

ผลของโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจ แบบกลุ่มต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภท The Effect of Resilience Enhancement Group Program on Depression of Schizophrenic Patients

วรัญญา โหมตเกษม* เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์

Waranya Modekasem* Pennapa Dangdomyouth

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย 10330

Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok Thailand 10330

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจแบบกลุ่ม และ 2) เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจแบบกลุ่มกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาระหว่างปี 2561-2562 ในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 40 คน สุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน โดยได้รับการจับคู่ด้วย เพศ อายุ และอาการทางจิต กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจแบบกลุ่ม ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) โปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจแบบกลุ่ม 2) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 3) แบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท เครื่องมือทุกชุดผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน เครื่องมือชุดที่ 3 มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.85 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและสถิติทดสอบที่ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1) ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจแบบกลุ่มต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2) ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภตก่อนได้รับโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจแบบกลุ่มต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การใช้โปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจแบบกลุ่มในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะซึมเศร้า ส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทลดลงได้

คำสำคัญ : การสร้างความเข้มแข็งทางใจแบบกลุ่ม, ภาวะซึมเศร้า, ผู้ป่วยจิตเภท

Abstract

The purposes of this quasi – experimental research were: 1) to compare depression of schizophrenic patients before and after received resilience enhancement group program, and 2) to compare depression of schizophrenic patients who received resilience enhancement group program and those who received regular nursing care. Forty samples were inpatients schizophrenic patients at Somdetchaopraya institute of psychiatry, 20 subjects were randomly assigned to experimental group and control group, who met the inclusion criteria. They were matched pair by gender, age, and psychiatric symptoms. The experimental group received resilience enhancement group program, and the control group received regular nursing care. Research instruments consisted; 1) The resilience enhancement group program, 2) Demographic questionnaire 3) The Thai version of Calgary Depression Scale for Schizophrenia (CDSS). All instruments were tested for content validity by 5 professional experts. The reliability of the 3rd instruments was reported by Cronbach's Alpha coefficient of 0.85. Data were analyzed using descriptive statistics and t-test.

Major findings were as follows:

- 1) Depression of schizophrenic patients who received resilience enhancement group program was significantly lower than before, at the .05 level.
- 2) Depression of schizophrenic patients who received resilience enhancement group program were significantly lower than those who received regular nursing care, at the .05 level.

Conclusion: The result of this study support that the resilience enhancement group program can reduce the depression of schizophrenic patients.

Keywords: Resilience Enhancement Group Program, Depression, Schizophrenic Patients

บทนำ

ภาวะซึมเศร้าเป็นกลุ่มอาการที่มักเกิดร่วมกับโรคจิตเภท พบได้ประมาณร้อยละ 40¹ การเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภทเป็นปฏิกิริยาจากการที่ปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วย เช่น การมองตนเองในทางลบ ความภูมิใจในตนเองลดลง เป็นต้น^{2,3} ถูกกระตุ้นด้วยแรงกดดันจากสิ่งแวดล้อม ซึ่งได้แก่ความเครียดในชีวิตประจำวัน ถูกสังคมรังเกียจ การแยกตัวออกจากสังคมเป็นเวลานาน ทำให้เกิดความคิดอัตโนมัติในทางลบทั้งต่อตนเอง ต่อเหตุการณ์ และต่อโลก ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา⁴ ซึ่งการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทจะทำให้เกิดผลลัพธ์ที่แย่ลง เช่น ใช้เวลาในการฟื้นคืนสู่สภาวะนานขึ้น มีแนวโน้มที่อาการของโรคจะกำเริบและเกิดการกลับเป็นซ้ำ รวมไปถึงปัญหาการข้องเกี่ยวกับสารเสพติด สภาพจิตใจที่ย่ำแย่ ความพึงพอใจในชีวิตลดลง ความสัมพันธ์ในครอบครัวแย่ลง และไม่ร่วมมือในการรักษา¹ กล่าวได้ว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทลดลง⁵ นอกจากนี้ ภาวะซึมเศร่ายังเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดของการฆ่าตัวตายในโรคจิตเภทด้วย⁶

ปัจจุบันการรักษาผู้ป่วยจิตเภทจะใช้ยาร่วมกับการบำบัดทางจิตสังคม⁷ ซึ่งการบำบัดทางจิตสังคมมีหลากหลายรูปแบบ เช่น กลุ่มออกกำลังกาย กลุ่มจิตบำบัดประคับประคอง⁸ กลุ่มบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรม กลุ่มให้ความรู้เกี่ยวกับโรค รวมถึงการให้ความรู้และเตรียมความพร้อมให้กับญาติในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน แม้ว่าการให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตของผู้ป่วยมีความสำคัญ เนื่องจากจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักในความเจ็บป่วยและการรักษา ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ในการรักษาที่ดีขึ้น แต่ก็ทำให้ผู้ป่วยมีความคิดทางลบต่อตนเองที่เกิดจากความเจ็บป่วย นำไปสู่ความรู้สึกสิ้นหวัง ความภูมิใจในตนเองต่ำ ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า⁹ รวมถึงการอยู่ในสังคมกับผู้อื่น ผู้ป่วยจิตเภทต้องเผชิญกับปัญหาและเกิดความเครียด การสนับสนุนจากครอบครัวและการประคับประคองจากผู้อื่นไม่สามารถเกิดขึ้นได้ตลอดเวลาทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า การบำบัดเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท จึงมีความจำเป็นที่จะต้องเพิ่มความเข้มแข็งทางใจเนื่องจากความเข้มแข็งทางใจ เป็นปัจจัยภายในตัวบุคคล ซึ่งเป็นความสามารถในการจัดการปัญหาและวิกฤติของชีวิต

ให้สามารถฟื้นตัวกลับสู่สภาพปกติได้ในเวลาอันรวดเร็ว¹⁰ ผู้ป่วยที่มีความเข้มแข็งทางใจสูงจะมองโลกในแง่ดี ภูมิใจในตนเอง พร้อมทั้งจะเผชิญปัญหา ความเข้มแข็งทางใจยังช่วยเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง¹¹ สามารถลดระดับภาวะซึมเศร้าได้¹² ดังนั้นการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจจึงเป็นแนวทางสำคัญในการลดและป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท

นอกจากนี้การศึกษารูปแบบการทำกิจกรรมพบว่ากลุ่มจิตบำบัดเป็นรูปแบบการทำกิจกรรมที่สามารถช่วยลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทได้⁸ กลุ่มบำบัดเป็นการบำบัดแบบหนึ่งที่ใช้กลุ่มในการบำบัดเพื่อช่วยเหลือให้สมาชิกปรับเปลี่ยนความคิด อารมณ์และพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสม การดำเนินกลุ่มส่วนใหญ่จะเป็นกระบวนการซึ่งอาศัยการมีปฏิสัมพันธ์กันภายในกลุ่ม ก่อให้เกิดปัจจัยบำบัด ซึ่งมีพลังได้มากกว่าการบำบัดรายบุคคล¹³ กลุ่มบำบัดช่วยผู้ป่วยให้เกิดการเรียนรู้ในการแก้ปัญหา จากการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และข้อเสนอแนะของสมาชิกในกลุ่ม มีโอกาสได้ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ลดความรู้สึกโดดเดี่ยวและเกิดความรู้สึกเห็นอกเห็นใจกัน ได้เรียนรู้ทักษะทางสังคม ลดอารมณ์ซึมเศร้า ลดความรู้สึกวิตกกังวล ช่วยให้ปรับตัวต่อความเครียดและสามารถเผชิญกับปัญหาได้ดีขึ้น ลดความรู้สึกแยกตัวและความรู้สึกเป็นตราบาป เกิดความมั่นใจในตนเอง ช่วยให้เห็นคุณค่าในตัวเอง เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ไปในทางที่ดีขึ้น¹⁴

จากเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จึงเห็นความสำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วยลดภาวะซึมเศร้า โดยนำแนวคิดการสร้างเสริมความเข้มแข็งทางใจ¹⁰ ร่วมกับรูปแบบการทำกิจกรรมกลุ่มบำบัดแบบประคับประคองตามแนวคิด¹³ ที่จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทผสมผสานเป็นโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจแบบกลุ่มช่วยให้ผู้ป่วยมองเห็นตนเองและสิ่งแวดล้อมในทางที่ดีขึ้น รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีทักษะในการเข้าสังคม เรียนรู้การแก้ปัญหาและเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้ผู้ป่วยอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

คำถามการวิจัย

1. ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจแบบกลุ่มแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

2. ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจแบบกลุ่มกับการพยาบาลปกติ แตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจแบบกลุ่ม

2. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจแบบกลุ่มกับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจแบบกลุ่ม ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจแบบกลุ่ม

2. ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจแบบกลุ่ม ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

ความเข้มแข็งทางใจเป็นปัจจัยสำคัญที่สามารถลดระดับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทได้ ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจแบบกลุ่ม โดยนำแนวคิดการสร้างเสริมความเข้มแข็ง¹⁰ ผสมผสานกับรูปแบบกระบวนการกลุ่มตามแนวคิด¹³ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เกิดความภูมิใจ สามารถจัดการกับตัวเองและปัญหาในชีวิตได้ มีทักษะจัดการกับอารมณ์สามารถสร้างความสุขให้กับชีวิตตนเอง มีแหล่งสนับสนุนและมีความสามารถในการสร้างสัมพันธภาพ ส่งผลให้ระดับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทลดลง มีเนื้อหาสาระตามแนวคิด ดังนี้

โปรแกรมการสร้างเสริมความเข้มแข็งทางใจแบบกลุ่ม แนวคิดของ Grotberg¹⁰ และกระบวนการกลุ่มตามแนวคิดของ Yalom¹³ 6 กิจกรรม ดังนี้

ขั้นที่ 1 ระยะ Initial Phase ประกอบด้วย 1 กิจกรรม ได้แก่

กิจกรรมที่ 1 ความคิดในสิ่งที่ฉันเป็น : สร้างสัมพันธภาพ ประเมินแนวคิดที่มีต่อตนเอง พิจารณาความคิดที่ไม่เหมาะสมและแก้ไข การมองเห็นคุณค่าและข้อดีของตน

ขั้นที่ 2 ระยะ Working Phase ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ได้แก่

กิจกรรมที่ 2 ความจริงในสิ่งที่ฉันเป็น : การแสดงออกถึงการมองตนเองในทางบวก ยอมรับข้อเสียและภูมิใจในข้อดี การเห็นคุณค่าของตนเองและผู้อื่น

กิจกรรมที่ 3 ความคิดในสิ่งที่ฉันมี : ค้นพบแหล่งสนับสนุนของตน เข้าใจกฎระเบียบในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น เข้าใจการสร้างความหวังในชีวิต

กิจกรรมที่ 4 ความจริงในสิ่งที่ฉันมี : การแสดงออกถึงความสามารถในการอยู่ร่วมกับแหล่งสนับสนุนและผู้อื่น มีความหวังในการดำเนินชีวิต

กิจกรรมที่ 5 ความคิดในสิ่งที่ฉันทำได้ : วิเคราะห์ปัญหาและวิธีการแก้ปัญหาอย่างเหมาะสม เข้าใจทักษะการสร้างสัมพันธภาพ และมีเป้าหมายในการดำเนินชีวิต

ขั้นที่ 3 ระยะ Terminal phase ประกอบด้วย 1 กิจกรรม ได้แก่

กิจกรรมที่ 6 ความจริงในสิ่งที่ฉันทำได้ : การแสดงออกถึงการมองตนเอง ผู้อื่น และสิ่งรอบตัวในทางบวก รู้ถึงแหล่งสนับสนุน มีความสามารถในการสร้างสัมพันธภาพ และการอยู่ร่วมกับผู้อื่น ความมั่นใจในการเผชิญปัญหา ยุติสัมพันธภาพอย่างเหมาะสม

ภาวะซึมเศร้า
ของผู้ป่วยจิตเภท

แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ใช้รูปแบบสองกลุ่มศึกษาแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest control group design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยจิตเภท ที่รับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวช สังกัด กรมสุขภาพจิต

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภท ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา จำนวน 40 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยมีเกณฑ์คัดเลือกผู้ป่วย ดังนี้ 1) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท อายุ 20-59 ปี ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน 2) อาการทางจิตสงบโดยมีระดับคะแนนตามแบบวัดอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS) ไม่เกิน 36 คะแนน 3) มีภาวะซึมเศร้าตามแบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วย

จิตเภท (The Calgary Depression Scale for Schizophrenia: CDSS) ระดับปานกลางขึ้นไปคือมากกว่า 12 คะแนน 4) มีความสามารถพูดคุยสื่อสารได้ด้วยภาษาไทย 5) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และมีเกณฑ์ในการคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ 1) มีโรคแทรกซ้อนทางกายที่ไม่สามารถควบคุมได้ 2) แพทย์ปรับเปลี่ยนการรักษาด้วยกลุ่มยาต้านเศร้าระหว่างการทดลอง 3) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมครบทุกขั้นตอน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของผู้วิจัยในด้านความรู้เกี่ยวกับโปรแกรมการสร้างเสริมความเข้มแข็งทางใจพร้อมทั้งเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย และเตรียมความพร้อมผู้ช่วยในการวิจัย 1 คน เพื่อช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

2. ผู้ช่วยวิจัยทำการประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภท (pre - test) ควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจส่งผลกระทบต่อผลการวิจัย โดยการจับคู่กลุ่มตัวอย่าง (matched pair) ควบคุมให้มีลักษณะใกล้เคียงกันมากที่สุด

ได้แก่ เพศ อายุและระดับคะแนนอาการทางจิต (BPRS) จากนั้นสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับสลากกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่ละคู่จนครบทั้ง 20 คู่

3. ผู้วิจัยดำเนินโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจแบบกลุ่มเพื่อลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย จิตเภท ในกลุ่มทดลอง โดยทำเป็นรายกลุ่ม ดำเนินกิจกรรมครั้งละ 60-90 นาที สัปดาห์ละ 3 ครั้ง จนครบ 6 กิจกรรม เป็นระยะเวลาติดต่อกัน 2 สัปดาห์ หลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมที่ 6 ทันที กำกับการทดลองโดยประเมินคะแนนพลังสุขภาพจิต ส่วนกลุ่มควบคุมจะได้รับกิจกรรมการพยาบาลตามปกติ ได้แก่ การประเมินด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ สังคม การตรวจคัดกรอง การให้ยาตามแผนการรักษา การจัดสิ่งแวดล้อม การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยาและการดูแลตนเองที่บ้าน ระหว่างเก็บรวบรวมข้อมูล

4. ผู้ช่วยวิจัยประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภท (post-test) ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในสัปดาห์ที่ 3 จากนั้นตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลที่ได้ แล้วนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานนี้ผ่านรับรองด้านจริยธรรมการวิจัยในคนด้านสุขภาพจิตและจิตเวช กรมสุขภาพจิต เมื่อวันที่ 18 มิถุนายน 2563 เลขที่หนังสือรับรอง DMH.IRB.COA 022/2563 กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ จะได้รับการชี้แจงจากคณะผู้วิจัยเกี่ยวกับรายละเอียดโดยคณะผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์และประโยชน์ที่จะได้รับการวิจัย พร้อมทั้งถามความสมัครใจของทุกคนในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ ทั้งนี้การปฏิเสธหรือยุติการเข้าร่วมวิจัยจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อผู้เข้าร่วมวิจัย โดยคณะผู้วิจัย ได้ชี้แจงกับกลุ่มตัวอย่างว่าการทำวิจัยในครั้งนี้ ข้อมูลที่ได้จะเก็บไว้เป็นความลับโดยไม่ส่งผลเสียใดๆ แก่ผู้เข้าร่วมวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจแบบกลุ่ม ที่เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิด¹⁰ และแนวคิดกลุ่มบำบัด¹³ เพื่อลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภท โดยดำเนินกิจกรรมเป็นแบบกลุ่ม จำนวนทั้งหมด 6 ครั้ง นานครั้งละ 60-90 นาที ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม 2 สัปดาห์ โดยในสัปดาห์ที่ 1 ดำเนินกิจกรรมที่ 1-3 และสัปดาห์ที่ 2 ดำเนิน

กิจกรรมที่ 4-6 มีกิจกรรมดังนี้ กิจกรรมที่ 1 ความคิดในสิ่งที่ฉันเป็นกิจกรรมที่ 2 ความจริงในสิ่งที่ฉันเป็นกิจกรรมที่ 3 ความคิดในสิ่งที่ฉันมีกิจกรรมที่ 4 ความจริงในสิ่งที่ฉันมีกิจกรรมที่ 5 ความคิดในสิ่งที่ฉันทำได้ และกิจกรรมที่ 6 ความจริงในสิ่งที่ฉันทำได้

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลพัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัย ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษา ยารักษาอาการทางจิตและยารักษาภาวะซึมเศร้าที่ผู้ป่วยรับประทาน

2.2 แบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท (The Thai version of Calgary Depression Scale for Schizophrenia : CDSS)¹⁵ สร้างขึ้นโดย Addington นำมาแปลเป็นภาษาไทยโดย ศิริจิต สุทธิจิตต์ ซึ่งเป็นแบบประเมินที่สร้างขึ้นเพื่อใช้ประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยเฉพาะ แบบประเมินประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้สึกและอาการของภาวะซึมเศร้าทั้งหมด 9 ข้อ ประกอบด้วยหัวข้อดังนี้ 1) ความซึมเศร้า 2) ความรู้สึกสิ้นหวัง 3) ความรู้สึกไร้ค่า 4) ความคิดว่าตนเองผิดเนื่องจากถูกกล่าวหา 5) ความรู้สึกผิดแบบมีพยาธิสภาพ 6) ความซึมเศร้าตอนเช้า 7) ตื่นนอนเร็วกว่าปกติ 8) การฆ่าตัวตาย และ 9) ความซึมเศร้าที่สังเกตได้

3. เครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลอง ได้แก่ แบบประเมินพลังสุขภาพจิต ของกรมสุขภาพจิต¹⁶ ที่แบ่งเป็น 3 ด้าน ตามองค์ประกอบของพลังสุขภาพจิตจำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถาม 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความทนทานทางอารมณ์ 10 ข้อ ด้านกำลังใจ 5 ข้อ และด้านการจัดการกับปัญหา 5 ข้อ

ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ได้แก่ โปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจแบบกลุ่ม แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทและแบบประเมินพลังสุขภาพจิต โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ได้แก่ จิตแพทย์ 1 คน ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 3 คน และอาจารย์พยาบาลภาควิชาการพยาบาลจิตเวช 1 คน ผู้วิจัยได้ปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ และในส่วนของโปรแกรมนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่าง 5 คนก่อนนำไปใช้จริง

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ได้แก่ แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท และแบบประเมินพลังสุขภาพจิต โดยนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำมาคำนวณหาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) มีค่าเท่ากับ 0.85 และ 0.80 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยดำเนินการเป็นลำดับขั้น ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 60 มีอายุอยู่ในช่วงระหว่าง 30-39 ปี (ร้อยละ 30) มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 67.5)

นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 97.5) สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ 37.5) ประกอบอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 45) มีรายได้ 5,000-10,000 บาทต่อเดือน และรายได้มากกว่า 10,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 65) ระยะเวลาในการเจ็บป่วยของทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 5-10 ปี (ร้อยละ 50) และเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลจำนวน 1-2 ครั้ง (ร้อยละ 52.5) ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่ได้รับการรักษาอาการซึมเศร้าและไม่มีการเปลี่ยนแปลงขนาดยาการรักษาอาการทางจิตตลอดระยะเวลาการดำเนินการวิจัย

ตอนที่ 2 ผลของโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจแบบกลุ่มต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภท

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง (n = 20)

เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า	Mean	SD.	ระดับ	df	t	p-value
กลุ่มทดลอง						
ก่อนการทดลอง	14.4	1.90	ปานกลาง	19	7.906	.000*
หลังการทดลอง	11.1	2.49	ต่ำ			
กลุ่มควบคุม						
ก่อนการทดลอง						
หลังการทดลอง	13.9	1.12	ปานกลาง	19	1.221	.237
	13.5	1.54	ปานกลาง			

*p < .05

จากตารางที่ 1 พบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรมการสร้าง ความเข้มแข็งทางใจแบบกลุ่มเท่ากับ 14.4 อยู่ในระดับปานกลาง และหลังจากได้รับโปรแกรมการสร้าง ความเข้มแข็งทางใจแบบกลุ่มพบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าโดยรวมเท่ากับ 11.1

อยู่ในระดับต่ำ เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับวิธีทางสถิติ Paired Sample T-test พบว่า หลังการทดลอง คะแนนเฉลี่ย ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทต่ำกว่าคะแนนเฉลี่ยก่อน การทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง (n = 40)

เปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้า	Mean	SD.	ระดับ	df	t	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	14.4	1.90	ปานกลาง	38	1.013	.318
กลุ่มควบคุม	13.9	1.12	ปานกลาง			
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	11.1	2.49	ต่ำ	38	-3.667	.001*
กลุ่มควบคุม	13.5	1.54	ปานกลาง			

*p < .05

จากตารางที่ 2 พบว่าภายหลังการทดลอง คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลอง เท่ากับ 11.1 (ระดับต่ำ) และกลุ่มควบคุมเท่ากับ 13.5 (ระดับปานกลาง) เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับด้วยวิธีทางสถิติ Independent T-test พบว่าหลังการทดลองคะแนนเฉลี่ย ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่ม ควบคุม

การอภิปรายผลการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภท หลังการทดลอง (Mean = 11.1) ต่ำกว่าก่อนการทดลอง (Mean = 14.4) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปได้ว่า ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐาน ข้อที่ 1 ของการวิจัย คือ ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภท หลังได้รับ โปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจแบบกลุ่ม ต่ำกว่าก่อนได้ รับโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจแบบกลุ่ม

2. หลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า ของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็ง ทางใจแบบกลุ่ม (Mean = 11.1) ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาล ตามปกติ (Mean = 13.5) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการศึกษาครั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า โปรแกรม การเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจแบบกลุ่ม สามารถลดภาวะ ซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจาก ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทเกิดจากการที่ผู้ป่วยรับรู้ถึง

ความเรื้อรังและรุนแรงของโรค จะส่งผลให้ผู้ป่วยประเมิน ตนเองต่ำกว่าความเป็นจริง เกิดความคิดในทางลบต่อตนเอง อยู่ตลอดเวลา จนกลายเป็นความรู้สึกของการมีตราบาป รู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง เมื่อประสบปัญหาหรือความเครียด ในชีวิตประจำวัน และการไม่ถูกยอมรับจากผู้คนในสังคม ทำให้เกิดเป็นความคิดในทางลบต่อตนเอง สิ่งแวดล้อมและ สถานการณ์ และกลายเป็นภาวะซึมเศร้าในที่สุด โดยโปรแกรม การสร้างความเข้มแข็งทางใจแบบกลุ่มจะช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจ ความคิดทางลบ สามารถวิเคราะห์และเปลี่ยนแปลงให้เป็น ความคิดที่เหมาะสม เลือกร่องสิ่งที่ดีภายในตนเองและ สิ่งแวดล้อม สอดคล้องกับการลดภาวะซึมเศร้าตามแนวคิด ของ Beck¹⁷ รวมถึงช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับตนเอง ลดความรู้สึก เป็นตราบาป^{11,12} ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมองโลกในทางที่ดี เกิด ความไว้วางใจบุคคลรอบข้างและพัฒนาความสัมพันธ์กับ ผู้อื่นได้ดียิ่งขึ้น ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว มีความมั่นใจและพร้อมที่จะ เผชิญเหตุการณ์ต่าง ๆ ช่วยลดความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิต ประจำวัน⁴ รวมถึงช่วยให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจในโรคจิตเภท และการดูแลตนเองที่ถูกต้อง ยอมรับการเจ็บป่วย มีเป้าหมาย ในชีวิตและมีกำลังใจในการรักษาเพื่อดำเนินชีวิตได้¹⁸ ตาม เป้าหมาย¹⁹ นอกจากนี้การเข้ากลุ่มบำบัดเป็นการเสริมสร้าง ความหวัง ลดอารมณ์ซึมเศร้า ลดความรู้สึกวิตกกังวล ช่วยให้ ปรับตัวต่อความเครียดและสามารถเผชิญกับปัญหาได้ดีขึ้น ลดความรู้สึกแยกตัวและความรู้สึกเป็นตราบาป มีความเชื่อมั่น ว่าตนเองมีศักยภาพในการใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคม ใช้เหตุผลในการคิดและตัดสินใจได้อย่างเหมาะสม มีทักษะ ในการเผชิญปัญหา รู้สึกดีต่อตนเองและผู้อื่น ภาควุมใจ

และตระหนักรู้ในการทำหน้าที่ของตนเอง สิ่งเหล่านี้แสดงถึงความพร้อมในการเผชิญกับปัญหาและความขัดแย้งที่เกิดขึ้นในชีวิตจริง สามารถจัดการปัญหาและอยู่ในสังคมได้อย่างมีคุณภาพ ซึ่งจะช่วยลดความเครียดของผู้ป่วย ช่วยให้มองเห็นคุณค่าในตัวเอง เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ไปในทางที่ดีขึ้นและช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้^{8,13,14,20}

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรนำการสร้างความเข้มแข็งทางใจแบบกลุ่มมาใช้บำบัดสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะซึมเศร้า ขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เพื่อเพิ่มความเข้มแข็งทางใจสามารถลดและป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทได้
2. พยาบาลผู้ให้การบำบัดผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะซึมเศร้า ควรทำความเข้าใจแนวคิดของการสร้างความเข้มแข็งทางใจ เพื่อความเข้าใจในตนเองและผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยให้การดำเนินกิจกรรมเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ
3. พยาบาลผู้ให้การบำบัดต้องมีทักษะในการสร้างสัมพันธภาพ เพื่อสร้างความคุ้นเคย และความไว้วางใจก่อนการดำเนินกิจกรรม จะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความไว้วางใจและให้ความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรม เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะซึมเศร้าจะไม่ค่อยให้ความร่วมมือหากไม่เกิดความไว้วางใจ
4. การสร้างความเข้มแข็งทางใจแบบกลุ่มต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทควรมีการติดตามระยะยาวเพื่อเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้นำความรู้และทักษะในการเรียนรู้ไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ โดยให้มีการประเมินผลทุก 3 เดือน 6 เดือน หรือตามความเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีนำโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจแบบกลุ่ม ไปศึกษาใช้กับบุคคลกลุ่มอื่นเพื่อลดภาวะซึมเศร้า เช่น ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ติดสารเสพติด ผู้ดูแลและผู้ต้องหากในเรือนจำ เป็นต้น
2. ควรมีการศึกษาภาวะซึมเศร้าอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจโดยมีระยะเวลาในการติดตามทุก 3 เดือน 6 เดือน 9 เดือน และ 1 ปี เพื่อติดตามการนำความเข้มแข็งทางใจไปใช้ในชีวิตประจำวัน โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลและอยู่ในชุมชน

References

1. Uptegrove R., Marwaha S., and Birchwood M. Depression and schizophrenia: cause, consequence, or trans-diagnostic issue? Schizophrenia bulletin. 2017; 43(2): 240-244.
2. Moritz, S., et al. Course and determinants of self-esteem in people diagnosed with schizophrenia during psychiatric treatment. Psychosis. 2010; 2 (2): 144–153.
3. Ketchai S., Sitthimongkol Y., Vongsirimas N., and Petrasuwan S. Predictors of Depressive Symptoms in Individual with First-episode Schizophrenia. Journal of Nursing Science. 2012 ; 30(4): 90-101.(In Thai).
4. Phandontee P., and Dangdomyouth P. Selected factors related to depression of persons with schizophrenia in community, central region., Chulalongkorn University, Bangkok; 2011. (In Thai).
5. Gardsjord, E., et al. Subjective quality of life in first-episode psychosis. A ten year follow-up study. Schizophrenia Research. 2016; 172(1-3): 23-28.
6. Dutta, R., et al. Early risk factors for suicide in an epidemiological first episode psychosis cohort. Schizophrenia Research. 2011; 126(1-3): 11-19.
7. Lotrakul M. and Sukanich P. Psychiatry Ramathibodi. Bangkok : BeyondEnterprised Ltd; 2015. (In Thai).
8. Salasawadi P., Soontaradechakit R., Klancprapan P., and Suriyachai S. Effects of group supportive psychotherapy program on depression in patients with schizophrenia. The journal of psychiatric nursing and mental health. 2016; 30(3): 121-133. (In Thai).

9. Konsztowicz S., and Lepage M. The role of illness engulfment in the association between insight and depressive symptomatology in schizophrenia. *Journal of psychiatric research*. 2019 ; 111: 1-7.
10. Grotberg, E. H. A guide to promoting resilience in children: Strengthening the human spirit (No. 8). The Hague, Netherlands: Bernard van leer foundation; 1995.
11. Di Marco, S., et al. Schizophrenia and major depression: Resilience, coping styles, personality traits, self-esteem and quality of life. *European Psychiatry*. 2017; 41: 192-193.
12. Rossi, A., et al. Personal resources and depression in schizophrenia: The role of self-esteem, resilience and internalized stigma. *Psychiatry research*. 2017; 256: 359-364.
13. Yalom, I. D. The Theory and Practice of Group Psychotherapy. 4th ed. New York: Basic Books; 1995.
14. Veselinova, C. HSC 3008: Implement therapeutic group activities. *Nursing & Residential Care*. 2013; 15(5): 284-287.
15. Suttajit S., Srisurapanont M., Pilakanta S., Charnsil C., and Suttajit S. Reliability and validity of the Thai version of the Calgary Depression Scale for Schizophrenia. *Neuropsychiatric disease and treatment*. 2013; 9: 113.
16. Department of Mental Health, Ministry of Public Health, Thailand. Change bad for good : The resilience (RQ : Resilience Quotient). Bangkok : Dee-na-doo; 2009. (In Thai).
17. Beck, A. T. (Ed.). Cognitive therapy of depression. Guilford press; 1979.
18. Krithong N. and Upsen R. The Effect of educative and supportive program on self-care behaviors of schizophrenic patients with negative symptoms in community. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2017; 18 : 308-314. (in Thai).
19. Majadas, S., Olivares, J., Galan, J., and Diez, T. Prevalence of depression and its relationship with other clinical characteristics in a sample of patients with stable schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*. 2012; 53(2): 145-151.
20. Hongtiyanon T. and Tipawong A. Relationships between social support and quality of life in schizophrenia patients. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2018; 18: 487-494. (in Thai).