

ผลของโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดปรับระดับประคองของยาต่อความหวังในผู้ป่วยจิตเภท

ลานทิพย์ พนารินทร์

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา


มิถุนายน 2561

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณา  
วิทยานิพนธ์ของ ลานทิพย์ พนารินทร์ ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา  
ตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช  
ของมหาวิทยาลัยบูรพาได้

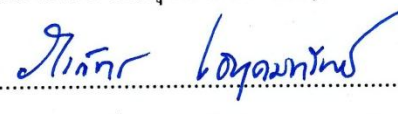
คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

  
.....อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภรภัทร เฮงอุดมทรัพย์)


  
.....อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ดวงใจ วัฒนสินธุ์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


  
.....ประธาน  
(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)

  
.....กรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภรภัทร เฮงอุดมทรัพย์)

  
.....กรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ดวงใจ วัฒนสินธุ์)

  
.....กรรมการ  
(นายแพทย์เวทิส ประทุมศรี)

คณะพยาบาลศาสตร์อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม  
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ของมหาวิทยาลัย  
บูรพา

  
..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์  
(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)

วันที่ 26 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2561

การวิจัยครั้งนี้ได้รับทุนสนับสนุนการศึกษาจากกรมสุขภาพจิต  
ประจำปี 2556

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลือเป็นอย่างดีจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์ ประธานควบคุมวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ดวงใจ วัฒนสินธุ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์ต่องานวิจัยนี้ พร้อมทั้งให้กำลังใจเป็นอย่างดีมาตลอด ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาของท่านเป็นอย่างยิ่ง ผู้วิจัยกราบขอบพระคุณอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ทุกท่านที่ได้กรุณาให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขงานวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ถูกต้องและสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่อนุเคราะห์ตรวจสอบความตรงของแผนการทำกลุ่มตาม โปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดระดับประคองของชาลอม และให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ในงานวิจัยครั้งนี้

ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบุรีรัมย์ หัวหน้ากลุ่มงานจิตเวช แพทย์หญิง สุจินันท์ ภักดิ์ไพศาลกิจ เจ้าหน้าที่คลินิกโรคหัวใจ กลุ่มงานจิตเวช ตลอดจนผู้ที่เกี่ยวข้องทุกท่านที่ได้ให้ความร่วมมือและให้การสนับสนุนเป็นอย่างดีตลอดระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัย ขอขอบพระคุณผู้เข้าร่วมวิจัยทุกท่าน รวมถึงท่านอื่น ๆ ที่มีส่วนร่วมในการวิจัยครั้งนี้ที่ได้สละเวลาและให้ความร่วมมืออย่างดีมากจนงานวิจัยนี้เสร็จสิ้นลงได้

ขอขอบพระคุณ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ที่สนับสนุนทุนการศึกษา  
ระดับปริญญาโท ประจำปี พ.ศ. 2556

สุดท้ายนี้ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ในระหว่างการศึกษา จนสามารถบูรณาการความรู้มาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ และขอขอบคุณครอบครัวที่ให้การสนับสนุน และเป็นกำลังใจด้วยดีตลอดมา

คุณค่าและประโยชน์ที่เกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบเป็นกตัญญูกตเวทิตา  
แด่บุพการี บุรพจารย์ และผู้มีพระคุณทุกท่าน

ลานทิพย์ พนารินทร์

56920188: สาขาวิชา: การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช; พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

คำสำคัญ: ความหวัง/ กลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง/ ผู้ป่วยจิตเภท

ลานทิพย์ พนารินทร์: ผลของโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดระดับประคองของยาalom

ต่อความหวังในผู้ป่วยจิตเภท (THE EFFECT OF YALOM'S SUPPORTIVE GROUP

PSYCHOTHERAPY ON HOPE AMONG PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA)

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: ภรภัทร เสงอุคมทรัพย์, Ph.D., ดวงใจ วัฒนสินธุ์, Ph.D.

104 หน้า. ปี พ.ศ. 2561.

ความหวังช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีเป้าหมาย มีกำลังใจที่เข้มแข็ง สามารถเผชิญปัญหาและปรับตัวอยู่ในสังคมได้ การวิจัยแบบกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดระดับประคองของยาalomต่อความหวังในผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทโดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 24 คน สุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 12 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดระดับประคองของยาalom เป็นเวลา 4 สัปดาห์ ๆ ละ 2 ครั้ง แต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 60-90 นาที กลุ่มควบคุมได้รับดูแลตามปกติ ประเมินความหวังในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน โดยใช้แบบประเมินความหวังของเฮิร์ท ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .81 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การทดสอบค่าที การวิเคราะห์ความแปรปรวนสองทางแบบวัดซ้ำ และการทดสอบรายคู่ด้วยวิธีบอนเฟอร์โรนี

ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยความหวังในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีและระยะติดตามผลของกลุ่มทดลองแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $F = 8514.37$ ,  $p < .001$ ) โดยในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความหวังในระยะก่อนการทดลอง ( $M = 32.17$ ;  $SD = 1.75$ ) แตกต่างจากในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ( $M = 38.33$ ;  $SD = 1.37$ ) และระยะติดตามผล 1 เดือน ( $M = 40.67$ ;  $SD = 1.78$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $F_{2,22} = 150.74$ ,  $p < .001$ )

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดระดับประคองของยาalomนี้ช่วยเพิ่มความหวังในผู้ป่วยจิตเภท ดังนั้นพยาบาลหรือบุคลากรทางด้านสุขภาพสามารถนำโปรแกรมฯ นี้ไปประยุกต์ใช้เพื่อเสริมสร้างความหวังในผู้ป่วยจิตเภทเพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

56920188: MAJOR: MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING; M.N.S.  
(MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING)

KEYWORDS: HOPE/ YALOM'S SUPPORTIVE GROUP PSYCHOTHERAPY/ PATIENTS  
WITH SCHIZOPHRENIA

LANTIP PANARIN: THE EFFECT OF YALOM'S SUPPORTIVE GROUP  
PSYCHOTHERAPY ON HOPE AMONG PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA. ADVISORY  
COMMITTEE: PORNPAT HENGUDOMSUB, Ph.D., DUANGJAI VATANASIN, Ph.D. 104 P.  
2018.

Hope assists patients with Schizophrenia to lead their lives meaningfully. It helps strengthen the patients' willpower in order to cope with life challenge and adapt themselves in society. The purpose of this quasi-experimental study was to examine the effect of Yalom's supportive group psychotherapy on hope among patients with schizophrenia. The sample consisted of 24 patients with Schizophrenia who met the inclusion criteria. They were randomly assigned into either the experimental ( $n = 12$ ) or control groups ( $n = 12$ ). Patients in the experimental group participated in the Yalom's supportive group psychotherapy over a 4 week period with 2 sessions per week. Each session took about 60 to 90 minutes. Patients in the control group received only routine care from the same clinical setting. The Herth Hope Index scale was used to measure hope at pre-test, post test, and one month follow-up. This scale yielded Cronbach's alpha of .81. Descriptive statistics, t-test, two-way analysis of variance with repeated measure, and Bonferroni method for pairwise comparison were employed to analyze the data.

Results showed that the mean scores of hope at posttest and one month follow-up phase in the experimental group were significantly different from the control group ( $F = 8514.37$ ,  $p < .001$ ). In the experimental group, the mean scores of hope at pretest ( $M = 32.17$ ;  $SD = 1.75$ ) was different from posttest ( $M = 38.33$ ;  $SD = 1.37$ ) and one month follow-up ( $M = 40.67$ ;  $SD = 1.78$ ) with statistical significance ( $F = 150.74$ ,  $p < .001$ ).

The study findings suggest that this Yalom's supportive group psychotherapy could increase hope among patients with schizophrenia. Therefore, nurses and other health care providers could apply this program for the enhancement of patients' hope which will in turn help promote their quality of life.

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย .....	จ
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ .....	ฉ
สารบัญ .....	ช
สารบัญตาราง .....	ฅ
สารบัญภาพ .....	ญ
บทที่	
1 บทนำ .....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา .....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย .....	5
สมมติฐานการวิจัย .....	5
กรอบแนวคิดในการวิจัย .....	5
ขอบเขตของการวิจัย .....	6
นิยามศัพท์เฉพาะ .....	6
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	7
ผู้ป่วยโรคจิตเภท .....	7
ความหวังของผู้ป่วยจิตเภท .....	21
กลุ่มจิตบำบัดระดับประคองกับการเสริมสร้างความหวังในผู้ป่วยจิตเภท.....	25
โปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดระดับประคองของ Yalom.....	32
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	34
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง .....	34
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	35
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย .....	39
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง .....	40
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	41
การวิเคราะห์ข้อมูล .....	45
4 ผลการวิจัย .....	46
ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป คุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง .....	46

## สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
ตอนที่ 2 คะแนนความหวังและการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความหวังของ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน .....	49
ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยความหวังใน ระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนสองทาง แบบวัดซ้ำ (Two way repeated measure ANOVA) .....	50
ตอนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนความหวังในกลุ่มทดลอง ระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ...	52
5 สรุปผลและอภิปรายผล .....	55
สรุปผลการวิจัย .....	55
การอภิปรายผลการวิจัย.....	56
ข้อเสนอแนะ .....	59
บรรณานุกรม .....	60
ภาคผนวก .....	75
ภาคผนวก ก .....	76
ภาคผนวก ข .....	78
ภาคผนวก ค .....	92
ภาคผนวก ง .....	99
ประวัติย่อของผู้วิจัย .....	104



## สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวน ร้อยละ และความแตกต่างของลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภท จำแนกตามข้อมูลพื้นฐาน.....	46
2	คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความหวังผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน.....	49
3	ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความหวังของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลอง.....	50
4	ผลการเปรียบเทียบความแปรปรวนของคะแนนความหวังระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	51
5	ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	52
6	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยความหวังในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	53
7	ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความหวังของกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน.....	53

## สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	การพยากรณ์โรคในผู้ป่วยโรคจิตเภท.....	14
2	ขั้นตอนการทดลอง.....	44
3	การปฏิสัมพันธ์กันระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลอง.....	51

# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคที่พบบ่อยที่สุดในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชและมีแนวโน้มสูงขึ้น (กรมสุขภาพจิต, 2556; นันทวัช สิริธีรภักดิ์ และคณะ, 2558; มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2558) พบประชากรทั่วโลกประมาณ 24 ล้านคนป่วยเป็นโรคจิตเภท (World Health Organization [WHO], 2006) ซึ่งเป็นโรคทางจิตเวชที่รุนแรงเรื้อรังและเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ พบได้ในเพศชายและเพศหญิงมีโอกาสมันในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน (ธีระ ลีลำนันทกิจ, 2550; นันทวัช สิริธีรภักดิ์ และคณะ, 2558; มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2558; สมภพ เรืองตระกูล, 2557) เพศชายมีอาการเริ่มต้นเร็วกว่าเพศหญิง ร้อยละ 80 มีอาการหลังจากอายุ 10 ปี และก่อนอายุ 45 ปี (กุศลภรณ์ ชัยอุดมสม, ภัทรี พหลภักย์, ภาพันธ์ วัฒนวิทย์กิจ และพงศธร พหลภักย์, 2559) พบอุบัติการณ์บ่อยที่สุดช่วงอายุ 15-24 ปี (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2558) จากรายงานสถิติ กรมสุขภาพจิต (2556) พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยจิตเภทมากที่สุดถึง ร้อยละ 25 เป็นผู้ป่วยนอก จำนวน 338,369 ราย คิดเป็น 1 ใน 3 ของผู้ป่วยโรคจิตเวชทั้งหมด และเป็นจำนวนผู้ป่วยในประมาณ 42,733 รายในโรงพยาบาลของหน่วยบริการสังกัดกรมสุขภาพจิต โดยจำนวนประชากรทั้งประเทศ 64,785,909 คน มีจำนวน 394,695 ราย เป็นผู้ป่วยโรคจิตเภท และยังคงเป็นโรคทางจิตเวชที่พบบ่อยที่สุด (เจษฎา โชคดำรงสุข, 2557) ซึ่งพบความชุกโรคจิตเภทของคนไทยระดับชาติปีใน พ.ศ. 2559 ร้อยละ 0.7 หรือ 333,595 คน (กรมสุขภาพจิต, 2559) และพบความชุกร้อยละ 0.5-1.2 ของประชากรทั้งหมด (กุศลภรณ์ ชัยอุดมสม และคณะ, 2559)

ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด การรับรู้ อารมณ์และพฤติกรรม (American Psychiatric Association [APA], 2013) ซึ่งลักษณะของผู้ป่วยจิตเภทจะมีความคิดผิดเพี้ยน บิดเบือน ไปจากข้อเท็จจริง มีการรับรู้ผิดปกติและมีการแสดงออกทางอารมณ์ไม่เหมาะสม (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2558) โดยไม่ได้มีสาเหตุมาจากโรคทางกาย โรคทางสมอง พิษจากยาหรือสารเสพติด (สมภพ เรืองตระกูล, 2557) ที่ทำให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงด้านบุคลิกภาพ ขาดความเข้าใจต่อสภาพความเป็นจริงและมีความบกพร่องต่อการปฏิบัติหน้าที่การทำงาน รวมทั้งสูญเสียความสัมพันธ์ทางสังคม (มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษยวิช, 2542) โดยร้อยละ 80 ของผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง ส่งผลให้เกิดความบกพร่องในการทำหน้าที่ และมีบุคลิกภาพเสื่อมถอยลงเรื่อย ๆ ตามระยะเวลาของการเป็นโรค โดยพบว่ามีความเสื่อมถอยทางบุคลิกภาพมากที่สุดเมื่อป่วยเป็นระยะเวลา 5 ปีขึ้นไป (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์,

2558) ก่อให้เกิดภาวะทวิผลภาพในระยะยาว (กรมสุขภาพจิต, 2559)

โรคจิตเภทส่งผลต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก ในส่วนของอาการด้านบวก ส่งผลให้เกิดความรู้สึกกลัวว่าอาการจะกลับมา เกิดความรู้สึกเปราะบางทางอารมณ์ ไม่กล้าเข้าสังคม หรือแม้แต่การคงความสัมพันธ์ที่ดีกับครอบครัว ผู้ป่วยขาดความมั่นใจและรู้สึกด้อยค่า ส่วนอาการด้านลบส่งผลให้ขาดแรงจูงใจในการเข้าสังคม แยกตัวและถูกแบ่งแยกจากสังคม พบมาร้อยละ 47 (ขวัญสุดา บุญทศ, อมรรัตน์ ศรีคำสุข ไซโตะ และสุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, 2556) ส่งผลให้ผู้ป่วยหมดกำลังใจ รู้สึกไม่มีพลังอำนาจในการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ (ยุวดี วงษ์แสง, 2548) มีภาวะพึ่งพาสูง มีผลกระทบทั้งต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน ทำให้เกิดการสูญเสียทั้งทางด้านเศรษฐกิจ และสังคม ผู้ป่วยไม่สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติ ไม่สามารถประกอบอาชีพและดูแลตนเอง ได้อย่างมีประสิทธิภาพ นับเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญ (สัมพันธ์ มณีรัตน์, 2546)

จากที่กล่าวถึงเกี่ยวกับ อาการ การดำเนินโรคและผลกระทบของโรคจิตเภทดังกล่าวข้างต้น แสดงให้เห็นว่าการที่ผู้ป่วยจะสามารถฟื้นฝ่าวิกฤตของการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทจนมีจิตใจที่เข้มแข็งและสามารถเรียนรู้ที่จะจัดการกับตนเองและการเจ็บป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้นไม่ใช่เรื่องง่าย ด้วยการเจ็บป่วยทางจิตนั้นทำให้ผู้ป่วยมีทักษะทางเข้าปัญหาและทักษะทางสังคมลดลง ซึ่งเกิดผลกระทบต่อความสามารถในการใช้ชีวิต การอยู่ร่วมกันในสังคมและส่งผลต่อคุณภาพชีวิต (กรมสุขภาพจิต, 2559) การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทส่งผลต่อการรับรู้ตัวตนของผู้ป่วย โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่มักรับรู้ว่าการที่ตนเองเจ็บป่วยด้วยอาการทางจิตเป็นสิ่งที่บั่นทอนความหวัง รู้สึกไร้ค่า ไร้ความสามารถและไม่เป็นที่ยอมรับของคนอื่น จากการศึกษาของ วัชรภรณ์ ลือไชสงค์ (2553) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทรับรู้ว่าเป็นบ้านและญาติมองตนเองในด้านที่ไม่ดี มีท่าทีรังเกียจ ไม่มีใครอยากพูดคุยหรือรับฟังคำพูดของตน รู้สึกว่าตนเองแตกต่างจากผู้อื่น เป็นเหมือนสิ่งของไม่เหมือนบุคคลอื่นทั่วไป

ความหวังเป็นอารมณ์ ความรู้สึกนึกคิดที่อยู่ภายในจิตใจของบุคคล (Miller, 1985) เป็นสิ่งจำเป็นต่อการดำรงชีวิต (Vellone, Rega, Galletti, & Cohen, 2006) ที่ช่วยให้บุคคลมีความเข้มแข็งทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ สามารถเผชิญปัญหาต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นความเชื่อมั่นที่จะได้รับหรือประสบแต่สิ่งที่ดีในอนาคต และเป็นสิ่งที่มนุษย์ทุกคนต้องการตราบเท่าที่ยังมีชีวิตอยู่ (Herth, 1989; 1992; 2000) จากการศึกษาพบว่า ผลกระทบจากความเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทพบว่าทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความหวังลดลง เกิดความรู้สึกอับอายและไร้ค่า (วัชรภรณ์ ลือไชสงค์, 2553) ด้วยความเจ็บป่วยของโรคที่ยาวนานเรื้อรัง ส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกท้อแท้และหมดหวัง (Kaewprom, Curtis, & Deane, 2011) การที่ผู้ป่วยจิตเภทถูกแบ่งแยกและถูกทอดทิ้งทำให้ผู้ป่วยอาจไม่ได้รับความช่วยเหลือทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจและอารมณ์ ผู้ป่วยขาดแรงจูงใจในการต่อสู้กับ

ปัญหา ส่งผลต่อความหวังในผู้ป่วยจิตเภทเป็นอย่างมาก (Lee, Lee, Chiu, & Kleinman, 2005) จากการศึกษาของ Chiba, Kawakami, Miyamoto, and Andresen (2010) พบว่า ความหวังมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับสูงกับสถานะและกระบวนการในการฟื้นตัวของผู้ป่วย การที่บุคคลมีความหวังในระดับสูงทำให้มีพฤติกรรมเผชิญความเครียดที่เหมาะสมกว่าบุคคลที่มีความหวังในระดับต่ำ (Herth, 1989) จากการศึกษาของ Lysaker et al. (2008) พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่มีความหวังรับรู้ได้ว่าตนเองสามารถที่จะบรรลุสิ่งต่าง ๆ ในอนาคตได้เหมือนกับบุคคลอื่นทั่วไป ไม่รู้สึกอึดอัดเมื่ออยู่ในสังคม ไม่เห็นด้วยกับภาพตายตัวทางลบของผู้ป่วยจิตเวช สามารถเผชิญกับสิ่งต่าง ๆ ในชีวิตได้ จากการศึกษาของ สุจิตรา วรสิงห์ (2557) พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีความหวังอยู่ในระดับปานกลาง การส่งเสริมและเพิ่มความหวังในผู้ป่วยจิตเภทนับเป็นสิ่งที่จำเป็นเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถใช้ชีวิตกับครอบครัวและสังคมต่อไปได้อย่างเหมาะสม ความหวังนับเป็นสิ่งที่สำคัญที่เสริมสร้างให้ผู้ป่วยจิตเภทรู้สึกมีพลังใจที่เข้มแข็ง ช่วยปรับสภาพจิตใจ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถมองเห็นหนทางในการแก้ไขปัญหาหรือความยุ่งยากได้ นอกจากนี้ความหวังยังเป็นสิ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าการเจ็บป่วยทางจิตที่เกิดขึ้นกับตนนั้นเป็นสิ่งที่ไม่รุนแรงและสามารถแก้ไขได้ (Lysaker et al., 2008) หากผู้ป่วยมีความหวังในความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับตนจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความหวังในการมีชีวิตอยู่ต่อไป ให้ดำรงชีวิตอยู่อย่างมีคุณค่าและมีความหมาย สามารถริเริ่มการกระทำเพื่อการปรับพฤติกรรมและการปรับตัวในการดำเนินชีวิตและจัดการกับอาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้ นอกจากนี้ความหวังเป็นปัจจัยที่สำคัญและจำเป็นในการช่วยให้เกิดการฟื้นหายจากโรค ส่งเสริมให้เกิดการฟื้นคืนสภาพและสามารถกลับมาทำหน้าที่ได้ตามปกติ จากการศึกษาของ วรณกรธรรม พบว่าความหวังในผู้ป่วยจิตเภทมีโอกาสลดลงได้เนื่องจาก ภาวะความเจ็บป่วยที่เรื้อรัง และการรักษาอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่าย เกิดความรู้สึกด้อยค่า ไม่สนใจดูแลตนเอง และมีอาการทางจิตกำเริบ ทำให้มีคุณภาพชีวิตผู้ป่วยแย่ลง (จิราพร เกสรสุวรรณ, 2545)

การเสริมสร้างความหวังเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีเป้าหมายและมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง การทำกลุ่มจิตบำบัดระดับประคองเป็นวิธีการหนึ่งที่มีประสิทธิภาพและสามารถช่วยเสริมสร้างความหวังของผู้ป่วยจิตเภทให้เพิ่มมากขึ้น โดยอาศัยกระบวนการกลุ่มในการช่วยเหลือประคับประคองจิตใจซึ่งกันและกัน เพื่อให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ มีความเข้าใจ ยอมรับความเจ็บป่วยมากยิ่งขึ้น อีกทั้งยังช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ เข้าใจ ยอมรับและสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองได้ (ชนิกรรดา ไทยสังคม, 2545) จึงเป็นวิธีหนึ่งที่นำมาใช้ในการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งการใช้กลุ่มจิตบำบัดเป็นการให้ผู้ป่วยได้ทำกิจกรรมร่วมกัน ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ในการเข้าใจตนเองและผู้อื่น รู้จักการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดี

กับบุคคลอื่น ช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพกาย จิตสังคม อีกทั้งช่วยปรับปรุงพฤติกรรมให้ดีขึ้น ซึ่งจะนำไปสู่เป้าหมาย คือ การยอมรับการเจ็บป่วยทางจิตที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยมีความหวัง มีกำลังใจในการดำเนินชีวิต สามารถดำรงชีวิตและดำเนินกิจวัตรประจำวันได้อย่างปกติสุขในสังคม และทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้ดีขึ้น (วรรณษา จำปาศรี และเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์, 2555)

กลุ่มจิตบำบัดประคับประคองตามแนวคิดของ Yalom (1995) ช่วยให้สมาชิกกลุ่มเกิดการเรียนรู้และปรับพฤติกรรมตนเองให้เหมาะสม ส่งเสริมการดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุข จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ากลุ่มจิตบำบัดนี้ได้มีการนำมาประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยจิตเวชและผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ซึ่งได้ผลดีในการรักษา จากการศึกษาของ สุนทรี วัฒนเบญจโสภา (2543) พบว่าระดับความหวังของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษาภายหลังเข้ากลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองสูงกว่าก่อนเข้ากลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจากงานวิจัยของ ศิริภัทรา จุฑามณี (2552) ศึกษาผลของกลุ่มบำบัดประคับประคองต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีคุณภาพชีวิตสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมในกลุ่มบำบัดและมีคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผลการศึกษาของ วรรณษา จำปาศรี (2554) พบว่า การรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการบำบัดด้วยกลุ่มจิตบำบัดประคับประคองต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กลุ่มจิตบำบัดประคับประคองตามแนวคิดของ Yalom (1995) นี้มีเป้าหมายในการช่วยแก้ไขปัญหาคความทุกข์ทางใจที่เกิดขึ้น สมาชิกกลุ่มมีลักษณะปัญหาที่คล้ายคลึงกัน การเข้ากลุ่มทำให้สมาชิกมีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน มีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น เกิดความเข้าใจ มีการให้กำลังใจซึ่งกันและกัน มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ส่วนบุคคล สมาชิกเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความหวังที่ดี เกิดปัจจัยบำบัดซึ่งเป็นกลไกทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรม ส่งผลให้มีการปรับตัวที่เหมาะสมและมีสภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้ เริ่มมองเห็นหนทางและมีความหวังในชีวิตมากขึ้น (รณชัย คงสกนธ์, 2549; สุนทรี วัฒนเบญจโสภา, 2543; Yalom, 1995)

ด้วยเหตุผลดังกล่าว จากการศึกษาเรื่องความหวังรวมถึงแนวคิดเกี่ยวกับกลุ่มจิตบำบัด พบว่ากลุ่มจิตบำบัดประคับประคองของ Yalom (1995) เป็นวิธีการบำบัดหนึ่งที่น่าจะใช้ได้ผลในการเสริมสร้างความหวังให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถดำรงชีวิตอย่างมีความสุขต่อไปได้ โดยเป้าหมายของการวิจัยนี้เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความหวังในชีวิตเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ มีความกระตือรือร้นในการแสวงหาแนวทางในการดูแลตนเอง มีการเปลี่ยนแปลงความคิด อารมณ์ ความรู้สึกและพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสม และให้ความร่วมมือในการรักษา ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถดำรงชีวิตอยู่บนความเจ็บป่วยของตนเองได้อย่างปกติสุข และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป

## วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดประคับประคองของ Yalom ต่อความหวังในผู้ป่วยจิตเภท ดังนี้

1. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความหวังระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความหวังกลุ่มทดลองในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน

## สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยความหวังระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล 1 เดือน ในผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลบุรีรัมย์ที่เข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดประคับประคองของ Yalom สูงกว่าคะแนนเฉลี่ยความหวังในผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลบุรีรัมย์ที่ได้รับการดูแลตามปกติ
2. คะแนนเฉลี่ยความหวังในกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดประคับประคองของ Yalom และระยะติดตามผล 1 เดือน ในผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลบุรีรัมย์ สูงกว่าคะแนนเฉลี่ยความหวังก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดประคับประคองของ Yalom

## กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิจัยนี้ ใช้แนวคิดความหวังของ Herth (1992) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยพบว่าความหวังในผู้ป่วยจิตเภทมีโอกาสลดลงได้เนื่องจากความเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องเผชิญ การเสริมสร้างความหวังในผู้ป่วยจิตเภทนี้ เน้นการช่วยเหลือประคับประคองด้านจิตใจเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทมีกำลังใจ เกิดความเข้าใจและยอมรับกับการเจ็บป่วย เพิ่มความหวังที่จะมีสภาพชีวิตที่ดีขึ้น มีกำลังใจในการต่อสู้เผชิญปัญหา มีปฏิสัมพันธ์กับคนรอบข้างและสามารถดำเนินชีวิตร่วมกับภาวะการเจ็บป่วยทางจิตต่อไปได้ ความหวังตามแนวคิดของ Herth (1992) เป็นความเชื่อมั่นของบุคคลที่จะได้รับหรือประสบแต่สิ่งที่ดีในอนาคต แบ่งได้เป็น 3 ด้าน คือ 1) ความรู้สึกภายในที่ เกิดขึ้นชั่วคราวและในอนาคต (Inner sense of temporality and future) เป็นการรับรู้ภายในต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในปัจจุบันและอาจเกิดขึ้นในอนาคต ซึ่งเป็นการรับรู้ในทางบวกและรู้สึกว่าจะสิ่งที่ต้องการสามารถเป็นไปได้จริงในอนาคต 2) ความพร้อมภายในทางบวกและการคาดหวัง (Inner positive readiness and expectancy) เป็นความรู้สึกเชื่อมั่นและพยายามที่จะทำเพื่อบรรลุเป้าประสงค์ เป็นความรู้สึกพร้อมที่จะทำตามแผนเพื่อให้บุคคลบรรลุถึงสิ่งที่ต้องการ 3) ความสัมพันธ์ระหว่างตนและบุคคลอื่น (Inner connectedness with self and others) เป็นการเห็นความสำคัญของการพึ่งพา

ระหว่างกัน ความเกี่ยวข้องผูกพันระหว่างตนเองกับบุคคลอื่น โดยความหวังเป็นปัจจัยสำคัญในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยจิตเภทและเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการฟื้นฟูสภาพจิตใจ เพราะความหวังเป็นแรงผลักดันให้บุคคลลุกขึ้นต่อสู้กับสภาวะการเจ็บป่วยได้ และโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดประคับประคองของ Yalom นี้พัฒนาโดยใช้แนวทางตามแนวคิดของ Yalom (1995) ซึ่งมีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่แสดงว่า การทำกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองส่งผลต่อความหวังในผู้ป่วยจิตเภท

### ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดประคับประคองของ Yalom ต่อความหวังในผู้ป่วยจิตเภท โดยศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการตรวจตามนัดในคลินิกโรคจิตเวช กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลบุรีรัมย์ ในปี พ.ศ. 2560 ที่มีอายุระหว่าง 20-59 ปี จำนวน 24 ราย

### นิยามศัพท์เฉพาะ

ความหวัง หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยจิตเภท ที่แสดงถึงความปรารถนาในสิ่งที่ดีที่จะเกิดกับชีวิต ความเชื่อมั่นในความสำเร็จที่จะเกิดขึ้นในอนาคต และความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถบรรลุเป้าหมายต่าง ๆ และไปถึงจุดหมายในอนาคตได้ ประเมินโดยใช้แบบวัดความหวังของ สุนทรีย์ วัฒนเบญจโสภณ (2543)

โปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดประคับประคองของ Yalom หมายถึง รูปแบบของกิจกรรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นอย่างมีแบบแผน โดยใช้แนวคิดการทำกลุ่มจิตบำบัดของ Yalom (1995) เน้นการส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างบุคคล การมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีระหว่างกัน เพื่อมุ่งส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดการเรียนรู้ เข้าใจตนเองและผู้อื่น รู้จักสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น ได้ระบายความรู้สึก มีการช่วยเหลือประคับประคองด้านจิตใจซึ่งกันและกัน มีกำลังใจและเกิดความหวังในความสามารถของตนเองที่จะต่อสู้กับภาวะความเจ็บป่วยเพื่อให้มีชีวิตที่ดีขึ้น โปรแกรมประกอบด้วย 7 กิจกรรมเพื่อพัฒนาความหวังใน 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการรับรู้ความรู้สึกภายในที่เกิดขึ้น 2) ด้านความพร้อมภายในและความรู้สึกเชื่อมั่น 3) ด้านความสัมพันธ์ระหว่างตนและบุคคลอื่น โดยการเข้ากลุ่มจิตบำบัดทั้งหมด 7 ครั้ง จำนวน 4 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ใช้ระยะเวลาครั้งละ 60-90 นาที

การดูแลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมการดูแลที่ทีมสุขภาพจิตปฏิบัติต่อผู้ป่วยจิตเภทที่มาบริการตรวจตามนัดในคลินิกโรคจิตเวช กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลบุรีรัมย์ ได้แก่ การตรวจคัดกรองประเมินอาการและระดับความรุนแรงด่วนของอาการเจ็บป่วย การให้สุขภาพจิตศึกษา ตลอดจนคำแนะนำเป็นรายกรณีในผู้ป่วยจิตเภทที่มีข้อคำถาม



## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดประคับประคองของ Yalom ต่อความหวังในผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาเป็นแนวทางในการวิจัย โดยนำเสนอเป็นลำดับครอบคลุมในหัวข้อต่อไปนี้

1. ผู้ป่วยโรคจิตเภท
2. ความหวังของผู้ป่วยจิตเภท
3. กลุ่มจิตบำบัดประคับประคองกับการเสริมสร้างความหวังในผู้ป่วยจิตเภท
4. โปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดประคับประคองของ Yalom

### ผู้ป่วยโรคจิตเภท

ผู้ป่วยโรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชที่พบบ่อยที่สุด (นันทวัช สิทธีรักษ์ และคณะ, 2558; มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2558; สมภพ เรื่องตระกูล, 2557) โดยผู้ป่วยอาจแสดงพฤติกรรมที่แปลกและไม่สมเหตุสมผล (กุศลภรณ์ ชัยอุดมสม และคณะ, 2559) มีอาการโรคจิตเป็นอาการเด่นและมักเป็นเรื้อรัง ซึ่งส่งผลกระทบต่อทุกหน้าที่ (นันทวัช สิทธีรักษ์ และคณะ, 2558) ผู้ป่วยโรคจิตเภทจะป่วยนาน ส่วนใหญ่จะเป็นตลอดชีวิต และทำให้เกิดทุพพลภาพที่สำคัญในระยะยาว (กรมสุขภาพจิต, 2559; ชีระ ลีลานันทกิจ, 2550) ความชุกร้อยละ 0.5-1.2 ของประชากรทั้งหมด (กุศลภรณ์ ชัยอุดมสม และคณะ, 2559) ไม่มีความแตกต่างของเพศ อัตราส่วนเพศหญิงและเพศชายพบได้เท่ากัน (นันทวัช สิทธีรักษ์ และคณะ, 2558; มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2558; สมภพ เรื่องตระกูล, 2557) เพศชายมีอาการเริ่มต้นเร็วกว่าเพศหญิง ร้อยละ 80 มีอาการหลังจากอายุ 10 ปีและก่อนอายุ 45 ปี (กุศลภรณ์ ชัยอุดมสม และคณะ, 2559) พบอุบัติการณ์บ่อยที่สุดช่วงอายุ 15-24 ปี (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2558)

ผู้ป่วยโรคจิตเภทตามเกณฑ์การจำแนกโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (APA, 2013) หมายถึง ผู้ที่มีความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม เป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน โดยที่ผู้ป่วยไม่มีโรคทางกาย โรคของสมอง พืชจากยาหรือสารเสพติดที่จะเป็นสาเหตุของอาการดังกล่าว (นันทวัช สิทธีรักษ์ และคณะ, 2558; มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2558; สมภพ เรื่องตระกูล, 2557) และส่งผลกระทบต่อปัญหาด้านสังคม การงาน หรือสุขอนามัย

ของผู้ป่วย (นันทวัช สิทธีรัชย์ และคณะ, 2558) นอกจากนี้ผู้ป่วยจิตเภทยังเป็นผู้ที่มีความผิดปกติ ด้านความคิดและการรับรู้เป็นพื้นฐาน ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมและอารมณ์ไม่เหมาะสม ในขณะที่ ความรู้สึกรับรู้และความสามารถทางสติปัญญายังปกติ อาการผิดปกติดังกล่าวมีอย่างน้อย 2 อาการ และปรากฏชัดเจนอยู่เป็นเวลาอย่างน้อย 1 เดือน มีการเสื่อมหน้าที่ทางสังคมและการประกอบอาชีพ มีอาการต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน และไม่มีสาเหตุจากสารเสพติดหรือภาวะการเจ็บป่วยทางกาย (WHO, 2006)

### สาเหตุของการเกิดโรคจิตเภท

ปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุของการเกิดโรคจิตเภทที่แน่ชัด แต่มีสันนิษฐานว่าโรคจิตเภท เกิดจากความผิดปกติของสมองและจัดเป็น Neurodevelopmental disorder (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2558) ซึ่งมีปัจจัยที่หลากหลายที่ทำให้เกิดโรคดังนี้

#### 1. ปัจจัยทางด้านชีวภาพ ได้แก่

1.1 พันธุกรรม (Genetic) จากการศึกษา พบว่าญาติของผู้ป่วยมีโอกาสเป็นโรคจิตเภท สูงกว่าประชากรทั่วไป ยิ่งมีความใกล้ชิดทางสายเลือดมากยิ่งมีโอกาสเป็นโรคสูง พบความเสี่ยง ในประชากรทั่วไปเท่ากับร้อยละ 1 ในพี่น้องของผู้ป่วย ร้อยละ 9 อัตราเสี่ยงในกลุ่มแฝดของผู้ป่วยจาก ไข่ใบเดียวกันมีร้อยละ 48 คู่แฝดของผู้ป่วยจากไข่คนละใบมีร้อยละ 17 เด็กที่มีทั้งพ่อหรือแม่เป็น โรคจิตเภทมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคจิตเภทร้อยละ 13 ส่วนเด็กที่มีทั้งพ่อและแม่เป็นโรคจิตเภท พบว่า มีความเสี่ยงสูงถึงร้อยละ 40 (กุศลภรณ์ ชัยอุดมสม และคณะ, 2559; นันทวัช สิทธีรัชย์ และคณะ, 2558; มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2558; พิเชฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนันทน์, 2552; สมภพ เรื่องตระกูล, 2557)

1.2 ระบบสารชีวเคมีในสมอง (Biochemical factor) หรือ สมมติฐานโดปามีน (Dopamine hypothesis) เชื่อว่าโรคนี้อาจเกิดจากการทำงานของสารโดปามีน (Dopamine hyperactivity) มากเกินไป โดยเฉพาะในบริเวณ Mesolimbic และ Mesocortical tract ทั้งนี้อาจเป็นความผิดปกติ ของ Post-synaptic receptor เนื่องจากพบว่ายารักษาโรคนี้ออกฤทธิ์โดยการปิดกั้น Dopamine receptor type 2 (D2 antagonist) ทำให้อาการทางจิตลดลงได้ และพบการทำงานของสารส่งผ่าน ประสาท Serotonin-2 (5-HT2A) receptor ใน frontal cortex ของผู้ป่วยจิตเภทลดลง และยารักษา โรคนี้ออกฤทธิ์ในการรักษาที่เกี่ยวข้องกับระบบ Serotonin ในระยะหลังพบสารส่งผ่านประสาท Glutamate เกี่ยวข้องกับความผิดปกติของโรคจิตเภท พบว่า การทำหน้าที่ของ N-methyl-D-aspartic acid (NMDA) receptor ซึ่งเป็น receptor ของ Glutamate ลดลง สภาพสมดุลระหว่างระบบ Glutamate ซึ่งเป็นแบบ Excitatory และระบบ GABA ซึ่งเป็นแบบ Inhibitory จะเสียไปทำให้เกิดภาวะ Excitotoxicity ร่วมกับมี Neuro-plasticity

บกพร่องไป (สันชัย วสุนธรา, 2547; มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558; สมภพ เรืองตระกูล, 2557)

1.3 กายวิภาคของสมอง ผู้ป่วยโรคจิตเภทจำนวนหนึ่งมีความผิดปกติด้านกายวิภาคของสมอง ได้แก่ มีปริมาณเนื้อสมองน้อยกว่าปกติโดยเฉพาะในส่วนของ Cortical gray matter และมี Ventricle โตกว่าปกติ พบว่า การมี Ventricle โตกว่าปกติจะสัมพันธ์กับการมีอาการด้านลบ การตอบสนองต่อการรักษาไม่ดีและการบกพร่องทางด้าน Cognition

1.4 ประสาทสรีรวิทยา พบว่า Cerebral blood flow และ Glucose metabolism ลดลงในบริเวณ Frontal lobe เชื่อว่าอาการด้านลบ และอาการด้าน Cognitive ที่แสดงออกมานั้นมีความสัมพันธ์กันกับ Prefrontal lobe dysfunction โดยแนวคิดปัจจุบันมองว่า การทำงานของสมองในผู้ป่วยโรคจิตเภทเป็นความผิดปกติในการทำงานของสมองหลาย ๆ วงจรเกี่ยวโยงกันทั้งในระดับ Cortical และ Subcortical connectivity ซึ่งอาจทำให้มองว่าโรคจิตเภทนี้เป็นโรคของ Disturbed neural connectivity (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558; สมภพ เรืองตระกูล, 2557)

## 2. ปัจจัยด้านครอบครัวและสังคม

2.1 เดิมเชื่อว่าลักษณะของมารดาบางประการหรือการเลี้ยงดูบางรูปแบบส่งผลให้เด็กเมื่อโตขึ้นป่วยเป็นโรคจิตเภทได้ ซึ่งการศึกษาต่อมาไม่พบการสนับสนุนความเชื่อนี้ โดยพบว่าสภาพครอบครัวมีผลต่อการกำเริบของโรค ครอบครัวที่มีการใช้อารมณ์ต่อกันสูง (High expressed-emotion, EE) เช่น มีการตำหนิวิพากษ์วิจารณ์กัน (Criticism) มีท่าทีไม่เป็นมิตร (Hostility) หรืออึดอัดเกี่ยวกับผู้ป่วยมากเกินไป (Emotional overinvolvement) ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอาการกำเริบบ่อยได้

2.2 ผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภทพบมากในสังคมที่มีเศรษฐกิจต่ำ ซึ่งมีสมมติฐานว่าการที่ผู้ป่วยมีอาการโรคจิตอยู่เรื่อยๆ ทำให้สถานภาพทางสังคมต่ำลงกว่าเดิม (Downward drift hypothesis)

### ลักษณะอาการทางคลินิก

โรคจิตเภทมีลักษณะอาการสำคัญของโรคที่สามารถแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มคือ

#### 1. อาการทางด้านบวก (Positive symptoms) อาการทางด้านบวกมีดังต่อไปนี้

1.1 อาการหลงผิด (Delusion) อาการหลงผิดชนิดที่พบบ่อยคือ Delusion of persecution ผู้ป่วยหลงผิดคิดไปเองว่ามีคนคอยปองร้าย และ Delusion of reference ผู้ป่วยคิดไปเองว่ามีคนพูดเรื่องราวเกี่ยวกับตน

1.2 อาการประสาทหลอน (Hallucination) ผู้ป่วยมีอาการประสาทหลอนชนิดต่าง ๆ ชนิดที่พบบ่อยคือ หูแว่ว โดยพบในผู้ป่วยร้อยละ 75 เสียงแว่วที่ได้ยินอาจเป็นเพียงเสียงหรือคำพูด

เช่น คนพูดว่าร้ายหรือสบประมาท หรือพูดเรื่องราวเกี่ยวกับผู้ป่วย อาจเป็นเสียงคน ๆ เดียวหรือหลายคน ผู้ป่วยอาจรับฟังเฉย ๆ หรือพูดจาโต้ตอบด้วย

1.3 ความผิดปกติของคำพูด (Disorganized speech) พบว่า ผู้ป่วยมีปัญหาทางด้านความคิด ขาดการเชื่อมโยงของเหตุผล ไม่สามารถลำดับความคิดตามขั้นตอนของเหตุการณ์ ดังนั้นเวลาจับฟังผู้ป่วยพูดหรือตอบคำถามจึงไม่ค่อยเข้าใจ หรือฟังไม่รู้เรื่อง เพราะคำพูดไม่ต่อเนื่องกัน เป็นเรื่องราว โดยเปลี่ยนจากเรื่องหนึ่งเป็นอีกเรื่องหนึ่ง ความผิดปกตินี้เรียกว่าความสัมพันธ์ไม่ต่อเนื่อง (Loose association) หรือการที่ผู้ป่วยพูดแล้วฟังไม่รู้เรื่อง เรียกว่า Incoherence

1.4 ความผิดปกติของพฤติกรรม (Disorganized behavior) ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมวุ่นวาย เช่น มีพฤติกรรมเหมือนเด็ก พลุ่่งพล่า่น กระวนกระวายมาก ไม่สนใจดูแลตัวเอง แต่งตัวสกปรกหรือแต่งตัวลักษณะแปลกประหลาด ในผู้ป่วยบางรายอาจมีพฤติกรรมทางเพศไม่เหมาะสม เช่น ทำ Masturbation ในที่สาธารณะ มีส่งเสียงร้องตะโกนหรือกล่าวคำหยาบ

พฤติกรรมแบบคาทาโทเนีย (Catatonia) มักพบในผู้ป่วยที่เกิดอาการเฉียบพลัน มีลักษณะสำคัญดังนี้

1.4.1 Catatonic stupor ผู้ป่วยไม่เคลื่อนไหวเลย ไม่พูดและไม่รับรู้ความเป็นไปของภาวะแวดล้อม

1.4.2 Catatonic rigidity แขนขาและลำตัวของผู้ป่วยเกร็งแข็งอยู่ตลอดเวลา

1.4.3 Catatonic negativism ผู้ป่วยจะต่อต้านและทำตรงข้ามกับคำสั่ง

1.4.4 Catatonic posturing ผู้ป่วยอยู่ในท่าใดท่าหนึ่งซึ่งมีลักษณะแปลกประหลาดเป็นเวลานาน ๆ

1.4.5 Catatonic excitement ผู้ป่วยมีอาการวุ่นวายคลุ้มคลั่ง

2. อาการทางด้านลบ (Negative symptoms) อาการทางด้านลบมีดังนี้

2.1 อารมณ์เฉยเมย (Affective flattening) สีหน้าของผู้ป่วยเรียบเฉย ขาดการแสดงออกของอารมณ์ ไม่มีการสบตาหรือแสดงกิริยาท่าทาง

2.2 พูดน้อยหรือไม่พูด (Alogia) แสดงออกโดยการตอบคำถามสั้น ๆ ใช้คำพูดน้อยและไม่สนใจที่จะตอบ

2.3 ขาดความสนใจในกิจกรรมทุกชนิด (Avolition) ผู้ป่วยไม่สามารถริเริ่มในการทำกิจกรรมทุกชนิด โดยจะนั่งเฉย ๆ เป็นเวลานาน ๆ และไม่สนใจที่จะเข้าร่วมในการทำงานหรือกิจกรรมด้านสังคม

อาการทั้งทางด้านบวกและด้านลบจะปรากฏในกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น การทำงาน การเรียนและการดูแลตัวเอง ผู้ป่วยมักมีปัญหาทางด้านการศึกษาและอาจเรียน

ไม่จบ ผู้ป่วยจำนวนมากถูกให้ออกจากงานและได้รับการจ้างให้ทำงานในระดับต่ำกว่าเมื่อเทียบกับ บิดามารดาซึ่งเรียกว่า มีวิถีชีวิตต่ำลง (Downward drift) ร้อยละ 60-70 ของผู้ป่วยไม่ได้แต่งงาน และดำเนินชีวิตโดยมีความสัมพันธ์กับผู้อื่นน้อยมาก (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558; สมภพ เรื่องตระกูล, 2557)

### การวินิจฉัยโรค

หลักการวินิจฉัยโรคมียังต่อไปนี้

1. มีอาการต่อไปนี้ตั้งแต่ 2 อาการขึ้นไปนาน 1 เดือน โดยอย่างน้อยต้องมีอาการในข้อ 1-3 อยู่ 1 อาการ
  - 1.1 อาการหลงผิด (Delusion)
  - 1.2 อาการประสาทหลอน (Hallucination)
  - 1.3 มีความผิดปกติของรูปแบบคำพูด (Disorganized speech) เช่น คำพูดไม่ต่อเนื่องกัน
  - 1.4 มีพฤติกรรมวุ่นวายหรืออาการคาทาโทเนีย (Disorganized behavior หรือ Catatonic behavior)
  - 1.5 มีอาการทางด้านลบ (Negative symptoms)
2. ระดับความสามารถในด้านสำคัญ ๆ เช่น ด้านการทำงาน การมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น หรือการดูแลตนเอง ลดลงไปจากเดิมอย่างชัดเจนอย่างน้อย 1 ด้าน
3. มีอาการต่อเนื่องกันนาน 6 เดือนขึ้นไป โดยต้องมี Active phase (ตามข้อ A) อย่างน้อย 1 เดือน (อาจน้อยกว่านี้หากรักษาได้ผล) และอาจรวมถึง Prodromal หรือ Residual phase โดยในช่วง Prodromal หรือ Residual อาการที่พบอาจเป็นเพียงอาการด้านลบ หรืออาการตามข้อ A ตั้งแต่ 2 อาการ แต่แสดงออกแบบเล็กน้อย (เช่น คิดแปลก ๆ หรือมีการรับรู้ที่ไม่ปกติแต่ไม่ถึงขั้นประสาทหลอน)
4. อาการไม่ได้เกิดจากสาเหตุทางร่างกาย ยา หรือสารเสพติด

### การวินิจฉัยแยกโรค

1. โรคจิตจากโรคทางกายหรือจากยาและสาร อาการโรคจิตนั้นพบได้ในสภาวะผิดปกติทางกายได้บ่อย ๆ โดยเฉพาะในกรณีของ Delirium และจากสารเสพติด เช่น เหล้า และแอมเฟตามีน นอกจากนี้ยังพบได้ในสภาวะที่มีความผิดปกติของต่อมไร้ท่อ หรือเนื้องอกในสมอง เป็นต้น อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาโดยละเอียดจะพบว่า มีข้อบ่งชี้บางอย่าง เช่น อาการเกิดขึ้นเร็ว ผู้ป่วยมีลักษณะเพ้อ สับสน มีอาการขณะอายุมาก หรือตรวจพบความผิดปกติทางกายที่อาจเกี่ยวข้องกับอาการโรคจิต

2. โรคอารมณ์สองขั้วหรือโรคซึมเศร้า ในภาวะเมเนียหรือซึมเศร้านั้นผู้ป่วยอาจมีอาการโรคจิตซึ่งแยกจากโรคจิตเภท ให้สังเกตว่าก่อนจะมีอาการโรคจิตผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ให้เห็นหรือไม่ ขณะตรวจยังมีอาการเด่นออกมาทางด้านอารมณ์หรือไม่ การเปลี่ยนแปลงที่เป็น Neurovegetative symptoms อาจช่วยบอกได้บ้าง นอกจากนี้ประวัติของความผิดปกติทางจิตเวชในญาติอาจช่วยด้วย เนื่องจากพบว่ามักจะเป็นเหมือนกัน

3. Delusional disorder ลักษณะเนื้อหาของความหลงผิดจะเกี่ยวข้องกับเรื่องราว ไม่มีอาการหูแว่วเป็นเรื่องราวชัดเจน และโดยทั่วไปผู้ป่วยโรคจิตเภทจะมีบุคลิกภาพและพฤติกรรมเสื่อมมากกว่า

4. Personality disorder บางชนิดโดยเฉพาะใน Cluster A จะมีความคิดที่บางครั้งฟังแล้วแปลก ไม่ค่อยเข้าสังคม คล้ายกับระยะอาการหลงเหลือในโรคจิตเภท แยกโดยผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่เคยมีอาการของโรคจิตเภทในระยะอาการกำเริบ

#### การดำเนินของโรค

ลำดับความเป็นไปของโรค โดยทั่วไปแบ่งออกเป็น 4 ระยะ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558)

##### 1. ระยะก่อนป่วย (Premorbid phase)

ผู้ป่วยมีความบกพร่องในด้านสังคม การเคลื่อนไหว หรือด้าน Cognitive ในระดับเล็กน้อย ไม่ชัดเจน อาจพบลักษณะทางร่างกายต่างไปจากปกติ โดยเฉพาะส่วนของมือ เช่น ลักษณะของมือ นิ้วมือ หรือลายนิ้วมือ

##### 2. ระยะอาการนำ (Prodromal phase)

ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงแบบค่อยเป็นค่อยไป ช่วงแรกอาจมีอาการวิตกกังวลหรือซึมเศร้าที่ไม่เฉพาะเจาะจงกับเรื่องใดเรื่องหนึ่งตามมาด้วยอาการด้านลบ โดยจะค่อย ๆ แยกตัวไม่เข้าสังคมเหมือนเคย มีปัญหาด้านหน้าที่ความรับผิดชอบ การสนใจดูแลตัวเองลดลง ขณะเดียวกันจะเริ่มมีอาการด้านบวกแบบน้อย ๆ (Attenuated positive symptoms) เช่น เชื่อเรื่องโศคลงไสยศาสตร์ มีการใช้คำหรือสำนวนแปลก ๆ มีพฤติกรรมที่ดูแล้วแปลก ๆ อาจดูระแวงแต่ไม่ถึงกับคิดปกติชัดเจน มีอาการด้านอารมณ์ เช่น วิตกกังวล หงุดหงิด การแสดงออกของอารมณ์ลดลงหรือไม่เหมาะสม และอาการด้าน Cognitive เช่น สมาธิลดลง เหม่อลอย Working memory ลดลง ญาติหรือคนใกล้ชิดมักเห็นว่าผู้ป่วยเปลี่ยนไปไม่เหมือนคนเดิม ระยะเวลาช่วงนี้ไม่แน่นอน อาจนานตั้งแต่เป็นสัปดาห์ จนถึงเป็นปี โดยทั่วไปจะอยู่ระหว่าง 2-5 ปีก่อนอาการกำเริบ

### 3. ระยะโรคกำเริบ (Active phase)

เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการตามเกณฑ์การวินิจฉัยข้อ A ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มอาการด้านบวก โดยผู้ป่วยที่มีอาการนำมาจะถูกกระตุ้นโดยเหตุการณ์ที่พบได้ตามช่วงวัย ซึ่งเป็นปัจจัยกดดันที่ทำให้ผู้ป่วยซึ่งมีความเปราะบางอยู่ระดับหนึ่งอยู่แล้วไม่สามารถปรับตัวต่อไปได้อีก จึงแสดงอาการต่าง ๆ ของโรคออกมา ช่วงวัยที่เริ่มมีอาการในเพศชายคือ ช่วงอายุ 20 ต้น ๆ ไปจนถึงกลาง ๆ ส่วนเพศหญิงจะเริ่มในช่วงอายุ 20 ปลาย ๆ ในการป่วยครั้งแรก ผู้ป่วยอาจเกิดอาการแบบรวดเร็วหรือช้าก็ได้ แต่ส่วนใหญ่จะเป็นแบบค่อยเป็นค่อยไป หลังรักษาอยู่นานประมาณ 6 เดือนแล้วอาการจึงเริ่มทุเลา โดยอาการด้านบวกและอาการด้านลบจะลดลง ผู้ป่วยบางคนไม่มีอาการเลย ขณะที่ผู้ป่วยบางคนอาจมีหลงเหลืออาการเล็กน้อยที่ไม่ใช่อาการโรคจิต เช่น ตึงเครียด วิตกกังวล และมีปัญหาการนอน ช่วงที่อาการดีขึ้นแล้วผู้ป่วยส่วนใหญ่มักหยุดยาเอง และอีกไม่นานก็มีอาการกำเริบอีก การป่วยในครั้งหลัง ๆ อาจตอบสนองต่อการรักษาไม่ดีเหมือนครั้งแรก อาการมักยังหลงเหลืออยู่ การศึกษาส่วนใหญ่พบว่าผู้ป่วยถึงร้อยละ 80 มักมีอาการกลับกำเริบ (Relapse หรือ Exacerbation) เป็นพัก ๆ ในช่วง 5 ปีแรก ผู้ป่วยจะทนต่อความกดดันด้านจิตใจได้ไม่ดี อาการส่วนใหญ่กำเริบเมื่อมีความกดดันด้านจิตใจ อาการเปลี่ยนแปลงก่อนกำเริบที่พบบ่อย ได้แก่ การนอนหลับผิดปกติไป แยกตัวเอง วิตกกังวล หงุดหงิด คิดฟุ้งซ่าน และมักเชื่อมโยงเหตุการณ์ต่าง ๆ เข้ากับตนเอง โดยภาพรวมระยะนี้ผู้ป่วยจะค่อย ๆ แย่ลง (Deterioration) ระยะเวลาช่วงนี้นี้นานประมาณ 5-10 ปี จัดเป็นช่วงต้นของการเจ็บป่วย ซึ่งเป็นระยะสำคัญ (Critical period)

### 4. ระยะเรื้อรัง/ อาการหลงเหลือ (Chronic/ Residual phase)

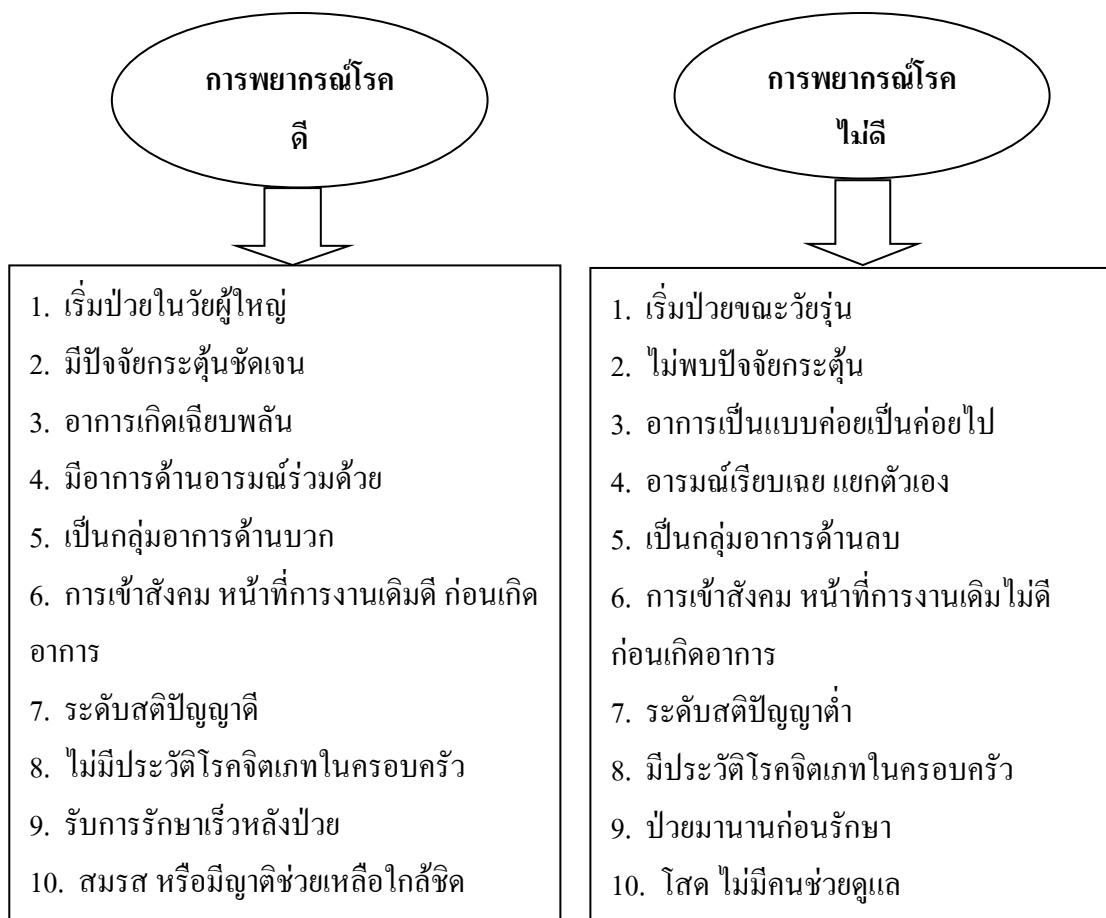
ในระยะนี้ตัวโรคส่วนใหญ่จะเริ่มคงที่ในแง่ของระดับอาการและความสามารถในการทำหน้าที่ต่าง ๆ ของผู้ป่วยในระยะยาว แล้วอาการโรคจิตจะค่อย ๆ ลดลงตามอายุที่มากขึ้น แม้อาจมีอาการด้านบวกอยู่บ้าง ก็มิได้มีผลต่อผู้ป่วยมากเหมือนในช่วงแรก ในขณะที่อาการด้านลบและอาการด้าน Cognitive จะยังอยู่ในระดับคงที่ตลอดการเจ็บป่วยและไม่ตอบสนองต่อการรักษา ในปัจจุบัน ผลลัพธ์ระยะยาวของโรคพบได้แตกต่างกันมากตั้งแต่โรคทุเลาเหลืออาการน้อยมากไปจนถึงมีอาการของโรคเรื้อรังจนไม่สามารถทำอะไรได้ พบว่า ผู้ป่วยประมาณร้อยละ 10-15 ไม่มีอาการอีกเลย แต่ส่วนใหญ่จะมีอาการกำเริบเป็นพัก ๆ สลับกับช่วงอาการสงบ ร่วมกับการเสื่อมลงของการทำหน้าที่ต่าง ๆ และผู้ป่วยประมาณร้อยละ 10-15 ที่มีอาการโรคจิตรุนแรงแบบเรื้อรัง

การดำเนินโรคในผู้ป่วยแต่ละคนมีความแตกต่างกันมาก บางคนเป็น ๆ หาย ๆ ในขณะที่บางคนเป็นเรื้อรัง โดยทั่วไปผู้ป่วยมักไม่หายเป็นปกติ อาการของโรคมักทรงหรือทรุดลงตามลำดับจนผู้ป่วยไร้ประสิทธิภาพ ในระยะแรกของโรคอาการทางด้านลบมักมีเด่นชัด และในเวลาต่อมาอาการทางด้านบวกจะปรากฏ เมื่อได้รับการรักษาอาการทางด้านบวกจะหมดไป แต่อาการทางด้าน

ลบบจะยังคงอยู่ ในบางรายอาการด้านลบเป็นรุนแรงขึ้น (สมภพ เรื่องตระกูล, 2557)

### การพยากรณ์โรค

การพยากรณ์โรคในผู้ป่วยแต่ละคนจะไม่เหมือนกัน ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆที่มีผลกระทบต่อตัวโรคและจิตใจของผู้ป่วย นอกจากนี้ความร่วมมือในการรักษา และสภาพแวดล้อมของผู้ป่วย ยังเป็นส่วนสำคัญที่ต้องประเมินร่วมด้วยทุกครั้ง



ภาพที่ 1 การพยากรณ์โรคในผู้ป่วยโรคจิตเภท (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558)

### การรักษาโรคจิตเภท

ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการดังต่อไปนี้จะถูกรับไว้เพื่อรับการรักษาในโรงพยาบาล ได้แก่ มีพฤติกรรมเป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น หรือก่อความเดือดร้อน รำคาญแก่ผู้อื่น มีปัญหาอื่น ๆ ที่ต้องดูแลใกล้ชิด เช่น มีอาการข้างเคียงจากยารุนแรง รวมทั้งต้องดูแลและควบคุมการรับประทานยา ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ยอมกินยา ซึ่งการรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาลจะช่วยลดความเครียดที่มีในผู้ป่วยและครอบครัวลง ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากบุคลากรด้านจิตเวชซึ่งจะช่วยในด้านอื่น ๆ ที่มี



ปัญหาออกเหนือไปจากเรื่องยา ระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาลโดยเฉลี่ยประมาณ 3-6 สัปดาห์ ซึ่งปัจจุบันการรักษาหรือควบคุมอาการของโรคให้คงที่มีดังต่อไปนี้

### 1. การรักษาด้วยยา การรักษาโรคจิตเภทนั้นใช้การรักษาด้วยยาต้านโรคจิต

(Antipsychotics) เป็นหลัก (กุสลาภรณ์ ชัยอุดมสม และคณะ, 2559; ชีระ ลีถานันท์ทกิจ, 2550)

การรักษาด้วยยาต้านโรคจิตนั้นเป็นหัวใจของการรักษา นอกจากเพื่อควบคุมอาการด้านบวกแล้ว ยังสามารถลดการกำเริบซ้ำของโรคได้ พบว่าผู้ป่วยที่กลับมีอาการกำเริบซ้ำอยู่บ่อย ๆ นั้น ส่วนใหญ่ มีปัญหาจากการขาดยา มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์ (2558) แบ่งการรักษา ออกเป็น 3 ช่วง ดังนี้

1.1 ระยะเวลาเฉียบพลัน (Acute phase) เป้าหมายของการรักษาคือ การลดอาการ โรคจิตลง ยาที่แนะนำให้ใช้เป็นขนานแรก ได้แก่ Haloperidol หรือ Risperidone ผู้ป่วยที่มีอาการครั้งแรก และไม่เคยรักษามาก่อนมักตอบสนองต่อยาขนาดต่ำ และจะเกิดอาการข้างเคียงจากยาได้ง่าย ในผู้ป่วยที่มีอาการครั้งแรกและไม่รุนแรงจึงควรเริ่มยาขนาดต่ำ เช่น Haloperidol 2-4 มก./ วัน แล้วค่อย ๆ เพิ่มขนาดยาทุกสัปดาห์ หากผู้ป่วยอาการดีขึ้นอาจคงยาไว้แค่ 4 มก./ วัน ซึ่งพบว่าเป็นขนาดที่เพียงพอในการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการครั้งแรก ผู้ป่วยที่ใช้ Haloperidol ขนาดประมาณ 4-6 มก./ วัน ร่วมกับ Trihexyphenidyl แล้วมีอาการ Extrapyrimal side effect [EPS] ควรเปลี่ยนยา เป็น Risperidone ขนาดประมาณ 4 มก./ วัน ผู้ป่วยที่มีอาการมากหรือผู้ป่วยเก่าที่อาการกำเริบอาจให้ Haloperidol ขนาด 10 มก./ วัน ร่วมกับ Diazepam 5 มก. กินวันละ 3-4 เวลา รวมไปถึงด้วย หลังจาก 2 สัปดาห์แล้วหากอาการ โรคจิตยังไม่ดีขึ้นจึงพิจารณาเพิ่มขนาดยา โดยทั่วไปจะให้ Haloperidol ขนาดไม่เกิน 15 มก./ วัน ในภาพรวมพบว่าประมาณร้อยละ 70 ของผู้ป่วยมีอาการสงบ (Remission) ใน 3-4 เดือนแรกของการรักษา

1.2 ระยะเวลาทำให้คงสภาพ (Stabilization phase) หลังจากมีอาการทุเลาลงแล้ว ผู้ป่วย ยังจำเป็นต้องได้รับยาต่อเพื่อควบคุมอาการ โดยให้ยารักษาโรคจิตขนาดเท่าเดิมต่อไปอีก 6 เดือน การลดขนาดเร็วหรือหยุดยาในช่วงนี้อาจทำให้อาการกำเริบได้ อย่างไรก็ตามหากผู้ป่วยมีอาการข้างเคียงจากยา ก็อาจต้องปรับขนาดยาหรือเปลี่ยนยาเพื่อลดอาการข้างเคียง เนื่องจากจะทำให้ผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการรักษาได้

1.3 ระยะเวลาคงที่ (Stable หรือ Maintenance phase) เป็นระยะที่ให้ยาเพื่อป้องกันโรคกำเริบซ้ำ ผู้ป่วยครั้งแรกหลังจากอาการ โรคจิตดีขึ้นแล้วมักต้องการหยุดการรักษา อย่างไรก็ตาม พบว่า ผู้ป่วยที่ไม่กินยาต่อมีโอกาสอาการกำเริบภายใน 1 ปีหลังจากหายอาการถึงร้อยละ 57 โดยทั่วไปจึงแนะนำว่าหลังจากอาการหายแล้วผู้ป่วยยังต้องกินยาต่อไปอีกอย่างน้อย 1 ปีครึ่งถึง 2 ปี แล้วจึงพิจารณาว่าจะหยุดยาหรือไม่ หากจะหยุดยาต้องลดขนาดช้า ๆ ใช้เวลาเป็นเดือน ๆ และยังคง

นักผู้ป่วยมาติดตามอาการอยู่ให้คำแนะนำญาติให้สังเกตอาการเริ่มต้นของการกำเริบ ผู้ป่วยกลุ่มที่หายขาด 1-2 ปีแล้วไม่มีอาการกำเริบอีกนี้จัดเป็นกลุ่มที่พบน้อยโดยเป็นกลุ่มที่อาการไม่รุนแรงหายเร็ว การพยากรณ์โรคดี (ดังภาพที่ 1) ผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบครั้งที่สองควรให้ยาต่อเนื่องไปนานอย่างน้อย 5 ปี หรือตลอดชีวิต

2. การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy [ECT]) การรักษาด้วยไฟฟ้าในผู้ป่วยโรคจิตเภทนั้นผลไม่ดีเท่าการรักษาด้วยยา โดยทั่วไปจะใช้ในกรณีผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา โดยใช้ ECT ร่วมไปด้วย โดยทำ ECT สัปดาห์ละ 3 ครั้ง จำนวนทั้งหมดประมาณ 12 ครั้ง นอกจากนี้ยังอาจใช้ในผู้ป่วยชนิด Catatonic หรือผู้ป่วยที่มี Severe depression ร่วมด้วย

3. การรักษาจิตสังคม การบำบัดจิตสังคมนี้เป็นส่วนสำคัญของการรักษา เนื่องจากอาการของผู้ป่วยมักก่อให้เกิดปัญหาระหว่างตัวเขากับสังคมรอบข้าง เมื่ออาการดีขึ้นบ้างแล้ว ปัญหาทางด้านสังคมก็ยังคงมีอยู่หากผู้รักษามีได้สนใจช่วยเหลือแก้ไข นอกจากนี้อาการบางอย่างเช่น อาการด้านลบ หรือภาวะท้อแท้หมดกำลังใจ ไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้รักษาจะต้องคำนึงถึงปัจจัยด้านจิตสังคมของผู้ป่วย เพื่อที่จะเข้าใจและช่วยเหลือเขาได้ในทุกด้าน มิใช่เป็นเพียงแค่ผู้รักษาโรคเท่านั้น

3.1 จิตบำบัด (Psychotherapy) ใช้วิธีการของจิตบำบัดชนิดประคับประคอง (Supportive psychotherapy) สามารถช่วยให้ผู้ป่วยควบคุมความเครียดและอาจช่วยลดการกลับเป็นซ้ำได้ (กุศลภรณ์ ชัยอุดมสม และคณะ, 2559) ส่งเสริมให้กำลังใจ อธิบายให้ผู้ป่วยทราบแนวทางการรักษาและรับประทายาครบตามกำหนด แนะนำแนวทางแก่ผู้ป่วยในการแก้ไขปัญหาทางด้านจิตใจ และให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมดีขึ้น (สมภพ เรืองตระกูล, 2557) โดยผู้รักษาพึงตั้งเป้าหมายตามที่เป็นจริงและผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติได้ เช่น ช่วยผู้ป่วยในการหาวิธีแก้ปัญหาในแบบอื่นที่เขาพอทำได้ ให้คำแนะนำต่อปัญหาบางประการในฐานะของผู้ที่มีความรู้มากกว่า ช่วยผู้ป่วยค้นหาว่าความเครียดหรือความกดดันอะไรที่เขามักทนไม่ได้ เป็นต้น (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558)

3.2 การให้คำแนะนำครอบครัว (Psychoeducation or family counseling) ผู้ปกครองมักจะเข้าใจว่าเป็นเพราะการที่ตนเลี้ยงดูไม่ดีจึงทำให้ผู้ป่วยเป็นโรคจิตได้ เกิดความรู้สึกผิดกล่าวโทษตนเอง และการใช้อารมณ์ต่อกันสูง หรืออยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยเป็นเวลานานในแต่ละวัน อาจทำให้เพิ่มความกดดันกับผู้ป่วย ซึ่งสองกรณีนี้ การทำครอบครัวบำบัด การให้ความรู้เรื่องโรครวมทั้งสิ่งที่ญาติควรปฏิบัติต่อผู้ป่วย จะสามารถช่วยได้เป็นอย่างดี

3.3 กลุ่มบำบัด (Group therapy) โดยการส่งเสริมกิจกรรมกลุ่มระหว่างผู้ป่วย ให้เกิดความรู้สึกว่าผู้ป่วยยังมีเพื่อนคนอื่น ๆ อีก ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว มีคนเข้าใจ มีการช่วยเหลือ แก้ไขปัญหา

หรือให้คำแนะนำซึ่งกันและกันได้ ได้มีการฝึกทักษะทางสังคม ซึ่งกลุ่มเน้นการสนับสนุนให้กำลังใจ

3.4 นิเวศน์บำบัด (Milieu therapy) เป็นการช่วยส่งเสริมขบวนการรักษา โดยการจัดสภาพแวดล้อมในโรงพยาบาล ประกอบด้วย การจัดสภาพแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยให้น่าอยู่ การจัดกิจกรรมต่าง ๆ ระบบการบริหารให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเป็นบางส่วน เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้การอยู่ร่วมกับคนอื่น มีการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น เกิดการปรับตัวได้เหมาะสม ผู้ป่วยมีการช่วยในกิจกรรมต่าง ๆ เท่าที่พอทำได้ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเอง (ธีระ ลีลานันทกิจ, 2550; นันทวัช สิทธิรักษ์ และคณะ, 2558; มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558)

#### ผลกระทบของการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท

โรคจิตเภทเป็น โรคเรื้อรังยากต่อการรักษาให้หายขาด ผู้ป่วยจะมีความบกพร่องในการทำหน้าที่และบุคลิกภาพเสื่อมลงเรื่อย ๆ ตามระยะเวลาของการเป็นโรค จากอาการและอาการแสดง การดำเนินโรค รวมถึงการรักษา ทำให้ผู้ป่วยจิตเภท นอกจากต้องเผชิญกับการเจ็บป่วยที่ยาวนาน และมีโอกาสกำเริบเป็นระยะ ๆ มีความเสื่อมถอยมากขึ้นตามจำนวนครั้งของการกำเริบแล้ว ผลกระทบจากสังคมที่เกิดขึ้นหลังการเจ็บป่วย ยังส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยหลายด้าน โดยเฉพาะต่อสภาพจิตใจของผู้ป่วยจิตเภทเอง รวมทั้งครอบครัว ชุมชนและสังคม ดังเช่น การศึกษาของ ทูลภา บุญผาสังข์ (2545) ที่พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก ยังคงมีอาการทางจิตหลงเหลืออยู่ โดยแสดงออกในลักษณะของอาการหงุดหงิด โมโหง่าย ร้อยละ 55 นอนหลับไม่เป็นเวลา ร้อยละ 33.34 หูแว่ว เห็นภาพหลอน ร้อยละ 31.66 นั่งเฉยไม่ทำงาน ร้อยละ 30 ก้าวร้าว ร้อยละ 30 และแยกตัวอยู่ตามลำพัง ร้อยละ 10 และการศึกษาของ สุวิมล สมัตตะ (2541) พบปัญหาของผู้ป่วยจิตเวชหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล คือ ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยพบว่าระยะแรกของผู้ป่วยจะมีความสนใจและสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนได้ตามปกติ แต่ในระยะต่อมาผู้ป่วยจะไม่ยอมช่วยเหลือตนเองและเรียกร้องความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว และด้านสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ผู้ป่วยจิตเภทมักจะแยกตัว ไม่เชื่อมั่นในตนเอง ไม่กล้าพูดคุยหรือบงการาย มีพฤติกรรมรบกวนผู้อื่น

ซึ่งจากความผิดปกติของความคิดและการรับรู้ซึ่งส่งผลต่อการแสดงออกด้านพฤติกรรม รวมถึงการรักษาที่ยาวนานที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดการเปลี่ยนแปลงหลายอย่างในวิถีชีวิต พบผลกระทบด้านต่าง ๆ จากการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท ได้แก่

#### 1. ด้านผู้ป่วย

1.1 ผู้ป่วยในระยะอาการกำเริบอาจมีพฤติกรรมแสดงออกมาในรูปของความรุนแรง ความน่ากลัว ซึ่งลักษณะของผู้ป่วยที่แสดงความคิดผิดปกติทำใหบุคคลในสังคมรู้สึกหวาดกลัวและ

ไม่ยอมคบค้าสมาคมด้วย (สุพัฒนา สุขสว่าง และศิริลักษณ์ สว่างวงศ์สิน, 2548) และจากการที่ผู้คนส่วนใหญ่ไม่ทราบถึงสาเหตุของการเจ็บป่วยและความเป็นไป คนส่วนใหญ่เมื่อต้องเผชิญกับผู้มีอาการทางจิตจึงรู้สึกกลัว ความกลัวอาจมีมากจนเกินความจริงกลายเป็นอคติต่อผู้ป่วย ทำให้เกิดเป็นทัศนคติเชิงลบต่อผู้ป่วยในบางสังคม เช่น เพื่อนบ้านอาจเกิดความรังเกียจในการคบหาสมาคม การถูกแยกจากสังคม หรือการใช้คำเรียกขานที่เป็นการตีตราผู้ป่วย (Labeling) หรือก่อให้เกิดตราบาป (Stigma) กับผู้ป่วยโรคจิตเภท (วรวัฒน์ ไชยชาญ, 2548) ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตและเป็นที่น่ารังเกียจของสังคม (เพ็ญญา แดงค้อมบุษย์, อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และพรชนก จิตปัญญา, 2547) ซึ่งส่งผลกระทบในการดำรงชีวิตทั้งในด้านชีวิตประจำวัน การมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น การประกอบอาชีพ การหาที่อยู่และพักอาศัย การรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย เหมือนว่าสังคมจะพยายามกีดกันผู้ป่วยออกจากกลุ่ม (อุบลรัตน์ สิงห์เสนี, 2552) ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยพยายามปกปิดอาการของตน ไม่ยอมรับการรักษา ไม่กล้าพบจิตแพทย์ ยิ่งทำให้อาการผู้ป่วยรุนแรงมากขึ้น สังคมยิ่งหวาดกลัวและรังเกียจผู้ป่วยมากขึ้น เป็นวงจรเช่นนี้เรื่อยไป (พันธุภา กิตติรัตน์ ไพบุลย์, 2549) อ้างถึงใน วรธนา จำปาศรี และเพ็ญญา แดงค้อมบุษย์, 2555) ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบซึ่งเกิดจากอาการของโรคจิตเภทที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยเป็นเวลานาน มีแนวโน้มและทักษะการทำหน้าที่ทางสังคมเสื่อมถอยลง ทำให้ขาดแรงจูงใจในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ จากพยาธิสภาพของโรคดังกล่าวถึงแม้ว่าผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจะได้รับการดูแลรักษาอาการทางจิต จนสามารถควบคุมอาการได้แล้วนั้น ผู้ป่วยจะยังคงมีอาการหลงเหลือดังกล่าว อาจส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับความกดดันด้านจิตใจเมื่อกลับไปใช้ชีวิตอยู่ที่บ้านหรือชุมชนของผู้ป่วยเอง ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทยังคงมีความผิดปกติทางด้านความคิด การรับรู้ และพฤติกรรมทำให้ผู้ป่วยมีความพร่องในการสื่อสารเพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่นได้ การมีทัศนคติในเชิงลบและท่าทีของสังคมเป็นการสร้างตราบาปให้เกิดขึ้นกับคนที่มีความผิดปกติทางจิตและเป็นการลดทอนโอกาสที่ผู้ป่วยจะได้แก้ไขปัญหารวมทั้งโอกาสที่จะขอความช่วยเหลือจากสังคม ตราบาปมีผลกระทบต่ออาการเจ็บป่วยทางจิตโดยการถูกจำกัดโอกาส ทำให้มีปัญหาการปรับตัวในการดำเนินชีวิตประจำวัน รู้สึกเป็นปมด้อย ลดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Dickerson, Sommerville, Origoni, Ringel, & Parente, 2002; อริญญา คำพึ่ง, 2552)

1.2 การกำเริบซ้ำบ่อย ๆ ทำให้มีการเสื่อมถอยของพัฒนาการทางด้านสมอง ส่งผลต่อบุคลิกภาพ และมีโอกาสเกิดขึ้นอย่างถาวร มีรายงานว่า ภาวะเสี่ยงที่จะเกิดความเสื่อมถอยของบุคลิกภาพจะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว หลังจากการกำเริบครั้งที่สอง ทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง ผู้ป่วยจะมีความบกพร่องในการดูแลตัวเองในด้านต่าง ๆ เช่น กิจกรรมประจำวันทั่วไป สุขอนามัยส่วนบุคคลไม่ดี ไม่อาบน้ำ ไม่เปลี่ยนเสื้อผ้า ไม่สามารถประกอบอาชีพในสังคมได้

ซึ่งโรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการรักษาด้วยยาทางจิตเวช ผลของยาจะช่วยควบคุมอาการด้านบวกและช่วยลดอาการกำเริบซ้ำของโรคได้ (มาโนช หล่อตระกูล, 2550) โดยพบว่าสาเหตุส่วนหนึ่งของกลับเป็นซ้ำบ่อย ๆ ส่วนใหญ่มีปัญหาจากการขาดยา เพราะยาทางจิตทุกตัวมีผลข้างเคียงหลายกลุ่มอาการ และผู้ป่วยอาจเกิดความทุกข์ทรมานจากการได้รับผลข้างเคียงจากยา (จินจิลา ดวงสลัด, สมศักดิ์ ภูมิจิน และสุนิสา พันธุ์สงวนสุข, 2546) อ่างถึงใน ณรงค์ศักดิ์ พุทธประเสริฐ, วันดี สุทธิรังสี และบุญวดี เพชรรัตน์, 2553) ในขณะที่ประสบกับความไม่สุขสบายและสภาพจิตที่ไม่ปลอดภัยไปร้งจากผลข้างเคียงของยา ผู้ป่วยส่วนใหญ่อีกก็เริ่มปฏิเสธการรับประทานยา ซึ่งเป็นที่มาที่สำคัญของการกลับซ้ำของโรค เมื่อมีการกำเริบอีกความเสื่อมถอยในการทำหน้าที่ต่าง ๆ ของผู้ป่วยก็จะมีมากขึ้น (สายใจ พัวพันธ์, 2553) เกิดความเบื่อหน่ายต่อความเจ็บป่วยและการรักษาที่เรื้อรังยาวนาน ส่งผลให้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยลดลง

1.3 ผู้ป่วยจิตเภทมักไม่ได้รับความเท่าเทียมทางสังคม พบว่า ผู้ป่วยขาดทักษะหน้าที่ทางสังคมและรู้สึกอับอายเกิดความไม่สบายใจในการปฏิบัติงานร่วมกับผู้อื่น ทำให้ผู้ป่วยบางรายต้องเผชิญกับภาวะตกงาน (ทิวาพร พูเพ็อง, 2544) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีขนาดเครือข่ายที่ให้การสนับสนุนผู้ป่วยน้อยมากหรือเล็กกว่า มีโอกาสในการเข้าถึงและมีความพึงพอใจกับผู้คนรอบข้าง รวมทั้งความสัมพันธ์ทางอารมณ์น้อยกว่าประชากรทั่วไป (ขวัญสุดา บุญทศ และคณะ, 2556)

1.4 ผลกระทบของโรคจิตเภทต่อความหวัง เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด การรับรู้ อารมณ์และพฤติกรรม (WHO, 1992; APA, 2013) ผู้ป่วยจะมีความคิดผิดแปลกบิดเบือนไปจากข้อเท็จจริง มีการรับรู้ผิดปกติและมีการแสดงออกทางอารมณ์ไม่เหมาะสม (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558) จากอาการและอาการแสดงของโรคทำให้บุคคลในสังคมไม่ให้การยอมรับ เป็นที่น่ารังเกียจ หรือหวาดกลัว พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีอาการกำเริบบ่อยครั้ง ทำให้ผู้ป่วยคิดว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทเป็นสิ่งที่น่าอับอาย น่ารังเกียจ ส่งผลทำให้ผู้ป่วยพยายามปกปิดเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยทางจิตของตนเองจากบุคคลอื่น ๆ รู้สึกอับอายมองตนเองไร้ค่า เบื่อหน่ายต่อการรักษา และสิ้นหวัง ขาดการรักษาที่ต่อเนื่อง มีอาการทางจิตกำเริบไม่สามารถดำเนินชีวิตบนความเจ็บป่วยต่อไปได้ ส่งผลทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ต่ำลง (จิราพร เกสรสุวรรณ, 2545; เศษฐา แก้วพรม, 2555) ซึ่งผลกระทบจากอาการและการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท รวมถึงการรักษายาวนานที่ผู้ป่วยได้รับ ส่งผลทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความหวังที่ลดลงได้ (อรพรรณ บุญลือธวัชชัย, 2541; ยอดสร้อย วิเวการณ, 2543; จิราพร เกสรสุวรรณ, 2545; สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, ดารุณี จงอุดมการณ์, กฤตยา แสงเจริญ, นวนันท์ ปิยะวัฒน์กุล และสมจิต แคนสีแก้ว,

2547; ปณิตา อินทรารักษ์, 2549; วัชรารักษ์ ลือไชสง, 2553; Lee et al., 2005; Lysaker et al., 2008; Chiba et al., 2010; Kaewprom et al., 2011)

## 2. ด้านผู้ดูแลและครอบครัวผู้ป่วย

สมาชิกในครอบครัวถือเป็นบุคลากรที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภท ถูกจำหน่ายจากโรงพยาบาลในขณะที่ยังมีอาการทางจิตหลงเหลืออยู่ และสามารถดูแลตัวเองได้เพียงบางส่วน การดูแลจึงเป็นหน้าที่หลักของบุคคลในครอบครัวภาระการดูแลที่ยาวนานมักก่อให้เกิดผู้ดูแลต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ในการดำรงชีวิต จากการศึกษาสุขภาพจิตของผู้ดูแลที่เป็นโรคจิตเภทที่มารับบริการที่โรงพยาบาลสวนปรุงของ ฉวีญา พรหมบุตร (2545) พบว่า ผู้ดูแลที่เป็นโรคจิตเภท ร้อยละ 31.6 มีปัญหาด้านสุขภาพจิต และมีแนวโน้มที่จะเกิดความผิดปกติทางจิตเวช ในจำนวนนี้ผู้ดูแลที่เป็นบิดามารดาของผู้ป่วยโรคจิตเภทมีปัญหาสุขภาพจิตจำนวนมากที่สุด และการศึกษาของ นรวิรี พุ่มจันทร์ (2548) พบว่า ปัจจัยที่ผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและญาติ คือ สัมพันธภาพในครอบครัว คุณภาพชีวิตของญาติมีความสัมพันธ์กับระดับอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท การที่สุขภาพร่างกายของผู้ป่วยจิตเภทมีความเสื่อมถอยต้องพึ่งพาผู้อื่นทำให้สมาชิกรู้สึกเบื่อหน่ายที่ต้องคอยดูแล (สาริณี โต้ะทอง, 2548) ญาติบางรายไม่ยอมรับผู้ป่วย มองผู้ป่วยในแง่ลบ มักมีการแสดงออกทางอารมณ์ที่รุนแรงต่อกัน ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถดำเนินชีวิตในครอบครัวได้อย่างมีความสุข

## 3. ด้านสังคม

โรคจิตเภทถือได้ว่าเป็นโรคที่ทำให้เกิดการสูญเสียทั้งด้านเศรษฐกิจและสังคม ผู้ป่วยไม่สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติ ไม่สามารถประกอบอาชีพและดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ นับเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญ (สัมพันธ มณีรัตน์, 2546) ผู้ป่วยจิตเภทบางรายอาจมีพฤติกรรมหรือการกระทำที่ไม่เหมาะสมและเป็นอันตรายต่อสังคม โดยเฉพาะผู้ป่วยที่อยู่ในระยะอาการกำเริบ จะส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของบุคคลในสังคมนั้น ๆ เช่น ผู้ป่วยมีพฤติกรรมพยายามทำร้ายตัวเอง หรือทำร้ายผู้อื่น อาจเนื่องมาจากความหวาดระแวง บางครั้งพกอาวุธติดตัวทำให้เป็นที่หวาดกลัวของผู้อื่น การเดินเร่ร่อนในที่สาธารณะเป็นต้น และในผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบและต้องกลับเข้ารับการรักษาซ้ำทำให้ต้องใช้เวลานานในการรักษานานมากขึ้น ส่งผลให้ประเทศต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายไปในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น ซึ่งในแต่ละปีพบว่าประเทศไทยต้องเสียงบประมาณในการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทสูงถึง 200 ล้านบาทต่อปี และมีแนวโน้มที่จะสูงขึ้นเรื่อย ๆ (กรมสุขภาพจิต, 2556) โรคจิตเภทถือได้ว่าเป็นโรคที่ทำให้เกิดการสูญเสียทั้งด้านเศรษฐกิจและสังคม ผู้ป่วยไม่สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติ ไม่สามารถประกอบอาชีพและดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ นับเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญ (สัมพันธ มณีรัตน์, 2546)

## ความหวังของผู้ป่วยจิตเภท

ความหวัง (Hope) เป็นความรู้สึกรู้สึกของบุคคลที่อยู่ภายในจิตใจซึ่งแสดงออกถึงการคาดหมายว่าในอนาคตจะได้มาซึ่งสิ่งดีงามที่บุคคลต้องการ เป็นความปรารถนา ความคาดหวังของการทำให้สำเร็จ (สุนทรี วัฒนเบญจ โสภา, 2543) ความหวังเสมือนแหล่งพลังงานภายในตัวบุคคลที่จะกระทำเพื่อนำไปสู่เป้าหมายแห่งความสำเร็จ ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นต่อการดำรงชีวิต มีความสัมพันธ์กับการให้ความหมายและคุณค่าในชีวิต (Miller, 1985) ระดับความหวังที่มีอยู่ในแต่ละบุคคลนั้นมีส่วนเกี่ยวข้องกับการมีปฏิสัมพันธ์และการดูแลสุขภาพ ซึ่งทุกคนจะมีความหวังอยู่ในระดับหนึ่งเสมอไม่ว่าจะอยู่ในสถานการณ์ที่ย่างยากมากเพียงใด หรืออยู่ในภาวะสุขภาพที่ดีหรือเจ็บป่วยก็ตาม ความหวังเปรียบเหมือนอำนาจที่แฝงอยู่ในตัวบุคคล ทำให้บุคคลมีความเข้มแข็งทั้งในด้านร่างกายและจิตใจสามารถที่จะเผชิญปัญหาต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Herth, 1989)

ผู้ป่วยจิตเภท เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีความผิดปกติด้านความคิดและการรับรู้ ส่งผลให้การกระทำหรือพฤติกรรมที่แสดงออกมามากไม่ค่อยเหมาะสม ผู้ป่วยมักเต็มไปด้วยความทุกข์ มีความรู้สึกที่ท้อแท้ อ่อนแอ หมดหวัง มักถูกสังคมมองว่าไร้ความสามารถ และคิดว่าตนเองไม่มีความสามารถ ตกอยู่ในภาวะสูญเสียพลังอำนาจ (อรพรรณ บุญลือธวัชชัย, 2541) การศึกษาของ Kaewprom et al. (2011) พบว่า ความหวังเป็นหนึ่งในปัจจัยส่วนบุคคลที่จะช่วยเอื้ออำนวยการฟื้นตัวของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งการฟื้นตัวมีความหมายรวมถึงการเกิดความรู้สึกเชิงบวกต่อตนเองอีกด้วย Lysaker, Roe, and Yanos (2006) พบว่า ผู้ที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำจะมีความหวังอยู่ในระดับต่ำด้วย มีงานวิจัยที่แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยจิตเภทมักรู้สึกสิ้นหวัง รู้สึกว่าสิ่งที่ตนเองคาดหวังไม่มีทางที่จะเป็นจริงได้ เชื่อว่าทุกอย่างที่ได้มาต้องมีความกดดันจากการที่ถูกปฏิเสธ คิดว่าคนอื่นรังเกียจ ซึ่งก่อให้เกิดความเครียด ความกดดัน ท้อแท้ และสิ้นหวัง ส่งผลต่อหน้าที่การทำงาน และการติดต่อทางสังคมของผู้ป่วย (Lysaker et al., 2008)

### แนวคิดเกี่ยวกับความหวัง

ความหวังเป็นสิ่งสำคัญในการดำรงชีวิต เมื่อบุคคลมีความหวังก็ย่อมที่จะพยายามกระทำสิ่งต่าง ๆ ไม่ว่าบุคคลนั้นจะตกอยู่ในภาวะใดก็ตาม ซึ่งอาจอยู่ในภาวะที่เป็นสุขมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรงหรืออยู่ในภาวะที่เป็นทุกข์ มีภาวะของการเจ็บป่วย บุคคลนั้นอาจถือได้ว่ากำลังเผชิญกับภัยอันตรายอย่างหนึ่ง จึงพยายามหาทางออกให้แก่ตนเองอย่างมีความหวัง และจะพยายามกระทำสิ่งต่าง ๆ ให้ได้มาซึ่งสิ่งที่ตนหวัง

### ความหมายของความหวัง

Herth (1992) ได้ให้ความหมายของความหวังไว้ว่า เป็นความคาดหวังโดยมีความเชื่อมั่นที่จะได้รับหรือประสบแต่สิ่งที่ดีในอนาคต ซึ่งความหวังเป็นกระบวนการของความคิด การรับรู้

ความรู้สึก พฤติกรรมการแสดงออกและสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการคาดหมายต่อเหตุการณ์ที่ด้อยอย่างต่อเนื่องและความเชื่อมั่นในทางบวก ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกมั่นใจ ใจว่าการกระทำของตนจะนำไปสู่ความเป็นไปได้ที่จะประสบความสำเร็จในสิ่งที่มุ่งหวังในอนาคต (Default & Martocchio, 1985; Herth, 1990) ความหวังเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของชีวิต เป็นสิ่งที่มีคุณค่ามีลักษณะเป็นพลวัตเปลี่ยนแปลงได้ตามอายุ เวลา และสถานการณ์ ทำให้บุคคลสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ที่ย่างยากได้

ความหวังเป็นสิ่งที่มนุษย์ทุกคนต้องการตราบเท่าที่มีชีวิตอยู่ (Herth, 2000) ความหวังจึงมีความสำคัญและเป็นสิ่งที่มีความจำเป็นต่อการดำรงชีวิต (Vellone et al., 2006) เพราะความหวังจะช่วยให้เกิดแรงผลักดันที่จะช่วยให้บุคคลก้าวไปข้างหน้าอย่างมีกำลังใจ ซึ่งเป็นความเข้มแข็งภายในจิตใจในการเผชิญความจริง โดยคาดการณ์ไว้ว่าสิ่งเลวร้ายจะไม่เกิดขึ้น หรือถ้าเกิดขึ้นคงมีหนทางในการแก้ไข ความหวังจึงมีความสำคัญต่อบุคคลที่อยู่ในภาวะเจ็บป่วยและภาวะที่กำลังเผชิญกับระยะวิกฤต โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคจิตเภทที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญปัญหาและจัดการกับปัญหา ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถยอมรับกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นและสามารถที่จะปรับตัวได้ (Vellone et al., 2006)

### ประเภทของความหวัง

Default and Martocchio (1985) ได้แบ่งประเภทของความหวังออกเป็น 2 ด้าน คือ

1. ความหวังทั่วไป (Generalized or Global hope) เป็นความหวังที่มีความเป็นนามธรรมสูง ขอบเขตกว้าง เปรียบเสมือนสิ่งที่สัมผัสไม่ได้ แต่จะช่วยป้องกันความสิ้นหวัง (Despair) เมื่อบุคคลประสบความสำเร็จแล้วในความหวังเฉพาะ ทำให้บุคคลสามารถลงใจซึ่งความหมายในชีวิตทั้งอดีต ปัจจุบัน และอนาคต โดยมีความหวังทั่วไปเป็นแรงจูงใจที่รับผิดชอบต่อชีวิต ช่วยให้บุคคลสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างรอบคอบ มีความยืดหยุ่น

2. ความหวังเฉพาะ (Particularized or Specific hope) เป็นความหวังที่มีความชัดเจนเป็นรูปธรรม เป็นสิ่งที่สำคัญต่อชีวิต ก่อให้เกิดพลังในการปรับตัวต่ออุปสรรคต่าง ๆ

### มิติของความหวัง

Herth (1992) ได้รวมด้านมิติของความหวังที่คาบเกี่ยวกันเข้าด้วยกันได้เป็น 3 ด้าน คือ

1. ความรู้สึกภายในที่เกิดขึ้นชั่วคราวและในอนาคต (Inner sense of temporality and future) เป็นการรับรู้ภายในต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในปัจจุบันและอาจเกิดขึ้นในอนาคต ซึ่งเป็นการรับรู้ในทางบวก และรู้สึกว่าสิ่งที่ต้องการสามารถเป็นไปได้จริงในอนาคต

2. ความพร้อมภายในทางบวกและการคาดหวัง (Inner positive readiness and expectancy) เป็นความรู้สึกเชื่อมั่นและพยายามที่จะทำเพื่อบรรลุเป้าประสงค์ เป็นความรู้สึกพร้อม



ที่จะทำตามแผนเพื่อให้บุคคลบรรลุถึงสิ่งที่ต้องการ

3. ความสัมพันธ์ระหว่างตนและบุคคลอื่น (Inner connectedness with self and others) เป็นการเห็นความสำคัญของการพึ่งพาระหว่างกัน ความเกี่ยวข้องผูกพันระหว่างตนกับจิตวิญญาณ

#### คุณค่าของความหวัง

ความหวังเปรียบเสมือนพลังที่เป็นสิ่งจำเป็นและมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการดำรงชีวิตของมนุษย์เพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดี (Herth, 1990; Miller, 1992) บุคคลทุกคนจะต้องมีความหวังอยู่ในระดับหนึ่งไม่ว่าจะอยู่ในภาวะที่มีสุขภาพแข็งแรงหรือเจ็บป่วย หรือเมื่อต้องตกอยู่ในสถานการณ์ที่ยุ้งยากเพียงใดก็ตาม โดยเฉพาะในขณะที่บุคคลประสบกับภาวะวิกฤติในชีวิต หรือรู้สึกท้อทรมานจากความเจ็บป่วยความไม่แน่นอน การสูญเสีย การพลัดพราก (Kylma, 2005) นอกจากนี้ความหวังยังส่งผลให้บุคคลมีความกระตือรือร้นในการแสวงหาแนวทางในการดูแลตนเองและให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล จึงอาจกล่าวได้ว่าความหวังเป็นปัจจัยสำคัญในการช่วยให้บุคคลมีความสามารถในการเผชิญกับความเครียด โดยเฉพาะในภาวะที่เจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรง ซึ่งเป็นสภาพที่ต้องการความหวังอย่างมากในการดำเนินชีวิตที่เหลืออยู่ ความหวังจึงมีบทบาทสำคัญยิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่กับความเจ็บป่วยของตนได้ อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี (Miller, 1985) และมีความผาสุกทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ

#### กระบวนการของความหวัง

ความหวังมีลักษณะเป็นพลวัตร ซึ่งสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา ความหวังสามารถแปรเปลี่ยนมาเป็นความสิ้นหวังได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยที่เข้ามามีผลกระทบต่อบุคคลในสถานการณ์นั้น ๆ (Kylma, 2005) ดังนั้นหากบุคคลประสบกับเหตุการณ์ หรือสถานการณ์ต่าง ๆ ที่มีผลกระทบต่อดำรงชีวิต โดยเฉพาะสถานการณ์ที่เป็นภาวะวิกฤติในชีวิต ที่ส่งผลกระทบต่อความหวัง อาจจะเป็นในด้านบวกหรือลบ และในบางสถานการณ์มีผลช่วยให้บุคคลสามารถพัฒนาความหวังขึ้นมาหรือทำให้ความหวังที่มีอยู่เกิดการเปลี่ยนแปลงไป (Herth, 2000)

Kylma (2005) ได้กล่าวถึง กระบวนการ การเปลี่ยนแปลงของความหวังว่า ประกอบด้วย ความหวัง ความสิ้นหวัง (Despair) และความหมดหวัง (Hopelessness) โดย

ความหวัง เป็นสิ่งยึดเหนี่ยวที่จะช่วยให้บุคคลเข้มแข็งมีกำลังใจในการต่อสู้กับเหตุการณ์ หรือภาวะวิกฤติที่เข้ามามีผลต่อการดำเนินชีวิตทั้งในปัจจุบันและในอนาคต (Kylma, 1996)

ความสิ้นหวัง (Despair) เกิดจากความท้อทรมานอย่างใหญ่หลวง เป็นเหตุการณ์ที่เข้ามา มีผลกระทบต่อบุคคล เป็นสิ่งที่เข้ามาทำลายความหวังและนำไปสู่ความหมดหวัง (Hopelessness)

ความหมดหวัง (Hopelessness) เป็นสภาวะการณ์ที่บุคคลรู้สึกสูญเสียทุกสิ่งทุกอย่าง ไม่มีทางเลือกหรือไม่มีพลังอำนาจที่จะต่อรองหรือกระทำสิ่งใด ๆ ได้อีก บุคคลจะใช้ชีวิตอย่าง

ไว้จุดหมายขาดแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่ ซึ่งหากบุคคลอยู่ในภาวะนี้อาจนำไปสู่การคิดฆ่าตัวตายได้ กระบวนการความหวัง ความสิ้นหวัง และความหมดหวัง มีความเกี่ยวข้องเชื่อมโยงซึ่งกันและกัน การศึกษาของ Kylma (2005) กล่าวว่า ถ้าความสิ้นหวังและความหมดหวังเกิดขึ้นจะนำไปสู่ความสามารถในการจัดการกับอาการหรือการเผชิญกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้ลดลง แต่ถ้าหากมีความหวังจะช่วยให้บุคคลมีแรงขับในการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นได้ ซึ่งความหวังจะช่วยให้บุคคลมีกำลังใจและกล้าที่จะเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้น

ดังนั้นการนำแนวคิดการสร้างเสริมความหวังมาใช้ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยจึงมีความจำเป็นและเหมาะสม เพราะจะส่งผลให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้เป็นองค์รวม โดยไม่ได้มุ่งเน้นแต่เพียงการรักษาโรคเท่านั้น แต่ยังคำนึงถึงการดูแลให้ผู้ป่วยมีความสุขและมีกำลังใจในการเผชิญกับโรคและรักษาได้ แต่ทั้งนี้ความหวังนั้นจะต้องตั้งอยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง

จากปัจจัยที่มีผลต่อความหวังของ Herth (1992) พิจารณาความหวังในผู้ป่วยจิตเภทได้ (สุจิตรา วรสิงห์, 2557) ดังนี้

1. การถูกแบ่งแยกหรือการถูกทอดทิ้งในผู้ป่วยจิตเภท ทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ และจิตใจ จากตัวโรคที่ทำให้มีความผิดปกติด้านความคิดและการรับรู้เป็นพื้นฐาน ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมและอารมณ์ไม่เหมาะสมในขณะที่ความรู้สึกตัวและความสามารถทางสติปัญญายังปกติ (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558; สมภพ เรื่องตระกูล, 2557; WHO, 2006) ก่อให้เกิดความบกพร่องต่อหน้าที่และความรับผิดชอบต่าง ๆ มีความเสื่อมสมรรถภาพทางกาย ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง บทบาทหน้าที่ในสังคมบกพร่องไป ผู้ป่วยจิตเภทถูกแบ่งแยกจากคนทั่วไป (Goffman, 1963) จากการศึกษาของ วัชรภรณ์ ลือไชสงค์ (2553) พบว่าญาติหวาดกลัวผู้ป่วย รู้สึกไม่ปลอดภัยเมื่ออยู่ร่วมกัน กลัวจะถูกทำร้าย บางรายขับไล่ผู้ป่วยออกจากบ้าน ต้องเร่ร่อนอาศัยอยู่ตามวัด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Lee et al. (2005) พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทถูกทอดทิ้ง บางรายถูกญาติพี่น้องไล่ออกจากบ้าน กลุ่มสมรสนีหยา ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทรู้สึกไม่มีคุณค่าในตนเอง ขาดความภาคภูมิใจ ขาดความมั่นใจ หมดกำลังใจและสิ้นหวังได้ โดยการที่ผู้ป่วยถูกแบ่งแยกและการถูกทอดทิ้งทำให้ไม่ได้รับการช่วยเหลือทั้งทางด้านร่างกายทางด้านจิตใจและอารมณ์ ผู้ป่วยขาดแรงจูงใจในการต่อสู้กับปัญหา ส่งผลต่อความหวังของผู้ป่วยจิตเภทเป็นอย่างมาก บางรายมีอาการกำเริบบ่อยครั้ง ญาติรู้สึกเบื่อหน่ายทอดทิ้งผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล ญาติบางรายไม่มั่นใจในอาการผู้ป่วยว่าจะสามารถอยู่ร่วมกับคนอื่นในชุมชนได้ ผู้ป่วยไม่มีรายได้ ไม่มีอาชีพ (หทัยรัตน์ ปฏิพันธ์ภักดี, 2554)

2. การที่ไม่สามารถควบคุมความเจ็บป่วยหรือความไม่สุขสบายได้ ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังและรักษาไม่หาย ส่งผลให้เกิดความรู้สึกท้อแท้ หมดหวังได้ (Kaewprom et al.,

2011) พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทเมื่อรักษาอาการทุเลาแล้ว ส่วนใหญ่จะยังคงมีอาการหลงเหลืออยู่บ้าง (Incomplete remission) อาการกำเริบอาจมีเป็นช่วง ๆ หากมีอาการกำเริบซ้ำบ่อยก็จะยังมีอาการหลงเหลือมากหรืออาการเสื่อมลงมากขึ้นเรื่อย ๆ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2558) ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความไม่สุขสบายที่ต่อเนื่องยาวนาน รู้สึกไม่เป็นตัวของตัวเอง สูญเสียเอกลักษณ์และคุณค่าในตัวเอง ไม่มีแรงจูงใจ หดเหี่ยวและรู้สึกหมดอนาคต (ยอดสร้อย วิเวกวรรณ, 2543) และจากการศึกษาของ Chiba et al. (2010) พบว่า ความหวังมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับสูงกับภาวะและกระบวนการในการฟื้นตัวของผู้ป่วยที่อยู่อาศัยอยู่ในชุมชนและได้รับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาล และบุคคลที่มีสุขภาพกายแข็งแรงสมบูรณ์ย่อมมีพลังใจที่จะคิดหาแนวทางไปสู่เป้าหมายที่ต้องการ รวมถึงมีความพร้อมในการปฏิบัติกิจกรรมที่ตั้งเป้าหมาย นั้นไว้ด้วย (Snyder, 1994)

3. การลดคุณค่าความเป็นบุคคล การไม่ได้รับการดูแลหรือได้รับการดูแลแบบไม่ใช่บุคคล พบการศึกษาของ วัชรารัตน์ ลือไชยงค์ (2553) พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทรู้สึกเสียใจ น้อยใจที่ญาติดูค่าด้วยถ้อยคำหยาบคาย และแสดงกิริยาไม่ดีใส่ เช่น ไม่กล่าวทักทายผู้ป่วย ทำเหมือนไม่รู้จักกัน ไม่ให้ผู้ป่วยเข้าบ้าน ไม่ให้รับประทานอาหารร่วมกันกับสมาชิกอื่นในครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอับอายและไร้ค่า มีผู้ป่วยบางรายถูกกักขัง หรือทุบตี ทำให้รู้สึกว่าตัวเองเป็นเหมือนสัตว์เลี้ยงไม่มีอิสระ ไม่มี ความหวังและขาดกำลังใจ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Lee et al. (2005) พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทบางรายถูกสมาชิกในครอบครัว คำว่า โยนข้าวของและถูกขับไล่ออกนอกบ้าน ถูกคนอื่นมองเป็นเหมือนตัวตลก มองแปลก ๆ เหมือนผู้ป่วยไม่ใช่คน ซึ่งการรับรู้ทางลบจากสังคมดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยรู้สึกด้อยค่า ท้อแท้และสิ้นหวังในที่สุด (ปนิดา อินทรารักษ์, 2549)

## กลุ่มจิตบำบัดระดับประคองกับการเสริมสร้างความหวังในผู้ป่วยจิตเภท

### ความหมายแนวคิดกลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง

กลุ่มจิตบำบัดระดับประคองเป็นการบำบัดรักษาแบบหนึ่งซึ่ง Yalom (1995) ให้ความหมายกลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง คือ การบำบัดรักษาแบบกลุ่มวิธีหนึ่งมีแนวคิดพื้นฐานจากวิธีการทำจิตบำบัดรายบุคคลและรายกลุ่ม มีจุดมุ่งหมายเพื่อช่วยเหลือระดับประคองบุคคลที่มีความทุกข์ทางใจ สมาชิกกลุ่มเป็นผู้ที่มีปัญหาทางด้านจิตใจและอารมณ์ มาเข้ากลุ่มเพื่อร่วมแสดงความรู้สึก ความคิดเห็นและอภิปรายในปัญหาร่วมกันภายในกลุ่ม ซึ่งเน้นการมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันของสมาชิกกลุ่ม ดำเนินไปตามพัฒนาการของกลุ่ม โดยมีเป้าหมายเพื่อให้สมาชิกเกิดการเรียนรู้เปลี่ยนแปลงความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสม ทำให้สมาชิกเรียนและเกิดความเข้าใจในปัญหาการเจ็บป่วยของตนเองมากขึ้น และเกิดปัจจัยบำบัดซึ่งส่งผลดีต่อการรักษา

Yalom (1995) กล่าวว่า หัวใจสำคัญของกระบวนการกลุ่มคือ การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันและของสมาชิก งานของผู้รักษาในกลุ่มก็คือ ช่วยให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ปัญหาด้านสัมพันธภาพที่บิดเบือนไปไม่ถูกต้อง ซึ่งเกิดปัญหาขึ้นกับผู้ป่วยและบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้องด้วย โดยการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยหาแนวทางการแก้ไขปัญหาโดยใช้ประสบการณ์ในกลุ่มเป็นเครื่องมือ ซึ่งการเข้ากลุ่มเปรียบเสมือนเข้าสังคมจำลอง (Social microcosm) คือ ผู้ป่วยจะแสดงพฤติกรรมออกมาภายในกลุ่มเหมือนกับที่ตนเองทำในสังคมที่เคยอยู่ ซึ่งมีพฤติกรรมที่เคยทำอยู่หรือแสดงพฤติกรรมต่อผู้อื่นที่ไม่ถูกต้อง (Interpersonal maladaptive behavior) ก็จะปรากฏพฤติกรรมนั้นออกมาให้เห็นชัดเจนภายในกลุ่ม พฤติกรรมของผู้ป่วยที่แสดงให้กลุ่มเห็นนี้เป็น “ตัวอย่าง” ของพฤติกรรมทั้งหมดของผู้ป่วย ซึ่งก็จะเห็นในกลุ่มได้ชัดเจนกว่าการทำจิตบำบัดรายบุคคล เพราะผู้ป่วยสามารถแก้ไขพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมที่มีต่อบุคคลอื่น ๆ ในกลุ่มได้ และสามารถนำไปใช้ในชีวิตจริงของผู้ป่วยได้อีกด้วย “ที่นี่และเดี๋ยวนี้” คือ การที่ให้ผู้ป่วยสนใจกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริง ๆ ในกลุ่ม ถ้ามีการพูดถึงเรื่อง “ภายนอกกลุ่ม” ก็จะต้องดึงเรื่องให้กลับมาสู่ “ภายในกลุ่ม” ให้ได้ นอกจากนี้การใช้ “ที่นี่และเดี๋ยวนี้” ยังมีผลแรงให้ปัจจัยบำบัดหรือปัจจัยการรักษา (Therapeutic factors) อื่น ๆ ให้ทำหน้าที่ได้ดีขึ้นด้วย

### ปัจจัยบำบัด

ปัจจัยบำบัดตามแนวคิดของ Yalom (1995) มีกลไกที่ทำให้สมาชิกกลุ่มเกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมที่เหมาะสม ซึ่งส่งผลให้เกิดปัจจัยของกระบวนการและการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกด้วยกันภายในกลุ่ม ช่วยให้การรักษาได้ผลดี และปัจจัยบำบัดที่เกิดขึ้นจะพัฒนาและทำงานไปพร้อม ๆ กัน ช่วยส่งเสริมและสนับสนุนซึ่งกันและกัน โดยไม่สามารถแยกออกจากกันได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับระยะเวลาและชนิดของผู้ป่วยด้วย ซึ่ง Yalom (1995) สรุปปัจจัยบำบัดไว้ได้ดังนี้

1. การรู้ถึงคุณค่าของตนเอง (Altruism) การเข้ากลุ่มทำให้สมาชิกได้มีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา ได้มีโอกาสให้ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ต่อสมาชิกคนอื่น ๆ มีความกระตือรือร้นที่จะช่วยเหลือและเห็นความสำคัญของคนอื่นมากกว่าตนเองทำให้สมาชิกมองเห็นคุณค่าของตนเอง
2. ความเป็นปึกแผ่น (Group cohesiveness) การเข้ากลุ่มอย่างสม่ำเสมอจะทำให้สมาชิกรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม มีความเป็นเจ้าของกลุ่มร่วมกัน กล้าที่จะช่วยเปิดเผยตนเอง สมาชิกมีความรู้สึกใกล้ชิดผูกพันกัน ทำให้ความรู้สึกโดดเดี่ยวอ้างว้างของสมาชิกหมดไปได้
3. การมีความเป็นสากล (Universality) การเข้ากลุ่มจะทำให้สมาชิกได้ตระหนักว่าทุกคนมีปัญหาเหมือนกันหมดซึ่งเป็นเรื่องธรรมดา ความคิดความรู้สึกของสมาชิกที่ว่าตนเองมีความทุกข์อยู่คนเดียวก็จะสามารถลดลงได้ เกิดความคิดความรู้สึกใหม่่ว่าสมาชิกไม่ได้อยู่คนเดียวในโลกนี้

ยังมีเพื่อนสมาชิกที่มีความทุกข์และมีปัญหาเช่นเดียวกันนี้อีก

4. การเรียนรู้มนุษยสัมพันธ์ (Interpersonal learning) ทำให้สมาชิกได้เรียนรู้ว่าสิ่งที่ตนเองพูดและแสดงความคิดเห็นในกลุ่มออกไปนั้น รู้ว่าคนอื่นคิดอย่างไรต่อตนเองและการสะท้อนกลับของกลุ่มจะช่วยให้สมาชิกได้มีทักษะในการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นเพิ่มขึ้น และสามารถนำไปปรับปรุงตนเองให้ดีขึ้นได้ เกิดการเรียนรู้การอยู่ร่วมกับบุคคลอื่น และเกิดความเชื่อถือไว้วางใจกันมากขึ้น มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีขึ้น

5. การให้ข้อมูล (Imparting of information) เป็นการให้ข้อมูลข่าวสารที่เป็นการแลกเปลี่ยนระหว่างสมาชิกกลุ่มหรือจากผู้นำไปสู่กลุ่ม มีการอภิปรายแลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับปัญหานั้น ข้อมูลที่ให้ต้องเป็นความจริงและกระชับ ซึ่งการให้ข้อมูลถือเป็นสิ่งจำเป็นมากที่ต้องให้ในระยะแรกของการทำกลุ่ม เพื่อสร้างความไว้วางใจของสมาชิกต่อกัน

6. การได้ระบายออก (Catharsis) การเข้ากลุ่มช่วยให้สมาชิกได้พูดระบายออกทั้งสิ่งที่ดีและไม่ดีเกี่ยวกับความคับข้องใจ ความวิตกกังวลของสมาชิกเองให้กับกลุ่ม ได้รับฟัง ซึ่งถ้ากลุ่มมีความผูกพันทางจิตใจสูง สมาชิกจะมีการพูดระบายและมีการเปิดเผยตนเองภายในกลุ่มสูงด้วย โดยการที่สมาชิกได้ระบายออกในกลุ่มนี้จะช่วยให้สมาชิกมีความสบายใจ รู้สึกผ่อนคลายความวิตกกังวลมากขึ้น มองโลกด้วยใจที่เป็นกลาง มีความเข้าใจในชีวิตมากขึ้น ส่งผลให้มีการพัฒนาด้านจิตใจและอารมณ์เป็นไปในทางที่ดี และสามารถช่วยหาทางออกและมีแนวทางในการแก้ปัญหาชีวิตต่อไปได้

7. การได้เลียนแบบ (Imitative behavior) การเข้ากลุ่มจิตบำบัดทำให้สมาชิกได้มีการลอกเลียนแบบพฤติกรรมของสมาชิกคนอื่นที่ตนเองพอใจทั้งจากผู้นำกลุ่มและสมาชิกกลุ่ม ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเลียนแบบไปในทางที่ดีได้

8. การแก้ไขประสบการณ์เดิมในครอบครัว (The corrective recapitulation of the primary family group member) สถานการณ์ในกลุ่มนั้นคล้ายกับสถานการณ์ในครอบครัวซึ่งจะทำให้สมาชิกนึกถึงปัญหาความขัดแย้งที่เกิดขึ้นในครอบครัวของสมาชิกเอง และแสดงพฤติกรรมแบบเดิมที่เป็นปัญหาของสมาชิกออกมาในกลุ่ม ซึ่งอาจเป็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม สมาชิกกลุ่มจึงต้องเสนอแนะถึงพฤติกรรมที่เหมาะสมต่อสมาชิก ทำให้สมาชิกได้เรียนรู้ที่จะแก้ไขพฤติกรรมนั้นอย่างถูกต้อง

9. การพัฒนาเทคนิคเพื่อการเข้าสังคม (Development of socializing techniques) การเข้ากลุ่มทำให้สมาชิกมีทักษะในการสร้างสัมพันธภาพทางสังคมเพิ่มขึ้น ทำให้สมาชิกเรียนรู้ทักษะทางสังคม รวมทั้งเรียนรู้ที่จะเข้าใจความรู้สึกของผู้อื่น ซึ่งจะมีประโยชน์ต่อสมาชิกเมื่อนำไปใช้กับสังคมภายนอกต่อไป

10. การรู้สึกมีความหวัง (Instillation of hope) การเข้ากลุ่มทำให้สมาชิกที่เคยท้อแท้หมดหวังในชีวิต มีความหวังขึ้นมาใหม่ได้ว่าอาจจะมีชีวิตที่ดีขึ้นได้ ทำให้สมาชิกมีกำลังใจในการที่จะต่อสู้เมื่อได้เห็นสมาชิกคนอื่นในกลุ่มมีการพัฒนาไปในทางที่ดีขึ้น

11. การได้รู้ถึงความจริงของชีวิต (Existential factors) การเข้ากลุ่มสามารถช่วยให้สมาชิกได้เข้าใจว่าธรรมชาติของชีวิตบางครั้งมีสมหวัง บางครั้งมีผิดหวัง ทุกสิ่งล้วนมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นมากมายและมีการแยกจากกัน ซึ่งจะทำให้สมาชิกกลุ่มสามารถเผชิญชีวิตและผ่านพ้นอุปสรรคไปได้ เกิดความเชื่อมั่นและมีความพึงพอใจในความสามารถของตนเอง ทำให้ความรู้สึกต่ำต้อย เสียใจ หรือความรู้สึกที่ถอยในชีวิตลดลงหรือหมดไปได้ และสมาชิกสามารถดำรงชีวิตอยู่อย่างมีความสุขต่อไปได้ด้วยตนเอง

### ระยะของพัฒนาการกลุ่ม

แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้ (Yalom, 1995)

1. ระยะสร้างสัมพันธภาพ (Initiating phase) ประเด็นการสนทนาและรูปแบบของการสื่อสารในระยะนี้ค่อนข้างที่จะเป็นไปในเชิงการสร้างสัมพันธภาพ และทำให้สมาชิกรู้สึกผ่อนคลายด้วยการแนะนำตนเอง แจกกฎกติกา วัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินกลุ่ม ความสำคัญและประโยชน์ที่จะได้รับจากการทำกลุ่ม ความรับผิดชอบของสมาชิกต่อกัน เพื่อให้สมาชิกรู้จักและคุ้นเคยกัน มีความไว้วางใจ รู้สึกผูกพัน มีความเข้าใจที่ตรงกันระหว่างผู้นำกลุ่มกับสมาชิก เกิดความร่วมมือกันในการนำกลุ่มไปสู่เป้าหมาย ลดการต่อต้านของสมาชิกกลุ่ม สร้างแรงจูงใจและมีความกระตือรือร้นต่อการเข้ากลุ่ม ปัญหาที่อาจเกิดขึ้นในระยะนี้ได้แก่ สมาชิกทดสอบผู้นำกลุ่ม ความลังเลของสมาชิกกลุ่ม ความสงสัยเกี่ยวกับกิจกรรมที่นำไปสู่เป้าหมายของการรักษา โดยมักพบว่าสมาชิกกลุ่มจะมุ่งสนทนากับผู้นำกลุ่ม ต้องการคำตอบและการยอมรับจากผู้นำกลุ่ม โดยมีการยึดผู้นำกลุ่มเป็นศูนย์กลาง เพื่อแสวงหาคำพูดชมเชยจากผู้นำกลุ่มมากกว่าที่จะสนทนาร่วมกันภายในกลุ่ม ดังนั้นผู้นำกลุ่มจะต้องระมัดระวังคำพูดในการวิพากษ์วิจารณ์ที่ปรารภและไม่พึงปรารภของกลุ่ม

2. ระยะทำงานร่วมกัน (Working phase) ผู้นำกลุ่มกำหนดประเด็นในการสนทนาขึ้นภายในกลุ่ม แล้วเปิดโอกาสให้สมาชิกแสดงความรู้สึกนึกคิดต่าง ๆ ออกมาเต็มที่ กระตุ้นให้สมาชิกทุกคนมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น เพื่อก่อให้เกิดความรู้สึกผูกพันเป็นหนึ่งเดียว (Cohesive) มองเห็นคุณค่าของกันและกัน รวมทั้งมีความตั้งใจที่จะทำงานของกลุ่มให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ ระยะนี้ผู้นำกลุ่มต้องช่างสังเกตและตระหนักถึงพฤติกรรมบางอย่างของสมาชิกที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งอาจเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินกลุ่ม ผู้นำกลุ่มต้องเข้าใจและแก้ไขเพื่อให้กลุ่มดำเนินต่อไป เช่น ความขัดแย้งที่เกิดขึ้นระหว่างสมาชิก และสมาชิกกับผู้นำกลุ่ม อันเนื่องมาจากความต้องการมีอำนาจที่ต้องการที่ควบคุมและครอบงำกลุ่มของสมาชิกคนใดคนหนึ่ง หรืออาจมาจากความไม่เข้าใจ

ในความแตกต่างระหว่างบุคคลเกี่ยวกับความเชื่อ วิธีการดำเนินชีวิต และความแตกต่างในข้อปฏิบัติทางศาสนา ธรรมเนียมประเพณี และวัฒนธรรม กลุ่มอาจจะมีการรวมพลังเพื่อต่อรองผู้นำกลุ่ม หรือเรียกร้องให้ได้มาซึ่งอำนาจ ดังนั้นผู้นำกลุ่มจะต้องควบคุมและยึดมั่นในกระแสของกลุ่ม อยู่ในสาระของการทำกลุ่ม เข้าใจกลไกทางจิตของบุคคล (Defense mechanism) หาทางป้องกันตัวเองจากการถูกคุกคามที่เกิดภายในกลุ่ม หาสาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้นในกลุ่มให้ได้ แล้วชี้แจงให้กลุ่มทำความเข้าใจต่อสถานการณ์ในขณะนั้น ได้อย่างถูกต้องและตรงกัน ช่วยให้สมาชิกเข้าใจความเป็นส่วนบุคคลและสิทธิของบุคคล และอาจต้องมีการทบทวนถึงกฎกติกา วัตถุประสงค์ในช่วงนี้ด้วย จึงจำเป็นที่ผู้นำกลุ่มต้องรู้จักควบคุมตนเองและระงับสติอารมณ์เมื่อรู้สึกโกรธ เพื่อป้องกันความขัดแย้งกับกลุ่ม และมีความมุ่งมั่นที่จะดำเนินกลุ่มให้บรรลุตามวัตถุประสงค์

3. ระยะยุติกลุ่ม (Terminal phase) ในระยะนี้สมาชิกจะแสดงออกถึงความรู้สึกผูกพันต่อกลุ่ม ซึ่งสามารถสังเกตได้จากความรู้สึกร่วมกันของกลุ่ม ความมุ่งมั่นของกลุ่มต่อเป้าหมาย ประหามติของกลุ่ม ความร่วมมือและการประสานงานภายในกลุ่ม การช่วยเหลือประคับประคองซึ่งกันและกัน ความสามัคคีภายในกลุ่ม โดยสมาชิกมักแสดงออกด้วยการเปิดเผยตนเอง โดยมักจะพูดคุยถึงเหตุผลที่ต้องเข้ามารับการรักษาย บอกรื่องราวที่ไม่เคยเปิดเผยมาก่อน อันเนื่องมาจากความไว้วางใจในกลุ่มและรู้สึกเป็นพวกเดียวกัน ผู้นำกลุ่มจะต้องสำรวจความรู้สึกผูกพันที่เกิดขึ้นภายในกลุ่ม 2 ประเด็น คือ ผูกพันเป็นหนึ่งเดียวในระดับพอดี ความรู้สึกผูกพันที่ลึกซึ้งหรือมากเกินไป แล้วชี้แจงให้สมาชิกได้ตระหนักถึงความผูกพันที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริงที่ปรากฏ เพื่อป้องกันความวิตกกังวลต่อการสิ้นสุดสัมพันธ์ภาพของกลุ่ม ดังนั้นผู้นำกลุ่มต้องมีการวางแผนการสิ้นสุดสัมพันธ์ภาพกลุ่มด้วยการแจ้งกำหนดการยุติกลุ่มตามการพิจารณาระดับความผูกพันต่อกลุ่ม แข็งความก้าวหน้าของกลุ่ม การบรรลุวัตถุประสงค์ และกระตุ้นให้สมาชิกได้หาแนวทางในการกลับไปดำเนินชีวิตต่อเมื่อกลุ่มสิ้นสุดความเหมาะสม ให้โอกาสสมาชิกได้พูดความรู้สึกต่อกลุ่ม และความประทับใจต่อกลุ่ม เพื่อให้สมาชิกได้รับประสบการณ์ที่ดีจากการทำกลุ่ม และเกิดความรู้สึกที่ดีต่อการทำกลุ่มในครั้งต่อไป

ซึ่ง Yalom (1995) ได้แนะนำว่า ผู้ที่เป็นสมาชิกจะเข้ากลุ่มอย่างสม่ำเสมอ ไม่ทำให้กลุ่มล้มเหลว หรือทำให้กลุ่มสับสนตลอดเวลา ซึ่งขึ้นอยู่กับ

1. ความพร้อมเฉพาะตัวของสมาชิกเอง เช่น สนใจ และเต็มใจที่จะเข้าร่วมกลุ่ม การให้ความร่วมมือในขณะที่ทำกลุ่ม
2. สมาชิกได้รับการเตรียมก่อนเข้ากลุ่ม เช่น การแจ้งให้ทราบ วัน เวลา สถานที่ วัตถุประสงค์ของการที่ต้องเข้าร่วมกลุ่ม

### ระยะเวลาของการบำบัด

ระยะเวลาและความถี่ของการเข้ากลุ่ม โดยทั่วไปแล้วระยะเวลาของกลุ่มจิตบำบัดแต่ละครั้ง ควรจะใช้เวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที ซึ่ง Yalom (1995) แนะนำว่าควรจัดกลุ่มให้มากที่สุด เช่น ทำทุกวันถ้าทำได้คนไข้จะได้เข้ากลุ่มอย่างต่อเนื่อง ทำให้กลุ่มมีความมั่นคงยิ่งขึ้น สำหรับจำนวนครั้งที่จะใช้ในการเข้ากลุ่มทั้งหมดขึ้นอยู่กับเป้าหมายของกลุ่มและธรรมชาติของสมาชิกกลุ่ม

### ขนาดของกลุ่ม

ขนาดของกลุ่ม ในการทำกลุ่มการบำบัดจำนวนสมาชิกที่เข้ากลุ่มมีความสำคัญสมาชิกไม่ควรจะมากหรือน้อยจนเกินไป เพราะจะไม่เกิดผลการบำบัดของกลุ่มด้วย ซึ่งจำนวนสมาชิกที่เหมาะสมในการบำบัด คือ 8-12 คน สมาชิกกลุ่มน้อยจะทำให้กลุ่มเกิดความวิตกกังวลที่ต้องมีปฏิสัมพันธ์บ่อยครั้ง แต่ถ้าสมาชิกมีมากเกินไปจะทำให้สมาชิกมีปฏิสัมพันธ์ไม่ทั่วถึง ฉะนั้นควรมีการจำกัดจำนวนสมาชิกกลุ่มไว้ไม่เกิน 12 คน

ดังนั้น กลุ่มจิตบำบัดแบบประทับประคองตามแนวคิดของ Yalom (1995) เป็นการรักษาแบบกลุ่มวิธีหนึ่ง ซึ่งมีจุดมุ่งหมายเพื่อประทับประคองบุคคลที่มีความทุกข์ทางใจ โดยสมาชิกกลุ่มเป็นผู้ที่มีปัญหาทางด้านจิตใจและอารมณ์ มีปฏิสัมพันธ์กัน ร่วมแสดงความรู้สึก ความคิดเห็น และอภิปรายในปัญหานั้น โดยมีผู้นำกลุ่มที่ได้รับการฝึกฝนทักษะประสบการณ์ในการทำกลุ่มบำบัดมาก่อน ซึ่งเน้นหน้าที่และเทคนิคของผู้บำบัด 3 ลักษณะ คือ

1. การสร้างและดำรงไว้ซึ่งความเป็นกลุ่ม
2. การสร้างวัฒนธรรมของกลุ่ม
3. การทำให้กลุ่มต้องตระหนักถึงกระแสของกลุ่มขณะนั้น และดำเนินกลุ่มตาม

พัฒนาการกลุ่ม 3 ระยะ คือ

- 3.1 ระยะสร้างความสัมพันธ์ของสมาชิกกลุ่ม
- 3.2 ระยะดำเนินการเกี่ยวกับปัญหาของกลุ่ม
- 3.3 ระยะยุติกลุ่ม เป็นระยะที่จะช่วยทำให้สมาชิกกลุ่มพร้อมในการนำประสบการณ์ที่ได้รับจากกลุ่มไปใช้ในชีวิตประจำวัน โดยการมีปฏิสัมพันธ์กันในกลุ่มทำให้สมาชิกกลุ่มเกิดการผิวกำลังคนซึ่งส่งผลให้เกิดปัจจัยบำบัดทั้ง 11 ปัจจัย ผู้ป่วยมีการเรียนรู้ เกิดการเปลี่ยนแปลงความคิด และพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้น

### การเสริมสร้างความหวังของผู้ป่วยจิตเภท

การเสริมสร้างความหวังในผู้ป่วยจิตเภทให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีเป้าหมายเป็นสิ่งจำเป็นและมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการทำกลุ่มจิตบำบัดประทับ ประคองเป็นวิธีการหนึ่งที่สามารถช่วยเสริมสร้างความหวังของผู้ป่วยจิตเภทให้เพิ่มมากขึ้น



ได้ ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ มีความเข้าใจยอมรับและสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองได้ (ชนิกรรดา ไทยสังคม, 2545) ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้และปรับพฤติกรรมตนเอง สามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุข จึงเป็นวิธีหนึ่งที่น่ามาใช้ในการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเภทที่รู้สึกหมดหวังหรือไม่ยอมรับกับการเจ็บป่วย ให้เกิดความหวังและมีกำลังใจในการดำเนินชีวิตต่อไปได้ สามารถดำรงชีวิตและดำเนินกิจวัตรประจำวันได้อย่างปกติสุขในสังคม (วรรณษา จำปาศรี และเพ็ญญา แดงค้อมยุทธ, 2555) ผลของกลุ่มจิตบำบัดแบบปรับระดับประคองพบว่าทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวสู่ความเป็นจริงได้ดีขึ้น (สุจรรยา แสงเขียวงาม, 2545) การทำกลุ่มจิตบำบัดปรับระดับประคองเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยได้มีการทำกิจกรรมร่วมกัน ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ เข้าใจตนเองและผู้อื่นมากขึ้น รู้จักการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น และสามารถช่วยในการฟื้นฟูสมรรถภาพ กาย จิตสังคมของผู้ป่วย อีกทั้งช่วยให้ผู้ป่วยมีโอกาสปรับปรุงแก้ไขพฤติกรรมให้ดีขึ้น นำไปสู่เป้าหมาย คือ การยอมรับการเจ็บป่วยทางจิตที่เกิดขึ้นได้ มีกำลังใจที่ดี มีความหวังในการดำเนินชีวิตต่อไปได้

มีผู้ศึกษาค้นคว้าและนำแนวคิดของ Yalom (1995) มาใช้ในผู้ป่วยโรคจิตเภท ผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นและในผู้ดูแลมากมาย ดังการศึกษาของ ชนิกรรดา ไทยสังคม (2545) พบว่า ผู้ติดตามแอมเฟตามีนภายหลังได้เข้าร่วมกลุ่มจิตบำบัดตามแนวคิดของ Yalom มีค่าคะแนนความสำนึกในคุณค่าแห่งตนสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับ ลลดา พลคะชา (2554) ที่พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงกว่าในระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ จริยา บุญเชิญ (2550) พบว่า ผลของการใช้กลุ่มจิตบำบัดปรับระดับประคองสามารถนำมาใช้ลดภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตจากสุราได้ การศึกษาในผู้ป่วยโรคจิตเภทและผู้ดูแลพบการศึกษาของ ศิริภัทรา จุฑามณี (2552) พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนหลังได้รับการทำกลุ่มบำบัดปรับระดับประคองสูงกว่าก่อนได้รับการทำกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนหลังได้รับการทำกลุ่มบำบัดปรับระดับประคองสูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับ วรรณษา จำปาศรี (2554) พบว่า การรับรู้ตราบาปผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับการบำบัดด้วยกลุ่มจิตบำบัดปรับระดับประคองต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ ดรุณี คชพรหม (2543) ศึกษาผลของกลุ่มปรับระดับประคองและจิตศึกษาต่อภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่าภาระเชิงปรนัย คือ การรับรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิต 5 ด้าน ได้แก่ การมีเวลาเป็นส่วนตัวลดลง ความเป็นอิสระลดลง การมีกิจกรรมในสังคมลดลง หน้าที่การงานเปลี่ยนแปลงทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ และภาระเชิงอัตนัย คือ ความรู้สึกเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงการตอบสนองทางอารมณ์และทัศนคติของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทลดลงภายหลังได้รับการกลุ่มปรับระดับประคองและจิตศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาแนวคิดของ Yalom (1995) เกี่ยวกับความหวัง พบมีการนำมาใช้

เพื่อเสริมสร้างความหวังและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยรังสี พบว่า คะแนนความหวังและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และคะแนนความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า มีค่าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ชลธิยา วามะลุน, จิรังกูร ญัฐรังสี, พัทธนี เทพอาภิรักษ์ และศิริลักษณ์ เสงวีจิตร, 2551) สอดคล้องกับการศึกษาของ สุนทรี วัฒนเบญจโสภาน (2543) พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษาภายหลังเข้ากลุ่มจิตบำบัดแบบประคับ ประคองมีระดับความหวังสูงกว่าก่อนเข้ากลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการศึกษาที่ผ่านมาจะเห็นได้ว่าการใช้กลุ่มจิตบำบัดตามแนวคิดของ Yalom (1995) เป็นวิธีปฏิบัติการพยาบาลวิธีหนึ่งที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทและผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นให้ดีขึ้นได้ โดยการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้รูปแบบการบำบัดตามแนวคิดของ Yalom (1995) ที่เน้นสัมพันธภาพระหว่างบุคคลมาใช้ในกระบวนการกลุ่มเพื่อพัฒนาและเพิ่มความหวังให้ผู้ป่วยจิตเภท

ซึ่งจากการศึกษาวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องยังไม่พบรายงานการศึกษาการทำกลุ่มจิตบำบัดตามแนวคิดของ Yalom (1995) ต่อความหวังในผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยตรง ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดประคับประคองของ Yalom ต่อความหวังในผู้ป่วยจิตเภท เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาและเสริมสร้างความหวังของผู้ป่วยจิตเภท ให้มีความหวังและกำลังใจต่อการดำเนินชีวิตบนภาวะความเจ็บป่วยของตน ส่งผลให้มีสภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถดูแลตนเอง และปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ และดำเนินชีวิตต่อไปได้อย่างปกติสุขในสังคม

### โปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดประคับประคองของ Yalom

โปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดประคับประคองของ Yalom นี้ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยการประยุกต์ตามแนวคิดความหวังของ Herth (1992) และแนวคิดการทำกลุ่มจิตบำบัดประคับประคองของ Yalom (1995) โดยมีเป้าหมายเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทได้มีปฏิสัมพันธ์กัน เกิดการเรียนรู้การสร้างสัมพันธภาพร่วมกับผู้อื่น มีความเข้าใจตนเองและผู้อื่นมากขึ้น ได้ระบายความรู้สึก มีการช่วยเหลือประคับประคองด้านจิตใจซึ่งกันและกัน ซึ่งก่อให้เกิดกำลังใจที่ดี เกิดความเชื่อมั่นและมีความหวังที่จะต่อสู้กับภาวะความเจ็บป่วยทางจิต ซึ่งความหวังเป็นปัจจัยสำคัญในการฟื้นฟูสมรรถภาพและฟื้นฟูสภาพจิตใจให้มีแรงผลักดันต่อสู้กับภาวะความเจ็บป่วยได้ โปรแกรมนี้มีกิจกรรม 7 กิจกรรม ที่พัฒนาและเสริมสร้างความหวังให้ผู้ป่วยจิตเภท และสามารถนำโปรแกรมไปประยุกต์ใช้ได้จริง ประกอบด้วย 3 ระยะ ดังนี้

### ระยะที่ 1 ระยะเริ่มต้น (Initiating phase)

เป็นระยะที่เน้นการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้นำกลุ่มและสมาชิก และระหว่างสมาชิกด้วยกันเอง เป็นการสร้างบรรยากาศที่เป็นกันเองและเกิดความรู้สึกปลอดภัยในการมีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน ช่วยให้สมาชิกกล้าพูดถึงความคิดความรู้สึกของตนเอง ซึ่งถือเป็นขั้นเริ่มต้นที่จะนำไปสู่ระยะต่อไปของกระบวนการกลุ่ม ในระยะที่ 1 นี้ ประกอบด้วย กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธ์ภาพการเรียนรู้เกี่ยวกับกลุ่มจิตบำบัดระดับประคองและโรคจิตเภท

### ระยะที่ 2 ระยะทำงานร่วมกัน (Working phase)

เป็นระยะของการดำเนินการเพื่อกระตุ้นและส่งเสริมให้เกิดผลสำเร็จของกลุ่มตามจุดมุ่งหมายที่วางไว้ เน้นกิจกรรมที่ส่งเสริมให้สมาชิกเกิดการเรียนรู้และมีความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม (Cohesiveness) โดยผู้นำกลุ่มเป็นผู้เอื้ออำนวย (Facilitator) กระตุ้นและส่งเสริมให้เกิดบรรยากาศของการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นภายในกลุ่ม เสริมสร้างให้สมาชิกเกิดความเชื่อมั่นซึ่งกิจกรรมในระยะที่ 2 นี้เน้นการพัฒนาและส่งเสริมความหวังให้สมาชิกใน 3 ด้าน ได้แก่

- 1) ด้านการรับรู้ความรู้สึกภายในที่เกิดขึ้น
- 2) ด้านความพร้อมภายในและความรู้สึกเชื่อมั่น
- 3) ด้านความสัมพันธ์ระหว่างตนและบุคคลอื่น ประกอบด้วย กิจกรรม 5 ครั้ง ได้แก่

กิจกรรมที่ 2 การสำรวจตนเองและการเรียนรู้ปัญหาาร่วมกัน

กิจกรรมที่ 3 การเห็นคุณค่าแห่งตนและการสร้างความเชื่อมั่น

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการเผชิญปัญหา

กิจกรรมที่ 5 การตั้งเป้าหมายในชีวิตและการคิดบวก

กิจกรรมที่ 6 การแสวงหาความช่วยเหลือเมื่อจำเป็นและการพึ่งพาระหว่างกัน

### ระยะที่ 3 ระยะยุติกลุ่ม (Terminal phase)

เป็นการเตรียมเพื่อยุติการทำกลุ่ม โดยส่งเสริมให้สมาชิกได้ช่วยกันสรุปประเด็นสาระสำคัญตลอดจนข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะต่างๆที่ได้จากกลุ่ม ผู้นำกลุ่มสรุปเพิ่มเติมในส่วนที่ขาดหายไป เป็นการส่งเสริมให้สมาชิกมีความมั่นใจและเกิดความเชื่อมั่นในการเผชิญปัญหาด้วยตนเอง ประกอบด้วย กิจกรรมที่ 7 การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การสะท้อนคิดเกี่ยวกับการบำบัดที่ได้รับและแนวทางการนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน

โดยภายหลังจากการเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดระดับประคองของ Yalom ดังกล่าวข้างต้นนั้น สามารถช่วยเสริมสร้างความหวังให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความหวังในชีวิตเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีเป้าหมาย มีกำลังใจที่เข้มแข็งในการเผชิญปัญหา เพื่อให้สามารถปรับตัวทางสังคมและดำเนินชีวิตได้ปกติ

## บทที่ 3

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ศึกษาแบบสองกลุ่ม วัดซ้ำ (Repeated measures design with two groups) ใน 3 ระยะ คือ ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัด ประคับประคองของ Yalom ต่อความหวังในผู้ป่วยจิตเภท ที่มารับบริการคลินิกจิตเวช กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลบุรีรัมย์ ในปี พ.ศ. 2560

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมายที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการตรวจตามนัด ในคลินิกจิตเวช กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลบุรีรัมย์ แบบผู้ป่วยนอกทั้งหมด ในปี พ.ศ. 2560 จากสถิติในปี พ.ศ. 2559 มีผู้ป่วยจำนวน 2,258 คน เฉลี่ยประมาณเดือนละ 188 คน โดยทำการศึกษาในช่วงเดือนเมษายน พ.ศ. 2560 ถึง เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2560

#### กลุ่มตัวอย่างและขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกจากประชากรเป้าหมาย โดยกำหนดคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) ดังต่อไปนี้

1. มีช่วงอายุระหว่าง 20-59 ปี
2. มีภูมิลำเนาที่พักอาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์
3. เป็นผู้ป่วยที่ได้ผ่านการตรวจวินิจฉัยโดยจิตแพทย์แล้วว่าป่วยเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคใน DSM-V (APA, 2013) โดยเป็นมาอย่างน้อย 1 ปี
4. จิตแพทย์ประเมินและให้ความเห็นว่าสามารถเข้าร่วมกลุ่มได้
5. ผู้ป่วยสามารถ สนทนาโต้ตอบ รู้เรื่อง มีการรับรู้การรับรู้วัน เวลา สถานที่ และบุคคลปกติ ประเมินโดยแบบประเมินสภาพจิต (Mental status questionnaire) ของ Kanh et al. (1960 อ้างถึงใน อรรถนพ ทองคำ, 2546) โดยต้องมีคะแนนไม่ต่ำกว่า 8 จาก 10 คะแนน

6. ผู้ป่วยไม่มีปัญหาทางการได้ยิน สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้

#### เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion criteria)

1. ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วยทางกายที่รุนแรงหรือมีประวัติป่วยเป็นโรคติดต่อที่ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้
2. ผู้ป่วยที่มีประวัติติดสารเสพติด

เกณฑ์การยุติการเข้าร่วมในงานวิจัย (Discontinuation criteria)

ผู้ป่วยมีอาการทางจิตเฉียบพลันและรุนแรง จนไม่สามารถเข้าร่วมกลุ่มจิตบำบัด  
 ประคับประคองของ Yalom ต่อไปได้

### ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดของ Polit and Hungler (1999) ที่กล่าวว่า งานวิจัยประเภทกึ่งทดลองควรมีกลุ่มตัวอย่าง อย่างน้อย 20-30 คน โดยถ้ามีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม ในแต่ละกลุ่มควรมีกลุ่มตัวอย่าง ไม่น้อยกว่า 10 คน สอดคล้องกับแนวคิด การทำกลุ่มจิตบำบัดของ Yalom (1995) ที่กล่าวว่า การทำกลุ่มควรมีจำนวนสมาชิกในกลุ่มประมาณ 8-12 คน เพราะหากมีสมาชิกในกลุ่มมากเกินไปอาจทำให้กระบวนการกลุ่มไม่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากสมาชิกได้รับการเรียนรู้ไม่ทั่วถึง หรือบางครั้งเกิดเป็นกลุ่มย่อย ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้จึงได้ กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 24 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 12 คน

### ขั้นตอนการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยชี้แจงผู้ป่วยจิตเภทที่ผ่านการคัดเลือกโดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ก่อนนำไปทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง จัดทำบัญชีรายชื่อผู้ป่วยแล้วนำรายชื่อทั้งหมดมาใส่หมายเลข และนำไปใส่ในกล่องเพื่อเตรียมทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างต่อไป

2. สุ่มกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยวิธีการจับสลากแบบไม่แทนที่ ผู้วิจัยทำการสุ่มจนกว่าจะได้กลุ่มตัวอย่างครบจำนวน 24 คน โดยเป็นผู้ป่วยที่มี คุณสมบัติตามที่งานวิจัยนี้กำหนด จากนั้นทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างที่ได้จำนวน 24 คนนี้ เข้ากลุ่ม (Random assignment) โดยเป็นสุ่มกลุ่มทดลอง จำนวน 12 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 12 คน

โดยกลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามปกติร่วมกับโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดประคับประคอง ของ Yalom ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติจากคลินิกโรคจิตเวช โรงพยาบาล บุรีรัมย์

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบไปด้วย 2 ส่วนคือ

#### ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีดังนี้

1. แบบประเมินสภาพจิต ใช้แบบประเมินสภาพจิต (Mental status questionnaire) ของ Kanh et al. (1960 อ้างถึงใน อรรถพร ทองคำ, 2546) ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง เพื่อเป็นการประเมิน การรับรู้วัน เวลา สถานที่ และบุคคลตามปกติ ทั้งนี้คะแนนอย่างน้อย 8 คะแนน ถึง 10 คะแนน แสดงถึงมีการรับรู้วัน เวลา สถานที่และบุคคลปกติ

2. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภท เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งสร้างโดยผู้วิจัย ลักษณะข้อคำถามมีทั้งคำถามปลายปิดแบบเลือกตอบ (Check list) และเติมข้อความในช่องว่าง ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ จำนวนปีที่เป็นโรคจิตเภท และการอาศัยอยู่ร่วมกับสมาชิกครอบครัว

3. วัดความหวัง ในงานวิจัยนี้ใช้แบบสอบถามความหวังที่ สุนทร วิฒนเบญจโสภา (2543) พัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ Herth (1992) และได้ นำไปใช้เพื่อศึกษาความหวังของผู้ป่วยมะเร็ง ปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา จำนวน 10 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .80 และ สุจิตรา วรสิงห์ (2557) นำแบบวัดความหวังมาใช้ในผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการที่คลินิกจิตเวชที่โรงพยาบาลตราด จำนวน 80 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นครอนบาคอัลฟาเท่ากับ .80

แบบวัดความหวังนี้ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ โดยแบ่งข้อคำถามออกเป็น 3 ด้าน คือ ด้านความรู้สึกภายในที่เกิดขึ้นชั่วคราวและในอนาคต จำนวน 4 ข้อ ด้านความรู้สึกพร้อมและคาดหวังในทางบวก จำนวน 4 ข้อ และด้านความสัมพันธ์ระหว่างตนและบุคคลอื่น จำนวน 4 ข้อ มีข้อความทางบวก 10 ข้อ และข้อความทางลบ 2 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราประมาณค่า (Rating scale) กลุ่มตัวอย่างสามารถเลือกตอบตามความคิดความรู้สึกของตนเองต่อข้อความในประโยคนั้นได้ 4 ระดับ และมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เท่ากับ	4 คะแนน
เห็นด้วย	เท่ากับ	3 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	เท่ากับ	2 คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เท่ากับ	1 คะแนน

ค่าคะแนนของแบบวัดนี้อยู่ในช่วง 12-48 คะแนน โดยข้อความทางลบจะถูกกลับค่าคะแนนก่อนนำไปรวมคะแนน คะแนนที่สูงกว่าบ่งชี้ว่ามีความหวังสูง (สุนทร วิฒนเบญจโสภา, 2543) แบ่งช่วงคะแนนด้วยวิธีการหาอันตรายภาคขึ้นเป็น 3 ระดับ (ประคอง วรรณสูตร, 2542) และทำการแปลความหมายของระดับคะแนนความหวัง ดังนี้

12-23 คะแนน	หมายถึง	มีความหวังอยู่ในระดับต่ำ
24-35 คะแนน	หมายถึง	มีความหวังอยู่ในระดับปานกลาง
36-48 คะแนน	หมายถึง	มีความหวังอยู่ในระดับสูง

### ส่วนที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือ โปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดระดับประคองของ Yalom เพื่อเสริมสร้างความหวังในผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการประยุกต์ใช้แนวคิดการทำกลุ่มจิตบำบัดระดับประคองของ Yalom (1995) โดยเน้นถึงสัมพันธ์ภาพระหว่าง

บุคคลการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีระหว่างกัน เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ว่าการมีสัมพันธภาพที่บิดเบือนไปและไม่เหมาะสม จะส่งผลให้เกิดปัญหาขึ้นกับตัวผู้ป่วยและบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้องได้ และแนวคิดความหวังของ Herth (1992) โดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความหวังและเชื่อมั่นที่จะได้รับหรือประสบสิ่งที่ดีได้ในอนาคต ซึ่งหลักการของ โปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดระดับประคองของ Yalom ในงานวิจัยนี้คือมุ่งส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดการเรียนรู้ มีความเข้าใจตนเองและผู้อื่น รู้จักการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่นมีโอกาสดำเนินการระบายความรู้สึก มีการช่วยเหลือระดับประคองด้านจิตใจซึ่งกันและกัน มีกำลังใจ เกิดความหวังและความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่ดีขึ้น เพื่อที่จะสามารถต่อสู้กับความเจ็บป่วยทางจิตที่ไม่อาจหายขาดได้ ส่งผลให้สามารถดำเนินกิจวัตรประจำวันและดำรงชีวิตต่อไปได้อย่างปกติสุขในสังคม โปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดระดับประคองของ Yalom แบ่งเป็น 3 ระยะเวลา คือ ระยะเวลาสร้างสัมพันธภาพ ระยะเวลาทำงานร่วมกัน ระยะเวลาการยุติกลุ่ม ประกอบด้วย 7 กิจกรรม โดยการเข้ากลุ่มจิตบำบัดทั้งหมดจำนวน 4 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ในแต่ละครั้งใช้เวลา 60-90 นาที ทุกวันจันทร์และวันพฤหัสบดี เวลา 13.30-15.00 น. โดยใช้สถานที่คือห้องคลินิกให้การดูแลทางสังคมจิตใจ (Psychosocial clinic) คลินิกกรักษใจ กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลบุรีรัมย์ ดังนี้

### **กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ การเรียนรู้เกี่ยวกับกลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง และโรคจิตเภท**

#### **วัตถุประสงค์**

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้นำกลุ่มและสมาชิกกลุ่ม และระหว่างสมาชิกกลุ่มด้วยกันเอง
2. เพื่อให้สมาชิกมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับรูปแบบกลุ่มจิตบำบัดระดับประคองตามแนวคิดของ Yalom (1995) ทราบวัตถุประสงค์ ข้อตกลงเบื้องต้น ประโยชน์ของการเข้าร่วมกลุ่มจิตบำบัด และลักษณะของกลุ่มที่จะดำเนินไปตลอดระยะเวลาการทดลอง

3. เพื่อให้สมาชิกมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท

### **กิจกรรมที่ 2 การสำรวจตนเองและการเรียนรู้ปัญหาาร่วมกัน**

#### **วัตถุประสงค์**

1. เพื่อให้สมาชิกได้มีการสำรวจตนเองเกี่ยวกับอารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรมของตนเพื่อแสดงถึงการรับรู้และความรู้สึกภายในที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน ทั้งในด้านดีและด้านที่เป็นปัญหา ซึ่งอาจมีผลต่อการเพิ่มหรือการบั่นทอนความหวังของสมาชิกกลุ่ม
2. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ปัญหาและวิธีการแก้ไขปัญหาร่วมกัน โดยสมาชิกกลุ่มมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหานั้นและนำมาเป็นแนวทางในวางแผนแก้ไขปัญหา เพื่อพัฒนาและเสริมสร้างความหวังของสมาชิกกลุ่มร่วมกันในด้านความรู้สึกภายในที่เกิดขึ้น

### กิจกรรมที่ 3 การเห็นคุณค่าแห่งตนและการสร้างความเชื่อมั่น

#### วัตถุประสงค์

เพื่อให้สมาชิกได้มองเห็นคุณค่าของตนเอง ค้นหาสิ่งที่ดี มองเห็นจุดดีและควมมีคุณค่าของตน เป็นการส่งเสริมความคิดทางบวก นำไปสู่การมองโลกในแง่ดีและมีสัมพันธภาพที่ดีต่อคนอื่น เกิดความภาคภูมิใจที่จะเรียนรู้และมุ่งพัฒนาตนเองเพื่อให้ได้รับสิ่งที่ดีนั้น ซึ่งการเห็นคุณค่าและการเสริมสร้างคุณค่าในตนเอง จะทำให้สมาชิกมีความหวังและเกิดความเชื่อมั่นในการดำเนินชีวิตบนความเจ็บป่วยได้ ส่งผลให้สมาชิกสามารถปรับตัวอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เน้นการพัฒนาและเสริมสร้างความหวังของสมาชิกกลุ่มร่วมกันในด้านความพร้อมภายในและความรู้สึกเชื่อมั่น

### กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการเผชิญปัญหา

#### วัตถุประสงค์

เพื่อให้สมาชิกเกิดการเรียนรู้ร่วมกันที่จะเผชิญปัญหา มีวิธีการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม โดยการทบทวนเหตุการณ์รอบด้านของตนเองเพื่อการตัดสินใจและวางแผนจัดการปัญหา เรียนรู้แนวทางแก้ไขปัญหาจากสมาชิกกลุ่ม การให้กำลังใจซึ่งกันและกัน การเสริมสร้างความหวังและแรงจูงใจในการคงไว้ซึ่งการกระทำเพื่อการมีสุขภาวะที่ดี เนื่องจากความมั่นใจในการทำกิจกรรมต่าง ๆ นั้นเกิดจากการที่สมาชิกมีความหวังและแรงจูงใจให้ปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิต เกิดทักษะการเผชิญปัญหาและสามารถเลือกแนวทางการแก้ปัญหาที่ถูกต้องเหมาะสมได้ ซึ่งทำให้สมาชิกเกิดความเชื่อมั่น มีความหวังและกำลังใจที่จะสามารถเผชิญปัญหาและดำเนินชีวิตร่วมกับภาวะการเจ็บป่วยทางจิตต่อไปได้อย่างปกติสุข

### กิจกรรมที่ 5 การตั้งเป้าหมายในชีวิตและการคิดบวก

#### วัตถุประสงค์

เพื่อให้สมาชิกได้กำหนดเป้าหมายและวางแผนการดำเนินชีวิตของตนเอง สร้างแรงบันดาลใจที่จะมีสภาพชีวิตที่ดีขึ้น เกิดความมั่นใจและมีความรู้สึกเชื่อมั่นพร้อมที่จะพยายามทำเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ สมาชิกมีกำลังใจในการดำเนินชีวิตต่อไป เป็นการพัฒนาและเสริมสร้างความหวังของสมาชิกกลุ่มในด้านการรับรู้ความรู้สึกภายในที่เกิดขึ้นคราวและในอนาคต ความหวังด้านความพร้อมภายในและความรู้สึกเชื่อมั่น

### กิจกรรมที่ 6 การแสวงหาความช่วยเหลือเมื่อจำเป็นและการพึ่งพาระหว่างกัน

#### วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกมีปฏิสัมพันธ์กับคนรอบข้าง เห็นความสำคัญของการพึ่งพาระหว่างกัน ทำกิจกรรมร่วมกันภายในกลุ่ม ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์เกี่ยวกับความเจ็บป่วยซึ่งกัน



และกัน มีการให้กำลังใจ การช่วยเหลือประคับประคองจิตใจซึ่งกันและกัน มีการเสริมสร้างมิตรภาพที่ดีต่อกันภายในกลุ่ม เกิดการเรียนรู้ที่จะสามารถขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นเมื่อจำเป็นได้อย่างเหมาะสมหากพบว่าเกิดปัญหาเกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางจิตเกิดขึ้น

2. เพื่อให้สมาชิกเกิดการเรียนรู้และมีการพึ่งพาระหว่างกันภายในกลุ่ม ซึ่งกระบวนการกลุ่มส่งผลให้สมาชิกมีการเปลี่ยนแปลงความคิด อารมณ์ ความรู้สึกและพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสม สามารถปรับตัวและดูแลตนเองได้ มีความหวังที่จะดำเนินชีวิตต่อไป ซึ่งเป็นกิจกรรมที่สามารถพัฒนาและเสริมสร้างความหวังในด้านความสัมพันธ์ระหว่างตนและบุคคลอื่น

**กิจกรรมที่ 7 การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การสะท้อนคิดการบำบัดที่ได้รับและแนวทางการนำไปประยุกต์ใช้**

วัตถุประสงค์

เพื่อให้สมาชิกได้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และการเรียนรู้ที่ได้รับจากกลุ่ม ทบทวนเนื้อหา ความรู้สึก สรุปการทำงานร่วมกัน และปัจจัยบำบัดที่เกิดขึ้นภายในกลุ่ม สะท้อนคิดเกี่ยวกับการบำบัดที่ได้รับเป็นแนวทางในการเสริมสร้างความหวังและมีกำลังใจเพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันต่อไปได้

**การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย**

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) และการหาความเชื่อมั่น (Reliability) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

**1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล** ได้แก่ แบบวัดความหวังโดย สุนทรวิวัฒน์เบญจโสภา (2543) เป็นเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญมาก่อนหน้านี้แล้วและผ่านการนำไปศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทมาแล้ว (สุจิตราวรสิงห์, 2557) ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยได้นำแบบวัดความหวังมาใช้โดยไม่ได้มีการดัดแปลงใด ๆ

จึงไม่ได้ทำการตรวจสอบความตรง ส่วนการหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยทำการทดสอบกับผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการคลินิกโรคใจ กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลบุรีรัมย์ ที่มีใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 รายจากนั้นนำมาหาค่าความเชื่อมั่น โดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .81

**2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง** ได้แก่ โปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดประคับประคองของ Yalom ต่อความหวังในผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยได้นำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย จิตแพทย์ จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 1 ท่าน พยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูงด้าน

สุภาพจิตและจิตเวช จำนวน 2 ท่าน และนักจิตวิทยาคลินิก จำนวน 1 ท่าน เพื่อพิจารณาความถูกต้อง ความเหมาะสมของเนื้อหา ขั้นตอนและวิธีการเพื่อให้สามารถนำไปใช้ได้จริง และมีความเหมาะสม กับกลุ่มเป้าหมาย หลังจากนั้นผู้วิจัยได้นำข้อเสนอแนะมาพิจารณาและแก้ไขปรับปรุงภายใต้ คำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิและกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ จากนั้นนำไปทดลองใช้ (Pilot study) กับผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการในคลินิกโรคใจ กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลบุรีรัมย์ ที่มีลักษณะ คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 คน เพื่อดูความเข้าใจในเนื้อหา ภาษาและความเหมาะสม ก่อนนำไปใช้จริง

### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยนำโครงร่างวิทยานิพนธ์และเครื่องมือที่ในครั้งนี ประกอบด้วย แบบประเมิน สภาพจิต แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความหวัง โปรแกรมกลุ่มจิตบำบัด ประคับประคองของ Yalom ใบลงนามยินยอมให้ทำการวิจัย และข้อมูลสำหรับอธิบายกลุ่มตัวอย่าง เสนอต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของ โรงพยาบาลบุรีรัมย์ งานวิจัยนี้ ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมจากทั้งสองหน่วยงานดังกล่าว

2. เมื่อได้รับการอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยทำการชี้แจงเรื่องการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างด้วยการแนะนำตนเองกับกลุ่มตัวอย่าง อธิบายรายละเอียดของการวิจัย วัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนและระยะเวลาการรวบรวมข้อมูล ชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับ หรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย อธิบายให้เข้าใจว่าการศึกษานี้ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของกลุ่ม ตัวอย่างว่าจะยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยหรือไม่ก็ได้ ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะเก็บเป็นความลับ โดยใช้เลขที่ของแบบสอบถามเป็นรหัสแทนชื่อ-นามสกุลของกลุ่มตัวอย่าง ผลการวิจัยจะนำเสนอ เป็นภาพรวม และจะนำมาใช้ประโยชน์เพื่องานวิจัยเท่านั้น ในระหว่างการวิจัยกลุ่มตัวอย่างสามารถ ขอยุติเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลต่อการรักษาหรือการบริการพยาบาลที่ได้รับ แต่อย่างไร หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดี ให้ความร่วมมือในการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยได้ให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย หลังจากนั้นจึงดำเนินการวิจัยตามขั้นตอน

3. เพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยในส่วนของกลุ่มควบคุม หลังจากดำเนินการ เก็บข้อมูลเสร็จสิ้นแล้ว ผู้วิจัยได้แจกเอกสารและให้ความรู้เพิ่มเติมกับกลุ่มควบคุมทุกรายตามความ สมัครใจ

## การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการทดลองด้วยตนเอง และมีผู้ช่วยวิจัย จำนวน 1 คน ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชทำหน้าที่ในการช่วยเก็บรวบรวมข้อมูลและเป็นผู้ช่วยในการดำเนินกิจกรรมกลุ่มจิตบำบัดนี้ทั้ง 7 ครั้ง โดยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

### 1. ขั้นเตรียมการทดลอง

1.1 การเตรียมผู้วิจัย ผู้วิจัยมีการเตรียมตัวในการดำเนินโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัด ประคับประคองของ Yalom ต่อความหวังในผู้ป่วยจิตเภท ด้วยการผ่านการฝึกปฏิบัติในรายวิชาการปฏิบัติการการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูง I และรายวิชาการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูง II ของหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ตลอดจนได้รับการฝึกอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการทำกลุ่มจิตบำบัด

1.2 การเตรียมผู้ช่วยวิจัย ผู้วิจัยอธิบายเกี่ยวกับรายละเอียดของงานวิจัย ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล วิธีดำเนินการวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และการใช้แบบสอบถาม และให้ผู้ช่วยวิจัยทดลองใช้แบบสอบถามจริงกับผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 5 ราย ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องและให้ข้อเสนอแนะ

1.3 นำหนังสือจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลบุรีรัมย์ เพื่อขออนุญาตดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

1.4 เมื่อได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลบุรีรัมย์แล้ว ผู้วิจัยจะเข้าพบหัวหน้ากลุ่มงานจิตเวชเพื่อประสานงาน อธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับการวิจัยและขอความร่วมมือในการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

1.5 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ ดำเนินการสุ่มตัวอย่างตามขั้นตอน เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนของประชากรเป้าหมายที่ต้องการศึกษา จำนวน 24 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 12 คน และกลุ่มควบคุม 12 คน

1.6 เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างครบแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์ในการศึกษา ขอความร่วมมือในการวิจัย และชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ โดยคำตอบหรือข้อมูลทุกอย่าง ผู้วิจัยจะถือว่าเป็นความลับและนำมาใช้เฉพาะในการศึกษาครั้งนี้เท่านั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแล้ว จึงให้ลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

## 2. ขั้นตอนการทดลอง

กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยปฏิบัติตามขั้นตอนการทดลอง ดังนี้

### 1. ระยะเวลาการทดลอง

ในช่วง 1 สัปดาห์ก่อนการทดลอง ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ที่ห้องคลินิก ให้การดูแลทางสังคมจิตใจ (Psychosocial clinic) คลินิกโรคหัวใจ กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลบุรีรัมย์ เพื่อทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบวัดความหวังครั้งที่ 1 (Pre-test) ก่อนการทดลอง โปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดระดับประจักษ์ประจักษ์ของ Yalom พร้อมนัดหมาย ครั้งต่อไป

### 2. ระยะเวลาทดลองโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดระดับประจักษ์ประจักษ์ของ Yalom

สัปดาห์ที่ 1-4 ทำการทดลอง โปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดระดับประจักษ์ประจักษ์ของ Yalom ประกอบด้วย การเข้าร่วมกิจกรรมจำนวน 7 ครั้ง สัปดาห์ละ 2 ครั้ง จำนวน 4 สัปดาห์ ในแต่ละครั้ง ใช้เวลาประมาณ 60-90 นาที ทุกวันจันทร์และวันพฤหัสบดี เวลา 13.30-15.00 น. ที่ห้องคลินิก

ให้การดูแลทางสังคมจิตใจ (Psychosocial clinic) คลินิกโรคหัวใจ กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลบุรีรัมย์ นอกจากนี้กลุ่มทดลองจะได้รับ โปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดระดับประจักษ์ประจักษ์ของ Yalom แล้ว กลุ่มทดลองยังได้รับการดูแลตามปกติโดยทีมสุขภาพจิต คลินิกโรคหัวใจ กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลบุรีรัมย์

### 3. ระยะเวลาหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที

สัปดาห์ที่ 4 หลังจากกลุ่มทดลองเข้าร่วม โปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดระดับประจักษ์ประจักษ์ของ Yalom ครบแล้ว ผู้ช่วยวิจัยทำการประเมินแบบวัดความหวัง ครั้งที่ 2 (Post-test) ทันทีหลังการทดลองเสร็จสิ้น ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณกลุ่มทดลองที่ให้ความร่วมมือในการทดลองครั้งนี้ รวมทั้ง นัดหมายกลุ่มทดลองพบกันอีกครั้งต่อไปอีก 1 เดือนพร้อมกันในวันนัดมาพบแพทย์

### 4. ระยะเวลาติดตามผลหลังการทดลองเสร็จสิ้น 1 เดือน

สัปดาห์ที่ 8 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเข้าพบกลุ่มทดลอง ที่ห้องคลินิก ให้การดูแลทางสังคมจิตใจ (Psychosocial clinic) คลินิกโรคหัวใจ กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลบุรีรัมย์ ในวัน เวลาที่ นัดหมายไว้ ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยกล่าวทักทาย ผู้ช่วยวิจัยทำการประเมินแบบวัดความหวัง ครั้งที่ 3 เป็นการวัดหลังการทดลองระยะติดตามผล 1 เดือน

กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยปฏิบัติตามขั้นตอนดังนี้

### 1. ระยะเวลาการทดลอง

ในช่วง 1 สัปดาห์ก่อนการทดลอง ผู้วิจัย และผู้ช่วยวิจัยเข้าพบกลุ่มควบคุมที่ห้องคลินิก ให้การดูแลทางสังคมจิตใจ (Psychosocial clinic) คลินิกโรคหัวใจ กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลบุรีรัมย์

ผู้ช่วยวิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบวัดความหวัง ครั้งที่ 1 (Pre-test) ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณ และนัดหมายกลุ่มควบคุมเพื่อพบกันครั้งที่ 2 ห่างจากครั้งแรก 4 สัปดาห์พร้อมกันในวันนัดมาพบแพทย์

## 2. ระยะทดลอง

สัปดาห์ที่ 1-4 กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติโดยบุคลากรในทีมสุขภาพจิตคลินิกกรักษ์ใจ กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลบุรีรัมย์ ได้แก่ การตรวจคัดกรอง ประเมินอาการ และระดับความรุนแรงคว่นของอาการเจ็บป่วย การให้สุขภาพจิตศึกษา ตลอดจนคำแนะนำเป็นรายกรณีในผู้ป่วยจิตเภทที่มีข้อคำถาม

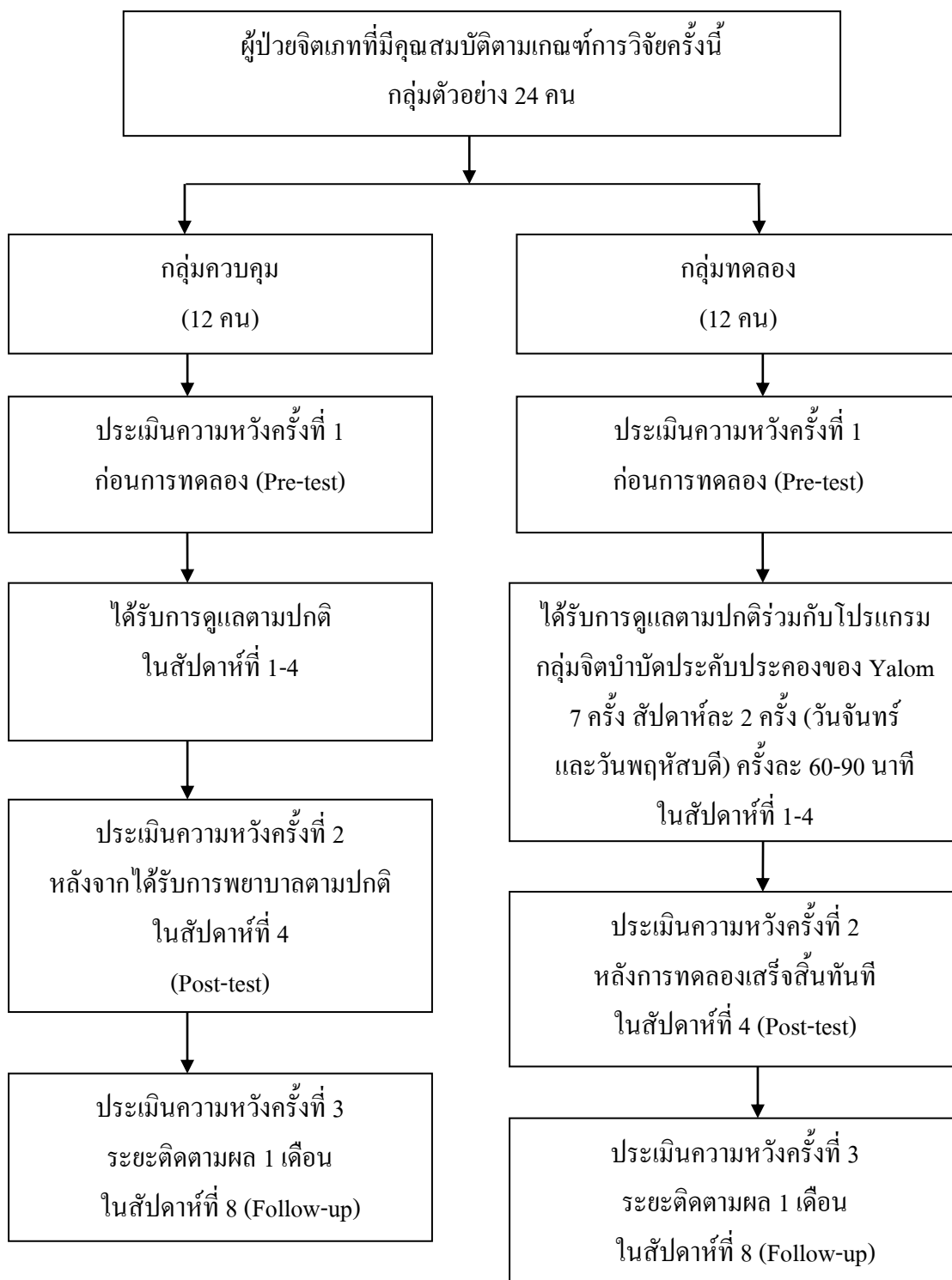
## 3. ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที

สัปดาห์ที่ 4 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเข้าพบกลุ่มควบคุมครั้งที่ 2 ตามวัน เวลาที่นัดหมายที่ห้องคลินิกให้การดูแลทางสังคมจิตใจ (Psychosocial clinic) คลินิกกรักษ์ใจ กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลบุรีรัมย์ ผู้วิจัยกล่าวทักทาย ผู้ช่วยวิจัยทำการประเมินแบบวัดความหวัง ครั้งที่ 2 (Post-test) ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณและนัดหมายพบกันครั้งที่ 3 ซึ่งระยะห่างจากครั้งที่ 2 เป็นเวลา 1 เดือนพร้อมกันในวันนัดมาพบแพทย์

## 4. ระยะติดตามผลหลังการทดลองเสร็จสิ้น 1 เดือน

สัปดาห์ที่ 8 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มทดลอง ที่ห้องคลินิกให้การดูแลทางสังคมจิตใจ (Psychosocial clinic) คลินิกกรักษ์ใจ กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลบุรีรัมย์ ในวัน เวลาที่นัดหมายไว้ ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยกล่าวทักทาย ผู้ช่วยวิจัยทำการประเมินแบบวัดความหวัง ครั้งที่ 3 เป็นการวัดหลังการทดลองระยะติดตามผล 1 เดือนผู้วิจัยกล่าวขอบคุณและยุติสัมพันธภาพ

รายละเอียดของขั้นตอนการทดลองทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมสามารถสรุปได้ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 ขั้นตอนการทดลอง

## การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องได้จะถูกนำมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ  
ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ด้วยสถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความหวังระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ ที (Independent *t*-test)
3. เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความหวังภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้น และระยะหลังติดตามผล 1 เดือน โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนสองทางแบบวัดซ้ำ (Two-way repeated measure ANOVA) และทดสอบความแตกต่างรายคู่ด้วยบอนเฟอรรีโรนี (Bonferroni)

## บทที่ 4

### ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ศึกษาสองกลุ่มวัดซ้ำ (Repeated measures design with two groups) ก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้น และติดตามผล 1 เดือน เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดระดับประจักษ์ของ Yalom ต่อความหวังในผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการตรวจตามนัดในคลินิกโรคจิตเวช กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลบุรีรัมย์ แบบผู้ป่วยนอก ในระหว่างเดือนเมษายน ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2560 ผลการวิจัยนำเสนอตามลำดับ ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป คุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 คะแนนความหวังและการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความหวังของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนเฉลี่ยความหวังในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนสองทางวัดซ้ำ (Two way repeated measure ANOVA)

ตอนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนความหวังในกลุ่มทดลอง ระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน

#### ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป คุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ และความแตกต่างของลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภท จำแนกตามข้อมูลพื้นฐาน

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง ( $n = 12$ )		กลุ่มควบคุม ( $n = 12$ )		$X^2$	$p$ -value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ					.71	.399 <sup>+</sup>
ชาย	6	50.00	9	75.00		
หญิง	6	50.00	3	25.00		



ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง ( $n = 12$ )		กลุ่มควบคุม ( $n = 12$ )		$X^2$	$p$ -value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
อายุ (ปี)					2.08	.557
20-29	0	0	1	8.30		
30-39	3	25.00	3	25.00		
40-49	6	50.00	7	58.40		
50-59	3	25.00	1	8.30		
	$(\bar{X} = 44.25; 8.35)$		$(\bar{X} = 41.42; 7.49)$		$(t_{22} = .875, p = .391)$	
ระดับการศึกษา					6.00	1.99
ประถมศึกษา	6	50.00	6	50.00		
มัธยมศึกษาตอนต้น	1	8.30	3	25.00		
มัธยมศึกษาตอนปลาย	3	25.00	1	8.30		
อนุปริญญา/ ปวส.	0	0	2	16.70		
ปริญญาตรีขึ้นไป	2	16.70	0	0		
สถานภาพสมรส					3.06	.381
โสด	1	8.30	2	16.70		
คู่	8	66.70	8	66.70		
หม้าย/ หย่าร้าง	3	25.00	1	8.30		
แยกกันอยู่	0	0	1	8.30		
ศาสนา					0.00	1.00 <sup>+</sup>
พุทธ	12	100	11	91.70		
คริสต์	0	0	1	8.30		
อาชีพ					4.61	.330
งานบ้าน	0	0	2	16.70		
รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	0	0	1	8.30		
เกษตรกร	4	33.30	5	41.70		
รับจ้าง	5	41.70	3	25.00		
ค้าขาย	3	25.00	1	8.30		

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง ( $n = 12$ )		กลุ่มควบคุม ( $n = 12$ )		$X^2$	$p$ -value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
รายได้ (บาท/เดือน)					1.05	.789
ต่ำกว่า 3000	9	75.10	10	83.40		
3001-5000	0	0	0	0		
5001-7000	1	8.30	0	0		
7001-9000	1	8.30	1	8.30		
มากกว่า 9001	1	8.30	1	8.30		
	( $\bar{X} = 3608.33$ ; $SD = 4194.69$ ) ( $\bar{X} = 3016.67$ ; $SD = 4437.41$ ) ( $t_{22} = .336$ , $p = .740$ )					
ระยะเวลาป่วยด้วยโรคจิตเภท (ปี)					3.02	.555
1-5	2	16.70	3	25.00		
6-10	2	16.70	1	8.30		
11-15	2	16.70	3	25.00		
16-20	1	8.20	3	25.00		
มากกว่า 20	5	41.70	2	16.70		
	( $\bar{X} = 17.92$ ; $SD = 11.12$ ) ( $\bar{X} = 14.42$ ; $SD = 9.04$ ) ( $t_{22} = .846$ , $p = .407$ )					
การพักอาศัย					3.13	.372
อยู่คนเดียว	1	8.30	2	16.70		
สามี/ ภรรยา	6	50.00	6	50.00		
บุตร	4	33.40	1	8.30		
พี่น้อง	1	8.30	3	25.00		

<sup>†</sup>Fisher's exact test

จากตารางที่ 1 แสดงลักษณะกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง พบว่าเป็นเพศชาย ร้อยละ 50.00 เพศหญิง ร้อยละ 50.00 มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 44.25 ปี ( $SD = 8.35$ ) โดยเป็นผู้ที่มีอายุ 40-49 ปี ร้อยละ 50.00 ระดับการศึกษาจบระดับประถมศึกษา ร้อยละ 50.00 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 66.70 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 41.70 เกษตรกร ร้อยละ 33.30 รายได้ต่ำกว่า 3,000 บาท/เดือน ร้อยละ 75.10 ระยะเวลาป่วยด้วยโรคจิตเภทโดยเฉลี่ยเท่ากับ 17.92 ปี

( $SD = 11.12$ ) โดยเป็นผู้ที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคนี้ มากกว่า 20 ปี ร้อยละ 41.70 ระยะเวลาการเจ็บป่วยในระยะ 1-5 ปี ร้อยละ 16.70

กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 75.00 มีอายุ 40-49 ปี ร้อยละ 58.40 ระดับการศึกษาจบระดับประถมศึกษา ร้อยละ 50.00 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 66.70 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 91.70 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 41.70 รับจ้าง ร้อยละ 25.00 มีรายได้ต่ำกว่า 3,000 บาท/เดือน ร้อยละ 83.40 ระยะเวลาป่วยด้วยโรคจิตเภท 1-5 ปี ร้อยละ 25.00 ระยะเวลาป่วยด้วยโรคจิตเภท 11-15 ปี ร้อยละ 25.00 ระยะเวลาป่วยด้วยโรคจิตเภท 16-20 ปี ร้อยละ 25.00 ส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่กับสามี/ ภรรยา ร้อยละ 50.00

จากการทดสอบความแตกต่างของลักษณะทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ศาสนา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาที่ป่วยด้วยโรคจิตเภท และการพักอาศัย ไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

## ตอนที่ 2 คะแนนความหวังและการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความหวังของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน

ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความหวังผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน

ระยะการทดลอง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
ก่อนการทดลอง	32.17	1.75	32.42	2.28
หลังการทดลอง	38.33	1.37	33.67	2.60
ติดตามผล 1 เดือน	40.67	1.78	33.50	2.91

จากตารางที่ 2 พบว่า คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความหวังในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ในกลุ่มทดลองเป็น 32.17 ( $SD = 1.75$ ), 38.30 ( $SD = 1.37$ ) และ 40.67 ( $SD = 1.78$ ) ตามลำดับ ในกลุ่มควบคุมคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความหวัง เท่ากับ 32.42 ( $SD = 2.28$ ), 33.67 ( $SD = 2.60$ ) และ 33.50

( $SD = 2.91$ ) ตามลำดับ

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความหวังของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม  
ในระยะก่อนการทดลอง

กลุ่ม	จำนวน	<i>M</i>	<i>SD</i>	Mean difference	<i>t</i>	df	<i>p</i> -value
กลุ่มทดลอง	12	32.17	1.75	0.25	0.302	22	.77
กลุ่มควบคุม	12	32.42	2.76				

จากตารางที่ 3 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความหวังในระยะก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทดสอบค่าที (Independent *t*-test) พบว่า คะแนนเฉลี่ยความหวังระยะก่อนการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน ( $t_{22} = .302$ ,  $p > .05$ )

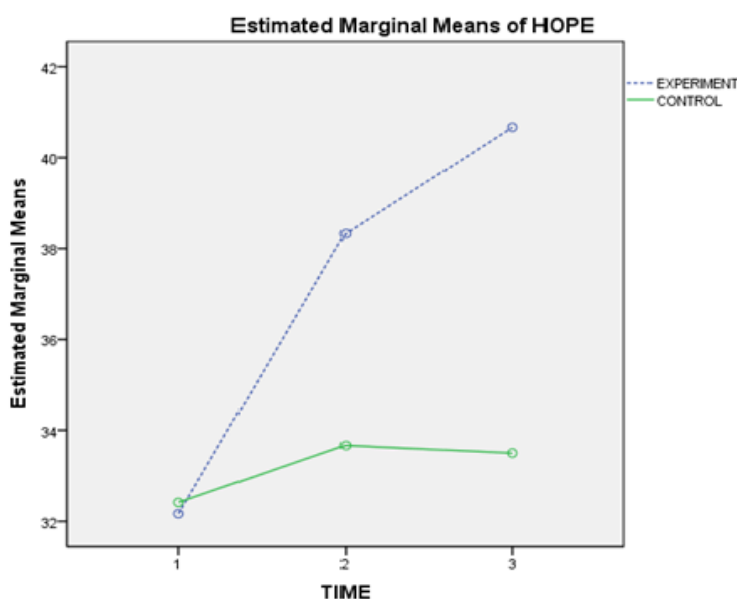
### ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนเฉลี่ยความหวังในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนสองทางวัดซ้ำ (Two way repeated measure ANOVA)

ก่อนการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยความหวังของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Repeated measures ผู้วิจัยทำการทดสอบข้อตกลงของการใช้สถิตินี้ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มได้มาจากการสุ่มจากประชากรที่มีการแจกแจงแบบปกติ ความแปรปรวน (Homogeneity of variance) ของประชากรในแต่ละกลุ่มของตัวแปรตาม ไม่แตกต่างกัน ข้อมูลที่ทำการทดสอบซึ่งในงานวิจัยนี้คือคะแนนความหวัง อยู่ในมาตรวัดแบบ อันตรภาค (Interval variable) และตัวแปรตามในการวัดแต่ละครั้งมีความสัมพันธ์กัน ซึ่งในงานวิจัยนี้เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิตินี้ ทั้งนี้จากผลการทดสอบความแปรปรวนของคะแนนความหวังในการวัดแต่ละครั้งเป็น Compound symmetry การอ่านผลการวิเคราะห์ข้อมูลในงานวิจัยนี้จึงอ่านผลการวิเคราะห์ที่ Sphericity assumed

ตารางที่ 4 ผลการเปรียบเทียบความแปรปรวนของคะแนนความหวังระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

แหล่งความแปรปรวน	<i>df</i>	<i>SS</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	<i>p-value</i>
ระหว่างกลุ่ม					
การทดลอง	1	88831.12	88831.12	8514.37	< .001
ความคลาดเคลื่อน	22	229.53	10.43		
ภายในกลุ่ม					
เวลา	2	303.08	151.54	79.33	< .001
กลุ่มกับระยะเวลา	2	170.86	85.43	44.72	< .001
ความคลาดเคลื่อน	44	84.06	1.91		

จากตารางที่ 4 แสดงผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนความหวังระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $F_{1,22} = 8514.37$ ,  $p < .001$ ) โดยวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลองที่แตกต่างกันส่งผลต่อคะแนนความหวัง ( $F_{2,44} = 44.72$ ,  $p < .001$ ) แสดงว่ามีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง ดังแสดงในภาพที่ 3



ภาพที่ 3 การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลอง

จากภาพที่ 3 แสดงผลการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลอง โดยในระยะก่อนการทดลอง คะแนนเฉลี่ยความหวังในกลุ่มทดลอง ( $M = 32.42$ ) และกลุ่มควบคุม ( $M = 32.17$ ) มีค่าใกล้เคียงกัน แต่ในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และ ระยะติดตามผล 1 เดือน พบว่า คะแนนเฉลี่ยความหวังในกลุ่มทดลองนั้นเพิ่มขึ้นมากกว่าในกลุ่มควบคุม แสดงให้เห็นว่า วิธีการทดลองที่แตกต่างกันและระยะเวลาของการทดลองนั้นส่งผลต่อคะแนนความหวังของผู้ป่วยจิตเภทในงานวิจัยนี้

ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย (Marginal means) ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

กลุ่ม	Marginal means	SE	$M_{diff}(SE)$	p-value
กลุ่มทดลอง	37.06	.54	3.86 (.76)	< .001
กลุ่มควบคุม	33.19	.54		

จากตารางที่ 5 แสดงผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย (Marginal means) ระหว่างกลุ่มทดลองและควบคุม ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ย (Marginal means) ของความหวังในกลุ่มทดลอง (Marginal mean = 37.06,  $SE = .54$ ) และกลุ่มควบคุม (Marginal mean = 33.19,  $SE = .54$ ) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $M_{diff} = 3.86$ ;  $SE = .76$ ,  $p < .001$ )

ตอนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนความหวังในกลุ่มทดลอง ระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และ ระยะติดตามผล 1 เดือน

ตารางที่ 6 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนความหวังในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

แหล่งความแปรปรวน	<i>df</i>	<i>SS</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	<i>p-value</i>
กลุ่มทดลอง					
Interval	2	462.89	231.44	150.74	< .001
Error	22	33.78	1.54		
กลุ่มควบคุม					
Interval	2	11.06	5.53	2.42	> .001
Error	22	50.28	2.28		

จากตารางที่ 6 แสดงผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของค่าเฉลี่ยความหวังในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ผลการวิจัยพบว่า ความแปรปรวนของคะแนนความหวังในกลุ่มควบคุมนั้นแตกต่างกันอย่างไม่มีความสำคัญทางสถิติ ( $F_{2,22} = 2.42, p > .001$ ) ส่วนกลุ่มทดลองพบว่าความแปรปรวนของคะแนนความหวังแตกต่างกันอย่างมีความสำคัญทางสถิติ ( $F_{2,22} = 150.74, p < .001$ ) แสดงว่ามีอย่างน้อย 1 คู่ ที่มีคะแนนเฉลี่ยความหวังแตกต่างกัน ผู้วิจัยจึงทำการเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธี บอนเฟอร์โรนี ผลการทดสอบดังแสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความหวังของกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน

ระยะเวลา	$M_{diff}$	SE	<i>p-value</i>
ก่อนการทดลอง และ หลังการทดลอง	6.17	.46	< .001
ก่อนการทดลอง และ ติดตามผล 1 เดือน	8.50	.65	< .001
หลังการทดลอง และ ติดตามผล 1 เดือน	2.33	.58	< .001

ตารางที่ 7 แสดงผลการทดสอบเป็นรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยความหวังของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลอง ด้วยวิธีบอนเฟอร์โรนี ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยความหวังในระยะก่อนการทดลอง และระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีแตกต่างกันอย่างมีความสำคัญทางสถิติ ( $M_{diff} = 6.17; SE = .46, p < .001$ ) ส่วนระยะก่อนการทดลองและระยะติดตามผล 1 เดือน แตกต่างกันอย่างมีความสำคัญทาง

สถิติ ( $M_{diff} = 8.50$ ;  $SE = .65$ ,  $p < .001$ ) และในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีและระยะติดตามผล 1 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $M_{diff} = 2.33$ ;  $SE = .58$ ;  $p < .001$ )



## บทที่ 5

### สรุปผลและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ศึกษาแบบสองกลุ่ม วัดก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามผล 1 เดือน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของ โปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดระดับประคองของ Yalom ต่อความหวังในผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาล บุรีรัมย์ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการตรวจตามนัดในคลินิกโรคจิต กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลบุรีรัมย์ แบบผู้ป่วยนอก โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 24 คน ผู้วิจัยทำการสุ่มอย่างง่าย ด้วยวิธีการจับสลาก เพื่อแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 12 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 12 คน ดำเนินการทดลองในระหว่างเดือนเมษายน ถึง เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2560

กลุ่มทดลองได้รับ โปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดระดับประคองของ Yalom จำนวน 7 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 60-90 นาที สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ในวันจันทร์และวันพฤหัสบดี เวลา 13.30-15.00 น. เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ ร่วมกับการดูแลตามปกติ สำหรับกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ ที่ทีมสุขภาพจิตปฏิบัติต่อผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการตรวจตามนัดในคลินิกโรคจิต กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลบุรีรัมย์ ได้แก่ การตรวจคัดกรอง ประเมินอาการและระดับความรุนแรงด่วน ของอาการ เจ็บป่วย การให้สุขภาพจิตศึกษา ตลอดจนคำแนะนำเป็นรายกรณีในผู้ป่วยจิตเภทที่มีข้อคำถาม หลังการทดลองเสร็จสิ้น และระยะติดตามผล 1 เดือน ประเมินความหวังในกลุ่มทดลองและกลุ่ม ควบคุม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติที และการ วิเคราะห์ความแปรปรวนสองทางแบบวัดซ้ำ (Two way repeated measure ANOVA) แล้ววิเคราะห์ ความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธีบอนเฟอร์โรนี (Bonferroni)

#### สรุปผลการวิจัย

1. ผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดระดับประคองของ Yalom มีคะแนนเฉลี่ยความหวังแตกต่างกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และมีคะแนนเฉลี่ยความหวังแตกต่างกับกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ในระยะติดตามผล 1 เดือน
2. ผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดระดับประคองของ Yalom มีคะแนนเฉลี่ยความหวังในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะ ติดตามผล 1 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

## การอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูล สามารถอภิปรายผลตามสมมติฐานการวิจัยได้ ดังนี้

1. จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองที่ได้รับ โปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดประคับประคองของ Yalom มีคะแนนเฉลี่ยความหวังในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีและระยะติดตามผล 1 เดือน แตกต่างกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าร่วม โปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดประคับประคองของ Yalom เมื่อได้รับกิจกรรม ซึ่งเป็นโปรแกรมที่เน้นการพัฒนาความหวังใน 3 ด้าน คือ ด้านการรับรู้ความรู้สึกภายในที่เกิดขึ้น (Inner sense of temporality and future) ด้านความพร้อมภายในและความรู้สึกเชื่อมั่น (Inner positive readiness and expectancy) และด้านความสัมพันธ์ระหว่างตนและบุคคลอื่น (Inner connectedness with self and others) โดยจัดกระทำในรูปแบบกลุ่มจิตบำบัดตามแนวคิดของ Yalom (1995) จากผลการวิจัยนี้ พบว่า โปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดประคับประคองของ Yalom ช่วยทำให้ ผู้ป่วยจิตเภทซึ่งนับเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังและได้รับผลกระทบจากความเจ็บป่วยมีความหวังในชีวิตเพิ่มขึ้น โดยรูปแบบการทำกลุ่มจิตบำบัดประคับประคองตามแนวคิดของ Yalom (1995) เน้นการใช้สัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ เกิดการปรับเปลี่ยนความคิด และพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสม โดยโปรแกรมฯ นี้สามารถช่วยเสริมสร้างและพัฒนาความหวังในผู้ป่วยจิตเภทได้ ส่งเสริมกำลังใจให้ผู้ป่วยไม่ย่อท้อในการเผชิญปัญหา มีการปรับตัวทางสังคม มีทัศนคติที่ดีในการดำเนินชีวิต สามารถดูแลตนเองและดำเนินชีวิตประจำวันได้ปกติ ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1 ที่ว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับ โปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดประคับประคองของ Yalom นี้ มีความหวังเพิ่มสูงขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ

จากผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความหวังในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับผลศึกษาของ ซลียา วามะดุน และคณะ (2551) ที่พบว่า คะแนนความหวังและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีนั้นเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ สุนทรี วัฒนเบญจโสภา (2543) ที่พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษาภายหลังเข้ากลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองมีระดับความหวังสูงกว่าก่อนเข้ากลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้จากผลการศึกษาของ ปทิดา ภาณุพิศุทธิ์, สกาวรัตน์ พวงลัดดา, อารียา เตชไพสิฐพงศ์ และปกาสิต บุตรสุวรรณ (2559) พบว่า การเสริมสร้างความหวังเป็นหัวใจสำคัญในการช่วยให้บุคคลที่เจ็บป่วยด้วยโรคโรคจิตเวชฟื้นคืนสู่สภาวะที่ดีในชีวิตได้ เป็นต้น

จากผลการศึกษาดังกล่าว สรุปได้ว่า กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัด  
 ประคับประคองของ Yalom มีคะแนนเฉลี่ยความหวังสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ  
 ทั้งในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

2. ผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความหวังหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที  
 และระยะติดตามผล 1 เดือน สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตาม  
 สมมติฐานข้อ 2 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยความหวังในระยะก่อน  
 ได้รับ โปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดประคับประคองของ Yalom และระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที  
 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และค่าคะแนนเฉลี่ยคะแนนความหวังก่อนการ  
 ได้รับ โปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดประคับประคองของ Yalom และระยะติดตามผล 1 เดือน แตกต่างกัน  
 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ตัวอย่างของกิจกรรมที่จัดขึ้นในโปรแกรมนี้ ระยะเริ่มกลุ่ม ได้แก่ กิจกรรมที่ 1 “บอกเล่า  
 ความในใจ” มีเป้าหมายเพื่อสร้างสัมพันธภาพ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรค  
 จิตเภท โดยส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน การเรียนรู้สัมพันธภาพที่ดีระหว่างกันก่อให้เกิดความ  
 ไว้วางใจกัน และความรู้สึกลดอคถ์ สมาชิกกล้าเปิดเผยความคิดความรู้สึกของตนมากขึ้น บอกเล่า  
 ความรู้สึกที่เกิดขึ้นได้ เช่น “รู้สึกเครียดนะที่คนชอบมองเราแปลก ๆ” “เบื่อการกินยา...” “รู้สึกไม่มี  
 ใครเข้าใจเราที่เราเป็นอย่างนี้...”ฯ การได้บอกเล่าความรู้สึกของตนให้ผู้อื่นฟัง ช่วยทำให้สมาชิก  
 เกิดความรู้สึกผ่อนคลายได้ กิจกรรมในระยะที่ 2 เป็นระยะทำงานร่วมกัน เน้นการพัฒนา  
 และเสริมสร้างความหวังใน 3 ด้าน ได้แก่ 1) ความหวังด้านการรับรู้ความรู้สึกภายในที่เกิดขึ้น  
 2) ความหวังด้านความพร้อมภายในและความรู้สึกเชื่อมั่น และ 3) ความหวังด้านความสัมพันธ์  
 ระหว่างตนและบุคคลอื่น ประกอบด้วย กิจกรรมที่ 2 “เรียนรู้ปัญหา” กิจกรรมนี้สมาชิกได้มีโอกาส  
 สสำรวจตนเองเกี่ยวกับอารมณ์ ความรู้สึก พฤติกรรมที่เป็นปัญหาในปัจจุบันของตน ทำให้สมาชิก  
 เรียนรู้ปัญหาที่เกิดขึ้น เกิดการยอมรับและหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน สมาชิกเกิดความมั่นใจ  
 และเชื่อมั่นว่าสามารถแก้ไขปัญหานั้นให้ดีขึ้นได้ เป็นการรับรู้ถึงความรู้สึกภายในทางบวกที่เกิดขึ้น  
 ซึ่งจะเป็แรงผลักดันในการเสริมสร้างและพัฒนาความหวังให้เพิ่มขึ้นได้ ซึ่งสมาชิกสามารถนำไป  
 เป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาคต่อไปได้ กิจกรรมที่ 3 “ชีวิตมีคุณค่า” สมาชิกเห็นคุณค่าในตนเอง  
 มีความเชื่อมั่นและสามารถเรียนรู้ที่จะพัฒนาตนเองได้ กิจกรรมที่ 4 “ทักษะการเผชิญปัญหา”  
 โดยกระบวนการกลุ่มจิตบำบัดประคับประคองสามารถช่วยให้สมาชิกเกิดการเรียนรู้ที่จะเผชิญปัญหา  
 และตัดสินใจเลือกแนวทางการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมได้ ซึ่งจะช่วยพัฒนาทักษะการอยู่ร่วมกัน  
 ในสังคมของสมาชิกต่อไป กิจกรรมที่ 5 “ชีวิตคิดบวก” โดยการส่งเสริมความคิดทางบวกให้สมาชิก  
 มีความเชื่อมั่นที่จะทำเพื่อใหบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ เป็นการช่วยยึดเหนี่ยวจิตใจให้สมาชิกรู้สึก

เข้มแข็งและสามารถผ่านสิ่งที่เลวร้ายหรืออุปสรรคไปได้ ซึ่งจะนำมาถึงความหวังในการทำให้มีชีวิตที่ดีขึ้น กิจกรรมที่ 6 “การแสวงหาความช่วยเหลือเมื่อจำเป็นและการพึ่งพาหะหว่างกัน” สมาชิกได้เรียนรู้ในการช่วยเหลือพึ่งพากัน การมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน ซึ่งในกระบวนการกลุ่มจิตบำบัด ประคับประคองของ Yalom ในแต่ละกิจกรรมส่งเสริมให้เกิดปัจจัยบำบัด เช่น การให้ข้อมูล (Imparting of information) มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างสมาชิกโดยเฉพาะในขั้นตอนของการแก้ไขปัญหาาร่วมกันในแต่ละครั้ง สมาชิกได้มีการระบายความรู้สึก (Catharsis) การได้ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ทำให้สมาชิกรู้สึกว่าคุณได้ทำคุณประโยชน์ (Altruism) ส่งผลให้มีกำลังใจที่ดีขึ้นได้ การมีความเป็นสากล (Universality) สมาชิกรับรู้ได้ว่าปัญหาที่เกิดขึ้นไม่ได้เกิดกับตนเองคนเดียว คนอื่นก็มีปัญหาเช่นเดียวกัน เกิดความเป็นปึกแผ่น (Group cohesiveness) สมาชิกมีความรู้สึกเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกันมากขึ้น ซึ่งปัจจัยบำบัดเหล่านี้ส่งผลให้สมาชิกเกิดการเรียนรู้ในการช่วยเหลือประคับประคองจิตใจซึ่งกันและกัน โดยผู้นำกลุ่มเป็นผู้เอื้ออำนวย (Facilitator) กระตุ้นและส่งเสริมให้เกิดบรรยากาศของการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นร่วมกันภายในกลุ่ม ช่วยเสริมสร้างให้สมาชิกมั่นใจและเกิดความเชื่อมั่นที่จะเรียนรู้และพัฒนาคุณค่าในตนเองได้ ซึ่งนำไปสู่การมองโลกในแง่ดี การมีสัมพันธภาพที่ดีกับคนอื่น โดยภายหลังเข้าร่วมกิจกรรมนี้ ผู้วิจัยสังเกตเห็นว่าสมาชิกมีการนำคำพูดที่ได้พูดคุยกันนั้น มาให้กำลังใจกันในการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งถัดไป และในระยะยุดิกลุ่ม กิจกรรมที่ 7 “กำลังใจให้คุณ” ส่งเสริมให้สมาชิกมีกำลังใจที่ดีมีความมั่นใจเพิ่มขึ้น ภายหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมฯแล้ว พบว่า กิจกรรมที่ช่วยพัฒนาและเสริมสร้างความหวังทั้ง 3 ด้านนี้ สามารถทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความหวังในชีวิตเพิ่มขึ้นได้

จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดประคับประคองของ Yalom ใน 7 กิจกรรมนี้ ช่วยพัฒนาและเสริมสร้างความหวังให้ผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลอง ทั้งในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ดังจะเห็นจากการทดสอบรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยความหวังในแต่ละช่วงเวลาพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยความหวังของผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 2 สามารถอธิบายได้ว่า โปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดประคับประคองของ Yalom ตามแนวคิดความหวังของ Herth (1992) และแนวคิดกลุ่มจิตบำบัดประคับประคองของ Yalom (1995) เป็นวิธีการบำบัดที่สามารถเพิ่มความหวังซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความเชื่อมั่น มั่นใจและมีความหวังที่จะต่อสู้กับภาวะความเจ็บป่วยทางจิตได้ แม้ว่าจะสิ้นสุดการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ไปแล้ว แต่ในระยะติดตามผลก็ยังพบว่าความหวังยังคงเพิ่มขึ้น สามารถอธิบายได้ว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรม สมาชิกในกลุ่มทดลองยังสามารถนำความรู้และประสบการณ์ที่ได้รับในการเข้าร่วมโปรแกรมนี้ฯ ไปปรับใช้ในการดำเนินชีวิตได้ จึงทำให้

ความหวังยังคงเพิ่มขึ้นแม้จะยุติการเข้าร่วมโปรแกรมไปแล้ว ดังนั้นการเสริมสร้างความหวังจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยฟื้นฟูสมรรถนะทางกายและจิตใจ ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภท สามารถปรับตัวอยู่กับภาวะความเจ็บป่วยทางจิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยพบว่า โปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดระดับประคับประคองของ Yalom สามารถเพิ่มความหวังในผู้ป่วยจิตเภทได้ มีข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

1. พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานสุขภาพจิตและจิตเวช นำโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดระดับประคับประคองของ Yalom นี้ไปใช้เพื่อช่วยพัฒนาและเสริมสร้างความหวังในผู้ป่วยจิตเภท
2. คณาจารย์ในสถาบันการศึกษาพยาบาลสามารถนำโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดระดับประคับประคองของ Yalom นี้ไปใช้ประกอบการเรียนการสอนเพื่อให้นักศึกษาพยาบาลและนิสิตระดับบัณฑิตศึกษาในสาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ได้เรียนรู้และนำไปประยุกต์ใช้เพื่อเสริมสร้างความหวังในผู้ป่วยจิตเภท

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยในครั้งต่อไป

1. นักวิจัยทางการแพทย์พยาบาลสามารถนำโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดระดับประคับประคองของ Yalom ที่พัฒนาขึ้นในครั้งนี้ ไปทำวิจัยในการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความหวังในผู้ป่วยจิตเภท ผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช หรือผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น
2. ในระยะติดตามประเมินผลการใช้โปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดระดับประคับประคองของ Yalom ควรมีการเพิ่มระยะเวลาในการติดตามประเมินของ โปรแกรมฯ ให้นานขึ้น เช่น 3 เดือน 6 เดือน หรือ 1 ปี เพื่อติดตามว่าผู้ป่วยจิตเภทสามารถนำทักษะที่ได้รับจากการเข้าร่วมโปรแกรมฯ นี้ไปใช้กับเพื่อเสริมสร้างและพัฒนาความหวังในชีวิตได้อย่างเหมาะสม

## บรรณานุกรม

- กนกวรรณ ฑีฆะ. (2544). *ผลของกลุ่มเสริมสร้างความหวังในผู้ป่วยหญิงซึมเศร้า*. วิทยานิพนธ์  
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย,  
มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- กรมสุขภาพจิต. (2556). *สถิติผู้ป่วยที่มารับบริการ โรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต*. นนทบุรี:  
ศูนย์สารสนเทศ กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมสุขภาพจิต. (2559). *รายงานประจำปี กรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2559*. กรุงเทพฯ: บางกอก  
บล็อก.
- กฤษณา สังขมณีจินดา. (2554). *ผลของโปรแกรมทางการพยาบาลแบบสนับสนุนต่อความหวังใน  
ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร  
มหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- กอบโชค จวงค์ และสมชาย จักรพันธ์. (2549). การศึกษาผลกระทบข่าวความรุนแรงในโรงเรียน  
เอกชน กรุงเทพมหานคร. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 14(1), 1-13.
- กาญจนา แก้วเทพ. (2541). *สื่อสารมวลชน: ทฤษฎีและแนวทางการศึกษา*. กรุงเทพฯ: ภาพพิมพ์.
- กุศลภรณ์ ชัยอุดมสม, ภัทรี พหลภักย์, ภาพันธ์ วัฒนวิทย์กิจ และพงศธร พหลภักย์. (2559).  
*จิตเวชศาสตร์ Psychiatry*. ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา.
- เกสร มุ้ยจีน. (2555). *ผลของโปรแกรมการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าร่วมกับกลุ่มจิตบำบัด  
แบบประคองต่อระดับความซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง*. *วารสารการ  
พยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 26(1), 19-34.
- ขวัญสุดา บุญทศ, อมรรัตน์ ศรีคำสุข ไชโตะ และสุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล. (2556). การสนับสนุน  
ทางสังคมของผู้ป่วยโรคจิตเภท. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 58(1),  
89-100.
- เกรือมาศ ดนัยสวัสดิ์ และกนกวรรณ บุญอริยะ. (2545). *รายงานการวิจัย: การสนับสนุนทางสังคม  
ของผู้ป่วยจิตเวชที่มารักษาในโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา*. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต  
กระทรวงสาธารณสุข.
- จริยา บุญเจริญ. (2550). *การศึกษาการใช้โปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดประคับประคองต่อภาวะซึมเศร้า  
ของผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา*. เข้าถึงได้จาก  
<http://www.dmh.go.th/abstract/details.asp?id=3634>

- จันทนา เตชะคฤห. (2540). *ความหวัง ความเข้มแข็งในการมองโลก และความผาสุกในชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จันทร์ฉาย เนตรสุวรรณ. (2545). *พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จำลอง ดิษขวณิช. (2545). *การวินิจฉัยและการใช้ยาทางจิตเภท*. เชียงใหม่: เจริญการพิมพ์.
- จิราพร เกสรสุวรรณ. (2545). *ผลของการใช้โปรแกรมกลุ่มนันทนาการบำบัดต่อสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จุฬาลักษณ์ ชำชอง. (2547). *ประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จุฬาลักษณ์ บารมี. (2551). *สถิติเพื่อการวิจัยทางสุขภาพและการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS*. ชลบุรี: ศรีศิลป์การพิมพ์.
- เจษฎา โชคดำรงสุข. (2557). *กรมสุขภาพจิต เปิดเวทีสุขภาพจิตนานาชาติ ชูประเด็น “สังคมเปลี่ยนไว ใส่ใจสุขภาพจิต”*. *ข่าวสารกรมสุขภาพจิต*, 21(249), 1-5.
- ฉวีวรรณ บุญถูก. (2553). *โปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมต่อความวิตกกังวลทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภทที่นอนรักษาในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ชนิดดา แนนเกษร. (2557). *พลวัตรากลุ่มและพัฒนาการกลุ่ม*. ชลบุรี: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ชนิดดา แนนเกษร และจันทน์จุฑา ชัยเสนา ดาลาส. (2557). *แนวคิดและทฤษฎีที่ใช้ในการทำกลุ่มจิตบำบัด*. ชลบุรี: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ชนิกรรดา ไทยสังคม. (2545). *การใช้จิตบำบัดกลุ่มในการเพิ่มความสำนึกในคุณค่าแห่งตนของผู้ติดสารแอมเฟตามีน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ชลธิชา สิมะวงศ์. (2545). *การใช้จิตบำบัดกลุ่มในการส่งเสริมความหวังของผู้ติดเชื้อเอชไอวี.*

การค้นคว้าแบบอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ชลียา วามะลุน, จิริงกูร ญัฐรังสี, พัทธนี เทพาอภิรักษ์ และศิริลักษณ์ เภยวิจิตร. (2551). *การเสริมสร้างความหวังและความรู้สึกรักคุณค่าในตนเองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งที่มีภาวะซึมเศร้า:*

*กรณีศึกษาศูนย์มะเร็งอุบลราชธานี. วารสาร โรคมะเร็ง, 28(2), 55-63.*

ชุ่มจิต กลิ่นพิบูลย์. (2549). *การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์*

*พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.*

เชษฐา แก้วพรม. (2555). *บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพจิตใจสำหรับบุคคลที่ป่วยด้วยโรคจิตเภท. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี, 23(2), 73-80.*

ณรงค์ศักดิ์ พุทธประเสริฐ, วันดี สุทธิรังสี และบุญวดี เพชรรัตน์. (2553). *อาการไม่สุขสบายจากการรักษาทางจิตและการจัดการกับอาการของผู้ป่วยจิตเภท. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 24(1), 50-64.*

ณัฐยา พรหมบุตร. (2545). *สุขภาพจิตของผู้ดูแลที่เป็นโรคจิตเภท. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.*

ครุณี คชพรหม. (2543). *ผลของกลุ่มปรับประคับประคองและจิตศึกษาต่อภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.*

ทัศนีย์ ทองประทีป. (2552). *จิตวิญญาณ: มิติหนึ่งของการพยาบาล. กรุงเทพฯ: วิ.พรินท์.*

ทิวาพร ฟูเฟื่อง. (2544). *การศึกษาผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชที่รักษาด้วยยารักษาอาการทางจิตในโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต. นนทบุรี: ศูนย์สุขภาพจิตและจิตเวช ชุมชน โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.*

ทีปประพิณ สุขเขียว. (2543). *การสนับสนุนทางสังคมกับภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.*

ทูลกา นุปผาสังข์. (2545). *ภาระและความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลกับการเข้ารับรักษาซ้ำของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.*



- ธีระ ลีลาณันทกิจ. (2550). *โรคจิตเภทกับกลุ่มอาการนิวโรเลปติกที่ร้ายแรง*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- นงลักษณ์ วรวิทย์ชานันท์. (2546). *พฤติกรรมเอื้ออาทรของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นรวิรุฬห์ พุ่มจันทร์. (2548). การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทและญาติ: กรณีศึกษาในผู้ป่วยที่รับการรักษาในโรงพยาบาลกลางวันสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 13(3), 146-156.
- นันทวิช สิทธีรักษ์, กมลเนตร วรรณเสวก, กมลพร วรรณฤทธิ์, ปณิต ผู้กฤตยาคามิ, สุพร อภินันทเวช และพนม เกตุมาน. (2558). *จิตเวช ศิริราช DSM-5*. กรุงเทพฯ: ประชาราษฎร์ไทยการพิมพ์.
- เนตรนภา คู่พันธ์วี. (2534). *ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาวะสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในเขตรับผิดชอบของศูนย์โรคเรื้อรังเขต 12*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บุญใจ ศรีสถิตยน์รากร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 5)*. กรุงเทพฯ: ยูเออนด์ไออินเตอร์มีเดีย.
- บุญพา ณ นคร. (2538). *รายงานการวิจัย: การศึกษาการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยจิตเวชโรงพยาบาลสวนสราญรมย์*. สุราษฎร์ธานี: โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- ปติดา กานุกุศุทธิ์, สกาวรัตน์ พวงลัดดา, อารีญา เตชไพสิฐพงศ์ และปภาจิต บุตรสุวรรณ. (2559) *ประสิทธิผลโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สภาวะต่อความหวังและคุณภาพชีวิตสำหรับบุคคลที่อยู่กับโรคจิตเวช: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ*. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 30(1), 34-51.
- ปณิดา อินทรารักษ์. (2549). *ประสบการณ์การจัดการกับการรับรู้ทางลบของสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประคอง วรรณสูตร. (2542). *สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 3)*. กรุงเทพฯ: อินเตอร์-เทคพริ้นติ้ง.

- ปรียนันท์ สละสวัสดิ์. (2546). ความชุกของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยนอกโรคจิตเภทเรื้อรัง สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัย, สาขาวิชาสุขภาพจิต, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปิ่นพร เฟิงที. (2553). การวิเคราะห์สถานการณ์การเกิดตราบาปในผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่มารับบริการในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชนครไทย จังหวัดพิษณุโลก. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พงษ์อรุณ สมบัติรักษ์. (2552). การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลศรีษะเกษ. วิทยานิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารสังคม, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
- พรทิพย์ โพธิ์มูล. (2552). ผลของการใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนมุมมองที่เน้นการหาทางออกสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านอาการทางจิต. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- พรนิภา หาญละคร, สมใจ รัตนมณี และประกอบ ชันทอง. (2552). ผลของกลุ่มบำบัดแบบพฤติกรรมปัญญานิยมต่อความหวังและความซึมเศร้าในผู้คิดเชื่อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส. *รามาศิษย์พยาบาลสาร*, 15(2), 206-220.
- พระมหาชาติชาย ไบทัตทิม. (2548). การดำเนินชีวิตในสังคมหลังการบำบัดของผู้ป่วยจิตเภทโรงพยาบาลศรีษะเกษ. วิทยานิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสังคมสงเคราะห์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- พันธุ์นภา กิตติรัตน์ไพบูลย์. (2549). *จิตเวชศาสตร์สำหรับประชาชน*. เข้าถึงได้จาก <http://www.dmh.moph.go.th/news/view.asp?id=1001>
- พิเชฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนันท์. (2552). *ตำราโรคจิตเภท*. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์, อรพรรณ ลือบุญรัชชัย และพรชนก จิตปัญญา. (2547). ตราบาป: การรับรู้และผลกระทบของผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัว. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 18(1), 1-9.
- ไพลิน ปรัชญกุลปต์. (2548). การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพัฒนาสังคม, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- ภัทรภรณ์ ทุ่งปิ่นคำ. (2550). *การทำกลุ่มจิตบำบัดสำหรับบุคลากรทางสุขภาพ*. เชียงใหม่: นันทพันธ์พรินติ้ง.
- ภัทรภรณ์ ทุ่งปิ่นคำ. (2551). *การทำจิตบำบัดสำหรับบุคลากรทางสุขภาพ*. เชียงใหม่: โครงการตำรา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ภัทรภรณ์ ทุ่งคำปิ่น, สุวิทย์ อินทอง, ขวัญพนมมพร ธรรมไทย, ผกาพันธุ์ วุฒิลักษณ์, ชาลินี สุวรรณยศ และศรีัญญา วรรณชัยกุล. (2551). *คุณภาพชีวิตในผู้ที่เป็นโรคจิตเภท: มุมมองของผู้ป่วยและผู้ดูแล*. เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- มณีรัตน์ โพธิ์นิล. (2546). *การสนับสนุนส่งเสริมความหวังที่พยาบาลวิชาชีพให้กับผู้ที่เป็นโรคจิตเภท*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษยวณิช. (2542). *ตำราจิตเวชศาสตร์*. เชียงใหม่: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- มานิช หล่อตระกูล. (2550). *คู่มือการใช้ยาทางจิตเวช(พิมพ์ครั้งที่ 4)*. กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.
- มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์. (2555). *จิตเวชศาสตร์รามาชิตี (พิมพ์ครั้งที่ 3)*. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาชิตี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์. (2558). *จิตเวชศาสตร์รามาชิตี (พิมพ์ครั้งที่ 4)*. กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาชิตี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มารยาท วงษาบุตร. (2539). *ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ความหวัง และพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์ที่เข้ารับการรักษา ณ วัดพระบาทน้ำพุ จังหวัดลพบุรี*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ และศัลยศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- มาลี แจ่มพงษ์, ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน และทวีชัย นวมงคลวัฒนา. (2551). *ทัศนคติประชาชนไทยต่อผู้ป่วยโรคจิต*. *วารสาร โรงพยาบาลศรีธัญญา*, 9(1), 18.
- ยอดสร้อย วิเวกวรรณ. (2543). *สุขภาพจิตและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

- ยูวดี วงษ์แสง. (2548). ผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รณชัย คงสกนธ์. (2549). การประกันสังคมกับความเจ็บป่วยทางจิตเวช. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 51(2), 74-76.
- รตสุคนธ์ ธนะแก้ว. (2548). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคจิตเภท โรงพยาบาลสวนปรุง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- รัชนิกร อุปเสน. (2541). การศึกษาบทบาทและภาระของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ราตรี ภูบุญ. (2545). พฤติกรรมทางสังคมของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทตามการรับรู้ของผู้ดูแล. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เรณุการ์ ทองคำรอด. (2541). ความหวังของผู้ติดเชื้อเอชไอวี. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ลดดา พลคะชา. (2554). ผลของการใช้กลุ่มจิตบำบัดตามแนวคิดของยาลอมต่อการเพิ่มคุณค่าในตนเองของวัยรุ่นชายที่เสี่ยงต่อการดื่มแอลกอฮอล์. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ลัดดาวัลย์ ปันเต. (2543). ความหวังและความรู้สึกสูญเสียอำนาจของผู้ติดเชื้อเอชไอวี. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วรรณษา จำปาศรี. (2554). ผลของการใช้กลุ่มจิตบำบัดประคับประคองต่อการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยโรคจิตเภท. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วรรณษา จำปาศรี และเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ. (2555). ผลของการใช้กลุ่มจิตบำบัดประคับประคองต่อการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยโรคจิตเภท. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 26(2), 51-62.

- รวรัตน์ ไชยชาญ. (2548). การลดตราบาปในผู้ป่วยจิตเวช โครงการรณรงค์ระดับชาติเพื่อคืนชีวิตใหม่ และสร้างกำลังใจในผู้มีปัญหาสุขภาพจิต โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์ ศูนย์สุขภาพจิตที่ 8. นครสวรรค์: แสงศิลป์การพิมพ์.
- วราพร แซ่หวง. (2554). การฝึกทักษะทางสังคมและการดำรงชีวิตด้วยตนเองสำหรับผู้ป่วยจิตเภท เรื้อรังในชุมชน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- วิศรา ใจคำป็น. (2550). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มต่อการรับรู้สมรรถนะ แห่งตนของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาล สอนปรุง จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วัชรภรณ์ ลือไชยงค์. (2553). การตราบาปทางสังคม: กรณีศึกษาผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาล พระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสังคมศาสตร์และการพัฒนา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี.
- วาทีณี สุขมาก, อัจฉรี ศิริสุนทร และประภาพร มีนา. (2545). ความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม การรับรู้ความสามารถในตนเอง. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 47(1), 31-37.
- ศักดิ์ดา ขำคม. (2545). การเสริมสร้างความหวังในผู้ป่วยจิตเภทด้วยกระบวนการกลุ่ม. เข้าถึงได้จาก <http://www.dmh.moph.go.th/.../details?id>
- ศิริภัทรา จุฑามณี และเพ็ญญา แดงค้อมยุทธ์. (2553). ผลของกลุ่มบำบัดประคับประคองต่อคุณภาพ ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 22(ฉบับพิเศษ 2), 94-105.
- ศิริภัทรา จุฑามณี. (2552). ผลของกลุ่มบำบัดประคับประคองต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทใน ชุมชน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาล จิตเวชศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมชาย พลอยล้อมแสง และชรินทร์ ลิ้มสนธิกุล. (2547). การสำรวจทัศนคติของประชาชนเกี่ยวกับ สุขภาพจิต ตราบาป และการบริการสุขภาพจิตต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการในสถาน บริการสุขภาพจิต. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย, 12(2), 71-79.
- สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, ดารุณี จงอุดมการณ์, กฤตยา แสงเจริญ, นวนันท์ ปิยะวัฒน์กุล และสมจิต แคนสีแก้ว. (2547). รายงานการวิจัยเรื่องประสบการณ์ชีวิตครอบครัวที่มีผู้ป่วยทาง จิตเรื้อรังที่บ้านและสถานการณ์ชุมชน. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- สมภพ เรืองตระกูล. (2557). *ตำราจิตเวชศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 10). กรุงเทพฯ: เรือนแก้ว.
- สมรัก ชูวานิชวงศ์. (2553). การรับรู้ตนเองและเจตคติต่อการเจ็บป่วยทางจิต. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 18(3), 162-175.
- สันชัย วสุนทรธา. (2547). *จิตเภท Schizophrenia*. กรุงเทพฯ: สหประชาพานิชย์.
- สัมพันธ์ มณีรัตน์. (2546). ผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างอำนาจและสัมพันธ์ภาพเพื่อการบำบัดต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สายใจ พัวพันธ์. (2549). *ทฤษฎีการพยาบาลศาสตร์แห่งมนุษย์และการดูแลมนุษย์ของวัดสัน*. ชลบุรี: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สายใจ พัวพันธ์. (2553). การรับรู้ถึงความเป็นภาระของผู้ดูแลของผู้ป่วยจิตเภทในเขตจังหวัดชลบุรี. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 24(1), 156-171.
- สาริณี โตะทอง. (2548). *ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัวต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สินธิ์ อนันท์วัฒน์. (2551). *การรับรู้ตราใบและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท* โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุจรรยา แสงเขียวงาม. (2545). *ผลของจิตบำบัดประคับประคองแบบกลุ่มต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิต, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุจิตรา วรสิงห์. (2557). *ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับรู้ตราใบในผู้ป่วยโรคจิตเภท*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สุดคนึง ฤทธิ์ลือชัย. (2541). *ผลของการใช้จิตบำบัดแบบกลุ่มประคับประคองต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของมารดาที่ดูแลบุตรตามลำพัง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.

- สุนทรี วัฒนเบญจโสภา. (2543). *ผลของกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองต่อความหวังของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีวิทยา*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุพัฒนา สุขสว่าง และศิริลักษณ์ สว่างวงศ์สิน. (2548). *ตราบาปในผู้ป่วยจิตเภท*. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- สุวิมล สมัตถะ. (2541). *ผลของการใช้แบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเวช*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- หทัยรัตน์ ปฏิพันธ์กักดี. (2554). *การเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทหญิงเรื้อรังที่มีคุณค่าในตนเองต่ำ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อรพรรณ บุญลือธวัชชัย. (2541). *การเสริมสร้างพลังอำนาจกับการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช*. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 12, 14-23.
- อรพรรณ บุญลือธวัชชัย. (2554). *การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (พิมพ์ครั้งที่ 4)* กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรรณพ ทองคำ. (2546). *การทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่กลับมาเป็นซ้ำ*. การค้นคว้าอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อรวรรณ วรรณชาติ. (2550). *ทักษะชีวิตตามการรับรู้ของผู้ดูแล การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ตราบาปของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อัญญา คำพึ่ง. (2552). *ผลของโปรแกรมฝึกทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคลต่อการรับรู้ตราบาปของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลพิชัย จังหวัดอุดรธานี*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อัจฉรา ศักรางกูร. (2550). *การปรับตัวของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว: กรณีศึกษาโรงพยาบาลศรีธัญญา*. วิทยานิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสังคมสงเคราะห์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

- อัจฉริยาภรณ์ สุพิชญ์. (2546). *คุณภาพชีวิตและการสนับสนุนทางสังคมของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท*.  
 วิทยาลัยพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช,  
 บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อาจารย์ คำหอม. (2552). *การรับรู้ตราบาปของผู้ดูแล ทักษะชีวิต และการรับรู้ตราบาปของผู้ที่เป็น  
 โรคจิตเภท*. วิทยาลัยพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการ  
 พยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อุบลรัตน์ สิงหเสนี. (2552). *ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภท*.  
 วิทยาลัยพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช,  
 บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- American Psychiatric Association [APA]. (2000). *Practice guidelines for the treatment of  
 psychiatric disorders compendium 2000*. Washington, DC.: American Psychiatric  
 Association.
- American Psychiatric Association [APA]. (2003). *Diagnostic and statistical manual of mental  
 disorders* (4<sup>th</sup> ed.). Bangalore: Panther.
- American Psychiatric Association [APA]. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental  
 disorders* (5<sup>th</sup> ed.). Washington, DC.: American Psychiatric Association.
- Brohan, E., Slade, M., Clement, S., & Thornicroft, G. (2010). Experiences of mental illness  
 stigma, prejudice and discrimination: A review of measures. *BMC Health Services  
 Research, 10*(1), 80.
- Callaghan, P., & Morrissey, J. (1993). Social support and health: A review. *Journal of Advanced  
 Nursing, 18*, 203-210.
- Chan, S., & Yu, I. W. (2004). Quality of life of clients with schizophrenia. *Journal of Advanced  
 Nursing, 45*(1), 72-83.
- Chiba, R., Kawakami, N., Miyamoto, Y., & Andresen, R. (2010). Reliability and Validity of the  
 Japanese version of the self-identified stage of recovery for people with long term  
 mental illness. *International Journal of Mental Health Nursing, 19*, 195-202.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine, 38*(5),  
 300-314.



- Corrigan, P. W., Rowan, D., Green, A., Lundin, R., River, P., Wasowski, K. U., White, K., Mary, A., & Kubiak, M. A. (2002). Challenging two mental illness stigmas: Personal responsibility and dangerousness. *Schizophrenia Bulletin*, 28(2), 293-309.
- Corrigan, P. W., Watson, A. C., & Sells, M. (2007). Self-stigma in people with mental illness. *Schizophrenia Bulletin*, 33(6), 1312-1318.
- Default, K., & Martocchio, B. C. (1985). Hope: Its sphere and dimensions. *Nursing Clinics of North America*, 20(2), 379-391.
- Dickerson, F. B., Sommerville, J., Origoni, A. E., Ringel, N. B., & Parente, F. (2002). Experiences of stigma among outpatients with schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 28(1), 143-155.
- Ebright, P. R., & Lyon, B. (2002). Understanding hope and factors that enhance hope in women with breast cancer. *Oncology Nursing Forum*, 29(3), 561-568.
- Ertugrul, A., & Ulug, B. (2004). Perception of stigma among patients with schizophrenia. *Social Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 39, 73-77.
- Gestel-Timmermans, H. V., Bogaard, J. V. D., Brouwers, E., Herth, K., & Nieuwenhuizen, C. V. (2010). Hope as a determinant of mental health recovery: A psychometric evaluation of the Herth hope index-dutch version. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24, 67-74.
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Retrieved from <http://www.ishkbooks.com/stigma.pdf>
- Harrison, J., & Gill, A. (2010). The experience and consequences of people with mental health problems, the impact of stigma upon people with schizophrenia: A way forward. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17, 242-250.
- Herth, K. (1989). The relationship between level of hope and coping response and other variables in patients with cancer. *Oncology Nursing Forum*, 16(1), 67-72.
- Herth, K. (1990). Fostering hope in terminally-ill people. *Journal of Advanced Nursing*, 15, 1250-1259.
- Herth, K. (1992). Abbreviated instrument to measure hope: Development and psychometric evaluation. *Journal of Advanced Nursing*, 17, 1251-1259.

- Herth, K. (2000). Enhancing hope in people with a first recurrence of cancer. *Journal of Advanced Nursing*, 32, 1431-1441.
- Jensen, L. W., & Wadkins, T. A. (2007). Mental health success stories: Finding paths to recovery. *Issues in Mental Health Nursing*, 28(4), 325-340.
- Kaewprom, C., Curtis, J., & Deane, F. P. (2011). Factors involved in recovery from schizophrenia: A qualitative study of Thai mental health nurses. *Nursing and Health Sciences*, 13, 323-327.
- Kelly, M., & Gamble, C. (2005). Exploring the concept of recovery in schizophrenia. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 12(2), 245-251.
- King, M., Dinos, S., Shaw, J., Watson, R., Stevens, S., Passetti, F., Weich, S., & Marc, S. (2007). The stigma scale: Development of a standardised measure of the stigma of mental illness. *The British Journal of Psychiatry*, 190, 248-254.
- Kylma, J. (1996). Hope in nursing research: a meta-analysis of the ontological and epistemological of research on hope. *Journal of Advances Nursing*, 25, 364-371.
- Kylma, J. (2005). Dynamics of hope in adults living with HIV/ AIDS: a substantive theory. *Advances in Nursing Science*, 52, 620-630.
- Lai, Y. M., Hong, C. P. H., & Chee, C. Y. I. (2000). Stigma of mental illness. *Singapore Medical Journal*, 42(3), 111-114.
- Lee, S., Lee, M. T. Y., Chiu, M. Y. L., & Kleinman, A. (2005). Experience of social stigma by people with schizophrenia in Hong Kong. *The British Journal of Psychiatry*, 186, 153-157.
- Lysaker, P. H., Roe, D., & Yanos, P. T. (2006). Toward understanding the insight paradox: Internalized stigma moderates the association between insight and social functioning, hope, and self-esteem among people with schizophrenia spectrum disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 33(1), 192-199.
- Lysaker, P. H., Salyers, M. P., Tsai, J., Spurrier, L. Y., Louanne, W., & Davis, L. W. (2008). Clinical and psychological correlates of two domains of hopelessness in schizophrenia. *Journal of Rehabilitation Research & Development*, 45, 911-920.

- Lysaker, P. H., Tsai, J., & Vohs, J. L. (2010). Negative symptoms and concomitant attention deficits in schizophrenia: Associations with prospective assessments of anxiety, social dysfunction, and avoidant coping. *Journal of Mental Health, 19*(2), 184-192.
- Miller, J. F. (1985). Hope. *American Journal of Nursing, 85*, 23-25.
- Miller, J. F. (1992). *Coping with chronic illness*. Philadelphia: F. A. Davis.
- Norbeck, J. S., Lindsey, A. M., & Carrien, V. L. (1982). The developmental of an instrument to measure social support. *Nursing Research, 30*, 264-269.
- Okhakhume, A. S. (2012). Influence of psychological factors on self and perceived stigma and the efficacy of cognitive behavior therapy in symptoms reduction among mentally ill patients. *African Journal Online, 20*(2), 39-50.
- Polit, D. F., & Hungler, B. P. (1999). *Nursing research: Principles and methods* (6<sup>th</sup> ed.). Philadelphia: J. B. Lippincott.
- Sibitz, I., Unger, A., Woppmann, A., Zidek, T., & Amering, M. (2009). Stigma resistance in patients with schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin, 37*(2), 316-323.
- Snyder, C. R. (1994). *The psychology of hope*. New York: The Free Press.
- Vellone, E., Rega, M. L., Galletti, C., & Cohen, M. Z. (2006). Hope and related variables in Italian cancer patients. *Cancer Nursing, 29*(5), 356-366.
- Wahl, O. K. (1999). Mental health consumers' experience of stigma. *Schizophrenia Bulletin, 25*(3), 467-478.
- Watson, A. C., Corrigan, P., Larson, J. E., & Sells, M. (2007). Self-stigma in people with mental illness. *Schizophrenia Bulletin, 33*(6), 1312-1318.
- West, M. L., Yanos, P. T., Smith, S. M., Roe, D., Paul, H., & Lysaker, P. H. (2011). Prevalence of internalized stigma among persons with severe mental illness. *Stigma Research and Action, 1*(1), 3-10.
- World Health Organization [WHO]. (1992). *The ICD 10 classification of mental behavioral disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines* (10<sup>th</sup> ed.). Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization [WHO]. (2006). *The ICD-10 classification of mental and behavioral disorder: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: WHO.

Yalom, I. D. (1995). *The theory and practice of group psychotherapy* (4<sup>th</sup> ed.). New York: Basic Books.

Yanos, P. T., Roe, D., Markus, K., & Lysaker, P. H. (2008). Pathways between internalized stigma and outcomes related to recovery in schizophrenia spectrum disorders. *Psychiatric Services A journal of the American Psychiatric Association*, 59(12), 1437-1442.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก  
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

## รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จิณห์จุฑา ชัยเสนา คาลลาส สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิต  
และจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยบูรพา
2. แพทย์หญิงสุจินต์ ภัทรไพศาลกิจ นายแพทย์เชี่ยวชาญ  
(ด้านเวชกรรมสาขาจิตเวช)  
โรงพยาบาลบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์
3. คุณวิศุษา รัตนจริยา นักจิตวิทยาคลินิกปฏิบัติการ  
โรงพยาบาลบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์
4. คุณสำราญ อยู่หมื่น ไวย พยาบาลผู้ปฏิบัติการชั้นสูง  
(APN สาขาการพยาบาลสุขภาพจิต  
และจิตเวช)  
โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา  
ราชนครินทร์ จังหวัดนครราชสีมา
5. คุณคำรณพล จันทร์สด พยาบาลผู้ปฏิบัติการชั้นสูง  
(APN สาขาการพยาบาลสุขภาพจิต  
และจิตเวช)  
โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา  
ราชนครินทร์ จังหวัดนครราชสีมา

ภาคผนวก ข  
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย



## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 1 แบบประเมินสภาพจิต

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความหวัง

โปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดระดับประจักษ์ของ Yalom

แบบสอบถามเลขที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

### คำชี้แจง

1. แบบสอบถามฉบับนี้ ใช้ความคิด ความรู้สึกเกี่ยวกับตัวของท่านซึ่งในข้อคำถามแต่ละข้อ ไม่มีถูกหรือผิด จึงขอความกรุณาท่านตอบแบบสอบถามให้ตรงกับความคิดและความรู้สึกของท่านมากที่สุด
2. ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามนี้จะถือเป็นความลับ ข้อมูลจะถูกนำเสนอเป็นภาพรวมเพื่อการศึกษาวิจัยเท่านั้น
3. โปรดอ่านคำชี้แจงก่อนตอบแบบสอบถามแต่ละส่วน
4. โปรดตอบแบบสอบถามทุกส่วนทุกข้อเพื่อให้คำตอบของท่านนำไปใช้ประโยชน์

### ต่อไป

แบบสอบถามประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบประเมินสภาพจิต

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความหวัง

ผู้วิจัยขอขอบคุณท่านที่ได้ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามและให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดี

นางลานทิพย์ พนารินทร์

นักศึกษาปริญญาโท สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

### ส่วนที่ 1 แบบประเมินสภาพจิต (Mental status questionnaire)

**คำชี้แจง** แบบประเมินสภาพจิต เป็นการประเมินการรับรู้วัน เวลา สถานที่ บุคคล และประเมินความรู้ทั่วไป โดยจะต้องได้คะแนนไม่ต่ำกว่า 8 คะแนนจาก 10 แสดงถึงมีการรับรู้วันเวลา สถานที่ และบุคคลตามปกติ (Kanh et al., 1960 อ้างถึงใน อรรถพ ทองคำ, 2546)

1. สถานที่แห่งนี้ชื่ออะไร
2. สถานที่แห่งนี้ตั้งอยู่ที่ไหน (จังหวัด)
3. วันนี้เป็นวันอะไร (อาทิตย์, จันทร์....)
4. เดือนนี้เป็นเดือนอะไร (มกราคม, กุมภาพันธ์)
5. ปีนี้ปี พ.ศ. อะไร
6. ท่านอายุเท่าไร
7. ท่านเกิดเดือนอะไร
8. ท่านเกิด พ.ศ. อะไร
9. ใครคือนายกรัฐมนตรีคนปัจจุบันของประเทศไทย
10. ใครคือนายกรัฐมนตรีคนก่อน คนปัจจุบันของประเทศไทย

## ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง กรุณาเติมตัวเลขหรือข้อความลงในช่องว่าง หรือทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ( ) ให้ตรงกับความจริงของท่านมากที่สุด

### 1. เพศ

( ) ชาย

( ) หญิง

### 2. อายุ.....ปี

### 3. ระดับการศึกษา

( ) 1. ไม่ได้เรียนหนังสือ

( ) 4. มัธยมศึกษาตอนปลาย, ปวช.

( ) 2. ประถมศึกษา

( ) 5. ปวส., อนุปริญญา

( ) 3. มัธยมศึกษาตอนต้น

( ) 6. ตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป

### 4. สถานภาพการสมรส

( ) 1. โสด

( ) 3. หม้าย/หย่า

( ) 2. คู่

( ) 4. แยกกันอยู่

( ) 5. อื่น ๆ โปรดระบุ.....

### 5. ท่านนับถือศาสนา

( ) 1. พุทธ

( ) 3. อิสลาม

( ) 2. คริสต์

( ) 4. อื่น ๆ โปรดระบุ.....

### 6. อาชีพ

( ) 1. งานบ้าน

( ) 4. รับจ้าง

( ) 2. รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ

( ) 5. ค้าขาย

( ) 3. เกษตรกร

( ) 6. อื่น ๆ โปรดระบุ.....

### 7. รายได้ต่อเดือน.....บาท

### 8. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท เมื่อปี พ.ศ. ....

### 9. ปัจจุบันท่านอาศัยอยู่กับใคร

( ) 1. อยู่คนเดียว

( ) 2. บุตร

( ) 3. บิดา มารดา

( ) 4. พี่น้อง

( ) 5. สามี ภรรยา

( ) 6. อื่น ๆ โปรดระบุ.....

### ส่วนที่ 3 แบบประเมินความหวัง

คำชี้แจง ให้ท่านพิจารณาข้อความในแต่ละข้อต่อไปนี้ แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องด้านขวามือ  
ที่ตรงกับความคิดความรู้สึกของท่านมากที่สุดเพียงช่องเดียวเท่านั้น

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง 4 คะแนน

เห็นด้วย หมายถึง 3 คะแนน

ไม่เห็นด้วย หมายถึง 2 คะแนน

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง 1 คะแนน

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง (4)	เห็น ด้วย (3)	ไม่เห็น ด้วย (2)	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง (1)
1. ชีวิตในอนาคตของท่าน จะดำเนินไปในทางที่ดี				
2. ท่านมีเป้าหมายจะดูแลตนเองให้ดีที่สุดใน ปัจจุบันและในอนาคต				
3.....				
4.....				
5.....				
6.....				
7.....				
8.....				
9.....				
10.....				
11.....				
12. ท่านรู้สึกว่าชีวิตของท่านยังมีคุณค่าและมี ประโยชน์ต่อบุคคลอื่น				

## โปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดระดับประคองของ Yalom

โปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดระดับประคองของยาลอม เป็นโปรแกรมที่ศึกษาใช้สำหรับทำวิทยานิพนธ์เรื่อง ผลของ โปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดระดับประคองของยาลอมต่อความหวังในผู้ป่วยจิตเภท โดย นางลานทิพย์ พนารินทร์ นิสิตพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมโดยใช้กรอบแนวคิดความหวังของ Herth (1992) และแนวคิดการทำกลุ่มจิตบำบัดระดับประคองของ Yalom (1995) โปรแกรมนี้มีการบำบัดเป็นขั้นตอน โดยมีเป้าหมายเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทได้มีปฏิสัมพันธ์กัน เกิดการเรียนรู้การสร้างสัมพันธภาพร่วมกับผู้อื่น มีความเข้าใจตนเองและผู้อื่นมากขึ้น ได้ระบายความรู้สึก มีการช่วยเหลือระดับประคองด้านจิตใจซึ่งกันและกัน ซึ่งก่อให้เกิดกำลังใจที่ดี เกิดความเชื่อมั่นและมีความหวังที่จะต่อสู้กับภาวะความเจ็บป่วยทางจิต ซึ่งความหวังเป็นปัจจัยสำคัญในการฟื้นฟูสมรรถภาพและฟื้นฟูสภาพจิตใจให้มีแรงผลักดันต่อสู้กับภาวะความเจ็บป่วยได้ โปรแกรมนี้มีกิจกรรม 7 กิจกรรมที่พัฒนาและเสริมสร้างความหวังให้ผู้ป่วยจิตเภท และสามารถนำโปรแกรมไปประยุกต์ใช้ได้จริง ประกอบด้วย 3 ระยะ ดังนี้

### ระยะที่ 1 ระยะเริ่มต้น (Initiating phase)

เป็นระยะที่เน้นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้นำกลุ่มและสมาชิก และระหว่างสมาชิกด้วยกันเอง เป็นการสร้างบรรยากาศที่เป็นกันเองและเกิดความรู้สึกปลอดภัยในการมีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน ช่วยให้สมาชิกกล้าพูดถึงความคิดความรู้สึกของตนเอง ซึ่งถือเป็นขั้นเริ่มต้นที่จะนำไปสู่ระยะต่อไปของกระบวนการกลุ่ม ในระยะที่ 1 นี้ ประกอบด้วย กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพการเรียนรู้เกี่ยวกับกลุ่มจิตบำบัดระดับประคองและโรคจิตเภท

### ระยะที่ 2 ระยะทำงานร่วมกัน (Working phase)

เป็นระยะของการดำเนินการเพื่อกระตุ้นและส่งเสริมให้เกิดผลสำเร็จของกลุ่มตามจุดมุ่งหมายที่วางไว้ เน้นกิจกรรมที่ส่งเสริมให้สมาชิกเกิดการเรียนรู้และมีความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม (Cohesiveness) โดยผู้นำกลุ่มเป็นผู้เอื้ออำนวย (Facilitator) กระตุ้นและส่งเสริมให้เกิดบรรยากาศของการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นภายในกลุ่ม เสริมสร้างให้สมาชิกเกิดความเชื่อมั่น ซึ่งกิจกรรมในระยะที่ 2 นี้เน้นการพัฒนาและส่งเสริมความหวังให้สมาชิกใน 3 ด้าน ได้แก่

- 1) ด้านการรับรู้ความรู้สึกภายในที่เกิดขึ้น
- 2) ด้านความพร้อมภายในและความรู้สึกเชื่อมั่น
- 3) ด้านความสัมพันธ์ระหว่างตนและบุคคลอื่น ประกอบด้วย กิจกรรม 5 ครั้ง ได้แก่

กิจกรรมที่ 2 การสำรวจตนเองและการเรียนรู้ปัญหาาร่วมกัน

กิจกรรมที่ 3 การเห็นคุณค่าแห่งตนและการสร้างความเชื่อมั่น

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการเผชิญปัญหา

กิจกรรมที่ 5 การตั้งเป้าหมายในชีวิตและการคิดบวก

กิจกรรมที่ 6 การแสวงหาความช่วยเหลือเมื่อจำเป็นและการพึ่งพาระหว่างกัน

**ระยะที่ 3 ระยะยุติกลุ่ม (Terminal phase)**

เป็นการเตรียมเพื่อยุติการทำกลุ่ม โดยส่งเสริมให้สมาชิกได้ช่วยกันสรุปประเด็นสาระสำคัญตลอดจนข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะต่าง ๆ ที่ได้จากกลุ่ม ผู้นำกลุ่มสรุปเพิ่มเติมในส่วนที่ขาดหายไป เป็นการส่งเสริมให้สมาชิกมีความมั่นใจและเกิดความเชื่อมั่นในการเผชิญปัญหาด้วยตนเอง ประกอบด้วย กิจกรรมที่ 7 การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การสะท้อนคิดเกี่ยวกับการบำบัดที่ได้รับและแนวทางการนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดระดับประคองของชาลอม ความหวังและการเสริมสร้างความหวังในชีวิต
2. เพื่อให้สมาชิกสามารถประยุกต์ใช้โปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดระดับประคองของชาลอมเพื่อเสริมสร้างความหวัง และมีแนวทางการเสริมสร้างความหวังเพื่อการดำเนินชีวิตที่ดี

### ระยะเวลาที่ใช้

ใช้ระยะเวลาทดลองจำนวน 7 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที บำบัดรายกลุ่ม ในลักษณะกลุ่มปิด ทุกวันจันทร์และวันพฤหัสบดี เวลา 13.30-15.00 น. มีการติดตามผลหลังการเข้าร่วมโปรแกรมเสร็จสิ้นทันทีและหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสร็จสิ้น 1 เดือน

### สถานที่

ห้องคลินิกให้การดูแลทางสังคมจิตใจ (Psychosocial clinic) คลินิกโรคหัวใจ กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลบุรีรัมย์

### การติดตามประเมินผล

ประเมินความหวัง จำนวน 3 ครั้ง ได้แก่ ระยะเวลาก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม ระยะเวลาหลังการเข้าร่วมโปรแกรมเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผลหลังการเข้าร่วมโปรแกรมเสร็จสิ้น 1 เดือน

## กิจกรรมที่ 1

### การสร้างสัมพันธภาพ การเรียนรู้เกี่ยวกับกลุ่มจิตบำบัดระดับประคองและโรคจิตเภท

#### วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้นำกลุ่มกับสมาชิก และระหว่างสมาชิกด้วยกัน
2. เพื่อให้สมาชิกมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง

ของ Yalom .....

-

#### สื่อ/ อุปกรณ์

1. ป้ายชื่อสมาชิก
2. เอกสารหมายเลข 1.1 กิจกรรม.....

-

#### ระยะเวลา

60-90 นาที

#### สาระสำคัญในการจัดกิจกรรม

การสร้างสัมพันธภาพ เป็นการเตรียมความพร้อมที่สำคัญ สัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้นำกลุ่มกับสมาชิก และระหว่างสมาชิกด้วยกันเอง .....

#### วิธีการดำเนินการ

- 1.1 ผู้นำกลุ่มและสมาชิกนั่งเป็นวงกลมหันหน้าเข้าหากัน .....
- 1.2 ผู้นำกลุ่มและสมาชิกทำความรู้จักคุ้นเคยกัน.....
- 1.3 ผู้นำกลุ่มอธิบายให้สมาชิกเข้าใจจุดมุ่งหมาย.....
- 1.4 ผู้นำกลุ่มกำหนดกติกาข้อตกลงร่วมกัน.....
- .....
- .....
- 1.8 ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกสรุปประเด็นสำคัญ.....
- 1.9 ผู้นำกลุ่มนัดหมายกิจกรรมครั้งต่อไป.....

#### การประเมินผล

1. สังเกตการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม.....
2. ประเมินพฤติกรรมกลุ่มและพัฒนาการกลุ่ม.....



## เอกสารประกอบโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดระดับประจักษ์ประจักษ์ของ Yalom กิจกรรมที่ 1

### เอกสารหมายเลข 1.1 กิจกรรม

#### “สวัสดิ์ ขอโทษ ขอขอบคุณ”

วัตถุประสงค์ .....

มีขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้นำกลุ่มนำร้องเพลงประกอบกิจกรรม “สวัสดิ์ ขอโทษ ขอขอบคุณ” พร้อมสาธิตให้สมาชิกกลุ่มดูก่อน

เนื้อหาเพลง

เมื่อเจอกันเราทักกัน สวัสดิ์ สวัสดิ์ครับ/ สวัสดิ์ค่ะ (ผู้หญิง/ ผู้ชาย)

ท่าทางประกอบเพลง-พนมมือขึ้นไว้กลางอก ก้มศีรษะลงพร้อมพูดว่า สวัสดิ์ครับ/ สวัสดิ์ค่ะ

เมื่อคิดพลังขออภัย ขอโทษที ขอโทษครับ/ ขอโทษค่ะ

ท่าทางประกอบเพลง-พนมมือขึ้นไว้กลางอก ก้มศีรษะลงพร้อมพูดว่า ขอโทษครับ/ ขอโทษค่ะ

เมื่อจากกันยกมือไหว้ สวัสดิ์ สวัสดิ์ครับ/ สวัสดิ์ค่ะ

ท่าทางประกอบเพลง-พนมมือขึ้นไว้กลางอก ก้มศีรษะลงพร้อมพูดว่า สวัสดิ์ครับ/ สวัสดิ์ค่ะ

เมื่อใครมีมิตรไมตรี ขอขอบคุณ ขอขอบคุณครับ/ ขอขอบคุณค่ะ

ท่าทางประกอบเพลง-พนมมือขึ้นไว้กลางอก ก้มศีรษะลงพร้อมพูดว่า ขอขอบคุณครับ/ ขอขอบคุณค่ะ

2. ให้สมาชิกจับคู่กัน ลูกขึ้นยืนหันหน้าเข้าหาคู่ของตนเอง ปฏิบัติตามขั้นตอนทั้งหมด ร้องเพลงประกอบท่าทางพร้อมกัน และเพิ่มจังหวะดนตรีการร้องให้เร็วขึ้น

เอกสารหมายเลข 1.2 ใบบงาน  
“บอกเล่าความในใจ”

คำชี้แจง ให้สมาชิกระบุปัญหา.....  
.....

ปัญหาที่พบ.....  
ณ ปัจจุบันนี้ คือ?  
.....  
.....



## กิจกรรมที่ 2

### การสำรวจตนเองและการเรียนรู้ปัญหาาร่วมกัน

#### วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกสำรวจตนเอง เรียนรู้ปัญหาที่ได้รับจากการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท...

-

#### สื่อและอุปกรณ์

1. ป้ายชื่อสมาชิก

-

#### ระยะเวลา

60-90 นาที

#### สาระสำคัญในการจัดกิจกรรม

การสำรวจตนเอง โดย.....

การเรียนรู้ปัญหาาร่วมกัน โดยกระบวนการกลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง .....

การสำรวจตนเองและการเรียนรู้ปัญหาาร่วมกัน.....

#### วิธีการดำเนินการ

2.1 ผู้นำกลุ่มกล่าวเปิดกลุ่ม .....

2.2 ผู้นำกลุ่มทบทวนประเด็นสำคัญจากการเข้ากลุ่มครั้งที่แล้ว.....

2.3 ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกทบทวนกติกาการทำกลุ่มจิตบำบัด.....

2.4 ผู้นำกลุ่มนำเข้าสู่กิจกรรมผ่อนคลายตาม.....

2.5 ผู้นำกลุ่มนำเข้าสู่กิจกรรมตามเอกสารหมายเลข 2.2 ใบงาน “เรียนรู้ปัญหา” .....

2.6 .....

2.7 .....

2.8 ผู้นำกลุ่มนัดหมายกิจกรรมครั้งต่อไปคือ .....

#### การประเมินผล

1. สังเกตการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม.....

-

## เอกสารประกอบโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดระดับประจักษ์ของ Yalom กิจกรรมที่ 2

### เอกสารหมายเลข 2.1 กิจกรรม “การหายใจคลายเครียด”

วัตถุประสงค์ .....

มีขั้นตอน ดังนี้

1. ให้นั่งในท่าที่สบาย เอามือประสานไว้ที่บริเวณท้อง
2. ค่อย ๆ หายใจเข้า พร้อม ๆ กับนับเลข 1 ถึง 4 เป็นจังหวะช้า ๆ  
1...2...3...4... ให้มือรู้สึกวาท้องพองออก กลับหายใจเอาไว้ชั่วคราว นับ 1 ถึง 4
3. ค่อย ๆ ผ่อนลมหายใจออก โดยนับ 1 ถึง 8 อย่างช้า ๆ  
1...2...3...4...5...6...7...8... พยายามไล่ลมหายใจออกมาให้หมด สังเกตว่าหน้าท้องแฟบลง
4. ให้ทำซ้ำอีก โดยหายใจเข้าช้า ๆ กลับไว้ แล้วหายใจออก โดยช่วงที่หายใจออกให้นานกว่าช่วงหายใจเข้า

ขั้นตอนการฝึกหายใจคลายเครียด ประกอบเพลง “ดั่งดอกไม้บาน”

ลมหายใจเข้า-เอามือทั้ง 2 ข้าง ทำท่าโอบอากาศประสานไว้ที่อกพร้อมกับสูดลมหายใจเข้า

ลมหายใจออก-ผายมือทั้ง 2 ข้างออก พร้อมกับผ่อนลมหายใจออก

ดั่งดอกไม้บาน-กวาดแขนและมือทั้งสองข้างขึ้นเหนือศีรษะ ผ่ามือทั้งสองเป็นรูปดอกไม้

ภูผาใหญ่กว้าง-ค่อย ๆ ลดแขนและมือทั้ง 2 ข้างลง โดยฝ่ามือประกบกันเหมือนทำไหว้พระ พร้อมกับผ่อนลมหายใจออก

ดั่งสายน้ำ-แขนและมือแกว่งไปมา เหมือนคลื่นน้ำพร้อมทั้งสูดลมหายใจเข้า

น้ำเย็น-ท่าทำเดียวกับ “ดั่งสายน้ำ” แต่ผ่อนลมหายใจออก

ดั่งนภาอากาศ-แขนและมือโอบขึ้นเหนือศีรษะเป็นรูปโค้งท้องฟ้า พร้อมทั้งสูดลมหายใจเข้า

อันบางเบา-ค่อย ๆ วางมือทั้ง 2 ข้าง บนตักช้า ๆ พร้อมกับผ่อนลมหายใจออก

.....

.....

.....

.....

.....

## กิจกรรมที่ 7

### การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การสะท้อนคิดการบำบัดที่ได้รับ และแนวทางการนำไปประยุกต์ใช้

#### วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกมีความหวัง มีกำลังใจในการดำเนินชีวิตต่อไป

-

#### สื่อและอุปกรณ์

1. ป้ายชื่อสมาชิก

-

#### ระยะเวลา

60-90 นาที

#### สาระสำคัญในการจัดกิจกรรม

กระบวนการกลุ่มจิตบำบัดระดับประคับประคอง ส่งเสริมให้สมาชิกเกิดการเรียนรู้สามารถ  
ปรับเปลี่ยนความคิด อารมณ์ ความรู้สึกและพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสมได้ .....

.....

#### วิธีดำเนินการ

7.1 ผู้นำกลุ่มกล่าวเปิดกลุ่ม ทักทายสมาชิก.....

7.2 ผู้นำกลุ่มชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำกลุ่มจิตบำบัดระดับประคับประคองของชาลอม...

7.3 ผู้นำกลุ่มพาทำกิจกรรมผ่อนคลาย.....

-

7.12 ให้สมาชิกทำแบบวัดความหวังครั้งที่ 2 หลังเสร็จสิ้นกิจกรรม.....

7.13 ผู้นำกลุ่มนัดหมายพบกันอีกครั้งในระยะติดตามผล 1 เดือน พร้อมทำแบบวัด  
ความหวังครั้งที่ 3 .....

#### การประเมินผล

1. สังเกตจากการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม การอภิปรายแสดงความคิดเห็น

-

ภาคผนวก ค

หนังสือขออนุญาตในการดำเนินการวิจัย  
ไบโอฟัคซ์ลิทริกกลุ่มตัวอย่าง



## เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย (กลุ่มทดลอง)

การวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดระดับประคับประคองของยาอมต่อความหวัง  
ในผู้ป่วยจิตเภท

รหัสจริยธรรมการวิจัย 03-02-2560

ชื่อผู้วิจัย นางลานทิพย์ พนารินทร์

การวิจัยครั้งนี้ทำขึ้นเพื่อศึกษาผลของ โปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดระดับประคับประคองของยาอม  
ต่อความหวังในผู้ป่วยจิตเภท

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ เนื่องจากท่านมีคุณสมบัติตรงตามการวิจัยนี้  
เมื่อเข้าร่วมการวิจัยนี้ สิ่งที่ท่านจะต้องปฏิบัติคือ เข้าร่วมกิจกรรมทั้งหมด 7 ครั้ง ครั้งที่ 1 ท่านจะได้  
เข้าร่วมกิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพ การเรียนรู้เกี่ยวกับกลุ่มจิตบำบัดระดับประคับประคองและ  
โรคจิตเภท ครั้งที่ 2 กิจกรรมการสำรวจตนเองและการเรียนรู้ปัญหาาร่วมกัน ครั้งที่ 3 กิจกรรมการ  
เห็นคุณค่าแห่งตนและการสร้างความเชื่อมั่น ครั้งที่ 4 กิจกรรมการพัฒนาทักษะการเผชิญปัญหา  
ครั้งที่ 5 กิจกรรมการตั้งเป้าหมายในชีวิตและการคิดบวก ครั้งที่ 6 กิจกรรมการแสวงหาความ  
ช่วยเหลือเมื่อจำเป็นและการพึ่งพาระหว่างกัน และครั้งที่ 7 กิจกรรมการแลกเปลี่ยนประสบการณ์  
การสะท้อนคิดเกี่ยวกับการบำบัดที่ได้รับและแนวทางการนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน  
ซึ่งโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดระดับประคับประคองของยาอมต่อความหวังใช้ระยะเวลาติดต่อกันทั้งสิ้น  
4 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ในแต่ละครั้งของกิจกรรมจะใช้เวลาประมาณ 60-90 นาที โดยท่าน  
ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมแต่อย่างใด ผู้วิจัยจะมีค่าเดินทางไป-กลับให้คนละ 100 บาท ในแต่ละครั้ง  
กรณีที่ท่านมาเข้าร่วมงานวิจัยนี้ไม่ตรงกับวันที่มาพบแพทย์ตามนัด ทั้งนี้ดิฉันขอความร่วมมือ  
ท่านตอบแบบประเมินสภาพจิต แบบสอบถามเกี่ยวกับตัวท่าน และแบบประเมินความหวัง  
ก่อนการทำกิจกรรม หลังการทำกิจกรรมเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ซึ่งจะใช้เวลา  
ทั้งสิ้น 8 สัปดาห์

ประโยชน์ของการวิจัยครั้งนี้ ท่านจะได้รับกิจกรรมเพื่อช่วยพัฒนาและเสริมสร้างความหวังให้ท่านมีกำลังใจที่ดี เกิดความเชื่อมั่นและมีความหวังที่จะต่อสู้กับภาวะความเจ็บป่วยทางจิต ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อตัวท่านโดยตรง ส่วนผลทางอ้อมเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลในการนำโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดระดับประจักษ์ของยาอมไปใช้เพื่อช่วยพัฒนาและเสริมสร้างความหวังในผู้ป่วยจิตเภท

การเข้าร่วมการวิจัยของท่านครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ท่านมีสิทธิการเข้าร่วมโครงการวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีมีผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น และไม่ต้องแจ้งให้ผู้วิจัยทราบล่วงหน้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาข้อมูลของท่าน โดยใช้รหัสตัวเลขแทนการระบุชื่อ ชั่ว และสิ่งใด ๆ ที่อาจอ้างอิงหรือทราบได้ว่าข้อมูลนี้เป็นของท่าน ข้อมูลของท่านที่เป็นกระดาษแบบสอบถามจะถูกเก็บอย่างมิดชิด และปลอดภัยในตู้เก็บเอกสารและล็อกกุญแจตลอดเวลา สำหรับข้อมูลที่เก็บในคอมพิวเตอร์ของผู้วิจัยจะถูกใส่รหัสผ่าน ข้อมูลที่กล่าวมาทั้งหมดจะมีเพียงผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ ผู้วิจัยจะรายงานผลการวิจัยและการเผยแพร่ผลการวิจัยในภาพรวม โดยไม่ระบุข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน ดังนั้นผู้อ่านงานวิจัยจะทราบเฉพาะผลการวิจัยเท่านั้น สุดท้ายหลังจากผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารเรียบร้อยแล้ว ข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลาย

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัยในวันทำการรวบรวมข้อมูล หรือสามารถติดต่อสอบถามเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาที่นางลานทิพย์ พนารินทร์ หมายเลขโทรศัพท์ 082-369-8228 หรือที่ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก หมายเลขโทรศัพท์ 038-102810

นางลานทิพย์ พนารินทร์  
ผู้วิจัย

หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านจะสามารถแจ้งให้ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมฯ ทราบได้ที่ เลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมฯ ฝ่ายวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โทร. 038-102823





## เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย (กลุ่มควบคุม)

การวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดระดับประคองของชาลอมต่อความหวังใน  
ผู้ป่วยจิตเภท

รหัสจริยธรรมการวิจัย                      03-02-2560

ชื่อผู้วิจัย    นางลานทิพย์ พนารินทร์

การวิจัยครั้งนี้ทำขึ้นเพื่อ ศึกษาผลของโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดระดับประคองของ  
ชาลอมต่อความหวังในผู้ป่วยจิตเภท

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ เนื่องจากท่านมีคุณสมบัติตรงตามการวิจัยนี้  
เมื่อเข้าร่วมการวิจัยนี้ สิ่งที่ท่านจะต้องปฏิบัติคือ ขอความร่วมมือท่านตอบแบบประเมินสภาพจิต  
แบบสอบถามเกี่ยวกับตัวท่าน และแบบประเมินความหวัง ในระยะก่อนการพยาบาลตามปกติ  
ระยะหลังการพยาบาลตามปกติเสร็จสิ้นทันทีในสัปดาห์ที่ 4 และระยะติดตามผล 1 เดือน การตอบ  
แบบสอบถามในครั้งนี ใช้เวลาประมาณ 10-15 นาที จากนั้นท่านจะได้รับการดูแลตามปกติในระยะ  
ก่อนการพยาบาลตามปกติ ระยะหลังการพยาบาลตามปกติในสัปดาห์ที่ 4 และระยะติดตามผล  
1 เดือนอีกครั้ง ซึ่งการพยาบาลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่ทีมสุขภาพจิตปฏิบัติต่อ  
ผู้ป่วยจิตเภทที่มาบริการตรวจตามนัดในคลินิกโรคจิตเวช โรงพยาบาลบุรีรัมย์ ได้แก่  
การตรวจคัดกรอง ประเมินอาการและระดับความรุนแรงด่วนของอาการเจ็บป่วย การให้สุขภาพจิต  
ศึกษา ตลอดจนคำแนะนำเป็นรายกรณี ซึ่งจะใช้เวลาทั้งสิ้น 8 สัปดาห์

ประโยชน์ของการวิจัยครั้งนี้ การวิจัยครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ในทางวิชาการ  
โดยผลการวิจัยครั้งนี้เป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดระดับประคองของชาลอม  
ต่อความหวังในผู้ป่วยจิตเภท

การเข้าร่วมการวิจัยของท่านครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ท่านมีสิทธิการเข้าร่วม  
โครงการวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีมีผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น

และไม่ต้องแจ้งให้ผู้วิจัยทราบล่วงหน้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาข้อมูลของท่าน โดยใช้รหัสตัวเลขแทนการระบุชื่อ ชั้น และสิ่งใด ๆ ที่อาจอ้างอิงหรือทราบได้ว่าข้อมูลนี้เป็นของท่าน ข้อมูลของท่านที่เป็นกระดาษแบบสอบถามจะถูกเก็บอย่างมิดชิด และปลอดภัยในตู้เก็บเอกสารและล็อกกุญแจตลอดเวลา สำหรับข้อมูลที่เก็บในคอมพิวเตอร์ของผู้วิจัยจะถูกใส่รหัสผ่าน ข้อมูลที่กล่าวมาทั้งหมดจะมีเพียงผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ ผู้วิจัยจะรายงานผลการวิจัยและการเผยแพร่ผลการวิจัยในภาพรวม โดยไม่ระบุข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน ดังนั้นผู้อ่านงานวิจัยจะทราบเฉพาะผลการวิจัยเท่านั้น สุดท้ายหลังจากผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารเรียบร้อยแล้ว ข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลาย

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัยในวันทำการรวบรวมข้อมูล หรือสามารถติดต่อสอบถามเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาที่นางลานทิพย์ พนารินทร์ หมายเลขโทรศัพท์ 082-369-8228 หรือที่ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภรภัทร เสงอุคมทรัพย์ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก หมายเลขโทรศัพท์ 038-102810

นางลานทิพย์ พนารินทร์  
ผู้วิจัย

หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านจะสามารถแจ้งให้ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมฯ ทราบได้ที่ เลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมฯ ฝ่ายวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โทร. 038-102823



## ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

หัวข้อวิทยานิพนธ์ เรื่อง ผลของโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดระดับประจักษ์ของยาอมต่อความหวังในผู้ป่วยจิตเภท

วันที่ให้คำยินยอม วันที่ .....เดือน.....พ.ศ. ....

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียดและมีความเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อข้าพเจ้า

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ ข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าจะถูกเก็บเป็นความลับและจะเปิดเผยในภาพรวมที่เป็นการสรุปผลการวิจัย

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้ช่วยผู้วิจัย

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(นางลานทิพย์ พนารินทร์)

ผู้วิจัยอ่านข้อความในใบยินยอมนี้ให้ข้าพเจ้าฟังจนข้าพเจ้าเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้าจึงลงนาม  
หรือประทับลายนิ้วมือของข้าพเจ้าในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(.....)

**ภาคผนวก ง**

**แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย**

**จดหมายขอเก็บรวบรวมข้อมูล**



แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์

ผลของโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดประคับประคองของยาต่อความหวังในผู้ป่วยจิตเภท  
THE EFFECT OF YALOM'S SUPPORTIVE GROUP PSYCHOTHERAPY ON HOPE AMONG  
PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA

ชื่อนิสิต นางลานทิพย์ พนารินทร์

รหัสประจำตัวนิสิต 56920188

หลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (ภาคพิเศษ)

ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ มีมติเห็นชอบ รับรองจริยธรรมการวิจัย รหัส 03 - 02 - 2560

โดยได้พิจารณารายละเอียดการวิจัยเรื่องดังกล่าวข้างต้นแล้ว ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับ

1) การเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของมนุษย์ที่ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ ผู้ป่วยจิตเภท จำนวนทั้งหมด ไม่เกิน 24 ราย สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูลคือ ห้องคลินิก

ให้การดูแลทางสังคมจิตใจ (Psychosocial clinic) คลินิกโรคหัวใจ กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์

2) วิธีการอย่างเหมาะสมในการได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย

(Informed consent) รวมทั้งการปกป้องสิทธิประโยชน์และรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

3) การดำเนินการวิจัยอย่างเหมาะสม เพื่อไม่ก่อความเสียหายหรืออันตรายต่อกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

การรับรองจริยธรรมการวิจัยนี้มีกำหนดระยะเวลาหนึ่งปี นับจากวันที่ออกหนังสือฉบับนี้ ถึงวันที่ 20 มีนาคม พ.ศ. 2561

อนึ่ง กรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงหรือเพิ่มเติมใดๆ ของการวิจัยนี้ ขณะอยู่ในช่วงระยะเวลาให้การรับรองจริยธรรมการวิจัย ขอให้ผู้วิจัยส่งรายงานการเปลี่ยนแปลงต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเพื่อขอรับรอง (เพิ่มเติม) ก่อนดำเนินการวิจัยด้วย

วันที่ให้การรับรอง 20 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2560

ลงนาม.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วัชรสินธุ์)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา



ที่ ศร ๖๒๐๖/ ๐๖๑๓

มหาวิทยาลัยบูรพา คณะพยาบาลศาสตร์  
๑๖๔ ถนนลงหาดบางแสน ตำบลแสนสุข  
อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ๒๐๑๓๑

๕ เมษายน ๒๕๖๐

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ที่ให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ และเพื่อดำเนินการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบุรีรัมย์

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย  
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ด้วย นางลานทิพย์ หนารินทร์ รหัสประจำตัว ๕๖๕๒๐๑๘๘ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติเค้าโครงวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดระดับประคองของยาalomต่อความหวัง" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภรภัทร เองอุดมทรัพย์ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้ คณะฯ จึงขอความอนุเคราะห์จากท่านอำนวยความสะดวกให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการตรวจตามนัด ในคลินิกกรักษใจ กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลบุรีรัมย์ ระหว่างวันที่ ๗ เมษายน - ๓๐ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๐ โดยแบ่งดังนี้

- |   |              |
|---|--------------|
| ๑. เก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ | จำนวน ๓๐ ราย |
| ๒. เก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อดำเนินการวิจัย          | จำนวน ๒๔ ราย |

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)  
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ ปฏิบัติการแทน  
ผู้ปฏิบัติหน้าที่อธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

งานบริการการศึกษา (บัณฑิตศึกษา)

โทรศัพท์ ๐ ๓๘๑๐ ๒๘๔๕, ๐ ๓๘๑๐ ๒๘๓๖

โทรสาร ๐ ๓๘๓๙ ๓๔๙๖

ผู้วิจัย ๐ ๕๔ ๖๑๒ ๐๐๕ ต่อย ๒๐๘๒



มหาวิทยาลัยบูรพา - ของคณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา  
 ๒๕๕๘  
 ๑๑ ต.ค. ๒๕๕๘ (ค.ศ. ๒๕๕๘)  
 วันที่ 15.15.16 - อ.ท.ปริษา (ค.ศ. ๒๕๕๘)  
 เวลา  
 - อ.ท.ปริษา

ที่ ศธ ๖๕๙๓(๒๓)/๓๖๕๗

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่  
 ๒๓๙ ถนนห้วยแก้ว ตำบลสุเทพ  
 อำเภอเมืองเชียงใหม่ ๕๐๒๐๐

๕ ตุลาคม ๒๕๕๙

เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

อ้างถึง ที่ ศธ ๖๒๐๖/๐๕๑๖ ลงวันที่ ๑๖ กันยายน ๒๕๕๙

ตามที่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา มีความประสงค์จะขออนุญาตให้ นางลานทิพย์ พนารินทร์ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวช นำเครื่องมือวิจัยในวิทยานิพนธ์ของ คุณสุนทรีย์ วัฒนเบญจโสภา ไปใช้ในงานวิจัยนั้น

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พิจารณาแล้วไม่ขัดข้อง และยินดียินยอม ให้นำเครื่องมือดังกล่าวไปใช้ประโยชน์ในการศึกษาวิจัยได้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.ทิพาพร วงศ์หงษ์กุล)

รองคณบดี ปฏิบัติการแทน

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

งานบริการการศึกษา

โทร. ๐-๕๓๙๔-๒๔๑๐

โทรสาร. ๐-๕๓๙๔-๒๔๓๕





## บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ...กลุ่มงานพัฒนาทรัพยากรบุคคล...โรงพยาบาลบุรีรัมย์ โทร. ๒๐๗๘.๒๑๑๖.....

ที่ นร. ๐๑๓๒.๑๐๒.๓./ ๕..... วันที่ ๕ เมษายน ๒๕๖๐.....

เรื่อง...แจ้งผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลบุรีรัมย์.....

เรียน หัวหน้าโครงการวิจัย นางลานทิพย์ พนารินทร์

ตามหนังสือบันทึกข้อความขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เรื่อง ผลของโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดประคับประคองของยาปลอมต่อความหวังในผู้ป่วยจิตเภท (THE EFFECT OF YOLOM'S SUPPORTIVE GROUP PSYCHOTHERAPY ON HOPE AMONG PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA.) คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลบุรีรัมย์ ได้ประชุมเพื่อพิจารณาแล้ว นั้น

ในฐานะตัวแทนของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ขอแสดงความชื่นชมต่อท่าน ในความพยายามสร้างงานวิจัยที่จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาทางการแพทย์ในประเทศไทยเป็นอย่างยิ่ง คณะกรรมการมีความเห็นต่องานวิจัยของท่านดังนี้

๑. เห็นสมควรให้ทำงานวิจัยดังกล่าวในโรงพยาบาลบุรีรัมย์ได้
๒. ไม่สมควรให้ทำงานวิจัยดังกล่าวในโรงพยาบาลบุรีรัมย์  
เนื่องจาก.....
๓. ขอให้ปรับปรุง / แก้ไข / ชี้แจง ในเรื่องต่อไปนี้ เพื่อให้งานวิจัยของท่านมีอันตรายต่อผู้ป่วยน้อยที่สุด.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

*พัชรี*

(นางสาวพัชรี ยิ้มรัตนบวร)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลบุรีรัมย์