

ผลของกลุ่มจิตบำบัดระดับประคองต่อการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภท

นางสาววรรษษา จำปาศรี

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2554

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)

เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR)

are the thesis authors' files submitted through the Graduate School.

THE EFFECT OF GROUP SUPPORTIVE PSYCHOTHERAPY  
ON PERCEIVED STIGMA OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS

Miss Watsa Jumpasri

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements  
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Mental Health and Psychiatric Nursing  
Faculty of Nursing  
Chulalongkorn University  
Academic Year 2011  
Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ผลของกลุ่มจิตบำบัดปรับประคองต่อการรับรู้ตราบาป ของผู้ป่วยจิตเภท
โดย	นางสาววรรษษา จำปาศรี
สาขาวิชา	การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	อาจารย์ ดร. เพ็ญนภา แดงค้อมยุทธ์

---

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัย  
เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์  
(รองศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจเอกหญิง ดร. ยูพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลีอนุชวัชชัย)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก  
(อาจารย์ ดร. เพ็ญนภา แดงค้อมยุทธ์)

..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย  
(อาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ชัมภลิจิต)

วรรณษา จำปาศรี : ผลของกลุ่มจิตบำบัดระดับประคองต่อการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภท (THE EFFECT OF GROUP SUPPORTIVE PSYCHOTHERAPY ON PERCEIVED STIGMA OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: อ.ดร. เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์, 148 หน้า.

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังได้รับการเข้าร่วมกลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง และเปรียบเทียบการรับรู้ตราบาป ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการเข้าร่วมกลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 40 คน ซึ่งคัดเลือกเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยการจับคู่ตามเพศ และอาการทางจิตได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 20 คน กลุ่มทดลองเข้าร่วมกลุ่มจิตบำบัดระดับประคองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ โปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง ซึ่งตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน และแบบวัดการรับรู้ตราบาป และแบบประเมินการปรับตัวทางสังคม วัดค่าความเที่ยงของแบบวัดได้เท่ากับ .93 และ .81 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติทดสอบที (t - test)

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. การรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทหลังเข้าร่วมกลุ่มจิตบำบัดระดับประคองต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. การรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทหลังการทดลองของกลุ่มที่เข้าร่วมกลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สาขาวิชา...การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช      ลายมือชื่อนิสิต.....  
ปีการศึกษา.....2554.....      ลายมือชื่ออ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก.....

# # 5277605036: MAJOR MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING

KEYWORDS: SCHIZOPHRENIC PATIENTS / STIGMA / GROUP SUPPORTIVE  
PSYCHOTHERAPY

WATSA JUMPASRI: THE EFFECT OF GROUP SUPPORTIVE  
PSYCHOTHERAPY ON PERCEIVED STIGMA OF SCHIZOPHRENIC  
PATIENTS. ADVISOR: PENNAPA DANGDOMYOUTH, Ph.D., 148 pp.

The purposes of this quasi-experimental research were: 1) to compare the stigma of schizophrenic patients before and after received the group supportive psychotherapy, and 2) to compare the stigma of schizophrenic patients who received group supportive psychotherapy and those who received regular caring activities. Forty schizophrenic patients receiving services in outpatient department, Ratchaburi Central Hospital, who met the inclusion criteria, were matched pair and then randomly assigned to experimental group and control group, 20 subjects in each group. The research instruments consisted of: 1) the group supportive psychotherapy, 2) The Internalized Stigma of Mental Health scale, and 3) The social adjustment Scale. All instruments were validated for content validity by 5 professional experts. The reliability of the 2 and 3 instruments were reported by Chronbach's Alpha coefficient of .93 and .81. The t-test was used in data analysis.

Major findings were as follows:

1. The stigma of schizophrenic patients who received the group supportive psychotherapy was significantly lower than that before, at p .05 levels.
2. The stigma of schizophrenic patients who received the group supportive psychotherapy was significantly lower than those who received regular caring activities at p .05 levels.

Field of Study: Mental Health and Psychiatric Nursing Student's Signature .....

Academic Year: 2011 ..... Advisor's Signature .....

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความสามารถของอาจารย์ ดร.เพ็ญญา แดงดีอมยุทธ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ซึ่งให้ความรู้ ชี้แนะแนวทางในการทำวิจัย เป็นแรงบันดาลใจให้ ผู้วิจัยเกิดความมุ่งมั่น เกิดพลังที่จะทำวิทยานิพนธ์ให้สำเร็จ ตลอดจนให้ความเมตตา เอาใจใส่ และให้กำลังใจต่อผู้วิจัยตลอดมา ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญวัชชัย ประธานสอบ วิทยานิพนธ์ ที่ให้ความเมตตา ให้คำแนะนำในการทำวิจัย และเป็นกำลังใจให้เสมอมา และ อาจารย์ ดร.ชูศักดิ์ ชัมภลชิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ให้ข้อเสนอแนะในการแก้ไข วิทยานิพนธ์ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาตรวจสอบความตรง ตามเนื้อหาของเครื่องมือและให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัยในครั้งนี้

ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ราชบุรี หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล คุณสมลักษณ์ เขียวสด ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช และเจ้าหน้าที่ ทุกท่าน ที่กรุณาให้ความช่วยเหลือ และอำนวยความสะดวกในการวิจัยครั้งนี้ รวมทั้ง ขอขอบคุณผู้ป่วยจิตเภททุกท่านที่เห็นความสำคัญสละเวลาและให้ความร่วมมือในการวิจัย และ ดำเนินการวิจัยจนเสร็จสิ้นสมบูรณ์

ขอขอบคุณอุบลรัตน์ สิงห์เสนี ที่อนุญาตให้ใช้เครื่องมือในการวิจัย และให้คำแนะนำใน การใช้เครื่องมือดังกล่าวเป็นอย่างดี ขอขอบคุณกฤติกา หลีจินตะ ที่ให้คำปรึกษาในการใช้สถิติ ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัย และคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่สนับสนุนทุนบางส่วนในการทำวิจัยครั้งนี้ และขอบคุณวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี ที่สนับสนุนเวลาเพื่อการศึกษา

ขอกราบขอบพระคุณ คุณแม่วีระ จำปาศรี คุณเกษม พลเสน ครอบครัว ห้วยหงษ์ทอง และครอบครัวจันทรา ขำ ที่เป็นกำลังใจ ขอขอบคุณปรัชญา จันทรา ขำ ที่ให้ความรัก ความห่วงใย เป็นกำลังใจ สนับสนุนผู้วิจัยเสมอมา ขอขอบคุณเพื่อนนิสิตทุกท่านที่เป็นกำลังใจและมอบรอยยิ้ม ให้กับผู้วิจัย ตลอดจนเจ้าหน้าที่ทุกท่าน ของคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ให้การช่วยเหลือเป็นอย่างดี จนกระทั่งสามารถบรรลุวัตถุประสงค์ของการศึกษาในครั้งนี้

ท้ายสุดนี้คุณค่าและประโยชน์จากวิทยานิพนธ์ ผู้วิจัยขอบแต่กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ป่วย จิตเภททุกท่าน ให้มีสุขภาพกาย และสุขภาพใจที่สมบูรณ์ แข็งแรงตลอดไป

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ญ
บทที่	
1 บทนำ.....	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการศึกษา.....	5
แนวเหตุผลและสมมุติฐานการศึกษา.....	5
ขอบเขตการศึกษา.....	9
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	9
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	12
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	
1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท.....	13
1.1 ความหมาย.....	14
1.2 สาเหตุ.....	15
1.3 การดำเนินของโรคจิตเภทและลักษณะอาการของโรคจิตเภท.....	17
1.4 การรักษาโรคจิตเภทและระยะของการรักษา.....	18
1.5 ผลกระทบจากโรคจิตเภท.....	22
1.6 ผลกระทบของโรคจิตเภทต่อการรับรู้ตราบาป.....	24
1.7 แนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท.....	25
2. แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้ตราบาปของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท.....	
2.1 ความหมายการรับรู้.....	28
2.2 ความหมายของการรับรู้ตราบาป.....	29
2.3 แนวคิดเกี่ยวข้องกับตราบาป.....	30

บทที่	หน้า
2.4 การรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยโรคจิตเภท.....	32
2.5 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ตราบาป.....	34
2.6 ผลกระทบตราบาปต่อผู้ที่เจ็บป่วยทางจิต.....	39
2.7 การประเมินตราบาป.....	40
3. กลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง.....	41
3.1 ความหมายของกลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง.....	41
3.2 แนวคิดทฤษฎีในการทำกลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง.....	42
3.3 แนวคิดการทำกลุ่มจิตบำบัดของยาalom.....	43
3.4 องค์ประกอบกระบวนการกลุ่ม.....	44
3.5 กระบวนการกลุ่มบำบัดระดับประคอง.....	45
3.6 ปัจจัยบำบัดกลุ่มจิตบำบัดระดับประคองตามแนวคิดของยาalom	47
3.7 คุณสมบัติผู้นำกลุ่มและบทบาทผู้นำกลุ่มบำบัดระดับประคอง.....	49
4. กลุ่มจิตบำบัดระดับประคองต่อการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภท.....	51
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	53
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	57
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	57
การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง.....	58
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง.....	59
ขั้นตอนในการเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	60
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	61
ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย.....	69
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	88
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	90
5 สรุปผลการวิจัย การอภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	94
สรุปผลการวิจัย.....	100
อภิปรายผลผลการวิจัย.....	101
ข้อเสนอแนะ.....	107



บทที่	หน้า
รายการอ้างอิง.....	109
ภาคผนวก.....	117
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ.....	118
ภาคผนวก ข ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	120
ภาคผนวก ค ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย....	133
ภาคผนวก ง ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย.....	139
ภาคผนวก จ ตารางผลการทดลองในการวิจัย.....	141
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	148

## สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	ลักษณะกลุ่มตัวอย่างตาม ระดับคะแนนอาการทางจิต และ เพศ ระหว่าง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	59
2	แสดงจำนวน และร้อยละของผู้ป่วยจิตเภท จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพ สมรส และการศึกษา.....	90
3	จำนวนและร้อยละของกลุ่มผู้ป่วยจิตเภท จำแนกตามอาชีพ ความเพียงพอ ของรายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาล.....	91
4	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยโรคจิตเภท ก่อนและ หลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=20).....	92
5	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตราบาปผู้ป่วยโรคจิตเภท ก่อนและหลัง การทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=40).....	93
6	จำนวนปัจจัยบำบัดแต่ละชนิดในการเข้ากลุ่มจิตบำบัดแต่ละครั้ง.....	141
7	เปรียบเทียบระดับคะแนนการปรับตัวทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่ม ทดลอง หลังได้รับการเข้ากลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง.....	142
8	เปรียบเทียบระดับคะแนนคะแนนการปรับตัวทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทของ ผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มควบคุม หลังได้รับการพยาบาลตามปกติ.....	143
9	คะแนนการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภท และการแปลผลของกลุ่มควบคุม ก่อน (Pre-test) และหลังการทดลอง (Post test).....	144
10	คะแนนการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภท และการแปลผลของกลุ่มทดลอง ก่อน(Pre-test) และหลังการทดลอง (Post test).....	145

# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นโรคที่พบบมากที่สุดและเป็นปัญหาสำคัญของโรคทางจิตเวชทั้งหมด(สมภาพ เรืองตระกูล,2549; กรมสุขภาพจิต, 2551) จากการสำรวจสถานการณ์สุขภาพจิตของประเทศไทย ในปี 2550 พบว่า มีคนไทยร้อยละ 20 หรือ 1 ใน 5 ที่มีปัญหาสุขภาพจิต โดยผู้ป่วยทางจิตที่เข้ารับการรักษาในปี 2551 ในสถานพยาบาลทั่วประเทศมี 1,668,041 ราย ที่มีจำนวนมากที่สุดคือโรคจิตเภท 445,840 ราย (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2552) อุบัติการณ์ของโรคจิตเภทในบุคคลทั่วไป คือ 15.2 ต่อประชากร 100,000 คนต่อปี ความชุกเท่ากับ 2.5-5.3 ต่อประชากร 1,000 คน ความชุกตลอดชีพ (Lifetime prevalence) 4.0 ต่อ 1,000 เพศชายมีแนวโน้มป่วยเป็นโรคจิตเภทได้มากกว่าเพศหญิง 1.4 เท่า (ศิริจิต สุทธิจิตต์ และมานิต ศรีสุภานนท์, 2552)อายุที่เริ่มป่วยในเพศชายพบในช่วงอายุ 15-54 ปี ส่วนใหญ่เริ่มมีอาการช่วงวัยรุ่น หรือผู้ใหญ่ตอนต้นซึ่งมีอายุน้อยกว่าเพศหญิง (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548)

โรคจิตเภทเป็นโรคที่เรื้อรังและกำเริบได้บ่อยครั้ง การหายกลับคืนสู่สภาพเดิมก่อนป่วยพบได้น้อย ส่วนใหญ่หลังจากอาการทุเลาลงจะยังคงมีอาการหลงเหลืออยู่และมีอาการกำเริบเป็นช่วงๆยิ่งป่วยบ่อยครั้งก็จะมีอาการหลงเหลือมากขึ้นหรือมีความเสื่อมลงเรื่อยๆ อาการด้านบวกจะค่อยๆลดความรุนแรงลง อาการที่เด่นชัดในระยะหลังจะเป็นอาการทางลบมากกว่า พบได้เมื่อป่วยเป็นระยะเวลา 5 ปีขึ้นไป ผู้ป่วยจะทนต่อความกดดันทางด้านจิตใจได้ไม่ดี อาการส่วนใหญ่กำเริบเมื่อมีความกดดันทางจิตใจอาการเปลี่ยนแปลงที่พบบ่อยคือการนอนหลับผิดปกติ แยกตัวเองวิตกกังวล หงุดหงิด คิดฟุ้งซ่าน และมักเชื่อมโยงเหตุการณ์ต่างๆเข้ากับตัวเอง (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548) ผู้ป่วยด้วยโรคนี้มีความผิดปกติทางด้านความคิด การรับรู้ อารมณ์และพฤติกรรมทำให้ผู้ป่วยมีการแสดงออกทางอารมณ์ไม่เหมาะสม (WHO, 1992) อาการก้าวร้าวของโรคจิตเภททำให้ผู้อื่นตกใจกลัว หรือบางครั้งมีพฤติกรรม และการตัดสินใจที่ไม่เหมาะสม เป็นที่น่าขบขัน หรือน่ารำคาญ ทำให้บุคคลทั่วไปในสังคมไม่ให้การยอมรับ เนื่องจากมีความเข้าใจว่าผู้ป่วยจิตเวชนั้นอันตราย ก้าวร้าวทั้งที่ในความเป็นจริงมีผู้ป่วยจิตเวชเพียง 3 % เท่านั้นที่มีพฤติกรรมรุนแรง แต่จากสื่อที่แสดงถึงข่าวอาชญากรรม ที่กระทำโดยผู้ป่วย

จิตเวช ทำให้สังคมเกิดการไม่ยอมรับผู้ป่วยเข้าสู่สังคมของตน(พັນธรรมา กิตติรัตนไพบูลย์, 2549) ซึ่งลักษณะของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติ บุคคลในสังคมจึงรู้สึกหวาดกลัว ไม่อยากคบค้าสมาคมด้วย (สุพัฒน์นา สุขสว่าง และศิริลักษณ์ สว่างวงษ์สิน, 2548) ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทรู้สึกมีตราบาปเป็นที่น่ารังเกียจของสังคม (เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์ และคณะ, 2547) จึงส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิตของผู้ป่วยทั้งในด้านชีวิตประจำวัน สัมพันธภาพกับบุคคลอื่น การหางานทำ การหาที่พักอาศัย การรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย สังคมจะพยายามกีดกันผู้ป่วยออกจากกลุ่มของตนเอง (อุบลรัตน์ สิงห์เสนี ,2552) จากผลเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยพยายามปกปิดอาการของตน ไม่ยอมรับการรักษา ไม่กล้าพบจิตแพทย์ ก็ยิ่งจะทำให้อาการผู้ป่วยรุนแรงมากขึ้น สังคมก็ยิ่งหวาดกลัวและรังเกียจผู้ป่วยมากขึ้น เป็นวงจรเช่นนี้เรื่อยไป(Lee,Chiu, Tsang, Chi, & Kleinman, 2006;พັນธรรมา กิตติรัตนไพบูลย์, 2549) การมีทัศนคติในเชิงลบและท่าทีของสังคม ไม่เพียงเป็นการสร้างตราบาปให้เกิดกับคนที่มีความผิดปกติทางจิตเท่านั้น ยังเป็นการลดทอนโอกาสที่ผู้ป่วยเหล่านั้นจะได้แก้ไข ปัญหาของตนเอง รวมทั้งโอกาสที่จะขอความช่วยเหลือจากสังคมอีกด้วย (วรวัฒน์ ไชยชาญ, 2549)

ตราบาปคือการที่บุคคลอื่นๆในสังคมได้ประเมินและตัดสินให้บุคคลที่มีพฤติกรรมเบี่ยงเบนไปจากบรรทัดฐานของสังคมว่า ไม่ปกติ ไม่เป็นที่ยอมรับและไม่พึงประสงค์ของสังคม ทำให้บุคคลนั้นถูกปฏิเสธ รังเกียจ ถูกแบ่งแยกกีดกัน (Becker, cited in Mason et al., 2001) บุคคลเมื่อรับรู้ว่าคุณลักษณะที่สังคมตีตรา จะส่งผลให้บุคคลนั้นมีพฤติกรรมหวาดระแวง อ่อนไหวต่อสิ่งต่างๆ รอบตัว ไม่ว่าจะเป็นคำพูดหรือกริยาท่าทางของบุคคลอื่น จากแนวคิดของWahl(1999) ที่กล่าวว่า บุคคลที่มีความผิดปกติไปจากบุคคลอื่น ไม่เป็นที่ยอมรับจะถูกตีตราจากบุคคลรอบข้างซึ่งเรียกว่า ตราบาป โดยได้แบ่งตราบาป ออกเป็น 2 ด้าน คือ ด้านการถูกตีตรา เป็นปฏิกิริยาที่บุคคลในสังคมแสดงต่อคุณลักษณะที่เสื่อมเสียและคุณลักษณะที่ไม่พึงประสงค์ที่ไม่เหมือนกับคนในสังคมของตน ต่อบุคคลที่ไม่ปกติ และอีกด้านหนึ่งคือ ด้านการถูกแบ่งแยกกีดกันโดยมีการตัดสินว่าบุคคลที่ถูกตีตรานั้นควรถูกแยกออกไปจากกลุ่มคนปกติในสังคม ซึ่งเป็นการตัดสินโดยกลุ่มคนตามพื้นฐานของการทำบทบาทหน้าที่ในสังคมภายใต้บรรทัดฐานทางสังคม จากความรู้สึกการมีตราบาปทั้ง 2 ด้าน ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ว่าคุณลักษณะที่ตนเป็นผู้มีตราบาปในสังคมสอดคล้องกับการศึกษาของ เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์และคณะ (2547) ที่พบว่าเพื่อนบ้านและคนในสังคมเดียวกับผู้ป่วยจิตเภทเมื่อรู้ว่าผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตในสังคมของตนจะรังเกียจ และซ้ำเติมผู้ป่วย รวมทั้งผู้ดูแลทำให้รู้สึกสะเทือนใจ โดยผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจะรู้สึกว่าโรคทางจิตเป็นสิ่งที่น่าอับอาย

น่าสงสารและน่ารังเกียจ จึงพยายามปกปิดการเจ็บป่วยของตนเองกับบุคคลอื่นในชุมชน เนื่องจากมีความรู้สึกว่าคุณคนอื่นไม่เข้าใจการเจ็บป่วยทางจิตและมีทัศนคติทางลบต่อการเจ็บป่วยของตน นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของ สุพัฒน์นา สุขสว่าง และศิริลักษณ์ สว่างวงศ์สิน (2548) ที่ทำการสัมภาษณ์บุคคลที่อยู่ในชุมชนเดียวกันกับผู้ป่วย และพบว่าผู้ที่อยู่ในชุมชนจะมีทัศนคติทางลบต่อผู้ป่วยจิตเวชและเข้าใจว่าผู้ป่วยเป็นอันตราย หวาดกลัวผู้ป่วย เชื่อว่าการเจ็บป่วยเป็นเรื่องของบาปกรรมโชครชะตา เป็นเรื่องที่อยู่เหนือธรรมชาติอันเนื่องมาจากการกระทำของพ่อแม่หรือตัวผู้ป่วยเอง ทำให้ไม่น่าสงสารไม่รู้สึกดีกับผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้คนในชุมชนไม่ยอมให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ บางครั้งเห็นผู้ป่วยเป็นตัวตลก ล้อเลียนผู้ป่วยไม่ให้เกียรติแม้ว่าผู้ป่วยจะมีอาการสงบแล้ว และยังคงมองว่าผู้ป่วยเป็นบุคคลที่ไม่ควรคบหาสมาคมด้วย ทำให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทไม่สามารถปรับตัวเข้ากับสังคมได้ ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับทัศนคติที่ไม่เหมาะสมของบุคคลอื่นที่มีต่อตนเอง เช่น ได้ยินถ้อยคำที่ไม่เหมาะสมของบุคคลอื่นที่พูดถึงอาการเจ็บป่วยของตนเองว่าเป็นบุคคลที่ผิดปกติ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกขุ่นเคือง ไม่อยากรับฟัง พยายามที่จะหลีกเลี่ยงการเปิดเผยประวัติการเจ็บป่วยทางจิตของตนเองเกรงว่าจะไม่เป็นที่ยอมรับของบุคคลอื่น (Dickerson, Sommerville, Origoni, Ringel, & Parente, 2002)

จากการศึกษาในต่างประเทศของPerlick et al(2001) พบว่า การรับรู้ตราบาปสูงจะทำให้ความสามารถในการปรับตัวทางสังคมลดลง ตราบาปมีผลกระทบต่อบุคคลที่มีอาการเจ็บป่วยทางจิต โดยการถูกจำกัดโอกาส ทำให้มีปัญหาการปรับตัวเพื่อการดำเนินชีวิตประจำวัน รวมถึงการปรับตัวทางสังคม เกิดจากการที่ผู้ป่วยจิตเภท มีกระบวนการในการพยายามปรับสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเองให้เข้ากับความต้องการของตนและให้เหมาะสมกับสภาพแวดล้อม จนเป็นสถานการณ์ที่ตนสามารถทนอยู่ในสภาพแวดล้อมนั้นๆอย่างมีความสุข ครอบคลุมกิจกรรมในชีวิตประจำวัน และการทำกิจกรรมในยามว่าง จากการศึกษาอุบลรัตน์ สิงห์เสนี(2552) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทพบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีการรับรู้ตราบาปโดยเกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ตราบาปคือ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความหวัง การสนับสนุนทางสังคม และการปรับตัวทางสังคม เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทมักมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นน้อย แยกตัวส่งผลกระทบต่อปรับตัวทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในทุกด้าน จากการที่ผู้ป่วยจิตเภทมักจะมอง และประเมินปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเองมากกว่าความเป็นจริงที่เกิดขึ้นและมีการรับรู้ที่ตนเองไม่มีความสามารถในการจัดการหรือเผชิญปัญหาเหล่านั้นจึงเกิดปัญหาการปรับตัวได้ง่าย ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ สุวิมล สมัตถะ (2541) พบว่า

ปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทหลังจำหน่าย ออกจากโรงพยาบาล ในด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในระยะแรกผู้ป่วยจะมีความสนใจ และสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเองได้ แต่ต่อมาผู้ป่วยจะไม่ยอมช่วยเหลือตนเองและเรียกร้องความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว ในด้านการทำกิจกรรมยามว่างผู้ป่วยจิตเภทบางคนไม่มีความสัมพันธ์กับเพื่อนบ้านเลย อยู่ในห้องโดยไม่สนใจสิ่งแวดล้อม (กฤษณ์ชลิ เพียรทอง, 2547) ผู้ป่วยจิตเภทมักจะแยกตัวและไม่เชื่อมั่นในตนเองไม่กล้าพูดคุยกับบุคคลอื่น ส่วนใหญ่จะมีสัมพันธภาพกับผู้ดูแลใกล้ชิดเพียงคนเดียว หรือสองคนเท่านั้น (สุวิมล สมัตถะ, 2541) จึงส่งผลกระทบต่อ การปรับตัวทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในทุกด้าน นอกจากนี้ยังมองปัญหาหรือประเมินปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเองมากเกินไปเกินกว่าความเป็นจริงที่เกิดขึ้นและมีการรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตของตนเองไม่มีความสามารถในการจัดการหรือการแก้ไขปัญหาเหล่านั้น (Lukoff et al, 1984 อ้างถึงใน สุวิมล สมัตถะ, 2541) ก่อให้เกิดภาวะตั้งเครียดและถ้าผู้ป่วยไม่สามารถเผชิญกับปัญหาสภาพแวดล้อมเช่นนี้ได้ทำให้อาการทางจิตกำเริบกลายเป็นวัฏจักรที่ไม่มีวันสิ้นสุด การมีอาการกำเริบซ้ำๆ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเบื่อหน่าย เกิดความรู้สึกด้อยคุณค่าในตนเอง ทำให้คุณภาพชีวิตลดต่ำลง (จิราพร เกสรสุวรรณ, 2545) ดังนั้นการเจ็บป่วยทางจิตทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีปัญหาการรับรู้ ตราบาปและถูกรังเกียจจากสังคมอย่างมาก พยาบาลจิตเวชเป็นบุคคลที่เข้าใจปัญหาของผู้ป่วย และเป็นผู้ที่ต้องให้การดูแลช่วยเหลือเพื่อตอบสนองทางด้านจิตใจ

จากปัญหาการรับรู้ ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทข้างต้นสอดคล้องกับกลุ่มจิตบำบัด ประคับประคองตามแนวคิดของ Yalom (1995) ที่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้และปรับพฤติกรรมตนเองได้ (ชนิกรรดา ไทยสังคม, 2545) จึงเป็นวิธีหนึ่งที่สำคัญในการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเภทที่มีการรับรู้ ตราบาป เพราะการใช้กลุ่มบำบัดเป็นการให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมร่วมกันช่วยให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ในการเข้าใจตนเองและผู้อื่น รู้จักสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น และช่วยให้ฟื้นฟูสมรรถภาพ กาย จิตสังคมของผู้ป่วยอีกทั้งช่วยให้ผู้ป่วยมีโอกาสปรับปรุงพฤติกรรมให้ดีขึ้น และนำไปสู่เป้าหมาย คือ ผู้ป่วยจิตเภทเกิดการรับรู้ ตราบาปลดลง มีการปรับตัวทางสังคมดีขึ้น สามารถดำรงชีวิต และดำเนินกิจวัตรประจำวันได้อย่างปกติสุขในสังคม สอดคล้องกับการศึกษาของ Homes (1995) ได้ศึกษาผลของกลุ่มบำบัดประคับประคองพบว่าทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวสู่ความเป็นจริงได้ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ สุจรรยา แสงเขียวงาม, (2545) มีการศึกษาพบว่าการทำกลุ่มบำบัดประคับประคองตามแนวคิดสัมพันธภาพของ Yalom (1995) ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้และปรับพฤติกรรมตนเองสามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุข ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจึงได้นำกลุ่มจิตบำบัดประคับประคองมาใช้

โดยมีเป้าหมายเพื่อให้สมาชิกเกิดการเรียนรู้ เปลี่ยนแปลงความคิดความรู้สึกและพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสมตามปัจจัยการบำบัดทั้ง 11 ปัจจัย ตามแนวคิดของ Yalom (1995) คือมุ่งเน้น 1. การเรียนรู้คุณค่าของการให้ 2. การผูกพันจิตใจต่อกัน 3. การมีความเป็นสากล 4. การเรียนรู้มนุษยสัมพันธ์ 5. การให้ข้อมูล 6. การได้ระบายออก 7. การได้เลียนแบบพฤติกรรม 8. ความรู้สึกเหมือนเป็นครอบครัวเดียวกัน 9. การพัฒนาเทคนิคเพื่อการเข้าสังคม 10. การรู้สึกมีความหวัง 11. การได้รู้ถึงความจริงของชีวิต ซึ่งผู้วิจัยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกเกี่ยวกับการรับรู้ ตราบาป ความคับข้องใจ เกิดความเข้าใจถึงข้อบกพร่องของตนเอง และสามารถช่วยกันหาแนวทางการแก้ไขปัญหาได้เหมาะสม ให้ผู้ป่วยได้ช่วยเหลือประคับประคองด้านจิตใจซึ่งกันและกันได้ เรียนรู้และสร้างสัมพันธภาพและมีทักษะการอยู่ร่วมกันกับผู้อื่น มีการปรับตัว สามารถเผชิญปัญหาและจัดการแก้ไขปัญหาต่างๆได้ด้วยตนเอง ซึ่งสิ่งต่างๆที่เกิดขึ้นในกระบวนการกลุ่มบำบัด ประคับประคองจะส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการรับรู้ตราบาปลดลง

#### **วัตถุประสงค์การวิจัย**

1. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับการเข้าร่วมกลุ่มจิตบำบัดประคับประคอง

2. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับการเข้าร่วมกลุ่มจิตบำบัดประคับประคองกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

#### **คำถามการวิจัย**

1. การรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังจากการทำกลุ่มจิตบำบัดประคับประคองจะมีความแตกต่างกันหรือไม่อย่างไร

2. ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้เข้ากลุ่มจิตบำบัดประคับประคองจะมีการรับรู้ตราบาปแตกต่างจากกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหรือไม่อย่างไร

#### **แนวเหตุผลและสมมุติฐาน**

กลุ่มจิตบำบัดประคับประคองตามแนวคิดของ Yalom (1995) เป็นกระบวนการกลุ่มที่ช่วยให้สมาชิกกลุ่มได้เรียนรู้วิธีที่จะติดต่อและสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น มีการประคับประคองความรู้สึกร่วมกัน มีการเรียนรู้และแก้ปัญหาในสถานการณ์ที่เหมือนกัน และพัฒนาปรับปรุงไปในแนวทางที่เหมาะสม(ชนิกรรดา ไทยสังคม, 2545) โดยอาศัยกระบวนการกลุ่มช่วยให้เกิดการเรียนรู้แนวทางการเปลี่ยนแปลงและมีการปรับแก้ไขปัญหาจากสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริง ดังนั้นกลุ่มจึงช่วยให้สมาชิกได้สะท้อนความรู้สึก ได้เรียนรู้ซึ่งกันและกัน รู้จักตนเอง

เกิดมีปฏิสัมพันธ์กัน มีการแลกเปลี่ยนความคิดและความรู้สึกร่วมกัน ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน มีผลต่อการพัฒนาความรู้สึกการมีคุณค่าของตนเอง รับรู้ว่าคุณค่าของตัวเองไม่ได้มีความทุกข์เพียงผู้เดียว มีการเรียนรู้ที่จะสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ได้รับข้อมูลข่าวสาร มีการระบายออกในสิ่งที่คับข้องใจ มีความหวัง มีกำลังใจที่จะต่อสู้ในการเผชิญปัญหา สามารถปรับตัวทางสังคมได้ สิ่งเหล่านี้จะทำให้สมาชิกสามารถส่งพลังแห่งความตั้งใจ การคิดที่จะทำให้บรรลุเป้าหมาย และแนวทางการหาทางออกในการแก้ไขปัญหา อย่างมีเหตุผลยอมรับปัญหาตามความเป็นจริง ทำให้สมาชิกเกิดการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทลดลงด้วย(อุบลรัตน์ สิงห์เสนี, 2552) ดังนั้น ผู้วิจัยได้นำแนวคิดกลุ่มจิตบำบัดประคับ ประคองของ Yalom (1995) ที่ใช้ปัจจัยบำบัด 11 ปัจจัย ที่ทำให้สมาชิกเกิดการเปลี่ยนแปลงความคิด ความรู้สึกที่เหมาะสม นอกจากนี้ยังนำมโนทัศน์ การบำบัดทางการพยาบาลมาประยุกต์ใช้ ในการจัดกลุ่มบำบัดประคับประคองจนทำให้เกิดการรับรู้ตราบาปลดลง ประกอบด้วย ขั้นตอน 3 ระยะ 5 กิจกรรม ครั้งละ 60-90 นาที สัปดาห์ละ 2 วัน เป็นระยะเวลา 3 สัปดาห์

#### **ระยะที่ 1 ระยะสัมพันธภาพ**

**กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ และร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์การรับรู้ตราบาป รับฟังแสดงความคิดเห็น เข้าใจและให้กำลังใจซึ่งกันและกัน** เป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยและผู้ป่วยด้วยกันเป็นรายกลุ่ม เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ โดยอาศัยปฏิสัมพันธ์ที่ดี และให้ความสำคัญกับสมาชิกกลุ่มในการมีส่วนร่วมและรับผิดชอบต่อการรักษา สร้างแรงจูงใจให้สมาชิกกลุ่มได้เรียนรู้ในการที่จะรับผิดชอบ ตัดสินใจเลือกแนวทางการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง กล้าแสดงออกต่อการรับรู้ตราบาป และเป็นกระบวนการร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ได้รับการปฏิเสธ ถูกรังเกียจ ถูกตำหนิติเตียน ทำให้รู้สึก ไม่มีคุณค่า อับอาย เสื่อมเสียชื่อเสียง ซึ่งเป็นผลมาจากการตัดสินใจของสังคมที่มีต่อผู้ป่วย ทำให้เกิดความไม่สบายใจ เพื่อร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การรับรู้ตราบาป รับฟังแสดงความคิดเห็น โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อให้เกิดเข้าใจและรู้สึกว่าคุณค่าของตัวเองไม่ได้ประสบบกับความรู้สึกตราบาปแต่เพียงผู้เดียว และได้ระบายออกซึ่งความรู้สึกการมีตราบาปจากการป่วยทางสุขภาพจิต

#### **ระยะที่ 2 ระยะทำงานร่วมกัน**

**กิจกรรมที่ 2 การร่วมมือกันเพื่อสำรวจปัญหา สร้างเป้าหมายและวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกัน** โดยใช้กระบวนการกลุ่มประคับประคอง เป็นการประเมินการรับรู้ตราบาปว่ามีมุมมองอย่างไรต่อภาวะสุขภาพ สิ่งใดที่ชอบหรือไม่ชอบเกี่ยวกับสุขภาพและการรับรู้ตราบาป



ผู้ป่วยมีความคิดที่ต้องการเปลี่ยนแปลงหรือไม่ เพื่อให้ทราบภาพรวมและความต้องการโดยทั่วไปของผู้ป่วยต่อการรับรู้ตราบาปที่เกิดขึ้นในการดำเนินชีวิตประจำวัน และให้ดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุขในสังคม(Berger et al., 2000) ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในแต่ละด้านของชีวิต ดังนั้นการที่ทราบข้อมูล ความต้องการของผู้ป่วย จะทำให้สามารถจัดรูปกลุ่มจิตบำบัด ประคับประคองได้ตรงกับสภาพปัญหาของผู้ป่วยมากที่สุด และกระบวนการกลุ่มจิตบำบัด ประคับประคอง ทำให้สมาชิกกลุ่มเรียนรู้วิธีการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน โดยสมาชิกกลุ่มมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาและนำมาเป็นแนวทางในการแก้ปัญหาคือการมีตราบาปร่วมกัน

**กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาการมีคุณค่าแห่งตน** เป็นการพัฒนาการมีคุณค่าแห่งตน การป่วยเป็นโรคจิตเภททำให้ผู้ป่วยมีความคิดและพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม อาจมีอาการกำเริบซ้ำๆ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเบื่อหน่าย เกิดความรู้สึกด้อยคุณค่าในตนเองคุณภาพชีวิตลดต่ำลง (จิราพร เกสรสุวรรณ, 2545) ดังนั้นการเสริมสร้างคุณค่าในตนเอง จะทำให้ผู้ป่วยมีความหวังมีเป้าหมายในชีวิต กิจกรรมนี้จะทำให้สมาชิกกลุ่มเกิดความภาคภูมิใจ มองเห็นจุดดี ความมีคุณค่าแห่งตน และการยอมรับจุดอ่อนซึ่งเป็นสิ่งที่สามารถพัฒนาได้ (ชลธิดา สิมะวงค์, 2545) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเสริมคุณค่าให้กับผู้ป่วยนำไปสู่การมองโลกในแง่ดี และมีสัมพันธภาพที่ดีต่อคนอื่น ๆ รู้จักใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความคิด ความรู้สึกการมีตราบาปลดลง และอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข

**กิจกรรมที่ 4 การฝึกทักษะการสื่อสาร** การฝึกทักษะการสื่อสารรวมถึงการพัฒนาเทคนิคเพื่อเข้าสังคม ซึ่งผู้ที่อยู่ในชุมชนจะมีทัศนคติทางลบต่อผู้ป่วยทางจิตเวชและมักเข้าใจว่าผู้ป่วยเป็นอันตราย น่ากลัว ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะมีอาการสงบแล้ว และยังคงมองว่าผู้ป่วยเป็นบุคคลที่ไม่ควรคบหาสมาคมด้วย (สุพัฒนา สุขสว่าง และศิริลักษณ์ สว่างวงศ์สิน, 2548) ทำให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทไม่สามารถปรับตัวเข้ากับสังคมได้ ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับทัศนคติที่ไม่เหมาะสมของบุคคลอื่นที่มีต่อตนเอง เช่น ได้ยินถ้อยคำที่ไม่เหมาะสมของบุคคลอื่นที่พูดถึงอาการเจ็บป่วยของตน ว่าเป็นบุคคลที่ผิดปกติ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกขุ่นเคือง ไม่อยากรับฟัง พยายามที่จะหลีกเลี่ยงการเปิดเผยประวัติการเจ็บป่วยทางจิตของตนเองด้วยเกรงว่าจะไม่เป็นที่ยอมรับของบุคคลอื่น(Dickerson, Sommerville, Origoni, Ringel, & Parente, 2002) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีความสามารถในการมีปฏิสัมพันธ์และการสื่อสารที่ดีกับผู้อื่น ได้รับการยอมรับจากผู้อื่น ทำให้การรับรู้ตราบาปลดลง สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมฝึกทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคลต่อการรับรู้ตราบาปของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลพิชัย จังหวัดอุดรธานี ของอรุณญา คำพึ่ง(2552) ซึ่งพบว่าการฝึกทักษะการสื่อสาร

ระหว่างบุคคล ช่วยให้ผู้ที่เป็โรคจิตเภทมีความสามารถในการติดต่อสื่อสารกับผู้อื่นได้ดีขึ้นและได้รับการยอมรับจากบุคคลรอบข้างมากขึ้น ส่งผลทำให้การรับรู้ตราบาปลดลง ทำให้สามารถดำเนินชีวิตต่อไป

### ระยะที่3 ระยะยุติกกลุ่ม

**กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะการเผชิญปัญหา และเปิดโอกาสให้สมาชิกทบทวนเนื้อหา ความรู้สึก ประสบการณ์ที่ได้จากกลุ่ม** การพัฒนาทักษะการเผชิญปัญหา กับความรู้สึกถึงการรับรู้ตราบาปของโรคจิตเภท ซึ่งเป็นโรคที่เรื้อรัง การเจ็บป่วยยาวนานส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการด้านลบมากขึ้น ทำให้มีปัญหาในการดำเนินชีวิต ก่อให้เกิดภาวะตึงเครียด และถ้าผู้ป่วยไม่สามารถเผชิญกับปัญหาสภาพแวดล้อมเช่นนี้ได้ทำให้อาการทางจิตกำเริบ กลายเป็นวัฏจักรที่ไม่มีวันสิ้นสุด การมีอาการกำเริบซ้ำๆ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ที่จะเผชิญปัญหา ช่วยให้ผู้ป่วยพยายามทบทวนเหตุการณ์รอบด้าน ของตนเอง เพื่อการตัดสินใจและวางแผนจัดการกับปัญหาการรับรู้ตราบาปได้อย่างเหมาะสม (สุจรรยา แสงเขียวงาม, 2545) และการคงไว้ซึ่งการกระทำเพื่อการมีสุขภาพที่ดี เป็นขั้นตอนสุดท้ายที่ผู้นำกลุ่มต้องกระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มร่วมกันเสริมสร้างความมั่นใจว่าสามารถจัดการความรู้สึกการเกิดตราบาปในตนเองได้ พร้อมทั้งให้สมาชิกให้กำลังใจซึ่งกันและกัน เนื่องจากความมั่นใจในการทำกิจกรรมต่างๆ นั้นเกิดจากการที่ผู้ป่วยมีแรงจูงใจให้ปฏิบัติกิจกรรมในชีวิต มีการกระทำเพื่อตอบสนอง ความต้องการพื้นฐานของตนเอง ผู้นำกลุ่มต้องกระตุ้นให้กลุ่มร่วมกันเสริมสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ซึ่งให้เห็นถึงประโยชน์ เป้าหมายชีวิตของแต่ละคน และยุติสัมพันธภาพกับผู้ป่วยโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเสริมสร้างความมั่นใจว่าผู้ป่วยสามารถจัดการความรู้สึกการเกิดตราบาปในตนเองได้

ดังนั้นจากการทำกลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง ตามแนวคิดของ Yalom (1995) จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับปัจจัยที่ส่งผลด้านลบของตนเอง และช่วยพัฒนาให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัวและชุมชนได้อย่างมีความสุข มีการรับรู้ตราบาปลดลง ซึ่งนับเป็นเป้าหมายสำคัญทางการพยาบาล จากแนวเหตุผลที่กล่าวมาแล้วข้างต้นผู้วิจัย จึงตั้งสมมติฐานการวิจัยดังนี้

1. การรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับการเข้าร่วมกลุ่มจิตบำบัดระดับประคองต่ำกว่าก่อนได้รับการเข้าร่วมกลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง
2. การรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการเข้าร่วมกลุ่มจิตบำบัดระดับประคองต่ำกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

### ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ศึกษาผลของการใช้กลุ่มจิตบำบัดระดับประคองต่อการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทโดยทำการศึกษา ณ คลินิกจิตเวช(ผู้ป่วยนอก) โรงพยาบาลศูนย์ราชบุรี จังหวัดราชบุรี มีขอบเขตการวิจัยดังนี้

ประชากร เป็นผู้ป่วยที่ได้รับวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท โดยใช้รหัสการจำแนกโรคตามบัญชีการจำแนกโรคระหว่างประเทศ (ICD 10) อาศัยอยู่ในชุมชน เขตจังหวัดราชบุรี และได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องจากทีมสุขภาพแบบผู้ป่วยนอก

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยที่ได้รับวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท โดยใช้รหัสการจำแนกโรคตามบัญชีการจำแนกโรคระหว่างประเทศ (ICD 10)

โดยคุณสมบัติดังนี้

1. มีอายุระหว่าง 20-59 ปี ทั้งเพศชายและหญิง
2. มีคะแนนตามแบบประเมินอาการทางจิต (BPRS) น้อยกว่า 30 คะแนน
3. อ่าน-เขียนหนังสือได้ และสามารถพูดคุยสื่อสารได้สะดวก
4. ยินดีเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ

ตัวแปรที่ศึกษา

1. ตัวแปรต้น คือ กลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง
2. ตัวแปรตาม คือ การรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภท

### คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

**กลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง** หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่ดำเนินการโดยใช้กระบวนการกลุ่มบำบัดตามแนวคิดของ Yalom (1995) ซึ่งแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะสร้างสัมพันธภาพ ระยะดำเนินการ ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม มีการดำเนินกิจกรรมเป็นรายกลุ่มประกอบด้วย กิจกรรม 3 ระยะ 5 กิจกรรม ครั้งละ 60-90 นาที สัปดาห์ละ 2 วัน เป็นระยะเวลา 3 สัปดาห์ สรุปผลการดำเนินกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 5 คือหลังจากเสร็จสิ้นการทำกลุ่มไปแล้ว 2 สัปดาห์ มีกิจกรรม ดังนี้

#### ระยะที่ 1 ระยะสร้างสัมพันธภาพ

**กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ** และร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์การรับรู้ตราบาป รับฟังแสดงความคิดเห็น เข้าใจและให้กำลังใจซึ่งกันและกัน เป็นการสร้าง

สัมพันธ์ภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยและผู้ป่วยด้วยกันเป็นรายกลุ่ม มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันในกลุ่มและให้ความสำคัญกับสมาชิกทุกคนในกลุ่มในการมีส่วนร่วมและรับผิดชอบต่อการรักษา สร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ในการที่จะรับผิดชอบต่อ ตัดสินใจเลือกแนวทางการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง และเป็นกระบวนการร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์การรับรู้ตราบาป โดยเกิดจากการแสดงความคิดเห็น การพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ได้รับการปฏิบัติ ถูกแบ่งแยกคิดกันดำเนินชีวิต ทำให้รู้สึก ไม่มีคุณค่า น่าอับอาย เสื่อมเสียชื่อเสียง เป็นผลมาจากการตัดสินใจของสังคมที่มีต่อผู้ป่วย ที่ก่อให้เกิดความไม่สบายใจ เมื่อร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์การรับรู้ตราบาป แลกเปลี่ยนความคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ รับฟังแสดงความคิดเห็น ทำให้เกิดความเข้าใจ และรู้สึกว่าตนเองไม่ได้ประสบกับความรู้สึกตราบาปแต่เพียงผู้เดียว

## ระยะที่ 2 ระยะทำงานร่วมกัน

**กิจกรรมที่ 2 การร่วมมือกันเพื่อสำรวจปัญหา สร้างเป้าหมายและวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกัน** โดยใช้กระบวนการกลุ่มระดับประคอง เป็นการประเมินการรับรู้ตราบาป ว่ามีมุมมองอย่างไรต่อภาวะสุขภาพ สิ่งใดที่ชอบหรือไม่ชอบเกี่ยวกับสุขภาพและการรับรู้ตราบาป ผู้นำกลุ่มสะท้อนให้สมาชิกช่วยกันแก้ปัญหา บอกความรู้สึกต่อปัญหา กระตุ้นผู้ป่วยมีความคิดที่ต้องการเปลี่ยนแปลงแก้ไขปัญหาการรับรู้ตราบาป และมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประสบการณ์ โดยมีสร้างเป้าหมายและเรียนรู้วิธีการแก้ไขความรู้สึกการมีตราบาปและเสนอแนวทางการแก้ปัญหาร่วมกัน

**กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาการมีคุณค่าแห่งตน** กระตุ้นให้ผู้ป่วยพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ทำให้เกิดความภาคภูมิใจ โดยการมองหาเห็นจุดดี เห็นถึงคุณค่าของตนเองยอมรับจุดอ่อนซึ่งเป็นสิ่งที่สามารถพัฒนาได้ และให้ผู้ป่วยรู้จักการทำงานและการใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ ช่วยเสริมคุณค่าให้กับผู้ป่วยนำไปสู่การมองโลกในแง่ดี และมีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อคนอื่นๆ รู้จักใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความคิด ความรู้สึกมีตราบาปลดลงและอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข

## กิจกรรมที่ 4 การฝึกทักษะการสื่อสาร

ผู้นำกลุ่มเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่ม อภิปรายแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในประเด็นความเสมอภาคในการติดต่อสื่อสาร ปัญหาในการสื่อสาร ที่ส่งผลให้เกิดความรู้สึกคับข้องใจ ความรู้สึกตราบาปของผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยร่วมกันแสดงความคิดเห็นและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ต่อการแก้ปัญหา โดยเน้นการติดต่อสื่อสารในทางบวก (Positiveness) ได้อย่างเหมาะสม และจริงจังในการสื่อสาร ผู้นำกลุ่มให้ความรู้เรื่อง การฝึกทักษะทางการสื่อสาร และเชื่อมโยงการ

ความรู้สึกตราบาปต่อโรคจิตเภท และให้ผู้ป่วยคิดวิธีการใช้การสื่อสารทางบวก ต่อตนเองและครอบครัวร่วมกัน ฝึกทักษะการสื่อสารและการพัฒนาเทคนิคเพื่อเข้าสังคม ควบคุมตนเองในสิ่งที่ไม่พอใจ การถ้อยทีถ้อยอาศัย การสื่อสารกัน การเข้าใจถึงความคิดความรู้สึกของแต่ละฝ่าย ต้องมีการช่วยเหลือ พึ่งพากันในสถานการณ์ต่างๆ การเต็มใจให้ความช่วยเหลือผู้อื่นจะทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน รู้สึกภูมิใจ รู้สึกมีคุณค่า ในขณะที่เดียวกันการขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นก็ไม่ใช่สิ่งที่น่าละอาย และให้ลองนำไปปฏิบัติ

### ระยะที่3 ระยะยุติกลุ่ม

**กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะการเผชิญปัญหา และเปิดโอกาสให้สมาชิกทบทวนเนื้อหา ความรู้สึก ประสบการณ์ที่ได้จากกลุ่ม** กระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ที่จะเผชิญปัญหา โดยให้ผู้ป่วยพยายามทบทวนเหตุการณ์รอบด้านของตนเองที่ส่งผลให้เกิดการรับรู้ตราบาป ผู้นำกลุ่มให้ความรู้เรื่องทักษะในการเผชิญปัญหา และให้สมาชิก คิดวิธีการเผชิญปัญหาเมื่อความรู้สึกตราบาป และร่วมกันวางแผนจัดการกับปัญหาการรับรู้ตราบาปได้อย่างเหมาะสม ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มร่วมกันเสริมสร้างความมั่นใจว่าสามารถจัดการความรู้สึกการเกิดตราบาปในตนเองได้ พร้อมทั้งให้สมาชิกให้กำลังใจซึ่งกันและกัน เนื่องจากความมั่นใจในการทำกิจกรรมต่างๆ นั้นเกิดจากการที่ผู้ป่วยมีแรงจูงใจให้ปฏิบัติกิจกรรมในชีวิต มีการกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการพื้นฐานของตนเอง ซึ่งให้เห็นถึงประโยชน์ เป้าหมายชีวิตของแต่ละคน และแนะนำให้ลองนำไปปฏิบัติ จากนั้นนำเข้าสู่ขั้นตอนการยุติสัมพันธภาพกับผู้ป่วย

**การรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยโรคจิตเภท** หมายถึง การที่ผู้จิตเภทมีการใช้ความรู้สึก ร่วมกับประสบการณ์ในการแปลความหมายว่าไม่เป็นที่ยอมรับและไม่พึงประสงค์ของสังคม มีความรู้สึกว่าตนเองแตกต่างจากบุคคลทั่วไปอันเป็นผลมาจากการเจ็บป่วยทางจิต ส่งผลให้ถูกแบ่งแยกกีดกันโดยอาศัยกระบวนการปฏิสัมพันธ์ของบุคคลภายในสังคม ได้แก่ ครอบครัว บุคคลในชุมชน และบุคลากรทางการแพทย์ โดยแบ่งออกเป็น 2 ด้าน ได้แก่ ด้านการถูกตีตรา และด้านการถูกแบ่งแยกกีดกัน ซึ่งประเมินได้จากแบบสอบถามการรับรู้ตราบาปของอรรถวรรณ วรรณชาติ (2550) ที่สร้างตามแนวคิด ของ Wahl (1999)

