



บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองต่ออาการซึมเศร้า ของพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคจิตเภท

สุภัทสรสา สิมมา*สุดาพร สถิตยทุธการ** และจินตนา ยูนิพันธุ์***

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรพรช เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อเปรียบเทียบอาการซึมเศร้าของพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยกึ่งทดลอง แบบศึกษาในกลุ่มเดียววัดแบบอนุกรมเวลา

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่าง คือ พระสงฆ์อาพาธที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทตามคู่มือการวินิจฉัยตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD-10) ที่คัดเข้ารับการบริการรักษาที่กลุ่มงานพยาบาลจิตเวช ผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลสงฆ์ ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเลือก จำนวน 15 รูป ได้รับการดูแลตามโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ 1) โปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง 2) แบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท และ 3) แบบประเมินสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เครื่องมือทุกฉบับได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.84 และ 0.90 ตามลำดับ ค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.92 และ 0.94 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนเมื่อมีการวัดซ้ำ (Repeated Measures ANOVA)

ผลการวิจัย: อาการซึมเศร้าของพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคจิตเภทที่เข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05

สรุป: การใช้โปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองในพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคจิตเภททำให้อาการซึมเศร้าในพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคจิตเภทลดลงได้ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

คำสำคัญ: อาการซึมเศร้า/ พระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคจิตเภท/ จิตบำบัดประคับประคอง

* นิสิตหลักสูตรพยาบาลมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

** ผู้รับผิดชอบหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และอาจารย์ร่วมปรึกษาวិทยานิพนธ์

E-mail: sudaporn.st@chula.ac.th

*** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์



THE EFFECT OF GROUP SUPPORTIVE PSYCHOTHERAPY PROGRAM ON DEPRESSIVE SYMPTOMS IN PRIESTS WITH SCHIZOPHRENIA

Supatsara Simma* Sudaporn Stithyudhakarn** Jintana Yunibhand***

Abstract

Purpose: To compare the depressive symptom in priest with schizophrenia before and after receiving the group supportive psychotherapy.

Design: Quasi-Experimental Research, one-group time series design

Methods: The research samples consisted of fifteen priests with schizophrenia who received services in the outpatient department, Priest Hospital, who met the inclusion criteria in one group. This group received the group supportive psychotherapy program for 6 weeks. Research instruments were: 1) The group supportive psychotherapy program 2) The Calgary Depression Scale for Schizophrenia 3) Thai Interpersonal Questionnaire. All the instruments were validated for content validity, The Calgary Depression Scale for Schizophrenia and Thai Interpersonal Questionnaire, their CVI were 0.84 and 0.90, respectively. The Chronbach's alpha coefficient reliability were 0.92 and 0.94 respectively. The Repeated Measures ANOVA was used in data analysis.

Result: The depressive symptom in priests with schizophrenia who received the group supportive psychotherapy program was significantly lower than before, at the 0.05 level.

Conclusion: The result of this study supports the group supportive psychotherapy can decrease depressive symptom in priests with schizophrenia.

Keywords: Depressive symptom /priest with schizophrenia /group supportive psychotherapy

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

** Corresponding author, Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University. Boromrachachonnani Srisatphat Building, Patumwan District, Bangkok , Thailand 10330. Co-research Advisor. E-mail: sudaporn.st@chula.ac.th

*** Associate Professor, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University. Research Advisor.



บทนำ

โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังและรุนแรงนับเป็นโรคทางจิตเวชที่พบได้ทั่วโลกและปัญหาสาธารณสุข ซึ่งพบมากที่สุดเมื่อเทียบกับโรคจิตชนิดอื่นๆ และมีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้สูง¹ พบได้ประมาณร้อยละ 45-50 ของผู้ป่วยจิตเวชทุกกลุ่ม สำหรับในประเทศไทยพบว่า โรคจิตเภทเป็นการเจ็บป่วยที่มีมากที่สุดเป็นลำดับที่ 1 ในจำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการในหน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิต จากสถิติของโรคจิตเภทพบผู้ป่วยจิตเภทในประเทศไทย ปี 2558 จำนวน 488,436 ราย ปี 2559 จำนวน 580,181 ราย และในปี 2560 จำนวน 480,266 ราย² และจากสถิติ 3 ปีย้อนหลังของผู้ป่วยจิตเภทที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลสงฆ์ คือ ปี 2562 ทั้งหมด 90 ราย ปี 2563 ทั้งหมด 91 ราย และในปี 2564 ทั้งหมด 116 ราย ซึ่งจัดว่าเป็นกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่มีจำนวนมากที่สุดที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลสงฆ์³

โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความผิดปกติของความคิด การรับรู้ และพฤติกรรม และมีอาการเป็นติดต่อกันอย่างน้อย 6 เดือน โดยไม่มีสาเหตุจากโรคทางกาย ยา หรือสารเสพติด และส่งผลกระทบต่อปัญหาด้านสังคม การงาน หรือสุขอนามัยของผู้ป่วย⁴ โดยมีรายงานว่าภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทพบได้ประมาณ ร้อยละ 40¹ ในประเทศไทย พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยใน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 35⁵ โดยโรคจิตเภทสามารถพบได้ในทุกกลุ่มและเป็นที่น่าสนใจเมื่อพบว่า ในกลุ่ม พระสงฆ์ ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีสถิติการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทจัดว่าเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีจำนวนมากที่สุด โดยในปี 2562, 2563 และ 2564 พบจำนวนผู้ป่วยดังนี้ 90 ราย, 91 ราย และ 116 ราย³ สำหรับสถานการณ์ภาวะซึมเศร้าในพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคจิตเภทนั้นยังไม่พบว่ามีการศึกษาในเรื่องนี้มาก่อน แต่มีการศึกษาในผู้ป่วยจิตเภททั่วไปที่มีอาการซึมเศร้าร่วมด้วย พบว่าอาการซึมเศร้าเป็นปัญหาสำคัญของผู้ป่วยโรคจิตเภท และอาการซึมเศร้าเป็นอาการสำคัญหลักในโรคจิตเภท ดังนั้น การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะซึมเศร้าจึงเป็นเรื่องสำคัญเพราะเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงที่จะฆ่าตัวตาย

อาการซึมเศร้า หมายถึง ภาวะทางอารมณ์ที่แปรปรวนง่าย เช่น โศกเศร้า เสียใจ โดดเดี่ยว อ้างว้าง เชื่องช้า มีความคิดในทางลบต่อตนเอง ต่ำหีนตนเอง มีพฤติกรรมลดถอย ต้องการที่จะหลีกเลี่ยง อยากตาย มีอาการเบื่ออาหาร นอนไม่หลับ สูญเสียแรงขับทางเพศ มีกิจกรรมเปลี่ยนไปจากเดิม เช่น กิจกรรมทางกายลดน้อยลง เชื่องช้า สามารถประเมินด้วยแบบวัดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท สร้างขึ้นโดย Addington et al (1990) แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย ศิริจิตสุทธจิตต์ (2554) ซึ่งมีระดับคะแนนรวมมากกว่าหรือเท่ากับ 5 คะแนน ถือว่าผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้า

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ ความนับถือในตนเองที่ต่ำ⁶ มีความยืดหยุ่น หรือมีพลังสุขภาพจิตที่ต่ำ⁷ การไม่มีความหวัง⁸ ความบกพร่องในความสามารถทางการรู้คิด⁹ การถูกทารุณกรรมในวัยเด็ก¹⁰ การทำหน้าที่ทางสังคมที่บกพร่อง¹¹ ความบกพร่องในสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่น ขาดการสนับสนุนทางสังคม รวมทั้ง ปัจจัยทางด้านจิตใจ ได้แก่ ความเครียด ความรู้สึกไม่ปลอดภัย ความรู้สึกโดดเดี่ยวและความบกพร่องในการมีสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น¹² ในประเทศไทย มีการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคซึมเศร้าในพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสงฆ์ พบว่าปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่ออาการเกิดอาการซึมเศร้าสูงสุดในพระสงฆ์คือ ปัญหาทางด้านสัมพันธ์ภาพกับพระและชุมชนวัดร้อยละ 52.7¹³

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า กลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองสามารถช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทในการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ในกลุ่มกับสมาชิกในกลุ่ม และระหว่างสมาชิกด้วยกันได้ระบายความคับข้องใจ มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในกลุ่มการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องจะช่วยให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทสามารถตัดสินใจและเปลี่ยนแปลงแผนการดำเนินชีวิตได้เหมาะสม จะสามารถช่วยควบคุมอาการของโรค¹⁴ ทำให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทเปลี่ยนแปลงทัศนคติ ความคิด พฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสมมากขึ้น นำมาซึ่งความ



ภาคภูมิใจและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าลดลง¹⁵ การมีจุดมุ่งหมายในชีวิตเป็นการฝึกฝนให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีเป้าหมายในการดำเนินชีวิต มองอนาคต จะช่วยให้มีความหวังและวางแผนการดำเนินชีวิตตลอดจนเข้าใจการดำเนินชีวิตที่เกิดขึ้น การดำเนินกลุ่มส่วนใหญ่จะเป็นกระบวนการซึ่งอาศัยการมีปฏิสัมพันธ์กันภายในกลุ่ม การมีน้ำหนึ่งใจเดียวกัน ก่อให้เกิดปัจจัยบำบัดซึ่งมีพลังได้มากกว่าการบำบัดรายบุคคล¹⁶

กลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง (Group Supportive psychotherapy) ตามแนวคิดยาลอม Yalom's theory (1995)¹⁶ เน้นว่า ปัญหาของสมาชิกเกิดจากการปรับตัวของการสร้างสัมพันธภาพที่ไม่เหมาะสมของสมาชิกหรือความเชื่อของการสร้างสัมพันธภาพที่ไม่ถูกต้อง การเข้ากลุ่มจะช่วยให้สมาชิกปรับตัวได้ดีขึ้น โดยให้สมาชิกแสดงอารมณ์และความรู้สึกร่วมกันก่อให้เกิดสังคมน้อยภายในกลุ่มสนับสนุนให้มีการสื่อสารที่มีคุณภาพลดภาวะซึมเศร้าได้จากการมีปฏิสัมพันธ์ก่อให้เกิดการตระหนักในตนเองและนำไปสู่การปฏิบัติเพื่อช่วยเหลือตนเองมีการปรับปรุงการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นได้อย่างเหมาะสมขึ้นทำให้รู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีการมองตนเองในด้านบวกได้

ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่ออาการเกิดอาการซึมเศร้าสูงที่สุดในพระสงฆ์คือ ปัญหาทางด้านสัมพันธภาพกับพระสงฆ์ด้วยกันและชุมชนวัดร้อยละ 52.7¹³ ซึ่งพระสงฆ์นั้นมีบริบทที่แตกต่างจากฆราวาสทั่วไป ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้เลือกจัดปัจจัยด้านสัมพันธภาพระหว่างพระและชุมชนวัด ซึ่งส่งผลกระทบต่ออาการซึมเศร้าสูงที่สุดในพระสงฆ์โดยสาเหตุดังกล่าวมาจากการที่พระสงฆ์ที่มาอยู่ร่วมกันภายในวัดมีพื้นฐานทางฐานะครอบครัว ที่แตกต่างกัน รวมถึงการที่ไม่มีกฎระเบียบและแนวทาง ปฏิบัติที่ชัดเจน ทำให้การอยู่ร่วมกันของพระสงฆ์ภายใน วัดมีลักษณะเป็นปัจเจกบุคคล และเมื่อเกิดกรณีปัญหา การเจ็บป่วยขึ้นก็ขาดผู้ดูแลใกล้ชิด เพราะทางวินยสงฆ์ ไม่อนุญาตให้นำพระสงฆ์อาพาธกลับไปรักษาพยาบาลที่บ้าน

ได้ รวมทั้ง พระสงฆ์มีบริบทที่แตกต่างจากฆราวาสทั่วไป จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า การนำแนวคิดของ Yalom¹⁶ มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยจะช่วยส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างบุคคลให้เพิ่มมากขึ้น อย่างไรก็ตามพบว่าการใช้แนวทางดังกล่าวเป็นการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นฆราวาสทั่วไปเท่านั้น และยังไม่มีพบว่ามีการศึกษาวิจัยในกลุ่มพระสงฆ์ ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลวิชาชีพซึ่งปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลสงฆ์ ซึ่งดูแลรักษาโรคทางกายเป็นหลัก ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองต่ออาการซึมเศร้าในพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคจิตเภทที่ขึ้นมาจาก เพื่อเป็นการพัฒนาองค์ความรู้เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่เป็นพระสงฆ์

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบอาการซึมเศร้าของ พระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง

สมมติฐานการวิจัย

อาการซึมเศร้าของพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองมีอาการลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) เป็นการศึกษาแบบศึกษาหนึ่งกลุ่มวัดแบบอนุกรมเวลา (One-Group Time Series Design)

ประชากร คือ พระสงฆ์อาพาธที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia; F20.0 – F20.9) ตามคู่มือการวินิจฉัยตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD-10) ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลตติยภูมิ



กลุ่มตัวอย่าง คือ พระสงฆ์อาพาธที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทตามคู่มือการวินิจฉัยตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD-10) ที่เข้ารับการรักษาที่กลุ่มงานพยาบาลจิตเวชผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลสงฆ์จำนวน 15 รูป ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ในการคัดเลือกคือ 1) เป็นพระสงฆ์ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD-10) และมีอาการทางจิตสงบ โดยคะแนน Brief Psychiatric Rating Scale น้อยกว่าหรือเท่ากับ 36 คะแนน 2) อายุระหว่าง 20 - 59 ปี 3) มีคะแนนรวมอาการซึมเศร้า มากกว่าหรือเท่ากับ 5 คะแนน โดยวัดจากแบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเป็นแบบประเมินที่พัฒนาโดย Addington et al.(1990) และแปลเป็นภาษาไทยโดย ศิริจิต สุทธิจิตต์ (2556) และ 4) ได้รับการรักษาอาการทางจิตครบตามแผนการรักษาในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา และเกณฑ์ในการคัดออก คือ 1) มีภาวะบกพร่องทางสมองและสติปัญญา 2) ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ต่อเนื่อง

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ได้ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย โดยใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็น 15 คน กำหนดกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มเดียว เนื่องจากจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษามีจำนวนน้อย และอยู่ในช่วงการแพร่ระบาดของโรค Covid-19 จึงมีผู้เข้าร่วมเพียงจำนวนดังกล่าว

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และ แบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเป็นแบบวัดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภท ซึ่งเป็นแบบประเมินที่ Addington et al., (1990) สร้างและพัฒนามาจาก Max Hamilton (1960) และWing et al. (1974) และแปลเป็นภาษาไทยโดย ศิริจิต สุทธิจิตต์ (2556) แบบประเมินประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้สึกและอาการของ ภาวะซึมเศร้าทั้งหมด 9 ข้อ การแปลผลและเกณฑ์กำหนดคะแนนแบบสอบถามฉบับนี้ ผู้วิจัยจะทำการนำคะแนนที่ได้ใน

แต่ละข้อมารวมกัน โดยคะแนนรวมมีพิสัยอยู่ในช่วง 0 - 27 คะแนน และผู้ที่ได้คะแนนรวมมากกว่า หรือเท่ากับ 5 คะแนน ถือว่าผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้า

ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทนี้ ได้ค่าความตรงตามเนื้อหา(Content Validity Index, CVI) = .84 ผู้วิจัยนำแบบประเมินนี้ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ซึ่งไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ หลังจากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อหาความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น = .92

2. เครื่องมือดำเนินการทดลอง คือ โปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง โดยได้ผ่านการประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน หลังปรับแก้ไขแล้ว ผู้วิจัยนำโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองไปทดลองใช้จริงกับผู้ที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 คน พบว่าโปรแกรมมีความเหมาะสมในด้านเนื้อหา ความถูกต้อง ชัดเจน ครอบคลุมเหมาะสมของภาษาที่ใช้รูปแบบความเหมาะสมของกิจกรรม ตลอดจนการจัดลำดับของเนื้อหาและความเหมาะสมของเวลาที่ใช้ในแต่ละกิจกรรม และแบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .84

การดำเนินกิจกรรมติดต่อกันนั้นมีทั้งหมด 6 กิจกรรม จำนวน 6 ครั้งติดต่อกัน การจัดกิจกรรมแต่ละครั้งห่างกัน 1 สัปดาห์ ระยะเวลาในการทำกิจกรรมแต่ละครั้งอยู่ที่ 60-90 นาที ในการทำกิจกรรมกลุ่ม ประกอบไปด้วย พยาบาลทำหน้าที่เป็นผู้นำกลุ่มและดำเนินกิจกรรมตั้งแต่ต้นจนจบ และสมาชิกกลุ่ม ภายหลังสิ้นสุดกิจกรรมแต่ละกิจกรรม จะมีการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันระหว่างสมาชิกกลุ่ม และให้สมาชิกกลุ่มได้แสดงความรู้สึกรวมถึงประโยชน์ที่ได้รับจากการทำกิจกรรมในครั้งนี้



แบ่งการดำเนินการออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะเริ่มกลุ่มประกอบด้วย

กิจกรรมครั้งที่ 1: การสร้างสัมพันธ์ภาพและแรงจูงใจการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้นำกลุ่มกับสมาชิกในกลุ่ม และระหว่างสมาชิกด้วยกัน ผู้นำกลุ่มสร้างบรรยากาศแห่งความเป็นกันเอง รู้สึกผ่อนคลาย สร้างความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยให้กับสมาชิกกลุ่ม สร้างความไว้วางใจให้เกิดขึ้นกับสมาชิก ด้วยการแสดงท่าทีที่อบอุ่น สนใจ ตั้งใจฟัง เข้าใจ ยอมรับในความคิดเห็นและพฤติกรรมของสมาชิกกลุ่ม ไม่ใช้ความคิดเห็นของตนเอง เครื่องตัดสินทำให้สมาชิกเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าลดลง โดยพยาบาลแนะนำตัว สร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วยครั้งแรกที่พบกัน เริ่มต้นด้วยการแนะนำตนเอง แนะนำโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง บอกวัตถุประสงค์ของการดำเนินกิจกรรม เพื่อให้เกิดความไว้วางใจและเกิดความคุ้นเคยระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย และให้พระสงฆ์แนะนำตัวกับเพื่อนสมาชิกกลุ่ม ทำความรู้จักกันเพื่อสร้างสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการประกอบด้วย

กิจกรรมครั้งที่ 2: การสำรวจและค้นหาปัญหา โดยการเชื่อมโยงสู่ภาวะซึมเศร้า และเรียนรู้แก้ไข การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค แผนการรักษาพยาบาล และการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องจะช่วยให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทสามารถตัดสินใจและเปลี่ยนแปลงแผนการดำเนินชีวิตได้เหมาะสม จะสามารถช่วยควบคุมอาการของโรคได้ ปัจจัยบำบัดที่เกิดขึ้นจากการทำกิจกรรมนี้ได้แก่ การเรียนรู้การสร้างสัมพันธ์ภาพ การเข้ากลุ่มทำให้สมาชิกได้รู้ว่าตนเองพูดและแสดงความคิดเห็นอะไรกับกลุ่ม รู้ว่าผู้อื่นคิดอย่างไรต่อตนเอง และการสะท้อนกลับของกลุ่ม ซึ่งจะช่วยให้สมาชิกได้เรียนรู้ว่าเราเป็นอย่างไร การพัฒนาเทคนิคเพื่อการเข้าสังคม การเข้ากลุ่มทำให้สมาชิกมีทักษะในการสร้างสัมพันธ์ภาพทางสังคมเพิ่มขึ้น ทำให้สมาชิกเรียนรู้ถึงทักษะทางสังคม รวมทั้งเรียนรู้ที่จะ

เข้าใจความรู้สึกของผู้อื่นซึ่งจะมีประโยชน์ต่อสมาชิกเมื่อนำไปใช้กับสังคมภายนอกต่อไป

กิจกรรมครั้งที่ 3: เปิดใจปรับทุกข์ การรู้จักตนเองเป็นองค์ประกอบสำคัญในการดูแลตนเอง เนื่องจากการที่บุคคลรู้จักตนเอง มีความสำคัญต่อคุณค่าของตนเองจะทำให้สามารถประเมินตนเอง รู้จักตนเอง ในการค้นหาข้อดีของตนเองได้ จะช่วยส่งเสริมให้สมาชิกเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้นส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าลดลง โดยให้สมาชิกกลุ่มเล่าเรื่องปัญหาความทุกข์ใจ คับข้องใจของตนเองที่อยากจะระบายให้เพื่อนสมาชิกกลุ่มฟัง โดยให้ท่านพูดคุยกันแบบเปิดใจ ปักจี้บำบัดที่เกิดขึ้นจากการทำกิจกรรมนี้ ได้แก่ การได้ระบายออก การผูกพันจิตใจต่อกัน ความรู้สึกอันเป็นสากล ความรู้สึกเสมือนเป็นครอบครัวเดียวกัน และ การรู้ถึงคุณค่าของตนเอง

กิจกรรมครั้งที่ 4: การพัฒนาทักษะการสร้างสัมพันธ์ภาพ ในส่วนของกิจกรรมนี้ จะเน้นในเรื่องของการทำใบงานค่อนข้างมาก ซึ่งจะให้สมาชิกกลุ่มเขียนตามความรู้สึกที่แท้จริงของตนเอง เพื่อให้เกิดการตระหนักรู้ในตนเอง การฝึกทักษะการมองจุดดีของตนเองและผู้อื่น ในตนเอง การฝึกทักษะการมองจุดดีของตนเองและผู้อื่น ฝึกการมองโลกในแง่ดี ช่วยให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทสามารถเผชิญอุปสรรคต่างๆ ที่เข้ามาในชีวิตได้ด้วยจิตใจที่เข้มแข็ง มั่นคง เผชิญปัญหาได้เป็นอย่างดี มีการพัฒนาความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรม ทำให้สามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างเหมาะสม ปัจจัยบำบัดที่เกิดขึ้นจากการทำกิจกรรมนี้ ได้แก่ การรู้ถึงคุณค่าของตนเอง (Altruism) และ การได้รับรู้ถึงความจริงของชีวิต (Existential factor)

กิจกรรมครั้งที่ 5: การเผชิญปัญหา เรียนรู้ และการจัดการกับอาการซึมเศร้า ผู้ป่วยโรคจิตเภท ไม่สามารถเผชิญปัญหาในชีวิตประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลกระทบต่อร่างกาย และจิตใจ ภาวะเครียดที่มากเกินไปจะนำไปสู่ภาวะเหนื่อยหน่ายใจ ท้อแท้ และเศร้าได้ เมื่อผู้ป่วยโรคจิตเภทมีทักษะในการเผชิญปัญหา และมีแนวทางในการจัดการกับภาวะซึมเศร้า



จะทำให้ร่างกายและจิตใจสงบและผ่อนคลายทำให้มีการควบคุมอารมณ์ และพฤติกรรมดีขึ้น โดยการให้ผู้ป่วยจิตเภทได้พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของตนเองกับเพื่อนสมาชิกกลุ่มและให้เพื่อนสมาชิกในกลุ่มได้สะท้อนให้เห็นถึงข้อดี สิ่งดีๆ ในตัวของเพื่อนแต่ละคนเพื่อให้เกิดตระหนักรู้ในตนเองมากยิ่งขึ้น และเป็นการส่งเสริมการมองเห็นคุณค่าในชีวิตของตนเองมากขึ้น ด้วยวิธีการที่สั้น กระชับ และเข้าใจง่าย

ระยะที่ 3 ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่มประกอบด้วย

กิจกรรมครั้งที่ 6: การพัฒนาทักษะการกลับสู่สังคม การสื่อสารมีความจำเป็นขั้นพื้นฐานในการดำรงชีวิตของมนุษย์ในสังคม เพราะเป็นกระบวนการที่บุคคลทำให้ผู้อื่นรับรู้ความต้องการของตนเอง และตนเองรับรู้ความต้องการของบุคคลอื่น เรียนรู้วิธีการขอความช่วยเหลือจากผู้อื่นได้เมื่อตนเอง มีภาวะเศร้า และส่งเสริมให้สามารถบอกความต้องการของตนเองได้ ทั้งนี้การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต เป็นการฝึกฝนให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีเป้าหมายในการดำเนินชีวิต มองอนาคต จะช่วยให้มีความหวัง และวางแผนการดำเนินชีวิตตลอดจนเข้าใจการดำเนินชีวิตที่เกิดขึ้น โดยให้ผู้ป่วยจิตเภทได้พูดคุยแลกเปลี่ยนความรู้สึกในการทำกิจกรรมกลุ่มทั้ง 6 ครั้งที่ผ่านมาของตนเองกับเพื่อนสมาชิกกลุ่มและให้เพื่อนสมาชิกในกลุ่มได้ร่วมกันวางแผนและตั้งเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนตนเองไปในทางที่ดีขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันได้ด้วยตนเอง และสามารถใช้ชีวิตได้อย่างมีความสุขหลังเสร็จสิ้นจากการเข้าโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง พยาบาลให้สมาชิกกลุ่มบอกเรื่องที่ต้องการจะปรับเปลี่ยนพัฒนาตนเองจริงๆ ให้เพื่อนสมาชิกกลุ่มฟัง เนื้อหารายละเอียดทั้งหมดโดยให้ทำด้วยตนเองทั้งหมดทั้งกระบวนการ หลังจากสมาชิกกลุ่มทำไปงานเสร็จครบทุกรูปแล้ว พยาบาลสอบถามความรู้สึกที่สมาชิกกลุ่มมีต่อกิจกรรมและประโยชน์ที่ได้รับจากการทำกิจกรรมใน

ครั้งสุดท้ายนี้รวมถึงกิจกรรมในครั้งที่ผ่านมา สำหรับปัจจัยบำบัดที่เกิดขึ้นจากการทำกิจกรรมนี้ ได้แก่การได้แลกเปลี่ยนพฤติกรรม ความรู้สึกเสมือนเป็นครอบครัวเดียวกัน การรู้สึกมีความหวัง และการได้รับรู้ถึงความจริงของชีวิต

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง คือ แบบประเมินสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Thai Interpersonal Questionnaire) ฉบับภาษาไทย โดย พิรพนธ์ ลีบุญรัชชัย (2553) ซึ่งแปลมาจาก Weissman and Verdeli (2000) ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบประเมินสัมพันธภาพระหว่างบุคคลนี้ได้ค่าความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index, CVI) = .90 ผู้วิจัยนำแบบประเมินนี้ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ซึ่งไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ หลังจากนั้นนำข้อมูลวิเคราะห์เพื่อหาความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น = .94

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ผู้วิจัยได้ผ่านการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสงฆ์ (รหัสโครงการ RI 5/2564) ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างทุกคนได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดการดำเนินการวิจัย และการเข้าร่วมวิจัยเป็นไปโดยสมัครใจ ทั้งนี้ตัวอย่างสามารถปฏิเสธหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาของการศึกษา โดยการปฏิเสธหรือการถอนตัวนี้จะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลที่ได้ถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอข้อมูลในภาพรวมเท่านั้น ไฟล์เอกสารในคอมพิวเตอร์ ถูกป้องกันโดยมีรหัสผ่านมีเพียงผู้วิจัยเท่านั้นที่จะสามารถ เข้าถึงข้อมูลได้ โดยไฟล์เอกสารในคอมพิวเตอร์ และเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายภายหลังจากที่งานวิจัยเสร็จสิ้นจำนวน 3 ปี



การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้แบ่งการทดลองออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเตรียมการทดลอง ระยะดำเนินการทดลอง และระยะการประเมินผลการทดลอง โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. **ขั้นเตรียมการทดลอง** เป็นการเตรียมความพร้อมของผู้วิจัยก่อนเริ่มทำการทดลอง โดยผู้วิจัยเตรียมความพร้อมในเรื่องการศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการซึมเศร้า รวมถึงคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษา โดยผู้วิจัยได้เข้ารับการอบรมและฝึกปฏิบัติการทำกลุ่มจิตบำบัดประคับประคองและการประเมินความสามารถในการทำกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองจากพยาบาลผู้เชี่ยวชาญในการทำกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองก่อนเริ่มต้นเก็บข้อมูลงานวิจัย ส่วนการเตรียมความพร้อมของกลุ่มตัวอย่างนั้น ผู้วิจัยได้โทรไปสอบถามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด และเมื่อกลุ่มตัวอย่างทุกคนยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยจึงได้นัดหมายกลุ่มตัวอย่างมาตามวัน เวลา

2. **ขั้นดำเนินการทดลอง** ผู้วิจัยได้ดำเนินการกับกลุ่มทดลอง ดังนี้ ผู้วิจัยสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งเป็นข้อมูลทั่วไปที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มทดลอง ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท เป็นต้น ผู้วิจัยประเมินอาการซึมเศร้าโดยแบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทและแบบประเมินสัมพันธภาพระหว่างบุคคลเพื่อเป็นการป้องกันอคติ (bias) ที่อาจเกิดขึ้น จึงปฏิบัติตามคำแนะนำของแบบประเมินนี้อย่างเคร่งครัด ผู้วิจัยดำเนินการทดลอง โดยให้พระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคจิตเภทและมีอาการซึมเศร้า เข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสงฆ์ ครั้งละ 60-90 นาที จนครบ 6 กิจกรรม เป็นระยะเวลาติดต่อกันนาน 6 สัปดาห์ ภายหลังจากสิ้นสุดกิจกรรม ผู้วิจัยทำการเก็บแบบประเมินสัมพันธภาพระหว่างบุคคลหลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 6 ทันที และแบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทหลังสิ้นสุดการทดลองทันที หลังสิ้นสุดการทดลอง 2 สัปดาห์ และหลังสิ้นสุดการทดลองใน 4 สัปดาห์

3. ขั้นการเก็บรวบรวมข้อมูล

รวบรวมข้อมูลก่อนทดลองของกลุ่มทดลอง (Pre-test) ก่อนการดำเนินการกิจกรรม ผู้วิจัยดำเนินการสำรวจข้อมูลส่วนบุคคล ประเมินอาการซึมเศร้าของกลุ่มทดลอง ประเมินโดยใช้แบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท และแบบประเมินสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เพื่อเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง (Pre-test) ผู้วิจัยนัดหมายวัน เวลา และสถานที่ในการดำเนินการวิจัยกับกลุ่มทดลอง โดยผู้วิจัยได้รับอนุญาตจากพระวินยาธิการของโรงพยาบาลสงฆ์ ให้จัดกิจกรรมโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง ณ ห้องพระวินยาธิการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสงฆ์ เนื่องจากเป็นสถานที่ที่กว้างขวางและมีความเป็นส่วนตัว ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้พิจารณาเห็นสมควรแล้วว่า ห้องพระวินยาธิการนี้ เหมาะสมในการจัดทำกิจกรรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองมากที่สุด

รวบรวมข้อมูลหลังทดลองของกลุ่มทดลอง (Post-test) หลังเสร็จสิ้นโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง ในสัปดาห์ที่ 2 และ 4 จะดำเนินการประเมินอาการซึมเศร้า และเมื่อเสร็จสิ้นโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 6 จะดำเนินการประเมินอาการซึมเศร้าและประเมินสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของกลุ่มทดลองหลังจากกลุ่มตัวอย่างหลังตอบแบบสอบถามเสร็จสิ้นผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบประเมินทุกชุด ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการวิเคราะห์ผลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 และใช้สถิติในการวิเคราะห์ดังนี้ 1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยการหาค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2. ค่าพหุคูณหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของอาการซึมเศร้าก่อน และหลังเสร็จสิ้นการทดลอง 3. วิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวระหว่างคะแนนอาการซึมเศร้าเมื่อมีการวัดซ้ำ (Repeated Measures ANOVA)



ผลการวิจัย

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน(%)	Mean (S.D)
1. อายุ (ปี)	15 (100.0)	49.5 (7.7)
2. ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	3 (20.0)	-
มัธยมศึกษาตอนต้น	2 (13.3)	-
มัธยมศึกษาตอนปลาย	1 (6.7)	-
อนุปริญญา/ปวส.	5 (33.3)	-
ปริญญาตรี	4 (26.7)	-
3. ระยะเวลาการเจ็บป่วยทางจิต (ปี)	15(100.0)	12.9 (10.6)
4.1 ความคิดทำร้ายตัวเอง		
ไม่เคย	10(66.7)	-
เคย	5(33.3)	-
4.2 เคยทำร้ายตัวเอง		
ไม่เคย	13(86.7)	-
เคย	2(13.3)	-
5.1 คนในครอบครัวเคยมีอาการซึมเศร้าฯ		
ไม่มี	10(66.7)	-
มี	5(33.3)	-
5.2 คนในครอบครัวมีอาการซึมเศร้านาน (ปี)	-	8.67 (15.06)
5.3 คนในครอบครัวที่มีอาการซึมเศร้าได้รับการรักษาหรือไม่		
ไม่ได้รับ	2(33.3)	-
ได้รับ	3(66.7)	-

จากตารางที่ 1 ลักษณะของกลุ่มประชากรที่ศึกษา ผลการวิเคราะห์ลักษณะทางประชากรศาสตร์ และลักษณะอาการซึมเศร้าของพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคจิตเภทของโรงพยาบาลสงฆ์ จำนวน 15 รูป มีอายุเฉลี่ย 49.5 ปี ส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับอนุปริญญา/ปวส.จำนวน 5 รูป คิดเป็นร้อยละ 33.3 ด้านประวัติการเจ็บป่วยพบว่า ระยะเวลาการเจ็บป่วยทางจิตโดยเฉลี่ย

12.9 ปี เคยความคิดทำร้ายตัวเองร้อยละ 33.3 และทำร้ายตัวเองร้อยละ 13.3 ส่วนประวัติอาการเจ็บป่วยของคนในครอบครัว พบว่าคนในครอบครัวเคยมีอาการซึมเศร้าฯ ร้อยละ 33.3 มีอาการซึมเศร้านานโดยเฉลี่ยเป็นระยะเวลา 8.67 ปี ได้รับการรักษาคิดเป็นร้อยละ 66.7



ตารางที่ 2 แสดงอาการซึมเศร้าก่อนและหลังการเข้าโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดในพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคจิตเภท

อาการซึมเศร้าก่อนและหลังการเข้าโปรแกรม	SS	df	MS	F	p-value
อาการซึมเศร้าก่อนและหลังการเข้าโปรแกรม	1053.783*	1.110	949.046	22.287	<.0001
Error (อาการซึมเศร้าก่อนและหลังการเข้าโปรแกรม)	661.967	15.545	42.584		

* P <.05

จากตาราง 2 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบ ค่า p -value <.0001 ซึ่งมีค่าน้อยกว่า ค่าระดับนัยสำคัญ .05 อาการซึมเศร้าก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดในพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคจิตเภท โดยใช้สถิติ Repeated-measures ANOVA พบว่า ภาพรวม โรคจิตเภท แตกต่างกันอย่างน้อย 1 ครั้ง

ตารางที่ 3 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่อาการซึมเศร้าก่อนและหลังการเข้าโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดในพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคจิตเภทภาพรวม

คณะ	\bar{x}	ก่อนเข้าโปรแกรม	หลังเข้าร่วมโปรแกรม	หลังร่วมเข้าโปรแกรม 2 สัปดาห์	หลังร่วมเข้าโปรแกรม 4 สัปดาห์
		12.733	3.267	2.733	3.200
ก่อนเข้าโปรแกรม	12.733	-	9.467* (.003)	10.000* (.001)	9.533* (.002)
หลังเข้าโปรแกรม	3.267	-	-	.533 (1.000)	.067 (1.000)
หลังเข้าโปรแกรม 2 สัปดาห์	2.733	-	-	-	-.467 (.784)
หลังเข้าโปรแกรม 4 สัปดาห์	3.200	-	-	-	-

* P <.05

จากตารางที่ 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ อาการซึมเศร้าก่อนและหลังการเข้าโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดในพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคจิตเภท พบว่าก่อนเข้าโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดฯ กับหลังเข้าโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดทันที 2 สัปดาห์ และ 4 สัปดาห์ มีค่า

p -value เท่ากับ .003, .001 และ .002 ตามลำดับ ซึ่งน้อยกว่า .05 นั่นคือ ปฏิเสธสมมุติฐานหลัก (H_0) กล่าวคือ อาการซึมเศร้าก่อนการเข้าโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดในพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคจิตเภทแตกต่างกับอาการซึมเศร้าหลังการเข้าโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดในพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคจิตเภททันที หลังเข้าร่วมโปรแกรม 2 สัปดาห์ และหลังการเข้าร่วมโปรแกรม 4 สัปดาห์



อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่า คณะแผนกเลียอาการซึมเศร้า ของพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคจิตเภทที่เข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองน้อยกว่าก่อนได้รับการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

ผลการวิจัยแสดงว่า อาการซึมเศร้าของพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคจิตเภทลดลงหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง สาเหตุหนึ่งของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภทเกิดจากความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ⁶ ความรู้สึกโดดเดี่ยวและความบกพร่องในการมีสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น¹²ทำให้เกิดความเครียดส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า กลุ่มจิตบำบัดประคับประคองเป็นการบำบัดที่มีประสิทธิภาพในการส่งเสริมให้มีสัมพันธ์ภาพที่ดีกับบุคคลอื่นและการเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง¹⁶ รวมทั้งการจัดกิจกรรมเป็นกลุ่มทำให้สมาชิกกลุ่มได้มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนความรู้ วิธีการดูแลตนเอง การเอาใจใส่พูดคุยแสดงความรู้สึกห่วงใยและรับฟังความรู้สึกของกันและกัน ก่อให้เกิดสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน เข้าใจซึ่งกันและกัน เมื่อผู้ป่วยโรคจิตเภทมีสัมพันธ์ภาพกับสมาชิกในกลุ่มส่งผลให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้นจึงส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าลดลงได้ สอดคล้องกับการศึกษาของศิริลักษณ์ ปัญญา¹⁷ พบว่า การสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลจะช่วยลดอาการซึมเศร้าได้

เนื่องจากการใช้โปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง ตามแนวคิดของ Yalom¹⁶ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 6 กิจกรรม 6 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 วัน นานครั้งละ 60 – 90 นาที ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทสำรวจประสบการณ์การเกิดอาการซึมเศร้า เรียนรู้เกี่ยวกับอาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้นได้อย่างถูกต้อง สามารถประเมินและสังเกตอาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง รวมทั้งเรียนรู้วิธีการตอบสนองต่ออาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม โดยมีการรับรู้เกี่ยวกับอาการซึมเศร้า

โดยผู้ป่วยจิตเภทนั้นต้องรู้สึกตัวผ่านการใช้ความคิด ประเมิน ตัดสินความรุนแรงของอาการซึมเศร้า สาเหตุการรักษา และผลที่เกิดขึ้นจากอาการ การตอบสนองต่ออาการ การให้ความรู้ และการนำวิธีการที่ได้มาฝึกปฏิบัติจนเกิดทักษะเกี่ยวกับการจัดการกับอาการซึมเศร้าได้ด้วยตนเอง จึงทำให้อาการซึมเศร้าลดลง

โปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองต่ออาการซึมเศร้าในพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคจิตเภทพัฒนามาจากแนวคิดกลุ่มจิตบำบัด ของ Yalom (1995)¹⁶ โดยใช้เทคนิคการให้ความเชื่อมั่น การสนับสนุน การแนะนำ การปลอบใจ การระบายอารมณ์ความคิดและความรู้สึก ซึ่งมีปัจจัยบำบัด รวมทั้งการที่สมาชิกมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันก่อให้เกิดปัจจัยบำบัด ซึ่งเป็นกลไกที่ทำให้สมาชิกเกิดการเปลี่ยนแปลงความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมที่เหมาะสม เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองให้ภาวะซึมเศร้าลดลง⁶ สอดคล้องกับปริยพันธ์ สละสวัสดิ์และคณะ¹⁸ ซึ่งทำการทดลองในกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เป็นฆราวาสทั่วไปและมีอาการซึมเศร้าร่วมด้วยนั้น ผลการวิจัยพบว่า โปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองมีประสิทธิภาพในการช่วยลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท ดังนั้น จึงสรุปได้ว่าโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองมีผลทำให้อาการซึมเศร้าของพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคจิตเภทลดลงได้จริง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล โปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง ควรนำมาใช้บำบัดสำหรับผู้ป่วยจิตเภท ในรายที่มีความพร้อม และประเมินสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลผ่านเกณฑ์ เพื่อเพิ่มความเข้มแข็งทางใจ ซึ่งเป็นส่วนสำคัญที่ช่วยบรรเทาความทุกข์ภายในจิตใจ สามารถลดและป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัย ติดตามผลลัพธ์ของการทำโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองในระยะ



ยาวเพื่อติดตามประสิทธิผลของการบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่อง

2. ควรมีการนำโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบ ประคับประคอง ไปศึกษาใช้กับบุคคลกลุ่มอื่นเพื่อลด ภาวะซึมเศร้า เช่น ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ติดสารเสพติด ผู้ดูแล และผู้ต้องหาในเรือนจำ เป็นต้น

3. ควรมีการศึกษาภาวะซึมเศร้าอย่างต่อเนื่อง ในผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับ ประคอง โดยมีระยะเวลาในการติดตามทุก 3 เดือน 6 เดือน 9 เดือนและ 1 ปี โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยออกจาก โรงพยาบาลและอยู่ในชุมชน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก อาจารย์ ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ขอขอบคุณพระสงฆ์โรคจิตเภท และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลสงฆ์ทุกท่าน รวมถึงผู้เกี่ยวข้อง ในการทำวิจัยครั้งนี้

Reference

1. Gaebel W, Zielasek J. Schizophrenia in 2020: Trends in diagnosis and therapy. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 2015; 69 (11):661–73.
2. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. Annual report of the Department of Mental Health, fiscal year 2017. Bangkok: Bangkok Block Company; 2017. (In Thai)
3. Priest Hospital. Out Patient Department Registration. Bangkok; Thailand; 2021. (In Thai)
4. Piammongkol P. Mental health and psychiatric nursing. First edition.

Bangkok: Thammasarn Company; 2019. (In Thai)

5. Salasawadi P. Prevalence and predictive factor of depression among schizophrenia in in-patient's unit, Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry. *Journal of Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry*. 2013;7(1):37-48.
6. Haug E, Gløde M, Andreassen A, Bratlien U, Romm L, Møller P, et al. The association between anomalous self-experiences, self-esteem and depression in first episode schizophrenia. *Frontiers in Human Neuroscience*. 2016;10:557–64.
7. Bozikas P, Parlapani E, Holeva V, Skemperi E, Bargiota I, Kirla D, et al. Resilience in patients with recent diagnosis of a schizophrenia spectrum disorder. *Journal of Nervous & Mental Disease*. 2016;204(8):578–84. doi: 10.1097/NMD.0000000000000541.
8. Schrank B, Amering M, Grant A, Weber M, Sibitz I. Insight, positive and negative symptoms, hope, depression and self-stigma: A comprehensive model of mutual influences in schizophrenia spectrum disorders. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*. 2014;23(3): 271–79.
9. He C, Zhang X, Xia Q, Gao H, Yan J, Chen X, et al. Exploring the link between cognitive deficit, self-esteem, alexithymia, and depressive symptom of schizophrenia. *Brain and Behavior*.



- 2022;12(7):e2648.doi: 10.1002/brb3.2648
10. Fang X, Wu Z, Wen L, Zhang Y, Wang D, Yu L, et al. Rumination mediates the relationship between childhood trauma and depressive symptoms in schizophrenia patients. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. 2022. <https://doi.org/10.1007/s00406-022-01525-2>
 11. Rossi A, Galderisi S, Rocca P, Bertolino A, Rucci P, Gibertoni D, et al. Personal resources and depression in schizophrenia: The role of self-esteem, resilience and internalized stigma. *Psychiatry Research* 2017; 256:359–64.
 12. Golubovic B, Gajic Z, Ivetic O. Factors associated with depression in patients with schizophrenia. *Acta Clin Croat*. 2020; 59:605-614 doi:10.20471/acc.2020.59.04.06.
 13. Kosiyakul J, Saiboonsri U. Factors Associated with the Onset of Major Depression Disorder at Outpatient Department in Priest Hospital. *J Psychiatr Assoc Thailand*. 2011;56(3):267-76
 14. Thungpunkham P. Psychotherapy group for health personnel. Chiang Mai: Nantaphan Printing. 2017. (In Thai)
 15. Upthegrove R, Marwaha S, Birchwood M. Depression and schizophrenia: cause, consequence, or trans-diagnostic issue? *Schizophrenia bulletin*. 2017;43(2):240-44.
 16. Yalom, I.D. (1995) *The Theory and Practice of Group Psychotherapy*. 4th Edition, Basic Books(AZ), New York.
 17. Panya S, Dangdomyouth P. The Effect of Group Interpersonal Psychotherapy on Depression Among Patients with Depressive Disorder. *Journal of The Police Nurse*. 2015; 7(1): 263-78. (In Thai)
 18. Salasawadi P, Soontaradechakit R, Klancprapan P, Suriyachai S. Effects of group supportive psychotherapy program on depression in patients with schizophrenia. *Journal Psychiatric and Mental Health Nurse*. 2016;30(3):121-33. (In Thai)