



วารสาร

# การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต

THE JOURNAL OF PSYCHIATRIC NURSING AND MENTAL HEALTH

ปีที่ 37 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2566

Vol.37 No.1 January – April 2023

ISSN (print) : 0857-4553

ISSN (online) : 2773-9171

## บทความวิจัย

- ปัจจัยทำนายการฟื้นคืนสู่สภาวะในผู้ป่วยจิตเภท
- เปรียบเทียบผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม โปรแกรมการบำบัดแนวชาเทียร์โมเดล และโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาร่วมกับแก้ปัญหาในเด็กและวัยรุ่นที่ติดเกมออนไลน์
- การให้ความหมายต่อคำพูดของสมาชิกครอบครัวที่ส่งผลต่อความเครียดในตัวผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
- ผลของการให้การศึกษากลุ่มตามทฤษฎีการยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางเพื่อเสริมสร้างความสุขของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอ้อมใหญ่
- ประสิทธิภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทไม่ป่วยซ้ำและผู้ดูแลในชุมชน
- ประเทขของโปรแกรมบำบัดที่มีผลต่อการลดภาวะซึมเศร้าสำหรับผู้สูงอายุไทย: การวิเคราะห์ห่อภิมาน



## วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต

## THE JOURNAL OF PSYCHIATRIC NURSING AND MENTAL HEALTH

### จุดประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ความรู้ทางวิชาการ
2. เพื่อแลกเปลี่ยนความรู้ ข่าวสาร  
ความคิดเห็น ประสบการณ์ทางด้านสุขภาพจิต  
และการพยาบาลจิตเวช
3. เพื่อส่งเสริมให้เกิดความคิดริเริ่ม  
สร้างสรรค์
4. เพื่อเสริมสร้างสัมพันธภาพที่ดี  
ระหว่างผู้ร่วมงานวิชาชีพ

### กำหนดการออก

ปีละ 3 ฉบับ (มกราคม - เมษายน,  
พฤษภาคม - สิงหาคม, กันยายน - ธันวาคม)

### เจ้าของ

สมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย

### สำนักงาน

สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา  
เลขที่ 112 ถนนสมเด็จเจ้าพระยา คลองสาน  
กรุงเทพฯ 10600 โทร. 0-2437-0200-8  
e-mail: psychonursejournal@gmail.com

### Objectives

1. To distribute knowledge
2. To serve as medium for exchanging  
information, ideas, experiences in psychiatric  
mental health nursing among the professional  
nurse
3. To promote and increase creative thinking
4. To establish good relationship among  
the professional members

### Published by

Psychiatric Nurses Association of Thailand

### Office

Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry  
112 Somdet Chaopraya Rd.,  
Klong-San Bangkok 10600  
e-mail: psychonursejournal@gmail.com

## คณะกรรมการวารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ประจำปี 2563 - 2566

### ที่ปรึกษา

รศ.ดร.พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์  
รศ.ดร.จินตนา ชูนิพันธุ์  
รศ.สมสร เชื้อหิรัญ  
นางวัชรภรณ์ อุทโยภาส  
นางกัลยา ภักดีมงคล  
นางกาญจนา เหมะรัต  
รศ.ดร.อรพรรณ ลือบุญวัชรชัย  
ศ.ดร.มรยาท รุจิวิเศษชัย  
ดร.มยุรี กลับบงษ์

อดีตนายกสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย  
อดีตนายกสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย  
อดีตนายกสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย  
อดีตนายกสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย  
อดีตนายกสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย  
อดีตนายกสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย  
อดีตนายกสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย  
อดีตนายกสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย  
นายกสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย

### บรรณาธิการ

ผศ.ดร.กาญจนา สุทธิเนียม

คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา

### รองบรรณาธิการ

รศ.ดร.รังสิมันต์ สุนทรไชยา  
นางสาวพัชริน คุณคำชู

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์  
กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต

### ผู้ช่วยบรรณาธิการ

ผศ.ดร.วไลลักษณ์ พุ่มพวง  
รศ.ดร.เอกอุมา อิ่มคำ  
นางสาวสาวิตรี แสงสว่าง

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์  
สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา กรมสุขภาพจิต

### กองบรรณาธิการ

ศ.ดร.คาราวรรณ ต๊ะปันตา  
รศ.ดร.วรวิรัตน์ ถาน้อย  
อ.นิรันดรา นฤพันธุ์  
ผศ.ดร.เพ็ญภา แฉงค้อมยุทธ  
อ.ดร.วัชรินทร์ วุฒิธณฤทธิ์  
อ.ดร.อังกร่า คำมะทิตย์  
ผศ.เครือวัลย์ ศรียารัตน์  
ผศ.ว่าที่ ร.ด.ธีระยุทธ เกิดสังข์  
ดร.สุนทร ศรีโกสย  
ดร.กฤษณ์พิชิต เพียรทอง  
นาวาตรีหญิง ดร.ยุวดี วงษ์แสง  
นางสาวนิรมล ปะนะสุนา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล  
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต  
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครธวัชบุรี  
สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี  
สถาบันพัฒนาการเด็กราชชนกนครินทร์ กรมสุขภาพจิต  
โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต  
วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก ศูนย์วิทยการ กรมแพทยทหารเรือ  
สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา กรมสุขภาพจิต

### ผู้จัดการวารสาร

นางสาวสาวิตรี แสงสว่าง

สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา กรมสุขภาพจิต

# คณะกรรมการที่ปรึกษาสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย

## ประจำปี 2563 - 2566

กรรมการที่ปรึกษาจิตตัมศักดิ์

อธิบดีกรมสุขภาพจิต

กรรมการที่ปรึกษาทางกฎหมาย

ทนายเสรี สุวรรณ

กรรมการที่ปรึกษา

นายกสภาการพยาบาล

นายกสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย

ผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา

รองศาสตราจารย์ สมพร เชื้อหิรัญ

รองศาสตราจารย์ ดร.พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์

รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์

รองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ถิ์บุญวัชรชัย

ศาสตราจารย์ ดร.มรยาท รุจิวิชญ์

รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา

รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลศรีธัญญา

รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล สถาบันราชานุกูล

รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล สถาบันกัลยาณิราชนครินทร์

รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์

รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาราชมนตรี

รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลสวนปรุง

รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลสวนสราญรมย์

รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์

รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์

รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์

รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์

รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์

รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์

รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์

รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคใต้

รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชพิษณุโลก

ผู้อำนวยการกองการพยาบาลสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร

## คณะกรรมการอำนวยการ สมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย

### ประจำปี 2563 - 2566

|                            |                                                         |                              |
|----------------------------|---------------------------------------------------------|------------------------------|
| นางสาวมยุรี กลับวงษ์       | ข้าราชการบำนาญ โรงพยาบาลศรีธัญญา                        | นายกสมาคม                    |
| นางพรทิพย์ คงศักดิ์        | ข้าราชการบำนาญ โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์     | อุปนายกสมาคม คนที่ 1         |
| นางอัญชลี วัชรทอง          | ข้าราชการบำนาญ สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ | อุปนายกสมาคม คนที่ 2         |
| ผศ.ดร.กาญจนา สุทธิเนียม    | คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา       | เลขาธิการและประธานฝ่ายวารสาร |
| นางสาวโสธรา ศุกโรจน์       | สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา                       | ผู้ช่วยเลขาธิการ             |
| นางดวงตา กุลรัตนญาณ        | ข้าราชการบำนาญ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา        | เหรียญกษาปณ์                 |
| นางพรเพ็ญ นิลกิจ           | สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา                       | ผู้ช่วยเหรียญกษาปณ์          |
| นางสาวพิมพ์พนา ศรีหมอนันต์ | สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา                       | ผู้ช่วยเหรียญกษาปณ์          |
| ผศ.ดร.ชลพร กองคำ           | คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา       | ประธานฝ่ายวิชาการและ         |
|                            |                                                         | บริการชุมชน                  |
| ดร.อุทยา นาคเจริญ          | สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์                                | ประธานร่วมฝ่ายวิชาการและ     |
|                            |                                                         | บริการชุมชน                  |
| นางพนิดา รัตนไพโรจน์       | สถาบันราชานุกูล                                         | ประธานร่วมฝ่ายวิชาการและ     |
|                            |                                                         | บริการชุมชน                  |
| นางสาวอนงค์นุช ศาโตรก      | โรงพยาบาลศรีธัญญา                                       | ประธานร่วมฝ่ายวิชาการและ     |
|                            |                                                         | บริการชุมชน                  |
| นางเพลิน เสี่ยงโชคอยู่     | สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา                       | ประธานร่วมฝ่ายวิชาการและ     |
|                            |                                                         | บริการชุมชน                  |
| รศ.ดร.พัชรินทร์ นันทจันทร์ | โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์                   | ประธานร่วมฝ่ายวิชาการและ     |
|                            | มหาวิทยาลัยมหิดล                                        | บริการชุมชน                  |
| นางพรทิพย์ ธรรมวงศ์        | สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์                           | ประธานฝ่ายจัดหาทุน           |
| นางวิภา วิทยเจียรนัย       | สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา                       | ประธานร่วมฝ่ายจัดหาทุน       |
| นายอัมมา หรั่งลอย          | โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์                     | ประธานร่วมฝ่ายจัดหาทุน       |
| นางนริศรัตน์ รุจิรพัฒน์    | โรงพยาบาลศรีธัญญา                                       | ประธานฝ่ายประชาสัมพันธ์      |
|                            |                                                         | และปฏิคม                     |
| นางสาวธัญชนก จิงา          | สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา                       | ประธานร่วมฝ่ายประชาสัมพันธ์  |
|                            |                                                         | และปฏิคม                     |
| อ.ดร.ภาศิญา อ่อนดี         | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล                        | ประธานร่วมฝ่ายประชาสัมพันธ์  |
|                            |                                                         | และปฏิคม                     |
| ผศ.ดร.วไลลักษณ์ พุ่มพวง    | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล                        | ประธานร่วมฝ่ายวารสาร         |
| อ.นิรันดรา นฤพันธ์         | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล                        | ประธานร่วมฝ่ายวารสาร         |
| น.ต.หญิง ชวดี วงษ์แสง      | วิทยาลัยพยาบาลกองทัพอากาศ                               | ประธานร่วมฝ่ายวารสาร         |
| นางรื่นฤดี ลิ้มฉาย         | สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา                       | นายทะเบียน สวัสดิการ         |
|                            |                                                         | และผู้จัดการสำนักงาน         |
| นางสาววิศรา ใจคำป็น        | สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา                       | ผู้ช่วยนายทะเบียน สวัสดิการ  |
|                            |                                                         | และผู้จัดการสำนักงาน         |

## บรรณาธิการแถลง

วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตได้มีบทความวิชาการและบทความวิจัยซึ่งมีเนื้อหาความรู้ที่เป็นประโยชน์ต่อการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชอย่างต่อเนื่องเสมอมา สำหรับวารสารฉบับที่ 1 ปีที่ 37 (มกราคม - เมษายน 2566) นี้มีประเด็นที่น่าสนใจ ดังนี้ 1) ปัจจัยทำนายการฟื้นคืนสู่สภาวะในผู้ป่วยจิตเภท 2) เปรียบเทียบผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม โปรแกรมการบำบัดแนวชาเทียร์โมเดล และโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาร่วมกับแก้ปัญหาในเด็กและวัยรุ่นที่ติดเกมออนไลน์ 3) การให้ความหมายต่อคำพูดของสมาชิกครอบครัวที่ส่งผลต่อความคิดฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า 4) ผลของการให้การปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีการยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางเพื่อเสริมสร้างความสุขของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอ้อมใหญ่ 5) ประสิทธิภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทไม่ป่วยซ้ำและผู้ดูแลในชุมชน และ 6) ประเภทของโปรแกรมบำบัดที่มีผลต่อการลดภาวะซึมเศร้าสำหรับผู้สูงอายุไทย: การวิเคราะห์ห่อภิมาณ

กองบรรณาธิการขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เขียนบทความทุกท่านที่มีส่วนสนับสนุนให้วารสารเสร็จสมบูรณ์อย่างมีคุณภาพ และให้การสนับสนุนติดตามมาโดยตลอด พร้อมกันนี้ขอเชิญผู้สนใจทุกท่านสมัครเป็นสมาชิกสมาคมฯ และส่งบทความวิชาการหรือบทความวิจัยเพื่อการตีพิมพ์เผยแพร่ผลงานเพื่อเป็นประโยชน์แก่สังคมและวิชาชีพ ทั้งนี้ในปัจจุบันการส่งบทความวิชาการและบทความวิจัยเพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตนั้น ผู้นิพนธ์สามารถส่งทางเว็บไซต์ของวารสารฯ และขอให้ผู้นิพนธ์ได้โปรดอ่านทำความเข้าใจกับขั้นตอนในการตีพิมพ์และปฏิบัติตามคำแนะนำในการส่งบทความต้นฉบับอย่างเคร่งครัด หวังเป็นอย่างยิ่งว่าบทความในวารสารฉบับนี้จะก่อให้เกิดประโยชน์กับผู้อ่านทุกท่านในการพัฒนาวิชาชีพตลอดจนพัฒนางานด้านสุขภาพจิตและการดูแลผู้ป่วยจิตเวชต่อไป

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กาญจนา สุทธิเนียม

บรรณาธิการ

## สารบัญ

วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ปีที่ 37 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2566

|                                                                                                                                                                                                                             | หน้า      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>บทความวิจัย</b>                                                                                                                                                                                                          |           |
| ปัจจัยทำนายการฟื้นคืนสู่สภาวะในผู้ป่วยจิตเภท<br>บรมัตต์ วิสุเร, ครุณี รุจกรกานต์                                                                                                                                            | 1 - 16    |
| เปรียบเทียบผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม โปรแกรมการบำบัดแนวซาเทียร์<br>โมเดล และโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาร่วมกับแก้ปัญหาในเด็กและวัยรุ่นที่ติดเกมออนไลน์<br>สุนทรี ศรีโกไสย, อรพรรณ แอบไธสง, ชญาพร คำฟู, อนงค์พร ต๊ะคำ | 17 - 48   |
| การให้ความหมายต่อคำพูดของสมาชิกครอบครัวที่ส่งผลกระทบต่อความผิดฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า<br>ชนิษฐา คำภาพงษ์, ครุณี รุจกรกานต์                                                                                            | 49 - 64   |
| ผลของการให้การปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีการยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางเพื่อเสริมสร้างความสุขของ<br>ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอ้อมใหญ่<br>ฤชญา เจตชัยชนะ, ชลพร กองคำ, กาญจนา สุทธิเนียม, ชูวิทย์ รัตนพลแสนย์  | 65 - 78   |
| ประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทไม่ป่วยซ้ำและผู้ดูแลในชุมชน<br>เทียนทอง หาระบุตร, นาถนภา วงษ์สีล                                                                                                                      | 79 - 102  |
| ประเภทของโปรแกรมบำบัดที่มีผลต่อการลดภาวะซึมเศร้าสำหรับผู้ป่วยไทย: การวิเคราะห์ห่อภิมาณ<br>เจษฎา อังกาบสี, ชุติมา ปัญญาพินิจนุกร, นิตินิ ศุขเจริญ                                                                            | 103 - 118 |

## FACTORS PREDICTING PERSONAL RECOVERY OF PEOPLE LIVING WITH SCHIZOPHRENIA

*Borramart Wisungre, B.N.S. \*, Darunee Rujkorakarn, Ed.D. \*\**

### Abstract

**Objective:** The objective was to predict factors associated with personal recovery in people with schizophrenia.

**Methods:** This study was conducted using a predictive correlational design. Data were collected from 221 people living in the community with schizophrenia who received outpatient services in hospitals under the Department of Mental Health in northeast Thailand from May 1 to July 31, 2022. Data were analyzed using Pearson's product-moment correlation and stepwise multiple regression.

**Results:** The results showed that the factors associated with recovery were social support ( $r = .501, p < .01$ ), medication adherence ( $r = .264, p < .01$ ), symptom management ( $r = .421, p < .01$ ), and hope ( $r = .534, p < .01$ ). In the regression model, three variables predicted recovery ( $R^2 = .417$ ): social support ( $R^2 \text{ change} = .285$ ), hope ( $R^2 \text{ change} = .092$ ), and symptom management ( $R^2 \text{ change} = .04$ ).

**Conclusion:** To promote personal recovery in patients with schizophrenia, healthcare personnel should focus on finding ways to provide social support, instill hope, and assist them in managing their psychiatric symptoms. Focusing on these three factors will contribute to the long-term personal recovery of people with schizophrenia in remaining in the community with their families.

**Keywords:** schizophrenia, personal recovery, social support, medication adherence, hope

---

*\*Student, Master of Nursing Program in Psychiatric and Mental Health Nursing, Faculty of Nursing, Mahasarakham University*

*\*\*Corresponding author: Associate Professor, Faculty of Nursing, Mahasarakham University, e-mail: drdarunee@gmail.com*

Received: 18 January 2023, Revised: 20 March 2023, Accepted: 25 March 2023

# ปัจจัยทำนายการฟื้นคืนสู่สภาวะในผู้ป่วยจิตเภท

บรมศักดิ์ วิสูงเร, พย.บ.\*, ครุณี รุจกรกานต์, Ed.D.\*\*

## บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อทำนายปัจจัยการฟื้นคืนสู่สภาวะในผู้ป่วยจิตเภทในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

**วิธีการศึกษา :** การวิจัยนี้เป็นการวิจัยความสัมพันธ์เชิงทำนายโดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอก ในโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ตั้งแต่วันที่ 1 พฤษภาคม ถึง 31 กรกฎาคม 2565 มีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 221 ราย สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ Pearson's product-moment correlation และ stepwise multiple regression

**ผลการศึกษา :** ผลการวิจัยพบว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการฟื้นคืนสู่สภาวะ ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ( $r = .501, p < .01$ ) การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ( $r = .264, p < .01$ ) การจัดการอาการ ( $r = .421, p < .01$ ) และการมีความหวัง ( $r = .534, p < .01$ ) และเมื่อนำตัวแปรเข้าสมการวิเคราะห์ด้วยวิธี Stepwise พบว่ามี 3 ตัวแปร ที่สามารถร่วมกันทำนายการฟื้นคืนสู่สภาวะ ได้ร้อยละ 41.7 ( $R^2 = .417$ ) ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ( $R^2 \text{ change} = .285$ ) การมีความหวัง ( $R^2 \text{ change} = .092$ ) และการจัดการอาการ ( $R^2 \text{ change} = .04$ )

**สรุป :** ผลการวิจัยพบ ปัจจัยร่วมทำนายการฟื้นคืนสู่สภาวะ ได้แก่ การมีความหวัง การสนับสนุนทางสังคม และการจัดการอาการ บุคลากรทางสุขภาพ ควรมุ่งเน้นการให้การสนับสนุนทางสังคม การปลุกความหวัง และการจัดการอาการ เพื่อช่วยผู้ป่วยจิตเภทฟื้นคืนสู่สภาวะในระยะยาว สามารถอาศัยอยู่ในชุมชนกับครอบครัวได้

**คำสำคัญ :** โรคจิตเภท, การฟื้นคืนสู่สภาวะ, การสนับสนุนทางสังคม, การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา, การมีความหวัง

\*นิสิต หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

\*\*ผู้ประสานงานบทความ: รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, e-mail: drdarunee@gmail.com

วันที่รับ: 18 มกราคม 2566, วันที่แก้ไข: 20 มีนาคม 2566, วันที่ตอบรับ: 25 มีนาคม 2566

## ความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคทางจิตเวชที่พบได้มากที่สุดและจะมีอาการเรื้อรังตลอดชีวิต จากสถิติของประชากรทั่วโลก จากรายงานของกรมอนามัยโลกในปี 2021 พบว่า มีผู้ที่ป่วยด้วยโรคนี้ถึง 24 ล้านคน ซึ่งนับว่าเป็นโรคทางจิตเวชที่รักษาไม่หายขาดและมีอาการเรื้อรัง โดยจะมีความผิดปกติทั้งในด้านความคิด การรับรู้ และพฤติกรรม (WHO, 2021) พบอัตราการความชุก (Prevalence) 4.6 ต่อ 1,000 ประชากร (Sadock, Sadock, & Ruiz, 2017) ความชุกตลอดชีวิต (Lifetime prevalence) ร้อยละ 1 (Keshavan et al., 2020)

โรคจิตเภทส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ทำให้มีปัญหาในการสร้างสัมพันธ์ทางกับผู้อื่น และส่งผลกระทบต่อการทำหน้าที่ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การงาน ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น (Tan, Lim, Xie, Li, & Lee, 2020) มีผลกระทบต่อครอบครัวโดยตรง คือ เกิดความเครียด เบื่อหน่าย และท้อแท้ เนื่องจากอาการทางจิตของผู้ป่วย สร้างความกดดันทางจิตใจให้กับคนในครอบครัว (ทวีศักดิ์ กสิผล, 2563) นอกจากนี้ยังก่อให้เกิดผลกระทบอย่างมากต่อสังคมและเศรษฐกิจของประเทศตามมามากมาย (โปริยทิพย์ สันตะพันธุ์, ศิริณพพร บุสหงษ์, เชาวลิต ศรีเสริม, และ อนงลักษณ์ วงศ์ตรี, 2563) เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการกำเริบไม่สามารถควบคุมได้ จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำเป็นจำนวนหลาย ๆ ครั้ง (สุดาพร สติยทุทธการ, 2561) ซึ่งผลที่ได้จากการศึกษาวิจัยถึงต้นทุนค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วยจิตเภทแบบผู้ป่วยใน มีค่าเฉลี่ยสูงถึง 31,207 บาท/

ครั้ง นับว่าเป็นการสูญเสียงบประมาณทางเศรษฐกิจและสังคมของประเทศเป็นอย่างมาก (กนกวรรณ บุญเสริม, 2559)

หลังจากที่ผู้ป่วยมีอาการสงบและได้รับการจำหน่ายกลับบ้านแล้ว พบว่าผู้ป่วยก็ยังไม่สามารถปรับตัวให้อยู่ในชุมชนได้ดีเท่าที่ควร ส่งผลให้มีอาการกำเริบอีกและจำเป็นต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำหลายต่อหลายครั้ง (Correll & Lauriello, 2020) ซึ่งการที่ผู้ป่วยมีการกลับเป็นซ้ำหลายครั้งนั้น จะส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพของการรักษาและการฟื้นคืนสู่สภาวะ (Taylor & Jauhar, 2019) จากประเด็นดังกล่าวจึงเป็นที่มาของการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการบำบัดรักษาโดยมุ่งให้ผู้ป่วยสามารถอยู่ในชุมชนได้มากขึ้น และลดระยะการรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลให้สั้นลง (ดริမ် พงศธรสกุล และ เพ็ญญา แดงค้อมยุทธ, 2563)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่ามีปัจจัยหลากหลายที่มีความสัมพันธ์กับการฟื้นคืนสู่สภาวะ โดยพบว่าในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่มีอายุน้อยจะมีค่าคะแนนการฟื้นคืนสู่สภาวะสูง ซึ่งปัจจัยที่มีสามารถทำนายการฟื้นคืนสู่สภาวะได้นั้นมีหลายด้าน โดยสามารถจัดเป็นกลุ่ม ๆ ได้ดังนี้ คือ ปัจจัยทางประชากร และปัจจัยทางด้านคลินิก ซึ่งปัจจัยด้านประชากรครอบคลุมถึง อายุ เพศ ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท ระดับการศึกษา การมีงานทำ และการที่ไม่ได้อาศัยอยู่คนเดียว ส่วนปัจจัยทางด้านคลินิกจะเกี่ยวข้องกับ ระยะเวลาสั้นของการมีอาการทางจิตที่ปราศจากการรักษา มีการทำหน้าที่ทางสังคมได้ดี มีการ

ปรับตัวที่ดี มีอาการทางลบน้อย ไม่มีการใช้สารเสพติด ร่วมด้วยในขณะที่เจ็บป่วย และการให้ความร่วมมือ ในการรับประทานยา (Yu et al., 2020) และความหวัง เป็นรากฐานของกระบวนการฟื้นคืนสู่สุขภาวะของ ความเจ็บป่วยทางจิต เนื่องจากการฟื้นคืนสู่สุขภาวะ ขึ้นอยู่กับความคิดที่ว่า ผู้ป่วยปรารถนาที่จะดีขึ้น (Acharya & Agius, 2017) โรคจิตเภทเป็นโรคที่เรื้อรัง และรุนแรง พยาธิสภาพจากการเจ็บป่วยของโรคจิตเภท จะทำลายสมดุลการทำหน้าที่ของจิตใจ ความคิด การรับรู้ อารมณ์และพฤติกรรม (WHO, 2021) ผลกระทบจากโรคจิตเภท ยังทำให้ทักษะทางเชาวน์ ปัญญาและทักษะทางสังคมลดลง การฟื้นคืนสู่สุข ภาวะจึงยากขึ้น ตามระยะเวลาของการเจ็บป่วยที่ ยาวนานขึ้น (Ipci et al., 2020)

การวิจัยในประเทศไทยที่เกี่ยวข้องกับการ ฟื้นคืนสู่สุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทที่อาศัยอยู่ใน ชุมชนมีค่อนข้างจำกัด จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการ ดำเนินชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่ดำรงชีวิตในชุมชน เพื่อค้นหาสิ่งที่เอื้อให้ผู้ป่วยจิตเภทดำรงชีวิตอยู่ได้ ในชุมชนและสิ่งที่เป็นอุปสรรค โดยผลการศึกษา วิจัยปรากฏประเด็นหลักที่สำคัญ 4 ประการที่ทำให้ ผู้ป่วยจิตเภทดำรงชีวิตได้ในชุมชน คือ การปฏิบัติ กิจวัตรประจำวัน การสนับสนุนทางสังคม การจัดการ ผลข้างเคียงของยา และการจัดการตนเอง (Rujkorakarn et al., 2018) ในปัจจุบันถึงแม้ว่าจะมี การนำโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาวะไปใช้กับ ผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาล (ปัทมา ภาณุพิศุทธิ์, สการวรัตน์ พวงลัดดา, ปภาจิต บุตรสุวรรณ, และ สว่างจิตร์ วสุวัต, 2560) แต่ก็ยังพบว่ามีการศึกษาถึง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ที่สามารถทำนายการฟื้นคืน สู่สุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทที่อาศัยในชุมชน ค่อนข้างน้อย การศึกษาปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยฟื้นคืนสู่ สุขภาวะได้จึงนับว่าเป็นเรื่องที่สำคัญและจำเป็น เนื่องจากผลการศึกษาดังกล่าวสามารถนำไป กำหนดเป็นนโยบายด้านสาธารณสุขระดับประเทศ สามารถนำไปสร้างรูปแบบการบำบัดทางการ พยาบาลที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายและทันสมัย อีกทั้งยังช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยดำรงชีวิตได้อย่าง ปกติสุขกับครอบครัว และชุมชน

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาข้อมูลพื้นฐาน และระดับการ ฟื้นคืนสู่สุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภท
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ ได้แก่ อายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท การ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การสนับสนุนทางสังคม การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา การจัดการอาการ และความหวัง กับการฟื้นคืนสู่สุขภาวะของผู้ป่วย จิตเภทในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
3. เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของปัจจัย ได้แก่ อายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การสนับสนุนทาง สังคม การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา การจัดการ อาการ และความหวัง กับการฟื้นคืนสู่สุขภาวะใน ผู้ป่วยจิตเภทในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

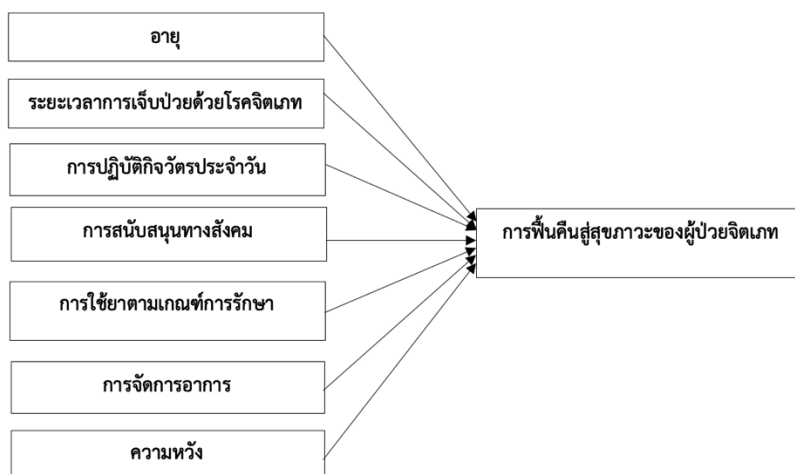
### กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดในการศึกษาค้นคว้านี้มาจากการ ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า ประเด็นที่

เกี่ยวข้องกับการฟื้นคืนสู่สภาวะได้แก่ อายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วย การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การสนับสนุนทางสังคม การใช้จ่ายตามเกณฑ์การรักษา การจัดการอาการ และความหวัง

โดยมีสมมติฐานว่า การมีอาชีพหรือการทำงานทำ ไม่ว่าจะเป็นงานประจำหรืองานในแต่ละวัน ซึ่งรวมถึงการทำงานบ้านหรือการดูแลกิจวัตรประจำวันนั้น ช่วยส่งเสริมความรู้สึกว่าได้มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและทำให้ผู้ป่วยมีความรับผิดชอบต่อน้ำที่ ซึ่งส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Shimada, Nishi, Yoshida, Tanaka, & Kobayashi, 2016) การได้รับการสนับสนุนทางสังคม ทำให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตอยู่ในชุมชนได้ และมีการฟื้นคืนสู่สภาวะ (Correll, Stanford, Claxton, Du, & Weiden, 2019) ส่วนการใช้จ่ายตามเกณฑ์การรักษา ถ้าผู้ป่วยรับประทานยาตามเกณฑ์สามารถควบคุมผลข้างเคียงจากยาได้ จัดการอาการโดยการหาวิธีการในการควบคุมผลข้างเคียงจาก

การได้รับยาต้านอาการทางจิตได้ จะส่งผลให้มีการฟื้นคืนสู่สภาวะสูง (Stepnicki, Kondej, & Kaczor, 2018) นอกจากนี้ความสามารถในการจัดการอาการของผู้ป่วย โดยการควบคุมตนเองจากความเครียด ความวิตกกังวล อาการหูแว่ว ประสาทหลอนอื่น ๆ ที่จะเป็นสาเหตุในการกระตุ้นการเกิดอาการทางจิต และเป็นตัวขัดขวางการฟื้นคืนสู่สภาวะ (Lean et al., 2019) แต่ในทางกลับกันถ้าผู้ป่วยสามารถควบคุมตนเอง ดูแลจัดการความเครียด อาการหูแว่ว ประสาทหลอนอื่น ๆ จากโรคจิตเภทได้ จะส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการฟื้นคืนสู่สภาวะ นอกจากนี้ผู้ป่วยจิตเภทในสังคมไทยยังมีความหวังที่จะกลับมาประกอบอาชีพ หรือดำรงชีวิตได้เหมือนช่วงเวลาก่อนป่วย (Rujkorakam et al., 2018) ความหวังจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่พบว่า เกี่ยวข้องกับการฟื้นคืนสู่สภาวะ จากการทบทวนวรรณกรรมจึงนำมาสู่กรอบแนวคิดในการวิจัย ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive Correlational Research)

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการตามนัดแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 221 ราย

การเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีสุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified Random Sampling) โดยแบ่งตามขนาดโรงพยาบาล แต่ละโรงพยาบาลมีสัดส่วนกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ โรงพยาบาลขนาดใหญ่ จำนวน 86 ราย โรงพยาบาลขนาดกลาง จำนวน 109 ราย โรงพยาบาลขนาดเล็ก จำนวน 26 ราย

การคำนวณกลุ่มตัวอย่างได้จาก โปรแกรม G\*Power กำหนดคหิทธิพลขนาดกลาง (Effect size) = 0.15 ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) = .05 และค่า Power = .95 ตัวแปรอิสระ (Number of predictors) 7 ตัวแปร ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งหมด 153 ราย ทั้งนี้ผู้วิจัยได้เพิ่มจำนวนตัวอย่างอีกร้อยละ 45.0 เพื่อป้องกันกลุ่มตัวอย่างยุติการเข้าร่วมการวิจัย จึงได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ 221 ราย

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามจำนวน 7 ชุด ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท ระดับการศึกษา และการจ้างงาน

## ส่วนที่ 2 แบบประเมินความสามารถใน

การทำกิจวัตรประจำวัน เป็นแบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel of Activities of Daily Living: ADL) (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2555) เป็นกิจกรรมพื้นฐานที่ปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน มีทั้งหมด 10 กิจกรรม ได้แก่ การรับประทานอาหาร การแต่งตัว การลุกจากที่นอน การใช้ห้องสุขา การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน การสวมใส่เสื้อผ้า การขึ้นลงบันไดหนึ่งชั้น การอาบน้ำ การกลั่นกรองถ่ายอุจจาระ และการกลั่นปัสสาวะ แปลผลคะแนนคือ 12 คะแนนขึ้นไปเป็นกลุ่มติดสังคม ผู้ป่วยที่พึ่งตนเองได้ 5 - 11 คะแนน เป็นกลุ่มติดบ้าน ผู้ป่วยที่ดูแลตนเองได้บ้าง 0 - 4 คะแนน เป็นกลุ่มติดเตียงซึ่งผู้ป่วยพึ่งตนเองไม่ได้ แบบประเมินมีค่าความเชื่อมั่น .79

## ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทาง

สังคม เป็นแบบสัมภาษณ์ซึ่งผู้วิจัยนำมาจากแบบสัมภาษณ์ของหงษ์ บรรเทิงสุข (2545) ซึ่งดัดแปลงจากจิราพร อมราภิบาล (2536) โดยสร้างตามกรอบแนวคิดของสเตรชเชอร์ และคณะ (Strecher et al., 1986) เป็นมาตรส่วนประเมินค่าแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) 5 ระดับ จากคะแนนตั้งแต่ 1 ถึง 5 โดย 1 คะแนน หมายถึง ไม่เป็นจริงเลย ไปจนถึง 5 คะแนน หมายถึง เป็นจริงทั้งหมด มีค่าความเชื่อมั่น .80

## ส่วนที่ 4 แบบวัดการใช้ยาตามเกณฑ์ เป็น

แบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และการจัดการกับผลข้างเคียงของยา ของอุมาพร กาญจนรักษ์ (2545) ที่พัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดของฟาร์ราเกอร์ (Farragher 1999) โดยเป็นข้อคำถาม

แบบมาตราส่วน ประเมินค่า (Rating scale) 5 ระดับ จำนวน 18 ข้อ มีความหมายและเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ 5 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน 4 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติเกือบทุกวัน 3 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติเดือนละ 1 ครั้ง 2 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติเดือนละ 1 ครั้ง 1 คะแนน หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติเลย มีค่าความเชื่อมั่น .84

**ส่วนที่ 5** แบบวัดการจัดการอาการ ใช้แบบ ประเมินความสามารถในการจัดการอาการทางบวก ของจิตินันท์ อ้วนถ้ำ (2558) ที่พัฒนาขึ้นตาม แนวคิดของ Dodd et al. (2001) ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ลักษณะ มาตรวัดเป็นมาตราส่วน ประเมินค่า (Rating scale) 4 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ 0 หมายถึง ไม่ได้ปฏิบัติ 1 หมายถึง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง 2 หมายถึง ปฏิบัติบางครั้ง 3 หมายถึง ปฏิบัติเป็นประจำ มีค่าความเชื่อมั่น .82

**ส่วนที่ 6** แบบวัดความหวัง ใช้แบบวัด ความหวัง Herth Hope Index (Herth, 1992) ซึ่งแปล เป็นภาษาไทย โดยจิราวรรณ ลีลาพัฒน์พานิชย์ (2541) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ และมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ 4 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง 3 หมายถึง เห็นด้วย 2 หมายถึง ไม่เห็นด้วย 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง มีค่าความเชื่อมั่น .80

**ส่วนที่ 7** แบบประเมินการฟื้นคืนสู่สภาวะ ผู้วิจัยใช้เครื่องมือที่พัฒนาขึ้นโดยครุณี รุจกรกานต์ (2561) ในการประเมินการฟื้นคืนสู่สภาวะของผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งเครื่องมือนี้จะมีเนื้อหาที่ครอบคลุม การฟื้นคืนสู่สภาวะส่วนบุคคล (Personal recovery)

โดยครอบคลุมถึงกระบวนการเรียนรู้ ในการปฏิบัติ กิจกรรมประจำวัน การได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือ จากครอบครัว ชุมชน และบุคลากรทางการแพทย์ รวมถึงวิถีจัดการอาการข้างเคียงของยา และการจัดการอาการของผู้ป่วยจากความเครียด อาการหูแว่ว หรืออาการประสาทหลอนอื่น ๆ ที่เกิดขึ้น แบบ ประเมินระดับการฟื้นคืนสู่สภาวะ ประกอบด้วย ข้อคำถาม 34 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตรวัด แบบลิเคิร์ต (Likert Scale) 5 ระดับ ดังนี้ 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง และ 5 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง มีค่าความเชื่อมั่น .94

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการ จริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ผู้วิจัยทำการขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลถึง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั้ง 3 โรงพยาบาล ผู้วิจัย พบหัวหน้าส่วนงานที่รับผิดชอบการทำวิจัยของทั้ง 3 โรงพยาบาล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการเก็บ รวบรวมข้อมูล จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย และขอความร่วมมือในการตรวจสอบคุณสมบัติ ของกลุ่มตัวอย่าง การยินยอมที่จะเปิดเผยตัวต่อ ผู้วิจัย และการให้ความร่วมมือในการวิจัย จึงเริ่ม เก็บข้อมูล

### การพิทักษ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ดำเนินการทุกขั้นตอน โดยคำนึงถึงหลักคุณธรรม และจริยธรรมในการทำ วิจัย ตลอดจนปกป้องสิทธิผู้ป่วย คุณค่าและศักดิ์ศรี ความเป็นมนุษย์ของผู้เข้าร่วมงานวิจัยอย่างเท่าเทียม กัน ซึ่งได้รับการอนุมัติจริยธรรมเลขที่ 402-382/2564 เมื่อวันที่ 17 ธันวาคม 2564 โดยผู้วิจัยชี้แจงให้กลุ่ม

ตัวอย่าง ทราบถึงวัตถุประสงค์และประโยชน์ในการศึกษา ระยะเวลาที่ใช้ การตอบรับและปฏิเสธ การเข้าร่วมวิจัยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการบริการ การรักษาพยาบาล ข้อมูลทุกอย่างจะเป็นความลับ นำข้อมูลไปวิเคราะห์ และนำเสนอในลักษณะภาพรวมที่ไม่สามารถเชื่อมโยงไปถึงตัวบุคคล

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่และร้อยละ ข้อมูลการฟื้นคืนสู่สภาวะในผู้ป่วยจิตเภท วิเคราะห์โดยการหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้การวิเคราะห์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's correlation analysis) และวิเคราะห์ปัจจัยทำนาย ใช้สมการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอน (Stepwise regression analysis) จากการศึกษาทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติผลการทดสอบเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น

## ผลการวิจัย

### 1. ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 221 คน เป็นเพศชาย 136 คน (ร้อยละ 61.5) เป็นเพศหญิงจำนวน 85 คน (ร้อยละ 38.5) อายุเฉลี่ยอยู่ในวัยผู้ใหญ่ คือ 41.03 ปี (S.D. = 10.143) ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 40 - 49 ปี จำนวน 78 คน (ร้อยละ 35.3) ส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงาน จำนวน 132 คน (ร้อยละ 59.7) จบ

การศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 67 คน (ร้อยละ 30.3) ระยะเวลาการเจ็บป่วยส่วนใหญ่ 1 - 10 ปี จำนวน 125 คน (ร้อยละ 56.6) เฉลี่ย 10.64 ปี (S.D. = 6.23)

### 2. การฟื้นคืนสู่สภาวะในผู้ป่วยจิตเภท

การฟื้นคืนสู่สภาวะของกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 153.18 (S.D. = 9.06) อยู่ในระดับการฟื้นคืนสู่สภาวะปานกลาง ดังตารางที่ 1

### 3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทำนายและการฟื้นคืนสู่สภาวะ

ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการฟื้นคืนสู่สภาวะ คือ การสนับสนุนทางสังคม ( $r = .501, p < .01$ ) การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ( $r = .264, p < .01$ ) การจัดการอาการ ( $r = .421, p < .01$ ) และการมีความหวัง ( $r = .534, p < .01$ ) ตัวแปรที่ไม่มีความสัมพันธ์กับการฟื้นคืนสู่สภาวะ คือ อายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ดังตารางที่ 2

### 4. ปัจจัยทำนายการฟื้นคืนสู่สภาวะของผู้ป่วยจิตเภท

ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐาน พบว่าตัวแปรทำนายที่มีค่าสูงสุดคือ การมีความหวัง (Beta = .371) รองลงมาคือการสนับสนุนทางสังคม (Beta = .251) และการจัดการอาการ (Beta = .221) แสดงว่าการมีความหวัง เป็นตัวแปรอันดับแรกที่สามารถทำนายการฟื้นคืนสู่สภาวะ

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและค่าคะแนนการฟื้นคืนสู่สภาวะ

| ตัวแปร             | คะแนนเต็ม | Min | Max | Mean   | S.D. | ระดับ   |
|--------------------|-----------|-----|-----|--------|------|---------|
| การฟื้นคืนสู่สภาวะ | 170       | 134 | 169 | 153.18 | 9.06 | ปานกลาง |

**ตารางที่ 2** ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างอายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วย การการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การได้รับการสนับสนุนทางสังคม การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา การจัดการอาการ การมีความหวัง และการฟื้นคืนสู่สุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภท

| ตัวแปร                       | 1      | 2     | 3     | 4      | 5      | 6      | 7      | 8    |
|------------------------------|--------|-------|-------|--------|--------|--------|--------|------|
| 1. อายุ                      | 1.00   |       |       |        |        |        |        |      |
| 2. ระยะเวลาการเจ็บป่วย       | .463** | 1.00  |       |        |        |        |        |      |
| 3. การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน | .047   | -.026 | 1.00  |        |        |        |        |      |
| 4. การสนับสนุนทางสังคม       | -.007  | .136* | -.075 | 1.00   |        |        |        |      |
| 5. การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา  | .051   | .076  | -.074 | .210** | 1.00   |        |        |      |
| 6. การจัดการอาการ            | -.011  | .144* | -.066 | .418** | .341** | 1.00   |        |      |
| 7. การมีความหวัง             | -.068  | .019  | -.001 | .426** | .224** | .256** | 1.00   |      |
| 8. การฟื้นคืนสู่สุขภาวะ      | -.026  | .014  | -.006 | .501** | .264** | .421** | .534** | 1.00 |

\* $p < .05$ , \*\* $p < .01$

**ตารางที่ 3** ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวทำนายในรูปคะแนนดิบ (b) และค่ามาตรฐาน (Beta) ทดสอบความมีนัยสำคัญของ b ในการทำนายการฟื้นคืนสู่สุขภาวะในผู้ป่วยจิตเภท

| ตัวทำนาย            | b    | S.E.b | Beta | t     | p-value | Zero-order | VIF   |
|---------------------|------|-------|------|-------|---------|------------|-------|
| การมีความหวัง       | .872 | .067  | .371 | 6.439 | .000    | .534       | 1.233 |
| การสนับสนุนทางสังคม | .344 | .116  | .251 | 4.095 | .000    | .501       | 1.396 |
| การจัดการอาการ      | .767 | .130  | .221 | 3.853 | .000    | .421       | 1.223 |

R = .646 R<sup>2</sup> = .417 F = 51.66 Constant = 66.171 Durbin-Watson = 1.596

ของผู้ป่วยจิตเภท รองลงมาคือ การสนับสนุนทางสังคมและการจัดการอาการ ตามลำดับ ดังตารางที่ 3

เขียนสมการในรูปคะแนนดิบ ได้ดังนี้ การฟื้นคืนสู่สุขภาวะ = 66.171 + .872<sub>การมีความหวัง</sub> + .344

<sub>การสนับสนุนทางสังคม</sub> + .767<sub>การจัดการอาการ</sub>

เขียนสมการทำนายในรูปแบบคะแนนมาตรฐาน  $Z_{\text{การฟื้นคืนสู่สุขภาวะ}} = .371Z_{\text{การมีความหวัง}} + .251Z_{\text{การสนับสนุนทางสังคม}} + .221Z_{\text{การจัดการอาการ}}$

$+ .221Z_{\text{การจัดการอาการ}}$

### การอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับการฟื้นคืนสู่สุขภาวะ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และปัจจัยทำนายการฟื้นคืนสู่สุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภท

ผลการศึกษาพบว่า การฟื้นคืนสู่สุขภาวะของกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 153.18 (S.D. = 9.06) อยู่ในระดับการฟื้นคืนสู่สุขภาวะปานกลาง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฟื้นคืนสู่สุขภาวะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ ) ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา การจัดการอาการ และการมีความหวัง และปัจจัยที่สามารถทำนายการฟื้นคืนสู่สุขภาวะ ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม การมีความหวัง และการจัดการอาการ ซึ่งอภิปรายผลการศึกษาดังนี้

### ระดับการฟื้นคืนสู่สุขภาวะ

การฟื้นคืนสู่สุขภาวะของกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 153.18 (S.D. = 9.06) อยู่ในระดับการฟื้นคืนสู่สุขภาวะปานกลาง และส่วนใหญ่มีการปฏิบัติตามกิจวัตรประจำวัน และได้รับการสนับสนุนทางสังคม รวมถึงมีวิธีการในการจัดการอาการข้างเคียงของการใช้ยาจิตเภท และวิธีในการจัดการอาการหูแว่ว ประสาทหลอน ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถใช้ชีวิตอยู่ในชุมชนได้นาน (Rujkorakarn et al., 2018) สอดคล้องกับการศึกษาของจิตวันต์ หงษ์กิตติยานนท์ และอารยา ทิพย์วงศ์ (2561) พบว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคมในด้านต่าง ๆ เช่น การได้รับการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากร ซึ่งหากผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระยะแรกที่มีการเจ็บป่วยทางจิต จะช่วยแก้ปัญหาเรื่องอาการ ซึ่งส่งผลต่อการฟื้นคืนสู่สุขภาวะ การศึกษาของอารยา ตั้งมโนกุล และสุรศักดิ์ ไชยสงค์ (2021) อธิบายว่า การที่ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการสนับสนุนทางสังคมทางข้อมูลข่าวสาร การติดตาม

เยี่ยมบ้านของสหสาขาวิชาชีพ ที่คอยช่วยเหลือ และให้ความรู้เรื่องการรับประทานยาต้านอาการทางจิต จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรับประทานยา จะช่วยลดอาการของผู้ป่วยจิตเภท และป้องกันการกลับเป็นซ้ำได้

### ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฟื้นคืนสู่สุขภาวะ

การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการฟื้นคืนสู่สุขภาวะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และทำนายการฟื้นคืนสู่สุขภาวะในผู้ป่วยจิตเภท เป็นตัวแปรต้นที่มีอิทธิพลต่อการฟื้นคืนสู่สุขภาวะ ซึ่ง Tandon et al. (2008) ได้พบเช่นกันว่าการให้บริการด้านการรักษา การฟื้นฟู และการสนับสนุนทางสังคมที่ครอบคลุม สามารถส่งเสริมการฟื้นคืนสู่สุขภาวะของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเป็นไปแนวทางเดียวกันกับการศึกษาของ Santos, Kopelowicz, & López, (2018) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความเห็นของผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลถึงการฟื้นคืนสู่สุขภาวะ จำนวน 60 คน และพบว่ามีคนตอบว่าการมีได้รับการสนับสนุนทางสังคม เป็นสิ่งที่ช่วยให้ฟื้นคืนสู่สุขภาวะได้ร้อยละ 43.0 จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับดีมาก เนื่องจากผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนจากเพื่อน คนในครอบครัว บุคคลรอบข้าง คนในชุมชน รวมถึงได้รับการสนับสนุนข้อมูลจากบุคลากรการแพทย์ที่คอยให้การช่วยเหลืออยู่ตลอด

การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการฟื้นคืนสู่สุขภาวะ แต่ไม่ทำนายการฟื้นคืนสู่สุขภาวะ นั่นคือ หากมีการใช้ยา

ตามเกณฑ์การรักษาสูงจะมีการฟื้นคืนสู่สภาวะสูง แต่ไม่ได้ทำนายว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาจะต้องมีการฟื้นคืนสู่สภาวะด้วย จากการศึกษาของ Ishii et al. (2022) พบว่า การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษามีความสำคัญ และมีความสัมพันธ์ต่อการฟื้นคืนสู่สภาวะในผู้ป่วยจิตเภท สนับสนุนผลการวิจัยของ Caqueo-Urizar, Urzúa, Mena-Chamorro, & Bravo de la Fuente (2021) ที่พบว่า การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษามีความสัมพันธ์กับการฟื้นคืนสู่สภาวะในผู้ป่วยจิตเภท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $\beta = 0.239, p = 0.005$ ) ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับการศึกษาของ Lai-Ming Hui et al. (2015) พบว่า การไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษานั้นเป็นอุปสรรคสำคัญตัวหนึ่งกับการฟื้นคืนสู่สภาวะของผู้ป่วยจิตเภท

การจัดการอาการมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการฟื้นคืนสู่สภาวะ และทำนายการฟื้นคืนสู่สภาวะในผู้ป่วยจิตเภท การจัดการตนเองมีจุดมุ่งหมายเพื่อเพิ่มขีดความสามารถในการฟื้นคืนสู่สภาวะโดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยจิตเภทมีทักษะ มีความมั่นใจ และมีการจัดการปัญหาสุขภาพของตนเอง ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการฟื้นคืนสู่สภาวะในระยะยาว (Lean et al., 2019) และสอดคล้องกับการศึกษาของคอร์เรลล์และลอรีเอลโด (Correll and Lauriello, 2020) ที่พบว่า การฟื้นคืนสู่สภาวะจำเป็นต้องมีการควบคุมอาการอย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงการดูแลตัวเอง และการทำหน้าที่ในสังคม ส่งผลให้ผู้ป่วยจะพยายามควบคุมหรือจัดการกับอาการทางจิต และสามารถดำรงชีวิตได้ปกติ หรือแม้เมื่อมีอาการเครียดก็จะหาวิธีการจัดการกับ

ความเครียด เช่น การสวดมนต์ "ไหว้พระ เป็นต้น (Rujkorakam et al., 2018) จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีความสามารถในการจัดการอาการทางบวกอยู่ในระดับสูง สามารถอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีความสามารถในการจัดการอาการ อาการหูแว่ว ประสานหลอนได้

การมีความหวังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการฟื้นคืนสู่สภาวะ และทำนายการฟื้นคืนสู่สภาวะในผู้ป่วยจิตเภท นั่นคือ การมีความหวังเป็นความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยจิตเภทที่มีต่ออนาคต โดยแสดงออกมา ในลักษณะของความคิด ความรู้สึก การกระทำ และความคาดหวังในทางบวก โดยเชื่อมั่นว่าสิ่งที่ตนคาดหวัง และปรารถนาจะประสบความสำเร็จตามเป้าหมาย (Herth, 1992) สอดคล้องกับการศึกษาของฟิตซ์เจอร์ลด์ มิลเลอร์ (Fitzgerald Miller, 2007) พบว่า ความหวังช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ประสบการณ์ที่สามารถปรับเปลี่ยนมุมมองที่มีต่อผลการเจ็บป่วย และชีวิตไปในทางที่สร้างสรรค์ รวมถึงการวางแผนเป้าหมายชีวิตที่จะดำเนินต่อไป โดยความหวังเป็นรากฐานของกระบวนการฟื้นคืนสู่สภาวะของความเจ็บป่วยทางจิต (Acharya & Agius, 2017) สอดคล้องกับการศึกษาของเชษฐา แก้วพรม (Kaewprom, 2011) ที่พบว่า ความหวังเป็นหนึ่งในปัจจัยส่วนบุคคลที่จะช่วยส่งเสริมการฟื้นคืนสู่สภาวะของผู้ป่วยจิตเภท ด้วยเหตุนี้ตัวแปรการมีความหวัง จึงสามารถทำนายการฟื้นคืนสู่สภาวะในผู้ป่วยจิตเภทได้ จากการศึกษาพบว่า การมีความหวังในผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในระดับสูง ผู้ป่วยจิตเภทมีความหวังว่าทุกอย่างในชีวิตจะมีทิศทางไป

ในทางที่ดี และหวังว่าจะมีชีวิตที่ปกติอยู่บ้านกับครอบครัวได้ และไม่ต้องมานอนรักษาตัวที่โรงพยาบาล

### **ปัจจัยไม่มีความสัมพันธ์กับการฟื้นคืนสู่สภาวะ**

อายุไม่มีความสัมพันธ์กับการฟื้นคืนสู่สภาวะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สามารถอธิบายได้ว่า อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 41.03 ปี ซึ่งเป็นวัยผู้ใหญ่ ที่ถือว่ามียายุมาก ส่งผลทำให้มีระดับการฟื้นคืนสู่สภาวะในผู้ป่วยจิตเภทเล็กน้อย เป็นที่น่าสังเกตว่าผลการวิจัยครั้งนี้แตกต่างกับ ผลการศึกษาของยู ยู และคณะ (Yu Yu et al., 2020) พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอายุน้อย จะมีระดับการฟื้นคืนสู่สภาวะสูง

ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทไม่มีความสัมพันธ์กับการฟื้นคืนสู่สภาวะ อาจเนื่องมาจากการที่มีการปรับตัวกับการเจ็บป่วยในระดับที่แตกต่างกัน ดังนั้น จึงส่งผลให้ผู้ป่วยมีศักยภาพในการปรับตัวที่หลากหลายและแตกต่างกัน จากผลการวิจัยนี้ ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 10.64 ปี ซึ่งเป็นระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทที่ค่อนข้างนาน ทำให้ผู้ป่วยมีการปรับตัว เกิดการเรียนรู้ และมีประสบการณ์ (อัญชลี วิจิตรปัญญา และคณะ, 2561) จึงส่งผลให้มีคะแนนการฟื้นคืนสู่สภาวะสูง

การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันไม่มีความสัมพันธ์กับการฟื้นคืนสู่สภาวะ จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงานคิดเป็นร้อยละ 59.7 ซึ่งหมายความว่า ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ไม่มีงานทำเป็นหลักแหล่งหรือมีรายได้ประจำ

รวมถึงส่วนมากไม่ได้มีการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตัวเอง ผู้ป่วยจิตเวชมักจะต้องได้รับการบอกหรือเตือนให้ทำกิจวัตร ซึ่งหากผู้ป่วยจิตเภทสามารถช่วยเหลือดูแลตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น การทำงานบ้าน การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ และการพักผ่อน จะเป็นวิธีที่สามารถช่วยลดการเกิดปัญหาทางสุขภาพจิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้ (ลออสิงห์โชติสุขแพทย, 2565) อย่างไรก็ตามจากผลการศึกษาข้อมูลพบว่า การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันนั้นเป็นการฟื้นคืนสู่สภาวะด้านคลินิก จึงไม่มีความสัมพันธ์กับการฟื้นคืนสู่สภาวะส่วนบุคคล (Austin et al., 2022)

### **สรุป**

การมีความหวัง เป็นส่วนที่สำคัญทำให้ผู้ป่วยมีพลังในการจัดการตนเอง เป็นการปรับเปลี่ยนจากภายใน ผู้ป่วยจิตเภทจึงจะสามารถไปจัดการอาการเหวี่ยง ประสาทหลอน ถ้าสามารถจัดการภายใน ทำให้ผู้ป่วยมีความหวัง ผู้ป่วยก็จะมีพลังภายในและมีความเข้มแข็ง การได้รับการสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่ต้องให้ความสำคัญโดยครอบครัว ชุมชน และสังคม ให้การสนับสนุนช่วยเหลือ อย่างไรก็ตามการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา เป็นสิ่งที่ต้องให้ความสำคัญเช่นกันผู้ป่วยจะต้องมีการตระหนักรู้ที่ระดับหนึ่ง เพื่อให้การฟื้นคืนสู่สภาวะ คงระยะอาการสงบได้ยาวนาน

### **ข้อเสนอแนะ**

## ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. บุคลากรทางการแพทย์ควรมีการแนะนำความรู้เกี่ยวกับการฟื้นคืนสู่สภาวะที่ถูกต้องและเหมาะสมให้แก่ญาติและผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก และให้บริการเชิงรุกโดยใช้สื่อโซเชียลมีเดีย เช่น ไลน์ แอปพลิเคชันแบบทางการ เฟสบุ๊กแบบทางการ เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับการฟื้นคืนสู่สภาวะของผู้ป่วยจิตเภทในด้านต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นสาเหตุการเกิดโรค การรับประทานยาตามเกณฑ์ การจัดการอาการต่าง ๆ และการสร้างความหวังกับผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งสื่อโซเชียลมีเดียเป็นช่องทางการให้ความรู้ที่เข้าถึงง่าย

2. ผลการวิจัยครั้งนี้ จะช่วยให้บุคลากรสุขภาพเข้าใจปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการฟื้นคืนสู่สภาวะ สามารถใช้เป็นแนวทางช่วยส่งเสริม หรือ จัดหาปัจจัยที่ทํานายการฟื้นคืนสู่สภาวะ เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในชุมชนกับครอบครัวได้ในระยะเวลายาวนาน

## ด้านการวิจัย

1. ควรสนับสนุนให้มีการพัฒนาโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สภาวะของผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้ตัวแปรการสนับสนุนทางสังคม การเสริมสร้างความหวัง และการจัดการอาการ ในผู้ป่วยจิตเภทในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทนั้นมีการฟื้นคืนสู่สภาวะ และลดการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท

2. ตัวถูกทำนายบางข้อทับซ้อนกัน คือ การสนับสนุนทางสังคม และการจัดการอาการ พบว่า 2 ปัจจัยสามารถร่วมกันทำนายการฟื้นคืนสู่สภาวะ

และตรงกับหัวข้อย่อยในแบบประเมินการฟื้นคืนสู่สภาวะ คือ ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยด้านการจัดการตนเอง ดังนั้น การศึกษาครั้งต่อไปควรหลีกเลี่ยงปัจจัยอิสระที่จะซ้ำกับปัจจัยตาม เพื่อป้องกันการเกิด Multicollinearity

## ข้อจำกัดของการศึกษา

ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีการฟื้นคืนสู่สภาวะระดับสูง จึงอาจได้ผลที่แตกต่างถ้านำไปทดลองใช้ในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีการฟื้นคืนสู่สภาวะระดับปานกลางและต่ำ

## เอกสารอ้างอิง

- กนกวรรณ บุญเสริม. (2559). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับมา รักษาซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท: มุมมองผู้ป่วย. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 30(1), 123-138.
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2555). *แบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index)*. การประชุมชี้แจงแผนการตรวจราชการและนิเทศระดับกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2555. กรุงเทพมหานคร.
- จิราพร อมราภิบาล. (2536). *ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง ของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จิราวรรณ ถิลาพัฒน์พานิชย์. (2541). *ความหวังในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- จิตวันต์ หงษ์กิตติยานนท์, และอารยา ทิพย์วงศ์. (2561). การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 19 (ฉบับพิเศษ), 487 - 494.

- จิตินันท์ อ้วนล้ำ. (2558). ผลของโปรแกรมการจัดการอาการโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่ออาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ครุฑ พงศธรสกุล และ เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ. (2563). ผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสู่สภาวะต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 34(2), 169-187.
- ครุฑ รุจกรกานต์, สุรดา จันดีระยอม, และชนกพร ศรีประสาร. (2561). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภทชายที่อาศัยอยู่ในชุมชนอีสาน. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*, 11(1), 268-276.
- ทวีศักดิ์ กสิผล. (2563). ประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย*, 13(1), 102-115.
- ปัทมา ภาณุพิสุทธ์, สกาวรัตน์ พวงลัดดา, ปภาจิต บุตรสุวรรณ, และ สว่างจิตร วสุวัต. (2560). ผลของโปรแกรมแผนการฟื้นฟูสู่สภาวะต่อความหวังและคุณภาพชีวิตของบุคคลที่อยู่กับโรคจิตเภท. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 25(1), 59-68.
- โปรยทิพย์ สันตะพันธุ์, ศิริยุพร บุสหงษ์, เสาวลิต ศรีเสริม, และ อนงลักษณ์ วงศ์ศรี. (2563). ผลของการใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยการจัดการและเทคโนโลยีอีสเทิร์น*, 17(2), 50-61.
- ล่อ สิงห์โชติสุขแพทย. (2565). ผลของโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนตำบลนาไร่ อำเภอมือง จังหวัดเพชรบุรี. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 36(1), 19-32.
- สุดาพร สถิตยยุทธการ. (2561). การซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท: ประเด็นสำคัญในการปฏิบัติการพยาบาล. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 30(3), 1-13.
- สุนทรี วัฒนเบญจโสพล. (2543). ผลของกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองต่อความหวังของผู้ป่วยระยะเรื้อรังปาลมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- หงษ์ บรรเทงสุข. (2545). ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อัญชลี วิจิตรปัญญา, สุนันทา พลเดชาสวัสดิ์, และณัฐพัชร สุนทโรวิทย์. (2561). การพัฒนาโปรแกรมการจัดการความเจ็บป่วยต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 32(1), 86-101.
- อารียา ตั้งมโนกุล, และสุรศักดิ์ ไชยสงค์. (2564). ผลลัพธ์ของการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยทีมสหสาขาวิชาชีพเครือข่ายบริการสุขภาพ อ.คอนมดแดง จ.อุบลราชธานี. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 15(4), 436-455.
- อุมาพร ภาณุจันท์. (2545). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- Acharya, T., & Agius, M. (2017). The importance of hope against other factors in the recovery of mental illness. *Psychiatry Danubina*, 29(Suppl 3), 619-622.
- Austin, S. F., Hjorthøj, C., Baagland, H., Simonsen, E., & Dam, J. (2022). Investigating personal and clinical recovery processes in people with first episode psychosis. *Early Interv Psychiatry*, 16(10), 1102-1111.
- Castelein, S., Timmerman, M. E., van der Gaag, M., & Visser, E. (2021). Clinical, societal and personal recovery in schizophrenia spectrum disorders across time: states and annual transitions. *Br J Psychiatry*, 219(1), 401-408.
- Caqueo-Urizar, A., Urzúa, A., Mena-Chamorro, P., & Bravo de la Fuente, J. (2021). Effects of Adherence to Pharmacological Treatment on the Recovery of Patients with Schizophrenia. *Healthcare (Basel)*, 9(9).

- Correll, C. U., & Lauriello, J. (2020). Using Long-Acting Injectable Antipsychotics to Enhance the Potential for Recovery in Schizophrenia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 81(4).
- Correll, C. U., Stanford, A. D., Claxton, A., Du, Y., & Weiden, P. J. (2019). Social and functional outcomes with two doses of aripiprazole lauroxil vs placebo in patients with schizophrenia: a post-hoc analysis of a 12-week phase 3 efficacy study. *Psychiatry Research*, 274, 176-181.
- Dodd, M., Janson, S., Facione, N., Faucett, J., Froelicher, E. S., Humphreys, J., Lee, K., Miasowski, C., Puntillo, K., & Rankin, S. (2001). Advancing the science of symptom management. *Journal of advanced nursing*, 33(5), 668-676.
- Farragher, B. (1999). Treatment compliance in the mental health service. *Irish Medical Journal*, 92(6), 392, 394.
- Fitzgerald Miller, J. (2007). *Hope: a construct central to nursing*. In Nursing forum (Vol. 42, No. 1, pp. 12-19). Malden, USA: Blackwell Publishing Inc.
- Herth, K. (1992). Abbreviated instrument to measure hope: development and psychometric evaluation. *Journal of advanced nursing*, 17(10), 1251-1259.
- Ipci, K., Yildiz, M., Incedere, A., Kiras, F., Esen, D., & Gurcan, M. B. (2020). Subjective Recovery in Patients with Schizophrenia and Related Factors. *Community Mental Health Journal*, 56(6), 1180-1187.
- Ishii, J., Kodaka, F., Miyata, H., Yamadera, W., Seto, H., Higuchi, H., Tsuruoka, Y., & Shigeta, M. (2022). Association between functional recovery and medication adherence in schizophrenia. *Neuropsychopharmacology Reports*, 42(4), 510-515.
- Kaewprom, C., Curtis, J., & Deane, F. P. (2011). Factors involved in recovery from schizophrenia: a qualitative study of Thai mental health nurses. *Nursing & Health Sciences*, 13(3), 323-327.
- Keshavan, M. S., Collin, G., Guimond, S., Kelly, S., Prasad, K. M., & Lizano, P. (2020). Neuroimaging in Schizophrenia. *Neuroimaging Clinics of North America*, 30(1), 73-83.
- Lai-Ming Hui, C., Wing-Yan Poon, V., Shuk-Kuen Kwok, V., Chang, W. C., Kit-Wa Chan, S., Ho-Ming Lee, E., & Yu-Hai Chen, E. (2015). Prevalence and predictors of medication non-adherence among Chinese patients with first-episode psychosis. *Psychiatry Research*, 228(3), 680-687.
- Lean, M., Fornells-Ambrojo, M., Milton, A., Lloyd-Evans, B., Harrison-Stewart, B., Yesufu-Udechuku, A., Kendall, T., & Johnson, S. (2019). Self-management interventions for people with severe mental illness: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 214(5), 260-268.
- Rujkorakarn, D., Buatee, S., Jundekrayom, S., & Mills, A. C. (2018). Living with schizophrenia in rural communities in north-east Thailand. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27(5), 1481-1489.
- Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz, P. (2017). *Comprehensive textbook of psychiatry* (Vol. 9). Philadelphia: lippincott Williams & wilkins.
- Santos, M. M., Kopelowicz, A., & López, S. R. (2018). Recovery From Schizophrenia: The Case of Mexican-Origin Consumers and Family Caregivers. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 206(6), 439-445.
- Shimada, T., Nishi, A., Yoshida, T., Tanaka, S., & Kobayashi, M. (2016). Factors Influencing Rehospitalization of Patients with Schizophrenia in Japan: A 1-year Longitudinal Study. *Hong Kong Journal of Occupational Therapy*, 28, 7-14.
- Stępnicki, P., Kondej, M., & Kaczor, A. A. (2018). Current Concepts and Treatments of Schizophrenia. *Molecules*, 23(8).
- Strecher, V. J., McEvoy DeVellis, B., Becker, M. H., & Rosenstock, I. M. (1986). The role of self-efficacy in achieving health behavior change. *Health Education Quarterly*, 13(1), 73-92.
- Tan, B. L., Lim, M. W. Z., Xie, H. T., Li, Z. Q., & Lee, J. (2020). Defining Occupational Competence and Occupational Identity in the Context of Recovery in Schizophrenia. *American Journal of Occupational Therapy*, 74(4).

- Tandon, R., Belmaker, R., Gattaz, W. F., Lopez-Ibor Jr, J. J., Okasha, A., Singh, B., Stein, D. J., Olie, J.-P., Fleischacker, W. W., & Moeller, H.-J. (2008). World Psychiatric Association Pharmacopsychiatry Section statement on comparative effectiveness of antipsychotics in the treatment of schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 100(1-3), 20-38.
- Taylor, M., & Jauhar, S. (2019). Are we getting any better at staying better The long view on relapse and recovery in first episode nonaffective psychosis and schizophrenia. *Therapeutic Advances in Psychopharmacology*, 9.
- WHO. (2021). *Schizophrenia*. Retrieved January 10, 2022, from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
- Yu, Y., Xiao, X., Yang, M., Ge, X.-p., Li, T.-x., Cao, G., & Liao, Y.-j. (2020). Personal Recovery and Its Determinants Among People Living with Schizophrenia in China. *Frontiers in Psychiatry*, 11.

# AN EFFECTS COMPARISON OF COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY PROGRAM, SATIR MODEL THERAPY PROGRAM, AND PSYCHOEDUCATION PLUS PROBLEM SOLVING AMONG CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH ONLINE GAME ADDICTION

*Soontaree Srikosai, Ph.D. \*, Orapun Aebthaisong, M.N.S. \*\*,  
Chadaporn Khamfu, B.N.S. \*\*, Anongporn Thakham, B.N.S. \*\**

## Abstract

**Objective:** To investigated the effectiveness of the online program based on the cognitive behavioral therapy (CBT) compared to the online program based on Satir model and the psychoeducation plus problem solving on game addiction behaviors, depressive symptom, and quality of life of children and adolescents with online game addiction.

**Methods:** Three-group experimental research with a pre-test, post-test, and follow-up month 3. This study was conducted between October 2020 through February 2022. Samples were children and adolescents diagnosed as having game addiction or met the criteria of online game addiction. They were randomly drawn into the online cognitive behavioral therapy (CBT) program (25 subjects) with attended the 8–sessions, twice a week, 45-60 minutes for each session, online Satir transformational systemic therapy (STST) program (25 subjects) with attended the 8–sessions, twice a week, 45-60 minutes for each session, and the psychoeducation plus problem solving (online treatment as usual [TAU]) program (25 subjects) with attended the 4–sessions, once a week, 30-45 minutes for each session. The data were collected at baseline, at the end of the program and at 3 month-follow up session using the Game Addiction Screening Test (GAST), Patient Health Questionnaire for Adolescent (PHQ-A), and the quality-of-life form based on EuroQoL group – 5 Dimensions – 5 Levels. The data were analyzed using independent-t test, Friedman test, Wilcoxon Sign Ranks test, One-Way Repeated Measures ANOVA, and Two-Way ANOVA with Repeated Measures.

**Results:** 1) There was no significant difference between the online CBT group, the online STST group, and the online TAU group between the baseline, immediately end the trial, and at 3-month follow-up ( $P = .938$ ). 2) Depressive symptoms between the 3 groups at 3 stages of measurement were significant difference ( $p = .020$ ). 3) There was no significant difference in quality of life in terms of utility values indicating satisfaction with one's own health status between the three groups at baseline and three-month follow-up ( $p = .674$ ). 4) Comparison within group in term of the game addiction behavior: There was a difference in three stages of measurement in the online CBT group, in the online STST group, and in the online TAU group. Depressive symptoms were found to be different only within the online TAU group. There was no significant difference in the quality of life in terms of utilities within of each group.

**Conclusion:** Psychosocial therapy services to reduce online gaming addiction should consider choosing a CBT model or the Satir model or psychoeducation plus problem solving. In case of reducing depressive symptoms, psychoeducation plus problem solving should be emphasized.

**Keywords:** cognitive behavioral therapy, Satir model psychotherapy, child and adolescent, online gaming addiction

---

*\*Corresponding author: Registered Nurse, Rajanagarindra Institute of Child Development, e-mail: s.srikosai@gmail.com*

*\*\*Registered Nurse, Rajanagarindra Institute of Child Development*

Received: 26 December 2022, Revised: 10 April 2023, Accepted: 17 April 2023

# เปรียบเทียบผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม โปรแกรมการบำบัดแนวทางเทียร์โมเดล และโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาร่วมกับแก้ปัญหาในเด็กและวัยรุ่นที่ติดเกมออนไลน์

สุนทรี ศรีโกไสย, พย.ค. \*, อรพรรณ แอบไธสง, พย.ม. \*\*,  
ชฎาพร คำฟู, พย.บ. \*\*, อนงค์พร ต๊ะคำ, พย.บ. \*\*

## บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมแบบออนไลน์ โปรแกรมการบำบัดแนวทางเทียร์โมเดลแบบออนไลน์ และโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาร่วมกับแก้ปัญหาแบบออนไลน์ ต่อพฤติกรรมติดเกม อาการซึมเศร้า และคุณภาพชีวิตของเด็กและวัยรุ่นที่ติดเกมออนไลน์

**วิธีการศึกษา :** การวิจัยเชิงทดลองแบบ 3 กลุ่ม วัดผลก่อนทดลอง หลังทดลองทันที และติดตามที่เดือน 3 ศึกษาระหว่างตุลาคม 2563 ถึงกุมภาพันธ์ 2565 กลุ่มตัวอย่างคือเด็กและวัยรุ่นที่ได้รับการวินิจฉัยติดเกมหรือเข้าเกณฑ์มีปัญหาพฤติกรรมติดเกมออนไลน์ ถูกสุ่มแบบจับสลากเข้ากลุ่มโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมแบบออนไลน์ 25 คน ได้รับกิจกรรม 2 ครั้งต่อสัปดาห์ รวม 8 ครั้ง ๆ ละ 45 - 60 นาที กลุ่มโปรแกรมการบำบัดแนวทางเทียร์โมเดลแบบออนไลน์ 25 คน ได้รับกิจกรรม 2 ครั้งต่อสัปดาห์ รวม 8 ครั้ง ๆ ละ 45 - 60 นาที และกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาร่วมกับแก้ปัญหาแบบออนไลน์ 25 คน ได้รับกิจกรรม 1 ครั้งต่อสัปดาห์ รวม 4 ครั้ง ๆ ละ 30 - 45 นาที เก็บรวบรวมข้อมูลด้วย Game Addiction Screening Test (GAST), Patient Health Questionnaire for Adolescent (PHQ-A) และแบบวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ EuroQoL group – 5 Dimensions – 5 Levels (EQ-5D-5L) วิเคราะห์ข้อมูลด้วย Independent-t test, Friedman test, Wilcoxon Sign Ranks test, One-Way Repeated Measures ANOVA, และ Two-Way ANOVA with Repeated Measures

**ผลการศึกษา :** 1. พฤติกรรมติดเกมระหว่าง 3 กลุ่ม คือกลุ่ม online CBT กลุ่ม online STST และกลุ่ม online TAU ไม่มีความแตกต่างกันระหว่างก่อนทดลอง สิ้นสุดการทดลองทันที และที่การติดตาม 3 เดือน ( $p = .938$ ) 2) อาการซึมเศร้าระหว่าง 3 กลุ่ม ที่การวัด 3 ระยะ มีความแตกต่างกัน ( $p = .020$ ) 3) คุณภาพชีวิตด้านอารมณ์ประโยชน์ซึ่งแสดงถึงความพึงพอใจต่อสภาวะสุขภาพของตนเอง ระหว่าง 3 กลุ่มที่ก่อนทดลองและการติดตาม 3 เดือน ไม่มีความแตกต่างกัน ( $p = .674$ ) 4) เปรียบเทียบภายในกลุ่มด้านพฤติกรรมติดเกม พบมีความแตกต่างกันที่การวัด 3 ระยะ ทั้งในกลุ่ม online CBT, ในกลุ่ม online STST, และในกลุ่ม online TAU อาการซึมเศร้าพบมีความแตกต่างกันเฉพาะภายในกลุ่ม online TAU ส่วนคุณภาพชีวิตด้านอารมณ์ประโยชน์ไม่มีความแตกต่างกันภายในของแต่ละกลุ่ม

**สรุป :** การบำบัดเพื่อช่วยลดพฤติกรรมติดเกมออนไลน์ ควรพิจารณาเลือกใช้รูปแบบ CBT หรือ Satir model หรือให้สุขภาพจิตศึกษาร่วมกับแก้ปัญหา กรณีช่วยลดอาการซึมเศร้าควรเน้นการให้สุขภาพจิตศึกษาร่วมกับแก้ปัญหา

**คำสำคัญ :** การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม, จิตบำบัดแนวชาเทียร์โมเดล, เด็กและวัยรุ่น, ดิจเกมออนไลน์

---

\*ผู้ประสานงานบทความ: พยาบาลวิชาชีพ สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์, e-mail: s.srikosai@gmail.com

\*\*พยาบาลวิชาชีพ สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์

วันที่รับ: 26 ธันวาคม 2565, วันที่แก้ไข: 10 เมษายน 2566, วันที่ตอบรับ: 17 เมษายน 2566

## ความสำคัญของปัญหา

ความชุกของเด็กและวัยรุ่นที่ติดเกมสื่อบนไลน์พบมีมากขึ้น จากผลการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ ระหว่างปี ค.ศ. 2009 - 2019 รวม 17 ประเทศ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 226,247 คน อายุเฉลี่ย 17.5 ปี พบความชุกของการติดเกมทั่วโลก ร้อยละ 3.05 โดยภูมิภาคเอเชียมีอัตราความชุกสูงกว่าภูมิภาคอื่น ความชุกของการติดเกมสื่อบนไลน์ในการศึกษาค้างนี้สูงกว่าการศึกษาในปี ค.ศ. 2018 ที่มีร้อยละ 1.97 (Stevens et al., 2021) สำหรับการศึกษาในประเทศไทยพบความชุกของการติดเกมในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 - 5 กรุงเทพฯ มีร้อยละ 7.50 (Apisitwasana et al., 2017) ความชุกของการติดเกมออนไลน์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา จังหวัดฉะเชิงเทรา มีร้อยละ 5.40 (Taechoyotin et al., 2020) และข้อมูลรายงานผลการสำรวจ พฤติกรรมผู้ใช้อินเทอร์เน็ตในประเทศไทยพบว่า กิจกรรมการใช้งานอินเทอร์เน็ตที่เด็กอายุน้อยกว่า 15 ปี นิยมมากที่สุดคือกิจกรรมการเล่นเกมนออนไลน์ (ร้อยละ 53.60) ส่วนกลุ่มเยาวชนอายุระหว่าง 15 - 19 ปี นิยมกิจกรรมการเล่นเกมนออนไลน์ ร้อยละ 35.30 (สำนักงานพัฒนาธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์, 2556) ผลการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2561 พบประชากรกลุ่ม อายุ 15 - 19 ปี เป็นกลุ่มวัยที่ใช้อินเทอร์เน็ตเพื่อเล่นเกม หรือดูหนัง หรือฟังเพลง สูงถึงร้อยละ 89.30 ซึ่งอาจเป็นความเสี่ยงที่จะนำไปสู่ปัญหาการติดเกมออนไลน์ได้ นอกจากนี้ จากการสุ่มเฉพาะเบียนในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยกลุ่มโรคออทิสซึม โรคสมาธิสั้น และโรคออทิสซึม/โรคสมาธิสั้นที่มี

โรคร่วมทางจิตเวช ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก ณ สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ ระหว่างปี พ.ศ. 2561 - 2563 จำนวน 72 แพ้มียุเฉลี่ย 7.08 ปี (SD = 1.64) พบว่าข้อมูลอาการสำคัญที่นำมาโรงพยาบาลตามคำบอกเล่าของผู้ปกครอง ร้อยละ 79.20 (n = 57) ระบุว่า เด็กมีพฤติกรรม “เล่นเกมในโทรศัพท์มือถือมาก” หรือ “เล่นโทรศัพท์มือถือนานเกินไป” หรือ “ติดโทรศัพท์มือถือ” และสาเหตุที่พาเด็กมารับการบำบัดรักษาสวนหนึ่งมาจากการติดโทรศัพท์มือถือ (สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์, 2563)

ผู้ที่ติดเกมออนไลน์มักพบมีปัญหาด้านสุขภาพร่างกาย ได้แก่ ภาวะอ้วน ทูพโภชนาการ ปัญหาสายตา มีอาการปวดหลัง ปวดศีรษะ และกลุ่มอาการ carpal tunnel syndrome มีปัญหาด้านทักษะการใช้ชีวิต ได้แก่ พฤติกรรมแยกตัว ขาดทักษะการสื่อสาร และขาดความมั่นใจในตนเอง (คมสันต์ เกียรติรุ่งฤทธิ์ และคณะ, 2557) มีอาการของสมาธิสั้น (กันยา พาณิชยศิริ และ เบญจพร ดันตสุติ, 2559) วิตกกังวล ย้ำคิดย้ำทำ พฤติกรรมก้าวร้าว และพบมีโรคร่วมทางจิตเวชคือ major depressive disorder, anxiety disorder, substance use disorder, impulse control disorder, oppositional defiant disorder, และ conduct disorder (คมสันต์ เกียรติรุ่งฤทธิ์ และคณะ, 2557) ภาวะเสพติดเกมออนไลน์ในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ( $r = .144, p < 0.05$ ) และภาวะชน สมาธิสั้น ( $r = .309, p = 0.01$ ) (ธนศักดิ์ จันทศิลป์ และคณะ, 2562) นอกจากนี้ มีผลการเรียนไม่ดี (รวีพรดิ พูลลาภ,

และสาวิตรี ทยานศิลป์, 2555) จากผลกระทบของการติดเกมออนไลน์ดังกล่าว อาจนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่แย่ลง

การบำบัดรักษาเด็กและวัยรุ่นที่ติดเกมออนไลน์มีทั้งการรักษาด้วยยา และ/หรือการบำบัดสังคมจิตใจโดยจิตบำบัดในรูปแบบการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavioral therapy [CBT]) ใช้ได้ผลดีกับผู้ที่ติดการพนันหรือติดสารเสพติด จึงมีการนำ CBT มาใช้บำบัดการเสพติดเกม/สื่อสังคมออนไลน์/อินเทอร์เน็ต (Electronic Transactions Development Agency, 2013) ดังเช่น การศึกษาในประเทศเกาหลี (Kim et al., 2012) และการศึกษาระดับ multicenter ในประเทศเยอรมันนีและประเทศออสเตรีย (Wolfling et al., 2019) อย่างไรก็ตาม ผลการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ แสดงให้เห็นว่าบางการศึกษาไม่ใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง หรือขาดการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่เพียงพอ หรือขาดกลุ่มเปรียบเทียบอื่น ๆ ไม่มีรายละเอียดที่เพียงพอของข้อมูลเกี่ยวกับช่วงเวลาที่ใช้เลือกกลุ่มตัวอย่างและเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งไม่มีรายงาน treatment effect sizes (King et al., 2011)

สำหรับการศึกษากการบำบัดเด็กและวัยรุ่นที่ติดเกมออนไลน์ในประเทศไทยจากฐานข้อมูล Thai Journal Online (THAIJO) พบมีดังนี้ การให้คำปรึกษากลุ่มแบบทฤษฎีโซลูชัน-โฟกัส และแบบเผชิญความจริง ซึ่งช่วยให้คะแนนจากแบบทดสอบการติดเกม (Game Addiction Screening Test [GAST]) หลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ชัยญักษ์ร์ ศิริชนราโรจน์ และ

คณะ, 2563) โปรแกรมการควบคุมตนเองช่วยให้พฤติกรรมติดเกมออนไลน์ ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ชั้นยวนันธุ์ เลียนอย่าง และ พัชราภา อินทพรต, 2558) การใช้รูปแบบการปรึกษาคอกรัวเชิงกลยุทธ์ โดยใช้เทคนิค reframing, offering prescription, directives, prescribing the symptom, predicting a relapse, และ pretend techniques ในคอกรัวที่มีบุตรติดเกมออนไลน์ อายุ 11-15 ปี สามารถช่วยให้คะแนนการปฏิบัติหน้าที่ของคอกรัวเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุม ( $p < 0.05$ ) (พิชชา ถนอมเสียง และคณะ, 2560)

จากหลักฐานดังกล่าว แสดงให้เห็นว่า องค์ความรู้เกี่ยวกับการบำบัดแบบ CBT ในเด็กและวัยรุ่นที่ติดเกมออนไลน์ในประเทศไทยมีจำกัด จึงเป็นช่องว่างของความรู้ที่ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับผลการบำบัดแบบ CBT ในเด็กและวัยรุ่นที่ติดเกมออนไลน์ ด้วยระเบียบวิธีวิจัยที่น่าเชื่อถือ โดยเฉพาะการออกแบบการวิจัยและการรายงานผลที่เพิ่มประโยชน์ของการใช้ผลงานวิจัยให้คุ้มค่ามากขึ้น และมีการเปรียบเทียบกับบำบัดทางจิตสังคมในรูปแบบอื่น ๆ เพื่อนำผลมาพิจารณากำหนดเชิงนโยบาย สนับสนุนบุคลากรให้มีความรู้ทักษะการบำบัดทางจิตสังคมที่มีประสิทธิผลมากที่สุดภายใต้การลงทุนที่น้อยกว่า ชาญวิทย์ พรนภดล และ เอศรา วสุพันธุ์จิต (2558) ระบุว่าติดเกมออนไลน์เป็นกลุ่มหนึ่งของการเสพติดอินเทอร์เน็ตโดยแบ่งตามลักษณะกิจกรรมการใช้งาน และในสมองของผู้ที่เสพติดอินเทอร์เน็ตและเสพติดเกมมีลักษณะเช่นเดียวกับผู้ป่วยที่ติดสารเสพติด ปัจจัยทางจิตใจที่สัมพันธ์กับการเสพติดอินเทอร์เน็ตและเสพติด

เกม ได้แก่ ความภาคภูมิใจในตนเองต่ำ ความพอใจในชีวิตต่ำ ภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล ย้ำคิดย้ำทำ และสมาธิสั้น และผู้เสพติดเกมออนไลน์มักจะเป็นผู้ที่ชอบความสนุกและการแข่งขันท้าทาย

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการบำบัดทางจิตสังคมผู้ที่ติดสารเสพติด พบว่าการบำบัดแนวชาเทียร์โมเดล ให้ประสิทธิผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสพติด เพิ่มการรับรู้คุณค่าในตนเอง ลดอาการซึมเศร้า และมีความสอดคล้องกลมกลืนในชีวิตมากขึ้น (ชัยญารัตน์ ชมสุวรรณ, 2552; ญาดา กลิ่นพิบูลย์ และคณะ, 2561; Srikosai et al., 2014) ในขณะที่มุมมองของศาสตร์ทางจิตเวชระบุว่า ในสมองของผู้ที่เสพติดเกมออนไลน์มีลักษณะเช่นเดียวกับผู้ป่วยที่ติดสารเสพติด จึงเป็นช่องว่างของความรู้ที่ชี้แนะว่า ควรมีการศึกษาการบำบัดแนวชาเทียร์โมเดลในเด็กและวัยรุ่นที่ติดเกมออนไลน์ ผลลัพธ์ของการบำบัดรักษาเด็กและวัยรุ่นที่ติดเกมออนไลน์ ส่วนใหญ่ประเมินด้านการลดพฤติกรรมติดเกม (ชันขวันันธุ์ เลียนอย่าง และพัชราภา อินทพรต, 2558; ศวรรยา ธนสุวรรณธาร และคณะ, 2562; ชัยญักษ์ร์ ศิริชชนราโรจน์ และคณะ, 2563; Dewi, & Emi, 2021; King et al., 2011) ลดระยะเวลาการเล่น เกม ลดความวิตกกังวล ลดปัญหาการเรียน ลดอาการซึมเศร้า (King et al., 2011; Kim et al., 2012) มีการศึกษาพบความสัมพันธ์ระหว่างการติดเกมออนไลน์และการมีอาการซึมเศร้าของวัยรุ่น (Sitorus et al., 2006) และผลกระทบของการติดเกมออนไลน์ต่อปัญหาสุขภาพจิตของเด็กและวัยรุ่น (Purwaningsih & Nurmala, 2021) ซึ่งอาจส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของ

ผู้ติดเกมออนไลน์ได้

ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโควิด 19 (COVID-19) ระลอก 2 และระลอก 3 ระหว่างปี พ.ศ. 2563 - 2564 ส่งผลให้สถานบริการสุขภาพจิตมีการปรับเปลี่ยนการให้บริการเพื่อรักษาระยะห่างทางสังคมและลดการแพร่กระจายเชื้อ โดยเน้นการให้บริการแบบออนไลน์ เช่น “tele-medicine” และ “tele-nursing” รายที่อาการคงที่จะให้รับยาทางไปรษณีย์และเลื่อนนัดบริการแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในจะเน้นให้บริการเฉพาะรายที่มีอาการรุนแรงหรือเร่งด่วน อีกทั้งระบบการเรียนการสอนได้ปรับเป็นการเรียนแบบออนไลน์มากขึ้นซึ่งส่งผลให้เด็กและวัยรุ่นมีโอกาสดังเดิมออนไลน์มากขึ้น นอกจากนี้ การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโควิด 19 ทำให้เด็กและวัยรุ่นส่วนใหญ่ต้องทำงานจากที่บ้านหรือเรียนออนไลน์ จึงก่อให้เกิดความเบื่อหน่าย ขาดปฏิสัมพันธ์กับเพื่อน ๆ ขาดการโต้ตอบ เกิดความเครียด รู้สึกเหนื่อยล้า รู้สึกเหงา ความกระตือรือร้นน้อยลง ไม่มีสมาธิ (รัตนวัชร เพ็ญรัตนหิรัญ และ อนุรักษ์ แท่นทอง, 2565) และขาดความสามารถในการควบคุมตนเอง (Dong et al., 2020) จึงมีโอกาสดังเดิมความเพลิดเพลินด้วยการเล่นเกมออนไลน์มากขึ้น ดังนั้น การให้บริการบำบัดสังคมจิตใจเด็กและวัยรุ่นที่ติดเกมออนไลน์ จึงควรปรับเป็นรูปแบบออนไลน์ เพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์ดังกล่าว แม้ว่าสถาบันพัฒนาการเด็ก ราชนครินทร์จะมีบริการมาตรฐานโดยพยาบาลจิตเวชด้วยการให้สุขภาพจิตศึกษาและให้คำปรึกษาแบบสั้นอิงหลักการแก้ปัญหาสำหรับเด็กและวัยรุ่น

ที่ติดเกมออนไลน์และผู้ปกครอง แต่เป็นบริการแผนกผู้ป่วยนอกที่ยังไม่มีการพิสูจน์ทางวิทยาศาสตร์ว่าให้ผลดีหรือไม่ อย่างไร และเดิมเป็นบริการแบบออนไลน์ที่ยังไม่มีความชัดเจนในจำนวนครั้งของการบำบัด และกรณีที่ผู้รับบริการถูกเลื่อนนัดเพราะสถานการณ์แพร่ระบาดของ COVID-19 จะส่งผลให้การเข้าถึงบริการมีระยะห่างออกไป เช่น 3 เดือน หรือ 6 เดือน ดังนั้น การปรับรูปแบบการบำบัดทางการแพทย์ของผู้ที่ติดเกมออนไลน์ให้เป็นแบบออนไลน์อาจเป็นประโยชน์ต่อผู้รับบริการมากขึ้น

จากแนวโน้มของปัญหาการติดเกมออนไลน์ในเด็กและวัยรุ่น การปรับรูปแบบการให้บริการสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นในสถานการณ์การแพร่ระบาดของ COVID-19 และองค์ความรู้ด้านการบำบัดทางการแพทย์ในเด็กและวัยรุ่นที่ติดเกมออนไลน์ ทำให้เห็นช่องว่างของความรู้ด้านการไม่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่แสดงให้เห็นว่าการบำบัดแบบออนไลน์สามารถช่วยลดการติดเกมออนไลน์ ลดอาการซึมเศร้า และเพิ่มคุณภาพชีวิตในเด็กและวัยรุ่นที่ติดเกมออนไลน์ และยังไม่มีการศึกษาการบำบัดแบบปรับความคิดและพฤติกรรมหรือการบำบัดแนวชาเทียร์โมเดลในเด็กและวัยรุ่นไทยที่ติดเกมออนไลน์ รวมทั้งรูปแบบการบำบัดชนิดใดที่ให้ผลดีที่สุด ผู้วิจัยจึงสร้างองค์ความรู้ใหม่ในการบำบัดเด็กและวัยรุ่นที่ติดเกมออนไลน์โดยใช้รูปแบบการวิจัยและพัฒนาและทดสอบผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมเทียบกับโปรแกรมการบำบัดแนวชาเทียร์โมเดลและการดูแลแบบปกติด้วยการให้

สุขภาพจิตศึกษาร่วมกับแก้ปัญหาในเด็กและวัยรุ่นที่ติดเกมออนไลน์ ต่อพฤติกรรมติดเกม อาการซึมเศร้า และคุณภาพชีวิต

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1) เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมติดเกม อาการซึมเศร้า และคุณภาพชีวิตของเด็กและวัยรุ่นที่ติดเกมออนไลน์ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมแบบออนไลน์ และที่การติดตามเดือน 3

2) เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมติดเกม อาการซึมเศร้า และคุณภาพชีวิตของเด็กและวัยรุ่นที่ติดเกมออนไลน์ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดแนวชาเทียร์โมเดลแบบออนไลน์และที่การติดตามเดือน 3

3) เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมติดเกม อาการซึมเศร้า และคุณภาพชีวิตของเด็กและวัยรุ่นที่ติดเกมออนไลน์ ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมแบบออนไลน์ กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดแนวชาเทียร์โมเดลแบบออนไลน์ และกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมทันที และที่การติดตามเดือน 3

### สมมติฐานการวิจัย

1) เด็กและวัยรุ่นที่ติดเกมออนไลน์ หลังได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมแบบออนไลน์ มีพฤติกรรมติดเกมลดลง อาการซึมเศร้าลดลง และมีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น

2) เด็กและวัยรุ่นที่ติดเกมออนไลน์ หลัง

ได้รับโปรแกรมการบำบัดแนวชาเทียร์โมเดลแบบออนไลน์ มีพฤติกรรมติดเกมลดลง อาการซึมเศร้าลดลง และมีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น

3) เด็กและวัยรุ่นที่ติดเกมออนไลน์ กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมแบบออนไลน์มีพฤติกรรมติดเกม อาการซึมเศร้า และคุณภาพชีวิต แตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดแนวชาเทียร์โมเดลแบบออนไลน์ และกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมทันที และติดตามเดือน 3

### กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยและพัฒนานี้ ใช้แนวคิดการบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ร่วมกับแนวคิดการบำบัดแนวชาเทียร์โมเดล

แนวคิดการบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavior therapy [CBT]) ของ King & Delfabbro (2014) และของ Spiegler & Guevremont (2003) ซึ่งเป็นหลักการบำบัดที่มุ่งปรับเปลี่ยนความคิดไม่เหมาะสมหรือความคิดที่บิดเบือนไปจากความเป็นจริง (dysfunctional thinking) ให้เป็นความคิดที่สมเหตุสมผล เมื่อความคิดเปลี่ยน จะส่งผลให้อารมณ์ พฤติกรรม และปฏิกิริยาทางร่างกายเปลี่ยน เนื่องจาก CBT มีแนวคิดพื้นฐาน 4 องค์ประกอบคือ (1) มีเหตุการณ์กระตุ้น (stimulus) ที่เกิดขึ้นก่อนที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมบางอย่าง (2) การคิดการรับรู้และความเชื่อของบุคคล (organism) ต่อเหตุการณ์นั้น (3) การตอบสนอง (response) ของบุคคลที่แสดงเป็นพฤติกรรมทั้งภายนอกและภายในตัวบุคคล และ (4)

ผลของพฤติกรรมของบุคคล (consequences) (Spiegler & Guevremont, 2003) ดังนั้น การจัดการความคิดความเชื่อที่ไม่เหมาะสมของผู้ติดเกมฯ ซึ่งเป็น “core beliefs” ที่เป็นสาเหตุของการติดเกมออนไลน์หรือติดเกมทางอินเทอร์เน็ต โดยเชื่อว่าเกมคือรางวัล เกมช่วยให้เกิดการรับรู้คุณค่าในตนเอง เกมเป็นวิธีที่ช่วยให้ได้รับการยอมรับจากสังคม และความคิดความเชื่อที่มองข้ามผลกระทบของการติดเกมฯ เพราะมีความคิดที่ยึดติดหรือไม่ยืดหยุ่น (King & Delfabbro, 2014) การพัฒนาโปรแกรมบำบัดเด็กและวัยรุ่นที่ติดเกมออนไลน์ด้วยแนวคิดของ CBT ประกอบด้วย 8-session โดยเป็นการบำบัดรายบุคคล 5-session และการบำบัดครอบครัว 3-session เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของความคิดอัตโนมัติทางลบ ความคิดที่บิดเบือนไปจากความเป็นจริง หรือความเชื่อที่ไม่เหมาะสมให้เป็นในทิศทางถูกต้องและอยู่ในโลกของความเป็นจริง ส่งผลต่อการลดพฤติกรรมติดเกม และอาการซึมเศร้า และมีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น

แนวคิดการบำบัดแนวชาเทียร์โมเดล (Satir transformational systemic therapy [STST]) เชื่อว่าเมื่อบุคคลมีความสอดคล้องกลมกลืนในตนเองจะสามารถรับผิชอบเต็มเต็มความปรารถนาและความคาดหวังได้ด้วยตนเอง ทำให้เกิดการรับรู้สิ่งต่าง ๆ ในทางบวก มีอารมณ์ความรู้สึกทางบวก และมีการใช้พฤติกรรมการปรับตัวที่สามารถนำไปสู่ความสมดุลระหว่างตนเอง ผู้อื่นและบริบท เพื่อนำไปสู่การรับรู้คุณค่าในตนเองมากขึ้น รับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้น และมีความสอดคล้องกลมกลืนในชีวิตมาก

ขึ้น เมื่อบุคคลมี 3 สิ่งนี้แล้ว จะสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ได้ในที่สุด ผู้บำบัดแนวซาเทียร์โมเดลมีองค์ประกอบสำคัญ 5 อย่าง (five essential elements) คือ (1) ผู้ให้การบำบัดใช้ตนเองเป็นเครื่องมือในการบำบัด (use of self) (2) การบำบัดมีเป้าหมายเชิงบวก (positive directional goal) (3) การบำบัดทำอย่างเป็นระบบ (systematic) ภายในภูเขาน้ำแข็งจิตใจ (iceberg) (4) ช่วยให้ผู้รับการบำบัดเกิดประสบการณ์ภายใน (experiential) และ (5) ช่วยให้ผู้รับการบำบัดมีการเปลี่ยนแปลงภายในตนเอง (change focused) ส่งผลให้บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงเชิงบวกที่ต่อเนื่องเพราะมีการเติบโตพัฒนาจากข้างในจิตใจ ดังนั้น แนวคิดพื้นฐานของ Satir model จึงมีความสอดคล้องกับมุมมองของศาสตร์ทางจิตเวชที่ระบุว่า ในสมองของผู้ที่เสพติดเกมออนไลน์มีลักษณะเช่นเดียวกับผู้ป่วยที่ติดสารเสพติด ซึ่งพฤติกรรมเสพติดเป็นรูปแบบหนึ่งของการเผชิญปัญหาข้างในจิตใจของบุคคล ได้แก่ ขาดการรับรู้คุณค่าในตนเอง ขาดความความสอดคล้องกลมกลืนในชีวิต มีความเศร้า มีอารมณ์ความรู้สึกทางลบ ไม่สมหวังหรือไม่ได้รับในสิ่งที่ต้องการ ดังนั้นการช่วยให้บุคคลที่มีพฤติกรรมเสพติดให้มีการรับรู้คุณค่าในตนเอง มีความสอดคล้องกลมกลืนในชีวิต มีความรับผิดชอบต่ออารมณ์ความรู้สึกของตนเอง และเป็นผู้เลือกที่ดีขึ้น จะสามารถช่วยให้บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงทั้งภายในและภายนอกได้ (นงพงา ลิ่มสุวรรณ และ นิดา ลิ่มสุวรรณ, 2555; Satir et al., 1991) การพัฒนาโปรแกรมบำบัดเด็กและวัยรุ่นที่ติดเกมออนไลน์ด้วยแนวคิดซาเทียร์โมเดล ประกอบด้วย 8-session

โดยเป็นการบำบัดรายบุคคล 5-session และการบำบัดครอบครัว 3-session ผู้วิจัยได้ใช้เทคนิค “process questions” ในการสื่อสารภายใต้หลัก five essential elements เพื่อช่วยผู้รับการบำบัดมีการปรับเปลี่ยนภายในภูเขาน้ำแข็งจิตใจ ได้แก่ สามารถเชื่อมโยงกับคุณสมบัติด้านบวกภายในตนเองได้ เพื่อนำมาสู่การใช้ศักยภาพของตนเองในการรับผิดชอบเติมเต็มอาหารใจหรือความปรารถนาที่แท้จริง ปรับลดความคาดหวังต่อผู้อื่น ปรับเปลี่ยนการรับรู้ความคิดความเชื่อที่ไม่สมเหตุผล และสามารถเผชิญกับเหตุการณ์ที่มากระทบจิตใจในวิธีที่แตกต่างจากเดิม จึงนำมาสู่การมีอารมณ์ความรู้สึกเชิงบวกมากขึ้น รับรู้คุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น รับผิดชอบต่อตนเองต่ออารมณ์ความรู้สึกของตนเองในทิศทางบวกได้มากขึ้น เป็นผู้เลือกที่ดีขึ้น และมีความสอดคล้องกลมกลืนในชีวิตมากขึ้น ส่งผลให้ลดพฤติกรรมติดเกม ลดอาการซึมเศร้า และมีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น

### วิธีดำเนินการวิจัย

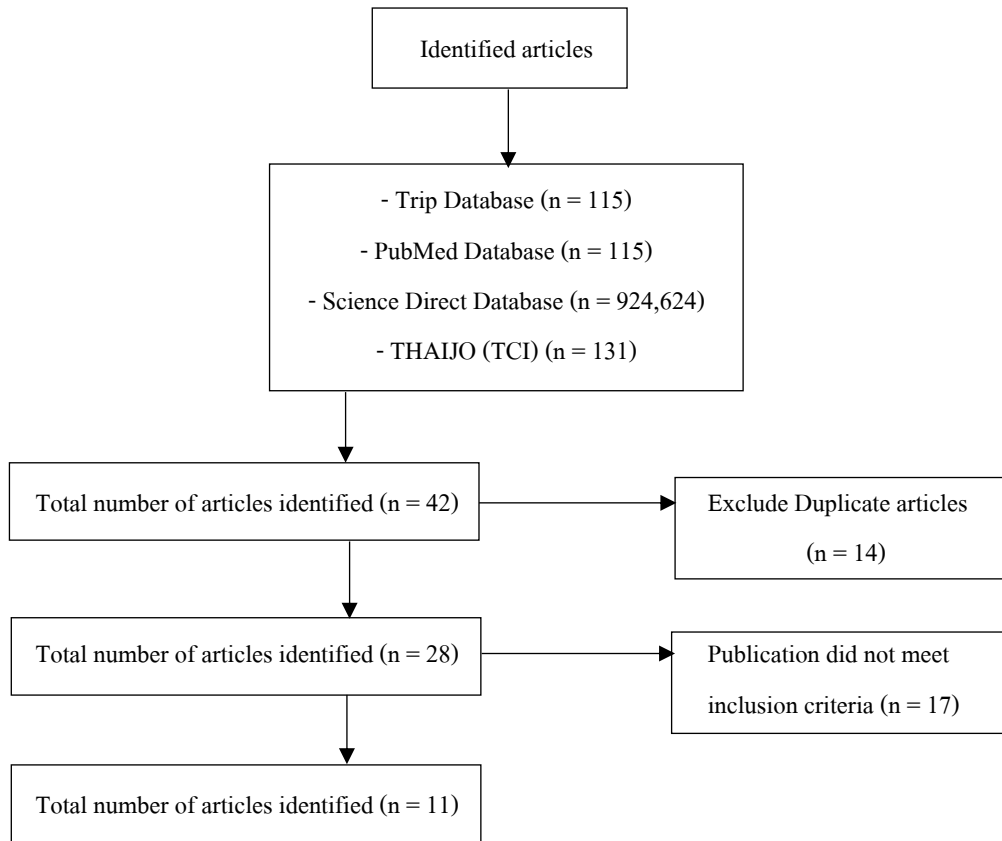
การวิจัยและพัฒนา (research and development design) ดำเนินการตั้งแต่ตุลาคม 2563 ถึงมกราคม 2565 ตามแนวคิดของ Plomp (1997) แบ่งเป็น 2 ระยะ (4 ขั้นตอน) คือ ระยะพัฒนาโปรแกรม และระยะทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรม ดังนี้

**1) ระยะพัฒนาโปรแกรม ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนคือ**

**ขั้นตอนที่ 1** การวิเคราะห์ปัญหา/ความต้องการใช้วิธีการวิเคราะห์บริบทการให้บริการของหน่วยงาน ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

**ภาพที่ 1** กรอบแนวคิดในการวิจัย

3) การสังเคราะห์องค์ความรู้ทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ หลักฐานทางวิชาการที่ทบทวนมี 28 การศึกษา ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกที่ตรงกับผลลัพธ์ทางคลินิกที่กำหนด มี 11 การศึกษา



ภาพที่ 2 รายงานผลการสืบค้น

คุณภาพของหลักฐานอยู่ในระดับ low (++) การบำบัดทางสังคมจิตใจเด็กและวัยรุ่นที่ติดเกมออนไลน์ที่เหมาะสมกับบริบทสังคมไทยนั้น อาจพิจารณาใช้รูปแบบ cognitive behavioral therapy (CBT) เพื่อให้ผลต่อการลดระดับความรุนแรงของการติดเกมออนไลน์ พิจารณาใช้ CBT ร่วมกับยา เพื่อลดอาการซึมเศร้าและวิตกกังวล พิจารณาใช้รูปแบบ family therapy เพื่อลดเวลาการเล่นเกมนออนไลน์ และพิจารณาใช้ parent management training for game addiction (PMT-G) ในหน่วยบริการที่มี

ทรัพยากรจำกัดและกรณีวัยรุ่นที่ติดเกมออนไลน์ไม่ได้รับการบำบัดรักษาโดยสมัครใจ เพื่อลดระดับความรุนแรงของการติดเกม และสรุปผลการศึกษาและให้คำแนะนำ ดังนี้ เด็กและวัยรุ่นที่ติดเกมออนไลน์ควรได้รับการบำบัดทางสังคมจิตใจในรูปแบบ CBT ร่วมกับการรักษาด้วยยา รูปแบบอื่นที่ควรพิจารณาคือ การบำบัดครอบครัว และการฝึกอบรมผู้ปกครองของเด็กและวัยรุ่นที่ติดเกม

จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบพบว่า ผลลัพธ์ทางคลินิกที่สำคัญ ได้แก่

พฤติกรรมติดเกมลดลง อาการซึมเศร้าลดลง อาการวิตกกังวลลดลง ระยะเวลาการเล่นเกมออนไลน์ลดลง และภาวะจิตสังคมดีขึ้น ผู้วิจัยจึงทบทวนผลลัพธ์ที่สำคัญของการบำบัดเด็กและวัยรุ่นติดเกมออนไลน์ในการศึกษารั้งนี้ เพื่อให้สอดคล้องกับบริบทประเทศไทยและทรัพยากรด้านเครื่องมือวัดผลลัพธ์ที่มีอยู่ในปัจจุบัน กำหนดผลลัพธ์เป็น 3 ด้านคือ พฤติกรรมติดเกมลดลง อาการซึมเศร้าลดลง และคุณภาพชีวิตดีขึ้น

ขั้นตอนที่ 2 การออกแบบโปรแกรม การบำบัดเด็กและวัยรุ่นที่ติดเกมออนไลน์

1) ออกแบบโปรแกรมการบำบัดเด็กและวัยรุ่นที่ติดเกมออนไลน์ ชนิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรมแบบออนไลน์ ในเดือนพฤศจิกายน 2563 โดยการทบทวนวรรณกรรม และการประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกับผู้เชี่ยวชาญด้านการบำบัดความคิดและพฤติกรรม ได้ร่างโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมแบบออนไลน์ ประกอบด้วย การบำบัดรายบุคคล 5 ครั้ง และการบำบัดรายครอบครัว 3 ครั้ง

2) ออกแบบโปรแกรมการบำบัดเด็กและวัยรุ่นที่ติดเกมออนไลน์ ชนิดการบำบัดแนวชาเทียร์โมเดลแบบออนไลน์ ในเดือนธันวาคม 2563 โดยการทบทวนวรรณกรรม และการประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกับผู้เชี่ยวชาญด้านการบำบัดแนวชาเทียร์โมเดล ได้ร่างโปรแกรมการบำบัดแนวชาเทียร์โมเดลแบบออนไลน์ ประกอบด้วย การบำบัดรายบุคคล 5 ครั้ง และการบำบัดรายครอบครัว 3 ครั้ง

ขั้นตอนที่ 3 การสร้างโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมแบบออนไลน์ และ

โปรแกรมการบำบัดแนวชาเทียร์โมเดลแบบออนไลน์

1) ใช้วิธีการประชุมเชิงปฏิบัติการโดยมีผู้เชี่ยวชาญด้านการบำบัดความคิดและพฤติกรรมจำนวน 2 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านการบำบัดแนวชาเทียร์โมเดลจำนวน 1 ท่าน ให้คำชี้แนะ ในเดือนมกราคม 2564

2) จัดการสัมมนาวิพากษ์คุณภาพโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมแบบออนไลน์ โดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านการบำบัดความคิดและพฤติกรรม วันที่ 5 กุมภาพันธ์ 2564 ภาคเช้า เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องของวัตถุประสงค์เนื้อหา วิธีดำเนินการบำบัด และการประเมินผล

3) จัดการสัมมนาวิพากษ์คุณภาพโปรแกรมการบำบัดแนวชาเทียร์โมเดลแบบออนไลน์ โดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านการบำบัดแนวชาเทียร์โมเดล วันที่ 5 กุมภาพันธ์ 2564 ภาคบ่าย เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องของวัตถุประสงค์เนื้อหา วิธีดำเนินการบำบัด และการประเมินผล

4) ปรับปรุงโปรแกรมทั้ง 2 แบบตามข้อเสนอแนะที่ได้รับจากการสัมมนา

5) ดำเนินการทดสอบความเหมาะสมของภาษาและความเป็นไปได้ในการนำมาใช้ โดยทีมวิจัย (4 คน) และทีมดำเนินการทดลองตามโปรแกรม (7 คน) ทดสอบจำนวน 2 ครั้ง คือ ครั้งที่ 1 ทดสอบกับทีมวิจัยและทีมดำเนินการทดลองตามโปรแกรมโดยจับคู่ผลัดเปลี่ยนกันระหว่าง 2 บทบาท คือเป็นผู้บำบัดตามโปรแกรมฯ และเป็นเด็ก/วัยรุ่นที่ติดเกมออนไลน์ วันที่ 17 มีนาคม 2564 ส่วนครั้งที่ 2 ทดสอบโปรแกรมฯ กับเด็ก/วัยรุ่นที่

คิดเกมออนไลน์ จำนวน 1 คน ต่อผู้บำบัด 1 คน ระหว่างเดือนมีนาคม - พฤษภาคม 2564

6) ปรับปรุงโปรแกรมให้เป็นฉบับสมบูรณ์ ตามประเด็นที่ได้จากการทดสอบความเหมาะสมของภาษาและความเป็นไปได้ในการนำโปรแกรมฯ มาใช้ได้แก่ ปรับการใช้คำ และประโยคปรับในงาน เพิ่มตัวอย่างการใช้คำพูด เพิ่มเนื้อหาในบางประเด็น และจัดทำคู่มือโปรแกรม ฉบับใช้ฝึกอบรม

7) ฝึกอบรมการใช้โปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรมแบบออนไลน์ วันที่ 23 มิถุนายน 2564 และฝึกอบรมการใช้โปรแกรมการบำบัดแนวชาเทียร์โมเดลแบบออนไลน์ วันที่ 24 มิถุนายน 2564

## 2) ระยะทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรม

ขั้นตอนที่ 4 การทดสอบโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมแบบออนไลน์ และโปรแกรมการบำบัดแนวชาเทียร์โมเดลแบบออนไลน์ ดำเนินการระหว่างกรกฎาคม ถึง พฤศจิกายน 2564 ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงทดลอง ชนิด 3 กลุ่ม และมีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง (Three arms randomized controlled trial) อาสาสมัครรับรู้ว่าตนเองเข้าร่วมกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดแนวชาเทียร์โมเดล และกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติโดยการให้สุขภาพจิตศึกษาและการแก้ไขปัญหาตามบริการมาตรฐาน แต่ผู้รวบรวมข้อมูลไม่ทราบว่ากลุ่มตัวอย่างแต่ละคนอยู่ในกลุ่มใด

## ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ เด็กและวัยรุ่นที่ได้รับการวินิจฉัยคิดเกมออนไลน์ หรือเข้าเกณฑ์มีพฤติกรรมคิดเกมที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอกหรือแบบผู้ป่วยใน ณ สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ ในเดือนกรกฎาคมถึงพฤศจิกายน พ.ศ. 2564 พร้อมด้วยผู้ปกครองหรือบิดาหรือมารดา แพทย์ให้การรักษาด้วยยาคินิดโคชนิดหนึ่งและมีอาการคงที่โดยไม่ปรับยาคิดต่อกันอย่างน้อย 2 เดือน

กลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 2 ประเภท โดยมิเกณฑ์คัดเลือกเข้าและคัดออกจากโครงการ ดังนี้

ประเภทที่ 1 คือ เด็กและวัยรุ่นที่ได้รับการวินิจฉัยคิดเกมออนไลน์ หรือเข้าเกณฑ์มีปัญหาพฤติกรรมคิดเกม ตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าโครงการ (inclusion criteria) ดังนี้ (1) อายุระหว่าง 10 - 19 ปี ตามเกณฑ์อายุช่วงวัยรุ่นขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2020) (2) คะแนนจากแบบทดสอบการคิดเกม (Game Addiction Screening Test [GAST]) มีคะแนนตั้งแต่ 24 คะแนนขึ้นไปกรณีเพศชาย และมีคะแนนตั้งแต่ 16 คะแนนขึ้นไปกรณีเพศหญิง (3) คะแนนจากแบบประเมินอาการซึมเศร้าชนิด Patient Health Questionnaire for Adolescent (PHQ-A) เท่ากับ 5 - 9 คะแนน (ซึมเศร้าระดับเล็กน้อย) (4) แพทย์ให้การรักษาด้วยยากลุ่ม anti-depressant และ/หรือ anti-anxiety และ/หรือ anti-psychotic และ/หรือ benzodiazepine ชนิดใดชนิดหนึ่ง และมีอาการคงที่โดยไม่ปรับยาคิดต่อกันอย่างน้อย 2 เดือน (5) แพทย์มีแผนการรักษาให้รับการบำบัดทางสังคมจิตใจร่วมด้วย (6) ผู้ปกครองให้ความยินยอมเข้าร่วมโครงการ และ (7) สามารถเข้าร่วมโครงการบำบัดในรูปแบบออนไลน์ โดยใช้วิธีไลน์วิดีโอคอล

เกณฑ์การไม่รับอาสาสมัครเข้าโครงการ (exclusion criteria) ได้แก่ (1) มีอาการทางจิตอย่างใดอย่างหนึ่ง ได้แก่ หูแว่ว ประสาทหลอน หลงผิด คิดหมกมุ่นเรื่องทำร้ายตนเอง (2) ไม่มีสมรรถภาพในการสื่อสาร (3) มีประวัติใช้สารเสพติด (ยกเว้นบุหรี่หรือสุรา) ในช่วง 3 เดือน ก่อนเข้าร่วมโครงการ (4) มีความคิดฆ่าตัวตาย หรือมีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย และ (5) อยู่ระหว่างได้รับการบำบัดทางจิตใจจากผู้เชี่ยวชาญในรูปแบบอื่น ๆ

ประเภทที่ 2 คือ ครอบครัวของเด็กและวัยรุ่นในกลุ่มตัวอย่างประเภทที่ 1 ได้แก่ บิดา/มารดา/ผู้เลี้ยงดูจำนวน 2 คน หรือมากกว่า ตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าโครงการ (inclusion criteria) คือ อายุ 18 ปีขึ้นไป และสื่อสารภาษาไทยได้ กรณีเด็กอยู่ในกลุ่มได้รับโปรแกรม CBT บิดา/มารดา/ผู้เลี้ยงดูจะเข้าร่วมโปรแกรมจำนวน 3 ครั้ง คือ ครั้งที่ 1, 2, และ 7 กรณีเด็กอยู่ในกลุ่มได้รับโปรแกรม Satir model บิดา/มารดา/ผู้เลี้ยงดูจะเข้าร่วมโปรแกรมจำนวน 3 ครั้ง คือ ครั้งที่ 1, 4, และ 8 และสามารถเข้าร่วมโปรแกรมในรูปแบบออนไลน์ โดยใช้วีดิโอคอล ส่วนเกณฑ์การไม่รับอาสาสมัครเข้าโครงการ (exclusion criteria) ได้แก่ (1) มีอาการทางจิตอย่างใดอย่างหนึ่ง ได้แก่ หูแว่ว ประสาทหลอน หลงผิด คิดหมกมุ่นเรื่องทำร้ายตนเอง (2) มีประวัติใช้สารเสพติด (ยกเว้นบุหรี่หรือสุรา) ในช่วง 3 เดือน ก่อนเข้าร่วมโครงการ และ (3) เป็นผู้ที่มีความบกพร่องทางจิต เช่น intellectual disability (ID) หรือ severe autistic spectrum disorder

เกณฑ์การยุติการเข้าร่วมวิจัย คือ (1) มีอาการทางจิตอย่างใดอย่างหนึ่ง เช่น หูแว่ว หลงผิด

ประสาทหลอน และคิดหมกมุ่นเรื่องทำร้ายตนเอง (2) ใช้สารเสพติด ยกเว้นบุหรี่หรือสุรา (3) มีการติดเชื้อโรคติดต่อชนิดร้ายแรงหรือต้องเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลระหว่างดำเนินการทดลอง (4) ระหว่างดำเนินการทดลอง แพทย์ได้เพิ่มยา anti-depressant หรือ anti-anxiety หรือ anti-psychotic หรือยากลุ่ม Benzodiazepine ชนิดใดชนิดหนึ่งซึ่งอาจมีผลต่อ internal validity ในการศึกษาครั้งนี้

ขนาดตัวอย่างของเด็กและวัยรุ่นที่ติดเกมออนไลน์ อ้างอิงจากขนาดอิทธิพลของโปรแกรม CBT 8-session ในผลการศึกษาของ Wolfling et al. (2019) ที่ให้ผลต่อระดับการติดเกมลดลงมากถึง 10 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่ม wait-list control ( $n = 71$ ) (Odd Ratio = 10.10; 95% CI: 3.69 - 27.65) โดย effect size ของโปรแกรม CBT 8-session ในการลดอาการซึมเศร้า เท่ากับ 1.19 ซึ่งอยู่ในระดับสูง หรือจัดเป็น “large effect” (Rhea, 2004) การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยคำนวณหาขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยการกำหนดอำนาจการทดสอบ (power) เท่ากับ .80 ระดับนัยสำคัญที่ .05 และกำหนดขนาดของอิทธิพล (effect size) ที่ .80 เมื่อนำมาเปิดตารางได้ขนาดตัวอย่างกลุ่มละ 25 คน (Burn & Grove, 2005) คือ กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (CBT) 25 ราย กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดแนวซาเทียร์ โมเดล (Satir model) 25 คน และกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ (TAU) ด้วยการให้สุขภาพจิตศึกษาร่วมกับแก้ปัญหา 25 คน

ผู้เข้าร่วมวิจัยที่มีคุณลักษณะตามเกณฑ์ที่กำหนด จะได้รับ paired-matching ในด้านเพศ อายุ และจำนวนครั้งที่เข้ารับการบำบัดรักษา จากนั้นจะ

ถูกสุ่ม (random assignment) เข้ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรม CBT หรือกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม Satir model หรือกลุ่มที่ได้รับ TAU โดยใช้เทคนิคการจับสลาก

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** แบ่งเป็น 2 ประเภท

1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม โปรแกรมการบำบัดแนวซาเทียร์โมเดล และการดูแลแบบปกติโดยการให้สุขภาพจิตศึกษา ร่วมกับการแก้ปัญหา

โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม จำนวน 2 ครั้งต่อสัปดาห์ รวมทั้งหมด 8 ครั้ง แบ่งเป็นการบำบัดแบบรายบุคคล 5 ครั้ง (ครั้งที่ 3, 4, 5, 6, 8) และแบบรายครอบครัว 3 ครั้ง (ครั้งที่ 1, 2, 7) ในรูปแบบออนไลน์ โดยใช้วิธีไลน์วิดีโอคอล ใช้เวลาการบำบัดครั้งละ 60 นาที เนื้อหาของโปรแกรม ประกอบด้วย

ครั้งที่ 1 การประเมินแรงจูงใจของเด็กและครอบครัว การให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว และการทำความเข้าใจสิ่งแวดล้อมในครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับการติดเกมออนไลน์ของเด็ก

ครั้งที่ 2 การตั้งเป้าหมายของการบำบัด ร่วมกับเด็กหรือวัยรุ่นและครอบครัว การทำ case formulation ด้วยวิธีภาคตัดขวาง 5 parts: level 1 และการทำบันทึกตารางกิจกรรมประจำวัน

ครั้งที่ 3 การสำรวจ 5 parts: level 2 และมอบหมายการบ้าน

ครั้งที่ 4 การค้นหา hot thought และมอบหมายการบ้าน

ครั้งที่ 5 การประเมินความคิดอัตโนมัติ และมอบหมายการบ้าน

ครั้งที่ 6 การปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติ ทางลบของเด็กและวัยรุ่นที่ติดเกมออนไลน์

ครั้งที่ 7 การปรับเปลี่ยนความคิด ผู้ปกครองของเด็กและวัยรุ่นที่ติดเกมออนไลน์

ครั้งที่ 8 การสรุปการเรียนรู้และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น และสิ้นสุดการบำบัด

โปรแกรมการบำบัดแนวซาเทียร์โมเดล จำนวน 2 ครั้งต่อสัปดาห์ รวมทั้งหมด 8 ครั้ง แบ่งเป็น การบำบัดแบบรายบุคคล 5 ครั้ง (ครั้งที่ 2, 3, 5, 6, 7) และแบบรายครอบครัว 3 ครั้ง (ครั้งที่ 1, 4, 8) ในรูปแบบออนไลน์ โดยใช้วิธีไลน์วิดีโอคอล ใช้เวลาการบำบัดครั้งละ 60 นาที เนื้อหาของโปรแกรม ประกอบด้วย

ครั้งที่ 1 การเข้าใจปัญหาเชิงระบบและปรับลดความคาดหวัง

ครั้งที่ 2 การสำรวจ family of origin

ครั้งที่ 3 การรู้จักและเข้าใจตนเองพร้อมกับเชื่อมโยงคุณสมบัติด้านบวกภายในตนเอง

ครั้งที่ 4 การจัดการความสัมพันธ์ให้สมดุล

ครั้งที่ 5 การสำรวจพฤติกรรมการปรับตัว เพื่อให้มีชีวิตรอด

ครั้งที่ 6 การสำรวจปัจจัยที่ทำให้ไม่สามารถลดการเล่นเกมนออนไลน์ และเปลี่ยนแปลงผลกระทบของปัจจัยให้เป็นพลังบวก

ครั้งที่ 7 การสร้างทางเลือกใหม่ที่ลงตัวมากขึ้น

ครั้งที่ 8 การแลกเปลี่ยนเรียนรู้การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น และสิ้นสุดการบำบัด

การให้สุขภาพจิตศึกษา ร่วมกับการแก้ปัญหา จำนวน 1 ครั้งต่อสัปดาห์ รวมทั้งหมด 4 ครั้ง เป็น

บริการแบบรายบุคคลโดยครอบครัวมีส่วนร่วม โดยครั้งที่ 1 บำบัดแบบออนไลน์ในวันที่มารับ บริการแผนกผู้ป่วยนอก ส่วนครั้งที่ 2, 3 และ 4 บำบัดในรูปแบบออนไลน์ โดยใช้วิธีไลน์วิดีโอคอล ใช้เวลาการบำบัดครั้งละ 30 - 45 นาที เนื้อหาทั้ง 4 ครั้ง ประกอบด้วย การให้ความรู้ แนะนำเกี่ยวกับการแบ่งเวลา การเพิ่มกิจกรรมอื่น ๆ ในชีวิตประจำวัน การทำกิจกรรมอื่น ๆ ร่วมกันของสมาชิกใน ครอบครัว และการฝึกวินัยในชีวิตประจำวันของเด็กเพื่อลดเวลาในการเล่นเกมส์ และการแก้ปัญหา หมายเหตุ กลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่ม จะได้รับแผ่นพับ ความรู้เรื่องเด็กติดเกม (ชุดเดียวกัน) ในการเข้าร่วม โปรแกรมครั้งที่ 1

## 2) เครื่องมือรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1) แบบทดสอบการติดเกม (Game Addiction Screening Test [GAST]) สร้าง ขึ้นโดยชาญวิทย์ พรนภดล และคณะ (2557) มี จำนวน 16 ข้อคำถาม เป็นแบบมาตราส่วนประมาณ ค่า มีตัวเลือก 4 ระดับ คือ ใช่เลย (3) น่าจะใช่ (2) ไม่น่าใช่ (1) และ ไม่ใช่เลย (0)

การแปลผลสำหรับเพศชาย คะแนน < 24 หมายถึงไม่มีปัญหาในการเล่นเกมน คะแนน 24 - 32 หมายถึงคลั่งไคล้ (เริ่มมีปัญหาในการเล่นเกมน) คะแนน  $\geq 33$  หมายถึงติดเกม (มีปัญหาในการเล่นเกมนมาก)

การแปลผลสำหรับเพศหญิง คะแนน < 16 หมายถึงไม่มีปัญหาในการเล่นเกมน คะแนน 16 - 22 หมายถึงคลั่งไคล้ (เริ่มมีปัญหาในการเล่นเกมน) คะแนน  $\geq 23$  หมายถึงติดเกม (มีปัญหาในการเล่นเกมนมาก)

ผู้วิจัยทดสอบคุณภาพของแบบวัด GAST โดยการหาความสอดคล้องภายใน (internal consistency reliability) ในเด็กและวัยรุ่น จำนวน 15 คน ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.81

## 2.2) แบบประเมินอาการซึมเศร้า

ชนิด Patient Health Questionnaire for Adolescent (PHQ-A) สำหรับเด็กและวัยรุ่น อายุ 11 - 20 ปี ฉบับภาษาไทย แปลและทดสอบคุณภาพโดย Panyawong et al., (2020) มีจำนวน 9 ข้อคำถาม เป็นแบบมาตรา ส่วนประมาณค่า มีตัวเลือก 4 ระดับ คือ ไม่มีเลย (0) มีบางวัน (1) มีมากกว่า 7 วัน (2) มีแทบทุกวัน (3) คะแนน 0 - 4 หมายถึง มีอาการซึมเศร้าระดับน้อยมากหรือไม่มีเลย คะแนน 5 - 9 หมายถึง มีอาการซึมเศร้าระดับเล็กน้อย คะแนน 10 - 14 หมายถึง มีอาการซึมเศร้าระดับปานกลาง คะแนน 15 - 19 หมายถึงมีอาการซึมเศร้าระดับค่อนข้างรุนแรง คะแนน 20 - 27 หมายถึง มีอาการซึมเศร้าระดับรุนแรง ผู้วิจัยหาความสอดคล้องภายใน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.78

## 2.3) แบบสอบถามคุณภาพชีวิต

ชนิด EQ-5D-5L ฉบับภาษาไทย (Thavorncharoensap, 2014) ส่วนแรกประกอบด้วยมิติทางสุขภาพ 5 ด้าน ได้แก่ การเคลื่อนไหว การดูแลตนเอง กิจกรรมที่ทำเป็นประจำ อาการเจ็บปวด/อาการไม่สบายตัว และความวิตกกังวล/ความซึมเศร้า รวมมี 5 ข้อคำถาม เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า มีตัวเลือก 5 ระดับ คือ 1 หมายถึงไม่มีปัญหา 2 หมายถึงมีปัญหาเล็กน้อย 3 หมายถึงมีปัญหาปานกลาง 4 หมายถึงมี

ปัญหา 5 หมายถึงไม่สามารถทำกิจกรรมนั้นได้ หรือมีปัญหามากที่สุด คำตอบที่ได้จะนำมาวิเคราะห์ค่าอรรถประโยชน์ (utility) ซึ่งเป็นค่าที่แสดงถึงความพึงพอใจของบุคคลต่อสภาวะสุขภาพของตนเอง มีค่าตั้งแต่ -1 ถึง 1 โดย 1 หมายถึงสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ที่สุด และ 0 หมายถึงสุขภาพที่แย่ที่สุดหรือเสียชีวิต ส่วนค่าอรรถประโยชน์ที่คิดลบหมายถึง สภาวะที่แย่กว่าตาย วิธีการคำนวณคะแนนอรรถประโยชน์คือนำสภาวะสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ (ซึ่งมีค่าอรรถประโยชน์เท่ากับ 1) หักลบด้วยค่าสัมประสิทธิ์ของแต่ละมิติทางสุขภาพทั้ง 5 ด้าน โดยค่าสัมประสิทธิ์ของแต่ละมิติทางสุขภาพทั้ง 5 ด้าน หมายถึงค่าอรรถประโยชน์ที่สูญเสียไปจากการมีสภาวะสุขภาพที่ไม่สมบูรณ์ ค่าสัมประสิทธิ์สำหรับคำนวณคะแนนอรรถประโยชน์ของแบบสอบถาม EQ-5D-5L ได้กำหนดไว้ในตารางหน้า 3 ของแบบสอบถาม ส่วนที่สองเป็นแบบประเมินภาวะสุขภาพทางตรง หรือ Visual Analog Scale (VAS) มีลักษณะเป็นคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 100 โดย 100 หมายถึงสุขภาพดีที่สุด และ 0 หมายถึงสุขภาพแย่ที่สุด คำตอบที่ได้ในส่วนนี้สะท้อนถึงความรู้สึกของผู้ตอบแบบสอบถามที่มีต่อสภาวะสุขภาพตนเอง แต่ไม่ได้นำไปใช้ในการคำนวณคะแนนอรรถประโยชน์

2.4) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง มีจำนวน 9 ข้อคำถาม ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา สัญชาติ อาชีพ โรคประจำตัว ประวัติการได้รับอุบัติเหตุทางสมอง ประวัติการใช้สารเสพติด และครั้งที่มารับบริการ

รายละเอียดจำนวนอาสาสมัครในขั้นตอน

การสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ขั้นตอนการติดตาม และขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูล แสดงในภาพที่ 3 (The Consolidated Standards of Reporting Trials [CONSORT])

### วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนด้านสุขภาพจิตและจิตเวช กรมสุขภาพจิต ตามเอกสารเลขที่หนังสือรับรอง DMH.IRB.CO.A 013/2564 ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนการทดลองดังนี้ (1) ให้ผู้ช่วยนักวิจัยที่ไม่ได้เป็นผู้ให้บริการเด็กและผู้ปกครอง เป็นผู้เชิญชวนผู้รับบริการเข้าร่วมโครงการวิจัย (2) หัวหน้าโครงการวิจัยหรือทีมวิจัยให้คำชี้แจงข้อมูลสำหรับผู้รับบริการตามเอกสารคำชี้แจงข้อมูลสำหรับอาสาสมัคร (3) เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง (Baseline) (3) ทดลองตามโปรแกรม (3.1) กลุ่ม online CBT ครั้งที่ 1 เป็น family session เด็กและวัยรุ่นที่ติดเกมออนไลน์และผู้ปกครองได้รับการประเมินแรงจูงใจ ได้รับสุขภาพจิตศึกษา และได้เข้าใจเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมในครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับการติดเกมออนไลน์ของเด็ก ครั้งที่ 2 เป็น family session เด็กและวัยรุ่นที่ติดเกมออนไลน์และผู้ปกครองมีการตั้งเป้าหมายการบำบัด ผูกทำ case formulation (5-part: level I) และทำบันทึกตารางกิจกรรมประจำวัน ครั้งที่ 3 การสำรวจ 5-part: level II ครั้งที่ 4 ค้นหา hot thought และมอบการบ้าน ครั้งที่ 5 ประเมินความคิดอัตโนมัติทางลบ และมอบการบ้าน ครั้งที่ 6 ปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบ ครั้งที่ 7 เป็น family session ปรับเปลี่ยนความคิดทางลบของ

ผู้ปกครอง ครั้งที่ 8 สรุปการเรียนรู้และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น (3.2) กลุ่ม online STST ครั้งที่ 1 เป็น family session เด็กและวัยรุ่นที่ติดเกมออนไลน์และผู้ปกครองได้ทำความเข้าใจปัญหาเชิงระบบและปรับลดความคาดหวัง ครั้งที่ 2 สํารวจ family of origin ครั้งที่ 3 ฝึกประสบการณ์การเรียนรู้จักและเข้าใจตนเอง และเชื่อมโยงกับคุณสมบัติด้านบวกภายในตนเอง ครั้งที่ 4 เป็น family session เด็กและวัยรุ่นที่ติดเกมออนไลน์และผู้ปกครองได้ฝึกประสบการณ์การจัดการความสัมพันธ์ให้สมดุล ครั้งที่ 5 สํารวจพฤติกรรมการปรับตัวเพื่อให้มีชีวิตรอด ครั้งที่ 6 สํารวจปัจจัยที่ทำให้ไม่สามารถลดการเล่นเกมฯ ได้ และเปลี่ยนแปลงผลกระทบของปัจจัยให้เป็นพลังบวก ครั้งที่ 7 สร้างทางเลือกใหม่ที่ตั้งตัวมากขึ้น ครั้งที่ 8 เป็น family session เด็กและวัยรุ่นที่ติดเกมออนไลน์และผู้ปกครองแลกเปลี่ยนเรียนรู้การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น (3.3) กลุ่ม online TAU ครั้งที่ 1 เด็กและวัยรุ่นที่ติดเกมออนไลน์และผู้ปกครองได้รับความรู้คำแนะนำเกี่ยวกับการแบ่งเวลา การเพิ่มกิจกรรมอื่นๆในชีวิตประจำวัน การทำกิจกรรมอื่น ๆ ร่วมกันของสมาชิกในครอบครัว การฝึกวินัยในชีวิตประจำวันของเด็ก และการพูดคุยเพื่อแก้ปัญหาที่นำมาปรึกษา ครั้งที่ 2 ครั้งที่ 3 และครั้งที่ 4 ได้รับความรู้คำแนะนำที่เกี่ยวข้อง และพูดคุยเพื่อแก้ปัญหาที่นำมาปรึกษา และทั้งสามกลุ่มจะได้รับแผ่นพับความรู้เกี่ยวกับเด็กติดเกม (4) ประเมินผลโปรแกรมที่หลังสิ้นสุดโปรแกรม และ (5) การติดตามที่เดือน 3 โดยผู้ช่วยนักวิจัยซึ่งไม่ทราบว่าคุณสมบัติตัวอย่างอยู่ในกลุ่มใด (single blind: blind assessor) ใช้วิธีสอบถามทางโทรศัพท์ตาม

แบบสอบถาม

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติพรรณนา, t-test, Chi-square Test, Fisher's exact test, Kruskal Wallis test, One-way repeated-measured ANOVA เปรียบเทียบรายคู่ที่แตกต่างกันด้วยการทดสอบ Post-Hoc test ด้วย Bonferroni adjustment, In-dependent t-test, Two-way ANOVA with repeated-measures, Friedman test, Mann-Whitney U test, และ Wilcoxon signed rank test

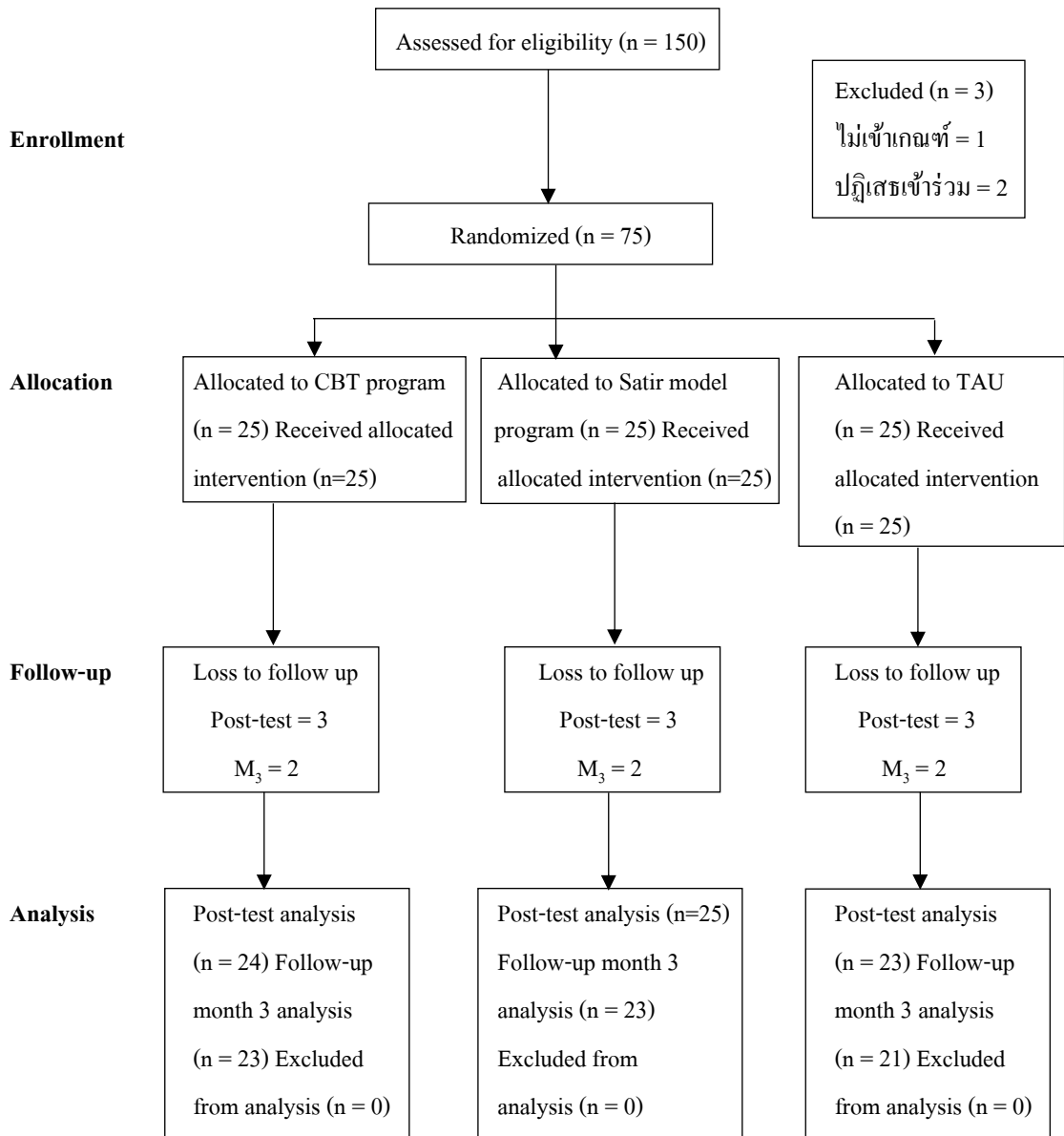
ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ intention to treat กรณีมีการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างในการติดตามเดือนที่ 3 โดยการแทนค่าตัวแปรที่การวัด post-test ของคนที่ Drop out ในการติดตามเดือนที่ 3 มารวมวิเคราะห์ด้วย

### การพิทักษ์สิทธิ์

ผู้วิจัยได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ขั้นตอนในการเก็บข้อมูล และขั้นตอนการเข้าร่วมโปรแกรมให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจ กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ในการตัดสินใจที่จะเข้าร่วมหรือไม่ เข้าร่วมในโครงการวิจัย และมีสิทธิ์ที่จะขอถอนตัวจากการเข้าร่วมในการวิจัยเมื่อใดก็ได้โดยไม่มีผลกระทบต่อการรับบริการทั้งของเด็กและของผู้ปกครอง ทั้งนี้ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะถูกเก็บเป็นความลับ ผลการวิจัยจะรายงานข้อมูลในภาพรวม และให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมด้วยความสมัครใจ

### ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 67 คน ส่วนใหญ่



ภาพที่ 3 The Consolidated Standards of Reporting Trials (CONSORT)

เป็นเพศชาย (ร้อยละ 74.60) อายุเฉลี่ย 12 ปี เรียน  
ชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 52.20) สัญชาติไทย (ร้อยละ  
98.50) อาชีพนักเรียน (ร้อยละ 98.50) ไม่มีโรค  
ประจำตัว (ร้อยละ 85.10) ไม่เคยได้รับอุบัติเหตุทาง

สมอง (ร้อยละ 94.00) ไม่มีประวัติการใช้สารเสพติด  
(ร้อยละ 100.00) และมารับบริการมากกว่า 1 ครั้ง  
(ร้อยละ 61.20) (ตารางที่ 1)

กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็นกลุ่มทดลองสองกลุ่ม

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 67)

| ข้อมูลทั่วไป        | กลุ่มตัวอย่าง จำนวน (ร้อยละ)     |                 |                         |                 | p-value            |
|---------------------|----------------------------------|-----------------|-------------------------|-----------------|--------------------|
|                     | ภาพรวม<br>(ร้อยละ)               | CBT<br>(n = 22) | Satir model<br>(n = 24) | TAU<br>(n = 21) |                    |
| เพศ                 |                                  |                 |                         |                 | .865 <sup>c</sup>  |
| ชาย                 | 50 (74.60)                       | 17 (77.30)      | 17 (70.80)              | 16 (76.20)      |                    |
| หญิง                | 17 (25.40)                       | 5 (22.70)       | 7 (29.20)               | 5 (23.80)       |                    |
| อายุ                | Mean = 12.37 ปี                  | 12 (11-14)      | 12 (11-14)              | 12 (11-14)      | .931 <sup>k</sup>  |
| Median (IQR)        | (SD = 1.5)<br>Min = 10, Max = 16 |                 |                         |                 |                    |
| การศึกษา            |                                  |                 |                         |                 | .385 <sup>f</sup>  |
| ประถมศึกษา          | 35 (52.20)                       | 10 (45.50)      | 15 (62.50)              | 10 (47.60)      |                    |
| มัธยมศึกษา          | 31 (46.30)                       | 12 (54.50)      | 8 (33.30)               | 11 (52.40)      |                    |
| อื่นๆ               | 1 (1.50)                         | 0 (0.00)        | 1 (4.20)                | 0 (0.00)        |                    |
| สัญชาติ             |                                  |                 |                         |                 | 1.000 <sup>f</sup> |
| ไทย                 | 66 (98.50)                       | 22 (100.00)     | 23 (95.80)              | 21 (100.00)     |                    |
| ไทยจีน              | 1 (1.50)                         | 0 (0.00)        | 1 (4.20)                | 0 (0.00)        |                    |
| อาชีพ               |                                  |                 |                         |                 | .385 <sup>f</sup>  |
| นักเรียน            | 66 (98.50)                       | 22 (100.00)     | 23 (95.80)              | 21 (100.00)     |                    |
| อื่นๆ (ไม่ได้เรียน) | 1 (1.50)                         | 0 (0.00)        | 1 (4.20)                | 0 (0.00)        |                    |
| หนังสือแล้ว)        |                                  |                 |                         |                 |                    |
| โรคประจำตัว         |                                  |                 |                         |                 | .318 <sup>f</sup>  |
| ไม่มี               | 57 (85.10)                       | 18 (81.80)      | 19 (79.20)              | 20 (95.20)      |                    |
| มี                  | 10 (14.90)                       | 4 (18.20)       | 5 (20.80)               | 1 (4.80)        |                    |
| ประวัติการได้รับ    |                                  |                 |                         |                 |                    |
| อุบัติเหตุทางสมอง   |                                  |                 |                         |                 | 1.000 <sup>f</sup> |
| ไม่มี               | 63 (94.00)                       | 21 (95.50)      | 22 (91.70)              | 20 (95.20)      |                    |
| มี                  | 4 (6.00)                         | 1 (4.50)        | 2 (8.30)                | 1 (4.80)        |                    |
| ประวัติการใช้       |                                  |                 |                         |                 |                    |
| สารเสพติด           |                                  |                 |                         |                 | NA                 |
| ไม่มี               | 67 (100.00)                      | 22 (100.00)     | 24 (100.00)             | 21 (100.00)     |                    |
| ครั้งที่มารับบริการ |                                  |                 |                         |                 | .229 <sup>f</sup>  |
| ครั้งที่ 1          | 26 (38.80)                       | 9 (40.90)       | 11 (45.80)              | 6 (28.60)       |                    |
| มากกว่า 1 ครั้ง     | 41 (61.20)                       | 13 (59.10)      | 13 (54.20)              | 15 (71.40)      |                    |

\*p &lt; .05, c = Chi-square test, f = fisher's exact test, k = Kruskal Wallis test, NA = not available

คือ กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม 22 คน และกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดแนวชาเทียร์โมเดล 24 คน และกลุ่มควบคุมคือกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติซึ่งเป็นการให้สุขภาพจิตศึกษา ร่วมกับการแก้ปัญหา 21 คน โดยทั้ง 3 กลุ่มไม่มีความแตกต่างกันในด้านเพศ อายุ ระดับชั้นเรียน สัญชาติ อาชีพ โรคประจำตัว ประวัติอุบัติเหตุทางสมอง ประวัติการใช้สารเสพติด และจำนวนครั้งที่มารับบริการ (ตารางที่ 1) นอกจากนี้ทั้ง 3 กลุ่มไม่มีความแตกต่างกันในด้านพฤติกรรม ดิเคม อาการซึมเศร้า และคุณภาพชีวิต ก่อนการทดลอง ซึ่งแสดงถึงการมีความเท่าเทียมกันก่อนดำเนินการทดลอง ในด้านปัจจัยส่วนบุคคลและตัวแปรตามที่ต้องการศึกษา

**พฤติกรรมดิกเกมของเด็กและวัยรุ่นที่ติดเกมออนไลน์** ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรม CBT แบบออนไลน์ และที่การติดตามเดือน 3 พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) และพฤติกรรมดิกเกมของเด็กและวัยรุ่นที่ติดเกมออนไลน์ ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรม Satir model แบบออนไลน์ และที่การติดตามเดือน 3 พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) (ตารางที่ 2)

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมดิกเกมระหว่าง 3 กลุ่ม ในช่วง (time) ที่ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และที่การติดตามเดือน 3 (time\*group) พบว่าไม่มีอิทธิพลร่วมกัน ( $p = .889$ ) เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบ

**ตารางที่ 2** เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมดิกเกมจากแบบวัด GAST จำแนกตามกลุ่มที่ Baseline, post-test และ follow-up M3

| แหล่งความแปรปรวน         | SS      | df | MS      | F       | p-value           |
|--------------------------|---------|----|---------|---------|-------------------|
| <b>กลุ่ม CBT</b>         |         |    |         |         |                   |
| ความแปรปรวนระหว่างกลุ่ม  | 1970.55 | 2  | 985.27  | 16.73** | .000 <sup>A</sup> |
| ความแปรปรวนภายในกลุ่ม    | 2474.12 | 42 | 58.91   |         |                   |
| รวม                      | 4444.67 | 44 |         |         |                   |
| <b>กลุ่ม Satir model</b> |         |    |         |         |                   |
| ความแปรปรวนระหว่างกลุ่ม  | 2541.86 | 2  | 1270.93 | 24.95** | .000 <sup>A</sup> |
| ความแปรปรวนภายในกลุ่ม    | 2343.47 | 46 | 50.95   |         |                   |
| รวม                      | 4885.33 | 48 |         |         |                   |
| <b>กลุ่ม TAU</b>         |         |    |         |         |                   |
| ความแปรปรวนระหว่างกลุ่ม  | 2679.24 | 2  | 1339.62 | 21.34** | .000 <sup>A</sup> |
| ความแปรปรวนภายในกลุ่ม    | 2511.43 | 40 | 62.79   |         |                   |
| รวม                      | 5190.67 | 42 |         |         |                   |

\*\* $p < .001$ , SS = Sum of Square, MS=Mean Square, A = วิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (one-way repeated-measures ANOVA)

**ตารางที่ 3** เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมดึกเกมโดยรวมระหว่างกลุ่ม CBT, กลุ่ม Satir, และกลุ่ม TAU ที่ Baseline, Post-test และ Follow up M3

| คะแนน GAST      | SS      | df  | MS      | F       | p-value |
|-----------------|---------|-----|---------|---------|---------|
| Time            | 7126.10 | 2   | 3563.05 | 62.23** | .000    |
| Time*group      | 64.71   | 4   | 16.18   | .28     | .889    |
| group           | 17.906  | 2   | 8.953   | .065    | .938    |
| ความคลาดเคลื่อน | 7329.02 | 128 | 57.26   |         |         |

\*\* $p < .001$ , SS = Sum of Square, MS = Mean Square (Two-way ANOVA with repeated measures)

**ตารางที่ 4** เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนอรรถประโยชน์ (utility) ของคุณภาพชีวิตจากแบบประเมิน EQ-5D-5L จำแนกตามกลุ่มและรวมทั้ง 3 กลุ่ม ที่ Baseline และ follow-up M3

| กลุ่ม                | Time                                          |                                              | p-value           |
|----------------------|-----------------------------------------------|----------------------------------------------|-------------------|
|                      | Baseline EQ-5D-5L (Utility)                   | Follow-up <sub>M3</sub> EQ-5D-5L (Utility)   |                   |
|                      | Mean (SD)                                     | Mean (SD)                                    |                   |
| CBT (n = 22)         | 0.94 (0.88-1.00) <sup>b</sup><br>4.88 (17.68) | 0.94 (0.91-1.00) <sup>b</sup><br>0.92 (0.09) | .938 <sup>w</sup> |
| Satir model (n = 24) | 0.88 (0.79-0.94) <sup>b</sup><br>0.85 (0.14)  | 0.91 (0.80-1.00) <sup>b</sup><br>0.89 (0.14) | .295 <sup>w</sup> |
| TAU (n = 21)         | 0.94 (0.28-1.00) <sup>b</sup><br>0.93 (0.09)  | 0.94 (0.88-1.00) <sup>b</sup><br>0.93 (0.08) | .593 <sup>w</sup> |
| รวม 3 กลุ่ม (n = 67) | 0.94 (0.87-1.00) <sup>b</sup><br>2.22 (10.21) | 0.94 (0.88-1.00) <sup>b</sup><br>0.91 (0.11) | .674 <sup>w</sup> |

\* $p < .05$ , b = Median (IQR), w = Wilcoxon Signed Ranks Test

ช่วงเวลา (time) พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) และเมื่อทดสอบความแตกต่างของพฤติกรรมดึกเกมระหว่างกลุ่ม CBT กลุ่ม Satir model และกลุ่ม TAU (group) พบว่าไม่แตกต่างกัน ( $p = .938$ ) (ตารางที่ 3)

**อาการซึมเศร้าของเด็กและวัยรุ่นที่ติดเกม**

**ออนไลน์**

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้า ณ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และที่การติดตามเดือน 3 ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม CBT แบบออนไลน์ พบว่าไม่มีความแตกต่างกันในทางสถิติ ( $p = .387$ )

แต่คะแนนเฉลี่ยระหว่างการวัด 3 ครั้ง พบมีค่าลดลงจาก 6.14 คะแนน ลดเหลือ 5.50 คะแนน และ 5.14 คะแนน ตามลำดับ เช่นเดียวกับในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมบำบัดแนว Satir model แบบออนไลน์ ที่ไม่มีความแตกต่างกันในทางสถิติ ( $p = .257$ ) แต่คะแนนเฉลี่ยระหว่างการวัด 3 ครั้ง พบมีค่าลดลงจาก 9.42 คะแนน เหลือ 6.63 และ 5.75 คะแนน ตามลำดับ ส่วนในกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ (TAU) พบว่าอาการซึมเศร้ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = .002$ ) โดยคะแนนเฉลี่ยระหว่างการวัด 3 ครั้ง เปลี่ยนแปลงจาก 5.52 คะแนน เป็น 6.10 และ 3.52 คะแนน ตามลำดับ และผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนซึมเศร้าระหว่าง 3 กลุ่ม ที่ก่อนและหลังการทดลองและที่การติดตามเดือน 3 พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ( $p = .020$ ) (ไม่ได้แสดงตาราง)

#### คุณภาพชีวิตของเด็กและวัยรุ่นที่ติดเกมออนไลน์

พบว่าผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าอรรถประโยชน์ (ค่าที่แสดงถึงความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างต่อสภาวะสุขภาพของตนเอง) ระหว่าง 3 กลุ่ม ระหว่างก่อนการทดลองและที่การติดตามเดือน 3 ไม่มีความแตกต่างกันในทางสถิติ ( $p = .674$ ) เมื่อจำแนกรายกลุ่มพบว่าค่าอรรถประโยชน์ระหว่างก่อนการทดลองและที่การติดตามเดือน 3 ของกลุ่ม CBT ( $p = .938$ ) กลุ่ม Satir model ( $p = .295$ ) และกลุ่ม TAU ( $p = .593$ ) ไม่แตกต่างกันในทางสถิติ แต่เมื่อพิจารณาการเปลี่ยนแปลงในทางคลินิกพบว่า กลุ่ม Satir model มีค่าอรรถประโยชน์เพิ่มขึ้นที่การติดตามเดือน 3 (0.91

[F/UM3]) vs 0.88 [Baseline]) ส่วนกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม CBT แบบออนไลน์ และกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ (TAU) มีค่าอรรถประโยชน์คงเดิม (0.94 vs 0.94, และ 0.94 vs 0.94 ตามลำดับ) (ตารางที่ 4)

#### การอภิปรายผล

ผลการศึกษาครั้งนี้คล้ายคลึงกับการศึกษาของคิม และคณะ (Kim et al., 2012) ที่พบว่าการบำบัดแบบ CBT จำนวน 8 ครั้ง ร่วมกับการใช้ยาในเด็กที่ติดเกมออนไลน์และมีโรคร่วมซึมเศร้า ช่วยลดความรุนแรงของการติดเกมออนไลน์ได้มากกว่ากลุ่มที่ได้รับยาเพียงอย่างเดียว และคล้ายคลึงกับการศึกษาของวูล์ฟลิงค์ และคณะ (Wolfling et al., 2019) ที่พบว่า เยาวชนในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม CBT จำนวน 8 ครั้ง มีระดับการติดเกมลดลงมากถึง 10 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่ม wait-list control อธิบายได้ว่า อาจเกี่ยวข้องกับการที่โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมแบบออนไลน์ มีทั้งการบำบัดแบบรายบุคคลและการบำบัดแบบรายครอบครัว เพื่อการทำความเข้าใจสิ่งแวดล้อมในครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับการติดเกมออนไลน์ของเด็ก และสร้างความตระหนักในการฝึกระเบียบวินัยให้แก่เด็ก การเปลี่ยนแปลงในครอบครัวจะช่วยให้เด็กมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเชิงลบได้ และครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการตั้งเป้าหมายของการบำบัด การสังเคราะห์ความเชื่อมโยงสัมพันธ์กันระหว่างเหตุการณ์ ความคิด พฤติกรรม ความรู้สึก และปฏิกิริยาทางร่างกายที่ไม่พึงประสงค์ (5 parts-level 1) และการวิเคราะห์กระบวนการที่ทำให้ปัญหา

การคิดเกมออนไลน์ยังคงดำเนินอยู่ผ่านการทำ case formulation ด้วย 5 part-level 1 จึงทำให้เด็กและวัยรุ่นที่ติดเกมออนไลน์และครอบครัวเกิดความเข้าใจและมีประสบการณ์จัดการแต่ละส่วนของ 5 parts ที่เป็นปัญหามาไปสู่การคิดเกมออนไลน์ของเด็กได้ นอกจากนี้ การได้ฝึกทำบันทึกตารางกิจกรรมประจำวันของตัวเอง จะช่วยให้เกิดการตรวจสอบกิจกรรมที่ตนเองทำ และผู้ปกครองได้รับการปรับเปลี่ยนความคิด ผ่านกระบวนการใช้คำถาม โขเครติค และทักษะการสื่อสารเชิงบวก และเด็กได้สำรวจ 5 part - level 2 ผ่านเหตุการณ์ในชีวิตประจำวันและเหตุการณ์ที่นำมาสู่การเล่นเกมที่ส่งผลให้มีการปรับเปลี่ยนความคิดความเชื่อที่ไม่เหมาะสมหรือบิดเบือนไปจากความเป็นจริงจากการที่เด็กตีความเหตุการณ์นั้น เพื่อนำมาสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเล่นเกมออนไลน์ เนื่องจากหลักการบำบัดแบบ CBT มุ่งปรับเปลี่ยนความคิดไม่เหมาะสมหรือความคิดที่บิดเบือนไปจากความเป็นจริง ให้เป็นความคิดที่สมเหตุสมผล เมื่อความคิดเปลี่ยน จะส่งผลให้อารมณ์ พฤติกรรม และตอบสนองต่อเหตุการณ์เปลี่ยนไปจากเดิม (Spiegler & Guevremont, 2003) รวมทั้งได้ฝึกการค้นหาความคิดที่มีผลต่ออารมณ์มากที่สุด (hot thought) เพื่อจัดการปรับแก้ก่อนความคิดอื่น มีแรงจูงใจที่จะปรับเปลี่ยนความคิดนั้นเพื่อลดระดับอารมณ์ที่รบกวนจิตใจ อีกทั้งได้ฝึกประเมินความคิดอัตโนมัติทางลบและการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบ ซึ่งเป็นกระบวนการเรียนรู้ที่ช่วยให้เด็กและวัยรุ่นที่ติดเกมออนไลน์ได้สังเกต ทดลอง ตรวจสอบความน่าเชื่อถือใน

ความคิดของตนเองจนเกิดเป็นพฤติกรรมใหม่ กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ จึงได้รับการจัดการความคิดความเชื่อที่ไม่เหมาะสม ซึ่งเป็น “core beliefs” ที่เป็นสาเหตุของการติดเกมออนไลน์ (King & Delfabbro, 2014) อย่างไรก็ตาม โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมแบบออนไลน์ ไม่มีผลในเชิงสถิติด้านการลดอาการซึมเศร้าและการเพิ่มคุณภาพชีวิตของเด็กและวัยรุ่นที่ติดเกมออนไลน์ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย อาจเกี่ยวข้องกับจำนวนครั้งของการบำบัด ซึ่งการศึกษานี้ให้การบำบัดแบบ CBT จำนวน 8 ครั้ง เมื่อเปรียบเทียบกับผลการศึกษาของ Alavi et al. (2021) ที่ให้การบำบัดแบบ CBT จำนวน 15 ครั้ง พบว่าช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของเด็กที่ติดอินเทอร์เน็ต ( $p < 0.05$ ) แต่เมื่อพิจารณาการเปลี่ยนแปลงทางคลินิกจะพบว่าคะแนนเฉลี่ยของอาการซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างมีแนวโน้มลดลงจาก 6.14 คะแนน เป็น 5.50 คะแนน และ 5.14 คะแนน ตามลำดับ อาจอธิบายได้ว่า อาการซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับ “ซึมเศร้าระดับเล็กน้อย” ตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา จึงอาจแสดงการเปลี่ยนแปลงของอาการซึมเศร้าได้ไม่มากในช่วงระยะเวลาที่ศึกษา

ผลการศึกษานี้จัดเป็นการศึกษาครั้งแรกที่นำแนวคิดซาเทียร์โมเดลมาใช้บำบัดเด็กและวัยรุ่นที่ติดเกมออนไลน์โดยหลักฐานทางวิชาการทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ พบมีการศึกษาที่คล้ายคลึงกับการศึกษาครั้งนี้เพียง 1 การศึกษา คือ การทดสอบประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการฝึกอบรมที่บูรณาการทฤษฎีการฝึกอบรมเชิงจิตวิทยาร่วมกับทฤษฎีการให้การปรึกษาตาม

รูปแบบของซาเทียร์ เพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางจิตในการป้องกันการติดเกมในวัยรุ่น โดยช่วยให้วัยรุ่นเห็นคุณค่าของตนเองมากขึ้น ตัดสินใจเลือกได้ดีขึ้น รับผิดชอบมากขึ้น และสอดคล้องลงตัวมากขึ้น และพบว่าคะแนนภูมิคุ้มกันทางจิตในการป้องกันการติดเกมในวัยรุ่นทั้งในภาพรวมและในรายด้านเพิ่มสูงขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม ( $p < .05$ ) (กันฐรัตน์ เหลืองอ่อน, 2563) สะท้อนให้เห็นว่าการบำบัดแนวซาเทียร์โมเดลให้ประสิทธิผลต่อการเปลี่ยนแปลงภายในจิตใจของผู้รับการบำบัด อธิบายได้ว่าการช่วยให้เด็กและวัยรุ่นที่ติดเกมออนไลน์รู้จักและเข้าใจตนเองพร้อมกับเชื่อมโยงคุณสมบัติด้านบวกภายในตนเอง ได้มีประสบการณ์เต็มเต็มอาหารใจได้ด้วยตนเอง ซึ่งจะเป็นต้นทุนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงตนเองได้สำเร็จ ในโปรแกรมการบำบัดฯ ได้ช่วยให้เรียนรู้วิธีการที่ไม่สามารถแก้ปัญหาได้อย่างแท้จริง เพราะเป็นเพียงการปกป้องตนเองให้อยู่ได้เท่านั้น การช่วยให้เขามีความสอดคล้องกลมกลืน (congruence) มากขึ้น จึงมีความสุขมากขึ้นตามลำดับ (นงพงา ลิ้มสุวรรณ และ นิดา ลิ้มสุวรรณ, 2555; Satir et al., 1991) อีกทั้งได้มีการสำรวจปัจจัยที่ทำให้ไม่สามารถลดการเล่นเกมออนไลน์ และเปลี่ยนแปลงผลกระทบของปัจจัยให้เป็นพลังบวกเพื่อไม่ต้องหลีกเลี่ยงปัญหาโดยการเล่นเกม รวมทั้งมีการสร้างทางเลือกใหม่ที่ตั้งตัวมากขึ้น ประกอบกับการที่ผู้ปกครองหรือครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงมุมมองการรับรู้ ความคาดหวัง และวิธีการสื่อสารกับเด็ก อาจเป็นแรงเสริมให้เด็กมีการเปลี่ยนแปลงในเชิงบวกอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาใน

ปี 2564 โดยกันฐรัตน์ เหลืองอ่อน และคณะ (2564) ที่พบว่าคุณลักษณะภูมิคุ้มกันทางจิตในการป้องกันการติดเกมในวัยรุ่นคือ ความภาคภูมิใจในตนเอง การควบคุมตนเอง กลวิธีการเผชิญปัญหา และความรู้เกี่ยวกับผลกระทบในการเล่นเกมน

กลุ่มที่ได้รับโปรแกรม CBT แบบออนไลน์ มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมติดเกม อาการซึมเศร้า และคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม Satir model แบบออนไลน์ เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย แสดงถึงประสิทธิผลของโปรแกรมที่มีแนวคิดพื้นฐานเชื่อว่า การทำให้ผู้ป่วยเข้าใจก่อนว่าความคิดนั้นบิดเบือนไปจากความเป็นจริง แล้วให้ประเมินและแก้ไขความคิดให้ถูกต้องอยู่ในโลกของความเป็นจริงได้ อาการเกี่ยวกับอารมณ์และพฤติกรรมของผู้ป่วยก็จะดี ความคิด อารมณ์ พฤติกรรม และร่างกายมีความสัมพันธ์กันอย่างเชื่อมโยงถึงกัน เมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงขององค์ประกอบใดองค์ประกอบหนึ่ง อาจส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงขององค์ประกอบอื่นอย่างทั่วถึงกัน (ฉัตร พิชัยรัตน์เสถียร และคณะ, 2556) การที่เด็กและวัยรุ่นที่ติดเกมออนไลน์ได้รับการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบ จึงส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ พฤติกรรม และร่างกาย ส่งผลให้มีพฤติกรรมติดเกมลดลง อาการซึมเศร้าลดลง และมีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น และแสดงถึงประสิทธิผลของโปรแกรมการบำบัดแนว Satir model ที่มีความเชื่อพื้นฐาน 3 ด้านเกี่ยวกับคน การปรับตัว และการเปลี่ยนแปลง (นงพงา ลิ้มสุวรรณ และ นิดา ลิ้มสุวรรณ, 2555; Satir et al., 1991) จึงเป็น โมเดลที่เน้นการเปลี่ยนแปลงภายในภูเขา

น้ำแข็งจิตใจ ที่ส่งผลให้บุคคลมีพฤติกรรมที่สร้างสรรค์และเป็นประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิต นำไปสู่การบรรลุเป้าหมายหลักของการบำบัดคือ รู้สึกตัวเองมีคุณค่ามากขึ้น ตัดสินใจเลือกได้รับผิดชอบต่อจิตใจของตนเอง และมีความสอดคล้องกลมกลืนมากขึ้น นอกจากนี้ ยังเป็นโปรแกรมที่ใช้องค์ประกอบสำคัญ 5 อย่าง (five essential elements) ส่งผลให้ผู้รับการบำบัดมีการเปลี่ยนแปลงเชิงบวกที่ต่อเนื่องเพราะมีการเติบโตพัฒนาจากข้างในจิตใจ (นงพงา ลีมสุวรรณ และ นิดา ลีมสุวรรณ, 2555; Satir et al., 1991) และมีการใช้แผนภูมิครอบครัว เพื่อให้ผู้รับการบำบัดเกิดการตระหนักและเข้าใจตนเอง เข้าใจคนอื่น ๆ ในครอบครัว โดยเฉพาะพ่อแม่และความเป็นมาของตนเอง เห็นความสัมพันธ์และความขัดแย้งที่มีต่อกัน และเห็นความเชื่อ/กฎ/กติกาที่ถ่ายทอดมาจากพ่อแม่ ซึ่งบางอย่างทำให้ชีวิตไม่ยืดหยุ่นหรือไม่มีความสุข และได้เห็นศักยภาพหรือสิ่งดีๆ ของตนเองและของครอบครัวเพื่อนำมาใช้ในการเชื่อมโยงกับพลังบวกของตนเองและเกิดการเปลี่ยนแปลงภายในตนเองได้ (นงพงา ลีมสุวรรณ และ นิดา ลีมสุวรรณ, 2555; Satir et al., 1991)

ผลการศึกษานี้ครั้งนี้อาจเกี่ยวข้องกับรูปแบบการบำบัดทั้ง 2 โปรแกรมที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน ได้แก่ (1) การช่วยให้ผู้รับการบำบัดมีการเปลี่ยนแปลงด้านความคิด การรับรู้ ความเชื่อ ซึ่งการบำบัดแบบ CBT เรียกว่า “negative thought” ส่วนการบำบัดแนว Satir model เรียกว่า “perception” (2) มีการบำบัดครอบครัวร่วมด้วย จำนวน 3 ครั้ง ซึ่งครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญของการส่งเสริมให้

เด็กมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้สำเร็จ (3) เป้าหมายของการบำบัดทั้งสองรูปแบบคือช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งภายในและภายนอกตัวบุคคล โปรแกรมทั้งสองรูปแบบจึงให้ประสิทธิผลด้านพฤติกรรมติดเกม ด้านอาการซึมเศร้า และด้านคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน และ (4) สำคัญของกระบวนการบำบัดแบบ CBT และแบบ Satir model มีความคล้ายคลึงกันดังนี้ การบำบัดแบบ CBT ใช้ “5-part” เป็นเครื่องมือช่วยให้ผู้รับการบำบัดเห็นภาพของตัวเองในมุมมองของ cognitive model ที่มี 5 ส่วนสัมพันธ์กันคือ เหตุการณ์ ความคิด พฤติกรรม ความรู้สึก และปฏิกิริยาทางร่างกายที่ไม่พึงประสงค์ ซึ่งจะนำไปสู่กระบวนการเปลี่ยนแปลงเป็นลำดับต่อไป ส่วนการบำบัดแนวซาเทียร์โมเดลใช้ “iceberg” แทนภาพของจิตใจที่มี 7 ระดับ ได้แก่ ตัวตน ความปรารถนา ความคาดหวัง การรับรู้ ความรู้สึกต่อความรู้สึก ความรู้สึก และพฤติกรรม การช่วยให้ผู้รับการบำบัดเข้าใจโลกทัศน์ภายในของตัวเองผ่านภูเขาน้ำแข็งจิตใจ จะนำไปสู่กระบวนการเปลี่ยนแปลงในขั้นตอนต่อไป

การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมติดเกม อาการซึมเศร้า และคุณภาพชีวิต ระหว่าง 3 กลุ่มคือ กลุ่ม CBT กลุ่ม Satir model และกลุ่ม TAU ที่ก่อนการทดลอง เมื่อสิ้นสุดโปรแกรม และที่การติดตามเดือน 3 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยคู่ที่แตกต่างในด้านพฤติกรรมติดเกม คือ ระหว่างก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง ( $p < .001$ ) และระหว่างก่อนการทดลองกับการติดตามที่เดือน 3 ( $p < .001$ ) ผลการศึกษานี้แตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมา โดยวัยรุ่นประเทศอินโดนีเซียที่

ติดเกมออนไลน์ กลุ่มที่ได้รับโปรแกรม CBT ร่วมกับ acceptance commitment therapy (ACT) มีคะแนน เฉลี่ยจากแบบวัด Game Addiction Scale (GAS) น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ (TAU) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Dewi & Erni, 2021) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากเด็กและวัยรุ่นที่ติดเกมออนไลน์อาจมีสมาธิค่อนข้างสั้น ซึ่งเป็นผลกระทบของการติดเกมออนไลน์ (ชนศักดิ์ จันทศิลป์ และคณะ, 2562) เด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะเสพติดเกมออนไลน์ในระดับไม่รุนแรง อาจหมายถึงมีอาการซึมเศร้าไม่รุนแรง เมื่อสองปัจจัยนี้มีการเปลี่ยนแปลงเชิงบวก จึงอาจส่งผลให้คุณภาพชีวิตดีขึ้นได้

อย่างไรก็ตาม การที่กลุ่ม TAU มีอาการซึมเศร้ามลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่เป็นที่ไปตามสมมติฐานการวิจัย อาจเกี่ยวข้องกับการที่เด็กและวัยรุ่นที่ติดเกมออนไลน์ได้รับความรู้คำแนะนำเกี่ยวกับการแบ่งเวลา การเพิ่มกิจกรรมอื่น ๆ ในชีวิตประจำวัน การทำกิจกรรมอื่น ๆ ร่วมกันของสมาชิกในครอบครัว และการฝึกวินัยในชีวิตประจำวันเพื่อลดเวลาในการเล่นเกมนอกจากการให้สุขภาพจิตศึกษา อีกทั้งได้รับการฝึกประสบการณ์ระบุปัญหาที่เป็นสาเหตุหลักของการติดเกมและภาวะความเป็นอยู่ที่ดีของตนเอง รวมทั้งได้เรียนรู้การเลือกวิธีแก้ปัญหาที่เป็นทางเลือกที่ดีที่สุดและเป็นไปได้ และดำเนินการตามแผนการแก้ปัญหา ซึ่งเป็นรูปแบบของ ‘problem solving’ (Arean et al., 2010) ที่ได้รับร่วมกับสุขภาพจิตศึกษา โดยหลักฐานวิชาการแสดงผลของการบำบัดด้วยการแก้ปัญหา (problem-solving therapy [PST]) ต่อการลดอาการซึมเศร้า

(Arean et al., 2010; Cuijpers et al., 2007)

## ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. การบำบัดสังคมจิตใจเพื่อลดพฤติกรรมติดเกมออนไลน์ กรณีเด็กและครอบครัวขาดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง ควรพิจารณาเลือกใช้โปรแกรมการบำบัด CBT แบบออนไลน์ เนื่องจากโปรแกรมนี้ให้ความสำคัญกับการประเมินแรงจูงใจและช่วยปรับแรงจูงใจตั้งแต่การบำบัดครั้งที่ 1

2. การบำบัดสังคมจิตใจเพื่อลดพฤติกรรมติดเกมออนไลน์ กรณีปัญหาและสาเหตุของการติดเกมของเด็กเกี่ยวข้องกับระบบของครอบครัว สมาชิกในครอบครัวมีความคาดหวังต่อกันในลักษณะไม่สมเหตุสมผลหรือเป็นไปได้จำกัด และใช้วิธีการเผชิญปัญหาที่ไม่สอดคล้องลงตัว ควรพิจารณาเลือกใช้โปรแกรมการบำบัดแนว Satir model แบบออนไลน์ เนื่องจากโปรแกรมนี้ให้ความสำคัญกับการเข้าใจปัญหาเชิงระบบ การปรับลดความคาดหวัง การสำรวจแผนผังครอบครัว และการให้มีประสบการณ์การปรับตัวที่มีความสอดคล้องลงตัวมากขึ้น

3. การบำบัดสังคมจิตใจเพื่อลดพฤติกรรมติดเกมออนไลน์ กรณีผู้รับบริการมีเวลาไม่มากพอหรือต้องการมุ่งแก้ที่ปัญหาเฉพาะด้าน ควรพิจารณาเลือกใช้วิธีการให้สุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการแก้ปัญหาแบบออนไลน์ เนื่องจากใช้เวลาสั้นกว่าและมุ่งช่วยให้เกิดการเรียนรู้วิธีแก้ปัญหาที่ละประเด็น

4. การบำบัดสังคมจิตใจเพื่อลดอาการซึมเศร้าของเด็กและวัยรุ่นที่ติดเกมออนไลน์ ควรใช้รูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการแก้ปัญหา จำนวน 4 ครั้ง

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาผลในระยะยาวของโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรมแบบออนไลน์ หรือโปรแกรมการบำบัดแนวชาเทียร์โมเดลแบบออนไลน์ เพื่อประเมินการคงอยู่ของผลของโปรแกรม

2. ควรศึกษาเปรียบเทียบต้นทุนของโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรมแบบออนไลน์ เทียบกับต้นทุนของโปรแกรมการบำบัดแนวชาเทียร์โมเดลแบบออนไลน์ เพื่อพิจารณาด้านความคุ้มค่าคุ้มทุน

### ข้อจำกัดของการวิจัย

การศึกษานี้ มีข้อจำกัดที่เป็นโอกาสในการศึกษาครั้งต่อไป ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้วัดผลการทดลองมีลักษณะเป็น ‘self-report’ โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบแบบสอบถาม อาจส่งผลต่อความคลาดเคลื่อนในการให้คำตอบตามความเป็นจริงในบางส่วนได้

2. การศึกษานี้ ผู้วิจัยไม่ได้ควบคุมตัวแปรด้านการวินิจฉัยโรคของเด็กและเป็น single-blind study (blind assessor) กลุ่มตัวอย่างจึงรับรู้ว่าคุณเองเข้าร่วมกลุ่มชนิดใด จึงอาจมีผลต่อตัวแปรที่ศึกษาได้ อย่างไรก็ตามผู้วิจัยได้จัดให้ปัจจัยด้านเพศ อายุ และจำนวนครั้งที่เข้ารับการบำบัดรักษาของทั้ง 3 กลุ่มให้มีความเหมือนกันหรือใกล้เคียงกันมาก

ที่สุด อีกทั้งข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างไม่มีความแตกต่างกันก่อนการทดลอง

### เอกสารอ้างอิง

- กันฐรัตน์ เหลืองอ่อน. (2563). การประยุกต์ใช้แนวคิดของชาเทียร์โมเดลในการฝึกอบรมเชิงจิตวิทยาเพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางจิตในการป้องกันการติดเกมในวัยรุ่น. [วิทยานิพนธ์ปริญญาคุญบัณฑิต, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ].
- กันฐรัตน์ เหลืองอ่อน, อรพินทร์ ชูชม, นฤมล พระใหญ่, และมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. (2564). คุณลักษณะภูมิคุ้มกันทางจิตในการป้องกันการติดเกมในวัยรุ่น. *วารสารสังคมศาสตร์และมานุษยวิทยาเชิงพุทธ*, 6(6), 450-463.
- กันยา พาณิษฐ์ศิริ, และเบญจพร ดันตุติ. (2559). การเสพติดสื่อสังคมออนไลน์และภาวะสมาธิสั้นของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตกรุงเทพมหานคร. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 61(3), 91-204.
- กมลสันต์ เกียรติรุ่งฤทธิ์, กษมา เทพรัถย์, ภัทธิการ์ โส, และปรารณา สวัสดิสุธา. (2557). *Internet gaming disorder*. ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชญาดา กลิ่นพิบูลย์, อมารภรณ์ ผางแก้ว, และพญศักดิ์ ผางแก้ว. (2561). ผลของโปรแกรมบำบัดรายบุคคลตามแนวชาเทียร์ต่อความสามารถเลิกดื่มสุราและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในผู้ป่วยโรคติดสุราที่กลับมารักษาซ้ำ. กลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์.
- ชาญวิทย์ พรนภดล, บัณฑิต ศรีไพศาล, กุสุมาวดี คำเกลี้ยง, และเสาวนีย์ พัฒนอมร. (2557). การพัฒนาแบบทดสอบการติดเกม. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 59(1), 3-14.
- ชาญวิทย์ พรนภดล และ เอษราวุธพันธุ์จิต. (2558). การเสพติดอินเทอร์เน็ต. ใน นันทวัช สิทธิรักษ์, กมลเนตร วรรณเสวก, กมลพร วรรณฤทธิ์, ปณต ผู้กฤตยาภิรมย์, สุพร อภินันทเวช, และ พนม เกตุมาน (บ.ก.). *จิตเวชศิริราช DSM-5* (น. 561-576). ประจวบคีรีขันธ์: การพิมพ์.

- ณัฏฐร พิชัยรัตน์เสถียร, ยุพธนา งามอาจสกุลม่น, ณรงค์ มณีทอง, สุรินทร์พร ลิขิตเสถียร, ดารารรณ ต๊ะปิ่นดา, วรภัทร รัต อภา และคณะ. (2556). การบำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้าโดยเทคนิคการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (*Cognitive Behavior Therapy: CBT*). <https://www.thaidepression.com/www/56/CBTdepression.pdf>
- ธนศักดิ์ จันทสิทธิ์, มานิกา วิเศษสาร, และปิยพงศ์ แซ่ตั้ง. (2562). ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะเสพติดเกม ภาวะซึมเศร้า ภาวะสมาธิสั้น และภาวะย้ำคิดย้ำทำของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายที่มีภาวะเสพติดเกมออนไลน์พื้นที่กรุงเทพมหานคร. *วารสารรัชต์ภักย์*, 13(30), 279-291.
- ธัญญภัทร์ ศิริธันนาโรจน์, ปิยะฉัตร เอื้อชินกุล, และสุวัชรพร สวอยารมณ. (2563). ผลของการให้คำปรึกษากลุ่มแบบทฤษฎีโซลูชัน-โฟกัส และแบบเผชิญความจริงที่มีต่อพฤติกรรมการเล่นเกมออนไลน์ของนักเรียนในอำเภอบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา. *วารสารสุโขทัยธรรมาธิราช*, 33(1), 52-71.
- ธัญญารัตน์ ชมสุวรรณ. (2552). ผลของการปรึกษารายบุคคลโดยใช้แนวคิดของซาเทียร์โมเดลต่อสุขภาพจิตและการปรับตัวทางสังคมของผู้ป่วยเสพติดแอมเฟตามีน [การค้นคว้าแบบอิสระ, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่]. ฐานข้อมูลงานวิจัย (ThaiLis).
- ธัญชนันธุ์ เลียนอย่าง, และพัชราภา อินทพรต. (2558). ผลของโปรแกรมการควบคุมตนเองต่อพฤติกรรมเล่นเกมออนไลน์ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย. *วารสารปัญญาภิวัฒน์*, 7(1), 185-193.
- นงพนา ถัมสุวรรณ, และนิตา ถัมสุวรรณ. (2555). การทำจิตบำบัดโดยใช้ Satir Model. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 57(3), 251-258.
- พิชชา งามอมเสียง, เพ็ญภา กุลนภาดล, และ ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์. (2560). การเสริมสร้างการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวที่มีบุตรติดเกมออนไลน์ โดยการใช้รูปแบบการปรึกษาคอครัวเชิงกลยุทธ์. *วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏลำปาง*, 6(2), 12-22.
- รวีพรดี พูลลาภ, และ สาวีศรี ทยานศิลป์. (2555). ระดับสติปัญญากับผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษาของวัยรุ่นติดเกม. *วารสารการวิจัยกาสะลอง มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย*, 6(2), 65-76.
- รัตนวัชร เพ็ญรัตน์หิรัญ, และ อนุรักษ์ แท่นทอง. (2565). ผลกระทบและกลยุทธ์การรับมือในการเรียนออนไลน์ของนักศึกษาภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19. *Journal of Modern Learning Development*, 7(4), 208-233.
- ศารทยา ธนสุวรรณธรร, ทรงวุฒิ อยู่เอี่ยม, และ เพ็ญภา กุลนภาดล. (2562). ผลการปรึกษากลุ่มทฤษฎีเผชิญความจริงต่อพฤติกรรมการเล่นเกมออนไลน์ของนิสิตปริญญาตรี. *วารสาร e-Journal of Education Studies, Burapha University*, 1(2), 46-61.
- สำนักงานพัฒนาธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์. (2556). รายงานประจำปี พ.ศ. 2556 สำนักงานพัฒนาธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์ (องค์การมหาชน). กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร.
- สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์. (2563). รายงานสถิติผู้รับบริการประจำปี 2561-2563. งานเวชระเบียนสถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- Alavi, S. S., Ghanizadeh, M., Mohammadi, M. R., Jannatifard, F., Alamuti, S. E., & Farahani, M. (2021). The effects of cognitive-behavioral group therapy for reducing symptoms of internet addiction disorder and promoting quality of life and mental health. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 43(1), 47-56.
- Apisitwasana, N., Perngparn, U., & Cottler, L. B. (2017). Gaming addiction situation among elementary school students in Bangkok, Thailand. *Indian Journal of Public Health Research & Development*, 8(2), 8-13.
- Arean, P. A., Raue, P., Mackin, R. S., Kanellopoulos, D., McCulloch, C., & Alexopoulos, G. S. (2010). Problem-solving therapy and support therapy in older adults with major depression and executive dysfunction. *American Journal of psychiatry*, 167(11), 1391-1398.
- Burn, N., & Grove, S. K. (2005). *The principle of nursing research: conduct, critique, & utilization* (5th ed.). Philadelphia: W. B. Saunders.
- Cuijpers, P., van Straten, A., & Warmerdam, L. (2007). Problem solving therapies for depression: A meta-analysis. *European Psychiatry*, 22, 9-15.

- Dewi, N., & Erni, Y. (2021). *The effect of cognitive behaviour therapy (CBT) and acceptance commitment therapy (ACT) to reduce of game online addiction in adolescents*. <http://dx.doi.org/10.2139>
- Dong, C., Cao, S., & Li, H. (2020). Young children's online learning during COVID-19 pandemic: Chinese parents' beliefs and attitudes. *Children and Youth Services Review*, 118, 1-9.
- Electronic Transactions Development Agency. (2016, January 12) *Report of the survey of internet users in Thailand in 2013*. [http://www.etda.or.th/internetuserprofile2013/TH\\_InternetUserProfile2013.pdf](http://www.etda.or.th/internetuserprofile2013/TH_InternetUserProfile2013.pdf)(in Thai)
- Gough, D. (2007). Weight of evidence: A framework for the appraisal of the quality and relevance of evidence. *Research Papers in Education*, 22(2), 213-228.
- Kim, S. M., Han, D. H., Lee, Y. S., & Renshaw, P. F. (2012). Combined cognitive behavioral therapy and bupropion for the treatment of problematic online game play in adolescents with major depressive disorder. *Computers in Human Behavior*, 28(5), 1954-1959.
- King, D., Delfabbro, P., Griffiths, M., & Gradisar, M. (2011). Assessing clinical trials of Internet addiction treatment: a systematic review and CONSORT evaluation. *Clinical Psychology Review*, 31(7), 1110-1116.
- King, D. L., & Delfabbro, P. H. (2014). The cognitive psychology of internet gaming disorder. *Clinical Psychology Review*, 34, 298-308.
- Panyawong, W., Pavasuthipaisit, C., & Santitadaku, R. (2020). Validation of the Thai version of the patient health questionnaire for adolescents (PHQ-A) in adolescent psychiatric patients. *International Journal of Child Development and Mental Health*, 8(1), 30-40.
- Plomp, T. (1997). *Development research on/in educational development*. Netherlands: Twente University.
- Purwaningsih, E., & Nurmala, I. (2021). The impact of online game addiction on adolescent mental health: A systematic review and meta-analysis. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*, 9(F), 260-274.
- Rhea, M. R. (2004). Determining the magnitude of treatment effects in strength training research through the use of the effect size. *Journal of Strength & Conditioning Research*, 18(4), 918-920.
- Satir, V., Banmen, J., Gerber, J., & Gomori, M. (1991). *The Satir Model: Family therapy and beyond*. California: Science and behavior book.
- Sitorus, N., Arfines, P. P., & Suryaputri, I. Y. (2020). Relationship between online game addiction with depression in adolescents from 6 high schools in Indonesia. *Global Journal of Health Science*, 12(12), 43-52.
- Spiegler, M. D., & Guevremont, D. C. (2003). *Contemporary behavior therapy* (4th ed.). USA: Thomson Wadsworth.
- Srikosai, S., Thapinta, D., Kittirattanapaiboon, P., & Piyavhatkul, N. (2014). Effectiveness of an alcohol relapse prevention program based on the Satir model in alcohol-dependent women *Chiang Mai University Journal of Natural Sciences*, 13(2), 227-239.
- Stevens, M. R., Dorstyn, D., Delfabbro, P. H., & King, D. L. (2021). Global prevalence of gaming disorder: A systematic review and meta-analysis. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 55(6), 553-568.
- Taechoyotin, P., Tongrod, P., Thaweerungruangkul, T., Towattananon, N., Teekapakvisit, P., Aksornpusitpong, C., Sathapompunya, W., Hempatawee, N., Rangsin, R., Mungthin, M., & Piyaraj, P. (2020). Prevalence and associated factors of internet gaming disorder among secondary school students in rural community, Thailand: a cross-sectional study. *BMC Research Notes*, 13(11), 2-7.
- Thavorncharoensap, M. (2014) Utility measure. In Chaikledkaew U, Thirawattanon Y, (Eds.) *Health Technology Assessment and Policy Manual for Thailand*. (p. 74-85). Watcharin P.P. Printing House. (in Thai)
- Varma, P., & Cheasakul, U. (2006). The influence of game addiction and internet addiction among university students on depression, stress, and anxiety mediated by self-regulation and social support. *Business Administration Journal*, 5(2), 45-57.

Wolfling, K., Muller, K. W., Dreier, M., Ruckes, C., Deuster, O., Batra, A., Mann, K., Musalek, M., Schuster, A., Lemenager, T., Hanke, S., & Beutel, M. E. (2019). Efficacy of short-term treatment of internet and computer game addiction: A randomized clinical trial. *JAMA psychiatry*, 76(10), 1018-1025.

World Health Organization (2022, October 15). *Adolescent health*. [http://www.who.int/health-topics/adolescent-health#tab=tab\\_1](http://www.who.int/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1)

## GIVING MEANING TO FAMILY MEMBERS' WORD AFFECTING SUICIDAL IDEATION IN PATIENTS WITH DEPRESSION

*Khanittha Compapong, B.N.S.\*, Darunee Rujkorakarn, Ed.D.\*\**

### Abstract

**Objective:** To describe the meaning of words/phrases spoken by significant family members which might lead to suicidal ideation or suicide attempts by patients with depression.

**Methods:** A descriptive qualitative research design with content analysis was conducted. Data were collected through in-depth interviews with 10 patients diagnosed with a depressive disorder by a psychiatrist, who had a history of suicidal ideation or attempts at least once.

**Results:** Content analysis revealed three characteristics: 1) Words that trigger feelings of being unwanted, such as “go drop dead”; 2) words meant to reinforce and aggravate existing negative feelings, such as comparing patients to others unfavorably; 3) words interpreted as blaming, insulting, feeling worthless, useless, and being burdensome to others. When spoken by significant family members, the words and phrases created feelings of resentment and disappointment that reinforced existing sadness that might lead to suicidal ideation.

**Conclusion:** The speech, tone of voice, and verbal posturing used by significant family members reflect the strong impact that words/phrases can have on patients with a depressive disorder. The words/phrases might stimulate suicidal ideation or suicide attempts.

**Keywords:** communication, meaning of words, suicidal ideation, depression

---

*\*Student, Master of Nursing Program in Psychiatric and Mental Health Nursing, Faculty of Nursing, Mahasarakham University*

*\*\*Corresponding author: Associate Professor, Faculty of Nursing, Mahasarakham University, e-mail: drdarunee@gmail.com*

Received: 25 January 2023, Revised: 23 April 2023, Accepted: 30 April 2023

# การให้ความหมายต่อคำพูดของสมาชิกครอบครัว ที่ส่งผลต่อความคิดฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ชนิษฐา คำภาพงษ์, พย.บ.\*, ครุณี รุจกรกานต์, Ed.D.\*\*

## บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อบรรยายความหมายที่ผู้ป่วยให้ไว้เกี่ยวกับคำ/วลีที่สมาชิกครอบครัวคนสำคัญพูด ซึ่งอาจนำไปสู่ความคิดฆ่าตัวตายหรือพยายามฆ่าตัวตาย

**วิธีการศึกษา :** เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบบรรยาย มีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ป่วยให้ข้อมูลจำนวน 10 ราย ที่ได้รับการวินิจฉัยโดยจิตแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้า ซึ่งมีประวัติความคิดฆ่าตัวตายหรือพยายามฆ่าตัวตายอย่างน้อย 1 ครั้ง

**ผลการศึกษา :** การให้ความหมายต่อคำพูดของสมาชิกครอบครัวมี 3 ลักษณะ คือ 1) คำที่กระตุ้นให้เกิดความรู้สึกไม่เป็นที่ต้องการ เช่น "ตายไปเลย" 2) คำที่มีไว้เพื่อตอกย้ำ ซ้ำเติม ความรู้สึกเชิงลบที่มีอยู่ และคำที่เปรียบเทียบผู้ป่วยกับผู้อื่น และ 3) คำพูดที่เป็นโทษ รู้สึกไร้ค่า ไร้ประโยชน์ และเป็นภาระของผู้อื่น เมื่อพูดโดยคนสำคัญ คำ/วลีจะสร้างความรู้สึกไม่พอใจและผิดหวัง ตอกย้ำความเศร้าที่มีอยู่ซึ่งอาจทำให้เกิดความคิดฆ่าตัวตาย

**สรุป :** คำพูดของสมาชิกครอบครัวโดยผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเป็นผู้ให้ความหมายนั้น สะท้อนให้เห็นถึงผลกระทบอย่างมาก โดยเฉพาะคำพูด ปฏิกริยาท่าทีการแสดงออกทั้งน้ำเสียง สีหน้า แววตาของสมาชิกในครอบครัวที่สำคัญ และใกล้ชิดกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า อาจกระตุ้นให้เกิดความคิดฆ่าตัวตายหรือพยายามฆ่าตัวตายได้

**คำสำคัญ :** การสื่อสารในครอบครัว, การให้ความหมาย, ความคิดฆ่าตัวตาย, ภาวะซึมเศร้า

\*นิสิต หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

\*\*ผู้ประสานงานบทความ: รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, e-mail: drdarunee@gmail.com

วันที่รับ: 25 มกราคม 2566, วันที่แก้ไข: 23 เมษายน 2566, วันที่ตอบรับ: 30 เมษายน 2566

## ความสำคัญของปัญหา

ครอบครัวเป็นสถาบันพื้นฐานที่สำคัญของสังคม มีหน้าที่ขัดเกลาหล่อหลอมความเป็นมนุษย์ โดยการใช้ความรัก เอาใจใส่ซึ่งกันและกัน โดยเมื่อสถาบันครอบครัวที่มีความขัดแย้งกันอาจส่งผลต่อการสื่อสารในครอบครัว โดยประสบการณ์ที่เกิดขึ้นในครอบครัว อาจส่งผลกระทบต่อบุคลิกภาพของบุคคลนั้น ๆ ซึ่งการสื่อสารในครอบครัวจึงมีความสำคัญอย่างมาก (มณฑิรา สะแกทอง และคณะ, 2561) โดยปัจจัยด้านครอบครัวมีอิทธิพลต่อการฆ่าตัวตายของวัยรุ่น ดังงานวิจัยของสุพัตรา สุขาวห และสุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล (2558) ศึกษาเรื่องปัจจัยกระตุ้นที่เกี่ยวข้องกับการพยายามฆ่าตัวตายของวัยรุ่นไทย : มุมมองจากประสบการณ์ของวัยรุ่น พบว่า การใช้คำพูดคำหยาบรุนแรง พูดประชดให้ไปตายจากคนในครอบครัว การสื่อสารในครอบครัวมีความสำคัญต่อสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกในครอบครัว ผลการศึกษานี้สนับสนุนโดยการศึกษาของตฤติลา จำปาวัลย์ (2560) และหากไม่สามารถสื่อสารให้เกิดความเข้าใจตรงกันได้ ในที่สุดจะมีการตีความหมายผิดพลาด ทำให้เกิดความขัดแย้งและมีสัมพันธภาพไม่ดีต่อกัน (นวลจิวิ ประเสริฐสุข, 2558) โดยเฉพาะในครอบครัวที่มีสมาชิกผู้ป่วยโรคซึมเศร้าร่วมด้วยนั้น เมื่อเกิดการสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพจะส่งผลต่อความรู้สึกของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ก่อให้เกิดภาวะเครียด กังวล จนนำมาสู่การพยายามฆ่าตัวตายของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ (วิมลรัตน์ ขัยปราการ และคณะ, 2561; สุดรัก พิละกันทา และณัฏฐกัญจน์ศักดิ์ ศรีวิชัย, 2563) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของวารภรณ์

ประทีปธีรานันต์ (2557) ที่กล่าวว่าสาเหตุที่ส่งผลกระตุ้นในการทำร้ายตนเองของกลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตาย คือ การสื่อสารในครอบครัว

โรคซึมเศร้าเป็นโรคทางจิตเวชที่มีความผิดปกติด้านอารมณ์ มีความรุนแรงจนอาจทำให้บุคคลมีความคิดอยากทำร้ายตนเองจนถึงขั้นฆ่าตัวตายได้ (วัลลภา ทรงพระคุณ และเนตรดาว ธงชีวะ, 2562) โดยโรคซึมเศร้ามีสาเหตุจากความผิดปกติของสารสื่อประสาทในสมองทำให้อารมณ์ ความคิด และพฤติกรรมของผู้ป่วยเปลี่ยนไปจนส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน (ภัคจิรา ภูสมศรี, 2563) และมักมีเนื้อหาความคิดที่บิดเบือนซึ่งเกิดจากการแปลความจริงที่บิดเบือนในทางลบ โดยระบบความคิดที่บิดเบือนจะส่งผลให้บุคคลมองตนเองไร้ค่า ไร้ทางออก และมองสิ่งแวดล้อมบิดเบือนจากความจริง หมกมุ่นอยู่กับตนเองในทางลบ (Beck & Beck, 2011) จากข้อมูลการรายงานขององค์การอนามัยโลกในค.ศ. 2021 (WHO, 2021) พบว่ามีผู้ป่วยเป็นโรคซึมเศร้ามากถึง 288 ล้านคนทั่วโลก ซึ่งผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงกว่าบุคคลทั่วไป 1.3 - 7.9 เท่า (สุดรัก พิละกันทา และณัฏฐกัญจน์ศักดิ์ ศรีวิชัย, 2563)

จากรายงานอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จของประเทศไทยในช่วง พ.ศ. 2561 - 2563 มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จเฉลี่ยอยู่ที่ 6.32, 6.64 และ 7.37 ต่อแสนประชากรตามลำดับ (กรมสุขภาพจิต, 2563) และในพุทธศักราช 2564 มีข้อมูลอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จยังไม่แน่นอน แต่มีรายงานพบว่าอัตราการฆ่าตัวตายคิดตามสถานที่ตายเฉลี่ยอยู่ที่ 7.37 ต่อแสน

ประชากร (กรมสุขภาพจิต, 2565) จะเห็นว่าอัตราการฆ่าตัวตายในประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายพบว่าเพศชายมักมีปัจจัยความเสี่ยงมาจากปัญหาโรคจิต คีร์สูรา ยาเสพติด โดยเฉพาะการคีร์สูราจะมีโอกาสทำร้ายตัวเองมากกว่าเพศหญิง 2 เท่า ส่วนเพศหญิงมีสาเหตุจากความสัมพันธ์ ได้แก่ น้อยใจ ถูกตำหนิ คุด่า (วุฒิพันธุ์ สิทธิกริยะ, 2564)

งานวิจัยทางการพยาบาลเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายที่ผ่านมาส่วนใหญ่มุ่งเน้นการหาความชุกและปัจจัยที่ทำให้เกิดการฆ่าตัวตาย เอกชัย เพ็ชรพรประภาส (2563) ศึกษาเรื่องความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องระหว่างการพยายามฆ่าตัวตายกับภาวะซึมเศร้าในโรงพยาบาลบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ สุพัตรา สุขาวห และคณะ (2563) ศึกษาเรื่องความชุกและความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้า และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในจังหวัดอุบลราชธานี และณพนธ์ ถมกระจำ และเสาวนีย์ ทองนพคุณ (2563) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของบุคลากรสายสนับสนุนในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรี เป็นงานวิจัยเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง ซึ่งงานวิจัยที่ผ่านมายังไม่สามารถอธิบายการให้ความหมายของคำพูดที่อยู่ในการสื่อสารของสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ โดยหากครอบครัวขาดความเข้าใจโรคซึมเศร้า และมองข้ามความสำคัญของการแสดงออกทางวจนภาษา และอวจนภาษา ซึ่งผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มีการทำงานของสมองที่มักจะบิดเบือนไปจากความเป็นจริง มีการใช้ข้อมูลทางลบในการตีความ และ

ให้ความหมายเชิงลบ (Mennen et al, 2019) อาจส่งผลทำให้มีความคิดฆ่าตัวตายได้

ดังนั้น การศึกษาการให้ความหมายต่อคำพูดของสมาชิกในครอบครัวที่ส่งผลต่อความคิดฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจึงเป็นเรื่องที่สำคัญเพื่อจะเป็นประโยชน์ต่อครอบครัวผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในการสื่อสารกับสมาชิกที่เป็นโรคซึมเศร้า และหลีกเลี่ยงคำพูดที่ผู้ป่วยจะให้ความหมายไปในทางลบ โดยความรู้จากงานวิจัยครั้งนี้จะนำสู่ความเข้าใจในการให้ความหมายของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าต่อคำพูดที่เกิดขึ้นในครอบครัว

### วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อบรรยายการให้ความหมายต่อคำพูดของสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ส่งผลต่อความคิดฆ่าตัวตาย

### กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นการบรรยายการให้ความหมายต่อคำพูดของสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ส่งผลต่อความคิดฆ่าตัวตาย โดยใช้ทฤษฎีปัญญานิยม (cognitive theory) (Beck & Beck, 2011) จากการทบทวนวรรณกรรมปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคซึมเศร้า มีหลายปัจจัย โดยได้อธิบายว่าเกิดจากการเรียนรู้โดยการทำงานของกระบวนการทางปัญญา เมื่อนักคิดรับสิ่งเร้าไป กระบวนการทางปัญญาจะรับรู้และแปลผลสิ่งเร้าที่เข้ามา ทำให้นักคิดแสดงพฤติกรรมที่แตกต่างกันออกไปขึ้นอยู่กับสิ่งเร้านั้น ๆ ในผู้ป่วยซึมเศร้าจะมีโครงสร้างความคิดลบ ซึ่งเป็นแก่นความเชื่อในทางลบ ที่มีต่อ

ตนเอง ต่อโลกหรือสิ่งแวดล้อม และต่ออนาคต ด้วยระบบความเชื่อของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเช่นนี้ จึงทำให้ผู้ป่วยมีความคิดบิดเบือนในทางลบแฝงอยู่ในตัวบุคคล ถูกกระตุ้นเมื่อเผชิญสถานการณ์ที่เป็นภาวะวิกฤติของชีวิต ซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่บุคคลเคยประสบเจอในอดีตหรือใกล้เคียง โครงสร้างความคิดที่บิดเบือนจะประเมินและแปลผลเหตุการณ์นั้นในทางลบ และเนื้อหาความคิดที่บิดเบือน เป็นการแปลความจริงที่บิดเบือนในแง่ลบ

ผู้วิจัยจึงใช้กรอบแนวคิดนี้ ในการบรรยายการให้ความหมายต่อคำพูดของสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ส่งผลต่อความคิดฆ่าตัวตาย

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบบรรยาย (Descriptive Qualitative Research) คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive selection) โดยกำหนดคุณสมบัติของผู้ให้ข้อมูลคือ 1) เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้าทั้งเพศชายและเพศหญิง (F32.0 - 32.9) ยกเว้น F32.3 2) มีอายุ 18 ปีขึ้นไป 3) สื่อสารด้วยภาษาไทยหรือภาษาท้องถิ่นได้รู้เรื่อง 4) มีประวัติการคิดหรือพยายามฆ่าตัวตายมาแล้วอย่างน้อย 1 ครั้ง ที่มีสาเหตุจากการสื่อสารในครอบครัว โดยมีความคิดหรือความพยายามฆ่าตัวตายครั้งสุดท้ายผ่านมาแล้วอย่างน้อย 3 เดือน 5) แพทย์เจ้าของไข้อนุญาตให้เข้าร่วมเป็นผู้ให้ข้อมูลได้ และ 6) มีความยินดีและเต็มใจในการเข้าร่วมเป็นผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) และนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์มา

ถอดเทปแล้ววิเคราะห์เนื้อหาด้วยวิธีการของแพตตอน (Patton, 1990) ผู้วิจัยยุติการเก็บรวบรวมข้อมูลเมื่อข้อมูลที่ได้มีการอิ่มตัว จากผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด 10 คน

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. ผู้วิจัย เป็นเครื่องมือสำคัญที่นำมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้ โดยผู้วิจัยมีการเตรียมความรู้ด้านระเบียบวิธีวิจัย จากการเรียนรายวิชา 0401 623 วิจัยเชิงคุณภาพทางการพยาบาล จำนวน 3 หน่วยกิต เป็นเวลา 45 ชั่วโมง ที่คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต รวมถึงผู้วิจัยผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย สำหรับบุคลากรทางการพยาบาล

2. แนวคำถาม ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แนวคำถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพการสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ ผู้ที่พ่อกอาศัยร่วมด้วย บุคคลที่ใกล้ชิด/สนิทสนมในครอบครัวสาเหตุการฆ่าตัวตาย จำนวนครั้งของการฆ่าตัวตาย ประวัติการฆ่าตัวตาย สถานที่ที่ใช้ฆ่าตัวตาย และเวลาที่ลงมือฆ่าตัวตาย ส่วนที่ 2 แนวคำถามกึ่งโครงสร้าง (semi-structure interview) เป็นการพัฒนาคุณภาพของแนวคำถาม โดยให้อาจารย์ที่ปรึกษาเป็นผู้พิจารณาข้อคำถาม โดยมีคำถามเบื้องต้น 9 คำถามได้แก่ 1) คำพูดของใครในครอบครัวที่มีความหมายต่อความคิดฆ่าตัวตาย 2) (จากข้อ 1) เพราะเหตุใดจึงรู้สึกเช่นนั้น 3) คุณคิดว่าคำพูดในวันนั้นต้องการให้คุณทำอะไร 4) นอกจากคำพูดแล้ว คุณคิดว่าพฤติกรรมหรือปฏิกิริยาแบบใดที่ทำให้คุณมีความคิดและความพยายามฆ่าตัวตาย

5) ช่วยอธิบายความหมายในคำพูดเหล่านั้นว่าเป็นอย่างไร 6) คุณรู้สึกอย่างไรต่อคำพูดนั้น 7) ความรู้สึกเหล่านั้นทำให้เกิดความคิดฆ่าตัวตายได้อย่างไร 8) คำพูดเหล่านั้นเกิดขึ้นได้อย่างไร มีเหตุการณ์อะไรบ้าง (เหตุการณ์นั้นบ่งบอกอะไร) 9) คุณต้องการให้ครอบครัวปฏิบัติต่อคุณอย่างไร เพื่อลดความคิดและความพยายามฆ่าตัวตาย แต่ละคำถามจะไล่ไหลต่อเนื่องไปตามบริบทของผู้ให้สัมภาษณ์ เป็นคำถามปลายเปิด เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลได้แสดงความคิดเห็นอย่างอิสระ และมีความยืดหยุ่นในการสนทนา เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมในประเด็นที่ต้องการศึกษา

#### การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมวิจัย

งานวิจัยเรื่องนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่ 256-216/2564 วันที่รับรอง 19 สิงหาคม 2564 และได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์โรงพยาบาลจิตเวชที่เป็นพื้นที่การศึกษาวิจัย เลขที่ 005/2564 พิจารณารับรองเมื่อวันที่ 17 กันยายน 2564

ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยอธิบายให้ทราบถึงหัวข้อที่จะสัมภาษณ์ จำนวนครั้ง และระยะเวลาในการสัมภาษณ์ การขออนุญาตบันทึกเทปในการสนทนา พร้อมทั้งอธิบายถึงสิทธิในปฏิเสธการตอบคำถาม หรือยุติการตอบคำถาม เมื่อรู้สึกไม่สบายใจ ไม่สะดวกใจ ผู้ให้ข้อมูลสามารถขอข้อมูลกลับ และถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อการบริการสุขภาพแต่อย่างใด รวมถึงการนำเสนอผล

วิเคราะห์ จะเสนอเป็นภาพรวม และไม่มีการเปิดเผยข้อมูลที่เกี่ยวข้องถึงตัวผู้ให้ข้อมูล โดยเก็บหลักฐานทั้งหมดไว้ที่ลิ้นชักส่วนตัวของผู้วิจัย มีกุญแจเก็บปิดไว้ตลอดเวลาและจะทำลายข้อมูลเมื่อสิ้นสุดการวิจัยแล้ว

#### การรวบรวมข้อมูล

หลังผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมด้วยตนเองดังนี้

1) ประสานเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลจิตเวชที่เป็นพื้นที่การศึกษาวิจัย ซึ่งรับผิดชอบคัดกรองผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เพื่อช่วยคัดกรองกลุ่ม ตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือกร่วมตัวอย่างที่ได้กำหนดไว้ และผู้วิจัยได้เชิญเข้าร่วมเป็นผู้ให้ข้อมูลในโครงการวิจัยทางโทรศัพท์ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยจะนัดหมายวันเวลา และนัดหมายสถานที่ โดยคำนึงถึงความสะดวกสบายใจของผู้ให้ข้อมูล

2) เมื่อถึงวันที่นัดหมายผู้วิจัยเตรียมสถานที่ที่เป็นส่วนตัว อากาศถ่ายเทได้สะดวก และผู้วิจัยแนะนำโครงการวิจัยอย่างละเอียดอีกครั้งด้วยตนเอง และให้ผู้ให้ข้อมูลสอบถามคำถามเกี่ยวกับโครงการวิจัยได้หากยังมีข้อสงสัย เมื่อผู้ให้ข้อมูลยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยจะให้ลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ และพูดคุยผ่อนคลายก่อนเริ่มสัมภาษณ์ และจะใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-Depth Interview) ด้วยแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-structure interview) ขออนุญาตบันทึกเทปขณะสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 45 - 60 นาที/ครั้ง

2.1) ทำการสัมภาษณ์จนกว่าข้อมูลจะสมบูรณ์ หรือไม่มีข้อมูลใหม่แล้ว

2.2) หลังสัมภาษณ์ทุกครั้งผู้วิจัยให้คำปรึกษาในประเด็นที่ผู้ให้ข้อมูลสงสัย รวมถึงประเด็นการดูแลตนเอง การสังเกตอาการผิดปกติ การป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นต่อตนเอง รวมทั้งส่งต่อการดูแลช่วยเหลือกรณีที่ผู้วิจัยพิจารณาว่าเป็นความเสี่ยงที่อาจจะเกิดอันตรายต่อผู้ให้ข้อมูลหลัก

### **การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล (Trustworthiness)**

โดยวิธีการตรวจสอบสามเส้า (triangulation) ของลินคอล์น และกูบา (Lincoln & Guba, 1985) ในประเด็นดังต่อไปนี้ 1) การตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล (data triangulation) โดยนำข้อมูลที่ได้จากการบันทึก ถอดเทป กลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลยืนยันความถูกต้องของข้อมูลว่าข้อมูลถูกต้องหรือไม่ (Member Checks) มีการใช้เทคนิคสัมภาษณ์การทวนความ ถามซ้ำ สรุปความ เพื่อยืนยันข้อมูลในระหว่างสัมภาษณ์ เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลยืนยันว่าข้อสรุปนั้นถูกต้องและเป็นจริงตรงกับความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูล 2) การตรวจสอบสามเส้าด้านวิธีเก็บรวบรวมข้อมูล (Methodological Triangulation) ใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลหลายวิธีเพื่อรวบรวมข้อมูลในเรื่องเดียวกัน คือ การสังเกตบริบทขณะทำการสัมภาษณ์ โดยจะมีปฏิกิริยาแสดงออกมา เช่น น้ำเสียง สีหน้า ท่าทาง แววตา การตีความของคำพูดที่พูดถึง เป็นต้น

### **การวิเคราะห์ข้อมูล**

ในงานวิจัยครั้งนี้ใช้การวิเคราะห์ข้อมูล

แบบวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) โดยหลังจากการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยถอดเสียงสัมภาษณ์คำต่อคำ (Verbatim transcription) ผู้วิจัยนำข้อมูลทั้งหมดที่ได้จากการถอดเทปมาอ่านโดยรวมเพื่อให้ได้ความคิดรวบยอดของผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด หลังจากนั้นอ่านข้อความทั้งหมดอย่างละเอียด นำเข้าสู่กระบวนการวิเคราะห์ข้อมูล ตามแนวคิดของแพตตอน (Patton, 1990) ประกอบด้วย ขั้นตอนที่ 1 การจำแนกประเภทข้อมูล ขั้นตอนที่ 2 การลงรหัส ขั้นตอนที่ 3 การจัดหมวดหมู่ ขั้นตอนที่ 4 การวิเคราะห์และเสนอข้อสรุป

### **ผลการวิจัย**

#### **1) ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล**

ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 10 คน เป็นเพศหญิง 6 คน (ร้อยละ 60.0) เพศชาย 4 คน (ร้อยละ 40.0) มีอายุระหว่าง 22 - 53 ปี มีอายุเฉลี่ยที่ 32.77 ปี ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 20 - 29 ปี จำนวน 4 คน (ร้อยละ 40.0) ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 100.0) มีสถานภาพโสดมากที่สุด จำนวน 5 คน (ร้อยละ 50.0) รองลงมา เป็นสถานภาพสมรส จำนวน 2 คน (ร้อยละ 20.0) การศึกษาระดับปริญญาตรีมีมากที่สุด จำนวน 5 คน (ร้อยละ 50.0) รองลงมาการศึกษา ระดับมัธยมศึกษา จำนวน 3 คน (ร้อยละ 30.0) มีอาชีพธุรกิจส่วนตัวมากที่สุด จำนวน 5 คน (ร้อยละ 50.0) รองลงมาว่างงาน จำนวน 4 คน (ร้อยละ 40.0) ส่วนใหญ่มีรายได้ไม่น้อยกว่า 5,000 บาท จำนวน 3 คน (ร้อยละ 30.0) รองลงมา มีรายได้ 10,000 - 20,000 บาท จำนวน 2 คน (ร้อยละ 20.0) เมื่อศึกษาการเป็นอยู่ของผู้ให้ข้อมูลพบว่า ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับ

บิดามารดา จำนวน 6 คน (ร้อยละ 60.0) รองลงมา อาศัยอยู่กับคู่สมรส จำนวน 2 คน (ร้อยละ 20.0) สนิทกับมารดามากที่สุด จำนวน 5 คน (ร้อยละ 50.0) รองลงมาสนิทกับคู่สมรส จำนวน 3 คน (ร้อยละ 30.0) มีสาเหตุการฆ่าตัวตายจากคำพูดของคนในครอบครัวมากที่สุด จำนวน 5 คน (ร้อยละ 50.0) รองลงมาสาเหตุจากครอบครัวไม่เข้าใจ จำนวน 4 คน (ร้อยละ 40.0) จำนวนครั้งของความพยายามฆ่าตัวตายมากที่สุด 1 - 3 ครั้ง จำนวน 6 คน (ร้อยละ 60.0) รองลงมาพยายามฆ่าตัวตายมากกว่า 10 ครั้ง จำนวน 3 คน (ร้อยละ 30.0) ส่วนใหญ่ใช้สถานที่พยายามฆ่าตัวตายที่บ้าน โดยพบว่าห้องนอนเป็นสถานที่ที่พยายามฆ่าตัวตายมากที่สุด 6 คน (ร้อยละ 60.0) รองลงมาพยายามฆ่าตัวตายในห้องน้ำ จำนวน 1 คน (ร้อยละ 10.0) มีวิธีที่พยายามฆ่าตัวตายจากการผูกคอต้มมากที่สุด จำนวน 4 คน (ร้อยละ 40.0) รองลงมาใช้มีดกรีดข้อมือ จำนวน 3 คน (ร้อยละ 30.0) ช่วงเวลาในการพยายามฆ่าตัวตายนั้นไม่เลือก ช่วงเวลาที่ลงมือมากที่สุด จำนวน 6 คน (ร้อยละ 60.0) รองลงมาเลือกช่วงเวลาตะวันตกดิน เนื่องจากไม่อยากให้ใครมาพบเห็น จำนวน 3 คน (ร้อยละ 30.0)

**การให้ความหมายต่อคำพูดของสมาชิกครอบครัวที่ส่งผลให้มีความคิดฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า แบ่งเป็น 3 ลักษณะ ดังนี้**

**1) การให้ความหมายในลักษณะไล่ให้ไปตาย และไม่เป็นที่ต้องการ**

ในการวิจัยนี้สมาชิกในครอบครัวหมายถึง บิดา มารดา และสามี ซึ่งมีความสำคัญต่อผู้ให้ข้อมูล โดยส่วนมากผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่าเป็นบุคคลที่รัก

และคนสำคัญในชีวิต เมื่อพูดโดยบุคคลที่รักและสำคัญในชีวิต ทำให้แปลความหมายว่า ตนเองไม่เป็นที่ต้องการและไล่ให้ไปตาย การให้ความหมายเช่นนี้มาจากคำพูด เช่น “แล้วจะกลับมาทำไม” “ถ้าจะให้แก้ปัญหานาน่ากันหลายปานนี้ เป็นหยิ่งก็อย่าตายตั้งแต่ที่แรก เกิดมาเฮ็ดหยิ่ง (ถ้าจะให้แก้ปัญหตามหลังที่มากขนาดนี้ จะเกิดมาทำไม ทำไมไม่ตายตั้งแต่ครั้งแรก)” “หนี ถ้ามีง่แง มีง่ก็ออกจากบ้านไป ไม่ต้องมาอยู่ที่นี่ ไปตายเสียทีไป (ไปตายที่ไหนก็ไป)” “ถ้าทำไม่ได้ก็ไปตาย นั่น เชือก!” คำพูดเหล่านี้เมื่อผู้ป่วยอยู่ในสถานการณ์ที่มีอารมณ์อ่อนไหวจะเกิดการตีความหรือให้ความหมายโดยผู้ป่วย ทำให้เกิดความรู้สึกน้อยใจ เสียใจ ผิดหวัง ที่ถูกมองว่าเป็นคนที่ไม่ต้องการของครอบครัว และยังไล่ให้ไปตาย โดยบางประโยคเร่งทางออกให้ผู้ป่วยกระทำตาม เมื่อคำพูดนั้นออกมาบ่อย ๆ ครั้ง จะตอกย้ำและซ้ำเติมความรู้สึกของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยยืนยันความหมายต่อคำพูดเหล่านั้นในรูปแบบเดิม ๆ เมื่อการให้ความหมายเหล่านั้นฝังอยู่ในความรู้สึกเสียใจ น้อยใจ และผิดหวัง ประกอบกับท่าทางของสมาชิกครอบครัว ที่แสดงออกมาด้วยสายตา น้ำเสียง ท่าทาง ที่สอดคล้องกับคำพูด จึงเสมือนกระตุ้นความคิดฆ่าตัวตายผลักดันไปสู่การฆ่าตัวตาย ดังคำพูดและการให้ความหมายของผู้ป่วยว่า

“คำพูดของพ่อทำให้หนูเสียใจมาก... เพราะพ่อแม่แยกทางกันตั้งแต่หนูจำความได้ หนูเคยอยู่กับพ่อตั้งแต่เด็ก พ่อจึงเป็นคนที่หนูเคารพมากที่สุดเพราะหนูมีแค่พ่อกับพี่สาว...วันที่หนูจำได้คือ หนูแกล้งไปนั่งเล่นกับเพื่อนแล้วกลับบ้านดึก

เพราะหนูไม่รู้จะคุยกับใครในบ้าน พ่อก็มีแฟนใหม่ แล้วหนูก็ไม่ค่อยถูกกันกับเค้า ทำให้หนูรู้สึกเป็นว่า หนูเป็นคนนอก...คำพูดของพ่อที่พูดกับหนูเหมือน มองว่าหนูไม่สำคัญ ไม่ต้องการหนู หนูมันไร้ค่า ไร้ประโยชน์ไปหมด...คำว่า แล้วจะกลับมาทำไม ประโยคนี้ทำให้หนูรู้สึกเฟล ล่องลอย เคว้งคว้างไปหมด...ยิ่งตอนที่พ่อพูดวันนั้น ทั้งตะคอกเสียงดัง ตาของพ่อคู่มาก น้ำกล้วมาก ทำให้หนูตกใจ ทำอะไรไม่ถูก...ไม่ใช่ว่าเพิ่งพูดวันนี้ เพราะพ่อพูดแบบนี้กับ หนูตลอด มันมีหลายคำที่ทำให้หนูคิดอยากตายนะ แต่ไม่เท่าวันนั้น” (รายที่ 4, อายุ 22 ปี, พยายามฆ่าตัวตายมากกว่า 10 ครั้ง)

“แม่เป็นผู้ที่ทำให้ผมสบายใจที่สุดเวลาเล่า ปัญหาให้ฟัง เวลาผมมีปัญหา แม่จะเป็นคนคอยช่วย แก้ปัญหาให้กับผม ทำให้ผมสบายใจอย่างน้อยก็มี แม่ที่รักผม ไม่ปล่อยยให้ผมเดือดร้อน...แต่ปัญหาที่เกิดขึ้นวันนั้น...คำที่แม่พูด มันทำให้ผมคิดว่าผมไม่ควรอยู่เป็นปัญหาของใครแล้ว ขนาดแม่ยังบอกว่า ไม่อยากให้ผมเกิดมา...ประโยคที่ทำให้ตัดสินใจฆ่าตัวตายวันนั้นคือประโยคที่ว่า ถ้าจะให้แก้ปัญหาน่า ก็นหลายปานนี้ เป็นหยั่งคือบ่ตายตั้งแต่ที่แรก เกิด มาเฮ็ดหยั่ง ซึ่งวันนั้นผมคุยโทรศัพท์ บอกปัญหาที่เกิดขึ้นเหมือนเดิม และแม่ของผมก็พูดอะไรเยอะ มาก ทั้งคำว่าผมสารพัด เสี่ยงมันก็ดั่งขึ้นเรื่อย ๆ จน ผมคิดว่า อยู่ไปก็ไม่มีใครแก้ปัญหาให้ ตายไปดีกว่า มันแย่มากเลยนะ ครับ...เสียงของแม่คือมัน เปลี่ยนไปจากดี ๆ พูดแบบไม่สนใจ หัวน ๆ” (รายที่ 5, อายุ 32 ปี, พยายามฆ่าตัวตาย 4 ครั้ง)

“พ่อแม่คือคนที่ผมเคารพเสมอ เพราะยังไ้ ท่านก็เป็นพ่อแม่ผม...แต่เวลาผมทำอะไร ก็ไม่เคยดี

พอสำหรับเขาเลย หลังจากที่ผมออกจากงานใช้ ใหม่ครับ... ผมกรอกน้ำใส่ตู้เย็นตลอด เพราะกลัว ว่าเวลาเขาไปนาแล้วเขาจะร้อน ผมก็ทำไว้ให้ ก็ไม่มีใครถามผมว่าใครเป็นคนกรอกน้ำ หรือ ชมผม บ้าง...วันนั้นเสียงทะเลาะกันเรื่องการเลี้ยงสัตว์...พอ แกโมโห แกก็เริ่มอารมณ์ไม่ดีละตอนนั้น...คำพูดของพ่อ มันมีความหมายในนั้นอยู่แล้วว่า ไม่ต้องการผม เขาขับไล่ไล่ส่งผม ไม่มีผมอยู่เขายังสบาย...อย่างที่ว่าพ่อพูดว่า หนี ถ้ามีแก่ง มีแกก็ออกจาก บ้านไป ไม่ต้องมาอยู่นี้ ไปตายโล่ก็ไป เห็นไหมว่า เขาพูดแบบนี้ คือเขาไม่อยากให้ผมอยู่กับเขา เขาไม่ต้องการผมหรือ...ถึงขึ้นตะคอกใส่กันเลยครับวัน นั้น...ผมก็รู้สึกเสียใจนะ ที่เขาพูดแบบนี้ ผมทำอะไร ให้หลายอย่าง แต่มองผมแบบนี้ มันจุกครับ” (รายที่ 6, อายุ 40 ปี, พยายามฆ่าตัวตาย 2 ครั้ง)

“พ่อกับแม่เป็นคนที่ผมนับถือ คือท่านให้ กำเนิดผมมา...แต่ส่วนใหญ่พ่อก็เป็นคนที่ชอบ บังคับลูกได้มากเหมือนกัน ตอนเด็ก ๆ พ่อของผม เวลาพูดแต่ละทีก็ทำให้ผมรู้สึกแย่อยู่มากเหมือนกัน เคย พูดแบบนี้มานานหลายครั้งแล้ว ผมก็ไม่สนใจ เลย ๆ ...วันนั้นผมทำตามที่พ่อคาดหวังไม่ได้ เพราะ พ่อบอกให้ผมทำงานหลักได้ทั้งสองอย่าง...ผมบอก แกว่าผมทำไม่ไหว...ผมเลยโดนพ่อว่า ถ้าทำไม่ได้ก็ ไปตาย นั้น เชือก!...ตอนที่พ่อพูดวันนั้น คือตาขวาง เลยแหละ พูดแล้วแถมชี้นิ้วไปทางห้องเก็บของ เหมือนจะบอกด้วยซ้ำว่าเชือกมันอยู่ในห้องเก็บของ เสียงที่พูดวันนั้นมันดังแบบตะคอก ตะโกนเลยก็ว่าได้...มันคือคำที่ไล่ผมไปตายเลยนะ ไม่มีใครพูด แบบนี้กับลูกหรือ มันเกินไป...วันนั้นผมรู้สึก โกรธมาก จนอยากที่จะทำประชด” (รายที่ 8, อายุ

28 ปี, พยายามฆ่าตัวตาย 3 ครั้ง)

## 2) การให้ความหมายในลักษณะการตก ย่ำซ้ำเติม และการเปรียบเทียบ

มีคำกล่าวจากบุคคลที่มีความสำคัญกับ  
ผู้ให้ข้อมูลหลัก ที่ผู้ให้ข้อมูลให้ความหมายว่าเป็น  
การตกย่ำ ซ้ำเติม โดยเฉพาะในเรื่องที่เป็นจุดอ่อน  
ของผู้ให้ข้อมูล นอกจากนั้นบุคคลที่ตนเองรัก  
มักจะเปรียบเทียบผู้ให้ข้อมูลกับคนอื่นเสมอ ได้แก่  
คำพูดที่ว่า “อยู่กับคนเป็นบ้าตัวนี้ (อยู่กับคนบ้า)”  
“ไปนั่งอยู่หน้าร้านซี ทำตัวให้เหมือนลูกคนอื่น  
หน่อย อย่าทำให้เหมือนพ่อแม่ไม่บอกไม่สอน ลูก  
คนอื่น ได้ดีหมดมีแต่ลูกเจ้าของ (ตัวเอง)” การ  
เปรียบเทียบกับคนอื่นในลักษณะที่คนอื่นดีกว่า แต่  
ลูกของตนเองไม่มีข้อดี ดังตัวอย่างคำพูด “ภูมิใจ  
ดอกว่ามึงจะได้ดี แค่นี้มึงก็ยังไม่ไปไหนได้” (พ่อแม่  
ไม่เชื่อว่าลูกจะได้ดี แค่นี้ลูกก็ยังไม่ไปไหนไม่ได้)”  
คำพูดเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกโกรธ ไม่พอใจ ที่  
กล่าวซ้ำเติมในสิ่งที่เป็นจุดด้อยของตนเอง เมื่อ  
คำพูดเหล่านี้หลุดออกมาจากบุคคลที่สำคัญในชีวิต  
และหลุดออกมาบ่อย ๆ ครั้ง จะตกย่ำจิตใจได้สำนึก  
ของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยตีความหมายบิดเบือนจาก  
ความจริง และยืนยันความหมายต่อคำพูดเหล่านั้น  
ในรูปแบบที่ผู้ป่วยไม่พึงพอใจผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยจม  
กับความรู้สึกถูกซ้ำเติม ความรู้สึกถูกเปรียบเทียบ  
จนทำให้ตนเองรู้สึกไม่ดีพอ ความรู้สึกที่เหมือน  
รับรู้ว่าตนผิดปกติ เมื่อการให้ความหมายเหล่านั้น  
ฝังอยู่ในความรู้สึกที่ไม่ดีพอ และถูกตกย่ำซ้ำเติม  
ประกอบกับปฏิกิริยาทำทางที่แสดงออกมาด้วยนั้น  
เช่น สายตาแข็งกร้าว น้ำเสียงดัง จึงนำไปสู่ความคิด  
ฆ่าตัวตาย ดังคำพูดและการให้ความหมายของ

ผู้ป่วย ดังนี้

“ผมเคารพพ่อแม่ของผมเสมอ ไม่ว่าท่าน  
จะรักหรือไม่รักผมก็ตาม...คำพูดที่เหมือนไม่เชื่อใจ  
ไม่เคารพการตัดสินใจของเรา ไม่เชื่อแล้วยังแถมดู  
ถูกเราว่าเราคงทำไม่ได้ ทำไม่สำเร็จ...คำว่า ภูมิใจ  
ดอกว่ามึงจะได้ดี แค่นี้มึงก็ยังไม่ไปไหนได้” รวมถึง  
ประโยคประชดประชันต่าง ๆ ที่ไม่เคยนึกถึงว่าคน  
อื่นเขาจะคิดอย่างไร คำพวกนี้มันบาดใจผม...คำพูด  
ประชดก็ เก่งคัก เก่งหลายจนมาอยู่บ้าน แต่ผมจะ  
พูดอะไรได้ พูดไม่ได้ ก็เลยได้แต่เก็บไว้ในใจนี้  
แหละ พอมันสะสมเรื่อย ๆ วันนั้นมีเรื่องเครียดมา  
อีก ผมก็เอาใจมาแทงตัวเองเลย...” (รายที่ 6, อายุ  
40 ปี, พยายามฆ่าตัวตาย 2 ครั้ง)

“คำพูดของสามีฉันทำให้ฉันรู้สึกผิดหวัง  
มาก...สามีคนที่ฉันรัก (รัก) และ ใช้ชีวิตอยู่ด้วยกัน  
มาตลอดอยู่ด้วยกันดูแลกันมา จนไม่คิดว่าเขาจะมา  
พูดกับฉันแบบนี้...แต่วันนั้นฉันบอกเขาพาฉันไป  
รับยาที่โรงพยาบาล เพราะยาหมด...เขาพูดขึ้นว่า ภูมิใจ  
อยู่กับคนเป็นบ้าตัวนี้ (อยู่กับคนบ้า) เขาพูดทั้ง  
หัวเราะไปด้วย...มันเหมือนเขาเยาะเย้ยฉัน สมเพช  
ฉันมาก...ฉันเป็นจิตเวชแล้วยังไง ฉันก็ทำมาหากิน  
ได้ไม่แพ้ใคร ไม่ได้นั่ง ๆ นอน ๆ เหมือนคนอื่น...  
ทำไมถึงต้องมาพูดตกย่ำความรู้สึกกันด้วย” (รายที่  
7, อายุ 53 ปี, พยายามฆ่าตัวตายมากกว่า 3 ครั้ง)

“คำพูดในวันนั้นเป็นคำพูดของพ่อค่ะ...  
พ่อเป็นคนที่ยากได้ดีกว่าคนอื่น โดยที่เอาความ  
อยากได้อะไรมาลงที่หนู มาบังคับหนูทำในสิ่งที่  
พ่อคาดหวัง...เป็นประโยคที่หมายถึงการเปรียบเทียบ  
ที่ไม่มีวันสิ้นสุดเลยสักครั้ง ...มีแต่ตกย่ำความ  
ผิดพลาดที่เกิดขึ้นเพียงแค่ว่าเราไม่ได้ทำในสิ่งที่

ครอบครัวต้องการ ...คำพูดวันนั้น ทำตัวให้เหมือน ลูกคนอื่นหน่อย อย่าทำให้เหมือนพ่อแม่ไม่บอกไม่ สอน ลูกคนอื่นได้ดีหมดมีแต่ลูกเจ้าของ (ตัวเอง) แล้วก็ไล่ความผิดสารพัดอย่าง พูดอยู่แบบนั้นจนเรา รำคาญ มันพูดบ่อยเกือบทุกวัน มันเกิน ไป พูดแล้วก็ ทำของเสียคงประชิด ทั้งซักสีหน้า” (รายที่ 9, อายุ 30 ปี, พยายามฆ่าตัวตาย 3 ครั้ง)

### 3) การให้ความหมายในลักษณะไร้ค่า ไม่มี ประโยชน์ เป็นภาระกับผู้อื่น

คำพูดที่ผู้ให้ข้อมูลให้ความหมายว่าตนเอง ไร้ค่า ไม่มีประโยชน์ และเป็นภาระ เป็นคำพูดของ บุคคลที่รัก ดังตัวอย่างคำพูด “อย่ามาเกาะกูแตก (อย่ามาเกาะแม่กิน)” “ไม่รู้จักหาอะไรทำ ทำการ ทำงาน...ถ้าไม่มีพวกกู (พ่อแม่) มึงอยู่ไม่ได้หรอก” “ไม่มีประโยชน์” “ทำอะไรไม่คิดไม่ปรึกษา” เมื่อ ผู้ป่วยได้ยินคำพูดเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกน้อยใจ ผิดหวัง เมื่อคำพูดเหล่านี้หลุดออกมาจากบุคคลที่ สำคัญในชีวิต และหลุดออกมาบ่อย ๆ ครั้ง ประกอบ กับท่าทางที่แสดงออกมาด้วย เช่น น้ำเสียง ที่ ค่อนข้างหนัก ไปจนถึงกระแทกเสียง และตะโกน สีหน้าที่บึ้งตึง มีแววตาที่ดุร้าย เป็นต้น จะตอกย้ำ จิตใต้สำนึกของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยตีความหมาย ยืนยันความหมายต่อคำพูดที่พูดบ่อยครั้งทำให้จม กับความรู้สึกไม่มีค่าเมื่อการให้ความหมายเหล่านั้น ผังอยู่ในความทรงจำที่ว่าตนเองไร้ค่า ไม่มีประโยชน์ จึงนำไปสู่ความคิดฆ่าตัวตาย ดังคำพูดและการให้ ความหมายของผู้ป่วย ดังนี้

“แม่เป็นคน que เข้าใจเรามากที่สุด เพราะ ตั้งแต่เล็กจน โตเราอยู่กับแม่มาตลอด...คำพูดของ แม่ที่บอกว่า อย่ามาเกาะกูแตก (อย่ามาเกาะแม่

กิน)...พูดบ่น ๆ ไม่เว้นช่องให้เราพูดเลย เสียงก็ดัง เหมือนโกรธเรามาก เราารู้เลยว่าแม่อารมณ์เสีย...เป็น คำพูดที่ทำให้เรารู้สึกว่าน้อยใจ แล้วก็เสียใจ มัน เหมือนเราไม่มีประโยชน์ ขนาดนั้นเลยหรือ พอ หมดประโยชน์ก็ถีบหัวไล่ส่งเรา เหมือนเราไม่มีค่า อะไรเลย... เรามันกระจอกอยู่ไปก็เป็นภาระของ เขา” (รายที่ 3, อายุ 25 ปี, พยายามฆ่าตัวตาย 4 ครั้ง)

“พ่อคือคนที่หนูปรึกษาได้ทุกเรื่อง หนู สนุกกับพ่อมาก...คำพูดของพ่อในวันนั้น พ่อว่าหนู ไม่รู้จักหาอะไรทำ ทำการทำงาน...ถ้าไม่มีพวกกู (พ่อแม่) มึงอยู่ไม่ได้หรอก ซึ่งตอนนั้นเขาก็ดู หงุดหงิดและบึ้งตึงพอควร เสียงวันนั้นมันกระแทก เสียง...แล้วเราก็มานั่งคิดว่า เรามันแยขนาดนั้นเลย ทั้งที่เราพยายามแล้ว มันไม่มีประโยชน์อะไรเลย หรือ แล้วความรู้สึกมันแว๊บมา แบบน้อยใจ โกรธที่ โดนว่า” (รายที่ 2, อายุ 25 ปี, มีความคิดฆ่าตัวตาย แต่ยังไม่เคยลงมือทำ)

“เราเคารพและรักท่าน เพราะท่านคือพ่อ แม่ของเรา...เวลาที่มีเรื่องที่บ้านแล้วพ่อแม่จะบ่น ยาวยาวไปจนถึงเรื่องของเรา...คำพูดที่พ่อแม่ท่าน ว่าให้เราไม่ว่าจะเป็น ไม่มีประโยชน์ ทำอะไรไม่คิด ไม่ปรึกษา...ท่านคงไม่คิดถึงสิ่งที่เราทำให้ทุกอย่าง ที่ผ่านมา มันไม่มีความหมายอะไรเลยหรือ มันทำ ให้เราแย่ละ มันไร้ค่า ไร้ตัวตนในสายตาของเขา ขนาดนั้นเลยใช่ไหม” (รายที่ 9, อายุ 30 ปี, พยายาม ฆ่าตัวตาย 3 ครั้ง)

### การอภิปรายผล

การให้ความหมายต่อคำพูดที่อยู่ในการ สื่อสารในครอบครัวใน 3 ลักษณะ คือ 1) การให้

ความหมายในลักษณะถูกไล่ให้ไปตาย และไม่เป็นที่ต้องการ 2) การให้ความหมายในลักษณะการตอกย้ำซ้ำเติม และการเปรียบเทียบ 3) การให้ความหมายในลักษณะไร้ค่า ไม่มีประโยชน์ เป็นภาระกับผู้อื่น ทำให้ผู้ให้ข้อมูลมีความรู้สึกเครียด น้อยใจ โกรธ และผิดหวัง เมื่อคำพูดเกิดขึ้นซ้ำบ่อย ๆ ความหมายที่ทำให้คำพูดเหล่านั้น จะฝังในความทรงจำและฝังอยู่ในความรู้สึก ทำให้มีความคิดฆ่าตัวตายเกิดขึ้นโดยสาเหตุหลักที่ทำให้มีความคิดและความพยายามฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เกิดจากความขัดแย้งในครอบครัว การทะเลาะกันในครอบครัว สอดคล้องกับงานวิจัยเรื่องการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการพยายามฆ่าตัวตาย ในอำเภอองไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย ของปองพล วรปณี และคณะ (2556) พบว่าการขาดความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในครอบครัว มีความขัดแย้งในครอบครัว และมีเหตุการณ์ด้านลบในครอบครัว การทะเลาะกันในครอบครัว เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการพยายามฆ่าตัวตาย และงานวิจัยของสุริศา พลพิพัฒน์พงศ์ (2560) ที่พบว่าสาเหตุความสัมพันธ์กับคนใกล้ชิด รวมไปถึงการสื่อสารในครอบครัวที่ไม่เข้าใจกัน การใช้คำพูดที่รุนแรง การมีสัมพันธ์ภาพในครอบครัวที่ไม่ดีต่อกัน ส่งผลให้มีความคิดฆ่าตัวตายได้เช่นกัน

**การให้ความหมายในลักษณะไล่ให้ไปตาย และไม่เป็นที่ต้องการ** เป็นการแสดงออกทางคำพูดที่อาจ เกิดจากความตั้งใจหรือไม่ตั้งใจของผู้พูด แต่เมื่อพูด โดยบุคคลสำคัญอันเป็นที่รัก ย่อมมีความหมายและทำให้กระทบกระเทือนจิตใจ เกิดความรู้สึกเสียใจ น้อยใจ และไร้ค่าที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไป

การสื่อสารของคนในครอบครัวแบบไล่ให้ไปตาย ถูกให้ความหมายว่าตนไม่เป็นที่ต้องการ ย่อมกระตุ้นให้เกิดความคิดและความพยายามฆ่าตัวตาย สอดคล้องกับงานวิจัยของ มาโนช หล่อตระกูล (2544) ศึกษาเรื่องภาพปัญหาและการปรับตัวในชาย-หญิงผู้พยายามฆ่าตัวตาย เมื่อทะเลาะกันรุนแรงจะมีการทำทนายหรือไล่อีกฝ่ายให้ไปตายเสีย ลักษณะการฆ่าตัวตายจะเป็นแบบ "ชั่ววูบ" พบหลายคนที่เมื่อทะเลาะกันแล้ว มีการทำทนายกันหรือไล่ให้ไปตายเสียจากอีกฝ่ายหนึ่ง ผู้ที่ทำหรือไล่ให้ไปตายจะเป็นผู้ที่อาวุโสกว่า มีบทบาทเหนือกว่าผู้ที่ฆ่าตัวตาย เช่น เป็นพ่อแม่ พี่ชาย หรือสามี การพูดเช่นนี้เปรียบเสมือนเป็นการปฏิเสธหรือไม่ยอมรับ ไม่ต้องการจะเห็นพวกเขาอีก บ่งถึงความโกรธ เห็นว่าพวกเขาไม่มีคุณค่า มีแต่ก่อปัญหาต่อความเดือดร้อน จึงไม่ต้องการให้อยู่ด้วยอีก ยิ่งไปกระตุ้นให้ผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตายทำตาม โดยอาจเป็นเพราะรู้สึกน้อยใจ หรือโกรธแต่ทำอะไรไม่ได้ พฤติกรรมที่เกิดขึ้นนี้จะเป็นในลักษณะของความหุนหันพลันแล่น เป็นปฏิกิริยาตอบสนองต่อความกดดันทางจิตใจที่รุนแรง ซึ่งในมุมมองของญาติที่เคยพูดขับไล่ไล่ส่งผู้ที่ฆ่าตัวตาย ก็ได้ตระหนักถึงคำพูดที่ทำให้คนในครอบครัวฆ่าตัวตาย เช่น “ถ้าย้อนเวลากลับไปได้จะไม่ค่าเขา จะไม่ไล่ให้เขาไปตาย” “โกรธตัวเองมากและจะไม่ให้อภัยตัวเองเลย รู้เลยว่าลูกกำลังเสียใจแต่ก็ยังทิ้งลูกให้อยู่คนเดียว ไม่น่าจะไปตลาดตอนนั้นเลย” (เฉลิมพรรณ เมฆลอย, 2563)

**การให้ความหมายในลักษณะการตอกย้ำซ้ำเติม และการเปรียบเทียบ** เป็นการสื่อสารของคน

ในกรอบครัวที่ถูกให้ความหมายโดยสมาชิกที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าว่าเป็นการตกข้ำเข้าเต็มจุดอ่อนของตนเอง และการเปรียบเทียบกับผู้อื่นหมายถึงว่าตนเองไม่มีอะไรดีเทียบเท่าคนอื่น การพูดซ้ำ ๆ กระตุ้นให้เกิดความคิดฆ่าตัวตาย โดยเมื่อถูกตำหนิ มักจะน้อยใจและส่งผลให้เกิดความคิดและพยายามฆ่าตัวตายได้ (อนงค์ อรุณรุ่ง, 2564) การศึกษาของ วรสิทธิ์ เจริญศิลป์ และคณะ (2562) ศึกษาเรื่องการฆ่าตัวตายของนักศึกษากับการปรับตัวของครอบครัว มหาวิทยาลัยและรัฐ: การศึกษาโดยใช้ข่าวในหนังสือพิมพ์เป็นฐาน พบว่า สาเหตุของการฆ่าตัวตายของนักศึกษาส่วนใหญ่มาจากปัญหาความรัก เช่นอกหัก ทะเลาะกับคนรัก ประชดคนรัก และน้อยใจคนรัก สอดคล้องกับงานวิจัยของ และคณะ (2551) ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องในการทำร้ายตัวเอง ของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายในเขตตรวจราชการที่ 3 พบว่าสาเหตุที่เกี่ยวข้องได้แก่ น้อยใจคนใกล้ชิดที่ดูค่า และทะเลาะกับคนใกล้ชิด และสอดคล้องกับงานวิจัยของพงศธร เหลือหลาย และยุทธนา แยกคาย (2563) พบว่า เมื่อมีปัญหาทะเลาะกับคนใกล้ชิดในครอบครัว และความน้อยใจจากการถูกตำหนิ หรือถูกค่าเป็นสาเหตุ ทำให้ตัดสินใจพยายามฆ่าตัวตาย เพื่อประชดคนในครอบครัวหรือประชดชีวิตตัวเอง การฆ่าตัวตายหรือการพยายามฆ่าตัวตายจึงมักจะมีสาเหตุมาจากคนใกล้ชิดที่มีความสำคัญและเป็นที่รักของผู้ฆ่าตัวตายหรือพยายามฆ่าตัวตาย โดยเฉพาะผู้ที่เป้นโรคซึมเศร้า ซึ่งมีระบบการคิดทางลบ คำพูดที่อยู่ในการสื่อสารของสมาชิกในครอบครัวจะถูกให้ความหมายในทางลบต่อตนเองเสมอ การใช้คำพูดอย่างไม่

ระมัดระวังจึงเป็นเรื่องที่เปราะบางต่ออารมณ์ที่อ่อนไหวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในครอบครัว

**การให้ความหมายในลักษณะไร้ค่า ไม่มีประโยชน์ เป็นภาระกับผู้อื่น** ผู้วิจัยพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าให้ความหมายว่า เป็นภาระ มองไม่เห็นคุณค่า โดยภาวะซึมเศร้าเชื่อมโยงบุคคลต่อการมองเห็นคุณค่าในตนเอง ไม่รักตนเอง พบทางตัน มองไม่เห็นหนทางที่จะมีชีวิตต่อ เกิดความคิดทำร้ายตนเอง จนนำไปสู่การฆ่าตัวตายสำเร็จได้ในที่สุด (แพรวณา บุญประถัมภ์ และคณะ, 2560) ซึ่งการรับรู้ว่าเป็นภาระแก่สังคมหรือผู้อื่นเป็นปัจจัยเสี่ยงของการฆ่าตัวตาย มักเกิดจากการรับรู้เหตุการณ์ด้านลบ เช่น ความขัดแย้งภายในครอบครัว การว่างงาน และการเจ็บป่วยทางกาย เป็นต้น นำไปสู่ความขัดแย้งภายในใจ (ศิวาพร มหาทำนุโชค, 2565) สอดคล้องกับงานวิจัยของ ศิริภัททรา จุฑาภรณ์ และคณะ (2562) ที่ศึกษาเรื่องภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่นับถือศาสนาอิสลาม พบว่า ความรู้สึกไร้ค่า จะเกิดภาวะซึมเศร้าได้ง่าย และเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และสอดคล้องกับทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของการฆ่าตัวตายการรับรู้ว่าเป็นภาระแก่สังคมหรือผู้อื่นเป็นปัจจัยเสี่ยงของการฆ่าตัวตาย มักเกิดจากการรับรู้เหตุการณ์ด้านลบ และสอดคล้องกับกระบวนการคิดที่บิดเบือน 3 ประการ โดยภาวะซึมเศร้านักมีการคิดหมกมุ่นอยู่กับตนเองในทางลบตลอดเวลา ซึ่งความคิดลบต่าง ๆ เหล่านี้ทำให้เกิดความรู้สึกหดหู่ เศร้าหมอง และคิดว่าตนเองไม่ควรที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไป ลักษณะความคิดนี้มีผลต่อการรับรู้ อารมณ์และพฤติกรรม เกิดขึ้น

เป็นวงจรเวียนซ้ำตลอดเวลา (ลัดดา อินไหม และคณะ, 2565)

สิ่งที่กระตุ้นให้คิดฆ่าตัวตายอีกตัวกระตุ้นหนึ่ง คือ ปฏิกริยาแสดงออกร่วมด้วย เช่น น้ำเสียง สีหน้า แววตา ส่งผลกระตุ้นให้เกิดความคิดและความพยายามฆ่าตัวตาย โดยผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามักมีอาการอ่อนไหวง่าย อ่อนไหวกับสิ่งแวดล้อม จึงทำให้หวนไหวต่อการแสดงออกของผู้พูด ที่แสดงสีหน้า แววตา น้ำเสียง ทำให้ตกใจง่าย อ่อนไหวทางอารมณ์ และรับความคิด และความรู้สึกในทางลบต่อตนเอง บางรายมีแผลในใจจากเรื่องที่ฝังใจมานาน เมื่อมีสีหน้า ท่าทาง แววตา แสดงออกมาแล้วจะทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าตีความในแง่ลบทันที (รวีพรดิ พูลลาภ, 2560)

### ข้อเสนอแนะ

#### ข้อเสนอแนะด้านการปฏิบัติการพยาบาล

พยาบาล บุคลากรสุขภาพ และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง สามารถนำผลงานวิจัยนี้ไปใช้เป็นข้อมูลเพื่อเป็นแนวทางในการให้คำปรึกษาเบื้องต้นแก่ครอบครัว ผู้ดูแล รวมถึงสามารถนำไปปรับใช้เพื่อหลีกเลี่ยงคำพูดที่จะส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และลดความเสี่ยงที่จะเกิดความคิดฆ่าตัวตายระยะยาวที่ยาวนาน

#### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษามุมมองของสมาชิกครอบครัวต่อคำพูดที่สื่อสารกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เพื่อเป็นการศึกษาทัศนคติของสมาชิกในครอบครัวต่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

2. ควรมีการวิจัย และพัฒนาชุดความรู้

หรือกิจกรรมต่าง ๆ ในเรื่องการสื่อสารในครอบครัว เพื่อช่วยสมาชิกในครอบครัวให้สามารถสื่อสารกับผู้ป่วยอย่างเข้าใจ และยอมรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

### ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ มีข้อจำกัดในระหว่างการเก็บข้อมูล เนื่องจากการระบาดของโควิด-19 ทำให้กลุ่มตัวอย่างบางรายไม่สะดวกเดินทาง ทำให้การค้นหากลุ่มตัวอย่างเป็นไปได้ค่อนข้างยาก

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ รศ.ดร.ครุณี รุจกรกานต์ และ ศ.ดร.วาทีณี สุขมาก ที่ช่วยแนะนำ ชี้แนะให้การศึกษาครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

### เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (ม.ป.ป.). รายงานอัตรา การฆ่าตัวตาย (รายต่อแสนประชากร). [https://suicide.dmh.go.th/report/suicide/stat\\_prov.asp](https://suicide.dmh.go.th/report/suicide/stat_prov.asp)
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (ม.ป.ป.). รายงานอัตรา การฆ่าตัวตาย คิดตามสถานที่ตาย. [https://suicide.dmh.go.th/report/suicide/stat\\_prov.asp?ndead=1](https://suicide.dmh.go.th/report/suicide/stat_prov.asp?ndead=1)
- เฉลิมพรณ์ เมฆลอย. (2563). トラバプของสมาชิกครอบครัวที่ฆ่าตัวตายสำเร็จกับการประยุกต์ใช้กลุ่มจิตบำบัดประคับประคอง. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 34(2), 18-32.
- ณพนธ์ ถมกระจำง และ เสาวนีย์ ทองนพคุณ. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของบุคลากรสายสนับสนุนในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรี. *วารสารการแพทย์และสาธารณสุขมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี*, 31(1), 37-45.
- ณัฐธญา พัฒนะวานิชนันท์, บัดพงษ์ เกษมบุญรณ์, และ รุจิรา ศิริวัฒนา. (2551). ปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องในการทำร้ายตนเอง. *วารสารสภาการพยาบาล*, 23(3) 61-71.

- ดฤดา จำปาวัลย์. (2560). แนวคิดและทฤษฎีภาวะซึมเศร้าทางจิตวิทยา. *วารสารพุทธจิตวิทยา*, 2(2), 1-11.
- นวลนวิ ประเสริฐสุข. (2558). สื่อสารอย่างสร้างสรรค์เพื่อสร้างสุขในครอบครัว. *วารสารอิเล็กทรอนิกส์ มหาวิทยาลัยศิลปากร (มนุษยศาสตร์สังคมศาสตร์และศิลปะ)*, 8(2), 737-747.
- ปองพล วรปานิ, เสาวนันทน์ บำเรอราช, และ สุพัตรา สุขawah. (2556). การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการพยายามฆ่าตัวตายในอำเภอทองไทร จังหวัดสุโขทัย. *วารสารการพัฒนาชุมชนมหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 1(1), 69-78.
- พงศธร เหลือหลาย และ ยุทธนา แยกคาย. (2563). พฤติกรรมการฆ่าตัวตายของประชาชน อำเภอศรีนคร จังหวัดสุโขทัย. *วารสารวิชาการป้องกันควบคุมโรค สคร.2 พิษณุโลก*, 7(3), 1-17.
- แพรวณภา บุญประถมภ์, ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์, และ ดวงใจ วัฒนสินธุ์. (2560). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในนักเรียนโรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษา. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 31(2), 43-58.
- ภักจิรา ภูมศรี. (2563). โรคซึมเศร้าปัญหาสุขภาพใกล้ตัว. *วารสารวิชาการ มหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย*, 14(2), 51-58.
- มณจิรา สะแกทอง, อิศรพงษ์ ไกรสินธุ์, วิรัตน์ ภูทองเนิน, และ อรชร เรือนคำ. (2561). ความห่างเหินยุค 4 G. *วารสารทศพูนมวิทรรศน์*, 2(1), 1-13.
- มานิช หล่อตระกูล. (2544). สภาพปัญหาและการปรับตัวในชาย-หญิงผู้พยายามฆ่าตัวตาย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 46(1), 37-48.
- รวีพรดี พูลลาภ. (2560). ภาวะซึมเศร้า การคิดฆ่าตัวตาย ความเครียด และการจัดการความเครียดของประชาชนในชุมชนน้ำจี่ และชุมชนบ้านเด่น ตำบลเมืองพาน อำเภอเมืองพาน จังหวัดเชียงราย. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี*, 6(2), 72-85.
- ลัดดา อินไหม, ชัยณรงค์ มากเพ็ง, นันทวุฒิ วงศ์เมฆ, นวรัตน์ เมาจิรินทร์, และ ซอฮาส เค็งมาษา. (2565). ความสุข และ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ของความเครียด ความกังวล และ ภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นในสถานการณ์การระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19): กรณีศึกษาโรงเรียนมัธยมศึกษา จังหวัดตรัง. *วารสารเทคโนโลยีภาคใต้*, 15(2), 48-59.
- วรสิทธิ์ เจริญศิลป์, วาสนา สุปิ่นนะ, จุฬามาส สุขอ้อม และสุกษัย นาทองไชย. (2562). การฆ่าตัวตายของนักศึกษาเกี่ยวกับการปรับตัวของครอบครัว มหาวิทยาลัยของรัฐ: การศึกษาโดยใช้ข่าวในหนังสือพิมพ์เป็นฐาน. *วารสารศรีนครินทรวิโรฒวิจัยและพัฒนา (สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์)*, 11(21), 135-147.
- วารกรณ์ ประทีปธีรานันต์. (2557). อัตราการฆ่าตัวตายและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมฆ่าตัวตายโรงพยาบาลเจ้าพระยาบรมราช จังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 28(3), 90-103.
- วัลลภา ทรงพระคุณ, และ เนตรดาว ชงชีว. (2562). บรรณบำบัดสำหรับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า. *วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย(ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี) สาขาภาคเหนือ*, 25(1), 63-70.
- วิมลรัตน์ ชัยปการ, ธิพรพรรณ กาญจนการณ, วรากรณ์ พงษ์แก้ว, และ มาโนช หล่อตระกูล. (2561). ลักษณะผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายซึ่งเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลเชิงราชประชานุเคราะห์ ระหว่างปี พ.ศ. 2555-2559. *เชียงใหม่เวชสาร*, 58(1), 57-67.
- วุฒิพันธุ์ สิทธิกริยะ. (2564). ปัจจัยที่ส่งผลต่อการพยายามฆ่าตัวตายของประชาชนในจังหวัดสิงห์บุรี. *โรงพยาบาลสิงห์บุรีเวชสาร*, 29(1), 1-16.
- ศิวาพร มหาทานุโชค. (2565). ทฤษฎีและรูปแบบที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย: จากความคิดสู่การลงมือฆ่าตัวตายและการประยุกต์ใช้เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์*, 52(1), 88-98.
- ศิริกัทธา จุฬามณี, สมบัติ ประทักษ์กุลวงศา, และ เพชรไพลิน พิณนธิเกษม. (2562). การศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่นับถือศาสนาอิสลาม. *วารสาร โรงพยาบาลมหาสารคาม*, 16(2), 141-148.
- สุดรัก พิละกันทา และ ณัฐกัญจน์ศักดิ์ ศรีวิชัย. (2563). ปัจจัยทำนายการพยายามฆ่าตัวตายตลอดช่วงชีวิตในผู้ป่วยซึมเศร้า. *เชียงใหม่เวชสาร*, 59(2), 99-113.
- สุธิดา พลพัฒน์พงศ์. (2560). *ความคิดฆ่าตัวตายในวัยรุ่นและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง* [พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยบูรพา.

- สุพัตรา สุขาวห, เกษราภรณ์ เคนบุปผา, กมลทิพย์ สงวนรัมย์ย์, กุณช์ชลิ เพียรทอง, สุภาภรณ์ ทองเบ็ญจมาศ, และ พลัปลีง หาสุข. (2563). ความซุกและความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในจังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 65(1), 15-24.
- สุพัตรา สุขาวห และ สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล. (2558). ปัจจัยกระตุ้นที่เกี่ยวข้องกับการพยายามฆ่าตัวตายของวัยรุ่นไทย : มุมมองจากประสบการณ์ของวัยรุ่น. *วารสารพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 3(1), 37-55.
- อนงค์ อรุณรุ่ง. (2564). การพัฒนารูปแบบการให้คำปรึกษาครอบครัวที่มีต่อความคิดฆ่าตัวตายของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย. *วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา*, 1(2), 35-46.
- เอกชัย เพ็ชรพรประภาส. (2563). ความซุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องระหว่างการพยายามฆ่าตัวตายกับภาวะซึมเศร้าในโรงพยาบาลบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 65(2), 167-178.
- Beck, J. S., & Beck, J. (2011). *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond*. The Guilford Press.
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. SAGE Publications, Inc.
- Mennen AC, Norman KA, Turk-Browne NB. (2019). Attentional bias in depression: understanding mechanisms to improve training and treatment. *Current Opinion Psychology*, 29, 266-273.
- Patton, M. Q. (1990). *Qualitative evaluation and research methods*. (2<sup>nd</sup> ed.). SAGE Publications, Inc.
- World Health Organization. (2021). *Suicide prevention*. [http://www.who.int/healthtopics/suicide#tab\\_2](http://www.who.int/healthtopics/suicide#tab_2)

# THE EFFECTS OF GROUP COUNSELING BASED ON THE PERSON-CENTERED THEORY FOR ENHANCE HAPPINESS OF THE ELDERLY IN THE ELDERLY CLUB HEALTH PROMOTING HOSPITAL, OMYAI SUNBDISTRICT

*Ruchuya Jedchaichana, B.A. \*, Chonlaporn Kongkham, Ph.D. \*\*, Kanchana Suttineam, Ph.D. \*\*\*, Choowit Ruttanapolsan, Ed.D. \*\*\**

## Abstract

**Objective:** 1) to compare the happiness of the elderly before and after receiving group counseling based on the person-centered theory, and 2) to compare the happiness of the elderly after receiving group counseling according to the person-centered theory and the regular care.

**Methods:** The sample group consisted of 16 elderly people, selected according to the criteria. They were randomly assigned an experimental group of 8 people and a control group of 8 people. The experiment group received group counseling based on the person-centered theory and the control group received regular care. Research instruments consisted were: 1) The elderly happiness measure, The reliability of this instrument was reported by Cronbach's Alpha as of 0.915, and 2) the group counseling program. It is IOC ranged from 0.66 - 1.00. The descriptive, Wilcoxon signed-rank test and Mann-Whitney U test were used for data analysis.

**Results:** The results of the study were 1) The happiness of the elderly who received group counseling base on the person-centered theory after the experiment was differences than before the experiment at the .01 level. 2) The happiness of the elderly in the experimental group and the control group after receiving counseling base on the person-centered theory were difference and statistically significant at the .001 level.

**Conclusion:** Group counseling based on the person-centered theory to enhance happiness of the elderly.

**Keywords:** elderly people, happiness of the elderly, group counseling base on the person-centered theory

*\*Student, Master of Science Program in Counseling Psychology, Faculty of Education, Bansomdejchaopraya Rajabhat University*

*\*\*Corresponding author: Assistant Professor, Faculty of Education, Bansomdejchaopraya Rajabhat University, e-mail: chonlaporn.ko@bsru.ac.th*

*\*\*\*Assistant Professor, Faculty of Education, Bansomdejchaopraya Rajabhat University*

Received: 1 March 2023, Revised: 23 April 2023, Accepted: 1 May 2023

# ผลของการให้การปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีการยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง เพื่อเสริมสร้างความสุขของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอ้อมใหญ่

อุษณา เจตชัยชนะ, ศศ.บ. \*, ชลพร กองคำ, ประ.ด. \*\*,

กาญจนา สุทธิเนียม, ประ.ด. \*\*\*, ชุวิทย์ รัตนพลแสนย์, กศ.ด. \*\*\*

## บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์ :** 1) เพื่อเปรียบเทียบความสุขของผู้สูงอายุก่อนและหลังได้รับการปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีการยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง 2) เพื่อเปรียบเทียบความสุขของผู้สูงอายุภายหลังได้รับการปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีการยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

**วิธีการศึกษา :** การวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุจำนวน 16 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ สุ่มอย่างง่ายแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 8 คนและกลุ่มควบคุม 8 คน โดยกลุ่มทดลองจะได้รับการปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีการยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางเพื่อเสริมสร้างความสุข สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 1.30 ชั่วโมง รวม 11 ครั้ง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบวัดความสุขของผู้สูงอายุ มีค่าดัชนีความสอดคล้อง 0.60 - 1.00 ค่าความเที่ยง 0.915 และการปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีการยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางมีค่าดัชนีความสอดคล้องมีค่า 0.60 - 1.00 การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปใช้ สถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงเปรียบเทียบ โดยใช้ Wilcoxon signed rank test และ Mann-Whitney U test

**ผลการศึกษา :** 1) ความสุขของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองหลังได้รับการปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีการยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางแตกต่างจากก่อนได้รับการปรึกษากลุ่ม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 2) ความสุขของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังได้รับการปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีการยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางแตกต่างจากกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

**สรุป :** การปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีการยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางสามารถเสริมสร้างความสุขในผู้สูงอายุได้

**คำสำคัญ :** ผู้สูงอายุ, ความสุขของผู้สูงอายุ, การปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีการยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง

\*นักศึกษา หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการศึกษา คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา

\*\*ผู้ประสานงานบทความ: ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา, e-mail: chonlaporn.ko@bsru.ac.th

\*\*\*ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา

วันที่รับ: 1 มีนาคม 2566, วันที่แก้ไข: 23 เมษายน 2566, วันที่ตอบรับ: 1 พฤษภาคม 2566

## ความสำคัญของปัญหา

ความสุขในชีวิต (Life Happiness) เป็นสิ่งที่มนุษย์ทุกคนควรได้รับและเป็นสิ่งสำคัญของการดำเนินชีวิตของทุกคนถ้าแต่ละชีวิตมีความสุขมนุษย์ก็จะอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุขจะเป็นความสุขของหมู่คณะของสังคมและของโลก (สุภาณี สุขะนาคินทร์, 2549) โดยความสุข (Happiness) เป็นองค์รวมซึ่งหมายถึงมุมมองหรือความคิดเห็นของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกรู้สึกความเชื่อหรือความต้องการ นอกจากนี้ความสุขยังเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นภายในจิตใจของบุคคลเกี่ยวกับสุขภาวะของตนเองว่ามีความพึงพอใจสภาพชีวิตที่เป็นสุขอันเป็นผลจากการมีความสามารถในการจัดการปัญหาในการดำเนินชีวิตมีศักยภาพที่จะพัฒนาตนเอง เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีโดยครอบคลุมถึงความดีงามภายในจิตใจภายใต้สภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลง (สิทธิพร สุทธ และคณะ, 2561)

จากโครงสร้างประชากรที่เปลี่ยนแปลงไปทำให้สังคมไทยเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุ โดยมีประชากรรวม 64.5 ล้านคน แบ่งเป็นกลุ่มผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป 9.4 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 14.57 ของประชากรรวม (กรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข, 2565) ในขณะที่ผู้สูงอายุมีปัญหาทางสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากภาวะความเสื่อมถอยของร่างกายซึ่งเป็นปัจจัยที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ ปัญหาดังกล่าวนั้นไม่ได้เกิดจากอายุเพียงลำพังแต่เกิดจากสภาพแวดล้อม พฤติกรรมสุขภาพและการดำรงชีวิตที่ผ่านมา ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยที่สามารถป้องกันและหลีกเลี่ยงได้ หากมีการเตรียมความพร้อมให้กับผู้สูงวัยอย่างมีประสิทธิภาพ การดำรงชีวิตที่จะให้

ผู้สูงอายุมีความสุขในสังคมนั้น ไม่เพียงแต่การได้รับความสนับสนุน จากนโยบายหรือมาตรการต่าง ๆ เท่านั้น เพราะความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุเป็นส่วนหนึ่งที่ทุกคนปรารถนาและพยายามทุกวิถีทางที่จะหาความสุขให้กับตัวเอง ซึ่งความสุขของแต่ละคนนั้นแตกต่างกัน ผู้สูงอายุมักขาดความสุขหรือมีความสุขลดลงได้ง่ายกว่าวัยอื่น ๆ เนื่องจากต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงในชีวิตหลายด้าน ทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตสังคม และด้านจิตวิญญาณ รวมทั้งยังมีข้อจำกัดในการใช้ชีวิตมากกว่าวัยอื่น ๆ (จิตติยา สมบัติบุรุษ และคณะ, 2562)

จากการสำรวจความสุขของผู้สูงอายุของวิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (2561) พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับความสุขดังนี้ ความสุขมากที่สุด ร้อยละ 16.80 มีความสุขมาก ร้อยละ 60.90 มีความสุขในระดับปานกลาง ร้อยละ 20.30 มีความสุขน้อย มีร้อยละ 1.70 และมีความสุขน้อยที่สุดถึงไม่มีความสุขเลยร้อยละ 0.30 และผู้สูงอายุชายมีระดับความสุขอยู่ในช่วงมีความสุขมากที่สุด ร้อยละ 78.50 สูงกว่าผู้สูงอายุหญิง ร้อยละ 77.10 ผู้สูงอายุวัยต้นมีระดับความสุขมากถึงมากที่สุดร้อยละ 80.30 สูงกว่าวัยกลางร้อยละ 76.10 และวัยปลายร้อยละ 69.50 ผู้สูงอายุวัยปลายรู้สึกว่าคุณมีความสุขน้อย น้อยที่สุดหรือไม่มีความสุขเลย สูงกว่าวัยกลางและวัยต้น จากข้อมูลระดับความสุขของผู้สูงอายุแสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความสุขอยู่ในระดับมาก แต่มีผู้สูงอายุในวัยปลายที่รู้สึกว่าคุณมีความสุขน้อยหรือไม่มี

ความสุขเลยจะพบว่าเมื่อผู้สูงอายุยิ่งสูงวัยมากขึ้นเท่าไรรก็ยิ่งควรส่งเสริมให้มีความสุขเพิ่มมากขึ้น

จากนโยบายของรัฐบาลประกาศให้ประเทศไทยเป็น “Thailand 4.0” เกิดการเปลี่ยนแปลงหลายด้าน โดยมุ่งเน้นให้บุคคลสามารถรับมือกับโอกาสและภัยคุกคามแบบใหม่ ๆ ที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วและรุนแรงในศตวรรษที่ 21 โดยมีการใช้วิทยาการ ความคิดสร้างสรรค์ นวัตกรรม วิทยาศาสตร์เทคโนโลยีและการวิจัยและพัฒนา (สุวิทย์ เมษินทรีย์, 2560) ซึ่งนโยบายดังกล่าวนี้ส่งผลดีต่อผู้สูงอายุโดยตรงในการช่วยให้ผู้สูงอายุได้ใช้ชีวิตอย่างสะดวกสบาย รวดเร็ว และง่ายยิ่งขึ้น (จินตนา อาจสันเทียะ และรัชชัย บ่อมทอง, 2561) แต่ผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นนี้ส่งผลให้ผู้สูงอายุต้องมีการปรับตัว และเรียนรู้สิ่งใหม่มากขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุบางคนเกิดความเครียด วิตกกังวล เนื่องจากผู้สูงอายุมีข้อจำกัดในการเรียนรู้สิ่งใหม่จำเป็นต้องใช้เวลาในการปรับตัวมากกว่าวัยอื่น หากผู้สูงอายุไม่สามารถปรับตัวได้ส่งผลให้ขาดความสุขในการดำรงชีวิต

ผู้วิจัยสำรวจข้อมูลเบื้องต้นของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอ้อมใหญ่ อำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม ในวันที่ 5 พฤศจิกายน 2564 โดยการสังเกตและสัมภาษณ์เบื้องต้น พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ตามลำพังเพราะลูกหลานไปทำงาน บางคนโชคดียังมีคู่ชีวิตอยู่ด้วยแต่บางคนอยู่คนเดียว ความเหงาส่งผลให้ผู้สูงอายุหลายคนไม่มีความสุข เกิดการเบื่อหน่าย ไม่มีสังคม ไม่มีกิจกรรมให้แสดงความสามารถ ตั้งแต่เกษียณอายุการทำงานมา บางคนคิดว่าตัวเอง

ยังมีความรู้ ความสามารถ อยากที่จะถ่ายทอดให้คนรุ่นหลังได้รับประโยชน์จากประสบการณ์ของตนเอง เช่น การแก้ปัญหาในการทำงาน การเผชิญกับอุปสรรคทั้งในการทำงาน และการใช้ชีวิตที่ผ่านมา การยอมรับเหตุการณ์ต่าง ๆ ในชีวิต การก้าวข้ามอุปสรรคที่ทำให้ตนเองรู้สึกผิดหวัง ท้อแท้ใจว่าผ่านมาได้อย่างไร และจะรับมือกับอุปสรรคนั้นได้อย่างไร รวมถึงการมองโลกในแง่ดี การมีสติอยู่กับปัจจุบัน มีความยืดหยุ่นต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น การควบคุมอารมณ์และสามารถแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้แล้วการดูแลสุขภาพสภาพของตนเองให้สะอาดเรียบร้อยเหมาะสมกับวัย และการอยู่ร่วมกับคนอื่น ทำตัวเองให้คล่องแคล่วแข็งแรงตามวัย ไม่เป็นภาระผู้อื่น และความสุขที่ดีที่สุด คือการได้พูดคุยกับผู้อื่น ได้เล่าเรื่องราวและประสบการณ์ในชีวิตที่ภูมิใจ ให้คนอื่นได้ฟัง ได้เข้าร่วมกิจกรรม เลือกรับทำกิจกรรม ที่ก่อให้เกิดอารมณ์ที่เป็นสุขสดชื่น แจ่มใส ให้ชีวิตในวัยสูงอายุ จากการศึกษาของ ชูวิทย์ รัตนพลแสนย์ และคณะ (2552) และสิทธิพร สุรินทร์ และคณะ (2561) กล่าวว่า ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจ เนื่องจากเป็นวัยที่ต้องพบกับการสูญเสียต่าง ๆ เช่น ตำแหน่งหน้าที่การงาน รายได้ที่ลดน้อยลง ความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดลงหรือการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ได้แก่ คู่ครอง ญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท เป็นต้น ปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุนี้ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเครียด มีอารมณ์โกรธ น้อยใจ รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า ไม่มีประโยชน์ต่อสังคม ต้องการสิ่งใดก็ไม่ได้ตามตามความปรารถนา อาจจะเนื่องจากไม่มีเงินหรือสุขภาพที่ไม่เอื้ออำนวยต่อ

การดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ต้องพึงพาถูกหลอน แต่ไม่มีใครอยากดูแลเอาใจใส่ ไม่มีใครเข้าใจตนเอง รู้สึกว่าตนเองสูญเสียทุกอย่าง ก็จะมีภาวะซึมเศร้า แยกตัวอยู่ตามลำพัง ไม่มีความสุขและความร่าเริงในชีวิต ไม่รู้จะมีชีวิตอยู่ไปทำไม ภาวะความรู้สึกของผู้สูงอายุที่มีต่อตนเองอย่างไรค่า ความรู้สึกที่โดดเด่นว่า เหนว อ่างว้าง ความรู้สึกต่าง ๆ เหล่านี้ส่งผลต่อสุขภาพจิตและความสุขในการดำเนินชีวิต จะทำให้ผู้สูงอายุกลายเป็นคนไม่มีความสุข ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของศศิพัชร สุขถาวร (2553) ที่พบว่า ระดับความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดนครปฐมอยู่ในระดับปานกลาง จากข้อมูลที่ถูกถามว่าข้างต้นสรุปได้ว่า ความสุขของผู้สูงอายุมีองค์ประกอบ 4 ด้าน 1) ความสุขที่เกิดจากการตระหนักถึงคุณค่าในตนเอง 2) ความสุขที่เกิดจากการมีสุขภาพจิตที่ดี 3) ความสุขที่เกิดจากการดูแลรักษาสุขภาพของตนเอง และ 4) ความสุขที่เกิดจากการเข้าร่วมกิจกรรม ซึ่งผู้สูงอายุแต่ละคนมีศักยภาพที่จะพัฒนาตนเอง เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีและมีความดีงามในจิตใจหากได้รับการเสริมสร้างความสุขที่เหมาะสม

การเสริมสร้างความสุขของผู้สูงอายุในการดำเนินชีวิตมีหลายวิธีการ เช่น การออกกำลังกาย (ศศิชา มีเย็น, 2560) การใช้ศิลปะบำบัด (สิริพร คินมาเมือง, 2561) การเข้าร่วมเครือข่ายในการทำกิจกรรมร่วมกับสังคมสามารถสร้างสุขภาพจิตที่ดีส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความสุขในการดำเนินชีวิต (อรรถกร เจริญ, 2560) การปรึกษากลุ่ม (วิศรา ใจเปี่ยม, 2558) และจากการทบทวนงานวิจัยดังกล่าวพบว่า การให้การปรึกษากลุ่มเป็นวิธีการหนึ่งที่มีประสิทธิภาพ

ในการเสริมสร้างความสุขให้กับผู้สูงอายุ ซึ่งแนวทางของทฤษฎีการให้การปรึกษามีหลากหลาย ทฤษฎีที่สามารถเลือกนำมาใช้ การให้การปรึกษาโดยทฤษฎีการยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางของ Roger เป็นทฤษฎีที่เน้นเรื่องสัมพันธภาพในการให้การปรึกษาระหว่างผู้ให้การปรึกษาและผู้รับการปรึกษา เพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงในตัวผู้รับการปรึกษา โดยผู้รับการปรึกษามีอิสระที่จะระบายความไม่สบายใจและสามารถพิจารณาทำความเข้าใจตนเองยอมรับตนเองและเปลี่ยนแปลงตนเองไปในทางที่ดีขึ้น ส่งผลให้เกิดพลังในการเปลี่ยนแปลงจิตใจหรือลดความทุกข์ ซึ่งเหมาะสมกับกลุ่มผู้สูงอายุเนื่องจากวัยสูงอายุเป็นวัยที่สังคมประสบการณ์ในชีวิตไว้อย่างมากมายและผู้สูงอายุหลายคนชอบที่จะถ่ายทอดเรื่องราวประสบการณ์ในชีวิตออกมาให้ลูกหลานได้รับฟัง การที่ผู้สูงอายุได้เล่าเรื่องราวประสบการณ์ออกมานั้นจะช่วยให้ผู้สูงอายุได้เข้าใจและยอมรับตนเองมากขึ้น พร้อมทั้งจะดำเนินชีวิตร่วมกับครอบครัวและผู้อื่นในอันที่จะสร้างสรรค์สิ่งที่เป็นประโยชน์ช่วยให้รับรู้ถึงคุณค่าในตนเองและผู้อื่นส่งผลให้มีความสุขในการใช้ชีวิตมากขึ้น

ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาถึงผลของการปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวคิดทฤษฎีการยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง (Rogers, 1975) ต่อความสุขของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลอ้อมใหญ่ เพื่อได้วิธีการในการเสริมสร้างความสุขให้กับผู้สูงอายุ โดยการเกื้อหนุนให้ผู้สูงอายุได้สำรวจตนเอง นำไปสู่การเข้าใจตนเองอย่างลึกซึ้ง ผ่านสัมพันธภาพที่อบอุ่นผู้สูงอายุรับรู้ว่ามีคนที่เข้าใจ จะส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเปิดเผย

ตนเอง ขอมรับตนเองและเปลี่ยนแปลงตนเองไปในทางที่ดีขึ้น ส่งผลให้เกิดพลังในตนเองเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม จัดความทุกข์และเพิ่มความสุขในการใช้ชีวิตมากขึ้นและสามารถดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสมเอื้อให้ผู้สูงอายุมีศักยภาพสามารถดูแลตนเองให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีความสุขสมวัยอย่างยั่งยืนต่อไป

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความสุขของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับการปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีการยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง
2. เพื่อเปรียบเทียบความสุขของผู้สูงอายุภายหลังได้รับการปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีการยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลปกติ

### สมมติฐานการวิจัย

1. ความสุขของผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง หลังได้รับการปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีการยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางสูงกว่าก่อนได้รับการปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีการยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง

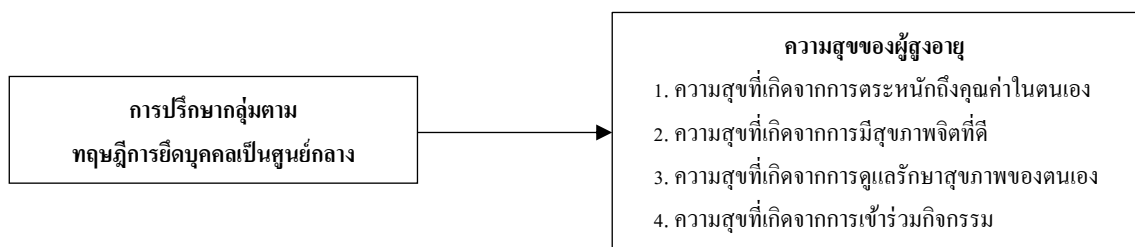
2. ความสุขของผู้สูงอายุของกลุ่มทดลองหลังได้รับการปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีการยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลปกติ

### กรอบแนวคิดการวิจัย

การปรึกษาแบบกลุ่มตามทฤษฎียึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง เชื่อว่า มนุษย์เป็นผู้ที่มีเหตุผลมีความสามารถในการแก้ไขปัญหา และสามารถเข้าใจตนเองว่าอะไรคือสาเหตุที่ส่งผลให้ตนเองไม่มีความสุขในชีวิต รวมถึงมีความสามารถในการนำตนเอง (self-direction) เพื่อให้เกิดเปลี่ยนแปลงตนเองได้ในเชิงสร้างสรรค์ และสามารถดำเนินชีวิตอย่างมีประสิทธิภาพจากการมีสัมพันธภาพที่อบอุ่น จริงใจ ขอมรับอย่างไม่มีเงื่อนไข

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งการทดลอง (Quasi Experimental Designs) แบบ 2 กลุ่ม ทดสอบก่อนและหลัง (Two groups pretest-posttest design) ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้ ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่อยู่ในชมรม



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ผู้สูงอายุที่ใช้บริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอ้อมใหญ่ อำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม จำนวน 75 คน และกลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด มีดังนี้

1) เป็นผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอ้อมใหญ่ อำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม

2) เป็นผู้สูงอายุที่มีคะแนนจากแบบวัดความสุข ระดับต่ำที่สุด ในจำนวน 16 คน

3) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

มีคะแนนจากแบบวัดความสุขระดับต่ำสุด นับจากคะแนนต่ำสุดขึ้นมา จำนวน 16 คน สอบถามความสนใจในการเข้าร่วมการทดลอง ทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มทดลอง จำนวน 8 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 8 คน ตามแนวคิดของ Corey, et.al. (2018) ที่กล่าวว่าขนาดของกลุ่มที่เหมาะสมควรมีสมาชิก 6 - 8 คน เพื่อให้สมาชิกทุกคนได้รับความเอาใจใส่อย่างทั่วถึง

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** ประกอบด้วย เครื่องมือ ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล คือ แบบวัดความสุขของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 2 ส่วน ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปประกอบด้วยอายุ เพศ สถานภาพสมรส ฐานะทางเศรษฐกิจ ภาวะสุขภาพ ส่วนที่ 2 แบบวัดความสุขของผู้สูงอายุ ประกอบด้วยข้อถามคำถาม จำนวน 49 ข้อ โดยแบ่งออกเป็น 4 ด้านคือ 1) ความสุขที่เกิดจากการตระหนักถึงคุณค่าในตนเอง 10 ข้อ 2) ความสุขที่เกิดจากการมีสุขภาพจิตที่ดี 13 ข้อ 3) ความสุขที่เกิด

จากการดูแลรักษาสุขภาพของตนเอง 13 ข้อ และ 4) ความสุขที่เกิดจากการเข้าร่วมกิจกรรม 13 ข้อ เป็นแบบวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ตามแบบของ Likert มี 5 ระดับ คือ ความสุขมากที่สุด ความสุขมาก ความสุขปานกลาง ความสุขเล็กน้อย ไม่มีความสุขเลย (บุญชม ศรีสะอาด, 2558) ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านจิตวิทยาการปรึกษาจำนวน 2 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลจิตเวชจำนวน 1 ท่าน ตรวจสอบมีค่าดัชนีความสอดคล้อง (item objective congruence : IOC) อยู่ระหว่าง 0.66 - 1.00 และนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.915

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ การปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีการยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง สร้างมาจากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความสุขของผู้สูงอายุและศึกษาการสร้างรูปแบบ ทฤษฎีและเทคนิคในการให้การปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีการยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง (Person - Centered Theory) ของ Roger ทั้งในและต่างประเทศ แล้วนำการให้การปรึกษากลุ่มไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านจิตวิทยาการปรึกษาจำนวน 2 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลจิตเวชจำนวน 1 ท่าน ตรวจสอบมีค่าดัชนีความสอดคล้อง (item objective congruence : IOC) อยู่ระหว่าง 0.66 - 1.00 และนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 คน และปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ

หลังจากนั้นดำเนินการปรึกษากลุ่ม โดยจัดการทดลอง สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 1.30 ชั่วโมง โดยช่วงเวลา ที่ทำการนัดหมาย คือ วันเสาร์ และ วันพุธ เวลา 10.00 - 11.30 น. จัดกิจกรรม 11 ครั้ง ประกอบด้วย ครั้งที่ 1 ปฐมนิเทศ และสร้างสัมพันธภาพ ครั้งที่ 2 - 3 ความสุขที่เกิดจากการตระหนักถึงคุณค่าในตนเอง ด้วยการให้ผู้สูงอายุได้เล่าถึงความภาคภูมิใจในชีวิต ที่ผ่านมา เพื่อให้ผู้สูงอายุได้ทบทวนตนเองและเกิด ความตระหนักถึงคุณค่าในตนเอง ครั้งที่ 4 - 6 ความสุขที่เกิดจากการมีความสุขทางจิตใจ เพื่อส่งเสริม ให้ผู้สูงอายุรับรู้และเข้าใจความรู้สึกของตนเอง รู้จักควบคุมอารมณ์ ผ่อนคลาย และปล่อยวาง รวมทั้งสามารถปรับตัวและยอมรับสภาพที่เกิดขึ้น ตามความเป็นจริง ผ่านการควบคุมลมหายใจ ผึกคิด อย่างยืดหยุ่นและคิดแง่บวก ครั้งที่ 7 - 8 ความสุขที่เกิดจากการดูแลสุขภาพสภาพ เพื่อส่งเสริมให้ ผู้สูงอายุหันมาดูแลสุขภาพร่างกายให้แข็งแรง คล่องแคล่ว มีกำลังวังชา สามารถตอบสนองความต้องการทางกายภาพได้อย่างเหมาะสมผ่านการฝึก กายบริหาร โยคะ รำมวยจีน หรือการออกกำลังกาย ประเภทอื่น ๆ ที่เหมาะสมวันละ 15 - 30 นาที ครั้งที่ 9 - 10 ความสุขที่เกิดจากการเข้าร่วมกิจกรรม ที่ก่อให้เกิดอารมณ์เป็นสุข จิตใจสดชื่นแจ่มใส กระปรี้กระเปร่า อาทิ การเล่นเกมดนตรี ศิลปะ หรือ งานอดิเรกที่ชอบ เช่น เปดอง รำวง เต้นแอโรบิก เป็นต้น ซึ่งจะช่วยผ่อนคลายและลดความเครียดได้ เป็นอย่างดี และครั้งที่ 11 ยุติการให้การศึกษากลุ่ม เป็นการให้ผู้สูงอายุได้สรุปการเรียนรู้ที่ได้และ นำไปใช้ในชีวิตประจำวัน รวมทั้งสิ้น 6 สัปดาห์ และกลุ่มควบคุมเข้าร่วมกิจกรรมตามปกติของ

ชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อ้อมใหญ่ อำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม

### การพหุวิธีกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา (BSRU-REC 004/65E02 - V.02) วันที่ 12 เมษายน 2565 โดยผู้วิจัยได้อธิบายวัตถุประสงค์ รายละเอียด ขั้นตอนของการวิจัย ประโยชน์ที่ผู้ร่วมวิจัยจะได้รับ สอบถามความสมัครใจและลงนามยินยอมเข้าร่วม การวิจัย การเก็บข้อมูลเป็นความลับและการ นำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวม

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง และชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและวิธีตอบ แบบวัดความสุขของผู้สูงอายุและคัดเลือกผู้สูงอายุ ที่มีคะแนนความสุขต่ำสุดนับจากคะแนนต่ำสุด ขึ้นมา จำนวน 16 คน สอบถามสมัครใจ ที่จะเข้าร่วมการปรึกษากลุ่ม ผู้วิจัยดำเนินการวัดความสุข ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนเข้าร่วมการ ปรึกษากลุ่ม หลังจากนั้นผู้วิจัยดำเนินการให้ การปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีการยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง ในกลุ่มทดลองจำนวน 11 ครั้ง และกลุ่มควบคุม ได้รับการดูแลปกติของชมรม หลังจากสิ้นสุดการ ให้การปรึกษากลุ่มให้ผู้สูงอายุทำแบบวัดความสุข ของผู้สูงอายุอีกครั้ง เพื่อเป็นคะแนนหลังการ ทดลอง

### การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย สถิติพื้นฐาน ได้แก่ข้อมูลทั่วไป ค่าเฉลี่ย ร้อยละ

และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าการทดสอบ Skewness, Kurtosis และสถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐานแบบนันทพารามิเตอร์ (Non Parametric Statistics) Wilcoxon signed rank test และ Mann-Whitney U test

## ผลการวิจัย

### 1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 87.50, 100.00

ตามลำดับ และมีอายุเฉลี่ยส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 60 - 70 ปี ร้อยละ 75.00 ฐานะทางเศรษฐกิจส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 62.50 และ 75.00 ตามลำดับ สถานภาพสมรสกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นหม้าย/หย่า ร้อยละ 50.00 กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่สถานภาพสมรสโสดร้อยละ 75.00 และกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวร้อยละ 62.50 กลุ่มควบคุมมีโรคประจำตัวและไม่มีโรคประจำตัวเท่าๆ กันร้อยละ 50.00 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ฐานะทางเศรษฐกิจ ภาวะสุขภาพ

| ข้อมูลทั่วไป     | กลุ่มทดลอง (n = 8) |        | กลุ่มควบคุม (n = 8) |        |
|------------------|--------------------|--------|---------------------|--------|
|                  | จำนวน              | ร้อยละ | จำนวน               | ร้อยละ |
| เพศ              |                    |        |                     |        |
| ชาย              | 1                  | 12.50  | -                   | -      |
| หญิง             | 7                  | 87.50  | 8                   | 100.00 |
| อายุ             |                    |        |                     |        |
| 60 - 70 ปี       | 6                  | 75.00  | 6                   | 75.00  |
| 70 - 80 ปี       | 2                  | 25.00  | 2                   | 25.00  |
| สถานภาพสมรส      |                    |        |                     |        |
| โสด              | 2                  | 25.00  | 1                   | 12.50  |
| สมรส             | 2                  | 25.00  | 5                   | 62.50  |
| หม้าย/หย่า       | 4                  | 50.00  | 2                   | 25.00  |
| ฐานะทางเศรษฐกิจ  |                    |        |                     |        |
| ฐานะดี           | 1                  | 12.50  | -                   | -      |
| ฐานะปานกลาง      | 5                  | 62.50  | 6                   | 75.00  |
| ฐานะไม่ดี        | 2                  | 25.00  | 2                   | 25.00  |
| ภาวะสุขภาพ       |                    |        |                     |        |
| มีโรคประจำตัว    | 5                  | 62.50  | 4                   | 50.00  |
| ไม่มีโรคประจำตัว | 3                  | 37.50  | 4                   | 50.00  |

**ตารางที่ 2** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความสุขของผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลองโดยรวมและรายด้าน (n = 8) โดยใช้สถิติ Wilcoxon signed rank test

| ความสุขของผู้สูงอายุ                           |              | mean    | S.D.   | Z      | p      |
|------------------------------------------------|--------------|---------|--------|--------|--------|
| 1. ความสุขที่เกิดจากการตระหนักถึงคุณค่าในตนเอง | ก่อนการทดลอง | 23.750  | 5.176  | -2.392 | .017*  |
|                                                | หลังการทดลอง | 41.250  | 6.409  |        |        |
| 2. ความสุขที่เกิดจากการมีสุขภาพจิตที่ดี        | ก่อนการทดลอง | 24.375  | 12.883 | .000   | 1.000  |
|                                                | หลังการทดลอง | 24.375  | 12.884 |        |        |
| 3. ความสุขที่เกิดจากการดูแลสุขภาพของตนเอง      | ก่อนการทดลอง | 30.875  | 6.728  | .000   | 1.000  |
|                                                | หลังการทดลอง | 30.875  | 6.728  |        |        |
| 4. ความสุขที่เกิดจากการเข้าร่วมกิจกรรม         | ก่อนการทดลอง | 40.625  | 4.596  | -2.714 | .007** |
|                                                | หลังการทดลอง | 37.500  | 4.243  |        |        |
| ภาพรวม                                         | ก่อนการทดลอง | 119.625 | 17.992 | -2.395 | .017*  |
|                                                | หลังการทดลอง | 134.000 | 13.213 |        |        |

\* $p < .05$ , \*\* $p < .01$

**ตารางที่ 3** ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐานการเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยรวม (n = 16) โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U test

| ความสุขของผู้สูงอายุ                           |             | mean    | S.D.   | U      | p       |
|------------------------------------------------|-------------|---------|--------|--------|---------|
| 1. ความสุขที่เกิดจากการตระหนักถึงคุณค่าในตนเอง | กลุ่มทดลอง  | 33.562  | 9.128  | -2.392 | .017*   |
|                                                | กลุ่มควบคุม | 18.375  | 2.134  |        |         |
| 2. ความสุขที่เกิดจากการมีสุขภาพจิตที่ดี        | กลุ่มทดลอง  | 31.062  | 11.287 | .000   | 1.000   |
|                                                | กลุ่มควบคุม | 37.750  | 2.188  |        |         |
| 3. ความสุขที่เกิดจากการดูแลสุขภาพของตนเอง      | กลุ่มทดลอง  | 29.625  | 5.058  | .000   | 1.000   |
|                                                | กลุ่มควบคุม | 28.375  | 2.446  |        |         |
| 4. ความสุขที่เกิดจากการเข้าร่วมกิจกรรม         | กลุ่มทดลอง  | 32.938  | 5.779  | .000   | .000*** |
|                                                | กลุ่มควบคุม | 26.500  | 7.464  |        |         |
| ภาพรวม                                         | กลุ่มทดลอง  | 127.188 | 12.265 | 2.000  | .002**  |
|                                                | กลุ่มควบคุม | 111.000 | 7.464  |        |         |

\* $p < .05$ , \*\* $p < .01$ , \*\*\* $p < .001$

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. เปรียบเทียบความสุขของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับการปรึกษาแบบกลุ่มตามทฤษฎีการยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง พบว่าความสุขโดยรวมของผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $Z = -2.395$ ) เมื่อจำแนกรายด้าน พบว่า ความสุขที่เกิดจากการตระหนักถึงคุณค่าในตนเอง และความสุขที่เกิดจากการเข้าร่วมกิจกรรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $Z = -2.533$  และ  $Z = -2.714$ ) ส่วนความสุขที่เกิดจากการมีสุขภาพจิตที่ดีและความสุขที่เกิดจากการดูแลรักษาสุขภาพของตนเองแตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 2

2. เปรียบเทียบความสุขของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองหลังได้รับการให้การศึกษาแบบกลุ่ม และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลแบบปกติ โดยรวมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 หากพิจารณารายด้านพบว่า ความสุขที่เกิดจากการตระหนักถึงคุณค่าในตนเองและมีความสุขที่เกิดจากการเข้าร่วมกิจกรรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ .001 ตามลำดับ ส่วนความสุขที่เกิดจากการมีสุขภาพจิตที่ดีและความสุขที่เกิดจากการดูแลรักษาสุขภาพของตนเองแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 3

### การอภิปรายผล

1. ความสุขของผู้สูงอายุโดยรวมหลังการเข้าร่วมการให้การศึกษาแบบกลุ่มมีความสุข สูงกว่าก่อนเข้าร่วมการให้การศึกษาแบบกลุ่มตามทฤษฎี

การยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เป็นไปตามสมมติฐานข้อ 1 ที่ตั้งไว้ ทั้งนี้ก็ปรายผลได้ว่า ในการปรึกษาแบบกลุ่มนั้นเป็นกระบวนการปรึกษามุ่งเน้นในส่วนของการคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมที่เกิดขึ้นของผู้สูงอายุในกลุ่มซึ่งเป็นการพัฒนาการด้วยตนเองโดยผู้สูงอายุพยายามค้นหาศักยภาพและจุดเด่นที่มีอยู่ในตนเอง ตลอดจนความพยายามที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่พึงปรารถนาของตนเองโดยที่ผู้สูงอายุในกลุ่มจะแสดงความเห็นอกเห็นใจและช่วยเหลือซึ่งกันและกันในบรรยากาศแห่งความไว้วางใจ อันนำไปสู่การเปิดเผยถึงเรื่องราวและปัญหาต่าง ๆ และมีการสำรวจปัญหาร่วมกันซึ่งสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้มีอยู่ในการปรึกษากลุ่มตามทฤษฎียึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง ส่งผลให้ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองเกิดการเรียนรู้และเกิดการฝึกฝนร่วมกันภายในกลุ่มจนกลายเป็นผู้ที่มีความทักษะที่ดีในการปรับตัว มองเห็นความสุขที่อยู่รอบตัวมากขึ้น ประกอบกับระยะเวลาในการทดลองที่มีการเข้าร่วมเป็นเวลา 5 สัปดาห์รวม 11 ครั้ง ซึ่งเวลา และจำนวนครั้งมากเพียงพอให้กลุ่มทดลองที่ได้รับการปรึกษากลุ่มตามทฤษฎียึดบุคคลเป็นศูนย์กลางได้มีการเรียนรู้และสามารถเปลี่ยนแปลงมุมมองความสุขของตนเองได้สอดคล้องกับงานวิจัยของดวงพร หิรัญรัตน์ (2543) ที่พบว่า การปรึกษากลุ่มตามแนวคิดการยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางสามารถเพิ่มความสุขของเด็กกำพร้าได้ และสมคิด กอมณี (2565) ที่ทำการศึกษพบว่า การปรึกษากลุ่มสามารถเพิ่มความสุขของนักเรียนโรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร (ฝ่ายมัธยม) ได้

หากพิจารณาทางด้านพบว่า ความสุขที่เกิดจากการตระหนักถึงคุณค่าในตนเองและความสุขที่เกิดจากการเข้าร่วมกิจกรรม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ .01 ทั้งนี้เป็นเพราะว่าการที่ผู้สูงอายุ ได้มาร่วมแลกเปลี่ยนกันในกลุ่ม เกิดการยอมรับ ให้เกียรติกัน และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมที่หลากหลาย มีการติดต่อปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ส่งผลให้รับรู้ในความสามารถของตน ทำตนให้เป็นคนมีค่า และสามารถดำรงตนให้เป็นประโยชน์ต่อผู้อื่นและสังคมส่วนรวม จะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความสุขได้อย่างยั่งยืน (เสนออินทรสุขศรี, 2557) สอดคล้องกับการศึกษาของประเสริฐ อัสสันตชัย (2552) ที่พบว่า ความสุขที่เกิดจากการเข้าร่วมกิจกรรมเพิ่มขึ้นในระดับมาก สอดคล้องกับคำพูดของสมาชิกกลุ่มที่ว่า “ก่อนมาเข้าร่วมกิจกรรมในครั้งนี้ ตอนแรก คิดว่าไม่ค่อยอยากมาเข้ากลุ่มเท่าไรหรอก อยู่เฉยๆสบายๆ ส่วนตัวมากกว่า เพราะเมื่อหน้าการพูดคุย และการร่วมกิจกรรมกับผู้อื่นหรือคนแปลกหน้า กลัวความขัดแย้งในการแสดงความคิดเห็นต่าง ๆ แต่พอได้มาร่วมกิจกรรม แลกเปลี่ยนความคิดเห็น และประสบการณ์ต่างๆ ในชีวิตกับสมาชิกในกลุ่มนี้แล้ว มีความรู้สึกอบอุ่นใจ มีกำลังใจในการดำเนินชีวิตต่อไป และรู้สึกว่าชีวิตยังมีเพื่อนและเครือข่ายที่จะมาขอรับความช่วยเหลือได้”

ส่วนความสุขที่เกิดจากการมีสุขภาพจิตที่ดี และความสุขที่เกิดจากการดูแลสุขภาพของ ตนเองไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเกิดจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่เข้าร่วมกิจกรรมจะมีภาวะสุขภาพทางกาย มีโรคประจำตัว ย่อมส่งผลต่อสุขภาพจิต ซึ่งการจะทำ

ให้ปรับพฤติกรรมทั้งด้านภาวะสุขภาพทางกายและสุขภาพจิตจำเป็นที่จะต้องใช้เวลา ซึ่งในการศึกษานี้จะใช้เวลา 5 สัปดาห์ และไม่ได้มีการติดตามผลในระยะยาว ดังนั้นจึงจำเป็นที่จะต้องมีการติดตามต่อเนื่องของความสุขทั้ง 2 ด้าน อย่างไรก็ตาม หากพิจารณาค่าเฉลี่ยพบว่าความสุขทั้ง 2 ด้านมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

2. ความสุขของผู้สูงอายุของกลุ่มทดลอง หลังได้รับการปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีการยึดบุคคล เป็นศูนย์กลางสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับกิจกรรมตามปกติของชมรมผู้สูงอายุ เป็นไปตามสมมติฐานข้อ 2 ที่ตั้งไว้ จากผลการศึกษา แสดงให้เห็นว่าการให้การศึกษาแบบกลุ่ม ตามทฤษฎียึดบุคคลเป็นศูนย์กลางเป็นกระบวนการที่ทำให้ผู้สูงอายุแต่ละคนเรียนรู้ที่จะสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ประกอบกับผู้วิจัยได้จัดบรรยากาศที่เป็นมิตร ให้การยอมรับและเข้าใจ ทำให้เกิดบรรยากาศที่อบอุ่นปลอดภัย จนสมาชิกสามารถ เปิดเผยตนเอง โดยการเล่าเรื่องราวความรู้สึก และประสบการณ์ที่ทำให้ทุกข์ใจของตนเองได้ ดังคำพูดของผู้สูงอายุท่านหนึ่งที่ระบายความรู้สึกและประสบการณ์ ที่ทำให้ทุกข์ใจว่า “ได้ฟังเรื่องราวประสบการณ์ชีวิตของสมาชิกบางท่านในกลุ่มนี้แล้ว รู้สึกเกิดความเห็นอกเห็นใจมาก เพราะคิดว่าในชีวิตที่ผ่านมาของตนเองนั้น เหนื่อยยากลำบากมากแล้ว แต่ยังมีคนอื่นที่ยากลำบากกว่าตนเองอีกหลายเท่า จึงขอเป็นกำลังใจให้สมาชิกทุกท่านในกลุ่ม มีกำลังใจ กำลังใจ ต่อสู้ชีวิตต่อไปอย่างเข้มแข็ง หากต้องการความช่วยเหลือเล็กน้อยๆ สิ่งใดที่ตนพอจะช่วยให้ ก็ยินดีจะช่วยเหลือกันไป” สอดคล้องกับงานวิจัยของเสาวณี

เตชะพัฒน์วณิช (2553:62) ทำการศึกษาเรื่องผลของการให้การปรึกษาแบบกลุ่มตามทฤษฎีการยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางที่มีต่อการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุมีการเห็นคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

หากพิจารณารายด้านพบว่า ความสุขที่เกิดจากการตระหนักถึงคุณค่าในตนเองและความสุขที่เกิดจากการเข้าร่วมกิจกรรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ .001 ทั้งนี้เป็นเพราะว่าผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกที่ดีต่อตนเองยอมรับข้อดีและข้อบกพร่องของตนเอง ทั้งยังมีความรู้สึกทางบวกเกี่ยวกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตของตนเองและสามารถยอมรับผลที่เกิดจากการกระทำของตนเองได้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Caplan (1990) กล่าวว่า กลุ่มตัวอย่างเกิดการรู้จักตนเองและยอมรับตนเองเพิ่มขึ้นและมีพัฒนาการด้านสังคมเพิ่มขึ้น เกิดความเข้าใจตนเองอย่างแท้จริงและความเข้าใจความเป็นมนุษย์มากขึ้นจนเกิดความสุขที่แท้จริง และสอดคล้องกับการศึกษาของ Amami (2016) ที่พบว่า การสร้างเสริมให้ผู้สูงอายุรับรู้ถึงคุณค่าในตนเองจะช่วยเพิ่มความสุขให้กับผู้สูงอายุได้ ส่วนความสุขที่เกิดจากการมีสุขภาพจิตที่ดีและความสุขที่เกิดจากการดูแลรักษาสุขภาพของตนเองไม่แตกต่างกัน อย่างไรก็ตามหากพิจารณาค่าเฉลี่ยพบว่าความสุขทั้ง 2 ด้านมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

สรุปได้ว่าการปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีการยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางสามารถเสริมสร้างความสุขของผู้สูงอายุได้

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. การให้การปรึกษาแบบกลุ่มตามทฤษฎีการยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง สามารถนำไปประยุกต์ใช้เพื่อพัฒนาความสุขของผู้สูงอายุในชมรมสูงอายุอื่นๆที่มีคุณลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างได้

2. ผู้ที่จะนำการให้การปรึกษาแบบกลุ่มตามทฤษฎีการยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางนี้ไปใช้ควรเป็นผู้ที่มีความรู้ความเข้าใจตลอดจนมีทักษะในการปรึกษากลุ่มเป็นอย่างดี และก่อนนำไปใช้ควรมีการทดลองใช้และปรับปรุงให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุแต่ละกลุ่ม

### ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยต่อไป

ควรศึกษาผลในระยะยาวของการปรึกษากลุ่มแบบกลุ่มตามทฤษฎีการยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง เพื่อประเมินการคงอยู่ของระดับความสุขของผู้สูงอายุ และควรศึกษาผลการนำการปรึกษากลุ่มแบบกลุ่มตามทฤษฎีการยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางไปใช้กับชมรมผู้สูงอายุอื่นๆ ที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน

## เอกสารอ้างอิง

- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2566,10 มีนาคม). *แนะ 7+1 เทคนิคป้องกันโรคสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ*. <https://multimedia.anamai.moph.go.th/>.
- จิตติยา สมบัติบุรณ, นุชนาถ ประกาศ, และบุศริน เอี้ยวสีหยก. (2562). ความสุขของผู้สูงอายุไทยในยุค Thailand 4.0. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 30(2), 219-228.
- จินดา อาจันเทียะ, และรัชณีย์ ป้อมทอง. (2561). แนวโน้มการดูแลผู้สูงอายุในศตวรรษที่ 21: ความท้าทายในการพยาบาล. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 19(1), 1-8.

- ชูวิทย์ รัตนพลแสนย์, พรพิชิต สุวรรณศิริ, และสุเทพ จันทร์เทศ. (2552). ผลของการใช้ศิลปกรรมบำบัดที่มีต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุของ ชมรมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า. สำนักงานศิลปวัฒนธรรมร่วมสมัย.
- ดวงพร หิรัญรัตน์. (2543). ผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวโรเจอร์ส ต่อความสุขของเด็กกำพร้าในสถานสงเคราะห์. [วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต]. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุญชม ศรีสะอาด. (2558). การวิจัยเบื้องต้น (พิมพ์ครั้งที่ 9). สุริยาสาสน.
- ประเสริฐ อัสสันตชัย. (2552). ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน. ชูเนี่ยนศรีเอชัน จำกัด.
- วิธรา ใจเปี่ยม. (2558). รูปแบบการให้การปรึกษากลุ่มแบบบูรณาการเพื่อเสริมสร้างการเป็นผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล. วารสารพยาบาลทหารบก, 16(1), 51-61.
- วิพรรณ ประจวบเหมาะ, และคณะ. (2561). โครงการการเปลี่ยนแปลงทางประชากรและความอยู่ดีมีสุขในบริบทสังคมสูงวัย: ผู้สูงอายุ. วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. <http://www.cps.chula.ac.th/>
- ศศิชา มีเย็น, และปริญญา หุ่นโพธิ์. (2560). การใช้ชีวิตอย่างมีความสุขของผู้สูงอายุที่มาใช้บริการสวนหลวงราชินี 19 ไร่ หัวหิน. การประชุมวิชาการมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคล, ครั้งที่ 9 มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลรัตนโกสินทร์, หน้า 1382-1389. <http://www.mis.ms.su.ac.th/>.
- ศศิพัชร สุขถาวร. (2553). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุจังหวัดนครปฐม. [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- เสนอ อินทรสุขศรี. (2557). ความสุขสวัสดิ์: บทความของศาสตราจารย์ นายแพทย์เสนอ อินทรสุขศรี. โรงพิมพ์ศรีอนันต์.
- สมคิด กอมณี. (2565). การพัฒนารูปแบบการให้การปรึกษากลุ่มเพื่อเสริมสร้างความสุขของนักเรียน โรงเรียน สาธิตมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร (ฝ่ายมัธยม). วารสารวิจัยทางการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 17(1), 282-299.
- สิทธิพร์ สุนทร, วัชรินทร์ สุทธิชัย, และพงษ์ศักดิ์ ชิมมอนต์. (2561). รูปแบบการพัฒนาความสุขของผู้สูงอายุในจังหวัดมหาสารคาม. มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม.
- สิริพร คีนมาเมือง. (2561). การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่อาศัยในบ้านพักคนชราในจังหวัด เชียงใหม่ด้วยกิจกรรมศิลปะบำบัด. มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่.
- สุภาณี สุขะนาคนทร์. (2549). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสุขของประชาชน อำเภอท่าปลา จังหวัดอุตรดิตถ์. [วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต]. ราชภัฏอุตรดิตถ์.
- สุวิทย์ เมษินทรีย์. (2562,30 พฤศจิกายน). แนวคิดเกี่ยวกับประเทศไทย. <https://planning2.mju.ac.th>.
- เสาวณี เดชะพัฒนางษ์. (2553). ผลการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามทฤษฎีการยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางที่มีต่อการ เห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ. [วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- อรธกร เฉยทิม. (2560). ความสุขของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตกรุงเทพมหานคร. [วิทยานิพนธ์นิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- Amani,R. (2016). Happiness in the Elderly: The Role of Self-Esteem. *Aging Psychology*, 2(1), 80-73.
- Caplan, S. W. (1957). The effect of group counseling in junior high school boys' concepts of themselves in school. *Journal of Counseling Psychology*, 4(2), 124-128.
- Corey,M,S., Corey,G. & Corey,C. (2018). *Groups: Process and practice*. (10<sup>th</sup> ed.). Thompson Higher Education.
- Rogers, C. R. (1975) Empathic: An Unappreciated Way of Being. *The Counseling Psychologist*, 5(2), 2-10.

## SELF-CARE EXPERIENCES OF NON-RELAPSED SCHIZOPHRENIA PATIENTS AND CAREGIVERS IN A SUB-DISTRICT

*Tieanthong Harabutra, M.S.N.\*, Natnapha Wongsil, M.S.N.\*\**

### Abstract

**Objective:** To search for experiences of self-care among non-relapsed schizophrenia patients and caregivers in a sub-district using the Husserlian phenomenology qualitative research methodology.

**Methods:** Data were collected from 10 non-relapsed schizophrenia patients and 10 non-relapsed caregivers of patients with schizophrenia by specifically selected sampling. Participation observation and tape recording were used during data collection. The quality of the content validity tool was examined by 3 experts who used interview data to extract the data verbatim, analyzed the data according to Colaizzi's model, and examined the data by validation method triangular exam.

**Results:** The self-care experiences of non-relapsed schizophrenia patients consisted of 7 main issues: 1) self-awareness 2) communication 3) spending free time 4) coping with problems 5) developing a social support system 6) taking care of themselves physically and 7) the practice of religious activities. For the experiences of caregivers of non-relapsed schizophrenia patients, it was found that the way they took care of them to take care themselves well while at home, to be able to do daily routines on their own and to do the household consisted of 5 issues: 1) methods of communication in the family 2) participation in patients care 3) managing when the patients may suffer from psychotic symptoms 4) methods of becoming non-relapsed and 5) managing stress when the caregivers felt anxiety or faced the problems including having a source of support.

**Conclusion:** According to the results, the researcher can understand the self-care experiences of non-relapsed schizophrenia patients and caregivers. From that knowledge, the researcher can apply to develop the appropriate nursing care to reduce the chance of schizophrenia patients relapse.

**Keywords:** self-care experience, non-relapsed schizophrenia patients, caregivers

---

\*Corresponding author: Lecturers, Faculty of Nursing, Kasem Bundit University, e-mail: tieanthong.har@kbu.ac.th

\*\*Registered Nurse, Bueng Nam Rak Subdistrict Health Promotion Hospital

Received: 8 August 2022, Revised: 23 April 2023, Accepted: 1 May 2023

# ประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทไม่ป่วยซ้ำและผู้ดูแลในชุมชน

เทียนทอง หาระบุตร, พย.ม. \*\*, นาดนภา วงษ์ศีล, พย.ม. \*\*

## บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อค้นหาประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทไม่ป่วยซ้ำและผู้ดูแล

**วิธีการศึกษา :** ผู้ให้ข้อมูล คือ ผู้ป่วยจิตเภทไม่ป่วยซ้ำ 10 คน และผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทไม่ป่วยซ้ำ 10 คน คัดเลือกแบบเจาะจง เก็บข้อมูลโดยวิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ร่วมกับการสังเกตแบบมีส่วนร่วม และการบันทึกเทประหว่างการเก็บข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้รับการตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลได้นำข้อมูลมาถอดข้อมูลแบบคำต่อคำ วิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธีวิเคราะห์เนื้อหา และตรวจสอบข้อมูลด้วยวิธีการตรวจสอบสามเส้า

**ผลการศึกษา :** ประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทไม่ป่วยซ้ำและผู้ดูแล มี 7 ประเด็น ดังนี้ 1) การรู้จักตนเอง 2) การติดต่อสื่อสาร 3) การใช้เวลาว่าง 4) การเผชิญปัญหา 5) การพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม 6) การดูแลตนเองด้านร่างกาย และ 7) การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ในส่วนของประสบการณ์การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทไม่ป่วยซ้ำ พบว่า การดูแลของผู้ดูแลที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทไม่ป่วยซ้ำมีการดูแลตนเองขณะอยู่ที่บ้านสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เอง รวมถึงช่วยเหลือบ้านได้มี 5 ประเด็น คือ 1) รูปแบบวิธีสื่อสารกันในครอบครัว 2) การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย 3) การจัดการเมื่อผู้ป่วยเริ่มมีอาการทางจิต 4) สิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้ทำให้อาการไม่กำเริบ และ 5) การจัดการความเครียดเมื่อผู้ดูแลประสบปัญหาจนเกิดความเครียด หรือวิตกกังวล รวมถึงการมีแหล่งสนับสนุน

**สรุป :** การวิจัยนี้ทำให้เข้าใจประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทไม่ป่วยซ้ำและผู้ดูแล ซึ่งสามารถนำความรู้ที่ได้มาพัฒนาเพื่อเป็นแนวทางให้การพยาบาลเพื่อลดโอกาสการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทที่เหมาะสมต่อไป

**คำสำคัญ :** ประสบการณ์การดูแลตนเอง, ผู้ป่วยจิตเภทไม่ป่วยซ้ำ, ผู้ดูแล

\*ผู้ประสานงานบทความ: อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต, e-mail: tieanthong.har@kbu.ac.th

\*\*พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบึงน้ำรักษ์

วันที่รับ: 8 สิงหาคม 2565, วันที่แก้ไข: 23 เมษายน 2566, วันที่ตอบรับ: 1 พฤษภาคม 2566

## ความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังทางจิตที่พบมากที่สุดจากจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการด้านสุขภาพจิตรักษาในโรงพยาบาลทั่วประเทศ ปี 2561 - 2564 มีจำนวน 80,092 , 57,096, 55,811 และ 49,651 ราย (กรมสุขภาพจิต, 2561 และ 2564 - 2565) ในจังหวัดฉะเชิงเทราพบผู้ป่วยจิตเภทมารับบริการ ปี 2564 - 2565 จำนวน 1,875 และ 2,048 ราย (ระบบศูนย์กลางการให้บริการผู้ป่วยจิตเวชของประเทศ ไทย กรมสุขภาพจิต, 2564 และ 2565) อำเภอ บางน้ำเปรี้ยว ปี 2564 - 2565 มีผู้ป่วยโรคจิตเภท รวม 165 และ 196 ราย (โรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยว, 2566) โดยเป็นผู้ป่วยในเขตรับผิดชอบของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่ง ปี 2564 - 2565 จำนวน 29 และ 30 ราย (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, 2565) ซึ่งในปีงบประมาณ 2563 ผู้ป่วยในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้ทำลายข้าวของ จำนวน 1 ราย และ ทำร้ายคนในบ้าน จำนวน 1 ราย ทำให้ต้องส่งต่อไป รับการรักษาในโรงพยาบาล รวม 2 ราย คิดเป็น ร้อยละ 6.67

การป่วยซ้ำ คือ การที่ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล หรือมีอาการเปลี่ยนแปลงในทาง ที่ต้องปรับแผนการรักษาโดยการปรับเปลี่ยนยา (Hui, 2011) จากการศึกษาของ กมลวรรณ สีเชียงสา และคณะ (2562) พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน มีความร่วมมือจากการใช้ยาอย่างสม่ำเสมอเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 46.20 เป็นร้อยละ 61.50 อาการไม่พึง ประสงค์ที่รบกวนชีวิตประจำวันลดลง เช่น อาการ ง่วงนอนมากทุกวัน พบร้อยละ 46.20 เป็นไม่พบ

ผู้ป่วยที่มีอาการดังกล่าว ในระหว่างการศึกษาไม่ พบผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการกำเริบจนก่อให้เกิด อันตรายร้ายแรงต่อชีวิต ร่างกาย หรือทรัพย์สินของ ตนเองหรือผู้อื่น สมภพ เรื่องตระกูล (2549) และ กนกวรรณ บุญเสริม (2559) กล่าวว่า การป่วยซ้ำใน ผู้ป่วยจิตเภทเกิดจากผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคจิตเภท มีทัศนคติต่อโรค และยาไม่ดี ขาดความตระหนักในการรับประทานยา กลับไป ใช้สารเสพติด ความเครียดของผู้ป่วย ขาดการดูแล ตนเองเพื่อป้องกันอาการกำเริบ ยาดีและผู้ดูแลขาด ความรู้ความเข้าใจ มีทัศนคติไม่ดี ต่อผู้ป่วย เปื่อ หมายที่จะดูแล รวมถึงชุมชนขาดความรู้โรคจิตเภท ส่วนการช่วยเหลือทางสังคมสอดคล้องกับ การศึกษาของ ฌฐติกา ชูรัตน์ (2559) กนกวรรณ บุญเสริม (2559) และ กชพร รัตนสมพร และคณะ (2558) พบว่าการสนับสนุนทางสังคม สามารถ ร่วมกันทำนายอาการทางจิตได้ร้อยละ 22.2 และที่ สำคัญในผู้ป่วยบางรายพบว่าอาจมีความบกพร่อง ในการดูแลตนเองจนเกิดการป่วยซ้ำ (กนกวรรณ บุญเสริม, 2559; นลิน ดวงปัญญา และ เพ็ญภา แดงค้อมยุทธ์, 2563) ดังนั้น การดูแลตนเองของ ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลจากการที่มีความรู้ความ เข้าใจเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวรวมทั้งมี ทัศนคติที่ดีจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยลดการกลับเป็น ซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท

การดูแลตนเอง เป็นพฤติกรรมการดูแลคน ทั่วกันอย่างเป็นองค์รวม โดยรวมทั้งกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ ตามแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเอง ด้านร่างกายและด้านจิตใจของ Hill & Smith (1990)

และแนวคิดการดูแลตนเองของ Orem (2001) ร่วมกับแนวคิดของพฤติกรรมการณ์การดูแลตนเอง ด้านสุขภาพจิต ประกอบด้วย การพัฒนาการรู้จักตนเอง การติดต่อสื่อสารที่มีคุณภาพ การใช้เวลาว่างอย่างมีประสิทธิภาพ การเตรียมรับในการเผชิญปัญหา และการพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม (ขวัญสุดา บุญทศ และคณะ, 2556) การดูแลตนเองด้านร่างกาย และการปฏิบัติศาสนกิจ (นาถนภา วงษ์ศิลป์ และคณะ, 2556) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า งานวิจัยส่วนใหญ่ในการศึกษาผู้ป่วยจิตเภทที่กลับเป็นซ้ำ ซึ่งไม่สามารถนำไปใช้ในเรื่องการดูแลตนเองที่ไม่กลับเป็นซ้ำได้ และไม่สามารถถอดบทเรียน ที่นำมาพัฒนาและขยายผลให้กับครอบครัวอื่น ๆ ในพื้นที่ได้ ทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาเชิงคุณภาพ โดยใช้วิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenological research) ที่ใช้ศาสตร์และศิลป์ (ชาย โพธิ์สิตา, 2550) เพื่อทำความเข้าใจประสบการณ์ของแต่ละบุคคล และศึกษาโลกของการดำเนินชีวิตอยู่ (ธิดารัตน์ คณิงเพียร, 2556) เป็นทั้งปรัชญาและ

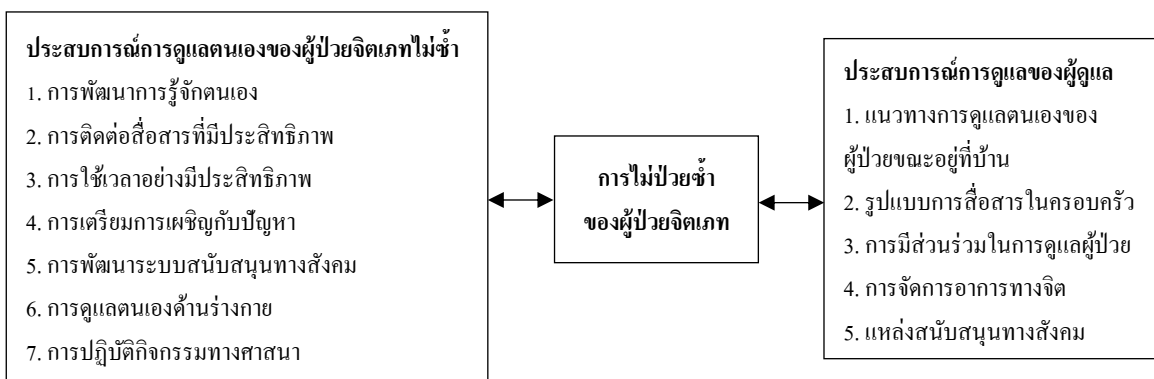
วิธีการสืบค้นและอธิบายโดยตรงจากปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น รวมถึงประสบการณ์ของมนุษย์ตามสภาพความเป็นจริงที่เกิดขึ้นอย่างลึกซึ้ง (Omery, 1983) โดยไม่คำนึงถึงแนวคิด ทฤษฎีหรือคำอธิบายใด ๆ มีความเป็นอิสระจากแนวคิดเดิม และจากการคาดการณ์ (Streubert, & Carpenter, 1999)

### วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อค้นหาประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทไม่ป่วยซ้ำและของผู้ดูแล

### กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำกิจกรรมการดูแลตนเอง ตามแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองด้านร่างกายและด้านจิตใจของ Hill & Smith (1990) ร่วมกับแนวคิดของพฤติกรรมการณ์การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต (ลออ สิงห์โชติสุขแพทย์, 2565) และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พฤติกรรมการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทมี



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

องค์ประกอบดังนี้ 1) การพัฒนาการรู้จักตนเอง (self-awareness) เป็นองค์ประกอบสำคัญของสุขภาพจิตที่เกิดขึ้นตลอดชีวิต (Hill & Smith, 1990) การสร้างสัมพันธภาพ การรู้จักและตระหนักรู้ตนเอง การช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวัน การเผชิญหน้ากับปัญหา และการจัดการความเครียด การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การดำเนินชีวิตในสังคม (ลออ สิงห์โชติสุขแพทย์, 2565) 2) การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การติดต่อสื่อสารที่มีคุณภาพทำให้ผู้ส่งและผู้รับข่าวสารรับรู้ความต้องการของกันและกัน (จินทนา ชุนฉาย, 2548) ประกอบด้วยการประเมินรูปแบบการติดต่อสื่อสาร การพัฒนาการรับและให้ข่าวสาร การสื่อสารด้วยคำพูดและท่าทาง และพัฒนาการแสดงออกที่เหมาะสม (Hill & Smith, 1990) ปัญหาสุขภาพจิตส่วนหนึ่งมีสาเหตุมาจากการติดต่อสื่อสารที่ไม่เหมาะสม โดยการติดต่อสื่อสารที่มีคุณภาพนำไปสู่การมีทักษะในการดูแลตนเอง (ลออ สิงห์โชติสุขแพทย์, 2565) 3) การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ โดยการวางแผนใช้เวลาคือการที่บุคคลสนใจต่อสุขภาพจิตที่ลึ้มหรือละเอียด ซึ่งมีความสำคัญในชีวิตประจำวันคือ การพักผ่อนออกกำลังกาย และเข้าสังคม (Hill & Smith, 1990) การที่บุคคลสามารถจัดแบ่งเวลาในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันได้เหมาะสมและเกิดประโยชน์สูงสุดนั้น หากผู้ป่วยสามารถวางแผนเวลาในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในแต่ละวันได้ (จินทนา ชุนฉาย, 2548) นอกจากนี้การใช้เวลาให้มีประสิทธิภาพทำได้โดย การประเมินและการใช้เวลาในแต่ละวัน การวางแผนการใช้เวลาในแต่ละวัน และประเมินแบบแผนการพักผ่อน

(จินทนา ชุนฉาย, 2534) 4) การเตรียมการเผชิญกับปัญหาเป็นกระบวนการที่บุคคลจัดการกับสถานการณ์ที่เป็นปัญหา เพื่อคงไว้ซึ่งคุณภาพของตนเอง การเผชิญปัญหาในผู้ป่วยจิตเภทเป็นการจัดการกับความเครียด (จินทนา ชุนฉาย, 2548) เป็นความสามารถจัดการก่อนที่จะมีอาการทางจิตกำเริบ เพื่อลดการป่วยซ้ำ 5) การพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม คือการพัฒนากลุ่มคนที่มีปฏิสัมพันธ์กันอย่างมีจุดมุ่งหมาย เรียกว่า เครือข่ายทางสังคมและแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นแหล่งประโยชน์ที่บุคคลใช้ในการเผชิญความเครียด สามารถป้องกันบุคคลจากภาวะวิกฤต การสนับสนุนทางสังคมสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ (Pender, 1996) การพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทเพื่อสนับสนุนการดูแลตนเอง และรู้จักตนเองเมื่อมีอาการทางจิตกำเริบ (ลออ สิงห์โชติสุขแพทย์, 2565) 6) การดูแลตนเองด้านร่างกาย เป็นกิจกรรมที่แสดงถึงการดูแล เพื่อปกป้องร่างกาย และมีความสัมพันธ์กับทุกส่วนของการดูแลร่วมกับกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ การดูแลตนเองด้านร่างกายเป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อการดำรงไว้ซึ่งการมีสุขภาพกายที่ดี (Hill & Smith, 1990) 7) การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา (นาถนภา วงษ์สีล และคณะ, 2556) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยตามหลักความเชื่อทางศาสนาที่ตนเองนับถือ โดยความเชื่อทางศาสนานั้นทุกศาสนามีแก่นของคำสอน คือการกระทำความดี การละเว้นจากการทำความชั่ว และการทำจิตใจให้สงบ โดยงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดการดูแลตนเองข้างต้น ตามองค์ประกอบทั้ง 7 ด้านเป็นแนวทางในการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล

เป็นวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) ใช้รูปแบบการศึกษาตามแนวคิดปรากฏการณ์วิทยาของ Husserlian Phenomenology ให้ข้อมูลอธิบายตัวแปรเอง

### วิธีดำเนินการวิจัย

**ประชากร** คือ ผู้ป่วยจิตเภทในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบึงน้ำรักษ์ ที่ได้รับการวินิจฉัยหลักจากจิตแพทย์ด้วย ICD 10 จำนวน 26 ราย ที่ไม่ป่วยซ้ำ และผู้ดูแลจำนวน 26 ราย

**ผู้ให้ข้อมูล** คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 20 ราย โดยแบ่งเป็นผู้ป่วยจิตเภทไม่ป่วยซ้ำ จำนวน 10 ราย ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ เป็นผู้ป่วยจิตเภทไม่ป่วยซ้ำในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่ง ที่ได้รับการวินิจฉัยหลักจากจิตแพทย์ด้วย ICD10 ว่าเป็นจิตเภท (F20) อายุ 18 ปีขึ้นไป สามารถมีโรคร่วมทางจิตเวชได้ ที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก และไม่มีอาการของโรคจนต้องเข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยใน ตั้งแต่ 18 เดือนขึ้นไป นับตั้งแต่วันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลครั้งสุดท้าย อยู่ในสถานะที่สามารถตอบการสัมภาษณ์ได้ และสามารถสื่อสารเข้าใจกับผู้วิจัยโดยใช้ภาษาไทย และผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทไม่ป่วยซ้ำ จำนวน 10 ราย มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ เป็นผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดหรือทางกฎหมายที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป ดูแลช่วยเหลืออาศัยอยู่ร่วมบ้านมากกว่า 1 ปี และสามารถสื่อสารเข้าใจกับผู้วิจัยโดยใช้ภาษาไทย โดยมีเกณฑ์คัดออก ได้แก่ ผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบ ได้รับการส่งต่อไปรักษาที่อื่น หรือย้ายที่อยู่ ผู้ดูแลไม่พร้อมให้ข้อมูล

เนื่องจากงานวิจัยเชิงคุณภาพที่ทบทวนวรรณกรรมส่วนใหญ่จะได้ข้อมูลที่อ้อมตัว และข้อมูลน่าเชื่อถือจากจำนวนกลุ่มตัวอย่างไม่เกิน 10 ราย (จุฬาลักษณ์ ชำของ, 2547)

**เครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง** คือ แบบประเมินอาการทางจิตอย่างย่อ (BPRS) ของ Overall & Gorham (1962) ได้รับการแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์ (2544) มี 18 ข้อคำถาม คะแนนน้อยกว่า 30 คะแนน แสดงว่ามีอาการทางจิตปกติดี สามารถเข้าศึกษาได้

**เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ** ประกอบด้วย 1) แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภทไม่ป่วยซ้ำ ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้และความเพียงพอของรายได้ ผู้ที่อยู่อาศัยด้วยในปัจจุบัน จำนวนสมาชิกในครอบครัว จำนวนผู้ป่วยจิตเวชในครอบครัว ผู้ที่ดูแลหลัก ระยะเวลาเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท ประวัติการใช้สารเสพติด แหล่งความช่วยเหลือและระดับของโรงพยาบาลที่รักษา 2) แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระยะเวลาในการดูแล

**เครื่องมือในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ** ประกอบด้วย 1) แบบสัมภาษณ์ผู้ป่วยจิตเภทไม่ป่วยซ้ำแบบกึ่งโครงสร้าง โดยผู้ศึกษาพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทโดยสามารถขยายแนวคำถามหลักเป็นคำถามย่อย ประเด็นคำถามหลัก 10 ข้อ มีดังนี้

1) ท่านคิดว่าความสามารถดูแลตนเองได้มีความสำคัญต่อท่านอย่างไร และเพราะเหตุใดท่านจึงต้องดูแลตนเอง 2) กรุณาเล่าเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลตนเองในแต่ละวันของท่าน (การพักผ่อน ออกกำลังกาย เข้าสังคม และปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา) 3) ท่านมีความรู้สึกละอายใจต่อการเจ็บป่วยของตนเอง 4) ท่านมีวิธีสื่อ/บอกความต้องการของตนเองต่อคนในครอบครัวอย่างไร และการรับรู้ความต้องการของคนในครอบครัวอย่างไร 5) ท่านมีวิธีผ่อนคลายจากความเครียดอย่างไร เมื่อท่านมีปัญหาเกิดความทุกข์ใจ ท่านทำอย่างไร 6) ท่านเคยมีอาการที่แปลกไปจากทุกวันไหม อย่างไร อธิบายและยกตัวอย่างให้ฟัง (เช่น อาการทางจิต อารมณ์ พฤติกรรม การนอน) และท่านมีวิธีจัดการอาการเหล่านั้นอย่างไร 7) ท่านปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างไร - สุขภาพร่างกายดูแลอย่างไร - สุขภาพจิตใจ ดูแลอย่างไร 8) ใครมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองกับท่านบ้าง (บุคคลใกล้ชิดหรือหน่วยงาน) และอย่างไร 9) ท่านมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ดี กรุณาให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเองให้กับผู้ป่วยอื่นที่อาการกำเริบซ้ำบ่อย 10) ท่านมีความเข้าใจโรคทางจิตเวชที่กำลังได้รับการรักษาอย่างไร บ้าง และ 2) แบบสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทไม่ป่วยซ้ำแบบกึ่งโครงสร้างโดยผู้ศึกษาพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน โดยสามารถขยายแนวคำถามหลักเป็นคำถามย่อย ประเด็นคำถามหลัก 6 ข้อ มีดังนี้ 1) ท่านคิดว่า ผู้ป่วยมีแนวทางการดูแลตนเองขณะอยู่ที่บ้านเป็นอย่างไร 2) ท่านมีรูปแบบวิธีสื่อสารกันในครอบครัวอย่างไร 3) ท่านมีส่วนร่วม

ในการดูแลผู้ป่วยอย่างไร 4) หากผู้ป่วยเริ่มมีอาการทางจิตแปลกไปจากทุกวัน ท่านมีวิธีจัดการอย่างไร 5) ท่านคิดว่ามีอะไรบ้างที่มีส่วนทำให้ผู้ป่วยของท่านมีการดูแลตนเองได้ดี ไม่เกิดอาการกำเริบซ้ำ และอะไรสำคัญที่สุด 6) ท่านทำอย่างไรเมื่อประสบปัญหาอุปสรรคจนเกิดความเครียด หรือวิตกกังวล และท่านมีแหล่งสนับสนุน หรือช่วยเหลือใดบ้าง เมื่อท่านเครียด/วิตกกังวล

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ด้านความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิที่เป็นอาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 1 ท่าน จิตแพทย์ 1 ท่านและผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 1 ท่าน พิจารณาการปรับแก้ และเพิ่มเติมการนำเสนอตามระยะของการวิจัย เช่น ระยะก่อนดำเนินการ ระยะดำเนินการ และระยะสิ้นสุดดำเนินการ เพื่อให้เห็นภาพการวิจัย

### วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบเชิงลึก (In-depth interview) การสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participant observation) และการบันทึกภาคสนาม ในระหว่างเดือนมกราคม - มีนาคม 2563 ที่บ้านของผู้ให้ข้อมูลทุกราย โดยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง เก็บข้อมูลจนอิ่มตัว คือเมื่อสัมภาษณ์ข้อมูลเริ่มมีการซ้ำกันในคนที่ 6 - 7 และสัมภาษณ์เพิ่มเติมจนครบ 10 คน จึงยุติการเก็บข้อมูลโดย มีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. ขั้นเตรียมการ จัดเตรียมแนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก ก่อนที่จะดำเนินการทำการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยขออนุญาตกลุ่มตัวอย่างเพื่อทำ

การศึกษาอธิบายให้ทราบถึงขั้นตอนวิจัย ระยะเวลาในการวิจัย โดยกลุ่มตัวอย่างทุกคนเห็นยินยอมการเข้าร่วมวิจัยและได้รับชี้แจงให้ทราบว่ากลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยและถอนตัวจากการวิจัยได้โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง นอกจากนี้ข้อมูลที่ได้รับจากการวิจัยครั้งนี้จะเก็บเป็นความลับ ไม่เปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยนำผลการวิจัยมาใช้ประโยชน์ในทางวิชาการเท่านั้น

2. ขั้นตอนการ ผู้วิจัยได้ไปสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลที่บ้าน โดยให้เลือกวัน เวลาที่สะดวกที่จะให้ผู้วิจัยเข้าไปพบ เพื่อสอบถามข้อมูลในส่วนที่ 1 และ 3 ก่อน หลังจากผู้ให้ข้อมูลไว้วางใจ พร้อมทั้งจะให้ข้อมูลเชิงลึก จึงเริ่มสัมภาษณ์เชิงลึก ในส่วนที่ 2 และ 4 โดยในขณะสัมภาษณ์จะมีการปรับข้อคำถามเพื่อความชัดเจน ตามบริบทและสีหน้าอารมณ์ของผู้ให้ข้อมูลโดยใช้ทักษะสัมภาษณ์เชิงลึก คำนึงถึงสิทธิและศักดิ์ศรีของผู้ให้ข้อมูล มีระยะพักข้อละ 2 นาที เพื่อป้องกันการเกิดความเครียด หลังการสัมภาษณ์เสร็จแสดงความขอบคุณ

3. การสังเกตและการจดบันทึก ผู้วิจัยได้ใช้การสังเกตพฤติกรรมการแสดงความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างขณะสัมภาษณ์ และหลังจากการสังเกต ผู้วิจัยจะบันทึกข้อมูลควบคู่ไปด้วย

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเองโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกจากแนวคำถามสำหรับสัมภาษณ์ ร่วมกับการบันทึกเทปใช้เวลาสัมภาษณ์ครั้งละ 20 นาที การสัมภาษณ์สิ้นสุดลงเมื่อมีความอิ่มตัวของข้อมูลกล่าวคือ ประเด็นที่ได้ซ้ำและไม่มีข้อมูลใหม่เพิ่มขึ้น และมีอุปสรรคที่ใช้ในการเก็บรวบรวม

ข้อมูล ได้แก่ 1) กล้องถ่ายรูป โดยผู้วิจัยได้เลือกถ่ายภาพที่เกี่ยวข้องกับประเด็นที่ศึกษาโดยมีการขออนุญาตและได้รับคำยินยอมจากผู้เกี่ยวข้อง 2) เครื่องบันทึกเสียง 3) สมุดบันทึกการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบเชิงลึก (In-depth interview) การสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participant observation) และการบันทึกภาคสนาม

### การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

ผู้วิจัยขอ อนุมัติ โครงการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา รหัสโครงการวิจัย PH\_CCO\_REC 014/2562 ได้รับอนุมัติเมื่อวันที่ 7 พฤษภาคม 2562 ผู้วิจัยได้ปฏิบัติตามหลักจรรยาบรรณของนักวิจัยอย่างเคร่งครัด ภายหลังจากได้รับอนุมัติให้ทำวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย ระยะเวลาที่ใช้ในการตอบแบบสัมภาษณ์ และอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า การตอบหรือการปฏิเสธการเข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้ ไม่มีผลกระทบต่อการรักษาแต่อย่างใด คำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างจะปกปิดเป็นความลับ จะไม่มีการเปิดเผยให้ผู้ไม่เกี่ยวข้องทราบผลการศึกษาจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น โดยกลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวจากการเข้าร่วมการศึกษาได้ตลอดเวลา และหากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ ก่อนการสัมภาษณ์มีการให้ลงชื่อเข้าร่วมการวิจัย

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล

ของผู้ป่วยโดยการแจกแจงความถี่ วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับแนวทางการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทไม่ป่วยซ้ำด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) ตรวจสอบข้อมูลด้วยวิธีการตรวจสอบสามเส้า โดยวิธีการสัมภาษณ์ต่างเวลา สถานที่และบุคคล ตรวจสอบความสอดคล้องของข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง ตามแนวทางของ Colaizzi's model โดยการนำเทปที่ได้จากการสัมภาษณ์มาถอดแบบคำต่อคำ (Verbatim) อ่านทบทวนคำสัมภาษณ์หลายครั้ง แยกเป็นหมวดหมู่และนำข้อความหรือประโยคที่กำหนดมารวบรวมและจัดเป็นประเด็นหลัก ๆ ตามที่กำหนด ผลที่ได้จากการวิเคราะห์ถูกนำมาอธิบายปรากฏการณ์อย่างละเอียดเพื่อสรุปประสบการณ์จริงที่ได้จากการศึกษา

#### การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล (Trust worthiness)

ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลโดยนำผลที่ได้จากการวิเคราะห์มาสรุปผล และอ่านบทสัมภาษณ์ที่ได้จากการถอดเทปแบบคำต่อคำ คึงข้อความสำคัญแล้วแปลความหมายของข้อความนั้น ๆ และนำมาวิเคราะห์สรุปเป็นภาพรวม และนำไปให้ผู้ให้ข้อมูลทวนสอบ พบว่าในการทวนสอบข้อมูลไม่มีการปรับเปลี่ยนใด ๆ

#### ผลการวิจัย

ผลการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ส่วนคือ 1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล 2) ประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ 3) ประสบการณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ ดังนี้

### 1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภทไม่ป่วยและผู้ดูแล พบว่า เพศชายและหญิงเท่ากันคิดเป็นร้อยละ 50.00 สถานภาพโสด และหย่า/แยก เท่ากันร้อยละ 40.00 มีอาชีพรับจ้างและไม่มีอาชีพคิดเป็นร้อยละ 40.00 เท่ากัน ส่วนใหญ่อายุช่วง 51 - 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 50.00 ศึกษาในระดับประถมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 80.00 รายได้ต่อเดือนมากกว่า 10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 50.00 มีรายได้เพียงพอคิดเป็นร้อยละ 70.00 สมาชิกในครอบครัวอยู่ในช่วง 5 - 10 คน คิดเป็นร้อยละ 80.00 ผู้ดูแลหลักเป็นผู้ที่คิดเป็น ร้อยละ 30.00 ระยะเวลาเจ็บป่วยน้อยกว่า 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 70.00 ไม่มีประวัติเคยใช้สารเสพติดคิดเป็นร้อยละ 60.00 แหล่งที่ให้ความช่วยเหลือได้แก่ รพ. สต. อสม. ครอบครัว และผู้ใหญ่อุปการะคิดเป็นร้อยละ 80.00 และมีสถานที่รักษาได้แก่ รพ.ชุมชน รพ.สต. (ยาใจ) คิดเป็นร้อยละ 90.00

ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทไม่ป่วยซ้ำ พบว่า เป็นชายและหญิงเท่ากันคิดเป็นร้อยละ 50.00 ส่วนใหญ่อายุช่วง 51 - 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 50.00 สถานภาพสมรสอยู่ร่วมกันคิดเป็นร้อยละ 60.00 ศึกษาในระดับประถมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 50.00 อาชีพรับจ้างคิดเป็นร้อยละ 50.00 รายได้มากกว่า 15,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 60.00

### 2. ประสบการณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทไม่ป่วยซ้ำ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่าการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทไม่ป่วยซ้ำ มี 7 ประเด็น ได้แก่ 1) การรู้จักตนเอง 2) การติดต่อสื่อสาร 3) การใช้เวลาว่าง 4) การเผชิญปัญหา 5) การพัฒนาระบบ

สนับสนุนทางสังคม 6) การดูแลตนเองด้านร่างกาย และ 7) การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา

หากพิจารณาประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทไม่ป่วยซ้ำกลุ่มตัวอย่างให้ความหมายของการดูแลตนเอง ดังนี้

1) การไม่ป่วยซ้ำ หรือ อาการกำเริบ หมายถึง ไม่มีอาการป่วยที่ต้องกลับไปรักษาตัวในโรงพยาบาล การที่ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก และไม่มีอาการของโรคจนต้องเข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยใน ตั้งแต่ 18 เดือนขึ้นไป นับตั้งแต่วันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลครั้งสุดท้าย สอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่างบางท่านกล่าวไว้ว่า

“เป็น 10 ปี แล้วที่ไม่ต้องนอนโรงพยาบาล ถ้าเราสนใจดูแลตนเองเรื่องอะไรก็ไม่มาเกิด นอนกินยาอยู่อย่างสบายใจ”

“ไม่ต้องกลับไปนอนในรพ. 15 ปีแล้วที่ดี ทุกวันนี้ทำงานได้ ไม่เห็นภาพคนตายแบบแต่ก่อน”

2) การมีร่างกายแข็งแรง หมายถึง การไม่ป่วยทางร่างกาย สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้เอง รวมถึงช่วยดูแลคนในครอบครัว สอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่างบางท่านกล่าวไว้ว่า

“จิตเราไม่ค่อยดี ไม่สมบูรณ์ต้องดูแลตนเองดี ๆ ให้แข็งแรงลูก ๆ คอยเตือนกินยา นอนกินอาหารดี ๆ ออกกำลังกายทุกวัน โรคเป็นงานการของอัลลอฮ ทดสอบ ต้องกินยาไปตลอดชีวิต”

“ทำให้ไม่เป็นภาระใคร กินอยู่หลับนอนได้ มีแรงช่วยตัวเอง ช่วยดูแลแม่”

3) คำแนะนำการดูแลตนเองให้กับเพื่อนผู้ป่วยอื่น หมายถึง ผู้ป่วยสามารถบอกแนวทางการควบคุมอาการได้ดี และสามารถบอกต่อสิ่งที่ดีในการดูแลตนเองให้แก่ผู้ป่วยอื่นได้ สอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่างบางท่านกล่าวไว้ว่า

“แนะนำเพื่อนให้ทำอะไรทำ กินยาให้ตรงเวลา”

“กินยาไปเรื่อย ๆ ดูแลตัวเองให้ดีแล้วจะสบาย”

และจากการศึกษาประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยจำแนกได้ 7 ประเด็นหลัก ดังนี้

1) การรู้จักตนเอง หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยในการรู้จักลักษณะของตนเอง เพื่อให้เกิดความเข้าใจ ค่านิยม ความต้องการของตนเองและการแสดงความรู้สึกต่อตนเอง แบ่งย่อยได้ 3 ประเด็น

1.1) การรู้จักลักษณะของตนเอง หมายถึง เข้าใจนิสัย อารมณ์ของตนเอง สอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่างบางท่านกล่าวไว้ว่า

“ในปัจจุบันไม่คิดอะไร รู้ว่าเราช้ากว่าคนอื่น คิดช้า ทำช้า นึกไม่ค่อยออกไม่เร็วแบบคนอื่น ถ้ากินยาตรงเวลาเราจะมีความสุข”

“เมื่อก่อนมีคนที่บ้า ฉันก็รู้ตัวเลยเฉย ๆ ทำจิตใจเราให้ดี”

1.2) การเข้าใจยอมรับโรคที่เป็น  
หมายถึง การรู้ตัวว่าตนเองเจ็บป่วยด้วยโรคอะไร  
ต้องรักษาแบบไหน สอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่างบาง  
ท่านกล่าวไว้ว่า

“ไม่ได้นึกอะไร ถึงวันป่วยเป็นงานการของอัลลอฮ์  
ทดสอบ ต้องกินยาตลอดชีวิต”

“ฉันรู้ว่าเป็นโรคจิต ฉันต้องนินยา และกินยารักษา  
ตลอดชีวิต”

1.3) การแสดงความรู้สึกต่อ  
ตนเอง หมายถึง การที่เรารับรู้และเข้าใจความคิด  
ความรู้สึกที่มีต่อตนเองแล้วแสดงออกมาด้วยสีหน้า  
อารมณ์ ท่าทาง คำพูด สอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่าง  
บางท่านกล่าวไว้ว่า

“สะว่ามันหายดีแล้ว เมื่อก่อนในหัวจะจืด ๆ ตอนนี  
นาน ๆ เป็นที กินยาแก้ปวด ก็หายปวด”

“ตอนนี้รู้สึกดี กินนอนได้ ได้นั่งรถไปหาเพื่อนที่  
ศรีธัญญาต้องทำตัวดี ๆ รู้ว่าเราเป็นภาระที่เค้า”

2) การรับรู้ความรู้สึกและการสื่อสาร  
หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยในการสื่อ  
ความต้องการของตนเอง รวมทั้งรับรู้ความรู้สึกและ  
ความต้องการของผู้อื่นอย่างถูกต้องตรงกัน  
แบ่งย่อยได้ 2 ประเด็น ดังนี้

2.1) การบอกความต้องการของ  
ตนเอง หมายถึง การแสดงออกถึงความต้องการด้วย

การร้องขอ เป็นคำพูด เขียนข้อความบอก สอดคล้อง  
กับกลุ่มตัวอย่างบางท่านกล่าวไว้ว่า

“พูดคุยกับสามี บอกญาติที่บ้านเวลาอยากได้อะไร”

“อยากได้อะไร บอกพี่สาว แต่ไม่ขออะไรมาก  
เกินไป พี่เค้าเหนื่อย”

2.2) การรับรู้ความรู้สึกความ  
ต้องการของผู้อื่น หมายถึง การเข้าใจ ใส่ใจ สังเกต  
กับสิ่งที่เห็นความรู้สึกของคนที่อยู่ร่วมกัน  
สอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่างบางท่านกล่าวไว้ว่า

“น้องอนเรา ที่ชอบลิ้มของในห้องน้ำพวก  
กางเกงใน น้องจะว่าเรา น้องอารมณ์แรงกว่าเรา  
เราจะเจียบเจียงไม่ได้ คิดตามว่าเราผิดจริง”

“ใช้การสังเกตสีหน้าของคนในบ้าน ถ้าคนในบ้าน  
ไม่พอใจเราเค้าจะไม่พูดด้วย เราทำตัวดีดี”

3) การใช้เวลาว่างและปฏิสัมพันธ์ทาง  
สังคม หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยใน  
การจัดแบ่งเวลาในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน  
คือ การพักผ่อน ออกกำลังกาย และเข้าสังคม ได้  
อย่างเหมาะสม แบ่งรายละเอียด รวม 3 ประเด็น  
ดังนี้

3.1) การพักผ่อน หมายถึง สิ่ง  
ทำในวันเวลาที่ว่าง แล้วทำให้รู้สึกจิตใจผ่อนคลาย  
สอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่างบางท่านกล่าวไว้ว่า

“บายนั่งเล่น ดูทีวี สักพักหนึ่งก็เข้าครัวทำกับข้าว”

“จะพักก็วันที่ไม่มีงานรับจ้าง จะนอนเล่น  
เดิน ไปคุยที่ร้านค้า”

3.2) การออกกำลังกาย หมายถึง การขยับเคลื่อนไหวร่างกาย ใ้แรงไปตามความต้องการของตนเอง ทำให้รู้สึกเหนื่อย เหงื่อออกร่างกายสดชื่นขึ้น สอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่างบางท่านกล่าวไว้ว่า

“ชอบขี่จักรยาน จะมีน้องช่วยเตือนไม่ให้กินเยอะ  
เดียวอ้วน โรคจะเข้ามาอีก”

“หมอสอนมาฉันก็ทำนั่งอยู่กับที่แล้วแกว่งแขน  
ทุกวัน”

3.3) การเข้าสังคม หมายถึง การมีเวลาเข้าร่วมกิจกรรมกับผู้อื่นในชุมชนตามโอกาสอันสมควร สอดคล้องกับ กลุ่มตัวอย่างบางท่านกล่าวไว้ว่า

“ไปช่วยล้างจานในงานศพที่วัดแถวบ้าน รู้ข่าวงาน  
บุญที่ไหน ฉันจะไปร่วมงาน”

“ส่วนใหญ่พอป่วย เตียนนอนแล้ว จะไปนั่งคุยกับ  
เพื่อนที่ร้านขายข้าวตามสั่ง”

4) การเผชิญปัญหา หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยในการจัดการก่อนที่จะมีอาการ

ทางจิตกำเริบ และการผ่อนคลายความเครียดได้แบ่ง 2 ประเด็น คือ

4.1) การจัดการก่อนที่จะมีอาการทางจิตกำเริบ หมายถึง การดูแลตนเอง เฝ้าระวังป้องกัน และแก้ไขก่อนที่จะมีอาการแสดงของโรคจิตขึ้น สอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่างบางท่านกล่าวไว้ว่า

“ช่วงนี้ไม่มีอาการอะไร ปกติ ไม่เคยต้องนอน  
โรงพยาบาล ต้องกินยาทุกวันจะไม่มีอาการ”

“วันไหนรู้สึกไม่ดีจะบอกกับน้องสาว น้องจะ  
ปลอบใจถามเรื่องกินยาตามหมอสั่งใหม่ ปกติดี  
ทุกวัน ถ้าได้กินยา หลับสบายตื่นดี 4 กว่าทุกวัน”

4.2) ผ่อนคลายจากความเครียด สอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่างบางท่านกล่าวไว้ว่า

“เครียดเข้าครัวล้างจาน ขี่จักรยานไปนอกบ้านหา  
อะไรกิน ไปนั่งคุยร้านก๋วยเตี๋ยว จะถอนหญ้า ทำ  
ความสะอาดบ้าน นึกว่าจะทำอะไร ทำกับข้าวให้  
แม่กิน”

“เวลาเครียดจะไปนั่งคุยกับน้องสาว  
เดียวมันก็หายเอง”

5) การสนับสนุนการสังคมและการช่วยเหลือสังคม หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยในการติดต่อกับบุคคลหรือหน่วยงานที่ให้ความช่วยเหลือได้ รวมทั้งช่วยเหลือผู้อื่นได้แบ่งเป็น 2 ประเด็นย่อย ดังนี้

5.1) ติดต่อกับบุคคลใกล้ชิด หรือ หน่วยงานที่ให้ความช่วยเหลือได้ เมื่อมีอาการทางจิตกำเริบ หมายถึง การรู้จักขอความช่วยเหลือจากสิ่งสนับสนุนทางสังคมที่ตนมี กลุ่มตัวอย่างบางท่านกล่าวว่า

“มีพี่อยู่ข้างบ้าน น้องอยู่บ้านเดียวกัน มีพี่ที่อยู่กรุงเทพฯ มาเยี่ยมซื้อไรมาทำกิน อสม.เอายาทางจิตมาส่งให้ ทุก 3 เดือน มีหมออนามัยมาเยี่ยมที่บ้าน”

“มีสามีอยู่ด้วย และลูก ๆ ไปทำงานกลับบ้านมี อสม. หมออนามัยช่วยส่งยากินให้”

5.2) การช่วยเหลือผู้อื่นได้ เมื่อผู้อื่นได้รับความเดือดร้อน หมายถึง การมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้อื่นตามกำลังที่ตนมี สอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่างบางท่านกล่าวไว้ว่า

“เวลาขาดคนงาน เช่น งานศพ จะไปช่วยงานครัวที่วัด บางทีได้ค่าจ้าง”

“คนข้างบ้านพูดคุยด้วยดี มีงานอะไรก็ไปช่วยกันช่วยเหลือกัน”

6) การดูแลภาวะสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วย เพื่อปกป้องร่างกาย จิตใจ โดยการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อดำรงอยู่ของการมีสุขภาพที่ดี แบ่งเป็นประเด็นย่อย 2 ประเด็น ดังนี้

6.1) การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หมายถึง การทำสิ่งต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนิน

ชีวิตตามแบบวิถีของตนเอง สอดคล้องกับ กลุ่มตัวอย่างบางท่านกล่าวไว้ว่า

“ตื่นนอนแต่เช้าล้างหน้าแปรงฟัน ทำกับข้าวให้แม่ หลานไปโรงเรียน กวาดบ้านถูบ้านล้างจาน ซักผ้า รีดผ้าให้น้อง หลาน แม่และของตัวเองกินข้าวสาม มื้อตามเวลา ต้องจำเอายา ข้าวให้แม่กิน ได้ออก กำลังกายบ้าง บ่าย ๆ นั่งเล่น ดูทีวีบ้าง สักพักนึ่งก็ เข้าครัวทำข้าวเย็นกิน พาแม่อาบน้ำหาข้าวให้แม่กิน ก่อน วันพระใหญ่ได้ไปวัดบ้าง เข้านอนตอน 2 - 3 ทุ่ม กินยาหลับสบาย”

“ปกติจะไม่ต้องทำอะไรนะ ลูกทำให้หมด ยายแก่ เดินบ้าง นั่ง ๆ นอน ๆ กลัวจะล้ม”

6.2) การปฏิบัติตามแผนการรักษา หมายถึง การดูแลตนเองทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เมื่อเข้าใจแล้วทำตามประสบการณ์ที่ตนเองได้สะสมมาว่าทำแล้วรู้สึกสบายดี แบ่ง 2 ด้าน ดังต่อไปนี้

6.2.1) ด้านสุขภาพร่างกาย หมายถึง การดูแลตนเองในส่วนของร่างกาย สอดคล้องกลุ่มตัวอย่างบางท่านกล่าวไว้ว่า

“ไปตรวจสุขภาพทุกปีไม่พบเบาหวานความดัน กินยาตลอดห้ามขาด ช่วยที่บ้านทำนา”

“กินอยู่หลับนอนให้เป็นเวลา กินยาตลอด ถึงวัน หมอนัดไปและดูแลตัวเองไม่ให้อ้วน”

6.2.2) ด้านสุขภาพจิตใจ หมายถึง การดูแลตนเองในส่วน of จิตใจ สอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่างบางท่านกล่าวไว้ว่า

“ไม่ต้องเครียดอะไร ไม่คิดมาก ชอบดูหนัง ดูละคร ที่ตลก ๆ ไม่ไปทะเลาะกับใคร”

“ฉันจะเฉย ๆ ไม่โกรธ ไม่เครียด ลูกชมว่าทำไม วันนี้มีแต่งตัวสวย แม่จะให้ปล่อยแก็ร์”

7) การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยตามหลักความเชื่อทางศาสนาที่ตนเองนับถือ โดยความเชื่อ หมายถึง การยอมรับเห็นด้วยกับสิ่งใดสิ่งหนึ่ง สอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่างบางท่านกล่าวไว้ว่า

“วันพระใหญ่ได้ไปวัดบั้ง ฟังพระสวดได้ จักรยานไปกับน้องที่วัด”

“ทำละหมาดทั้ง 5 เวลาตามหลักศาสนา ทำแล้วสบายใจ”

### 3. ประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทไม่ป่วยซ้ำ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทไม่ป่วยซ้ำ พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทไม่ป่วยซ้ำมีแนวทางการดูแลตนเองขณะอยู่ที่บ้าน สามารถดูแลตนเองได้ดี ไม่รู้สึกหนักใจที่ต้องดูแลผู้ป่วย สอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่างกล่าวไว้ว่า

“เป็น 10 กว่าปีแล้ว ที่น้องดูแลตัวเองได้ดีมาก เน้นว่าหายากินเอง ไม่ต้องมีใครจัดการให้ เป็นคนรักษาความสะอาด ทำงานบ้านสะอาดมากช่วยดูแลแม่ให้ด้วย ไปงานเข้าสังคมได้”

“ยังพอช่วยดูแลตัวเองได้ ไม่วุ่นวายเหมือนแต่ก่อน รักษาเค้าดูแลตัวเองได้ ช่วยทำนาได้ รู้เรื่องปกติหมด จีรธไปไหนมาไหนได้เอง ช่วงนี้กลางวันยังมาช่วยดูแลด้วย”

สำหรับประสิทธิภาพการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทไม่ป่วยซ้ำ ที่มีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองได้ดี ลดการป่วยซ้ำได้ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบ 5 ประเด็นหลัก ดังนี้

1) รูปแบบการสื่อสารในครอบครัว หมายถึง ลักษณะวิธีการพูดคุยกับคนในครอบครัว พบว่ามีการสื่อสารในครอบครัวแบบเปิด ทำให้เกิดความเข้าใจกันทั้ง 2 ทาง สอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่างบางท่านกล่าวไว้ว่า

“ในบ้านไม่ใช้ภูมิ้ง น้องพูดจาดี เรียกพี่นำทุกครั้ง เราก็พูดจาดีกับน้อง ไม่มีดุคำ สมัยก่อนป่วยใหม่ ๆ ไม่รู้ว่าป่วย มีคุณค่าบ้าง ตอนนี้เข้าใจแล้ว”

“เค้าอยากได้อะไรจะบอกเรา เวลาที่มีน้องมาเยี่ยมที่บ้าน แล้วพูดจาไม่ดีกับผู้ป่วย นิจะคอยว่า ถ้าทำแบบนั้นพระเจ้าจะลงโทษ น้องก็เลิกพูดแบบนั้นอีก”

2) การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย หมายถึง ผู้ดูแลให้การสนับสนุนดูแล ช่วยเหลือแก่

ผู้ป่วยในความดูแลของตนในรูปแบบเฉพาะ จาก การสัมภาษณ์พบการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย 3 ประเด็นคือ ผู้ดูแลจะคอยเตือนการรับประทานยา ด้านจิตใจไม่ให้ผู้ป่วยเครียด และการช่วยเหลือ ค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวันสอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่าง บางท่านกล่าวไว้ว่า

“คอยเตือนกินยา ช่วยดูแลค่าใช้จ่ายต่าง ๆ เจ็บป่วย พาไปหาหมอ”

“วันหยุดอยู่เป็นเพื่อน ชวนคุยชวนไปเที่ยวไม่ให้ พ่อเหงา”

“ช่วยสังเกตอาการหลาน คอยเตือนกินยาต่อเนื่อง”

3) การจัดการเมื่อผู้ป่วยเริ่มมีอาการทางจิต หมายถึง ความสามารถของผู้ดูแลในการเฝ้าระวัง ป้องกันและแก้ไขอาการแสดงทางจิตก่อนที่จะเริ่ม แสดงอาการ จากการสัมภาษณ์ผู้ดูแล พบว่ามี 2 ประเด็นย่อยในการจัดการคือ การดูแลเบื้องต้นที่บ้านก่อน และเมื่อไม่ดีขึ้นจะพาไปหาหมอที่ โรงพยาบาล สอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่างบางท่าน กล่าวไว้ว่า

“ถ้ามีจะไปปลอบใจก่อน อย่าคิดมาก ถ้าไม่ไหว จริง ๆ ปรึกษาหมอ พาไปโรงพยาบาล”

“เริ่มจากผู้ดูแลเรื่องยาว่ากินครบไหม กินยาแล้วเข้า นอน ถ้าดีปัญหาจะไม่เกิด ถ้าหากมีอาการแปลก ต้องพาไปหาหมอ ผมสังเกตอาการเค้าทุกวัน ถ้ามี

รีบบอก อสม. ก่อนพาไปโรงพยาบาล”

4) การดูแลใส่ใจและสนับสนุนจาก ครอบครัว หมายถึง สิ่งที่ผู้ดูแลเห็นว่ามีความสำคัญ ทำให้ผู้ป่วยของตนสามารถใช้ชีวิตได้อย่างปกติสุข ที่บ้าน จากการสัมภาษณ์ผู้ดูแลพบประเด็นสิ่งที่ สำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งการดูแลตนเองได้ดี 3 ประเด็นคือ การมีสิ่งอำนวยความสะดวกในบ้าน การได้รับยารักษาโรคติดต่อเนื่อง และการมีสมาชิก ในครอบครัวที่เข้าใจดูแลกัน สอดคล้องกับกลุ่ม ตัวอย่างบางท่านกล่าวไว้ว่า

“ความสะดวกในบ้านด้วยสิ่งอำนวยความสะดวก พร้อมใช้ อยากได้อะไรได้หมด สิ่งที่สำคัญเค้ายังมี ลูก เค้าถึงดูแลตัวเองดีเพื่อลูก กินยาตามปกติจะไม่ เป็นอะไร ไม่มีปัญหา ไม่เครียด”

“ค่าใช้จ่ายในบ้านฉันเป็นคนดูแล และการมีลูก ๆ ช่วยกันดูแล รวมถึงได้รับยาตามหมอสั่ง”

“ยากินไม่ขาดคนในบ้านก็เข้าใจเค้าทุกคน ผมว่าคนในบ้านเข้าใจ ใส่ใจสำคัญ”

5) การเผชิญความเครียด หมายถึง วิธีการ ปรับตัวของผู้ดูแลต่อปัญหา ความเครียดที่อาจ เกิดขึ้นจากการสัมภาษณ์ผู้ดูแล พบประเด็นการ จัดการ 3 ประเด็น คือ ไม่พึ่งหน่วยงานภายนอก ใช้ การแก้ปัญหาด้วยตนเองและปรึกษากันในครอบครัว สอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่างบางท่านกล่าวไว้ว่า

“เมื่อเครียดหายใจลึก ๆ ทำให้เหนื่อย เช่น วิ่ง มี  
ภรรยาช่วยปลอบใจแก้ปัญหาด้วยกัน ไม่ต้องให้  
หน่วยงานราชการมาช่วย ตนเองชอบช่วยเป็นจิต  
อาสา เช่น งานวัด ปกติแก่กันเองในครอบครัว”

“นั่งเฉย ๆ สักพัก ค่อย ๆ คิดว่าจะอย่างไรต่อไป  
ส่วนมากแก้ด้วยตัวเอง ถ้าแก้ยาก เรานั่งคิดว่า ข้อนี้  
ไม่ได้ เวลาเครียดจะละหมาด อ่านคัมภีร์อัลกุรอาน  
แล้วจะสบายใจ ได้สามีเข้าใจไม่ว่า”

### การอภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่างให้ความหมายของการดูแล  
ตนเองคือการไม่ป่วยซ้ำอาการกำเริบ การมีร่างกาย  
แข็งแรง รวมถึงยังสามารถมีคำแนะนำให้กับเพื่อน  
ผู้ป่วยจิตเภทอื่นได้ ส่งผลให้ไม่เกิดการป่วยซ้ำที่  
ต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ตามที่ Orem  
(2001) พบว่า การดูแลตนเอง เป็นกิจกรรมที่เกิด  
จากการเรียนรู้อย่างมีเป้าหมายของบุคคล เป็น  
พฤติกรรมที่เกิดขึ้น ระหว่างการดำเนิน  
ชีวิตประจำวัน โดยบุคคลจะจัดการกับตนเองหรือ  
สิ่งแวดล้อม เพื่อควบคุมปัจจัยที่มีผลกระทบต่อ  
พัฒนาการ การดำเนินชีวิต หรือความผาสุกของ  
บุคคล นอกจากนี้ Hill & Smith (1990) พบว่า การ  
ดูแลตนเอง เป็นความตั้งใจของบุคคลที่จะ  
รับผิดชอบในการดูแลสุขภาพของตน เพื่อป้องกัน  
โรค ควบคุมโรค หรือรักษาโรค ดังนั้นจากการให้  
ความหมายดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงความสำคัญที่  
กลุ่มตัวอย่างรับรู้และคงไว้ซึ่งการดูแลตนเองที่ดี  
อภิปรายเป็น 7 ประเด็นหลัก ดังนี้

#### 1. การรู้จักตนเอง เป็นการรู้จักลักษณะ

ของตนเอง เข้าใจยอมรับโรคที่เป็น และมีการแสดง  
ความรู้สึกต่อตนเอง ซึ่ง Hill & Smith (1990) พบว่า  
การรู้จักตนเองเป็นองค์ประกอบสำคัญของ  
สุขภาพจิตที่เกิดขึ้นตลอดชีวิต นอกจากนี้ จินตนา  
ยุนิพันธุ์ (2534) กล่าวว่าผลจากการรู้จักตนเองทำ  
ให้บุคคลทราบความคิด พฤติกรรมและความ  
ต้องการของตนเอง สอดคล้องกับ Hill & Smith  
(1990) ที่กล่าวว่า การเข้าใจค่านิยมของตนเองอย่าง  
ชัดเจน การรับรู้และแสดงความรู้สึกของตนเอง  
ส่งผลต่อการพัฒนาการรู้จักตนเอง Hill & Smith  
(1990) จากการศึกษาของ ราตรี เกรือวรรณ (2553)  
มีการวิเคราะห์สถานการณ์การกลับมารักษาซ้ำของ  
ผู้ป่วยโรคจิตเภทในโรงพยาบาลสวนปรุง พบว่า  
ผู้ป่วยยอมรับการเจ็บป่วย แต่ไม่มีความรู้ความ  
เข้าใจเรื่องโรคจิตเภท และยา และมีทัศนคติต่อโรค  
และยาจิตเวชไม่ดี การแสดงความรู้สึกต่อตนเองจะ  
ทำให้มีโอกาสกลับเป็นซ้ำมากขึ้น แสดงว่าหาก  
ผู้ป่วยมีการรู้จักตนเองที่ดีเข้าใจและยอมรับโรค  
ที่เป็นอยู่จะมีโอกาสป่วยซ้ำลดลง สอดคล้องกับ  
การศึกษาของสุธิกาญจน์ ไชยลาภ และ อังสนา  
วิริยโกศล (2557) พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชที่รู้จักตนเอง  
และสามารถควบคุมได้จะมีทักษะในการดูแล  
ตนเองดี

2. การติดต่อสื่อสาร ความต้องการของ  
ตนเอง รวมทั้งรับความรู้สึกและความต้องการของ  
ผู้อื่นอย่างถูกต้องตรงกันทำให้เกิดการสื่อสารที่มี  
ประสิทธิภาพ (นวลฉวี ประเสริฐสุข, 2558) จาก  
การศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการติดต่อสื่อสาร  
ร้องขอ และมีการรับรู้ความรู้สึกความต้องการของ  
คนในครอบครัว เข้าใจกันและสามารถตอบสนอง

กัน เช่นเดียวกับ จันทนา ชุนฉาย (2548) ที่กล่าวว่า การติดต่อสื่อสารที่มีคุณภาพทำให้ผู้ส่งและผู้รับข่าวสารรับรู้ความต้องการของกันและกัน สอดคล้องกับการศึกษาของเพชรี คันธสายบัว (2544) พบว่า ปัญหาสุขภาพจิตส่วนหนึ่งมีสาเหตุมาจากการติดต่อสื่อสารที่ไม่เหมาะสม ที่มาจากการแสดงออกทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมของครอบครัว ซึ่งการติดต่อสื่อสารที่ดีมีคุณภาพนำไปสู่การมีทักษะในการดูแลตนเองที่ดีด้วยเช่นกัน

3. การใช้เวลาว่าง คือการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยในการจัดแบ่งเวลาในการทำกิจกรรม ในชีวิตประจำวัน คือ การพักผ่อน ออกกำลังกาย และเข้าสังคม ได้อย่างเหมาะสม Hill & Smith, 1990) และการใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ จันทนา ชุนฉาย (2548) กล่าวว่า การที่ผู้ป่วยจิตเภทไม่ป่วยซ้ำสามารถจัดแบ่งเวลาในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันได้เหมาะสมช่วยให้บุคคลปฏิบัติงานบรรลุเป้าหมายการใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพของผู้ป่วยจิตเภท เป็นกิจกรรมการดูแลตนเองที่สำคัญ (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534) โดยกลุ่มตัวอย่างมีการพักผ่อน เช่น การดูหนัง ฟังเพลง นอนกลางวัน ปลูกต้นไม้ ที่สวนนอกบ้าน ออกกำลังกาย เดิน วิ่ง แกว่งแขนและจี้จักรยาน ส่วนใหญ่มีการเข้าสังคม ตามโอกาสทั้งงานบุญ งานแต่ง งานศพ หรือการไปเยี่ยมญาติ

4. การเผชิญปัญหา รวมถึงจัดการก่อนที่จะมีอาการทางจิตกำเริบ และบอกวิธีผ่อนคลายจากความเครียดได้ (จันทนา ชุนฉาย, 2548) ดังนั้น การเตรียมการเผชิญกับปัญหาจึงเป็นกระบวนการที่บุคคลจัดการกับสถานการณ์ที่เป็นปัญหาเป็นการ

จัดการกับความเครียด ตลอดจนปัญหาต่าง ๆ ที่มากระทบเพื่อลดการป่วยซ้ำ จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างบางส่วน มีการจัดการก่อนที่จะมีอาการทางจิตกำเริบ โดยรู้จักการกำกับดูแลตนเองและแก้ไขเบื้องต้นก่อนที่จะมีอาการแสดงของโรคจิตเกิดขึ้น ส่วนใหญ่มีวิธีผ่อนคลายจากความเครียดด้วยตนเองได้ดี ไม่ว่าจะเป็น ทำงาน เข้าครัว ฟังเพลง ปลูกต้นไม้ และหาเพื่อนเพื่อระบายพูดคุย (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534) ซึ่งการทำกิจกรรมเพื่อบรรเทาความเครียดเป็นผลมาจากประสบการณ์การเรียนรู้ของผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยมานาน

5. การสนับสนุนทางสังคมและการช่วยเหลือสังคม การปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยในการติดต่อกับบุคคลใกล้ชิด หรือหน่วยงาน (คณะกรรมการสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายคนพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม โรงพยาบาลศรีธัญญา, 2559) ที่สามารถให้ความช่วยเหลือได้เมื่อมีอาการทางจิตกำเริบ รวมทั้งสามารถให้ความช่วยเหลือผู้อื่นได้ เมื่อผู้อื่นได้รับความเดือดร้อน ซึ่งผู้ป่วยทุกคนจำเป็นต้องมีการพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคมที่ดี เทียนทอง หาระบุตร (2555) กล่าวว่า การพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม คือการพัฒนากลุ่มคนที่มีปฏิสัมพันธ์กันอย่างมีจุดมุ่งหมาย เรียกว่า เครือข่ายทางสังคม เช่นเดียวกับ Pender (1996) กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นแหล่งประโยชน์ที่บุคคลใช้ในการเผชิญความเครียด สามารถป้องกันบุคคลจากภาวะวิกฤต การสนับสนุนทางสังคมสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ สอดคล้องกับที่ ไพลิน ปรัชญกุล (2548) พบว่า หากครอบครัวและชุมชนให้การสนับสนุน

ทางสังคมกับผู้ป่วยจิตเภทจะลดการป่วยซ้ำได้ โดยกลุ่มตัวอย่างครึ่งหนึ่งสามารถติดต่อกับบุคคลใกล้ชิด หรือหน่วยงานที่สามารถให้ความช่วยเหลือได้ เมื่อมีอาการทางจิตกำเริบ และยังมีการช่วยเหลือผู้อื่นได้ เมื่อผู้อื่นได้รับความเดือดร้อนตามกำลังที่ตนมีทำให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ด้วยความสุขในชุมชน

6. การดูแลตนเองด้านร่างกาย ประกอบด้วยการช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และปฏิบัติตามแผนการรักษา (Hill & Smith, 1990) ดังนั้นการดูแลตนเองด้านร่างกาย เป็นกิจกรรมที่แสดงถึงการดูแล เพื่อปกป้องร่างกาย และเพื่อการดำรงไว้ซึ่งการมีสุขภาพกายที่ดี โดยกลุ่มตัวอย่างทุกคนจะมีการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง สามารถทำสิ่งต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตของแต่ละบุคคลได้ตามแบบวิถีชีวิตของตน และปฏิบัติตามแผนการรักษาด้วยการจัดหาอาหารมีประโยชน์พักผ่อนเพียงพอ รับประทานยาต่อเนื่อง ไปตรวจตามนัด รวมถึงมีการตรวจสุขภาพประจำปี ส่วนการดูแลตนเองในด้านจิตใจรู้ตัว ปรับตัวต่อความเครียดได้ในการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนภายหลังกลับคืนสู่สังคมพบว่า ผู้ป่วยจิตเวชส่วนใหญ่มีอาการทางจิตที่ควบคุมได้ ระดับทักษะในการดูแลตนเองดี (สุธิกาญจน์ ไชยลาภ และอังสนา วิริยโกศล, 2557)

7. การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ตามหลักความเชื่อทางศาสนาที่ตนเองนับถือ โดยทุกศาสนามีแก่นของคำสอนให้ทำความดี ละเว้นทำชั่ว ทำจิตใจให้สงบ (ฉัตรทิพย์ แสงสร้อย,

โรจน์ จินตนาวัฒน์ และลินจง โพธิบาล, 2564) ซึ่งมีทั้งที่นับถือศาสนาพุทธ และอิสลาม พบว่าส่วนใหญ่สามารถทำกิจกรรมได้ตามศาสนาที่ตนเองนับถือ มีเพียงหนึ่งรายนับถือศาสนาพุทธที่ไม่ได้ไปไหนเนื่องจากมีอายุมากกลัวเดินล้ม เมื่อผู้ป่วยมีการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาตามความเชื่อของตนเองแล้ว จิตใจจะสงบเกิดความเชื่อมั่น พร้อมทั้งดูแลตนเองได้ต่อไป หลักศาสนาอิสลามอัลกุรอานได้กล่าวถึง ความเจ็บป่วยหรือโรคทางจิตใจว่าเป็นผลมาจากจิตใจของเขาปฏิเสธต่อหลักการสอนของอัลลอฮ์ ผู้นั้นย่อมได้รับการลงโทษจากอัลลอฮ์ เกิดเจ็บป่วยได้ (มุหัมมัดคาอีย์ เจ๊ะละ, 2552) หากมุสลิมขาดศรัทธาต่ออัลลอฮ์ และปฏิเสธการปฏิบัติศาสนกิจย่อมทำให้เกิดการเจ็บป่วยขึ้นได้ (กมลวรรณ สีเชียงสา และคณะ, 2562) ผู้ป่วยจิตเภทมีการดูแลตนเองที่สัมพันธ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โอกาสป่วยซ้ำน้อยลง

ประสบการณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทไม่ป่วยซ้ำ ผู้ดูแลรับรู้ได้ว่าผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลของตน มีการดูแลตนเองขณะอยู่ที่บ้านดี สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เอง ไม่มีอาการป่วยซ้ำ ทั้งนี้ผู้ดูแลมีบทบาทสำคัญในการดูแลในส่วนที่ผู้ป่วยต้องการหรือบกพร่อง ร่วมกันหาสาเหตุและแนวทางป้องกันการกลับเป็นซ้ำ นลิน ดวงปัญญา และเพ็ญญาแดงค้อมยุทธ (2563) พบว่าผู้ป่วยครอบครัวและชุมชนควรร่วมกันหาสาเหตุและมีส่วนร่วมในการป้องกันกลับเป็นซ้ำที่สอดคล้องกับบริบทของชุมชน สามารถอภิปรายเป็นรายด้าน ได้ดังนี้

1. รูปแบบวิธีสื่อสารกันในครอบครัว คือ ลักษณะวิธีการพูดคุยกับคนในครอบครัว จาก

การศึกษาพบว่า ทุกรายมีการสื่อสารในครอบครัวแบบเปิด สามารถโต้ตอบกันได้ ทำให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกันทั้ง 2 ทางรวมถึง มีการใช้คำพูดที่สุภาพอ่อนโยนต่อกัน สอดคล้องกับ Vincent (2004) ที่ศึกษาการแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทชายที่ป่วยซ้ำในประเทศสิงคโปร์ พบว่าการแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัวที่รุนแรงมีความสัมพันธ์กับการป่วยซ้ำ และกนกวรรณ บุญเสริม (2559) พบว่า การทะเลาะวิวาทที่รุนแรงในครอบครัวเป็นสาเหตุให้เกิดอาการกำเริบได้

2. การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ผลการวิจัยสนับสนุนการค้นพบว่าการมีส่วนร่วมโดยการที่ผู้ดูแลให้การสนับสนุนดูแล ช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยในความดูแลของตนในรูปแบบเฉพาะ จากการศึกษาพบว่าทุกรายมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโดยผู้ดูแลจะคอยเตือนการรับประทานยาตรงเวลา ต่อเนื่องทุกวันเมื่อยาใกล้หมดจะไปรับยาแทนตามวันนัดให้ที่โรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และช่วยดูแลค่าใช้จ่ายที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตประจำวัน ทำให้ผู้ป่วยไม่เกิดการป่วยซ้ำ (ณัฐติกา ชูรัตน์, 2559) และกมลวรรณ สีเชียงสา และคณะ, 2562) ได้ศึกษาสาเหตุและแนวทางป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปี่เหลียงหนึ่งในสาเหตุการกลับเป็นซ้ำ คือความเครียดของผู้ป่วย และแนวทางป้องกันการกลับเป็นซ้ำคือจัดการอารมณ์ให้เป็น ซึ่งทั้งสองงานวิจัยของอรณพ ทองคำ (2546) และ ของสุพรรณิ สายบุตร และ ชานนท์ โกมลมาลย์ (2563) ต้องการรับการ

สนับสนุนทางสังคมของครอบครัวในการรับผู้ป่วยจิตเภทไปดูแลต่อเนื่อง ดังนั้นหากผู้ป่วยจิตเภทไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสมจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบจากปัญหาที่พบคือสมาชิกในครอบครัวไม่ให้ความสนใจซึ่งกันและกัน

3. การจัดการเพื่อป้องกันการเกิดอาการทางจิต หลักการว่าการที่ครอบครัวช่วยสังเกตและช่วยเหลือจัดการช่วยในการดูแลตนเองของผู้ป่วยไม่ให้กลับเป็นซ้ำได้โดยการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท นับเป็นความสามารถของผู้ดูแลในการเฝ้าระวัง ป้องกันและแก้ไขอาการแสดงทางจิตก่อนที่จะเริ่มแสดงอาการจากการศึกษาพบว่ามีจัดการคือ ให้การดูแลเบื้องต้นที่บ้าน ทบทวนว่าผู้ป่วยรับประทานยาครบตามคำสั่งแพทย์ไหม พูดคุยว่าผู้ป่วยมีเรื่องอะไรเครียดไม่สบายใจ และเมื่อไม่ดีขึ้นจะพาไปหาหมอที่โรงพยาบาลทันที ซึ่งที่ผ่านมา 18 เดือนนี้ไม่มีผู้ป่วยที่มีอาการแปลกไปจากทุกวัน แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ดี และหากเกิดเหตุขึ้นก็สามารถจัดการกับปัญหาได้ตามแนวทางในกลุ่มมือการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกรมสุขภาพจิต (เสาวลักษณ์ สุวรรณไมตรี และคณะ, 2560) และควรมีการให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติไปพร้อม ๆ กัน จะช่วยสามารถป้องกันหรือลดอาการทางจิตได้ (สุดาพร สถิตยुทธการ และคณะ, 2564)

4. สิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองได้ดี ไม่เกิดอาการกำเริบซ้ำ คือการมีสิ่งอำนวยความสะดวกในบ้าน การได้รับยารักษาโรคจิตต่อเนื่อง และการมีสมาชิกในครอบครัวที่เข้าใจกัน สอดคล้องกับงานวิจัยของ นลิน ดวงปัญญา และ

เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์ (2563) และอีกหลายเรื่องพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่มาตรวจตามนัดมีสาเหตุมาจากเรื่องค่าใช้จ่ายที่ต้องใช้ในการรักษา ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ดังเช่นในการวิจัย ของ มาลี แจ่มพงษ์ (2542) และ ขอนนิตยา เจริญยุทธ์ และคณะ (2564) ดังนั้น จะพบว่า การดูแลของญาติที่ช่วยเหลือในการดูแลนั้นส่งผลให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองที่ดีขึ้น โดยการได้รับยารักษาโรคจิตต่อเนื่อง เป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองที่ดี (กนกวรรณ บุญเสริม, 2559) ปัจจัยที่มีผลต่อการป่วยกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทพบว่าการดูแลตนเองเพื่อป้องกันกำเริบโดยรับประทานยาด้วยตนเอง ซึ่งงานวิจัยในต่างประเทศที่พบว่า พฤติกรรมการใช้ยาด้วยตนเองมีผลต่อการป่วยซ้ำ อาจเกิดจากหลายสาเหตุ แต่สิ่งที่เหมาะสมควรมีบุคคลในครอบครัวเข้ามาดูแลในเรื่องการรับประทานยาจะทำให้ได้ผลที่ดีกว่าดังเช่น งานวิจัยของ สุมิสา กุมลา และคณะ (2563) กล่าวถึงสมาชิกในครอบครัวที่เข้าใจดูแลกัน มีการสื่อสารที่ดีต่อกัน และทำกิจกรรมต่างๆร่วมกันทำให้สัมพันธ์ภาพดีต่อกัน แต่ก็มีงานวิจัยของ กนกวรรณ บุญเสริม (2559) พบว่าครอบครัวที่มีความรุนแรงหรือการทะเลาะวิวาทเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการกำเริบได้

5. การจัดการเมื่อผู้ดูแลประสบปัญหาจนเกิดความเครียดหรือวิตกกังวล รวมถึงการมีแหล่งสนับสนุน วิธีการปรับตัวของผู้ดูแลต่อปัญหาความเครียดที่อาจเกิดขึ้น จากการศึกษาพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่มีวิธีการจัดการเมื่อประสบปัญหาเครียด หรือ วิตกกังวล โดยไม่ต้องพึ่งหน่วยงานสนับสนุน

ภายนอก แต่จะใช้การแก้ปัญหาด้วยตนเองก่อนและใช้การปรึกษาหารือกันในกลุ่มครอบครัวของตนเอง อาจด้วยผู้ป่วยที่ต้องดูแลมีการดูแลตนเองที่ดีไม่มีการป่วยซ้ำ จึงเป็นเหตุให้ผู้ดูแลไม่ต้องประสบกับปัญหาเครียดหรือเป็นภาระจากการดูแล จากการสัมภาษณ์ปัญหาที่พบจะเป็นในเรื่องส่วนตัวของผู้ดูแลเอง เช่น งานที่ทำ การมีรายได้ที่ไม่เพียงพอ (อนันต์ตรี สมิทธิธรนาเศรษฐ์, 2560)

### สรุปผลการวิจัย

ประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทไม่ป่วยซ้ำ คือ การไม่ป่วยซ้ำอาการกำเริบ การมีร่างกายแข็งแรง รวมถึงมีคำแนะนำให้กับเพื่อนผู้ป่วยจิตเภทอื่น ๆ มี 7 ประเด็นคือ

1. การรู้จักตนเอง ได้แก่ 1.1 การรู้จักลักษณะของตนเอง (เข้าใจและยอมรับ บอกลักษณะนิสัยของตนเองได้) 1.2 การเข้าใจยอมรับโรคที่เป็น (เข้าใจโรคเรียนรู้ที่จะอยู่กับโรคได้ดี) 1.3 การแสดงความรู้สึกต่อตนเอง (แสดงความรู้สึกของตนเองออกมาได้เหมาะสมกับสถานการณ์)

2. การติดต่อสื่อสาร ได้แก่ 2.1 การบอกความต้องการของตนเอง (บอกสิ่งที่คิด ที่ต้องการกับครอบครัวได้อย่างเหมาะสม) 2.2 การรับรู้ความรู้สึกความต้องการของผู้อื่น (มีการรับรู้จากการสังเกตสีหน้า ท่าทางผู้อื่นและปรับตัวแก้ไขสถานการณ์จากความรู้สึกของผู้อื่นได้)

3. การใช้เวลาว่าง ได้แก่ 3.1 การพักผ่อน (รู้จักหาเวลาว่างในแต่ละวันเลือกทำกิจกรรมที่ตนชอบ) 3.2 การออกกำลังกาย (ออกกำลังกายตามแบบที่ตนเองถนัด ชื่นชอบและอาศัยการออกแรง

ทำงาน เติบโต วังมากขึ้น) 3.3 การเข้าสังคม(ไปเยี่ยมญาติ พี่น้อง ร่วมงานเลี้ยง งานศพ งานบุญน้ำชา)

4. การเผชิญปัญหา ได้แก่ 4.1 การจัดการก่อนที่จะมีอาการทางจิตกำเริบ (รับประทานยาต่อเนื่องจะไม่มีอาการกำเริบ จัดการแก้ปัญหา โดยบอกคนรอบข้างให้ช่วย ถ้าไม่ดีขึ้นจะไปหาหมอที่โรงพยาบาล) 4.2 ผ่อนคลายจากความเครียด (หาวิธีผ่อนคลายที่เป็นแบบที่ตนชื่นชอบ และหาเพื่อนคุยพูดคุยระบาย)

5. การสนับสนุนการสังคมและการช่วยเหลือสังคม ได้แก่ 5.1 ติดต่อกับบุคคลใกล้ชิดหรือหน่วยงานที่สามารถให้ความช่วยเหลือได้ เมื่อมีอาการทางจิตกำเริบ (บอกคนในครอบครัวให้ช่วยไปหาเจ้าหน้าที่สาธารณสุข) 5.2 การช่วยเหลือผู้อื่นได้ เมื่อผู้อื่นได้รับความเดือดร้อน (ยินดีช่วยเหลือผู้อื่นตามกำลัง)

6. การดูแลตนเอง ได้แก่ 6.1 การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (สามารถทำกิจวัตรได้ด้วยตนเอง) 6.2 การปฏิบัติตามแผนการรักษา 6.2.1 ด้านร่างกาย (ตรวจสุขภาพประจำปี รับประทานอาหารครบ ออกกำลังกาย พักผ่อนเพียงพอ รับประทานยาต่อเนื่อง ตรวจตามหมอนัดสม่ำเสมอ) 6.2.2 ด้านจิตใจ (ผ่อนคลายไม่เครียด)

7. การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา(สามารถทำกิจกรรมได้ตามศาสนาที่ตนเองนับถือ)

ประสบการณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทไม่ป่วยซ้ำ พบว่า ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองขณะอยู่ที่บ้านดี สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เอง รวมถึงช่วยดูแลบ้านได้ ประกอบด้วย 5 ประเด็น ได้แก่

1. รูปแบบวิธีสื่อสารกันในครอบครัว (สื่อสารแบบ

สองทางใช้คำพูดที่สุภาพอ่อนโยนต่อกัน)

2. การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย (คอยเตือนการรับประทานยาต่อเนื่อง ด้านจิตใจดูแลไม่ให้เครียด ช่วยเหลือค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน)

3. การจัดการหากผู้ป่วยเริ่มมีอาการทางจิตแปลกไป (ดูแลเบื้องต้นที่บ้าน พาไปโรงพยาบาล)

4. สิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองได้ดี ไม่เกิดอาการกำเริบซ้ำ (สิ่งอำนวยความสะดวกในบ้าน การรับประทานยารักษาโรคจิตต่อเนื่อง ความเข้าใจใส่ใจของสมาชิกในครอบครัว)

5. การจัดการเมื่อผู้ดูแลประสบปัญหาจนเกิดความเครียด หรือวิตกกังวล รวมถึงการมีแหล่งสนับสนุน (ไม่พึ่งหน่วยงานภายนอก ใช้การแก้ปัญหาด้วยตนเองและปรึกษาคนในครอบครัว)

### ข้อเสนอแนะ

ผลการวิจัยนำมาเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เพื่อป้องกันการป่วยซ้ำดังนี้

#### ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

ผลการวิจัยที่ได้สามารถนำไปเป็นข้อมูลสำหรับการให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทแบบองค์รวมคำนึงถึงความหลากหลายของวัฒนธรรม โดยอาจปรับใช้แนวทางให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยและผู้ดูแล มีการจัดบริการทางการพยาบาล ได้แก่ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรม的自我ดูแลตนเอง การรู้จักตนเอง เผชิญปัญหา ได้รับการสนับสนุนทางสังคม ได้ปฏิบัติศาสนกิจตามหลักศาสนา ครอบครัวมีส่วนร่วมดูแลและการแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัวที่เหมาะสม และส่งเสริมผู้ป่วยได้เรียนรู้ประกอบอาชีพ

สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่บ้านตามประสบการณ์ของผู้ดูแลเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ

รวมทั้งสามารถนำไปพัฒนากลุ่มสนับสนุนผู้ดูแลหลักและรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้งในระยะสั้น และระยะยาวตามประสบการณ์ที่ได้รับของผู้ดูแลเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท

### ด้านการบริหาร

ควรมีการจัดระบบบริการที่ส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองในผู้ป่วยจิตเภท และจัดบริการที่ส่งเสริมทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพื่อลดการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท

### ด้านการวิจัย

1. ควรมีการศึกษาตัวแปรอื่น ๆ ที่ส่งผลต่อการดูแลตนเองเช่น ผู้ป่วยจิตเภทที่มีโรคร่วมหรือไม่มีโรคร่วมจากการวินิจฉัย ผู้ป่วยที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยแตกต่างกัน และผู้ดูแลผู้ป่วยเหล่านี้เนื่องจากความซับซ้อนของโรค อาจส่งผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท

2. ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมในการพัฒนารูปแบบการบริการที่ส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทรายใหม่ที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก และผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท รวมถึงการนำไปทดสอบผลของการพัฒนารูปแบบบริการดังกล่าวเพื่อลดโอกาสการกลับเป็นซ้ำ

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณอาจารย์ที่ปรึกษาจาก

บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยราชภัฏราชนครินทร์ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา และผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านตรวจสอบเครื่องมือคุณค่าและประโยชน์ที่ได้จากงานวิจัยฉบับนี้ ขอแสดงความดีใจแก่คณาจารย์ กัลยาณมิตรและผู้ป่วยจิตเภทพร้อมผู้ดูแลทุกท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการวิจัยครั้งนี้ขอให้มีความสุขกายและสุขภาพใจที่สมบูรณ์แข็งแรง

### เอกสารอ้างอิง

- กษพร รัตนสมพร, อรพรรณ ลือบุญวัชรชัย, และ รัชณี เกิดโชค. (2558). ปัจจัยทำนายอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 29(3), 99-112.
- กนกวรรณ บุญเสริม. (2559). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท: มุมมองผู้ป่วย. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 30 (1), 123-136.
- กมลวรรณ สีเชียงสา, จันทรีทิพย์ กาญจนศิลป์, และ สายทิพย์ สุทธิรักษา. (2562). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนโดยทีมสหวิชาชีพของ เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอบ้านแท่น จังหวัดชัยภูมิ. *วารสารเภสัชกรรมไทย*, 11(2), 456-469.
- กรมสุขภาพจิต. (2565). *สถิติผู้มารับบริการผู้ป่วยจิตเวช*. <https://dmh.go.th/report/datacenter/dmh/>
- กรมสุขภาพจิต. (2561). *สถิติผู้มารับบริการผู้ป่วยจิตเวช*. <https://dmh.go.th/report/datacenter/dmh/>
- ขวัญสุดา บุญทศ, อมรรัตน์ ศรีคำสุข ไซโค, และ สุวรรณอรุณพงศ์ไพศาล. (2556). การสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคจิตเภท. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 58(1), 89-100.
- คณะกรรมการสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายคนพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรมโรงพยาบาลศรีธัญญา. (2559). *แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชสู่สุขภาพะ: การจ้างงานสำหรับบุคลากรสาธารณสุข*. พรอสเพอริตีฟลัส.

- จันทนา ชุนฉาย. (2548). การศึกษาการใช้โปรแกรมการพยาบาล  
องค์กรร่วมต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท งาน  
ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลท่าหลวง [วิทยานิพนธ์ปริญญา  
มหาบัณฑิต]. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จุฬาลักษณ์ ชำของ. (2547). ประสบการณ์การดูแลตนเองของ  
ผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต].  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จินตนา ชูนิพันธุ์ และณพรัตน์ ไชยธานี. (2547). การพยาบาล  
แบบองค์รวม: แนวคิด หลักการและแนวปฏิบัติ. เอกสาร  
ประกอบการอบรมการดูแลแบบองค์รวมสำหรับผู้ดูแล  
ผู้ป่วยจิตเภท.
- จินตนา ชูนิพันธุ์. (2534). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแล  
ตนเองด้านสุขภาพจิตของคนไทยภาคกลาง.
- ฉัตรทิพย์ แสงสร้อย, โรจน์ จินตนาวัฒน์, และลินจง โปธิบาล.  
(2564). การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาและความผาสุกทาง  
จิตวิญญาณในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่  
ควบคุมไม่ได้. *พยาบาลสาร*. 48(4), 281-292.
- ชาย โพธิ์สิตา. (2550). ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยคุณภาพ  
(พิมพ์ครั้งที่ 2). บริษัทอัมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์ พับลิชชิ่ง.
- ณัฐธิดา ชูรัตน์. (2559). การศึกษาสาเหตุและแนวทางการ  
ป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเขต  
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปีเหล็งที่ประสบ  
เหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้. *วารสาร  
มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, 3(1), 24-36.
- เทียนทอง หาระบุตร. (2555). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับ  
พลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในชุมชน.  
[วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต]. จุฬาลงกรณ์  
มหาวิทยาลัย.
- ธิดารัตน์ คณึงเพียร. (2556). ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภท  
ในชุมชน. *วารสารกองการพยาบาล*, 40 (1), 57-66.
- นวลฉวี ประเสริฐสุข. (2558) การพัฒนาทักษะการเรียนรู้อย่าง  
สร้างสรรค์แบบองค์รวมสำหรับผู้สูงอายุในชนบทไทย:  
ด้านการดูแลสุขภาพจิต. มหาวิทยาลัยศิลปากร: กรุงเทพฯ.
- นายนภา วงษ์ศิลป์, จินตนา ชูนิพันธุ์, และ สุนิศา สุขตระกูล.  
(2556). การวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่มป่วยซ้ำและไม่ป่วย  
ซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิม. *วารสารการพยาบาลจิตเวช  
และสุขภาพจิต*, 27(3), 87-100.
- นลิน ดวงปัญญา และเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์. (2563).  
ประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่  
กลับป่วยซ้ำ. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*,  
32(2), 43-54.
- นิตยา เจริญยุทธ์, หทัยรัตน์ สายมาอินทร์, และวินัสริน ก้อนศิลา.  
(2564). การเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง :  
บทบาทพยาบาล. *วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัย  
พยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์*, 5(3), 23-35.
- พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์. (2544). โครงการอบรม แนว  
ทางการสัมภาษณ์และให้คะแนน BPRS ใน รูปแบบของ T-  
PANSS. ในเอกสารประกอบการ บรรยายเรื่องการประเมิน  
อาการผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลสวนปรุง. เชียงใหม่,  
โรงพยาบาล สวนปรุง.
- เพชร คันทสายบัว. (2544). การวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่ม  
ผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ. [วิทยานิพนธ์ปริญญา  
มหาบัณฑิต]. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ไพลิน ปรัชญูปต์. (2548). การสนับสนุนทางสังคมของ  
ครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน. [วิทยานิพนธ์  
ปริญญามหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- มาลี แจ่มพงษ์. (2542). ปัจจัยที่มีผลต่อการคืนดีพบแพทย์ครั้ง  
แรกภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลสมเด็จพระยาของ  
ผู้ป่วยจิตเภทในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล. รายงาน  
การวิจัย โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา กรมสุขภาพจิต  
กระทรวงสาธารณสุข.
- มูหมัดคาอီး เจะเลาะ. (2552). การดูแลสุขภาพสำหรับผู้ถือศีล  
อดในเดือนรอมฎอน. *สมาคมจันทร์เสี้ยว, ยะลา*.
- ราตรี เครือวรรณ. (2553). การวิเคราะห์สถานการณ์การกลับมา  
รักษาซ้ำผู้ป่วยโรคจิตเภทใน โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัด  
เชียงใหม่. [การค้นคว้าแบบอิสระพยาบาลศาสตรมหา  
บัณฑิต]. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ล่อ สิงห์โชติสุขแพทย์. (2565). ผลของโปรแกรมกลุ่ม  
ช่วยเหลือตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ด้าน  
สุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ตำบลนาเว้ง  
อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี. *วารสารการพยาบาลจิตเวช  
และสุขภาพจิต*, 36(1), 19-32.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2549). *ตำราจิตเวชศาสตร์*. เรือนแก้ว  
การพิมพ์.

- สุดาพร สถิตยพทุธการ, จินตนา ยูนิพันธุ์, และวิภาวี เผ่ากัณฑ์การกร. (2564). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองร่วมกับครอบครัวต่ออาการทางจิตในผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเรื้อรัง. *วารสารแพทยธานี*. 1(1), 1-22.
- สุธีกาญจน์ ไชยลาภ และอังสนา วิริยโกศล. (2557). การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนภายหลังกลับคืนสู่สังคม. *วารสารเกื้อการุณย*, 21(พิเศษ), 139-152.
- สุพรรณิ สายบุตร และชานนท์ โกมลมาลย์. (2563). *การตัดสินใจและความต้องการการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวในการรับผู้ป่วยจิตเภทไปดูแลต่อเนื่อง*. ประชุมวิชาการครบรอบ 66 ปี “สังคมสงเคราะห์และสวัสดิการสังคม: การปลดปล่อยความเหลื่อมล้ำสู่ความยั่งยืน” (น.194-210).
- สุมิศา กุมลา, โสภิน แสงอ่อน, และ พัชรินทร์ นันทจันทร์. (2563). ผลของโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 34(2), 132-152.
- เสาวลักษณ์ สุวรรณโมตรี, อนงค์นุช ศาโรก, ธนเนตร ฉันทลักษณ์วงศ์, ชุริภรณ์ เสียงล้ำ, และ วีร์ เมฆวิสัย. (2560). *คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทสำหรับโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ* (พิมพ์ครั้งที่ 2). วิททอเรียอิมเมจ.
- อรรถพร ทองคำ. (2546). *การทำหน้าที่ของครอบครัวต่อการรับรู้ของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่กลับเป็นซ้ำ*. [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อนันต์ศรี สมิตธีรนาเศรษฐ์. (2560). การเผชิญปัญหาและการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย*, 11( 3), 43-56.
- Hill, L., & Smith, N. (1990). *Self-care nursing: Promotion of health* (2<sup>nd</sup> ed). Appleton & Lange.
- Hui, LM.C. (2011). Relapse in schizophrenia. *Medical Bulletin*, 16 (5), 8-9.
- Omery, A. (1983). Phenomenology: A method for nursing research. *Advanced in nursing science*, 5(2), 49-62.
- Orem, D.E. (2001). *Nursing concepts of practice* (6<sup>th</sup> ed). A Harcourt Health Sciences.
- Overall, J.E., & Gorham, D.R. (1962). The brief psychiatric rating scale. *Psychological Reports*, 10: 799-821.
- Pender, J.N. (1996). *Health Promotion in Nursing Practice*. Bookcraft.
- Streubert, H.J., & Carpenter, D.R. (1999). *Qualitative Research in nursing: Advancing The humanistic Imperative* (2<sup>nd</sup> ed). Lippincott.
- Vincent, C.K. (2004). *Study of Family Expressed Emotion and Relapse of Male Schizophrenia Patients in Singapore* [online]. [www.scribd.com/doc](http://www.scribd.com/doc).

## TYPES OF THERAPY PROGRAMS AFFECT TO REDUCE OF DEPRESSION FOR THAI AGEING CITIZEN: META-ANALYSIS

*Jesda Aungabsee, Ed.D. \*, Chutima Panyapinijngoon, Ed.D. \*\*, Nitibodee Sukjaroen, Ph.D. \*\*\**

### Abstract

**Objective:** To synthesize types of therapy programs that affect to reduce of depression for Thai ageing citizen by meta-analysis.

**Methods:** Searched from 3 databases: Thai Journal Citation Index (TCI), ASEAN Citation Index (ACI), and Thailand Library Integrated System (ThaiLIS) of 1 July 2022 to 31 October 2022, the selection randomized controlled trial on the treatment of depression in Thai ageing citizen. The excluded studies of depression diagnosed as a feature of a medical condition requiring medication. Only selective interventions aimed at reducing symptoms were accepted for inclusion of study data. Standardized mean differences were calculated in the random type meta-analysis of the influence magnitude analysis.

**Results:** The studies were systematically reviewed, meta-analysis. These included from 14 studies, 15 effect sizes. The study was conducted between 1999 and 2020 B.C. with a sample of 299 Thai ageing citizen. The combined effect size from a randomized meta-analysis showed that a treatment program can reduce depression in Thai elderly ( $g = -2.11$ , 95% Confident Interval [CI] = [-2.60, -1.61]) and the details are as follows: In the case of each type of treatment program, it was found that alternative therapy (art therapy, music therapy, aromatherapy) ( $g = -2.10$ , 95 % CI = [-3.08, -1.12]), cognitive therapy or problem-solving therapy ( $g = -1.68$ , 95% CI = [-2.13, -1.23]), physical therapy and exercise ( $g = -1.90$ , 95% CI = [-2.25, -1.56]) and cognitive behavioral therapy ( $g = -3.13$ , 95% CI = [-4.50, -1.76]).

**Conclusion:** This meta-analysis supportive of choosing to a therapy program to reduce depression in Thai ageing citizen by effective, including: first, cognitive behavioral therapy, after that, alternative therapies (art therapy, music therapy, aromatherapy), moreover, physical therapy and exercise, and finally, cognitive therapy or problem-solving therapy, respectively. For benefit, public health personnel can choose an appropriate form of therapy for the Thai elderly. by single or multiple treatments.

**Keywords:** psychotherapy, depression, elderly, meta-analysis

---

\*Assistant professor, Faculty of Psychology, Kasem Bundit University

\*\*Dean of Nurse Faculty, Kasem Bundit University

\*\*\*Corresponding author: Lecturer, Research Center, Kasem Bundit University, e-mail: nitibodee.suk@kbu.ac.th

Received: 23 February 2023, Revised: 23 April 2023, Accepted: 1 May 2023

# ประเภทของโปรแกรมบำบัดที่มีผลต่อการลดภาวะซึมเศร้า สำหรับผู้สูงอายุไทย: การวิเคราะห์ห่อภิมาณ

เจษฎา อังกาบสี, กศ.ค.\*, ชุตติมา ปัญญาพิณจิณกูร, กศ.ค.\*\*, นิติบดี สุขเจริญ, ป.ร.ค.\*\*\*

## บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อสังเคราะห์ประเภทของโปรแกรมการบำบัดที่มีผลต่อการลดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุไทยด้วยการวิเคราะห์ห่อภิมาณ

**วิธีการศึกษา :** สืบค้นจาก 3 ฐานข้อมูล ได้แก่ ศูนย์ดัชนีอ้างอิงวารสารไทย (TCI) ฐานข้อมูลวารสารจากภูมิภาคสมาคมประชาชาติแห่งตะวันออกเฉียงใต้ (ACI) และฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์และงานวิจัยออนไลน์ (ThaiLIS) ในช่วง 1 กรกฎาคม 2565 ถึง 31 ตุลาคม 2565 คัดเลือกเฉพาะการทดลองแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุมเกี่ยวกับการรักษาภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุไทย ซึ่งไม่รวมการศึกษาอาการซึมเศร้าที่ถูกวินิจฉัยเป็นลักษณะของโรคที่ต้องใช้การรักษา คัดเลือกเฉพาะการใช้วิธีการบำบัดที่มีวัตถุประสงค์เพื่อลดอาการเท่านั้น ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยมาตรฐานถูกคำนวณในการวิเคราะห์ค่าขนาดอิทธิพลจากการวิเคราะห์ห่อภิมาณแบบชนิดสุ่ม

**ผลการศึกษา :** การศึกษาการทบทวนอย่างเป็นระบบ การวิเคราะห์ห่อภิมาณ รวมจากงานวิจัย 14 เรื่อง การศึกษา 15 ค่าขนาดอิทธิพล เป็นงานวิจัยระหว่างปี พ.ศ. 2542 - 2563 มีจำนวนตัวอย่างผู้สูงอายุ 299 คน ค่าขนาดอิทธิพลรวมจากการวิเคราะห์ห่อภิมาณแบบสุ่มแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการบำบัดสามารถลดภาวะซึมเศร้าสำหรับผู้สูงอายุไทยได้ ( $g = -2.11$ , 95% Confident Interval [CI] =  $[-2.60, -1.61]$ ) และมีรายละเอียด ดังนี้ ในกรณีของโปรแกรมบำบัดแต่ละประเภท พบว่า การบำบัดทางเลือก (ศิลปะ ดนตรี กลิ่น) ( $g = -2.10$ , 95% CI =  $[-3.08, -1.12]$ ) การบำบัดการรู้คิดและการแก้ปัญหา ( $g = -1.68$ , 95% CI =  $[-2.13, -1.23]$ ), การบำบัดทางกายภาพและการออกกำลังกาย ( $g = -1.90$ , 95% CI =  $[-2.25, -1.56]$ ) และการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ( $g = -3.13$ , 95% CI =  $[-4.50, -1.76]$ )

**สรุป :** การวิเคราะห์ห่อภิมาณนี้สนับสนุนการเลือกใช้โปรแกรมการบำบัดสามารถลดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุไทยตามประสิทธิภาพ ได้แก่ การบำบัดพฤติกรรมทางปัญญา จากนั้นเป็นการบำบัดทางเลือก (ศิลปะบำบัด ดนตรีบำบัด สุนทรบำบัด) การบำบัดทางกายภาพและการออกกำลังกาย และการบำบัดการรู้คิดและการแก้ปัญหาตามลำดับ เพื่อประโยชน์ของบุคลากรทางสาธารณสุขทำให้สามารถเลือกรูปแบบการรักษาที่เหมาะสมแก่ผู้สูงอายุไทย โดยการรักษาแบบเดี่ยวหรือหลายวิธีก็ได้

**คำสำคัญ :** การบำบัดทางจิตสังคม, ซึมเศร้า, ผู้สูงอายุ, การวิเคราะห์ห่อภิมาณ

\*ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะจิตวิทยา มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต

\*\*คณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต

\*\*\*ผู้ประสานงานบทความ: อาจารย์ สำนักวิจัย มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต, e-mail: nitibodee.suk@kbu.ac.th

วันที่รับ: 23 กุมภาพันธ์ 2566, วันที่แก้ไข: 23 เมษายน 2566, วันที่ตอบรับ: 1 พฤษภาคม 2566

## ความสำคัญของปัญหา

การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ทำให้โครงสร้างของประชากรเปลี่ยนแปลงไปมีสัดส่วนของผู้สูงอายุมากขึ้นย่อมทำให้เกิดผลกระทบทั้งทางเศรษฐกิจและสังคมและมีผลต่อการพัฒนาเศรษฐกิจ เมื่อปี พ.ศ.2564 ประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (completed Aged Society) ซึ่งคาดว่า ในปี พ.ศ. 2578 ประเทศไทยจะมีสัดส่วนของผู้สูงอายุประมาณ 1 ใน 3 ของประชากรทั้งประเทศ นั่นคือการเข้าสู่สังคมสูงอายุระดับสุดยอด (Super-Aged Society) ดังนั้น ประเด็นสังคมสูงวัยจะเป็นเรื่องสำคัญที่มีผลกระทบต่อการพัฒนาเศรษฐกิจ สังคม และคุณภาพชีวิตของคนในประเทศไทย (กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2557; พิชราพรรณ กิจพันธ์, 2561; สุรพงษ์ มาลี, 2561) จากสถิติผู้สูงอายุในประเทศไทยมีแนวโน้มเจ็บป่วยเพิ่มมากขึ้น ส่วนใหญ่มาจากความเจ็บป่วยเรื้อรังทั้งความดัน เบาหวาน ข้อเข่าเสื่อม โรคอ้วน อุบัติเหตุจากการหกล้ม ทำให้พิการหรือทุพพลภาพที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็นจำนวนประมาณ 1 ใน 4 ไม่สามารถใช้ชีวิตประจำวัน ทำให้มีความต้องการผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด ภาวะซึมเศร้า เป็นปัญหาทางสุขภาพจิตที่สำคัญและพบสูงขึ้นในทุกช่วงวัย ซึ่งเป็นสาเหตุหลักที่นำมาสู่พฤติกรรมการฆ่าตัวตายของบุคคล ในปี 2558 พบผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมประมาณ 6 แสนคน โดยมีผู้ป่วยรายใหม่ประมาณ 100,000 รายต่อปี ประมาณการว่าในปี 2573 จะมีผู้สูงอายุป่วยโรคสมองเสื่อมเพิ่มสูงขึ้นเป็น 1,177,000 คน โดยผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป มีสัดส่วนในการเป็นโรคนี้นี้ประมาณร้อยละ

5 - 8 และเมื่อมีอายุ 80 ปีสัดส่วนของการเป็นโรคสมองเสื่อมสูงถึงร้อยละ 50 (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2563) จากรายงานของณัทยวงศ์ปการันย์ และคณะ ที่เสนอต่อสภาวิจัยแห่งชาติ พ.ศ. 2559 พบว่ามีผู้สูงอายุเป็นโรคซึมเศร้าจำนวนร้อยละ 23 ของผู้สูงอายุที่รับการรักษา ในโรงพยาบาล 4 แห่งที่มีแผนกจิตเวช และมีผู้สูงอายุไทยในบ้านพักคนชราที่เป็นโรค ซึมเศร้ามากถึงร้อยละ 23 (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข 2559) ในระหว่างการระบาดของโควิด-19 ผู้สูงอายุประมาณ 1 ใน 4 มีอาการทางสุขภาพจิตอย่างน้อยหนึ่งอาการ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงผลกระทบของมาตรการปิดพื้นที่ต่อความเสี่ยงของ ปัญหาด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้น (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2564)โดยผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า นั้นมีกระบวนการคิดบิดเบือน 3 ลักษณะ ประกอบด้วย 1) การมองตนเองในทางลบ 2) การมองเหตุการณ์ปัจจุบันหรือที่กำลังเผชิญในทางลบ และ 3) การมองอนาคตในทางลบ ความคิดที่บิดเบือนเหล่านี้ส่งผลให้บุคคลเกิดความคิดอัตโนมัติด้านลบมากขึ้น และลักษณะความคิดเกิดวนเวียน ซ้ำไปมาตลอดเวลาเป็นวงจร ซึ่งถือว่าเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมาและนำไปสู่พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของบุคคลได้ (ยุพาพัทธ์ รัทมนิวงศ์, 2556)

แนวทางในการพยาบาลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า แบ่งเป็น 2 แนวทางหลัก คือ 1) การบำบัดรักษาทางกาย และชีววิทยาการแพทย์ เป็นการบำบัดรักษาด้วยยาต้านเศร้า การกระตุ้นสมองด้วยไฟฟ้า

และการกระตุ้นสมองเฉพาะที่ด้วยสนามแม่เหล็ก 2) การบำบัดทางจิตสังคม เช่น การให้คำปรึกษา การทำกลุ่มจิตบำบัด การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม การบำบัดตามแนวคิดพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม การบำบัดด้วยการจัดการเชิงสถานการณ์ การบำบัดแบบเสริมแรงจิตใจ การบำบัดทางเลือก สิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัดหรือนิเวศบำบัด การบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล การกระตุ้นให้มิกิจกรรมการเคลื่อนไหว การบำบัดเชิงพฤติกรรม การบำบัดตามแนวมนุษยนิยม (นริสา วงศ์พนารักษ์ และ สายสมร เกลยกิตติ, 2557; สาวิตรี สิงหา, 2559; Law, 2007; Miller, 2008; Mitchell & Pachana, 2020)

การทำวิจัยการวิเคราะห์ห่อภิมานเกี่ยวกับโปรแกรมการบำบัดภาวะซึมเศร้าทั้งในภาพรวมทุกช่วงวัย หรือเฉพาะผู้สูงอายุมีมาบ้างแล้ว (Cuijpers, 2017; Nestor et al., 2022; Nadort et al., 2020) แต่ในรายละเอียดยังไม่ปรากฏงานวิจัยของประเทศไทยร่วมในการวิเคราะห์ในรูปแบบการพิจารณาเฉพาะโปรแกรมบำบัด หรือพิจารณาในเชิงภูมิภาค ซึ่งจะดำเนินการศึกษาเฉพาะภายในประเทศเช่นเดียวกับงานของ Tang et al. (2022) Jafari et al. (2021) และ Pilianna et al. (2019) ซึ่งศึกษาวิเคราะห์ห่อภิมานจากงานวิจัยภายในประเทศ ได้แก่ จีน อิหร่าน และอินเดีย ตามลำดับ จากการสังเกตพบว่า จะเป็นประเทศที่มีภาษาเป็นของตนเองเป็นหลัก ส่วนนี้จึงเป็นช่องว่างของการทำวิจัยที่เป็นโอกาสในการประมวลองค์ความรู้ที่มีภายในประเทศเผยแพร่และเปรียบเทียบกับงานอื่น ๆ ในระดับนานาชาติด้วยการตีพิมพ์ลงวารสาร

ที่เป็นที่ยอมรับต่อไป

## วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อวิเคราะห์ห่อภิมานโปรแกรมบำบัดภาวะซึมเศร้าสำหรับผู้สูงอายุไทย

## สมมติฐานการวิจัย

การบำบัดจิตสังคมต่างประเภทกันทำให้ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทยลดลงแตกต่างกัน

## วิธีดำเนินการวิจัย

ดำเนินการวิจัยเป็นขั้นตอนรวม 10 ขั้นตอน คือ 1) ขั้นการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้อง 2) ขั้นการจัดทำกรอบแนวคิดในการวิจัย 3) ขั้นการสร้างเครื่องมือ 4) ขั้นการคัดเลือกงานวิจัย 5) ขั้นการประเมินคุณภาพงานวิจัย โดยผู้ประเมิน 2 คน 6) ขั้นรวบรวมข้อมูล 7) ขั้นการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น 8) ขั้นการวิเคราะห์ห่อภิมาน ประกอบด้วย 8.1) การวิเคราะห์ค่าขนาดอิทธิพล 8.2) การศึกษาความแตกต่างของค่าขนาดอิทธิพล 8.3) การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อค่าขนาดอิทธิพล 8.4) การศึกษาวิเคราะห์โปรแกรมบำบัดภาวะซึมเศร้าสำหรับผู้สูงอายุ 9) ขั้นการวิเคราะห์เปรียบเทียบ และ 10) ขั้นการสรุปองค์ความรู้ที่ได้จากการสังเคราะห์งานวิจัยและจัดพิมพ์รายงาน รายละเอียดของแต่ละขั้นตอน (นิติ บดี สุขเจริญ และ วิญญู อยู่นิล, 2557; Cuijpers, 2016; Filed & Gillett, 2010; Jain et al., 2012)

## ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ งานวิจัยเชิงทดลองของประเทศไทยเกี่ยวกับโปรแกรมบำบัดภาวะซึมเศร้า

## สำหรับสูงอายุ

กลุ่มตัวอย่าง คือ งานวิจัยเชิงทดลองของประเทศไทยเกี่ยวกับโปรแกรมบำบัดภาวะซึมเศร้าสำหรับสูงอายุ โดยใช้วิธีเลือกตามเกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัยตามหลักการ PICOS (Glanville et al., 2015) ดังนี้ P หมายถึง กลุ่มประชากรที่ต้องการศึกษา (Population of interest) คือ ผู้สูงอายุ I หมายถึง รูปแบบการทดลองที่ต้องการใช้กับกลุ่มประชากร (Intervention(s) received by the population) คือ โปรแกรมการบำบัดภาวะซึมเศร้า C หมายถึง การทดลองที่ต้องการเปรียบเทียบแบบใด กับกลุ่มที่ทดลองใด (Comparator interventions) คือ ผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับการบำบัด O หมายถึง ผลที่คาดว่าจะได้หรือต้องการทราบ (Outcome(s) or endpoints) คือ ระดับของภาวะซึมเศร้าที่ลดลง และ S หมายถึง ชนิดของการศึกษาที่สนใจ (Study types of interest) คือ ประเภทกลุ่มการบำบัดภาวะซึมเศร้า ลักษณะของที่พักอาศัย โรคประจำตัวของผู้สูงอายุ แบบวัดภาวะซึมเศร้า จำนวนกิจกรรม ระยะเวลา (สัปดาห์) ระยะเวลาในแต่ละกิจกรรม (นาที) โดยต้องเป็นงานวิจัยประเภทการทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (Randomization Control Treatment) และปรากฏการรายงานค่าสถิติ ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนวัดภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม หลังผ่านโปรแกรมบำบัดภาวะซึมเศร้าสำหรับสูงอายุอย่างครบถ้วน

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกคุณลักษณะงานวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ แบบบันทึกคุณลักษณะ

## งานวิจัย และสมุดลงรหัส

2. โปรแกรมคำนวณขนาดอิทธิพล Review Manager (RevMan)

3. โปรแกรมคำนวณขนาดอิทธิพล Meta Essential

## ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยเก็บรวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมบำบัดภาวะซึมเศร้าสำหรับสูงอายุ ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ และสรุปผลการวิจัยโดยใช้ระยะเวลาจำนวน 4 เดือน ในช่วง 1 กรกฎาคม 2565 ถึง 31 ตุลาคม 2565 โดยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังรายละเอียดแต่ละขั้นตอนดังนี้

1. สืบหารายชื่อเรื่องงานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมบำบัดภาวะซึมเศร้าสำหรับสูงอายุ จากระบบสืบค้นฐานข้อมูลคอมพิวเตอร์

2. ผู้วิจัยพิจารณาความซ้ำซ้อนของเรื่องงานวิจัย หากเป็นเรื่องเดียวกัน คัดรูปแบบที่มีรายละเอียดที่สมบูรณ์ที่สุดเป็นตัวอย่างการวิจัย

3. ผู้วิจัยพิจารณาคุณลักษณะงานวิจัยว่าตรงกับคุณสมบัติที่ผู้วิจัยกำหนดไว้หรือไม่ หากตรงกับคุณสมบัติที่กำหนด ผู้วิจัยจึงคัดเลือกงานวิจัยนั้นไว้บันทึกลงแบบบันทึกงานวิจัย

4. ผู้วิจัยทำการประเมินคุณภาพงานวิจัย แล้วทำการบันทึกผลการประเมินลงในแบบการประเมินงานวิจัย

5. ผู้วิจัยอ่านรายงานที่คัดเลือกมาได้อย่างละเอียด แล้วทำการบันทึกข้อมูลที่เป็นคุณลักษณะงานวิจัย และค่าสถิติต่าง ๆ ลงในแบบบันทึกคุณลักษณะงานวิจัย

**ตารางที่ 1** การสืบค้นเบื้องต้นในฐานะข้อมูลศูนย์ดัชนีอ้างอิงวารสารไทย (Thai-Journal Citation Index Centre: TCI) ฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์และงานวิจัยออนไลน์ (Thailand Library Integrated System: ThaiLIS) และฐานข้อมูลวารสารจากภูมิภาคสมาคมประชาชาติแห่งตะวันออกเฉียงใต้ (Asean Citation Index: ACI)

| คำสืบค้น            | TCI (เรื่อง) | ThaiLIS (เรื่อง) | ACI (เรื่อง) | รวม (เรื่อง) |
|---------------------|--------------|------------------|--------------|--------------|
| Depress & elderly   | 137          | 70               | 58           | 265          |
| Depress & old       | 110          | 36               | 44           | 190          |
| ซึมเศร้า และสูงอายุ | 212          | 152              | -            | 364          |
| ซึมเศร้า และชรา     | 10           | 14               | -            | 24           |
| <b>รวม</b>          | <b>222</b>   | <b>165</b>       | <b>4</b>     | <b>391</b>   |

6. จัดเตรียมแฟ้มข้อมูลคุณลักษณะงานวิจัยโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

การสังเคราะห์งานวิจัยโปรแกรมบำบัดภาวะซึมเศร้าสำหรับผู้สูงอายุ

ผู้วิจัยนำเสนอข้อมูลแยกเป็น 2 ตอน ดังนี้  
 ตอนแรก ผลการสำรวจงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ และตอนที่ 2 ผลการสังเคราะห์งานวิจัยเชิงปริมาณโดยการวิเคราะห์ห่อภิมาณ

#### ขั้นที่ 1 การสำรวจงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์

การสำรวจงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ ผลการวิเคราะห์ข้อมูล ประกอบด้วย ข้อมูลพื้นฐานสำหรับคุณลักษณะงานวิจัยที่เป็นตัวแปรต่อเนื่อง เพื่อให้ทราบลักษณะของตัวแปรคุณลักษณะงานวิจัยระดับเล่ม ตัวแปรปัจจัยเกี่ยวกับการจัดโปรแกรมบำบัดภาวะซึมเศร้า ตัวแปรโปรแกรมบำบัดภาวะซึมเศร้า และตัวแปรการวัดภาวะซึมเศร้า โดยแสดงรายละเอียดเป็นของแต่ละเรื่อง

#### ขั้นที่ 2 การสังเคราะห์งานวิจัยเชิงปริมาณ

โดยการวิเคราะห์ห่อภิมาณ

การสังเคราะห์งานวิจัยเชิงปริมาณด้วยการวิเคราะห์ห่อภิมาณ แบ่งเป็น 3 ส่วน ส่วนแรกผลการสังเคราะห์สรุปผลการวิจัยเพื่อนำเสนอสถิติบรรยาย ส่วนที่สอง ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างงานวิจัย และส่วนสุดท้าย ผลการวิเคราะห์เพื่อสังเคราะห์สรุปโปรแกรมบำบัดภาวะซึมเศร้าสำหรับผู้สูงอายุ

#### 1. วิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์คำนวณสถิติภาคบรรยาย

ได้แก่ ร้อยละ ความถี่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของตัวแปรคุณลักษณะงานวิจัยระดับเล่ม ตัวแปรปัจจัยเกี่ยวกับการจัดโปรแกรมบำบัดภาวะซึมเศร้า ตัวแปรโปรแกรมบำบัดภาวะซึมเศร้า และตัวแปรการวัดภาวะซึมเศร้า โดยแสดงรายละเอียดเป็นของแต่ละเรื่อง

#### 2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของ

ประเภทของโปรแกรมบำบัด ที่ส่งผลกระทบต่อผลการวัดภาวะซึมเศร้าสำหรับผู้สูงอายุไทยด้วยโปรแกรม

คำนวณขนาดอิทธิพล Meta-Essentials (Suurmond et al., 2017) โดยงานวิจัยเชิงทดลองคำนวณค่าขนาดอิทธิพล (d-index)

3. วิเคราะห์อภิมานงานวิจัยที่เกี่ยวกับประเภของโปรแกรมบำบัด ที่ส่งผลต่อการลดภาวะซึมเศร้าสำหรับผู้สูงอายุไทย ได้แก่

3.1 วิเคราะห์ค่าสถิติเบื้องต้นของค่าขนาดอิทธิพล เพื่อแสดงการแจกแจงขนาดอิทธิพลของงานวิจัยที่เกี่ยวกับประเภของโปรแกรมบำบัด ที่ส่งผลต่อการลดภาวะซึมเศร้าสำหรับผู้สูงอายุไทย โดยงานวิจัยเชิงทดลองใช้ค่าขนาดอิทธิพล (d) จากนั้นประมาณค่าขนาดอิทธิพลโดยใช้สูตรถ่วงน้ำหนัก

3.2 วิเคราะห์เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยขนาดอิทธิพลจำแนกตามรายปัจจัย และตามตัวแปรคุณลักษณะงานวิจัย โดยใช้สถิติทดสอบ F-test และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คำนวณจาก

$I^2 = 100\% \times (Q - df)/Q$  (Higgins & Green, 2011; Higgins & Thompson, 2002)

3.3 ประมาณค่าขนาดอิทธิพลโดยใช้สูตรที่ทำให้ปลอดจากความคลาดเคลื่อน (unbiased estimators of effect size) ตามสูตรของ Hedges & Olkin

3.4 แปลผลค่าขนาดอิทธิพลตามหลักเกณฑ์ ดังนี้ (Cohen, 1988) มากกว่าหรือเท่ากับ 0.8 แปลว่า มีขนาดอิทธิพลระดับสูง 0.3 - 0.5 แปลว่า มีขนาดอิทธิพลระดับ

ปานกลาง น้อยกว่าหรือเท่ากับ 0.2 แปลว่า มีขนาดอิทธิพลระดับต่ำ 0.0 แปลว่า ไม่มีขนาดอิทธิพล

### 3.5 เขียนรายงานตาม

หลักการของ PRISMA guidelines for reporting systematic reviews and meta-analysis (Moher et al., 2009; Perestelo-Pérez, 2013)

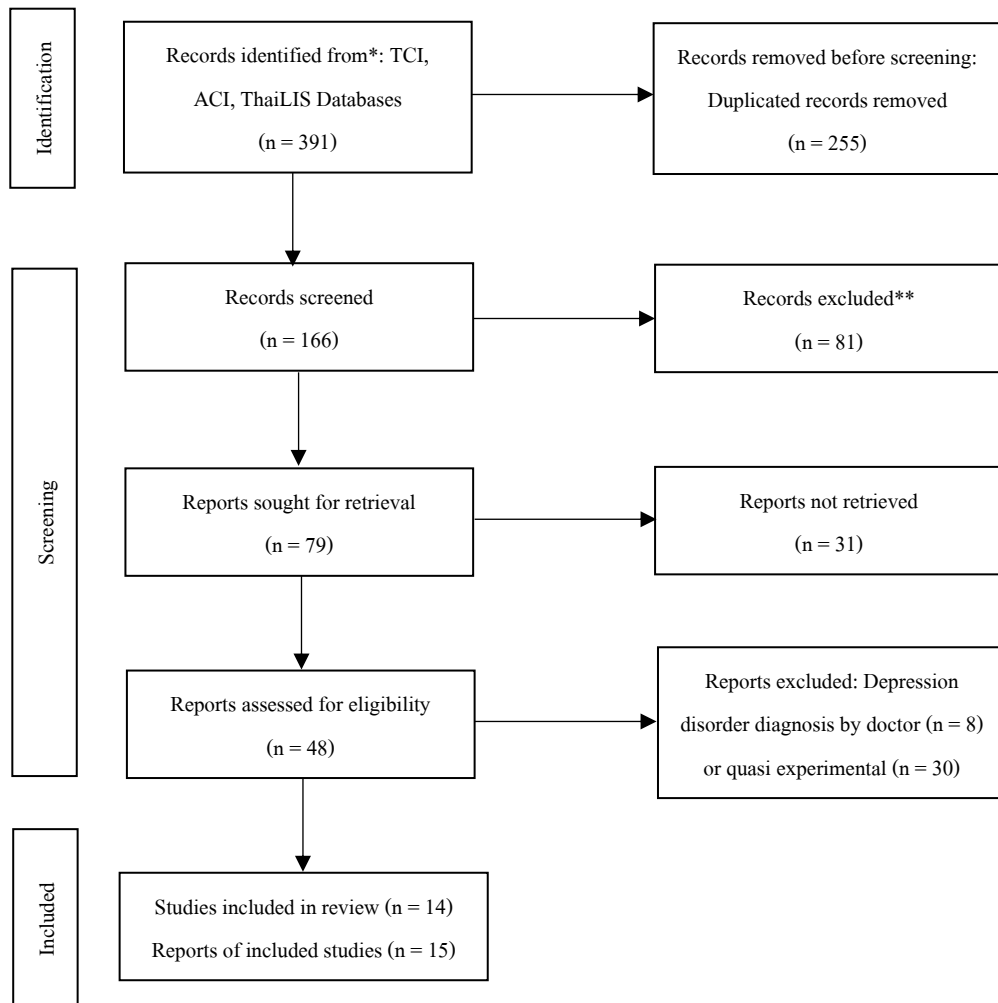
## ผลการวิจัย

### 1. การรวบรวมผลการศึกษามาจากฐานข้อมูลงานวิจัย

ผลการรวบรวมผลการศึกษามาจากฐานข้อมูลงานวิจัย ดังแสดงภาพที่ 1 และตารางที่ 2

### 2. การประเมินความเสี่ยงทางอคติ

หมวดที่ 1 Sequence generation เกี่ยวกับประเด็นของ allocation bias หรือการจัดหมวดหมู่การทำกระบวนการสุ่ม (randomization) พบว่า เป็นหมวดที่มีความเสี่ยงสูงที่มีสัดส่วนสูงมากที่สุดสำหรับหมวดที่ 2 Allocation concealment เป็นประเด็นที่เกี่ยวกับเรื่องของการปกปิดความลับของการสุ่มเพื่อการจัดกลุ่มตัวอย่าง เพื่อป้องกันเรื่องของอคติของการจัดสรร (allocation bias) พบว่าเป็นหมวดที่มีความเสี่ยงสูงบ้าง และมีส่วนที่ไม่ชัดเจนเป็นส่วนใหญ่ และหมวดที่ 3, 4 Masking/Blinding of participant, personnel (รวม blinding participant, blinding outcome เป็นข้อเดียวกัน) พบว่า มีความเสี่ยงสูงเล็กน้อย มีส่วนที่ไม่ชัดเจนเป็นส่วนใหญ่ หมวดที่ 5 Incomplete outcome data ประเมินความสมบูรณ์ของข้อมูลผลลัพธ์ที่ศึกษานั้น ๆ พบว่าส่วนใหญ่มีความเสี่ยงต่ำ และไม่ชัดเจน นอกจากนี้ในหมวดที่ 6 Selective outcome



ภาพที่ 1 ฟังรายละเอียดของขั้นตอนการคัดเลือก ตามแนวทางการนำเสนอของ Page et al. (2021)

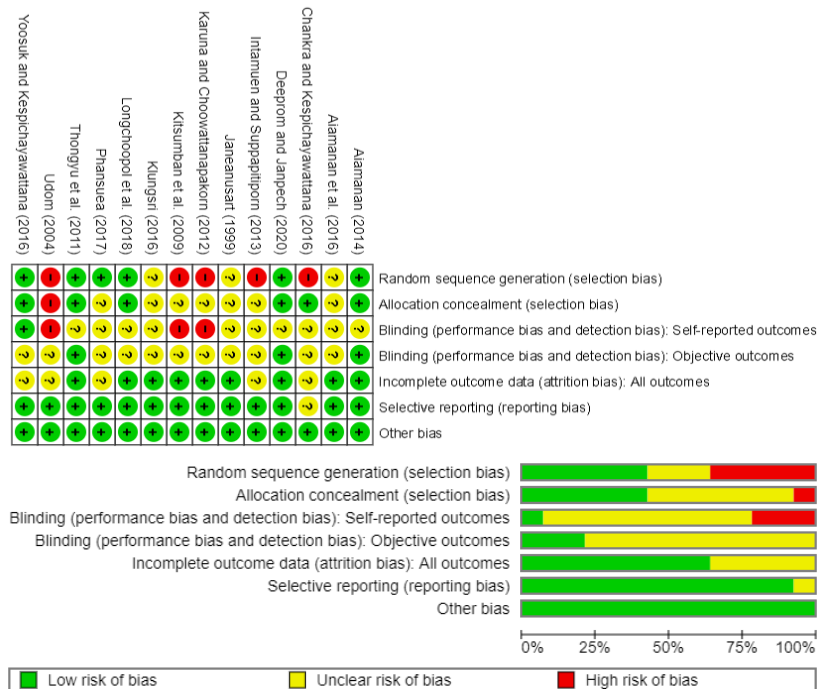
outcome reporting ที่ประเมินความครบถ้วนของการรายงานผล พบว่ามีส่วนที่ไม่ชัดเจนบ้าง และหมวดที่ 7 Other potential threats to validity, Other bias เป็นการประเมินว่ามีอคติอื่น ๆ นอกเหนือจากหมวด 1 - 5 หรือไม่ พบว่าส่วนใหญ่เกือบทั้งหมดมีความเสี่ยงต่ำ

### 3. การคำนวณค่าขนาดอิทธิพล (Effect Size)

ค่าขนาดอิทธิพลที่ได้มาจากการคำนวณเปรียบเทียบคะแนนหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แล้วนำมาทำให้เป็นค่ามาตรฐานโดยใช้ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มประชากร ซึ่งกำหนดให้แบบวัดการคิดที่มาจาก

ตารางที่ 2 รายชื่อผลงานวิจัย

| ชื่อผู้วิจัย                      | จังหวัด              | ที่พ้องภัย             | รายละเอียดของผู้สูงอายุ                                | แบบวัด    | รูปแบบการบำบัด                     | จำนวน<br>กิจกรรม | ระยะเวลา<br>(สัปดาห์) | เวลาดำเนิน<br>(นาที) |
|-----------------------------------|----------------------|------------------------|--------------------------------------------------------|-----------|------------------------------------|------------------|-----------------------|----------------------|
| Yoosuk & Kespihayawattana (2016)  | กาญจนบุรี            | บ้านตนเอง              | โรคหลอดเลือดสมองชนิด ขดเลือด                           | Thai TGDS | ดนตรีบำบัด                         | 3                | 7                     | 60                   |
| Aiamanan (2014)                   | กรุงเทพฯ             | บ้านตนเอง              | โรคเบาหวาน ซึมเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลาง                  | Thai TGDS | ดนตรีบำบัด                         | 1                | 8                     | 75-110               |
| Aiamanan et al. (2016)            | นครปฐม               | สถานสงเคราะห์<br>ลบขรา | โรคเรื้อรัง ภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงระดับปานกลาง   | Thai TGDS | ดนตรีบำบัด                         | 10               | 4                     | 60                   |
| Udom (2004)                       | ชลบุรี               | สถานสงเคราะห์<br>ลบขรา | ซึมเศร้าระดับต่ำ                                       | Thai TGDS | ดนตรีบำบัด (อังกฤษ)                | 1                | 6                     | 15-30                |
| Inamuen & Suppapiorn (2013)       | เชียงใหม่            | สถานสงเคราะห์<br>ลบขรา | มีโรคประจำตัว                                          | Thai TGDS | ศิลปะบำบัด                         | 10               | 5                     | 60                   |
| Karuna & Choowattanapakorn (2012) | เชียงใหม่            | บ้านตนเอง              | โรคไตระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม | CES-D     | สุมนบำบัด                          | 1                | 5                     | 60                   |
| Janeanusart (1999) (1)            | กรุงเทพฯ             | สถานสงเคราะห์<br>ลบขรา | ซึมเศร้าระดับต่ำ-ปานกลาง                               | Thai TGDS | ดนตรีบำบัด                         | 1                | 6                     | 60                   |
| Janeanusart (1999) (2)            | กรุงเทพฯ             | สถานสงเคราะห์<br>ลบขรา | ซึมเศร้าระดับต่ำ-ปานกลาง                               | Thai TGDS | ฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ              | 1                | 6                     | 60                   |
| Desprom & Janpech (2020)          | ร้อยเอ็ด             | บ้านตนเอง              | ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2                                | Thai TGDS | การออกกำลังกายด้วย V-exercise      | 1                | 12                    | 60                   |
| Phansauea (2017)                  | กรุงเทพฯ             | บ้านตนเอง              | ซึมเศร้าระดับต่ำ-ปานกลาง                               | Thai TGDS | ออกกำลังกายแบบเชิง                 | 1                | 12                    | 60                   |
| Klungsri (2016)                   | ชลบุรี               | สถานสงเคราะห์<br>ลบขรา | มีโรคประจำตัว                                          | Thai TGDS | การวาดไทย                          | 1                | 4                     | 75                   |
| Thongyu et al. (2011)             | ศรีสะเกษ             | บ้านตนเอง              | ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2                                | TGDS      | การบำบัดแบบแก้ไข้ปัญหา             | 5                | 5                     | 40-45                |
| Kitsumban et al. (2009)           | เชียงใหม่            | บ้านตนเอง              | เฉพาะเพศหญิง                                           | BDI-IA    | การบำบัดทางสติและปัญญา             | 5                | 4                     | 360                  |
| Longchoopoi et al. (2018)         | กลุ่มจังหวัดภาคเหนือ | บ้านตนเอง              | เฉพาะเพศหญิง                                           | PHQ-9     | การบำบัดความคิดและพฤติกรรม         | 3                | 4                     | 45-60                |
| Chankru & Kespihayawattana (2016) | บุรีรัมย์            | สถานสงเคราะห์<br>ลบขรา | มีภาวะซึมเศร้า<br>ในระดับเล็กน้อยและปานกลาง            | Thai TGDS | จัดกิจกรรมตามแนวความคิดมอนเตสซอรี่ | 3                | 4                     | 360                  |



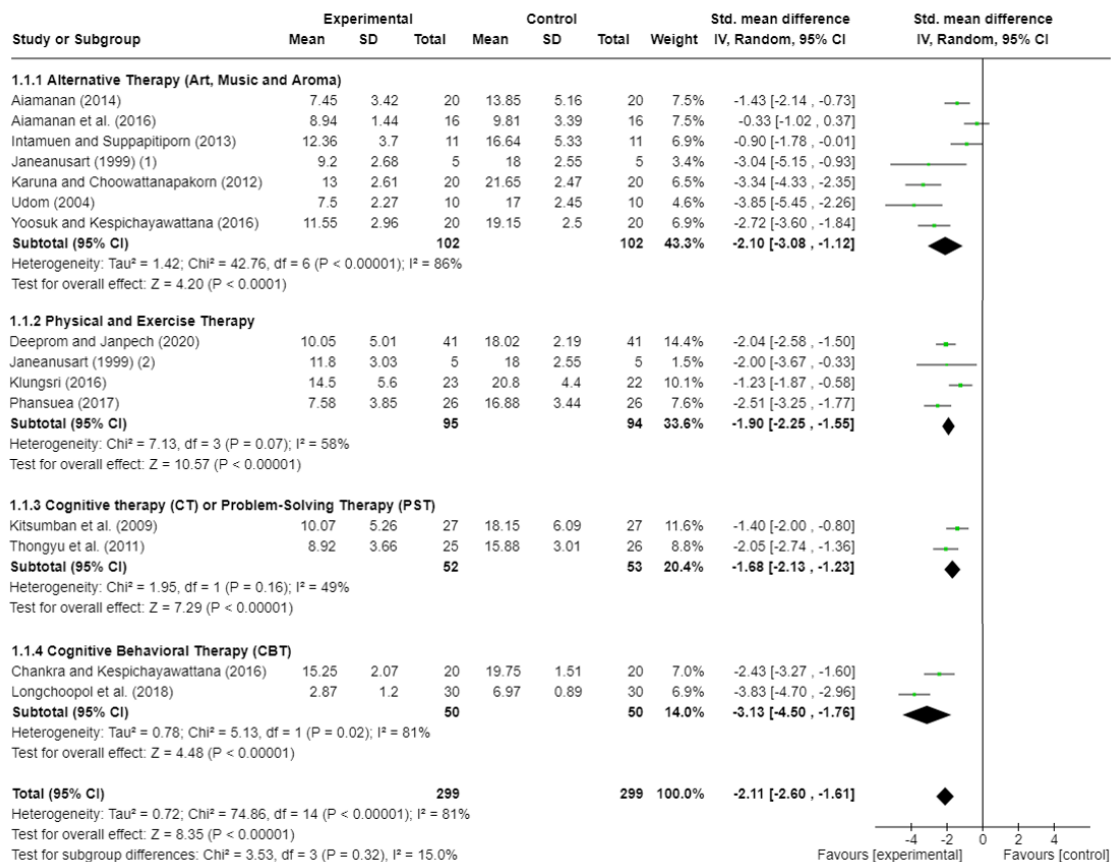
ภาพที่ 2 (A) ความเสี่ยงของอคติสำหรับแต่ละ RCT รวมถึงความเสี่ยงของอคติต่ำ (+) ความเสี่ยงสูงของอคติ (-) และความเสี่ยงของอคติที่ไม่ชัดเจน (?)  
(B) แผนภูมิแท่งเปรียบเทียบความเสี่ยงของเปอร์เซ็นต์อคติสำหรับแต่ละ RCT ที่รวมอยู่

งานวิจัยที่ต่างกัน มีความสามารถในการทำนายความสามารถเท่า ๆ กัน ทั้งนี้การบำบัดภาวะซึมเศร้า โดยมีประเด็นของการจัดกลุ่มย่อยต่าง ๆ ในแต่ละกลุ่มวิธีที่หลากหลายรูปแบบ โดยการนำเสนอค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ย ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าถ่วงน้ำหนัก ดังภาพ 3 จำนวนงานวิจัยที่ผ่านการคัดคุณภาพผ่านเกณฑ์ที่กำหนดทั้งสิ้น 14 เรื่อง (15 ค่า) สามารถคำนวณค่าขนาดอิทธิพลด้วยสูตรของ Cohen ได้ค่าอยู่ในช่วง

ระหว่าง - 0.33 ถึง -4.02 เมื่อปรับค่าความผิดพลาดด้วยการแปลงสูตรเป็นของ Hedges ทำให้ได้ค่าขนาดอิทธิพลอยู่ในช่วง - 0.33 ถึง -3.85

การคำนวณค่าขนาดอิทธิพลใช้รูปแบบ Random effects model เพราะ ข้อมูลที่นำมาคำนวณค่าขนาดอิทธิพลมีการกระจายตัวไม่เป็นเอกพันธ์

ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยจากค่าขนาดอิทธิพล 15 ค่า มีค่าเท่ากับ -2.11 โดยมีช่วง 95% ความเชื่อมั่น คือ -2.60 ถึง -1.61 และมีช่วงของการทำนาย



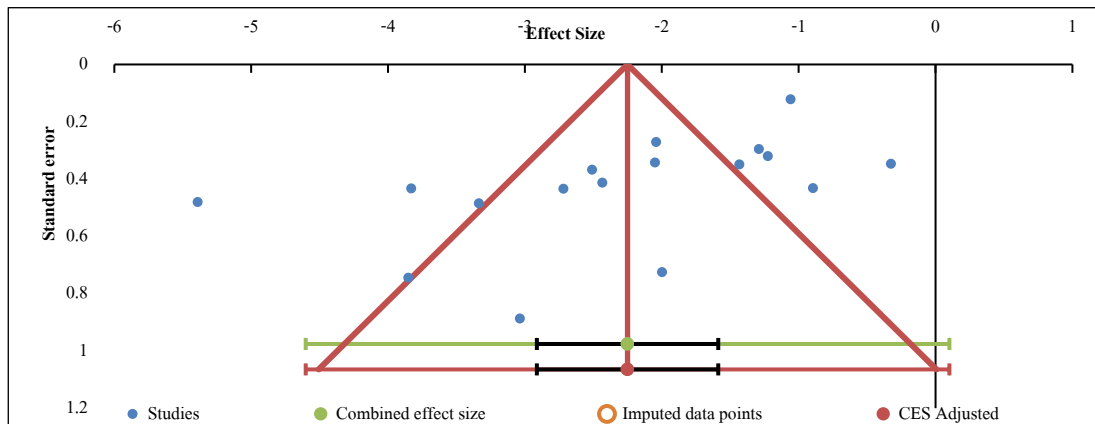
ภาพที่ 3 Forest Plot แสดงความแตกต่างของค่าเฉลี่ยมาตรฐานของคะแนนภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มบำบัด และกลุ่มควบคุม

95% ของงานวิจัยในอนาคต ที่อาจมีค่าอยู่ในช่วง -4.07 ถึง -0.16 ค่า  $Z$ -value 8.35 แสดงว่า มีค่าแตกต่างจาก 0 อย่างมีนัยสำคัญ

สำหรับค่า  $Q$ -statistic (Cochrane's  $Q$ ) เท่ากับ 82.12 และ  $p$ -value เท่ากับ .000 ค่า  $I^2$  เท่ากับ 81% ค่า  $T^2$  เท่ากับ 0.72 แสดงผลสนับสนุนว่าข้อมูลไม่เป็นเอกพันธ์ (Heterogeneity)

ผลจากอคติจากการตีพิมพ์ (Publication

bias) ทำให้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ย เท่ากับ -2.11 โดยมีช่วง 95% ความเชื่อมั่น คือ -2.69 ถึง -1.54 ซึ่งมีค่าคงเดิม เนื่องด้วยข้อมูลที่นำมาคำนวณค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยมีความแตกต่างกัน ( $I^2 = 82.95\%$ ) และค่า Publication bias มีความสมดุล จึงไม่มีการใช้กระบวนการ Trim and Fill เติมข้อมูล เนื่องจากกลุ่มข้อมูลที่มีความเป็นเอกพันธ์



ภาพที่ 4 ออกจากการตีพิมพ์ ด้วยการคำนวณ และสร้าง Funnel Plot จากโปรแกรม Meta Essential

### การอภิปรายผล

การรักษาภาวะซึมเศร้ามี 7 ประเภทหลัก ได้แก่ การบำบัดพฤติกรรมทางปัญญา (CBT) การบำบัดแบบประคับประคอง (SP) การบำบัดแบบไดนามิก (DIT) การกระตุ้นพฤติกรรม (BT) การฝึกทักษะทางสังคม (ST) การบำบัดเพื่อการแก้ปัญหา (PST) และจิตบำบัดระหว่างบุคคล (IPT) (Cuijpers et al., 2008) ซึ่งการบำบัดเหล่านี้ให้ประสิทธิผลมากน้อยแตกต่างกัน แต่งานวิจัยมักแสดงผลว่า BT (Cuijpers et al., 2007) CBT (Cuijpers et al., 2013) และ IPT (Cuijpers et al., 2011) สามารถลดภาวะซึมเศร้า และเหมาะสมในการบำบัดกับผู้สูงอายุ และพบว่ามีประสิทธิภาพที่สูงขึ้นเมื่อใช้การรักษา ร่วมกับการรับประทานยาลดภาวะซึมเศร้า (Cuijpers et al., 2014) สอดคล้องกับผลของงานวิจัย ที่แสดงการบำบัดพฤติกรรมทางปัญญามีประสิทธิภาพ

(CBT) โดยเฉลี่ยสูงที่สุด เนื่องจากการทำจิตบำบัดที่เน้นการพูดคุย ใช้ความคิดและพฤติกรรมของเราเองเป็นเครื่องมือในการออกจากปัญหามีกระบวนการที่จะปรับความคิด หรือ cognitive เพื่อให้อารมณ์เศร้าดีขึ้น อีกส่วนคือการปรับพฤติกรรม หรือ behavior เพราะพฤติกรรมบางอย่างถ้ายังทำอยู่ก็อาจเสริมให้เศร้าต่อไป (ศุภวรรณ คงสุวรรณ, 2562) ส่วนการบำบัดทางเลือก (ศิลปะบำบัด ดนตรีบำบัด สุนัขบำบัด) การบำบัดทางกายภาพและการออกกำลังกายและการบำบัดการรู้คิดและการแก้ปัญหา มีค่าน้อยลงตามลำดับ เมื่อพิจารณาในรายละเอียดของการบำบัดมากขึ้น Cuijpers et al. (2020) ได้ระบุ 15 ชนิดโปรแกรมบำบัดที่ลดภาวะซึมเศร้าในผู้ใหญ่ที่ได้ผล ปรากฏโปรแกรมบำบัดกลุ่ม Cognitive Behavior Therapy (CBT) มี 3 ชนิด ดังนี้ 1) CBT according to the Beck's

manual 2) “Coping with Depression” Course และ 3) Guided self-help with the book “Feeling good” form David Burns สำหรับกลุ่ม Behavioral activation therapy (BA) มี 2 ชนิดย่อย ได้แก่ 1) Pleasure activity scheduling และ 2) Contextual behavioral activation ในกลุ่ม Problem-solving therapy (PST) ได้แก่ 1) Extended problem-solving therapy 2) Brief problem-solving therapy และ 3) Self-examination therapy (SET) สำหรับกลุ่ม Third wave cognitive behavioral therapies มี 2 ชนิด คือ 1) Acceptance and Commitment Therapy (ACT) และ 2) Mindfulness-based CBT (MBCT) และ สำหรับกลุ่ม Interpersonal psychotherapy (IPT) มี 2 ชนิด คือ 1) Full IPT และ 2) Brief IPT นอกจากนี้ยังมีอีก 3 กลุ่ม ดังนี้ Psychodynamic Therapy, Non-directive supportive therapy และ Life review therapy เมื่อพิจารณาในรายละเอียด ชนิดของโปรแกรมในแต่ละกลุ่ม ช่องว่างของการสังเคราะห์งานวิจัยในประเทศไทยเป็นเพียงการระบุกลุ่มที่ใช้ในรูปแบบกว้าง ๆ มักจะไม่พบวิธีการตามที่ระบุในทั้ง 15 แบบข้างต้น แต่ให้ผลที่สอดคล้องกัน คือ Cognitive Behavior Therapy (CBT) มีความสามารถสูงสุดในการลดภาวะซึมเศร้า

ผลของการวิเคราะห์ห่อภิมาณในงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับการศึกษาโปรแกรมบำบัดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในประเทศต่าง ๆ แต่ไม่ค่อยปรากฏงานวิจัยที่ดำเนินการในประเทศไทย ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะประเด็นทางด้านภาษาที่การตีพิมพ์ส่วนใหญ่ของงานวิจัยจะเป็นภาษาไทย

ความแข็งแกร่งของอิทธิพลในงานวิจัย

งานวิจัยนี้มีข้อด้อยด้านตัวแปรต้น คือ โปรแกรมบำบัด และตัวแปรตาม คือ ภาวะซึมเศร้า ซึ่งมีรายละเอียดของการจัดกลุ่มย่อยและวิธีการที่หลากหลายได้หลายกลุ่ม การวิเคราะห์ผลด้วยการวิเคราะห์ห่อภิมาณ ทำให้ข้อมูลของค่าขนาดอิทธิพลกระจายอยู่ในช่วงกว้าง และเมื่อพิจารณาในกลุ่มย่อยโดยใช้ประเภทของโปรแกรมบำบัดภาวะซึมเศร้าเป็นตัวกำหนดเริ่มต้น ข้อมูลของการกระจายของค่าขนาดอิทธิพลมาก ทำให้ไม่สามารถพิจารณาถึงแนวโน้มของแต่ละชนิดที่แยกย่อยได้ ภาพรวมของโปรแกรมบำบัดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่วิจัยในประเทศไทย เฉพาะที่จัดรูปแบบการทดลองแบบ สุ่ม และมีกลุ่มควบคุม (Randomized Controlled Trial: RCT) เมื่อรวบรวมแล้วมีจำนวนที่น้อยมาก

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

นำรูปแบบการออกแบบโปรแกรมบำบัดภาวะซึมเศร้า สำหรับผู้สูงอายุที่สังเคราะห์ได้จากงานวิจัยนี้ไปใช้ตามหลักการที่กำหนด เนื่องจากเป็นแนวทางที่ได้มาจากการคัดสรรงานวิจัยที่ให้ผลลัพธ์ที่สูง เพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

### ข้อเสนอในการทำวิจัยต่อไป

1) นำรูปแบบการออกแบบโปรแกรมบำบัดภาวะซึมเศร้า สำหรับผู้สูงอายุไปทดลองใช้จริงกับผู้สูงอายุในบริบทใหม่ และมีคุณลักษณะเพิ่มเติมในด้านอื่นๆ แล้วเปรียบเทียบกับค่าขนาดอิทธิพลที่คาดการณ์ไว้

2) ควรเพิ่มเสริมการวิเคราะห์ห่อภิมาณใน

ประเด็นอื่น ๆ เช่น การทดลองที่มีความเคร่งครัดน้อยลง แล้วนำมาบูรณาการ เปรียบเทียบอีกครั้ง เพื่อก่อให้เกิดประสิทธิภาพในการบำบัดสูงสุด

3) พิจารณารูปแบบแวดล้อมและความพร้อมของผู้ออกแบบโปรแกรมบำบัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทยว่ามีความเข้าใจ และให้คำแนะนำให้ผู้เรียนปฏิบัติตามได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม

### กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากมหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต ประจำปี 2565

### เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2557). *ประชากรสูงอายุไทย : ปัจจุบันและอนาคต*. พิมพ์ครั้งที่ 1. นริสา วงศ์พานารักษ์ และสายสมร เกลยกิตติ. (2557). ภาวะซึมเศร้า : ปัญหาสุขภาพจิตสำคัญในผู้สูงอายุ. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 15(3), 24-31.
- นิติบดี สุขเจริญ, และ วิษุวัต อยู่ในคิด. (2557). การวิเคราะห์ อภิमान และการสังเคราะห์อภิमान. *วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม (มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์)*, 8(3), 43-55.
- พัชรพารณ กิจพันธ์. (2561). ประเทศไทยสู่สังคมสูงอายุ. *วารสารอาหารและยา*, ฉบับเดือนกันยายน-ธันวาคม, 4-8.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2563, 14 พฤษภาคม). “ภาวะสมองเสื่อม” ป่วยเพิ่มปีละ 1 แสนราย สถิติชี้ ร้อยละ 50 ของผู้สูงวัย 80 ขึ้นไปมีอาการ. สืบค้นเมื่อ 15 มกราคม 2566, จาก <https://thaitgri.org/?p=38965>
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2564). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2563*. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ยุพาพัศร์ รักมณีวงศ์. (2556). ภาวะซึมเศร้า และความคิดอัตโนมัติด้านลบ รากเหง้าของปัญหา. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*, 7(1), 7-24.
- ศุภวรรณ คงสุวรรณ. (2562). *อีกทางเลือกปัญหาสุขภาพจิต : CBT การบำบัดด้วยความคิดและพฤติกรรม กับ ผศ.นพ. ภัทร พิชัยรัตน์ เสถียร*. <https://www.the101.world/cognitive-behavior-therapy/>
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2559). *คู่มือการดูแลผู้สูงวัย : สูตรคลายซึมเศร้า*. นนทบุรี : โอเพ่นเวิลด์ส พับลิชชิง เฮาส์.
- สาวตรี สิงหา. (2559). การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี*, 18(3), 15-24.
- สุรพงษ์ มาลี. (2561). เตรียมความพร้อมกำลังคนภาครัฐผู้ตั้งคมสูงอายุน่าอย่างไร? แกะรอยยุทธศาสตร์ชาติและแผนการปฏิรูปประเทศ. *วารสารข้าราชการ*, 60(4), 9-11.
- อรุณ จิรวัฒน์กุล. (2556). การนำเสนอผลต่างของการสอนด้วยขนาดอิทธิพล. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 22(6), 935-936.
- Golder, S., Loke, Y. K., Wright, K. & Sterrantino, C. (2016). Most systematic reviews of adverse effects did not include unpublished data. *Journal of Clinical Epidemiology*. 77, 125-133.
- Kvam, S., Kleppe, C. L., Nordhus, I. H., & Hovland, A. (2016). Exercise as a treatment for depression: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 202: 67-86.
- Aiamanan, M. (2014). *The Effect of Guided Imagery and Music Program on Depression in Diabetic Elderly Patients*. [Master dissertation]. Chulalongkorn University. <https://tdc.thailis.or.th/tdc/> [in Thai]
- Aiamanan, M., Patiganmonthon, N, Jungharn, T., & Intarawong, P. (2016). *The Effect of Music Activity on Depression in Chronic Illness Elderly Patients*. Bangkok: Christian University. [in Thai]
- Chankra, C., & Kespichayawattana, J. (2016). The Effect of Montessori-based Activities Program on Depression among Older Persons in Social Welfare Development Center for Older Persons. *Journal of Phrapokklao Nursing College*, 27(1), 39-50. [in Thai]
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. (22<sup>nd</sup> ed.) Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Cuijpers, P. (2016). *Meta-analyses in mental health research: A practical guide*. Vrije Universiteit, Amsterdam.

- Cuijpers, P. (2017). Four Decades of Outcome Research on Psychotherapies for Adult Depression: An Overview of a Series of Meta-Analyses. *Canadian Psychology*, 58(1), 7-19.
- Cuijpers, P., Berking, M., Andersson, G., Quigley, L., Kleiboer, A., & Dobson, K. S. (2013). A Meta-Analysis of Cognitive-Behavioural Therapy for Adult Depression, Alone and in Comparison With Other Treatments. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 58(7), 376-385.
- Cuijpers, P., Geraedts, A. S., van Oppen, P., Andersson, G., Markowitz, J.C., & van Straten, A. (2011). Interpersonal Psychotherapy for Depression: A Meta-Analysis. *American Journal of Psychiatry*, 168, 6.
- Cuijpers, P., Karyotaki, E., de Wit, L., & Ebert, D. D. (2020). The effects of fifteen evidence-supported therapies for adult depression: A meta-analytic review. *Psychotherapy Research*, 30(3), 279-293.
- Cuijpers, P., Sijbrandij, M., Koole, S. L., Andersson, G., Beekman, A. T., & Reynolds III, C. F. (2014). *Adding Psychotherapy to Antidepressant Medication in Depression and Anxiety Disorders: a Meta-Analysis*.
- Cuijpers, P., van Straten, A., & Warmerdam, L. (2007). Behavioral activation treatments of depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 27, 318-326.
- Cuijpers, P., van Straten, A., Warmerdam, L., & Andersson, G. (2008). Psychological treatment of depression: A meta-analytic database of randomized studies. *BMC Psychiatry*, 8, 36.
- Deeprom, D., & Janpech, P. (2020). The effects of the exercise promotion program with the folk V-exercise innovation on physical fitness, blood sugar levels and depression in the older persons with diabetes mellitus. *Journal of Nursing Science & Health*, 43(1), 42-53. [in Thai]
- Driel, M. L., De Sutter, A., De Maeseneer, J., & Christiaens, T. (2009). Searching for unpublished trials in Cochrane reviews may not be worth the effort. *Journal of Clinical Epidemiology*, 62, 838-844. Filed, A. P., & Gillett, R. (2010). How to do a meta-analysis. *British Journal of Mathematical and Statistical Psychology*, 63, 665-694.
- Glanville, J., King, S., Guarner, F., Hill, C., & Sanders, M. E. (2015). *A review of the systematic review process and its applicability for use in evaluating evidence for health claims on probiotic foods in the European Union*. *Nutrition Journal*, 14(16), 1-9.
- Higgins, J. P. T. & Green, S. (2011). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions*. Version 5.1.0. The Cochrane Collaboration.
- Higgins, J. P. T. & Thompson, S. G. (2002). Quantifying heterogeneity in a meta-analysis. *Statistics in Medicine*, 21, 1539-58.
- Intamuen, N., & Suppakitiporn, S. (2013). Effect of therapeutic arts in the elderly with mild to moderate depression. *Chulalongkorn Medical Journal*, 57(6), 751-764. [in Thai]
- Jafari, H., Semeskandeh, D. G., Goudarzian, A. H., Heidari, T., & Koulaei, A. J. (2021). Depression in the Iranian Elderly: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Aging Research*, 1-9.
- Jain, V., Sharma, R., & Singh, S. (2012). Doing meta-analysis in research: A systematic approach. *Indian Journal of Dermatology, Venereology, and Leprology*, 78(3), 242-250.
- Janeanusart, K. (1999). *A Comparison of the effectiveness of music therapeutic activities and progressive muscle relaxation in depressed elderly at Ban Bang Kae 2 nursing home, Bangkok*. [Master dissertation, Burapa University]. <https://tdc.thailis.or.th/tdc/> [in Thai]
- Karuna, R., & Choowattanapakorn, T. (2012). The Effect of Symptom Management and Aromatherapy Program on Depression among Older Persons with End Stage Renal Disease Receiving Hemodialysis. *Journal of the Police Nurses*, 4(1), 1-14. [in Thai]
- Kitsumban, V., Thapinta, D., Sirindharo, P. B. & Anders, R. L. (2009). Effect of Cognitive Mindfulness Practice Program on Depression among Elderly Thai Women. *Thai Journal of Nursing Research*, 13(2), 95-108. [in Thai]

- Klungsri, P. (2016). *Effect of Thai traditional massage to the reduction of depression of the elderly in Ban Banglamung Social Welfare Development Center for Older Persons, Chonburi*. [Master dissertation, Chulalongkorn University]. <https://tdc.thailis.or.th/tdc/> [in Thai]
- Law, R. (2007). *Handbook of Evidence-based Psychotherapies: A Guide for research and practice*. by Freeman, C. & Power, M. John Wiley & Sons, Ltd.
- Longchoopol, C., Thapinta, D., Ross, R., & Lertwattananawilat, W. (2018). The Thai Group Cognitive Behavior Therapy Intervention Program for Depressive Symptoms among Older Women: A Randomized Controlled Trial. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 22(1), 74-85. [in Thai]
- Miller, A.R. (2008). *Living with depression*. An imprint of Infobase Publishing, Inc.
- Mitchell, L. K. & Pachana, N. A. (2020). *Psychotherapeutic interventions with older adults: now and into the future*. Chapter 22 of Handbook of Mental Health and Aging (Third Edition). Hantke, N., Etkin, A., & O'Hara, R. Academic Press, pp. 299-314.
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., & The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLOS Medicine*, 6(7), e1000097.
- Nadort, E.; Schoutena, R. W., Witte, S. H. S.; Broekman, B. F. P.; Honig, A.; Siegert, C. E. H.; & van Oppen, P. (2020). Treatment of current depressive symptoms in dialysis patients: A systematic review and meta-analysis. *General Hospital Psychiatry*, 67, 26-34.
- Nestor, B. A., Sutherland, S., & Garber, J. (2022). Theory of mind performance in depression: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 303, 233-244.
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P.M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C.D., et al. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372, n71.
- Perestelo-Pérez, L. (2013). Standards on how to develop and report systematic reviews in psychology and health. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 13(1), 49-57.
- Phansuea, P. (2017). *Effectiveness of Qigong Exercise to Depression in Thai Elderly*. [Doctoral dissertation, Chulalongkorn University]. <https://tdc.thailis.or.th/tdc/> [in Thai]
- Pilania, M., Yadav, V., Bairwa, M., Behera, P., Gupta, S. D., Khurana, H., et al. (2019). Prevalence of depression among the elderly (60 years and above) population in India, 1997–2016: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*, 19, 832.
- Suurmond, R., Van Rhee, H., & Hak, T. (2017). Introduction, comparison and validation of Meta-Essentials: A free and simple tool for meta-analysis. *Research Synthesis Methods*, 8(4), 537-553.
- Tang, T., Jian, J., & Tan, X. (2022). Prevalence of depression among older adults living in care homes in China: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 125, 1-12.
- Thongyu, R., Kongsuriyanawin, W., Au – Yeong, A. P., & Ounnapirok, L. (2011). Effects of Group Problem-Solving Therapy on Depressive Symptoms in Older Adult People with type-2 Diabetes. *Thai Journal of Nursing Council*, 26(3), 78-92. [in Thai]
- Udom, T. (2004). *The effects of recreation program using ankalung on elderly with depression*. [Master dissertation, Burapa University]. <https://tdc.thailis.or.th/tdc/>
- Yoosuk, P., & Kespichayawattana, J. (2016). The Effect of Therapeutic Nursing Intervention Using Music Activities on Depression in Elderly Patients with Ischemic Stroke. *Journal of Phrapokklao Nursing College*, 27(1), 17-27. [in Thai]