



รายงานการวิจัย

เรื่อง

ผลของกลุ่มบำบัดการแก้ปัญหา ในผู้ป่วยจิตเภทที่มีความคิดฆ่าตัวตาย

นางศิริวรรณ

ฤกษ์ธนะขจร

นางกาญจน์กนก

สุรินทร์ชมภู

นางบุปผา

รุ่งเรือง

165

6ผ

1ฉ.2

กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข



รายงานการวิจัย

ผลของกลุ่มบำบัดการแก้ปัญหาในผู้ป่วยจิตเภทที่มีความคิดฆ่าตัวตาย

Effects of Problem Solving Therapy (PST) on schizophrenia
patients with suicidal ideation.

กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

พ.ศ.2561

ผลของกลุ่มบำบัดการแก้ปัญหาในผู้ป่วยจิตเภทที่มีความคิดฆ่าตัวตาย

ศิริวรรณ	ฤกษ์ธนะขจร*
กาญจน์กนก	สุรินทร์ขมภู*
บุปผา	รุ่งเรือง*

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของกลุ่มบำบัดการแก้ปัญหาในผู้ป่วยจิตเภทที่มีความคิดฆ่าตัวตาย

วัตถุประสงค์และวิธีการ การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง โดยวัดก่อนและหลังทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มีความคิดฆ่าตัวตายและรักษาอยู่ในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ การคัดกลุ่มตัวอย่างโดยเก็บกลุ่มตัวอย่างตามข้อกำหนดระยะเวลาในการศึกษา ตั้งแต่ กันยายน 2560 – มีนาคม 2561 โดยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับการบำบัดการแก้ปัญหา (Problem Solving Therapy : PST) มีเครื่องมือในการประเมินก่อน-หลัง ประกอบด้วย 1) แบบเก็บข้อมูลทั่วไป 2) แบบประเมินอาการทางจิต (BPRS) 3) แบบประเมินระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (M.I.N.I.- Suicidality) 4) แบบประเมินทักษะการแก้ปัญหา (Problem solving Inventory : PSI) สถิติที่ใช้การวิเคราะห์ คือ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติ Repeated measures Anova

ผล พบว่า กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 25 คน มีทักษะการแก้ปัญหาเพิ่มขึ้น มีคะแนนอาการทางจิตลดลง และระดับคะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายลดลง และจากการติดตามผล 1 เดือน ไม่มีผู้ป่วยกลับมารักษซ้ำ

สรุป การบำบัดด้วยกลุ่มการแก้ปัญหาเป็นทางเลือกกลุ่มบำบัดอีกรูปแบบหนึ่งสามารถเพิ่มทักษะการแก้ปัญหาและลดความคิดการฆ่าตัวตาย ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตประจำวันในชุมชนได้ปกติตามอัตภาพ

คำสำคัญ : กลุ่มบำบัด, การแก้ปัญหา, ผู้ป่วยจิตเภท, ความคิดฆ่าตัวตาย

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ห้องสมุด โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์	
เลขทะเบียน	004325
วันที่	
นายแพทย์/นางสาว	ดร. พม 165
เลขเรียกหนังสือ	ว486.1 2561 4-2

JVKK Library



004325

Effects of Problem Solving Therapy (PST) on schizophrenia patients with suicidal ideation.

Siriwan Reakthanakajon, M.Ns.

Karnkanok Surinchompu, M.Ns.

Bubpha Rungreang, M.Ns.

Abstract

Objective: To evaluate the effects of Problem Solving Therapy (PST) on schizophrenia patients with suicidal ideation.

Material and Method: This is a quasi-experimental (pre-post test) research design . Sample was schizophrenia in-patients with suicidal ideation of Khon Kaen Rajanagarindra Psychiatric Hospital who fulfill the inclusion criteria during September 2017 – March 2018. Sample were treated by Problem Solving Therapy:PST. The pre-post measurement were included 1) demographic data 2) Brief psychiatric rating Scale (BPRS) 3) Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.- Suicidality) 4) Problem solving Inventory: PSI. The frequency, percentage, mean, standard deviation, and Repeated measures Anova were used to analyze.

Result: The result was found 25 samples were increased problem solving skills scores while the psychotic symptom score and suicidal risk score were decreased. There was no re-admission during 1month follow-up.

Summary: Problem Solving Therapy:PST is alternative treatment to improve problem solving skills and reduce suicidal ideation which benefit for patient in community.

keyword: Group therapy, Problem solving, Schizophrenia, suicidal ideation

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษา ผลของกลุ่มบำบัดการแก้ปัญหาในผู้ป่วยจิตเภทที่มีความคิดฆ่าตัวตาย สำเร็จลุล่วงด้วยดี เพราะได้รับความกรุณาจาก คุณ สุวดี ศรีวิเศษ อติตพยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ที่เป็นที่ปรึกษาช่วยชี้แนะในการทำกลุ่ม และเพิ่มเติมความรู้ของการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาในผู้ป่วย แก้ปัญหากับผู้ป่วยอื่นๆ

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์ณัฐกร จำปาทอง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ที่ให้กำลังใจและสนับสนุนในการวิจัยครั้งนี้ และขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่เข้ากลุ่มบำบัด ที่รับการรักษาที่ตึกฝ่ายคำ และตึกศรีตรัง ซึ่งเป็นตึกที่รับผู้ป่วยที่มีความคิดฆ่าตัวตายรับไว้รักษาและบุคลากรที่ช่วยเหลือในการคัดเลือก และประเมินผู้ป่วยเข้ากลุ่มบำบัด ทีมผู้ศึกษาวิจัยขอขอบพระคุณมา ณ ที่นี้ด้วย

ศิริวรรณ ฤกษ์ธนะขจร และคณะ

เมษายน 2561

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ	ก
Abstract	ข
กิตติกรรมประกาศ	ค
สารบัญ	ง
สารบัญตาราง	ฉ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์	4
สมมุติฐานการวิจัย	4
ขอบเขตการศึกษา	4
ข้อจำกัดการวิจัย	5
คำจำกัดความ	5
กรอบแนวคิดในการศึกษา	5
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	7
บทที่ 2 วรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	8
โรคจิตเภท	8
โรคจิตเภทที่คิดฆ่าตัวตาย	13
กลุ่มบำบัดการแก้ปัญหา	13
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	18
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	20
รูปแบบการทดลอง	20
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	21
โปรแกรมที่ใช้ในการบำบัด	23
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	24
การเก็บรวบรวมข้อมูล	25
การวิเคราะห์ข้อมูล	26
ระยะในการศึกษา	26
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง	26
บทที่ 4 ผลการศึกษา	27
บทที่ 5 สรุปผลการศึกษา อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	39
สรุปผลการศึกษา	39
อภิปรายผล	42
ข้อเสนอแนะ	44
บรรณานุกรม	45

สารบัญ

	หน้า
ภาคผนวก	48
ภาคผนวก ก.	49
- โปรแกรมการบำบัดการแก้ปัญหานในผู้ป่วยจิตเภท ที่คิดฆ่าตัวตาย	
ภาคผนวก ข. เครื่องมือแบบประเมินที่ใช้ในการวิจัย	66
- แบบเก็บข้อมูลทั่วไป	67
- แบบประเมินอาการทางจิต	69
- แบบประเมินทักษะการแก้ปัญหา	70
- แบบประเมินระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย	72
- คำชี้แจงสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการ	74
ภาคผนวก ค. ประวัติผู้วิจัย	75
ภาคผนวก ง.	
- เอกสารรับรองโครงการวิจัย คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์	

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 ลักษณะข้อมูลทั่วไป ของกลุ่มตัวอย่าง	28
ตารางที่ 2 การประเมินระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายก่อนดำเนินโครงการ และระยะติดตามผล	30
ตารางที่ 3 ค่าคะแนนประเมินระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายก่อนดำเนินโครงการ และ ระยะติดตามผล	31
ตารางที่ 4 ตารางเปรียบเทียบ คะแนนอาการทางจิต (BPRS) ของผู้ป่วยจิตเภท ที่มีความคิดฆ่าตัวตายก่อนดำเนินโครงการ ระยะเสร็จสิ้นการบำบัด และระยะติดตามผล	32
ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะการแก้ปัญหา ระยะก่อนดำเนินโครงการ หลังเสร็จสิ้นการบำบัด และระยะติดตามผล 1 เดือน	32
ตารางที่ 6 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยรายคู่การประเมินอาการทางจิต ค่าเฉลี่ยคู่โดยใช้สถิติ Pairwise comparisons	35
ตารางที่ 7 การแสดงค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบค่าคะแนนแบบประเมินทักษะการแก้ปัญหา ก่อนดำเนินโครงการระยะเสร็จสิ้นการบำบัด ระยะติดตามผล 1 เดือน	36
ตารางที่ 8 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของทักษะการแก้ปัญหา	36
ตารางที่ 9 การทดสอบความแปรปรวน และค่าสหสัมพันธ์ของทักษะการแก้ปัญหาโดยใช้ Mauchly's Test Sphericity	37
ตารางที่ 10 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของความแปรปรวนทักษะการแก้ปัญหา	37
ตารางที่ 11 แสดงการเปรียบเทียบคะแนน ค่าเฉลี่ยรายคู่ของทักษะการแก้ปัญหาโดยใช้สถิติ Pairwise Comparisons	38

บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในสถานการณ์ปัจจุบัน เกิดการเจ็บป่วยทางจิตได้ง่ายจากสภาพแวดล้อมในชีวิตประจำวัน และผลกระทบต่างๆ จากสังคมและเศรษฐกิจ โรคจิตเภท (Schizophrenia) ทั่วโลก พบผู้ป่วยโรคจิตเภท 26 ล้านคน คิดเป็นอัตราป่วย 7 ต่อ 1,000 คน ในประชากรวัยผู้ใหญ่ (15-35 ปี) แต่โดยเฉลี่ยแล้วมีผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาเพียงครึ่งหนึ่งที่เข้าถึงบริการบำบัดรักษา สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทย ในปี พ.ศ.2560 กรมสุขภาพจิต (2560) ได้รายงานถึงสถิติโดยคำนวณจากจำนวนประชากรประจำปี 2559 ที่อายุ 15 ปีขึ้นไป คาดการณ์ว่าจะมีผู้ป่วยโรคจิตเภท จำนวน 423,871 คน คิดเป็นร้อยละ 0.8 ของประชากรทั่วไป และในปี 2560 พบผู้ป่วยโรคจิตเภทเป็นจำนวน 305,205 คน คิดเป็นร้อยละ 72.0 ซึ่งมากเป็นอันดับ 1 ของผู้ป่วยโรคจิตทั้งหมด

โรคจิตเภท เป็นโรคทางจิตเวชที่สำคัญและเป็นโรคที่พบได้บ่อยมากที่สุดในบรรดาโรคจิตอื่นๆ (มาโนช หล่อตระกูล, 2553) โดยพบได้ในประชากรทั่วไป ทุกสังคม หญิงและชายพบได้เท่าๆ กันและมีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี (กรมสุขภาพจิต, 2556) ส่วนใหญ่จะมาด้วยอาการทางจิตรุนแรง โดยทำร้ายตนเองผู้อื่นและทรัพย์สิน เช่น มีอาการหลงผิด ประสาทหลอน หวาดระแวงกลัวคนจะมาทำร้าย ทำทางไม่เป็นมิตร คลุ้มคลั่ง อาละวาด วุ่นวาย ทำร้ายคนอื่นและทำลายข้าวของ (พิเชฐ อุดมรัตน์, 2552) และพบว่า อาการหลงผิดก่อความรุนแรง ส่งผลกระทบกับบุคคลที่อยู่รอบข้างเกิดความหวาดกลัวไม่กล้าเข้าใกล้ จึงจำเป็นต้องได้รับการรับไว้รักษาในโรงพยาบาล เพื่อรักษาให้อาการทางจิตทุเลา

ผู้ป่วยจิตเภท พบว่า มีอาการ และแสดงออกด้วยอาการหลงผิดและประสาทหลอนเป็นอาการสำคัญที่พบในโรคจิตเภท คือ เป็นกลุ่มอาการด้านบวก ผู้ป่วยที่มีอาการประสาทหลอนทางหูพบได้ร้อยละ 50-70 ของผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยส่วนใหญ่มักพบร่วมกับอาการหลงผิดด้วยเสมอ บางคนพยายามฆ่าตัวตายหรือทำร้ายคนอื่น โดยมักจะเกิดแบบมีความสัมพันธ์และเป็นเหตุผลกัน (มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุนิษฐ์, 2548; ยุธิชา ปรีชา และพิเชฐ อุดมรัตน์, 2552.) ผู้ป่วยจะมีความผิดปกติ ทางอารมณ์ การรับรู้ กระบวนการคิด พฤติกรรมและบุคลิกภาพ (Kneisl, 2004; Varcarolis, 2006) ปัจจุบันเชื่อว่าเกิดจากความผิดปกติของสมองที่หลังสารเคมีออกมามากเกินไป โดยมีพันธุกรรม บุคลิกภาพและสภาพแวดล้อมเป็นปัจจัยสำคัญที่มีส่วนทำให้เกิดโรค (Varcarolis, 2006) มีผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่เจ็บป่วยมานานจะส่งผลให้เกิดอาการเรื้อรังส่งผลต่อกระบวนการการรู้คิด (Cognitive Function) เกิดอาการเปลี่ยนแปลงของความคิด (Thinking) ความรู้สึก (feeling) และพฤติกรรม (Behavior) ของผู้ป่วย (สมศรี กิตติพงศ์ไพศาล, 2556) ส่งผลต่อการวางแผนและการจัดการปัญหา (Executive Problem Solving and Planning) ซึ่งส่วนนี้เป็นการทำงานของสมองถ้าได้รับการฟื้นฟูอย่างเหมาะสมที่สำคัญยังส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการร่วมคือมีความคิดฆ่าตัวตาย ซึ่งพบว่า มีปัจจัยเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย หรือพยายามฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเภทปัจจัยที่เกี่ยวข้องขึ้นกับ จำนวนครั้งของการพยายามฆ่าตัวตาย ภาวะซึมเศร้า อาการหลงผิด และหูแว่ว รวมถึงการรับรู้การเจ็บป่วยของผู้ป่วยเองไม่ถูกต้อง (Kahye Hor and Mark Taylor, 2010)

การฆ่าตัวตาย เป็นภาวะวิกฤตของชีวิตที่รุนแรง แสดงถึงการขาดความสุข การได้รับความกดดัน มีความรู้สึกเศร้า เสียใจ ลึกลับ ไร้คนช่วยเหลือ ปัจจุบันในปีหนึ่งๆ มีคนประมาณ 10-20 ล้านคนพยายามฆ่าตัวตาย (WHO, 2008) องค์การอนามัยโลกได้ประมาณการจากแนวโน้มในปัจจุบันว่าในปี พ.ศ.2563 จะมีผู้เสียชีวิตทั่วโลกจากการฆ่าตัวตายประมาณ 1.53 ล้านคน และมีผู้พยายามฆ่าตัวตายอีกประมาณ 10-20 เท่าของผู้ฆ่าตัวตาย นั่นคือทุก 20 วินาทีมีผู้ฆ่าตัวตาย 1 คน และทุก 1-2 วินาที มีผู้พยายามฆ่าตัวตาย 1 คน (Berlote, 2002 อ้างใน มาโนช หล่อตระกูล, 2553) ผู้ชายฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่าผู้หญิง 4 เท่า (Mann, 2008) ในประเทศไทยปี พ.ศ. 2554 มีผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย 3,873 คน (อัตรา 6.03 ต่อประชากรแสนคน) เป็นผู้ชาย 2,985 คน ผู้หญิง 888 คน และผู้ฆ่าตัวตายส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ซึ่งเป็นช่วงวัยที่เป็นกำลังสำคัญในการสร้างผลผลิตของประเทศ (โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์, 2554) หากคำนวณผู้พยายามฆ่าตัวตายแต่ไม่สำเร็จว่ามีอีก 10-20 เท่า หรือประมาณ 38,000-76,000 คนต่อปี จะเห็นว่าเป็นความสูญเสียที่มีความสำคัญทั้งในเชิงเศรษฐกิจจากภาพรวมสุขภาพ หรือการเสียชีวิต ภาระงบประมาณที่ใช้ในงานบริการสาธารณสุขและผลกระทบทางจิตใจที่มีต่อญาติหรือผู้ใกล้ชิด (มาโนช หล่อตระกูล, 2553) จากสถิติของสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย (2556) พบว่า ปี พ.ศ.2550 ได้มีการสำรวจคนไทยมีการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายถึงปีละ 3,458 คน จากที่มีคนพยายามฆ่าตัวตายมากกว่า 20,000 คน ซึ่งจากการเจ็บป่วยทางจิตเวชเป็นปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตาย โดยพบว่ามากกว่า ร้อยละ 90 ของคนที่พยายามฆ่าตัวตาย และฆ่าตัวตายสำเร็จมีการเจ็บป่วยทางจิตใจร่วมด้วย จากการสำรวจพบเป็นผู้ป่วยจิตเภทประมาณ ร้อยละ 15 โดยมีความเชื่อผิดๆ หรือที่เรียกว่า หลงผิด เช่น หวาดระแวงคนจะมาทำร้าย ทำให้หวาดกลัวมาก จนถึงขั้นตัดสินใจฆ่าตัวตาย

จากการทบทวนงานวิจัย 29 เรื่อง พบว่า ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญในผู้ป่วยจิตเภทที่มีความคิดฆ่าตัวตายจะคล้ายกับประชาชนทั่วไป คือ มีปัญหาความผิดปกติด้านอารมณ์ (mood disorder) ความจำเสื่อม (recent loss) มีประวัติพยายามฆ่าตัวตายโดยใช้สารเสพติด และมีปัจจัยที่พบในกลุ่มโรคจิตเภท คือ รู้สึกกลัวจนไม่สามารถควบคุมจิตใจได้เกิดภาวะ agitation การไม่ใส่ใจในการรักษา และสูญเสียความมั่นใจในตนเอง (Self evident) การติดตามอาการหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลจะช่วยลดปัจจัยเสี่ยงจากการฆ่าตัวตายได้อีกทางหนึ่ง (Tiihonen et.al, 2006) และจากการศึกษาผู้ป่วยจิตเภทที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงในช่วงปีแรกของการเจ็บป่วย (Carlborg et.al, 2010) พบว่า ในกลุ่มนี้ กลุ่มผู้ป่วยที่เสี่ยงในการฆ่าตัวตายสูงจะพบในกลุ่มไม่มีความมั่นใจและผู้ป่วยที่มีประวัติคน ในครอบครัวหรือญาติเคยฆ่าตัวตายมาก่อน ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวกับสภาพโรคจิตได้เกิดความเครียดสูงที่ต้องเฝ้าระวังใกล้ชิด และช่วงเวลาที่ต้องเฝ้าระวังที่ต้องแนะนำญาติร่วมด้วย คือ ช่วงที่อาการดีขึ้น และจำหน่ายกลับไปอยู่ที่บ้านในชุมชนในระยะ 1 ถึง 6 เดือน ช่วงนี้อาการจะดีขึ้นหลังจากรู้ตัวและเริ่มยอมรับว่าป่วยเป็นโรคจิต และยังคงฟื้นฟูสภาพจิตใจ และเกิดการเรียนรู้ในสังคมเพื่อต่อสู้กับปัญหาและอุปสรรค พร้อมการเรียนรู้วิธีแก้ปัญหาและการฝึกอาชีพหลังหายจากโรคและออกไปใช้ชีวิตในสังคม

การบำบัดรักษา ส่วนใหญ่จะมีการรักษาด้วยยา การรักษาด้วยไฟฟ้า และการรักษาโดยจิตสังคมร่วมด้วย เช่น การทำจิตวิเคราะห์ จิตบำบัดสัมพันธ์ทางบุคคล การบำบัดความคิดและพฤติกรรม การบำบัดครอบครัว การให้คำปรึกษา จิตบำบัดประคับประคอง การบำบัดโดยการแก้ปัญหา (มาโนช หล่อตระกูล, 2553, อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, 2553) และการบำบัดในรูปแบบรายบุคคล รายกลุ่ม โดยการทำการกลุ่มบำบัด จะมีสมาชิกจำนวน 6-12 คน มาเรียนรู้และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของกันและกัน ซึ่งเป็นการ

ช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถนำความรู้และทักษะไปใช้ในชุมชนได้อย่างเหมาะสม การทำกลุ่มบำบัดมีประโยชน์มาก เพราะผู้ป่วยแต่ละคนจะได้รับความช่วยเหลือแบบประคับประคองจิตใจซึ่งกันและกันทำให้รู้ว่าตนไม่ได้เผชิญปัญหาอยู่คนเดียว การกลุ่มบำบัดโดยการแก้ปัญห (Problem Solving Therapy Group หรือ PST) เป็นการบำบัดที่ช่วยให้บุคคลสามารถแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิต ทำให้บุคคลรับรู้ปัญหาตามความเป็นจริง และคิดว่าปัญหาเป็นเหตุการณ์ธรรมดาของชีวิต มองปัญหาเป็นสิ่งที่ท้าทายที่เปิดโอกาสให้ตนเองได้เจริญเติบโต ยอมรับว่าปัญหาต้องใช้เวลาและความพยายามในการแก้ไข มีทักษะในการแก้ปัญหาย่างมีประสิทธิภาพ มีการรับรู้ทางบวกต่อปัญหา และค้นหาปัญหาที่แท้จริง คิดหาทางออกหลายๆทาง มีการวางแผน และเลือกวิธีการแก้ปัญหา ตรวจสอบผลการแก้ปัญหา ลดผลกระทบทางลบเพิ่มผลกระทบทางบวกได้ โดยอยู่บนพื้นฐานตามความเป็นจริง (D' Zulilla, 1988 อ้างใน ปุณยาภา คำบุญเรือง , 2552) ช่วยให้ความคิดในการฆ่าตัวตายลดลง ไม่ฆ่าตัวตาย

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิรับผิดชอบให้บริการตรวจวินิจฉัย บำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพผู้มีปัญหาสุขภาพจิตรุนแรง ยุ่งยากซับซ้อน และพัฒนาวิชาการเฉพาะทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ให้บริการทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก และสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน มีวิสัยทัศน์คือเป็นองค์กรที่มีมาตรฐานด้านบริการสุขภาพจิตและจิตเวช เป็นเลิศด้านการป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในระดับประเทศ และจากการสอบถามผู้ป่วยโรคจิตเภทที่รับไว้รักษาในตึกผู้ป่วยในที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในโรงพยาบาล จิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จากสถิติการรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ โรคจิตเภทนับว่าเป็นโรคที่รับไว้รักษาเป็นลำดับที่ 1 จากสถิติ ผู้ป่วยจิตเภทที่มีความคิด ฆ่าตัวตาย ที่มารับบริการจากโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ในปีงบประมาณ 2560 เมื่อเทียบสัดส่วนในผู้ป่วยจิตเภทที่รับไว้รักษาจำนวน 151 ราย คิดเป็นร้อยละ 15.89 จากผู้ป่วยทั้งหมดที่มีความคิดฆ่าตัวตายที่มารับบริการที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ (งานเวชระเบียน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์, 2560) จากการพูดคุยกับผู้ป่วยและประเมินทักษะการแก้ปัญหาในผู้ป่วยจิตเภทที่มีความคิดฆ่าตัวตาย จำนวน 8 ราย พบว่า ผู้ป่วย 3 รายบอกตนไม่ได้ป่วยและคิดว่าปัญหาอยู่ที่ตนเองร่วมกับปัญหาครอบครัว ไม่มีคนช่วยได้ไม่รู้วิธีการแก้ปัญหา 4 ราย บอกมี พ่อ-แม่ เป็นที่พึ่ง ไม่กล้าเล่าปัญหาให้ฟัง รู้สึกอาย อีก 3 ราย บอก คิดว่าไม่มีใครรักตนเอง “หมดที่พึ่ง” ไม่มีคนอยากคุยด้วย “เหมือนอยู่คนเดียว” อีก 1 ราย บอกปัญหาอยู่ที่ตนเองถ้าตนเองตายไป “ปัญหาก็จบ” ผู้ป่วยทุกรายบอกตนรู้สึกว่าหงุดหงิดง่าย ไม่เคยคิดอะไรในการแก้ปัญหาส่วนใหญ่จะบอกว่ามีญาติทำให้ มีญาติบอกให้ทำก็ทำไม่เป็นที่ยอมรับ รู้สึกไร้ค่า ไม่มีความมั่นใจ ในตัวเอง และได้รับไว้รักษาจนอาการทางจิตทุเลา ผีการฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยการเข้ากลุ่ม กลุ่มบำบัดต่างๆ ตามปัญหาของแต่ละคน และพบว่า โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ มีการรักษาหลายด้าน เช่น การบำบัดกลุ่ม และรักษาด้วยวิธีอื่นๆ ได้แก่ การรักษาด้วยยา ด้านโรคจิตการรักษาด้วยไฟฟ้า การบำบัดทางจิตสังคมหรือกลุ่มบำบัดเช่น การบำบัดด้วย Cognitive Behavior Therapy : CBT สำหรับการหยั่งรู้ตนเองในผู้ป่วยจิตเภท และมีการดูแลเพิ่มเติมโดยใช้รูปแบบการเฝ้าระวังความเสี่ยงที่พบบ่อยในผู้ป่วยจิตเวช โดยการใช้แบบประเมินพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (Suicide) อุบัติเหตุ (Accident) พฤติกรรมรุนแรง (Violent) และหลบหนี(Escape) หรือ SAVE precaution ตลอดระยะการอยู่รักษา การดูแลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายClinical Practice Guideline Suicide : CPG Suicide ในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นได้มีการดูแลตามมาตรฐานโดยมี Intervention ที่หลากหลายเฉพาะกลุ่ม เฉพาะโรคในผู้ป่วยที่มีความคิดหรือความเสี่ยงฆ่าตัวตาย เช่น การให้

สุขภาพ การให้คำปรึกษาโดยให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง การให้คำปรึกษาแบบมีเหตุผล การให้การบำบัดแบบ Satir's การทำจิตบำบัดประคับประคอง ให้คำปรึกษาบำบัดครอบครัว การดูแลเหล่านี้จะแล้วแต่ปัญหาของผู้ป่วยแต่ละรายจึงต้องประยุกต์ตามสภาพปัญหา

จากการศึกษางานวิจัยพบว่า การบำบัดด้วยกลุ่ม PST ในผู้ป่วยจิตเภทที่มีความคิดฆ่าตัวตาย ในผู้ป่วยที่พ้นระยะเฉียบพลันไปแล้ว จะช่วยให้ผู้ป่วยมีการพูดคุยแบ่งปันประสบการณ์ในกลุ่มเกิดการหยั่งรู้ดีขึ้น มีอาการทางจิตดีขึ้น การเข้าใจและเข้าถึงความรู้สึก และเข้าใจสถานการณ์ได้ดี ตีความหมายประสบการณ์เกี่ยวกับเหตุวุ่นวายขึ้น ทำให้กลุ่มอาการด้านบวก ความวิตกกังวลลดลง จากการศึกษาวิจัย (France Veltro, Monica Mazza, Nieola Vendi ttelli; et.all, 2011) พบว่า การบำบัดด้วย PST ในผู้ป่วยจิตเภท ทำให้สามารถฟื้นฟูสภาพการรับรู้ในความคิด ความเข้าใจดีขึ้น เห็นศักยภาพในการวางแผนและความจำดีขึ้น ฉะนั้น การบำบัดด้วย กลุ่ม PST ให้แก่ผู้ป่วยเพื่อแก้ไขปัญหาผู้ป่วยที่แสดงพฤติกรรมก้าวร้าวทำร้ายตนเองและผู้อื่น อันเนื่องมาจากอาการทางจิตหลงผิดและประสาทหลอนทางหู ที่ทำให้ผู้ป่วยมีการตอบสนองต่ออาการทางจิตอย่างเหมาะสมดังกล่าว และช่วยให้อาการทางจิตทุเลาเพิ่มเติมจากการรักษาด้วยยา จนสามารถจำหน่ายกลับไปอยู่ร่วมกับครอบครัวหรือชุมชนได้ ไม่มีความคิดหรือพฤติกรรมฆ่าตัวตายเกิดขึ้น ผู้ศึกษาจึงเห็นว่ากลุ่ม PST เป็นทางเลือกหนึ่งที่จะช่วยแก้ปัญหาและผลกระทบจากอาการทางจิต เช่น หลงผิด ประสาทหลอนทางหูในผู้ป่วยจิตเภทที่มีความคิดฆ่าตัวตายได้ จึงได้ศึกษาผลของกลุ่มบำบัดการแก้ปัญหา ในผู้ป่วยจิตเภทที่มีความคิดฆ่าตัวตายในครั้งนี้

2. วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของกลุ่มบำบัด การแก้ปัญหาในผู้ป่วยจิตเภทที่มีความคิดฆ่าตัวตาย

3. สมมติฐานการวิจัย

3.1 ผู้ป่วยจิตเภทที่มีความคิดฆ่าตัวตาย ได้รับการเข้ากลุ่มบำบัดการแก้ปัญหา มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) ในการแก้ปัญหา ในระยะก่อนดำเนินโครงการ ระยะเสร็จสิ้นการบำบัด และระยะติดตามผล 1 เดือน

3.2 ผู้ป่วยจิตเภทที่มีความคิดฆ่าตัวตาย ได้รับการเข้ากลุ่มบำบัดแก้ปัญหา มีความแตกต่างกันด้านอาการทางจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) ในระยะก่อนดำเนินโครงการกับ ระยะเสร็จสิ้นการบำบัด และระยะติดตามผล 1 เดือน

3.3 ผู้ป่วยจิตเภทที่มีความคิดฆ่าตัวตาย ได้รับการเข้ากลุ่มบำบัดการแก้ปัญหา มีความแตกต่างกันด้านความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ในระยะก่อนดำเนินโครงการ และระยะติดตามผล 1 เดือน

4. ขอบเขตการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ดำเนินการวิจัยในผู้ป่วยจิตเภทที่มีความคิดฆ่าตัวตายทั้งผู้ป่วยหญิงและผู้ป่วยชายที่รับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยใน ในหอผู้ป่วยฝ่ายคำและหอผู้ป่วยศรีตรัง โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ในช่วงเดือน พฤศจิกายน - ธันวาคม พ.ศ.2560 โดยคัดเลือกผู้ป่วยที่ยินดี และเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้ โดยมีการประเมินก่อนดำเนินโครงการ ระยะเสร็จสิ้นการบำบัด และระยะติดตามผล 1 เดือน หลังบำบัด การศึกษานี้มีระยะเวลาในการศึกษาดังแต่ กันยายน 2560 - มีนาคม 2561

5. ข้อจำกัดในการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการเก็บกลุ่มตัวอย่าง โดย

5.1 การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ผู้ป่วยจิตเภทที่มีความคิดฆ่าตัวตายก่อนเข้ากลุ่มบำบัดจะได้รับการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด เพื่อให้เกิดความไว้วางใจต่อผู้นำกลุ่ม และเกิดความเชื่อมั่นในการทำกลุ่มบำบัด

5.2 เป็นผู้ป่วยชายหรือหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทและมีความคิดฆ่าตัวตาย

5.3 มีคะแนนของการประเมินอาการทางจิต (BPRS) อยู่ระหว่าง 18-36 คะแนน

5.4 มีคะแนนประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (MINI Suicidality) ตั้งแต่ระดับน้อยขึ้นไป (1 คะแนนขึ้นไป)

5.5 สนใจและยินยอมเข้าร่วมในโครงการ

6. คำจำกัดความ

6.1 ผู้ป่วยจิตเภท ที่มีความคิดฆ่าตัวตาย หมายถึง ผู้ป่วยที่รับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยใน ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เป็นโรคจิตเภท (F20.0-F20.9) และมีการประเมินความคิดฆ่าตัวตายร่วมด้วย

6.2 กลุ่มบำบัดการแก้ปัญหา หมายถึง โปรแกรมการทำกลุ่มบำบัด โดยมีขั้นตอนทั้งหมด 4 ขั้นตอน แต่ละขั้นตอนใช้เวลา ครั้งละ 60-90 นาที โดยขั้นตอนที่ 1 เรื่องการสร้างสัมพันธภาพการรับรู้ต่อการเจ็บป่วย และการแสดงออกที่เหมาะสม ขั้นตอนที่ 2 เรื่องการหาสาเหตุของปัญหาและการตั้งเป้าหมายของชีวิต ขั้นตอนที่ 3 การรับรู้ปัญหาทางบวกและทางลบกับการตัดสินใจในการแก้ปัญหา ขั้นตอนที่ 4 การทบทวนปัญหาและกิจกรรมทั้งหมด

6.3 การประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale) หมายถึง การตรวจสอบอาการทางคลินิก เพื่อใช้ประเมินอาการทางจิตก่อนเข้ากลุ่มบำบัด ระยะ การทำกลุ่ม และ ระยะติดตามผล 1 เดือน โดยค่าคะแนนทางจิตที่สามารถเข้ากลุ่มได้อยู่ระหว่าง 18-36 คะแนน ซึ่งมีอาการทางจิตเล็กน้อย หรือมีอาการทางจิตทุเลา

6.4 การประเมินทักษะการแก้ปัญหา (Problem Solving Inventory) เป็นแบบประเมินตามแนวคิดทักษะการแก้ปัญหาทางสังคมของ D'Zurilla (2007) โดย สุวดี ศรีวิเศษ (2556) ได้นำมาปรับปรุงและทดลองใช้ในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ มี 23 ข้อ ซึ่งการแปลผลคะแนนยิ่งสูง แสดงว่ามีทักษะการแก้ปัญหาคือดีขึ้น

6.5 แบบประเมินระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (M.I.N.I. Suicidality) หมายถึง แบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมี 9 ข้อ ที่เกี่ยวข้องกับประวัติการพยายามฆ่าตัวตายในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาและการพยายามฆ่าตัวตายตลอดชีวิตที่ผ่านมา คำตอบให้ตอบ ใช่ และ ไม่ใช่ โดยแบ่งคะแนนเป็นระดับความเสี่ยง ดังนี้ 1-8 คะแนน หมายถึง มีระดับความเสี่ยงการฆ่าตัวตายน้อย

9-16 คะแนน หมายถึง มีระดับความเสี่ยงการฆ่าตัวตายปานกลาง

17 คะแนนขึ้นไป หมายถึง มีระดับความเสี่ยงการฆ่าตัวตายมาก

7. กรอบแนวคิดในการศึกษา

ศึกษาเป็นการศึกษาวิจัยถึงทดลองแบบกลุ่มเดียวโดยวัดก่อนหลังการทดลอง ผลของกลุ่มบำบัดการแก้ปัญหา (Problem Solving Therapy Group) เป็นโปรแกรมกลุ่มบำบัดในผู้ป่วยจิตเภทที่มีความคิด

ฆ่าตัวตาย โดยการฝึกทักษะให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ปัญหาทางบวก ฝึกการหยุดอารมณ์ทางลบ ฝึกการให้ความหมายใหม่ต่อปัญหาที่สร้างสรรค์ ฝึกการคลายเครียด และฝึกให้ผู้ป่วยใช้รูปแบบการแก้ปัญหาอย่างมีเหตุผล ประกอบด้วย 4 ทักษะ คือ 1) การระบุปัญหาและทำความเข้าใจปัญหาหรือการค้นหาปัญหา (Problem Definition and formulatin : PDF) 2) การรวบรวมทางเลือกในการแก้ปัญหา (Generation of Alternative Solutions: GOA) 3) การตัดสินใจเลือกวิธีแก้ปัญหา (Decision Making : DM) 4) ฝึกการแก้ปัญหาและตรวจสอบผลหรือประเมินผลการแก้ปัญหา (Solution Implementation and Verification : SIV) ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีทักษะการแก้ปัญหาดีขึ้น โปรแกรมกลุ่มบำบัดนี้ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยใช้แนวคิด PST ของ D' Zurilla (2007) อ้างใน สุวดี ศรีวิเศษ, 2556 และปณยาภา คำบุญเรือง (2552) ซึ่งใช้เวลาบำบัด 2 สัปดาห์ การศึกษานี้จึงทำการบำบัด 2 สัปดาห์ เนื่องจากผู้ป่วยส่วนมากเมื่อได้รับการรักษา 1 สัปดาห์ จะมีอาการทางจิตสงบลง หลังจากนั้น เป็นการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน และนัดญาติมารับกลับบ้าน หลังรับผู้ป่วยรับไว้รักษา 2-3 สัปดาห์ การศึกษานี้โปรแกรมการบำบัด บูรณาการกับการศึกษาวิจัยของ Franco Veltro, Monica Mazza and et.AL.(2011) ได้ทำการศึกษาวิจัยในผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้ PST ได้แบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอน 1 ผู้ป่วยต้องทำความเข้าใจกับตัวเองโดยรู้จักตั้งเป้าหมายของชีวิต (Personal life goals) และค้นหาปัญหาดตนเอง

ขั้นตอน 2 รู้จักการสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น รู้จักระบายอารมณ์อย่างเหมาะสม (Positive felling)

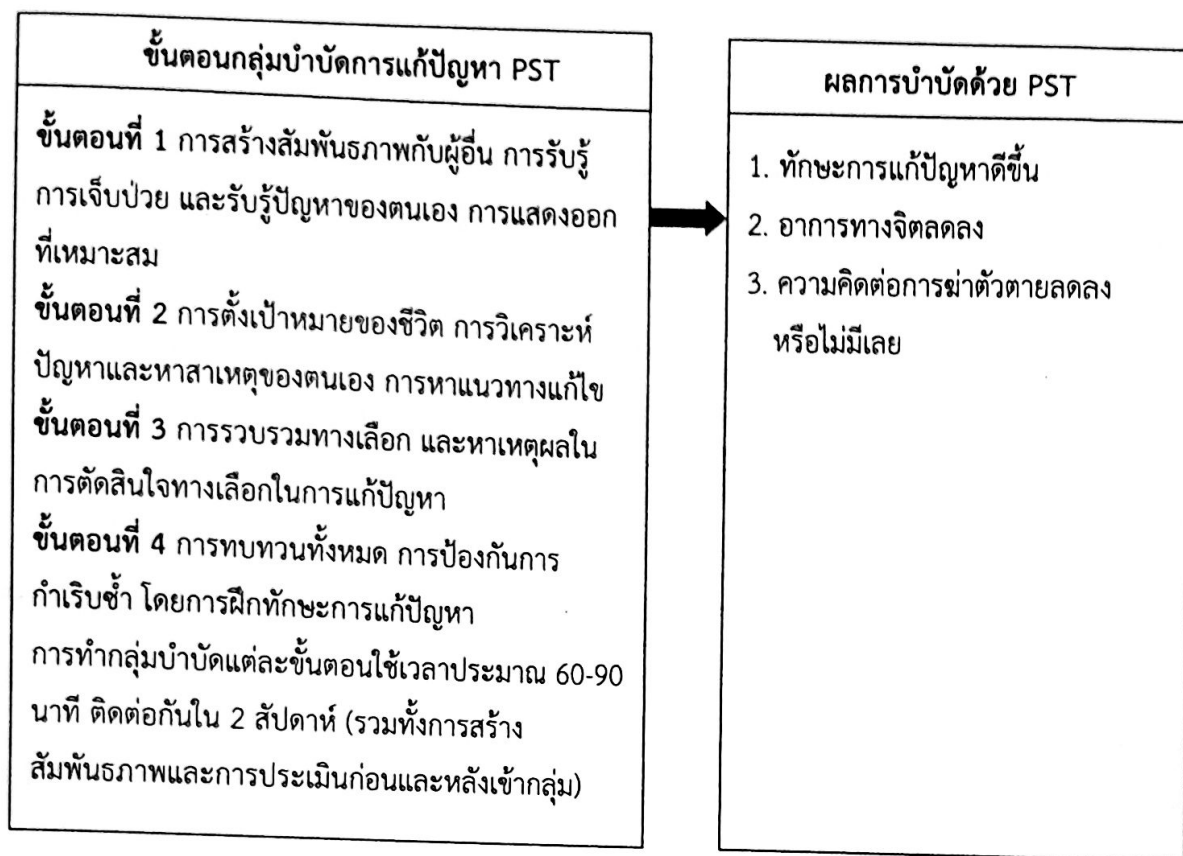
ขั้นตอน 3 รู้จักคิดวิเคราะห์ปัญหาที่ยังเหลือของตนเองและวางแผนหาแนวทางเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม (effective coping)

ขั้นตอน 4 ในเฟสนี้เป็นการทบทวน ประเด็นการเผชิญปัญหา การแสดงอารมณ์การแสดงออกในเหตุการณ์ต่างๆ อย่างเหมาะสม เพื่อป้องกันการกำเริบซ้ำทั้งด้านอารมณ์ ก้าวร้าว การทำร้ายตนเอง การแยกตัวเอง และการใช้สารเสพติด

จากการวิจัยทำให้ผู้ป่วยที่ผ่านการบำบัดด้วย PST อาการทางจิตลดลงความสามารถในการรับรู้ดีขึ้น รู้จักวางแผนในการใช้ชีวิตประจำวันได้ และไม่มีอาการกำเริบซ้ำด้านการทำร้ายตัวเอง การใช้สารเสพติด และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมลดลง

ผู้ศึกษาได้นำของแนวคิด PST ของ D' Zurilla (2007) อ้างใน สุวดี ศรีวิเศษ, 2556 และ การศึกษาวิจัย Franco Veltro, Monica Mazza et.al.(2011) มาบูรณาการร่วมกันเพื่อพัฒนากลุ่มบำบัดให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นโดยได้กรอบแนวคิดการวิจัยดังนี้

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย



8. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

- 8.1 รูปแบบกลุ่มบำบัดการแก้ปัญหา (PST) ในผู้ป่วยจิตเภทที่มีความคิดฆ่าตัวตาย
- 8.2 เป็นการพัฒนากลุ่มบำบัดการแก้ปัญหาที่เฉพาะโรค เฉพาะกลุ่มอาการทำให้ตรงความต้องการของกลุ่มเป้าหมายมากขึ้น
- 8.3 เป็นการเพิ่มทางเลือกในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความคิดฆ่าตัวตาย

บทที่ 2

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ เป็นการศึกษา ผลของกลุ่มบำบัดการแก้ปัญหาในผู้ป่วยจิตเภทที่มีความคิดฆ่าตัวตาย ทำการศึกษาในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ผู้ศึกษาได้ทบทวน วรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาเป็นแนวทาง ในการศึกษาวิจัย ดังนี้

1. โรคจิตเภท
2. โรคจิตเภทที่คิดฆ่าตัวตาย
3. กลุ่มบำบัดการแก้ปัญหา
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. โรคจิตเภท

1.1 ความหมาย

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ เนื่องจากการเจ็บป่วยทางจิตและประสาทโดยทั่วไป ร้อยละ 1 ป่วยเป็นโรคจิตเภท ส่วนมากเริ่มมีอาการป่วยในช่วงวัยรุ่น และวัยผู้ใหญ่ตอนต้น พบได้ทั้งชายและหญิง พบว่า ผู้ที่มีฐานะยากจน มีโอกาสเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคจิตเภทมากกว่าผู้มีฐานะดีถึง 8 เท่า และมากกว่าร้อยละ 40 ต้องเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาล (Fox&Kane, 1996 อ้างใน ศิริวรรณ ฤกษ์ธนะขจร, 2552)

โรคจิตเภท เป็นการเจ็บป่วยที่พบมากที่สุด โดยมีความชุก 1-1.5 ของประชากรทั่วโลก และมีอัตราการเกิดโรค 2.5-5 ต่อประชากร 100,000 คนต่อปี และเป็นโรคที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรัง และมีผลกระทบต่อผู้ป่วยครอบครัว สังคม และเศรษฐกิจของประเทศ (สุกฤดียา กุลศรี และ เพ็ญภา แดงต่อมยุทธ์, 2552) โรคจิตเภทเป็นโรคที่ผิดปกติทางด้านความคิด การรับรู้การติดต่อสื่อสาร พฤติกรรมการแสดงออกไม่เหมาะสมกับเหตุการณ์

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคทางจิตเรื้อรังทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของความคิด (Thinking) ความรู้สึก (feeling) และพฤติกรรม (behavior) (พิเชษฐ อุดมรัตน์, 2552)

สรุปโรคจิตเภท หมายถึง โรคทางจิตที่มีความผิดปกติของการรับรู้ ความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม

1.2 อาการและการแสดงออกของโรคจิตเภท

อาการของโรคจิตเภทเป็นอาการที่เกิดขึ้นแบบเฉียบพลันหรือรุนแรงซึ่งอาจมีปัจจัยนำมาก่อนหรือไม่ก็ได้ โดยทั่วไปแบ่งอาการออกเป็น 2 แบบ (Boyd, 2005; Taylor, 1994; Johnson, 1993) คือ

1) อาการบ่งชี้ทางบวก (Positive symptoms/Type I Syndrome) ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอาการที่เด่นชัดคือ มีความผิดปกติของความคิด ทั้งเนื้อหาและความเชื่อมโยงของความคิดร่วมกับมีความผิดปกติของการรับรู้ ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอาการแสดงที่เด่นชัด คือ หลงผิด (Delusion) ประสาทหลอน (Hallucination) อาจเป็นเสียงคนพูดกันเรื่องของผู้ป่วย เสียงคอยวิจารณ์ตัวผู้ป่วยหรือสั่งให้ทำตาม การพูดไม่ปะติดปะต่อ (Disorganized speech) พูดจาสับสนหรือเปลี่ยนเรื่องพูดเร็ว (Disorganized speech) และมีพฤติกรรมที่ผู้ป่วยไม่เคยปฏิบัติมาก่อน เช่น ผู้ป่วยแต่งตัวแปลกหรือสกปรก จู่ๆ ก็ร้องตะโกนโดยที่ไม่มีเรื่องอะไรมากระตุ้น (มาโนช หล่อตระกูล, 2554)

2) อาการบ่งชี้ทางลบ (Negative symptoms/Type II syndrome) คือ การที่ผู้ป่วยไม่แสดงพฤติกรรมตามปกติหรือแสดงพฤติกรรมลดลง บางรายมีอาการอยู่ในท่าเดียววนวนๆ โดยไม่มีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อม (Catatonic schizophrenia or Waxy flexibility) ซึ่งเกิดจากการมีความรู้สึกต่อตนเองเปลี่ยนไป (มาโนช หล่อตระกูล, 2554 และ Taylor, 1994) เช่น พูดน้อยเนื้อหาที่พูดมีน้อย ใช้เวลานานกว่าจะตอบ (Alogia) ขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยชาลง ไม่สนใจเรื่องการแต่งกาย (Avolition) เก็บตัวเฉยๆ ไม่ค่อยแสดงออก หรือไม่มีกิจกรรมที่สนุกสนานไม่เข้าร่วมสังคม (Asociality) อาการที่แสดงออกพบว่า แสดงออกทางใบหน้า เหมือนลอย เสียงราบเรียบ พูดทีละคำ ช้าๆ ไม่สนใจสิ่งรอบข้าง ขาดการกระตือรือร้น ซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะ (Harvard Medical school and affiliated institutions, 2006) ผู้ป่วยจิตเภทจะเกิดความล้มเหลวทางความคิด และบกพร่อง ในการตัดสินใจ และขาดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ ทำให้มีขีดจำกัดในการคิด ความสามารถในการปรับตัวให้เข้ากับสังคม และขาดการสนใจในการเผชิญปัญหาได้

1.3 สาเหตุของโรคจิตเภท

ข้อบ่งชี้ถึงสาเหตุของการเกิดโรคจิตเภทยังไม่สามารถหาข้อสรุปที่แน่นอนได้ อาจเกิดจาก ปัจจัยด้านชีววิทยา จิตสังคม หรือหลายปัจจัยร่วมกัน (มาโนช หล่อตระกูล, 2554) จากการศึกษา พบว่า ปัจจัยที่ได้รับการยอมรับอย่างมาก ได้แก่

1.3.1 ปัจจัยด้านชีววิทยา (Biological factors) ได้แก่

1) พันธุกรรม (Genetic factors) จากการศึกษาพบว่า ญาติของผู้ป่วยมีโอกาสเป็นโรคจิตเภทสูงกว่าประชากรทั่วไป ยิ่งมีความใกล้ชิดทางสายเลือดมากยิ่งมีโอกาสสูงเมื่อมีบุคคลในครอบครัวป่วยด้วยโรคจิตเภท สมาชิกในครอบครัวมีแนวโน้มที่จะป่วยด้วยโรคจิตเภทมากกว่าประชาชนทั่วไป

2) สารชีวเคมีในสมอง (Biochemical factors) เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสารสื่อประสาทในสมอง (Neurotransmitter) ในระบบประสาทส่วนกลาง (Central nervous system) สมมติฐานเดิมที่ยังคงเป็นที่ยอมรับกันในปัจจุบัน คือ สมมติฐานโดปามีน (Dopamine hypothesis) โดยเชื่อว่าการหลั่งสารโดปามีนมากผิดปกติ ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิตซึ่งสมมติฐานนี้ได้รับการสนับสนุนจากการที่ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการดีขึ้น เมื่อได้รับยาด้านโรคจิตที่มีฤทธิ์ระงับการทำงานของสารโดปามีน ปัจจุบันเชื่อว่าการบกพร่องของการหลั่งสาร โดปามีนในบริเวณ สมองส่วนหน้า (Prefrontal cortex) ทำให้เกิดอาการทางลบ

และการทำงานที่ผิดปกติของโดปามีนที่สเตรียตัม (Striatum) ซึ่งทำให้มีการปล่อยสารโดปามีนทำให้เกิดอาการทางด้านบวก นอกจากนั้นยังมีข้อสันนิษฐานว่า โรคจิตเภทเกิดจากภาวะสมดุลระหว่างสารซีโรโทนิน (Serotonin) กับสารโดปามีนมีความผิดปกติ

3) ด้านกายวิภาคของสมอง มีผู้ป่วยโรคจิตเภทอยู่จำนวนหนึ่งที่มีความผิดปกติทางด้านกายวิภาคของสมอง เช่น เวนทริเคิล (Ventricle) โตกว่าปกติ ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้ส่วนใหญ่มีอาการด้านลบเป็นอาการเด่น มีการศึกษาเกี่ยวกับสมองของผู้ป่วยจิตเภทในช่วงที่มีอาการและช่วงที่ไม่ได้รับการรักษา พบว่าผู้ป่วยจิตเภท ร้อยละ 20-50 มีความผิดปกติของโครงสร้างสมอง

4) ด้านประสาทสรีรวิทยา พบว่ากระแสเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง (Cerebral blood flow) และกลูโคส เมตาโบลิซึม (Glucose metabolism) ลดลงในบริเวณสมองส่วนหน้า (Frontal lobe)

1.3.2) ปัจจัยทางด้านจิตใจ (Psychological factors) เป็นปัจจัยทางความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และปัจจัยทางด้านสังคม ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนาบุคลิกภาพ ซึ่งทฤษฎีจิตวิเคราะห์เชื่อว่า อาการของโรคจิตเป็นผลมาจากความผิดปกติในหน้าที่ของอีโก้ (Ego) และภาวะเครียดทางด้านจิตสังคม นับเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้พัฒนาเป็นโรคจิตเภทได้

1.3.3) ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม (Socio-culture factors) สังคมและสิ่งแวดล้อมมีความสัมพันธ์กับโรคจิตเภท ผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภทพบมากในสังคมที่มีเศรษฐกิจต่ำซึ่งเกิดจากการที่ผู้ป่วยมีอาการโรคจิตอยู่เรื่อยๆ ทำให้การดำรงชีพไม่สามารถคงอยู่ได้ในสถานภาพเดิม (Downward drift hypothesis) นอกจากนี้ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวก็ส่งผลต่อการป่วยด้วยโรคจิตเภทได้เช่นกัน เดิมเชื่อว่าลักษณะของมารดาบางประการ หรือการเลี้ยงดูในบางรูปแบบ ทำให้เด็กโตขึ้นเป็นโรคจิตเภท แต่จากการศึกษาในช่วงต่อมาไม่พบหลักฐานสนับสนุนความเชื่อนี้ ในแง่ของครอบครัวนั้นพบว่าสภาพครอบครัวมีผลต่อการกำเริบของโรค โดยในครอบครัวของผู้ป่วยที่อาการกำเริบบ่อยๆ พบว่ามีการใช้อารมณ์ต่อกัน (Expressed emotion) สูงได้แก่ การตำหนิวิพากษ์วิจารณ์ (Criticism) มีท่าทีไม่เป็นมิตร (Hostility) หรือจู้จี้วุ่นวายกับผู้ป่วยมากเกินไป (Emotional over involvement)

ปัจจุบัน ยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัดของโรคจิตเภท เชื่อว่าโรคจิตเภทเป็นกลุ่มอาการซึ่งมาจากหลายๆ สาเหตุ แนวคิดที่ยอมรับกันในปัจจุบัน คือ Stress diathesis model ซึ่งเชื่อว่าผู้ป่วยจิตเภทนั้นมีแนวโน้มหรือจุดอ่อนบางอย่างอยู่แล้ว เมื่อพบกับสภาพกดดันบางประการทำให้เกิดอาการของโรคจิตเภทขึ้นมา โดยแนวโน้มหรือสภาพกดดันนี้อาจเป็นปัจจัยด้านชีววิทยาจิตสังคม หรือหลายปัจจัยร่วมกัน

1.4 การดำเนินโรค

การดำเนินโรคของผู้ป่วยจิตเภทโดยทั่วไป แบ่งออกเป็น 3 ระยะ (มานิช หล่อตระกูล, 2554) คือ

1.4.1 ระยะเริ่มมีอาการ (Prodromal phase) ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเริ่มมีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป มักมีปัญหาในด้านหน้าที่ความรับผิดชอบหรือด้านสัมพันธภาพ การเรียนหรือการทำงานเริ่มแย่ลง ญาติ

สังเกตว่าเกียจคร้านกว่าเดิม ไม่ค่อยไปกับเพื่อนเหมือนเคย เก็บตัวอยู่แต่ในห้อง ละเลยเรื่องสุขอนามัยหรือการแต่งกาย อาจหันมาสนใจในด้านปรัชญา ศาสนา หรือจิตวิทยา มีการใช้คำหรือสำนวนแปลกๆ บางครั้งมีพฤติกรรมที่ดูแล้วแปลกๆ แต่ก็ไม่ถึงกับผิดปกติชัดเจน ญาติหรือคนใกล้ชิดมักเห็นว่าผู้ป่วยเปลี่ยนไปไม่เหมือนคนเดิม ระยะเวลาช่วงนี้ไม่แน่นอนและโดยทั่วไปบอกยากกว่าเริ่มผิดปกติตั้งแต่เมื่อไร โดยเฉลี่ยนานประมาณ 1 ปีก่อนอาการกำเริบการพยากรณ์โรคจะไม่ดีหากระยะนี้เป็นอยู่นานและผู้ป่วยดูแลง่าย

1.4.2 ระยะอาการกำเริบ (Active phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการตามเกณฑ์การวินิจฉัยข้อ 1 โดยส่วนใหญ่มักเป็นกลุ่มอาการด้านบวก

1.4.3 ระยะอาการหลงเหลือ (Residual phase) อาการคล้ายคลึงกับระยะเริ่มมีอาการ อาจพบ flat affect หรือเสื่อมลงมากกว่า อาการโรคจิต เช่น ประสาทหลอนหรือหลงผิดอาจยังมีอยู่แต่มีผลต่อผู้ป่วยมากเหมือนในช่วงแรก พบว่าร้อยละ 25 ของผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอาการซึมเศร้าร่วมด้วยซึ่งส่วนใหญ่เกิดในช่วงนี้ ในระยะอาการหลงเหลือผู้ป่วยอาจมีอาการกำเริบเป็นครั้งคราว พบว่าผู้ป่วยจะทนต่อความกดดันด้านจิตใจได้ไม่ดี อาการส่วนใหญ่กำเริบเมื่อมีความกดดันด้านจิตใจ อาการเปลี่ยนแปลงก่อนกำเริบที่พบบ่อยได้แก่ การนอนหลับผิดปกติไป แยกตัว วิดกกังวล หงุดหงิด คิดฟุ้งซ่าน และมักเชื่อมโยงเหตุการณ์ต่างๆ เข้ากับตนเองมีผู้ป่วยโรคจิตเภทอยู่จำนวนหนึ่งที่เป็นแค่ครั้งเดียวแล้วหายขาด หรือเป็น 2-3 ครั้ง และแต่ละครั้งที่หายก็กลับคืนสู่สภาพเดิมก่อนป่วย (Complete remission) แต่พบได้น้อย ส่วนใหญ่หลังจากที่อาการทุเลาลงจะยังคงมีอาการหลงเหลืออยู่บ้าง (Incomplete remission) และมีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ ยิ่งเป็นบ่อยครั้งก็จะยิ่งมีอาการหลงเหลือมากขึ้นหรือเสื่อมลงเรื่อยๆ อาการด้านบวกจะค่อยๆ ลดความรุนแรงลงอาการที่เด่นในระยะหลังจะเป็นอาการด้านลบมากกว่า (มาโนช หล่อตระกูล, 2554)

1.5 การรักษา

สาเหตุที่มีผลต่อการป่วยด้วยโรคจิตเภทมีหลายปัจจัย และที่สำคัญได้แก่ ปัจจัยด้านชีววิทยา (Biological factor) ปัจจัยทางจิตใจ (Psychological factor) ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม (Socio-culture factor) จากสาเหตุของการเกิดโรคจิตเภทหลายๆ ปัจจัยดังกล่าว ดังนั้น การรักษาจึงเป็นการรักษาทั้งทางด้านร่างกายและด้านจิตสังคม กล่าวคือ การรักษาทางด้านร่างกาย (Somatic treatment) เป็นการรักษาด้วยยารักษาโรคจิต (Antipsychotic drug) ซึ่งเป็นการรักษาโดยส่วนใหญ่ ของการรักษาโรคทางจิตเวช และการรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy) ซึ่งวิธีการรักษาแบบนี้ใช้ต่อเมื่อมีข้อบ่งชี้ที่ชัดเจนเท่านั้น ส่วนการรักษาทางด้านจิตสังคมเป็นการรักษาด้วยกลุ่มบำบัดต่างๆ เช่น ครอบครัวบำบัด สิ่งแวดล้อมบำบัด จิตบำบัดรายบุคคลและกลุ่มให้ความรู้ เป็นต้น

1.6 การพยากรณ์โรค

การพยากรณ์โรคในผู้ป่วยแต่ละคนจะไม่เหมือนกัน ซึ่งขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ ที่มีผลกระทบท่อตัวโรคและจิตใจของผู้ป่วย (มาโนช หล่อตระกูล, 2554) นอกจากนี้ ความร่วมมือในการรักษาและสภาพแวดล้อมของผู้ป่วยก็เป็นส่วนสำคัญที่ต้องประเมินร่วมทุกครั้ง

จากแนวคิดของการรักษาและการพยากรณ์โรค ผู้ป่วยจิตเภท ที่มีอาการบ่งชี้ทางลบอยู่แล้ว จะทำให้มีแนวโน้มการปรับตัวในการเผชิญความเครียดไม่ได้ และทำให้ทราบถึงอาการป่วยและมี แนวโน้ม จะกลับเข้ามารักษาในโรงพยาบาล การพยากรณ์ไม่ดี จึงต้องมีการวางแผนการให้การพยาบาลอย่างเป็นระบบ โดยการให้ยาร่วมกับส่งเสริมความสามารถในการเผชิญความเครียด เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภท สามารถดูแลตนเองได้ และสามารถอยู่ในชุมชนได้ตามปกติ

จากสถิติกรมสุขภาพจิต พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีอัตราการป่วยซ้ำสูงถึง ร้อยละ 70 นอกจากนี้ยัง พบว่าผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลครั้งหนึ่งเป็นผู้ป่วยจิตเภท และจากการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลทำให้ ผู้ป่วยจิตเภทกลับมารักษาในโรงพยาบาล พบว่าระยะเวลาที่อยู่บ้านของผู้ป่วยเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญ ที่แสดงถึง การประสบความสำเร็จหรือล้มเหลวในการอยู่ในชุมชนกล่าวคือผู้ป่วยที่กลับไปอยู่บ้านหลังจากได้รับการรักษา ในโรงพยาบาลแล้วน้อยกว่า 6 เดือนเป็นกลุ่มที่ล้มเหลวในการปรับตัวอยู่ในสังคม และร้อยละ 43 ผู้ป่วยจิตเภท กลับมารักษาซ้ำ ในโรงพยาบาล หลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลครั้งก่อนภายในเวลา 1-6 เดือน

โรคจิตเภทที่เป็นภาวะการเจ็บป่วยนี้ ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรม ความคิดที่แตกต่างจากบุคคลทั่วไป ซึ่งอาการที่พบได้ในภาวะเจ็บป่วย ได้แก่

1.6.1. มองโลกผิดไปจากความเป็นจริง ผู้ป่วยจะมีอาการวิตกกังวล สับสน แยกตัวจากสังคม บางครั้งนั่งเป็นหิน ไม่เคลื่อนไหว ไม่พูดจาใดๆ เป็นชั่วโมง หรือ อาจทำอะไรซ้ำๆ คูมีพฤติกรรมแปลกๆ อยู่ตลอดเวลา

1.6.2. ประสาทหลอน ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีบางสิ่งบางอย่างที่เกิดขึ้นทั้งๆ ที่ความจริงไม่มีสิ่งเหล่านี้ เกิดขึ้น เช่น ได้ยินเสียงคนมาคุยมาเตือน หรือมาตำหนิในเรื่องต่างๆ ทั้งๆ ที่ความจริงไม่มีคนพูดหรือไม่มีต้น กำเนิดเสียงเหล่านั้นเลย ซึ่งเริ่มเรียกอีกอย่างว่า “ภาพหลอน”

1.6.3. ความคิดหลงผิด เป็นความเชื่อของผู้ป่วยที่ผิดไปจากความเป็นจริง และไม่ได้เป็น ความเชื่อในวัฒนธรรมของผู้ป่วย ในผู้ป่วยจิตเภทนี้มักจะแปลกประหลาดมาก เช่น เชื่อว่าพฤติกรรมของคนอื่น บังคับให้เป็นไปด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าจากต่างดาว เชื่อว่าความคิดของตนแพร่กระจายออกไปให้คนอื่น ๆ ที่ไม่ รู้จักรับรู้ได้ว่าตนคิดอะไรอยู่ หรือเชื่อว่าวิทย์หรือโทรทัศน์ต่างก็พูดถึงตัวผู้ป่วยทั้งๆ ที่ในความเป็นจริงไม่ได้เป็น อย่างนั้น

1.6.4. ความคิดผิดปกติ ผู้ป่วยจะไม่สามารถคิดแบบมีเหตุมีผลได้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะส่งผล ให้ผู้ป่วยพูดคุยกับคนอื่นไม่ค่อยเข้าใจ เมื่อคนอื่นคุยผู้ป่วยก็จะไม่ค่อยเข้าใจเช่นกัน ส่งผลให้ผู้ป่วยถูกแยกให้อยู่ คนเดียว

1.6.5. การแสดงอารมณ์ไม่เหมาะสม ผู้ป่วยมักแสดงอารมณ์ไม่เหมาะสมกับเรื่องที่กำลังพูด เช่น พูดว่าตนกำลังถูกปองร้ายจะถูกเอาชีวิต ซึ่งขณะพูดก็หัวเราะอย่างตลกขบขัน พบได้บ่อยกับผู้ป่วยจิตเภท จะไม่ค่อยแสดงสีหน้าหรือความรู้สึกใดๆ รวมทั้งการพูดก็จะใช้เสียงระดับเดียวกันตลอด ไม่แสดงน้ำเสียงใดๆ (Monotone)

1.6.6. การฆ่าตัวตาย ซึ่งเป็นเรื่องที่อันตรายมาก สำหรับผู้ป่วยจิตเภทพบว่า มีการฆ่าตัวตาย สูงมาก โดยเฉพาะเป็นโรคจิตเภทในช่วงปีแรกต้องให้การรักษาอย่างเร่งด่วน

อาการของผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่จะเป็นเรื้อรัง จะมีบางคนเป็นเพียงช่วงเวลาสั้นๆ และสามารถหายเป็นปกติได้ แต่ต้องการการรักษาที่ต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน

2. โรคจิตเภทที่มีความคิดฆ่าตัวตาย

โรคจิตเภทซึ่งเป็นภาวะความเจ็บป่วยอย่างหนึ่งของโรคทางจิตเวชซึ่งทำให้มีพฤติกรรม ความคิด อารมณ์ ที่แตกต่างจากบุคคลทั่วไป นอกจากมีอาการทางจิต ยังพบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทยังมีความคิดฆ่าตัวตายร่วมด้วย ซึ่งเป็นเรื่องอันตราย ถ้าผู้ป่วยมีความคิดฆ่าตัวตายและพยายามทำร้ายตนเองหรือวางแผนที่จะจะต้องมีการ ช่วยเหลืออย่างเร่งด่วนเพราะผู้ป่วยจิตเภทมีการฆ่าตัวตายสูง

จากการทบทวนผู้ป่วยโรคจิตเภทกับการฆ่าตัวตาย (Kahye Hor and Mark Taytor, 2010) พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมักจะมีการเสียชีวิตเร็วกว่าที่คาดไว้ มากกว่า ร้อยละ 40 เสียชีวิตก่อนเวลา และมีผลมาจากการ ฆ่าตัวตาย หรือ ตายแบบผิดธรรมชาติจากการศึกษาของ Hawton และคณะ (2005) ปัจจัยเสี่ยงสำหรับการ ฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเภทนั้นคล้ายๆ กับปัจจัยเสี่ยงในประชาชนทั่วไปที่ฆ่าตัวตาย ได้แก่ ความผิดปกติด้าน อารมณ์ (mood disorder) ความจำเสื่อม (loss) ประวัติพยายามฆ่าตัวตาย และการใช้สารเสพติดปัจจัยที่ ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการฆ่าตัวตายสูง ได้แก่ ความรู้สึกกลัวจนไม่สามารถควบคุมตัวเองได้ (agitation) การไม่ ใส่ใจต่อการรักษา การสูญเสียความมั่นใจ (Self-evident) และยังพบว่า การติดตามดูอาการหลังจำหน่ายเป็น การลดปัจจัยเสี่ยงในการฆ่าตัวตายได้อย่างหนึ่ง

ส่วนช่วงเวลาของการเจ็บป่วยเป็นโรคจิตเภท พบในช่วงปีแรกจะมีการฆ่าตัวตายมากขึ้น (Carlborg et. al, 2010 Kahye Hor and Mark Taylor, 2010) จากการศึกษาทบทวนงานวิจัยอย่างเป็น ระบบ พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย จากทั้งหมด 51 งานวิจัยมีอยู่ 10 งานวิจัยพบว่า ความคิดอยากฆ่าตัวตาย และการพยายามฆ่าตัวตาย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการ เช่น มีหูแว่ว ภาพ หลอน และในกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่ามีความเสี่ยงต่อการ ฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้น 3 เท่า ในผู้ป่วยที่เคยมี ประวัติพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน จำเป็นต้องได้รับการ รับไว้รักษา (Reutfors et. al, 2009) Sinelair et.al., 2004 และการดื่มสุราเป็นปัจจัยเสี่ยง สำหรับการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้น (Nock et. al, 2009)

3. กลุ่มบำบัดการแก้ปัญหา (PST)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องผู้ป่วยจิตเภทกับโปรแกรมทักษะการแก้ปัญหา (Problem Solving Skill) ซึ่ง Joseph Ventura et.al., (2013) ได้ศึกษาไว้ พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ผ่านกลุ่ม PST นี้ทำให้ ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิตลดลงทำให้อาการทางบวกลดลง และอาการทางลบของผู้ป่วยดีขึ้น ทักษะการ แก้ปัญหาในชุมชน

3.1 อธิบายเหตุผลกับผู้ป่วยจิตเภท ทำให้ความสามารถในการแก้ปัญหาในชีวิตประจำวัน เป้าหมายคือ เพื่อเพิ่มพูน ความสามารถในการแก้ปัญหาเป็นระบบ และสามารถวางแผนการแก้ปัญหาและประเมินผลได้

3.2 ให้ผู้ป่วยฝึกการบันทึกสถานการณ์ที่เป็นอุปสรรค และสาเหตุที่ทำให้รู้สึกยุ่งยากใจ และไม่พอใจ เพื่อนำรายละเอียดไปวิเคราะห์

3.3 อธิบายขั้นตอนการแก้ปัญหาประกอบด้วย

3.3.1 การระบุปัญหาให้เฉพาะเจาะจงและชัดเจน

3.3.2 ค้นหาทางเลือกในการแก้ปัญหาได้ครอบคลุมและกว้างขวาง

3.3.3 ประเมินความเป็นไปได้และผลลัพธ์ของแต่ละทางเลือก

3.3.4 ตัดสินใจเลือกทางเลือกในการแก้ปัญหาที่เหมาะสมมากที่สุด

3.3.5 ปฏิบัติตามวิธีการแก้ปัญหา

3.3.6 ประเมินผลลัพธ์ ถ้าไม่พึงพอใจให้พิจารณาทางเลือกในการแก้ปัญหา

4. ประยุกต์โดยใช้กลวิธีการแก้ปัญหาในสถานการณ์จริง และกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมมากขึ้น

5. การประยุกต์วิธีแก้ปัญหาไปใช้กับสถานการณ์จริง โดยนำเอาปัญหาและอุปสรรคของผู้ป่วยมาประยุกต์ในกลุ่ม

จากการศึกษาของพิมพ์ชนา ศิริเหมอนนต์ และคณะ, (2555) พบว่า การบำบัดการรู้คิด-ปรับพฤติกรรม เพื่อลดอาการทางบวกในผู้ป่วยจิตเภท : การทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อใช้ในการปฏิบัติ คือ การเพิ่มกลยุทธ์ในการเผชิญปัญหาทางจิต (Coping strategy enhancement, CSE) การลดอาการทางจิตและอารมณ์ทางด้านลบเป็นผลมาจากอาการทางจิตถ้าผู้ป่วยไม่ยอมรับการเจ็บป่วย ผู้ป่วยก็จะได้คำแนะนำให้รู้จักหาสาเหตุปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดอาการทางจิต เพื่อให้ผู้ป่วยยอมรับการรับรู้ที่ผิดปกติเนื้อหาความคิดที่แปลกๆ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ต่อการเจ็บป่วย (Insight) การบำบัดจะเลือกวิธีการเผชิญอาการที่ทำให้ง่ายและลดอาการทางจิตเป็นลำดับแรกๆ วิธีที่ใช้บำบัด 1. กลยุทธ์ทางการรู้คิด คือ การหันเหความสนใจไม่ฟังสิ่งอื่น (Attention switching) การสอนตนเอง (Self instruction) 2. กลยุทธ์ทางพฤติกรรม เพิ่มการทำกิจกรรมให้มากขึ้น เพิ่มปฏิสัมพันธ์ทางสังคม หลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดเหตุการณ์ (Social disengagement) การตรวจสอบความจริง (reality testing) 3. กลยุทธ์ในการเปลี่ยนแปลงสรีระ เช่น เทคนิคการผ่อนคลายและการฝึกหายใจ และยังพบว่า การฝึกการแก้ปัญหา (Training in Problem Solving intensive โดยใช้วิธีการฝึกดังนี้

3.1 กลุ่มบำบัด หมายถึง รูปแบบการบำบัดชนิดหนึ่ง โดยมีการคัดเลือกสมาชิกเข้ากลุ่ม ดำเนินกลุ่มโดยผู้นำกลุ่มที่ผ่านการอบรม/ ฝึกฝนด้านนี้มาแล้ว ซึ่งมีเป้าหมาย ให้สมาชิกกลุ่มมีทักษะในการแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสมเมื่อกลับสู่ชุมชน ได้มีความคิดฆ่าตัวตาย และกลุ่มบำบัดทำให้สมาชิกกล้าแสดงออก มีพฤติกรรมที่เหมาะสม และเกิดการช่วยเหลือกันในกลุ่มเพื่อให้กลับไปใช้ชีวิตเหมือนเดิมในชุมชน เกิดการเรียนรู้ปรับความคิด ความรู้สึก พฤติกรรมไปในทางที่พึงประสงค์ ภายใต้อบรมที่ให้เกิดการยอมรับ รู้สึกปลอดภัย ไว้วางใจ และให้กำลังใจกัน (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2546)

3.2 กลุ่มบำบัดการแก้ปัญหา (D'Zurilla, 1988 อ้างใน สุวดี ศรีวิเศษ, 2556) มีแนวคิดต่อการแก้ปัญหาของบุคคลว่าบุคคลที่แก้ปัญหาได้ผลเนื่องจากการรับรู้ปัญหาตามความเป็นจริงคิดว่าปัญหาเป็นเหตุการณ์ธรรมดาของชีวิต มองปัญหาเป็นสิ่งที่ท้าทาย ที่เปิดโอกาสให้ตนแก้ปัญหาและยอมรับว่า การแก้ปัญหาไม่สำเร็จก็ต้องยอมรับว่า ตนเองเป็นแค่มนุษย์ธรรมดาคนหนึ่ง อาจยังขาดประสบการณ์ หรือ ต้องเรียนรู้เพิ่มเติม ส่วนคนที่แก้ปัญหาไม่ได้ อาจคิดว่าปัญหานั้นเป็นสิ่งที่คุกคามต่อตนเอง ทำให้แก้ปัญหาไม่สำเร็จ และเกิดการตำหนิตนเองว่าไม่มีความสามารถ แต่ถ้ามองว่าการแก้ปัญหาเป็นสิ่งที่ง่าย ถ้าแก้ไม่ได้ก็ต้องเรียนรู้เพิ่มหาสิ่งสนับสนุนก็จะทำให้แก้ปัญหาได้สำเร็จ

จากการศึกษาของ Franco Veltro และคณะ (2011) ได้ศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้กลุ่มบำบัดการแก้ปัญหา พบว่า การทำกลุ่มบำบัดการแก้ปัญหาในผู้ป่วยจิตเภทสามารถลดเรื่องความคิดฆ่าตัวตายได้ โดยได้มีการศึกษาลงปฏิบัติไว้เป็น 4 ครั้ง

ครั้งที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ ความรู้เกี่ยวกับการแก้ปัญหา การรับรู้ปัญหาทางบวก ฝึกการหยุดอารมณ์ทางลบและคิดหาทางออกความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

ครั้งที่ 2 ฝึกการระบุปัญหา (Problem Definition and Formulation : FDF) ฝึกทักษะการให้ความหมายใหม่ต่อปัญหาและฝึกการคลายเครียด

ครั้งที่ 3 ฝึกทักษะการรวบรวมทางเลือก (Generation of Alternative Solution : GOA)

ครั้งที่ 4 ฝึกทักษะการตัดสินใจเลือกวิธีแก้ปัญหา (Decision Making : DM)

3.3 ขั้นตอนการฝึกการแก้ปัญหา (ดราวรณ ต๊ะปิ่นตา, 2554)

3.3.1 ฝึกการรับรู้ปัญหา (Training in problem orientation)

1) ฝึกการบอกความรู้สึกต่อปัญหา และยอมรับว่าบุคคลสามารถมีอารมณ์เกิดขึ้นได้เมื่อพบปัญหา

2) ทำแบบประเมินปัญหา และให้ตระหนักว่าไม่ใช่มีเพียงเราคนเดียวที่มีปัญหา

3) ฝึกสังเกตสัญญาณเตือนว่าปัญหากำลังจะเกิดขึ้น เพื่อหยุดอารมณ์และคิดหาทางออก (Stop and Think)

4) หาเหตุผลของการคิดหาทางออกจากปัญหาในทางบวก เช่น การเล่นบทบาทสมมติ

5) ฝึกการค้นหาและระบุปัญหา (Training in problem definition and formulation: PDF)

5.1) ฝึกตั้งเป้าหมายตามความเป็นจริง โดยตั้งเป้าหมายเป็นขั้นๆ

5.2) ฝึกการแก้ปัญหาที่เน้นแก้ที่ปัญหา (problem-focused goal) กับการแก้ปัญหาที่เน้น

5.3) การแก้ปัญหาทางอารมณ์ (emotional-focused goal)

5.4) ฝึกการให้ความหมายต่อปัญหาที่สร้างสรรค์

ส่วน 5.5) ฝึกการแตกปัญหาที่ซับซ้อนออกมาเป็นส่วนเล็กๆ และทำความเข้าใจในแต่ละ

6) ฝึกการสร้างหรือหาทางออกในการแก้ปัญหา (Training in generation of alternative solution: GOA)

6.1) ฝึกการหาทางออกที่หลากหลาย

6.2) หยุดความคิดที่เชื่อว่าในปัญหานี้ไม่สามารถทำอะไรได้อีกแล้ว

6.3) ฝึกการระดมสมองเพื่อพัฒนาการคิดถึงทางออกของปัญหา

6.4) ฝึกจินตนาการในปัญหานี้ ถ้าเป็นฮีโร่ เขาจะแก้ปัญหานี้อย่างไรบ้าง

7) ฝึกการตัดสินใจ (Training in decision making: DM)

7.1) ฝึกการประเมินทางเลือก วิเคราะห์จากผลดี ผลเสียของทางเลือก ช่วยให้มองเห็นผลทางบวกมากขึ้น มองเห็นผลทางลบน้อยลง

7.2) ฝึกการประเมินผลต่อตนเอง สังคม ผลในระยะสั้น/ระยะยาว ผลบวก/ลบ

7.3) ฝึกประเมินศักยภาพในการแก้ปัญหาของตนเอง ที่จะยังแก้ปัญหาอย่าง

ต่อเนื่อง

7.4) ให้เกิดการเรียนรู้ว่าการแก้ปัญหาเป็นขั้นตอน สามารถนำสู่การแก้ปัญหา

ทั้งหมดได้

8) ฝึกการลงมือแก้ปัญหาและตรวจสอบผลการแก้ปัญหา (Training in solution implementation and verification: SIV)

8.1) ฝึกการประเมินศักยภาพทางบวกของตนเองที่จะแก้ปัญหา

8.2) ทำความเข้าใจว่าหากไม่แก้ปัญหา จะเกิดผลทางลบมากกว่า

8.3) ฝึกการคิดถึงระบบในการกำกับ ติดตามผลการแก้ปัญหา

8.4) ในกรณีที่ยังแก้ปัญหาไม่สำเร็จ ช่วยให้มีแรงจูงใจในการเริ่มต้น ในการวางแผนแบบใหม่เพื่อแก้ปัญหาใหม่อีกครั้ง

3.4 สรุปการทำกลุ่มบำบัดการแก้ปัญหาในผู้ป่วยจิตเภทที่มีความคิดฆ่าตัวตาย การทำกลุ่มบำบัดการแก้ปัญหาในผู้ป่วยจิตเภทที่มีความคิดฆ่าตัวตาย โดยใช้แนวคิดของ D'Zurilla (1988) และบูรณาการกับการศึกษาของ Franco Veltro และคณะ (2011) และ บูรณาการเนื้อหาให้กระชับและตรงกับกลุ่มเป้าหมายมากขึ้นโดยปรับเนื้อหาการกลุ่มบำบัดการแก้ปัญหาในผู้ป่วยจิตเภทที่มีความคิดฆ่าตัวตายแบ่งเป็น 4 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 เรื่อง การสร้างสัมพันธภาพ การรับ และการแสดงออกที่เหมาะสม

ครั้งที่ 2 เรื่องการหาสาเหตุของปัญหาและการตั้งเป้าหมายของชีวิต

ครั้งที่ 3 เรื่อง แกไขเป็นการรับรู้ปัญหาทางบวกและทางลบกับการรวบรวมทางเลือก การตัดสินใจในการแก้ปัญหา

ครั้งที่ 4 เรื่อง การทบทวนปัญหาและกิจกรรมทั้งหมด

3.4.1 การคัดเลือกสมาชิกกลุ่ม PST (Group Selection) คัดเลือกสมาชิกประมาณ 6-10 คน โดยต้องมีการวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภทและมีความคิดฆ่าตัวตายร่วมด้วย และต้องผ่านการประเมิน 4 ชุดคำถามประกอบด้วย

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

ชุดที่ 2 แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale : BPRS)

ชุดที่ 3 แบบประเมินการแก้ปัญหา

ชุดที่ 4 แบบประเมินระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (M.I.N.I. - Suicidality)

3.4.2 ลักษณะกลุ่ม ระยะเวลาในการเข้ากลุ่ม กลุ่มบำบัดนี้จะมีการเข้าร่วมกลุ่มบำบัด แต่ละครึ่งประมาณ 60-90 นาที ใช้เวลาในการบำบัด 4 ครั้ง และเป็นลักษณะกลุ่มปิด คือ จะไม่รับสมาชิกเพิ่มถ้าเริ่มกลุ่มไปแล้ว และสมาชิกต้องเริ่มที่ ครั้งที่ 1,2,3,4 ตามลำดับ เพราะลักษณะเนื้อหาของกลุ่ม PST เป็นการต่อเนื่องและมีการทบทวนในแต่ละครั้งก่อนเริ่มกลุ่มครั้งต่อไป

การศึกษาวิจัยของ Franco Velto, Monica Mazzag and et.AL.(2011) ได้ทำการศึกษาวิจัยในผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้ PST พบว่า กลุ่มบำบัดการแก้ปัญหาในผู้ป่วยจิตเภทสามารถลดเรื่องความคิดฆ่าตัวตายได้

3.4.3 โปรแกรมทำกลุ่ม PST มีดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ผู้ป่วยต้องทำความเข้าใจกับตัวเองโดยรู้จักตั้งเป้าหมายของชีวิต (Personal life goals) และค้นหาปัญหาตนเอง

ขั้นตอนที่ 2 รู้จักการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น รู้จักระบายอารมณ์อย่างเหมาะสม (Positive felling)

ขั้นตอนที่ 3 รู้จักคิดวิเคราะห์ปัญหาที่ยังเหลือของตนเองและวางแผนหาแนวทางเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม (effective coping)

ขั้นตอนที่ 4 ในเฟสนี้เป็นการทบทวน ประเด็นการเผชิญปัญหา การแสดงอารมณ์ การแสดงออกในเหตุการณ์ต่างๆ อย่างเหมาะสม เพื่อป้องกันการกำเริบซ้ำทั้งด้านอารมณ์ ก้าวร้าว การทำร้ายตนเอง การแยกตัวเอง และการใช้สารเสพติด

จากการวิจัยทำให้ผู้ป่วยที่ผ่านการบำบัดด้วย PST ทำให้อาการทางจิตลดลงความสามารถในการรับรู้ดีขึ้น รู้จักวางแผนในการใช้ชีวิตประจำวันได้ และไม่มีอาการกำเริบซ้ำ ด้านการทำร้ายตัวเอง การใช้สารเสพติด และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม

ผู้ศึกษาได้นำของแนวคิด PST ของ D' Zurilla (2007)อ้างในสุวดี ศรีวิเศษ,2556 และ การศึกษาวิจัยFranco Veltro, Monica Mazza et.AL. (2011) มาบูรณาการร่วมกันเพื่อพัฒนากลุ่มบำบัดให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นโดยได้กรอบแนวคิดการวิจัยในครั้งนี้ (รายละเอียดของโปรแกรมบำบัดอยู่ใน ภาคผนวก ก.)

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษาวิจัยของ France Veltro, Monica Mazzag Nicola Vendittelli et. al. (2011) พบว่า กลุ่มบำบัดการแก้ปัญหา (PST) ศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทที่มีความคิดฆ่าตัวตาย เป็นกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่พ้นระยะเฉียบพลัน (Acute) ไปแล้ว มีการประเมินก่อนทำกลุ่ม PST และคัดเข้ากลุ่มบำบัด พบว่า ช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตดีขึ้น มีการหยั่งรู้ดีขึ้น สามารถลดความวิตกกังวล สามารถฟื้นฟูสภาพการรับรู้ในความคิด ความเข้าใจดีขึ้น เห็นศักยภาพในการวางแผนและความจำดีขึ้น สามารถตอบสนองโดยลดอาการทางจิตทุเลา และเพิ่มเติมกับการรักษาด้วยยาและสามารถอยู่ร่วมกับครอบครัวหรือชุมชนได้

การวิจัยของ สุวดี ศรีวิเศษ และคณะ (2556) ศึกษาเรื่องกลุ่มบำบัด โดยการแก้ปัญหาในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของกลุ่มบำบัดโดยการแก้ปัญหา ในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เป็นการวิจัยเชิงทดลอง เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม ใช้รูปแบบวัดก่อนและหลังทดลอง ใช้แนวคิดของ D' Zurilla, 1988 มีแนวคิดต่อการแก้ปัญหาของบุคคล การแก้ปัญหาได้ผลเนื่องจาก การรับรู้ปัญหาตามความจริง คิดว่าปัญหาเป็นเหตุการณ์ธรรมดาของชีวิต มองปัญหาเป็นสิ่งที่ท้าทายที่เปิดโอกาสให้ตนแก้ปัญหาและยอมรับว่าถ้าแก้ปัญหาไม่สำเร็จก็ต้องยอมรับว่ายังขาดประสบการณ์ ต้องเรียนรู้เพิ่มเติมหาสิ่งสนับสนุนก็ทำให้แก้ปัญหาได้สำเร็จ ซึ่งพบว่า กลุ่มที่ได้รับกลุ่ม PST โปรแกรม 5 ครั้ง ผลพบว่าผู้ป่วยมีทักษะการแก้ปัญหาเพิ่มขึ้น และมีระดับความรุนแรงภาวะซึมเศร้ามลดลง มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายลดลง ผู้ป่วยสามารถนำความรู้ ที่ได้ไปใช้ในชีวิตประจำวันได้

การศึกษาวิจัยของ Jozeph Ventura Shelley R.Tom ,et.al. (2013) ได้ศึกษา Memory Functioning and Negative Symptoms as differential Predictors of Social Problem solving Skills in Schizophrenia ผู้ป่วยจิตเภทกับโปรแกรมการแก้ปัญหา (PST) มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษากระบวนการ ความจำ และพฤติกรรมการแสดงออก 2) ศึกษาความสัมพันธ์กับการแก้ปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท และ3) ศึกษาเปรียบเทียบความสัมพันธ์ด้านระบบประสาท กับอาการทางจิต วิธีการ โดยศึกษา กลุ่มตัวอย่าง 60 คน เป็นกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทรักษาแบบผู้ป่วยนอก ที่มีอายุระหว่าง 21-65 ปี และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เป็นโรคจิตเภท และมีการทดสอบอาการทางจิต ทั้งแบบอาการทางบวก และอาการทางลบ วิเคราะห์โดยใช้สถิติ Multiple Regression Analyse การศึกษานี้สามารถทำนาย กระบวนการความจำ การรับรู้ และทักษะ ความสามารถในการแก้ปัญหา ผล พบว่า ผู้ป่วยมีทักษะการแก้ปัญหาดี อาการทางจิต และมีความสัมพันธ์กัน

อย่างมีเหตุผล สรุป ทำให้มีอาการทางจิตลดลง ทำให้อาการทางบวกลดลง และอาการทางลบของผู้ป่วยดีขึ้น มีทักษะการแก้ปัญหาของตนเองและชุมชนดีขึ้น

การศึกษาของ Bell AC. et al. (2009) ได้ศึกษาแบบ Meta analysis จำนวน 21 เรื่อง เกี่ยวกับประสิทธิผลของ PST เพื่อลดภาวะซึมเศร้า พบว่า โปรแกรมการบำบัดได้ฝึกทักษะการรับรู้ปัญหาทางบวกและฝึกการแก้ปัญหาอย่างมีเหตุผล สามารถลดภาวะซึมเศร้าได้ และพบว่าความคิดฆ่าตัวตายลดลงด้วย

การศึกษาของ Stewart CD et.al (2009) ได้ศึกษาเปรียบเทียบการปรับความคิดและพฤติกรรมกับการบำบัดการแก้ปัญหาและการบำบัดตามปกติ ในกลุ่มผู้ป่วยเสี่ยงสูง เช่น เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายบกพร่องในการแก้ปัญหาโดยมีกระบวนการทั้งหมด 4 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) การระบุปัญหา 2) การพิจารณาทางเลือกในการแก้ปัญหา 3) การตัดสินใจเลือกวิธีแก้ปัญหา 4) ปฏิบัติการแก้ปัญหา ผลพบว่าในกลุ่มปรับความคิดและพฤติกรรม พบว่า พึงพอใจมากขึ้น คะแนนความสิ้นหวังลดลง ความคิดฆ่าตัวตายลดลง แต่ไม่มีความแตกต่างของทักษะการแก้ปัญหา ส่วนในกลุ่ม PST พบว่า คะแนนความสิ้นหวังลดลง พึงพอใจคะแนนทักษะการแก้ปัญหาดีขึ้น ความคิดฆ่าตัวตายลดลง

การศึกษาเรื่อง ผลการทดสอบ Executive Problem Solving and Planning ด้วยแบบทดสอบ Tower of London-Drexel University (TOLDX™) 2nd Edition ในผู้ป่วยจิตเวชที่รับไว้ในโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จ.สุราษฎร์ธานี โดย อริยา คัมภักย์ มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาลักษณะคะแนนความสามารถ ในการวางแผน และจัดการปัญหาของผู้ป่วยจิตเวช ที่เป็นโรคจิตเภทในโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ วิธีการศึกษา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยในที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทโดยเป็นกลุ่มเฉพาะเจาะจง จำนวน 67 คน เครื่องมือที่ใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบทดสอบ TOLDX™ 2nd Edition ในช่วงระหว่างเดือน มีนาคม 2559 ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติอนุมานพารามेटริก ผลการศึกษา พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีค่าเฉลี่ยคะแนนมาตรฐานความสามารถในการวางแผนและจัดการปัญหาลดต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ ดังนี้ คือ ค่าคะแนน Total Move ค่าคะแนน Total Correct ค่าคะแนน Total Rule Violation ค่าคะแนน Total Time Violation ค่าคะแนน Total Execution Tion และค่าคะแนน Total Problem Solving Time ยังพบว่า จำนวนปีที่เจ็บป่วยมีผลต่อคะแนน Total Rule Violation สรุปว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีความบกพร่องในการวางแผนและจัดการปัญหาซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของ Executive Function ที่อาจจะส่งผลให้เป็นอุปสรรคต่อการบำบัดฟื้นฟูทางจิตสังคม

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - Experiment Research) ใช้รูปแบบวัดก่อนดำเนินการ โครงการ หลังเสร็จสิ้นการบำบัด และระยะติดตามผล 1 เดือน เพื่อศึกษาผลของกลุ่มบำบัดการแก้ปัญหาในผู้ป่วยจิตเภทที่มีความคิดฆ่าตัวตาย ต่อคะแนนการประเมินทักษะแก้ปัญหา และคะแนนการประเมินอาการทางจิต ในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

1. รูปแบบการทดลอง (Research design) ดังนี้

Pretest	Intervention	Post-test	Followup 1 เดือน
o1	PST	o3	o5
o2		o4	o6

ภาพที่ 1 รูปแบบการทดลอง

โดยกำหนดให้

- o1 หมายถึง แบบประเมินทักษะการแก้ปัญหา (Problem Solving Inventory) ก่อนดำเนินการโครงการ
- o2 หมายถึง แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale) ก่อนดำเนินการโครงการ
- o3 หมายถึง แบบประเมินทักษะการแก้ปัญหา (Problem Solving Inventory) หลังเสร็จสิ้นการบำบัด
- o4 หมายถึง แบบประเมินอาการทางจิตหลังเสร็จสิ้นการบำบัด (Brief Psychiatric Rating Scale)
- o5 หมายถึง แบบประเมินทักษะการแก้ปัญหาในระยะติดตามผล 1 เดือน (Problem Solving Inventory)
- o6 หมายถึง แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale) ในระยะติดตามผล 1 เดือน
- PST หมายถึง กลุ่มบำบัดการแก้ปัญหา (Problem Solving Therapy group) : PST



2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

2.1 ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (F20.0-F20.9) ตามหลักเกณฑ์การวินิจฉัยของ ICD-10 และเข้ารับการรักษาก่อนเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ในปีงบประมาณ 2561 ในช่วงเดือน พฤศจิกายน ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2560 (เก็บข้อมูล)

2.2 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท และมีความคิดฆ่าตัวตาย (Inclusion criteria) ที่มีคุณลักษณะตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้

2.2.1 มีคะแนนประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (M.I.N.I.-Suicidality) ตั้งแต่ 1 คะแนนขึ้นไป (ระดับน้อยขึ้นไป)

2.2.2 มีคะแนนของการประเมินทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale : BPRS) อยู่ระหว่าง 18-36 คะแนน (มีอาการเล็กน้อย)

2.2.3 สื่อสารกับผู้วิจัย และสื่อสารในกลุ่มได้ไม่เป็นไข และหูหนวก

2.2.4 ให้ความร่วมมือในการวิจัย

2.2.5 สนใจและยินยอมเข้าร่วมในโครงการ

เกณฑ์การคัดเลือกรวมกลุ่มตัวอย่างออกจากโครงการ (Exclusion criteria) มีดังนี้

2.2.6 มีอาการทางจิตกำเริบ เสี่ยงต่อการเป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น

2.2.7 เข้าร่วมในโครงการไม่ครบทุกขั้นตอน

3. การคำนวณ กลุ่มตัวอย่าง

3.1 การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง เป็นการวิจัยเปรียบเทียบในกลุ่มเดียวกัน ไม่เป็นอิสระต่อกัน กลุ่มตัวอย่าง 1 กลุ่มวัดก่อนและหลังการให้การบำบัด และระยะติดตามผล โดยกำหนดค่าระดับนัยสำคัญ .05 โดยคำนวณจากการเปิดตารางขนาดตัวอย่างประมาณจากค่าขนาดอิทธิพลของค่าเฉลี่ย โดยมีสูตรการประเมินกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

$$d = \frac{\mu_1 - \mu_2}{\delta}$$

(อ้างอิงจาก : Polit, D.F. and Hungler, B.P. (1987)

กำหนดค่า Power = 0.70 ระดับนัยสำคัญที่ 0.05

$\mu_1 - \mu_2$ = Mean difference หรือค่าความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังทดลอง

δ = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานที่มีค่ามากที่สุดเพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่มากพอจะครอบคลุมการหาคำตอบ

อ้างอิงจากการศึกษาเรื่องกลุ่มบำบัดการแก้ปัญหาในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของ สุวดี ศรีวิเศษ และคณะ (2556) โดยใช้ค่าคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการแก้ปัญหา ก่อนการทดลองและหลังการทดลองเสร็จสิ้น

μ_1 หมายถึง ค่าคะแนนเฉลี่ยระยะก่อนทดลองมีค่า = 59.65

μ_2 หมายถึง ค่าคะแนนเฉลี่ยระยะการทดลองเสร็จสิ้นมีค่า = 73.60

σ หมายถึง ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานที่มีค่ามากที่สุด มีค่า = 4.49

แทนค่าในสูตร

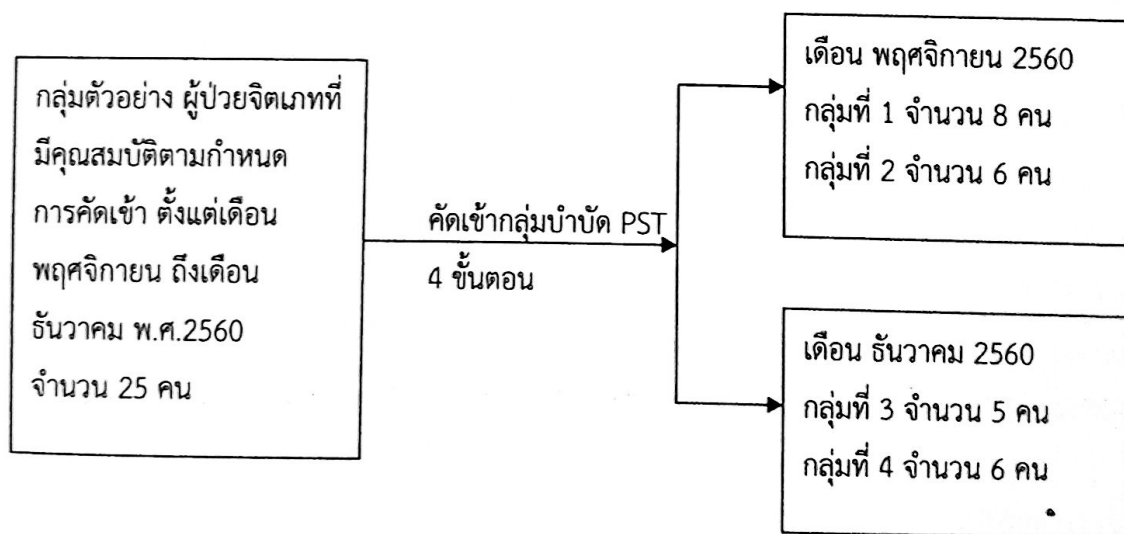
$$d = \frac{73.60 - 59.65}{4.49}$$

$$= \frac{13.95}{4.49} = 3.107$$

จากการเปิดตารางค่า Estimated Effect = 19 ราย

จากการเปิดตารางได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 19 ราย จากการศึกษาได้เพิ่มการเก็บข้อมูลมากกว่าที่กำหนดไว้ ร้อยละ 20 ทั้งหมด 19 ราย และเพิ่มอีก 4 รายรวมเป็น = 23 ราย ในการศึกษาเก็บข้อมูลรวม 25 ราย เพื่อชดเชยการออกจากกลุ่มระหว่างดำเนินการ

3.2 การคัดเลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงเพื่อเข้ารับการบำบัด โดยผู้ป่วยที่จะเข้ากลุ่มบำบัดเป็นผู้ป่วยหญิงและชายที่วินิจฉัยด้วยโรคจิตเภท ร่วมกับความคิดฆ่าตัวตายโดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก และสมัครใจเข้าร่วมบำบัดในกลุ่มบำบัด (PST) และพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยในช่วงเดือน พฤศจิกายน ถึง ธันวาคม พ.ศ.2560 ดังภาพต่อไปนี้



หมายเหตุ การทำกลุ่มบำบัด PST ในแต่ละขั้นตอนทำวันเว้นวัน และมีทั้งหมด 4 ขั้นตอน แต่ละขั้นตอนใช้เวลาในการทำกลุ่ม 60-90 นาที

4. โปรแกรมที่ใช้ในการบำบัด (Study Intervention) ประกอบด้วย

4.1 โปรแกรมในการบำบัด การเข้าโปรแกรมบำบัดการแก้ปัญหา PST ในผู้ป่วยจิตเภทที่มีความคิดฆ่าตัวตาย ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน โดยนำแนวคิด PST ของ D'Zurilla (2007) อ้างใน สุวดี ศรีวิเศษ (2556) และการศึกษาของ Franco Veltro, Monica Mazza et.al.(2011) บูรณาการร่วมกัน เพื่อพัฒนากลุ่มบำบัดการแก้ปัญหาในผู้ป่วยจิตเภทที่มีความคิดฆ่าตัวตายให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น มีขั้นตอนดังนี้

- ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ การรับรู้การเจ็บป่วย และการแสดงออกที่เหมาะสม
- ขั้นตอนที่ 2 การหาสาเหตุของปัญหาและการตั้งเป้าหมายของชีวิต
- ขั้นตอนที่ 3 การรับรู้ปัญหาทางบวก และทางลบ กับการตัดสินใจในการแก้ปัญหา
- ขั้นตอนที่ 4 การทบทวนปัญหาและกิจกรรมทั้งหมด เช่น การแสดงออกทางอารมณ์ในเหตุการณ์อย่างเหมาะสม เพื่อป้องกันการกำเริบซ้ำ

สำหรับการพัฒนาโปรแกรมในการบำบัดนี้ผู้ศึกษาได้ศึกษาค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบโปรแกรมการบำบัดประกอบด้วยพยาบาลจิตเวช 2 ท่านและจิตแพทย์ 1 ท่าน ซึ่งมีประสบการณ์ในการทำกลุ่มการแก้ปัญหา และนำไปทดลองใช้ในการปฏิบัติจริงกับผู้ป่วยจิตเภทที่มีความคิดฆ่าตัวตายในเดือนตุลาคม 2560 ทั้งหมด 6 ราย และปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ เช่น การรวมกิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพตั้งแต่เริ่มประเมินก่อนเข้ากลุ่มบำบัดควรมีการเริ่มตั้งแต่การคัดเลือก บอกรัตถุประสงค์ เพื่อให้สมัครใจในการเข้ากลุ่ม และเนื้อหาในการสอนผู้ป่วยไม่ควรจะเป็นวิชาการมากเกินไปในกลุ่มเนื้อหาโรคจิตเภท เพราะจะทำให้ผู้ป่วยเบื่อ และภาษาควรฟังง่าย เข้าใจ ไม่ควรอธิบายทับศัพท์ ภาษาอังกฤษในการทำกลุ่ม ใบกิจกรรมที่ให้กลุ่มตัวอย่างทำจะทำให้กลุ่มล่าช้า แนะนำเรื่อง การปรับคำถามไม่ให้ซ้ำซ้อนในแต่ละกิจกรรม เพราะ ผู้ป่วยที่เข้าบางคนสติปัญญาไหวพริบ บางคนเร็ว บางคนช้า จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความเบื่อหน่ายไม่อยากเขียนตอบ ในผู้ป่วยบางคนควรใช้การพูดแทนการเขียน

การทำกลุ่มผู้นำไม่ควรพูดเร็วเกินไป และรับฟังสิ่งที่ผู้ป่วยพูดบ้างถึงแม้ว่าเวลาอาจจะล่าช้าไปบ้าง บางคำถามอาจจะไม่เกี่ยวข้องกับการทำกลุ่ม เช่น กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะกังวลเรื่องกลับบ้าน ระยะเวลาในการทำกลุ่มบำบัดแก้ปัญหาใช้ระยะเวลา 2 สัปดาห์ โดยมีการประเมินผู้ป่วยบอกรัตถุประสงค์และข้อตกลงในการเข้ากลุ่ม มีการเข้ากลุ่มบำบัดในวันอังคาร และพฤหัสบดี ต่อเนื่อง 2 สัปดาห์ และในวันศุกร์สัปดาห์ที่ 2 จะเป็นการประเมิน ระยะเสร็จสิ้นการบำบัดในส่วนของผู้นำกลุ่มและผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม ทีมบำบัดจะประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ 2 คน ที่ได้รับการฝึกทักษะการทำกลุ่มบำบัดร่วมกับการพัฒนาโปรแกรมในการบำบัด จึงมีความเข้าใจเกี่ยวกับสาระสำคัญในการบำบัดการแก้ปัญหตามโปรแกรม

4.2 พยาบาลผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง ในการบำบัดแก้ปัญห (PST) เป็นพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ 30 ปี (นับถึง พ.ศ.2560) จบการศึกษาระดับปริญญาตรี

และผดุงครรภ์ชั้นสูง ผ่านการอบรมเฉพาะทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช และจบการศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต และได้รับการอบรมกลุ่มบำบัดการแก้ปัญหา จัดอบรมโดยกลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ในปี 2558

การพัฒนาความเชี่ยวชาญโดยได้รับความอนุเคราะห์จาก คุณสุวดี ศรีวิเศษ อดีตพยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ที่ได้ศึกษาการบำบัดการแก้ปัญหาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และเป็นที่ปรึกษารวมทั้งชี้แนะแนวทางการทำกลุ่มบำบัดการแก้ปัญหาทั้งเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ช่วยปรับแก้โปรแกรมการบำบัดการแก้ปัญหาในผู้ป่วยจิตเภทที่มีความคิดฆ่าตัวตาย

5. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มีเครื่องมือที่วัดผลลัพธ์ดังนี้

5.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ข้อมูล เพศ อายุ สถานภาพสมรส และข้อมูลการเจ็บป่วยอื่นๆ โดยรวบรวมจากข้อมูลส่วนบุคคลจากแฟ้มรายงาน และจากการสัมภาษณ์โดยการสร้างสัมพันธภาพ

5.2 แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale) เป็นการตรวจสอบอาการทางคลินิก (อาการทางบวกและอาการทางลบ) เพื่อใช้ประเมินอาการทางจิตก่อนดำเนินโครงการ เสร็จสิ้นโครงการ และระยะติดตามผล 1 เดือน ซึ่งค่าคะแนนอาการทางจิตจะอยู่ระหว่าง 18-36 คะแนน แบบประเมินนี้ถูกพัฒนาขึ้นโดย Overall & Gorham (1962) นำมาแปลเป็นฉบับภาษาไทยโดยพันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์ (กรมสุขภาพจิต, 2546) แบ่งเป็นมาตราวัด 7 ระดับ คือ 1 = ไม่มีอาการ 2 = สงสัยว่ามีอาการอยู่บ้างแต่ยังถือว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติ 3 = มีอาการเล็กน้อย 4 = มีอาการปานกลาง 5 = มีอาการค่อนข้างรุนแรง 6 = มีอาการรุนแรง 7 = มีอาการรุนแรงมาก มีระดับค่าความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง 0.62 – 0.87 คะแนนรวมทั้งหมดอยู่ในช่วง 18-126 คะแนน และมีเกณฑ์การแปลผล ดังนี้ (เสวิกุล จำสนอง, 2546 : อ้างใน ศิริวรรณ ฤกษ์ธนะขจร, 2552)

คะแนนน้อยกว่า 18 คะแนน หมายถึง เกณฑ์ปกติ

คะแนน ระหว่าง 18-36 คะแนน หมายถึง มีอาการทางจิตน้อยหรืออาการทางจิตทุเลา

คะแนนมากกว่า 36 คะแนน หมายถึง มีอาการทางจิตรุนแรง

5.3 แบบประเมินระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (M.I.N.I. – Suicidality) โดยพันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์ และมธุริน คำวงศ์ปิ่น (2548) ได้แปลเป็นภาษาไทย และทดสอบความเที่ยง และความเชื่อถือโดยศึกษาในประชาชนทั่วไป และผู้ป่วยจากโรงพยาบาลมีค่าความเชื่อมั่น 0.86 แบบประเมินการฆ่าตัวตายมีข้อคำถาม 9 ข้อ ที่เกี่ยวข้องกับประวัติการพยายามฆ่าตัวตายในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาและเกี่ยวกับการพยายามฆ่าตัวตายตลอดชีวิตที่ผ่านมาคำตอบจะมี ใช่ และ ไม่ใช่ โดยแปลจากคะแนนรวมดังนี้

1-8 คะแนน มีระดับความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายน้อย

9-16 คะแนน มีระดับความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายปานกลาง

17 คะแนนขึ้นไป มีระดับความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายมาก

5.4 แบบประเมินทักษะการแก้ปัญหา (Problem Solving inventory : PSI) เป็นแบบประเมินตามแนวคิดทักษะการแก้ปัญหาทางสังคม (Social problem solving) ของ D' Zurilla (2007) และ คุณ สุวดี ศรีวิเศษ ได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา นำมาปรับปรุงแก้ไข และทดลองใช้กับผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จำนวน 30 คน ได้หาค่าความเชื่อมั่นเครื่องมือ (reliability) ได้ค่า Cronbach's alpha coefficient = 0.86 แบบประเมิน PST มี 23 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง แบบประเมินนี้แบ่งเป็นคำถามเชิงบวก 13 ข้อ คำถามเชิงลบ 10 ข้อ การแปลผลค่าคะแนนยิ่งสูงขึ้นแสดงว่าทักษะการแก้ปัญหาจะดีขึ้น

6. การเก็บรวบรวมข้อมูล

6.1 ขั้นตอนที่ 1 ขั้นเตรียมการทดลอง

ผู้วิจัยได้เตรียมตนเองและผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม ทำการศึกษาและทำความเข้าใจโปรแกรม และฝึกทักษะในการบำบัดในการปฏิบัติ โดยมีการฝึกปฏิบัติในการบำบัด ก่อนเก็บข้อมูลจริง พร้อมทั้งมีที่ปรึกษาที่มีประสบการณ์ในการทำกลุ่มบำบัดการแก้ปัญหา เป็นคนให้ข้อชี้แนะในการฝึกปฏิบัติ และแก้ไขปรับปรุงในการทำกลุ่ม เพื่อให้ได้ตามโปรแกรม

ส่วนการเตรียมผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม โดยให้พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการทำงานในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ 25 ปี ให้ฝึกการทำกลุ่มร่วมกันในการฝึกปฏิบัติร่วมกันทำให้ทราบแนวทางในการทำกลุ่ม และการแก้ไขปัญหาในกลุ่มร่วมกัน

6.2 ขั้นตอนที่ 2 การดำเนินการทดลอง

กลุ่มตัวอย่างที่เตรียมก่อนเข้าโครงการได้ตรวจสอบให้ ตรงตามคุณสมบัติตามกำหนด กลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ และระยะเวลาในการเข้าร่วมโครงการ ตลอดจนแนวทางในการประเมินทั้งก่อนเข้ารับการบำบัด หลังเสร็จสิ้นการบำบัด และระยะติดตามผลเมื่อกลับไปอยู่ในชุมชน 1 เดือน โดยให้ผู้ป่วยเซ็น ใบยินยอมก่อนเข้าร่วมโครงการ และผู้ป่วยสามารถบอกเลิกหรือไม่ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ทุกระยะ

6.3 ขั้นตอนที่ 3 ระยะเสร็จสิ้นการทดลอง

เมื่อผู้ป่วยเข้าร่วมการบำบัดครบตามจำนวน 4 ครั้งตามที่กำหนด โดยทำแบบประเมินตามที่กำหนด และมีการนัดหมายหลังจากกลับไปอยู่ในชุมชนใน 4-6 สัปดาห์ (ตามนัด) โดยมาพบพยาบาลหลังจากมารับยาตามนัดเรียบร้อยแล้ว ที่ห้องของศูนย์เครือข่ายบริการสุขภาพจิต โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

6.4 ขั้นตอนที่ 4 การติดตามผล

ได้ดำเนินการติดตามผลหลังการทดลอง 1 เดือน โดยให้ผู้ทำแบบประเมินอาการทางจิต แบบประเมินทักษะการแก้ปัญหา แบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในกรณีที่ผู้ป่วยไม่มาตามนัด ผู้ศึกษาจะมีการติดตาม หลังวันนัดไม่เกิน 5 วันทำการ (ใช้เกณฑ์ระยะเวลาของโปรแกรมบำบัดเป็นหลัก)

7. การวิเคราะห์ข้อมูล

7.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง นำเสนอด้วยสถิติเชิงบรรยายโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

7.2 ค่าคะแนนทางจิต โดยใช้แบบประเมิน BPRS วิเคราะห์โดยแจกแจงความถี่และร้อยละ

7.3 ค่าคะแนนการประเมินทักษะการแก้ปัญหา วิเคราะห์โดย ร้อยละส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนเมื่อมีการวัดซ้ำภายในกลุ่ม (Repeated measures ANOVA : Within Subjects Main Effect)

7.4 ค่าคะแนนประเมินระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (M.I.N.I.-Suicidality) วิเคราะห์โดย แจกแจงความถี่ ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

8. ระยะเวลาในการศึกษา เดือน กันยายน 2560 – มีนาคม 2561

9. การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ทีมผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยตามหลักการวิจัยในมนุษย์ ดังนี้

9.1 ผู้ป่วยทุกคนที่เข้าร่วมการวิจัย จะได้รับการชี้แจงรายละเอียดในการเข้าร่วมโครงการทั้งด้านวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับ ขั้นตอนการวิจัยระยะเวลาในการเข้าร่วมโครงการวิจัย

9.2 ผู้ป่วยทุกคนที่เข้าร่วมการวิจัยมีสิทธิปฏิเสธ หรือออกจากโครงการเมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อผู้ป่วยและการบำบัดรักษาที่ได้รับ

9.3 ขณะรับการบำบัดหากผู้ป่วยรู้สึกไม่สบายใจ หรือทุกข์ใจที่เป็นผลจากการเข้ากลุ่มผู้ป่วยสามารถแจ้งคณะผู้วิจัยได้ ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับการปรึกษาโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆ ทั้งสิ้น

9.4 ผู้วิจัยจะรักษาความลับและไม่มีการเปิดเผยข้อมูลผู้ป่วย ยกเว้นข้อมูลนั้นจะเป็นประโยชน์

9.5 ผลการวิจัยที่ออกมาจะมีการนำเสนอในภาพรวมไม่มีการเปิดเผยชื่อ-สกุล ของผู้ป่วย

9.6 ผู้วิจัยจะตอบข้อซักถามต่างๆ ที่ผู้ป่วยสงสัยจนกระทั่งผู้ป่วยเข้าใจ และเห็นยินยอมเข้าร่วมโครงการเป็นลายลักษณ์อักษร

บทที่ 4

ผลการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียว (Quasi-Experimental research) แบบกลุ่มเดียว ใช้รูปแบบวัดก่อนและหลังทดลอง เพื่อศึกษาผลของกลุ่มบำบัดแก้ปัญหานในผู้ป่วยจิตเภทที่มีความคิดฆ่าตัวตาย ในระหว่างเดือน สิงหาคม 2560 ถึง มีนาคม 2561 โดยมีกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ 25 คน โดยในกลุ่มตัวอย่างนี้เป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มีความคิดฆ่าตัวตายภายใน 1 ปี และรับไว้รักษาไว้ในโรงพยาบาล โดยมีเครื่องมือในการประเมิน ก่อน และหลัง ดังนี้ 1) แบบประเมินอาการทางจิต 2) แบบประเมินการแก้ปัญหา 3) แบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยแบ่งการประเมินเป็น 3 ครั้ง คือ ระยะก่อนดำเนินโครงการระยะเสร็จสิ้นการบำบัด และระยะติดตามผล 1 เดือน โดยใช้เครื่องมือวัดชุดเดียวกัน โดยผู้วิจัยนำเสนอผลการวิจัยในรูปแบบตาราง ประกอบคำบรรยาย ตามลำดับ ดังนี้

1. ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง
 2. การประเมินระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ก่อนดำเนินโครงการและระยะติดตามผล
 3. คะแนนประเมินระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายก่อนดำเนินโครงการและระยะติดตามผล
 4. คะแนนอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทที่มีความคิดฆ่าตัวตายก่อนดำเนินโครงการระยะเสร็จสิ้นการบำบัด และระยะติดตามผล
 5. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะการแก้ปัญหาระยะก่อนดำเนินโครงการหลังเสร็จสิ้นการบำบัด และระยะติดตามผล
 6. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยรายการประเมินอาการทางจิตค่าเฉลี่ยคู่โดยใช้สถิติ Pairwise Comparisons
 7. การแสดงค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบค่าคะแนน แบบประเมินทักษะการแก้ปัญหา ก่อนดำเนินโครงการระยะเสร็จสิ้นการบำบัด ระยะติดตามผล 1 เดือน
 8. การวิเคราะห์ความแปรปรวนของทักษะการแก้ปัญหา
 9. การทดสอบความแปรปรวน และค่าสหสัมพันธ์ของทักษะการแก้ปัญหาโดยใช้ Mauchly's Test Sphericity
 10. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของความแปรปรวนทักษะการแก้ปัญหา
 11. แสดงการเปรียบเทียบคะแนน ค่าเฉลี่ยรายการคู่ของทักษะการแก้ปัญหา โดยใช้สถิติ Pairwise Comparisons
- ผลการศึกษา

ตอนที่ 1 ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นครั้งนี้เป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มีความคิดฆ่าตัวตาย และรับไว้รักษาในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จำนวน 25 คน ($n=25$) เป็นเพศชาย 18 คน คิดเป็นร้อยละ 72 เพศหญิง 7 คน คิดเป็นร้อยละ 28 อายุของกลุ่มตัวอย่างมากที่สุด 64 ปี น้อยที่สุด 20 ปี ส่วนใหญ่จะอยู่ในช่วง 20-29 คน อายุเฉลี่ย 35.44 ปี ($SD = 7.38$) สถานภาพสมรสโสด จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 76 รองลงมาเป็นสถานภาพสมรสคู่ จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 16 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 44 รองลงมาเป็นมัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 24 และจบมัธยมศึกษา ปวช. ปวส. รวม จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 32 ส่วนใหญ่ อาชีพเกษตรกร จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 48 รองลงมาเป็นอาชีพรับจ้าง จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 16 รายได้ต่อเดือนส่วนใหญ่มีรายได้ไม่แน่นอน จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 64 การรับไว้รักษาในโรงพยาบาล เพิ่งเคยรับไว้รักษาครั้งแรก จำนวน 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 48 และรับไว้รักษาในโรงพยาบาลครั้งรอง (มากกว่า 1 ครั้ง) จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 52 ระยะเวลาในการเจ็บป่วย ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 1-5 ปี จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 40 รองลงมาอยู่ในช่วง 6-10 ปี จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 28 ระยะเวลาของกลุ่มตัวอย่างที่มีความคิดฆ่าตัวตายไม่เกิน 1 เดือน จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 72 รองลงมาอยู่ในช่วง 3-4 เดือน จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 12 แสดงรายละเอียดในตารางที่ 1 ดังนี้

ตารางที่ 1 ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ($n=25$)

ลักษณะข้อมูลทั่วไป ($n=25$)	กลุ่มตัวอย่าง	
	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	18	72
หญิง	7	28
อายุ		
20-29	11	44
30-39	5	20
40-49	6	24
50-59	1	4
60-65	2	8

ตารางที่ 1 ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=25)

ลักษณะข้อมูลทั่วไป (n=25)	กลุ่มตัวอย่าง	
	จำนวน	ร้อยละ
สถานภาพสมรส		
โสด	19	76
คู่อายุด้วยกัน	4	16
หย่า	2	8
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	11	44
มัธยมศึกษาตอนต้น	6	24
มัธยมศึกษาตอนปลาย	4	16
ปวช.	3	12
ปวส.	1	4
อาชีพ		
เกษตรกร	12	48
รับจ้าง	4	16
ค้าขาย	1	4
นักบวช	3	12
งานบ้าน	2	8
ว่างงาน	3	12
รายได้ต่อเดือน		
500-1,000	3	12
1,001-3,000	4	16
3,001-6,000	-	-
6,001-10,000	2	8
ไม่แน่นอน	16	64
การรับไว้ในโรงพยาบาล		
ครั้งแรก	12	48
ครั้งรอง	13	52

ตารางที่ 1 ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=25) (ต่อ)

ลักษณะข้อมูลทั่วไป (n=25)	กลุ่มตัวอย่าง	
	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาในการเจ็บป่วยโรคจิตเวช		
1-5 ปี	10	40
6-10 ปี	7	28
11-15 ปี	3	12
16-20 ปี	5	20
ระยะเวลาที่มีความคิดฆ่าตัวตายในการมา รักษาในโรงพยาบาลครั้งนี้		
1 วัน - 1 เดือน	18	72
> 1 เดือน - 2 เดือน	2	8
> 2 เดือน - 3 เดือน	0	0
> 3 เดือน - 4 เดือน	3	12
> 4 เดือนขึ้นไป	2	8

หมายเหตุ อายุ สูงสุด 64 ปี ต่ำสุด 20 ปี อายุเฉลี่ย 25.44 ปี SD = 7.38

การประเมินระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย จำนวน 25 คน ได้แบ่งระดับความเสี่ยงออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ 1) ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายน้อยมีค่าคะแนน 1-8 คะแนน 2) ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายปานกลางมีค่าคะแนน 9-16 คะแนน 3) ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมาก 17 คะแนนขึ้นไป ในระยะก่อนดำเนินโครงการผลพบว่า มีกลุ่มตัวอย่างที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเป็นกลุ่มที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายปานกลางถึงร้อยละ 32 และร้อยละ 12 ตามลำดับ ส่วนระยะติดตามผล พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนประเมินระดับความเสี่ยงน้อย เป็นส่วนมากถึง ร้อยละ 96 และมีร้อยละ 4 (1 ราย) ที่มีค่าคะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอยู่ระดับปานกลาง ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การประเมินระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายก่อนดำเนินโครงการและระยะติดตามผล

ข้อมูล	ก่อนดำเนินโครงการ		ระยะติดตามผล	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายน้อย (1-8 คะแนน)	3	12	24	96

ตารางที่ 2 การประเมินระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายก่อนดำเนินโครงการและระยะติดตามผล (ต่อ)

ข้อมูล	ก่อนดำเนินโครงการ		ระยะติดตามผล	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายปานกลาง (9-16 คะแนน)	8	32	1	4
ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมาก (17 คะแนนขึ้นไป)	14	56	0	0

หมายเหตุ การประเมินระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายนี้นักวิจัยอย่างมีการรักษาดูแลทางยาพร้อมกับกลุ่มบำบัด ไม่ได้หมายความว่าอาการดีขึ้นจากการรักษาหรือการทำกลุ่มบำบัดอย่างใดอย่างหนึ่งเฉพาะ

การประเมินระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย จำนวน 25 คน พบว่า ก่อนดำเนินโครงการคะแนนเฉลี่ย 18.75 คะแนน การประเมินคะแนนอยู่ในช่วง 6-41 คะแนน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 9.528 ส่วนในระยะติดตามผลได้มีการประเมินระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย พบว่า มีค่าคะแนนเฉลี่ย 4.76 คะแนน การประเมินคะแนนอยู่ในช่วง 4-14 คะแนน และมีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 2.803 ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าคะแนนประเมินระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายก่อนดำเนินโครงการ และ ระยะติดตามผล (n=25)

ข้อมูล	คะแนนน้อยสุด	คะแนนมากที่สุด	ค่าคะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
ก่อนดำเนินโครงการ	6	41	18.76	9.528
ระยะติดตามผล	4	14	4.76	2.803

การประเมินอาการทางจิต (BPRS) ในผู้ป่วยจิตเภทที่มีความคิดฆ่าตัวตาย จำนวน 25 คน พบว่า ก่อนดำเนินโครงการการประเมินคะแนนอยู่ในช่วง 20-36 คะแนน และคะแนนเฉลี่ยในระยะเสร็จสิ้นการบำบัดการประเมินอยู่ในช่วง 18-30 คะแนน และพบคะแนนเฉลี่ย 23.68 คะแนน และระยะติดตามผลการประเมินอยู่ในช่วง 18-24 คะแนน และมีคะแนนเฉลี่ย 19.72 พบว่า การประเมินอยู่ในช่วงอาการทางจิตทุเลา สามารถเข้าร่วมกลุ่มได้ และทั้ง 3 ระยะมีค่าคะแนนที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ตารางเปรียบเทียบ คะแนนอาการทางจิต (BPRS) ของผู้ป่วยจิตเภทที่มีความคิดฆ่าตัวตายก่อนดำเนินโครงการ ระยะเสร็จสิ้นการบำบัด และระยะติดตามผล (n=25)

ระยะเวลาการทดลอง	คะแนนเฉลี่ย	คะแนนมากที่สุด	คะแนนน้อยที่สุด	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	Sig.
ก่อนดำเนินโครงการ	28.88	36	20	5.31	0.001
ระยะเสร็จสิ้นการบำบัด	23.68	30	18	3.46	0.001
ระยะติดตามผล	19.72	24	18	4.12	0.001

P<0.05

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยรายข้อของแบบประเมินทักษะการแก้ปัญหา (23 ข้อ) ค่าคะแนนเฉลี่ยระยะก่อนดำเนินโครงการ ระยะเสร็จสิ้นการบำบัดและระยะติดตามผล มีความแตกต่างกัน 56.36 , 64.28 และ 72.04 พบค่าคะแนนตามลำดับ ซึ่งหมายความว่าทักษะการแก้ปัญหาดีขึ้นเมื่อมีคะแนนสูงขึ้น ดังแสดงรายละเอียดรายข้อตามแบบประเมินทักษะการแก้ปัญหาในตารางที่ 5 ดังนี้

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะการแก้ปัญหา ระยะก่อนดำเนินโครงการ หลังเสร็จสิ้นการบำบัด และระยะติดตามผล 1 เดือน

ข้อความประเมินแบบทักษะการแก้ปัญหา	ก่อนดำเนินโครงการ		เสร็จสิ้นโครงการ		ระยะติดตามผล	
	ค่าคะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่าคะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่าคะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
1. ฉันมีความสามารถในการแก้ปัญหา โดยคิดริเริ่มหาทางออกใหม่ที่เกิดผลลัพธ์ในทางที่ดี	2.72	.792	3.12	.526	3.56	.507
2. ฉันมีความพยายามในการแก้ปัญหา แม้ว่าช่วงต้น ฉันจะมองไม่เห็นทางออกในการแก้ปัญหาก็กตาม	2.52	.823	3.08	.493	3.28	.458
3. ฉันเชื่อว่าฉันสามารถแก้ปัญหาได้เป็นส่วนใหญ่ถ้าฉันมีเวลา	2.60	.866	3.20	.816	3.60	.500

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะการแก้ปัญหา ระยะก่อนดำเนินโครงการ หลังเสร็จสิ้นการ
บำบัด และระยะติดตามผล 1 เดือน (ต่อ)

ข้อความประเมินแบบทักษะการ แก้ปัญหา	ก่อนดำเนิน โครงการ		เสร็จสิ้นโครงการ		ระยะติดตามผล	
	ค่า คะแนน เฉลี่ย	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน	ค่าคะแนน เฉลี่ย	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน	ค่าคะแนน เฉลี่ย	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน
4. ฉันเชื่อว่าฉันสามารถแก้ปัญหาได้ เป็นส่วนใหญ่ถ้าฉันใช้ความพยายาม มากพอ	2.60	.866	3.20	.707	5.56	.507
5. เมื่อฉันต้องเผชิญปัญหาที่ซับซ้อน ยุ่งยาก ฉันรับรู้ว่าเป็นสิ่งที่ท้าทาย ความสามารถของฉัน	2.36	.810	2.76	.723	3.20	.408
6. ปัญหาทำให้ฉันได้พัฒนาตนเองให้ มีความเข้มแข็ง	2.40	.816	3.00	.707	3.16	.374
7. ฉันรู้สึกกังวลใจ มีอารมณ์ หงุดหงิดง่าย เมื่อต้องเผชิญกับ ปัญหา	2.28	.876	2.60	.645	2.92	.277
8. ปัญหาส่วนใหญ่ของฉันเป็นปัญหา ยุ่งยาก ซับซ้อนไม่เหมือนคนอื่นๆ	2.28	.891	2.44	.712	2.92	.277
9. ปัญหาทั้งหมดมีสาเหตุ มาจากฉันเอง	2.24	.926	2.64	.700	2.72	.678
10. คนที่มีประสบการณ์หรือความรู้ เหมือนฉัน จึงจะสามารถช่วยฉันได้	2.28	.891	2.72	.542	2.96	.539
11. เมื่อมีปัญหาฉันพยายามหาทาง ออกหลายๆ ทาง	2.80	.577	3.16	.473	3.44	.507
12. ฉันมีความมั่นใจในการแก้ปัญหา และวางแผนแก้ปัญหา	2.68	.852	3.16	.554	3.52	.510
13. ฉันตรวจสอบผลการแก้ปัญหา ทั้งผลดีและผลกระทบ	2.44	.917	2.44	.768	3.08	.277
14. ฉันหาแหล่งช่วยเหลือสนับสนุน เมื่อฉันแก้ปัญหาไม่สำเร็จ	2.36	.757	2.92	.812	3.08	.400
15. เมื่อมีความเครียดในการ แก้ปัญหา ฉันใช้วิธีผ่อนคลาย ความเครียดโดยการฝึกการหายใจ	2.44	1.003	2.88	.666	3.16	3.74

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะการแก้ปัญหา ระยะก่อนดำเนินโครงการ หลังเสร็จ
สิ้นการบำบัด และระยะติดตามผล 1 เดือน (ต่อ)

ข้อความประเมินแบบทักษะการ แก้ปัญหา	ก่อนดำเนิน โครงการ		เสร็จสิ้นโครงการ		ระยะติดตามผล	
	ค่า คะแนน เฉลี่ย	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน	ค่า คะแนน เฉลี่ย	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน	ค่า คะแนน เฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน
16. เมื่อมีความเครียดในการ แก้ปัญหา ฉันใช้วิธีการคลายเครียด เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังเพลง ปลุกต้นไม้ ฯลฯ	2.88	.666	3.24	.663	3.44	.507
17. เมื่อพิจารณาทางเลือกในการ แก้ปัญหา ฉันตัดสินใจเลือกวิธีที่มี ผลต่ออารมณ์ด้านความพึงพอใจ และผลต่อสุขภาพของฉัน	2.88	.666	3.08	.400	3.40	.500
18. เมื่อเผชิญปัญหา ฉันจะเลือก การแก้ปัญหาออกไปให้นานเท่าที่ เป็นไปได้	2.40	.577	2.56	.712	2.88	.332
19. ฉันรอให้ปัญหาลงตาม กาลเวลาด้วยตัวของมันเอง	2.48	.714	2.50	.659	2.88	.332
20. ฉันต้องพึ่งพาคนอื่นในการ แก้ปัญหา	2.24	.831	2.48	.714	2.84	.554
21. เมื่อเผชิญปัญหา ฉันมักจะใช้ วิธีแก้ปัญหาวิธีแรกที่ฉันคิดออก	2.20	.577	2.20	.707	2.68	.476
22. ฉันทำอะไรแบบรีบร้อน รวดเร็ว และมักนึกเสียใจภายหลัง	2.20	.816	2.48	.714	2.92	.277
23. เมื่อตัดสินใจแก้ปัญหา ฉันไม่ เคยเสียเวลากับการทบทวนหา ทางออก แบบอื่นๆ	2.08	.400	2.52	.653	2.84	.374
$\bar{X}$ คะแนนรวม	56.36	1.130	64.28	.991	72.04	.543

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ของคะแนนการประเมินอาการทางจิต พบว่า การใช้สถิติ Pairwise Comparisons มีการเปรียบเทียบ 3 คู่ ดังนี้

ครั้งที่ 1 การเปรียบเทียบโดยใช้ค่าคะแนนความแตกต่างกันระหว่างระยะเสร็จสิ้นการบำบัด กับ ระยะติดตามผล พบว่าคะแนนที่มีความแตกต่างกันและมีความเชื่อมั่นที่ ร้อยละ 95 มีค่าส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐานที่ 1.258 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$)

ครั้งที่ 2 การเปรียบเทียบโดยใช้ค่าคะแนนความแตกต่างกันระหว่างระยะก่อนดำเนินโครงการ กับ ระยะติดตามผล พบว่าคะแนนที่มีความแตกต่างกัน และมีความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 มีค่าส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐานที่ 1.011 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$)

ครั้งที่ 3 การเปรียบเทียบโดยใช้ค่าคะแนนความแตกต่างระหว่างก่อนดำเนินโครงการกับระยะเสร็จสิ้น การบำบัด พบว่าคะแนนที่มีความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 มีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานที่ 1.26 มีความแตกต่าง กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 6 ดังนี้

สรุปค่าเฉลี่ยรายคู่ ของการวัดแต่ละครั้ง พบว่า 1 กับ 2, 1 กับ 3, และ 2 กับ 3 มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$)

ตารางที่ 6 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยรายคู่การประเมินอาการทางจิตค่าเฉลี่ยคู่โดยใช้สถิติ Pairwise comparisons

ประเมินอาการ ทางจิต (ครั้งที่)		Mean Difference (I-J)	Std.Error	Sig. ^b	95% Confidence Interval for Difference ^b	
					Lower Bound	Upper Bound
ครั้งที่ 1	2	5.200*	.586	.001	3.692	6.708
	3	9.160*	1.258	.001	5.923	12.397
ครั้งที่ 2	1	-5.200*	.586	.001	-6.708	-3.692
	3	3.960*	1.011	.002	1.359	6.561
ครั้งที่ 3	1	-9.160*	1.258	.001	-12.397	-5.923
	2	-3.960*	1.011	.002	-6.561	-1.359

$P < .05$

การแสดงค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Std.Error) เปรียบเทียบค่าคะแนนทักษะ การแก้ปัญหา ก่อนดำเนินโครงการเสร็จสิ้นการบำบัด และ ระยะติดตามผล 1 เดือน พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ย สูงขึ้น และมีความเชื่อมั่นในการประมาณค่าเฉลี่ย (95% Confidence Interval) ของการวัดซ้ำ ครั้งที่ 1,2,3 ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 การแสดงค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบค่าคะแนน
แบบประเมินทักษะการแก้ปัญหา ก่อนดำเนินโครงการระยะเสร็จสิ้นการบำบัด
ระยะติดตามผล 1 เดือน

แบบประเมินทักษะการ แก้ปัญหา	คะแนนเฉลี่ย	Std.Error	ค่าคะแนนความเชื่อมั่น (95% Confidence Interval)	
			คะแนนต่ำสุด	คะแนนสูงสุด
ก่อนดำเนินโครงการ	56.360	1.130	54.028	58.692
เสร็จสิ้นโครงการ	64.280	.991	62.235	66.325
ระยะติดตามผล	72.040	.543	70.919	73.161

ในค่าสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนของทักษะการแก้ปัญหาแบบหลายตัวแปร (Multivariate Analysis of Variance) โดยมีสมมุติฐานดังนี้

Ho : การวัดทั้ง 3 ครั้งไม่แตกต่างกัน

H1 : การวัดทั้ง 3 ครั้ง แตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่

จากค่าสถิติ F (Wilks' Lambda) = 166.679 และ Sig < 0.01 จึงปฏิเสธ Ho จึงสรุปได้ว่าการวัดทั้ง 3 ครั้ง มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญอย่างน้อย 1 คู่ ดังรายละเอียดของตารางที่ 8

ตารางที่ 8 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของทักษะการแก้ปัญหา

Effect	F	Hypothesis off	Sig
ทักษะการแก้ปัญหา			
Wilks' Lambda	166.679	2.00	0.01

P<0.05

จากสมมุติฐาน

Ho : ความแปรปรวนมีลักษณะเป็น Compound Symmetry

H1 : ไม่เป็น Compound Symmetry

มีการทดสอบด้วย Mauchly's Test Sphericity เป็นการทดสอบ Compound Symmetry ซึ่งมีค่าสหสัมพันธ์ (Correlation) และความแปรปรวน (Variance) ของตัวแปรในการวัดซ้ำแต่ละครั้งต้องไม่แตกต่างกัน ซึ่งเป็นข้อตกลงเบื้องต้น ในการใช้สถิติ Repeated Measure ANOVA ซึ่งจากตารางค่าสถิติ Mauchly's W = 0.934 และ Sig = 0.456 ซึ่งมากกว่า α 0.05 จึงสรุปได้ว่าไม่สามารถปฏิเสธ Ho ได้ ฉะนั้นค่าความแปรปรวนมีลักษณะเป็น Compound Symmetry ดังรายละเอียดตารางที่ 9

ตารางที่ 9 การทดสอบความแปรปรวน และค่าสหสัมพันธ์ของทักษะการแก้ปัญหาโดยใช้

Mauchly's Test Sphericity

Within Subjects Effect	Mauchly's W.	Approx. chi Square	df	Sig.	Epsilon		
					Greenhouse-Geisser	Huynh-Feldt	Lower bound
ทักษะการแก้ปัญหา	0.934	1.569	2	.456	.938	1.00	0.500

 $\alpha < 0.05$

จากสมมติฐาน

Ho : การจัดทั้ง 3 ครั้งไม่แตกต่างกัน

H1 : การจัดทั้ง 3 ครั้ง แตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่

จากการวิเคราะห์ความแปรปรวนของค่าคะแนนทักษะการแก้ปัญหาในการศึกษาครั้งนี้มีการวัดซ้ำเกินกว่า 2 ครั้ง จึงวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวเมื่อมีการวัดซ้ำ โดยใช้สถิติ One - way repeated measure Anova : tests of Sphericity พบว่า ค่าของการแก้ปัญหาเมื่อทดสอบผลมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\alpha = .05$) ซึ่งจากผลการวิเคราะห์ค่าสถิติ $F = 190.133$ และมีค่า $Sig = .001$ ซึ่งน้อยกว่า $\alpha = .05$ จึงปฏิเสธ Ho จึงแสดงว่า ทักษะการแก้ปัญหาในการจัดทั้ง 3 ครั้งมีความแตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 10 ดังนี้

ตารางที่ 10 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของความแปรปรวนทักษะการแก้ปัญหา

ค่าแหล่งความแปรปรวน	Type III Sum Of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
ทักษะการแก้ปัญหา Sphericity Assumed	3,073.387	2	1,536.693	190.133	.001
ทักษะการแก้ปัญหา (Error) Sphericity Assumed	387.947	48	8.082		

 $\alpha < 0.05$

การเปรียบเทียบคะแนนค่าเฉลี่ยรายคู่ของทักษะการแก้ปัญหา พบว่า การใช้สถิติ Pairwise Comparisons มีการเปรียบเทียบ 3 คู่ ดังนี้

ครั้งที่ 1 การเปรียบเทียบโดยใช้ค่าคะแนนความแตกต่างระหว่างเสร็จสิ้นการบำบัด กับระยะติดตามผล พบว่า คะแนนที่มีความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 มีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานที่ 0.848 และ 0.860 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ครั้งที่ 2 การเปรียบเทียบโดยใช้ค่าคะแนนความแตกต่างกันระหว่างก่อนดำเนินโครงการกับระยะติดตามผล พบว่า มีค่าความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 และมีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน .848 และ .693 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ครั้งที่ 3 การเปรียบเทียบโดยใช้ค่าคะแนนความแตกต่างกันระหว่างก่อนดำเนินโครงการกับระยะเสร็จสิ้นการบำบัด พบ ค่าคะแนนความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 และมีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน .860 และ .693 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุป การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ ของการจัดแต่ละครั้ง พบว่า การวัดครั้งที่ 2 กับ 3, ครั้งที่ 1 กับ 3, และครั้งที่ 1 กับ 2 มีความแตกต่างกัน ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 11

ตารางที่ 11 แสดงการเปรียบเทียบคะแนน ค่าเฉลี่ยรายคู่ของทักษะการแก้ปัญหา โดยใช้สถิติ Pairwise Comparisons

ทักษะการแก้ปัญหา (ครั้งที่)		Mean difference	Std.Error	sig	95%Confidence Interval fordifference	
					Lower bound	Upper bound
ครั้งที่ 1	2	-7.920	.848	.001	-10.103	-5.737
	3	-15.680	.860	.001	-17.893	-13.467
ครั้งที่ 2	1	7.920	.848	.001	5.737	10.103
	3	-7.760	.693	.001	-9.545	-5.975
ครั้งที่ 3	1	15.680	.860	.001	13.467	17.893
	2	7.760	.693	.001	5.975	9.545

P<0.05

บทที่ 5

สรุปผลการศึกษา อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

1. สรุปผลการศึกษา

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของกลุ่มบำบัดการแก้ปัญหาในผู้ป่วยจิตเภทที่มีความคิดฆ่าตัวตาย โดยทำการศึกษาในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ระหว่างเดือน กันยายน 2560 ถึง เดือน มีนาคม 2561 โดยมีกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (F20.0 - F20.9) ตามหลักเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของ ICD-10 ร่วมกับ มีความคิดฆ่าตัวตาย โดย 1) มีคะแนนการประเมินด้วยแบบประเมิน M.I.N.I. - Suicidality และมีค่าคะแนน 1 คะแนนขึ้นไป (ระดับน้อยขึ้นไป) 2) มีค่าคะแนนแบบประเมินอาการทางจิต (BPRS) น้อยกว่า 36 คะแนนลงมา 3) ร่วมกับการประเมินทักษะการแก้ปัญหาที่ใช้ในการดำเนินชีวิตประจำวัน 4) ยินดีและสมัครใจเข้าร่วมในโครงการ ที่เข้ารับบริการเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์เก็บข้อมูลในช่วงเดือน พฤศจิกายน - ธันวาคม พ.ศ. 2560

การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง เพื่อเข้ารับบำบัดกลุ่มการแก้ปัญหาโดยเป็นวิจัยเปรียบเทียบในกลุ่มเดียวกันไม่เป็นอิสระต่อกัน กลุ่มตัวอย่าง 1 กลุ่ม วัด ก่อน - หลัง ในการให้การบำบัด โดยกำหนดค่าระดับนัยสำคัญที่ 0.05 โดยใช้สูตรในการคำนวณ กลุ่มตัวอย่างโดยการเปิดตารางจาก Polit, D.F. and Hunger, B.P. (1987)

คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยการเปิดตารางได้ 19 ราย และได้เก็บข้อมูลเพิ่มเติมมากกว่าที่กำหนด ร้อยละ 20 เพื่อชดเชยการออกจากกลุ่มในระหว่างการศึกษาทั้งหมดเป็น $19 + 4 \text{ ราย} = 23 \text{ ราย}$ (เก็บข้อมูลจริง 25 ราย)

การทำกลุ่มบำบัดการแก้ปัญหาในผู้ป่วยจิตเภทที่มีความคิดฆ่าตัวตาย โดยใช้แนวคิดของ D' Zurilla, 1988 (อ้างในสุวดี ศรีวิเศษ, 2556) บูรณาการกับการศึกษาของ Franco Veltro และคณะ (2011) เพื่อให้เนื้อหากระชับ และตรงกับกลุ่มเป้าหมายมากขึ้น โดยปรับเนื้อหาการทำกลุ่มบำบัดในผู้ป่วยจิตเภทที่มีความคิดฆ่าตัวตาย แบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอนในการทำแต่ละขั้นตอนใช้เวลาประมาณ 60-90 นาที

- | | |
|--------------|--|
| ขั้นตอนที่ 1 | เรื่อง การสร้างสัมพันธภาพ การแสดงออกที่เหมาะสม |
| ขั้นตอนที่ 2 | เรื่อง การหาสาเหตุของปัญหาและการตั้งเป้าหมายของชีวิต |
| ขั้นตอนที่ 3 | เรื่อง การรับรู้ปัญหาทางบวก-ลบ การรวบรวมทางเลือกและการตัดสินใจแก้ปัญหา |
| ขั้นตอนที่ 4 | เรื่อง การทบทวนปัญหาและกิจกรรมทั้งหมด |

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) แบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (M.I.N.I. Suicidality) ฉบับภาษาไทยของพันธุภา กิตติรัตนไพบูลย์ และมธุริน

คำวงศ์พัน (2548) 3) แบบประเมินทักษะการแก้ปัญหา Problem. Solving Inventory (PSI) มีทั้งหมด 23 ข้อ 4) แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale)

การเก็บข้อมูล แบ่งเป็น 4 ขั้นตอน 1) ขั้นเตรียมการทดลองเป็นขั้นเตรียมผู้บำบัด และผู้ช่วยผู้บำบัด โดยให้พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ ในการทำงาน ในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ 25-30 ปี มีการฝึกทำกลุ่มร่วมกัน ในการเป็นผู้นำกลุ่มและผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม 2) การดำเนินการบำบัด กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ได้รับการเตรียมกลุ่มตัวอย่าง เช่น การสร้างสัมพันธภาพ การชี้แจงวัตถุประสงค์ และระยะเวลาในการเข้าร่วมโครงการ จนถึงระยะติดตามผล เมื่อกลับไปอยู่ ในชุมชน 1 เดือน โดยก่อนการทำกลุ่มแก้ปัญหาในผู้ป่วยจิตเภทให้กลุ่มตัวอย่างได้เข้าใจยินยอมเข้าร่วมโครงการ มีการประเมินก่อนเข้าร่วมโครงการ แบบการประเมินข้อมูลทั่วไป แบบประเมินทักษะการแก้ปัญหา และแบบประเมินอาการทางจิต 3) ระยะสิ้นสุดการทดลอง โดยระยะนี้หลังจากเสร็จสิ้นกลุ่มบำบัด ได้มีการประเมินอาการทางจิต และประเมินทักษะการแก้ปัญหา และมีการนัดหมายกลุ่มตัวอย่างเมื่อกลับไปอยู่ในชุมชน ($\approx$ 4 สัปดาห์) ตามนัดการรับยาของโรงพยาบาล 4) ระยะติดตามการบำบัด 1 เดือน โดยมีการประเมินการแก้ปัญหา การติดตามความแบบประเมินอาการทางจิต แบบประเมินความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย

ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่มาตามนัด ผู้ศึกษาวิจัยจะมีการติดตามโดยใช้โทรศัพท์ภายใน 5 วันทำการ เพื่อประเมินอาการและติดตามให้มาพบแพทย์ตามนัดหมายไว้

2. ผลการศึกษา

2.1. ข้อมูลทั่วไป ของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มีความคิดฆ่าตัวตาย และรับไว้รักษาในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จำนวน 25 คน ($n=25$) เป็นเพศชาย 18 คน คิดเป็นร้อยละ 72 เพศหญิง 7 คน คิดเป็นร้อยละ 28 อายุของกลุ่มตัวอย่างมากที่สุด 64 ปี น้อยที่สุด 20 ปี ส่วนใหญ่จะอยู่ในช่วง 20-29 คน อายุเฉลี่ย 35.44 ปี ($SD = 7.38$) สถานภาพสมรสโสด จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 76 รองลงมาเป็นสถานภาพสมรสคู่ จำนวน 4 คนคิดเป็นร้อยละ 16 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 11 คนคิดเป็นร้อยละ 44 รองลงมาเป็นมัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 6 คนคิดเป็นร้อยละ 24 และจบมัธยมปลาย ปวช. ปวส. รวม จำนวน 8 คนคิดเป็นร้อยละ 32 ส่วนใหญ่ อาชีพเกษตรกร จำนวน 12 คนคิดเป็นร้อยละ 48 รองลงมาเป็นอาชีพรับจ้างจำนวน 4 คนคิดเป็นร้อยละ 16 รายได้ต่อเดือนส่วนใหญ่มีรายได้ไม่แน่นอน จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 64 การรับไว้รักษาในโรงพยาบาล เพิ่งเคยรับไว้รักษาครั้งแรกจำนวน 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 48 และรับไว้รักษาในโรงพยาบาลครั้งรอง(มากกว่า 1 ครั้ง)จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 52 ระยะเวลาในการเจ็บป่วย ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 1-5 ปี จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 40 รองลงมาอยู่ในช่วง 6-10 ปี จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 28 ระยะเวลาของกลุ่มตัวอย่างที่มีความคิดฆ่าตัวตายไม่เกิน 1 เดือน จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 72 รองลงมาอยู่ในช่วง 3-4 เดือน จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 12

2.2. การประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

2.2.1 การประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย จำนวน 25 คน ได้แบ่งระดับความเสี่ยงออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ 1) ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายน้อยมีค่าคะแนน 1-8 คะแนน 2) ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายปานกลางมีค่าคะแนน 9-16 คะแนน 3) ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมาก 17 คะแนนขึ้นไป ในระยะก่อนดำเนินโครงการผลพบว่า มีกลุ่มตัวอย่างที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมาถึงร้อยละ 56 รองลงมาเป็นกลุ่มที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายปานกลางถึงร้อยละ 32 และร้อยละ 12 ตามลำดับ ส่วนระยะติดตามผล พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนประเมินระดับความเสี่ยงน้อย เป็นส่วนมากถึง ร้อยละ 96 และมีร้อยละ 4 (1 ราย) ที่มีค่าคะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอยู่ระดับปานกลาง

2.2.2 การประเมินระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย จำนวน 25 คน พบว่า ก่อนดำเนินโครงการคะแนนเฉลี่ย 18.75 คะแนน การประเมินคะแนนอยู่ในช่วง 6-41 คะแนน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 9.528 ส่วนในระยะติดตามผลได้มีการประเมินระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย พบว่า มีค่าคะแนนเฉลี่ย 4.76 คะแนน การประเมินคะแนนอยู่ในช่วง 4-14 คะแนน และมีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 2.803

2.3. การประเมินอาการทางจิต

2.3.1 การประเมินอาการทางจิต (BPRS) ในผู้ป่วยจิตเภทที่มีความคิดฆ่าตัวตาย จำนวน 25 คน พบว่า ก่อนดำเนินโครงการการประเมินคะแนนอยู่ในช่วง 20-36 คะแนน และคะแนนเฉลี่ยในระยะเสร็จสิ้นการบำบัด การประเมินอยู่ในช่วง 18-30 คะแนน และพบคะแนนเฉลี่ย 23.68 คะแนน และระยะติดตามผล การประเมินอยู่ในช่วง 18-24 คะแนน และมีคะแนนเฉลี่ย 19.72 พบว่า การประเมินอยู่ในช่วงอาการทางจิตทุเลา สามารถเข้าร่วมกลุ่มได้ และทั้ง 3 ระยะมีค่าคะแนนที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2.3.2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ของคะแนนการประเมินอาการทางจิต พบว่า การใช้สถิติ Pairwise Comparisons มีการเปรียบเทียบ 3 คู่ ดังนี้

ครั้งที่ 1 การเปรียบเทียบโดยใช้ค่าคะแนนความแตกต่างกันระหว่างระยะเสร็จสิ้นการบำบัด กับ ระยะติดตามผล พบว่าคะแนนที่มีความแตกต่างกันและมีความเชื่อมั่นที่ ร้อยละ 95 มีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานที่ 1.258 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$)

ครั้งที่ 2 การเปรียบเทียบโดยใช้ค่าคะแนนความแตกต่างกันระหว่างระยะก่อนดำเนินโครงการ กับ ระยะติดตามผล พบว่าคะแนนที่มีความแตกต่างกัน และมีความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 มีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานที่ 1.011 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$)

ครั้งที่ 3 การเปรียบเทียบโดยค่าคะแนนความแตกต่างระหว่างก่อนดำเนินโครงการกับระยะเสร็จสิ้นการบำบัด พบว่าคะแนนที่มีความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 มีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานที่ 1.26 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 6 ดังนี้

สรุป ค่าเฉลี่ยรายคู่ ของการวัดแต่ละครั้ง พบว่า 1 กับ 3, 1 กับ 2, 2 กับ 3 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$)

2.4. การประเมินทักษะการแก้ปัญหา

2.4.1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยรายข้อของแบบประเมินทักษะการแก้ปัญหา (23 ข้อ) ค่าคะแนนเฉลี่ยระยะก่อนดำเนินโครงการ ระยะเสร็จสิ้นการบำบัดและระยะติดตามผล มีความแตกต่างกัน 56.36ม 64.28 และ 72.04 พบค่าคะแนนตามลำดับ ซึ่งหมายความว่าทักษะการแก้ปัญหาดีขึ้นเมื่อมีคะแนนสูงขึ้น

2.4.2 ในการวิเคราะห์ความแปรปรวนของทักษะการแก้ปัญหา พบว่าค่าสถิติ F (Wilks' Lambda) =166.679 และ Sig<0.01 ทำให้สรุปได้ว่า การวัดทั้ง 3 ครั้งมีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญ อย่างน้อย 1 คู่ (P<.05)

2.4.3 จากการทดสอบ Compound Symmetry ซึ่งมีค่าสหสัมพันธ์(Correlation) และความแปรปรวน (Varience) พบค่าสถิติ Mauchly 's W=0.934 และ Sig=0.456 ซึ่งมีค่า α 0.05 จึงสรุปได้ว่า ค่าความแปรปรวนมีลักษณะเป็น Compound Symmetry

2.4.4 การเปรียบเทียบคะแนนค่าเฉลี่ยรายคู่ของทักษะการแก้ปัญหา พบว่า การใช้สถิติ Pairwise Comparisons มีการเปรียบเทียบ 3 คู่ ดังนี้

ครั้งที่ 1 การเปรียบเทียบโดยใช้ค่าคะแนนความแตกต่างระหว่างเสร็จสิ้นการบำบัดกับระยะติดตามผล พบว่า คะแนนที่มีความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 มีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานที่ 0.848 และ 0.860 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ครั้งที่ 2 การเปรียบเทียบโดยใช้ค่าคะแนนความแตกต่างกันระหว่างก่อนดำเนินโครงการกับระยะติดตามผล พบว่า มีค่าความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 และมีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน .848 และ .693 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ครั้งที่ 3 การเปรียบเทียบโดยใช้ค่าคะแนนความแตกต่างกันระหว่างก่อนดำเนินโครงการกับระยะเสร็จสิ้นการบำบัด พบ ค่าคะแนนความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 และมีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน .860 และ.693 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุป การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ ของการจัดแต่ละครั้ง พบว่า การจัดครั้งที่ 2 กับ 3, 1 กับ3, และ1กับ 2 มีความแตกต่างกัน

3. การอภิปรายผล

3.1. ลักษณะข้อมูลทั่วไป ผลการศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท และมีความคิดฆ่าตัวตาย ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มวัยทำงานช่วงต้น คือ เริ่มตั้งแต่อายุ 20-29 ปี ประกอบกับ ความเพียงพอของรายได้ส่วนใหญ่ไม่แน่นอน และเป็นกลุ่มที่มีรายได้น้อย ไม่เกิน 3,000 บาท มีจำนวนถึง 23 คน คิดเป็นร้อยละ 92 สอดคล้องกับการศึกษาของ Fox & Kane, (1996) มาโนช หล่อตระกูล,

(2553), พิเชษฐ์ อุตมรัตน์, (2552) พบว่า โรคจิตเภทส่วนใหญ่พบได้ทั้งชายและหญิง และผู้มีฐานะยากจน หรือ เศรษฐฐานะต่ำ มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคจิตเภทมากกว่า ผู้มีฐานะดีถึง 8 เท่า

3.2. ผลของกลุ่ม PST ต่อผู้ป่วยจิตเภทที่มีความคิดฆ่าตัวตาย จากผลการศึกษาทักษะการแก้ปัญหาเมื่อเปรียบเทียบทั้ง 3 ระยะ ระยะก่อนดำเนินโครงการ ระยะเสร็จสิ้นการบำบัด และระยะติดตามผล พบว่า มีคะแนนการแก้ปัญหาสูงขึ้นตามลำดับ และพบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 5 และพบว่าการประเมินความคิดฆ่าตัวตายลดลง ดังรายละเอียดในตารางที่ 2 เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนดำเนินโครงการกับระยะติดตามผล ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 2 และ 3 สอดคล้องกับการศึกษาของ Franco Veltro, Monica Mazza and et al. (2011) ได้ทำการศึกษาการใช้ PST ในผู้ป่วยจิตเภทที่มีความคิดฆ่าตัวตาย สามารถทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการหยั่งรู้ดีขึ้น ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิตลดลง ลดความวิตกกังวล และฟื้นฟูสภาพการรับรู้ได้ ความเข้าใจดีขึ้น เห็นศักยภาพในการแก้ปัญหา และการวางแผน และไม่มีความคิดฆ่าตัวตาย แต่การทำกลุ่ม PST นี้ต้องเป็นผู้ป่วยที่พ้นระยะเฉียบพลันไปแล้ว สอดคล้องกับการศึกษาว่า อาการทางจิตลดลงตามลำดับ

ผลของกลุ่มบำบัดการแก้ปัญหาในผู้ป่วยจิตเภทที่มีความคิดฆ่าตัวตาย มีค่าคะแนนเฉลี่ยการประเมินทักษะการแก้ปัญหาเพิ่มขึ้นในทุกระยะ เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยได้ทำความเข้าใจกับลักษณะของปัญหา (Problem) มีแนวคิดและมุมมองใหม่ในการแก้ปัญหา (Problem solving) โดยมุมมองใหม่และวิธีการใหม่ในกลุ่มช่วยกันแก้ปัญหาร่วมกัน (Solution) ช่วยทำให้เกิดวิธีการแก้ไขปัญหามากมายมากขึ้น (คู่มือการบำบัดการแก้ปัญหาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์, 2559 สอดคล้องกับ Jozeph Ventura et al. (2013) and Stewart et.al. (2009) ได้ศึกษาไว้ พบว่า การประเมินทักษะการแก้ปัญหา ส่วนใหญ่มีการแก้ปัญหาดีขึ้น และเมื่อการเปรียบเทียบการบำบัดโดยปรับความคิดและพฤติกรรม และการบำบัดโดยการแก้ปัญหตามปกติ ในผู้ที่มีความเสี่ยงสูง พบว่า คะแนนการแก้ปัญหาไม่แตกต่างกัน

ผลของกลุ่มบำบัดสามารถช่วยลดความคิดการฆ่าตัวตายได้เนื่องจากการศึกษาของ สุวดี ศรีวิเศษ, 2556 กล่าวว่า ผู้ป่วยที่เข้ากลุ่ม PST มองปัญหาความเป็นจริง คิดว่าปัญหาเป็นเรื่องเหตุการณ์ธรรมดาของชีวิต และเป็นมนุษย์ธรรมดาคนหนึ่ง ถ้าแก้ปัญหาไม่ได้ก็ต้องเรียนรู้เพิ่มทำให้รู้สึกว่า ความคิดฆ่าตัวตายอาจเกิดขึ้นได้กับทุกคนที่มีปัญหาความเข้ามาในชีวิต และผลจากการทำกลุ่มบำบัด พบว่าเกิดการเรียนรู้ แนวทางการแก้ปัญหาของตนเอง และช่วยเหลือผู้อื่นทำให้เกิดแนวทางในการแก้ไขปัญหามากมายมากขึ้น และจากกิจกรรมที่ 4 มีการฝึกทบทวนเหตุการณ์ที่ผ่านมาซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Bannan (2010) ได้ศึกษาเรื่องการบำบัดการแก้ปัญหาแบบกลุ่มในหญิงที่มีความคิดอยากฆ่าตัวตายโดยกินสารพิษ เมื่อได้รับการบำบัดด้วย PST ทำให้กลุ่มที่ได้รับการบำบัดมีการแก้ปัญหาด้านสังคมดีขึ้น เมื่อติดตามผลต่อเนื่องในชุมชน พบว่าการฝึกทักษะการแก้ปัญหาลดลงให้กลุ่มตัวอย่าง มีการแก้ปัญหาย่างมีเหตุผล เช่น การฝึกการแก้ปัญหากจากสถานการณ์ก่อนกลับไปสู่ชุมชนจริง ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ทางบวก ซึ่งในกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ได้รับการ

ฝึกทักษะการแก้ปัญหาจากสถานการณ์ทดลองในกิจกรรมที่ 4 และพบว่าการติดตามผล 1 เดือน ไม่มีผู้ป่วยจิตเภทกลับมารักษาซ้ำ และไม่มีความคิดฆ่าตัวตาย

3.3 ผลของ PST ต่ออาการทางจิต ผลการศึกษาในการประเมินอาการทางจิต ซึ่งมีการประเมินเป็น 3 ระยะ ระยะก่อนดำเนินการ ระยะเสร็จสิ้นการบำบัด และระยะติดตามผล พบว่า การประเมินโดยใช้แบบประเมิน Brief Psychiatric Rating Scale ซึ่งให้กลุ่มตัวอย่างที่เข้ากลุ่มบำบัด ต้องมีคะแนนน้อยกว่า 36 คะแนน คือ อยู่ในช่วงอาการทางจิตทุเลา และพบว่า อาการทางจิต ลดลง ตามลำดับ ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 4 และ ตารางที่ 6 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Joseph Ventura, Shelley R. Tom, and et al. (2013) ได้ศึกษาเรื่องกระบวนการความจำและพฤติกรรมการแสดงออก มีความสัมพันธ์กับการแก้ปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทและศึกษาเปรียบเทียบความสัมพันธ์ด้านระบบประสาทกับอาการทางจิต ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่มีทักษะการแก้ปัญหาดีสัมพันธ์กับอาการทางจิตหรืออาการทางบวกลดลง หรือ อาการทางลบดีขึ้น ทำให้ทักษะการแก้ปัญหาตนเองในชุมชนดีขึ้นด้วย

4. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

- 4.1. ผู้ที่นำผลการวิจัยไปใช้ควรมีพื้นฐานในการทำกลุ่มกิจกรรมและกระบวนการกลุ่มบำบัด จะทำให้การทำกลุ่ม PST มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น
- 4.2. การทำกลุ่ม PST ควรมีการทำต่อเนื่อง แต่ถ้ามีการจำกัดด้วยเวลาควรประยุกต์ใช้เป็นครั้งคราวก็ได้ ควรได้รับการฝึกฝนทั้งนี้ขึ้นกับความร่วมมือของผู้รับบริการร่วมด้วย
- 4.3. ควรมีการส่งต่อข้อมูลในพื้นที่ ที่เฝ้าระวังในกลุ่มเสี่ยงเป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น
- 4.4. ควรมีโปรแกรมการกระตุ้นในระหว่างการติดตามต่อเนื่องในชุมชน

5. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

- ควรมีการติดตามประเมินผลที่ต่อเนื่องมากกว่านี้ เช่น มีการติดตาม 1, 3, 6, 9, 12 เดือน
- ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบกับกลุ่มทดลองผู้ป่วยกลุ่มโรคอื่นๆ เช่น ผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวล ผู้ป่วยจิตเภทที่มีการดำเนินโรคไม่เกิน 2 ปี เป็นต้น

บรรณานุกรม

- พิมพ์ชนา ศิริเหมอนนต์, อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์, อทิตยา พรชัยเกตุ โอว ยอง. การบำบัดการรู้คิด-ปรับพฤติกรรม เพื่อลดอาการทางบวกในผู้ป่วยจิตเภท : การทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อใช้ในการปฏิบัติ. J Psychiatr Assoc Thailand. 2012 jun;57(2):235-48.
- พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์, มธุริน คำวณิน. ความตรงของเครื่องมือวินิจฉัยโรคทางจิตเวช. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2005 Sep;13(3):125.
- มาโนช หล่อตระกูล. การฆ่าตัวตาย การรักษาและการป้องกัน. กรุงเทพฯ: โครงการตำรารามธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล; 2553.
- มาโนช หล่อตระกูล. โรคจิตเภท. 1 st ed. กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล; 2554 (ชุดโครงการตำราและเอกสารทางวิชาการ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์).
- วัชนี หัตถพนม, สายชล ยุบลพันธ์, สุวดี ศรีวิเศษ, สโรชา บางแสง, อิงคภา โคตรนารา. กลุ่มบำบัดโดยแก้ปัญหาในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2556;21(2):98-109.
- ปณยาภา คำบุญเรือง. ผลของการบำบัดโดยการแก้ปัญหาต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภท โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2552:61-7.
- ศิริวรรณ ฤกษ์ธนะขจร. การเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์. 2552.
- สุกฤดียา กุลศรี, เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์. การใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจ ต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท. วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา. 2552.
- สมพร รุ่งเรืองกลกิจ. การทำกลุ่มบำบัดสำหรับพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: คลังนานาวิทยา; 2546.
- สมศรี กิตติพงศ์พิศาล. ศักยภาพการเรียนรู้ของผู้ป่วยจิตเภท. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2013 Sep;21(3):185-7.
- อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. รังสิมันต์ สุนทรไชยา และพีระพนธ์ ลือบุญธวัชชัย. รูปแบบการบำบัดทางจิตสังคมโดยพยาบาลจิตเวชต่อภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตาย ของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชนเมือง กรุงเทพมหานคร. กรุงเทพมหานคร : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2552.

- อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. การบำบัดด้วยกลุ่มและจิตบำบัดกลุ่ม. ใน : การบำบัดรักษาทางจิตสังคม สำหรับโรคซึมเศร้า. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, บรรณาธิการ. กรุงเทพมหานคร : ชนาพรส; 2553:215-33.
- Bell AC, D'Zurilla TJ. Problem solving therapy for depression: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2009; 29(4): 348-53.
- Carlborg A, Winnerback K, Jonsson EG, Jokinen J, Nordstrom P. Suicide in schizophrenia. *Expert Rev Neurother*. 2010 Jul;10(7):1153-64.
- D' Zurilla TJ. Problem – solving therapies. In: Dobson K.S (Ed), *Handbook of cognition behavioral therapies*. London: Hutchinson; 1988.
- D' Zurilla TJ, Nezu AM. Problem-solving therapy: a positive approach to clinical intervention. New York : Springer; Publishing 2007.
- Hor K, Taylor M. Suicide and schizophrenia: a systematic review of rates and risk factors. *J Psychopharmacol*. 2010 Nov;24(4):81-90.
- Mann JJ, Currier D. Suicide and attempted Suicide. In : Fatemi hS, Clayton PJ, (Eds) *The medical basis of psychiatry*. 3rd ed. Humana Press; 2008: 561-76.
- Mary O'Sullivan, MA, Mike Rainsford, MA, DMS, and Nicole Sihera, Msc. *Suicide Prevention in the Community: A Practical Guide*. Health Service Executive; 2011.
- Sri Padma Sari, Wandee Suttharangsee, Weena Chanchong. Sue Turale. Self-Management Family Participation Program for Medication Adherence among Indonesian People with Schizophrenia: A Randomised Controlled Trial Study. *Pacific Rim Int J Nurs Res*. 2014 Dec;18(4):274-89.
- Stewart CD, Quinn A, Plever S, Emmerson B. Comparing cognitive behavior therapy, problem solving therapy and treatment as usual in a high risk population. *Suicide Life Threat Behav* 2009; 39 (5): 538-47.
- Tiihonen J, Wahlbeck K, Lonnqvist J, Klaukka T, Ioannidis JP A, Volavka J, et al. Effectiveness of antipsychotic treatments in a nationwide cohort of patients in community care after first hospitalization due to schizophrenia and schizoaffective disorder: observational follow-up study. *BMJ*. 2006 Jul 29;333(7561):224.
- Veltro F, Mazza M, Vendittelli N, Alberti M, Casacchia M, Roncone R. A Comparison of the Effectiveness of Problem Solving Training and of Cognitive-Emotional

Rehabilitation on Neurocognition, Social Cognition and Social Functioning in People with Schizophrenia. Clin Paract Epidemiol Ment Health. 2011 Jul 7; 7:123-32.

Ventura J, Tom SR, Jetton C, Kern RS. Memory functioning and negative symptoms as differential predictors of social problem solving skills in schizophrenia. Schizophr Res. 2013 Feb;143(2-3):307-11.

World Health Organization. Prevention of suicidal behaviors: feasibility demonstration projects on community interventions of safer access to pesticides 2008. WHO: Geneva; 2008.

World Health Organization. Prevention of suicidal behaviors: feasibility demonstration projects on community interventions for safer access to pesticides. Vol. 2008. Geneva: World Health Organization; 2008.

ภาคผนวก

- ก. โปรแกรมการบำบัดการแก้ปัญหาในผู้ป่วยจิตเภท
ที่คิดฆ่าตัวตาย
- ข. เครื่องมือแบบประเมินที่ใช้ในการวิจัย
- ค. ประวัติผู้วิจัย
- ง. เอกสารรับรองโครงการวิจัย คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยใน
มนุษย์

ภาคผนวก

ก. โปรแกรมการบำบัดการแก้ปัญหในผู้ป่วยจิตเภทที่คิดฆ่าตัวตาย

โปรแกรมกลุ่มบำบัดการแก้ปัญหา (PST) ในผู้ป่วยจิตเภทที่มีความคิดฆ่าตัวตาย ครั้งที่ 1

เรื่อง การสร้างสัมพันธภาพ การรับรู้ต่อการเจ็บป่วย และการแสดงออกที่เหมาะสม
เวลาที่ใช้ 75 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่าง ผู้บำบัดกับสมาชิกในกลุ่ม
2. เพื่อให้สมาชิกรับรู้ ต่อการเจ็บป่วยของตนเอง
3. เพื่อให้สมาชิกรู้จักการสำรวจ อารมณ์ ความรู้สึก และมีการแสดงออกอย่างเหมาะสม

แนวคิด

การให้ผู้ป่วยได้พูด เล่าถึง ประสบการณ์ อารมณ์ ความรู้สึกเป็นการสำรวจความรู้สึกของสมาชิกเอง รวมถึง การรับรู้เรื่องของการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภท และเห็นความสำคัญในการที่จะดูแลการเจ็บป่วยของตนเอง เพราะเห็นอาการเจ็บป่วยจากการบอกเล่า อาการที่คล้ายกับประสบการณ์ของตนเอง และการประเมินในด้านต่างๆ ก่อนเข้ากลุ่มบำบัดแก้ปัญหา

การฝึกการรับรู้ นอกจากการรับรู้เรื่องของการเจ็บป่วยยังต้องฝึกการรับรู้ปัญหาทางบวก เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกที่ดีและเกิดการแสดงออกที่เหมาะสม

ขั้นตอนการทำกลุ่ม

1. ผู้นำกลุ่มกล่าวทักทาย แนะนำตัว แนะนำสมาชิกในกลุ่ม และทุกคนในการทำกลุ่ม โดยเริ่มทักทายด้วยการสวัสดี สมาชิก แนะนำผู้นำกลุ่มผู้ช่วยผู้นำกลุ่มต่อด้วยให้สมาชิกทุกคน และ ผู้บันทึกและคนที่อยู่ในห้องทำกลุ่มทุกคน ตกลงกติกากลุ่มในการทำกลุ่มร่วมกันรวมถึงระเบียบในการเข้ากลุ่ม เพื่อให้สมาชิกได้ฝึกการอยู่ร่วมในสังคมด้วย (ใช้เวลาประมาณ 5 นาที)

2. ผู้นำกลุ่มอธิบายจำนวนครั้งที่เราจะพบในกลุ่มและบอกวัตถุประสงค์ในการทำกลุ่มในวันนี้และตกลงการพูดคุยที่เป็นความลับในกลุ่ม (5 นาที)

3. เกริ่นนำ ถามเรื่องทั่วไป เช่น รู้จักกันหรือยัง มาโรงพยาบาลมากี่วัน จำเหตุการณ์ได้ไหม ระยะเวลาในการเจ็บป่วยประมาณ 3-4 คน และเน้นให้เกิดการพูดคุยในกลุ่ม เพื่อให้เกิดบรรยากาศเป็นกันเอง และสร้างสัมพันธภาพกันในกลุ่ม โดยเริ่มจากซักถามปัญหาที่มา จะแตกต่างหรือคล้ายกับตัวเองอย่างไร แลกเปลี่ยนกันและเล่าสู่กัน (15 นาที)

4. ในสมาชิกที่ยังไม่ยอมรับว่ามีอาการหรือเหตุการณ์ก่อนมาให้สมาชิกได้ฟัง และแสดงความคิดเห็นร่วม และแสดงประสบการณ์ที่มีเพื่อให้สมาชิกได้ยอมรับการเจ็บป่วยของตนเอง (ผู้นำกลุ่มสังเกตเห็นการรับรู้และการเข้าใจตนเอง) (10 นาที)

5. อธิบายเรื่องโรคจิตเภทที่สมาชิกเป็นและมีความคิดฆ่าตัวตาย
6. ผู้นำกลุ่มโยงประเด็นจากประวัติปัญหาการเจ็บป่วยที่เล่ามา โยงเข้าสู่อารมณ์ ความรู้สึก รวมถึงความคิดฆ่าตัวตาย และการแสดงออกของสมาชิกในแต่ละคน (20 นาที)
7. ผู้นำกลุ่มขออนุญาตสมาชิกสัก 1-2 คน เพื่อยกประเด็นปัญหาของสมาชิกมาเป็นตัวอย่าง และพูดคุยกันในเรื่องการแสดงออกของอารมณ์ว่าเหมาะสมหรือไม่ ถ้าไม่เหมาะสมเพราะอะไรถ้าเหมาะสมเพราะอะไร สมาชิกแต่ละคนคิดเห็นอย่างไร และถ้าเป็นสมาชิกเองจะอย่างไรให้แสดงความคิดเห็นบอกและเหตุผล เพื่อประเมินการรับรู้ของสมาชิก (10 นาที)
8. เปิดโอกาสให้สมาชิกได้ซักถามเพิ่มเติม บอกความรู้สึกและประโยชน์ที่ได้รับในกลุ่มวันนี้ ผู้นำกลุ่มสรุปตามวัตถุประสงค์และตามที่สมาชิกได้แสดงความคิดเห็น (5 นาที)
9. ผู้นำกลุ่มเพิ่มเติมเนื้อหาในสิ่งที่ยังไม่ครอบคลุมและมอบหมายให้สมาชิกได้กลับไปทบทวนตามกิจกรรมในวันนี้และนัดหมายเวลาทำกลุ่มในวันถัดไป ผู้นำกลุ่มกล่าวขอบคุณสมาชิกทุกคน ปิดกลุ่ม (5 นาที)

การประเมินผล

1. ประเมินจากการมีส่วนร่วมของสมาชิกในกลุ่ม
2. ประเมินจากการตอบคำถามระหว่างทำกลุ่ม
3. ประเมินจากการแสดงความคิดเห็นของสมาชิกในกลุ่ม

ใบความรู้ 1.1 โรคจิตเภท

โรคจิตเภทที่เป็นภาวะการเจ็บป่วยนี้ ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรม ความคิด ที่แตกต่างจากบุคคลทั่วไป ซึ่งอาการที่พบได้ในภาวะเจ็บป่วย ได้แก่

1. มองโลกผิดไปจากความเป็นจริง ผู้ป่วยจะมีอาการวิตกกังวล สับสน แยกตัวจากสังคม บางครั้งนั่งเป็นหิน ไม่เคลื่อนไหว ไม่พูดจาใดๆ เป็นชั่วโมง หรือ อาจทำอะไรซ้ำๆ ดุมีพฤติกรรมแปลกๆ อยู่ตลอดเวลา
2. ประสาทหลอน ผู้ป่วยจะรู้สึกว่ามีบางสิ่งบางอย่างที่เกิดขึ้นทั้งๆ ที่ความจริงไม่มีสิ่งเหล่านี้เกิดขึ้น เช่น ได้ยินเสียงคนมาคุยมาเตือน หรือมาตำหนิในเรื่องต่างๆ ทั้งๆ ที่ความจริงไม่มีคนพูดหรือไม่มีต้นกำเนิดเสียงเหล่านี้เลย ซึ่งเริ่มถอดอย่างว่า “ภาพหลอน”
3. ความคิดหลงผิด เป็นความเชื่อของผู้ป่วยที่ผิดไปจากความเป็นจริง และไม่ได้เป็นความเชื่อในวัฒนธรรมของผู้ป่วย ในผู้ป่วยจิตเภทนี้มักจะแปลงประหลาดมาก เช่น เชื่อว่าพฤติกรรมของคนอื่นบังคับให้เป็นไปด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าจากต่างดาว เชื่อว่าความคิดของตนแพร่กระจายออกไปให้คนอื่น ๆ ที่ไม่รู้จักรับรู้ได้ว่าตนคิดอะไรอยู่หรือเชื่อว่าวิทย์หรือโทรทัศน์ต่างก็พูดถึงตัวผู้ป่วยทั้งๆ ที่ในความเป็นจริงไม่ได้เป็นอย่างนั้น

4. ความคิดผิดปกติ ผู้ป่วยจะไม่สามารถคิดแบบมีเหตุมีผลได้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยพูดคุยกับคนอื่นไม่ค่อยเข้าใจ เมื่อคนอื่นคุยผู้ป่วยก็จะไม่ค่อยเข้าใจเช่นกัน ส่งผลให้ผู้ป่วยถูกแยกให้อยู่คนเดียว

5. การแสดงอารมณ์ไม่เหมาะสม ผู้ป่วยมักแสดงอารมณ์ไม่เหมาะสมกับเรื่องที่กำลังพูด เช่น พูดว่าตนกำลังถูกปองร้ายจะถูกเอาชีวิต ซึ่งขณะพูดก็หัวเราะอย่างตลกขบขัน พบได้บ่อยกับผู้ป่วยจิตเภทจะไม่ค่อยแสดงสีหน้า หรือ ความรู้สึกใดๆ รวมทั้งการพูดก็จะใช้เสียงระดับเดียวกันตลอดไม่แสดงน้ำเสียงใดๆ (Monotone)

6. การฆ่าตัวตาย ซึ่งเป็นเรื่องที่อันตรายมาก สำหรับผู้ป่วยจิตเภท พบว่า มีการฆ่าตัวตายสูงมาก โดยเฉพาะเป็นโรคจิตเภทในช่วงปีแรกต้องให้การรักษาอย่างเร่งด่วน

อาการของผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่จะเป็นเรื้อรัง จะมีบางคนเป็นเพียงช่วงเวลาสั้นๆ และสามารถหายเป็นปกติได้ แต่ต้องการการรักษาที่ต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน (www.mahidol.ac.th)

ใบความรู้ที่ 1.2

เรื่อง การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย

การรู้จักตนเอง การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเอง ในผู้ป่วยจิตเภท ถ้าอาการยังไม่ดีขึ้นจะทำให้การรับรู้ไม่ดีด้วย ส่งผลทำให้ไม่รู้ว่าตนเจ็บป่วย บางคนไม่ให้ความร่วมมือกับการรักษา ผู้ป่วยบางคนใช้กลไกทางจิต ไม่ยอมรับการเจ็บป่วย ในกลุ่มนี้ส่วนใหญ่การรักษาจะไม่ได้ผลและผู้ป่วยก็ไม่สนใจตนเอง แต่อีกกลุ่มหนึ่งที่ให้ความร่วมมือกับการรักษา อาการทางจิตก็ลดลง การรับรู้กับการเจ็บป่วย ก็ดีขึ้น บอกอาการของตนเองได้ ทำให้การรักษาได้ผล และการร่วมมือและเห็นความสำคัญในการเข้ากลุ่มบำบัด ในกลุ่มนี้จากการศึกษา พบว่า ทำให้ผู้ป่วยมี

การศึกษา พบว่า ทำให้ผู้ป่วยมี

1. การจำได้ในสิ่งต่างๆ ที่ผ่านมา
2. การให้ความร่วมมือกับการรักษา
3. ทำให้ความสามารถในการแก้ปัญหาในอาการของตนดีขึ้น

ใบกิจกรรมที่ 1

คำชี้แจง ให้ตอบคำถามตามใบกิจกรรม

ประเด็น การรับรู้ต่อการเจ็บป่วยโดยให้ใส่ข้อมูลของตนเอง

1. ชื่อ..... สกุล..... อายุ.....ปี
2. ที่อยู่.....

☐ บ้านตนเอง

☐ บ้านเช่า

☐ อาศัยผู้อื่น

☐ อยู่กับพ่อ-แม่

☐ อยู่กับสามี - ภรรยา

☐ อื่นๆ.....
3. งานที่รับผิดชอบที่ตนเคยทำก่อนมาโรงพยาบาล

☐ งานบ้าน

☐ ไม่ได้ทำอะไร

☐ ทำงานนอกบ้าน

☐ อื่นๆ.....
4. รู้สึกไวใจกับใครบ้าน (เรียงลำดับตามตัวเลข)

☐ พ่อ-แม่

☐ ลูกชาย - ลูกสาว

☐ สามี-ภรรยา

☐ อื่นๆ.....
5. สิ่งที่ทำให้รู้สึกดีใจหรือภูมิใจหรือมีความสุขในชีวิต
 1.
 2.
 3.
 4.
 5.
6. สิ่ง que รู้สึกเป็นทุกข์ หรือไม่สบายใจ เป็นทุกข์มาก
 1.
 2.
 3.
 4.
 5.
7. ให้ออกเล่าอาการที่แสดงออกเวลาเจ็บป่วย
 1.
 2.
 3.
 4.

8. การเจ็บป่วยของท่านส่งผลกระทบต่อคนอื่นหรือไม่ อะไรบ้าง

1.

2.

3.

9. ท่านคิดว่าป่วยเป็นอะไร

1.

2.

10. ท่านคิดว่า ท่านต้องรักษาหรือไม่

☐ ยอมรับ

☐ ไม่ยอมรับ (เพราะอะไร).....

11. ท่านคิดว่า ท่านต้องรักษาหรือไม่

☐ รักษา

☐ ไม่ต้องทำอะไร

12. ท่านจะให้ความร่วมมือในการรักษาอย่างไร

☐ 1.....

☐ 2.....

☐ 3.....

☐ 4.....

ครั้งที่ 2

เรื่อง การหาสาเหตุของปัญหาและการตั้งเป้าหมายของชีวิต

เวลาที่ใช้ 75 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกฝึกการคิดหาสาเหตุของปัญหา
2. เพื่อให้สมาชิกรู้จักการทำความเข้าใจกับปัญหา
3. เพื่อให้สมาชิกรู้จักเป้าหมายของชีวิต
4. เพื่อให้สมาชิกเข้าใจและรับรู้ปัญหาของตนเอง

แนวคิด

บุคคลที่มีความหวัง และมีเป้าหมายของชีวิต จะเป็นคนที่มีความมุ่งมั่น มีแรงจูงใจ มีความกระตือรือร้น และการที่ผู้ป่วยจิตเภทจะรู้ว่าเป้าหมายของชีวิตคืออะไรนั้น บางครั้งต้องทบทวนว่าปัญหาที่มากลุมคืออะไร และเราต้องการอะไร ถ้ารู้สาเหตุของปัญหาและวางแผนเพื่อให้สู่เป้าหมายของชีวิต และถ้าได้รับการส่งเสริม ให้กำลังใจ การประคับประคอง และสามารถควบคุมสถานการณ์ได้ ผู้ป่วยยังเพิ่มความมั่นใจ และเกิดความหวัง ต่อสู้กับสถานการณ์เพื่อจะให้ได้ไปถึงเป้าหมายที่ตั้งใจและเกิดการแก้ปัญหาอย่างเหมาะสมต่อไป

ขั้นตอนการทำกลุ่ม

1. ผู้นำกลุ่มกล่าวสวัสดี ทักทายสมาชิกโดยการเรียกชื่อของสมาชิกและกล่าวทักทายทั่วไป เพื่อให้บรรยากาศผ่อนคลาย บอกวัตถุประสงค์ในการทำกลุ่มบำบัดวันนี้ ตกลงกติกา และระเบียบในการทำกลุ่ม (5 นาที)
2. ผู้นำกลุ่มเกริ่นนำ ถามถึง การทบทวนการที่ให้ไว้มีสมาชิกท่านใดที่ไปทบทวนไว้บ้าง ให้พูดและแสดงความคิดเห็น ผู้นำกลุ่มพูดถึงปัญหาของสมาชิก โดยขออาสาสมัครที่จะพูดประเด็นปัญหาของตนเองก่อน เพื่อนำมาช่วยกันคิดหาสาเหตุ และมุมมองของสมาชิกในทีม (25 นาที)
3. ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกได้รับรู้ปัญหาของตนเองว่ามีอะไรบ้างเพื่อให้เกิดการรับรู้ทางบวก เช่น ยังมีญาติพี่น้องที่ช่วยเหลือสมาชิก โชคดีที่ได้รับการดูแลรักษา พามาโรงพยาบาลและตอนนี้ได้ฝึกคิด เพื่อนำไปใช้แก้ปัญหาอีก ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกจนกว่าอย่าง ฝึกการคิดบอกที่พบได้ในชีวิตประจำวัน 10 นาที)
4. ผู้นำกลุ่ม ยกตัวอย่างความคิดทางลบ ซึ่งมีผลกระทบทำให้เครียด คิดมาก มีแต่สิ่งไม่ดีเข้ามาในความคิด ทำให้หน้าตาไม่สดชื่น ไม่มีคนอยากพูดคุยด้วย ผู้นำกลุ่มถามสมาชิกในชีวิตจริงถ้าเลือกได้จะเลือก

ความคิดแบบโน้�ระหว่าง คัดบวก แล้วมีคนคุยด้วยใครก็อยากมาหา กับคิดลบ แต่อยู่คนเดียวไม่มีใครคบ (10 นาที)

5. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกทบทวนกับปัญหาของตนเอง และคิดถึงเป้าหมายของชีวิตว่า สมาชิกต้องการอะไรในชีวิต ผู้นำกลุ่มกระตุ้นและแสดงความคิดเห็นร่วมด้วยว่าเหตุผลอะไร (15 นาที)

6. ผู้นำกลุ่มสรุปเนื้อหาที่พูดมาก และให้การบ้านเพื่อไปทบทวนเรื่องของเป้าหมายของชีวิต จะมีการวางแผนอย่างไรเป้าหมายของตนเองจึงจะสำเร็จ (5 นาที)

7. ผู้นำกลุ่มเปิดโอกาสให้สมาชิกถาม และของคูลสมาชิกทุกคนที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีนัดหมายสวัสดี (5 นาที)

การประเมินผล

1. การมีส่วนร่วมในกลุ่ม
2. การแสดงความคิดเห็นของสมาชิก
3. การให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม
4. การสรุปปัญหาและเป้าหมายชีวิตของสมาชิก

ใบความรู้ 2

การสร้างเป้าหมายชีวิต

บุคคลที่มีเป้าหมายของชีวิต จะทำให้มีความมุ่งมั่นมีแรงจูงใจมีความกระตือรือร้น และผู้ป่วยจิตเภทจะมีปัญหาเรื่องของการรับรู้ ดังนั้นถ้ามีปัจจัยสิ่งแวดล้อมมากมาย จะทำให้การแก้ปัญหาไม่ดี ตัดสินใจผิดพลาดได้ ดังนั้นการที่จะทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีเป้าหมาย เกิดความหวัง ต้องมีการกระตุ้นประคอง ส่งเสริมให้กำลังใจ จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ ส่งผลให้เกิดความหวังและสามารถวางแผนเพื่อสู่เป้าหมายของชีวิตได้

ในการสร้างเป้าหมายชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทนี้ เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยรู้จักการคาดหมายในข้างหน้า เกิดเป้าหมายว่าเขาอยู่เพื่อใคร และรู้จักการให้ความสำคัญกับตนเอง รู้จักการพูดคุยกับผู้อื่น เกิดพฤติกรรมที่แสดงออกเหมาะสม และเมื่อมีปัญหาสามารถคิดหรือแสวงหาความช่วยเหลือได้

ชื่อ.....

ใบกิจกรรมที่ 2

คำชี้แจง ให้สมาชิกตอบคำถามในแต่ละข้อ ความคิดเห็นและความรู้สึกของตนเอง

1. เป้าหมายของชีวิตของท่าน

1.
2.
3.

2. ให้ท่านบอกเป้าหมายของชีวิตที่ได้มาจากใคร (สิ่งที่รัก/ สิ่งที่ต้องการ/ สิ่งที่เป็นกำลังใจ)

1.
2.
3.
4.
5.

3. ท่านวางแผนอย่างไรเพื่อให้ได้ตามเป้าหมายชีวิตของท่าน (หลัง กลับไปอยู่บ้าน)

1.
2.
3.

4. สิ่งที่ท่านได้ช่วยเหลือหรือทำประโยชน์ให้กับตนเองและผู้อื่นมีอะไรบ้าง

1.
2.
3.
4.

5. ปัญหาหรืออุปสรรคที่อาจจะเกิดขึ้นเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

ปัญหาหรืออุปสรรค	การแก้ปัญหาของท่าน
1.	1.
2.	2.
3.	3.
4.	4.

6. คนใกล้ชิดที่สามารถช่วยเหลือในการจัดการปัญหาที่เกิดขึ้น (อดีต)

1.
2.
3.

7. ถ้าเป็นปัจจุบันและพบปัญหาตามข้อ 5 ท่านจะจัดการอย่างไร

1.
2.
3.
4.

8. ประโยชน์ที่ได้รับในการเข้ากลุ่มบำบัด

1.
2.
3.

ครั้งที่ 3

เรื่อง การรับรู้ปัญหาทางบวกและทางลบกับการตัดสินใจในการแก้ปัญหา

เวลาที่ใช้ 75 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกมีทางเลือกในการแก้ปัญหา
2. เพื่อให้สมาชิกตัดสินใจในการแก้ปัญหาได้โดยมีเหตุผล
3. เพื่อให้สมาชิกตัดสินใจตามความเหมาะสมกับปัญหาของตัวเอง

แนวคิด

กิจกรรมนี้เป็นการให้สมาชิกมีทางเลือกในการแก้ปัญหา และให้สมาชิกแก้ปัญหาได้แบบสมเหตุสมผล กิจกรรมนี้เป็นการนำไปใช้ขณะอยู่ที่บ้าน เพราะฉะนั้นการประเมินต้องประเมินหลังจากทำกลุ่มเสร็จ และนำความรู้ที่ได้ไปใช้ที่บ้าน เพื่อจะได้ประเมินตนเองว่าใช้การแก้ปัญหาเหมาะสมหรือไม่ กิจกรรมนี้จะเป็นการช่วยปรับความคิด และพฤติกรรมการแสดงออก ดังนั้น ถ้าสมาชิกมีความเชื่อมั่นในตนเองกลับไปในชุมชนก็จะสามารถปรับตัวอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม

ขั้นตอนการทำกลุ่ม

1. ผู้นำกลุ่มกล่าวสวัสดิ์ ทักทายสมาชิก พุดคุยทั่วไป เพื่อให้เห็นถึงการรู้จัก จำได้ ทำให้บรรยากาศผ่อนคลาย บอกวัตถุประสงค์ในการทำกลุ่มวันนี้ ตกลงกติกา ระเบียบในการเข้ากลุ่ม (5 นาที)
2. ผู้นำกลุ่มทบทวนกลุ่มที่ผ่านมา และเกริ่นนำถึงทางเลือกที่สมาชิกมีประสบการณ์เคยใช้มาในอดีต และบอกผลดี ผลเสียที่เกิดขึ้น แลกเปลี่ยนความคิดเห็นในกลุ่มบำบัดในแต่ละคน กระตุ้นให้กลุ่มแชร์ประสบการณ์กัน (30 นาที)
3. ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกถ้ามองย้อนอดีต เล่าปัญหาที่ผ่านมา และถามวิธีแก้ปัญหาในปัจจุบัน จะทำอะไร เพราะอะไร (10 นาที)
4. สมมุติเหตุการณ์ถ้าเกิดขึ้นอีกครั้ง สมาชิกในกลุ่มจะใช้วิธีการตัดสินใจการแก้ปัญหาอย่างไร เพราะอะไร และให้สมาชิกในกลุ่มแสดงความคิดเห็นร่วมว่าเหมาะสมหรือไม่อย่างไร 25 นาที
5. ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกช่วยกันสรุปในกลุ่มวันนี้ถ้าสมาชิกถึงประโยชน์ที่ได้รับนัดหมายสมาชิก พบกันในกลุ่มครั้งต่อไป (5 นาที)

ประเมินผล

1. การมีส่วนร่วมของสมาชิกในกลุ่ม
2. การแสดงความคิดเห็นในกลุ่ม
3. การทบทวนการบ้านที่มอบหมาย

ความรู้ที่ 2.1

การรับรู้ปัญหาทางบวกและทางลบ

1. การรับรู้ปัญหาทางบวก เป็นรูปแบบการแก้ปัญหาที่สร้างสรรค์ ทำหาย เชื่อในความสามารถของบุคคลที่จะแก้ปัญหาได้สำเร็จ (คนมีความสามารถในการแก้ปัญหา) การที่จะรับรู้ปัญหาทางบวก บุคคลจะต้องมีความคิดทางบวก โดยมองผ่านข้อเสียแล้วหาข้อดีให้ได้และนำข้อดีที่พบมาขยายและใช้ต่อ เป็นการนำความสุขมาสู่ตนเองโดยการตั้งเป้าหมายชีวิตที่สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริงของชีวิตตน มีสติอยู่กับปัจจุบัน รู้ว่าตนเองกำลังทำอะไร เพื่ออะไร มองโลกในแง่ดีตามความเป็นจริง โดย

1.1 มองปัญหาว่ามีทางแก้ไข เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้นให้มองว่า “เกิดความผิดพลาดที่ใดมากกว่า “ใครเป็นคนผิด”

1.2 หาสิ่งตอบแทนจากการสูญเสียความผิดพลาดที่เกิดขึ้นเปรียบเสมือนครูที่จะสอนแนวทางให้แก่ตนเองหรือมองว่าอุปสรรคหรือปัญหาเป็นบทเรียนที่ทำให้เราเข้มแข็งพัฒนาตนเองได้มากขึ้น

1.3 มีอารมณ์ขัน การเผชิญสถานการณ์ แม้ว่าจะลำบากก็ยังยิ้มและสนุกกับการเผชิญสถานการณ์ได้

1.4 รู้จักนำหลักพุทธศาสนามาใช้ เช่น การรู้จักปล่อยวาง ไม่ยึดติด การฝึกหัดเมตตา ให้อภัย จะทำให้จิตใจเรามีความสุขมากขึ้น ไม่ยึดติดกับสถานการณ์ในอดีต และตั้งความหวังกับอนาคต ไม่นำอดีตและอนาคตมาคิดปรุงแต่งให้ฟุ้งซ่านไปต่างๆ นานา ให้อยู่กับปัจจุบันมากที่สุด ตัวอย่างการคิดบวก เช่น เกิดมาครบ 32 ประการดีกว่าเกิดมาพิการ โชคดีที่มีพ่อ แม่ ญาติ พี่ น้อง พามารักษาที่โรงพยาบาลเวลาเจ็บไข้ได้ป่วย

2. การรับรู้ปัญหาทางลบ เป็นรูปแบบการแก้ปัญหาที่ไม่เหมาะสม และเป็นอุปสรรค คุกคามความสุข มองตนเองมีความสามารถในการแก้ปัญหาต่ำ กลายเป็นความรู้สึกคับข้องใจและว่าุ่นใจโดยง่ายเมื่อต้องเผชิญกับปัญหา บุคคลจะมีความคิดทางลบ เป็นความคิดที่นำความทุกข์มาสู่ตน โดย

2.1 การตั้งความหวังสูงเกินไปต่อตนเอง ต่อคนอื่น ต่อโลกภายนอก “ฉันจะทำให้ดีกว่านี้” “คนอื่นน่าจะเห็นความสำคัญของงานที่ฉันทำ”

2.2 การตำหนิตนเองต่อสิ่งที่ทำผิดพลาดไป เช่น “ดูซิ เรื่องนี้เรื่องเดียวทำให้ฉันไม่อยากคุยกับใคร” “ฉันไม่น่าทำอย่างนี้เลย”

2.3 การไม่อยู่กับปัจจุบัน คนที่คิดในทางลบ มักคิดอยู่กับอดีต หมกมุ่นกับความทุกข์ของตนเอง คิดถึงแต่สิ่งที่ตนเองจะได้รับ การรับรู้โลกภายนอกแคบ ขณะเดียวกันก็มีกวิตกกังวลกับอนาคตที่ยังมาไม่ถึง ชีวิตจึงไม่มีความสุข เกิดความเครียดตามมา

การให้ความหมายใหม่ต่อปัญหา

เมื่อเราพบปัญหาอุปสรรคต่างๆ ก็ให้คิดว่าเป็นโอกาสที่จะฝึกฝนให้ตัวเรามีความเข้มแข็งทางด้านจิตใจ ช่วยให้เข้าใจชีวิตมากขึ้น เช่น ปัญหาการเจ็บป่วยต้องมาอยู่โรงพยาบาลการให้ความหมายใหม่ คือ เป็นโอกาสที่ดีที่ได้มารักษาตัว ได้มาอยู่ใกล้หมอใกล้พยาบาลดีกว่าคนอื่น ที่ไม่ได้รับการรักษาอาจต้องป่วยหนักและรักษาไม่ได้ ได้มีเพื่อนใหม่ หรือปัญหาไม่มีงานทำ ตกงาน การให้ความหมายใหม่ คือ ทำให้เราได้หาทางพัฒนาตนเองเพิ่มขึ้น อาจทำให้เราได้งานดีกว่าเดิม มีอาชีพที่เหมาะสมกับเรามากขึ้น ถ้าสามารถทำงานหารายได้ด้วยตนเอง ก็ไม่ต้องเป็นลูกน้องใคร เป็นนายตัวเองและมีอาชีพอิสระ เช่น ทำการเกษตร ค้าขาย เป็นต้น

ความรู้ที่ 2.2

การพูดกับตนเองทางบวก

การพูดกับตนเองทางบวก คือลักษณะคำพูดที่ใช้กับตนเอง ซึ่งเกิดจากความเชื่อ ความรู้สึกและประสบการณ์ อาจเป็นการพูดกับตนเองในใจอย่างเงียบๆ หรือพูดออกเสียงกับตนเอง โดยลักษณะคำพูดนั้นมีเหตุผลอยู่บนพื้นฐานความเป็นจริง เป็นไปได้ในปัจจุบัน ช่วยให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่นในตนเองมีความหวังต่ออนาคต โลก และสิ่งแวดล้อม เมื่อใจเราคิดอย่างไร เรื่องก็จะเป็นอย่างนั้น

ขั้นตอนการฝึกพูดกับตนเองทางบวก

1. เขียนประโยคที่จะพูดกับตนเองในกระดาษ โดยใช้คำขึ้นต้นว่า “ฉัน” ในการพูดกับตนเอง
2. อ่านออกเสียงประโยคเหล่านั้น
3. ฟังเสียงตนเองจากการอ่านประโยคนั้น
4. ทำความเข้าใจกับประโยคดังกล่าวและปรับความคิดของตนเอง เพื่อให้ประโยคเหล่านั้นเข้าไปอยู่ในความคิด
5. อ่านออกเสียงประโยคเหล่านั้นอย่างจริงจังจนน่ากระจก ให้เป็นเหมือนกับว่ากำลังฟังใครสักคนพูดกับตัวเอง เพราะการอ่านออกเสียงหน้ากระจก จะเป็นวิธีการจูงใจที่ช่วยให้เรารู้สึกเหมือนได้พูดกับตัวเองจริงๆ

ตัวอย่างคำพูดกับตัวเองทางบวก

- ฉันทำได้
- ฉันจะไม่ยอมแพ้ต่อชีวิต
- ฉันสามารถทำให้ชีวิตของฉันดีกว่าเดิมได้
- ฉันสามารถแก้ปัญหานี้ได้
- ถ้าฉันแก้ปัญหานี้ได้ ฉันจะเป็นคนเข้มแข็ง
- ฉันภูมิใจในตนเอง
- ความรู้สึกเศร้าเป็นเรื่องธรรมดา
- ฉันสามารถขอความช่วยเหลือ ถ้าจำเป็น
- ฉันสามารถทำได้
- ฉันเริ่มต้นใหม่ได้
- ฉันจะรักษาตัวเองให้หายป่วย
- ฉันจะทำให้สำเร็จ
- ฉันจะต้องประสบความสำเร็จในชีวิต

ชื่อ.....

ใบกิจกรรมที่ 3

คำชี้แจง ให้ท่านตอบคำถามตามความเป็นจริง

คำชี้แจง ให้ท่านตอบคำถามตามความเป็นจริง

1. ปัญหาของท่านคืออะไร (ให้ระบุปัญหา)

.....

.....

.....

2. ท่านคิดว่าสาเหตุของปัญหาคืออะไร

1.

2.

3.

3. เป้าหมายของการแก้ปัญหาคืออะไร

.....

.....

4. การรับรู้ปัญหาของท่าน รู้สึกอย่างไรกับปัญหาที่เกิดขึ้น

.....

.....

5. ถ้าให้ท่านคิดบวกกับปัญหาท่านจะพูดและรู้สึกอย่างไร

.....

.....

.....

6. ท่านจะแก้ปัญหานี้อย่างไรบ้าง

1.

2.

3.

7. ท่านได้เรียนรู้กับปัญหานี้อย่างไรบ้าง

.....

.....

8. ท่านคิดว่าท่านจะกลับไปปฏิบัติตามการแก้ปัญหาที่บอกไว้ได้หรือไม่

☐ ได้ เพราะ.....

☐ ไม่ได้ เพราะ.....

9. ประโยชน์ที่ได้รับในการเข้ากลุ่ม

1.

2.

3.

ครั้งที่ 4

เรื่อง การทบทวนปัญหาและกิจกรรมทั้งหมด

เวลา 75 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกได้ฝึกการแก้ปัญหาของตนเอง
2. เพื่อให้สมาชิกได้ทดลองการใช้บทบาทสมมุติก่อนจำหน่ายกลับสู่ชุมชน
3. เพื่อให้สมาชิกได้ทบทวนกิจกรรมทั้งหมดที่ผ่านมา

แนวคิด

กิจกรรมนี้เป็นการทบทวนปัญหา และกิจกรรมทั้งหมด ตั้งแต่กิจกรรมที่ 1 เรื่องการสร้างสัมพันธภาพ การรับรู้ต่อการเจ็บป่วย ครั้งที่ 4 เป้าหมายหลักคือ ผู้ป่วยต้องยอมรับเรื่องการเจ็บป่วยบอกเล่าอาการได้และมีการรับรู้ที่ดี เพื่อให้รู้จักดูแลตนเอง เกิดพฤติกรรมและการแสดงออกที่เหมาะสม กิจกรรมที่ 2 เรื่อง การหาสาเหตุของปัญหาและการตั้งเป้าหมายของชีวิต ผู้ป่วยในกลุ่มต้องบอกเป้าหมายตนเองได้ และแนวทางในการเดินทางไปถึงเป้าหมาย ผู้นำกลุ่มต้องส่งเสริมให้กำลังใจเพื่อเสริมสร้างความมั่นใจ และเกิดความรู้สึกว่ามีคนคอยดูแลช่วยเหลือเวลามีปัญหา กิจกรรมที่ 3 การรับรู้ปัญหาทางบวกและทางลบกับการตัดสินใจในการแก้ปัญหา การบำบัดครั้งนี้ เน้นที่ผู้ป่วยในการเลือกการแก้ปัญหาและการให้เหตุผล เพื่อให้สามารถปรับตัวเข้ากับชุมชนและดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสม

ขั้นตอนการทำกลุ่ม

1. ผู้นำกลุ่มทักทาย กล่าวสวัสดิทามชิกทุกคน บอกวัตถุประสงค์กติกากลุ่มและระเบียบในการเข้ากลุ่มวันนี้ (5 นาที)
2. ทบทวนกิจกรรมที่ผ่านมาและกระตุ้นสมาชิกเรื่องของการบ้านที่ให้ได้ (5 นาที)

3. ผู้นำกลุ่มได้กระตุ้นให้สมาชิกทุกคนให้อาสาสมัครเสนอปัญหาและเล่าถึงการแก้ปัญหาที่ผ่านมา รวมถึงผลกระทบที่เกิดขึ้น ประโยชน์ที่ได้รับ และกระตุ้นโดยการถามสมาชิกถ้าเป็นวันนี้เหตุการณ์นั้นขึ้น สมาชิกจะแก้ปัญหาอย่างไร รวมถึงตามผลที่เลือกการแก้ปัญหานั้น (10 นาที)

4. ผู้นำกลุ่ม คัดเลือกปัญหาขึ้นมาสัก 2-3 เหตุการณ์ของสมาชิกในกลุ่มและนำมาให้สมาชิกได้ทดลองสถานการณ์โดยใช้บทบาทสมมติ หลังจากนั้นบ้างร่วมกันแสดงความคิดเห็นว่ามีประโยชน์อย่างไรมีผลกระทบอะไร 30 นาที

5. ผู้นำกลุ่มเปิดโอกาสให้สมาชิกได้ซักถามกันเองในกลุ่มรวมถึงผู้นำกลุ่มด้วย สมาชิกแต่ละคนบอกสิ่งที่ตนจะทำขณะกลับไปอยู่ที่บ้าน (10 นาที)

6. ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกบอกถึงประโยชน์ที่ได้รับในการเข้ากลุ่มวันนี้ และให้ทุกคนบอกความรู้สึกที่อยู่ด้วยกันในการเข้ากลุ่ม และแลกเปลี่ยนการให้กำลังใจซึ่งกันและกัน (8 นาที)

7. ผู้นำกลุ่มกล่าวขอบคุณในการเข้าร่วมทั้ง 4 ครั้ง และนัดพบอีกครั้งหลังจากนั้น 1 เดือนที่พบคุณหมอตตามนัดที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ (5 นาที)

การประเมินผล

1. ประเมินจากการมีส่วนร่วมในกลุ่ม
2. ประเมินจากการแสดงความคิดเห็นในกลุ่ม
3. ประเมินจากการแก้ปัญหาทางบวก
4. ประเมินจากการให้เหตุผลของการแก้ปัญหา

ชื่อ.....

ใบกิจกรรมที่ 4

คำชี้แจง ให้ตอบคำถามเพื่อทบทวนในกิจกรรมทั้งหมด

1. ปัญหาที่มีผลกระทบต่อนานมากที่สุด (1 ปัญหา)

.....

2. การรับรู้ต่อปัญหา (ความรู้สึกต่อปัญหา)

.....

3. จากการบำบัดที่ผ่านมาต่อปัญหาที่ท่านมีให้บอกความคิดบวกต่อปัญหา ท่านได้รับประโยชน์อะไรบ้าง

.....

4. ท่านวางแผนในการแก้ปัญหาอย่างไร

1.
 2.
 3.
 4.

5. ประโยชน์ที่ได้จากการเข้ากลุ่มทั้งหมด

1.
 2.
 3.
 4.

ภาคผนวก

ข. เครื่องมือแบบประเมินที่ใช้ในการวิจัย

ชุดที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

กรุณาเติมคำลงในช่องว่าง หรือกาเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ตรงกับตัวท่านมากที่สุด

1. ชื่อ.....HN.....เบอร์โทร.....	ID.....
2. เพศ..... ☐ ชาย ☐ หญิง	Sex.....
3. อายุ.....ปี	Age.....
4. รับไว้รักษาใน รพ.จิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ครั้งที่	Adm.....
5. ระยะเวลาในการเจ็บป่วยโรคจิตเภท.....ปี	ILL.....
6. ระยะเวลาในการมีความคิดฆ่าตัวตาย.....เดือน/ปี	SUI.....
7. เคยมีประวัติคิดฆ่าตัวตายมาก่อน ☐ 1. มี.....ปี (นานเท่าไร) ☐ 2. ไม่มี	Hx.....
8. การศึกษา..... ☐ 1. ไม่ได้เรียน ☐ 4. มัธยมปลาย ☐ 2. ประถมศึกษา ☐ 5. ปวช./ ปวส. ☐ 3. มัธยมต้น ☐ 6. ปริญญาตรี ☐ 7. อื่นๆ.....	Edu.....
9. สถานภาพสมรส..... ☐ 1. โสด ☐ 2. คู่ ☐ 3. หม้าย ☐ 4. หย่าร้าง ☐ 5. อื่นๆ.....	Sta.....
10. อาชีพ..... ☐ 1.นักเรียน/ นักศึกษา ☐ 5.ข้าราชการ ☐ 2.เกษตรกร ☐ 6.งานบ้าน ☐ 3.ค้าขาย ☐ 7 ว่างาน ☐ 4.รับจ้าง ☐ 8.อื่นๆ.....	Occ.....
11. รายได้ต่อเดือน ≈ บาท	

ชุดที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

กรุณาเติมคำลงในช่องว่าง หรือกาเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ตรงกับตัวท่านมากที่สุด

12. ปัญหาสุขภาพอื่นๆ (ยกเว้นโรคทางจิตเวช) 1. 2. 3.	
13. ปัญหาที่ทำให้ท่านรู้สึกทุกข์ใจเป็นอย่างมากจนถึงกับคิดฆ่าตัวตาย 1. 2. 3.	
14. ท่านมีเป้าหมายในชีวิตของท่าน 1. 2. 3.	
15. สิ่งที่ยึดเหนี่ยวหรือสนับสนุนไม่让您คิดฆ่าตัวตาย 1. 2. 3.	
16. ผู้ดูแลหลักในครอบครัวของท่านคือใคร (เรียงตามลำดับ) 1. 2. 3.	

ชุดที่ 2 แบบประเมินอาการทางจิต (BPRS) Brief Psychiatric Rating Scale

ชื่อ..... ที่อยู่..... อ..... จ..... เบอร์โทร.....

NO	อาการและอาการแสดง	ว/ด/ป	ว/ด/ป	ว/ด/ป
1	หมกมุ่น กังวล เกี่ยวกับอาการทางกาย (Somatic concern)			
2	อาการวิตกกังวล (Anxiety)			
3	การแยกตัว (Emotional Withdrawal)			
4	ความคิดสับสน (Conceptual Disorganization)			
5	ความรู้สึกผิด 9 Guilt Feeling)			
6	ความตึงเครียด (Tension)			
7	ท่าทางและการเคลื่อนไหวผิดปกติ (Mannerisms and Posturing)			
8	ความคิดว่าตนมีความพิเศษเกินจริง (Grandiosity)			
9	อารมณ์ซึมเศร้า (Depressive Mood)			
10	ความรู้สึกไม่เป็นมิตร (Hostility)			
11	ระแวงว่ามีคนมุ่งร้าย (Suspiciousness)			
12	อาการประสาทหลอน (Hallucinatory Behavior)			
13	การเคลื่อนไหวเชื่องช้า (Motor Retardation)			
14	การไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา (Uncooperativeness)			
15	เนื้อหาความคิดผิดปกติ หลงผิด (Unusual Thought Content)			
16	การแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ (Blunted Affect)			
17	อาการกระวนกระวาย (Excitement)			
18	ไม่รับรู้เวลา สถานที่ บุคคล (Disorientation)			
รวมคะแนน				
ลายมือชื่อผู้ประเมิน				

การให้คะแนน

1 = ไม่มีอาการ 2 = สงสัยว่ามีอาการอยู่บ้าง แต่ยังถือว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติ

3 = มีอาการเล็กน้อย 4 = มีอาการปานกลาง 5 = มีอาการค่อนข้างรุนแรง

6 = มีอาการรุนแรง 7 = มีอาการรุนแรงมาก ความหมายของคะแนน

ระดับคะแนน ≤ 18 คะแนน หมายถึง อยู่ในเกณฑ์ปกติระดับคะแนน $\leq 19-36$ คะแนน หมายถึง มีอาการทางจิตเล็กน้อย แต่สามารถเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพได้ระดับคะแนน $\leq 37-126$ คะแนน หมายถึง มีอาการทางจิตรุนแรงต้องได้รับการดูแลใกล้ชิด

หมายเหตุ จากกรมสุขภาพจิต, 2546

ชุดที่ 3 แบบประเมินทักษะการแก้ปัญหา

คำถามต่อไปนี้เป็นวิธีการแก้ปัญหาที่ท่านใช้ในการดำเนินชีวิตประจำวัน โปรดอ่านคำถามในแต่ละข้อ แล้วตอบว่าที่ผ่านมาท่านแก้ปัญหาอย่างไร แล้วกาเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบที่ถูกต้องตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ชื่อ.....เบอร์โทร.....วันที่ประเมิน.....

ข้อความ		วันที่	วันที่	วันที่
1.	ฉันมีความสามารถในการแก้ปัญหา โดยคิดริเริ่มหาทางออกใหม่ที่เกิดผลลัพธ์ในทางที่ดี			
2.	ฉันมีความพยายามในการแก้ปัญหา แม้ว่าช่วงต้น ฉันจะมองไม่เห็นทางออกในการแก้ปัญหาก็ตาม			
3.	ฉันเชื่อว่าฉันสามารถแก้ปัญหาได้เป็นส่วนใหญ่ ถ้าฉันมีเวลา			
4.	ฉันเชื่อว่าฉันสามารถแก้ปัญหาได้เป็นส่วนใหญ่ถ้าฉันใช้ความพยายามมากพอ			
5.	เมื่อฉันต้องเผชิญปัญหาที่ซับซ้อน ยุ่งยาก ฉันรับรู้ว่าเป็นสิ่งที่ท้าทายความสามารถของฉัน			
6.	ปัญหาทำให้ฉันได้พัฒนาตนเองให้มีความเข้มแข็ง			
7.	ฉันรู้สึกกังวลใจ มีอารมณ์หงุดหงิดง่าย เมื่อต้องเผชิญกับปัญหา			
8.	ปัญหาส่วนใหญ่ของฉันเป็นปัญหายุ่งยาก ซับซ้อนไม่เหมือนคนอื่น ๆ			
9.	ปัญหาทั้งหมดมีสาเหตุมาจากฉันเอง			
10.	คนที่มีประสบการณ์หรือความรู้เหมือนฉัน จึงจะสามารถช่วยฉันได้			
11.	เมื่อมีปัญหาฉันพยายามหาทางออกหลายๆ ทาง			
12.	ฉันมีความมั่นใจในการแก้ปัญหา และวางแผนแก้ปัญหา			
13.	ฉันตรวจสอบผลการแก้ปัญหาทั้งผลดีและผลกระทบ			
14.	ฉันหาแหล่งช่วยเหลือสนับสนุนเมื่อฉันแก้ปัญหาไม่สำเร็จ			
15.	เมื่อมีความเครียดในการแก้ปัญหา ฉันใช้วิธีผ่อนคลายความเครียด โดยการฝึกการหายใจ			
16.	เมื่อมีความเครียดในการแก้ปัญหา ฉันใช้วิธีการคลายเครียด เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังเพลง ปลุกต้นไม้ ฯลฯ			
17.	เมื่อพิจารณาทางเลือกในการแก้ปัญหา ฉันตัดสินใจเลือกวิธีที่มีผลต่ออารมณ์ด้านความพึงพอใจและผลต่อสุขภาพของฉัน			

1. ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 2. ไม่เห็นด้วย
3. เห็นด้วย 4. เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ข้อความ		วันที่	วันที่	วันที่
18.	เมื่อเผชิญปัญหา ฉันจะเลื่อนการแก้ปัญหาออกไปให้นานเท่าที่เป็นไปได้			
19.	ฉันรอให้ปัญหาลงตามกาลเวลาด้วยตัวของมันเอง			
20.	ฉันต้องพึ่งพาคนอื่นในการแก้ปัญหา			
21.	เมื่อเผชิญปัญหา ฉันมักจะใช้วิธีแก้ปัญหาวิธีแรกที่ฉันคิดออก			
22.	ฉันทำอะไรแบบรีบร้อน รวดเร็ว และมักนึกเสียใจภายหลัง			
23.	เมื่อตัดสินใจแก้ปัญหา ฉันไม่เคยเสียเวลากับการทบทวนหาทางออกแบบอื่นๆ			

หมายเหตุ มีคำถามที่เป็นบวก 13 ข้อ คำถามเป็นลบ 10 ข้อ การแปลผล คะแนนยิ่งสูงแสดงว่าทักษะการแก้ปัญหาคะดีขึ้น

1. ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 2. ไม่เห็นด้วย
3. เห็นด้วย 4. เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ชุดที่ 4 แบบประเมินระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (M.I.N.I - Suicidality)

ให้ลงคะแนนที่ประเมินได้ตามเกณฑ์ให้คะแนนในช่องคะแนน และใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ ที่ตรงกับการรับรู้ของผู้ป่วย

ชื่อ.....เบอร์โทร.....

ข้อ	ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา	ไม่ใช่	ใช่	คะแนน
C1	คุณเคยได้รับอุบัติเหตุหรือไม่ ข้อ C1 : ถ้าตอบว่า "ไม่ใช่" ให้ข้ามไปข้อ C2; ถ้าตอบว่า "ใช่" ให้ถามต่อข้อ C1a:	0	0	
C1a	ในอุบัติเหตุครั้งนั้น คุณได้ตั้งใจหรือวางแผนที่จะให้ตัวเองบาดเจ็บ ไม่ว่าด้วยตัวคุณเองหรือยอมให้ผู้อื่นกระทำ หรือไม่ ข้อ C1a: ถ้าตอบว่า "ไม่ใช่" ให้ข้ามไปข้อ C2; ถ้าตอบว่า "ใช่" ให้ถามต่อข้อ C1b:	0	0	
C1b	ในอุบัติเหตุครั้งนั้น คุณตั้งใจที่จะทำให้เสียชีวิต หรือไม่	0	0	
C2	คุณคิดว่าถ้าตายไปเสียคงจะดีกว่า หรืออยากให้ตัวเองตายไป หรือไม่	0	1	
C3	คุณอยากทำร้ายตัวเอง หรือทำให้ตัวเองบาดเจ็บ หรือไม่	0	2	
C4	คุณคิดฆ่าตัวตาย หรือไม่ ถ้าข้อ C4 ตอบว่า "ใช่" ให้ถามถึงความรุนแรง และความถี่ของความคิด ฆ่าตัวตาย	0	6	
C4a	บางครั้ง ☐ เล็กน้อย ☐ บ่อย ☐ ปานกลาง ☐ บ่อยมาก ☐ รุนแรง ☐ ขณะสัมภาษณ์นี้ คุณสามารถควบคุมตัวเองหรือบอกได้ว่า คุณจะไม่กระทำการฆ่าตัวตายหรือไม่ ถ้าตอบว่า "ไม่ใช่" ให้ 8 คะแนน	8	0	
C5	คุณได้วางแผนฆ่าตัวตายหรือไม่	0	8	
C6	คุณได้เตรียมการเพื่อจะทำร้ายตนเองหรือเพื่อจะฆ่าตัวตาย โดยคุณคาดหวังหรือตั้งใจให้เสียชีวิต หรือไม่	0	9	
C7	คุณได้ทำร้ายตนเอง แต่ไม่ต้องการจะฆ่าตัวตาย หรือไม่	0	4	
C8	คุณเคยฆ่าตัวตายหรือไม่	0	10	
ในขณะที่พยายามฆ่าตัวตายครั้งนั้น คุณหวังว่าจะมีคนมาช่วยหรือจะรอดตาย หรือไม่ ☐ } ถ้าตอบ "ใช่" ให้ค่าเครื่องหมาย ✓ คุณคาดหวังหรือตั้งใจให้เสียชีวิต หรือไม่ ☐ } ถ้าตอบ "ไม่ใช่" ให้ค่าเครื่องหมาย 0				
C9	คุณเคยพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน หรือไม่	0	4	
	ข้อ C1a-C9 ตอบว่า "ใช่" อย่างน้อย 1 ข้อ ใช่หรือไม่	ไม่ใช่	ใช่	

ข้อ	ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา	ไม่ใช่	ใช่	คะแนน
	ถ้าตอบว่า "ใช่" ให้รวมคะแนนข้อที่ตอบว่า "ใช่" ตั้งแต่ข้อ C1a-C9 และระดับความเสี่ยงต่อภาวะฆ่าตัวตาย ตามคะแนนในกลุ่ม วินิจฉัยโรค : เขียนให้ความเห็นเพิ่มเติมในช่องว่างด้านล่างนี้ จากผล การประเมินความเสี่ยงต่อภาวะฆ่าตัวตายของผู้ป่วยในขณะนี้หรือ ในอนาคตอันใกล้	SUICIDE RISK CURRENT 0 คะแนน ไม่เสี่ยง ☐ 1-8 คะแนน น้อย ☐ 9-16 คะแนน ปานกลาง ☐ ≥ 17 คะแนน มาก ☐		

การแปลผล 1-8 คะแนน มีระดับความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายน้อย

9-16 คะแนน มีระดับความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายปานกลาง

17 คะแนน มีระดับความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายนาน

คำชี้แจงสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการ
การศึกษาวิจัยเรื่อง ผลของกลุ่มบำบัดการแก้ปัญหาในผู้ป่วยจิตเภทที่ฆ่าตัวตาย

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการศึกษาวิจัย ข้าพเจ้าได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัย บอกวัตถุประสงค์ วิธีการวิจัยในการร่วมกลุ่มบำบัด การติดตามผล สิ่งนี้อาจไม่พึงประสงค์ รวมทั้งประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการวิจัย อย่างละเอียด และข้าพเจ้าได้ซักถามจนมีความเข้าใจดีแล้ว

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่างๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้โดยสมัครใจ และการบอกเลิกการเข้าร่วมวิจัยนี้ไม่มีผลใดๆ ต่อข้าพเจ้า

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเฉพาะที่เกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปแบบการสรุปผลการวิจัยหรือเปิดเผยข้อมูลต่อผู้มีหน้าที่เกี่ยวกับการสนับสนุนและกำกับดูแลวิจัยหรือเป็นบุคลากรสาธารณสุขเพื่อการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องเท่านั้น

ผู้วิจัยรับรองว่าหากเกิดความอึดอัดหรือไม่สบายใจซึ่งเป็นผลจากการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยยินดีให้การปรึกษากับข้าพเจ้าโดยไม่คิดมูลค่าทั้งนี้ข้าพเจ้าสามารถติดต่อได้ที่ นางศิริวรรณ ฤกษ์ธนะขจร โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ถนนชาตะผดุง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40000 โทรศัพท์ 043-209999 ต่อ 63149

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการและมีลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม
 (.....)

ลงนาม.....พยาน
 (.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย
 (.....)

ภาคผนวก ค
ประวัติผู้วิจัย

ประวัติผู้วิจัย

ประวัติหัวหน้าโครงการ

1. ประวัติผู้วิจัย

- 1.1 ชื่อ สกุล (ภาษาไทย) นางสาวศิริวรรณ ฤกษ์ธนะขจร
(ภาษาอังกฤษ) Mrs. Siriwan Reakthanakajon

เลขหมายบัตรประจำตัวประชาชน 3-3099-01523-93-3

1.2 ตำแหน่งปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

1.3 หน่วยงานและที่อยู่ติดต่อได้สะดวก

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

ถ. ขาดะผดุง อ. เมือง จ. ขอนแก่น 40000

โทรศัพท์ 0-4320-9999 ต่อ 63401

โทรศัพท์เคลื่อนที่ 086-8592900

โทรสาร 0-4322-4722

Email address: siriwanreak@gmail.com

1.4 ประวัติทางการศึกษาและสาขาที่ศึกษา

1.4.1 ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตรและผดุงครรภ์ชั้นสูง วิทยาลัยพยาบาลนครราชสีมา
จ. นครราชสีมา ในปี พ.ศ. 2530

1.4.2 ประกาศนียบัตรการพยาบาลเฉพาะทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช วิทยาลัยพยาบาล
ศรีธัญญา จ. นนทบุรี ในปี พ.ศ. 2534

1.4.3 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มหาวิทยาลัยขอนแก่น
จ. ขอนแก่น ในปี พ.ศ. 2552

1.5 หัวหน้าโครงการวิจัย

1.5.1 การเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น
ราชนครินทร์ (การศึกษาอิสระ พ.ศ.2552)

1.5.2 การศึกษาประสบการณ์ของผู้ป่วยจิตเวชที่พยายามฆ่าตัวตายและการช่วยเหลือของครอบครัว
(เผยแพร่ในการประชุมวิชาการกรมสุขภาพจิต ประจำปี 2559)

1.6 งานวิจัยที่กำลังทำ

1.6.1 การศึกษาการรับรู้และเผชิญปัญหาของประชาชนในเขตบริการสุขภาพที่ 7 (เผยแพร่ในการ
ประชุมวิชาการ กรมสุขภาพจิต ประจำปี 2560)

ประวัติผู้วิจัยหลัก

2. ชื่อ สกุล (ภาษาไทย)
(ภาษาอังกฤษ)

นางกาญจนากร สุรินทร์ขมภู
Mrs.Karnkanok Surinchompu

2.1 ตำแหน่งปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

2.2 หน่วยงานและที่อยู่ติดต่อได้สะดวก

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

ถ. ขาดะผดุง อ. เมือง จ. ขอนแก่น 40000

โทรศัพท์ 0-4320-9999 ต่อ 63332

โทรศัพท์เคลื่อนที่ 089-6220017

โทรสาร 0-4322-4722

Email address: noongny@outlook.co.th

2.3 ประวัติทางการศึกษาและสาขาที่ศึกษา

2.3.1 วุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญเฉพาะทางการพยาบาลและผดุงครรภ์
สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช สภาการพยาบาล พ.ศ.2554

2.3.2 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
มหาวิทยาลัยขอนแก่น พ.ศ.2551

2.3.3 พยาบาลศาสตรและผดุงครรภ์ชั้นสูง วิทยาลัยพยาบาลนครรราชสีมา พ.ศ.2536

2.4 หัวหน้าโครงการวิจัย

2.4.1 การศึกษาอิสระเรื่อง การบำบัดความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะ ซึมเศร้า
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น พ.ศ.2551

ประวัติผู้วิจัยหลัก

3. ชื่อ สกุล (ภาษาไทย)
(ภาษาอังกฤษ)

นางบุปผา รุ่งเรือง
Mrs. Bubpha Rungruang

3.1 ตำแหน่งปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

3.2 หน่วยงานและที่อยู่ติดต่อได้สะดวก

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

ถ. ขาดะผดุง อ. เมือง จ. ขอนแก่น 40000

โทรศัพท์ 0-4320-9999 ต่อ 63401

โทรศัพท์เคลื่อนที่ -

โทรสาร 0-4322-4722

Email address: -

3.3 ประวัติทางการศึกษาและสาขาที่ศึกษา

3.3.1 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มหาวิทยาลัยขอนแก่น พ.ศ.2556

3.3.2 พยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช พ.ศ.2544

3.4 หัวหน้าโครงการวิจัย

3.4.1 การศึกษาอิสระ เรื่อง การพยาบาลแบบผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการวางแผนสำหรับผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

3.4.2 ผลของการบำบัดความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มต่อการลดความทุกข์ทรมานและพฤติกรรมการเผชิญกับอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

3.5 งานวิจัยที่ทำเสร็จแล้ว

3.5.1 ผลของการบำบัดความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มต่อการลดความทุกข์ทรมานและพฤติกรรมการเผชิญกับอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

3.6 งานวิจัยที่กำลังทำ

3.6.1 ผลการบำบัด CBT รายบุคคลต่อความทุกข์ทรมานและพฤติกรรมการเผชิญกับอาการหลงผิดและประสาทหลอนทางหูในผู้ป่วยจิตเภทที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

3.6.2 ผลการบำบัดปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์



เอกสารรับรองโครงการวิจัย
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

ชื่อโครงการ : ผลของกลุ่มบำบัดการแก้ปัญหาในผู้ป่วยจิตเภทที่มีความคิดฆ่าตัวตาย

รหัสโครงการ : 002/2561

หัวหน้าโครงการ : นางศิริวรรณ ฤกษ์ธนะขจร

หน่วยงานที่สังกัด : โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

เอกสารที่รับรอง

1. โครงการวิจัยฉบับภาษาไทย
2. เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยสำหรับอาสาสมัคร
3. หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมวิจัยสำหรับอาสาสมัคร

วันที่รับรอง : 10 พฤศจิกายน 2560

วันที่หมดอายุ : 10 พฤศจิกายน 2561

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ได้ผ่านการพิจารณาแล้ว และเห็นว่าไม่มีการ
ล่วงละเมิดสิทธิ สวัสดิภาพ และไม่ก่อให้เกิดอันตรายแก่ผู้ร่วมวิจัย จึงเห็นสมควร ให้ดำเนินการวิจัยใน
ขอบข่ายของโครงการวิจัยที่เสนอได้ ภายในระยะเวลา 1 ปี ตั้งแต่วันที่ออกหนังสือรับรองฉบับนี้

หนังสือออกวันที่ 10 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2560



(นางชนิษฐา สอนเทห์)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์



(นายณัฐกร จำปาทอง)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์