



## วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา

<b>คณะที่ปรึกษา</b>	พญ.สุพัฒนา เดชาติวงศ์ ณ อยุธยา นพ.เกษม ตันติผลาชีวะ นพ.ฐานันดร ปิยะศิริศิลป์ นพ.นพพล วาณิชกุลดี พญ.ปัทมา ศิริเวช นพ.พลภัทร์ โสเสถียรกิจ	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา	
<b>บรรณาธิการ</b>	ดร.ภญ.อรภรณ์ สวนชัง	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา	
<b>บรรณาธิการรอง</b>	นางรฐปณีย์ พุ่มผลเจริญ น.ส.วัฒนาภรณ์ พิบูลอาสาภัยณ์	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา	
<b>กองบรรณาธิการ</b>	รศ.ดร.นพ.ชัชวาลย์ ศิลปกิจ รศ.ดร.นพ.วิจรรย์ โล่ห์สุนทร ผศ.ดร.นพ.วรภัทร์ รัตอากาศ ผศ.ดร.นพ.วรสิทธิ์ ศิริพรพามิชย์ ดร.นพ.นพพร ตันติรังสี นพ.วรวัฒน์ ไชยชาญ รศ.ดร.ภก.มนัส พงศ์ชัยเดชา ดร.ธนะภูมิ รัตนานุกพงศ์ ดร.ชฎาภา ประเสริฐทรง พันตรีหญิง ดร.อุบลพรรณ วีระศิลป์ ผศ.ดร.ภก.ทวนธน บุญถือ ดร.ภก.ถนอมพงษ์ เสถียรลักษณ์ ดร.สุนทรี ศรีโกไสย ดร.นพรัตน์ ไชยธานี	มหาวิทยาลัยมหิดล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล มหาวิทยาลัยมหิดล โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี มหาวิทยาลัยสยาม สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์	
<b>กองบรรณาธิการ (สังกัดสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา)</b>	นพ.พงศกร เล็งดี นพ.สุทธา สุปัญญา น.ส.นิรมล ปะนะสุนา นางนภัสสรณ์ คำวงษา	นพ.ปัทมานนท์ ขวัญสนิท ดร.วิภาวี เผ่ากันทรารกร น.ส.สาวิตรี แสงสว่าง	พญ.ฐิติมา สงวนวิชัยกุล น.ส.รุมพร บ้านกล้วย นางฉัตรสุดา จุงสกุล
<b>ผู้จัดการ</b>	น.ส.ชนสินันท์ ธนาพัฒน์ธนนท์ นายกฤตชัย แก้วยศ	น.ส.เกตุรมาศ อยู่ถื่น นางศุภฎี อุดมอิทธิพงศ์	
<b>การติดต่อ</b>	โทรศัพท์ 0-2442-2500 ต่อ 59286	E - mail: somdetjournal@gmail.com	

**หมายเหตุ :**

กำหนดออก ปีละ 2 ฉบับ (เดือนมีนาคม และเดือนกันยายน)  
บทความที่ตีพิมพ์ต้องผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิอย่างน้อย 2 - 3 ท่าน / 1 บทความ (double blinded)  
ผู้อ่านสามารถนำข้อความ ข้อมูลจากวารสารไปใช้ประโยชน์ทางวิชาการได้ เช่น เพื่อการสอน การอ้างอิง การจะนำไปใช้วัตถุประสงค์อื่น เช่น เพื่อการค้า จะต้องได้รับอนุญาตเป็นลายลักษณ์อักษรจากกองบรรณาธิการก่อน



ISSN (print): 1905-8586

ISSN (online) : 2697-651X

## Journal of Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry

<b>Advisory board</b>	Supathana Dejatiwongse	Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry	
	Kasem Tantiphalachiva	Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry	
	Thanundr Piyasirisilp	Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry	
	Noppadol Vanichrudee	Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry	
	Pattama Sirivech	Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry	
	Pholphat Losatiankij	Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry	
<b>Editor</b>	Orabhorn Suanchang	Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry	
<b>Associate editor</b>	Thapanee Foomooljareon	Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry	
	Wattanaporn Pibullarak	Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry	
<b>Editorial board</b>	Chatchawan Silapakit	Mahidol University	
	Vitton Lohsoonthorn	Chulalongkorn University	
	Woraphat Ratta-Apha	Mahidol University	
	Vorasith Siripornpanich	Mahidol University	
	Nopporn Tanthirungsri	Songkhla Rajanagarindra Psychiatric Hospital	
	Warawat Chaichan	Nakhon Sawan Rajanagarindra Psychiatric Hospital	
	Manat Pongchaidecha	Silpakorn University	
	Thanapoom Rattananupong	Chulalongkorn University	
	Chadapa Prasertsong	Huachiew Chalermprakiet University	
	Ubonpan Theerasilp	Huachiew Chalermprakiet University	
	Tuanthon Boonlue	Ubon Ratchathani University	
	Thanompong Sathienluckana	Siam University	
	Soontaree Srikosai	Rajanagarindra Institute of Child Development	
	Nopparat Chaichumni	Suansaranrom Psychiatric Hospital	
	<b>Editorial board</b>	(Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry)	
<b>Manager</b>	Pongsakorn Lengdee	Patanon Kwansanit	Thitima Sanguanvichaikul
	Suttha Supanya	Vipave Phaogunthakorn	Chumphorn Bankluai
	Niramon Panasuna	Sawitree Saengsawang	Chatsuda Chungsakul
	Naphatsorn Khumvongsa		
	Chonsinun Thanapatthanon	Keyunmart Yootin	
	Krittanaï Kaewyot	Dussadee Udomittipong	

### Contact Information :

Subscription request, address changes or other communications please kindly send to manager of the Journal at Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry.

Tel. 02-4422500 Ext. 59286

E - mail: somdetjournal@gmail.com

# วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา ปีที่ 14 ฉบับที่ 1 มีนาคม 2563

## สารบัญ

	หน้า
สารบัญ	ค
คำแนะนำสำหรับผู้พิมพ์	จ
บรรณาธิการแถลง	ฎ
นิพนธ์ต้นฉบับ	
ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจต่อการเห็นคุณค่าในตนเอง และความคิดฆ่าตัวตายในผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตาย ธัญชนก จิงา, ศรีแพร เข้มวิชัย	1
ผลการจัดการรายกรณีต่อความสามารถโดยรวมของผู้ป่วยจิตเภท ที่มีความเสี่ยงก่อความรุนแรง นุชณี เอี่ยมสะอาด, ปพิชญา ทวีเศษ, พรเลิศ ชุ่มชัย	10
ผลของโปรแกรมกลุ่มส่งเสริมการรู้คิดต่อความสามารถในการรู้คิด ในผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะพหุปัญญาบกพร่อง สมฤดี ชุมแก้ว, วิไลวรรณ สีนุ้ย, วิดาวรรณ จำปา	23
การพัฒนาต้นแบบและผลของโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดที่เน้นการแสดงออก ต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยโรคจิตเภท พัชรินทร์ อรุณเรือง	39
การพัฒนาการบำบัดทางการพยาบาลแบบบูรณาการในผู้ป่วยจิตเภท ที่มีพฤติกรรมรุนแรง เพชร คันธสายบัว, วัฒนารณ พิบูลลาภักย์	55

# Journal of Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry

## Volume 14 Number 1 March 2020

### Contents

	<b>Page</b>
<b>Contents</b>	v
<b>Instruction to Authors</b>	v
<b>Preface</b>	vii
<b>Original Article:</b>	
<b>The effect of the resilience enhancement program on self esteem and suicidal ideation in suicidal attempter</b>	2
Thunchanok Jinga, Sripare Khemwichai	
<b>The effect of case management to overall abilities among schizophrenia patients with the risk for violence</b>	11
Nusani Aiamsaart, Papichya Thaweesees, Pornlert Chumchai	
<b>The effect of cognitive training group program on cognitive function in schizophrenia patients with mild cognitive impairment</b>	24
Somrudee Chumkaew, Wilaiwan Senuy, Widawan Jumpa	
<b>Development of prototype and effectiveness for group expressive therapies program in persons with schizophrenia who have aggressive behavior</b>	40
Patcharin Arunruang	
<b>The development of integrative nursing therapies on schizophrenic patients with violent behavior</b>	56
Petcharee Kanthasaibour, Wattanaporn Piboonarluk	

## คำแนะนำสำหรับผู้พิมพ์

วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยาจัดทำขึ้นมีวัตถุประสงค์เพื่อประชาสัมพันธ์นโยบายและกิจกรรมของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา เป็นสื่อในการเผยแพร่ผลงานทางวิชาการสุขภาพจิตและจิตเวช เรื่องที่ลงพิมพ์ในวารสารฉบับนี้แล้วถือเป็นสิทธิ์ของวารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา

เพื่อให้ได้มาตรฐานสากล ผู้ประสงค์ที่จะส่งต้นฉบับมาลงตีพิมพ์ในวารสาร ต้องจัดเตรียมต้นฉบับให้ได้มาตรฐานตามคำแนะนำดังนี้

### ประเภทของบทความแบ่งเป็น 6 ชนิด

#### 1. บทบรรณาธิการ (Editorial)

เป็นบทความซึ่งวิเคราะห์ผลงานทางแพทย์หรือสุขภาพจิต หรืออาจจะเป็นข้อคิดเห็นเพื่อความก้าวหน้าทางวิชาการ มีส่วนประกอบที่สำคัญ ดังนี้

- \* ชื่อเรื่อง (Title) ภาษาไทยและอังกฤษ
- \* ชื่อผู้พิมพ์ และสังกัด (Author & byline)

ภาษาไทยและอังกฤษ

- \* เนื้อเรื่อง (Text) ประกอบด้วย :

- บทนำ (Introduction)
- ประเด็นหลักและคำอธิบายที่ผสมผสานกับข้อวิจารณ์
- ประเด็นย่อยหรือหัวข้อย่อคำอธิบายที่ผสมผสานกับข้อวิจารณ์หรือข้อเสนอแนะที่ก่อให้เกิดแนวคิดใหม่

- \* สรุป (Conclusion)
- \* กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements)
- \* เอกสารอ้างอิง (References)

#### 2. นิพนธ์ต้นฉบับ (Original article)

เป็นบทความรายงานการวิจัยโดยยังไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารฉบับใดๆ มาก่อนบทความที่เป็นรายงานการวิจัยประกอบด้วย 11 ส่วน คือ

2.1 **ชื่อเรื่อง (Title)** ต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ชื่อเรื่องควรเป็นวลีสั้นๆ แต่ได้ใจความสามารถสื่อให้ผู้อ่านคาดเดาถึงแนวทาง และผลการวิจัยได้

2.2 **ชื่อผู้พิมพ์และสังกัด (Author & by-line)** เขียนชื่อ นามสกุล ภาษาไทยและอังกฤษ ในกรณีที่มีผู้พิมพ์หลายคนให้เรียงชื่อตามลำดับความสำคัญที่แต่ละคนมีส่วนในงานวิจัยนั้น ชื่อหน่วยงานของผู้เขียนที่เป็นปัจจุบันเพื่อสะดวกในการติดต่อ

2.3 **บทคัดย่อ (Abstract)** ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ให้เรียงลำดับตามหัวข้อดังนี้ วัตถุประสงค์ (Objective) วัสดุและวิธีการ (Materials and methods) ผล (Results) สรุป (Conclusion) จำนวนไม่ควรเกิน 300 คำ ตามด้วย คำสำคัญให้อยู่ในหน้าเดียวกัน

2.4 **คำสำคัญ (Key words)** เขียนเป็น คำหรือวลี ทั้งภาษาไทยและอังกฤษ จำนวน 3 - 5 คำ

2.5 **บทนำ (Introduction)** ให้ข้อมูลข้อสนเทศและประเด็นสำคัญทางวิชาการ รวมทั้งวัตถุประสงค์ของการวิจัยนั้น

2.6 **วัสดุและวิธีการ (Materials and methods)** กล่าวถึงการออกแบบกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ทางสถิติโดยเรียงเรียงตามขั้นตอน

2.7 **ผล (Results)** รายงานและอธิบายผลที่สำคัญที่เป็นจริง อาจมีตารางและภาพประกอบไม่เกิน 4 ตาราง หรือภาพ และไม่ซ้ำซ้อนกับคำบรรยาย

**2.8 อภิปราย (Discussion)** นำประเด็นที่สำคัญที่เป็นจริงของผลการวิจัยมาศึกษาอธิบายเรียงตามลำดับที่น่าเสนอในผลว่าเหมือนหรือต่างจากผลการศึกษาของผู้อื่นอย่างไร โดยมีหลักฐานอ้างอิงที่น่าเชื่อถือ การนำผลมาประยุกต์ใช้ รวมทั้งข้อเสนอแนะทางวิชาการ

**2.9 สรุป (Conclusion)** เขียนสรุปเรียงลำดับตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้

**2.10 กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements)** เขียนขอบคุณบุคคลที่ช่วยเหลือเป็นกรณีพิเศษ โดยเขียนให้สั้นเรียบง่าย ชัดเจน แสดงความมีน้ำใจแต่ไม่เกินจริงและกล่าวถึงแหล่งสนับสนุนด้วย

**2.11 เอกสารอ้างอิง (References)** การอ้างอิงใช้ระบบ Vancouver 2003 โดยผู้ที่เขียนต้องรับผิดชอบในความถูกต้องของเอกสารอ้างอิง และการอ้างอิงในเนื้อหาให้ใช้เครื่องหมายเชิงอรรถเป็นหมายเลข โดยใช้หมายเลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงอันดับแรก (ตัวเลขยกไม่ใส่วงเล็บ) และเรียงต่อไปตามลำดับถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิม การอ้างอิงท้ายบทความ จะมีตัวอย่างการเขียนต่อจากการส่งต้นฉบับ รวม 28 ตัวอย่าง

### การเตรียม ตาราง รูปภาพและแผนภูมิ

1. ตารางให้เรียงต่อกันจากคำอธิบาย
2. รูปภาพ ให้ใช้ภาพถ่ายขนาดโปสการ์ด (3 X 5 นิ้ว) ผิวหน้าเรียบ โดยด้านหลังเขียนลูกศรด้วยดินสอดำเป็นแนวตั้งตามที่ผู้พิมพ์ต้องการให้ปรากฏในวารสาร และเขียนหมายเลขกำกับไว้ว่า ภาพที่ 1 ภาพที่ 2 ฯลฯ
3. แผนภูมิ ควรมีฐานข้อมูลของแผนภูมิ และควรระบุโปรแกรมที่ใช้ด้วย คำอธิบายรูปภาพและแผนภูมิให้พิมพ์แยกไว้ต่างหาก แทรกไว้ก่อนรูปนั้น

### 3. บทความที่นฟูวิชาการ (Review article)

เป็นบทความจากการรวบรวมวิเคราะห์สังเคราะห์ผลเรื่องใดเรื่องหนึ่ง เพื่อให้ผู้อ่านมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความก้าวหน้าของเรื่องนั้นใน

สถานการณ์ปัจจุบัน บทความที่นฟูวิชาการมีส่วนประกอบดังนี้

- \* ชื่อเรื่อง (Title) ภาษาไทยและอังกฤษ
- \* ชื่อผู้พิมพ์และสังกัด (Author & by-line) ภาษาไทยและอังกฤษ
- \* บทคัดย่อ (Abstract) ภาษาไทยและอังกฤษ
- \* คำสำคัญ (Key words) ภาษาไทยและอังกฤษ
- \* บทนำ (Introduction)
- \* บทปริทัศน์ ซึ่งอาจแบ่งเป็นส่วนๆ ตามหัวข้อย่อย โดยเริ่มจากการบอกวัตถุประสงค์แล้วแจ้งข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับการทบทวนเอกสารและการรวบรวมข้อมูลต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับเรื่องปริทัศน์มาไว้เป็นหมวดหมู่ผสมผสานกับข้อวิจารณ์ หรือข้อคิดเห็นข้อเสนอแนะ ที่ก่อให้เกิดแนวคิดใหม่ๆ บางครั้งบทวิจารณ์ (Discussion) อาจแยกไว้เป็นหัวข้อต่างหาก
- \* สรุป (Conclusion)
- \* เอกสารอ้างอิง (References)

### 4. รายงานเบื้องต้น (Preliminary report)

หรือรายงานสังเขป (Short communication) เป็นการนำเสนอรายงานผลการศึกษาวิจัยที่ยังไม่เสร็จสมบูรณ์ต้องศึกษาต่อเพื่อเก็บข้อมูลเพิ่มเติมหรือศึกษาเสร็จแล้วกำลังเตรียมต้นฉบับ ซึ่งมีส่วนประกอบที่สำคัญเช่นเดียวกับนิพนธ์ต้นฉบับ หรือบทความที่นฟูวิชาการ

### 5. รายงานผู้ป่วย (Case Report)

เป็นรายงานที่เกี่ยวกับผู้ป่วยที่น่าสนใจ ไม่เคยมีรายงานมาก่อนหรือมีรายงานน้อยราย ชื่อเรื่องควรต่อท้ายด้วย : รายงานผู้ป่วย (Case Report) เพื่อให้ผู้อ่านทราบว่าเป็นรายงานผู้ป่วย ถ้าแสดงรูปภาพ ต้องเฉพาะที่จำเป็นจริงๆ และได้รับการยินยอมจากผู้ป่วยหรือผู้รับผิดชอบ

- รายงานผู้ป่วยมีองค์ประกอบดังนี้
- \* ชื่อเรื่อง (Title) ภาษาไทยและอังกฤษ
  - \* ชื่อผู้พิมพ์และสังกัด (Author & by-line) และตัวอัญญาการศึกษาสูงสุด ภาษาไทยและอังกฤษ

- \* บทคัดย่อ (Abstract) ภาษาไทยและอังกฤษ
- \* คำสำคัญ (Key words) ภาษาไทยและอังกฤษ
- \* บทนำ (Introduction)
- \* รายงานผู้ป่วย (Report of case [s]) ซึ่งบอกลักษณะอาการของผู้ป่วยผลการตรวจ (Finding) การรักษาและผลจากการรักษานำบัด
- \* วิจารณ์ (Discussion)
- \* สรุป (Conclusion)
- \* กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements)
- \* เอกสารอ้างอิง (References)

## 6. ปกฉะ (Miscellany)

เป็นบทความที่ไม่สามารถจัดเข้าในประเภท 1 ถึง 4 ได้

- \* ชื่อเรื่อง (Title) ภาษาไทยและอังกฤษ
- \* ชื่อผู้นิพนธ์และสังกัด (Author & by-line) ภาษาไทยและอังกฤษ
- \* เนื้อเรื่อง (Text) ประกอบด้วย :
  - บทนำ (Introduction)
  - ประเด็นหลักสำคัญ และคำอธิบายที่ประกอบด้วยเนื้อหา
  - ประเด็นย่อยหรือหัวข้อย่อย และคำอธิบาย
  - ประเด็นสำคัญ
    - ประเด็นย่อย
  - สรุป (Conclusion)
- \* กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements)
- \* เอกสารอ้างอิง (References)

### การเตรียมต้นฉบับ

1. ภาษา ให้ใช้ 2 ภาษา คือ ภาษาไทย และ/หรือภาษาอังกฤษ ถ้าต้นฉบับเป็นภาษาไทย ควรใช้ศัพท์ภาษาไทยให้มากที่สุด โดยใช้พจนานุกรมศัพท์วิทยาศาสตร์ ฉบับราชบัณฑิตยสถานเป็นบรรทัดฐาน สำหรับคำศัพท์แพทย์ภาษาอังกฤษที่ไม่มีคำแปลในพจนานุกรมฯ อนุโลมให้ใช้ภาษาอังกฤษได้ คำศัพท์ภาษาอังกฤษที่ปนในเรื่องภาษาไทย

ให้ใช้ตัวพิมพ์เล็กทั้งหมด ยกเว้นชื่อเฉพาะ ซึ่งขึ้นต้นด้วยตัวพิมพ์ใหญ่ ไม่ขึ้นต้นประโยคด้วยคำศัพท์ภาษาอังกฤษและหลีกเลี่ยงการใช้ศัพท์ภาษาอังกฤษเป็นกริยา การเขียน คำสัทธิ ร้อยละ ให้ใช้ทศนิยม 1 ตำแหน่ง

2. ต้นฉบับ พิมพ์ด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ โปรแกรม Microsoft Word ขนาดตัวอักษร ภาษาไทย อังสนา UPC ขนาด 16 และ ให้พิมพ์ข้อความ 1 สดมภ์ (1 Column) ต่อ 1 หน้า กระดาษ A4 ให้พิมพ์ห่างจากขอบกระดาษทุกด้านไม่น้อยกว่า 2.5 ซม. (1 นิ้ว) และต้นฉบับแต่ละเรื่องไม่ควรเกิน 8 - 15 หน้ากระดาษ A4

### การส่งต้นฉบับ

ส่งต้นฉบับได้ที่ <https://www.tci-thaijo.org/index.php/journalsomdetchaopraya/index> หรือส่งทาง E - mail : [somdetjournal@gmail.com](mailto:somdetjournal@gmail.com)

ในกรณีที่มิผู้นิพนธ์ 2 คนขึ้นไป ให้แนบต้นฉบับหนังสือแสดงความยินยอมของผู้ร่วมนิพนธ์ไปด้วย ถ้าเป็นการทดลองในมนุษย์ ให้แนบสำเนาหนังสือรับรองของคณะกรรมการจริยธรรมพิจารณาการทดลองในมนุษย์ด้วย

### เอกสารอ้างอิง

ในคำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์นี้ ได้รวบรวมรูปแบบการอ้างอิงเอกสารระบบ Vancouver 2003 ไว้ทั้งหมด 6 ประเภท 28 ตัวอย่าง ดังนี้

#### 1. เอกสารอ้างอิงที่เป็นวารสาร

1.1 การอ้างอิงจากวารสารที่ได้มาตรฐานทั่วไป

รูปแบบพื้นฐาน : ชื่อผู้นิพนธ์, ชื่อเรื่อง, ชื่อย่อวารสาร ปี ; ปีที่วารสาร : หน้า

ตัวอย่างที่ 1 Silpakit O, Amornpichetkoom M, Kaojaren S. Comparative study of Bioavailability and clinical efficacy carbamazepine in epileptic patients. Ann Pharmacother 1997; 31: 548-52.

- กรณีที่มีผู้นิพนธ์ร่วมมากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อ 6 คนแรก แล้วตาม et al. หรือ และคณะ

**ตัวอย่างที่ 2** Meydani SN, Leka LS, Fine BC, Dallal GE, Keusch GT, Singh MF et al. Vitamin E and respiratory tract infections in elderly nursing home residents : a randomized controlled trial. JAMA. 2004; 292: 828-36.

- ถ้าอ้างอิงเป็นภาษาไทย ให้ใส่ชื่อผู้นิพนธ์ก่อนนามสกุล

**โปรดสังเกต**

- \* ชื่อเฉพาะอักษรตัวแรกให้ใช้ตัว พิมพ์ใหญ่
- \* ชื่อวารสารที่เป็นชื่อย่อ ต้องเป็นไปตามที่กำหนดไว้ใน Index Medicus สามารถค้นจาก <http://www.nlm.nih.gov>
- \* ถ้าเป็นวารสารภาษาไทย นิยมใช้ชื่อเต็มของวารสาร เนื่องจากตัวย่ออาจทำให้ค้นหาลำบาก
- \* ระหว่างชื่อย่อวารสารภาษาอังกฤษกับปีที่พิมพ์ไม่มีเครื่องหมายวรรคตอนใดๆ กันอยู่
- \* หลังเครื่องหมายวรรคตอน (;) (: ) ที่คั่นระหว่าง ปี ปีที่ และหน้าของวารสารให้เขียนติดต่อกันไม่มีเว้นวรรค นอกจากนี้ การใช้เครื่องหมาย (;) (: ) ให้พิมพ์ชิดตัวอักษร แล้วเว้น 1 วรรค ก่อนพิมพ์ต่อไป ยกเว้นหลัง เครื่องหมาย (.) ให้เว้น 2 วรรค
- \* การย่อเดือนภาษาอังกฤษ ให้ใช้ตัวอักษร 3 ตัวแรก เช่น Jan แทน January
- \* เลขหน้าการอ้างอิงใช้ตัวเต็ม สำหรับ

หน้าแรก และตัวย่อ สำหรับหน้าสุดท้าย เช่น 548-52 แทน 548-552

1.2 กรณีที่หน่วยงานเป็นผู้นิพนธ์ ใช้รูปแบบพื้นฐานเช่นเดียวกับ 1.3 ดังนี้

รูปแบบพื้นฐาน : ชื่อหน่วยงาน, ชื่อเรื่อง, ชื่อย่อวารสาร ปี; ปีที่วารสาร : หน้า.

1.3 กรณีที่ไม่มีชื่อผู้นิพนธ์

**ตัวอย่างที่ 3** Cancer in South Africa [editorial]. S Afr Med j 1994; 84: 15.

1.4 กรณีที่เป็นฉบับเสริม (Supplement)

**ตัวอย่างที่ 4** Strauss SE. History of chronic fatigue syndrome. Rev Inf Dis 1991; 11 suppl: S2-7

1.5 กรณีเอกสารอ้างอิงเป็นคอลัมน์เฉพาะอาจแสดงชนิดของเอกสารได้ตามความจำเป็นในเครื่องหมาย [ ] เช่น

**ตัวอย่างที่ 5** อัมพร เบญจพลพิทักษ์. สุขภาพจิตครอบครัว.....สุขภาพจิตสังคม [บทบรรณาธิการ]. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2545; 10: 137-42

**ตัวอย่างที่ 6** Cleare AJ, Wesly S. Fluoxetine and chronic fatigue syndrome [letter]. Lancet 1996; 347: 1770.

**2. เอกสารอ้างอิงที่เป็นหนังสือ/ตำรา**

2.1 การอ้างอิงจากหนังสือที่ได้มาตรฐานทั่วไป  
รูปแบบพื้นฐาน : ชื่อสกุลผู้นิพนธ์ อักษรย่อชื่อผู้นิพนธ์. ชื่อหนังสือ. พิมพ์ครั้งที่...(กรณีพิมพ์มากกว่า 1 ครั้ง) ชื่อเมือง: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.

**ตัวอย่างที่ 7** Eisen HN. Immunology: an introduction to molecular and cellular

principles of the immune response.  
5th ed. New York: Harper and Row;  
2529.

**ตัวอย่างที่ 8** สงัน สุวรรณเลิศ. ฝึบอปลีเข้าใน  
ทรรศนะทางจิตเวชศาสตร์.  
กรุงเทมมหานคร : บพิศการพิมพ์;  
1974.

- กรณีนีมีผู้นิพนธ์ร่วมมากกว่า 6 คน ให้ใส่  
ชื่อ 6 คนแรก แล้วตามด้วย และคณะ

- ถ้าเอกสารเป็นภาษาไทย ให้ใส่ชื่อผู้นิพนธ์  
ก่อนนามสกุล

2.2 หนังสือที่ผู้เขียนเป็นบรรณาธิการหรือผู้  
รวบรวม

**ตัวอย่างที่ 9** ธนุ ชาตธนานนท์, บรรณาธิการ. คู่มือ  
ประกอบการใช้ ICD-10. เชียงใหม่ :  
โรงพยาบาลสวนปรุง; 2536

**ตัวอย่างที่ 10** Dausser J, Colombani J, editors.  
Histocompatibility tesing 1972.  
Copenhagen:Munksgaard; 1973

2.3 หนังสือที่มีผู้นิพนธ์เป็นหน่วยงานและ  
เป็นผู้พิมพ์

**ตัวอย่างที่ 11** กรมสุขภาพจิต. คู่มือ ICD-10.  
นนทบุรี : กรมสุขภาพจิต; 2538.

**ตัวอย่างที่ 12** Institute of Medicine (US).  
Looking at the future of the  
Medicaid program. Washingron:  
The Institute; 1992.

2.4 เอกสารอ้างอิงเป็นบทหนึ่งในหนังสือ

**ตัวอย่างที่ 13** Strang J, Gradley B, Stockwell T.  
Assessment of drug and alcohol use.  
In : Thompson C, editor. The

instrument of psychiatric research.  
London: John Willey & son; 1989:  
211-32.

2.5 เอกสารอ้างอิงที่เป็นหนังสือประกอบการ  
ประชุม (Conference Proceeding)

**ตัวอย่างที่ 14** ทรงเกียรติ ปิยะกะ. บรรณาธิการ.  
ข้มสู้ภัย...ขาเสพติด. เอกสารประกอบ  
การประชุมวิชาการสุขภาพจิต  
นานาชาติประจำปี 2545 เรื่อง  
สุขภาพจิต กับขาเสพติด; 21 - 23  
สิงหาคม 2545; ณ โรงแรมปรินซ์  
พาเลซ. กรุงเทมมหานคร: กรม  
สุขภาพจิต; 2545.

**ตัวอย่างที่ 15** Bengtsson S, Solheim BG.  
Enforcemen of data protection,  
privacy and security in medical  
informatics. In: Lun KC, Degoulet  
P, Peimme TE, Riengoff O, editors.  
MEDINF092. Proceedings of  
the 7th world Congress on Medical  
Informatics; 1992 Sep 6-10; Geneva,  
Switzerland. Amsterdam: North  
Holland; 1992: 1561-5.

### 3. เอกสารอ้างอิงที่เป็นวิทยานิพนธ์

รูปแบบพื้นฐาน : ชื่อผู้นิพนธ์. ชื่อเรื่อง  
[วิทยานิพนธ์]. ชื่อเมือง : ชื่อมหาวิทยาลัย ; ปี.

**ตัวอย่างที่ 16** Silpakit C. A stydt of common mental  
disorders in primary care in Thailand  
[Ph.D. thesis]. London: University  
of London; 1998.

**ตัวอย่างที่ 17** พนิษฐา พานิชางิจะกุล. การพัฒนา เครื่องมือวัดคุณภาพที่เป็นสหมิติ สำหรับผู้สูงอายุในชนบท [วิทยานิพนธ์ ศึกษาศาสตร์บัณฑิต]. นครปฐม: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2537.

#### 4. เอกสารอ้างอิงที่เป็นรายงานทางวิชาการ

##### 4.1 รายงานการวิจัย

รูปแบบพื้นฐาน : ชื่อผู้วิจัย (หรือสถาบัน). ชื่อเรื่อง. ชื่อเมือง : สำนักพิมพ์. ปี. ชื่อชุด (ถ้ามี)

**ตัวอย่างที่ 18** อรวรรณ ศิลปกิจ. รายงานการวิจัย เรื่องเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคลมชัก. นนทบุรี: โรงพยาบาลศรีรัชัญญา; 2541.

**ตัวอย่างที่ 19** กรมสุขภาพจิต. การพัฒนาแบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเองสำหรับประชาชนไทย โดยคอมพิวเตอร์. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; 2542.

##### 4.2 รายงานทางวิทยาศาสตร์

รูปแบบพื้นฐาน : ชื่อผู้ผลิตรายงานหรือบรรณาธิการ. ชื่อรายงาน. ชื่อเมือง: สำนักพิมพ์; ปี. ชื่อสัญญา. ชื่อผู้สนับสนุน.

**ตัวอย่างที่ 20** Smith P, Golladay K. Payment for durable medical equipment billed during skilled nursing facility stays. Final report. Dallas (TX): Dept. of Health and Human Services (US), office of Evaluation and Inspection; 1994 Oct. ReportNo. HHSIGOE 169200860.

#### 5. การอ้างอิงจากสื่ออิเล็กทรอนิกส์

##### 5.1 วารสารในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์.

รูปแบบพื้นฐาน : ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อเรื่อง. ชื่อวารสาร ปี; ปีที่วารสาร : [จำนวน. screens หรือ จำนวนย่อหน้า]. [ประเภท ของวัสดุ]. ที่มา: แหล่งสารสนเทศ [วัน เดือนปี ที่ค้นเอกสาร]

**ตัวอย่างที่ 21** Wallker J. The coolumbia guide to online style Dec 1996. [online]. Available from: [www.cas.usp.edu/english/wallker/apa.Hml](http://www.cas.usp.edu/english/wallker/apa.Hml) [1999 Feb 11].

##### 5.2 กรณีไม่ปรากฏผู้พิมพ์

**ตัวอย่างที่ 22** Post menopausal osteoporosis: optimum time to start therapy un cler. *Drugs & Therapy* 1997; 10 (7): [18 screens]. [online]. Available from: <http://www.medscape.com/adis/DTP/1997/v10.n07/dtp1007.03/dtp 1007. 03html> [1999 Feb 23].

##### 5.3 ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์

รูปแบบพื้นฐาน : Sender (Sender E-mail address). Subject of message. E-mail to recipient (Recipients E-mail address). [date of messages]

##### 5.4 บัญชีอภิปราย (Discussing list messages)

รูปแบบพื้นฐาน : Auther. Subject of message. Date. Online posting. Discussion list. Available from: E-mail: DISCUSSION LIST e-mail address [1996 Apr 29].

**ตัวอย่างที่ 23** Jenson LR. Recommendation of student radio / tv in English. 1995 Dec 12. LASTAR [online]. Available

from: LISTERV2FTP.NRG.DTU.  
DK [1996 Apr 29].

5.5 วารสารจากซีดีรอม (CD-ROM).

รูปแบบพื้นฐาน : ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อเรื่อง. ชื่อย่อ  
วารสาร [serial on CD-Rom]. ปี:ปีที่วารสาร: หน้า

ตัวอย่างที่ 24 Gershon ES. Antisocial behavior.  
Arch Gen Psychiatry [serial on  
CD - ROM]. 1995;52-900-1.

## 6. เอกสารอ้างอิงในรูปแบบอื่น

6.1 บทความหนังสือพิมพ์

รูปแบบพื้นฐาน : ชื่อผู้เขียน. ชื่อบทความ. ชื่อ  
หนังสือพิมพ์. วันเดือนปี : section (ถ้ามี) : เลขหน้า  
(คอลัมน์).

ตัวอย่างที่ 25 Lee G. Hospitalizations tied to  
ozone pollution; study estimates  
50,000 admissions annually. The  
Washington Post 1996 jun 21; Sect.  
A: 3(col.5)

ตัวอย่างนี้หมายถึงหนังสือพิมพ์ฉบับ วันที่ 21  
มิถุนายน ในส่วน A (ซึ่งเป็นส่วนหน้าสุดโดยอ้างอิง  
ส่วนที่พิมพ์ในหน้า 3 คอลัมน์ 5)

6.2 เอกสารอ้างอิงเป็นพจนานุกรมต่างๆ

ตัวอย่างที่ 26 Stedman's medical dictionary.  
26th ed. Baltimore: William &  
Wilkins 1995; Apraxia: p. 119-20.

6.3 เอกสารอ้างอิงสื่อโสตทัศน

รูปแบบพื้นฐาน : ผู้จัดทำ, หน้าที่รับผิดชอบ.  
ชื่อเรื่อง [ชนิดสื่อ]. ชื่อเมือง : แหล่งผลิตหรือผู้เผยแพร่ : ปีที่ผลิต

ตัวอย่างที่ 27 พงษ์ สารสิน, ผู้พูด. ความอยู่รอด  
ของเศรษฐกิจไทย [บทวิทยุ]  
กรุงเทพมหานคร: สถานีวิทยุ  
กระจายเสียงแห่งประเทศไทย;  
13 เมษายน 2520.

