

ผลของโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองต่ออาการซึมเศร้า
ในพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคจิตเภท



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2564
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF GROUP SUPPORTIVE PSYCHOTHERAPY PROGRAM ON DEPRESSIVE
SYMPTOM AMONG PRIESTS WITH SCHIZOPHRENIA



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 2021

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ผลของโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองต่อ
	อาการซึมเศร้าในพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคจิตเภท
โดย	น.ส.สุภัทสร่า สิมมา
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุดาพร สติത്യุทธการ

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่ง
ของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(ศาสตราจารย์ ดร.รัตน์ศิริ ทาโต)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนิดา ปรีชาวงษ์)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุดาพร สติത്യุทธการ)

..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ณัฐกมล ชาญสาธิตพร)

สุภัสสร สิมมา : ผลของโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองต่ออาการซึมเศร้า
 ในพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคจิตเภท. (THE EFFECT OF GROUP SUPPORTIVE
 PSYCHOTHERAPY PROGRAM ON DEPRESSIVE SYMPTOM AMONG PRIESTS
 WITH SCHIZOPHRENIA) อ.ที่ปรึกษาหลัก : รศ. ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์, อ.ที่ปรึกษาร่วม :
 ผศ. ดร.สุดาพร สถิตยยุทธการ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียว วัดแบบอนุกรมเวลา มีวัตถุประสงค์เพื่อ
 เปรียบเทียบอาการซึมเศร้าของพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมกลุ่ม
 จิตบำบัดแบบประคับประคอง กลุ่มตัวอย่างคือ พระสงฆ์อาพาธที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิต
 เภทตามคู่มือการวินิจฉัยตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD-10) ที่เข้ารับการรักษาที่
 กลุ่มงานพยาบาลจิตเวชผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลสงฆ์ ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์จำนวน 15 รูป
 ได้รับการดูแลตามโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเป็นระยะเวลา 6
 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ 1) โปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง 2) แบบ
 ประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท และ 3) แบบประเมินสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เครื่องมือ
 ทุกฉบับได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา
 เท่ากับ 0.84 และ 0.90 ตามลำดับ ค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.92 และ
 0.94 ตามลำดับ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติความ
 แปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ (Repeated Measures ANOVA)

ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยของอาการซึมเศร้าของพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคจิตเภทหลัง
 เสร็จสิ้นโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัด
 แบบประคับประคองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05 และค่าเฉลี่ยอาการซึมเศร้าในก่อนเข้า
 ร่วมโปรแกรม หลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที 2 สัปดาห์หลังสิ้นสุดโปรแกรม และ 4 สัปดาห์หลังสิ้นสุด
 โปรแกรมฯ ลดลงอย่างต่อเนื่อง

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์
 ปีการศึกษา 2564

ลายมือชื่อนิสิต
 ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก
 ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาร่วม

6077327736 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORD: SUPPORTIVE PSYCHOTHERAPY, DEPRESSIVE SYMPTOM, PRIEST WITH
SCHIZOPHRENIA

Supatsara Simma : THE EFFECT OF GROUP SUPPORTIVE PSYCHOTHERAPY
PROGRAM ON DEPRESSIVE SYMPTOM AMONG PRIESTS WITH SCHIZOPHRENIA.
Advisor: Assoc. Prof. JINTANA YUNIBHAND, Ph.D. Co-advisor: Asst. Prof. SUDAPORN
STITHYUDHAKARN, Ph.D.

The purposes of this quasi – experimental research was: To compare the depressive symptom in priests with schizophrenia before and after receiving the group supportive psychotherapy. The research design was one group time series. The research samples consisted of fifteen priests with schizophrenia who received services in the outpatient department, Priest Hospital. This group received the group supportive psychotherapy program for 6 weeks. Research instruments were: 1) The group supportive psychotherapy program 2) The Calgary Depression Scale for Schizophrenia 3) Thai Interpersonal Questionnaire. All the instruments were validated for content validity, The Calgary Depression Scale for Schizophrenia and Thai Interpersonal Questionnaire, their CVI were 0.84 and 0.90, respectively. The Chronbach's alpha coefficient reliability were 0.92 and 0.94 respectively The Repeated Measures ANOVA was used in data analysis.

Major findings were as follows:

Mean depressive symptom in priests with schizophrenia who received the group supportive psychotherapy program decreased significantly from the first time attending the program, measuring at the level of $p < 0.5$, and it also continuously decreased significantly before (first week), immediately after the end of the program, two weeks and four weeks after participating in group supportive psychotherapy program at the level of $p < 0.5$.

Field of Study: Nursing Science

Academic Year: 2021

Student's Signature

Advisor's Signature

Co-advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้อย่างสมบูรณ์ด้วยความกรุณาจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์ และอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ผู้ช่วยศาสตราจารย์ดร.สุดาพร สถิตยอุทธการ ที่ได้กรุณาเสียสละเวลาอันมีคุณค่าให้คำปรึกษา ชี้แนะ แนวทางในการทำวิทยานิพนธ์ตลอดจนช่วยตรวจสอบ ปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความทุ่มเท เอาใจใส่ผู้วิจัยตลอดมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและเป็นเกียรติอันสูงส่งที่ได้รับการประสิทธิประสาทวิชาความรู้ จากอาจารย์ตลอดมา ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณท่านอาจารย์เป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ผศ.ดร.สุนิดา ปรีชาวงษ์ ประธานสอบวิทยานิพนธ์ และผศ.ดร. ณัฐกมล ชาญสาธิตพร กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย ที่กรุณาให้ คำแนะนำที่เป็นประโยชน์และมีคุณค่ายิ่งต่อการทำวิทยานิพนธ์เล่มนี้ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่กรุณาตรวจสอบความถูกต้องของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือวิจัยให้มีความเหมาะสมกับงานวิจัยมากที่สุด

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ ประสบการณ์และคำแนะนำต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ตลอดเวลาของการศึกษาที่ผ่านมา ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่านที่อำนวยความสะดวกในการติดต่อเอกสารในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้รวมถึงพี่ๆ และเพื่อนๆ ทุกคนที่คอยช่วยเหลือ ให้กำลังใจตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา ขอขอบพระคุณพ.นรวิรุ์ พุ่มจันทร์ และ ดร.วิภาวี เผ่ากันทรารกร ที่ให้โอกาสในการศึกษาเรียนรู้งานที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา และให้เกียรติมาเป็นผู้ทรงคุณวุฒิให้ในการตรวจสอบเครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ ผู้อำนวยการด้านการพยาบาล และเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลทุกท่านที่ช่วยอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลสำหรับการวิจัยครั้งนี้

ขอขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ที่ได้ให้ข้อมูลและมีส่วนร่วมให้การทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ประสบผลลุล่วงไปด้วยดี

ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลสงฆ์ หัวหน้าพยาบาล และเพื่อนร่วมงานแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสงฆ์ ที่ให้กำลังใจ สนับสนุนและให้โอกาสให้มีเวลาศึกษางานวิจัยขึ้นนี้ด้วยดีมาตลอด ขอรำลึกถึงพระคุณบิดามารดา ผู้ให้กำเนิด และทุกคนในครอบครัวที่เป็นแรงสนับสนุนที่สำคัญยิ่งในความสำเร็จครั้งนี้

สุดท้ายนี้คุณค่าและผลลัพธ์จากวิทยานิพนธ์เล่มนี้ขอให้เป็นประโยชน์สำหรับผู้ป่วยจิตเภททุกท่าน ขอให้มีความสุขกาย และสุขภาพใจที่สมบูรณ์แข็งแรงตลอดไป

สุภัทสรสา สิมมา

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ง
กิตติกรรมประกาศ.....	จ
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ช
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามการวิจัย	5
วัตถุประสงค์การวิจัย	5
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	6
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	9
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	10
บทที่ 2 เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	11
1. พระสงฆ์และโรคจิตเภท	12
2. พระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคจิตเภท	19
3. อาการซึมเศร้าในพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคจิตเภท	24
4. แนวคิดเกี่ยวกับกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง	29
5. โปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง.....	38
6. เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	41
7. กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	42
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	43

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	44
การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง	45
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	46
การดำเนินการทดลอง	52
การเก็บรวบรวมข้อมูล	70
การวิเคราะห์ข้อมูล	70
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	72
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	78
สรุปผลการทดลอง.....	81
อภิปรายผล.....	82
ข้อจำกัดงานวิจัย.....	86
ข้อเสนอแนะ	86
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	87
บรรณานุกรม.....	88
ภาคผนวก.....	94
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ	95
ภาคผนวก ข ผลการพิจารณาจริยธรรม ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และหนังสือยินยอมประชากรกลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย	97
ภาคผนวก ค สถิติที่ใช้ในการวิจัย.....	103
ภาคผนวก ง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	105
ประวัติผู้เขียน	152



สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการเจ็บป่วยทางจิต ความคิดทำร้ายตัวเอง เคยทำร้ายตัวเอง คนในครอบครัวเคยมีอาการซึมเศร้าระยะเวลาที่คนในครอบครัวมีอาการซึมเศร้านาน และคนในครอบครัวที่มีอาการซึมเศร้าได้รับการรักษา (N=15).....	73
ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนอาการซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลองของพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคจิตเภทที่มีอาการซึมเศร้าในกลุ่มทดลอง (N=15)	74
ตารางที่ 3 ผลการทดสอบ Compound Symmetryของอาการซึมเศร้าก่อนและหลังการเข้าโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดในพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคจิตเภท	75
ตารางที่ 4 อาการซึมเศร้าก่อนและหลังการเข้าโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดในพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคจิตเภท	76
ตารางที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนอาการซึมเศร้าโดยรวมก่อน หลังการทดลอง หลังการทดลอง 2 สัปดาห์และหลังการทดลอง 4 สัปดาห์ของพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคจิตเภทที่มีอาการซึมเศร้าในกลุ่มทดลอง.....	77

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังและรุนแรง (Ogden et al., 2006) เป็นโรคทางจิตเวชที่พบได้ทั่วโลกและเป็นปัญหาสาธารณสุข โดยพบอุบัติการณ์ของโรคจิตเภทอยู่ระหว่าง 0.1-0.4 ต่อประชากร 1,000 ราย (พิเชษฐ อุดมรัตน์ และ สรยุทธ วาสีกานนท์, 2552) โรคจิตเภทเป็นโรคซึ่งพบมากที่สุดเมื่อเทียบกับโรคจิตชนิดอื่นๆและมีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้สูง (ชรินทร์ ลิ้มสนธิกุล, 2552) พบได้ประมาณร้อยละ 45-50 ของผู้ป่วยจิตเวชทุกกลุ่ม ส่วนในประเทศไทยพบว่า โรคจิตเภทเป็นการเจ็บป่วยที่มีมากที่สุดเป็นลำดับที่ 1 ในจำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการในหน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิต จะเห็นได้จากสถิติผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกสังกัดกรมสุขภาพจิตในเขตกรุงเทพมหานครและเขตปริมณฑล ได้แก่ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา โรงพยาบาลศรีธัญญาและสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ซึ่งพบว่ามีจำนวนผู้ป่วยมากเป็นอันดับหนึ่ง คิดเป็นร้อยละ 43.23, 43.99 และ 45.15 ตามลำดับ (กรมสุขภาพจิต, 2552) และจากสถิติของโรคจิตเภท ที่พบผู้ป่วยจิตเภทในประเทศไทย ปี 2558 จำนวน 488,436 ราย ปี 2559 จำนวน 580,181 ราย และในปี 2560 จำนวน 480,266 ราย (กรมสุขภาพจิต, 2560)

พระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคจิตเภท หมายถึง หมายถึง พระภิกษุที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตามแนวทางการวินิจฉัยจำแนกโรคขององค์การอนามัยโรค (ICD-10) โดยดำเนินชีวิตส่วนใหญ่ในชุมชนและเข้ารับการรักษาต่อเนื่องแบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชระดับตติยภูมิ จากการศึกษาสถิติการให้บริการแก่พระภิกษุสงฆ์ในโรงพยาบาลสงฆ์ (สถิตเวชระเบียนโรงพยาบาลสงฆ์, 2561) พบว่า พระภิกษุสงฆ์ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท จัดว่าเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีจำนวนมากที่สุด โดยในปี 2558, 2559, 2560 และ 2561 พบจำนวนผู้ป่วยดังนี้ 50 ราย, 47 ราย, 48 ราย และ 53 ราย ตามลำดับ

สถานการณ์ภาวะซึมเศร้าในพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคจิตเภทนั้นยังไม่เคยมีการศึกษาในเรื่องนี้มาก่อน แต่มีการศึกษาในผู้ป่วยจิตเภททั่วไปที่มีอาการซึมเศร้าวร่วมด้วย พบว่า อาการซึมเศร้าเป็นปัญหาสำคัญของผู้ป่วยโรคจิตเภท ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทสามารถมีอาการซึมเศร้าได้ในทุกระยะของการดำเนินโรค โดยอารมณ์เศร้ารุนแรงในช่วง residual phase พบได้ประมาณร้อยละ 25 และมีการพยายามฆ่าตัวตายสูงถึงร้อยละ 25-50 ซึ่งบ่งชี้ว่า โรคจิตเภทและอารมณ์ซึมเศร้าสามารถพบร่วมกันได้ (Stahl, 2000) ในประเทศไทยพบความชุกของการเกิดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการจิตครั้งแรก ร้อยละ 75.32 (Ketchaiet al., 2012) และอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังอยู่ร้อยละ 26 (Kamrai., 2009) อาการซึมเศร้าเป็นอาการสำคัญหลักในโรคจิตเภท ที่ส่งผลกระทบต่อความบกพร่องในทางจิตและการทำหน้าที่รวมทั้งนำมาซึ่งความคิดฆ่าตัวตายและการฆ่าตัวตายสำเร็จ ร้อยละ 10 ของผู้ป่วยจิตเภทเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายมีสาเหตุมาจากอาการซึมเศร้า (Mulholland & Cooper, 2000) ดังนั้นการมองหาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทจึงเป็นเรื่องสำคัญเพราะเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงที่จะฆ่าตัวตาย

อาการของโรคจิตเภท แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆคือ อาการด้านบวก (Positive symptoms) และอาการด้านลบ (Negative symptoms) ลักษณะอาการที่แสดงออกในด้านบวก เช่น อาการหลงผิด ประสาทหลอน และลักษณะอาการที่แสดงออกในด้านลบ ได้แก่ การแสดงออกทางอารมณ์ลดลง มีอารมณ์เศร้า ขาดความสนใจในการดูแลตนเอง มีความภาคภูมิใจในตนเองลดลง อารมณ์ทางด้านลบ ถือว่าเป็นสภาวะอารมณ์ที่เกิดขึ้นเป็นครั้งคราวได้ในบุคคลทุกเพศทุกวัยเมื่อเผชิญกับการสูญเสีย การผิดหวัง การถูกปฏิเสธ และมักเกิดขึ้นร่วมกับความรู้สึกสูญเสีย ผิดหวัง หรือความรู้สึกอึดอัดทรมาน (Gotlib & Hammen, 1992) ในประเทศไทยพบว่า อัตราการเกิดอาการซึมเศร้าพบมากในทุกกลุ่มอายุและทุกเพศ (สมิตรา เดชพิทักษ์, 2547)

อาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่จะเกิดขึ้นในระยะอาการหลงเหลือ จะมีลักษณะอาการคล้ายคลึงกับระยะเริ่มมีอาการหรือเสื่อมลงมากกว่า แต่อาการจะไม่รุนแรงเท่ากับอาการในระยะแรก เพราะยังป่วยนานกลุ่มอาการด้านบวกจะลดความรุนแรงลง ในขณะที่กลุ่มอาการทางลบจะมีมากขึ้น เช่น อารมณ์เฉยเมย แยกตัวเอง ทำให้อาการกำเริบเป็นช่วงๆ ผู้ป่วยจะมีอาการกลับเป็นซ้ำระหว่าง 5 ปีแรก หลังจากได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภท จะมีปัญหาการดำรงชีวิต เกิดความเครียดได้ง่าย บางครั้งมีอาการซึมเศร้า เป็นภาวะแก่ครอบครัวและสังคม (ภิญญ์นภัส พันธุ์ดนตรี, 2554) ในระยะอาการหลงเหลือผู้ป่วยอาจมีอาการกำเริบเป็นครั้งคราว พบว่า ผู้ป่วยจะทนต่อความกดดันด้านจิตใจได้ไม่ดี อาการเปลี่ยนแปลงก่อนกำเริบบ่อย ได้แก่ การนอนหลับผิดปกติ แยกตัว วิดกกังวล และมักเชื่อมโยงเหตุการณ์ต่างๆเข้ากับตนเอง ส่วนใหญ่หลังจากที่อาการทุเลาลงจะมีอาการหลงเหลืออยู่ และมีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ อาการด้านบวกจะค่อยๆลดความรุนแรงลง อาการเด่นในระยะหลังจะเป็นอาการด้านลบมากกว่า (มาโนช หล่อตระกูล, 2542 อังในอติยา โพธิ์ศรี, 2551)

อาการซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง ความรู้สึกและอารมณ์ในแง่ลบของผู้ป่วยจิตเภทจะมีอาการซึมเศร้าอยู่นานมากกว่า 2 สัปดาห์ เช่น โศกเศร้า เสียใจ โดดเดี่ยว อ้างว้าง เชื่องช้า มีความคิดในทางลบต่อตัวเอง เช่น ต่ำหนีดตัวเอง มีพฤติกรรมลดถอยท้อแท้ เบื่อหน่าย นอนไม่หลับ รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า การไม่มีความสุข ความรู้สึกผิด ความรู้สึกไร้ค่า และความรู้สึกสิ้นหวัง หดความสนใจในกิจกรรมที่เคยทำ รูปแบบการนอนผิดปกติ มีอาการเบื่ออาหาร สูญเสียแรงขับทางเพศ และมีความแปรปรวนทางอารมณ์ที่ต้องการหลีกเลี่ยงและลงโทษตัวเองหรืออยากตายอาการดังกล่าวส่งผลต่อความผิดปกติทางด้านร่างกายและอาการทางจิต รวมทั้งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยกลุ่มนี้ (Addington, Addington, & Schissel, (1990; สุดาพร สถิตยยุทธการ, 2561)

ผลกระทบที่เกิดจากอาการซึมเศร้าต่อผู้ป่วยจิตเภทที่สำคัญคือ การกลับเป็นซ้ำและต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยขึ้น (Baynes, Mulholland et al. 2000) จากการศึกษาของ Whitehead, Moss, Cardno, & Lewis (2002) พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังจะมีภาวะซึมเศร้าสูงถึงร้อยละ 33 จากการศึกษาของปรียนันท์ สละสวัสดิ์ (2556) พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยใน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา มีความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 35

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท คือ ปัจจัยด้านส่วนตัวบุคคลและด้านประชากร ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ ปัจจัยทางชีวภาพที่เกิดจากสารเคมีสมองเปลี่ยนแปลง (Sadock&Sadock, 2007) ปัจจัยทางด้านจิตสังคม (Blazer, 2003) ได้แก่ ปัจจัยภายในจิตใจและปัจจัยในความคิดในทางลบ มองเหตุการณ์ในแง่ร้ายทำให้รู้สึกสิ้น

หวัง ท้อแท้มองตนเอง มองสังคม มองอนาคตในแง่ลบ (Sadock&Sadock, 2003) และยังรวมถึงสาเหตุของภาวะซึมเศร้าที่มาจากกระบวนการคิดในแง่ลบของบุคคลนั้นเกี่ยวกับการรับรู้ตนเอง การรับรู้สภาพแวดล้อม และสถานการณ์ในอนาคต ซึ่งรูปแบบการคิดในลักษณะแบบนี้จะกระตุ้นให้เกิดความคิดในแง่ลบ และมีผลในการเกิดความหมายที่บิดเบือนไปมากกว่าบุคคลอื่น (Beck, 1979) ปัจจัยทางพฤติกรรม เช่น พฤติกรรมการใช้สารเสพติด พฤติกรรมแยกตัวเก็บตัว (Beck, 1979) ปัจจัยทางสัมพันธภาพสังคม โดยเฉพาะปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสัมพันธภาพและปัญหาสังคมเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดโรคซึมเศร้าและเป็นปัจจัยที่ทำให้อาการของภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยนั้นคงอยู่ต่อไป ซึ่งได้แก่เหตุการณ์ความเครียดต่างๆในชีวิต และการเปลี่ยนแปลงต่างๆที่เกิดขึ้นในชีวิต (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2553) ปัจจัยทางสังคม เกิดจากการเปลี่ยนแปลงบทบาททางสังคมเคยเป็นหัวหน้าครอบครัวเป็นได้รับการเลี้ยงดูจากลูกหลาน สูญเสียรายได้ เพื่อนสนิท คู่สมรส บทบาททางสังคมลดลง มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นลดลง กิจกรรมทางสังคมลดลง (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2556)

มีการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคซึมเศร้าในพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคซึมเศร้าที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสงฆ์ พบว่าปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่ออาการเกิดอาการซึมเศร้าสูงที่สุดในพระสงฆ์คือ ปัญหาทางด้านสัมพันธภาพกับพระและชุมชนวัดร้อยละ 52.7 รองลงมาคือ ด้านการบริหารการปกครองภายในวัด ร้อยละ 40 ส่วนปัจจัยทางครอบครัวพบเรื่อง ญาติทอดทิ้งละเลยสูงสุด ร้อยละ 33.3 รองลงมาคือ ความสัมพันธ์ในวัยเด็กกับบิดา/มารดาไม่ดี ครอบครัวแตกแยก ญาติขัดแย้งกัน และการต้องมีภาระส่งเสียดูแลบุคคลอื่นเป็นที่รัก ร้อยละ 15.6 (จุฑามาศ โกสียะกุล และอันธิมา สายบุญศรี, 2554) ปัจจัยที่สำคัญคือปัจจัยด้านสัมพันธภาพและการได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูงจะช่วยให้คุณใช้กลวิธีจัดการกับปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพโดยเฉพาะการได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์การได้รับการช่วยเหลือประคับประคองจากบุคคลในเครือข่ายสังคมได้แก่การได้รับคำแนะนำในการแก้ปัญหาการได้รับแรงสนับสนุนทางอารมณ์ทำให้รู้สึกว่าคุณค่าเป็นที่รักของคนใกล้ชิดและมีคนที่รู้สึกไว้วางใจได้ในยามทุกข์ซึ่งจะส่งผลให้มีกำลังใจต่อสู้กับปัญหาและความยากลำบากที่เกิดขึ้นการขาดการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าได้เมื่อเกิดการเจ็บป่วยบุคคลที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมดีทั้งจากสมาชิกในครอบครัวและบุคคลใกล้ชิดทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจมีคุณค่าในตนเองและสามารถเผชิญกับปัญหาสุขภาพและปัญหาต่างๆ

การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการซึมเศร้าในบริบทของโรงพยาบาลสงฆ์นั้น จะเน้นการรักษาด้วยยาเป็นหลัก เนื่องจากโรงพยาบาลสงฆ์ไม่ใช่โรงพยาบาลเฉพาะทางด้านจิตเวชโดยตรง อีกทั้งยังมีจิตแพทย์ 1 คน มีนักจิตวิทยา 1 คน แต่ยังคงขาดแคลนพยาบาลจิตเวช ดังนั้น พระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคจิตเภทจึงเพียงแค่มารพบแพทย์ตามนัด รับประทาน และกลั้ววัด แต่ไม่ได้รับการบำบัดและการพยาบาลทางด้านจิตเวชแบบอื่นๆ เช่น การทำกิจกรรมกลุ่มบำบัด การ Counselling ทั้งแบบเดี่ยวและแบบกลุ่ม ฯลฯ ส่วนการพยาบาลพระสงฆ์โรคจิตเภทในโรงพยาบาลอื่นๆนั้น อาจมีการบำบัดทางจิตจริง แต่อาจไม่ได้แยกระหว่างพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคจิตเภทและผู้ป่วยจิตเภททั่วไป ซึ่งวิถีชีวิตของพระสงฆ์ที่มีความแตกต่างกับบุคคลทั่วไป เช่น ในเรื่องการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว การให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัด ซึ่งอาจจะไม่เหมาะสมกับบริบทของพระสงฆ์ และพระสงฆ์ส่วนใหญ่ขาดสัมพันธภาพกับสมาชิกในครอบครัว เพราะถือว่าอยู่ในสมณะเพศ อนาคตมี ตัดขาดจาก

ทางโลกแล้ว (จุฑามาศ โกสียะกุล และ อันธิมา สายบุญศรี, 2554) จึงเป็นการยากที่จะเข้าไปจัดการกับปัญหาภายในครอบครัวของพระสงฆ์ ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งปฏิบัติงานอยู่ในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสงฆ์ จึงมีความเห็นว่า ควรจะมีการบำบัดทางด้านจิตเวชที่นอกเหนือจากการรักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียว เพื่อให้พระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคจิตเภทได้รับการบำบัดรักษาที่หลากหลาย และเพื่อเป็นการพัฒนาการพยาบาลทางด้านจิตเวชที่โรงพยาบาลสงฆ์ผู้วิจัย จึงได้จัดทำโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองนี้ขึ้น โดยให้เหมาะสมกับบริบทของพระสงฆ์ เนื่องจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่าปัจจัยทางสัมพันธภาพและสังคมมีส่วนช่วยลดอาการซึมเศร้าได้ (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2556)

การรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีภาวะซึมเศร้านั้น แม้จะใช้การรักษาด้วยยาเป็นหลัก แต่การรักษาแบบจิตบำบัดประคับประคองที่เรียกว่า supportive psychotherapy ก็มีความจำเป็นในการช่วยผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาทางจิต (รังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2553) การศึกษาของ Brandman (1996) พบว่า กลุ่มจิตบำบัดช่วยให้สมาชิกแสดงอารมณ์และความรู้สึกร่วมกันก่อให้เกิดสังคมน้อยภายในกลุ่ม แสดงให้เห็นถึงการมีปฏิสัมพันธ์ให้สมาชิกช่วยกันอภิปรายและแก้ไขปัญหาภาวะซึมเศร้าของสมาชิก และสามารถแสดงความคิดเห็นช่วยเหลือประคับประคองโดยใช้กลุ่มบำบัดมาประยุกต์ใช้กับการทำกลุ่มบำบัดพบว่ากลุ่มจิตบำบัดช่วยให้สมาชิกแสดงอารมณ์และความรู้สึกร่วมกันก่อให้เกิดสังคมน้อยภายในกลุ่มสนับสนุนให้มีการสื่อสารที่มีคุณภาพลดภาวะซึมเศร้าได้จากการมีปฏิสัมพันธ์ก่อให้เกิดการตระหนักในตนเองและนำไปสู่การปฏิบัติเพื่อช่วยเหลือตนเองมีการปรับปรุงการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นได้อย่างเหมาะสมขึ้นทำให้รู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีการมองตนเองในด้านบวกได้ตระหนักว่ามีปัญหาที่คล้ายคลึงกันในบุคคลอื่นได้ระบายออกอย่างเหมาะสมรู้สึกมีความหวังและทำให้สามารถเผชิญปัญหาและอุปสรรคต่างๆ ได้การใช้จิตบำบัดรูปแบบต่างๆ เช่น Novalis (1993) กล่าวว่า จิตบำบัดประคับประคอง (Supportive psychotherapy) เป็นจิตบำบัดรูปแบบหนึ่งที่ต้องอาศัยทักษะรูปแบบการบำบัดหลายอย่างร่วมกัน โดยไม่ได้อิงแนวคิด หรือทฤษฎีใดเป็นหลัก การรวมหลายเทคนิควิธีและหลากหลายทฤษฎี ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับรูปแบบการบำบัดให้เหมาะสมกับการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย จิตบำบัดประคับประคองมีจุดมุ่งหมาย เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยด้านการปรับตัว ปรับทักษะการเข้าสังคม การพัฒนาพฤติกรรม รวมถึงการเรียนรู้ที่จะเข้าใจตนเอง โดยผู้บำบัดเป็นผู้สังเกตผู้ป่วย และประเมินเพื่อค้นหาปัญหา โดยอาศัยพื้นฐานของความเข้าใจในตัวผู้ป่วย การประคับประคองไม่ได้ใช้เพียงสัมพันธภาพ ระหว่างผู้บำบัดและผู้ป่วยเท่านั้น แต่หมายถึงการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างผู้บำบัดและตัวผู้ป่วยด้วยช่วยลดอาการทางจิตใจของผู้ป่วยที่มีสภาวะทางจิตใจแปรปรวน หรือไม่ยึดหยุ่น เป็นการบำบัดที่ผู้รักษาชัดเจนหน้าที่ทางจิตใจ ช่วยให้มีการกลับคืนมาของการรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การทำงานของ ego และทักษะในการปรับตัว การรักษากำหนดโดยวัตถุประสงค์ของการรักษาและตัวผู้ป่วย โดยผู้บำบัดนำเทคนิค และวิธีการทางจิตบำบัด มาใช้เพื่อให้บรรลุถึงเป้าหมายการรักษาการทำจิตบำบัดระยะสั้น (Short-term psychotherapy) มีรากฐานมาจากทฤษฎีจิตวิเคราะห์ที่อธิบายว่าความผิดหวังหรือความล้มเหลวมีสาเหตุจากปัญหาด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลตั้งแต่ชีวิตวัยเด็กทำให้บุคคลนั้นแปรปรวนต่อการเผชิญความสูญเสียหรือความผิดหวังที่เกิดขึ้นในชีวิตปัจจุบันจิตบำบัดระยะสั้นมีเป้าหมายเพื่อปรับเปลี่ยนโครงสร้างบุคลิกภาพของผู้ป่วยเพิ่มความใกล้ชิดสนิทสนมและความไว้วางใจระหว่างบุคคลและเรียนรู้การใช้กลไกการป้องกันทางจิตที่

เหมาะสมทำให้มีความสามารถในการจัดการกับอารมณ์ต่างๆในระหว่างการรักษาได้ซึ่งเป็นปัญหาหลักๆของผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มนี้ ดังนั้น ทางผู้วิจัยจึงได้จัดกระทำกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง ซึ่งกลุ่มบำบัดตามแนวคิดยาโลม Yalom's theory (1995) เน้นว่า ปัญหาของสมาชิกเกิดจากการปรับตัวของการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ไม่เหมาะสมของสมาชิกหรือความเชื่อของการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ไม่ถูกต้อง การเข้ากลุ่มจะช่วยให้สมาชิกปรับตัวได้ดีขึ้น

จึงสรุปได้ว่า ปัญหาทางการพยาบาลของพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคจิตเภทและมีอาการซึมเศร้าร่วมด้วยที่โรงพยาบาลสงฆ์ เนื่องจากพระสงฆ์โดยส่วนใหญ่ นั้น ขาดสัมพันธ์ภาพกับสมาชิกในครอบครัว เพราะถือว่า อยู่ในสมณะเพศ อนาคตมี ตัดขาดจากทางโลกแล้ว จึงไม่สามารถระบายความรู้สึกหรือมีการให้กำลังใจ ซึ่งกันและกันจากสมาชิกในครอบครัวได้ (Social support) ซ้ำร้ายกว่านั้น บางครอบครัวกลับจะนำปัญหาทางโลกมาปรึกษา มาปรับทุกข์ และขอความช่วยเหลือทางด้านการเงินจากพระสงฆ์ โดยคาดหวังว่าพระสงฆ์จะช่วยแก้ปัญหาได้ เพราะเชื่อและศรัทธาในความเป็นพระ ในฐานะตัวแทน สิ่งยึดเหนี่ยวทางใจ ยามมีทุกข์ พระสงฆ์โดยส่วนใหญ่จึงไม่มีการสนับสนุนทางสังคม (Social support) เนื่องจากไม่สามารถใช้วิธีการบำบัดโดยการให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมได้ เนื่องจากท่านเป็นสมณะเพศแล้ว ดังนั้น ผู้วิจัยจึงต้องเลือกใช้วิธีการบำบัดโดยการทำโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง ซึ่งเป็นการบำบัดโดยให้พระสงฆ์บำบัดกันเองภายในกลุ่ม โดยมีพยาบาลเป็นผู้นำกลุ่ม และผู้วิจัยคิดว่าวิธีการบำบัดนี้เหมาะสมกับพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคจิตเภทและมีอาการซึมเศร้ามากที่สุด

ดังนั้น ผู้วิจัย ในฐานะพยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติงานอยู่ที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสงฆ์ จึงได้สังเกตเห็นถึงปัญหาตรงนี้ ดังนั้น จึงได้จัดทำงานวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองต่ออาการซึมเศร้าในพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคจิตเภท นี้ขึ้นมา เพื่อให้เกิดองค์ความรู้ใหม่ในการพยาบาลพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคจิตเภทและมีอาการซึมเศร้าร่วมด้วย และเกิดประโยชน์ต่อองค์กร ดังนี้คือ ได้รูปแบบในการพยาบาลพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคจิตเภทและมีอาการซึมเศร้าร่วมด้วย โดยการทำกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง และสามารถใช้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ในการบำบัดผู้ป่วยจิตเวชภายใต้บทบาทของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชั้นสูง และเป็นแนวทางในการพัฒนาองค์กรในเรื่องของการรักษาพยาบาลและการบำบัดทางจิต ในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสงฆ์

คำถามการวิจัย

อาการซึมเศร้าของพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบอาการซึมเศร้าของพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคจิตเภทก่อนเข้าโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง หลังได้รับโปรแกรมทันที หลังได้รับโปรแกรม 2 สัปดาห์ และหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง 4 สัปดาห์

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

ผู้ป่วยจิตเภทจะมีปัจจัยเสี่ยงภายใน ได้แก่ ความไวต่อความเครียดในชีวิตประจำวันมากกว่าคนทั่วไป (ภิญโญภัส พันธ์คุณตรี, 2554) การมีความคิดต่อตนเองในทางลบ และการขาดความภูมิใจในตนเอง เป็นต้น เมื่อต้องเผชิญเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต จะกระตุ้นเกิดความคิดอัตโนมัติในทางลบทั้งต่อตนเอง ต่อเหตุการณ์และต่อโลก ความคิดที่เป็นเหตุผลลดลงทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า และเกิดการแปลความหมายที่ผิดพลาดของเหตุการณ์ นำไปสู่การคงอยู่ของอาการและการกำเริบของโรคจิต (Avguštin, 2009; Beck, 1979) ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทลดลง (Gardsjord et al., 2016) นอกจากนี้ การบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต จะมีความสำคัญเนื่องจากทำให้ผู้ป่วยตระหนักในอาการเจ็บป่วยและการรักษา แต่ก็ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า (Konsztowicz & Lepage, 2019) การประคับประคองและการสนับสนุนจากผู้อื่นไม่สามารถเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา การบำบัดเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท จึงมีความจำเป็นอย่างมาก

การรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีภาวะซึมเศร้า นั้น แม้จะใช้การรักษาด้วยยาเป็นหลัก แต่การรักษาแบบประคับประคองที่เรียกว่า supportive psychotherapy ก็มีความจำเป็นในการช่วยผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาทางจิต (รังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2553) สอดคล้องกับการศึกษาของวิบูลย์ ชานวิทิตกุล และรังสิมันต์ สุนทรไชยา, (2551) พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ภายหลังการเข้าร่วมกลุ่มจิตบำบัดประคับประคอง มีค่าน้อยกว่าก่อนการเข้าร่วมกลุ่มจิตบำบัดประคับประคองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยามีนโยบายมุ่งเน้นความเป็นเลิศทางการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภท คณะผู้วิจัยจึงมีความประสงค์จะศึกษาผลของโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตเภทเพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยต่อไป

เมื่อศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลกระทบต่ออาการเกิดอาการซึมเศร้าในพระสงฆ์โรคจิตเภทพบว่ายังไม่เคยมีผู้ทำการศึกษาในเรื่องนี้มาก่อนแต่มีการศึกษาถึงปัจจัยที่ส่งผลต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภททั่วไป จากการทบทวนการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภท ได้แบ่งปัจจัยหลักที่เกี่ยวกับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภทออกเป็น 2 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมดังนี้ 1) ปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ ความเข้าใจการเจ็บป่วยทางจิต อาการทางจิต การให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ระยะเวลาในการเจ็บป่วย อาการข้างเคียงของยาและการใช้สารเสพติด 2) ปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วย เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตที่บุคคลประหม่นแล้วมีอันตรายต่อตนเองและการได้รับสนับสนุนทางสังคม (สุตาพร สติวิทยุทธการ, 2562) และจากการทบทวนวรรณกรรมในโรงพยาบาลสงฆ์ เมื่อศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลกระทบต่ออาการเกิดโรคซึมเศร้าในพระสงฆ์ จะพบว่า ปัจจัยจากทางวัดสูงสุดร้อยละ 45.7 รองลงมาคือ ปัจจัยจากทางครอบครัว ร้อยละ 39 โดยปัจจัยจากทางวัด พบว่ามีปัญหาทางด้านสัมพันธภาพกับพระและ ชุมชนวัดสูงสุด ร้อยละ 52.7 (จุฑามาศ โกสียะกุล และ อ้นธิมา สายบุญศรี, 2554) จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยคิดว่าหากปัญหาทางด้านสัมพันธภาพนี้ได้รับการแก้ไข จะเป็นประโยชน์ต่อพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคจิตเภทและมีอาการซึมเศร้าร่วมด้วยเป็นอย่างมาก

ผู้วิจัยจึงได้เลือกจัดการกับปัจจัยนี้ โดยใช้โปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง เพื่อให้พระสงฆ์ได้ช่วยบำบัดตนเองภายในกลุ่ม และมีพยาบาลเป็นผู้นำกลุ่ม ซึ่งเป็นการสร้างสัมพันธภาพและพัฒนาทักษะการสร้างสัมพันธภาพไปด้วย และพระสงฆ์ส่วนใหญ่มีขนาดสัมพันธภาพกับสมาชิกในครอบครัว เพราะถือว่าอยู่ในสมณะเพศ อนาคตมี ตัดขาดจากทางโลกแล้ว (จุฑามาศ โกสียะกุล และ อัญญา สายบุญศรี, 2554) จึงเป็นการยากที่จะเข้าไปจัดการกับปัญหาภายในครอบครัว จึงไม่สามารถใช้วิธีการบำบัดโดยให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม (Family Therapy) ได้ และพระสงฆ์ส่วนใหญ่มีการสนับสนุนทางสังคม (Social support) ค่อนข้างน้อย และวิถีชีวิตส่วนใหญ่ของพระสงฆ์นั้นจะมีความเกี่ยวข้องกับภายในวัดมากกว่า ผู้วิจัยจึงมีความเห็นว่า ปัจจัยทางการสนับสนุนทางสังคมนั้นอาจจะยังไม่ใช่ปัญหาที่ต้องได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วนมากที่สุด เมื่อเทียบกับปัญหาจากทางวัดและสัมพันธภาพระหว่างพระด้วยกันหรือระหว่างพระกับชุมชน

ดังนั้น ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติงานอยู่ในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสงฆ์ จึงมีความสนใจที่จะทำการศึกษาถึงวิธีการลดอาการซึมเศร้าในพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคจิตเภท โดยใช้แนวคิดการทำกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองของตามแนวคิดของยาลอม (Yalom,1995) เน้นการมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างสมาชิก ทำให้เกิดปัจจัยในการบำบัด(Therapeutic Factors) เป็นกลไกในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมซึ่งเกิดจากความคิดหลักด้านลบ 3 ประการ ตามแนวคิดของ Beck(1967) การดำเนินกลุ่มในแต่ละครั้ง แบ่งระยะพัฒนาการออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้ 1)ระยะเริ่มกลุ่ม 2)ระยะดำเนินการ และ 3)ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม ซึ่งมีกิจกรรมอยู่ทั้งหมด 6 ครั้ง โดยมีผู้บำบัดเป็นผู้ควบคุมให้การดำเนินกลุ่ม ทำให้เกิดปัจจัยการบำบัด(Therapeutic Factors) ซึ่งก่อให้เกิดกลไกการลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท (สุจิตรา อูร์ตนมณี, 2549)

โปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นตามและแนวคิดยาลอม (Yalom, 1995) มี 6 กิจกรรมประกอบด้วย กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ สสำรวจและค้นหา ซึ่งปัจจัยในการบำบัดที่เกิดขึ้นจากกิจกรรมนี้ ได้แก่ การเรียนรู้การสร้างสัมพันธภาพ (Interpersonal learning) และ การพัฒนาเทคนิคเพื่อการเข้าสังคม (Development of socializing techniques) กิจกรรมที่ 2 การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท และการพัฒนาความร่วมมือในการรับประทานยา ซึ่งปัจจัยในการบำบัดที่เกิดขึ้นจากกิจกรรมนี้ ได้แก่ การให้ข้อมูล (Imparting of information) และ ความรู้สึกอันเป็นสากล (Universality) กิจกรรมที่ 3 เปิดใจรับทุกขักิจกรรมที่ ซึ่งปัจจัยในการบำบัดที่เกิดขึ้นจากกิจกรรมนี้ ได้แก่ การให้ข้อมูล (Imparting of information) การได้ระบายออก (Catharsis) การผูกพันจิตใจต่อกัน (Group cohesiveness) ความรู้สึกอันเป็นสากล (Universality) การรู้ถึงคุณค่าของตนเอง (Altruism) และความรู้สึกเสมือนเป็นครอบครัวเดียวกัน (The corrective recapitulation of primary family group member) 4 การพัฒนาทักษะการเข้าใจตนเอง ปัจจัยในการบำบัดที่เกิดขึ้นจากกิจกรรมนี้ ได้แก่ การรู้ถึงคุณค่าของตนเอง (Altruism) และการได้รับรู้ถึงความจริงของชีวิต (Existential factor) กิจกรรมที่ 5 การมองชีวิตอย่างมีคุณค่า ปัจจัยในการบำบัดที่เกิดขึ้นจากกิจกรรมนี้ ได้แก่ การรู้ถึงคุณค่าของตนเอง (Altruism) การรู้สึกรักมีความหวัง (Instillation of hope) และการได้รับรู้ถึงความจริงของชีวิต (Existential factor) และ กิจกรรมที่ 6 การวางแผนเพื่อการปรับเปลี่ยนพัฒนาตนเอง ปัจจัยในการบำบัดที่เกิดขึ้นจากกิจกรรมนี้ ได้แก่ การได้เลียนแบบ

พฤติกรรม (Imitative behavior) ความรู้สึกเหมือนเป็นครอบครัวเดียวกัน(The corrective recapitulation of primary family group member) การรู้สึกมีความหวัง (Instillation of hope) และ การได้รับรู้ถึงความจริงของชีวิต (Existential factor) โดยจะดำเนินกิจกรรมติดต่อกัน 6 สัปดาห์ แบ่งการดำเนินการออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะเริ่มกลุ่มประกอบด้วย

กิจกรรมครั้งที่ 1: การสร้างสัมพันธภาพ สสำรวจและค้นหาปัญหา การสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้นำกลุ่มกับสมาชิกในกลุ่ม และระหว่างสมาชิกด้วยกัน ผู้นำกลุ่มสร้างบรรยากาศแห่งความเป็นกันเอง รู้สึกผ่อนคลาย สร้างความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยให้กับสมาชิกกลุ่ม สร้างความไว้วางใจให้เกิดขึ้นกับสมาชิก ด้วยการแสดงท่าทีที่อบอุ่น สนใจ ตั้งใจฟัง เข้าใจ ยอมรับในความคิดเห็นและพฤติกรรมของสมาชิกกลุ่ม ไม่ใช้ความคิดเห็นของตนเองเป็นเครื่องตัดสินทำให้สมาชิกเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าลดลง (ดวงใจ กษานติกุล, 2542)และทำการสำรวจและค้นหาปัญหาของสมาชิกกลุ่ม

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการประกอบด้วย

กิจกรรมครั้งที่ 2: การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท และการพัฒนาความร่วมมือในการรับประทายยา โดยการเชื่อมโยงสู่ภาวะซึมเศร้า และเรียนรู้แก้ไข การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท การรักษาพยาบาล การรับประทายยาอย่างถูกต้อง และการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องจะช่วยให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทสามารถตัดสินใจและเปลี่ยนแปลงแผนการดำเนินชีวิตได้เหมาะสม จะสามารถช่วยควบคุมอาการของโรคได้ (กาญจนา สุดใจ, 2554)การให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญต่อความสามารถในการดูแลตนเองและส่งเสริมให้บุคคลมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดีขึ้น (Orem, 2001)

กิจกรรมครั้งที่ 3: การเปิดใจปรับทุกข์ การเปิดเผย ระบายความรู้สึก และประสบการณ์ของตนเองมีความมั่นใจในการให้ และรับความช่วยเหลือจากสมาชิกอื่นๆ เกิดความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม รู้สึกเป็นพวกเดียวกัน เป็นเจ้าของกลุ่ม มีความใกล้ชิดผูกพันทำให้ความรู้สึกโดดเดี่ยวอ้างว้างหมดไป และรับรู้ว่าเป็นที่ยอมรับของผู้อื่นทำให้สมาชิกเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าลดลง (ดวงใจ กษานติกุล, 2542) สอดคล้องกับการศึกษาของสุมาลี สัยยะสิทธิพานิชย์และคณะพบว่า กระบวนการกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองสามารถช่วยให้ผู้ป่วยได้ระบายความคับข้องใจ มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในกลุ่ม

กิจกรรมครั้งที่ 4: การพัฒนาทักษะการเข้าใจตนเอง การรู้จักตนเองเป็นองค์ประกอบสำคัญในการดูแลตนเองเนื่องจากการที่บุคคลรู้จักตนเอง มีความสำนึกต่อคุณค่าของตนเองจะทำให้สามารถประเมินตนเอง รู้จักตนเองในการค้นหาข้อดีของตนเองได้ จะช่วยส่งเสริมให้สมาชิกเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้นส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าลดลง (ภัทราภรณ์ พุงปันคำ, 2551; สาวิตรี สุริยะฉาย และเพ็ญพักตร์อุทิศ, 2553)การฝึกทักษะการมองจุดดีของตนเองและผู้อื่น ฝึกการมองโลกในแง่ดี ช่วยให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทสามารถเผชิญอุปสรรคต่างๆ ที่เข้ามาในชีวิตได้ด้วยจิตใจที่เข้มแข็งมั่นคง เผชิญปัญหาได้เป็นอย่างดี มีการพัฒนาความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรม ทำให้สามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างเหมาะสม (Lorr&Wunderlich, 1986)

กิจกรรมครั้งที่ 5: การมองชีวิตอย่างมีคุณค่า เป็นการฝึกทักษะการมองจุดดีของตนเองและผู้อื่นฝึกการมองโลกในแง่ดี ช่วยให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทสามารถเผชิญอุปสรรคต่างๆ ที่เข้ามาในชีวิตได้ด้วยจิตใจที่เข้มแข็งมั่นคง เผชิญปัญหาได้เป็นอย่างดีมีการพัฒนาความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมทำให้สามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างเหมาะสม (Lorr & Wunderlich, 1986)

ระยะที่ 3 ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม ประกอบด้วย

กิจกรรมครั้งที่ 6: การวางแผนเพื่อการปรับเปลี่ยนพัฒนาตนเอง เป็นการฝึกฝนให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีเป้าหมายในการดำเนินชีวิต มองอนาคต จะช่วยให้มีความหวัง และวางแผนการดำเนินชีวิตตลอดจนเข้าใจการดำเนินชีวิตที่เกิดขึ้น (อภิชัย มงคล และคณะ, 2550)

สมมติฐานการวิจัย

อาการซึมเศร้าของพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองทันที หลังได้รับโปรแกรม 2 สัปดาห์ และหลังได้รับโปรแกรม 4 สัปดาห์ ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดประคับประคอง

ขอบเขตการวิจัย

ประชากร คือ พระสงฆ์อาพาธที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทตามคู่มือการวินิจฉัยตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD-10) ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลตติยภูมิ

กลุ่มตัวอย่าง พระสงฆ์อาพาธที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทตามคู่มือการวินิจฉัยตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD-10) ที่เข้ารับการรักษาที่กลุ่มงานพยาบาลจิตเวชผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสงฆ์ จำนวน 15 รูป ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด

ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง

ตัวแปรตาม คือ อาการซึมเศร้าในพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคจิตเภท

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

พระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคจิตเภท หมายถึง พระภิกษุที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (schizophrenia) ตามแนวทางการวินิจฉัยจำแนกโรคขององค์การอนามัยโรค (ICD-10) โดยดำเนินชีวิตส่วนใหญ่ในชุมชนและเข้ารับการรักษาต่อเนื่องแบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชระดับตติยภูมิ

อาการซึมเศร้า หมายถึง ภาวะทางอารมณ์ที่แปรปรวนง่าย เช่น โศกเศร้า เสียใจ โดดเดี่ยว อ่างว้าง เชื่องช้า มีความคิดในทางลบต่อตนเอง ต่ำหีนตนเอง มีพฤติกรรมถดถอย ต้องการที่จะหลีกเลี่ยง อยากรตาย มีอาการเบื่ออาหาร นอนไม่หลับ สูญเสียแรงขับทางเพศ มีกิจกรรมเปลี่ยนไปจากเดิม เช่น กิจกรรมทางกายลดน้อยลง เชื่องช้า สามารถประเมินด้วยแบบวัดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท สร้างขึ้นโดย Addington et al (1990) แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย ศิริจิต สุทธิจิตต์ (2554) ซึ่งมีระดับคะแนนรวมมากกว่าหรือเท่ากับ 5 คะแนน ถือว่าผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้า

โปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง หมายถึง โปรแกรมการบำบัดตามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแนวคิดการทำกลุ่มจิตแบบประคับประคองของ Yalom เน้นการมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างสมาชิก ทำให้เกิดปัจจัยในการบำบัด (Therapeutic Factors) ซึ่งมีกิจกรรมอยู่ทั้งหมด 6 ครั้ง แบ่งระยะพัฒนาการออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะเริ่มกลุ่ม ประกอบด้วย

กิจกรรมครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธ์ภาพ สำรวจและค้นหาปัญหาระหว่างผู้นำกลุ่มกับสมาชิกในกลุ่ม และระหว่างสมาชิกด้วยกัน ผู้นำกลุ่มสร้างบรรยากาศแห่งความเป็นกันเอง รู้สึกผ่อนคลาย สร้างความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยให้กับสมาชิกกลุ่ม สร้างความไว้วางใจให้เกิดขึ้นกับสมาชิก ด้วยการแสดงท่าทีที่อบอุ่น สนใจ ตั้งใจฟัง เข้าใจ ยอมรับในความคิดเห็นและพฤติกรรมของสมาชิกกลุ่ม ไม่ใช้ความคิดเห็นของตนเป็นเครื่องตัดสินทำให้สมาชิกเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองส่งผลให้ภาวะซึมเศร้า ลดลง

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการประกอบด้วย

กิจกรรมครั้งที่ 2: การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทและการพัฒนาความร่วมมือในการรับประทานยา เป็นการให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท และการรับประทานยาอย่างถูกวิธีในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการซึมเศร้าร่วมด้วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้เรื่องโรคและการรับประทานยาที่ถูกต้อง ค้นหาประเด็นปัญหาสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลที่เป็นปัญหาหลักของกลุ่ม

กิจกรรมครั้งที่ 3: เปิดใจปรับทุกข์ เลือกรูปปัญหาหลักมาเล่าให้สมาชิกในกลุ่มฟัง จากนั้นดูปัญหาที่เกิดขึ้นแล้วเชื่อมโยงให้เห็นถึงปัญหาสัมพันธ์ภาพว่าเกิดจากด้านใด

กิจกรรมที่ 4: การพัฒนาทักษะการเข้าใจตนเองโดยให้กลุ่มได้แสดงความคิดเห็นและช่วยกันหาทางออกของปัญหาด้านสัมพันธ์ภาพในมุมมองต่างๆ แลกเปลี่ยนประสบการณ์วิธีการแก้ปัญหาภายในในกลุ่ม

กิจกรรมครั้งที่ 5: การมองชีวิตอย่างมีคุณค่า ผู้ป่วยโรคจิตเภท ไม่สามารถเผชิญปัญหาในชีวิตประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลกระทบต่อร่างกาย และจิตใจ ภาวะเครียดที่มากเกินไปจะนำไปสู่ภาวะเหนื่อยหน่ายใจ ท้อแท้ และเศร้าได้ เมื่อผู้ป่วยโรคจิตเภทมีทักษะในการเผชิญปัญหา และมีแนวทางในการจัดการกับภาวะซึมเศร้า จะทำให้ร่างกายและจิตใจสงบและผ่อนคลายทำให้มีการควบคุมอารมณ์ และพฤติกรรมดีขึ้น

ระยะที่ 3 ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม ประกอบด้วย

กิจกรรมครั้งที่ 6: การวางแผนเพื่อการปรับเปลี่ยนพัฒนาตนเอง การสื่อสารมีความจำเป็นขั้นพื้นฐานในการดำรงชีวิตของมนุษย์ในสังคม เพราะเป็นขบวนการที่บุคคลทำให้ผู้อื่นรับรู้ความต้องการของตนเอง และตนเองรับรู้ความต้องการของบุคคลอื่น เรียนรู้วิธีการขอความช่วยเหลือจากผู้อื่นได้ เมื่อตนเอง มีภาวะเศร้า และส่งเสริมให้สามารถบอกความต้องการของตนเองได้ การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต เป็นการฝึกฝนให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีเป้าหมายในการดำเนินชีวิต มองอนาคต จะช่วยให้มีความหวัง และวางแผนการดำเนินชีวิตตลอดจนเข้าใจการดำเนินชีวิตที่เกิดขึ้น

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้รูปแบบในการพยาบาลพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคจิตเภทและมีอาการซึมเศร้าร่วมด้วย โดยการทำการกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง และสามารถใช้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ในการบำบัดผู้ป่วยจิตเวชภายใต้บทบาทของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูง
2. เป็นแนวทางในการพัฒนาองค์กรในเรื่องของการรักษาพยาบาลและการบำบัดทางจิต ในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสงฆ์

บทที่ 2

เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองต่ออาการซึมเศร้าในพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคจิตเภท ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสาร บทความและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปสาระสำคัญที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัย นำเสนอเป็นหัวข้อได้ ดังนี้

1. พระสงฆ์และโรคจิตเภท
 - 1.1 ความหมายของพระสงฆ์และบทบาทของพระสงฆ์
 - 1.2 ความหมายของโรคจิตเภท
 - 1.3 สาเหตุ/ปัจจัยของการเกิดโรคจิตเภท
 - 1.4 อาการของโรคจิตเภท
 - 1.5 การวินิจฉัยโรคจิตเภท
 - 1.6 การบำบัดรักษาโรคจิตเภท
2. พระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคจิตเภท
 - 2.1 สาเหตุ/ปัจจัยการเกิดโรค/อาการของโรคจิตเภทในพระสงฆ์
 - 2.2 การบำบัดรักษาพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคจิตเภทในโรงพยาบาลสงฆ์
 - 2.3 การพยาบาลพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคจิตเภท
3. อาการซึมเศร้าในพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคจิตเภท
 - 3.1 ความหมายของอาการซึมเศร้า
 - 3.2 อาการซึมเศร้าในผู้ป่วยพระสงฆ์โรคจิตเภท
 - 3.3 การเกิดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยพระสงฆ์โรคจิตเภท
 - 3.4 ปัจจัยที่มีผลต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยพระสงฆ์โรคจิตเภท
 - 3.5 เครื่องมือประเมินอาการซึมเศร้าในพระสงฆ์โรคจิตเภทที่มีอาการซึมเศร้า
4. แนวคิดเกี่ยวกับกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง
 - 4.1 ความหมายของกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง
 - 4.2 ทฤษฎีและแนวคิดของกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง
 - 4.3 เทคนิคการทำกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการซึมเศร้า
 - 4.4 ปัจจัยการบำบัดอันเกิดจากกระบวนการกลุ่ม ที่มีผลต่อการลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท
 - 4.5 การนำเทคนิคจิตบำบัดประคับประคองใช้ร่วมกับกระบวนการกลุ่มเพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท
 - 4.6 วิธีในการทำจิตบำบัดประคับประคอง
 - 4.7 พัฒนาการกลุ่ม
5. โปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง
6. เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
7. กรอบแนวคิดในการวิจัย

1. พระสงฆ์และโรคจิตเภท

1.1 ความหมายและบทบาทของพระสงฆ์

พระสงฆ์ หมายถึงพระภิกษุผู้มีหน้าที่ในการส่งเสริมทำนุบำรุงพระพุทธศาสนาให้เจริญรุ่งเรือง สร้างศรัทธาแก่พุทธศาสนิกชนสร้างความเข้มแข็งและความมั่นคงให้กับพระพุทธศาสนา(พระครูวินัยธรจักรี ศรีจารุเมธีญาณ, สัจญา เคนาภูมิ และวิทยา เจริญศิริ, 2559) ท่ามกลางกระแสความเปลี่ยนแปลงในยุคสังคมโลกาภิวัตน์พระสงฆ์จำเป็นต้องปรับเปลี่ยนบทบาทให้สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนไปบทบาทของพระสงฆ์ที่จำเป็นในยุคสังคมโลกาภิวัตน์ได้แก่บทบาทในเชิงสัญลักษณ์ของพระพุทธศาสนาบทบาทผู้ทรงไว้ซึ่งคุณวิเศษบทบาทนักบริหารศรัทธาบทบาทผู้นำแห่งจิตวิญญาณบทบาทนักพัฒนาสังคมและบทบาทผู้นำสู่ความพ้นทุกข์ซึ่งจะช่วยส่งเสริมและทำนุบำรุงพระพุทธศาสนาให้เจริญยั่งยืนสืบต่อไปดังต่อไปนี้ (พระครูวินัยธรจักรี ศรีจารุเมธีญาณ, สัจญา เคนาภูมิ และวิทยา เจริญศิริ, 2559)

1.1.1 บทบาทในเชิงสัญลักษณ์ของพระพุทธศาสนา สภาวะที่ถือเพศบรรพชิตของพระพุทธเจ้าเป็นผู้ปฏิบัติดีปฏิบัติชอบและปฏิบัติถูกต้องตามพระธรรมวินัยเป็นผู้นำคำสั่งสอนของพระสัมมาสัมพุทธเจ้าที่ตนได้ศึกษามาอย่างดีแล้วไปสั่งสอนประชาชนให้ปฏิบัติตามและเป็นผู้สืบทอดอายุพระพุทธศาสนาให้ดำรงอยู่มาจนถึงทุกวันนี้ นั่นก็คือพระสงฆ์บทบาทในเชิงสัญลักษณ์ของพระพุทธศาสนาพระภิกษุสงฆ์ซึ่งเป็นบรรพชิตในพระพุทธศาสนามีหน้าที่ศึกษาปฏิบัติธรรมเผยแผ่คำสั่งสอนและสืบทอดพระพุทธศาสนาโดยตรงมีคุณธรรมและหลักความประพฤติที่ต้องปฏิบัติมากมาย

1.1.2 บทบาทผู้ทรงไว้ซึ่งคุณวิเศษ บทบาทพระสงฆ์โดยการปลุกฝังศรัทธาผ่านวัตถุมงคล วัตถุประสงฆ์เพื่อความเชื่อและศรัทธาทงด้านจิตใจได้บำเพ็ญพุทธทานุสสติได้ระลึกถึงพระธรรมได้บำเพ็ญธัมมานุสสติและได้ระลึกถึงคุณพระสงฆ์ได้บำเพ็ญสังฆานุสสตินอกจากนั้นบทบาทพระสงฆ์โดยการรักษาผู้ป่วยด้วยน้ำมนต์และสมุนไพรมนต์พระสงฆ์บางรูปท่านได้ศึกษาวิชาต่างๆด้านวิชาอาคมโดยอาศัยมนต์ที่เชื่อถือว่าศักดิ์สิทธิ์ค่าสำหรับสวดคำสำหรับเสกเป่าแล้วสามารถรักษาโรคภัยไข้เจ็บให้แก่ประชาชน

1.1.3 บทบาทนักบริหารศรัทธา ศรัทธาในความหมายโดยทั่วไปไว้ว่าเป็นความเชื่อในเรื่องความสามารถของบุคคลสำคัญในการสร้างศรัทธาของพระสงฆ์ในปัจจุบันแต่ละรูปจะแตกต่างกันตามบริบทของการเผยแผ่โดยการให้การอบรมการสอนการแสดงธรรมและการเขียนตำราและการปฏิบัติธรรมผ่านสื่อต่างๆ

1.1.4 บทบาทผู้นำแห่งจิตวิญญาณ ภาวะผู้นำเชิงจิตวิญญาณเป็นสิ่งที่ถูกต้องที่สุดในองค์การในยุคปัจจุบันเนื่องจากภาวะผู้นำเชิงจิตวิญญาณจะให้ความสำคัญของวิสัยทัศน์พันธกิจการส่งเสริมความสมดุลในด้านความต้องการในการทำงานที่ทำให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการรับผิดชอบงาน (Wolf, 2004) ภาวะผู้นำเชิงจิตวิญญาณยังส่งเสริมวัฒนธรรมในองค์การสภาพแวดล้อมของการทำงานที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพ

1.1.5 บทบาทนักพัฒนาสังคม พระพุทธศาสนามีหลักคำสอนสำคัญเพื่อมุ่งพัฒนาบุคคลให้มีความรู้ (ปัญญาอย่างแท้จริงเกี่ยวกับปรากฏการณ์ต่างๆที่เกี่ยวกับชีวิตสังคมและธรรมชาติสิ่งแวดล้อมให้บุคคลเป็นคนดีของสังคม (ศีล) มีวินัยในตัวเองเข้าใจระเบียบกฎเกณฑ์ในสังคมและ

ปรับตัวอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นได้อย่างมีความสุข (สันติสุข) และให้บุคคลมีจิตใจหนักแน่นในการทำ ความดีด้วยความขยัน (วิริยะ) และไม่หวั่นไหวกับอารมณ์ต่างๆที่มากระทบโดยมีความมุ่งมั่นเพื่อให้ จิตใจมีความสว่างสงบสะอาดด้วยวิธีการถูกต้องในหลักการปฏิบัติ (สัมมาสมาธิ) เพื่อให้ บรรลุถึงคุณลักษณะที่พึงประสงค์สร้างแรงจูงใจในการพัฒนาตนเอง (ฉันทะ)

1.1.6 บทบาทผู้นำสู่ความพันทุข์สถานการณ์ในชุมชนยุคปัจจุบันเปลี่ยนแปลงไป อย่างรวดเร็วและตลอดเวลาเป็นการเปลี่ยนไปสู่ความร่วมมือและความขัดแย้งของคนกลุ่มองค์กรใน ชุมชนดังนั้นการทำงานพัฒนาภายใต้กระแสที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดพระสงฆ์ฐานะบทบาทของผู้เฒ่า ทางจิตวิญญาณจะเป็นส่วนสำคัญต่อการขับเคลื่อนและเป็นกำลังใจให้กับประชาชนหรือเป็นที่พึ่งทาง ใจของประชาชนมีการปลูกฝังศรัทธาผ่านการประพฤติปฏิบัติ

1.2 ความหมายของโรคจิตเภท

โรคจิตเภท หมายถึง กลุ่มอาการที่มีความผิดปกติในด้านความคิดและการรับรู้เป็นหลัก ร่วมกับมีอาการไม่เหมาะสมหรือเฉยเมย (blunted) ตามความสามารถของสติปัญญา และ สติสัมปชัญญะยังคงเป็นปกติ แต่มีความเสื่อมเรื่องการรู้คิด (cognitive) ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคจิต เภทต้องมีอาการอย่างน้อย 6 เดือน ซึ่งจะเป็นมากขึ้นตามระยะเวลาของการป่วย (WHO, 1992)

Sadock et al. (2000) กล่าวว่า โรคจิตเภท เป็นโรคทางจิตเวชที่ไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด มี ลักษณะอาการทางบวก (Positive symptoms) และลักษณะอาการทางลบ (Negative symptoms) ถึงแม้ไม่มีความผิดปกติทางด้านการรับรู้ (Cognitive disorder) แต่โรคจิตเภทเป็นสาเหตุของความ เสื่อมทางด้านรับรู้ (Cognitive impairment) ดังนั้น อาการโรคจิตเภทมีผลต่อการรับรู้ ความรู้สึก พฤติกรรม สังคม และการทำหน้าที่

1.3 สาเหตุ/ปัจจัยของการเกิดโรคจิตเภท

1.3.1 ปัจจัยทางด้านชีวภาพ

1.3.1.1 พันธุกรรม จากการศึกษาคพบว่า ญาติของผู้ป่วยมีโอกาสเป็นโรคจิตเภท สูงกว่าประชากรทั่วไป ยิ่งมีความใกล้ชิดทางสายเลือดมากยิ่งมีโอกาสเป็นสูง การศึกษาเพื่อหา ยีนที่ เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคนั้นยังไม่พบตำแหน่งยีนที่ผิดปกติชัดเจน เชื่อว่าโรคนี้อาจเกิดจากความผิดปกติของ ยีนหลายแห่งรวมกัน

1.3.1.2 ระบบสารชีวเคมีในสมอง สมมติฐานเดิมที่ยังคงเป็นที่ยอมรับกันใน ปัจจุบัน คือ สมมติฐานโดปามีน (Dopamine hypothesis) เชื่อว่าโรคนี้อาจเกิดจาก dopaminergic hyperactivity โดยเฉพาะในบริเวณ mesolimbic และ mesocortical tract

สารนำสื่อประสาทอีกชนิดหนึ่งที่สนใจกัน คือ serotonin พบว่า การทำงานของ serotonin-2 (5-HT_{2A}) receptor ใน frontal cortex ของผู้ป่วยจิตเภทลดลง

การศึกษาในระยะหลังพบว่า N-methyl-D-aspartic acid (NMDA) receptor ซึ่งเป็น receptor ของ glutamate มีส่วนเกี่ยวข้องในการเกิดโรคนี้อีก การทดลองพบว่า หาก NMDA receptor ถูกยับยั้ง จะทำให้ glutamatergic neurotransmission ที่ receptor complex นี้ลดลง ผู้ป่วยจะ เกิดอาการโรคจิตเหมือนที่พบในโรคจิตเภท รวมทั้งยังพบอาการด้านลบ และ cognitive dysfunction ด้วยกายวิภาคของสมอง ผู้ป่วยโรคจิตเภทจำนวนหนึ่งมีความผิดปกติด้านกายวิภาคของ สมอง เช่น มี ventricle โตกว่าปกติ ปริมาณเนื้อสมองน้อยกว่าปกติ โดยเฉพาะในส่วน

cortical gray matter การศึกษาในระดับเซลล์ไม่พบว่ามี gliosis หรือหลักฐานอื่นที่บ่งชี้ว่าโรคนี้เป็น neurodegenerative disorder แนวคิดในปัจจุบันมองว่าโรคนี้เป็น neurodevelopmental disorder

1.3.1.3 ประสาทสรีรวิทยา พบว่า cerebral blood flow และ glucose metabolism ลดลง ในบริเวณ frontal lobe เชื่อว่าอาการด้านลบและอาการด้าน cognitive มีความสัมพันธ์กับ prefrontal lobe dysfunction อย่างไรก็ตาม แนวคิดปัจจุบันมองว่า การทำงานของสมองผู้ป่วยโรคจิตเภทมิได้เกิดจากความผิดปกติเฉพาะบริเวณใดบริเวณหนึ่งของสมอง หากแต่เป็นความผิดปกติของสมองหลายวงจรที่เกี่ยวข้องกันทั้งในระดับ cortical และ subcortical อาจมองว่าโรคจิตเภทนี้เป็นโรคของ disturbed neural connectivity

1.3.2 ปัจจัยทางด้านครอบครัวและสังคม

1.3.2.1 เดิมเชื่อว่าลักษณะของมารดาบางประการ หรือการเลี้ยงดูบางรูปแบบ ทำให้เด็กเมื่อโตขึ้นป่วยเป็นโรคจิตเภท การศึกษาในช่วงต่อมาไม่พบหลักฐานสนับสนุนความเชื่อนี้ สภาพครอบครัวมีผลต่อการกำเริบของโรค พบว่าครอบครัวของผู้ป่วยที่อาการกำเริบบ่อยจะมีการใช้อารมณ์ต่อกันสูง (high expressed – emotion: EE) ได้แก่ การตำหนิ วิพากษ์วิจารณ์ (criticism) มีท่าทีที่ไม่เป็นมิตร (hostility) หรือจู้จี้ยุ่งเกี่ยวกับผู้ป่วยมากเกินไป (emotional overinvolvement)

1.3.2.2 ผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภทพบมากในสังคมที่มีเศรษฐกิจฐานะต่ำ ซึ่งสมมติฐานว่า การที่สภาพสังคมบีบคั้น ทำให้คนเป็นโรคจิตเภทมากขึ้น (social causation hypothesis)

1.4 อาการของโรคจิตเภท

1.4.1 ระยะเริ่มมีอาการ ระยะนี้เป็นระยะที่เริ่มมีอาการน้อยๆ ส่วนใหญ่การเปลี่ยนแปลงจะค่อยเป็นค่อยไป มักมีปัญหาในด้านหน้าที่ความรับผิดชอบ หรือด้านสัมพันธภาพ การเรียนหรือการทำงาน ญาติหรือคนใกล้ชิดมักเห็นว่าผู้ป่วยเปลี่ยนไปไม่เหมือนคนเดิม ผู้ป่วยบางคนอาจมีระยะเริ่มต้นไม่ถึงเดือน อาการก็เบื่อบ้างมากขึ้นเรื่อยๆ จนถึงขั้นอาการกำเริบเลย ในขณะที่บางคนระยะแรกอาจนานเป็นปี ก่อนที่อาการจะกำเริบ ส่วนใหญ่แล้วอาการจะกำเริบเมื่อผู้ป่วยเผชิญกับความกดดันทางจิตใจ ต้มเหล้า หรือใช้สารเสพติด แต่ในบางราย อาการเป็นมากขึ้นมาเองก็มี ในระยะนี้ความผิดปกติจะมีมากขึ้นอย่างเห็นได้ชัด อาการโรคจิต เช่น อาการหลงผิด หูแว่ว วุ่นวาย ก้าวร้าว พบว่าคนที่เป็นโรคจิตเภทมักมีอาการในระยะกำเริบที่พบบ่อยๆ ดังนี้

1.4.1.1 อาการหลงผิด ความหลงผิดที่พบในโรคจิตมีหลายรูปแบบ เช่น หวาดระแวง หลงผิดว่าเรื่องต่างๆที่เกิดขึ้นรอบตัวล้วนแต่เกี่ยวข้องกับตนเอง หลงผิดว่าตนเองเป็นเทพเจ้า หรือเป็นคนสำคัญกลับชาติมาเกิด ชนิดที่พบบ่อยคืออาการหวาดระแวง โดยเชื่อว่าตนเองถูกกลั่นแกล้ง มีคนปองร้าย อาจเป็นคนอื่นๆเดียวหรือเป็นขบวนการความหลงผิดที่ดึงเรื่องต่างๆมาเชื่อมโยงกับตนเองก็พบบ่อยเช่นกัน โดยเห็นคนคุยกันก็คิดว่าคุยเรื่องตนเอง นอกจากนี้ยังมีความหลงผิดชนิดที่ไม่ค่อยพบในโรคจิตอื่นๆ ได้แก่ ความหลงผิดที่มีลักษณะแปลกพิลึกพิลั่น เป็นความเชื่อที่ไม่ว่าใครทราบก็รู้ว่าเป็นไปไม่ได้ เช่น เชื่อว่าตนเองมีเครื่องดักจับสัญญาณคลื่นอยู่ในสมอง หรือมีอำนาจอะไรบางอย่างมาบังคับให้ตนเองต้องทำตามทุกอย่าง

1.4.1.2 อาการประสาทหลอน คือ การมีการรับรู้ที่ผิดปกติที่ไม่มีสิ่งกระตุ้น ซึ่งสามารถเป็นได้กับการรับรู้ทั้งทางรูป รส กลิ่น เสียง และสัมผัส อาการประสาทหลอนที่พบบ่อยคือ หูแว่ว

1.4.1.2.1 หูแว่วได้ยินเสียงดังขึ้นมาพร้อมๆกันกับที่ตนเองคิด เนื้อหาใจความเหมือนกับที่คิดทุกอย่าง ผู้ป่วยบางคนบอกว่าเป็นเสียงสะท้อนของความคิด

1.4.1.2.2 หูแว่วได้ยินเสียงคนมากกว่าสองคนถกเถียงหรือออกความคิดเห็นกัน โดยพูดถึงเรื่องของผู้ป่วย

1.4.1.2.3 รู้สึกว่าจู่ๆความคิดเกิดหายไปกะทันหัน จากการที่มีบุคคลหรืออำนาจภายนอกมาดึงความคิดออกไป

1.4.1.2.4 รู้สึกว่าความคิดที่มีนั้นไม่ใช่ความคิดของตนเอง หากแต่เป็นจากบุคคลอื่น

1.4.1.2.5 รู้สึกว่าความคิดของตนเองแผ่กระจายออกไปภายนอก จนคนอื่นๆรอบข้างทราบหมดว่าตนเองคิดอะไรอยู่

1.4.1.2.6 มีการรับรู้ที่ปกติแต่เชื่อมโยงเหตุการณ์ที่รับรู้เข้ากับความหลงผิดของตนเองที่เกิดขึ้นมาในขณะที่เกิดเหตุการณ์นั้น ทั้งที่ไม่มีมีความเกี่ยวเนื่องกัน เช่น มองเห็นตำรวจโบกมือให้รถไป เกิดเชื่อขึ้นมาว่าตำรวจโบกมือเพื่อบอกว่าสามีจะต้องจากตนเองไปเร็วๆนี้

1.4.1.2.7 มีความเชื่อว่าอารมณ์ความรู้สึก แรงผลักดัน หรือการกระทำที่มีในขณะนั้นมีใช่ของตนเอง หากเป็นจากอำนาจภายนอกควบคุมบังคับให้เป็นเช่นนั้น ตนเองเป็นเหมือนหุ่นยนต์ที่คอยทำตามการควบคุม

1.4.1.3 อาการด้านความคิด ผู้ป่วยมักมีความคิดในลักษณะที่มีเหตุผลแปลกๆ ไม่เหมาะสม ตนเองเข้าใจคนเดียว ผู้ป่วยไม่สามารถรวบรวมความคิดให้เป็นไปในแนวทางเดียวกันได้ตลอด ซึ่งจะแสดงออกมาให้เห็นโดยผ่านทาง การพูดสนทนา โดยอาจพูดจาไม่ต่อเนื่องกัน พูดเรื่องหนึ่งยังไม่ทันจบก็เปลี่ยนเรื่องทันที โดยที่อีกเรื่องหนึ่งก็ไม่เกี่ยวเนื่องกับเรื่องเดิม หรืออาจเกี่ยวเนื่องเพียงเล็กน้อย หรืออาจพบว่าตอบไม่ตรงคำถามเลย

1.4.1.4 อาการด้านพฤติกรรม พฤติกรรมในช่วงนี้จะเปลี่ยนไปอย่างเห็นได้ชัด ซึ่งอาจเป็นจากความหลงผิด ประสาทหลอน หรือเป็นจากความคิดแปลกๆของผู้ป่วย จนต้องพามาพบแพทย์

1.4.1.5 อาการด้านลบ (negative symptoms) ผู้ป่วยขาดในสิ่งที่ควรจะมีในคนทั่วไป ได้แก่ ไม่อยากได้อะไรดี ไม่กระตือรือร้น เฉื่อยชาลง ไม่สนใจเรื่องการแต่งกาย แต่งตัวมอซอ ผู้ป่วยอาจนั่งอยู่เฉยๆทั้งวันโดยไม่ทำอะไร ไม่รู้ร้อนรู้หนาว อารมณ์เฉยเมย พูดน้อยหรือไม่ค่อยพูด หรือไม่สนใจคบหาสมาคมกับใคร เวลาพูดคุยด้วยจะเห็นว่าผู้ป่วยจะเฉยๆ ไม่แสดงท่าทีหรือความรู้สึกเท่าไร อาจมียิ้มบ้าง แต่โดยรวมแล้วจะเป็นแบบเฉยๆอาการในลักษณะนี้อาจเริ่มเห็นตั้งแต่ระยะเริ่มแรกที่ยังไม่มีอาการกำเริบชัดเจน ในบางคนอาการเด่นจะแสดงออกมาแต่ในลักษณะนี้ โดยไม่พบว่ามีการหลงผิดหรือประสาทหลอนที่ชัดเจนเลยก็มี

1.4.2 ระยะอาการหลงเหลือ ส่วนใหญ่แล้วอาการต่างๆที่กำเริบจะเป็นอยู่ช่วงหนึ่ง เมื่อรักษาก็จะทุเลาลง อาการหลงผิดหรือประสาทหลอนจะหายไป หรืออาจมีแต่น้อยหรือเป็นนานๆครั้ง พูดจาฟังรู้เรื่องขึ้น อย่างไรก็ตามผู้ป่วยมักจะมีอาการหลงเหลืออยู่บ้าง เช่น มีความคิดแปลกๆ เชื่อในเรื่องไสยศาสตร์หรือโชคลาง อาการด้านลบมักพบบ่อยในระยะนี้ ความเป็นไปของอาการ พบว่าผู้ป่วยมักมีนิสัยเดิมเป็นคนเก็บตัวมาตั้งแต่เด็กหรือวัยรุ่น ส่วนใหญ่ผู้ที่เริ่มจะมีอาการขณะอายุราว

20 – 30 ปีเศษ พบน้อยที่มีอาการก่อนช่วงวัยรุ่น โรคนี้ยังอาจพบได้ในคนสูงอายุ เช่น เริ่มมีอาการหลังอายุ 45 ปี แต่พบไม่มาก ระยะเริ่มมีอาการจะค่อยเป็นค่อยไป ตามที่กล่าวมาแล้ว และมักพบอาการกำเริบเมื่อผู้ที่เป็นประสบกับความกดดันด้านจิตใจมากๆ (มาโนช หล่อตระกูล, 2555)

1.5 การวินิจฉัยโรคจิตเภท

ตามเกณฑ์การจำแนกโรคทางจิตเวชของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (DSM-IV) พิจารณาตามเกณฑ์อาการและอาการของโรคจิตเภท จะเน้นที่ความรับผิดชอบในหน้าที่การงาน การสังคม ระยะเวลาการเกิดอาการ ดังนี้

1.5.1 ลักษณะอาการ (Characteristic Symptoms) ผู้ป่วยต้องมีอาการอย่างน้อย 2 อาการขึ้นไป และมีอาการเด่นชัดมาเป็นเวลา 1 เดือน โดยมีอาการดังนี้

1.5.1.1 อาการหลงผิด (Delusion) มีอาการหลงผิด โดยที่ไม่เป็นจริง เช่น หลงผิดคิดว่าผู้อื่นปองร้าย คิดว่าตนเป็นผู้วิเศษ หรือมีอำนาจเหนือธรรมชาติ

1.5.1.2 อาการประสาทหลอน (Hallucination) มีอาการประสาทหลอน เป็นการรับรู้โดยทางประสาททั้งห้า โดยไม่มีสิ่งมากระตุ้นจากภายนอก เช่น หูแว่ว ได้ยินเสียงคนมาเรียก

1.5.1.3 อาการด้านการพูด พูดคนเดียว เนื้อหาไม่สัมพันธ์กัน ไม่เป็นเรื่องราวต่อเนื่อง สร้างคำขึ้นเอง โดยที่คนอื่นไม่เข้าใจพฤติกรรมแปลกๆ ทำอะไรที่แตกต่างจากคนปกติ

1.5.1.4 ปฏิเสธ อารมณ์เฉยเมย ราบเรียบ ไม่พูด

1.5.2 การสังคมและการงานเสีย ขาดความรับผิดชอบด้านหน้าที่ การงาน และสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น แยกตัวอยู่คนเดียว ไม่สนใจสุขอนามัยตนเอง

1.5.3 ระยะเวลาที่มีอาการ อาการจะมีอยู่ต่อเนื่องเป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน

1.5.4 อาการที่เกิดไม่ใช่ภาวะผิดปกติทางอารมณ์

1.5.5 อาการที่เกิดไม่ใช่เกิดจากการได้รับสารเคมีหรือได้รับยาตัวอื่น

1.5.6 อาการมีความสัมพันธ์กับประวัติความผิดปกติด้านพัฒนาการในวัยเด็ก

1.6 การบำบัดรักษาโรคจิตเภท

การรักษาหลักในโรคนี้คือการใช้ยารักษาโรคจิต ดังที่ได้กล่าวมาแล้วว่าในปัจจุบันเชื่อว่าสาเหตุของโรคจิตเภทนี้มาจากความผิดปกติของสารเคมีในสมอง ซึ่งยารักษาโรคจิตจะไปช่วยแก้ไขหรือปรับระดับของสารเคมีต่างๆให้เข้าที่ ทำให้อาการโรคจิตดีขึ้น อย่างไรก็ตามปัญหาส่วนหนึ่งของผู้ป่วยเกี่ยวข้องกับการปรับตัวต่อโรค ต่อสังคมรอบข้าง ซึ่งปัญหาเหล่านี้ไม่อาจแก้ไขได้ด้วยยา หารช่วยด้วยจิตบำบัดหรือการให้คำแนะนำของแพทย์หรือบุคลากรทางสุขภาพจิตจะช่วยในส่วนนี้อย่างมากโดยทั่วไปแล้วหากผู้ป่วยมีอาการค่อนข้างมากแพทย์ก็มักรับไว้รักษาตัวในโรงพยาบาล ซึ่งนอกจากเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยรบกวนผู้อื่นหรือเป็นการป้องกันอันตรายแล้ว ในการรักษาก็อาจจำเป็นต้องใช้ยาในขนาดสูง ซึ่งการรักษาในโรงพยาบาลจะสะดวกกว่า เนื่องจากมีแพทย์และพยาบาลดูแลใกล้ชิด การปรับยาทำได้สะดวก หากมีอาการข้างเคียงจากยาก็แก้ไขได้โดยเร็ว

1.6.1 ยารักษาโรคจิต

การรักษาด้วยยารักษาโรคจิตนั้นเป็นหัวใจของการรักษา นอกจากเพื่อการควบคุมอาการแล้ว ยังสามารถลดการกำเริบซ้ำของโรคได้ พบว่าผู้ป่วยที่มักมีอาการกำเริบซ้ำอยู่บ่อยๆนั้น ส่วนใหญ่มีปัญหาจากการขาดยา การรักษาที่นี้อาจแบ่งออกได้เป็น 2 ช่วง คือ

1.6.1.1 ภาวะควบคุมอาการ เป็นการรักษาในช่วงอาการกำเริบ เป้าหมายของการรักษาในระยะนี้ คือ การควบคุมอาการให้สงบโดยเร็ว ยามีส่วนสำคัญมาก จะทำให้อาการของผู้ป่วยสงบโดยเร็ว โดยกลางคืนนอนหลับได้ อาการหนักหรือพฤติกรรมก้าวร้าวลดลง อาการกระสับกระส่าย หรือวุ่นวายก็จะดีขึ้น ซึ่งมักเห็นผลในการรักษาเช่นนี้ได้ภายในสัปดาห์แรก บางรายแค่ 3-4 วัน ก็ดีขึ้น ส่วนอาการประสาทหลอนจะใช้เวลาหลายสัปดาห์ อาการหลงผิดก็เช่นกัน ผู้ป่วยบางรายแม้อาการจะดีขึ้นมาก แต่ก็ยังคงมีอาการหลงผิดหรือประสาทหลอนอยู่บ้าง โดยอาจเป็นห้วงสั้น หรือมีครั้งละไม่นานในช่วงที่รักษาด้วยยาโรจิต ผู้ป่วยบางคนอาจมีอาการข้างเคียงจากยา เช่น มือสั่น ทำอะไรช้าลง หรือปวดเกร็งกล้ามเนื้อ เมื่อแพทย์พบก็อาจลดขนาดของยาโรจิตลง หรือหากเห็นว่าลดขนาดแล้วยังไม่ได้เพราะอาการยังหนักอยู่ ก็จะให้ยาช่วยแก้อาการข้างเคียงเหล่านี้ร่วมไปกับยาโรจิต

1.6.1.2 ระยะเวลาให้ยาต่อเนื่อง หลังจากมีอาการสงบแล้ว ผู้ป่วยยังจำเป็นต้องกินยาต่อเนื่องอยู่อีก ทั้งนี้เพื่อป้องกันมิให้กลับมามีอาการกำเริบซ้ำอีก ยิ่งผู้ป่วยที่ดูแลแล้วมีแนวโน้มที่อาการจะกำเริบหรือหายยาก การกินยาจึงเป็นสิ่งสำคัญ ขนาดของยาที่ใช้ในระยะนี้จะต่ำกว่าในระยะแรก ไม่มีการกำหนดขนาดแน่นอนว่าควรให้ยาขนาดเท่าไร แพทย์จะปรับขนาดยาในผู้ป่วยเป็นรายๆ ไป โดยดูว่าอาการของโรคเป็นมากน้อยเพียงใด มีอาการข้างเคียงจากยาหรือไม่ และผู้ป่วยมีความเสี่ยงที่จะเกิดโรคนี้อีกมากน้อยเพียงใด

ระยะเวลาในการรักษานั้น ส่วนใหญ่เห็นว่าในผู้ที่เป็นครังแรกนั้น หลังจากอาการโรคจิตดีขึ้น แล้วควรทานยาต่อไปอีกประมาณ 1 ปี

1.6.2 การรักษาด้วยไฟฟ้า

การรักษาด้วยไฟฟ้า เป็นการใช้กระแสไฟฟ้าผ่านบริเวณศีรษะของผู้ป่วยในปริมาณน้อยๆ เพื่อทำให้เกิดการชักเหมือนในโรคลมชัก กระแสไฟฟ้าที่ใช้มีขนาดต่ำมาก ไม่มีอันตรายต่อสมองอย่างแน่นอน ปัจจุบันวิธีการทำก้าวหน้าขึ้นมาก การชักที่เกิดขึ้นนั้นอาจเห็นเพียงปลายแขนขยับเล็กน้อย เนื่องจากก่อนการทำแพทย์จะทำให้ผู้ป่วยหมดสติและกล้ามเนื้อคลายตัวทั้งหมด ซึ่งเป็นกระบวนการเหมือนกับที่ใช้ในการผ่าตัดทั่วไป แต่ระยะเวลาสั้นกว่ามาก โดยใช้เวลาทั้งหมดประมาณไม่ถึง 5 นาที การรักษาจะทำวันเว้นวัน ทำทั้งหมดประมาณ 10-12 ครั้ง อาจมากน้อยกว่านี้ก็ได้ตามแต่พิจารณาของแพทย์

1.6.3 การดูแลรักษาด้านจิตใจและสังคม

การช่วยเหลือในด้านจิตใจและสังคม ที่แพทย์หรือผู้รักษาอาจใช้ร่วมกับยา ได้แก่

1.6.3.1 การช่วยเหลือด้านจิตใจ ผู้ป่วยอาจมีความคับข้องใจ รู้สึกเครียด ไม่ทราบว่าจะต้องปฏิบัติตัวอย่างไรกับปัญหาที่เกิดขึ้นทั้งปัญหาภายในตนเองและปัญหาที่มีกับคนรอบข้าง ผู้รักษาจะให้คำแนะนำที่ผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติได้ เช่น ช่วยผู้ป่วยในการหาวิธีแก้ปัญหาในแบบอื่นๆที่เขาพอทำได้ ช่วยผู้ป่วยค้นหาดูว่าความเครียดหรือความกดดันอะไรที่เขาไม่ทนไม่ได้ เป็นต้น

1.6.3.2 การให้คำแนะนำแก่ครอบครัว เป็นการให้ความรู้แก่ญาติและผู้ดูแลผู้ป่วย เกี่ยวกับเรื่องของโรคและปัญหาต่างๆของผู้ป่วยที่อาจเกิดขึ้น ผู้ปกครองมักเข้าใจว่าเป็นเพราะตนเลี้ยงดูไม่ดีจึงทำให้ผู้ป่วยเป็นโรคจิต เกิดความรู้สึกผิด หรือกลัวโทษตนเอง นอกจากนี้บางครั้งครอบครัวมีการใช้อารมณ์ต่อกันสูง และอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยเป็นเวลานานในแต่ละวัน ซึ่งอาจเป็นการ

ไปเพิ่มความกดดันแก่ผู้ป่วย ทั้งสองกรณีนี้ การทำครอบครัวบำบัดหรือให้ความรู้ในเรื่องโรค รวมทั้งสิ่ง
ที่ญาติควรปฏิบัติต่อผู้ป่วย จะช่วยได้เป็นอย่างดี

1.6.3.3 กลุ่มบำบัด เป็นการจัดกิจกรรมกลุ่มระหว่างผู้ป่วยขณะที่ผู้ป่วยอยู่ใน
โรงพยาบาล โดยส่งเสริมให้เกิดความรู้สึกว่ามีเพื่อน มีคนเข้าใจ ไม่โดดเดี่ยว มีการช่วยเหลือแก้ไข
ปัญหาและให้คำแนะนำแก่กัน ฝึกทักษะทางสังคม เน้นการสนับสนุนให้กำลังใจแก่กัน

1.6.3.4 นิเวศน์บำบัด เป็นการจัดสภาพแวดล้อมในโรงพยาบาลเพื่อช่วย
ส่งเสริมขบวนการรักษา ประกอบด้วย การจัดกิจกรรมต่างๆภายในหอผู้ป่วย การจัดสภาพแวดล้อม
ภายในหอผู้ป่วยให้น่าอยู่ ผู้ป่วยต้องช่วยในกิจกรรมต่างๆเท่าที่พอทำได้ เพื่อส่งเสริมความรู้สึกเชื่อมั่น
ในตนเองของผู้ป่วย ลดความรู้สึกว่าการอยู่โรงพยาบาลเหมือนอยู่ให้ผ่านพ้นไปวันๆเท่านั้น

1.6.3.5 การบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral
Therapy; CBT) เป็นการบำบัดที่ใช้การผสมผสานระหว่างเทคนิคการปรับความคิดและการปรับ
พฤติกรรม ซึ่งในการบำบัดโดย วิธีนี้ผู้บำบัดทำหน้าที่ชี้แนะให้ผู้ป่วยได้เข้าใจรูปแบบต่าง ๆ ของ
ความคิดที่เบี่ยงเบนและพฤติกรรมที่ผิดปกติ โดยการอภิปรายโต้แย้งความคิดที่ผิดปกติอย่างเป็นระบบ
ประกอบกับการให้ผู้ผู้ป่วยฝึกทำกิจกรรมต่างๆ เป็นการบ้าน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยประเมิน ปรับเปลี่ยน
ความคิดที่เบี่ยงเบนและพฤติกรรม ที่ผิดปกติด้วยตนเอง ซึ่งการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมใน
ผู้ป่วยจิตเภทนั้น จะช่วยลดอาการทางบวกและอาการทางลบของโรคจิตเภท (Recker & Beck, 2001)
และสามารถลดอาการตึงเครียด ได้เล็กน้อย (Laws et al., 2018) แต่ไม่พบความแตกต่างในการรักษา
ภาวะซึมเศร้า เมื่อเปรียบเทียบกับการรักษาตามปกติ (Sonmez et al., 2020)

1.6.3.6 จิตบำบัดสัมพันธ์ภาวะระหว่างบุคคล (Interpersonal Psychotherapy;
IPT) เป็นจิตบำบัด รูปแบบหนึ่งซึ่งมีหลักฐานยืนยันถึงประสิทธิภาพในการรักษาโรคซึมเศร้า จิตบำบัด
สัมพันธ์ภาวะ ระหว่างบุคคลเป็นจิตบำบัดระยะสั้นที่มีเป้าหมายในการแก้ไขปัญหาระหว่าง
บุคคล เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเกิดแนวทางและวิธีการที่จะมีความสัมพันธ์ที่ดีกับสังคมและบุคคลอื่น แต่
จากการศึกษาการบำบัดผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะซึมเศร้าด้วยจิตบำบัดสัมพันธ์ภาวะระหว่างบุคคลของ
Lacaz et al (2005) พบว่ายังมีข้อปัญหาเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนบทบาท ความไม่สมดุลระหว่าง
บุคคล ซึ่งจำเป็นต้องมีการพัฒนา จิตบำบัดสัมพันธ์ภาวะระหว่างบุคคล ให้มีความเหมาะสมในการ
นำมาใช้บำบัดผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะซึมเศร้ามากขึ้น

1.6.3.7 ครอบครัวบำบัด (Family therapy) เป็นรูปแบบหนึ่งของการทำจิต
บำบัด ที่คำนึงถึงระบบของครอบครัวเป็นสำคัญในการรักษา ทั้งนี้มีจุดมุ่งหมายที่นำเอาสมาชิกของ
ครอบครัวมาพบทีม ผู้รักษาและขอความร่วมมือในการหาแนวทางเพื่อบรรเทา หรือรักษาความ
เจ็บป่วยของผู้ป่วยพร้อมทั้ง ปรับปรุงบทบาทหน้าที่และปฏิสัมพันธ์ของสมาชิกภายในครอบครัวให้ดี
ขึ้น เป็นการปรับเปลี่ยนเพียงเพื่อให้เกิดสภาวะใหม่ที่สมดุล ผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะซึมเศร้า เมื่อได้รับ
ความเข้าใจและการสนับสนุน จากครอบครัว จะส่งผลให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ไม่อ้างว่า
รู้สึกปลอดภัย จะช่วยส่งผลให้ ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทลดลงได้ (อติทยา คำทวิ และจินตนา ยู
นิพันธ์, 2561)

2. พระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคจิตเภท

พระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคจิตเภท หมายถึง หมายถึง พระภิกษุที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตามแนวทางการวินิจฉัยจำแนกโรคขององค์การอนามัยโรค (ICD-10) โดยดำเนินชีวิตส่วนใหญ่ในชุมชนและเข้ารับการรักษาต่อเนื่องแบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชระดับตติยภูมิ จากการศึกษาสถิติการให้บริการแก่พระภิกษุสงฆ์ในโรงพยาบาลสงฆ์ (สถิติเวชระเบียนโรงพยาบาลสงฆ์, 2561) พบว่า พระภิกษุสงฆ์ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท จัดว่าเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีจำนวนมากที่สุด โดยในปี 2558, 2559, 2560 และ 2561 พบจำนวนผู้ป่วยดังนี้ 50 ราย, 47 ราย, 48 ราย และ 53 ราย ตามลำดับ

จากการศึกษาพบว่าระยะเวลาที่บวช ตั้งแต่ 6-15 พรรษา จะพบว่ามีเปอร์เซ็นต์การเกิดภาวะซึมเศร้าสูงในพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคจิตเภท ซึ่งถ้าเทียบตามพรรษาแล้วพระสงฆ์อาพาธ กลุ่มนี้ก็จัดอยู่ในกลุ่มพระผู้ใหญ่ และมักจะได้รับมอบหมายภารกิจอื่นๆเพิ่มเติมนอกจากการปฏิบัติตามกิจสงฆ์ ได้แก่ งานบริหาร งานจัดหลักสูตรการเรียน การสอน เป็นต้น ซึ่งก็มีโอกาสเผชิญกับความตึงเครียดมากขึ้น และเมื่อศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์ตึงเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตกับโรคจิตเภทที่มีอาการซึมเศร้า ก็พบว่าโรคจิตเภทที่มีอาการซึมเศร้าในพระสงฆ์เกี่ยวข้องกับปัจจัยหลัก 2 ปัจจัย คือ 1) ปัจจัยทางวัด ได้แก่ ปัจจัยด้านความสัมพันธ์ระหว่างพระสงฆ์ด้วยกันและพระสงฆ์กับชุมชน ซึ่งสาเหตุส่วนหนึ่งน่าจะมาจากการที่พระสงฆ์ที่มาอยู่ร่วมกันภายในวัดมีพื้นฐานทางฐานะ เศรษฐกิจครอบครัวที่แตกต่างกัน รวมถึงการที่ไม่มีกฎระเบียบและแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน ทำให้การอยู่ร่วมกันของพระสงฆ์ภายในวัดมีลักษณะเป็นปัจเจกบุคคล และเมื่อเกิดกรณีปัญหาการเจ็บป่วยขึ้นก็ขาดผู้ดูแลใกล้ชิด เพราะทางวินยสงฆ์ไม่อนุญาตให้นำพระสงฆ์อาพาธกลับไปรักษาพยาบาลที่บ้านได้ ส่วนปัจจัยด้านการบริหารงานและการปกครองในวัดก็มีผลทำให้เกิดความตึงเครียดมากขึ้น เพราะการที่ได้รับมอบหมายให้ทำงานภายในวัดและการรับผิดชอบงานที่อาจเกินกำลังความสามารถของพระสงฆ์ จึงอาจทำให้เกิดความเครียดกับงานและทำให้เกิดโรคจิตเภทและมีอาการซึมเศร้าได้ 2) ปัจจัยทางครอบครัว ได้แก่ อนุญาตให้ทอดทิ้ง ความสัมพันธ์ในวัยเด็กกับบิดา/มารดาไม่ดี ครอบครัวแตกแยก ขาดความอบอุ่น และสัมพันธ์ภาพ กับญาติพี่น้องไม่ดี ทะเลาะกัน/ขัดผลประโยชน์กัน รวมถึงความขัดสนของญาติ ทำให้ไม่มีญาติเข้ามาช่วยดูแลเมื่อเกิดการเจ็บป่วย ซึ่งปัญหาเหล่านี้เป็นปัญหาที่ต่อเนื่องและกระทบกระเทือนจิตใจของพระสงฆ์ จึงเป็นสาเหตุทำให้เกิดความเครียดและส่งผลให้เกิดโรคจิตเภทและมีอาการซึมเศร้าได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ที่พบว่า ความตึงเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันมีผลต่อการ เกิดอาการซึมเศร้าในพระสงฆ์ที่เป็นโรคจิตเภทได้ (จุฑามาศ โกสียะกุล และ อ้นธิมา สายบุญศรี, 2554)

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 5 พ.ศ.2555 ได้มีฉันทมติต่อเรื่อง “พระสงฆ์กับการพัฒนาสุขภาพ” เพื่อหวังสานพลังภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนร่วมกันแก้ไขปัญหาสุขภาพพระสงฆ์ที่พบปัญหาอยู่จำนวนมาก หลังจากบูรณาการทำงานร่วมกันทั้งสงฆ์และฆราวาสจากหลายหน่วยงาน ตลอด 5 ปีที่ผ่านมา พบว่าเรื่องนี้ต้องยกระดับเป็นนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม โดยยึดหลักการสำคัญ “ใช้ทางธรรมนำทางโลก” ภายใต้แผนปฏิบัติการ 5 แนวทาง ได้แก่ ด้านความรู้ ด้านข้อมูล ด้านการพัฒนา ด้านบริการสุขภาพและสวัสดิการ ด้านการวิจัยและพัฒนาชุดความรู้ในรูปแบบต่างๆ นอกจากนี้สมัชชาสุขภาพแห่งชาติยังให้ความสำคัญกับปัญหาทางด้านสุขภาพจิตด้วย เนื่องจาก

พระสงฆ์ท่านอยู่ในสมณะเพศ จึงต้องแยกตัวออกจากครอบครัวและสังคม ต้องมีความสันโดษและพึ่งพาตนเองเป็นหลัก จึงทำให้ขาดการสนับสนุนทางสังคม (Social support) และต้องวางตัวอยู่ในกรอบที่สังคมวางไว้ เนื่องจากท่านเป็นตัวแทนของพระพุทธศาสนา จึงต้องทำตัวเป็นแบบอย่างที่ดีของชาวพุทธ จึงอาจทำให้พระสงฆ์โดยส่วนมากมีโอกาสเกิดภาวะเครียดและภาวะซึมเศร้าได้ง่าย ซึ่งผู้วิจัยได้ปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการ 5 แนวทางของมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติพระสงฆ์กับการพัฒนาสุขภาพในด้านการวิจัยและพัฒนาชุดความรู้ โดยเน้นในเรื่องของปัญหาทางด้านสุขภาพจิต โดยจัดทำในรูปแบบของโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง เพื่อให้พระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคจิตเภทและมีอาการซึมเศร้าได้มีความรู้ ความเข้าใจในโรคที่ตนเป็น พร้อมทั้งมีความรู้ในการดูแลตนเอง และสามารถปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้องเหมาะสมเมื่อมีอาการซึมเศร้า

2.1 สาเหตุ/ปัจจัยการเกิดโรค/อาการของโรคจิตเภทในพระสงฆ์

2.1.1 ปัจจัยทางด้านชีวภาพ

2.1.1.1 พันธุกรรม จากการศึกษาด้านพันธุศาสตร์พบว่า ยีนที่ผิดปกติซึ่งพบได้ในพระสงฆ์โรคจิตเภทมีความสัมพันธ์กับโครโมโซมคู่ที่ 6 (สมภพ เรื่องตระกูล, 2557) และจากการศึกษาพบว่าญาติของผู้ป่วยมีโอกาสเป็นโรคจิตเภทสูงกว่าประชากรทั่วไป ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคจิตเภทในเครือญาติพบว่า พี่น้องของผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคจิตเภทร้อยละ 8 ลูกที่บิดาหรือมารดาป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคจิตเภทร้อยละ 12 คู่แฝดต่างไข่ของผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคจิตเภทร้อยละ 12 ลูกที่มีบิดาและมารดาป่วยจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคจิตเภทร้อยละ 40 คู่แฝด ไข่ใบเดียวกันของผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคจิตเภทร้อยละ 47 (กนกวรรณ ลิ่มศรีเจริญ, 2558)

2.1.1.2 ระบบสารชีวเคมีในสมอง สมมติฐานโดปามีน (dopamine hypothesis) เป็นสมมติฐานหลัก เชื่อว่าโรคนี้อาจเกิดจาก dopaminergic hyperactivity โดยเฉพาะในบริเวณ mesolimbic และ mesocortical tract นอกจากนี้ยังมีสมมติฐานความผิดปกติของสารสื่อประสาท serotonin และ glutamate ที่มีความผิดปกติ (Patel, Cherian, Gohil, & Atkinson, 2014)

2.1.1.3 กายวิภาคของสมอง ความผิดปกติจากการเสื่อมสลายของระบบประสาท ซึ่งพบว่าช่องสมอง (ventricles) ขยายใหญ่ขึ้น และพบว่าเนื้อสมองโดยเฉพาะส่วน Hippocampus และ Amygdala ในระบบ Limbic มีขนาดเล็กลง (สมภพ เรื่องตระกูล, 2557)

2.1.1.4 ประสาทสรีรวิทยา พบว่า cerebral blood flow และ glucose metabolism ลดลง ในบริเวณ frontal lobe เชื่อว่าอาการด้านลบและอาการด้าน cognitive มีความสัมพันธ์กับ prefrontal lobe dysfunction (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558)

2.1.1.5 ปัจจัยด้านการทำงานของต่อมไร้ท่อ (Endocrinological factor) เช่น การเป็นโรคต่อมไทรอยด์เป็นพิษ (Hyperthyroidism) มีอาการหงุดหงิด กระวนกระวาย มีความเครียด มีอารมณ์เศร้าเฉื่อยชา ความจำเสื่อม และมีอาการทางจิต จนอาจกลายเป็นโรคจิตเภท สำหรับโรคขาดฮอร์โมนจากต่อมไทรอยด์ (Hypothyroidism) ผู้ป่วยจะมีอาการอ่อนเพลีย เฉื่อยชา ความจำเสื่อม อารมณ์เฉยเมย ประสาทหลอน และมีอาการซึมเศร้า (Weinberger & Harrison, 2011)

2.1.2 ปัจจัยด้านจิตใจ

จากทฤษฎีจิตวิเคราะห์และทฤษฎีจิตวิทยาพัฒนาการ พบว่าความ ผิดปกติจาก พัฒนาการทางบุคลิกภาพของพระสงฆ์/สามเณรในวัยเด็ก โดยเฉพาะในช่วงปีแรกทำให้เกิดความ ผิดปกติในการปรับตัว การควบคุมพฤติกรรมและการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น โดยเฉพาะพัฒนาการด้าน ภาษา การคิด การตัดสินใจและการรับรู้ ซึ่งผู้ป่วยพระสงฆ์มีการรับรู้และไวต่อความเครียดมากกว่า ปกติ และการตอบสนองต่อความเครียดไม่ดี (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2554)

2.1.3 ปัจจัยทางด้านครอบครัวและสังคม

2.1.3.1 สภาพครอบครัวมีผลต่อการกำเริบของโรค พบว่าครอบครัวของพระสงฆ์ที่มีอาการกำเริบบ่อยจะมีการใช้อารมณ์ต่อกันสูง (high expressed – emotion: EE) ได้แก่ การตำหนิ วิพากวิจารณ์ (criticism) มีท่าทีที่ไม่เป็นมิตร (hostility) หรือจู้จี้เกี่ยวกับผู้ป่วยพระสงฆ์มากเกินไป (emotional over involvement) (กนกวรรณ ลิ้มศรีเจริญ, 2558)

2.1.3.2 ผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภทพบมากในสังคมที่มีเศรษฐกิจต่ำ ซึ่งมีสมมติฐานว่า ความเครียดและการที่สภาพสังคมบีบคั้นเป็นปัจจัยกระตุ้นทำให้เป็นโรคจิตเภท โดยเฉพาะในผู้ที่มีแนวโน้มจะเป็นโรคง่ายอยู่แล้ว (สมภาพ เรื่องตระกูล, 2557) ปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัดของโรคจิตเภท เชื่อว่าเป็นกลุ่มอาการจากหลายสาเหตุ แนวคิดที่ยอมรับกันในปัจจุบันคือ stress – diathesis model ซึ่งเชื่อว่าผู้ป่วยพระสงฆ์นั้นมีแนวโน้มหรือ จุดอ่อนบางอย่างอยู่ก่อนแล้ว เมื่อพบกับสภาพกดดันบางประการทำให้เกิดอาการของโรคจิตเภท ขึ้นมาหรือสภาพกดดันนี้อาจเป็นปัจจัยด้านชีวภาพจิตสังคม หรือหลายปัจจัยรวมกัน (มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิชย์, 2558)

2.1.4 อาการของโรคจิตเภทในพระสงฆ์

การศึกษาเกี่ยวกับโรคจิตเภทในพระสงฆ์พบว่า ผู้ป่วยมีลักษณะเด่นของความ ผิดปกติด้านความคิด การรับรู้ พฤติกรรม และอารมณ์ ส่งผลให้มีการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมไม่ สอดคล้องกับความเป็นจริง และการทำหน้าที่ต่างๆบกพร่องหรือลดลง มี 2 กลุ่มอาการ (อัจฉราพร สี่ หิรัญวงศ์ และคณะ, 2557; มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2558) ดังนี้

2.1.4.1 กลุ่มอาการทางบวก (Positive symptoms) อาการผิดปกติที่เพิ่มมากกว่า คนทั่วไป อาการจะเกิดขึ้นเร็ว และพบได้หลายช่วงของการดำเนินโรค มักพบในช่วงอาการกำเริบ มี ดังนี้

2.1.4.2 อาการหลงผิด (Delusion) ชนิดที่พบบ่อยได้แก่ หลงผิดคิดว่า มีคนปองร้าย (persecutory delusion) หลงผิดว่าเรื่องราวต่าง ๆ เกี่ยวโยงกับตนเอง (delusion of reference) รวมทั้งอาการหลงผิดที่จัดอยู่ในกลุ่มอาการหลักของ ชไนเดอร์(Schneider) ได้แก่ หลงผิดว่าจู่ๆ ความคิดเกิดหายไปกะทันหันจากการที่มีบุคคลหรืออวัยวะภายนอกมาดึงออกไป (Thought withdrawal) หลงผิดว่าความคิดที่มีอยู่ไม่ใช่ของตนแต่เป็นของคนอื่นที่สอดแทรกความคิดเข้ามาสู่ ตนเอง (Thought insertion) หลงผิดว่าความคิดของตนแผ่ออกไปภายนอกทำให้คนอื่นล่วงรู้ความคิดของตน (Thought broadcasting) เชื่อมโยงเหตุการณ์ที่รับรู้เข้ากับอาการหลงผิดของตนเองที่เกิดขึ้นมาในขณะที่เกิดเหตุการณ์นั้น (Delusion Perception) หลงผิดว่ามีอวัยวะภายนอกมาควบคุม บังคับในตนทำตาม (Delusion of control) ส่วนอาการหลงผิดอื่นๆ พบบ้าง เช่น หลงผิดว่าตนเองมีการเจ็บป่วยทางกาย (Somatic delusion) หลงผิดเกี่ยวกับศาสนา (religious delusion) หรือ หลง

ผิดว่าตนเองมีอำนาจหรือความสามารถพิเศษ (grandiose delusion) เป็นต้น อาการหลงผิดที่มีน้ำหนักในการวินิจฉัยได้แก่ หลงผิดแบบพิลึกพิลั่น (bizarre delusion) ซึ่งมีลักษณะแปลก ฟังไม่เข้าใจหรือเป็นไปได้เลย

2.1.4.3 อาการประสาทหลอน (Hallucination) พบบ่อยเป็นประสาทหลอนทางหู (auditory hallucination) อาจได้ยินเป็นเสียงคนพูดเรื่องราวของตน คอยวิพากษ์วิจารณ์ตน หรือสั่งให้ทำตาม นอกจากนี้อาจเป็นเสียงอื่นๆ ที่ไม่มีความหมาย อาการประสาทหลอนอื่นที่พบได้บ้าง เช่น ประสาทหลอนทางสัมผัส (tactile หรือ Somatic hallucination) ประสาทหลอนทางตา (Visual hallucination) อาการประสาทหลอนที่มีน้ำหนักในการวินิจฉัย ได้แก่ ประสาทหลอนทางหู (auditory hallucination)

2.1.4.4 ความผิดปกติของความคิดและคำพูด (Disorganized thinking and speech) ขาดการเชื่อมโยงความคิดและคำพูด ไม่ต่อเนื่อง พูดเป็นคำๆ ไม่เป็นประโยคที่รู้เรื่อง ไม่เรียงประธาน กริยา กรรม การพูดที่ไม่มีความสัมพันธ์ต่อเนื่องกันจนฟังไม่เข้าใจในเนื้อหาที่พูด

2.1.4.5 ความผิดปกติของพฤติกรรม (Behavioral disturbances) เช่น มีพฤติกรรมก้าวร้าว วุ่นวายไม่อยู่นิ่ง มีพฤติกรรมแปลกๆ ที่ทำซ้ำๆ โดยไม่มีความหมาย ไม่สนใจดูแลตนเอง สกปรก แต่งกายแปลกๆ มีพฤติกรรมทางเพศไม่เหมาะสม

2.1.5 กลุ่มอาการทางลบ (Negative symptoms) อาการผิดปกติที่ขาดหรือบกพร่องไปจากคนทั่วไป มีลักษณะอาการของความเจ็บป่วยและการทำหน้าที่ต่างๆ ลดลง (Association, 2013) อาการจะค่อยเป็นค่อยไป และมักพบในช่วงหลังของการดำเนินโรค เช่น อารมณ์เรียบเฉย พูดน้อยหรือไม่พูด ขาดความสนใจในกิจกรรมทุกชนิด ขาดความสุข และขาดความตั้งใจ ซึ่งพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคจิตเภทโดยส่วนใหญ่ในโรงพยาบาลสงฆ์มีอาการด้านลบที่เห็นเด่นชัดค่อนข้างมาก เนื่องจากเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง มีการเจ็บป่วยเป็นระยะเวลานาน

2.2 การบำบัดรักษาพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคจิตเภทในโรงพยาบาลสงฆ์

เนื่องจากโรงพยาบาลสงฆ์ เป็นโรงพยาบาลฝ่ายชาย ซึ่งมีจิตแพทย์ และนักจิตวิทยาเพียงคนเดียว การรักษาพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคจิตเภทจึงเป็นแบบผู้ป่วยนอก เนื่องจากไม่มีหอผู้ป่วยจิตเวช และมีวิธีการบำบัดรักษา คือ การรักษาด้วยยา เพียงอย่างเดียว ดังนั้น พระสงฆ์อาพาธด้วยโรคจิตเภทที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสงฆ์ จึงไม่มีโอกาสได้รับการรักษาทางเลือกอื่นๆ

2.3 การพยาบาลพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคจิตเภทและมีอาการซึมเศร้า

การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย การพยาบาลด้านร่างกาย การพยาบาลด้านความคิด การพยาบาลด้านจิตใจ อารมณ์ และการพยาบาลด้านสังคม การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการซึมเศร้า เป็นการวิเคราะห์หาปัญหาที่เกิดขึ้น การลดภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย การดูแลสุขอนามัย การสร้างสัมพันธภาพ การสังเกตผลจากการรักษา เช่น อาการข้างเคียงจากยาที่ได้รับ (สุนีย์ เกี้ยวกิ่งแก้ว, 2554) ดังนี้

2.3.1 การพยาบาลผู้ที่มีอาการซึมเศร้า (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2552; พจนา เปลี่ยนเกิด, 2557) มีดังนี้

2.3.1.1 การวิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วยที่สำคัญ คือ การฆ่าตัวตาย พยาบาลต้องสังเกตพฤติกรรมที่มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตาย โดยสังเกตการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมและอารมณ์ ซึ่งผู้ป่วยจะบอกกล่าวปัญหาและแสดงพฤติกรรมให้เห็นเด่นชัด

2.3.1.2 ลดภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เป็นที่ยอมรับกันว่าผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้ามี ความสัมพันธ์กับความคิดฆ่าตัวตาย การป้องกันในขั้นแรกด้วยการเก็บสิ่งของ ซึ่งอาจใช้เป็นอาวุธใน การทำร้ายตนเอง สังเกตพฤติกรรมอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง วัตถุประสงค์การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของ ผู้ป่วย เพื่อให้การดูแลช่วยเหลือที่ถูกต้องและทันที่

2.3.1.3 การดูแลสุขภาพอนามัย ช่วยให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติกิจวัตรด้วยตนเอง และ ให้ได้รับการดูแลสุขภาพส่วนบุคคล รวมทั้งการแต่งกาย การขับถ่ายการนอน และการรับประทานอาหาร เนื่องจากผู้ป่วยไม่ให้ความสนใจต่อตนเองในเรื่องเหล่านี้ การช่วยให้ร่างกายสะอาด แต่งกาย เรียบร้อยสวยงามทำให้สดชื่นและมั่นใจขึ้น

2.3.1.4 การสร้างสัมพันธภาพ รวมถึงการทำจิตบำบัด (Psychotherapy) เป็นการสร้างให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่า มีกำลังใจที่จะดำเนินชีวิตต่อไปนั้น ทำได้ด้วยการให้โอกาสผู้ป่วยได้ พูดถึงความรู้สึก ท้อแท้ เสียใจ สิ้นหวัง ยอมรับความคิดเห็นและพฤติกรรมของผู้ป่วยในการค้นหา วิธีการเผชิญปัญหาในทางที่สร้างสรรค์ ความหวังใหม่ให้แก่ผู้ป่วย เสริมความมีคุณค่าให้แก่ผู้ป่วย โดยการให้ผู้ป่วยมองหาข้อดีของตนเองและเข้าถึงความรู้สึกของผู้ป่วย (Empathy) ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่น ซึ่งในปัจจุบันมีการบำบัดทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการซึมเศร้ามีหลายรูปแบบและให้ ผลลัพธ์ที่แตกต่างกัน ดังนี้

2.3.1.4.1 กลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง (Supportive psychotherapy) เป็นการบำบัดรักษา แบบกลุ่มวิธีหนึ่ง กลุ่มจิตบำบัดมีแนวคิดพื้นฐานที่พัฒนามา จากวิธีการของจิตบำบัดรายบุคคล และ รายกลุ่ม ซึ่งมีจุดหมายเพื่อประคับประคองบุคคลที่มีทุกข์ทาง ใจ โดยสมาชิกในกลุ่มเป็นผู้ที่มีปัญหาทางด้านจิตใจและอารมณ์ ได้มาร่วมแสดงความรู้สึกอภิปรายใน ปัญหานั้น ซึ่งเน้นการมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันของสมาชิกในกลุ่มและมีการดำเนินไปตามพัฒนาการของ กลุ่ม มีเป้าหมายและส่งผลให้สมาชิกเกิดการเรียนรู้เปลี่ยนแปลงความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมไป ในทางที่เหมาะสม ทำให้สมาชิกเข้าใจในปัญหาการเจ็บป่วยของตนเองและเกิดปัจจัยบำบัด ซึ่งส่งผลดี ต่อการรักษา (Yalom, 1995) ผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดด้วยกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง จะรู้สึก ผ่อนคลาย มั่นคงปลอดภัย เกิดความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มและได้รับการยอมรับ ไม่อ้างว้างโดด เดี่ยว ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมากขึ้น และสามารถลดอาการซึมเศร้าลงได้ นอกจากนี้ยังเป็น การฝึกในการสร้างสัมพันธภาพและการอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมอีกด้วย(ปริยนันท์ สละสวัสดิ์ และคณะ , 2559)

2.3.1.4.2 การบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy; CBT) เป็นการ บำบัดที่ใช้การผสมผสานระหว่างเทคนิคการปรับความคิดและการปรับ พฤติกรรม ซึ่งในการบำบัดโดย วิธีนี้ผู้บำบัดทำหน้าที่ชี้แนะให้ผู้ป่วยได้เข้าใจรูปแบบต่างๆของความคิด ที่เบี่ยงเบนและพฤติกรรมที่ ผิดปกติ โดยการอภิปรายโต้แย้งความคิดที่ผิดปกตಿಯ่างเป็นระบบ ประกอบกับการให้ผู้ป่วยฝึกทำ กิจกรรมต่างๆ เป็นการบ้าน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยประเมิน ปรับเปลี่ยน ความคิดที่เบี่ยงเบนและพฤติกรรม ที่ผิดปกติด้วยตนเอง ซึ่งการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมใน

ผู้ป่วยจิตเภทนั้น จะช่วยลดอาการ ทางบวกและอาการทางลบของโรคจิตเภท (Recter & Beck, 2001) และสามารถลดอาการตึงเครียด ได้เล็กน้อย (Laws et al., 2018) แต่ไม่พบความแตกต่างในการรักษาภาวะซึมเศร้า เมื่อเปรียบเทียบกับการรักษาตามปกติ (Sonmez et al., 2020)

2.3.1.4.3 จิตบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal Psychotherapy; IPT) เป็นจิตบำบัดรูปแบบหนึ่งซึ่งมีหลักฐานยืนยันถึงประสิทธิภาพในการรักษาโรคซึมเศร้า จิตบำบัดสัมพันธ์ภาพ ระหว่างบุคคลเป็นจิตบำบัดระยะสั้นที่มีเป้าหมายในการแก้ไขปัญหาสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเกิดแนวทางและวิธีการที่จะมีความสัมพันธ์ภาพที่ดีกับสังคมและบุคคลอื่น แต่จากการศึกษา การบำบัดผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการซึมเศร้าด้วยจิตบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลของ Lacaz et al (2005) พบว่ายังมีข้อปัญหาเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนบทบาท ความไม่สมดุลระหว่าง บุคคล ซึ่งจำเป็นต้องมีการพัฒนา จิตบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล ให้มีความเหมาะสมในการ นำมาใช้บำบัดผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการซึมเศร้ามากขึ้น

2.3.1.5 สังเกตผลจากการรักษา เช่น การรักษาด้วยยา รวมถึงการบำบัดที่ก้ำกึ่งน้ำหนักตัว เพื่อการติดตามผลต่อไป

2.3.1.6 ลดความรู้สึกผิดและเสริมความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า โดยการให้ผู้ป่วยร่วมกิจกรรมในการได้ดูแลตนเองและมีงานอดิเรกทำ จะช่วยให้เกิดความหวังและรู้สึกมีคุณค่า

เนื่องจากโรงพยาบาลสงฆ์ เป็นโรงพยาบาลฝ่ายกาย ซึ่งมีจิตแพทย์ และนักจิตวิทยาเพียงคนเดียว การรักษาพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคจิตเภทจึงเป็นแบบผู้ป่วยนอก เนื่องจากไม่มีหอผู้ป่วยจิตเวช และมีการรักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียว ดังนั้น การพยาบาลพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคจิตเภทจึงเป็นการดูแลให้ผู้ป่วยฉันยาตามแผนการรักษาของแพทย์ การให้ความรู้เรื่องโรค และวิธีการปฏิบัติตนอย่างถูกต้องเหมาะสม ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้จัดทำโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองนี้ขึ้นมา เพื่อเป็นการพัฒนาองค์ความรู้ในด้านการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการซึมเศร้า ในโรงพยาบาลสงฆ์

3. อาการซึมเศร้าในพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคจิตเภท

3.1. ความหมายของอาการซึมเศร้า

อาการซึมเศร้าเป็นความผิดปกติทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยจิตเภท เพราะเมื่อผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรกรับรู้การเจ็บป่วยของตนเอง จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่างๆ เช่น การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัว หรือไม่สามารถปรับความรู้สึกด้านจิตใจต่อการรับรู้การเจ็บป่วยของตนเอง จึงทำให้มีโอกาสดังกล่าวอาการซึมเศร้าได้มากขึ้น อาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทเป็นการเจ็บป่วยทางจิตใจชนิดหนึ่งที่เกิดจากการที่ผู้ป่วยต้องประสบกับความทุกข์ทรมาน มีความรู้สึกอับอายและเป็นตราบาจากการที่ได้รับการวินิจฉัยว่าตนเองมีความเจ็บป่วยทางจิต และนอกจากนี้อาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้นยังมีสาเหตุมาจากการที่ผู้ป่วยมีความรู้สึกสิ้นหวัง หรือบทบาทหน้าที่ และสถานภาพทางสังคมเปลี่ยนไป (Cosoff, & Hafner, 1998; Birchwood, Iqbal, & Chadwick, et al., 2001; Harrison, Hopper, Craig, et al., 2001)

Beck (1967) กล่าวว่า อาการซึมเศร้าเป็นภาวะอารมณ์ที่แปรปรวนง่าย เช่น โศกเศร้า เสียใจ โดดเดี่ยว อ้างว้าง เชื่องช้า มีความคิดในทางลบต่อตนเอง เช่น ต่ำหนืดตนเอง มีพฤติกรรม

ถดถอย ต้องการที่จะหลีกเลี่ยง และลงโทษตนเองหรืออยากตาย มีอาการเบื่ออาหาร นอนไม่หลับ สูญเสียแรงขับทางเพศ มีกิจกรรมเปลี่ยนไปจากเดิม เช่น กิจกรรมทางกายลดน้อยลง และเชื่องช้า

Addingtonและคณะ (1990) กล่าวว่า ผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าอยู่นานมากกว่า 2 สัปดาห์ โดยผู้ป่วยจะมีอารมณ์เศร้า (sad mood) การไม่มีความสุข (inability to derive pleasure) มีการเปลี่ยนแปลงความอยากอาหาร (appetite) ระดับพลังงาน (energy level) และรูปแบบการนอน (sleeping patterns) ความรู้สึกผิด (feeling of guilt) ความรู้สึกไร้ค่า (worthlessness) และ ความรู้สึกสิ้นหวัง (hopelessness) ซึ่งความรู้สึกหรืออาการต่างๆที่เกิดขึ้นเป็นสาเหตุสำคัญที่นำไปสู่ การพยายามฆ่าตัวตาย และมีการแสดงออกทางอารมณ์ ซึ่งแบ่งออกเป็น กลุ่มอาการทางอารมณ์ และ กลุ่มอาการทางกระบวนการคิด โดยการแสดงออกของอาการซึมเศร้าในแต่ละด้านจะเชื่อมโยงสัมพันธ์ กัน และจะเกิดขึ้นต่อเนื่องมากกว่า 2 สัปดาห์

3.2 อาการซึมเศร้าในพระสงฆ์โรคจิตเภท

อาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท คือ อาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งมีอาการแสดง เช่น ผู้ป่วยจะพูดน้อย ใช้เวลานานกว่าจะตอบคำถาม การแสดงออกทางอารมณ์ลดลง หน้าตาเฉยเมย ไม่สบตา (กรมสุขภาพจิต, 2551) อาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่จะเกิดขึ้นในระยะอาการ หลงเหลือ จะมีลักษณะอาการคล้ายคลึงกับระยะเริ่มมีอาการหรือเสื่อมลงมากกว่า แต่อาการจะไม่รุนแรงเท่ากับอาการในระยะแรก เพราะยังป่วยนานกลุ่มอาการด้านบวกจะลดความรุนแรงลง ในขณะที่กลุ่มอาการทางลบจะมีมากขึ้น เช่น อารมณ์เฉยเมย แยกตัวเอง ทำให้อาการกำเริบเป็นช่วงๆ ผู้ป่วย จะมีอาการกลับเป็นซ้ำ ระหว่าง 5 ปีแรก หลังจากรับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภท จะมีปัญหาการ ดำรงชีวิต เกิดความเครียดได้ง่าย บางครั้งมีอาการซึมเศร้า เป็นภาวะแก่ครอบครัวและสังคม (ภิญญ์นภัส พันธุ์ดนตรี, 2554) ในระยะอาการหลงเหลือผู้ป่วยอาจมีอาการกำเริบเป็นครั้งคราว พบว่า ผู้ป่วยจะทนต่อความกดดันด้านจิตใจได้ไม่ดี อาการเปลี่ยนแปลงก่อนกำเริบบ่อย ได้แก่ การนอนหลับ ผิดปกติ แยกตัว วิตกกังวล อาการด้านบวกจะค่อยๆลดความรุนแรงลง อาการเด่นในระยะหลังจะเป็น อาการด้านลบมากกว่า (มาโนช หล่อตระกูล, 2542 อ่างใน อติญา โพธิ์ศรี, 2551)

3.3 การเกิดอาการซึมเศร้าในพระสงฆ์โรคจิตเภท

3.3.1 ระยะเริ่มมีอาการซึมเศร้า อาการซึมเศร้าเป็นอาการทั่วไปที่พบในผู้ป่วยทาง จิตอย่างเฉียบพลัน พบว่า อาการของผู้ป่วยมักอธิบายถึงปัญหาความเครียดที่ทำให้รับภาระหนัก ได้ น้อยลง ไม่มีสมาธิ มีปัญหาการนอน ซึมเศร้าและพบปะกับเพื่อนน้อยลง พบมากร้อยละ 60 ในผู้ป่วย และมากกว่าร้อยละ 75 จากญาติ

3.3.2 อาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในระยะที่มีอาการทางจิตเฉียบพลัน อาการซึมเศร้า พบได้มากในช่วงที่มีอาการเจ็บป่วยเฉียบพลันและพบมากที่สุดก่อนการให้ยาและเกิดมากกว่าครึ่งของผู้ป่วยในระยะแรก หรือระยะที่ไม่ได้รับยา อาการซึมเศร้ามลดลงในช่วงระหว่างการรักษาในโรงพยาบาล และเกิดขึ้นประมาณ ร้อยละ 25 ของผู้ป่วยในช่วงหลังจำหน่าย 6 เดือน ซึ่งช่วยสนับสนุนว่าอาการ ซึมเศร้าและอาการจิตเภทมีกระบวนการเกิดร่วมกัน

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า อาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท เป็นเรื่องที่สำคัญมาก เพราะจะนำไปสู่สาเหตุการเกิดอันตรายต่อผู้ป่วยและการนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้ และผู้ป่วยบางคน

อาจมีอาการและอาการแสดงครบทั้งสามกลุ่มอาการ แต่บางคนอาจมีอาการและอาการแสดงไม่ชัดเจนหรือมีเพียงหนึ่งอาการที่ปรากฏชัดเจน ซึ่งอาการเหล่านั้นที่ปรากฏก็จะช่วยให้จิตแพทย์

3.4 ปัจจัยที่มีผลต่ออาการซึมเศร้าในพระสงฆ์โรคจิตเภท

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับสาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวกับอาการซึมเศร้า มี 5 ปัจจัย คือ ปัจจัยด้านชีววิทยา(Biological Factors) ปัจจัยทางด้านจิตสังคม(Psychosocial Factors) ปัจจัยด้านความคิด(Cognitive Factors) ปัจจัยทางพฤติกรรม(Behavioral Factors) และปัจจัยทางสัมพันธภาพและสังคม(Interpersonal and social factors) (อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, 2556)

3.4.1 ปัจจัยทางชีววิทยา

3.4.1.1 พันธุกรรม พบว่าพันธุกรรมมีส่วนเกี่ยวข้องกับข้อสูงในโรค major depressive disorder โดยเฉพาะในกรณีของ recurrent depression

3.4.1.2 Neuroendocrine system พบว่า มีความผิดปกติในระบบที่สำคัญ ได้แก่ หลั่งมากและตอบสนองน้อยต่อการกระตุ้นด้วย Dexamethasone, Growth hormone หลังน้อยกว่าปกติเมื่อถูกกระตุ้นด้วย Clonidine, Thyroid-stimulating hormone (TSH) หลังน้อยกว่าปกติเมื่อถูกกระตุ้นด้วย Thyrotropin-releasing hormone (TRH)

3.4.2 ปัจจัยทางจิตสังคม (Psychosocial factors)

ปัจจัยภายในจิตใจหรือปัจจัยพลวัตทางจิตใจ (intrapsychic) ปัจจัยทางด้านจิตใจได้ให้ความสำคัญกับความขัดแย้งที่เกิดขึ้นภายในจิตใจ ที่เกิดจากประสบการณ์ในอดีตหรือประสบการณ์ความยากลำบากในวัยเด็ก รวมถึงการขาดการเลี้ยงดูที่ดีในวัยเด็ก

3.4.3 ปัจจัยทางด้านความคิด (Cognitive Theory)

กล่าวคือ มุมมองของบุคคลที่มีต่อตนเอง และที่มีต่อโลกเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมที่บุคคลนั้นแสดงออก นอกจากผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าจะมีความคิดที่ด้านลบแล้ว ยังมีลักษณะการคิดที่ก่อให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้าด้วย การเลือกให้ความสนใจรายละเอียดบางอย่างโดยไม่ให้ความสำคัญกับสิ่งอื่นที่เหลือ การให้ความสำคัญอย่างมากกับอาการด้านลบ การให้ความสำคัญในด้านบวกเพียงเล็กน้อย การรับรู้และตีความว่าสิ่งที่เกิดขึ้นมีความเกี่ยวข้องกับตน การคิดว่าสิ่งต่างๆ ต้องเป็นไปอย่างใดอย่างหนึ่งเพียงอย่างเดียว หรือการมองสถานการณ์ที่เลวร้ายที่สุด (Beck, 1979)

3.4.4 ปัจจัยทางพฤติกรรม (Behavioral factors)

ความเกี่ยวข้องกับอาการซึมเศร้า พบว่า ผู้ที่ประสบกับความล้มเหลวและความผิดหวังซ้ำๆ (Repeated failures and disappointments) จะก่อให้เกิดความรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง จนนำไปสู่อาการของโรคซึมเศร้า (Akiskal HS, 1955) และยังพบว่าพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเองก่อให้เกิดอาการโรคซึมเศร้ามากขึ้น เช่น การย่ำคิดถึงเรื่องเดิมๆเป็นเวลานานๆทำให้บุคคลนั้นๆพลาดโอกาสทำกิจกรรมที่ก่อให้เกิดความเพลิดเพลินหรือความพอใจ ส่งผลให้อาการซึมเศร้าของตนเองนั้นเป็นอยู่ต่อเนื่องหรือเป็นมากขึ้น

3.4.5 ปัจจัยทางสัมพันธภาพและสังคม (Interpersonal and social factors)

ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับอาการของภาวะซึมเศร้าอีกปัจจัยหนึ่งก็คือ ปัจจัยเกี่ยวกับปัญหาสัมพันธภาพและปัญหาสังคมเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดอาการของโรคซึมเศร้า และปัจจัยที่ทำให้มีอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยนั้นคงอยู่ตลอดไปด้วย ได้แก่ เหตุการณ์ความเครียดต่างๆในชีวิต การเปลี่ยนแปลง

ต่างๆที่เกิดขึ้นในชีวิต รวมถึงปัญหาสัมพันธภาพและปัญหาสังคมต่างๆ โดยมักพบว่าผู้ป่วยซึมเศร้าหลายรายมักจะประสบเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตต่างๆในระยะ 6 เดือนถึง 1 ปี ก่อนที่จะเกิดอาการซึมเศร้า (KonhY, et al., 2001) และการสนับสนุนทางสังคมยังเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้า โดยการสนับสนุนทางสังคมจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมประกอบด้วย ความรักใคร่ผูกพันกัน ความช่วยเหลือเรื่องข้อมูลข่าวสาร ตลอดจนการให้ความมั่นใจในการมีคุณค่าในตนเองหรือในบทบาทหน้าที่ของตนเอง ซึ่งการที่ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางสังคมจะช่วยลดอาการซึมเศร้าได้ (Cobb, 1976)

3.5. เครื่องมือประเมินอาการซึมเศร้าในพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคจิตเภท

การประเมินภาวะซึมเศร้าจากอาการและอาการแสดงแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ แบบวัดที่ประเมินโดยบุคลากรด้านสุขภาพจิตที่ได้รับการอบรม (Observer rating scales for severity of depression) และแบบวัดที่ประเมินด้วยตนเอง (Self-rating scale for depression)

3.5.1 แบบวัดที่ประเมินโดยบุคลากรด้านสุขภาพจิตที่ได้รับการอบรม (Observer rating scales for severity of depression) ได้แก่

3.5.1.1 แบบวัดที่ประเมินโดยบุคลากรด้านสุขภาพจิตที่ได้รับการอบรม (Observer rating scales for severity of depression) ได้แก่ 2.5.1.1 Hamilton Rating Scale for Depression (HRS-D) สร้างโดย Hamilton จิตแพทย์ชาวอังกฤษในปี ค.ศ. 1950 เพื่อใช้ในการแบ่งกลุ่มภาวะซึมเศร้าตามระดับความรุนแรง แปลเป็นภาษาไทยโดย มาโนช หล่อตระกูล และคณะ (2539) มีข้อคำถามทั้งหมด 21 ข้อ วัดภาวะซึมเศร้า 17 ข้อ และวัดอาการอื่นๆอีก 4 ข้อ การประเมินภาวะซึมเศร้าจะเน้นในด้านผลกระทบจากภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล อาการแบบจิตสรีระ ความหงุดหงิด การหยิ่งรู้และอาการกระวนกระวาย จากนั้นให้คะแนนและจัดกลุ่มระดับคะแนนตามความรุนแรง ตั้งแต่ไม่มีภาวะซึมเศร้าจนถึงมีภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรง แบบสัมภาษณ์นี้มีข้อดี คือ ง่ายต่อการทำและมีข้อคำถามจำนวนไม่มาก แต่มีข้อจำกัด คือ มีข้อคำถามที่มีอาการทางด้านร่างกายมาก (9 ข้อ ใน 17 ข้อ) ผู้ประเมินจะต้องมีความชำนาญในการตัดสินใจและสังเกตภาวะซึมเศร้าและจะต้องได้รับการฝึกมาก่อน

3.5.1.2 Calgary Depression Scale for Schizophrenia (CDSS) สร้างขึ้นโดย Addington et al (1990) ซึ่งเป็นแบบประเมินที่สร้างขึ้นเพื่อใช้ประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภท สามารถวัดความรู้สึกและอาการของภาวะซึมเศร้าในช่วงระยะเวลา 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา แยกออกจากอาการทางลบของโรคจิตเภทและผลข้างเคียงของยาต้านอาการทางจิต มีข้อคำถามทั้งหมด 9 ข้อ โดยทำการสัมภาษณ์ข้อคำถามที่ 1 ถึง 8 และจากการสังเกตผู้ป่วยในข้อที่ 9 ให้คะแนนตามระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า คะแนนรวมมีพิสัยอยู่ในช่วง 0 - 27 คะแนน ผู้ที่ได้คะแนนรวมมากกว่าหรือเท่ากับ 5 คะแนน ถือว่าผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้า แปลเป็นภาษาไทยโดย ศิริจิต สุทธิจิตต์ (2553) และได้นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคจิตเภทจำนวน 60 คน ได้ค่าความสอดคล้องภายในของแบบวัดมีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.87 และมีความ

น่าเชื่อถือระหว่างผู้ประเมินอยู่ในระดับสูง (intra-class correlation coefficient [ICC] = 0.98) ข้อดีคือ เป็นแบบสอบถามที่ใช้ประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างเหมาะสมและแม่นยำ ข้อคำถามมีจำนวนไม่มาก ใช้เวลาในการประเมินไม่มาก แบบประเมินถูกนำไปใช้แพร่หลาย

3.5.2 แบบประเมินโดยวิธีประเมินตนเอง (Self-rating scale for depression) ได้แก่

3.5.2.1 Beck Depression Inventory (BDI) สร้างโดย Beck ในปี ค.ศ. 1961 จากทฤษฎีพฤติกรรม-ปัญญานิยม ครอบคลุมด้านภาวะอารมณ์ พฤติกรรม ความคิด การทำกิจกรรม และระบบการทำงานของร่างกาย มีการนำมาแปลเป็นภาษาไทยหลายฉบับ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 21 ข้อ คะแนนมีคะแนนทั้งหมด 63 คะแนน แต่ละข้อมีคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 3 มีการแปลผลคะแนนตามระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า แบบสอบถามนี้มีข้อดี คือ จะใช้เวลาไม่มาก เนื่องจากจำนวนข้อไม่มาก ใช้ง่าย สามารถประเมินระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าได้ ซึ่งสอบถามความรู้สึกที่เกิดขึ้นในระยะเวลาไม่เกิน 1 สัปดาห์ ข้อจำกัดคือ เหมาะสมกับการวัดภาวะซึมเศร้าในทางคลินิกและบุคคลทั่วไป ไม่มีความเฉพาะกับผู้ป่วยจิตเภท

2.5.2.2 Zung Self-Rating Depression Scale (Zung SDS) สร้างขึ้นในปี ค.ศ. 1965 โดย Zung พัฒนาขึ้นเพื่อประเมินภาวะซึมเศร้า และอาการเจ็บป่วยทั้งหมด ข้อความในแบบประเมินถูกเลือกมาประเมินด้านอารมณ์ ความรู้สึกนึกคิด พฤติกรรมและอาการทางกายที่เกี่ยวข้อง และครอบคลุมอาการที่กำหนดไว้ใน DSM-IV แต่ไม่ครอบคลุมอาการทางร่างกายได้อย่างชัดเจน มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.79 นิยมใช้ในการประเมินความรุนแรงอาการแสดงของภาวะซึมเศร้า

ผู้วิจัยได้เลือกใช้แบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท ในการประเมินอาการซึมเศร้าพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคจิตเภท ซึ่งเป็นแบบวัดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภท ซึ่งเป็นแบบประเมินที่ Addington et al., (1990) สร้างและพัฒนามาจาก Max Hamilton (1960) และ Wing et al.(1974) และจากการสังเกตถึงอาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโดยตรง ซึ่งตรงกับแนวคิดภาวะซึมเศร้าของงานวิจัยนี้ประกอบด้วย 9 ข้อ แต่ละข้อมีคะแนน 0, 1, 2, 3 และมีคะแนนรวมตั้งแต่ 0-27 ถ้าได้คะแนนรวมมากกว่าหรือเท่ากับ 5 คะแนน ถือว่าผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้า มีการให้คะแนนแต่ละข้อดังนี้

- | | |
|---|---|
| 0 | ไม่มี |
| 1 | เล็กน้อย แสดงความเศร้าบางอย่างหรือความท้อใจเมื่อถาม |
| 2 | ปานกลาง มีอารมณ์ซึมเศร้าอย่างชัดเจนต่อเนื่องกันไม่เกินครึ่งหนึ่งของเวลาทั้งหมด ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยเกิดขึ้นทุกวัน |
| 3 | รุนแรง มีอารมณ์ซึมเศร้าอย่างมาก ต่อเนื่องทุกวัน เกินกว่าครึ่งหนึ่งของเวลาทั้งหมด โดยส่งผลต่อการเคลื่อนไหวของร่างกายและกิจกรรมทางสังคม |

การแปลผลและเกณฑ์กำหนดคะแนนแบบสอบถามฉบับนี้ ผู้วิจัยจะทำการนำคะแนนที่ได้ในแต่ละข้อมารวมกัน โดยคะแนนรวมมีพิสัยอยู่ในช่วง 0 - 27 คะแนน และผู้ที่ได้คะแนนรวมมากกว่าหรือเท่ากับ 5 คะแนน ถือว่าผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้า ซึ่งจอมขวัญ นามสูตร (2558) ได้ปรับปรุงการแบ่งระดับคะแนนของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าออกเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้

- | | |
|---------|-----------------------------------|
| 0 - 4 | คะแนน ไม่มีภาวะซึมเศร้า |
| 5 - 12 | คะแนน มีภาวะซึมเศรียรระดับต่ำ |
| 13 - 20 | คะแนน มีภาวะซึมเศรียรระดับปานกลาง |
| 21 - 27 | คะแนน มีภาวะซึมเศรียรระดับสูง |

4. แนวคิดเกี่ยวกับกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง

4.1 ความหมายของกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง

จิตบำบัดประคับประคอง (Supportive psychotherapy) มีนิยาม หรือคำจำกัดความไว้มากมาย (จันทิมา องค์กรโฆสิต, 2545)

Pinsker (อ้างใน จันทิมา องค์กรโฆสิต, 2545) กล่าวว่า การรักษาจิตบำบัดแบบประคับประคอง เป็นการรักษาทางจิตใจที่ถูกกำหนดโดยวัตถุประสงค์ของการรักษาและตัวผู้ป่วยเอง มากกว่าถูกกำหนดโดยทฤษฎี หรือวิธีการใดโดยเฉพาะ แต่เป็นการนำเทคนิค และวิธีการทางจิตบำบัดจากทฤษฎีหรือหลักการทางจิตวิทยาต่างๆมาใช้เพื่อให้บรรลุถึงเป้าหมายการรักษา

Novalis (1993) กล่าวว่า จิตบำบัดประคับประคองเป็นจิตบำบัดรูปแบบหนึ่งที่ต้องอาศัยทักษะ รูปแบบการบำบัดหลายอย่างร่วมกัน โดยไม่ได้อิงแนวคิด หรือทฤษฎีใดเป็นหลัก การรวมหลายเทคนิควิธีและหลากหลายทฤษฎี ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับรูปแบบการบำบัดให้เหมาะสมกับการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย จิตบำบัดประคับประคองมีจุดมุ่งหมายเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยด้านการปรับตัว ปรับทักษะการเข้าสังคม การพัฒนาพฤติกรรม รวมถึงการเรียนรู้ที่จะเข้าใจตนเอง โดยผู้บำบัดเป็นผู้สังเกตผู้ป่วย และประเมินเพื่อค้นหาปัญหา โดยอาศัยพื้นฐานของความเข้าใจในตัวผู้ป่วย การประคับประคองไม่ได้ใช้เพียงสัมพันธภาพ ระหว่างผู้บำบัดและผู้ป่วยเท่านั้น แต่หมายถึงการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างผู้บำบัดและตัวผู้ป่วยด้วย

โดยสรุป กลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง หมายถึง การบำบัดที่มุ่งตรงต่อการช่วยลดอาการทางจิตใจของผู้ป่วยที่มีสภาวะทางจิตใจเปราะบาง หรือไม่ยืดหยุ่น เป็นการบำบัดที่ผู้รักษาชัดเจนหน้าที่ทางจิตใจ ช่วยให้มีการกลับคืนมาของการรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การทำงานของ ego และทักษะในการปรับตัว การรักษาที่กำหนดโดยวัตถุประสงค์ของการรักษาและตัวผู้ป่วย โดยผู้บำบัดนำเทคนิค และวิธีการทางจิตบำบัด มาใช้เพื่อให้บรรลุถึงเป้าหมายการรักษา

4.2 ทฤษฎีและแนวคิดของกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง

ทฤษฎีและแนวคิดของกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง มุ่งให้ผู้นำกลุ่มเอื้อให้มีการพัฒนากลุ่มไปตามพลวัตกลุ่มโดยเน้นการปฏิสัมพันธ์ของสมาชิกเป็นสิ่งสำคัญในการสร้างสัมพันธภาพ เพื่อให้เกิดความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันและยอมรับซึ่งกันและกัน ซึ่งมีปัจจัยบำบัดที่ช่วยให้สมาชิกในกลุ่มเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้น

ปัจจัยบำบัด (Therapeutic Factors)

Yalom (1995) ได้กล่าวถึง ปัจจัยที่มีผลต่อการบำบัด (Curative factors) ว่าเป็นกลไกที่ทำให้สมาชิกเกิดเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมี 11 ข้อ และมีความเกี่ยวข้องกัน ใช้เป็นกรอบแนวคิดสำหรับการประเมินผลสำเร็จของการทำกลุ่ม เพราะปัจจัยเหล่านี้เป็นองค์ประกอบพื้นฐานสำหรับการเลือกใช้เทคนิคหรือขั้นตอนของผู้นำกลุ่ม บางครั้งปัจจัยที่มีผลต่อการบำบัดก็จะปรากฏเดี่ยวๆหรือปรากฏแบบรวมเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการกลุ่ม มีรายละเอียดดังนี้

ปัจจัยบำบัด	รายละเอียดของปัจจัยบำบัด
1. การรู้ถึงคุณค่าของตนเอง (Altruism)	การเข้ากลุ่มทำให้สมาชิกได้มีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา ได้มีโอกาสให้ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ต่อสมาชิกคนอื่นๆ มีความกระตือรือร้นที่จะช่วยเหลือและเห็นความสำคัญของคนอื่นมากกว่าตนเอง ทำให้สมาชิกมองเห็นคุณค่าของตนเอง
2. การผูกพันจิตใจต่อกัน (Group cohesiveness)	การเข้ากลุ่มอย่างสม่ำเสมอจะทำให้สมาชิกรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม มีความเป็นเจ้าของกลุ่มร่วมกัน กล้าที่จะร่วมเปิดเผยตนเอง มีความรู้สึกใกล้ชิดผูกพันกัน ทำให้ความรู้สึกโดดเดี่ยวอ้างว้างหมดไป
3. ความรู้สึกอันเป็นสากล (Universality)	การเข้ากลุ่ม ทำให้สมาชิกได้ตระหนักว่าคนทุกคนมีปัญหาเหมือนกันหมด ซึ่งเป็นเรื่องธรรมดา ความรู้สึกที่ว่าตนเองมีความทุกข์อยู่คนเดียวก็ลดลง
4. การเรียนรู้การสร้างสัมพันธภาพ (Interpersonal learning)	การเข้ากลุ่มทำให้สมาชิกได้รู้ว่าตนเองพูดและแสดงความคิดเห็นอะไรกับกลุ่ม รู้ว่าผู้อื่นคิดอย่างไรต่อตนเอง และการสะท้อนกลับของกลุ่ม ซึ่งจะช่วยให้สมาชิกได้เรียนรู้ว่าเขาเป็นอย่างไร การเข้ากลุ่มทำให้สมาชิกได้มีทักษะในการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นๆเพิ่มขึ้น
5. การให้ข้อมูล (Imparting of information)	เป็นการให้ข้อมูลข่าวสารที่เป็นการแลกเปลี่ยนระหว่างสมาชิกหรือจากผู้นำไปสู่กลุ่ม มีการอภิปรายเกี่ยวกับปัญหานั้น ข้อมูลที่ให้ต้องเป็นความจริงและกระชับชัดเจน การให้ข้อมูลเป็นสิ่งจำเป็นมากที่ต้องให้ในระยะแรกของการทำงานกลุ่ม เพื่อสร้างความไว้วางใจของสมาชิกต่อกัน
6. การได้ระบายออก (Catharsis)	การเข้ากลุ่มช่วยสมาชิกได้พูดระบายออกทั้งสิ่งที่ดีและไม่ดีกับความคับข้องใจ ความวิตกกังวลให้กับสมาชิกกลุ่ม ได้รับฟัง ซึ่งถ้ากลุ่มมีความผูกพันทางจิตใจสูง สมาชิกจะมีการได้ระบายออก และการเปิดเผยตนเองสูงด้วย การได้ระบายออกนี้จะช่วยให้สมาชิกมีความสบายใจ มองดูโลกด้วยใจที่เป็นกลาง ทำให้เข้าใจชีวิต และส่งผลให้มีการพัฒนาการด้านจิตใจ
7. การได้เลียนแบบพฤติกรรม (Imitative behavior)	การเข้ากลุ่ม ทำให้สมาชิกได้ลอกเลียนแบบพฤติกรรมของคนอื่นที่ตนเองพอใจ ทั้งจากผู้นำกลุ่มและสมาชิกทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้
8. ความรู้สึกเสมือนเป็นครอบครัวเดียวกัน	สถานการณ์ในกลุ่มนั้นคล้ายกับสถานการณ์ในครอบครัว ซึ่งจะช่วยให้สมาชิกในกลุ่มนึกถึงปัญหาความขัดแย้งใน

ปัจจัยบำบัด	รายละเอียดของปัจจัยบำบัด
(The corrective recapitulation of primary family group member).	ครอบครัวของตนเองและพฤติกรรมแบบเก่าที่เป็นปัญหาออกมา ซึ่งอาจเป็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม กลุ่มจึงต้องเสนอแนะถึงพฤติกรรมที่เหมาะสมต่อสมาชิก ทำให้สมาชิกในกลุ่มได้เรียนรู้ที่จะแก้ไขพฤติกรรมนั้นๆ อย่างถูกต้อง
9.การพัฒนาเทคนิคเพื่อการเข้าสังคม (Development of socializing techniques)	การเข้ากลุ่มทำให้สมาชิกมีทักษะในการสร้างสัมพันธภาพทางสังคมเพิ่มขึ้น ทำให้สมาชิกเรียนรู้ทักษะทางสังคมรวมทั้งเรียนรู้ที่จะเข้าใจความรู้สึกของผู้อื่นซึ่งจะมีประโยชน์ต่อสมาชิกเมื่อนำไปใช้กับสังคมภายนอกต่อไป
10.การรู้สึกมีความหวัง (Instillation of hope)	การเข้ากลุ่มทำให้สมาชิกที่เคยท้อแท้หมดหวังในชีวิต เกิดความหวังขึ้นมาใหม่ได้ว่าอาจจะมชีวิตที่ดีขึ้น ทำให้มีกำลังใจในการต่อสู้เมื่อได้เห็นสมาชิกคนอื่นในกลุ่มมีการพัฒนาขึ้นในทางที่ดี
11.การได้รับรู้ถึงความจริงของชีวิต (Existential factor)	การเข้ากลุ่มช่วยให้สมาชิกได้เข้าใจธรรมชาติของชีวิตว่า บางครั้งก็สมหวัง บางครั้งก็ผิดหวัง ทุกสิ่งมีการเปลี่ยนแปลง มีการแยกจากกัน ซึ่งจะทำให้สมาชิกกลุ่มสามารถเผชิญชีวิตและอุปสรรคต่างๆ ได้ เกิดความเชื่อมั่นและมีความพึงพอใจในตนเอง ทำให้ความรู้สึกต่ำต้อย เสียใจ ท้อถอยกับชีวิตตนเองลดลงหรือหมดไป สมาชิกจะดำรงชีวิตอยู่ได้ด้วยมีความสุข

กลุ่มบำบัดตามแนวคิดทฤษฎีของ Yalom (1995) เน้นว่า ปัญหาของสมาชิกเกิดจากการปรับตัวของการสร้างสัมพันธภาพที่ไม่เหมาะสมของสมาชิกหรือความเชื่อของการสร้างสัมพันธภาพที่ไม่ถูกต้อง การเข้ากลุ่มจะช่วยให้สมาชิกปรับตัวได้ดีขึ้น โดยผู้นำกลุ่มเอื้อให้มีการพัฒนากลุ่มโดยเน้นการปฏิสัมพันธ์ของสมาชิกเป็นสิ่งสำคัญ ในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้เกิดความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันและยอมรับซึ่งกันและกัน ซึ่งมีปัจจัยบำบัดที่ช่วยให้สมาชิกในกลุ่มเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้น ดังนั้น ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการซึมเศร้า ซึ่งเป็นบุคคลที่ได้รับผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ มีปัญหาเกี่ยวกับการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ จึงเหมาะสมที่จะใช้กลุ่มบำบัดตามแนวคิดของ Yalom (1995) ในการลดอาการซึมเศร้าและเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

4.3 เทคนิคการทำกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการซึมเศร้า

4.3.1 เทคนิคการรักษาการนึกคิดบำบัด (Cognitive techniques) โดยการชี้ให้ผู้ป่วยจิตเภทเห็นความคิดอัตโนมัติของตนเองในการตอบสนองที่ไม่ถูกต้องทางด้านความคิดและแก้ไขความคิดให้เกิดการตอบสนองอย่างเหมาะสม ตามจริง ตามข้อมูล และวิธีคิดที่สมคูลกว่าเดิม เพื่อไม่ให้เกิดความคิดอัตโนมัติด้านลบ อันเป็นสาเหตุของอาการซึมเศร้า

4.3.2 เทคนิคการมองภาพใหม่ (Reframing) ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทลดหรือหลีกเลี่ยงความรู้สึกที่ไม่ดีหรือไม่พอใจตนเอง โดยผู้รักษาให้ข้อมูลใหม่ เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทมองปัญหาในลักษณะใหม่จากอีกมุมมอง เพื่อลดการมองตนเองในแง่ลบ มองคุณค่าในตนเองต่ำอันเป็นสาเหตุของอาการซึมเศร้า

4.3.3 การให้ความมั่นใจ (Reassurance) เป็นการพูด หรือให้คำตอบที่เฉพาะเจาะจงต่อความเชื่อ หรือพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเป็นผลรวมของความเป็นจริง เน้นให้ผู้ป่วยจิตเภทกลับมองชีวิตและสถานการณ์ด้านบวกอย่างมีความหวัง เพื่อลดรูปแบบการมองอนาคตในทางลบ

4.3.4 การระบายความในใจ (Ventilation) การแสดงออกของอารมณ์ (Expression of Affect) ช่วยให้เกิดความรู้สึกที่ดีขึ้น ลดความตึงเครียด เมื่อเกิดประสบการณ์ไม่ดี การได้ระบายและมีผู้รับฟังช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการซึมเศร้ามีความรู้สึกที่ดีขึ้นกว่าเดิม ทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีมากขึ้น

4.3.5 การประคับประคองสนับสนุน (Support) การสนับสนุนการทำงานของจิตใจช่วยให้ปรับตัวรับมือกับปัญหาได้ดีขึ้น

4.3.6 การใช้เหตุผล (Rationalization) เป็นการที่ผู้บำบัดใช้เหตุผลเพื่อช่วยการทำงานด้านจิตใจและสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการซึมเศร้า ใช้เหตุผลที่เหมาะสม โดยผู้บำบัดต้องทราบเหตุผลและวัตถุประสงค์ในการใช้เทคนิคนี้

4.3.7 เทคนิคการฟัง (Listening) ผู้รักษาต้องตั้งใจฟังและจับประเด็นที่กลุ่มพูดได้โดยมีท่าทีสนใจ เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทมีการมองคุณค่าในตนเองต่ำ การแสดงออกถึงการสนใจในสิ่งที่กลุ่มพูด ทำให้เกิดความรู้สึกเป็นที่ยอมรับ เพิ่มความรู้สึกมั่นใจและมีคุณค่าในตนเอง

4.3.8 การแสดงความยอมรับ (Acceptance) คือการรับฟังด้วยการเห็นใจเข้าใจ ไม่นำค่านิยมของผู้รักษาเข้าไปเปรียบเทียบและไม่ได้แย้งใดๆกับกลุ่ม การแสดงการยอมรับในตัวตน การแสดงความเข้าใจในสิ่งที่ผู้ป่วยแสดงออกมา ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทไม่รู้สึกแปลกแยก ไม่เป็นที่ต้องการส่งเสริมความรู้สึกไว้วางใจ กล้าแสดงความคิดเห็น กล้าเปิดเผยข้อมูล

4.3.9 การสังเกต (Observation) ได้แก่ การสังเกตท่าทีการแสดงออก ตลอดจนการตอบสนองของสมาชิกในกลุ่มเพื่อค้นหาปัญหา ประเมินอารมณ์ ความคิด และพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภทที่ก่อให้เกิดปัญหาซึมเศร้า เช่น การมีพฤติกรรมเก็บตัว ไม่กล้าแสดงออก การหมกมุ่นกับความคิดของตนเองขณะดำเนินการกลุ่ม เป็นต้น

4.3.10 การกระตุ้นความสนใจ (Stimulation) มักเป็นเทคนิคที่ใช้แรกๆเมื่อเริ่มกลุ่มและสมาชิกยังไม่กล้าพูดกัน และใช้เพื่อดึงความสนใจของสมาชิกให้กลับมาสู่ประเด็นการอภิปราย เนื่องจาก ผู้ที่มีอาการซึมเศร้าจะชอบคิดคนเดียว มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นน้อย

4.3.11 การถาม (Questioning) การตั้งคำถามในกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองเป็นการตั้งคำถามแบบกว้างๆ ไม่เน้นจุดใดจุดหนึ่งเกินไป เป็นการตั้งคำถามเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทได้แสดงความคิดเห็น

4.3.12 การเงียบ (Silence) เมื่อกลุ่มเงียบ ผู้รักษาใช้เทคนิคการเงียบ ซึ่งจะทำให้สมาชิกคนใดคนหนึ่งทนไม่ได้ และทำลายความเงียบขึ้นมาเอง

4.3.13 การเชื่อมโยงเรื่อง (Connection) ผู้รักษาต้องใช้เทคนิคการเชื่อมโยงเรื่องราวต่างๆที่พูดกันเป็นการเชื่อมโยงการสื่อสารภายในกลุ่ม

4.3.14 การสนับสนุนส่งเสริม (Encouragement) การให้ความสนับสนุนในความคิด การกระทำ และแผนการของผู้ป่วย โดยเน้นการสนับสนุนการปรับเปลี่ยนความคิดในทางบวก เป็นต้น

4.3.15 การสะท้อนความรู้สึก (Reflection of feeling) เป็นการสะท้อนจากคำพูด และอารมณ์ที่ผู้ป่วยจิตเภทแสดงออกมา มากกว่าเนื้อหาสาระเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทเข้าใจความรู้สึกของตนเองอย่างลึกซึ้ง

4.4 ปัจจัยการบำบัดอันเกิดจากกระบวนการกลุ่ม ที่มีผลต่อการลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท

4.4.1 การรู้ถึงคุณค่าของตนเอง (Altruism) การเข้ากลุ่มทำให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการซึมเศร้าได้มีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา ได้มีโอกาสให้ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ต่อสมาชิกคนอื่นๆ มีความกระตือรือร้นที่จะช่วยเหลือและเห็นความสำคัญของคนอื่นมากกว่าตนเอง ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการซึมเศร้าได้มองเห็นคุณค่าของตนเอง ช่วยลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท

4.4.2 การผูกพันจิตใจต่อกัน (Group cohesiveness) การเข้ากลุ่มอย่างสม่ำเสมอจะทำให้รู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม มีความเป็นเจ้าของกลุ่มร่วมกัน กล้าที่จะร่วมเปิดเผยตนเอง มีความรู้สึกผูกพันกัน ก่อให้เกิดกลไกการลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท

4.4.3 ความรู้สึกอันเป็นสากล (Universality) สมาชิกได้ตระหนักว่าคนทุกคนมีปัญหาเหมือนกันหมด ความรู้สึกที่ว่าตนเองมีความทุกข์อยู่คนเดียวก็ลดลง และเกิดความรู้สึกใหม่ที่ไม่ได้อยู่คนเดียวในโลกนี้ มีเพื่อนที่มีความทุกข์ และมีปัญหาที่ก่อให้เกิดอาการซึมเศร้าเช่นเดียวกัน

4.4.4 การเรียนรู้การสร้างสัมพันธภาพ (Interpersonal learning) ผู้ป่วยจิตเภทได้รู้ว่าตนเองพูดและแสดงความคิดเห็นอะไรกับกลุ่ม ผู้อื่นคิดอย่างไรต่อตนเอง และการสะท้อนกลับของกลุ่มจะช่วยก่อให้เกิดกลไกการลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการซึมเศร้าได้มีทักษะในการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นๆเพิ่มขึ้น และนำไปปรับปรุงตนเองให้ดีขึ้น

4.4.5 การให้ข้อมูล (Imparting of information) เป็นการให้ข้อมูลข่าวสารที่เป็นการแลกเปลี่ยนระหว่างสมาชิกหรือจากผู้นำไปสู่กลุ่ม มีการอภิปรายเกี่ยวกับปัญหาผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะซึมเศร้า

4.4.6 การได้ระบายออก (Catharsis) การเข้ากลุ่มช่วยผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการซึมเศร้าได้พูดระบายทั้งสิ่งที่ดีและไม่ดีกับความคับข้องใจ ความวิตกกังวลให้กับสมาชิกกลุ่มได้รับฟัง การได้ระบายออกนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการซึมเศร้ามีความสบายใจ มองดูโลกด้วยใจที่เป็นกลาง ทำให้เข้าใจชีวิต และส่งผลให้มีการพัฒนาการด้านจิตใจและอารมณ์ในทางที่ดี และเปลี่ยนแปลงความคิดอัตโนมัติด้านลบ ซึ่งส่งผลในการลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท

4.4.7 การได้เลียนแบบพฤติกรรม (Imitative behavior) การเข้ากลุ่มทำให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการซึมเศร้าได้ลอกเลียนแบบพฤติกรรมของคนอื่นที่ตนเองพอใจทั้งจากผู้นำกลุ่มและสมาชิก ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมรวมถึงความคิดที่ไม่เหมาะสมและเกิดการปรับแนวคิดและพฤติกรรมไปในทางที่ถูกต้องได้

4.4.8 ความรู้สึกเสมือนเป็นครอบครัวเดียวกัน (The corrective recapitulation of primary family group member) สถานการณ์ในกลุ่มนั้น คล้ายกับสถานการณ์ในครอบครัวซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการซึมเศร้าในกลุ่มนี้ถึงปัญหาความขัดแย้งในครอบครัวของตนเองและพฤติกรรมแบบเก่าที่เป็นปัญหา กลุ่มจึงต้องเสนอแนะถึงพฤติกรรมที่เหมาะสมต่อผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการซึมเศร้า ทำให้ได้เรียนรู้ที่จะแก้ไขพฤติกรรมนั้นๆอย่างถูกต้องเพื่อลดอาการซึมเศร้า

4.4.9 การพัฒนาเทคนิคเพื่อการเข้าสังคม (Development of socializing techniques) การเข้ากลุ่มทำให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการซึมเศร้ามีทักษะในการสร้างสัมพันธภาพทางสังคมเพิ่มขึ้น เรียนรู้ทักษะทางสังคม รวมทั้งเรียนรู้ที่จะเข้าใจความรู้สึกของผู้อื่น

4.4.10 การรู้สึกมีความหวัง (Instillation of hope) การเข้ากลุ่มทำให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการซึมเศร้าที่เคยท้อแท้หมดหวังในชีวิต เกิดความหวังขึ้นมาใหม่ได้ว่าอาจจะมีชีวิตที่ดีขึ้น เมื่อได้เห็นสมาชิกในกลุ่มคนอื่นๆมีการพัฒนาขึ้นในทางที่ดี ส่งผลในการปรับความคิดด้านลบในการมองอนาคต ทำให้อาการซึมเศร้ามลดลง

4.4.11 การได้รับรู้ถึงความจริงของชีวิต (Existential factor) การเข้ากลุ่มช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการซึมเศร้าได้เข้าใจธรรมชาติของชีวิต ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการซึมเศร้าสามารถเผชิญปัญหาชีวิตและอุปสรรคต่างๆได้ เกิดความเชื่อมั่นและมีความพึงพอใจในตนเอง ทำให้ความรู้สึกต่ำต้อย เสียใจ ท้อแท้กับชีวิตตนเองลดลงหรือหมดไป มองคุณค่าในตนเองดีขึ้น ซึ่งส่งผลในการลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท

4.5 การนำเทคนิคจิตบำบัดระดับประจักษ์ใช้ร่วมกับกระบวนการกลุ่มเพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท

จิตบำบัดระดับประจักษ์แบบกลุ่มเป็นการรวมแนวคิดในการนำเทคนิคจิตบำบัดแบบระดับประจักษ์มาใช้ ร่วมกับกระบวนการกลุ่มเพื่อให้เกิดปัจจัยบำบัด เพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท เนื่องจากวัตถุประสงค์การบำบัดด้วยกลุ่มครั้งนี้ไม่ใช่การประจักษ์ประจักษ์ความรู้สึกร่วมไป แต่มุ่งเน้นให้เกิดการแก้ไขปัญหาซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท โดยผู้บำบัดเป็นผู้ใช้เทคนิคจิตบำบัดระดับประจักษ์มาช่วยในการบำบัด รวมถึงใช้เทคนิคต่างๆ กระตุ้นให้ปัจจัยบำบัดที่เกิดจากกระบวนการกลุ่มส่งผลบำบัดอย่างมีประสิทธิภาพ

การดำเนินการจิตบำบัดระดับประจักษ์แบบกลุ่มในการแก้ไขอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท ผู้บำบัดเป็นผู้ควบคุมให้การดำเนินกลุ่มเป็นไปอย่างต่อเนื่อง และบรรลุวัตถุประสงค์ในการลดปัญหาซึมเศร้า โดยใช้เทคนิคในการบำบัดเข้าร่วมแก้ไข้ปัญหา ซึ่งปัญหาในแต่ละครั้งมีความหลากหลายและไม่สามารถกำหนดได้ตายตัว เนื่องจากเป็นลักษณะการบำบัดแบบประจักษ์ประจักษ์ที่ต้องให้มีการดำเนินการโดยธรรมชาติ แต่ผู้บำบัดต้องดึงหัวข้อในการสนทนาให้เกี่ยวข้องกับอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท และเน้นการใช้เทคนิคต่างๆเพื่อลดความคิดอัตโนมัติด้านลบ และการมองคุณค่าในตนเองต่ำของผู้ป่วยจิตเภท เพื่อแก้ไขอาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้นร่วมกับการใช้กระบวนการทำจิตบำบัดกลุ่มตามแนวคิดของ Yalomซึ่งเน้นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันของสมาชิก เพื่อให้เกิดปัจจัยการบำบัด (Therapeutic Factors) เป็นกลไกในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เกิดจากความคิดหลักด้านลบ 3 ประการ ตามแนวคิดของ Beck (1967) การดำเนินกลุ่มในแต่ละครั้ง แบ่งระยะพัฒนาการเป็น 3

ระยะ โดยมีผู้บำบัดเป็นผู้ควบคุมให้การดำเนินกลุ่ม เพื่อให้เกิดปัจจัยการบำบัด (Therapeutic Factors) 11 ข้อ ซึ่งก่อให้เกิดการลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท

การนำเทคนิคจิตบำบัดระดับประคองมาใช้เพื่อให้เกิดปัจจัยบำบัด เช่น

4.5.1 การกระตุ้นความสนใจ (Stimulation) ใช้เมื่อสมาชิกในกลุ่มบางคนไม่ให้ความสนใจในประเด็นที่กำลังอภิปราย ผู้บำบัดอาจใช้คำถามเพื่อขอความคิดเห็น เป็นการกระตุ้นความสนใจ ให้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กับกลุ่ม การตอบคำถาม การสื่อสารกับสมาชิกคนอื่น เป็นกระบวนการที่ทำให้เกิดปัจจัยบำบัดในเรื่อง การพัฒนาเทคนิคการเข้าสังคม การแสดงออกถึงความสนใจที่ผู้บำบัดมีต่อสมาชิก ในการมีส่วนร่วมในกลุ่ม ทำให้สมาชิกเกิดปัจจัยบำบัดในเรื่องการเห็นคุณค่าในตนเอง

4.5.2 การระบายความในใจ (Ventilation) การแสดงออกของอารมณ์ (Expression of Affect) ช่วยให้เกิดความรู้สึกที่ดีขึ้น ลดความตึงเครียด เมื่อเกิดประสบการณ์ไม่ดี การได้ระบายและมีผู้รับฟังช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการซึมเศร้า มีความรู้สึกที่ดีขึ้นเป็นที่ยอมรับ ทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น เกิดปัจจัยบำบัดในเรื่องการเห็นคุณค่าในตนเอง ในขณะเดียวกัน การที่สมาชิกอื่นได้รับทราบข้อมูลของเพื่อนสมาชิกซึ่งมีปัญหาคล้ายกัน จะก่อให้เกิดความรู้สึกอันเป็นสากล (Universality) สมาชิกได้ตระหนักว่าคนทุกคนมีปัญหาเหมือนกันหมด ไม่ใช่เฉพาะตนเองที่มี

4.5.3 การให้ความมั่นใจ (Reassurance) ปัจจัยบำบัดที่เกิดขึ้น ได้แก่ การรู้สึกมีความหวัง (Instillation of hope) ในขณะที่สมาชิกที่ให้ข้อมูลเพื่อให้สมาชิกเจ้าของปัญหาเกิดความมั่นใจ จะก่อให้เกิดปัจจัยบำบัดการให้ข้อมูล (Imparting of information) ที่เป็นประโยชน์

4.5.4 เทคนิคการมองภาพใหม่ (Reframing) ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทลด หรือหลีกเลี่ยงความรู้สึกที่ไม่ดีหรือไม่พอใจตนเอง โดยผู้รักษาให้ข้อมูลใหม่ หรือให้สมาชิกในกลุ่มให้ข้อมูลที่เป็นจริงในอีกมุมมองหนึ่ง เพื่อให้สมาชิกที่มีปัญหาเกิดการปรับเปลี่ยนแนวคิดที่ผิดพลาด ปัจจัยบำบัดที่เกิด ได้แก่ ความรู้สึกมีความหวัง การที่สมาชิกร่วมกันแก้ไข ปรับรูปแบบแนวคิดร่วมกัน ก่อให้เกิดความผูกพันกัน เกิดการให้ข้อมูล เป็นต้น

