

การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง
และลดอาการซึมเศร้าสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภท*

DEVELOPMENT OF ENHANCING SELF - ESTEEM AND DECREASING
DEPRESSIVE SYMPTOMS PROGRAM FOR PATIENTS WITH
SCHIZOPHRENIA

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

อัจฉราพร สี่หรีญวงษ์, พย.ด. (Acharaporn Seeherunwong, RN, D.N.S.)***

Abstract

Objectives: To develop the program to enhance self-esteem and decrease depressive symptoms for patients with schizophrenia and to test the feasibility, acceptability, and effectiveness of the program.

Methods: This study was a research and development based on the guideline of Development and Evaluating Complex Interventions by Medical Research Council (MRC, 2008). The study was conducted in three stages. The first stage was to develop the intervention using information from four sources including patients, caregivers, nurses and research evidences. The second stage was to test feasibility and acceptability of the program implementation with 10 schizophrenic patients with depressive symptoms and their caregivers and 7 nurses who implemented the

program. The third stage was to examine the effectiveness of the program by using quasi experimental design. Outcomes were measured at before, immediately after, 1 month and 3 months after intervention. Participants were 63 inpatients diagnosed with schizophrenia and having mild to moderate level of depressive symptoms of a psychiatric hospital, 30 patients in the experimental group and 33 patients in the control group. The control group received usual care. Research instruments used to measure outcomes were Hamilton Rating Scale for Depression (Thai version) and Rosenberg's Self-Esteem Scale (Thai version). Descriptive statistics and repeated measures ANOVA were used for the data analysis.

Results: The developed psychosocial intervention program was named "The Enhancing Self-esteem and Decreasing Depressive Sym-

*การศึกษาครั้งนี้ได้รับทุนสนับสนุนจาก มูลนิธิโรงพยาบาลสมเด็จพระยา (This study was supported by Somdet Chaopraya Hospital Foundation Under the Royal Patronage)

**พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา (Professional Nurse, Institute of psychiatry Somdet Chao Praya)

*** Corresponding author, รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล (Associate Professor, Faculty of Nursing, Mahidol University), E-mail: acharaporn.see@mahidol.edu

วันที่รับ (received) 20 ตุลาคม 2562 วันที่แก้ไข (revised) 25 ธันวาคม 2562 วันที่ตอบรับ (accepted) 5 มกราคม 2563

toms Program (SEDS)". The SEDS program comprised of four components conducted in 6 sessions. Five sessions were therapeutic group interventions and one session was a counselling session for a family including the patient and their caregivers. Strategies used as an intervention base were cognitive behavior therapy, acceptance and commitment therapy, and social support. The SEDS program was recognized and had the potential to be used in clinics at a very good level in terms of satisfaction, difficulty, application, and satisfactory clinical outcomes. Results of evaluating the effectiveness of the program showed that at immediately and 1, 3 months after the intervention self-esteem scores were significantly higher and depressive symptoms were significantly lowered than those before ($p < .001$) and than those in control group ($p < .001$). The group by time interaction effect for self-esteem and depressive symptoms was statistically significant ($p < .001$).

Conclusion: The SEDS program should be used in clinical practice. The effectiveness of the program, cost-effectiveness, and change process in large scale implementation according to the fourth stage of MRC should be further evaluated.

Keywords: Self-esteem, Depressive symptoms, Schizophrenia, Psychosocial intervention

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ 1) พัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและลดอาการซึมเศร้าสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภท 2) ประเมินความเป็นไปได้และการยอมรับในการนำโปรแกรมฯ ไปใช้ 3) ประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมฯ

วิธีการศึกษา การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา ตามแนวทางการพัฒนาและประเมินผล การบำบัดที่ครอบคลุมหลายมิติ (development and evaluating complex interventions) ของ Medical Research Council (MRC, 2008) ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การพัฒนาโปรแกรมโดยใช้ข้อมูลจาก 4 แหล่ง ได้แก่ ผู้ป่วย ผู้ดูแล พยาบาล และหลักฐานงานวิจัย 2) ประเมินความเป็นไปได้และการยอมรับในการนำโปรแกรมไปใช้กับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการซึมเศร้าและผู้ดูแลจำนวน 10 คู่ และพยาบาลผู้ใช้โปรแกรม 7 คน และ 3) ประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมด้วยการวิจัยกึ่งทดลอง วัดผลลัพธ์ก่อนการทดลอง หลังเสร็จสิ้นการทดลองทันทีและติดตาม 1 และ 3 เดือน กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลางพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 63 คน เป็นกลุ่มทดลอง 30 คน กลุ่มควบคุม 33 คน กลุ่มควบคุมให้การดูแลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้วัดผลลัพธ์ ได้แก่ แบบประเมินอาการซึมเศร้าฉบับภาษาไทย (Hamilton Rating Scale for Depression) และแบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองฉบับภาษาไทย (Rosenberg's Self-Esteem Scale) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และ Repeated Measure ANOVA

ผลการศึกษา โปรแกรมจิตสังคมบำบัดที่ได้รับการพัฒนา ชื่อโปรแกรมส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและลดอาการซึมเศร้าสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภท (SEDS) ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ 6 กิจกรรม เป็นกิจกรรมกลุ่มบำบัดกับผู้ป่วยโรคจิตเภท 5 ครั้งและกิจกรรมให้การปรึกษารายครอบครัว 1 ครั้ง กลยุทธ์ที่ใช้เป็นฐานในการบำบัดคือ การบำบัดความคิดและพฤติกรรม การบำบัดแบบยอมรับและมุ่งมั่นและการสนับสนุนทางสังคม โปรแกรม SEDS ได้รับการยอมรับและมีความเป็นไปได้ที่จะนำไปใช้ในคลินิกในระดับดีมาก ในด้านความพึงพอใจ ความยากง่าย การนำไปใช้ และมีผลลัพธ์ทางคลินิกเป็นที่น่าพอใจ ผลการประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมพบว่า คะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและอาการซึมเศร้าเมื่อสิ้นสุดโปรแกรมฯ และในระยะติดตามผล 1 และ 3 เดือนดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .001 และเมื่อเปรียบเทียบกับ การดูแลปกติ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงกว่า และอาการซึมเศร้าน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .001 ภายหลังเสร็จสิ้นการทดลองทันทีและในระยะติดตามผล 1 และ 3 เดือน และโปรแกรมฯ กับช่วงเวลาที่วัดผลลัพธ์มีปฏิสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

สรุป: โปรแกรม SEDS ควรนำไปใช้ในการปฏิบัติจริงในคลินิก และประเมินประสิทธิผล ความคุ้มค่าคุ้มทุน และกระบวนการเปลี่ยนแปลงในขั้นตอนที่ 4 ของ MRC (2008) ต่อไป

คำสำคัญ: ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง อาการซึมเศร้า โรคจิตเภท โปรแกรมจิตสังคมบำบัด

ความสำคัญของปัญหา

อาการซึมเศร้าพบมากในผู้ป่วยโรคจิตเภท ในทุกช่วงของการเจ็บป่วยโดยพบความชุกประมาณร้อยละ 7- 80 (Balci, Öter, Akdag, Bekki, K`sa, & Göka, 2016) ความชุกมากขึ้นในช่วงของการเจ็บป่วยระยะเฉียบพลัน (acute phase) กล่าวคือในระยะเฉียบพลันพบความชุก ร้อยละ 52-70 ในระยะคงสภาพ (stable phase) พบความชุกร้อยละ 35 (Ekinci, Ugurlu, Albayrak, Arslan, & Caykoylu, 2012) ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ป่วยครั้งแรกพบร้อยละ 65 - 80 (Upthegrove, Birchwood, Ross, Brunett, Mccollum, & Jones, 2010) ผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังพบร้อยละ 30 - 70 (Majadas, Olivares, Galan, & Diez, 2012; Peitl, Stefanovic, & Karlovic, 2017) สำหรับประเทศไทยความชุกของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารักษาแผนกผู้ป่วยในและแผนกผู้ป่วยนอกของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา มีความชุกร้อยละ 35-36 (ปรียนันท์ สละสวัสดิ์, 2550; 2556) และผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยใน 5 ปี มีความชุกร้อยละ 75 (สุภาวดี เกษไชย, ยາใจ สิทธิมงคล, นพพร ว่องสิริมาศ และสุภาภัก เภตราสุวรรณ, 2555)

การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทโดยลำพังส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยมีความบกพร่องทางการรู้คิดขาดแรงจูงใจในการทำกิจกรรมประจำวัน มีความผิดปกติในการสื่อสาร สัมพันธภาพทางสังคมและอื่น ๆ (Rajji, Miranda, & Mulsant, 2014) การศึกษาติดตามผู้ป่วยโรคจิตเภทตั้งแต่แรกเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่ายพบผู้ป่วยร้อยละ 52 มีความบกพร่องในการทำหน้าที่ตั้งแต่แรกรับเข้ารักษาในโรงพยาบาล และ

ยังคงมีอยู่จนถึงวันที่ได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลร้อยละ 37 (Cotton et al., 2017) ดังนั้นถ้าหากว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอาการซึมเศร้าร่วมด้วยย่อมส่งผลกระทบต่อการทำงานที่และคุณภาพชีวิตมากขึ้น จากการศึกษาของ Tan และ Rossell (2016) เปรียบเทียบการทำงานที่และคุณภาพชีวิตด้านปรนัย (objective domain) และอัตนัย (subjective domain) ระหว่างผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีและไม่มีอาการซึมเศร้า พบผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการซึมเศร้ามีคุณภาพชีวิตเชิงอัตนัยน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีอาการซึมเศร้าและผู้ที่มีความสุขดีในทุกด้าน กล่าวคือ ด้านการทำงาน วัฏจักรประจำวันและการทำหน้าที่ สัมพันธภาพในครอบครัวและสังคม ความปลอดภัย และสุขภาพ สำหรับคุณภาพชีวิตเชิงปรนัยพบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการซึมเศร้า มีระดับสัมพันธในครอบครัว และสังคมน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีอาการซึมเศร้าและผู้มีความสุขดี โดยมีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนน้อยลง เพื่อนสนิทน้อยลง และมีการแยกตนเองออกจากสังคม และเมื่อติดตามผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการซึมเศร้ากับกลุ่มที่ไม่มีอาการซึมเศร้านาน 3 ปี พบผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้ามีการใช้บริการสุขภาพจิตเนื่องจากอาการกำเริบบ่อยกว่า โดยเข้ารับบริการในจิตเวชฉุกเฉิน และช่วงเวลาในการพบจิตแพทย์มากกว่า มีความเสี่ยงต่อการกระทำความผิดตามกฎหมายและความปลอดภัย เช่น มีความรุนแรง การถูกจับกุม การตกเป็นเหยื่อ การฆ่าตัวตาย มีปัญหาการใช้สารเสพติดมากกว่า นอกจากนั้นยังพบว่ามี ความพึงพอใจในชีวิต การทำหน้าที่ทางจิตใจ และการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่มีอาการซึมเศร้า (Conley, Ascher-Svanum, Zhu,

Faries, & Kinon, 2007)

อาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภทเกิดขึ้นได้หลายสาเหตุ กล่าวคือ จากพยาธิสภาพของโรค (organic) หรือเป็นส่วนหนึ่งของอาการทางจิตกำเริบ หรือเป็นอาการที่ทับซ้อนกับอาการของโรคจิตเภท (เช่น อาการทางลบ อาการทางบวก การรู้คิด ความไม่สบายใจ ความหงุดหงิด) อาการข้างเคียงของยารักษาอาการทางจิตและอาการของโรค Schizoaffective หรือทางด้านจิตสังคม เป็นปฏิกริยาของความรู้สึกสูญเสียคุณค่าในตนเอง จากความผิดหวังที่เกิดจากการเจ็บป่วยแบบเฉียบพลันหรือเรื้อรัง หรือจากสถานการณ์อื่น ๆ (Siris, 2005)

จากสาเหตุของการเกิดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภทข้างต้น หากไม่ได้รับการแก้ไขที่เหมาะสมจะส่งผลให้อาการซึมเศร้าเพิ่มขึ้น อาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภทปัจจุบันสามารถรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพด้วยยาและจิตสังคมบำบัด อย่างไรก็ตามการรักษาดังกล่าวร่วมกับจิตสังคมบำบัดจะช่วยให้อาการซึมเศร้าระยะเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอาการดีขึ้นอย่างรวดเร็วและมีอาการกำเริบซ้ำน้อยลง (Donde, Vignaud, Poulet, Brunelin, & Haesebaert, 2018; Gaudiano et al., 2015)

ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลจิตเวชแห่งหนึ่งพบมีอาการซึมเศร้าร้อยละ 35 (ปริยนันท์ สละสวัสดิ์, 2556) ซึ่งเป้าหมายของการดูแลขณะที่ผู้ป่วยพักรักษาตัวในโรงพยาบาลคือ เพื่อลดอาการของโรค และภาวะแทรกซ้อนจากโรคที่เป็น รวมทั้งส่งเสริมและฟื้นฟูการทำหน้าที่ด้านต่าง ๆ อาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในช่วงที่อาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทลดลง ถือ

เป็นภาวะแทรกซ้อนหนึ่ง ซึ่งเป็นปฏิกิริยาจากการสูญเสียความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองจากผลกระทบของการเจ็บป่วย ปัจจุบันโรงพยาบาล จิตเวชแห่งนี้ยังไม่มีโปรแกรมการบำบัดเพื่อส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และลดอาการซึมเศร้าสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภท อย่างไรก็ตามพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยขณะพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลจิตเวช มีบทบาทหน้าที่ในการเตรียมความพร้อมเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถคืนสู่สภาวะและกลับสู่ครอบครัวได้ คณะผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาโปรแกรมจิตสังคมบำบัดเพื่อส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และลดอาการซึมเศร้าเพื่อใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการซึมเศร้าขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและลดอาการซึมเศร้าสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภท
2. เพื่อประเมินความเป็นไปได้และการยอมรับในการนำโปรแกรมฯ ไปใช้
3. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมฯ

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research & development) โดยดำเนินการพัฒนาโปรแกรมสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภท ตามแนวทางการพัฒนาและประเมินผลโปรแกรมการบำบัดที่ครอบคลุมหลายมิติ (developing and evaluating complex interventions) ของ Medical Research Council (MRC, 2008) ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การพัฒนาโปรแกรมฯ 2) ประเมินความ

เป็นไปได้ การยอมรับ และการทดสอบนำร่อง 3) การประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมฯ และ 4) การนำไปใช้ การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการขั้นที่ 1 ถึง 3 ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การพัฒนาโปรแกรม ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนย่อยดังนี้ (1) การระบุหลักฐานเชิงประจักษ์ (identifying the evidence base) (2) การระบุแนวคิดทฤษฎีที่ใช้เป็นฐานในการพัฒนาโปรแกรม (identifying/ developing theory) และ (3) กระบวนการพัฒนารูปแบบและระบุผลลัพธ์ (modelling process and outcomes)

1. การระบุหลักฐานเชิงประจักษ์ หลักฐานเชิงประจักษ์ได้จากสองแหล่ง คือ ผู้มีประสบการณ์ตรง และการทบทวนวรรณกรรม

1.1 ผู้มีประสบการณ์ตรง ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคจิตเภท ผู้ดูแล และพยาบาลวิชาชีพ ด้วยคำถามว่า “ชีวิตการเจ็บป่วยทางจิตเป็นอย่างไร” กลุ่มละ 5 คน มีข้อมูลดังนี้

กลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเภท มองการเจ็บป่วยทางจิตว่า เป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด เป็นโรคที่สังคมไม่ยอมรับ หางานทำไม่ได้ ผู้ป่วยเล่าว่า เคยดูรายการทางโทรทัศน์แล้วเห็นว่า คนป่วยทางจิตมีพฤติกรรมการแสดงออกที่ไม่เหมาะสม เอะอะไว้วาย อาละวาด ทำลายสิ่งของ ทำร้ายคนอื่น ทำร้ายตนเอง เมื่อตนเองป่วยเป็นโรคจิตเภท และเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล จึงมีความคิดว่ คนรอบข้างก็คงจะมองตนเองในทางที่ไม่ดีด้วยเช่นกัน สังคมไม่ให้การยอมรับ ถูกตราหน้าว่าเป็นคนบ้า คนสติไม่ดี ไม่มีใครพูดคุยด้วย เดี๋ยวนี้หรือเรียกผู้ป่วยว่า “คนบ้า” เมื่อไปสมัครงานก็ไม่มีใครรับเข้าทำงานทำให้ผู้ป่วยคิดว่า ตนเองเป็นคนไม่ดี ไม่มีความสามารถไม่มีประโยชน์ เป็นคน

ด้อยค่า เป็นภาระของครอบครัว รู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้ เศร้า แยกตนเอง ไม่อยากทำอะไร นอนไม่หลับ คิดวนไปวนมาหาทางออกไม่ได้มีความคิดอยากตาย อยากทำร้ายตนเอง

กลุ่มผู้ดูแล ผู้ดูแลมีความเห็นว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทเป็นบุคคลที่น่าสงสาร ควรได้รับการดูแลและช่วยเหลือ ผู้ดูแลต้องการทราบสาเหตุ การเจ็บป่วย การรักษา ระยะเวลาในการรักษา การดูแลเมื่ออยู่ที่บ้าน บางครอบครัวผู้ดูแลเห็นว่าการเจ็บป่วยส่งผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัวไม่ปลอดภัย เนื่องจากผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอาการหวาดกลัว หวาดระแวง จะทำร้ายผู้อื่น การเจ็บป่วยต้องใช้เวลาในการรักษานาน และมีการป่วยซ้ำบ่อย ๆ ผู้ป่วยไม่สามารถทำงานได้ ครอบครัวต้องเลี้ยงดู ผู้ดูแลมีความวิตกกังวลว่า เมื่อกลับไปอยู่บ้านผู้ป่วยจะปฏิเสธการกินยา เมื่อกระตุ้นให้กินยา ผู้ป่วยจะแสดงสีหน้าไม่พอใจ หงุดหงิด ฉุนเฉียว เพราะคิดว่าตนเองหายเจ็บป่วยแล้ว ทำให้ขาดยาส่งผลการทางจิตกำเริบ หากมีอาการทางจิตกำเริบที่รุนแรง ผู้ดูแลไม่ทราบว่าจะจัดการอย่างไร และจะขอความช่วยเหลือจากที่ใด

กลุ่มพยาบาล มองว่าการเจ็บป่วยส่งผลทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ เบื่อหน่าย ท้อแท้ เศร้า เมื่อมีความจำเป็นต้องมารักษาตัวในโรงพยาบาล ก็รู้สึกอึดอัด เครียด เบื่อหน่าย เศร้าใจ ไปไหนมาไหนไม่ได้ ไม่อิสระ เหมือนตนเองอยู่ในคุก ครอบครัวต้องเสียค่าใช้จ่าย ต้องเดินทางมาเยี่ยม ทำให้เกิดการขัดสนด้านการเงิน และเป็นภาระของครอบครัว

จากข้อมูลที่ได้รับข้างต้นพบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทมีวิถีคิดและความเชื่อในทางลบเกี่ยวกับโรคและการเจ็บป่วยที่ส่งผลให้ตนเองด้อยคุณค่า ซึ่งวิถีคิด

และความเชื่อดังกล่าวได้รับการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมและบุคคลรอบ ๆ ตัว ความเชื่อเกี่ยวกับตนเองและการเจ็บป่วยบางอย่างบิดเบือนไปจากความเป็นจริง บางอย่างเป็นความจริงที่ไม่สามารถหาข้อโต้แย้งได้ จึงส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกด้อยคุณค่าในตนเองและมีอาการซึมเศร้า อย่างไรก็ตามถ้าครอบครัวและผู้ดูแลมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการดูแลที่เหมาะสม ก็ย่อมจะส่งผลดีต่อตัวผู้ป่วยโรคจิตเภท

1.2 การทบทวนวรรณกรรม

1.2.1 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภท

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภท ได้แก่ การตระหนักรู้ความเจ็บป่วยของตนเอง (insight) (Balci et al., 2016) การสนับสนุนทางสังคม (social support) เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต (stressful life events) ความรู้สึกเป็นตราบาป (stigma) (ปริยนันท์ สละสวัสดิ์, 2556; สุภาวดี เกษไชย และคณะ, 2555; Kao & Liu, 2010; Majadas et al., 2012) กล่าวคือ ยิ่งผู้ป่วยมีการตระหนักรู้ความเจ็บป่วยดี ผู้ป่วยจะยังมีอาการซึมเศร้าสูงและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ (สุภาวดี เกษไชย และคณะ, 2555; Staring, Gaag, Berge, Duivenwooden, & Mulder, 2009) เนื่องจากผู้ป่วยรู้สึกสูญเสียบทบาทและสถานภาพทางสังคม เป็นที่น่ารังเกียจ เป็นภาระของครอบครัวไม่เป็นที่ต้องการของสังคมซึ่งสร้างความรู้สึกเป็นตราบาป ส่งผลต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำลง (Link, Strucning, Neese-Todd, Asmussen, & Phelan, 2001) อย่างไรก็ตามมีรายงานว่าถ้าผู้ป่วยยอมรับการเจ็บป่วยในทิศทางที่ถูกต้อง

จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรักษา ซึ่งจะส่งผลดีต่ออาการซึมเศร้า และอาการทางจิตด้านบวกและด้านลบ (Lullmann, Berendes, Rief, & Lincoln, 2011) การสนับสนุนทางสังคมพบว่า มีความสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้าในทางลบ (ปริยพันธ์ สละสวัสดิ์, 2550; 2556; Sönmez et al., 2014) หากผู้ป่วยโรคจิตเภทรับรู้ว่าคุณค่าของตนเองได้รับการยอมรับและสนับสนุนช่วยเหลือจากครอบครัว จะช่วยส่งเสริมการปรับตัวในการดำเนินชีวิตประจำวัน นอกจากนี้การยอมรับจากครอบครัวยังช่วยให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทรับรู้ถึงความรัก ความสนใจเอาใจใส่ ลดความตึงเครียด และสามารถจัดการกับความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพและที่สำคัญยังเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น (Clinton, Lunney, Edward, Weir, & Barr, 1998) ส่งผลต่ออาการซึมเศร้าลดลงตามมา

เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต การศึกษากับผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่พักรักษาตัวในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา พบว่า เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับอาการซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 (ปริยพันธ์ สละสวัสดิ์, 2556)

ความรู้สึกเป็นตราบาปภายในใจตนเองที่เกิดจากการเจ็บป่วยทางจิตพบว่ามีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอย่างมีนัยสำคัญทั้งโดยรวมและรายด้าน ในรายด้าน ได้แก่ ความรู้สึกแปลกแยกจากสังคม การถูกมองแบบเหมารวม การถูกเลือกปฏิบัติและการแยกตนเองจากสังคม (ชูศรี เกิดพงษ์บุญโชติ, เบญจพร ปัญญา ยาง และชวชาติ วงศ์อนุชิต, 2558;

Karakas, Okanli, & Yilmaz, 2016) นอกจากนั้นพบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างการยอมรับการเจ็บป่วยกับอาการซึมเศร้า คุณภาพชีวิตต่ำ และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง จะแปรผันตามการรับรู้ตราบาป กล่าวคือ ขนาดของความสัมพันธ์จะสูงขึ้นเมื่อการรับรู้ตราบาปอยู่ในระดับสูง และลดลงเมื่อการรับรู้ตราบาปอยู่ในระดับต่ำ (Starling et al., 2009)

1.2.2 การบำบัดทางจิตสังคมที่มีประสิทธิผลต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภท

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า แนวคิดที่ใช้เป็นฐานในการบำบัดที่มีประสิทธิผลต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและอาการซึมเศร้า ได้แก่ การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (cognitive and behavior therapy: CBT) และการบำบัดด้วยการยอมรับและมุ่งมั่น (acceptance and commitment therapy: ACT) ดังที่มีผลงานวิจัยสนับสนุนต่อไปนี้

งานวิจัย systematic review จากงานวิจัย RCT ที่มีคุณภาพจำนวน 6 เรื่อง พบว่าการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (CBT) สามารถลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Opoka & Lincoln, 2017) โดยรูปแบบการบำบัดจำแนกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ การบำบัดที่เน้นความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การฝึกความจำ และการฝึกเจริญสติ กลุ่มที่ 1 เน้นความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มุ่งทบทวนและทำให้ความคิดทางลบเกี่ยวกับตนเองเป็นเรื่องธรรมดา และเพิ่มกิจกรรมทางบวก โดยใช้ CBT แบบย่อ พบว่ามีขนาดอิทธิพลต่ออาการซึมเศร้าที่ระดับปานกลางถึงมาก (Freeman et al., 2014) กลุ่มที่ 2 เน้นฝึกความจำ (memory trainings)

โปรแกรม Competitive Memory Training (COM-ET) มุ่งฝึกความจำทางบวกที่สัมพันธ์กับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และคอยย้ำให้หนักแน่นมากขึ้น กระตุ้นภาพลักษณ์ทางบวก เพื่อลดความสำคัญของอาการหูแว่วที่มีเนื้อหาทางลบ และเพิ่มความเชื่อมั่นในตนเอง ขนาดอิทธิพลต่ออาการซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลางถึงมาก ผลของการบำบัดนี้ผ่านตัวแปรสื่อกลางความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Van Der Gaag, Van Oosterhout, Daalman, Sommer, & Korrelboom, 2012) และการบำบัดแบบกลุ่มโดยฝึกฝนความจำที่เฉพาะกับเหตุการณ์ บันทึกความจำในชีวิตของตนเอง บันทึกประจำวันเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นและการจัดการกับอารมณ์ เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับ social skills และ occupational therapy ผลการศึกษาพบมีขนาดอิทธิพลต่ออาการซึมเศร้าระดับมาก (Ricarte, Herná'ndez-Viadel, Latorre, & Ros, 2012) และกลุ่มที่ 3 เน้นฝึกเจริญสติ โปรแกรม Acceptance-Based Depression and Psychosis therapy (ADAPT) มีฐานคิดในการบำบัดเพื่อให้มีสติรู้ตัวและเกิดการยอมรับ ซึ่งมีกิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพ ระบุค่านิยมและเป้าหมาย การกระตุ้นพฤติกรรม รวมถึงการฝึกทักษะการมีสติและการยอมรับ พบมีขนาดอิทธิพลต่ออาการซึมเศร้าในระดับมาก (Gaudiano et al., 2015) นอกจากนั้นมีการบำบัดเจริญสติแบบออนไลน์ เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมซึ่งทำการบำบัดผ่อนคลายกล้ามเนื้อออนไลน์ (online progressive muscle Relaxation: PMR) โดยผู้รับการบำบัดทั้งสองกลุ่มได้รับคู่มือการบำบัดด้วยตนเอง กลุ่มบำบัดทั้งสองกลุ่มมีอาการซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ไม่พบว่าการบำบัดใดดีกว่ากัน (Moritz et al., 2015)

การศึกษารายกรณี 2 ราย ด้วยการประยุกต์ CBT กับผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตครั้งแรก เพื่อลดอาการซึมเศร้า ความวิตกกังวล และเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง โดยให้สุขภาพจิตศึกษา ส่งเสริมการดำรงชีวิตในสังคมเหมือนปกติ การประเมินความคิดอัตโนมัติทางลบ วงจรความเชื่อที่บิดเบือน และมุ่งเน้นผลกระทบทางลบจากพฤติกรรมที่ไม่ปลอดภัย ผู้ป่วยทั้งสองรายมีการพัฒนาความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การทำหน้าที่ทั่วไป และอาการซึมเศร้าลดลง (Sönmez et al., 2014)

การบำบัดแบบบูรณาการแนวคิด CBT และ ACT โปรแกรม Help-ID (Moritz et al., 2015) ใช้กลยุทธ์ CBT, ACT และ systemic Therapy รวมทั้งเทคนิคการผ่อนคลาย และดนตรีบำบัด ผลการศึกษาเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่รอการบำบัด พบว่าโปรแกรม Help-ID สามารถลดอาการซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม มีขนาดอิทธิพลระดับปานกลางถึงมาก โปรแกรม Help ID เป็นการบำบัดออนไลน์ มีเป้าหมายเพื่อผู้รับบริการเข้าใจอาการซึมเศร้า โดยการให้สุขภาพจิตศึกษาและการพัฒนามุมมองใหม่ ส่งเสริมการมีกิจกรรมในชีวิตประจำวัน ให้ความใส่ใจและทำให้สัมพันธภาพทางสังคมเข้มแข็งและฝึกการป้องกันอาการกำเริบ หัวข้อที่ผู้รับบริการทุกคนต้องทำมี 7 โมดูลจาก 12 โมดูล ได้แก่ ทางเดินที่จะออกจากอาการซึมเศร้า จะเริ่มต้นอย่างไรถ้ามีอาการหุดหู่ต่อแท้ซึมเศร้า วิธีห้ามการคิดไม่หยุด ฟังร่างกายตนเอง ป้องกันอาการกำเริบ การบำบัดแบบประคับประคอง โมดูลที่เหลืออีก 5 โมดูลให้เลือกทำตามปัญหาของแต่ละคน ใช้เวลาทำ 45-60 นาทีต่อสัปดาห์แต่ละคนจะได้รับโปรแกรม

ที่ปรับให้เหมาะกับความต้องการของแต่ละคน

โปรแกรมกลุ่มบำบัดที่บูรณาการแนวคิด CBT และ ACT ยังสามารถใช้เพื่อคืนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองให้กับผู้ป่วยทางจิตเป็นกลุ่มบำบัดแบบมีโครงสร้าง 12 ครั้งๆ ละ 2 ชม. ห่างกัน 2 สัปดาห์ และจำนวนสมาชิกกลุ่มละ 5-6 คน ผู้นำกลุ่มเป็นพยาบาลมีประสบการณ์ทางจิตเวช 20 ปี และประสบการณ์ทำ CBT 6 ปี ผลการทดสอบนำร่องแบบ One Group Pretest-Posttest Design กับกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทชาวญี่ปุ่น 41 คน พบว่าหลังจากควบคุมปัจจัยในเรื่องยาและการใช้บริการทางสังคมหลังเข้าร่วมโปรแกรมและการติดตามใน 3 เดือน ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สภาพอารมณ์ ความผาสุก และอาการทางจิต (BPRS) หลังเข้าร่วมโปรแกรมและในระยะติดตามสูงขึ้นจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญ (Kunikata, Yoshinaga, Shiraishi, & Okada, 2016)

สำหรับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและวิเคราะห์อภิมาน (Ost, 2014) เปรียบเทียบการบำบัด ACT กับ CBT ต่ออาการความคิดผิดปกติต่างๆ พบว่า ACT ยังมีการพัฒนาเพื่อการบำบัดไม่เพียงพอสำหรับความคิดผิดปกติใด ๆ และ ACT อาจจะมีประสิทธิผลต่อความปวดร้าวและหุ้อ และอาจเป็นไปได้ที่จะมีประสิทธิผลต่อความซึมเศร้า เมื่อเปรียบเทียบ ACT กับ CBT รูปแบบต่าง ๆ พบว่ามีขนาดอิทธิพลขนาดเล็กและไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ต่อมา Zettle (2015) ทบทวนงานวิจัยที่ใช้ ACT ลดอาการซึมเศร้าในช่วง 2 ปีที่ผ่านมา พบว่า ACT มีประสิทธิผลสามารถบรรเทาและป้องกันอาการซึมเศร้าได้เช่นเดียวกับ Hacker, Stone และ MacBeth (2016) ทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ

พบ ACT สามารถลดอาการซึมเศร้าได้พอ ๆ กับ CBT

จากวิเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากผู้มีประสบการณ์ตรง และจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภท ผู้วิจัยจึงนำมาเป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมการบำบัดในขั้นตอนต่อไป

2. ระบุแนวคิดทฤษฎีที่ใช้ในการพัฒนาโปรแกรม

เนื่องจากปัจจัยการยอมรับการเจ็บป่วย เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต ความรู้สึกเป็นตราบาป และการสนับสนุนทางสังคมดังกล่าวข้างต้นมีอิทธิพลต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภท ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำแนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรมของ Beck, Rush, Shaw, และ Emery (1979) แนวคิดการบำบัดด้วยการยอมรับและมุ่งมั่นของ Hayes, Levin, Plumb-Villardaga, Villatte และ Pistorello (2013) และการสนับสนุนทางสังคมของ Brandt และ Weinert (1985) มาบูรณาการในการพัฒนาโปรแกรมจิตสังคมบำบัดเพื่อส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและลดอาการซึมเศร้า สำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล

2.1 แนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรม ได้พิสูจน์แล้วว่าเป็นการบำบัดที่มีประสิทธิผลในการรักษาอาการซึมเศร้า และเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในผู้ป่วยโรคจิตเภทได้ (Donde et al., 2018; Freeman et al., 2014; Moritz et al., 2016; Opoka & Lincoln, 2017; Sönmez et al., 2014) มีเป้าหมายช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์ที่เป็นสิ่งเร้า กับ

วงจรการเกิดความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรม รู้จักความคิดอัตโนมัติและจับความคิดได้ตระหนักรู้มุมมองทางลบที่เป็นเหตุแห่งทุกข์และปรับมุมมองใหม่ได้ รวมทั้งมีทักษะการผ่อนคลายความเครียดด้วยการหายใจลึกยาวได้ (Beck et al., 1979)

2.2 แนวคิดการบำบัดด้วยการยอมรับและมุ่งมั่น เป็นการบำบัดทางจิตสังคมชนิดหนึ่งที่อยู่ในกลุ่ม CBT ได้มีการวิจัยสนับสนุนว่าสามารถลดอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมที่เกิดจากอาการทางจิต อาการซึมเศร้า และการทำหน้าที่ทางจิตสังคม (Gaudiano et al., 2015; Hacker et al., 2016; Ost, 2014; White et al., 2011) มีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมให้บุคคลเกิดความยืดหยุ่นทางใจ สามารถปรับตัวกับสถานการณ์ปัจจุบันได้อย่างมีประสิทธิภาพ รับรู้ความเป็นจริงของสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในโปรแกรมนี้นำมาใช้เพื่อให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทเกิดการตระหนักรู้และยอมรับการเจ็บป่วย และแยกได้ระหว่างความคิดความรู้สึก กับอาการเจ็บป่วยทางจิตที่เกิดขึ้น (cognitive diffusion) รู้สึกตนเองมีคุณค่า มีเป้าหมายและแผนในการดำเนินชีวิตต่อไป และมุ่งมั่นที่จะทำตามแผนที่วางไว้

2.3 แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม เป็นความสัมพันธ์ที่เกิดจากการทำหน้าที่ของบุคคลในครอบครัวและสังคมในการให้ความรัก ความผูกพัน ทำให้บุคคลรู้สึกอบอุ่น ปลอดภัย ตลอดจนการให้ความช่วยเหลือ ให้ข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำ เปิดโอกาสให้เป็นส่วนหนึ่งของสังคม การส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและเอื้อประโยชน์แก่ผู้อื่น (Brandt & Weinert, 1985) ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการซึมเศร้าที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการ

ประคับประคองจิตใจ เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สามารถป้องกันและลดสถานการณ์ความตึงเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตหรือลดความรุนแรงของอาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้นได้ (Caqueo-Urizar, Rus-Calafell, Urzúa, Escudero, & Gutiérrez-Maldonado, 2015)

แนวคิด CBT และ ACT เชื่อว่าความคิดควบคุมอารมณ์และพฤติกรรม และแนะนำให้ทำกิจกรรมเพื่อเปลี่ยนแบบแผนความคิดและพฤติกรรม เมื่อผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความคับแค้นใจกับความมีคุณค่าในตนเอง เขาจะเข้าสู่วงจรชั่วร้ายของ ความคิด อารมณ์ สรีระร่างกาย และพฤติกรรมและมีอาการซึมเศร้าในที่สุด ดังนั้น CBT จึงเหมาะสมที่จะนำมาใช้ในการปรับมุมมองใหม่ ส่วน ACT จะช่วยเติมเต็ม CBT โดยทำให้ผู้ป่วยเข้าใจและยอมรับการเจ็บป่วยตามความเป็นจริง และตีความความหมายของคำพูด/ภาษา และความคิดด้วยมุมมองใหม่ ในขณะเดียวกันออกห่างจากความคิดที่ไม่เป็นประโยชน์ (cognitive deffusion) สำหรับการสนับสนุนทางสังคมจะนำมาใช้กับครอบครัวซึ่งสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจในการเจ็บป่วยและยอมรับตัวผู้ป่วยมากขึ้น เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสามารถใช้ศักยภาพที่มีอยู่เยียวยาตนเองได้

3. กระบวนการพัฒนารูปแบบและระบุผลลัพธ์

กระบวนการออกแบบโปรแกรมสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทเพื่อส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และลดอาการซึมเศร้า (Enhancing Self - Esteem and Decreasing Depressive Symptoms Program for Patients with Schizophrenia) ใช้ชื่อย่อว่า SEDS เริ่มต้นจากการกำหนดโครงสร้างหัวข้อ

ความรู้ เนื้อหา กิจกรรม โดยใช้แนวคิด CBT, ACT และการสนับสนุนทางสังคมเป็นฐานคิดในการบำบัด ร่วมกับข้อมูลความต้องการที่ได้จากผู้ป่วยโรคจิตเภท ผู้ดูแลและพยาบาล โดยสรุปโปรแกรม SEDS ที่สร้างขึ้นประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ 6 กิจกรรม ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 ความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคจิตเภท ได้แก่ กิจกรรมที่ 1 รู้จักและยอมรับการเจ็บป่วย

องค์ประกอบที่ 2 รื้อสร้างความคิดใหม่ ได้แก่ กิจกรรมที่ 2 รู้จักความคิดอัตโนมัติ และกิจกรรมที่ 3 รื้อสร้างมุมมองใหม่

องค์ประกอบที่ 3 ปลูกฝังคุณค่าในตนเอง ได้แก่ กิจกรรมที่ 4 คุณค่าในตนเองสร้างได้ และกิจกรรมที่ 5 รู้จุดแข็งยอมรับจุดอ่อน

องค์ประกอบที่ 4 นำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล ได้แก่ กิจกรรมที่ 6 ครอบครัวช่วยได้

โปรแกรมประกอบด้วยกิจกรรมกลุ่มจิตสังคม ซึ่งบูรณาการกลยุทธ์ CBT ร่วมกับ ACT จำนวน 5 ครั้ง ๆ ละ 60-90 นาที 3 ครั้งต่อสัปดาห์ สมาชิกกลุ่มเป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการทาง

จิตคงที่ และมีอาการซึมเศร้าในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง จำนวนกลุ่มละ 10-12 คน และกิจกรรมให้การปรึกษาเป็นรายครอบครัวบนพื้นฐานแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมจำนวน 1 ครั้ง ๆ ละ 50-60 นาที ประกอบด้วยผู้ป่วยโรคจิตเภทและผู้ดูแลหลัก 1-2 ราย ผู้บำบัดหลักคือพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทมากกว่า 10 ปี มีประสบการณ์ในการทำกลุ่มบำบัดความคิดและพฤติกรรมมากกว่า 5 ปี ผู้ช่วยผู้บำบัดคือพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทมากกว่า 5 ปี ดำเนินกิจกรรมกลุ่มตามคู่มือที่กำหนดไว้ในแผนกผู้ป่วยใน การดำเนินการจัดทำเป็นกลุ่มบำบัดเนื่องจากกระบวนการกลุ่มมีประโยชน์ต่อผู้ป่วยโรคจิตเภท ช่วยให้เกิดความรู้สึกร่วมกันอันหนึ่งอันเดียวกัน (universality) เกิดการประคับประคองจิตใจ (support) และการสะท้อนกลับระหว่างสมาชิกกลุ่มและผู้บำบัด (feedback) ทั้งยังช่วยให้สมาชิกกลุ่มแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ความรู้ประสบการณ์ซึ่งกันและกัน มองเห็นปัญหาที่เกิดขึ้นกับตัวเอง เป้าหมายและกลยุทธ์การบำบัดในแต่ละกิจกรรม แสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เป้าหมายและกลยุทธ์การบำบัดของแต่ละกิจกรรม

กิจกรรม	เป้าหมายและกลยุทธ์การบำบัด
ครั้งที่ 1 รู้จักและยอมรับการเจ็บป่วย	เป้าหมาย: ผู้ป่วยตระหนักรู้ เข้าใจและแยกแยะการหลอมรวมระหว่างอารมณ์ความรู้สึก ความคิดกับตัวตน และระหว่างอาการทางจิตกับตัวตนได้ กลยุทธ์ ACT: - แลกเปลี่ยนประสบการณ์การเจ็บป่วยและการเปลี่ยนแปลงของความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมไปจากภาวะปกติ - เชื่อมโยงความความคิดรู้สึกที่เกิดขึ้นไปยังอาการที่อึดอัด ลึ้นหวัง และอารมณ์เศร้า - ตั้งคำถามให้สมาชิกแยกแยะระหว่างความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับตัวตนของเรา ซึ่งไม่ได้เป็นสิ่งเดียวกัน - ตั้งคำถามให้สมาชิกแยกแยะระหว่างความคิดที่เกิดขึ้นกับตัวตนของเรา ซึ่งไม่ได้เป็นสิ่งเดียวกัน - ตั้งคำถามให้สมาชิกแยกแยะระหว่างอาการหวิว และผลกระทบที่เกิดขึ้นกับตัวตนของเรา ซึ่งไม่ได้เป็นสิ่งเดียวกัน - ตั้งคำถามเพื่อให้สมาชิกเกิดความสงสัยในความคิดหลงผิดของตนเอง เช่น มีข้อมูลอะไรมายืนยันสิ่งที่ผู้ป่วยพูด และแยกแยะระหว่างความคิดหลงผิดกับตัวตนของเรา - แลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับการรักษาด้วยยา วิธีการจัดการกับอาการข้างเคียงและการดูแลตนเอง
ครั้งที่ 2 รู้จักความคิดอัตโนมัติ	เป้าหมาย: ผู้ป่วยเข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์ที่เป็นสิ่งเร้า กับวงจรการเกิดความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรม และรู้จักและจับความคิดอัตโนมัติทางลบได้ กลยุทธ์ CBT: - ยกสถานการณ์ตัวอย่างจากสถานการณ์ความเครียดของสมาชิกกลุ่มคนหนึ่ง - ตั้งคำถามให้สมาชิกค้นหาความรู้สึก ความคิดแวบแรกก่อนเกิดความรู้สึก และการกระทำที่เกิดตามมา - ชี้ให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่างความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมที่เกิดจากสถานการณ์ตัวอย่าง - สรุปวงจรการเกิดความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรม

กิจกรรม	เป้าหมายและกลยุทธ์การบำบัด
ครั้งที่ 2 (ต่อ) รู้จักความคิดอัตโนมัติ	- ชี้ให้เห็นความคิดอัตโนมัติและฝึกปฏิบัติการจับความคิดอัตโนมัติและบันทึกลงในใบงาน - มอบหมายให้นำไปฝึกปฏิบัติระหว่างอยู่ในโรงพยาบาล
ครั้งที่ 3 หรือสร้างมุมมองใหม่	เป้าหมาย: สามารถตระหนักมุมมองทางลบที่เป็นเหตุแห่งทุกข์และปรับมุมมองใหม่ได้ และมีทักษะในการผ่อนคลายความเครียด กลยุทธ์ CBT: - ยกสถานการณ์ของสมาชิกขึ้นมาเป็นตัวอย่างในการเชื่อมโยงความคิดอัตโนมัติทางลบกับความรู้สึกทุกข์ใจ - ค้นหาวิธีคิดหลาย ๆ แบบจากสถานการณ์นั้น - ให้สมาชิกเลือกวิธีคิดแบบอื่น แล้วหันมาสังเกตความรู้สึกตนเองใหม่ - ฝึกปฏิบัติการปรับมุมมองใหม่และรับรู้ความรู้สึกหลังปรับมุมมอง - สาธิตและฝึกทักษะการผ่อนคลายด้วยการฝึกการหายใจยาวลึก
ครั้งที่ 4 คุณค่าในตนเองสร้างได้	เป้าหมาย: รู้สึกตนเองมีคุณค่ายอมรับการเจ็บป่วยและมีแผนในการดำเนินชีวิตต่อไป กลยุทธ์ CBT : - สำรวจสาเหตุของการเกิดความรู้สึกด้อยคุณค่าในตนเอง - สำรวจความคิดทางลบที่นำไปสู่ความรู้สึกด้อยคุณค่าในตนเอง - พิสูจน์ความคิดและปรับเปลี่ยนความคิดที่นำไปสู่ความรู้สึกด้อยคุณค่าในตนเอง กลยุทธ์ ACT: - อภิปรายถึงผลกระทบจากการเจ็บป่วยและการรักษาตัวในโรงพยาบาล - อภิปรายวิธีการแก้ปัญหาในอดีตรวมทั้งข้อดีข้อเสียและการบรรลุเป้าหมายในชีวิตที่ต้องการ - ให้สมาชิกค้นหาแนวทางที่จะยอมรับผลกระทบจากการเจ็บป่วย โดยการแยกความคิดออกจากความจริง หรือความหมายของภาษาที่ทำให้เกิดอารมณ์ความรู้สึกและพฤติกรรม - เมื่อสมาชิกกลุ่มยอมรับความเจ็บป่วยของตัวเอง มองการเจ็บป่วยเป็นการพัฒนาตนเอง - วางแผนระยะสั้น ระยะยาวที่จะอยู่กับการเจ็บป่วย และไปสู่เป้าหมายที่ต้องการ

กิจกรรม	เป้าหมายและกลยุทธ์การบำบัด
ครั้งที่ 5 รู้จุดแข็งยอมรับจุดอ่อน	เป้าหมาย: ตระหนักรู้จุดแข็งและยอมรับจุดอ่อน มีเป้าหมายในการดำเนินชีวิตและมุ่งมั่นที่จะทำตามแผนที่วางไว้ กลยุทธ์ CBT: - ทบทวนการบ้านการจับความคิดอัตโนมัติ การปรับมุมมองใหม่ การยอมรับการเจ็บป่วย - ชื่นชมและเสริมพลังใจสมาชิกที่มีความก้าวหน้า - หาสาเหตุและปรับปรุงแนวทางแก่สมาชิกที่ยังไม่สามารถบรรลุเป้าหมาย กลยุทธ์ ACT: - เผชิญและแยกแยะความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมออกจากตัวตนของตนเอง - รับรู้ความรู้สึกและอารมณ์โดยไม่พยายามตัดสินและเปลี่ยนแปลง - เพิ่มความหนักแน่นของการวางแผนไปสู่การปฏิบัติ - ติดตามการปฏิบัติตามแผนที่ได้ตกลงกันไว้
ครั้งที่ 6 ครอบครัวช่วยได้	เป้าหมาย: ญาติเข้าใจการเจ็บป่วยและยอมรับในตัวผู้ป่วย กลยุทธ์: ให้การปรึกษาเป็นรายครอบครัว - ประเมินความสัมพันธ์ของผู้ป่วยกับผู้ดูแล เพื่อค้นหาปัญหาที่ต้องการความช่วยเหลือ - ประเมินความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษาและการดูแลตามปัญหา - ให้การปรึกษารอบครัวตามปัญหาของผู้ป่วย - ร่วมกับญาติค้นหาแนวทางในการดูแลผู้ป่วย และยอมรับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย - แนะนำวิธีการเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าให้ผู้ป่วย เช่น การยอมรับความคิดเห็นของผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 2 ประเมินความเป็นไปได้ การยอมรับ และการทดสอบนำร่อง การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและโครงสร้าง โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลจิตเวช 1 ท่าน พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 1 ท่าน และนักจิตวิทยาคลินิก 1 ท่าน และปรับแก้ไข หลังจากนั้นนำโปรแกรมฯ ฉบับร่างมาทดสอบนำร่อง กับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการซึมเศร้า ณ แผนกผู้ป่วยใน จำนวน 10 คน เพื่อดูความครอบคลุมสาระสำคัญและความชัดเจนของภาษา หลังการทดลองใช้ คณะผู้วิจัยได้ปรับภาษาให้เข้าใจง่ายยิ่งขึ้น ปรับเนื้อหาในแต่ละกิจกรรมให้กระชับ และปรับชื่อกิจกรรมให้สั้นกระชับ น่าสนใจ

การประเมินความเป็นไปได้และการยอมรับโปรแกรม SEDS ดำเนินการโดยนำโปรแกรม SEDS ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลางในแผนกผู้ป่วยใน จำนวน 10 คน พยาบาลที่ใช้โปรแกรม SEDS ผ่านการอบรมสาธิตการทำกลุ่มบำบัดตามโปรแกรม SEDS และฝึกปฏิบัติงานสามารถใช้โปรแกรมฯ ได้อย่างมั่นใจ

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน ผู้วิจัยประยุกต์จากแนวคิดการออกแบบการวิจัยเพื่อศึกษาความเป็นไปได้และความเหมาะสมที่จะนำโปรแกรมฯ ไปใช้ในคลินิกกับกลุ่มประชากรเป้าหมาย (Bowen et al., 2009)

1. แบบประเมินความเป็นไปได้ของโปรแกรม SEDS เป็นการประเมินระดับความคิดเห็นของพยาบาลต่อความยาก - ง่าย และสามารถในการนำแต่ละกิจกรรมนำไปใช้ และจำนวนผู้ป่วยที่เข้าร่วมตลอดโปรแกรม

2. แบบประเมินการยอมรับโปรแกรม SEDS เป็นการประเมินระดับความรู้สึกรู้สึกของพยาบาลผู้ป่วยและผู้ดูแลที่เข้าร่วมโปรแกรม ด้วยข้อคำถามจำนวน 5 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็น 2 ขั้ว พอใจ - ไม่พอใจ ชอบ-ไม่ชอบ ดี - ไม่ดี สะดวก - ไม่สะดวก ใช้ได้ - ใช้ไม่ได้ คำตอบเป็นแบบประมาณค่า 4 ระดับ แปลผลคะแนนดังนี้ ค่าเฉลี่ย 3.26 - 4.00 หมายถึง อยู่ในระดับดีมาก ค่าเฉลี่ย 2.51 - 3.25 หมายถึง อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 1.76 - 2.50 หมายถึง อยู่ในระดับพอใช้ ค่าเฉลี่ย 1.00 - 1.75 หมายถึง อยู่ในระดับน้อย

ผลของการประเมินความเป็นไปได้และการยอมรับ

ผลการประเมินความเป็นไปได้ ในการทำกิจกรรมแต่กิจกรรมของพยาบาลวิชาชีพ พบว่ากิจกรรมมีความง่าย และสามารถนำไปใช้ได้ ง่าย คิดเป็นร้อยละ 71.4 - 85.8 และผู้ป่วยจำนวน 10 คน เข้าร่วมกิจกรรมทุกครั้งจนสิ้นสุดโปรแกรมฯ และการแสดงความคิดเห็นของผู้ป่วยและผู้ดูแล รวมทั้งพยาบาลต่อการยอมรับโปรแกรม SEDS อยู่ในระดับดีมาก มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 3.3 - 3.6 และ ดังตารางที่ 2 - 3

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของพยาบาล จำแนกตามความคิดเห็นต่อความเป็นไปได้ในแต่ละกิจกรรม (n = 7 คน)

รายการประเมิน	ความยาก - ง่าย		ความสามารถในการนำไปใช้	
	ยาก	ง่าย	ยาก	ง่าย
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
กิจกรรมที่ 1 รู้จักและยอมรับการเจ็บป่วย	1 (14 .2)	6 (85 .8)	1 (14 .2)	6 (85 .8)
กิจกรรมที่ 2 รู้จักความคิดอัตโนมัติ	1 (14 .2)	6 (85 .8)	1 (14 .2)	6 (85 .8)
กิจกรรมที่ 3 รื้อสร้างมุมมองใหม่	2 (28 .6)	5 (71 .4)	2 (28 .6)	5 (71 .4)
กิจกรรมที่ 4 คุณค่าในตนเองสร้างได้	1 (14 .2)	6 (85 .8)	1 (14 .2)	6 (85 .8)
กิจกรรมที่ 5 รู้จุดแข็งยอมรับจุดอ่อน	2 (28 .6)	5 (71 .4)	1 (14 .2)	6 (85 .8)
กิจกรรมที่ 6 ครอบคลุมช่วยเหลือ	1 (14 .2)	6 (85 .8)	1 (14 .2)	6 (85 .8)

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการยอมรับโปรแกรม SEDS ของผู้ป่วยโรคจิตเภท ผู้ดูแล และพยาบาล ตามรายการที่ทำการประเมิน

รายการประเมิน	ผู้ป่วย (n = 10)	ผู้ดูแล (n = 10)	พยาบาล (n = 7)	ระดับการยอมรับ
	Mean (SD)	Mean (SD)	Mean (SD)	
พอใจ	3.50 (.53)	3.60 (.53)	3.6 (.53)	ดีมาก
ชอบ	3.40 (.52)	3.60 (.53)	3.6 (.53)	ดีมาก
ดี	3.50 (.53)	3.40 (.53)	3.4 (.53)	ดีมาก
สะดวก	3.30 (.48)	3.3 (.48)	3.3 (.48)	ดีมาก
ใช้ได้	3.30 (.48)	3.4 (.53)	3.4 (.53)	ดีมาก

ขั้นตอนที่ 3 การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรม SEDS ด้วยการวิจัยกึ่งทดลองแบบมีกลุ่มควบคุม และประเมินผลก่อนการทดลอง หลังเสร็จสิ้นการทดลองทันที และติดตามผล 1 และ 3 เดือน

วิธีดำเนินการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์ ICD-10 และได้รับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยใน สถาบันจิตเวชศาสตร์แห่งหนึ่ง และผู้ดูแลหลัก

กลุ่มตัวอย่าง มี 2 กลุ่มคือ ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่พักรักษาตัวในสถาบันจิตเวชศาสตร์แห่งหนึ่ง และผู้ดูแลหลัก โดยมีเกณฑ์คัดเข้า ดังนี้

- 1) ผู้ป่วยโรคจิตเภท อายุระหว่าง 20 – 59 ปี
- 2) ระยะการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทตั้งแต่เริ่มป่วยจนถึง 5 ปี
- 3) ไม่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านเศร้า
- 4) ไม่ได้รับการรักษาด้วยกระแสไฟฟ้ามาก่อน 3 เดือน
- 5) ไม่ใช้สารเสพติด
- 6) ไม่มีความพร่องในการรู้คิด ประเมินด้วยแบบทดสอบ TMSE มีคะแนนมากกว่า 23 คะแนนขึ้นไป
- 7) มีอาการซึมเศร้าในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง ประเมินด้วยแบบประเมิน HAM-D มีคะแนนระหว่าง 8-17 คะแนน
- 8) อาการทางจิตสงบ ประเมินด้วยแบบวัด BPRS มีคะแนน < 36 คะแนน และ
- 9) ยินยอมที่จะเข้าร่วมในการวิจัย

2) ผู้ดูแล อายุ 18 ปีขึ้นไป ทั้งชายและหญิง มีความสัมพันธ์ใกล้ชิด อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วยตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป มีหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักในการช่วยเหลือผู้ป่วยในด้านต่าง ๆ เช่น การพามารักษาที่โรงพยาบาล การกำกับการ

รับประทานยาให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยเป็นประจำ สามารถอ่าน เขียนและสื่อสารเป็นภาษาไทยได้ ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

การกำหนดขนาดตัวอย่าง

กำหนดขนาดตัวอย่างโดยการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ กำหนดอำนาจการทดสอบที่ร้อยละ 90 ระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 คำนวณค่า effect size จากงานวิจัยที่ผ่านมา (Kunikata et al., 2016) ได้เท่ากับ .42 คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G* Power (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) โดยใช้สถิติ ANOVA-Repeated Measures, between Factors ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 58 คนเพื่อป้องกันการสูญหาย เพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีก 15% ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 66 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 33 คน และกลุ่มควบคุม 33 คน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

คัดเลือกตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์การคัดเข้า โดยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมก่อน หลังจากเสร็จสิ้นแล้วจึงเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลอง

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการวิจัยในคนของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา ผู้วิจัยแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ และโอกาสความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น ตลอดจนอธิบายให้ทราบถึงขั้นตอนวิจัยและระยะเวลาในการเข้าร่วมการวิจัย และการยุติหรือขอถอนตัวออกจากการวิจัยจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อผู้ร่วมวิจัย ข้อมูลที่ได้รับจากการวิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ ไม่เปิดเผยให้เกิด

ความเสียหายแก่ผู้เข้าร่วมวิจัย โดยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคนได้ลงนามเซ็นยินยอมการเข้าร่วมวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 3 ประเภท คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและลดอาการซึมเศร้าสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น

2. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่

2.1 แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS) แปลเป็นภาษาไทยโดย พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์ (2544) ใช้ประเมินอาการทางจิต มีระดับคะแนน 0 - 7 คะแนน 0 = ไม่มีอาการ จนถึง 7 = มีอาการรุนแรงมาก ช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 0 - 126 คะแนน ถ้ามีคะแนนน้อยกว่า 36 คะแนน แสดงว่ามีอาการทางจิตน้อย ตรวจสอบคุณภาพความสอดคล้องระหว่างผู้ใช้เครื่องมือในผู้ป่วยจิตเวช 10 ราย มีค่า Intraclass correlation = .91

2.2 แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย (Thai Mental State Examination: TMSE) ดัดแปลงและปรับปรุงจากแบบทดสอบ Mini-Mental State Examination (MMSE) โดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองประกอบด้วย 6 ข้อคำถาม คือ orientation, registration, attention, calculation, language และ recall คะแนนเต็ม 30 คะแนน มีจุดตัดในการตรวจคัดกรองภาวะสมองเสื่อมที่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 23 คะแนน มีค่า Sensitivity 68.5% และค่า Specificity 88% (Train the Brain Forum Committee, 1993)

3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

3.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และระยะเวลาการเจ็บป่วย

3.2 แบบประเมินอาการซึมเศร้า (Hamilton Rating Scale for Depression) แปลเป็นภาษาไทยโดยมานิช หล่อตระกูล และคณะ (2539) มีข้อคำถาม 17 ข้อ เป็นการประเมินอาการด้านจิตใจ ร่างกายและประสิทธิภาพในการทำงานในแต่ละข้อได้แบ่งระดับคะแนนของความรุนแรงของอาการออกเป็นตั้งแต่ 0 - 2 หรือ 0 - 4 ช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 0 - 57 คะแนน เมื่อนำไปใช้กับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน มีค่าความเชื่อมั่น .84

3.3 แบบประเมินความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Rosenberg's Self-Esteem Scale) แปลเป็นภาษาไทยและแปลย้อนกลับโดยพัชกรวีไล ศรีแสง (Srisaeng, 2003) แบบประเมินมีข้อคำถาม 10 ข้อ เป็นคำถามทางบวก 5 ข้อ และทางลบ 5 ข้อ คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ 1 = ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึง 4 = เห็นด้วยอย่างยิ่ง ข้อความทางบวกให้คะแนน 1, 2, 3, 4 ข้อความทางลบให้คะแนน 4, 3, 2, 1 ช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 10 ถึง 40 คะแนน คะแนนยิ่งสูงแสดงว่ามีความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมาก เมื่อนำไปใช้กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน มีค่าความเชื่อมั่น .89

การเก็บรวบรวมข้อมูลและดำเนินโปรแกรม

1. พยาบาลประจำแผนกผู้ป่วยในของสถาบันจิตเวชศาสตร์แห่งหนึ่ง แจ้งรายชื่อผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์กำหนด

2. ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์การวิจัย การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง และถามความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัย และให้เซ็นใบยินยอมการเข้าร่วมการวิจัย

3. ก่อนการทดลอง (pre - test) คณะผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และอาการซึมเศร้าในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

4. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมให้เสร็จสิ้นก่อน เนื่องจากผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดในแต่ละเดือนมีจำนวนน้อย และป้องกันผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มแลกเปลี่ยนข้อมูลการบำบัดขณะพักรักษาอยู่ในตึกเดียวกัน เก็บข้อมูลของกลุ่มควบคุมในเดือนธันวาคม 2559 เดือนมกราคม 2560 และเดือนกุมภาพันธ์ 2560 มีจำนวน 11, 10 และ 12 คน ตามลำดับ กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติตามกิจกรรมการดูแลในหอผู้ป่วย โดยได้รับสุขภาพจิตศึกษาเรื่องโรคจิตเภท การให้คำแนะนำตามปัญหาแนะนำการปฏิบัติตัวในเวลา 2 สัปดาห์ที่พักรักษาตัวในหอผู้ป่วย รวมกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมมีจำนวน 33 คน

5. กลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมตามโปรแกรม SEDS มีจำนวนทั้งหมด 6 ครั้ง สัปดาห์ละ 3 ครั้ง จำนวน 2 สัปดาห์ ใช้เวลาครั้งละ 60 - 90 นาที แต่ละครั้งมีผู้ป่วยโรคจิตเภทเข้าร่วมกลุ่ม จำนวน 10 - 12 คน และครั้งสุดท้ายเป็นการให้การปรึกษารายครอบครัว เก็บข้อมูลของกลุ่มทดลองในเดือน

มีนาคม เมษายน และพฤษภาคม 2560 มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10, 11 และ 12 คน ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองเดือนพฤษภาคม ขอดอนตัวออกจากการวิจัยจำนวน 3 คน เนื่องจากแพทย์สั่งจำหน่ายกลับบ้าน เหลือผู้ป่วยที่เข้าครบทุกกิจกรรมจำนวน 9 คน รวมกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองมีจำนวน 30 คน

6. ภายหลังเสร็จสิ้นการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจะได้รับการประเมินด้วยแบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และแบบประเมินอาการซึมเศร้าทันที จากนั้นมีการติดตามประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และอาการซึมเศร้าเมื่อครบ 1 เดือน และ 3 เดือน เมื่อผู้ป่วยโรคจิตเภทมาตรวจตามนัดที่โรงพยาบาล หากผู้ป่วยโรคจิตเภทไม่มาตามนัดจะติดตามทางโทรศัพท์ มีการติดตามให้ตอบแบบสอบถามทางโทรศัพท์ 2 คน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไป ค่าเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและอาการซึมเศร้าก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ chi-square และ t-test

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและอาการซึมเศร้าในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ระยะติดตามผล 1 เดือนและ 3 เดือน กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยวิเคราะห์ความแปรปรวนสองทางแบบวัดซ้ำ (two-way repeated measure ANOVA) และวิเคราะห์ความแตกต่างเป็นรายคู่ด้วยสถิติ Bonferroni

ผลการวิจัย

เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไป ค่าเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและอาการซึมเศร้าก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ดังในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคุณลักษณะทั่วไป ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและอาการซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คุณลักษณะ	ทั้งหมด (63 คน)	กลุ่มทดลอง (30 คน)	กลุ่มควบคุม (33 คน)	χ^2/t	p - value
	n(%) or Mean (SD)	n(%) or Mean (SD)	n(%) or Mean (SD)		
เพศ				.02 ^x	.88
ชาย	33 (52.4)	16 (53.3)	17 (51.5)		
หญิง	30 (47.6)	14 (46.7)	16 (48.5)		
อายุ				1.15 ^x	.56
20-29 ปี	19 (30.2)	8 (26.7)	11 (33.3)		
30-39 ปี	23 (36.5)	10 (33.3)	13 (39.4)		
40-59 ปี	21 (33.3)	12 (40.0)	9 (27.3)		
	X = 34.9 SD = 8.1 Min = 22 Max = 51	X = 35.9 S D = 8.0 Min = 23 Max = 51	X = 33.9 SD = 8.2 Min = 22 Max = 51		
สถานภาพสมรส				.07 ^x	.96
โสด	41 (65.1)	19 (63.3)	22 (66.7)		
คู่	10 (15.9)	5 (16.7)	5 (15.2)		
หม้าย/หย่า	12 (19.0)	6 (20.0)	6 (18.1)		
ระดับการศึกษา				.46 ^x	.50
ประถมศึกษา	15 (23.8)	6 (20.0)	9 (27.3)		
มัธยมศึกษา	26 (41.3)	13 (43.3)	13 (39.4)		
ปริญญาตรี	22 (34.9)	11 (36.7)	11 (33.3)		

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคุณลักษณะทั่วไป ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและอาการซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (ต่อ)

คุณลักษณะ	ทั้งหมด	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	χ^2/t	p - value
	(63 คน)	(30 คน)	(33 คน)		
	n(%) or Mean (SD)	n(%) or Mean (SD)	n(%) or Mean (SD)		
อาชีพ				1.45 ^x	.69
ค้าขาย	16 (25.4)	6 (20.0)	10 (30.3)		
เกษตรกร	12 (19.0)	5 (16.7)	7 (21.2)		
รับจ้าง	24 (38.1)	13 (43.3)	11 (33.3)		
ว่างงาน	11 (17.5)	6 (20.0)	5 (15.2)		
ระยะเวลาการเจ็บป่วย				.15 ^x	.70
เริ่มป่วย – 2 ปี	31 (49.2)	14 (46.7)	17 (51.5)		
> 2 – 5 ปี	32 (50.8)	16 (53.3)	16 (48.5)		
ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง					
ก่อนการทดลอง	27.83 (2.9)	27.80 (2.97)	27.85 (2.89)	-.06 ^t	.94
อาการซึมเศร้า					
ก่อนการทดลอง	12.94 (1.9)	13.03 (2.05)	12.85 (1.80)	.38 ^t	.70

^x = Chi-Square test, ^t = t - test

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ระยะติดตามผล 1 และ 3 เดือน โดยวิเคราะห์ความแปรปรวนสองทางแบบวัดซ้ำ (Two - way repeated measure ANOVA) พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 45.90, p < .001$) และมีความแตกต่างกันตามช่วงเวลาก่อนการทดลอง หลัง

การทดลองเสร็จสิ้นทันที ระยะติดตามผล 1 และ 3 เดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 21.11, p < .001$) และผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองระหว่างกลุ่มกับระยะเวลาการทดลองพบว่ามีปฏิสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 33.9, p < .001$) และผลการวิเคราะห์ก็พบว่าคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 273.91, p < .001$) และมีความแตกต่างกันตามช่วงเวลาก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ระยะ

ติดตามผล 1 และ 3 เดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 217.35, p < .001$) และผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าระหว่างกลุ่มกับระยะเวลาการทดลองพบว่า มีปฏิสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 159.8, p < .001$) ดังตารางที่ 5 ภาพที่ 1 และ ภาพที่ 2

ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้า ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ติดตามผล 1 และ 3 เดือน โดยการวิเคราะห์ Pairwise Comparisons แบบ Bonferroni Correction แสดงดังตารางที่ 6

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีระยะติดตามผล 1 และ 3 เดือน

แหล่งความแปรปรวน	ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง					อาการซึมเศร้า				
	SS	df	MS	F	p-value	SS	df	MS	F	p-value
ระหว่างกลุ่ม										
กลุ่ม	1009.5	1	1009.5	45.9	.000	2368.1	1	2368.1	273.9	.000
ความคลาดเคลื่อน	1341.8	61	22.0			527.4	61	8.7		
ภายในกลุ่ม (เวลา)										
เวลา	234.5	1.7	142.2	21.1	.000	1182.1	1.8	659.8	217.3	.000
เวลา * กลุ่ม	376.9	1.7	228.5	33.9	.000	869.0	1.8	485.0	159.8	.000
ความคลาดเคลื่อน (เวลา)	677.8	100.5	6.7			331.7	109.2	3.0		

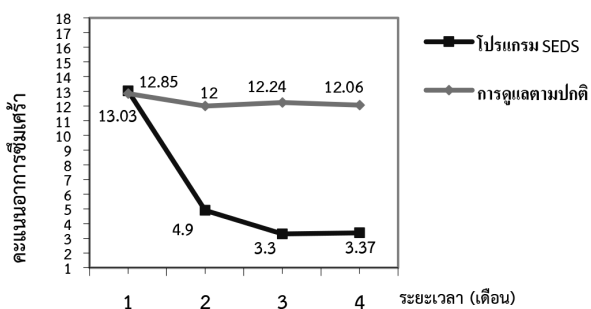
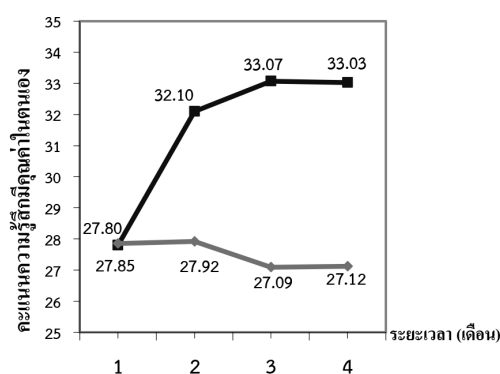
** $p < .001$, SS = sum of square, df = degree of freedom, MS = mean square

ตารางที่ 6 ความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยความรู้สึที่มีคุณค่าในตนเอง และคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้า ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ติดตามผล 1 และ 3 เดือน โดยการวิเคราะห์ Pairwise Comparisons แบบ Bonferroni Correction

ระยะเวลา	Mean	Std. Error	p - value	ระยะเวลา	Mean	Std. Error	p - value
การทดลอง	Difference			การทดลอง	Difference		
ความรู้สึที่มีคุณค่าในตนเอง				อาการซึมเศร้า			
T0 T1	-2.18	.34	.001	T0 T1	4.49	.25	.001
T0 T2	-2.26	.43	.001	T0 T2	5.17	.28	.001
T0 T3	-2.25	.43	.001	T0 T3	5.23	.33	.001
T1 T2	-.07	.33	1.00	T1 T2	.68	.18	.003
T1 T3	-.07	.33	1.00	T1 T3	.74	.22	.009
T2 T3	.002	.02	1.00	T2 T3	.06	.12	1.00

T0 = ก่อนการทดลอง, T1 = หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที, T2 = ติดตามผล 1 เดือน, T3 = ติดตามผล 3 เดือน

ภาพที่ 1-2 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้สึที่มีคุณค่าในตนเอง อาการซึมเศร้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ระยะติดตามผล 1 เดือน และ 3 เดือน



การอภิปรายผลการวิจัย

โปรแกรม SEDS พัฒนาจากผลการวิเคราะห์ปัญหาทางคลินิกและหลักฐานเชิงประจักษ์ซึ่งพบว่าอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยเป็นผลจากการขาดการรู้จักและยอมรับการเจ็บป่วย ขาดกลวิธีในการจัดการกับความคิดและอารมณ์ตนเอง การสนับสนุนทางสังคมไม่เพียงพอ ผู้วิจัยจึงใช้แนวคิดการ CBT, ACT และการสนับสนุนทางสังคมเป็นฐานคิดในการพัฒนาโปรแกรมฯ เพื่อการสร้างเสริมความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภท โปรแกรมประกอบด้วย 6 กิจกรรมย่อยภายใต้ 4 องค์ประกอบ โดยมีพยาบาลเป็นผู้นำกลุ่มกิจกรรมบำบัดตามคู่มือการดำเนินกิจกรรมของโปรแกรม SEDS ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่พักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลที่มีอาการทางจิตสงบและมีอาการซึมเศร้าเข้าร่วมกลุ่มละ 8-10 คน ทำกิจกรรมกลุ่มสัปดาห์ละ 3 ครั้งๆละ 60 - 90 นาทีติดต่อกันเป็นเวลา 2 สัปดาห์ ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

เมื่อทดลองนำไปใช้ในสถานการณ์จริงกับผู้ป่วยที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล จากผลการประเมินการยอมรับ พบว่าพยาบาลที่ใช้โปรแกรมฯ ผู้ป่วยและผู้ดูแลทุกคนให้การยอมรับโปรแกรมฯ ในระดับดีมาก ทั้งในด้านความพอใจ ชอบ ดี สะดวกและใช้ได้ดังในตารางที่ 2 และความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในสถานการณ์จริง พยาบาลที่ใช้โปรแกรมจำนวนพยาบาล 6 ใน 7 คน (85.8%) มีความคิดเห็นว่ากิจกรรมของโปรแกรม 5 กิจกรรมสามารถนำไปใช้ได้ง่าย ยกเว้นกิจกรรมที่ 3 รื้อสร้างมุมมองใหม่ พยาบาล 5 ใน 7 คน (71.4%) ตอบว่านำไปใช้ได้ง่าย ที่เหลือบอกว่าใช้ได้ยาก ผู้ป่วยทุกคนเข้าร่วมกิจกรรมจนสิ้นสุดโปรแกรม

ผลการทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรมฯ พบว่าความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภทหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและและยังคงสูงต่อเนื่องเมื่อติดตามผลในระยะ 1 และ 3 เดือนอย่างมีนัยสำคัญและสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลปกติอย่างมีนัยสำคัญในแต่ละช่วงเวลาที่ติดตามผล ดังภาพที่ 1 สำหรับอาการซึมเศร้าได้ผลเช่นเดียวกัน อาการซึมเศร้าหลังเข้าร่วมโปรแกรมทันทีและในระยะติดตามผล 1 และ 3 เดือนน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญ และน้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลปกติอย่างมีนัยสำคัญหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมทันทีและในทุกช่วงเวลาที่ติดตามผลในระยะเวลา 1 และ 3 เดือน และเมื่อพิจารณาอาการซึมเศร้าในช่วงติดตามผล 1 และ 3 เดือนพบว่าอาการซึมเศร้ามลดลงต่อเนื่องจากเมื่อสิ้นสุดการทดลองทันทีอย่างมีนัยสำคัญ ผลการศึกษาครั้งนี้สนับสนุนและสอดคล้องกับผลการวิจัยโปรแกรม Help-ID (Moritz et al., 2016) และ โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มโดยพยาบาลของ Kunikata และคณะ (2016) ซึ่งบูรณาการเทคนิคของ CBT และ ACT ในการเพิ่มความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าและลดอาการซึมเศร้า โปรแกรม Help-ID เป็นการบำบัดออนไลน์ 7-12 โมดูลที่ปรับให้เหมาะสมความต้องการของผู้ป่วยทางจิตแต่ละราย สำหรับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มโดยพยาบาลศึกษากับผู้ป่วยทางจิตในชุมชน จำนวน 12 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 2 สัปดาห์ อย่างไรก็ตามในการศึกษานี้โปรแกรม SEDS ใช้กิจกรรมและระยะเวลาในการทำกิจกรรมน้อยกว่าโดยจัด 6 กิจกรรมในเวลา 2 สัปดาห์ เนื่องจากผู้ป่วยพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ซึ่งมีความ

จำกัดเรื่องระยะเวลาในการพักอยู่ในโรงพยาบาล แต่สามารถบรรลุผลลัพธ์ได้ดีกว่าการดูแลปกติ หลังการบำบัดและในระยะติดตาม 3 เดือนเมื่อผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตอยู่ที่บ้าน การเพิ่มขึ้นของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและลดลงของอาการซึมเศร้ามากกว่ากลุ่มควบคุมและลดลงตามระยะเวลาที่เปลี่ยนไป สามารถอธิบายตามแนวคิดและกลยุทธ์การบำบัดแบบ ACT ได้ว่า กิจกรรมกลุ่มครั้งที่ 1, 4 และ 5 สมาชิกกลุ่มได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์การเจ็บป่วยและการจัดการกับอาการและผลข้างเคียงของยา ส่งผลให้ผู้ป่วยตระหนักรู้และยอมรับการเจ็บป่วยตามความเป็นจริง ไม่ปฏิเสธการเจ็บป่วย ยอมรับอาการและอารมณ์ความรู้สึกที่มีอยู่ กิจกรรมครั้งที่ 4 เมื่อสมาชิกกลุ่มยอมรับการเจ็บป่วยและผลกระทบแล้ว สมาชิกกลุ่มได้ตั้งเป้าหมายและวางแผนการอยู่กับความเจ็บป่วยทั้งระยะสั้นและระยะยาว และกิจกรรมที่ 5 ผู้ป่วยได้เรียนรู้ที่จะสังเกตและรับรู้ความรู้สึกและอารมณ์โดยไม่พยายามประเมินและเปลี่ยนแปลงและเพิ่มความมุ่งมั่นที่จะนำไปสู่การปฏิบัติและติดตามการปฏิบัติตามแผน กิจกรรมดังกล่าวสอดคล้องกับกิจกรรมของโปรแกรม ADAPT ซึ่งบูรณาการเทคนิคการกระตุ้นพฤติกรรม และ ACT เพื่อลดอาการซึมเศร้า ในผู้ป่วยที่มีอาการทางจิต (Gaudiano et al., 2015) สำหรับการบำบัด CBT ได้นำมาบูรณาการในกิจกรรมที่ 2, 3 และ 5 เพื่อช่วยให้สมาชิกกลุ่มรู้จักวงจรการเกิดอาการซึมเศร้าและปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบที่นำไปสู่อาการซึมเศร้า รวมทั้งมองเห็นจุดแข็งยอมรับจุดอ่อนและคุณค่าในตนเองได้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Freeman และคณะ (2014) และการศึกษาวิจัยของ Sönmez และคณะ (2014)

ที่ใช้เทคนิค CBT ในการลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภท กิจกรรมสุดท้าย เป็นการทำงานกับครอบครัวหรือผู้ดูแลให้มีความเข้าใจและยอมรับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย รวมทั้งเพิ่มทักษะในการดูแลให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งเป็นกิจกรรมที่มีส่วนช่วยส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ป่วยเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและลดอาการซึมเศร้า ดังคำอธิบายในการทบทวนวรรณกรรมของ Caqueo-Urizar และคณะ (2015) กล่าวว่า การบำบัดครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทมีความสำคัญมาก การให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว การช่วยเหลือครอบครัวในการจัดการกับอารมณ์และความเครียด รวมถึงการจัดการกับปัญหาต่างๆ จะช่วยให้ครอบครัวหรือผู้ดูแลมีทัศนคติทางบวกต่อผู้ป่วย มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน และส่งเสริมการคืนสู่สุขภาพของผู้ป่วยได้

โปรแกรม SEDS เพื่อใช้สำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลางที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น ได้ผ่านการยอมรับและมีความเป็นไปได้ที่จะนำไปใช้ในระบบบริการสุขภาพของสถาบัน/โรงพยาบาลจิตเวช และได้ผลลัพธ์เป็นที่น่าพึงพอใจ กล่าวคือสามารถเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและลดอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยได้ดีกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญ ติดต่อกันอย่างน้อย 3 เดือน อย่างไรก็ตามควรมีการศึกษาด้วยการวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม รวมทั้งขยายพื้นที่การวิจัยในหลายสถานบริการ เพื่อการนำประโยชน์ไปขยายผลและใช้ในวงกว้างต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณมูลนิธิโรงพยาบาลสมเด็จพระยาที่สนับสนุนทุนการวิจัย และนายมานะศักดิ์ เหลื่อมทองกลาง ผู้ช่วยผู้บำบัดกิจกรรมกลุ่ม พยาบาลจิตเวชที่ช่วยในการดำเนินการวิจัย หัวหน้าและพยาบาลประจำการหอผู้ป่วยที่ให้ความเอื้อเฟื้อสถานที่และคัดเลือกผู้ป่วยในการจัดกิจกรรม และที่สำคัญผู้ป่วยโรคจิตเภทและผู้ดูแลที่เข้าร่วมโครงการ

ข้อเสนอแนะ

พยาบาลจิตเวชมีบทบาทอิสระที่สามารถนำโปรแกรม SEDS ไปใช้กับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ประเมินพบว่ามีอาการซึมเศร้าในระดับเล็กน้อยถึงปานกลางที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล เพื่อส่งเสริมความรู้สึที่มีคุณค่าในตนเองและลดอาการซึมเศร้า

เอกสารอ้างอิง

ชูศรี เกิดพงษ์บุญโชติ, เบญจพร ปัญญา และ ชูชาติ วงศ์อนุชิต. (2558). การรับรู้ตราใบของผู้ป่วยจิตเวช *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 23(1), 25-37.

ปริยนันท์ สละสวัสดิ์. (2550). ความชุกของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยนอกโรคจิตเภทเรื้อรัง สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา. *วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา*, 1(1), 15-23.

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

พันธ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์. (2544). *เอกสารประกอบการบรรยายการอบรมการพัฒนาแบบประเมินผู้ป่วย จิตเวชของโรงพยาบาลสวนปรุง*. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง.

มานิช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุคนิชย์ และจักรกฤษณ์ สุขยิ่ง. (2539). การพัฒนาแบบวัด Hamilton Rating Scale for Depression ฉบับภาษาไทย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 41(4), 235-246.

สุภาวดี เกษไชย, ยาใจ สิทธิมงคล, นพพร ว่องสิริมาศ และสุภาภักดิ์ เกตุราสุวรรณ. (2555). ปัจจัยทำนายอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรก. *วารสารสภาการพยาบาล*, 30(4), 90-124.

Balci, G., Öter, G. B., Akdag, H. A., Bekki, A., K`sa, C., & Göka, E. (2016). Associated with depression in patients with schizophrenia. *Journal of Mood Disorders*, 6(2), 54-62.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: The Guilford Press.

Bowen, D. J., Kreuter, M., Spring, B., Cofta-Woerpel, L., Linnan, L., Weiner, D., et al. (2009). How we design feasibility studies. *American Journal of Preventive Medicine*, 36(5), 452-457.

Brandt, P. A., & Weinert, C. (1985). *PRQ: Pchychometric update*. Unpublished manuscript. University of Washington, School of Nursing, Washington D.C.

- Caqueo-Urizar, A., Rus-Calafell, M., Urzúa, A., Escudero, J., & Gutiérrez-Maldonado, J. (2015). The role of family therapy in the management of schizophrenia: Challenges and solutions. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 11, 145–151. doi: 10.2147/ndt.S51331
- Clinton, M., Lunney, P., Edward, H., Weir, D., & Barr, J. (1998). Perceived social support and community adaptation in schizophrenia. *Journal of Advanced Nursing*, 27(5), 955-965.
- Conley, R. R., Ascher-Svanum, H., Zhu, B., Faries, D. E., & Kinon, B. J. (2007). The burden of depressive symptoms in the long-term treatment of patients with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 90(1-3), 186-197.
- Cotton, S. M., Lambert, M., Schimmelmann, B. G., Filia, K., Rayner, V., Hies, L., et al. (2017). Predictors of functional status at service entry and discharge among young people with first episode psychosis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 52(5), 575-585.
- Donde, C., Vignaud, P., Poulet, E., Brunelin, J., & Haesebaert, F. (2018). Management of depression in patients with schizophrenia spectrum disorders: A critical review of international guideline. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 138(4), 289–292.
- Ekinici, O., Ugurlu, G. K., Albayrak, Y., Arslan, M., & Caykoylu, A. (2012). The relationship between cognitive insight, clinical insight and depression in patients with schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 53(2), 195–200.
- Freeman, D., Pugh, K., Dunn, G., Evans, N., Sheaves, B., Waite, F., et al. (2014). An early phase II randomised controlled trial testing the effect on persecutory delusions of using CBT to reduce negative cognitions about the self: The potential benefits of enhancing self confidence. *Schizophrenia Research*, 160(1-3), 186–192.
- Fual, F., Erdfelder, E., Lang, A., & Buchner, A. (2007). G* Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39(2), 175-191.
- Gaudiano, B. A., Busch, A. M., Wenzel, S. J., Nowlan, K., & Miller, I. W. (2015). Acceptance-based behavior therapy for depression with psychosis: Results from a pilot feasibility randomized controlled trial. *Journal of psychiatric practice*, 21(5), 320–333. <https://doi.org/10.1097/PRA.0000000000000092>
- Hacker, T., Stone, P., & MacBeth, A. (2016). Acceptance and commitment therapy - Do we know enough? Cumulative and sequential meta-analyses of randomized controlled trials. *Journal of Affective Disorders*, 190(119), 551-565.

- Hayes, S. C., Levin, M., Plumb-Villardaga, J., Villatte, J. L., & Pistorello, J. (2013). Acceptance and Commitment Therapy and contextual behavioral science: Examining the progress of a distinctive model of Behavioral and Cognitive Therapy. *Behavior Therapy, 44*(2), 180–198.
- Kao, Y. C., & Liu, Y. P. (2010). Compliance and schizophrenia: The predictive potential of insight into illness, symptoms, and side effects. *Comprehensive Psychiatry, 51*(6), 557–565.
- Karakas, S. A., Okanli, A., & Yılmaz, E. (2016). The effect of internalized stigma on the self-esteem in patients with schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing, 30*(6), 648–652.
- Kunikata, H., Yoshinaga, N., Shiraishi, Y., & Okada, Y. (2016). Nurse-led cognitive-behavioral group therapy for recovery of self-esteem in patients with mental disorders: A pilot study. *Japan Journal of Nursing Science, 13*(3), 355–364.
- Link, B. G., Strucning, E. L., Neese-Todd, S., Asmussen, S., & Phelan, J. C. (2001). The consequences of stigma for the self-esteem of people with mental illnesses. *Psychiatric Services, 54*(12), 1621–1626.
- Lullmann, E., Berendes, S., Rief, W., & Lincoln, T. M. (2011). Benefits and harms of providing biological causal models in the treatment of psychosis—An experimental study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 42*(4), 447–453.
- Majadas, S., Olivares, J., Galan, J., & Diez, T. (2012). Prevalence of depression and its relationship with other clinical characteristics in a sample of patients with stable schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry, 53*(2), 145–151.
- Medical Research Council (MRC). (2008). Developing and evaluating complex interventions: The new Medical Research Council guidance. *British Medical Journal, 337*, a1655. <https://doi.org/10.1136/bmj.a1655>
- Moritz, S., Cludius, B., Hottenrott, B., Schneider, B. C., Saathoff, K., Kuelz, A. K., et al. (2015). Mindfulness and relaxation treatment reduce depressive symptoms in individuals with psychosis. *European Psychiatry, 30*(6), 709–714.
- Opoka, S. M., & Lincoln, T. M. (2017). The effect of cognitive behavioral interventions on depression and anxiety symptoms in patients with schizophrenia spectrum disorders: A systematic review. *Psychiatric Clinic of North America, 40*(4), 641–659.
- Ost, L. G. (2014). The efficacy of Acceptance and Commitment Therapy: An updated systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy, 61*, 105–121. doi: 0.1016/j.brat.2014.07.018
- Peitl, V., Stefanovic, M., & Karlovic, D. (2017). Depressive symptoms in schizophrenia and

- dopamine and serotonin gene polymorphisms. *Progress in Neuro-psychopharmacol and Biological Psychiatry*, 3(77), 209-215.
- Rajji, T. K., Miranda, D., & Mulsant, B. H. (2014). Cognition function and disability in patients with schizophrenia: A review of longitudinal studies. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 59(1), 13-17.
- Ricarte, J. J., Hernández-Viadel, J. V., Latorre, J. M., & Ros, L. (2012). Effects of event-specific memory training on autobiographical memory retrieval and depressive symptoms in schizophrenic patients. *Journal of Behavioral Therapy and Experimental Psychiatry*, 43(Suppl 1), S12-20.
- Siris, S. G. (2005). Managing depression in schizophrenia. *Psychiatric Annals*, 35(1), 60-69.
- Sönmez, N., Hagen, R., Andreassen, O. A., Romm, K. L., Grande, L., Jensen, L. H., et al. (2014). Cognitive Behavior Therapy in first-episode psychosis with a focus on depression, anxiety, and self-esteem. *Cognitive and Behavioral Practice*, 21(1), 43-54.
- Srisaeng, P. (2003). *Self-esteem, stressful life events, social support and postpartum depression in adolescent mothers in Thailand*. Unpublished dissertation, Case West Reserve University, Cleveland, USA.
- Staring, A. P., Gaag, M. V., Berge, M., Duivenvoorden, H. J. & Mulder, C. L. (2009). Stigma moderates the association of insight with depressed mood, low self-esteem, and low quality of life in patients with Schizophrenia spectrum disorders. *Schizophrenia Research*, 115(2-3), 363-369.
- Tan, E. J., & Rossell, S. L. (2016). Comparing how co-morbid depression affects individual domains of functioning and life satisfaction in schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 66, 53-58. doi: 10.1016/j.comppsy.2015.12.007
- Train the Brain Forum Committee. (1993). Thai mental state examination (TMSE). *Siriraj Hospital Gazette*, 45, 661-674
- Upthegrove, R., Birchwood, M., Ross, K., Brunett, K., Mccollum, R., & Jones, L. (2010). The evolution of depression and suicidality in first episode psychosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 122(3), 211-218.
- Van Der Gaag, M., Van Oosterhout, B., Daalman, K. Sommer, I. E., & Korrelboom, K. (2012). Initial evaluation of the effects of competitive memory training (COMET) on depression in schizophrenia spectrum patients with persistent auditory verbal hallucinations: A randomized controlled trial. *British Journal of Clinical Psychology*, 51(2), 158-171.
- White, R., Gumley, A., McTaggart, J., Rattrie, L., McConville, D., Cleare, S., et al. (2011). A feasibility study of Acceptance and Commitment Therapy for emotional dysfunction following psychosis. *Behaviour Research*

and Therapy, 49(12), 901-907.

Zettle, R. D. (2015). Acceptance and Commitment Therapy for depression. *Current Opinion in Psychology*, 2, 65-69. doi:10.1016/J.copsyc.2014.11.001