

การบำบัดการรู้คิดและปรับพฤติกรรม เพื่อส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง  
ของผู้ป่วยจิตเภท : การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์

พรรณยุพา เจ็งไพจิตร

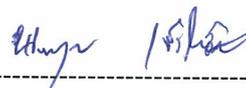
สารนิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร  
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)  
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล  
พ.ศ. 2553

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

สารนิพนธ์

เรื่อง

การบำบัดการรู้คิดและปรับพฤติกรรม เพื่อส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง  
ของผู้ป่วยจิตเภท: การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์



นางสาวพรพรรณ เพ็ญไพจิตร  
ผู้ศึกษา



รองศาสตราจารย์ ยาใจ สิทธีมงกุล,  
Ph.D. (Nursing)  
อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์หลัก



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อติรัตน์ วัฒนไพลิน,  
กศ.ด.  
อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ร่วม



ศาสตราจารย์ บรรจง มไหสวริยะ,  
พ.บ., ว. ว. ออโรปิติกส์  
คณบดี  
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล



รองศาสตราจารย์ ยาใจ สิทธีมงกุล,  
Ph.D. (Nursing)  
ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร  
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

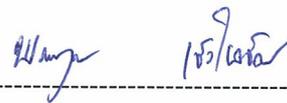
สารนิพนธ์

เรื่อง

การบำบัดการรู้คิดและปรับพฤติกรรม เพื่อส่งเสริมความรู้สึกรักมีคุณค่าในตนเอง  
ของผู้ป่วยจิตเภท: การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร  
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

วันที่ 29 มิถุนายน พ.ศ. 2553



นางสาวพรรณยุพา เจิงไพจิตร  
ผู้ศึกษา



รองศาสตราจารย์ ยาใจ สิทธิมงคล,  
Ph.D. (Nursing)  
กรรมการสอบสารนิพนธ์



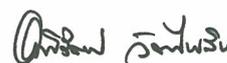
นายธีระ ติลานันทกิจ ,  
พ.บ.ว. (จิตเวชศาสตร์)  
กรรมการสอบสารนิพนธ์



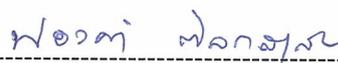
ศาสตราจารย์ บรรจง มไหสวริยะ,  
พ.บ., ว. ว. ออโรปิติกส์  
คณบดี  
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ประภา ยุทธไทร,  
พย.ค.  
ประธานกรรมการสอบสารนิพนธ์



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อติรัตน์ วัฒนไพสิน,  
กศ.ค. (การวิจัยและพัฒนาหลักสูตร)  
กรรมการสอบสารนิพนธ์



รองศาสตราจารย์ ฟองคำ ดิลกสกุลชัย,  
Ph.D. (Nursing)  
คณบดี  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

## กิตติกรรมประกาศ

สารนิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงลงได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลือเป็นอย่างดีจาก รองศาสตราจารย์ ดร.ยาใจ สิทธิมงคล อาจารย์ที่ปรึกษาและผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อดิรัตน์ วัฒนไพลิน ซึ่งได้เสียสละเวลาในการให้คำแนะนำ และให้คำปรึกษาตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเอาใจใส่ ห่วงใยและให้กำลังใจด้วยดีเสมอมา ผู้ศึกษาซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่งในความกรุณา และขอกราบขอบพระคุณอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

ขอขอบคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประภา ยุทธไตร ประธานสอบสารนิพนธ์ และ นายแพทย์ธีระ ลีลานันทกิจ กรรมการสอบสารนิพนธ์ ที่ให้ข้อเสนอแนะในการแก้ไขสารนิพนธ์ เพื่อความสมบูรณ์และเหมาะสมของสารนิพนธ์ยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณกรมสุขภาพจิต ที่ให้การสนับสนุนทุนในการศึกษาในหลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช แผนก ข (ภาคพิเศษ) ขอขอบคุณผู้บังคับบัญชา ผู้ร่วมงานของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ทุกท่าน ที่ให้โอกาสและสนับสนุนผู้ศึกษาในการศึกษาครั้งนี้

ผู้ศึกษาขอกราบรำลึกถึงพระคุณของบิดา มารดา ที่อบรมเลี้ยงดู ส่งเสริมสนับสนุนด้านการศึกษาเป็นกำลังใจแก่ผู้ศึกษาในทุกๆ ด้าน มาโดยตลอด ขอขอบคุณครอบครัวและกัลยาณมิตรทุกท่านที่ช่วยเหลือ ให้กำลังใจอย่างสม่ำเสมอจนทำให้สารนิพนธ์สำเร็จลุล่วงด้วยดี

ท้ายสุดนี้ คุณค่าและประโยชน์ที่ได้รับจากการทำสารนิพนธ์ฉบับนี้ ผู้ศึกษาจะนำไปพัฒนาวิชาชีพ พัฒนาองค์กรเพื่อให้เกิดประสิทธิผลสูงสุดจากการศึกษาครั้งนี้ต่อไป

พรรณยุพา เจิ้งไพจิตร

การบำบัดการรู้คิดและปรับพฤติกรรม เพื่อส่งเสริมความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจิตเภท: การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์

COGNITIVE – BEHAVIORAL THERAPY FOR INCREASING SELF – ESTEEM IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA: EVIDENCE – BASED NURSING

พรรณนุญา เจ็งไพจิตร 4736919 NSMH/M

พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์ : ยาใจ สิทธิมงคล, Ph.D. (Nursing) อติรัตน์ วัฒนไพลิน, กศ.ด.

#### บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา แนวทางการส่งเสริมความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจิตเภท จากหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยมีขั้นตอนศึกษาดังนี้คือ กำหนดประเด็นปัญหา การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ตรงกับประเด็นปัญหาที่ศึกษา จากระบบฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ และสืบค้นด้วยมือ การประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์ และประเมินระดับความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์ และสังเคราะห์เพื่อหาข้อสรุปและข้อแนะนำ ผลการสืบค้นได้งานวิจัยที่มีคุณภาพ 4 เรื่อง เป็นงานวิจัย randomized controlled trial นำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์ สรุปเป็นข้อแนะนำ คือ โปรแกรม Cognitive Behavioral Therapy (CBT) ที่มีประสิทธิผลในการ ส่งเสริมความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ควรทำจำนวนครั้งไม่ต่ำกว่า 7 ครั้ง เนื้อหาของโปรแกรมควรเน้นการปรับความคิดให้มองตนเองในทางบวก การคิดทบทวนข้อดี และการทำการบินเข้าดูพฤติกรรมของตนเอง ในกรณีที่มีเป้าหมายเพื่อการเปลี่ยนแปลงความคิด ความเชื่อ การรับรู้เกี่ยวกับโรคร่วมด้วย ควรทำมากกว่า 7 ครั้งขึ้นไป โดยเน้นถึงอาการนำของการกลับเป็นซ้ำของโรค การระบุนึกความคิด ความเชื่อและพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดกลับเป็นซ้ำ และการใช้เทคนิคการปรับความคิดและพัฒนาความเชื่อ และการสนับสนุนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม รวมทั้งการประเมินผลลัพธ์ของโปรแกรมในด้านการส่งเสริมความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

ข้อเสนอแนะจากการศึกษาครั้งนี้คือ ก่อนที่จะนำการบำบัดการรู้คิดและปรับพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจิตเภทไปใช้ พยาบาลจิตเวชควรได้รับการฝึกอบรมเรื่อง CBT ก่อนการดำเนินโปรแกรม และควรพัฒนาเป็นคู่มือการทำโปรแกรม ที่เหมาะสมกับบริบทของสถาบันกัลยาณราชนครินทร์ และทดลองใช้ในหอผู้ป่วยนำร่อง เพื่อศึกษาผลลัพธ์ซึ่งจะนำมาสู่การพัฒนารูปแบบโปรแกรม CBT ที่เหมาะสมกับผู้ป่วยจิตเภทในสถาบันกัลยาณราชนครินทร์ต่อไป

คำสำคัญ: ผู้ป่วยจิตเภท / ความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง / การบำบัดการรู้คิดและปรับพฤติกรรม

**COGNITIVE – BEHAVIORAL THERAPY FOR INCREASING SELF – ESTEEM  
IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA: EVIDENCE – BASED NURSING****PANYUPA JENGPALIT 4736919 NSMH/M****M.N.S (MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING)****THEMATIC PAPER ADVISORY COMMITTEE: YAJAI SITTHIMONGKOL, Ph.D.  
ATIRAT WATTANAPAILIN, Ed.D. (CURRICULUM RESEARCH AND  
DEVELOPMENT)****ABSTRACT**

This study is aim was to investigate evidence-based practice guidelines to promote self-esteem in schizophrenic patients. The process of investigation included: a) problem identification, b) search for evidence relevant to clinical problems from electronic databases and manual search, c) assessment of quality and strength of evidence, and d) evidence synthesis for coming to a conclusion and making recommendations. The literature search yielded 4 qualified randomized controlled trials for further analysis, synthesis, and summary and recommendations for Cognitive Behavioral Therapy (CBT) in enhancing the self-esteem of schizophrenic patients. It was found that for CBT to be effective in enhancing the self-esteem of schizophrenic patients, they needed to have at least 7 therapy sessions. CBT program contents should emphasize the adjustment of patients' thoughts to be more positive, reflective thinking on positive things, and assigning homework to monitor their behaviors. If the program's aim is to change patients' thoughts, beliefs, and perceptions about their disease besides improving self-esteem, the program should have more than 7 therapy sessions. The therapy should focus on the pre-symptoms of relapse, the identification of thoughts, beliefs, and behaviors that lead to a relapse, and techniques to adjust thoughts and improve beliefs as well as support for behavioral changes. The program outcomes should be evaluated for the improvement of self-esteem.

Based on this study, it is recommended that before applying a CBT program to enhance the self-esteem of schizophrenic patients, psychiatric nurses should be trained in CBT first. In addition, the therapy program should be developed specifically for the Galya Rajanagarindra Institute. The program should be pilot-tested in a patient unit at the institute and evaluated for the program outcomes.

**KEY WORDS: SCHIZOPHRENIA PATIENTS / SELF-ESTEEM / COGNITIVE  
BEHAVIORAL THERAPY**

99 pages

## สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อ (ภาษาไทย)	ง
บทคัดย่อ (ภาษาอังกฤษ)	จ
สารบัญตาราง	ช
<b>บทที่ 1 บทนำ</b>	
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 ปัญหาทางคลินิกที่ต้องการศึกษา	9
1.3 วัตถุประสงค์ในการศึกษา	10
1.4 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	10
<b>บทที่ 2 วิธีการดำเนินการ</b>	
2.1 วิธีการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์	11
2.2 วิธีการที่ใช้ในการประเมินคุณภาพและระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์	12
2.3 การประเมินระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์	14
<b>บทที่ 3 ผลการดำเนินการสืบค้น</b>	
3.1 ผลการดำเนินการสืบค้น	15
3.2 การประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์	16
3.3 สรุปประเด็นที่ได้จากการรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์	59
3.4 สรุปข้อเสนอแนะ	64
<b>บทที่ 4 สรุปผลการศึกษา และข้อเสนอแนะ</b>	
4.1 สรุปผลการศึกษา	69
4.2 ข้อเสนอแนะ	70
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาไทย	71
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาอังกฤษ	83
รายการอ้างอิง	96
ประวัติผู้ศึกษา	99

## สารบัญตาราง

ตาราง		หน้า
1	ตารางแสดงหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สามารถนำมาวิเคราะห์ได้	17
2	ตารางสรุปรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ (Collective table)	52

## บทที่ 1

### บทนำ

#### 1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาทางคลินิก

โรคจิตเภท (schizophrenia) เป็นโรคจิตที่รุนแรงและเรื้อรัง(สมภพ เรื่องตระกูล,2545) และยังเป็นโรคที่พบบ่อยที่สุดในกลุ่มโรคทางจิตเวชอีกด้วย (กรมสุขภาพจิต,2541) โดยผู้ป่วยจะมีความผิดปกติทางอารมณ์ การรับรู้ กระบวนการคิด พฤติกรรม และบุคลิกภาพโดยรวม ซึ่งอาการแบ่งได้เป็น 2 กลุ่มอาการคือ กลุ่มอาการด้านบวกและกลุ่มอาการด้านลบ ซึ่งกลุ่มอาการด้านบวกหมายถึง การแสดงออกในด้านความผิดปกติของความคิด การรับรู้ การติดต่อสื่อสาร และพฤติกรรมคือ จะมีความคิดหลงผิด (Delusion) อาการประสาทหลอน (Hallucination) ความผิดปกติของคำพูด ซึ่งพบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทจะมีปัญหาในด้านการคิด และ Disorganized speech ผู้ป่วยจะไม่สามารถรวบรวมความคิดให้เป็นไปในแนวทางเดียวกันได้ ซึ่งแสดงออกมาให้เห็นโดยผ่านทาง การพูดสนทนาอาการที่แสดงออกมาเป็นมาจนไม่สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2539) อีกกลุ่มคือกลุ่มอาการทางด้านลบ หมายถึง ภาวะที่ผู้ป่วยขาดในสิ่งที่คนทั่วไปควรมี โดยจะมีลักษณะอาการคือ อารมณ์เฉยเมย (Affective flattening) สีหน้าของผู้ป่วยจะเรียบเฉยขาดการแสดงออกของอารมณ์ ไม่มีการสบตาหรือการแสดงกิริยาท่าทางวิธีการตรวจดูอาการนี้คือ การสังเกตขณะผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น พูดน้อยหรือไม่พูด (Alogia) แสดงออกโดยการตอบคำถามสั้นๆ ใช้คำพูดและไม่สนใจที่จะตอบ ขาดความสนใจทำกิจกรรมทุกชนิด ผู้ป่วยไม่สามารถริเริ่มในการทำกิจกรรมทุกชนิดโดยจะนั่งเฉยๆเป็นเวลานานๆและไม่สนใจที่จะเข้าร่วมในการทำงานหรือกิจกรรมด้านสังคม ซึ่งความผิดปกติดังกล่าวจะปรากฏในกิจกรรมต่างๆ เช่น การมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น การทำงาน การเรียนหรือการดูแลตนเอง และพบว่าผู้ป่วยจำนวนมากจะดำเนินชีวิตโดยมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นน้อยมากจากที่เคยมีกิจกรรมกับสังคมอย่างดี อาจแยกตัวเองจากผู้อื่น ขาดความสนใจในกิจกรรมต่างๆ ดังเช่นเคย โดยมีข้อสมมุติฐานที่ว่าสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดโรคจิตเภท เกิดจากความผิดปกติของสารสื่อประสาทในสมอง (Neurotransmitters) โดยเฉพาะสาร Dopamine และ Serotonin (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542) การรักษาด้วยยาสามารถลดหรือระงับอาการทางจิตได้ ทำให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ตามปกติหรือใกล้เคียงปกติ (มานิต ศรีสุรภานนท์ และ จำลอง ดิษยวิช, 2542) แต่เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถดูแลให้ตนเองได้

รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ได้จึงทำให้มีการกลับเป็นซ้ำของโรคสูง ดังจะเห็นได้จากจำนวนผู้มารับการบำบัดรักษาในปี 2550 โรงพยาบาลสวนปรุง มีจำนวนผู้ป่วยจิตเภทเข้ารับการบำบัดรักษาทั้งหมด 6,823 ราย และเป็นผู้ป่วยที่กลับมารักษาซ้ำมีจำนวนถึง 4,431 ราย (สรุปรายงานประจำปีโรงพยาบาลสวนปรุง, 2550) และจากสถิติผู้ป่วยจิตเภทของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีการกลับเป็นซ้ำและต้องเข้าพักรักษาในสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์เป็นครั้งที่ 2 หรือมากกว่าขึ้นไป มีจำนวนถึงร้อยละ 53.57 (ฝ่ายแผนงาน สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์, 2550)

หลายปีที่ผ่านมาได้มีผู้ศึกษาถึงผลกระทบจากการที่ผู้ป่วยจิตเภทมีการกลับเป็นซ้ำของโรค พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทจะมีความสามารถในการดูแลตนเองลดลง ร่วมกับความเสื่อมถอยของบุคลิกภาพจะมีมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ การกลับเป็นซ้ำของโรคยังส่งผลต่อค่าใช้จ่ายต่างๆ ที่เกี่ยวข้องด้วย โดยวิวัฒน์ ยถภูตานนท์และคณะ(2538) พบว่าต้นทุนในการรักษาผู้ป่วยนอก เฉลี่ย 175.36 บาท/ครั้ง ผู้ป่วยในเฉลี่ย 9,446.17 บาท/ครั้ง และผู้ป่วยแต่ละรายจะมารับบริการ 3-4 ครั้ง/ปี โดยค่าใช้จ่ายประมาณการเดิมในปี 2536 แต่จากสถิติเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดรักษาที่สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ในปี 2549 พบว่าผู้ป่วยที่รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกมีต้นทุนในการรักษาเฉลี่ย 622.54 บาท/ครั้ง และต้นทุนการรักษาแบบผู้ป่วยในเฉลี่ย 11,116.23 บาท/ครั้ง (ฝ่ายแผนงานสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์, 2549) และในปี 2550 ผู้ป่วยที่รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกมีต้นทุนในการรักษาเฉลี่ย 979.20 บาท/ครั้ง และต้นทุนการรักษาแบบผู้ป่วยในเฉลี่ย 16,358.17 บาท/ครั้ง และผู้ป่วยแต่ละรายจะมารับบริการ 3-4 ครั้ง/ปี (ฝ่ายแผนงานสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์, 2549) เป็นที่น่าสังเกตว่าค่าใช้จ่ายมีการปรับเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว และมีผลกระทบทั้งในระดับครอบครัวและระดับประเทศ

ปัจจุบันมีแนวคิดที่ใช้ฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเภทเพื่อใช้ในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทหลากหลายกรอบแนวคิด แต่แนวคิดที่ได้รับการยอมรับและนำมาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการฟื้นฟูและรักษาผู้ป่วยจิตเภท คือ Vulnerability-Stress Model ซึ่งถูกพัฒนาโดยซูบินและสปริง (Zubin and Spring, 1977) ซูบินและสปริงกล่าวว่า ทุกคนมีโอกาสเกิดความเจ็บป่วยทางจิต แต่มีระดับที่แตกต่างกัน อาการทางจิตจะแสดงออกเมื่ออยู่ในสภาวะที่เหมาะสม ซึ่งในแง่ของการรักษาโรคจิตเภทแล้วพบว่า Vulnerability-Stress Model นี้จะช่วยให้มีความเข้าใจและมีแนวทางในการบำบัดรักษา ฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งมีความเกี่ยวข้องของปฏิสัมพันธ์จากปัจจัย 4 ประการ คือ

1. ปัจจัยความอ่อนแอพื้นฐานของบุคคล (Personal vulnerability Factor) หมายถึง ปัจจัยที่ทำให้คนนั้นๆ มีโอกาสเกิดอาการโรคจิตเภทได้ เช่น มีความผิดปกติทางชีวภาพประกอบด้วย ความผิดปกติของระดับ Dopamine (Dopamine dysfunction) ความสามารถในการ

กระบวนการคิด วิเคราะห์ข้อมูลลดลง (Reduced available processing capacity) และบุคลิกภาพแบบ Schizotypal personality Traits

2. ปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่ก่อให้เกิดความเครียด (Environmental Factor) ประกอบด้วยบรรยากาศที่แสดงออกของอารมณ์สูง (high expressed emotion) คือ มีการวิพากษ์วิจารณ์ซึ่งกันและกัน หรือให้ความสนใจใส่ใจปกป้องมากเกินไป รวมถึงเหตุการณ์เล็กๆ น้อยๆ ในชีวิตประจำวันที่สะสมมาเรื่อยๆ ไปจนถึงเหตุการณ์ที่จำเพาะและมีความสำคัญต่อผู้ป่วย เช่น ตกงาน สูญเสียความสัมพันธ์กับบุคคลใกล้ชิด เป็นต้น

3. ปัจจัยปกป้องเฉพาะบุคคล (Personal Protectors) เป็นปัจจัยที่ช่วยลดความรุนแรงของอาการ ประกอบด้วย การได้รับยาทางจิตเวช ทักษะการเผชิญปัญหา และความเชื่อในศักยภาพของตนเอง

4. ปัจจัยปกป้องทางสิ่งแวดล้อม (Environment Protector) ประกอบด้วยความสามารถในการแก้ปัญหาครอบครัวและรูปแบบการช่วยเหลือสนับสนุนทางด้านจิตสังคม

ปัจจัยทั้งหมดนี้มีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน และมีการทำงานเป็นวงจรย้อนกลับ โดยปัจจัยความอ่อนแอพื้นฐานของบุคคล สำหรับผู้ป่วยจิตเภทแล้ว ถือเป็นปัจจัยที่สำคัญในการก่อให้เกิดการกลับเป็นซ้ำของโรค เนื่องจากความผิดปกติทางชีวภาพแล้ว ผู้ป่วยยังมีความบกพร่องทางกระบวนการคิดวิเคราะห์ด้วย และหากมีปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่ก่อให้เกิดความเครียดร่วมด้วย เช่น การอยู่ในครอบครัวที่แสดงออกของอารมณ์สูง มีการสูญเสีย มีปัญหาสะสมทั้งปัญหาเล็กในชีวิตประจำวันและปัญหาใหญ่ จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดได้ง่าย และไม่สามารถจะเผชิญกับความเครียด หรือแก้ไขปัญหานั้นได้ ส่งผลให้เกิดการมีกลับเป็นซ้ำของโรค แต่หากผู้ป่วยมีปัจจัยปกป้องเฉพาะบุคคลที่เข้มแข็ง คือ การได้รับยาทางจิตเวช ทักษะการเผชิญปัญหา และความเชื่อในศักยภาพของตนเองร่วมกับปัจจัยปกป้องทางสิ่งแวดล้อม ได้แก่การได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากครอบครัวและสังคม ซึ่งหากปัจจัยทั้ง 4 มีความสมดุลกัน จะสามารถลดการกลับเป็นซ้ำของโรคได้ ซึ่งความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ถือเป็นปัจจัยปกป้องเฉพาะบุคคลที่สำคัญ ซึ่งถ้าผู้ป่วยมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความเชื่อในศักยภาพของตนเอง มีการรู้คิดที่เหมาะสม ทำให้สามารถเผชิญกับความเครียดที่เกิดขึ้น รวมทั้งแก้ไขปัญหานั้นได้

ที่ผ่านมาได้มีการวิจัยที่ศึกษาตัวแปรหลายตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท เช่นการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ทักษะคิดของญาติในการดูแลผู้ป่วย และพบว่ามีความสัมพันธ์ที่สำคัญอีกตัวหนึ่ง คือ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งเป็นปัจจัยปกป้องเฉพาะบุคคล (Personal Protectors) และเป็นปัจจัยที่ช่วยลดความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยจิตเภท และส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความเชื่อในศักยภาพของตนเอง โดย Roe (2003) ได้ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมี

คุณค่าในตนเองและการทำหน้าที่ ในช่วง 1 ปีหลังจากออกจากโรงพยาบาล ในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภท และจิตเภท อารมณ์แปรปรวน จำนวน 43 คน พบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์กับ อาการทางจิต การทำหน้าที่ช่วงที่มีความเจ็บป่วย ความดีและคุณภาพของสัมพันธภาพกับสังคม คุณภาพและ ปริมาณของงานที่ทำ ซึ่งหากมีการปรับเพิ่มขึ้นของระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองก็จะส่งผลให้ อาการทางจิตลดลงและด้านการทำหน้าที่ต่างๆ จะดีขึ้นด้วย

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง พบว่ามีผู้ให้ ความหมายของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองไว้ดังนี้ คูเปอร์สมิธ (Coopersmith, 1981) ได้ให้ ความหมายของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองว่าเป็นการรับรู้ถึงความสำคัญ ความสามารถ ความดี และ พลังอำนาจของตนเอง ซึ่งเกี่ยวข้องกับปัจจัยเฉพาะบุคคล และปัจจัยสภาพแวดล้อมที่บุคคลมี ปฏิสัมพันธ์ด้วย 롭สัน (Robson, 1988) ให้คำจำกัดความที่สอดคล้องกันว่า ความรู้สึกมีคุณค่าใน ตนเองหมายถึง ความรู้สึกพอใจและยอมรับตนเองซึ่งเกิดจากประเมินค่าตนเองในเรื่องความมีคุณค่า ความสำคัญ ความน่าสนใจ การมีพลังอำนาจ และความสามารถที่จะทำตามความปรารถนาของ ตนเอง โดยมาสโลว์ (Maslow, 1954) กล่าวว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองคือการประเมินค่าของ ตนเองจากการได้รับการยอมรับจากบุคคลอื่นก่อน เขาจึงจะเริ่มนับถือตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับโร เซนเบิร์ก (Rosenberg อ้างใน Pensiero & Adams, 1987 อ้างใน พรรณี รุ่นประดับ, 2538) ว่าเป็น ความรู้สึกยอมรับนับถือตนเอง และคิดว่าตนเองมีค่าจาก ความหมายต่างๆ ที่กล่าวมา อาจสรุปได้ว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง หมายถึง ความรู้สึกพอใจ และยอมรับนับถือตนเอง ซึ่งเกิดจากการ ประเมินค่าตนเอง เกี่ยวกับความมีคุณค่า ความสำคัญ ความสามารถ ความดี และพลังอำนาจของ ตนเอง มองตนเองในทางบวก คิดว่าตนเองมีค่าในสังคม รวมทั้งการได้รับการยอมรับจากครอบครัว และสังคม

คูเปอร์สมิธ (Coopersmith, 1984 อ้างใน พิสมัย แสนยอด, 2545) ได้สรุปการเพิ่ม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองไว้ว่า การเสริมสร้างให้บุคคลมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น 4 ประการดังนี้

1. การได้รับการยอมรับนับถือจากบุคคลรอบข้างที่มีความสำคัญในชีวิต ซึ่งจะแสดงออก ทางการปฏิสัมพันธ์หรือการสื่อสารระหว่างกัน โดยเฉพาะการสื่อสารที่มีการให้ข้อมูลย้อนกลับใน ทางบวก (positive feedback)

2. การประสบความสำเร็จตามเป้าหมาย โดย Coopersmith ความพึงพอใจในงานซึ่ง หมายถึง ศักยภาพในการบรรลุถึงผลสำเร็จในการกระทำ มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับความรู้สึกมี คุณค่าในตนเอง (Sasse, 1978 อ้างใน พิสมัย แสนยอด, 2545) ได้เสนอว่า การสร้างความมั่นใจ โดยให้บุคคลนึกถึงความสำเร็จข้างหน้าของชีวิต ระลึกถึงตนเองเพื่อสามารถทำงานลุล่วงไปด้วยดี

โดยให้รางวัลตนเอง โดยอาจจะชมเชยตนเองหรือให้สิ่งที่มีความหมาย สิ่งเหล่านี้จะช่วยให้เราเกิดความรู้สึกที่ดีต่องานที่ทำ รวมถึงการสะสมบันทึกความสำเร็จ หาสมุดบันทึก เพื่อเขียนบันทึกความสำเร็จที่เราได้รับ สิ่งที่เราทำได้ดีเป็นเวลาดติดต่อกันหลายๆ สัปดาห์ หลายๆ เดือน ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะส่งผลต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive-Behavioral therapy) ที่เน้นประเด็นสำคัญในการบำบัด มีเป้าหมายในการแก้ไขปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมรวมถึงความคิดอัตโนมัติที่บิดเบือนให้เป็นการคิดที่สมเหตุสมผลและเหมาะสม ทำให้ผู้รับการบำบัดได้เข้าใจสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริงและเรียนรู้ที่จะจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างถูกต้องเหมาะสม

3. การได้กระทำในสิ่งที่สอดคล้องกับค่านิยมและความปรารถนาของคุณ  
Coopersmith พบว่า โดยทั่วไปบุคคลจะให้คุณค่าสิ่งต่าง ๆ แตกต่างกันไป เมื่อให้คุณค่ากับสิ่งใดแล้วจะเชื่อว่าสิ่งนั้นเป็นมาตรฐานในการตัดสินคุณค่าของตนเอง และปรารถนาที่จะดำเนินไปสู่ความสำเร็จตามแนวทางนั้น ดังนั้นบุคคลจะรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าก็ต่อเมื่อบุคคลสามารถปฏิบัติตามแนวทางที่ตนให้คุณค่าไว้ได้

4. การปกป้องความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง โดยการลดความสนใจต่อสิ่งที่จะทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำลง เช่น การไม่สนใจต่อคำวิพากษ์วิจารณ์ของผู้อื่น แต่ให้ตระหนักต่อการวิจารณ์หรือการตัดสินของผู้อื่นมากขึ้น การลดความคาดหวังที่มีต่อตนเองให้เหมาะสมกับความสามารถที่แท้จริงของตน เพราะการที่บุคคลมีความคาดหวังความสำเร็จของตนเองสูงจนเกินไป เมื่อผลงานที่ได้ไม่เป็นไปตามต้องการ บุคคลจะมองตนเองว่าเป็นคนที่ไร้ค่า ซึ่งจะส่งผลให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง

ดังนั้นวิธีการส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองจะต้องคำนึงถึงปัจจัยที่มีผลต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองทั้ง 2 ด้าน ได้แก่ ด้านคุณสมบัติส่วนตัว และด้านสถานการณ์สิ่งแวดล้อม

โดยสรุป ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองถือเป็นปัจจัยปกป้องเฉพาะบุคคลที่สำคัญต่อการกลับเป็นซ้ำของโรค โดยผู้ป่วยจิตเภทที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองที่ต่ำ จะมีการรับรู้เกี่ยวกับตนเองในทางลบ คิดว่าตนเองไม่มีความสามารถ ไม่มีค่า มองว่าบุคคลรอบข้างไม่ยอมรับ ไม่อยากคบค้าสมาคมด้วย ขาดความมั่นใจในการเข้าสังคมและสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น ประกอบกับปัจจัยความอ่อนแอพื้นฐานของบุคคล ซึ่งในผู้ป่วยจิตเภทถือว่ามีโอกาสเกิดอาการของโรคได้มากกว่าบุคคลอื่น เนื่องจากมีความผิดปกติของระดับ Dopamine และเมื่อมีปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่ก่อให้เกิดความเครียด ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทจะพบปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดหลายประการ เช่น การไม่มีงานทำการถูกวิพากษ์วิจารณ์ การสูญเสียหน้าที่หรือความสามารถในด้านต่างๆ และผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังขาดปัจจัยปกป้องทางสิ่งแวดล้อม เช่นขาดแหล่งสนับสนุนที่ดี ดังนั้นผู้ป่วยจิตเภทจะมีโอกาสเกิดการ

กลับเป็นซ้ำได้ หากมีปัจจัยปกป้องอ่อนแอลง จึงควรมีการส่งเสริมการเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยอย่างเป็นรูปธรรม เพื่อให้ปัจจัยปกป้องเฉพาะบุคคลเข้มแข็งขึ้น เพื่อลดโอกาสในการกลับเป็นซ้ำ

### กระบวนการพัฒนาความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นองค์ประกอบหนึ่งของอัตมโนทัศน์ หรือความนึกคิดเกี่ยวกับตน (self-concept) ซึ่งถูกพัฒนามาตั้งแต่วัยเด็ก โดยเริ่มเกิดขึ้นในเวลาไม่นานหลังจากคลอด โดยทารกจะเริ่มรู้จักส่วนต่างๆ ของร่างกายของตน อันเป็นจุดเริ่มต้นที่จะช่วยให้เขาได้รับรู้เกี่ยวกับตนเอง (Morgan & King cite in Barry, 1989) แต่เด็กแรกเกิดไม่สามารถแยกตนเองออกจากสิ่งแวดล้อมได้ การมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมจะช่วยให้เด็กเรียนรู้ประสบการณ์ต่างๆ แยกแยะ และให้สัญลักษณ์จนกลายเป็นประสบการณ์ส่วนตัว ซึ่งจะพัฒนาต่อมาเป็นตนเองตามที่คิดว่าเป็นจริง ซึ่งหมายถึงความคิดหรือเป็นภาพของบุคคลในการที่บุคคลรับรู้ตนเอง และรับรู้สัมพันธ์ภาพที่ตนเองมีต่อบุคคลอื่น และสิ่งอื่น ๆ ในชีวิต (Roger อ้างใน ภาวินี ธนบดีธรรมจารี, 2540)

คูเปอร์สมิท (Coopersmith, 1981) กล่าวว่า ความคิดหรือมโนภาพที่บุคคลมีต่อตนเองนั้นอาจก่อให้เกิดความรู้สึกพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจ ซึ่งบุคคลจะประเมินมโนภาพของตนเองออกมาเป็นความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง โดยผ่านกระบวนการพิจารณาการกระทำ ความสามารถ สมรรถภาพ บุคลิกลักษณะ ค่านิยม และมาตรฐานส่วนตัว

กระบวนการพัฒนาความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองจะดำเนินอย่างต่อเนื่อง และจะเพิ่มขึ้นตามอายุ ซึ่งจะส่งผลกระทบมากในช่วงวัยรุ่นถึงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ในวัยนี้มโนทัศน์เกี่ยวกับตนเองจะมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นมากกว่าช่วงอื่นๆ เด็กวัยรุ่นจะได้รับอิทธิพลจากเพื่อน พฤติกรรมที่เกิดขึ้นจะเปลี่ยนไปตามเพื่อนในวัยเดียวกันที่ตอบสนองต่อเขา การตัดสินใจเกี่ยวกับตนเองทั้งทางด้านการศึกษา อาชีพ การยอมรับของสังคม ซึ่งมีการยอมรับและวิพากษ์วิจารณ์ทั้งทางบวกและทางลบ จะทำให้เกิดทัศนคติต่อตนเอง ตลอดจนมีการเปลี่ยนแปลงความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และจะเปลี่ยนแปลงอีกครั้งในวัยสูงอายุ เนื่องจากอยู่ในวัยหมดประจำเดือน การเกษียณอายุการทำงาน การเสียชีวิตของกลุ่มครอง และความสามารถทางด้านร่างกายลดลง (ดวงกมล พึ่งประเสริฐ อ้างใน กนกวรรณ อังกสิทธิ์, 2540)

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นความต้องการพื้นฐานของชีวิต กล่าวคือ เป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อการดำรงชีวิต เช่นเดียวกับอาหาร น้ำ ออกซิเจน ที่บุคคลต้องการเพื่อการอยู่รอดทางร่างกาย ในทำนองเดียวกันบุคคลก็ต้องการความรู้สึกดีๆ เกี่ยวกับตนเองเพื่อการอยู่รอดทางใจ นอกจากนี้จะเป็นความต้องการพื้นฐานแล้ว ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองยังเป็นปัจจัยที่ทำให้บุคคล

ต่อสู้กับปัญหาและอุปสรรคต่างๆในชีวิตได้ ทำให้ไม่พ่ายแพ้ และสามารถดำรงชีวิตอยู่ด้วยชัยชนะ นอกจากนี้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองยังเปรียบได้กับภูมิคุ้มกันร่างกายหรือเกราะป้องกันตนเอง (อุมพร ตรังคสมบัติ, 2543). จากการศึกษาของสุพัฒนา สุขสว่าง และ ศิริลักษณ์ สว่างวงศ์สิน(2548). พบว่าผู้ป่วยจิตเภท คิดว่าการเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่น่าอาย พยายามปกปิดการเจ็บป่วยของตนเองจากบุคคลอื่นๆ การเจ็บป่วยส่งผลกระทบต่อตนเอง ทั้งในเรื่องหน้าที่การงาน สถานะทางเศรษฐกิจ ความเชื่อถือของบุคคลอื่นๆ รอบข้าง ไม่เป็นที่ต้องการของญาติพี่น้อง เพื่อนบ้านและคนในชุมชนไม่อยากคบค้าด้วย ไม่ได้รับสิทธิเหมือนผู้ป่วยโรคอื่นๆ บุคลากรทางการแพทย์ปฏิบัติต่อผู้ป่วยโดยไม่ให้เกียรติและไม่เคารพสิทธิของผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Roe (2003) ที่ศึกษาในผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยทางจิตเวชพบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคในโรคทางจิตเวช ซึ่งอาจพอสรุปได้ว่าผู้ป่วยจิตเภทสามารถรับรู้ความรู้สึกของบุคคลรอบข้างและมองตนเองไปในทางลบ ส่งผลให้ผู้ป่วยขาดความมั่นใจในการอยู่ร่วมกับสังคม และความสามารถในการดูแลตนเอง ส่งผลให้เกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้ เศร้า จนขาดแรงจูงใจในการรักษาอาการโรคจิตเภท ส่งผลให้เกิดการกลับเป็นซ้ำได้

#### แนวทาง/รูปแบบการพยาบาล

ที่ผ่านมาได้มีการศึกษาหลายงานวิจัยที่พยายามหาวิธีการในการเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจิตเภท เช่น Hall, & Tarrier (2003). ศึกษาเปรียบเทียบผลการใช้โปรแกรม Cognitive Behavioral Treatment (CBT) ร่วมกับการรักษาที่มีอยู่เดิม กับการรักษาที่มีอยู่เพียงอย่างเดียว ต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจิตเวช พบว่าหลังเข้าโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

มีการศึกษาที่ใช้ Cognitive Behavioral Treatment (CBT) อีกหลายงาน โดย Barrowclough และคณะ (2006) ศึกษาผลของการใช้ Group cognitive – behavioural therapy กับผู้ป่วยจิตเภทพบว่า หลังสิ้นสุด โปรแกรม และระยะติดตาม 12 เดือน ค่าคะแนน PANSS ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ไม่มีความแตกต่างกัน อย่างไรก็ตาม The Beck Hopelessness Scale (BHS) และ The Rosenberg Self-Esteem Scale (RSE) พบว่ามีคะแนนสูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.028, 0.027 ตามลำดับ ต่อมานวลลักษณ์ เลหาพันธ์ (2550) ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามทฤษฎีการพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม(Rational Emotive Behavioral Therapy (REBT)) ร่วมกับดนตรีบำบัด ที่มีต่อความฉลาดทางอารมณ์(ด้านการเห็นคุณค่าในตนเอง) ของผู้ป่วยจิตเภท ณ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์พบว่า กลุ่มทดลอง หลังสิ้นสุดการทดลอง กลุ่มทดลองมี

คะแนนความฉลาดทาง(ด้านการเห็นคุณค่าในตนเอง) สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากงานวิจัยที่ได้กล่าวมา พบว่าในการเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจิตเภท มีรูปแบบที่คล้ายคลึงกัน คือการใช้ Cognitive- Behavioral therapy (CBT) หรือทฤษฎีอื่นที่มีความใกล้เคียงกับCBT ร่วมกับกิจกรรมอื่น เช่น ใช้ดนตรีบำบัด

ในประเทศไทยการรักษาผู้ป่วยจิตเภทโดยทั่วไปมุ่งเน้นไปที่ การรักษาด้วยยาเป็นหลัก และมีการใช้กลุ่มจิตบำบัด แต่ยังไม่ทราบกระบวนการกลุ่มที่ชัดเจนเพื่อลดอาการทางบวกของผู้ป่วยส่วนใหญ่เมื่ออาการทางบวกหายไป ผู้ป่วยจะได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ทำให้ระยะเวลาวันนอนโรงพยาบาลสั้นลง ซึ่งทำให้การฟื้นฟูผู้ป่วยมีระยะเวลาที่จำกัด โดยที่ผ่านมามีโรงพยาบาลได้ให้การฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเภทในกิจกรรมการพยาบาลต่างๆ โดยส่วนหนึ่งสอดคล้องไปโปรแกรมที่เป็นกลุ่มจิตบำบัด โดย บุญเหลือ ชาญณรงค์, เบญจวรรณ สามสาลี, ศิริอร ฤทธิไทรรัตน์ และสำราญ บุญรักษา (2540) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดเพื่อความปลอดภัยของสังคมต่อความพร้อมในการออกไปอยู่ในสังคมของผู้ป่วยนิติจิตเวช ซึ่งยังไม่ได้มีประเด็นเรื่องของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองที่ชัดเจน ส่วนในสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ได้มีการสร้างโปรแกรมกลุ่มเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยใน ซึ่งนอกจากจะเตรียมเรื่องความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็น และการปฏิบัติตัวหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้ว ยังมีประเด็นที่เน้นเรื่องความรู้สึกมีคุณค่าของผู้ป่วยอีกด้วย รวมถึงการทำจิตบำบัดรายบุคคลซึ่งมุ่งแก้ไขปัญหาในผู้ป่วยแต่ละราย

โดยที่ผ่านมามีโรงพยาบาลได้ทำหน้าที่ของการให้การพยาบาลผู้ป่วยด้วยกิจกรรมต่างๆ ดังกล่าวข้างต้น แต่ยังไม่มีการประเมินผลที่เป็นรูปธรรม ซึ่งจากสถิติยังพบการกลับเป็นซ้ำของโรคในผู้ป่วยจิตเภทที่รักษาที่สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ถึงร้อยละ 53.57 (ฝ่ายแผนงาน สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์, 2550) ซึ่งการพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วยอาจจะยังไม่ได้มีการปฏิบัติไปในแนวทางเดียวกัน และพยาบาลแต่ละคนก็ใช้ประสบการณ์ของตนในการให้การบำบัดผู้ป่วยจิตเภท ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการหาหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นแนวทางเดียวกันในเรื่องการส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพและเป็นรูปธรรมมากขึ้น

### **โปรแกรมการบำบัดการรู้คิดและปรับพฤติกรรม (Cognitive- Behavioral therapy)**

การบำบัดการรู้คิดและปรับพฤติกรรม (Cognitive-Behavioral therapy) เป็นจิตบำบัดระยะสั้นที่มีโครงสร้างชัดเจนและเน้นประเด็นสำคัญในการบำบัด มีเป้าหมายในการแก้ไขปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม รวมถึงความคิดอัตโนมัติที่บิดเบือนให้เป็นความคิดที่สม

เหตุผลและเหมาะสม ทำให้ผู้รับการบำบัดได้เข้าใจสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริงและเรียนรู้ที่จะจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างถูกต้องเหมาะสม

การบำบัดการรู้คิดและปรับพฤติกรรม เป็นรูปแบบหนึ่งของการบำบัดทางจิต ที่เริ่มต้นจากการบำบัดการรู้คิด (Cognitive therapy) ซึ่งพัฒนาโดย Aaron Beck จิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านจิตวิเคราะห์ ชาวเยอรมัน โดย Beck เชื่อว่าอารมณ์ของคนเราเกิดจาก การรู้คิด (Cognition) ในการรับรู้และตีความสิ่งเร้าที่ผู้รับนั้นประสบ อารมณ์ที่ผิดปกติของบุคคลเป็นผลมาจากการบิดเบือนทางการรู้คิดหรือการประเมินเหตุการณ์ในชีวิตด้วยความคิดที่ไม่ตรงกับความเป็นจริง และความรู้สึกกับความคิดมีความสัมพันธ์และส่งเสริมซึ่งกันและกัน จึงเป็นผลทำให้เกิดความบกพร่องทางอารมณ์และความคิดมากยิ่งขึ้น (Beck, 1971)

ในผู้ป่วยจิตเวช Beck อธิบายว่า การรู้คิด อารมณ์ และพฤติกรรมที่ตอบสนองมีลักษณะรุนแรงและดำเนินมาอย่างต่อเนื่องยาวนานมากกว่าคนปกติ โดยแต่ละความผิดปกติจะมีความเชื่อที่เกี่ยวข้องกับโลก ประสบการณ์ชีวิต และอนาคตแตกต่างกันไป ผู้ป่วยจะมีแนวโน้มที่จะมีการรับรู้แบบผิดเพี้ยนจากความเป็นจริง ดังนั้น เป้าหมายของการรักษาคือ การปรับเปลี่ยนความคิด โดยการปรับเปลี่ยนความเชื่อเฉพาะตนและกรอบความคิดในการรับรู้โลก ประสบการณ์ชีวิต และการคาดการณ์อนาคต

ในทางปฏิบัติ การบำบัดการรู้คิด ไม่ได้มุ่งเน้นที่การเปลี่ยนแปลงความคิดของผู้ป่วยด้วยการบำบัดทางจิตอย่างเดียว แต่การบำบัดดังกล่าวอาศัยเทคนิคต่างๆ จากแนวคิดของกลุ่มพฤติกรรมบำบัด เช่น การสังเกต การจดบันทึกความรู้สึก พฤติกรรม การวางลำดับของปัญหา การกำหนดกิจกรรมให้ผู้ป่วยทำ การลองซ้อมบทบาท เป็นต้น เทคนิคต่างๆ เหล่านี้ถูกนำมาใช้ควบคู่กันกับเทคนิคของการบำบัดการรู้คิด ความเกี่ยวเนื่องเช่นนี้ทำให้ Beck ได้พัฒนารูปแบบการบำบัดการรู้คิดและปรับพฤติกรรม

## 1.2 ปัญหาทางคลินิกที่ต้องการศึกษา

โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรัง ใช้เวลาในการรักษาที่ยาวนาน มักพบปัญหาเรื่องการกลับเป็นซ้ำของโรคอยู่เสมอ ซึ่งการกลับเป็นซ้ำของโรคจะส่งผลกระทบต่อหลาย ด้าน เช่น ค่าใช้จ่ายต่างๆ ในการรับการรักษา ครอบครัวต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น โดยมีปัจจัยหลายประการที่มีอิทธิพลต่อการกลับเป็นซ้ำของโรค เช่น การรับการรักษาไม่ต่อเนื่อง การอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูง มีทักษะการเผชิญปัญหาไม่เหมาะสมและการไม่เชื่อในศักยภาพของตนเอง โดยผู้ป่วยจิตเภทจะรับรู้และมองตนเองในด้านลบ คิดว่าตนเองไม่มีคุณค่า ไม่มีความสามารถ ทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำลง ซึ่งความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำนี้มีผลต่อการ

มีศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท และพบว่าหากผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง จะส่งผลให้สามารถดูแลตนเองได้ดี อยู่ในสังคมได้ ลดการกลับเป็นซ้ำของโรคได้จึงสนใจที่จะศึกษารูปแบบในการเพิ่มความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจิตเภท

### 1.3 วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อหาแนวทางการบำบัดการรู้คิดและปรับพฤติกรรม (Cognitive-Behavioral therapy) ในการเพิ่มความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจิตเภทจากหลักฐานเชิงประจักษ์

### 1.4 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. พยาบาลประจำการมีรูปแบบการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพจากใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการเพิ่มความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจิตเภท
2. สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์มีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ

## บทที่ 2

### วิธีการดำเนินการ

เกณฑ์การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์และเอกสารที่เกี่ยวข้องสำหรับการศึกษาและวิเคราะห์เพื่อนำมาหาแนวทางการบำบัดการรู้คิดและปรับพฤติกรรมในการเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วยรายละเอียดดังนี้

#### 2.1 วิธีการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์

2.1.1 เพื่อให้ได้งานวิจัย และหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ตรงกับเรื่องที่กำลังศึกษา ผู้ศึกษาจึงได้กำหนดคำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์โดยใช้กรอบแนวคิดของ PICO (PICO Framework) (Craig & Smyth, 2002) เป็นเกณฑ์ในการสืบค้นดังนี้

P (Population) = กลุ่มประชากรเป็นผู้ป่วยจิตเภทมีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน

I (Intervention) = กิจกรรมการบำบัดทางการพยาบาล เช่น Cognitive behavioral therapy, Cognitive therapy

C (Comparison intervention) = ไม่มีการเปรียบเทียบ

O (Outcome) = ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการบำบัดมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น

#### 2.1.2 ขอบเขตการสืบค้น

คำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้นข้อมูล มีดังนี้

- schizophrenia, psychiatric illness, mental illness
- self-esteem, self-confident
- Cognitive behavioral therapy, Cognitive therapy

#### 2.1.3 กำหนดแหล่งสืบค้น

ผู้ศึกษาสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์จากงานวิจัยที่ตีพิมพ์เผยแพร่และไม่ได้ตีพิมพ์เผยแพร่ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ จากระบบฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ และแหล่งสืบค้นที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

### 1. จากฐานข้อมูล Electronic

- ฐานข้อมูลแนวปฏิบัติทางคลินิก ได้แก่ [www.guideline.gov](http://www.guideline.gov)
- ฐานข้อมูล systematic review ได้แก่ [Cochrane.org](http://Cochrane.org), [www.joannabriggs.edu.au](http://www.joannabriggs.edu.au)

[joannabriggs.edu.au](http://www.joannabriggs.edu.au)

- จากฐานข้อมูลอื่นๆ ได้แก่ PubMed, CINAHL, OVID, HighWire, SCIENCE DIRECT, Blackwell-synergy, MEDLINE, ProQuest

### 2. Hand search

- journal เฉพาะ ได้แก่ British Journal of Psychiatry, American Journal of Psychiatry, The British Psychological Society เป็นต้น
- จากเอกสารอ้างอิงของบทความ/งานวิจัย

#### ประเภทของหลักฐานเชิงประจักษ์

- คัดเลือกงานวิจัยที่เป็นการทดลองทั้ง Randomized Controlled Trial และ Quasi-experimental
- สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ครอบคลุมตั้งแต่ปี ค.ศ. 1995 ถึง ค.ศ. 2009
- เลือกเฉพาะงานวิจัยที่เป็นฉบับสมบูรณ์เนื่องจากงานวิจัยที่มีเฉพาะบทคัดย่อไม่สามารถนำมาวิเคราะห์ได้
- เลือกเฉพาะงานวิจัยที่เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

## 2.2 วิธีการที่ใช้ในการประเมินคุณภาพและระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์

การประเมินคุณภาพของงานวิจัย/หลักฐานเชิงประจักษ์ โดยใช้เกณฑ์ของโพลิตและเบค (Polit&Beck, 2004 อ้างใน ฟองคำ ติลกสกุลชัย, 2549) มี 3 องค์ประกอบดังนี้ คือ

### 2.1.1 Clinical relevance ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหา

ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิกโดยพิจารณาที่ตรงกับปัญหาทางคลินิกสามารถช่วยในกระบวนการตัดสินใจของพยาบาล พยาบาลมีเอกสิทธิ์ในการปฏิบัติเพื่อแก้ไขปัญหาตามขอบเขตการปฏิบัติการพยาบาล และงานวิจัยมีกระบวนการเก็บข้อมูลที่น่าเชื่อถือ

### 2.1.2 Scientific merit การมีความหมายในเชิงของศาสตร์

การประเมินคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์ ประเด็นหลักในการประเมินการออกแบบงานวิจัยมีความเหมาะสมและสอดคล้องกันตั้งแต่ ชื่อเรื่อง ตัวแปร คำถามและสมมุติฐานการวิจัย วัตถุประสงค์ การเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล ผลการวิจัย สรุปและอภิปรายผล ความ

นำเชื่อถือของงานวิจัย ทั้งคณะผู้วิจัย วารสารที่ตีพิมพ์ จำนวนกลุ่มตัวอย่าง ความเที่ยงและความตรงของเครื่องมือ สถิติที่ใช้ ผลการวิจัย

### 2.1.3 Implementation potential ประเมินความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ/ดำเนินการ

การประเมินความเป็นไปได้ในการปฏิบัติของแต่ละโมเดล/รูปแบบของการใช้ผลงานวิจัย/การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์อาจมีความแตกต่างกันบางโมเดล/รูปแบบในการศึกษานำร่อง และสรุปว่าหลักฐานเชิงประจักษ์นั้นสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงในการปฏิบัติ ซึ่งอาจจะสรุปประเด็นการประเมินได้ดังนี้

#### 1) การถ่ายทอด/นำลงสู่การปฏิบัติ (Transferability of the findings)

การประเมินความเป็นไปได้ในการปฏิบัติจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้นได้ จะใช้คำถามการประเมินดังนี้ งานวิจัย นั้นสอดคล้องกับหน่วยงานที่จะนำไปใช้หรือไม่ กลุ่มประชากรเป้าหมายในงานวิจัย มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มประชากรในหน่วยงานหรือไม่ ปรัชญาการดูแลมีความแตกต่างจากปรัชญาการดูแลของหน่วยงานหรือไม่ จำนวนผู้ป่วยที่จะได้รับประโยชน์มากพอหรือไม่ ใช้เวลาในการดำเนินงานและประเมินผลหรือไม่

2) ความเป็นไปได้ (Feasibility of implementation) มีหลายประเด็นที่จะต้องคำนึงถึงความเป็นไปได้ในการนำลงสู่ปฏิบัติ ได้แก่ บุคลากรและสิ่งเอื้ออำนวย บรรยากาศในองค์กร ความต้องการความช่วยเหลือจากหน่วยงานภายนอก และความเป็นไปได้ในการประเมินผลทางคลินิก โดยมีคำถามสำหรับประเมินงานวิจัยดังนี้ พยาบาลมีอิสระในการดำเนินโครงการฯ หรือยุติการดำเนินโครงการฯ ถ้าพบว่าไม่ได้ผลหรือไม่เป็นที่ต้องการหรือไม่ การดำเนินโครงการฯ ครอบคลุมการทำงานตามปกติของเจ้าหน้าที่หรือไม่ ผู้บริหารสนับสนุนโครงการฯ หรือไม่ บรรยากาศในองค์กรนำไปสู่การดำเนินการโครงการฯ หรือไม่ เจ้าหน้าที่และผู้บริหารมีความเห็นตรงกันว่าโครงการจะเป็นประโยชน์ และสมควรดำเนินการทดสอบหรือไม่ มีการต่อต้านและไม่ร่วมมือในการดำเนินการและประเมินผลโครงการฯ หรือไม่ การดำเนินการโครงการฯ ทำให้เกิดความขัดแย้งในองค์กรมากน้อยเพียงใด โครงการฯ ได้รับการร่วมมือหรือสนับสนุนจากหน่วยงานอื่นหรือไม่ เจ้าหน้าที่พยาบาลมีทักษะในการดำเนินโครงการฯ หรือไม่ ถ้าไม่มี จะมีการฝึกทักษะที่จำเป็นอย่างไร หน่วยงานมีเครื่องมือและสิ่งเอื้ออำนวยที่จำเป็นในการดำเนินโครงการฯ หรือไม่ ถ้าไม่มีจะมีแนวทางในการได้สิ่งที่ต้องการหรือไม่ จะเป็นไปได้มากน้อยเพียงใดที่พยาบาลจะละหน้าที่อื่นๆ เพื่อเรียนรู้การดำเนินโครงการฯ มีเครื่องมือที่เหมาะสมในการประเมินผลทางคลินิกของโครงการฯ หรือไม่

3) ความคุ้มค่า (Cost-benefit ratio) ควรประเมินอย่างรอบคอบเกี่ยวกับความคุ้มค่าของโครงการฯ การประเมินควรครอบคลุมกลุ่มต่างๆ รวมทั้งผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ และ

องค์กรในภาพรวม คือ ประเมินจากประโยชน์และความเสี่ยงต่างๆที่จะเกิดขึ้นทั้งต่อผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ และหน่วยงานทั้งทางตรงและทางอ้อมที่จะเกิดขึ้นจากการนำโครงการฯลงปฏิบัติ รวมทั้งค่าใช้จ่ายที่จะเกิดขึ้นจากการดำเนินโครงการฯ ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว และประเมินถึงประโยชน์และค่าใช้จ่ายส่วนที่ไม่ใช่วัสดุในการดำเนินโครงการ

### 2.3 การประเมินระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ (Level of evidence)

ใช้เกณฑ์การประเมินของ Melnyk & Fineout - Overholt (2005) โดยมีการแบ่งระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ ดังนี้

**ระดับ 1:** หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็น Systematic review หรือ meta-analysis ที่ตรงกับประเด็นปัญหาที่มาจากงานวิจัย RCTs หรือเป็นหลักฐานจาก Guidelines ที่ได้มาจาก Systematic review ที่มาจากงานวิจัย RCTs

**ระดับ 2:** หลักฐานเชิงประจักษ์ที่มาจากงานวิจัยอย่างน้อยหนึ่งเรื่องที่เป็นงานวิจัย RCTs

**ระดับ 3:** หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการออกแบบอย่างดี แต่ไม่มีการสุ่มเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

**ระดับ 4:** หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็น Case control และ Cohort study ที่มีการออกแบบงานวิจัยอย่างดี

**ระดับ 5:** หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (Systematic review) ของงานวิจัยแบบพรรณนาหรืองานวิจัยเชิงคุณภาพ

**ระดับ 6:** หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากงานวิจัยเดี่ยวแบบพรรณนาหรืองานวิจัยเชิงคุณภาพ

**ระดับ 7:** หลักฐานเชิงประจักษ์ ที่ได้มาจากความคิดเห็นหรือทัศนะของผู้ที่มีความเชี่ยวชาญในประเด็นนั้นๆ และ/หรือรายงานของคณะ/กลุ่มผู้เชี่ยวชาญ

## บทที่ 3

### ผลการดำเนินการสืบค้น

#### 3.1 ผลการดำเนินการสืบค้น

เนื่องจกงานวิจัยเกี่ยวกับการเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองที่เป็นเชิงทดลองยังมีไม่มากนัก ผลการสืบค้นที่ได้จากฐานข้อมูลต่างๆจึงมักเป็นงานวิจัยที่เป็นเรื่องซ้ำๆ กัน ดังนั้นเรื่องที่ซ้ำกันจึงคัดออกนำเสนอเพียงฐานข้อมูลอันใดอันหนึ่ง จากการสืบค้นในฐานข้อมูลต่างๆ ไม่พบหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ตรงกับประเด็นปัญหาทางคลินิกที่สนใจในฐานข้อมูลดังต่อไปนี้ คือ ฐานข้อมูลแนวปฏิบัติทางคลินิก ได้แก่ [www.guideline.gov](http://www.guideline.gov) และฐานข้อมูล Systematic review ได้แก่ [Cochrane.org](http://Cochrane.org) และ [www.Joannabriggs.edu.au](http://www.Joannabriggs.edu.au) โดยงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้นได้ทั้งหมด 8 เรื่องดังรายละเอียดต่อไปนี้

##### 1) Pubmed

Self-esteem and schizophrenia and (Cognitive behavioral therapy or Cognitive therapy)  
 Self-esteem and mental illness and (Cognitive behavioral therapy or Cognitive therapy)  
 Self-esteem and psychiatric illness and (Cognitive behavioral therapy or Cognitive therapy)  
 Self-confident and schizophrenia and (Cognitive behavioral therapy or Cognitive therapy)

4  
Studies

##### 2) Ovid

Self-esteem and schizophrenia and (Cognitive behavioral therapy or Cognitive therapy)  
 self-esteem and mental illness and (Cognitive behavioral therapy or Cognitive therapy)  
 Self-esteem and psychiatric illness and (Cognitive behavioral therapy or Cognitive therapy)  
 Self-confident and schizophrenia and (Cognitive behavioral therapy or Cognitive therapy)  
 Self-esteem and schizophrenia

1  
Studies

##### 3) CINAHL

Self-esteem and schizophrenia and (Cognitive behavioral therapy or Cognitive therapy)  
 self-esteem and mental illness and (Cognitive behavioral therapy or Cognitive therapy)  
 Self-esteem and psychiatric illness and (Cognitive behavioral therapy or Cognitive therapy)  
 Self-confident and schizophrenia and (Cognitive behavioral therapy or Cognitive therapy)

2  
Studies

#### 4) Hand Search

งานวิจัยในประเทศ 1 เรื่อง เป็นงานวิจัยของบุคลากรกรมสุขภาพจิต โดยสืบค้นจากห้องสมุดสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

สรุปได้ 8 เรื่อง และสกัดแล้วใช้ได้ 4 เรื่อง

### 3.2 การประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์

งานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งหมดที่สืบค้นได้จากฐานข้อมูลที่กำหนด ผ่านการประเมินคุณภาพและความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์แล้ว พบงานวิจัยที่เป็นฉบับสมบูรณ์ และเป็น Randomized Controlled Trial หรือ Quasi-experimental ที่สามารถนำมาวิเคราะห์ได้มีจำนวนทั้งหมด 8 เรื่อง แต่คัดออก 4 เรื่อง ดังนี้

1. Lecomte, T., CYR, Mireille., Lesage, D., Wilde, J., Leclerc., C. & Ricard, N. (1999) Efficacy of a self-esteem Module in the Empowerment of Individuals with Schizophrenia.

เนื่องจากการวิจัยไม่ใช่เป็นการทดลองเพื่อเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วย จึงไม่สามารถนำมาวิเคราะห์ได้จึงคัดออกจากการศึกษา

2. Seo M. J, Ahn S, Byun K.E, and Kim K.C. (2007). Social Skills Training as Nursing Intervention to Improve the Social Skills and Self-Esteem of Inpatients with Chronic Schizophrenia.

เนื่องจากการวิจัยนี้ใช้ Social Skills Training ในการบำบัด ซึ่งไม่ใช่รูปแบบการบำบัดที่ศึกษาจึงถูกคัดออกจากการศึกษา

3. Knapen, J., Vliet, D,V,P., Coppello, V,H.,David, A., Peuskens, J., Pieters G., et al. (2005). Comparison of Changes in Physical Self-Concept, Global Self-esteem, Depression and Anxiety following Two Different Psychomotor Therapy Programs in Nonpsychotic Inpatients.

เนื่องจากการวิจัยนี้ใช้โปรแกรมการออกกำลังกายและการทำ Psychotherapy ซึ่งไม่ใช่รูปแบบการบำบัดที่ศึกษาจึงถูกคัดออกจากการศึกษา

4. F.L.B, & Tsang, H. W.H. (2002). A Program to Assist People with Severe Mental Illness in Formulating Realistic Life Goal.

เนื่องจากโปรแกรมการบำบัดนี้ไม่ได้ใช้ Cognitive - Behavioural Therapy ในการเพิ่มความู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจิตเภท

ดังนั้นจึงคงเหลืองานวิจัยที่สามารถนำมาวิเคราะห์ได้รวม 4 เรื่องที่สามารถนำมาวิเคราะห์ได้มีจำนวนทั้งหมด 4 เรื่อง ได้นำเสนอดังตาราง 1

**ตาราง 1** แสดงหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สามารถนำมาวิเคราะห์ได้

อันดับ	ชื่อผู้วิจัย/ชื่อเรื่อง/แหล่งตีพิมพ์	ระดับงานวิจัย
1	Hall, P. L., & Tarrier, N. (2003). The Cognitive-behavioural treatment of self-esteem in psychotic patients: a pilot study, Behaviour Research and Therapy, 413, 17-332.	RCT Level II
2	Gumlay, A., Karaziad, A., Power, K., Rrilly, J., McNay, M., O'Grady, M. (2006). Early intervention for relapse in schizophrenia : Impact of cognitive behavioural therapy on negative beliefs about psychosis and self-esteem, British Journal of Clinical Psychology, 45, 247-260	RCT Level II
3.	Barrowclough, C., Haddock, G., Lobban, F., Jones, S., Siddle, R., Roberts, C., et al. (2006). Group cognitive – behavioural therapy for schizophrenia, British journal of psychiatry, 189,527-532.	RCT Level II
4.	นวลลักษณ์ เลหาพันธ์ (2550). ผลการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามทฤษฎี REBT ร่วมกับดนตรีบำบัด ที่มีต่อความฉลาดทางอารมณ์ (ด้านการเห็นคุณค่าในตนเอง) ของผู้ป่วยจิตเภท ณ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์, โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; ขอนแก่น.	RCT Level II

### การประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์

เมื่อทำการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์จากฐานข้อมูลต่างๆ พบงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและสามารถนำมาแก้ปัญหาทางคลินิก โดยการเสริมสร้างความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจิตเภทได้ดังต่อไปนี้

#### เรื่องที่ 1

**ชื่อผู้วิจัย** Hall, P. L. & TARRIER, N. (2003).

**ชื่อเรื่อง** The Cognitive-behavioural treatment of self-esteem in psychotic patients: a pilot study, Behaviour Research and Therapy.

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผลการบำบัดโดยใช้โปรแกรม Cognitive Behavior Therapy ร่วมกับการรักษาที่มีอยู่เดิม ต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจิตเวชที่มีระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ กับการรักษาที่มีอยู่เดิมเพียงอย่างเดียว โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยในจาก Acute NHS Psychiatric Unit จำนวน 23 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 11 คน กลุ่มควบคุม 12 คน เป็นงานวิจัยแบบ Randomized Controlled Trial โดยเป็นการบำบัดรายบุคคล โดยโปรแกรมทำการบำบัดทั้งหมด 7 ครั้ง ทำการบำบัด 1 ครั้ง/สัปดาห์ โดยใช้หลักของพฤติกรรมบำบัด โดยกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างคิดถึงคุณสมบัติทางบวกของตนเองที่เป็นจริงและทำให้ชัดเจนโดยการนำไปปฏิบัติเป็นพฤติกรรม และผู้บำบัดเน้นให้ผู้ป่วยสังเกตตนเองตามความเป็นจริงซึ่งจะทำให้กลุ่มตัวอย่างเห็นว่าตนเองมีสิ่งดีๆ เพิ่มขึ้น ส่งผลให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้นด้วย ผลการศึกษาพบว่า หลังสิ้นสุดการทดลอง กลุ่มทดลองมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้นและยังคงอยู่ในระยะติดตาม 3 เดือน นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มทดลองมีอาการทางจิตทั้งทางบวกและทางลบ และอาการทางจิตต่างๆ ไปดีขึ้น รวมทั้งมีการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในเรื่องการทำหน้าที่ทางสังคมอีกด้วย

หัวข้อ	รายละเอียด
ชื่องานวิจัย	The Cognitive-behavioural treatment of low self-esteem in psychotic patients: a pilot study.
ชื่อผู้วิจัย	Pauline L Hall, Nicholas TARRIER.
แหล่งที่พิมพ์	Behaviour Research and Therapy. 41 ,317-332(2003)
วัตถุประสงค์	เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผลการใช้โปรแกรม CBT ร่วมกับการรักษาที่มีอยู่เดิม กับการรักษาที่มีอยู่เดิมเพียงอย่างเดียว ต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในผู้ป่วยจิตเวชที่มีระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ

หัวข้อ	รายละเอียด
ระเบียบวิธีการวิจัย	Randomized controlled trial โดยใช้การแบ่งกลุ่มอย่างง่าย ด้วยการจับสลากแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยทั้งกลุ่มตัวอย่างและผู้วิจัยรู้ว่าใคร เป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง
ระดับงานวิจัย	โดยใช้การจัดระดับความเข้มแข็งของงานวิจัยของ Melnyk and Fineout-overholt (2005) ความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ระดับ 2
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย	<p>เป็นผู้ป่วยในจาก Acute NHS Psychiatric Unit เป็นกลุ่มทดลอง 12 คน กลุ่มควบคุม 13 คน</p> <p>Inclusion - ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคทางจิตเวช</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- มีประสบการณ์การมีอาการหูแว่วและมีความคิดหลงผิด</li> <li>- อายุระหว่าง 18 – 65 ปี</li> <li>- มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ โดยมีระดับคะแนนเท่ากับหรือน้อยกว่า 132 คะแนน โดยประเมินจาก Robson Self Concept Questionnaires, 1989</li> <li>- เป็นผู้ป่วยที่เจ้าหน้าที่ยินยอมให้เข้าร่วมโครงการ</li> </ul> <p>Exclusion - ผู้ป่วยที่พยาบาลหรือบุคลากรในทีมรักษาเห็นว่าไม่สามารถเซ็นชื่อยินยอมให้การบำบัด หรือพบว่าจะรบกวนในการสัมภาษณ์ หรือการให้</p> <p>Intervention</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ไม่สามารถพูดภาษาอังกฤษได้</li> <li>- กำลังได้รับ Cognitive-behavioural therapy หรือ Family therapy อื่นๆ อยู่แล้ว</li> </ul>
เครื่องมือในการวิจัย	<p>จะประเมิน 3 ครั้ง ด้วยกันคือ ก่อนได้รับการบำบัด หลังได้รับการบำบัด และ 3 เดือนหลังได้รับการบำบัด โดยมีรายละเอียดดังนี้</p> <p>1) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (self-esteem) ใช้ Robson Self Concept Questionnaires (SCG, Ropson, 1987) จำนวน 30 ข้อ เป็นแบบประเมินด้วยตนเอง ซึ่งในแบบประเมินมีระดับการให้คะแนน 0-7 คะแนน โดยจะมีการประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในด้านต่างๆ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและความสำคัญในตนเอง ความดึงดูดความสนใจหรือความมีเสน่ห์ การมีอำนาจ และความพึงพอใจในความสามารถและความปรารถนา</p>

หัวข้อ	รายละเอียด
เครื่องมือในการวิจัย (ต่อ)	<p>- ซึ่งระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในคนปกติ ซึ่งไม่ใช่อยู่บนพื้นฐานของผู้ที่ป่วยทางจิต จะมีคะแนนอยู่ในช่วง 132-142 คะแนน (เฉลี่ย 137 คะแนน) และถ้ามีคะแนนสูงถือว่าเป็นผู้ที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองที่ดี สำหรับเป้าหมายของการศึกษาครั้งนี้ ถ้ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนต่ำกว่า 132 คะแนน ถือว่ามีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ</p> <p>2) ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า ใช้ The Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD, Zigmond &amp; Snaith,1983) โดยวัดอารมณ์ซึ่งเป็นส่วนประกอบของ ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า โดยแบบประเมินจะมี 7 หัวข้อ ในการวัดความวิตกกังวลสลับกันและ 7 หัวข้อ วัดภาวะซึมเศร้า การให้ค่าคะแนนแต่ละหัวข้อจะมีการให้ 4 ระดับ คือ คะแนน 0-3 คะแนน การแปลค่าคะแนน - ถ้าได้ 3 คะแนนแสดงถึงการมีอาการที่รุนแรง</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- คะแนนที่สูงที่สุด คือ 21 คะแนน แสดงถึงภาวะวิตกกังวลหรือซึมเศร้า</li> <li>- ถ้าคะแนนน้อยกว่า 8 คะแนน แสดงว่าไม่พบภาวะวิตกกังวลหรือภาวะซึมเศร้า</li> <li>- ถ้าคะแนนอยู่ระหว่าง 8-10 คะแนน แสดงถึงภาวะที่ยังตัดสินใจไม่ได้ว่าจะมีความผิดปกติหรือไม่</li> <li>- ถ้าคะแนนอยู่ในช่วง 11-21 คะแนน แสดงถึงลักษณะสำคัญของความวิตกกังวลหรือภาวะซึมเศร้า</li> </ul> <p>3) อาการทางจิต ใช้ The Positive and Negative Syndrome Scale for Schizophrenia (PANSS, Kay,Fiszbein Opler , 1980) ครอบคลุม 30 หัวข้อ เป็นแบบสัมภาษณ์ ทุกหัวข้อมีคะแนนระหว่าง 1-7 คะแนน (ไม่มีอาการ-มีอาการรุนแรง ) ประกอบด้วย 3 หมวด โดย 7 ข้อ ประเมินอาการทางบวก อีก 7 ข้อ ประเมินอาการทางลบ และ 16 ข้อ ประเมินอาการต่างๆ ไปทางจิต</p> <p>4) การทำหน้าที่ทางสังคมใช้ The Social Functioning Scale (SFS) พัฒนาโดย Birchwood and Colleagues (1990) ประเมินโดยการสัมภาษณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมทางสังคม มีทั้งหมด 7 หมวด คือ การแยกตัวจากสังคม การมีสัมพันธภาพ การมีกิจกรรมทางสังคม กิจกรรมนันทนาการ ความสามารถ</p>

หัวข้อ	รายละเอียด
เครื่องมือในการวิจัย (ต่อ)	<p>ในพฤติกรรมกรรมการประกอบอาชีพและการทำงานที่เป็นอิสระ แต่ละหัวข้อมีการประเมินคะแนนจาก 0-3 คะแนน</p> <p>ถ้าประเมินได้ 3 คะแนนแสดงถึงมีการทำหน้าที่ในระดับสูงคะแนนที่ได้เป็นคะแนนดิบแต่ละหัวข้อ แต่ก็ยังเป็นคะแนนมาตรฐานและเป็นค่าเฉลี่ยในการให้ให้คะแนนทั้งหมด ทดลอง ซึ่งผลที่ได้ของแต่ละคน จะเป็นข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการช่วยเหลือ และใช้เป็นเทคนิคต่อไป</p>
การบำบัด	<p>การทดลองเป็นการบำบัดรายบุคคล มีทั้งหมด 7 ครั้ง ทำการบำบัด 1 ครั้ง/สัปดาห์ โดยใช้หลักการพฤติกรรมบำบัด โดยมีขั้นตอนดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. การบำบัดในแต่ละครั้ง จะให้กลุ่มตัวอย่าง คิดคำพูดหรือข้อความที่ดีๆ เป็นคุณสมบัติทางบวกและเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับตนเอง 10 ข้อความ/ประโยค/เรื่องจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างให้คะแนนความเชื่อว่ามี ความมั่นใจ ด้วยคะแนน 0-100 คะแนน (0 = ไม่เป็นจริง, 100= เป็นจริง) และเลือกเฉพาะข้อที่มีความเชื่อที่ต่ำ พบว่า ส่วนใหญ่จะมีคะแนนต่ำ โดยให้เลือก 2 ประโยค/ครั้ง</li> <li>2. ให้กลุ่มตัวอย่างพยายามที่จะหา หรือแสดงว่าสิ่งที่เขามองเป็นสิ่งดี มีคุณภาพ โดยยกตัวอย่างในการแสดงคุณสมบัติที่นั้นให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ ให้พวกเขาพยายามนึกบททวนถึงพฤติกรรมดีๆ เหล่านี้ว่าเกิดในเวลาใด ที่ไหนอย่างไร ละเอียด โดยให้นึก ช้าๆ</li> <li>3. หลังจากพยายามนึกบททวนแล้ว ให้กลุ่มตัวอย่างให้คะแนนใหม่ในหัวข้อนั้นอีกครั้ง จะทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจมากขึ้น</li> <li>4. พยายามเน้นถึงความเป็นจริงที่เป็นทางบวกให้ชัดเจน และทำให้กลุ่มตัวอย่างเห็นหลักการให้นึกถึงสิ่งที่ดีๆ และให้ดึงออกมา</li> <li>5. ให้การบ้าน โดยให้กลุ่มตัวอย่าง Monitor พฤติกรรมดีๆ ของตนเองและบันทึก (โดยสิ่งที่บันทึกจะใช้เป็น Feed back และให้กำลังใจ)</li> <li>6. กลุ่มตัวอย่างจะถูกถามซ้ำว่า ตนเองมีสิ่งที่ดีๆ มากขึ้นหรือไม่ โดยทำให้คิดในทางบวก รู้สึกดีจากการให้คะแนนสูงขึ้น</li> </ol> <p><u>กลุ่มควบคุม</u> จะได้รับการรักษาด้วยยา และการประเมินทางคลินิก การทำจิตบำบัด (Psycho-therapy) และการติดตามดูแลเมื่ออยู่ในชุมชน</p>

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการวิจัย	<p>กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมี 114 คน มี 64 คน ที่มีคุณสมบัติเข้าเกณฑ์ 15 คน ปฏิเสธที่จะเข้าร่วมการทดลอง อีก 19 คน ปฏิเสธภายหลัง และ 5 คน ออกจากการทดลองเหลือกลุ่มตัวอย่าง 25 คน สุ่มเป็นกลุ่มทดลอง 12 คน และกลุ่มควบคุม 13 คน และออกจากกลุ่มอีกกลุ่มละ 1 คน เหลือกลุ่มทดลอง 11 คน และกลุ่มควบคุม 12 คน</p> <p><u>คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง</u></p> <p>มีอายุเฉลี่ย 38 ปี (SD 9.97) เป็นชาย 12 คน , 11 คน อาศัยอยู่เพียงลำพัง , 6 คน อาศัย อยู่กับคู่สมรส , 5 คน อยู่กับบิดามารดา , 2 คน อยู่กับบุตร , 1 คน อยู่ในความดูแลของเจ้าหน้าที่ โดยทั้งหมดไม่มีงานทำ และได้รับเงินช่วยเหลือเนื่องจากการเจ็บป่วย 7 คน ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น โรคจิตเภท , 13 คน ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น โรคอารมณ์แปรปรวน (Bipolar disorder) และที่เหลือ (3 คน) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Unspecified psychotic illness</p> <p>- โดยระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 15.4 ปี (range 1 to &gt; 20) และส่วนใหญ่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน มากกว่า 3 ครั้ง</p> <p><u>จาก Robson Self Concept Questionnaire</u></p> <p>พบว่า 1. ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของกลุ่มควบคุมแรกเริ่มการทดลองสูงกว่ากลุ่มทดลอง</p> <p>2. หลังสิ้นสุดการทดลอง กลุ่มทดลองมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น (144.33) มากกว่ากลุ่มควบคุม (108)</p> <p>3. ในระยะติดตามผลการทดลอง 3 เดือน กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเกือบเท่ากับหลังสิ้นสุดการทดลอง</p> <p><u>Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS)</u></p> <p>พบว่าหลังสิ้นสุดการทดลอง กลุ่มทดลองมีอาการทางบวกและทางลบ และอาการทางจิตต่างๆ ไปได้ขึ้น และยังคงอยู่ในระยะติดตามผลหลังจากสิ้นสุดการทดลอง 3 เดือน</p> <p><u>Social Functioning Scale (SFS)</u></p> <p>พบว่าหลังสิ้นสุดการทดลอง กลุ่มทดลองมีการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในเรื่อง Social Functioning Scale และยังคงอยู่ในช่วงติดตามผล 3 เดือน หลังการทดลอง</p>

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการวิจัย (ต่อ)	<p><u>Hospital Anxiety and Depress Scale (HAD)</u></p> <p>พบว่า 1. หลังสิ้นสุดการทดลองมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่าง 2 กลุ่มเรื่องคะแนนความซึมเศร้า (Depression Scores) แต่ไม่แตกต่างในเรื่องของความวิตกกังวล</p> <p>2. ในระยะติดตามผล 3 เดือนหลังสิ้นสุดการทดลอง คะแนนความซึมเศร้าและคะแนนความวิตกกังวลไม่มีความแตกต่างกัน</p> <p><u>Subject feedback</u></p> <p>พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีความพึงพอใจกับเทคนิคการบำบัดในระดับสูง</p>
ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก	<ul style="list-style-type: none"> <li>- งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยที่ต้องการแก้ไขปัญหาทางคลินิก คือ การหาวิธีการบำบัดผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้ Cognitive-behavioural Therapy ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทในการเป็นผู้ป่วยส่วนใหญ่ทางคลินิก โดยผลการทดลองแสดงถึงการใช้ Cognitive behavioural Therapy สามารถเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยได้ ซึ่งตรงกับประเด็น ปัญหาทางคลินิกที่ต้องการแก้ไข</li> <li>- งานวิจัยนี้ไม่ได้กำหนดสมมุติฐานที่ชัดเจนไว้ แต่ได้ระบุวัตถุประสงค์ไว้อย่างชัดเจน ซึ่งสอดคล้องกับประเด็นปัญหาที่สนใจ</li> <li>- งานวิจัยนี้พยาบาลมีเอกสิทธิ์ในการนำไปใช้แก้ไขปัญหาทางคลินิกได้ เนื่องจากใช้ Cognitive-behavioural Therapy ซึ่งเป็นการทำจิตบำบัดชนิดหนึ่ง โดยพยาบาลผู้ที่ได้รับการอบรมสามารถนำไปใช้ได้ ในขอบเขตการปฏิบัติการพยาบาล</li> </ul>
การมีความหมายหรือมีคุณค่าในเชิงของศาสตร์	<ul style="list-style-type: none"> <li>- งานวิจัยนี้ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารวิชาการทางจิตเวช ที่มีชื่อเสียงฉบับหนึ่งคือ Behaviour Research and Therapy</li> <li>- ผู้วิจัยเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ จากสถานศึกษาที่มีชื่อเสียงทางจิตเวช</li> </ul> <p><u>คุณภาพงานวิจัย</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ชื่อเรื่องสื่อถึงวิธีการศึกษาอย่างชัดเจน โดยการทำกลุ่ม Cognitive-behavioural Therapy และระบุกลุ่มตัวอย่างไว้อย่างชัดเจน เป็นผู้ป่วยจิตเวช แต่ไม่ได้ระบุโรค</li> <li>- งานวิจัยไม่ได้ระบุปัญหาและเหตุผลที่ต้องการทำวิจัยอย่างชัดเจน แต่ให้เหตุผลว่า การใช้ Cognitive-behavioural Therapy ยังมีหลักฐานเชิงประจักษ์ในการนำมาทำกลุ่มบำบัดน้อย ผู้ศึกษาจึงทำการศึกษาในครั้งนี้</li> </ul>

หัวข้อ	รายละเอียด
<b>การมีความหมาย หรือมีคุณค่า ในเชิงของศาสตร์</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ไม่มีการระบุกรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัยที่เด่นชัด</li> <li>- มีการระบุวัตถุประสงค์การวิจัยไว้อย่างชัดเจน</li> <li>- มีการทบทวนวรรณกรรมที่สนับสนุนการทดลอง วรรณกรรมที่ทบทวนครอบคลุม ทันสมัย โดยคุณได้จากเอกสารอ้างอิง โดยผู้ศึกษาค้นคว้าจากเอกสารงานวิจัยต่าง ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1983 - 2001</li> <li>- มีการระบุกลุ่มประชากรเป้าหมายและวิธีการที่ได้มาอย่างชัดเจน ผู้วิจัยได้ระบุจำนวนกลุ่มประชากรทั้งก่อน - หลังการทดลองทุกขั้นตอน</li> <li>- มีการระบุวิธีการวิจัยไว้ชัดเจน โดยงานวิจัยนี้เป็น Randomized Controlled trial</li> <li>- จากการวิจัยมีการระบุถึงข้อจำกัดในการวิจัย โดยอ้างถึงปัจจัยอื่นที่มีผลให้การทดลอง ไม่มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง</li> </ul>
<b>แนวโน้มที่จะ นำไปใช้ได้ ในการปฏิบัติ</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. การเทียบเคียงความรู้สู่การปฏิบัติ (Transferability of finding) ผลการทดลองตรง กับประเด็นปัญหาทางคลินิกที่สนใจ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างของงานวิจัย มีลักษณะคล้ายคลึงกับผู้ป่วยในหน่วยงานมีความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง</li> <li>2. Feasibility of Implementation ความเป็นไปได้ในการนำไปใช้จริง หากจะนำการวิจัยมาใช้ พยายามสามารถนำไปใช้ในหน่วยงานได้ แต่ต้องมีการเตรียมหน่วยงาน บุคลากร คือ ต้องมีการฝึกอบรมผู้นำกลุ่มในการบำบัดโดยใช้ Cognitive-behavioural Therapy และยังคงประสานงานทำความเข้าใจกับทีมสุขภาพอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เนื่องจากกระบวนการบำบัดต้องใช้ เวลาและบุคลากรในการบำบัด แต่ก็ให้ผลลัพธ์เป็นที่น่าพอใจ คือ การทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น มีความเป็นไปได้ที่หน่วยงานจะสนับสนุนการพัฒนาโปรแกรมนี้</li> <li>3. ความคุ้มค่าคุ้มประโยชน์เมื่อนำไปใช้ (Cost-Benefit Ratio) การนำองค์ความรู้จากการวิจัยไปใช้ในหน่วยงาน อาจจะต้องใช้งบประมาณในระยะแรก คือ การเตรียมบุคลากรให้มีความรู้ และทักษะการบำบัด โดยใช้ Cognitive-behavioural Therapy และไม่เกิดความเสียหายใดๆ แต่ต้องมีผู้รับผิดชอบหลัก เนื่องจากการบำบัดที่ใช้ระยะเวลานาน แต่เมื่อเทียบกับผลที่ได้รับ ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึที่ดีและเพิ่มความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วย อាកารทางจิตลดลง ซึ่งส่งผลต่อความถี่ในการกลับซ้ำของโรคและ</li> </ol>

หัวข้อ	รายละเอียด
การสกัดเพื่อการนำไปใช้	<p>การกลับเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลลดลงด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>โปรแกรม Cognitive-behavioural Therapy สามารถเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจิตเภทได้ โดยโปรแกรมจะทำให้ผู้ป่วยเปลี่ยนความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมไปในทางบวก ทำให้เกิดความรู้สึกดีกับตัวเอง ส่งผลให้มีความรู้สึก มีคุณค่าในตนเองมากขึ้น</li> <li>โปรแกรม Cognitive-behavioural Therapy นอกจากจะเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจิตเภทแล้วยังเพิ่มผลลัพธ์อื่นๆ อีก ได้แก่ การทำหน้าที่ทางสังคมดีขึ้น และอาการทางจิตลดลงอีกด้วย</li> <li>ผลของโปรแกรม Cognitive-behavioural Therapy ต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจิตเภท จะยังคงอยู่นาน 3 เดือน หลังสิ้นสุดโปรแกรม</li> <li>โปรแกรม Cognitive-behavioural Therapy ที่สามารถเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ควรมีเนื้อหาเกี่ยวกับการทำให้ผู้ป่วยเห็นและเชื่อมั่นในสิ่งเป็นลักษณะทางบวกของตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง โดยให้ผู้ป่วยคิดถึงลักษณะทางบวกของตนเอง และให้ผู้ป่วยประเมินตนเองตามคุณสมบัติต่างๆ โดยการให้คะแนน 0-100 จากนั้นผู้บำบัดให้ผู้ป่วยให้ผู้ป่วย พูดถึงรายละเอียดของคุณสมบัติต่างๆ โดยให้เชื่อมโยงกับพฤติกรรมที่ได้เคยทำในอดีต เพื่อให้เกิดความชัดเจนขึ้นและให้ผู้ป่วยประเมินตนเองโดยการให้คะแนนอีกครั้ง เพื่อให้เกิดความมั่นใจ มากขึ้นและการให้การบ้าน โดยให้ผู้ป่วยตรวจสอบพฤติกรรม ดีๆ ของตนเอง ที่แสดงถึงคุณสมบัติดีๆ นั้น โปรแกรมการบำบัดเป็นการบำบัดรายบุคคล ทั้งหมด 7 ครั้ง ทำ 1 ครั้ง/สัปดาห์</li> <li>ผู้ป่วยที่เข้าร่วม โปรแกรม เป็นผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ เพศชาย เป็นผู้ป่วยที่มีลักษณะเจ็บป่วยเรื้อรัง และมีอาการทางจิต หูแว่ว หลงผิด ก็สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้</li> </ol>

## เรื่องที่ 2

ชื่อผู้วิจัย Gumley, A., Karatziad, A., Power, K., Rrilly, J., McNay, M., O'Grady, M. (2006)

ชื่อเรื่อง Early intervention for relapse in schizophrenia: Impact of cognitive behavioural therapy on negative beliefs about psychosis and self-esteem.

การศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างการกลับเป็นซ้ำของโรคและความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของกลุ่มตัวอย่าง และ ศึกษาการบำบัดโดยใช้ Cognitive Behavioural Therapy (CBT) ในการหาเอกลักษณ์และเป้าหมายของความเชื่อด้านลบเกี่ยวกับตนเองและความเจ็บป่วย และพัฒนาทางเลือกในการปรับความเชื่อและการเสริมแรง เพื่อที่จะเปลี่ยนพฤติกรรมสำหรับป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค งานวิจัยเป็น Randomized Controlled Trial โดยกลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งหมด 144 คน สุ่มแยกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ได้รับ CBT จำนวน 72 คน และกลุ่มที่ได้รับ Treatment as usual (TAU) จำนวน 72 คน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท และมีแนวโน้มว่าจะมีการกลับซ้ำของโรค การทดลองเป็นการบำบัดโดยใช้ CBT โดยจิตแพทย์จะเป็นผู้เตรียม CBT session ซึ่ง จะแยกเป็น 2 ส่วนระยะเริ่มต้นใช้เวลาดังแต่เริ่มจนถึง 12 สัปดาห์ ระยะที่ 2 ระยะเข้มข้น (ทำการบำบัด 2 -3 ครั้ง/สัปดาห์) จะได้รับเฉพาะกลุ่มที่มี relapse risk โดยนำเสนอเกี่ยวกับ อาการนำ ของการกลับเป็นซ้ำของโรค เป้าหมายของ CBT จะประกอบด้วย การจำแนกแยกแยะและการวางเป้าหมาย ความเชื่อและพฤติกรรมที่จะเพิ่มความเสี่ยงต่อตนเองและผู้อื่นการจำแนกและการวางเป้าหมาย ความเชื่อและพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดการกลับเป็นซ้ำของโรค และพัฒนาความเชื่อที่เลือก และการสนับสนุนให้เกิดการเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ โดยผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิจัยเป็น 2 ส่วน คือ 1) เปรียบเทียบผลคะแนนความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองระหว่างกลุ่มที่มีอาการกลับเป็นซ้ำและกลุ่มที่ไม่มีอาการกลับเป็นซ้ำ ซึ่งทั้ง 2 กลุ่ม มีทั้งผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการบำบัด CBT และกลุ่มที่ได้รับ TAU และพบว่าภายหลังการใช้คะแนนก่อนการบำบัดเป็นตัว covariate แล้ว กลุ่มผู้ป่วยที่มีการกลับเป็นซ้ำ มีคะแนนความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วยด้านการเป็นผู้ป่วยจิตเภท (entrapment) และด้านตนเองเกี่ยวกับการป่วยด้วยโรคจิตเภท เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.01$  และ  $p=0.03$ ) 2) เปรียบเทียบคะแนนความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ระหว่างก่อนการทดลอง และในระยะติดตามผล 12 เดือน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการบำบัด CBT และกลุ่มที่ได้รับ TAU พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัด CBT มีการเปลี่ยนแปลงของคะแนนความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วยด้านการสูญเสีย (PBIQ) และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (RSES) แตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับการบำบัด TAU อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.02$  และ  $p = 0.01$ )

หัวข้อ	รายละเอียด
ชื่อเรื่อง	Early intervention for relapse in schizophrenia : Impact of cognitive behavioural therapy on negative beliefs about psychosis and self-esteem
ผู้วิจัย	Gumley, A., Karatziad, A., Power, K., Rrilly, J., McNay, M., O'Grady, M.
แหล่งที่พิมพ์/ ปีที่พิมพ์	British Journal of Clinical Psychology, 45, 247-260
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างการกลับเป็นซ้ำของโรค และความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและความรู้สึกลึกซึ้งในตนเองของกลุ่มตัวอย่าง</li> <li>2. เพื่อศึกษาการบำบัดโดยใช้ Cognitive Behavioural Therapy ในการหาเอกลักษณ์และเป้าหมายของความเชื่อด้านลบเกี่ยวกับตนเองและความเจ็บป่วยและพัฒนาทางเลือกในการปรับความเชื่อและการเสริมแรง เพื่อที่จะเปลี่ยนพฤติกรรมสำหรับป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค</li> </ol>
สมมุติฐาน งานวิจัย	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ในช่วงสังเกตติดตามผลการทดลองเป็นเวลา 12 เดือน กลุ่มตัวอย่างที่มีการกลับเป็นซ้ำจะมีความเชื่อในทางลบที่เพิ่มขึ้นเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของพวกเขาและความรู้สึกลึกซึ้งในตนเองลดลง โดยเปรียบเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีการกลับเป็นซ้ำของโรค</li> <li>2. การใช้ Cognitive Behavioural Therapy จะมีผลในการลดความเชื่อด้านลบที่เกี่ยวกับโรคจิต และสามารถปรับให้ความรู้สึกลึกซึ้งในตนเองของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นได้ใน 12 เดือน โดยเปรียบเทียบกับการรักษาตามปกติ</li> </ol>
ระเบียบวิธีการ วิจัย	โดยใช้การจัดระดับความเข้มแข็งของงานวิจัยของ Melnyk and Fineout-overholt (2005) ความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ระดับ 2
ระดับงานวิจัย	โดยใช้การจัดระดับความเข้มแข็งของงานวิจัยของMelnyk and Fineout-Overholt (2005) งานวิจัยนี้มีระดับความเข้มแข็งที่ระดับ 2
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ ในการวิจัย	<p>กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งหมด 144 คน สุ่มแยกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ได้รับ Cognitive Behavioural Therapy จำนวน 72 คน และกลุ่มที่ได้รับ Treatment as usual (TAU)จำนวน 72 คน</p> <p><u>Inclusion</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยตาม DSM-IV ว่าเป็น โรคจิตเภทหรือเป็นโรคใดโรคหนึ่งทางจิตเวช ซึ่งยืนยันด้วยการสัมภาษณ์โดยใช้หลัก DSM-IV</li> <li>- มีอายุระหว่าง 18- 65 ปี</li> </ul>

หัวข้อ	รายละเอียด
<p><b>กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย (ต่อ)</b></p>	<p>- กำลังรับการรักษาด้วยยาทางจิตเวช</p> <p>- มีแนวโน้มที่จะเกิดการกลับเป็นซ้ำของโรค โดยพิจารณาการกลับเป็นซ้ำตามคุณสมบัติข้อใดข้อหนึ่งหรือหลายข้อดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. มีประวัติการกลับเป็นซ้ำของโรคในระยะ 2 ปีที่ผ่านมา</li> <li>2. เจ้าหน้าที่ประเมินพบว่าอาศัยอยู่ในสภาพแวดล้อมที่มีความเครียดสูง เช่น อยู่ในครอบครัวที่มี High Emotional Expression</li> <li>3. อาศัยอยู่โดยลำพังหรือแยกตัวจากสังคม</li> <li>4. ไม่ร่วมมือกับการรักษาด้วยยาทางจิตเวช</li> <li>5. กำลังอยู่ในช่วงโปรแกรมการปรับลดยาต้านโรคจิต</li> </ol> <p style="text-align: center;"><u>Exclusion</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ไม่สามารถพูดภาษาอังกฤษได้</li> <li>- มีพยาธิสภาพทางสมอง</li> <li>- มีความผิดปกติทางด้านการเรียนรู้อย่างชัดเจน</li> <li>- มีอาการทางจิตอย่างรุนแรง (โดยมี 5 คะแนนหรือมากกว่า และจะต้องมี 1 item ของอาการทางบวกและทางลบ โดยประเมินจาก PANSS)</li> <li>- เป็นผู้ใช้สารเสพติดหรือติดสุรา</li> <li>- กำลังได้รับการบำบัดบำบัดอื่นนอกเหนือจากการศึกษา</li> </ul>
<p><b>เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน</b></p>	<p>เครื่องมือที่ใช้ทั้งหมด 3 เครื่องมือด้วยกัน โดยจะใช้ประเมิน 4 ครั้ง คือก่อนเริ่มโปรแกรม , 12 สัปดาห์ , 26 สัปดาห์ และ 52 สัปดาห์</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. The PANSS จำนวน 30 item โดย item ที่ 1-7 จะเป็นการประเมินอาการทางบวก คือ delusion , conceptual, disorganization, hallucination behaviour, excitement, Grandiosity, suspiciousness/persecution and hostility ส่วนใน item ที่ 8-12 จะประเมิน อาการทางลบในเรื่องของ blunted effect, emotional withdrawal และใน item ที่ 15- 30 จะประเมินในเรื่องของ global psychopathology เช่น somatic concern, anxiety</li> <li>2. The Personal Beliefs about Illness (PBIQ) มีทั้งหมด 16 item เป็นการประเมินความเชื่อส่วนบุคคลในหัวข้อ ความรู้สึกเสียเกียรติ ความรู้สึกอับอาย การรับผิดชอบต่อ พฤติกรรมตนเองหรือความเจ็บป่วยของตน และความรู้สึกที่อยู่ในสภาพของโรคจิต</li> </ol>

หัวข้อ	รายละเอียด
เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน (ต่อ)	<p>โดยเครื่องมือนี้ได้รับการทดสอบความน่าเชื่อถือวัดความเที่ยงและความตรงกับผู้ป่วยจิตเภทแล้ว</p> <p>3. The Rosenberg Self-esteem Scale (RSES; Rosenberg, 1965) มีทั้งหมด 10 item ใช้วัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งก่อนการวิจัยจะตรวจสอบความสมบูรณ์ของ โครงสร้างปัจจัย ของ RSES ( Corwyn, 2,000; Shevlin, Bunting &amp; Lewis, 1995) โดยใช้การวัด Global Self-esteem ในการศึกษาในปัจจุบัน ซึ่งหากมีคะแนนสูง แสดงว่ามีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ (range = 10- 40 )</p> <p>- พยาบาลผู้วิจัย 2 คน ที่ไม่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการประเมินกลุ่มตัวอย่าง เข้าติดตามกลุ่มตัวอย่างทุกเดือนตามปกติเมื่อยุติการบำบัด หรือเมื่อมีอาการที่แสดงถึง การกลับเป็นซ้ำของโรค และถ้ามีอาการแสดงดังกล่าว กลุ่มตัวอย่างจะพบกับพยาบาลผู้วิจัย เพื่อจะได้รับการสัมภาษณ์ทางจิตเวชตามมาตรฐานก่อนที่จะวางแผนการประเมินครั้งต่อไป (12, 26 หรือ 52 สัปดาห์) เพื่อให้การประเมินอย่างถูกต้องสำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ออกจากการวิจัยก่อน ข้อมูลการเข้าร่วมจะได้รับการจดบันทึกไว้ พยาบาลผู้วิจัยจะให้ข้อมูลตาม โปรแกรมที่กลุ่มตัวอย่างได้รับ CBT และการเฝ้าระวัง สังเกตอาการนำของพวกเขา ถ้ากลุ่มตัวอย่างไม่มีเกิดอาการนำดังกล่าว พยาบาลผู้วิจัยจะต้องตรวจสอบจากผู้ดูแลหลักเกี่ยวกับอาการเปลี่ยนแปลง หรือสถานการณ์ความเครียดต่างๆ ที่จะเป็นสิ่งที่เพิ่มความเสี่ยงในการกลับเป็นซ้ำของโรค และถ้ามีความเสี่ยงในการกลับเป็นซ้ำของโรค พยาบาลผู้วิจัยจะรายงานต่อแพทย์ผู้รักษาผู้ป่วยเพื่อประเมินสำหรับการให้ CBT</p>
การบำบัด	<p>เป็นการบำบัดโดยใช้ Cognitive Behavioural Therapy โดยจิตแพทย์จะเป็นผู้เตรียม CBT session ซึ่ง จะแยกเป็น 2 ส่วน</p> <p>- ระยะเริ่มต้นเป็นการบำบัดจำนวน 5 ครั้ง ใช้เวลาตั้งแต่เริ่มจนถึง 12 สัปดาห์</p> <p>- ระยะที่ 2 ระยะพุ่งเป้าเข้มข้น (ทำการบำบัด 2 -3 ครั้ง/สัปดาห์) เมื่อผู้ป่วยมีอาการแสดงของการกลับเป็นซ้ำ โดยนำเสนอเกี่ยวกับ อาการนำของการกลับเป็นซ้ำของโรคเป้าหมายของ CBT จะประกอบด้วย การระบุ ความเชื่อและพฤติกรรมที่จะเพิ่มความเสี่ยงต่อตนเองและผู้อื่น การจำแนกและการวางเป้าหมาย ความเชื่อและพฤติกรรมที่นำไปสู่การกลับเป็นซ้ำของโรค และพัฒนาความเชื่อที่แตกต่างจากเดิมและมีประโยชน์ เปลี่ยนพฤติกรรมแปลงพฤติกรรมเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ</p>

หัวข้อ	รายละเอียด
การบำบัด (ต่อ)	<p>กลุ่ม Treatment as usual (TAU)</p> <p>ได้รับการบำบัดรักษาตามปกติ ที่มากไปกว่านั้นคือ การรับคำปรึกษาจากนักจิตวิทยาได้รับการรักษาด้วยยา ทบทวนการรักษาตามปกติ และติดตามการบำบัดรักษาจากสหวิชาชีพและพยาบาลจิตเวชชุมชนตามปกติ</p>
ผลการทดลอง	<p>จากการทดลอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับ CBT จำนวน 72 คน อายุเฉลี่ย 35.8 ปี เป็นเพศชาย 54 คน เพศหญิง 18 คน ส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Schizophrenia จำนวน 59 คน, Schizoaffective 12 คน และ Schizophreniform 1 คน ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองได้รับ CBT ในระยะเริ่มต้นมีค่ามัธยฐานจำนวน 5 ครั้ง (0-6 ครั้ง) และผู้ป่วยจำนวน 28 คน ได้รับการบำบัดที่มุ่งเป้าอย่างเข้มข้น มีค่ามัธยฐาน จำนวน 5 ครั้ง (2 – 16 ครั้ง)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ได้รับยากลุ่ม Atypical 41 คน และ Typical 31 คน</li> <li>- 2 ปี ที่ผ่านต้องเข้ารับการรักษาด่วนในโรงพยาบาล จำนวน 27 คน , 43 คน ปฏิเสธ</li> <li>- ระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 9 ปี</li> <li>- ด้านอาการทางจิต พบว่า คะแนนของอาการทางบวก เท่ากับ 10.9, อาการทางลบเท่ากับ 12.8 Global psychopathology เท่ากับ 31.7</li> </ul> <p>ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิจัยเป็น 2 ส่วน คือ 1) เปรียบเทียบผลคะแนนความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองระหว่างกลุ่มที่มีอาการกลับเป็นซ้ำและกลุ่มที่ไม่มีอาการกลับเป็นซ้ำ ซึ่งทั้ง 2 กลุ่ม มีทั้งผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการบำบัด CBT และกลุ่มที่ได้รับ TAU และพบว่าภายหลังจากใช้คะแนนก่อนการบำบัดเป็นตัว covariate แล้ว กลุ่มผู้ป่วยที่มีการกลับเป็นซ้ำ มีคะแนนความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วยด้านการเป็นผู้ป่วยจิตเภท (entrapment) และด้านตนเองเกี่ยวกับการป่วยด้วยโรคจิตเภท เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (<math>p = 0.01</math> และ <math>p=0.03</math>)</p> <p>2) เปรียบเทียบคะแนนความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ระหว่างก่อนการทดลองและในระยะติดตามผล 12 เดือน ระหว่างก่อนการทดลองและในระยะติดตามผล 12 เดือน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการบำบัด CBT และกลุ่มที่ได้รับ TAU พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัด CBT มีการเปลี่ยนแปลงของทางคะแนนความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วยด้านการสูญเสีย</p>

หัวข้อ	รายละเอียด
<b>ผลการทดลอง (ต่อ)</b>	(PBIQ) และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (RSES) แตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับ การบำบัด TAU อย่างมีนัยสำคัญสถิติ ( $p = 0.02$ และ $p = 0.01$ )
<b>ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยที่ต้องการแก้ไขปัญหาทางคลินิก คือ การหาวิธีการในการบำบัดผู้ป่วยจิตเภท เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึ่งการกลับเป็นซ้ำของโรคเป็นปัญหาที่พบมากในผู้ป่วยจิตเภท โดยการใช้ Cognitive-behavioural Therapy ในการลดความเชื่อในทางลบที่เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วยและเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วย โดยผลการทดลองแสดงถึงการใช้ Cognitive-behavioural Therapy ในการลดความเชื่อในทางลบที่เกี่ยวกับความเจ็บป่วยและเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยได้ ซึ่งตรงกับประเด็นปัญหาทางคลินิกที่ต้องการแก้ไข</li> <li>- งานวิจัยนี้ได้กำหนดสมมติฐานและวัตถุประสงค์ไว้อย่างชัดเจน ซึ่งสอดคล้องกับประเด็นปัญหาที่สนใจ</li> <li>- งานวิจัยนี้พยาบาลมีเอกสิทธิ์ในการนำไปใช้แก้ไขปัญหาทางคลินิกได้ เนื่องจากใช้ Cognitive-behavioural Therapy ซึ่งเป็นการทำจิตบำบัดชนิดหนึ่ง โดยพยาบาลผู้ที่ได้รับการอบรมสามารถนำไปใช้ได้ ในขอบเขตการปฏิบัติการพยาบาล</li> </ul>
<b>การมีความหมายหรือมีคุณค่าในเชิงของศาสตร์</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- งานวิจัยนี้ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารวิชาการทางจิตเวช ที่มีชื่อเสียงฉบับหนึ่งคือ British Journal of Clinical Psychology</li> <li>- ผู้วิจัยเป็นผู้ทรงคุณวุฒิจากสถานศึกษาที่มีชื่อเสียงทางจิตเวชและเป็นผู้ที่ศึกษาวิจัย เรื่องที่เกี่ยวข้องกับการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทหลายงานวิจัย เรื่องที่เกี่ยวข้องกับการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทหลายงานวิจัย</li> </ul> <p><b>คุณภาพงานวิจัย</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ชื่อเรื่องสื่อถึงวิธีการศึกษาอย่างชัดเจน โดยการทำกลุ่ม Cognitive-behavioural Therapy และได้บ่งบอกถึงตัวแปรที่ต้องการวัดคือ negative beliefs about psychosis และ self-esteem และระบุกลุ่มตัวอย่างไว้อย่างชัดเจน</li> <li>- งานวิจัยได้ระบุปัญหาและเหตุผลที่ต้องการทำวิจัยอย่างชัดเจน และยกตัวอย่างงานวิจัยอื่นๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการกลับเป็นซ้ำ การใช้ Cognitive-behavioural Therapy ยังมีหลักฐานเชิงประจักษ์ในการนำมาทำกลุ่มบำบัดไม่มาก ผู้ศึกษาจึงทำการศึกษาในครั้งนี้</li> </ul>

หัวข้อ	รายละเอียด
<b>การมีความหมาย หรือมีคุณค่าใน เชิงของศาสตร์ (ต่อ)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ไม่มีการระบุนกรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัยที่เด่นชัด</li> <li>- มีการระบุวัตถุประสงค์การวิจัยไว้อย่างชัดเจน</li> <li>- มีการทบทวนวรรณกรรมที่สนับสนุนการทดลอง วรรณกรรมที่ทบทวนครอบคลุม ทันสมัย โดยดูได้จากเอกสารอ้างอิง โดยผู้ศึกษาค้นคว้าจากเอกสารงานวิจัยต่าง ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1961 – 2003</li> <li>- มีการระบุกลุ่มประชากรเป้าหมายและวิธีการที่ได้มาอย่างชัดเจน ผู้วิจัยได้ระบุจำนวนกลุ่มประชากรทั้งก่อน - หลังการทดลองทุกขั้นตอน</li> <li>- มีการระบุวิธีการวิจัยไว้ชัดเจน โดยงานวิจัยนี้เป็น Randomized Controlled trial</li> <li>- งานวิจัยไม่ได้ระบุเรื่องการรับรองจากคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนที่เกี่ยวข้องกับการทดลองในมนุษย์</li> <li>- การใช้แบบประเมินเหมาะสม ตรงกับตัวแปรที่ต้องการประเมิน</li> <li>- ผลการวิจัยบรรลุวัตถุประสงค์ คือ การศึกษาการใช้ Cognitive-behavioural Therapy กับผู้ป่วยจิตเภท</li> <li>- จากการวิจัยมีการระบุถึงข้อจำกัดในการวิจัย โดยอ้างถึงปัจจัยอื่นที่มีผลให้การทดลองไม่มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง</li> </ul>
<b>แนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. การเทียบเคียงความรู้สู่การปฏิบัติ (Transferability of finding) ผลการทดลองตรงกับประเด็นปัญหาทางคลินิกที่สนใจ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างของงานวิจัยมีลักษณะคล้ายคลึงกับผู้ป่วยในหน่วยงานมีความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง</li> <li>2. Feasibility of Implementation ความเป็นไปได้ในการนำไปใช้จริง หากจะนำการวิจัยมาใช้ พยาบาลสามารถนำไปใช้ในหน่วยงานได้ แต่ต้องมีการเตรียมหน่วยงาน บุคลากร คือ ต้องมีการฝึกอบรมผู้นำกลุ่มในการบำบัดโดยการ ใช้ Cognitive-behavioural Therapy และยังคงต้องประสานงานทำความเข้าใจกับทีมสุขภาพอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เนื่องจากกระบวนการบำบัดต้องใช้เวลาและบุคลากรในการบำบัด</li> </ol>

หัวข้อ	รายละเอียด
การสกัดเพื่อการนำไปใช้	<p>1. โปรแกรม Cognitive-behavioural Therapy นี้ สามารถเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจิตเภทได้</p> <p>2. นอกจากจะเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจิตเภทแล้ว ยังพบว่าโปรแกรม Cognitive-behavioural Therapy ยังสามารถลด Personal Beliefs about Illness ในเรื่องความรู้สึกติดกับกับการเป็นโรคจิตได้</p> <p>3. โปรแกรม Cognitive-behavioural Therapy ให้ผลในระยะยาว โดยมีผลคงอยู่ในติดตาม 12 เดือน</p> <p>4. โปรแกรมการบำบัดนี้ใช้แนวคิด Cognitive-behavioural Therapy ในระยะแรก เป็นการสร้างสัมพันธภาพ ทำ 5 ครั้ง ใช้เวลาดังแต่เริ่มจนถึง 12 สัปดาห์, ระยะที่ 2 เป็นระยะเข้มข้น ทำ 2-3 ครั้ง / สัปดาห์ โดยสามารถทำได้ถึง 18 ครั้ง มีเนื้อหาเกี่ยวกับอาการที่นำไปสู่การกลับเป็นซ้ำของโรค เป้าหมายของ CBT ซึ่งประกอบด้วย การจำแนกแยกแยะ การวางเป้าหมาย ความเชื่อและพฤติกรรมที่จะเพิ่มความเสี่ยงต่อตนเองและผู้อื่นการจำแนกและการวางเป้าหมายความเชื่อที่ก่อให้เกิดการกลับเป็นซ้ำของโรค และพัฒนาความเชื่อที่เลือกและสนับสนุนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม</p> <p>5. ผู้ป่วยที่เข้าโปรแกรม เป็นผู้ป่วยจิตเภทวัยผู้ใหญ่ ทั้งเพศชายและหญิง ซึ่งมีลักษณะการเจ็บป่วยเรื้อรัง และกำลังได้รับการรักษาด้วยยาทางจิตเวช</p>

### เรื่องที่ 3

ชื่อผู้วิจัย Barrowclough, C., Haddock, G., Lobban, F., Jones, S., Siddle, R., Roberts, C., et al. (2006).

ชื่อเรื่อง Group Cognitive-behavioral Therapy for schizophrenia, British Journal of Psychiatry.

การศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้ group cognitive-behavioral therapy กับผู้ป่วยจิตเภท งานวิจัยเป็น Randomized Controlled Trial กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วย National Health Service (NHS) 5 แห่ง ทั้งหมด 127 คน ซึ่ง 14 คน คุณสมบัตินี้ไม่ครบตามกำหนด จึงมีกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 113 คน และสุ่มเข้ากลุ่มทดลอง 57 คน และกลุ่มควบคุม 56 คน กลุ่มบำบัดจะทำในช่วงระยะเวลา 6 เดือน รวมทั้งหมด 18 ครั้ง การบำบัดแต่ละครั้งจะใช้เวลา 2 ชั่วโมง และให้มีช่วงพักด้วย มีผู้บำบัด 2 คน ในแต่ละครั้งของการทำกลุ่มบำบัด และอย่างน้อย 1 คน จะต้องได้รับการ

ฝึกจากองค์กร British Association of Behavioral and Cognitive Psychotherapy และต้องเพิ่มประสบการณ์ในการบำบัดด้วยการทำ Cognitive Behavioral therapy กับผู้ป่วยโรคจิตด้วย โดยต้องอยู่ภายใต้เงื่อนไขของโปรแกรมการฝึกเป็นเวลา 1 เดือน ผลลัพธ์ส่วนใหญ่ในกลุ่มที่ได้รับ CBT และกลุ่มที่ได้รับ TAU มีความคล้ายคลึงกัน เมื่อสิ้นสุดการบำบัดและเมื่อติดตามผล 1 ปี ทั้ง PANSS อาการด้านบวก และอาการด้านลบ อย่างไรก็ตามพบว่า กลุ่มที่ได้รับการบำบัด CBT มีคะแนนความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองแตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับ TAU อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ภายหลังจากทดลอง 6 เดือน ( $p = 0.036$ ) และ 12 เดือน ( $p = 0.027$ ) และพบว่ากลุ่มที่ได้รับ CBT มีคะแนนความสิ้นหวัง แตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับ Treatment as usual(TAU) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติภายหลัง 6 เดือน ( $p = 0.047$ ) และ 12 เดือน ( $p = 0.028$ ) ในระยะติดตามผล 12 เดือน ผู้ป่วยในกลุ่มที่ได้รับ CBT และผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับ TAU มีจำนวนการกลับเป็นซ้ำและจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.50$ ) และ ( $p = 0.33$ )

หัวข้อ	รายละเอียด
ชื่อเรื่อง	Group Cognitive-behavioural Therapy for schizophrenia
ผู้วิจัย	Christine Barrowclough, Gillian Haddock, Fiona Lobban, Steve Jones, Ronsiddle, Chris Roberts and Lynsey Gregg
แหล่งที่พิมพ์/ ปีที่พิมพ์	British Journal of Psychiatry 189, 527 - 532(2006).
วัตถุประสงค์	เพื่อศึกษาผลของการใช้ group cognitive-behavioural therapy กับผู้ป่วยจิตเภท
ระเบียบวิธีการ วิจัย	Randomized controlled trial
ระดับงานวิจัย	โดยใช้การจัดระดับความเข้มแข็งของงานวิจัยของ Melnyk and Fineout-overholt (2005) งานวิจัยนี้มีระดับความเข้มแข็งที่ระดับ 2
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ ในการวิจัย	เป็นผู้ป่วย National Health Service (NHS) 5 แห่ง ทั้งหมด 127 คน ซึ่ง 14 คน คุณสมบัติไม่ครบตามกำหนด จึงมีกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 113 คน และ สุ่มเข้ากลุ่มทดลอง 57 คน และกลุ่มควบคุม 56 คน ในกลุ่มตัวอย่างต้องตกลงยินยอมเข้าร่วมวิจัยและมีคุณสมบัติดังนี้ 1) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท หรือ Schizophrenia disorder โดยตรวจ สอบจากการบันทึกผู้ป่วย โดยคุณสมบัติดูตาม DSM-IV 2) ไม่ได้มีปัญหาในการใช้สารเสพติด และไร้ความสามารถในการเรียนรู้

หัวข้อ	รายละเอียด
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย (ต่อ)	<p>3) อายุระหว่าง 18 – 55 ปี</p> <p>4) มีอาการทางบวกที่สำคัญ คือ มีพฤติกรรมที่แสดงถึงอาการประสาทหลอนหรืออาการหลงผิดโดยประเมิน PANSS Scales ต้องมีระดับคะแนน 4 (ปานกลาง) หรือมากกว่านั้น และอาการเหล่านั้นจะต้องอยู่ในระดับอย่างน้อย 50 % ใน 2 เดือน ที่ผ่านมา</p> <p>5) ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการที่รุนแรงในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ผู้ป่วยจะต้องมีอาการคงที่อย่างน้อย 1 เดือน เช่น อาการคงที่หลังจำหน่าย 1 เดือน โดยที่ไม่มีการเปลี่ยนแปลงคำสั่งรักษาอาการทางจิตในช่วง 1 เดือนนั้น</p> <p>6) ผู้ป่วยต้องเซ็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัย</p>
เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน	<p><b>Primary outcome measure</b> (ประเมินก่อนการบำบัด) ครั้งแรก</p> <p>1. The PANSS ใช้ sub-scale ประเมินอาการทางบวก (Positive Symptom) โดยความเที่ยงของการประเมิน ประเมินจากการให้คะแนนของแพทย์โดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์จากเทปบันทึกการสัมภาษณ์ก่อนการเริ่มการทดลอง โดยมีผู้ประเมิน 5 คน ในการศึกษาครั้งนี้ และประเมินจาก gold-standard assessment 4 คน ที่เป็นจิตแพทย์จากภายนอก ทีมผู้ทำการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ค่าเฉลี่ยของผู้ประเมินทั้ง 5 คน มีค่าสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์ (Correlation Coefficients) สำหรับ PANSS sub-scales : Positive – 0.84, Negative – 0.88, general - 0.91 Total symptom – 0.91</p> <p>ในระหว่างการศึกษา การสุ่มหาความเสี่ยงทำได้โดยการให้ผู้ประเมินแต่ละคนทำการสัมภาษณ์ 10 ครั้ง พบว่า ค่าเฉลี่ยสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์ของ Positive-0.85, Negative – 0.84, general - 0.91 และ Total Symptom - 0.78</p> <p><b>Secondary outcome measures</b> (ครั้งที่ 2)</p> <p>1. The PANSS โดยผู้สัมภาษณ์ให้คะแนนประเมินในประเด็น negative, general และคะแนน PANSS ทั้งหมด</p> <p>2. Global Assessment of Functioning (GAF ; American Psychiatric Association, 1987) โดย 2 ระดับคะแนน (0 - 100) ของอาการแสดงและความสามารถ ซึ่งความเที่ยงของผู้สัมภาษณ์ประเมินจากกลุ่มตัวอย่าง 40 คน และใช้ผู้ประเมิน 2 คน</p>

หัวข้อ	รายละเอียด
<p><b>เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน (ต่อ)</b></p>	<p>The interclass correlation <math>r = 0.96</math> (Symptoms) และ <math>r = 0.87</math> (disability)</p> <p><b>Secondary Self-report</b></p> <p>Outcome measures</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. The Social Functioning Seale (SFS ; Brichwood et al, 1990)</li> <li>2. The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS ; Zigmoud &amp; Snaith, 1983)</li> <li>3. The Beck Hopelessness Scale (BHS ; Beck, 1974)</li> <li>4. The Rosenberg Self-Esteem Scale (RSE ; Rosenberg, 1965)</li> </ol>
<p><b>การบำบัด</b></p>	<p>กลุ่มบำบัดจะทำในช่วงระยะเวลา 6 เดือน รวมทั้งหมด 18 ครั้ง โดยครอบคลุมเนื้อหา ดังนี้</p> <p>ครั้งที่ 1 บทนำเรื่อง Cognitive-behavioural Therapy กับโรคจิต</p> <p>ครั้งที่ 2 Cognitive-behavioural Therapy คืออะไร</p> <p>ครั้งที่ 3 เรียนรู้จักปัญหาของผู้ป่วย ในหัวข้อนี้จะเน้นที่ อาการหลงผิด ประสาทหลอน</p> <p>ครั้งที่ 4 แปลงปัญหาให้เห็นในประเด็นของความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรม</p> <p>ครั้งที่ 5 รูปแบบของความคิดด้านลบ และการติดตามตรวจสอบความคิด</p> <p>ครั้งที่ 6,7 และ 8 การท้าทายความคิด</p> <p>ครั้งที่ 9,10 และ 11 กลวิธีปรับเปลี่ยนพฤติกรรม : การทดลองและวางแผน</p> <p>ครั้งที่ 12, 13 ความเครียด สิ่งกระตุ้น และการรักษา</p> <p>ครั้งที่ 14, 15 การวางแผนเพื่อการมีชีวิตผาสุก</p> <p>ครั้งที่ 16 การวางแผนหากเกิดภาวะฉุกเฉินในขณะที่มีชีวิตผาสุก</p> <p>ครั้งที่ 17, 18 ติดตามผล และปรับปรุงให้ดีขึ้น</p> <p>การทำกลุ่มบำบัดแต่ละครั้งจะใช้เวลา 2 ชั่วโมง และให้มีช่วงพักด้วย</p> <p>แผนการบำบัดแต่ละครั้งประกอบด้วย การแนะนำประเด็นที่จะพูดคุย การทบทวนการบ้าน ประยุกต์หัวข้อที่พูดคุยกับประสบการณ์ของผู้ป่วย การตั้งปัญหาในกลุ่มย่อย การอภิปราย แสดงความคิดเห็นและเปรียบเทียบ ประสบการณ์กับสมาชิกกลุ่ม ให้การบ้าน กลับไปทำ และการให้โอกาส แสดงความคิดเห็นใน การทำกลุ่ม</p>

หัวข้อ	รายละเอียด
การบำบัด (ต่อ)	<p>โดยกลุ่มควบคุมที่เข้ารับการรักษานในสถานบำบัดจะได้รับการดูแลมาตรฐานของสถานบำบัดเพียงอย่างเดียว ซึ่งโปรแกรมการบำบัดของสถานพยาบาลใช้หลักการ ของ case management และการบำบัดรักษาด้วยยาต้านโรคจิต ส่วนในกลุ่มควบคุมที่เป็นผู้ป่วยนอก และผู้ที่ต้องติดตามในชุมชน จะได้รับการฟื้นฟูพื้นฐานของชุมชนเช่น การเข้าบำบัดในศูนย์บำบัดในเวลา กลางวัน</p> <p><b>ด้านผู้บำบัด</b></p> <p>มีผู้บำบัด 2 คน ในแต่ละครั้งของการทำกลุ่มบำบัด และอย่างน้อย 1 คน จะต้องได้รับการฝึกจากองค์กร British Association of Behavioral and Cognitive Psychotherapy และต้องเพิ่มประสบการณ์ในการบำบัดด้วยการทำ Cognitive Behavioral therapy กับผู้ป่วยโรคจิตด้วย โดยต้องอยู่ภายใต้เงื่อนไขของโปรแกรม การฝึกเป็นเวลา 1 เดือน</p> <p>การประเมินความน่าเชื่อถือของผู้บำบัด ดูได้จากกรบันทึกการทำกลุ่มบำบัดและเทปบันทึกการบำบัดแต่ละครั้ง (ซึ่งได้รับการยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างแล้ว) <b>ปัจจัยสำคัญของ CBT Protocol</b> คือ การรวมเป็นภาคี ซึ่งก็คือ agenda setting โครงสร้างของการบำบัดแต่ละครั้ง การร่วมมือกันของผู้บำบัด - ผู้รับการบำบัด การมุ่งเน้นไปที่ความคิดและพฤติกรรมของผู้ป่วย การให้การบ้านและการทบทวน</p>
ผลการวิจัย	<p>ผลลัพธ์ส่วนใหญ่ในกลุ่มที่ได้รับ CBT และกลุ่มที่ได้รับ TAU มีความคล้ายคลึงกัน เมื่อสิ้นสุดการบำบัดและเมื่อติดตามผล 1 ปี ทั้ง PANSS อาการด้านบวก และอาการด้านลบ อย่างไรก็ตาม พบว่า กลุ่มที่ได้รับการบำบัด CBT มีคะแนนความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองแตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับ TAU อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ภายหลังการทดลอง 6 เดือน (<math>p = 0.036</math>) และ 12 เดือน (<math>p = 0.027</math>) และพบว่ากลุ่มที่ได้รับ CBT มีคะแนนความสิ้นหวัง แตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับ Treatment as usual (TAU) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติภายหลัง 6 เดือน (<math>p = 0.047</math>) และ 12 เดือน (<math>p = 0.028</math>) ในระยะติดตามผล 12 เดือน ผู้ป่วยในกลุ่มที่ได้รับ CBT และผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับ TAU มีจำนวนการกลับเป็นซ้ำ และจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษซ้ำ ในโรงพยาบาลแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (<math>p = 0.50</math>) และ (<math>p = 0.33</math>)</p>

หัวข้อ	รายละเอียด
<p><b>ความสอดคล้อง ทางประเด็น ปัญหาคลินิก</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยที่ต้องการแก้ไขปัญหาทางคลินิก คือ การหาวิธีการในการบำบัดผู้ป่วยจิตเภทโดยการใช้ Cognitive-behavioural Therapy ซึ่ง ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ป่วยส่วนใหญ่ทางคลินิก โดยผลการทดลองแสดงถึงการใช้ Cognitive behavioural Therapy สามารถเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยได้ ซึ่งตรงกับประเด็นปัญหาทางคลินิกที่ต้องการแก้ไข</li> <li>- งานวิจัยนี้ไม่ได้กำหนดสมมุติฐานที่ชัดเจนไว้ แต่ได้ระบุวัตถุประสงค์ไว้อย่างชัดเจน ซึ่งสอดคล้องกับประเด็นปัญหาที่สนใจ</li> <li>- งานวิจัยนี้พยาบาลมีเอกสิทธิ์ในการนำไปใช้แก้ไขปัญหาทางคลินิกได้ เนื่องจากใช้ Cognitive-behavioural Therapy ซึ่งเป็นการทำจิตบำบัดชนิดหนึ่ง โดยพยาบาลผู้ที่ได้รับการอบรมสามารถนำไปใช้ได้ ในขอบเขตการปฏิบัติการพยาบาล</li> </ul>
<p><b>การมีความหมาย หรือมีคุณค่าใน เชิงของศาสตร์</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- งานวิจัยนี้ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารวิชาการทางจิตเวช ที่มีชื่อเสียงฉบับหนึ่งคือ British Journal of Psychiatry</li> <li>- ผู้วิจัยเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ จากสถานศึกษาที่มีชื่อเสียงทางจิตเวช</li> </ul> <p><b>คุณภาพงานวิจัย</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ชื่อเรื่องสื่อถึงวิธีการศึกษาอย่างชัดเจน โดยการทำกลุ่ม Cognitive-behavioural Therapy แต่ไม่ได้บ่งบอกถึงตัวแปรที่ต้องการวัด และระบุกลุ่มตัวอย่างไว้อย่างชัดเจน</li> <li>- งานวิจัยไม่ได้ระบุปัญหาและเหตุผลที่ต้องการทำวิจัยอย่างชัดเจน แต่ให้เหตุผลว่า การใช้ Cognitive-behavioural Therapy ยังมีหลักฐานเชิงประจักษ์ในการนำมาทำกลุ่มบำบัดน้อย ผู้ศึกษาจึงทำการศึกษาในครั้งนี้</li> <li>- ไม่มีการระบุกรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัยที่เด่นชัด</li> <li>- มีการระบุวัตถุประสงค์การวิจัยไว้อย่างชัดเจน</li> <li>- มีการทบทวนวรรณกรรมที่สนับสนุนการทดลอง วรรณกรรมที่ทบทวนครอบคลุม ทันสมัย โดยดูได้จากเอกสารอ้างอิง โดยผู้ศึกษาค้นคว้าจากเอกสารงานวิจัยต่าง ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1983 - 2005</li> <li>- มีการระบุกลุ่มประชากรเป้าหมายและวิธีการที่ได้มาอย่างชัดเจน ผู้วิจัยได้ระบุจำนวนกลุ่มประชากรทั้งก่อน- หลังการทดลอง ทุกขั้นตอน</li> </ul>

หัวข้อ	รายละเอียด
<b>การมีความหมาย หรือมีคุณค่าใน เชิงของศาสตร์ (ต่อ)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีการระบุวิธีการวิจัยไว้ชัดเจน โดยงานวิจัยนี้เป็น Randomized Controlled trial</li> <li>- งานวิจัยไม่ได้ระบุเรื่องการรับรองจากคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนที่เกี่ยวกับการทดลองในมนุษย์</li> <li>- การใช้แบบประเมินเหมาะสม ตรงกับตัวแปรที่ต้องการประเมิน</li> <li>- ผลการวิจัยบรรลุวัตถุประสงค์ คือ การศึกษาการใช้ Cognitive-behavioural Therapy กับผู้ป่วยจิตเภท</li> <li>- จากการวิจัยมีการระบุถึงข้อจำกัดในการวิจัย โดยอ้างถึงปัจจัยอื่นที่มีผลให้การทดลองไม่มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง</li> </ul>
<b>แนวโน้มที่จะ นำไปใช้ในการ ปฏิบัติ</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. การเทียบเคียงความรู้สู่การปฏิบัติ (Transferability of finding) ผลการทดลองตรงกับประเด็นปัญหาทางคลินิกที่สนใจ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างของงานวิจัยมีลักษณะคล้ายคลึงกับผู้ป่วยในหน่วยงานมีความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง</li> <li>2. Feasibility of Implementation ความเป็นไปได้ในการนำไปใช้จริง หากจะนำการวิจัยมาใช้ พยาบาลสามารถนำไปใช้ในหน่วยงานได้ แต่ต้องมีการเตรียมหน่วยงาน บุคลากร คือ ต้องมีการฝึกอบรมผู้นำกลุ่มในการบำบัด โดยการใช้ Cognitive-behavioural Therapy และยังคงประสานงานทำความเข้าใจกับทีมสุขภาพอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เนื่องจากกระบวนการบำบัดต้องใช้เวลาและบุคลากรในการบำบัด แต่ก็ให้ผลลัพธ์เป็นที่น่าพอใจ คือ การทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้สึกมีความหวัง และมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น มีความเป็นไปได้ที่หน่วยงานจะสนับสนุนการพัฒนาโปรแกรมนี้</li> <li>3. ความคุ้มค่าคุ้มประโยชน์เมื่อนำไปใช้ (Cost-Benefit Ratiol) การนำองค์ความรู้จากการวิจัยไปใช้ในหน่วยงาน อาจจะต้องใช้งบประมาณในระยะแรก คือ การเตรียมบุคลากรให้มีความรู้ และทักษะการบำบัด โดยใช้ Cognitive-behavioural Therapy และไม่เกิดความเสียหายใดๆ แต่ต้องมีผู้รับผิดชอบหลัก เนื่องจากการบำบัดที่ใช้ระยะเวลา นาน แต่เมื่อเทียบกับผลที่ได้รับ ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกที่ดี ลดความรู้สึกสิ้นหวังและเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยซึ่งส่งผลต่อความถี่ในการกลับซ้ำ ของโรคและการกลับเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลลดลงด้วย</li> </ol>

หัวข้อ	รายละเอียด
<p><b>การสกัดเพื่อการนำไปใช้</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. โปรแกรม Cognitive-behavioural Therapy นี้ สามารถเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าใน</li> <li>2. โปรแกรม Cognitive-behavioural Therapy นอกจากจะเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจิตเภทแล้ว ยังมีผลลัพธ์อื่นๆ อีก ได้แก่ความรู้สึกมีความหวัง ก็มีการปรับเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกัน รวมทั้งอาการทางลบของผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีด้วย</li> <li>3. โปรแกรม Cognitive-behavioural Therapy มีผลต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและการมีความหวัง(Hopelessness) ได้นานในระยะ 12 เดือน ส่วนด้านอาการทางลบมีผลในระยะ 6 เดือน หลังสิ้นสุดโปรแกรม</li> <li>4. โปรแกรม Cognitive-behavioural Therapy ที่สามารถเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจิตเภทนั้น ควรมีเนื้อหาเกี่ยวกับ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ CBT และโรคจิต การเรียนรู้ปัญหาของตนเอง โดยเน้นที่อาการหลงผิด ประสาทหลอนการแปลงปัญหาให้เห็นในประเด็นของความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรม การเรียนรู้รูปแบบความคิดด้านลบ และการติดตามความคิด วิธีปรับเปลี่ยนพฤติกรรม รวมทั้งเรื่องของความเครียด สิ่งกระตุ้นและการรักษาและการวางแผนเพื่อการมีชีวิตที่ผาสุก ทั้งในเวลาปกติและในภาวะฉุกเฉิน ซึ่งโปรแกรมเป็นการบำบัดแบบกลุ่มทำทั้งหมด 18 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 2 ชั่วโมง และให้มีช่วงพักระหว่างการบำบัดแต่ละครั้ง โดยโปรแกรมจะเสร็จสมบูรณ์ใน 6 เดือน</li> <li>5. ผู้เข้าร่วมโปรแกรม เป็นผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ทั้งเพศชายและเพศหญิง และมีความเจ็บป่วยเรื้อรัง มีระดับสติปัญญาอยู่ในเกณฑ์ ปกติมีอาการหลอนและหลงผิดอยู่ในระดับคงที่ สามารถเข้าโปรแกรมได้</li> <li>6. โปรแกรมนี้มีปัจจัยที่สำคัญ คือ โครงสร้างของการบำบัดแต่ละครั้ง และการร่วมมือกันของผู้บำบัดและผู้รับการบำบัด</li> </ol>

**เรื่องที่ 4****ชื่อผู้วิจัย** นवलักษณ์ เลหาพันธ์, 2550**ชื่อเรื่อง** ผลการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามทฤษฎี REBT ร่วมกับดนตรีบำบัด ที่มีต่อความฉลาดทางอารมณ์ (ด้านการเห็นคุณค่าในตนเอง) ของผู้ป่วยจิตเภท ณ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์.**แหล่งตีพิมพ์** รายงานวิจัยโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์, (2550)

การศึกษามีวัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบความฉลาดทางอารมณ์(ด้านการเห็นคุณค่าในตนเอง) ของผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลองและเพื่อเปรียบเทียบความฉลาดทางอารมณ์(ด้านการเห็นคุณค่าในตนเอง)ของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง งานวิจัยเป็น Randomized Controlled Trial ศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทชายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ 12 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่มโดยการจับฉลาก ได้กลุ่มควบคุม 6 คน และกลุ่มทดลอง 6 คน โปรแกรมการบำบัดมีทั้งหมด 8 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 60-90 นาที โดยทำการบำบัดติดต่อกันทุกวัน โดยใช้การให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามทฤษฎี REBT ร่วมกับดนตรีบำบัดโดยใช้เพลงหรือการเล่นดนตรีเป็นกิจกรรมในการบำบัดแต่ละครั้ง ผลการศึกษาพบว่าความฉลาดทางอารมณ์(ด้านการเห็นคุณค่าในตนเอง) ของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลองมีความแตกต่างกันหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนความฉลาดทางอารมณ์(ด้านการเห็นคุณค่าในตนเอง)เป็นงานวิจัยที่สอดคล้องกับประเด็นปัญหาที่ต้องการแก้ไข เป็นนวัตกรรมที่สามารถนำไปใช้ในหน่วยงานได้

หัวข้อ	รายละเอียด
ชื่อเรื่อง	ผลการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามทฤษฎี REBT ร่วมกับดนตรีบำบัด ที่มีต่อความฉลาดทางอารมณ์ (ด้านการเห็นคุณค่าในตนเอง) ของผู้ป่วยจิตเภท ณ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
ผู้วิจัย	นवलักษณ์ เลหาพันธ์
แหล่งที่พิมพ์/ ปีที่พิมพ์	รายงานวิจัยโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์, (2550)
วัตถุประสงค์ งานวิจัย	1. เพื่อเปรียบเทียบความฉลาดทางอารมณ์ (ด้านการเห็นคุณค่าในตนเอง) ของผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์ งานวิจัย (ต่อ)	2. เพื่อเปรียบเทียบความฉลาดทางอารมณ์ (ด้านการเห็นคุณค่าในตนเอง) ของผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง
ระเบียบ วิธีการวิจัย	Randomized controlled trial
ระดับ งานวิจัย	โดยใช้การจัดความเข้มแข็งของงานวิจัยของ Melnyk and Findout-Overhott (2005) งานวิจัยนี้มีความเข้มแข็งที่ระดับ 2
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ ในการวิจัย	ศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทชายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จิตเวชขอนแก่น ราชนครินทร์ ในปี พ.ศ. 2550 จำนวน 35 คน และมีความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 12 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่มโดยการจับสลาก ได้กลุ่มควบคุม 6 คนและกลุ่มทดลอง 6 คน ซึ่งต้องมีคุณสมบัติดังนี้ 1. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท 2. อายุระหว่าง 18-60 ปี
เครื่องมือที่ใช้ใน การประเมิน	เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 1. แบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์(ด้านการเห็นคุณค่าในตนเอง) ซึ่งสร้างขึ้นเองโดยให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและโครงสร้าง จำนวน 4 ท่านและหาค่าความเที่ยงด้วยวิธีการแบบครอนบัค แอลฟาตัดรายข้อ ที่ติดลบออกด้านคือออก 2 ข้อที่ตัดออก คือ ข้อที่ 17, 18 ซึ่งไม่กระทบกับโครงสร้างเนื้อหาของแบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์(ด้านการเห็นคุณค่าในตนเอง) ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นในภาพรวม 0.80 ลักษณะเครื่องมือเป็นแบบมาตรประเมินรวมค่า (Rating scale) 4 ระดับ ได้แก่ จริง ก่อนข้างจริง ก่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ประกอบด้วยข้อความต่างๆ ที่บรรยายความฉลาดทางอารมณ์(ด้านการเห็นคุณค่าในตนเอง)ของผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 18 ข้อ โดยมี 3 องค์ประกอบดังต่อไปนี้ 1) ดี หมายถึง ความรับผิดชอบต่อส่วนรวม คือรู้สึก ว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม จำนวน 6 ข้อ 2) เก่ง หมายถึง มีแรงจูงใจในตนเอง มีความพยายามมุ่งมั่นที่จะทำให้สำเร็จ มีเป้าหมาย มีความหวัง จำนวน 6 ข้อ 3) สุข หมายถึงความภูมิใจในตนเองพอใจและเห็นคุณค่าในตนเองเข้าใจและยอมรับจุดเด่น จุดด้อยของตนเองพึงพอใจในชีวิต มองโลกในแง่ดี จำนวน 6 ข้อ ซึ่งแบบวัดความฉลาดทางอารมณ์ (ด้านการเห็นคุณค่าในตนเอง) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งทางด้านบวกและด้านลบ ซึ่งมีเกณฑ์การ

หัวข้อ	รายละเอียด
เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน (ต่อ)	ให้คะแนนดังนี้ หากข้อความเชิงบวกการให้คะแนน 4 ระดับเป็น 4, 3, 2, 1 แต่หากเป็นข้อความเชิงลบการให้คะแนนจะเป็นในทางตรงกันข้าม คือ 1, 2, 3, 4
การบำบัด	<p>- โปรแกรมการบำบัดมีทั้งหมด 8 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 60-90 นาที โดยทำการบำบัดติดต่อกันทุกวัน โดยมีเนื้อหาดังนี้</p> <p><b>ครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ</b></p> <p>- เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้คำปรึกษากับสมาชิกกลุ่มให้มีความเป็นกันเอง รู้จักคุ้นเคยไว้วางใจกัน โดยมีกิจกรรมหลักๆดังนี้ให้สมาชิกแนะนำตนเอง โดยบอกชื่อเล่นและคติประจำใจผู้นำกลุ่มอธิบายความหมายและประโยชน์ของดนตรีบำบัดและการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มร่วมกับดนตรีบำบัดให้สมาชิกได้ร้องเพลงที่มีเนื้อหาที่ทำให้เกิดความหวังและกำลังใจ ร่วมกับเครื่องดนตรีที่สมาชิกเลือกเอง</p> <p><b>ครั้งที่ 2 การเห็นคุณค่าในตนเอง</b></p> <p>เพื่อให้สมาชิกกลุ่มสามารถนำประโยชน์ที่ได้จากการฝึกดนตรีบำบัดมาช่วยในการเห็นคุณค่าในตนเอง และให้ได้เข้าใจเรื่องการคิดมีผลต่ออารมณ์ของมนุษย์ และมีความรู้และเข้าใจทฤษฎี REBT โดยมีกิจกรรมหลักๆ ดังนี้</p> <p>- ให้สมาชิกเล่นดนตรีที่บ่งบอกถึงลักษณะของตนเอง และเล่นดนตรีนำสมาชิกกลุ่ม และให้สมาชิกทุกคนเล่นตามคนละ 1 รอบ ประมาณ 1 นาที หลังจากนั้นให้สมาชิกอื่นๆ แสดงความคิดเห็นและชื่นชม และบอกลักษณะพิเศษของสมาชิกที่นำเล่นดนตรี โดยใช้วิธีการอภิปราย</p> <p>- ผู้ให้คำปรึกษาอธิบายแนวคิดของการให้คำปรึกษาตามทฤษฎี REBT ลักษณะการคิดที่ไม่มีเหตุผล การเกิดปัญหาทางอารมณ์ พฤติกรรมไม่พึงประสงค์</p> <p>- ผู้ให้คำปรึกษาให้ข้อมูลเกี่ยวกับการมีความคิดเห็นที่แตกต่างกัน โดยให้ความรู้เรื่องผลของการคิดที่ไม่มีเหตุผลตามแนวคิดของ Ellis</p> <p><b>ครั้งที่ 3 การเห็นคุณค่าในตนเอง</b></p> <p>เพื่อให้สมาชิกกลุ่มสามารถนำประโยชน์ที่ได้จากการฝึกดนตรีบำบัดมาช่วยในการเห็นคุณค่าในตนเอง และเพื่อให้สมาชิกกลุ่มมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับลักษณะความคิดที่มีเหตุผลของบุคคลตามแนวทฤษฎี REBT โดยมีกิจกรรมหลักๆ ดังนี้</p>

หัวข้อ	รายละเอียด
การบำบัด (ต่อ)	<p>- ผู้ให้คำปรึกษาให้สมาชิกกลุ่มเล่นดนตรีทีละคู่ หลังจากนั้นให้บอกความรู้สึกและความประทับใจเพื่อนคนละ 1 ข้อ ที่ได้เล่นดนตรีกับเพื่อน</p> <p>- ผู้ให้คำปรึกษาอธิบายเกี่ยวกับลักษณะความคิดที่มีเหตุผลของบุคคลตามแนวทฤษฎี REBT ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการมีความคิดเห็นที่แตกต่างกัน โดยให้ความรู้เรื่องผลของการคิดที่มีเหตุผลตามแนวคิดของ Ellis</p> <p><b>ครั้งที่ 4 การเห็นคุณค่าในตนเอง</b></p> <p>เพื่อให้สมาชิกกลุ่มสามารถนำประโยชน์ที่ได้จากการฝึกดนตรีบำบัดมาช่วยในการเห็นคุณค่าในตนเอง และเพื่อให้สมาชิกกลุ่มนำลักษณะความคิดที่มีเหตุผลของบุคคลตามทฤษฎี REBT มาช่วยในการเห็นคุณค่าในตนเอง โดยมีกิจกรรมหลักๆ ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ให้สมาชิกกลุ่มร้องเพลงที่มีเนื้อหาในการให้กำลังใจ</li> <li>- ให้สมาชิกทุกคนคิดว่าได้ข้อคิดอะไรจากเพลง โดยผู้ให้คำปรึกษาพยายามสื่อว่าชีวิตคนเรามีทั้งทุกข์และสุขซึ่งเป็นเรื่องธรรมดาที่ทุกคนต้องเจอ อย่งไรก็ตามทุกคนก็ต้องมีความหวัง ฝ่าฟันอุปสรรคต่างๆ เพื่อพบกับชีวิตที่ดี บอกตนเองเสมอว่าเรามีค่ามีความหวังและต้องทำในสิ่งที่หวังไว้ให้สำเร็จ</li> <li>- ผู้ให้คำปรึกษาให้สมาชิกกลุ่มเลือกความคิดที่มีเหตุผลตามทฤษฎี REBT ที่ช่วยให้ตนเองรู้สึกมีคุณค่า และฝึกการฝึกคิดพิจารณาอย่างมีเหตุผลด้วยตนเอง</li> </ul> <p><b>ครั้งที่ 5 การเห็นคุณค่าในตนเอง</b></p> <p>เพื่อให้สมาชิกกลุ่มสามารถนำประโยชน์ที่ได้จากการฝึกดนตรีบำบัดมาช่วยในการเห็นคุณค่าในตนเอง และเพื่อให้สมาชิกกลุ่มมีประสบการณ์ในการใช้แบบฝึกคิดอย่างมีเหตุผลด้วยตนเองปรับเปลี่ยนความคิดให้มีเหตุผลในสถานการณ์ที่ทำให้รู้สึกไม่เห็นคุณค่าในตนเองในอดีตที่ผ่านมา โดยมีกิจกรรมหลักๆ ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- สมาชิกกลุ่มร้องเพลง(วนิพกพเนจร) ร่วมกันและบอกข้อคิดหรือความรู้สึกที่ได้จากเพลงร่วมกันและให้ทุกคนคิดว่าได้ข้อคิดอะไรจากเพลงนี้ ให้อภิปรายแสดงความคิดเห็นในประเด็นดังนี้ <ul style="list-style-type: none"> <li>● ขอทานคนนี้มีคามยากลำบากในชีวิต(ตามเนื้อหาของเพลง) แต่ไม่หมดหวังพยายามหาเงินรักษาดวงตาให้มองเห็น แสดงให้เห็นว่าขอทานคนนี้รักตนเองหรือไม่ และรักตนเองเพราะอะไร และพยายามทำจุ่มงหมายในชีวิตให้มีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีต่อชีวิตตนเองคืออะไร</li> </ul> </li> </ul>

หัวข้อ	รายละเอียด
การบำบัด (ต่อ)	<ul style="list-style-type: none"> <li>● ผู้ให้คำปรึกษาเชื่อมโยงประเด็นในเพลงให้สมาชิกมองกลับมาที่ตนเอง และเป้าหมายว่าจะต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง เพื่ออะไร และให้สมาชิกแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดี</li> <li>- ให้สมาชิกกลุ่มคิดถึงเหตุการณ์ที่ทำให้รู้สึกเสียใจในอดีตที่ผ่านมา เมื่อนึกถึงครั้งใดก็รู้สึกเหมือนตนเองไม่มีคุณค่าแล้วฝึกวิเคราะห์ความคิดที่มีเหตุผลและนำไปสู่การรับรู้อารมณ์ มีแนวทางในการจัดการกับอารมณ์และพฤติกรรมของตนเองได้</li> <li>- ผู้ให้คำปรึกษาเชื่อมโยงคำตอบกับประเด็นความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง</li> </ul> <p><b>ครั้งที่ 6 การเห็นคุณค่าในตนเอง</b></p> <p>เพื่อให้สมาชิกกลุ่มสามารถนำประโยชน์ที่ได้จากการฝึกดนตรีบำบัดมาช่วยในการเห็นคุณค่าในตนเอง และเพื่อให้สมาชิกกลุ่มมีประสบการณ์ในการใช้แบบฝึกหัดอย่างมีเหตุผลด้วยตนเองปรับเปลี่ยนความคิดให้มีเหตุผลในสถานการณ์ที่ทำให้รู้สึกไม่เห็นคุณค่าในตนเองในปัจจุบัน และเพื่อมอบหมายการบ้านให้สมาชิกฝึกเปลี่ยนแปลงตนเอง โดยมีกิจกรรมหลักๆ ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ให้สมาชิกเล่นดนตรีและร้องเพลง “กำลังใจ”</li> <li>- ร่วมกันแสดงความคิดเห็นว่าได้ข้อคิดอะไรจากเพลงที่ร้อง</li> <li>- ผู้ให้คำปรึกษาให้ข้อคิดในประเด็นความสุขที่เกิดจากความคาดหวังจากผู้อื่นว่าเป็นความสุขที่ไม่ถาวร โดยอภิปรายร่วมกับสมาชิก</li> <li>- ให้สมาชิกกลุ่มคิดถึงเหตุการณ์ที่ทำให้เสียใจในปัจจุบัน หลังจากนั้นฝึกวิเคราะห์ความคิดที่มีเหตุผล และมอบหมายงานให้สมาชิกไปทำเป็นการบ้าน และนำมาเสนอในครั้งต่อไป</li> <li>- ให้สมาชิกเขียนเหตุการณ์ที่ทำให้เสียใจในปัจจุบัน และความคิดที่มีต่อเหตุการณ์ที่ทำให้เสียใจในปัจจุบัน และเมื่อคิดแล้วส่งผลให้เกิดความรู้สึกอารมณ์พฤติกรรมอย่างไร</li> </ul> <p><b>ครั้งที่ 7 การเห็นคุณค่าในตนเอง</b></p> <p>เพื่อให้สมาชิกนำเสนอวิธีการเปลี่ยนแปลงตนเอง เพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้ฝึกแสดงบทบาท จำลองการเปลี่ยนแปลงตนเอง เพื่อให้สมาชิกกลุ่มสามารถนำดนตรีบำบัดไป</p>

หัวข้อ	รายละเอียด
การบำบัด (ต่อ)	<p>ช่วยในการสร้างคุณค่าในตนเอง โดยมีกิจกรรมหลักๆดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ให้สมาชิกเสนอวิธีการเปลี่ยนแปลงตนเอง หลังจากนั้นผู้ให้คำปรึกษาคำว่าชื่นชมและหากมีสมาชิกที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงตนเอง ผู้ให้คำปรึกษาให้กำลังใจและให้สมาชิกคิดวิธีการเปลี่ยนแปลงตนเองต่อไปอย่างไร</li> <li>- ให้สมาชิกทุกคนแสดงบทบาทจำลองให้เพื่อนดูว่าแต่ละคนมีวิธีการเปลี่ยนแปลงตนเองอย่างไร</li> <li>- ผู้ให้คำปรึกษาให้สมาชิกกลุ่มแสดงวิธีการเปลี่ยนแปลงตนเองที่ได้กลับไปเป็นการบ้าน</li> <li>- ให้สมาชิกได้แสดงบทบาทจำลองการเปลี่ยนแปลงตนเองให้เพื่อนๆ ดูโดยให้สมาชิกเลือกเพื่อนที่ต้องการให้ร่วมแสดงด้วย 1 คน และให้ลงมือปฏิบัติทันทีและสอบถาม การนำไปปฏิบัติในชีวิตจริงความรู้สึกอย่างไร</li> <li>- ผู้ให้คำปรึกษาสรุปเนื้อหาของเพลง โดยเชื่อมโยงต่อความตั้งใจที่จะรับประทานยาต่อเนื่องของผู้ป่วย</li> </ul> <p><b>ครั้งที่ 8 การเห็นคุณค่าในตนเอง</b></p> <p>เพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้ทำแบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์ (ด้านการเห็นคุณค่าในตนเอง เพื่อให้สมาชิกได้บอกความประทับใจและให้กำลังใจสมาชิกในกลุ่มทุกคน</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ให้สมาชิกแสดงความคิดเห็น เจตคติ และความรู้สึกที่มีต่อการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม</li> <li>- หลังจากนั้นให้สมาชิกได้บอกความประทับใจและให้กำลังใจสมาชิกในกลุ่มทีละคน</li> <li>- หลังจากนั้นร่วมกันร้องเพลงคำสัญญา</li> </ul>
ผลการวิจัย	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. คะแนนความฉลาดทางอารมณ์(ด้านการเห็นคุณค่าในตนเอง) ของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 โดยมีค่าเฉลี่ยก่อนการทดลอง S.D = 2.25 และหลังการทดลอง S.D = 5.91 กลุ่มควบคุม ก่อนทดลองมีค่าเฉลี่ย 49.3 หลังการทดลอง 48.3</li> <li>2. หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนความฉลาดทางอารมณ์ (ด้านการเห็นคุณค่าในตนเอง) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05</li> </ol>

หัวข้อ	รายละเอียด
<b>ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- งานวิจัยตรงกับประเด็นปัญหาทางคลินิกที่ต้องการแก้ไขคือ การเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจิตเภท</li> <li>- งานวิจัยช่วยพยาบาลในการตัดสินใจใช้การบำบัดการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตาม ทฤษฎี REBT ร่วมกับดนตรีบำบัด เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถมี Self-esteem ของผู้ป่วยด้วย</li> <li>- พยาบาลมีเอกสิทธิ์โปรแกรมการบำบัดนี้มาประยุกต์ใช้ได้ตามขอบเขตของการพยาบาล</li> <li>- กระบวนการเก็บข้อมูล สามารถนำมาใช้ได้จริงในคลินิก เช่น แบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์ (ด้านการเห็นคุณค่าในตนเอง)</li> </ul>
<b>การมีความหมายหรือมีคุณค่าในเชิงของศาสตร์</b>	<p><b>คุณภาพงานวิจัย</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ชื่อเรื่องแสดงถึงกลุ่มตัวอย่างชัดเจน และวัตถุประสงค์ของการบำบัด แต่มีได้บอกถึงตัวแปรในการวิจัย</li> <li>2. งานวิจัยได้ระบุปัญหา และเหตุผลของการทำวิจัยไว้อย่างชัดเจน</li> <li>3. มีการระบุนกรอบทฤษฎีที่ใช้ในการวิจัยคือ ใช้ การบำบัดการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามทฤษฎี REBT ร่วมกับดนตรีบำบัด</li> <li>4. มีการระบุวัตถุประสงค์ของการวิจัย มีการกำหนดสมมุติฐานการวิจัยไว้อย่างชัดเจน</li> <li>5. มีการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องอย่างกว้างขวาง โดยหยิบยกในการวิจัยที่สนับสนุนการทดลองครั้งนี้ ซึ่งสอดคล้องกันโดยมีงานวิจัยทั้งเก่าและใหม่</li> <li>6. มีการระบุประชากรเป้าหมาย วิธีการที่ได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง และเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างไว้อย่างชัดเจน</li> <li>7. มีการระบุวิธีการวิจัยชัดเจน โดยเป็นวิธีวิจัยแบบ Randomized controlled trial ใช้วิธีคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจำนวน 12 คน โดยวิธีจับฉลากจากกลุ่มประชากรที่สมัครใจ ทั้งหมดจำนวน 35 คน และสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 6 คน</li> <li>8. งานวิจัยนี้ไม่ได้กล่าวถึงการรับรองจากคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนเกี่ยวกับการทดลองในมนุษย์ ไม่ได้ระบุถึงวิธีการรักษาความลับของผู้ร่วมวิจัย</li> <li>9. ใช้แบบวัดในการประเมินผลเหมาะสม ตรงกับตัวแปรที่ต้องการประเมินผล</li> </ol>

หัวข้อ	รายละเอียด
<b>การมีความหมาย หรือมีคุณค่าใน เชิงของศาสตร์ (ต่อ)</b>	10. ผลการวิจัยบรรลุวัตถุประสงค์การวิจัย 11. มีการระบุข้อจำกัดของการวิจัย และข้อเสนอแนะในการนำงานวิจัยไปใช้ และข้อเสนอแนะอยู่ภายใต้ขอบเขตของข้อค้นพบจากการวิจัย
<b>แนวโน้มที่จะ นำไปใช้ได้ ในการปฏิบัติ</b>	1. การเทียบความรู้สู่การปฏิบัติ (Transferability of the finding) ความรู้ที่ได้จากงานวิจัยมีความเหมาะสมที่จะนำไปใช้ในหน่วยงาน เนื่องจากกลุ่มผู้ป่วยในหน่วยงานมีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัย 2.ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง (Feasibility of implementation) การทำจิตบำบัดเป็นงานที่พยาบาลจิตเวชสามารถปฏิบัติได้โดยอิสระ ซึ่งจากงานวิจัยเป็นลักษณะการทำจิตบำบัดแบบหนึ่ง พยาบาลสามารถนำโปรแกรมนี้มาประยุกต์ใช้ในหน่วยงานได้แต่ต้องมีการเตรียมหน่วยงาน บุคลากร คือต้องมีการฝึกอบรมผู้นำกลุ่มในการบำบัด มีการประสานงานกับทีมงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดความเข้าใจและสนับสนุนโดยการบำบัดใช้ระยะเวลาสั้นเหมาะสมกับการดูแลผู้ป่วยในยุคปัจจุบัน คือลดระยะเวลาวันนอนในโรงพยาบาล ให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตในสังคมได้เร็วมีความเป็นไปได้ที่หน่วยงานจะสนับสนุนการพัฒนาโปรแกรมนี้ 3. ความคุ้มค่าคุ้มประโยชน์เมื่อนำไปใช้ (Cost-benefit ratio) การจะนำองค์ความรู้ที่ได้จากงานวิจัยไปใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาตัวแบบผู้ป่วยในนั้น ไม่เกิดความเสียหายต่อผู้ป่วย แต่ผู้ป่วยจะได้รับการเตรียมความพร้อมเพื่อการกลับสู่ชุมชน มีการใช้ทรัพยากรน้อย แต่ผลที่เกิดกับผู้ป่วยถือว่าคุ้มค่า ระยะเวลาการปฏิบัติสั้น เพียงให้การบำบัด 8 ครั้ง ใช้บุคลากร 1 คน/ครั้ง โดยผู้บำบัดจะต้องได้รับการฝึกก่อนการให้การบำบัด และการเล่นดนตรี จำเป็นต้องมีค่าใช้จ่ายและค่าอุปกรณ์ต่าง ๆ
<b>การสกัดเพื่อ การนำไปใช้</b>	การบำบัดเป็นโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามทฤษฎี REBT ร่วมกับดนตรีบำบัด <u>คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง</u> - เป็นผู้ป่วยจิตเภท ที่มีอายุระหว่าง 18-60 ปี <u>เครื่องมือในการวิจัย</u> - แบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์(ด้านการเห็นคุณค่าในตนเอง)

หัวข้อ	รายละเอียด
<p>การสกัดเพื่อ การนำไปใช้ (ต่อ)</p>	<p><u>ระยะเวลาในการบำบัด</u> ทำทั้งหมด 8 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 60 -90 นาที โดยทำการบำบัดติดต่อกันทุกวัน โดยผู้วิจัยเป็นผู้ให้คำปรึกษา</p> <p><u>หลักการทำกลุ่มบำบัด</u> ครอบคลุมเนื้อหา ดังนี้</p> <p><u>ครั้งที่ 1</u> การสร้างสัมพันธภาพ</p> <p><u>ครั้งที่ 2</u> การเห็นคุณค่าในตนเอง โดยมีประเด็นดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- แนวคิดการให้คำปรึกษาตามทฤษฎี REBT และลักษณะการคิดที่ไม่มีเหตุผล การเกิดปัญหาทางอารมณ์ พฤติกรรมไม่พึงประสงค์</li> <li>- ผู้ให้คำปรึกษาให้ข้อมูลเกี่ยวกับการมีความคิดเห็นที่แตกต่างกัน โดยให้ความรู้เรื่องผลของการคิดที่ไม่มีเหตุผลตามแนวคิดของ Ellis</li> </ul> <p><u>ครั้งที่ 3</u> การเห็นคุณค่าในตนเอง โดยมีประเด็นดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้ให้คำปรึกษาอธิบายเกี่ยวกับลักษณะความคิดที่มีเหตุผลของบุคคลตามแนวทฤษฎี REBT ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการมีความคิดเห็นที่แตกต่างกัน โดยให้ความรู้เรื่องผลของการคิดที่มีเหตุผลตามแนวคิดของ Ellis</li> </ul> <p><u>ครั้งที่ 4</u> การเห็นคุณค่าในตนเอง โดยมีประเด็นดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ให้สมาชิกกลุ่มร้องเพลงที่มีเนื้อหาในการให้กำลังใจ</li> <li>- ให้สมาชิกทุกคนคิดว่าได้ข้อคิดอะไรจากเพลง โดยผู้ให้คำปรึกษาพยายามสื่อว่าชีวิตคนเรามีทั้งทุกข์และสุขซึ่งเป็นเรื่องธรรมดาที่ทุกคนต้องเจอ อย่างไรก็ตามทุกคนก็ต้องมีความหวัง ฝ่าฟันอุปสรรคต่างๆ เพื่อพบกับชีวิตที่ดี บอกตนเองเสมอว่าเรามีค่ามีความหวังและต้องทำในสิ่งที่หวังไว้ให้สำเร็จ</li> <li>- ผู้ให้คำปรึกษาให้สมาชิกกลุ่มเลือกความคิดที่มีเหตุผลตามทฤษฎี REBT ที่ช่วยให้ตนเองรู้สึกมีคุณค่า และฝึกการฝึกคิดพิจารณาอย่างมีเหตุผลด้วยตนเอง</li> </ul> <p><u>ครั้งที่ 5</u> การเห็นคุณค่าในตนเอง โดยมีประเด็นดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- สมาชิกกลุ่มร้องเพลง(วนิพกพเนจร) ร่วมกันและบอกข้อคิดหรือความรู้สึกที่ได้จากเพลงร่วมกันและให้ทุกคนคิดว่าได้ข้อคิดอะไรจากเพลงนี้</li> <li>- ผู้ให้คำปรึกษาเชื่อมโยงประเด็นในเพลงให้สมาชิกมองกลับมาที่ตนเอง และเป้าหมายว่าจะต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง เพื่ออะไร และให้สมาชิกแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดี</li> <li>- ให้สมาชิกกลุ่มคิดถึงเหตุการณ์ที่ทำให้รู้สึกเสียใจในอดีตที่ผ่านมา เมื่อนึกถึง</li> </ul>

หัวข้อ	รายละเอียด
<p><b>การสกัดเพื่อ การนำไปใช้ (ต่อ)</b></p>	<p>ครั้งใดก็รู้สึกเหมือนตนเอง ไม่มีคุณค่าแล้วฝึกวิเคราะห์ความคิดที่มีเหตุผลและนำไปสู่การรับรู้อารมณ์ มีแนวทางในการจัดการกับอารมณ์และพฤติกรรมของตนเองได้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้ให้คำปรึกษาเชื่อมโยงคำตอบกับประเด็นความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง</li> </ul> <p><u>ครั้งที่ 6</u> การเห็นคุณค่าในตนเอง โดยมีประเด็นดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ให้นำสมาชิกเล่นดนตรีและร้องเพลง “กำลังใจ”</li> <li>- ร่วมกันแสดงความคิดเห็นว่าได้ข้อคิดอะไรจากเพลงที่</li> <li>- ผู้ให้คำปรึกษาให้ข้อคิดในประเด็นความสุขที่เกิดจากความคาดหวังจากผู้อื่นว่าเป็นความสุขที่ไม่ถาวร โดยอภิปรายร่วมกับสมาชิก</li> <li>- ให้นำสมาชิกกลุ่มคิดถึงเหตุการณ์ที่ทำให้เสียใจในปัจจุบัน หลังจากนั้นฝึกวิเคราะห์ความคิดที่มีเหตุผล และมอบหมายงานให้สมาชิกไปทำการบ้านและนำมาเสนอในครั้งต่อไปให้สมาชิกเขียนเหตุการณ์ที่ทำให้เสียใจในปัจจุบัน และความคิดที่มีต่อเหตุการณ์ที่ทำให้เสียใจในปัจจุบัน และเมื่อคิดแล้วส่งผลให้เกิดความรู้สึกอารมณ์พฤติกรรมอย่างไร</li> </ul> <p><u>ครั้งที่ 7</u> การเห็นคุณค่าในตนเอง โดยมีประเด็นดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ให้นำสมาชิกเสนอวิธีการเปลี่ยนแปลงตนเอง หลังจากนั้นผู้ให้คำปรึกษากล่าวชื่นชมและหากมีสมาชิกที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงตนเอง ผู้ให้คำปรึกษาให้กำลังใจและให้สมาชิกคิดวิธีการเปลี่ยนแปลงตนเองต่อไปอย่างไร</li> <li>- ให้นำสมาชิกทุกคนแสดงบทบาทจำลองให้เพื่อนดูว่าแต่ละคนมีวิธีการเปลี่ยนแปลงตนเอง</li> <li>- ผู้ให้คำปรึกษาให้สมาชิกกลุ่มแสดงวิธีการเปลี่ยนแปลงตนเองที่ได้กลับไปเป็นการบ้าน</li> <li>- ให้นำสมาชิกได้แสดงบทบาทจำลองการเปลี่ยนแปลงตนเองให้เพื่อนๆดูโดยให้สมาชิกเลือกเพื่อนที่ต้องการให้ร่วมแสดงด้วย 1 คน และให้ลงมือปฏิบัติทันทีและสอบถามการนำไปปฏิบัติในชีวิตจริงความรู้สึกอย่างไร</li> <li>- ผู้ให้คำปรึกษาสรุปเนื้อหาของเพลง โดยเชื่อมโยงต่อความตั้งใจที่จะรับประทานยาต่อเนื่องของผู้ป่วย</li> </ul>

หัวข้อ	รายละเอียด
<p><b>การสกัดเพื่อ การนำไปใช้ (ต่อ)</b></p>	<p><u>ครั้งที่ 8</u> การเห็นคุณค่าในตนเอง โดยมีประเด็นดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ให้สมาชิกแสดงความคิดเห็น เจตคติ และความรู้สึกที่มีต่อการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม</li> <li>- หลังจากนั้นให้สมาชิกได้บอกความประทับใจและให้กำลังใจสมาชิกในกลุ่มทีละคน โดยการบำบัดแต่ละครั้ง จะนำการร้องเพลงที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับการให้กำลังใจ การมีความหวัง การมีเป้าหมายในชีวิต ร่วมกับการเล่นดนตรีง่ายๆ โดยผู้ให้คำปรึกษาใช้เป็นกิจกรรมในการเชื่อมโยงเพื่อเข้าประเด็นหลักในแต่ละครั้งของการบำบัด</li> <li>- ความฉลาดทางอารมณ์ (ด้านการเห็นคุณค่าในตนเอง) โดยใช้แบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์(ด้านการเห็นคุณค่าในตนเอง) ถ้าคะแนนสูงแสดงถึงการมีความฉลาดทางอารมณ์ (ด้านการเห็นคุณค่าในตนเอง) สูงด้วย</li> </ul>

ตาราง 2 ตารางสรุปการรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ (Collective table)

Author, title	วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง	Individual/ Group	Setting		CBT	Findings		
				IPD	OPD		อาการทางจิต	การกลับไปใช้ชีวิต	ความพึงพอใจ
I. Hall, P. L. & Tarriet, N. (2003). The Cognitive-behavioural treatment of self-esteem in psychotic patients : a pilot study .	การศึกษาเปรียบเทียบผลการบำบัดโดยการบำบัดโปรแกรม Cognitive Behavior Therapy ร่วมกับ การรักษาที่มีอยู่เดิม กกับการรักษาที่มี	เป็นวัยผู้ใหญ่ (18-65ปี) อายุเฉลี่ย 38 ปี ส่วนใหญ่อาศัยอยู่เพียงลำพัง ไม่มีงานทำ , 64% ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน มากกว่า 3 ครั้งอยู่เดิมเพียงอย่างเดียว	Individual	✓	-	✓ 7 ครั้ง ทำ 1 ครั้ง/สัปดาห์	✓ ประเมินหลังจบโปรแกรมและระยะติดตาม 3 เดือนพบว่าอาการทั่วไปดีขึ้น (sig.)	✓ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้น (sig.)และในระยะติดตาม 3 เดือนมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเกือบเท่ากับหลังสิ้นสุดโปรแกรม	

ตาราง 2 ตารางสรุปการรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ (Collective table) (ต่อ)

Author, title	วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง	Individual/Group	Setting		CBT	Findings		
				IPD	OPD		อาการทางจิต	การกลับเป็นซ้ำ	โอกาสหาย
2. Gumley, A., Karatziad, A., Power, K., Rrilly, J., McNay, M., O Grady, M. (2006) Early intervention for relapse in schizophrenia : Impact of cognitive behavioural	เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างการกลับเป็นซ้ำของโรคและความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและความรู้สึกลึกซึ้งในตนเองของกลุ่มตัวอย่าง	ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุเฉลี่ย 35.8 ปี ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท ระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 9 ปี	Individual	✓	-	✓	กลุ่มผู้ป่วยที่มีการกลับเป็นซ้ำ มีคะแนนความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ด้านการเป็นผู้ป่วยจิตเภท (Entrapment) และด้านตนเองกับการป่วยด้วยโรคจิตเภท เพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.01 และ p = 0.03)	อาการทางจิต	ในช่วง 12 เดือนหลังจบการทดลอง พบว่า มีการเปลี่ยนแปลงของคะแนนความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วยด้านการสูญเสียและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองแตกต่างจากกลุ่ม TAU อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.02 และ 0.01)





ตาราง 2 ตารางสรุปการรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ (Collective table) (ต่อ)

Author, title	วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง	Individual/Group	Setting		CBT	Findings		
				IPD	OPD		อาการทางจิต	การกลับไปเป็นซ้ำ	ความพึงพอใจ
3. Barrowclough C., Haddock G., Lobban F., Jorns S., Siddler R., Roberts C and Gregg L.(2006). Cognitive-behavioural Therapy for schizophrenia, British journal of psychiatry	เพื่อศึกษาผลของการใช้ cognitive-behavioural therapy กับผู้ป่วยจิตเภท	เป็นผู้ป่วยจิตเภทวัยผู้ใหญ่ อายุเฉลี่ย 38.8 ปี ส่วนใหญ่เป็นผู้ชาย ระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 13.6 ปี ส่วนใหญ่เป็นโรค IQ เฉลี่ย 105	gr.	-	✓	✓	อาการทางจิตดีขึ้น ในระยะ 6 เดือน แต่ไม่มีผลในระยะ 12 เดือน (sig.)	-	มีการปรับเพิ่มขึ้น ในระยะ 6 เดือน (p = 0.036) และ 12 เดือน (p = 0.027) (sig.)

ตาราง 2 ตารางสรุปการรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ (Collective table) (ต่อ)

Author, title	วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง	Individual/Group	Setting		CBT	Findings		
				IPD	OPD		อาการทางจิต	การกลับเป็นซ้ำ	โอกาสพบปัญหา
4. นวลลักษณ์ เดหา-พันธ์, (2006). ผลการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม ตามทฤษฎี REBT ร่วมกับ ดนตรีบำบัด ที่มีต่อความฉลาดทางอารมณ์(ด้านการเห็นคุณค่าในตนเอง)ของ ผู้ป่วยจิตเภท	เพื่อเปรียบเทียบ ความฉลาดทาง อารมณ์(ด้านการ เห็นคุณค่าใน ตนเอง)ของ ผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างก่อนการ ทดลองและหลัง การทดลองและ การทดลองและ เพื่อเปรียบเทียบ ความฉลาดทาง อารมณ์	เป็นผู้ป่วย จิตเภทชาย อายุ 18-60 ปี	gr.	-	✓	✓	-	-	หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมี คะแนนความฉลาด ทางอารมณ์(ด้านการ เห็นคุณค่าใน ตนเอง)อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ (sig.)



### 3.3 สรุปประเด็นที่ได้จากการรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์

จากการรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ และได้นำมาสังเคราะห์แล้วเปรียบเทียบแนวทางปฏิบัติเพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหาทางคลินิกตามที่ต้องการ ซึ่งพอจะสรุปประเด็นได้ดังนี้

3.3.1 จากการศึกษาวิจัยทั้งหมด 4 เรื่อง ที่ใช้โปรแกรม Cognitive-behavioral therapy (CBT) หรือ ใช้โปรแกรม Rational Emotive Behavioral Therapy (REBT) ร่วมกับการบำบัด ซึ่งพบว่าสามารถเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจิตเภทได้ (Hall & Tarrier, 2003; Gumley, et al., 2006; Barrowclough, et al, 2006; นวลลักษณ์ เลาหพันธ์, 2006)

3.3.2 การบำบัดโดยใช้โปรแกรม CBT ในผู้ป่วยจิตเภท ที่สามารถได้ผลในการเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจิตเภท เป็นการบำบัดตั้งแต่ 7 ครั้งขึ้นไป จนถึง 18 ครั้ง ซึ่งถ้าใช้ระยะเวลาในการบำบัดนาน ผลการบำบัดจะคงอยู่ได้นานถึง 12 เดือน

3.3.3.1 การศึกษาของ Hall & Tarrier (2003) ใช้โปรแกรม CBT ในการบำบัดผู้ป่วยจิตเภท ที่เป็นผู้ป่วยใน โดยทำการบำบัดบำบัดรายบุคคล ทั้งหมด 7 ครั้ง ทำการบำบัด 1 ครั้ง/ สัปดาห์ ใช้หลักพฤติกรรมบำบัด โดย 1) ให้ผู้ป่วยคิดคำพูดหรือข้อความดีๆ ที่เป็นคุณสมบัติทางบวก และเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับตนเอง 10 ประโยค/เรื่อง จากนั้นให้ผู้ป่วยให้คะแนนความเชื่อมั่นจาก 0-100 คะแนน และเลือกข้อที่มีความเชื่อมั่นต่ำ 2 ประโยค/เรื่อง มาเป็นหัวข้อในการบำบัดแต่ละครั้ง 2) ให้ผู้ป่วยพยายามที่จะหาหรือแสดงว่าสิ่งๆที่เขาเป็นสิ่งดี มีคุณภาพ โดยยกตัวอย่างในการแสดงคุณสมบัตินั้นให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ โดยให้ผู้ป่วยพยายามนึกบททวนถึงพฤติกรรมดีๆ เหล่านี้ว่า เกิดขึ้นเวลาใด ที่ไหน อย่างไร โดยให้นึกซ้ำๆ 3) หลังจากให้นึกแล้ว ให้ผู้ป่วยให้คะแนนใหม่อีกครั้ง ซึ่งผู้บำบัดต้องเน้นถึงความเป็นจริงที่เป็นทางบวกให้ชัดเจน และทำให้ผู้ป่วยเห็นหลักการและดึงออกมา 4) ผู้บำบัดให้การบ้าน โดยให้ผู้ป่วยติดตามสังเกตพฤติกรรมดีๆ ของตนเองและบันทึก (ใช้เป็น Feed back และให้กำลังใจ) 5) จากนั้นถามซ้ำว่าผู้ป่วยมีสิ่งดีๆ มากขึ้นหรือไม่ โดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยคิดในทางบวก ซึ่งผลการทดลอง พบว่า หลังสิ้นสุดโปรแกรมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นและยังคงอยู่ในระยะติดตาม 3 เดือน รวมทั้งอาการทางจิตลดลงและยังคงอยู่ในระยะติดตาม 3 เดือนเช่นเดียวกัน นอกจากนี้คะแนนความซึมเศร้ายังลดลงหลังสิ้นสุดโปรแกรมแต่ไม่มีผลในระยะ 3 เดือน

3.3.3.2 การศึกษาของ Gumley, et al. (2006) ใช้โปรแกรม CBT ในการบำบัดผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นผู้ป่วยนอก เป็นการบำบัดแบบกลุ่ม โดยแบ่งเป็น 2 ระยะ ระยะแรกเพื่อสร้างสัมพันธภาพ ใช้เวลา 1-5 ครั้ง เป็นเวลา 12 สัปดาห์ ระยะที่ 2 ทำ 2-3 ครั้ง/สัปดาห์ เป็นเวลา 5 สัปดาห์ โดยจะนำเสนอเกี่ยวกับอาการนำของการกลับเป็นซ้ำของโรค เป้าหมายของ CBT ซึ่งประกอบด้วย การวางเป้าหมาย ระบุความเชื่อและพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดการกลับเป็นซ้ำของโรค และ

พัฒนาความเชื่อที่เป็นทางเลือกอื่นๆ ที่ส่งเสริมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม พบว่าผู้ป่วยที่ไม่มี การกลับเป็นซ้ำของโรค มีความเชื่อส่วนบุคคลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย โดยเฉพาะความเชื่อเกี่ยวกับการตกอยู่ในสภาพของผู้ป่วยโรคจิตดีขึ้น และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น ในระยะ 12 เดือน หลังสิ้นสุดโปรแกรมการบำบัด

3.3.3.3 การศึกษาของ Barrowclough, et al. (2006) ที่ใช้ CBT ในการ บำบัดผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นผู้ป่วยนอก เป็นการบำบัดแบบกลุ่ม โดยทำการบำบัดทั้งหมด 18 ครั้ง ใช้ ระยะเวลา 6 เดือน โดยมีเนื้อหาครอบคลุมเกี่ยวกับ CBT และโรคจิต มีการสอนความรู้เกี่ยวกับ CBT ว่า คืออะไร การเรียนรู้จักปัญหาโดยเน้นอาการหลงผิดและประสาทหลอน การแปลงปัญหาให้เห็น ในประเด็นความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรม รูปแบบความคิดด้านลบและการตรวจสอบความคิด วิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ความเครียด สิ่งกระตุ้นและการรักษา รวมทั้งการวางแผนชีวิตเพื่อให้ ชีวิตมีความสุข และการวางแผนในกรณีเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน สุดท้ายติดตามผลและปรับปรุงให้ดีขึ้น พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และความรู้สึกมีความหวังเพิ่มขึ้น และคงอยู่ได้นาน ถึง 12 เดือน และมีผลต่ออาการทางจิตทางด้านลบ โดยเปลี่ยนจากมีผลเพียงเล็กน้อย เป็นมีผลดีมาก ในระยะ 6 เดือน ส่วนในเรื่องการกลับเป็นซ้ำ มีเพียง 1 คนจาก 18 คน มีการกลับเป็นซ้ำของโรคใน ระยะ 12 เดือน

จากงานวิจัยทั้ง 3 เรื่อง แสดงให้เห็นว่าการใช้โปรแกรมการบำบัดด้วย CBT ในผู้ป่วย จิตเภท หากใช้โปรแกรมการบำบัดระยะสั้นไม่ต่ำกว่า 7 ครั้ง ซึ่งเหมาะกับกลุ่มที่เป็นผู้ป่วยใน สามารถเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทได้ รวมถึงช่วย ลดอาการทางจิตได้อีกด้วย โดยผลของโปรแกรมจะคงอยู่ในระยะติดตาม 3 เดือน แต่หากใช้ โปรแกรม CBT ที่ใช้ระยะเวลาการบำบัดไม่ต่ำกว่า 18 ครั้ง ซึ่งเหมาะกับกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นผู้ป่วยนอก ให้ผลในการเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและการมีความหวัง และสามารถลดอาการทางจิตได้ นานถึง 12 เดือน นอกจากนี้ยังสามารถลดการกลับเป็นซ้ำได้นานถึง 12 เดือนอีกด้วย

3.3.3 การศึกษาของ นवलักษณ์ เลหาพันธ์ (2007) ซึ่งใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษา แบบกลุ่มตามทฤษฎี Rational Emotive Behavioral Therapy (REBT) ร่วมกับดนตรีบำบัด โปรแกรม การบำบัด ทำทั้งหมด 8 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 60 - 90 นาที โดยทำการบำบัดติดต่อกันทุกวัน มีเนื้อหา ดังนี้ 1) ครั้งที่ 1: เริ่มด้วยการสร้างสัมพันธภาพ 2) ครั้งที่ 2- 8: เรื่องการเห็นคุณค่าในตนเอง โดยใช้ ทฤษฎี REBT ร่วมกับการใช้ดนตรีบำบัด โดยผลของโปรแกรมหลังสิ้นสุดการบำบัดสามารถเพิ่ม ความฉลาดทางอารมณ์ (ด้านการเห็นคุณค่าในตนเอง) ของผู้ป่วยจิตเภทได้

3.3.4 จากการศึกษาของ Hall & Tarrier (2003); Gumley, et al. (2006) และ Barrowclough, et al. (2006) พบว่าลักษณะของผู้ป่วยที่เข้าโปรแกรมการบำบัดด้วย CBT ควรจะมี

อาการทางจิตสงบ และมารับการรักษา ไม่เป็นผู้ใช้สารเสพติด มีการรับรู้ดี สามารถเรียนรู้ได้ ผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะกลับเป็นซ้ำ โดยอาจพิจารณาจาก 1) ประวัติการกลับเป็นซ้ำของโรคที่ผ่านมา 2) ประเมินสภาพแวดล้อมของผู้ป่วยที่บ้าน และ 3) อาการและการร่วมมือในการบำบัดรักษา (Gumley, et al, 2006; Barrowclough, et al, 2006)

3.3.5 ผู้บำบัดที่ใช้โปรแกรม CBT ควรมีลักษณะเป็นสหวิชาชีพที่มีลักษณะงานที่เกี่ยวข้องทางด้านสุขภาพจิต เช่น แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักอาชีวบำบัด เป็นต้น และต้องได้รับการฝึกอบรมเป็นเวลาอย่างน้อย 2 สัปดาห์ และควรมีอย่างน้อย 2 คน ในแต่ละครั้งของการทำกลุ่มบำบัด (Barrowclough, et al, 2006) โดยผู้ที่เป็นผู้เตรียมโปรแกรมอาจเป็นคนละคนกับผู้บำบัดก็ได้ (Gumley, et al, 2006)

3.3.6 จากผลการวิจัยทั้ง 4 เรื่อง สามารถสรุปเครื่องมือการประเมินได้ดังนี้

3.3.6.1 การประเมินผลลัพธ์หลัก คือ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจิตเภท พบว่ามีหลายเครื่องมือที่สามารถใช้ได้ ดังนี้

1. Robson Self Concept Questionnaires (SCQ, Robson, 1987) โดย Hall & Tarrier. (2003) นำไปใช้ประเมินผู้ป่วย ก่อนรับการบำบัด หลังรับการบำบัด และ 3 เดือน หลังรับการบำบัด) โดยเป็นแบบประเมินตนเอง ซึ่งจะมีการประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในด้านต่างๆ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและความสำคัญในตนเอง ความดึงดูดความสนใจ หรือความมีเสน่ห์ การมีอำนาจ และความพึงพอใจในความสามารถและความปรารถนา

2. The Rosenberg Self-esteem Scale (RSES; Rosenberg, 1965) ใช้แบบประเมินตนเองของ The Rosenberg Self-esteem Scale (RSES; Rosenberg, 1965) มีทั้งหมด 10 item ใช้การวัด Global Self-esteem โดย งานวิจัยของ Gumley, et al. (2006) ใช้ประเมิน 4 ครั้ง ก่อนเริ่มโปรแกรม, 12 สัปดาห์ 26 สัปดาห์ และ 52 สัปดาห์ ส่วน Barrowclough, et al., (2006) ใช้ประเมินหลังจากสิ้นสุดการบำบัด ช่วง 6 เดือน และ 12 เดือน

3. แบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์ (ด้านการเห็นคุณค่าในตนเอง) ซึ่งสร้างขึ้นโดยผู้วิจัย จำนวน 18 ข้อ โดยงานวิจัยของนวลลักษณ์ เลหาพันธ์, (2007) ใช้ประเมินผู้ป่วยจิตเภท ก่อนเข้าโปรแกรม และหลังสิ้นสุดโปรแกรม

อาจพอจะสรุปได้ว่าเครื่องมือแต่ละเครื่องมือสามารถประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจิตเภทได้ และเป็นเครื่องมือที่ผู้ป่วยสามารถเข้าใจได้และสามารถทำได้ด้วยตนเอง ดังนั้นการเลือกใช้เครื่องมือจึงต้องพิจารณาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยด้วย

### 3.3.6.2 การประเมินผลลัพ์อื่นๆ มีดังนี้

1. การประเมินอาการทางจิต ใช้แบบประเมิน ใช้ The Positive and Negative Syndrome Scale for Schizophrenia (PANSS, Kay, Fiszbein Opler , 1980) ครอบคลุม 30 item โดย item ที่ 1-7 จะเป็นการประเมินอาการทางบวกคือ delusion , conceptual, disorganization, hallucination behaviour, excitement, Grandiosity, suspiciousness/persecution and hostility ส่วนใน item ที่ 8-12 จะประเมินอาการทางลบในเรื่องของ blunted effect, emotional withdrawal และใน item ที่ 15- 30จะประเมินในเรื่องของ global psychopathology เช่น somatic concern, anxiety โดยม้งานวิจัยของ Hall & TARRIER (2003), Gumley, et al. (2006), Barrowclough, et al. (2006) ที่นำไปใช้ในการประเมินผู้ป่วย
2. การประเมินการทำหน้าที่ทางสังคม ใช้แบบประเมิน The Social Functioning Seale (SFS; Birchwood et al, 1990) ประเมินโดยการสัมภาษณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมทางสังคม มีทั้งหมด 7 หมวด คือ การแยกตัวจากสังคม การมีสัมพันธภาพ การมีกิจกรรมทางสังคม กิจกรรมนันทนาการ ความสามารถในการประกอบอาชีพและการทำงานที่เป็นอิสระ โดยงานวิจัยที่นำไปใช้ในการประเมินผู้ป่วยได้แก่ Hall & TARRIER (2003) และ Barrowclough, et al. (2006)
3. การประเมินการมีความหวัง ใช้ The Beck Hopelessness Scale (BHS; Beck, 1974) โดยงานวิจัยที่นำไปใช้ในการประเมินผู้ป่วย ได้แก่ Barrowclough, et al. (2006)
4. การประเมินความวิตกกังวลและความซึมเศร้า ใช้ The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS ; Zigmoud & Snaith, 1983)โดยวัดอารมณ์ซึ่งเป็นส่วนประกอบของความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า โดยแบบประเมินจะมี 7 หัวข้อ ในการวัดความวิตกกังวลสลับกัน และ7 หัวข้อวัดภาวะซึมเศร้า โดยงานวิจัยที่นำไปใช้ในการประเมินผู้ป่วยได้แก่ Hall & TARRIER (2003)และ Barrowclough, et al. (2006)
5. การประเมินการทำหน้าที่ ใช้ Global Assessment of Functioning (GAF; American Psychiatric Association, 1987) โดย 2 ระดับคะแนน (0 - 100) ของอาการแสดงและความสามารถ โดยงานวิจัยที่นำไปใช้ในการประเมินผู้ป่วยได้แก่ (Barrowclough, et al., 2006)
6. The Personal Beliefs about Illness (PBIQ) มีทั้งหมด 16 item เป็นการประเมินความเชื่อส่วนบุคคลในหัวข้อ ความรู้สึกเสียเกียรติ ความรู้สึกอับอาย การรับผิดชอบต่อพฤติกรรมตนเองหรือความเจ็บป่วยของตน และความรู้สึกที่อยู่ในสภาพของโรคจิตโดยงานวิจัยที่นำไปใช้ในการประเมินผู้ป่วยได้แก่ (Gumley, et al. 2006)

3.3.7 การประเมินผลเรื่องความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ในโปรแกรมระยะสั้น ทำการบำบัดไม่เกิน 7 ครั้ง สามารถประเมินได้ตั้งแต่สิ้นสุดการบำบัด และสามารถประเมินติดตาม 3 เดือนให้หลัง ซึ่งถ้าเป็นโปรแกรมระยะยาวทำการบำบัดไม่ต่ำกว่า 18 ครั้ง สามารถประเมินได้ในช่วงระยะเวลา 6 เดือน และ 12 เดือน

### 3.4 สรุปข้อแนะนำ (recommendation) ที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ มีดังนี้คือ

ผลจากการสกัดผลงานวิจัย และจากตารางการสังเคราะห์ (Collective Table) เพื่อสรุปประเด็นที่รวบรวมจากหลักฐานเชิงประจักษ์ ทำให้สามารถสรุปเป็นข้อแนะนำได้ดังนี้

3.4.1 พยาบาลสามารถประเมินระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้เครื่องมือประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งขณะนี้ประเทศไทยมีการนำมาใช้ด้วยกัน 2 เครื่องมือ

1) The Rosenberg Self-esteem Scale (RSES; Rosenberg, 1965) เป็นแบบวัดด้วยตนเอง มีทั้งหมด 10 ข้อความ ตัวอย่างเช่น “ฉันมีความรู้สึกในด้านดีต่อตนเอง” “บางครั้งฉันรู้สึกว่าฉันไม่มีอะไรดีเลย” โดยการให้คะแนน (Rating Scale) มี 4 ระดับ ผู้ป่วยสามารถเลือกได้ 4 ตัวเลือก ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย เห็นด้วย เห็นด้วยอย่างยิ่ง ซึ่งค่าคะแนนจะอยู่ระหว่าง 10- 40 คะแนน หากประเมินได้คะแนนในระดับสูง แสดงถึงการมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง ในทางกลับกันหากประเมินได้คะแนนในระดับต่ำ แสดงถึงการมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในระดับต่ำ (ระดับความเข้มแข็งของหลักฐาน 2)

2) แบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์(ด้านการเห็นคุณค่าในตนเอง) เป็นแบบวัดด้วยตนเองประกอบด้วยข้อความต่างๆ ที่บรรยายความฉลาดทางอารมณ์ (ด้านการเห็นคุณค่าในตนเอง) ของผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 18 ข้อ โดยมี 3 องค์ประกอบดังต่อไปนี้ 1) ดี หมายถึง ความรับผิดชอบต่อส่วนรวม คือ รู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม จำนวน 6 ข้อ 2) เก่ง หมายถึง มีแรงจูงใจในตนเอง มีความพยายามมุ่งมั่นที่จะทำให้สำเร็จ มีเป้าหมาย มีความหวัง จำนวน 6 ข้อ 3) สุข หมายถึง ความภูมิใจในตนเองพอใจและเห็นคุณค่าในตนเองเข้าใจและยอมรับจุดเด่นจุดด้อยของตนเองพึงพอใจในชีวิต มองโลกในแง่ดี จำนวน 6 ข้อ ตัวอย่างเช่น “ทุกคนต้องรักฉันตลอดเวลา” “ไม่มีใครที่เก่งและประสบความสำเร็จในทุกเรื่อง” โดยการให้คะแนน (Rating scale) 4 ระดับ ได้แก่ จริง ก่อนข้างจริง ก่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามทั้งทางด้านบวกและด้านลบ ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ หากข้อความเชิงบวกการให้คะแนน 4 ระดับ เป็น 4, 3, 2, 1 แต่หากเป็นข้อความเชิงลบการให้คะแนนจะเป็นในทางตรงกันข้าม คือ 1, 2, 3, 4 (นวลลักษณ์ เลหาพันธ์, 2006) (ระดับความเข้มแข็งของหลักฐาน 2)

3.4.2 เมื่อพยาบาลประเมินผู้ป่วยเกี่ยวกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองแล้ว หากพบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยอยู่ในระดับที่ต่ำ สามารถเลือกใช้โปรแกรมการบำบัดด้วย Cognitive Behavioral Therapy (CBT) หรือ Rational Emotive Behavioral Therapy (REBT)

3.4.3 สำหรับผู้ป่วยใน การเลือกโปรแกรมการบำบัดด้วย Individual CBT ควรเลือกรูปแบบดังนี้ (Hall & Tarrier, 2003) (ระดับความเข้มแข็งของหลักฐาน 2)

1) จำนวนครั้งของการบำบัดไม่ควรต่ำกว่า 7 ครั้ง ทำสัปดาห์ละครั้ง ทั้งนี้ถ้าหากต้องการเพิ่มระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจิตเภท สามารถเลือกใช้การทำ CBT จำนวน 7 ครั้งได้ แต่ถ้าจะเลือกใช้ในผู้ป่วยที่ต้องการเปลี่ยนแปลงความคิด ความเชื่อ การรับรู้เกี่ยวกับโรค สามารถเลือกใช้ CBT มากกว่า 7 ครั้งขึ้นไป

2) ผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัด ต้องมีคุณสมบัติดังนี้ คือ เป็นผู้ป่วยจิตเภทวัยผู้ใหญ่ มีอาการทางจิตสงบ และได้รับการประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับต่ำ

3) การดำเนินโปรแกรมในแต่ละครั้ง ควรมีเนื้อหาในการบำบัดดังนี้

3.1) ให้ผู้ป่วยคิดคำพูดหรือข้อความที่ดีๆ หรือบอกคุณสมบัติทางบวกที่เกี่ยวข้องกับตนเอง และให้คะแนนตนเองว่ามีความเชื่อมั่นในแต่ละเรื่อง และเลือกข้อที่ได้คะแนนต่ำมาเป็นประเด็นการบำบัด

3.2) ให้ผู้ป่วยพยายามคิดทบทวนหรือแสดงว่าตนเองมีสิ่งดีๆ อะไรบ้างโดยยกตัวอย่างในการแสดงคุณสมบัติที่ดีๆ นั้นๆ ให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ และให้นึกทบทวนถึงพฤติกรรมดีๆ เหล่านี้ว่าเกิดเวลาใด ที่ไหนอย่างละเอียด โดยให้นึกซ้ำๆ หลังจากพยายามนึกทบทวนแล้ว ให้ผู้ป่วยให้คะแนนใหม่อีกครั้งในเรื่องนั้น เชื่อว่าจะทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในคุณสมบัติข้อนั้นๆ ของตนเองมากขึ้น

3.3) ผู้บำบัดทำหน้าที่ในการกระตุ้นให้ผู้ป่วยระบุเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นที่เป็นทางบวกให้ชัดเจน และพยายามทำให้ผู้ป่วยเห็นประเด็น และให้ดึงเรื่องราวออกมาให้ผู้ป่วยรับรู้ ผู้บำบัดควรให้การบ้านโดยให้ผู้ผู้ป่วยติดตามเฝ้าดูพฤติกรรมดีๆ ของตนเองและบันทึกไว้ ซึ่งช่วยให้ ผู้บำบัดใช้เป็นข้อมูลย้อนกลับและให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย และคอยย้ำให้ผู้ผู้ป่วยมองเห็นสิ่งดีๆ มากขึ้น และอาจให้ผู้ผู้ป่วยให้คะแนนคุณสมบัติของตนเองอีก ผู้ป่วยจะรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองสูงขึ้นจากการให้คะแนนที่สูงขึ้น

3.4) พยาบาลสามารถประเมินผลของโปรแกรม ในช่วงก่อนได้รับการบำบัด หลังได้รับการบำบัด หรือติดตามผลไปถึง 3 เดือนหลังได้รับการบำบัด

3.4.5 โปรแกรม Rational Emotive Behavior Therapy (REBT) ร่วมกับดนตรีบำบัด สำหรับผู้ป่วยในมีรูปแบบและครอบคลุมเนื้อหา ดังนี้ (นวลลักษณ์ เลาหพันธ์, 2550) (ระดับความเข้มแข็งของหลักฐาน 2)

1) เป็นโปรแกรมการบำบัดระยะสั้น ใช้การบำบัดแบบกลุ่ม ระยะการบำบัด 8 ครั้ง ทำการบำบัดสัปดาห์ละครั้ง

2) ผู้ที่เข้ากลุ่มบำบัด ต้องมีคุณสมบัติ คือ เป็นผู้ป่วยจิตเภทวัยผู้ใหญ่

3) โปรแกรมมีรูปแบบและวิธีการดำเนินการดังนี้

1) ครั้งที่ 1: วัตถุประสงค์เพื่อสร้างสัมพันธภาพ มีกิจกรรมหลักได้แก่ การแนะนำตนเอง การอธิบายความหมายและประโยชน์ของดนตรีบำบัด และการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มร่วมกับดนตรีบำบัด

2) ครั้งที่ 2-8: วัตถุประสงค์เพื่อให้สมาชิกเห็นประโยชน์ของการฝึกดนตรีบำบัดในการเห็นคุณค่าในตนเอง และการใช้ทฤษฎี REBT มาช่วยในการเห็นคุณค่าในตนเอง โดยมีกิจกรรม ได้แก่ การให้สมาชิกเลือกเครื่องเล่นดนตรีมาเล่น การจับคู่เล่นดนตรี การอภิปรายความคิดเห็นเกี่ยวกับเครื่องดนตรีที่เลือก ความรู้สึกประทับใจที่เล่นดนตรี การร้องเพลงให้กำลังใจ การแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับเนื้อเพลง ในแต่ละครั้งผู้บำบัดทำหน้าที่ในการอธิบายลักษณะความคิด ที่มีเหตุผล และความคิดที่แตกต่าง และความเชื่อมโยงระหว่างความคิดที่มีเหตุผล ตามแนวคิดของ REBT กับ การเห็นคุณค่าในตนเอง ให้สมาชิกฝึกวิเคราะห์ความคิดที่มีเหตุผล อารมณ์ที่ตามมา และพฤติกรรมของตนเอง รวมทั้งการมอบหมายการบ้าน และการนำเสนองานในการมาพบครั้งต่อไปให้สมาชิกฟัง การฝึกการแสดงบทบาทจำลองการเปลี่ยนแปลงตนเอง และการใช้การเสริมแรงด้วยการชมเชย จากผู้บำบัด และสมาชิกกลุ่ม

4) พยาบาลสามารถประเมินผลของโปรแกรม ในช่วงก่อนได้รับการบำบัด หลังได้รับการบำบัด

3.4.6 สำหรับผู้ป่วยนอก โปรแกรมการบำบัดด้วย Group CBT เป็นโปรแกรมที่มีความเหมาะสม ซึ่งควรมีรูปแบบและเนื้อหา ดังนี้ (Gumley, et al., 2006; Barrowclough, et al, 2006) (ระดับความเข้มแข็งของหลักฐาน 2)

1) ระยะเวลาการบำบัดไม่ควรน้อยกว่า 18 ครั้ง การทำกลุ่มบำบัดแต่ละครั้งจะใช้เวลาประมาณ 2 ชั่วโมง และควรจัดให้มีช่วงพักด้วย

2) ผู้ป่วยควรมีคุณสมบัติดังนี้ คือ มีการรับรู้ดี มีความสามารถในการเรียนรู้ มีแนวโน้มที่จะกลับเป็นซ้ำ โดยพิจารณาจากมีประวัติการกลับเป็นซ้ำของโรคในช่วง 2 ปีที่ผ่านมา ได้รับการประเมินว่าอยู่ในสภาพแวดล้อมที่มีความเครียดสูงหรืออยู่ตามลำพัง และความร่วมมือในการบำบัดรักษา หรือกำลังอยู่ในช่วงโปรแกรมการปรับลดยาต้านโรคจิต

3) โปรแกรมมีรูปแบบและวิธีการดำเนินการดังนี้

3.1 การบำบัดในระยะแรกให้เวลาในการแนะนำรูปแบบของ CBT, CBT กับ การเจ็บป่วยทางจิต หรือใช้เป็นช่วงการสร้างสัมพันธภาพ แนะนำขั้นตอนของโปรแกรม อาจใช้เวลา 2 สัปดาห์ขึ้นไป

3.2 หลังจากสร้างสัมพันธภาพแล้ว ผู้บำบัดสามารถดำเนินโปรแกรม ซึ่งจะทำไม่ต่ำกว่า 10 ครั้ง ใช้ ระยะเวลาตั้งแต่ 5-24 สัปดาห์ อาจทำสัปดาห์ละ 2 หรือ 3 ครั้งก็ได้

3.3 โปรแกรมมีเนื้อหาครอบคลุมประเด็นดังต่อไปนี้: ให้ผู้ป่วยคิดถึงอาการนำที่ทำให้ผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำ ซึ่งมักจะเป็นเรื่องของความเชื่อที่ผิด ความคิดหลงผิด ประสาทหลอน ให้ผู้ป่วยเรียนรู้ปัญหาและแยกแยะและวางเป้าหมายเกี่ยวกับ ความเชื่อด้านลบ และพฤติกรรม รวมถึงอาการนำของการกลับเป็นซ้ำของโรค ที่มีความเสี่ยงทั้งต่อตัวผู้ป่วยและผู้อื่น การแปลงปัญหาให้เห็นในประเด็นของความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรม รูปแบบความคิดด้านลบและการติดตามตรวจสอบความคิดของตนเอง การวางเป้าหมายเกี่ยวกับ ความเชื่อและพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดการกลับเป็นซ้ำ และพัฒนาความเชื่อที่ถูกต้องและการสนับสนุนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การท้าทายความคิด กลวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรวมทั้งแนวทางการทดลองและวางแผน การติดตามผลและการปรับปรุงให้ดีขึ้น

4) แผนการบำบัดแต่ละครั้งประกอบด้วย การแนะนำประเด็นที่จะพูดคุย การทบทวนการบ้าน ประชวรค์หัวข้อที่พูดคุยกับประสบการณ์ของผู้ป่วย การตั้งปัญหาในกลุ่มย่อย การอภิปรายแสดงความคิดเห็นและเปรียบเทียบประสบการณ์กับสมาชิกกลุ่ม ให้การบ้านกลับไปทำ และการให้โอกาสแสดงความคิดเห็นในการทำกลุ่ม

5) พยาบาลสามารถประเมินผลของโปรแกรม ในช่วงก่อนได้รับการบำบัด ขณะได้รับการบำบัด และหลังการบำบัด โดยให้มีพยาบาลผู้วิจัยที่ไม่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการประเมินผู้ป่วย เข้าติดตามผู้ป่วยทุกเดือนตามปกติเมื่อยุติการบำบัด หรือเมื่อมีอาการที่แสดงถึงการกลับซ้ำของโรค และถ้ามีอาการแสดงดังกล่าว ผู้ป่วยจะต้องพบกับพยาบาลผู้วิจัย เพื่อได้รับการสัมภาษณ์ทางจิตเวชตามมาตรฐานก่อนที่จะวางแผนการประเมินครั้งต่อไป (12, 26, และ 52 สัปดาห์)

3.4.7 ผู้บำบัดควรเป็นบุคลากรที่ทำงานที่เกี่ยวข้องด้านสุขภาพจิต เช่น จิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช ที่ได้รับการสอน และทำความเข้าใจโปรแกรมและได้รับการฝึกฝนการทำโปรแกรมมาก่อน (Barrowclough, et al, 2006) (ระดับความเข้มแข็งของหลักฐาน 2)

3.4.8 การประเมินผลลัพธ์หลัก คือ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจิตเภท พบว่ามีหลายเครื่องมือที่สามารถใช้ได้ ดังนี้

1. Robson Self Concept Questionnaires (SCG, Ropson, 1987) เป็นแบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในด้านต่างๆ ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและความสำคัญในตนเอง ความดึงดูดความสนใจหรือความมีเสน่ห์ การมีอำนาจ และความพึงพอใจในความสามารถและความปรารถนา (Hall & Tarrier, 2003) (ระดับความเข้มแข็งของหลักฐาน 2)

2. The Rosenberg Self-esteem Scale (RSES; Rosenberg, 1965) เป็นแบบประเมินตนเองของ The Rosenberg Self-esteem Scale (RSES; Rosenberg, 1965) มีทั้งหมด 10 ข้อ (Gumley, et al., 2006; Barrowclough, et al, 2006) (ระดับความเข้มแข็งของหลักฐาน 2)

3. แบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์ (ด้านการเห็นคุณค่าในตนเอง) จำนวน 18 ข้อ พัฒนาโดยนวลลักษณ์ เลาหพันธ์ (2007) (ระดับความเข้มแข็งของหลักฐาน 2)

## บทที่ 4

### สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ

#### 4.1 สรุปผลการศึกษา

สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ เป็นหน่วยงานที่ให้การบำบัดดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวช ผู้ป่วยจิตเวชทั่วไป ผู้ป่วยปัญญาอ่อน และผู้ป่วยสารเสพติด จากรายงานของกองแผนงานสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ประจำปีงบประมาณ 2550 พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีการกลับเป็นซ้ำและต้องเข้าพักรักษาตัวในสถาบันฯเป็นครั้งที่ 2 หรือมากกว่าขึ้นไป มีจำนวนถึงร้อยละ 53.57 % และในปีงบประมาณ 2551 มีจำนวนใกล้เคียงกัน คือ 44.21% (รายงานประจำปีสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์, 2551) แสดงให้เห็นว่าจำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่มีการกลับเป็นซ้ำของโรค ยังคงมีจำนวนมาก ซึ่งมีหลายปัจจัยที่มีผลต่อการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วย ผู้ศึกษาจึงใช้หลักแนวคิดในการฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเภทเพื่อใช้ในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท คือ Vulnerability- Stress Model (Zubin & Spring, 1977) โดยกล่าวว่า มีปัจจัย 4 ประการที่เกี่ยวข้องปฏิสัมพันธ์กัน คือ 1. ปัจจัยความอ่อนแอพื้นฐานของบุคคล (Personal Vulnerability Factor) 2. ปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่ก่อให้เกิดความเครียด (Environmental Factor) 3. ปัจจัยปกป้องเฉพาะบุคคล (Personal Protectors) และ 4. ปัจจัยปกป้องทางสิ่งแวดล้อม ซึ่งในการศึกษารุ่นนี้ ผู้ศึกษาเน้นที่ปัจจัยปกป้องเฉพาะบุคคล ซึ่งเป็นปัจจัยที่ช่วยลดความรุนแรงของอาการ ประกอบด้วยยาทางจิตเวช ทักษะการเผชิญปัญหา และความเชื่อในศักยภาพของตนเอง จึงได้ศึกษารูปแบบการบำบัดเพื่อส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจิตเภท

ดังนั้นผู้ศึกษาได้ศึกษารูปแบบการบำบัด เพื่อใช้เป็นแนวปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานแก่พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในการส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจิตเภท โดยศึกษาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ พบว่า มีการบำบัดหลายแนวทางที่สามารถเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจิตเภทได้ โดยในการศึกษารุ่นนี้ได้สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์จากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์และสืบค้นด้วยมือ ได้งานวิจัยที่มีคุณภาพ 4 เรื่อง ความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ระดับ 2 เป็นงานวิจัย Randomized controlled trials จำนวน 4 เรื่อง นำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์ สรุปเป็นข้อเสนอแนะ (Recommendation) ซึ่งรูปแบบการบำบัดเพื่อส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจิตเภทมีหลายรูปแบบ คือ การใช้ Cognitive Behavioural Therapy (CBT) และ REBT ร่วมกับดนตรีบำบัด ซึ่งทุกโปรแกรมสามารถเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจิตเภทได้

## 4.2 ข้อเสนอแนะ (Suggestion) ในการนำข้อเสนอแนะจากหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้ในการปฏิบัติงาน

จากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง พบว่าการใช้ CBT และ REBT ร่วมกับดนตรีบำบัด ซึ่งทุกโปรแกรมสามารถเพิ่มความรู้สึที่มีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจิตเภทได้

4.2.1 แนวทางการส่งเสริมความรู้สึที่มีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจิตเภทนี้ ได้มาจากหลักฐานเชิงประจักษ์เท่านั้น ดังนั้นการจะนำไปใช้กับผู้ป่วยในหน่วยงาน พยาบาลจิตเวชจะต้องคำนึงถึงความพร้อมโดยควรได้รับการฝึกอบรมเรื่อง CBT, REBT ก่อนการดำเนินโปรแกรม

4.2.2 โปรแกรมที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยที่ทำในต่างประเทศ ซึ่งไม่เคยนำมาใช้จริงกับผู้ป่วยในประเทศไทย ดังนั้นควรพัฒนาเป็นโปรแกรมเฉพาะในสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ และใช้เป็นโปรแกรมนำร่อง เพื่อศึกษาผลลัพธ์ซึ่งจะนำมาพัฒนารูปแบบโปรแกรม CBT ที่เหมาะสมกับผู้ป่วยในสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

การบำบัดการรู้คิดและปรับพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจิตเภท:  
การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์

COGNITIVE – BEHAVIORAL THERAPY FOR INCREASING SELF – ESTEEM IN PATIENTS  
WITH SCHIZOPHRENIA : EVIDENCE – BASED NURSING

พรรณยูพา เจิ้งไพจิตร 4736919 NSMH/M

พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์: ยาใจ สัทธิมงคล, Ph.D. (Nursing), อติรัตน์ วัฒนไพถิน, กศ.ค.

## บทสรุปแบบสมบูรณ์

### 1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภท(schizophrenia) เป็นโรคจิตที่รุนแรงและเรื้อรัง(สมภพ เรื่องตระกูล,2545) และยังเป็นโรคที่พบมากที่สุดในกลุ่มโรคทางจิตเวชอีกด้วย (กรมสุขภาพจิต,2541) โดยผู้ป่วยจะมีความผิดปกติทางอารมณ์ การรับรู้ กระบวนการคิด พฤติกรรม และบุคลิกภาพโดยรวม ซึ่งอาการแบ่งได้เป็น 2 กลุ่มอาการคือ กลุ่มอาการด้านบวกและกลุ่มอาการด้านลบ ซึ่งกลุ่มอาการด้านบวกหมายถึง การแสดงออกในด้านความผิดปกติของความคิด การรับรู้ การติดต่อสื่อสาร และพฤติกรรมคือ จะมีความคิดหลงผิด (Delusion) อาการประสาทหลอน (Hallucination) ความผิดปกติของคำพูดซึ่งพบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทจะมีปัญหาในด้านการคิด และ Disorganized speech ผู้ป่วยจะไม่สามารถรวบรวมความคิดให้เป็นไปในแนวทางเดียวกันได้ ซึ่งแสดงออกมาให้เห็นโดยผ่านทาง การพูดสนทนาอาการที่แสดงออกมาเป็นมากจนไม่สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2539) อีกกลุ่มคือกลุ่มอาการทางด้านลบ หมายถึง ภาวะที่ผู้ป่วยขาดในสิ่งที่คนทั่วไป ควรมี โดยจะมีลักษณะอาการคือ อารมณ์เฉยเมย (Affective flattening) สีหน้าของผู้ป่วยจะเรียบเฉยขาดการแสดงออกของอารมณ์ ไม่มีการสบตาหรือการแสดงกิริยาท่าทางซึ่งความผิดปกติดังกล่าวจะปรากฏในกิจกรรมต่างๆ เช่น การมีสัมพันธกับผู้อื่น การทำงาน การเรียน

หรือการดูแลตนเอง และพบว่าผู้ป่วยจำนวนมากจะดำเนินชีวิตโดยมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นน้อยมาก จากที่เคยมีกิจกรรมกับสังคมอย่างดี อาจแยกตัวออกจากผู้อื่น ขาดความสนใจในกิจกรรมต่างๆ ดังเช่นเคย การรักษาด้วยยาสามารถลดหรือระงับอาการทางจิตได้ ทำให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ตามปกติหรือใกล้เคียงปกติ (มานิต ศรีสุรภานนท์ และ จำลอง ดิษยวณิช, 2542) แต่เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถดูแลให้ตนเองได้รับประทานยาอย่างต่อเนื่องได้จึงทำให้มีการกลับเป็นซ้ำของโรคสูง ดังจะเห็นได้จากจำนวนผู้มารับการบำบัดรักษาในปี 2550 โรงพยาบาลสวนปรุง มีจำนวนผู้ป่วยจิตเภทเข้ารับการบำบัดรักษาทั้งหมด 6,823 ราย และเป็นผู้ป่วยที่กลับมารักษาซ้ำมีจำนวนถึง 4,431 ราย (สรุปรายงานประจำปีโรงพยาบาลสวนปรุง, 2550) และจากสถิติผู้ป่วยจิตเภทของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีการกลับเป็นซ้ำและต้องต้องเข้าพักรักษาในสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์เป็นครั้งที่ 2 หรือมากกว่าขึ้นไป มีจำนวนถึงร้อยละ 53.57 (ฝ่ายแผนงาน สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์, 2550)

หลายปีที่ผ่านมาได้มีผู้ศึกษาถึงผลกระทบจากการที่ผู้ป่วยจิตเภทมีการกลับเป็นซ้ำของโรค พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทจะมีความสามารถในการดูแลตนเองลดลง ร่วมกับความเสื่อมถอยของบุคลิกภาพจะมีมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ การกลับเป็นซ้ำของโรคยังส่งผลต่อค่าใช้จ่ายต่างๆ ที่เกี่ยวข้องด้วย จากสถิติเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดรักษาที่สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ในปี 2549 พบว่าผู้ป่วยที่รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกมีต้นทุนในการรักษาเฉลี่ย 622.54 บาท/ครั้ง และต้นทุนการรักษาแบบผู้ป่วยในเฉลี่ย 11,116.23 บาท/ครั้ง (ฝ่ายแผนงานสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์, 2549) และในปี 2550 ผู้ป่วยที่รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกมีต้นทุนในการรักษาเฉลี่ย 979.20 บาท/ครั้ง และต้นทุนการรักษาแบบผู้ป่วยในเฉลี่ย 16,358.17 บาท/ครั้ง และผู้ป่วยแต่ละรายจะมารับบริการ 3-4 ครั้ง/ปี (ฝ่ายแผนงานสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์, 2549) เป็นที่น่าสังเกตว่าค่าใช้จ่ายมีการปรับเปลี่ยนขึ้นอย่างรวดเร็ว และมีผลกระทบทั้งในระดับครอบครัวและระดับประเทศ

ปัจจุบันมีแนวคิดที่ใช้ฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเภทเพื่อใช้ในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทหลากหลายกรอบแนวคิด แต่แนวคิดที่ได้รับการยอมรับและนำมาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการฟื้นฟูและรักษาผู้ป่วยจิตเภท คือ Vulnerability-Stress Model ซึ่งถูกพัฒนาโดยซูบินและสปริง (Zubin and Spring, 1977) ซูบินและสปริงกล่าวว่า ทุกคนมีโอกาสเกิดความเจ็บป่วยทางจิต แต่มีระดับที่แตกต่างกัน อาการทางจิตจะแสดงออกเมื่ออยู่ในสภาวะที่เหมาะสม ซึ่งในแง่ของการรักษาโรคจิตเภทแล้วพบว่า Vulnerability-Stress Model นี้จะช่วยให้มีความเข้าใจและมีแนวทางในการบำบัดรักษา ฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับปฏิสัมพันธ์จากปัจจัย 4 ประการ คือ ปัจจัยความอ่อนแอพื้นฐานของบุคคล (Personal vulnerability Factor) ปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่ก่อให้เกิดความเครียด (Environmental Factor) ปัจจัยปกป้องเฉพาะบุคคล (Personal Protectors) ปัจจัยปกป้อง

ทางสิ่งแวดล้อม (Environment Protector) ปัจจัยทั้งหมดนี้มีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน และมีการทำงานเป็นวงจรย้อนกลับ โดยปัจจัยความอ่อนแอพื้นฐานของบุคคล สำหรับผู้ป่วยจิตเภทแล้ว ถือเป็นปัจจัยที่สำคัญในการก่อให้เกิดการกลับเป็นซ้ำของโรค เนื่องจากความผิดปกติทางชีวภาพแล้ว ผู้ป่วยยังมีความบกพร่องทางกระบวนการคิดวิเคราะห์ด้วย และหากมีปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่ก่อให้เกิดความเครียดร่วมด้วย เช่นการอยู่ในครอบครัวที่แสดงออกของอารมณ์สูง มีการสูญเสีย มีปัญหาสะสมทั้งปัญหาเล็กในชีวิตประจำวันและปัญหาใหญ่ จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดได้ง่าย และไม่สามารถจะเผชิญกับความเครียด หรือแก้ไขปัญหาดังกล่าวเหล่านั้นได้ ส่งผลให้เกิดการมีกลับเป็นซ้ำของโรค แต่หากผู้ป่วยมีปัจจัยปกป้องเฉพาะบุคคลที่เข้มแข็ง คือ การได้รับยาทางจิตเวช ทักษะการเผชิญปัญหา และความเชื่อในศักยภาพของตนเองร่วมกับปัจจัยปกป้องทางสิ่งแวดล้อม ได้แก่การได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากครอบครัวและสังคม ซึ่งหากปัจจัยที่ 4 มีความสมดุลกัน จะสามารถลดการกลับเป็นซ้ำของโรคได้ ซึ่งความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ถือเป็นปัจจัยปกป้องเฉพาะบุคคลที่สำคัญ ซึ่งถ้าผู้ป่วยมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความเชื่อในศักยภาพของตนเอง มีการรู้คิดที่เหมาะสม ทำให้สามารถเผชิญกับความเครียดที่เกิดขึ้น รวมทั้งแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้

ที่ผ่านมาได้มีการวิจัยที่ศึกษาตัวแปรหลายตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท เช่นการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ทักษะคิดของญาติในการดูแลผู้ป่วย และพบว่าตัวแปรที่สำคัญอีกตัวหนึ่ง คือ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งเป็นปัจจัยปกป้องเฉพาะบุคคล (Personal Protectors) และเป็นปัจจัยที่ช่วยลดความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยจิตเภท และส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความเชื่อในศักยภาพของตนเอง โดย Roe (2003) ได้ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและการทำหน้าที่ ในช่วง 1 ปีหลังจากออกจากโรงพยาบาล ในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภท และจิตเภทอารมณ์แปรปรวน จำนวน 43 คน พบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์กับ อาการทางจิต การทำหน้าที่ช่วงที่มีความเจ็บป่วย ความถี่และคุณภาพของสัมพันธภาพกับสังคม คุณภาพและปริมาณของงานที่ทำ ซึ่งหากมีการปรับเปลี่ยนของระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองก็จะส่งผลให้อาการทางจิตลดลงและด้านการทำหน้าที่ต่างๆจะดีขึ้นด้วย

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง พบว่ามีผู้ให้ความหมายของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองไว้ดังนี้ คูเปอร์สมิธ (Coopersmith, 1981) ได้ให้ความหมายของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองว่าเป็นการรับรู้ถึงความสำคัญ ความสามารถ ความดี และพลังอำนาจของตนเอง ซึ่งเกี่ยวข้องกับปัจจัยเฉพาะบุคคล และปัจจัยสภาพแวดล้อมที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์ด้วย 롭สัน (Robson, 1988) ให้คำจำกัดความที่สอดคล้องกันว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองหมายถึง เป็นความรู้สึกพอใจและยอมรับตนเองซึ่งเกิดจากประเมินค่าตนเองในเรื่องความมีคุณค่า ความสำคัญ ความน่าสนใจ การมีพลังอำนาจ และความสามารถที่จะทำตามความปรารถนา

ของตนเอง โดยมาสโลว์ (Maslow, 1954) กล่าวว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองคือการประเมินค่าของตนเองจากการได้รับการยอมรับจากบุคคลอื่นก่อน เขาจึงจะเริ่มนับถือตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับ โรเซนเบิร์ก (Rosenberg อ้างใน Pensiero & Adams, 1987) ว่าเป็นความรู้สึกยอมรับนับถือตนเอง และคิดว่าตนเองมีค่าจากความหมายต่างๆ ที่กล่าวมา อาจสรุปได้ว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง หมายถึง ความรู้สึกพอใจ และยอมรับนับถือตนเอง ซึ่งเกิดจากการประเมินค่าตนเอง เกี่ยวกับความมีคุณค่า ความสำคัญ ความสามารถ ความดี และพลังอำนาจของตนเอง มองตนเองในทางบวก คิดว่าตนเองมีค่าในสังคม รวมทั้งการได้รับการยอมรับจากครอบครัวและสังคม

ที่ผ่านมาได้มีการศึกษาหลายงานวิจัยที่พยายามหาวิธีการในการเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจิตเภท และผลการวิจัยพบว่า โปรแกรม Cognitive Behavioral Treatment (CBT) ร่วมกับการรักษาที่มีอยู่เดิม กับการรักษาที่มีอยู่เพียงอย่างเดียวสามารถเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจิตเวช หลังเข้าโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Hall & Tarrier, 2003; Gumley, et al., 2006; Barrowclough, et al, 2006)

นอกจากนี้ นวลลักษณ์ เลาหพันธ์ (2550) ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตาม ทฤษฎีการพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม (REBT) ร่วมกับดนตรีบำบัด ที่มีต่อความฉลาดทางอารมณ์ (ด้านการเห็นคุณค่าในตนเอง) ของผู้ป่วยจิตเภท ณ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ พบว่า กลุ่มทดลอง หลังสิ้นสุดการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนความฉลาดทาง (ด้านการเห็นคุณค่าในตนเอง) สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากงานวิจัยที่ได้กล่าวมา พบว่าในการเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจิตเภท มีรูปแบบที่คล้ายคลึงกัน คือการใช้ Cognitive-Behavioral therapy (CBT) หรือทฤษฎีอื่นที่มีความใกล้เคียงกับCBT ร่วมกับกิจกรรมอื่น เช่น ใช้ดนตรีบำบัด

ในประเทศไทยการรักษาผู้ป่วยจิตเภทโดยทั่วไปมุ่งเน้นไปที่ การรักษาด้วยยาเป็นหลัก เพื่อลดอาการทางบวกของผู้ป่วย ส่วนใหญ่เมื่ออาการทางบวกหายไป ผู้ป่วยจะได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ทำให้ระยะเวลาวันนอนโรงพยาบาลสั้นลง ซึ่งทำให้การฟื้นฟูผู้ป่วยมีระยะเวลาที่จำกัด โดยที่ผ่านมามีโรงพยาบาลได้ให้การฟื้นฟูผู้ป่วยผู้ป่วยจิตเภทในกิจกรรมการพยาบาลต่างๆ โดยส่วนหนึ่งสอดคล้องไปในเรื่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การอยู่ร่วมกับผู้อื่นและกลุ่มนันทนาการต่างๆ อีกส่วนหนึ่งเป็น โปรแกรมที่เป็นกลุ่มจิตบำบัด โดย บุญเหลือ ชาญณรงค์ และคณะ(2540) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดเพื่อความปลอดภัยของสังคมต่อความพร้อมในการออกไปอยู่ในสังคมของผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งยังไม่ได้มีประเด็นเรื่องของการเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองที่ชัดเจน ส่วนในสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ได้มีการสร้างโปรแกรมกลุ่มเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยใน ซึ่งนอกจากจะเตรียมเรื่องความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็น และการปฏิบัติตัวหลัง

จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้ว ยังมีประเด็นที่เน้นเรื่องความรู้สึกมีคุณค่าของผู้ป่วยอีกด้วย รวมถึงการทำจิตบำบัดรายบุคคลซึ่งมุ่งแก้ไขปัญหาในผู้ป่วยแต่ละราย

โดยที่ผ่านมาพยาบาลทำโดยหน้าที่ของการให้การพยาบาลผู้ป่วยด้วยกิจกรรมต่างๆ ดังกล่าวข้างต้น แต่ยังไม่มีการประเมินผลที่เป็นรูปธรรม ซึ่งจากสถิติยังพบการกลับเป็นซ้ำของโรคในผู้ป่วยจิตเภทที่รักษาที่สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ถึงร้อยละ 53.57 (ฝ่ายแผนงาน สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์, 2550) ซึ่งโปรแกรมการพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วยอาจจะยังไม่ได้มีการปฏิบัติไปในแนวทางเดียวกัน และพยาบาลแต่ละคนก็ใช้ประสบการณ์ของตนในการให้การบำบัดผู้ป่วยจิตเภท ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการ โปรแกรมการบำบัดที่ส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่มาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีแนวทางที่ชัดเจน เพื่อให้พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและประเมินผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรมมากขึ้น

### ปัญหาทางคลินิกที่ต้องการศึกษา

โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรัง ใช้เวลาในการรักษาที่ยาวนาน มักพบปัญหาเรื่องการกลับเป็นซ้ำของโรคอยู่เสมอๆ ซึ่งการกลับเป็นซ้ำของโรคจะส่งผลกระทบต่อหลายด้าน เช่น ค่าใช้จ่ายต่างๆ ในการรับการรักษา ครอบครัวต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น โดยมีปัจจัยหลายประการที่มีอิทธิพลต่อการกลับเป็นซ้ำของโรค เช่น การรับการรักษาไม่ต่อเนื่อง การอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูง มีทักษะการเผชิญปัญหาไม่เหมาะสมและการไม่เชื่อในศักยภาพของตนเอง โดยผู้ป่วยจิตเภทจะรับรู้และมองตนเองในด้านลบ คิดว่าตนเองไม่มีคุณค่า ไม่มีความสามารถ ทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำลง ซึ่งความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำนี้มีผลต่อการมีศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท และพบว่าหากผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง จะส่งผลให้สามารถดูแลตนเองได้ดี อยู่ในสังคมได้ ลดการกลับเป็นซ้ำของโรคได้จึงสนใจที่จะศึกษารูปแบบในการเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจิตเภท

### วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อหาแนวทางการบำบัดการรู้คิดและปรับพฤติกรรม (Cognitive-Behavioral therapy) ในการเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจิตเภทจากหลักฐานเชิงประจักษ์

### ผลลัพธ์ที่คาดหวัง

1. พยาบาลประจำการมีรูปแบบการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพจากใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจิตเภท

2. สถาบันกัลยาณ์ราชชนกรินทร์มีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ

## 2. วิธีการดำเนินงาน

การศึกษารูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้โปรแกรมการบำบัดการรู้คิดและปรับพฤติกรรม เพื่อส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ผู้ศึกษามีขั้นตอนในการดำเนินการดังนี้คือ การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ตรงกับประเด็นปัญหาที่ศึกษา โดยใช้ PICO Framework ของ Craig & Smyth, (2002) เป็นกรอบในการกำหนดคำสำคัญในการสืบค้น คัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ตามเกณฑ์การคัดเลือกรงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ กำหนดแหล่งสืบค้นข้อมูล การประเมินคุณภาพและระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ วิเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ ลงตารางสกัดงาน และรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งหมดสรุปลงในตารางรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ (collective table) แล้วนำมาสังเคราะห์สรุปเป็นข้อเสนอแนะ (recommendation) รูปแบบการบำบัดที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ ซึ่งมีรายละเอียดในการดำเนินการดังนี้

### 2.1 การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์มีแนวทางการปฏิบัติดังนี้

2.1.1 กรอบการสืบค้น โดยใช้กรอบแนวคิด PICO Framework ของ Craig & Smyth, (2002) โดย

Population – กลุ่มประชากรเป็นผู้ป่วยจิตเภทมีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปที่มา  
รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน

Intervention – กิจกรรมการบำบัดทางการพยาบาล เช่น Cognitive behavioral  
therapy, Cognitive therapy

Comparison – ไม่เปรียบเทียบ

Outcome – ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการบำบัดมีความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง  
เพิ่มขึ้น (self-esteem) กำหนดคำสำคัญ (Keyword) ที่ใช้ในการสืบค้น ได้แก่ - schizophrenia,  
psychiatric illness, mental illness, self-esteem, self-confident, Cognitive behavioral therapy,  
Cognitive therapy

2.1.2 เกณฑ์การคัดเลือกรงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ เป็นงานวิจัย  
ที่ศึกษาเกี่ยวกับการบำบัดการรู้คิดและปรับพฤติกรรม (Cognitive – Behavioral therapy) ในการเพิ่ม  
ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ในกรอบการสืบค้น คัดเลือกร  
งานวิจัยที่เป็นการทดลองทั้ง Randomized Controlled Trial และ Quasi-experimental สืบค้น  
หลักฐานเชิงประจักษ์ครอบคลุมตั้งแต่ปี ค.ศ. 1995 ถึง ค.ศ. 2009 เลือกเฉพาะงานวิจัยที่เป็นฉบับ

สมบูรณ์เนื่องจากงานวิจัยที่มีเฉพาะบทคัดย่อ ไม่สามารถนำมาวิเคราะห์ได้ เลือกเฉพาะงานวิจัยที่เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

**2.1.3 กำหนดแหล่งสืบค้นข้อมูล** การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์จากงานวิจัยที่ตีพิมพ์และไม่ได้ตีพิมพ์เผยแพร่ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ จากระบบฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์โดยใช้ฐานข้อมูล ฐานข้อมูลแนวปฏิบัติทางคลินิก ได้แก่ [www.guideline.gov](http://www.guideline.gov), [Cochrane.org](http://Cochrane.org), [www.joannabriggs.edu.au](http://www.joannabriggs.edu.au) PubMed, CINAHL, OVID, HighWire, SCIENCE DIRECT, Blackwell-synergy, MEDLINE, ProQuest และการสืบค้นด้วยมือ

ผลการสืบค้น พบหลักฐานเชิงประจักษ์ ซึ่งตรงกับประเด็นปัญหาทางคลินิกจำนวน 4 เรื่อง

**2.2 การประเมินคุณภาพและระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์** (evaluation of quality and level of evidence) ประเมินคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์ตามแนวคิดการประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ของ โพลิตและเบ็ค (Polit & Beck, 2004) พบว่างานวิจัยทั้งหมด 4 เรื่อง มีคุณภาพดี และใช้เกณฑ์ในการประเมินระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ ตามระบบการจำแนกหลักฐานของมิวนิกและไฟน์เอาท์ (Melnyk & Fineout-Overholt, 2005) พบระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ระดับ 2 เป็นงานวิจัย randomized controlled trials 4 เรื่อง

**2.3 วิเคราะห์ หลักฐานเชิงประจักษ์** แต่ละเรื่องลงตารางสกัดงาน และสรุปประเด็นหลักของงานวิจัยแต่ละเรื่องลงในตารางรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ (collective table)

**2.4 สังเคราะห์ประเด็นสำคัญที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้ง 5 เรื่อง** เพื่อนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการสรุปเป็นข้อแนะนำการบำบัด เพื่อส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจิตเภทต่อไป

### 3. สรุปข้อแนะนำ (recommendation) ที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ มีดังนี้คือ

ผลจากการสกัดผลงานวิจัย และจากตารางการสังเคราะห์ (Collective Table) เพื่อสรุปประเด็นที่รวบรวมจากหลักฐานเชิงประจักษ์ ทำให้สามารถสรุปเป็นข้อแนะนำได้ดังนี้

3.4.1 พยาบาลสามารถประเมินระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้เครื่องมือประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งขณะนี้ประเทศไทยมีการนำมาใช้ด้วยกัน 2 เครื่องมือ

1) The Rosenberg Self-esteem Scale (RSES; Rosenberg, 1965) เป็นแบบวัดด้วยตนเอง มีทั้งหมด 10 ข้อความ ตัวอย่างเช่น “ฉันมีความรู้สึกในด้านดีต่อตนเอง” “บางครั้งฉันรู้สึกว่าฉันไม่มีอะไรดีเลย” โดยการให้คะแนน (Rating Scale) มี 4 ระดับ ผู้ป่วยสามารถเลือกได้ 4

ตัวเลือก ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย เห็นด้วย เห็นด้วยอย่างยิ่ง ซึ่งค่าคะแนนจะอยู่ระหว่าง 10-40 คะแนน หากประเมินได้คะแนนในระดับสูง แสดงถึงการมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง ในทางกลับกันหากประเมินได้คะแนนในระดับต่ำ แสดงถึงการมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในระดับต่ำ (ระดับความเข้มแข็งของหลักฐาน 2)

2) แบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์(ด้านการเห็นคุณค่าในตนเอง) เป็นแบบวัดด้วยตนเองประกอบด้วยข้อความต่างๆ ที่บรรยายความฉลาดทางอารมณ์ (ด้านการเห็นคุณค่าในตนเอง) ของผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 18 ข้อ โดยมี 3 องค์ประกอบดังต่อไปนี้ 1) ดี หมายถึง ความรับผิดชอบต่อส่วนรวม คือ รู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม จำนวน 6 ข้อ 2) เก่ง หมายถึง มีแรงจูงใจในตนเอง มีความพยายามมุ่งมั่นที่จะทำให้สำเร็จ มีเป้าหมาย มีความหวัง จำนวน 6 ข้อ 3) สุข หมายถึง ความภูมิใจในตนเองพอใจและเห็นคุณค่าในตนเองเข้าใจและยอมรับจุดเด่นจุดด้อยของตนเองพึงพอใจในชีวิต มองโลกในแง่ดี จำนวน 6 ข้อ ตัวอย่างเช่น “ทุกคนต้องรักกันตลอดเวลา” “ไม่มีใครที่เก่งและประสบความสำเร็จในทุกเรื่อง” โดยการให้คะแนน (Rating scale) 4 ระดับ ได้แก่ จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ซึ่งประกอบด้วยข้อความทั้งทางด้านบวกและด้านลบ ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ หากข้อความเชิงบวกการให้คะแนน 4 ระดับ เป็น 4, 3, 2, 1 แต่หากเป็นข้อความเชิงลบการให้คะแนนจะเป็นในทางตรงกันข้าม คือ 1, 2, 3, 4 (นวลลักษณ์ เลาหพันธ์, 2006) (ระดับความเข้มแข็งของหลักฐาน 2)

3.4.2 เมื่อพยาบาลประเมินผู้ป่วยเกี่ยวกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองแล้ว หากพบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยอยู่ในระดับที่ต่ำ สามารถเลือกใช้โปรแกรมการบำบัดด้วย Cognitive Behavioral Therapy (CBT) หรือ Rational Emotive Behavioral Therapy (REBT)

3.4.3 สำหรับผู้ป่วยใน การเลือกโปรแกรมการบำบัดด้วย Individual CBT ควรมีรูปแบบดังนี้ (Hall & Tarrier, 2003) (ระดับความเข้มแข็งของหลักฐาน 2)

1) จำนวนครั้งของการบำบัดไม่ควรต่ำกว่า 7 ครั้ง ทำสัปดาห์ละครั้ง ทั้งนี้ถ้าหากต้องการเพิ่มระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจิตเภท สามารถเลือกใช้การทำ CBT จำนวน 7 ครั้งได้ แต่ถ้าจะเลือกใช้ในผู้ป่วยที่ต้องการเปลี่ยนแปลงความคิด ความเชื่อ การรับรู้เกี่ยวกับโรค สามารถเลือกใช้ CBT มากกว่า 7 ครั้งขึ้นไป

2) ผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัด ต้องมีคุณสมบัติดังนี้ คือ เป็นผู้ป่วยจิตเภทวัยผู้ใหญ่ มีอาการทางจิตสงบ และได้รับการประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับต่ำ

3) การดำเนินโปรแกรมในแต่ละครั้ง ควรมีเนื้อหาในการบำบัดดังนี้

1) ให้ผู้ป่วยคิดคำพูดหรือข้อความที่ดีๆ หรือบอกคุณสมบัติทางบวกที่เกี่ยวข้องกับตนเอง และให้คะแนนตนเองว่ามีความเชื่อมั่นในแต่ละเรื่อง และเลือกข้อที่ได้คะแนนต่ำมาเป็นประเด็นการบำบัด

2) ให้ผู้ป่วยพยายามคิดทบทวนหรือแสดงว่าตนเองมีสิ่งดีๆ อะไรบ้างโดยยกตัวอย่างในการแสดงคุณสมบัติที่ดีๆ นั้นๆ ให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ และให้นึกทบทวนถึงพฤติกรรมดีๆ เหล่านี้ว่าเกิดเวลาใด ที่ไหนอย่างไรละเอียด โดยให้นึกซ้ำๆ หลังจากพยายามนึกทบทวนแล้ว ให้ผู้ป่วยให้คะแนนใหม่อีกครั้งในเรื่องนั้น เชื่อว่าจะทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในคุณสมบัติข้อนั้นๆ ของตนเองมากขึ้น

3) ผู้บำบัดทำหน้าที่ในการกระตุ้นให้ผู้ป่วยระบุเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นที่เป็นทางบวกให้ชัดเจน และพยายามทำให้ผู้ป่วยเห็นประเด็น และให้ดึงเรื่องราวออกมาให้ผู้ป่วยรับรู้ ผู้บำบัดควรให้การบ้านโดยให้ผู้ป่วยติดตามเฝ้าดูพฤติกรรมดีๆ ของตนเองและบันทึกไว้ ซึ่งช่วยให้ ผู้บำบัดใช้เป็นข้อมูลย้อนกลับและให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย และคอยย้ำให้ผู้ป่วยมองเห็นสิ่งดีๆ มากขึ้น และอาจให้ผู้ป่วยให้คะแนนคุณสมบัติของตนเองอีก ผู้ป่วยจะรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองสูงขึ้นจากการให้คะแนนที่สูงขึ้น

4) พยาบาลสามารถประเมินผลของโปรแกรม ในช่วงก่อนได้รับการบำบัด หลังได้รับการบำบัด หรือติดตามผลไปถึง 3 เดือนหลังได้รับการบำบัด

3.4.4 โปรแกรม Rational Emotive Behavior Therapy (REBT) ร่วมกับดนตรีบำบัด สำหรับผู้ป่วยในมีรูปแบบและครอบคลุมเนื้อหาดังนี้ (นวลลักษณ์ เลาหพันธ์, 2550) (ระดับความเข้มแข็งของหลักฐาน 2)

1) เป็นโปรแกรมการบำบัดระยะสั้น ใช้การบำบัดแบบกลุ่ม ระยะการบำบัด 8 ครั้ง ทำการบำบัดสัปดาห์ละครั้ง

2) ผู้ที่เข้ากลุ่มบำบัด ต้องมีคุณสมบัติ คือ เป็นผู้ป่วยจิตเภทวัยผู้ใหญ่

3) โปรแกรมมีรูปแบบและวิธีการดำเนินการดังนี้

1) ครั้งที่ 1: วัตถุประสงค์เพื่อสร้างสัมพันธภาพ มีกิจกรรมหลักได้แก่ การแนะนำตนเอง การอธิบายความหมายและประโยชน์ของดนตรีบำบัด และการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มร่วมกับดนตรีบำบัด

2) ครั้งที่ 2-8: วัตถุประสงค์เพื่อให้สมาชิกเห็นประโยชน์ของการฝึกดนตรีบำบัดในการเห็นคุณค่าในตนเอง และการใช้ทฤษฎี REBT มาช่วยในการเห็นคุณค่าในตนเอง โดยมีกิจกรรม ได้แก่ การให้สมาชิกเลือกเครื่องเล่นดนตรีมาเล่น การจับคู่เล่นดนตรี การอภิปรายความคิดเห็นเกี่ยวกับเครื่องดนตรีที่เลือก ความรู้สึกประทับใจคู่ที่เล่นดนตรี การร้องเพลง

ให้กำลังใจ การแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับเนื้อเพลง ในแต่ละครั้งผู้บำบัดทำหน้าที่ในการอธิบาย ลักษณะความคิด ที่มีเหตุผล และความคิดที่แตกต่าง และความเชื่อมโยงระหว่างความคิดที่มีเหตุผล ตามแนวคิดของ REBT กับ การเห็นคุณค่าในตนเอง ให้สมาชิกฝึกวิเคราะห์ความคิดที่มีเหตุผล อารมณ์ ที่ตามมา และพฤติกรรมของตนเอง รวมทั้งการมอบหมายการบ้าน และการนำเสนองานในการมาพบ ครั้งต่อไปให้สมาชิกฟัง การฝึกการแสดงบทบาทจำลองการเปลี่ยนแปลงตนเอง และการใช้การ เสริมแรงด้วยการชมเชย จากผู้บำบัด และสมาชิกกลุ่ม

4) พยาบาลสามารถประเมินผลของโปรแกรม ในช่วงก่อนได้รับการบำบัด หลังได้รับการบำบัด

3.4.5 สำหรับผู้ป่วยนอก โปรแกรมการบำบัดด้วย Group CBT เป็นโปรแกรมที่มีความ เหมาะสม ซึ่งควรมีรูปแบบและเนื้อหา ดังนี้ (Gumley, et al., 2006; Barrowclough, et al, 2006) (ระดับความเข้มแข็งของหลักฐาน 2)

1) ระยะเวลาการบำบัดไม่ควรน้อยกว่า 18 ครั้ง การทำกลุ่มบำบัดแต่ละ ครั้งจะใช้เวลาประมาณ 2 ชั่วโมง และควรจัดให้มีช่วงพักด้วย

2) ผู้ป่วยควรมีคุณสมบัติดังนี้ คือ มีการรับรู้ดี มีความสามารถในการ เรียนรู้ มีแนวโน้มที่จะกลับเป็นซ้ำ โดยพิจารณาจากมีประวัติการกลับเป็นซ้ำของโรคในช่วง 2 ปีที่ผ่านมา ได้รับการประเมินว่าอยู่ในสภาพแวดล้อมที่มีความเครียดสูงหรืออยู่ตามลำพัง และความร่วมมือ ในการบำบัดรักษา หรือกำลังอยู่ในช่วงโปรแกรมการปรับลดยารักษาโรคจิต

3) โปรแกรมมีรูปแบบและวิธีการดำเนินการดังนี้

3.1 การบำบัดในระยะแรกให้เวลาในการแนะนำรูปแบบ ของ CBT, CBT กับกรเจ็บป่วยทางจิต หรือใช้เป็นช่วงการสร้างสัมพันธภาพ แนะนำขั้นตอนของ โปรแกรม อาจใช้เวลานาน 2 สัปดาห์ขึ้นไป

3.2 หลังจากสร้างสัมพันธภาพแล้ว ผู้บำบัดสามารถดำเนิน โปรแกรม ซึ่งจะทำไม่ต่ำกว่า 10 ครั้ง ใช้ ระยะเวลาตั้งแต่ 5 - 24 สัปดาห์ อาจทำสัปดาห์ละ 2 หรือ 3 ครั้งก็ได้

3.3 โปรแกรมมีเนื้อหาครอบคลุมประเด็นดังต่อไปนี้: ให้ ผู้ป่วยคิดถึงอาการที่ทำให้ผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำ ซึ่งมักจะเป็นเรื่องของความเชื่อที่ผิด ความคิดหลงผิด ประสาทหลอน ให้ผู้ป่วยเรียนรู้ปัญหาและแยกแยะและวางเป้าหมายเกี่ยวกับ ความเชื่อด้านลบ และ พฤติกรรม รวมถึงอาการนำของการกลับเป็นซ้ำของโรค ที่มีความเสี่ยงทั้งต่อตัวผู้ป่วยและผู้อื่น การ แปลงปัญหาให้เห็นในประเด็นของความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรม รูปแบบความคิดด้านลบและ การติดตามตรวจสอบความคิดของตนเอง การวางเป้าหมายเกี่ยวกับ ความเชื่อและพฤติกรรมที่

ก่อให้เกิดการกลับเป็นซ้ำ และพัฒนาความเชื่อที่ถูกต้องและการสนับสนุนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การท้าทายความคิด กลวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรวมทั้งแนวทางการทดลองและวางแผน การติดตามผลและการปรับปรุงให้ดีขึ้น

4) แผนการบำบัดแต่ละครั้งประกอบด้วย การแนะนำประเด็นที่จะพูดคุย การทบทวนการบ้าน ประยุกต์หัวข้อที่พูดคุยกับประสบการณ์ของผู้ป่วย การตั้งปัญหาในกลุ่มย่อย การอภิปรายแสดงความคิดเห็นและเปรียบเทียบประสบการณ์กับสมาชิกกลุ่ม ให้การบ้านกลับไปทำ และการให้โอกาสแสดงความคิดเห็นในการทำกลุ่ม

5) พยาบาลสามารถประเมินผลของโปรแกรม ในช่วงก่อนได้รับการบำบัด ขณะได้รับการบำบัด และหลังการบำบัด โดยให้มีพยาบาลผู้วิจัยที่ไม่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการประเมินผู้ป่วย เข้าติดตามผู้ป่วยทุกเดือนตามปกติเมื่อยุติการบำบัด หรือเมื่อมีอาการที่แสดงถึงการกลับซ้ำของโรค และถ้ามีอาการแสดงดังกล่าว ผู้ป่วยจะต้องพบกับพยาบาลผู้วิจัย เพื่อได้รับการสัมภาษณ์ทางจิตเวชตามมาตรฐานก่อนที่จะวางแผนการประเมินครั้งต่อไป (12, 26, และ 52 สัปดาห์)

3.4.6 ผู้บำบัดควรเป็นบุคลากรที่ทำงานที่เกี่ยวข้องด้านสุขภาพจิต เช่น จิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช ที่ได้รับการสอน และทำความเข้าใจโปรแกรมและได้รับการฝึกฝนการทำโปรแกรมมาก่อน (Barrowclough, et al, 2006) (ระดับความเข้มแข็งของหลักฐาน 2)

3.4.7 การประเมินผลลัพธ์หลัก คือ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจิตเภท พบว่ามีหลายเครื่องมือที่สามารถใช้ได้ ดังนี้

1. Robson Self Concept Questionnaires (SCG, Robson, 1987) เป็นแบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในด้านต่างๆ ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและความสำคัญในตนเอง ความดึงดูดความสนใจหรือความมีเสน่ห์ การมีอำนาจ และความพึงพอใจในความสามารถและความปรารถนา (Hall & Tarrier, 2003) (ระดับความเข้มแข็งของหลักฐาน 2)

2. The Rosenberg Self-esteem Scale (RSES; Rosenberg, 1965) เป็นแบบประเมินตนเองของ The Rosenberg Self-esteem Scale (RSES; Rosenberg, 1965) มีทั้งหมด 10 ข้อ (Gumley, et al., 2006; Barrowclough, et al, 2006) (ระดับความเข้มแข็งของหลักฐาน 2)

3. แบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์ (ด้านการเห็นคุณค่าในตนเอง) จำนวน 18 ข้อ พัฒนาโดยนวลลักษณ์ เลหาพันธ์ (2007) (ระดับความเข้มแข็งของหลักฐาน 2)

#### 4. ข้อเสนอแนะ (Suggestion) ในการนำข้อเสนอแนะจากหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้ในการปฏิบัติกรพยาบาล และศึกษาเพิ่มเติม

จากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง พบว่าการใช้ CBT และ REBT ร่วมกับดนตรีบำบัด พบว่าทุกโปรแกรมสามารถเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจิตเภทได้

4.2.1 แนวทางการส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจิตเภทนี้ ได้มาจากหลักฐานเชิงประจักษ์เท่านั้น ดังนั้นการจะนำไปใช้กับผู้ป่วยในหน่วยงาน พยาบาลจิตเวชจะต้องคำนึงถึงความพร้อมโดยควรได้รับการฝึกอบรมเรื่อง CBT, REBT ก่อนการดำเนินโปรแกรม

4.2.2 โปรแกรมที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยที่ทำในต่างประเทศ ซึ่งไม่เคยนำมาใช้จริงกับผู้ป่วยในประเทศไทย ดังนั้นจึงควรพัฒนาเป็น โปรแกรมเฉพาะในสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ และใช้เป็นโปรแกรมนำร่อง เพื่อศึกษาผลลัพธ์ซึ่งจะนำมาพัฒนารูปแบบโปรแกรม CBT ที่เหมาะสมกับผู้ป่วยจิตเภทในสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

COGNITIVE – BEHAVIORAL THERAPY FOR INCREASING SELF – ESTEEM  
IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA: EVIDENCE – BASED NURSING

PANYUPA JENGPALJIT 4736919NSMH/M

M.N.S. (MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING)

THEMATIC PAPER ADVISORY COMMITTEE: YAJAI SITTHIMONGKOL, Ph.D.  
(NURSING), ATIRAT WATTANAPAILIN, Ed.D.

## EXTENDED SUMMARY

### 1. Background and Significance of the study

Schizophrenia is a severe and chronic psychotic disease (Sompop Reungtrakul, 2002). It is the most found disease among other psychotic diseases (Mental Health Office, 1998). Schizophrenia patients are abnormal in their mood, perception, thinking process, behavior, and personality. Schizophrenic symptoms are classed into ‘positive’ and ‘negative.’ Positive symptoms include the abnormal expression of thought, perception, communication, and behavior. Patients have delusion, hallucination, and abnormal speaking. Patients have problems in thinking and disorganized speech. They cannot organize their thoughts into the same direction. Their conversation is too much overflowed so that it makes the patients cannot communicate with others effectively (Manoch Lotrakul & Pramoch Sukanich, 1996). Negative symptoms are expressed as a lack of some behaviors that normal people should have. For example, schizophrenic patients show affective flattening. Their facial expressions do not change much. Their emotion becomes flat. They do not have eye contacts with other people. They do not respond by showing their behavior. The abnormal behaviors show in their activities such as when they are having an interaction with other people, or when they are working, studying, or taking care of

themselves. Many patients have few interactions with other people. Compared with what they used to be, they are isolated and they have a lack in any activities.

Treatment with medicine or antipsychotic drugs can reduce or prevent recurring episodes of symptoms (relapse). The antipsychotic drugs help patients perform their daily activities as normal or almost normal (Manit Srisurapanont & Jumlong Disayawanich, 1999). However, most patients cannot take care themselves for continuously taking the medicine so that the relapse is rather high. At Suanprung Hospital there were 6,823 schizophrenia patients receiving therapy in 2007. Among this number, 4,431 patients got relapse (A Summary Report of Suanprung Hospital, 2007). According to a statistical report of Galya Rajanagarindra Institute, 53.57% of schizophrenia patients got relapse and came to the therapy at the institute for the second time or latter time (Strategic Plan Division, Galya Rajanagarindra Institute, 2007).

In the last decade, many researchers studied the impacts of having relapse. The studies revealed that schizophrenia patients have reduced self-care ability and deteriorated personality more than the past. In addition, the relapse causes high money spending on the treatment and care. In 2006 a statistical report on money spending to care and treatment for these patients of Galya Rajanagarindra Institute showed that the cost for an out-patient visit was 622.54 bahts and for an in-patient hospitalization was 11,116.23 bahts. Each patient came to receive care and treatment 3-4 times/year (Strategic Plan Division, Galya Rajanagarindra Institute, 2006). Obviously, the money expense increased rapidly; it, in turn, affects both families and nation as a whole.

Currently, there are many ideas and concepts for rehabilitation given to schizophrenia patients in order to prevent their relapse. However, Vulnerability-Stress Model is vastly acceptable and used. This model was developed by Zubin and Spring (1977). Zubin and Spring mentioned that everyone had a chance to have a mental sickness in different degrees. The psychotic symptoms were shown at a right moment. For schizophrenia treatment, Vulnerability-Stress Model can help the therapists in understanding and provide the therapists a treatment guideline for mental rehabilitation given to the patients. The model showed that schizophrenia is developed from the interaction of four factors: personal vulnerability factor, stress-induced environment factor, personal protectors, and environment protectors. All of the factors

interact and work in reversal circle. For schizophrenia patients, vulnerability factors are the most important factors for relapse. Besides abnormal biology, patients are deficient in analytically thinking process. If there is an environment factor causing stress to the patients such as living in a family with highly emotional expression, having loss, a pile of problems both minor problems in their daily life and major problems, patients will get stress easily. Consequently, they cannot face with stress or solve the problems so that the relapse will come. However, the relapse is reduced if all of these four factors are in balance. That is, patients have strong personal protective factors such as having antipsychotic drugs, problem-coping skills, and a belief in their self capability as well as having environment protective factors such as receiving helps and support from family and society. In addition, patients' self-esteem is an important personal protector. If patients have high self-esteem, they will believe in their capability, have appropriate thoughts, can cope with stress and solve problems appropriately.

Previous studies examined factors relating the relapse of schizophrenia patients. These factors include continuously taking medicine, attitudes of relatives in taking care of patients, and patients' self-esteem. Self-esteem is a crucial personal protector that reduces the symptom severity of schizophrenia patients and enhances patients to believe in their capability. A study Roe (2003) examined a relationship between patients' self-esteem and performing functions within 1 year after hospital discharge in 43 schizophrenia patients and schizophrenia patients with mood disorders. The researcher found that patients' self-esteem was correlated with psychotic symptoms, functional performance during getting sick, frequency and quality of social interaction, and quality and quantity of work performance. If patients' self-esteem was enhanced, their psychotic symptoms would reduce and their function performance would be better.

A review of literature on self-esteem revealed some important information. Coopersmith (1981) defined self-esteem as a perception of being important, ability, goodness, and self-empowerment. Self-esteem is related to personal factors and environmental factors that persons interact with. Robson (1988) gave similar definition in that self-esteem is referred to a feeling of satisfaction and self-acceptation from self-evaluation for having worthiness, importance, interesting, empowerment, and ability

to do as a person wishes for. Maslow (1954) mentioned that self-esteem is a person's self-evaluation from getting acceptations from other people. If a person is accepted from others, he starts to respect himself. This definition is similar to Rosenberg's (as cited in Pensiero & Adams, 1987) in that self-esteem is a self-respect and self-worth. In summary, self-esteem is a feeling of satisfaction and self-respect from self-evaluation for worthiness, importance, ability, goodness, and self-empowerment. Persons who have positive self-esteem see themselves positively and being worth to society as well as have acceptations from families and societies.

Many previous studies tried to find methods to enhance the self-esteem of schizophrenia patients. The results of these studies showed that compared with standard treatment a combination of cognitive behavioral treatment (CBT) and standard treatment can significantly enhance self-esteem of psychotic patients after the program participation (Hall & Tarrier, 2003; Gumley et al., 2006; Barrowclough et al., 2006).

Furthermore, Noulphan Laohapant (2007) studied the effect of a group counseling, based on rational emotive behavior therapy (REBT), and musical therapy on emotional quotient regarding self-esteem of schizophrenia patients at Khon Kaen Rajanagarindra Psychiatric Hospital. She found that after the therapy the treatment group significantly had a higher score on emotional quotient regarding self-esteem than did the control group ( $p < 0.05$ )

Based on the abovementioned studies, similar methods were applied to enhance schizophrenia patients. That is, the application includes a combination of cognitive behavioral therapy (CBT) or other theories similar to the CBT and other activities such as musical therapy were applied.

In Thailand the treatment for schizophrenia patients is mainly focused on drug treatment to reduce positive symptoms of patients. Whenever the positive symptoms disappear, patients are discharged from the hospital. Therefore, patients have shorter days of their hospital stay, resulting in a limited time for patients to receive rehabilitation. In the past nurses provided rehabilitation for schizophrenia patients via several nursing care activities. Some activities were included in the topics of daily activities and of living with other people, and also in other recreational groups. Other rehabilitation activities were included in mental health therapy group.

Bunlua Chanarong et al. (1997) studied the effects of social security therapeutic group program and effectiveness of readiness social life in forensic psychiatric patients. Their study did not obviously focus on patients' self-esteem. At Galya Rajanagarindra Institute a program to prepare the patients' readiness to live in society after hospital discharge was developed. This program prepared the patients about knowledge and understanding on their disease, self-care after hospital discharge, and self-esteem. The program also provided individual psychotherapy in order to solve each individual's problems.

In the past nurses provided nursing care to patients by performing several activities, as abovementioned. However, there was no evidence of formal evaluations. Statistical data showed that 53.57 percent of schizophrenia patients treated at Galya Rajanagarindra Institute got relapse (Strategic Plan Division, Galya Rajanagarindra Institute, 2007). That is, nursing care programs provided to the patients may not be in the same direction. Some nurses may use their own experiences in providing the therapy to the patients. As a result, a program therapy to enhance self-esteem of schizophrenia patients should be developed as a clear and evidence-based practice guideline. Therefore, nurses taking care of these patients can provide effective nursing care and evidently evaluate the program outcomes.

### **Clinical problem triggering the study**

Schizophrenia is a chronic disease that needs long-term care and treatment. Relapse is the most frequently found problem. The relapse brings several impacts to patients and families. Treatment and care cost some money. Families have more burdens in taking care of patients. The relapse comes from various factors. Patients do not receive continuous treatment. Patients live in the environment where people have high emotional expression. Patients do not have proper problem-coping skills and they do not believe in their capability. Patients perceive and see themselves negatively. They think they are worthless and do not have capability so that their self-esteem is low. The low self-esteem affects the self-care of schizophrenia patients. If the patients have high self-esteem, they can take care themselves and live well in society, and consequently their relapse reduces. Therefore, the investigator was interested in studying a pattern to enhance schizophrenia patients' self-esteem.

## **Purposes of the study**

This study aimed to investigate recommendations for the development of an evidence-based practice guideline for cognitive behavioral therapy to increase self-esteem of schizophrenia patients.

## **Expected Outcomes**

1. Clinical nurses have an effective evidence-based practice guideline that aims to enhance schizophrenia patients' self-esteem.
2. Galya Rajanagarindra Institute has a clinical practice guideline for providing care and therapy to schizophrenia patients, who have low self-esteem.

## **2. Methodology**

In order to develop a program a program as an evidence-based practice guideline for cognitive behavioral therapy to increase the self-esteem of schizophrenia patients, the investigator used the following strategies. 1) Searching for evidence pertinent to the problem inducing the study by using PICO framework of Craig and Smyth (2002) to establish search. 2) Selecting the evidence by using a criterion for research and evidence selection. 3) Specifying the search databases. 4) Evaluating the quality and level of evidence. 5) Analyzing the evidence into a summary table. 6) Summarizing all evidence into a collective table. 7) Synthesizing the evidence for the recommendations on the evidence-based guideline development. All of these strategies are described in the following steps.

### **2.1 Evidence based search**

**2.1.1 PICO Framework of Craig and Smyth (2002)** was applied to search for evidence.

Population – Schizophrenia patients who are 18 years and receive inpatient care

Intervention – Nursing care and activity therapy such as cognitive behavioral therapy, cognitive therapy, etc.

Comparison – No comparison

Outcome – Schizophrenia patients receiving the therapy have increased self-esteem.

**Keywords** for the search included schizophrenia, psychiatric illness, mental illness, self-esteem, self-confidence, cognitive behavioral therapy, and cognitive therapy.

**2.1.2 Criteria for selecting research and evidence.** The research studies were included if they are a) the studies using cognitive-behavioral therapy to enhance schizophrenia's self-esteem, b) in the indicated searching criteria, c) randomized controlled trial and quasi-experimental, d) published from 1995 to 2009, e) complete studies published in both abstract and full-text, and f) either Thai or English published studies.

**2.1.3 Specifying search databases.** This study included the research evidences that are both published and non-published studies and either Thai or English publication. Both electronic and hand searches were conducted. The electronic search was conducted from electronic databases for research and clinical practice guideline including [www.guideline.gov](http://www.guideline.gov)., [Cochrane.org](http://Cochrane.org), [www.joannabriggs.edu.au](http://www.joannabriggs.edu.au) PubMed, CINAHL, OVID, HighWire, SCIENCE DIRECT, Blackwell-synergy, MEDLINE, and ProQuest.

The search yielded 5 research studies pertinent to the clinical problem of this study.

## **2.2 Evaluating the quality and level of evidence.**

The quality of evidence was evaluated by using Polit and Beck's concept of evidence evaluation (2004). It was found that all five studies were in good quality. The level of evidence was evaluated by using the criteria for evidence classification of Melnyk and Fineout-Overholt (2005). Of five studies, three studies are randomized controlled trials 3 and two studies are quasi-experimental.

## **2.3 Analyzing the evidence.**

The investigator analyzed the studies by using a summary table and summarized important informational evidence into a collective table.

## **2.4 Synthesizing the evidence.**

The investigator synthesized all five studies to be used as basic information supporting recommendations for the therapy enhancing self-esteem of schizophrenia patients.

## **3. Evidence based recommendation**

The results of research analysis and from collective table could be summarized as following evidence-based recommendations.

3.4.1 Nurses can assess the self-esteem of schizophrenia patients by employing self-esteem assessment tools. There are two assessment tools available in Thailand.

1) The Rosenberg Self-esteem Scale (RSES; Rosenberg, 1965). RSES is a self-assessment tool. The tool is composed of 10 item statements. For examples, “I take a positive attitude toward myself.”; “At times I think I am no good at all.” RSES is a four-rating scale: strongly disagree, disagree, agree, and strongly agree. Scores range from 10-40. High score means high self-esteem and low score means low self-esteem. (Level 3)

2) Emotional quotient assessment (self-esteem assessment). This self-assessment tool is composed of 18 statements that describe emotional intelligence for self-esteem of schizophrenia patients. This tool has three components: goodness, intelligence, and happiness. Goodness means the responsibility to society; that is, persons feel being a part of society. There are 6 item statements for goodness assessment. Intelligence means having a self-motivation, a resilience to be successful, goal, and hope. The intelligence assessment has 6 item statements. Happiness means having self-pride and self-worth, understanding and accepting positive and negative of oneself, having life-satisfaction, and viewing the world positively. The happiness has 6 item statements. For examples, “everyone must love me all the times,” “No one is good and successful in everything.” The rating scale of emotional quotient assessment has 4 levels: true, rather true, rather not true, and not true. The emotional quotient assessment tool has both negative and positive statements. Scoring criteria depends on the statements. Positive statements are scored in 4 levels: 4, 3, 2, and 1. conversely, negative statements are scored as 1, 2, 3, and 4 (Laohawant, 2006). (Level 2)

3.4.2 Nurses assess the patients' self-esteem. If the patients have low self-esteem, nurses can apply cognitive behavioral therapy (CBT) program, rational emotive behavioral therapy (REBT)

3.4.3 For inpatient patients, the individual CBT program should have following components (Hall & Tarrier, 2003). (Level 2)

- 1) The therapy should contain at least 7 sessions: once a week.
- 2) Patients receiving the therapy should be adult schizophrenia patients, in remission period, and have low self-esteem, as assessed by the self-esteem assessment tools.
- 3) The intervention of the therapy program should contain the following activities.

3.1) The therapist asks patients to think about positive words, good statements, or positive character about themselves and asks them to score how much they feel confidence in each character-statement. Then, the therapist selects the low scored statements to be emphasized in the therapy.

3.2) The therapist encourages patients to think over or show what good things they have by providing examples of those things as many as possible. The therapist encourages the patients to meticulously think over and over about good behaviors for when they happen and where. After thoroughly thinking, the therapist asks the patients to re-score their character. This thinking over activity makes patients have more confidence in their character.

3.3) The therapist encourages patients to clearly indicate positive situations. The therapist pinpoints the important themes and pulls out main story to obviously show to the patients. The therapist should give a homework assigning the patients to carefully monitor and record their behaviors. This activity helps the therapist to give the feedbacks and support to the patients. The therapist emphasizes the patients to have more positive views towards things. The therapist may ask patients to re-score their character. Patients will have higher self-esteem from higher scores.

3.4) The therapists evaluate the program outcomes at before, after, and/or 3 months after the program therapy.

3.4.4 Rational Emotive Behavior Therapy (REBT) program with music therapy for in-patient patients has the following activities (Laohapant, 2006). (Level 2)

- 1) It is a short-term group therapy program containing 8 sessions: once a week.
- 2) The participants must be adult schizophrenia patients.
- 3) Program contains following strategies and activities.

Session 1: This session aims to build a relationship among the patients themselves and therapist. The activities include having self-introduction, explaining the definition and benefits of music therapy, and providing group consulting and music therapy.

Session 2-8: These sessions aim for the patients to see the benefits of music therapy to increase patients' self-esteem. The theory of REBT is used to help patients increasing their self-esteem. Activities in these sessions are composed of allowing the participants to select their musical instruments to be played and to find their playmates, discussing about their selected musical instruments, the impression on their playmates, singing to encourage them, and sharing ideas about the songs. In each session the therapist explains reasonable thoughts, different thoughts, and the association of reasonable thoughts, base on the concepts of REBT that increases patients' self-esteem. The therapist provides the therapy in these sessions to train the patients to analyze their reasonable thoughts, consequent moods, and behaviors. The therapist assigns homework to patients and asks the patients to present their homework to other participants in the next sessions. Role play presenting how they have changed can be used. Reinforcement such as a compliment from the therapist and other participants is a good strategy to increase patients' self-esteem as well.

- 4) The nurse therapist evaluates the program outcome at before and after the therapy.

3.4.5 For out-patients, the group CBT is an appropriate program for them. The CBT program has following patterns and details (Gumley et al., 2006; Barrowclough et al, 2006). (Level 2)

- 1) Total therapy includes at least 18 sessions. Each session takes at least two hours with a time break.

2) Patients should have a good perception, good ability to learn, and a tendency to get relapse, by considering the relapse history in the past two years. The patients are assessed that they are in a stressful environment or living alone. They have a good cooperation in the therapy or are in the program of reducing their antipsychotic drugs.

3) The program has following strategies and activities.

3.1 Early therapy sessions emphasizes the introduction of CBT program, its benefit in helping psychotic patients, and building a relationship, and process of the program. It may take at least 2 weeks.

3.2 After building a relationship with patients, the therapist can implement the program therapy lasting at least 10 sessions for 5-24 weeks: 2 or 3 sessions a week.

3.3 The program covers the following contents. The therapist asks the patients to think about the symptoms leading to make them get relapse. These symptoms include wrong beliefs, delusions, and hallucinations. Therefore, patients can learn and identify their problems and set a goal to work on their negative beliefs and behaviors and leading symptoms of relapse that is risky for the patients themselves and other people. The program highlights the problems that are conversed for clearly seeing thoughts, feelings, behaviors, and patterns of negative ideas. The therapist emphasizes the patients to monitor their thoughts, set the goal about their belief and behaviors leading relapse, and develop right beliefs. In addition, the therapist encourages the patients to change their behaviors and challenge their thoughts and strategies to change their behaviors. The therapist supports the patients to try, plan, monitor, and improve their behaviors.

4) The plan of each therapy consists of introducing discussing topics, going over their homework, applying the discussing topic with patients' real experiences, problem- identifying when patients are in small group therapy, discussing for ideas, and comparing participants' experiences. The therapist also assigns homework to patients and allows patients to give opinions about group activities.

5) Nurse therapists can evaluate the outcomes of program at before therapy, during therapy, and after the therapy. Nurse researchers, who do not involve in the patients' assessment, follow up the patients monthly after the program

completion or when the patients have relapse. If patients have relapse, they need to meet with nurse researchers in order to get a standard psychotic interview before the nurse researcher plans to have next evaluations at 12th, 26th, and at 52nd weeks.

3.4.6 The therapists should be mental health personnel such as psychiatrists, psychiatric nurses, who understand and are trained in providing the program therapy before (Barrowclough et al, 2006; Level 2).

3.4.7 Outcome evaluation focuses on the self-esteem of schizophrenia patients. Various tools can be used.

1. Robson Self Concept Questionnaires (SCG, Ropson, 1987). This tool measures the patients' self-esteem in several areas such as feeling of self-esteem, self-importance, attraction or charming, powerfulness, and satisfaction in one's capability and desire (Hall & Tarrier, 2003). (Level 2)

2. The Rosenberg Self-esteem Scale (RSES; Rosenberg, 1965). This self-rating scale contains 10 items (Gumley, et al., 2006; Barrowclough, et al, 2006). (Level 2)

3. Emotional Quotient Assessment (self-esteem assessment). This scale has 18 items developed by Laohapant (2007). (Level 2)

3.4.8 Nurses can assess the program outcomes by using other evaluation tools.

1. Psychotic symptom evaluation. For example, the Positive and Negative Syndrome Scale for Schizophrenia (PANSS, Kay, Fiszbein Opler, 1980) has 30 items. Its 1<sup>st</sup>-7<sup>th</sup> items evaluate positive symptoms such as delusion, conceptual, disorganization, hallucination behavior, excitement, grandiosity, suspiciousness/persecution, and hostility. Its 8<sup>th</sup>-12<sup>th</sup> items evaluate negative symptoms such as blunted affect and emotional withdrawal. Its 15<sup>th</sup>-30<sup>th</sup> items assess global psychopathology such as somatic concern and anxiety (Hall & Tarrier, 2003; Gumley et al., 2006; Barrowclough et al, 2006). (Level 2)

2. Social functioning evaluation. The Social Functioning Scale (SFS; Birchwood et al, 1990) is used to evaluate patients' social functioning. Patients are interviewed about their behaviors related to social functioning behaviors. The scale contains 7 domains: social engagement, interpersonal communication, activities of daily living, recreation, social activities, competence at independent living, and occupation/employment (Hall & Tarrier, 2003; Barrowclough, et al, 2006). (Level 2)

3. Hope evaluation. The Beck Hopelessness Scale (BHS; Beck, 1974) (Barrowclough, et al. (2006) can be used to evaluate patients' hope. (Level 2)

4. Anxiety and depression evaluation. The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS ; Zigmoud & Snaith, 1983) can be used to evaluate patients' moods of anxiety and depression. The scale contains 14 items: 7 items measuring depression and 7 items measuring anxiety (Hall & Tarrier, 2003; Barrowclough et al., 2006). (Level 2)

5. Functioning evaluation. Global Assessment of Functioning (GAF; American Psychiatric Association, 1987) is used to evaluate patients' functioning. This numeric scale (0 - 100) evaluate social, occupational, and psychological functioning of patients (Barrowclough et al., 2006). (Level 2)

6. Belief evaluation. The Personal Beliefs about Illness (PBIQ) is used to evaluate patients' personal belief about illness. This scale contains 16 items evaluating patients' control over the psychotic illness, perception of the self as illness, and expectations, stigma, and social containment. (Gumley, et al., 2006). (Level 2)

#### **4. Evidence based suggestions for implementation**

According to the review of literature for pertinent evidence, CBT and REBT with music therapy can increase schizophrenia patients' self-esteem.

4.2.1 This practice guideline to increase the self-esteem of schizophrenia patients came from only research evidence. In order to apply the guideline with schizophrenia patients in organizations psychiatric nurses must concern about the readiness and preparedness for the guideline application. Nurses should be trained in CBT and REBT before implementing the program.

4.2.2 This program is based on research evidence of other countries. The program has never been applied with Thai patients. Therefore, the program for Thai patients should be developed as a pilot program, particularly at Galya Rajanagarindra Institute, in order to study the outcomes of the program for the development of CBT program appropriate with Schizophrenia patients at the institute.

## รายการอ้างอิง

- กนกวรรณ อังกสิทธิ์. (2540). *พฤติกรรมสุขภาพและความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองของคนพิการ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2541). *รายงานประจำปี 2550*. นนทบุรี: ศูนย์สารสนเทศ และประชาสัมพันธ์ กองแผนงาน.
- คณะกรรมการฝ่ายวิชาการ โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่. (2550). *สรุปรายงานประจำปี โรงพยาบาลสวนปรุง*.
- นวลลักษณ์ เลหาพันธ์. (2550). *ผลการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามทฤษฎี REBT ร่วมกับดนตรีบำบัด ที่มีต่อความฉลาดทางอารมณ์ (ด้านการเห็นคุณค่าในตนเอง) ของผู้ป่วยจิตเภท* โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. ขอนแก่น: โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์.
- บุญเหลือ ชาญณรงค์, เบญจวรรณ สามสาดี, ศิริอร อุทธิไทรรัตน์และตำราญ บุญรักษา. (2540). *ผลของการใช้โปรแกรมกลุ่มบำบัด เพื่อความปลอดภัยของสังคมต่อความพร้อมในการออกไปอยู่ในสังคมของผู้ป่วยจิตเวช*. กรุงเทพฯ: สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์.
- พรรณี คุ้มประดับ. (2538). *ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมเผชิญความเครียดในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พิสมัย แสนยอด. (2545). *ผลการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มและโปรแกรมการฝึกอบรมกลุ่มแบบมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ที่มีต่อความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์. (2551). *การดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังของครอบครัวไทย*.วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 22(1), 1-7.
- พองคำ ดิลกสกุลชัย. (2549). *การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์การให้การประยุกต์ในการพยาบาลทารกแรกเกิด*. กรุงเทพฯ: หจก.ฟรี-วัน.

- ภาวินี ธนบดีธรรมจารี. (2540). *ปัจจัยคัดสรรที่มีอิทธิพลต่อความสำนึกในคุณค่าตนเองของพยาบาลจิตเวชโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- มานิต ศรีสุรภานนท์และจำลอง ดิษยวณิช. (2542). *ตำราจิตเวชศาสตร์*. เชียงใหม่: แสงศิลป์.
- มาโนช หล่อตระกูล. (2543). *จิตเวชศาสตร์รามาชิตี*. กรุงเทพฯ : ชวนพิมพ์.
- มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุกนิษฐ์. (2539). *จิตเวชศาสตร์*. กรุงเทพฯ : ชวนพิมพ์.
- วิวัฒน์ ยถาภูตานนท์. (2538). *ต้นทุนโรคจิตเภทและโรคประสาทโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น*. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- ศดใส กุ่มทรัพย์อนันต์, สุรีย์ บุญเฉย. (2547). *ปัจจัยทางสังคมกับการกลับรักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทโรงพยาบาลศรีธัญญา*. นนทบุรี: โรงพยาบาลศรีธัญญา.
- สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์. (2550). *รายงานประจำปีผลการดำเนินงานของสถาบัน*. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์. (2551). *รายงานประจำปีผลการดำเนินงานของสถาบัน*. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์. (2552). *สถิติผู้ป่วยที่มารับบริการประจำปี 2552*. กรมสุขภาพจิต.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2542). *ตำราจิตเวชศาสตร์*. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เรือนแก้ว.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2545). *ตำราจิตเวชศาสตร์*. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เรือนแก้ว.
- สุพัฒนา สุขสว่างและศิริลักษณ์ สว่างวงศ์สิน. (2548). *การศึกษาดรยาบาปในผู้ป่วยจิตเภท*. นนทบุรี: โรงพยาบาลศรีธัญญา.
- อุมารพร ตรังคสมบัติ. (2543). *จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว*. กรุงเทพฯ: เฟื่องฟ้า พรินติ้ง.
- Barrowclough C., Haddock G., Lobban F., Jonrs S., Siddle R., Roberts C and Gregg L.(2006). Group Cognitive -behavioral Therapy for schizophrenia, British journal of psychiatry. 189, 527-532.
- Barry. P.D. (1989). *Psychosocial Nursing Assessment and Intervention: Care of the physically III Person 2<sup>nd</sup> ed*. Philadelphia. J. B. Lippincort.
- Coopersmith, S. (1981). The Antecedent of Self-Esteem. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists F.L.B, & Tsang, H. W.H. (2002). A Program to Assist People with Severe Mental Illness in Formulating Realistic Life Goal. *Journal of Rehabilitation*, 68, 59-66.

- Gumley, A., Karatziad, A., Power, K., Rrilly, J., McNay, M., O'Grady, M. (2006). Early intervention for relapse in schizophrenia : Impact of cognitive behavioural therapy on negative beliefs about psychosis and self-esteem, *British Journal of Clinical Psychology*, 45, 247-260
- Hall, P. L. & Tarrier, N. (2003). The Cognitive-behavioural treatment of self-esteem in psychotic patients: a pilot study, *Behaviour Research and Therapy*. 41, 317-332.
- Kahng K. S. & Mowbray C. (2004). Factor influencing self-esteem among individuals with severe mental illness: Implications for social work. *Social Work Research*, 28, 225-236.
- Knapen, J., Vliet, D,V,P., Coppenollo, V,H.,David, A., Peuskens, J., Pieters G., et al. (2005). Comparison of Changes in Physical Self-Concept, Global Self-esteem, Depression and Anxiety following Two Different Psychomotor Therapy Programs in Nonpsychotric Inpatients. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 74, 353-361.
- Lecomte, T., CYR, Mireille., Lesage, D., Wilde, J., Leclerc., C. & Ricard, N. (1999). Efficacy of a self-esteem Module in the Empowerment of Individuals with Schizophrenia.
- Melnyk, B. M., & Fineout-Overholt, E. (2005). *Evidence-bases practive in nursing & healthcare; A guide to best practice*. Philadephia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Maslow, A. (1954). *Motivation and personality*. New York: Harper
- Polit, D. F., & Beck, C. K. (2004). *Nursing Research: Principles and Methods* (4 ed.). Philadelphia: Lippincott Williams& Wilkins.
- Robson, P. J. (1988). Self-Esteem- A Psychiatric View. *British Journal of Psychiatry*, 153, 6-15.
- Roe, D. (2003). A Prospective Study on the Relationship between Self-Esteem and Functioning During the First Year After Being Hospitalized for Psychosis. *Nervous and Mental Disease*, 191, 45-49.
- Seo M. J, Ahn S, Byun K.E, and Kim K.C. (2007). Social Skills Training as Nursing Intervention to Improve the Social Skills and Self-Esteem of Inpatients with Chronic Schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 21, 317-326.
- Zubin, J. & Spring, B. (1977). Vulnerability: A New View on Schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86, 103-126.

## ประวัติผู้ศึกษา

ชื่อ - สกุล	นางสาวพรรณยุพา เจ็งไพจิตร
วัน/เดือน/ปีเกิด	11 พฤษภาคม 2515 อายุ 38 ปี
สถานที่เกิด	จังหวัดกรุงเทพมหานคร ประเทศไทย
วุฒิการศึกษา	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครุเทพ, 2544 พยาบาลศาสตรบัณฑิต (หลักสูตรต่อเนื่อง) มหาวิทยาลัยมหิดล, 2553 พย.ม. การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
ที่อยู่ปัจจุบัน	บ้านเลขที่ 99/90 หมู่ 2 ถนนพุทธมณฑลสาย 5 ต.บางกระพี้ อ.สามพราน จ.นครปฐม
ตำแหน่งหน้าที่ปัจจุบัน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
สถานที่ทำงาน	สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ 23 หมู่ 8 ถนนพุทธมณฑลสาย 4 ทวีวัฒนา กรุงเทพมหานคร 10170 โทรศัพท์ 02-8899066-67 ต่อ 2202- 2203 E-Mail address: davidandta@gmail.com