**ผู้ป่วยจิตเภท** หมายถึง บุคคลที่มีความผิดปกติ ด้านความคิด ความรู้สึก อารมณ์และพฤติกรรมที่ผิดปกติไปจากเดิม เป็นระยะเวลาอย่างน้อย 6 เดือน และได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชตามการใช้รหัสจำแนกโรคตามบัญชีการจำแนกโรคระหว่างประเทศ (ICD-10) อยู่ในช่วงอายุตั้งแต่ 20-59 ปี

**การพยาบาลตามปกติ** หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลศูนย์ราชบุรี จังหวัดราชบุรี ปฏิบัติต่อผู้ป่วยจิตเภทที่มาใช้บริการคือ ตรวจคัดกรอง ประเมินอาการและระดับความรุนแรงต่อของอาการเจ็บป่วย การให้สุขศึกษา ให้คำแนะนำเรื่อง การวิธีการรับประทานยา การสังเกตอาการข้างเคียงของยาจิตเวช และให้คำปรึกษาปัญหาที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ตราบาป

#### **ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ**

1. ด้านผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทมีศักยภาพในการปฏิบัติตนให้เป็นที่ยอมรับของครอบครัวและชุมชน สามารถดำรงชีวิตในสังคมอย่างมีความสุข
2. ด้านปฏิบัติการพยาบาล เพื่อให้พยาบาลที่ปฏิบัติงานมีแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภท
3. ด้านการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวช เพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยจิตเวชโดยสามารถนำเอารูปแบบการทำกลุ่มจิตบำบัดประคับประคองไปประยุกต์ใช้ในงานบริการสุขภาพจิตและจิตเวช

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาผลของกลุ่มจิตบำบัดระดับประคองต่อการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสาร วารสาร บทความและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปสาระที่สำคัญที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัยนำเสนอเป็นลำดับดังนี้

#### 1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท

- 1.1 ความหมาย
- 1.2 สาเหตุ
- 1.3 การดำเนินของโรคจิตเภทและลักษณะอาการของโรคจิตเภท
- 1.4 การรักษาโรคจิตเภทและระยะของการรักษา
- 1.5 ผลกระทบจากโรคจิตเภท
- 1.6 ผลกระทบของโรคจิตเภทต่อการรับรู้ตราบาป
- 1.7 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

#### 2. แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภท

- 2.1 ความหมายการรับรู้
- 2.2 ความหมายของการรับรู้ตราบาป
- 2.3 แนวคิดเกี่ยวข้องกับตราบาป
- 2.4 การรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภท
- 2.5 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ตราบาป
- 2.6 ผลกระทบตราบาปต่อผู้ที่เจ็บป่วยทางจิต
- 2.7 การประเมินตราบาป

#### 3. กลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง

- 3.1 ความหมายของกลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง
- 3.2 แนวคิดทฤษฎีในการทำกลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง
- 3.3 แนวคิดการทำกลุ่มจิตบำบัดของยาalom

3.4 องค์ประกอบกระบวนการกลุ่ม

3.5 กระบวนการกลุ่มบำบัดระดับประคอง

3.6 ปัจจัยบำบัดกลุ่มจิตบำบัดระดับประคองตามแนวคิดของยาลอม

3.7 คุณสมบัติผู้นำกลุ่มและบทบาทผู้นำกลุ่มบำบัดระดับประคอง

#### 4. กลุ่มจิตบำบัดระดับประคองต่อการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยโรคจิตเภท

#### 5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

##### 1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท

###### 1.1 ความหมายโรคจิตเภท

โรคจิตเภท(Schizophrenia) เป็นโรคที่มีความผิดปกติของกระบวนการคิด (thought process) เป็นอาการเด่น ส่งผลถึงการรับรู้ อารมณ์และพฤติกรรม ในปี ค.ศ.1911 จิตแพทย์ชาวสวิสได้ใช้คำว่า โรคจิตเภท แทนคำว่า Dementia Praecox จากอาการที่ผิดปกติที่ไม่ได้เกิดจากอาการเสื่อมทางสมอง (Bleuler, 1911 อ้างถึงใน อรรถพรณ ลีอนุญวัชชัย, 2552)

การจำแนกโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (Diagnostic and Statistical Manual of mental Disorder Forth Edition: DSM-IV) ได้ให้ความหมายของโรคจิตเภทว่า หมายถึง กลุ่มอาการของความผิดปกติทางจิต ซึ่งมีลักษณะอาการของความเจ็บป่วย และการทำหน้าที่ต่างๆลดลง ซึ่งประกอบ ด้วยอาการแสดงสีหน้าเรียบเฉย อารมณ์เฉยเมย ขาดความกระตือรือร้น เก็บตัว เฉยชา เป็นต้น ลักษณะอาการเหล่านี้เป็นอยู่อย่างน้อย 1 เดือน อาจมีอาการที่แสดงความแปรปรวนเรื่องอื่นๆ ร่วมด้วย เป็นเวลานาน 6 เดือน ทำให้มีความบกพร่องในการดำเนินชีวิตประจำวัน (อรรถพรณ วรรณชาติ, 2550)

องค์การอนามัยโลก(The 10 Edition of the International Classification Diseases: ICD-10) ได้ให้ความหมายของโรคจิตเภทว่า หมายถึง โรคที่มีลักษณะความผิดปกติของบุคลิกภาพ การรับรู้ที่มีลักษณะจำเพาะและมีความผิดปกติด้านความคิด และอารมณ์เป็นแบบไม่เหมาะสมหรือที่อ (blunterd) สติสัมปชัญญะและความสามารถด้านเชาว์ปัญญามักดีอยู่ แม้จะมีการสูญเสียของการรับรู้ (Cognition ) บ้างเมื่อป่วยนาน ICD-10 ได้บรรยายถึงอาการสำหรับการวินิจฉัยไว้เป็นข้อๆ และกำหนดระยะเวลาการเจ็บป่วยไว้อย่างน้อย 6 เดือนโดยที่ผู้ป่วยไม่มีโรคทางกาย โรคของสมอง หรือความผิดปกติทางสมอง การรับพิษจากยา หรือสารเสพติดที่จะเป็นสาเหตุของอาการดังกล่าว(WHO, 2006 อ้างถึงใน อรรถพรณ วรรณชาติ, 2550)



1.2 สาเหตุ โรคจิตเภทไม่ได้เกิดจากสาเหตุใดสาเหตุหนึ่งเพียงอย่างเดียวแต่เชื่อว่าเกิดจากหลายปัจจัยร่วมกัน โดยพัฒนาเป็นรูปแบบอธิบายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคจิตเภทที่เชื่อว่า “Vulnerability Stress Model of Schizophrenia” (Zubin & Spring, 1977) ซึ่งมีความเชื่อว่าโรคจิตเภทเกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางด้านชีวภาพและสิ่งแวดล้อมทำให้บุคคลเกิดภาวะเสี่ยงและการกลับเป็นซ้ำของโรคจิตเภท ซึ่งความเสี่ยงขึ้นอยู่กับความอ่อนแอของบุคคล ความรุนแรงของความเครียด และความคงทนของแต่ละบุคคล สำหรับในปัจจุบันมีปัจจัยที่ได้รับการตั้งสมมติฐานว่าเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคจิตเภท ดังนี้

1.2.1 ปัจจัยทางด้านชีวภาพ แนวคิดปัจจุบันมองว่า โรคจิตเภทเป็นความผิดปกติทางสมองโดยมีการพบหลักฐานทางชีวภาพในด้านต่างๆ มากขึ้นเรื่อยๆ

1.2.1.1 พันธุกรรม จากการศึกษาพบว่าญาติของผู้ป่วยมีโอกาสเป็นโรคจิตเภทสูงกว่าประชากรทั่วไปยิ่งมีความใกล้ชิดทางสายเลือดมากยิ่งมีโอกาสเป็นสูง การศึกษาเพื่อหาพื้นที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคยังไม่พบตำแหน่งยีนที่ผิดปกติชัดเจน เชื่อว่าโรคนี้เกิดจากความผิดปกติของยีนหลายแห่งร่วมกัน (Vancarolis, 2004)

1.2.1.2 ระบบสารชีวเคมีในสมอง สมมติฐานเดิมที่ยังคงเป็นที่ยอมรับกันในปัจจุบันคือ dopamine hypothesis เชื่อว่าโรคนี้เกิดจาก dopaminergic hyperactivity โดยเฉพาะในบริเวณ mesolimbic และ mesocortical tract ทั้งนี้อาจเป็นความผิดปกติ postsynaptic receptor (Puri et. al., 2002) เนื่องจากพบว่ายารักษาโรคจิตนั้นออกฤทธิ์โดยการปิดกั้น dopamine receptor type2 สารนำสื่อประสาทอีกชนิดหนึ่ง คือ serotonin พบว่าการทำงานของ serotonin-2 (5-HT2A) receptor ใน frontal cortex ของผู้ป่วยจิตเภทลดลง และยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่ ออกฤทธิ์ในการรักษาที่เกี่ยวข้องกับระบบ serotonin การศึกษาในระยะหลังพบว่า N-methyl-D-aspartic acid (NMDA) ซึ่งเป็น receptor ของ glutamate มีส่วนเกี่ยวข้องในการเกิดโรคนี้ การทดลองพบว่าหาก NMDA receptor ถูกยับยั้ง จะทำให้ glutamatergic neurotransmission ที่ receptor complex นี้ลดลง ผู้ป่วยจะเกิดอาการโรคจิตเหมือนที่พบในโรคจิตเภท รวมทั้งยังพบอาการด้านลบ และ cognitive dysfunction ด้วย

1.2.1.3 กายวิภาคของสมอง ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความผิดปกติด้านกายวิภาคของสมอง เช่น ventricular โตกว่าปกติ ปริมาณเนื้อสมองน้อยกว่าปกติโดยเฉพาะในส่วน of cortical gray matter การศึกษาในระดับเซลล์ไม่พบว่ามี gliosis หรือหลักฐานอื่นที่บ่งชี้ว่า

โรคนี้เป็น neurodegenerative disorder แนวคิดในปัจจุบันมองว่าโรคนี้เป็น neuro developmental disorder(Torrey, 2006)

1.2.1.4 ประสาทสรีรวิทยาพบว่าcerebral blood flow และglucose metabolism ลดลงในบริเวณ frontal lobe เชื่อว่าอาการด้านลบและอาการด้าน cognitive มีความสัมพันธ์กับ prefrontal lobe dysfunction อย่างไรก็ตามปัจจุบันมองว่า การทำงานของสมองในผู้ป่วยโรคจิตเภทมิได้เป็นจากความผิดปกติเฉพาะบริเวณใดบริเวณหนึ่งของสมองหากแต่เป็นความผิดปกติในการทำงานของสมองหลายๆ วงจรที่เกี่ยวข้องกัน ทั้งในระดับ cortical และ subcortical อาจมองว่าโรคจิตเภทนี้เป็นโรคของ disturbed neural connectivity เชื่อมโยงกัน ผิดปกติ

### 1.2.2 ปัจจัยทางด้านครอบครัวและสังคม

1.2.2.1 เดิมเชื่อว่าลักษณะของมารดาบางประการ หรือการเลี้ยงดูบางรูปแบบ ทำให้เด็กเมื่อโตขึ้นป่วยเป็นโรคจิตเภท การศึกษาในช่วงต่อมาไม่พบหลักฐานสนับสนุนความเชื่อนี้ สภาพครอบครัวมีผลต่อการกำเริบของโรค พบว่าครอบครัวของผู้ป่วยที่อาการกำเริบบ่อยจะมีการใช้อารมณ์ต่อกันสูง (high expressed-emotion;EE) ได้แก่ การตำหนิวิพากษ์วิจารณ์ (criticism) มีท่าทีไม่เป็นมิตร (hostility) หรือจู้จี้ยุ่งเกี่ยวกับผู้ป่วยมากเกินไป(emotional over involvement) (สุชาติ พหลภาคย์,2544)

1.2.2.2 ผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภทพบมากในสังคมที่มีเศรษฐกิจระดับต่ำ ซึ่งภาวะสังคมและเศรษฐกิจในระดับต่ำอาจเป็นสาเหตุของโรคจิตเภท โดยมีผลต่อผู้ป่วยคือ ความเครียดและวิถีชีวิตที่ยากจนเป็นปัจจัยกระตุ้นทำให้เป็นโรค และมีสมมุติฐานว่าการที่ผู้ป่วยมีอาการโรคจิตอยู่เรื่อยๆ ทำให้การดำรงชีพไม่สามารถคงอยู่ได้ในสถานภาพเดิม (downward drift hypothesis) หรือการที่สภาพสังคมบีบคั้นทำให้คนเป็น โรคจิตเภทมากขึ้น (สมภพ เรื่องตระกูล, 2549)

ปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัดของโรคจิตเภท เชื่อว่าโรคจิตเภทเป็นกลุ่มอาการซึ่งมีมาจากหลายๆสาเหตุ (Multifactor) แนวคิดที่ยอมรับกันในปัจจุบันคือ stress-diathesis model ซึ่งเชื่อว่าผู้ป่วยนั้นมีแนวโน้มหรือจุดอ่อนบางอย่างอยู่แล้ว เมื่อพบกับสภาพกดดันบางประการทำให้เกิดอาการของโรคจิตเภทขึ้นมา โดยแนวโน้มหรือสภาพกดดันนี้อาจเป็นปัจจัยด้านชีวภาพ จิตสังคม หรือหลายปัจจัยร่วมกัน

สรุปได้ว่าการเกิดโรคจิตเภท ปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัด เชื่อว่าโรคจิตเภทเป็นกลุ่มอาการซึ่งมีมาจากหลายๆปัจจัยที่เป็นสาเหตุส่งผลให้เกิดอาการผิดปกติ แนวคิดปัจจุบันมอง

ว่า โรคจิตเภทเป็น Brain disorder โดยมีการพบหลักฐานทางชีวภาพในโรคจิตเภทสนับสนุนในด้านต่าง ๆ มากขึ้น

### 1.3 การดำเนินของโรคจิตเภทและลักษณะอาการของโรคจิตเภท

1.3.1 การดำเนินโรค โรคจิตเภทอาการของโรคโดยทั่วไปแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้ (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548; Torrey, 2006)

1.3.1.1. ระยะเริ่มมีอาการหรืออาการนำ (Prodromal phase) ผู้ป่วยจะแสดงอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป ก่อนที่จะปรากฏอาการทางจิตอย่างชัดเจน

1.3.1.2. ระยะอาการกำเริบ (Active phase) ส่วนใหญ่อาการจะกำเริบเมื่อผู้ป่วยเผชิญกับความกดดันทางจิตใจ เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิตอย่างเห็นได้ชัด ส่วนใหญ่เป็นอาการทางบวก เช่น หูแว่ว ประสาทหลอน หลงผิด เป็นต้น

1.3.1.3. ระยะอาการหลงเหลือ (Residual phase) ส่วนใหญ่แล้วอาการทางจิตที่กำเริบจะเป็นอยู่ช่วงหนึ่ง เมื่อรักษาก็จะทุเลา แต่ก็ยังมีอาการทางจิตหลงเหลืออยู่ ส่วนใหญ่จะเป็นอาการทางลบ

1.3.2 อาการทางคลินิก อาการแสดงของโรคจิตเภท คือ มีความผิดปกติด้านความคิด การรับรู้ อารมณ์และพฤติกรรม มีอาการต่อเนื่องกันนาน 6 เดือนขึ้นไป โดยมีระยะอาการกำเริบชัดเจนอย่างน้อยนาน 1 เดือน โดยทั่วไปแบ่งอาการเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มอาการด้านบวก (positive symptoms) และกลุ่มอาการด้านลบ (negative symptoms) (สมภพ เรื่องตระกูล, 2549; มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548)

1.3.2.1. กลุ่มอาการด้านบวก แสดงออกในด้านความผิดปกติดังต่อไปนี้ ความคิด การรับรู้ การติดต่อสื่อสารและพฤติกรรม คือความคิดหลงผิด อาการประสาทหลอน การรับรู้ผิดจากสภาพความเป็นจริง ไม่สามารถรวบรวมความคิดให้ไปในแนวทางเดียวกันได้ ความผิดปกติของการพูดคำพูดจะไม่ต่อเนื่องกันเป็นเรื่องราว มักใช้ประโยคหรือใช้คำศัพท์แปลกๆ ความผิดปกติของพฤติกรรม ไม่เป็นระบบกระจัดกระจาย (Disorganization dimension) การพูดจาวกวน แสดงออกของอารมณ์ไม่เหมาะสม ผู้ป่วยมีพฤติกรรมวุ่นวายในลักษณะต่างๆ ตั้งแต่มีพฤติกรรมเหมือนเด็ก จนถึงพุ่งพล่านกระวนกระวายอย่างรุนแรง อาจไม่สนใจดูแลตัวเอง แต่งตัวสกปรก หรือแต่งตัวในลักษณะแปลกประหลาดจากปกติ บางรายมีพฤติกรรมทางเพศไม่เหมาะสม

1.3.2.2. กลุ่มอาการด้านลบ เป็นภาวะที่ขาดในสิ่งที่ควรจะมีคนทั่วไป แสดงออกในด้านความผิดปกติดังต่อไปนี้ อารมณ์เฉยเมย ไม่ยินดียินร้าย พูดน้อย ใช้เวลานานกว่า

จะตอบ (Alogia) หหมดความกระตือรือร้น ไม่สนุกกับชีวิต บกพร่องทางอารมณ์ ความคิด การแสดงออกทางอารมณ์ลดลงมากไม่สนใจเรื่องการแต่งกาย ผู้ป่วยอาจนั่งอยู่ คนเดียวทั้งวันจน ไม่สนใจอะไร Asociality เก็บตัวเฉย ๆ ไม่ค่อยแสดงออกหรือไม่มีกิจกรรมที่สนุกสนาน ใครชวนไป ไหนมักปฏิเสธ (Anhedonia-associality)

สรุปได้ว่า อาการของโรคจิตเภท แบ่งเป็น 2 กลุ่มอาการ คือ 1)กลุ่มอาการด้านบวก ได้แก่ แสดงออกในด้านความผิดปกติของความคิด การรับรู้ การติดต่อสื่อสารและพฤติกรรม ซึ่งแบ่งตาม ลักษณะอาการออกเป็น 2 ด้านใหญ่ คือ อาการโรคจิต (Psychotic dimension) ได้แก่ อาการหลงผิด ประสาทหลอน และความคิดและพฤติกรรมไม่เป็นระบบกระจัดกระจาย (Disorganization dimension) ได้แก่ การพูดจาวกวน ลักษณะการพูดไม่มีแบบแผน แสดงออกของอารมณ์ไม่เหมาะสม มีพฤติกรรมที่คาดเดาไม่ได้ 2)กลุ่มอาการทางลบ ได้แก่ มีอารมณ์เฉยเมย พูดน้อยหรือไม่พูดขาดแรงจูงใจในการทำกิจกรรมทุกชนิด จากอาการดังกล่าว ทำให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทถูกมองว่าเป็นบุคคลที่มีความผิดปกติ แตกต่างจากบุคคลทั่วไป

#### 1.4 การรักษาโรคจิตเภทและระยะของการรักษา

1.4.1 การรักษา สาเหตุของโรคจิตเภทอาจไม่ได้เกิดจากปัจจัยใดปัจจัยหนึ่ง แต่เพียงอย่างเดียวการที่สาเหตุอาจมีมาจากหลายๆ ทาง ทำให้ยากแก่การให้การรักษาที่เหมาะสม นี่คือนี่หนึ่งในเหตุผลที่ว่า การรักษาผู้ป่วยแต่ละคนต่างก็ไม่เหมือนกันการรักษาที่ผสมผสาน ทั้งการรักษาด้วยยา การรักษาทางจิตสังคม และอาชีวบำบัด เป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ ผลการรักษา และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยออกมาดี (สมภพ เรื่องตระกูล, 2549; มาโนช หล่อตระกูล , ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548)

1.4.1.1. ยาต้านโรคจิต ยาเหล่านี้มีผลต่อDopamine receptor ช่วยลดอาการ ทางจิต ยาที่ใช้ส่วนมากเป็นยารับประทาน ในปัจจุบันเริ่มมีการใช้ยาชนิดฉีดเข้ากล้ามเนื้อมากขึ้น เพราะสามารถคงระดับของยาไว้ในร่างกายได้นาน ช่วยลดปัญหาในเรื่องการลืมกินยา การขาดยา พบว่าร้อยละ 80 ของผู้ป่วย จิตเภทถ้าไม่ได้รับยาต่อเนื่องมักมีอาการกลับเป็นซ้ำของโรค

1.4.1.2. การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy: ECT) ในผู้ป่วยโรค จิตเภทนั้นผลไม่ดีเท่าการรักษาด้วยยาโดยทั่วไปจะใช้ในกรณีผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วย ยา นอกจากนี้ยังอาจใช้ในผู้ป่วยชนิดตัวแข็งทื่อ (catatonic) หรือผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง (severe depression)ร่วมด้วย เสี่ยงต่อภาวะฆ่าตัวตายสูง โดยใช้การรักษาด้วยไฟฟ้า สัปดาห์ ละ 3 ครั้งจำนวนทั้งหมดประมาณ 12 ครั้ง ส่วนใหญ่จะทำวันเว้นวัน ผลของการทำการรักษาด้วย ไฟฟ้าอาจพบอาการปวดศีรษะ คลื่นไส้อาเจียน หัวใจเต้นผิดปกติ มึนงง สับสน พบได้ใน 1-2

ชั่วโมงแรกหลังการรักษาด้วยไฟฟ้า จากนั้นอาการจะดีขึ้น ส่วนบ้างรายอาจมีอาการหลงลืมอาการจะดีขึ้นและหายใน 3-6 เดือน

#### 1.4.1.3. การรักษาด้านจิตสังคม

การบำบัดด้านจิตสังคมนี้เป็นส่วนสำคัญของการรักษา เนื่องจากอาการของผู้ป่วยมักก่อให้เกิดปัญหาระหว่างตัวเขากับสังคมรอบข้าง แม้ในระยะอาการดีขึ้นบ้างแล้ว ปัญหาทางด้านสังคมก็ยังคงมีอยู่หากผู้รักษามีได้สนใจช่วยเหลือแก้ไข นอกจากนี้อาการบางอย่าง เช่น อาการด้านลบ ขาดความกระตือรือร้น หรือภาวะท้อแท้หมดกำลังใจ ไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้รักษาจะต้องคำนึงถึงปัจจัยด้านจิตสังคมของผู้ป่วย เพื่อที่จะเข้าใจและช่วยเหลือผู้ป่วยได้ในทุกด้าน การรักษาด้านจิตใจมีหลายวิธี ดังนี้

1.4.1.3.1. จิตบำบัด (psychotherapy) เป็นวิธีการรักษา การปรับปรุงจิตใจ และพฤติกรรมของผู้ป่วย โดยวิธีการบำบัดชนิดระดับประคอง ผู้รักษา พึ่งตั้งเป้าหมายตามที่ เป็นจริงและผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติได้ เช่น ช่วยผู้ป่วยในการหาวิธีแก้ไขปัญหาในแบบอื่นที่เขาพอทำได้ ให้คำแนะนำต่อปัญหาบางประการในฐานะของผู้ที่มีความรู้มากกว่าช่วยผู้ป่วยค้นหาดูว่า ความเครียดหรือความกดดันอะไรที่เขาไม่ทนไม่ได้ ช่วยให้ผู้ป่วยหาทางเอาชนะอุปสรรค ความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมาน ให้รู้สึกผ่อนคลาย

1.4.1.3.2. สุขภาพจิตศึกษาหรือการให้คำแนะนำแก่ครอบครัว (family counseling or Psycho education) ผู้ปกครองมักเข้าใจว่าเป็นเพราะตนเองเลี้ยงดูไม่ดีจึงทำให้ผู้ป่วยเป็นโรคจิต เกิดความรู้สึกผิดหรือกล่าวโทษตัวเอง นอกจากนี้บางครั้งครอบครัวมีการใช้อารมณ์ต่อกันสูง และอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยเป็นเวลานานในแต่ละวัน ซึ่งอาจเป็นการไปเพิ่มความกดดันแก่ผู้ป่วย ทั้งสองกรณีนี้การทำครอบครัวบำบัดหรือให้ความรู้ในเรื่องโรค รวมทั้งสิ่งที่ญาติควรปฏิบัติต่อผู้ป่วยให้อยู่ร่วมกันดีขึ้น และช่วยให้อาการของผู้ป่วยจิตเภทดีขึ้นด้วย

1.4.1.3.3. กลุ่มบำบัด (group therapy) เป็นการจัดกิจกรรมกลุ่มระหว่างผู้ป่วย โดยส่งเสริมให้เกิดความรู้สึกว่ามีเพื่อน มีคนเข้าใจ ไม่เกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว เกิดการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ต่างๆ มีการช่วยเหลือแก้ไขปัญหาและให้คำแนะนำแก่กัน ฝึกทักษะทางสังคมเน้นการสนับสนุนให้กำลังใจ

1.4.1.3.4. นิเวศน์บำบัด (milieu therapy) เป็นการจัดสภาพแวดล้อมเพื่อช่วยส่งเสริมกระบวนการรักษา ประกอบด้วย การจัดกิจกรรมต่างๆ รวมทั้งการจัดสิ่งแวดล้อมให้น่าอยู่

