

การพัฒนาคู่มือการบำบัดความคิดและพฤติกรรม ต่อความคิดอัตโนมัติทางลบของผู้ป่วยจิตเภท

THE DEVELOPMENT OF COGNITIVE AND BEHAVIORAL THERAPY MANUAL ON NEGATIVE AUTOMATIC THOUGHTS IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA

อำพัน จารุทัตсанังกูร, กศ.ม. (Ampun Jarutatsanangkoon, M.Ed.)*

โสธยา สุภโรจน์, พย.ม. (Soraya Suparochanee, M.N.S)**

กฤตณัย แก้วยศ, วท.ม. (Krittana Kaewyot, M.S.)***

Abstract

Objectives: The purposes of this study were to 1) develop a manual based on cognitive and behavioral therapy on negative automatic thoughts in schizophrenic patients, 2) examine content validation of the manual developed, 3) study the effectiveness of the manual developed on negative automatic thoughts by comparison of negative automatic thoughts scores between the experimental group and the control group, and 4) explore the acceptance of using the manual developed.

Methods: This study was a research and development comprised the 7 steps as needs assessment, conceptual framework determination, the designing and developing the manual, validation of the manual, preliminary testing, expansion

the use of the manual, and evaluation and continuous development. To examine the effectiveness of the manual developed on negative automatic thoughts, quasi-experimental design was used. Sample consisted of 60 schizophrenic patients. They were randomly assigned into either experimental or control group with 30 subjects in each group. Data were analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and standard deviation, and inferential statistics including t-test.

Results: The findings were as follows:

1. The manual based on cognitive and behavioral therapy on negative automatic thoughts in schizophrenic patients composed of 6 activities including 1.1) relationship building and evaluating

*Corresponding author, พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา (Corresponding author, Registered Nurse, Senior Professional Level, Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry), E-mail: am1000meaw@hotmail.com

**พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา (Registered Nurse, Professional Level, Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry)

***นักวิชาการศึกษา สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา (Educator, Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry)

วันที่รับ (received) 12 กุมภาพันธ์ 2562 วันที่แก้ไข (revised) 16 เมษายน 2562 วันที่ตอบรับ (accepted) 28 เมษายน 2562

thinking behaviors, 1.2) Psychoeducation: relationships of schizophrenia and negative automatic thoughts and patterns of thinking and behavioral processes, 1.3) Psychoeducation: negative automatic thoughts distortion, 1.4) Modification of negative automatic thoughts to new positive thoughts by using the advantage and disadvantage analysis techniques, 1.5) The maintenance of new positive thoughts by using techniques of balance adjustment and self-talk, and 1.6) Progress monitoring and treatment evaluation. Index of Item-Objective Congruence (IOC) of the manual was 0.67-0.83.

2. Results regarding the effectiveness of the developed manual demonstrated that negative automatic thought mean score of schizophrenic patients after receiving the treatment based on the developed manual was significantly lower than that before. And the negative automatic thought mean score of schizophrenic patients who received the treatment based on the developed manual was significantly lower than that of the group who received routine nursing care.

Conclusion: This research suggested that the developed manual based on cognitive and behavioral therapy on negative automatic thoughts had good quality in term of content validity with the IOC of the manual equal to .67-.83. When nurses applied the manual with schizophrenic patients, their negative automatic thoughts were reduced.

Keywords: Cognitive and behavioral therapy, Negative automatic thoughts, Schizophrenia

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อ 1) พัฒนาคู่มือการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อความคิดอัตโนมัติทางลบของผู้ป่วยจิตเภท 2) ตรวจสอบคุณภาพด้านความเที่ยงตรงตามเนื้อหาของคู่มือที่พัฒนาขึ้น 3) ศึกษาประสิทธิผลของการใช้คู่มือที่พัฒนาขึ้นต่อความคิดอัตโนมัติทางลบโดยการเปรียบเทียบค่าคะแนนความคิดอัตโนมัติทางลบระหว่างผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการบำบัดตามแนวทางในคู่มือกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และ 4) ศึกษาการยอมรับการนำคู่มือที่พัฒนาขึ้นไปใช้

วิธีการศึกษา: ใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนา ประกอบด้วยขั้นตอนการวิเคราะห์ความต้องการ/ความจำเป็นในการพัฒนาการกำหนดกรอบแนวคิด การออกแบบและจัดทำต้นร่าง การตรวจสอบคุณภาพทางวิชาการ การทดลองใช้ในระบบ การขยายผล การประเมินผลและพัฒนาต่อเนื่อง ศึกษาประสิทธิผลคู่มือฯ ด้วยการวิจัยกึ่งทดลองกับผู้ป่วยจิตเภทแบบสองกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และร้อยละ และสถิติอ้างอิง ได้แก่ สถิติทดสอบที

ผลการศึกษา: 1) คู่มือฯ ที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วยกิจกรรม 6 กิจกรรม คือ 1.1) การสร้างสัมพันธภาพ และประเมินพฤติกรรมความคิด 1.2) การให้สุขภาพจิตศึกษาเรื่องโรคจิตเภทมีความสัมพันธ์ของความคิดอัตโนมัติทางลบกับแบบแผน

กระบวนการคิดและการเกิดพฤติกรรม 1.3) การให้สุขภาพจิตศึกษาเรื่องความคิดอัตโนมัติทางลบที่บิดเบือน 1.4) การปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบเป็นความคิดใหม่ทางบวกโดยเทคนิคการวิเคราะห์ข้อดี-ข้อเสีย 1.5) การคงอยู่ความคิดใหม่ทางบวกด้วยเทคนิคการปรับสมดุลของอารมณ์และเทคนิคพูดกับตัวเอง และ 1.6) ติดตามความก้าวหน้าและการประเมินผลในการบำบัด โดยคู่มือฯ ที่พัฒนาขึ้น มีค่าดัชนีความสอดคล้องของหัวข้อความรู้กับวัตถุประสงค์อยู่ระหว่าง 0.67-0.83. 2) ประสิทธิภาพของคู่มือฯ ที่พัฒนาขึ้นพบว่า คะแนนเฉลี่ยความคิดอัตโนมัติทางลบของกลุ่มที่ได้รับการบำบัดตามแนวทางในคู่มือฯ ในระยะหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนได้รับการบำบัดตามคู่มือฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และในระยะหลังการทดลอง คะแนนเฉลี่ยความคิดอัตโนมัติทางลบของกลุ่มที่ได้รับการบำบัดความคิดตามแนวทางในคู่มือฯ ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุป: ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่า คู่มือการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อความคิดอัตโนมัติทางลบของผู้ป่วยจิตเวชมีคุณภาพด้านความตรงตามเนื้อหา ค่าดัชนีความสอดคล้องของหัวข้อความรู้กับวัตถุประสงค์เท่ากับ .67-.83 และเมื่อพยาบาลนำคู่มือฯ ไปใช้มีผลให้ความคิดอัตโนมัติทางลบของผู้ป่วยจิตเวชลดลง

คำสำคัญ: การบำบัดความคิดและพฤติกรรม ความคิดอัตโนมัติทางลบ ผู้ป่วยจิตเวช

ความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นความผิดปกติที่พบประมาณร้อยละ 45-50 ของผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด และประชาชนทั่วไปมีโอกาสป่วยเป็นโรคจิตเภทได้ถึงร้อยละ 0.5-1 (สมภพ เรื่องตระกูล, 2545) โดยความชุกของผู้ป่วยโรคจิตเภทในผู้ป่วยอายุ 15-59 ปีอยู่ที่ 8.8 คน ต่อ 1,000 คน ค่า 95% CI อยู่ที่ 7.2-10.6 มีอัตราส่วนของเพศชายต่อเพศหญิงอยู่ที่ 1.1 ต่อ 1 (Phanthunane, Vos, Whiteford, Bertram, & Udomratn, 2010) ผู้ป่วยจะมีความผิดปกติในด้านความคิด การรับรู้ การแสดงออกทางอารมณ์และพฤติกรรมไม่เหมาะสมกับเหตุการณ์ มีความผิดปกติของกระบวนการคิด (cognitive) เป็นอาการเด่น ส่งผลให้ความสามารถในการคิด การตอบสนองทางอารมณ์การแสดงพฤติกรรมผิดปกติความผิดปกติของความคิด จะมีลักษณะขาดความเชื่อมโยงกับความจริงและเหตุผลมีความคิดเข้าข้างตนเองวิธีคิดบิดเบือนไปจากความเป็นจริง การคิดตีความไปในทางร้าย การคิดที่ขยายความเกินความเป็นจริงหรือที่เรียกว่าการคิดสุดโต่ง มีความคิดทางลบ สูญเสียความสามารถด้านการตัดสินใจ (Kaplan & Sadock, 1996) วิธีการคิดที่ไม่เหมาะสมนี้ เรียกว่าความคิดอัตโนมัติทางลบ ส่งผลให้การแสดงออกของอารมณ์และพฤติกรรมของผู้ป่วยไม่เหมาะสม เช่น การโทษผู้อื่นเกรี้ยวกราดโทษตัวเองแยกตัวหลบหนีปัญหา ฯลฯ ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเผชิญปัญหาในชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพมีปัญหาในการดูแลตนเอง ป่วยซ้ำ และเป็นภาระของญาติ ซึ่งการรักษาผู้ป่วยจิตเภทที่มีความคิดอัตโนมัติทางลบ สามารถรักษาด้วยการใช้ยาและการบำบัดกลุ่มต่างๆ เช่น กลุ่มบำบัดการดูแลโดยใช้สิ่งแวดล้อมหรือการบำบัดความคิดและพฤติกรรม ฯลฯ

การบำบัดความคิดและพฤติกรรม(cognitive behavior therapy) เป็นการบำบัดในเชิงรุกและแบบมีทิศทาง (active and directive) มีช่วงระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัด(time-limited)และมีโครงสร้างชัดเจน(structured) สามารถใช้บำบัดรักษาโรคทางจิตเวชได้หลากหลาย(Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979) โดยทั่วไปเนื้อหาในโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม ส่วนใหญ่จะประกอบด้วย การฝึกการผ่อนคลาย(relaxation)การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม และเลือกนำไปใช้ตามสถานการณ์ที่เหมาะสม(stimulus change) (ฐาปนิก พญามงคล, 2552; ณัฏฐร พิทยรัตน์เสถียร, 2558) และที่ผ่านมา มีรายงานกล่าวไว้ว่าการบำบัดในลักษณะนี้สามารถช่วยรักษาอาการทางกายและทางสังคมของผู้ป่วย ด้วยการสอนให้ผู้ผู้ป่วยมีทักษะในการแก้ปัญหาที่เกิดจากสถานการณ์ที่เต็มไปด้วยความเครียด แยกแยะรูปแบบความคิดที่บิดเบือนจากความ เป็นจริงที่นำไปสู่ภาวะซึมเศร้า และแทนที่ด้วยมุมมองในเชิงบวก และมีประโยชน์ต่อตนเองมากกว่า(Dryden, 1998) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาที่พบว่า โปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด ในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการทางลบ ด้วยการส่งเสริมทักษะของผู้ป่วยในการบ่งชี้อาการทางลบ ช่วยทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับการคิดที่ถูกต้อง และนำไปสู่การปรับพฤติกรรมและแสดงออกที่เหมาะสมต่อสถานการณ์ (ชุมทรัพย์ ก้อนทอง, วิณา จิระแพทย์ และเพ็ญพักตร์ อุทิศ, 2559) และมีการศึกษาที่รายงานว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการ หน่วยงานโรงพยาบาลกลางวัน สถาบันจิตเวชศาสตร์ สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอฯ ที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดความคิดและพฤติกรรม มีผลให้ความคิดอัตโนมัติทางลบลดลง(กาญจนา เหมะรัต, อำพัน จารุทัตสนางกูร และ

พัชราศิลปะบรรเลง, 2552) จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น จึงให้เห็นว่าโปรแกรมกลุ่มบำบัดความคิดและพฤติกรรมสามารถลดความคิดอัตโนมัติทางลบของผู้ป่วยจิตเภท รวมถึงส่งผลให้สามารถปรับการคิดที่นำไปสู่การปรับพฤติกรรมและการแสดงออกได้อย่างเหมาะสม

ในทางปฏิบัติ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอฯ มีผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการรักษาแบบผู้ป่วยใน ระหว่างปี 2559-2561 มีจำนวน 2,450 ราย 2,352 ราย และ 2,466 ราย ในแต่ละปีตามลำดับ (สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอฯ, 2561) ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการสุ่มสำรวจผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 60 ราย ด้วยการใช้แบบประเมินความคิดอัตโนมัติทางลบพบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความคิดอัตโนมัติทางลบถึงร้อยละ 58 (ข้อมูล ณ วันที่ 2 ตุลาคม พ.ศ. 2561) และเมื่อทบทวนการบำบัดความคิดอัตโนมัติทางลบของผู้ป่วยจิตเภทโดยพยาบาล ด้วยการสัมภาษณ์ พยาบาล จำนวน 5 คน ที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยดังกล่าว พบว่า พยาบาลจะให้การดูแลผู้ป่วย ด้วยการบำบัดเป็นรายกลุ่ม เรื่องการดูแลตนเอง การสร้างสัมพันธ์ภาพ หรือการเสริมสร้างแรงจูงใจ และพยาบาลจำนวน 4 คน ซึ่งไม่เคยได้รับการอบรม การบำบัดความคิดและพฤติกรรม พบว่าขาดความมั่นใจในกระบวนการทำกลุ่มการบำบัดความคิดและพฤติกรรม และคิดว่ามีขั้นตอนที่ยุ่งยากซึ่งจาก ข้อมูลที่พบแสดงให้เห็นว่า กิจกรรมการบำบัดดังกล่าว ไม่ได้ใช้แนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรมในการบำบัดความคิดอัตโนมัติทางลบ ในผู้ป่วยจิตเภท และพยาบาลกลุ่มนี้ยังเสนอให้มีการจัดทำคู่มือการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อความคิดอัตโนมัติทางลบให้มีลักษณะที่กระชับ เข้าใจได้ง่าย แต่ครอบคลุมการบำบัดความคิด

อัตโนมัติทางลบอย่างมีประสิทธิภาพ

ดังนั้น ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติหน้าที่ในฐานะผู้เฝ้าสังเกตการพยาบาล ร่วมกับกลุ่มภารกิจการพยาบาล สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาเห็นถึงความจำเป็นเร่งด่วนที่ต้องดำเนินการพัฒนาคู่มือกลุ่มบำบัดความคิดและพฤติกรรม เพื่อให้พยาบาลใช้เป็นแนวทางในการบำบัดที่มีประสิทธิภาพต่อความคิดอัตโนมัติทางลบของผู้ป่วยจิตเภท ทั้งนี้ผู้วิจัยได้นำการแนวคิดบำบัดความคิดและพฤติกรรมของ Beck และคณะ (1979) ที่เชื่อว่าอารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรมของคนเราส่วนใหญ่แล้วขึ้นอยู่กับแนวทางการมองโลกของบุคคล มาประยุกต์ใช้ในการกำหนดขอบเขตเนื้อหาในคู่มือฯ ร่วมกับข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์พยาบาลมาเป็นหลักการในการพัฒนา เพื่อให้คู่มือการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อความคิดอัตโนมัติทางลบของผู้ป่วยจิตเภทที่พัฒนาขึ้น มีคุณภาพตามหลักการทางวิชาการ พยาบาลสามารถนำไปใช้ในการบำบัดความคิดอัตโนมัติทางลบ ผู้ป่วยเกิดความตระหนักในวิธีการคิดและมองตนเอง เข้าใจวิธีการคิดที่มีผลต่อพฤติกรรมและปรับเปลี่ยนความคิดทางลบได้จริงอย่างมีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการดูแล

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงตามเนื้อหาของคู่มือการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อความคิดอัตโนมัติทางลบของผู้ป่วยจิตเภท

2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของกลุ่มการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อความคิดอัตโนมัติทางลบของผู้ป่วยจิตเภทโดย

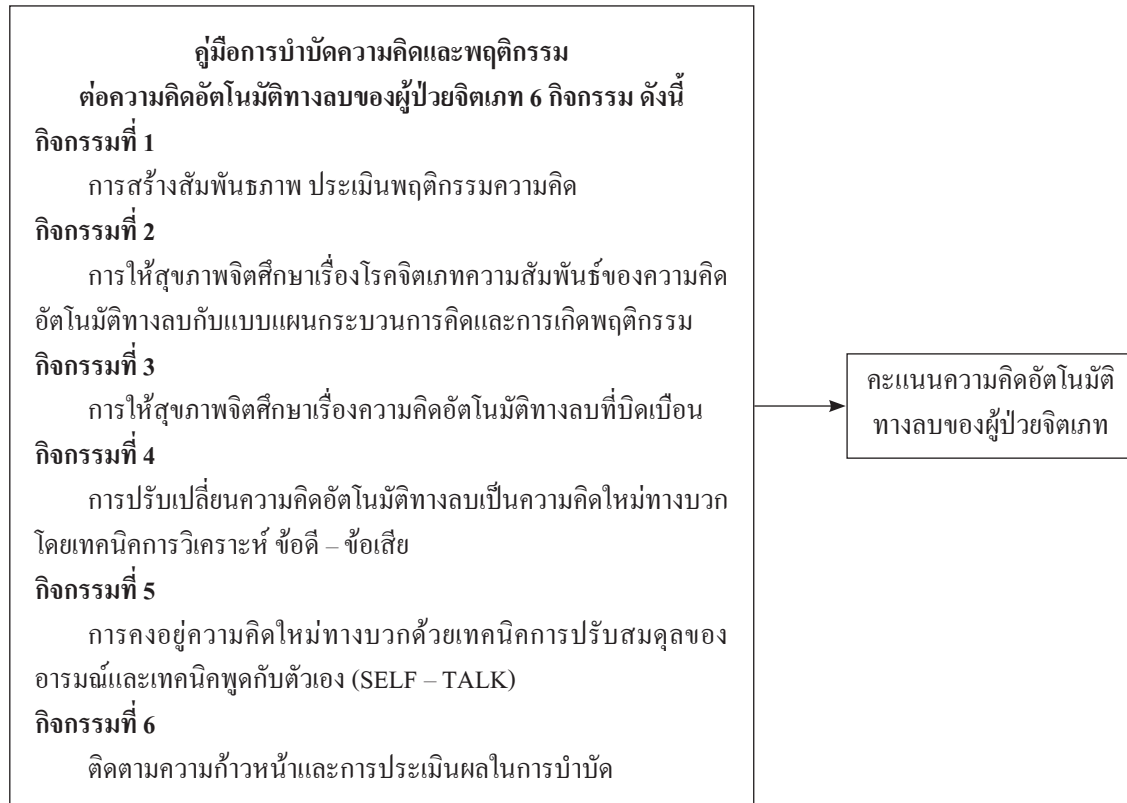
2.1 เปรียบเทียบค่าคะแนนความคิดอัตโนมัติทางลบระหว่างกลุ่มที่ได้รับการบำบัดตามแนวทางในคู่มือฯ ที่พัฒนาขึ้นกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติในระยะหลังการทดลอง

2.2 เปรียบเทียบค่าคะแนนความคิดอัตโนมัติทางลบของกลุ่มที่ได้รับการบำบัดตามแนวทางในคู่มือฯ ที่พัฒนาขึ้นในระยะก่อนและหลังการทดลอง

2.3 ศึกษาการยอมรับในการนำคู่มือการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อความคิดอัตโนมัติทางลบของผู้ป่วยจิตเภทไปใช้

กรอบแนวคิดการวิจัย

คู่มือการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อความคิดอัตโนมัติทางลบของผู้ป่วยจิตเภท ใช้กรอบแนวคิดจากทฤษฎีการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมของ Beck และคณะ (1979) ที่เชื่อว่าการบำบัดมีแนวคิดอยู่บนทฤษฎีพื้นฐานที่ว่าอารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรมของคนเราส่วนใหญ่แล้วขึ้นอยู่กับแนวทางการมองโลกของบุคคล และข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์พยาบาลเรื่องการบำบัดผู้ป่วยที่มีความคิดอัตโนมัติทางลบมาเป็นกรอบแนวทางในการกำหนดเนื้อหาของคู่มือ (ตัวแปรต้น) ซึ่งจะส่งผลต่อคะแนนความคิดอัตโนมัติทางลบของผู้ป่วยจิตเภทที่ลดลง (ตัวแปรตาม) โดยเนื้อหาในคู่มือประกอบด้วยกิจกรรมจำนวนทั้งสิ้น 6 กิจกรรม ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การพัฒนาคู่มือการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อความคิดอัตโนมัติทางลบของผู้ป่วยจิตเภท ใช้การวิจัยและพัฒนา ตามแนวทางในคู่มือการวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีสุขภาพจิต (เยวานาฏ ผลิตนนท์เกียรติ, พัทธิน คุณคำชู, สตรีรัตน์ รุจิระชาคร และศรี ตั้ง, 2554) ประกอบด้วย การ

ดำเนินงานใน 7 ขั้นตอน คือ 1) การวิเคราะห์ความต้องการ/ความจำเป็นในการพัฒนา 2) การกำหนดกรอบแนวคิด 3) การออกแบบและจัดทำต้นร่าง 4) การตรวจสอบคุณภาพทางวิชาการ 5) การทดลองใช้ในระบบ 6) การขยายผล และ 7) การประเมินผลและพัฒนาต่อเนื่อง ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 กิจกรรมการพัฒนาตามคู่มือการวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีสุขภาพจิต

ลำดับ	ขั้นตอน	กิจกรรมการพัฒนา
1	การวิเคราะห์ความต้องการ/ ความจำเป็นในการพัฒนา	วิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยในที่มี ความคิดอัตโนมัติทางลบ โดยใช้ข้อมูลจากรายงานสถิติผู้ป่วยที่มารับการรักษาแบบ ผู้ป่วยใน/การสุ่มสำรวจผู้ป่วยที่มีความคิดอัตโนมัติทางลบด้วยการใช้แบบประเมิน ความคิดอัตโนมัติทางลบ กับผู้ป่วยจำนวน 60 คน พบผู้ป่วยจิตเภทที่มีความคิดอัตโนมัติ ทางลบ ร้อยละ 58 และการสัมภาษณ์พยาบาลที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความคิด อัตโนมัติทางลบ และนำข้อมูลที่ได้มาวางแผนพัฒนาคู่มือฯ เพื่อให้พยาบาลใช้เป็น แนวทางในการบำบัดผู้ป่วยจิตเภทที่มีความคิดอัตโนมัติทางลบ
2	การกำหนดกรอบแนวคิด	ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลตามข้อ 1 ร่วมกับการทบทวน แนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรม ของ Beck และคณะ (1979) ที่เชื่อว่าอารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรมของคนเราส่วนใหญ่แล้วขึ้นอยู่กับแนวทางการมองโลกของ บุคคล มาประยุกต์ในการพัฒนาคู่มือฯ รวมถึงการนำข้อมูลจากการทบทวนเอกสาร ตำราทางวิชาการ รายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้องและข้อมูลจากการวิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหาผู้ป่วยจิตเภทที่มีความคิดอัตโนมัติทางลบ ที่ยังไม่สมบูรณ์ตามมาตรฐานกำหนด มาใช้วางแผนพัฒนาคู่มือฯ โดยกำหนดแผนการจัดทำโครงสร้าง ขอบเขตกิจกรรมและ เนื้อหาของคู่มือฯ ที่ประกอบด้วย 1) แนวคิดพื้นฐาน 2) หลักการของการบำบัดความคิด และพฤติกรรม และ 3) กิจกรรมการบำบัด เพื่อให้พยาบาลสามารถใช้เป็นแนวทาง ในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความคิดอัตโนมัติทางลบได้อย่างเหมาะสม ร่วมกับข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์พยาบาลที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความคิด อัตโนมัติทางลบ
3	การออกแบบและจัดทำต้นร่าง	การออกแบบคู่มือฯ ตามแนวทางหลักการและวิธีการเขียนคู่มือการพยาบาล โดย ชรินทร์กุล อัมบุญณะ (2561) ประกอบด้วยส่วนนำ ส่วนกิจกรรม และส่วนประเมินผล
4	การตรวจสอบคุณภาพ ทางวิชาการ	ตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ จิตแพทย์อาจารย์ พยาบาลสาขาการพยาบาลจิตเวช และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการ พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช พบว่า ค่าดัชนีความสอดคล้องของหัวข้อความรู้กับ วัตถุประสงค์เท่ากับ 0.63-0.70 จากนั้นนำข้อเสนอแนะมาพิจารณาปรับปรุงแก้ไข ส่งกลับผู้ทรงคุณวุฒิอีกครั้ง ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องของหัวข้อความรู้กับ วัตถุประสงค์เท่ากับ 0.67-0.83 และพัฒนาเป็นคู่มือฉบับร่าง
5	การทดลองใช้ในระบบ	1. นำคู่มือฯ ที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพตามข้อ 4 ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มี ความคิดอัตโนมัติทางลบ จำนวน 10 ราย ณ หอผู้ป่วยใน สถาบันจิตเวชศาสตร์ สมเด็จพระเจ้าพระยา และนำผลที่ได้จากการดำเนินกิจกรรมและประเมินผลหลัง ดำเนินกิจกรรม มาวิเคราะห์และปรับปรุงคู่มือฯ เพื่อความครอบคลุมในเนื้อหา สาระสำคัญ ความชัดเจนของภาษาที่สามารถทำให้เข้าใจง่ายขึ้น และจัดทำเป็น คู่มือฯ (ฉบับปรับปรุง)

ตารางที่ 1 กิจกรรมการพัฒนาตามคู่มือการวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีสุขภาพจิต (ต่อ)

ลำดับ	ขั้นตอน	กิจกรรมการพัฒนา
		2. ดำเนินการทดสอบประสิทธิผลของคู่มือฯ (ฉบับปรับปรุง) ด้วยการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi experimental study) โดยการสุ่มอย่างง่าย ใช้ผู้ป่วยกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน กลุ่มควบคุม จำนวน 30 คน เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความคิดอัตโนมัติทางลบของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มที่ได้รับการบำบัดจากพยาบาลตามคู่มือฯ ที่พัฒนาขึ้น ในระยะก่อนและหลังการทดลองและเปรียบเทียบคะแนนความคิดอัตโนมัติทางลบระหว่างกลุ่มที่ได้รับการบำบัดจากพยาบาลตามคู่มือฯ ที่พัฒนาขึ้นและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ในระยะหลังการทดลอง รวมถึงระดับความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อความเป็นไปได้และประเมินการยอมรับคู่มือฯ ไปใช้
6	การขยายผล	ผู้วิจัยวางแผนใช้รายงานสรุปผลการศึกษาในขั้นตอนที่ 5 และวางแผนการวิเคราะห์ระบบทั้งด้านผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ ระบบบริการที่มีอยู่เดิม และการบริหารจัดการระบบ เพื่อนำข้อมูลมาใช้วางแผนขยายผลการใช้คู่มือที่พัฒนาขึ้นในหอผู้ป่วยต่างๆ ของหน่วยงาน รวมถึงแนวทางการประเมินผลอย่างเป็นระบบ (ขั้นตอนนี้อยู่ในระหว่างรอดำเนินการ)
7	การประเมินผลและพัฒนาต่อเนื่อง	ผู้วิจัยวางแผนการประเมินผลการใช้คู่มือฯ ที่พัฒนาขึ้น ตามแนวทางในข้อ 6 และรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการดำเนินการ ทั้งข้อดี ปัญหาอุปสรรค เพื่อนำมาใช้ในการปรับปรุง/พัฒนา อย่างยั่งยืนและเกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วยจิตเภทที่มีความคิดอัตโนมัติทางลบต่อไป

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยจิตเภทที่รับไว้รักษาแบบผู้ป่วยในในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา โดยมีเกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria) ดังนี้ 1) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยจิตเภทตามเกณฑ์ ICD-10 และรับรักษาไว้ในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา 2) มีคะแนน Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) น้อยกว่า 30 คะแนน 3) ไม่มีประวัติการใช้สารเสพติด 4) อายุ 20-59 ปี 5) มีความสามารถในการอ่านออกเขียนได้ 6) มีคะแนนความคิดอัตโนมัติทางลบมากกว่า 80 คะแนน และ 7) ยินยอมเข้าร่วมคู่มือฯ ด้วยความสมัครใจ คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ใช้ Statistical test: Difference between

two independent means โดยการกำหนดอำนาจการทำนาย (power analysis) ที่ .80 ค่า Effect size ที่ .30 สัมประสิทธิ์แอลฟา (α) ที่ .05 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับคู่มือฯ และกลุ่มที่ไม่ได้รับการพยาบาลตามปกติกลุ่มละ 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัยได้แก่ คู่มือการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อความคิดอัตโนมัติทางลบของผู้ป่วยจิตเภทตามแนวทางคู่มือการวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีสุขภาพจิต (เขาวนาฏ ผลิตนันทเกียรติ, พิชริน คุณคำชู, สตรีรัตน์ ฐิระชากร และศจี ตั้ง, 2554) และหลักการและวิธีการเขียนคู่มือการพยาบาล โดยชรัสนิภูณ ยัมบุญณะ (2561) ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ใช้เวลาในการดำเนิน

กิจกรรมเป็นเวลา 2 สัปดาห์ๆ ละ 3 ครั้งๆ ละ 1 ชั่วโมง 30 นาที คือ กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ และประเมินพฤติกรรมความคิด กิจกรรมที่ 2 การให้สุขภาพจิตศึกษาเรื่องโรคจิตเภท ความสัมพันธ์ของความคิดอัตโนมัติทางลบกับแบบแผนกระบวนการคิดและการเกิดพฤติกรรม กิจกรรมที่ 3 การให้สุขภาพจิตศึกษาเรื่องความคิดอัตโนมัติทางลบที่บิดเบือน กิจกรรมที่ 4 การปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบเป็นความคิดใหม่ทางบวกโดยเทคนิคการวิเคราะห์ ข้อดี-ข้อเสีย กิจกรรมที่ 5 การคงอยู่ความคิดใหม่ทางบวกด้วยเทคนิคการปรับสมดุลของอารมณ์และเทคนิคพูดกับตัวเอง (SELF-TALK) และกิจกรรมที่ 6 ติดตามความก้าวหน้าและการประเมินผลในการบำบัด

คู่มือฯ ที่พัฒนาขึ้นตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ จิตแพทย์ อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลจิตเวช และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช โดยตรวจสอบค่าดัชนีความสอดคล้องของหัวข้อความรู้กับวัตถุประสงค์เท่ากับ 0.63-0.70 จากนั้นนำข้อเสนอแนะมาพิจารณาปรับปรุงแก้ไข ส่งกลับผู้ทรงคุณวุฒิอีกครั้ง ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องของหัวข้อความรู้กับวัตถุประสงค์เท่ากับ 0.67-0.83

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ การศึกษา ระยะเวลาการเจ็บป่วย และจำนวนครั้งที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน

2.2 แบบประเมินความคิดอัตโนมัติทางลบของฮอลลอนและเค็นคอลล์ (Hollon &

Kendall, 1980) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 30 ข้อ แปลและเรียบเรียงภาษาเป็นภาษาไทย โดยลัดดา แสนสีหา (2536) และทดสอบความเชื่อมั่นโดยวิธีหาค่าคูเดอร์ริชาร์ดสัน ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินความคิดอัตโนมัติทางลบเท่ากับ 0.86 คะแนนรวมของแบบประเมินอยู่ในช่วง 30-150 คะแนน โดยคะแนน 30-80 แปลว่า มีความคิดปกติ และคะแนน 81-150 แปลว่า มีความคิดอัตโนมัติทางลบและในการวิจัยนี้ได้ทดลองหาค่าความเชื่อมั่นได้เท่ากับ 0.85

2.3 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพที่เข้าร่วมการบำบัดโดยใช้คู่มือฯ ประกอบด้วย เพศ อายุ การศึกษา และระยะเวลาการปฏิบัติงาน

2.4 แบบประเมินการยอมรับในการนำคู่มือการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อความคิดอัตโนมัติทางลบของผู้ป่วยจิตเภทไปใช้อ้างอิงจากพรสวรรค์ พูลกระจำง และอัจฉราพร สิริรัญวงศ์ (2561) เป็นการประเมินระดับการยอมรับของพยาบาลวิชาชีพที่นำคู่มือฯ ไปใช้ ด้วยข้อคำถามจำนวน 5 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็น 2 ขั้ว พอใจ-ไม่พอใจ ชอบ-ไม่ชอบ ดี-ไม่ดี สะดวก-ไม่สะดวก ใช้ได้-ใช้ไม่ได้ คำตอบเป็นแบบลิเกิร์ตสเกล 4 ระดับ วิเคราะห์ข้อมูลเป็นค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การเก็บรวบรวมข้อมูลมีการดำเนินการดังนี้
ขั้นตอนที่ 1: เตรียมการทดลอง 1) เตรียม

ผู้บำบัดหลักสำหรับคู่มือฯ จำนวน 8 คน โดยมีคุณสมบัติ คือ เป็นพยาบาลจิตเวชมีประสบการณ์ทำกิจกรรมกลุ่มบำบัดอย่างน้อย 5 ปี และทักษะการบำบัดความคิดและพฤติกรรม 2) เตรียมผู้ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวน 2 คน บันทึกข้อมูลขณะทำ

กิจกรรมบำบัดตามคู่มือ และประเมิน BPRS ก่อนการทดลอง

ขั้นตอนที่ 2: ดำเนินการทดลอง

1. กลุ่มตัวอย่างมีคุณลักษณะตามเกณฑ์การรับเข้าร่วมโครงการวิจัย จะได้รับการชี้แจงรายละเอียดโครงการวิจัย และให้ผู้ป่วยลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมโครงการ และทำการสุ่มอย่างง่าย แบ่งเป็นผู้ป่วยกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน และผู้ป่วยกลุ่มควบคุม จำนวน 30 คน

2. กลุ่มตัวอย่างได้รับการประเมินความคิดอัตโนมัติทางลบ กลุ่มทดลองนำเข้าสู่การบำบัดตามคู่มือการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อความคิดอัตโนมัติทางลบของผู้ป่วยจิตเภท และกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ

3. นัดการเข้ารับการบำบัดจนครบขั้นตอน หากพบว่ามีอาการรุนแรงมากขึ้น หรือกลุ่มตัวอย่างมีผลแทรกซ้อนจากการเข้ารับการบำบัด จะถูกนำส่งพบจิตแพทย์เพื่อให้การดูแลรักษาตามปัญหาต่อไป

4. การควบคุมป้องกัน co-intervention/contamination นักวิจัยได้ขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างไม่ไปรับการรักษาอื่น ตลอดระยะเวลาที่เข้าร่วมการวิจัย

ขั้นตอนที่ 3: สิ้นสุดการทดลอง เมื่อผู้ป่วยได้รับการบำบัดครบตามจำนวนครั้งที่กำหนดทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ประเมินความคิดอัตโนมัติทางลบของกลุ่มตัวอย่าง หลังสิ้นสุดการบำบัด

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยาเลขาที่ 035/2561 ลงวันที่ 20 กันยายน 2561 โดยข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างที่ได้ จะนำเสนอเป็นภาพรวม และ

ไม่สามารถสื่อถึงบุคคลใดบุคคลหนึ่งได้ และถ้ากลุ่มตัวอย่างที่ได้เข้าร่วมการวิจัยมีอาการผิดปกติขณะเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจะติดต่อแพทย์เจ้าของไข้เพื่อทำการดูแลรักษาทันที

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์สถิติด้วยจำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ย

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความคิดอัตโนมัติทางลบภายในกลุ่มเดียวกัน (การทดลองใช้คู่มือฯ) ใช้สถิติ Wilcoxon signed rank test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความคิดอัตโนมัติทางลบระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองใช้สถิติ Independent pair t-test และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภายในกลุ่มเดียวกันใช้สถิติ Pair t-test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัย

1. การพัฒนาคู่มือการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อความคิดอัตโนมัติทางลบของผู้ป่วยจิตเภท

1.1 ผลการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและโครงสร้างของคู่มือฯ ครั้งที่ 1 (ฉบับร่าง) โดยผู้ทรงคุณวุฒิพบว่าค่าดัชนีความสอดคล้องของหัวข้อความรู้กับวัตถุประสงค์ (IOC) อยู่ในช่วง 0.63-0.70 ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นให้ปรับปรุงเกี่ยวกับ 1) กิจกรรมครั้งที่ 1 เรื่องการสร้างสัมพันธภาพและประเมินพฤติกรรมความคิด มีเนื้อหากิจกรรมหลายอย่าง สมาชิกอาจขาดความสนใจ และทำให้สัมพันธภาพระหว่างสมาชิกมีน้อย จึงให้ปรับลดเนื้อหาที่กระชับและมีความน่าสนใจ

2) กิจกรรมที่ 2 เรื่องการวิเคราะห์ ABC Model กระบวนการคิดและการเกิดพฤติกรรม มีลักษณะคล้ายกับกิจกรรมที่ 4 เรื่องวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรม จากสถานการณ์ซึ่งสามารถรวมเป็นกิจกรรมเดียวกันได้ ผู้วิจัยได้ปรับรวมและใช้ชื่อกิจกรรมว่าการให้สุขภาพจิตศึกษาเรื่องโรคจิตเภทความสัมพันธ์ของความคิดอัตโนมัติทางลบกับแบบแผนกระบวนการคิดและการเกิดพฤติกรรม 3) กิจกรรมที่ 5 เรื่องการปรับเปลี่ยนความคิดโดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์ข้อดี-ข้อเสีย มีลักษณะคล้ายกับกิจกรรมที่ 6 เรื่องการฝึกวิเคราะห์ข้อดี ข้อเสีย ของความคิดอัตโนมัติทางลบ และฝึกปรับความคิดใหม่ พร้อมวิเคราะห์ข้อดี-ข้อเสีย สามารถรวมเป็นกิจกรรมเดียวกันได้ ผู้วิจัยปรับรวมและใช้ชื่อกิจกรรมว่าการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบเป็นความคิดใหม่ทางบวกโดยเทคนิคการวิเคราะห์ ข้อดี-ข้อเสีย ดังนั้น คู่มือฯ ที่พัฒนาขึ้น จึงปรับลดกิจกรรมจากเดิม 8 กิจกรรม เหลือ 6 กิจกรรมตามความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ 5) ให้เพิ่มตารางสรุปการทำกิจกรรมกลุ่มบำบัดเพื่อให้สามารถมองภาพได้ชัดเจนยิ่งขึ้น หลังจากนั้นส่งคู่มือฯ ฉบับที่ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะกลับไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบครั้งที่ 2 ได้คำดัชนีความสอดคล้องของหัวข้อความรู้กับวัตถุประสงค์ (IOC) อยู่ในช่วง 0.67-0.83

1.2 ผลการนำคู่มือฯ ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีความคิดอัตโนมัติทางลบ จำนวน 10 รายพบว่าคะแนนความคิดอัตโนมัติทางลบลดลง (74.7 ± 3.2 คะแนน) เมื่อเทียบกับก่อนได้รับคู่มือฯ (90.1 ± 4.6 คะแนน) อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 และนำผลที่ได้จากการดำเนินกิจกรรมและประเมินผลหลังดำเนินกิจกรรมของพยาบาล มาวิเคราะห์

และปรับปรุงคู่มือฯ เพื่อความครอบคลุมในเนื้อหาสาระสำคัญและความชัดเจนของภาษาที่สามารถทำให้เข้าใจง่ายขึ้น

1.3 คู่มือการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อความคิดอัตโนมัติทางลบของผู้ป่วยจิตเภทที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วยเนื้อหากิจกรรม 6 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธ์ภาพและประเมินพฤติกรรมความคิด กิจกรรมที่ 2 การให้สุขภาพจิตศึกษาเรื่องโรคจิตเภทความสัมพันธ์ของความคิดอัตโนมัติทางลบกับแบบแผนกระบวนการคิดและการเกิดพฤติกรรม กิจกรรมที่ 3 การให้สุขภาพจิตศึกษาเรื่องความคิดอัตโนมัติทางลบที่บิดเบือน กิจกรรมที่ 4 การปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบเป็นความคิดใหม่ทางบวกโดยเทคนิคการวิเคราะห์ ข้อดี-ข้อเสีย กิจกรรมที่ 5 การคงอยู่ความคิดใหม่ทางบวกด้วยเทคนิคการปรับสมดุลของอารมณ์และเทคนิคพูดกับตัวเอง (SELF-TALK) และกิจกรรมที่ 6 ติดตามความก้าวหน้าและการประเมินผลในการบำบัด

2. ประสิทธิภาพของคู่มือการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อความคิดอัตโนมัติทางลบของผู้ป่วยจิตเภท

2.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ในกลุ่มทดลองพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.0 มีอายุเฉลี่ย 34.5 ± 8.5 ปี สถานภาพโสด ร้อยละ 60.0 ว่างาน ร้อยละ 53.3 ระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 5.4 ± 2.1 ปี และส่วนใหญ่มีจำนวนครั้งที่รับการรักษาแบบผู้ป่วยในมากกว่า 2 ครั้ง ร้อยละ 40.0 ส่วนในกลุ่มควบคุมพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.0 มีอายุเฉลี่ย 34.6 ± 8.4 ปี สถานภาพโสด ร้อยละ 43.3 ว่างาน ร้อยละ 60.0 ระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 4.9 ± 1.7 ปี และส่วนใหญ่มีจำนวนครั้งที่รับการรักษา

แบบผู้ป่วยใน 2 ครั้ง ร้อยละ 36.7

2.2 การเปรียบเทียบคะแนนความคิดอัตโนมัติทางลบของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองระยะก่อนและหลังการทดลองพบว่าหลังได้รับการดูแลจากพยาบาลตามแนวทางในคู่มือฯ ที่พัฒนาขึ้น ผู้ป่วยจิตเภทมีค่าเฉลี่ยคะแนนความคิดอัตโนมัติทางลบน้อยกว่าก่อนได้รับการดูแลตามแนวทางในคู่มือฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (ตารางที่ 2)

2.3 การเปรียบเทียบคะแนนความคิดอัตโนมัติทางลบของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลองพบว่าคะแนนความคิดอัตโนมัติทางลบไม่แตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ส่วนหลังการทดลอง พบว่า ค่าคะแนนความคิดอัตโนมัติทางลบของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 (ตารางที่ 3)

2.4 การยอมรับในการนำคู่มือการบำบัด

ความคิดและพฤติกรรมต่อความคิดอัตโนมัติทางลบของผู้ป่วยจิตเภทไปใช้พบว่า พยาบาลวิชาชีพ 8 คน เป็นเพศหญิง ร้อยละ 100 อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 40 ปี ร้อยละ 87.5 ระดับการศึกษาปริญญาโท ร้อยละ 62.5 และระยะเวลาการปฏิบัติงานมากกว่า 10 ปี ร้อยละ 87.5 โดยมีการยอมรับในระดับดีมากทุกข้อ ค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 3.38-3.75 (ตาราง 4) และจากการสัมภาษณ์จากพยาบาลที่ใช้คู่มือฯ มีตัวอย่างความเห็นที่ว่า “ทำให้มั่นใจในการทำกลุ่มบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อความคิดอัตโนมัติทางลบมากขึ้น เมื่อได้รับมอบหมายจะเครียด ไม่รู้ว่าจะทำอะไรแก้ปัญหาอย่างไร พอมีคู่มือฯ ทำให้สบายใจมั่นใจมากขึ้น” และ “สามารถใช้คู่มือเป็นมาตรฐานในการปฏิบัติงานเพิ่มเติม สามารถสร้างความเข้าใจให้ตรงกัน และเป็นคู่มือสำหรับผู้สนใจที่สามารถศึกษาได้ด้วยตัวเอง”

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนความคิดอัตโนมัติทางลบของก่อนการทดลองและหลังการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การทดลอง	คะแนนเฉลี่ย ความคิดอัตโนมัติทางลบ (S.D.)	t	df	p - value
กลุ่มทดลอง				
ก่อนการทดลอง	91.3 (5.3)	15.855	29	< .001*
หลังการทดลอง	74.1 (3.1)			
กลุ่มควบคุม				
ก่อนการทดลอง	91.1 (4.9)	1.293	29	.206
หลังการทดลอง	90.9 (4.9)			

*p - value < .05, Pair t-test

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนความคิดอัตโนมัติทางลบของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

การทดลอง	คะแนนเฉลี่ย ความคิดอัตโนมัติทางลบ (S.D.)	t	df	p - value
ก่อนการทดลอง				
กลุ่มทดลอง	91.3 (5.3)	0.152	58	.880
กลุ่มควบคุม	91.1 (4.9)			
หลังการทดลอง				
กลุ่มทดลอง	74.1 (3.1)	-15.927	58	< .001*
กลุ่มควบคุม	90.9 (4.9)			

*p - value < 0.05, Independent pair t-test

ตารางที่ 4 การยอมรับการนำคู่มือฯ ไปใช้ของพยาบาลวิชาชีพ

การประเมิน	ระดับความคิดเห็น		ระดับการยอมรับ
	คะแนนเฉลี่ย	SD	
พอใจ	3.63	0.52	ระดับดีมาก
ชอบ	3.75	0.46	ระดับดีมาก
ดี	3.63	0.52	ระดับดีมาก
สะดวก	3.50	0.76	ระดับดีมาก
ใช้ได้	3.38	0.52	ระดับดีมาก

การอภิปรายผลการวิจัย

1. การพัฒนาคู่มือการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อความคิดอัตโนมัติทางลบของผู้ป่วยจิตเภท เมื่อพิจารณาผลการวิจัย พบว่า คู่มือการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อความคิดอัตโนมัติทางลบของผู้ป่วยจิตเภทที่พัฒนาขึ้น ได้ประยุกต์แนวคิดจากทฤษฎีการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมของ Beck และคณะ (1979) ร่วมกับการทบทวนเอกสารตำราที่เกี่ยวข้องและข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์สภาพปัญหาด้วยการด้วยการสัมภาษณ์พยาบาล มากำหนดโครงสร้างเนื้อหาของคู่มือฯ ประกอบด้วย 6 กิจกรรม คือ กิจกรรมที่ 1 การสร้าง

สัมพันธภาพ และประเมินพฤติกรรมความคิด กิจกรรมที่ 2 การให้สุขภาพจิตศึกษาเรื่องโรคจิตเภท ความสัมพันธ์ของความคิดอัตโนมัติทางลบกับแบบแผนกระบวนการคิดและการเกิดพฤติกรรม กิจกรรมที่ 3 การให้สุขภาพจิตศึกษาเรื่องความคิดอัตโนมัติทางลบที่บิดเบือน กิจกรรมที่ 4 การปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบเป็นความคิดใหม่ทางบวกโดยเทคนิคการวิเคราะห์ ข้อดี-ข้อเสีย กิจกรรมที่ 5 การคงอยู่ความคิดใหม่ทางบวกด้วยเทคนิคการปรับสมดุลของอารมณ์และเทคนิคพูดกับตัวเอง (SELF-TALK) และกิจกรรมที่ 6 ติดตามความก้าวหน้าและการประเมินผลในการบำบัด

จะเห็นได้ว่าคู่มือฯ ที่พัฒนาขึ้นมีเนื้อหาที่กระชับขึ้น เข้าใจได้ง่าย กิจกรรมที่น้อยลงแต่ยังคงรูปแบบการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อความคิดอัตโนมัติทางลบได้อย่างมีประสิทธิภาพเมื่อเทียบกับคู่มือโปรแกรมกลุ่มบำบัดความคิดและพฤติกรรม (กาญจนา เหมะรัต, อำพัน จารุทัศนากูร และ พัชรา ศิลปะบรรเลง, 2552) ฉบับเดิมของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาที่เคยพัฒนาไว้

เมื่อพิจารณาผลการตรวจสอบคุณภาพของคู่มือการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อความคิดอัตโนมัติทางลบของผู้ป่วยจิตเภท จะเห็นได้ว่าคู่มือการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อความคิดอัตโนมัติทางลบของผู้ป่วยจิตเภทที่พัฒนาขึ้นมีค่าดัชนีความสอดคล้องของหัวข้อความรู้กับวัตถุประสงค์ (IOC) อยู่ในช่วง 0.67-0.83 จัดอยู่ในช่วงเกณฑ์ที่กำหนดว่า เนื้อหาที่พัฒนาขึ้นมีความสอดคล้องกับหัวข้อความรู้ในกิจกรรมการบำบัด (สุวิมล ติรกันันท์, 2553) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าเนื้อหาในแต่ละกิจกรรมของคู่มือการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อความคิดอัตโนมัติทางลบของผู้ป่วยจิตเภทมีความเที่ยงตรงอยู่ในเกณฑ์ดี

2. การทดสอบประสิทธิภาพผลของคู่มือการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อความคิดอัตโนมัติทางลบของผู้ป่วยจิตเภท พบว่าผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนความคิดอัตโนมัติทางลบของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติแสดงให้เห็นว่าก่อนการทดลองค่าคะแนนความคิดอัตโนมัติทางลบของทั้ง 2 กลุ่มมีคะแนนที่ใกล้เคียงกัน ลดอคติจากการเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการทดลองในครั้งนี้

การเปรียบเทียบค่าคะแนนความคิดอัตโนมัติทางลบของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลจากพยาบาลตามแนวทางในคู่มือฯ ที่พัฒนาขึ้นในระยะก่อนและหลังการทดลอง พบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยค่าคะแนนความคิดอัตโนมัติทางลบในระยะหลังการทดลองน้อยกว่าระยะก่อนการทดลอง นอกจากนี้ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนความคิดอัตโนมัติทางลบระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลจากพยาบาลตามแนวทางในคู่มือฯ และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าคะแนนความคิดอัตโนมัติทางลบน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 แสดงให้เห็นว่าคู่มือฯ ที่พัฒนาขึ้น มีผลให้คะแนนความคิดอัตโนมัติทางลบของผู้ป่วยจิตเภทลดลงได้ ทั้งนี้เนื่องมาจากการบำบัดความคิดและพฤติกรรมเป็นการบำบัดที่มีโครงสร้าง มีทิศทาง และมีขอบเขตที่ชัดเจนมีการใช้กระบวนการและเทคนิคของการเรียนรู้มาใช้ในการปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อของบุคคลที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม ช่วยให้เกิดความคิดที่ถูกต้องเหมาะสม และสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ต่างๆ ในปัจจุบันได้อย่างเหมาะสมตามสภาพความเป็นจริง (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2549; Stuart & Laraia, 2005) ขณะที่ Beck และคณะ (1979) กล่าวว่า การบำบัดมีแนวคิดอยู่บนทฤษฎีพื้นฐานที่ว่า อารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรมของคนเราส่วนใหญ่แล้วขึ้นอยู่กับแนวทางการมองโลกของบุคคล สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Tarrier, Yusupoff and Kinney (1998) ที่พบว่ากลุ่มบำบัดความคิดและพฤติกรรม ช่วยพัฒนาความสามารถ

ในการเผชิญปัญหา และช่วยเพิ่มทักษะในการแก้ไขปัญหา และการศึกษาของ Chen et al. (2006) ที่พบว่ากลุ่มที่ได้รับการบำบัดความคิดและพฤติกรรมมีความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น และการปรับปรุงการคิดที่ดีขึ้น นอกจากนี้ยังมีความสอดคล้องกับการศึกษาของ ชุมทรัพย์ ก้อนทอง, วิมา จีระแพทย์ และเพ็ญพักตร์ อุทิศ (2559) ที่พบว่า โปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรม ความคิด มีประสิทธิผลในการลดอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท โปรแกรมส่งเสริมทักษะของผู้ป่วยในการบ่งชี้อาการทางลบ ปรับการคิดที่ถูกต้อง และนำไปสู่การปรับพฤติกรรมและแสดงออกที่เหมาะสมต่อสถานการณ์

ส่วนการประเมินการยอมรับในการนำคู่มือการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อความคิดอัตโนมัติทางลบของผู้ป่วยจิตเภทไปใช้ในการปฏิบัติงานจริงของพยาบาล พบว่ามีการยอมรับในระดับดีมากทุกข้อ ค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 3.38-3.75 แสดงให้เห็นว่าคู่มือฯ ที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปใช้ได้จริงในการปฏิบัติงานการบำบัดผู้ป่วยจิตเภทที่มีความคิดอัตโนมัติทางลบ ทั้งนี้เนื่องมาจากกิจกรรมในคู่มือดังกล่าวมีความกระชับ เข้าใจง่าย และสร้างความเข้าใจที่ตรงกันในการบำบัดผู้ป่วยจิตเภทที่มีความคิดอัตโนมัติทางลบ

สิ่งที่สังเกตพบจากการนำคู่มือการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อความคิดอัตโนมัติทางลบของผู้ป่วยจิตเภทไปใช้ในด้านของผู้ป่วยจิตเภทพบว่า ผู้ป่วยมีการทบทวนกิจกรรมที่ให้อ่านคู่มือฯ ด้วยตนเองอยู่เป็นระยะๆ โดยผู้ป่วยจะถามพยาบาลในสิ่งที่ยังตนเองยังสงสัยอยู่ แต่ความคิดและพฤติกรรมเห็นได้ชัดว่าดีขึ้นกว่าก่อนการได้รับคู่มือฯ โดยจะเห็นได้จากการที่ผู้ป่วยที่ได้เข้าร่วม

กิจกรรมมีการเตือนสติตนเองในเรื่องของการคิดบวก นอกจากนี้ยังพบว่า ญาติ/ผู้ดูแลสังเกตเห็นการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยขณะที่มาเยี่ยม โดยญาติ/ผู้ดูแลบอกกับพยาบาลว่า ผู้ป่วยมีความคิดทางบวกมากขึ้น ไม่คิดลบหรือไว้วางใจเหมือนแต่ก่อน

ข้อเสนอแนะ

1. การขยายผลเพื่อนำคู่มือฯ ไปใช้ควรอบรมความรู้เรื่องการบำบัดความคิดและพฤติกรรม และกระบวนการกลุ่ม ควบคู่ไปกับการชี้แจงรายละเอียดในคู่มือฯ ให้กับพยาบาลก่อนนำไปใช้ในการปฏิบัติงานจริง

2. การขยายผลและการพัฒนาต่อเนื่องต้องมีการประเมินคุณภาพทางวิชาการของคู่มือฯ ความพร้อมของพยาบาล และจัดทำเกณฑ์ชี้วัดผลสำเร็จของการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อความคิดอัตโนมัติทางลบของผู้ป่วยจิตเภทให้ชัดเจน

เอกสารอ้างอิง

- กาญจนา เหมะรัต, อำพัน จารุทัศน์นางกูร และพัชรา ศิลปะบรรเลง. (2552). ผลของกลุ่มบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อความคิดอัตโนมัติทางลบของผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา*, 3(1), 12-21.
- ชุมทรัพย์ ก้อนทอง, วิมา จีระแพทย์ และเพ็ญพักตร์ อุทิศ. (2559). ผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่ออาการด้านลบของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 30(3), 52-65.
- ชรส์นิกุล ยัมบุญนะ. (2561). *หลักการและวิธีการเขียนคู่มือการพยาบาล*. สืบค้นเมื่อวันที่ 3

- มิถุนายน 2561. จาก <http://drive.google.com/filed/0B4a84Ctn67PbHINWFqRbk1KeGM/view>.
- ฐาปนิก พญามงคล. (2552). *ผลของโปรแกรมการฝึกตามแนวการบำบัดด้วยการรู้การคิดและพฤติกรรม ต่อความคิดอัตโนมัติทางลบ และพฤติกรรมก้าวร้าว ในนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท บัณฑิต, สาขาจิตวิทยาการปรึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ณัฏฐร พิทยรัตน์เสถียร. (2558). *Cognitive behavior therapy*. เอกสารประกอบการสอน. กรุงเทพฯ : ม.ป.พ. เอกสารอัดสำเนา.
- พรสวรรค์ พูลกระจ่าง และอัจฉราพร สี่หรีดวงศ์. (2561). *รายงานการวิจัยเรื่องผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการป้องกันการพลัดตกหกล้มกับผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชต่ออุบัติการณ์การพลัดตกหกล้มความเป็นไปได้และการยอมรับที่จะนำไปใช้*. กรุงเทพฯ: สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา.
- เยาวนาฏผลิตนนท์เกียรติ, พัชริน คุณคำชู, สตรีรัตน์ รุจิระชากร และศศิ ตั้ง. (2554). *คู่มือการวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีสุขภาพจิต* (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพมหานคร: เบสท์ สเต็ป เอ็ดเวอร์ไทซิง.
- ลัดดาแสนสีหา. (2536). *ความซึมเศร้าและความคิดอัตโนมัติทางลบของวัยรุ่นตอนปลาย*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท บัณฑิต, สาขาพยาบาลมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2545). *ตำราจิตเวชศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 7). กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา. (2561). *สถิติผู้ป่วยโรคจิตเภท สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา*. กรุงเทพมหานคร.
- สุวิมล ติรกันนท์. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางสังคมศาสตร์: แนวทางสู่ทางปฏิบัติ*. โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรพรรณ ลือบุญรัชชัยและพีรพนธ์ ลือบุญรัชชัย. (2549). *การบำบัดทางพฤติกรรมความคิดในผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวช.วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 19(2), 1-13.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Chen, T. H., Lu, R. B., Chang, A. J., Chu, D. M., & Chou, K. R. (2006). The evaluation of cognitive-behavioral group therapy on patient depression and self-esteem. *Archives of Psychiatric Nursing*, 20, 3-11.
- Dryden, W. (1998). *Understanding persons in the context of their problems: A rational emotive behavior therapy perspective*. Chichester, UK: Wiley.
- Hollon, S. D., & Kendall, P. C. (1980). Cognitive self-statements in depression: Development of an automatic thoughts questionnaire. *Cognitive Therapy and Research*, 4, 383-395.

- Kaplan, H. I., & Sadock, B. J. (1996). *Concise Textbook of Clinical Psychiatry*. (7th ed.). Philadelphia, United States: Lippincott Williams and Wilkins.
- Phanthunane, P., Vos, T., Whiteford, H., Bertram, M., & Udomratn, P. (2010). Schizophrenia in Thailand: prevalence and burden of disease. *Population Health Metrics*, 8, 24.
- Stuart, G. W., & Laraia, M. T. (2005). *Principle and practice of psychiatric nursing* (8th ed.). St. Louis: Mosby.
- Tarrier, N., Yusupoff, L., & Kinney, C. (1998). Randomized controlled trial of intensive cognitive behavior therapy for patients with chronic schizophrenia. *British Medical Journal*, 317, 303-307.