ผลของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

The Effect of Cognitive Behavioral Therapy Combined with Family Participation on Depression of Persons with Schizophrenia in Community

ธนิษฐา พิพิธวิทยา* Thanittha Pipithwittaya*

รัชนีกร อุปเสน** Ratchaneekorn Upasen **

บทคัดย่อ

ในประเทศไทยพบว่ามีความชุกของการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังอยู่ระหว่างร้อยละ 26-36 การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ก่อนและหลังได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว และเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอก แผนกจิตเวช โรงพยาบาลอ่างทอง และผู้ดูแลหลักที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 40 ครอบครัว คัดเลือกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง 20 ครอบครัว และกลุ่มควบคุม 20 ครอบครัว โดยการจับคู่ด้วย ระยะเวลาการเจ็บป่วย และระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าของเบค กลุ่มทดลองได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ รวบรวมข้อมูลโดยใช้เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ 1) การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว 2) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 3) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 4) แบบประเมินความคิดอัตโนมัติในด้านลบ และ 5) แบบวัดทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เครื่องมือทุกชุดผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน เครื่องมือชุดที่ 3, 4 และ 5 มีค่าความเที่ยงอัลฟาของครอนบาค เท่ากับ.82, .95 และ .93 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติทดสอบที

ผลการวิจัยพบว่าภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ภายหลังได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่ำกว่าก่อนได้รับการบำบัดฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่ำกว่าจากกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ : การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม, การมีส่วนร่วมของครอบครัว, ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

* *นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*

* *Nursing Science Program in Nursing Science, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University*

** *ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก*

** *Professor Ph.D., Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Advisor*

Abstract

In Thailand, the prevalence of depression in chronic schizophrenic patients is between 26-36 percent. This semi-experimental research. The objective is to compare depression among schizophrenic patients in the community before and after receiving the treatment of cognitive behavioral therapy with family participation and comparing depression of schizophrenic patients in the community between groups receiving cognitive behavioral therapy with family participation with the group receiving normal nursing care. Sample group is Schizophrenic patients who come to receive psychiatric outpatient services at Ang Thong Hospital and primary caregivers who care for schizophrenic patients in 40 families, selected into 2 groups, 20 experimental groups and 20 families with control groups by Illness period and Beck's depression score. The experimental group received the cognitive behavioral therapy with family participation that the researcher developed. The control group received regular care. Collect data using tools that have passed the quality inspection with content validity index equal to .82 and analyze the reliability by using Cronbach's alpha coefficient formula equal to equal to .95 and .93 Analyze data using t-statistics.

The results showed that depression of schizophrenic patients in the community After receiving the treatment of the cognitive behavioral therapy with family participation, lower than before receiving treatment with statistical significance at the level of .05. and depression of schizophrenic patients in the community who received cognitive and behavioral therapy with lower family participation from those receiving normal nursing care at statistical significance of .05.

Keywords : Cognitive behavioral therapy, Family participation, Persons with schizophrenia in community

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความผิดปกติของความคิด การรับรู้ อารมณ์และพฤติกรรมและสังคม (Aurapan Lubunthawatchai, 2011) เป็นโรคทางจิตเวชที่พบได้มากที่สุด จากสถิติอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังพบว่าความชุกของการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังอยู่ระหว่างร้อยละ 4-20 (Baynes et al., 2000) ส่วนในประเทศไทยมีการศึกษาถึงความชุกของการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังอยู่ระหว่างร้อยละ 26-36 (Warapong kumrai, 2008)

ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยที่สำคัญ คือ การกลับเป็นซ้ำและการต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยขึ้น (Baynes et al., 2000) การไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา (Conley et al., 2007) สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับสมาชิกในครอบครัวและสังคมลดน้อยลง (Norholm, & Bech, 2006) แรงจูงใจในการเข้ารับการรักษาอยู่ในระดับต่ำ ความพึงพอใจในชีวิตของผู้ป่วยลดลง (Huppert. et al., 2006) สุขภาพทางกายและทางจิตแย่ลง (Kelly. et al., 2004) ก่อให้เกิดปัญหาการทำร้ายตนเองและผู้อื่น Mullholland, & Cooper (2000) รายงานว่าร้อยละ 10 ของผู้ป่วยจิตเภทที่เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายมีสาเหตุมาจากภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง การคิดที่บิดเบือนไปในทางลบของบุคคลทั้งต่อตนเอง สิ่งแวดล้อมหรือโลกและอนาคตของเขา ความคิดที่บิดเบือนไปในทางลบเหล่านี้จะมีลักษณะเนื้อหาของความคิดที่บิดเบือนไป (Beck et al.,1979) จากองค์ประกอบ3 ประการ คือ 1.การมีความคิดอัตโนมัติในด้านลบ 2.โครงสร้างทางความคิดที่บิดเบือน และ 3.เนื้อหาทางความคิดที่บิดเบือน

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับร้อยละ 26-36 จำแนกเป็นมีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยร้อยละ 20 ปานกลางร้อยละ 4 และรุนแรงร้อยละ 2 (Warapong kumrai, 2008) ลักษณะซึมเศร้าที่พบในผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ เกิดภาวะอารมณ์หดหู่ มีภาวะหลงผิดร่วมกับความความรู้สึกผิด ความกังวลใจ ความสิ้นหวัง การสูญเสียความเข้าใจ การนอนไม่หลับ เบื่ออาหาร ขาดแรงจูงใจ การไร้ความสามารถและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (Preeyanan Salasawat, 2003) โดยผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีภาวะซึมเศร้าในระหว่างการดำเนินโรคจะมีผลลัพธ์การพยากรณ์โรคที่ไม่ดี สูญเสียหน้าที่การงานคุณภาพชีวิตต่ำลง มีโอกาสในการนอนโรงพยาบาลสูงและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (Majadas et al., 2012)

ในปัจจุบันแนวทางการรักษาสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทมุ่งเน้นการส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากครอบครัวและชุมชนมากขึ้น (Laidlaw, 2002) ทำให้โรงพยาบาลจิตเวชต่าง ๆ มีนโยบายเร่งจำหน่ายผู้ป่วยจิตเวชออกจากโรงพยาบาลตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 (2555-2559) ซึ่งเน้นให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการรักษาและรับผิดชอบผู้ป่วยภายใต้มิติใหม่ของการดูแลสุขภาพใหม่ของกระทรวงสาธารณสุขที่ว่า “สร้าง นำ ซ่อม” จากนโยบายดังกล่าว ส่งผลให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยภายหลังจากรับการรักษาจากโรงพยาบาล ส่งผลให้แนวโน้มของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่ต้องการการดูแลกลับสู่ครอบครัวและชุมชนมากขึ้น นอกจากนี้ปัญหาที่เกิดขึ้นจากอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวของผู้ป่วยด้วย Frederick, Caldwell, & McGartland (2002) รายงานว่าครอบครัวของผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าจะมีความรู้สึกผิด รู้สึกเป็นตราบาปและหลายครอบครัวเห็นว่าอาการซึมเศร้าเป็นการเพิ่มภาระให้กับสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย และการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ยังนำไปสู่ปัญหาเรื่องภาระค่าใช้จ่ายที่ต้องเสียไปในการรักษาพยาบาลทั้งของผู้ป่วย ครอบครัว และระดับประเทศ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการบำบัดพฤติกรรมทางความคิดช่วยให้ภาวะซึมเศร้าลดลงและยังมีแบบแผนความคิดที่ยืดหยุ่นและยอมรับความเป็นจริงมากขึ้น และจากการศึกษาของ Darawan thapinta et al. (2017) พบว่าการบำบัดแบบปรับความคิดและพฤติกรรมมีประสิทธิภาพในการลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อยและปานกลาง ผู้วิจัยจึงได้นำการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมจากแนวคิดของ bake (1979) (CBT: Cognitive Behavior Therapy) เป็นการบำบัดรูปแบบหนึ่งที่มีโครงสร้างมีทิศทางและมีเป้าหมายของการรักษาเพื่อการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมหรือเป็นปัญหา โดยการใช้กระบวนการและเทคนิคของการเรียนรู้มาใช้ในการปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อของบุคคลที่ไม่ถูกต้องช่วยให้เปลี่ยนเป็นความคิดที่ถูกต้อง เหมาะสม เข้าใจสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริงและเรียนรู้ที่จะจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสม สามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ดีขึ้นส่งผลให้อารมณ์ซึมเศร้าลดลง (Aurapan Lubunthawatchai, 2011)

การสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อนบ้าน ผู้ร่วมงาน บุคลากรทางด้านสุขภาพ ส่งผลต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการสนับสนุนทางสังคมจากแหล่งต่าง ๆ ที่กล่าวมาล้วนแล้วแต่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภททั้งสิ้น โดยครอบครัวถือเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญที่สุดโดยเฉพาะอย่างยิ่งในสังคมไทยครอบครัวถือเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยทั้งเรื่องของการที่จะทำให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาอย่างต่อเนื่องและช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวกับการดำรงชีวิตได้ตามปกติ ช่วยลดความรู้สึกเป็นตราบาป มองตนเองว่าไร้ค่า

และยังช่วยลดอาการซึมเศร้าที่อาจเกิดขึ้นในผู้ป่วยจิตเภทได้ (Supawadee Katechai et al.,2012) อย่างไรก็ตามจากการศึกษาที่ผ่านมายังไม่มีงานวิจัยใดที่ศึกษาหารูปแบบการบำบัดที่สามารถนำมาจัดการกับปัจจัยด้านการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ซึ่งพบว่ามีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมจากแนวคิดของ Beck et al. (1979) ผสมผสานร่วมกับการใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวของ Friedman (2003) เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีภาวะซึมเศร้าได้รับการบำบัดลดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถนำไปใช้กับตนเองได้ และได้รูปแบบทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูงที่มีประสิทธิภาพในการบำบัดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ก่อนและหลังได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว

2. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนระหว่างกลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน หลังได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่ำกว่าก่อนได้รับการบำบัดฯ

2. ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน กลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมจากแนวคิดของ Beck (1979) ร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว Friedman (2003) ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมความพร้อมในการบำบัด

ครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ ร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว

ครั้งที่ 2 การเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท ภาวะซึมเศร้า ทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์ ความรู้สึก พฤติกรรม

ขั้นตอนที่ 2 การบำบัดทางความคิด

ครั้งที่ 3 การค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยทางจิต

ครั้งที่ 4 การตรวจสอบความคิดอัตโนมัติทางลบ

ครั้งที่ 5 ปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติด้านลบของผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 3 การบำบัดทางพฤติกรรมและกำหนดการกระทำด้วยตนเองร่วมกับครอบครัว

ครั้งที่ 6 การเสริมสร้างการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม แบบแผนความคิดบิดเบือน เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถแยกแยะความคิดอัตโนมัติทางลบร่วมกันค้นหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสม

ครั้งที่ 7 การเบี่ยงเบนความคิดและวิธีการคลายเครียด ผู้ป่วยและครอบครัวรู้จักการให้กำลังใจตนเอง เน้นทักษะการพูดกับตนเองทางบวก

ครั้งที่ 8 ทบทวนความเข้าใจ ผู้ป่วยและครอบครัวทบทวนและสรุปเนื้อหาสิ่งที่ได้เรียนรู้ตามประสบการณ์ที่ได้รับหลังจากการเข้ารับการบำบัดฯ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง

ประชากร ที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท ตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD - 10 ที่มีภาวะซึมเศร้า อาศัยอยู่ในชุมชนและเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก แผนกจิตเวชโรงพยาบาลอ่างทอง มีผู้ดูแลหลักที่บ้าน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจาก

จิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD - 10 ที่มีภาวะซึมเศร้าที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกแผนกจิตเวชโรงพยาบาลอ่างทอง ทั้งเพศชายและเพศหญิง และผู้ดูแลหลักที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นระยะเวลามากกว่า 6 เดือน

เกณฑ์การคัดเข้า

1) เป็นผู้ป่วยจิตเภทวัยผู้ใหญ่มีอายุระหว่าง 20 - 59 ปี ทั้งเพศชายและหญิง

2) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทตามคู่มือการวินิจฉัยโรค ICD-10

3) มีอาการทางจิตไม่รุนแรงโดยแบบประเมิน Brief Psychotic Rating Scale (BPRS) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 คะแนน (จากการพัฒนาโดย Overall และ Gorham (1962) แปลเป็นภาษาไทยโดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข)

4) มีคะแนนภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงระดับมาก (10-29 คะแนน)

5) สามารถพูดและฟังภาษาไทยได้รู้เรื่อง

6) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ

เกณฑ์การคัดออก

ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตกำเริบ เช่น มีอารมณ์และพฤติกรรมที่อาจเป็นอันตรายต่อตัวผู้ป่วยและผู้อื่น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

1) เครื่องมือดำเนินการทดลอง คือการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว ตามแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางความคิดพฤติกรรมของ Beck et al. (1979) ผสมผสานแนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวของ Friedman (2003)

2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล : แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภทและแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (1967)

3) เครื่องมือกำกับการวิจัย : แบบประเมินความคิดอัตโนมัติในด้านลบของ Hollon, & Kendall (1980) แบบวัดทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทตามแนวคิดของ Dreyfus & Dreyfus (1986)ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (CVI : content validity Index) ของเครื่องมือโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 คน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ครอบคลุม ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 0.96 และวิเคราะห์หาความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach' s Alpha Coefficent) ได้เท่ากับ 0.92

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลอ่างทอง จังหวัดอ่างทอง ตามเอกสารรับรองเลขที่ ATGEC54/2561 รับรองตั้งแต่วันที่ 21 สิงหาคม 2561 ถึงวันที่ 20 สิงหาคม 2562 โดยก่อนการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้ชี้แจงให้ตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บข้อมูล และสิทธิ์ในการตอบรับหรือปฏิเสธ โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการให้บริการตามปกติ ข้อมูลที่ได้จะเป็นความลับและนำเสนอเป็นเพียงภาพรวม ไม่มีการระบุชื่อผู้ป่วย และข้อมูลจะถูกทำลายภายหลังการวิจัยเสร็จสิ้น เมื่อทราบรายละเอียดเรียบร้อยแล้ว จึงให้ผู้ป่วยลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

แบ่งเป็น 3 ระยะดังนี้

1) ระยะเตรียมการวิจัย เตรียมความพร้อมของผู้วิจัย โดยการศึกษาตำรา เอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เตรียมเครื่องมือ เตรียมสถานที่ เตรียมกลุ่มตัวอย่าง และการขอรับรองจริยธรรม

2) ระยะดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ได้จำนวน 40 คน ระยะเวลาการเจ็บป่วย และระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าของเบคของกลุ่มตัวอย่าง แล้วแบ่งกลุ่มตัวอย่าง เป็น กลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง จากนั้นให้ทำแบบประเมินภาวะซึมเศร้าก่อนการทดลอง กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลองได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมจากแนวคิดของ Beck (1979) ร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว Friedman (2003)

3) ระยะสรุปผลการวิจัย หลังเสร็จสิ้นกิจกรรม ผู้วิจัยทำการกำกับการทดลอง ในกลุ่มทดลองทันทีและประเมินภาวะซึมเศร้า (Post-test) ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังจากเสร็จสิ้นการดำเนินกิจกรรมครั้งที่ 8

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยนำมาแจกแจงความถี่ และคำนวณร้อยละ

2) ค่าคะแนนมาตรวัดคะแนนซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มก่อนและกลุ่มหลังได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว และกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับการพยาบาลปกติ ใช้สถิติทดสอบที (Paired Sample t-test)

3) ค่าคะแนนมาตรวัดคะแนนซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง ใช้สถิติทดสอบที (Independent t-test)

ผลการวิจัย

จากผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 57.50 มีอายุอยู่ระหว่าง 40-49 ปี คิดเป็นร้อยละ 37.50 สถานภาพโสด คิดเป็นร้อยละ 52.50 ระดับการศึกษามัธยมศึกษาต้น คิดเป็นร้อยละ 35.00 อาชีพรับจ้างทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 42.50 ระยะเวลาในการเจ็บป่วย 6 – 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 45.00 ลักษณะการอยู่อาศัยอยู่กับญาติพี่น้อง คิดเป็นร้อยละ 75.00 และผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 62.50 มีอายุอยู่ระหว่าง 50 - 59 ปี คิดเป็นร้อยละ 30.00 สถานภาพคู่ คิดเป็นร้อยละ 52.50 ระดับการศึกษาประถมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 50.00 อาชีพรับจ้างทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 37.50 ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 6 – 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 37.50 ลักษณะการอยู่อาศัยอยู่กับญาติพี่น้อง คิดเป็นร้อยละ 52.50

จากผลการวิจัยพบว่าค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t=19.28) โดยค่าเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนภายหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง ดังตารางที่ 1 และค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่ต่างกัน แต่ภายหลังการทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยค่าเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม (t=7.099) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตเภทของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังทดลอง โดยสถิติทดสอบที (Paired t-test)

ภาวะซึมเศร้า	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	df	t	p-value
กลุ่มทดลอง						
ก่อนการทดลอง	18.55	5.28	ปานกลาง	19	19.28	.000
หลังการทดลอง	10.65	4.73	เล็กน้อย			
กลุ่มควบคุม						
ก่อนการทดลอง	18.45	5.34	ปานกลาง	19	-9.24	.000
หลังการทดลอง	21.45	4.90	มาก			

ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (Independent Samples T-Test)

ภาวะซึมเศร้า	n	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	df	p-value
		$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD			
กลุ่มทดลอง	20	18.55	5.28	10.65	4.73	7.099	38	.000
กลุ่มควบคุม	20	18.45	5.34	21.45	4.90			

การอภิปรายผล

จากการวิจัยผลของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน สามารถสรุปผลการวิจัย ได้ดังนี้

1. ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ภายหลังได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่ำกว่าก่อนได้รับการบำบัดฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่ำกว่าจากกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากผลการวิจัยค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t=19.28) โดยค่าเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนภายหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1 นั่นคือ ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ภายหลังได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่ำกว่าก่อนได้รับการบำบัดฯ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Pornpen Areekit (2011) พบว่าเมื่อสิ้นสุดการทดลองภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเจริญสติน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสอดคล้องกับงานวิจัยของ Watcharee Sangsai, (2013) พบว่าภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t=6.82) จากที่พบว่าการให้การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวสามารถช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีภาวะซึมเศร้าลดต่ำลง สอดคล้องกับงานวิจัยของ Khum thraph Konthong (2014) ได้ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่ออาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน การวิจัยกึ่งทดลองแบบวัดสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง ต่ออาการด้านลบของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวช กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน โดยจับคู่ระยะเวลาการเจ็บป่วยทางจิตและคะแนนอาการทางจิตเหมือนกัน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการวิจัยพบว่า อาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน หลังได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) และสอดคล้องกับงานวิจัยของ Watchanee Hattapanom et al. (2012) ที่ได้ทำการศึกษาประสิทธิผลของกลุ่มการปรับความคิดและพฤติกรรมบำบัดที่มีต่อความคิดอัตโนมัติ การวิจัยเชิงทดลอง เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้ป่วยใน (โรคจิต โรคซึมเศร้า และปัญหาการใช้ยาเสพติด หรือ สุรา) ของโรงพยาบาลที่มีอาการซึมเศร้าและมีผลประเมินจากแบบวัดภาวะซึมเศร้า Thai Depression Inventory ตั้งแต่ 21 คะแนนขึ้นไป คัดเลือกตัวอย่างแบบสุ่ม เพื่อเข้ารับการบำบัดกลุ่ม

ทดลองได้รับการบำบัดด้วยกลุ่ม CBT 5 ครั้ง ๆ ละ 60-90 นาที และกลุ่มควบคุมได้รับการบำบัดด้วยกลุ่มจิตบำบัดประคับประคอง สัปดาห์ละ 3 ครั้งๆ ละ 60 นาที ประเมินผลด้านความคิดอัตโนมัติด้านลบ ภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังทดลอง และติดตามผลภายหลังการทดลอง 1, 3 เดือน พบว่า กลุ่มบำบัด CBT ช่วยลดความคิดอัตโนมัติด้านลบและภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่ม และลดการกลับมารักษาซ้ำเป็นผู้ป่วยหลังจำหน่าย 6 เดือนได้มากกว่ากลุ่มควบคุมถึง 2 เท่า

เนื่องจากการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมจากแนวคิดของ Bake (1979) (CBT: Cognitive Behavior Therapy) เป็นการบำบัดรูปแบบหนึ่งที่มีโครงสร้างมีทิศทางและมีเป้าหมายของการรักษาเพื่อการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมหรือเป็นปัญหา โดยการใช้กระบวนการและเทคนิคของการเรียนรู้มาใช้ในการปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อของบุคคลที่ไม่ถูกต้องช่วยให้เปลี่ยนเป็นความคิดที่ถูกต้องเหมาะสม เข้าใจสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริงและเรียนรู้ที่จะจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสม สามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ดีขึ้นส่งผลให้อารมณ์ซึมเศร้าลดลง (Aurapan Lubunthawatchai, 2011) และการสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อนบ้าน ผู้ร่วมงานบุคลากรทางด้านสุขภาพส่งผลต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการสนับสนุนทางสังคมจากแหล่งต่าง ๆ ที่กล่าวมาล้วนแล้วแต่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภททั้งสิ้น โดยครอบครัวถือเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญที่สุดโดยเฉพาะอย่างยิ่งในสังคมไทยครอบครัวถือเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยทั้งเรื่องของการที่จะทำให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาอย่างต่อเนื่อง และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวกับการดำรงชีวิตได้ตามปกติ ช่วยลดความรู้สึกเป็นตราบาป มองตนเองว่าไร้ค่า และยังช่วยลดอาการซึมเศร้าที่อาจเกิดขึ้นในผู้ป่วยจิตเภทได้ (Supawadee Katechai et al.,2012)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีภาวะซึมเศร้าได้รับการบำบัดลดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถนำการบำบัดไปใช้กับตนเองได้

2. ได้รูปแบบทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูงที่มีประสิทธิภาพในการบำบัดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การนำโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมไปใช้ พยาบาลต้องเป็นบุคคลที่มีความรู้พื้นฐานด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า และควรได้รับการฝึกอบรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

2. ควรจัดให้พยาบาลได้มีการศึกษา และอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า การอบรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม เพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

3. ควรทำการศึกษาผลของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย ร่วมกับปัจจัยด้านอื่น ๆ เช่น คุณภาพชีวิต เป็นต้น

4. ควรมีการนำการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยนำไปใช้กับผู้ป่วยโรคจิตเวชอื่น ๆ เช่น โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว โรควิตกกังวล เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

Aurapan Lubunthawatchai. (2011*). Mental Health and Psychiatric Nursing*. Type times 4. Bangkok: Chulalongkorn University Publishing House. (In Thai)

Baynes D, Mulholland C, Cooper SJ, Montgomery RC, MacFlynn G, Lynch G, Kelly C, & King DJ. (2000). Depressive symptoms in stable chronic schizophrenia: prevalence and relationship to psychopathology and treatment. *Schizophr Res. 45*(1-2):47-56.

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

Conley RR, Ascher-Svanum H, Faries DE, Kinon BJ. (2007). The burden of depressive symptoms in the long-term treatment of patients with schizophrenia. *Schizophr Res. 90*(1-3); 186-97.

Darawan thapinta, Voranut kitsumban, Wilawan Picheansathian. (2017). The Effect of Cognitive-Behavioural Therapy on Depression in the Elderly: Systematic Review, Thailand. *Nursing Journal, Volume 44* No. 1 January-March, 161-171. (In Thai)

Frederick S, Caldwell K, & Rubio D.M. (2002). Home-based treatment, rates of ambulatory follow-up, and psychiatric rehospitalization in a medicaid managed care population. *J Behav Health Serv Res. 29*(4): 466-75

Friedman, M.M., Bowden, V.R., & Jones, E.G. (2003). *Family nursing: research theory and practice*. 5th ed. New Jersey: Upper Saddle River.

Huppert JD, Weiss KA, Lim R, Pratt S, & Smith TE. (2001*).* Quality of life in schizophrenia: contributions of anxiety and depression. *Schizophr Res. 51*(2-3): 171-80.

Hattapanom W. and et al. (2012*).* Effectiveness of treatment groups, adjustment of thoughts and behaviors on negative and automatic thinking and depression of psychiatric patients. *Journal of Public Health, Vol. 21*, Issue 5, September-October. (In Thai)

Kelly DL, Shim JC, Feldman SM, Yu Y, Conley RR. (2004). *Lifetime psychiatric symptoms in persons with schizophrenia who died by suicide compared to other means of death***.** J Psychiatr Res. 38(5): 531-36.

Khum thraph Konthong. (2014). *The effect of cognitive and behavioral therapy program on negative symptoms of schizophrenic patients in the community*. Master's thesis, Department of Mental Health and Psychiatric Nursing Faculty of Nurse Chulalongkorn University. (In Thai)

Laidlaw, T. M., Coverdale, J. H., Falloon, I. R., & Kydd, R. R. (2002). Caregivers' stresses when living together or apart from patients with chronic schizophrenia. *Community Mental Health Journal, 38*(4), 303-310.

Majadas S, Olivares J, Galan J, Diez T. (2012). Prevalence of depression and its relationship with other clinical characteristics in a sample of patients with stable schizophrenia. *Compr Psychiatry 53*(2): 145-51. 7.

Mulholland C, & Cooper S. (2000). The symptom of depression in schizophrenia and its management. *Advances in Psychiatric Treatment. 6*:169-77.

Norholm V, & Bech P. (2006). Quality of life in schizophrenic patients: association with depressive symptoms. *Nord J Psychiatry 60*(1): 32-7.

Pornpen Areekit. (2011). The effect of cognitive behavioral therapy and mindfulness On depression in depressive disorder patients. Master's thesis, Department of Mental Health and Psychiatric Nursing Faculty of Nurse Chulalongkorn University. (In Thai)

Preeyanan Salasawat. (2003). *Prevalence of depression and related factors in chronic schizophrenic outpatients at Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry*. Science thesis Mental Health Faculty of Medicine Chulalongkorn University.

Supawadee Katechai and et al. (2012). Factors predicting depressive symptoms in schizophrenic patients with first mental symptoms. *Journal of Nursing Science. Oct-Dec 30* (4); 90-101. (In Thai)

Watcharee Sangsai. (2013). *Effects of cognitive behavior therapy on depression and functioning of elderly patients with depression*. Master's thesis, Department of Mental Health and Psychiatric Nursing Faculty of Nurse Chulalongkorn University. (In Thai)

Warapong kumrai. (2008). *Study of depression in schizophrenic patients Outpatient Department, Mental Hospital Vej Loi Rajanagarindra*. Master's thesis Department of Mental Health Education Mahidol University. (In Thai)