ระบบการบริหารเป็นแบบให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเป็นบางส่วนผู้ป่วยต้องช่วยในกิจกรรมต่างๆ เท่าที่ทำได้ เพื่อส่งเสริมความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเองของผู้ป่วย

1.4.2 ระยะเวลาของการรักษา การรักษาอาจแบ่งออกเป็น 3 ระยะเวลาใหญ่ ตามลักษณะอาการ

1.4.2.1. การรักษาระยะอาการกำเริบ (acute treatment) หมายถึง การรักษาในระยะเวลาที่ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เริ่มมีอาการด้านบวกกำเริบ ทั้งในการป่วยครั้งแรกหรือครั้งถัดๆ มา เป้าหมายของการรักษาคือ ควบคุมอาการที่กำเริบให้ได้โดยเร็ว การที่อาการรุนแรงหรือพฤติกรรมของผู้ป่วยโดยทั่วไปดีขึ้นตั้งแต่ระยะแรกนั้น เป็นมาจากฤทธิ์ทำให้สงบของยา (sedating effect) ส่วนฤทธิ์ในการรักษาอาการโรคจิตของยานั้นต้องใช้เวลาเป็นสัปดาห์จึงจะเห็นผล สร้างสัมพันธภาพในการรักษากับผู้ป่วยและญาติ จัดสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย ควบคุมอาการก้าวร้าวรุนแรง ควรให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการรักษาตั้งแต่เริ่มแรก ซึ่งเป็นระยะที่ญาติเห็นความสำคัญของการรักษา เพื่อที่เขาจะได้ร่วมมือด้วยดีในระยะต่อไป สิ่งที่จะควรระวังในระยะนี้คือความคิดฆ่าตัวตาย ควรถามทุกครั้ง รวมทั้งเสียงแว่วที่สั่งหรือกระตุ้นให้ผู้ป่วยทำร้ายตนเอง ในระยะนี้การปรับขนาดยาและการให้การช่วยเหลือในด้านจิตสังคมอย่างจริงจังเป็นเรื่องสำคัญ ผู้ป่วยที่มีอาการครั้งแรกต้องทำการตรวจอย่างละเอียดรวมทั้งส่งตรวจพิเศษตามที่เห็นว่าจำเป็นเพื่อแยกจากโรคทางกายหรือจากสารที่ทำให้เกิดอาการคล้ายคลึงกับโรคจิตเภท ผู้ป่วยที่มีลักษณะเหล่านี้จะต้องให้การดูแลอย่างใกล้ชิด รวมทั้งในกรณีที่มีผู้ป่วยมีลักษณะที่อาจก่อความรุนแรงหรืออาจทำอันตรายต่อผู้อื่น การรักษาทางจิตสังคมในระยะนี้จะเน้นการลดสิ่งเร้าหรือความกดดันที่มีต่อผู้ป่วย การสื่อสารควรสั้นๆ ชัดเจน กิจกรรมประจำวันควรชัดเจนแน่นอน สิ่งแวดล้อมควรส่งเสริมความรู้สึกผ่อนคลายสงบ หลีกเลี่ยงการกระตุ้นผู้ป่วยหรือให้ทำกิจกรรมที่ยุ่งยากหรือต้องใช้สมาธิความตั้งใจมาก

1.4.2.2. การรักษาในระยะอาการทุเลา (stabilization phase) ระยะนี้อาการต่างๆ สงบลงแล้ว ที่กำเริบเริ่มทุเลาลง ผู้ป่วยเริ่มพอควบคุมตนเองได้บ้าง การสื่อสารดีขึ้น อาการยังคงมีอยู่แต่ความรุนแรงลดลง เป้าหมายของการรักษาคือ ลดความกดดันที่อาจเกิดขึ้นต่อผู้ป่วย ให้การช่วยเหลือทางจิตใจ ควบคุมอาการยาที่ใช้ในระยะนี้ ควรเท่ากับขนาดในระยะอาการกำเริบนานอย่างน้อย 6 เดือน การลดยาลงเร็วหรือหยุดยาในช่วงนี้อาจทำให้อาการกำเริบได้ และช่วยในการปรับตัวกับสิ่งแวดล้อม ระยะนี้กิจกรรมต่างๆ อาจไม่ต้องชัดเจนแน่นอนมากเหมือนในระยะแรก ควรช่วยในการปรับพฤติกรรมให้อยู่ในสังคมได้ โดยเฉพาะกับสภาพที่บ้าน หากกลับไปทำงานควรเปลี่ยนลักษณะงานที่ยังไม่ต้องรับผิดชอบหรือ มีความกดดันมากนัก

1.4.2.3. การรักษาในระยะอาการคงที่ (maintenance phase) เป็นช่วงที่ผู้ป่วยอาการทุเลาลงแล้วแต่ยังคงต้องดูแลต่อเนื่องเพื่อป้องกันมิให้กลับมามีอาการกำเริบซ้ำ เป้าหมายสำคัญของการรักษาระยะยาว ป้องกันการกำเริบ การกลับเป็นซ้ำ หรือช่วงอาการเฉียบพลันอื่น ให้ผู้ป่วยสามารถดำรงและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เพิ่มโอกาสให้ผู้ป่วยสามารถกลับเข้าสังคมได้ ป้องกันผลข้างเคียงของการรักษา

สรุปได้ว่า แนวทางการรักษาผู้ป่วยจิตเภท แบ่งออกตามลักษณะอาการของโรค โดยมีเป้าหมายการรักษาและการบำบัดแตกต่างกันไปตามอาการ และมีแนวทางการรักษาผู้ป่วยจิตเภทในทุก ๆ ระยะของการเจ็บป่วย ในการรักษาช่วงระยะอาการคงที่ มีการรักษาด้วยยาควบคุมไปกับการรักษาทางจิตสังคมและการฟื้นฟูสภาพโดยผู้ป่วยจิตเภทจะได้รับการพัฒนาทักษะที่จำเป็นต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน จะเห็นได้ว่าผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ถึงแม้จะได้รับการดูแลรักษาอาการทางจิตใน 2 ระยะ แรกจนสามารถควบคุมอาการ ได้แล้วก็ตาม แต่ผู้ป่วยจะยังมีอาการหลงเหลืออยู่ ซึ่งอาการหลงเหลือดังกล่าว อาจส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับความกดดันด้านจิตใจ เมื่อกลับไปใช้ชีวิตอยู่ที่บ้านหรือชุมชนของผู้ป่วยเอง ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยโรคจิตเภทยังคงมีความผิดปกติทางด้านความคิด การรับรู้ อารมณ์และพฤติกรรมที่ทำให้ผู้ป่วยมีความพร่องในการสื่อสารเพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น จนไม่สามารถปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมทางสังคมได้ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกถูกแบ่งแยกจากสังคม ส่งผลกระทบต่อการดำเนินโรคของผู้ป่วยได้ ดังนั้นการักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงเป็นการรักษาระยะยาวที่จำเป็นต้องรักษาด้วยยาและการรักษาทางจิตสังคม ซึ่งการรักษาด้านจิตสังคมโดยเฉพาะการทำกลุ่มบำบัด จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการส่งเสริมสนับสนุนทักษะทางสังคม ทำให้รู้สึกว่ามีเพื่อน มีคนเข้าใจมีการช่วยเหลือให้คำแนะนำในการแก้ไขปัญหา โดยอาศัยกระบวนการกลุ่ม กิจกรรมกลุ่มที่มุ่งเน้นให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภท มีความสามารถในการสื่อสารที่ดีและมีประสิทธิภาพจึงเป็นการรักษา ทางจิตสังคมอีกวิธีหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทสามารถสร้างปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่นและปรับตัวอยู่ในสังคมได้ดีขึ้นสำหรับการศึกษาคั้งนี้ ผู้ศึกษาได้คัดเลือกผู้ที่เป็นโรคจิตเภทซึ่งได้รับการรักษาอาการทางจิตในระยะมีอาการหรืออาการนำ ระยะอาการกำเริบ จนมีอาการทางจิตสงบลงและจำหน่ายจากโรงพยาบาลสามารถกลับบ้านและชุมชนเพื่อใช้ชีวิตตามปกติ โดยผู้ป่วยยังคงรับประทานยาอย่างต่อเนื่องที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน เพื่อป้องกันมิให้กลับมามีอาการกำเริบซ้ำ อย่างไรก็ตามหลังจากผู้ที่เป็นโรคจิตเภทกลับคืนสู่ครอบครัวและชุมชนมักจะพบว่าบุคคลรอบข้างมักจะรังเกียจ ไม่ให้การยอมรับนับถือ ทำให้ผู้ป่วย

เกิดความเครียดและวิตกกังวลจากการถูกกีดกันและรู้สึกถูกแบ่งแยกหรือมีการรับรู้ตราบาปจากสังคม

## 1.5 ผลกระทบจากโรคจิตเภท

### 1.5.1. ด้านผู้ป่วย

โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังยากต่อการรักษาให้หายขาด ผู้ป่วยจะมีความบกพร่องในการทำหน้าที่และบุคลิกภาพเสื่อมลงเรื่อยๆ ตามระยะเวลาของการเป็นโรค โดยพบว่าผู้ที่เป็โรคจิตเภทจะมีความเสื่อมถอยทางบุคลิกภาพมากที่สุด เมื่อป่วยเป็นระยะเวลา 5 ปี ขึ้นไป (มานิช หล่อตระกูลและ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548) จากการศึกษาของ มานิต ศรีสุรภานนต์ และ จำลอง ดิษยวนิช(2542)พบว่า ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่มีอาการทางลบซึ่งเกิดจากอาการของโรคจิตเภทที่มีระยะเวลาเจ็บป่วยเป็นเวลานานมีแนวโน้มในการทำหน้าที่และทักษะทางสังคมเสื่อมถอยลง ทำให้ขาดแรงจูงใจในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ จากพยาธิสภาพของโรคดังกล่าวถึงแม้ว่าผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจะได้รับการดูแลรักษาอาการทางจิตใน 2 ระยะ แรก จนสามารถควบคุมอาการได้แล้วก็ตามแต่ ผู้ป่วยจะยังคงมีอาการหลงเหลืออยู่ ซึ่งอาการหลงเหลือดังกล่าวอาจส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับความกดดันด้านจิตใจ เมื่อกลับไปใช้ชีวิตอยู่ที่บ้านหรือชุมชนของผู้ป่วยเอง ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วย โรคจิตเภทยังคงมีความผิดปกติทางด้านความคิด การรับรู้ และพฤติกรรมที่ทำให้ผู้ป่วยมีความพร้อมในการสื่อสารเพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่นได้ ดังเช่นการศึกษาของ ทูลภา บุปผาสังข์ (2545) ที่ได้ศึกษาเรื่องภาวะและความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลกับการกลับเข้ารับรักษาซ้ำของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท น้อยกว่าด้านอื่นๆ และการศึกษาของราตรี ภูบุญ (2545) ที่ศึกษาพฤติกรรมทางสังคมของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทตามการรับรู้ของผู้ดูแลพบว่า ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีคำพูดที่เข้าใจยากและมีความคิดแปลกๆ อีกทั้งตัวของผู้ป่วยเองยังคิดว่ากาเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่น่าอับอาย พยายามปกปิดกาเจ็บป่วยของตนเองจากบุคคลอื่นๆ กาเจ็บป่วยส่งผลกระทบต่อตนเอง ทั้งในเรื่องของหน้าที่การงาน สถานะทางเศรษฐกิจ ความเชื่อถือของบุคคลอื่นๆ รอบข้าง ไม่เป็นที่ต้องการของญาติพี่น้อง เพื่อนบ้านและคนในชุมชน ไม่มีใครอยากคบค้าสมาคมด้วย ไม่ได้รับสิทธิเหมือนผู้ป่วยโรคอื่นๆ (สุพัฒนา สุขสว่าง และ ศิริลักษณ์ สว่างวงศ์สิน, 2548) จากพยาธิสภาพของโรคและความพร้อมในการสื่อสารทำให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีอาการกำเริบซ้ำเนื่องจากไม่สามารถปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมทางสังคมได้



### 1.5.2. ด้านครอบครัว

ครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคจิตเภทนอกจากจะต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วยแล้ว ยังได้รับผลกระทบจากการดูแลเนื่องจากการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทซึ่งมีการดำเนินโรคเป็นระยะเวลานาน ดังกล่าวมาแล้วข้างต้น ทำให้ผู้ดูแลต้องเผชิญกับปัญหาที่เรื้อรังและรับรู้ว่ามีภาระในการดูแลมากขึ้น (Oberst, Thomas, Gass, & Ward, 1989 อ้างใน ดร.ณิ คชพรหม, 2543) อาจทำให้เกิดความรู้สึกยากลำบากในการดูแล ส่งผลให้เกิดความรู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่ายและเกิดความเครียดตามมา ซึ่งจากการศึกษาของ ญีญียา พรหมบุตร (2545) ที่ศึกษาสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท พบว่า ผู้ดูแลมักมีปัญหาสุขภาพจิตและมีแนวโน้มที่จะเกิดความผิดปกติทางจิตเวช ดังจะเห็นได้จากการศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทของ ชวนชม วงษ์ไชย (2546) ซึ่งพบว่า ผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลางและมีระดับคุณภาพชีวิตต่ำ (รสสุคนธ์ ฐานะแก้ว, 2548) นอกจากนี้ยังส่งผลให้ผู้ดูแลมีความเข้มแข็งอดทนด้านความรู้สึกลำบากในในระดับต่ำ (วนิดา เปรียญจุม, 2546) เนื่องจากผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมักมีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ โดยไม่สามารถคาดเดาได้ว่าจะเกิดอาการเมื่อใด ทำให้ผู้ดูแลต้องเผชิญกับสถานการณ์หรือการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับพฤติกรรมของผู้ป่วยที่ผิดปกติอยู่บ่อยๆ อาการกำเริบดังกล่าวส่งผลกระทบต่อครอบครัว ทำให้ครอบครัวผู้ดูแลรู้สึกเสียขวัญจากการที่มีผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในครอบครัวรวมทั้งไม่มีโอกาสหรือได้รับความช่วยเหลือเท่าที่ควร ถูกตอกย้ำและซ้ำเติมเวลาที่ผู้ป่วยมีอาการกำเริบมาโรงพยาบาล ครอบครัวผู้ดูแลคิดว่าผู้ป่วยน่าสงสารมากกว่าเป็นภาระกังวลใจ กลัวว่าผู้ป่วยจะมีอาการกำเริบเมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบไม่รู้จะจัดการอย่างไร

### 1.5.3. ด้านชุมชนและสังคม

ผู้ที่อยู่ในชุมชนเดียวกับผู้ป่วยส่วนใหญ่มีทัศนคติทางลบต่อผู้ป่วยจิตเวช หวาดกลัว ไม่คบค้าสมาคม ด้วยคิดว่าเป็นเรื่องของบาปกรรม เรื่องของโชคชะตา เป็นโรคที่อยู่เหนือธรรมชาติ เป็นการกระทำของพ่อแม่หรือของตัวผู้ป่วยทำไม่ดี ทำให้รู้สึกไม่น่าสงสาร ในชุมชนจึงไม่ให้ผู้ป่วยเข้าร่วมในกิจกรรมต่างๆ จากการศึกษาของ สุพัฒน์นา สุขสว่าง และ ศิริลักษณ์ สว่างวงศ์สิน (2548) ที่ศึกษาตราบาปในผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ผู้ที่อยู่ในชุมชนจะมีทัศนคติทางลบต่อผู้ป่วยทางจิตเวชมีความหวาดกลัวไม่อยากคบค้าสมาคมด้วย และบุคลากรในสถานบริการสุขภาพทั่วไป รู้สึกว่าผู้ป่วยจิตเภทน่าสงสาร อยากให้การดูแลและช่วยเหลือ แต่ขาดทักษะและความรู้ในการประเมินอาการทำให้การพยาบาลรวมทั้งการฟื้นฟูสมรรถภาพ ส่วนบุคลากรในโรงพยาบาลจิตเวชซึ่งเป็นผู้ให้การรักษา มองว่าผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ป่วยคนหนึ่งที่มารับการรักษาและต้อง

ให้การช่วยเหลือที่ถูกต้องเหมาะสม การรักษาทางจิตเวชเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดตราบาปที่รุนแรงกว่า การเจ็บป่วย เช่น อาการข้างเคียงของการรักษา การได้รับการดูแลที่ไม่เหมาะสมจากเจ้าหน้าที่สำหรับบุคลากรที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย มีทัศนคติทางลบต่อผู้ป่วย คิดว่าผู้ป่วยบางคนแกล้งแสดงอาการเพื่อเรียกร้องความสนใจ ต้องพูดเสียงดังและขู่ผู้ป่วยให้กลัวและเชื่อฟัง รู้สึกเบื่อหน่ายในรายที่กลับมารักษาซ้ำ

#### 1.6 ผลกระทบของโรคจิตเภทต่อการรับรู้ตราบาป

จากนโยบายการให้ผู้ป่วยกลับสู่ชุมชนของตนเร็วขึ้น (Deinstitutionalization) ทั้งในประเทศไทยและในต่างประเทศ เพื่อลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาล ในประเทศไทย นโยบายการให้ผู้ป่วยกลับสู่ชุมชนของตนเร็วขึ้น มีแนวคิดที่ว่าเมื่อผู้ป่วยกลับเข้าไปอยู่ในชุมชน หากบุคคลในชุมชน ในสังคมมีทัศนคติ และพฤติกรรมการแสดงออกที่ดี มีความรู้ ความเข้าใจ ผู้ป่วยจิตเภทแล้วจะทำให้ผู้ป่วยมีความสุข รู้สึกมีคุณค่า มีความภาคภูมิใจในตนเองและสามารถเผชิญกับปัญหาต่างๆได้ รวมทั้งยอมรับการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง(ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน, 2550) สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิต ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (ปีพ.ศ.2550-2554) ที่เน้นการให้ประชาชนมีสุขภาพจิตที่ดี มีความรู้ ความเข้าใจในความสำคัญของปัญหาสุขภาพจิต มีทัศนคติที่ดี ต่อผู้ที่อยู่กับปัญหาสุขภาพจิต สามารถดูแล และจัดการกับปัญหาสุขภาพจิตทั้งของตนเอง ครอบครัว และผู้อื่นในชุมชนได้ (กรมสุขภาพจิต, 2550) แต่กลับพบว่าการที่ผู้ป่วยจิตเภทกลับสู่ชุมชนของตนเร็วขึ้นทำให้เกิดผลกระทบกับผู้ป่วย

จากการศึกษาของ พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์ (2549) ที่ศึกษาประสบการณ์จริงของผู้ป่วยจิตเภทพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนต้องประสบกับปัญหาเมื่อบุคคลอื่นรู้ว่าเป็นผู้ป่วยโรคจิต คนทั่วไปจะหลีกเลี่ยง ไม่อยากคุยด้วย ไม่ยอมรับ พยายามหลีกเลี่ยงการพบปะกับผู้ป่วย มีความรู้สึกรังเกียจผู้ป่วย บางครั้งแสดงท่าทีออกมาให้ผู้ป่วยเห็น ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองกลายเป็นคนไม่น่าเชื่อถือ ไม่น่าไว้ใจ นอกจากนี้สังคมยังมองว่าไร้ความสามารถ ขาดอิสรภาพ ในการตัดสินใจบางรายถูกทอดทิ้ง ต้องใช้ชีวิตอย่างโดดเดี่ยว ต้องประสบปัญหาในเรื่อง การหาที่พักอาศัย การหางานทำไม่มีคนจ้าง หรือบางครั้งให้ค่าจ้างต่ำกว่ามาตรฐาน และจากการศึกษาผู้ป่วยจิตเวชภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบว่าระยะแรก ผู้ป่วยจะมีความสนใจและสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเองได้ แต่ต่อมาผู้ป่วยจะไม่ยอมช่วยเหลือตัวเองและเรียกร้องความสนใจจากคนในครอบครัว ฟังพหูผู้อื่นมากขึ้น รู้สึกว่าตนเอง

ไรค์ว่า รู้สึกว่าตนเองขาดสิ่งจำเป็นทางจิตใจ ในด้านสัมพันธภาพ ผู้ป่วยมักแยกตัว ไม่มีความเชื่อมั่นในตนเอง ไม่กล้าพูดคุยกับบุคคลอื่น หรือบางรายมีพฤติกรรมที่รบกวนผู้อื่น จะมีสัมพันธภาพกับผู้ดูแลใกล้ชิดเพียงคนหรือสองคนเท่านั้น (สุวิมล สมัตตะ, 2541) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์ และคณะ (2547) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวต้องประสบกับปัญหา เมื่อบุคคลอื่นรู้ว่าเป็นผู้ป่วยโรคจิต ก็จะมีทัศนคติทางลบ หวาดกลัวไม่กล้าคบหา เมื่อพบเห็นผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการกำเริบรุนแรงจะรังเกียจหรือไม่ติดต่อ ไม่ให้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ทำให้ผู้ป่วยถูกตัดโอกาสในการมีกิจกรรมและการใช้ชีวิตอย่างปกติในสังคมของตนเอง ทำให้ขาดทักษะที่จำเป็นในการดำรงชีวิต อยู่อย่างว่าเหวและรู้สึกที่ตนเองมีความผิดปกติ เป็นที่น่ารังเกียจของสังคม รวมทั้งมองตนเองไรค์ว่า ไม่มีความมั่นใจในตนเอง

สรุปได้ว่า ผลกระทบของการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทมีผลต่อการรับรู้ตราบาป เนื่องจากอาการของโรคจิตเภท ทำให้ผู้อื่นตกใจกลัว หรือบางครั้งมีพฤติกรรมและการตัดสินใจที่ไม่เหมาะสม เป็นที่น่าขบขัน หรือน่ารำคาญ ทำให้บุคคลทั่วไปในสังคมไม่ให้การยอมรับ โดยทั่วไปทัศนคติของคนในชุมชนที่อยู่ร่วมกับผู้ป่วยจิตเภทยังมีทัศนคติในทางลบ หวาดกลัวไม่กล้าคบหาเมื่อพบเห็นผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการกำเริบรุนแรงจะรังเกียจหรือไม่ติดต่อ ไม่ให้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทคิดว่าการเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่น่าอาย พยายามปกปิดการเจ็บป่วยของตนเองจากบุคคลอื่นๆ การเจ็บป่วยส่งผลกระทบต่อตนเอง ทั้งในเรื่องของหน้าที่ การงาน สังคมและสถานะเศรษฐกิจ และคิดว่าไม่เป็นที่ต้องการของญาติพี่น้อง เพื่อนบ้าน และคนในชุมชน

#### 1.7 แนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

ผู้วิจัยศึกษาทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชของสุวณี เกี่ยวกิงแก้ว (2545) โดยมีแนวคิดจากลักษณะของโรคจิตเภทที่มีความผิดปกติทั้งความคิด การรับรู้การแปลความหมาย อารมณ์และพฤติกรรม ดังนั้นการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทจึงจำเป็นต้องอย่างยิ่งที่ต้องให้การดูแลในลักษณะตรงไปตรงมาไม่อ้อมค้อม โดยอาศัยหลักการพยาบาลทั่วไปไปพร้อมกับแนวคิดด้านกระบวนการพยาบาล

จินตนา ยูนิพันธุ์ (2542) กล่าวว่า พยาบาลจิตเวชเป็นบุคลากรในทีมสุขภาพที่มีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยปฏิบัติการเพื่อบำบัดอาการของโรคพร้อมกับให้การดูแลบุคคล สิ่งสำคัญที่พยาบาลต้องคำนึงถึงเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลคือ

1. เน้นให้การพยาบาลแบบองค์รวม โดยการปฏิบัติการพยาบาลต้องเน้นการให้การคำนึงถึงกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ โดยให้ครอบครัวและชุมชนของผู้ป่วยควบคู่กับการดูแลช่วยเหลือ

2. การดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง การกระทำหน้าที่ของผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล ต้องครอบคลุมการช่วยเหลือบุคคล ครอบครัว และชุมชน

การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท เน้นการให้การพยาบาลในเชิงรุกสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิต แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (ปี พ.ศ.2550-2554) ที่เน้นการให้ประชาชนมีสุขภาพจิต ที่ดี มีทัศนคติที่ดีต่อผู้ที่อยู่กับปัญหาสุขภาพจิต มีความรู้ความเข้าใจในความสำคัญของปัญหาสุขภาพจิต จัดการกับปัญหาสุขภาพจิต และสามารถดูแลทั้งของตนเอง ครอบครัว และผู้อื่นในชุมชนได้ (กรมสุขภาพจิต, 2550) ผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาจนสามารถกลับเข้าไปอยู่ในชุมชน พยาบาลจิตเวชถือเป็นบุคคลสำคัญที่จะประเมินผล ติดตาม ฟื้นฟูสภาพ ส่งเสริมสุขภาพจิต และป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค

ดังนั้นการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท นั้นทีมสุขภาพเน้นให้การพยาบาลแบบองค์รวม ต้องให้ความสำคัญในประเมินสภาพผู้ป่วย การติดตามรักษา ฟื้นฟูสภาพส่งเสริมสุขภาพจิต และป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2540) การพยาบาลจิตเวชเป็นงานที่มีลักษณะเฉพาะเกี่ยวกับกระบวนการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล ที่มีจุดมุ่งหมายสำคัญเพื่อการส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งพฤติกรรมที่ทำให้เกิดผลดีต่อการดำรงชีวิตของบุคคล ครอบครัว ชุมชน และทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2542) ส่งผลให้การรับรู้ตราบาปลดลง

บทบาทของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มีความแตกต่างจากผู้ประกอบวิชาชีพสาขาอื่นในทีม จิตเวช คือ การปฏิบัติการพยาบาลมุ่งพัฒนาผู้ใช้บริการในฐานะบุคคลทุกคนมีลักษณะเป็นหน่วยเดียว มีองค์ประกอบด้าน กาย จิตใจ วิญญาณ อยู่รวมกันอย่างผสมผสานแยกกันไม่ได้ โดยใช้ศาสตร์การพยาบาล และศาสตร์อื่นที่เกี่ยวข้องเป็นแนวทางในการปฏิบัติงานบทบาทของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีดังนี้ (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2542; อัมไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543)

1 ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ให้การพยาบาลผู้ป่วยโดยตรง โดยการทำกรประเมินภาวะสุขภาพ คัดกรองผู้ป่วยก่อนพบแพทย์ เก็บรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย เพื่อให้การวางแผนการพยาบาลและตัดสินใจในคลินิก จัดระบบบริการที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย สร้างสัมพันธ์ภาพเพื่อการบำบัด ในปัญหาที่ยุ่ยากซับซ้อน พร้อมทั้งประสานงานกับพยาบาล

แพทย์ บุคคลากรทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชที่เกี่ยวข้อง ร่วมปรึกษาวางแผนการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย ประสานงานเกี่ยวกับภาวะสุขภาพและสภาพชีวิตความเป็นสุขของผู้ป่วยครอบครัว และชุมชน

2 ด้านบริหารจัดการ ให้การดูแลผู้ป่วยเป็นทีม เสนอแนะแนวทางและปรับปรุงระบบบริการพยาบาลกับทีม เพื่อให้เหมาะสมกับผู้ป่วย ร่วมปรึกษาและประเมินปัญหาในระบบบริการพยาบาล เพื่อนำไปปรับปรุงการให้การพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

3 ด้านการเป็นที่ปรึกษา เป็นที่ปรึกษาให้กับผู้ป่วยรายกรณี ตลอดจนเป็นที่ปรึกษาที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตให้กับครอบครัวผู้ป่วย

4 ด้านการให้ความรู้ พยาบาลเป็นผู้ทำหน้าที่ให้ความรู้ ให้คำแนะนำ แก่ผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงพัฒนาทักษะทางสังคม การปรับตัว ทักษะชีวิต เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยและครอบครัว

5 บทบาทของผู้บำบัด พยาบาลจิตเวชสามารถให้การบำบัด โดยใช้วิธีจิตบำบัดรายบุคคล และรายกลุ่ม ให้การบำบัดครอบครัว พัฒนาความเข้าใจภายในครอบครัว สนับสนุนให้กำลังใจ

6 จัดกิจกรรมเพื่อการส่งเสริม และป้องกันปัญหาสุขภาพจิต โดยการให้คำปรึกษาครอบครัว จัดกลุ่มให้ความรู้ จัดกิจกรรมส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน โดยการจัดชุมชนมามีส่วนร่วม

7 ด้านการวิจัย พยาบาลต้องติดตามงานวิจัยใหม่ๆที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไขการให้การพยาบาลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น และต้องมีการทำวิจัยจากปัญหาที่พบ เพื่อนำผลการวิจัยนั้นมาแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นกับบุคคล ครอบครัว ชุมชน

พยาบาลเพื่อดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน จึงมีลักษณะดังนี้ (อรพรรณลีอบุญธวัชชัย, 2545)

1. การประเมินสภาวะผู้รับบริการ เพื่อให้สามารถเข้าใจถึงปัญหา อุปสรรคและความต้องการของทั้งผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน
2. การสร้างสัมพันธภาพกับผู้รับบริการ ครอบครัวและชุมชน โดยมุ่งเน้นเพื่อให้เกิดความเชื่อถือไว้วางใจ เข้าใจ และให้การยอมรับ
3. การพัฒนาให้เกิดความเข้าใจภายในครอบครัว มุ่งเน้นการสร้างสัมพันธภาพสร้างความเข้าใจกันและกันของสมาชิกในครอบครัว

4. การสอนและให้ความรู้ทางสุขภาพจิต ทักษะชีวิต การปรับตัว และการประกอบอาชีพให้กับผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว
5. ให้คำปรึกษา ซึ่งสามารถกระทำได้ทั้งให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลและการให้คำปรึกษาครอบครัว
6. การสนับสนุนให้กำลังใจ ตามโอกาสที่เหมาะสมเมื่อผู้ป่วยและครอบครัวต้องการ
7. การเสริมสร้างพลังอำนาจ เพื่อมุ่งเน้นการเพิ่มศักยภาพของผู้ป่วย และสมาชิกทุกคนในครอบครัวให้เข้าใจ มั่นใจในการบทบาทหน้าที่ ความสามารถและความรับผิดชอบของตนเองในสถานการณ์ที่เกิดขึ้นและสามารถแก้ปัญหาได้ด้วยตนเอง
8. ประสานงานการดูแลผู้ป่วยให้กับครอบครัว ชุมชนและองค์กรอื่นๆที่เกี่ยวข้อง เป็นการสร้างความร่วมมือกับชุมชนให้มีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว
9. ประเมินผลการพยาบาล และปรับแผนการดูแลเป็นระยะๆ เพื่อให้สามารถดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวได้เหมาะสมตามความต้องการมากที่สุด

สรุปได้ว่าแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท การปฏิบัติการพยาบาลมุ่งพัฒนาผู้ใช้บริการในฐานะบุคคลทุกคนมีลักษณะเป็นหน่วยเดียว มีองค์ประกอบด้าน กาย จิตใจ วิญญาณ อยู่ร่วมกันอย่างผสมผสานแยกกันไม่ได้ โดยใช้ศาสตร์การพยาบาล และศาสตร์อื่นพยาบาลควรคำนึงถึงโรค การดำเนินโรค ปัญหาอุปสรรคต่างๆ จากการเจ็บป่วยที่ผู้ป่วยได้รับ เนื่องจากองค์ประกอบต่างๆที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยทั้งพยาบาล ผู้ดูแล ครอบครัว ชุมชน สังคมที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ ข้อมูลต่างๆ จากองค์ประกอบเหล่านี้ล้วนมีความสำคัญต่อการวางแผนการปฏิบัติการพยาบาลช่วยเหลือผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ตามศักยภาพ มีคุณภาพชีวิตที่ดี และดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข การรับรู้ตราบาปลดลง

## 2. การรับรู้ตราบาปของผู้จิตเภท

### 2.1 ความหมายของการรับรู้

เดิมศักดิ์ คชวานิช (2546) การรับรู้ หมายถึง กระบวนการในการแปลความหมายที่เกิดขึ้นภายหลังร่างกายเกิดการสัมผัสผัสจากสิ่งเร้าทั้งหลาย ในการแปลความหมายของสมอง จะถูกต้อง ละเอียดย และชัดเจน มากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับประสบการณ์เดิม ความรู้ที่สะสมไว้ ความจำ ความเชื่อ ทศนคติ และค่านิยมซึ่งแตกต่างกันปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ การรับรู้ประกอบด้วยปัจจัยสำคัญ (จุฑารัตน์ เอื้ออำนวย, 2551) ได้แก่

2.1.1. ปัจจัยเกี่ยวกับผู้รับรู้ (Perceiver) ได้แก่ ความสนใจ ประสบการณ์ ทักษะ ทักษะการรับรู้ แรงจูงใจ ความคาดหวัง

2.1.2. ปัจจัยเกี่ยวกับสิ่งที่ถูกรับรู้ หรือเป้าหมาย (Perceived objects or target) ได้แก่ เสียง ขนาด ความใกล้ชิด ความแปลกใหม่ และตัวแปรที่สำคัญที่เกี่ยวข้องกับผู้รับรู้ ได้แก่ ความกลัว ความวิตกกังวล การตัดสินใจจากผู้อื่น ซึ่งอาจนำไปสู่ความเจ็บปวดและความไม่ชื่นชอบเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ถูกรับรู้หลีกเลี่ยงที่จะเปิดเผยตัวเอง (Rotter, 1967 อ้างถึงใน จุฑารัตน์ เอื้ออำนวย, 2551)

2.1.3. ปัจจัยเกี่ยวกับสถานการณ์ (Situation) ได้แก่ บริบทสังคม เวลา สิ่งแวดล้อมรอบๆ

สรุปได้ว่า การรับรู้หมายถึง กระบวนการแปลความหมาย ที่ระบบประสาทสัมผัส คือ การเห็น การได้ยิน การรู้สึกรส การสัมผัส การลิ้มรส และการได้กลิ่น แปลความหมายจากเหตุการณ์ สถานการณ์หรือสิ่งที่มีมากระตุ้น ร่วมกับการใช้ประสบการณ์ และทัศนคติของบุคคลนั้นในการแปลความหมายหากบุคคลมีประสบการณ์ ที่แตกต่างกัน จะทำให้มีการรับรู้แตกต่างกัน

## 2.2 ความหมายของตราบาป

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีผู้ให้ความหมายคำว่าตราบาป ดังนี้

Goffman (1963) กล่าวถึงตราบาปว่า เป็นปรากฏการณ์ทางสังคมที่มีต่อคุณลักษณะที่ไม่พึงประสงค์ของบุคคล แบ่งเป็น 2 ด้าน คือ ด้านการถูกตีตรา เป็นปฏิกริยาที่บุคคลทั่วไปมีต่อผู้ที่มีภาวะผิดปกติ ทำให้มีความแตกต่างไปจากบุคคลทั่วไปในลักษณะรูปร่าง หน้าตาของบุคคล พฤติกรรมที่ผิดปกติ ส่วนอีกด้านที่สองคือ ด้านการถูกแบ่งแยกกีดกัน นำไปสู่การตีตรา ไม่ให้ความสำคัญ โดยมีการตัดสินว่าบุคคลที่ถูกตีสานั้นควรถูกแบ่งแยกออกไปจากคนปกติ ซึ่งเป็นการตัดสินโดยกลุ่มคนตามพื้นฐานของการทำบาปทหาหน้าทีในสังคม ภายใต้บรรทัดฐานทางสังคม

Wahl (1999) กล่าวถึงตราบาปว่า เป็นกระบวนการทางสังคมที่บุคคลได้รับผลกระทบมาจากความผิดปกติทางด้านจิตใจ ซึ่งเกิดจากความเจ็บป่วยทางจิต และการแบ่งแยกกีดกันที่เนื่องมาจากความมื่อคติของบุคคลที่มีต่อภาวะความผิดปกติทางด้านจิตใจ

Stuart (2009) กล่าวถึงตราบาปว่า เป็นคุณลักษณะเฉพาะที่ถูกกำหนดโดยบุคคลแวดล้อมในสังคม ให้เป็นไปในทางลบ มีความแตกต่าง และได้รับการดูหมิ่นจากผู้อื่น

เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์ และคณะ (2547) กล่าวถึงตราบาปว่า เป็นกระบวนการทางสังคม หรือประสบการณ์ของบุคคลที่ได้รับการปฏิบัติ ถูกแบ่งแยกกีดกัน ต่ำหนิติเตียน ทำให้รู้สึก ไม่มีคุณค่า น่าอับอาย เสื่อมเสียชื่อเสียง เป็นผลมาจากการตัดสิน ของกลุ่มบุคคลในสังคมนั้นๆ

อุบลรัตน์ สิงห์เสนี (2552) กล่าวถึงตราบาปว่า คุณลักษณะเฉพาะที่บุคคลในสังคมได้ ตัดสินให้กับบุคคลที่มีพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนไปจากบรรทัดฐานของสังคม ทำให้บุคคลนั้นถูกปฏิบัติ รังเกียจ ถูกแบ่งแยกกีดกัน ทำให้บุคคลนั้นรู้สึกไม่มีคุณค่า น่าอับอาย ทำให้ถูกลดความน่าเชื่อถือ

สรุปว่าตราบาปคือบุคคลในสังคมได้ตัดสินให้กับบุคคลที่มีพฤติกรรมที่เบี่ยงเบน ไปจากบรรทัดฐานของสังคม ไม่เป็นที่ยอมรับและไม่พึงประสงค์ของสังคม ทำให้บุคคลนั้น ถูกปฏิบัติ รังเกียจ ถูกแบ่งแยกกีดกัน แบ่งเป็น 2 ด้าน คือ ด้านการถูกตีตรา เป็นปฏิกริยาที่บุคคล ทั่วไปมีต่อผู้ที่มีภาวะผิดปกติ ที่ทำให้มีความแตกต่างไปจากบุคคลทั่วไปในลักษณะรูปร่างหน้าตา ของบุคคล พฤติกรรมที่ผิดปกติ ส่วนอีกด้านหนึ่งคือ ด้านการถูกแบ่งแยกกีดกัน เป็นการแบ่งแยก บุคคล ไม่คบค้าสมาคม ไม่ให้เข้าอยู่ในสังคมของตน นำไปสู่การตีตรา

## 2.3 แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับตราบาป

### 2.3.1 ทฤษฎีการตราหน้า (Labeling theory) แนวคิดนี้เชื่อว่าพฤติกรรมเบี่ยงเบน นั้นไม่ได้เกิดขึ้นเอง แต่ถูกนิยามโดยบุคคลอื่นในสังคมและที่สำคัญการตรานั้นจะมีผลทำให้ ผู้ที่ถูกตราหน้าถูกปฏิบัติ สังคมจะลดคุณค่าของบุคคลที่ถูกนิยามว่าเบี่ยงเบน ให้มีสถานภาพ ที่ต่ำกว่าบุคคลทั่วไป ผลในทางลบคือ ผู้ที่ถูกตราหน้าจะทำพฤติกรรมแบบเดียวกับที่ถูกตราหน้าไว้ และถูกผลักดันให้เข้าไปรวมกลุ่มและเกิดสังคมย่อยของตนเอง ทฤษฎีโครงสร้างและการทำหน้าที่ ในสังคม (Structural functional theory) เป็นการมองภาพรวมของสังคม สอดคล้องกับแนวคิดของ (Becker, 2001 อ้างถึงใน อรรชร ณ วรรณชาติ, 2550) กล่าวว่า กลุ่มบุคคลทางสังคมเป็นผู้กำหนด ความแตกต่างของบุคคล โดยการสร้างกฎเกณฑ์ภายใต้บรรทัดฐานของกลุ่มบุคคลในสังคม และนำเกณฑ์นี้มาใช้ในสังคม ทำการตีตราบุคคลจากลักษณะภายนอกและเชื่อว่าพฤติกรรม เบี่ยงเบนนั้นไม่ได้เกิดขึ้นเอง แต่เกิดจากการให้นิยามของกลุ่มบุคคลในสังคมที่มีผลทำให้ ผู้ที่ถูกตีตรามีการกระทำเบี่ยงเบนไปตามตราบาปนั้นทฤษฎีการตีตรา ได้อธิบายถึงผลที่บุคคล มีพฤติกรรมที่เบี่ยงเบน ซึ่งเกิดจากการถูกสังคมนิยามทำให้เกิดการแบ่งแยกกลุ่มคนออกจากสังคม แสดงให้เห็นถึงอิทธิพลทางสังคมที่มีต่อการรับรู้คุณค่าของบุคคล ส่งผลต่อบุคคล ส่งผลต่อบุคคล ที่ถูกตีตรา แนวคิดนี้มีแนวคิดพื้นฐานมาจาก 2 ทฤษฎี คือ ทฤษฎีโครงสร้างและการทำหน้าที่ใน สังคม (Structural functional theory) และทฤษฎีปฏิสัมพันธ์เชิงสัญลักษณ์ (Symbolic interaction



theory) ทฤษฎีโครงสร้างและการทำหน้าที่ในสังคม (Structural functional theory) เป็นการมองภาพรวมของสังคม Corrigan and Penn (2004) ได้ทำการศึกษา ระดับโครงสร้างของตราบาปจากการเจ็บป่วยทางจิตและการแบ่งแยกกีดกันรูปแบบส่วนใหญ่ที่ใช้ในปัจจุบัน ที่เกี่ยวข้องกับตราบาปของการเจ็บป่วยทางจิตที่มองโดยกระบวนการทัศน์ทางจิตเวชในระดับบุคคล ทฤษฎีโครงสร้างหน้าที่ ได้นำมาปรับใช้ในทางจิตเวชในรูปแบบของการไร้ความสามารถในการทำหน้าที่ (disability model) ในรูปแบบนี้ปรากฏการณ์ที่มีความสำคัญที่สุดคือการปรับตัวทางสังคม อีกทฤษฎีหนึ่งคือทฤษฎีปฏิสัมพันธ์เชิงสัญลักษณ์ (Symbolic interaction theory) โดยเน้นว่าบุคคลเป็นส่วนหนึ่งของสังคมมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกันโดยใช้สัญลักษณ์เป็นสื่อกลาง การตีตราเป็นลักษณะการให้ความหมายทางสังคม เมื่อบุคคลพฤติกรรมความเบี่ยงเบนไปจากบรรทัดฐานทางสังคม ย่อมถูกตีตราจากสังคม

2.3.2. แนวคิดตราบาปของ Goffman (1963) ได้อธิบายว่าเป็นการให้ความหมายทางสังคมโดยกลุ่มคนในสังคมซึ่งมีอิทธิพลต่อการสร้างความหมายนั้นเป็นการประทับตราต่อบุคคลที่มีการกระทำบางสิ่งบางอย่างที่ผิดปกติ ไปจากคนทั่วไป เช่น ทาส อาชญากร เป็นบุคคลที่ต้องการให้ออกไปจากสังคมกอฟแมน ได้กำหนดคุณลักษณะ 3 อย่างที่ก่อให้เกิดตราบาป คือ

2.3.2.1. การถูกกล่าวโทษหรือตำหนิ ที่ทำให้บุคคลหมดความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง ได้แก่ คนที่มีความผิดปกติทางจิต คนที่ติดคุก คนที่ติดยา คนที่มีพฤติกรรมรักร่วมเพศ คนที่ว่างงาน คนที่พยายามฆ่าตัวตาย หรือบุคคลที่เป็นกบฏทางการเมือง เป็นต้น

2.3.2.2. ลักษณะผิดปกติที่เกิดขึ้นกับร่างกาย คนที่มีร่างกายไม่เหมือนคนอื่น ได้แก่ คนพิการ คนที่ไร้ความสามารถในการปฏิบัติบทบาทหน้าที่ หรือกิจกรรมทางสังคม

2.3.2.3. มีความเกี่ยวข้องกับเรื่องทางศาสนา มีความเชื่อและนับถือศาสนาต่างจากคนกลุ่มใหญ่ ได้แก่ ชนกลุ่มน้อย กรณีชาวฮิวถูกกล่าวหาว่า เป็นบ่อเกิดของการเกิดกาฬโรค

ผลของตราบาปต่อบุคคล ทำให้เกิดการแบ่งแยกกีดกัน (discrimination) ว่าบุคคลนั้นไม่ปกติเท่ากับบุคคลอื่นๆ การถูกแบ่งแยกและการลดค่าของบุคคล ทำให้ถูกลดโอกาสในการดำเนินชีวิตในสังคมอย่างปกติ และมีผลต่อการรับรู้ของตนเองของผู้ที่ถูกตีตรา ทำให้รู้สึกอับอายเกลียดตนเอง และประณามตนเอง กอฟแมน ยังกล่าวอีกว่า บุคคลที่ถูกตีตราจะรับรู้ว่าเป็นบุคคลที่แตกต่างจากคนอื่นๆ ทำให้เป็นบุคคลที่ไม่น่าเชื่อถือ ไม่ได้รับการยอมรับ ทำให้รู้สึกอ่อนแอขาดความมั่นใจในตนเอง ลดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งความสามารถของบุคคลบ่งบอกถึงความเป็นปกติธรรมชาติของบุคคล การได้รับการยอมรับทางสังคม

การมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันการให้ความเมตตา การให้ความช่วยเหลือ สามารถป้องกันบุคคลที่ถูกตีตราและช่วยลดทัศนคติทางลบได้จะเห็นได้ว่าทฤษฎีการตีตราและแนวคิดของตราบาป มีความคล้ายคลึงกันและมีผลต่อภาวะสุขภาพ เป็นความแตกต่างในเรื่องของพฤติกรรม การตีตราจะครอบคลุมในลักษณะที่กว้างขวางทั่วไป และมีความสัมพันธ์กับอิทธิพลทางสังคม กลุ่มบุคคลในชุมชน โดยเน้นความสำคัญของสังคมและวัฒนธรรมที่มีต่อกระบวนการสร้างและให้ความหมาย การตีตราของลักษณะบุคคลที่ถูกสร้างขึ้น สะท้อนให้เห็นถึงความน่ารังเกียจของร่างกายบุคคล เช่นเดียวกับแนวคิดตราบาปของกอฟแมน ที่กล่าวว่าตราบาปเป็นปฏิกริยาของบุคคลทางสังคมที่ตีตราต่อคุณลักษณะที่ผิดปกติของบุคคลที่ถูกตีตราเกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์กันในสังคม เป็นการให้ความหมายทางสังคมโดยกลุ่มคนในสังคมที่มีอิทธิพลต่อการสร้างความหมายนั้นในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดของวอล ที่กำหนดคุณลักษณะของตราบาปจากการที่มีความผิดปกติทางจิต ซึ่งผู้ที่เป็นโรคจิตเภทนั้นถือว่ามี ความผิดปกติทางจิต ที่ถูกกล่าวโทษและตำหนิให้หมดความภาคภูมิใจในตนเอง เป็นบุคคลที่มีความเสื่อมเสีย ซึ่งมีผลทำให้ถูกแบ่งแยกและกีดกันออกไปจากสังคม ส่งผลกระทบต่อผู้ที่ถูกตีตราดังต่อไปนี้

#### 2.4 การรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภท

การรับรู้ตราบาป เป็นกระบวนการทางความคิด ที่ระบบประสาททำหน้าที่แปลว่าความหมายจากเหตุการณ์ หรือสิ่งที่มากระตุ้นร่วมกับการใช้ประสบการณ์ของบุคคลนั้นในการแปลความหมายและแสดงการรับรู้ (เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์ และคณะ, 2547) นอกจากนี้ Wahl (1999) ได้ศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับการรับรู้ตราบาปของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท โดยใช้แนวคิดของกอฟแมน ที่กล่าวมาแล้วข้างต้นเป็นพื้นฐาน และพบว่าผู้ที่เป็นโรคจิตเภทได้รับตราบาปจากการที่มีคุณลักษณะที่เป็นความเสื่อมเสียของบุคคล ที่เป็นผลมาจากการมีความผิดปกติทางด้านจิตใจ โดยสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ด้าน คือ ด้านการถูกตีตรา และด้านการถูกแบ่งแยกกีดกัน (Wahl, 1999) โดยมีรายละเอียด ดังนี้

2.4.1. ด้านการถูกตีตรา เป็นปฏิกริยาที่บุคคลแสดงต่อคุณลักษณะที่เสื่อมเสียของบุคคลเป็นคุณลักษณะที่ไม่พึงประสงค์ของบุคคล (Goffman, 1963) จากการศึกษาของเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์, อรพรรณ ลีอนุญวัชรชัย และ ชนกพร จิตปัญญา(2547) ที่ศึกษาตราบาป: การรับรู้และผลกระทบของผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัว โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกในผู้ที่เป็นโรคจิตเภทและผู้ดูแลที่มารับการรักษาในหอผู้ป่วยจิตเวชพบว่า การเจ็บป่วยทางจิตมีผลให้บุคคลได้รับการตีตราทางสังคม ตราบาปของการเจ็บป่วยทางจิตส่งผลต่อภาพลักษณ์ของบุคคลที่มี

อาการเจ็บป่วยทางจิต โดยผู้ที่เป็นโรคจิตเภทและครอบครัวรับรู้ว่าการเจ็บป่วย ด้วยโรคทางจิต เป็นเหมือนตราหรือสัญลักษณ์ที่ไม่ดีและติดตัวไปตลอด เป็นสิ่งที่เกิดจากการปฏิบัติตนผิดไปจาก บรรทัดฐานทางสังคม ซึ่งส่งผลทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีมลทินเกิดความรู้สึกในด้านลบ ต่อตนเองว่า การเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่นำความเสื่อมเสียชื่อเสียงมาสู่ตนเองและครอบครัว การได้รับการ รังเกียจจากบุคคลในสังคม จึงทำให้ไม่เปิดเผยให้ใครรู้ สำหรับตัวผู้ป่วยเอง พบว่า ผู้ป่วยคิดว่ การเจ็บป่วยทางจิตเป็นเรื่องที่น่าอับอาย โดยพยายามปกปิดการเจ็บป่วยของตนเองจากบุคคลอื่น และจากการศึกษาของ Link(1987) พบว่า ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทได้ให้ความหมายของตราบาปว่ เป็นการถูกรังเกียจจากสังคม เป็นที่น่าอับอาย ไม่ได้มีโอกาส ถูกมองในแง่ลบ การถูกแยกให้อยู่ ต่างหากจากกลุ่ม และไม่ได้รับการคบหาสมาคมหรือให้เข้าร่วมในกิจกรรมต่างๆ ในสังคม ซึ่งการตีตรามีผลให้บุคคลถูกปฏิเสธ และรู้สึกอับอายเกี่ยวกับตนเองนอกจากนี้การศึกษาของ จันทรฉาย เนตรสุวรรณ (2545) ที่ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท พบว่า ภาวการณ์เจ็บป่วยทางจิตส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้ที่เจ็บป่วยอย่างมากโดยผู้ป่วยจะรู้สึกว่ เป็นปมด้อย เป็นตราบาป ครอบครัวไม่ยอมรับ สังคมรังเกียจ มีผลทำให้ผู้ป่วยแยกตัวจากสังคม มากขึ้น ขาดทักษะทางสังคมซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่กระตุ้นให้กลับมาป่วยซ้ำได้ได้มากขึ้น

