00	เล็กน้อย	19.00	ปานกลาง
18	19.00	ปานกลาง	19.00	ปานกลาง	9.00	ปกติ	21.00	มาก
19	13.00	เล็กน้อย	14.00	เล็กน้อย	7.00	ปกติ	18.00	ปานกลาง
20	13.00	เล็กน้อย	15.00	เล็กน้อย	7.00	ปกติ	18.00	ปานกลาง
\bar{x}	18.55	ปานกลาง	18.45	ปานกลาง	10.65	เล็กน้อย	21.45	มาก
SD	5.28		5.34		4.73		4.90	

จากตารางที่ 8 พบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าก่อนการทดลองของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมเท่ากับ 18.55 และ 18.45 ตามลำดับ หลังการทดลอง คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมเท่ากับ 10.65 และ 21.45 พบว่าภายหลังการทดลอง ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท มีคะแนนภาวะซึมเศร่าลดลงทุกราย คิดเป็นร้อยละ 100 และในกลุ่มควบคุมมีคะแนนภาวะซึมเศร้าสูงขึ้นทุกราย คิดเป็นร้อยละ 100

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังทดลอง

ตารางที่ 9 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังทดลอง

ภาวะซึมเศร้า	\bar{X}	S.D.	ระดับ	df	t	p-value
กลุ่มทดลอง						
ก่อนการทดลอง	18.55	5.28	ปานกลาง	19	19.28	< .001
หลังการทดลอง	10.65	4.73	เล็กน้อย			
กลุ่มควบคุม						
ก่อนการทดลอง	18.45	5.34	ปานกลาง	19	-9.24	< .001
หลังการทดลอง	21.45	4.90	มาก			

จากตารางที่ 9 พบว่า ค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ได้รับการพยาบาลตามปกติในกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ($t = -9.24$, $df = 19$, $p < .001$) ส่วนผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวในกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ($t = 19.28$, $df = 19$, $p < .001$) โดยค่าเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนภายหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1 นั่นคือ ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ภายหลังได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่ำกว่าก่อนได้รับการบำบัด

ส่วนที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง

ตารางที่ 10 ผลการวิเคราะห์และเปรียบเทียบคะแนนอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ภาวะซึมเศร้า	n	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	df	p-value
		\bar{x}	SD	\bar{x}	SD			
ก่อนทดลอง	20	18.55	5.28	18.45	4.73	.606	38	.953
หลังทดลอง	20	10.65	4.73	21.45	4.90	7.099	38	< .001

จากตารางที่ 10 พบว่า ก่อนการทดลอง ค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = .606$, $df = 38$, $p = .953$) แต่ภายหลังการทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 7.099$, $df = 38$, $p < .001$) โดยค่าเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{X} = 10.65$ และ 21.45 ตามลำดับ) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2 นั่นคือ ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่ำกว่าจากกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest control group design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน โรงพยาบาลอ่างทอง ตัวแปรต้น คือ การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว และตัวแปรตาม คือ ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภท

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ก่อนและหลังได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว
2. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน หลังได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่ำกว่าก่อนได้รับการบำบัดฯ
2. ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน กลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท ตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD - 10 ที่มีภาวะซึมเศร้า อาศัยอยู่ในชุมชนของจังหวัดอ่างทอง และมารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกแผนกจิตเวชโรงพยาบาลอ่างทอง มีอายุ 20 - 59 ปี มีผู้ดูแลหลักที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นระยะเวลามากกว่า 6 เดือน โดยผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิตไม่รุนแรงคะแนน BPRS อยู่ในระดับน้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 คะแนน (ภิญญ์ณภัส พันธุ์ดนตรี, 2554) และมีคะแนนภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงระดับมาก (10-29 คะแนน) โดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (1967) ซึ่งแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดยมุกดา ศรียงค์ (2522, อ้างถึงในพรเพ็ญ อารีกิจ, 2554)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ประกอบด้วย

1. เครื่องมือดำเนินการทดลอง คือการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว ตามแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางความคิดพฤติกรรมของ Beck et al., (1979) ผสมผสานแนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวของ Friedman (2003)
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
 - 2.1 ประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภท
 - 2.2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (1967) โดยตรวจสอบความตรงของเนื้อหา(CVI : content validity Index) ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1.00 ค่าความเที่ยง (Reliability) ได้เท่ากับ .89
3. เครื่องมือกำกับการวิจัย
 - 3.1 แบบประเมินความคิดอัตโนมัติในด้านลบของ Hollon & Kendall (1980) โดยตรวจสอบความตรงของเนื้อหา(CVI : content validity Index) ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .98 ค่าความเที่ยง (Reliability) ได้เท่ากับ .95
 - 3.2 แบบวัดทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทตามแนวคิดของ Dreyfus & Dreyfus (1986) โดยตรวจสอบความตรงของเนื้อหา(CVI : content validity Index) ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .98 ค่าความเที่ยง (Reliability) ได้เท่ากับ .93

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

1. ระยะเตรียมการวิจัย

1) ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของผู้วิจัย โดยศึกษาจากตำรา เอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว ลงทะเบียนเรียนวิชาสุขภาพจิตและจิตเวชทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ จำนวน 6 หน่วยกิต และวิชาให้คำปรึกษาทางการพยาบาลจำนวน 3 หน่วยกิต ได้ผ่านการอบรมการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ณ โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา จังหวัดสงขลาเป็นเวลา 4 วัน ซึ่งทำให้ผู้วิจัยมีทักษะและมีความมั่นใจที่จะดำเนินการใช้การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว

2) พัฒนาการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว จัดทำแผนดำเนินการวิจัย และเตรียมเครื่องมือ ได้แก่

1. การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว
2. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย และผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

3. แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (1967)

3) ผู้วิจัยส่งโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ที่ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการบริหารหลักสูตร แก่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลอ่างทอง เตรียมสถานที่ในการทำวิจัย โดยทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมด้วยโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์และหนังสือจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเลขที่ ATGEC54/2561 ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลอ่างทอง จังหวัดอ่างทอง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การศึกษาและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล ณ แผนกจิตเวชผู้ป่วยนอก

4) เมื่อได้รับอนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลอ่างทอง ผู้วิจัยแนะนำตัว แจ้งรายละเอียดในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแก่หัวหน้าแผนกจิตเวชผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอ่างทอง ขออนุญาตศึกษาสถิติแฟ้มประวัติและทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้ากลุ่ม

5) เตรียมกลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยแนะนำตัว แจ้งรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูลแก่หัวหน้าฝ่ายเวชระเบียน ขอความร่วมมือให้ผู้ป่วยทำแบบประเมินภาวะซึมเศร้า ของ Beck (1967) และแบบประเมินอาการทางจิต (BPRS)

6) ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 40 คน แล้วสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน ตามขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง และให้ข้อมูลสำหรับกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับการทำวิจัย แจ้งวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการทำวิจัย การพิทักษ์กลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการวิจัย แล้วลงชื่อในใบยินยอมของประชากรกลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

7) เตรียมผู้ช่วยวิจัยจำนวน 1 คน ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ มีประสบการณ์ในการทำกลุ่มบำบัดและผ่านการอบรมด้านสุขภาพจิตและจิตเวช เพื่อช่วยในการจัดบันทึก เก็บข้อมูล และเป็นผู้ช่วยผู้นำกลุ่มในการดำเนินการทดลองโดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ กิจกรรมต่าง ๆ ในการบำบัดฯ รายละเอียดของเครื่องมือ และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย

8) ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง โดยแนะนำตนเอง แจ้งวัตถุประสงค์ของการศึกษา ขั้นตอนขอบเขต และระยะเวลาของการวิจัย เพื่อให้ผู้ป่วยทราบข้อมูล เกิดความไว้วางใจและร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย โดยให้ข้อมูลเรื่องการพิทักษ์สิทธิ์กับกลุ่มตัวอย่าง พร้อมกับให้ลงชื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นผู้วิจัยจับคู่ผู้ป่วยด้วย ระดับคะแนนภาวะซึมเศร้า และระยะเวลาการเจ็บป่วย แล้วจึงสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทีละคู่ นัดหมายวัน เวลา และสถานที่ในการเข้าร่วมการบำบัดฯ

2. ระยะดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างกำหนด 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยให้กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว โดยมีผู้วิจัยเป็นผู้นำกลุ่มและผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม แบ่งกลุ่มทดลองออกเป็นกลุ่ม

ละ 10 คน โดยที่กลุ่มที่ 1 ดำเนินกิจกรรมในเช้าวันจันทร์และวันอังคาร และกลุ่มที่ 2 ดำเนินกิจกรรมในบ่ายวันจันทร์และวันอังคาร โดยการสอบถามความสนใจและความสะดวกของกลุ่มตัวอย่าง ดำเนินกิจกรรมกลุ่ม สัปดาห์ละ 2 ครั้ง นานครั้งละ 60-90 นาที ระยะเวลาดำเนินกิจกรรมทั้งสิ้น 4 สัปดาห์

2.1 กลุ่มควบคุม ให้กลุ่มควบคุมตอบแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภท และประเมินตนเอง แบบประเมินความคิดอัตโนมัติในด้านลบ ผู้วิจัยให้ข้อมูลกับกลุ่มควบคุมถึงการได้รับการกิจกรรมการพยาบาลตามปกติเมื่อมาติดตามการรักษาที่แผนกจิตเวชผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลอ่างทอง ซึ่งได้แก่ การตรวจคัดกรอง ประเมินอาการของการเจ็บป่วย การให้คำแนะนำเรื่องการใช้จ่าย การให้คำปรึกษาตามความต้องการของผู้ป่วยหรือในรายที่มีปัญหาซับซ้อน นัดหมายกลุ่มควบคุมอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 4 เก็บรวบรวมข้อมูลติดตามประเมินผล 1 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่าง โดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (1967) และแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าสิ้นสุดการดำเนินกิจกรรม

2.2 กลุ่มทดลอง ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภท แบบประเมินความคิดอัตโนมัติในด้านลบและแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (1967) ได้รับการพยาบาลตามปกติ และได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว ผู้วิจัยดำเนินชี้แจงให้สมาชิกกลุ่มเข้าใจถึงข้อตกลงเบื้องต้นของกลุ่มเกี่ยวกับบทบาทของสมาชิกกลุ่มเข้าใจกฎพื้นฐานของกลุ่ม การรักษาความลับของสมาชิกกลุ่มรวมถึงการชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับตาราง วันเวลา จำนวนครั้ง ระยะเวลารูปแบบในการบำบัดแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มบำบัด จากนั้นเก็บข้อมูลกิจกรรมครั้งที่ 8 และแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าสิ้นสุดการดำเนินกิจกรรม

3. ระยะสรุปผลการดำเนินกิจกรรม

ผู้วิจัยให้ผู้ตอบแบบสอบถามก่อนการศึกษา (Pre-test) ก่อนการทำกิจกรรม 1 สัปดาห์ ในวันที่ 29 ตุลาคม 2561 โดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (1967) และแบบประเมินความคิดอัตโนมัติในด้านลบ ส่วนผู้ดูแลทำแบบวัดทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภท หลังดำเนินกิจกรรมครบทั้ง 8 กิจกรรม ให้กลุ่มทดลองทำแบบประเมินความคิดอัตโนมัติในด้านลบทันที และผู้ดูแลทำแบบวัดทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภททันที จากนั้นอีก 1 สัปดาห์ ในวันที่ 3 และ 4 ธันวาคม 2561 ผู้วิจัยทำการวัดผลตัวแปรตาม โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (1967) (Post-test) และเก็บรวบรวมข้อมูล แจ้งให้ผู้ป่วยทราบว่าได้สิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งแสดงความขอบคุณ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติ โดยนำข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลองมาคำนวณหาค่าทางสถิติ ดังนี้

- 1) ข้อมูลส่วนบุคคล นำมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย

2) ค่าคะแนนมาตรวัดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มก่อนและหลังได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว และกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับการพยาบาลปกติ โดยใช้สถิติทดสอบที (Paired Sample t-test)

3) ค่าคะแนนมาตรวัดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติทดสอบที (Independent t-test)

กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สรุปผลการวิจัย

จากการวิจัยผลของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน สามารถสรุปผลการวิจัย ได้ดังนี้

1. ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ภายหลังจากได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่ำกว่าก่อนได้รับการบำบัดฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่ำกว่าจากกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปผลการวิจัยในครั้งนี้เป็นไปตามสมมติฐานในการวิจัย ดังนี้

1. ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว มีคะแนนซึมเศร้าต่ำกว่าก่อนได้รับการบำบัดฯ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1

2. ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวมีคะแนนซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า การให้การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวสามารถช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีภาวะซึมเศร้ามลดลง จากแนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมของ Beck et al., (1979) ร่วมกับการใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวของ Friedman (2003) โดยครอบครัวสามารถมีส่วนร่วมในการตัดสินใจกระบวนการรักษาทุกๆ ขั้นตอนของความเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว เริ่มตั้งแต่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน รักษา และการฟื้นฟู ซึ่งประกอบด้วยการมีส่วนร่วม 6 ขั้นตอน คือ 1) ครอบครัวสามารถมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ ส่งเสริมการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วยตั้งแต่ในระยะแรก 2) ครอบครัวสามารถมีส่วนร่วมในการค้นหาอาการ การเจ็บป่วย เริ่มตั้งแต่การประเมินพฤติกรรมสุขภาพ ความรุนแรงของโรค 3) ครอบครัวสามารถมีส่วนร่วมในการแสวงหาแหล่งช่วยเหลือ การดูแล การรักษาพยาบาล ความต้องการข้อมูลคำแนะนำ ความต้องการการได้รับการ

ดูแลจากบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อนำไปใช้ในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน 4) ครอบครัวสามารถมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือเบื้องต้น การรักษาพยาบาลเบื้องต้น เพื่อให้ได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสมตามความรุนแรงของโรค 5) ครอบครัวสามารถมีส่วนร่วมในการตอบสนองการเจ็บป่วยของผู้ป่วย โดยเริ่มตั้งแต่การได้รับการดูแลจากทีมสุขภาพดูแลผู้ป่วยมีภาวะต้องพึ่งพา 6) ครอบครัวสามารถมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสภาพครอบครัว ครอบครัวจะช่วยฟื้นฟูสมาชิกที่ได้รับผลกระทบให้หายเจ็บป่วย ซึ่งจากการวิเคราะห์บทบาทของครอบครัวที่มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพในระยะต่างๆของความเจ็บป่วย จะเห็นได้ว่าครอบครัวมีความสำคัญในการช่วยให้บุคคลมีสุขภาพดี ป้องกันการเจ็บป่วย การรักษา จนถึงการฟื้นฟูสุขภาพ การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยจิตเภทต้องกระทำร่วมกับการกระตุ้นให้ครอบครัวหรือผู้ดูแลมีส่วนร่วมด้วยเสมอ เพื่อที่จะส่งผลให้ครอบครัวสามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมป้องกันการเจ็บป่วยซ้ำที่ถูกต้องและเหมาะสม

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการใช้การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ผู้วิจัยขออภิปรายผลการวิจัยโดยจำแนกออกเป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

จากผลการวิจัยดังกล่าวอภิปรายได้ว่า ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่เป็นเพศชาย กลุ่มตัวอย่างพบมากที่สุดในช่วงอายุ 40-49 ปี ซึ่งสอดคล้องกับหลักฐานทางวิชาการเกี่ยวกับอัตราการเกิดโรคที่พบผู้ป่วยโรคจิตเภทจำนวนมากอยู่ในช่วงอายุ 15-54 ปี ส่วนใหญ่เริ่มมีอาการช่วงวัยรุ่น (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2558) ส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด เนื่องจาก อาการของโรคจิตเภท ที่มีความผิดปกติของคำพูดและพฤติกรรม พูดน้อย แยกตัว ขาดความสนใจในการทำกิจกรรม ส่งผลให้มีปัญหาในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น จากการศึกษาของ Hafner และคณะ (1999) และ Robert (2006) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกจะมีอาการทางลบสูงถึง 30-50% สอดคล้องกับรายงานของกรมสุขภาพจิตในปี 2554 ระบุว่าผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของประเทศไทย ประมาณ 30% มีอาการทางลบลักษณะต่าง ๆ ได้แก่ มีสีหน้าเฉยเมย ไม่พูดจา มีความพร้อมด้านการเข้าสังคม การงานและการประกอบอาชีพ ขาดทักษะในการดำเนินชีวิตและการทำกิจวัตรประจำวัน การสื่อสาร และการอยู่ร่วมกับผู้อื่น (สำนักพัฒนากรมสุขภาพจิต, 2554) และผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างทั่วไป และมีลักษณะการอยู่อาศัยอยู่กับญาติพี่น้อง ตามนโยบายของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขซึ่งเน้นการดูแลที่บ้านและในชุมชน

ตอนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วย

จากผลการวิจัยดังกล่าวอภิปรายได้ว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง สอดคล้องกับการศึกษา หลาย ๆ งานที่พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่เป็นบิดาหรือมารดาร้อยละ 41.40 (อรสา วัฒนศิริ และเสาวภา ศรีภลิตโต, 2556) มีสถานภาพสมรสคู่ ระดับการศึกษาประถมศึกษา อาชีพรับจ้างทั่วไป ลักษณะการอยู่อาศัยอยู่กับญาติพี่น้อง ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 6 – 10 ปี ซึ่งถือว่าใช้ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยมานาน ซึ่งทำให้ผู้ดูแลได้เรียนรู้ถึงวิธีการดูแล สามารถปรับตัวในการดูแลผู้ป่วย แต่ก็อาจทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่าย และเกิดความเครียดตามมา (มยุรี กลั้ววงศ์, 2552)

ตอนที่ 3 ผลของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

จากการศึกษาผลของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ผลการวิจัยครั้งนี้สนับสนุนสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ กล่าวคือ

1. ค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t=19.28$) โดยค่าเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนภายหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1 นั่นคือภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ภายหลังได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่ำกว่าก่อนได้รับการบำบัดฯ สอดคล้องกับงานวิจัยของพรเพ็ญ อารีกิจ, 2554 พบว่าเมื่อสิ้นสุดการทดลองภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเจริญสติอ่อนกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสอดคล้องกับงานวิจัยของวัชรีย์ แสงสาย, 2556 พบว่าภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t=6.82$)

2. ค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่ต่างกัน แต่ภายหลังการทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยค่าเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ($t=7.099$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2 นั่นคือภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

จากที่พบว่าทำให้การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวสามารถช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีภาวะซึมเศร้าลดลง สอดคล้องกับงานวิจัยของ วัชนี หัตถพนม และคณะ (2555) ศึกษาประสิทธิผลของกลุ่มการปรับความคิดและพฤติกรรมบำบัดที่มีต่อความคิดอัตโนมัติ การวิจัยเชิงทดลอง เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยใน (โรคจิต โรคซึมเศร้า และปัญหาการใช้ยาเสพติด หรือ สุรา) ของโรงพยาบาลที่มีอาการซึมเศร้าและมีผลประเมินจากแบบวัดภาวะซึมเศร้า Thai Depression Inventory ตั้งแต่ 21 คะแนนขึ้นไป คัดเลือกตัวอย่างแบบสุ่ม เพื่อเข้ารับการบำบัดกลุ่มทดลองได้รับการบำบัดด้วยกลุ่ม CBT 5 ครั้ง ๆ ละ 60-90 นาที และกลุ่มควบคุมได้รับการบำบัดด้วยกลุ่มจิตบำบัดประคับประคอง สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ๆ ละ 60 นาที ประเมินผลด้านความคิดอัตโนมัติด้านลบ ภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังทดลอง และติดตามผลภายหลังการทดลอง 1,3 เดือน พบว่า กลุ่มบำบัด CBT ช่วยลดความคิดอัตโนมัติด้านลบและภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่ม และลดการกลับมารักษาซ้ำเป็นผู้ป่วยหลังจำหน่าย 6 เดือนได้มากกว่ากลุ่มควบคุมถึง 2 เท่า และสอดคล้องกับงานวิจัยของ Turkington, Kingdon & Turner (2002) ศึกษารูปแบบการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยจิตเภทชุมชน ประกอบด้วย การประเมินและการจูงใจ การทำ case formulation ทำให้ผู้ป่วยยอมรับและปฏิบัติตามรวมกับการรับประทานยาตามคำแนะนำของแพทย์ (adherence) การจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยจะมาพบพยาบาลทั้งหมด 6 ครั้ง กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดกว่า 422 ราย ภายในระยะเวลา 2-3 เดือน หลังการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีอาการทางลบลดลง และช่วยลดอัตราการกลับเข้ารับรักษาซ้ำหลังจากติดตามผลในช่วงระยะเวลา 1 ปี พบว่า การรับรู้การเจ็บป่วยและเข้าใจความเจ็บป่วยของตนเอง (insight) และภาระในการดูแลรวมทั้งลักษณะอาการทางลบดีขึ้น

เนื่องจากการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมจากแนวคิดของเบค (1979) (CBT: Cognitive Behavior Therapy) เป็นการบำบัดรูปแบบหนึ่งที่มีโครงสร้างมีทิศทางและมีเป้าหมายของการรักษา เพื่อการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมหรือเป็นปัญหา โดยการใช้กระบวนการและเทคนิคของการเรียนรู้มาใช้ในการปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อของบุคคลที่ไม่ถูกต้องช่วยให้เปลี่ยนเป็นความคิดที่ถูกต้อง เหมาะสม เข้าใจสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริงและเรียนรู้ที่จะจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสม สามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ดีขึ้น ส่งผลให้อารมณ์ซึมเศร้าลดลง (อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, 2549) และจากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยยังพบว่า การมีส่วนร่วมจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท เพราะครอบครัวมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยในเรื่องต่างๆ รวมถึงการรักษาอย่างต่อเนื่องเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้และยังช่วยลดอาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้นได้ (ศิริจิต สุทธิจิตต์และสุตรัก พิละกันทา, 2553) ครอบครัวจะช่วยในการพูดคุย แนะนำวิธีแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นร่วมกับผู้ป่วยให้ความรักความอบอุ่น จึงทำให้ช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้

ดังนั้นผลการวิจัยที่พบจึงสามารถสรุปได้ว่า แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางความคิดพฤติกรรม Beck et al., (1979) ร่วมกับการใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวของ Friedman (2003) โดยครอบครัวสามารถมีส่วนร่วมในการดำเนินการกิจกรรมตามการบำบัดให้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะซึมเศร้าเป็นรายกลุ่ม จำนวน 8 กิจกรรม โดยมีรายละเอียดของการดำเนินการดังนี้

การสร้างสัมพันธภาพร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว เป็นการเตรียมความพร้อมในการบำบัด ประกอบด้วย การแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ การพูดคุยให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความไว้วางใจและให้ความร่วมมือในการบำบัดรักษา เมื่อผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับอาการของตนเองจะช่วยให้มีความหวังว่าการบำบัดสามารถช่วยให้ผู้ป่วยกลับเป็นปกติได้ ให้ความร่วมมือในการบำบัด ทำให้การบำบัดได้ผลดีขึ้น จากการศึกษาของ ศิริลักษณ์ ปัญญา (2558) พบว่าการส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้พูดคุยทำความเข้าใจกัน การสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลสามารถช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้ ซึ่งการสร้างสัมพันธภาพเป็นกิจกรรมที่พยาบาลปฏิบัติในระยะแรกให้กับผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าจากแนวคิดของ Doona (1979)

การเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท ภาวะซึมเศร้า ทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์ พฤติกรรม ผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และทักษะการสังเกตอาการเตือน (warning signs) และจัดการกับอาการเตือน การเฝ้าระวังความคิดฆ่าตัวตาย สังเกตความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย วิธีการจัดการอาการเบื้องต้นได้ ความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์ ความรู้สึกพฤติกรรม ตามสถานการณ์จริง ให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้บอกความรู้สึกต่อการเจ็บป่วย ความเชื่อและเจตคติ ร่วมกันค้นหาปัญหาความต้องการระบุปัญหา เมื่อผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับอาการของตนเองจะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้เรียนรู้และเข้าใจสาเหตุของการเจ็บป่วยได้ดีขึ้น จากการศึกษาของ เอื้อญาติ ชูชื่น (2557) ระบุว่า กำลังใจจากครอบครัวส่งผลให้เกิดความรู้สึกการมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น ซึ่งการที่ครอบครัวใส่ใจและมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีคุณค่า ซึ่งส่งผลให้ภาวะซึมเศร้ามลดลงได้

การค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยทางจิต การค้นหาความคิดอัตโนมัติที่สำคัญคือ การใช้คำถามเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้ตอบคำถามและค้นพบความคิดอัตโนมัติของตนเอง (Beck, 1976) ผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ฝึกค้นหาความคิดอัตโนมัติด้านลบ และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากความคิดอัตโนมัติด้านลบ เชื่อมโยงกับสถานการณ์จริงที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าด้วยการนำรูปแบบ A-B-C Model มาอธิบายความสัมพันธ์ของเหตุการณ์ A คือ เหตุการณ์กระตุ้น ซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกสับสนหรือทุกข์ใจ B คือ ความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้นขณะเกิดเหตุการณ์อันเป็นผลมาจากความเชื่อที่ผู้ป่วยยึดถืออยู่ และ C

คือ อารมณ์และพฤติกรรมที่ตามมา ครอบครัวช่วยให้ผู้ป่วยค้นหาความคิดอัตโนมัติด้านลบ เพื่อเป็นแรงสนับสนุนให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ส่งผลต่อการลดลงของภาวะซึมเศร้า

การตรวจสอบความคิดอัตโนมัติด้านลบ ในการวิจัยนี้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ตรวจสอบความคิดอัตโนมัติด้านลบที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า มีตรวจสอบความถูกต้องของความคิดอัตโนมัติด้านลบ โดยใช้หลักฐานที่สนับสนุนและคัดค้านความคิดอัตโนมัติด้านลบ ให้ผู้ป่วยสามารถประเมินตนเองตามความเป็นจริงและพิจารณาผลลัพธ์ที่เกิดจากการกระทำ ครอบครัวรู้ถึงลักษณะความคิดอัตโนมัติด้านลบที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนความคิด สอดคล้องกับการศึกษาของ Seok et. al., (2003) การเปลี่ยนแปลงของความคิดอัตโนมัติ ความบกพร่องของทัศนคติและอาการของภาวะซึมเศร้า โดยการใช้กลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยซึมเศร้า พบว่ากลุ่มบำบัด ฯ ช่วยลดความคิดอัตโนมัติด้านลบและเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติและความบกพร่องในเรื่องทัศนคติ ส่งผลต่อการลดลงของภาวะซึมเศร้า

ปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติด้านลบของผู้ป่วย เป็นกิจกรรมที่พยาบาลเป็นผู้กระตุ้นให้ผู้ป่วยค้นหาวิธีการเปลี่ยนความคิดเป็นมุมมองในทางบวก และมีวิธีการเปลี่ยนความคิดเป็นมุมมองในทางบวกในสถานการณ์ของสมาชิกแต่ละคนได้ ให้แรงเสริมทางบวกแก่ผู้อื่นเมื่อแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสม และกระตุ้นให้เกิดการปรับเปลี่ยนความคิดที่บิดเบือน (Beck et al.,1979) ไปในทางที่เหมาะสม ในการวิจัยนี้ผู้ป่วยและครอบครัวได้วิธีการจัดการกับความคิดที่เกิดขึ้นโดยใช้วิธีการหยุดความคิด ซึ่งสามารถสร้างภาพสัญญาณการหยุดหรือจินตนาการ เพื่อหยุดกระบวนการของความคิดที่ไม่มีประโยชน์และนำเทคนิคการตอบสนองอย่างมีเหตุผล โดยการฝึกให้หาหลักฐานที่มาสนับสนุนความคิดนั้น และหลักฐานที่มาคัดค้านความคิดด้านลบ การปรับเปลี่ยนความคิดที่บิดเบือนไม่สมเหตุผล จากสถานการณ์ตัวอย่าง เมื่อผู้ป่วยหยุดคิด เข้าใจความคิดอัตโนมัติแวบแรกที่ทำให้เกิดทุกข์ ผู้ป่วยควรหยุดคิด รู้เท่าทันความคิดและปรับเปลี่ยนความคิดให้เป็นเหตุเป็นผลมากขึ้น พร้อมกับให้กำลังใจตนเอง ครอบครัวร่วมแสดงความคิดเห็นเสนอแนะวิธีการแก้ปัญหาที่พบพร้อมทั้งเสริมสร้างความภาคภูมิใจด้วยการให้คำชมเชยและกำลังใจ มีผลต่อการลดภาวะซึมเศร้าได้

การเสริมสร้างการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม แบบแผนความคิดบิดเบือน ผู้ป่วยและครอบครัวร่วมกันค้นหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสม ผู้บำบัดช่วยเหลือในการให้ข้อเสนอแนะวิธีการหรือแนวทางแก้ไขปัญหาที่มีประโยชน์ให้ผู้ป่วยลองพิจารณา และตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ไขปัญหา โดยการเรียนรู้การตอบรับและปฏิเสธผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น จากการศึกษาของ สุณิสา ศรีโมอ่อน (2554) ระบุว่า การแก้ไขปัญหาด้วยตนเองสามารถช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้

การเบี่ยงเบนความคิดและวิธีการคลายเครียด ผู้ป่วยและครอบครัวได้เรียนรู้การให้กำลังใจตนเอง เน้นทักษะการพูดกับตนเองทางบวก การเบี่ยงเบนความคิดและวิธีการคลายเครียด ได้ฝึกทักษะผ่อนคลายความเครียดและลดความกังวล โดยการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ฝึกการกำหนดลมหายใจ ฝึกการพูดกับตนเองทางบวกและการให้กำลังใจตนเอง จะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนความคิด และให้ผู้ป่วยและครอบครัวเสนอวิธีการคลายเครียดที่เหมาะสม เพื่อผ่อนคลายความเครียดและลดความกังวล จากการศึกษาของ อติรัตน์ วัฒนโพลิน (2554) ได้ระบุว่า การมีทักษะการเผชิญความเครียด สามารถช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้

ทบทวนความผู้ป่วยและครอบครัวทบทวนและสรุปเนื้อหาสิ่งที่ได้เรียนรู้จากประสบการณ์ที่ได้รับหลังจากการเข้ารับการรักษา เพิ่มความมั่นใจในการนำไปใช้ระหว่างดำเนินชีวิต ให้ผู้ป่วยและครอบครัวช่วยประเมินปัจจัยแวดล้อมที่จะนำมาซึ่งอุปสรรค เพื่อป้องกันความเครียดที่จะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยซึ่งอาจส่งผลให้มีภาวะซึมเศร้า สภาพครอบครัวช่วยสนับสนุนการจัดการกับปัญหาได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ส่งเสริมความสามารถให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าถึงแหล่งทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชน เครือข่ายสุขภาพและแหล่งสนับสนุนทางสังคม เมื่อผู้ป่วยและครอบครัวได้เข้าใจถึงความรู้สึกของกันและกัน ผู้ป่วยรู้สึกมีครอบครัวที่เข้าใจ และคอยรับฟังปัญหาของตนเอง ส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นลดลง

สำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะซึมเศร้าในกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการให้การพยาบาลตามปกติ ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยซึมเศร้าเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลอง ซึ่งการศึกษาที่พบอาจไม่ได้หมายถึงการพยาบาลปกตินั้นไม่มีประสิทธิภาพแต่อาจอธิบายได้ว่าเนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะซึมเศร้า ได้รับการบริการ ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจ การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานยาและอาการข้างเคียงจากการใช้ยา รวมทั้งการให้คำแนะนำตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งยังไม่พบการจัดทำกลุ่มการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Soares et. al., (1997) พบว่าการให้ความรู้โดยใช้กระบวนการกลุ่มเป็นการช่วยให้เกิดปฏิสัมพันธ์ต่อกัน มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สนับสนุนทางด้านจิตใจซึ่งกันและกัน สามารถนำไปปฏิบัติในชีวิตประจำวันได้โดยได้รับแรงสนับสนุนจากกลุ่มเป็นหลัก จากการศึกษาของสุจิตรา กฤติยาวรรณ (2548) ได้พัฒนารูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลโดยใช้แนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในนักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะซึมเศร้าซึ่งหลังจากนักศึกษาได้รับการให้คำปรึกษาแล้วพบว่าคะแนนภาวะซึมเศร้าลดลงและจากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพพบว่านักศึกษาพยาบาลมีการพัฒนาด้านความคิดที่เป็นเหตุเป็นผลมีความคิดด้านบวกและสามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้ จากงานวิจัยของ บุชบา คล้ายมุข (2555) พบว่าการนำ โปรแกรมการให้คำปรึกษารายบุคคลเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความคิดไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและผู้ป่วยโรคอื่น ๆ ที่มีภาวะซึมเศร้าร่วม ให้เกิดประสิทธิผลสูงสุดในการพยาบาลผู้ป่วย สอดคล้องกับอรณพ ทองคำ (2554) ที่ได้

ทำการศึกษาของประสิทธิผลของโปรแกรมการบำบัดโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าโรงพยาบาลสวนปรุง พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดจำนวน 10 ราย ไม่มีภาวะซึมเศร้าซ้ำในระยะเวลา 6 เดือนหลังการบำบัด และเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่นอนติดเตียงที่ได้รับการดูแลตามปกติพบว่ามีความซึมเศร้าน้อยกว่าในระยะหลังการบำบัดทันที และติดตามผลหลังการบำบัด 1 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะทั่วไป

ผลของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน สามารถสรุปเป็นข้อเสนอแนะด้านต่าง ๆ ได้ดังนี้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 โดยการนำการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวไปใช้ พยาบาลควรมีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องโรคจิตเภท ภาวะซึมเศร้า มีความรู้พื้นฐานในเรื่องทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทด้านต่าง ๆ พยาบาลควรได้รับการฝึกอบรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม เพื่อจะได้ให้ความรู้และคำแนะนำแก่ผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างครอบคลุมและถูกต้อง ส่งผลให้การดำเนินกิจกรรมตามที่กำหนดไว้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

2. ด้านการศึกษา

2.1 ควรจัดให้มีการศึกษาอบรมสำหรับพยาบาลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะซึมเศร้า เพื่อเพิ่มศักยภาพของพยาบาลและทำให้มีแนวทางในการพยาบาลแบบองค์รวม

2.2 ควรมีการติดตามผลหลังการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว เพื่อลดระดับภาวะซึมเศร้าแก่ผู้ป่วยจิต ควรมีการติดตามหลังการบำบัดรักษาทุก 2 เดือน 4 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี เพื่อกระตุ้นและสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้นำความรู้และทักษะที่ได้รับไปปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ และเป็นการช่วยผู้ป่วยในการขจัดปัญหาและอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการดำเนินชีวิตได้ สามารถดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัวและสังคมอย่างมีความสุข

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัย

1.ควรมีการศึกษาผลของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวไปประยุกต์ใช้กับปัจจัยด้านอื่น ๆ เช่น คุณภาพชีวิต

2.ควรมีการนำผลของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว ไปใช้กับผู้ป่วยโรคจิตเวชอื่น ๆ เช่น โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว โรควิตกกังวล เป็นต้น

บรรณานุกรม

ภาษาไทย

- กรมสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุข. (2560). รายงานประจำปี.นนทบุรี: กองแผนงานกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- ชุมทรัพย์ ก้อนทอง และคณะ.(2559). ผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่ออาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต.ปีที่ 30 (ฉบับ3) กันยายน – ธันวาคม
- จินตนา สัจจามันท์. (2549). การศึกษาและการพัฒนาชุมชน. กรุงเทพฯ: โอเดียนสโตร์.
- ฉวีวรรณ สัตยธรรม.(2541). การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. (พิมพ์ครั้งที่3).นนทบุรี: ยุทธธินทรการพิมพ์.
- ดวงใจ กสานติกุล. (2542). โรคซึมเศร้าสามารถรักษาหายได้.กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์นำอักษรการพิมพ์.
- ดาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา. (2535). การลดความวิตกกังวลของพยาบาลประจำการที่ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ ด้วยวิธีการปรับเปลี่ยนความคิดร่วมกับการฝึกสติ.วิทยานิพนธ์ดุขฎิบัณฑิต ภาควิชาจิตวิทยา. บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ธวัชชัย พลศักดิ์ และคณะ. (2560). ผลของโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต.ปีที่ 31 (ฉบับ1) มกราคม - เมษายน
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2553). ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุษบา คล้ายมุข. (2555). ผลของการให้คำปรึกษาเน้นการปรับพฤติกรรมความคิดต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วารสารสภาการพยาบาล. ปีที่ 27 (ฉบับที่ 3) 106-115
- ประเวศ วะสี. (2541). ประชาคมตำบล. กรุงเทพมหานคร: มติชน.
- ปริญนันท์ สละสวัสดิ์. (2546). ความสุขของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยนอกโรคจิตเภทเรื้อรัง สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์ สาขาวิชาสุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เพียรดี เปี่ยมมงคล. (2553). การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พรเพ็ญ อารีกิจ. (2554). ผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเจริญสติต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชา

- สุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ภิญโญภัสร์ พันธุ์ดนตรี.(2554). **ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนภาคกลาง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ภัทรภรณ์ พุงคำปิ่น, สิริลักษณ์ วรรณนะพงษ์, ลำเนาวัลย์ เรืองยศ, ปรีทรรศ ศิลกิจ และสุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล.(2548). **การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน: รูปแบบและโปรแกรมการพัฒนาทักษะของผู้ดูแล**. การประชุมวิชาการ, เชียงใหม่.
- มยุรี กลั่นวงษ์. (2552). **ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเหนื่อยเหนื่อยและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทศึกษาศาสตร์บัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์ (เน้นวิจัย) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์. (2558). **จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี**. (พิมพ์ครั้งที่4). กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มุกดา ศรียงค. (2522). **แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบ็ค (Beck Depression Inventory IA [BDI-IA])**. กรุงเทพฯ: คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- ยุทธนา อดองสกุลมั้น. (2548). **การทำจิตบำบัดแบบ Cognitive behavior therapy ในผู้ป่วยจิตเภท** : รายงานผู้ป่วย 4 ราย วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 13(2); 114-123.
- ลลอส สิงห์โชติสุขแพทย์ และคณะ.(2562). **ผลของการใช้โปรแกรมกลุ่มบำบัดแบบประคับประคองต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาลเขาย้อย จังหวัดเพชรบุรี**. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี ปีที่ 9 (ฉบับที่ 1) มกราคม – เมษายน; 38-46
- ลัดดา แสนสีหา. (2536). **ความซึมเศร้าและความคิดอัตโนมัติในทางลบของวัยรุ่นตอนปลาย**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วรภาพษ์ กำไร.(2552). **การศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภท แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตศึกษา มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วัชณี หัตถพนม และคณะ.(2555). **ประสิทธิผลของกลุ่มบำบัดการปรับความคิดและพฤติกรรมที่มีต่อความคิดอัตโนมัติทางลบและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวช**. วารสารวิชาการสาธารณสุข.ปีที่ 21 (ฉบับที่ 5) กันยายน – ตุลาคม.
- วัชรีย์ แสงสาย. (2556). **ผลของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าและการทำหน้าที่ในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- ศิริจิต สุทธิจิตต์, และสุตริภัก พิละกันทา.(2553). การศึกษาเปรียบเทียบวิธีประเมินความไม่ร่วมมือในการรับประทายาต้านโรคจิต และอุปสรรคที่มีผลต่อความร่วมมือในการรับประทายาต้านโรคจิตในผู้ป่วยจิตเภท. เชียงใหม่เวชสาร,49(3),97-103.
- ศิริลักษณ์ ปัญญา. (2558). จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลแบบกลุ่มกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. วารสารพยาบาลตำรวจ, ปีที่ 7 (ฉบับที่ 1) มกราคม – มิถุนายน; 263-278
- สมภพ เรื่องตระกูล. (2557). ตำราจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพฯ. เรือนแก้วการพิมพ์.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2558). แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 พ.ศ. 2555-2559
- สำนักพัฒนากรมสุขภาพจิต. (2554). รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2554. นนทบุรี: กองแผนงาน. กรมสุขภาพจิต.
- สุจิตรา กฤติยวรรณ. (2548). การพัฒนารูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลโดยใช้แนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในนักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะซึมเศร้า. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย ขอนแก่น.
- สุนันทา เอ้าเจริญ และคณะ.(2560). ผลของโปรแกรมการลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคติดต่อกันไม่เรื้อรังด้วยพุทธบูรณาการ. วารสารสันติศึกษาศึกษาปริทรรศน์ มจร ปีที่ 5 (ฉบับที่ 1) มกราคม – เมษายน
- สุนิสา ศรีโมอ่อน. (2554). การบำบัดโดยการแก้ปัญหาในการลดอาการซึมเศร้าในวัยผู้ใหญ่: การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์. วารสารสภาการพยาบาล, 26(3): 107-116
- สุภาวดี เกษไชย และคณะ.(2555). ปัจจัยทำนายอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรก. วารสารพยาบาลศาสตร์. ตุลาคม – ธันวาคม 30(4); 90-101.
- สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว. (2554). การพยาบาลจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่ 2. ปทุมธานี : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- อติรัตน์ วัฒนไพลิน. (2554). ผลของโปรแกรมพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตอนต้น. J Nurs Sci,29(Suppl2); 39-47
- อติญา โพธิ์ศรี. (2552). โปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัวต่ออาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน.วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อติยา คำทวี. (2560). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนจากครอบครัวต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2556). การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่ 5.กรุงเทพฯ:

สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- อรณพ ทองคำ. (2554). **ผลของโปรแกรมการบำบัดกระบวนการความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยซึมเศร้า โรงพยาบาลสวนปรุง.** วารสารสวนปรุง. 27 (3) กันยายน-ธันวาคม หน้า 5-11
- อรสา วัฒนศิริ และเสาวภา ศรีภัสิตโต. (2556). **การพัฒนากระบวนการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยจิตเภทโดยทีมสหสาขาและเครือข่ายผู้ดูแลโรงพยาบาลกำแพงเพชร.** วารสารกองการพยาบาล ปีที่ 40 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน หน้า 67 – 83
- อุมาพร ตรังสมบัติ. (2554). **จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว.** พิมพ์ครั้งที่ 6, ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์.
- เอื้อญาติ ชูชื่น. (2557). **ผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง.** วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 28(3); 13-25.

ภาษาอังกฤษ

- Barton, S. B., & Morley, S. (1999). **Specificity of reference patterns in depressive thinking: Agency and object roles in self-representation.** Journal of Abnormal Psychology 108(4), 655.
- Baynes D, Mulholland C, Cooper SJ, Montgomery RC, MacFlynn G, Lynch G, Kelly C, & King DJ. (2000) . **Depressive symptoms in stable chronic schizophrenia: prevalence and relationship to psychopathology and treatment.** Schizophr Res. 45(1-2):47-56.
- Beck, A.T.(1976). **Depression: clinical, experimental, and theoretical aspects.** New York: Harper Row.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., and Emery,G.(1979).**Cognitive therapy of depression.** New York : Guilford.
- Beck, A.T. (1967). **Depression: Clinical,experimental and the oretical aspects.** New York : Hoeber Medical Division.
- Beck JS. (1995). **Cognitive therapy: basics and beyond.** New York: Guilford Press.
- Beeber, L.S. (1996). **Pattern integration in young depressed woman : Part I.** Archives of Psychiatric Nursing (1)13 ; 151-156
- Chein WT, & Norman I. (2003). **Educational needs of families caring for Chinese patients with schizophrenia.** Journal of Advanced Nursing 44(5); 490-498
- Conley RR, Ascher-Svanum H, Faries DE, Kinon BJ. (2007). **The burden of depressive**

- symptoms in the long-term treatment of patients with schizophrenia. *Schizophr Res.* 90 (1-3); 186-97.
- dreyfus H.L. & Dreyfus S.E.(1986). *Mild over machine : The power of human intuition and expertise in the era of the computer.* New York The free Press.
- Frederick S, Caldwell K, & Rubio D.M. (2002). **Home-based treatment, rates of ambulatory follow-up, and psychiatric rehospitalization in a medicaid managed care population.** *J Behav Health Serv Res.* 29(4): 466-75.
- Friedman, M.M., Bowden, V.R., & Jones, E.G. (2003). **Family nursing: research theory and practice. 5th ed.** New Jersey: Upper Saddle River.
- Green AI, Canuso CM, Brenner MJ, Wojcik JD. (2003). **Detection and management of comorbidity in patients with schizophrenia.** *Psychiatric Clinics of North America.* 26(1): 115-39.
- Hafner, H., Loffler, W., Maurer, K., Hambrecht, M., & Heiden, W. (1999). **Depression, negative symptoms, social stagnation and social decline in the early course of schizophrenia.** *Acta Psychiatrica Scandinavica, 100,* 105–118.
- Hausmann A. & Fleischhacker WW. (2002). **Differential diagnosis of depressed mood in patients with Schizophrenia:** a diagnostic algorithm based on a review. *Acta Psychiatr Scand* 106: 83-96.
- Huppert JD, Weiss KA, Lim R, Pratt S, & Smith TE. (2001). **Quality of life in schizophrenia: contributions of anxiety and depression.** *Schizophrenia Research.* 51(2-3): 171-80.
- Kao YC, & Liu YP. (2010). **Compliance and schizophrenia: the predictive potential of insight into illness, symptoms, and side effects.** *Compr Psychiatry.* 51(6): 557-65.
- Kelly DL, Shim JC, Feldman SM, Yu Y, Conley RR. (2004). **Lifetime psychiatric symptoms in persons with schizophrenia who died by suicide compared to other means of death.** *J Psychiatr Res.* 38(5): 531-36.
- Klingberg ,S. et al.(2009). **Cognitive behavioural treatment of negative symptoms in schizophrenia patients:** study design of the TONES study, feasibility and safety of treatment. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci,* 259 (Suppl 2): S149-S154.
- Laidlaw, T. M., Coverdale, J. H., Falloon, I. R., & Kydd, R. R. (2002). **Caregivers' stresses**

- when living together or apart from patients with chronic schizophrenia. *Community Mental Health Journal*, 38(4), 303-310.
- Lindström, E., & Bingefors, K. (2000). **Patient compliance with drug therapy in schizophrenia.** *Pharmacoeconomics*, 18(2), 105-124.
- Majadas S, Olivares J, Galan J, Diez T. (2012). **Prevalence of depression and its relationship with other clinical characteristics in a sample of patients with stable schizophrenia.** *Compr Psychiatry* 53(2): 145-51. 7.
- March, J., Silva, S., Petrycki, S., Curry, J., Wells, K., Fairbank, J., ..& Severe, J. (2004). **Fluoxetine, cognitive-behavioral therapy, and their combination for adolescents with depression: Treatment for Adolescents With Depression Study (TADS) randomized controlled trial.** *Jama*, 292(7), 807-820.
- Marram, G. D. (1987). **The group approach in nursing practice.** (2nd ed). St.Louis: C. V.
- Morrison, A. K. (2009). **Cognitive behavior therapy for people with schizophrenia.** *Psychiatry (Edgmont)* 6(12), 32.
- Mulholland C, & Cooper S. (2000).**The symptom of depression in schizophrenia and its management.** *Advances in Psychiatric Treatment.* 6:169-77.
- Needham, I., Abderhalden, C., Meer, R., Dassen, T., Haug, H. J. & Halfens, R. J. G (2004). **The effectiveness of two interventions in the management of patient violence in acute mental inpatient setting: report on a pilot study.** *Journal of Psychiatric Mental Health Nursing* 11, 595-601.
- Norholm V, & Bech P. (2006). **Quality of life in schizophrenic patients: association with depressive symptoms.** *Nord J Psychiatry* 60 (1): 32-7.
- Overall, J.E.. and Gorham, D.R.1962. **The Brief Psychiatric Rating Scale.** *Psychological Reports* 10: 799-812.
- Polit, D. B., & Beck andB, C. T. Hungler (2004) **Essentials of nursing research.** Methods, appraisal and utilization.
- Robert, W.B. (2006). **Negative symptoms in schizophrenia: An Overview.** Retrieved May 14, 2013, from <http://www.Persistent Negative Symptoms in Schizophrenia An Overview>.
- Schechter LE, Ring RH, Beyer CE, Hughes ZA, Khawaja X, Malberg JE, & Lipson SR. (2005) **Innovative approaches for the development of antidepressant drugs: Current**

and future strategies. *NeuroRx*. 2(4): 590-611.

Seok – Man Kwon and Tiam P.S. Oei. (2003). **Cognitive change processes is a group Cognitive Behavior Therapy of depressions**. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 34 :73-85.

Siris SG, Bench C.(2003).**Depression and schizophrenia**. In: Hirsch SR, Weinberger D, editors. *Schizophrenia* 2nd Ed. Oxford United Kingdom: Blackwell Publishing Ltd.

Staring ABP, Gaag MV, Berge MV, Duivenvoorden HJ. & Mulder CL. (2009). **Stigma moderates the associations of insight with depressed mood low self-esteem**. And low quality of life in patients with schizophrenia spectrum disorders. *Schizophr Res*. 115(2-3): 363-9

Turkington, D. & Kingdon, D. (2000). **Cognitive-behavioural techniques for general psychiatrists in the management of patients with psychoses**. *British Journal of Psychiatry*, 177, 101–106.

World Health Organization [Internet]. **Geneva: WHO Headquarters**; [cited 2008 Aug 5]. Depression. Available from:http://www.who.int/mental_health/management/depression/en/

World Health Organization. (2018). **Schizophrenia**. Retrived November 1, 2018, from:http://www.who.int/mental_health/detail/schizophrenia



ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน
1. นายแพทย์ประยุกต์ เสรีเสถียร	นายแพทย์ชำนาญการ ผู้ทรงคุณวุฒิจิตเวชศาสตร์ ที่ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญพิเศษทาง การแพทย์ สำนักงานศาลยุติธรรม
2. ผศ.ดร.เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์	อาจารย์สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ แขนงวิชาจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. นายจตุพร หนูสวัสดิ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี
4. นางเกษสุดาพร เป้นทอง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ผู้ปฏิบัติขั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช) หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลไชโย
5. นางจุฑามาศ ผดุงญาติ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ผู้ปฏิบัติขั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช) กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลป่าโมก



แบบแสดงความยินยอมผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

(Informed Consent Form)

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เลขที่ ประชากรตัวอย่างในการวิจัย.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามแนบท้ายหนังสือฉบับนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ผลของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว
ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ชื่อผู้วิจัย นางสาวธนัชฐา พิพิธวิทยา

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลชะโงก ตำบลชะโงก อำเภอลำลูกกา จังหวัดอ่างทอง
โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 035-641249 โทรศัพท์มือถือ 084-0068372

Email : ctu470118@yahoo.com

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายอย่างชัดเจนจากผู้วิจัย
ชื่อ นางสาวธนัชฐา พิพิธวิทยา ถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการวิจัย รวมทั้งทราบถึงผลดี
ผลข้างเคียง และความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด ข้าพเจ้าได้ซักถามทำความเข้าใจ
เกี่ยวกับการวิจัยดังกล่าวและมีความเข้าใจดีแล้ว

ข้าพเจ้ายินดีให้ข้อมูลของข้าพเจ้าแก่ผู้วิจัยเพื่อเป็นประโยชน์ต่อการวิจัย โดยผู้วิจัยรับรองว่า
จะเก็บข้อมูลเป็นความลับและจะเปิดเผยเฉพาะข้อมูลสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลของข้าพเจ้า
ต่อหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้องกระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารข้อมูลสำหรับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและได้อ่านข้อความข้างต้น
แล้ว มีความเข้าใจดีทุกประการ ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ ภายใต้เงื่อนไขที่ระบุไว้แล้ว
ในเอกสารข้อมูลข้างต้น จึงได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

<p>ลงนาม.....ผู้เข้าร่วมวิจัย (.....) ตัวบรรจง วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....</p>	<p>ลงนาม.....ผู้ดูแล (.....) ตัวบรรจง วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....</p>
<p>ลงนาม.....พยาน (.....) ตัวบรรจง วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....</p>	<p>ลงนาม.....ผู้วิจัย (นางสาวธนัชฐา พิพิธวิทยา) วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....</p>

เอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
(Patient/Participant Inform Sheet)

ชื่อโครงการวิจัย ผลของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว
ต่อภาวะ ซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ชื่อผู้วิจัย นางสาวธนิษฐา พิพิธวิทยา

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลชะโงก อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดอ่างทอง
โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 035-641249 โทรศัพท์มือถือ 084-0068372

Email : ctu470118@yahoo.com

1. ขอเรียนเชิญท่านในการวิจัยก่อนที่จะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย ผู้วิจัยขอชี้แจงให้ท่านได้ทำความเข้าใจและทราบว่าการวิจัยนี้ทำเพื่อต้องการทราบว่า ผลของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน หรือไม่ว่างไร กรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูลนี้อย่างละเอียดรอบคอบ โดยท่านสามารถสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไม่ชัดเจนได้ตลอดเวลา

2. ข้อมูลเกี่ยวกับการให้คำยินยอมในการวิจัย ประกอบด้วยคำอธิบายดังต่อไปนี้

2.1 โครงการนี้เป็นการศึกษาผลของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

2.2 มีวัตถุประสงค์การวิจัยคือเพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว และระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

2.3 การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองที่ผู้วิจัยคาดว่าจะไม่มีความเสี่ยงใดๆ เกิดขึ้นกับผู้เข้าร่วมการวิจัยผลของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว เป็นโปรแกรมที่ใช้ระยะเวลาดำเนินการ 1 เดือน การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดผู้วิจัยทำการแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติจำนวน 20 ราย และกลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวจำนวน 20 ราย

3. รายละเอียดของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในงานวิจัย ประชากรตัวอย่างคือ ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท ที่อาศัยและดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชน ที่มารับการบริการแบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอ่างทอง จังหวัดอ่างทอง โดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติ ดังนี้

3.1 เป็นผู้ป่วยจิตเภทวัยผู้ใหญ่มีอายุระหว่าง 20 – 59 ปี ทั้งเพศชายและหญิง

3.2 มีอาการทางจิตไม่รุนแรงโดยแบบประเมินอาการทางจิต น้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 คะแนน

3.3 มีคะแนนภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงระดับมาก (10-29 คะแนน)

3.4 สามารถพูดและฟังภาษาไทยได้รู้เรื่อง

3.5 ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ

เกณฑ์ในการคัดออกจากประชากรตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตกำเริบ เช่น มีอารมณ์ และพฤติกรรมที่อาจเป็นอันตรายต่อตัวผู้ป่วยและผู้อื่น

4. รายละเอียดเกี่ยวกับขั้นตอนการวิจัย

ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมความพร้อมในการบำบัด ใช้ระยะเวลา 60 นาที ประกอบด้วย 2 กิจกรรม ดังนี้

ครั้งที่ 1) การสร้างสัมพันธภาพ พยาบาลผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ให้ผู้ป่วยและครอบครัว ในการเข้าร่วมกลุ่มบำบัดฯ ข้อตกลงในการเข้าร่วมกิจกรรมและประโยชน์ที่จะได้รับ โดยแจ้งวัน เวลา สถานที่ในการเข้าร่วมกิจกรรม โดยให้ครอบครัวสามารถมีส่วนร่วมในการตัดสินใจกระบวนการ บำบัดรักษาทุกขั้นตอน

ครั้งที่ 2) การเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท ภาวะซึมเศร้า พยาบาลผู้วิจัย ฝึกให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและทักษะการสังเกตอาการเตือน และจัดการ กับอาการเตือน การเฝ้าระวังความคิดฆ่าตัวตาย สังเกตความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย วิธีการจัดการ อาการเบื้องต้นได้

ขั้นตอนที่ 2 การบำบัดทางความคิด ใช้ระยะเวลา 60-90 นาที ประกอบด้วย 3 กิจกรรม ดังนี้

ครั้งที่ 3) การค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยทางจิต พยาบาล ผู้วิจัยนำรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างความคิด และอารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรมที่เกิดขึ้น จาก ตัวอย่างที่กำหนดให้ตามสถานการณ์จริง เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัววิเคราะห์ความคิดที่ไม่เหมาะสม ที่นำไปสู่ภาวะซึมเศร้า

ครั้งที่ 4) การตรวจสอบความคิดอัตโนมัติทางลบ พยาบาลผู้วิจัยให้ผู้ป่วยและครอบครัวฝึก ทักษะการวิเคราะห์ถึงเหตุการณ์และความคิดอัตโนมัติด้านลบที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า โดยใช้เทคนิค การหาหลักฐานสนับสนุนเหตุผลความคิดอัตโนมัติทางลบ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดการ สำนวตตนเองและเข้าใจตนเอง

ครั้งที่ 5) ปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติด้านลบของผู้ป่วย พยาบาลผู้วิจัยให้ผู้ป่วยและ ครอบครัวพัฒนาทักษะการจัดการกับความคิด ความเชื่อที่บิดเบือนที่เกิดขึ้น โดยใช้เทคนิคการฝึกหยุด ความคิดและนำเทคนิคการคิดอย่างมีเหตุผลมาช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวปรับเปลี่ยน ความคิดอัตโนมัติด้านลบ เพื่อช่วยลดภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นได้

ขั้นตอนที่ 3 การบำบัดทางพฤติกรรมและกำหนดการกระทำด้วยตนเอง ใช้ระยะเวลา 60-90 นาที ดังนี้ ประกอบด้วย 3 กิจกรรม ดังนี้

ครั้งที่ 6) การเสริมสร้างการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมแบบแผนความคิดที่บิดเบือน พยาบาลผู้วิจัยใช้เทคนิคการเสนอทางเลือกทำให้เกิดคำตอบที่มีเหตุผล และฝึกปรับทัศนคติไปในทางบวก ส่งผลให้ปรับพฤติกรรมตามมา ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวค้นหาแนวทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นได้

ครั้งที่ 7) การเบี่ยงเบนความคิดและวิธีการคลายเครียด พยาบาลผู้วิจัยฝึกให้ผู้ป่วยและครอบครัวฝึกเทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และฝึกการกำหนดลมหายใจ เพื่อผ่อนคลายความเครียดและลดความกังวล และลดภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้น

ครั้งที่ 8) ประเมินผลทบทวนความเข้าใจ พยาบาลผู้วิจัยให้ผู้ป่วยและครอบครัวทบทวนและสรุปเนื้อหาสิ่งที่ได้เรียนรู้จากประสบการณ์ที่ได้รับหลังจากการเข้ารับการบำบัดฯ และส่งเสริมความสามารถให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าถึงแหล่งทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชน

5. ผู้เข้าร่วมวิจัยอาจไม่ได้รับประโยชน์โดยตรงจากงานวิจัยนี้ แต่จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนากิจกรรมการพยาบาลเพื่อลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทและผู้ป่วยจิตเวชอื่นๆ

6. หากผู้เข้าร่วมวิจัยมีข้อสงสัย สามารถสอบถามเพิ่มเติมได้

7. ผู้เข้าร่วมวิจัยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆทั้งสิ้นในการเข้าร่วมการวิจัย

8. การเข้าร่วมเป็นประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเป็นความสมัครใจ และปฏิเสธที่จะเข้าร่วม หรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกเมื่อ การเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมการวิจัยจะไม่มีผลกระทบใดๆทั้งสิ้นต่อการรักษาและการพยาบาลที่ได้รับอยู่

9. การวิจัยในครั้งนี้มีค่าตอบแทนและเบี้ยเลี้ยงเดินทางของอาสาสมัครเข้าร่วมวิจัย จำนวน 200 บาท ต่อคนต่อครั้ง

10. ข้อมูลใดๆที่ได้รับจากผู้เข้าร่วมวิจัย จะนำเสนอเป็นภาพรวมเท่านั้นเพื่อประโยชน์ทางการศึกษาวิจัย

หากผู้วิจัยไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าว สามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ฝ่ายวิจัยคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารอานันท์มหิตลชั้น 3 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เลขที่ 1873 ถ.พระราม 4 แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330 โทรศัพท์ 0-2616-9115-6

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(นางสาวธนิษฐา พิพิธวิทยา)





รหัสโครงการวิจัยเลขที่..ATGEC๕๔/๒๕๖๑

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จังหวัดอ่างทอง

โครงการวิจัย: ผลของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน (THE EFFECT OF COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY COMBINED WITH FAMILY PARTICIPATION ON DEPRESSION OF PERSONS WITH SCHIZOPHRENIA IN COMMUNITY)

รหัสโครงการ: ATGEC๕๔/๒๕๖๑

หัวหน้าโครงการ: นางสาวธนิษฐา พิพิธวิทยา

สถานที่ดำเนินวิจัย: โรงพยาบาลอ่างทอง จังหวัดอ่างทอง

เอกสารที่พิจารณา

๑. โครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จังหวัดอ่างทอง
๒. เอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับอาสาสมัครวิจัย
๓. เอกสารแนะนำโครงการวิจัยสำหรับอาสาสมัครและหนังสือยินยอม
๔. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล เช่น แบบสอบถามเพื่อการวิจัย

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จังหวัดอ่างทองได้พิจารณาโครงการฉบับภาษาไทยแล้ว คณะกรรมการพิจารณาอนุมัติในแง่จริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องข้างต้นได้ ทั้งนี้โดยยึดตามเอกสารฉบับภาษาไทยเป็นหลัก อนึ่งท่านต้องทำรายงานสถานะของโครงการให้คณะกรรมการฯ ทราบ (ระบุระยะเวลา/ปี) เพื่อขออนุมัติดำเนินโครงการต่อจนกว่าจะหมดอายุโครงการ



(นายทวีโชค โรจนอาร์มกุล)

นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน)

ประธานกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จังหวัดอ่างทอง
ประธาน



กรรมการและเลขานุการ

(นายเสกสรรค์ สวัสดิ์)

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

วันที่ประชุมครั้งแรก...วันที่.....๖...มิถุนายน...พ.ศ..๒๕๖๑.....

รับรองตั้งแต่วันที่...วันที่.....๒๑..สิงหาคม..พ.ศ..๒๕๖๑.....ถึงวันที่.....๒๐..สิงหาคม..พ.ศ..๒๕๖๒.....



ที่ ศธ 0512.11/ 1660



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

13 กันยายน 2561

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลไซโย

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวณิชฐา พิพิธวิทยา นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รัชนิกร อูปเสน เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย ในผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 35 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภท แบบประเมินอาการซึมเศร้าของ Beck (1967) แบบประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบ แบบวัดทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน และการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ทั้งนี้หนังสือจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวณิชฐา พิพิธวิทยา ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ


(รองศาสตราจารย์ ดร. รัชนิกร อูปเสน) (ชัยวัฒน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน
ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิสิต

หัวหน้าพยาบาล
โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รัชนิกร อูปเสน โทร. 0-2218-1150
นางสาวณิชฐา พิพิธวิทยา โทร. 08-4006-8372

ที่ ศธ 0512.11/ 1661



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศตพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

13 กันยายน 2561

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอ่างทอง

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวณิชชฎา พิพิธวิทยา นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รัชนิกร อุปเสน เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในครั้งนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 40 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภท แบบประเมินอาการซึมเศร้าของ Beck (1967) แบบประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบ แบบวัดทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน และการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ทั้งนี้หนังสือจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวณิชชฎา พิพิธวิทยา ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อหนังสือ

หัวหน้าพยาบาล

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชนิกร อุปเสน โทร. 0-2218-1150

นางสาวณิชชฎา พิพิธวิทยา โทร. 08-4006-8372



ที่ ศธ ๖๕๙๓(๓)/๙๒๙๒



คณะกรรมการศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
๑๑๐ ถนนอินทวิโรต ต่าบลศรีภูมิ อำเภอเมือง
จังหวัดเชียงใหม่ ๕๐๒๐๐

คณะกรรมการศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
เลขที่หนังสือรับ ๐๐๗๗
ว.ล.ย. ๙ มิ.ย. ๖๐
เวลา ๑๔.๓๔ น.

๓๐ ตุลาคม ๒๕๖๐

เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อ้างถึง หนังสือคณะกรรมการศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ ศธ ๐๕๑๒.๑๑/๑๕๓๙ ลงวันที่ ๗ กันยายน ๒๕๖๐

คณะกรรมการศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
เลขที่หนังสือรับ ๐๐๗๗
ว.ล.ย. ๙ มิ.ย. ๖๐
เวลา ๐๘.๔๘ น.

ตามที่ นางสาวธนัชรา พิพิธวิทยา นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้ดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน” มีความประสงค์จะขอใช้ “แบบวัดทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน” ที่พัฒนาโดย รองศาสตราจารย์ ดร.ภัทราภรณ์ พุ่งปันคำ อาจารย์ประจำกลุ่มวิชาการพยาบาลจิตเวช สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เพื่อใช้ในการพัฒนาวิทยานิพนธ์ นั้น

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ได้แจ้ง รองศาสตราจารย์ ดร.ภัทราภรณ์ พุ่งปันคำ พิจารณาแล้วไม่ขัดข้อง ยินดีให้ใช้แบบวัดดังกล่าว โดยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าผลสำเร็จของโครงการดังกล่าว จะเป็นประโยชน์สูงสุดแก่ผู้มารับบริการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ จักขอขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธานี แก้วธรรมานุกุล)

รองคณบดีฯ ปฏิบัติการแทน

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำนักงานคณะพยาบาลศาสตร์

งานบริหารงานวิจัย บริการวิชาการและวิเทศสัมพันธ์

โทรศัพท์ ๐ ๕๓๙๓ ๕๐๓๓

โทรสาร ๐ ๕๓๒๑ ๓/๑๕๕

FON-CU-THESIS11

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
คำร้องขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย (ภายในคณะฯ)

เรื่อง ขอนหนังสือขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย
เรียน คณบดี

เลขที่รับ	152
วันที่	14.3.61
เวลา	11.00 น.
ผู้รับ	คณบดี

ข้าพเจ้า นางสาวธนิษฐา ทิทธิวิทยา รหัสประจำตัว 5877303036 นิสิตสาขา วิชาการพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวช ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่ 54 หมู่ที่ 2 ซอย - ถนน - ตำบลแสงวงหา อำเภอแสงวงหา จังหวัดอ่างทอง รหัสไปรษณีย์ 14150 โทรศัพท์ 084 - 0068372 Email ctu470118@yahoo.com
หัวข้อวิทยานิพนธ์/โครงการศึกษาอิสระที่ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการบริหารคณะฯ (เฉพาะภาษาไทย)
ผลของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
มีความประสงค์ที่จะขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย

1. ชื่อเครื่องมือ แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (1967)
2. ชื่อวิทยานิพนธ์ ผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเจริญสติต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
3. ชื่อเจ้าของเครื่องมือ นางพรเพ็ญ อารีกิจ
4. ปีของวิทยานิพนธ์ 2554

ลงนาม ธนิษฐา ทิทธิวิทยา ผู้ยื่นคำร้อง
(นางสาวธนิษฐา ทิทธิวิทยา)
12 / มีนาคม / 2561

<p>ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ <u>เพ็ญชอุ</u></p> <p>ลงนาม <u>[Signature]</u> (ผศ.ดร. รวีนิกร อุปเสน) 12 / มีนาคม / 2561</p>	<p>ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาของนิสิตเจ้าของเครื่องมือ</p> <p>ลงนาม (รองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย)</p>
--	--

อนุญาต

[Signature]
(รองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
15 / 3 / 61

20
14.3.61
[Signature]
15-3-61



ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

คำชี้แจง เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ แบ่งเป็น 2 ชุด คือ

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลสำหรับผู้ป่วย

แบ่งออกเป็น 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบประเมินอาการซึมเศร้าของ Beck (1967) สำหรับผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบสำหรับผู้ป่วย

ชุดที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลสำหรับผู้ดูแล

แบ่งออกเป็น 1 ส่วน

ส่วนที่ 3 แบบวัดทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านสำหรับผู้ดูแล



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล (สำหรับผู้ป่วย)

คำชี้แจง : โปรดเขียนเครื่องหมาย / ลงในช่องคำตอบ โดยสามารถตอบได้คำตอบเดียว

1. เพศ ชาย หญิง
2. อายุปี
3. สถานภาพสมรส
 - โสด คู่
 - หม้าย หย่า
 - แยกกันอยู่ อื่นๆ
4. ระดับการศึกษาสูงสุด
 - ไม่ได้เรียนหนังสือ ประถมศึกษา มัธยมศึกษาตอนต้น
 - มัธยมศึกษาตอนปลาย อนุปริญญาหรือประกาศนียบัตร ปริญญาตรี
 - ปริญญาโทหรือมากกว่า อื่นๆ(ระบุ).....
5. อาชีพ
 - ว่างาน รับจ้าง
 - เกษตรกรรม ค้าขาย
 - รับราชการ ธุรกิจส่วนตัว
6. ระยะเวลาที่เจ็บป่วย.....เดือน.....ปี
7. ลักษณะการอยู่อาศัย
 - อยู่คนเดียว อยู่กับคู่สมรส 2 คน
 - อยู่กับคู่สมรสและบุตร อยู่กับคู่สมรส บุตร และหลาน
 - อยู่กับบุตรหลาน อยู่กับญาติพี่น้อง
 - อื่นๆ ระบุ.....



ชุดที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล (สำหรับผู้ดูแล)

คำชี้แจง : โปรดเขียนเครื่องหมาย / ลงในช่องคำตอบ โดยสามารถตอบได้คำตอบเดียว

1. เพศ ชาย หญิง
- 2.อายุปี
- 3.สถานภาพสมรส
 - โสด คู่
 - หม้าย หย่า
 - แยกกันอยู่ อื่นๆ
- 4.ระดับการศึกษาสูงสุด
 - ไม่ได้เรียนหนังสือ ประถมศึกษา มัธยมศึกษาตอนต้น
 - มัธยมศึกษาตอนปลาย อนุปริญญาหรือประกาศนียบัตร ปริญญาตรี
 - ปริญญาโทหรือมากกว่า อื่นๆ(ระบุ).....
- 5.อาชีพ
 - ว่างงาน รับจ้าง
 - เกษตรกรรม ค้าขาย
 - รับราชการ ธุรกิจส่วนตัว
- 6.ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วย.....เดือน.....ปี
- 7.ลักษณะการอยู่อาศัย
 - อยู่คนเดียว อยู่กับคู่สมรส 2 คน
 - อยู่กับคู่สมรสและบุตร อยู่กับคู่สมรส บุตร และหลาน
 - อยู่กับบุตรหลาน อยู่กับญาติพี่น้อง
 - อื่นๆ ระบุ.....

ส่วนที่ 1 แบบประเมินอาการซึมเศร้าของ Beck (1967) สำหรับผู้ป่วย

คำชี้แจง

กรุณาอ่านข้อความในแต่ละหัวข้อแล้วทำเครื่องหมาย (วงกลม) ล้อมรอบตัวเลขข้อใดข้อหนึ่ง (0,1,2,3) ที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุดในช่วงเวลาที่ผ่านมา 1 สัปดาห์

1. 0 ข้าพเจ้าไม่รู้รู้สึกซึมเศร้า
 - 1 ข้าพเจ้ารู้สึกซึมเศร้า
 - 2 ข้าพเจ้ารู้สึกซึมเศร้าตลอดเวลาและไม่สามารถลืมมันได้
 - 3 ข้าพเจ้ารู้สึกซึมเศร้าจนทนต่อไปไม่ได้อีกแล้ว
2. 0 ข้าพเจ้าไม่รู้รู้สึกท้อแท้ต่ออนาคต
 - 1 ข้าพเจ้ารู้สึกท้อแท้ต่ออนาคต
 - 2 ข้าพเจ้าไม่มีอะไรให้คิดหรือมุ่งหวังอีกต่อไป
 - 3 ข้าพเจ้าหมดหวังในอนาคตและไม่สามารถจะทำให้มันดีขึ้นได้
3. 0 ข้าพเจ้าไม่รู้สึกรู้ว่าทำอะไรล้มเหลว
 - 1 ข้าพเจ้ารู้สึกทำอะไรล้มเหลวกว่าคนอื่น ๆ
 - 2 เมื่อข้าพเจ้ามองย้อนไปในอดีตสิ่งที่ข้าพเจ้าทำได้คือทำอะไรก็ล้มเหลวบ่อย ๆ
 - 3 ข้าพเจ้าเป็นคนที่ทำอะไรล้มเหลวมาโดยตลอด
20. 0 ข้าพเจ้าไม่วิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพ
 - 1 ข้าพเจ้าวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพ เช่นความเจ็บปวด ปวดท้อง หรือท้องผูก
 - 2 ข้าพเจ้าวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพ และยากที่จะคิดถึงสิ่งอื่น
 - 3 ข้าพเจ้าวิตกกังวลเกี่ยวกับร่างกายจนไม่สามารถจะคิดถึงสิ่งอื่นได้
21. 0 ความสนใจทางเพศของข้าพเจ้าเป็นไปตามปกติ
 - 1 ข้าพเจ้าสนใจเรื่องทางเพศน้อยกว่าที่เคย
 - 2 ข้าพเจ้าสนใจเรื่องทางเพศน้อยลงมาก
 - 3 ข้าพเจ้าไม่สนใจเรื่องทางเพศอีกเลย

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบสำหรับผู้ป่วย

คำชี้แจง กรุณาอ่านข้อความในแต่ละข้ออย่างรอบคอบแล้วพิจารณาว่าใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาท่านมีความคิดต่อตนเองสิ่งแวดล้อมหรืออนาคตต่างๆ ดังต่อไปนี้หรือไม่โดยทำเครื่องหมาย / ในช่องว่างตรงกับความเป็นจริงเพียงคำตอบเดียว กรุณาตอบให้ครบทุกข้อโดยไม่ต้องคำนึงถึงความถูกหรือผิด

โดย

- 1 หมายถึงมีความคิดอัตโนมัติในเรื่องนั้นน้อยที่สุด
- 2 หมายถึงมีความคิดอัตโนมัติในเรื่องนั้นน้อย
- 3 หมายถึงมีความคิดอัตโนมัติในเรื่องนั้นปานกลาง
- 4 หมายถึงมีความคิดอัตโนมัติในเรื่องนั้นมาก
- 5 หมายถึงมีความคิดอัตโนมัติในเรื่องนั้นมากที่สุด

ข้อความ	ระดับความคิดอัตโนมัติ				
	1	2	3	4	5
1. ฉันคิดว่าฉันเป็นคนต่อต้านสังคม					
2. ฉันคิดว่าฉันไม่มีส่วนดีเลย					
3. ทำไมฉันไม่เคยประสบความสำเร็จเลย					
.					
.					
.					
29. ทุกๆ อย่างไม่มีคุณค่าหรือมีความหมายกับฉันเลย					
30. ฉันไม่สามารถทำอะไรให้สำเร็จลงได้เลย					

ส่วนที่ 3 แบบวัดทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านสำหรับผู้ดูแล

คำชี้แจง แบบวัดทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านฉบับนี้ มีทั้งหมด 50 ข้อ เพื่อถามเกี่ยวกับการกระทำของท่าน ในฐานะผู้ดูแลของผู้ป่วยขณะอาศัยอยู่ที่บ้าน กรุณาอ่านข้อคำถามอย่างละเอียด และตอบคำถามข้อที่ตรงกับสิ่งที่ท่านได้กระทำมากที่สุด โดยการกาเครื่องหมาย X หน้าคำตอบนั้นๆ การตอบของท่านจะไม่มีถูกผิด และจะไม่มีผลกระทบทางลบต่อท่าน

ขอขอบคุณเป็นอย่างสูงในความร่วมมือ

1. ท่านสามารถประเมินอาการ ก่อนที่ผู้ป่วยจะแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว

_____ ไม่สามารถประเมินได้เลย _____ ประเมินได้บ้าง

_____ ประเมินได้ทุกครั้ง _____ ผู้ป่วยไม่เคยมีพฤติกรรมก้าวร้าว
2. ท่านสามารถสังเกตเห็นอาการผิดปกติทางจิตต่างๆ ที่ควรนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล

_____ ไม่รู้เลย _____ รู้บ้างแต่ไม่มาก

_____ รู้และแนะนำผู้อื่นได้
3. ท่านรู้วิธีการประเมินความคิดอยากทำร้ายตนเองของผู้ป่วย และติดตามดูแลเป็นระยะอย่างใกล้ชิด

_____ ไม่รู้ว่าประเมินอย่างไร _____ รู้แต่ไม่แน่ใจว่าถูกต้องหรือไม่

_____ รู้และทำทุกครั้ง _____ ผู้ป่วยไม่มีอาการดังกล่าวจึงไม่ได้ประเมิน
49. ท่านทราบวิธีป้องกันตัวเอง เมื่อผู้ป่วยมีอาการก้าวร้าว

_____ ไม่ทราบ

_____ ทราบบ้าง แต่ก็เคยถูกทำร้าย

_____ ทราบแต่ไม่เคยถูกทำร้าย

_____ ผู้ป่วยไม่เคยมีอาการก้าวร้าว
50. ท่านทราบวิธีการควบคุมตัวหรือจำกัดบริเวณผู้ป่วยอย่างปลอดภัย เพื่อให้เขาปลอดภัยจากการทำร้ายตนเองและผู้อื่น

_____ ไม่ทราบเลย

_____ ไม่แน่ใจ

_____ ทราบและทำได้ดี

_____ ผู้ป่วยไม่เคยเป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น

การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของ
ครอบครัวต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

จัดทำโดย

นางสาวธนัชฐา พิพิธวิทยา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รัชนีกร อุปเสน

สาขาวิชา การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต(นอกเวลาราชการ)

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คำนำ

การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท เป็นคู่มือสำหรับพยาบาลจัดทำเพื่อเป็นแนวทางในการช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งในการทำวิจัยการประยุกต์การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท ภายใต้งานวิจัยนี้เพื่อพัฒนาการบำบัดช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะซึมเศร้า จะดำเนินการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวนี้ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะซึมเศร้า ในโรงพยาบาลอ่างทอง จังหวัดอ่างทอง

ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่า เนื้อหาในคู่มือเล่มนี้จะเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะซึมเศร้า ให้มีแนวทางการช่วยเหลือทางจิตใจแก่ผู้ป่วยให้มีสุขภาพจิตดีและช่วยลดอาการซึมเศร้าได้อย่างเหมาะสม รวมถึงเป็นต้นแบบในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะซึมเศร้าอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

รณิษฐา พิพิธวิทยา

คู่มือการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับ
การมีส่วนร่วมของครอบครัว (สำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแล)



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

จัดทำโดย

นางสาวธนัชฐา พิพิธวิทยา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รัชนิกร อุปเสน

สาขาวิชา การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต(นอกเวลาราชการ)

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คำนำ

การจัดทำคู่มือการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว สำหรับผู้ป่วยครั้งนี้ ผู้จัดทำได้รวบรวมความรู้จากการทบทวนวรรณกรรมต่างๆ เพื่อเป็นแนวทางทางการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วยความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท สาเหตุ ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภท การรักษาและการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะซึมเศร้า การใช้การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว การเบี่ยงเบนความคิดและวิธีการคลายเครียด การสนับสนุนทางสังคม ทั้งนี้เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยที่บ้านเพื่อให้การรักษามีความต่อเนื่อง และเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถอยู่ในชุมชนได้ยาวนาน ไม่ต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ จำเป็นต้องอาศัยผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยเป็นกลไกสำคัญ อนึ่งในการจัดทำคู่มือเล่มนี้ได้รับความกรุณาจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชนีกร อุปเสน อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ จนสามารถทำให้คู่มือคู่มือการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวเล่มนี้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่า คู่มือการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวเล่มนี้ จะเป็นประโยชน์สำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแลในการใช้เป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ อันจะเป็นผลให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถอยู่ในชุมชนได้ยาวนานขึ้นและอยู่กับโรคได้อย่างมีความสุขตามอัธยาศัย

นางสาวธนัชฐา พิพิธวิทยา

ผศ.ดร.รัชนีกร อุปเสน

สาขา การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต (นอกเวลาราชการ)
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ

ชุดที่ 1 แบบประเมินอาการซึมเศร้าของ Beck (1967)

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.892	21

ชุดที่ 2 แบบประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบ

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.959	30

ชุดที่ 3 แบบวัดทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.931	50

คำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index : CVI)

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิให้คะแนนเท่ากับ 3 หรือ 4}}{\text{จำนวนคำถามทั้งหมด}}$$

ชุดที่ 1 แบบประเมินอาการซึมเศร้าของ Beck (1967)

$$CVI = \frac{21}{21} = 1$$

ชุดที่ 2 แบบประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบ

$$CVI = \frac{29.6}{30} = 0.98$$

ชุดที่ 3 แบบวัดทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน

$$CVI = \frac{49.2}{50} = 0.98$$

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	นางสาวธนิษฐา พิพิธวิทยา
วัน เดือน ปี เกิด	1 เมษายน 2529
สถานที่เกิด	โรงพยาบาลราชวิถี กรุงเทพมหานคร
วุฒิการศึกษา	พยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY