

ผลของโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตเภท

EFFECTS OF GROUP SUPPORTIVE PSYCHOTHERAPY PROGRAM ON DEPRESSION IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA

ปรียนันท์ สละสวัสดิ์, วท.ม. (Preeyanun Salasawadi, M.Sc.)* *

รัชกร สุนทราเดชากิจ, พยม. (Rutchaporn Soontaradechakit, RN,M.N.S.)* *

ปิยวรรณ กลางประพันธ์, พยม. (Piyawan Klancprapan, RN,M.N.S.)* *

สาวตรี สุริยะฉาย, พยม. (Sawitree Suriyachai, RN,M.N.S.)* *

Abstract

Objective: To study the effects of group supportive psychotherapy program on depression in patients with schizophrenia.

Methods: This is an experimental research. Samples were patients with schizophrenia admitted at Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry during January 1-31, 2014. Inclusion criteria were age of 20-59 years, could read and write, no speech, no hearing and vision problems, did not take anti-depressant drugs, did not receive electroconvulsive therapy within previous 3 months, did not use narcotics, had BPRS score 0-30, had Beck Depression Inventory-II score from 20 and upward and voluntarily entered the experiment. The experimental group with simple random sampling using lottery method consisted of 10 male patients and 12 female patients. The control group

consisted of equal number of male and female patients who received regular nursing. The research tools were demographic data, Brief Psychiatric Rating Scale, Beck Depression Inventory-II: BDI-II and group supportive psychotherapy Program. We used percentage, mean, standard deviation and t-test for statistical analysis.

Results: The results of the study indicate that depression of patients with schizophrenia in the experimental group was decreased statistical significantly.

Conclusion: Group supportive psychotherapy Program has efficiency to decreasing depression in schizophrenic patients.

Keywords: Depression / Schizophrenic Patients / Supportive psychotherapy

* การศึกษานี้ได้รับทุนสนับสนุนจากมูลนิธิโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยาในพระราชูปถัมภ์ฯ

** Corresponding author, พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา E-mail: pree105@gmail.com

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตเภท

วิธีการศึกษา: การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบทดลอง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการรักษาแผนกผู้ป่วยในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา ระหว่างวันที่ 1-31 มกราคม 2557 เกณฑ์การคัดเข้าคือ ผู้ป่วยอายุระหว่าง 20-59 ปี สามารถอ่านออกเขียนได้ ไม่มีปัญหาการพูดการได้ยินและการมองเห็น ไม่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านเศร้า ไม่ได้รับการรักษาด้วยกระแสไฟฟ้ามาก่อน 3 เดือน ไม่ใช้สารเสพติด คะแนน Brief Psychiatric Rating Scale อยู่ระหว่าง 0-30 คะแนน และคะแนน Beck Depression Inventory-II ≥ 20 คะแนน ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 44 คน เป็นเพศชาย 20 คน เพศหญิง 24 คน สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบง่ายโดยการจับสลากเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเท่ากัน คือ เพศชายกลุ่มละ 10 คน และเพศหญิงกลุ่มละ 12 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปแบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS) แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบค (Beck Depression Inventory-II) และโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและ t-test

ผลการศึกษา: ผลการวิจัยนี้บ่งชี้ว่า ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตเภทในกลุ่มทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุป: โปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองมีประสิทธิภาพในการช่วยลดภาวะซึมเศร้า

ของผู้ป่วยโรคจิตเภท

คำสำคัญ: ภาวะซึมเศร้า / ผู้ป่วยโรคจิตเภท / จิตบำบัดแบบประคับประคอง

ความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความผิดปกติของขบวนการความคิดอารมณ์แปรปรวนการรับรู้ไม่ตรงกับความเป็นจริงและมีอาการแสดงออกของพฤติกรรมที่ผิดปกติจากคนทั่วไป (Marsh, 1992) จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลกพบความชุกของผู้ป่วยโรคจิตเภทเท่ากับ 7 ต่อประชากร 1,000 ราย หรือประมาณ 24 ล้านคนทั่วโลก และเป็นความผิดปกติทางจิตที่พบมากเป็นอันดับ 1 ของโรคทางจิตเวชทั้งหมด (WHO, 2013) หน่วยงานของ Disability Adjusted life year ประมาณการว่าภาระโรคทางจิตประสาทจะสูงกว่าร้อยละ 15 ในปี ค.ศ. 2020 และโรคจิตเภทเป็นปัญหา 1 ใน 10 ของโรคสถิติของกรมสุขภาพจิต พบความชุกของผู้ป่วยโรคจิตเภทเท่ากับ 6.1 และ 6.04 ต่อประชากร 1,000 รายในปี พ.ศ. 2554 และ 2555 ตามลำดับ (กรมสุขภาพจิต, 2555) สถิติผู้ป่วยโรคจิตเภทที่รับไว้รักษาในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา ในปี พ.ศ. 2555-2556 มีจำนวน 4,648 คิดเป็นร้อยละ 42.97 และมีจำนวน 4,593 คน คิดเป็นร้อยละ 43.34 ตามลำดับ โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังมีอาการกำเริบได้บ่อย มีเพียงร้อยละ 25 ที่รักษาได้ผลดีไม่ป่วยซ้ำและอีกร้อยละ 25 ไม่ตอบสนองต่อการรักษาที่เหลือร้อยละ 50 มีการกำเริบหรือป่วยซ้ำ ซึ่งจะเพิ่มโอกาสการมีพยาธิสภาพที่ถาวรของโรคทำให้ผู้ป่วยมีความบกพร่องในความสามารถมากขึ้น (Kongsakon, Leelahanaaj, Price, Biriny, & Davey, 2005) Pearson, (2006) พบว่า ในระยะ 5 ปีแรกของ

การเจ็บป่วยผู้ป่วยส่วนมากจะมีอาการของโรคกลับเป็นซ้ำสลับกับช่วงที่หายหรือทุเลา มีอัตราการกลับเป็นซ้ำสูงถึงร้อยละ 70-82 ส่วนใหญ่จะตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาไม่ดี การทำหน้าที่ทางสังคมบกพร่องนำไปสู่การดำเนินโรคที่เรื้อรัง

การศึกษาของ Whitehead, Moss, Cardno, & Lewis, (2002) พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังจะมีภาวะซึมเศร้าสูงถึงร้อยละ 33 จากการศึกษาของปริยพันธ์ สละสวัสดิ์, (2556) พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยใน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา มีความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 35 ผลกระทบของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีภาวะซึมเศร้าคือความเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำและการเพิ่มอัตราการตาย (Addington, Addington, & Patten, 1998) และมีระยะเวลาในการบำบัดรักษา รวมถึงการนอนโรงพยาบาลนานขึ้นด้วย (Whitehead C et al., 2002)

Beck (1979) กล่าวถึงภาวะซึมเศร้าว่า เป็นปฏิกิริยาการตอบสนองด้านจิตใจของบุคคลต่อภาวะวิกฤตหรือสถานการณ์ที่มีความเครียดแสดงออกในรูปของการเบี่ยงเบนทางอารมณ์ การเบี่ยงเบนทางความคิดและการรับรู้ การเบี่ยงเบนทางด้านร่างกายและพฤติกรรม การเบี่ยงเบนทางอารมณ์ได้แก่ความเศร้าโศกหดหู่ไม่มีอารมณ์สนใจในสิ่งต่างๆ การเบี่ยงเบนทางด้านความคิดและการรับรู้ได้แก่ การมองตนเองในด้านลบ ขาดแรงจูงใจ มีความคิดฆ่าตัวตาย การเบี่ยงเบนทางด้านพฤติกรรมได้แก่ พฤติกรรมถอยหนี เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ การปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เปลี่ยนไปจากเดิมเชื่องช้าลง ร้องไห้

การรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีภาวะซึมเศร้านั้น แม้จะใช้การรักษาด้วยยาเป็นหลัก แต่การ

รักษาแบบประคับประคองที่เรียกว่า supportive psychotherapy ก็มีความจำเป็นในการช่วยผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาทางจิต (รังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2553) สอดคล้องกับการศึกษาของวิบูลย์ชานวิทกุล และรังสิมันต์ สุนทร ไชยา, (2551) พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังภายหลังการเข้าร่วมกลุ่มจิตบำบัดประคับประคองมีค่าน้อยกว่าก่อนการเข้าร่วมกลุ่มจิตบำบัดประคับประคองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา มีนโยบายมุ่งเน้นความเป็นเลิศทางการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภท คณะผู้วิจัยจึงมีความประสงค์จะศึกษาผลของโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตเภทเพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยต่อไป

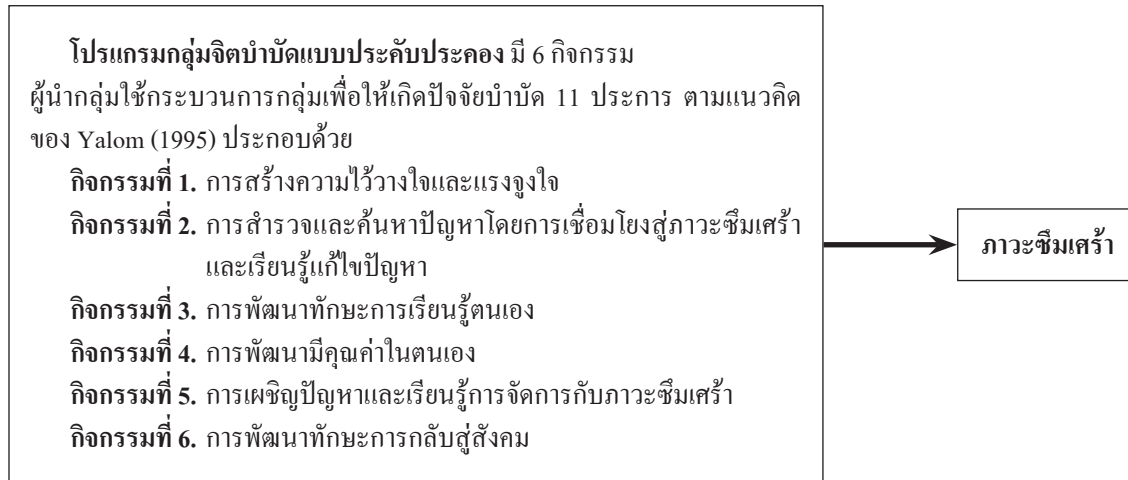
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง
2. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองกับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดประคับประคอง
2. ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิด



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

การดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตเภทสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคจิตเภทซึ่งได้รับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยใน ระหว่างวันที่ 1-31 มกราคม 2557 โดยมีเกณฑ์การคัดเข้าคือ อายุระหว่าง 20-59 ปี สามารถอ่านออกเขียนได้ ไม่มีปัญหาการพูดการได้ยินและการมองเห็น ไม่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านเศร้า ไม่ได้รับการรักษาด้วยกระแสไฟฟ้ามาก่อน 3 เดือน ไม่ใช้สารเสพติด คะแนน Brief Psychiatric Rating Scale อยู่ในระดับน้อย (ระหว่าง 0-30 คะแนน) มีคะแนนภาวะซึมเศร้าที่วัดโดย Beck Depression Inventory-II อยู่ในระดับปานกลางขึ้นไป ≥ 20 คะแนน

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมในการวิจัยแบบทดลอง คือ กลุ่มตัวอย่างควรมีอย่างน้อยกลุ่มละ

20 คน (Polit & Beck, 2004) เพื่อการกระจายของข้อมูลเข้าใกล้โค้งปกติ (normality) และเพื่อให้สามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มประชากรได้ดี ผู้วิจัยได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากผู้ป่วยโรคจิตเภทซึ่งไม่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีโรคอื่นร่วมด้วยเข้ารับการรักษาด้านผู้ป่วยในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ระหว่างวันที่ 1-31 มกราคม 2557 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 44 คน เป็นเพศชาย 20 คน เพศหญิง 24 คน สุ่มกลุ่มตัวอย่างจากเพศชายจำนวน 20 คนโดยการจับสลากเข้ากลุ่มเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองจำนวนกลุ่มละ 10 คน สุ่มกลุ่มตัวอย่างจากเพศหญิงจำนวน 24 คน โดยการจับสลากเข้ากลุ่มเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองจำนวนกลุ่มละ 12 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ ระยะเวลาการเจ็บป่วย

2) แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS) พัฒนาโดย Overall JE, Gorham DR (1962) ผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์ผู้ป่วยเอง ประกอบด้วยข้อคำถาม 18 ข้อ มีระดับคะแนนตั้งแต่ระดับ 1-7 คือ 1 = ไม่มีอาการ, 2 = มีอาการเล็กน้อยบางครั้ง, 3 = มีอาการเล็กน้อย, 4 = มีอาการปานกลาง, 5 = มีอาการค่อนข้างรุนแรง, 6 = มีอาการรุนแรง, 7 = มีอาการรุนแรงมาก ถ้าคะแนนอยู่ระหว่าง 0-30 แสดงว่ามีอาการทางจิตน้อย คะแนนตั้งแต่ 31 ขึ้นไปแสดงว่ามีอาการทางจิตมาก

3) แบบประเมินภาวะซึมเศร้าใช้แบบประเมิน Beck Depression Inventory-II ซึ่งแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดยนันทิกาทิพาชาติ (ไม่มีการตีพิมพ์) มีข้อคำถาม 21 ข้อ ในแต่ละข้อคำถามจะให้เลือกตอบโดยมีคะแนนตั้งแต่ 0-3 ข้อ คะแนนรวมตั้งแต่ 0-63 คะแนนแบ่งคะแนนเป็น 4 ระดับคือ ระดับปกติ ระดับน้อย ระดับปานกลาง และระดับรุนแรง ความแม่นยำและความน่าเชื่อถือของเครื่องมืออยู่ในเกณฑ์ดี Cronbach's alpha coefficient = .91 ค่า Spearman's correlation มีความสัมพันธ์ระหว่างค่าคะแนนที่ได้จากแบบวัด Beck Depression Inventory-II กับ The Hamilton Rating Scale for Depression = .71 (Beck, 1996) ผู้วิจัยนำแบบประเมินนี้ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มาใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาจำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่น .84

4) โปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง คณะผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ Yalom (1995) มี 6 กิจกรรมประกอบด้วย

กิจกรรมที่ 1 การสร้างความไว้วางใจและ

แรงจูงใจ ผู้ป่วยโรคจิตเภทมักจะมีปัญหาเรื่องของการสัมพันธ์กับบุคคลอื่น (เกษม ตันติผลาชีวะ, 2536) การสร้างสัมพันธ์ระหว่างผู้นำกลุ่มกับสมาชิกในกลุ่ม และระหว่างสมาชิกด้วยกัน ผู้นำกลุ่มสร้างบรรยากาศแห่งความเป็นกันเอง รู้สึกผ่อนคลาย สร้างความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยให้กับสมาชิกกลุ่ม สร้างความไว้วางใจให้เกิดขึ้นกับสมาชิก ด้วยการแสดงท่าทีที่อบอุ่น สนใจ ตั้งใจฟัง เข้าใจ ยอมรับในความคิดเห็นและพฤติกรรมของสมาชิกกลุ่ม ไม่ใช่ความคิดเห็นของตนเป็นเครื่องตัดสิน การประสานสายตาระหว่างการสนทนาเป็นการสร้างความไว้วางใจให้เกิดขึ้นได้ มีการอธิบายเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ระยะเวลาวิธีการ จำนวนครั้ง ความสำคัญและประโยชน์ที่จะได้รับจากการเข้ากลุ่มเปิดโอกาสให้สมาชิกสร้างความรู้สึกคุ้นเคยและความไว้วางใจกัน ทำให้สมาชิกกลุ่มเต็มใจเปิดเผย ระบายความรู้สึกและประสบการณ์ของตน จะมีความมั่นใจในการให้ และรับความช่วยเหลือจากสมาชิกอื่นๆ เกิดความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม รู้สึกเป็นพวกเดียวกัน เป็นเจ้าของกลุ่ม มีความใกล้ชิดผูกพันทำให้ความรู้สึกโดดเดี่ยวอ้างว้างหมดไปและรับรู้ว่าตนเองเป็นที่ยอมรับของผู้อื่น ทำให้สมาชิกเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าลดลง (ดวงใจ กสานติกุล, 2542) สอดคล้องกับการศึกษาของสุมาลี สัยยะสิทธิพานิชย์ และคณะพบว่า กระบวนการกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองสามารถช่วยให้ผู้ป่วยได้ระบายความคับข้องใจ มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในกลุ่ม

กิจกรรมที่ 2 การสำรวจและค้นหาปัญหา โดยการเชื่อมโยงสู่ภาวะซึมเศร้า และเรียนรู้แก้ไข การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค แผนการรักษาพยาบาล

และการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องจะช่วยให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทสามารถตัดสินใจและเปลี่ยนแปลงแผนการดำเนินชีวิตได้เหมาะสม จะสามารถช่วยควบคุมอาการของโรค (กาญจนา สดใจ, 2554) การให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญต่อความสามารถในการดูแลตนเองและส่งเสริมให้บุคคลมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ดีขึ้น (Orem, 2001)

กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการเรียนรู้ตนเอง การรู้จักตนเองเป็นองค์ประกอบสำคัญในการดูแลตนเองเนื่องจากการที่บุคคลรู้จักตนเองมีความสำคัญต่อคุณค่าของตนเองจะทำให้สามารถประเมินตนเอง รู้จักตนเองในการค้นหาข้อดีของตนเองได้ จะช่วยส่งเสริมให้สมาชิกเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้นส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าลดลง (ภัทราภรณ์ พงษ์ปิ่นคำ, 2551; สาวิตรี สุริยะฉาย และเพ็ญพักตร์ อุทิศ, 2553) สอดคล้องกับการศึกษาของรัชนิบูล เศรษฐภูมิรินทร์ (2544) พบว่า การมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันทำให้เกิดการตระหนักรู้ในคุณค่าของตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของเทียนทอง บังศรี และสุภาวดี คำกฤษ (2540) พบว่า การทำกลุ่มจิตบำบัดระดับประจักษ์ทำให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทเปลี่ยนแปลงทัศนคติ ความคิด พฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสมมากขึ้น นำมาซึ่งความภาคภูมิใจและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (เขาวนีส ล่องชูผล, 2547) ส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าลดลง

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาการมีคุณค่าแห่งตน การฝึกทักษะการมองจุดดีของตนเองและผู้อื่น ฝึกการมองโลกในแง่ดี ช่วยให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทสามารถเผชิญอุปสรรคต่างๆ ที่เข้ามาในชีวิตได้ด้วยจิตใจที่เข้มแข็งมั่นคง เผชิญปัญหาได้เป็นอย่างดี มีการพัฒนาความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรม ทำให้สามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างเหมาะสม

(Lorr & Wunderlich, 1986)

กิจกรรมที่ 5 การเผชิญปัญหาและเรียนรู้การจัดการกับภาวะซึมเศร้าผู้ป่วยโรคจิตเภทไม่สามารถเผชิญปัญหาในชีวิตประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Hill & Smith, 1990) ส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจภาวะเครียดที่มากเกินไปจะนำไปสู่ภาวะเหนื่อยหน่ายใจ ท้อแท้ และเศร้าได้ เมื่อผู้ป่วยโรคจิตเภทมีทักษะในการเผชิญปัญหา และมีแนวทางในการจัดการกับภาวะซึมเศร้า จะทำให้ร่างกายและจิตใจสงบและผ่อนคลายทำให้มีการควบคุมอารมณ์ และพฤติกรรมดีขึ้น (Gispens-de Wied CC, 2000)

กิจกรรมที่ 6 การพัฒนาทักษะการกลับสู่สังคม การสื่อสารมีความจำเป็นขั้นพื้นฐานในการดำรงชีวิตของมนุษย์ในสังคมเพราะเป็นขบวนการที่บุคคลทำให้ผู้อื่นรับรู้ความต้องการของตนเอง และตนเองรับรู้ความต้องการของบุคคลอื่น เรียนรู้วิธีการขอความช่วยเหลือจากผู้อื่นได้เมื่อตนเองมีภาวะเศร้า และส่งเสริมให้สามารถบอกความต้องการของตนเองได้ การมีจุดมุ่งหมายในชีวิตเป็นการฝึกฝนให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีเป้าหมายในการดำเนินชีวิต มองอนาคต จะช่วยให้มีความหวัง และวางแผนการดำเนินชีวิตตลอดจนเข้าใจการดำเนินชีวิตที่เกิดขึ้น (อภิชัย มงคลและคณะ, 2550)

ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 3 คน ตรวจสอบโปรแกรมในเรื่องความตรงของเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ความครอบคลุม ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้และลำดับเนื้อหาของโปรแกรมและ ผู้วิจัยได้นำโปรแกรมนี้ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง 10 คนพบว่า สามารถใช้ได้จริงตามวัตถุประสงค์

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย แบ่งออกเป็น

3 ระยะ คือ ระยะเตรียมการวิจัย ระยะดำเนินการวิจัย และระยะประเมินผลการวิจัย ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการวิจัย ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง โดยการศึกษาจากเอกสารหนังสือ ตำรา และงานวิจัยต่างๆ เมื่อโครงการได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาได้เตรียมผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ ผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชอย่างน้อย 5 ปี เพื่อช่วยเก็บข้อมูล การนำเครื่องมือไปทดลองใช้โดยการสลับคู่กันถามตอบ และช่วยในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการวิจัย กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองจำนวน 6 ครั้ง เป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ ผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม ไม่เคยเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองมาก่อน ผู้วิจัยมีการดำเนินงานในกลุ่มควบคุม ดังนี้ 1) ทำการประเมินภาวะซึมเศร้า 2) กลุ่มควบคุมให้การพยาบาลปกติโดยให้เข้ากลุ่มความรู้เรื่องยา การดูแลตนเองด้านสุขอนามัยส่วนบุคคล กลุ่มนันทนาการบำบัด กลุ่มอ่านหนังสือพิมพ์ ส่วนกลุ่มทดลอง มีการดำเนินกลุ่ม ดังนี้ 1) ประเมินภาวะซึมเศร้า 2) ได้รับการพยาบาลตามปกติ 3) ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเข้าโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองโดยแบ่งผู้ป่วยโรคจิตเภทเป็น 2 กลุ่ม ลักษณะกลุ่มเป็นแบบกลุ่มปิด เข้ากลุ่มทั้งหมด 6 ครั้ง ในระยะเวลา 2 สัปดาห์ กลุ่มที่ 1 เป็นเพศชาย จำนวน 10 คน เข้ากลุ่มวันจันทร์ พุธ ศุกร์ เวลา 10.00-11.00 น. กลุ่มที่ 2 เป็นเพศหญิง จำนวน

12 คน เข้ากลุ่มวันจันทร์ พุธ ศุกร์ เวลา 13.30-14.30 น. โดยมีผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้สังเกตการณ์บันทึกพฤติกรรมกลุ่ม

ระยะที่ 3 ระยะประเมินผลการทดลอง ในสัปดาห์ที่ 3 ผู้ช่วยวิจัยจะประเมินภาวะซึมเศร้าทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยแบบประเมิน Beck Depression Inventory-II หากพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนซึมเศร้าระดับปานกลาง ให้เข้าโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง หากพบว่ามีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง จะรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาปรับการรักษาให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง

พิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการเข้าเก็บข้อมูล หลังจากผ่านการเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมของสถาบัน จิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการโดยคำนึงถึงการยินยอมของกลุ่มตัวอย่างเป็นหลัก ข้อมูลต่างๆ ที่ได้จากการทำวิจัยในครั้งนี้ ถือเป็นความลับและผลการวิจัยเป็นการวิเคราะห์โดยภาพรวม

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ t-test

ผลการวิจัย

ลักษณะข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยกลุ่มทดลองเป็นเพศชายและเพศหญิงจำนวนใกล้เคียงกัน ส่วนใหญ่ร้อยละ 50 มีอายุอยู่ระหว่าง 40-49 ปี รองลงมาร้อยละ 27.3 มีอายุอยู่ระหว่าง 30-39 ปี ร้อยละ 77.3 สถานภาพโสด ร้อยละ 59.1 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 77.3 ประกอบอาชีพ ร้อยละ 40.9 ระยะเวลาของการเจ็บป่วยอยู่ระหว่าง

1-2 ปี ร้อยละ 59.1 คะแนน BPRS อยู่ระหว่าง 1-15 คะแนน ส่วนลักษณะข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย กลุ่มควบคุมพบว่า เป็นเพศชาย และเพศหญิง จำนวนใกล้เคียงกัน ส่วนใหญ่ร้อยละ 45.5 มีอายุอยู่ระหว่าง 30-39 ปี รองลงมาร้อยละ 31.8 อายุอยู่ระหว่าง 40-49 ปี ร้อยละ 77.3 สถานภาพโสด ร้อยละ 54.5 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 63.6 ประกอบอาชีพ ร้อยละ 40.9 มีระยะเวลาของการเจ็บป่วย 1-2 ปี ร้อยละ 63.6 คะแนน BPRS อยู่ระหว่าง 1-15 คะแนน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (22 คน)		กลุ่มควบคุม (22 คน)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	10	45.5	10	45.5
หญิง	12	54.5	12	54.5
อายุ				
20-29 ปี	5	22.7	5	22.7
30-39 ปี	6	27.3	10	45.5
40-49 ปี	11	50.0	7	31.8
สถานภาพสมรส				
โสด	17	77.3	17	77.3
คู่	2	9.1	3	13.6
หม้าย/หย่า	3	13.6	2	9.1
ระดับการศึกษา				
มัธยมศึกษา	13	59.1	10	45.5
ปริญญาตรี	9	40.9	12	54.5
อาชีพ				
มีอาชีพ	17	77.3	14	63.6
ไม่มีอาชีพ	5	22.7	8	36.4
ระยะเวลาการเจ็บป่วย				
1-2 ปี	9	40.9	9	40.9
3-5 ปี	8	36.4	7	31.8
6 ปีขึ้นไป	5	22.7	6	27.3
คะแนน BPRS				
1-15 คะแนน	13	(59.1)	14	(63.6)
16-30 คะแนน	9	(40.9)	8	(36.4)

ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าผู้ป่วยโรคจิตเภทของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตเภทระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนได้รับโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง และการพยาบาลตามปกติพบว่า

ไม่แตกต่างกัน แต่หลังจากกลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับได้รับโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง และกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติแล้วนั้นพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตเภทระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดประคับประคองและการพยาบาลปกติ

เปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้า	$\bar{X}$	S.D.	t	P-value
ก่อนทดลอง				
กลุ่มทดลอง	27.14	5.04	.03	.97
กลุ่มควบคุม	27.09	5.33		
หลังทดลอง				
กลุ่มทดลอง	19.91	6.02	-3.07	.004 **
กลุ่มควบคุม	25.50	6.07		

** P = < .01

การอภิปรายผลการวิจัย

ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 และค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดประคับประคองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 พบว่า ผลของคะแนนซึมเศร้าที่ลดลงได้แก่อารมณ์

เศร้า การมองโลกในแง่ร้าย ความรู้สึกผิด ความล้มเหลว การตำหนิตนเอง ความคิดฆ่าตัวตาย การร้องไห้ ความรู้สึกกระสับกระส่าย การนอนหลับ ความรู้สึกหงุดหงิด สมาธิไม่ดี ความรู้สึกเหนื่อยอ่อนเพลีย สอดคล้องกับการศึกษาของ Cailhol et al., (2009); เชาวณี ล่องซุผล (2547); เกื้อกุล มะเชื้อเทศ และประภาพร ประศรี (2551); วิบูลย์ ชานวิทิตกุล และรังสิมนต์สุนทรไชยา (2551); วัลลภาลำราญเวทย์, สาวิตรี สุริยะ ฉายและรัชนิ ปานเพ็ชร (2554) ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ผู้ป่วยสูงอายุ

วัยรุ่น ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังและผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม ตามลำดับ

สาเหตุหนึ่งของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภทเกิดจากความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ (วุฒิกิจ จันทวังษ์, 2549; Rosenberg, 1979) ร่วมกับการขาดการสนับสนุนทางสังคม (ปริญญ์ สละสวัสดิ์, 2556) ทำให้เกิดความเครียดส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า กลุ่มจิตบำบัดระดับประคับประคองเป็นการบำบัดที่มีประสิทธิภาพในการเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (จันทิมา องค์โฆสิต, 2545) เมื่อผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้นจึงส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าลดลงได้ (วิบูลย์ ชานวิฑิตกุล และรังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2551) คณะผู้วิจัยได้นำโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองพัฒนามาจากแนวคิดกลุ่มจิตบำบัดของ Yalom (1995) มีการดำเนินกลุ่ม 3 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะสร้างสัมพันธภาพ 2) ระยะดำเนินการ 3) ระยะยุติกลุ่ม โดยใช้เทคนิคการให้ความเชื่อมั่น การสนับสนุน การแนะนำ การปลอบใจ การระบายอารมณ์ความคิดและความรู้สึก การกระตุ้นให้สมาชิกซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทเป็นฝ่ายนำในการสนทนาการให้สมาชิกไต่ตรองในเรื่องใหม่ๆ การส่งเสริมความเข้าใจ ซึ่งมีปัจจัยบำบัด (Therapeutic factors) ตามแนวคิดของ Yalom (1995) 11 ประการ ได้แก่ การรู้ถึงคุณค่าของตนเอง (Altruism) ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม (Group Cohesiveness) ความรู้สึกอันเป็นสากล (Universality) การเรียนรู้การสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal learning) การให้ข้อมูล (Imparting of information) การได้ระบายออก (Catharsis) พฤติกรรมเลียนแบบ (Imitative behavior) การแก้ไขประสบการณ์เดิมในครอบครัว

หรือความรู้สึกเสมือนเป็นครอบครัวเดียวกัน (The corrective recapitulation of primary family group member) การพัฒนาเทคนิคเพื่อการเข้าสังคม (The development of socializing techniques) การรู้สึกรมีความหวัง (Instillation of hope) การได้รู้ถึงความจริงของชีวิต (Existential factors) เป็นกลไกที่ทำให้สมาชิกเกิดการเปลี่ยนแปลงความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมที่เหมาะสม ก่อให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าลดลง (วิบูลย์ ชานวิฑิตกุล และรังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2551; สาวิตรี สุริยะฉาย และเพ็ญพักตร์ อุทิศ, 2553)

สรุป

โปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองเป็นกลุ่มจิตบำบัดที่มีลักษณะเป็นกลุ่มปิด มีการดำเนินกลุ่มเป็น 3 ระยะ คือ 1) ระยะสร้างสัมพันธภาพ 2) ระยะดำเนินการ 3) ระยะยุติกลุ่ม ประกอบด้วย 6 กิจกรรม แต่ละกิจกรรมของกระบวนการภายในกลุ่ม รวมทั้งการที่สมาชิกมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันก่อให้เกิดปัจจัยบำบัด ซึ่งเป็นกลไกที่ทำให้สมาชิกเกิดการเปลี่ยนแปลงความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมที่เหมาะสม เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าลดลง

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการติดตามผลการวิจัยในระยะยาวทุก 6 เดือน 12 เดือน จากการศึกษาผลของโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองสามารถลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตเภทได้ ดังนั้นจึงควรมีการประยุกต์ใช้โปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองกับผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตกลุ่มอื่นๆหรือในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า

รวมทั้งผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ผศ.ดร. รุ่งนภา ผาณิตรัตน์ นายแพทย์ชัยฤทธิ์ กฤษณะและนายแพทย์พลภัทร์ โล่เสถียรกิจ ที่กรุณาให้คำปรึกษาและให้ความช่วยเหลือในการทำวิจัย รวมทั้งมูลนิธิโรงพยาบาลสมเด็จพระยาในพระราชูปถัมภ์ของสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารีที่กรุณาให้ทุนสนับสนุนการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

กรมสุขภาพจิต. กระทรวงสาธารณสุข. (2555).

ผู้ป่วยทางสุขภาพจิตของประเทศไทย.

สืบค้นเมื่อ 1 พฤศจิกายน 2556, จาก : <http://www.dmh.go.th/report/report1>.

กาญจนา สุดใจ. (2549). *ศึกษาการใช้โปรแกรมการให้ความรู้ระดับครอบครัวแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.*

เกษม ดันติผลาชีวะ. (2536). *ตำราจิตเวชศาสตร์ เล่ม 1 (พิมพ์ครั้งที่2).* กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

จันทิมาองค์โสมสิต. (2545). *จิตบำบัดในการปฏิบัติงานจิตเวชทั่วไป.* กรุงเทพฯ: ยูเนี่ยนครีเอชั่น.

เขาวนีย์ ถ่องชุมพล. (2547). *ศึกษาผลการใช้กลุ่มบำบัดระดับครอบครัวต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า.* วิทยานิพนธ์ปริญญา

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ดวงใจกานตกุล. (2542). *โรคซึมเศร้ารักษาหายได้.* กรุงเทพฯ: นวัตกรรมการพิมพ์.

เทียนทอง บังศรี และสุภาวดี คำกานา. (2540). *รายงานผลการปฏิบัติงานโครงการผลการทำกลุ่มจิตบำบัดระดับครอบครัวต่อผู้ป่วยจิตเวชโรงพยาบาลศรีมหาโพธิ์. อุบลราชธานี: โรงพยาบาลศรีมหาโพธิ์.*

เกื้อกูล มะเชื้อเทศ และประภาพร ประศรี. (2551). *การศึกษาการใช้กลุ่มบำบัดระดับครอบครัวต่อภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นโรงเรียนมัธยมศึกษา อำเภอบางซำ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน, 14(21), 153-161.*

ปริยพันธ์ สละสวัสดิ์. (2556). *ความชุกและปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยในโรคจิตเภท. วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา, 7(1), 37-48.*

ภัทรภรณ์ หุ่นปันคำ. (2551). *การทำกลุ่มจิตบำบัดสำหรับบุคลากรทางสุขภาพ. เชียงใหม่: นันทพันธ์พรินติ้ง.*

รัชนิบูล เศรษฐภูมิรินทร์. (2544). *การพยาบาลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าให้ค้นพบพลังในตนเอง. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 14(1), 1-8.*

รังสิมันต์ สุนทรไชยา. (2553). *จิตบำบัดระดับครอบครัว: การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 24(2), 1-11.*

วัลลภา สำราญเวชย์, สาวิตรี สุริยะฉาย, รัชนิ

- ปานเพ็ชร. (2554). ศึกษาผลของโปรแกรมจิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่มต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา. *วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา*, 5(1), 14-22.
- วิบูลย์ ขานวิทิตกุล และรังสิมันต์ สุนทรไชยา. (2551). การศึกษาการใช้กลุ่มจิตบำบัดระดับประคองต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง โรงพยาบาลศรีธัญญา. *วารสารโรงพยาบาลศรีธัญญา*, 9(1), 46-53.
- วุฒิกกร จันทรงมี. (2549). *ความรู้สึกลึกซึ้งคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สาวิตรี สุริยะฉาย และเพ็ญพักตร์ อุทิศ. (2553). การศึกษาการใช้จิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่มต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม สังกัดกรมสุขภาพจิต. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 24(1), 202-217.
- สุมาลี สัยยะสิทธิพานิชย์ และคณะ. (2541). การศึกษาเรื่องการจัดกลุ่มจิตบำบัดแบบประคองประคองสำหรับผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลสวนปรุง. *วารสารสวนปรุง*, 2, 24-32.
- อภิรักษ์มงคลและคณะ. (2550). *รายงานการประเมินผลโครงการป้องกันการฆ่าตัวตายปีงบประมาณ 2547*. พิมพ์ครั้งที่ 1. ขอนแก่น: โรงพิมพ์พระธรรมขันธ์.
- Addington, D., Addington J, & Patten S. (1998). Depression in people with first-episode schizophrenia. *British Psychiatry Journal of Psychiatry Suppl*, 172, 90-92.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown G. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio: TX: Psychological Corporation.
- Beck, A. T. (1979). *The Diagnosis and manage of depression*. Philadelphia: University of Pensylania Press.
- 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.
- Gispén-de Wied, C.C. (2000). Stress in Schizophrenia: an integrative view. *European Journal of Pharmacology*, 405 (1-3), 375-378.
- Hill, L, & Smith, N. (1990). *Self-Care Nursing: Promotion of Health*. 2nd ed. New Jursy: Appleton and Lange.
- 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, (1992). *Families and mental illness: New directions in professional practice*. New York: Praeger.
- Orem, E. D. (2001). *Nursing concepts of practice*. 6th ed. St Louis: Mosby Year Book.
- Overall, J. E., Gortham, D.R. (1962). The brief psychiatric rating scale. *Psychological Report*, 25(10), 799-821.
- Pearson, G. S. (2006). The client with thought disorder. In W. K. Mohr ed. *Psychiatric mental health Nursing*. 6th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Polit, D, & Beck. (2004). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia Lippincott William and Wilkins.
- Rosenberg, M. (1979). *Conceiving the self-esteem*. New York: Basic Book.
- Whitehead C, Moss S, Cardno A, Lewis G. (2002). *Antidepressants for people with both schizophrenia and depression*. Retrieved May 15, 2013, from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12076447>.
- World Health Organization. (2013). *Schizophrenia*. Retrieved November 1, 2013 from: <http://www.who.int/mentalhealth/management/schizophrenia/en>.
- Yalom, J. D. (1995). *The theory and practice of group psychotherapy*. 4th ed. New York. Basic Books.