2.4.2. ด้านการถูกแบ่งแยกก็ดกัน เป็นการตัดสินโดยกลุ่มคนตามพื้นฐานของ การทำบาปบาปหน้าทีในสังคม โดยตัดสินว่าบุคคลที่ถูกตีตรานั้นควรถูกแบ่งแยกออกไปจากคน ปกติ (Goffman, 1963) จากการศึกษาของLink(1987) พบว่าการเจ็บป่วยทางจิตเป็นกระบวนการ ที่ถูกมองในแง่ลบ และถือว่ามีพฤติกรรมที่ถูกแบ่งแยกก็ดกันออกไปจากสังคมเช่นกันกับการศึกษา ของสุพัฒน์ สุขสว่าง และศิริลักษณ์ สว่างวงศ์สิน (2548) ที่พบว่าผู้ที่เป็นโรคจิตเภทได้รับ ผลกระทบของการเจ็บป่วย ทั้งในเรื่องของหน้าที่การงาน สถานะเศรษฐกิจ ความเชื่อถือของบุคคล อื่นๆรอบข้าง การไม่เป็นที่ต้องการของญาติพี่น้อง เพื่อนบ้านและคนในชุมชนโดยไม่ยอม กบหาสมาคมด้วย การไม่ได้รับสิทธิเหมือนผู้ป่วยโรคอื่นๆ อีกทั้งบุคลากรทางการแพทย์ ให้การปฏิบัติต่อผู้ป่วยจิตเภทโดยไม่ให้เกียรติและไม่เคารพสิทธิของผู้ป่วย เป็นต้น จะเห็นว่ การถูกตีตราและการถูกแบ่งแยกมีผลกระทบต่อบุคคลที่มีอาการเจ็บป่วยทางจิต โดยการถูก จำกัดโอกาสและถูกลดคุณค่าในตนเอง (Dickerson et al., 2002) จากการศึกษาของเพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์ และคณะ (2547) ได้ทำการสัมภาษณ์ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่ต้องกลับไปสู่ชุมชนของ ตนเองเมื่ออาการทุเลาพบว่า ผู้ป่วยรับรู้ถึงการแสดงออกของบุคคลในครอบครัว และบุคคล รอบข้าง โดยคิดว่าญาติไม่เข้าใจการเจ็บป่วยของตนเอง และผู้ป่วยพยายามปกปิดการเจ็บป่วย

ของตนจากบุคคลอื่นๆในชุมชน และผู้ให้การรักษาพยาบาลที่ไม่ทราบประวัติการเจ็บป่วยของตนมาก่อน โดยจะบอกเพียงอาการเจ็บป่วยทางร่างกายเล็กๆ น้อยๆ เช่น ปวดหัว เครียด หรือ ปฏิเสธการเจ็บป่วยเนื่องจากรู้สึกอับอายต่อการเจ็บป่วยของตน ยิ่งไปกว่านั้นจากการศึกษาของ Holzinger(2003) พบว่าผู้ที่เป็โรคจิตเภทจะถูกปฏิเสธในการรับเข้าทำงาน หลังจากที่บุคคลอื่นได้รับทราบถึงประวัติความเจ็บป่วยทางจิต และหลีกเลี่ยงที่จะเข้าใกล้ นอกจากนี้การศึกษาของ Lee,Chiu, Tsang, Chi, & Kleinman(2006) พบว่า การที่ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจะถูกปฏิเสธในการรับเข้าทำงานและหลีกเลี่ยงที่จะเข้าใกล้ ทำให้เป็นเหตุผลหนึ่งทำให้ผู้เป็นโรคจิตเภทไม่ยินดีที่จะเปิดเผยความเจ็บป่วยของตนเอง ทำให้ผู้ป่วยปฏิเสธแผนการรักษาก่อให้เกิดความไม่ต่อเนื่องในการรักษาตามมา

สรุปได้ว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีการใช้ความรู้สึกร่วมกับประสบการณ์ในการแปลความหมายว่าไม่เป็นที่ยอมรับและ ไม่พึงประสงค์ของสังคม มีความรู้สึกว่าตนเองแตกต่างจากบุคคลทั่วไปอันเป็นผลมาจากการเจ็บป่วยทางจิต ส่งผลให้ถูกแบ่งแยกกีดกันโดยอาศัยกระบวนการปฏิสัมพันธ์ของบุคคลภายในสังคม ได้แก่ ครอบครัว บุคคลในชุมชน และบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งการรับรู้ตราบาปทั้ง 2 ด้าน คือ ด้านการถูกตีตราและด้านการถูกแบ่งแยกกีดกัน ผลกระทบจากการรับรู้ตราบาปของผู้ที่เป็นโรคจิตเภททำให้มีปัญหาการปรับตัวเพื่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ทำให้รู้สึกเป็นปมด้อย ลดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองนอกจากนี้การรับรู้ตราบาปยังขึ้นอยู่กับปัจจัยอื่นๆ อีกหลายด้าน ดังนี้

## 2.5 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ตราบาป

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบมีผู้ศึกษาถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ตราบาปของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทซึ่งผู้วิจัยแบ่งออกเป็น 2 ด้าน ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท และปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรม

### 2.5.1.ปัจจัยส่วนบุคคล

2.5.1.1 เพศ จากการศึกษาประสบการณ์ตราบาปของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่มาใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอกของDickerson et al(2002) พบว่าการรับรู้ตราบาประหว่างเพศชายและเพศหญิงไม่มีความแตกต่างกัน

2.5.1.2 อายุ จากการศึกษาของ สมชาย พลอยเลื่อมแสง และชรินทร์ ลิ้มสนธิกุล (2547) ที่สำรวจทัศนคติของประชาชนเกี่ยวกับสุขภาพจิต ตราบาปและการบริการสุขภาพจิต

ต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการในสถานบริการสุขภาพจิตพบว่า ผู้ที่มีอายุมากขึ้นจะมีทัศนคติที่ดีต่อสุขภาพจิต และรับรู้สุขภาพจิตมีใช้ตราบาป

2.5.1.3 ระดับรายได้ พบว่าฐานะทางเศรษฐกิจมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาปจากการศึกษาของ Dickerson et al(2002) ที่ศึกษาประสบการณ์ตราบาปของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกพบว่า ผู้ป่วยที่มีฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดีมีโอกาสได้รับการถูกกีดกันออกจากสังคมสูง เช่นเดียวกับการศึกษาของ สมชาย พลอยเลื่อมแสง และชรินทร์ ลิ้มสนธิกุล (2547) ที่สำรวจทัศนคติของประชาชนเกี่ยวกับสุขภาพจิต ตราบาปและการบริการสุขภาพจิต ต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการในสถานบริการสุขภาพจิตพบว่า บุคคลที่ตัดสินใจจะเข้ารับบริการสุขภาพจิตมีคะแนนทัศนคติที่ดีต่อสุขภาพจิตและรับรู้สุขภาพจิตมีใช้ตราบาปมากกว่า คนที่ไม่ตัดสินใจเข้ารับบริการ พบว่ารายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ตราบาป ซึ่งอธิบายได้ว่า หากผู้รับบริการมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากขึ้นจะส่งผลทำให้มีทัศนคติที่ดีต่อสุขภาพจิตและรับรู้สุขภาพจิตมีใช้ตราบาปมากขึ้นเช่นเดียวกัน

2.5.1.4. ภาวะการเจ็บป่วย จากการศึกษาศึกษาของ Ertugrul & Ulug(2004) ที่ศึกษาการรับรู้ ตราบาปของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทโดยศึกษาในกลุ่มผู้ที่เป็นโรคจิตเภท 2 กลุ่ม แบ่งเป็นกลุ่มอาการทางบวกและกลุ่มอาการทางลบ พบว่า การรับรู้ตราบาปมีความสัมพันธ์กับอาการเจ็บป่วย โดยกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการทางบวก ได้แก่ มีความคิดหลงผิด หูแว่ว ประสาทหลอน มีความผิดปกติของพฤติกรรม และมีพยาธิสภาพทางจิตในระดับสูง จะมีการรับรู้ตราบาปในระดับสูงกว่า กลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการทางลบ ได้แก่ อารมณ์เฉยเมย พูดน้อย ขาดความกระตือรือร้น และการเก็บตัว การที่ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทหลีกเลี่ยงการมีบทบาททางสังคมสามารถร่วมทำน่าย การรับรู้ตราบาปได้ แสดงให้เห็นว่าการรับรู้ตราบาปของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีความสัมพันธ์ทางลบกับบทบาททางสังคม กล่าวคือ หากผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีการรับรู้ตราบาปในระดับสูง ย่อมหลีกเลี่ยงการมีบทบาททางสังคม ย่อมมีผลต่อการแยกตัวออกจากสังคมมากขึ้นเช่นเดียวกัน

2.5.1.5. การรับรู้สมรรถนะแห่งตน จากการศึกษาของ อุบลรัตน์ สิงห์เสนี(2552) ที่ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภท พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภท สอดคล้องกับการศึกษาของ Watson et al (2007)

2.5.1.6. ความสามารถในการสื่อสาร จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมายังไม่พบว่ามีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ตราบาปกับความสามารถในการสื่อสาร

แต่มีการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท เช่น การศึกษาของทูลภา บุญผาสังข์ (2545) ที่ได้ศึกษาเรื่องภาวะและความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลกับการกลับเข้ารักษาซ้ำของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการปฏิบัติสัมพันธ์กับผู้อื่นของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทน้อยกว่าด้านอื่นๆ และการศึกษาของราตรี ภูบุญญ (2545) ที่ศึกษาพฤติกรรมทางสังคมของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทตามการรับรู้ของผู้ดูแล พบว่า ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีคำพูดที่เข้าใจยาก ทำให้ไม่สามารถสร้างสัมพันธภาพที่ดีและไม่ได้รับการยอมรับนับถือจากบุคคลอื่น ความสามารถในการสื่อสารที่น้อยลงจึงอาจเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีการรับรู้ตราบาปที่สูงขึ้น

2.5.1.7. ความหวังเป็นสิ่งสำคัญและมีอิทธิพลต่อการรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยจิตเภทความหวัง มีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภท (อุบลรัตน์ สิงห์เสนี ,2552) เนื่องจากการมีความหวังอยู่ในระดับสูง ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความตั้งใจที่จะคิด จะทำ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้ และหาทางออกกับปัญหาด้วยเหตุผล ยอมรับสภาพปัญหาตามความเป็นจริง ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการรับรู้ตราบาปอยู่ในระดับต่ำ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Lysaker et al (2007)พบว่าความหวังมีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภท ผู้ป่วยที่มีความรู้สึกหมดหวัง สิ้นหวัง ขาดความอบอุ่นใจ มีการถอยหนีจากสังคมและความรู้สึก มีคุณค่าในตนเองต่ำขาดความมั่นใจ มักเกิดจากผลกระทบจากการถูกตีตราจากคนในสังคม Gray (2002) และจากการศึกษาของ Landeen et al (2007) ที่ทำการศึกษาผลกระทบของการรับรู้ตราบาปใน 2 มิติต่อการฟื้นฟูในผู้ป่วยจิตเภท โดยหาความสัมพันธ์ และระดับความสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ตราบาปพบว่า ความหวัง และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยจิตเภท สอดคล้องกับการศึกษาของ McCay and Seeman (1998) ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ขาดความหวัง จะมีการรับรู้ตราบาปที่เพิ่มขึ้น

2.5.1.8. การปรับตัวทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท ในผู้ป่วยจิตเภทที่มีความสามารถในการปรับตัวทางสังคมลดลง จะทำให้มีการรับรู้ตราบาปเพิ่มมากขึ้น (McCay & Seeman, 2007) เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด การรับรู้ ทำให้ มีการแสดงออกไม่เหมาะสมการดำเนินโรคเป็นแบบเรื้อรัง มีระยะเวลาการเจ็บป่วยยาวนาน จึงส่งผลกระทบต่อปรับตัวทางสังคมของผู้ป่วย จิตเภทในทุกด้าน (Gallagher, 1980 อ้างถึงใน สุวิมล สมัตถะ, 2541) กล่าวว่าผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในชุมชนได้น้อยกว่า 6 เดือน ถือว่าประสบความล้มเหลวในการปรับตัว และการกลับเป็นซ้ำของโรคในระยะเวลา 2 ปี หลังจำหน่ายถือเป็นสัญญาณเตือนถึงการพยากรณ์โรคไม่ดี ซึ่งแสดงถึงการขาดความสามารถในการปรับตัว

(Anderson, Hogarty, & Reiss, 1980) โดยเฉพาะผู้ป่วยจิตเภทมักจะมองและประเมินปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเองมากกว่าความเป็นจริงที่เกิดขึ้นและมีการรับรู้ว่าคุณเองไม่มีความสามารถในการจัดการหรือการแก้ไขปัญหานั้น(Lukoff et al,1984 อ้างถึงใน สุวิมล สมัตถะ, 2541) ซึ่งจากการศึกษาปัญหาการปรับตัวทางสังคมที่พบในผู้ป่วยจิตเภทมี 3 ด้าน ดังนี้) ด้านการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน) ด้านการทำกิจกรรมยามว่าง 3) ด้านการปรับตัวด้านจิตใจ และจากการศึกษาของ Perlick et al.(2001) ที่ทำการศึกษาร่วมโครงการสร้าง และระดับการเจ็บป่วยทางจิตต่อการเกิดตราบาปและการถูกแบ่งแยกกีดกันในผู้ป่วย จิตเวชพบว่า การปรับตัวทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภท

## 2.5.2. ปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรม

ปัจจัยด้านสังคม ได้แก่ ปัจจัยด้านทัศนคติของประชาชน ด้านข้อมูลข่าวสารและสื่อต่างๆ ด้านนโยบายทางสังคม โดยมีรายละเอียดดังนี้

2.5.2.1 ทัศนคติของประชาชน จากการศึกษาของVan Dorn, Swanson, Elbogen, and Swartz (2005) ซึ่งศึกษาในกลุ่มผู้ประกอบการเกี่ยวกับการมีทัศนคติต่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภทพบว่ากลุ่มผู้ประกอบการยังไม่มี ความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทสาเหตุของการเจ็บป่วยทางจิตและความต้องการการเป็นที่ยอมรับของสังคม ผลการศึกษานี้คล้ายกับทัศนคติของสาธารณชนโดยทั่วไปที่เกี่ยวกับทัศนคติการตีตราต่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภท

2.5.2.2 ข้อมูลข่าวสารและสื่อต่างๆ เป็นสิ่งที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงในชุมชนทำให้เห็นถึงคุณค่า ความหวัง ครอบคลุมทั่วทุกแห่งในลักษณะของข้อเขียนบทความ คำวิพากษ์วิจารณ์ลงในสื่อหนังสือพิมพ์หรือเวลาปราศรัยต่างๆ โทรทัศน์หรือวิทยุ ซึ่งมีความสำคัญในการเป็นศูนย์กลางของวิธีการที่จะส่งข้อมูลข่าวสารที่มีผลกระทบต่อกลุ่มบุคคลที่ไม่ได้รับความสำคัญหรือถูกตีตรา (Mason et al., 2001)

2.5.2.3 นโยบายทางสังคม จะมีผลต่อพฤติกรรมทางสังคมของบุคคลจากการปฏิบัติตาม และกระทำในสิ่งที่ถูกต้องตามข้อกำหนด นโยบายของรัฐจะเป็นตัวกำหนดความรับผิดชอบต่อกลุ่มชนในสังคมที่สัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของประชาชน อุปสรรคที่เกิดขึ้นเป็นผลจากการที่รัฐบาลไม่ให้ความสำคัญต่อกลุ่มบุคคลที่มีความผิดปกติ และถูกแบ่งแยกออกไปจากสังคม จากการทำที่ไม่สามารถให้ความกระจ่างโดยตรงต่อผลกระทบที่มีต่อกลุ่มบุคคลที่มีความผิดปกติทำให้กลายเป็นกลุ่มบุคคลที่ไม่สำคัญ (Mason et al., 2001) จากการศึกษาของ Thomson(2003)ในเรื่องของตราบาปและนโยบายของสุขภาพเกี่ยวกับผู้ที่เป็นโรคจิตเภทพบว่า

ครอบครัวควรมีการเตรียมการที่เหมาะสมในการวางแผนด้านการเงิน เตรียมผู้รับผิดชอบดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท โดยจัดหาแหล่งสนับสนุนด้านการเงิน การวางแผนเตรียมความพร้อมญาติ และผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับกรอบกฎหมายที่มีประสิทธิภาพในการให้ความสำคัญต่อการบริการโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และให้การสนับสนุนครอบครัวของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท นอกจากนี้ยังพบว่า ปัญหาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเป็นปัญหาที่มีขนาดใหญ่เรื้อรัง ส่งผลกระทบต่อผลผลิตโดยรวมของชาติ ทั้งนี้เพราะผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่ไม่ได้รับการรักษาจะกลายเป็นคนว่างงาน เป็นภาระของครอบครัว แต่ได้รับความสนใจจากหน่วยงานภาครัฐในระดับนโยบายน้อยมาก (กรมสุขภาพจิต อ้างใน อภิสมัย ศรีรังสรรค์, 2546) อีกทั้งผู้ที่เป็นโรคจิตเภทยังคงถูกเลือกปฏิบัติ เช่น ไม่สามารถเบิกประกันสังคมได้ โดยระบุว่า โรคจิตเวชบางโรคไม่มีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาล และผู้ที่ส่งเบี้ยประกันมาตลอดชีวิตไม่มีโอกาสได้ใช้สิทธิเมื่อป่วยด้วยโรคทางจิตเวช เป็นต้น (อภิสมัย ศรีรังสรรค์, 2546)

2.5.2.4 การสนับสนุนทางสังคม จากการศึกษาของ Mueller et al(2005) พบว่า แหล่งสนับสนุนทางสังคมและการสนับสนุนให้ใช้ประโยชน์จากแหล่งสนับสนุนทางสังคมนั้น ทำให้เกิดผลกระทบทางลบกับการรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยจิตเภท จากแนวคิดของ (Cobb,1976;Schaefer et al,1981 อ้างถึงใน บุญพา ณ นคร, 2538) การสนับสนุนทางสังคมที่พบในผู้ป่วยมี 5 ด้าน 1) การได้รับการตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ 2) การได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่า 3) การมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม 4) การได้รับการช่วยเหลือด้านหาแหล่งสนับสนุนด้านการเงินสิ่งของและ 5) การได้รับความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสารจากการศึกษาของ Mueller et al.(2005) ในเรื่องการสนับสนุนทางสังคมพบว่า การสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมทำนายนการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทได้ เครือข่ายทางสังคมและการให้การสนับสนุนช่วยเหลือ ผู้ที่เป็นโรคจิตเภท มีอิทธิพลอย่างมากต่อการรับรู้ตราบาปของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมทำนายนการรับรู้ตราบาปของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทได้การที่บุคคลได้รับ การสนับสนุน ด้านข้อมูลข่าวสารที่เพียงพอ และถูกต้องส่งผลต่อการรับรู้ตราบาปของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทได้

จะเห็นได้ว่าปัจจัยที่มีส่วนสัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยด้านสังคม ซึ่งการรับรู้ถึงตราบาปนี้มีส่วนสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทไม่สามารถปรับตัวเพื่อดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชนและอาจทำให้กลับมาป่วยซ้ำได้ การประเมิน



ตราบาปของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจึงมีความสำคัญเพื่อเป็นแนวทางในการป้องกัน และให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อไป

## 2.6 ผลกระทบตราบาปต่อผู้ที่เจ็บป่วยทางจิต

จากแนวคิดตราบาปดังกล่าว MORI (Market and Opinion Research International as cited in Brunton, 1997) ได้สำรวจทัศนคติของประชาชนเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต ในปี ค.ศ. 1979 ผลการศึกษาพบว่า ร้อยละ 50 ของบุคคลทั่วไปเชื่อว่าผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตมีโอกาสน้อยมาก หรือไม่มีโอกาสที่จะหายกลับคืนสู่สภาพปกติได้ร้อยละ 40 เชื่อว่าภาวะความผิดปกติทางจิตเป็นความเจ็บป่วยที่ส่งผลกระทบให้เกิดความยุ่งยากลำบากต่อครอบครัวจากการที่ผู้ป่วยกลับมาป่วยซ้ำ ร้อยละ 89 คิดว่าภาวะความผิดปกติก่อให้เกิดความยุ่งยากต่อบุคคล ร้อยละ 21 คิดว่าบุคคลที่เจ็บป่วยทางจิตเป็นบุคคลที่ก่อให้เกิดปัญหา และร้อยละ 28 คิดว่าการรักษาอาการทางจิตควรได้รับยาตามแผนการรักษาของแพทย์ (MORI as cited in Brunton, 1997) ต่อมา Hall, Brockington, Leving, & Murphy as cited in Brunton(1997) ได้มีการสำรวจความคิดเห็นของบุคคลในกลุ่มผู้ที่มีความผิดปกติทางจิต ได้แก่ กลุ่มโรคจิตเภท โรคภาวะซึมเศร้า และโรคที่มีความผิดปกติทางระบบประสาทผลการศึกษาแสดงให้เห็นถึงการแบ่งแยกกีดกันในกลุ่มผู้ที่มีภาวะผิดปกติทางจิต ส่วนหนึ่งเกิดจากอาการของผู้ป่วยส่งผลให้เกิดการตีตราต่อบุคคลนั้น (Hall et al.1993 as cited in Brunton, 1997) ซึ่งทัศนคติของการแบ่งแยกกีดกันบุคคลที่มีภาวะผิดปกติทางจิตนั้น เกิดจากความหวาดกลัว อาการที่กำเริบ บุคลิกลักษณะ และการแยกตัวจากสังคม (Murphy as cited in Brunton, 1997)

นอกจากนี้ ทัศนคติทางลบของบุคคลที่มีต่อภาวะการเจ็บป่วยทางจิตมีผลต่อการรับรู้ตราบาปของผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตได้ จะเห็นได้จากการศึกษาเชิงสำรวจของ สมชาย พลอยล้อมแสง และ ชรินทร์ ลิ้มสนธิกุล (2547) ที่สำรวจทัศนคติของประชาชนเกี่ยวกับสุขภาพจิต ตราบาป และการบริการสุขภาพจิตต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการในสถานบริการสุขภาพจิต พบว่าประชาชนร้อยละ 40.9 ตัดสินใจเข้ารับบริการสุขภาพจิตเมื่อประสบปัญหาสุขภาพจิต โดยมีปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการสุขภาพจิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ การมีทัศนคติที่ดีต่อสุขภาพจิต และสุขภาพจิตมิใช่ตราบาป ( $p < 0.01$ ) และปัจจัยที่มีผลต่อทัศนคติที่ดีต่อสุขภาพจิต และสุขภาพจิตมิใช่ตราบาป มี 5 ปัจจัย ได้แก่ 1) ความเชื่อมั่นในการดูแลตนเอง และการรับรู้จากสื่อ 2) ทัศนคติต่อสถานบริการสุขภาพจิต 3) อายุของผู้ตอบแบบสอบถาม 4) รายได้ต่อเดือน และ 5) อิทธิพลของญาติพี่น้องในการเลือกบริการสุขภาพผู้ป่วยจิตเภท

รวมทั้งการศึกษาของ สุพัฒน์ สุขสว่าง และศิริลักษณ์ สว่างวงศ์สิน (2548) ที่ศึกษาตราบาปในผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งผู้ป่วยคิดว่า การเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่น่าอาย พยายามปกปิดการเจ็บป่วยของตนเองจากบุคคลอื่นๆ การเจ็บป่วย ส่งผลกระทบต่อตนเอง ทั้งในเรื่องของหน้าที่การงาน สถานะทางเศรษฐกิจ ความเชื่อถือของบุคคลอื่นๆ รอบข้าง ไม่เป็นที่ต้องการของญาติพี่น้อง เพื่อนบ้านและคนในชุมชน ไม่อยากคบค้าสมาคมด้วย ไม่ได้รับสิทธิเหมือนผู้ป่วยโรคอื่นๆ บุคลากรทางการแพทย์ปฏิบัติต่อผู้ป่วยจิตเภทโดยไม่ให้เกียรติและไม่เคารพสิทธิของผู้ป่วย ครอบครัว ครอบครัวผู้ดูแลรู้สึกเสียขวัญจากการที่มีผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในครอบครัวรวมทั้งไม่มีโอกาสหรือได้รับความช่วยเหลือเท่าที่ควร ถูกตอกย้ำและซ้ำเติมเวลาที่พาผู้ป่วยที่อาการกำเริบมาโรงพยาบาล ครอบครัวผู้ดูแลคิดว่าผู้ป่วยน่าสงสารมากกว่าเป็นภาระกังวลใจ กลัวว่าผู้ป่วยจะมีอาการกำเริบเมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบไม่รู้จะจัดการอย่างไรผู้ที่อยู่ในชุมชนเดียวกับผู้ป่วยส่วนใหญ่มีทัศนคติทางลบต่อผู้ป่วยจิตเวช หวาดกลัว ไม่คบค้าสมาคม ด้วยคิดว่าเป็นเรื่องของบาปกรรม เรื่องของโชคชะตา เป็นโรคที่อยู่เหนือธรรมชาติ เป็นการกระทำของพ่อแม่หรือของตัวผู้ป่วยทำไม่ดีทำให้ไม่น่าสงสาร ในชุมชนจึงไม่ทำให้ผู้ป่วยเข้าร่วมในกิจกรรมต่างๆ ของชุมชน บุคลากรสาธารณสุขในสถานีนามัย โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลจังหวัด รู้สึกว่าผู้ป่วยจิตเภทน่าสงสาร อยากให้การดูแลและช่วยเหลือ แต่ขาดทักษะและความรู้ในการประเมินอาการ การให้การพยาบาลรวมทั้งการฟื้นฟูสมรรถภาพ ส่วนบุคลากรในโรงพยาบาลจิตเวชซึ่งเป็นผู้ให้การรักษา มองว่าผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ป่วยคนหนึ่งที่มารับการรักษาและต้องการให้การช่วยเหลือที่ถูกต้องเหมาะสม การรักษาทางจิตเวชเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดตราบาปที่รุนแรงกว่าการเจ็บป่วย เช่น อาการข้างเคียงของการรักษา การได้รับการดูแลที่ไม่เหมาะสมจากเจ้าหน้าที่สำหรับบุคลากรที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย มีทัศนคติทางลบต่อผู้ป่วย คิดว่าผู้ป่วยบางคนแกล้งแสดงอาการเพื่อเรียกร้องความสนใจ ต้องพูดเสียงดังและขู่ผู้ป่วยให้กลัวและเชื่อฟัง รู้สึกเบื่อหน่ายในรายที่กลับมารักษาซ้ำ

สรุปว่า การถูกมองในด้านลบ ไม่ได้รับการยอมรับและเชื่อถือจากของสังคมรวมทั้งการถูกมองว่าเป็นบุคคลอันตราย นำหวาดกลัว นำรังเกียจและไม่น่าเข้าใกล้ คือ ผลกระทบจากตราบาปซึ่งผู้ป่วยจิตเภทได้รับ สิ่งเหล่านี้เกิดจากทัศนคติของสมาชิกในครอบครัว ชุมชนและสังคม

## 2.7 การประเมินตราบาป

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่ามีผู้ใช้แบบประเมินตราบาปนำมาศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกันไป โดยส่วนใหญ่ได้สร้างแบบประเมินที่มีความสอดคล้องกับแนวคิดของ Wahl(1999) ดังนี้

2.7.1. แบบประเมินตราบาปตามประสบการณ์ของกลุ่มผู้มีความผิดปกติทางจิต [CESQ] ของWahl (1999) ได้สร้างแบบวัดในการสำรวจประสบการณ์การถูกตีตราและการถูกแบ่งแยกในกลุ่ม ผู้มีความผิดปกติทางจิตเพื่อนำผลการศึกษาที่ได้นำมาเป็นแนวทางในการช่วยเหลือกลุ่มผู้มีความผิดปกติให้หายกลับสู่สภาพเดิม และมีคุณภาพชีวิตที่ดี แบบสอบถามประกอบด้วย ส่วนที่ 1 สอบถามเกี่ยวกับประสบการณ์การถูกตีตราของบุคคล ส่วนที่ 2 สอบถามเกี่ยวกับการถูกแบ่งแยกก็ดกัน

2.7.2. แบบประเมินการรับรู้ตราบาปของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทของอุบลรัตน์ สิงห์เสนี(2552) พัฒนาจาก ภัทรภรณ์ พุงปั้นคำและอรรพรรณ วรรณชาติ (อรรพรรณ วรรณชาติ, 2550) ซึ่งดัดแปลงตามแนวคิดของWahl(1999)ประกอบด้วยข้อคำถาม 21 ข้อ โดยวัดการรับรู้ตราบาป 2 ด้าน คือ ด้านการถูกตีตรา จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1 ถึง ข้อ 9 และด้านการถูกแบ่งแยกก็ดกัน จำนวน 12 ข้อ ได้แก่ ข้อ 10 ถึง ข้อ 21 ซึ่งข้อคำถามส่วนใหญ่เป็นคำถามด้านลบ โดยมีข้อคำถามด้านบวกทั้งหมด จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 3, 7, 16, 20 และข้อคำถามด้านบวกจะกลับคะแนนก่อนแล้ว จึงรวมคะแนนทั้งหมด โดยนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ได้เท่ากับ 0.9 และวัดค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดได้เท่ากับ 0.76

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ใช้แบบสอบถามการรับรู้ตราบาปตามแนวคิดของWahl (1999) ซึ่งดัดแปลงโดย ภัทรภรณ์ พุงปั้นคำและอรรพรรณ วรรณชาติ (2550) พัฒนาโดยอุบลรัตน์ สิงห์เสนี (2552) เนื่องจากเป็นแบบสอบถามที่ใช้แนวคิดเดียวกันกับที่ได้ทำการศึกษา และพัฒนา มาใช้กับผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มโรคเดียวกัน

### 3.กลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง

#### 3.1 ความหมายของกลุ่มจิตบำบัดแบบประคอง

กลุ่มจิตบำบัดระดับประคองเป็นการบำบัดรักษาแบบหนึ่ง ซึ่งYalom(1995) ได้ให้ความหมายกลุ่มจิตบำบัดแบบประคองดังนี้

กลุ่มจิตบำบัดระดับประคองเป็นการบำบัดรักษาแบบกลุ่มวิธีหนึ่ง ซึ่งกลุ่มจิตบำบัดมีแนวคิดพื้นฐานที่พัฒนามาจากวิธีการของจิตบำบัดรายบุคคลและรายกลุ่ม ซึ่งมีจุดมุ่งหมายเพื่อประคองบุคคลที่มีทุกข์ทางใจ โดยสมาชิกในกลุ่มเป็นผู้ที่มีปัญหาทางด้านจิตใจและอารมณ์ ได้มาร่วมแสดงความรู้สึก อธิบายในปัญหานั้น ซึ่งเน้นการมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันของสมาชิกในกลุ่ม และมีการดำเนินไปตามพัฒนาการของกลุ่ม มีเป้าหมายและส่งผลให้สมาชิก

เกิดการเรียนรู้ เปลี่ยนแปลงความรู้สึก ความคิด และพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสมทำให้สมาชิกเข้าใจในปัญหาการเจ็บป่วยของตนเอง และเกิดปัจจัยบำบัดซึ่งส่งผลดีต่อการรักษา

### 3.2. แนวคิด ทฤษฎีในการทำกลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง

แนวคิด ทฤษฎีพื้นฐานในการทำกลุ่มจิตบำบัด มีด้วยกันหลายแนวคิด ตามความเชื่อและจุดมุ่งหมายของผู้นำกลุ่มแต่ละคน แนวคิดทฤษฎีต่างๆ สามารถนำมาประยุกต์ใช้ผสมผสานร่วมกันได้ เพื่อให้เกิดประโยชน์แก่สมาชิกกลุ่มในการแก้ไขปัญหาและประโยชน์กับผู้นำกลุ่มในการนำวิธีการต่างๆ ในแต่ละแนวคิดไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมตามแต่ละสถานการณ์ (Yalom, 1995)

แนวคิดทฤษฎีต่างๆ ที่นิยมใช้ในการทำกลุ่มจิตบำบัด มีความแตกต่างกันในแต่ละแนวคิด ได้แก่

3.2.1. ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic theory) มุ่งเน้นแก้ไขความขัดแย้งของสมาชิกในระดับจิตไร้สำนึก ผู้บำบัดต้องช่วยเอื้อให้สมาชิกสามารถตระหนักในปัญหา และปรับแก้ความคับข้องใจในระดับจิตไร้สำนึก นั้น

3.2.2. ทฤษฎีเอกซิสเทนเชียล และเกสตัลท์ (Existential and gestalt theory) มุ่งเน้นความเป็นอิสระของบุคคล ความมีเอกลักษณ์ของตนเอง ผู้บำบัดจะต้องเอื้อให้สมาชิกตระหนักและเข้าใจตนเอง เมื่อสมาชิกตระหนักถึงสาเหตุของปัญหาของตนเอง และสามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3.2.3. ทฤษฎีการติดต่อสื่อสาร (Communication theory) มุ่งเน้นการสื่อสารของสมาชิกทุกคน การสื่อสารอาจเป็นภาษาพูด หรือภาษาท่าทาง การสื่อสารจะมีทั้งทางรับสารและการส่งสาร และเกิดการแปลข่าวสาร ผู้บำบัดจะเน้นให้สมาชิกเห็นความสำคัญและประโยชน์ของการติดต่อสื่อสาร ที่สอดคล้องกับความคิด ความรู้สึก และความต้องการของสมาชิก

3.2.4. ทฤษฎีพลวัตร และกระแสความเคลื่อนไหวของกลุ่ม (Group dynamic and group process theory) ซึ่งกลุ่มจะมีกระแสความเคลื่อนไหวตลอด การทำงานเกิดขึ้นจากการมีปฏิสัมพันธ์ของสมาชิก โดยผู้บำบัดมุ่งเน้นประเด็นปัญหาของกลุ่มมากกว่าปัญหาของแต่ละคน และให้สมาชิกร่วมกันแก้ไขปัญหาของกลุ่ม

3.2.5. ทฤษฎีกลุ่มพฤติกรรม (Behavioral theory) มีแนวคิดที่ว่าทุกพฤติกรรมเกิดจากการเรียนรู้ในกลุ่ม สมาชิกจะเห็นและรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของตนเอง และพฤติกรรมสามารถเปลี่ยนแปลงได้ จากการเรียนรู้ภายในกลุ่ม โดยการให้แรงเสริมทางลบ

และทางบวก นอกจากนั้นสมาชิกจะได้เห็นพฤติกรรมตัวแบบที่ดี จะทำให้สมาชิกลอกเลียนแบบ และมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสมได้

3.2.6.ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal theory) มุ่งเน้นการปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในกลุ่ม การมีปฏิสัมพันธ์จะก่อให้เกิดอารมณ์ต่างๆภายในกลุ่ม และพฤติกรรมแก่สมาชิกซึ่งสมาชิกบางคนอาจเกิดความวิตกกังวล อันเป็นสาเหตุหลักสำคัญในการทำลายปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ผู้บำบัดจะช่วยให้สมาชิกสามารถเรียนรู้การมีปฏิสัมพันธ์ที่มีคุณภาพมากขึ้น

3.2.7.แนวคิดทฤษฎียาลอม (Yalom theory) มุ่งเน้นปัญหาของสมาชิกที่เกิดจากการปรับตัวของการสร้างสัมพันธภาพที่ไม่เหมาะสมของสมาชิก หรือมีความเชื่อของการสร้างสัมพันธภาพที่ไม่ถูกต้อง การเข้ากลุ่มจะช่วยให้สมาชิกปรับตัวได้ดีขึ้น โดยผู้นำกลุ่มเน้นการช่วยให้เกิดการปรับตัวได้ดีขึ้น โดยผู้นำกลุ่มเอื้อให้มีการพัฒนากลุ่มไปตามพลวัตกลุ่มโดยเน้นการปฏิสัมพันธ์ของสมาชิกเป็นสิ่งที่สำคัญ ในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้เกิดความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันและการยอมรับซึ่งกันและกัน ซึ่งมีปัจจัยบำบัดที่สามารถช่วยเหลือให้สมาชิกเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้น

### 3.3.แนวคิดการทำกลุ่มจิตบำบัดของยาลอม

Yalom(1995) กล่าวว่า ความสำคัญของกระบวนการกลุ่มคือการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันของสมาชิก งานของผู้รักษาในกลุ่มก็คือ ช่วยให้คนไข้ได้เรียนรู้ปัญหาด้านมนุษยสัมพันธ์ที่บิดเบือนไปไม่ถูกต้อง และสร้างปัญหาให้แก่คนไข้เองและบุคคลที่เขาเกี่ยวข้องกับแล้วช่วยเหลือให้คนไข้หาทางแก้ไขประสบการณ์ในกลุ่มเป็นเครื่องมือ การเข้ากลุ่มนั้นเปรียบเสมือนเข้าสังคมจำลอง(Social microcosm)คือ ถ้าให้เวลานานพอ สมาชิกจะแสดงพฤติกรรมในกลุ่มเหมือนกับที่เขาเคยทำในสังคมที่เขาอยู่ด้วย พฤติกรรมที่เขามีต่อผู้อื่นอย่างไม่ถูกต้อง (interpersonal maladaptive behavior) ก็จะปรากฏออกมาให้เห็นชัดเจนในกลุ่ม พฤติกรรมของสมาชิกที่แสดงให้เราเห็นนี้เป็น “ตัวอย่าง”ของพฤติกรรมทั้งหมดของสมาชิก และจะเห็นในกลุ่มชัดเจนกว่าการทำจิตบำบัดรายบุคคล เพราะว่าคนไข้สามารถแก้ไขพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมที่มีต่อบุคคลอื่นๆในกลุ่ม และสามารถนำไปใช้ในชีวิตจริงของผู้ป่วยได้ ยังมีผลเร่งให้ปัจจัยบำบัดหรือปัจจัยการรักษา (Therapeutic factors) อื่นๆ ให้ทำหน้าที่ได้ดีขึ้นด้วย

แนวคิดทฤษฎีกลุ่มของยาลอมนี้ได้ถูกนำมาประยุกต์ใช้ได้ในทุกชนิดของกลุ่มบำบัดและนำมาใช้อย่างแพร่หลายทั้งผู้ป่วยจิตเวช ผู้ป่วยทางกาย ผู้ป่วยเรื้อรังหรือผู้ที่มีอาการเฉียบพลันซึ่ง

เหมาะสมทั้งผู้ป่วยในและนอกโรงพยาบาล Agapetue(1994)นำทฤษฎีของยาลอมไปใช้ในการทำกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชนอก โดยฝึกให้ผู้ป่วยมีการหายใจที่ถูกต้อง พบว่า ปัจจัยบำบัดที่มีความสำคัญที่สุดที่พบในการทำกลุ่มคือ การมีความหวังมากขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของVachon & Lyall,1976 cited in Benioff & Virogradov(1993) ได้ทำกลุ่มจิตบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งโดยใช้แนวคิดของYalom(1995) พบว่า กลุ่มช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งลดความกังวล ทำให้เกิดกำลังใจ เกิดความหวังขึ้น มีการปรับตัวทางสังคมดีขึ้น สามารถดำรงชีวิต และดำเนินกิจวัตรประจำวันได้อย่างปกติสุขในสังคม สอดคล้องกับการศึกษาของ Homes (1995) ได้ศึกษาผลของกลุ่มบำบัดระดับประคองพบว่าทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวสู่ความเป็นจริงได้ดีขึ้น จากผลการศึกษาดังกล่าว แนวคิดทฤษฎีของยาลอมเป็นแนวคิดหนึ่งที่สามารถนำมาใช้ได้ผลดีกับการบำบัดในรูปแบบต่างๆ หลากหลาย จึงเหมาะสมที่จะนำมาใช้กับผู้ป่วยจิตเภทเกิดการรับรู้ ตราบาปลดลง มีการปรับตัวทางสังคมดีขึ้น สามารถดำรงชีวิต และดำเนินกิจวัตรประจำวันได้อย่างปกติสุขในสังคม

#### 3.4.องค์ประกอบกระบวนการกลุ่ม

ในการจัดการให้ความรู้โดยใช้กระบวนการกลุ่มนั้นผู้นำกลุ่มต้องคำนึงถึงการจัดตั้งกลุ่ม และการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ภายในกลุ่ม ซึ่งยาลอมได้กล่าวไว้ดังนี้ Yalom(1995)

3.4.1 การกำหนดวัตถุประสงค์หรือจุดมุ่งหมายของกลุ่ม ซึ่งเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ โดยจำเป็นต้องตั้งจุดมุ่งหมายทั่วไปและจุดมุ่งหมายเฉพาะการทำกลุ่ม

3.4.2 การคัดเลือกสมาชิกที่จะมาเข้าร่วมกลุ่ม ที่มีลักษณะที่ใกล้เคียงกัน

3.4.3 โครงสร้างของกลุ่ม ต้องคำนึงถึงบรรยากาศของกลุ่ม สถานที่ ขนาดของกลุ่ม และระยะเวลาในการทำกลุ่มซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

3.4.3.1 บรรยากาศ ต้องส่งเสริมให้สมาชิกในกลุ่มรู้สึกมีอิสระที่จะแสดงความคิดเห็นต่าง ๆ ออกมา สมาชิกมีความเท่าเทียมกันทุกคน พยายามให้บรรยากาศแบบเป็นกันเอง

3.4.3.2 สถานที่ ต้องมีความเป็นสัดส่วนเฉพาะ เงียบสงบ การจัดให้สมาชิกในกลุ่มนั่งเข้าหากัน ทำให้การสื่อสารเป็นไปอย่างคล่องตัว ทัวถึง มีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด จะทำให้ความรู้สึกนึกคิดและอารมณ์เป็นไปในทางที่ดีขึ้น (Yalom, 1978)

3.4.3.3 ขนาดของกลุ่ม เป็นตัวแปรสำคัญที่มีอิทธิพลต่อกลุ่ม (Harnack et al., 1997) กลุ่มที่เหมาะสมควรประกอบด้วยสมาชิก 8-12 คน เพื่อการปฏิสัมพันธ์กันอย่างทั่วถึง Borman (1975) กล่าวว่าในกลุ่มที่มีตั้งแต่ 13 คนขึ้นไปจะมีเพียง 3-7 คนเท่านั้นที่จะพูด ที่เหลือจะกลายเป็นผู้ฟัง

3.7.3.4 ระยะเวลา เวลาที่เหมาะสมคือ 60-90 นาที นอกจากนี้ความถี่ของการเข้ากลุ่มขึ้นอยู่กับความเหมาะสม และความเป็นไปได้ โดยทางปฏิบัติจะจัด 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ ส่วนจำนวนครั้งในการเข้ากลุ่มขึ้นอยู่กับประสบการณ์ที่ต้องการ เป้าหมายของกลุ่ม (Yalom, 1978)

### 3.5.กระบวนการกลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง

การดำเนินกระบวนการกลุ่ม หรือจัดประสบการณ์การเรียนรู้ภายในกลุ่ม มีขั้นตอนดังนี้ (Marram, 1978)

3.5.1.ระยะที่ 1 ระยะสร้างสัมพันธภาพ (The introductory phase) เป็นระยะเริ่มต้นในการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้นำกลุ่มกับสมาชิกในกลุ่ม และสร้างสัมพันธภาพกับสมาชิกด้วยกัน ซึ่งจะทำให้สมาชิกทุกคนรู้สึกมั่นคงปลอดภัย ผู้นำกลุ่มต้องเป็นผู้สร้างบรรยากาศแห่งความเป็นมิตร สร้างความรู้สึกมั่นคง ปลอดภัยให้กับสมาชิก ในตอนเริ่มต้นของกลุ่ม ผู้นำกลุ่มต้องกล่าวให้สมาชิกทุกคนเข้าใจจุดมุ่งหมายของการทำกลุ่ม กติกา และแนวทางในการปฏิบัติตัว ในฐานะสมาชิก เพื่อสร้างความรู้สึกละอองคลายในกลุ่ม ส่งเสริมให้สมาชิกได้แสดงความคิดเห็น ความรู้สึก แลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันอย่างเป็นอิสระ การเข้าใจวัตถุประสงค์อย่างชัดเจน และอยู่ในบรรยากาศสภาพแวดล้อมที่น่าพึงพอใจ มีความมั่นคงปลอดภัย กระตุ้นให้สมาชิกได้ระบาย ความคิดเห็นและความรู้สึกของตนออกมา ระยะนี้ถือว่าเป็นระยะที่มีความสำคัญ การมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันของสมาชิกในกลุ่ม จะเป็นจุดเริ่มต้นที่ทำให้กลุ่มประสบความสำเร็จต่อไป

3.5.2.ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ (The working phase) เป็นระยะที่สมาชิกรู้สึกเกิดไว้วางใจและเชื่อมั่นในกลุ่ม และผู้นำกลุ่ม พร้อมทั้งจะมีส่วนร่วมในการการเปลี่ยนแปลง เกิดความใกล้ชิดสนิทสนมและความเชื่อมั่นในกลุ่ม จะทำให้สมาชิกกลุ่มมีการระบายความรู้สึกนึกคิด แลกเปลี่ยนประสบการณ์ มีการเปิดเผยตนเองมากขึ้น สมาชิกจะมุ่งสนใจอยู่ที่ปัญหา ยอมรับว่าตนเองมีปัญหา หาทางแก้ไขและเลือกวิธีแก้ปัญหาโดยมีสมาชิกในกลุ่มช่วยเหลือสนับสนุนกัน มีโอกาสพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในกลุ่มจะทำให้เกิดความคิดใหม่ ๆ มาใช้ในการแก้ไขปัญหาของตน นอกจากนี้ความเชื่อมั่นในกลุ่มจะทำให้สมาชิกสามารถรับข้อมูลย้อนกลับไปยังเพื่อนสมาชิกในกลุ่มได้ สมาชิกในกลุ่มจะมีบทบาททั้งผู้ให้และผู้รับ ระยะนี้เป็นการระดมเอาพลังของสมาชิกทุกคนออกมาเพื่อแก้ปัญหา

กิจกรรมที่ใช้ในระยะการดำเนินการนั้นจะดำเนินการแบบกลุ่ม ซึ่งมีข้อดีและข้อจำกัดดังนี้ ข้อดีของการทำกลุ่มมีดังนี้ (Harnack et al. 1964)

1. สมาชิกมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน เกิดการเรียนรู้จากกลุ่ม
2. สมาชิกมีส่วนร่วมในการตัดสินใจหรือแสดงความคิดเห็น ทำให้เต็มใจที่จะปฏิบัติตามในสิ่งที่ตนมีส่วนร่วมตัดสินใจ
3. การอภิปรายกลุ่มสามารถเปลี่ยนความเชื่อ เจตคติและพฤติกรรมของบุคคลได้มาก ซึ่งผลมาจากการมีปฏิสัมพันธ์ภายในกระบวนการกลุ่ม
4. สมาชิกเกิดแรงจูงใจในการเรียนรู้ เกิดความรู้สึกที่อบอุ่น ที่พบว่าตนเองไม่ได้เป็นผู้ที่มีปัญหานั้นแต่เพียงผู้เดียว ทำให้เกิดกำลังใจในการเรียนรู้ต่อการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น

Klein (1972) กล่าวว่า การดำเนินการแบบกลุ่ม เป็นการช่วยให้สมาชิกเกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น ส่งเสริมให้สมาชิกเปลี่ยนวิถีการดำรงชีวิต ความเชื่อ เจตคติ ซึ่งเป็นผลจากการเรียนรู้จากกระบวนการกลุ่ม และการที่สมาชิกได้แสดงความรู้สึก ความคิดเห็น ซึ่งได้มีประสบการณ์มาก่อน อย่างไรก็ตามยังมีข้อจำกัดอยู่บ้างคือ (Harnack et al., 1964)

1. การดำเนินการกลุ่มต้องใช้เวลา ยิงจำนวนสมาชิกมากเท่าไรก็ยิ่งใช้เวลามากขึ้น
2. การอภิปรายกลุ่มไม่สามารถจัดขึ้นได้ทันทีทันใดต้องใช้เวลาในการเตรียมตัว
3. ข้อจำกัดอื่น ๆ เช่น อายุ สถานภาพ ค่านิยม และบุคลิกภาพที่แตกต่างกัน จะทำให้เกิดปัญหาในการดำเนินกิจกรรมกลุ่มได้

ถึงแม้ว่าวิธีกลุ่มบำบัดจะมีข้อจำกัดดังกล่าว แต่จุดเน้นของวิธีการนี้เป็นการให้ความรู้ที่ยึดสมาชิกหรือผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง สมาชิกมีส่วนร่วมในการเรียนรู้โดยตรง และแสดงความคิดเห็น จึงสามารถเปลี่ยนเจตคติ ความเชื่อ และพฤติกรรมของบุคคลได้

3.5.3.ระยะที่ 3 ระยะสิ้นสุดของการทำกลุ่ม (Terminating the group) ระยะนี้เป็นระยะที่สมาชิกในกลุ่มทุกคนบรรลุเป้าหมายไปสู่การเปลี่ยนแปลง ผู้นำกลุ่มสรุปผลการดำเนินการกระบวนการกลุ่มที่ได้รับร่วมกัน

การทำกลุ่มบำบัดระดับประคองจะประสบผลสำเร็จเพียงใดนั้น ขึ้นกับองค์ประกอบหลายประการ ได้แก่ การปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในกลุ่ม การดำเนินการของกลุ่ม การจัดตั้งโครงสร้าง และคุณลักษณะความเป็นผู้นำ ผู้ที่มีความสามารถในการผสมผสานองค์ประกอบเหล่านี้เข้ากัน เพื่อความสำเร็จของกลุ่มได้อย่างดีเยี่ยม คือ ผู้นำกลุ่มนั่นเอง เพราะผู้นำกลุ่มสามารถ



กำหนดเกณฑ์ในการเลือกสมาชิกกลุ่ม ทำการสร้างสัมพันธภาพ สร้างปฏิสัมพันธ์ให้เกิดขึ้นในกลุ่ม สร้างโครงสร้างการดำเนินงานและบรรยากาศของกลุ่ม ตลอดจนนำเอาทักษะความเป็นผู้นำมาใช้ให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการทำกลุ่มที่กำหนดไว้ Yalom(1995) จึงกล่าวได้ว่า ผู้นำกลุ่มเป็นตัวละครสำคัญที่จะช่วยให้กระบวนการกลุ่มดำเนินไปสู่เป้าหมายได้อย่างรวดเร็วและถูกต้อง