4.5.5 การสนับสนุนส่งเสริม (encouragement) ซึ่งทำได้หลายประเด็นในการทำกลุ่ม ซึ่งก่อให้เกิดปัจจัยที่หลากหลาย เช่น การสนับสนุนให้สมาชิกแสดงความคิดเห็นในการปรับความคิดด้านลบแก่เพื่อนสมาชิก โดยสนับสนุนว่าเป็นเรื่องที่ดี ที่มีการแสดงความคิดเห็นที่หลากหลายและเป็นประโยชน์ต่อสมาชิกท่านอื่น รวมถึงสนับสนุนให้สมาชิกที่ยังแสดงความคิดเห็นน้อยได้แสดงความคิดเห็น ปัจจัยบำบัดที่เกิด การเห็นคุณค่าในตนเอง การพัฒนาเทคนิคเพื่อการเข้าสังคม (Development of socializing techniques) การได้เลียนแบบพฤติกรรม (Imitative behavior) ทั้งจากผู้บำบัดและสมาชิกนั่นเอง

สำหรับการบำบัดระยะสั้น (จันทิมา องค์กรโฆสิต, 2545) และการทำจิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่มในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า พบว่า การทำกลุ่ม 6 ครั้ง สามารถลดภาวะซึมเศร้าได้ (วรางคณา จำปาเงิน, 2547) ขึ้นอยู่กับเป้าหมายของกลุ่มและธรรมชาติของกลุ่ม

4.6 วิธีในการทำจิตบำบัดระดับประคอง

จันทิมา องค์กรโฆสิต (2545) กล่าวว่า ยุทธวิธีในการรักษาโดยการชักกลุ่มจิตบำบัดแบบประคอง ประกอบด้วย การสร้างความสัมพันธ์ในการรักษาที่ดี ช่วยการทำงานของจิตใจหรือ ego ของผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพดีขึ้น ให้โอกาสผู้ป่วยได้ระบาย และแสดงออกถึงความรู้สึกภายในใจ

ช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวดีขึ้น ลดการบิดเบือนความจริง เพิ่มความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วย โดยวัตถุประสงค์สำคัญในการทำจิตบำบัดแบบประคับประคอง ได้แก่ การเสริมความสามารถในการปรับตัวของผู้ป่วยในทุกๆระดับ ระดับแรก คือ การปรับตัว (Adaptation) ต่อสภาวะภายในจิตใจ ความรู้สึกนึกคิด ความรู้สึกต่อตนเอง คุณค่าของตนเอง และอีกระดับ คือ การปรับตัวต่อโลกภายนอก การรักษาจิตบำบัดประคับประคอง มีวัตถุประสงค์ที่มีความชัดเจน คือ เพื่อเกื้อหนุนการทำงานของจิตใจ โดยมีจุดมุ่งหมาย อย่างน้อยที่สุดต้องช่วยให้การทำงานของจิตใจไม่ทรุดด้อยลง หรือ ถ้าจิตใจต้องทำงานทรุดลง ก็ช่วยจำกัดความเสียหายที่เกิดขึ้น ดังนี้(จันทิมา องค์กรโฆสิต, 2545)

4.6.1 Enhancing Adaptation ของการรักษาจิตบำบัดประคับประคอง ได้แก่ การเสริมความสามารถในการปรับตัวของผู้ป่วยในทุกๆระดับ ระดับแรกคือ การปรับตัว (adaptation) ต่อสภาวะภายในจิตใจ (internal milieu) ความรู้สึกนึกคิด ความต้องการ ความรู้สึกเกี่ยวกับตนเอง คุณค่าของตนเอง มโนธรรมและศีลธรรม และอีกระดับ ได้แก่ การปรับตัวต่อโลกภายนอก ทั้งนี้โดยมิได้หมายความว่าผู้รักษาต้องการให้ผู้ป่วยจะต้องอยู่ในภาวะต้องทำตามสังคม แต่เป็นการช่วยเหลือผู้ป่วยไม่ว่าทางตรงหรือทางอ้อม

4.6.2 Coping Behaviors มนุษย์ต่างต้องมีพฤติกรรมที่ช่วยให้รับมือปรับตัวกับสถานการณ์ต่างๆได้ ซึ่งแต่ละคนต่างก็ใช้วิธีการต่างๆกันไปตามกลไกป้องกันจิตใจและบุคลิกของตน เช่น อาจเกิดความรู้สึกสิ้นหวัง หรือกลายเป็นฮีตสูในขณะที่ยอมรับสถานการณ์ การรักษาจิตบำบัดประคับประคองก็ต้องนึกถึงวิธีการต่างๆในการรับมือของผู้ป่วยไม่ว่าทางด้านอารมณ์ ความรู้สึกนึกคิด หรือพฤติกรรมว่าเหมาะสมกับเหตุการณ์และมีประสิทธิภาพหรือไม่ และช่วยให้ผู้ป่วยดัดแปลงแก้ไขพฤติกรรมของตนให้สามารถรับปัญหาได้ดีขึ้น ทั้งโดยทางตรง (direct approach) การแนะนำ การสอน การช่วยให้ผู้ป่วยคาดการณ์ล่วงหน้า (anticipation) และการฝึกซ้อม (rehearsal) เป็นต้น

4.6.3 Auxiliary Ego และ Superego ในด้านของการปรับตัวกับสภาวะภายในจิตใจ นั้น หน้าที่หนึ่งของผู้รักษาจิตบำบัดประคับประคองคือ หน้าที่เสมือนเป็น ego หรือ superego สำรองให้แก่ผู้ป่วย ดังนั้น เมื่อการทำงานและการปรับตัวของจิตใจไม่ดีพอ ผู้รักษาอาจต้องให้ยืม ego “lending the ego” โดยอาศัย ego ของผู้รักษาแทนในบางเรื่อง ผู้รักษาจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถสำรวจได้ว่าตนเองมีทางเลือกเช่นใด และในแต่ละทางเลือกนั้นมีข้อดีข้อเสียอย่างไร เป็นต้น ผู้รักษาสามารถช่วยลดการทำงานของจิตใจส่วนที่เป็นปัญหา ดังเช่น การปฏิเสธความจริง (denial) การโยนไปให้ผู้อื่น (projection) และช่วยสนับสนุนการทำงานของจิตใจหรือกลไกป้องกันจิตใจที่ดีให้ทำงานดีขึ้น เช่น การช่วยให้ใช้ปัญหา (intellectualization) การใช้เหตุผล เป็นต้น (rationalization)

4.6.4 Reality Testing มนุษย์แต่ละคนนั้นมองและเข้าใจความเป็นจริงแตกต่างกัน ในผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตเวช ปัญหานี้จะรุนแรงมากขึ้น เพราะความสามารถในการประเมินความเป็นจริงนั้นด้อยลง ผู้รักษาสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างมากโดยการยืนยันความเป็นจริง โดยช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักถึงการบิดเบือนความเป็นจริง และเผชิญหน้ากับความจริง ดังนั้น หน้าที่สำคัญของผู้รักษา คือ การช่วยประเมินความเป็นจริง ผู้รักษาสามารถช่วยอธิบายให้ผู้ป่วยเห็นความเป็นจริงหรือสิ่งที่ใกล้เคียงกับความเป็นจริงที่สุด เพื่อลดการบิดเบือนของผู้ป่วย

4.6.5 Confronting Reality การเผชิญหน้ากับความจริง ผู้รักษาจะอยู่ด้านของความเป็นจริงและช่วยให้ผู้ป่วยเผชิญกับความจริง เมื่อเห็นว่าการทดสอบความเป็นจริงของผู้ป่วยนั้น

ผิดพลาด ผู้รักษาไม่จำเป็นที่จะต้องเอาชนะว่าอะไรถูกหรือผิด การที่ผู้รักษายอมรับผู้ป่วยจะช่วยให้ผู้ป่วยลดความรู้สึกต้องปกป้องตนเอง และการที่เขาได้เห็นความยืดหยุ่น (flexible) และการมีเหตุผลของผู้รักษาอาจช่วยให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ที่จะมีความสามารถเปลี่ยนแปลงและปรับตัวได้

4.6.6 Errors of Perception หมายถึง ความผิดพลาดในการรับรู้ ผู้รักษาสามารถชี้ให้ผู้ป่วยเห็นความผิดพลาดในการรับรู้ โดยการใช้เทคนิคที่ผู้รักษาจะยอมรับส่วนที่สนับสนุนความคิดผู้ป่วย แต่ในขณะที่เดียวกันก็ชี้ให้ผู้ป่วยเห็นสิ่งที่คัดค้านความคิดผู้ป่วยด้วย หรืออาจชี้ให้ผู้ป่วยเห็นว่าผู้ป่วยมีความรู้สึกที่รุนแรงเกินไปหรือไม่เหมาะสมนัก

4.6.7 Dealing with Relationships ความสัมพันธ์กับผู้อื่น โดยทั่วไปแล้ว ปัญหาที่ทำให้เกิดความทุกข์ได้มากที่สุดของผู้ป่วยจิตเวชมักเป็นปัญหาเรื่องความสัมพันธ์กับผู้อื่น เช่น การมีปฏิกริยาไม่เหมาะสมกับผู้อื่น เพราะปัญหาที่ตนเองโอนมาจากความสัมพันธ์สำคัญในอดีตของตนหรือมีความคาดหวังจากผู้อื่นมากเกินไปทำให้ต้องผิดหวังในที่สุด พฤติกรรมเหล่านี้เป็นพฤติกรรมที่ผู้รักษาสามารถช่วยให้ผู้ป่วยเห็นได้ชัดแล้วชัดเล่าในการทำจิตบำบัดเพื่อให้ผู้ป่วยได้เห็นว่าตนเองอาจมีบทบาทกระตุ้นสถานการณ์เหล่านั้น

4.6.8 Enhancement of Self-Esteem การเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ผู้ที่ป่วยด้วยโรคทุกโรคไม่ว่าทางกายหรือใจ มักมีความรู้สึกและความคิดเกี่ยวกับตนเอง (self esteem) ที่ไม่ดีนัก โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าและอาการโศกเศร้า มีอาการที่ทำให้มองตนเองในแง่ไม่ดี (low self regard) ดังนั้น การเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกเกี่ยวกับตนเองที่ดีขึ้นจึงเป็นยุทธวิธีที่มีความสำคัญมากในการรักษาจิตบำบัดประคับประคอง การช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้สึก หรือความคิดเกี่ยวกับตนเองที่ดีขึ้น

4.7 พัฒนาการกลุ่ม

Yalom (1995) ได้แบ่งพัฒนาการกลุ่มออกเป็น 3 ระยะ ซึ่งแต่ละระยะอาจเกิดปัจจัยบำบัดดังต่อไปนี้

4.7.1 ระยะที่ 1 ระยะสร้างสัมพันธภาพ ประกอบด้วยปัจจัยบำบัด ได้แก่ ความรู้สึกผูกพันจิตใจต่อกัน (Group cohesiveness) ความรู้สึกอันเป็นสากล (Universality) ความรู้สึกมีความหวัง (Instillation of hope) ระยะสร้างสัมพันธภาพนี้ ประเด็นการสนทนาและรูปแบบของการสื่อสารในระยะนี้ค่อนข้างที่จะเป็นไปในเชิงการสร้างสัมพันธภาพ และทำให้สมาชิกรู้สึกผ่อนคลายด้วยการแนะนำตนเอง แจ้งกติกา วัตถุประสงค์ วิธีดำเนินกลุ่ม ความสำคัญและประโยชน์ที่จะได้รับจากการทำกลุ่ม ความรับผิดชอบของสมาชิกต่อกลุ่มเพื่อให้สมาชิกรู้จักและคุ้นเคยกัน มีความไว้วางใจ รู้สึกผูกพัน มีความเข้าใจที่ตรงกันระหว่างผู้นำกลุ่มกับสมาชิก เกิดความร่วมมือกันในการนำกลุ่มไปสู่เป้าหมายลดการต่อต้านของสมาชิกกลุ่มสร้างแรงจูงใจและมีความกระตือรือร้นต่อการเข้ากลุ่ม

4.7.2 ระยะที่ 2 ระยะดำเนินกลุ่ม ประกอบด้วยปัจจัยบำบัด ได้แก่ การได้ระบายออก (Catharsis) การเรียนรู้ การสร้างสัมพันธภาพ (Interpersonal learning) การพัฒนาเทคนิคเพื่อการเข้าสังคม (Development of socializing techniques) การรู้ถึงคุณค่าของตนเอง (Altruism) ในระยะทำงานร่วมกัน (Working phase) นี้ผู้นำกลุ่มกำหนดประเด็นในการสนทนาขึ้นภายในกลุ่ม แล้วเปิดโอกาสให้สมาชิกแสดงความรู้สึกนึกคิดต่างๆออกมาเต็มที่ กระตุ้นให้สมาชิกทุกคนมีส่วนร่วมใน

การแสดงความคิดเห็นเพื่อก่อให้เกิดความรู้สึกผูกพันเป็นหนึ่งเดียว (Cohesive) มองเห็นคุณค่าของกันและกัน รวมทั้งมีความตั้งใจที่จะทำงานของกลุ่มให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้

4.7.3 ระยะเวลาที่ 3 ระยะเวลาสิ้นสุดการทำกลุ่ม ในระยะนี้จะเกิดการเห็นความจริงของชีวิต (Existential factors) ในระยะนี้ สมาชิกจะแสดงออกถึงความรู้สึกผูกพันต่อกลุ่ม ซึ่งสามารถสังเกตได้จากความรู้สึกร่วมกันของกลุ่ม ความมุ่งมั่นของกลุ่มต่อเป้าหมายประชาคมติของกลุ่ม ความร่วมมือและการประสานงานภายในกลุ่ม การช่วยเหลือประคับประคองซึ่งกันและกัน ความสามัคคีภายในกลุ่ม โดยสมาชิกมักแสดงออกด้วยการเปิดเผยตนเอง โดยมักจะพูดคุยถึงเหตุผลที่ต้องเข้ามารับการรักษา บอกเรื่องราวที่ไม่เคยเปิดเผยมาก่อนอันเนื่องมาจากความไว้วางใจในกลุ่มและรู้สึกเป็นพวกเดียวกัน ผู้นำกลุ่มจะต้องสำรวจความรู้สึกผูกพันที่เกิดขึ้นภายในกลุ่ม 2 ประเด็น คือ ผูกพันเป็นหนึ่งเดียวในระดับพอดี กับความรู้สึกผูกพันที่ลึกซึ้งหรือมากเกินไป แล้วชี้แจงให้สมาชิกได้ตระหนักถึงความผูกพันที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริงที่ปรากฏ เพื่อป้องกันความวิตกกังวลต่อการสิ้นสุดสัมพันธ์ภาพของกลุ่ม ดังนั้น ผู้นำกลุ่มต้องมีการวางแผนการสิ้นสุดสัมพันธ์ภาพด้วยการแจ้งกำหนดการยุติกลุ่มตามการพิจารณาระดับความผูกพันต่อกลุ่ม แจ้งความก้าวหน้าของกลุ่ม การบรรลุวัตถุประสงค์และกระตุ้นให้สมาชิกได้หาแนวทางในการกลับไปดำเนินชีวิต ให้โอกาสสมาชิกได้พูดความรู้สึกต่อกลุ่มและความประทับใจต่อกลุ่ม เพื่อให้สมาชิกได้รับประสบการณ์ที่ดีจากการทำกลุ่ม และเกิดความรู้สึกที่ดีต่อการทำกลุ่มในครั้งต่อไป

5. โปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง

ในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้า และทบทวนแนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการดำเนินกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองโดยใช้แนวคิดของ Yalom โดยแบ่งการดำเนินกิจกรรมเป็น 3 ระยะ ที่มีรายละเอียดดังตาราง ดังนี้

กิจกรรมในโปรแกรม	แนวคิด Yalom	การนำมาประยุกต์ในโปรแกรม
<p>ระยะที่ 1</p> <p>กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธ์ภาพ สำรวจและค้นหาปัญหา</p> <p>มีการอธิบายเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ระยะเวลา วิธีการ จำนวนครั้ง ความสำคัญและประโยชน์ที่จะได้รับการเข้ากลุ่ม เปิดโอกาสให้สมาชิกสร้างความรู้จักคุ้นเคย และความไว้วางใจ</p>	<p>ใช้กระบวนการทำกลุ่มจิตบำบัดตามแนวคิดของ Yalom (1995) ซึ่งเน้นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันของสมาชิก เพื่อให้เกิดปัจจัยการบำบัด</p>	<p>ขั้นตอนที่ 1 สร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้เกิดความคุ้นเคยไว้วางใจที่จะเปิดเผยข้อมูล ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม</p>

กิจกรรมในโปรแกรม	แนวคิด Yalom	การนำมาประยุกต์ในโปรแกรม
<p>ระยะที่ 2</p> <p>กิจกรรมที่ 2 การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท และการพัฒนาความร่วมมือในการรับประทานยา</p> <p>มีการทำงานร่วมกัน สํารวจปัญหาโดยใช้กระบวนการกลุ่ม แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในเรื่องปัญหาของผู้ป่วย ค้นหาปัญหาประเด็นปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่เป็นปัญหาหลักของกลุ่ม</p>	<p>มีการได้รับรู้ปัญหาของเพื่อนสมาชิกภายในกลุ่มที่มีความคล้ายคลึงกัน และมีความรู้สึกเห็นอกเห็นใจที่จะช่วยกันในการแก้ไขปัญหาให้กับเพื่อนสมาชิกภายในกลุ่ม (Yalom,2011)</p>	<p>ขั้นตอนที่ 2 มีการพูดคุยอภิปรายกันภายในกลุ่มในประเด็นดังต่อไปนี้</p> <p>การสำรวจปัญหาเกี่ยวกับอาการซึมเศร้าของตนเอง และประสบการณ์การเกิดอาการซึมเศร้าของสมาชิกในกลุ่ม ช่วยกันทำความเข้าใจปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่เกี่ยวข้องกับอาการซึมเศร้าของผู้ป่วย โดยให้สมาชิกในกลุ่มช่วยกันคิดเชื่อมโยงปัญหา</p>
<p>กิจกรรมที่ 3</p> <p>เปิดใจปรับทุกข์</p> <p>เลือกปัญหาหลักมาแล้วให้สมาชิกในกลุ่มฟัง โดยให้สมาชิกภายในกลุ่มช่วยกันคิดเชื่อมโยงปัญหา จากนั้นดูปัญหาที่เกิดขึ้นแล้วเชื่อมโยงให้เห็นถึงปัญหาสัมพันธภาพว่าเกิดจากด้านใด</p>	<p>ผู้บำบัดใช้ทักษะ และเทคนิคการทำจิตบำบัดแบบประคับประคองร่วมกับกระบวนการทำกลุ่มจิตบำบัดตามแนวคิดของ Yalom (1995)</p>	<p>ขั้นตอนที่ 3 โดยให้ผู้ป่วยเล่าเรื่องราวต่างๆที่เกิดขึ้นกับตนเอง และให้สมาชิกในกลุ่มช่วยกันวิเคราะห์ เพื่อให้มีการค้นหาปัญหาที่เกิดขึ้น ทำความเข้าใจปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่เกี่ยวข้องกับอาการซึมเศร้าของผู้ป่วย</p>
<p>กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการเข้าใจตนเอง</p> <p>โดยจัดเป็นกิจกรรมการพูดคุยกันภายในกลุ่มในเรื่องของการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น โดยการใช้พลังกลุ่มในการช่วยสมาชิกภายในกลุ่มให้มองเห็นปัญหา และมองปัญหาต่างๆตรงตามความเป็นจริง ยอมรับกับปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและได้วิธีการในการแก้ปัญหาจากการช่วยเหลือของสมาชิกในกลุ่ม</p>	<p>ผู้บำบัดใช้ทักษะ และเทคนิคการทำจิตบำบัดแบบประคับประคองร่วมกับกระบวนการทำกลุ่มจิตบำบัด ตามแนวคิดของ Yalom (1995)</p>	<p>ขั้นตอนที่ 4 โดยจัดกิจกรรมฝึกทักษะการสร้างสัมพันธภาพที่มีประสิทธิภาพ พร้อมให้การบ้านเพื่อให้สมาชิกสามารถนำทักษะการสร้างสัมพันธภาพมาใช้และสามารถจัดการกับปัญหาเฉพาะหน้าได้อย่างเหมาะสม โดยผู้วิจัยจะช่วยกระตุ้นให้สมาชิกเห็นรูปแบบการใช้ทักษะการสร้างสัมพันธภาพจากหลายมุมมอง เพื่อให้สมาชิกในกลุ่มสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับตนเองได้อย่างเหมาะสม</p>

กิจกรรมในโปรแกรม	แนวคิด Yalom	การนำมาประยุกต์ในโปรแกรม
<p>กิจกรรมที่ 5 การมองชีวิตอย่างมีคุณค่า</p> <p>โดยจัดเป็นกิจกรรมการพูดคุยกันภายในกลุ่มในเรื่องของการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น โดยการใช้พลังกลุ่มในการช่วยสมาชิกภายในกลุ่มให้มองเห็นปัญหา และมองปัญหาต่างๆ ตรงตามความเป็นจริง ยอมรับกับปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และได้วิธีการในการแก้ปัญหาจากการช่วยเหลือของสมาชิกในกลุ่ม</p>	<p>มีการได้รับรู้ปัญหาของเพื่อนสมาชิกภายในกลุ่มที่มีความคล้ายคลึงกัน และมีความรู้สึกเห็นอกเห็นใจที่จะช่วยกันในการแก้ไขปัญหาให้กับเพื่อนสมาชิกภายในกลุ่ม (Yalom,2011)</p>	<p>ขั้นตอนที่ 5 โดยจัดกิจกรรมฝึกทักษะการสร้างสัมพันธภาพที่มีประสิทธิภาพ พร้อมให้การบ้านเพื่อให้สมาชิกสามารถนำทักษะการสร้างสัมพันธภาพมาใช้และสามารถจัดการกับปัญหาเฉพาะหน้าได้อย่างเหมาะสม โดยผู้วิจัยจะช่วยกระตุ้นให้สมาชิกเห็นรูปแบบการใช้ทักษะการสร้างสัมพันธภาพจากหลายมุมมอง เพื่อให้สมาชิกในกลุ่มสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับตนเองได้อย่างเหมาะสม</p>
<p>ระยะที่ 3</p> <p>กิจกรรมที่ 6 การวางแผนเพื่อการปรับเปลี่ยนพัฒนาตนเอง</p> <p>ทบทวนความสัมพันธ์ของบุคคลใกล้ตัวผู้ป่วยเพื่อหาแหล่งสนับสนุนและการให้กำลังใจจะช่วยสนับสนุนส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ และมีความสามารถในการจัดการปัญหาได้อย่างต่อเนื่อง</p> <p>ผู้บำบัดบอกกล่าวการสิ้นสุดกระบวนการบำบัด และสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด</p>	<p>ผู้บำบัดใช้ทักษะ และเทคนิคการทำจิตบำบัดแบบประคับประคองร่วมกับกระบวนการทำกลุ่มจิตบำบัด ตามแนวคิดของ Yalom (1995)</p>	<p>ขั้นตอนที่ 6 มีการฝึกทักษะทางสังคมต่างๆฝึกการวางแผนชีวิตให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยซึ่งเป็นพระสงฆ์การสร้างความหวังการฝึกคิดในแง่บวกเมื่อเจอปัญหาเรียนรู้วิธีการขอความช่วยเหลือจากผู้อื่นได้เมื่อตนเองมีอาการซึมเศร้า และ ฝึกฝนให้ผู้ป่วยมีเป้าหมายในการดำเนินชีวิต ช่วยให้มีความหวังและวางแผนการดำเนินชีวิต เกิดการเรียนรู้ทักษะทางสังคมต่างๆ</p>

6. เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จุฑามาศ โกสียะกุล และ อันธิมา สายบุญศรี (2554) ทำการวิจัยเชิงวิเคราะห์ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีผลกระทบต่ออาการเกิดโรคซึมเศร้าในพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคซึมเศร้า ที่มารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสงฆ์ ที่มีอายุระหว่าง 20-80 ปี ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีผลกระทบต่ออาการเกิดโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือ ปัจจัยทางวัดเป็นด้านสัมพันธภาพกับพระ ชุมชน และด้านการบริหาร การปกครองในวัดตรงลงมาคือ ปัจจัยทางครอบครัวเกี่ยวกับญาติทอดทิ้งละเลย สูงสุด เมื่อนำมาวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลกระทบต่ออาการเกิดโรคซึมเศร้า พบว่า ปัจจัยจากทางวัด และจากทางครอบครัว มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.005

เขาวนิ ล่องชูผล (2547) ทำการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของการใช้กลุ่มบำบัดประคับประคองต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ที่มีอายุระหว่าง 60-75 ปีที่เข้ารับการรักษาในกลุ่มงานจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอกผลการวิจัยพบว่า ระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ากลุ่มทดลอง หลังการทำกลุ่มบำบัดประคับประคองลดลงกว่าก่อนทำกลุ่มบำบัดประคับประคอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ปรียนันท์ สละสวัสดิ์ และคณะ (2559) ทำการวิจัยแบบทดลองเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตเภทในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการรักษาแผนกผู้ป่วยในสถาบันจิตเวชศาสตร์ สมเด็จพระยาทั้งเทศหญิงและชาย ที่มีอายุระหว่าง 20-59 ปี พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดประคับประคองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สุจิตรา อูร์ตนมณี(2549) ทำการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของจิตบำบัดประคับประคองแบบกลุ่มต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ติดสุราทั้งเพศชายและหญิง ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในสถาบันธัญญารักษ์ ผลการวิจัยพบว่า ผู้เสพติดสุราภายหลังได้รับการทำจิตบำบัดประคับประคองแบบกลุ่มมีภาวะซึมเศร่าลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

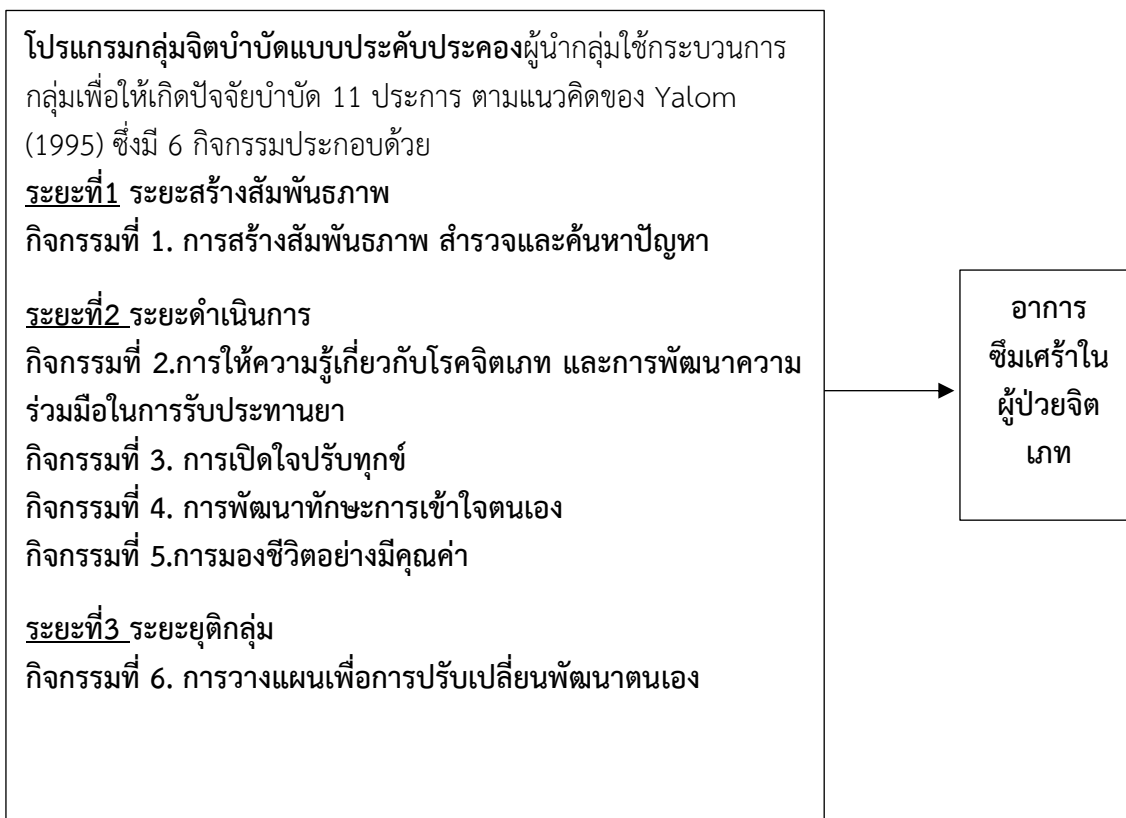
อทิตยา คำทวี (2560) ทำการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนจากครอบครัวต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรก ที่เข้ารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ผลการวิจัยพบว่า อาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรกหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนจากครอบครัวต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Bolton et al. (2003) ศึกษาผลของการใช้กลุ่มจิตบำบัดรูปแบบสัมพันธภาพระหว่างบุคคลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยของชนบทในอุกันดา: โดยเป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม โดยมีผลการวิจัยคือ กลุ่มจิตบำบัดมนุษยสัมพันธ์มีประสิทธิภาพในการลดภาวะซึมเศร้าเป็นอย่างมาก

Suzane และคณะ (2006) ได้ศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างความเข้าใจการเจ็บป่วยทางจิต การสนับสนุนทางสังคม และอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรก จำนวน 40 ราย อายุ 18-65 ปี พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับอาการซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

สรุปการทบทวนวรรณกรรม ได้ดังนี้ จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา ได้ข้อสรุปว่า โปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองสามารถช่วยลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทได้จริง

7. กรอบแนวคิดในการวิจัย



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) เพื่อศึกษาผลของการใช้กลุ่มจิตบำบัดระดับประคองต่ออาการซึมเศร้าในพระภิกษุสงฆ์โรคจิตเภท ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตติยภูมิ เป็นการศึกษาแบบศึกษากลุ่มเดียววัดแบบอนุกรมเวลา (One-Group Time Series Design) (Polit and Beck, 2004) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบอาการซึมเศร้าในพระสงฆ์โรคจิตเภทก่อน ระหว่างและหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคองประคอง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ พระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคจิตเภทที่มีอาการซึมเศร้าร่วมด้วย เนื่องจากพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคทางจิตเวชมีไม่มาก และโรงพยาบาลสงฆ์เป็นโรงพยาบาลฝ่ายกาย จึงทำให้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนจำกัดและหาได้ค่อนข้างยาก เนื่องจากพระสงฆ์บางท่านก็ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย แต่ก็มีหลายท่านที่ไม่สะดวกในการเข้าร่วมการวิจัย เนื่องจากอยู่ต่างจังหวัดไกล ไม่สะดวกเดินทางมาร่วมกิจกรรมที่โรงพยาบาลสงฆ์ และอาจเนื่องด้วยสถานการณ์โควิด จึงทำให้การเก็บข้อมูลในรูปแบบของผู้ป่วยนอกเป็นไปอย่างมีข้อจำกัดมากขึ้น การศึกษานี้จึงใช้กลุ่มตัวอย่าง 15 คน ซึ่งมีเพียงกลุ่มทดลองกลุ่มเดียวแต่ทำการวัดซ้ำหลายครั้ง ซึ่งหลักในการตัดสินใจเลือกรูปแบบการวิจัยที่ผู้วิจัยได้นำมาพิจารณามีดังต่อไปนี้ คือ 1. ธรรมชาติของปัญหาการวิจัย (Nature of the Research Problem) ซึ่งระดับขององค์ความรู้ของปรากฏการณ์ที่ต้องการศึกษา คือ กลุ่มพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคจิตเภทและมีอาการซึมเศร้านั้น เป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนไม่มาก และค่อนข้างจำกัด จึงเหมาะแก่การทำวิจัยเชิงทดลอง 2. จำนวนแหล่งสนับสนุน (Amount of Resource) ซึ่งแหล่งสนับสนุนในการทำวิจัยครั้งนี้มีค่อนข้างจำกัด เนื่องจากทำการเก็บข้อมูลเฉพาะในโรงพยาบาลสงฆ์ และเป็นพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคจิตเภทและมีอาการซึมเศร้าร่วมด้วย จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความเฉพาะเจาะจงมากยิ่งขึ้น ดังนั้น จึงเหมาะกับการทำวิจัยแบบกึ่งทดลอง เพราะกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนจำกัดค่อนข้างมาก จึงไม่สามารถมีกลุ่มควบคุมได้ ทำได้เพียงแค่กลุ่มทดลองเท่านั้น ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเลือกดำเนินการวิจัยชนิดศึกษากลุ่มเดียววัดแบบอนุกรมเวลา (One-Group Time Series Design) ทำการวัดซ้ำทั้งหมด 3 ครั้ง โดยทำการวัดก่อนการทดลอง 1 ครั้ง หลังเสร็จสิ้นการทดลองทันที 1 ครั้ง หลังจากสิ้นสุดการทดลองไปแล้ว 2 สัปดาห์ 1 ครั้ง และหลังจากสิ้นสุดการทดลองไปแล้ว 4 สัปดาห์ 1 ครั้ง และควบคู่ไปกับการสัมภาษณ์ด้วยคำถามปลายเปิด (Open-ended question) เกี่ยวกับความรู้สึกหลังจากที่ร่วมทำกิจกรรม และการสังเกตการณ์แสดงออกของกลุ่มตัวอย่างขณะและหลังจากที่ร่วมกิจกรรมในแต่ละครั้ง โดยมีรูปแบบการวิจัย ดังนี้

กลุ่มทดลอง O1	X	O2	O3	O4
---------------	---	----	----	----

X หมายถึง โปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Yalom (1995)

O1 หมายถึง การประเมินอาการซึมเศร้าของพระสงฆ์โรคจิตเภท ก่อนได้รับโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง

O2 หมายถึง การประเมินอาการซึมเศร้าของพระสงฆ์โรคจิตเภท หลังการจัดโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองในทันที (หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 6)

O3 หมายถึง การประเมินอาการซึมเศร้าของพระสงฆ์โรคจิตเภท หลังสิ้นสุดโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองไปแล้ว 2 สัปดาห์

O4 หมายถึง การประเมินอาการซึมเศร้าของพระสงฆ์โรคจิตเภท หลังสิ้นสุดโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองไปแล้ว 4 สัปดาห์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมาย คือ พระสงฆ์อาพาธที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภทตามคู่มือการวินิจฉัยตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD-10) ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลตติยภูมิ

กลุ่มตัวอย่าง คือ พระสงฆ์อาพาธที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทตามคู่มือการวินิจฉัยตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD-10) ที่เข้ารับการรักษาที่กลุ่มงานพยาบาลจิตเวชผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลสงฆ์จำนวน 15 รูปที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ในการคัดเลือกและคัดออก

เกณฑ์ในการคัดเลือก (Inclusion criteria)

- 1) เป็นพระสงฆ์ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD-10) และมีอาการซึมเศร้าร่วมด้วย
- 2) อายุระหว่าง 20 - 59 ปี
- 3) มีคะแนนรวมอาการซึมเศร้ามากกว่าหรือเท่ากับ 5 คะแนน โดยวัดจากแบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท
- 4) ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ

เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion Criteria) มีดังนี้

- 1) มีภาวะบกพร่องทางสมองและสติปัญญา
- 2) ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ต่อเนื่อง

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ยึดหลักกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยการประเมินจากจำนวนประชากรที่ต้องการศึกษาทั้งหมด ซึ่งเป็นกลุ่มพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคจิตเภทและมีอาการซึมเศร้าร่วมด้วย จึงทำให้การกำหนดลักษณะของกลุ่มตัวอย่างมีความเฉพาะเจาะจงมากขึ้น จำนวนกลุ่มตัวอย่างมีความจำกัดมากขึ้น เนื่องจากพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคทางจิตเวชมีไม่มาก จึงทำให้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนจำกัดและหาได้ค่อนข้างยาก เนื่องจากพระสงฆ์บางท่านก็ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย แต่ก็มีหลายท่านที่ไม่สะดวกในการเข้าร่วมการวิจัย เนื่องจากอยู่ต่างจังหวัดไกล ไม่สะดวกเดินทางมาร่วมกิจกรรมที่โรงพยาบาลสงฆ์ และอาจเนื่องด้วยสถานการณ์โควิด จึงทำให้การเก็บข้อมูลในรูปแบบของผู้ป่วยนอกเป็นไปอย่างมีข้อจำกัดมาก

ดังนั้นการศึกษางานวิจัยครั้งนี้จึงใช้กลุ่มตัวอย่าง 15 คน มีเพียงกลุ่มทดลองกลุ่มเดียวแต่ทำการวัดซ้ำหลายครั้ง คือ วัดอาการซึมเศร้าหลังสิ้นสุดการทดลองทันที หลังสิ้นสุดการทดลองไปแล้ว 2 สัปดาห์ และหลังสิ้นสุดการทดลองไปแล้ว 4 สัปดาห์

ขั้นตอนในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ที่ห้องตรวจจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสงฆ์ จังหวัดกรุงเทพมหานคร โดยพิจารณาตามคุณสมบัติในการคัดเลือกเข้ากลุ่ม จนได้กลุ่มตัวอย่างครบ 15 คน

2. เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยทำการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลต่อการทดลองได้ โดยวิธีการคัดเลือก ตามคุณสมบัติที่คล้ายคลึงกันหรือใกล้เคียงกันมากที่สุดตามช่วงอายุ ซึ่งจากการศึกษาพบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้า โดยอาการซึมเศร้าจะพบมากขึ้นในผู้สูงอายุ (Beck, 1967)

3. เมื่อคัดเลือกตามคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จากนั้นจึงทำการนำกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองทั้งหมด 15 คน

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ผ่านการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสงฆ์ (รหัสโครงการ RI 5/2564) วันที่ 15 มิถุนายน 2564 ผู้วิจัยคำนึงถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการวิจัยว่าไม่มีการละเมิดสิทธิสวัสดิภาพและก่อให้เกิดอันตรายแก่ผู้ถูกศึกษา และดำเนินการศึกษาภายในขอบเขตของโครงการการศึกษาที่น่าเสนอ ผู้วิจัยแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่างชี้แจงวัตถุประสงค์ของงานวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาที่ใช้ในการดำเนินการศึกษา และประโยชน์ที่จะได้รับให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบ ผู้วิจัยแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า การเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ กลุ่มตัวอย่างสามารถยุติการเข้าร่วมเวลาใดก็ได้ โดยไม่ต้องบอกเหตุผลและจะไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาล พร้อมทั้งเน้นย้ำว่าข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะเป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยทำให้เกิดผลกระทบกับกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลที่ได้จะนำเสนอเป็นภาพรวมและนำมาใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น จากนั้นผู้วิจัยสอบถามถึงความสมัครใจ เมื่อกลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจตอบรับเข้าร่วมการวิจัยจึงให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ซึ่งจะถามเกี่ยวกับอายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการเจ็บป่วย เป็นต้น
2. แบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเป็นแบบวัดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภท ซึ่งเป็นแบบประเมินที่ Addington et al., (1990) สร้างและพัฒนามาจาก Max Hamilton (1960) และ Wing et al.(1974) และแปลเป็นภาษาไทยโดย ศิริจิต สุทธิจิตต์ (2556)
3. แบบประเมินสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Thai Interpersonal Questionnaire) ฉบับภาษาไทยโดยพิรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย (2553) ซึ่งแปลมาจาก Weissman and Verdeli (2000)
4. โปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ Yalom (1995)

การสร้างเครื่องมือและตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

- 1.1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ถามเกี่ยวกับ อายุ การศึกษา ระยะเวลาการเจ็บป่วย เป็นต้น
 - 1.2. แบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท (The Thai version of Calgary Depression Scale for Schizophrenia: CDSS) สร้างขึ้นโดย Addington (1990) นำมาแปลเป็นภาษาไทยโดย ศิริจิต สุทธิจิตต์ (2556) ซึ่งเป็นแบบประเมินที่สร้างขึ้นเพื่อใช้ประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยเฉพาะ แบบประเมินประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้สึกและอาการของภาวะซึมเศร้าทั้งหมด 9 ข้อ ประกอบด้วยหัวข้อดังนี้ (1) ความซึมเศร้า (2) ความรู้สึกสิ้นหวัง (3) ความรู้สึกไร้ค่า (4) ความคิดว่าตนเองผิดเนื่องจากถูกกล่าวหา (5) ความรู้สึกผิดแบบมีพยาธิสภาพ (6) ความซึมเศร้าตอนเช้า (7) ตื่นนอนเช้าน่ากว่าปกติ (8) การฆ่าตัวตาย และ (9) ความซึมเศร้าที่สังเกตได้ ซึ่งแต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ ดังนี้ ไม่มี ให้คะแนนเท่ากับ 0 เล็กน้อย ให้คะแนนเท่ากับ 1 ปานกลาง ให้คะแนนเท่ากับ 2 รุนแรง ให้คะแนนเท่ากับ 3
- การแปลผลและเกณฑ์กำหนดคะแนนแบบสอบถามฉบับนี้ ผู้วิจัยจะทำการนำคะแนนที่ได้ในแต่ละข้อมารวมกัน โดยคะแนนรวมมีพิสัยอยู่ในช่วง 0 - 27 คะแนน และผู้ที่ได้คะแนนรวมมากกว่าหรือเท่ากับ 5 คะแนน ถือว่าผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้า ซึ่งจอมขวัญ นามสูตร (2558) ได้ปรับปรุงการแบ่งระดับคะแนนของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าออกเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้
- 0 - 4 คะแนน ไม่มีภาวะซึมเศร้า
 - 5 - 12 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าระดับต่ำ
 - 13 - 20 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง
 - 21 - 27 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าระดับสูง

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยนำเครื่องมือไปปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ และทำการปรับปรุงภาษาให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย จิตแพทย์ จำนวน 1 ท่าน พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน

3 ท่าน และอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยให้คะแนนความคิดเห็นเป็นระดับ 1-4 คะแนน และให้ผู้ทรงคุณวุฒิเขียนข้อเสนอแนะเติมลงในช่องว่างที่เว้นไว้ในแต่ละข้อ โดยการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ซึ่งถือเกณฑ์ตามผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นตรงกันและสอดคล้องกัน ซึ่งค่าที่ยอมรับได้ คือ .08 ขึ้นไป ซึ่งผู้วิจัยคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา โดยใช้สูตรดังนี้ (Hambleton et al., 1975 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์, 2555)

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

จำนวนข้อคำถามทั้งหมด

ซึ่งแบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทนี้สามารถคำนวณได้ค่า CVI = .84

จากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือดังกล่าวมาปรับปรุงแก้ไขตามผู้ทรงคุณวุฒิแนะนำภายใต้การดูแลของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ซึ่งไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ หลังจากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อหาความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ซึ่งค่าที่ยอมรับได้คือ .80 ขึ้นไป (Davis, 1992 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์, 2555) ซึ่งแบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทนี้สามารถคำนวณได้ค่า Reliability = .92

2. เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง

แบบประเมินสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Thai Interpersonal Questionnaire) ฉบับภาษาไทยโดย พิรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย (2553) ซึ่งแปลมาจาก Weissman and Verdeli (2000) ประกอบด้วย 4 ด้านที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธภาพระหว่างบุคคล

ด้านที่ 1 อารมณ์เศร้าโศกจากการเสียชีวิตของบุคคลอันเป็นที่รัก (grief/complicated bereavement) มีช่วงคะแนน 0-12

ด้านที่ 2 ความขัดแย้งกับบุคคลสำคัญ (Interpersonal role disputes) มีช่วงคะแนน 0-15

ด้านที่ 3 การเปลี่ยนผ่านบทบาททางสังคม (role transitions) มีช่วงคะแนน 0-9

ด้านที่ 4 ความบกพร่องทางสัมพันธภาพ (Interpersonal deficits) มีช่วงคะแนน 0-12

การคิดคะแนนและแปลผล

ช่วงระดับคะแนน	มีการปรับตัวและแก้ไขปัญหาที่ดี	มีปัญหาการปรับตัวและแก้ไขปัญหาลดความขัดแย้ง	มีปัญหาการปรับตัวและแก้ไขปัญหาลดความขัดแย้ง
ด้านที่ 1 (0-12)	0-3	4-6	7-12
ด้านที่ 2 (0-15)	0-5	6-10	11-15
ด้านที่ 3 (0-9)	0-3	4-6	7-9
ด้านที่ 4 (0-12)	0-3	4-7	8-12

ได้มีการปรับข้อคำถามให้เหมาะกับบริบทของพระสงฆ์โดยการปรับเปลี่ยนลักษณะของคำถามให้มีความสอดคล้องกับวิถีชีวิตของพระสงฆ์ และทำการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยการ

ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาเครื่องมือ (Content validity) เพื่อหาค่า CVI การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค(Cronbach's Alpha Coefficient) ซึ่งค่าที่ยอมรับได้คือ .08 ขึ้นไป (Davis, 1992 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร, 2555)

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและการทดลองใช้

1. ผู้วิจัยนำเครื่องมือ ไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหา แกะไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้แก่ จิตแพทย์ที่ 1 ท่าน ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 4 ท่าน โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้อง ชัดเจน ครอบคลุมเหมาะสมของภาษาที่ใช้ รูปแบบความเหมาะสมของกิจกรรม ตลอดจนการจัดลำดับของเนื้อหาและความเหมาะสมของเวลาที่ใช้ในแต่ละกิจกรรม และให้ผู้ทรงคุณวุฒิเขียนแสดงความคิดเห็นและข้อเสนอแนะลงในช่องว่างที่เว้นไว้ในกิจกรรมแต่ละขั้นตอน เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity Index: CVI) ซึ่งแบบประเมินสัมพันธภาพระหว่างบุคคลนี้ สามารถคำนวณได้ค่า CVI = .90

2. การทดลองใช้เครื่องมือ ผู้วิจัยนำคู่มือที่ปรับปรุงแก้ไขเรียบร้อยแล้ว ไปทดลองใช้กับพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคจิตเภทและมีอาการซึมเศร้าที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสงฆ์ จำนวน 30 ราย ดำเนินกิจกรรมจนครบ เพื่อพิจารณาความเป็นไปได้ที่จะนำไปใช้และปรับปรุงให้มีความสมบูรณ์มากที่สุดก่อนนำไปใช้จริงซึ่งแบบประเมินสัมพันธภาพระหว่างบุคคลนี้ สามารถคำนวณได้ค่า reliability = .94

3. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

โปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง

ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ Yalom (1995) โดยใช้เทคนิคการทำจิตบำบัดประคับประคอง ร่วมกับการใช้กระบวนการกลุ่ม จากแนวคิดการทำกลุ่มจิตบำบัดของ Yalom (1995) ที่มุ่งเน้นเรื่องการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล การส่งเสริมให้สมาชิกมีปฏิสัมพันธ์ เกิดการเรียนรู้ เกิดการปรับตัว เพิ่มความสำนึกในคุณค่าแห่งตน ปรับความคิด ความรู้สึก พฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสม ทั้งนี้ผู้วิจัยได้มีการสร้างแนวทางการทำจิตบำบัดประคับประคองแบบกลุ่ม ผู้วิจัยได้สรุปแนวทางการดำเนินการกลุ่ม ไว้ดังนี้

แผนการดำเนินการทำจิตบำบัดประคับประคองแบบกลุ่ม

ครั้งที่ 1

การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ

กลุ่มเป้าหมาย

พระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคจิตเภทและมีอาการซึมเศร้าร่วมด้วย

ระยะเวลา

60 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้พระสงฆ์สร้างสัมพันธภาพภายในกลุ่มให้เกิดความไว้วางใจ และสร้างสัมพันธภาพในการบำบัด
2. เพื่อให้พระสงฆ์ทราบวัตถุประสงค์การทำกลุ่ม
3. เพื่อสร้างบรรยากาศความเป็นกันเอง

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมจิตบำบัดประคับประคองแบบกลุ่ม พระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคจิตเภทที่มีอาการซึมเศร้าสามารถพูดคุย มีปฏิสัมพันธ์กันเองในกลุ่ม และสามารถบอกวัตถุประสงค์การทำกลุ่มได้

กระบวนการหลัก

เป็นกิจกรรมการบำบัดที่ผู้วิจัยจัดขึ้นเพื่อชดเชยหน้าที่ทางจิตใจของผู้ป่วย เพื่อช่วยให้มีการกลับคืนมาของการรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การทำงานของ ego และทักษะในการสร้างสัมพันธภาพที่ผู้วิจัยจัดขึ้น โดยใช้เทคนิค 1) เทคนิคการรักษาการนึกคิดบำบัด 2) เทคนิคการมองภาพใหม่ 3) การให้ความมั่นใจ 4) การระบายความในใจ 5) การสนับสนุน 6) การใช้เหตุผล เป็นเทคนิคในการปรับความคิดอัตโนมัติด้านลบและเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ร่วมกับการใช้กระบวนการทำจิตบำบัดกลุ่มตามแนวคิดของ Yalom (1995) ซึ่งเน้นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันของสมาชิก เพื่อให้เกิดปัจจัยการบำบัด (Therapeutic Factors) เป็นกลไกในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยแบ่งระยะพัฒนาการเป็น 3 ระยะ ดังนี้

- 1) ระยะเริ่มกลุ่ม เป็นการสร้างสัมพันธภาพ ขั้นตอนการดำเนินกลุ่มในขั้นนี้คือ การแนะนำและการเตรียมกลุ่ม ปัจจัยบำบัดที่เกิด ได้แก่ ความรู้สึกผูกพันทางจิตใจต่อกัน ความรู้สึกอันเป็นสากล ความรู้สึกมีความหวัง
- 2) ระยะดำเนินการ ขั้นตอนการดำเนินกลุ่ม ในระยะนี้ ได้แก่ การเล่าเรื่องของสมาชิกในกลุ่ม ใช้เวลา 20 นาที ปัจจัยบำบัดที่เกิด ได้แก่ การได้ระบายออก การเรียนรู้การสร้างสัมพันธภาพ การพัฒนาทักษะการเข้าสังคม การรู้ถึงคุณค่าของตนเอง การรู้สึกเหมือนเป็นครอบครัวเดียวกันระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม เป็นขั้นตอนที่ผู้ป่วยแสดงความรู้สึกต่อการทำกลุ่ม และการวิเคราะห์วิจารณ์ของผู้บำบัด การสรุปผลการทำกลุ่ม ปัจจัยบำบัดที่เกิดในระยะนี้ ได้แก่ การเห็นความจริงของชีวิต การดำเนินการกลุ่มทุกครั้งเน้นประเด็นอาการซึมเศร้าของพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคจิตเภท การแก้ไขเมื่อเกิดอาการซึมเศร้าและปัจจัยในการบำบัดทั้ง 11 ปัจจัยสามารถเกิดร่วมกันได้เสมอ ขึ้นกับธรรมชาติของกลุ่ม โดยมีผู้บำบัดเป็นผู้ควบคุมให้การดำเนินกลุ่มครอบคลุมวัตถุประสงค์ในการลดอาการซึมเศร้า และพัฒนาทักษะในการสร้างสัมพันธภาพ

การประเมินผล ประเมินผลจากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจต่อกลุ่ม การแสดงออกถึงการมีปฏิสัมพันธ์ และการร่วมแสดงความคิดเห็นตลอดจนการซักถามปัญหาต่างๆ

ครั้งที่ 2-5

ระยะการดำเนินการบำบัดด้วยจิตบำบัดประคับประคองแบบกลุ่ม

กลุ่มเป้าหมาย

พระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคจิตเภทที่มีอาการซึมเศร้าร่วมด้วย

ระยะเวลา

60 นาที ต่อการทำกลุ่ม 1 ครั้ง ดำเนินการตามแผนระยะนี้ 4 ครั้ง โดยทำกลุ่ม 2 ครั้ง/สัปดาห์ รวม 2 สัปดาห์

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. สมาชิกกลุ่มสามารถใช้สัมพันธภาพในกลุ่มเป็นกลไกในการเกิดปัจจัยบำบัด 11 ปัจจัย
2. สมาชิกกลุ่มเข้าใจปัญหา ช่วยกันค้นหาวิธีเผชิญปัญหาและแก้ปัญหาอาการซึมเศร้า
3. สมาชิกกลุ่มได้พูดคุย แลกเปลี่ยนประสบการณ์ เพื่อปรับความคิดอัตโนมัติด้านลบ
4. สมาชิกกลุ่มปรับเปลี่ยนรูปแบบการคิดอัตโนมัติของตนเอง มีการมองภาพใหม่

5. สมาชิกกลุ่ม มีความสามารถในการจัดการกับอาการซึมเศร้า โดยใช้ประสบการณ์ของสมาชิกกลุ่ม

6. สมาชิกกลุ่มได้ประคับประคองซึ่งกันและกัน และเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

7. สมาชิกกลุ่ม มีทักษะการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม หลังสิ้นสุดกิจกรรมจิตบำบัดประคับประคองแบบกลุ่มพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคจิตเภทและมีอาการซึมเศร้าร่วมด้วยสามารถ

1. พูดคุยมีปฏิสัมพันธ์กันเองในกลุ่มสมาชิกและบุคคลอื่นในสังคมได้

2. สามารถบอกวิธีการแก้ปัญหาและประโยชน์จากการเข้ากลุ่มในการปรับใช้ในการแก้ปัญหา

3. มีรูปแบบความคิดอัตโนมัติในทางที่ดีต่อตนเอง ต่อนาคต และแปลประสบการณ์ในทางที่ดีขึ้น

กระบวนการหลัก

การดำเนินกิจกรรมจิตบำบัดประคับประคองแบบกลุ่ม ในสมาชิกกลุ่มที่มีอาการซึมเศร้าการดำเนินการ เช่นเดียวกับการทำกลุ่มครั้งที่ 1 ผู้วิจัยใช้ทักษะ และเทคนิคการทำจิตบำบัดแบบประคับประคอง ร่วมกับกระบวนการทำกลุ่มจิตบำบัด ตามแนวคิดของ Yalom โดยการดำเนินกลุ่ม ครั้งที่ 2-5 กิจกรรมแต่ละครั้งและเนื้อหาเรื่องราวที่จะแก้ไขจะเป็นการดำเนินการตามธรรมชาติและความต้องการของกลุ่ม โดยประเด็นหลักในการอภิปราย ขึ้นกับความต้องการ และธรรมชาติของกลุ่มในการเลือกประเด็น โดยผู้วิจัยใช้เทคนิคในการเชื่อมโยงประเด็นการสนทนาให้ครอบคลุมเนื้อหา ดังนี้

- ประเด็น โรคซึมเศร้าในทัศนะของสมาชิก ความหมายและการเข้าใจในเรื่องโรคซึมเศร้า การสำรวจปัญหาเกี่ยวกับอาการซึมเศร้าของตนเอง และประสบการณ์การเกิดอาการซึมเศร้าของสมาชิกในกลุ่ม

- ประเด็น สาเหตุการเกิดอาการซึมเศร้า และการแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับประสบการณ์และสาเหตุการเกิดอาการซึมเศร้าของสมาชิกในกลุ่ม การเกิดอาการซึมเศร้าในสมาชิกกลุ่ม การแก้ไขเมื่อเกิดอาการซึมเศร้า โดยเชื่อมโยงจากสาเหตุ ในเรื่องการปรับรูปแบบความคิดอัตโนมัติด้านลบ การมองคุณค่าของตนเองต่ำและไม่มีความมั่นใจในความสามารถของตนเอง การขาดทักษะในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น โดยเน้นให้สมาชิกช่วยชี้ประเด็นรูปแบบแนวคิดที่ผิดพลาดที่ก่อให้เกิดความคิดอัตโนมัติด้านลบ การให้สมาชิกกลุ่มลองปรับความคิดในด้านบวก การให้กลุ่มและผู้วิจัยเสริมสร้างพลังอำนาจแก่สมาชิก การแนะนำให้สมาชิกกลุ่มนำคำแนะนำการแก้ปัญหาในกลุ่มไปปรับใช้เพื่อลดอาการซึมเศร้า

- ประเด็น การบอกเล่าเรื่องราวประสบการณ์ที่สร้างความภาคภูมิใจของตนเอง ของสมาชิกกลุ่ม การให้สมาชิกกลุ่มแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับข้อดีของสมาชิกคนอื่นๆ การเสริมสร้างพลังอำนาจแก่สมาชิกกลุ่มโดยในแต่ละครั้งสามารถเชื่อมโยงเนื้อหาถึงกันได้ เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ในการลดอาการซึมเศร้าในสมาชิกกลุ่ม

การประเมินผล

1. ประเมินผลจากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจต่อกลุ่ม การมีปฏิสัมพันธ์ในกลุ่ม และการร่วมแสดงความคิดเห็น ตลอดจนการซักถามปัญหาต่างๆ การยอมรับตนเอง การปรับรูปแบบความคิด อัตโนมัตต์ด้านลบ การแสดงออกถึงความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งอาจสังเกตได้จากสีหน้า คำพูด

2. ประเมินผลความครบถ้วนของการเกิดปัจจัยบำบัด 11 ประการ ในกระบวนการกลุ่ม ทั้ง 3 ระยะ ในการบำบัดทุกครั้ง โดยให้สมาชิกกลุ่มทุกรูปแสดงความรู้สึก และบอกถึงประโยชน์ที่ได้รับจากการทำกิจกรรมในครั้งนี้

ครั้งที่ 6

การยุติสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด

กลุ่มเป้าหมาย

พระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคจิตเภทที่มีอาการซึมเศร้าร่วมด้วย

ระยะเวลา

60 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. สมาชิกกลุ่มได้แสดงความรู้สึก ความคิดเห็นเกี่ยวกับกลุ่ม
2. สมาชิกกลุ่มรับทราบประโยชน์ รวมถึงการนำประโยชน์จากการเข้ากลุ่มไปใช้ใน ชีวิตประจำวัน นำความรู้ที่ได้มาตั้งเป้าหมาย
3. เพื่อสรุปและประเมินผลการเข้ากลุ่ม
4. เพื่อยุติกลุ่ม

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมจิตบำบัดระดับประจักษ์แบบกลุ่ม สมาชิกกลุ่มที่มีอาการซึมเศร้าสามารถบอกความรู้สึกความคิดเห็นเกี่ยวกับกลุ่มได้ และบอกประโยชน์รวมถึงการนำประโยชน์จากการเข้ากลุ่มไปใช้ใน ชีวิตประจำวัน

กระบวนการหลัก

การทำจิตบำบัดระดับประจักษ์แบบกลุ่มในสมาชิกกลุ่ม การดำเนินการ เช่นเดียวกับการทำกลุ่ม ครั้งที่ 1-5 และมีปัจจัยบำบัด 11 ข้อ ตามระยะพัฒนาการเช่นเดียวกัน ผู้บำบัดบอกกล่าวการสิ้นสุดกระบวนการบำบัดและสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด

การประเมินผล

1. ประเมินผลจากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจต่อกลุ่ม การมีปฏิสัมพันธ์ในกลุ่ม และการร่วมแสดงความคิดเห็น ตลอดจนการซักถามปัญหาต่างๆ การยอมรับตนเอง การปรับรูปแบบความคิด อัตโนมัตต์ด้านลบ การแสดงออกถึงความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งอาจสังเกตได้จากสีหน้า คำพูด

2. ประเมินผลความครบถ้วนของการเกิดปัจจัยบำบัด 11 ประการ ในกระบวนการกลุ่ม ทั้ง 3 ระยะ ในการบำบัดทุกครั้ง

3. ประเมินผลจากการให้สมาชิกกลุ่มทุกรูปได้สรุปถึงประโยชน์ที่ได้รับจากการทำกิจกรรมและความรู้สึกหลังจากที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประจักษ์ประจักษ์

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการทดลอง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยนำเครื่องมือไปปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ และทำการปรับปรุงภาษาให้เหมาะสมกับ

กลุ่มตัวอย่าง แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย จิตแพทย์ จำนวน 1 ท่าน พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 3 ท่าน และอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและความตรงเชิงโครงสร้าง ความครอบคลุมทางเนื้อหา ความถูกต้องเหมาะสมของภาษารูปแบบและความเหมาะสมของการดำเนินการกลุ่ม ตลอดจนลำดับของเนื้อหาและความเหมาะสมของเวลาในการดำเนินกลุ่มแต่ละครั้ง โดยให้คะแนนความคิดเห็นเป็น ระดับ 1-4 คะแนน และให้ผู้ทรงคุณวุฒิเขียนข้อเสนอแนะเติมลงในช่องว่างที่เว้นไว้ในแต่ละข้อ โดยการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ซึ่งถือเกณฑ์ตามผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นตรงกันและสอดคล้องกัน ซึ่งค่าที่ยอมรับได้ คือ .08 ขึ้นไป ซึ่งผู้วิจัยคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา โดยใช้สูตรดังนี้ (Hambleton et al., 1975 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตนรากุล, 2555) จากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือดังกล่าวมาปรับปรุงแก้ไขตามที่ผู้ทรงคุณวุฒินำภายใต้การดูแลของอาจารย์ที่ปรึกษาก่อนใช้จริง

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัด

แบบประคับประคองไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยจำนวน 5 คน เพื่อตรวจสอบความเป็นไปได้ที่จะนำไปใช้ หลังจากนั้นจะมีการทบทวนถึงปัญหาและอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นพร้อมทั้งนำโปรแกรมมาปรับปรุงร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยาลัยนพนธ์อีกครั้งก่อนนำไปใช้ในการดำเนินการวิจัยจริง

การดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการทดลอง โดยแบ่งการทดลองออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเตรียมการทดลอง ระยะดำเนินการทดลอง และระยะประเมินผลการทดลอง เพื่อให้สามารถดำเนินการทดลองได้อย่างถูกต้อง และได้ผลการวิจัยที่มีความน่าเชื่อถือ ผู้วิจัยจึงมีการเตรียมความพร้อมในการวิจัยโดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. ระยะเตรียมการทดลอง มีขั้นตอนการดำเนินการศึกษา ดังนี้

1.1 ผู้วิจัยทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลสงฆ์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

1.2 ผู้วิจัยเข้าพบคณะกรรมการวิจัย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการ และขอความร่วมมือในการดำเนินการ โดยนำข้อมูลการวิจัยรวมถึงเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ยื่นแก่คณะกรรมการฝ่ายงานวิจัย โรงพยาบาลสงฆ์ เพื่อรับการตรวจสอบความเหมาะสมและจริยธรรมในการดำเนินการวิจัยในโรงพยาบาล

1.3 เมื่อได้รับอนุญาตเก็บข้อมูล ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล และพยาบาลหัวหน้างานผู้ป่วยนอก เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการรวมถึงระยะเวลาในการดำเนินการ

1.4 การเตรียมตัวผู้วิจัย ผู้วิจัยต้องเข้ารับการอบรมและฝึกปฏิบัติการทำกลุ่มจิตบำบัด ประคับประคองจากพยาบาลที่ได้รับหนังสืออนุมัติผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลจิต

เวชและสุขภาพจิต และต้องผ่านการประเมินความสามารถในการทำกลุ่มๆจากพยาบาลผู้เชี่ยวชาญในการทำกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองโดยมีระยะเวลาในการฝึกปฏิบัติทั้งหมด 3 เดือน โดยจะทำการฝึกปฏิบัติสัปดาห์ละ 1 วัน วันละ 3 ชั่วโมง สถานที่ในการฝึกปฏิบัติคือ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

1.5 ผู้วิจัยอธิบายชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัย และการเก็บข้อมูล รวมถึงการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบ ก่อนทำการเก็บข้อมูล

1.6 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลส่วนบุคคล และประเมินอาการซึมเศร้า ก่อนการทดลอง การทำจิตบำบัดประคับประคองแบบกลุ่ม จากนั้นนำค่าคะแนนที่ได้มาคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติ

2. ระยะดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยนัดหมายกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการสุ่ม เพื่อเข้าร่วมกลุ่มการทำจิตบำบัดประคับประคอง โดยดำเนินการสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 6 สัปดาห์

โดยเวลาในการดำเนินการทำจิตบำบัดประคับประคองแบบกลุ่ม จะมีการจัดทำกลุ่มทุกๆ วันพุธ ณ แผนกผู้ป่วยนอก อาคาร 90 ปีสมเด็จย่า โรงพยาบาลสงฆ์ เป็นเวลารวมทั้งสิ้น 6 สัปดาห์ โดยรวมจำนวนสมาชิกกลุ่มทดลองมีทั้งสิ้น 15 รูป ในการเข้ารับการบำบัดในแต่ละครั้ง ลักษณะกลุ่มเป็นแบบกลุ่มปิด แต่จำนวนสมาชิกและบุคคลอาจมีการเปลี่ยนแปลงไปตามสถานการณ์

กลุ่มทดลอง

ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยกับกลุ่มทดลอง ดังนี้

1. วันที่ 5 ตุลาคม 2564 เวลา 13.00น. – 16.00น. ผู้วิจัยนัดพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคจิตเภทและมีอาการซึมเศร้า ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง นิมนต์มาที่โรงพยาบาลสงฆ์ เพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับงานวิจัย การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง เชิญชวนเข้าร่วมงานวิจัยโดยสมัครใจ ลงนามยินยอมเข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการซึมเศร้า ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษารายได้ระยะเวลาการเจ็บป่วย เป็นต้น และให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท Pre-test ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง

2. กลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองทั้งหมด 6 กิจกรรม รวม 6 สัปดาห์ ตั้งแต่วันที่ 5 ตุลาคม 2564 –9 พฤศจิกายน 2564 ดำเนินกิจกรรมเป็นแบบกลุ่มครั้งละ 5 รายเนื่องจากสถานการณ์การระบาดของโควิด-19ในการนี้ผู้วิจัยคำนึงถึงคุณภาพและความเที่ยงตรงของกระบวนการบำบัดกับกลุ่มทดลอง โดยได้มีการปฏิบัติในแนวทางเดียวกันทุกขั้นตอนของโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองที่จัดขึ้นทุกประการ

โปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง

รายละเอียดกิจกรรมครั้งที่ 1 (วันที่ 5 ตุลาคม 2564)

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ สสำรวจ และค้นหาปัญหา

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้นำกลุ่ม สมาชิก และระหว่างสมาชิกกลุ่มด้วยกัน ทำให้เกิดความไว้วางใจ

2. เพื่อให้สมาชิกรับทราบ และเข้าใจวัตถุประสงค์ของการทำ กลุ่มจิตบำบัดแบบ
 ประคับประคอง ตลอดจนบทบาทหน้าที่ของสมาชิกและการมีส่วนร่วมภายในกลุ่ม
3. เพื่อให้สมาชิกได้ตระหนักถึงความสำคัญ และประโยชน์ของการเข้าร่วมกลุ่มจิตบำบัดแบบ
 ประคับประคอง
4. เพื่อให้สมาชิกได้สำรวจปัญหาและผลกระทบจากการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท

กิจกรรม

1. การสร้างสัมพันธ์ภาพ เริ่มต้นด้วยการแนะนำตนเอง แนะนำโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบ
 ประคับประคอง บอกวัตถุประสงค์ของการดำเนินกิจกรรม เพื่อให้เกิดความไว้วางใจและเกิด
 ความคุ้นเคยระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย
2. ให้สมาชิกกลุ่มลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
3. ให้สมาชิกกลุ่มทำแบบประเมินสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและแบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วย
 จิตเภท เพื่อประเมินระดับอาการซึมเศร้าและปัญหาด้านสัมพันธภาพของผู้ป่วย ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม
 กลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท
4. ให้สมาชิกกลุ่มทำแบบฝึกหัดในใบงานที่ 1 ของกิจกรรมที่ 1 หลังจากสมาชิกกลุ่มทำแบบฝึกหัดเสร็จ
 หมดแล้ว พยาบาลให้สมาชิกกลุ่มมีส่วนร่วมในการร่วมกันแชร์คำตอบของตนเองกับเพื่อนสมาชิกกลุ่ม
 พร้อมกับแลกเปลี่ยนความคิดเห็น แชร์ประสบการณ์ซึ่งกันและกันภายในกลุ่ม
5. หลังเสร็จสิ้นกิจกรรม พยาบาลให้สมาชิกกลุ่มร่วมกันแสดงความคิดเห็นถึงกิจกรรม และสิ่งที่ได้รับ
 จากการทำกิจกรรมในครั้งนี้
6. พยาบาลสรุปกิจกรรมในครั้งนี้ และนัดหมายการทำกิจกรรมกลุ่มครั้งถัดไป

รายละเอียดกิจกรรมโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง

สัปดาห์ที่ วัน/เดือน/ปี	รายละเอียดกิจกรรม
<p>สัปดาห์ที่ 1 วันที่ 5 ตุลาคม 2564 เวลา 13.00 – 16.00 น.</p>	<p>กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ สสำรวจ และค้นหาปัญหา</p> <ul style="list-style-type: none"> - พยาบาลแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยครั้งแรกที่พบกัน และให้พระสงฆ์แนะนำตัวกับเพื่อนสมาชิกกลุ่ม ทำความรู้จักกันเพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อกันในครั้งแรกที่พบกันซึ่งมีพระสงฆ์ที่สามารถมาร่วมกิจกรรมกลุ่มได้ทั้งหมด 5 รูป เนื่องจากสถานการณ์โควิด-19 - ให้สมาชิกกลุ่มทำแบบสอบถาม Pre-test ซึ่งมีทั้งหมด 2 ชุดดังนี้ แบบประเมินสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท เพื่อประเมินระดับอาการซึมเศร้า และ ปัญหาด้านสัมพันธภาพของผู้ป่วยก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง ในพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคจิตเภท - ให้พระสงฆ์ทุกรูปลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย - หลังจากสมาชิกกลุ่มทำความรู้จักกันแล้ว พยาบาลเริ่มดำเนินกิจกรรมที่ 1 โดยให้ผู้ป่วยเริ่มทำใบงานที่ 1 “ประสบการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทของฉัน” - หลังจากสมาชิกกลุ่มทำใบงานครบหมดแล้ว พยาบาลให้สมาชิกกลุ่มร่วมกันแชร์คำตอบของตนเองแลกเปลี่ยนกันภายในกลุ่ม - พยาบาลสรุปกิจกรรมครั้งที่ 1 ร่วมกับสมาชิกกลุ่ม และให้สมาชิกกลุ่มร่วมกันแสดงความคิดเห็นถึงประโยชน์ที่ได้รับจากกิจกรรมกลุ่มและความรู้สึกที่มีต่อกิจกรรมครั้งแรกนี้ - พยาบาลยุติการทำกลุ่ม และทำการนัดหมายผู้ป่วยในครั้งถัดไป <p>กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ สสำรวจ และค้นหาปัญหา</p> <p>การนำมาเชื่อมโยงกับปัจจัยบำบัดของ Yalom</p> <p>ปัจจัยบำบัดที่เกิดขึ้นจากการทำกิจกรรมนี้ ได้แก่</p> <ul style="list-style-type: none"> - การเรียนรู้การสร้างสัมพันธภาพ (Interpersonal learning) การเข้ากลุ่มทำให้สมาชิกได้รู้ว่าตนเองพูดและแสดงความคิดเห็นอะไรกับกลุ่ม รู้ว่าผู้อื่นคิดอย่างไรต่อตนเอง และการสะท้อนกลับของกลุ่ม ซึ่งจะช่วยให้สมาชิกได้เรียนรู้ว่าเขาเป็นอย่างไร - การพัฒนาเทคนิคเพื่อการเข้าสังคม (Development of socializing techniques) การเข้ากลุ่มทำให้สมาชิกมีทักษะในการสร้างสัมพันธภาพทางสังคมเพิ่มขึ้น ทำให้สมาชิกเรียนรู้ทักษะทางสังคม รวมทั้งเรียนรู้ที่จะเข้าใจความรู้สึกของผู้อื่นซึ่งจะมีประโยชน์ต่อสมาชิกเมื่อนำไปใช้กับสังคมภายนอกต่อไป

สรุปกิจกรรมที่ 1

สมาชิกกลุ่มมีการสร้างสัมพันธ์ภาพต่อกันแบบผิวเผินในครั้งแรกของการทำกิจกรรมกลุ่ม โดยการแนะนำตัวบอกชื่อ และชื่อวัดที่ตนสังกัด กับเพื่อนสมาชิกกลุ่มขณะทำกิจกรรมกลุ่มสมาชิกทุกรูปให้ความร่วมมือค่อนข้างดีเป็นส่วนใหญ่ อาจจะมีบางรูปที่ค่อนข้างสมาธิสั้น ไม่ค่อยจดจ่อ หรือไม่เข้าใจ ในกิจกรรมมากพอ พยาบาลจะทำหน้าที่คอยสังเกตการณ์พฤติกรรมของสมาชิกกลุ่มทุกรูป และคอยสอบถามถึงความเข้าใจของสมาชิกต่อกิจกรรมนั้นๆ หากสมาชิกกลุ่มท่านใดไม่เข้าใจในกิจกรรมไหน ใบบางงาน พยาบาลก็จะช่วยอธิบายทวนซ้ำอีกรอบ จนกว่าสมาชิกกลุ่มจะเข้าใจและสามารถทำกิจกรรมนั้นๆ ได้จนสำเร็จ ในส่วนของการร่วมแสดงความคิดเห็นในแต่ละใบบางงาน สมาชิกกลุ่มให้ความร่วมมือดี บางรูปพูดเก่งมาก แสดงความคิดเห็นได้ดีแต่มีบางรูปไม่ค่อยพูดไม่ค่อยแสดงความคิดเห็น พยาบาลจะทำหน้าที่คอยกระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มทุกรูปมีส่วนร่วมในการพูด การแสดงความคิดเห็นในทุกๆ กิจกรรม หลังเสร็จสิ้นกิจกรรม พยาบาลให้สมาชิกกลุ่มร่วมกันแสดงความคิดเห็นและประโยชน์ที่ได้รับในกิจกรรมครั้งนี้ สมาชิกให้ความคิดเห็น ดังนี้ “รู้สึกดีใจมากที่ได้มาร่วมกิจกรรมกลุ่มแบบนี้ และได้มาทำความรู้จักกับเพื่อนใหม่” “กิจกรรมนี้ดีมากเลย เพิ่งเคยทำกิจกรรมแบบนี้ครั้งแรก ไม่เคยมีใครทำให้แบบนี้มาก่อนเลย” “ขอชื่นชมพยาบาลจากใจจริงที่จัดกิจกรรมแบบนี้ขึ้นมา ขอสนับสนุนให้ทำต่อไป” เป็นต้น โดยสรุปภาพรวมกิจกรรมครั้งที่ 1 ผลออกมาค่อนข้างดี สมาชิกกลุ่มให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี และมีความกระตือรือร้นที่จะมาร่วมกิจกรรมในครั้งถัดไป

กิจกรรมที่ 2 การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท และการพัฒนาความร่วมมือในการรับประทานยา วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกในกลุ่มมีความรู้ ความเข้าใจในโรคจิตเภทอย่างถูกต้อง
2. เพื่อให้สมาชิกในกลุ่มมีความรู้ ความเข้าใจ และมีความตระหนักถึงความสำคัญของการรับประทานยาอย่างถูกต้อง

กิจกรรม

เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้ความเข้าใจโดยการให้ข้อมูล (Imparting of information) เกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตอย่างชัดเจนด้วยวิธีการที่สั้น กระชับ เข้าใจง่าย ซึ่งได้กล่าวถึงเรื่องของ ความหมาย สาเหตุ อาการ และการรักษาโรคจิตเภท โดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้ความรู้เรื่องการรับประทานยา รักษาอาการทางจิตอย่างต่อเนื่องโดยสมาชิกมีการได้บอกถึงความรู้สึก (Catharsis) ประสบการณ์การรับประทานยา การเกิดอาการข้างเคียงจากการรับประทานยา การจัดการกับอาการข้างเคียงของยาที่รับประทานและวิธีการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง โดยการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การดูแลตนเองอย่างเหมาะสม และความร่วมมือในการรับประทานยา ซึ่งส่งผลดีต่ออาการของโรค จะทำให้สมาชิกได้เลียนแบบพฤติกรรม (Imitative Behavior) มาใช้เป็นแนวทางในการดูแลตนเองต่อไป

รายละเอียดกิจกรรมครั้งที่ 2 (วันที่ 12 ตุลาคม 2564)

สัปดาห์ที่ วัน/เดือน/ปี	รายละเอียดกิจกรรม
<p>สัปดาห์ที่ 2 วันที่ 12 ตุลาคม 2564 เวลา 13.00 – 16.00 น.</p>	<p>กิจกรรมที่ 2 การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท และการพัฒนาความร่วมมือในการรับประทานยา</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผู้วิจัยแนะนำตัว สร้างสัมพันธ์ภาพกับสมาชิกกลุ่มครั้งที่ 2 ที่พบกัน และให้สมาชิกกลุ่มแนะนำตัวกับเพื่อนสมาชิกกลุ่ม ก่อนเริ่มทำกิจกรรมครั้งที่ 2 - หลังจากสมาชิกกลุ่มทำความรู้จักกันแล้ว ผู้วิจัยเริ่มดำเนินกิจกรรมที่ 2 โดยให้สมาชิกกลุ่มทำแบบสอบถาม Pre-test เรื่อง ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท และเรื่องความเข้าใจเรื่องการใช้ยาในโรคจิตเภท - ผู้วิจัยถวายเป็นความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคจิตเภทและการรับประทานยาอย่างถูกวิธี โดยการอธิบายให้สมาชิกกลุ่มฟังในเบื้องต้น และเปิดคลิปวิดีโอเรื่องโรคจิตเภท และการรับประทานยาสำหรับผู้ป่วยจิตเภทให้สมาชิกกลุ่มฟัง เพื่อให้สมาชิกกลุ่มเข้าใจมากยิ่งขึ้น - หลังจากถวายเป็นความรู้แล้ว จึงให้สมาชิกกลุ่มทำใบงานที่ 1 เรื่องความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทและการใช้ยาในโรคจิตเภท พร้อมเฉลย โดยให้สมาชิกกลุ่มช่วยกันตอบในทุกๆข้อ - หลังสมาชิกกลุ่มทำใบงานที่ 1 เสร็จแล้ว ให้สมาชิกกลุ่มทำใบงานที่ 2 เรื่อง “ความร่วมมือในการรับประทานยา” และใบงานที่ 3 เรื่อง “การฝึกทักษะการแก้ปัญหาในการรับประทานยา” - หลังจากสมาชิกกลุ่มทำใบงานครบหมดแล้ว ผู้วิจัยเฉลยคำตอบในบางส่วนของใบงาน และให้สมาชิกกลุ่มร่วมกันแชร์คำตอบของตนเองแลกเปลี่ยนกันภายในกลุ่ม - ผู้วิจัยสรุปกิจกรรมครั้งที่ 2 ร่วมกับสมาชิกกลุ่ม และให้สมาชิกกลุ่มร่วมกันแสดงความคิดเห็นถึงประโยชน์ที่ได้รับจากกิจกรรมกลุ่มและความรู้สึกที่มีต่อกิจกรรมครั้งแรกนี้ - ผู้วิจัยยุติการทำกลุ่ม และทำการนัดหมายสมาชิกกลุ่มในครั้งถัดไป

สัปดาห์ที่ วัน/เดือน/ปี	รายละเอียดกิจกรรม
สัปดาห์ที่ 2 วันที่ 12 ตุลาคม 2564 เวลา 13.00 – 16.00 น.	กิจกรรมที่ 2 การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท และการพัฒนาความร่วมมือในการรับประทานยา การนำมาเชื่อมโยงกับปัจจัยบำบัดของ Yalom ปัจจัยบำบัดที่เกิดขึ้นจากการทำกิจกรรมนี้ ได้แก่ -ความรู้สึกร่วมกันเป็นสากล (Universality) การเข้ากลุ่ม การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทและอาการซึมเศร้าในโรคจิตเภท ทำให้สมาชิกได้ตระหนักว่าทุกคนมีปัญหาเหมือนกันหมด ซึ่งเป็นเรื่องธรรมดา ความรู้สึกที่ว่าตนเองมีความทุกข์อยู่คนเดียวก็ลดลง -การให้ข้อมูล (Imparting of information) เป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องโรคจิตเภท อาการซึมเศร้า และการรับประทานยาอย่างถูกต้อง ข่าวสารที่เป็นการแลกเปลี่ยนระหว่างสมาชิกหรือจากผู้นำไปสู่กลุ่ม

สรุปกิจกรรมที่ 2

ในกิจกรรมที่ 2 นี้ จะเน้นเรื่องการถวายเป็นความรู้ในเรื่องของโรคจิตเภท และการรับประทานยาอย่างถูกวิธีสำหรับผู้ป่วยจิตเภท โดยพยาบาลจะทำหน้าที่ถวายเป็นความรู้แก่สมาชิกกลุ่มในเบื้องต้นก่อน จากนั้นจึงเปิดคลิปวิดีโอเรื่องโรคจิตเภท และการรับประทานยาอย่างถูกวิธีให้สมาชิกกลุ่มฟังเพื่อให้เกิดความเข้าใจได้ง่ายยิ่งขึ้น หลังจากนั้น จึงให้สมาชิกกลุ่มทำใบงาน ซึ่งมีทั้งหมด 5 ใบงาน เมื่อสมาชิกกลุ่มทำใบงานเสร็จแล้ว พยาบาลจึงจะเฉลยใบงาน โดยให้สมาชิกกลุ่มมีส่วนร่วมในการตอบคำถาม และแลกเปลี่ยนคำตอบกับเพื่อนๆสมาชิกกลุ่ม หลังเสร็จสิ้นกิจกรรมแล้ว พยาบาลให้สมาชิกกลุ่มร่วมกันแสดงความคิดเห็นต่อกิจกรรม และประโยชน์ที่ได้รับจากการทำกิจกรรมในครั้งนี้ สมาชิกกลุ่มได้แสดงความคิดเห็นดังต่อไปนี้ “วันนี้あたมาได้ความรู้เยอะเลย เกี่ยวกับเรื่องโรคจิตเภท และเรื่องการรับประทานยา ซึ่งไม่เคยรู้มาก่อน” “กิจกรรมนี้ดี แต่เนื้อหาค่อนข้างเยอะไปหน่อย” “กิจกรรมวันนี้ใช้เวลาาน เพราะเนื้อหาเยอะ แต่ก็ได้ความรู้เยอะดี” เป็นต้น จากนั้น พยาบาลจึงสรุปกิจกรรมครั้งที่ 2 และทำการนัดหมายผู้ป่วยมาร่วมกิจกรรมกลุ่มในครั้งถัดไป

กิจกรรมที่ 3 การเปิดใจรับทุกข์

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกในกลุ่มได้พูดคุยระบายปัญหาความทุกข์ใจและแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับเพื่อนสมาชิกกลุ่ม

กิจกรรม

กิจกรรมการเปิดใจรับทุกข์และพัฒนาทักษะการสร้างสัมพันธภาพเป็นการพัฒนาเทคนิคเพื่อการเข้าสังคม (Development of socializing techniques) เป็นการฝึกทักษะในการเรียนรู้การสร้างสัมพันธภาพ (Interpersonal learning) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทได้พูดคุยการได้

ระบายออก (Catharsis) ความทุกข์ใจเกี่ยวกับประสบการณ์ในการเจ็บป่วยของตนเองกับเพื่อนสมาชิกกลุ่ม ให้มีความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาการเจ็บป่วยของตนเอง และเป็นการได้ฝึกทักษะในการสร้างสัมพันธภาพกับเพื่อนสมาชิกในกลุ่มด้วยด้วยวิธีการที่สั้น กระชับ เข้าใจง่ายโดยให้สมาชิกกลุ่มได้พูดคุยแลกเปลี่ยนถึงเรื่องของประสบการณ์ในการเจ็บป่วยของตนเองให้เพื่อนสมาชิกกลุ่มฟังและฝึกการสร้างสัมพันธภาพกับเพื่อนสมาชิกในกลุ่มก่อให้เกิดการผูกพันจิตใจต่อกัน (Group cohesiveness)

รายละเอียดกิจกรรมครั้งที่ 3 (วันที่ 19 ตุลาคม 2564)

สัปดาห์ที่ วัน/เดือน/ปี	รายละเอียดกิจกรรม
สัปดาห์ที่ 3 วันที่ 19 ตุลาคม 2564 เวลา 13.00 – 16.00 น.	กิจกรรมที่ 3 การเปิดใจปรับทุกข์ <ul style="list-style-type: none"> - ผู้วิจัยแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพกับสมาชิกกลุ่มครั้งที่ 3 ที่พบกัน และให้สมาชิกกลุ่มแนะนำตัวกับเพื่อนสมาชิกกลุ่ม ก่อนเริ่มทำกิจกรรมครั้งที่ 3 - หลังจากสมาชิกกลุ่มทำความรู้จักกันแล้ว ผู้วิจัยเริ่มดำเนินกิจกรรมที่ 3 โดยให้สมาชิกกลุ่มเล่าเรื่องปัญหาความทุกข์ใจ คับข้องใจของตนเองที่อยากจะระบายให้เพื่อนสมาชิกกลุ่มฟัง โดยให้ท่านพูดคุยกันแบบเปิดใจ และสัญญากับเพื่อนสมาชิกกลุ่มว่าจะเก็บเรื่องที่คุยกันในวันนี้ไว้เป็นความลับ ไม่นำไปพูดต่อหรือล้อเลียนกันหลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมนี้ - สมาชิกกลุ่มทุกรูปยกมือขึ้น เพื่อเป็นการรับทราบข้อตกลง - หลังจากนั้น ผู้วิจัยให้สมาชิกกลุ่มเล่าเรื่องของตนเองที่ละรูป โดยให้สมาชิกกลุ่มอาสาเริ่มต้นเล่าเรื่องคนแรกด้วยความสมัครใจ - ในระหว่างที่สมาชิกเล่าเรื่องราวของตนเอง ผู้วิจัยทำหน้าที่ฟังด้วยความตั้งใจ ชักถามเมื่อสงสัย และกระตุ้นให้เพื่อนสมาชิกกลุ่มรูปอื่นๆมีส่วนร่วมในการชักถามในประเด็นที่สงสัย - หลังสมาชิกกลุ่มเล่าเรื่องราวของตนเองแล้ว ผู้วิจัยสอบถามความคิดเห็นของเพื่อนสมาชิกกลุ่มต่อเรื่องนั้นๆและสิ่งที่ยอยากจะแนะนำเพื่อนสมาชิกกลุ่มในการแก้ปัญหา หรือ ให้กำลังใจเพื่อนสมาชิกกลุ่ม - หลังจากสมาชิกกลุ่มเล่าเรื่องราวของตนเองครบหมดแล้ว ผู้วิจัยสรุปเรื่องราวของสมาชิกกลุ่มทั้งหมด - ผู้วิจัยสรุปกิจกรรมครั้งที่ 3 ร่วมกับสมาชิกกลุ่ม และให้สมาชิกกลุ่มร่วมกันแสดงความคิดเห็นถึงประโยชน์ที่ได้รับจากกิจกรรมกลุ่มและความรู้สึกที่มีต่อกิจกรรมครั้งนี้

สัปดาห์ที่ วัน/เดือน/ปี	รายละเอียดกิจกรรม
	<p>กิจกรรมที่ 3 การเปิดใจปรับทุกข์ การนำมาเชื่อมโยงกับปัจจัยบำบัดของ Yalom ปัจจัยบำบัดที่เกิดขึ้นจากการทำกิจกรรมนี้ ได้แก่</p> <ul style="list-style-type: none"> -การได้ระบายออก (Catharsis) การเข้ากลุ่มช่วยสมาชิกได้พูดระบายออกทั้งสิ่งที่ดีและไม่ดีกับความคับข้องใจ ความวิตกกังวลให้กับสมาชิกกลุ่มได้รับฟัง ซึ่งถ้ากลุ่มมีความผูกพันทางจิตใจสูง สมาชิกจะมีการได้ระบายออก และการเปิดเผยตนเองสูงด้วย การได้ระบายออกนี้จะช่วยให้สมาชิกมีความสบายใจ มองดูโลกด้วยใจที่เป็นกลาง ทำให้เข้าใจชีวิต และส่งผลให้มีการพัฒนาการด้านจิตใจและอารมณ์ในทางที่ดี และมีแนวทางในการแก้ปัญหาชีวิตได้ -การผูกพันจิตใจต่อกัน (Group cohesiveness) การเข้ากลุ่มอย่างสม่ำเสมอจะทำให้สมาชิกรู้สึกที่ตนเองเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม มีความเป็นเจ้าของกลุ่มร่วมกัน กล้าที่จะร่วมเปิดเผยตนเอง มีความรู้สึกใกล้ชิดผูกพันกัน ทำให้ความรู้สึกโดดเดี่ยวอ้างว้างหมดไป -ความรู้สึกอันเป็นสากล (Universality) การเข้ากลุ่ม ทำให้สมาชิกได้ตระหนักว่าคนทุกคนมีปัญหาเหมือนกันหมด ทำให้รู้สึกว่าตนเองไม่ได้แปลกแยกไปจากสังคมมาก <p>กิจกรรมที่ 3 การเปิดใจปรับทุกข์ การนำมาเชื่อมโยงกับปัจจัยบำบัดของ Yalom ปัจจัยบำบัดที่เกิดขึ้นจากการทำกิจกรรมนี้ ได้แก่</p> <ul style="list-style-type: none"> -ความรู้สึกเสมือนเป็นครอบครัวเดียวกัน (The corrective recapitulation of primary family group member) สถานการณ์ในกลุ่มนั้นคล้ายกับสถานการณ์ในครอบครัวซึ่งจะทำให้สมาชิกในกลุ่มนึกถึงปัญหาความขัดแย้งในครอบครัวของตนเองและพฤติกรรมแบบเก่าที่เป็นปัญหาออกมา ซึ่งอาจเป็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม กลุ่มจึงต้องเสนอแนะถึงพฤติกรรมที่เหมาะสมต่อสมาชิก -การรู้ถึงคุณค่าของตนเอง (Altruism) การเข้ากลุ่มทำให้สมาชิกได้มีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา ได้มีโอกาสให้ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ต่อสมาชิกคนอื่นๆ มีความกระตือรือร้นที่จะช่วยเหลือและเห็นความสำคัญของคนอื่นมากกว่าตนเอง ทำให้สมาชิกมองเห็นคุณค่าของตนเอง -การให้ข้อมูล (Imparting of information) เป็นการให้ข้อมูลข่าวสารที่เป็นการแลกเปลี่ยนระหว่างสมาชิกหรือจากผู้นำไปสู่กลุ่ม มีการอภิปรายเกี่ยวกับปัญหานั้น ข้อมูลที่ให้ต้องเป็นความจริงและกระจ่างชัด

สรุปกิจกรรมที่ 3

สมาชิกกลุ่มให้ความร่วมมือในกิจกรรมครั้งนี้ดีมากโดยจะเห็นได้จากการที่มีความกระตือรือร้นที่จะเล่าเรื่องราวของตนเองให้เพื่อนสมาชิกฟัง และมีความตั้งใจในการฟังเรื่องราวของเพื่อนสมาชิกคนอื่นๆ พร้อมทั้งมีการซักถาม แสดงความคิดเห็น แต่อาจจะมีสมาชิกบางรูปที่ไม่ค่อยมีส่วนร่วมในการซักถาม หรือไม่แสดงความคิดเห็นใดๆ พยาบาลจะคอยทำหน้าที่กระตุ้นให้สมาชิกทุกรูปได้มีส่วนร่วม โดยกระตุ้นให้สมาชิกซักถามในประเด็นที่สงสัย หรือต้องการทราบ และแสดงความคิดเห็นเมื่อจำเป็น โดยผู้วิจัยจะมีตัวอย่างเรื่องราวปัญหาของสมาชิกกลุ่ม ดังนี้

พระภิกษุ 1

“การเจ็บป่วยของอาตมาเป็นมาหลายปี เริ่มแรกมีอาการหูแว่ว ไม่รู้ตัว พระที่วัดจึงพาไปพบจิตแพทย์ที่รพ.สมเด็จพระเจ้าพระยา จึงฉันทานนอนหลับ หลังจากนั้นมีอาการนอนหลับทั้งวัน จึงไม่ฉันทานต่อ ทำให้อาการกำเริบ เห็นภาพหลอนว่ามีคนจะมาทำร้าย จึงไปพบแพทย์ หลังจากนั้นจึงฉันทานต่อเนื่อง อาการจึงดีขึ้น”

พระภิกษุ 2

“อาตมารู้สึกจิตตกง่าย เวลาโดนอะไรมากระทบ วิตกกังวลมากกว่าคนปกติ จึงพยายามทำให้ได้ โดยการสวดมนต์ ทำสมาธิ จึงรู้สึกดีขึ้น คลายกังวล อาตมาพยายามอยู่ห่างคนคิดลบ คนที่ทำให้เรารู้สึกไม่ดี บางครั้งก็รู้ตัวว่าคิดไปเอง เริ่มวิเคราะห์ตนเองได้หลังจากมาพบจิตแพทย์ เมื่อ 3-4 ปีที่แล้ว หลังจากฉันทาน จิตเวชแล้วอาการดีขึ้นและอาการไม่กำเริบ”

พระภิกษุ 3

“อาตมามีอาการ reflex ร่างกายกระตุกไปเอง พยายามฝืนตัวเอง แต่ควบคุมตัวเองไม่ได้ จึงฉันทานจิตเวช หลังจากนั้นก็รู้สึกไม่สบายตัว นอนไม่หลับ อาการหนักขึ้น ตอนนอนมีอาการฝัน เหมือนอยู่ในภวังค์ จึงพยายามตื่น แต่ทุกครั้งที่ฝืนตัวเองจะมีอาการร่างกายกระตุก นอนไม่หลับ เวลาออกไปที่ตัวอักษรหนังสือแล้วได้ยินเสียงคนอ่านด้วย จึงพยายามปรับใจตนเอง เวลามีอาการแบบนี้จะปรารถนาว่า“เอาอีกแล้ว” “เจ็บอีกแล้ว” จากนั้นอาการก็ดีขึ้นเอง อาตมาควบคุมร่างกายตนเองไม่ค่อยได้ กล้ามเนื้อแข็งกระตุก จึงพยายามกำหนดภาวนา “เจ็บหนอ” “รู้สึกหนอ” จากนั้นอาการจึงหายเป็นปกติ

หลังจากสมาชิกกลุ่มเล่าเรื่องราวของตนเองจนครบหมดทุกรูปแล้ว พยาบาลจึงทำการสรุปเรื่องราวของสมาชิกทุกรูป และให้สมาชิกกลุ่มร่วมกันแสดงความคิดเห็น/ความรู้สึกที่มีต่อกิจกรรมนี้ และประโยชน์ที่ได้รับจากการทำกิจกรรมในครั้งนี้ สมาชิกกลุ่มได้แสดงความคิดเห็น ดังต่อไปนี้

“กิจกรรมวันนี้ดีมาก ๆ ได้พูดคุยกันกับเพื่อนๆ ทำให้รู้สึกดีขึ้นเยอะเลย”

“วันนี้อาตมารู้สึกดีใจมากๆ ที่ได้มาพูดคุยกัน มีคนคอยรับฟังเรา และเข้าใจเรา”

“อยู่ที่วัดไม่มีใครเข้าใจเลย เขาหาว่าเราเป็นบ้า เราเพื่อน จึงไม่มีใครคบ แต่พอมาทำกิจกรรมกลุ่มแบบนี้ ทำให้รู้สึกว่ามีคนเข้าใจเรา ไม่ตัดสินเรา ทำให้เรารู้สึกดีขึ้น”

“ขอชื่นชมพยาบาล ที่จัดกิจกรรมแบบนี้ขึ้นมา เป็นกิจกรรมที่ดีมากๆ ไม่เคยมีใครทำให้แบบนี้มาก่อน สนับสนุนให้ทำกิจกรรมแบบนี้ต่อไป”

พยาบาลสรุปกิจกรรมครั้งที่ 3 และทำการนัดหมายสมาชิกกลุ่มให้มาร่วมกิจกรรมในครั้งถัดไป

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการเข้าใจตนเอง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้พระสงฆ์ทุกรูปในกลุ่มมีทักษะในการเข้าใจตนเองมากยิ่งขึ้น

กิจกรรม

กิจกรรมการพัฒนาทักษะการเข้าใจตนเองเป็นการฝึกทักษะในการเข้าใจตนเอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทได้พูดคุย ได้ระบายออกมา (Catharsis) เป็นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการเจ็บป่วยของตนเองกับเพื่อนสมาชิกกลุ่ม เพื่อให้เกิดความรู้สึกร่วมกันเป็นสากล (Universality) ให้มีความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาการเจ็บป่วยของตนเองและมีความเข้าใจ ตระหนักรู้ในตนเองมากยิ่งขึ้น ด้วยวิธีการที่สั้น กระชับ และเข้าใจง่าย

รายละเอียดกิจกรรมครั้งที่ 4 (วันที่ 26 ตุลาคม 2564)

สัปดาห์ที่ วัน/เดือน/ปี	รายละเอียดกิจกรรม
สัปดาห์ที่ 4 วันที่ 26 ตุลาคม 2564 เวลา 13.00 – 16.00 น.	<p>กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการเข้าใจตนเอง</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผู้วิจัยแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพกับสมาชิกกลุ่มครั้งที่ 4 ที่พบกัน และให้สมาชิกกลุ่มแนะนำตัวกับเพื่อนสมาชิกกลุ่ม ก่อนเริ่มทำกิจกรรมครั้งที่ 4 - หลังจากสมาชิกกลุ่มทำความรู้จักกันแล้ว ผู้วิจัยเริ่มดำเนินกิจกรรมที่ 4 โดยผู้วิจัยจะเริ่มเกริ่นอธิบายถึงรายละเอียดของกิจกรรมให้สมาชิกกลุ่มฟังในเบื้องต้น เพื่อทำความเข้าใจในกิจกรรมร่วมกันก่อน - จากนั้น ผู้วิจัยให้สมาชิกกลุ่มทำแบบฝึกหัดในกิจกรรมที่ 4 ทั้งหมด ซึ่งมีทั้งหมด 3 ใบงาน ดังนี้ ใบงานที่ 1 “นี่คือ...ฉัน” โดยให้สมาชิกกลุ่มเติมคำลงในช่องว่างตามความรู้สึกของตนเองจริงๆ ใบงานที่ 2 “สุขสร้างได้” โดยให้สมาชิกกลุ่มเขียนวิธีการปฏิบัติตนให้มีความสุขตามความต้องการของตนเอง ใบงานที่ 3 “รู้สึกอย่างไร ช่วยบอกที” โดยให้สมาชิกกลุ่มเติมข้อความลงในประโยคให้สมบูรณ์ตามความรู้สึกจริงๆ ของตนเอง - หลังจากสมาชิกกลุ่มทำใบงานครบหมดแล้ว ผู้วิจัยให้สมาชิกกลุ่มแชร์คำตอบของตนเองให้เพื่อนสมาชิกกลุ่มฟังทีละรูป - ผู้วิจัยกระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม และการแสดงความคิดเห็นกันอย่างทั่วถึง - ผู้วิจัยสรุปกิจกรรมครั้งที่ 4 ร่วมกับสมาชิกกลุ่ม และให้สมาชิกกลุ่มร่วมกันแสดงความคิดเห็นถึงประโยชน์ที่ได้รับจากกิจกรรมกลุ่มและความรู้สึกที่มีต่อกิจกรรมครั้งนี้ - ผู้วิจัยยุติการทำกลุ่ม และทำการนัดหมายผู้ป่วยในครั้งถัดไป

สัปดาห์ที่ วัน/เดือน/ปี	รายละเอียดกิจกรรม
สัปดาห์ที่ 4 วันที่ 26 ตุลาคม 2564 เวลา 13.00 – 16.00 น.	กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการเข้าใจตนเอง การนำมาเชื่อมโยงกับปัจจัยบำบัดของ Yalom ปัจจัยบำบัดที่เกิดขึ้นจากการทำกิจกรรมนี้ ได้แก่ -การรู้ถึงคุณค่าของตนเอง (Altruism) การเข้ากลุ่มทำให้สมาชิกได้มีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา ได้มีโอกาสให้ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ต่อสมาชิกคนอื่นๆ มีความกระตือรือร้นที่จะช่วยเหลือและเห็นความสำคัญของคนอื่นมากกว่าตนเอง ทำให้สมาชิกมองเห็นคุณค่าของตนเอง -การได้รับรู้ถึงความจริงของชีวิต (Existential factor) การเข้ากลุ่มช่วยให้สมาชิกได้เข้าใจธรรมชาติของชีวิตว่าบางครั้งก็สมหวัง บางครั้งก็ผิดหวัง ทุกสิ่งมีการเปลี่ยนแปลง มีการแยกจากกัน ซึ่งจะช่วยให้สมาชิกกลุ่มสามารถเผชิญชีวิตและอุปสรรคต่างๆ ได้เกิดความเชื่อมั่นและมีความพึงพอใจในตนเอง

สรุปกิจกรรมที่ 4

ในส่วนของกิจกรรมที่ 4 นี้ จะเน้นในเรื่องของการทำใบงานค่อนข้างมาก ซึ่งจะให้ผู้เข้าอบรมเขียนตามความรู้สึกที่แท้จริงของตนเอง เพื่อให้เกิดการตระหนักรู้ในตนเอง ซึ่งมีทั้งหมด 3 ใบงานดังต่อไปนี้

ใบงานที่ 1 “นี่คือ...ฉัน”

โดยกิจกรรมนี้จะให้ผู้เข้าอบรมเติมคำลงในช่องว่างของวลี ซึ่งมีทั้งหมด 20 วลี ให้สมบูรณ์ตามความรู้สึกที่แท้จริงของตนเอง ซึ่งกิจกรรมนี้มีจำนวนข้อค่อนข้างมาก และใช้เวลานาน จึงอาจมีสมาชิกบางรูปที่มีสมาธิค่อนข้างสั้น จึงเกิดอาการง่วง เบื่อหน่ายบ้าง พยายามจึงคอยกระตุ้นให้ท่านหันกลับมาโฟกัสที่กิจกรรม แต่ก็มีสมาชิกบางรูปที่ตั้งใจทำใบงานอย่างจดจ่อและมีสมาธิดี จึงสามารถทำใบงานออกมาได้ดี หลังจากสมาชิกกลุ่มทำใบงานเสร็จกันแล้ว พยาบาลให้สมาชิกกลุ่มอ่านคำตอบของตนเองให้เพื่อนสมาชิกกลุ่มฟังทีละรูป ซึ่งภาพรวมออกมาค่อนข้างดี สมาชิกกลุ่มให้ความร่วมมือในกิจกรรมนี้ดีแต่อาจใช้เวลาทำค่อนข้างนาน

ใบงานที่ 2 “สุขสร้างได้”

ในส่วนของใบงานนี้ พยาบาลให้สมาชิกกลุ่มเขียนถึงวิธีการปฏิบัติตนให้มีความสุขตามความต้องการของตนเอง ซึ่งมีจำนวนข้อทั้งหมด 3 ข้อ สมาชิกกลุ่มตอบคำถามแบบเรื่อยๆ ง่ายๆ ตามความรู้สึกจริงๆ ของตนเอง เช่น “การได้สวดมนต์ ทำสมาธิ ทำให้มีความสุข” “การได้ทำงานอดิเรกที่ตนเองชอบ เช่น จัดดอกไม้ ทำให้มีความสุข” “การได้ทำประโยชน์เพื่อสังคมส่วนรวม ทำให้มี

ความสุข” เป็นต้น ซึ่งสมาชิกกลุ่มก็ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมนี้เป็นอย่างดี เนื่องจากเนื้อหาในกิจกรรมไม่มากจนเกินไป

ใบงานที่ 3 “รู้สึกอย่างไร ช่วยบอกที”

ในส่วนของใบงานนี้ พยาบาลให้สมาชิกกลุ่มเติมข้อความในประโยคให้สมบูรณ์ ตามความรู้สึกที่แท้จริง ซึ่งสมาชิกกลุ่มสามารถทำกิจกรรมนี้ได้ค่อนข้างดี สามารถตอบคำถามได้ตามมาตรฐานของคนทั่วไป และให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมเป็นอย่างดี

สรุปกิจกรรมที่ 4 โดยภาพรวมแล้ว สมาชิกกลุ่มให้ความร่วมมือค่อนข้างดี แต่อาจมีสมาชิกบางรูปที่มีสมาธิค่อนข้างสั้นเกิดอาการล้า เบื่อหน่ายบ้าง เนื่องจากเนื้อหาในกิจกรรมมีค่อนข้างมาก แต่ภาพรวมออกมาดี

กิจกรรมที่ 5 การมองชีวิตอย่างมีคุณค่า

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้พระสงฆ์ทุกรูปในกลุ่มได้พูดคุยและแลกเปลี่ยนประสบการณ์การมองชีวิตของตนเองกับเพื่อนๆสมาชิกในกลุ่ม
2. เพื่อให้พระสงฆ์ทุกรูปในกลุ่มสามารถมองเห็นคุณค่าในชีวิตของตนเองมากขึ้น

กิจกรรม

กิจกรรมการมองชีวิตอย่างมีคุณค่า ตระหนักรู้ในตนเองเป็นการฝึกทักษะในการตระหนักรู้ในตนเอง และการมองเห็นคุณค่าในตนเอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทได้พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของตนเองกับเพื่อนสมาชิกกลุ่มและให้เพื่อนสมาชิกในกลุ่มได้สะท้อนให้เห็นถึงข้อดี สิ่งดีๆในตัวของเพื่อนแต่ละคนเพื่อให้เกิดตระหนักรู้ในตนเองมากยิ่งขึ้น และเป็นการส่งเสริมการมองเห็นคุณค่าในชีวิตของตนเองมากขึ้น ด้วยวิธีการที่สั้น กระชับ และเข้าใจง่ายซึ่งกิจกรรมนี้ส่งผลให้สมาชิกเกิดการรู้ถึงคุณค่าของตนเอง(Altruism)

รายละเอียดกิจกรรมครั้งที่ 5 (วันที่ 2 พฤศจิกายน 2564)

สัปดาห์ที่ วัน/เดือน/ปี	รายละเอียดกิจกรรม
สัปดาห์ที่ 5 วันที่ 2 พฤศจิกายน 2564 เวลา 13.00 – 16.00 น.	กิจกรรมที่ 5 การมองชีวิตอย่างมีคุณค่า - ผู้วิจัยแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพกับสมาชิกกลุ่มครั้งที่ 5 ที่พบกัน และให้สมาชิกกลุ่มแนะนำตัวกับเพื่อนสมาชิกกลุ่ม ก่อนเริ่มทำกิจกรรม - หลังจากสมาชิกกลุ่มทำความรู้จักกันแล้ว ผู้วิจัยเริ่มดำเนินกิจกรรมที่ 5 โดยผู้วิจัยจะเริ่มเกริ่นอธิบายถึงรายละเอียดของกิจกรรมให้สมาชิกกลุ่มฟังในเบื้องต้น เพื่อทำความเข้าใจในกิจกรรมร่วมกันก่อน - จากนั้น ผู้วิจัยให้สมาชิกกลุ่มทำแบบฝึกหัดในกิจกรรมที่ 5 ทั้งหมด ซึ่งมีทั้งหมด 2 ใบงาน ดังนี้ ใบงานที่ 1 “ความภาคภูมิใจในชีวิตของฉัน” โดยให้สมาชิกกลุ่มนึกถึงเรื่องราวประสบการณ์ดีๆที่ท่านรู้สึกภาคภูมิใจมากที่สุดในชีวิตที่ผ่านมา จากนั้นให้เขียนบรรยายเรื่องราวและความรู้สึกที่มีต่อ

สัปดาห์ที่ วัน/เดือน/ปี	รายละเอียดกิจกรรม
	<p>เหตุการณ์นั้นๆ และ ใบงานที่ 2 “ฉันมีคืออะไร” โดยให้สมาชิกกลุ่มเขียนถึง ข้อดีของตนเองลงในตาราง ซึ่งจะแบ่งเป็น 2 ช่อง คือ ข้อดีจากมุมมองของ ฉัน/ข้อดีจากมุมมองของผู้อื่น โดยจะให้เพื่อนสมาชิกกลุ่มเป็นผู้ประเมิน</p> <ul style="list-style-type: none"> - หลังจากทีสมาชิกกลุ่มทำใบงานครบหมดแล้ว ผู้วิจัยให้สมาชิกกลุ่มแชร์ คำตอบของตนเองให้เพื่อนสมาชิกกลุ่มฟังทีละรูป - ผู้วิจัยกระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม และการแสดง ความคิดเห็นกันอย่างทั่วถึง - ผู้วิจัยสรุปกิจกรรมครั้งที่ 5 ร่วมกับสมาชิกกลุ่ม และให้สมาชิกกลุ่มร่วมกัน แสดงความคิดเห็นถึงประโยชน์ที่ได้รับจากกิจกรรมกลุ่มและความรู้สึกที่มีต่อ กิจกรรมครั้งนี้ - ผู้วิจัยยุติการทำกลุ่ม และทำการนัดหมายสมาชิกกลุ่มในครั้งถัดไป โดยใน ครั้งนี้ผู้วิจัยจะแจ้งสมาชิกกลุ่มไว้ล่วงหน้าว่า สัปดาห์หน้าจะเป็นการพบกัน ครั้งสุดท้าย ในกิจกรรมที่ 6 <p>กิจกรรมที่ 5 การมองชีวิตอย่างมีคุณค่า</p> <p>การนำมาเชื่อมโยงกับปัจจัยบำบัดของ Yalom</p> <p>ปัจจัยบำบัดที่เกิดขึ้นจากการทำกิจกรรมนี้ ได้แก่</p> <ul style="list-style-type: none"> - การรู้ถึงคุณค่าของตนเอง (Altruism) การเข้ากลุ่มทำให้สมาชิกได้มีส่วนร่วม ในการแก้ปัญหา ได้มีโอกาสให้ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ต่อสมาชิกคนอื่นๆ มีความกระตือรือร้นที่จะช่วยเหลือและเห็นความสำคัญของคนอื่นมากกว่า ตนเอง ทำให้สมาชิกมองเห็นคุณค่าของตนเอง - การรู้สึกมีความหวัง (Instillation of hope) การเข้ากลุ่มทำให้สมาชิกที่เคย ท้อแท้หมดหวังในชีวิต เกิดความหวังขึ้นมาใหม่ได้ว่าอาจจะมีชีวิตที่ดีขึ้น ทำให้มีกำลังใจในการต่อสู้เมื่อได้เห็นสมาชิกคนอื่นในกลุ่มมีการพัฒนาขึ้น ในทางที่ดี - การได้รับรู้ถึงความจริงของชีวิต (Existential factor) การเข้ากลุ่มช่วยให้ สมาชิกได้ <p>เข้าใจธรรมชาติของชีวิตว่าบางครั้งก็สมหวัง บางครั้งก็ผิดหวัง ทุกสิ่งมีการ เปลี่ยนแปลง มีการแยกจากกัน ซึ่งจะทำให้สมาชิกกลุ่มสามารถเผชิญชีวิต และอุปสรรคต่างๆได้ เกิดความเชื่อมั่นและมีความพึงพอใจในตนเอง ทำให้ ความรู้สึกต่ำต้อย เสียใจ ท้อถอยกับชีวิตตนเองลดลงหรือหมดไป สมาชิกจะ ดำรงชีวิตอยู่ได้ด้วยมีความสุข</p>

สรุปกิจกรรมที่ 5

ในส่วนของกิจกรรมที่ 5 นี้ จะมีทั้งหมด 2 ใบบาง ดังนี้

ใบบางที่ 1 “ความภาคภูมิใจในชีวิตของฉัน”

โดยให้สมาชิกกลุ่มนึกถึงเรื่องราวประสบการณ์ดีๆที่ท่านรู้สึกภาคภูมิใจมากที่สุดในชีวิตที่ผ่านมา จากนั้นให้เขียนบรรยายเรื่องราวและความรู้สึกที่มีต่อเหตุการณ์นั้นๆโดยจะยกตัวอย่างคำตอบของสมาชิกกลุ่มดังต่อไปนี้

“เรื่องที่ผมภูมิใจมากที่สุดในชีวิต คือ การที่ผมสามารถสอบเข้าเรียนมัธยมศึกษาได้ และตอนเป็นฆราวาสอตมาก็เป็นคนเรียนหนังสือเก่ง สอบได้ที่ 1 มาตลอด และสามารถสอบติดแพทย์ได้”

“ความภาคภูมิใจในชีวิตของผม คือ การที่ผมสามารถศึกษาธรรมะได้อย่างรอบรู้ มีความรู้ความเข้าใจอย่างกระจ่างแจ้งในหลักธรรมคำสอน และสามารถถ่ายทอดให้ผู้อื่นได้”

“ความภาคภูมิใจในชีวิตของผม คือ การที่ผมได้ตอบแทนบุญคุณบุพการีโดยการชักนำให้บิดาที่ไม่เคยเลื่อมใสศรัทธาในพระพุทธศาสนาเลย และไม่เคยมีความเชื่อที่ถูกต้องตามหลักพระพุทธศาสนา ได้หันมาเชื่อและศรัทธาในพระพุทธศาสนา และปฏิบัติดีปฏิบัติชอบ เลิกทำผิดศีลกลับตัวกลับใจมาเป็นคนดีมากขึ้น”

หลังจากสมาชิกกลุ่มได้เล่าถึงเรื่องราวความภาคภูมิใจในชีวิตของตนเองให้เพื่อนสมาชิกกลุ่มฟังเสร็จแล้ว พยายามได้กล่าวชื่นชมและร่วมภูมิใจในเรื่องราวของสมาชิกกลุ่มทุกรูป และกระตุ้นในสมาชิกกลุ่มทุกรูปได้ร่วมแสดงความชื่นชมกับความภาคภูมิใจของเพื่อนสมาชิกด้วย

ใบบางที่ 2 “ฉันมีดีอะไร”

โดยให้สมาชิกกลุ่มเขียนถึงข้อดีของตนเองลงในตาราง ซึ่งจะแบ่งเป็น 2 ช่อง คือ ข้อดีจากมุมมองของฉัน โดยจะให้ท่านเป็นผู้เขียนลงในตารางด้วยตนเอง และข้อดีจากมุมมองของผู้อื่น โดยส่วนนี้จะให้เพื่อนสมาชิกกลุ่มเป็นผู้ประเมิน ซึ่งสมาชิกกลุ่มทุกรูปให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมนี้เป็นอย่างดี

กิจกรรมที่ 6 การวางแผนเพื่อการปรับเปลี่ยนพัฒนาตนเองในการจัดการกับอาการซึมเศร้า

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้พระสงฆ์ทุกรูปในกลุ่มได้พูดคุยถึงเรื่องที่ต้องการปรับเปลี่ยนตนเองกับเพื่อนๆสมาชิกในกลุ่ม

2. เพื่อให้พระสงฆ์ทุกรูปในกลุ่มได้ร่วมกันวางแผนในการปรับเปลี่ยนพัฒนาตนเองในการจัดการกับอาการซึมเศร้า

3. เพื่อให้พระสงฆ์ทุกรูปในกลุ่มสามารถปรับเปลี่ยนและพัฒนาตนเองไปในทางที่ดีขึ้นได้ในระยะยาว

กิจกรรม

กิจกรรมการวางแผนเพื่อการปรับเปลี่ยนตนเองนี้เป็นการให้สมาชิกกลุ่มได้ทบทวนตนเองและร่วมกันวางแผนเพื่อการปรับปรุงพัฒนาตนเอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทได้พูดคุยแลกเปลี่ยนความรู้สึกในการทำกิจกรรมกลุ่มทั้ง 6 ครั้งที่ผ่านมาของตนเองกับเพื่อนสมาชิกกลุ่มและให้เพื่อนสมาชิกในกลุ่มได้ร่วมกันวางแผนและตั้งเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนตนเองไปในทางที่ดีขึ้น

เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันได้ด้วยตนเอง และสามารถใช้ชีวิตได้อย่างมีความสุขหลังเสร็จสิ้นจากการเข้าโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง ซึ่งกิจกรรมนี้มีเป้าหมายเพื่อให้สมาชิกเกิดการรู้สึกมีความหวัง (Instillation of hope)

รายละเอียดกิจกรรมครั้งที่ 6 (วันที่ 9 พฤศจิกายน 2564)

สัปดาห์ที่ วัน/เดือน/ ปี	รายละเอียดกิจกรรม
สัปดาห์ที่ 6 วันที่ 9 พฤศจิกายน 2564 เวลา 13.00- 1600 น.	<p>กิจกรรมที่ 6 การวางแผนเพื่อการปรับเปลี่ยนพัฒนาตนเอง</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผู้วิจัยแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพกับสมาชิกกลุ่มเป็นครั้งสุดท้ายที่พบกัน จากนั้นจึงให้สมาชิกกลุ่มแนะนำตัวกับเพื่อนสมาชิกกลุ่ม ก่อนเริ่มทำกิจกรรมครั้งที่ 6 - ผู้วิจัยแจ้งสมาชิกกลุ่มก่อนเริ่มกิจกรรมว่า การพบกันครั้งนี้จะเป็นการพบกันครั้งสุดท้าย เนื่องจากกิจกรรมในโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคองประคองได้ดำเนินการมาจนถึงระยะสุดท้ายของการทำกลุ่มแล้ว - หลังจากสมาชิกกลุ่มรับทราบโดยทั่วกันแล้ว ผู้วิจัยเริ่มดำเนินกิจกรรมที่ 6 โดยผู้วิจัยจะเริ่มเกริ่นอธิบายถึงรายละเอียดของกิจกรรมให้สมาชิกกลุ่มฟังในเบื้องต้นเพื่อทำความเข้าใจในกิจกรรมร่วมกันก่อนเริ่มกิจกรรม - ผู้วิจัยให้สมาชิกกลุ่มเริ่มทำกิจกรรมที่ 6 ซึ่งมี 1 ใบบางใหญ่ๆ คือ “กระบวนการปรับเปลี่ยนพัฒนาตนเองของฉันทันในด้านการจัดการกับอาการซึมเศร้า” ซึ่งใบบางนี้จะแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 จะให้ตอบคำถามเกี่ยวกับอาการซึมเศร้า ผลกระทบที่เกิดขึ้นและการวางแผนในการจัดการกับอาการซึมเศร้าและส่วนที่ 2 คือ การศึกษาสำรวจตนเองลักษณะเด่น/ลักษณะด้อย ของตนเอง เรื่องที่ต้องการพัฒนาตนเอง เหตุผลที่เลือกพัฒนาตนเองในเรื่องนี้ พฤติกรรมเป้าหมายที่กำหนดวิธีการที่เลือกใช้ และรายละเอียดของการวางแผนกิจกรรมด้วยตนเอง - ผู้วิจัยให้สมาชิกกลุ่มตอบคำถามในส่วนที่ 1 ของใบบาง เมื่อเสร็จแล้วให้แชร์คำตอบให้เพื่อนสมาชิกกลุ่มฟัง และในส่วนที่ 2 ผู้วิจัยให้สมาชิกกลุ่มบอกเรื่องที่ต้องการจะปรับเปลี่ยนพัฒนาตนเองจริงๆ ให้เพื่อนสมาชิกกลุ่มฟังส่วนเนื้อหารายละเอียดทั้งหมดให้ทำด้วยตนเองทั้งหมดกระบวนการ - หลังจากสมาชิกกลุ่มทำใบบางเสร็จกันหมดทุกรูปแล้ว ผู้วิจัยสอบถามความรู้สึกที่สมาชิกกลุ่มมีต่อกิจกรรมและประโยชน์ที่ได้รับจากการทำกิจกรรมในครั้งสุดท้ายนี้ รวมถึงกิจกรรมในครั้งที่ผ่านมา - ผู้วิจัยสรุปกิจกรรมในครั้งสุดท้าย รวมถึงกิจกรรมที่ผ่านมาทุกๆกิจกรรม - ยุติการทำโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคองประคอง

สัปดาห์ที่ วัน/เดือน/ปี	รายละเอียดกิจกรรม
สัปดาห์ที่ 6 วันที่ 9 พฤศจิกายน 2564 เวลา 13.00-1600 น.	<p>กิจกรรมที่ 6 การวางแผนเพื่อการปรับเปลี่ยนพัฒนาตนเอง การนำมาเชื่อมโยงกับปัจจัยบำบัดของ Yalom</p> <p>ปัจจัยบำบัดที่เกิดขึ้นจากการทำกิจกรรมนี้ ได้แก่</p> <ul style="list-style-type: none"> - การได้เลียนแบบพฤติกรรม (Imitative behavior) การเข้ากลุ่ม ทำให้สมาชิกได้ลอกเลียนแบบพฤติกรรมของคนอื่นที่ตนเองพอใจ ทั้งจากผู้นำกลุ่มและสมาชิกทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ - ความรู้สึกเสมือนเป็นครอบครัวเดียวกัน (The corrective recapitulation of primary family group member) สถานการณ์ในกลุ่มนั้นคล้ายกับสถานการณ์ในครอบครัวซึ่งจะทำให้สมาชิกในกลุ่มนี้ถึงปัญหาความขัดแย้งในครอบครัวของตนเองและพฤติกรรมแบบเก่าที่เป็นปัญหาออกมา ซึ่งอาจเป็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม กลุ่มจึงต้องเสนอแนะถึงพฤติกรรมที่เหมาะสมต่อสมาชิก - การรู้สึกมีความหวัง (Instillation of hope) การเข้ากลุ่มทำให้สมาชิกที่เคยท้อแท้หมดหวังในชีวิต เกิดความหวังขึ้นมาใหม่ได้ว่าอาจจะมีชีวิตที่ดีขึ้น ทำให้มีกำลังใจในการต่อสู้เมื่อได้เห็นสมาชิกคนอื่นในกลุ่มมีการพัฒนาขึ้นในทางที่ดี -- การได้รับรู้ถึงความจริงของชีวิต (Existential factor) การเข้ากลุ่มช่วยให้สมาชิกได้เข้าใจธรรมชาติของชีวิตว่าบางครั้งก็สมหวัง บางครั้งก็ผิดหวัง

สรุปกิจกรรมที่ 6

กิจกรรมที่ 6 นี้ เป็นการดำเนินการมาถึงระยะสุดท้ายของการทำโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง ซึ่งจะกล่าวถึงเรื่องของ “การวางแผนเพื่อการปรับเปลี่ยนพัฒนาตนเองในการจัดการกับอาการซึมเศร้า” ซึ่งจะมี 1 ใบงานใหญ่ๆ คือ “กระบวนการปรับเปลี่ยนพัฒนาตนเองของฉันในด้านจัดการกับอาการซึมเศร้า” ซึ่งจะแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 จะให้ตอบคำถามเกี่ยวกับอาการซึมเศร้า ผลกระทบที่เกิดขึ้นและการวางแผนในการจัดการกับอาการซึมเศร้า และส่วนที่ 2 คือ การศึกษาสำรวจตนเอง ลักษณะเด่น/ลักษณะด้อย ของตนเอง เรื่องที่ต้องการพัฒนาตนเอง เหตุผลที่เลือกพัฒนาตนเองในเรื่องนี้ พฤติกรรมเป้าหมายที่กำหนด วิธีการที่เลือกใช้ และรายละเอียดของการวางแผนกิจกรรมด้วยตนเอง

- ส่วนที่ 1 สมาชิกกลุ่มตอบคำถามเกี่ยวกับอาการซึมเศร้า ผลกระทบที่เกิดขึ้นและการวางแผนในการจัดการกับอาการซึมเศร้า หลังจากนั้นพยาบาลจึงให้สมาชิกทุกรูปแชร์คำตอบแลกเปลี่ยนกันกับเพื่อนสมาชิกในกลุ่ม ซึ่งสมาชิกกลุ่มก็ให้ความร่วมมือกันดี

- ส่วนที่ 2 คือ การศึกษาสำรวจตนเอง ลักษณะเด่น/ลักษณะด้อย ของตนเอง เรื่องที่ต้องการพัฒนาตนเอง เหตุผลที่เลือกพัฒนาตนเองในเรื่องนี้ พฤติกรรมเป้าหมายที่กำหนด วิธีการที่เลือกใช้ และรายละเอียดของการวางแผนกิจกรรมด้วยตนเองพยาบาลให้สมาชิกกลุ่มบอกเรื่องที่ต้องการจะปรับเปลี่ยนพัฒนาตนเองจริงๆ ให้เพื่อนสมาชิกกลุ่มฟังส่วนเนื้อหารายละเอียดทั้งหมดให้ทำ

ด้วยตนเองทั้งหมดกระบวนการตัวอย่างหัวข้อเรื่องที่สมาชิกกลุ่มต้องการปรับเปลี่ยนพัฒนาตนเอง มีดังต่อไปนี้

“อาตมาต้องการปรับเปลี่ยนตนเองในเรื่องของการฉันทายอย่างต่อเนื่อง ไม่ขาดยา”

“อาตมาต้องการปรับเปลี่ยนพัฒนาตนเองในเรื่องของการมีความเข้มแข็งทางจิตใจ”

“อาตมาต้องการปรับเปลี่ยนตนเองในเรื่องของการลดความฟุ้งซ่าน มีสติอยู่กับปัจจุบันมากขึ้น”

“อาตมาต้องการปรับเปลี่ยนพัฒนาตนเองในเรื่องของการทำสมาธิอย่างสม่ำเสมอ”

“อาตมาต้องการปรับเปลี่ยนพัฒนาตนเองในเรื่องของการเลิกคิดลบ และคิดบวก”

หลังจากสมาชิกกลุ่มได้พูดถึงเรื่องที่ต้องการปรับเปลี่ยนพัฒนาตนเองจนครบทุกรูปแล้วพยาบาลได้ช่วยสนับสนุน โดยการเสริมแรง ให้กำลังใจ ให้ความมั่นใจแก่สมาชิกกลุ่มในการปรับเปลี่ยนพัฒนาตนเองให้ได้จริงๆ และได้ให้คำแนะนำแก่สมาชิกกลุ่ม คือ ท่านต้องมีความตั้งใจจริงในการที่จะปรับเปลี่ยนตัวเอง และมีวินัย ในการทำพฤติกรรมเป้าหมายให้ได้ตามที่กำหนด แต่อาจจะไม่ถึงขั้นต้องกดดันตัวเองมากเกินไป เพราะอาจจะทำให้เครียดได้ แต่ต้องทำอย่างสม่ำเสมอจนกว่าจะบรรลุเป้าหมายที่ต้องการจริงๆ เมื่อท่านสามารถปรับเปลี่ยนพัฒนาตนเองได้สำเร็จตามแบบแผนกระบวนการที่วางไว้ ท่านก็จะเกิดความภาคภูมิใจในตนเอง และมองเห็นคุณค่าในตนเองมากยิ่งขึ้น

หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 6 พยาบาลให้สมาชิกกลุ่มร่วมกันแสดงความรู้สึกที่มีต่อกิจกรรมครั้งสุดท้ายนี้ รวมถึงกิจกรรมทุกๆครั้งที่ผ่านๆมา ซึ่งจะยกตัวอย่างคำพูดของสมาชิกกลุ่ม ดังต่อไปนี้

“อาตมารู้สึกดีใจเป็นอย่างมากที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมนี้ ไม่เคยเห็นใครจัดกิจกรรมแบบนี้มาก่อนเลย”

“กิจกรรมนี้ดีมากเลย ทำให้ได้รู้จักเพื่อนที่ป่วยเป็นโรคคล้ายๆกัน มีคนมารับฟังเรา เข้าใจเรา รู้สึกว่าตัวเองไม่ได้โดดเดี่ยวเดียวดาย อย่างน้อยก็ยังมีความเป็นเหมือนกัน และเข้าใจกัน”

“ขอชื่นชมพยาบาลมากๆ ที่จัดกิจกรรมแบบนี้ขึ้นมา เป็นกิจกรรมที่ดีมากๆ ขอให้ทำต่อไป”

“ขออนุโมทนาบุญกับพยาบาลด้วยนะ ที่ทำกิจกรรมดีๆนี้ให้กับพระ เป็นบุญอย่างมากเลย”

“ขอเป็นกำลังใจให้พยาบาลจัดกิจกรรมดีๆแบบนี้ต่อไป และพัฒนาให้ดียิ่งๆขึ้นไป ขอให้สำเร็จนะ”

- หลังจากสมาชิกกลุ่มแสดงความรู้สึก/ความคิดเห็นที่มีต่อการทำกิจกรรมโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองกันหมดทุกรูปแล้ว พยาบาลกล่าวขอบคุณพระคุณเจ้าทุกรูปที่ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมกลุ่มตั้งแต่ต้นจนจบกระบวนการ ถ้าไม่ได้รับความร่วมมือจากพระคุณเจ้าทุกรูป โปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองนี้ก็คงไม่สามารถสำเร็จได้

- พยาบาลสรุปกิจกรรมครั้งสุดท้าย รวมถึงกิจกรรมครั้งที่ผ่านๆมาทั้งหมด

- พยาบาลให้สมาชิกกลุ่มทำแบบสอบถาม Post-test หลังเสร็จสิ้นกิจกรรมครั้งสุดท้ายทันที

- พยาบาลแจ้งให้สมาชิกกลุ่มรับทราบว่าจะมีการประเมินผู้ป่วยหลังจากออกจากโปรแกรมโดยการให้ทำแบบสอบถามประเมินอาการซึมเศร้า Post-test ในอีก 2 สัปดาห์ และ 4 สัปดาห์ หลังสิ้นสุดโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง

- สมาชิกกลุ่มรับทราบและตกลงยินยอมให้ความร่วมมือ

- พยาบาลยุติการทำ โปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง

3.ระยะประเมินผลการทดลอง

1. ประเมินผลตามแบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท โดยประเมินก่อนการทดลอง 1 ครั้ง หลังสิ้นสุดการทดลองทันที 1 ครั้ง หลังสิ้นสุดการทดลอง 2 สัปดาห์ 1 ครั้ง และหลังสิ้นสุดการทดลอง 4 สัปดาห์ 1 ครั้ง รวม 3 ครั้ง
2. ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

รวบรวมข้อมูลก่อนทดลอง (Pre-test)

วันที่ 5 ตุลาคม 2564 ผู้วิจัยนัดพบพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคจิตเภทและมีอาการซึมเศร้า (กลุ่มตัวอย่าง)มาที่โรงพยาบาลสงฆ์ เพื่อมาทำโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง และให้ผู้ป่วยทำแบบสอบถามPre-test ซึ่งมีทั้งหมด 2 ฉบับ คือ แบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท และแบบประเมินสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ก่อนเริ่มทำกิจกรรมกลุ่มโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง

รวบรวมข้อมูลหลังทดลอง (Post-test)

วันที่ 9 พฤศจิกายน 2564 หลังจากเสร็จสิ้นโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง กิจกรรมที่6 แล้ว พยาบาลให้สมาชิกกลุ่มทำแบบสอบถาม Post-test ซึ่งมีทั้งหมด 2 ฉบับ คือ แบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทและแบบประเมินสัมพันธภาพระหว่างบุคคลหลังสิ้นสุดกิจกรรมครั้งสุดท้ายทันที และทำการนัดหมายผู้ป่วยมาทำแบบสอบถาม Post-test ในอีก 2 สัปดาห์(วันที่ 23 พฤศจิกายน 2564) และอีก 4 สัปดาห์ (วันที่ 7 ธันวาคม 2564)โดยในสัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 4 จะประเมินเฉพาะแบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทเพียงอย่างเดียว

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS โดยดำเนินการเป็นลำดับขั้น ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ระยะ เวลาการเจ็บป่วยทางจิต ประวัติการทำร้ายตนเอง และประวัติอาการซึมเศร้าในครอบครัว เป็นต้น วิเคราะห์โดยการหาค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. คำนวณหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของอาการซึมเศร้าก่อน และหลังเสร็จสิ้นการทดลอง
3. วิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวระหว่างคะแนนอาการซึมเศร้าเมื่อมีการวัดซ้ำ (Repeated Measures ANOVA)
4. วิเคราะห์ เปรียบเทียบความแปรปรวนระหว่างคะแนนอาการซึมเศร้าเป็นรายคู่ (Pairwise Comparisons) ของการประเมินก่อนการทดลอง1 ครั้ง หลังการทดลอง 1 ครั้ง หลังสิ้นสุดการทดลอง 2 สัปดาห์ 1 ครั้ง และหลังเสร็จสิ้นการทดลอง4 สัปดาห์1 ครั้ง กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปขั้นตอนการดำเนินการทดลอง

ขั้นเตรียมการทดลอง

ขั้นดำเนินการทดลอง

เตรียมกลุ่มตัวอย่าง

เตรียมเครื่องมือ

- 1.แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น
- 2.แบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท
- 3.แบบประเมินสัมพันธภาพระหว่างบุคคล
- 4.โปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบ
ประคับประคอง

กลุ่มทดลอง พระสงฆ์อาพาธด้วยโรค จิตเภทและมี
อาการซึมเศร้า 15 รูป

ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ซึ่ง
เป็นพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคจิต
เภทและมีอาการซึมเศร้า ทั้งหมด
15 รูป และทำการนัดหมาย
ผู้ป่วยให้มาทำกิจกรรมกลุ่มที่รพ.
สงฆ์ ตามวัน เวลา ที่กำหนด

เตรียมสถานที่

ได้ทำการขออนุญาตพระ
วินยาธิการ(พระกรรมกร
สงฆ์) ใช้สถานที่ห้องของ
ท่านทำกิจกรรมกลุ่มกับ
พระสงฆ์ในช่วงครึ่งวัน

ประเมินอาการซึมเศร้าในพระสงฆ์ที่เป็นโรคจิตเภทก่อนการทดลอง (Pre-test)

กลุ่มทดลอง

- ได้รับโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบ
ประคับประคอง ซึ่งมีทั้งหมด 6 กิจกรรม ดังนี้
- กิจกรรมที่ 1** การสร้างสัมพันธภาพ สำรวจและ
ค้นหาปัญหา
- กิจกรรมที่ 2** การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท
และการพัฒนาความร่วมมือในการรับประทานยา
- กิจกรรมที่ 3** การเปิดใจรับทุกข์
- กิจกรรมที่ 4** การพัฒนาทักษะการเข้าใจตนเอง
- กิจกรรมที่ 5** การมองชีวิตอย่างมีคุณค่า
- กิจกรรมที่ 6** การวางแผนเพื่อการปรับเปลี่ยน
พัฒนาตนเองในการจัดการกับอาการซึมเศร้า

ประเมินอาการซึมเศร้าหลังสิ้นสุดการทดลองทันที

ประเมินอาการซึมเศร้าหลังสิ้นสุดการทดลอง 2 สัปดาห์

ประเมินอาการซึมเศร้าหลังสิ้นสุดการทดลอง 4 สัปดาห์

ขั้นวิเคราะห์ข้อมูล โปรแกรมสำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญ
ทางสถิติที่ระดับ .05

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบอาการซึมเศร้าในพระสงฆ์โรคจิตเภทก่อนหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองทันที หลังได้รับโปรแกรม 2 สัปดาห์ และหลังได้รับโปรแกรม 4 สัปดาห์ ที่เข้ารับรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตติยภูมิ เป็นการศึกษาแบบศึกษากลุ่มเดียววัดแบบอนุกรมเวลา (One-Group Time Series Design) โดย ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ พระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคจิตเภทที่มีอาการซึมเศร้าวรร่วมด้วย งานวิจัยครั้งนี้จึงใช้กลุ่มทดลอง 15 คน ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก โดยมีการวัดภาวะซึมเศรณีก่อนและหลังการทดลอง

สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปตารางประกอบคำบรรยาย โดยนำเสนอรายละเอียดดังนี้

ตอนที่ 1 ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนอาการซึมเศร้าวก่อน หลังการทดลอง หลังการทดลอง 2 สัปดาห์ และหลังการทดลอง 4 สัปดาห์ของพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคจิตเภทที่มีอาการซึมเศร้าวในกลุ่มทดลอง

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนอาการซึมเศร้าวโดยรวมก่อน หลังการทดลอง หลังการทดลอง 2 สัปดาห์และหลังการทดลอง 4 สัปดาห์ของพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคจิตเภทที่มีอาการซึมเศร้าวในกลุ่มทดลอง

ตอนที่ 1 ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการเจ็บป่วยทางจิต ความคิดทำร้ายตัวเอง เคยทำร้ายตัวเอง คนในครอบครัวเคยมีอาการซึมเศร้าฯ ระยะเวลาที่คนในครอบครัวมีอาการซึมเศร้านาน และคนในครอบครัวที่มีอาการซึมเศร้าได้รับการรักษา (N=15)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน(%)	Mean (S.D)
1. อายุ (ปี)	15 (100.0)	49.5 (7.7)
2. ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	3 (20.0)	-
มัธยมศึกษาตอนต้น	2 (13.3)	-
มัธยมศึกษาตอนปลาย	1 (6.7)	-
อนุปริญญา/ปวส.	5 (33.3)	-
ปริญญาตรี	4 (26.7)	-
3. ระยะเวลาการเจ็บป่วยทางจิต (ปี)	15(100.0)	12.9 (10.6)
4. ความคิดทำร้ายตัวเอง		
ไม่เคย	10(66.7)	-
เคย	5(33.3)	-
5. เคยทำร้ายตัวเอง		
ไม่เคย	13(86.7)	-
เคย	2(13.3)	-
6. คนในครอบครัวเคยมีอาการซึมเศร้าฯ		
ไม่มี	10(66.7)	-
มี	5(33.3)	-
7. ระยะเวลาที่คนในครอบครัวมีอาการซึมเศร้านาน (ปี)	-	8.67 (15.06)
8. คนในครอบครัวที่มีอาการซึมเศร้าได้รับการรักษาหรือไม่		
ไม่ได้รับ	2(33.3)	-
ได้รับ	3(66.7)	-

จากตาราง 1 ผลการวิเคราะห์ลักษณะทางประชากรและลักษณะอาการซึมเศร้าของพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคจิตเภทของโรงพยาบาลสงฆ์ จำนวน 15 รูป พบว่า อายุเฉลี่ย 49.5 ปี นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100.0 ระดับการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับอนุปริญญา/ปวส.จำนวน 5 รูป คิดเป็นร้อยละ 33.3 รองลงมาระดับปริญญาตรี 4 รูป (คิดเป็นร้อยละ 26.7) ด้านประวัติอาการเจ็บป่วยพบว่า ระยะเวลาการเจ็บป่วยทางจิตโดยเฉลี่ย 12.9 ปี เคยมีความคิดทำร้ายตัวเองร้อยละ 33.3 และทำร้ายตัวเองร้อยละ 13.3 ส่วนประวัติอาการเจ็บป่วยของคนในครอบครัว พบว่าคนในครอบครัวเคยมีอาการซึมเศร้าฯ ร้อยละ 33.3 มีอาการซึมเศร้านานโดยเฉลี่ยเป็นระยะเวลา 8.67 ปี ได้รับการรักษาคิดเป็นร้อยละ 66.7

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนอาการซึมเศร้าก่อน หลังการทดลอง หลังการทดลอง 2 สัปดาห์และหลังการทดลอง 4 สัปดาห์ของพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคจิตเภทที่มีอาการซึมเศร้าในกลุ่มทดลอง

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบอาการซึมเศร้าก่อนและหลังการเข้าโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดในพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคจิตเภท ประกอบไปด้วย การประเมินก่อนการบำบัด หลังจากการบำบัดทันที หลังการบำบัด 2 สัปดาห์ และหลังการบำบัด 4 สัปดาห์ ดังตาราง 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนอาการซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลองของพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคจิตเภทที่มีอาการซึมเศร้าในกลุ่มทดลอง (N=15)

เปรียบเทียบคะแนนอาการซึมเศร้า	ระดับการปฏิบัติ		
	\bar{x}	SD.	แปลผล
1. อาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตประเภทก่อนการทดลอง	12.733	3.990	ปานกลาง
2. อาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตประเภทหลังการทดลอง	3.267	6.200	น้อยมาก
3. อาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตประเภทหลังการทดลอง 2 สัปดาห์	2.733	4.949	น้อยมาก
4. อาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตประเภทหลังการทดลอง 4 สัปดาห์	3.200	5.480	น้อยมาก

จากตาราง 2 ผลการวิเคราะห์อาการซึมเศร้าในพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคจิตเภท พบว่าอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตประเภทก่อนการประเมิน อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 12.73$, S.D. = 3.99) อาการซึมเศร้าหลังเข้าโปรแกรมฯ อยู่ในระดับน้อยมาก ($\bar{x} = 3.27$, S.D. = 6.20) อาการซึมเศร้าหลังเข้าโปรแกรมฯ 2 สัปดาห์ อยู่ในระดับน้อยมาก ($\bar{x} = 2.73$, S.D. = 4.95) และอาการซึมเศร้าหลังเข้าโปรแกรมฯ 4 สัปดาห์ อยู่ในระดับน้อยมาก ($\bar{x} = 3.20$, S.D. = 5.48)

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนอาการซึมเศร้าโดยรวมก่อน หลังการทดลอง หลังการทดลอง 2 สัปดาห์และหลังการทดลอง 4 สัปดาห์ของพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคจิตเภทที่มีอาการซึมเศร้าในกลุ่มทดลอง

สำหรับการวิเคราะห์นั้นผู้วิจัยใช้วิธีการเปรียบเทียบด้วยการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยแบบวัดซ้ำ (Repeated-measures ANOVA) ชั้นแรกได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น การทดสอบ Compound Symmetry โดยใช้สถิติ Mauchly's Test of Sphericityซึ่งหากผลการทดสอบพบว่าเป็น Compound Symmetry จะเลือกใช้การอ่านผลวิเคราะห์แบบ Sphericityแต่หาการทดสอบพบว่าไม่เป็น Compound Symmetry จะเลือกใช้วิธีคำนวณแบบปรับแก้โดยให้ดูค่า Epsilon ของ Greenhouse-Geisserหากค่าน้อยกว่า 0.75 ให้ใช้การทดสอบแบบ Greenhouse-Geisserหากค่าสูงกว่าหรือเท่ากับ 0.75 ให้ใช้การทดสอบแบบ Huynh-Feldt ดังตาราง 3

ตารางที่ 3 ผลการทดสอบ Compound Symmetryของอาการซึมเศร้าก่อนและหลังการเข้าโปรแกรมจิตบำบัดในพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคจิตเภท

อาการซึมเศร้าก่อน และหลังการเข้า โปรแกรม	Mauchly's W	Approx. Chi- Square	df	p- value	Epsilon	
					Greenhouse- Geisser	Huynh- Feldt
ภาพรวม	.008*	61.405	5	<.0001	.370	.379

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 3 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบอาการซึมเศร้าก่อนและหลังการเข้าโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดในพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคจิตเภท การทดสอบ Compound Symmetry โดยใช้สถิติ Mauchly's Test of Sphericityพบว่าไม่เป็น Compound Symmetry หมายความว่า จะเลือกใช้วิธีคำนวณแบบปรับแก้โดยค่า Epsilon ซึ่งค่า Greenhouse-Geisserน้อยกว่า 0.75 ให้ใช้การทดสอบแบบ Greenhouse-Geisser ดังตาราง 4

ตารางที่ 4 อาการซึมเศร้าก่อนและหลังการเข้าโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดในพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคจิตเภท

อาการซึมเศร้าก่อนและหลังการเข้าโปรแกรม	SS	df	MS	F	p-value
อาการซึมเศร้าก่อนและหลังการเข้าโปรแกรม	1053.783*	1.110	949.046	22.287	<.0001
Error (อาการซึมเศร้าก่อนและหลังการเข้าโปรแกรม)	661.967	15.545	42.584		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 4 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบอาการซึมเศร้าก่อนและหลังการเข้าโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดในพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคจิตเภท โดยใช้สถิติ Repeated-measures ANOVAพบว่าภาพรวม ค่า p-value<.0001ซึ่งมีค่าน้อยกว่า ค่าระดับนัยสำคัญ .05 นั่นคือปฏิเสธสมมติฐานหลัก (H₀) หมายความว่า อาการซึมเศร้าก่อนและหลังการเข้าโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดในพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคจิตเภท แตกต่างกันอย่างน้อย 1 ครั้ง จะทำการพิจารณารายคู่ด้วยสถิติ Bonferroni

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนอาการซึมเศร้าโดยรวมก่อน หลังการทดลอง หลังการทดลอง 2 สัปดาห์และหลังการทดลอง 4 สัปดาห์ของพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคจิตเภทที่มีอาการซึมเศร้าในกลุ่มทดลอง

คณะ	\bar{x}	ก่อนเข้าโปรแกรม	หลังเข้าโปรแกรม	หลังเข้าโปรแกรม 2 สัปดาห์	หลังเข้าโปรแกรม 4 สัปดาห์
		12.733	3.267	2.733	3.200
ก่อนเข้าโปรแกรม	12.733	-	9.467* (.003)	10.000* (.001)	9.533* (.002)
หลังเข้าโปรแกรม	3.267	-	-	.533 (1.000)	.067 (1.000)
หลังเข้าโปรแกรม 2 สัปดาห์	2.733	-	-	-	-.467 (.784)
หลังเข้าโปรแกรม 4 สัปดาห์	3.200	-	-	-	-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 5 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่อาการซึมเศร้าก่อนและหลังการเข้าโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดในพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคจิตเภท พบว่าก่อนเข้าโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดฯ กับหลังเข้าโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดทันที 2 สัปดาห์ และ 4 สัปดาห์ มีค่า p-value เท่ากับ .003, .001 และ .002 ตามลำดับ ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า อาการซึมเศร้าก่อนการเข้าโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดในพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคจิตเภทแตกต่างกับอาการซึมเศร้าหลังการเข้าโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดในพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคจิตเภททันที หลังเข้าโปรแกรม 2 สัปดาห์ และหลังการเข้าโปรแกรม 4 สัปดาห์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนอาการซึมเศร้าหลังการเข้าโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดในพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคจิตเภททันที หลังเข้าโปรแกรม 2 สัปดาห์ และหลังการเข้าโปรแกรม 4 สัปดาห์ มีค่า p-value เท่ากับ 1.000, 1.000 และ .784 หมายความว่า อาการซึมเศร้าหลังการเข้าโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดในพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคจิตเภททันทีหลังเข้าโปรแกรม 2 สัปดาห์ และหลังการเข้าโปรแกรม 4 สัปดาห์ ไม่แตกต่างกัน

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) เพื่อศึกษาผลของการใช้กลุ่มจิตบำบัดระดับประคับประคองต่ออาการซึมเศร้าในพระภิกษุสงฆ์โรคจิตเภท ที่เข้ารับรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสงฆ์ เป็นการศึกษาระบบศึกษากลุ่มเดียววัดแบบอนุกรมเวลา (One-Group Time Series Design) โดยทำการวัดอาการซึมเศร้าก่อนการทดลอง 1 ครั้ง หลังสิ้นสุดการทดลองทันที 1 ครั้ง หลังสิ้นสุดการทดลอง 2 สัปดาห์ 1 ครั้ง และหลังสิ้นสุดการทดลอง 4 สัปดาห์ 1 ครั้ง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบอาการซึมเศร้าในพระสงฆ์โรคจิตเภทก่อน ระหว่างและหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง โดยมีตัวแปรต้น คือ โปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง ตัวแปรตาม คือ อาการซึมเศร้าในพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคจิตเภท

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบอาการซึมเศร้าของพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคจิตเภทก่อนได้รับโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง หลังได้รับโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองทันที หลังได้รับโปรแกรม 2 สัปดาห์ และหลังได้รับโปรแกรม 4 สัปดาห์

สมมติฐานการวิจัย

อาการซึมเศร้าของพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองทันที หลังได้รับโปรแกรม 2 สัปดาห์ และหลังได้รับโปรแกรม 4 สัปดาห์ ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดประคับประคอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พระสงฆ์อาพาธที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทตามคู่มือการวินิจฉัยตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD-10) ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลตติยภูมิ

กลุ่มตัวอย่าง คือ พระสงฆ์อาพาธที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทตามคู่มือการวินิจฉัยตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD-10) ที่เข้ารับการรักษาที่กลุ่มงานพยาบาลจิตเวชผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสงฆ์ คัดมาจำนวน 15 รูป ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด

เกณฑ์ในการคัดเลือก (Inclusion criteria)

1. เป็นพระสงฆ์ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD-10) และมีอาการซึมเศร้าร่วมด้วย
2. อายุระหว่าง 20 - 59 ปี
3. มีคะแนนรวมอาการซึมเศร้ามากกว่าหรือเท่ากับ 5 คะแนน โดยวัดจากแบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท

4. ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion Criteria)มีดังนี้

1. มีภาวะบกพร่องทางสมองและสติปัญญา
2. ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ต่อเนื่อง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ยึดหลักกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยการประเมินจากจำนวนประชากรที่ต้องการศึกษาทั้งหมด ซึ่งเป็นกลุ่มพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคจิตเภทและมีอาการซึมเศร้าร่วมด้วย จึงทำให้การกำหนดลักษณะของกลุ่มตัวอย่างมีความเฉพาะเจาะจงมากขึ้น จำนวนกลุ่มตัวอย่างมีความจำกัดมากขึ้น เนื่องจากพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคทางจิตเวชมีไม่มาก และโรงพยาบาลสงฆ์เป็นโรงพยาบาลฝ่ายกาย จึงทำให้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนจำกัดและหาได้ค่อนข้างยาก และเนื่องด้วยสถานการณ์โควิด จึงทำให้การเก็บข้อมูลในรูปแบบของผู้ป่วยนอกเป็นไปอย่างมีข้อจำกัดมาก ดังนั้นการศึกษางานวิจัยครั้งนี้จึงใช้กลุ่มตัวอย่าง 15 คนซึ่งมีเพียงกลุ่มทดลองกลุ่มเดียวแต่ทำการวัดซ้ำหลายครั้ง คือ วัดอาการซึมเศร้าหลังสิ้นสุดการทดลองทันที หลังสิ้นสุดการทดลองไปแล้ว 2 สัปดาห์ และหลังสิ้นสุดการทดลองไปแล้ว 4 สัปดาห์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ

1.1.แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเป็นข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เกี่ยวกับอายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการเจ็บป่วย เป็นต้น

1.2.แบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท (The Thai version of Calgary Depression Scale for Schizophrenia: CDSS) สร้างขึ้นโดย Addington (1990) นำมาแปลเป็นภาษาไทยโดย ศิริจิต สุทธิจิตต์ (2556) ซึ่งเป็นแบบประเมินที่สร้างขึ้นเพื่อใช้ประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยเฉพาะ ผู้วิจัยนำไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) กับผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน ซึ่งแบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทนี้สามารถคำนวณได้ค่า CVI = .84 ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ซึ่งไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ หลังจากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อหาความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ซึ่งแบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทนี้สามารถคำนวณได้ค่า Reliability= .92

2. เครื่องมือดำเนินการทดลอง ประกอบด้วย

2.1. โปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ Yalom (1995) ซึ่งมี 6 กิจกรรมประกอบด้วย

ระยะที่1 ระยะเวลาสร้างสัมพันธภาพ

กิจกรรมที่ 1. การสร้างสัมพันธภาพ สํารวจและค้นหาปัญหา

ระยะที่2 ระยะดำเนินการ

กิจกรรมที่ 2. การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท และการพัฒนาความร่วมมือในการรับประทานยา

กิจกรรมที่ 3. การเปิดใจปรับทุกข์

กิจกรรมที่ 4. การพัฒนาทักษะการเข้าใจตนเอง

กิจกรรมที่ 5. การมองชีวิตอย่างมีคุณค่า

ระยะที่3 ระยะเวลายุติกลุ่ม

กิจกรรมที่ 6. การวางแผนเพื่อการปรับเปลี่ยนพัฒนาตนเอง

การดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการทดลอง โดยแบ่งการทดลองออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเตรียมการทดลอง ระยะดำเนินการทดลอง และระยะประเมินผลการทดลอง เพื่อให้สามารถดำเนินการทดลองได้อย่างถูกต้อง และได้ผลการวิจัยที่มีความน่าเชื่อถือ ผู้วิจัยจึงมีการเตรียมความพร้อมในการวิจัยโดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. ระยะเตรียมการทดลอง มีขั้นตอนการดำเนินการศึกษา ดังนี้

1.1 ผู้วิจัยทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลสงฆ์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

1.2 ผู้วิจัยเข้าพบคณะกรรมการวิจัย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการ และขอความร่วมมือในการดำเนินการ โดยนำข้อมูลการวิจัยรวมถึงเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ยื่นแก่คณะกรรมการฝ่ายงานวิจัย โรงพยาบาลสงฆ์ เพื่อรับการตรวจสอบความเหมาะสมและจริยธรรมในการดำเนินการวิจัยในโรงพยาบาล

1.3 เมื่อได้รับอนุญาตเก็บข้อมูล ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล และพยาบาล หัวหน้างานผู้ป่วยนอก เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการรวมถึงระยะเวลาในการดำเนินการ

1.4 การเตรียมตัวผู้วิจัย ผู้วิจัยต้องเข้ารับการอบรมและฝึกปฏิบัติการทำกลุ่มจิตบำบัด ประคับประคองจากพยาบาลที่ได้รับหนังสืออนุมัติผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต และต้องผ่านการประเมินความสามารถในการทำกลุ่มฯจากพยาบาลผู้เชี่ยวชาญในการทำกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองโดยมีระยะเวลาในการฝึกปฏิบัติทั้งหมด 3 เดือน โดยจะทำการฝึกปฏิบัติสัปดาห์ละ 1 วัน วันละ 3 ชั่วโมง สถานที่ในการฝึกปฏิบัติคือ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

1.5 ผู้วิจัยอธิบายชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัย และการเก็บข้อมูล รวมถึงการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบ ก่อนทำการเก็บข้อมูล

1.6 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลส่วนบุคคล และประเมินอาการซึมเศร้า ก่อนการทดลอง การทำจิตบำบัดประคับประคองแบบกลุ่ม จากนั้นนำค่าคะแนนที่ได้มาคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติ

2. ระยะดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยนัดหมายกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการสุ่ม เพื่อเข้าร่วมกลุ่มการทำจิตบำบัด ประคับประคอง โดยดำเนินการสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 6 สัปดาห์ โดยเวลาในการดำเนินการทำจิตบำบัดประคับประคองแบบกลุ่ม จะมีการจัดทำกลุ่มทุกๆวันพุธ ณ แผนกผู้ป่วยนอก อาคาร 90 ปี สมเด็จพระเจ้า โรงพยาบาลสงฆ์ เป็นเวลารวมทั้งสิ้น 6 สัปดาห์ โดยรวมจำนวนสมาชิกกลุ่มทดลองมีทั้งสิ้น 15 รูป ในการเข้ารับการทำบำบัดในแต่ละครั้ง ลักษณะกลุ่มเป็นแบบกลุ่มปิด แต่จำนวนสมาชิกและบุคคลอาจมีการเปลี่ยนแปลงไปตามสถานการณ์

3. ระยะประเมินผลการทดลอง

1. ประเมินผลตามแบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท โดยประเมินก่อนการทดลอง 1 ครั้ง หลังสิ้นสุดการทดลองทันที 1 ครั้ง หลังสิ้นสุดการทดลอง 2 สัปดาห์ 1 ครั้ง และหลังสิ้นสุดการทดลอง 4 สัปดาห์ 1 ครั้ง รวม 3 ครั้ง
2. ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS โดยดำเนินการเป็นลำดับขั้น ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วยทางจิต ประวัติการทำร้ายตนเอง และประวัติอาการซึมเศร้าในครอบครัว เป็นต้น วิเคราะห์โดยการหาค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. คำนวณหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของอาการซึมเศร้ามก่อน และหลังเสร็จสิ้นการทดลอง
3. วิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวระหว่างคะแนนอาการซึมเศร้าเมื่อมีการวัดซ้ำ (Repeated Measures ANOVA)
4. วิเคราะห์ เปรียบเทียบความแปรปรวนระหว่างคะแนนอาการซึมเศร้าเป็นรายคู่ (Pairwise Comparisons) ของการประเมินก่อนการทดลอง 1 ครั้ง หลังการทดลอง 1 ครั้ง หลังสิ้นสุดการทดลอง 2 สัปดาห์ 1 ครั้ง และหลังเสร็จสิ้นการทดลอง 4 สัปดาห์ 1 ครั้ง กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปผลการทดลอง

คะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้ามก่อนและหลังการเข้าโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดในพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคจิตเภท พบว่าก่อนเข้าโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดฯ กับหลังเข้าโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดทันที 2 สัปดาห์ และ 4 สัปดาห์ มีค่า p-valueเท่ากับ .003, .001 และ .002 ตามลำดับ จึงสรุปได้ว่า อาการซึมเศร้ามก่อนการเข้าโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดในพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคจิตเภทแตกต่างกับอาการซึมเศร้ามหลังการเข้าโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดในพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคจิตเภททันที หลังเข้าโปรแกรม 2 สัปดาห์ และหลังการเข้าโปรแกรม 4 สัปดาห์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผล

การศึกษาผลของโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองต่ออาการซึมเศร้าในพระสงฆ์ อาพาธด้วยโรคจิตเภท สามารถนำมาอภิปรายผลตามสมมติฐานได้ดังนี้

สมมติฐานการวิจัย อาการซึมเศร้าของพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองทันที หลังได้รับโปรแกรม 2 สัปดาห์ และหลังได้รับโปรแกรม 4 สัปดาห์ ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดประคับประคอง

ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าของพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองทันที หลังได้รับโปรแกรมไปแล้ว 2 สัปดาห์ และหลังได้รับโปรแกรมไปแล้ว 4 สัปดาห์ น้อยกว่าก่อนได้รับการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการวัดอาการซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 3 ครั้งหลังการทดลอง ได้แก่ หลังสิ้นสุดการทดลองทันที หลังสิ้นสุดการทดลองไปแล้ว 2 สัปดาห์ และหลังสิ้นสุดการทดลองไปแล้ว 4 สัปดาห์ เนื่องจากรูปแบบการวิจัยนี้ไม่มีกลุ่มควบคุม จึงไม่มีการสุ่ม ดังนั้น เพื่อเป็นการลดข้อเสียของการไม่มีกลุ่มควบคุมและไม่ใช้หลักการสุ่ม ผู้วิจัยจึงทำการวัดตัวแปรตามหลังการทดลองหลายๆครั้ง เพื่อประเมินธรรมชาติของกลุ่มในช่วงเวลาที่ต่างกัน เพื่อดูแนวโน้มของกลุ่มในระยะก่อนและหลังได้รับการทดลอง เพื่อดูว่าระยะเวลาที่แตกต่างกันมีผลต่อการทดลองมากเพียงใด และเพื่อดูว่าอิทธิพลของสิ่งทดลองที่ได้ทำการทดลองไปนั้นจะเปลี่ยนแปลงไปหรือไม่ อย่างไร เมื่อเวลาเปลี่ยนแปลงไป โดยระยะห่างของการวัดแบบประเมินอาการซึมเศร้าในแต่ละครั้ง คือ 2 สัปดาห์ ซึ่งเป็นช่วงระยะเวลาที่เหมาะสมพอดีในการวัดค่าตัวแปรตาม จากการทบทวนงานวิจัยแบบกลุ่มเดี่ยววัดแบบอนุกรมเวลา (One Group Time Series Design) ที่ผ่านมา ซึ่งการที่ผู้วิจัยทำการวัดตัวแปรตาม โดยการวัดคะแนนอาการซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างหลังสิ้นสุดการทดลองทันที หลังสิ้นสุดการทดลองไปแล้ว 2 สัปดาห์ และหลังสิ้นสุดการทดลองไปแล้ว 4 สัปดาห์ นั้น จึงทำให้ผู้วิจัยสามารถประเมินลักษณะของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการทดลองได้ละเอียดมากกว่าการวิจัยแบบกึ่งทดลองอื่นๆ ผู้วิจัยสามารถประเมินแนวโน้มของการเปลี่ยนแปลงจากค่าคะแนนของตัวแปรตาม ซึ่งสามารถประเมินได้ว่าสิ่งทดลองนั้นมีอิทธิพลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงได้ในช่วงเวลาสั้นๆ หรือ เกิดการเปลี่ยนแปลงได้ต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน หรือ ต้องเว้นระยะหนึ่งหลังจากให้สิ่งทดลองไปแล้วจึงจะเกิดการเปลี่ยนแปลง

ซึ่งจากผลการทดลองพบว่า อาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตประเภทก่อนการประเมิน อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 12.73$, S.D. = 3.99) อาการซึมเศร้าหลังเข้าโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองทันที อยู่ในระดับน้อยมาก ($\bar{x} = 3.27$, S.D. = 6.20) อาการซึมเศร้าหลังเข้าโปรแกรม 2 สัปดาห์ อยู่ในระดับน้อยมาก ($\bar{x} = 2.73$, S.D. = 4.95) และอาการซึมเศร้าหลังเข้าโปรแกรม 4 สัปดาห์ อยู่ในระดับน้อยมาก ($\bar{x} = 3.20$, S.D. = 5.48) แสดงว่า โปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองนั้น มีผลในการช่วยลดอาการซึมเศร้าในพระสงฆ์โรคจิตเภทที่มีอาการซึมเศร้าได้ ระยะเวลายาว และเห็นผลชัดเจนมากที่สุดในช่วงระยะเวลา 2 สัปดาห์หลังการทดลอง

ผลการวิจัยแสดงว่า อาการซึมเศร้าของพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคจิตเภทลดลงหลังจากได้รับโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง เนื่องจากโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง

ประกอบด้วย การประเมินวิเคราะห์ปัญหา ซึ่งช่วยทำให้ผู้ป่วยวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาที่แท้จริงว่า ปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วยคืออะไร นำไปสู่การวางแผนการปฏิบัติในที่เฉพาะเจาะจงในแต่ละบุคคล มีการให้ความรู้ การปฏิบัติตัวที่เหมาะสม และการรับประทานยาอย่างถูกวิธีด้วยแบบฝึกหัด และวิดีโอ คลิปทำให้ผู้ป่วยมีต้นแบบที่ถูกต้องในการปฏิบัติตัวอย่างถูกต้องเหมาะสม ให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติตนเองเมื่อกลับไปอยู่ที่วัด

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาในเรื่อง ผลของโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบ ประคับประคองต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท (ปริญนันท์ สละสวัสดิ์, 2559) ซึ่งทำการทดลองในกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เป็นฆราวาสทั่วไปและมีอาการซึมเศร้าร่วมด้วยนั้น ผลการวิจัยพบว่า โปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองมีประสิทธิภาพในการช่วยลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองต่ออาการซึมเศร้าใน พระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคจิตเภท ที่ผู้วิจัยได้ทำการทดลองนี้ ผลการวิจัยพบว่า โปรแกรมกลุ่มจิตบำบัด แบบประคับประคองมีผลทำให้อาการซึมเศร้าของพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคจิตเภทลดลงได้จริง ดังนั้น จึงสรุปได้ว่า การทำ intervention ในรูปแบบโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองในกลุ่ม พระสงฆ์และในกลุ่มที่เป็นฆราวาสทั่วไปนั้น มีผลการทดลองไม่แตกต่างกัน

แต่ Life style ของพระสงฆ์จะมีความแตกต่างจากฆราวาสทั่วไปเนื่องจาก พระสงฆ์นั้นเป็นสมณะเพศ จึงต้องมีความสันโดษ ไม่ข้องเกี่ยวกับครอบครัวและสังคมมากจนเกินไป จึงมี Social support น้อย กว่าคนทั่วไป เพราะต้องพึ่งพาตนเองเป็นหลัก และต้องทำตัวเป็นแบบอย่างให้สังคม เพราะสังคมมีความคาดหวังในตัวพระสงฆ์ค่อนข้างสูง เนื่องจากพระสงฆ์เป็นตัวแทนของพระพุทธศาสนา และถือว่าเป็นปูชนียบุคคล จึงต้องวางตัวให้เหมาะสม คู่ควรแก่การเคารพศรัทธาของประชาชน จึงทำให้ พระสงฆ์ส่วนใหญ่อาจเกิดความรู้สึกกดดันและมีความเครียด จนอาจเกิดภาวะซึมเศร้าได้ ส่วนใน ฆราวาสทั่วไป ยังสามารถใช้ชีวิตได้แบบอิสระ สามารถพูดคุย ระบายความทุกข์ใจ และช่วยเหลือซึ่ง กันและกันภายในครอบครัวได้เมื่อมีปัญหาความทุกข์ใจ จึงมี Social support มากกว่าพระสงฆ์

ซึ่งในแต่ละกิจกรรมโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองสามารถลดอาการซึมเศร้าได้ ประกอบด้วย 6 กิจกรรมตามแนวคิดของ Yalom(1995) ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ สสำรวจ และค้นหาปัญหา

การสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ ทำให้เกิดความเชื่อมั่นในตัวผู้วิจัยและ ความร่วมมือที่ดีในการเข้าร่วมกิจกรรม เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างสมาชิกกลุ่มและผู้วิจัย การสร้าง สัมพันธภาพระหว่างผู้นำกลุ่มกับสมาชิกในกลุ่ม และระหว่างสมาชิกด้วยกัน ผู้นำกลุ่มสร้างบรรยากาศ แห่งความเป็นกันเอง รู้สึกผ่อนคลาย สร้างความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยให้กับสมาชิกกลุ่ม สร้างความ ไว้วางใจให้เกิดขึ้นกับสมาชิก ด้วยการแสดงท่าทีที่อบอุ่น สนใจ ตั้งใจฟัง เข้าใจ ยอมรับในความคิดเห็น และพฤติกรรมของสมาชิกกลุ่ม ไม่ใช่ความคิดเห็นของตนเองเป็นเครื่องตัดสินทำให้สมาชิกเกิดความรู้สึกมี คุณค่าในตนเองส่งผลให้ภาวะซึมเศร่าลดลง (ดวงใจ กสานติกุล, 2542)และทำการสำรวจและค้นหา ปัญหาของสมาชิกกลุ่ม ซึ่งเป็นกิจกรรมเริ่มต้นในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น ทำความเข้าใจเกี่ยวกับ ภาวะซึมเศร้า โดยเฉพาะการมีความคิดทางลบต่อตนเอง(ภิญโญณภัส พันธุ์ดนตรี, 2554) สามารถ วิเคราะห์และเปลี่ยนแปลงความคิดทางลบเหล่านั้น ให้เป็นความคิดที่เหมาะสม เลือกลงสิ่งที่ดี ภายในตนเองและสิ่งแวดล้อม เป็นการลดภาวะซึมเศร่าตามแนวคิดของ Beck (1979) ที่กล่าวว่า

ภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นจากการให้ความสำคัญอย่างมากกับสิ่งด้านลบ ให้ความสำคัญในด้านบวกเพียงเล็กน้อย รับรู้และตีความว่าสิ่งที่เกิดขึ้นมีความเกี่ยวข้องกับตน การคิดว่าสิ่งต่างๆต้องเป็นไปอย่างใดอย่างหนึ่งเพียงอย่างเดียว หรือการมองสถานการณ์ไปในทางที่เลวร้าย

กิจกรรมที่ 2 การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท และการพัฒนาความร่วมมือในการรับประทานยา

โดยการเชื่อมโยงสู่ภาวะซึมเศร้า และเรียนรู้แก้ไข การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท การรักษาพยาบาล การรับประทานยาอย่างถูกต้อง และการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องจะช่วยให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทสามารถตัดสินใจและเปลี่ยนแปลงแผนการดำเนินชีวิตได้เหมาะสม จะสามารถช่วยควบคุมอาการของโรคได้ (กาญจนา สุดใจ, 2554) การให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญต่อความสามารถในการดูแลตนเองและส่งเสริมให้บุคคลมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้น (Orem, 2001) สอดคล้องกับการศึกษาของ พชรภา ชันทอง (2556) ที่พบว่า การที่ผู้ป่วยจิตเภท มีความรู้ความเข้าใจในปัญหาที่ตนเองกำลังเผชิญอยู่ และเข้าใจในเรื่องความรุนแรงของโรคหรืออันตรายต่อชีวิต ผู้ป่วยจะให้ความร่วมมือในการรักษา และการรับประทานยา ส่งผลให้อาการทางจิตดีขึ้นและภาวะซึมเศร้ามลดลงได้ (Majadas, Olivares, Galan, & Diez, 2012)

กิจกรรมที่ 3 การเปิดใจปรับทุกข์

การเปิดเผย ระบายความรู้สึก และประสบการณ์ของตนมีความมั่นใจในการให้ และรับความช่วยเหลือจากสมาชิกอื่นๆ เกิดความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม รู้สึกเป็นพวกเดียวกัน เป็นเจ้าของกลุ่ม มีความใกล้ชิดผูกพันทำให้ความรู้สึกโดดเดี่ยวอ้างว้างหมดไปและรับรู้ว่าเป็นที่ยอมรับของผู้อื่น ทำให้สมาชิกเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองส่งผลให้ภาวะซึมเศร้ามลดลง (ดวงใจ กสานติกุล, 2542) สอดคล้องกับการศึกษาของสุมาลี สัยยะสิทธิพานิชย์และคณะพบว่า กระบวนการกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองสามารถช่วยให้ผู้ป่วยได้ระบายความคับข้องใจ มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกันภายในกลุ่ม เป็นกิจกรรมที่ทำให้ผู้ป่วยเข้าใจความแตกต่างของแต่ละบุคคล วิเคราะห์ปัญหาและหนทางแก้ไข รวมถึง ค้นพบแหล่งสนับสนุนได้จากบุคคลรอบข้างของตนเอง ทำให้ผู้ป่วยมองสิ่งแวดล้อมในทางบวกมากขึ้น นอกจากนี้ในกิจกรรมนี้ให้ผู้ป่วยได้ทำหน้าที่เป็นแหล่งสนับสนุนให้กับสมาชิกในกลุ่ม ทำให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่า ภูมิใจในตนเอง ได้รับการยอมรับ และมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น ส่งผลให้ระดับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของจอมขวัญ นามสูตร (2558) และ ภิญญภัส พันธุ์ดนตรี(2554) ที่พบว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคม เช่น การได้รับความรักความผูกพัน การได้เป็นส่วนหนึ่งของสังคม ได้รับความช่วยเหลือ และการได้รับคำแนะนำจากครอบครัว เพื่อน บุคลากรด้านสุขภาพ การที่บุคคลได้รับการสนับสนุนและช่วยเหลือที่เพียงพอ จะทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีภาวะซึมเศร้ามลดลง นอกจากนี้การศึกษาของ วลัยพร สุวรรณบุรณ์และคณะ (2558) ยังพบว่า การมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นว่าตนเองมีศักยภาพในการใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคม ใช้เหตุผลในการคิดและตัดสินใจได้อย่างเหมาะสม มีทักษะในการเผชิญปัญหา รู้สึกดีต่อตนเองและผู้อื่น ภาคภูมิใจและตระหนักรู้ในการทำหน้าที่ของตนเอง สิ่งเหล่านี้แสดงถึงความพร้อมในการเผชิญกับปัญหาและความขัดแย้งที่เกิดขึ้นในชีวิตจริง สามารถจัดการปัญหาและอยู่ในสังคมได้อย่างมีคุณภาพ ซึ่งจะช่วยลดความเครียดของผู้ป่วยส่งผลให้ภาวะซึมเศร้ามลดลงได้ (ภิญญภัส พันธุ์ดนตรี, 2554)

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการเข้าใจตนเอง

การรู้จักตนเองเป็นองค์ประกอบสำคัญในการดูแลตนเองเนื่องจากการที่บุคคลรู้จักตนเอง มีความสำคัญต่อคุณค่าของตนเองจะทำให้สามารถประเมินตนเอง รู้จักตนเองในการค้นหาข้อดีของตนเองได้ จะช่วยส่งเสริมให้สมาชิกเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้นส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าลดลง (ภัทรภรณ์ พุงปันคำ, 2551; สาวิตรี สุริยะฉาย และเพ็ญพักตร์อุทิศ, 2553)การฝึกทักษะการมองจุดดีของตนเองและผู้อื่น ฝึกการมองโลกในแง่ดี ช่วยให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทสามารถเผชิญอุปสรรคต่างๆ ที่เข้ามาในชีวิตได้ด้วยจิตใจที่เข้มแข็งมั่นคง เผชิญปัญหาได้เป็นอย่างดี มีการพัฒนาความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรม ทำให้สามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างเหมาะสม (Lorr&Wunderlich, 1986)

กิจกรรมที่ 5 การมองชีวิตอย่างมีคุณค่า

เป็นการฝึกทักษะการมองจุดดีของตนเองและผู้อื่นฝึกการมองโลกในแง่ดี ช่วยให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทสามารถเผชิญอุปสรรคต่างๆ ที่เข้ามาในชีวิตได้ด้วยจิตใจที่เข้มแข็งมั่นคง เผชิญปัญหาได้เป็นอย่างดี มีการพัฒนาความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมทำให้สามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างเหมาะสม (Lorr&Wunderlich, 1986) เป็นกิจกรรมที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจว่าทุกคนมีทั้งข้อดีและข้อเสีย ในตนเอง ส่งเสริมให้ผู้ป่วยยอมรับในข้อเสียและภูมิใจในข้อดีของตนเอง รวมถึงการได้รับคำชื่นชมจากผู้อื่น จะช่วยเกิดความรู้สึกมีคุณค่า มองตนเอง มองโลกและสิ่งแวดล้อมในทางบวก ลดความรู้สึกเป็นตราบาป สอดคล้องกับการศึกษาของ ปริญนันท์ สละสวัสดิ์ และอัจฉราพร สีหิรัญวงศ์(2563) ที่พบว่า การส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ช่วยให้ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยลดลง

กิจกรรมที่ 6 การวางแผนเพื่อการปรับเปลี่ยนพัฒนาตนเอง

เป็นการฝึกฝนให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีเป้าหมายในการดำเนินชีวิต มองอนาคต จะช่วยให้มีความหวัง และวางแผนการดำเนินชีวิตตลอดจนเข้าใจการดำเนินชีวิตที่เกิดขึ้น (อภิชัย มงคล และคณะ, 2550) โดยให้ผู้ป่วยคิดหัวข้อเรื่องที่ต้องการปรับเปลี่ยนพัฒนาตนเองมากที่สุด ณ เวลานี้ และผู้วิจัยได้ออกแบบ รูปแบบขั้นตอนกระบวนการต่างๆในการปรับเปลี่ยนพัฒนาตนเอง โดยให้ผู้ป่วยเขียนหัวข้อเรื่องที่ต้องการจะปรับเปลี่ยนพัฒนาตนเองมากที่สุด และปฏิบัติตามกระบวนการขั้นตอนต่างๆในแบบฝึกหัดที่ผู้วิจัยได้ออกแบบให้ เมื่อปฏิบัติตามได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้แล้ว ก็ให้ผู้ป่วยประเมินตนเอง ว่าตนเองสามารถปรับเปลี่ยนพัฒนาตนเองได้สำเร็จตามเป้าหมายหรือไม่? ถ้าปฏิบัติตามเป้าหมายที่วางไว้ได้ อาจจะมีการให้รางวัลตนเอง เพื่อเป็นการเสริมแรง แต่ถ้าไม่ ผู้ป่วยต้องกลับมาวิเคราะห์ตนเองว่าต้องทำอะไรจึงจะสามารถบรรลุเป้าหมายได้? ซึ่งกิจกรรมนี้จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้เห็นถึงข้อและข้อดีของตนเองด้วย จึงทำให้ผู้ป่วยมองเห็นตนเองชัดเจนและรู้จักตนเองมากยิ่งขึ้น ว่าตนเองต้องปรับปรุงพัฒนาตนเองในเรื่องใด เป็นกิจกรรมที่ให้ผู้ป่วยได้ทบทวนสิ่งต่างๆ จากการเข้ากลุ่ม ความคิดที่มีต่อตนเอง ต่อสิ่งแวดล้อมและต่อสถานการณ์ ความหวังและเป้าหมายในการดำเนินชีวิต ความมั่นใจในการสร้างสัมพันธภาพ การแก้ปัญหาในชีวิตประจำวัน การค้นพบแหล่งสนับสนุนจากคนใกล้ตัวและบุคคลรอบข้าง ซึ่งทั้งหมดเป็นส่วนสำคัญ ที่จะสามารถลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทลงได้(Bozikas & Parlapani, 2016 ; Rossi et al. ,2017)

ในส่วนที่มีกลุ่มตัวอย่างที่มีประวัติทำร้ายตนเอง เป็นผู้ป่วยกลุ่มเปราะบางที่ต้องเฝ้าระวังมากเป็นพิเศษ ผู้วิจัยได้ให้ความสำคัญในการประเมินความคิดทำร้ายตนเอง โดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยกลุ่มนี้เพิ่มเติมเพื่อค้นหาปัญหาที่ลึกมากขึ้นในตัวผู้ป่วย ใช้แบบประเมินความเสี่ยงฆ่าตัวตาย (8Q) ในการประเมิน ซึ่งจากการประเมินพบว่า กลุ่มตัวอย่างเหล่านี้ไม่มีความคิดอยากทำร้ายตนเอง แต่ผู้วิจัยได้ให้คำปรึกษาและให้ข้อมูลในการป้องกันความคิดอยากทำร้ายตนเอง ตลอดจนแนะนำแหล่งช่วยเหลือเมื่อมีความคิดที่อยากทำร้ายตนเอง รวมทั้งผู้วิจัยประสานทีมสหสาขาวิชาชีพในการช่วยเหลือและติดตามการรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้อย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง

ข้อจำกัดงานวิจัย

เนื่องจากงานวิจัยนี้เป็นการวัดซ้ำหลายครั้งโดยใช้เครื่องมือชุดเดิม ซึ่งจะส่งผลต่อการเกิดอคติในการวัดได้ (Bias) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างอาจจะจำจำคำถามได้ และการวิจัยนี้จัดทำทดลองเฉพาะในกลุ่มของพระสงฆ์ที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสงฆ์ เพราะฉะนั้น จึงมีข้อจำกัดของกลุ่มตัวอย่างเฉพาะในกลุ่มพระสงฆ์เพียงอย่างเดียว ซึ่งเป็นกลุ่มคนส่วนน้อยของประชากรทั่วไป จึงอาจทำให้ผลการวิจัยมีความน่าเชื่อถือน้อยลงได้

ข้อเสนอแนะ

ผลของโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองต่ออาการซึมเศร้าในพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคจิตเภท สามารถสรุปเป็นข้อเสนอแนะด้านต่างๆ ได้ดังนี้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. โปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง ควรนำมาใช้บำบัดสำหรับผู้ป่วยจิตเภททุกรายในช่วงเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เพื่อเพิ่มความเข้มแข็งทางใจ ซึ่งเป็นส่วนสำคัญที่ช่วยบรรเทาความทุกข์ภายในจิตใจ สามารถลดและป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทได้

2. พยาบาลผู้ให้การบำบัดผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะซึมเศร้า ควรทำความเข้าใจแนวคิดของการทำโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง เพื่อความเข้าใจในตนเองและผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยให้การดำเนินกิจกรรมเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

3. พยาบาลผู้ให้การบำบัดพยาบาลต้องมีทักษะในการสร้างสัมพันธภาพ เพื่อสร้างความคุ้นเคย และความไว้วางใจก่อนการดำเนินกิจกรรม จะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความไว้วางใจ และให้ความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรม เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะซึมเศร้าจะไม่ค่อยให้ความร่วมมือ หรือเปิดเผยเรื่องส่วนตัวของตนเองให้คนอื่นฟังหากไม่เกิดความไว้วางใจ

4. ควรมีการติดตามระยะยาวเพื่อเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้นำความรู้และทักษะ ในการเรียนรู้ไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าและลดความเสี่ยงของการกลับเป็นซ้ำของโรคต่อไป โดยให้มีการประเมินผลทุก 3 เดือน 6 เดือน หรือตามความเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย

ด้านการศึกษาต่อเนื่อง

ควรมีการพัฒนาบุคลากรทางการพยาบาลให้มีความสามารถในการทำโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัย ติดตามผลลัพธ์ของการทำโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบ ประคับประคองในระยะยาวเพื่อติดตามประสิทธิผลของการบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่อง

2. ควรมีการนำโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง ไปศึกษาใช้กับบุคคลกลุ่มอื่นเพื่อ ลดภาวะซึมเศร้า เช่น ผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นฆราวาสทั่วไปทั้งชายและหญิง ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ติดสารเสพติด ผู้ดูแล และผู้ต้องหาในเรือนจำ เป็นต้น

3.ควรมีการศึกษาอาการซึมเศร้าอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมการ กลุ่มจิต บำบัดแบบประคับประคอง โดยมีระยะเวลาในการติดตามทุก 3 เดือน 6 เดือน 9 เดือนและ 1ปี โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

บรรณานุกรม

ภาษาไทย

- กนกวรรณ ลิ้มศรีเจริญ. (2558). โรคจิตเวชและโรคจิตชนิดอื่น. ใน นันทวัช สิทธิรักษ์ และคณะ (บรรณาธิการ). จิตเวช สิริราช DSM-5. กรุงเทพมหานคร: ประยูรสาส์นไทยการพิมพ์.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2560). รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2560. กรุงเทพฯ: หจก.บางกอกบลิ๊อค.
- กาญจนา สุดใจ. (2549). ศึกษาการใช้โปรแกรม การให้ความรู้ระดับครอบครัวต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วย จิตเภทที่ป่วยซ้ำในสถาบันจิตเวชศาสตร์ สมเด็จพระเจ้าพระยา. วิทยานิพนธ์ปริญญา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวช , คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เกษม ตันติผลาชีวะ. (2536). ตำราจิตเวชศาสตร์ เล่ม 1 (พิมพ์ครั้งที่2). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- จอมขวัญ นามสูตร. (2560). ภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้ามารับ การรักษาในสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์. เวชศาสตร์ร่วมสมัย, 60(6), 641-653.
- จุฑามาศ โกสียะกุล และ อันธิมา สายบุญศรี. (2554). ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อโรคซึมเศร้าในพระสงฆ์ อาพาธด้วยโรคซึมเศร้า ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสงฆ์. กรุงเทพฯ: วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย.
- ชรินทร์ ลิ้มสนธิกุล. (2552). การเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในประเทศไทย ฉบับที่ 1. กรุงเทพฯ: วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย.
- เขาวนีย์ ล่องชุมผล. (2547). ศึกษาผลการใช้กลุ่มบำบัดระดับครอบครัวต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรค ซึมเศร้า. วิทยานิพนธ์ปริญญา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและ จิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ดวงใจ กสานติกุล. (2542). โรคซึมเศร้ารักษาหายได้. กรุงเทพฯ: นำอักษรการพิมพ์.
- เทียนทอง บังศรี และสุภาวดี คำภุณา. (2540). รายงานผลการปฏิบัติงานโครงการผลการ ทำกลุ่มจิต บำบัดระดับครอบครัวต่อผู้ป่วย จิตเวชโรงพยาบาลศรีมหาโพธิ์. อุบลราชธานี โรงพยาบาลศรี มหาโพธิ์.
- บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร. (2553). ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ยูแอนดีไอ อินเตอร์มีเดีย จำกัด.
- ปริญนันท์ สละสวัสดิ์. (2556). ความชุกและปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยในโรคจิตเภท. วารสาร สถาบัน จิตเวชศาสตร์ สมเด็จพระเจ้าพระยา, 7(1), 37-48.
- ปริญนันท์ สละสวัสดิ์, รัชกร สุนทรธาเดชากิจ, ปิยวรรณ กลางประพันธ์, และสาวิตรี สุริยะฉาย. (2559). ผลของโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบระดับครอบครัวต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตเภท. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 30(3), 121-133.

- เพียรดี เปี่ยมมงคล. (2553). การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ; บริษัทธรรมสาร. ภัทรารักษ์ ทุ่งปิ่นคำ. (2551). การทำกลุ่มจิตบำบัดสำหรับบุคลากรทางสุขภาพ. เชียงใหม่: นันทพันธ์พรินต์ติ้ง.
- ภิญญ์นภัส พันธุ์ดนตรี. (2554). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภท ชุมชนในเขตภาคกลาง. วิทยานิพนธ์ปริญญา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต การพยาบาล สุขภาพจิต และจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วรัญญา โหมตเกษม และเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์. (2563). ผลของโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจแบบกลุ่มต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภท. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุดาพร สติยอุทการ. (2561). อาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท: ประเด็นสำคัญในการปฏิบัติการพยาบาล. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.; 30(3); 1-13
- สุมาลี สัยยะสิทธิพานิชย์ และคณะ. (2541). การ ศึกษาเรื่องการจัดกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับ ประคองสำหรับผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาล สวนปรุง. วารสารสวนปรุง, 2, 24-32.
- สุภาวดี เกษไชย, ยาใจ สิทธิมงคล, นพพร ว่องสิริมาศ, และสุภาภักดิ์ เกตราสุวรรณ. (2555). ปัจจัยทำนายอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรก. วารสารพยาบาลศาสตร์, 30(4), 90-101
- อภิชัย มงคล และคณะ. (2550). รายงานการประเมินผลโครงการป้องกันการฆ่าตัวตาย ปีงบประมาณ 2547. พิมพ์ครั้งที่ 1. ขอนแก่น: โรงพิมพ์พระธรรมขันธ์.
- อติตยา คำทวี และจินตนา ยูนิพันธ์. (2561). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนจากครอบครัวต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรก, วารสารพยาบาลทหารบก, 19, 250-258.
- อุษณีย์ บุญบรรจบ และเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์. (2561). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจ แบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า , วารสารพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 30(2), 110-123

CHULALONGKORN UNIVERSITY

ภาษาอังกฤษ

- Addington D, Addington J, Patten S. (1998). Depression in people with First-episode schizophrenia. *Br J Psychiatry Suppl.*, 172(33):90-2.
- Apichai Mongkol et al. (2007). *Suicide Prevention Project Assessment Report, Fiscal Year 2004*. 1st printing Khon Kaen: Phra Thammakhan Printing House.
- Avguštin, B. (2009). Depression in schizophrenia—literature overview. *Psychiatria Danubina*, 21(1), 93-97.
- Baker AF. (1989). How families cope. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*, 27: 31-6.
- Bandelow B, Müller P, Gaebel W, Köpcke W, Linden M, Müller-Spahn F, Pietzcker A, Reischies FM, Tegeler J. (1990). Depressive syndromes in schizophrenic patients after discharge from hospital. ANI Study Group Berlin, Düsseldorf, Göttingen,

- Munich. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 240(2):113-20. doi: 10.1007/BF02189981. PMID: 1981149.
- Baynes D, Mulhollan C, Cooper SJ, Montgomery RC, Macflynn G, Lynch G. (2000) Depressive symptoms in stable chronic schizophrenia: prevalence and Relationship to Psychopathology and treatment. *Schizophr Res*, 45:47-56.
- 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,et al. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Beeber,L.S. (1996). Pattern integration in young depressed women: Part I. *Achieves of Psychiatric Nursing*, 10(13): 151-156.
- Blazer, D.G. (2003). Depression in Late Life: Review and Commentary. *Journal of Gerontology Medical Sciences*, 58A(3), 249-265.
- Brandman, W. (1996). Intersubjectively, Social Microcism and the here and now in a support group for nurse. *Archive of General Psychiatry*, 6(10), 374-378
- Buckly, P., Miller, B., Lehrer, D., & Castle, D. (2009). Psychiatric Comorbidities and Schizophrenia. *Schizophr Bull*, 35(2), 383-402.
- Cailhol., Rodgers. R., Burmand, Y., Brunet, A., Damsa, C., Andreoli A. (2009). Therapeutic alliance in short-term support and psychodynamic psychotherapies: A necessary but not sufficient condition for outcome. *Psychiatry Research*, 170, 229-233.
- Chaowanee Longchoopol. 2004. *The effect of group supportive therapy on depression in older person with major depressive disorder*. Master Thesis of Nursing Science in Mental Health and Psychiatric Nursing, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University.
- Charin Limsonthikul. (2009). Access to services for depression patients in Thailand. *Journal of Mental Health of Thailand 2009*; 17(1); 56-66.
- Department of Mental Health, Ministry of Public Health. (2017). *Annual report of the Department of Mental Health, fiscal year 2017*. Bangkok: Bangkok Block Partnership.
- Davis, F. D., Bagozzi, R. P., &Warshaw, P. R. (1992). Extrinsic and intrinsic motivation to use computers in the workplace. *Journal of applied social psychology*, 22(14), 1111-1132.
- Duangjai Kasantikul. (1999) *Depression is curable*. Bangkok: Numautsorn Printing.

- Dutta, R., Murray, R. M., Allardyce, J., Jones, P. B., & Boydell, J. (2011). Early risk factors for suicide in an epidemiological first episode psychosis cohort. *Schizophrenia Research, 126*(1-3), 11-19.
- Gearing RE, Alonzo D, Smolak A, McHugh K, Harmon S, Baldwin S. (2011). Association of religion with delusions and hallucinations in the context of schizophrenia: implications for engagement and adherence. *Schizophr Res, 126*(1-3):150-63. doi: 10.1016/j.schres.2010.11.005. Epub 2010 Dec 4. PMID: 21131180.
- Gispén-de Wied CC. (2000). Stress in schizophrenia: an integrative view. *Eur J Pharmacol. Sep 29;405*(1-3): 375-84. doi: 10.1016/s0014-2999(00)00567-7. PMID: 11033342.
- Grove., Burns N., and Gray J. (2013). *The Practice of Nursing Research: Appraisal, Synthesis, and Generation of Evidence*. 7th Eds. China: Elsevier Saunders.
- Hill, L., & Smith, N. (1990). *Self-Care Nursing: Promotion of Health*. 2nd ed. New Jersey: Appleton and Lange.
- Jutamas Kosiyakul, Unticha saiboonsri. (2011). Factors Associated with the Onset of Major Depression Disorder at Outpatient Department in Priest Hospital. *J Psychiatr Assoc Thailand, 56*(3): 267-276.
- Kanokwan Limsricharoen. (2015). Psychiatric disorders and other types of mental disorders. In Nanthawat Sitthirak et al. (editor). *Psychiatry Siriraj DSM-5*. Bangkok: Prayurasan Thai Printing.
- Kanchana Sutchai. (2006). *A study of using group supportive education program on self-care behaviors of relapse schizophrenic patients at Somdet Chaophraya Institute of psychiatry*. Master Thesis of Nursing Science in Mental Health and Psychiatric Nursing, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University.
- Kasem Tantipalachiwa. (1993). *Textbook of Psychiatry*, Volume 1 (2nd Edition). Bangkok: printing House, Thammasat University.
- Kongsakon, R., Leelahanaj, T., Price, N., Biriny, S. L., Davey, P. (2005). Cost Analysis of the treatment of Schizophrenia in Thailand: a Simulation Model Comparing Olanzapine, Risperidone, Quetiapine, Ziprasidone and Haloperidol. *Journal of Medical Associate of Thailand, 88*(9), 1267-1277.
- Lorr, M., Wunderlich, R. A. (1986). Two objective Measures of Self-Esteem. *Journal of Personality Assessment, 50*(1), 18-23
- Marsh D. (1992). *Families and mental illness: New directions in professional practice*. Westport, United States: Praeger Publishers Inc.
- Moritz, S., Veckenstedt, R., Randjbar, S., Vitzthum, F., Karow, A., & Lincoln, T. (2010). Course and determinants of self-esteem in people diagnosed with

- schizophrenia during psychiatric treatment. *Psychosis*, 2 (2), 144–153.
- Novalis.(1993) Clinical manual of supportive psychotherapy.
- Ogden, P., Minton, K., Pain, C., & van der Kolk, B. (2006). *Trauma and the body: A sensorimotor approach to psychotherapy* (Norton series on interpersonal neurobiology). WW Norton & Company.
- Pattraporn Thungpunkham. (2008). *Psychotherapy Group for Health Personnel*. Chiang Mai: Nantaphan Printing.
- Pearson, G. S. (2006). The client with thought disorder. In W. K. Mohr ed. *Psychiatric mental health Nursing*. 6th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Piandee Piammongkol. (2010). *Mental health and psychiatric nursing*. First edition. Bangkok: Thammasarn Company.
- Polit, D.F. & Beck, C.T. (2004). *Nursing Research: Principles and Methods* (Nursing Research: Principles & Practice. 7th Eds. Philadelphia PA, US: Lippincott Williams & Wilkins.
- Preeyanun Salasawadi. (2013). Prevalence and predictive factor of depression among schizophrenia in in-patients unit, Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry. *Journal of Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry*, 7(1): 37-48.
- Preeyanun Salasawadi, Rutchaporn Soontaradechakit, Piyawan Klancprapan and Sawitree Suriyachai. (2016). Effects of group supportive psychotherapy program on depression in patients with schizophrenia. *Journal Psychiatric and Mental Health Nurse*, 30(3): 121-133.
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2003). *Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry*. U.S.A: Lippincott Williams & Wilkins.
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2007). *Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry*. (10th ed.). Philadelphia, PA, US: Lippincott Williams & Wilkins Publishers.
- Sumalee Saiyasitthipanich et al. (1998). A study of the palliative psychotherapy group for Psychiatric patients in Suanprung Hospital. *Suanprung Journal*, 2, 24-32.
- Supawadee Ketchai, Yajai Sitthimongkol, Nopporn Vongsirimas, Supapak Petrasuwan, (2012) Predictors of Depressive Symptoms in Individual with First–episode Schizophrenia. *J Nurs Sci*, 30 (4); 90-101
- Swaminathan, H., Hambleton, R. K., & Algina, J. (1975). A Bayesian decision-theoretic procedure for use with criterion-referenced tests. *Journal of Educational measurement*, 12; 87-98.
- Upthegrove, R., Marwaha, S., & Birchwood, M. (2017). Depression and schizophrenia: cause, consequence, or trans-diagnostic issue? *Schizophrenia bulletin*, 43(2),

240-244.

Usanee Boonbunjob and Pennapa Dangdomyouth. (2018). The Effect of Family-Involved Resilience Promoting Program on Depression In Older Persons with Major Depressive Disorder. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University*, 30(2); 110-123.

Veselinova, C. (2013). HSC 3008: Implement therapeutic group activities. *Nursing & Residential Care*, 15(5), 284-287.

World Health Organization. (2013). *Schizophrenia*. Retrieved November 1, 2020 from: http://www.who.int/mental_health/management/schizophrenia/en.

Yalom, I. D. (1995). *The theory and practice of group psychotherapy*. Basic Books (AZ).





ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน
นพ.นรवीร์ พุ่มจันทร์	นายแพทย์เชี่ยวชาญ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา กรมสุขภาพจิต
ดร.วิภาวี เผ่ากัณฑ์ทราก	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้าหอผู้ป่วยใน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา กรมสุขภาพจิต
นางสาว วัฒนาภรณ์ พิบูลอาลักษณ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา กรมสุขภาพจิต
นาง พิมพ์ชนก หาคำ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จ.อุบลราชธานี
ผศ.ดร.รัชนีกร อุปเสน	อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ ภาควิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ข

ผลการพิจารณาจริยธรรม ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และหนังสือ
ยินยอมประชากรกลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

หนังสือรับรองจริยธรรมเพื่อการวิจัย โรงพยาบาลสงฆ์ กรมการแพทย์



โรงพยาบาลสงฆ์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
445 ถนนศรีอยุธยา แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กทม.19400
โทร. 0-2640-9537 ต่อ 5433 โทรสาร 0-2354-4287 0-2354-4306

เอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมเพื่อการวิจัย
โรงพยาบาลสงฆ์ กรมการแพทย์

T 5 ล.ย. 2564 เลขที่ .../2564

ชื่อโครงการ ผลของโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบปรับระดับประคองต่ออาการซึมเศร้าในพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคจิตเภท

ชื่อหัวหน้าโครงการ นางสาวสุกัศสรา สิมมา

หน่วยงาน คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับแนวปฏิบัติ
เชิงจริยธรรม จากคณะกรรมการจริยธรรมเพื่อการวิจัย โรงพยาบาลสงฆ์ กรมการแพทย์

ที่	รายนาม	ตำแหน่ง	คณะกรรมการ	ลงนาม
1.	นายอนุตพงษ์ ชูจันทร์	นายแพทย์ ชำนาญการพิเศษ	ประธานกรรมการ	
2.	นางปริญดา พิธีธรรมานนท์	เภสัชกร เชี่ยวชาญ	กรรมการ	
3.	นางสาวจิราภรณ์ ศรีไชย	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการพิเศษ	กรรมการ	
4.	นางสาวนุชจรี พงษ์นริศร	ทันตแพทย์ ชำนาญการพิเศษ	กรรมการ	
5.	นางอัญญาณี นรนิคชัชกุล	นายแพทย์ ชำนาญการพิเศษ	กรรมการ	
6.	นางคุษฎี ใหญ่เรืองศรี	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการพิเศษ	กรรมการ	
7.	นายสุรวุฒิ สุขสวัสดิ์	นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ	กรรมการ และเลขานุการ	
8.	นายสมภพ ปานมณี	ผู้ช่วยนักวิจัย	กรรมการ และผู้ช่วยเลขานุการ	

ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองต่ออาการซึมเศร้าในพระสงฆ์
ที่อาพาธด้วยโรคจิตเภท

ชื่อผู้วิจัย นางสาวสุภัทสร สิมมา นิสิตสาขาการพยาบาลศาสตร์ (การสุขภาพจิตและจิตเวช)
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย

ที่ทำงาน: ศูนย์คัดกรอง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสงฆ์ อาคาร 90 ปีสมเด็จพระเจ้า 90
445 ถนนศรีอยุธยา แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ โทรศัพท์ 02-6409537 ต่อ
5131

ที่บ้าน: 694/1 หมู่ 13 ต.ธาตุเชิงชุม อ.เมือง จ.สกลนคร 47000

โทรศัพท์มือถือ: 092-6847645 **E-mail:** aommy.nursepriest@gmail.com

ข้อมูลเกี่ยวกับการให้คำยินยอมและเอกสารอื่น ๆ ในการวิจัยประกอบด้วยคำอธิบายดังต่อไปนี้

1. ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัย ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัยมีความ
จำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้ทำขึ้นเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบ
ประคับประคองต่ออาการซึมเศร้าในพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคจิตเภท

กรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบ และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม
หรือข้อมูลที่ไม่ชัดเจนได้ตลอดเวลา

2. การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบ
ประคับประคองต่ออาการซึมเศร้าในพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคจิตเภท

3. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบอาการซึมเศร้าของพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคจิตเภทก่อนและหลังได้รับ
โปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง

4. รายละเอียดของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยคือ พระสงฆ์อาพาธที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทตามคู่มือ
การวินิจฉัยตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD-10) ที่เข้ารับการรักษาที่กลุ่มงาน
พยาบาลจิตเวชผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลตติยภูมิจำนวน 15 รูป ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ในการคัด
เข้าและคัดออก มีการวัดผลก่อนและหลังการทดลอง ใช้ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย 6 สัปดาห์
โดยผู้วิจัยขออนุญาตดูแลพระสงฆ์ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยจากผู้ดูแลหลักหรือผู้ที่มีอำนาจในการดูแล

5. กระบวนการวิจัยที่กระทำต่อกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

5.1. ผู้เข้าร่วมการวิจัยจะได้รับโปรแกรมผลของโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง
ต่ออาการซึมเศร้าในพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคจิตเภท และผู้วิจัยให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยตอบ
แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ใช้เวลาประมาณคนละ 15 นาที หลังจากนั้นผู้วิจัยให้ความรู้ และใน
สัปดาห์ที่ 1 ให้ผู้เข้าร่วมวิจัย ได้เรียนรู้และฝึกทักษะกิจกรรมที่ 1 คือการสร้างความไว้วางใจและ
แรงจูงใจกิจกรรมที่ 2 การสำรวจและค้นหาปัญหา โดยการเชื่อมโยงสู่ภาวะซึมเศร้า และเรียนรู้แก้ไข
กิจกรรมที่ 3 เปิดใจปรับทุกข์กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการสร้างสัมพันธภาพกิจกรรมที่ 5 การ
เผชิญปัญหาและเรียนรู้การจัดการกับภาวะซึมเศร้าและ กิจกรรมที่ 6 การพัฒนาทักษะการกลับสู่

สังคมผู้วิจัยอธิบายวิธีการทำกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองในกลุ่มพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคจิตเภท และทำหน้าที่เป็นผู้นำกลุ่มทุกครั้ง ทั้งหมด 6 สัปดาห์ และนัดผู้ป่วยมาอีกครั้งหลังจากสัปดาห์ที่ 6 หลังเสร็จสิ้นโปรแกรม เพื่อทำการประเมินผลอาการซึมเศร้าในพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคจิตเภทอีกครั้ง ใช้เวลาประมาณ 30 นาที ผู้วิจัยแจ้งผลคะแนนทุกคนทราบ แจ้งสิ้นสุดการทดลองและกล่าวขอบคุณผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคนก่อนปิดโครงการและได้มีการประเมินผลภายหลังสิ้นสุดการทดลองในสัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 4

6. การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยคาดว่าจะไม่มีความเสี่ยงใดๆเกิดขึ้น แต่หากเกิดอาการไม่พึงประสงค์ต่อกลุ่มผู้เข้าร่วมการวิจัย เช่น เหนื่อยมาก มีอาการเวียนศีรษะ หน้ามืดเป็นลม หงุดหงิด กระทบกระชวย ลุกกลน ไม่มีสมาธิอย่างต่อเนื่อง อาการผิดปกติกรรมเปลี่ยนไป ก้าวร้าว เป็นต้น ผู้วิจัยจะแนะนำให้กลุ่มผู้เข้าร่วมการวิจัยรายนั้นหยุดพักทันที ถ้าอาการไม่ดีขึ้นแนะนำให้พบแพทย์

7. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับในการเข้าร่วมวิจัยได้โปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองต่ออาการซึมเศร้าในพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคจิตเภท ซึ่งจะมีผลช่วยลดอาการซึมเศร้าในพระสงฆ์โรคจิตเภท และมีคุณภาพชีวิตที่ดี รวมทั้งเป็นแนวทางในการนำวิจัยไปพัฒนาการรักษาพยาบาลจิตเวช ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อองค์กรได้ในภายภาคหน้า

8. การเข้าร่วมเป็นกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเป็นโดย **สมัครใจ** และสามารถ **ปฏิเสธ**ที่จะเข้าร่วมหรือ **ถอนตัว**จากการวิจัยได้ทุกขณะ โดยไม่ต้องให้เหตุผลและไม่มีผลกระทบต่อ การดูแลรักษา

9. หากท่านมีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติมได้โดยสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือโทษเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบอย่างรวดเร็ว **เพื่อให้ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยทบทวนว่ายังสมัครใจจะอยู่ในงานวิจัยต่อไปหรือไม่**

10. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับท่านจะเก็บเป็น **ความลับ** ผู้วิจัยขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากทะเบียนประวัติของผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลเกี่ยวกับผู้เข้าร่วมการวิจัยจะถูกถอดออกเป็นรหัส หากเป็นการเสนอผลการวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวม ข้อมูลใดที่สามารถระบุถึงตัวท่านได้จะไม่ปรากฏในรายงาน

11. ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทน ค่าพาหนะหรือค่าชดเชยการเสียเวลา แต่มีเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยมอบให้สำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้

12. ระยะเวลาที่ผู้เข้าร่วมวิจัยจะต้องเกี่ยวข้องกับการวิจัยใช้เวลา 6 สัปดาห์

13. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147 หรือ 0-2218-8141 โทรสาร 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th

ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้เข้าร่วมวิจัย
(Information consent form)

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

ที่อยู่.....โทรศัพท์.....

ซึ่งได้ลงนามท้ายหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองต่ออาการซึมเศร้าในพระสงฆ์ที่
อาพาธด้วยโรคจิตเภท

ชื่อผู้วิจัย นางสาวสุภัทสร สิมมานิสิตสาขารพยาบาลศาสตร์
(การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช) คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย

ที่ทำงาน:ศูนย์คัดกรอง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสงฆ์ อาคาร 90 ปีสมเด็จพระเจ้า ชั้น 1
445 ถนนศรีอยุธยา แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ โทรศัพท์ 02-6409537 ต่อ 5131

ที่บ้าน:694/1 หมู่13 ต.ธาตุเชิงชุม อ.เมือง จ.สกลนคร 47000

โทรศัพท์มือถือ:094-4908833E-mail: aommy.nursepriest@gmail.com

ข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียด
ขั้นตอนต่างๆที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้น
จากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด และได้รับ
คำอธิบายจากผู้วิจัยจนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย
โดยข้าพเจ้ายินยอม ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการกลับ
เป็นซ้ำก่อนการทดลอง เมื่อครบกำหนด 6 สัปดาห์และได้ทราบถึงประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย
เรื่องนี้แล้ว

ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ **โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล**
ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบในทางใดๆต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติตามข้อที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจง
ผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใดๆที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยการนำ
เสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในรายงานที่จะนำไปสู่การระบุถึงตัวข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147, 0-2218-8141 โทรสาร 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ ลงชื่อ
 (.....) (.....)
 ผู้วิจัยหลัก ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ
 (.....)
 พยาน

วันที่/...../.....

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 CHULALONGKORN UNIVERSITY



การคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา

โดยการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ซึ่งถือเกณฑ์ตามผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นตรงกันและสอดคล้องกัน ซึ่งค่าที่ยอมรับได้ คือ .08 ขึ้นไป ซึ่งผู้วิจัยคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา โดยใช้สูตรดังนี้ (Hambleton et al., 1975 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตนรากุล, 2555)

1.ค่าความเที่ยงของแบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท (The Thai version of Calgary Depression Scale for Schizophrenia : CDSS) โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient)

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

แบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทนี้สามารถคำนวณได้ค่า CVI = 0.84

2.ค่าความเที่ยงของแบบประเมินสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Thai Interpersonal Questionnaire) โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient)

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

แบบประเมินสัมพันธภาพระหว่างบุคคลนี้ สามารถคำนวณได้ค่า CVI = 0.9



ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องหน้าข้อความและเติมข้อความลงในช่องว่าง(....)ที่เว้นไว้ให้ตรงกับความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่านมากที่สุด

1. เพศ 1.ชาย 2.หญิง
2. อายุปี
3. นับถือศาสนา พุทธ คริสต์ อิสลาม อื่นๆ (ระบุ).....
4. ระดับการศึกษา

<input type="checkbox"/> ไม่ได้เรียนหนังสือ	<input type="checkbox"/> ประถมศึกษา
<input type="checkbox"/> มัธยมศึกษาตอนต้น ม.3	<input type="checkbox"/> มัธยมศึกษาตอนปลาย ม. 6
<input type="checkbox"/> อนุปริญญา/ปวส.	<input type="checkbox"/> ปริญญาตรี
<input type="checkbox"/> ปริญญาโทหรือสูงกว่า	
5. รายได้ของท่านต่อเดือน

<input type="checkbox"/> ไม่มีรายได้	<input type="checkbox"/> น้อยกว่า 5,000 บาท
<input type="checkbox"/> 5,000-10,000 บาท	<input type="checkbox"/> มากกว่า 10,000 บาท
6. ระยะเวลาการเจ็บป่วยทางจิต.....ปี.....เดือน
7. ประวัติการทำร้ายตนเอง
 - 7.1. ท่านมีความคิดทำร้ายตนเอง

<input type="checkbox"/>	มี.....ครั้ง ท่านคิดทำร้ายตนเองด้วยวิธี.....
<input type="checkbox"/>	ไม่มี
 - 7.2. ท่านเคยทำร้ายตนเอง

<input type="checkbox"/>	เคย.....ครั้ง ท่านเคยทำร้ายตนเองด้วยวิธี
<input type="checkbox"/>	ไม่เคย

8.ประวัติอาการซึมเศร้าในครอบครัว

8.1.คนในครอบครัว (เช่น พ่อ แม่ พี่ น้อง ลุง ป้า น้า อา ปู่ ย่า ตา ยาย) เคยมีอาการซึมเศร้า
 ไม่มีความสุข เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ รู้สึกผิด รู้สึกตัวเองไร้ค่า และมีความรู้สึกสิ้นหวัง เป็นต้น

- มี เกี่ยวข้องเป็น.....กับท่าน
- อาการที่พบ คือ.....

ไม่มี (ไม่ต้องตอบข้อ 8.2,8.3)

8.2.คนในครอบครัวมีอาการซึมเศร้านาน.....ปี.....เดือน

8.3.คนในครอบครัวที่มีอาการซึมเศร้าได้รับการรักษาหรือไม่

- ได้รับ ที่.....
- ไม่ได้รับ

ชุดที่ 1 แบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท

เป็นแบบวัดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภท ซึ่งเป็นแบบประเมินที่ Addington et al., (1990) สร้างและพัฒนามาจาก Max Hamilton (1960) และ Wing et al. (1974) และจากการสังเกตถึงอาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโดยตรง ประกอบด้วย 9 ข้อ แต่ละข้อมีคะแนน 0, 1, 2, 3 และมีคะแนนรวมตั้งแต่ 0-27 ถ้าได้คะแนนรวมมากกว่าหรือเท่ากับ 5 คะแนน ถือว่าผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้า มีการให้คะแนนแต่ละข้อดังนี้

- 0 ไม่มี
- 1 เล็กน้อย แสดงความเศร้าบางอย่างหรือความท้อใจเมื่อถาม
- 2 ปานกลาง มีอารมณ์ซึมเศร้าอย่างชัดเจนต่อเนื่องกันไม่เกินครึ่งหนึ่งของเวลาทั้งหมดในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยเกิดขึ้นทุกวัน
- 3 รุนแรง มีอารมณ์ซึมเศร้าอย่างมาก ต่อเนื่องทุกวัน เกินกว่าครึ่งหนึ่งของเวลาทั้งหมด โดยส่งผลต่อการเคลื่อนไหวของร่างกายและกิจกรรมทางสังคม

ซึ่งมีทั้งหมด 9 ข้อ ดังนี้

1. ความซึมเศร้า: ท่านจะบรรยายถึงอารมณ์เศร้าของท่านในช่วงสองสัปดาห์ที่ผ่านมาอย่างไร?

- 0 ไม่มี
- 1 เล็กน้อย แสดงความเศร้าบางอย่างหรือความท้อใจเมื่อถาม
- 2 ปานกลาง มีอารมณ์ซึมเศร้าอย่างชัดเจนต่อเนื่องกันไม่เกินครึ่งหนึ่งของเวลาทั้งหมดในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยเกิดขึ้นทุกวัน
- 3 รุนแรง มีอารมณ์ซึมเศร้าอย่างมาก ต่อเนื่องทุกวัน เกินกว่าครึ่งหนึ่งของเวลาทั้งหมด โดยส่งผลต่อการเคลื่อนไหวของร่างกายและกิจกรรมทางสังคม

2.ความรู้สึกสิ้นหวัง: ท่านมองตัวเองในอนาคตว่าเป็นอย่างไร? ท่านมองว่ามีอนาคตบ้างไหม? หรือว่าชีวิตดูสิ้นหวัง?

- 0 ไม่มี
- 1 เล็กน้อย มีบางครั้งที่รู้สึกสิ้นหวังในช่วงเวลา 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา แต่ยังคงมีความหวังในระดับหนึ่ง กับอนาคต
- 2 ปานกลาง รู้สึกสิ้นหวังปานกลางอย่างต่อเนื่องในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา สามารถชักจูงให้ยอมรับความเป็นไปได้ว่าสิ่งต่างๆจะดีขึ้น
- 3 รุนแรง รู้สึกสิ้นหวังที่ทุกข์ทรมานและต่อเนื่อง

3.ความรู้สึกไร้ค่า: ท่านมองตนเองว่าเป็นคนอย่างไรเมื่อเปรียบเทียบกับคนอื่น? ท่านรู้สึกว่าคุณดีกว่า, ต่ำกว่า, หรือว่าพอๆกันกับคนอื่น?

- 0 ไม่มี
- 1 เล็กน้อย รู้สึกต่ำต้อยบ้าง แต่ไม่ได้มากจนรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า
- 2 ปานกลาง รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า แต่น้อยกว่า 50% ของเวลา
- 3 รุนแรง รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า มากกว่า 50% ของเวลา แต่เมื่อถูกชักจูงก็ยอมรับได้ว่าตนเองไม่ได้ไร้ค่า

4.ความคิดว่าตนเองผิดเนื่องจากถูกกล่าวหา: คุณรู้สึกว่าถูกตำหนิหรือถูกกล่าวหาโดยไม่เป็นจริงบ้างไหม? เป็นเรื่องอะไร? (ไม่นับหากเป็นการตำหนิหรือกล่าวหาที่สมเหตุสมผล และไม่รวมความคิดหลงผิดว่าตนทำผิด)

- 0 ไม่มี
- 1 เล็กน้อย รู้สึกว่าถูกตำหนิแต่ไม่ถูกกล่าวหาน้อยกว่า 50% ของเวลา
- 2 ปานกลาง รู้สึกว่าถูกตำหนิ และ/หรือ ถูกกล่าวหาเป็นบางครั้ง
- 3 รุนแรง รู้สึกว่าถูกกล่าวหาอย่างต่อเนื่อง แต่เมื่อถูกชักจูงก็ยอมรับได้ว่าตนไม่ได้ถูกกล่าวหา

5. ความรู้สึกผิดแบบมีพยาธิสภาพ: ท่านมีแนวโน้มที่จะตำหนิตัวเองสำหรับเรื่องเล็กน้อยที่ท่านทำไปในอดีตไหม? ท่านคิดว่าท่านสมควรที่จะรู้สึกผิดเกี่ยวกับมันมากอย่างนี้หรือไม่?

- 0 ไม่มี
- 1 เล็กน้อย รู้สึกผิดมากเกินไปเกี่ยวกับการกระทำในอดีต แต่น้อยกว่า 50% ของเวลา
- 2 ปานกลาง มักจะรู้สึกผิด (มากกว่า 50% ของเวลา) เกี่ยวกับการกระทำในอดีต ซึ่งผู้ถูกสัมภาษณ์ให้ความสำคัญมากเกินไปจริง
- 3 รุนแรง มักจะรู้สึกว่าตนสมควรถูกตำหนิสำหรับทุกอย่างที่ผิดพลาดไป แม้ว่าจะไม่ใช่ความผิดของตนก็ตาม

6. ความซึมเศร้าตอนเช้า: เมื่อท่านรู้สึกซึมเศร้าในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านสังเกตว่าความซึมเศร้าแย่งลงในช่วงเวลาไหนของวันเป็นพิเศษหรือไม่?

- 0 ไม่มี ไม่มีความซึมเศร้า
- 1 เล็กน้อย มีความซึมเศร้า แต่ไม่มีการเปลี่ยนแปลงตามช่วงเวลา
- 2 ปานกลาง ผู้ถูกสัมภาษณ์บอกเองว่าความซึมเศร้าแย่งลงในช่วงเช้า
- 3 รุนแรง ความซึมเศร้าแย่งลงมากในช่วงเช้า และส่งผลให้การทำหน้าที่เสียไป ความซึมเศร้าดีขึ้นในช่วงบ่าย

7. ตื่นนอนเร็วกว่าปกติ: ท่านตื่นนอนเร็วกว่าปกติหรือไม่? ภายในหนึ่งสัปดาห์เกิดขึ้นบ่อยแค่ไหน?

- 0 ไม่มี ไม่มีการตื่นนอนเร็วกว่าปกติ
- 1 เล็กน้อย ตื่นนอนก่อนเวลาปกติหรือก่อนนาฬิกาปลุกอย่างน้อย 1 ชั่วโมงเป็นครั้งคราว (1-2 ครั้ง/สัปดาห์)
- 2 ปานกลาง มักจะตื่นนอนก่อนเวลาปกติหรือก่อนนาฬิกาปลุกอย่างน้อย 1 ชั่วโมง (3-5 ครั้ง/สัปดาห์)
- 3 รุนแรง ตื่นนอนก่อนเวลาปกติอย่างน้อย 1 ชั่วโมงทุกวัน

8.การฆ่าตัวตาย: ท่านรู้สึกว่าคุณไม่มีค่าพอที่จะใช้ชีวิตอยู่หรือไม่? ท่านเคยรู้สึกอยากจะทำชีวิตบ้างไหม? ท่านเคยลองทำจริงๆไหม?

- 0 ไม่มี
- 1 เล็กน้อย มีความคิดว่าตายไปเสียดีกว่า หรือคิดฆ่าตัวตายอยู่บ่อยๆ
- 2 ปานกลาง มีแผนการฆ่าตัวตาย แต่ไม่เคยพยายามทำจริง
- 3 รุนแรง มีการพยายามฆ่าตัวตายที่ดูแล้วต้องการจบชีวิต (นั่นคือ ถูกพบโดยบังเอิญ หรือวิธีการที่ใช้ไม่สำเร็จผล)

9.ความซึมเศร้าที่สังเกตได้: ขึ้นอยู่กับการสังเกตของผู้สัมภาษณ์ระหว่างการสัมภาษณ์ตั้งแต่ต้นจนจบ การถามว่า “ท่านรู้สึกอยากจะทำหรือไม” ณ เวลาที่เหมาะสมระหว่างการสัมภาษณ์ อาจทำให้ได้ข้อมูลที่มีประโยชน์สำหรับการสังเกตนี้

- 0 ไม่มี
- 1 เล็กน้อย ผู้ถูกสัมภาษณ์ดูเศร้า และเสียใจในบางขณะของการสัมภาษณ์ แต่อารมณ์ปกติเมื่อพูดถึงเรื่องที่ไม่เศร้า
- 2 ปานกลาง ผู้ถูกสัมภาษณ์ดูเศร้าตลอดการสัมภาษณ์ ด้วยน้ำเสียงราบเรียบอย่างเศร้าหมองและร้องไห้หรือเกือบจะร้องไห้บางครั้ง
- 3 รุนแรง ผู้ถูกสัมภาษณ์สะอึกสะอื้นเมื่อพูดถึงหัวข้อที่ทุกขใจ ถอนหายใจบ่อยครั้ง และร้องไห้อย่างเปิดเผย หรืออยู่ในภาวะที่ดูทุกขใจอยู่อย่างต่อเนื่อง ถ้าผู้สัมภาษณ์แน่ใจว่าสิ่งนี้ปรากฏจริง

ชุดที่ 2 แบบประเมินสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Thai Interpersonal Questionnaire)

โดย พีรพนธ์ ลีบุญธวัชชัย (2553) ซึ่งแปลมาจาก Weissman and Verdeli (2000) ประกอบด้วย 4 ด้านที่เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ดังนี้

ด้านที่ 1 อารมณ์เศร้าโศกจากการเสียชีวิตของบุคคลอันเป็นที่รัก (grief/complicated bereavement) มีช่วงคะแนน 0-12

ด้านที่ 2 ความขัดแย้งกับบุคคลสำคัญ (Interpersonal role disputes) มีช่วงคะแนน 0-15

ด้านที่ 3 การเปลี่ยนผ่านบทบาททางสังคม (role transitions) มีช่วงคะแนน 0-9

ด้านที่ 4 ความบกพร่องทางสัมพันธภาพ (Interpersonal deficits) มีช่วงคะแนน 0-12

การคิดคะแนนและแปลผล

ช่วงระดับคะแนน	มีการปรับตัวและ แก้ไขปัญหาคือ แก้ไขปัญหา	มีปัญหาการปรับตัว และแก้ไขความขัดแย้ง	มีปัญหามาก ในการปรับตัวและ
ด้านที่1 (0-12)	0-3	4-6	7-12
ด้านที่2 (0-15)	0-5	6-10	11-15
ด้านที่3 (0-9)	0-3	4-6	7-9
ด้านที่4 (0-12)	0-3	4-7	8-12

คำชี้แจง ข้อใดตรงกับความเป็นจริงของท่านที่สุดในช่วงระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา โปรดทำเครื่องหมาย
 ✓ ลงใน หรือเติมข้อความลงในช่องว่างตามความเป็นจริง

1. ท่านระลึกถึงบุคคลที่ใกล้ชิดกับท่านที่เสียชีวิตไปหรือไม่

ไม่เลย (0) บางครั้ง (1) บ่อยๆ (2) ตลอดเวลา (3)

ถ้าตอบว่าไม่เลย ให้ข้ามไปที่คำถามที่ 2

ก. ท่านได้ระลึกถึงช่วงเวลาที่มีความสุขกับบุคคลคนนั้นหรือไม่

ไม่เลย (3) บางครั้ง (2) บ่อยๆ (1) ตลอดเวลา (0)

ข. ท่านได้ระลึกถึงช่วงเวลาที่มีปัญหาในความสัมพันธ์กับบุคคลนั้นหรือไม่

ไม่เลย (3) บางครั้ง (2) บ่อยๆ (1) ตลอดเวลา (0)

ค. ท่านได้ร่วมทำกิจต่างๆ ก่อนการเสียชีวิตของบุคคลนั้นหรือไม่

ไม่เลย (3) บางครั้ง (2) บ่อยๆ (1) ตลอดเวลา (0)

ง. ท่านได้หาวิธีการที่จะทดแทนความสูญเสียที่เกิดขึ้นหรือไม่

ไม่เลย (3) บางครั้ง (2) บ่อยๆ (1)

ตลอดเวลา (0)

2. ท่านมีปัญหาความขัดแย้งกับบุคคลสำคัญในชีวิตของท่านหรือไม่

ไม่เลย (0) บางครั้ง (1) บ่อยๆ (2) ตลอดเวลา (3)

ถ้าตอบว่าไม่เลย ให้ข้ามไปที่คำถามที่ 3

ก. ท่านได้บอกเขาโดยตรงหรือไม่ว่าท่านรู้สึกอย่างไร

ไม่เลย (3) บางครั้ง (2) บ่อยๆ (1) ตลอดเวลา (0)

ข. ท่านได้ช่วยให้เขาเข้าใจความคิดเห็นของท่านหรือไม่

ไม่เลย (3) บางครั้ง (2) บ่อยๆ (1) ตลอดเวลา (0)

ค. ท่านเข้าใจความคิดเห็นของบุคคลอื่นหรือไม่

ไม่เลย (3) บางครั้ง (2) บ่อยๆ (1) ตลอดเวลา (0)

ง. ท่านสามารถแก้ไขปัญหาของท่านกับบุคคลนั้นได้

ไม่เลย (3) บางครั้ง (2) บ่อยๆ (1) ตลอดเวลา (0)

จ. ท่านรู้สึกว่ามีความสุขกับความสัมพันธ์กับบุคคลสำคัญในชีวิตของท่านหรือไม่

ไม่เลย (3) บางครั้ง (2) บ่อยๆ (1) ตลอดเวลา (0)

3. มีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นในชีวิตท่าน (เช่น ปัญหาครอบครัว, ปัญหาสุขภาพ, ปัญหาเศรษฐกิจ หรือมีปัญหาความสัมพันธ์กับคนรอบข้าง เป็นต้น) ในช่วงเวลาที่ผ่านมานั้นหรือไม่

ไม่เลย (0) บางครั้ง (1) บ่อยๆ (2) ตลอดเวลา (3)

ถ้าท่านตอบว่าไม่เลย ให้ข้ามไปคำถามที่ 4

ก. กรุณาระบุการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นลงที่นี่.....

ข. ท่านสามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงได้หรือไม่

ไม่เลย (3) บางครั้ง (2) บ่อยๆ (1) ตลอดเวลา (0)

ค. ท่านสามารถทำหน้าที่ที่จกวัตรส่วนตัวได้เป็นปกติหลังการเปลี่ยนแปลงนี้หรือไม่

ไม่เลย (3) บางครั้ง (2) บ่อยๆ (1) ตลอดเวลา (0)

ง. ท่านพึงพอใจกับการเปลี่ยนแปลงนี้ได้หรือไม่

ไม่เลย (3) บางครั้ง (2) บ่อยๆ (1) ตลอดเวลา (0)

4. ในช่วงเวลาที่ผ่านมานั้น ท่านรู้สึกโดดเดี่ยวบ้างหรือไม่

ไม่เลย (0) บางครั้ง (1) บ่อยๆ (2) ตลอดเวลา (3)

ถ้าท่านตอบว่าไม่เลย ถือว่าจบแบบสอบถาม

ก. ท่านได้ใช้เวลากับบุคคลอื่นหรือไม่

ไม่เลย (3) บางครั้ง (2) บ่อยๆ (1) ตลอดเวลา (0)

ข. ท่านพึงพอใจในความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นๆหรือไม่

ไม่เลย (3) บางครั้ง (2) บ่อยๆ (1) ตลอดเวลา (0)

ค. ท่านรู้สึกลำบากใจในการทำความรู้จักบุคคลใหม่ๆหรือไม่

ไม่เลย (0) บางครั้ง (1) บ่อยๆ (2) ตลอดเวลา (3)

ง. ท่านมีความยากลำบากในการรักษามิตรภาพกับบุคคลอื่นๆไว้หรือไม่

ไม่เลย (0) บางครั้ง (1) บ่อยๆ (2) ตลอดเวลา (3)



โปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองต่ออาการซึมเศร้าในพระสงฆ์ที่
อาหารด้วยโรคจิตเภท



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
จัดทำโดย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

นางสาวสุภัทสร สิมมา

รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุดาพร สถิตยुทธการ

สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต (นอกเวลาราชการ)

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แนวคิดและหลักการ

โปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเพื่อใช้ในการศึกษาคั้งนี้ ประยุกต์มาจากแนวคิดของ Yalom ซึ่งเน้นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันของสมาชิก เพื่อให้เกิดปัจจัยการบำบัด (Therapeutic Factors) เป็นกลไกในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เกิดจากความคิดหลัก ด้านลบ 3 ประการ ตามแนวคิดของ Beck (1967) การดำเนินกลุ่มในแต่ละครั้ง แบ่งระยะพัฒนาการ เป็น 3 ระยะ ดังต่อไปนี้

ระยะที่ 1 ระยะสร้างสัมพันธภาพ ระยะที่ 2 ระยะดำเนินกลุ่ม และระยะที่ 3 ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม โดยมีผู้บำบัดเป็นผู้ควบคุมให้การดำเนินกลุ่ม เพื่อให้เกิดปัจจัยการบำบัด (Therapeutic Factors) 11 ข้อ ซึ่งก่อให้เกิดการลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท

Yalom (1995) ได้กล่าวถึง ปัจจัยที่มีผลต่อการบำบัด (Curative factors) ว่าเป็นกลไกที่ทำให้สมาชิกเกิดเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมี 11 ข้อ และมีความเกี่ยวข้องกัน ใช้เป็นกรอบแนวคิดสำหรับการประเมินผลสำเร็จของการทำกลุ่ม เพราะปัจจัยเหล่านี้เป็นองค์ประกอบพื้นฐานสำหรับการเลือกใช้เทคนิคหรือขั้นตอนของผู้นำกลุ่ม บางครั้งปัจจัยที่มีผลต่อการบำบัดก็จะปรากฏเดี่ยวๆหรือปรากฏแบบรวมเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการกลุ่ม มีรายละเอียดดังนี้

3.2.1 การรู้ถึงคุณค่าของตนเอง (Altruism) การเข้ากลุ่มทำให้สมาชิกได้มีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา ได้มีโอกาสให้ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ต่อสมาชิกคนอื่นๆ มีความกระตือรือร้นที่จะช่วยเหลือและเห็นความสำคัญของคนอื่นมากกว่าตนเอง ทำให้สมาชิกมองเห็นคุณค่าของตนเอง

3.2.2 การผูกพันจิตใจต่อกัน (Group cohesiveness) การเข้ากลุ่มอย่างสม่ำเสมอจะทำให้สมาชิกรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม มีความเป็นเจ้าของกลุ่มร่วมกัน กล้าที่จะร่วมเปิดเผยตนเอง มีความรู้สึกใกล้ชิดผูกพันกัน ทำให้ความรู้สึกโดดเดี่ยวอ้างว้างหมดไป

3.2.3 ความรู้สึกอันเป็นสากล (Universality) การเข้ากลุ่ม ทำให้สมาชิกได้ตระหนักว่าคนทุกคนมีปัญหาเหมือนกันหมด ซึ่งเป็นเรื่องธรรมดา ความรู้สึกที่ว่าตนเองมีความทุกข์อยู่คนเดียวก็ลดลง

3.2.4 การเรียนรู้การสร้างสัมพันธภาพ (Interpersonal learning) การเข้ากลุ่มทำให้สมาชิกได้รู้ว่าตนเองพูดและแสดงความคิดเห็นอะไรกับกลุ่ม รู้ว่าผู้อื่นคิดอย่างไรต่อตนเอง และการสะท้อนกลับของกลุ่ม ซึ่งจะช่วยให้สมาชิกได้เรียนรู้ว่าเขาเป็นอย่างไร การเข้ากลุ่มทำให้สมาชิกได้มีทักษะในการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นๆเพิ่มขึ้น และนำไปปรับปรุงตนเองให้ดีขึ้น ช่วยให้ได้เรียนรู้การอยู่ใกล้ชิดกับบุคคลอื่น มีความเชื่อถือไว้วางใจบุคคลอื่น

3.2.5 การให้ข้อมูล (Imparting of information) เป็นการให้ข้อมูลข่าวสารที่เป็นการแลกเปลี่ยนระหว่างสมาชิกหรือจากผู้นำไปสู่กลุ่ม มีการอภิปรายเกี่ยวกับปัญหานั้น ข้อมูลที่ให้ต้องเป็นความจริงและกระจ่างชัด การให้ข้อมูลเป็นสิ่งจำเป็นมากที่สุดที่ต้องให้ในระยะแรกของการทำกลุ่ม เพื่อสร้างความไว้วางใจของสมาชิกต่อกัน

3.2.6 การได้ระบายออก (Catharsis) การเข้ากลุ่มช่วยสมาชิกได้พูดระบายออกทั้งสิ่งที่ดีและไม่ดีกับความคับข้องใจ ความวิตกกังวลให้กับสมาชิกกลุ่มได้รับฟัง ซึ่งถ้ากลุ่มมีความผูกพันทางจิตใจสูง สมาชิกจะมีการได้ระบายออก และการเปิดเผยตนเองสูงด้วย การได้ระบายออกนี้จะช่วยให้สมาชิกมีความสบายใจ มองดูโลกด้วยใจที่เป็นกลาง ทำให้เข้าใจชีวิต และส่งผลให้มีการพัฒนาการด้านจิตใจและอารมณ์ในทางที่ดี และมีแนวทางในการแก้ปัญหาชีวิตได้

3.2.7 การได้เลียนแบบพฤติกรรม (Imitative behavior) การเข้ากลุ่ม ทำให้สมาชิกได้ลอกเลียนแบบพฤติกรรมของคนอื่นที่ตนเองพอใจ ทั้งจากผู้นำกลุ่มและสมาชิกทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้

3.2.8 ความรู้สึกเสมือนเป็นครอบครัวเดียวกัน (The corrective recapitulation of primary family group member) สถานการณ์ในกลุ่มนั้นคล้ายกับสถานการณ์ในครอบครัวซึ่งจะทำให้สมาชิกในกลุ่มนึกถึงปัญหาความขัดแย้งในครอบครัวของตนเองและพฤติกรรมแบบเก่าที่เป็นปัญหาออกมา ซึ่งอาจเป็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม กลุ่มจึงต้องเสนอแนะถึงพฤติกรรมที่เหมาะสมต่อสมาชิก ทำให้สมาชิกในกลุ่มได้เรียนรู้ที่จะแก้ไขพฤติกรรมนั้นๆอย่างถูกต้อง

3.2.9 การพัฒนาเทคนิคเพื่อการเข้าสังคม (Development of socializing techniques) การเข้ากลุ่มทำให้สมาชิกมีทักษะในการสร้างสัมพันธ์ทางสังคมเพิ่มขึ้น ทำให้สมาชิกเรียนรู้ทักษะทางสังคม รวมทั้งเรียนรู้ที่จะเข้าใจความรู้สึกของผู้อื่นซึ่งจะมีประโยชน์ต่อสมาชิกเมื่อนำไปใช้กับสังคมภายนอกต่อไป

3.2.10 การรู้สึกมีความหวัง (Instillation of hope) การเข้ากลุ่มทำให้สมาชิกที่เคยท้อแท้หมดหวังในชีวิต เกิดความหวังขึ้นมาใหม่ได้ว่าอาจจะมีชีวิตที่ดีขึ้น ทำให้มีกำลังใจในการต่อสู้เมื่อได้เห็นสมาชิกคนอื่นในกลุ่มมีการพัฒนาขึ้นในทางที่ดี

3.2.11 การได้รับรู้ถึงความจริงของชีวิต (Existential factor) การเข้ากลุ่มช่วยให้สมาชิกได้เข้าใจธรรมชาติของชีวิตว่าบางครั้งก็สมหวัง บางครั้งก็ผิดหวัง ทุกสิ่งมีการเปลี่ยนแปลง มีการแยกจากกัน ซึ่งจะทำให้สมาชิกกลุ่มสามารถเผชิญชีวิตและอุปสรรคต่างๆได้ เกิดความเชื่อมั่นและมีความพึงพอใจในตนเอง ทำให้ความรู้สึกต่ำต้อย เสียใจ ท้อถอยกับชีวิตตนเองลดลงหรือหมดไป สมาชิกจะดำรงชีวิตอยู่ได้ด้วยมีความสุข

การดำเนินการจิตบำบัดประคับประคองแบบกลุ่มในการแก้ไขอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท ผู้บำบัดเป็นผู้ควบคุมให้การดำเนินกลุ่มเป็นไปอย่างต่อเนื่อง และบรรลุวัตถุประสงค์ในการลดปัญหาซึมเศร้า โดยใช้เทคนิคในการบำบัดเข้าร่วมแก้ไข้ปัญหา ซึ่งปัญหาในแต่ละครั้งมีความหลากหลายและไม่สามารถกำหนดได้ตายตัว เนื่องจากเป็นลักษณะการบำบัดแบบประคับประคองที่ต้องให้มีการดำเนินการโดยธรรมชาติ แต่ผู้บำบัดต้องดึงหัวข้อในการสนทนาให้เกี่ยวข้องกับอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท และเน้นการใช้เทคนิคต่างๆเพื่อลดความคิดอัตโนมัติด้านลบ และการมองคุณค่าในตนเองต่ำของผู้ป่วยจิตเภทมุ่งเน้นให้เกิดการแก้ไข้ปัญหาซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท โดยผู้บำบัดเป็นผู้ใช้เทคนิคจิตบำบัดประคับประคองมาช่วยในการบำบัด รวมถึงใช้เทคนิคต่างๆ กระตุ้นให้ปัจจัยบำบัดที่เกิดจากกระบวนการกลุ่มส่งผลบำบัดอย่างมีประสิทธิภาพ

Yalom (1995) ได้แบ่งพัฒนาการกลุ่มออกเป็น 3 ระยะ ซึ่งแต่ละระยะอาจเกิดปัจจัยบำบัดดังต่อไปนี้

3.7.1 ระยะที่ 1 ระยะสร้างสัมพันธ์ภาพ

ประกอบด้วยปัจจัยบำบัด ได้แก่ ความรู้สึกผูกพันจิตใจต่อกัน (Group cohesiveness) ความรู้สึกอันเป็นสากล (Universality) ความรู้สึกมีความหวัง (Instillation of hope) ระยะสร้างสัมพันธ์ภาพนี้ ประเด็นการสนทนาและรูปแบบของการสื่อสารในระยะนี้ค่อนข้างที่จะเป็นไปในเชิงการสร้างสัมพันธ์ภาพ และทำให้สมาชิกรู้สึกผ่อนคลายด้วยการแนะนำตนเอง แจ็งกติกา วัตถุประสงค์

วิธีดำเนินกลุ่ม ความสำคัญและประโยชน์ที่จะได้รับจากการทำกลุ่ม ความรับผิดชอบของสมาชิกต่อกลุ่มเพื่อให้สมาชิกรู้จักและคุ้นเคยกัน มีความไว้วางใจ รู้สึกผูกพัน มีความเข้าใจที่ตรงกันระหว่างผู้นำกลุ่มกับสมาชิก เกิดความร่วมมือกันในการนำกลุ่มไปสู่เป้าหมายลดการต่อต้านของสมาชิกกลุ่มสร้างแรงจูงใจและมีความกระตือรือร้นต่อการเข้ากลุ่ม

3.7.2 ระยะเวลาที่ 2 ระยะดำเนินกลุ่ม

ประกอบด้วยปัจจัยบำบัด ได้แก่ การได้ระบายออก (Catharsis) การเรียนรู้ การสร้างสัมพันธภาพ (Interpersonal learning) การพัฒนาเทคนิคเพื่อการเข้าสังคม (Development of socializing techniques) การรู้ถึงคุณค่าของตนเอง (Altruism) ในระยะทำงานร่วมกัน (Working phase) นี้ผู้นำกลุ่มกำหนดประเด็นในการสนทนาขึ้นภายในกลุ่ม แล้วเปิดโอกาสให้สมาชิกแสดงความรู้สึกนึกคิดต่างๆออกมาเต็มที่ กระตุ้นให้สมาชิกทุกคนมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น เพื่อก่อให้เกิดความรู้สึกผูกพันเป็นหนึ่งเดียว (Cohesive) มองเห็นคุณค่าของกันและกัน รวมทั้งมีความตั้งใจที่จะทำงานของกลุ่มให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้

3.7.3 ระยะเวลาที่ 3 ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม

ในระยะนี้จะเกิดการเห็นความจริงของชีวิต (Existential factors) ในระยะนี้ สมาชิกจะแสดงออกถึงความรู้สึกผูกพันต่อกลุ่ม ซึ่งสามารถสังเกตได้จากความรู้สึกร่วมกันของกลุ่ม ความมุ่งมั่นของกลุ่มต่อเป้าหมายประชาคมติของกลุ่ม ความร่วมมือและการประสานงานภายในกลุ่ม การช่วยเหลือประคับประคองซึ่งกันและกัน ความสามัคคีภายในกลุ่ม โดยสมาชิกมักแสดงออกด้วยการเปิดเผยตนเอง โดยมักจะพูดคุยถึงเหตุผลที่ต้องเข้ามารับการรักษา บอกเรื่องราวที่ไม่เคยเปิดเผยมาก่อนอันเนื่องมาจากความไว้วางใจในกลุ่มและรู้สึกเป็นพวกเดียวกัน ผู้นำกลุ่มจะต้องสำรวจความรู้สึกผูกพันที่เกิดขึ้นภายในกลุ่ม 2 ประเด็น คือ ผูกพันเป็นหนึ่งเดียวในระดับพอดี กับความรู้สึกผูกพันที่ลึกซึ้งหรือมากเกินไป แล้วชี้แจงให้สมาชิกได้ตระหนักถึงความผูกพันที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริงที่ปรากฏ เพื่อป้องกันความวิตกกังวลต่อการสิ้นสุดสัมพันธภาพของกลุ่ม ดังนั้น ผู้นำกลุ่มต้องมีการวางแผนการสิ้นสุดสัมพันธภาพด้วยการแจ้งกำหนดการยุติกลุ่มตามการพิจารณาระดับความผูกพันต่อกลุ่ม แจ้งความก้าวหน้าของกลุ่ม การบรรลุวัตถุประสงค์และกระตุ้นให้สมาชิกได้หาแนวทางในการกลับไปดำเนินชีวิต ให้โอกาสสมาชิกได้พูดความรู้สึกต่อกลุ่มและความประทับใจต่อกลุ่ม เพื่อให้สมาชิกได้รับประสบการณ์ที่ดีจากการทำกลุ่ม และเกิดความรู้สึกที่ดีต่อการทำกลุ่มในครั้งต่อไป

ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้า และทบทวนแนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการดำเนินกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองโดยใช้แนวคิดของ Yalom โดยแบ่งการดำเนินกิจกรรมเป็น 3 ระยะ ที่มีรายละเอียดดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะสร้างสัมพันธภาพ

เป็นกิจกรรมในการสร้างสัมพันธภาพ และทำให้สมาชิกรู้สึกผ่อนคลายด้วยการแนะนำตนเอง แจกติกา วัตถุประสงค์ วิธีดำเนินกลุ่ม ความสำคัญและประโยชน์ที่จะได้รับจากการทำกลุ่ม ความรับผิดชอบของสมาชิกต่อกลุ่มเพื่อให้สมาชิกรู้จักและคุ้นเคยกัน มีความไว้วางใจ รู้สึกผูกพัน มีความเข้าใจที่ตรงกันระหว่างผู้นำกลุ่มกับสมาชิก เกิดความร่วมมือกันในการนำกลุ่มไปสู่เป้าหมายลดการต่อต้านของสมาชิกกลุ่มสร้างแรงจูงใจและมีความกระตือรือร้นต่อการเข้ากลุ่ม

กิจกรรมที่ 1 การสร้างความไว้วางใจ สำรวจ และค้นหาปัญหา

เป็นการบำบัดแบบรายกลุ่มใช้เวลา 60 นาที การสร้างสัมพันธภาพ เริ่มด้วยการแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์ และรูปแบบขั้นตอนในการบำบัดต่างๆรวมถึงประโยชน์ที่จะได้รับ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้พระสงฆ์โรคจิตเภทในกลุ่ม เกิดความไว้วางใจ มีความร่วมมือที่ดีต่อการบำบัดรักษา ตลอดจนมีความเชื่อมั่นในการเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลที่จะเป็นประโยชน์ต่อการดำเนินกิจกรรม

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินกลุ่ม

ในระยะทำงานร่วมกัน (Working phase) นี้ผู้นำกลุ่มกำหนดประเด็นในการสนทนาขึ้นภายในกลุ่ม แล้วเปิดโอกาสให้สมาชิกแสดงความรู้สึกนึกคิดต่างๆออกมาเต็มที่ กระตุ้นให้สมาชิกทุกคนมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นเพื่อก่อให้เกิดความรู้สึกผูกพันเป็นหนึ่งเดียว (Cohesive) มองเห็นคุณค่าของกันและกัน รวมทั้งมีความตั้งใจที่จะทำงานของกลุ่มให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้

กิจกรรมที่ 2 การเรียนรู้ การแก้ไขปัญหาและพัฒนาทักษะความร่วมมือในการใช้ยารักษาทางจิตเวช

เป็นการบำบัดแบบรายกลุ่มใช้เวลา 90 นาทีมีวัตถุประสงค์เพื่อให้พระสงฆ์ทุกรูปในกลุ่มได้มีความรู้ความเข้าใจในโรคจิตเภทและตระหนักถึงความสำคัญของการรับประทานยาที่มีการพูดคุยอภิปรายกันภายในกลุ่มในประเด็น ดังต่อไปนี้

ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท สาเหตุ/ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรค อาการ การรักษา และการดูแลตนเองเมื่อเป็นโรคนี้ รวมทั้งความสำคัญของการรักษาด้วยยา

กิจกรรมที่ 3 การเปิดใจปรับทุกข์และพัฒนาทักษะการสร้างสัมพันธภาพ

เป็นการบำบัดแบบรายกลุ่มใช้เวลา 90 นาทีมีวัตถุประสงค์เพื่อให้พระสงฆ์ทุกรูปในกลุ่มเข้าใจปัญหา ช่วยกันค้นหาวิธีเผชิญปัญหา และมีความสามารถในการจัดการกับอาการซึมเศร้า โดยใช้ประสบการณ์ของสมาชิกในกลุ่มโดยจัดกิจกรรมฝึกทักษะการสร้างสัมพันธภาพที่มีประสิทธิภาพพร้อมให้การบ้าน เพื่อให้สมาชิกสามารถนำทักษะการสร้างสัมพันธภาพมาใช้และสามารถจัดการกับปัญหาเฉพาะหน้าได้อย่างเหมาะสม โดยผู้วิจัยจะช่วยกระตุ้นให้สมาชิกเห็นรูปแบบการใช้ทักษะการสร้างสัมพันธภาพจากหลายมุมมอง เพื่อให้สมาชิกในกลุ่มสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับตนเองได้อย่างเหมาะสม

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการเข้าใจตนเอง

เป็นการบำบัดแบบรายกลุ่มใช้เวลา 90 นาทีมีวัตถุประสงค์เพื่อให้พระสงฆ์ทุกรูปในกลุ่ม มีทักษะในการเข้าใจและตระหนักรู้ในตนเอง ทั้งจากมุมมองของตนเองและจากมุมมองของผู้อื่น โดยการทำกิจกรรมการมองตนเองตามความเป็นจริง และสิ่งที่ผู้อื่นมองเรา

กิจกรรมที่ 5 การมองชีวิตอย่างมีคุณค่า

เป็นการบำบัดแบบรายกลุ่มใช้เวลา 90 นาทีมีวัตถุประสงค์เพื่อให้พระสงฆ์ทุกรูปในกลุ่มสามารถประเมินคุณค่าและความสามารถของตนเอง (self-evaluation) ได้มากขึ้น มีทัศนคติต่อตนเองในทางบวกตระหนักถึงคุณค่าตนเองและเคารพตนเอง (self-respect) คิดว่าตนเองมีคุณค่าทัดเทียมผู้อื่น เกิดความพึงพอใจในตนเอง และเห็นคุณค่าในตนเอง ซึ่งเป็นองค์ประกอบของความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง (Rosenberg, 1965) รวมทั้งได้เรียนรู้ในการแก้ไขปัญหาที่เกิดจากประสบการณ์เดิมที่ผ่านมาที่ทำให้เกิด ภาวะซึมเศร้า (Sullivan, 1953)

ระยะที่ 3 ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม

ในระยะนี้ สมาชิกจะแสดงออกถึงความรู้สึกผูกพันต่อกลุ่ม ผู้นำกลุ่มต้องมีการวางแผนการสิ้นสุดสัมพันธภาพด้วยการแจ้งกำหนดการยุติกลุ่มตามการพิจารณาระดับความผูกพันต่อกลุ่ม แจ้งความก้าวหน้าของกลุ่ม การบรรลุวัตถุประสงค์และกระตุ้นให้สมาชิกได้หาแนวทางในการกลับไปดำเนินชีวิต ให้โอกาสสมาชิกได้พูดความรู้สึกต่อกลุ่มและความประทับใจต่อกลุ่ม เพื่อให้สมาชิกได้รับประสบการณ์ที่ดีจากการทำกลุ่ม และเกิดความรู้สึกที่ดีต่อการทำกลุ่มในครั้งต่อไป

กิจกรรมที่ 6 การวางแผนเพื่อการปรับเปลี่ยนตนเอง

เป็นการบำบัดแบบรายกลุ่มใช้เวลา 90 นาที มีวัตถุประสงค์เพื่อให้พระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคจิตเภท เรียนรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นปัญหานั้น และบอกประโยชน์รวมถึงการนำประโยชน์จากการเข้ากลุ่มไปใช้ในชีวิตประจำวันได้ โดยมีการฝึกทักษะทางสังคมต่างๆในการวางแผนชีวิตให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยซึ่งเป็นพระสงฆ์การสร้าง ความหวังการฝึกคิดในแง่บวกเมื่อเจอปัญหาเรียนรู้วิธีการขอความช่วยเหลือจากผู้อื่นได้เมื่อตนเองมีอาการซึมเศร้า และ ฝึกฝนให้ผู้ป่วยมีเป้าหมายในการดำเนินชีวิต ช่วยให้มี ความหวังและวางแผนการดำเนินชีวิต และเกิดการเรียนรู้ทักษะทางสังคมต่างๆ

ตารางการดำเนินโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง

การดำเนินกิจกรรมครั้งที่	กิจกรรม
<u>ระยะที่ 1</u> ระยะสร้างสัมพันธภาพ ครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่1: วันจันทร์)	<u>กิจกรรมที่ 1</u> การสร้างสัมพันธภาพ สสำรวจและค้นหาปัญหา
<u>ระยะที่ 2</u> ระยะดำเนินกลุ่ม ครั้งที่ 2(สัปดาห์ที่1: วันพุธ) ครั้งที่ 3(สัปดาห์ที่2: วันจันทร์) ครั้งที่ 4(สัปดาห์ที่2: วันพุธ) ครั้งที่ 5(สัปดาห์ที่3: วันจันทร์)	<u>กิจกรรมที่ 2</u> การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค และการพัฒนาความร่วมมือในการรับประทานยา <u>กิจกรรมที่ 3</u> การเปิดใจปรับทุกข์ <u>กิจกรรมที่ 4</u> การพัฒนาทักษะการเข้าใจตนเอง <u>กิจกรรมที่ 5</u> การมองชีวิตอย่างมีคุณค่า
<u>ระยะที่ 3</u> ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม ครั้งที่6(สัปดาห์ที่3: วันพุธ)	<u>กิจกรรมที่ 6</u> การวางแผนเพื่อการปรับเปลี่ยนพัฒนาตนเอง

กิจกรรมครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ สสำรวจ และค้นหาปัญหา

กลุ่มเป้าหมาย พระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคจิตเภทและมีอาการซึมเศร้าร่วมด้วย ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสงฆ์

ระยะเวลา60 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

- 1.เพื่อให้สมาชิกสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้นำกลุ่ม สมาชิก และระหว่างสมาชิกกลุ่มด้วยกันทำให้เกิดความไว้วางใจ
- 2.เพื่อให้สมาชิกรับทราบ และเข้าใจวัตถุประสงค์ของการทำ กลุ่มจิตบำบัดแบบ ประคับประคอง ตลอดจนบทบาทหน้าที่ของสมาชิกและการมีส่วนร่วมภายในกลุ่ม

3. เพื่อให้สมาชิกได้ตระหนักถึงความสำคัญ และประโยชน์ของการเข้าร่วมกลุ่มจิตบำบัดแบบ
 ประคับประคอง

4. เพื่อให้สมาชิกได้สำรวจปัญหาและผลกระทบจากการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมจิตบำบัดประคับประคองแบบกลุ่ม สมาชิกที่มีอาการซึมเศร้าสามารถ
 พุดคุย มีปฏิสัมพันธ์กันเองในกลุ่ม สามารถบอกวัตถุประสงค์การทำกลุ่มได้ ระบุปัญหาและผลกระทบ
 ที่เกิดจากโรคจิตเภทได้ มีทักษะในการสร้างสัมพันธภาพมากขึ้น และเกิดความไว้วางใจในเพื่อน
 สมาชิกกลุ่มในระดับหนึ่ง

สาระสำคัญ

การสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลผู้นำกลุ่มกับสมาชิกภายในกลุ่มร่วมไปถึงสมาชิก
 ภายในกลุ่มด้วยกัน เป็นกิจกรรมแรกในการดำเนินกลุ่มเพื่อเป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน เกิด
 ความคุ้นเคย ความไว้วางใจ สามารถเปิดเผยความรู้สึก เรื่องราวต่างๆร่วมกัน โดยประกอบไปด้วยการ
 เริ่มต้นแนะนำตัว พุดคุยทักทายเรื่องทั่วไป ด้วยท่าที่เป็นมิตร และให้สมาชิกในกลุ่มแนะนำตัว
 รายบุคคลรวมทั้งให้สมาชิกกลุ่มได้รู้จักและคุ้นเคยซึ่งกันและกันหลังจากนั้นผู้นำกลุ่มชี้แจง
 วัตถุประสงค์ ขั้นตอน การดำเนินการ รูปแบบกิจกรรม ระยะเวลา สถานที่ รวมไปถึงประโยชน์ที่ได้รับ
 หลังจากการเข้าร่วมโปรแกรม เปิดโอกาสให้สมาชิกได้นึกถึงปัญหาและผลกระทบที่เกิดขึ้นใน
 ชีวิตประจำวันอันเนื่องมาจากการป่วยด้วยโรคจิตเภทและมีอาการซึมเศร้า

สื่อ/อุปกรณ์

1. กระดาษแข็งทำป้ายชื่อ
2. ใบชี้แจงที่ 1
3. ใบงานที่ 1 เรื่อง “ประสบการณ์อาการซึมเศร้าของฉันและการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท”
4. กระดาษโปสเตอร์ (Flip chart)
5. ดินสอ/ปากกา/ปากกาเมจิก

การประเมินผล

1. ประเมินจากการสังเกตความสนใจในการเข้าร่วมกิจกรรมและปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างสมาชิก
 ภายในกลุ่ม
2. ประเมินจากการแสดงความคิดเห็นและการตอบคำถามภายในกลุ่ม
3. ประเมินจากการทำใบงาน

ใบงานที่ 1

“ประสบการณ์การป่วยด้วยโรคจิตเภทของฉัน”



1. ให้ท่านบอกความหมายของโรคจิตเภท ตามความเข้าใจของท่าน

.....

.....

.....

2. บอกอาการทางจิตที่เกิดขึ้นกับท่านหรือเคยเกิดขึ้น

.....

.....

.....

3. ปัญหาและผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการเกิดอาการทางจิตของท่าน มีอะไรบ้าง

.....

.....

.....

.....

4. ท่านเคยมีประสบการณ์ การเกิดอาการซึมเศร้าหรือไม่ อาการเหล่านั้นเป็นอย่างไร

.....

.....

.....

.....

5. ท่านมีวิธีการดูแลตนเองอย่างไรเมื่อท่านมีอาการซึมเศร้า

.....

.....

.....

.....

.....

.....

6. ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการที่ท่านดูแลตนเองเป็นอย่างไร เช่น อาการซึมเศร้าลดลง และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมากขึ้น เป็นต้น

.....

.....

.....

.....

.....

.....



กิจกรรมครั้งที่ 2: การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท และการพัฒนาความร่วมมือในการรับประทานยา

กลุ่มเป้าหมายพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคจิตเภทและมีอาการซึมเศร้าร่วมด้วย ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสงฆ์

ระยะเวลา 90 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้สมาชิกในกลุ่มมีความรู้ ความเข้าใจในโรคจิตเภทอย่างถูกต้อง
2. เพื่อให้สมาชิกในกลุ่มมีความรู้ ความเข้าใจ และมีความตระหนักถึงความสำคัญของการรับประทานยา

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมจิตบำบัดประคับประคองแบบกลุ่ม พระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคจิตเภทที่มีอาการซึมเศร้าสามารถตอบคำถามเรื่องโรคจิตเภทได้อย่างถูกต้อง ตระหนักถึงความสำคัญและให้ความร่วมมือในการรับประทานยามากขึ้น

สาระสำคัญ

เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้ความเข้าใจ โดยการให้ข้อมูล (Imparting of information) เกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตอย่างชัดเจนด้วยวิธีการที่สั้น กระชับ เข้าใจง่าย ซึ่งได้กล่าวถึงเรื่องของ ความหมาย สาเหตุ อาการ และการรักษาโรคจิตเภท โดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้ความรู้เรื่องการรับประทานยา รักษาอาการทางจิตอย่างต่อเนื่อง โดยสมาชิกมีการได้บอกถึงความรู้สึก (Catharsis) ประสบการณ์การรับประทานยา การเกิดอาการข้างเคียงจากการรับประทานยา การจัดการกับอาการข้างเคียงของยาที่รับประทานและวิธีการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง โดยการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การดูแลตนเองอย่างเหมาะสม และความร่วมมือในการรับประทานยา ซึ่งส่งผลดีต่ออาการของโรค จะทำให้สมาชิกได้เลียนแบบพฤติกรรม (Imitative Behavior) มาใช้เป็นแนวทางในการดูแลตนเองต่อไป

สื่อ/อุปกรณ์

- คลิปวิดีโอ เรื่อง “โรคจิตเภท”
- ใบความรู้ที่ 1.1 เรื่อง “ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท”
- ใบงานที่ 1/1 ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท (Pretest)
- ใบงานที่ 1/1 ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท (Post test)
- ใบความรู้ที่ 2.1 การรักษาด้วยยาและความสำคัญของการรับประทานยาในผู้ป่วยจิตเภท
- ใบงานที่ 2/1 แบบประเมินความรู้ความเข้าใจเรื่องการใช้ยาในโรคจิตเภท (Pre/Post-test)
- ใบงานที่ 2/2 เรื่อง “ความร่วมมือในการรับประทานยา”
- ใบงานที่ 2/3 เรื่อง “การฝึกจิตยา”

การประเมินผล

1. ประเมินจากการสังเกตความสนใจในการเข้าร่วมกิจกรรม
2. ประเมินจากการแสดงความคิดเห็นและการตอบคำถามภายในกลุ่ม

ใบงานที่ 1/1(Pre-post test)

ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท

คำชี้แจง โปรดเลือกทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องด้านขวามือตามความเข้าใจของท่านเกี่ยวกับโรคจิตเภท

ข้อ	ความรู้โรคจิตเภท	ใช่	ไม่ใช่
1.	โรคจิตเภท คือ โรคทางจิตใจที่มีความผิดปกติด้านความคิด ทำให้มีการแสดงออกทางอารมณ์พฤติกรรม และการรับรู้ที่ผิดปกติจากคนปกติทั่วไป		
2.	การที่แพทย์จะวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทได้นั้น ผู้ป่วยจะต้องมีอาการที่เข้าข่ายโรคจิตเภทต่อเนื่องกันนาน 3 เดือนขึ้นไป		
3.	ผู้ป่วยโรคจิตเภทในช่วงที่มีอาการด้านลบจะมีอาการไม่แสดงอารมณ์ใดไม่พูด แยกตัวเอง ขาดความสนใจและความกระตือรือร้นในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ หรือสนใจตัวเองและสิ่งแวดล้อมน้อย และอาจมีอาการซึมเศร้าร่วมด้วย		
4.	ผู้ป่วยโรคจิตเภทในช่วงที่มีอาการด้านบวกจะมีอาการ หูแว่ว เห็นภาพหลอน มีความคิดหลงผิด และมีพฤติกรรมรุนแรงก้าวร้าว		
5.	โรคจิตเภทเกิดจากเวรกรรมที่ทำมา ส่งผลทำให้ป่วยเป็นโรคนี้ได้		
6..	โรคจิตเภทรักษาโดยการ รับประทานยา การทำจิตบำบัด และการรักษาด้วยไฟฟ้า		
7.	โรคจิตเภทไม่จำเป็นต้องรับประทานยาต่อเนื่องเมื่ออาการดีแล้วสามารถหยุดยาได้		
8.	โรคจิตเภทสามารถรักษาได้โดยการไปรักษาทางไสยศาสตร์		
9.	การนอนหลับพักผ่อน ไม่ดื่มสุรา กาแฟ เป็นวิธีที่ช่วยป้องกันอาการกำเริบได้		
10.	หากท่านมีญาติ พี่น้องที่ป่วยเป็นโรคจิตเภท ท่านมีโอกาสป่วยเป็นโรคนี้นี้มากกว่าคนทั่วไป		

3. โรคจิตเภทมีอาการอย่างไร

อาการในด้านลบ	อาการในด้านบวก
	

3. โรคจิตเภทมีวิธีการรักษาอย่างไรบ้าง

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



ใบงานที่ 2/1

แบบประเมินความรู้ ความเข้าใจเรื่องการใช้ยาในโรคจิตเภท (Pre/Post-test)

คำชี้แจง โปรดเลือกทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องด้านขวามือตามความเข้าใจของท่านเกี่ยวกับโรคจิตเภท

ข้อ	ความรู้โรคจิตเภท	ใช่	ไม่ใช่
1.	การรักษาโดยการใช้ยาถือเป็นการรักษาหลักของโรคจิตเภท		
2.	เป้าหมายการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภท คือ บรรเทาอาการด้านบวกและอาการด้านอื่นๆของผู้ป่วย ทั้งอาการด้านลบ และอาการด้านอารมณ์ ป้องกันการกำเริบหรือการกลับเป็นซ้ำของโรค และให้ผู้ป่วยกลับมาใช้ชีวิตและทำงานในสังคมได้อย่างปกติ		
3.	การรักษาโรคจิตเภทโดยการใช้ยาแบ่งออกเป็น 2 ระยะ คือ ระยะเฉียบพลัน และระยะเรื้อรัง		
4.	ยารักษาโรคจิตเภทสามารถช่วยให้สารเคมีในสมองกลับสู่สมดุลดั้งเดิมได้		
5.	เป้าหมายของการรักษาด้วยยาในระยะเฉียบพลันของผู้ป่วย คือ ลดอาการทางจิตของผู้ป่วย และป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นต่อผู้อื่น		
6..	โรคจิตเภทนอกจากการรักษาด้วยยาแล้วยังสามารถรักษาด้วยวิธีอื่นๆอีก เช่น การทำจิตบำบัด และการรักษาด้วยไฟฟ้า		
7.	โรคจิตเภทไม่จำเป็นต้องรับประทานยาต่อเนื่องเมื่ออาการดีแล้วสามารถหยุดยาได้		
8.	โรคจิตเภทต้องรักษาด้วยยาเท่านั้น		
9.	ระยะคงสภาพ (stabilization phase) หลังจากผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นแล้ว จำเป็นต้องได้รับยาต่อเนื่องเพื่อควบคุมอาการ และป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ อย่างน้อย 6 เดือน		
10.	หากท่านมีญาติ พี่น้องที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทเรื้อรัง (chronic schizophrenia) ญาติของท่านควรจะต้องได้รับยาต่อเนื่อง อย่างน้อย 1 ปี		

ใบงานที่ 2/2

ความร่วมมือในการรับประทานยา

คำชี้แจง ให้สมาชิกกลุ่มสำรวจตัวเองในเรื่องการรับประทานยาว่าตลอดการเจ็บป่วยที่ผ่านมาท่านพบปัญหาอะไรที่ทำให้ท่านต้องหยุดยา หรือรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ พร้อมตอบคำถามดังต่อไปนี้



1.สาเหตุใดที่ทำให้ท่านขาดยา /หยุดยาเอง

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2.ผลกระทบจากการขาดยา/หยุดยาเอง

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ใบงานที่ 2/3

การฝึกทักษะการแก้ปัญหาในการรับประทานยา

คำชี้แจง ให้พระคุณเจ้าอธิบายถึงวิธีการในการแก้ปัญหาที่เกิดจากการรับประทานยา โดยการตอบคำถาม ดังนี้



1. ในระหว่างการรับประทานยาท่านมีอาการไม่พึงประสงค์หรือแพ้ยาบ้างหรือไม่ อาการที่พบเป็นอย่างไรบ้าง?

.....

.....

.....

.....

.....

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

2. ท่านมีวิธีในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างไรบ้าง?

.....

.....

.....

.....

.....

กิจกรรมครั้งที่3 การเปิดใจปรับทุกข์

กลุ่มเป้าหมายพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคจิตเภทและมีอาการซึมเศร้าร่วมด้วย ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสงฆ์

ระยะเวลา90 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้สมาชิกในกลุ่มได้พูดคุยระบายปัญหาความทุกข์ใจและแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับเพื่อนสมาชิกกลุ่ม

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมจิตบำบัดประคับประคองแบบกลุ่ม พระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคจิตเภทที่มีอาการซึมเศร้าสามารถระบายปัญหาความทุกข์ใจที่เกิดขึ้นและแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับเพื่อนๆ สมาชิกในกลุ่มได้อย่างเหมาะสม ทำให้เข้าใจปัญหาและหาวิธีการในการแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสม

สาระสำคัญ

กิจกรรมการเปิดใจปรับทุกข์และพัฒนาทักษะการสร้างสัมพันธภาพเป็นการพัฒนาเทคนิคเพื่อการเข้าสังคม (Development of socializing techniques) เป็นการฝึกทักษะในการเรียนรู้การสร้างสัมพันธภาพ (Interpersonal learning) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทได้พูดคุยการได้ระบายออก (Catharsis) ความทุกข์ใจเกี่ยวกับประสบการณ์ในการเจ็บป่วยของตนเองกับเพื่อนสมาชิกกลุ่ม ให้มีความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาการเจ็บป่วยของตนเอง และเป็นการได้ฝึกทักษะในการสร้างสัมพันธภาพกับเพื่อนสมาชิกในกลุ่มด้วยวิธีการที่สั้น กระชับ เข้าใจง่ายโดยให้สมาชิกกลุ่มได้พูดคุยแลกเปลี่ยนถึงเรื่องของประสบการณ์ในการเจ็บป่วยของตนเองให้เพื่อนสมาชิกกลุ่มฟังและฝึกการสร้างสัมพันธภาพกับเพื่อนสมาชิกในกลุ่มก่อให้เกิด การผูกพันจิตใจต่อกัน (Group cohesiveness)

สื่อ/อุปกรณ์

- ป้ายชื่อ
- ปากกา/กระดาษ
- ใบกิจกรรม 3.1 แบบประเมินการรับรู้สาเหตุการเกิดอาการซึมเศร้าของตนเองจากประสบการณ์
- ใบกิจกรรม 3.2 แบบประเมินผลกระทบจากประสบการณ์ที่ผ่านมาและการจัดการอาการซึมเศร้า

การประเมินผล

1. สมาชิกสามารถอธิบายถึงการรับรู้อาการซึมเศร้า และลักษณะที่เกิดขึ้นได้
2. สมาชิกสามารถบอกวิธีการจัดการอาการซึมเศร้าได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

กิจกรรมครั้งที่4การพัฒนาทักษะการเข้าใจตนเอง

กลุ่มเป้าหมายพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคจิตเภทและมีอาการซึมเศร้าร่วมด้วย ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสงฆ์

ระยะเวลา 90 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้พระสงฆ์ทุกรูปในกลุ่มมีทักษะในการเข้าใจตนเองมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมจิตบำบัดประคับประคองแบบกลุ่ม พระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคจิตเภทที่มีอาการซึมเศร้ามีความเข้าใจในตนเองมากขึ้น

สาระสำคัญ

กิจกรรมการพัฒนาทักษะการเข้าใจตนเองเป็นการฝึกทักษะในการเข้าใจตนเอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทได้พูดคุย ได้ระบายออกมา (Catharsis) เป็นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการเจ็บป่วยของตนเองกับเพื่อนสมาชิกกลุ่ม เพื่อให้เกิดความรู้สึกร่วมกันเป็นสากล (Universality) ให้มีความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาการเจ็บป่วยของตนเองและมีความเข้าใจ ตระหนักรู้ในตนเองมากยิ่งขึ้น ด้วยวิธีการที่สั้น กระชับ และเข้าใจง่าย

สื่อ/อุปกรณ์

- ป้ายชื่อ
- ปากกา/กระดาษ
- ใบกิจกรรม 4.1 “นี่คือ.....ฉัน”
- ใบกิจกรรม 4.2 “สุขสร้างได้”
- ใบกิจกรรม 4.3 “รู้สึกร้อยไร ช่วยบอกที”

การประเมินผล

1. สมาชิกมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและการตอบคำถาม
2. สมาชิกสามารถอธิบายถึงการรับรู้และความเข้าใจที่มีต่อตนเองและเพื่อนสมาชิกในกลุ่มได้
3. สมาชิกเกิดความรู้สึกร่วมกันเข้าใจในตัวเองมากขึ้น

ใบกิจกรรม 4.1

“นี่คือ.....ฉัน”



วิธีดำเนินกิจกรรม

ขั้นนำ

1. พระคุณเจ้านั่งหลับตาทำสมาธิกำหนดลมหายใจเข้า - ออก 2 นาทีให้ท่านพิจารณาตนเองว่าในอดีตที่ผ่านมา ท่านมีความต้องการใดบ้าง ที่ได้รับการตอบสนองและทำให้ท่านมีความสุข

ขั้นดำเนินการ

2. พยาบาลแจกบัตรเกม นี่คือ...ฉัน โดยท่านจะได้รับบัตรเกมคนละ 1 ใบ แต่ละใบมีหมายเลข กำกับ 1-20 บัตรเกมแต่ละใบจะมีประโยคที่แสดงความต้องการและความรู้สึกของตนเองแตกต่างกันทั้ง 20 ใบ

3. ให้ท่านเขียนข้อความตามความต้องการและความรู้สึกของตนเองลงในประโยคให้สมบูรณ์

4. หากท่านจับฉลากได้หมายเลขใด เจ้าของบัตรเกมหมายเลขนั้นบอกความต้องการและความรู้สึกของตนเองจากบัตรเกมให้เพื่อนสมาชิกกลุ่มฟัง

5. ร่วมกันอภิปรายการรู้จักความต้องการและความรู้สึกของตนเอง ทำให้ ท่านมีความสุขอย่างไร

6. ให้ท่านเขียนวิธีการปฏิบัติตนให้มีความสุขตามความต้องการและความรู้สึกของตนเอง ลงในใบงาน เรื่อง สุขสร้างได้

ขั้นสรุป

7. ร่วมกันอภิปรายวิธีการปฏิบัติตนให้มีความสุขตามความต้องการและ ความรู้สึกของตนเองและสรุป ประโยชน์ของการรู้จักและเข้าใจความต้องการและความรู้สึกของตนเอง และการนำไปใช้ในการ ดำเนินชีวิตประจำวัน

8. พยาบาลอธิบายเพิ่มเติมว่าการรู้จักและเข้าใจความต้องการและความรู้สึกของตนเองจะทำให้ท่าน ตระหนักรู้และมีวิธีการปฏิบัติตนให้มีความสุขตามความต้องการและความรู้สึกที่เกิดขึ้นได้

บัตรเกม “นี่คือ...ฉัน”

1

ฉันยอมรับว่า ฉันต้องการ

.....

.....

.....

2

ฉันเพิ่งรู้ว่าฉัน.....

.....

.....

.....

3

เมื่อฉัน.....

.....

..... ฉันรู้สึกมีความสุข

4

เมื่อฉัน.....

.....

..... ฉันรู้สึกมีความสุขทุกซ์

5

เมื่อฉัน.....

.....

.....

..... ฉันรู้สึกแปลกใจ

6

เมื่อได้รับความรักจากครอบครัวฉันรู้สึก

.....

.....

.....

7

เมื่ออยู่วัด ฉันต้องการ

.....

.....

.....

8

ฉันต้องการ

.....

.....

.....

เมื่ออยู่กับครอบครัว

9

เมื่อเห็นคนทำผิดฉันรู้สึก.....

.....

.....

.....

.....

10

เมื่อได้ของที่ชอบอยากได้ฉันรู้สึก

.....

.....

.....

11

เมื่อมีกิจกรรมของทางวัดฉันรู้สึก

.....

.....

.....

.....

.....



12

เมื่อฉัน.....

.....

.....

.....

ฉันรู้สึกลำบากใจ

13

ฉันรู้สึกสบายใจ เมื่อฉัน

.....

.....

.....

ฉันรู้สึกลำบากใจ

14

ฉันรู้สึกเครียด เมื่อ

ฉัน.....

.....

.....

.....

15

ฉันรู้สึกมั่นใจ เมื่อฉัน

.....

.....

16

เมื่ออยู่คนเดียวฉัน

.....

.....

17

ฉันจะดีใจมาก เมื่อฉัน

.....
.....

18

ฉันต้องการสิ่งที่ฉัน

.....
.....

19

เมื่อฉันเสียใจ
ฉันต้องการ

.....
.....
.....

20

เมื่อถูกบังคับ
ฉันต้องการ

.....
.....
.....



ใบกิจกรรม 4.2

“สุขสร้างได้”



คำชี้แจง ให้ท่านเขียนวิธีการปฏิบัติตนให้มีความสุขตามความต้องการของตนเอง

- 1
- 2
- 3

ใบกิจกรรม 4.3

“รู้สึกอย่างไร ช่วยบอกที”

คำชี้แจง ให้ท่านเติมข้อความในประโยคที่กำหนดให้สมบูรณ์

1. เมื่อท่านได้รับมอบหมายงานให้ทำมากขึ้น ท่านรู้สึก

.....

2. เมื่อถูกคัดเลือกให้เป็นคณะกรรมการสงฆ์ ท่านรู้สึก.....

3. ท่านรู้สึกเมื่อได้ในสิ่งที่ต้องการ

4. เมื่อถูกกลั่นแกล้ง ท่านรู้สึก.....

5. เมื่อมีผู้มาถวายสิ่งของที่ท่านอยากได้พอดีโดยไม่ทราบล่วงหน้า

ท่านรู้สึก

.....

6. ท่านรู้ดีว่าท่านมีความสามารถหลายอย่าง

ท่านรู้สึก.....

7. ท่านรู้สึกเมื่อมีกัลยาณมิตรที่ดี

8. เมื่อถูกคนอื่นพูดนินทาท่านในเรื่องที่ไม่เป็นความจริง

ท่านรู้สึก.....

9. เมื่อมีครอบครัวมาดูแลอุปการะท่านอาพาธ

ท่านรู้สึก.....

10. เมื่อท่านได้รับมอบหมายให้ทำกิจที่สำคัญและได้รับการยอมรับจากผู้อื่น

ท่าน

รู้สึก.....

กิจกรรมครั้งที่5 การมองชีวิตอย่างมีคุณค่า

กลุ่มเป้าหมาย พระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคจิตเภทและมีอาการซึมเศร้าร่วมด้วย ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสงฆ์

ระยะเวลา 90 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้พระสงฆ์ทุกรูปในกลุ่มได้พูดคุยและแลกเปลี่ยนประสบการณ์การมองชีวิตของตนเองกับเพื่อนๆสมาชิกในกลุ่ม
2. เพื่อให้พระสงฆ์ทุกรูปในกลุ่มสามารถมองเห็นคุณค่าในชีวิตของตนเองมากขึ้น

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมจิตบำบัดประคับประคองแบบกลุ่ม พระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคจิตเภทที่มีอาการซึมเศร้ามีความตระหนักรู้ในตนเองมากขึ้นและมองเห็นคุณค่าในชีวิตของตนเองมากขึ้น

สาระสำคัญ

กิจกรรมการมองชีวิตอย่างมีคุณค่า ตระหนักรู้ในตนเอง เป็นการฝึกทักษะในการตระหนักรู้ในตนเอง และการมองเห็นคุณค่าในตนเอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทได้พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของตนเองกับเพื่อนสมาชิกกลุ่ม และให้เพื่อนสมาชิกในกลุ่มได้สะท้อนให้เห็นถึงข้อดี สิ่งดีๆในตัวของเพื่อนแต่ละคนเพื่อให้เกิดตระหนักรู้ในตนเองมากยิ่งขึ้น และเป็นการส่งเสริมการมองเห็นคุณค่าในชีวิตของตนเองมากขึ้น ด้วยวิธีการที่สั้น กระชับ และเข้าใจง่าย ซึ่งกิจกรรมนี้ส่งผลให้สมาชิกเกิดการรู้ถึงคุณค่าของตนเอง(Altruism)

สื่อ/อุปกรณ์

- ป้ายชื่อ
- ปากกา/กระดาส
- ใบกิจกรรม 5.1 ‘ความภาคภูมิใจในชีวิตของฉัน’
- ใบกิจกรรม 5.2 “ฉันมีดีอะไร”

การประเมินผล

1. สมาชิกมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและการตอบคำถาม
2. สมาชิกสามารถอธิบายถึงการตระหนักรู้ในตนเองได้อย่างถูกต้อง
3. สมาชิกสามารถบอกถึงคุณค่าในชีวิตของตนเองได้อย่างเหมาะสม

กิจกรรมครั้งที่ 6 การวางแผนเพื่อการปรับเปลี่ยนพัฒนาตนเอง

กลุ่มเป้าหมาย พระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคจิตเภทและมีอาการซึมเศร้าร่วมด้วย ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสงฆ์

ระยะเวลา 90 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้พระสงฆ์ทุกรูปในกลุ่มได้พูดคุยถึงเรื่องที่ต้องการปรับเปลี่ยนตนเองกับเพื่อนๆสมาชิกในกลุ่ม
2. เพื่อให้พระสงฆ์ทุกรูปในกลุ่มได้ร่วมกันวางแผนในการปรับเปลี่ยนพัฒนาตนเองในการจัดการกับอาการซึมเศร้า
3. เพื่อให้พระสงฆ์ทุกรูปในกลุ่มสามารถปรับเปลี่ยนและพัฒนาตนเองไปในทางที่ดีขึ้นได้ในระยะยาว

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมจิตบำบัดประคับประคองแบบกลุ่ม พระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคจิตเภทที่มีอาการซึมเศร้ามีการวางแผนเพื่อการปรับเปลี่ยนตนเองและสามารถพัฒนาตนเองไปในทางที่ดีมากขึ้น อีกทั้งยังสามารถจัดการกับอาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันได้ด้วยตนเอง และสามารถใช้ชีวิตได้อย่างมีความสุข

สาระสำคัญ

กิจกรรมการวางแผนเพื่อการปรับเปลี่ยนตนเองนี้ เป็นการให้สมาชิกกลุ่มได้ทบทวนตนเองและร่วมกันวางแผนเพื่อการปรับปรุงพัฒนาตนเอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทได้พูดคุยแลกเปลี่ยนความรู้สึกลงในการทำกิจกรรมกลุ่มทั้ง 6 ครั้งที่ผ่านมาของตนเองกับเพื่อนสมาชิกกลุ่ม และให้เพื่อนสมาชิกในกลุ่มได้ร่วมกันวางแผนและตั้งเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนตนเองไปในทางที่ดีขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันได้ด้วยตนเอง และสามารถใช้ชีวิตได้อย่างมีความสุขหลังเสร็จสิ้นจากการเข้าโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดประคับประคอง ซึ่งกิจกรรมนี้มีเป้าหมายเพื่อให้สมาชิกเกิดการรู้สึกมีความหวัง (Instillation of hope)

สื่อ/อุปกรณ์

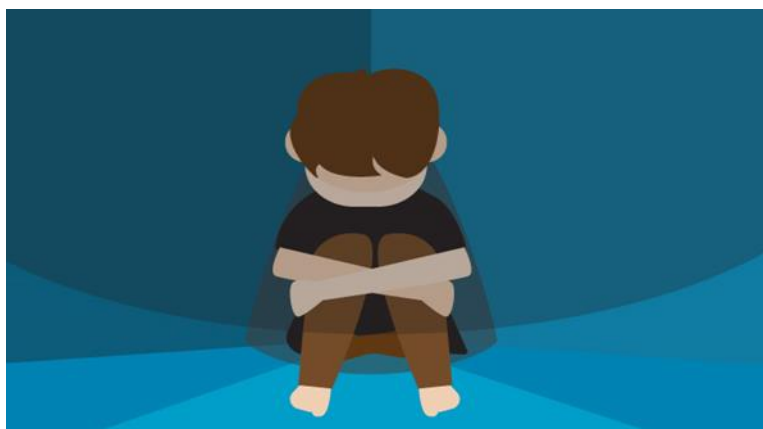
- ป้ายชื่อ
- ปากกา/กระดาษ
- ใบความรู้ที่ 6.1 การปรับเปลี่ยนพัฒนาตนเอง
- ใบกิจกรรม 6.1 กระบวนการปรับเปลี่ยนพัฒนาตนเองของฉันทน์

การประเมินผล

1. สมาชิกสามารถบอกถึงการวางแผนในการปรับเปลี่ยนพัฒนาตนเองได้อย่างเหมาะสม
2. สมาชิกสามารถปรับเปลี่ยนตนเองไปในทางที่ดีขึ้นได้จริง และสามารถจัดการกับอาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันได้ด้วยตนเอง

ใบงานที่ 6.1

กระบวนการการปรับเปลี่ยนพัฒนาตนเองของฉันทัน



1. ท่านรู้สึกว่าการซึมเศร้าทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมหรือไม่อย่างไร?
(โปรดระบุอาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้น)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2. ท่านคิดว่าอาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงต่อท่านมากน้อยเพียงใด และผลกระทบที่เกิดขึ้นจากอาการซึมเศร้าเป็นอย่างไร (ระดับความรุนแรงตั้งแต่ 0-10; 0 = ไม่รุนแรง, 10 = รุนแรงมากที่สุด)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3. ท่านมีความรู้สึก ความคิด หรือพฤติกรรมอย่างไรภายหลังการเกิดอาการซึมเศร้า

.....

.....

.....

.....

.....

4. ท่านวางแผนอย่างไรในการจัดการอาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้น

โปรดระบุจุดมุ่งหมายในการจัดการอาการซึมเศร้า

.....

.....

.....

.....

.....

โปรดอธิบายแนวทางการปฏิบัติที่เหมาะสมที่จะไปถึงจุดมุ่งหมายนั้นพร้อมระบุระยะเวลาในการเริ่มปฏิบัติ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

หากท่านปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดขึ้นข้างต้น ท่านคิดว่าจะเกิดผลลัพธ์อย่างไรกับตัวท่าน

.....

.....

.....

.....

การศึกษาสำรวจตนเอง

ข้าพเจ้าแบ่งลักษณะของตนเองเป็น 2 ลักษณะในการสำรวจตนเอง คือ ลักษณะเด่น และ ลักษณะด้อย

ลักษณะเด่นของข้าพเจ้า คือลักษณะที่ดี ไม่ต้องแก้ไขปรับปรุง ควรรักษาไว้ในตัวเอง พบว่ามีดังนี้

☺

☺

☺

☺

☺

☺

☺

☺

☺

☺

ลักษณะด้อยของข้าพเจ้า คือลักษณะที่ไม่ดี เป็นข้อเสียที่ควรปรับปรุงให้มีความถูกต้องเหมาะสม หากคงมีอยู่อาจทำให้เกิดผลเสียแก่ตนเอง พบว่ามีดังนี้

☹

☹

☹

☹

☹

☹

☹

☹

☹

☹

เหตุผลที่เลือกพัฒนาตนในเรื่องนี้

จากการศึกษาลักษณะเด่นและด้อยในตัวเองจนพบลักษณะต่างๆ และได้คิดที่จะเลือกลักษณะ
ด้อยหรือข้อเสียมาปรับปรุง เพื่อให้เกิดประโยชน์กับตนเอง จึงเลือกที่จะปรับปรุงหรือพัฒนาตนใน
เรื่องการจัดการกับอาการซึมเศร้า
โดยมีเหตุผลสนับสนุนตัวเอง ดังนี้

- ☆
- ☆
- ☆
- ☆
- ☆

พฤติกรรมเป้าหมายที่กำหนด

เป้าหมายแต่ละสัปดาห์ คือ

- สัปดาห์ที่ 1.....
- สัปดาห์ที่ 2.....
- สัปดาห์ที่ 3.....
- สัปดาห์ที่ 4.....
- สัปดาห์ที่ 5.....
- สัปดาห์ที่ 6.....
- สัปดาห์ที่ 7.....
- สัปดาห์ที่ 8.....

และเมื่อสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 8 จะยังคงปฏิบัติต่อไปเพื่อฝึกเป็นนิสัยที่ดี เวลา 8 สัปดาห์เป็น
เวลานานพอ ที่จะปรับเปลี่ยนพัฒนาตนเอง

วิธีการที่เลือกใช้ในการพัฒนาตน

วิธีการที่เลือกใช้ในครั้งนี้ ได้แก่

- ★
- ★
- ★
- ★
- ★

วัตถุประสงค์สำคัญ

-
-
-

ระยะเวลาการดำเนินการ

-
-

เงื่อนไขในการควบคุมหรือสนับสนุนการพัฒนาตน

1. เกี่ยวกับตนเอง

- ☹.....
- ☹.....
- ☹.....
- ☹.....
- ☹.....

2. บุคคลที่เกี่ยวข้อง

- ☹.....
- ☹.....
- ☹.....
- ☹.....
- ☹.....



3. การกำหนดรางวัลให้ตนเองเมื่อปฏิบัติได้ตามเป้าหมายในแต่ละระยะ

สัปดาห์ที่ 1 ถ้าทำได้เกิน 3 วัน ⇨

สัปดาห์ที่ 2 ถ้าทำได้เกิน 3 วัน ⇨

สัปดาห์ที่ 3 ถ้าทำได้เกิน 4 วัน ⇨

สัปดาห์ที่ 4 ถ้าทำได้เกิน 5 วัน ⇨

สัปดาห์ที่ 5 ถ้าทำได้เกิน 5 วัน ⇨

สัปดาห์ที่ 6 ถ้าทำได้ถึง 6 วัน ⇨

สัปดาห์ที่ 7 ถ้าทำได้ถึง 6 วัน ⇨

สัปดาห์ที่ 8 ถ้าทำได้ถึง 6 วัน ⇨

รายละเอียดการปฏิบัติกร ทุกครั้งแยกเป็นรายสัปดาห์

ท่านต้องเขียนรายงานตามที่ได้ปฏิบัติจริง สัปดาห์ละก็ครั้ง ต้องรายงานทุกครั้งตามรูปแบบการรายงาน คือ วิธีการที่ปฏิบัติ ผลเป็นอย่างไร มีความคิดหรือความรู้สึกที่เกิดขึ้นระหว่างการปฏิบัติ หรือหลังการปฏิบัติแต่ละครั้งอย่างไร



ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	นางสาวสุภัทสร สิมมา
วัน เดือน ปี เกิด	28 มกราคม 2535
สถานที่เกิด	จังหวัดสกลนคร
วุฒิการศึกษา	หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี สถาบันสมทบมหาวิทยาลัยบูรพา จังหวัดชลบุรี ในปีการศึกษา 2558



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY