

ผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่ออาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน



นายชุมทรัพย์ ก้อนทอง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)  
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR)  
are the thesis authors' files submitted through the University Graduate School.

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2557

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF COGNITIVE BEHAVIOR THERAPY PROGRAM ON NEGATIVE SYMPTOMS OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS IN COMMUNITY

Mr. Koomsaab Gontontong



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements  
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Mental Health and Psychiatric  
Nursing  
Faculty of Nursing  
Chulalongkorn University  
Academic Year 2014  
Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่อ
	อาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
โดย	นายชุมทรัพย์ ก้อนทอง
สาขาวิชา	การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ศาสตราจารย์ ดร.วิณา จีระแพทย์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ

---

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยรับนี้เป็นส่วน  
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์  
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุรีพร ธนศิลป์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลีอนุญธวัชชัย)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก  
(ศาสตราจารย์ ดร.วิณา จีระแพทย์)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย  
(อาจารย์ ดร.ชูศักดิ์ ชัมภลิจิต)

ชุมทรัพย์ ก้อนทอง : ผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่ออาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน (THE EFFECT OF COGNITIVE BEHAVIOR THERAPY PROGRAM ON NEGATIVE SYMPTOMS OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS IN COMMUNITY) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ศ. ดร.วิณา จีระแพทย์, อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม: ผศ. ดร.เพ็ญพัทธ์ อุทิศ, 25 หน้า.

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด ต่ออาการด้านลบของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยจิตเภทอายุ 20-59 ปี ที่เข้ารับการรักษาระบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน โดยจับคู่โดยจับคู่ระยะเวลาการเจ็บป่วยทางจิตและคะแนนอาการทางจิตเหมือนกัน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการบำบัดการบำบัดทางพฤติกรรม ความคิด กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ 1) โปรแกรมการบำบัดทางความคิดพฤติกรรม 2) แบบประเมินอาการทางลบ และ 3) แบบประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบ ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ค่าความเที่ยงของแบบประเมินอาการทางลบและแบบประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบ เท่ากับ .86 และ .82 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติทีและทีคู่

ผลการวิจัยพบดังนี้

1. อาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน หลังได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ )
2. อาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ )

สรุป โปรแกรมการบำบัดทางทางความคิดและพฤติกรรม มีประสิทธิผลในการลดอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท โปรแกรมส่งเสริมทักษะของผู้ป่วยในการบ่งชี้อาการทางลบ ปรับการคิดที่ถูกต้อง และปรับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมต่อสถานการณ์

สาขาวิชา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ลายมือชื่อนิสิต .....

ปีการศึกษา 2557 ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก .....

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาร่วม .....

# # 5477303736 : MAJOR MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING

KEYWORDS: NEGATIVE SYMPTOMS / COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY / COMMUNITY

KOOMSAAB GONTONTONG: THE EFFECT OF COGNITIVE BEHAVIOR THERAPY PROGRAM ON NEGATIVE SYMPTOMS OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS IN COMMUNITY. ADVISOR: PROF. VEENA JIRAPAET, Ph.D., CO-ADVISOR: ASST. PROF. PENPAKTR UTHIT, Ph.D., 25 pp.

The purpose of this quasi-experimental pretest-posttest with control group research design was to examine the effect of cognitive behavioral therapy program on negative symptoms of schizophrenic patients in community. Subjects were 40 schizophrenic patients, aged 20-59 years, at the out-patient department in a psychiatric hospital, Ministry of Public Health. They were matched pair with sex and adequacy of income then randomly assigned to the experimental and control groups, 20 subjects in each group. The experimental group received cognitive behavioral therapy. The control group received regular nursing care. Research instruments consisted of the cognitive behavioral therapy program, the negative syndrome scale and the automatic negative thought. All instruments were certified for content validity by 5 professional experts. Reliability of the negative symptom test and automatic negative thought test were reported by Chronbach' Alpha Coefficient 0.5 of .82 and .88, respectively. Data were analyzed by descriptive statistics, dependent and independent t-tests.

Findings were as follows:

1. The negative symptoms of schizophrenic patients in community after receiving the CBT program was significantly lower than that before ( $p < .05$ ).

2. The negative symptoms of schizophrenic patients in community after received CBT program was significantly lower than that of those who receiving regular nursing care ( $p < .05$ ).

The results suggest that the CBT program is effective in reducing negative symptoms of schizophrenic patients. The program promotes patients' new skill to identify negative thoughts, form adaptive thoughts, and adjust to particular situations.

Field of Study: Mental Health and  
Psychiatric Nursing

Academic Year: 2014

Student's Signature .....

Advisor's Signature .....

Co-Advisor's Signature .....

## กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยดี เนื่องจากได้รับความกรุณาอย่างสูงจาก อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ศาสตราจารย์ ดร. วิณา จีระแพทย์ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ ที่กรุณาให้ความรู้ คำแนะนำปรึกษา และพัฒนากระบวนการคิด พร้อมทั้งชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความเอาใจใส่อย่างสม่ำเสมอ ผู้วิจัยตระหนักถึงความตั้งใจจริงและความทุ่มเทของอาจารย์ และซาบซึ้งถึงความเมตตา กรุณาเป็นที่สุด และขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย ประธานสอบโครงการวิจัยครั้งนี้ และอาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ชัมภลลิขิต กรรมการสอบโครงการวิจัยที่ทำให้กำลังใจ ให้ข้อคิดคำแนะนำที่เป็นประโยชน์และมีคุณค่ายิ่ง ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่านที่เป็นกำลังใจให้เสมอมา กราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ความกรุณาตรวจสอบ ให้คำสอน ข้อเสนอแนะ และให้กำลังใจในการปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ขอขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ทุกท่านที่ได้ให้ข้อมูล และได้มีส่วนร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้ สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ขอกราบขอบพระคุณ บุคลากรกรมสุขภาพจิต และโรงพยาบาลศรีธัญญา หัวหน้างานจิตเวชฉุกเฉิน และเพื่อนร่วมงานในงานจิตเวชฉุกเฉิน ที่ให้ทุนและโอกาสในการศึกษา ขอขอบพระคุณแพทย์และพยาบาลและเจ้าหน้าที่ ที่แผนกผู้ป่วยนอก คณะกรรมการด้านการวิจัยของสถาบันกัลยาธรรมาคารินทร์ ที่อนุญาตให้ศึกษากลุ่มตัวอย่าง และให้คำแนะนำ ให้กำลังใจช่วยเหลือผู้ศึกษาตลอด

ขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อสุวิทย์ คุณแม่สำรววย ก้อนทอง พี่ๆ น้องๆ ที่เข้าใจ ให้กำลังใจและให้การสนับสนุนในการศึกษามาโดยตลอด อนึ่ง ผู้วิจัยหวังว่า งานวิจัยฉบับนี้จะมีประโยชน์อยู่ไม่น้อย จึงขอมอบส่วนดี ทั้งหมดนี้ให้แก่เหล่าคณาจารย์ที่ได้ประสิทธิประสาทวิชาจนทำให้ผลงานวิจัยเป็น ประโยชน์ต่อผู้ที่เกี่ยวข้องและขอมอบความกตัญญูกตเวทิตาคุณ แต่บิดามารดา และผู้มีพระคุณทุกท่าน

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	6
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	7
ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและประเมินตนเอง (Engagement and Assessment).....	9
ขอบเขตการวิจัย.....	12
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	13
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	15
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	16
1. ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท.....	17
2. ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน.....	27
3. อาการทางลบในผู้ป่วยจิตเภท.....	30
4. การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม.....	41
5. โปรแกรมบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน.....	52
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	56
7. กรอบแนวคิดการวิจัย.....	60
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	61
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	61

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง .....	62
ขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่าง .....	62
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	66
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย .....	66
โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม.....	69
การตรวจสอบคุณภาพโปรแกรม.....	71
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ.....	76
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ.....	77
ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย .....	79
การวิเคราะห์ข้อมูล .....	89
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล .....	91
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ .....	96
สรุปผลการวิจัย.....	103
อภิปรายผลการวิจัย .....	104
ข้อเสนอแนะ .....	111
รายการอ้างอิง.....	112
ภาคผนวก .....	118
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	119
ภาคผนวก ข ผลการพิจารณาจริยธรรม ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการ วิจัย และหนังสือยินยอมประชากรกลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย .....	121
ภาคผนวก ค สถิติที่ใช้ในการวิจัย .....	129
ภาคผนวก ง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย .....	134
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์ .....	139



ณ

หน้า



## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคจิตที่พบบ่อยคือพบได้เกือบร้อยละ 2 ของประชากรทั่วโลก ส่วนใหญ่เริ่มมีอาการช่วงวัยรุ่นตอนปลายหรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น จึงพบในประชากรอายุระหว่าง 15-30 ปี สูงถึงร้อยละ 75 (มาโนช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2555) โดยในต่างประเทศมีรายงานสถานการณ์ต่างๆ ที่ชี้ให้เห็นว่าโรคจิตเภทเป็นปัญหาการเจ็บป่วยทางจิตที่สำคัญ เช่น McGrath et al. (2008) พบว่าอุบัติการณ์ (Incidence) ของโรคจิตเภท คิดเป็น 15.2 ต่อประชากร 100,000 ราย โดยมีความชุกตลอดช่วงชีวิต (lifetime prevalence) คิดเป็น 4.0 ต่อประชากร 1,000 ราย (หรือร้อยละ 0.4) และความชุกตลอดช่วงชีวิตที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคเป็น 7.2 ต่อ 1,000 (หรือร้อยละ 0.72) โดยพบการเกิดโรคนี้ในเพศชายมากกว่าเพศหญิง ในอัตราส่วน 1.4: 1 นอกจากนี้การรายงานล่าสุดขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2015) พบว่าความชุกช่วงชีวิตของโรคจิตเภทในประชากรทั่วโลก คิดเป็นร้อยละ 0.3 - 0.7 โดยพบในเพศหญิงและเพศชายในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน

โรคจิตเภทก็เป็นการเจ็บป่วยทางจิตที่สำคัญสำหรับประเทศไทยเช่นกัน โดย มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์ (2555) รายงานว่าพบความชุกตลอดช่วงชีวิตของโรคจิตเภทในประชากรไทย คิดเป็นอัตราร้อยละ 0.88 สอดคล้องกับข้อมูลจากการรายงานของสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข (2552) ซึ่งพบว่าอัตราความชุกของโรคจิตเภททั้งหมดในประชากร ณ เวลานั้นๆ คิดเป็นร้อยละ 0.85 จำแนกเป็นร้อยละ 0.48 ในเพศชาย และร้อยละ 0.37 ในเพศหญิง อีกทั้งโรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังที่ยากต่อการดูแลรักษา จึงก่อให้เกิดภาวะโรคในอันดับต้นๆ ของประเทศ ดังจะเห็นได้จากถูกจัดให้มีอันดับความสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability Adjusted Life Years: DALY) อยู่ในอันดับ 6 สำหรับเพศชาย และ อันดับ 10 ในเพศหญิง โดยให้ค่าความสูญเสียโดยประมาณ คือ ร้อยละ 3.8 และ 3.0 ตามลำดับ นอกจากนี้เมื่อพิจารณาข้อมูลจำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการของหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ พ.ศ. 2556 ซึ่งมีจำนวนรวมทั้งสิ้น 1,196,913 ราย จำแนกเป็น ผู้ป่วยนอก 1,109,183 ราย และผู้ป่วยใน 87,730 ราย (กรมสุขภาพจิต, 2557) โดยในการประชุมสุขภาพจิตนานาชาติ ปี พ.ศ. 2557 ได้นำตัวเลขดังกล่าวมาวิเคราะห์ต่อและเสนอว่าในจำนวนผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมดข้างต้น พบเป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัย

ว่าเป็นผู้ป่วยจิตเภทมากที่สุด กว่า 1 ใน 3 คือ มีจำนวน 388,369 รายสำหรับผู้ป่วยนอก และจำนวน 20,634 ราย สำหรับผู้ป่วยใน คิดเป็นร้อยละ 35.01 และร้อยละ 23.52 ตามลำดับ เช่นเดียวกับจำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา ในปี พ.ศ. 2557 ซึ่งพบว่ามีจำนวนมากกว่าผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มอื่นๆ โดยเป็นผู้ป่วยนอก จำนวน 58,422 ราย และผู้ป่วยในจำนวน 2,247 ราย คิดเป็นร้อยละ 52.27 และร้อยละ 53.73 23.52 ของผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมดตามลำดับ (กรมสุขภาพจิต, 2557)

ตามบัญชีจำแนกทางสถิติระหว่างประเทศของโรคและปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้อง (International Classification of Diseases ICD) ฉบับทบทวนครั้งที่ 10 (ICD-10) ขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2010) ได้ให้คำนิยามว่า โรคจิตเภท (F20) เป็นความผิดปกติทางจิตอย่างหนึ่ง ซึ่งทำให้มีการแตกแยกของกระบวนการคิดและการตอบสนองอารมณ์ ส่วนใหญ่แสดงอาการในลักษณะหูแว่ว หวาดระแวง หลงผิดแบบแปลกๆ หรือมีการพูดการคิดที่เสียโครงสร้าง และมักนำไปสู่การสูญเสียความสามารถในการเข้าสังคมหรือประกอบอาชีพ มักเริ่มแสดงอาการในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ทั้งนี้มาโนช หล่อตระกูล (2558) อธิบายว่าสามารถแบ่งอาการของผู้ป่วยจิตเภทออกเป็น 4 ระยะ คือ 1) ระยะก่อนป่วย (premorbid phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยจะมีความบกพร่องในด้านสังคม หรือการเคลื่อนไหว หรือด้าน cognitive ในระดับเล็กๆ น้อยๆ ไม่ชัดเจน 2) ระยะอาการนำ (Prodromal phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเริ่มมีอาการเปลี่ยนแปลงแบบค่อยเป็นค่อยไป โดยช่วงแรกอาจมีอาการวิตกกังวลหรือซึมเศร้า ที่ไม่เฉพาะเจาะจงกับเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ตามมาด้วยอาการด้านลบ โดยจะค่อย ๆ แยกตัวไม่เข้าสังคมเหมือนเคย มีปัญหาในหน้าที่ความรับผิดชอบ สนใจดูแลตนเองลดลง ขณะเดียวกันจะเริ่มมีอาการด้านบวกแบบน้อยๆ (attenuated positive symptoms) เช่นเชื่อเรื่องไสยศาสตร์ มีการใช้คำหรือสำนวนแปลกๆ 3) ระยะโรคกำเริบ (active phase) เป็นระยะที่ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มอาการด้านบวก โดยผู้ป่วยที่มีอาการนำจะถูกกระตุ้นโดยเหตุการณ์ที่พบได้ตามช่วงวัย ซึ่งเป็นปัจจัยกดดันที่ทำให้ผู้ป่วยซึ่งมีความเปราะบางอยู่ระดับหนึ่งอยู่แล้วไม่สามารถปรับตัวต่อไปได้อีก จึงแสดงอาการต่างๆ ของโรคออกมา และ 4) ระยะอาการหลงเหลือ (residual phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเริ่มคงที่ทั้งในแง่ของระดับอาการและความสามารถในการทำหน้าที่ต่างๆ ของผู้ป่วย ในระยะยาวแล้วอาการโรคจิตเภทจะค่อยๆ ลดลงตามอายุที่มากขึ้น ในขณะที่อาการทางลบและอาการด้าน cognitive จะยังอยู่ในระดับที่คงที่ตลอดการเจ็บป่วย

ปัจจุบันผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่จะได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก และดำรงชีวิตอยู่กับครอบครัวในชุมชน ตามนโยบายกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเน้นการดูแลที่บ้านและใน

ชุมชน (กรมสุขภาพจิต, 2551) ดังจะเห็นได้จากข้อมูลข้างต้นซึ่งแสดงให้เห็นว่ามีจำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอกมากกว่าแบบผู้ป่วยใน ซึ่งตามปกติผู้ป่วยเหล่านี้จะอยู่ในระยะอาการหลงเหลือ (residual phase) ดังนั้นปัญหาสำคัญที่พบบ่อยและเป็นอาการเด่นของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน คือ “กลุ่มอาการทางลบ” (Negative symptoms) (จันทร์ประภา ไชยรักษ์และคณะ, 2538) โดยผลการศึกษาในต่างประเทศของ Hafner et al. (1999) และ Robert (2006) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกจะมีอาการทางลบสูงถึง ร้อยละ 30 - 50 สอดคล้องกับสถานการณ์ในประเทศไทย ดังรายงานของกรมสุขภาพจิตในปี 2554 ซึ่งระบุว่าผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของประเทศไทยประมาณ ร้อยละ 30 มีอาการทางลบลักษณะต่างๆ ได้แก่ มีสีหน้าเฉยเมยไม่พูดจา มีความพร้อมด้านการเข้าสังคม การงานและการประกอบอาชีพ ขาดทักษะในการดำเนินชีวิตด้านต่างๆ เช่น การทำกิจวัตรประจำวัน การสื่อสาร และการอยู่ร่วมกับผู้อื่น (สำนักพัฒนากรมสุขภาพจิต, 2554) รวมถึงผลการศึกษาของ เวนิช บุราชรินทร์ และเพ็ญพัทธ์ อุทิศ (2554) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทซึ่งรับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลเฉพาะทางจิตเวชในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑลมีอาการทางลบประมาณ ร้อยละ 31.5

American Psychiatric Association (2000) ระบุว่า อาการทางลบ (Negative symptoms) เป็นลักษณะของผู้ป่วยจิตเภทที่มีการแสดงออกทางอารมณ์อย่างจำกัด จนทำให้ผู้ป่วยขาดทักษะที่จำเป็นในการดำเนินชีวิตประจำวัน ประกอบด้วย 4 กลุ่มอาการ ซึ่งสะท้อนถึงการพร้อมในการทำหน้าที่ (functional disability) ของผู้ป่วย ได้แก่ 1) มีอารมณ์เรียบเฉย (affective flattening) 2) ขาดความกระตือรือร้น (avolition) 3) ไม่มีความสนใจหรือพึงพอใจในกิจกรรมที่โดยปกติเป็นที่น่าพึงพอใจ หรือ ภาวะสิ้นยินดี (anhedonia) และ 4) พูดน้อยหรือไม่พูด (alogia) ซึ่งอาการทางลบนี้ก่อให้เกิดผลกระทบต่างๆ ตามมาทั้งต่อตัวผู้ป่วยจิตเภทเองและครอบครัว ดังจะเห็นได้จากงานวิจัยในต่างประเทศของ Kirkpatrick et al. (2006) พบว่าอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทเป็นตัวทำนายสำคัญของการพยากรณ์โรคที่แย่ง (poorer prognosis) ผลลัพธ์ทางสังคมที่แย่ง (poorer social outcome) และ คุณภาพชีวิตที่แย่ง (poorer quality of life) นอกจากนี้ Chien et al. (2004) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบทำให้ครอบครัวเกิดความคับข้องใจและต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมากขึ้นจากการที่ผู้ป่วยไม่ช่วยเหลือตนเอง สำหรับการวิจัยที่ผ่านมาในประเทศไทยก็พบการศึกษาที่สอดคล้องกับในต่างประเทศ เช่น มาโนช หล่อตระกูล (2555) พบว่าอาการทางลบสามารถพยากรณ์ผลลัพธ์ในระยะยาวของความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ การเข้าสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทได้ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ หงส์ บันเทิงสุข (2545) ที่พบว่าอาการทางลบมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท และรายงานของกรม

สุขภาพจิต (2549) ซึ่งพบว่าอาการทางลบทำให้ผู้ป่วยจิตเภทสูญเสียการทำหน้าที่ด้านต่างๆ และทำให้อาการทางจิตกำเริบและเกิดการป่วยซ้ำได้ นอกจากนี้ วาสนา ปานดอก (2545) พบว่าการที่ผู้ป่วยมีอาการทางลบจะส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเบื่อหน่ายในการดูแล ดังนั้น อาการทางลบจึงเป็นปัญหาสำคัญของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ควรได้รับการแก้ไขและไม่ควรมองข้ามไป ทั้งนี้เพื่อป้องกันผลกระทบต่อนักปัญหาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และป้องกันการเกิดภาวะของครอบครัวในระยะยาว

แม้ว่าในปัจจุบันจะยังไม่สามารถหาข้อสรุปถึงปัจจัยหรือสาเหตุของการเกิดอาการทางลบในผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างชัดเจน แต่มีบางทฤษฎีที่สามารถอธิบายการเกิดอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทได้ โดยทฤษฎีซึ่งกำลังได้รับความสนใจอย่างมากในปัจจุบัน คือ ทฤษฎีเกี่ยวกับการรู้คิดที่ผิดปกติ (Neurocognitive impairment) ซึ่งอธิบายว่าการรู้คิดที่ผิดปกติจะเป็นตัวยัดผู้ป่วยให้อยู่ในวงจรของความพ่ายแพ้และล้มเหลว ผู้ป่วยจึงขาดความสามารถในการคิดที่จะวางแผนเป้าหมายสำหรับตนเอง (Perivoliotis & Cather, 2009) รวมถึงขาดความสามารถในการคิดที่จะเรียนรู้และเผชิญปัญหาจากความล้มเหลวที่ผ่านมา (Shepard, Holcomb & Gold, 2006) ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดปัญหาเรื่อง ขาดความสนใจ ไม่สามารถแยกแยะข้อมูลต่างๆ รอบตัวได้ ขาดการริเริ่มและดำเนินการตามแผน และไม่สามารถวางแผนเพื่อเผชิญปัญหาในชีวิตได้ จนส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการแสดงที่สำคัญในเรื่องของความพร่องในการทำหน้าที่ด้านต่างๆ (Decline in functioning) ตามมา เช่น มีปัญหาเกี่ยวกับทักษะทางสังคมหรือการประกอบอาชีพที่ล้มเหลว และเมื่อศึกษาถึงประวัติในอดีตจะพบความล้มเหลวในเรื่องต่างๆ ซ้ำๆ กัน อาทิ การศึกษา การทำงาน หรือบทบาททางสังคม

ในกลุ่มของทฤษฎีเกี่ยวกับการรู้คิดที่ผิดปกตินี้ Beck (2012) เป็นนักวิชาการที่ใช้ทฤษฎีการรู้คิด (Cognitive theory) กล่าวถึงการเกิดอาการทางลบในผู้ป่วยจิตเภทไว้อย่างชัดเจน โดยอธิบายว่าสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดอาการทางลบ คือ การที่ผู้ป่วยจิตเภทมีชุดของความคิดด้านลบหรือความคิดความเชื่อที่บิดเบือนลักษณะต่างๆ (dysfunctional beliefs) สอดคล้องกับการทบทวนอย่างเป็นระบบของ Rector, Beck & Stolar (2005) ซึ่งพบว่าการรู้คิดที่ผิดปกติหรือความเชื่อที่บิดเบือน เช่น มีความคาดหวังต่ำในเรื่องความพึงพอใจ (low expectancies for pleasure) มีความคาดหวังต่ำในเรื่องการประสบความสำเร็จและการยอมรับ (low expectancies for success) การรับรู้ว่ามีทรัพยากรอย่างจำกัด (perception of limited resources) และความเชื่อด้านลบเกี่ยวกับความสามารถของตนเองรวมถึงการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ต่างๆ เหล่านี้มีความสัมพันธ์กับอาการทาง

ลบของผู้ป่วยจิตเภท โดยทำให้ผู้ป่วยมีการแยกตัวและหลีกเลี่ยงจากผู้คนซึ่งถือเป็นลักษณะเด่นของการเกิดอาการทางลบ

นอกจากนี้ The Cognitive Model ของ Beck, Rector, Stolar & Grant (2009) อธิบายว่าพยาธิสภาพของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ เกิดจากการพร่องของสารสื่อประสาทสมอง (neurocognitive impairment) ทำให้ผู้ป่วยติดอยู่กับความคิดที่วนเวียนในเรื่องความล้มเหลวและพ่ายแพ้ในชีวิตซ้ำแล้วซ้ำอีก นำไปสู่การเกิดความเชื่อที่บิดเบือนซึ่งตรง หรือ แข่งขันผู้ป่วยไว้ภายใต้เกราะกำบังซึ่งเป็นกลไกทางจิต ด้วยการหลีกเลี่ยงจากผู้คนและสิ่งเร้าต่างๆ รวมถึงการแยกตัว ทั้งนี้เพื่อป้องกันไม่ให้ตนเองต้องเผชิญกับความรู้สึกที่ผิดหวังไปมากกว่านี้ หรือ กล่าวอีกนัยหนึ่ง คืออาการทางลบอาจเป็นกลยุทธ์การปรับตัวที่ไม่มีประสิทธิภาพ (maladaptive strategy) ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทใช้เป็นกลไกทางจิตเพื่อป้องกันตนเองไม่ให้เผชิญกับความเจ็บปวด (ทางใจ) ที่อาจเกิดขึ้น หรือ การถูกปฏิเสธเมื่อเข้าร่วมกิจกรรมสร้างสรรค์ต่างๆ กับผู้อื่นในสังคม

ผลการทบทวนอย่างเป็นระบบจากข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์จำนวนมากของ Rector, Beck & Stolar (2005) ดังข้างต้น ทำให้มีข้อสรุปว่า การรู้คิดที่ผิดปกติหรือความเชื่อที่บิดเบือน เป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดอาการทางลบในผู้ป่วยจิตเภท ดังนั้นวิธีการหนึ่งในการแก้ไขปัญหายาอาการทางลบในผู้ป่วยจิตเภท จึงจำเป็นต้องจัดการกับความคิดด้านลบหรือความคิดความเชื่อที่บิดเบือนเหล่านี้ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศ พบว่ามีการศึกษาหลายเรื่องได้นำการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy : CBT) มาใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบแล้วพบว่า มีประสิทธิภาพในการแก้ไขและปรับเปลี่ยนความคิดด้านลบหรือความคิดความเชื่อที่บิดเบือนของผู้ป่วย จนส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการทางลบลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Turkington, Kingdon & Turner, 2002; Klingberg et al., 2009; Perivoliotis & Cather, 2009) ทั้งนี้ เนื่องจากการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (CBT) มีเป้าหมายที่ช่วยให้ผู้ป่วยได้หลุดออกมาจากเกราะกำบังซึ่งเป็นกลไกทางจิตวิทยาที่กล่าวข้างต้นกล่าว ด้วยการระดมทรัพยากรทั้งจากบุคคลและสถานการณ์แวดล้อม และส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้สึกมีความสัมพันธ์ทางด้านจิตใจกับโลกและสิ่งแวดล้อมรอบตัวตนเองอย่างมีความหมายมากขึ้น โดยผู้บำบัดทำหน้าที่เป็นผู้เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ทบทวนและตรวจสอบความเชื่อที่บิดเบือนของตนเอง นอกจากนี้การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม เพื่อลดอาการทางลบถูกออกแบบให้ครอบคลุมกิจกรรมที่สำคัญๆ ได้แก่ การตั้งเป้าหมายในการบำบัด การฝึกทักษะในการดักจับ ติความ และ ปรับความเชื่อที่บิดเบือน รวมถึงการปรับตัวและการจัดการกับความ

ยากลำบากต่างๆ อันเป็นผลมาจากความพร่องของสารสื่อประสาทในสมอง และการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้คน

จะเห็นได้ว่าการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม เป็นวิธีการบำบัดที่มุ่งให้เกิดผลลัพธ์สุดท้ายคือ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมภายนอกของผู้ป่วยให้เป็นไปในทิศทางที่พึงประสงค์ โดยผ่านกระบวนการปรับเปลี่ยนความคิด การตีความ การตั้งข้อสันนิษฐาน หรือกลวิธีในการตอบสนองตอบ หรือ ปรับเปลี่ยนตัวแปรทางปัญญาเพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมภายนอกของผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวล (Beck, 1012) โดยผู้บำบัดทำหน้าที่เป็นผู้ชี้แนะให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจในรูปแบบต่าง ๆ ของความคิดที่วิตกกังวลและพฤติกรรมที่ผิดปกติด้วยตนเอง ร่วมกับการรักษาด้วยยาทางจิต และยังสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบในชุมชนได้ (Turkington, Kingdon & Turner, 2002) แต่จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยพบว่ามีเพียงการศึกษาเรื่องเดียวของ อติญา โพธิ์ศรี และเพ็ญพักตร์ อุทิศ (2551) ซึ่งใช้โปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัวในการจัดการกับอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน และพบว่าสามารถช่วยลดอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทได้ แต่ยังไม่พบว่ามีงานการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (CBT) เข้าไปจัดการกระทำกับปัจจัยด้านจิตใจ (psychological factors) ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญจากการที่ผู้ป่วยจิตเภทมีความคิดความเชื่อที่ผิดเพี้ยนจากความจริงในลักษณะต่าง ๆ (a set of dysfunctional beliefs) และเป็นส่วนสำคัญในการเกิดอาการทางลบในผู้ป่วยจิตเภท (Rector, Beck & Stolar, 2005) มาใช้เพื่อลดอาการทางลบของผู้ป่วยกลุ่มนี้ ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ซึ่งปฏิบัติงานให้การดูแลแก่ผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการในโรงพยาบาลเฉพาะทาง สังกัดกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข จึงสนใจนำการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมมาประยุกต์ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของประเทศไทย เพื่อแก้ไขปัญหาอาการทางลบ และส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนสามารถดำเนินชีวิตในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม
2. เพื่อเปรียบเทียบอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

## แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

อาการทางลบเป็นปัญหาสำคัญของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน (อติญา โปธิศรี และ เพ็ญพักตร์ อุทิศ, 2551) โดยพบว่าผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกมีอาการทางลบสูงถึงร้อยละ 30-50 (Hafner, 1999 ; Robert, 2006) โดยผู้ป่วยจิตเภทจะมีการแสดงออกทางอารมณ์น้อยกว่าปกติ หน้าตาเฉยเมย ไม่ค่อยสบตา แยกตัวจากสังคม มีปัญหาในการใช้ความคิดนามธรรม การสนทนาไม่เกิดขึ้นอย่างเป็นธรรมชาติ และมีความคิดอย่างตายตัว ซึ่งมีสาเหตุสำคัญมาจากการที่ผู้ป่วยจิตเภทมีความคิดความเชื่อที่บิดเบือนจากความจริงในลักษณะต่าง ๆ เช่น มีความคาดหวังต่ำในเรื่องความพึงพอใจ (low expectancies for pleasure) การประสบความสำเร็จและการยอมรับ (low expectancies for success) การรับรู้ว่ามีทรัพยากรจำกัด (perception of limited resources) และความเชื่อด้านลบเกี่ยวกับความสามารถของตนเองรวมถึงการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (Rector, Beck & Stolar, 2005; Beck, 2012) ทำให้ผู้ป่วยมีความพร้อมด้านการเข้าสังคม การงาน และการประกอบอาชีพ ขาดทักษะในการดำเนินชีวิตและการทำกิจวัตรประจำวัน การสื่อสาร และการอยู่ร่วมกับผู้อื่น (จันทร์ประภา ไชยรักษ์ และคณะ, 2538; สำนักพัฒนากรมสุขภาพจิต, 2544; เวนิช บุราชรินทร์ และเพ็ญพักตร์ อุทิศ, 2554; Hafner et al., 1999; Robert, 2006)

อาการทางลบในผู้ป่วยจิตเภทมีผลกระทบกับหลายส่วนทั้งตัวผู้ป่วยและสังคมรอบข้าง ได้แก่ 1) มีข้อจำกัดหรือความบกพร่องทางร่างกาย หรือการทำหน้าที่ของอวัยวะ ซึ่งมีผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง 2) ปัญหาความบกพร่องทางความคิดสติปัญญา หรือ ความเบี่ยงเบนของพฤติกรรมที่เกิดขึ้น 3) การเปลี่ยนแปลงสภาวะอารมณ์และความรู้สึก มีพฤติกรรมผิดปกติไม่ดูแลตนเอง ไม่นุ่งผ้า ไม่ทำงาน ไม่อาบน้ำ เนื้อตัวสกปรก ร้อนที่ผิวหนังเกิดขุย เกิดภาวะซึมเศร้า และบางรายถึงกับฆ่าตัวตาย (สเปญ อุณองค์, 2551) ซึ่งอาการทางจิตและสุขวิทยาที่บกพร่องดังกล่าวเป็นผลให้คนในชุมชนมักจะเลี่ยงที่จะพบปะหรือพูดคุยกับผู้ป่วย ดังนั้นในด้านสังคมจึงพบว่าผู้ป่วยจิตเภทมักถูกทอดทิ้ง หรือผู้ป่วยแยกตัวตามลำพัง ยิ่งการเจ็บป่วยเป็นระยะเวลานานทักษะทางการเข้าสังคม การมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นในสังคมก็ยิ่งลดลง ซึ่งในปัจจุบันผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่จะได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก และดำรงชีวิตอยู่กับครอบครัวในชุมชน ตามนโยบายกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเน้นการดูแลที่บ้านและในชุมชน (กรมสุขภาพจิต, 2551) ดังนั้น พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จึงมีบทบาทหน้าที่ในการให้การบำบัดและดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ซึ่งต้องการการบำบัดแบบประคับประคอง และบรรเทาหรือควบคุมอาการ รวมทั้งการส่งเสริมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยให้สามารถใช้ชีวิตตามปกติได้ในชุมชน (กรมสุขภาพจิต, 2551)



จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (CBT) สามารถลดอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทอย่างได้ผล เนื่องจากการบำบัดที่ไปจัดการกับชุดความคิดด้านลบหรือความคิดความเชื่อที่บิดเบือน ด้วยการระดมทรัพยากรจากบุคคลและสถานการณ์แวดล้อม และส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้สึกมีความสัมพันธ์ทางด้านจิตใจกับโลกและสิ่งแวดล้อมรอบตัวเองอย่างมีความหมายมากขึ้น โดยผู้บำบัดทำหน้าที่เป็นผู้เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ทบทวนและตรวจสอบความเชื่อที่บิดเบือนของตนเอง นอกจากนี้การบำบัดโดยใช้ CBT เพื่อลดอาการทางลบในการวิจัยหลายๆ เรื่องของต่างประเทศที่ผ่านมา ได้ถูกออกแบบให้ครอบคลุมกิจกรรมที่สำคัญๆ ซึ่งช่วยขจัดหรือลดความคิดความเชื่อที่บิดเบือนจากความจริงในลักษณะต่างๆ ดังกล่าวข้างต้นโดยกิจกรรมเหล่านั้น ได้แก่ การตั้งเป้าหมายในการบำบัด การฝึกทักษะในการดักจับ ความคิด และ ปรับความเชื่อที่บิดเบือน รวมถึงการปรับตัวและจัดการกับความยากลำบากต่างๆ อันเป็นผลมาจากความพร่องของสารสื่อประสาทในสมองและการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้คน (Perivoliotis & Cather, 2009; Klingberg et al., 2009; Turkington, Kingdon & Turner, 2002; Klingberg et al., 2011)

จากปัญหาและผลกระทบรวมถึงเหตุผลดังกล่าวข้างต้น ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงสนใจจึงนำรูปแบบการบำบัดพฤติกรรมความคิดในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบซึ่ง Turkington, Kingdon & Turner (2002) พัฒนาจากแนวคิดของ Beck et al. (1979) มาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมการบำบัดเพื่อจัดการกับความเครียดด้านลบ หรือความเชื่อที่บิดเบือนลักษณะต่างๆ (a set of negative thoughts) เนื่องจากเป็นรูปแบบการบำบัดที่จะช่วยฟื้นฟูและเสริมสร้างความมั่นใจให้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ โดยใช้กลยุทธ์สำคัญในการปรับเปลี่ยนมุมมองด้านลบของผู้ป่วย (ซึ่งเป็นส่วนสำคัญที่คอยยึดให้ผู้ป่วยอยู่กับความคิดด้านลบ และเกิดอาการทางลบตามมา) กลับเข้ามาสู่ความเป็นจริงของเหตุการณ์ในปัจจุบัน (Mueser et al., 2006) โดยโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (CBT) ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นสำหรับการวิจัยครั้งนี้เป็นการบำบัดรายกลุ่มๆ ละ 8-10 คน แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน คือ 1) สร้างสัมพันธภาพและประเมินปัญหา 2) การบำบัดความคิดและพฤติกรรม และ 3) การป้องกันการกำเริบ ประกอบด้วย 6 กิจกรรมๆ ละ 60 นาที เริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพและประเมินความคิด ประสบการณ์และ แบบแผนชีวิตที่สับสน (chaotic lifestyle) ร่วมกำหนดเป้าหมาย และค้นคว้าหาสาเหตุหรืออุปสรรคที่ขัดขวางเป้าหมายเพื่อที่จะนำไปสู่การเสริมความมั่นใจต่อการรับรู้ความสุขเมื่อไปถึงเป้าหมายได้ จากนั้นจะเริ่มให้ความรู้เรื่องความคิดด้านลบ/ความคิดบิดเบือนในลักษณะต่างๆ ที่สัมพันธ์กับการเกิดอาการทางลบ ตามด้วยการบำบัดโดยใช้กลยุทธ์การจัดการกับความเครียดด้านลบ/ความบิดเบือนด้วยเทคนิค A-B-C Model โดยฝึกทักษะในการ

ดักจับ ดีความ และ ปรับความเชื่อที่บิดเบือน อีกทั้งการลดมุมมองทางลบเกี่ยวกับตัวเอง และการรับรู้ถึงทรัพยากรในตนเองว่ามีศักยภาพในการกระทำสิ่งต่างๆ ร่วมกับการฝึกทักษะปรับตัวและจัดการกับความยากลำบากต่างๆ อันเป็นผลมาจากความพร่องของสารสื่อประสาทในสมองและการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้คน เพื่อนำไปสู่พฤติกรรมที่เหมาะสม สุดท้ายคือการป้องกันการกลับเป็นซ้ำโดยให้ความรู้เรื่องการเผชิญ/ตอบสนองต่อภาวะเจ็บป่วย ความคิดด้านลบ/ความคิดความเชื่อที่บิดเบือน รวมถึงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมหรือไม่มีประโยชน์และผลกระทบที่เกิดขึ้น ซึ่งกิจกรรมต่างๆ เหล่านี้ถือเป็นเทคนิคการบำบัดสำคัญในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดแรงจูงใจในการมีปฏิสัมพันธ์เชิงสังคม และ การทำหน้าที่ด้านต่างๆ ในชีวิตประจำวันได้ดีขึ้น ส่งผลให้ให้อาการทางลบลดลง (Rector, Beck & Stolar, 2005; Perivoliotis & Cather, 2009; Klingberg et al., 2009) โดยมีรายละเอียดของการบำบัดแต่ละครั้ง ดังนี้

**ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและประเมินตนเอง (Engagement and Assessment)** ประกอบด้วย 1 กิจกรรม คือ

**กิจกรรมที่ 1** การสร้างสัมพันธภาพ และประเมินตนเอง เป็นกิจกรรมที่พยาบาลใช้ท่าทีที่เป็นกันเองและเป็นมิตรเพื่อสร้างบรรยากาศให้ผู้ป่วยเกิดความคุ้นเคยกับผู้บำบัดและสมาชิกในกลุ่มผู้ป่วยด้วยกันเอง ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ กล้าที่จะแสดงออก เป็นการส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น จากนั้นเป็นการดำเนินการเพื่อพัฒนาให้ผู้ป่วยเกิดทักษะในการประเมินความคิดของตนเองจากประสบการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท เริ่มจากประเมินรูปแบบของการนึกคิดไปในทางลบและแบบแผนการแปลข้อมูลจากสถานการณ์จริงในอดีตซึ่งเป็นต้นเหตุของพฤติกรรมที่เป็นปัญหา เช่น ความท้อแท้ สิ้นหวัง การหลีกเลี่ยงปัญหา การถอยหนี ซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ ซึ่งกิจกรรมในครั้งนี้จะส่งผลให้ผู้ป่วยเรียนรู้เกี่ยวกับการสร้างสัมพันธภาพ และค้นพบสถานการณ์ที่แท้จริงของชีวิตซึ่งเกี่ยวข้องกับความคิด ความเชื่อ ที่บิดเบือนของตนเอง ทำให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนัก ความพร้อม และเกิดแรงจูงใจที่จะรับการบำบัดในรูปแบบกลุ่มในกิจกรรมครั้งต่อไป (Turkington, Kingdon & Turner 2002)

**ขั้นตอนที่ 2 การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Intervention phase)** ประกอบด้วย 4 กิจกรรม คือ

**กิจกรรมที่ 2** ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทและความคิดอัตโนมัติ ประกอบด้วยการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทในเรื่อง สาเหตุ อาการ การรักษา ยารักษาอาการทางจิตและผลข้างเคียงจากการรับประทานยา จากนั้นเป็นการให้ความรู้ถึงความคิดด้านลบ/ความคิดบิดเบือนลักษณะต่างๆ

ที่สัมพันธ์กับการเกิดอาการทางลบ ด้วยการนำรูปแบบ A-B-C Model มาอธิบายความสัมพันธ์ของ เหตุการณ์ ความคิด และพฤติกรรมที่เกิดขึ้นตามมา โดยนำประสบการณ์ที่ผู้ป่วยประเมินได้จาก กิจกรรมครั้งที่ 1 มาเป็นตัวอย่างในการอธิบายความเชื่อมโยงระหว่าง A คือ เหตุการณ์กระตุ้น ซึ่งมัก เป็นเหตุการณ์ที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกสับสนหรือทุกข์ใจ และ B คือ ความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้น ขณะเกิดเหตุการณ์อันเป็นผลมาจากความเชื่อที่ผู้ป่วยยึดถืออยู่ในขณะที่ C คือ อารมณ์และ พฤติกรรมที่ตามมา โดยกระบวนการเรียนรู้และเข้าใจเกี่ยวเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นด้วยการจัดแบ่งออกเป็น ส่วนๆ ดังกล่าว นอกจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทและการเกิดอาการทางลบแล้ว ยังทำ ให้เกิดความมั่นใจและแรงกระตุ้นที่จะตัดสินใจในการทำกิจกรรมต่างๆ ในการดูแลตนเองเพื่อลด อาการทางลบที่เกิดขึ้น เช่น ให้ความร่วมมือในการดูแลรักษามากขึ้น (Hansen et al., 2007)

**กิจกรรมที่ 3** การฝึกวิเคราะห์เกี่ยวกับความคิดด้านลบ/ความคิดบิดเบือนลักษณะ ต่างๆ ที่สัมพันธ์กับการเกิดอาการทางลบ โดยใช้เทคนิคการสะท้อนกลับให้ผู้ป่วยเห็นความคิดวนเวียน ด้านลบ (selective negative focus) ของตนเอง จากการตรวจสอบความคิดอัตโนมัติซึ่งมี ความสัมพันธ์กับอาการทางลบ ซึ่งผ่านการวิเคราะห์ไว้จากกิจกรรมที่ 2 มาอธิบายความเชื่อของผู้ป่วย เอง จากนั้นผู้วิจัยสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้มีการวิเคราะห์ความคิดอัตโนมัติที่เป็นสาเหตุแท้จริง จากการ ฝึกดักจับ ความคิด และปรับความคิดความเชื่อ ภายใต้ความเป็นเหตุเป็นผล อารมณ์และพฤติกรรมที่ ตามมาได้อย่างเหมาะสม โดยนำเอาหลัก A-B-C Model มาอธิบาย ดังนั้น กิจกรรมบำบัดในครั้งนี้จึง มีเป้าหมายในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการสำรวจตัวเองและเข้าใจตัวเอง เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจบน ความคิดความเชื่ออย่างถูกต้อง เป็นกลาง ในเหตุการณ์จริงที่เกิดขึ้นในชีวิตของผู้ป่วย ความรู้สึกเมื่อ ต้องเจอเหตุการณ์ที่เป็นทุกข์ และอุปสรรคต่างๆ เป็นการเตรียมผู้ป่วยให้เกิดทักษะ ในการดักจับ ความคิด และ ปรับความคิดความเชื่อที่บิดเบือนในกิจกรรมต่อไป (Klingberg et al., 2009)

**กิจกรรมที่ 4** การใช้กลยุทธ์ทางความคิดในการจัดการกับความเชื่ออัตโนมัติด้านลบ ความเชื่อที่เปราะบาง การพัฒนาทักษะการจัดการกับความเชื่อที่บิดเบือนที่เกิดขึ้นโดยอาศัย หลักฐานต่างๆ ที่มาสนับสนุน และคัดค้านความคิดนั้นๆ (Evidence counter evidence technique) ได้อย่างเหมาะสม (ยูทธนา งามงามสกุลม่น, 2548) โดยการนำเอา A-B-C Model มาใช้ เป็นแนวทางให้ผู้ป่วยได้ฝึกการจัดการกับความเชื่อในแต่ละแบบ ด้วยการดำเนินการไปอย่าง ช้าๆ และเคลื่อนไปตลอดขั้นตอน มีการใช้คำถามเชิงตรรกะเพื่อให้ชัดเจนและสามารถเชื่อมโยง ระหว่างประสบการณ์อารมณ์ทุกข์ของผู้ป่วย (Evidence counter evidence technique) การ ปรับมุมมองเกี่ยวกับตนเอง (ยูทธนา งามงามสกุลม่น, 2548) อีกทั้งเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการ

สร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ผ่านการวางแผนกิจวัตรประจำวันภายใต้การตรวจสอบทางความคิด ที่ได้จากการพัฒนาในกิจกรรมทางด้านความคิดความเชื่อ ก่อนนำไปทดลองใช้จริงในชุมชน ซึ่งเป็นทักษะสำคัญที่ขาดหายไปของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ แต่ถือเป็นทักษะที่เป็นความจำเป็นขั้นพื้นฐานในการดำเนินชีวิตของมนุษย์ในสังคมเพราะช่วยสร้างสรรค์และรักษาความสัมพันธ์ของชีวิตในสังคมให้คงอยู่ต่อไป (วาสนา จันทร์สว่าง, 2533)

**กิจกรรมที่ 5** การบำบัดโดยใช้กลยุทธ์ทางพฤติกรรมในการฝึกทักษะการปรับตัวและจัดการกับความยากลำบากต่างๆ อันเป็นผลมาจากความพร่องของสารสื่อประสาทในสมองและการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น เป็นระยะการฝึกทักษะการปรับตัวและจัดการกับความยากลำบากต่างๆ และการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นที่เป็นประสบการณ์จริงของผู้ป่วย ด้วยการนำแบบแผนกิจกรรมที่ได้นำไปทดลองใช้ ในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นจริงขณะที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ในชุมชนมา ทบทวน โดยผู้วิจัยใช้เทคนิคการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความภาคภูมิใจ และมองเห็นถึงศักยภาพของตนเองในกิจกรรมที่ทำสำเร็จ ซึ่งถือเป็นการสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ตามความเป็นจริง นอกจากนี้ยังมีการสอนให้ผู้ป่วยเรียนรู้วิธีผ่อนคลายความเครียดและกำหนดแผนการในการ ทำกิจกรรมที่เหมาะสมกับตนเองได้ ในกรณีที่ไม่สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้สำเร็จ ทั้งนี้เพื่อส่งเสริม การพัฒนาทักษะในการจัดการกับความยากลำบากต่างๆ ที่เป็นอุปสรรคในขณะดำเนินกิจกรรมใน ชีวิตประจำวันได้ (Haddock, et al.,1998 cited in Chan & Leung, 2002) โดยเป้าหมายสำคัญ ของการบำบัดในครั้งนี้ คือการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการเตรียมการหรือกำหนดวิธีการในการทำกิจกรรม เหล่านั้นด้วยตนเอง โดยเป็นกิจวัตรที่จำเพาะเจาะจงซึ่งทำให้ผู้ป่วยอยากทำ สามารถทำได้จริง ทำแล้ว สนุกหรือมีความสุข และสามารถปรับตัวต่อการเกิดความยากลำบากในระหว่างการทำกิจกรรมต่างๆ ในการดำเนินชีวิตในชุมชน

**ขั้นตอนที่ 3** การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (Maintenance and terminal Phase) ประกอบด้วย 1 กิจกรรม คือ

**กิจกรรมที่ 6** การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ประกอบด้วยกิจกรรม การทบทวนทักษะสำคัญใน แต่ละกิจกรรมเพื่อเพิ่มความมั่นใจในการนำไปใช้ระหว่างดำเนินชีวิต ประเมินปัจจัยแวดล้อมที่จะ นำมาซึ่งอุปสรรค เพื่อป้องกันความเครียดที่จะส่งผลต่อตัวผู้ป่วย ซึ่งอาจส่งผลให้มีอาการทางจิต เพิ่มขึ้น พร้อมวิธีการจัดการกับปัญหาเหล่านั้น ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และการส่งเสริม ความสามารถในการเข้าถึงแหล่งทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชน เครือข่ายสุขภาพและแหล่งสนับสนุนทาง สังคม ประสบการณ์ความสุขที่ผู้ป่วยเคยได้รับการช่วยเหลือ ส่วนสำคัญต่างๆเหล่านี้ จะคอยป้องกัน

และส่งเสริมให้เกิดการดูแลตนเอง และได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างทันท่วงทีและคอยช่วย  
ประคับประคองให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสมต่อไป

จากแนวเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานการวิจัยดังนี้

1. อาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน หลังได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม  
ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ
2. อาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมบำบัดความคิดและ  
พฤติกรรมต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

### ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) รูปแบบการศึกษา  
สองกลุ่มวัดสองครั้ง ก่อนและหลังการศึกษา (The pretest-posttest with control group design)  
เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่ออาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทใน  
ชุมชน โดยมีขอบเขตการวิจัย ดังนี้

**ประชากร** คือ ผู้ป่วยจิตเภท ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท ที่มารับบริการที่แผนก  
ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท รหัส F20  
(F20.0 – F20.9) ตามบัญชีจำแนกทางสถิติระหว่างประเทศของโรคและปัญหาสุขภาพฉบับทบทวน  
ครั้งที่ 10 (ICD-10) ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวช  
สังกัดกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขแล้วแปรในการวิจัย ประกอบด้วย

**ตัวแปรต้น** คือ โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

**ตัวแปรตาม** คือ อาการทางลบ

## คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

**ผู้ป่วยจิตเภท** หมายถึง บุคคลที่มีความผิดปกติของบุคลิกภาพ มีความผิดปกติด้านความคิด และการรับรู้ที่มีลักษณะเฉพาะ มีอารมณ์ไม่เหมาะสม สติสัมปชัญญะ และความสามารถด้านเซาว์ ปัญญามักดีอยู่แม้จะมีการสูญเสียของการนึกคิด โดยมีระยะเวลาเจ็บป่วยอย่างน้อย 6 เดือน และได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ ว่าเป็นโรคจิตเภท รหัส F20 (F20.0 – F20.9) ตามบัญชีจำแนกทางสถิติระหว่างประเทศของโรคและปัญหาสุขภาพฉบับทบทวน ครั้งที่ 10 (ICD-10)

**อาการทางลบ** หมายถึง อาการของผู้ป่วยจิตเภทที่มีการแสดงออกทางอารมณ์น้อยกว่าปกติ หน้าตาเฉยเมย ไม่ค่อยสบตา แยกตัวจากสังคม มีปัญหาในการใช้ความคิดนามธรรม การสนทนาไม่เกิดขึ้นอย่างเป็นธรรมชาติ และมีความคิดอย่างตายตัว ประเมินได้โดยแบบประเมินอาการทางลบ The Negative syndrome Scale ซึ่ง หงส์ บันเทิงสุข (2545) ปรับปรุงมาจากเครื่องมือฉบับภาษาไทย (PANSS-T) ที่ธนา นิลชัยโกวิทย์ และ คณะ (ม.ป.ป.) แปลและสร้างขึ้นจากแนวคิดของ Kay, Fiszbein & Opler (1987)

**การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม** หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลเพื่อให้การบำบัดรายกลุ่มแก่ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ ด้วยกระบวนการสร้างสัมพันธภาพ การประเมินปัญหาของตนเอง ผ่านการเรียนรู้และเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทและความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์ และความรู้สึก ที่ส่งผลต่อการเกิดอาการทางลบ และค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบหรือข้อสรุปที่บิดเบือนไม่ถูกต้องตามความจริง หรือความคิดความเชื่อที่บิดเบือนลักษณะต่างๆ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบสามารถพัฒนาตนเองสู่ความคิดใหม่ที่มีความสมเหตุสมผล ตรงตามสภาพความเป็นจริง โดยสามารถมองปัญหาหรือแปลความหมายที่มีต่อสถานการณ์ต่าง ๆ ไปในรูปแบบที่สร้างสรรค์มากขึ้นและนำไปสู่พฤติกรรมภายนอกที่พึงประสงค์ ซึ่งรูปแบบการบำบัดที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ประยุกต์มาจากรูปแบบการบำบัดเพื่อจัดการกับอาการทางลบในผู้ป่วยจิตเภทตามการศึกษาของ Turkington, Kingdon & Turner (2002) ที่พัฒนาขึ้นจากรูปแบบการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (CBT) ตามแนวคิดของ Beck et al. (1979) ประกอบด้วยการบำบัดรายกลุ่มๆ ละ 10 คน จำแนกเป็น 3 ขั้นตอน 6 กิจกรรม ใช้เวลาดำเนินการ กิจกรรมๆ ละ 60 นาที สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ติดต่อกัน 3 สัปดาห์ ดังต่อไปนี้

**ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและประเมินตนเอง (Engagement and Assessment)** ประกอบด้วย 1 กิจกรรม คือ กิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพและประเมินตนเอง หมายถึง กิจกรรมกลุ่มบำบัดเพื่อสร้างสัมพันธภาพ ด้วยการทักทายและแนะนำตัว ด้วยท่าที่อบอุ่น

จริงใจ ใช้คำพูดที่ง่ายต่อการเข้าใจ และการประเมินความคิดของตนเองจากการแสดงออกทางพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวันในขณะที่ป่วยด้วยโรคจิตเภท จากความคิดความรู้สึกในระหว่างดำเนินกิจกรรมและนำมาอธิบายแนะนำตัวเองให้ผู้อื่นทราบ และประเมินองค์ประกอบด้านความคิดเริ่มจากประเมินรูปแบบของการนึกคิดไปในทางลบและแบบแผนการแปลข้อมูล จากสถานการณ์จริงในอดีต ที่เป็นต้นเหตุของพฤติกรรมที่เป็นปัญหา

**ขั้นตอนที่ 2 การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Intervention phase)** หมายถึง ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมกลุ่มบำบัด เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทและความคิดอัตโนมัติ การค้นหาสาเหตุของความทุกข์ (distress) การเรียนรู้และวิเคราะห์เกี่ยวกับความคิดอัตโนมัติ การใช้คำถามเชิงเหตุผลหรือตรรกะ เพื่อเชื่อมโยงระหว่างประสบการณ์อารมณ์ทุกข์ของผู้ป่วยและความเชื่อของเขายึดถืออยู่ การให้ผู้ป่วยประเมินความคิดที่เกิดขึ้นโดยอาศัยหลักฐานต่างๆ ที่มาสนับสนุนและคัดค้านความคิดนั้นๆ (Evidence counter evidence technique) (ยุทธนา องอาจสกุลมั้น, 2548) การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของความคิดด้วยการได้ทดลองในรูปแบบต่างๆ และการส่งเสริมความสามารถในการพัฒนาแผนปฏิบัติการเพื่อแก้ไขปัญหาของตนเองเพื่อเป็นการช่วยในการฟื้นฟูและเสริมสร้างความมั่นใจในการดำเนินชีวิตประจำวัน

ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ได้แก่

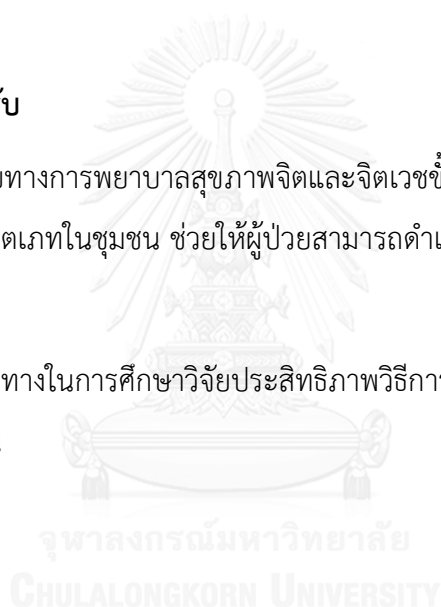
- 1) ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทและความคิดอัตโนมัติ
- 2) การฝึกวิเคราะห์เกี่ยวกับความคิดด้านลบ/ ความคิดบิดเบือนลักษณะต่างๆ ที่สัมพันธ์กับการเกิดอาการทางลบ
- 3) บำบัดโดยกลยุทธ์ทางพฤติกรรม ฝึกทักษะปรับตัวและโดยการตีความ และ ปรับความเชื่อที่บิดเบือน
- 4) บำบัดโดยใช้กลยุทธ์ทางพฤติกรรมในการฝึกทักษะการปรับตัวและจัดการกับความยากลำบากต่างๆ อันเป็นผลมาจากความพร่องของสารสื่อประสาทในสมองและการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้คน

**ขั้นตอนที่ 3 การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (Maintenance and terminal Phase)** ประกอบด้วย 1 กิจกรรม คือ กิจกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ หมายถึง ด้วยกระบวนการต่างๆ ได้แก่ การทบทวนทักษะสำคัญในแต่ละกิจกรรม การประเมินปัจจัยแวดล้อมที่จะนำมาซึ่งอุปสรรคเพื่อป้องกันความเครียดที่จะส่งผลต่อตัวผู้ป่วย การส่งเสริมความสามารถในการเข้าถึงแหล่งทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชน เครือข่ายสุขภาพและแหล่งสนับสนุนทางสังคม

**การพยาบาลตามปกติ** หมายถึง การพยาบาลตามมาตรฐานบริการผู้ป่วยนอก สถานบริการจิตเวชระดับตติยภูมิ ได้แก่ กิจกรรมคัดกรองประเมินอาการทางจิตเวชและภาวะแทรกซ้อนทางกายของผู้ที่มาใช้บริการ การสัมภาษณ์ประวัติและการวินิจฉัยปัญหา การให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้รับบริการรวมทั้ง บริการปรึกษาเรื่องยาทางจิตเวช และการประสานงานเครือข่ายในการติดตามผู้ป่วย รวมถึงการประสานการดูแลในกรณีผู้ป่วยที่มีปัญหายุ่งยาก ซับซ้อน สำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบจะได้รับการดูแลที่เน้นในเรื่องการให้คำแนะนำในการรับประทานยาอย่างถูกต้องตามเกณฑ์ และการกระตุ้นให้ทำกิจวัตรประจำวัน เพื่อพัฒนาทักษะทางสังคม

### **ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ**

1. เพื่อให้รู้รูปแบบทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูง ที่มีประสิทธิภาพในการบำบัดอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตในชุมชนได้เหมาะสมและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น
2. เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยประสิทธิภาพวิธีการพยาบาลเพื่อบำบัด อาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน





## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi- experimental Research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่ออาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัย โดยครอบคลุมเนื้อหา ดังต่อไปนี้

#### 1. ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท

- 1.1 ความหมายของโรคจิตเภท
- 1.2 สาเหตุของการเกิดโรคจิตเภท
- 1.3 ลักษณะอาการและการดำเนินของโรค
- 1.4 การบำบัดโรคจิตเภท
- 1.5 การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท

#### 2. ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

- 2.1 สภาพปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
- 2.2 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

#### 3. อาการทางลบในผู้ป่วยจิตเภท

- 3.1 ความหมายเกี่ยวกับอาการทางลบในผู้ป่วยจิตเภท
- 3.2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการทางลบในผู้ป่วยจิตเภท
- 3.3 ผลกระทบของอาการทางลบในผู้ป่วยจิตเภท
- 3.4 การประเมินอาการทางลบในผู้ป่วยจิตเภท
- 3.5 การบำบัดเพื่อลดอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
- 3.6 การพยาบาลเพื่อลดอาการทางลบในผู้ป่วยจิตเภท

#### 4. การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

- 4.1 ความหมายการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม
- 4.2 ทฤษฎีการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม
- 4.3 เทคนิคการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในการบำบัดสำหรับผู้ป่วยจิตเภท
- 4.4 ขั้นตอนการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมสำหรับผู้ป่วยจิตเภท
- 4.5 การบำบัดผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ

#### 5. โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทใน

ชุมชน

## 6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### 1. ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท

#### 1.1 ความหมายของโรคจิตเภท

คำว่า Schizophrenia เป็นคำมาจากภาษากรีกว่า “Skhizo” หมายถึงการแยกออก (Split) และ “Phren” หมายถึงจิตใจ (mind) เมื่อมารวมกัน เป็นคำว่า สคิโซฟรียีนี (Schizophrenia) จึงหมายถึงบุคคลที่มีจิตใจแตกแยก ซึ่งถูกนำมาใช้ครั้งแรกโดยจิตแพทย์ชาวสวิสชื่อ อีเจน บลูเลอร์ (EgenBlerler) เมื่อปี ค.ศ.1908 (สุนีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว, 2544) เป็นโรคที่พบบ่อยที่สุด ผู้ป่วยเริ่มมีอาการในช่วงวัยรุ่น เมื่อเป็นแล้วมักไม่หายขาด ส่วนใหญ่มีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ โดยมีอาการหลงเหลืออยู่บ้างระหว่างนั้น (มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุกนิชย์, 2555)

Sadock & Sadock (2000) ให้ความหมายของโรคจิตเภท หมายถึง โรคที่ทำให้ผู้ป่วย มีความผิดปกติด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้ มีพฤติกรรมที่ผิดปกติจากคนทั่วไป

องค์การอนามัยโลก (WHO, 2006) ได้ให้ความหมายของโรคจิตเภทว่า เป็นโรคที่มีลักษณะทั่วไป คือ มีความผิดปกติของบุคลิกภาพ มีความผิดปกติด้านความคิด และการรับรู้ที่มีลักษณะเฉพาะ มีอารมณ์ไม่เหมาะสม สติสัมปชัญญะ และความสามารถด้านเชาว์ปัญญามักติดอยู่แม้จะมีการสูญเสียของการนึกคิด โดยมีระยะเวลาการเจ็บป่วยอย่างน้อย 6 เดือน

สมภพ เรื่องตระกูล (2554) ให้ความหมายว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภท หมายถึง ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางความคิด อารมณ์การรับรู้ และพฤติกรรม เป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน โดยที่ผู้ป่วยไม่มีโรคทางกาย โรคทางสมอง หรือพิษจากยา ซึ่งเป็นสาเหตุของอาการดังกล่าว

อรพรรณ ลือบุญรัชชัย (2554) ให้ความหมายของโรคจิตเภทว่า หมายถึง โรคที่มีความผิดปกติของความคิด เป็นอาการเด่น แต่มีผลของการรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรม

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ใช้ความหมายของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ตามการจำแนกโรคของ องค์การอนามัยโลก (The 10<sup>th</sup> Edition of the Internationnal Classification Diseases: ICD10) (WHO, 2006) หมายถึง ผู้ที่มีความผิดปกติของบุคลิกภาพ มีความผิดปกติด้านความคิด และการรับรู้ที่มีลักษณะเฉพาะ มีอารมณ์ไม่เหมาะสม สติสัมปชัญญะ และความสามารถด้านเชาว์ปัญญามักติดอยู่แม้จะมีการสูญเสียของการนึกคิด โดยมีระยะเวลาการเจ็บป่วยอย่างน้อย 6 เดือน

#### 1.2 สาเหตุของการเกิดโรคจิตเภท

จากการศึกษาในปัจจุบันปัจจัยของการเกิดโรคจิตเภท อาจเกิดจากปัจจัยต่างๆ ได้แก่ ปัจจัยทางชีววิทยา (biological factors) ปัจจัยด้านครอบครัวและสังคม และปัจจัยทางจิตใจ (psychological factors) ดังนี้ (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2554; มาโนช หล่อตระกูล, 2558)

### 1.2.1 ปัจจัยทางชีววิทยา (biological factors) ได้แก่

*สารเคมีประสาทในสมอง* ได้แก่แนวคิดปัจจุบันมองว่าโรคจิตเภทเป็น brain disorder โดยมีการพบหลักฐานทางชีวภาพในด้านต่างๆ มากขึ้น เช่น (มานิต ศรีสุรภานนท์ และ จำลอง ดิษยวณิช, 2542; มาโนช หล่อตระกูล, 2548)

- มี Striatal D2 receptor เพิ่มขึ้น
- มีการกว้างขึ้น (Enlargement) ของ lateral ventricle
- มี Cortical 5-HT 2A receptors ลดลง
- มีการทำงาน (activity) ลดลงบริเวณ frontal lobes
- มีปริมาณ (volume) ลดลงของ amygdala และ hippocampus
- มีปริมาณเพิ่มขึ้นของ basal-ganglia
- เซลล์สมองบริเวณ dorsal thalamus มีจำนวนลดลง

*พันธุกรรม* จากการศึกษาพบว่าญาติของผู้ป่วยมีโอกาสเป็นโรคจิตเภทสูงกว่าประชากรทั่วไปยิ่งมีความใกล้ชิดทางสายเลือดมากยิ่งมีโอกาสเป็นสูง โรคนี้เกิดจากความผิดปกติของยีนหลายแห่งร่วมกัน ทำให้เกิดความผิดปกติในระดับเซลล์ ซึ่งส่งผลต่อการสร้าง synapse การเชื่อมโยงระหว่างเซลล์ประสาท (neuronal connectivity) และกระบวนการจัดการข้อมูลของวงจรต่างๆ ในระบบประสาท (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุขนิษฐ์, 2555)

*กายวิภาคของสมอง* ผู้ป่วยจิตเภทจำนวนหนึ่งมีความผิดปกติด้านกายวิภาคของสมอง ได้แก่ มีปริมาณเนื้อสมองน้อยกว่าปกติ โดยเฉพาะในส่วนของ cortical gray matter และมี ventricle โตกว่าปกติ ซึ่งความผิดปกตินี้จะมีความสัมพันธ์กับการมีอาการด้านลบ การตอบสนองต่อการรักษาไม่ดี และการบกพร่องทางด้าน cognition (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุขนิษฐ์, 2555)

*ประสาทสรีรวิทยา* พบว่า cerebral blood flow และ glucose metabolism ลดลงในบริเวณ frontal lobe เชื่อว่าอาการด้านลบและอาการด้าน cognitive มีความสัมพันธ์กับ prefrontal lobe dysfunction (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุขนิษฐ์, 2555)

### 1.2.2 ปัจจัยด้านครอบครัวและสังคม

สภาพครอบครัวมีผลต่อการกำเริบของโรค พบว่าครอบครัวผู้ป่วยที่อาการกำเริบบ่อยจะมีการใช้อารมณ์ต่อกันสูง (High expressed-emotion: EE) ได้แก่ การตำหนิวิพากษ์วิจารณ์ (criticism) มีท่าที่ไม่เป็นมิตร (hostility) หรือจู้จี้เกี่ยวกับผู้ป่วยมากเกินไป (emotional over involvement) ผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภทพบมากในสังคมที่มีเศรษฐกิจต่ำ ซึ่งมีสมมติฐานว่าการที่ผู้ป่วยมีอาการโรคจิตอยู่เรื่อยๆ ทำให้สถานภาพทางสังคมต่ำลงกว่าเดิม (downward drift hypothesis) หรือการที่สภาพสังคมบีบคั้นทำให้คนเป็นโรคจิตเภทมากขึ้น (social causation hypothesis )

### 1.2.3 ปัจจัยทางด้านจิตใจ (psychological factors)

จากการทบทวนพบว่าปัจจัยทางด้านจิตใจ ที่ส่งผลให้เกิดโรคจิตเภท สามารถอธิบายได้ว่าการรู้คิดที่ผิดปกติ จะเป็นตัวยึดผู้ป่วยให้อยู่ในวงจรของความพ่ายแพ้และล้มเหลว ผู้ป่วยจึงไม่ขาดความสามารถในการคิดที่จะวางแผนเป้าหมายสำหรับตนเอง (Perivoliotis & Cather, 2009) รวมถึงขาดความสามารถในการคิดที่จะเรียนรู้และเผชิญปัญหาจากความล้มเหลวที่ผ่านมาได้ (Shepard, Holcomb & Gold, 2006) ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดปัญหาเรื่อง ขาดความสนใจ ไม่สามารถแยกแยะข้อมูลต่างๆ รอบตัวได้ ขาดการริเริ่มและดำเนินการตามแผนและไม่สามารถวางแผนเพื่อเผชิญปัญหาในชีวิตได้ จนส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการแสดงที่สำคัญในเรื่องของความพร่องในการทำหน้าที่ด้านต่างๆ (Decline in functioning) ตามมา เช่น มีปัญหาเกี่ยวกับทักษะทางสังคมหรือการประกอบอาชีพที่ล้มเหลว และ เมื่อศึกษาถึงประวัติในอดีตจะพบความล้มเหลวในเรื่องต่างๆ ซ้ำๆ กัน อาทิ การศึกษา การทำงาน หรือบทบาททางสังคม สอดคล้องกับ นอกจากนี้ The Cognitive Model ของ Beck, Rector, Stolar & Grant (2009) อธิบายว่าพยาธิสภาพของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ เกิดจากการพร่องของสารสื่อประสาทสมอง (neurocognitive impairment) ทำให้ผู้ป่วยติดอยู่กับความคิดที่วนเวียนในเรื่องความล้มเหลวและพ่ายแพ้ในชีวิตซ้ำแล้วซ้ำอีก นำไปสู่การเกิดความเชื่อที่บิดเบือนซึ่งตรง หรือ แข่งขันผู้ป่วยไว้ภายใต้เกราะกำบังซึ่งเป็นกลไกทางจิต ด้วยการหลีกเลี่ยงจากผู้คนและสิ่งเร้าต่างๆ รวมถึงการแยกตัว ทั้งนี้เพื่อป้องกันไม่ให้ให้ตนเองต้องเผชิญกับความรู้สึกที่ผิดหวังไปมากกว่านี้ หรือ กล่าวอีกนัยหนึ่ง คือ อาการทางลบอาจเป็นกลยุทธ์การปรับตัวที่ไม่มีประสิทธิภาพ (maladaptive strategy) ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทใช้เป็นกลไกทางจิตเพื่อป้องกันตนเองไม่ให้เผชิญกับความเจ็บปวด (ทางใจ) ที่อาจเกิดขึ้น หรือ การถูกปฏิเสธเมื่อเข้าร่วมกิจกรรมสร้างสรรค์ต่างๆ กับผู้อื่นในสังคม

ปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัดของโรคจิตเภท เชื่อว่าเป็นกลุ่มอาการจากหลาย ๆ สาเหตุ (มาโนช หล่อตระกูล, 2558) โดยสาเหตุทางด้านจิตใจเป็นสาเหตุสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อ การแสดงออกของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ (Rector, Beck & Stolar, 2005) ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำ การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (CBT) เพื่อเข้าไปจัดการกับปัจจัยด้านจิตใจ ซึ่งเป็นสาเหตุ สำคัญจากการที่ผู้ป่วยจิตเภท มีความคิดความเชื่อที่บิดเบือนจากความจริงในลักษณะต่าง ๆ

### 1.3 ลักษณะอาการและการดำเนินของโรคจิตเภท

#### 1.3.1 ลักษณะอาการ แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มอาการ (เพียรดี เปี่ยมมงคล, 2553)

1) **กลุ่มอาการด้านบวก** มี 3 กลุ่มอาการย่อย คือ ประสาทหลอน ความหลงผิด มีการพูด และพฤติกรรมผิดปกติ มีรายละเอียดดังนี้

- **ประสาทหลอน (hallucination)** เป็นความผิดปกติของการรับรู้ หมายถึง การรับรู้ ผิดๆ ทางประสาท การรับรู้ (perception) ทั้ง 5 (ตา หู จมูก ลิ้น ผิวหนัง) โดยไม่มีสิ่งกระตุ้นจาก ภายนอก

- **ความหลงผิด (delusion)** เป็นความผิดปกติของความคิด (thought) หมายถึง การมี ความคิดที่ผิดไปจากความเป็นจริง เป็นความเชื่อผิด (false believe) ซึ่งไม่สามารถแก้ไขให้ เข้าใจถูกต้อง ได้ด้วยเหตุผล ต้องคำนึงถึงวัฒนธรรม ความเชื่อของกลุ่มบุคคลนั้นด้วย

- **มีการพูดและพฤติกรรมผิดปกติ (disorganization in speech and behavior)** ได้แก่ **มีการพูดสับสน (disorganized in speech)** เป็นความผิดปกติของกระบวนการคิดและการ แสดงออกโดยผ่านการพูด เช่น อาจจะมีการพูดไม่มีความต่อเนื่องโดยอาจจะพูดเปลี่ยนจากเรื่องหนึ่ง ไปอีกเรื่องหนึ่งซึ่งไม่เกี่ยวข้องกัน (loosening of association) หรือพูดที่เน้นการมีคำพูดที่สัมผัส สอดคล้องกันมากกว่า การมีความหมายต่อเนื่องกัน (clanging)

- **การมีพฤติกรรมผิดปกติ (grossly disorganized behavior)** ผู้ป่วยอาจจะทำ อะไรแปลกๆ ทำสิ่งต่างๆ โดยไม่มีจุดหมาย เช่น ผู้ป่วยอาจจะเดินไปเรื่อย ๆ โดยไม่มีจุดหมาย ในขณะที่เดินไปอาจจะเอามือแตะสิ่งของต่าง ๆ ที่ผ่านไปโดยไม่มีจุดหมาย หรือ มีการแต่งตัวแปลก ๆ ดู รุงรัง สะสมสิ่งของที่ไม่มีประโยชน์ หรืออาจจะยืนอยู่ในท่าใดท่าหนึ่งนานๆ

#### 2) **กลุ่มอาการทางลบ (Negative symptoms)** ได้แก่

- การแสดงออกของอารมณ์ลดลง หน้าตาเฉยเมย น้ำเสียงราบเรียบ (flat affect)
- ผู้ป่วยขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยชาลง (avolition)
- ผู้ป่วยไม่มีความสุข ความพึงพอใจในกิจกรรมต่างๆ (anhedonia)

- ผู้ป่วยพูดน้อยเนื่องจากเนื้อหาของความคิดมีน้อย (alogia)

**1.3.2 การดำเนินโรค** สามารถแบ่งออกได้เป็น อากรรนำ (Prodromal) และระยะการมีอาการโรคจิต (psychotic) การเกิดอาการโรคจิตครั้งแรก (psychotic episode) อาจจะทำบ่อยๆ เกิดขึ้นทันที ในระยะที่มีอาการโรคจิต การดำเนินโรคจะผ่านจากระยะควบคุมอาการ (acute phase) ไปสู่ระยะให้ยาต่อเนื่อง (stabilization phase) และระยะคงที่ (stable phase) โดยมีรายละเอียดในแต่ละระยะ ดังนี้ (กรมสุขภาพจิต, 2551)

1) ระยะควบคุมอาการ (acute phase) หมายถึง ระยะที่ผู้ป่วยปรากฏอาการทางจิตชัดเจน รุนแรง เป็นอันตรายต่อตัวผู้ป่วย ผู้อื่นและทรัพย์สิน ซึ่งเป็นช่วงที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบขึ้น เช่น หลงผิด ประสาทหลอน ความคิด อารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรมผิดปกติ (disorganizaed) ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม

2) ระยะให้ยาต่อเนื่อง (stabilization phase) หมายถึง ระยะที่อาการของโรคลดความรุนแรงลงอยู่ในช่วง 6 เดือน หรือมากกว่า หลังจากการรักษาในระยะควบคุมอาการ ผู้ป่วยอาการสงบ แต่ยังคงต้องได้รับยาต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการกำเริบซ้ำ

3) ระยะอาการคงที่ (stable phase) หมายถึง ระยะที่อาการผู้ป่วยคงที่ โดยอาการด้านลบหรืออาการด้านบวกที่หลงเหลืออยู่ไม่เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น แต่อาการนั้นจะมีความรุนแรงน้อยกว่าในระยะ stabilization phase อีกทั้งผู้ป่วยอาจมีอาการหลายอย่างในเวลาเดียวกัน บางรายอาจมีอาการอื่นที่ไม่ใช่อาการของโรคจิต เช่น วิตกกังวล ตึงเครียด ซึมเศร้า หรือนอนไม่หลับ

#### 1.4 การบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเภท

มานิช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์ (2555) เสนอแนวทางการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเภทไว้ ดังนี้

1.4.1 การรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล กรณีที่รับ คือ มีพฤติกรรมเป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น หรือ ก่อความเดือดร้อนรำคาญแก่ผู้อื่น มีปัญหาอื่น ๆ ที่ต้องดูแลใกล้ชิด เช่น มีอาการข้างเคียงจากการใช้ยา ที่รุนแรง หรือกรณีผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานยา หรือ มีปัญหาในการวินิจฉัย การรับไว้รักษาในโรงพยาบาลจะช่วยลดความเครียดที่มีในผู้ป่วยและครอบครัวลง ระยะเวลาเฉลี่ยโดยประมาณ 3-6 สัปดาห์

1.4.2 การรักษาด้วยยารักษาโรคจิตนั้น เป็นหัวใจของการรักษา นอกจากเพื่อควบคุมอาการ ด้านบวกแล้ว ยังสามารถลดการกำเริบซ้ำของโรคได้ พบว่า ผู้ป่วยที่กลับมามีอาการกำเริบซ้ำอยู่บ่อยๆ นั้น ส่วนใหญ่มีปัญหาจากการขาดยา การรักษานั้นอาจแบ่งออกได้เป็น 3 ช่วง ดังนี้

1) ระยะเวลาเฉียบพลัน (acute phase) เป้าหมายของการรักษาในระยะนี้คือ การลด อาการโรคจิตลง ยาขนานแรก ได้แก่ haloperidol โดยให้ขนาด 6มก./วัน หากผู้ป่วยมีอาการมาก อาจให้ 10-15 มก./วัน ร่วมกับ diazepam 5 มก. รับประทานวันละ 3-4 เวลาพร้อมไปด้วย หลังจากนั้น 2 สัปดาห์ถ้าไม่ดีขึ้น จึงปรับขนาดยา โดยทั่วไปไม่ให้ haloperidol เกิน 20 มก./วัน ถ้ามีอาการ EPS (extrapyramidal side effect) หลังให้ยา haloperidol 4-6 มก./วัน ร่วมกับ trihexyphenidyl ควรเปลี่ยนยาเป็น risperidone ขนาด 4 มก./วัน

2) ระยะเวลาทำให้คงสภาพ (stabilization phase) หลังจากที่อาการทุเลาลงบ้างแล้ว ผู้ป่วยยังต้องรับยาต่อเนื่อง เพื่อควบคุมอาการต่อไป ยารักษาโรคจิตที่ใช้ควรให้ขนาดเท่าเดิมต่อไป นาน 6 เดือน การลดยาเร็วหรือหยุดยาในช่วงนี้ อาจทำให้อาการกำเริบได้

3) ระยะเวลาการคงที่ (stable หรือ maintenance phase) เป็นช่วงที่อาการ ทุเลาลงแล้วแต่ยังคงต้องให้ยาต่อเนื่องเพื่อป้องกันมิให้กลับมามีอาการกำเริบซ้ำ ยิ่งผู้ป่วยที่มีพยากรณ์โรคที่ไม่ดี การควบคุมด้วยยายังเป็นสิ่งสำคัญ ขนาดของยา จะต่ำกว่าที่ใช้ในระยะแรก โดยทั่วไป เมื่อไม่มี อาการด้านบวกที่ชัดเจนแล้ว จะค่อยๆลดขนาดยาลงร้อยละ 20 ทุก 4-6 เดือน จนถึงขนาดต่ำสุดที่คุม อาการได้ โดยขึ้นอยู่กับผู้ป่วยแต่ละคน ขนาดยา haloperidol ที่ใช้ในระยะนี้ โดยเฉลี่ยอยู่ประมาณ 2-4 มก./วัน ในผู้ป่วยที่มีปัญหาไม่ยอมกินยาอาจใช้ยาชนิดประเภท long acting ผู้ป่วยกลุ่มที่หยุดยา หลัง 1-2 ปี แล้วไม่มีอาการกำเริบอีกนี้จัดเป็นกลุ่มที่พบน้อย โดยเป็นกลุ่มอาการที่ไม่รุนแรง หายเร็ว การพยากรณ์โรคดี ผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบครั้งที่ 2 ขึ้นไป ควรให้ยาต่อเนื่อง อย่างน้อย 5 ปี หรือ ตลอดชีวิต

1.4.3 การรักษาด้วยไฟฟ้า (electroconvulsive therapy: ECT) การรักษาด้วยไฟฟ้าใน ผู้ป่วยจิตเภทนั้น ได้ผลไม่ดีเท่าการรักษาด้วยยา โดยทั่วไปจะใช้ในกรณีผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการ รักษาด้วยยา โดยใช้ ECT ร่วมไปด้วย โดยทำ ECT สัปดาห์ละ 3 ครั้ง จำนวนทั้งหมดประมาณ 12 ครั้ง นอกจากนี้ ยังอาจใช้ในผู้ป่วยชนิด catatonic หรือผู้ป่วยที่มี severe depression ร่วมด้วย

1.4.4 การรักษาด้านจิตสังคม การรักษานี้เป็นส่วนสำคัญ เนื่องจากอาการผู้ป่วยมักก่อให้เกิด ปัญหาระหว่างตัวเขากับสังคมรอบข้าง แม้ในระยะอาการดีขึ้นบ้างแล้ว ปัญหาด้านสังคม ก็ยังคงอยู่

เช่น หากผู้รักษามีได้สนใจช่วยเหลือแก้ไข นอกจากนี้อาการบางอย่าง เช่น อาการด้านลบ หรือภาวะ  
ท้อแท้หมดกำลังใจ จึงจำเป็นยิ่งที่ผู้รักษาจะต้องคำนึงถึง ปัจจัยด้านจิตสังคมของผู้ป่วย เพื่อที่จะเข้าใจ  
และช่วยเหลือเขาได้ในทุกด้าน โดยการบำบัดทางจิตสังคมที่นิยมใช้ในผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่

1) จิตบำบัด (psychotherapy) ใช้วิธีการของจิตบำบัด ชนิดประคับประคอง  
ผู้รักษาพึงตั้งเป้าหมายตามที่เป็นจริง และผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติได้ เช่น ช่วยผู้ป่วยในการหาวิธี  
แก้ปัญหาในแบบอื่นที่เขาพอทำได้ เป็นต้น

2) การให้คำแนะนำแก่ครอบครัว (psycho education or family counseling)  
ผู้ปกครองมักเข้าใจว่า เป็นเพราะตนเลี้ยงดูไม่ดี จึงทำให้ผู้ป่วยเป็นโรคจิต เกิดความรู้สึกผิด กล่าวโทษ  
ตนเอง บางครอบครัว ใช้อารมณ์ต่อกันสูง และอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยเป็นเวลานานในแต่ละวัน ซึ่งอาจ  
กดดันผู้ป่วย การทำครอบครัวบำบัดจึงช่วยได้

3) กลุ่มบำบัด (group therapy) เป็นการจัดกิจกรรมระหว่างผู้ป่วยโดยส่งเสริมให้  
เกิดความรู้สึกว่ามีเพื่อน มีคนเข้าใจ ไม่โดดเดี่ยว มีการช่วยเหลือแก้ไขปัญหาและให้คำแนะนำแก่กัน ฝึก  
ทักษะทางสังคม เน้นการสนับสนุน ให้กำลังใจ

4) นิเวศน์บำบัด (milieu therapy) เป็นการจัดสภาพแวดล้อมในโรงพยาบาลเพื่อ  
ช่วยส่งเสริมขบวนการรักษา ประกอบด้วย การจัดกิจกรรมต่างๆ ภายในหอผู้ป่วยให้น่าอยู่ ระบบการ  
บริหารเป็นแบบให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเป็นบางส่วนผู้ป่วยต้องช่วยในกิจกรรมต่างๆ เท่าที่  
พอทำได้ เพื่อส่งเสริมความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเองของผู้ป่วย



## 1.5 การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท

การพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้ (อรพรรณ ลือบุญ รัชชัย, 2554)

### 1. การประเมินสภาพปัญหา

เน้นการศึกษา การค้นหาสภาพปัญหาของผู้ป่วยเพื่อการวิเคราะห์ระดับของพฤติกรรมและสาเหตุของพฤติกรรม ต้องรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยทุกด้านที่จะนำไปสู่การวางแผนการพยาบาลอย่างครอบคลุม

- 1) การประเมินสภาพด้านร่างกาย ประเมินบุคลิกภาพ การแต่งกาย ความสะอาด การ

ดูแล และเอาใจใส่ต่อสุขภาพตนเอง รวมถึงการรับประทานอาหาร ผู้ป่วยปฏิเสธอาหารหรือไม่ ได้รับสารอาหารและน้ำอย่างเพียงพอหรือไม่ การพักผ่อน ผู้ป่วยนอนหลับได้เพียงพอเพียงใด พยาบาลใช้ทางการสังเกตและการสัมภาษณ์ และการตรวจสอบทั่วไปเพื่อดูสุขภาพทางด้านร่างกาย

- 2) การประเมินทางด้านความคิด ผู้ป่วยมีความผิดปกติระดับใด มีอาการหลงผิด ประสาทหลอนหรือไม่ มีความคิดว่าผู้อื่นปองร้ายหรือไม่ มีระดับความรุนแรงเพียงใด ต้องได้รับการช่วยเหลือเร่งด่วน และระมัดระวังเป็นพิเศษเพียงใด

- 3) การรับรู้ของผู้ป่วย ผู้ป่วยมีการรับรู้เพียงใด มีอาการประสาทหลอนเกิดขึ้นบ้างไหม และเกิดขึ้นตอนใด มีการตอบสนองอย่างไร เพื่อกำหนดแนวทางการช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

- 4) พฤติกรรมของผู้ป่วย ผู้ป่วยแสดงออกต่ออาการทางจิตอย่างไร ส่วนใหญ่มักมีอาการย้ำคิดย้ำทำ มีอาการไม่แน่ใจ ไม่อยู่นิ่ง ระบายผู้อื่น มีพฤติกรรมกระสับกระส่ายจากอาการหลงผิด ประสาทหลอน ต้องได้รับความช่วยเหลือ

- 5) ด้านสัมพันธภาพ ผู้ป่วยแยกตัว ปฏิเสธการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น พยาบาลต้องใช้เทคนิคในการสื่อสารสร้างสัมพันธภาพ และสร้างความไว้วางใจก่อน อย่าเร่งรีบเพื่อหาข้อมูลจากผู้ป่วยเร็วไป อาจมีผลเสียในด้านความไว้วางใจ และทำให้ขาดความร่วมมือในการบำบัดขั้นต่อไป

### 2. การวินิจฉัยการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล ในผู้ป่วยจิตเภท ควรพิจารณาทั้งด้านสภาพทางร่างกาย ความคิด การรับรู้ พฤติกรรม และสัมพันธภาพ

ลักษณะของข้อวินิจฉัยการพยาบาลในผู้ป่วยจิตเภท มักมีลักษณะดังนี้

- 1) ร่างกายสกปรก ไม่สนใจดูแลสุขภาพอนามัยของตน
- 2) ขาดอาหารและน้ำ เนื่องจากปฏิเสธอาหารและระแวงว่ามียาพิษในอาหาร

- 3) เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุจากการพยายามหนีจากอาการหลงผิดและประสาทหลอน
- 4) พฤติกรรมถดถอยเนื่องจากการรับรู้เสีย
- 5) แยกตัว เนื่องจากไม่มั่นใจการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น
- 6) ไม่สามารถสื่อสารได้ดีเนื่องจากการรับรู้บกพร่อง
- 7) สับสนวุ่นวายจากอาการหลงผิดและประสาทหลอน

### 3. การวางแผนการพยาบาล

การวางแผนพยาบาลระยะสั้นและระยะยาว เน้นหลักการดังนี้

#### 3.1 การวางแผนพยาบาลระยะสั้น

- 1) การดูแลความปลอดภัย ให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย โดยเฉพาะการระวังอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นจากภาวะหลงผิด ประสาทหลอน อาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกหวาดกลัวจนมีพฤติกรรมรุนแรง
- 2) การดูแลสภาพร่างกาย ให้ผู้ป่วยได้รับ อาหาร น้ำดื่ม การพักผ่อนหลับนอน และสุขอนามัยที่ดี เนื่องจากผู้ป่วยมักหมกหมุ่นกับเรื่องของตนเองจนขาดความสนใจในสิ่งเหล่านี้
- 3) การดูแลด้านการบำบัดด้านชีวภาพ ให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างถูกต้อง และปลอดภัย สังเกตและระมัดระวังอาการที่อาจเกิดขึ้นจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา
- 4) ผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดด้วยไฟฟ้า (ECT) ต้องกำหนดแผนการพยาบาลที่เน้นการดูแลทั้งร่างกายและจิตใจ รวมถึงการฟื้นฟูสภาพ และการป้องกันอันตรายจากพฤติกรรมต่อต้านและภาวะสับสนมีนงง
- 5) การพัฒนาทักษะสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและกลุ่ม โดยการสร้างสัมพันธภาพด้วยความเข้าใจ ไว้วางใจ และสนับสนุนผู้ป่วย ให้เรียนรู้ประโยชน์และมีทักษะของการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น ทั้งรายบุคคลและเป็นกลุ่ม
- 6) พัฒนาการปรับตัว การมองตน และมองโลกในแง่ดี

**3.2 การวางแผนระยะยาว** เป็นการกำหนดแผนการพยาบาลที่เน้นการดูแลระยะยาว และต่อเนื่อง โดยครอบคลุมถึงเป้าหมายและการดำเนินชีวิตระยะยาวในอนาคต ซึ่งประกอบด้วยแผนที่ควรดำเนินการดังนี้

- 1) การดูแลตนเองด้านสุขภาพ และการบำบัดอย่างต่อเนื่อง เน้นการใช้ยาอย่างถูกต้อง เน้นการรับประทานยา การมีกิจกรรมต่างๆ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของทั้งผู้ป่วย ครอบครัวและผู้ดูแลที่บ้าน
- 2) การกำหนดแผนการดำเนินชีวิต ในครอบครัว และในสังคม อย่างเหมาะสม
- 3) การใช้แหล่งบริการด้านสุขภาพจิต และจิตเวชในชุมชน และหน่วยงานใกล้บ้าน เช่น ศูนย์บริการสุขภาพจิตเขตต่างๆ

### 3.3 กำหนดวัตถุประสงค์การพยาบาล

ทุกแผนการพยาบาล ควรระบุเป้าหมาย หรือวัตถุประสงค์ในการดูแลไว้ในลักษณะของพฤติกรรมที่ต้องการให้เกิดขึ้น และสามารถเป็นไปได้จริง โดยเน้นที่ความสอดคล้องกับข้อวินิจฉัยการพยาบาล

### 4. การปฏิบัติการพยาบาล

ปฏิบัติตามแผนการพยาบาล โดยพิจารณาปรับตามความเหมาะสม ใช้เทคนิคการพยาบาล ดังนี้

- 1) เสริมสร้างสัมพันธภาพ และความไว้วางใจ
- 2) ลดความวิตกกังวล ด้วยการยอมรับ เสนอแนะและส่งเสริมการเผชิญปัญหาที่

เหมาะสม

- 3) รักษาสมดุลด้านชีววิทยา
- 4) ใช้ความคงเส้นคงวา และชัดเจนในการติดต่อสื่อสาร
- 5) ใช้หลักสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด
- 6) นำผู้ป่วยเข้าสู่ความเป็นจริง โดยการจัดให้มีกิจกรรมบำบัดที่เหมาะสม
- 7) ระมัดระวังอันตรายที่จะเกิดกับผู้ป่วย และผู้ที่อยู่ข้างเคียงในช่วงที่ผู้ป่วยมีอาการ

รุนแรง

### 5. การประเมินผล

ในการประเมินผลการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทนั้น พยาบาลนำข้อมูลของผู้ป่วยที่ประเมินได้ ตั้งแต่เริ่มต้น จนหลังให้การพยาบาลเสร็จสิ้นแล้ว เปรียบเทียบกับเกณฑ์การประเมินผล

ผลการประเมินที่ควรพิจารณามีดังนี้

- 1) ผู้ป่วยมีความปลอดภัยจากอันตราย และอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นในภาวะไม่รู้สติ
  - 2) ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพในการบำบัดด้วยยา และการบำบัดด้าน
- ชีวภาพ
- 3) ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นได้ดีขึ้น
  - 4) ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพกับครอบครัวดีขึ้น
  - 5) ผู้ป่วยได้รับการเรียนรู้ และพัฒนาทักษะการสื่อสารกับบุคคลอื่นและสังคมดีขึ้น
  - 6) ผู้ป่วยรับรู้และมุ่งมั่นในการปฏิบัติบทบาทของตนในครอบครัวดีขึ้น
  - 7) ผู้ป่วยสามารถกลับทำงานได้ตามปกติ

## 2. ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

### 2.1 สภาพปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

จากการทบทวนวรรณกรรมพบปัญหาและผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยจิตเภทหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกลับสู่ชุมชน ดังนี้

1) *ผลกระทบที่มีต่อตัวผู้ป่วย* โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังที่ส่งผลให้เกิดความบกพร่องในการทำหน้าที่ต่างๆ ของบุคคลที่เจ็บป่วย ผลกระทบต่อผู้ป่วยพบว่ามีชื่อเสียงของ บุคลิกภาพ การรับรู้อารมณ์พฤติกรรม และมีการตัดสินใจที่ไม่เหมาะสม (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542) ผู้ป่วยจะถูกครอบงำความคิด และพฤติกรรมทั้งหมด อีกทั้งมีการตีความต้องการด้วยอาการหลงผิดต่างๆ ที่ทำให้เกิดความรุนแรงทั้งต่อตัวเองและผู้อื่นตามมาได้ (Trygstad et al., 2002) นอกจากนี้ยังเกิดการเสียมาริ ส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยมีปัญหาในด้านการปฏิบัติหน้าที่การทำงานการทำการกิจกรรมต่างๆ หรือการดำเนินชีวิตประจำวัน (Buccheri et al., 1996) ไม่สามารถปรับตัวเข้ากับสังคมและสิ่งแวดล้อม ไม่สามารถเผชิญปัญหาและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้ ต้องใช้เวลาในการรักษา ยาวนาน ก่อให้เกิดความเบื่อหน่าย ท้อถอย ทำให้ผู้ป่วยขาดความเอาใจใส่ในตนเอง ไม่ดูแลสุขภาพอนามัยส่วนบุคคลจึงเป็นปัญหาที่พบในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังเกือบทุกคน ปัญหาที่ทำให้ครอบครัวต้องเดือดร้อนในการดูแล และชุมชนก็เดือดร้อนจากการที่ผู้ป่วยมีสุขภาพอนามัยที่ไม่สะอาด (พรดลิต คำมีสินนท์, 2550) นอกจากจะส่งผลกระทบต่อด้านร่างกายแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้ป่วยอันเกิดจากสุขภาพอนามัยที่บกพร่อง การดูแลตนเองไม่เต็มที่ ต้องพึ่งพาผู้อื่น และ อาจรู้สึกที่ไม่ถูกรับจากผู้อื่น ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทที่เจ็บป่วยเป็นระยะเวลานานจะมีปัญหาด้านจิตใจเพิ่มขึ้นรู้สึกเบื่อหน่าย มีความคิดด้านลบกับตนเอง ขาดความมั่นใจ รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า รู้สึกผิด ไร้ความสามารถ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ (บุญพา ณ นคร, 2538)

2) *ผลกระทบที่มีต่อครอบครัว* การรักษาปัจจุบันมีจุดมุ่งหมายให้ผู้ผู้ป่วยกลับไปอยู่กับครอบครัวและชุมชนให้ได้มากที่สุด โดยการรักษาพยาบาลจะให้ความสำคัญกับการดูแลผู้ป่วยในฐานะผู้ป่วยนอกมากขึ้น ในขณะที่ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมในการกลับสู่สังคมเดิม แต่ครอบครัวและสังคมที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่มักมีความเชื่อ ค่านิยม ทศนคติ ความรู้ ความเข้าใจในเรื่องของความเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวชและต่อตัวผู้ป่วยที่เป็นอุปสรรคต่อบูรณาการทางสังคมของผู้ป่วย การที่สมาชิกในครอบครัวป่วยเป็นโรคจิตเภท ส่งผลกระทบต่อครอบครัวหลายๆ ด้านโดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านเศรษฐกิจ ครอบครัวต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วย การดำเนินการให้ผู้ผู้ป่วยสามารถอยู่ร่วมกับสมาชิกในครอบครัวและสังคมได้จึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง การปรับตัวระหว่างผู้ป่วย

กับสมาชิกในครอบครัวและสังคมเป็นปัจจัยสำคัญต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย การรับภาระดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นโรคเรื้อรังและใช้ระยะเวลาในการปรนนิบัติดูแลอย่างยาวนาน ญาติได้ประสบปัญหาหลายประการด้วยกัน เช่น ปัญหาทางเศรษฐกิจ การดูแลผู้ป่วยต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา และมีต้นทุนเรื่องเวลาในการดูแล การรักษาโรคจิตเภทที่เป็นโรคเรื้อรัง ญาติเสียค่าใช้จ่ายสูงมาก ญาติบางรายต้องจดทะเบียนผู้ป่วยเป็นผู้พิการทางจิตเพื่อลดค่าใช้จ่าย ปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว สมาชิกในครอบครัวบางคนไม่เข้าใจผู้ป่วยจะแสดงพฤติกรรม ตำหนิ ว่ากล่าว ข่มขู่ ผู้ดูแลต้องคอยแก้ไขปัญหายู่เสมอ ปัญหาจากพฤติกรรมของผู้ป่วย มีทั้งพฤติกรรมก้าวร้าวและเก็บตัว แจกสิ่งของเงินทองให้ผู้อื่นโดยไม่รู้ตัว ในขณะที่ผู้ป่วยมีอาการป่วย พฤติกรรมผู้ป่วยล้วนมีผลต่อผู้ดูแลทั้งสิ้น และการสูญเสียการดำเนินชีวิตประจำวันอย่างเป็นอิสระส่วนตัวของผู้ดูแล เพราะต้องคอยดูแลผู้ป่วยตลอดเวลา

กิติพัฒน์ นนทปัทมะคุณย์ (2548) พบว่าเมื่อผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน ส่วนใหญ่คือ ประมาณ 2 ใน 3 มักมีอาการกำเริบจนกลับป่วยซ้ำ (relapse) และต้องกลับเข้ามารักษาตัวในโรงพยาบาลใหม่เป็นระยะๆ ผู้ป่วยเหล่านี้จึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการดูแลช่วยเหลือจากผู้ที่ทำหน้าที่ดูแล (caregiver) โดยผู้ดูแลจะได้รับผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยหลายด้าน สอดคล้องกับ บุญวดี เพชรรัตน์ และ เขียวานาด สุวลักษณ์ (2546) ที่พบว่า การดูแลผู้ป่วยทางจิตที่ยังมีอาการและอาการแสดงคงเหลืออยู่และมีความบกพร่องในการดูแลตนเองเกือบทุกเรื่อง ส่งผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในครอบครัวอย่างมาก ทำให้สมาชิกในครอบครัวต้องปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ อีกทั้งทำให้ขาดรายได้หรือมีรายจ่ายเพิ่มขึ้น สิ่งเหล่านี้ยิ่งทำให้ญาติที่ดูแลผู้ป่วยที่บ้านรับรู้ว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นภาระ (burden) รู้สึกตึงเครียด ดังนั้น การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านจึงส่งผลโดยตรงต่อการทำหน้าที่ของผู้ดูแลผู้ป่วย รวมถึงสมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัว จากการที่ผู้ดูแลต้องเผชิญกับอาการผิดปกติของผู้ที่เป็นโรค จิตเภททั้งด้านความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม มีผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลไม่สามารถทำหน้าที่ตามบทบาทในครอบครัวได้อย่างสมบูรณ์ ความสัมพันธ์กับญาติพี่น้องห่างไปมีเวลาอยู่ร่วมกับครอบครัวน้อยลง การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนน้อยลง (เอื้ออารี สาลิกา, 2543) ทำให้ผู้ดูแลมีเวลาพบปะเพื่อนฝูงลดลง ผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจ ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทผู้ป่วย ต้องใช้ระยะเวลายาวนานในการรักษา ซึ่งผู้ที่เป็นโรคจิตเภทบางรายไม่ทำงานบ้านหรืองานประจำทำให้ผู้ดูแลเสียค่าใช้จ่ายใน ครอบครัวเพิ่มขึ้น จากค่ารักษาพยาบาลที่เป็นค่าเดินทาง ค่าใช้จ่ายส่วนตัวของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท จึงเป็นภาระหนักและยุ่งยากสำหรับผู้ดูแลที่มีฐานะทางเศรษฐกิจปานกลาง หรือต่ำ ดังเช่น การศึกษา ของ มนตรี อมรพิเชษฐ์กุล และ พรชัย พงศ์สงวนสิน (2544) ศึกษา

เรื่อง การรักษาพยาบาลผู้ป่วย จิตเภทตามการรับรู้ของครอบครัว พบว่ามีผู้ป่วยจิตเภททำให้ครอบครัวมีรายจ่ายมากขึ้นในการ รักษาพยาบาล รายได้ของสมาชิกคนอื่นๆลดลง และหลายครอบครัวต้องประสบปัญหาทางเศรษฐกิจ

3) ผลกระทบที่มีต่อสังคม ผู้ป่วยจิตเภททุกคนมีปัญหาเรื่องสัมพันธภาพกับผู้อื่น ทั้งจากผู้ป่วยเองกล่าวคือจากอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทมักแยกตัวอยู่คนเดียวไม่สนใจผู้อื่น หรือสิ่งแวดล้อม (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2544) ส่วนในด้านทางสังคมจากอาการทางจิตและสุขวิทยาที่บกพร่องเป็นผลให้คนในชุมชน มักจะเลื่องที่ จะพบปะหรือพูดคุยกับผู้ป่วย ดังนั้นในด้านสังคมจึงพบว่าผู้ป่วยจิตเภทมักถูกทอดทิ้ง หรือผู้ป่วยแยกตัวตามลำพัง ยิ่งการเจ็บป่วยเป็นระยะเวลานาน ทักษะทางการเข้าสังคม การมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นในสังคมก็ยิ่งลดลง

จากผลกระทบข้างต้นที่กล่าวมา สรุปได้ว่า ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนหากขาดการดูแลที่มีประสิทธิภาพ นอกจากส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยแล้ว ยังมีผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมรอบข้าง ทั้งครอบครัวและชุมชนที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ ซึ่งปัจจุบันผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่จะได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก และดำรงชีวิตอยู่กับครอบครัวในชุมชน และมีเป้าหมายหลัก คือ การประคับประคองบรรเทาหรือควบคุมอาการทางจิตอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอารมณ์ ความคิดและพฤติกรรมของตนเองได้อย่างเหมาะสม (กรมสุขภาพจิต, 2551) ในขณะที่ปัญหาสำคัญที่มีกพบในผู้ป่วยจิตเภทระยะเรื้อรัง คือ อาการด้านลบและอาการด้าน Cognitive จะยังคงอยู่ในระดับที่คงที่ตลอดการเจ็บป่วย ซึ่งจะบ่งบอกถึงการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้รักษาจะต้องคำนึงถึงปัจจัยด้านจิตสังคมของผู้ป่วย เพื่อที่จะได้เข้าใจและช่วยเหลือผู้ป่วยในทุกด้าน (มาโนช หล่อตระกูล, 2558)

**2.2 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน** บทบาทพยาบาลจิตเวชชุมชนมีหน้าที่เป็นผู้บำบัดทางการพยาบาลในชุมชน การบำบัดในระยะนี้เน้นการประคับประคอง บรรเทาหรือควบคุมอาการ ส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยให้สามารถใช้ชีวิตตามปกติได้ในชุมชน ให้ญาติ/ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ประสานเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (กรมสุขภาพจิต, 2551) ซึ่งประกอบด้วย

- 1) การวิเคราะห์และวินิจฉัยปัญหา ที่มุ่งเน้นการประคับประคอง บรรเทา หรือควบคุม

อาการ ส่งเสริมการฟื้นฟู ส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยให้สามารถใช้ชีวิต ทั้งผู้ป่วยในโรงพยาบาล และผู้ป่วยที่อยู่ในชุมชน เพื่อให้บรรลุถึงความต้องการของผู้ป่วย และญาติ/ผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย

### 3. อาการทางลบในผู้ป่วยจิตเภท

#### 3.1 ความหมาย

American Psychiatric Association (2000) ให้ความหมายเกี่ยวกับอาการทางลบว่า เป็นลักษณะของผู้ป่วยจิตเภทที่มีการแสดงออกจากผลทางอารมณ์อย่างจำกัด เช่น อารมณ์เรียบเฉย (affective flattening) ความคิดและการพูดที่ช้าลงหรือไม่พูดเลย (alogia) และมีลักษณะทางพฤติกรรมที่ขาดความกระตือรือร้น (avolition) ทำให้ผู้ป่วยขาดทักษะที่จำเป็นในการดำเนินชีวิตประจำวัน

กรมสุขภาพจิต (2551) ให้ความหมายเกี่ยวกับอาการทางลบว่า อาการสำคัญของผู้ป่วยที่มีอาการทางลบ ได้แก่ ผู้ป่วยจะพูดน้อย ใช้เวลานานกว่าจะตอบ เนื้อหาที่พูดมีน้อย (Alogia) การแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ป่วยลดลงอย่างมาก หน้าตาเฉยเมย ไม่ค่อยสบตา (affective flattening) ผู้ป่วยจะขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยชาลง ทำอะไรไม่นานก็เลิกทำโดยไม่มีเหตุผล (avolition) ไม่มีอาการใดที่เป็นอาการเฉพาะ อาการของผู้ป่วยอาจจะเกี่ยวข้องกับอาการทางจิตในหลายเรื่อง เช่น การรับรู้ ความนึกคิด การรับรู้ความจริง ความรู้สึก กระบวนการคิด พฤติกรรมและการตัดสินใจ ซึ่งลักษณะอาการทางจิตและพฤติกรรมเหล่านี้ส่งผลให้เกิดความบกพร่องของการทำหน้าที่ต่างๆ ของผู้ป่วยในระดับต่างกัน ซึ่งบางครั้งอาจเสื่อมถอยลงอย่างมาก มีความบกพร่องในหลายๆ เรื่อง เช่น การเรียน การดูแลตนเอง ความสัมพันธ์ทางสังคม การทำงาน เป็นต้น

มานิช หล่อตระกูล (2551) กล่าวว่า อาการทางลบเป็นอาการที่มักพบหลังจากผู้ป่วยจิตเภทป่วยมานานเป็นปีหลังจากที่ระยะโรคทุเลาลงแล้ว โดยมีอาการสำคัญ ได้แก่ อารมณ์เรียบเฉย (affective flattening) พูดน้อยหรือไม่พูด (alogia) หรือขาดความกระตือรือร้น (avolition) โดยผู้ป่วยมักแยกตัวอยู่คนเดียว ไม่ยุ่งกับใคร นิยผู้ป่วยเปลี่ยนไป เก็บตัว เฉยๆ แยกตัวเอง ไม่ค่อยแสดงออก หรือไม่มีกิจกรรมที่สนุกสนาน (asociality) หรือเป็นคนขี้เกียจ

Kay, Fiszbein & Opler(1987) กล่าวว่า อาการทางลบ คือ อาการที่ขาดไปจากสภาพปกติ และมีลักษณะอาการดังต่อไปนี้

1) การแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ (Blunted affect) หมายถึง การแสดงการตอบสนองทางอารมณ์น้อยกว่าปกติ ซึ่งแสดงออกทางสีหน้า การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์และท่าทางการสื่อสารน้อยกว่าที่ควรจะเป็น

2) การแยกตัวทางอารมณ์ (Emotion withdrawal) คือ การขาดความสนใจและความรู้สึกเกี่ยวข้อง รวมทั้งไม่มีความรู้สึกผูกพันทางอารมณ์กับเหตุการณ์ต่างๆในชีวิต

3) มนุษย์สัมพันธ์บกพร่อง (Poor rapport) คือ การขาดความสามารถในการเข้าใจคนอื่น ไม่สามารถเปิดตนเองในการพูดคุย ไม่สามารถแสดงความรู้สึกใกล้ชิด ความสนใจ

4) อาการแยกตัวจากสังคม (Passive/apathetic social withdrawal) คือ การมีความสนใจและการริเริ่มที่จะมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมลดลง เนื่องจากมีลักษณะเฉื่อยชา ไร้อารมณ์ ขาดพลัง หรือแรงผลักดันภายในทำให้การมีส่วนร่วมในความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นลดลงและละเลยการทำกิจกรรมต่างๆในชีวิตประจำวัน

5) มีปัญหาในการใช้ความคิดนามธรรม (Difficulty in abstract thinking) มีความบกพร่องในการคิดแบบนามธรรม ซึ่งแสดงออกโดยมีปัญหาในการจัดหมวดหมู่ การสรุปเป็นกฎเกณฑ์โดยทั่วไป และการแก้ปัญหาที่ต้องใช้ความคิดระดับสูง

6) การสนทนาไม่เกิดขึ้นอย่างเป็นธรรมชาติ (Lack of spontaneity and flow of conversation) คือ การมีกระคำพูดช้าลงกว่าปกติ ซึ่งสัมพันธ์กับการไร้อารมณ์ การขาดแรงกระตุ้นจากภายใน การระมัดระวังตนหรือบกพร่องของการรับรู้ แสดงออกโดยมีกระแสดำพูดที่สิ้นไหลอย่างต่อเนื่องน้อยลงและได้เนื้อหาในการติดต่อสื่อสารน้อยกว่าปกติ

7) การคิดอย่างตายตัว (Stereotyped thinking) คือ ความคิดที่ขาดความสิ้นไหล ความเป็นอิสระ เป็นธรรมชาติและความยืดหยุ่น ซึ่งแสดงออกโดยการมีความคิดที่ตายตัว คิดซ้ำซ้ำ หรือมีความคิดว่างเปล่าไม่ค่อยมีเนื้อหาความคิด

จากความหมายดังกล่าวสรุปได้ว่า อาการทางลบเป็นอาการที่ขาดไปจากสภาพปกติ เป็นลักษณะของผู้ป่วยจิตเภทที่มีการแสดงออกทางอารมณ์อย่างจำกัด เช่น อารมณ์เรียบเฉย (affective flattening) ความคิดและการพูดที่ช้าลงหรือไม่พูดเลย (alogia) และมีลักษณะทางพฤติกรรมที่ขาดความกระตือรือร้น (avolition) ทำให้ผู้ป่วยขาดทักษะที่จำเป็นในการดำเนินชีวิตประจำวัน

### 3.2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท



จากการทบทวนวรรณกรรม พบมีหลายแนวคิดที่อธิบายถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการทางลบ สรุปได้ดังนี้

3.2.1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการทางลบโดยทฤษฎีชีวภาพ(Biological factors) โดยอธิบายถึง ลักษณะทางกายภาพสมอง มีดังนี้

Walker et al. (1996) กล่าวว่า อาการทางลบในผู้ป่วยจิตเภทเกิดจากความผิดปกติเชิงโครงสร้างในสมอง เช่น การขยายของสมองส่วน Ventricles ซึ่งเป็นความต่อเนื่องของความผิดปกติของเกี่ยวกับระบบประสาทสั่งการตั้งแต่วัยอยู่ในช่วงวัยเด็ก

Bunney (1999) กล่าวว่า อาการทางลบในผู้ป่วยจิตเภทเกิดจากการเสื่อมสภาพของเซลล์ในระหว่างตั้งครรภ์ และการแบ่งเซลล์ที่ผิดปกติในช่วงวัยรุ่น ส่งผลให้เกิดความพร่องของสารสื่อประสาทในสมอง จนไม่สามารถทำงานได้เต็มที่ นำมาซึ่งการประมวลผลและการรู้คิดที่ผิดปกติ

มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์ (2555) เสนอว่าอาการทางลบมีส่วนเกี่ยวข้องกับ ความผิดปกติทางโครงสร้างของสมองในลักษณะต่างๆ ได้แก่ มีปริมาณเนื้อสมองน้อยกว่าปกติ โดยเฉพาะในส่วนของ cortical gray matter และมี ventricle โตกว่าปกติ รวมถึงการมี cerebral blood flow และ glucose metabolism ลดลงในบริเวณ frontal lobe เป็นต้น

3.2.2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการทางลบโดยทฤษฎีทางจิตสังคม มีดังนี้

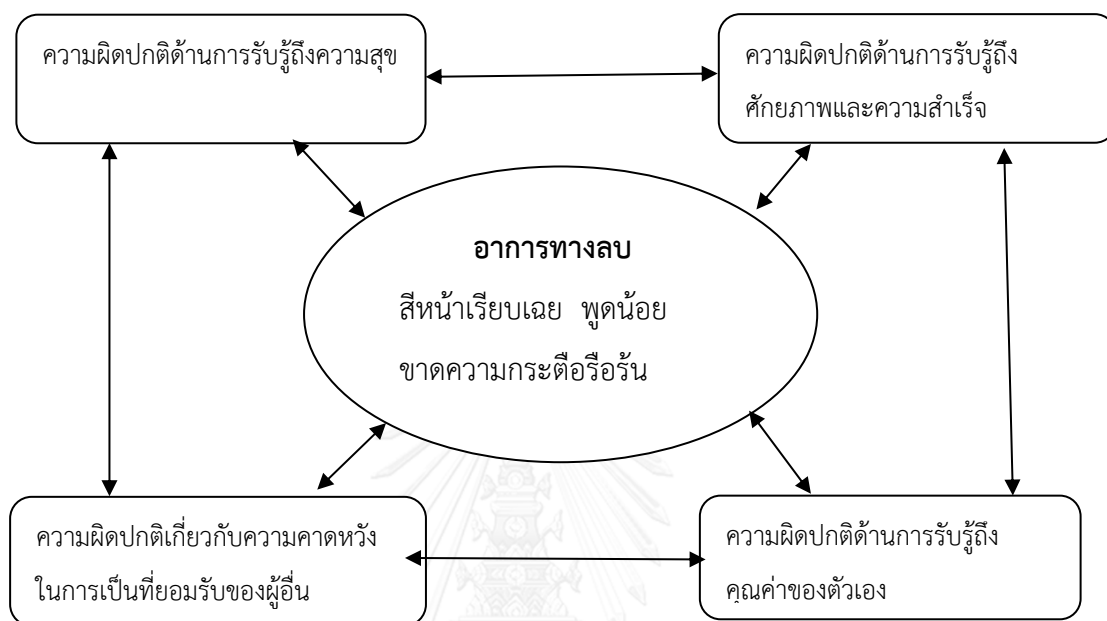
Baker (1989) พบว่า ร้อยละ 80 ของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ซึ่งเป็นผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง รักษาไม่หายขาด และทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกสูญเสียได้หลายประการ เช่น สูญเสียความมีสุขภาพอนามัยที่ดี สูญเสียการควบคุมหน้าที่ของร่างกาย สูญเสียบทบาท ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและสัมพันธ์ภาพในสังคม การสูญเสียดังกล่าวอาจทำให้ผู้ป่วยท้อแท้ เบื่อหน่ายและสิ้นหวังได้ทำให้ง่ายเพิ่มความไม่ใส่ใจในการบำบัดรักษาตนเองซึ่งเป็นลักษณะสำคัญของอาการทางลบในผู้ป่วยจิตเภท

Beck (2012) กล่าวว่า อาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทมีความสัมพันธ์ทางบวกกับชุดของความคิดด้านลบหรือความคิดความเชื่อที่บิดเบือนลักษณะต่างๆ

Perivoliotis & Cather (2009) กล่าวว่า การรู้คิดที่ผิดปกติ เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถหลุดพ้นจากความคิดที่วนเวียนอยู่กับความล้มเหลวและพ่ายแพ้ในชีวิตที่ซ้ำแล้วซ้ำอีก ซึ่งนำไปสู่การเกิดความคิดที่บิดเบือนซึ่งมีความสัมพันธ์กับอาการทางลบในผู้ป่วยจิตเภท

Rector, Beck & Stolar (2005) กล่าวว่า การรู้คิดที่ผิดปกติ/ความเชื่อที่บิดเบือน เช่น มีความคาดหวังต่ำในเรื่องความพึงพอใจ การประสบความสำเร็จและการยอมรับ การรับรู้ว่ามี

ทรัพยากรจำกัดและความเชื่อด้านลบเกี่ยวกับความสามารถของตนเองรวมถึงการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม มีความสัมพันธ์กับอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท ทำให้ผู้ป่วยมีการแยกตัวและหลีกเลี่ยงจากผู้คนซึ่งถือเป็นลักษณะเด่นของการเกิดอาการทางลบ สามารถอธิบายเป็นรูปแบบ ดังต่อไปนี้



ภาพแสดงความสัมพันธ์ของแบบแผนความคิดที่ผิดปกติหรือความเชื่อที่บิดเบือนต่อการเกิดอาการทางลบ (Rector, Beck & Stolar, 2005)

ความเชื่อ	พฤติกรรม	อาการทางลบ
มันจะดีกว่าถ้าฉันไม่แสดงออกทางสีหน้า	ทำใบหน้าเฉยเมย	ลดการติดต่อสื่อสารกับผู้อื่น หน้าตาเรียบเฉย (affective flattening)
ฉันไม่รู้จะพูดอะไร และฉันไม่รู้ว่าสิ่งที่พูดไปถูกต้องรึป่าว	ไม่เข้าร่วมกิจกรรมที่ต้องมีการสื่อสาร	พูดน้อย หรือไม่พูดเลย (alogia)
ไม่มีที่ไหนที่ทำให้ฉันมีความสุขเลย	ปฏิเสธการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม	แยกตัว (asociality)
ฉันไม่มีศักยภาพพอที่จะสามารถผ่านสิ่งต่างๆเหล่านี้ไปได้	ไม่เข้าร่วมกิจกรรมที่ต้องมีการใช้ความสามารถ	ท้อเหี่ยว ขาดความกระตือรือร้น (avolition)

ตารางแสดงตัวอย่างความสัมพันธ์ของแบบแผนความคิดที่ผิดปกติหรือความเชื่อที่บิดเบือนต่อการเกิดอาการทางลบแบบต่างๆ (Rector, Beck & Stolar, 2005)

จากตารางข้างต้น อธิบายถึงความสัมพันธ์ของแบบแผนความคิดที่ผิดปกติหรือความเชื่อที่บิดเบือน นำไปสู่การแสดงออกทางพฤติกรรมที่ผิดปกติ และมีส่วนสัมพันธ์ต่อการแสดงอาการทางลบตามลักษณะความเชื่อ ในแต่ละรูปแบบ

### 3.3 ผลกระทบของอาการทางลบในผู้ป่วยจิตเภท

ปัจจุบันผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ จะดำรงชีวิตอยู่กับครอบครัวตามนโยบายซึ่งเน้นการดูแลที่บ้านและในชุมชนของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข และจากการศึกษาในต่างประเทศของ Hefner et al. (1999) และ Robert (2006) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จะมีอาการทางลบสูงถึง 30-50% สอดคล้องกับผลการศึกษาในประเทศไทยของ เวนิช บุราชรินทร์ (2544) พบว่าผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลเฉพาะทางจิตเวชในเขตกรุงเทพมหานคร และปริมณฑล มีอาการทางลบประมาณ 31.5% ซึ่งจากลักษณะเด่นของอาการได้แก่ ผู้ป่วยจะพูดน้อย ใช้เวลานานกว่าจะตอบ เนื้อหาที่พูดมีน้อย (Alogia) การแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ป่วยลดลงอย่างมาก หน้าตาเฉยเมย ไม่ค่อยสบตา (affective flattening) ขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยชาลง ทำอะไรไม่นานก็เลิกทำโดยไม่มีเหตุผล (avolition) ไม่มีอาการใดที่เป็นอาการเฉพาะ อาการของผู้ป่วยอาจจะเกี่ยวข้องกับอาการทางจิตในหลายเรื่อง เช่นการรับรู้ ความนึกคิด การรับรู้ความจริง ความรู้สึก

กระบวนการคิด พฤติกรรมและการตัดสินใจ ซึ่งลักษณะอาการทางจิตและพฤติกรรมเหล่านี้ส่งผลให้เกิดความบกพร่องของการทำหน้าที่ด้านต่างๆ ของผู้ป่วย โดยความบกพร่องนี้อาจเกิดขึ้นในระดับต่างๆ กัน ซึ่งบางครั้งอาจเสื่อมถอยลงอย่างมาก มีความบกพร่องในหลายๆ เรื่อง เช่น การเรียน การดูแลตนเอง ความสัมพันธ์ทางสังคม และนำมาซึ่งผลกระทบมิติต่างๆ ดังต่อไปนี้

1. ด้านตัวผู้ป่วย เกิดผลกระทบที่มาจากความพร่องของความสามารถในการทำหน้าที่ด้านต่างๆ จากเหตุผล 3 ประการ คือ

1) มีข้อจำกัดหรือความบกพร่องทางร่างกาย หรือการทำหน้าที่ของอวัยวะ ซึ่งมีผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง ไม่นุ่งผ้า ไม่ทำงาน ไม่อาบน้ำ เนื้อตัวสกปรก ร้อนเหนียวเดินเก็บขยะ เกิดภาวะซึมเศร้า และบางรายถึงกับฆ่าตัวตาย (สเปญ อุนองค์, 2551)

2) ปัญหาความบกพร่องทางความคิดสติปัญญา หรือ ความเป็ยงเบนของพฤติกรรม ส่งผลให้ผู้ป่วยมีปัญหาด้านจิตใจเพิ่มขึ้นรู้สึกเบื่อหน่าย มีความคิดด้านลบกับตนเองขาดความมั่นใจ รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า รู้สึกผิด ไร้ความสามารถช่วยเหลือตนเองไม่ได้ และมักมีความสับสนเกี่ยวกับเอกลักษณ์ของตนเองเมื่อผู้ป่วยโรคจิตออกจากโรงพยาบาลกลับสู่ชุมชนสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วย เช่น เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน เมื่อรับรู้ว่าคุณเองเคยเป็นโรคจิตมาก่อนอาจมีความรู้สึกไม่ยอมรับในตัวผู้ป่วย หรือยังมีความรังเกียจ และไม่เชื่อว่าผู้ป่วยจะทำประโยชน์ได้ อาจแสดงท่าทีออกมาให้ผู้ป่วยเห็น ทำให้ผู้ป่วยเกิดความสะเทือนใจมากขึ้น (บุญพา ณ นคร, 2538) มีความวิตกกังวลสูง รู้สึกไม่เป็นสุข เก็บกดอารมณ์ และความรู้สึกตนเอง ไม่กล้าแสดงความคิดเห็นหรือความต้องการที่แท้จริงของตนเอง ออกมาท้วงติงต่อคำวิพากวิจารณ์จากบุคคลอื่น กลัวการตัดสินใจของบุคคลอื่นที่มีต่อตนเอง (Watson & Bell, 1990)

3) มีการเปลี่ยนแปลงสภาวะอารมณ์และความรู้สึก (โปรยทิพย์ กสิพันธ์, 2541) เช่น การแสดงออกทางด้านอารมณ์ลดลงมาก หน้าตาเฉยเมย ไม่ค่อยสบตาแม้ว่าบางครั้งอาจยิ้มหรืออารมณ์ดีบ้าง แต่โดยรวมแล้วการแสดงออกลดลงมาก ไม่มีกิจกรรมที่สนุกสนาน เก็บตัว ไม่ค่อยแสดงออก หรือไม่คบหาสมาคมกับใคร ใครชวนไปไหนมักปฏิเสธ (WHO, 2002)

2. ด้านสังคม ผู้ป่วยจิตเภททุกคนมีปัญหาเรื่องสัมพันธภาพกับผู้อื่น ทั้งจากผู้ป่วยเอง กล่าวคือจากอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทมักแยกตัวอยู่คนเดียวไม่สนใจผู้อื่นหรือสิ่งแวดล้อม (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2544) ส่วนในด้านทางสังคมจากอาการทางจิตและสุขวิทยาที่บกพร่องเป็นผลให้คนในชุมชน มักจะเลียงที่จะพบปะหรือพูดคุยกับผู้ป่วย ดังนั้นในด้าน

สังคมจึงพบว่าผู้ป่วยจิตเภทมักถูกทอดทิ้ง หรือผู้ป่วยแยกตัวตามลำพัง ยิ่งการเจ็บป่วยเป็นระยะเวลานานทักษะทางการเข้าสังคม การมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นในสังคมก็ยิ่งลดลง

### 3. ด้านจิตวิญญาณ การเจ็บป่วยทางจิตนอกจากจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยด้านร่างกาย

ด้านจิตใจ ด้านสังคมแล้ว ยังส่งผลต่อความคิด ความเชื่อและการมองตนเอง ของผู้ป่วย กล่าวคือ การเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นระยะเวลานานอาจทำให้ผู้ป่วยรับรู้สภาวะสุขภาพของตนเองว่าเป็นผู้ด้อยสมรรถภาพ คิดว่าตนเองไร้ค่า ขาดความมั่นใจในตนเองถูกสังคมรังเกียจ ไม่ได้รับการยอมรับเกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้ซึมเศร้า ไม่สนใจต่อการดูแลสุขภาพตนเอง (Taylor, 1994; วัชรภรณ์ อุทัยภาค และจันทร์เพ็ญ สุทธิชัยโชติ, 2542) สอดคล้องกับการศึกษาของ Baker (1989) พบว่า ร้อยละ 80 ของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ซึ่งเป็นผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง รักษาไม่หายขาด และทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกสูญเสียได้หลายประการเช่น สูญเสียความมีสุขภาพอนามัยที่ดีสูญเสียการควบคุมหน้าที่ของร่างกาย สูญเสียบทบาท ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและสัมพันธภาพในสังคม การสูญเสียดังกล่าวอาจทำให้ผู้ป่วยท้อแท้ เบื่อหน่ายและสิ้นหวังได้ทำให้ง่ายเพิ่มความไม่ใส่ใจในการบำบัดรักษาตนเอง อันเป็นผลทำให้อาการทางจิตกำเริบได้ง่ายรวมทั้งการสูญเสียที่กล่าวมาเมื่อระยะเวลาผ่านไป การเจ็บป่วยเรื้อรังยาวนาน ทำให้ยากต่อการบำบัดรักษามากขึ้น

### 3.4 การประเมินอาการทางลบ

ได้มีการพัฒนาเครื่องมือต่างๆ เพื่อประเมินอาการทางลบ ดังนี้

Andresen (1989) ได้ใช้เครื่องมือ Scale for the Assessment of Negative Symptom (SANS) ประเมินลักษณะอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท 5 ลักษณะอาการคือ การแสดงออกทางอารมณ์ (affect) การขาดความสามารถในการใช้ความคิด (alogia) ความรู้สึกไร้พลัง เฉยเมย (Avolition) ความรู้สึกขาดความสุขหรือความยินดีกับกิจกรรมต่างๆ (anhedonia) การไม่สามารถมีสมาธิในการสนใจกิจกรรมต่างๆ (attention impairment)

Kay, Fiszbein & Opler (1987) ได้สร้างเครื่องมือ Positive and Negative ที่ได้รับการวินิจฉัยมาแล้วว่ามีอาการ Positive และ Negative มากน้อยเพียงใด ในขั้นต้น PANSS ได้พัฒนาขึ้นโดยดัดแปลงจากเครื่องมือวัดทางจิตเวช 2 ชุด คือ Brief Psychiatric Rating Scale (Overall & Gorham, 1962) และ Psychopathology Rating Schedule (Singh & Kay, 1975) โดยเลือกเอาข้อความคำถามต่างๆ ที่บ่งถึงกลุ่มอาการ Positive และ Negative ของโรคจิตเภทได้ดีที่สุดมาไว้ใน PANSS เกณฑ์การให้คะแนนมี 7 ระดับซึ่งมีความแตกต่างกันเป็นขั้นๆ อย่างสม่ำเสมอ ได้มีการทดลองใช้ในผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยตาม DSM-III จำนวน 101 คน การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของเครื่องมือมีความสอดคล้องภายใน (internal consistency) ดี ตั้งแต่ .73 ถึง .83

ธนา นิลชัยโกวิทย์และคณะ (ม.ป.ป.) ได้ทำการแปล PANSS เป็นภาษาไทย หลังจากนั้นได้นำมาดัดแปลงแก้ไขและเรียบเรียงให้เหมาะสม มีการฝึกใช้ PANSS ทั้งฉบับภาษาไทยและภาษาอังกฤษเพื่อทดสอบหา inter-rater reliability โดยการให้คะแนนผู้ป่วยจากวิดีโอที่บันทึกตามวิธีและหลักเกณฑ์มาตรฐานที่ Kay และคณะกำหนดไว้ (Kay, Opler & Lindenmayer, 1988) โดยถือว่าความแตกต่างระหว่างคะแนนที่ให้ในช่วง 1 คะแนนถือว่ามีความเห็นตรงกัน ส่วนการคิด inter-rater reliability นั้น Kay กำหนดให้ใช้ percent of agreement จากการให้คะแนนในจำนวนทั้งหมด 30 ข้อ ไม่ต่ำกว่า 0.70 และเสนอว่าควรได้ไม่น้อยกว่า 0.80 จึงจะอยู่ในเกณฑ์ที่น่าพอใจ การทดสอบค่าความเชื่อถือได้ PANSS ฉบับภาษาไทยทำโดยการเปรียบเทียบ inter-rater reliability ของผู้วิจัย 4 ราย (2 คู่) เมื่อให้คะแนนโดยใช้ PANSS ทั้งฉบับภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ในผู้ป่วย 10 ราย อยู่ในเกณฑ์ใกล้เคียงกัน และไม่มี ความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความตรงของ PANSS ฉบับภาษาไทยทำโดยการหา Criterion validity คือ การเปรียบเทียบคุณสมบัติเชิงการวัดของ PANSS ฉบับภาษาไทย ส่วนอีกคู่หนึ่งใช้ PANSS ฉบับภาษาอังกฤษ ซึ่งพบว่าไม่มีความแตกต่างในเชิงสถิติของค่าเลขคณิตและความเบี่ยงเบนมาตรฐาน ซึ่งใน PANSS ฉบับภาษาไทย ประกอบด้วย การประเมินลักษณะอาการทางลบ 7 อาการ คือ การแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ (Blunted affect) การแยกตัวทางอารมณ์ (Passive/apathetic social withdrawal) มีปัญหาในการใช้ความคิดนามธรรม (Difficulty in abstract thinking) การสนทนาไม่เกิดขึ้นอย่างเป็นธรรมชาติ (Lack of spontaneity and flow of conversation) และการคิดอย่างตายตัว (Stereotyped thinking)

หงษ์ บันเทิงสุข (2545) ปรับปรุงเครื่องมือการประเมินอาการทางลบจากโครงสร้างเนื้อหา ของ Positive and Negative Syndrome Scale ฉบับภาษาไทย (PASS-T) ที่ ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ (ม.ป.ป.) แปลและสร้างขึ้นจากแนวคิด Kay, Fiszbein & Opler (1987) ซึ่งประกอบด้วย การประเมินลักษณะอาการทางลบ 7 อาการ แต่มีข้อคำถามทั้งหมด 13 ข้อ คือ การแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ (Blunted affect) 2 ข้อ การแยกตัวทางอารมณ์ (Emotional withdrawal) 2 ข้อ มนุษย์สัมพันธ์บกพร่อง (Poor rapport) 2 ข้อ อาการแยกตัวจากสังคม (Passive/apathetic social withdrawal) 2 ข้อ มีปัญหาในการใช้ความคิดนามธรรม (Lack of spontaneity and flow of conversation) 2 ข้อ และการคิดตายตัว (Stereotyped thinking) 1 ข้อ ประเมินโดยการอาศัยการสังเกตและการสัมภาษณ์ จากผู้ป่วย แล้วให้คะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนด ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .71 และได้ค่าความเที่ยงจากวิธี inter-rater reliability เท่ากับ .84 จะเห็นได้ว่าจากการประเมินอาการทางลบนั้นสามารถประเมินได้ โดยใช้วิธีการประเมินทั้งจากการสังเกตและ

สัมภาษณ์จากผู้ป่วยโดยตรงหรือการสัมภาษณ์จากญาติและเจ้าหน้าที่ที่ดูแลผู้ป่วยจะเห็นได้ว่าการประเมินอาการทางลบนั้นสามารถประเมินได้ โดยการประเมินทั้งจากการสังเกตและสัมภาษณ์จากผู้ป่วยโดยตรงหรือการสัมภาษณ์จากญาติและเจ้าหน้าที่ที่ดูแลผู้ป่วย

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ใช้ใช้แบบประเมินอาการทางลบ ในผู้ป่วยจิตเภทจากการศึกษาของ หงษ์ บันเทิงสุข (2545) ที่ปรับปรุงเครื่องมือการประเมินอาการทางลบจากโครงสร้างเนื้อหาของ Positive and Negative Syndrome Scale ฉบับภาษาไทย (PASS-T) ที่ ธนา นิลชัยโกวิทย์และคณะ (ม.ป.ป.) แปลและสร้างขึ้นจากแนวคิด Kay, Fiszbein & Opler (1987) มีข้อคำถามทั้งหมดเพียง 13 ข้อ และมีความครอบคลุมในส่วนของเนื้อหาที่เฉพาะเจาะจงการประเมินอาการทางลบในผู้ป่วยจิตเภท ทั้ง 7 ตามลักษณะอาการทางลบในผู้ป่วยจิตเภทจึงเหมาะสมที่จะนำมาใช้ในการประเมินอาการทางลบในผู้ป่วยจิตเภท ในการวิจัยครั้งนี้

### 3.5 การบำบัดเพื่อลดอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ปัจจุบันมีการบำบัดเพื่อลดอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน สรุปได้ดังนี้

3.5.1 การรักษาด้วยยารักษาโรคจิต ซึ่งเป็นหัวใจของการรักษา (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2555) ยาปัจจุบันที่นำมารักษาผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ ยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่ เช่น โคลซาพิน ริสเพอริโดน โดยจะออกฤทธิ์ปิดกั้น การทำงานของสารสื่อประสาท ทั้งโดปามีน และซีโรโทนิน ซึ่งจะเหมาะกับผู้ป่วยที่มีกลุ่มลักษณะทางบวก หรืออาการลบหลงเหลืออยู่หรือมีผลข้างเคียงจากการใช้ยารักษาโรคจิตจากตัวอื่นๆ เช่น การเคลื่อนไหวผิดปกติ ข้อดีของยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่นี้ คือ ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ประสิทธิภาพดีเท่ากับหรือดีกว่ายากลุ่มแรก อาการข้างเคียงต่อการเคลื่อนไหวผิดปกติ จะน้อยลง และลดอัตราการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยได้

3.5.2 การบำบัดทางจิตสังคม จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในและต่างประเทศพบรูปแบบการบำบัดทางจิตสังคม ที่มีการนำมาใช้เพื่อแก้ไขอาการทางลบในผู้ป่วยจิตเภท สรุปได้

*การพยาบาลแบบองค์รวม* เป็นการรวมกลุ่มของบุคคลที่มีประสบการณ์ หรือมีปัญหาเดียวกัน มาแลกเปลี่ยนปัญหาของตนกับผู้อื่น(joining) มีการช่วยเหลือกันและยอมรับซึ่งกันและกัน(Accept) มีการให้ความรู้ข้อมูลข่าวสารที่สมาชิกในกลุ่มสนใจร่วมกัน โดยอาศัยแนวคตสนับสนุน(Support group) เพื่อให้การสนับสนุนซึ่งกันและกันในดารเรียนรู้ทักษะในการดูแลตนเอง ทักษะในการจัดการกับปัญหา (prolem solving) เพื่อช่วยให้เกิดการปรับตัวต่อปัญหาต่างๆ ที่มีผลกระทบต่อกรดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้สมาชิกมีทักษะการสื่อสารภาวะทางสังคม สามารถดำเนินกิจวัตร

ประจำวันต่างๆ ได้และใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ส่งผลให้อาการทางลบลดลง จากการศึกษาของ อัญชลี ศรีสุพรรณ (2547)

*กลุ่มสนับสนุนครอบครัว* การสนับสนุนกลุ่มครอบครัวและผู้ดูแลทำให้สมาชิกเกิดความรู้สึกเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน สามารถนำประสบการณ์หรือปัญหาคล้ายๆกัน มาแลกเปลี่ยนร่วมกันให้เกิดการช่วยเหลือและสนับสนุนซึ่งกันและกัน ได้คิด วิเคราะห์ ได้พูดคุย บอกความรู้สึก ความต้องการของตนเอง บอกความรู้สึก ความต้องการของตนเอง ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลเกิดความเข้าใจกันมากขึ้น สามารถลดความขัดแย้งกันภายในครอบครัว และเป็นการพัฒนาความมีคุณค่าในตนเองให้กับผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล อติญา โพธิ์ศรี และเพ็ญพักตร์ อุทิศ (2551)

*Befriending (BF)* เป็นการบำบัดด้วยวิธีการสร้างสัมพันธ์ภาพด้วยการให้ความใกล้ชิดและการสร้างการปฏิบัติด้วยความเป็นมิตร มุ่งเน้นที่การรู้สึกมีส่วนร่วม การเห็นอกเห็นใจและการดำเนินต่างๆ แบบไม่นำทาง (nondirective) โดยแต่ละครั้งที่ทำกลุ่มจะประกอบด้วยกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับงานอดิเรก กีฬาและงานในปัจจุบัน ซึ่งผลการศึกษาของ Sensky et al. (2000) พบว่าหลังได้รับการบำบัดด้วย BF ผู้ป่วยจิตเภทมีคะแนน SANS (Scale for the Assessment of Negative symptoms) ลดลง และอาการของผู้ป่วยดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

*Supportive counseling (SC)* เป็นการเตรียมการช่วยเหลือทางด้านอารมณ์ ด้วยการสร้างสัมพันธ์ภาพด้วยความเป็นมิตรและไม่มีเงื่อนไขกับผู้ป่วย โดยผู้บำบัดมีการใช้ทักษะในการให้คำปรึกษาในรูปแบบต่างๆ เพื่อให้เกิดผลดีในการทำกลุ่ม เป็นการปฏิบัติกับผู้ป่วยด้วยความอบอุ่น ด้วยความเห็นอกเห็นใจ โดยใช้ทักษะต่างๆ เช่น การฟัง การสะท้อนให้เห็นถึงปัญหา การสรุปประเด็นต่างๆ หลังการบำบัดพบว่า คะแนนเฉลี่ยของการเปลี่ยนแปลงของอาการทางลบเปลี่ยนไปในทางที่ดีขึ้น (Lewis et al., 2002)

*Cognitive Behavioral Therapy (CBT)* พบว่ามีการนำรูปแบบการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (CBT) มาใช้ในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ เช่น การศึกษาของ Lewis et al. (2002) ซึ่งให้การบำบัดในรูปแบบนี้โดยใช้เวลาทั้งหมดภายใน 5 สัปดาห์ของการรักษา หลังการบำบัดพบว่า ค่า Psychotic Symptom Rating Scale ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ

### 3.6 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ

อาการด้านลบนั้นพบได้ในทุกระยะของโรค แต่จะพบบ่อยในระยะหลังของโรค ซึ่งผู้ป่วย



จะทุเลาจากอาการหลงผิดประสาทหลอนบ้างแล้ว ญาติจะบอกว่าผู้ป่วยมักนั่งอยู่เฉยๆ ไม่ทำอะไร ไม่สนใจโลกภายนอก การเข้าสังคมลดลงมาก (มาโนช หล่อตระกูล, 2558) การพยาบาลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมแยกตัวจากสังคม (Social isolation) มีดังนี้ (เพียรดี เปี่ยมมงคล, 2553)

3.6.1 พยาบาลต้องตระหนักว่า ถึงแม้ผู้ป่วยจะมีลักษณะที่แสดงออกมาว่า แยกตัวเองไม่ชอบติดต่อกับบุคคลอื่น แต่ความรู้สึกที่แท้จริงนั้น ผู้ป่วยมีความต้องการติดต่อกับบุคคลอื่นมาก แต่ไม่มีทักษะขอความเป็นมิตรจากบุคคลอื่นได้ พยาบาลไม่ควรปล่อยให้ผู้ป่วยให้ผู้ป่วยอยู่คนเดียวตลอดไป ควรเข้าไปติดต่อกับผู้ป่วยด้วยท่าทางที่ยอมรับและมีความเป็นมิตร

3.6.2 ผู้ป่วยมักจะอยู่ในโลกของความพ้อฝัน (fantasy world) จึงไม่สนใจตนเองและสิ่งแวดล้อม พยาบาลควรให้การดูแลเกี่ยวกับสิ่งต่างๆ ดังนี้

1) ความเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย (Physical illness) ผู้ป่วยไม่สนใจในความเจ็บป่วยทางร่างกายของตนเอง และไม่บอกถึงความเจ็บปวด แม้ว่าผู้ป่วยจะอยู่ในภาวะที่เจ็บปวดตามร่างกายก็ตาม เพราะฉะนั้นพยาบาลจะต้องให้ความสนใจดูแลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางร่างกายของผู้ป่วยด้วย

2) สุขอนามัยส่วนบุคคล (personal hygiene) ผู้ป่วยไม่สนใจในความสะอาดทางร่างกายของตนเอง พยาบาลจึงควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยสนใจ เกี่ยวกับความสะอาดทางร่างกาย และกระตุ้นให้ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันของตนเอง ตลอดจนดูแลเกี่ยวกับการขับถ่ายของผู้ป่วย

3) อาหาร (food) ผู้ป่วยไม่สนใจในเรื่องของอาหาร ต้องคอยดูแลและกระตุ้นให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารให้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย

4) การออกกำลังกาย (exercise) เนื่องจากผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมแยกตัวจากสังคม มักจะไม่ค่อยเคลื่อนไหวร่างกาย อาจจะนั่งหรือนอนทำเฉยๆ เป็นเวลานานๆ พยาบาลจึงควรกระตุ้นผู้ป่วยให้มีการเคลื่อนไหว มีการออกกำลังกาย เช่น เข้ากลุ่มกายบริหาร เข้ากลุ่มกิจกรรมบำบัดของหอผู้ป่วย

3.6.3 ผู้ป่วยมีพฤติกรรมถดถอย (recession) ควรป้องกันการถดถอยของผู้ป่วยโดยกระตุ้นให้ผู้ป่วยใช้ความสามารถของตนเองที่เหลืออยู่ในการทำกิจวัตรประจำวัน และกิจกรรมต่างๆ ของหอผู้ป่วย เพื่อป้องกันไม่ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมถดถอยมากขึ้น

3.6.4 เนื่องจากผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะแยกตัวออกจากโลกของความเป็นจริง และต้องการอยู่ในโลกของความคิดฝันของตนเอง พยาบาลควรกระตุ้นผู้ป่วยให้ติดต่อกับโลกของความเป็นจริง โดยการให้ผู้ป่วยเข้ากลุ่มกิจกรรมต่างๆ ของหอผู้ป่วยที่จัดขึ้น และพยาบาลเข้าไปติดต่อกับผู้ป่วย

บ่อยๆ จะทำให้ผู้ป่วยค่อยๆ อยู่ในโลกของความคิดฝันของตนเองน้อยลง และอยู่ในโลกความเป็นจริงมากขึ้น

3.6.5 ผู้ป่วยอาจมีความหลงผิด (delusion) หรือประสาทหลอน (hallucination) ได้ เนื่องจากผู้ป่วยมักจะอยู่แต่โลกของความเพ้อฝัน (fantasy world) ของตนเอง บางครั้งผู้ป่วยจะมีความงุนงง สับสนว่าอะไรคือโลกที่เขานึกฝัน หรืออะไรคือโลกที่เป็นจริง เพราะฉะนั้น พยาบาลควรให้ความจริง (presenting reality) กับผู้ป่วยทุกครั้งที่พบว่าผู้ป่วยมีอาการประสาทหลอน

3.6.6 ผู้ป่วยมีความงุนงงสับสน (confusion) สมาริสั้น เพราะฉะนั้นในการสนทนากับผู้ป่วยควรใช้คำพูดประโยคสั้นๆ ให้ได้ใจความเพื่อว่าผู้ป่วยจะได้มีความเข้าใจมากขึ้น

#### 4. การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

##### 4.1 ความหมายของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy: CBT เป็นการบำบัดความคิดเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยมีหลักการบนพื้นฐานทฤษฎีว่าอารมณ์ และพฤติกรรมต่างๆ ของคนเรามีอิทธิพลมาจากความคิด วิธีการบำบัดรักษาจะฝึกให้ผู้ป่วยสามารถวิเคราะห์สถานการณ์ต่างๆ ที่ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมไม่เหมาะสมหรือทำให้อารมณ์แย่ลง และฝึกให้ผู้ป่วยค้นหาความคิดที่มีผลต่ออารมณ์ และพฤติกรรมนั้น ให้ผู้ป่วยประเมินความคิดดังกล่าวและการตอบสนองต่อสถานการณ์ต่าง ๆ ด้วยความคิดใหม่ ซึ่งจะนำมาสู่การเปลี่ยนแปลงโดยผู้ป่วยจะมีอารมณ์ดีขึ้น และมีพฤติกรรมที่เหมาะสม (ยูทธนา งามอาจสกุลมัน, 2548)

การบำบัดทางความคิด คือ การบำบัดผู้รับบริการโดยใช้เวลาอย่างมีขอบเขต มีโครงสร้างในการบำบัด เพื่อใช้ในการรักษาผู้ป่วยที่ผิดปกติทางจิตหลายประเภท (ตัวอย่างเช่น ซึมเศร้า วิตกกังวล กลัว ปัญหาการเจ็บปวด เป็นต้น) การบำบัดนี้มีพื้นฐานภายใต้ทฤษฎีโดยใช้เหตุการณ์ที่มีผลกระทบต่ออารมณ์ และพฤติกรรมของแต่ละคน ซึ่งถูกกำหนดให้มีปัญหามากหรือน้อยก็ขึ้นอยู่กับมุมมองโลกของคนๆ นั้น (Beck, 1976)

CBT เป็นรูปแบบการบำบัดชนิดหนึ่ง โดยการตรวจสอบความคิด ทศนคติความเชื่อที่มีผลต่ออารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรม ต่อการดำเนินชีวิตของบุคคล และจะปรับเปลี่ยนความคิดอย่างไร เพื่อให้เกิดผลดีต่อการกระทำของบุคคล (Josept, 2010)

สรุปได้ว่า การบำบัดแบบ CBT เป็นการบำบัดทางจิตวิธีหนึ่งโดยช่วยให้ผู้ป่วยมองเห็นการมองโลกในแง่ลบด้วยตัวผู้ป่วยอย่างชัดเจน ทั้งต่อตนเอง ต่อการมองโลกและการมองอนาคต

ปรับเปลี่ยนแนวความคิดใหม่ด้วยมุมมองในเชิงบวกและมีประโยชน์ต่อตนเอง ช่วยให้การตอบสนองทางอารมณ์ และพฤติกรรมของผู้ป่วยดีขึ้นกว่าเดิม

#### 4.2 ทฤษฎีการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy: CBT)

การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม เป็นจิตบำบัดชนิดหนึ่ง ที่มีความเชื่อพื้นฐานเกี่ยวกับความผิดปกติของการคิด ที่พัฒนามาจากการบำบัดทางความคิด (Cognitive Therapy) ซึ่งช่วยให้เกิดความตระหนักและความเข้าใจถึงกระบวนการคิดต่อสถานการณ์ และการพัฒนาในด้านความเชื่อทัศนคติให้เข้าใจและตระหนักในเหตุผล และการบำบัดทางพฤติกรรม (Behavioral Therapy) ซึ่งเป็นส่วนที่ทำให้เกิดทักษะการตอบสนองต่อสถานการณ์ สามารถควบคุม เพิ่มหรือลดกิจกรรมให้เหมาะสมควบคุมพฤติกรรม พัฒนาทักษะในการเผชิญปัญหาได้เหมาะสม

การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม เป็นการรักษาเกี่ยวกับอาการทางกาย และทางสังคมของผู้ป่วย สอนให้ผู้ป่วยมีทักษะในการแก้ปัญหาที่เกิดจากสถานการณ์ที่เต็มไปด้วยความเครียด แยกแยะรูปแบบความคิดที่บิดเบือนจากความเป็นจริงที่นำไปสู่ภาวะซึมเศร้า และแทนที่ด้วยมุมมองในเชิงบวก และมีประโยชน์ต่อตนเองมากกว่า (Dryden, 1998)

การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมเป็นการบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและอารมณ์ โดยมีหลักการบนพื้นฐานทฤษฎีว่า อารมณ์และพฤติกรรมต่างๆของคนเรามีอิทธิพลมาจากความคิด วิธีการบำบัดจะฝึกให้ผู้ป่วยสามารถวิเคราะห์สถานการณ์ต่างๆที่ทำให้เกิดพฤติกรรมไม่เหมาะสม หรือทำให้อารมณ์แย่ลง และฝึกให้ผู้ป่วยค้นหาความคิดที่มีผลต่ออารมณ์และพฤติกรรมนั้น ให้ผู้ป่วยประเมินความคิดและตอบสนองต่อสถานการณ์ด้วยความคิดใหม่ ซึ่งจะนำมาสู่การเปลี่ยนแปลง โดยผู้ป่วยจะมีอารมณ์ดีขึ้น และพฤติกรรมที่เหมาะสม (ยุทธนา งามอาจสกุลมั้น, 2548)

โดยสรุปการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม เป็นจิตบำบัดชนิดหนึ่งหนึ่ง ซึ่งเน้นรักษาอาการเฉพาะบางอาการ โดยการรักษาจึงทำโดยการสอนให้ผู้ป่วยสามารถตระหนักถึงความนึกคิดทางลบ (negative cognition) ช่วยให้ผู้ป่วยมองเห็นการมองโลกในแง่ลบด้วยตนเองอย่างชัดเจน และให้มีการเปลี่ยนแปลงความคิดใหม่ ให้สอดคล้องกับความเป็นจริง หรือมุมมองทั้งต่อตนเองและผู้อื่นต่อการมองโลกและมองอนาคต ในเชิงบวก ที่มีประโยชน์ต่อตนเอง ช่วยให้การตอบสนองทางอารมณ์และพฤติกรรมของผู้ป่วยดีขึ้น

การทำความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมจำเป็นต้องมีความรู้ถึงองค์ประกอบต่างๆ ดังต่อไปนี้

#### 4.2.1 แบบจำลองเกี่ยวกับพยาธิสภาพทางจิต

Beck (2012) อธิบายความสัมพันธ์ระหว่าง การรู้คิด กับอารมณ์ว่าอารมณ์ของคนเราเกิดจากการรู้คิดในการรับรู้ และตีความสิ่งเร้าที่เราประสบ เช่น อารมณ์พื้นฐาน 4 ประการ ได้แก่ เสียใจ ดีใจ โกรธ กังวลใจ อารมณ์เสียใจ เกิดขึ้นเมื่อรับรู้ถึงความสูญเสียความพ่ายแพ้ซึ่งมักจะแสดงออกในรูปของการไม่เป็นที่ยอมรับของบุคคลสำคัญในชีวิต ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการแยกตัวจากบุคคลที่ทำให้เกิดความรู้สึกดังกล่าว ความกังวลและความโกรธ มักเกิดจากการรับรู้ถึงการถูกคุกคามความกังวลเกิดขึ้นเมื่อบุคคลรับรู้ในจุดที่เป็นปัญหาของตน ซึ่งพฤติกรรมที่เกิดตามมามีลักษณะถอยหนีส่วนความโกรธ เกิดจากการรับรู้ว่าถูกคุกคามจากบุคคลอื่น พฤติกรรมจะออกมาในลักษณะปกป้องตัวเองหรือก้าวร้าว

#### 4.2.2 กระบวนการรู้คิด (Cognition processing)

Beck อธิบายว่า ผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะใช้ primal cognitive process ในการรับรู้โลก และตีความประสบการณ์ที่ตัวเองได้รับ ซึ่งคนปกติจะใช้ secondary cognitive process มากกว่า primal cognitive process ผู้ป่วยจะมีลักษณะการรับรู้ผิดเพี้ยนไปจากความเป็นจริง และผู้ป่วยจะใช้กรอบความคิด (schema) ดังกล่าวในการอธิบายความเชื่อของตน

Beck et al. (1979) เชื่อว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น (A) ไม่ได้เป็นสาเหตุของการเกิดอารมณ์และพฤติกรรม (C) โดยตรงแต่เกิดจาก กระบวนการคิดที่มีต่อเหตุการณ์นั้น (B) ซึ่งเกิดขึ้นมาทันที (ความคิดแบบอัตโนมัติ)

4.2.3 ปรากฏการณ์ทางความคิดที่ทำให้เกิดพยาธิสภาพมีอยู่ 3 รูปแบบ (จันทิมา อองศ์ไชยชิต, 2545; Jacobson & Jacobson, 2001) ได้แก่

1) ความคิดอัตโนมัติ (Automatic thoughts) โดยความคิดอัตโนมัติเป็นความคิดระดับหน้า (surface) ทั้งแบบคำพูด (verbal) และจิตลักษณะ (pictorial experience) ที่ให้ความรู้สึกไม่ดีคงอยู่ เป็นความคิดที่มีลักษณะอัตโนมัติทั้งในแง่ที่เกิดขึ้นด้วยตนเองโดยไม่บังคับหรือฝืนไม่ให้เกิดได้ แต่คนจำนวนมากมักไม่รู้ว่าตนกำลังคิดอยู่ ต้องอาศัยการฝึกทักษะให้จับความคิดของตนเองได้ก่อนหน้าที่จะทำการรักษาต่อ ความคิดอัตโนมัตินี้เป็นต้นเหตุทำให้เกิดความรู้สึกที่ไม่ดี เช่น

ความรู้สึกซึมเศร้า มักเกิดจากความคิดเรื่องของความสูญเสีย ความพ่ายแพ้ การถูกปฏิเสธ ถูกทอดทิ้ง ความสิ้นหวัง รวมถึงการเกิดความวิตกกังวลจากความรู้สึกว่ามีอันตราย มีภัยคุกคาม เป็นต้น

2) ความคิดบิดเบือนความจริงหรือความคิดผิดพลาด (Cognitive Distortions หรือ Cognitive errors) ปัญหาในความคิดนี้เป็นการแปลความจริงที่บิดเบือนไปจนทำให้เกิดความคิดในแง่ลบ โดยทั่วไปแล้ว ความคิดที่ผิดพลาดที่พบได้บ่อยมักเป็นในลักษณะต่างๆ ดังนี้

ก) การคิดทำนายอนาคต หรือการคิดทำนายว่าผู้อื่นจะปฏิบัติหรือประพฤติตนอย่างไรโดยไม่มีหลักฐานสนับสนุน

ข) การเลือกสนใจแต่เฉพาะข้อมูลที่พ้องกับสิ่งที่ตนคาดหวังและเลือก ไม่สนใจหรือรับข้อมูลที่ค้านกับความคาดหวังของตน

ค) เมื่อเกิดเรื่องราวที่ไม่ดีขึ้นจะรับผิดชอบหรือรับผิดชอบมากเกินไป โดยไม่ยอมรับรู้ว่ามีผู้อื่นหรือสถานการณ์ที่มีส่วนร่วมก่อให้เกิดเรื่องด้วย และ

ง) การมองสถานการณ์แบบขาวกับดำ ได้หรือเสียไปหมดและไม่ยอมรับความสำเร็จหรือการคืบหน้าแบบบางส่วน

นอกจากนี้ยังมีการกล่าวถึงลักษณะความคิดบิดเบือนที่ก่อให้เกิดปัญหา (จันทิมา องค์โชคชัย, 2545; Jacobson & Jacobson, 2001; Sperry et al., 2003) ได้แก่

1) ความคิดที่สับสน หรืออนุมานจากความรู้สึกของตน (emotional reasoning) เช่นเมื่อรู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง ก็สรุปว่าตนเองเป็นคนที่หมดหวังในอนาคต เมื่อรู้สึกโกรธก็สรุปว่าถูกกลั่นแกล้ง เมื่อรู้สึกผิดก็สรุปว่าตนเป็นคนไม่ดี เป็นต้น

2) ความคิดที่ไม่แยกแยะเรื่องราว (overgeneralization) มีการอนุมานหรือสรุปอย่างไม่มีหลักฐานจากประสบการณ์เดียวโดยมองทุกอย่างรวมเหมือนกันไปหมดมากเกินไป ถ้าเกิดเรื่องที่ไม่ดีขึ้นเรื่องหนึ่ง ก็คิดว่าทุกอย่างที่เกิดขึ้นต่อไปก็ต้องไม่ดีไปหมดเสมอ (always) เช่นการได้ฟังข่าวว่าเครื่องบินเครื่องหนึ่งตก ก็ทำให้คิดไปว่าการเดินทางทางอากาศนั้นไม่ปลอดภัยไปหมด หรือการที่เพื่อนคนหนึ่งไม่ชอบตนก็กลายเป็นคิดว่าทุกคนไม่ชอบตนไปหมด เป็นต้น

3) ความคิดสุดขั้ว (catastrophizing) เป็นความคิดแบบ overgeneralization ที่รุนแรง มีการแปลสถานการณ์หรือเรื่องที่เกิดขึ้นให้รุนแรงสุดขีดเป็นความหายนะ เช่น การที่คิดว่าสอบเข้ามหาวิทยาลัยไม่ได้แปลว่าชีวิตนี้สิ้นหวังหมดอนาคต หรือการที่คิดว่าไม่ได้เลื่อนชั้นแปลว่าหมดความก้าวหน้าในอาชีพแล้ว หรือถ้ามีอาการแพนิคแปลว่าตนเองไม่สามารถควบคุมตนเองได้ จะต้องกลายเป็นบ้า เป็นต้น

4) การคิดขยายใหญ่โตเกินความเป็นจริงหรือเป็นเรื่องเล็กเกินจริง (magnification หรือ minimization) เมื่อความคิดเกี่ยวกับปัญหาหรือความผิดพลาดของตนถูกมองแบบขยายให้ใหญ่โตเกินความเป็นจริงความคิดเช่นนั้นเป็นความคิดแบบ magnification ตัวอย่างเช่น การคิดว่าตนเองไม่เก่งเลย เพื่อนร่วมงานเก่งกว่าตนไปหมด เป็นการขยายความคิดว่าตนไม่เก่งจนมองว่าเพื่อนทุกคนเก่งกว่าตนเมื่อลักษณะความคิดว่าเรื่องที่ดีของตนเองเป็นเรื่องเล็กความคิดเช่นนั้นเรียกว่า minimization การสอบได้ถูกมองว่าเป็นความบังเอิญเพราะตนเองไม่เก่งเลย เป็นความคิดที่ลดความสำคัญของความสามารถของตน เป็นต้น

5) ความคิดแบบขาวหรือดำ (dichotomous (All or Nothing) thinking) เมื่อความคิดที่แบ่งเรื่องราวหรือผลลัพธ์ที่ซับซ้อนหรือต่อเนื่องไปในลักษณะขาวดำไปหมดหรือต้องสมบูรณ์ บวกหรือลบไปหมดโดยที่ไม่จำเป็น เมื่อสถานการณ์ไม่สมบูรณ์แบบเต็มร้อยก็จะเห็นเป็นตรงกันข้าม เป็นความล้มเหลวอย่างสิ้นเชิง เช่นเมื่อผลงานมีความผิดพลาดเพียงจุดเดียวก็มองว่างานนี้ล้มเหลวไปหมด เป็นต้น

6) การคิดบังคับตนเอง (should/must/ought statements) เป็นความคิดที่มีลักษณะบังคับตนเองว่าเรื่องนั้น “ควร” หรือ “ต้อง” หรือ “น่าจะ” เป็นไปตามความหวังหรือความปรารถนาของตนเป็นความคิดที่แสดงให้เห็นถึงการมีมาตรฐานที่เข้มงวดหรือการสันนิษฐานว่าไม่สามารถควบคุมเหตุการณ์ภายนอกได้ ความคิดเช่นนี้ย่อมทำให้เกิดปัญหาได้ ถ้าเป็นความคิดเกี่ยวกับตนเองเช่น นักดนตรีที่ต้องเล่นเพลงที่ยากมาก คิดว่าตนเอง “ต้อง” เล่นไม่ผิดพลาดเลยแม้แต่โน้ตเดียว ย่อมรู้สึกผิดหวังในตนเอง ละอายใจ หรือรู้สึกผิดได้เมื่อเกิดความผิดพลาดเพียงน้อยนิด เมื่อความคิดนี้เป็นความคาดหวังผู้อื่น เช่นการคิดว่าลูก “ต้อง” สอบเข้ามหาวิทยาลัยที่มีชื่อเสียงได้ทำให้เกิดความผิดหวังโกรธเคืองหรือขุนเคืองลูกเพราะความไม่สมหวังความคิดคาดหวังไปล่วงหน้าหรือ ตีตนไปก่อนไข้ (negative predictions) เป็นการทำนายไปในทางลบคือการใช้ความคิดในแง่ร้ายหรือความล้มเหลวในอดีตมาพยากรณ์ว่าจะเกิดความล้มเหลวในสถานการณ์ใหม่ล่วงหน้าอย่างไม่เหมาะสม บางครั้งเรียงความคิดที่ผิดพลาดนี้ว่า Fortune telling หรือการเป็นหมอดู

7) ความคิดเอาเองหรือคิดอ่านใจ (mind reading) การสรุปเดา หรือการอนุมานในทางลบเกี่ยวกับความคิด ความเจตนา หรือสิ่งที่คิดใจผู้อื่นโดยที่ไม่มีหลักฐานมาสนับสนุน

8) ความคิดนิยามไปทางลบ (labeling) ลักษณะที่ไม่ดีของบุคคลหรือสถานการณ์ถูกนิยามไว้อย่างแน่นอน ดังนั้นแทนที่การคิดว่า “ฉันทำข้อสอบผิด” กลับเป็นคิดว่า “ฉัน

มันโง่” การตั้งนิยามเช่นนี้ไม่มีเหตุผล เพราะการกระทำอย่างหนึ่ง มิได้หมายความว่าบุคคลผู้นั้น กลายเป็นคนเช่นนั้น การคิดเช่นนี้ไม่มีประโยชน์เพราะมาแต่ความไม่สบายใจ ความโกรธความผิดหวัง หรือการสูญเสียคุณค่าในตนเอง ถ้าเป็นความคิดเกี่ยวกับตนเอง และเมื่อนำมาใช้กับผู้อื่น เช่น การนิยามกับผู้อื่นว่า “เป็นคนไม่มีน้ำใจ คนใจดำ” ก็รังแต่ทำให้มองผู้นั้นแง่ลบเกิดความขุ่นใจ โกรธซึ่ง ไม่พอใจผู้นั้น

9) ความคิดโทษตนเองและผู้อื่น (personalization และ blame) การแปล เหตุการณ์ สถานการณ์หรือพฤติกรรมภายนอกกว่าเป็นตัวแสดงหรือยืนยันให้เห็นว่าตนนั้นไม่ดีดังเช่น เมื่อผู้ป่วยได้รับรายงาน ว่าลูกสาวเรียนไม่ดีก็กลับคิดไปว่า “ฉันผิดเองที่เป็นแม่ไม่ดี” แทนการพยายามหาต้นเหตุของปัญหา การคิดเช่นนี้นำไปสู่การรู้สึกผิด ลงโทษตนเอง ความละอายใจและความรู้สึกว่าตนเองไร้ความสามารถบางคนอาจมีความคิดที่ตรงกันข้าม เพราะเมื่อมีเหตุการณ์ที่ไม่ดีขึ้นก็จะโทษผู้อื่นอยู่เสมอ โดยไม่พยายามคิดว่าตนมีส่วนเกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ได้เช่นไร เช่น “ที่ชีวิตแต่งงานฉันไม่ราบรื่น เพราะสามีเป็นคนแย่มาก ไม่มีเหตุผลเลย”

10) ความคิดวนเวียนด้านลบ (selective negative focus) ความคิดนี้เป็น ความคิดที่มุ่งเน้นแต่เรื่องราว ความทรงจำ หรือความหมายที่เป็นลบอยู่อย่างเดียว โดยไม่สนใจกับ เรื่องที่ดีหรือที่เป็นกลาง หรือมองว่าเรื่องที่ดีนั้นไม่มีความสำคัญ ไม่นับเช่น ผู้ป่วยย้ำคิดและกลุ่มใจอยู่ หลายวันหลังที่เพื่อนร่วมงานคนหนึ่งได้ทักท้วงผลงานของผู้ป่วย ทั้งที่ผู้ป่วยได้รับคำชมเชยจากนาย และเพื่อนร่วมงานคนอื่นๆว่าผลงานดีเยี่ยม เป็นต้น ความคิดเช่นนี้ย่อมเป็นสาเหตุให้คนคิดต้อง ปราศจากความสุขและความพึงพอใจในชีวิตของตน

11) ความคิดหลีกเลี่ยงหรือไม่เผชิญความจริง (cognitive avoidance) ความคิดความรู้สึกหรือเหตุการณ์ที่ไม่ดีถูกมองว่าเป็นเรื่องที่รุนแรงหรือไม่มีทางเอาชนะได้ ดังนั้นหรือ ต้องปิดบังหรือหลีกเลี่ยงไม่เผชิญด้วย

12) ความคิดแปลสิ่งกระตุ้นภายในในรุนแรงเกินจริง (somatic (miss) focus) ความโน้มเอียงที่จะแปลสิ่งที่กระตุ้นภายใน เช่น อัตราการเต้นของหัวใจ การเต้นของหัวใจ อาการใจสั่น วิงเวียนแน่นหน้าอก หรืออาการชา เป็นการบ่งชี้ว่าเกิดเหตุการณ์ที่ร้ายกาจขึ้น เช่น หัวใจวาย หรือ ช็อก เป็นต้น

#### 4.2.4 ความคิดรวบยอดทางความคิด (Cognitive Conceptualization)

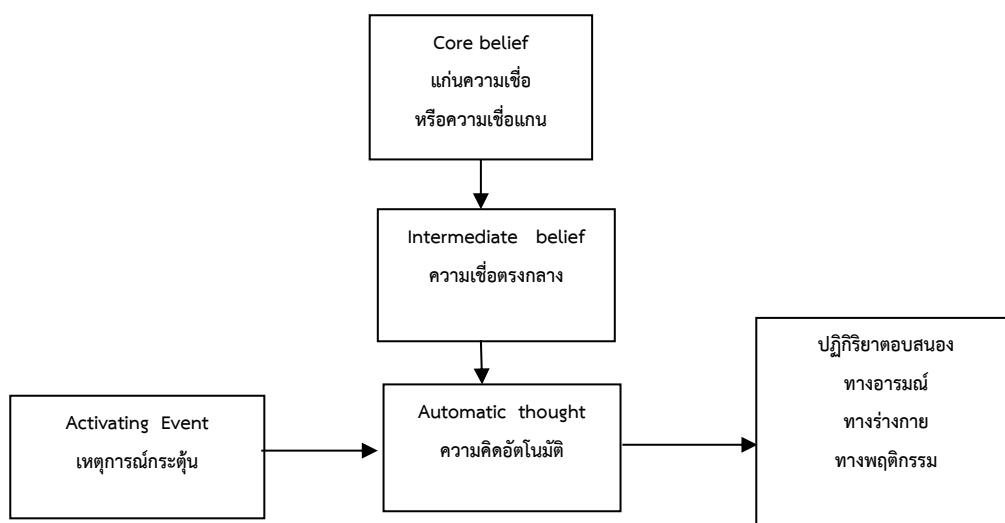
เป็นกรอบสำหรับผู้บำบัด ในการเข้าใจแบบแผนความคิด (Schemata) ของผู้ป่วย (สุชาติ พหลภาคย์; Beck,1995; Grant et al., 2004) ได้แก่

1) ความเชื่อแกนหรือความเชื่อหลักหรือแก่นความเชื่อ (Core belief) เป็นความเชื่อที่พัฒนามาตั้งแต่วัยเด็ก เกิดจากการเลี้ยงดู และการมีปฏิสัมพันธ์กับคนรอบข้าง กับเหตุการณ์ต่างๆตั้งแต่เล็กจนโต ส่วนใหญ่จะคงไว้ซึ่งความเชื่อแกนในเชิงบวก ความเชื่อด้านลบ อาจเกิดขึ้นผิวนเมื่อบุคคลประสบกับความเครียด เช่นในผู้ป่วยซึมเศร้า จะมีความเชื่อแกน 2 ประเภท คือ คิดว่าตนเองไม่มีใครช่วยได้ (helplessness) และไม่มีใครรักฉันเลย (unlovability) บางคนอาจมีเพียงหนึ่งแบบ แต่บางคนอาจมีทั้งสองแบบ ซึ่งความเชื่อเหล่านี้สามารถพัฒนากลายเป็นความคิดอัตโนมัติ (automatic thought) โดยการมองทุกอย่างไปในแง่ร้ายหรือลบ

2) ความเชื่อตรงกลาง (Intermediate belief) เป็นความเชื่อที่อยู่ตรงกลางระหว่างความเชื่อแกนกับความคิดอัตโนมัติ ความเชื่อตรงกลางนี้ได้แก่ ทศนคติ กฎ ความคาดหวัง หรือข้อสันนิษฐาน ความเชื่อตรงกลางที่พัฒนามาจาก ความเชื่อแกน และมักไม่พูดออกมาเป็นคำพูดที่ชัดเจน ฉะนั้นแนวทางในการรักษาขั้นแรก จะจัดการกับความเชื่ออัตโนมัติ

3) ความคิดอัตโนมัติ (automatic thought) เป็นความคิดที่เกิดขึ้นทันทีทันใดค่อนข้างไม่มีเหตุผลและไม่ตรงกับความจริง หรือเรียกอีกอย่างหนึ่งว่าเป็นความคิดบิดเบือน (distorted thinking หรือ Cognitive distortions หรือ Cognitive errors) ดังกล่าวมาแล้วข้างต้น ในปัญหาความคิดที่บิดเบือน ผู้บำบัดจะสอนให้ผู้ป่วยค้นหาหรือจับความคิดอัตโนมัติของตนได้แล้ว ประเมินว่ามีผลเสียอย่างไร แล้วจึงตัดแปลงความคิดนั้นเพื่อที่จะทำให้อารมณ์ พฤติกรรมและอาการทางด้านร่างกายที่เกิดจากความคิดอัตโนมัติ มีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น ช่วยให้ผู้ป่วยทำหน้าที่ในชีวิตประจำวันได้ปกติ แบบแผนความคิดทั้งสามแบบ มีความสัมพันธ์กัน ดังแผนภาพ แสดงความสัมพันธ์ของ ความคิด ความเชื่อ กับการตอบสนองหรือผลของความคิด ดังนี้





ภาพแสดงความสัมพันธ์ของแบบแผนความคิดและปฏิกิริยาการตอบสนอง (สุชาติ พหลภาคย์, 2547; Beck,1995; Grant et al., 2004)

หลักของการรักษา คือ การปรับเปลี่ยนความคิด (cognitive restructuring) โดยเปลี่ยนแปลงความเชื่อเฉพาะตัว (idiosyncratic beliefs) และกรอบความคิด (schema) ในการรับรู้โลก ประสบการณ์ชีวิต การคาดการณ์ในอนาคต และปรับพฤติกรรมการตอบสนองที่เหมาะสม ผู้รักษามีบทบาทมาก ไม่เจียบเฉย และทำหน้าที่เป็นผู้สังเกตการณ์เหมือนจิตบำบัดอื่น แต่จะมีหน้าที่ ช่วยให้ผู้ป่วยมองเห็นปัญหาในปัจจุบัน ให้ลำดับความสำคัญที่ถูกต้องของปัญหา ให้ผู้ป่วยมองเห็นความคิดที่ผิดเพี้ยนไปจากความจริง (cognitive distortion) ของตนโดยใช้การตั้งคำถาม ให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ที่จะเปลี่ยนแปลง cognition ของตน ฝึกทักษะที่สำคัญ และการให้การบ้านเพื่อให้ผู้ป่วยได้ทดสอบ สิ่งทีตนได้เรียนรู้ในแต่ละครั้งของการรักษา และความคิดที่บิดเบือนของตน

#### 4.3 การใช้เทคนิคการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในการบำบัดสำหรับผู้ป่วยจิตเภท

เทคนิคการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม สำหรับผู้ป่วยจิตเภท สรุปได้ดังนี้

1) Socialization เป็นการเกริ่นนำให้ผู้ป่วย เริ่มรู้จัก Cognitive model และเตรียมให้ผู้ป่วยรู้ในเบื้องต้นว่า การรักษาค่าเนินไปอย่างไร (ยุทธนา งามอาจสกุลม่น, 2548; Wright et al., 2009)

2) Normalization เป็นการชี้ให้เห็นว่า อาการต่างๆ ที่ผู้ป่วยมีนั้นอาจพบได้ในคนทั่วไป (ยุทธนา งามอาจสกุลม่น, 2548; Wright et al., 2009)

3) A-B-C Technique เป็นการฝึกให้ผู้ป่วยวิเคราะห์สถานการณ์ที่ทำให้ผู้ป่วยอารมณ์แย่ลง โดย A คือสถานการณ์ที่เป็นสิ่งกระตุ้น (Activating event) B คือความเชื่อหรือความคิด (Belief) C คืออารมณ์ที่เกิดขึ้นตามมา (Emotional Consequence) โดยมีวัตถุประสงค์ให้ผู้ป่วยสามารถวิเคราะห์ได้ว่ามีความคิดอะไรเกิดขึ้นแล้วทำให้อารมณ์แย่ลง (ยุทธนา องอาจสกุลมั้น, 2548)

4) Evidence counter evidence technique เป็นการฝึกให้ผู้ป่วยประเมินความคิดที่เกิดขึ้นโดยอาศัยหลักฐานต่างๆ ที่มาสนับสนุน และคัดค้านความคิดนั้นๆ (ยุทธนา องอาจสกุลมั้น, 2548)

5) Alternative explanation technique เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยพิจารณาว่าความคิดที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ต่างๆ นั้น ผู้ป่วยมีความคิดแบบอื่นได้หรือไม่ (Wright et al., 2009)

6) Behavioral attribution technique เป็นการนำเทคนิคทางพฤติกรรมบำบัดมาใช้โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้เปลี่ยนแปลงความคิดเดิมของผู้ป่วย

7) Thought stopping ใช้ในผู้ป่วยซึ่งสามารถ สร้างภาพสัญญาณการหยุดหรือจินตนาการ (a bell going off) เพื่อหยุดกระบวนการของความคิดที่ไม่มีประโยชน์ (dysfunctional) (Stuart,1998; Chan & Leung, 2002) โดยสอนผู้ป่วยในการทำหายความคิดที่รบกวน (disturbed thought) เมื่อมีความคิดหลงผิดเกิดขึ้น เขาสามารถพูดว่า “หยุด” กับตัวเอง หรือถามความคิดเพื่อไปห่างไกลกับตนเอง เพื่อที่จะหยุดความคิด เป็นการฝึกให้ผู้ป่วยเตือนตนเองให้หยุดความคิดในแง่ลบที่ไม่ดีต่อตนเอง

8) Rational Responding เป็นการตอบสนองอย่างมีเหตุผล หมายถึงการช่วยให้ผู้ป่วยแยกแยะหรือระบุ อย่างถูกต้องในเนื้อหาของเสียง และเกี่ยวกับความรู้สึก และการนำไปสู่ทางเลือกในการตอบสนองในทางเลือกอื่นๆ (Kingdon & Turkington,1991; Kingdon et al.,1994; Riely,1998) เช่นการถามเพื่อการบรรยายไดอารี่ เกี่ยวกับเสียง และเนื้อหาความคิดว่ามีการก่อกรวนเขา และพฤติกรรมของเขา เช่นเดียวกับการตอบสนองทางอารมณ์ ต่อความคิดและเสียง เพื่อขยายไปสู่ทางเลือกของการตอบสนองต่ออาการทางจิต เป็นต้นว่า การไม่ใส่ใจในเสียง การตกลงใจร่วมทำกิจกรรมต่างๆ ให้บันทึกเนื้อหาของเสียง ความคิด และความคิดที่สัมพันธ์กัน โดยใช้บันทึกประจำวัน อธิบายการตอบสนอง การรู้จัก เน้นที่ความรู้สึกที่มีต่อประสาทหลอน หลงผิด เช่นกลัว หรือสุขสบาย โดยช่วยให้ ระบุทางเลือกอื่นๆในการตอบสนอง

9) Reality Testing เป็นการช่วยผู้ป่วย ในการระบุนึกคิดที่ผิด เกี่ยวกับสถานการณ์ที่เป็นจริง เน้นพฤติกรรมปัจจุบัน (current behavior) มากกว่าพฤติกรรมหรือประเด็นในอดีต ช่วยเหลือให้สนใจความเป็นจริง ในการสื่อสารทุกอย่างส่งเสริมให้เขาพูดเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่เป็นจริง หลีกเลี่ยงการฟังที่ยืดยาวหรือเรื่องที่สับสน ที่ไม่อยู่บนพื้นฐานความเป็นจริง เป็นการพูดคุยโดยตรงสำหรับเหตุการณ์ที่นี่ ละเอียดนี้ (here and now) (Chan & Leung, 2002)

10) Activity Scheduling and detail planning เป็นการจ้ดรายการกิจกรรม หรือโครงสร้างประจำ สำหรับผู้ป่วย และรายละเอียดของแผนกิจกรรม สามารถช่วยให้ผู้ป่วยมุ่งสนใจ ในความเป็นจริงเท่าๆกับการสร้างแรงจูงใจ (Haddock et al.,1998 cited in Chan & Leung, 2002) ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้ระบุนกิจกรรมที่จำเพาะเจาะจง ที่เขาสนุกกับมัน และกิจกรรมเหล่านี้ได้รับการเตรียมการหรือกำหนด โดยเขาเอง เพื่อการยอมรับว่า มีความก้าวหน้าและดีขึ้นจากอาการทางจิตที่เกิดขึ้น อาจช้าลงและสร้างขึ้นในแบบค่อยเป็นค่อยไปที่ละขั้น (gradual steps) ว่าเขาสามารถสำเร็จได้ (Hogg,1996 cited in Chan & Leung, 2002)

11) Relapse Prevention strategy การป้องกันการกำเริบซ้ำ เป็นการประเมินปัจจัย หรือสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียดหลักๆ ที่ทำให้เกิดการเพิ่มอาการทางจิต หรือแม้แต่อาการนำ(preceding symptom) (Haddock et al., 1998) สิ่งเหล่านี้ประกอบด้วยคำแนะนำใหม่ๆเกี่ยวกับวิถีทางความคิดและพฤติกรรม ใช้สำหรับอาการทางจิต การพัฒนาแผนส่วนบุคคลเพื่อป้องกันอาการกำเริบ และการพัฒนาวิธีการจัดการความไม่สามารถในทางสังคมในอนาคต (Fowler et al.,1995 ) Tarrier(1993) ได้พัฒนาโครงสร้างขั้นสูงในการ approach ผู้ป่วย สอนผู้ป่วยและครอบครัวในการใช้ยาทางจิตเวชในการลดอาการทางจิต ช่วยเหลือในการแยกแยะสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียด ที่จะกระตุ้นอาการ และสอนวิธีเผชิญความเครียด

12) Homework เป็นการมอบหมายให้ทำการบ้าน ใช้ได้ในผู้ป่วยที่มีการศึกษาเขียน การบ้านได้ การมอบหมายการบ้านเป็นการเพิ่มโอกาสในการเปลี่ยนแปลงการรู้คิดและพฤติกรรมของ ผู้ป่วย

#### 4.4 ขั้นตอนการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมสำหรับผู้ป่วยจิตเภท

Hansen et al. (2007) มีการอธิบายถึงขั้นตอนของการทำจิตบำบัดแบบ CBT สำหรับผู้ป่วยจิตเภท ดังนี้

#### 4.4.1 Assessment เริ่มต้นโดยการอนุญาตให้ผู้ป่วยได้แสดงออกถึงความคิดของเขา

เกี่ยวกับประสบการณ์ ขณะที่ผู้บำบัดฟังอย่างใส่ใจ การใช้วัดทั้งจำเพาะเจาะจงและทั่วไปได้ส่งเสริมให้ใช้เพื่อเฝ้าติดตาม โปรแกรม และการทราบผลของการวัดร่วมกับผู้ป่วย แผนผัง (Diagram) และการเขียนเนื้อหาสาระเป็นประโยชน์ที่สุด โดยเฉพาะอย่างยิ่งกับแผนชีวิตที่สับสน (chaotic lifestyle) ของผู้ป่วยการระบุนสาเหตุ และการคงอยู่ (maintenance) ของอาการร่วมกับผู้ป่วยด้วยเช่นกัน และรวมทั้งตลอดการบำบัด เป็นการได้พิจารณาข้อมูลใหม่ด้วย

4.4.2 Eagagement stage ในเบื้องต้น ผู้บำบัดจะกล่าวอย่างชัดเจนว่า การบำบัดจะเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องอะไรบ้าง ประกอบด้วยความปลอดภัย และวิธีของความร่วมมือในการค้นหาสาเหตุของ ความทุกข์(distress) ตลอดการบำบัด จะเน้นใช้คำถามเชิงเหตุผลหรือตรรกะ (Socratic Question) ในที่นี้รวมถึงการดึงเอาความเข้าใจของตนเองของบุคคล และความรู้สึกเป็นทุกข์ และแสดงถึงความยืดหยุ่นตลอดเวลา รูปแบบความอ่อนแอต่อความเครียด (A Vulnerability- Stress Model) ถูกนำมาใช้ ดังนั้นผู้ป่วยสามารถเข้าใจว่าความอ่อนแอต่อความเครียดเป็นแนวคิดที่ไม่หยุดนิ่ง มีอิทธิพลจากหลายปัจจัย เป็นต้นว่า จากเหตุการณ์ในชีวิต กลไกการเผชิญปัญหา การเจ็บป่วยทางด้านร่างกายผู้บำบัดเน้นว่าเขาหรือเธอ ไม่มีคำตอบทั้งหมด แต่การอธิบายที่มีประโยชน์ สามารถพัฒนาได้ในความร่วมมือ แบบฉบับที่ไม่จำเพาะของปัจจัยบำบัด ของความอบอุ่นความจริงใจ ความมีอารมณ์ขัน และความเข้าใจ มีคุณค่ายิ่งในการบำบัดชนิดนี้ เหมือนกับการบำบัดแบบเผชิญหน้าแบบอื่นๆ

4.4.3 A-B-C Model ซึ่งพัฒนาโดย Ellis and Harper สามารถใช้เพื่อให้แนวทางแก่ผู้ป่วยจัดการกับประสบการณ์ที่สับสนซึ่งเป็นไปอย่างซ้ำๆและเคลื่อนไปตลอดขั้นตอน ที่ใช้คำถามเชิงตรรกะเพื่อให้ชัดเจนเชื่อมโยงระหว่างประสบการณ์อารมณ์ทุกข์ของผู้ป่วยและความเชื่อของเขาที่ยึดถืออยู่

- 1) ให้ผู้ป่วยให้คะแนนความเข้มข้นของความทุกข์อยู่บนฐานคะแนน 1-10
- 2) ผลที่เกิดขึ้น(C) ถูกประเมินและแบ่งเป็นด้านอารมณ์และพฤติกรรม (Cs)
- 3) ผู้ป่วยให้คำอธิบายว่า อะไร เป็นเหตุการณ์กระตุ้น (A) ที่ดูเหมือนเป็นสาเหตุของ C และผู้บำบัดมั่นใจว่า เหตุการณ์ที่เป็นจริงไม่เกี่ยวพันกับการตัดสินใจและความ ผู้บำบัดทำการสะท้อนกลับ เพื่อการยอมรับความเชื่อมโยง ของ A กับ C

4) ผู้บำบัดประเมินภาพพจน์ การประเมินผล และความเชื่อของผู้ป่วยและสื่อสารให้ผู้ป่วยทราบว่า การให้ความหมายของบุคคล คือการขาดในรูปแบบ ของ A-C Model ยกตัวอย่างง่ายๆ สามารถสร้างขึ้นเพื่อประสานการเข้าใจ

5) ความเชื่อของผู้ป่วยเอง (B) ซึ่งเป็นสาเหตุที่แท้จริงของ C ถูกอภิปรายบ่อยๆเรื่องนี้สามารถเป็นเหตุผลได้ และBเป็นต้นว่า “ถ้าฉันบอกเกี่ยวกับเสียง ไม่มีใครเหมือนฉัน” สามารถโต้แย้งและเปลี่ยนเป็น “ฉันจะไม่ต้องการให้ ทุกคนเหมือนฉัน บางคนอาจเหมือน บางคนอาจไม่เหมือน” สิ่งนี้นำไปสู่การเปลี่ยนแปลง C เช่นแยกตัวเองและเศร้าน้อยลง

6) Goal-setting เป้าหมายที่เป็นจริงได้สำหรับการบำบัด ควรได้รับการอภิปรายกับผู้ป่วยในเบื้องต้นของการบำบัด การใช้เหตุผลของการทุกซีใจ(C) เพื่อเป็นสิ่งกระตุ้นแรงจูงใจ ในการเปลี่ยนแปลง เป็นงานของผู้บำบัดเพื่อให้มั่นใจว่าเป้าหมายสามารถวัดได้ เป็นจริงและไปถึงได้ เป้าหมายเป็นสิ่งกลับมาดูหรือชมใหม่ได้ ทั้งระหว่างบำบัดและสิ้นสุดบำบัด

7) Normalization ซึ่งมีประโยชน์ในการลดการคิดในทางหายณะในประสบการณ์ที่ไม่ปกติ ในขอบเขตสิ่งแวดล้อมที่แตกต่าง (เหตุการณ์ที่ทำให้เครียด อาการหายใจเร็วผิดปกติ ความเจ็บปวดทรมาน ความหิวกระหาย ง่วงนอนเป็นต้น) ลดความวิตกกังวล และความรู้สึกแปลกแยกจาก การมีประสบการณ์กับอาการทางจิตบนความต่อเนื่องของประสบการณ์ปกติ ผู้ป่วยรู้สึกวิกลจริตน้อยลงเรื่อยๆและไม่รู้สึกถูกตีตรา ผลดังกล่าวเป็นไปได้ที่จะกลับมาใหม่ ดูเหมือนว่าดีขึ้นในระยะที่น้อยลง

## 5. โปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการกับอาการทางลบของผู้ป่วย โดยนำโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ตามแนวการศึกษาของ Turkington, Kingdon & Turner (2002) พัฒนมาจากแนวคิดของ Beck et al. (1979) มาประยุกต์ใช้ ซึ่งรูปแบบการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมตามโปรแกรมในการศึกษาของ Turkington, Kingdon & Turner (2002) ประกอบด้วยการดำเนินการที่สำคัญ ดังนี้ 1) การประเมินและการสร้างแรงจูงใจ 2) การสร้างคำอธิบาย การทำ case formulation 3) การปรับเปลี่ยนความเชื่อหลัก (core beliefs) และการทำงานด้วยความเชื่อหลัก 4) การจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น 5) การทำให้ผู้ป่วยยอมรับและปฏิบัติตนรวมทั้งการรับประทานยาตามคำแนะนำของแพทย์ และ 6) คำแนะนำเรื่องยา และแหล่งที่สามารถขอความช่วยเหลือได้ เป็นการบำบัดผู้ป่วยรายกลุ่มในชุมชน โดยผู้ป่วยจะมาพบ

พยาบาลทั้งหมด 6 ครั้ง ใช้เวลาบำบัดครั้งละ 1 ชั่วโมง ดำเนินการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดกว่า 422 ราย ใช้เวลาดำเนินการ 3 เดือน ซึ่งหลังการทดลองพบว่าผู้ป่วยมีอาการทางลบลดลง และยังช่วยลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำหลังจากติดตามผลในช่วงระยะเวลา 1 ปี

จากแนวคิดดังกล่าวผู้วิจัยได้นำมาสร้างเป็นโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรมเพื่อใช้ในการลดอาการทางลบในผู้ป่วยจิตเภท ทั้งนี้เพื่อความเป็นไปได้ของการวิจัยและให้มีความเหมาะสมกับผู้ป่วยจิตเภทในบริบทของประเทศไทย ผู้วิจัยจึงได้มีการปรับกิจกรรมใหม่ โดยแบ่งกิจกรรมการบำบัดออกเป็น 3 ขั้นตอน ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ดำเนินการเป็นรายกลุ่มๆ ละ 10 คน สัปดาห์ละ 2 ครั้งๆ ละ 60 นาที โดยมีรายละเอียดกิจกรรมดังนี้

### **ขั้นตอนที่ 1 สร้างสัมพันธภาพและประเมินตนเอง (Engagement and Assessment)**

ประกอบด้วย 1 กิจกรรม คือ

**กิจกรรมที่ 1** การสร้างสัมพันธภาพ ด้วยการทักทายและแนะนำตัว ด้วยท่าทีที่อบอุ่น จริงใจ ใช้คำพูดที่ง่ายต่อการเข้าใจ จากการแสดงออกทางพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวันในขณะที่ป่วยด้วยโรคจิตเภท ความคิดความรู้สึกในระหว่างดำเนินกิจกรรมและนำมาอธิบายแนะนำตัวเองให้ผู้อื่นทราบ และประเมินองค์ประกอบด้านความคิดเริ่มจากประเมินรูปแบบของการนึกคิดไปในทางลบและแบบแผนการแปลข้อมูล จากสถานการณ์จริงในอดีต ที่เป็นต้นเหตุของพฤติกรรมที่เป็นปัญหา เช่น ความท้อแท้ สิ้นหวัง การหลบปัญหา การถอยหนี ซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ สรุปลงเพื่อนำไปสู่การแก้ไขเฉพาะ ซึ่งกิจกรรมต่างๆ ส่งผลให้ผู้ป่วยเรียนรู้เกี่ยวกับการสร้างสัมพันธภาพ ค้นพบสถานการณ์ที่แท้จริงของชีวิต สรุปลงความคิด ความเชื่อเพื่อนำไปสู่การบำบัด

### **ขั้นตอนที่ 2 การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Intervention phase)**

ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ดังนี้

**กิจกรรมที่ 2:** ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทและอาการทางลบ เป็นการเสริมความรู้เรื่องโรคจิตเภท สาเหตุ การรักษา ยาและผลข้างเคียงจากการรับประทานยา อาการทางลบและการจัดการอาการทางลบ และชี้ให้เห็นว่า อาการต่างๆ ที่ผู้ป่วยมีนั้น อาจพบได้ในคนทั่วไป (ยูทงนา อองอาจ-สกุลมั้น, 2548; Wright et al., 2009) ด้วยการนำประสบการณ์ที่ผู้ป่วยได้รับ มาพูดคุยและบอกเล่าเรื่องราวเกี่ยวกับบุคคลอื่นๆ สอบถามถึงเหตุการณ์และการตอบสนองต่อเหตุการณ์ จากนั้นจึงเริ่มให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและผลกระทบรวมทั้งองค์ประกอบของเหตุการณ์ ซึ่งประกอบด้วย

เหตุการณ์ที่มากระตุ้น ความคิด และพฤติกรรมตอบสนอง ตามรูปแบบ A-B-C Model และเริ่มค้นหาความคิดอัตโนมัติและความความคิดอัตโนมัติด้านลบ

**กิจกรรมที่ 3:** การวิเคราะห์เกี่ยวกับความคิดอัตโนมัติ และความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์พฤติกรรม และลักษณะความคิดที่บิดเบือน จึงเริ่มการเชื่อมโยงโดยการนำลักษณะของความคิดอัตโนมัติ และความคิดที่บิดเบือนที่สัมพันธ์ต่ออาการทางลบ ด้วยการนำประสบการณ์ทางความคิดมาเชื่อมโยง กับลักษณะความคิดที่นำไปสู่อาการทางลบ เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความความคิดอัตโนมัติและความคิดที่บิดเบือนกับการเกิดอาการทางลบในผู้ป่วยจิตเภท จากนั้นผู้บำบัดฝึกให้ผู้ป่วยเรียนรู้เกี่ยวกับกระบวนการเกิดความคิด และการเกิดพฤติกรรม การฝึกทักษะการวิเคราะห์ถึงเหตุการณ์ และความคิดอัตโนมัติด้านลบ โดยหาหลักฐานสนับสนุนหรือคัดค้านเพื่อนำไปสู่ความคิดที่ถูกต้อง ต่อไป โดยนำเอา A-B-C Model ซึ่งพัฒนาโดย Ellis and Harper มาใช้เป็น แนวทางในการอธิบายถึงความเชื่อมโยงระหว่างความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม และกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดการสำรวจตัวเอง(Klingberg et al., 2009)

**กิจกรรมที่ 4:** บำบัดโดยใช้กลยุทธ์การจัดการกับความคิดด้านลบ/ความบิดเบือนด้วยเทคนิค A-B-C Model โดยฝึกทักษะในการดักจับ ตีความ และ ปรับความเชื่อที่บิดเบือน บำบัดโดยกลยุทธ์ทางพฤติกรรม ฝึกทักษะปรับตัวและตีความ และ ปรับความเชื่อที่บิดเบือน โดยนำเอา A-B-C Model มาใช้เป็น แนวทางแก่ผู้ป่วยจัดการกับประสบการณ์ที่สับสนซึ่งเป็นไปอย่างซ้ำๆและเคลื่อนไปตลอดขั้นตอนที่ใช้คำถามเชิงตรรกะเพื่อให้ชัดเจนเชื่อมโยงระหว่างประสบการณ์อารมณ์ทุกข์ของผู้ป่วยและความเชื่อของเขาที่ยึดถืออยู่ให้ผู้ป่วยประเมินความคิดที่เกิดขึ้นโดยอาศัยหลักฐานต่างๆที่มาสนับสนุน และคัดค้านความคิดนั้นๆ(Evidence counter evidence technique )(ยุทธนา อองอาจสกุลมัน, 2548) เมื่อผู้รับการบำบัดสามารถคิดค้นและตรวจสอบ ความคิดอัตโนมัติทางลบได้แล้วจะส่งผลให้ผู้รับการบำบัดมีมุมมองในการคิดที่มีเหตุและผลตามความเป็นจริงมากขึ้นซึ่งนำไปสู่การปรับเปลี่ยนความคิด ได้แก่ การตั้งคำถามเพื่อให้ผู้รับการบำบัด เข้าใจและการปรับเปลี่ยนความคิดต่อปัจจัยเหตุของปัญหาและการจัดรายการกิจกรรมเพื่อส่งเสริมให้เกิดแรงกระตุ้นในการทำกิจกรรมต่างๆ และปรับเปลี่ยนความคิดในทางลบต่อผลลัพธ์ของปัญหา เพื่อให้ผู้รับการบำบัดประเมินผลลัพธ์ของปัญหาใหม่ ด้วยการส่งเสริมให้ผู้รับการบำบัดมีวิธีการในการเผชิญกับปัญหาและแก้ไข ปัญหาที่เหมาะสม และลดการคาดการณ์ในทางลบต่อผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

**กิจกรรมที่ 5:** จากความเชื่อด้านลบที่ฝังแน่นเกี่ยวกับเกี่ยวกับตนเองเป็นโรคจิตเภท จึงทำให้ผู้ป่วยสูญเสียทักษะทางสังคม หลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการฝึกเพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนมุมมอง เพื่อกลับไปสู่ความเป็นจริงของเหตุการณ์ปัจจุบัน ผู้ป่วยต้องได้รับการปรับเปลี่ยนทางด้านพฤติกรรม โดยการได้ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของความคิด ด้วยการได้ทดลองในรูปแบบต่างๆ และสามารถพัฒนาแผนปฏิบัติการเพื่อแก้ไขปัญหาของตนเองเพื่อเป็นการช่วยในการฟื้นฟูและเสริมสร้างความมั่นใจในการดำเนินชีวิตประจำวัน การบำบัดโดยใช้กลยุทธ์ทางพฤติกรรมในการฝึกทักษะการปรับตัวและจัดการกับความยากลำบากต่างๆ อันเป็นผลมาจากความพร่องของสารสื่อประสาทในสมองและการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้คนเป็นระยะของการจัดรายการกิจกรรม หรือโครงสร้างประจำสำหรับผู้ป่วย และรายละเอียดของแผนกิจกรรม สามารถช่วยให้ผู้ป่วยมุ่งมั่นในความเป็นจริงเท่าๆกับการสร้างแรงจูงใจ (Activity Scheduling and detail planning ) ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเชื่อมโยงในเรื่องของ ความคิด อารมณ์ และการแสดงออกทางพฤติกรรมในปัจจุบัน (Haddock, et al., 1998 cited in Chan & Leung, 2002)

**ขั้นตอนที่ 3 Maintenance and terminal Phase** มี 1 กิจกรรม คือ

**กิจกรรมที่ 6 การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ** ประกอบด้วยการทบทวนทักษะสำคัญในแต่ละกิจกรรมเพื่อเพิ่มความมั่นใจในการนำไปใช้ระหว่างดำเนินชีวิต ประเมินปัจจัยแวดล้อมที่จะนำมาซึ่งอุปสรรค เพื่อป้องกันความเครียดที่จะส่งผลต่อตัวผู้ป่วย ซึ่งอาจส่งผลให้มีอาการทางจิตเพิ่มขึ้น พร้อมวิธีการจัดการกับปัญหาเหล่านั้น ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และการส่งเสริมความสามารถในการเข้าถึงแหล่งทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชน เครือข่ายสุขภาพและแหล่งสนับสนุนทางสังคม ประสบการณ์ความสุขที่ผู้ป่วยเคยได้รับการช่วยเหลือ ส่วนสำคัญต่างๆเหล่านี้ จะคอยป้องกันและส่งเสริมให้เกิดการดูแลตนเอง และได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างทันที่และคอยช่วยประคับประคองให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสมต่อไป



## 6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### 6.1 งานวิจัยในประเทศ

วัชณี หัตถพนม และ คณะ (2552) ศึกษาประสิทธิผลของกลุ่มการปรับความคิดและพฤติกรรมบำบัดที่มีต่อความคิดอัตโนมัติ เป็นการวิจัยด้านลบและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชเป็นการวิจัยเชิงทดลอง (randomized controlled trial) เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่างได้แก่ผู้ป่วยใน (โรคจิต โรคซึมเศร้า และปัญหาการใช้ยาเสพติดหรือสุรา) ของโรงพยาบาลที่มีอาการซึมเศร้า และมีผลประเมินจากแบบวัดภาวะซึมเศร้า Thai Depression Inventory ตั้งแต่ 21 คะแนนขึ้นไป อายุระหว่าง 20-60 ปี และให้ความร่วมมือในการวิจัย คัดเลือกตัวอย่างแบบสุ่มเพื่อเข้ารับการบำบัดกลุ่มทดลองได้รับการบำบัดด้วยกลุ่ม CBT 5 ครั้งๆ ละ 60-90 นาที (ผู้ทำกลุ่มบำบัดเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการฝึกทักษะการบำบัดด้วย CBT) และกลุ่มควบคุมได้รับการบำบัดด้วยกลุ่มจิตบำบัดประคับประคอง สัปดาห์ละ 3 ครั้งๆ ครั้งละ 60 นาที ซึ่งเป็นการบำบัดของโรงพยาบาลที่ให้แกผู้ป่วยตามปกติ ประเมินผลด้านความคิดอัตโนมัติด้านลบ ภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังทดลอง และติดตามผลภายหลังการทดลอง 1,3 เดือน วิเคราะห์ข้อมูลโดยเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยด้านความคิดอัตโนมัติด้านลบ และภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มตามระยะเวลา ด้วยสถิติ repeated measures ANOVA พบว่า กลุ่มบำบัด CBT ช่วยลดความคิดอัตโนมัติด้านลบ และภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่ม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และลดการกลับมารักษาซ้ำเป็นผู้ป่วยหลังจำหน่าย 6 เดือนได้มากกว่ากลุ่มควบคุมถึง 2 เท่า

กาญจนา เหมะรัต และคณะ (2552) ได้ทำการศึกษา เรื่อง ผลของกลุ่มบำบัดความคิด และพฤติกรรมต่อความคิดอัตโนมัติทางลบของผู้ป่วยจิตเภท มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของกลุ่มบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อความคิดอัตโนมัติทางลบของผู้ป่วยจิตเภท และเปรียบเทียบความคิดอัตโนมัติทางลบก่อนและหลังเข้าโปรแกรมกลุ่ม การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental study) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนหลัง (One-group pretest-posttest design) กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการบำบัดที่กลุ่มงานโรงพยาบาลกลางวัน ระหว่างเดือน พฤษภาคม ถึง เดือนกรกฎาคม 2551 จำนวน 10 คน โดยมีการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกความคิดอัตโนมัติทางลบ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.86 และโปรแกรมกลุ่มบำบัดความคิดและพฤติกรรม ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน วิเคราะห์ข้อมูลโดย

ใช้สถิติ Wilcoxon matched-pairs signed ranks test ผลการศึกษา พบว่า หลังการเข้ากลุ่มตามโปรแกรมผู้ป่วยมีความคิดอัตโนมัติทางลบลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนความคิดอัตโนมัติก่อนเข้ากลุ่มตามโปรแกรมเท่ากับ 88.5 (S.D. = 15.37) และหลังเข้ากลุ่มบำบัดตามโปรแกรมผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยคะแนนความคิดอัตโนมัติทางลบเท่ากับ 75.0 (S.D. = 17.77)

อัญชลี ศรีสุพรรณ (2541) ได้ทำการศึกษาความสามารถในการดูแลตนเองและอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมและเปรียบเทียบความสามารถในการดูแลตนเองและอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 40 คน ซึ่งคัดเลือกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยการจับคู่ตามคะแนนอาการทางลบ ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 20 คน กลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ โปรแกรมการดูแลแบบองค์รวม แบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง และแบบประเมินอาการทางลบ ซึ่งได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 7 ท่าน ค่าความเที่ยงของแบบวัดทั้ง 2 ฉบับ เท่ากับ .88 และ .94 ตามลำดับวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติทดสอบที (t-test) ผลการวิจัยที่สำคัญ สรุปได้ดังนี้ 1. ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท หลังได้รับโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5 2. อาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท หลังได้รับโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวม น้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5 3. ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวม สูงกว่าผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5 4. อาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวม น้อยกว่าผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5

อติญา โพรศรี (2551) ได้ทำการศึกษาผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 40 คน ซึ่งได้รับการคัดเลือกตามเกณฑ์คุณสมบัติจากแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลร้อยเอ็ดและ ได้รับการจับคู่ (Matched-pairs) ด้วยระยะเวลาในการเจ็บป่วยทางจิตและระดับคะแนนอาการทางจิต แล้วถูกสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน กลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามโปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัวที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ โปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัวที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิดกลุ่มสนับสนุนครอบครัวของ McFarlane (1995) ซึ่งได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้

แบบประเมินอาการทางลบ เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง คือ แบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัว ค่าความเที่ยงของแบบประเมินอาการทางลบและแบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัว มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .82 และ .88 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติทดสอบที (t-test) ผลการวิจัยที่สำคัญ สรุปได้ดังนี้ 1) อาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท หลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัว น้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ 2) อาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัว น้อยกว่าผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

## 5.2 งานวิจัยในต่างประเทศ

Turkington, Kingdon & Turner (2002) ศึกษาแบบการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วย จิตเภท ซึ่งดำเนินการโดยทีมจิตเวชชุมชนในพื้นที่ ในลักษณะอย่างย่อที่ประกอบด้วย การประเมินและการจูงใจ การสร้างคำอธิบาย การทำ case formulation การจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น การทำให้ผู้ป่วยยอมรับและปฏิบัติตน รวมทั้งการรับประทานยาตามคำแนะนำของแพทย์ (adherence) การทำงานด้วยความเชื่อหลัก (core beliefs) และงานอดิเรกและสัมพันธภาพ คำแนะนำเรื่องยาและแอลกอฮอล์ การจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นและแหล่งที่สามารถขอความช่วยเหลือได้ ซึ่งการดำเนินการ สามารถปรับเปลี่ยนได้ตามความเหมาะสม ตามความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วย โดยเป็นการทำกลุ่มในชุมชน ผู้ป่วยจะมาพบพยาบาลทั้งหมด 6 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 1 ชั่วโมง โดยใช้ระยะเวลาในการศึกษากลุ่มตัวอย่างทั้งหมดกว่า 422 ราย ภายในเวลา 2-3 เดือนซึ่งหลังการทดลองพบว่าผู้ป่วยมีอาการทางลบลดลง และยังช่วยลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ หลังจากติดตามผลในช่วงระยะเวลา 1 ปี พบว่า อาการแสดงออกของผู้ป่วย การรับรู้การเจ็บป่วยและเข้าใจความเจ็บป่วยของตนเอง (insight) และภาระในการดูแล (Care burden) รวมทั้งลักษณะอาการทางลบ (negative symptoms) ดีขึ้น

Lewis et al. (2002) ได้ศึกษาโดยการนำรูปแบบการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยจิตเภท มีลักษณะของ treatment ประกอบด้วย 4 stages คือ 1) First stage การจูงใจผู้ป่วยและการประเมินอย่างละเอียดเกี่ยวกับสภาพจิตใจและมิติของอาการแสดงทางจิต (psychotic and nonpsychotic) เพื่อจะได้ใช้ CBT ในการประเมินว่าอาการที่เกิดขึ้นมีส่วนเกี่ยวข้องกับความคิด พฤติกรรม หรือการปรับตัวของผู้ป่วย มีการใช้ a stress vulnerability model เพื่อจะทำให้เห็นความเชื่อมโยงของกลไกการเกิดโรคระหว่าง biological factor กับ psychological factor และนำไปสู่ความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษา 2) Second stage: มีการกำหนดปัญหาที่เกิดขึ้นร่วมกัน

ระหว่างนักจิตบำบัดและผู้ป่วย แล้วจึงมีการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาตามระดับความรุนแรง ความรู้สึกเป็นทุกข์ ความเป็นไปได้และความเสี่ยงทางด้านคลินิก ปัญหาที่ได้รับการจัดลำดับความสำคัญแล้วจะถูกประเมินโดยละเอียดและสร้างเป็น formulation ขึ้นมาสอดคล้องกับสถานการณ์และความคิดที่ทำให้เกิดปัญหา 3) Third and fourth stages : จะเกี่ยวข้องกับการให้ intervention และการ monitoring ซึ่งจะเน้นในเรื่องๆต่างๆที่แสดงออกถึงปัญหาด้านอาการทางจิตที่แสดงออก ค้นหาปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการและปัจจัยที่มีผลลด/บรรเทาอาการที่เกิดขึ้น และเพื่อลดความรู้สึกเป็นทุกข์ที่เกี่ยวข้องกับอาการที่เกิดขึ้น ใช้เวลาทั้งหมดภายใน 5 สัปดาห์ของการรักษา พบว่า ค่า Psychotic Symptom Rating Scale ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ

Pinkam et al.(2004) ได้ทำการศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง นำร่องในการทำกลุ่มบำบัดในการบำบัดอาการหูแว่ว มีประสงค์ เพื่อประเมินผลการบำบัดด้วยกลุ่ม CBT ในการรักษาอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ผู้ป่วยจิตเภทที่เคยมีประสบการณ์หูแว่ว 11 คน ชาย 8 คน หญิง 3 คน โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 ให้การบำบัดโดยแบ่งเป็น 7 ขั้นตอนขั้นที่ 1 แลกเปลี่ยนประสบการณ์ข้อมูลเกี่ยวกับอาการหูแว่ว ขั้นที่ 2 รูปแบบของการทางจิต ขั้นที่ 3 รูปแบบของอาการหูแว่ว ขั้นที่ 4 stigma และบทบาทของยาที่รักษา ขั้นที่ 6 พัฒนาความมีคุณค่าในตนเอง ขั้นที่ 7 รูปแบบการเผชิญกับหูแว่วทั้งหมด กลุ่มที่ 2 พบกัน 2 ครั้งต่อสัปดาห์ มีหัวข้อดังนี้ ขั้นที่ 1-3 แลกเปลี่ยนประสบการณ์และข้อมูลเกี่ยวกับการได้ยิน ขั้นที่ 4 ให้สุขภาพจิตศึกษาเกี่ยวกับการเกิดอาการหูแว่ว ขั้นที่ 5 อภิปรายถึงประสบการณ์ ขั้นที่ 6-10 วิเคราะห์พฤติกรรมการได้ยินเสียงโดยเน้น รูปแบบ A-B-C ขั้นที่ 11-13 สร้างรูปแบบการควบคุมเสียงภายใต้ A-B-C Model ขั้นที่ 14-17 วิธีจัดการกับ หูแว่ว ขั้นที่ 18 Stigma ขั้นที่ 19-20 สร้างรูปแบบการจัดการทั้งหมด และ สิ้นสุดการฝึก กลุ่ม 1 ให้ CBT ร่วมกับการดูแลปกติ กลุ่ม 2 ให้การปรึกษาประคับประคอง ร่วมกับการดูแลปกติ กลุ่ม 3 ให้การดูแลตามปกติอย่างเดียว ผลการศึกษาพบว่า มีการลดลงของความถี่ ความเชื่อ และความชัดเจนของเสียง เมื่อติดตามผล ในเดือนที่ 3, 6, 9 และ 12 พบว่า การถูกรบกวนจากเสียงลดลงในเดือนที่ 12 ความวิตกกังวลดีขึ้นในเดือนที่ 3, 6 และ 9 ตามลำดับ

## 7. กรอบแนวคิดการวิจัย

### โปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรม

ตามแนวคิด Turkington, Kingdon & Turner (2002) กิจกรรม  
รายกลุ่ม แบ่งเป็น 3 ขั้นตอนดังนี้

#### **ขั้นตอนที่ 1** การสร้างสัมพันธภาพและประเมินตนเอง (Engagement

and Assessment) มี 1 กิจกรรมคือ สร้างสัมพันธภาพและประเมิน  
ตนเอง โดย ประสบการณ์และ แบบแผนชีวิตที่สับสน (chaotic  
lifestyle) ร่วมกำหนดเป้าหมาย และสาเหตุหรืออุปสรรคที่ขัดขวาง  
เป้าหมาย

#### **ขั้นตอนที่ 2** การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม Intervention phase) มี 4 กิจกรรม คือ

- 1) ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทและความคิดอัตโนมัติ
- 2) การฝึกวิเคราะห์เกี่ยวกับความคิดด้านลบ/ความคิดบิดเบือนลักษณะ  
ต่างๆที่สัมพันธ์กับการเกิดอาการทางลบ
- 3) บำบัดโดยใช้กลยุทธ์การจัดการกับความคิดด้านลบ/ความบิดเบือนด้วย  
เทคนิค A-B-C Model โดยฝึกทักษะในการดักจับ ดีความ และ ปรับ  
ความเชื่อที่บิดเบือน
- 4) บำบัดโดยกลยุทธ์ทางพฤติกรรม ฝึกทักษะปรับตัวและจัดการกับความ  
ยากลำบากต่างๆ อันเป็นผลมาจากความพร่องของสารสื่อประสาทใน  
สมองและการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้คน

#### **ขั้นตอนที่ 3** Maintenance and terminal Phase มี 1 กิจกรรม

**กิจกรรมที่ 6** การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ด้วยกระบวนการต่างๆ ได้แก่  
การทบทวนทักษะสำคัญต่างๆ การป้องกันความเครียดที่จะส่งผลต่อตัว  
ผู้ป่วย การส่งเสริมความสามารถในการเข้าถึงแหล่งทรัพยากรที่มีอยู่ใน  
ชุมชน

อาการทาง  
ลบในผู้ป่วย  
จิตเภท  
(Kay,

### บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดสองครั้งโดยมีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง (The pretest-posttest randomized control group design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่ออาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ และเพื่อเปรียบเทียบอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมฯ โดยมีรูปแบบการทดลองดังนี้

	O <sub>1</sub>	X	O <sub>2</sub>		กลุ่มทดลอง
	O <sub>3</sub>		O <sub>4</sub>		กลุ่มควบคุม
O1	หมายถึง	การวัดอาการทางลบ ก่อนได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม			
O2	หมายถึง	การวัดอาการทางลบ หลังได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม			
O3	หมายถึง	การวัดอาการทางลบ ก่อนได้รับการดูแลตามปกติ			
O4	หมายถึง	การวัดอาการทางลบ หลังได้รับการดูแลตามปกติ			
X	หมายถึง	การทดลองโดยใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม			

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากร** คือ ผู้ป่วยจิตเภท ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท รหัส F20 (F20.0–F20.9) และไม่มีพยาธิสภาพของโรคทางสมอง ตามบัญชีจำแนกทางสถิติระหว่างประเทศของโรคและปัญหาสุขภาพฉบับทบทวนครั้งที่ 10(ICD-10) ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์จังหวัด กรุงเทพมหานคร ในช่วง กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2558 ถึง เมษายน พ.ศ. 2558 จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 20 คน โดยกลุ่มตัวอย่างได้จากการเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (inclusion criteria) ดังนี้

- 1) เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท มีอายุระหว่าง 20-59 ปี ทั้งชายและหญิง
- 2) เป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการแสดงในลักษณะอาการทางลบ เช่น สีหน้าเรียบเฉย พูดน้อย โดยกำหนดเกณฑ์คะแนนอาการทางลบระหว่าง 5-13 คะแนน (มีค่าคะแนนอาการทางลบในระดับปานกลางถึงมาก) จากการประเมินโดยใช้แบบประเมินอาการทางลบของ หงส์ บันเทิงสุข (2545) ที่ปรับปรุงจาก Positive and Negative Syndrome Scale ฉบับภาษาไทย ซึ่งธนา นิลชัย-โกวิทย์ และคณะ (ม.ป.ป.) แปลและสร้างขึ้นจากแนวคิด Kay, Fiszbein & Opler (1987)
- 3) ได้รับการรักษาอาการทางจิตครบตามแผนการรักษาในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา
- 4) สื่อสารภาษาไทยเข้าใจ พูดคุยโต้ตอบและอ่านออกเขียนได้
- 5) ไม่อยู่ระหว่างการรักษาด้วยไฟฟ้า เนื่องจากเป็นช่วงที่ผู้ป่วยอาจอยู่ในภาวะวิกฤติจากการรักษาด้วยไฟฟ้า
- 6) เต็มใจ และยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย

#### เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

ผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบระหว่างขณะเข้าร่วมการวิจัย

#### การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (power of test) โดยได้นำผลการศึกษาของ Bowman, Scogin & Lyrene (1995) มาร่วมในการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยกำหนดให้มีอำนาจทดสอบ 80% ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 พบว่าต้องการกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยกลุ่มละ 15 คน อย่างไรก็ตามผู้วิจัยได้ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มละ 20 คน รวมทั้งหมดเป็นจำนวน 40 คน เพื่อให้ข้อมูลมีการกระจายเป็นโค้งปกติ (normality) และสามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มประชากรได้ดีที่สุด และเพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างและความเป็นไปได้ในการวิจัย (รัตนศิริ ทาโต, 2551) จากนั้นผู้วิจัยจับคู่กลุ่มตัวอย่าง (matched paired) 2 กลุ่มให้มีเพศ (Leung, 2000) และมีรายได้ที่เพียงพอหรือไม่เพียงพอ (อรพรรณ ดิอนุญธวัชชัย, 2554) เหมือนกัน เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างครบ 20 คู่แล้ว จากนั้นใช้การจับฉลากอย่างง่าย เพื่อสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทีละคู่จนครบทั้ง 20 คู่

#### ขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

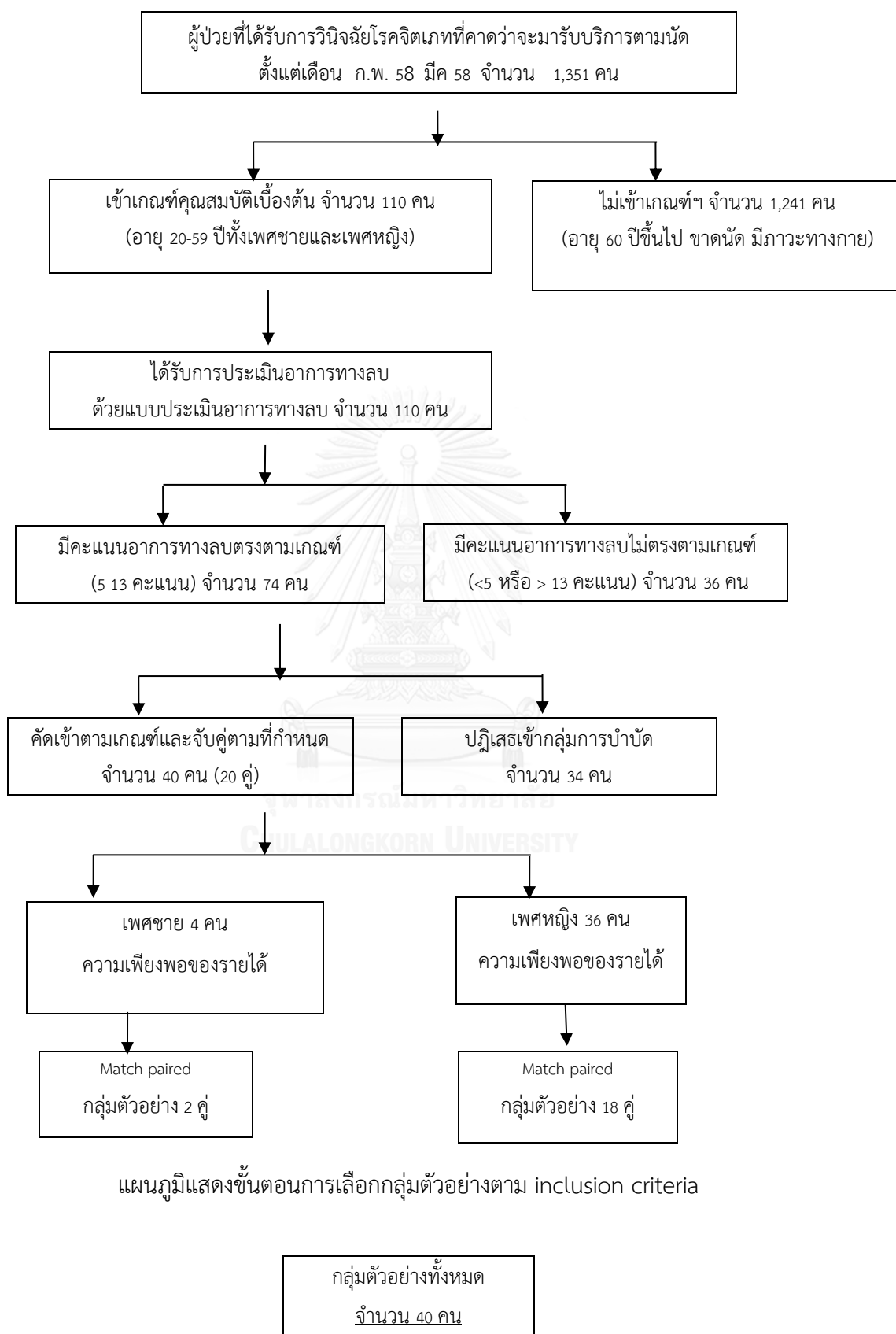
1. หลังผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการดำเนินการวิจัยของ สถาบันสถาบันกัลยาณ์ราช

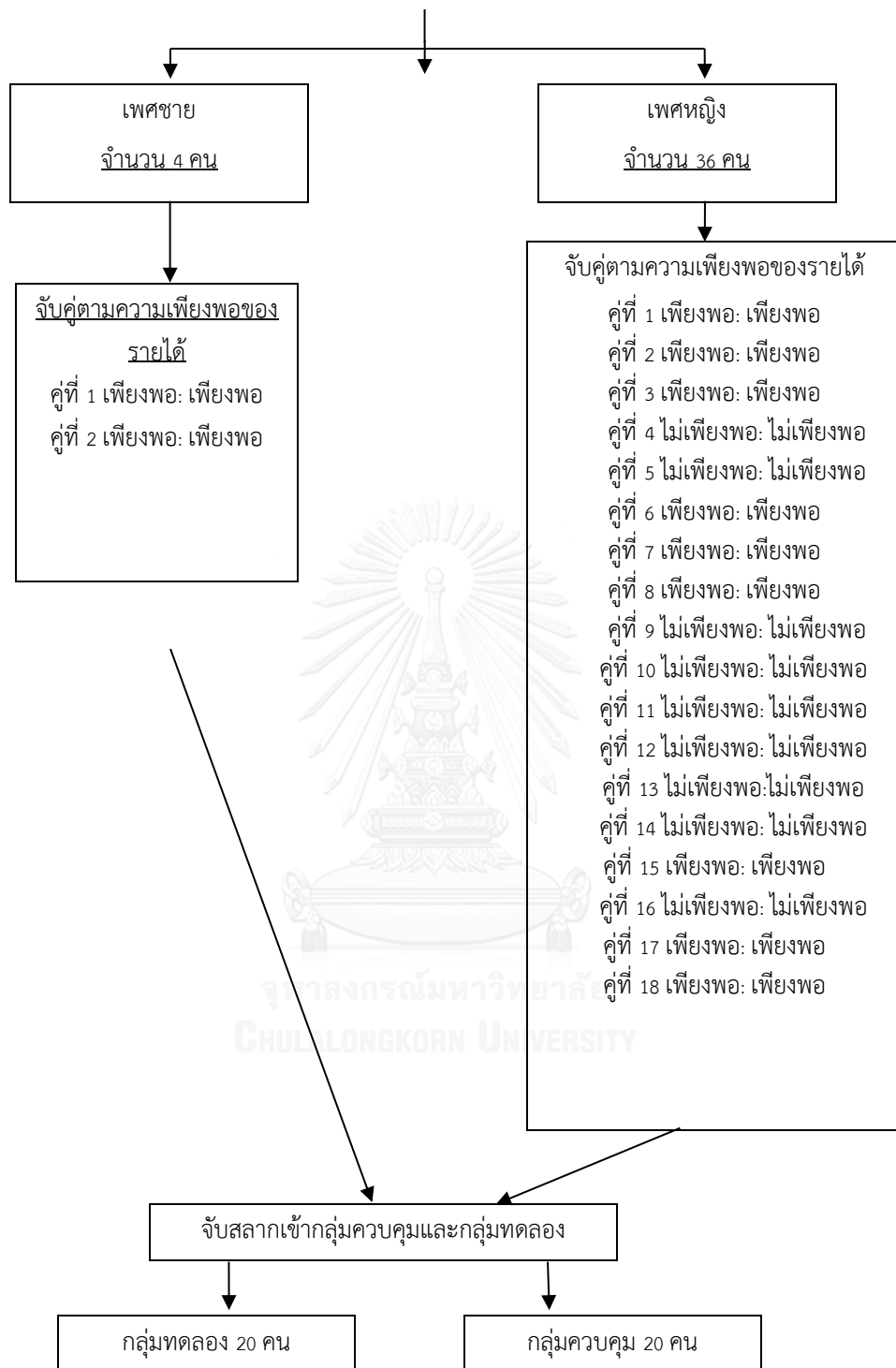
นครินทร์ จังหวัดกรุงเทพมหานคร ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยโรคตามเกณฑ์การวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท รหัส F20 (F20.0 – F20.9) ตามบัญชีจำแนกทางสถิติระหว่างประเทศของโรคและปัญหาสุขภาพฉบับทบทวน ครั้งที่ 10 (ICD-10) ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ จังหวัดกรุงเทพมหานคร จากนั้นคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนดในการคัดเลือกเข้ากลุ่มตัวอย่าง จำนวน 40 คน

2. ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับการทำวิจัย การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย แล้วลงชื่อในใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

3. ผู้วิจัยจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (Matched Paired) โดยการควบคุมให้ทั้ง 2 กลุ่มมีลักษณะใกล้เคียงกัน คือ เพศเดียวกัน และมีระดับความเพียงพอของรายได้อยู่ในระดับเดียวกัน เมื่อจับคู่ได้ครบ 20 คู่แล้ว จึงใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับสลากเพื่อสุ่มกลุ่มตัวอย่าง แต่ละคู่เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จนครบทั้ง 20 คู่ ได้กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน ดังมีรายละเอียดขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่างดังที่แสดงไว้ในแผนภูมิ ดังภาพที่ 1 และ ภาพที่ 2 โดยมีผลการเปรียบเทียบคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างดังที่แสดงไว้ในตารางที่ 1







ตารางที่ 1 แผนภูมิแสดงขั้นตอนการ matched paired กลุ่มตัวอย่าง

จากแผนภูมิที่ 2 ผู้ป่วยจิตเภทซึ่งเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ทั้งสองกลุ่มมีคุณลักษณะที่ใกล้เคียงกัน ดังนี้ 1) เพศ พบว่ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม มีเพศชายกลุ่มละ 2 คน และเพศหญิงกลุ่มละ 18 คน เท่ากัน 2) ระดับความเพียงพอของรายได้ พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทในกลุ่มทดลองและกลุ่มมีรายได้ในระดับเพียงพอกลุ่มละ 9 คน และระดับไม่เพียงพอกลุ่มละ 11 คน เท่ากัน

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยเรื่องนี้ได้ผ่านความเห็นชอบในการอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ จังหวัดกรุงเทพมหานคร แล้ว โดยก่อนดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยได้นำโครงการวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม พร้อมทั้งเครื่องมือที่สร้างขึ้น เสนอต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

นอกจากนี้เพื่อพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยสุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างทุกรายจะได้รับการบอกถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาที่ใช้ รวมทั้งได้รับการตอบคำถามจนเข้าใจ และได้รับการชี้แจงว่าระหว่างขั้นตอนของการวิจัยกลุ่มตัวอย่างจะขอยกเลิกการเข้าร่วมเมื่อไรก็ได้ โดยไม่ต้องบอกเหตุผล และจะไม่มีผลกระทบใดต่อการรักษาพยาบาล รวมทั้งหากมีคำถามหรือเกิดความสงสัยใดๆ ในระหว่างขั้นตอนของการวิจัยสามารถสอบถามได้จากผู้วิจัยโดยตรง นอกจากนี้ผู้วิจัยได้เน้นย้ำให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะปกปิดเป็นความลับ และผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น จะไม่มีการเปิดเผยให้ผู้ที่ไม่เกี่ยวข้องทราบ หากกลุ่มตัวอย่างตอบรับการวิจัย ผู้วิจัยจึงให้ลงลายมือในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัยไว้อย่างเป็นลายลักษณ์อักษร

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วยเครื่องมือจำนวน 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1. เครื่องมือการดำเนินการทดลอง

คือ โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

ชุดที่ 2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล จำแนกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

2.1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล

2.2 แบบวัดอาการทางลบจากการศึกษาของหงส์ บันเทิงสุข (2545)

### ชุดที่ 3. เครื่องมือกำกับการทดลอง

คือ แบบประเมินความคิดอัตโนมัติในด้านลบ ของ Hollon and Kendall ฉบับภาษาไทยซึ่งแปลและเรียบเรียงโดย ลัดดา แสนสีหา (2536)

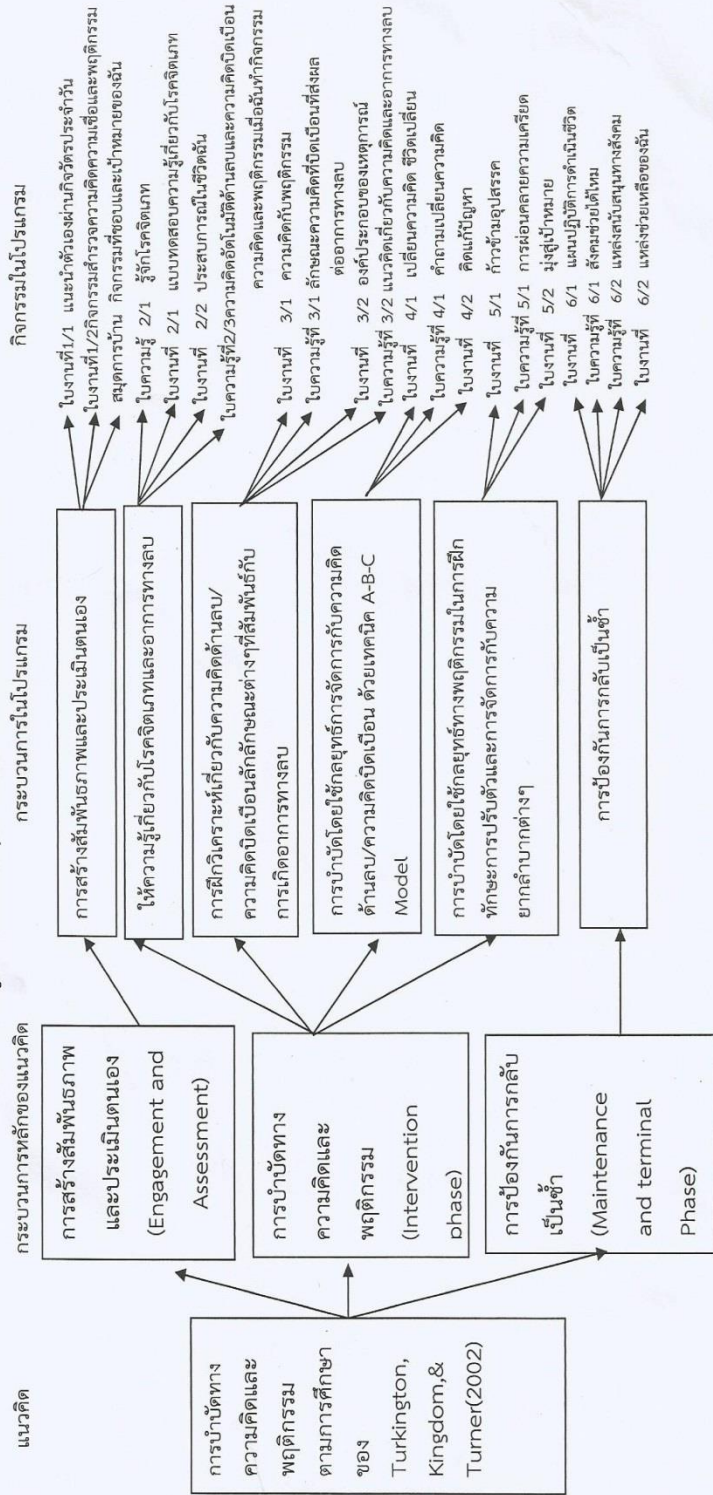
โดยมีรายละเอียดของเครื่องมือแต่ละชุด ดังนี้

1. เครื่องมือดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมเป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยนำการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม Turkington, Kingdon & Turner (2002) ซึ่งอยู่บนแนวคิดพื้นฐาน CBT ของ Beck (1979) และ แนวคิดการบำบัด CBT สำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ โดยมีขั้นตอนการสร้างโปรแกรมฯ ดังนี้

1.1 ศึกษาจากเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิด ทฤษฎี และหลักการของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมจากการประยุกต์แนวทางการบำบัดของ Turkington, Kingdon & Turner (2002) ซึ่งอยู่บนแนวคิดพื้นฐาน CBT ของ Beck (1979) เนื่องจาก รูปแบบดังกล่าวช่วยฟื้นฟูและเสริมสร้างความมั่นใจให้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ โดยใช้กลยุทธ์สำคัญในการปรับเปลี่ยนมุมมองด้านลบของผู้ป่วย ซึ่งเป็นส่วนสำคัญที่คอยยึดให้ผู้ป่วยอยู่กับความคิดด้านลบ และเกิดอาการทางลบตามมา กลับเข้ามาสู่ ความเป็นจริงของเหตุการณ์ปัจจุบัน (Mueser et al., 2006)

1.2 ผู้ศึกษาประยุกต์แนวทางการบำบัดของ Turkington, Kingdon & Turner (2002) ซึ่งอยู่บนแนวคิดพื้นฐาน CBT ของ Beck (1979) โดยนำแนวคิดต่างๆ ที่ได้จากการศึกษา ทบทวน ผลการศึกษาที่ผ่านมา และนำมาปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อนำมากำหนดโครงสร้าง วัตถุประสงค์ของโปรแกรม วิธีการดำเนินการ และการประเมินผล เพื่อให้ครอบคลุมประเด็นสำคัญ โดยแบ่งกิจกรรมในโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม เป็น 3 ขั้นตอน ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ดังรายละเอียดที่แสดงไว้ในแผนภูมิ ที่ 3

ภาพที่ ๑ แผนภูมิแสดงการประยุกต์แนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม



## โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

รูปแบบการบำบัดตามโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมนี้ จะเน้นที่การจัดกระทำกับความคิดด้านลบ หรือความเชื่อที่บิดเบือนลักษณะต่างๆ (a set of negative thoughts) อันเป็นสาเหตุของการเกิดอาการทางลบ ช่วยฟื้นฟูและเสริมสร้างความมั่นใจให้กับผู้ป่วยที่มีอาการทางลบ โดยใช้กลยุทธ์สำคัญในการปรับเปลี่ยนมุมมองด้านลบของผู้ป่วย ซึ่งเป็นส่วนสำคัญที่คอยยึดให้ผู้ป่วยอยู่กับความคิดด้านลบ และเกิดอาการทางลบตามมา กลับเข้ามาสู่ความเป็นจริงของเหตุการณ์ในปัจจุบัน ซึ่งมีสาระสำคัญของแต่กิจกรรมในแต่ละครั้ง ดังต่อไปนี้

### ขั้นตอนที่ 1 สร้างสัมพันธภาพและประเมินตนเอง (Engagement and Assessment)

ประกอบด้วย 1 กิจกรรม คือ

**กิจกรรมที่ 1** การสร้างสัมพันธภาพ ด้วยการทักทายและแนะนำตัว ด้วยท่าทีที่อบอุ่น จริงใจ ใช้คำพูดที่ง่ายต่อการเข้าใจ จากการแสดงออกทางพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวันในขณะที่ป่วยด้วยโรคจิตเภท ความคิดความรู้สึกในระหว่างดำเนินกิจกรรมและนำมาอธิบายแนะนำตัวเองให้ผู้อื่นทราบ และประเมินองค์ประกอบด้านความคิดเริ่มจากประเมินรูปแบบของการนึกคิดไปในทางลบและแบบแผนการแปลข้อมูล จากสถานการณ์จริงในอดีต ที่เป็นต้นเหตุของพฤติกรรมที่เป็นปัญหา เช่น ความท้อแท้ สิ้นหวัง การหลบปัญหา การถอยหนี ซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ สรุปลงเพื่อนำไปสู่การแก้ไขเฉพาะ ซึ่งกิจกรรมต่างๆส่งผลให้ผู้ป่วยเรียนรู้เกี่ยวกับการสร้างสัมพันธภาพ ค้นพบสถานการณ์ที่แท้จริงของชีวิต สรุปลงความคิด ความเชื่อเพื่อนำไปสู่การบำบัด

### ขั้นตอนที่ 2 การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Intervention phase)

ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ดังนี้

**กิจกรรมที่ 2:** ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทและความคิดอัตโนมัติ เป็นการเสริมความรู้เรื่องโรคจิตเภท สาเหตุ การรักษา ยาและผลข้างเคียงจากการรับประทานยา อาการทางลบ และการจัดการอาการทางลบ และชี้ให้เห็นว่า อาการต่างๆ ที่ผู้ป่วยมีนั้น อาจพบได้ในคนทั่วไป (ยุทธนา องอาจ-สกุลรัตน์, 2548; Wright et al., 2009) ด้วยการนำประสบการณ์ที่ผู้ป่วยได้รับ มาพูดคุยและบอกเล่าเรื่องราวเกี่ยวกับบุคคลอื่นๆ สอบถามถึงเหตุการณ์และการตอบสนองต่อเหตุการณ์ จากนั้นจึงเริ่มให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและผลกระทบรวมทั้งองค์ประกอบของเหตุการณ์ ซึ่งประกอบด้วย

เหตุการณ์ที่มากระตุ้น ความคิด และพฤติกรรมตอบสนอง ตามรูปแบบ A-B-C Model และเริ่มค้นหาความคิดอัตโนมัติและความความคิดอัตโนมัติด้านลบ

**กิจกรรมที่ 3:** การวิเคราะห์เกี่ยวกับความคิดอัตโนมัติ และความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์พฤติกรรม และลักษณะความคิดที่บิดเบือน จึงเริ่มการเชื่อมโยงโดยการนำลักษณะของความคิดอัตโนมัติ และความคิดที่บิดเบือนที่สัมพันธ์ต่ออาการทางลบ ด้วยการนำประสบการณ์ทางความคิดมาเชื่อมโยง กับลักษณะความคิดที่นำไปสู่อาการทางลบ เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความความคิดอัตโนมัติและความคิดที่บิดเบือนกับการเกิดอาการทางลบในผู้ป่วยจิตเภท จากนั้นผู้บำบัดฝึกให้ผู้ป่วยเรียนรู้เกี่ยวกับกระบวนการเกิดความคิด และการเกิดพฤติกรรม การฝึกทักษะการวิเคราะห์ถึงเหตุการณ์ และความคิดอัตโนมัติด้านลบ โดยหาหลักฐานสนับสนุนหรือคัดค้านเพื่อนำไปสู่ความคิดที่ถูกต้อง ต่อไป โดยนำเอา A-B-C Model ซึ่งพัฒนาโดย Ellis and Harper มาใช้เป็น แนวทางในการอธิบายถึงความเชื่อมโยงระหว่างความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม และกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดการสำรวจตัวเอง(Klingberg et al., 2009)

**กิจกรรมที่ 4:** บำบัดโดยใช้กลยุทธ์การจัดการกับความคิดด้านลบ/ความบิดเบือนด้วยเทคนิค A-B-C Model โดยฝึกทักษะในการดักจับ ตีความ และ ปรับความเชื่อที่บิดเบือน บำบัดโดยกลยุทธ์ทางพฤติกรรม ฝึกทักษะปรับตัวและตีความ และ ปรับความเชื่อที่บิดเบือน โดยนำเอา A-B-C Model มาใช้เป็น แนวทางแก่ผู้ป่วยจัดการกับประสบการณ์ที่สับสนซึ่งเป็นไปอย่างซ้ำๆและเคลื่อนไปตลอดขั้นตอนที่ใช้คำถามเชิงตรรกะเพื่อให้ชัดเจนเชื่อมโยงระหว่างประสบการณ์อารมณ์ทุกข์ของผู้ป่วยและความเชื่อของเขาที่ยึดถืออยู่ให้ผู้ป่วยประเมินความคิดที่เกิดขึ้นโดยอาศัยหลักฐานต่างๆที่มาสนับสนุน และคัดค้านความคิดนั้นๆ(Evidence counter evidence technique )(ยุทธนา อองอาจสกุลมัน, 2548) เมื่อผู้รับการบำบัดสามารถคิดค้นและตรวจสอบ ความคิดอัตโนมัติทางลบได้แล้วจะส่งผลให้ผู้รับการบำบัดมีมุมมองในการคิดที่มีเหตุและผลตามความเป็นจริงมากขึ้นซึ่งนำไปสู่การปรับเปลี่ยนความคิด ได้แก่ การตั้งคำถามเพื่อให้ผู้รับการบำบัด เข้าใจและการปรับเปลี่ยนความคิดต่อปัจจัยเหตุของปัญหาและการจัดรายการกิจกรรมเพื่อส่งเสริมให้เกิดแรงกระตุ้นในการทำกิจกรรมต่างๆ และปรับเปลี่ยนความคิดในทางลบต่อผลลัพธ์ของปัญหา เพื่อให้ผู้รับการบำบัดประเมินผลลัพธ์ของปัญหาใหม่ ด้วยการส่งเสริมให้ผู้รับการบำบัดมีวิธีการในการเผชิญกับปัญหาและแก้ไข ปัญหาที่เหมาะสม และลดการคาดการณ์ในทางลบต่อผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

**กิจกรรมที่ 5:** จากความเชื่อด้านลบที่ฝังแน่นเกี่ยวกับเกี่ยวกับตนเองเป็นโรคจิตเภท จึงทำให้ผู้ป่วยสูญเสียทักษะทางสังคม หลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการฝึกเพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนมุมมอง เพื่อกลับไปสู่ความเป็นจริงของเหตุการณ์ปัจจุบัน ผู้ป่วยต้องได้รับการปรับเปลี่ยนทางด้านพฤติกรรม โดยการได้ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของความคิด ด้วยการได้ทดลองในรูปแบบต่างๆ และสามารถพัฒนาแผนปฏิบัติการเพื่อแก้ไขปัญหาของตนเองเพื่อเป็นการช่วยในการฟื้นฟูและเสริมสร้างความมั่นใจในการดำเนินชีวิตประจำวัน การบำบัดโดยใช้กลยุทธ์ทางพฤติกรรมในการฝึกทักษะการปรับตัวและจัดการกับความยากลำบากต่างๆ อันเป็นผลมาจากความพร่องของสารสื่อประสาทในสมองและการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้คนเป็นระยะของการจัดรายการกิจกรรม หรือโครงสร้างประจำสำหรับผู้ป่วย และรายละเอียดของแผนกิจกรรม สามารถช่วยให้ผู้ป่วยมุ่งมั่น ในความเป็นจริงเท่าๆกับการสร้างแรงจูงใจ (Activity Scheduling and detail planning ) ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเชื่อมโยงในเรื่องของ ความคิด อารมณ์ และการแสดงออกทางพฤติกรรมในปัจจุบัน (Haddock,et al.,1998 cited in Chan & Leung, 2002)

**ขั้นตอนที่ 3 Maintenance and terminal Phase** มี 1 กิจกรรม คือ

**กิจกรรมที่ 6** การทบทวนทักษะสำคัญในแต่ละกิจกรรมเพื่อเพิ่มความมั่นใจในการนำไปใช้ระหว่างดำเนินชีวิต ประเมินปัจจัยแวดล้อมที่จะนำมาซึ่งอุปสรรค เพื่อป้องกันความเครียดที่จะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ซึ่งอาจส่งผลให้มีอาการทางจิตเพิ่มขึ้น พร้อมวิธีการจัดการกับปัญหาเหล่านั้น ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และการส่งเสริมความสามารถในการเข้าถึงแหล่งทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชน เครือข่ายสุขภาพและแหล่งสนับสนุนทางสังคม ประสพการณ์ความสุขที่ผู้ป่วยเคยได้รับการช่วยเหลือส่วนสำคัญต่างๆเหล่านี้ จะคอยป้องกัน และส่งเสริมให้เกิดการดูแลตนเอง และได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างทันที่และคอยช่วยประคับประคองให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสมต่อไป

### การตรวจสอบคุณภาพโปรแกรม

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน ที่พัฒนาขึ้นในลักษณะของแผนกิจกรรมในโปรแกรมฯ ไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อตรวจสอบ แก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ให้เหมาะสม มีความสอดคล้องกับการศึกษา จากนั้นนำเครื่องมือไปตรวจสอบคุณภาพโปรแกรม ด้วยการหาความ



ตรงของเนื้อหา โดยนำฉบับที่แก้ไขตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาแล้ว ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย จิตแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท จำนวน 1 ท่าน พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 3 ท่าน และอาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 1 ท่าน เพื่อทำการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) และการใช้ภาษา ซึ่งพบว่ามีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ภายหลังการแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิเท่ากับ .80

เมื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะแล้ว จึงนำมาปรับปรุงแก้ไขตามผู้ทรงคุณวุฒิได้เสนอแนะให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อให้เกิดความครอบคลุมของเนื้อหาในกิจกรรม รวมทั้งความถูกต้องเหมาะสมของภาษาอีกครั้งก่อนนำไปใช้จริง โดยมีประเด็นที่ปรับแก้ดังนี้

#### ช่วงที่ 1 ข้อเสนอแนะโดยรวม

1) ในส่วนของข้อมูลส่วนบุคคล ได้ปรับแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ ได้แก่ การเพิ่มในส่วนของระยะเวลาการเจ็บป่วยเข้าไปในแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบ่งระยะเวลาการเจ็บป่วยออกเป็น 2 ส่วนคือ 1) ตั้งแต่เริ่มป่วยจนถึง 3 ปี 2) ระยะเวลาเจ็บป่วยตั้งแต่ 4 ปีขึ้นไป เพื่อจัดแบ่งลักษณะการเจ็บป่วยเป็นระยะเริ่มแรก และระยะเรื้อรัง

2) ผู้วิจัยได้เพิ่มเติมการตั้งเป้าหมาย โดยให้ผู้ป่วยระบุเป้าหมายของตนเองลงในใบงานที่ 1/1 เรื่อง แนะนำตัวเองผ่านกิจวัตรประจำวัน ซึ่งเป็นการตั้งเป้าหมายง่ายๆสามารถทำได้จริงเพื่อกระตุ้นให้เห็นความสำเร็จในการเข้ากลุ่ม และนำการประเมินรูปแบบความคิดอัตโนมัติด้านลบ เข้ามาในแบบประเมินในใบงานที่ 1/2 เรื่องกิจกรรมสำรวจความคิด ความเชื่อและพฤติกรรม ตามคำของผู้ทรงคุณวุฒิ ได้แก่ ควรมีการประเมินความคิดความเชื่อของผู้ป่วยในระยะต้นๆเพื่อเป็นการประเมินปัญหาด้านความคิดของผู้ป่วยเพื่อนำไปใช้ในการแก้ไขปัญหามาใช้ประโยชน์ในการตั้งเป้าหมายปรับเปลี่ยนมุมมองความคิดละพฤติกรรมได้ และควรชวนผู้ป่วยตั้งเป้าหมายตั้งแต่แรกๆเท่าที่จะทำได้เป็นการกระตุ้นกลุ่ม

3) เพิ่มเติมเนื้อหาเรื่องการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย ก่อนเริ่มดำเนินการในทุกๆ กิจกรรม โดยการทบทวนกิจกรรมที่ดำเนินการในครั้งก่อน ทั้งนี้เพื่อให้ได้สาระที่เชื่อมโยงเนื้อหาจากครั้งที่แล้ว

4) เพิ่มสมุดการบ้าน โดยจัดทำเป็นเอกสารที่เป็นรูปเล่ม มีเนื้อหาประกอบด้วย ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคจิตเภท เป้าหมายในแต่ละครั้ง การวางแผนกิจวัตรประจำวัน เป็นลักษณะของการที่สมาชิกได้วางแผนกิจวัตรแล้วนำไปทดสอบเพื่อนำกลับมาเป็นบทเรียนและแก้ไขในครั้งถัดไป

5) ปรับเพิ่มระยะเวลาดำเนินการในแต่ละกิจกรรมเป็น 60-90 นาที

ช่วงที่ 2 ข้อเสนอแนะทำกิจกรรมตามขั้นตอนที่ 1-3 รายละเอียด 6 กิจกรรม

### ขั้นตอนที่ 1

1. ในกิจกรรม ที่ 1/1 ผู้วิจัยได้ปรับตัวอุปสรรคเชิงพฤติกรรมเป็น “สมาชิกกลุ่มมีการพูดคุย แสดงความคิดเห็นและสามารถบอกสถานการณ์จริงเกี่ยวกับชีวิตประจำวันของตนได้” อีกทั้งได้และ ปรับรูปแบบให้ง่ายเป็นแบบตัวเลือก ในใบงานที่ใบงานที่ 1/1 แนะนำตัวเองผ่านกิจวัตรประจำวันโดย นำกิจกรรมต่างๆ จากรูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยที่จำหน่าย กลับบ้านของโรงพยาบาลใน สังกัดกรมสุขภาพจิต มาปรับใช้ และหากสมาชิกไม่เข้าใจจะมีการอธิบายซ้ำ ในขั้นตอนที่ 1 กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและประเมินตนเอง

### ขั้นตอนที่ 2

กิจกรรมที่ 2/1 เพิ่มเติมเนื้อหาให้สมาชิกทบทวนเกี่ยวกับประสบการณ์ของตนเอง และ สอบถามสมาชิกเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่และการดูแลตนเอง เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยน ก่อนนำสู่การ ให้ความรู้และเชื่อมโยงสู่กิจกรรม

กิจกรรมที่ 2/2 ได้เพิ่มตัวอย่างเพื่อให้เห็นความเชื่อมโยงของเหตุการณ์และความคิด อีกทั้ง เพิ่มขั้นตอนการแลกเปลี่ยนความคิดและสรุปผลของความคิดดังกล่าว และหลังการฝึกให้สมาชิกได้คิด แล้ว ผู้วิจัยจึงให้ความรู้เพิ่มเติมว่าความคิดมีประเภทใดบ้าง ความคิดใดเป็นความคิดเชิงบวก และ แบบใดเป็นความคิดเชิงลบ และผลที่อาจเกิดขึ้นจากความคิดในแต่ละรูปแบบ

กิจกรรมที่ 4/1 ปรับให้ง่ายขึ้นโดยให้สมาชิกสามารถเลือกคำถามจากใบความรู้ที่ 4/1 (คำถามเปลี่ยนชีวิต) เดิมลงในข้อคำถาม และระบุลงในคำชี้แจงเพื่อให้ง่ายสำหรับ ผู้ป่วยจิตเภท

กิจกรรมที่ 4/2 ปรับเปลี่ยนคำจาก “อะไรเป็นเหตุการณ์ที่ขัดขวาง” เป็น “อะไรที่ทำให้ทำ ไม่ได้ตามแผน”

### ขั้นตอนที่ 3

กิจกรรมที่ 6/1 มีการเพิ่มเติมการทบทวนเนื้อหาการดำเนินกิจกรรม และเชื่อมโยงให้เห็น ประโยชน์ของการทำกิจกรรม

หลังจากแก้ไขแล้ว ผู้วิจัยนำโปรแกรมที่ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และได้รับความเห็นชอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์แล้ว ไปทดลองใช้ (try-out) กับผู้ป่วยโรค จิตเภทที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างเดียวกันกับที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 6 คน ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ กรุงเทพมหานคร โดยทดลองใช้โปรแกรม การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ด้วยการดำเนินกิจกรรมจนครบทั้ง 6 ครั้ง เพื่อพิจารณาความ เป็นไปได้ที่จะนำโปรแกรมไปใช้ ดูความชัดเจนของภาษา กิจกรรมที่นำไปใช้ ความเข้าใจของกลุ่ม

ตัวอย่าง ความเหมาะสมของเวลา รวมทั้งปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทสามารถเข้าใจในกิจกรรมได้ แต่บางครั้งต้องมีการปรับคำพูดให้เข้าใจง่ายขึ้น และมีการยกตัวอย่างประกอบเพื่อให้มองเห็นภาพได้ชัดเจนและมีความเข้าใจเพิ่มมากขึ้น หลังจากนั้นพบว่าสามารถดำเนินกิจกรรมได้ตามเวลาที่กำหนด โดยระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมแต่ละครั้งประมาณ 60 – 90 นาที ซึ่งผู้วิจัยนำปัญหาที่พบ จากการทดลองใช้มาปรับปรุงแก้ไข ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาอีกครั้ง เพื่อให้โปรแกรมการบำบัดที่พัฒนาขึ้นนี้ มีความสมบูรณ์มากที่สุดก่อนนำไปใช้จริง

**2. เครื่องมือกำกับการทดลอง** ได้แก่ แบบประเมินความคิดอัตโนมัติในด้านลบ (Negative Automatic Thought) ของHollon and Kendall (1980) ฉบับภาษาไทยซึ่งแปลและเรียบเรียงโดย ลัดดา แสนสีหา (2536) ครอบคลุมความคิดอัตโนมัติด้านลบ 3 ด้านเกี่ยวกับตนเองสิ่งแวดล้อมหรือประสบการณ์และอนาคต แบบประเมินประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 30 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับแบ่งเป็นน้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และ มากที่สุด โดยให้คะแนน 1, 2, 3, 4 และ 5 ตามลำดับ

การคิดคะแนนจะคิดรวมตั้งแต่ข้อ 1 ถึงข้อ 30 โดยคะแนนสูงสุดคือ 150 คะแนนส่วนคะแนนที่ต่ำสุดคือ 30 ส่วนคะแนนที่อยู่ในช่วง 30 -80 คะแนนถือว่าไม่มีความคิดอัตโนมัติด้านลบ แต่เป็นความคิดปกติที่พบได้ในบุคคลทั่วไป (Deruels et al., 1990 cited in Furlong and Tian, 2000) ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์การกำกับการทดลองไว้ คือ หลังเสร็จสิ้นการดำเนินการตามโปรแกรม (เสร็จสิ้นการดำเนินกิจกรรมที่ 6) ผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจะต้องมีคะแนนความคิดอัตโนมัติในด้านลบ ด้านลบ อยู่ในระดับ 30-80 คะแนน (ถือว่ามีความคิดอัตโนมัติในด้านลบอยู่ในระดับปกติ) โดยหากพบว่าภายหลังการประเมินความคิดอัตโนมัติในด้านลบ แล้วกลุ่มตัวอย่างไม่ผ่านเกณฑ์การประเมิน คือมีคะแนนสูงกว่า 80 คะแนน ผู้วิจัยจะดำเนินการค้นหาปัญหาที่เกิดขึ้น และดำเนินกิจกรรมเสริม เพื่อแก้ไขในจุดนั้นจนกว่าผู้ป่วยจะมีคะแนนผ่านเกณฑ์ที่กำหนด

### ผลการประเมินการกำกับการทดลอง

หลังดำเนินการทดลองเสร็จสิ้นแล้วในกิจกรรมที่ 6 ผู้วิจัยทำการกำกับการทดลองทันทีโดยให้ผู้เข้ารับการบำบัดตอบแบบประเมินความคิดอัตโนมัติในด้านลบ จำนวน 30 ข้อ ซึ่งหลังการประเมินผลด้วยแบบประเมินความคิดอัตโนมัติในด้านลบ พบว่าหลังได้รับโปรแกรมฯ ผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน ในกลุ่มทดลองเกือบทุกคน มีระดับคะแนนความคิดอัตโนมัติในด้านลบ อยู่ในระดับต่ำกว่า 80 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 95 (ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ระดับคะแนนการประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (n=20)

คนที่	(คะแนน)	แปลผล
1	78	ผ่านเกณฑ์
2	70	ผ่านเกณฑ์
3	65	ผ่านเกณฑ์
4	75	ผ่านเกณฑ์
5	72	ผ่านเกณฑ์
6	68	ผ่านเกณฑ์
7*	75	ผ่านเกณฑ์
8	76	ผ่านเกณฑ์
9	75	ผ่านเกณฑ์
10	74	ผ่านเกณฑ์
11	68	ผ่านเกณฑ์
12	74	ผ่านเกณฑ์
13	68	ผ่านเกณฑ์
14	74	ผ่านเกณฑ์
15	72	ผ่านเกณฑ์
16	65	ผ่านเกณฑ์
17	72	ผ่านเกณฑ์
18	68	ผ่านเกณฑ์
19	68	ผ่านเกณฑ์
20	68	ผ่านเกณฑ์

\*หมายเหตุ ผู้ป่วยไม่ผ่านเกณฑ์มีคะแนนสูงกว่า 80 และได้รับการแก้ไขปัญหาลงผ่านเกณฑ์

จากตารางที่ 2 พบว่าหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีระดับคะแนนความคิดอัตโนมัติด้านลบ อยู่ในระดับปกติ ยกเว้นผู้ป่วยจิตเภท 1 ราย (รายที่ 7) ซึ่งประเมินครั้งแรกไม่ผ่านเกณฑ์ คือสูงกว่า 80 คะแนน ผู้วิจัย

เข้าตรวจสอบพบว่าผู้ปวยรายที่ 7 พบว่าไม่เข้าใจในวิธีเลือกคำถามของใบงานที่ 4/1 “เปลี่ยนความคิดชีวิตเปลี่ยน” ผู้วิจัยจึงชี้แจงเพิ่มเติมโดยใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย จนผู้ปวยเข้าใจและสามารถเลือกคำถามจากใบความรู้ได้ในใบงานที่ 4/1 ได้อย่างถูกต้อง และเมื่อประเมินด้วยแบบประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบอีกครั้งพบว่า มีคะแนนต่ำกว่า 80 ซึ่งถือได้ว่าภายหลังการใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและความคิด กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองทุกคนมีค่าคะแนนผ่านเกณฑ์ที่กำหนด คือ อยู่ในระดับปกติ

### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปทดสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยนำเครื่องมือแบบประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อตรวจสอบแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ให้ถูกต้องเหมาะสม แล้วจึงนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ซึ่งประกอบด้วยแพทย์เฉพาะทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 1 ท่าน พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (APN) 3 ท่าน และอาจารย์พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 1 ท่าน ได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้อง ชัดเจน ครบคลุม เหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยให้คะแนนความคิดเห็นเป็นระดับ 1-4 คะแนน เห็นด้วยมากที่สุด เป็น 4 คะแนน และไม่เห็นด้วย และให้ผู้ทรงคุณวุฒิเขียนข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในช่องว่าที่เว้นไว้แต่ละข้อ โดยตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) ซึ่งถือเกณฑ์ตามผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นตรงกันและสอดคล้องกันโดยค่าที่ยอมรับได้คือ 0.80 ขึ้นไป จากการคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ พบว่าแบบประเมินความคิดอัตโนมัติทางลบ มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .93

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ปวยจิตเภทที่มีอาการทางลบ จำนวน 30 คน ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach' Alpha Coefficient) ซึ่งได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .88 (Reliability)

### 3. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

**3.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล** เป็นแบบบันทึกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลที่สำคัญๆ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพ สมรส รายได้ของครอบครัวต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย

**3.2 แบบวัดอาการทางลบ** จากการศึกษาของหงส์ บันเทิงสุข (2545) ที่ได้ปรับปรุงแบบประเมินอาการทางลบจากโครงสร้างเนื้อหาของ Positive and Negative Syndrome Scale ฉบับภาษาไทย (PANSS-T) ที่ธนา นิลชัยโกวิทย์และคณะ(ม.ป.ป.) แปลและสร้างขึ้นจากแนวคิด Kay, Fiszbein & Opler(1987) ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 13 ข้อ ซึ่งครอบคลุมการประเมินลักษณะอาการทางลบ 7 อาการ ข้อ คือการแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ (Blunted affect) จำนวน 2 ข้อ การแยกตัวทางอารมณ์ (Emotional withdrawal) จำนวน 2 ข้อ มนุษย์สัมพันธ์บกพร่อง (Poor rapport) จำนวน 2 ข้อ อาการแยกตัวจากสังคม(Passive/apathetic social withdrawal) จำนวน 2 ข้อ มีปัญหาในการใช้ความคิดนามธรรม(Diffculty in abstract thinking) จำนวน 2 ข้อ การสนทนาไม่เกิดขึ้นอย่างเป็นธรรมชาติ (Lack of spontaneity and flow of conversation) จำนวน 2 ข้อ และ การคิดอย่างตายตัว(Stereotyped thinking) จำนวน 1 ข้อ ผู้วิจัยประเมินอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท โดยอาศัยการสังเกตและการสัมภาษณ์จากผู้ป่วยโดยตรงแล้วให้คะแนนตามที่กำหนด ดังนี้ หากมีอาการ หมายถึง ปรากฏลักษณะอาการตามข้อความดังกล่าว ให้คะแนน 1 คะแนน ไม่ปรากฏลักษณะอาการตามข้อความดังกล่าวให้ 0 คะแนน จากนั้นคิดคะแนนรวมทั้ง 13 ข้อ และแปลผลค่าคะแนนโดย ค่าคะแนนสูง หมายถึง มีอาการทางลบมาก ส่วนค่าคะแนนต่ำ หมายถึง มีอาการทางลบน้อย

เครื่องมือต้นฉบับมีการแบ่งระดับคะแนน และแปลผล ดังนี้

คะแนน 10-13 คะแนน ถือว่ามีอาการทางลบมาก

คะแนน 5-9 ถือว่าเป็นผู้มีอาการทางลบปานกลาง

คะแนน 0-4 คะแนน ถือว่ามีอาการทางลบน้อย

### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทจากการศึกษาของ หงส์ บรรเทิงสุข (2545) ที่พัฒนาขึ้นจากแนวคิด Kay, Fiszbein & Opler (1987) ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ดั่งข้างต้น ทำการตรวจสอบความตรงเชิง

เนื้อหา (Content validity) โดยใช้เกณฑ์ผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นตรงกัน 4 คน จากทั้งหมด 5 คน ผลการตรวจสอบพบว่าแบบประเมินอาการทางลบ มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .92



2. ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยการหาค่าความเที่ยง (Reliability) ด้วยการนำเครื่องมือชุดนี้ไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษาจำนวน 30 คน ซึ่งไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ และนำผลที่ได้มาคำนวณหาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตร Cronbach's Alpha Coefficient ได้ค่าความเที่ยง .82

### ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยแบ่งการดำเนินการวิจัยออกเป็น 3 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนเตรียมการวิจัย ขั้นตอนดำเนินการวิจัย และขั้นเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีรายละเอียดในแต่ละขั้นตอน ดังนี้

#### ขั้นเตรียมการวิจัย

เพื่อให้สามารถดำเนินการวิจัยได้อย่างถูกต้องและได้ผลการวิจัยที่มีความน่าเชื่อถือ ผู้วิจัยจึงต้องมีความพร้อมในการดำเนินการวิจัย โดยมีการเตรียมตัว ดังนี้

1.1 ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของผู้วิจัยในด้านของความรู้ แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม โดยทำการศึกษาค้นคว้าเพิ่มเติมจากตำรา บทความวิชาการ งานวิจัยทั้งในและต่างประเทศที่เกี่ยวข้อง และเข้าร่วมอบรมความรู้ภาคทฤษฎี และภาคปฏิบัติที่เกี่ยวข้องในเรื่อง และเข้ารับการอบรมและฝึกปฏิบัติการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม จากอาจารย์ นพ.ประยุทธ์ เสรีเสถียร รวมทั้งได้ฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับการทำกลุ่ม การสอน การให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่โรงพยาบาลศรีธัญญา

1.2 ผู้วิจัยสร้างโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมและเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองจากการศึกษาค้นคว้า ทบทวนเอกสาร และงานวิจัย ที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ผู้วิจัยมีความรู้ การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ในการบำบัดผู้ป่วยจิตเภท

1.3 ผู้วิจัยส่งโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ที่ผ่านความเห็นชอบจาก คณะกรรมการบริหารคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย แก่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ เพื่อให้การวิจัยนี้เป็นไปตามมาตรฐานสากล ในการคุ้มครองผู้มีส่วนร่วมในโครงการวิจัย

1.4 ผู้วิจัยเตรียมติดต่อประสานงานกับผู้อำนวยการสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ เพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัย โดยทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ และเครื่องมือวิจัย ถึงผู้อำนวยการสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ จังหวัดกรุงเทพมหานคร เพื่อแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการ วัตถุประสงค์ในการวิจัย ลักษณะของ



กลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

1.5 เมื่อได้รับอนุมัติจากผู้อำนวยการสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ จังหวัดกรุงเทพมหานคร และผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์แล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล และหัวหน้าผู้ป่วนอก เพื่อชี้แจงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของงานวิจัย ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเก็บข้อมูล วิธีการดำเนินการ และประสานงานเกี่ยวกับการเข้าไปดำเนินการทดลอง โดยใช้แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ เป็นที่นัดหมายกลุ่มผู้ป่วย มาร่วมทำกิจกรรมการบำบัดตามโปรแกรม

1.6 เตรียมผู้ช่วยวิจัยจำนวน 1 คน เพื่อช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเป็นผู้ช่วยในการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม โดยผู้วิจัยพิจารณาเลือกผู้ช่วยวิจัยที่มีคุณสมบัติเป็นพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งผู้ช่วยวิจัยมีหน้าที่ดังนี้ ทำหน้าที่เป็นผู้ช่วยผู้ฝึกสอนในระหว่างการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม สังเกตและจดบันทึกการทำกิจกรรมกลุ่ม ช่วยดูแลเรื่องเอกสารระหว่างทำกลุ่ม โดยอธิบายและทำความเข้าใจเกี่ยวกับการบำบัดผู้ป่วยด้วยโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม จุดเน้นสำคัญแต่ละขั้นตอน เพื่อซักซ้อมก่อนทำกลุ่มจริง และเปิดโอกาสให้ผู้ช่วยวิจัยซักถามข้อสงสัยต่างๆ เพื่อให้ผู้ช่วยวิจัยเข้าใจบทบาทหน้าที่ของตนได้ชัดเจน

1.7 หลังจากได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลจากผู้อำนวยการสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์และ ความเห็นชอบให้ดำเนินโครงการวิจัย จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลสามชุก ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ จังหวัดกรุงเทพมหานคร โดยประสานงานกับหัวหน้างานเวชระเบียน เพื่อระบุข้อมูลผู้ป่วยของโรงพยาบาลทั้งหมด แล้วนำมาพิจารณาคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดในการคัดเลือกเข้ากลุ่ม ซึ่งเป็นเพียงคุณสมบัติบางประการเท่านั้น เช่น ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคจิตเภททั้งเพศชาย - หญิง และมีอายุระหว่าง 20-59 ปี

1.8 ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง ในวันที่ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดที่คลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ โดยแนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพและทำการประเมินอาการทางลบด้วยแบบวัดอาการทางลบ หากผู้ป่วยมีผลการประเมินแล้วพบว่าปกติหรือไม่เข้าเกณฑ์การคัดเลือก ก็ให้ความรู้การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภทต่อไป แต่หากพบผู้ป่วยรายใด มีคะแนนอาการตั้งแต่ปานกลางถึงมาก(มีคะแนนอาการทางลบ ตั้งแต่ 5-13 คะแนน จากแบบวัดอาการทางลบ จากการศึกษาของ หงส์ บันเทิงสุข, 2545) ผู้วิจัยจะชี้แจงให้เห็นความสำคัญของปัญหา แจ้งวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการทำวิจัย การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย แล้วลงชื่อในแบบแสดงความยินยอมผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย



1.9 ผู้วิจัยจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (Matched Paired) โดยการควบคุมให้ทั้ง 2 กลุ่มมีลักษณะใกล้เคียงกันมากที่สุด คือ เพศเดียวกัน ระดับความเพียงพอของรายได้ จากนั้นใช้การสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับสลากแต่ละคู่ เข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม จนครบ 20 คู่ ได้กลุ่มตัวอย่าง ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน จากนั้นดำเนินการในแต่ละกลุ่ม ดังนี้

#### 1.9.1 กลุ่มทดลอง

1) หลังจากกลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ซึ่งประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส รายได้ของครอบครัวต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย และทำการประเมินอาการทางลบ และความคิดอัตโนมัติด้านลบ (Pre-test)

2) ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับรายละเอียดการดำเนินโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแก่กลุ่มทดลองว่าโปรแกรมที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นการฝึกให้ผู้ป่วยจะเน้นที่การจัดกระทำกับความคิดด้านลบ หรือความเชื่อที่บิดเบือนลักษณะต่างๆ อันเป็นสาเหตุของการเกิดอาการทางลบ ช่วยฟื้นฟูและเสริมสร้างความมั่นใจให้กับผู้ป่วยที่มีอาการทางลบ โดยใช้กลยุทธ์สำคัญในการปรับเปลี่ยนมุมมองด้านลบของผู้ป่วย โดยมีรูปแบบการทำกิจกรรมเป็นกลุ่ม ซึ่งมีทั้งหมด 6 ครั้ง ดำเนินกิจกรรมที่สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ โดยใช้เวลาทำกิจกรรมครั้งละ 60-90 นาที ดำเนินการสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง แบ่งผู้เข้าร่วมวิจัยในกลุ่มทดลองออกเป็น 2 กลุ่มๆ ละ 10 คน โดยทำกิจกรรมตามโปรแกรมช่วงเวลาบ่าย ระหว่างกลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2 สลับวันระหว่างสัปดาห์

3) เมื่อครบกำหนด 3 สัปดาห์หลังการทดลอง คือ หลังเสร็จสิ้นกิจกรรมที่ 6 ผู้วิจัยทำการกำกับทดลอง โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินความคิดอัตโนมัติทางลบ

4) ผู้วิจัยทำการประเมิน โดยให้ผู้ป่วยโรคจิตเภท ตอบคำถามแบบประเมินอาการทางลบตามแบบ อีกครั้ง (Post-test) ในสัปดาห์ถัดไป และแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าสิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่าง พร้อมแสดงความขอบคุณ ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของการตอบแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

#### 1.9.2 กลุ่มควบคุม ดำเนินการ ดังนี้

1) หลังจากกลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ซึ่งประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพ สมรส รายได้ของครอบครัวต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย และทำการประเมินอาการทางลบ และความคิดอัตโนมัติด้านลบ (Pre-test)

2) ผู้วิจัยให้ข้อมูลแก่กลุ่มควบคุม ถึงการพยาบาลตามปกติที่จะได้รับเมื่อเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ที่สถาบันสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ได้แก่ การพยาบาลตามมาตรฐาน

บริการผู้ป่วยนอก สถานบริการจิตเวชระดับตติยภูมิ ได้แก่ กิจกรรมคัดกรองประเมินอาการทางจิตเวช และภาวะแทรกซ้อนทางกายของผู้ที่มารับบริการ การสัมภาษณ์ประวัติและการวินิจฉัยปัญหา การให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน การให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้รับบริการรวมทั้ง บริการปรึกษาเรื่องยาทางจิตเวช และการประสานงานเครือข่ายในการติดตามผู้ป่วยเพื่อการดูแลอย่างครบวงจร

3) ผู้วิจัยนัดพบกลุ่มควบคุมครั้งต่อไป ในสัปดาห์ที่ 4 เพื่อทำการประเมินอาการทางลบในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดโดยใช้แบบวัด อาการทางลบ ของหงส์ บันเทิงสุข (2545)

## 2. ขั้นตอนการวิจัย

ในขั้นตอนการวิจัยผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่าง โดยให้กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ดังนี้

2.1 กลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติในสัปดาห์ ที่ 1- 3 ได้แก่ การให้สุขภาพจิตศึกษา การให้คำปรึกษา การประเมินผลเกี่ยวกับวิถีปฏิบัติตัวของผู้ป่วยจิตเภทหรือวิชีดูแลผู้ป่วยของญาติ และอาจารย์ถึงปัญหาต่าง ๆ ในกรณีที่ต้องมารับบริการรักษาต่อเนื่อง และการเยี่ยมบ้านของบุคลากรสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่พยาบาลในชุมชน

2.2 กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมตามวันเวลาที่กำหนดไว้ ซึ่งประกอบไปด้วยการดำเนินกิจกรรมแบบกลุ่มทั้งสิ้น 6 ครั้ง สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที ติดต่อกัน 3 สัปดาห์ ดังรายละเอียดที่แสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 กิจกรรมโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

สัปดาห์ที่	กิจกรรม	กลุ่ม/จำนวน	วันที่	เวลา	สถานที่
1	<u>ครั้งที่ 1</u> ) กิจกรรมครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและประเมินตนเอง	กลุ่ม 1/10 คน	23 มี.ค. 58	13.00- 14.30 น.	สถาบัน กัลยาฯ
		กลุ่ม 2/10 คน	24 มี.ค. 58	13.00- 14.30 น.	สถาบัน กัลยาฯ
	<u>ครั้งที่ 2</u> กิจกรรมที่ 2 ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทและอาการทางลบ	กลุ่ม 1/10 คน	25 มี.ค. 58	13.00- 14.30 น.	สถาบัน กัลยาฯ
		กลุ่ม 2 /10 คน	26 มี.ค. 58	13.00- 14.30	สถาบัน กัลยาฯ
2	<u>ครั้งที่ 3</u> การฝึกวิเคราะห์เกี่ยวกับความคิดด้านลบ/ความคิดบิดเบือนลักษณะต่างๆที่สัมพันธ์กับการเกิดอาการทางลบ	กลุ่ม 1/10 คน	30 มี.ค.58	13.00- 14.30 น	สถาบัน กัลยาฯ
		กลุ่ม 2/10 คน	31 มี.ค.58	13.00- 14.30 น	สถาบัน กัลยาฯ
	<u>ครั้งที่ 4</u> การใช้กลยุทธ์ทางความคิดในการจัดการกับความวิตกกังวลด้านลบ ความเชื่อที่เบี่ยงเบน	กลุ่ม 1/10 คน	1 เม.ย.58	13.00- 14.30 น	สถาบัน กัลยาฯ
		กลุ่ม 2 /10คน	2 เม.ย. 58	13.00- 14.30 น	สถาบัน กัลยาฯ
3	<u>ครั้งที่ 5</u> การบำบัดโดยใช้กลยุทธ์ทางพฤติกรรมในการฝึกทักษะการปรับตัวและจัดการความยากลำบากต่างๆ อันเป็นผลมาจากความพร่องของสารสื่อประสาทในสมองและการมีปฏิสัมพันธ์	กลุ่ม 1/10 คน	7 เม.ย.58	13.00- 14.30 น	สถาบัน กัลยาฯ
		กลุ่ม 2/10 คน	8 เม.ย.58	13.00- 14.30 น	สถาบัน กัลยาฯ
	<u>ครั้งที่ 6</u> การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ	กลุ่ม 1 /10คน	9 เม.ย.58	13.00- 14.30 น	สถาบัน กัลยาฯ
		กลุ่ม 2/10 คน	10 เม.ย.58	13.00- 14.30 น	สถาบัน กัลยาฯ

การดำเนินกิจกรรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ในแต่ละครั้ง มีผลการประเมินการดำเนินกิจกรรม โดยสรุปดังต่อไปนี้

### **ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและการประเมินตัวเอง (Engagement and Assessment)**

ประกอบด้วย 1 กิจกรรม คือ

#### **กิจกรรมครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและการประเมินตนเอง**

ช่วงที่ 1 พบว่าจากการที่ให้ผู้ป่วยแนะนำตัวผ่านใบงานโดยการบอกถึงกิจวัตรประจำวัน สมาชิกสามารถแนะนำชื่อ ความชื่นชอบ และกิจวัตรประจำวันได้สมาชิกมีท่าทีผ่อนคลาย และสนิทกันมากขึ้น เนื่องจากได้รู้จักเพื่อนผ่านกิจกรรมของแต่ละคน และผู้วิจัยคอยเสริมคำอธิบายเพิ่มเติมให้สมาชิก

ช่วงที่ 2 เมื่อมีการประเมิน อารมณ์ ความคิด พฤติกรรม และมุมมองเกี่ยวกับตนเอง พบว่าผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรม สามารถบอกได้ถึง เหตุการณ์ในอดีต ลักษณะความคิด และมุมมองเกี่ยวกับตนเอง ที่มีผลต่อความคิดและความเชื่อของสมาชิกในปัจจุบันของตนได้ โดยมีเหตุการณ์ที่สมาชิกรายหนึ่งเกิดความรู้สึกทุกข์ใจในปัจจุบัน เช่น

“เคยถูกพ่อตำ และบอกว่าตนขี้เกียจ ไม่ช่วยงานครอบครัว เป็นภาระของครอบครัว”

ในภาพรวมพบว่าสมาชิกทุกรายสามารถบอกได้ถึงกิจกรรมที่ชอบ และระบุเป้าหมายระยะสั้นตามกิจกรรมที่ชอบได้

### **ขั้นตอนที่ 2 การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม(Intervention phase) ประกอบด้วย 4**

กิจกรรม คือ

#### **กิจกรรมที่ 2 ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทและความคิดอัตโนมัติ**

เมื่อดำเนินการมาถึงขั้นตอนนี้แล้วพบว่า

ช่วงที่ 1 ในกิจกรรมที่ 2 สมาชิกให้ความสนใจเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท มีการแลกเปลี่ยนเกี่ยวกับประสบการณ์ ที่เคยเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท รวมถึงลักษณะอาการทางลบและเมื่อดำเนินการถึงใบงานที่ 2/1 เรื่อง แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท พบว่าสมาชิกสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทและอาการทางลบได้ ไม่ต่ำกว่า 5 ข้อ จำนวน 18 คน อีก 2 คนได้น้อยกว่า 5 ข้อ ผู้วิจัยจึงทบทวนด้วยการให้ความรู้เพิ่มเติมอีกครั้งจนผู้ป่วยสามารถตอบได้ถูกต้องครบ 5 ข้อ

ช่วงที่ 2 ในกิจกรรมที่ 2 สมาชิกในกลุ่มบอกได้ถึงองค์ประกอบของเหตุการณ์ผ่านประวัติการเจ็บป่วยที่ผ่านมา ในช่วงที่ 1 มีผู้ป่วยบอกถึงเหตุการณ์ที่ตนเองประสบปัญหาว่า

“เมื่อตอนเล่นเกมที่บ้าน” (A)

“คนในครอบครัว มักมีท่าที่ไม่พอใจ ทำให้ตนไม่อยากคุยกับใคร” (C)

เมื่อค้นหาความคิดระหว่างเกิดเหตุการณ์พบว่า

“ผู้ป่วยมีความรู้สึกว่าคุณไม่มีคุณค่า ใครๆก็จ้องจะจับผิด” (B)

หรือเหตุการณ์ที่ทำให้ทุกขใจตามลักษณะการแบ่งในรูปแบบ A – B – C ดังข้อสรุปของสมาชิกคือ A คือ สถานการณ์ที่เกิดขึ้น B คือ ความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้นต่อสถานการณ์ และ C คือ อารมณ์และพฤติกรรมที่แสดงออกเมื่อเกิดความคิดนั้นๆ

ช่วงที่ 3 ในกิจกรรมที่ 2 สมาชิกในกลุ่มได้เริ่มเรียนรู้เกี่ยวกับความคิดอัตโนมัติด้านลบและลักษณะความคิดที่บิดเบือน ซึ่งประกอบไปด้วย ลักษณะของความคิดที่บิดเบือนอาทิเช่น “การมองเหตุการณ์ด้วยอารมณ์” “มองคนอื่นว่าทำไม่ดีโดยเจตนา” โดยให้เรียนรู้จากการนำความคิดที่เกิดขึ้นมาพิจารณา ซึ่งมีรูปแบบที่แตกต่างกันไปและมอบหมายงานให้สมาชิกกับไปตรวจสอบตนเองอีกครั้งจากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริงในชีวิตประจำวัน ในกิจกรรมที่ 2/3 เรื่อง ความคิด และพฤติกรรมเมื่อฉันทำกิจกรรม ซึ่งประกอบด้วย กิจกรรมที่ทำที่บ้าน (A) ความคิดระหว่างที่ทำกิจกรรมนั้น (B) และ พฤติกรรมที่แสดงออก (C)

### กิจกรรมที่3การฝึกวิเคราะห์เกี่ยวกับความคิดด้านลบ/ความคิดบิดเบือนลักษณะต่างๆที่สัมพันธ์กับการเกิดอาการทางลบ

เมื่อดำเนินการมาถึงขั้นตอนนี้แล้วพบว่า

ช่วงที่ 1 ในกิจกรรมที่ 3 สมาชิกนำการบ้านเหตุการณ์ที่ทุกขใจหรือไม่สบายใจขึ้นมา มีสมาชิกบางท่านไม่ได้นำการบ้านมาส่ง และบางท่านไม่ได้ทำมา ผู้วิจัยให้สมาชิกลองทบทวนเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นระหว่างอยู่ที่บ้าน จนสามารถบอกได้ถึงเหตุการณ์ที่ทำให้ทุกขใจ ไม่สบายใจ เมื่อสมาชิกพร้อมจึงเริ่มทบทวน ถึงเหตุการณ์ ซึ่งสมาชิกให้ความสนใจพอควร และสามารถค้นหาความคิดอัตโนมัติได้ ยกตัวอย่างเหตุการณ์ดังกล่าว เช่น

“ผมมักเป็นปัญหาให้ครอบครัวเสมอ ไม่มีผมพวกเขาคงดีกว่านี้”

“ฉันไม่กล้าทำอะไร เพราะเคยทำแล้วไม่สำเร็จซักอย่าง”

สมาชิกบอกได้ถึงลักษณะของความคิดที่บิดเบือน และลักษณะความคิดของตนที่สัมพันธ์กับ

- 1) ลักษณะของความคิดผิดปกติด้านการรับรู้ถึงศักยภาพ
- 2) ความสำเร็จและความผิดปกติด้านการรับรู้ถึงคุณค่าของตนเอง

เมื่อผู้นำกลุ่มยกตัวอย่างลักษณะของบุคคลดังกล่าวกับสมาชิกในกลุ่ม คือ จะมีลักษณะหน้าตาเรียบเฉย และเป็นคน ห่อเหี่ยว ไม่กระตือรือร้น สมาชิกให้ความสนใจมากขึ้นกับคำตอบของตนเอง ช่วงที่ 2 ในกิจกรรมที่ 3 สมาชิกนำความคิดมาพูดคุยกันโดยการยกตัวอย่างของผู้วิจัย จาก การยืนยัน และสอบถามสมาชิกเพื่อให้พิจารณาความคิดเดิม หรือมีความคิดใหม่ สมาชิกบางส่วนยังยืนยันความคิดเดิมและมีเหตุผลประกอบ ยกตัวอย่าง

“ยิ่งผมคิดมากผมยิ่งเครียด”

“ผมไม่อยากคิดไรมากครับหมอทุกวันนี้ก็มีปัญหาเยอะ”

เมื่อสมาชิกได้รับความรู้จากใบความรู้ที่ 3/2 เรื่องแนวคิดเกี่ยวกับอาการทางลบ ซึ่งประกอบไปด้วยรูปแบบ พร้อมการยกตัวอย่าง ทำให้สมาชิกเข้าใจมากขึ้น จากการเรียนรู้สมาชิกพร้อมที่จะทดลองหาความคิดใหม่มาทดแทน และวัดผลจากคะแนน ตั้งแต่ 0-100 ยิ่งคะแนนมากยิ่งแสดงว่ามีความสุขมากขึ้น พบว่าวิธีคิดแบบใหม่ที่ได้ออกมา สร้างความสุขได้มากขึ้น โดยวัดจากคะแนนที่ได้

#### กิจกรรมที่ 4 การใช้กลยุทธ์ทางความคิดในการจัดการกับความวิตกกังวลด้านลบ ความเชื่อที่เป็ยงเบน

เมื่อดำเนินการมาถึงขั้นตอนนี้แล้วพบว่า

ช่วงที่ 1 ในกิจกรรมที่ 4 ผู้วิจัยทบทวนกิจกรรมครั้งที่ 3 เรื่องการฝึกวิเคราะห์เกี่ยวกับความคิดด้านลบและความคิดบิดเบือนลักษณะต่างๆที่สัมพันธ์กับการเกิดอาการทางลบเพื่อเป็นการทบทวนและสามารถเชื่อมโยงเข้าสู่กิจกรรมถัดไป พบว่าสมาชิกสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับกิจกรรมได้ หลังเสร็จขั้นตอนที่ 4 สามารถนำลักษณะความคิดของตน(ในกิจกรรมที่ 3/1) ซึ่งจะนำมาซึ่งลักษณะอาการทางลบในปัจจุบัน ซึ่งเป็นต้นเหตุ มาปรับใช้กับลักษณะคำถามซึ่งเป็นกลยุทธ์สำคัญให้ผู้ช่วยสามารถตระหนักและพิจารณา ความคิดของตนเองเสมอและทดสอบถึงคะแนนความสุขที่เกิดขึ้นจากคำถามได้ ยกตัวอย่าง เช่น

“ไม่มีใครไม่เคยล้มเหลว ควรเรียนรู้จากความล้มเหลว ไม่ควรท้อแท้”

“ถ้าล้มเลิก คุณไม่ยอมให้ออกาสตนเองแก่ตัว”

“มีไหม ใครทำอะไรแล้วไม่มีคนว่ามีแต่คนชม”

ช่วงที่ 2 ในกิจกรรมที่ 4 เมื่อสิ้นสุดกิจกรรมสมาชิกมีท่าทีมั่นใจมากขึ้น สามารถเลือกกิจกรรมที่ตนชื่นชอบเพื่อนำไปสู่ การวางแผนกิจวัตรประจำวันเพื่อนำไปใช้ในชีวิตประจำวันจริง สมาชิกบางท่านเขียนกิจกรรมน้อยๆ เพื่อยืนยันว่าตนสามารถทำได้ มีสมาชิกเสนอให้จัดกิจกรรมให้ครอบคลุมช่วงเวลาเช้า เที่ยง เย็นเพื่อไม่ให้ยุ่งๆ นานเกินไปซึ่งสมาชิกในกลุ่มเห็นชอบจึงกระตุ้นให้สมาชิกอื่นทำตาม และผู้วิจัยย้ำให้สมาชิกคอยสังเกตสาเหตุสำคัญที่ทำให้ไม่สามารถทำกิจวัตรได้สำเร็จ

#### กิจกรรมที่ 5 การบำบัดโดยใช้กลยุทธ์ทางพฤติกรรมในการฝึกทักษะการปรับตัวและจัดการความยากลำบากต่างๆ อันเป็นผลมาจากความพร่องของสารสื่อประสาทในสมองและการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้คน

เมื่อดำเนินการมาถึงขั้นตอนนี้แล้วพบว่า



ช่วงที่ 1 ในกิจกรรมที่ 5 พบว่าสมาชิกนำเหตุการณ์และบอกถึงอุปสรรคที่เกิดขึ้นและวิธีการแก้ไขปัญหา ซึ่งบางคนทำสำเร็จดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิกบางราย ต่อไปนี้

“ถูกพี่สาวต่อว่าใช้เงินเปลืองระหว่างที่ตนนำเงินไปซื้ออาหารให้สุนัขที่เลี้ยง แก้ปัญหา โดยการเดินหนีระหว่างโมโหและเข้าไปคุยกับพี่สาวใหม่เมื่อใจเย็นลงแล้ว”

“รู้สึกไม่ดีกับแม่ที่ว่าตน ไม่ทานยา เลยไม่กล้าคุยกันนาน สุดท้ายก็เริ่มทักแม่ก่อน ตอนไปช่วยหยิบจานใส่อาหารให้แม่”

“ช่วยแม่ทำกับข้าวจากที่ไม่ได้ช่วยนานแล้ว เนื่องจากกลัวคนในบ้านบอกว่าไม่ร่อย”

ผู้วิจัยกล่าวชื่นชมแต่ยังมีบางคนที่ทำแล้วรู้สึกเครียด เช่น การฝึกพิมพ์งานคอมพิวเตอร์แต่ยังไม่ได้ทำให้รู้สึกเครียดแต่เมื่อได้ทำกิจกรรมผ่อนคลายความเครียดสมาชิกสามารถทำตามได้ทุกคนและให้สมาชิกระบุกิจกรรมผ่อนคลายความเครียดของตนได้

ช่วงที่ 2 ในกิจกรรมที่ 5 สมาชิกได้เรียนรู้ในเรื่อง กิจวัตรในชุมชน โดยอธิบายถึงกิจกรรมที่อยู่ในชุมชน ขณะเดียวกันก็สะท้อนมายังกิจวัตรที่ตนเองกำลังใช้ชีวิตอยู่ในชุมชนปัจจุบันและที่สำคัญเปรียบเทียบให้สมาชิกเห็นถึงความต่างระหว่างครั้งที่ 1 ที่สมาชิกเคยระบุไว้ในกิจกรรมครั้งแรกของการเข้าร่วมกลุ่มเพื่อแนะนำตัวเองและครั้งที่ 5 ครั้งปัจจุบันสอบถามคะแนนความสุขเมื่อสมาชิกมาถึงกิจกรรมปัจจุบันสมาชิกตอบถึงความรู้สึกมีความสุขยินดีและมั่นใจมากขึ้นและสามารถระบุถึงเป้าหมาย แผนปฏิบัติการอย่างง่าย ของตนเพื่อไปสู่เป้าหมายของตนได้ในอนาคตได้ ผู้วิจัยกล่าวชื่นชมและเพื่อนสมาชิกต่างกล่าวให้กำลังใจกับสมาชิกด้วยตนเองและมอบหมายการบ้านกับสมาชิกไปทำจริง

**ขั้นตอนที่ 3 การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (Maintenance and terminal Phase) ประกอบด้วย 1 กิจกรรม คือ**

#### **กิจกรรมที่ 6 การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ**

เมื่อดำเนินการมาถึงขั้นตอนสุดท้ายนี้แล้วพบว่า

ช่วงที่ 1 ในกิจกรรมที่ 6 สมาชิกร่วมสรุปกับผู้วิจัยเกี่ยวกับกิจกรรมที่ผ่านมาและเห็นถึงความก้าวหน้าและประโยชน์ที่จะได้รับโดยเปรียบเทียบจากกิจกรรมในกิจกรรมต้นๆและหลังจากจบกิจกรรมสมาชิกสามารถทำกิจกรรมได้เพิ่มขึ้นและครอบคลุมกับกิจกรรมต่างๆที่เกิดขึ้นในชุมชน อาทิ กิจกรรมทางศาสนา การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และการดูแลตัวเองได้

ช่วงที่ 2 ในกิจกรรมที่ 6 บอกได้ถึงแหล่งประโยชน์ในชุมชนที่สามารถเข้าถึงได้ อาทิเช่น คนในครอบครัว โรงพยาบาลในท้องถิ่น สุดท้ายมีการกล่าวรำลา และให้กำลังใจกันระหว่างสมาชิกในกลุ่ม เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตในชุมชนต่อไปได้

1.3 ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองทุกคน ทำแบบประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบ

ภายหลังที่เสร็จสิ้นกิจกรรมในโปรแกรมการบำบัด ครั้งที่ 6 ทันทิ และได้ตรวจสอบค่าคะแนนซึ่งกำหนดให้ระดับคะแนนในกลุ่มทดลองทุกคน มีผู้ป่วยจิตเภท 1 ราย (คิดเป็นร้อยละ 95) ตัวอย่างไม่ผ่านเกณฑ์การประเมิน คือมีคะแนนสูงกว่า 80 คะแนน ผู้วิจัยจะดำเนินการค้นหาปัญหาที่เกิดขึ้นและดำเนินกิจกรรมเสริม เพื่อแก้ไขในจุดนั้นจนผู้ป่วยจะมีคะแนนผ่านเกณฑ์ที่กำหนด มีคะแนนต่ำกว่า 80 คะแนน และผ่านเกณฑ์ทุกคน คือ มีค่าคะแนนน้อยกว่า 80 คะแนน (คิดเป็นร้อยละ 100) มีระดับคะแนนความคิดอัตโนมัติด้านลบ อยู่ในเกณฑ์ที่กำหนด คือ 30-80 คะแนน

### 3. ขั้นตอนรวบรวมข้อมูล

3.1 ก่อนการดำเนินโปรแกรม 1 สัปดาห์ ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง และประเมินอาการทางลบ ก่อนการศึกษา (Pre-test) ด้วยแบบวัด อาการทางลบ (หงส์ บันเทิงสุข, 2545)

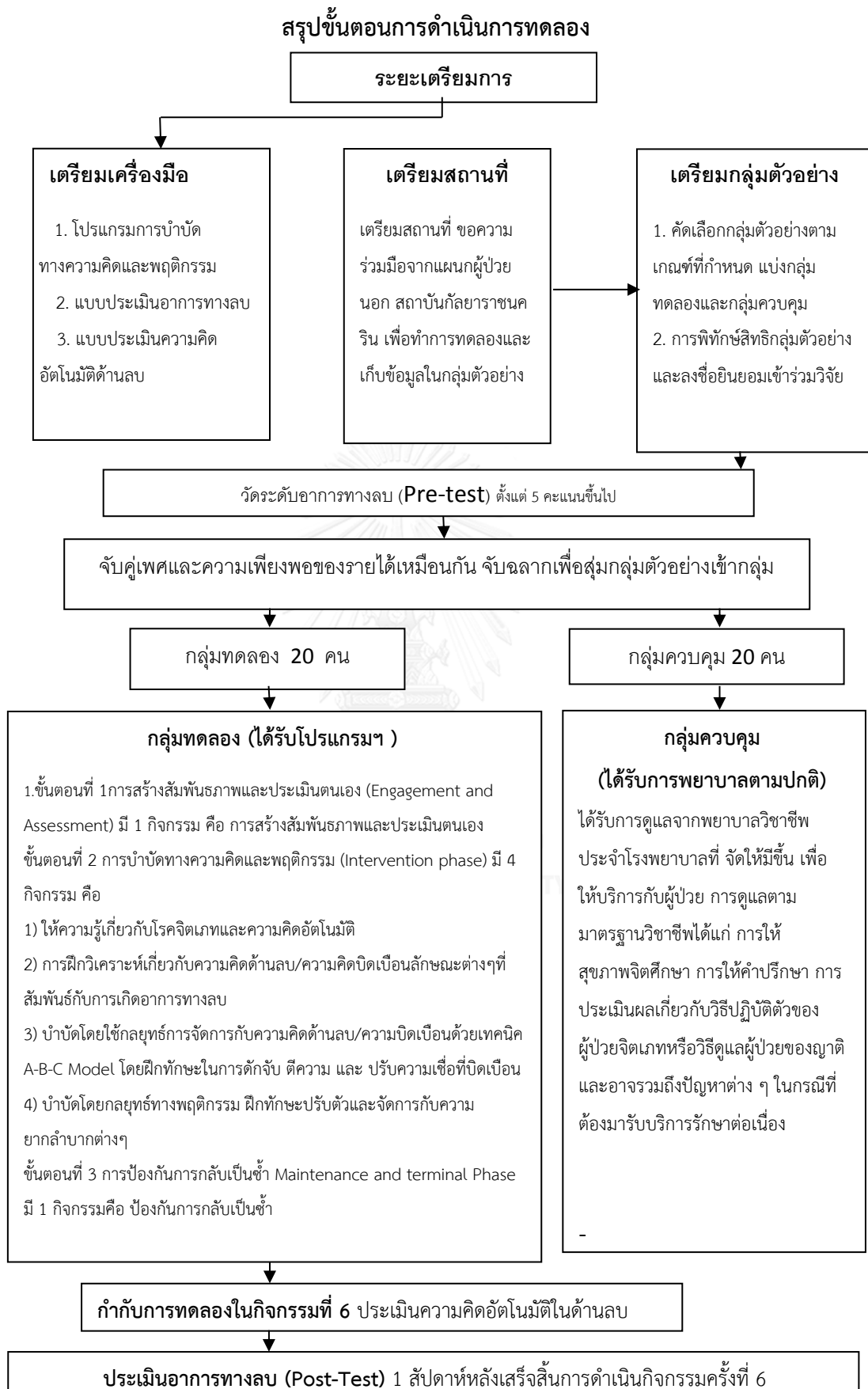
3.2 หลังจากเสร็จสิ้นโปรแกรม 1 สัปดาห์ ผู้วิจัยทำการประเมินผลการวิจัยภายหลังเสร็จสิ้นการศึกษาโดยผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างและประเมินอาการทางลบ(Post-test) ด้วยแบบวัด แบบวัดอาการทางลบ (หงส์ บันเทิงสุข, 2545)

3.3 ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบประเมินทุกชุดก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ก่อนทำการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยทำการตรวจสอบข้อมูลก่อนทุกครั้ง เพื่อให้มั่นใจว่าข้อมูลที่ได้รับมีความสมบูรณ์ครบถ้วนและน่าเชื่อถือ แล้วนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้มาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป การวิเคราะห์ข้อมูลมีดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง นำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ
2. เปรียบเทียบอาการทางลบในแต่ละกลุ่มโดยใช้สถิติ Pair t-test
3. เปรียบเทียบอาการระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติ Independent t-test
4. กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05



## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มุ่งศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่ออาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนกับโดยเปรียบเทียบอาการทางลบของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนของกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการใช้โปรแกรมโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมกับกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลการตามปกติ กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ว่าเป็นโรคจิตเภท รหัส F20(F20.0-F20.9) ตามบัญชีจำแนกทางสถิติระหว่างประเทศของโรคและปัญหาสุขภาพฉบับทบทวน ครั้งที่ 10 (ICD-10) ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก ของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ในช่วง กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2558 ถึง เมษายน พ.ศ. 2558 จำนวน 40 คน ซึ่งได้จากการเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนดของกลุ่มตัวอย่าง และมีการจับคู่ (Matched pair) ให้มีคุณลักษณะที่คล้ายคลึงกันในเรื่อง เพศ และระดับความเพียงพอของรายได้ จากนั้นใช้การสุ่มอย่างง่ายเข้าเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน โดยมีการวัดอาการทางลบ ก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest control group)

สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยาย โดยนำเสนอรายละเอียดตามลำดับ ดังนี้

ตอนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม และกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตอนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 4 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		รวม (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>						
ชาย	4	20	4	20	8	20
หญิง	16	80	16	80	32	80
<b>ช่วงอายุ</b>						
20-29 ปี	2	10	2	10	4	10
30-39 ปี	6	30	8	40	14	35
40-49 ปี	9	45	8	40	17	42.5
50-59 ปี	3	15	2	10	5	12.5
<b>สถานภาพสมรส</b>						
โสด	10	50	10	50	20	50
คู่	7	35	6	50	13	32.5
หม้าย	-	-	3	15	3	7.5
แยก/หย่าร้าง	3	15	1	5	4	10
<b>ระดับการศึกษา</b>						
ประถมศึกษา	3	15	6	30	9	43.5
มัธยมศึกษาตอนต้น	8	40	10	50	18	45
มัธยมศึกษาตอนปลาย	5	25	3	15	8	20
ปวช/ปวส	3	15	1	5	4	10
ปริญญาตรี	1	5	-	-	1	2.5
สูงกว่าปริญญาตรี	-	-	-	-	-	-

จากตารางที่ 13 พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนส่วนใหญ่ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 80 เท่ากัน และมีอายุอยู่ระหว่าง 40-49 ปี คิดเป็นร้อยละ 45 และ 40 ตามลำดับ มีสถานภาพโสด คิดเป็นร้อยละ 50 เท่ากัน และมีระดับการศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 40 และ 50 ตามลำดับ

ตารางที่ 5 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ และระยะเวลาการเจ็บป่วย

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		รวม (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>อาชีพ</b>						
ค้าขาย	2	10	2	10	4	10
เกษตรกรกรรม	9	45	6	30	15	37.5
รับจ้าง	5	25	3	15	8	20
รับราชการ	2	10	4	20	6	15
อื่นๆ	2	10	5	25	7	17.5
<b>รายได้เฉลี่ยในครอบครัว</b>						
น้อยกว่า 5000 บาท/เดือน	9	45	2	10	11	27.5
5001 - 10000 บาท/เดือน	5	25	13	65	18	45
10001 - 15000 บาท/เดือน	6	30	4	20	10	25
มากกว่า 15000 บาท/เดือน	-	-	1	5	6	15
<b>ความเพียงพอของรายได้</b>						
เพียงพอ	9	45	9	45	18	45
ไม่เพียงพอ	11	55	11	55	22	55
<b>ระยะเวลาป่วยด้วยโรคจิตเภท</b>						
น้อยกว่า 1-3 ปี	5	25	4	20	9	22.5
4 ปีขึ้นไป	15	75	16	80	31	77.5

จากตารางที่ 5 พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ ประกอบอาชีพรับเกษตรกรกรรมเป็นร้อยละ 45 และ 30 ตามลำดับ กลุ่มทดลองมีรายได้เฉลี่ยในครอบครัว น้อยกว่า 5000 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 45 กลุ่มควบคุมมีรายได้เฉลี่ยในครอบครัว 5000-10000 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 65 เมื่อพิจารณาความเพียงพอของรายได้ทั้งในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม พบว่าส่วนใหญ่ มีรายได้ไม่เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 55 เท่ากัน สำหรับระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทนั้น พบว่าอยู่ในช่วงเวลา 4 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 75และ80 ตามลำดับ

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบอาการทางลบของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการทางลบของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน ก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

คะแนนอาการทางลบ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	df	t	p-value
<b>กลุ่มทดลอง (n=20)</b>						
ก่อนการทดลอง	10.7	1.719	มาก	19	9.01	.00
หลังการทดลอง	4.25	1.916	น้อย			
<b>กลุ่มควบคุม (n=20)</b>						
ก่อนการทดลอง	10.00	1.487	มาก	19	1.352	.192
หลังการทดลอง	9.40	1.536	ปานกลาง			

จากตารางที่ 6 พบว่า คะแนนเฉลี่ยอาการทางลบก่อนและหลังการทดลองของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน ในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (  $t=9.01$  ) โดยคะแนนเฉลี่ยอาการทางลบหลังการทดลองจะต่ำกว่าก่อนการทดลอง (  $\bar{x} = 4.25$  และ 10.7 ตามลำดับ ) ส่วนคะแนนเฉลี่ยอาการทางลบของกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติแม้จะพบว่าต่ำลงมาเล็กน้อยกว่าก่อนการทดลอง แต่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อพิจารณาจากแบบประเมินอาการทางลบเป็นรายข้อ ตามลักษณะอาการที่ยังคงอยู่ในกลุ่มทดลองตามลำดับ ดังนี้ อาการสีหน้าเฉยเมย ไร้อารมณ์ ได้ร้อยละ 60 อาการโต้ตอบเป็นแบบถามคำตอบคำ ร้อยละ 55 การโต้ตอบด้วยคำพูดหยุดชะงักเป็นพักๆ ร้อยละ 50 และไม่สนใจต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นรอบๆตัว ร้อยละ 35 ตามลำดับ

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบอาการทางลบของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิด และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการทางลบของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (n=40)

คะแนนอาการทางลบ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	df	t	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	10.7	1.719	มาก	38	1.37	.177
กลุ่มควบคุม	10.00	1.486	มาก			
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	4.25	1.916	น้อย	38	-9.380	.000
กลุ่มควบคุม	9.4	1.535	ปานกลาง			

จากตารางที่ 7 พบว่าคะแนนเฉลี่ยอาการทางลบของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ไม่แตกต่างกัน แต่ภายหลังการทดลองพบว่าคะแนนเฉลี่ยอาการทางลบของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนของกลุ่มทดลองซึ่งได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม แตกต่างกับคะแนนเฉลี่ยอาการทางลบของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $t = -9.380$ ) โดยคะแนนเฉลี่ยอาการทางลบหลังการทดลองในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ( $\bar{x} = 4.25$  และ 9.4 ตามลำดับ)



## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง(Quasi – Experiment Research ) ใช้รูปแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest-Posttest Control Group Design) มีจุดประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่ออาการทางลบในผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลในสังกัดกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ตัวแปรตาม คือ อาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

#### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบอาการทางลบของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม
2. เพื่อเปรียบเทียบอาการทางลบของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

#### สมมติฐานการวิจัย

1. อาการทางลบของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน หลังได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม
2. อาการทางลบของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากร** คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท รหัส F20 (F20.0 – F20.9) และไม่มีพยาธิสภาพของโรคทางสมอง ตามบัญชีจำแนกทางสถิติระหว่างประเทศของโรคและปัญหาสุขภาพฉบับทบทวน ครั้งที่ 10 (ICD-10) ที่รับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ว่าเป็นโรคจิตเภท รหัส F20 (F20.0-F20.9) และไม่มีพยาธิสภาพของโรคทางสมอง ตามบัญชีจำแนกทางสถิติระหว่างประเทศของโรคและปัญหาสุขภาพฉบับทบทวน ครั้งที่ 10 (ICD-10) ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลในสังกัดกรมสุขภาพจิต ในช่วง กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2558 ถึง เมษายน พ.ศ. 2558 จำนวน 40 คน ซึ่งได้จากการเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนดของกลุ่มตัวอย่าง

### การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (power of test) โดยได้นำ ผลการศึกษาของ Bowman, Scogin, & Lyrene, (1995) มาร่วมในการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยกำหนดให้มีอำนาจทดสอบ 80% ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 พบว่าต้องการกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยกลุ่มละ 15 คน อย่างไรก็ตามผู้วิจัยได้ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มละ 20 คน รวมทั้งหมดเป็นจำนวน 40 คน เพื่อให้ข้อมูลมีการกระจายเป็นโค้งปกติ (Normality) และสามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มประชากรได้ดีที่สุด และเพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างและความเป็นไปได้ในการวิจัย (รัตนศิริ ทาโต, 2551) จากนั้นผู้วิจัยจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (Matched Paired) โดยการควบคุมให้ทั้ง 2 กลุ่มมีลักษณะใกล้เคียงกันมากที่สุด คือ เพศเดียวกัน และระดับความเพียงพอของรายได้ จากนั้นจับฉลากเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจนครบทั้ง 20 คู่

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย

**1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง** คือ โปรแกรมการบำบัด CBT สำหรับอาการทางลบในผู้ป่วยจิตเภท ผู้ศึกษาพัฒนามาจากการประยุกต์แนวทางการบำบัดของ Turkington, Kingdon & Turner (2002) อยู่บนแนวคิดพื้นฐาน CBT ของ Beck(1979) และบนแนวคิดการบำบัด CBT กับอาการทางลบ ในผู้ป่วยจิตเภท รูปแบบดังกล่าวช่วยฟื้นฟูและเสริมสร้างความมั่นใจให้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ โดยใช้กลยุทธ์สำคัญในการปรับเปลี่ยนมุมมองด้านลบของผู้ป่วย ซึ่งเป็นส่วนสำคัญที่คอยยึดให้ผู้ป่วยอยู่กับความคิดด้านลบ และเกิดอาการทางลบตามมา กลับเข้ามาสู่ ความเป็นจริงของเหตุการณ์ปัจจุบัน โดยให้การบำบัดทั้งที่โรงพยาบาลครั้งละ 60-90 นาที จำนวน 6 ครั้ง โดยมีขั้นตอนดังนี้

### ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและประเมินตนเอง (Engagement and Assessment)

มี 1 กิจกรรม คือ การสร้างสัมพันธภาพและประเมินตนเอง

### ขั้นตอนที่ 2 การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (intervention phase) มี 4 กิจกรรม คือ

1) ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทและความคิดอัตโนมัติ  
 2) การฝึกวิเคราะห์เกี่ยวกับความคิดด้านลบ/ความคิดบิดเบือนลักษณะต่างๆที่สัมพันธ์กับการเกิดอาการทางลบ

3) บำบัดโดยใช้กลยุทธ์การจัดการกับความคิดด้านลบ/ความคิดบิดเบือนด้วยเทคนิค A-B-C Model โดยฝึกทักษะในการดักจับ ความคิด และ ปรับความเชื่อที่บิดเบือน

4) บำบัดโดยกลยุทธ์ทางพฤติกรรม ฝึกทักษะปรับตัวและจัดการกับความยากลำบากต่างๆ อันเป็นผลมาจากความพร่องของสารสื่อประสาทในสมองและการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

### ขั้นตอนที่ 3 Maintenance and terminal Phase มี 1 กิจกรรมคือ

ป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

จากนั้นผู้วิจัยได้นำโปรแกรมที่สร้างขึ้นไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อตรวจสอบแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ให้เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษา แล้วจึงนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 5 ท่าน ได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจนครอบคลุม ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ เพื่อให้เกิดความครอบคลุมในเนื้อหากิจกรรม รวมทั้งได้ผ่านการนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารับบริการที่สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างเดียวกับที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 6 คนโดยทดลองจนครบทั้ง 6 กิจกรรม แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้นก่อนนำไปใช้จริง

1. **เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่** แบบประเมินความคิดอัตโนมัติในด้านลบ (Negative Automatic Thought) ของHollon and Kendall (1980) ฉบับภาษาไทยซึ่งแปลและเรียบเรียงโดย ลัดดา แสนสีทา (2536) ครอบคลุมความคิดอัตโนมัติด้านลบ 3 ด้านเกี่ยวกับตนเองสิ่งแวดล้อมหรือประสบการณ์ และอนาคตแบบประเมินประกอบด้วยข้อความจำนวน 30 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับแบ่งเป็นน้อยที่สุดน้อยปานกลางมากที่สุดให้คะแนน 1, 2, 3, 4 และ 5 ตามลำดับได้รายงานค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามความคิดอัตโนมัติทางลบ เท่ากับ 0.82 และมีค่าความเที่ยง(reliability) สัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Person Product Moment Correlation Coefficient) เท่ากับ 0.88

### 3. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

3.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพ สมรส รายได้ของครอบครัวต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย

3.2 แบบวัดอาการทางลบจากการศึกษาของหงส์ บันเทิงสุข (2545) ที่ได้ปรับปรุงแบบประเมินอาการทางลบจากโครงสร้างเนื้อหาของ Positive and Negative Syndrome Scale ฉบับภาษาไทย(PANSS-T)ที่ธนา นิลชัยโกวิทย์และคณะ(ม.ป.ป.) แปลและสร้างขึ้นจากแนวคิด Kay, Fiszbein & Opler(1987) ซึ่งประกอบด้วย การประเมินลักษณะอาการทางลบ 7 อาการ ข้อคำถามทั้งหมด 13 ข้อ คือ จำแนกเป็นลักษณะการแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ(Blunted affect) จำนวน 2 ข้อ การแยกตัวทางอารมณ์ (Emotional withdrawal) จำนวน 2 ข้อ มนุษย์สัมพันธ์บกพร่อง(Poor rapport) จำนวน 2 ข้อ อาการแยกตัวจากสังคม (Passive/apathetic social withdrawal) จำนวน 2 ข้อ มีปัญหาในการใช้ความคิดนามธรรม(Difficulty in abstract thinking) จำนวน 2 ข้อ การสนทนาไม่เกิดขึ้นอย่างเป็นธรรมชาติ จำนวน 2 ข้อ(Lack of spontaneity and flow of conversation) การคิดอย่างตายตัว(Stereotyped thinking) จำนวน 1 ข้อ ผู้วิจัยนำแบบประเมินอาการทางลบที่ปรับปรุงแล้ว ไปทดลองในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 30 คน และนำมาวิเคราะห์ข้อมูลหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) จากการคำนวณค่าความเที่ยงของเครื่องมือ(Reliability) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ เท่ากับ .82

#### ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยแบ่งการดำเนินการวิจัยออกเป็น 3 ขั้นตอน คือ ขั้นเตรียมการวิจัย ขั้นดำเนินการวิจัย และขั้นเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีการดำเนินการในแต่ละขั้นตอน สรุปได้ดังนี้

1. ขั้นเตรียมการวิจัย การเตรียมความรู้ของผู้วิจัย เกี่ยวกับแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมโดยทำการศึกษาค้นคว้าเพิ่มเติมจากตำรา บทความวิชาการ งานวิจัยทั้งในและต่างประเทศที่เกี่ยวข้อง และเข้าร่วมอบรมความรู้ภาคทฤษฎี และภาคปฏิบัติที่เกี่ยวข้อง เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาดังที่กล่าวมาแล้วในขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือเตรียมติดต่อประสานงานกับผู้อำนวยการสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ เพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัย กำหนดระยะเวลาในการวิจัย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ชี้แจงให้เห็นความสำคัญของปัญหา แจ้งวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการทำวิจัย การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย แล้วลงชื่อในแบบแสดงความยินยอมผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย พร้อมประเมินอาการทางลบ จับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึง

กัน (Matched Paired) โดยการควบคุม ให้ทั้ง 2 กลุ่มมีลักษณะใกล้เคียงกันมากที่สุด คือ เพศ เดียวกัน ระดับความเพียงพอของรายได้ จากนั้นใช้การสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับสลากแต่ละคู่ เข้ากลุ่ม ทดลอง และกลุ่มควบคุม จนครบ 20 คู่ ได้กลุ่มตัวอย่าง ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน

2. ระยะดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับรายละเอียดการดำเนินโปรแกรมการบำบัดทาง ความคิดและพฤติกรรมแก่กลุ่มทดลองว่าโปรแกรมที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ โดยมีรูปแบบการทำกิจกรรม เป็นกลุ่ม ซึ่งมีทั้งหมด 6 ครั้ง ดำเนินกิจกรรมที่สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ โดยใช้เวลาทำกิจกรรม ครั้งละ 60-90 นาที ดำเนินการสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง แบ่งผู้เข้าร่วมวิจัยในกลุ่มทดลองออกเป็น 2 กลุ่มๆ ละ 10 คน โดยทำกิจกรรมตามโปรแกรมช่วงเวลาย่ำ ระหว่างกลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2 สลับวัน ระหว่างสัปดาห์ โดย

#### 1 กลุ่มทดลอง ดำเนินการตามนี้

1) หลังจากกลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่าง ตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ซึ่งประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส รายได้ของครอบครัวต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย พร้อมประเมิน อาการทางลบ และความคิดอัตโนมัติด้านลบ (Pre-test)

2) ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับรายละเอียดการดำเนินโปรแกรมการบำบัดทาง ความคิดและพฤติกรรมแก่กลุ่มทดลองว่าโปรแกรมที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นการฝึกให้ผู้ป่วยจะเน้นที่ การจัดการกับความวิตกกังวลด้านลบ หรือความเชื่อที่บิดเบือนลักษณะต่างๆ อันเป็นสาเหตุของการเกิด อาการทางลบ ช่วยฟื้นฟูและเสริมสร้างความมั่นใจให้กับผู้ป่วยที่มีอาการทางลบ โดยใช้กลยุทธ์สำคัญ ในการปรับเปลี่ยนมุมมองด้านลบของผู้ป่วย โดยมีรูปแบบการทำกิจกรรมเป็นกลุ่ม ซึ่งมีทั้งหมด 6 ครั้ง ดำเนินกิจกรรมที่สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ โดยใช้เวลาทำกิจกรรมครั้งละ 60-90 นาที ดำเนินการ สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง แบ่งผู้เข้าร่วมวิจัยในกลุ่มทดลองออกเป็น 2 กลุ่มๆ ละ 10 คน โดยทำกิจกรรม ตามโปรแกรมช่วงเวลาย่ำ ระหว่างกลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2 สลับวันระหว่างสัปดาห์ ดังนี้

**ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและประเมินตนเอง (Engagement and Assessment)** ประกอบด้วย 1 กิจกรรม คือ กิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพและประเมินตนเอง ด้วยการสร้างสัมพันธภาพ ด้วยการทักทายและแนะนำตัว ด้วยท่าทีที่อบอุ่น จริงใจ ใช้คำพูดที่ง่ายต่อการ เข้าใจ และการประเมินความคิดของตนเองจากการแสดงออกทางพฤติกรรมในการดำเนิน ชีวิตประจำวันในขณะที่ป่วยด้วยโรคจิตเภท จากความคิดความรู้สึกในระหว่างดำเนินกิจกรรมและ นำมาอธิบายแนะนำตัวเองให้ผู้อื่นทราบ และประเมินองค์ประกอบด้านความคิดเริ่มจากประเมิน รูปแบบของการนึกคิดไปในทางลบและแบบแผนการแปลข้อมูล จากสถานการณ์จริงในอดีต ที่เป็น ต้นเหตุของพฤติกรรมที่เป็นปัญหา

**ขั้นตอนที่ 2 การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Intervention phase)** เป็นการให้ความรู้ ประกอบด้วยความปลอดภัย และวิธีของความร่วมมือในการค้นหาสาเหตุของความทุกข์ (distress) ตลอดจนการบำบัด จากการเรียนรู้และวิเคราะห์เกี่ยวกับความคิดอัตโนมัติ การใช้คำถามเชิงเหตุผลหรือตรรกะ เพื่อให้ชัดเจนเชื่อมโยงระหว่างประสบการณ์อารมณ์ทุกข์ของผู้ป่วยและความเชื่อของเขาที่ยึดถืออยู่ให้ผู้ป่วยประเมินความคิดที่เกิดขึ้นโดยอาศัยหลักฐานต่างๆ ที่มาสนับสนุน และคัดค้านความคิดนั้นๆ (Evidence counter evidence technique) (ยูทรีนา งามอาจสกุลมั้น, 2548) การได้ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของความคิด ด้วยการได้ทดลองในรูปแบบต่างๆ และสามารถพัฒนาแผนปฏิบัติการเพื่อแก้ไขปัญหาของตนเองเพื่อเป็นการช่วยในการฟื้นฟูและเสริมสร้างความมั่นใจในการดำเนินชีวิตประจำวัน

ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ได้แก่

- 1) ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทและความคิดอัตโนมัติ
- 2) การฝึกวิเคราะห์เกี่ยวกับความคิดด้านลบ/ ความคิดบิดเบือนลักษณะต่างๆ ที่สัมพันธ์กับการเกิดอาการทางลบ
- 3) บำบัดโดยกลยุทธ์ทางพฤติกรรม ฝึกทักษะปรับตัวและโดยการตีความ และ ปรับความเชื่อที่บิดเบือน
- 4) บำบัดโดยใช้กลยุทธ์ทางพฤติกรรมในการฝึกทักษะการปรับตัวและจัดการกับความยากลำบากต่างๆ อันเป็นผลมาจากความพร่องของสารสื่อประสาทในสมองและการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้คน

**ขั้นตอนที่ 3 การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (Maintenance and terminal Phase)**

ประกอบด้วย 1 กิจกรรม คือ กิจกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ หมายถึง ด้วยกระบวนการต่างๆ ได้แก่ การทบทวนทักษะสำคัญในแต่ละกิจกรรม การประเมินปัจจัยแวดล้อมที่จะนำมาซึ่งอุปสรรคเพื่อป้องกันความเครียดที่จะส่งผลต่อตัวผู้ป่วย การส่งเสริมความสามารถในการเข้าถึงแหล่งทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชน เครือข่ายสุขภาพและแหล่งสนับสนุนทางสังคม 3) เมื่อครบกำหนด 3 สัปดาห์หลังการทดลอง คือ หลังเสร็จสิ้นกิจกรรมที่ 6 ผู้วิจัยทำการกำกับการทดลอง โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินความคิดอัตโนมัติทางลบ

- 4) ผู้วิจัยทำการประเมิน โดยให้ผู้ป่วยโรคจิตเภท ตอบคำถามแบบประเมินอาการทางลบตามแบบ อีกครั้ง (Post- test) และแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าสิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่าง พร้อมแสดงความขอบคุณ ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของการตอบแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

## 2. กลุ่มควบคุม ดำเนินการ ดังนี้

1) หลังจากกลุ่มตัวอย่างเช่นยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ซึ่งประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพ สมรส รายได้ของครอบครัวต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย พร้อมประเมินอาการทางลบ และความคิดอัตโนมัติด้านลบ (Pre-test)

2) ผู้วิจัยให้ข้อมูลแก่กลุ่มควบคุม ถึงการพยาบาลตามปกติที่จะได้รับเมื่อเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ที่สถาบันสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ได้แก่ การพยาบาลตามมาตรฐานบริการผู้ป่วยนอก สถานบริการจิตเวชระดับตติยภูมิ ได้แก่ กิจกรรมคัดกรองประเมินอาการทางจิตเวชและภาวะแทรกซ้อนทางกายของผู้ที่มาใช้บริการ การสัมภาษณ์ประวัติและการวินิจฉัยปัญหา การให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน การให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้รับบริการรวมทั้งบริการปรึกษาเรื่องยาทางจิตเวช และการประสานงานเครือข่ายในการติดตามผู้ป่วย สำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบจะได้รับคำแนะนำในการรับประทานยา และกระตุ้นการทำกิจวัตรประจำวัน เพื่อพัฒนาทักษะทางสังคม

3) ผู้วิจัยนัดพบกลุ่มควบคุมครั้งต่อไป ในสัปดาห์ที่ 4 เพื่อทำการประเมินอาการทางลบในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดโดยใช้แบบวัด อาการทางลบ ของหงส์ บันเทิงสุข (2545)

## 3. ขั้นตอนรวบรวมข้อมูล

3.1 หลังจากเสร็จสิ้นโปรแกรม 1 สัปดาห์ ผู้วิจัยทำการประเมินอาการทางลบ (Post-test) โดยแบบประเมินอาการทางลบ ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

3.2 ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบประเมินก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

## การวิเคราะห์ข้อมูล

ก่อนทำการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยทำการตรวจสอบข้อมูลก่อนทุกครั้ง เพื่อให้มั่นใจว่าข้อมูลที่ได้รับมีความสมบูรณ์ครบถ้วนและน่าเชื่อถือ จากนั้นนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้มาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลมีดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง นำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ
2. เปรียบเทียบภาวะอาการทางลบในแต่ละกลุ่มโดยใช้สถิติ Pair t-test
3. เปรียบเทียบภาวะอาการทางลบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติ Independent t-test
4. กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ .05

## สรุปผลการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยอาการทางลบ ก่อนและหลังการทดลองของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน ในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $t=9.01$ ) โดยคะแนนเฉลี่ยอาการทางลบหลังการทดลองจะต่ำกว่าก่อนการทดลอง ( $\bar{X} = 4.25$  และ 10.7 ตามลำดับ) ส่วนคะแนนเฉลี่ยอาการทางลบของกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติแม้จะพบว่าต่ำลงมาเล็กน้อยต่ำกว่าก่อนการทดลอง แต่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปได้ว่า ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 นั่นคือ อาการทางลบของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน หลังได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

2. คะแนนเฉลี่ยอาการทางลบของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ไม่แตกต่างกัน แต่ภายหลังการทดลองพบว่าคะแนนเฉลี่ยอาการทางลบของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนของกลุ่มทดลองซึ่งได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม แตกต่างกับคะแนนเฉลี่ยอาการทางลบของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $t = -9.380$ ) โดยคะแนนเฉลี่ยอาการทางลบหลังการทดลองในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ( $\bar{X} = 4.25$  และ 9.4 ตามลำดับ)

สรุปได้ว่า ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 นั่นคือ อาการทางลบของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ดังนั้น ผลการวิจัยครั้งนี้ สรุปได้ว่า โปรแกรมโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม มีผลทำให้อาการทางลบของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และลดลงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ



## อภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยได้จำแนกการอภิปรายผลการวิจัยออกเป็น 2 ตอนดังนี้

### ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนส่วนใหญ่ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 80 เท่ากัน และมีอายุอยู่ระหว่าง 40-49 ปี คิดเป็นร้อยละ 45 และ 40 ตามลำดับ มีสถานภาพโสด คิดเป็นร้อยละ 50 เท่ากัน และมีระดับการศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 40 และ 50 ตามลำดับและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ ประกอบอาชีพรับเกษตรกรกรรมเป็นร้อยละ 45 และ 30 ตามลำดับ กลุ่มทดลองมีรายได้เฉลี่ยในครอบครัว น้อยกว่า 5000 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 45 กลุ่มควบคุมมีรายได้เฉลี่ยในครอบครัว 5000-10000 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 65 เมื่อพิจารณาความเพียงพอของรายได้ทั้งในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม พบว่าส่วนใหญ่ มีรายได้ไม่เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 55 เท่ากัน สำหรับระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทนั้น พบว่าอยู่ในช่วงเวลา 4 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 75 และ 80 ตามลำดับ

ผู้วิจัยขออภิปรายผลการวิจัยตามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

จากผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทในการศึกษาครั้งนี้ ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 40-49 ปี จากการศึกษาของ วัฒนารณณ์ พิบูลาลักษณ์ (2553) พบว่า อายุเฉลี่ยของผู้ป่วยจิตเภทโดยเฉลี่ยอยู่ที่ 37 ปี ขณะเดียวกันจากลักษณะการดำเนินการของโรคจิตเภท ผู้ป่วยจิตเภทจะผ่านจากระยะ ควบคุมอาการ (acute phase) ไปสู่ระยะการให้ยาต่อเนื่อง (stabilization phase) และระยะคงที่ (stable phase) ซึ่งระยะที่อาการผู้ป่วยคงที่ จะเป็นช่วงที่อาการด้านลบคงอยู่ (กรมสุขภาพจิต, 2551) สอดคล้องกับ มาโนช หล่อตระกูลและ ปราโมทย์ สุคนิษย์ (2548) มีผู้ป่วยโรคจิตเภทอยู่จำนวนหนึ่งที่เป้นแค่ครั้งเดียวแล้วหายขาด หรือเป็น 2-3 ครั้งแต่ละครั้งที่หายก็กลับคืนสู่สภาพเดิมกอนป่วย (incomplete remission) และมีอาการกำเริบเป็น ชวงๆ ยิ่งเป็นบ่อยครั้งก็ยิ่งมีอาการหลงเหลือมากขึ้นหรือเสื่อมลงเรื่อยๆ อาการด้านบวกจะค่อยๆ ลด ความรุนแรงลงอาการที่เกิดในระยะหลังจะเป้นอาการด้านลบมากกว่าจากการติดตามผู้ป่วยจิตเภท 5 ปี จากช่วงระยะของการดำเนินโรคจิตเภท จึงพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่แสดงอาการทางลบ จึงอยู่ในช่วง อายุ 40-49 ปี

นอกจากนี้จากการวิจัยยังพบว่า เป็น เพศหญิงมากกว่าเพศชาย จากการสอบถามกับผู้ช่วยวิจัย และเจ้าหน้าที่ประจำหน่วยงานผู้ป่วยนอก จากกลุ่มตัวอย่างที่คัดเลือกเข้ามา พบว่า เพศหญิงที่มารับบริการ จะให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย และสามารถเดินทางมายังสถานี่นัดหมายในการทำกลุ่ม

## ตอนที่ 2 อาการทางลบของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่ออาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ผลการวิจัยครั้งนี้สนับสนุนสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ กล่าวคือ

**สมมติฐานการวิจัยที่ 1** อาการทางลบของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน หลังได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม น้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัยสนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 1 โดยผู้วิจัยขออภิปรายผลการศึกษาดังต่อไปนี้

จากการที่พบว่าคะแนนเฉลี่ยอาการทางลบหลังการทดลองของกลุ่มทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองนั้น เนื่องจากโปรแกรมโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม มีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยช่วยฟื้นฟูและเสริมสร้างความมั่นใจให้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ โดยใช้กลยุทธ์สำคัญในการปรับเปลี่ยนมุมมองด้านลบของผู้ป่วย ซึ่งเป็นส่วนสำคัญที่คอยยึดให้ผู้ป่วยอยู่กับความคิดด้านลบ และเกิดอาการทางลบตามมา กลับเข้ามาสู่ความเป็นจริงของเหตุการณ์ปัจจุบัน มีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทในกลุ่มทดลอง เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมภายนอกให้เป็นไปในทิศทางที่พึงประสงค์ โดยผ่านกระบวนการปรับเปลี่ยนความคิด การตีความ การตั้งข้อสันนิษฐาน ด้วยการค้นหาเหตุผลที่พยายากรทั้งจากบุคคลและสถานการณ์แวดล้อม จากกระบวนการการสร้างสัมพันธภาพ และประเมินความคิดที่เกิดขึ้นในปัจจุบันและการตรวจสอบตนเองเพื่อนำไปสู่การเรียนรู้เกี่ยวกับโรคและปัญหาที่เกิดขึ้นแล้วเชื่อมโยงมายังเหตุการณ์จริงในชีวิตของผู้ป่วย ความรู้สึกเมื่อต้องเจอเหตุการณ์ที่เป็นทุกข์อุปสรรคต่างๆ ซึ่งเป็นการเตรียมผู้ป่วยให้เกิดทักษะ ในการในการดักจับ ตีความ และ ปรับความเชื่อที่บิดเบือนโดยอาศัยหลักฐานต่างๆ ที่มาสนับสนุน และคัดค้านความคิดนั้นๆจากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และนำไปสู่การปฏิบัติในรูปแบบการจัดรายการกิจกรรม หรือโครงสร้างประจำในการดำเนินชีวิตประจำวัน เป็นรายละเอียดของแผนกิจกรรมที่สามารถทำได้จริง สามารถช่วยให้ผู้ป่วยมุ่งสนใจในความเป็นจริงเท่าๆกับการสร้างแรงจูงใจ ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวเกิดขึ้นขณะที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ในชุมชน และทักษะการจัดการกับความยากลำบากต่างๆที่เป็นอุปสรรคในขณะดำเนินกิจกรรมในชีวิตประจำวัน ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการเชื่อมโยงในเรื่องของ ความคิด อารมณ์ และการแสดงออกทางพฤติกรรมในปัจจุบัน โดยช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้ระบุกิจกรรมที่จำเพาะเจาะจง ที่เขาสนุกกับมัน และกิจกรรมเหล่านี้ได้รับการเตรียมการหรือกำหนดโดยเขาเอง เพื่อการยอมรับว่ามีความก้าวหน้าและดีขึ้นจากอาการทางจิตที่เกิดขึ้น

นอกจากนี้ การดำเนินกิจกรรมในโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม มีส่วนสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภท หลุดพ้นจากลักษณะความคิดที่วนเวียนอยู่กับความล้มเหลวและพ่ายแพ้ในชีวิตซ้ำแล้วซ้ำอีก นำไปสู่การเกิดความเชื่อที่บิดเบือนซึ่งตรง หรือ แข่งขันผู้ป่วยไว้ภายใต้เงาร่างกำบังซึ่งเป็นกลไกทางจิต ด้วยการหลีกเลี่ยงจากผู้คนและสิ่งเร้าต่างๆ รวมถึงการแยกตัว ทั้งนี้เพื่อ

ป้องกันไม่ให้ตนเองต้องเผชิญกับความรู้สึกที่ผิดหวังไปมากกว่านี้หรือปรับตัวที่ไม่มีประสิทธิภาพ (maladaptive strategy) ซึ่งเป็นลักษณะสำคัญของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ ด้วยการส่งเสริมความคิดความเชื่อสำคัญซึ่งได้แก่ การรับรู้ได้ถึงความสุขที่เคยมีมาในอดีต (expectancies for pleasure) ความสำเร็จและการยอมรับ (expectancies for success) การมองเห็นถึงคุณค่าของตนเอง (Perception of resources) ความเชื่อมั่นในความสามารถและการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น (Beliefs about social affiliation and defeatist beliefs about performance) จนนำไปสู่ทักษะสำคัญในการดำเนินชีวิต ได้แก่ การทำกิจวัตรประจำวัน การมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น และการเข้าร่วมในกิจกรรมทางสังคม การสื่อสาร ซึ่งเป็นส่วนสำคัญในการป้องกันอาการทางลบ และสามารถดำรงชีวิตในชุมชนอย่างปกติสุข

**สมมติฐานการวิจัยที่ 2** อาการทางลบของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

คะแนนเฉลี่ยอาการทางลบของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่ภายหลังการทดลอง พบว่าคะแนนเฉลี่ยอาการทางลบของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสนับสนุนสมมติฐาน ข้อที่ 2 และสามารถอภิปรายผลการศึกษาคือ ดังต่อไปนี้

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลกระทบต่อการทำวิจัย โดยจับคู่กลุ่มตัวอย่างให้มีลักษณะเหมือนกัน (matched paired) ได้แก่ เพศ และระดับความเพียงพอของรายได้ และจับฉลากเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังนั้นผลการวิจัยที่พบว่าอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทก่อนการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันทางสถิติ จึงสามารถสรุปได้ว่า เป็นผลที่เกิดขึ้นจากการดำเนินกิจกรรมทั้ง 6 กิจกรรมของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นเพื่อใช้ในงานวิจัยครั้งนี้อย่างแท้จริง เนื่องจากกิจกรรมทั้ง 6 กิจกรรมในโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมนี้ เป็นประยุกต์แนวทางการบำบัดของ (Turkington, Kingdon & Turner 2002) ซึ่งอยู่บนแนวคิดพื้นฐาน CBT ของ Beck(1979) และบนแนวคิดการบำบัด CBT กับอาการทางลบ ในผู้ป่วยจิตเภทเพื่อให้ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพด้วยกระบวนการกลุ่มและเสริมสร้างความรู้สึกที่ได้รับความสุขและความสำเร็จที่ได้รับจากกิจกรรมที่ตั้งเป้าหมายความรู้สึกเป็นที่ยอมรับของผู้อื่น และสามารถแก้ไขปัญหาจากกระบวนการคิดไตร่ตรองและสร้างทางเลือกในการเผชิญปัญหาอันยากลำบาก เป็นการแสดงถึงลักษณะความคิดที่เป็นผลและศักยภาพที่สามารถรับรู้จนนำไปสู่อารมณ์และพฤติกรรมที่เหมาะสม

สำหรับระดับอาการทางลบในกลุ่มควบคุม พบว่า ภายหลังจากทดลองกลุ่มควบคุมมีระดับอาการทางลบที่ลดลงเล็กน้อยแต่ยังอยู่ในระดับมาก ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งเป็นการพยาบาลที่ผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนจะได้รับเมื่อมารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลนั้ลยาณ์ราชนครินทร์ จังหวัดกรุงเทพมหานคร ได้แก่ การพยาบาลตามกิจวัตรที่ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ มารับบริการแบบผู้ป่วยนอก ประกอบด้วย การให้สุขภาพจิตศึกษา การให้คำปรึกษาการประเมินผลเกี่ยวกับวิถีปฏิบัติตัวของผู้ป่วยจิตเภทหรือวิธีดูแลผู้ป่วยของญาติ และอาจรวมถึงปัญหาต่างๆในกรณีที่ต้องมารับบริการรักษาต่อเนื่องและการเยี่ยมบ้านของบุคลากรสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่พยาบาลในชุมชน แต่ยังไม่ได้จัดการกับลักษณะความคิดความเชื่อต่างๆ ที่ที่บิดเบือน จนนำไปสู่ความเชื่อด้านลบเกี่ยวกับความสามารถของตนเองรวมถึงการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (Rector, Beck & Stolar, 2005; Beck, 2012) เชื่อมโยงกับประสบการณ์ที่เลวร้ายในอดีต และแสดงพฤติกรรมจากความคตินั้นเมื่อดำเนินชีวิตในชุมชน

จากผลการศึกษาข้างต้นสะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ทั้ง 6 กิจกรรมนี้ สามารถใช้เป็นทางเลือกในการบำบัดผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนให้สามารถประเมินความคิดให้ถูกต้องตามความเป็นจริงหรืออยู่ในโลกของความเป็นจริงได้ อาการเกี่ยวกับอารมณ์ พฤติกรรมของผู้ป่วยก็จะดีขึ้น(กรมสุขภาพจิต, 2550) ด้วยกระบวนการสร้างสัมพันธภาพและการยอมรับจากกระบวนการทำกลุ่มร่วมกัน ซึ่งเมื่อพิจารณารายละเอียดของกิจกรรมในแต่ละครั้งจะพบว่า มีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม มีระดับอาการทางลบลดลงได้ เนื่องจากได้รับกิจกรรมที่จัดขึ้น มี 3 ขั้นตอน 6 กิจกรรม ดังนี้

**ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและประเมินตนเอง** การสร้างสัมพันธภาพที่ดีให้เกิดแก่สมาชิกด้วยความเอาใจใส่อย่างสม่ำเสมอ จะช่วยให้มีความไว้วางใจซึ่งกันและกันของสมาชิก และเป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกและผู้วิจัย ซึ่งมีส่วนสำคัญอย่างยิ่งในระยะแรกๆ เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ จะติดอยู่กับความคิดที่วนเวียนอยู่กับความล้มเหลวและ พ่ายแพ้ในชีวิตซ้ำแล้วซ้ำอีก นำไปสู่การเกิดความเชื่อที่บิดเบือนซึ่งจริง หรือ แข็งแข็งผู้ป่วยไว้ภายใต้เงราะกำบังซึ่งเป็นกลไกทางจิต ด้วยการหลีกเลี่ยงจากผู้คนและสิ่งเร้าต่างๆ รวมถึงการแยกตัว (Beck, Rector, Stolar, & Grant, 2009) ด้วยกระบวนการที่จะนำผู้ป่วยเข้าสู่การมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น ด้วยการเริ่มที่ท่าทีที่แสดงออกด้วยความอบอุ่น จริงใจ ใช้คำพูดที่ง่ายต่อการเข้าใจ ให้สมาชิกพิจารณาข้อมูลเกี่ยวกับความคิดและการแปรข้อมูลเกี่ยวกับตนเอง ที่มีผลต่อความคิดและความเชื่อของสมาชิกในปัจจุบันซึ่งเป็นการประเมินองค์ประกอบด้านความคิดของสมาชิกและเป็นการเตรียมข้อมูลและสมาชิกสำหรับการบำบัดเพื่อนำไปสู่การแก้ไขเฉพาะในกิจกรรมถัดไป ซึ่งกิจกรรมต่างๆ ส่งผลให้

ผู้ป่วยเรียนรู้เกี่ยวกับการสร้างสัมพันธภาพ ค้นพบสถานการณ์ที่แท้จริงของชีวิต สอดคล้องกับ Turkington, Kingdon & Turner (2002) ที่พบว่า การประเมินความคิด ประสบการณ์และแบบแผนชีวิตที่สับสน สาเหตุหรืออุปสรรคที่ขัดขวางเป้าหมาย รวมถึงร่วมกำหนดเป้าหมายใหม่เพื่อแก้ไขปัญหา เป็นการสร้างความไว้วางใจและเกิดการยอมรับซึ่งกันและกัน การมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีระหว่างกัน การจัดเรียงข้อมูลปัญหาในชีวิตรใหม่ และการวางเป้าหมายเพื่อให้เกิดแรงจูงใจในการเข้ากลุ่ม

### **ขั้นตอนที่ 2 การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ประกอบด้วย 4 กิจกรรม**

**กิจกรรมที่ 2** คือการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทและความคิดอัตโนมัติ เป็นการสร้างความเข้าใจและทบทวนเกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่และลักษณะของอาการทางลบที่เกิดขึ้นทำให้ผู้ป่วยเกิดการยอมรับและร่วมมือในการบำบัดรักษา ช่วงต่อมาจึงเริ่มฝึกทักษะเกี่ยวกับการเรียนรู้ เกี่ยวกับองค์ประกอบของเหตุการณ์โดยอธิบาย ผ่านรูปแบบ A-B-C model A= เหตุการณ์กระตุ้น, B= ความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้น และ C= อารมณ์และพฤติกรรมที่ตามมา เชื่อมโยงผ่านประสบการณ์การเจ็บป่วย การฝึกให้ผู้ป่วยเรียนรู้เกี่ยวกับกระบวนการคิดและการเกิดพฤติกรรม ทำความรู้จักกับความ คิดอัตโนมัติและการค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบผ่านเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยได้เจอในชีวิตประจำวันช่วยให้เกิดความสนใจ และสามารถบอกได้ถึงความคิดอัตโนมัติและความคิดอัตโนมัติด้านลบจากเหตุการณ์ประจำวัน ซึ่งสอดคล้องกับ Hansen et al., (2007) ที่พบว่า การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท ความคิดด้านลบ/ความคิด บิดเบือนลักษณะต่างๆที่สัมพันธ์กับการเกิดอาการทางลบ การให้ความรู้ในด้านสุขภาพจิตศึกษา จะทำให้ผู้ป่วยมีความรู้และจะเป็นพื้นฐานให้เกิดความมั่นใจที่จะตัดสินใจในการที่จะทำกิจกรรมต่างๆ

**กิจกรรมที่ 3** การฝึกวิเคราะห์เกี่ยวกับความคิดด้านลบ/ความคิดบิดเบือนลักษณะต่างๆที่สัมพันธ์กับการเกิดอาการทางลบ เป็นการฝึกเรียนรู้เกี่ยวกับกระบวนการเกิดความคิดและการเกิดพฤติกรรม และฝึกทักษะการวิเคราะห์ถึงเหตุการณ์จากกระบวนการผ่านรูปแบบ A-B-C model และความคิดอัตโนมัติด้านลบที่เกิดขึ้นในเหตุการณ์ สอดคล้องกับ Klingberg et al. (2009) ที่พบว่า การใช้เทคนิคการสะท้อนกลับให้เห็นผู้ป่วยความคิดวนเวียนด้านลบ โดยนำเอา A-B-C Model มาอธิบายถึงความเชื่อมโยงระหว่าง A (เหตุการณ์) B (ความคิด ความเชื่อ) C (ผลที่ตามมา) แล้วเชื่อมโยงมายังเหตุการณ์จริงในชีวิตของผู้ป่วยความรู้สึกเมื่อต้องเจอเหตุการณ์ที่เป็นทุกข์ อุปสรรคต่างๆเป็นการให้ผู้ป่วยเกิดการสำรวจตัวเอง เป็นการเตรียมผู้ป่วยให้เกิดทักษะ ในการในการดักจับตีความ และ ปรับความเชื่อที่บิดเบือน สอดแทรกความคิดที่บิดเบือนที่สัมพันธ์ต่ออาการทางลบ เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความคิดอัตโนมัติและความคิดที่บิดเบือนกับการเกิดอาการทางลบในผู้ป่วยจิตเภท การสร้างความทางเลือกทางความคิด และผลลัพธ์ที่ตามมา โดยหาหลักฐานสนับสนุนหรือ

คัดค้านเพื่อนำไปสู่ความคิดที่ถูกต้อง เหมาะสม สอดคล้องกับ อรรถพรณ ลือบุญรัชชัย (2554) ที่ระบุว่า การเปลี่ยนมุมมองเดิมเป็นมุมมองทางบวก เป็นวิธีในการเปลี่ยนมุมมองในการรับรู้สถานการณ์หรือพฤติกรรมซึ่งได้แก่ การช่วยให้ผู้รับการบำบัดมองปัญหาในมุมมองที่แตกต่างไปจากเดิม การให้ผู้รับการบำบัดได้มองเห็นปัญหาในทุกแง่มุมทั้งในข้อดีข้อเสีย จะช่วยพัฒนาให้ผู้รับการบำบัดมีมุมมองต่อปัญหาอย่างรอบด้าน

**กิจกรรมที่ 4** การใช้กลยุทธ์ทางความคิดในการจัดการกับความคิดอัตโนมัติด้านลบ ความเชื่อที่เป็ยงเบน และการพัฒนาทักษะทางสังคม เป็นการปรับเปลี่ยน ทั้งวิธีคิด ที่เป็นเหตุเป็นผล ความรู้สึก และพฤติกรรมที่เหมาะสมให้มากขึ้น โดยบำบัดให้ผู้ป่วยมีมุมมองในการคิดที่มีเหตุและผลตามความเป็นจริงมากขึ้น นำไปสู่การปรับเปลี่ยนความคิด ได้แก่ การตั้งคำถาม ผู้บำบัดจะใช้ทักษะการถามเพื่อทดสอบความมีเหตุมีผลในกระบวนการคิดของผู้ป่วย โดยผู้บำบัดพยายามให้ผู้ป่วยคิดหาทางออกด้วยตัวเอง (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2549) เพื่อให้ผู้รับการบำบัด เข้าใจและการปรับเปลี่ยนความคิดต่อปัจจัยเหตุของปัญหาและการจัดการกิจกรรมเพื่อส่งเสริมให้เกิดแรงกระตุ้นในการทำกิจกรรมต่าง ๆ และปรับเปลี่ยนความคิดในทางลบต่อผลลัพธ์ของปัญหา การบันทึกกิจวัตรประจำวันตามตารางเวลาเพื่อเป็นการวางแผนไปสู่การปฏิบัติและใช้กลยุทธ์ทางความคิดในการจัดการกับสถานการณ์ต่าง ๆ ที่ เกิดขึ้นระหว่างทำกิจวัตรที่วางแผนไว้เพื่อให้ผู้รับการบำบัดประเมินผลลัพธ์ของปัญหาใหม่ ด้วยการส่งเสริมให้ผู้รับการบำบัดมีวิธีการในการเผชิญกับปัญหาและแก้ไขปัญหานั้นที่เหมาะสม และลดการคาดการณ์ในทางลบต่อผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ร่วมกับการพัฒนาทักษะทางสังคมด้านการสื่อสาร เพื่อให้เกิดความมั่นใจ และส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น โดยเฉพาะเป็นส่วนที่ขาดในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ และเป็นความจำเป็นขั้นพื้นฐานในการดำเนินชีวิตของมนุษย์ในสังคมช่วยสร้างสรรค์และรักษาความสัมพันธ์ของชีวิตในสังคมให้คงอยู่ต่อไป (วาสนา จันทร์สว่าง, 2533)

**กิจกรรมที่ 5** การบำบัดโดยใช้กลยุทธ์ทางพฤติกรรมในการฝึกทักษะการปรับตัวและจัดการกับความยากลำบากต่าง ๆ อันเป็นผลมาจากความพร้อมของสารสื่อประสาทในสมองและการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้คน กิจกรรมครั้งนี้ให้ผู้ป่วยได้รับการฝึกเพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนมุมมองเพื่อกลับไปสู่ความเป็นจริงของเหตุการณ์ปัจจุบัน ได้รับการปรับเปลี่ยนทางด้านพฤติกรรม โดยการได้ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของความคิดของตนเอง จากการได้ทดลองทำในรูปแบบต่าง ๆ ตามความคิดที่วางแผนไว้ เพื่อแก้ไขปัญหาของตนเอง ทำให้ช่วยฟื้นฟูและเสริมสร้างความมั่นใจของผู้ป่วยในการดำเนินชีวิตประจำวัน และฝึกทักษะการปรับตัวและจัดการกับความยากลำบากต่าง ๆ และการมีปฏิสัมพันธ์

กับผู้คน จากนั้นให้นำรูปแบบการจัดรายการกิจกรรม หรือโครงสร้างประจำในการดำเนินชีวิตประจำวันสำหรับผู้ป่วย และรายละเอียดของแผนกิจกรรม ที่สามารถทำได้จริง มาปรับปรุง (Haddock, et al., 1998 cited in Chan & Leung, 2002) และนำแผนกิจกรรมดังกล่าวไปใช้ในขณะที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ในชุมชน ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการเชื่อมโยงในเรื่องของ ความคิด อารมณ์ และการแสดงออกทางพฤติกรรมในปัจจุบัน โดยช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้ระบุกิจกรรมที่จำเพาะเจาะจง ที่เขาสนุกกับมัน และกิจกรรมเหล่านี้ได้รับการเตรียมการหรือกำหนดโดยเขาเอง เพื่อการยอมรับว่ามีความก้าวหน้าและดีขึ้นจากอาการทางจิตที่เกิดขึ้น โดยวัดจากเป้าหมายที่ถูกสร้างในกิจกรรมที่ 1 สะท้อนให้เห็นถึงความก้าวหน้าและเขาสามารถสำเร็จได้

**ขั้นตอนที่ 3 Maintenance and terminal Phase** ประกอบด้วย 1 กิจกรรม คือ

**กิจกรรมที่ 6** ป้องกันการกลับเป็นซ้ำ จากประสบการณ์ความสุขที่ผู้ป่วยเคยได้รับขณะดำเนินชีวิตในชุมชนและการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น เป็นส่วนสำคัญที่เป็นคอยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความหวัง กล้าที่จะเผชิญปัญหา และนำมาซึ่งความสำเร็จ ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบมักถูกความเชื่อด้านลบที่มีอยู่เดิมปิดกั้น จนไม่สามารถสัมผัสได้ถึงความสุข การส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้จากการค้นหาและวางแผนในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นโดยใช้กระบวนการคิดที่มีเหตุผล และเป็นจริงตามสถานการณ์ มีผลให้ผู้ป่วยเกิดอารมณ์ที่ดีและมีพฤติกรรมที่เหมาะสมมากขึ้น ขณะที่การเข้าถึงเครือข่ายและแหล่งสนับสนุนทางสังคม เป็นส่วนสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างทันท่วงทีและคอยช่วยประคับประคองให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีแบบแผน ถูกต้องและเหมาะสมต่อไป และสรุปโดยให้ความรู้เรื่องการเผชิญ/ตอบสนองต่อภาวะเจ็บป่วย ความคิดด้านลบ/ความคิดความเชื่อที่บิดเบือนการประเมินปัจจัย หรือสิ่งทำให้เกิดความเครียดหลักๆที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตเพิ่มขึ้นรวมถึงอาการนำ (Haddock et al., 1998) สิ่งเหล่านี้ประกอบด้วยการแนะนำใหม่ๆเกี่ยวกับวิธีทางความคิดและพฤติกรรม ใช้สำหรับอาการทางจิต การพัฒนาแผนส่วนบุคคลเพื่อป้องกันอาการกำเริบ และการพัฒนาวิธีการจัดการความไม่สามารถในทางสังคมในอนาคต (Fowler et al., 1995)

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะเพื่อการปฏิบัติการพยาบาลด้านการพยาบาล

1. ก่อนนำโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมไปใช้ พยาบาลควรได้รับการอบรมเรื่อง การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (CBT) พื้นฐานการสอนและการทำกลุ่ม ตลอดจนมีทักษะใน การส่งเสริมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเป็นอย่างดี เพื่อให้สามารถใช้โปรแกรมนี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. ควรมีการนำโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมไปใช้อย่างต่อเนื่องในการ จัดบริการการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้เกิดการบริการอย่างต่อเนื่องและเกิดความยั่งยืนใน ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. เนื่องจากโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมครั้งนี้ เป็นการวัดผลทันทีหลังเสร็จ สิ้นโปรแกรม ฯ จึงควรมีการศึกษาติดตามผลระยะยาวของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและ พฤติกรรมต่ออาการทางลบ ที่ระยะเวลา 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี เพื่อติดตามการเปลี่ยนทาง ความคิดและพฤติกรรมที่เหมาะสมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ในการนำความรู้และแนวปฏิบัติที่ได้รับ ไปปรับใช้ในการดำเนินชีวิตประจำวัน
2. จากโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ครั้งนี้ พบว่ามีข้อจำกัดในการทำการวิจัย เนื่องจากไม่ค่อยได้รับความร่วมมือ จากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นเพศชาย เนื่องจากมีภารกิจ และไม่สะดวก ในการเดินทางเพื่อเข้าร่วมกลุ่มการวิจัย ซึ่งพบว่าประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้จึงมีจำนวนเพศหญิง มากกว่าเพศชาย จึงควรคำนึงถึงอัตราส่วนของเพศที่ใกล้เคียงกัน ที่จะนำมาใช้ในการวิจัยในครั้งถัดไป



## รายการอ้างอิง

### ภาษาไทย

- กรมสุขภาพจิต. (2549). รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ2549. นนทบุรี: กองแผนงาน. กรมสุขภาพจิต.
- กรมสุขภาพจิต. กระทรวงสาธารณสุข. (2552). อัตราการป่วยทางจิตต่อแสนประชากร ประจำปีงบประมาณ 2548-2552. นนทบุรี.
- กรมสุขภาพจิต. (2551). ชุดความรู้และแนวทางปฏิบัติเรื่องการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย. นนทบุรี
- กรมสุขภาพจิต. (2554). รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ2554. นนทบุรี: กองแผนงาน. กรมสุขภาพจิต.
- กรมสุขภาพจิต. (2557). รายงานการประชุมกรมสุขภาพจิตปีงบประมาณ 2557. นนทบุรี : กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- กาญจนา เหมะรัต และคณะ. (2552). ผลของกลุ่มบำบัดความคิด และพฤติกรรมต่อความคิดอัตโนมัติทางลบของผู้ป่วยจิตเภท.สถาบันสมเด็จเจ้าพระยา.กรุงเทพฯ.
- จันทร์ประภา ไชยรักษ์และคณะ. (2538). งานติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวชของโรงพยาบาลสระบุรี. งานวิจัย โรงพยาบาลสระบุรี.
- จันทิมา องค์กรโชค. (2545). จิตบำบัดในการปฏิบัติงานจิตเวชทั่วไป. กรุงเทพฯ:ยูเนี่ยนครีเอชั่น.
- ชนิดา กาญจนลาภ. (2543). โรคอารมณ์ซึมเศร้า:คำถามที่คุณมีคำตอบที่คุณต้องการ. กรุงเทพฯ : หน้าต่างสู่โลกกว้าง.
- ลัดดา แสนสีหา. (2536). ความซึมเศร้าและความคิดอัตโนมัติด้านลบของวัยรุ่นตอนปลาย. วิทยานิพนธ์ ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ไพบรีย พันธ์. (2541). ผลของการใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มนตรี อมรพิเชษฐ์กุล, และพรชัย พงศ์สงวนสิน. (2544). สถานการณ์การรักษาพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชตามการรับรู้ของครอบครัว. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย.
- มานิต ศรีสุรภานนท์. (2552). โรคจิตเภท(Schizophrenia): ระบาดวิทยาและการรักษา. ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- มานิช หล่อตระกูล, และ ปราโมทย์ สุคนิชย์. (2544). จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี. (พิมพ์ครั้งที่6).

- กรุงเทพฯ: สวีชาญการพิมพ์.
- มาโนช หล่อตระกูล, และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์. (2548). **จิตเวชศาสตร์ รามาริบัติ**. (พิมพ์ครั้งที่2).  
กรุงเทพฯ: ปียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์พิมพ์.
- มาโนช หล่อตระกูล, และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์. (2555). **จิตเวชศาสตร์ รามาริบัติ**. (พิมพ์ครั้งที่3).  
กรุงเทพฯ: ปียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์พิมพ์.
- มาโนช หล่อตระกูล, และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์. (2558). **จิตเวชศาสตร์ รามาริบัติ**. (พิมพ์ครั้งที่1).  
กรุงเทพฯ: ปียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์พิมพ์.
- เวนิช บุราริณนธ์. (2554). **ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วาสนา ปานดอก. (2545). **กิจกรรมการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่บ้านของผู้ดูแล**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สเปญ อุณองงค์. (2551) **โรคจิตเภท (Schizophrenia)**.  
Available at:<http://www.infomental.com/schizophrenia.htm>
- สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. (2541). **ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2542). **ตำราจิตเวชศาสตร์**. (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์
- สมภพ เรืองตระกูล. (2554). **ตำรากุ่มบำบัดและครอบครัวบำบัด**. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว. (2544). **แนวคิดพื้นฐานทางการพยาบาลจิตเวช**. พิมพ์ครั้งที่ 3. พิษณุโลก : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- สุภาวดี เกษไชย และคณะ. (2555). **ปัจจัยทำนายอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรก**. วารสารพยาบาลศาสตร์. 2012 ;30(4):90-101.
- ยุทธนา องอาจสกุลมัน. (2548). **การทำจิตบำบัดแบบ Cognitive behavior therapy ในผู้ป่วยจิตเภท**: รายงานผู้ป่วย 4 ราย วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย,13(2),114-123.
- อติญา โพธิ์ศรี. (2552). **โปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัวต่ออาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรพรรณ ลือบุญวัชชัย. (2554). **การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช**. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ :

สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

เอื้ออารีย์ สาลิกา. (2543). **ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท.**

วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช,  
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

อัญชลี ศรีสุพรรณ. (2547). **ผลของการใช้โปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมต่อความสามารถในการ  
ดูแลตนเอง และอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชา

การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

หงษ์ บรรเทิงสุข. (2545). **ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยนอก**

**โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล  
สุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

## ภาษาอังกฤษ

American Psychological Association. (1994). Publication manual of the American Psychological Association (4th ed.). Washington, DC: American Psychological Association.

American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorder- IV-TR (4 th ed.). Washington D.C: Author

Beck, A. T., & Weishaar, Rush, A. J., Shaw, B. F. and Emery, G. (1979). Cognitive Therapy of Depression. New York: Guilford Press.

Beck, J. S. (2006). Insession with Judith. S. Beck, ThD: Cognitive behavioral therapy. Primary Psychiatry, 13(4), 31-34. Retrieved may18, 2010, from <http://www.primarypsychiatry.com>

Beck, A. T., Neil, A. R., Neal, S., & Paul, G. (2009). Schizophrenia: Cognitive theory, research and therapy. New York: Guilford.

Beck, A. (2012). Aaron Beck: Reducing schizophrenia's negative symptoms. Retrieved on February 1, 2012 from <https://bbrf.civicactions.net/sites/bbrf.civicactions.net/.../Beck.pdf>

Bunney, W. E., Jr., & Bunney, B. G. Neurodevelopmental hypothesis of schizophrenia. In: Charney DS, Nestler E, Bunney BS, editors. Neurobiology of mental illness. New York: Oxford University Press; p 225–35.

- Grant PM, Beck AT. (2010). A social beliefs as predictors of a social behavior in schizophrenia. *Psychiatry Res*;177:65–70.
- Green, M. F., & Nuechterlein, K. H. (1999). Should Schizophrenia be treated as a neurocognitive disorder?. *Schizophr Bull*; 25:309–318.
- Haddock G.**, Tarrier N., Spaulding N. **et al (1998)**. (1998). Individual cognitive-behavior therapy in the treatment of hallucinations and delusions: a review. *Clin Psychol Rev*. 18(7):821-38.
- Hafner H., Loffler W., Maurer K., Hambrecht M., an der Heiden W. (1999). Depression, negative symptoms, social stagnation and social decline in the early course of schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand*, 100:105–118
- Heinrichs, R. W., & Zakzanis, K. K. (1998). Neurocognitive deficit in schizophrenia: a quantitative review of the evidence. *Neuropsychology*, 12:426–445.
- Kay SR, Fiszbein A, Opler LA.** (1987). The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr Bull*. 13(2):261-76.
- Kirkpatrick, B. et al. (2006). The NIMH-MATRICES consensus statement on negative symptoms. *Schizophrenia Bulletin*, 32: 214–219.
- Klingberg, S. et al. (2009). Cognitive behavioural treatment of negative symptoms in schizophrenia patients: study design of the TONES study, feasibility and safety of treatment. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 259 (Suppl 2):S149–S154.
- McGrath, J., Saha. S., Chant, D., & Welham, J. (2008). Schizophrenia: A Concise Overview of Incidence, Prevalence, and Mortality. Advance Access publication. Vol. 30, 2008
- Mueser et al. (2006). The Illness Management and Recovery Program: Rationale, Development, and Preliminary Findings. *Schizophr Bull*. 32(Suppl 1): S32–S43.

- Perivoliotis, D. & Cather, C. (2009).* Cognitive Behavioral Therapy of Negative Symptoms. *Journal of clinical psychology*, 65(8), 815-830.
- Polit, D.F., & Beck, C.T. (2004).* *Nursing research; Principles and methods (7 th ed.)*. Philadelphia : Lippincott Williams.
- Rector, N. A., Beck, A. T., & Stolar, N. (2005).* The negative symptoms of schizophrenia: a cognitive perspective. *Can J Psychiatry*; 50:247–257.
- Rush, A.J., & Beck, A.T. (2000).* Cognitive therapy. In B.J.Sadock& V.A.Sadock (Eds), *Comprehensive textbook of psychiatry (7 ed.,pp. 2167-2178)*. Philadelphia: Lippincott Williams &Wilkins.
- Shepard, P.D., Holcomb, H.H., and Gold, J.M. (2006).* Schizophrenia in translation: the presence of absence: habenular regulation of dopamine neurons and the encoding of negative outcomes. *Schizophr Bull.* 32(3):417-21.
- Sensky, T.,Turkington, D., Kingdon, D., et al (2000).* A randomized controlled trial of cognitive-behavioral therapy for persistent symptoms in schizophrenia resistant to medication.*Arch Gen Psychiatry*, 57 : 165–172.
- Tarrier, N., Yusupoff, L., Kinney, C., et al. (1998).* Randomised controlled trial of intensive cognitive behaviour therapy for patients with chronic schizophrenia. *BMJ*.1998;317:303–307.
- Tarrier, N., Wykes, T. (2004).* Is there evidence that cognitive behaviour therapy is an effective treatment of schizophrenia? A cautious or cautionary tale? *Behav Res Ther*, 42:1377–401.
- Turkington, D. & Kingdon, D. (2000).* Cognitive-behavioural techniques for general psychiatrists in the management of patients with psychoses. *British Journal of Psychiatry*, 177, 101–106.
- World Health Organization. (1992). *The ICD-10 Classification of mental and behavioral disorder:clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva : WHO
- World Health Organization. (2006). *The ICD-10 Classification of mental and Behavioral disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*.Geneva : World Health Organization

- Wolwer, W., Frommann, N., Halfmann, S., *et al.* (2005). Remediation of impairments in facial affect recognition in schizophrenia: efficacy and specificity of a new training program. *Schizophr Res* ;80:295–303.
- Walker, E., Lewine, R., Neumann, C. (1996). Childhood behavioral characteristics and adult brain morphology in schizophrenia. *Schizophr Res*; 22:93–101



ภาคผนวก



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY





## รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน
นายแพทย์พงศธร ระพีพัฒน์ชัย	นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลศรีธัญญา
นางสกาวรรัตน์ พวงลัดดา	พยาบาลวิชาชีพพระดับชำนาญการ โรงพยาบาลศรีธัญญา
นางสาว สุภาวดี ธัมมะรักขิต	พยาบาลวิชาชีพพระดับชำนาญการ โรงพยาบาลศรีธัญญา
นางนิชนันท์ คำล้าน	พยาบาลวิชาชีพพระดับชำนาญการ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์
นายจตุพร หนูสวัสดิ์	พยาบาลวิชาชีพพระดับชำนาญการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี



ภาคผนวก ข  
ผลการพิจารณาจริยธรรม  
ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย  
และหนังสือยินยอมประชากรกลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

23 หมู่ 8 แขวงทวีวัฒนา เขตทวีวัฒนา  
กรุงเทพมหานคร 10170



โทร. 0 2 441 6100  
โทรสาร 0 2441 6101

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์  
เอกสารรับรองโครงการวิจัย

หมายเลข 1/2558

ชื่อโครงการภาษาไทย : ผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่ออาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

รหัสโครงการ : 1/2558

หัวหน้าโครงการ / หน่วยงานที่สังกัด : นายชุมพรพิชญ์ ก้อนทอง จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถานที่ทำวิจัย : สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

เอกสารที่รับรอง :

1. แบบเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
2. โครงร่างการวิจัย
3. แบบสอบถาม
4. ประวัติผู้วิจัย

ต่ออายุครั้งที่ ( ) : \_\_\_\_\_

วันหมดอายุ : \_\_\_\_\_

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, the Belmont Report, CIOMS Guidelines and the International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP)

ลงนาม   
(นางสาวอุทยา นาคเจริญ)

26 กพ 58

วันที่

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

ลงนาม   
(นายวิศิลป์ วิชญโยธิน)

27 ก.พ. 58

วันที่

ผู้อำนวยการสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

## ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

### (Patient / Participant Information Sheet)

**ชื่องานวิจัย** ผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่ออาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

**ผู้วิจัย** นาย ชุมทรัพย์ ก้อนทอง

**สถานที่ติดต่อผู้วิจัย** 47 หมู่4 ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี 11000

**สถานที่พักอาศัย** 47 หมู่4 ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี 11000

**โทรศัพท์บ้าน** -

**โทรศัพท์เคลื่อนที่** 084-3394858

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้คำยินยอมในการวิจัยประกอบด้วยคำอธิบายดังต่อไปนี้

1. ท่านได้รับการเชิญให้เป็นผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
2. โครงการนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่ออาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
3. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

2. เพื่อเปรียบเทียบอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรมกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

4. ลักษณะของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ดังนี้

**4.1 ประชากร** ที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการ แบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

**4.2 กลุ่มตัวอย่าง** ที่ใช้ในการวิจัย คือ คือผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์ ICD-10 ซึ่งมารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกของสถาบันสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ซึ่งได้รับการคัดเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์คุณสมบัติ จำนวน 40 คน ได้รับการจับคู่ด้วยเพศและระดับความเพียงพอของรายได้ แล้วถูกสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 20 คน

เกณฑ์ในการคัดกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมงานวิจัย(Inclusion criteria)

1) เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท มีอายุระหว่าง 20-59 ปี ทั้งชายและหญิง

2) เป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการแสดงในลักษณะอาการทางลบ เช่น สีหน้าเรียบเฉย

พุดน้อย โดยกำหนดเกณฑ์คะแนนอาการทางลบระหว่าง 5-13 คะแนน (มีค่าคะแนนอาการทางลบในระดับปานกลางถึงมาก) จากการประเมินโดยใช้แบบประเมินอาการทางลบ ของ หงส์ บันเทิงสุข (2545) ที่พัฒนาจาก Positive and Negative Syndrome Scale ฉบับภาษาไทย ซึ่งธนา นิลชัย โกวิทย์และคณะ (ม.ป.ป.) แปลและสร้างขึ้นจากแนวคิด Kay, Fiszbein & Opler (1987)

- 3) ได้รับความรักษาอาการทางจิตครบตามแผนการรักษาในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา
- 4) สื่อสารภาษาไทยเข้าใจ พุดคุยได้ตอบและอ่านออกเขียนได้
- 5) ไม่อยู่ระหว่างการรักษาด้วยไฟฟ้า เนื่องจากเป็นช่วงที่ผู้ป่วยอาจอยู่ในภาวะวิกฤติจากการรักษาด้วยไฟฟ้า
- 6) ไม่มีพยาธิสภาพทางกายหรือภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินกลุ่ม และเป็นผู้ยินยอมและเป็นผู้ให้ความร่วมมือในการวิจัย

## 5. กระบวนการวิจัยที่กระทำต่อกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

### 1. ขั้นเตรียมการ

1.1 ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยเพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลในการทำวิจัยไปยังผู้อำนวยการสถาบันสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์จากการคัดเลือกในขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1.2 เมื่อได้รับอนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลแล้ว ผู้วิจัยขออนุญาตพบหัวหน้าส่วนงานที่รับผิดชอบในการทำวิจัยของโรงพยาบาล ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดขั้นตอนการเก็บข้อมูล และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

### 2. ขั้นดำเนินการ

2.1 ทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยพร้อมโครงร่างวิจัยฉบับย่อถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุกระดับดังกล่าว เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในคนของโรงพยาบาล

2.2 ภายหลังจากได้รับการอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขออนุญาตพบหัวหน้าส่วนงานที่รับผิดชอบในการทำวิจัยของโรงพยาบาลเพื่อแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความร่วมมือในการทำวิจัย

2.3 ผู้วิจัยดำเนินการและประสานงานกับหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกของสถาบันสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ในการดำเนินการวิจัย โดยดำเนินการ ดังนี้

2.3.1 เมื่อผู้ป่วยเข้ามารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกและคลินิกจิตเวช ในช่วงเวลาดำเนินการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยประเมินคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างโดยดูจากเวชระเบียนผู้ป่วย จากนั้นก็ดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้

2.3.2 ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตัวและแจ้งวัตถุประสงค์ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย ผู้วิจัยขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม โดยการชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

2.3.3 ผู้วิจัยจับคู่ (Matched - pair) กลุ่มตัวอย่างที่ผ่านเกณฑ์คุณสมบัติเบื้องต้น ให้มีลักษณะคล้ายคลึงกันเพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลกระทบต่อการทำวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ เพศ และระดับความเพียงพอของรายได้ โดยทำการจับคู่จนครบ 20 คู่ จากนั้นสุ่มกลุ่มตัวอย่าง เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่ละคู่จนครบ 20 คู่ จะได้กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง และ กลุ่มควบคุม กลุ่มละ 10 คน

2.3.4 หลังได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยจิตเภทและญาติ ผู้วิจัยตรวจสอบข้อมูลส่วนบุคคลและคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอนการคัดเลือกและจับคู่กลุ่มตัวอย่างดังที่กล่าวข้างต้น จากนั้นผู้ศึกษาทำการนัดหมายวันเวลากับกลุ่มตัวอย่างเพื่อดำเนินการวิจัยตามโปรแกรม โดยกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลองจะได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ร่วมกับการดูแลตามปกติ

2.4 ผู้ศึกษาทำการประเมินผลการทดลอง คือการประเมินอาการทางลบ (Pre-test)ในวันแรกที่พบผู้ป่วยจิตเภททั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และประเมินอาการทางลบ (Post-test) หลังการบำบัดสิ้นสุดทันที ส่วนในกลุ่มควบคุมมีการนัดหมายมาเพื่อประเมินอาการทางลบ (Post-test) ในวันเดียวกับที่ประเมินในกลุ่มทดลอง

6.ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยคาดว่าจะไม่มีความเสี่ยงใดๆ เกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่เข้าร่วมการวิจัย เนื่องจากมีการจัดสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย และผลการวิจัยใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลที่ช่วยลดอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งเป็นแนวทางสำหรับการศึกษาวิจัย เพื่อพัฒนารูปแบบการให้บริการที่ช่วยลดอาการ ทางจิต ของผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยทางจิตประเภทอื่นๆ

7. การเข้าร่วมเป็นกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเป็นโดยสมัครใจและสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะโดยไม่สูญเสียผลประโยชน์ที่พึงได้รับ

8. หากท่านมีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติมได้โดยสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และหากมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือเป็นโทษเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบอย่างรวดเร็ว

9. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับท่านจะเก็บเป็นความลับ หากมีการเสนอผลงานวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวม

10. ในการเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ มีการจ่ายค่าตอบแทนให้แก่กลุ่มประชากร หรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

11. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าว สามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการ  
พิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน  
ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุม  
วัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147 โทรสาร 0-2218-8147 E-mail: [eccu@chula.ac.th](mailto:eccu@chula.ac.th)



## หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ทำ ๑

ที่.....

วัน ที่ .....

เดือน.....พ.ศ.....

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามทำหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่ออาการทางลบของ  
ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ชื่อผู้วิจัย นาย ชุมทรัพย์ ก้อนทอง

ที่อยู่ติดต่อ 47 หมู่ 4 ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี 11000

(ที่ทำงาน) โรงพยาบาลศรีธัญญา

โทรศัพท์มือถือ 084-3394858

E- mail Address : [aim36130@hotmail.com](mailto:aim36130@hotmail.com)

ข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียด  
ขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้น  
จากการวิจัยโดยตลอด และได้รับคำอธิบาย จากผู้วิจัยจนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ภายใต้เงื่อนไขที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วม  
การวิจัย

ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล  
ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบในทางใดๆ ต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น และจะได้รับการ  
ดูแลจากเจ้าหน้าที่เช่นเดิม

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่าผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจง  
ผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใดๆที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะ  
นำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า  
หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามข้อมูลที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย  
ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147 โทรสาร 0-2218-8147 E-mail: [eccu@chula.ac.th](mailto:eccu@chula.ac.th)



ข้าพเจ้าได้ลงรายชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจง  
ผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ.....

( นายชุมทรัพย์ ก้อนทอง )

ผู้วิจัยหลัก

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน





### การคำนวณดัชนีความตรงของเนื้อหา

บุญใจ ศรีสถิตรากร (2547) กล่าวถึง การหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) ดังนี้ การหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เป็นวิธีพัฒนาขึ้นโดย Hambleton และคณะ เมื่อปี ค.ศ.1975 วิธีหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) มีขั้นตอนดังนี้

ขั้นที่ 1 นำแบบสอบถามพร้อมโครงร่างวิจัยฉบับย่อซึ่งมีคำนิยามเชิงปฏิบัติการของตัวแปร ที่ศึกษาไปให้ผู้เชี่ยวชาญตามที่ได้วิจัยได้เรียนเชิญ เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาความสอดคล้อง ระหว่างคำถามกับคำนิยามเชิงปฏิบัติการของตัวแปร ซึ่งกำหนดระดับการแสดงความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ คือ 1,2,3,4 โดยแต่ละระดับมีความหมายดังนี้

1 หมายถึง คำถามไม่สอดคล้องกับคำนิยาม

2 หมายถึง คำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงอย่างมากจึงจะมีความสอดคล้อง

3 หมายถึง คำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงเล็กน้อย จึงจะมีความสอดคล้องกับนิยาม

4 หมายถึง คำถามมีความสอดคล้องกับคำนิยาม

ขั้นที่ 2 รวบรวมความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญแต่ละท่านมาแจกแจงตามระดับความคิดเห็น 4 ระดับ คือ 1,2,3,4

ขั้นที่ 3 รวมจำนวนคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนให้ความเห็นในระดับ 3 และ 4

ขั้นที่ 4 หาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาจากสูตร

$$CVI = \frac{\text{จำนวนคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนให้ความเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

ดัชนีความตรงตามเนื้อหาของของเครื่องมือที่ยอมรับได้คือ.80 ขึ้นไป (Davis,1992) คำถาม ข้อใดที่ผู้เชี่ยวชาญให้ความเห็นในระดับ 3 ผู้วิจัยควรได้นำมาปรับปรุงให้มีความสอดคล้องกับคำนิยาม ส่วนคำถามข้อใดที่ผู้เชี่ยวชาญให้ความเห็นในระดับ 1 และ 2 ไ้ให้นำมาพิจารณาปรับปรุงแก้ไข เพราะถ้าหากตัดคำถามเหล่านี้ทั้งหมด จะทำให้ส่วนคำถามที่เหลือในแบบสอบถามไม่ครอบคลุมมิติที่ต้นตัวแปร การตรวจความตรงเชิงเนื้อหา(CVI: content Validity Index) คำนวณได้จากสูตรดังนี้(บุญใจ ศรีสถิตนรากร,/2544)

$$\text{CVI} = \frac{\text{จำนวนคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

1. ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของ แบบประเมินอาการทางลบ

$$\text{CVI} = \frac{12}{13} = 0.92$$

2. ดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของ แบบประเมินความคิดอัตโนมัติทางลบ

$$\text{CVI} = \frac{28}{30} = 0.93$$



```

GET
  FILE='F:\ค่าความเที่ยง ชุมทรัพย์.sav'.
DATASET NAME DataSet1 WINDOW=FRONT.
RELIABILITY
  /VARIABLES=relins1 relins2 relins3 relins4 relins5 relins6 relins7 relins8 relins9
  /SCALE('ALL VARIABLES') ALL
  /MODEL=ALPHA.

```

### Reliability

[DataSet1] F:\ค่าความเที่ยง ชุมทรัพย์.sav

### Scale: ALL VARIABLES

#### Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	75.0
	Excluded <sup>a</sup>	10	25.0
	Total	40	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

#### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.819	13

## RELIABILITY

```

/VARIABLES=relinel relinel2 relinel3 relinel4 relinel5 relinel6 relinel7 relinel
8 relinel relinel10 relinel11 relinel12 relinel13 relinel14 relinel15 relinel16 rel
inel17 relinel18 relinel19 relinel20 relinel21 relinel22 relinel23 relinel24 relinel
25 relinel26 relinel27 relinel28
relinel29 relinel30
/SCALE('ALL VARIABLES') ALL
/MODEL=ALPHA.

```

**Reliability**

[DataSet1] F:\ค่าความเที่ยง ขุมทรัพย์.sav

**Scale: ALL VARIABLES**

## Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	75.0
	Excluded <sup>a</sup>	10	25.0
	Total	40	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

## Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.880	30



## ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภท

### ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง สำหรับผู้ตอบแบบประเมิน

โปรดกรอกข้อมูลลงในช่องว่างที่เว้นไว้ให้เต็ม หรือ ขีดเครื่องหมายถูก

สำหรับผู้ศึกษา

1. เพศ  ชาย  หญิง
2. อายุของท่านในปัจจุบัน ..... ปี
3. สถานภาพสมรส 
  - โสด  สมรส  ม่าย
  - หย่า / แยก
4. ระดับการศึกษา 
  - ประถมศึกษา  มัธยมศึกษาตอนต้น
  - มัธยมศึกษาตอนปลาย  ปวช./ปวส.
  - ปริญญาตรี  สูงกว่าปริญญาตรี
  - อื่นๆ ระบุ .....
5. อาชีพ 
  - ค้าขาย  เกษตรกร  รับจ้าง  รับราชการ
  - อื่นๆ ระบุ .....
6. ความเพียงพอของรายได้ต่อเดือน 
  - น้อยกว่า 5,000 บาท  5,001 – 10,000 บาท
  - 10,001 – 15,000 บาท  มากกว่า 15,000 บาท
  - 6.1 เพียงพอ
  - 6.2 ไม่เพียงพอ
7. ระยะเวลาการเจ็บป่วยจากโรคจิตเภท 
  - ระยะเวลา 1 ปี  ระยะเวลามากกว่า 1 ปี

ข้อเสนอแนะ

.....

.....

.....



## ชุดที่ 2 แบบประเมินอาการทางลบ

**คำชี้แจงสำหรับผู้สัมภาษณ์** แบบประเมินนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อประเมินลักษณะอาการทางลบของผู้ป่วย มีทั้งหมด 13 ข้อ มี 2 ตอน ตอนที่ 1 เป็นอาการทางลบที่ประเมินโดยการสังเกต และตอนที่ 2 เป็นอาการทางลบที่ประเมินในการสัมภาษณ์ โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับอาการที่พบในผู้ป่วยในแต่ละข้อ

ไม่มี หมายถึง ไม่ปรากฏลักษณะอาการตามข้อความดังกล่าว

มี หมายถึง ปรากฏลักษณะอาการตามข้อความดังกล่าว

### ตอนที่ 1 การสังเกต “ผู้ป่วยมีอาการเหล่านี้หรือไม่”

ข้อที่	ข้อความ	ไม่มี	มี
1	สีหน้าเฉยเมย ไร้อารมณ์		
2	ขณะพูดนั่งตัวแข็งทื่อ ไร้ชีวิตชีวา		
3	การโต้ตอบด้วยคำพูดหยุดชะงักเป็นพักๆ		
4	การโต้ตอบเป็นแบบถามคำตอบคำ		
5	นั่งก้มหน้า ไม่สบตาขณะสนทนา		
6	-ไม่สนใจต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นรอบๆตัว		

### ตอนที่ 2 การสัมภาษณ์ “ผู้ป่วยมีอาการเหล่านี้หรือไม่”

ข้อที่	ข้อความ	ไม่มี	มี
7	หลีกเลี่ยงการเข้าร่วมกิจกรรม เช่นการทำบุญตามประเพณี งานเทศกาลรื่นเริงกับบุคคลอื่น		
8	มักอยู่คนเดียวเสมอ		
9	บอกความแตกต่างของเด็กกับคนแคระไม่ได้		
10	หลีกเลี่ยงการพูดคุย หรือพูดคุยกับบุคคลอื่นก่อน		
11	บอกความหมายคำพังเพยง่ายๆ ไม่ได้เช่น หนีเสือปะจระเข้ หรือ น้ำพึ่งเรือ เสือพึ่งป่า		
12	ญาติต้องกระตุ้นให้ทำกิจวัตรประจำวัน		
13	พูดเรื่องเดียวกันซ้ำซาก		

### ชุดที่ 3 แบบประเมินความคิดอัตโนมัติในด้านลบ

**คำชี้แจง** โปรดพิจารณาข้อความแต่ละข้อว่าตรงกับท่านมากน้อยเพียงใด และทำเครื่องหมาย / ในช่องว่างเพียงคำตอบเดียวเท่านั้นที่ตรง หรือใกล้เคียงกับความคิดความรู้สึกของท่าน ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยไม่ต้องคำนึงถึงความถูกหรือผิด

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. ฉันรู้สึกว่าเป็นคนต่อต้านโลก					
2. ฉันไม่มีส่วนดีเลย					
3. ทำให้ฉันไม่เคยประสบความสำเร็จเลย					
4. ไม่มีใครเข้าใจฉันเลย					
5. ฉันทำให้คนรอบข้างผิดหวัง					
6. ฉันคิดว่าฉันไม่สามารถทำอะไรต่าง ๆ ไปได้					
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย CHULALONGKORN UNIVERSITY					
28. อนาคตของฉันเป็นอนาคตที่หม่นหมอง					
29. ทุกๆอย่างไม่มีคุณค่าหรือมีความสำคัญกับฉันเลย					
30. ฉันไม่สามารถทำอะไรให้เสร็จลงได้เลย					
<b>คะแนนรวม</b>					

โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่ออาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน  
กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ และการประเมินตนเอง (Engagement and Assessment)

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภท

ระยะเวลา 90 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อพัฒนาสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยกับสมาชิก และระหว่างสมาชิกในกลุ่ม
2. เพื่อประเมินปัญหาและรวบรวมปัญหาความคิดที่นำไปสู่อาการทางลบของสมาชิกเพื่อนำไปสู่การบำบัด

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 1 สมาชิกสามารถ

1. สมาชิกมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีภายในกลุ่ม และสามารถค้นพบสถานการณ์จริงเกี่ยวกับชีวิตประจำวัน
2. สมาชิกสามารถบอกถึงเหตุการณ์ ความคิด และมุมมองเกี่ยวกับตัวเองได้

สาระสำคัญ

การสร้างสัมพันธภาพ ระหว่างผู้วิจัยและสมาชิกในกลุ่มและ สมาชิกในกลุ่ม ด้วยการทักทายและแนะนำตัว ด้วยท่าทีที่อบอุ่น จริงใจ ใช้คำพูดที่ง่ายต่อการเข้าใจ จากการแสดงออกทางพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวันในขณะที่ป่วยด้วยโรคจิตเภท ความคิดความรู้สึกในระหว่างดำเนินกิจกรรมและนำมาอธิบายแนะนำตัวเองให้ผู้อื่นทราบ และประเมินองค์ประกอบด้านความคิดเริ่มจากประเมินรูปแบบของการนึกคิดไปในทางลบและแบบแผนการแปลข้อมูล จากสถานการณ์จริงในอดีต ที่เป็นต้นเหตุของพฤติกรรมที่เป็นปัญหา เช่น ความท้อแท้ สิ้นหวัง การหลบปัญหา การถอยหนี ซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ สรุปลงเพื่อนำไปสู่การแก้ไขเฉพาะในกิจกรรมถัดไป ซึ่งกิจกรรมต่างๆส่งผลให้ผู้ป่วยเรียนรู้เกี่ยวกับการสร้างสัมพันธภาพ ค้นพบสถานการณ์ที่แท้จริงของชีวิต สรุปรวมความคิด ความเชื่อเพื่อนำไปสู่การบำบัด

สื่อการสอน/อุปกรณ์

2. ใบงานที่ 1/1                      แนะนำตัวเองผ่านกิจวัตรประจำวัน
3. ใบงานที่ 1/2                      กิจกรรมสำรวจความคิด ความเชื่อและพฤติกรรม
3. สมุดการบ้าน                      กิจกรรมที่ชอบและเป้าหมายของฉัน
4. ดินสอ/ปากกา สำหรับใช้ในกิจกรรมย่อย

การประเมินผล

1. สมาชิกมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อ ผู้วิจัยและสมาชิกกลุ่มด้วยการตอบคำถาม และสามารถแนะนำตัวตัวเองพร้อมเป้าหมายได้
2. สมาชิกสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับความคิด ความเชื่อและพฤติกรรมของตนเอง

### ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นายชุมทรัพย์ ก้อนทอง เกิดวันที่ 9 ตุลาคม 2529 ที่จังหวัดชัยภูมิ สำเร็จการศึกษา  
หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี ปี พ.ศ. 2550 เข้ารับ  
การศึกษาระดับปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช  
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยในปีการศึกษา 2554 ปัจจุบันรับราชการใน  
ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติการ กลุ่มงานผู้ป่วยนอก ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลศรีธัญญา  
จังหวัดนนทบุรี