6.4 เอกสารอ้างอิงที่ยังไม่ได้ตีพิมพ์

รูปแบบพื้นฐาน : ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อเรื่อง. ชื่อย่อ  
วารสาร In press ปีที่พิมพ์.

6.5 เอกสารอ้างอิงที่เป็นสื่อรวมทางการศึกษา  
(Citing Multimedia Material)

รูปแบบพื้นฐาน : ชื่อเรื่อง. [วิธีทัศน]. ชื่อ  
เมือง: แหล่งผลิต; ปีที่ผลิต

ตัวอย่างที่ 28 Get the facts (and get them organised)  
[videocassette]. Williamstown,  
Voc.: Applesed Productions; 1990.

## จริยธรรมในการเผยแพร่ผลงานวิจัยในวารสาร

1. เนื้อหาทั้งหมดของบทความที่ลงตีพิมพ์  
ในวารสารเจ้าของผลงานมีการคิด ค้นคว้า ทบทวน  
วิเคราะห์ สรุป เรียบเรียงและอ้างอิงข้อมูลโดยผู้เขียนเอง  
กองบรรณาธิการไม่มีส่วนร่วมรับผิดชอบ

2. บทความที่ตีพิมพ์ในวารสารนี้ต้องไม่เคย  
ได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ที่ไหนมาก่อน และไม่อยู่ระหว่าง  
การเสนอเพื่อพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่น

3. ผลงานวิชาการที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์หรือ  
สัตว์ทดลองต้องได้รับการรับรองการผ่านจริยธรรม  
การวิจัยในมนุษย์และสัตว์ทดลอง และต้องส่งหลักฐาน  
ให้กับวารสารด้วย

## บรรณาธิการแถลง

วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยาจัดทำขึ้นเพื่อเผยแพร่ผลงานวิชาการด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ปัจจุบันเป็นปีที่ 14 ฉบับที่ 1 ซึ่งเป็นฉบับแรกของปี 2563 ผลงานวิชาการในเล่มนี้ประกอบด้วยนิพนธ์ต้นฉบับจำนวน 5 เรื่อง ซึ่งเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเภท รวมทั้งผู้ป่วยที่มีความคิดฆ่าตัวตาย

กองบรรณาธิการขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เขียนบทความทุกท่านที่มีส่วนสนับสนุนให้วารสารเสร็จสมบูรณ์อย่างมีคุณภาพ และขอเชิญชวนบุคลากรสถาบันฯ นักวิชาการ และนิสิตนักศึกษา รวมทั้งผู้สนใจส่งบทความเพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ โดยปัจจุบันวารสารได้มีการตีพิมพ์ทั้งในรูปแบบเล่มและ e-journal เพื่อประโยชน์ในการสืบค้นและเข้าถึงข้อมูลได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ โดยผู้สนใจสามารถดาวน์โหลดบทความหรือส่งบทความเพื่อตีพิมพ์ได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายใด ๆ ใดที่ <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/journalsomdetchaopraya/index> หวังเป็นอย่างยิ่งว่าบทความในวารสารฉบับนี้จะให้ความรู้และเป็นประโยชน์ต่อผู้อ่านทุกท่านในการพัฒนางานด้านสุขภาพจิตและการดูแลผู้ป่วยจิตเวชต่อไป

ดร.ภญ.อรภรณ์ สวนซัง  
บรรณาธิการ

## ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจต่อการเห็นคุณค่าในตนเอง และความคิดฆ่าตัวตายในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย

ธัญชนก จิงา\*, ศรีแพร เข้มวิชัย\*\*

\*พยาบาลวิชาชีพ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา

\*\*อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่

วันรับบทความ : 13 กันยายน 2562

วันแก้ไขบทความ : 28 กุมภาพันธ์ 2563

วันตอบรับบทความ : 6 มีนาคม 2563

### บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อเปรียบเทียบการเห็นคุณค่าในตนเองและความคิดฆ่าตัวตายในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจกับผู้ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

**วัสดุและวิธีการ :** เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายรับไว้เป็นผู้ป่วยในของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา ที่มีค่าคะแนน Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) ไม่เกิน 36 คะแนน จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน โดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย โดยกลุ่มทดลองได้รับ โปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ จากแนวความคิดของ Grothberg ส่วนกลุ่มควบคุมเข้าร่วมกิจกรรมตามการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบประเมินความคิดฆ่าตัวตายของเบค แพลโดยปริยศ กิตติธีระศักดิ์ แบบประเมินการเห็นคุณค่าในตนเองของโรเซนเบิร์ก และแบบประเมินพลังสุขภาพของกรมสุขภาพจิต การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติที และค่าสหสัมพันธ์

**ผล :** ค่าเฉลี่ยของคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง ( $26.7 \pm 1.9$ ) มากกว่ากลุ่มควบคุม ( $24.5 \pm 1.5$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.001$ ) และพบว่าคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์กับคะแนนความคิดฆ่าตัวตายและคะแนนพลังสุขภาพจิต

**สรุป :** โปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจส่งผลให้การเห็นคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้นและลดความคิดฆ่าตัวตายในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย

**คำสำคัญ :** การเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ, การเห็นคุณค่าในตนเอง, ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย

# THE EFFECT OF THE RESILIENCE ENHANCEMENT PROGRAM ON SELF ESTEEM AND SUICIDAL IDEATION IN SUICIDAL ATTEMPTER

Thunchanok Jinga\*, Sripare Khemwichai\*\*

\*Registered nurse, Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry

\*\*Lecture, Boromarajonani College of Nursing, Phrae

Received : September 13, 2019

Revised : February 28, 2020

Accepted : March 6, 2020

## Abstract

**Objective:** To compare the self-esteem and suicidal ideation in suicidal attempters who received the resilience enhancement program and those who received regular caring.

**Material and Methods:** The samples were 40 patients who scored less than 36 on using Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS), admitted in Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry. Based on simple random sampling, 40 samples were assigned to the experimental and control group; 20 subjects in each group. The experimental group received the resilience enhancement program using Grothberg's framework to strengthen the mind. The control group received routine care only. Research instruments in this study included Beck scale for suicidal ideation translated by Pariyas Kittithirasak, the Rosenberg self-esteem scale and RQ questionnaire of Mental Health Department. Data were analyzed by using percentage, mean, standard deviation t-test and correlation.

**Results:** Mean score of self-esteem in experimental group ( $26.7 \pm 1.9$ ) was higher than control group ( $24.5 \pm 1.5$ ) significantly ( $p$ -value  $< 0.001$ ). Moreover, self-esteem scores correlated with suicidal ideation and mental health scores.

**Conclusion:** The results showed that the resilience enhancement program can increased self-esteem and reduced suicidal ideation in suicidal attempter.

**Keywords:** resilience enhancement, self-esteem, suicidal attempter

## บทนำ

เนื่องจากสถานการณ์ปัจจุบันที่ประเทศกำลังมีการพัฒนาในด้านต่าง ๆ อย่างรวดเร็ว ก่อให้เกิดความเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านความเป็นอยู่ สังคม วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม รวมทั้งก่อให้เกิดความเสื่อมถอยในด้านต่าง ๆ ทำให้ผู้คนเกิดแรงกดดันและภาวะเครียดมากมาย เมื่อมีความเครียดสะสมขึ้นเรื่อย ๆ ส่งผลให้ผู้คนมีอาการซึมเศร้าตามมา เมื่อผู้คนเหล่านั้นเผชิญปัญหาและหาทางออกไม่ได้ นานเข้าก็กลับมาหาทางออกด้วยการทำร้ายตนเองแทนการแก้ปัญหาและเผชิญปัญหา การทำร้ายตนเองก่อให้เกิดความสูญเสียแก่สังคมและประเทศชาติเป็นอย่างมาก และเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ เป็นสาเหตุการตายที่สำคัญ 10 อันดับแรก สำหรับทุกกลุ่มอายุในแทบทุกประเทศ และมีแนวโน้มสูงขึ้น องค์การอนามัยโลกรายงานว่าในแต่ละปีมีคนฆ่าตัวตายสำเร็จ 400,000 คน หรือประมาณวันละ 1,096 คน องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่าในปี 2563 ภาวะซึมเศร้าจะนำไปสู่การทำตัวตายสำเร็จเกือบ 1 ล้านคน<sup>1</sup> ซึ่งผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีอัตราการฆ่าตัวตายสูงกว่าประชากรทั่วไป 6.2 เท่า ผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายจะมีความเสี่ยงสูงกว่าคนทั่วไป 100 เท่า 1 ใน 3 ของผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตายจะมีการพยายามฆ่าตัวตายตามมา ร้อยละ 10 - 40 ของผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จเคยมีประวัติเคยพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน ร้อยละ 50 ของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายจะเคยทำมากกว่า 1 ครั้ง<sup>2</sup> อัตราการฆ่าตัวตายในประเทศไทยในปี 2559 - 2561 ต่อประชากรแสนคน พบว่าเท่ากับ 6.4, 6.0 และ 6.3 ตามลำดับ<sup>3</sup> ซึ่งอัตราการพยายาม

ฆ่าตัวตายของคนไทยเท่ากับ 30.4 รายต่อประชากรแสนคน ส่วนอัตราการทำร้ายตนเองซ้ำเท่ากับ 6.4 ต่อประชากรแสนคน<sup>3</sup> และเนื่องจากผู้พยายามฆ่าตัวตายเป็นร้อยละ 97.5 จะถูกนำส่งโรงพยาบาลเพื่อรับบริการบำบัดรักษา<sup>4</sup> และคิดเป็นต้นทุนต่อระบบบริการประมาณ 41 - 107 ล้านบาทต่อปี ทั้งนี้ ไม่ได้นับต้นทุนที่แต่ละครอบครัวต้องแบกรับ เมื่อสมาชิกในครอบครัวมีการทำร้ายตนเองขึ้น<sup>5</sup> จากการศึกษา ณ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา พบว่าผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยในมีความชุกของภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 35.0 มีประวัติฆ่าตัวตายเป็นร้อยละ 30.0<sup>6</sup> สถิติพบว่า ผู้ชายฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่าผู้หญิงถึง 4 เท่า แต่ผู้หญิงมีแนวโน้มที่จะมีความคิดฆ่าตัวตายได้มากกว่า ในปี 2559 มีผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ 4,131 คน หรือเท่ากับ 6.35 คนต่อประชากรแสนคน สถานภาพโสดมากกว่าคู่ ช่วงอายุที่มีการฆ่าตัวตายมากที่สุด ได้แก่ ช่วงอายุ 35 - 39 ปี คิดเป็นร้อยละ 11.8<sup>2</sup>

ผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตายเป็นผู้ที่ได้รับผลกระทบจากปัจจัยต่างๆ ก่อให้เกิดความเครียดและความกดดันรุนแรงจนไม่สามารถหาทางออกให้กับปัญหา และกลายเป็นการพยายามฆ่าตัวตายในที่สุด หากกระทำไม่สำเร็จแต่ความคิดนี้ยังคงอยู่ก็อาจก่อให้เกิดปัญหาการพยายามฆ่าตัวตายเป็นประจำ<sup>7</sup> จนในที่สุดอาจเกิดการสูญเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายได้ ความคิดเช่นนี้มักเกิดขึ้นในช่วงที่ชีวิตประสบกับปัญหายุ่งยาก เกิดความเครียด เช่น คนตกงาน ผู้ป่วยโรคร้ายแรงผู้กำลังประสบกับปัญหาชีวิต และผู้ป่วยจิตเวช ผู้ที่คิดและพยายามฆ่าตัวตายเป็นมักจะมองการฆ่าตัวตายเป็นทางออกเพียงทางเดียวที่เขามีอยู่ในขณะนั้น ดีกว่าการทนอยู่กับปัญหาหรือความเจ็บปวดทางจิตใจที่

เขาเผชิญอยู่ ผู้ที่ตกอยู่ในภาวะจิตใจเช่นนี้ ส่วนใหญ่จะมีความรู้สึกสองจิตสองใจ ใจหนึ่งอยากตายเพื่อจบปัญหาลง อีกใจไม่ยอมตาย หรือยังมีความกลัวตายอยู่ลึก ๆ จิตใจจึงวุ่นวาย สับสน เมื่อมีเหตุการณ์มากระทบอีกเพียงเล็กน้อย ก็อาจจะทำให้ตัดสินใจทำร้ายตนเอง<sup>8</sup> ความลังเล ภายในใจนี้เสมือนเป็นกฏเกณฑ์สำคัญในการให้ความช่วยเหลือที่จะช่วยให้ผู้คิดฆ่าตัวตาย ตระหนักในความต้องการมีชีวิตอยู่ของตนเอง เนื่องจากความคิดฆ่าตัวตายเป็นจุดเริ่มต้นของ พฤติกรรมฆ่าตัวตาย ซึ่งสามารถเปลี่ยนแปลง ทำให้เกิดหรือไม่เกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตายได้ ถ้าป้องกันไม่ให้มีความคิดฆ่าตัวตายเกิดขึ้น ก็จะ เป็นการป้องกันการฆ่าตัวตายที่ดีได้<sup>9</sup>

ความผิดปกติทางอารมณ์มักมีอาการเศร้า ซึมเฉย เหม่อลอย หลงลืมง่าย ความคิดเชิงซ้ำ ลังเลใจ ไม่มั่นใจในตัวเอง มองโลกในแง่ร้าย คำหั้นตัวเอง รู้สึกผิด คิดว่าตัวเองไร้ค่า ความรู้สึก มีคุณค่าในตนเองต่ำ รู้สึกว่าตนเองมีความทุกข์มาก ไม่มีใครช่วยได้และอยากตาย<sup>10</sup> โดยความรู้สึก มีคุณค่าในตนเองจะสามารถทำนายอาการซึมเศร้า ในอนาคตได้<sup>11</sup> ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็น ความรู้สึกที่เกิดขึ้นภายในตนเอง<sup>12</sup> ความรู้สึกมี คุณค่าในตนเองสามารถพัฒนาขึ้นได้ ด้วยการ สร้างความรู้สึกที่ดีต่อตนเองทำให้เกิดความ ภาควิชาจิตเวช และความสามารถในการจัดการตนเอง และปัญหาในชีวิตได้ มีความเชื่อมั่นและทักษะ ในการจัดการอารมณ์ สามารถสร้างความสุขให้กับ ชีวิตของตนเอง มีสายสัมพันธ์ที่เกื้อหนุน มีความ สามารถในการสื่อสารสร้างความสัมพันธ์ที่ดี และมีจุดมุ่งหมายในชีวิต สามารถปรับเปลี่ยน ตัวเองปรับกระบวนการความคิดของตน มีทักษะใน การเผชิญปัญหาและความเข้มแข็งทางใจ<sup>13</sup>

ความเข้มแข็งทางใจ (resilience enhancement) หมายถึง ความสามารถในการเผชิญ ปัญหาและผ่านพ้นอุปสรรคไปได้ จนทำให้บุคคล มีความเข้มแข็ง<sup>14</sup> ดังนั้นการช่วยเหลือผู้มีความคิด ฆ่าตัวตายด้วยความเข้มแข็งทางใจ คือการพยายาม โน้มน้าวให้มองอุปสรรคในแง่ที่สร้างสรรค์ เป็นโอกาสที่จะพัฒนาหรือเปลี่ยนแปลงความ ทุกข์เป็นเรื่อง que ทุกคนต้องมี<sup>14</sup> โดยใช้การพูดคุย แบบเปิดโอกาสให้ผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตายได้ คิดตาม และไม่รู้สึกรู้ถูกขัดเหยียด สนับสนุนให้ เขาเกิดความมั่นใจที่จะระบายความทุกข์ให้ฟัง แล้วจึงให้การปรึกษาแบบเสริมสร้างความเข้มแข็ง ทางใจต่อไป<sup>15</sup> ตามแนวคิดของ Grotberg ได้ กล่าวถึงองค์ประกอบการสร้างความเข้มแข็ง ทางใจ 3 ประการได้แก่ 1) I am เป็นการพัฒนา ความเข้มแข็งภายในใจ คือ ความมั่นใจ ความ รับผิดชอบ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง 2) I have การมีสัมพันธ์ภาพที่ดีกับบุคคล ระบุว่ามีคนคอย ช่วยเหลือ และ 3) I can ช่วยให้สามารถแก้ปัญหา ได้โดยใช้หลักในการแก้ปัญหา<sup>16</sup> กรณีการ ฝึกโยคะ ได้ศึกษาโปรแกรมการเสริมสร้างความ เข้มแข็งทางใจในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายตาม แนวคิดนี้ พบว่าโปรแกรมสามารถช่วยปรับวิธี คิดและวิธีเผชิญปัญหาอย่างสรรค์ให้มีความ เชื่อมมั่นในตนเองและเกิดความภาคภูมิใจใน ตนเอง<sup>17</sup> การให้บริการที่ครอบคลุมทั้งการให้ คำปรึกษารายบุคคลและการปรึกษาแบบ ครอบครัวยังจะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจปัญหา รวมถึงมีมาตรการป้องกันการฆ่าตัวตายซึ่งเป็น สิ่งสำคัญอีกสิ่งหนึ่งคือ การช่วยคนที่พยายาม ฆ่าตัวตายครั้งแรกไม่ให้กระทำซ้ำอีก ในขณะที่ แพทย์รักษาตัวในโรงพยาบาล รวมทั้งการให้การดูแล อย่างต่อเนื่องหลังจากที่เป็นผู้ป่วยนอกหรือ

ผู้ป่วยในแผนกสุขภาพจิต<sup>9</sup>

ผู้วิจัยได้สังเกตเห็นถึงความสำคัญของการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายซ้ำในผู้ป่วยจิตเวชที่พยายามฆ่าตัวตายไม่ให้มีจำนวนเพิ่มขึ้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจมาใช้ในผู้ป่วยดังกล่าว เพื่อเป็นการเพิ่มคุณค่าในตนเองและลดความคิดฆ่าตัวตายของผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตาย

### วัตถุประสงค์และวิธีการ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) แบบสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน โดยกลุ่มควบคุมให้เข้าร่วมกิจกรรมการพยาบาลตามปกติแบบผู้ป่วยในของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา และกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ

#### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

**ส่วนที่ 1** เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ การเจ็บป่วยปัจจุบันด้วยโรคทางกาย อาการหูแว่ว ประวัติการทำร้ายตนเองหรือพยายามฆ่าตัวตายของผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัว วิธีที่ใช้ในการพยายามฆ่าตัวตาย

2) แบบประเมินความคิดฆ่าตัวตายของเบค<sup>18</sup> ซึ่งแปลโดย ปรีช กิตติธีระศักดิ์ จำนวน 19 ข้อ

3) แบบประเมินการเห็นคุณค่าในตนเองของ Rosenberg พัฒนาโดยฐาปณีย์ ตั้งจิตภักดีสกุล ปรับปรุงโดยเทียนทอง หาระบุตร<sup>19</sup> จำนวน 10 ข้อ

**ส่วนที่ 2** เครื่องมือกำกับการทดลอง คือแบบประเมินพลังสุขภาพจิต (RQ) ของกรมสุขภาพจิต จำนวน 20 ข้อ

**ส่วนที่ 3** เครื่องมือดำเนินการวิจัย คือโปรแกรมโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจของกรอทเบอร์ก อ้างอิงจากแนวทางการจัดกิจกรรมการสร้างเสริมความเข้มแข็งทางใจของกรณิการ์ ฟองโต<sup>17</sup> ซึ่งใช้แนวคิดของประเวศ ดันติพิวัฒน์สกุล ประกอบด้วย 5 กิจกรรม คือ ครั้งที่ 1 กิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพและให้ความรู้เกี่ยวกับความเข้มแข็งทางใจ ครั้งที่ 2 กิจกรรมการสร้างความรู้สึกรักตัวเอง ครั้งที่ 3 กิจกรรมการจัดการชีวิตได้ ครั้งที่ 4 กิจกรรมการสร้างสายสัมพันธ์ที่เกื้อหนุน และครั้งที่ 5 กิจกรรมการมีจุดมุ่งหมายในชีวิต เป็นการดำเนินกิจกรรมแบบรายบุคคล สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 45 - 60 นาที ติดต่อกัน 3 สัปดาห์ และเมื่อเสร็จสิ้นกิจกรรมทั้งหมดผู้วิจัยจะกำกับการทดลองด้วยการประเมินความคิดฆ่าตัวตาย และประเมินพลังสุขภาพ ภายหลังจากจบโปรแกรม 1 สัปดาห์ และ 3 เดือน โปรแกรมดังกล่าวผู้วิจัยได้ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบโปรแกรมและเครื่องมือ พบว่ามีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถามรายข้อ และทั้งฉบับแบบสอบถามแต่ละองค์ประกอบโดยดัชนี (Item objective congruence: IOC) เท่ากับ 1 ซึ่งข้อคำถามที่ทุกข้อมีค่าเท่ากัน

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา

อธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษา โดยใช้การแจกแจงความถี่ คะแนนเฉลี่ย ค่าร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบคะแนนความคิดฆ่าตัวตาย การเห็นคุณค่าในตนเองของกลุ่มทดลองในระยะก่อนและหลังทดลอง โดยใช้สถิติ t- test คำนวณหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และหาความสัมพันธ์ของตัวแปร โดยใช้สถิติ correlation กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

**ผล**

จากข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม เป็นเพศชายและเพศหญิง มีจำนวนเท่ากัน (ร้อยละ 50.0) โดยมีอายุเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 32 - 38 ปี นับถือศาสนาพุทธเป็นส่วนใหญ่ (กลุ่มทดลองร้อยละ 90.0 กลุ่มควบคุมร้อยละ 85.0) จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเฉลี่ย 1 - 2 ครั้ง ไม่มีการเจ็บป่วยปัจจุบันด้วยโรคทางกาย (กลุ่มทดลองร้อยละ 70.0 กลุ่มควบคุมร้อยละ 75.0) ไม่มีอาการหูแว่วได้ยินเสียงสั่งให้ทำร้ายตนเอง (กลุ่มทดลองร้อยละ

70.0 กลุ่มควบคุมร้อยละ 75.0) ในอดีตเคยพยายามฆ่าตัวตาย (กลุ่มทดลองร้อยละ 65.0 กลุ่มควบคุมร้อยละ 60.0) มีวิธีการที่ใช้พยายามฆ่าตัวตาย (กลุ่มทดลองร้อยละ 60.0 กลุ่มควบคุมร้อยละ 70.0) สถานภาพสมรสส่วนใหญ่กลุ่มทดลองมีสถานภาพโสด (ร้อยละ 65.0) กลุ่มควบคุมมีสถานภาพมีคู่ (ร้อยละ 70.0)

จากตารางที่ 1 พบว่าคะแนนเฉลี่ยของความคิดฆ่าตัวตายก่อนการทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คะแนนเฉลี่ยของความคิดฆ่าตัวตายหลังการทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 หลังจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจมีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายอยู่ในระดับที่ต่ำ เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลปกติที่มีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายอยู่ในระดับปานกลาง

จากตารางที่ 2 พบว่าผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพลังสุขภาพจิต ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าคะแนนเฉลี่ยของพลังสุขภาพจิต

**ตารางที่ 1** การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความคิดฆ่าตัวตาย ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การทดลอง	ค่าเฉลี่ย	SD	ระดับ	df	Mean Difference	t	p-value
ก่อนการทดลอง							
กลุ่มทดลอง	20.4	5.7	สูง	39	17.9	14.8	< 0.001*
กลุ่มควบคุม	19.5	9.3	สูง				
หลังการทดลอง							
กลุ่มทดลอง	4.4	2.3	ต่ำ	39	4.8	8.0	< 0.001*
กลุ่มควบคุม	9.2	3.4	ปานกลาง				

\*p-value < 0.05, independent sample t-test

**ตารางที่ 3** ค่าเฉลี่ยของคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองหลังกลับมาพบแพทย์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คะแนนการเห็นคุณค่าในตนเอง	ค่าเฉลี่ย	SD	ระดับ	df	Mean Difference	t	p-value
หลังการทดลอง							
กลุ่มทดลอง	26.7	1.9	มาก	38	2.2	4.02	< 0.001*
กลุ่มควบคุม	24.5	1.5	มาก				

\*p-value < 0.05, independent sample t-test

**ตารางที่ 4** ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความคิดฆ่าตัวตาย พลังสุขภาพจิต กับการเห็นคุณค่าในตนเองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังกลับมาพบแพทย์โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์

ปัจจัยที่ศึกษา	คะแนนการเห็นคุณค่าในตนเอง	
	R	p-value
กลุ่มทดลอง		
คะแนนความคิดฆ่าตัวตาย	- 0.419	< 0.001**
คะแนนพลังสุขภาพจิต	0.304	0.002**
กลุ่มควบคุม		
คะแนนความคิดฆ่าตัวตาย	0.265	0.259
คะแนนพลังสุขภาพจิต	- 0.262	0.279

\*Correlation is significant at 0.05 (2- tailed), \*\*Correlation is significant at 0.01 (2- tailed)

ก่อนการทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คะแนนเฉลี่ยของพลังสุขภาพจิตหลังการทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 3 พบว่าผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองหลังกลับมาพบแพทย์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า คะแนนเฉลี่ยของการเห็นคุณค่าในตนเองหลังการทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 4 พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบ

กับคะแนนความคิดฆ่าตัวตาย และคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบคะแนนพลังสุขภาพจิต ในกลุ่มควบคุมคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองไม่มีความสัมพันธ์กับคะแนนความคิดฆ่าตัวตาย และคะแนนพลังสุขภาพจิต

### อภิปราย

จากการวิจัยคะแนนการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความคิดฆ่าตัวตาย และพลังสุขภาพจิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง มีความแตกต่างกันอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ  
กรรณิการ์ ผ่องโต<sup>17</sup> ที่พบว่าความคิดฆ่าตัวตาย  
ในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายหลังได้รับโปรแกรม  
การเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจต่ำกว่าก่อน  
ทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และความคิด  
ฆ่าตัวตายในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายหลังได้รับ  
โปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ  
ต่ำกว่าผู้ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมี  
นัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า  
โปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ  
ต่อความคิดฆ่าตัวตายในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายนั้น  
สามารถเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจเพื่อลด  
ความคิดในการพยายามฆ่าตัวตายได้อย่างมี  
ประสิทธิภาพ และยังพบว่าคนที่ผู้ป่วยเข้าใจ  
ภาวะเจ็บป่วยของตนเอง เห็นคุณค่าในตนเองนั้น  
จะนำไปสู่การที่สามารถปรับเปลี่ยนมุมมองต่อ  
การเผชิญปัญหา และสามารถให้กำลังใจตนเองได้  
โดยการสร้างสัมพันธภาพที่ดีนั้นเป็นปัจจัย  
สำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจและเข้าใจตนเอง  
มากขึ้น ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับงานวิจัย  
ของอุมพร ตรังคสมบัติ<sup>20</sup> ที่พบว่าผู้ที่มีพฤติกรรม  
ในการฆ่าตัวตายนั้นมีความรู้สึกดีเมื่อช่วยเหลือ  
บุคคลใกล้ชิด ทำงานได้สำเร็จ และได้ชื่นชม  
บุคคลที่ดี เนื่องจากสิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยเข้าใจ  
รู้จักตนเองมากขึ้น รับรู้ถึงความสามารถและเห็นถึง  
ความสำคัญของตนเอง ช่วยให้เข้าใจตนเองมากขึ้น  
เกิดเป็นความภาคภูมิใจ และยังคงสอดคล้องกับ  
งานวิจัยก่อนหน้าที่พบว่าการมีจุดมุ่งหมายในชีวิตนั้น  
จะช่วยให้สามารถดำเนินชีวิตอย่างเห็นคุณค่า  
ในตนเอง ก้าวไปสู่จุดหมายได้อย่างมั่นคง และ  
การสร้างสายสัมพันธ์ที่ดีนั้นทำให้สามารถ  
สร้างความเข้าใจใจกันมากยิ่งขึ้น  
นำไปสู่ความรักและความห่วงใย ส่งผลให้ผู้ที่

จะพยายามฆ่าตัวตายมีความคิดฆ่าตัวตายลดลง  
กลุ่มทดลองมีคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเอง  
มีความสัมพันธ์ทางลบกับคะแนนความคิด  
ฆ่าตัวตาย และคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเอง  
มีความสัมพันธ์ทางลบกับคะแนนพลังสุขภาพจิต  
ในกลุ่มควบคุมคะแนนการเห็นคุณค่าใน  
ตนเองไม่มีความสัมพันธ์กับคะแนนความคิด  
ฆ่าตัวตาย และคะแนนพลังสุขภาพจิต

## สรุป

โปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็ง  
ทางใจส่งผลให้การเห็นคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น  
และลดความคิดฆ่าตัวตายในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณมูลนิธิโรงพยาบาล  
สมเด็จพระยา ในพระราชูปถัมภ์ฯ ที่ให้ทุน  
สนับสนุนโครงการวิจัย

## เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Mental health 2004. [online]. Available from: [http://www.who.int/mental\\_health/management/depression/definition/en/print.htm](http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/print.htm) 1 [2011 Jul 25].
2. กรมสุขภาพจิต. รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2561. [online]. เข้าถึงได้จาก <https://www.dmh.go.th/report/suicide> [5 มกราคม 2562].
3. กรมสุขภาพจิต. รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2560. [online]. เข้าถึงได้จาก <https://www.dmh.go.th/report/suicide> [5 มกราคม 2562].
4. กรมสุขภาพจิต. รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2553. กรุงเทพฯ: บางกอกบลู๊ต; 2553.

5. โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. คู่มือระบบเฝ้าระวังดูแลช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้าและผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ปีงบประมาณ 2554. ขอนแก่น: โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์; 2553.
6. ปรีชนันท์ สละสวัสดิ์. ความชุกและปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยในโรคจิตเภท. วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระ 2556; 7(1): 37-48.
7. Mynatt S. Repeated suicide attempts. J Psychosoc Nurs Ment Health Serv. 2000; 38(12): 24-33.
8. ประเวศ ดันติพิพัฒนสกุล, สุรสิงห์ วิศรุตรัตน์. การฆ่าตัวตาย. การสอบสวนหาสาเหตุและการป้องกัน. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์พลัสเพรส; 2541.
9. กรมสุขภาพจิต. แผนยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิตในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 (พ.ศ.2560 - 2564). นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; 2560.
10. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2554.
11. De Raedt R, Schacht R, Franck E, De Houwer J. Self-esteem and depression revisited: implicit positive self-esteem in depressed patients?. Behav Res Ther 2006; 44(7): 1017-28.
12. Rosenberg M. Society and the adolescent self-image. Princeton, NJ: Prince University; 1965.
13. พัชรีย์ คำธิดา, อัมพรพรรณ ถากาศ, ชนากานต์ แสงสิงห์ชัย. รูปแบบการดูแลและช่วยเหลือผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายซ้ำโดยกระบวนการสร้างความเข้มแข็งทางใจ. การประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 6 เรื่อง สุขภาพจิตชีวิตชาวเมือง; โรงแรมปรีณซ์พาเลซ. กรุงเทพฯ; กรมสุขภาพจิต; 2550.
14. Grotberg E. A guide to promoting resilience in children: Strengthening the human spirit. [online]. Available from: <http://resilience.uiuc.edu/library/grotb95.html> [2014 Feb 2].
15. กรมสุขภาพจิต. เปลี่ยนร้ายกลายเป็นดี RQ พลังสุขภาพจิต. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สำนักสุขภาพจิตสังคม กรมสุขภาพจิต; 2552.
16. Grotberg E. Countering depression with the five building blocks of resilience. Reaching Today's Youth 1999; 4(1, Fall): 66-72.
17. กรรณิกา ผ่องโต. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจต่อความคิดฆ่าตัวตายในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2555.
18. Beck AT, Steer RA, Ranieri WF. Scale for suicide ideation: psychometric properties of a self-report version. J Clin Psychol 1988; 44(4): 499-505.
19. รุปนีย์ ตั้งจิตภักดี. ปัจจัยสัมพันธ์กับการเห็นคุณค่าในตนเองและความรู้สึกสิ้นหวังในเด็กและเยาวชนที่กระทำผิดในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนกลาง [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2545.
20. อุมาพร ตรังคสมบัติ. พฤติกรรมฆ่าตัวตายในเด็ก. จุฬาลงกรณ์วารสาร 2536; 37: 87-96

## ผลการจัดการรายกรณีต่อความสามารถโดยรวมของผู้ป่วยจิตเภท ที่มีความเสี่ยงก่อความรุนแรง

นุชนิ เอี่ยมสอาด\*, ปพิชญา ทวีเศษ\*, พรเลิศ ชุ่มชัย\*

\*พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพระพุทธบาท

วันรับบทความ : 11 พฤศจิกายน 2562  
วันแก้ไขบทความ : 18 กุมภาพันธ์ 2563  
วันตอบรับบทความ : 3 มีนาคม 2563

### บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อศึกษาผลของการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง

**วัสดุและวิธีการ :** การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ชนิดกลุ่มเดียววัดผลก่อนหลัง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงก่อความรุนแรงของโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดสระบุรี ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ.2560 - เดือนกันยายน พ.ศ.2561 ที่สมัครใจให้ความร่วมมือ และทำการสุ่มเข้ากลุ่มอย่างง่าย จำนวน 32 คน เครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย แบบติดตามผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงก่อความรุนแรงในชุมชน 9 ด้านแบบประเมินความสามารถโดยรวม การจัดการรายกรณีสำหรับพยาบาล และแผนการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงก่อความรุนแรงในชุมชนของสหวิชาชีพ

**ผล :** ค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถโดยรวมก่อนและหลังการจัดการรายกรณี พบว่าหลังได้รับการจัดการรายกรณี ( $77.9 \pm 1.96$ ) สูงกว่าก่อนได้รับการจัดการรายกรณี ( $63.8 \pm 3.11$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value  $< 0.05$ )

**สรุป :** จากผลการวิจัยดังกล่าว การจัดการรายกรณีทำให้ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง มีระดับความสามารถโดยรวมดีขึ้น ลดอาการกำเริบและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

**คำสำคัญ :** การจัดการรายกรณี, ความสามารถโดยรวมของผู้ป่วยจิตเภท, ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงก่อความรุนแรง

## THE EFFECT OF CASE MANAGEMENT TO OVERALL ABILITIES AMONG SCHIZOPHRENIA PATIENTS WITH THE RISK FOR VIOLENCE

Nusani Aiamsaart\*, Papichya Thaweesees\*, Pornlert Chumchai\*

\*Registered Nurse, Phraphutthabath hospital

Received : November 11, 2019

Revised : February 18, 2020

Accepted : March 3, 2020

### Abstract

**Objective:** To study the effect of case management to overall abilities among schizophrenia patients with the risk for violence and to compare score of total ability care of serious mental illness with risk to violence (SMI-V) in community.

**Material and Methods:** This research was a quasi experimental study, one-group with pretest-posttest study. Sample was 32 patients with serious mental illness and high risk to violence at psychiatric outpatient service at a hospital in Saraburi province during October 2017 - September 2018. The instruments were the case management and continuation of SMI-V questionnaire and ability care of serious mental illness with risk to violence questionnaire. The data were analyzed by dependent t-test.

**Results:** The mean score of total ability care of SMI-V after implementation ( $77.9 \pm 1.96$ ) was higher than before implementation ( $63.8 \pm 3.11$ ) significantly ( $p$ -value  $< 0.05$ ).

**Conclusion:** The case management should be applied to patients with serious mental illness and risk to violence in community in order to improve their ability care and good quality of life.

**Keywords:** case management, overall abilities among schizophrenia patients, serious mental illness with risk to violence

## บทนำ

ปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวชเป็นปัญหาที่มีความสำคัญของประเทศปัจจุบันมีผู้ป่วยด้วยโรคจิตเวชเพิ่มมากขึ้น โดยพบว่าประชากร 1 ใน 5 ของประเทศมีปัญหาสุขภาพจิต ปัญหาสุขภาพจิตมิใช่ส่งผลกระทบต่อเฉพาะผู้ป่วยเท่านั้นแต่ยังรวมถึงญาติ ผู้ดูแล คนในสังคม และเศรษฐกิจ จากรายงานสถิติของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข พบว่า ประเทศไทยมีผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการเริ่มต้นถึงรุนแรงร้อยละ 14.3 หรือ 7 ล้านคน โดยเป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทประมาณ 400,000 คน โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง หากไม่ได้รับการรักษา จะเกิดการเสื่อมถอยทางความคิด การรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรมอย่างมาก ผู้ป่วยกลุ่มนี้เมื่ออาการทุเลาลง จะยังคงมีอาการหลงเหลืออยู่และมีอาการกำเริบ คลุ้มคลั่ง ประสาทหลอน ก้าวร้าวมีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงทั้งต่อตนเอง ผู้อื่น ทรัพย์สิน รวมทั้งก่อเหตุอาชญากรรมในชุมชน<sup>1</sup>

ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness with High Risk to Violence: SMI-V) ของสถาบัน/โรงพยาบาลจิตเวชสังกัดกรมสุขภาพจิต ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ.2557 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ.2560 มีผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการคัดกรองและลงทะเบียนเป็นผู้ป่วย SMI-V จำนวน 9,866 ราย พบว่าเป็นผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตเภท และโรคหลงผิด (F20 - F29) มากที่สุด จำนวน 5,302 ราย (ร้อยละ 53.75) รองลงมาเป็นกลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์ (F30 - F39) จำนวน 2,234 ราย (ร้อยละ 22.64) และกลุ่มโรคความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรม ที่เกิดจากการใช้สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท (F10 - F19) จำนวน 1,441 ราย

และเมื่อพิจารณาจำแนกตามเกณฑ์คัดกรองผู้ป่วย SMI-V พบว่าผู้ป่วยมีประวัติทำร้ายร่างกายตนเองมากที่สุด จำนวน 4,222 ราย รองลงมาคือผู้ป่วยมีประวัติทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรงหรือก่อเหตุการณ์รุนแรงในชุมชน จำนวน 3,899 ราย<sup>1</sup>

สถิติผู้มารับบริการงานจิตเวชของโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดสระบุรี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทปี พ.ศ.2559 - พ.ศ.2561 มีจำนวน 358, 440 และ 586 คน ตามลำดับ จากข้อมูลจะเห็นว่าแนวโน้มผู้ป่วยจิตเภทสูงขึ้น และมีเสี่ยงก่อความรุนแรงมีอาการทางจิตให้เห็นเด่นชัด คือ พุดคนเดียว เออะอะ โวยวาย หนูแหว่ ประสาทหลอน อาละวาด ทำร้ายตนเอง ทำร้ายคนในครอบครัว และทำร้ายทรัพย์สินเพิ่มมากขึ้น และปี พ.ศ.2559 - พ.ศ.2560 มีการกำเริบซ้ำถึงร้อยละ 40.0 และ 33.3 ตามลำดับ ซึ่งจากสถานการณ์และสื่อต่างๆ ที่นำเสนอเหตุการณ์รุนแรง สะเทือนขวัญ สร้างความหวาดกลัวให้กับครอบครัวและชุมชน ผู้ก่อเหตุส่วนใหญ่จะมีประวัติการรักษาทางจิตเวช ขาดการรักษาต่อเนื่อง มีการใช้สารเสพติด และการไม่รับรู้ความเจ็บป่วยจึงเป็นเหตุให้อาการกำเริบ ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยที่มีความรุนแรง ยุ่งยากซับซ้อน มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องได้รับการดูแลที่ครอบคลุม ต่อเนื่อง และเป็นไปตามบริบทของผู้ป่วยและญาติที่ดูแลเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี

จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศ มีการใช้การจัดการรายกรณีกับผู้ป่วยจิตเภทเพิ่มมากขึ้น เพราะเป็นกระบวนการดูแลที่มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างครอบคลุมและมีความต่อเนื่องทั้งในโรงพยาบาลและชุมชน มีการวางแผนการออกแบบการดูแลให้แก่ผู้ป่วยเฉพาะรายแบบองค์รวม ในทุกระยะของ

การเจ็บป่วย เพื่อตอบสนองความต้องการที่ซับซ้อน ด้านสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว โดยมีการประสานการเข้าถึงแหล่งทรัพยากร ความร่วมมือ จากสหวิชาชีพร่วมวางแผน การดูแล ติดตาม ประเมินผล เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ตามเป้าหมายที่วางไว้<sup>2</sup> การจัดการรายสามารถจัดการปัญหาให้กับผู้ป่วย เรือรังกายที่สำคัญ เช่น เบาหวาน ความดัน โลหิตสูง หัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และมะเร็ง เป็นรายบุคคลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการจัดการปัญหา ที่มีประสิทธิภาพ เพิ่มความคุ้มค่า คุ่มทุน ทุกระยะ ของการเจ็บป่วยลดความเสี่ยงการเกิดโรคแทรกซ้อน และมีคุณภาพชีวิตที่ดี และในกลุ่มโรคทางจิตเวช การจัดการรายกรณีเป็นรูปแบบการป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทที่มีประสิทธิภาพ<sup>3</sup> ช่วยเพิ่มความร่วมมือในการรับประทานยา และป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทและลดภาระการดูแลของญาติ<sup>4-5</sup> อีกทั้งยังช่วยให้ความสามารถโดยรวมของผู้ป่วยจิตเภทดีขึ้น สามารถกลับมาใช้ชีวิตร่วมกับคนในชุมชน และมีคุณภาพชีวิตที่ดี<sup>6-8</sup>

ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลจิตเวช ได้เห็นความสำคัญของปัญหาจากการปฏิบัติงานในคลินิกของผู้วิจัย มีผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงก่อ ความรุนแรงสูงขึ้น มีกลับเป็นซ้ำมากขึ้น และ ยังไม่มีรูปแบบการดูแลที่มีความเฉพาะเจาะจง จึงมีความสนใจนำการจัดการรายกรณีมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงต่อการก่อ ความรุนแรง (SMI-V) โดยมีวัตถุประสงค์ คือ 1) เพื่อศึกษาผลของการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงก่อความรุนแรง 2) เพื่อติดตาม ประเมินผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงก่อความ รุนแรง (SMI-V) ในชุมชน 9 ด้าน และ 3) เพื่อ เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถโดยรวม

(Global Assessment of Function scale: GAF) ก่อนและหลัง ได้รับการจัดการรายกรณี เพื่อเป็นการขยายองค์ความรู้สำหรับนำไป พัฒนาการดูแลผู้ป่วยต่อไป

## วัตถุประสงค์และวิธีการ

### รูปแบบการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง ชนิดกลุ่มเดียววัดผล ก่อนหลัง (one - group, pretest- posttest design) โดยดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ.2560 - เดือนกันยายน พ.ศ.2561

### ประชากร

ผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงก่อความ รุนแรง (SMI-V) ของโรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่ง ในจังหวัดสระบุรี

### กลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงก่อความรุนแรง (SMI-V) ของโรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่งใน จังหวัดสระบุรี ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โดยขนาดกลุ่มตัวอย่างตาม Central limit theorem กำหนดให้มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างมากกว่า 30 คน ดังนั้นในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง จึงกำหนดขนาดกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน<sup>3</sup> และเพื่อป้องกันความเสี่ยงจากสูญหายระหว่าง การเก็บข้อมูล (drop out) ผู้วิจัยจึงพิจารณา เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 ได้ขนาด กลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 33 คน ทำการสุ่มเข้ากลุ่ม อย่างง่ายโดยวิธีการจับสลากแบบไม่แทนที่ ซึ่ง ระหว่างดำเนินการทดลองมีการขาดหายไป จำนวน 1 คน ไม่สามารถติดตามไม่ได้ ดังนั้น จึงเหลือกลุ่มตัวอย่าง 32 คน

### เกณฑ์การคัดเข้า

1. ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัย

เป็นผู้ป่วยจิตเภทอย่างน้อย 1 ปีขึ้นไป และมีลักษณะพฤติกรรมความรุนแรงเข้าเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่งให้ถือว่าเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ตามเกณฑ์จำแนกดังนี้ (1) มีประวัติทำร้ายตัวเองด้วยวิธีรุนแรงมุ่งหวังให้เสียชีวิต (2) มีประวัติ ทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรง/ก่อเหตุการณรุนแรงในชุมชน (3) มีอาการหลงผิด มีความคิดทำร้ายผู้อื่นให้ถึงแก่ชีวิตหรือมุ่งร้ายผู้อื่นแบบเฉพาะเจาะจง เช่น ระบุชื่อบุคคลที่จะมุ่งทำร้าย และ (4) เคยมีประวัติก่อคดีอาญารุนแรง (ฆ่า พยายามฆ่า ข่มขืน วางเพลิง) และป่วยซ้ำ

2. ผู้ป่วยสมัครใจให้ความร่วมมือ และสื่อสารภาษาไทยได้

### เกณฑ์การคัดออก

1. ผู้ป่วยมีอาการทางจิตปรากฏชัดเจน ทุแว่ เห็นภาพหลอน การรับรู้ผิดปกติ และมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง

### กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้นำแนวคิดการจัดการรายกรณี มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีความเสี่ยงก่อความรุนแรง เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงได้รับการดูแลต่อเนื่องมีการวางแผน ดูแลให้แก่ผู้ป่วยเฉพาะรายแบบองค์รวม เพื่อตอบสนองความต้องการที่ซับซ้อนด้านสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว โดยมีการประสานการเข้าถึงแหล่งทรัพยากร ความร่วมมือจากสหวิชาชีพร่วมวางแผนการดูแล ติดตาม และประเมินผล เพื่อให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีความเสี่ยงก่อความรุนแรงมีความสามารถในการทำหน้าที่โดยรวมดีขึ้น

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 แบบติดตามผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ในชุมชน 9 ด้าน<sup>1</sup> เพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนการช่วยเหลือให้การพยาบาล ประกอบด้วย การติดตามด้านอาการทางจิต การรับประทานยา ผู้ดูแล การทำกิจวัตรประจำวัน การประกอบอาชีพสัมพันธภาพในครอบครัว สิ่งแวดล้อม การสื่อสาร และความสามารถในการเรียนรู้

1.2 แบบประเมินความสามารถโดยรวม (Global Assessment of Function scale: GAF) เป็นการประเมินความสามารถของผู้ป่วยในเชิงจิตใจ สังคม และอาชีพ การพิจารณาไม่ให้ความสำคัญบกพร่องด้านการทำหน้าที่อันเนื่องมาจากข้อจำกัดทางร่างกาย หรือสภาพแวดล้อม มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.85<sup>6</sup> มีระดับคะแนน 0 – 100 โดย 0 คะแนน หมายถึง ไม่มีข้อมูลเพียงพอที่จะทำการประเมินได้ 1 – 10 คะแนน หมายถึง มีความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองหรือผู้อื่นอยู่ตลอดเวลา และ 91 – 100 คะแนน หมายถึง สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ หลากหลายได้อย่างดีเยี่ยม<sup>1</sup>

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

2.1 การจัดการรายกรณีสำหรับพยาบาลและแผนการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงก่อความรุนแรงในชุมชนของสหวิชาชีพ เพื่อเป็นแนวทางในการทำงานระหว่างทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ จิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช เกษัชกร นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ พยาบาลชุมชน นักวิชาการ ผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการติดตามผลลัพธ์ในการดูแล โดยได้ศึกษาจากการศึกษาดำรงเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวกับการจัดการรายกรณี และได้รับการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและปรับแก้ไข

ตามข้อเสนอแนะจากจิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช และสุขภาพจิต เกษักร นักจิตวิทยาและนักสังคมสงเคราะห์

### การดำเนินงาน

1. ศึกษาข้อมูลของผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V)

2. ประชุมหารือในกลุ่มงานวิเคราะห์ปัญหาเพื่อศึกษาหาแนวทางการแก้ไข

3. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับชุมชน ประเมินทัศนคติความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค ความพร้อมของครอบครัวชุมชน เพื่อวางแผนร่วมกันและส่งต่อเครือข่ายดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

4. จัดอบรมให้ความรู้แก่ให้แก่แกนนำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการค้นหา คัดกรอง ส่งต่อ การติดตาม ดูแล ต่อเนื่อง การเฝ้าระวังการกลับเป็นซ้ำ และการสัญญาณเตือนอาการของผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงก่อความรุนแรง

5. ประสานความร่วมมือจากสหสาขาวิชาชีพในการร่วมวางแผนการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V)

### ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง

1. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเข้าและเกณฑ์คัดออก ทำการประเมินแบบติดตามผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงก่อความรุนแรง (SMI-V) ในชุมชน 9 ด้าน และประเมินความสามารถโดยรวม (GAF) ก่อนการทดลอง

2. หลังจากนั้นทำการนัดหมายในการติดตามเยี่ยมบ้าน กิจกรรมประกอบด้วย การดูแลผู้ป่วยเป็นรายบุคคล วางแผนการพยาบาลผู้ป่วยเฉพาะรายตามปัญหาและความต้องการ ด้วยกระบวนการพยาบาลในทุกๆ ของการเจ็บป่วย อย่างเป็นระบบมีขั้นตอน ด้วยการ

รวบรวมข้อมูล กำหนดปัญหา วินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผนการให้กิจกรรมทางการพยาบาล ประเมินผล ปรับปรุงแก้ไข ให้มีความเหมาะสมกับผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงก่อความรุนแรง แต่ละรายและมีการประสานความร่วมมือจากสหวิชาชีพ การเข้าถึงแหล่งทรัพยากร ตามสภาพปัญหา และความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว และมีกิจกรรมติดตามเยี่ยมบ้านเป็นรายบุคคล 4 ครั้ง เป็นระยะเวลา 3 เดือน แต่ละครั้งใช้เวลา 60 - 90 นาทีที่มีกิจกรรม

2.1 เยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 สัปดาห์ที่ 2 สร้างสัมพันธภาพให้รู้แก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับโรคจิตเภท การรักษา ยา อาการข้างเคียง ปัจจัยที่ทำให้ป่วยซ้ำ ทักษะการดูแลตนเอง ทักษะการอยู่ร่วมกัน

2.2 ครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 4 ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ เกี่ยวกับการจัดการพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ทักษะการใช้ชีวิตในชุมชน ประเมินอาการทางจิต กระตุ้นเตือนการรับประทานยา และการมารับการรักษาต่อเนื่อง

2.3 ครั้งที่ 3 สัปดาห์ที่ 8 ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติในการดูแลตนเอง และการจัดการความเครียด แหล่งสนับสนุนทางสังคมและการประกอบอาชีพ

2.4 ครั้งที่ 4 สัปดาห์ที่ 12 ประเมินหลังการทดลอง คือ ประเมินแบบติดตามผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงก่อความรุนแรง (SMI-V) ในชุมชน 9 ด้าน และประเมินความสามารถโดยรวม (GAF)

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป เพศ อายุ สถานะภาพ อาชีพ และการจำแนกประเภทผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) โดยแจกแจงความถี่ และร้อยละ

2. การติดตามผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ในชุมชน 9 ด้าน วิเคราะห์ โดยแจกแจงความถี่ และร้อยละ

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความสามารถโดยรวม (GAF) ก่อนและหลังที่ได้รับการจัดการรายกรณี โดย dependent t-test กำหนดนัยสำคัญที่ 0.05

### การพิทักษ์สิทธิ

ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างตลอดกระบวนการวิจัย ดังนี้ ผู้วิจัยขอความร่วมมือผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ด้วยคำพูดที่สุภาพ ไม่แสดงถึงการบีบบังคับ ชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่ได้รับ และให้สิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยได้อย่างอิสระ โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลด้านอื่นๆ ขณะที่เข้าร่วมโครงการวิจัยมีการจัดการความเสี่ยงโดยถ้ากลุ่มตัวอย่างมีอาการกลับเป็นซ้ำ ผู้วิจัยในฐานะที่เป็นพยาบาล จะประเมินอาการ ให้การพยาบาล และส่งต่อให้จิตแพทย์รักษาต่อไป ส่วนการเผยแพร่ข้อมูลผู้วิจัยนำเสนอในภาพรวม ไม่มีการระบุชื่อที่อยู่หรือแหล่งที่มาของข้อมูล จะไม่ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับความเสียหายใด ๆ โดยผู้ที่รับทราบข้อมูล จะไม่สามารถโยงไปถึงกลุ่มตัวอย่างได้

### ผล

**ข้อมูลทั่วไปและการจำแนกกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงก่อความรุนแรง (SMI-V)**

เพศส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 65.6 และเพศหญิง ร้อยละ 34.4 อายุเฉลี่ย 41 ปี สถานภาพโสดร้อยละ 65.6 สมรส ร้อยละ 18.8 และส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 46.9 รองลงมาค้าขาย/ส่วนตัว ร้อยละ 25 การจำแนก

ประเภทผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ส่วนใหญ่ก่อความรุนแรงมากกว่า 1 ประเภท คิดเป็นร้อยละ 78.1 (ตารางที่ 1)

**การติดตามผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ในชุมชน 9 ด้าน**

ผลการติดตามผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ในชุมชน 9 ด้าน เมื่อได้รับการวางแผนการช่วยเหลือ ให้การพยาบาล ด้วยการจัดการรายกรณี จากการติดตามด้านอาการทางจิตก่อน ได้รับการดูแล ส่วนใหญ่มีอาการทางจิตบ้าง ร้อยละ 96.9 หลังได้รับการจัดการรายกรณี ไม่มีอาการทางจิตร้อยละ 71.9 และมีอาการทางจิตบ้าง ร้อยละ 25.0

ด้านการรับประทานยา ก่อนได้รับการจัดการรายกรณี รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ร้อยละ 81.3 หลังได้รับการจัดการรายกรณี ทานยาสม่ำเสมอขึ้น ร้อยละ 75.0 และทานยาไม่สม่ำเสมอ ลืมทานยาเป็นบางครั้ง ร้อยละ 25.0

ด้านผู้ดูแลก่อนได้รับการจัดการรายกรณี ส่วนใหญ่ญาติไม่มีศักยภาพร้อยละ 87.5 หลังได้รับการจัดการรายกรณีมีผู้ดูแล/มีศักยภาพ ร้อยละ 75.0

การทำกิจวัตรประจำวัน ก่อนได้รับการจัดการรายกรณี ส่วนใหญ่ทำกิจวัตรประจำวันได้เองแต่ต้องมีคนกระตุ้น ร้อยละ 100.0 เมื่อได้รับการจัดการรายกรณี สามารถดูแลกิจวัตรประจำวันได้เอง ร้อยละ 56.3 และต้องมีคนช่วยกระตุ้น ร้อยละ 43.8

ด้านการประกอบอาชีพ ก่อนได้รับการจัดการรายกรณี ส่วนใหญ่ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ ร้อยละ 90.6 หลังได้รับการจัดการรายกรณี สามารถประกอบอาชีพได้ ร้อยละ 37.5 และต้องมีคนช่วยกระตุ้นร้อยละ 18.8

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและการจำแนกกลุ่มผู้ป่วยผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อความรุนแรง (SMI-V)

ข้อมูลส่วนบุคคล		จำนวน	ร้อยละ
เพศ			
	ชาย	21	65.6
	หญิง	11	34.4
สถานะภาพ			
	โสด	21	65.6
	สมรส	6	18.8
	หม้าย	5	15.6
อาชีพ			
	รับจ้าง	7	21.9
	เกษตรกรกรรม	2	6.3
	ธุรกิจส่วนตัว	8	25.0
	ว่างงาน	15	46.9
ประเภทผู้ป่วย SIM-V			
	V1 มีประวัติการฆ่าตัวตาย	3	9.4
	V2 มีประวัติทำร้ายผู้อื่นหรือสร้างความรุนแรงในชุมชน	3	9.4
	V3 มีอาการหลงผิด เสี่ยงต่อความรุนแรงต่อผู้อื่น	1	3.1
	V4 มีประวัติก่อคดีอาชญากรรมรุนแรง	0	0.0
	มากกว่า 1 ประเภท	25	78.1

ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว ก่อนได้รับการจัดการรายกรณี ส่วนใหญ่มองผู้ป่วยในด้านลบ ร้อยละ 65.6 หลังได้รับได้รับการจัดการรายกรณี ส่วนใหญ่ชมเชย ให้กำลังใจ มองบวก ร้อยละ 53.1

ด้านสิ่งแวดล้อม ก่อนและหลังการจัดการรายกรณี ส่วนใหญ่มีที่อยู่อาศัยเป็นหลักแหล่ง ร้อยละ 90.6 และ 96.9 ตามลำดับ

ด้านการสื่อสาร ก่อนได้รับการจัดการรายกรณี ส่วนใหญ่สนทนากับผู้อื่นได้เป็นครั้งคราว ร้อยละ 65.6 หลังได้รับได้รับการจัดการรายกรณี ส่วนใหญ่สนทนากับผู้อื่นได้ดี ร้อยละ 62.5

ด้านความสามารถในการเรียนรู้ ก่อน

ได้รับการจัดการรายกรณี ส่วนใหญ่ต้องปรับปรุง จำไม่ได้ สอนเท่าไรก็ทำไม่ได้ ร้อยละ 68.8 หลังได้รับได้รับการจัดการรายกรณี ส่วนใหญ่ สอนซ้ำ ๆ ทำได้ ร้อยละ 62.5 และบอกครั้ง สองครั้งสามารถทำได้ร้อยละ 37.5 (ตารางที่ 2)

#### การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถโดยรวม

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถโดยรวมก่อนและหลังการจัดการรายกรณี พบว่าหลังได้รับการจัดการรายกรณี (เฉลี่ย = 77.9, SD = 1.9) สูงกว่าก่อนได้รับการจัดการรายกรณี ที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถโดยรวม (เฉลี่ย = 63.8, SD = 3.1) อย่างมีนัยสำคัญ

**ตารางที่ 2** ผลการติดตามผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อความรุนแรง (SMI-V) ในชุมชน 9 ด้าน

การติดตาม	ก่อนการทดลอง (n = 32)		หลังการทดลอง (n = 32)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>อาการทางจิต</b>				
ไม่มีอาการทางจิต	0	0.0	23	71.9
มีบ้าง 10 ครั้ง/เดือน	31	96.9	8	25.0
ปรับปรุง มีบ่อย มากกว่า 10 ครั้ง/เดือน	1	3.1	1	3.1
<b>การรับประทานยา</b>				
สม่ำเสมอ	0	0.0	24	75.0
ไม่สม่ำเสมอ	26	81.3	8	25.0
ไม่รับประทานยา	6	18.8	0	0.0
<b>ผู้ดูแล</b>				
มีผู้ดูแล/มีศักยภาพ	0	0.0	23	71.9
ผู้ดูแลเป็นคนนอก/ดูแลได้บ้าง	4	12.5	9	28.1
ปรับปรุง ไม่มีผู้ดูแล/ไม่มีศักยภาพ	28	87.5	0	0.0
<b>การทำกิจวัตรประจำวัน</b>				
ทำได้เอง	0	0.0	18	56.3
ต้องมีคนช่วย/กระตุ้น	32	100.0	14	43.8
<b>การประกอบอาชีพ</b>				
ทำได้	0	0.0	12	37.5
ทำได้แต่ต้องกระตุ้น	3	9.4	6	18.8
ทำไม่ได้เลย	29	90.6	14	43.8
<b>สัมพันธภาพในครอบครัว</b>				
ให้กำลังใจ มองบวก	0	0.0	17	53.1
มีการชมเชยบ้าง	11	34.4	15	46.9
มีปฏิสัมพันธ์ด้านลบ	21	65.6	0	0.0
<b>สิ่งแวดล้อม</b>				
มีที่อยู่อาศัยเป็นหลักแหล่ง	29	90.6	31	96.9
มีที่อยู่แยกออกจากครอบครัว	3	9.4	1	3.1
ไม่มีที่อยู่อาศัย เรื้อรอน	0	0.0	0	0.0
<b>การสื่อสาร</b>				
แลกเปลี่ยนความคิดเห็นได้	7	21.9	20	62.5
สนทนากับผู้อื่นได้ครั้งคราว	22	68.8	12	37.5
ไม่พูดกับใครเลย	3	9.4	0	0.0
<b>ความสามารถในการเรียนรู้</b>				
บอกครั้ง สองครั้งสามารถทำได้	0	0.0	20	62.5
สอนซ้ำ ๆ ทำได้	10	31.3	12	37.5
จำไม่ได้	22	68.8	0	0.0

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความสามารถโดยรวมก่อนและหลังการจัดการรายกรณี (n = 32)

ความสามารถโดยรวม	Mean	SD	t	df	p-value
ก่อนการจัดการรายกรณี	63.8	3.1	-22.9	31	< 0.05*
หลังการจัดการรายกรณี	77.9	1.9			

\*p-value &lt; 0.05, dependent pair t-test

ทางสถิติ ( $t = -22.9, p\text{-value} < 0.05$ ) (ตารางที่ 3)

### อภิปราย

ผลการจัดการรายกรณีในการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง และผลการติดตาม ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงก่อความรุนแรง หลังได้รับการจัดการรายกรณี 3 เดือน พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงก่อความรุนแรง (SMI-V) มีคะแนนความสามารถโดยรวมหลังการจัดการรายกรณี (เฉลี่ย = 77.9, SD = 1.9) สูงกว่าก่อนได้รับการจัดการรายกรณี (ที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถโดยรวม (เฉลี่ย = 63.8, SD = 3.1) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = -22.9, p\text{-value} < .05$ ) ทั้งนี้เนื่องจากการจัดการรายกรณีเป็นรูปแบบการดูแลที่ครอบคลุมต่อเนื่อง มีการวางแผน ออกแบบการดูแลให้แก่ผู้ป่วยเฉพาะรายแบบองค์รวม เพื่อตอบสนองความต้องการที่ซับซ้อน ด้านสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว โดยมีการประสานการเข้าถึงแหล่งทรัพยากรความร่วมมือจากสหวิชาชีพร่วมวางแผน การดูแลติดตาม ประเมินผล เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ตามเป้าหมายที่วางไว้<sup>1-2</sup>

ผลการติดตาม 9 ด้าน ซึ่งประกอบด้วย ด้านอาการทางจิตการรับประทานยา ผู้ดูแล การทำกิจวัตรประจำวัน การประกอบอาชีพ สัมพันธภาพ สิ่งแวดล้อม การสื่อสารและ

ความสามารถในการเรียนรู้เบื้องต้น พบว่ามี การเปลี่ยนแปลงในทิศทางที่ดีขึ้น ด้านอาการทางจิต การรับประทานยาและการสื่อสาร ผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) มีอาการทางจิต ให้เห็นเด่นชัดพูดคนเดียวอะอะโวยวาย หูแว่ว ประสาทหลอน อาละวาด ทำร้ายตนเอง ทำร้ายผู้อื่น คนในครอบครัว และทำร้ายทรัพย์สิน ส่วนใหญ่กำเริบจากการขาดยาไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทาน ทานยาไม่ต่อเนื่อง หยุดยาเอง เพราะกลัววิตติยาและมีอาการข้างเคียงเกิดขึ้น เช่น เวียนศีรษะ ตัวแข็ง ลื่นแข็ง ตัวสั่น ง่วงนอน กลัวไม่มีตัวอย่างยาให้หมดูก กลัวกินยาแล้ว เกิดโรคแทรกซ้อนอื่น<sup>3</sup> ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ พยาบาลต้องจัดกระทำวางแผนการดูแลให้ครอบคลุม เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการรับประทานยา โดยมีเภสัชกรเข้ามาร่วมในการให้ข้อมูล ให้คำปรึกษาเรื่องยา ให้คำแนะนำ ความรู้เรื่องยา อาการข้างเคียงจากยา การไม่รับประทานยา ตามแผนการรักษา ซึ่งผลการศึกษาคั้งนี้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงก่อความรุนแรง (SMI-V) ส่วนใหญ่รับประทานยาสม่ำเสมอขึ้น มีลิ้ม รับประทานยาบางมื้อ อาการทางจิตสงบลง พูดคุย รู้เรื่อง ไม่มีพฤติกรรมก่อความรุนแรง สอดคล้องกับการศึกษาของกาญจนา เหมรัตน์<sup>4</sup> และอรรวรรณ ฆ้องด้อย พบว่าการประสานส่งต่อ ข้อมูลกับสหวิชาชีพ เภสัชกร ในการสร้าง

ความร่วมมือในการรับประทานยาให้ผู้ป่วยจิตเภท ต้องให้ความสำคัญกับการให้ความรู้สร้างความเข้าใจต่อโรคจิตเภท การดูแลรักษา การได้รับการประเมินอาการทางจิต พบว่าช่วยเพิ่มความร่วมมือในการรับประทานยาและมีการป่วยซ้ำลดลง

ด้านผู้ดูแลก่อนได้รับการจัดการรายกรณี ส่วนใหญ่ผู้ดูแล ปล่อยปละละเลย ให้เหตุผลว่าไม่มีเวลาต้องทำงานหารายได้มาจุนเจือครอบครัว มีภาระหนี้สิน ไม่พาผู้ป่วยมารับการรักษาต่อเนื่อง คิดว่าดีขึ้นแล้ว ไม่เห็นเป็นอะไร เป็นต้น และช่วงที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิตให้เห็นเด่นชัดพูดคนเดียว เอะอะโวยวาย หูแว่ว ประสาทหลอน อาละวาด ทำร้ายตนเอง ทำร้ายคนในครอบครัว ทำร้ายทรัพย์สิน ทำให้ครอบครัวเกิดความหวาดกลัว ผลักไส มองลบ กดดัน ตำหนิ คุกคาม มองลบ มีแนวโน้มทอดทิ้ง หลังได้รับการจัดการรายกรณี ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ส่วนใหญ่มีดูแลหลัก เป็นบุคคลในครอบครัว เป็นบิดา มารดา บุตรสาว ภรรยา และพี่น้อง มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) สามารถสังเกตอาการเตือนอาการกำเริบ รู้ว่าอะไรเป็นสิ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ดีขึ้น อะไรที่ทำให้แย่ลง เห็นความสำคัญของการมารับการรักษาต่อเนื่อง และส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้กลับไปประกอบอาชีพตามศักยภาพ

ด้านที่อยู่อาศัย มีที่อยู่เป็นหลักแหล่ง ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว เริ่มมีการชมเชยให้กำลังใจ ตักเตือนกันบ้าง การจัดการรายกรณี มีการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับญาติผู้ดูแล

ดูแลให้คำแนะนำ ให้ความรู้แก่ญาติผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ครอบครัว DEMETHOD ทักษะพื้นฐานในการดำเนินชีวิต การสื่อสารในครอบครัว การมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยส่งเสริมให้ทำงานตามศักยภาพ และจากการติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับเครือข่ายชุมชน เกษตรกร องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น ทำให้ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจเรื่องโรค การตรวจตามนัด สามารถสังเกตสัญญาณเตือนกำเริบ บังคับเสี่ยงที่ทำให้มีอาการกำเริบได้ เช่น ซากาแฟ สุรา สารเสพติด สามารถเข้าถึงบริการสถานพยาบาลใกล้บ้าน เช่น เข้าไปรับบริการจิตยา ปรึกษาปัญหาสุขภาพทางกาย ไปรับบริการคลินิกโรคเรื้อรัง รับรู้ข่าวสารขององค์การบริหารในท้องถิ่น เช่น การทำบัตรผู้พิการ การกู้ยืมเงินสวัสดิการในชุมชน การเอาใจใส่ ความเข้าใจจากคนในครอบครัว ชุมชน ยังส่งผลดีต่อสุขวิทยาส่วนบุคคล จากเดิมไม่สนใจดูแลตนเองมอมแมม ไม่อาบน้ำ ไม่แปรงฟัน ไม่ยอมสระผม ผมยุ่ง ต้องกระตุ้นให้ผู้ดูแลความสะอาดร่างกายหลังได้รับการจัดการรายกรณี ส่วนใหญ่ทำกิจวัตรประจำวันได้เอง และบางส่วนยังต้องกระตุ้นให้ทำร่างกายโดยทั่วสะอาดขึ้น

ด้านการเรียนรู้และด้านการประกอบอาชีพ สามารถกลับมาช่วยครอบครัวแบ่งเบาภาระค่าใช้จ่ายทำงานมีรายได้ ออกไปสมัครงานตามโรงงาน เป็นพนักงานในสายการผลิต ดูแลทำความสะอาด ดูแลจัดเรียงสินค้า ขายของในร้านค้าชุมชน ขายพวงมาลัย เป็นต้น บางส่วนทำได้แต่ต้องมีการกระตุ้น คอยดูแล เช่น ออกไปรับจ้างทั่วไป แต่ไปกลับคนในครอบครัวหรือญาติ ช่วยจัดร้านขายของชำที่บ้าน ช่วยทำไร่ทำสวน เป็นต้น ส่วนที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ สามารถดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน พามาหาหมอ ดูแลมารดาที่เป็นผู้ป่วย

คิดเพียงได้บ้างก็ดูแลเคียงคูบุตรได้ ผลการศึกษาใน สอดคล้องกับการศึกษาของอรสา วัฒนศิริ<sup>7</sup> และกิตติศักดิ์ สุรพงษ์วัฒนะ<sup>8</sup> พบว่าผู้ป่วยจิตเภท ที่ได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่องในชุมชน โดยมี สหสาขาวิชาชีพร่วมวางแผน การดูแลติดตาม เยี่ยมบ้าน ส่งเสริมชุมชนให้ยอมรับ เข้าใจผู้ป่วย จิตเภท ช่วยให้ผู้ป่วยและญาติมีความมั่นใจ สามารถดูแลตนเองได้มากขึ้น รับประทานยา ตามแผนการรักษา อากาทางจิตสงบ ลดการกำเริบ ที่ต้องส่งต่อ กลับมาใช้ชีวิตได้อย่างปกติ ออกมา ประกอบอาชีพได้<sup>7-8</sup> อีกทั้งยังช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภท และครอบครัว ได้รับการดูแลช่วยเหลือเกื้อกูล จากเพื่อนบ้าน คนในชุมชน เข้าถึงบริการของ สถานพยาบาลใกล้บ้าน สวัสดิการของรัฐและ ชุมชนเป็นการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่าง ครอบคลุมทั้งด้านมิติสุขภาพ สังคม ประกอบด้วย ครอบครัว เพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชน องค์การบริหาร ในท้องถิ่น หน่วยบริการปฐมภูมิในท้องที่เข้ามา มีส่วนร่วมในการดูแล เป็นการจัดการที่เหมาะสม กับสภาพและศักยภาพชุมชนเข้ามามีส่วน ร่วมสนับสนุน ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีคุณภาพชีวิต ที่ดี<sup>10</sup>

นอกจากนี้ การวิจัยครั้งนี้ยังติดตามด้าน การใช้สุราสารเสพติด เพราะเป็นอีกหนึ่งปัญหา ที่สำคัญที่ทำให้อาการกำเริบ เกิดพฤติกรรม ก้าวร้าวรุนแรง จากการวิจัยนี้มีผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) บางส่วนยังมีการใช้สุราและสารเสพติดเป็นครั้งคราว ทั้งนี้เนื่องมาจากยังมีปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นมารดา อยู่ในวัยผู้สูงอายุ ไม่สามารถควบคุมผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยง ต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) กับถูกข่มขู่ ทำร้ายร่างกาย การอยู่ในสิ่งแวดล้อมในพื้นที่มี

การระบาดของยาเสพติด จำเป็นต้องมีเครือข่าย ทางสังคมที่เข้มแข็งและเห็นความสำคัญใน การปราบปรามยาเสพติด<sup>7</sup> ด้านการกำเริบซ้ำ ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมาผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยง ต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) กำเริบซ้ำเพียง ร้อยละ 9.37 และสามารถใช้ชีวิตอยู่กับครอบครัว ชุมชน ได้อย่างสงบสุข ร้อยละ 90.63

## สรุป

การจัดการรายกรณี เป็นกระบวนการ ที่พยาบาล ที่ดำเนินการการค้นหาปัญหาและ วางแผนแก้ไขให้สอดคล้องกับปัญหาของ ผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความ รุนแรง (SMI-V) เริ่มตั้งแต่การประเมิน กำหนด ปัญหา วินิจฉัยการพยาบาลวางแผนการพยาบาล ประเมินผลปรับปรุงแก้ไขการสร้างร่วมมือ กับผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน สหสาขาวิชาชีพ เข้ามาร่วมดูแลให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยง ต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ได้รับการดูแล ติดตามต่อเนื่อง เกิดความร่วมมือ มีแผนการดูแล ที่มีประสิทธิภาพสำหรับผู้ป่วย ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ได้แก่ ผลลัพธ์ด้านคลินิก คือ การลดการกลับ เป็นซ้ำ ผลลัพธ์ด้านบุคคล คือ ผู้ป่วยมีความสามารถ โดยรวมดีขึ้น ผลลัพธ์ด้านระบบ ทำให้ผู้ป่วย ได้รับการดูแลมีความต่อเนื่องในชุมชนและมี แผนการดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้ผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน ยังมีความรู้ความเข้าใจและมีศักยภาพให้ สามารถดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วย มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

## ข้อเสนอแนะ

1. ควรนำรูปแบบการจัดการรายกรณี มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงต่อ

การก่อความรุนแรง (SMI-V) เพื่อลดการกลับเป็นซ้ำ

2. ให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องในชุมชน อีกทั้งเป็นการสร้างเครือข่ายในการดูแลและพัฒนาให้ผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชนสามารถดูแลตนเองได้มากขึ้น

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษาเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่มีการใช้สารเสพติด เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความซับซ้อนในด้านอื่น ๆ เข้ามาเกี่ยวข้องซึ่งต้องมีการออกแบบการช่วยเหลือที่มีความเฉพาะเจาะจง

### กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระพุทธบาท อาจารย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีพระพุทธรบาท กลุ่มงานจิตเวช นักวิชาการสาธารณสุข โรงพยาบาลพระพุทธรบาทเภสัชกรและนักสังคมสงเคราะห์โรงพยาบาลสระบุรี และพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต โรงพยาบาลชุมชนที่ได้ร่วมให้คำปรึกษาและแนะนำข้อคิดเห็นต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่ง และสนับสนุนให้เกิดความสำเร็จนี้ขึ้น

### เอกสารอ้างอิง

1. Department of mental health. Psychiatric care manual that has a Serious Mental Illness with High Risk to Violence: SMI-V for institutions / hospitals Under the Department of Mental Health. Bangkok: prosperous-plus; 2018

2. ปัฐยาวัชร ปราบกุลผล. พยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรคเรื้อรัง. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี 2560; 28(1): 112-21.
3. วัฒนาภรณ์ พิบูลอาลัยกษณ์, จินตนา ยูนิพันธุ์, วิภาวี เผ่ากันทรการ, วีรพล อุณหศรี. ผลของการจัดการรายกรณีโดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงต่อการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท. วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย 2561; 5(2): 5-18.
4. กาญจนา เหมะรัตน์, เพลิน เสี่ยงโชคอยู่, อุณจิตร์ คุณารักษ์, นิรมล ปะนะสุนา. ผลของการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยจิตเภทต่อความร่วมมือในการรับประทานยาและการป่วยซ้ำ. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2555; 26(2): 63-73.
5. อรวรรณ น้อยดื้อ. ผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนและการดูแลของผู้ดูแล [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ; บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2550.
6. สุจิตรา เนาวัฒน์. การฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคมจิตใจผู้ป่วยจิตเภทสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งภาคใต้. วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา 2562; 13(1): 1-10.
7. อรสา วัฒนศิริ, เสาวภา ศรีภูสิตโต. การพัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยจิตเภทโดยทีมสหสาขาและเครือข่ายผู้ดูแล โรงพยาบาลกำแพงเพชร. วารสารกองการพยาบาล 2556; 40(1): 68-83.
8. กิตติศักดิ์ สุรพงษ์พิพัฒนะ. ผลการจัดการรายกรณี: แบบโรงพยาบาลและชุมชนเป็นฐานในผู้ป่วยโรคจิตเภท. วารสารการแพทย์ โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ นุริรัมย์ 2559; 31(2): 111-9.
9. กนกวรรณ บุญเสริม. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท: มุมมองผู้ป่วย. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2559; 30(1): 123-38.
10. ศรีนรัตน์ จันทพิมพ์, ขนิษฐา นันทบุตร. การดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชน. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2561; 36(2): 68-76.

## ผลของโปรแกรมกลุ่มส่งเสริมการรู้คิดต่อความสามารถในการรู้คิด ในผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะพุทธิปัญญาบกพร่อง

สมฤดี ชุมแก้ว\*, วิไลวรรณ สีนุ้ย\*, วิดาวรรณ จำปา\*

\*พยาบาลวิชาชีพ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา

วันรับบทความ : 18 กรกฎาคม 2562  
วันแก้ไขบทความ : 21 ธันวาคม 2562  
วันตอบรับบทความ : 14 มกราคม 2563

### บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความสามารถในการรู้คิดของผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มส่งเสริมการรู้คิด ก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ และเปรียบเทียบความสามารถในการรู้คิดของผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มส่งเสริมการรู้คิดกับการพยาบาลตามปกติ

**วัสดุและวิธีการ :** เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา ที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี ได้รับการประเมินว่าไม่มีภาวะสมองเสื่อมแต่มีภาวะพุทธิปัญญาบกพร่อง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 35 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 18 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 17 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินภาวะพุทธิปัญญาฉบับภาษาไทย (MoCA-T) และวิเคราะห์ผลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และเปรียบเทียบความแตกต่างของความสามารถในการรู้คิดของผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติที

**ผล :** หลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มส่งเสริมการรู้คิด ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีคะแนนความสามารถในการรู้คิด (คะแนน MOCA-T) มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยคะแนนความสามารถในการรู้คิดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเท่ากับ  $21.7 \pm 2.32$  และ  $17.7 \pm 2.52$  คะแนน ตามลำดับ เมื่อวัดหลังการทดลองทันที และเท่ากับ  $20.0 \pm 2.82$  และ  $17.0 \pm 3.02$  คะแนนตามลำดับ เมื่อวัดหลังการทดลอง 2 สัปดาห์

**สรุป :** โปรแกรมกลุ่มส่งเสริมการรู้คิด เป็นกิจกรรมกลุ่มบำบัดทางการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพในการบำบัดผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะพุทธิปัญญาบกพร่อง ที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการรู้คิดเพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตามควรมีการติดตามเพื่อดูผลลัพธ์ของโปรแกรมในระยะยาวด้วย

**คำสำคัญ :** ความสามารถในการรู้คิด, โปรแกรมกลุ่มส่งเสริมการรู้คิด, ผู้ป่วยจิตเภท, ภาวะพุทธิปัญญาบกพร่อง

## THE EFFECT OF COGNITIVE TRAINING GROUP PROGRAM ON COGNITIVE FUNCTION IN SCHIZOPHRENIC PATIENTS WITH MILD COGNITIVE IMPAIRMENT

Somrudee Chumkaew\*, Wilaiwan Senuy\*, Widawan Jumpa\*

\*Registered Nurse, Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry

Received : July 18, 2019

Revised : December 21, 2019

Accepted : January 14, 2020

### Abstract

**Objective:** To compare cognitive function in schizophrenic patients with mild cognitive impairment (MCI) who received the Cognitive Training Group Program among baseline, immediately after and 2-week after this program. Moreover, to compare cognitive function between patients who received the Cognitive Training Group Program with those who received conventional nursing care.

**Material and Methods:** The quasi-experimental, two-group, pretest-posttest design was conducted. Schizophrenia with MCI, age under 60 who admitted to the Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry were eligible for inclusion. Among these, 35 subjects were selected by purposive sampling. Eighteen subjects were assigned to an experimental group and 17 subjects to the control group. The instruments used in this research were general questionnaire and MoCA-T. Data analysis was done using descriptive statistics (mean, percentage) and t-test.

**Results:** After attending the Cognitive Training Group Program, patients in experimental group had cognitive function scores (MOCA-T) more than control group at the statistical significance level of 0.05. For immediately after program, MOCA-T score of experimental and control group were  $21.7 \pm 2.32$  and  $17.7 \pm 2.52$ , respectively. Moreover, 2 weeks after this program, MOCA-T score of experimental and control group were  $20.0 \pm 2.82$  and  $17.0 \pm 3.02$ , respectively.

**Conclusion:** The Cognitive Training Group Program is an effective intervention for improving cognitive function in schizophrenic patients with mild cognitive impairment (MCI). However, long-term evaluation should be done for monitoring long-term outcome of the program.

**Keywords:** cognitive function, cognitive training group program, schizophrenic patients, cognitive impairment

## บทนำ

โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่พบได้บ่อย และมีอุบัติการณ์การเกิดโรคประมาณ 0.1 - 0.5 ต่อพันประชากร มีผู้ป่วยจิตเภทรายใหม่ทั่วโลกเพิ่มขึ้น 2 ล้านคนต่อปี อัตราความชุกของโรคจิตเภทในระดับโลก ประมาณ 2.5 - 5.3 ต่อพันประชากร มีอัตราความชุกชั่วชีวิตประมาณ 5.0-10.0 ต่อพันประชากร<sup>1</sup> โรคจิตเภทมีการดำเนินโรคเรื้อรัง ทำให้บุคคลเกิดการเสื่อมสมรรถภาพเป็นอย่างมากและก่อให้เกิดการสูญเสียสุขภาพก่อนวัยอันควร<sup>2</sup> พบได้ทุกเชื้อชาติ เพศหญิงหรือชายมีโอกาสเป็นเท่า ๆ กัน พบในช่วงอายุ 15 - 54 ปี มักจะเริ่มปรากฏอาการครั้งแรกในช่วงระยะวัยรุ่นตอนปลายถึงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น<sup>3</sup> ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเป็นผู้ที่มีความผิดปกติในด้านการคิด การรับรู้ อารมณ์ความรู้สึก การรู้จักตนเอง พฤติกรรม การตัดสินใจ ร่วมกับมีความบกพร่องด้านหน้าที่การงานและสังคม<sup>4</sup> เมื่อเป็นแล้วมักไม่หายขาด ส่วนใหญ่มีอาการกำเริบเป็นช่วง ๆ โดยมีอาการหลงเหลืออยู่<sup>5</sup>

โรคจิตเภทในปัจจุบันมองว่าเป็น Neurodevelopmental disorder<sup>5</sup> ที่เชื่อว่าเกิดจากสารสื่อประสาทโดปามีนที่ทำงานมากกว่าปกติ โดยเฉพาะในบริเวณเมโซลิมบิกและเมโซคอร์ติคัล มีความผิดปกติของ Post-Synaptic receptor ที่ทำให้เกิดกลุ่มอาการด้านบวก ได้แก่ อาการหลงผิด อาการประสาทหลอน การพูดแบบไม่มีระเบียบแบบแผนไม่สัมพันธ์กัน เป็นต้น กลุ่มอาการด้านลบเกิดจากสารซีโรโทนินที่มีการทำงานของ Serotonin-2 receptor ในเปลือกสมองส่วนหน้าลดลง ได้แก่ อารมณ์ที่/เฉยเมย การคิดอ่านและการพูดน้อยลง ขาดความสนใจในการเข้าสังคม และกิจกรรมที่เคย

สนใจ และไม่ดูแลสุขอนามัยตนเอง และกลุ่มอาการด้านการรู้คิด ได้แก่ การคงความใส่ใจ (attention) ลดลง หรือการตีความและการตอบสนองสิ่งต่าง ๆ บกพร่องไป หรือความจำเพื่อใช้งาน (working memory) บกพร่องโดยเฉพาะด้านมิติสัมพันธ์ (visuospatial) หรือไม่สามารถคิดอย่างเป็นเหตุเป็นผล หรือมีความบกพร่องในการจัดการ การตัดสินใจ การวางแผน (executive function)<sup>6</sup> ซึ่งเกิดจากความผิดปกติในโครงสร้างของสมองส่วนระบบลิมบิกและเบซัลแกงเกลีย (limbic system and basal ganglia) ทั้งประสาทพยาธิและสารเคมี (neuropathological and neurochemical abnormality) ในส่วนของเปลือกสมองใหญ่ (cerebral cortex) талаมัส และก้านสมอง (thalamus and brainstem) พบว่ามีปริมาณของเซลล์ประสาท (neuron) และปริมาตรของเนื้อสมองน้อยกว่าปกติและพบว่าช่องสมองด้านข้าง (lateral ventricle) มีขนาดใหญ่กว่าคนปกติ ความหนาแน่นของแอกซอน (axon) เดนไดรต์ (dendrite) และการไซแนปส์ (synapse) ลดลง โดยเฉพาะในส่วนของเนื้อสมองสีเทา (cortical gray matter) และความสมมาตรกันของสมองส่วนขมับ สมองส่วนหน้าและสมองส่วนหลัง (temporal, frontal and occipital lobe) ลดลงจากความผิดปกติดังกล่าว เป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีภาวะพุทธิปัญญาบกพร่อง (cognitive impairment) ซึ่งในปัจจุบันพบมากถึงร้อยละ 73<sup>8</sup> และมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและความสามารถในการรู้คิดลดลงของผู้ป่วยที่ลดลงถึงร้อยละ 40<sup>7-8</sup>

ภาวะพุทธิปัญญาบกพร่อง เป็นภาวะที่สมองเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงด้านโครงสร้างและสารสื่อประสาทที่ส่งผลต่อความสามารถ

ในการรู้คิดของสมองในด้านต่าง ๆ ลดลง ภาวะนี้ จะอยู่ระหว่างภาวะหลงลืมในคนปกติ (normal forgetfulness) และภาวะสมองเสื่อม (dementia)<sup>7,9</sup> ไม่ส่งผลกระทบต่อการทำงานในชีวิตประจำวัน มากนักและยังไม่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะ สมองเสื่อม มีสาเหตุจากการเสื่อมสภาพของ เซลล์สมองเมื่อมีอายุเพิ่มมากขึ้น<sup>10</sup> จากภาวะ หลอดเลือดสมองตีบตันหรือการอักเสบของ หลอดเลือดเล็ก ๆ ที่สมองทำให้เลือดไปเลี้ยงสมอง ไม่สมบูรณ์<sup>11</sup> จากการศึกษาเชื่อในสมองที่ทำให้ เซลล์สมองบางส่วนตาย หรือการได้รับการกระทบ กระเทือนทางสมองบ่อย ๆ หรือการได้รับยา ในขนาดที่มากเกินไปหรือมีการสะสมยาอยู่ใน ร่างกายเป็นระยะเวลาาน ทำให้ระบบการสั่งการ ของสมองเปลี่ยนไป การเรียนรู้และความจำลดลง เช่น ยากันชัก ยาคลายกังวล ยาคลายเครียด<sup>10-11</sup>

ภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องนี้ผู้ดูแล หรือผู้ที่อยู่ใกล้ชิดจะสังเกตเห็นอาการที่ เปลี่ยนแปลงไปของผู้ป่วย ผู้ป่วยอาจไม่ได้สังเกตเห็นความผิดปกติหรือการเปลี่ยนแปลงของตนเอง ได้แก่ ความจำระยะสั้นผิดปกติโดยเฉพาะ การลืมสิ่งที่ได้พูดไปแล้ว การรับรู้ตนเอง การใช้คำหรือภาษา การสับสนเกี่ยวกับทิศทาง มี อารมณ์ พฤติกรรมและบุคลิกภาพเปลี่ยนไป เช่น อารมณ์เศร้า แยกตัว หงุดหงิดง่าย กระสับ กระส่าย การตัดสินใจไม่เหมาะสม ไม่สามารถ คิดแก้ไขปัญหาหรือดูแลตนเองในการปฏิบัติ กิจวัตรประจำวันได้ สูญเสียความสามารถใน หน้าที่การทำงาน หน้าที่ทางสังคม หรือการเรียน ภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องมีระดับความรุนแรง ตั้งแต่เล็กน้อยถึงรุนแรงตามการดำเนินของ โรค<sup>12</sup> หากปล่อยให้มีการดำเนินโรคต่อไป ผู้ป่วย จะมีความสามารถในการดูแลตนเองลดลงและ

ต้องการการดูแลมากขึ้น ส่งผลกระทบต่อตรง ต่อญาติ ผู้ดูแล ครอบครัว และผู้ป่วยเองมีโอกาส พัฒนาไปสู่ภาวะสมองเสื่อมได้ภายใน 6 เดือน ถึงร้อยละ 35<sup>13</sup>

ความสามารถในการรู้คิด (cognitive function) เป็นสมรรถนะในกระบวนการทำงาน ของสมองในการเก็บและจัดการข้อมูล ซึ่งได้มา จากประสาทสัมผัสในช่วงเวลาหนึ่งแสดงออก มาในรูปของความคิด การแก้ปัญหาการวางแผน การรับรู้ การเข้าใจภาษา การให้เหตุผล การ เคลื่อนไหว การแสดงพฤติกรรม การดำเนินการ เกี่ยวกับมิติสัมพันธ์ และการปฏิบัติกิจวัตร ประจำวัน ประกอบด้วย การลงความใส่ใจ ความจำ การรับรู้ทางภาพ การคิดคำนวณ การ ตัดสินใจ การใช้ภาษา และการจัดการ การ ตัดสินใจ การวางแผน<sup>14</sup> จากความผิดปกติของ โครงสร้างและเซลล์ประสาทของสมองทำให้ ความสามารถในการรู้คิดเปลี่ยนแปลงไป ได้แก่ การทำงานที่ผิดปกติของสมองบริเวณ ส่วนหน้า ที่มีบทบาทสำคัญต่อการจัดการ การ ตัดสินใจ การวางแผน และความจำ ความผิด ปกติของสมองบริเวณส่วนขมับ (temporal lobe) ทำให้การใช้ภาษาที่ได้รับการยอมรับเสียไป การลดขนาดลงของ Hippocampus และ Entorhinal cortex ทำให้ผู้ป่วยมีความจำลดลง และหากมีการทำงานของสมองบริเวณส่วนข้าง ผิดปกติร่วมกับความผิดปกติของสมองบริเวณ ส่วนหน้า จะทำให้ผู้ป่วยมีความบกพร่องด้าน มิติสัมพันธ์ (visuoapatial)<sup>7-8</sup> แต่ความผิดปกติ ดังกล่าวนี้นี้ไม่ได้แปลว่าความสามารถในการรู้คิด ของสมองต้องลดลงเสมอไป<sup>15</sup> จากการศึกษาของ เดวิดและคณะ พบว่าสมองส่วนฮิปโปแคมปัส สามารถสร้างเซลล์สมองใหม่ได้เมื่อได้รับ

การกระตุ้นอย่างเหมาะสมในด้านความคิด อารมณ์ และการออกกำลังกาย เซลล์สมองส่วนที่เหลือสามารถทำงานชดเชยด้วยการสร้างใยประสาทและจุดเชื่อมต่อสัญญาณประสาทเพิ่มขึ้นได้ เซลล์ประสาทสามารถปรับเปลี่ยนโครงสร้างและหน้าที่ให้สัมพันธ์กับการเรียนรู้โดยสร้างเดนไดรติกสไปน์ (dendritic spine) ทำให้เกิดการไซแนปส์กับแอกซอนของเซลล์ประสาทที่อยู่ใกล้กันเพื่อสื่อสารระหว่างกัน หากเซลล์ประสาทได้รับการกระตุ้นการเรียนรู้มากขึ้นก็จะเกิด dendritic Spine เพิ่มมากขึ้น มีจุดเชื่อมต่อวงจรประสาทมากขึ้น เมื่อวงจรประสาทมีการขยายกว้างขึ้นทำให้เซลล์ประสาทมีความแข็งแรงและเจริญเติบโตเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 25 - 40<sup>15</sup> และสามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ช่วยให้ความสามารถในการรู้คิดเพิ่มมากขึ้นด้วย

การส่งเสริมการรู้คิด เป็นกิจกรรมการบำบัดด้านจิตสังคมทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องเล็กน้อยถึงปานกลาง เป็นกิจกรรมการกระตุ้นความสามารถในการรู้คิดของสมองอย่างมีแบบแผนที่เหมาะสมกับความสามารถในการรู้คิดในแต่ละด้านของสมอง<sup>16</sup> ได้แก่ ความจำ ภาษา การคงความใส่ใจ การเรียนรู้ มิติสัมพันธ์ และการจัดการ การตัดสินใจ การวางแผน ซึ่งคว้อกและคณะ<sup>17</sup> ได้นำแนวปฏิบัติของ ACTIVE (Advance Cognitive Training for Independent and Vital Elderly) มาใช้ในการกระตุ้นความสามารถในการรู้คิดของสมองเฉพาะด้าน ได้แก่ 1) การกระตุ้นสมองส่วนขมับ เป็นกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการฝึกความจำ เป็นการส่งเสริมความสามารถในการรู้คิดด้านการ

คงความใส่ใจ การเรียนรู้และความจำ ที่เริ่มตั้งแต่การรับข้อมูล การบันทึกข้อมูล และการเรียกข้อมูลนั้นกลับมาใช้ได้ 2) การกระตุ้นสมองส่วนข้าง เป็นกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการฝึกความเร็วของการประมวลข้อมูล เป็นการส่งเสริมความสามารถในการรู้คิดด้านการใช้ภาษาและการรับรู้สิ่งแวดล้อมรอบตัว ในการสื่อสารที่เกี่ยวข้องกับขนบธรรมเนียมประเพณี สภาพสังคม และประวัติศาสตร์ การสื่อสารมีหลายรูปแบบ เช่น การแสดง สีหน้า ท่าทาง การใช้คำพูด น้ำเสียง การเขียน และการวาดภาพหรือสัญลักษณ์อื่น ๆ และ 3) การกระตุ้นสมองส่วนหน้า เป็นกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการฝึกการใช้เหตุผล เป็นการส่งเสริมความสามารถในการรู้คิดในการจัดการ การตัดสินใจ การวางแผน รวมไปถึงการแก้ไขปัญหาในสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย การใช้ความคิดแบบนามธรรม ความสัมพันธ์ระหว่างร่างกายกับทิศทางและสิ่งแวดล้อมหรือมิติสัมพันธ์ โดยมีกระบวนการตั้งเป้าหมาย การวางแผนลงมือกระทำ ตรวจสอบและสามารถปรับเปลี่ยนการกระทำให้เหมาะสมกับสถานการณ์ ซึ่งจากการศึกษา<sup>18-22</sup> พบว่าโปรแกรมกลุ่มส่งเสริมการรู้คิดสามารถช่วยแก้ปัญหาความบกพร่องของภาวะพุทธิปัญญาในผู้ป่วยจิตเภทได้ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติในด้านความจำเพื่อใช้งาน ความจำด้านภาษา การจัดการ การตัดสินใจ และการวางแผน

ผู้วิจัยในฐานะเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยประสาทจิตเวช และผู้ป่วยที่มีภาวะพุทธิปัญญาบกพร่อง ในการพยาบาลให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม อารมณ์ พฤติกรรมและการรู้คิด จึงมีความสนใจศึกษา

และนำหลักการส่งเสริมการรู้คิด มาพัฒนาเป็นโปรแกรมกลุ่มส่งเสริมการรู้คิดที่จะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องได้เกิดการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ที่ช่วยให้เซลล์ประสาทได้เกิดการเชื่อมโยงของใยประสาทมีจุดเชื่อมต่อวงจรประสาทเพิ่มมากขึ้น เพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของสมองให้ดีขึ้นอย่างมีแบบแผนเฉพาะเจาะจงกับความสามารถในการรู้คิดในแต่ละด้านของสมอง ช่วยชะลอความเสื่อมถอยของเซลล์ประสาทสมองที่นำไปสู่ภาวะสมองเสื่อมได้ และช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องสามารถดูแลตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันได้ด้วยตนเองได้

### วัสดุและวิธีการ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยได้คัดเลือกผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องเป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 35 คน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองจำนวน 18 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 17 คน จับคู่กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกันในด้านเพศเดียวกัน อายุแตกต่างกันไม่เกิน 5 ปี คะแนน MoCA-T แตกต่างกันไม่เกิน 2 คะแนน และมีการศึกษาในระดับเดียวกันหรือใกล้เคียงกัน มีระยะเวลาดำเนินกิจกรรม 4 สัปดาห์ ๆ ละ 3 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 60 นาที รวม 12 กิจกรรม

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM - V และ ICD - 10 ที่รับไว้รักษาในหอผู้ป่วยจิตเวช

สามัญหญิงและชาย สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี ได้รับการประเมินว่าไม่มีภาวะสมองเสื่อมแต่มีภาวะพุทธิปัญญาบกพร่อง จากการใช้แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย โดยมีคะแนนมากกว่า 23 คะแนน ร่วมกับแบบประเมินภาวะพุทธิปัญญาฉบับภาษาไทย (MoCA-T) ที่มีคะแนนน้อยกว่า 25 คะแนน และบวกเพิ่มอีก 1 คะแนนเมื่อมีระดับการศึกษาน้อยกว่า 6 ปี จำนวน 36 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 18 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 18 คน แต่มีผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมจำนวน 1 คน ไม่สามารถประเมินภาวะพุทธิปัญญาหลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ได้ เนื่องจากมีอาการทางจิตกำเริบอยู่ในระยะ 3a จึงคัดออกจากการศึกษา ทำให้กลุ่มควบคุมมีจำนวน 17 คน ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มีจำนวน 35 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ตามเกณฑ์การคัดเลือกที่กำหนดดังนี้

### เกณฑ์การคัดเลือก

- 1) เพศหญิงและชาย อายุต่ำกว่า 60 ปี
- 2) ผู้ป่วยอยู่ในระยะ 2a-1d หมายถึงผู้ป่วยที่อาการปานกลางหรืออยู่ระยะพักฟื้น และต้องการได้รับการดูแลน้อยถึงมาก จำแนกตามมิติสภาวะความรุนแรงของความเจ็บป่วยและมิติความต้องการการดูแลขั้นต่ำที่ผู้ป่วย/ญาติพึงได้รับ<sup>23</sup>

3) ผลการประเมินแบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย (TMSE) สร้างโดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองไทย<sup>24</sup> ที่ได้ทำการดัดแปลงและปรับปรุงจากแบบทดสอบ MMSE ได้ผลการศึกษาไปในแนวเดียวกัน<sup>25</sup> มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.82

ค่าความไวเท่ากับ 0.68 และความจำเพาะเท่ากับ 0.88 มีคะแนนเต็มเท่ากับ 30 และต่ำสุดเท่ากับ 0 คะแนน หากคะแนนที่ได้มีเท่ากับหรือน้อยกว่า 23 ถือว่ามีภาวะสมองเสื่อม

4) ผลการประเมินภาวะพุทชิปัญญาฉบับภาษาไทย (MoCA-T) มีการแปลและพัฒนาเป็นภาษาไทยโดยแพทย์หญิงโสฬพัทธ์ เหมรัฐโรจน์<sup>26</sup> ได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.74 ค่า Pearson Correlation Coefficient เท่ากับ 0.91 และพบค่าความไวและความจำเพาะเท่ากับ 0.70 และ 0.95 ตามลำดับ<sup>27</sup> และสามารถใช้แยกแยะระหว่างผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะพุทชิปัญญาบกพร่องออกจากภาวะปกติได้<sup>28</sup> มีคะแนนเต็ม 30 คะแนน หากได้คะแนนน้อยกว่า 25 คะแนน และบวกเพิ่มอีก 1 คะแนน เมื่อผู้ถูกทดสอบมีระดับการศึกษาน้อยกว่า 6 ปี ถือว่ามีภาวะพุทชิปัญญาบกพร่อง

5) มีภาวะสุขภาพทางกายที่พร้อมในการเข้าร่วมกิจกรรม

6) สื่อสารภาษาไทยได้ ไม่มีความบกพร่องในการพูด และการมองเห็น

7) เข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ

#### เกณฑ์การคัดออก

1) มีอาการทางจิตหรือทางกายอยู่ในภาวะวิกฤตหรืออยู่ในระยะ 4a-3b หมายถึง ผู้ป่วยวิกฤติและอาการหนัก และต้องการได้รับการดูแลตลอดเวลา จำแนกตามมิติสภาวะความรุนแรงของความเจ็บป่วยและมีมติความต้องการการดูแลขั้นต่ำที่ผู้ป่วย/ญาติพึงได้รับ<sup>23</sup>

2) มีโรคร่วมหรือภาวะแทรกซ้อนทางกายที่เป็นเหตุให้ต้องออกจากโครงการก่อนสิ้นสุดโปรแกรม

3) เป็นผู้ที่มิภาวะซึมเศร้าจากการใช้

แบบประเมิน 2Q 9Q และ 8Q ของกรมสุขภาพจิต

4) ผู้ที่เข้าร่วมกิจกรรมน้อยกว่า 10 กิจกรรม จากทั้งหมด 12 กิจกรรม

#### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา ตามเอกสารรับรองโครงการที่ 016/2561 ลงวันที่ 3 พฤษภาคม 2561 โดยผู้วิจัยนำเอกสารรับรองโครงการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ซึ่งแจ้งแก่บุคลากรทางการแพทย์ในหอผู้ป่วยเพื่อขอคัดเลือกรวมกลุ่มตัวอย่างจากเวชระเบียนผู้ป่วย ซึ่งแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแลทราบถึงสิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วมวิจัย พร้อมทั้งอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า การตอบรับหรือปฏิเสธ เข้าร่วมวิจัยจะไม่มีผลต่อการรับการรักษาและรับบริการต่าง ๆ ที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับจากบุคลากรของสถาบันฯ โดยข้อมูลทุกอย่างของกลุ่มตัวอย่างถือเป็นความลับ และจะนำข้อมูลไปวิเคราะห์ในภาพรวม แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแล้วก็สามารถแจ้งขอเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา ก่อนที่การวิจัยจะสิ้นสุดโดยไม่ต้องให้เหตุผลใด ๆ และไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรับการรักษาและบริการที่ได้รับ หากกลุ่มตัวอย่างตอบรับให้ลงนามในหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

#### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพ ประวัติการบาดเจ็บทางศีรษะ โรคร่วมทางกาย ระยะเวลาก่อนการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท ประวัติการใช้สารเสพติดในช่วงระยะเวลา 1 เดือน ที่ผ่านมา ก่อนมารับการรักษาที่เกี่ยวกับการดื่มสุรา

ารใช้สารเสพติด และการสูบบุหรี่

2) แบบประเมินภาวะพุทธิปัญญาฉบับภาษาไทย (MoCA-T) สำหรับการคัดเลือกร่วมตัวอย่างว่ามีภาวะพุทธิปัญญาบกพร่อง ต้องได้คะแนนน้อยกว่า 25 คะแนน และบวกเพิ่มอีก 1 คะแนน เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีระดับการศึกษา น้อยกว่า 6 ปี ถือว่ามีภาวะพุทธิปัญญาบกพร่อง

3) แบบทดสอบสมรรถภาพสมองไทย (TMSE) สำหรับประเมินกลุ่มตัวอย่างว่ามีภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องแต่ไม่ได้มีภาวะสมองเสื่อม โดยต้องได้คะแนนมากกว่า 23 ถือว่าไม่มีภาวะสมองเสื่อม

4) โปรแกรมกลุ่มส่งเสริมการรู้คิด สำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะพุทธิปัญญาบกพร่อง ที่ผู้วิจัยได้จากการทบทวนวรรณกรรมและ พัฒนาขึ้นตามแนวปฏิบัติการส่งเสริมการรู้คิด ของคว็อก และคณะ<sup>17</sup> ประกอบด้วย การฝึก ความจำ การฝึกความเร็วของการประมวลข้อมูล และการใช้เหตุผล มีระยะเวลาดำเนินกิจกรรม 4 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 3 กิจกรรม ๆ ละ 60 นาที รวม 12 กิจกรรม

5) เครื่องมือกำกับการทดลอง เป็นแบบ บันทึกการเข้าร่วมกิจกรรมโปรแกรมกลุ่มส่งเสริม การรู้คิดของกลุ่มตัวอย่างที่จะต้องเข้าร่วม กิจกรรมอย่างน้อยร้อยละ 80 คิดเป็นจำนวน ไม่น้อยกว่า 10 ครั้ง

#### การดำเนินการวิจัย

1) ขั้นตอนเตรียมการทดลอง ก่อนการทดลอง 3 วัน ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มี คุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าร่วมการศึกษา ทดลองที่กำหนด โดยชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ของ การวิจัย ประโยชน์ที่ผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับและ ความไม่สะดวกที่อาจจะได้รับจากการเข้าร่วม

กิจกรรมในครั้งนี้ รวมทั้งการพิทักษ์สิทธิ กลุ่มตัวอย่างของการเข้าร่วมวิจัย และการทำ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบทดสอบ สมรรถภาพสมองไทย (TMSE) และแบบประเมิน ภาวะพุทธิปัญญาฉบับภาษาไทย (MoCA-T)

#### 2) ขั้นตอนการทดลอง

2.1) กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยเข้าพบ กลุ่มตัวอย่างกลุ่มควบคุม จำนวน 17 คน ที่หอ ผู้ป่วยจิตเวชสามัญชาย จำนวน 9 คน และหอ ผู้ป่วยจิตเวชสามัญหญิง จำนวน 8 คน กลุ่มตัวอย่าง ในกลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลในด้านการ พยาบาลและกิจกรรมตามที่หอผู้ป่วยจัดให้ตาม ปกติ

2.2) กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยเข้าพบ กลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลอง จำนวน 18 คน ที่หอ ผู้ป่วยจิตเวชสามัญชายจำนวน 10 คน และหอ ผู้ป่วยจิตเวชสามัญหญิง จำนวน 8 คน กลุ่มตัวอย่าง ในกลุ่มทดลองจะได้รับการดูแลในด้านการ พยาบาลและกิจกรรมตามที่หอผู้ป่วยจัดให้ตาม ปกติและเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมกลุ่ม ส่งเสริมการรู้คิด เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ ๆ ละ 3 กิจกรรม ๆ ละ 60 นาที รวม 12 กิจกรรม ดัง ตารางที่ 1

#### 3) ขั้นตอนประเมินผลการทดลอง

3.1) กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยนัดหมาย กลุ่มตัวอย่างเพื่อพบกันครั้งที่ 2 และ 3 ในสัปดาห์ ที่ 4 และ 6 เพื่อประเมินความสามารถในการรู้คิด ด้วยแบบประเมินภาวะพุทธิปัญญาฉบับภาษาไทย (MoCA-T) จากนั้นผู้วิจัยกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งยุติสัมพันธภาพ

3.2) กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยนัดหมาย กลุ่มตัวอย่างหลังจากดำเนินกิจกรรมครั้งที่ 12 เพื่อประเมินความสามารถในการรู้คิดหลังการ

## ตารางที่ 1 กิจกรรมโปรแกรมกลุ่มส่งเสริมการรู้คิด

สัปดาห์/วัน	วันจันทร์ (13.30 - 14.30 น.)	วันพุธ (13.30 - 14.30 น.)	วันศุกร์ (13.30 - 14.30 น.)
1	ฉันคือใคร	ระลึกภาพ	ความเหมือนที่แตกต่าง
2	สุกษิตไทยน่ารู้	รอบรู้ประเพณีไทย	วลีพาเพลิน
3	ชีวิตของฉัน	เรื่องเล่าจากภาพ	เติมเต็มปริศนา
4	คณิตคิดสนุก	ทางไหนดี	คำนวณเป็นได้ของครบ

ทดลองทันที และนัดหมายผู้ป่วยเพื่อพบกันครั้งที่ 13 ในสัปดาห์ที่ 6 เพื่อประเมินความสามารถในการรู้คิดหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ ด้วยแบบประเมินภาวะพุทธิปัญญาฉบับภาษาไทย (MoCA-T) จากนั้นผู้วิจัยกล่าวขอบคุณผู้ป่วย พร้อมทั้งยุติสัมพันธภาพ

ผู้วิจัยวิเคราะห์และเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการรู้คิดของผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เนื่องจากมีการแจกแจงแบบปกติ จึงใช้สถิติ pair t-test และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการรู้คิดของผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ โดยใช้สถิติ Independent pair t-test

## ผล

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้มีจำนวน 35 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 18 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 55.6 มีอายุระหว่าง 40 - 49 ปี ร้อยละ 83.3 อายุเฉลี่ย  $44.8 \pm 3.73$  ปี ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 50.0 มีสถานภาพโสด ร้อยละ 88.8 ไม่มีประวัติการบาดเจ็บทางศีรษะ ร้อยละ 83.3 ไม่มีโรคร่วมทางกาย ร้อยละ 94.4 ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท 1 ปี 1 เดือน - 3 ปี ร้อยละ 44.4 ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทเฉลี่ย  $5.9 \pm 4.19$  ปี ประวัติการใช้สารเสพติด ในช่วงระยะเวลา 1 เดือน ที่ผ่านมาก่อนมารับการรักษาไม่ดื่มสุรา ร้อยละ 88.9 ไม่ใช้สารเสพติด ร้อยละ 77.8 แต่สูบบุหรี่ ร้อยละ 55.6 ส่วนกลุ่มควบคุมจำนวน 17 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 53.0 มีอายุระหว่าง 40 - 49 ปี ร้อยละ 76.4 อายุเฉลี่ย  $45.4 \pm 3.89$  ปี ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 41.2 มีสถานภาพโสด ร้อยละ 82.3 ไม่มีประวัติการบาดเจ็บทางศีรษะ ร้อยละ 58.8 ไม่มีโรคร่วมทางกาย ร้อยละ 94.1 ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท 3 ปี 1 เดือน - 6 ปี ร้อยละ 41.2 ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทเฉลี่ย  $6.2 \pm 3.83$  ปี ประวัติการใช้สารเสพติด ในช่วงระยะเวลา 1 เดือน

## ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n = 18) จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มควบคุม (n = 17) จำนวน (ร้อยละ)	รวม (n = 35) จำนวน (ร้อยละ)
เพศ			
ชาย	10 (55.6)	9 (53.0)	19 (54.3)
หญิง	8 (44.4)	8 (47.0)	16 (45.7)
อายุ			
40 - 49 ปี	15 (83.3)	13 (76.4)	28 (80.0)
50 - 59 ปี	3 (16.7)	4 (23.6)	7 (20.0)
	เฉลี่ย 44.8 ± 3.73 ปี Min = 40, Max = 51	เฉลี่ย 45.4 ± 3.89 ปี Min = 41, Max = 54	เฉลี่ย 45.1 ± 3.77 ปี Min = 40, Max = 54
ระดับการศึกษา			
ประถมศึกษา	9 (50.0)	7 (41.2)	16 (45.7)
มัธยมศึกษาตอนต้น	5 (27.8)	6 (35.3)	11 (31.4)
มัธยมศึกษาตอนปลาย	2 (11.1)	3 (17.6)	5 (14.3)
อนุปริญญา	2 (11.1)	1 (5.9)	3 (8.6)
สถานภาพ			
โสด	16 (88.8)	14 (82.3)	30 (85.7)
สมรส	1 (5.6)	1 (5.9)	2 (5.7)
หม้าย/หย่า/แยก	1 (5.6)	2 (11.8)	3 (8.6)
ประวัติการบาดเจ็บทางศีรษะ			
มี	3 (16.7)	7 (41.2)	10 (28.6)
ไม่มี	15 (83.3)	10 (58.8)	25 (71.4)
โรคร่วมทางกาย			
มี	1 (5.6)	1 (5.9)	2 (5.7)
ไม่มี	17 (94.4)	16 (94.1)	33 (94.3)
ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท			
1 ปี 1 เดือน - 3 ปี	8 (44.4)	4 (23.5)	12 (34.3)
3 ปี 1 เดือน - 6 ปี	3 (16.7)	7 (41.2)	10 (28.6)
6 ปี 1 เดือน - 9 ปี	2 (11.1)	2 (11.8)	4 (11.4)
9 ปี 1 เดือน ขึ้นไป	5 (27.8)	4 (23.5)	9 (25.7)
	เฉลี่ย 5.9 ± 4.19 ปี Min = 2, Max = 15	เฉลี่ย 6.2 ± 3.83 ปี Min = 2, Max = 14	เฉลี่ย 6.1 ± 3.96 ปี Min = 2, Max = 15
ประวัติการดื่มสุรา			
ดื่ม	2 (11.1)	4 (23.5)	6 (17.1)
ไม่ดื่ม	16 (88.9)	13 (76.5)	29 (82.9)

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n = 18) จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มควบคุม (n = 17) จำนวน (ร้อยละ)	รวม (n = 35) จำนวน (ร้อยละ)
การใช้สารเสพติด			
ใช่	4 (22.2)	3 (17.6)	7 (20.0)
ไม่ใช่	14 (77.8)	14 (82.4)	28 (80.0)
การสูบบุหรี่			
สูบ	10 (55.6)	7 (41.2)	17 (48.6)
ไม่สูบ	8 (44.4)	10 (58.8)	18 (51.4)

ที่ผ่านมาก่อนมารับ การรักษาไม่ดื่มสุรา ร้อยละ 76.4 ไม่ใช้สารเสพติด ร้อยละ 82.3 และไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 58.8 ดังตารางที่ 2

คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการรู้คิดของผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มส่งเสริมการรู้คิด ภายหลังการทดลองทันที ( $21.7 \pm 2.32$ ) มากกว่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการรู้คิดก่อนการทดลอง ( $18.0 \pm 2.56$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $p\text{-value} < 0.001$ ) และคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการรู้คิดหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ ( $20.0 \pm 2.82$ ) มากกว่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการรู้คิดก่อนการทดลอง ( $18.0 \pm 2.56$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $p\text{-value} < 0.001$ ) แต่คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการรู้คิดหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ ( $19.9 \pm 2.82$ ) น้อยกว่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการรู้คิดหลังทดลองทันที ( $21.7 \pm 2.32$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $p\text{-value} < 0.001$ ) ดังแสดงในตารางที่ 3

ส่วนในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลปกติ พบว่า คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการ

รู้คิดภายหลังการทดลองทันที ( $17.7 \pm 2.52$ ) ไม่แตกต่างกับคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการรู้คิดก่อนการทดลอง ( $17.9 \pm 2.87$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $p\text{-value} = 0.529$ ) และคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการรู้คิดหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ ( $17.0 \pm 3.02$ ) น้อยกว่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการรู้คิดก่อนการทดลอง ( $17.9 \pm 2.87$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $p\text{-value} = 0.003$ ) และคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการรู้คิดหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ ( $17.0 \pm 3.02$ ) น้อยกว่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการรู้คิดหลังการทดลองทันที ( $17.7 \pm 2.52$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $p\text{-value} = 0.006$ ) ดังแสดงในตารางที่ 3

คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการรู้คิดในผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องก่อนได้รับโปรแกรมกลุ่มส่งเสริมการรู้คิดในกลุ่มทดลอง ( $18.0 \pm 2.56$ ) และกลุ่มควบคุม ( $17.9 \pm 2.87$ ) ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $p\text{-value} = 0.899$ ) และในระยะหลังการทดลองทันที พบว่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการรู้คิดในกลุ่มทดลอง ( $21.7 \pm$

**ตารางที่ 3** คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการรู้คิด (MoCA-T) ของผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะพหุธิปัญญาบกพร่อง โดยเปรียบเทียบภายในกลุ่มเดียวกัน

การทดลอง	คะแนน MoCA-T		t	df	p-value
	mean	SD			
กลุ่มทดลอง (n = 18)					
<u>เปรียบเทียบครั้งที่ 1</u>					
ก่อนการทดลอง	18.0	2.56	-9.06	17	< 0.001*
หลังการทดลองทันที	21.7	2.32			
<u>เปรียบเทียบครั้งที่ 2</u>					
ก่อนการทดลอง	18.0	2.56	-4.51	17	< 0.001*
หลังการทดลอง 2 สัปดาห์	20.0	2.82			
<u>เปรียบเทียบครั้งที่ 3</u>					
หลังการทดลองทันที	21.7	2.32	5.46	17	< 0.001*
หลังการทดลอง 2 สัปดาห์	20.0	2.82			
กลุ่มควบคุม (n = 17)					
<u>เปรียบเทียบครั้งที่ 1</u>					
ก่อนการทดลอง	17.9	2.87	0.64	16	0.529
หลังการทดลองทันที	17.7	2.52			
<u>เปรียบเทียบครั้งที่ 2</u>					
ก่อนการทดลอง	17.9	2.87	3.45	16	0.003*
หลังการทดลอง 2 สัปดาห์	17.0	3.02			
<u>เปรียบเทียบครั้งที่ 3</u>					
หลังการทดลองทันที	17.7	2.52	3.17	16	0.006*
หลังการทดลอง 2 สัปดาห์	17.0	3.02			

\*p-value < 0.05, paired t-test

**ตารางที่ 4** คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการรู้คิดในผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะพหุธิปัญญาบกพร่อง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การทดลอง	คะแนนความสามารถในการรู้คิด (MoCA-T) (mean ± SD)		p-value
	กลุ่มทดลอง (n = 18)	กลุ่มควบคุม (n = 17)	
ก่อนการทดลอง	18.0 ± 2.56	17.9 ± 2.56	0.899
หลังการทดลองทันที	21.7 ± 2.32	17.7 ± 2.52	< 0.001*
หลังการทดลอง 2 สัปดาห์	20.0 ± 2.82	17.0 ± 3.02	0.006*

\*p-value < 0.05, Independent samples t-test

2.32) มากกว่ากลุ่มควบคุม ( $17.7 \pm 2.52$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $p\text{-value} < 0.001$ ) และในระยะหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ พบว่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการรู้คิดในกลุ่มทดลอง ( $19.9 \pm 2.82$ ) มากกว่ากลุ่มควบคุม ( $17.0 \pm 3.02$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $p\text{-value} = 0.006$ ) จะเห็นได้ว่าโปรแกรมกลุ่มส่งเสริมการรู้คิดสามารถช่วยให้กลุ่มทดลองมีคะแนนความสามารถในการรู้คิดมากกว่ากลุ่มควบคุม แต่ภายหลังเมื่อก่อนทดลองไม่ได้รับโปรแกรมกลุ่มส่งเสริมการรู้คิดอย่างต่อเนื่อง คะแนนความสามารถในการรู้คิดในกลุ่มทดลองก็ลดลงเช่นเดียวกับกลุ่มควบคุม แต่ยังคงมีคะแนนที่มากกว่ากลุ่มควบคุม ดังแสดงในตารางที่ 4

### อภิปราย

ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐาน กล่าวคือผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะพุทธรูปปัญญาบกพร่องที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มส่งเสริมการรู้คิดมีคะแนนความสามารถในการรู้คิดหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะพุทธรูปปัญญาบกพร่องที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มส่งเสริมการรู้คิดมีคะแนนความสามารถในการรู้คิดมากกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะพุทธรูปปัญญาบกพร่องที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สามารถอภิปรายผลได้ว่ากิจกรรมกลุ่มบำบัดที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวปฏิบัติการส่งเสริมการรู้คิดของคว็อก และคณะ<sup>17</sup> ตามหลักการส่งเสริมการรู้คิดประกอบด้วย การฝึกความจำ การฝึกความเร็วของการประมวลผลข้อมูล และการฝึกการใช้เหตุผล เป็นกิจกรรม

การกระตุ้นการรู้คิดของสมองส่วนต่าง ๆ ให้ทำงานประสานสัมพันธ์กัน เมื่อสมองได้รับข้อมูลหรือสิ่งเร้าจะทำให้เกิดกระบวนการทำงานของสมองขั้นสูงในการจัดการข้อมูล เกิดการเชื่อมโยงของเส้นใยเซลล์ประสาทสมองอย่างต่อเนื่อง เกิดสร้างเดนไดรติกสไปน ทำให้เกิดการไซแนปส์กับแอกซอนของเซลล์ประสาทสมองที่อยู่ใกล้กันเพื่อสื่อสารระหว่างกัน เมื่อการไซแนปส์มีความแข็งแรงขึ้นส่งผลให้วงจรประสาทมีการขยายกว้าง เซลล์ประสาทสมองทำงานมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น<sup>15</sup> เมื่อเซลล์ประสาทสมองเกิดการเรียนรู้ สามารถจดจำได้มากขึ้นจะช่วยให้ความสามารถในการรู้คิดก็เพิ่มมากขึ้นด้วย

เมื่อพิจารณากิจกรรมในโปรแกรมกลุ่มส่งเสริมการรู้คิด จะเห็นได้ว่ากิจกรรมมีความหลากหลาย มีความน่าสนใจ ไม่ซ้ำเดิม ทั้งนี้เนื่องจากหากใช้กิจกรรมเดิม ๆ ในการกระตุ้นกลุ่มตัวอย่างจะตื่นตัวให้ความสนใจในระยะแรกของกิจกรรม ต่อมาหากยังคงได้รับกิจกรรมแบบเดิม ๆ ซ้ำ ๆ กลุ่มตัวอย่างจะให้ความสนใจกิจกรรมนั้น ๆ ลดลง ส่งผลให้การเรียนรู้จะค่อย ๆ ลดลง จนไม่มีความสนใจต่อกิจกรรมนั้น ๆ แต่กระทำได้ด้วยความเคยชินแทน เมื่อไม่มีการเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ การเติบโตของเซลล์ประสาทก็จะค่อย ๆ ลดลง การเชื่อมโยงของเส้นใยประสาทลดลง การทำหน้าที่ของสมองในส่วนต่าง ๆ ลดลงส่งผลให้ความสามารถในการรู้คิดลดลงด้วย จะเห็นได้จากคะแนนความสามารถในการรู้คิดของกลุ่มควบคุมที่มีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มส่งเสริมการรู้คิด การจัดกิจกรรมในโปรแกรมกลุ่มส่งเสริมการรู้คิดได้นำเทคนิคที่ช่วยให้กลุ่มรู้สึกสนุก ไม่รู้สึกเครียดขณะร่วมกิจกรรม

ซึ่งจะช่วยส่งเสริมให้เซลล์ประสาทสมองมีความสามารถในการรู้คิดเพิ่มขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากความเครียดเป็นปัจจัยที่ขัดขวางการเชื่อมต่อของเซลล์ประสาทสมองต่าง ๆ เมื่อร่างกายเกิดความเครียด สมองจะทำงานอย่างอัตโนมัติเกิดความเปลี่ยนแปลงในการทำงานของสมองในระบบลิมบิก และเมื่อความเครียดมีระดับสูงขึ้นจะทำให้การทำงานของก้านสมองลดระดับลงซึ่งส่งผลให้ระดับการทำงานของเปลือกสมองใหญ่ลดลงด้วย ทำให้ไม่สามารถเรียนรู้หรือนึกคิดได้ในขณะนั้นได้ อย่างไรก็ตามคะแนนความสามารถในการรู้คิดที่เพิ่มขึ้นภายหลังการทดลองไม่ได้แปลว่าผู้ป่วยจะมีคะแนนภาวะพุทธิปัญญาปกติ คะแนนที่เพิ่มขึ้นดังกล่าวนี้ยังจัดคงอยู่ในกลุ่มของผู้ที่มีภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องอยู่เช่นเดิม นอกจากนี้เมื่อพิจารณากลุ่มทดลองรายกรณี พบว่าผู้ที่มีประวัติการบาดเจ็บที่ศีรษะ ประวัติการใช้สารเสพติด มีระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทนาน ซึ่งจะมีการเสื่อมหรือการบาดเจ็บของโครงสร้างสมองและเซลล์ประสาทก็สามารถพัฒนาฟื้นฟูความสามารถในการรู้คิดให้เพิ่มขึ้นได้เช่นกันแต่จะมีคะแนนเพิ่มขึ้นน้อยกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ไม่มียาประวัติการบาดเจ็บดังกล่าว

โปรแกรมกลุ่มส่งเสริมการรู้คิด เป็นกิจกรรมกลุ่มบำบัดที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวปฏิบัติส่งเสริมการรู้คิดของคว็อก และคณะ<sup>17</sup> และนำกระบวนการกลุ่มบำบัดมาใช้ในการดำเนินกิจกรรม เนื่องจากกระบวนการกลุ่มมีการฝึกทักษะการเข้าสังคม การช่วยเหลือกันภายในกลุ่ม เน้นการสนับสนุนส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึกว่ามีผู้อื่นเข้าใจ ให้ความช่วยเหลือแก้ปัญหา และให้คำแนะนำซึ่งกันและกัน

ช่วยให้กลุ่มตัวอย่างในขณะร่วมกิจกรรมกลุ่มได้เกิดการเรียนรู้ มีการปรับเปลี่ยนความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสม มีระยะเวลา 4 สัปดาห์ ๆ ละ 3 กิจกรรม ๆ ละ 60 นาที รวม 12 กิจกรรม ตามหลักการส่งเสริมการรู้คิด ดังนี้

1) การฝึกความจำ เป็นการกระตุ้นการทำหน้าที่ของสมองบริเวณส่วนขมับ และศูนย์ควบคุมความจำ เกี่ยวข้องกับการคงความใส่ใจ การเรียนรู้และความจำ โดยมีกระบวนการจำที่เริ่มตั้งแต่การรับข้อมูล การบันทึกข้อมูล และการเรียกข้อมูลนั้นกลับมาใช้ได้ ประกอบด้วย 4 กิจกรรม คือ 1) นันคือใคร 2) ระลึกภาพ 3) ความเหมือนที่แตกต่าง และ 4) สุภายิตไทยน่ารู้

2) การฝึกความเร็วของการประมวลข้อมูล เป็นการกระตุ้นการทำหน้าที่ของสมองบริเวณส่วนข้างเกี่ยวข้องกับการใช้ภาษา และการรับรู้สิ่งแวดล้อมรอบตัว เป็นการสื่อสารเกี่ยวกับขนบธรรมเนียม สภาพสังคม และประวัติศาสตร์ที่แสดงออกทางสีหน้า ท่าทาง การใช้คำพูด น้ำเสียง การเขียนและการวาดภาพหรือสัญลักษณ์อื่น ๆ ประกอบด้วย 4 กิจกรรม คือ 1) รอบรู้ประเพณีไทย 2) วลีพาเพลิน 3) ชีวิตของฉัน และ 4) เรื่องเล่าจากภาพ

3) การฝึกการใช้เหตุผล เป็นการกระตุ้นการกระตุ้นการทำหน้าที่ของสมองบริเวณส่วนหน้าเกี่ยวข้องกับการจัดการ การตัดสินใจ การวางแผน การแก้ไขปัญหาในสถานการณ์ต่างๆ การคิดแบบนามธรรมและมีติสัมพันธ์ ประกอบด้วย 4 กิจกรรม คือ 1) เติมเต็มปริศนา 2) คณิตคิดสนุก 3) ทางไหนดี และ 4) คำนวนได้

## สรุป

โปรแกรมกลุ่มส่งเสริมการรู้คิดเป็นกิจกรรมทางการแพทย์ที่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องมีคะแนนความสามารถในการรู้คิดเพิ่มขึ้น เป็นกิจกรรมที่มีความหลากหลาย สนุก และสามารถนำไปปรับใช้ในชีวิตประจำวันได้ สามารถนำไปใช้ได้กับผู้ที่ภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องไม่ว่าจะมีสาเหตุใดก็ตาม ทั้งนี้เนื่องจากเมื่อเซลล์ประสาทสมองได้รับการกระตุ้นให้มีการเรียนรู้ใหม่ ๆ อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องจะช่วยชะลอความเสื่อมถอยของเซลล์ประสาทสมองที่นำไปสู่ภาวะสมองเสื่อมตามมาได้ แต่หากไม่ได้รับการส่งเสริมการรู้คิดอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอจะทำให้ผู้นั้นเข้าสู่ภาวะสมองเสื่อมได้เร็วยิ่งขึ้นได้

## เอกสารอ้างอิง

- Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry behavioral sciences. 10<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
- Phanthunane P, Vos T, Whiteford H, Bertram M, Udomratn P. Schizophrenia in Thailand: prevalence and burden of disease. *Popular Health Metrics* 2010; 17(2): 8-24.
- มาโนช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุคนิษฐ์. จิตเวชศาสตร์รามธิบดี. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดีมหาวิทยาลัยมหิดล; 2558.
- World Health Organization. The ICD-10: Classification of mental and behavioral disorder clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization; 2010.
- Benjamin J, Sadock MD, Virginia A, Sadock P. Synopsis of Psychiatry. 9<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lippincott. Williams & Wilkins; 2002.
- พิเชฐ อุดมรัตน์, สรยุทธ วาสิกนันท์. ตำราโรคจิตเภท Textbook of Schizophrenia. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์; 2552.
- มุกิตา พนาสถิตย์. ภาวะพุทธิปัญญาของผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก แผนกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. *จุฬาลงกรณ์เวชสาร* 2551; 52(พิเศษ): 113-27.
- Ronan OC. Cognitive impairment in schizophrenia. *Advance Psychiatry Treatment* 2000; 6(3): 161-8.
- สุทธินันท์ สุบินดี. ภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่มารับบริการคลินิกโรคเรื้อรังของหน่วยบริการปฐมภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่น [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2556.
- Juebin H, John SM., Zherxi, Z, Jing W, Hongbo W, Wenjie W, et al. Progression of mild cognitive impairment to alzheimer's or vascular dementia versus normative aging among elderly Chinese. *Curr Alzheimer Res* 2005; 2(5): 571-8.
- Sman GE, Lessov-Schlaggar CN. The effects of tobacco smoke and nicotine on cognition and the brain. *Neuropsychol Rev* 2007; 17(3): 259-73.
- ลิรินทร ฉันทศิริกาญจน์. สมองเสื่อม. กรุงเทพฯ: สมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม; 2551.
- Smith T, Gildeh N, Holmes C. The montreal cognitive assessment: Validity and utility in a memory clinic setting. *Can J Psychiatry* 2007; 52(5): 329-32.
- Puriansil C. Cognitive response of long period surgical resident work [Master's thesis]. Bangkok: Graduate School, Mahidol University; 2006.
- David LP, Lawrence JS, David LR. Social cognition in schizophrenia: An overview. *Schizoph Bull* 2008; 34(3): 408-11.

16. Neville E, Kolonowski AM, Yu F, Eslinger PJ. Improving cognition and function through exercise intervention in Alzheimer's disease. *J Nurs Scholarsh* 2006; 38(4): 358-65.
17. Kwok T, Wong A, Chan G, Shiu YY, Lam KC. Effectiveness of cognitive training for Chinese elderly in Hong Kong. *Clin Interv Aging* 2013; 8(2): 213-9.
18. Pilar T, Inma F, Volker R, Juan CR. Cognitive rehabilitation programs in schizophrenia: Current status and perspectives. *Rev Int Psicol Ter Psicol* 2010; 10(2): 191-204.
19. Kurtz MM, Seltzer JC, Shagan DS, Thime WR, Wexler BE. Computer assisted cognitive remediation in schizophrenia: What is the active ingredient. *Schizophr Res* 2007; 89(1): 251-60.
20. น้ำผึ้ง คุ่มครอง. การฟื้นฟูสมรรถภาพด้านพุทธิปัญญาในผู้ป่วยโรคจิตเภทศูนย์สุขภาพชุมชน ตำบลย้ออำเภอยี่งอ จังหวัดยะลา [วิทยานิพนธ์มหาวิทยาลัย]. ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2553.
21. เขวลักษณ์ โอรสานนท์, จุฬารัตน์ วิระชะรัตน์. โปรแกรมฝึกความจำสำหรับผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง. *วารสารของโรงพยาบาลศรีธัญญา* 2554; 135(12): 1-8.
22. อรษา ฉวาง. ประสิทธิภาพของโปรแกรมกลุ่มส่งเสริมความจำในผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่มีความบกพร่องพุทธิปัญญา. กรุงเทพฯ: สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา; 2560.
23. ชมรมเครือข่ายพยาบาลจิตเวช กรมสุขภาพจิต. การพัฒนาเกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วยจิตเวช: กรณีผู้ป่วยใน. คู่มือประกอบการใช้เกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วยใน (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2). นครราชสีมา: เศรษฐการพิมพ์; 2559.
24. กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองไทย. แบบทดสอบสภาพสมองของไทย. *สารศิริราช* 2536; 45(6): 1-9.
25. อรวรรณ คุหา, บุรีณี บุญมีพิพิธ, นันทศักดิ์ ธรรมานวัตร, จิตนา วาณิชวโรดม. การเปรียบเทียบความสัมพันธ์แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเสื่อมเบื้องต้น (MMSE-Thai) 2002 และแบบทดสอบสมรรถภาพสมองไทย (TMSE) ในการคัดกรองผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม. *วารสารพฤกษาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ* 2552; 10(1): 19-24.
26. Hemrungronj S. MoCA Thai version online style 2007. [online]. Available from <http://www.mocatest.org/wp-content/uploads/2015/tests-instructions/MoCA-Instructions-Thai>. [2018 Jan15].
27. Tangwongchai S, Phanasathi M, Charernboon T. The validity of Thai version of the Montreal Cognitive Assessment. *Can J Psychiat* 2009; 22(5): 225-29.
28. Musso MW, Cohen AS, Auster TL, McGovern JE. Investigation of the Montreal Cognitive Assessment (MoCA) as a cognitive screener in severe mental illness. *Psychiatry Res* 2014; 220(1-2): 664-8.

## การพัฒนาต้นแบบและผลของโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดที่เน้นการแสดงออก ต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยโรคจิตเภท

พัชรินทร์ อรุณเรือง\*

\*นักจิตวิทยาคลินิก สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

วันรับบทความ : 17 มีนาคม 2563

วันแก้ไขบทความ : 29 มีนาคม 2563

วันตอบรับบทความ : 31 มีนาคม 2563

### บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อพัฒนาต้นแบบและทดสอบผลของ โปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดที่เน้นการแสดงออก สำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว

**วัสดุและวิธีการ :** ใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนา ตามมาตรฐานการวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีสุขภาพจิต ทำการทดสอบและปรับปรุงครั้งที่ 1 กับผู้ป่วยในโรคจิตเภทจำนวน 10 คน โดยมุ่งเน้นปรับโปรแกรมให้เหมาะสมกับผู้ป่วยในและใช้งานง่าย จากนั้นนำมาทดลองใช้กับผู้ป่วยในโรคจิตเภท จำนวน 18 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม สุ่มโดยการจับคู่ระดับอาการทางจิต คะแนนพฤติกรรมก้าวร้าว อายุและเพศที่ใกล้เคียงกัน รวบรวมข้อมูลด้วยแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว โดยประเมินก่อนและหลังการบำบัดวิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนาและทดสอบค่าที

**ผล :** โปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดที่เน้นการแสดงออก สำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ที่พัฒนาขึ้น มีความตรงตามเนื้อหา และสอดคล้องกันระหว่างกิจกรรมกลุ่มและวัตถุประสงค์ โปรแกรมประกอบด้วย การดำเนินกลุ่ม 10 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที สัปดาห์ละ 3 ครั้งติดต่อกัน 4 สัปดาห์ ผลการศึกษา พบว่าในกลุ่มทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าว ระยะหลังการทดลอง (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ  $0.9 \pm 1.4$ ) ลดลงจากคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าว ระยะก่อนการทดลอง (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ  $9.8 \pm 1.0$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการรักษาตามปกติ พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าว ระยะหลังการทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ  $8.5 \pm 1.2$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

**สรุป :** ต้นแบบ โปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดที่เน้นการแสดงออก สำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว เหมาะสำหรับการใช้ในการป้องกันและลดพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยโรคจิตเภทได้ โปรแกรมนี้สามารถเป็นการเพิ่มทางเลือกในการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ร่วมกับการรักษาตามมาตรฐานต่อไป

**คำสำคัญ :** กลุ่มจิตบำบัด การบำบัดที่เน้นการแสดงออก พฤติกรรมก้าวร้าว โรคจิตเภท

## DEVELOPMENT OF PROTOTYPE AND EFFECTIVENESS FOR GROUP EXPRESSIVE THERAPIES PROGRAM IN PERSONS WITH SCHIZOPHRENIA WHO HAVE AGGRESSIVE BEHAVIOR

Patcharin Arunruang\*

\*Clinical Psychologist , Galyarajanagarindra Institute

Received : March 17, 2020

Revised : March 29, 2020

Accepted : March 31, 2020

### Abstract

**Objective:** To develop a prototype of the Group Expressive Therapies Program for schizophrenia with aggressive behavior and to assess the effectiveness of the program.

**Material and Methods:** This study was research and development based on the Guidelines of Mental Health's Innovative Knowledge and Technology Development. The first program evaluation involved 10 patients with schizophrenia. This initial evaluation aimed for improvement of program relevancy to in-patients and its feasibility. Then, the program was implemented with 18 schizophrenic patients. Using the matching approach, the patients were randomly assigned to experimental and control groups. The two groups were matched based on their psychotic symptom scored, aggressive behavior scored, age, and gender. The Overt Aggression Scale was used to assess the patients' aggressive behaviors at before and after the program implementation. The descriptive statistics and t-test were used to analyze the data.

**Results:** The Group Expressive Therapies Program for schizophrenia with aggressive behavior demonstrated decent content validity and practicality. The program consisted of ten sessions, 90 minutes per session, 3 times per week for 4 consecutive weeks. Findings revealed that for the experiment group, the mean scores of aggressive behavior at the posttest (mean = 0.9, SD = 1.4) were statistically significant lower than the mean scores at the pretest (mean = 9.8, SD = 1.0). In comparison with the control group (received the treatment as usual), the posttest scores of the experimental group were statistically significant lower than those in the control group (mean = 8.5, SD = 1.2).

**Conclusion:** The prototype of the group expressive therapies program for individuals with schizophrenia who have aggressive behavior demonstrates effectiveness in reducing the patients' aggressive behaviors. It should be considered as an optional intervention for schizophrenia with aggressive behavior and further standardized treatments.

**Keywords:** group psychotherapy, expressive therapies, aggressive behaviors, schizophrenia

## บทนำ

โรคจิตเภทเป็นความเจ็บป่วยทางจิตที่รุนแรง และพบมากที่สุดในกลุ่มโรคจิตเวช โดยทั่วโลก พบว่า มีผู้ป่วยมากถึง 20 ล้านคน<sup>1</sup> ประมาณค่าความชุกร้อยละ 0.28 เมื่อเทียบกับอายุมาตรฐานโลก<sup>2</sup> การทบทวนอย่างเป็นระบบและวิเคราะห์เชิงอภิธานจากการศึกษาทั่วโลก 110 การศึกษา พบว่า ผู้ก่อความรุนแรงจำนวน 39,995 คน มีร้อยละ 87.8 ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท<sup>3</sup> รายงานค่าความชุกของพฤติกรรมก้าวร้าว ผู้ป่วยจิตเภทประเทศต่าง ๆ (เช่น ประเทศเปรู ประเทศชิลี ประเทศจีน) มีค่าอยู่ระหว่างร้อยละ 3.5-55.4<sup>4,5</sup> สำหรับประเทศไทย พบว่า ความชุกของพฤติกรรมก้าวร้าวผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนร้อยละ 24.6<sup>6</sup> และเมื่อพิจารณาการศึกษาพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภททั่วไปและมีคดีที่เข้ารับการรักษาในสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ พบความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงร้อยละ 32.9<sup>7</sup> ดังนั้นผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว จึงเป็นอาการสำคัญที่ผู้นำส่งรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลจิตเวช รวมทั้งเป็นสาเหตุหลักของการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล<sup>8</sup> เนื่องจากยังมีพฤติกรรมก้าวร้าวเมื่อกลับไปอยู่ในครอบครัวและชุมชน

พฤติกรรมก้าวร้าว โดยทั่วไปหมายถึง การที่บุคคลหนึ่งมุ่งกระทำต่ออีกฝ่ายหนึ่ง ให้เกิดความเจ็บปวด ทุกข์ทรมานหรือเกิดความเสียหาย<sup>9</sup> ซึ่งอาจเป็นได้ทั้งการกระทำหรือคำพูด<sup>10</sup> โดยในผู้ป่วยโรคจิตเภทมักแสดงออกทั้งท่าทางและคำพูดที่ควบคุมตนเองไม่ได้ เช่น พุดจาหยาบคาย ทำลายข้าวของ เป็นอันตรายต่อตัวผู้ป่วยเองหรือผู้อื่น<sup>11</sup> ปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยโรคจิตเภท คือ ขณะมีอาการ

ทางบวกมากมีความเสี่ยงทำร้ายร่างกายมากขึ้น โดยอาการระแวงสงสัยไม่เป็นมิตรเสี่ยงสูง เช่น ในประเทศจีนพบร้อยละ 78.9 รองลงมาคืออาการหลงผิดร้อยละ 63.2 และมีประวัติพฤติกรรมก้าวร้าวร้อยละ 42.1<sup>5</sup> ปัจจัยเสี่ยงที่พบบ่อยได้แก่ การมีประวัติเป็นผู้กระทำหรือถูกกระทำ ความรุนแรง สัมพันธ์กับพฤติกรรมก้าวร้าวสูง (OR = 6.1, 95%CI 4.0 - 9.1, z = 8.7) โดยร้อยละ 50 มีโรคร่วมใช้สารเสพติด มักพบในช่วงวัยผู้ใหญ่อายุเฉลี่ยประมาณ 35.8 ปี (SD = 5.6)<sup>12</sup> สำหรับปัจจัยเสี่ยงด้านจิตวิทยา เช่น การมีแนวโน้มบุคลิกภาพต่อต้านสังคม ปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล มีพฤติกรรมหุนหันพลันแล่น โกรธ วิตกกังวล มีอารมณ์เศร้าสูง หรืออยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ทุกข์ใจ เช่น ไม่เป็นมิตร ถูกวิพากษ์วิจารณ์ แสดงออกทางอารมณ์รุนแรง เป็นต้น<sup>13-14</sup> ปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวจำเป็นต้องมีวิธีจัดการที่หลากหลายร่วมกัน ทั้งอาการทางจิตและปัญหาทางสังคมจิตใจ เพื่อเสริมประสิทธิภาพการรักษา ป้องกันภาวะอันตรายที่อาจเกิดขึ้นและลดโอกาสเกิดความรุนแรงต่างๆซ้ำ

การทบทวนอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับกลวิธีป้องกันและลดพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ปัจจุบันยังไม่มีการที่ดีที่สุด<sup>15</sup> โดยเฉพาะปัจจัยเสี่ยงทางด้านจิตวิทยา Lejoyeux<sup>16</sup> ระบุว่า ปัญหาด้านอารมณ์ เช่น โกรธ วิตกกังวล ซึมเศร้า ลึนหวัง มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย มักเกี่ยวข้องกับกรณีพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยโรคจิตเภท จำเป็นต้องได้รับการบำบัดทางจิต ทั้งนี้ แนวคิดจิตบำบัดที่เน้นการแสดงออก (expressive therapies) ของ Malchiodi<sup>17-18</sup> ให้ความสำคัญในการจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านอารมณ์จิตใจ ด้วยการประยุกต์

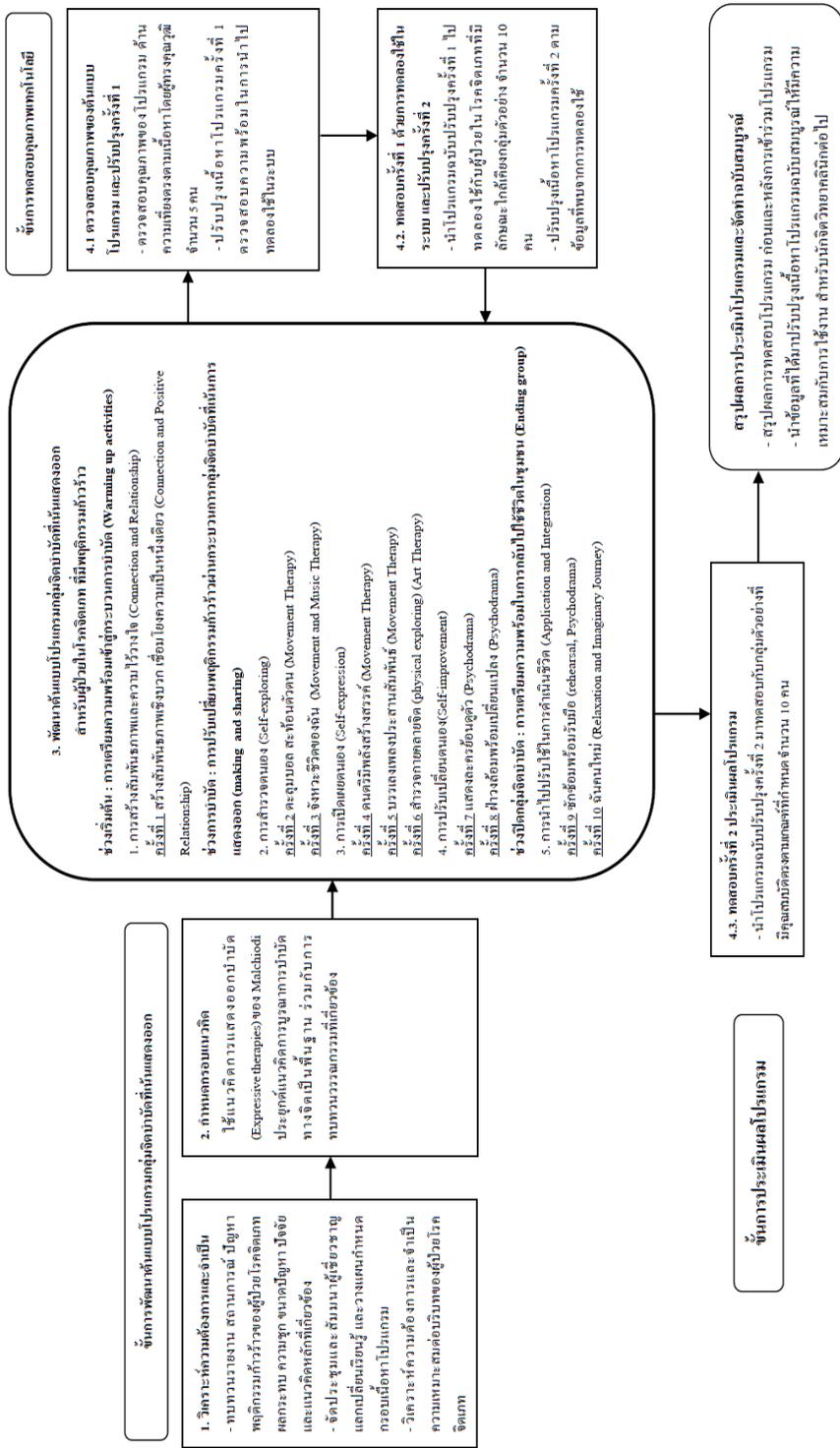
ศาสตร์ด้านศิลปะแขนงต่าง ๆ เช่น ดนตรี การวาดภาพ การเต้นหรือการเคลื่อนไหว การแสดงละคร อย่างน้อยหนึ่งอย่าง ใช้ร่วมกับกระบวนการบำบัดทางจิตในรายบุคคลหรือกลุ่ม เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักรู้ตนเองดีขึ้น รู้สึกผ่อนคลาย เรียนรู้วิถีชีวิตความคับข้องใจและความวิตกกังวล แสดงออกได้อย่างเหมาะสมและสร้างสรรค์ แทนที่พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ดังเช่น Hakvoort<sup>19</sup> ศึกษาผลของดนตรีบำบัดต่อการจัดการความโกรธและทักษะการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยนิจิตใจเวช ร่วมกับการรักษาตามมาตรฐาน พบว่า ผู้ป่วยมีทักษะในการจัดการกับความโกรธและจัดการกับปัญหาในทางบวกเพิ่มขึ้น ลดการหลีกเลี่ยงปัญหา ส่วน Hackett<sup>20</sup> ใช้จิตบำบัดที่มุ่งเน้นการแสดงออกแบบรายบุคคล ในการลดความก้าวร้าวของผู้ป่วยโรคบุคลิกภาพผิดปกติชนิดต่อต้านสังคม ผลการศึกษา พบว่า สามารถลดอาการก้าวร้าวของผู้ป่วยลงได้ จะเห็นได้ว่า ทั้งสองการศึกษาสนับสนุนประสิทธิภาพของแนวคิดจิตบำบัดที่เน้นการแสดงออกต่อการลดพฤติกรรมก้าวร้าวได้

สำหรับการศึกษาในประเทศไทย เมื่อปี 2549 มีการศึกษาของผ่องพรรณ ภาะโว<sup>21</sup> ทำการตรวจสอบประสิทธิภาพของการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ร่วมกับการใช้ดนตรีต่อพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเภท พบว่าวิธีการดังกล่าวลดความก้าวร้าวของผู้ป่วยโรคจิตเภทได้อย่างมีนัยสำคัญ อย่างไรก็ตาม เนื่องจากการออกแบบการวิจัยนี้ ใช้ตัวอย่างกลุ่มเดียวมีการวัดก่อนและหลังการทดลอง ไม่มีกลุ่มควบคุมหรือกลุ่มเปรียบเทียบ ทำให้ความมั่นใจในการสรุปว่าพฤติกรรมก้าวร้าวที่ลดลง เกิดจากการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ร่วมกับการใช้ดนตรี ยังไม่หนักแน่นพอ

อีกทั้งทำการวิจัยผ่านมา 12 ปีแล้ว ยังไม่พบว่ามี การพัฒนารูปแบบการบำบัดดังกล่าวกับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวให้มีความเหมาะสมกับยุคสมัย ไม่มีการศึกษาซ้ำเพื่อยืนยัน ประสิทธิภาพของโปรแกรม นอกจากนี้ยังเป็นเพียงรูปแบบเดียวที่อาจเหมาะสมเฉพาะผู้ป่วยบางกลุ่มเท่านั้น ยังไม่มีการศึกษาในการบำบัดที่เน้นการแสดงออกที่บูรณาการรูปแบบอื่น ๆ และจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า ยังไม่มีการนำแนวคิดกลุ่มจิตบำบัดที่เน้นการแสดงออกแบบบูรณาการมาใช้ในการลดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยโรคจิตเภทมาก่อน อีกทั้งความจำเป็นที่ต้องมีหลากหลายวิธีร่วมกัน ทั้งการรักษาอาการทางจิตและการจัดการกับปัญหาทางสังคมจิตใจ เพื่อเสริมประสิทธิภาพการรักษาที่ปัจจุบันยังขาดรูปแบบที่ดีที่สุด โดยเฉพาะปัจจัยทางจิตวิทยาประกอบกับพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยโรคจิตเภทในปัจจุบันยังคงเป็นปัญหาสำคัญที่ไม่ได้ลดลงและนำไปสู่ปัญหา ความรุนแรงและปัญหาพฤติกรรมอื่น ๆ อีกด้วย ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงได้พัฒนา โปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดที่เน้นการแสดงออกต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยโรคจิตเภทขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาต้นแบบและทดสอบผลของโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดที่เน้นการแสดงออก สำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว

### วัตถุประสงค์และวิธีการ

การวิจัยนี้มีรูปแบบเป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development) ดำเนินการระหว่างเดือนมีนาคม 2558 - มีนาคม 2563 ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน (ภาพที่ 1) โดยแสดงความสัมพันธ์ระหว่างขั้นตอนการพัฒนาโปรแกรมและ



ภาพที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างขั้นตอนการพัฒนาโปรแกรมและการตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น

การตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น มีรายละเอียดโดยสรุปดังนี้

1) วิเคราะห์ความต้องการและจำเป็นของการพัฒนาโปรแกรม (need analysis) ทั้งสภาพปัญหา สถานการณ์ ประเด็นการบำบัดทางจิตวิทยา สำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภท ร่วมกับจิตแพทย์ นักจิตวิทยาคลินิก พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช นักสังคมสงเคราะห์ จำนวน 10 คน และทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดด้วยแนวคิด การบำบัดด้วยการมุ่งเน้นการแสดงออก ทำการจัดระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานที่สืบค้นได้ กำหนดเกณฑ์การจัดระดับคุณภาพของหลักฐาน วิเคราะห์ตัดสินความเพียงพอของคุณภาพงานวิจัยที่สืบค้นได้ และข้อสรุปแนวความคิดที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ค้นพบทั้งหมด สังเคราะห์องค์ความรู้ที่ได้จากการทบทวนให้มีความเหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว โดยเน้นบทบาทของนักจิตวิทยาคลินิกเป็นหลัก

2) กำหนดกรอบแนวคิด (conceptual framework) ร่วมกับผู้เกี่ยวข้องและผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน ที่มีประสบการณ์ในการทำกลุ่มบำบัด และทำวิจัยเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยนำผลการทบทวนมาวิเคราะห์เชื่อมโยงประเด็นปัญหา ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและผลของโปรแกรมที่ต้องการ ลดพฤติกรรมก้าวร้าว กำหนดกรอบเนื้อหาในต้นแบบ โปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดที่เน้นการแสดงออก สำหรับบำบัดผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว

3) ทำการออกแบบและจัดทำต้นแบบ (prototype development) กระบวนการนี้ ดำเนินการร่วมกับผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วยจิตแพทย์ พยาบาล

สุขภาพจิตและจิตเวช นักจิตวิทยาคลินิกและผู้เชี่ยวชาญด้านการบำบัดตามแนวคิดที่เน้นการแสดงออก โดยจัดทำต้นแบบเบื้องต้น กำหนดรูปแบบของโปรแกรม ส่งต้นแบบโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น ให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความเหมาะสมของเนื้อหา รูปแบบตามกรอบแนวคิดที่วางไว้ของโปรแกรม ผู้วิจัยปรับปรุงแก้ไขต้นแบบโปรแกรมตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ จนมีความเหมาะสมของภาษา ความสอดคล้องของจุดมุ่งหมาย ความครอบคลุมของกิจกรรม การจัดลำดับรูปแบบกิจกรรม วิธีการดำเนินกลุ่มจิตบำบัดในโปรแกรม ความเป็นไปได้ที่จะนำโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดไปใช้ ความเข้าใจกิจกรรมของผู้ป่วยโรคจิตเภท ตลอดจนความเหมาะสมของระยะเวลาดำเนินโปรแกรม

4) การทดสอบคุณภาพเทคโนโลยีสุขภาพจิต (testing) ดำเนินการ 3 ขั้นตอนดังนี้

4.1) ทำการทดสอบเบื้องต้น โดยนำโปรแกรมไปใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับตัวอย่างจำนวน 10 คน เพศชายและหญิง อายุระหว่าง 18 - 59 ปี มีอาการทางจิตระดับไม่รุนแรงหรืออาการทางจิตสงบ มีประวัติพฤติกรรมก้าวร้าวก่อนมารักษาในครั้งปัจจุบัน หรือแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวขณะรับไว้รักษา เพื่อประเมินความเหมาะสมในการนำไปใช้ทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรม

4.2) ทำการปรับปรุงเบื้องต้น นำผลการทดสอบเบื้องต้นมาวิเคราะห์ข้อจำกัด ข้อควรปรับปรุงร่วมกับผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน นำประเด็นที่ได้มาทำการปรับปรุงเทคนิค อุปกรณ์และรูปแบบที่ใช้ในการดำเนินกระบวนการกลุ่มจิตบำบัดที่เน้นการแสดงออก ทั้งการตั้งคำถามและการสรุปกลุ่มที่ชัดเจน

เข้าใจง่าย เพื่อส่งเสริมการกระบวนกรบำบัดแต่ละครั้ง ในการปรับปรุงนี้อยู่ภายใต้กรอบแนวคิดเดิมที่กำหนดไว้ศึกษาบริบทและวางแผนการทดสอบให้มีความพร้อมจะนำไปใช้ในสภาพการปฏิบัติงานจริง

4.3) การทดสอบกลุ่มจิตบำบัดที่มุ่งเน้นการแสดงออกครั้งที่ 2 ใช้รูปแบบการวิจัยแบบกึ่งทดลอง โดยมีกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม วัตถุประสงค์ก่อนและหลังการทดลองเพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดที่มุ่งเน้นการแสดงออก ต่อการลดพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยโรคจิตเภท ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดที่มุ่งเน้นการแสดงออก กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลรักษาตามปกติ ประชากรเป้าหมายเป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว มารับบริการแบบผู้ป่วยในของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณจากการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบก่อนการวิจัย (a priori' power analysis) ด้วยโปรแกรม G\*power Version 3.1.9.2 กำหนดค่าการวิเคราะห์แบบ two-tailed ขนาดอิทธิพลสำหรับการทดสอบศึกษาจากงานวิจัยของผ่องพรรณ ภาโว<sup>21</sup> ซึ่งมีตัวแปรใกล้เคียงกัน โดยนำ mean effect size ( $d = 4.77$ ) มาแทนค่าในโปรแกรมสำเร็จรูป เพื่อให้มีอำนาจการทดสอบที่ (1-B) 99% กำหนดเท่ากับ 0.01 ขนาดอิทธิพลขนาดกลางที่ระดับ 0.5 ได้ตัวอย่างรวมทั้งหมด 20 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 10 คน และกลุ่มควบคุม 10 คน จับคู่ด้านคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าว อายุ และเพศที่ใกล้เคียงกัน ใช้เกณฑ์การคัดเข้าคือเป็นผู้ป่วยในที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท มีพฤติกรรมก้าวร้าวก่อนเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในครั้งปัจจุบัน อายุระหว่าง 18 - 59 ปี มีคะแนน

จากแบบประเมินทางอาการจิตฉบับย่อ (BPRS) ต่ำกว่า 36 คะแนนลงไป และมีคะแนนแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว (OAS) ตั้งแต่ 1 คะแนนขึ้นไป และใช้เกณฑ์ในการคัดออกกรณีได้รับการวินิจฉัยร่วมว่ามีภาวะปัญญาอ่อนสมองเสื่อม หรือมีความผิดปกติในการเรียนรู้ อย่างชัดเจน และมีภาวะแทรกซ้อนทางกายที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมโปรแกรม

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพ** ประกอบด้วย 4 เครื่องมือ

1) เครื่องมือคัดเลือกลุ่มตัวอย่าง คือ แบบประเมินอาการทางจิตฉบับย่อ (The Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS) จำนวน 18 ข้อ ใช้ประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างแต่ละคนก่อนการทดลอง

2) เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา การประกอบอาชีพ การวินิจฉัยโรค จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษา ระยะเวลาการเจ็บป่วย ประวัติการใช้สารเสพติด และประวัติพฤติกรรมก้าวร้าวก่อนและขณะรับการรักษาในปัจจุบัน

3) เครื่องมือในการทดลอง คือ โปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดที่เน้นการแสดงออก สำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวที่พัฒนาขึ้นของการวิจัยและพัฒนารุ่นนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดบูรณาการรูปแบบของศิลปะบำบัด ดนตรีบำบัด การเคลื่อนไหวและละครบำบัด ตามแนวคิดการบำบัดที่เน้นการแสดงออกของ Malchiodi<sup>17-18</sup> ร่วมกับการทบทวนแนวคิดการบำบัดทางจิตวิทยาแบบกลุ่ม และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

4) เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์ คือ

แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว (Overt Aggression Scale: OAS)<sup>22</sup> ที่พัฒนาโดย ตรีนุช ราษฎร์คู่ศติ ความเที่ยงเท่ากับ .87 แบ่งเป็น 4 ลักษณะ ได้แก่ พฤติกรรมก้าวร้าวทางคำพูด พฤติกรรมก้าวร้าวต่อร่างกายตนเอง พฤติกรรมก้าวร้าวต่อร่างกายผู้อื่น และพฤติกรรมก้าวร้าวด้านการทำลายสิ่งของ ได้มีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยให้ผู้ช่วยวิจัยที่เป็นนักจิตวิทยาคลินิก มีประสบการณ์ทำงานกับผู้ป่วยจิตเภทมากกว่า 3 ปีขึ้นไป จำนวน 3 คน สังเกตและประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างในสถานการณ์เดียวกัน มีค่าความเที่ยงของเครื่องมือแบบ inter rater เท่ากับ .80

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนน พฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภท ในระยะก่อน และหลังการทดลอง รวมทั้งระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมและกลุ่มควบคุม ด้วยการทดสอบค่าที่ (paired sample t-test และ independent sample t-test)

#### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองโครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ด้านสุขภาพจิตและจิตเวช สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต รหัสโครงการวิจัย F1-2563 หนังสือรับรองเลขที่ 4/2563 ลงวันที่ 17 กุมภาพันธ์ 2563 กลุ่มตัวอย่างทุกคนเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจและลงนามในใบยินยอม โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาตามปกติ สามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผล ข้อมูลทุกอย่างถูกเก็บ

เป็นความลับ ผลการวิจัยนำเสนอเป็นภาพรวม

#### ผล

**ส่วนที่ 1 ผลการพัฒนาต้นแบบโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดที่เน้นการแสดงออกสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว**

ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้ดำเนินการตรวจสอบความเหมาะสมของภาษา ความครอบคลุมของกิจกรรม ตลอดจนจัดลำดับโปรแกรมกิจกรรม ทดสอบความเป็นป็นประโยชน์ เพื่อดูความเป็นไปได้ที่จะนำโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดไปใช้จริง ความเข้าใจกิจกรรมของผู้ป่วยจิตเภท ความเหมาะสมของเวลา แนวทางบูรณาการ โปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดเข้าไปในระบบบริการแบบผู้ป่วยใน พบว่า มีความเหมาะสมดังประเด็นต่อไปนี้

1) โครงสร้างของโปรแกรมมีความเหมาะสมในการไปใช้กับผู้ป่วย ประกอบด้วย กระบวนการบำบัด 3 ระยะ 5 ขั้นตอน มีกรอบเนื้อหาในโปรแกรมที่การพัฒนาโปรแกรมการลดพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยโรคจิตเภท ด้วยกลุ่มจิตบำบัดที่เน้นการแสดงออกจากการสังเคราะห์แนวคิดและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้ออกแบบกระบวนการกลุ่มจิตบำบัด เป็น 3 ช่วง 5 ขั้นตอน ทำการบำบัดจำนวน 10 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที ดังตารางที่ 1

2) ผู้ทรงคุณวุฒิมีข้อสรุปให้ปรับแก้ไขเนื้อหาต่าง ๆ ในโปรแกรม เช่น มีการเพิ่มเติมขั้นตอนของกระบวนการกลุ่มจิตบำบัดเป็น 3 ช่วง คือช่วงเริ่มต้น ช่วงการบำบัด และช่วงปิดกลุ่ม มีการปรับลำดับกิจกรรมใหม่ เพื่อให้สอดคล้องกับแนวคิดการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยโรคจิตเภท และง่ายต่อการเรียนรู้ของผู้ป่วย

**ตารางที่ 1** ภาพรวมของขั้นตอนและกระบวนการกลุ่มจิตบำบัดที่เน้นการแสดงออกสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว

ขั้นตอน	รายละเอียด
1. ช่วงเริ่มต้น : การเตรียมความพร้อมเข้าสู่กระบวนการบำบัด (warming up activities)	<p><b>ขั้นการสร้างสัมพันธภาพเชิงบวกและความไว้วางใจ (positive relationship and connection)</b></p> <p>ครั้งที่ 1 สัมพันธภาพเชิงบวก เชื่อมโยงความเป็นหนึ่งเดียว (movement therapy)</p> <p><b>ขั้นการสำรวจตนเอง (self-exploring)</b></p> <p>ครั้งที่ 2 เคลื่อนไหวอย่างอิสระ สะท้อนตัวตน (movement therapy)</p> <p>ครั้งที่ 3 สำรวจจังหวะชีวิต ผ่านจังหวะดนตรี (movement and music therapy)</p> <p><b>ขั้นการเปิดเผยตนเอง (self-expression)</b></p> <p>ครั้งที่ 4 ดนตรีบำบัด (music therapy) กับการสร้างสรรค์</p> <p>ครั้งที่ 5 ดนตรีบำบัด (music therapy) กับการเชื่อมความสัมพันธ์กับผู้อื่น</p> <p>ครั้งที่ 6 สำรวจกายคล้ายจิต (physical exploring)</p> <p><b>ขั้นการปรับเปลี่ยนตนเอง (self-improvement)</b></p> <p>ครั้งที่ 7 ละครบำบัด (psychodrama) แสดงละครย้อนดูตัว</p> <p>ครั้งที่ 8 ละครบำบัด (psychodrama) สร้างความพร้อมเพื่อการเปลี่ยนแปลงเชิงบวก</p>
2. ช่วงการบำบัด : การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมก้าวร้าวผ่านกระบวนการกลุ่มจิตบำบัดที่เน้นการแสดงออก (making and sharing)	<p><b>ขั้นการนำไปปรับใช้ในการดำเนินชีวิต (application and integration)</b></p> <p>ครั้งที่ 9 ละครบำบัด (psychodrama) และการซักซ้อม (rehearsal) เพื่อนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน</p> <p>ครั้งที่ 10 ศิลปะบำบัด (art therapy) เริ่มต้นเป็นฉันทน์ใหม่</p>
3. ช่วงปิดกลุ่ม : การเตรียมความพร้อมในการกลับไปใช้ชีวิตในชุมชน (ending group)	

เพิ่มวิธีการสาธิตกิจกรรมให้ชัดเจนขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจกระบวนการสามารถเกิดประสบการณ์ร่วมได้และป้องกันความเสี่ยงจากความเข้าใจคลาดเคลื่อน จนส่งผลกระทบต่อวัตถุประสงค์ที่วางไว้ เปลี่ยนทำนองของดนตรีบรรเลงให้เข้มข้นและกระตุ้นเร้าทางอารมณ์มากขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทเกิดประสบการณ์ที่แตกต่างกันได้อย่างชัดเจน ปรับปรุงเนื้อหาใบงานให้ชัดเจนขึ้น โดยเพิ่มเติมตัวอย่างคำถามและการเชื่อมโยงประสบการณ์กับกิจกรรม

ให้ชัดเจนตรงประเด็นต่อการลดพฤติกรรมก้าวร้าว เพิ่มทักษะการจัดการกับวงจรความก้าวร้าว ปรับปรุงเนื้อหาตัวอย่างแนวทางการสรุปเชื่อมโยงประสบการณ์ที่เกิดขึ้นในกลุ่ม ไปสู่การเรียนรู้และสังเกตการณ์เปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นภายในตนเอง ให้ง่ายขึ้นและตรงกับวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ ปรับปรุงกิจกรรมให้ลดการกระตุ้นและกำหนดแนวทางการเฝ้าระวังความเสี่ยงที่อาจจะกระตุ้นพฤติกรรมก้าวร้าว ในขณะร่วมกลุ่มจิตบำบัด ตลอดจนมีข้อเสนอแนะให้เพิ่ม

การระบุคุณสมบัติของผู้นำกลุ่มและผู้ช่วยนำกลุ่ม กำหนดบทบาทในแต่ละขั้นตอนให้ชัดเจนขึ้น ภายหลังการปรับปรุงครั้งที่ 2 ร่วมกับผู้เชี่ยวชาญ และนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก พบว่าการดำเนินกลุ่มเป็นไปตามแนวทางที่เขียนไว้ ด้วยดี ได้มีการปรับคำถามในใบงานที่ต้องการมีการเขียนคำตอบให้ง่ายลง ปรับกิจกรรม เช่น กิจกรรมเขียนจดหมายถึงตนเอง ได้ปรับเป็น เขียนโปสการ์ดถึงตนเอง เพื่อย้ำเตือนความมุ่งมั่น และความตั้งใจในการเปลี่ยนแปลงและควบคุมตนเอง

## ส่วนที่ 2 ผลของโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัด ที่เน้นการแสดงออกต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยโรคจิตเภท

### 2.1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

เป็นเพศชาย 10 คน (ร้อยละ 55.6) เพศหญิง 8 คน (ร้อยละ 44.4) ช่วงอายุ 21 - 58 ปี อายุเฉลี่ย 38.1 ปี (SD = 10.22) ส่วนมากเรียนหนังสือ (ร้อยละ 88.9) สถานภาพสมรสโสด (ร้อยละ 77.8) ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 88.9) โดยมีบางส่วนได้รับการวินิจฉัยว่ามีโรคร่วมใช้สารเสพติด (ร้อยละ 16.7) ซึ่งใช้มาตั้งแต่ช่วงวัยรุ่นอย่างต่อเนื่องนาน 25 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 66.6) และเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในมากกว่า 1 ครั้งขึ้นไป (ร้อยละ 55.6) จำแนกเป็นกลุ่มทดลองและควบคุมโดยจับคู่ข้อมูลส่วนบุคคลที่ใกล้เคียงกัน ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

### 2.2 การทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรม

พบว่า ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยโรคจิตเภทในกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัด ที่เน้นการแสดงออกต่ำกว่าคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมก้าวร้าวก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนค่าคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยโรคจิตเภทในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการรักษาตามปกติ ประเมิน ภายหลังการทดลอง เสร็จสิ้นในช่วงเวลาเดียวกัน พบว่า ต่ำกว่าคะแนนเฉลี่ยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 3

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนน พฤติกรรมก้าวร้าวของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม ไม่แตกต่างกัน แต่ภายหลังจากได้รับโปรแกรม กลุ่มจิตบำบัดที่เน้นการแสดงออก คะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยโรคจิตเภทในกลุ่มทดลอง ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 4

## อภิปราย

ผลการศึกษาครั้งนี้ เป็นการเพิ่มทางเลือกของรูปแบบกลุ่มจิตบำบัด สำหรับผู้ป่วยจิตเภท ที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวที่มีประสิทธิภาพเชิงประจักษ์ กลุ่มจิตบำบัดตามแนวคิดที่เน้นการแสดงออก สามารถลดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเภทได้ โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นเพิ่มรูปแบบการแสดงออกทางอารมณ์และพฤติกรรมต่าง ๆ ที่หลากหลาย เพื่อให้สามารถปรับใช้สำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีความต้องการแตกต่างกัน องค์ประกอบของโปรแกรมกลุ่ม ออกแบบให้เหมาะสมกับผู้ป่วยจิตเภท ทำการทดสอบโปรแกรมเพื่อให้ได้รับสิ่งที่ดี และเหมาะสมกับปัญหาของผู้ป่วยมากที่สุด การบูรณาการรูปแบบของศิลปะบำบัด ดนตรีบำบัด การเคลื่อนไหวและละครบำบัด สนับสนุนให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในทิศทางบวกมากขึ้น ไม่จำกัดเรื่องความสนใจหรือความถนัดส่วนบุคคลลดปัญหา

ตารางที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n = 18)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n = 8)		กลุ่มควบคุม (n = 10)		รวม (n = 18)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	5	62.5	5	50.0	10	55.6
หญิง	3	37.5	5	50.0	8	44.4
อายุ						
20 - 39 ปี	4	50.0	5	50.0	9	50.0
40 - 59 ปี	4	50.0	5	50.0	9	50.0
	(Min = 21, Max = 58, Mean = 38.10, SD = 10.22)					
การเรียนหนังสือ						
เรียน	7	87.5	9	90.0	16	88.9
ไม่ได้เรียน	1	12.5	1	10.0	2	11.1
อาชีพ						
ว่างงาน	6	75.0	10	100.0	16	88.9
ประกอบอาชีพ	2	25.0	0	0.0	2	11.1
สถานภาพสมรส						
โสด	5	62.5	9	90.0	14	77.7
สมรส	2	25.0	0	0.0	2	11.1
ม่าย/แยกทาง	1	12.5	1	10.0	2	11.1
การวินิจฉัย						
โรคจิตเภท	6	75.0	9	100.0	15	83.3
โรคจิตเภท	2	25.0	1	0.0	3	16.7
ร่วมกับใช้สารเสพติด						
ระยะเวลาใช้สารเสพติด						
ต่ำกว่า 1 ปี	1	50.0	0	0.0	1	33.3
25 ปีขึ้นไป	1	50.0	1	100.0	2	66.7
จำนวนครั้งในการรักษาแบบผู้ป่วยใน						
ครั้งแรก	3	37.5	5	50.0	8	44.4
มากกว่า 1 ครั้ง	5	62.5	5	50.0	10	55.6

ด้านการสื่อสารผ่านคำพูด เป็นไปตามลักษณะเฉพาะของการบำบัดตามแนวคิดนี้ ที่เน้นให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทแสดงออกถึงอารมณ์และพฤติกรรมผ่านการลงมือปฏิบัติซึ่งทำได้ง่ายกว่าแสดงออก

ด้วยคำพูด<sup>23</sup> จึงลดการแสดงความก้าวร้าวทางวาจา ลงได้ การเรียบเรียงลำดับของกิจกรรมกลุ่ม เป็นไปตามลำดับขั้นของการเรียนรู้และความไว้วางใจในการเปิดเผยตัวตน ช่วยปรับปรุงทักษะ

**ตารางที่ 3** เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยโรคจิตเภทในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ

พฤติกรรมก้าวร้าว ของผู้ป่วยโรคจิตเภท	ก่อนเข้าโปรแกรม Mean (SD)	หลังจบโปรแกรม Mean (SD)	df	t	p-value
กลุ่มทดลอง (n = 8)	9.8 (1.0)	0.9 (1.4)	7	16.2	< 0.01*
กลุ่มควบคุม (n = 10)	9.2 (0.9)	8.5 (1.2)	9	2.3	0.02*
รวม (n = 18)	9.4 (1.0)	5.1 (4.1)			

\*p-value < 0.05, paired sample t-test

**ตารางที่ 4** เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยโรคจิตเภทระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ

พฤติกรรมก้าวร้าว ของผู้ป่วยโรคจิตเภท	ก่อนเข้าโปรแกรม Mean (SD)	หลังจบโปรแกรม Mean (SD)	df	t	p-value
ก่อนการทดลอง	9.8 (1.0)	9.2 (0.9)	16	1.2	0.13
หลังการทดลอง	0.9 (1.4)	8.5 (1.2)	16	-12.8	0.01*

\*p-value < 0.05, independent sample t-test

ทางสังคมของผู้ป่วยโรคจิตเภท ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Malchiodi<sup>17-18</sup> ที่มีจุดเด่นในการสนับสนุนให้ผู้รับการบำบัดมีส่วนร่วมอย่างตั้งใจ และลงมือปฏิบัติร่วมกัน ส่งเสริมความสัมพันธ์เชิงบวกได้ดี เป็นการลดปัจจัยด้านจิตสังคมที่ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทได้

เนื้อหาในโปรแกรมเข้าถึงง่าย ปลอดภัย และไม่ซับซ้อน เหมาะสำหรับผู้ป่วยจิตเภทเชื่อมโยงประสบการณ์ให้เห็นเป็นรูปธรรม ผู้ป่วยสามารถเข้าใจและเกิดการตระหนักในปัญหาตนเองได้ไม่ยาก เรียนรู้การฝึกปฏิบัติในการควบคุมอารมณ์ทางลบและแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสมได้ มีการซักซ้อมการลงมือแก้ปัญหาด้วยตนเอง เกิดความมั่นใจและตระหนักในความสามารถ

ตนเองเมื่ออยู่ในกลุ่ม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Choi และคณะ<sup>24</sup> ที่พบว่า คนตรีบำบัดซึ่งเป็นรูปแบบหนึ่งของแนวคิดนี้ ลดพฤติกรรมก้าวร้าวและเพิ่มการเห็นคุณค่าตนเองแก่เด็กที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวสูงได้ กระบวนการบำบัดที่ได้นำไปทดลองใช้มีความสนุกสนานและผ่อนคลาย ลดความวิตกกังวลและตึงเครียด เกิดสุนทรีย์ภาพ ส่งเสริมจินตนาการและความคิดสร้างสรรค์ ตลอดจนการแสดงออกผ่านทางประสาทสัมผัส ซึ่งลดปัจจัยกระตุ้นจากปัญหาอารมณ์ ที่นำไปสู่ความคับข้องใจและตึงเครียด มีความปลอดภัยและเข้าถึงง่ายไม่ยุ่งยากซับซ้อน ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดของ Estrella<sup>25</sup> และสอดคล้องกับการศึกษาของ Hakvoort และคณะ<sup>19</sup> ที่พบว่า คนตรีบำบัด

ช่วยให้ผ่อนคลายและเพิ่มทักษะจัดการความโกรธ และการเผชิญปัญหาทางบวกของผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวได้

การตรวจสอบประสิทธิภาพของโปรแกรมนี้ ด้วยการวัดผลก่อนและหลังแบบมีกลุ่มควบคุม เพื่อลดจุดอ่อนในการสรุปถึงประสิทธิภาพของกลุ่มจิตบำบัดที่เน้นการแสดงออกจากการศึกษาของฟองพรรณ ภาโว<sup>21</sup> ผลการศึกษามีความสอดคล้องกัน กล่าวคือค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยที่ลดลงหลังสิ้นสุดโปรแกรม และต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการรักษาตามปกติอย่างมีนัยสำคัญ แสดงถึงประสิทธิภาพในการลดพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทที่ชัดเจนขึ้น ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกระบวนการกลุ่มของโปรแกรมบำบัดที่เน้นการแสดงออกนี้ ช่วยสร้างประสบการณ์ใหม่ในแง่มุมต่าง ๆ ของชีวิต ผู้ป่วยเกิดการทบทวนตนเอง และทำความเข้าใจเกี่ยวกับอารมณ์ความรู้สึกความคิดและพฤติกรรมตนเอง เกิดการรับรู้ตนเองด้วยแง่มุมใหม่ เน้นการแสดงออกถึงจินตนาการและความคิดสร้างสรรค์มากกว่าตัดสิน จึงเพิ่มการยอมรับและรู้สึกดีต่อตนเองและผู้อื่น ค้นพบจุดอ่อนจุดแข็งในตนเอง สนับสนุนการสร้างรูปแบบใหม่ of ชีวิต ปรับเปลี่ยนตนเองทั้งในระดับความคิด อารมณ์และพฤติกรรม มีทักษะในการควบคุม และจัดการกับสิ่งเร้ารอบข้างได้ดีขึ้น เช่น การกล้าแสดงออกถึงความต้องการอย่างตรงไปตรงมา ผ่านการใช้ความหลากหลายทางศิลปะแขนงต่าง ๆ เป็นสื่อการแสดงประสบการณ์และอารมณ์ที่แท้จริงของตนเอง นำไปสู่การค้นพบและเข้าใจในตัวตนภายใน<sup>20</sup>

นอกจากนี้ ผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมมีความพึงพอใจในการเข้าร่วมกลุ่มจิตบำบัด เช่น

บางคนบอกกับสมาชิกกลุ่มว่า “หนูคิดว่าได้กับตัวเองมาก ที่ผ่านมามีกลุ่มแบบนี้ กลับไปก็ทำตัวหัวร้อนเหมือนเดิม ตอนนี้อยู่จะเปลี่ยนเปลี่ยนตัวเองยังไง ไม่อยากถูกจับมารักษาอีก” บางคนแม้ว่าญาติจะมารับกลับบ้านยังขอยุ่ร่วมโปรแกรมจนครบ มีผู้ป่วย 2 คน ที่เกิดภาวะแทรกซ้อนทางกายต้องออกจากกลุ่มกลางคัน กล่าวกับผู้วิจัยว่า “ถ้าหายป่วยขอมาเข้ากลุ่มอีกได้ไหม อยากเข้ากลุ่มให้ครบ” และจากการที่สมาชิกกลุ่มได้ช่วยกันสรุปการเปลี่ยนแปลงตนเองในแต่ละครั้งของช่วงปิดกลุ่ม พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทได้สะท้อนถึงคุณลักษณะเกิดขึ้นภายในของตนเอง ที่ช่วยให้เกิดความสัมพันธ์ทางบวกและการแสดงออกอย่างเหมาะสม เช่น การรับฟัง ช่วยเหลือและเห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกัน กล้าแสดงความห่วงใยและให้กำลังใจกัน บอกความรู้สึกอย่างจริงใจต่อกัน สามารถทำตามกติกาที่ตกลงร่วมกัน ได้ โดยไม่รู้สึกอึดอัดหรือมีท่าทีต่อต้านข้อตกลงของกลุ่ม สอดคล้องกับข้อสรุปของ Subedar<sup>26</sup> ที่ว่า กลุ่มละครบำบัดซึ่งเป็นกระบวนการหนึ่งของโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดที่เน้นการแสดงออก สามารถลดอาการทางบวกของผู้ป่วยโรคจิตเภท เพิ่มทักษะทางสังคมที่เหมาะสมและเสริมสร้างสัมพันธภาพทางบวกกับผู้อื่น และการศึกษาของ Ibrahim และ Ahmed<sup>27</sup> ที่ใช้จิตบำบัดแบบกลุ่มที่เน้นการแสดงออกด้วยดนตรีบำบัดและศิลปะบำบัด สนับสนุนให้ผู้ป่วยแลกเปลี่ยนมุมมองต่อปัญหาตนเองและผู้อื่น ส่งเสริมการให้กำลังใจ ช่วยเหลือซึ่งกันและกันในกลุ่ม เกิดความเข้าใจปัญหาการเจ็บป่วยตนเอง มีทักษะการตัดสินใจในการเผชิญปัญหา อีกทั้งกระตุ้นการแสดงออกถึงความรู้สึกมากขึ้นด้วย ซึ่งมีผลต่อการลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิด

พฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยโรคจิตเภทได้เช่นกัน

แม้ว่ากลุ่มทดลองและควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวแตกต่างกันในระยะหลังการทดลอง อย่างไรก็ตามทั้งสองกลุ่มยังได้รับการรักษาตามปกติ เช่น ยารักษาสิ่งแวดล้อมบำบัด คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มควบคุมจึงลดลงเช่นกัน ทั้งนี้อาจเป็นผลมาจากมีอาการทางจิตดีขึ้น จากกระบวนการรักษาตามมาตรฐานดังกล่าว ซึ่งได้ผลดีระดับหนึ่งในการลดพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยโรคจิตเภท<sup>28-31</sup>

## สรุป

โปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดที่เน้นการแสดงออก สำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว สามารถลดพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยโรคจิตเภทได้ เหมาะสำหรับเป็นคู่มือให้นักจิตวิทยาคลินิก ศึกษาด้วยตนเอง เพิ่มทางเลือกในการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ร่วมกับการรักษาตามมาตรฐาน เสริมประสิทธิภาพการป้องกันและจัดการความเสี่ยงของผู้ป่วยโรคจิตเภทต่อไป

## ข้อจำกัดและข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้ไม่ได้มีการประเมินในช่วงติดตามผลหลังการบำบัด ทำให้การประมาณค่าไปสู่ประชากรหลักที่จะนำไปใช้ประโยชน์อาจยังสรุปถึงการคงอยู่ของประสิทธิภาพในเชิงป้องกันรักษาด้วยโปรแกรมบำบัด ที่พัฒนาขึ้นไม่ได้ ตลอดจนศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจำนวนน้อยและไม่สามารถควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวอื่น ๆ เช่น ระดับความรุนแรงของโรค ระยะของการเจ็บป่วย และการใช้สารเสพติด อีกทั้งในการวิจัยนี้มีตัวอย่าง 2 ใน

10 คน ที่ออกจากการศึกษา เนื่องจากเกิดภาวะแทรกซ้อนทางกาย จึงควรมีการศึกษาผลของการบำบัดในปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้องเพิ่มขึ้น และทำการพัฒนาต่อในขั้นการทดลองใช้ในระบบบริการ ขยายผลสำหรับนักจิตวิทยาคลินิกปรับปรุงให้สามารถใช้ในหน่วยบริการจิตเวช ทำการประเมินคุณภาพของผู้บำบัดที่ใช้โปรแกรมฯ และพัฒนาเครื่องมืออย่างต่อเนื่อง จนเกิดประโยชน์สำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภท ครอบครัว และชุมชนต่อไป

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ศ.ดร.อรัญญา คุ้มรัมย์ ฝศ.ดร.ณัฐสุดา เต็มพันธุ์ อ.อิชิชาติ โรจนะหัสติน ดร.อุทยา นาคเจริญ นพ.อภิชาติ แสงสิน ฝศ.ณรงค์ฤทธิ์ อัสวเรืองพิภพและ ดร.ผ่องพรรณ ภาโว ที่ให้คำปรึกษาแนะนำในการวิจัยและพัฒนา

## เอกสารอ้างอิง

1. Jansman-Hart E, Seto M, Crocker A, Nicholls T, Côté G. International trends in demand for forensic mental health services. *Int J Forensic Ment Health* 2011; 10: 326-36.
2. Charlson FJ, Ferrari AJ, Santomauro DF, Diminic S, Stockings E, Scott JG, et al. Global epidemiology and burden of schizophrenia: findings from the global burden of disease study 2016. *Schizophr Bull* 2018; 44(6): 1195-203.
3. Witt K, van Dorn R, Fazel S. Risk factors for violence in Psychosis: systematic review and meta-regression analysis of 110 Studies. *PLoS One* 2013; 8(2): e55942.

4. Caqueo-Urizar A, Fond G, Urzúa A, Boyer L, Williams DR. Violent behavior and aggression in schizophrenia: prevalence and risk factors. A multicentric study from three Latin-America countries. *Schizophr Res.* 2016; 178(1-3): 23-8.
5. Zhou JS, Zhong BL, Xiang YT, Chen Q, Cao XL, Correll CU, et al. Prevalence of aggression in hospitalized patients with schizophrenia in China: A meta-analysis. *Asia-Pac Psychiatry Off J Pac Rim Coll Psychiatr* 2016; 8(1): 60-9.
6. เวนิช บูราชรินทร์, เพ็ญพัทธ์ อุทิศ. ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต* 2554; 25(3): 24-37.
7. Namsoot J, Nimnuan C. Depression and violent behavior of schizophrenic patients and forensic schizophrenic patients at Galya Rajanagarindra Institute. *Chula Med J* 2016; 60(6): 641-53.
8. Han D, Park D, Na C, Kee B, Lee Y. Association of aggressive behavior in Korean male schizophrenic patients with polymorphisms in the serotonin transporter promoter and catecholamine-O-methyltransferase genes. *Psychiatry Res* 2004; 129: 29-37.
9. Lewis DO. Adult antisocial behavior, criminality, and violence. In: Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P editor(s). *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 9th ed. Philadelphia (PA): Wolters Kluwer/LippincottWilliams & Wilkins: 2009.
10. National Institute for Health and Care Excellence. Violence and aggression: short-term management in mental health, health and community settings. *Natl Inst Health Care Excell. NICE guideline [NG10]*: 2015.
11. Fazel S. Schizophrenia, substance abuse, and violent Crime. *JAMA* 2009; 301(19): 2016-39.
12. Witt K, van Dorn R, Fazel S. Risk factors for violence in psychosis: systematic review and meta-regression analysis of 110 studies. *PLoS One* 2013; 8(2): e55942.
13. Fazel S, Gulati G, Linsell L, Geddes JR, Grann M. Schizophrenia and violence: systematic review and meta-analysis. *PLoS Med* 2009; 6(8): e1000120.
14. Tolulope O, Virk I, Ishola A, Akerele E. Aggression rate in acute inpatient psychiatric units: impact of substance abuse and psychosis. *MOJ Addict Med Ther* 2017; 3(1): 15-7.
15. Nawka A, Kalisova L, Raboch J, Giacco D, Cihal L, Onchev G, et al. Gender differences in coerced patients with schizophrenia. *BMC Psychiatry* 2013; 13(1): 257.
16. Lejoyeux M, Nivoli F, Basquin A, Petit A, Chalvin F, Embouazza H. An investigation of factors increasing the risk of aggressive behavior among schizophrenic inpatients. *Front Psychiatr* 2013; 4: 97.
17. Malchiodi CA. *Handbook of art therapy*. 2nd ed. New York: Guilford Press; 2012.
18. Malchiodi CA. *Expressive therapies*. New York: Guilford Press; 2005.
19. Hakvoort L, Bogaerts S, Thaut MH, Spreen M. Influence of music therapy on coping skills and anger management in forensic psychiatric patients: an exploratory study. *Int J Offender Ther Comp Criminol.* 2015; 59(8): 810-36.
20. Hackett SS, Aafjes-van Doorn K. Psychodynamic art psychotherapy for the treatment of aggression in an individual with antisocial personality disorder in a secure forensic hospital: a single-case design study. *Psychotherapy* 2019; 56(2): 297-308.

21. ผ่องพรรณ ภาโว. การศึกษาการใช้การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ร่วมกับการใช้ดนตรีต่อพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2549.
22. Yudofsky SC, Silver JM, Jackson W, Endicott J, Williams D. The Overt Aggression Scale for the objective rating of verbal and physical aggression. *Am J Psychiatry* 1986; 143(1): 35-9.
23. Prout TA, Wadkins MJ. Essential interviewing and counseling skills: an integrated approach to practice. New York, NY: Springer Publishing Company; 2014.
24. Choi AN, Lee MS, Lee JS. Group music intervention reduces aggression and improves self-esteem in children with highly aggressive behavior: a pilot controlled trial. *Evid Based Complement Alternat Med* 2010; 7(2): 213-7.
25. Estrella K. Expressive therapy: an integrated arts approach. In Malchiodi CA, editor. *Expressive therapies*. New York: Guilford Press; 2005: 183-209.
26. Subedar ST. Social isolation, schizophrenia, and the group experience a theoretical exploration drama therapy [Master degree]. Canada: Concordia University; 2018.
27. Ibrahim SR, Ahmed FM, Effect of the nursing practice of creative art therapy on psychiatric symptoms among schizophrenic patients. *Am J Nurs Res* 2019; 7(1): 14-23.
28. Swanson JW, Swartz MS, Van Dorn RA, Elbogen EB, Wagner HR, Rosenheck RA, et al. A national study of violent behavior in persons with schizophrenia. *Arch Gen Psychiatr* 2006; 63(5): 490-9.
29. Ulrich RS, Bogren L, Gardiner SK, Lundin S. Psychiatric ward design can reduce aggressive behavior. *J Environ Psychol* 2018; 57: 53-66.
30. Drach-Zahavy A, Goldblatt H, Granot M, Hirschmann S, Kostintski H. Control: patients' aggression in psychiatric settings. *Qual Health Res* 2012; 22(1): 43-53.
31. Ostinelli EG, D'Agostino A, Shokrane F, Salanti G, Furukawa TA. Acute interventions for aggression and agitation in psychosis: study protocol for a systematic review and network meta-analysis. *BMJ Open* 2019; 9(10): e032726.

## การพัฒนาการบำบัดทางการพยาบาลแบบบูรณาการในผู้ป่วยจิตเภท ที่มีพฤติกรรมรุนแรง

เพชร คันธสายบัว\*, วัฒนภรณ์ พิบูลาลักษณ์\*

\*พยาบาลวิชาชีพ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา

วันรับบทความ : 14 เมษายน 2563

วันแก้ไขบทความ : 1 พฤษภาคม 2563

วันตอบรับบทความ : 5 พฤษภาคม 2563

### บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อพัฒนาการบำบัดทางการพยาบาลแบบบูรณาการในผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง และศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมรุนแรงด้วยตนเองสำหรับผู้ป่วยจิตเภท

**วัตถุประสงค์และวิธีการ :** เป็นการวิจัยและพัฒนา 4 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาวิเคราะห์สภาพปัญหาด้วยการศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 117 คน และสัมภาษณ์พยาบาลจิตเวชถึงมุมมองการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง จำนวน 5 คน ขั้นตอนที่ 2 การออกแบบและพัฒนาโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมรุนแรงด้วยตนเองสำหรับผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ขั้นตอนที่ 3 การทดลองใช้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลองศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมฯ ต่อพฤติกรรมรุนแรง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน วัดผลด้วยแบบประเมินระดับความรุนแรงพระศรีฯ ก่อนการทดลอง หลังทดลอง 2 สัปดาห์ และหลังทดลอง 4 สัปดาห์ ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผลการนำไปใช้

**ผล :** การพัฒนาการบำบัดทางการพยาบาลแบบบูรณาการในผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง เป็นโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมรุนแรงด้วยตนเองสำหรับผู้ป่วยจิตเภท มี 6 กิจกรรม คือ 1) การค้นหาสาเหตุของพฤติกรรมรุนแรง 2) ความรู้เรื่องโรคจิตเภทกับพฤติกรรมรุนแรง 3) การจัดการอาการทางจิตกับการลดพฤติกรรมรุนแรง 4) การควบคุมตนเองจากพฤติกรรมรุนแรง 5) การเผชิญปัญหาการควบคุมตนเอง และ 6) การประเมินการควบคุมตนเอง โดยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมรุนแรงน้อยกว่ากลุ่มที่รับการพยาบาลตามปกติหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ ( $3.2 \pm 2.70$ ) และหลังทดลอง 4 สัปดาห์ ( $3.7 \pm 3.51$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value  $< 0.05$ )

**สรุป :** การบำบัดทางการพยาบาลแบบบูรณาการในผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง พัฒนาได้เป็นโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมรุนแรงด้วยตนเองสำหรับผู้ป่วยจิตเภท สามารถลดระดับพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภทได้

**คำสำคัญ :** การบำบัดทางการพยาบาลแบบบูรณาการ ผู้ป่วยจิตเภท พฤติกรรมรุนแรง

## THE DEVELOPMENT OF INTEGRATIVE NURSING THERAPIES ON SCHIZOPHRENIC PATIENTS WITH VIOLENT BEHAVIOR

Petcharee Kanthasaibour\*, Wattanaporn Piboonarluk\*

\*Registered nurse, Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry

Received : April 14, 2020

Revised : May 1, 2020

Accepted : May 5, 2020

### Abstract

**Objective:** To develop and evaluate the integrative nursing therapies program on schizophrenic patients with violent behavior.

**Material and Methods:** This study was a research and development design (R&D). The study had the following 4 steps; 1) identifying problems and needs by using descriptive study to explore risk factors related to violent behavior among 117 schizophrenic patients, including conducting 5 psychiatric nurses interview in nursing for schizophrenic patients with violent behavior 2) designing and developing the self-management program for schizophrenic patients with violent behavior 3) comparing severity of violent behavior by using Prasri violent severity scale (PVSS) between experimental and control group (n = 20 for each group) at baseline, 2 weeks and 4 weeks after the program and 4) evaluating the program.

**Results:** The development of integrative nursing therapies on schizophrenic patients with violent behavior was the self-management program for schizophrenic patients with violent behavior composed of 6 activities including 1) finding risk of violent behavior 2) knowledge about schizophrenia and violent behaviors 3) symptoms self-management and decrease violent behavior 4) self-control of violent behaviors 5) coping with self-regulation and 6) self-evaluation. Mean scores of violent behaviors of violent behaviors in the experimental group were lower than that of the control group in 2 weeks ( $3.2 \pm 2.70$ ) and 4 weeks ( $3.7 \pm 3.51$ ) significantly ( $p$ -value < 0.05).

**Conclusion:** The integrative nursing therapy program on schizophrenic patients can decrease the level of violent behavior.

**Keywords:** the integrative nursing therapeutic, schizophrenic patients, violent behavior

## บทนำ

พฤติกรรมรุนแรง เป็นการแสดงออกทางวาจา การทำลายข้าวของ การทำร้ายตนเอง และทำร้ายร่างกายผู้อื่นที่มีเป้าหมายให้ผู้อื่นเกิดอันตรายโดยตรง<sup>1</sup> เป็นการแสดงออกที่พบได้มากและถือว่าเป็นกลุ่มอาการฉุกเฉินทางจิตเวช มีอัตราความชุกในชุมชนร้อยละ 24.6<sup>2</sup> จึงส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยทำให้ได้รับบาดเจ็บทางร่างกาย เกิดความรู้สึกผิด ทุกข์ทรมานใจ เสียใจ วิตกกังวล เครียด และยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว และสังคมเป็นที่รังเกียจ หวาดกลัวที่จะได้รับอันตรายจากการถูกผู้ป่วยทำร้าย ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้ ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ เป็นภาระในการดูแลแก่ญาติ<sup>3</sup> ทำให้ญาตินำผู้ป่วยมารับการรักษาในโรงพยาบาล และผู้ป่วยบางรายยังคงมีพฤติกรรมรุนแรงนั้นอยู่เป็นครั้งคราวขณะอยู่ในโรงพยาบาลด้วย

พฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภทมีความเกี่ยวข้องกับหลายปัจจัย ได้แก่ ประวัติพฤติกรรมรุนแรง ที่มีแนวโน้มถูกระงับได้ง่าย และใช้การเผชิญปัญหาแบบรุนแรงเพื่อให้ตนเองรู้สึกปลอดภัย<sup>4</sup> ประวัติการใช้สารเสพติด<sup>5-6</sup> บุคลิกแบบไซโคพาธ ขาดความเห็นใจผู้อื่นหรือความยับยั้งชั่งใจ<sup>7</sup> บุคลิกแบบหุนหันพลันแล่น วุ่นวาย<sup>8</sup> บุคลิกรุนแรงที่เกี่ยวข้องกับความโกรธ การควบคุมตนเอง และการแสดงออกที่หุนหัน<sup>10</sup> นอกจากนี้ อาการทางจิตที่รุนแรง โดยเฉพาะอาการแสดงทางบวก<sup>11-12</sup> การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง ควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยเข้าใจเรื่องอาการทางจิตและการเกิดพฤติกรรมรุนแรง รวมทั้งทักษะการเผชิญปัญหาโดยการจัดการกับปัญหาด้วยตนเองให้เหมาะสม นำไปสู่การยับยั้งปัจจัยเสี่ยงการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรม

รุนแรงโดยทั่วไป เป็นการประเมินเพื่อเฝ้าระวังการเกิดอุบัติเหตุร้ายแรงที่เสี่ยงจากพฤติกรรมรุนแรง การจำกัดพฤติกรรมทั้งโดยให้อยู่ในห้องแยก และการผูกข้อมือ การให้ยาติดตามแผนการรักษา ร่วมกับโปรแกรมทางการพยาบาลที่มุ่งเน้นการจัดการความโกรธต่อพฤติกรรมก้าวร้าว<sup>13-14</sup> และจากรายงานอุบัติเหตุร้ายแรงของหน่วยงานทางคลินิก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา ปิงบประมาณ 2561 พบว่าพฤติกรรมรุนแรงเกิดจาก ผู้ป่วยทำร้ายตนเอง ร้อยละ 24.70 ทำลายข้าวของ ร้อยละ 6.57 ทำร้ายบุคลากร ร้อยละ 3.50 และเป็นอันตรายต่อตนเอง ร้อยละ 3.36 และยังพบว่าพฤติกรรมรุนแรง เป็นอาการสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา พบร้อยละ 81.97 จะเห็นได้ว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง ยังคงเป็นปัญหาสำคัญของการจัดการดูแลทางการพยาบาล

ดังนั้น การบำบัดทางการพยาบาลแบบบูรณาการในผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงในการศึกษาครั้งนี้ เป็นการพัฒนาจากสภาพปัญหาผู้ป่วยและบริบทการพยาบาลที่ยังคงเป็นปัญหา มาออกแบบ โดยประยุกต์ตามแนวคิดการจัดการตนเอง<sup>15</sup> ผสมผสานกับแนวคิดสัมพันธภาพบำบัด<sup>16</sup> แนวคิดกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา<sup>17</sup> และแนวคิดกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง<sup>18</sup> พัฒนาเป็นโปรแกรมพฤติกรรมรุนแรงด้วยตนเองสำหรับผู้ป่วยจิตเภท ที่มุ่งเน้นการยับยั้งปัจจัยอาการทางจิตที่เป็นปัจจัยสำคัญของการเกิดพฤติกรรมรุนแรง โดยมีเป้าหมายในการลดและป้องกันการเกิดพฤติกรรมรุนแรง และเพื่อเป็นกระบวนการหลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง

ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช

### วัตถุประสงค์และวิธีการ

วิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

**ขั้นตอนที่ 1** การศึกษาวิเคราะห์สภาพปัญหา (Need analysis: Research1 (R1)) แบ่งการศึกษาเป็น 2 ประเด็น ดังนี้

ประเด็นที่ 1 การศึกษา “ปัจจัยเสี่ยงต่อพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา” มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภท ด้วยการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภท ได้ตัวแปรที่เป็นสาเหตุของการเกิดพฤติกรรมรุนแรง ได้แก่ ประวัติการเกิดพฤติกรรมรุนแรง ภายใน 1 ปี มีประวัติการใช้สารเสพติดภายใน 1 ปี ระดับของอาการทางจิต บุคลิกแบบไซโคพาท บุคลิกหุนหันพลันแล่น และบุคลิกรุนแรง ตัวแปรตาม คือ ระดับพฤติกรรมรุนแรง จากนั้นนำมาศึกษาด้วยการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง จำนวน 117 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป เป็นการบันทึกตามประวัติในเวชระเบียน ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ประวัติการเกิดพฤติกรรมรุนแรง ภายใน 1 ปี และประวัติการใช้สารเสพติดภายใน 1 ปี

2. แบบวัดระดับอาการทางจิต (Clinical Global Impression Scale (CGI-S)

ที่ประเมินโดยแพทย์ประจำบ้านหรือจิตแพทย์ที่ปฏิบัติงานในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา ผู้ที่รับผู้ป่วยเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย เครื่องมือที่วัดเป็นระดับความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย แบ่งการวัดเป็น 7 ระดับ คือ 1 ถึง 7<sup>19</sup>

3. แบบวัดลักษณะไซโคพาทด้วยตนเองลีเวนสัน (Levenson Self-Report Psychopathy Scale: LSRP) เป็นแบบประเมินตนเอง ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ การเอาตนเองเป็นศูนย์กลาง (egocentricity) การไร้ความปราณี (callousness) และการต่อต้านสังคม (antisocially) เป็นการประเมินแบบ Linkert scale คะแนน 1-5 จำนวน 26 ข้อคำถาม คะแนนรวมระหว่าง 26-130 คะแนน การแปลค่า คะแนนประเมินสูงสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมรุนแรงสูง<sup>20</sup> ค่า Cronbach's reliability coefficient alpha เท่ากับ 0.80

4. แบบวัดความหุนหันพลันแล่นบารรััดด์ (Barratt Impulsiveness Scale: BIS-11) เป็นแบบประเมินตนเอง ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ ด้านความสนใจ (attentional) ด้านพฤติกรรมแสดงออก (motor) และด้านขาดการวางแผน (non planning) ประเมินเป็นแบบมาตรวัดค่า (rating scale) 4 ระดับ คะแนน 1-4 จำนวน 30 ข้อคำถาม คะแนนรวมระหว่าง 30-120 คะแนน การแปลค่า คะแนนสูงมีความสัมพันธ์กับระดับความหุนหันพลันแล่นสูง<sup>21</sup> ค่า Cronbach's reliability coefficient alpha เท่ากับ 0.60

5. แบบสอบถามความก้าวร้าวบุสเพอร์รี่ (Buss-Perry Aggression Questionnaire:

BPQA) เป็นแบบประเมินตนเอง ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ ความรุนแรงทางกาย ความรุนแรงทางคำพูด ความโกรธแค้น และความรุนแรงแบบมุ่งร้ายเป็นการประเมินแบบ Linkert scale คะแนน 1-5 จำนวน 29 ข้อคำถาม คะแนนรวมระหว่าง 29-145 คะแนน การแปลค่าคะแนนประเมินสูงมีความสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมรุนแรงสูง<sup>22</sup> ค่า Cronbach's reliability coefficient alpha เท่ากับ 0.94

6. แบบประเมินระดับความรุนแรงพระศรีฯ (Prasri violence severity scale: PVSS) ใช้วิธีการประเมินโดยพยาบาลจิตเวช สอบถามข้อมูลจากผู้ป่วย ญาติและข้อมูลแวดล้อม ร่วมกับการสังเกตอาการผู้ป่วย ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ คือ 1) ความรุนแรงต่อผู้อื่น ความรุนแรงต่อตนเอง 2) ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยเป็นแบบมาตรวัดค่า 3 - 5 ระดับ ประกอบด้วยข้อคำถาม 9 ข้อ มีคะแนนระหว่าง 0 - 32 คะแนน โดยมีการแปลค่าคะแนนดังนี้ ช่วง 0 - 5 คะแนน หมายถึง มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อผู้อื่นระดับเล็กน้อย ช่วง 6 - 13 คะแนน หมายถึง มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อผู้อื่นระดับปานกลาง และช่วง 14 - 32 คะแนน หมายถึง มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อผู้อื่นระดับสูง<sup>23</sup> ค่า Interrater reliability เท่ากับ 0.80

การวิเคราะห์ข้อมูลของการวิจัยนี้ แบ่งเป็น 1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ใช้สถิติเชิงพรรณนา คือ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ 2) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยเสี่ยงของพฤติกรรมรุนแรง ใช้สถิติ Binary logistic regression และ Linear regression กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลพบว่า ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง 117 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 59.8 อายุเฉลี่ย  $37.2 \pm 10.3$  ปี ส่วนใหญ่ไม่ได้เรียนหรือประถมศึกษา ร้อยละ 31.6 ประกอบอาชีพ ร้อยละ 55.6 ส่วนใหญ่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากกว่า 3 ครั้ง ร้อยละ 42.7 และพบว่าปัจจัยเสี่ยงของพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย 3 ปัจจัย คือ 1) ประวัติการใช้สารเสพติดภายใน 1 ปี (OR = 2.82, 95%CI = 1.23, 6.45) 2) ประวัติพฤติกรรมรุนแรง ภายใน 1 ปี (OR = 5.67, 95%CI = 2.37, 14.02) และ 3) การมีระดับอาการทางจิตสูง (OR = 50.98, 95%CI = 13.83, 187.94) มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนบุคลิกแบบไซโคพาธ (B = 0.105,  $p$ -value = .25, 95%CI = -0.003, 0.009) บุคลิกแบบหุนหันพลันแล่น (B = 0.051,  $p$ -value = .58, 95%CI = -0.007, 0.011) และบุคลิกแบบรุนแรง (B = 0.145,  $p$ -value = .11, 95%CI = -0.001, 0.007) ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภทที่ทำการวิจัย

ประเด็นที่ 2 การศึกษา “การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง” เป็นการสัมภาษณ์พยาบาลจิตเวช สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา จำนวน 5 คน ได้แก่ ผู้ปฏิบัติกรพยาบาลชั้นสูง จำนวน 2 คน พยาบาลจิตเวชจำนวน 3 คน โดยใช้คำถามหลักดังนี้ 1) “คุณคิดว่าอะไรเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดพฤติกรรมรุนแรง” 2) “คุณคิดว่าเป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงคืออะไร” 3) “คุณคิดว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงในระบบการพยาบาลปัจจุบันเป็นอย่างไร” และ 4) “คุณคิดว่าควรมีการจัดการแก้ไขอย่างไรกับปัญหา

ที่ผู้ป่วยจิตเภทยังมีพฤติกรรมรุนแรงซ้ำ ๆ เมื่อกลับสู่ชุมชน”

ผลพบว่า พยาบาลจิตเวชมองว่า

1) ปัจจัยการเกิดพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภทเกิดจากอาการทางจิตเป็นส่วนใหญ่ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการแสดงด้านบวก ได้แก่ อาการหลงผิดแบบหวาดระแวง 2) เป้าหมายของการดูแลแบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะสั้นขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มุ่งเน้นการลดความเสี่ยงที่จะเป็นอันตรายต่อตัวเอง ผู้อื่นและสิ่งแวดล้อม ระยะยาวหลังจำหน่ายสู่ชุมชน เป็นการลดการเกิดพฤติกรรมรุนแรงซ้ำ หรือลดระดับความรุนแรงของพฤติกรรมลง 3) การพยาบาลระยะสั้น ได้แก่ การสังเกต/การประเมิน การพูดคุย การจัดแยกจากสิ่งกระตุ้น การแยกในห้องแยก (seclusion room) การผูกมัด (restrain) และการฉีดยา ส่วนระยะยาวเป็นการให้คำแนะนำหรือฝึกทักษะการควบคุมความโกรธแบบรายบุคคล ซึ่งสถาบันฯ ยังไม่มีแนวทางบำบัดทางด้านจิตสังคมที่ชัดเจน 4) การจัดการแก้ไข ควรให้ผู้ป่วยเข้าสู่ระยะอาการทางจิตสงบให้ได้โดยเร็วขณะรับการรักษาแบบผู้ป่วยใน และให้มีอาการทางจิตสงบได้นานที่สุด โดยผู้ป่วยควรมีความรู้ ความเข้าใจ และมีทักษะในการจัดการตนเองที่จะไม่ให้เกิดพฤติกรรมรุนแรง

จากการศึกษาข้างต้น สรุปได้ว่า ปัจจัยเสี่ยงของพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภทนั้น ได้แก่ มีอาการทางจิตรุนแรง การมีประวัติพฤติกรรมรุนแรงภายใน 1 ปี และการมีประวัติใช้สารเสพติดภายใน 1 ปี เป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงต้องพยายามลดระดับพฤติกรรมรุนแรงลง ทั้งนี้รูปแบบบำบัดทางการพยาบาลในการป้องกันการเกิดพฤติกรรมรุนแรงซ้ำ ยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน ดังนั้น

ดังนั้นการบำบัดทางการพยาบาลจึงควรมุ่งเน้นทำให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการทางจิต ที่นำไปสู่การเกิดพฤติกรรมรุนแรง ร่วมกับการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีทักษะการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาและการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม

**ขั้นตอนที่ 2** การออกแบบและพัฒนา รูปแบบการบำบัดการพยาบาลแบบบูรณาการ (Design and development) เป็นขั้นตอนที่นำผลการศึกษาจากขั้นตอนที่ 1 ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง นำมาพัฒนาโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมรุนแรงด้วยตนเองสำหรับผู้ป่วยจิตเภท ดังนี้

2.1 กำหนดโครงสร้างโปรแกรมการบำบัด โดยใช้แนวคิดการจัดการตนเอง (self-management) ของ Ryan & Sawin<sup>15</sup> ประยุกต์ร่วมกับการบูรณาการแนวคิดการบำบัดทางการพยาบาล 3 แนวคิด ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างบุคคลตามแนวคิดของ Peplau<sup>16</sup> กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาตามแนวคิดของ Brown<sup>17</sup> และกลุ่มจิตบำบัดตามแนวคิดของ Yalom<sup>18</sup> ประกอบด้วย 8 กิจกรรม ดังนี้ 1) การค้นหาสาเหตุของปัญหาพฤติกรรมรุนแรง 2) การพัฒนาการแก้ปัญหาพฤติกรรมรุนแรง 3) โรคจิตเภทกับพฤติกรรมรุนแรง 4) ยารักษาอาการทางจิตกับการลดพฤติกรรมรุนแรง 5) การควบคุมตนเองกับการลดพฤติกรรมรุนแรง 6) การควบคุมตนเองจากพฤติกรรมรุนแรง 7) การเผชิญปัญหาการควบคุมตนเองจากพฤติกรรมรุนแรง และ 8) การประเมินการควบคุมตนเองจากพฤติกรรมรุนแรง กำหนดระยะเวลาการบำบัด 2 สัปดาห์

2.2 ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมรุนแรงด้วยตนเอง

โดยผู้เชี่ยวชาญทางด้านจิตเวชจำนวน 3 คน คือ จิตแพทย์จำนวน 1 คน และผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง สาขาจิตเวชและสุขภาพจิต จำนวน 2 คน พบว่าค่าความตรงเชิงเนื้อหา ค่า IOC ระหว่าง 0.33 - 0.67 จึงแก้ไขโดยตัดกิจกรรมที่ 2 และกิจกรรมที่ 4 และปรับปรุงเนื้อหาในกิจกรรมที่คงอยู่ให้สอดคล้อง ดังนั้นจึงมีกิจกรรมบ่าบัดในการทดลองครั้งนี้ 6 กิจกรรมทำให้มีความตรงเชิงเนื้อหา IOC ระหว่าง 0.67 - 1.00

2.3 นำไปทดสอบกับผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงจำนวน 5 คน ในบริบทภาคสนาม พบว่า ในสัปดาห์แรกของการรักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยยังคงมีอาการทางจิตรุนแรงโดยประเมินด้วยแบบประเมินระดับอาการทางจิต (BPRS) มีคะแนนมากกว่า 36 คะแนน ที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมบ่าบัดได้ ทีมวิจัยได้ทบทวนเกณฑ์การคัดเข้า โดยเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตระดับไม่รุนแรง คะแนนระดับอาการทางจิตน้อยกว่า 36 คะแนน ดังนั้นโปรแกรมจะเริ่มให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมได้เมื่ออาการทางจิตไม่รุนแรง และเข้าร่วมจนครบ 6 กิจกรรมระยะเวลา 2 สัปดาห์

**ขั้นตอนที่ 3** การทดลองใช้รูปแบบ (Implementation: Research (R2)) เป็นการศึกษา “ประสิทธิผลของ โปรแกรมการจัดการพฤติกรรมรุนแรงด้วยตนเองสำหรับผู้ป่วยจิตเภทต่อพฤติกรรมรุนแรง” ที่พัฒนาในขั้นตอนที่ 2 ไปทดลองด้วยการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบ nonequivalent no-treatment control group time series วัดผลก่อนทดลอง (T1) หลังทดลอง 2 สัปดาห์ (T2) และหลังทดลอง 4 สัปดาห์ (T3)

**ประชากร** คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรม

รุนแรงที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช **กลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับ การวินิจฉัยจากจิตแพทย์ที่มีพฤติกรรมรุนแรงที่เข้ารับการรักษาในสถาบันจิตเวชศาสตร์ สมเด็จพระยา จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 20 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 20 คน ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2562 - วันที่ 31 มกราคม 2563 โดยมีเกณฑ์คัดเข้า คือ เป็นผู้ที่มีอายุระหว่าง 14 - 60 ปี อาการเรื้อรังหรือ ระหว่างเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในครั้ง นี้ มีพฤติกรรมรุนแรงระดับปานกลางถึงระดับสูง (PVSS ระหว่าง 6 - 32 คะแนน) และมีเกณฑ์คัดออก คือ มีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคทางกายรุนแรงจนต้องส่งต่อไปรักษาโรงพยาบาลอื่น ระหว่างดำเนินการทดลอง และผู้ป่วยถูกจำหน่ายจากโรงพยาบาลก่อนสิ้นสุดการดำเนินการทดลอง

#### การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

เป็นการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยเลือกผู้ป่วยตามเกณฑ์คัดเข้า จากนั้นแบ่งกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธี match pair 2 ตัวแปร คือ ประวัติพฤติกรรมรุนแรงภายใน 1 ปี และประวัติการใช้สารเสพติดร่วมภายใน 1 ปี โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมรุนแรงด้วยตนเองสำหรับผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 20 คน และกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ จำนวน 20 คน

#### ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

คำนวณด้วยโปรแกรม G\*power version 3.1.9.7 ใช้การทดสอบรูปแบบ t-tests ทดสอบสถิติด้วย mean: difference between two independent means (two groups) กำหนดค่าการวิเคราะห์ขนาดแบบ a priori ขนาดอิทธิพล

สำหรับการทดสอบได้จากการวิจัย ซึ่งมีตัวแปรตามใกล้เคียงของพวงศักดิ์ ฟางแก้ว<sup>13</sup> และกัญญาวรรณ ระเบียบ<sup>24</sup> ได้ค่าเฉลี่ย effect size  $d = 0.82$  กำหนดค่า B err prob = 0.05, ค่า power  $(1 - B \text{ err prob}) = 0.08$  ได้ตัวอย่างรวมทั้งหมด 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 20 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 20 คน

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการวิจัยในคนของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา เลขที่ 006/2562 และเลขที่ 018/2563 ผู้ช่วยวิจัยให้ข้อมูลการวิจัยตามเอกสารข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสามารถซักถามได้ กรณีผู้ป่วยที่สามารถให้ความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย ผู้ช่วยวิจัยอธิบายเนื้อหาและให้ผู้ป่วยลงชื่อเข้าร่วมการวิจัยในเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ทั้งนี้ผู้เข้าร่วมการวิจัยจะได้รับการชี้แจงถึงการเก็บเป็นความลับ แต่จะนำผลการวิจัยเสนอเป็นแบบภาพรวม และเพื่อทางวิชาการเท่านั้น รวมถึงกรณีปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย หรือการถอนตัวได้โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษา และไม่ต้องแจ้งเหตุผลแก่ผู้วิจัย

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ “โปรแกรมการจัดการพฤติกรรมรุนแรงด้วยตนเองสำหรับผู้ป่วยจิตเภท” ที่พัฒนาและได้รับการตรวจสอบแล้วในขั้นตอนที่ 2 โดยใช้แนวคิดการจัดการตนเองของ Ryan & Sawin<sup>15</sup> และประยุกต์แนวคิดการบำบัดทางการพยาบาล 3 แนวคิด ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างบุคคลของ Peplau<sup>16</sup>

กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาตามแนวคิดของ Brown<sup>17</sup> และ กลุ่มจิตบำบัดตามแนวคิดของ Yalom<sup>18</sup> ใช้ระยะเวลาดำเนินการ 2 สัปดาห์ จำนวน 6 กิจกรรม ได้แก่ 1) การค้นหาสาเหตุของพฤติกรรมรุนแรง 2) โรคจิตเภทกับพฤติกรรมรุนแรง 3) การจัดการอาการทางจิตกับการลดพฤติกรรมรุนแรง 4) การควบคุมตนเองจากพฤติกรรมรุนแรง 5) การเผชิญปัญหาการควบคุมตนเองจากพฤติกรรมรุนแรง และ 6) การประเมินการควบคุมตนเองจากพฤติกรรมรุนแรง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินระดับความรุนแรงพระศรีฯ (PVSS) ดังรายละเอียดในขั้นตอนที่ 1

3. เครื่องมือที่ใช้ประเมินคัดกลุ่มตัวอย่าง คือ แบบประเมินระดับอาการทางจิต (BPRS) เป็นแบบสัมภาษณ์ผู้ป่วยและบันทึกความรุนแรงของพยาธิสภาพทางจิตทั้งอาการแสดงด้านบวกอาการแสดงด้านลบและอาการแสดงออกทางอารมณ์ จำนวน 18 อาการ วัดระดับความรุนแรงด้วยมาตราส่วนประมาณค่าแบบ 7 ระดับ โดย 1 คะแนน เท่ากับไม่มี ถึง 7 คะแนน เท่ากับมากที่สุด<sup>24</sup> ค่า Intra-Class Correlation (ICC) เท่ากับ 0.8

### วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้ 1) ระยะก่อนทดลอง ผู้วิจัยทำความเข้าใจการบำบัดทางการพยาบาล ทบทวนความรู้ที่เกี่ยวข้องกับโรคจิตเภท และพฤติกรรมรุนแรง จากนั้นเตรียมสถานที่ในการทำกิจกรรม ประสานกับหัวหน้าหอและทีมบุคลากรในหอผู้ป่วยให้เข้าใจถึงวัน เวลา ขั้นตอน ที่เก็บรวบรวมข้อมูล โดยเลือกใช้ห้องกลุ่มกิจกรรมของหอผู้ป่วยสตูดิโอ และอธิบายรายละเอียดของกิจกรรมแก่กลุ่มตัวอย่าง 2) ระยะดำเนินการ

ทดลอง นำโปรแกรมไปใช้ในการบำบัดทางการพยาบาลกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลอง กลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรม 2 สัปดาห์ ๆ ละ 3 ครั้ง ๆ รวมเป็น 6 กิจกรรม สำหรับกลุ่มควบคุม จะได้รับการดูแลตามปกติ 3) ระยะเวลาติดตามผล กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจะได้รับการวัดระดับพฤติกรรมรุนแรงตามเวลา คือ ก่อนการทดลอง (T1) หลังการทดลอง 2 สัปดาห์ (T2) และ 4 สัปดาห์ (T3)

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มใช้สถิติเชิงพรรณนา คือ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลการเปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ยคะแนนความแตกต่างของพฤติกรรมรุนแรง ในช่วงก่อนทดลอง (T1) หลังทดลอง 2 สัปดาห์ (T2) และหลังทดลอง 4 สัปดาห์ (T3) ของกลุ่มทดลองและควบคุม ใช้สถิติ Repeated-measures analysis of variance (ANOVA) และ ข้อมูลการเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับพฤติกรรมรุนแรงใช้ Chi-square test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

**ขั้นตอนที่ 4** การประเมินผลการนำไปใช้ (evaluation: development2) หลังสิ้นสุดการทดลอง ในขั้นตอนที่ 3 ไม่พบว่ามีเนื้อหาที่ต้องแก้ไขเปลี่ยนแปลง ผู้วิจัยจึงนำโปรแกรมไปขยายผลไปยังหอผู้ป่วยอื่น ๆ ในสถาบันฯ โดยจัดประชุมชี้แจงพยาบาลจิตเวชที่รับผิดชอบการบำบัดทางการพยาบาลในหอผู้ป่วย พร้อมแจกคู่มือโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมรุนแรงด้วยตนเองสำหรับผู้ป่วยจิตเภท ร่วมกับนำเสนอต่อทีมนำทางคลินิกของสถาบัน เพื่อเป็นกระบวนการหลักในการบำบัดทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง

#### ผล

1. การพัฒนาการบำบัดทางการพยาบาลแบบบูรณาการในผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง ในขั้นตอนที่ 1 และขั้นตอนที่ 2 นำมาพัฒนา “โปรแกรมการจัดการพฤติกรรมรุนแรงด้วยตนเองสำหรับผู้ป่วยจิตเภท” ใช้ระยะเวลา 2 สัปดาห์ จำนวน 6 กิจกรรม รายละเอียดสรุปได้ดังตารางที่ 1

2. ผลการทดสอบประสิทธิผลของ “โปรแกรมการจัดการพฤติกรรมรุนแรงด้วยตนเองสำหรับผู้ป่วยจิตเภท” พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นเพศชาย ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 31 - 40 ปี ร้อยละ 40.0 การศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 35.0 ไม่ได้ทำงาน ร้อยละ 30.0 มีประวัติรุนแรงภายใน 1 ปี ร้อยละ 30.0 และมีประวัติไม่ใช้สารเสพติดภายใน 1 ปี ร้อยละ 26.0

จากตารางที่ 2 และภาพที่ 1 พบว่า พบว่า ก่อนทดลอง (T1) ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างกลุ่มทดลอง ( $19.8 \pm 7.11$ ) และกลุ่มควบคุม ( $19.9 \pm 8.34$ ) ไม่มีความแตกต่างกัน หลังทดลอง 2 สัปดาห์ (T2) ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างกลุ่มทดลอง ( $3.2 \pm 2.70$ ) และกลุ่มควบคุม ( $8.4 \pm 6.59$ ) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมรุนแรงน้อยกว่ากลุ่มควบคุม และหลังทดลอง 4 สัปดาห์ (T3) ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างกลุ่มทดลอง ( $3.7 \pm 3.51$ ) และกลุ่มควบคุม ( $9.5 \pm 4.40$ ) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของ

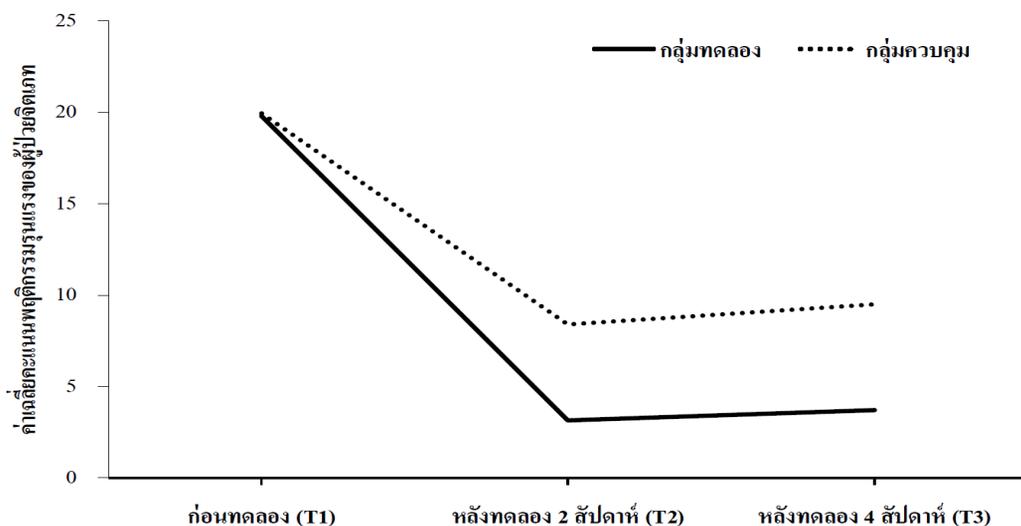
**ตารางที่ 1** กิจกรรมและเนื้อหาของโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมรุนแรงด้วยตนเองของผู้ป่วยจิตเภท

กิจกรรม	เนื้อหา	สัปดาห์
1. การค้นหาสาเหตุของพฤติกรรมรุนแรง	- การใช้สัมพันธภาพบำบัดรายบุคคล ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยทบทวนสาเหตุที่ก่อเกิดพฤติกรรมรุนแรง เข้าใจในตนเอง	สัปดาห์ที่ 1
2. โรคจิตเภทกับพฤติกรรมรุนแรง	- กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา ช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจและได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับอาการทางจิตที่ทำให้เกิดพฤติกรรมรุนแรง และผลกระทบต่อตนเองภายหลังเกิดพฤติกรรมรุนแรง	สัปดาห์ที่ 1
3. การจัดการอาการทางจิตกับการลดพฤติกรรมรุนแรง	- กลุ่มสุขภาพจิต มีความรู้ และได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับวิธีการจัดการอาการทางจิตขณะกำเริบด้วยตนเอง	สัปดาห์ที่ 1
4. การควบคุมตนเองจากพฤติกรรมรุนแรง	- กลุ่มจิตบำบัดระดับประคับประคอง ที่ช่วยให้ผู้ป่วยได้แสดงความรู้สึกภายในใจต่ออาการกำเริบในการลดพฤติกรรมรุนแรง ให้ผู้ป่วยมั่นใจในการปรับตัวเมื่อต้องเผชิญกับอาการทางจิต	สัปดาห์ที่ 2
5. การเผชิญปัญหาการควบคุมตนเองจากพฤติกรรมรุนแรง	- กลุ่มจิตบำบัดระดับประคับประคอง ที่ช่วยให้ผู้ป่วยได้ระบายถึงปัญหา อุปสรรคของการเผชิญปัญหาของการหยุดพฤติกรรมรุนแรง และเสริมสร้างความเชื่อในความสามารถตนเอง	สัปดาห์ที่ 2
6. การประเมินการควบคุมตนเองจากพฤติกรรมรุนแรง	- กลุ่มจิตบำบัดระดับประคับประคอง ช่วยทบทวนการเปลี่ยนแปลงตนเองตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากกลุ่มและเป็นการให้สนับสนุน ให้กำลังใจผู้ป่วยในการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง	สัปดาห์ที่ 2

**ตารางที่ 2** เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภท จำแนกตามเวลาก่อนทดลอง (T1) หลังทดลอง 2 สัปดาห์ (T2) และหลังทดลอง 4 สัปดาห์ (T4) ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

การทดลอง	กลุ่มทดลอง (n = 20 คน)		กลุ่มควบคุม (n = 20 คน)		F	p-value	effect size (Partial $\eta^2$ )
	Mean	SD	Mean	SD			
ก่อนทดลอง (T1)	19.8	7.11	19.9	8.34	0.00	0.95	0.00
หลังทดลอง 2 สัปดาห์ (T2)	3.2	2.70	8.4	6.59	10.94	0.00*	0.22
หลังทดลอง 4 สัปดาห์ (T3)	3.7	3.51	9.5	4.40	21.26	0.00*	0.35

\*p-value < 0.05, repeated-measures analysis of variance (ANOVA)



ภาพที่ 1 กราฟแสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ตามเวลา ก่อนทดลอง (T1) หลังทดลอง 2 สัปดาห์ (T2) และหลังทดลอง 4 สัปดาห์ (T3)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของจำนวนผู้ป่วยตามระดับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม จำแนกตามเวลา ก่อนทดลอง (T1) หลังการทดลอง 2 สัปดาห์ (T2) และหลังการทดลอง 4 สัปดาห์

การทดลอง	จำนวนระดับพฤติกรรมรุนแรง (ร้อยละ)			p-value
	เล็กน้อย (0 - 5 คะแนน)	ปานกลาง (6 - 13 คะแนน)	สูง (14 - 32 คะแนน)	
ก่อนการทดลอง (T1)				
กลุ่มทดลอง	0 (0.0)	4 (10.0)	16 (40.0)	0.46
กลุ่มควบคุม	0 (0.0)	6 (15.0)	14 (35.0)	
หลังทดลอง 2 สัปดาห์ (T2)				
กลุ่มทดลอง	18 (45.0)	2 (5.0)	0 (0.0)	< 0.001*
กลุ่มควบคุม	9 (22.5)	9 (22.5)	2 (5.0)	
หลังทดลอง 4 สัปดาห์ (T3)				
กลุ่มทดลอง	18 (45.0)	2 (5.0)	0 (0.0)	< 0.001*
กลุ่มควบคุม	3 (7.5)	15 (37.5)	2 (5.0)	

\*p-value < 0.05, chi-square test

พฤติกรรมรุนแรงน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

จากตารางที่ 3 จะเห็นได้ว่าระดับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในช่วงก่อนทดลอง (T1) ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมระดับพฤติกรรมรุนแรงไม่แตกต่างกัน แต่ระยะหลังทดลอง 2 สัปดาห์ (T2) พบว่ากลุ่มทดลองส่วนใหญ่ ร้อยละ 45.0 มีพฤติกรรมรุนแรงระดับเล็กน้อย กลุ่มควบคุมมีระดับพฤติกรรมรุนแรงเล็กน้อยและปานกลางจำนวนเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 22.5 ทั้งสองกลุ่มจึงมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และระยะหลังทดลอง 4 สัปดาห์ (T3) พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีพฤติกรรมรุนแรงระดับเล็กน้อย ร้อยละ 45.0 กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีพฤติกรรมรุนแรงระดับปานกลาง ร้อยละ 37.5 ทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

### อภิปราย

การวิจัยครั้งนี้มีเป้าหมายเพื่อลดพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภท อภิปรายผลวิจัย ดังนี้

**ส่วนที่ 1** การพัฒนาการบำบัดทางการพยาบาลแบบบูรณาการในผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง ที่ได้จากการวิเคราะห์สถานการณ์ที่พบในผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง พบว่าการมีประวัติพฤติกรรมรุนแรงภายใน 1 ปี และการมีประวัติใช้สารเสพติดภายใน 1 ปี อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยมักมีแนวโน้มที่ถูกกระตุ้นจากอาการทางจิตที่กำเริบ หรือสภาพแวดล้อมที่กดดันได้ง่าย ทำให้ใช้ความรุนแรงในการเผชิญปัญหาเมื่อเกิดความรู้สึกไม่ปลอดภัย<sup>5-6</sup> ส่วนปัจจัยจากอาการทางจิต ซึ่งสอดคล้องกับหลาย ๆ การศึกษา พบว่าอาการทางจิต โดยเฉพาะอาการหลงผิดแบบหวาดระแวง

เป็นตัวกระตุ้นความเครียด จนทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมตนเองจนเกิดพฤติกรรมรุนแรง<sup>11-12,26-27</sup>

ผลการสัมภาษณ์พยาบาลจิตเวชมีความคิดเห็นว่าการป้องกันพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภท ควรช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทเข้าสู่ระยะสงบจากอาการทางจิตสงบ การบำบัดพยาบาลจึงควรสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจถึงสาเหตุของพฤติกรรมรุนแรง และสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองจากอาการทางจิตก่อนเกิดพฤติกรรมรุนแรง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจาริณี ธิรพัทรพันธ์<sup>28</sup> ได้อธิบายเกี่ยวกับการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มีปัจจัยด้านพฤติกรรมมีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพมากที่สุด เพราะเป็นองค์ประกอบที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ โดยอาศัยความรู้ความเข้าใจ เจตคติ และการปฏิบัติตนต่อปัญหาของพฤติกรรมนั้น ดังนั้น การมีพฤติกรรมสุขภาพให้ถูกต้อง จะช่วยแก้ปัญหาสุขภาพ และลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคและปัญหาสุขภาพต่าง ๆ ได้

การบำบัดทางการพยาบาลแบบบูรณาการในผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง สร้างได้เป็น “โปรแกรมการจัดการพฤติกรรมรุนแรงด้วยตนเองสำหรับผู้ป่วยจิตเภท” ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ดังนี้ 1) การค้นหาสาเหตุของพฤติกรรมรุนแรง สอดคล้องกับการอธิบายของ Ryan & Sawin<sup>15</sup> ว่าผู้ป่วยต้องเข้าใจบริบทซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องจากปัญหาสุขภาพของตนเอง ก่อนเข้าสู่กระบวนการอื่น ๆ ของการจัดการตนเองด้วยรูปแบบสัมพันธภาพบำบัดตามแนวคิดของ Peplau<sup>16</sup> มองว่าการแก้ปัญหาอาการทางจิตต้องทำให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงภายในบุคคล 2) โรคจิตเภทกับพฤติกรรมรุนแรง และ

3) การจัดการอาการทางจิตกับการลดพฤติกรรมรุนแรง Ryan & Sawin<sup>15</sup> อธิบายว่าเป็นกระบวนการจัดการตนเอง ที่สนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความรู้และความเชื่อในสมรรถนะของตนเอง นำไปสู่ผลที่ตนเองคาดหวัง ด้วยรูปแบบกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา ซึ่ง Brown<sup>17</sup> อธิบายว่า การเรียนเชิงวิชาการแบบชั้นเรียนร่วมกับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มเป็นพื้นฐานแรกของการฝึกทักษะต่าง ๆ ที่ให้ผู้ป่วยเกิดการรู้จักในสิ่งที่คาดหวัง 4) การควบคุมตนเองจากพฤติกรรมรุนแรง 5) การเผชิญปัญหา การควบคุมตนเองจากพฤติกรรมรุนแรง และ 6) การประเมินการควบคุมตนเองจากพฤติกรรมรุนแรง จากแนวคิดการจัดการตนเอง ของ Ryan & Sawin<sup>15</sup> อธิบายว่า การฝึกให้ผู้ป่วยกำหนดเป้าหมาย การสังเกตอาการ ตัดสินใจ การวางแผน การลงมือปฏิบัติ และการประเมินตนเอง ช่วยให้ผู้ป่วยมีทักษะในการควบคุมตนเองที่จะเผชิญกับการคุกคามจากความเจ็บป่วย โดยการบำบัดด้วยรูปแบบจิตบำบัดแบบประคับประคอง ซึ่ง Yalom<sup>18</sup> อธิบายว่า เป็นกระบวนการบำบัดที่ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ เกิดแนวทางการแก้ไขปัญหา ได้รับการประคับประคองจิตใจซึ่งกันและกัน ทำให้เกิดปัจจัยบำบัดต่าง ๆ กล้าเปิดเผยตนเอง เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน สามารถรับรู้ถึงความสามารถของตนเอง เกิดความมุ่งมั่นที่จะปรับปรุงตนเอง ดังนั้นโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมรุนแรงด้วยตนเองสำหรับผู้ป่วยจิตเภท จึงมีความเป็นไปได้ในการนำไปสู่การป้องกันการเกิดพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภท

**ส่วนที่ 2** ผลของโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมรุนแรงด้วยตนเองสำหรับผู้ป่วยจิตเภท พบว่า การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมรุนแรงระหว่างก่อนทดลอง (T1)

และหลังทดลอง 4 สัปดาห์ (T3) ของกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับ โปรแกรมฯ กับกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และพบว่าการเปรียบเทียบระดับพฤติกรรมรุนแรงระหว่างกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับ โปรแกรมฯ กับกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ หลังทดลอง 2 สัปดาห์ (T2) และหลังทดลอง 4 สัปดาห์ (T3) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 เช่นกัน ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า โปรแกรมการจัดการพฤติกรรมรุนแรงด้วยตนเองสำหรับผู้ป่วยจิตเภทส่งผลต่อการลดพฤติกรรมรุนแรงได้ สอดคล้องกับการศึกษาด้วยการวิเคราะห์ห่อภิมาณของ Zou และคณะ<sup>29</sup> ที่ทบทวนงานวิจัยเชิงทดลองจำนวน 13 เรื่อง และสอดคล้องกับการวิเคราะห์ห่อภิมาณของ Lean และคณะ<sup>30</sup> ที่ทบทวนงานวิจัยเชิงทดลองจำนวน 37 เรื่อง อธิบายผลการศึกษาว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการให้ความรู้ในการจัดการตนเองจะทำให้อาการทางจิต โดยเฉพาะอาการแสดงทางบวกลดลงได้มากกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการดูแลวิธีอื่น ๆ อธิบายได้ว่า อาการทางจิตเป็นความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของการเกิดพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตรุนแรง ดังนั้น เมื่ออาการทางจิตลดลง ทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมตนเองได้มากขึ้น ย่อมส่งผลต่อการลดพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภทได้เช่นกัน<sup>27</sup>

## สรุป

ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นถึงบทบาทของพยาบาลจิตเวชในการบำบัดทางการพยาบาลโดยตรง ด้วยการผสมผสานแนวคิดการจัดการ

ตนเอง มาประยุกต์ร่วมกับรูปแบบการบำบัด  
ทางการพยาบาลด้วยสัมพันธ์ภาพบำบัด กลุ่ม  
สุขภาพจิตศึกษาและกลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง  
ด้วยการออกแบบเป็น โปรแกรมการจัดการ  
พฤติกรรมรุนแรงด้วยตนเองสำหรับผู้ป่วยจิตเภท  
จึงมีผลต่อการป้องกันการเกิดพฤติกรรมรุนแรง  
อย่างมีประสิทธิภาพ และนำไปขยายผลสู่การปฏิบัติ  
การพยาบาลในหอผู้ป่วย เพื่อเป็นกระบวนการหลัก  
ในการบำบัดทางการพยาบาลของสถาบันฯ  
สำหรับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรม  
รุนแรงได้

#### ข้อเสนอแนะ

การวิจัยในครั้งต่อไป ควรศึกษาทั้งผู้ป่วย  
เพศชายและเพศหญิง ติดตามและให้คำปรึกษา  
แก่ผู้ป่วยที่ผ่านการบำบัดตาม โปรแกรมฯ เป็น  
ระยะยาวขึ้น เช่น ติดตามหลังจำหน่ายทุกครั้ง  
ที่ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดหรือติดตามในเดือนที่ 3  
หรือเดือนที่ 6 เป็นต้น และอาจใช้รูปแบบการ  
จัดการรายกรณีในผู้ป่วยที่ผ่านการบำบัดตาม  
โปรแกรมฯ โดยจัดเป็นระบบเพิ่มเติมเมื่อผู้ป่วย  
กลับสู่ชุมชน นอกจากนี้ การนำไปใช้ปฏิบัติ  
ทางการพยาบาล ควรมีการจัดอบรมแก่พยาบาล  
จิตเวชที่มีหน้าที่บำบัด เพื่อให้มีทักษะและเกิด  
ความมั่นใจในการบำบัดมากขึ้น

#### เอกสารอ้างอิง

1. Soyka M. Neurobiology of aggression and violence in schizophrenia. *Schizophr Bull* 2011; 37(5): 913-20.
2. เวนิช บูราชรินทร์, เพ็ญพัทธ์ อุทิศ. ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต* 2554; 25(3): 24-37.
3. Tam E, Engelsmann F, Fugere, R. Patterns of violent incidents by patients in a general hospital psychiatric facility. *Psychiatr Serv* 1996; 47(1): 86-8.
4. Walsh E, Gilvarry C, Samele C, Harvey K, Manley C, Tattan T. Predicting violence in schizophrenia: a prospective study. *Schizophr Res* 2004; 67(2-3): 247-52.
5. Edlinger M, Rauch AS, Kemmler G, Yalcin-Siedentopf N, Fleischhacker WW, Hofer A. Risk of violence of inpatients with severe mental illness do patients with schizophrenia pose harm to others?. *Psychiatry Res* 2014; 219(3): 450-6.
6. Fazel S, Gulati G, Linsell L, Geddes JR, Grann M. Schizophrenia and violence: systematic review and meta-analysis. *PLoS Med* 2009; 6(8): 1-15.
7. Krakowski MI, Czobor P. Distinctive profiles of traits predisposing to violence in schizophrenia and in the general population. *Schizophr Res* 2018; 202: 267-73.
8. Hoptman MJ, Antonius D, Mauro CJ, Parker EM, Javitt DC. Cortical thinning, functional connectivity, and mood-related impulsivity in schizophrenia: relationship to aggressive attitudes and behavior. *Am J Psychiatry* 2014; 171(9): 939-48.
9. Witt K, van Dorn R, Fazel S. Risk factors for violence in psychosis: systematic review and meta-regression analysis of 110 studies. *PLoS One* 2013; 8(2): 1-15.
10. Bo S, Abu-Akel A, Kongerslev M, Haahr UH, Simonsen E. Risk factors for violence among patients with schizophrenia. *Clin Psychol Rev* 2011; 31(5): 711-26.
11. Bushman BJ. Moderating role of trait aggressiveness in the effects of violent media on aggression. *J Pers Soc Psychol* 1995; 69(5): 950-60.

12. Darrell-Berry H, Berry K, Bucci S. The relationship between paranoia and aggression in psychosis: A systematic review. *Schizophr Res* 2016; 172(1-3): 169-76.
13. พยุงศักดิ์ ฟางแก้ว. ผลของการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิดต่อพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภท [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2558.
14. วรณวิภา ชำนาญ, เพชรสุณีย์ ทั้งเจริญกุล, สมบัติสกุลพรรณ. ประสิทธิภาพของการใช้โปรแกรมการจัดการกับความโกรธ สำหรับผู้ป่วยจิตเภท: กรณีศึกษาโรงพยาบาลอุดรดิตถ์. *พยาบาลสาร* 2560; 44(3): 125-33.
15. Ryan P, Sawin KJ. The individual and family self-management theory: background and perspectives on context, process, and outcomes. *Nurs Outlook* 2009; 57(4): 217-25.
16. Peplau HE. *Interpersonal relations in nursing: A conceptual framework of reference for psychodynamic nursing*. New York: Springer Publishing Co, Inc.; 1991.
17. Brown WN. *Psychoeducational groups: process and practice*. New York: Routledge Taylor and Francis Group; 2015.
18. Yalom ID. *The theory and practice of group psychotherapy*. New York: Basic Books; 1991.
19. Busner J, Targum S. The clinical global impressions scale: applying a research tool in clinical practice. *Psychiatry* 2007; 4(7): 28-37.
20. Levenson MR, Kiehl KA, Fitzpatrick CM. Assessing psychopathic attributes in a noninstitutionalized population. *J Pers Soc Psychol* 1995; 68(1): 151-8.
21. Patton JH, Stanford MS, Barratt ES. Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. *J Clin Psychol* 1995; 51: 768-74.
22. Buss AH, Perry MP. The aggression questionnaire. *J Pers Soc Psychol* 1992; 63: 452-9.
23. หวาน ศรีเรือนทอง, ชรณินทร์ กองสุข, สุพัตรา สุขาวห, ทรงพล โลดทงนงค์, จินตนา ถึงจงเพิ่มพูน. การพัฒนาแบบประเมินระดับความรุนแรงของพฤติกรรมก่อความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการรุนแรง. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย* 2559; 61(3): 253-66.
24. กัญญาวรรณ ระเบียบ. ผลของโปรแกรมการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อเนื่องร่วมกับการควบคุมความโกรธต่อพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเภท [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2555.
25. Overall J, Gorham D. The brief psychiatric rating scale. *Psych Report* 1962; 10: 799-812.
26. Keers R, Ullrich S, BL. D. Association of violence with emergence of persecutory delusions in untreated schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2014; 171: 332-29.
27. Lamsma J, Harte JM. Violence in psychosis: Conceptualizing its causal relationship with risk factors. *Aggress. Violent Behav* 2015; 24: 75-82.
28. จาริณี ธิรพัทรพันธ์. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่: การวิเคราะห์อภิमान [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2552.
29. Zou H, Li Z, Nolan MT, Arthur D, Wang H, Hu L. Self-management education interventions for persons with schizophrenia: a meta-analysis. *Int J Ment Health Nurs* 2013; 22(3): 256-71.
30. Lean M, Fornells-Ambrojo M, Milton A, Lloyd-Evans B, Harrison-Stewart B, Yesufu-Udechuku A, et al. Self-management interventions for people with severe mental illness: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2019; 214(5): 260-8.