### 3.6. ปัจจัยบำบัดกลุ่มจิตบำบัดระดับประคองตามแนวคิดของยาลอม

ปัจจัยบำบัดตามแนวคิดของYalom(1995) เป็นกลไกที่ทำให้สมาชิกเกิดการเปลี่ยนแปลง ความรู้สึก ความคิด และพฤติกรรมที่เหมาะสม ซึ่งเป็นปัจจัยที่เกิดขึ้นจากกระบวนการภายในกลุ่ม หรือจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกด้วยกัน ซึ่งทำงานพร้อมๆกันไป ช่วยส่งเสริมและสนับสนุนซึ่งกันและกัน และไม่สามารถแยกออกจากกันได้ อีกทั้งยังขึ้นอยู่กับระยะเวลาและชนิดของผู้ป่วย ซึ่งYalom(1995)ได้สรุปปัจจัยบำบัดไว้ดังนี้

3.6.1.การเรียนรู้คุณค่าของการให้ (altruism) การเข้ากลุ่มทำให้สมาชิกได้มีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา ได้มีโอกาสให้ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ต่อสมาชิกคนอื่นๆมีความกระตือรือร้นที่จะช่วยเหลือและเห็นความสำคัญของคนอื่นมากกว่าตนเอง ทำให้สมาชิกมองเห็นคุณค่าของการให้ในตนเอง

3.6.2.การผูกพันจิตใจต่อกัน (group cohesiveness) การเข้ากลุ่มอย่างสม่ำเสมอจะทำให้สมาชิกรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม ถ้าที่จะร่วมเปิดเผยตนเอง มีความรู้สึกใกล้ชิดผูกพันกัน มีความเป็นเจ้าของกลุ่มร่วมกัน ทำให้ความรู้สึกโดดเดี่ยวอ้างว้างหมดไป

3.6.3.การมีความเป็นสากล (universality) การเข้ากลุ่มทำให้สมาชิกได้ตระหนักว่าทุกคนมีปัญหาเหมือนกันหมด ซึ่งเป็นเรื่องธรรมดา เกิดความรู้สึกที่ว่าตนเองมีความทุกข์อยู่คนเดียวก็จะลดลง และเกิดความรู้สึกใหม่ว่าเขาไม่ได้อยู่คนเดียวในโลกนี้ เขายังมีเพื่อนที่มีความทุกข์และมีปัญหาเช่นเดียวกัน

3.6.4.การเรียนรู้มนุษย์สัมพันธ์ (interpersonal learning) การเข้ากลุ่มทำให้สมาชิกได้รู้ว่า ตนเองพูดและแสดงความคิดเห็นอะไรกับกลุ่ม รู้ว่าผู้อื่นคิดอย่างไรต่อตนเองและการสะท้อนกลับของกลุ่ม ซึ่งจะช่วยให้สมาชิกได้เรียนรู้ว่าตนเองเป็นอย่างไร การเข้ากลุ่มทำให้สมาชิกได้มีทักษะในการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นๆเพิ่มขึ้น และนำไปปรับปรุงตนเองให้ดีขึ้น ช่วยให้เรียนรู้การอยู่ใกล้ชิดกับบุคคลอื่น เกิดความเชื่อถือไว้วางใจบุคคลอื่นมากขึ้น

3.6.5. การให้ข้อมูล (imparting of information) เป็นการให้ข้อมูลข่าวสารที่เป็น การแลกเปลี่ยนระหว่างสมาชิกหรือจากผู้นำ มีการอภิปรายเกี่ยวกับปัญหานั้นๆ ข้อมูลที่ให้ต้อง เป็นความจริงและกระจ่างชัดเจน ซึ่งการให้ข้อมูลเป็นสิ่งที่จำเป็นมากที่ต้องให้ในระยะแรกของ การทำกลุ่มเพื่อสร้างความไว้วางใจของสมาชิกต่อกัน

3.6.6. การได้ระบายออก (catharsis) การเข้ากลุ่มช่วยให้สมาชิกได้พูด ระบายออก ทั้งสิ่งที่ดีและไม่ดีกับความวิตกกังวล ความคับข้องใจ ให้กับสมาชิกกลุ่มได้รับฟัง ซึ่งถ้ากลุ่มมีความผูกพันทางจิตใจสูง สมาชิกจะกล้าที่พูดระบายออก และกล้าเปิดเผยตนเองสูง ด้วยการได้ระบายออกนี้จะช่วยให้สมาชิกมีความสบายใจ มองดูโลกด้วยใจที่เป็นกลาง ทำให้ เข้าใจชีวิต และส่งผลให้มีพัฒนาการด้านจิตใจและอารมณ์ในทางที่ดี และมีแนวทางในการแก้ไข ปัญหาชีวิตได้

3.6.7. การได้เลียนแบบ (imitative behavior) การเข้ากลุ่มทำให้สมาชิกได้ ลอกเลียนแบบพฤติกรรมของผู้อื่นที่ตนเองพอใจ ทั้งจากผู้นำกลุ่มและสมาชิก ทำให้เกิดการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสมได้

3.6.8. การแก้ไขประสบการณ์เดิมในครอบครัว (The corrective recapitulation of the primary Group member) สถานการณ์ในกลุ่มนั้นคล้ายๆกับสถานการณ์ในครอบครัวซึ่งจะ ทำให้ผู้ป่วยนึกถึงปัญหาความขัดแย้งภายในครอบครัวของตนเอง และแสดงพฤติกรรมแบบเก่าที่ เป็นปัญหาออกมา ซึ่งอาจเป็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม กลุ่มจึงต้องเสนอแนะถึงพฤติกรรมที่ เหมาะสมต่อสมาชิก ทำให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ที่จะแก้ไขพฤติกรรมนั้นๆอย่างถูกต้อง

3.6.9. การพัฒนาเทคนิคเพื่อการเข้าสังคม (development of socializing techniques) การเข้ากลุ่มทำให้สมาชิกมีทักษะในการสร้างสัมพันธภาพทางสังคมเพิ่มขึ้น ทำให้ สมาชิกเรียนรู้ทักษะทางสังคม รวมทั้งเรียนรู้ที่จะเข้าใจความรู้สึกของผู้อื่น ซึ่งจะมีประโยชน์ต่อ สมาชิก เมื่อนำไปใช้กับสังคมภายนอกต่อไป

3.6.10. การรู้สึกมีความหวัง (instillation of hope) การเข้ากลุ่มทำให้สมาชิก ที่เคยหมดหวังท้อแท้ในชีวิต เกิดความหวังขึ้นมาใหม่ได้ว่าอาจจะมีชีวิตที่ดีขึ้น ทำให้มีกำลังใจใน การต่อสู้กับปัญหาอุปสรรค เมื่อได้เห็นสมาชิกคนอื่นในกลุ่มมีการพัฒนาขึ้นในทางที่ดี

3.6.11 การได้รู้ถึงความจริงของชีวิต (existential factors) การเข้ากลุ่มช่วยให้ สมาชิกได้เข้าใจธรรมชาติของชีวิตว่าบางครั้งก็มีสมหวัง บางครั้งก็มีผิดหวัง ทุกสิ่งทุกอย่างมีการ เปลี่ยนแปลง มีการแยกจากกัน ซึ่งจะทำให้สมาชิกกลุ่มสามารถเผชิญปัญหาในชีวิตและอุปสรรค

ต่างๆได้ เกิดความเชื่อมั่นมีความพึงพอใจในตนเอง ทำให้ความรู้สึกต่ำต้อย ท้อถอย เสียใจกับชีวิตตนเองลดลงหรือหมดไป สมาชิกจะดำรงชีวิตอยู่ได้ด้วยมีความสุข

### 3.7. คุณสมบัติผู้นำกลุ่มและบทบาทผู้นำกลุ่มบำบัดระดับประคอง

#### 3.7.1.คุณสมบัติผู้นำกลุ่ม

ผู้ที่จะทำหน้าที่เป็นผู้นำกลุ่มบำบัด (Group Therapist) คือ บุคลากรในทีมสุขภาพ ได้แก่ จิตแพทย์ นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางจิตเวชโดยส่วนใหญ่แล้ว ผู้ที่ทำกลุ่มผู้ป่วยในมากที่สุด คือ พยาบาลจิตเวชมากกว่า ส่วนจิตแพทย์ทำกลุ่มน้อยที่สุดซึ่งคุณสมบัติผู้นำบำบัดจำเป็นที่จะต้องมีการเรียนรู้และมีการฝึกหัดจากสถาบันที่หลักสูตรได้บรรจุเรื่องกลุ่มบำบัดไว้ที่มีการเรียนการสอนในชั้นเรียน และมีการฝึกปฏิบัติ การสอนภาคปฏิบัติ จะต้องมีการลงมือเป็นผู้นำกลุ่มและมีการนิเทศอย่างใกล้ชิด Yalom(1995) เสนอว่าผู้นำบำบัดกลุ่มควรมีประสบการณ์ในการฝึกฝนการทำกลุ่มจิตบำบัดมาก่อน โดยการฝึกฝนต้องเริ่มจากการมีส่วนร่วมในการทำกลุ่มบำบัด เช่น เป็นผู้สังเกตการณ์ ผู้ช่วยในการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม และต้องมีความรู้ทางทฤษฎีมาก่อน ผู้นำบำบัดต้องมีประสบการณ์ในคลินิกในการจัดการกับกลุ่มและกระบวนการปฏิสัมพันธ์ตั้งแต่เริ่มต้นเปิดกลุ่มจนถึงปิดกลุ่มได้ โดยเริ่มฝึกจากกลุ่มที่ไม่ใช่ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตเวชมาก่อน โดยต้องลงมือปฏิบัติด้วยตนเองและมีผู้เชี่ยวชาญในการบำบัดกลุ่มเป็นผู้นิเทศอย่างใกล้ชิด และการทำกลุ่มที่ผู้นำบำบัดไม่ได้รับการเรียนรู้และไม่ได้ออกแบบมาก่อน จะทำให้วัตถุประสงค์ในการทำกลุ่มบำบัดผิดไปจากที่ต้องการ และทำให้กลุ่มไม่ได้ประโยชน์เท่าที่ควรเพราะผู้นำบำบัดกลุ่มขาดคุณสมบัติในการทำกลุ่ม

#### 3.7.2.บทบาทผู้นำกลุ่มบำบัดระดับประคอง

ในการจัดทำกิจกรรมกลุ่มนั้นผู้นำกลุ่มจะต้องมีการปฏิบัติในการเป็นผู้นำกลุ่มอย่างเหมาะสม เพื่อทำหน้าที่ของผู้นำกลุ่มที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งจะช่วยให้การกระบวนการกลุ่มประสบผลสำเร็จเป็นอย่างดี Yalom(1995)ได้แนะนำการดำเนินการปฏิบัติของผู้นำไว้ดังนี้

3.7.2.1.กำหนดจุดมุ่งหมายของการจัดกิจกรรมกลุ่มบำบัดให้ชัดเจน และต้องอธิบายให้สมาชิกทุกคนเข้าใจถึงจุดหมายและวิธีดำเนินการของกลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง เพราะการที่สมาชิกมาเข้าร่วมกลุ่มโดยไม่ทราบวัตถุประสงค์ที่ชัดเจนนั้น จะทำให้สมาชิกมีความกังวลมากขึ้น

3.7.2.2.สร้างแบบแผนของการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม เพื่อให้การทำกลุ่มมีประสิทธิภาพผลช่วยให้สมาชิกในกลุ่ม มีความกระตือรือร้น ต้องมีการวางแผนในเรื่องของโครงสร้างของกลุ่ม

3.7.2.3.กระตุ้นการมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างสมาชิก ผู้นำกลุ่มจะต้องกระตุ้นให้สมาชิกได้มีการพูดแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน ทำให้สมาชิกได้ทราบปัญหาของผู้อื่นว่าผู้อื่นมีปัญหาเช่นเดียวกับตน มีความเข้าใจปัญหาของกันและกัน หาทางช่วยเหลือกัน ปฏิสัมพันธ์นั้น อาจอยู่ในรูปของการพูดหรือความเข้าใจร่วมกัน สิ่งเหล่านี้เป็นการสร้างให้สมาชิกเป็นส่วนสำคัญของกระบวนการกลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง มีความรู้สึกมั่นคงปลอดภัย ช่วยลดความวิตกกังวลของสมาชิก

3.7.2.4.กระตุ้นให้สมาชิกได้พูดแสดงออก แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและปัญหา ซึ่งพบได้ร่วมกัน ผู้นำกลุ่มต้องพยายามให้สมาชิกได้แสดงความคิดเห็นอย่างเต็มที่การทำกลุ่มจะมีความหมายและได้รับความสนใจอย่างมากจากสมาชิก ถ้าสิ่งที่ได้พูดในกลุ่มเป็นปัญหาของสมาชิกทุกคน

3.7.2.5.วางแผนการดำเนินกิจกรรมกลุ่มสำหรับสมาชิกแต่ละคน เนื่องจากสมาชิกแต่ละคนมีความสามารถในการบรรลุถึงจุดหมายของกลุ่มต่างกัน ผู้นำกลุ่มต้องสามารถหาวิธีแก้ไขในสิ่งที่เกิดขึ้นในกลุ่ม สามารถแยกได้ว่ามีองค์ประกอบอะไรที่ทำให้การดำเนินการของกลุ่มไม่ต่อเนื่อง

3.7.2.6.ช่วยลดความวิตกกังวลของสมาชิก ต้องทำตั้งแต่ในระยะเริ่มแรกของการทำกลุ่ม โดยแจ้งวัตถุประสงค์ที่ชัดเจนของการทำกลุ่มและวิธีที่สมาชิกในกลุ่มจะต้องดำเนินการ เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ ต้องกระทำที่แสดงความเห็นอกเห็นใจ เต็มใจช่วยเหลือสมาชิก

3.7.2.7.การสรุปความก้าวหน้าของการทำกลุ่ม เพื่อให้บรรลุจุดหมายที่กำหนดสรุป ผู้นำกลุ่มเป็นผู้อธิบายให้สมาชิกทุกคนเข้าใจถึงจุดหมายและวิธีดำเนินการของกลุ่ม กระตุ้นให้สมาชิกได้มีการพูดแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและปัญหา ผู้นำกลุ่มต้องพยายามให้สมาชิกได้แสดงความคิดเห็นอย่างเต็มที่ การทำกลุ่มจะมีความหมายและได้รับความสนใจอย่างมากจากสมาชิกถ้าสิ่งที่ได้พูดในกลุ่มเป็นปัญหาของสมาชิกทุกคน

กลุ่มจิตบำบัดแบบประคองตามแนวคิดของYalom(1995)เป็นการรักษา แบบกลุ่มวิธีวิธีหนึ่ง ซึ่งมีจุดหมายเพื่อประคองบุคคลที่มีความทุกข์ทางใจโดย สมาชิกกลุ่มเป็นผู้ที่มีปัญหาทางด้านจิตใจและอารมณ์ มีปฏิสัมพันธ์กัน ร่วมแสดงความรู้สึกความคิดเห็นและอธิบายในปัญหานั้น มีผู้นำกลุ่มที่ได้รับการฝึกฝนทักษะประคองการณในการทำกลุ่มบำบัด

มาก่อน ซึ่งเน้นหน้าที่และเทคนิคของผู้บำบัด 3 ลักษณะ คือ 1)การสร้างและดำรงไว้ซึ่งความเป็นกลุ่ม 2)การสร้างวัฒนธรรมของกลุ่ม 3)การทำให้กลุ่มตระหนักถึงกระแสของกลุ่มขณะนั้นและดำเนินกลุ่มตามพัฒนาการกลุ่ม 3 ระยะคือ 1.ระยะสร้างความสัมพันธ์ของสมาชิกกลุ่ม 2.ระยะดำเนินการเกี่ยวกับปัญหาของสมาชิกกลุ่ม 3.ระยะยุติกลุ่ม ซึ่งช่วยให้สมาชิกกลุ่มพร้อมที่จะนำประสบการณ์จากกลุ่มไปใช้ในชีวิตประจำวัน ใช้ระยะเวลาในการบำบัดในแต่ละครั้ง 1 ชั่วโมง ถึง 1 ชั่วโมง 30 นาที การมีปฏิสัมพันธ์กันในกลุ่มทำให้สมาชิกในกลุ่มเกิดการผนึกกำลังกันซึ่งส่งผลให้เกิดปัจจัยบำบัดทั้ง 11 ปัจจัย ทำให้ผู้ป่วยมีการเรียนรู้ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมความคิดไปในทางที่ดีขึ้น

#### 4.กลุ่มจิตบำบัดระดับประคองต่อการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภท

การให้ความช่วยเหลือให้ผู้ป่วยจิตเภทรับรู้ตราบาปลดลง นับว่าเป็นเป้าหมายสำคัญในการปฏิบัติการพยาบาล โดย Wahl (1999) ได้แบ่งการรับรู้ตราบาปออกเป็น 2 ด้านคือ 1.การถูกตีตรา 2.การถูกแบ่งแย่ง กีดกัน ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกใช้กลุ่มบำบัดระดับประคอง ตามแนวคิดสัมพันธภาพของ Yalom (1995) ซึ่งเป็นการบำบัดที่มุ่งการเพิ่มประสิทธิภาพของความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง และทักษะการปรับตัว และสัมพันธภาพระหว่างบุคคล โดยมีปัจจัยบำบัดที่สำคัญ 11ปัจจัยทำให้สมาชิกเกิดการเปลี่ยนแปลง ความคิด พฤติกรรม และความรู้สึกไปในทางที่เหมาะสม ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการทำกลุ่มส่งผลให้สมาชิกรู้วิธีที่จะติดต่อและสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น ซึ่งการศึกษาของสุจรรยา แสงเขียวงาม (2545) ใช้กลุ่มบำบัดระดับประคองตามแนวคิดสัมพันธภาพของYalom(1995) ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้และปรับพฤติกรรมตนเอง สามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุข ดังนั้นในการวิจัยนี้จึงได้นำแนวคิดของ Yalom (1995) ในด้านมนทัศน์การบำบัดทางการพยาบาลมาประยุกต์ใช้ในการลดการรับรู้ตราบาป โดยมี 3 ระยะ กิจกรรม 5 ครั้ง ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะสร้างสัมพันธภาพ

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์การรับรู้ตราบาป รับฟังแสดงความคิดเห็น เข้าใจและให้กำลังใจซึ่งกันและกัน เป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยและผู้ป่วยด้วยกันเป็นรายกลุ่ม เพื่อให้เกิดความไว้วางใจโดยอาศัยปฏิสัมพันธ์ที่ดี มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันในกลุ่มและให้ความสำคัญกับสมาชิกทุกคนในกลุ่มในการมีส่วนร่วมและรับผิดชอบต่อการรักษา สร้างแรงจูงใจให้สมาชิกกลุ่มได้เรียนรู้ในการที่จะรับผิดชอบ

ตัดสินใจเลือกแนวทางการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ ให้สมาชิกเกิดความรู้สึกไว้วางใจกันและกล้าแสดงออกต่อการรับรู้ตราบาป และเป็นกระบวนการร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์การรับรู้ตราบาป โดยเกิดจากการแสดงความคิดเห็น การพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ได้รับการปฏิบัติ ถูกแบ่งแยกก็ดกัน ตำนานิตีเดีย่น ทำให้รู้สึก ไม่มีคุณค่า น่าอับอาย เสื่อมเสียชื่อเสียง เป็นผลมาจากการตัดสินใจของสังคมที่มีต่อผู้ป่วย ที่ก่อให้เกิดความไม่สบายใจ เมื่อร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์การรับรู้ตราบาป แลกเปลี่ยนความคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ รับฟังแสดงความคิดเห็น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดเข้าใจและรู้สึกว่าคุณค่าตนเองไม่ได้ประสบกับความรู้สึกตราบาปแต่เพียงผู้เดียว

ระยะที่ 2 ระยะทำงานร่วมกัน

กิจกรรมที่ 2 การร่วมมือกันเพื่อสำรวจปัญหา สร้างเป้าหมายและวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกัน โดยใช้กระบวนการกลุ่มระดับประคอง เป็นการประเมินการรับรู้ตราบาป ว่ามีมุมมองอย่างไรต่อภาวะสุขภาพ สิ่งใดที่ชอบหรือไม่ชอบเกี่ยวกับสุขภาพและการรับรู้ตราบาป ผู้ป่วยมีความคิดที่ต้องการเปลี่ยนแปลงหรือไม่ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ทราบภาพรวมและความต้องการโดยทั่วไปของผู้ป่วยต่อการรับรู้ตราบาปที่เกิดขึ้นในการดำเนินชีวิตประจำวัน และเกิดจากเรียนรู้วิธีการแก้ไขความรู้สึกการมีตราบาปร่วมกัน

กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาการมีคุณค่าแห่งตน ทำให้สมาชิกกลุ่มเกิดความภาคภูมิใจ มองเห็นจุดดี ความรู้สึกมีคุณค่าของตน การยอมรับจุดอ่อนซึ่งเป็นสิ่งที่สามารถพัฒนาได้ และรู้จักการทำงานและการใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเสริมคุณค่าให้กับผู้ป่วยนำไปสู่การมองโลกในแง่ดี และมีสัมพันธภาพที่ดีต่อคนอื่น ๆ รู้จักใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความคิด ความรู้สึกการมีตราบาปลดลง และอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข

กิจกรรมที่ 4 การฝึกทักษะการสื่อสาร การฝึกทักษะการสื่อสารรวมถึงการพัฒนาเทคนิคเพื่อเข้าสังคม ต้องมีการควบคุมตนเองในสิ่งที่ไม่พอใจ การถ้อยทีถ้อยอาศัย การสื่อสารกัน การเข้าใจถึงความคิดความรู้สึกของแต่ละฝ่าย ต้องมีการช่วยเหลือ ฟังพากันในสถานการณ์ต่างๆ โดยมีวัตถุประสงค์ให้ผู้ป่วยลดความรู้สึกในด้านลบ เช่น รู้สึกโดดเดี่ยว ถูกทอดทิ้ง การเข้ากลุ่ม ทำให้ได้เรียนรู้หลักการและวิธีปฏิบัติในการอยู่ร่วมกับผู้อื่นรวมถึงการขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนจากสังคมรอบข้างในเรื่องที่ไม่สามารถแก้ไขได้เอง ช่วยให้ผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับสังคมไปในทางที่ดีขึ้น การฝึกทักษะการสื่อสารอาจเป็นแนวทางหนึ่งในการช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการยอมรับจากบุคคลอื่นมากขึ้นและลดการรับรู้ตราบาปได้

### ระยะที่3 ระยะยุติกลุ่ม

กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะการเผชิญปัญหา และเปิดโอกาสให้สมาชิกทบทวนเนื้อหา ความรู้สึก ประสบการณ์ที่ได้จากกลุ่ม เป็นการพัฒนาทักษะการเผชิญปัญหาต่อความรู้สึกถึงการ รับรู้ตราบาปของโรคจิตเภท ซึ่งเป็นโรคที่เรื้อรัง การเจ็บป่วยยาวนานส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการด้านลบมากขึ้น ทำให้มีปัญหาในการดำเนินชีวิต ก่อให้เกิดภาวะตึงเครียด และถ้าผู้ป่วยไม่สามารถเผชิญกับปัญหาสภาพแวดล้อมเช่นนี้ได้ทำให้อาการทางจิตกำเริบกลายเป็นวัฏจักรที่ไม่มีวันสิ้นสุด การมีอาการกำเริบซ้ำๆ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเบื่อหน่าย เกิดความรู้สึกด้อยคุณค่าในตนเอง การรับรู้ตราบาปยิ่งเพิ่มขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ที่จะเผชิญปัญหา ช่วยให้ผู้ป่วยพยายามทบทวนเหตุการณ์รอบด้านของตนเอง เพื่อการตัดสินใจและวางแผนจัดการกับปัญหาการรับรู้ตราบาปได้อย่างเหมาะสม และการคงไว้ซึ่งการกระทำเพื่อการมีสุขภาวะที่ดี เป็นขั้นตอนสุดท้ายที่ผู้นำกลุ่มต้องกระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มร่วมกันเสริมสร้างความมั่นใจว่าสามารถจัดการความรู้สึกการเกิดตราบาปในตนเองได้ พร้อมทั้งให้สมาชิกให้กำลังใจซึ่งกันและกัน เนื่องจากความมั่นใจในการทำกิจกรรมต่างๆ นั้นเกิดจากการที่ผู้ป่วยมีแรงจูงใจให้ปฏิบัติกิจกรรมในชีวิต มีการกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการพื้นฐานของตนเอง ผู้นำกลุ่มต้องกระตุ้นให้กลุ่มร่วมกันเสริมสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ โดยชี้ให้เห็นถึงประโยชน์ เป้าหมายชีวิตของแต่ละคน และการยุติสัมพันธภาพกับผู้ป่วย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเสริมสร้างความมั่นใจว่าสามารถจัดการความรู้สึกการเกิดตราบาปในตนเองได้

### 5. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

บุญพา ณ นคร (2549) ได้ทำการศึกษาประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท เพื่อลดการตีตราในสังคม โดยการศึกษาครั้งนี้เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้ให้ข้อมูลคือผู้ป่วยจิตเภทที่รับการรักษาจากโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ และจำหน่ายกลับไปอยู่ในชุมชนเกินกว่า 6 เดือน จำนวน 10 คน ผลการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ประเด็นดังนี้ 1) การดูแลตนเองให้หายจากโรค ได้แก่การรับประทานยาตามคำสั่งแพทย์ การพักผ่อน และการออกกำลังกาย 2) การมีสัมพันธภาพที่ดีกับคนในครอบครัว 3) การมีส่วนร่วมในชุมชน

สมชาย พลอยเลื่อมแสง และชรินทร์ ลิ้มสนธิกุล (2547) ได้ทำการศึกษาโดยการสำรวจทัศนคติของประชาชนเกี่ยวกับสุขภาพจิต ตราบาป และการบริการสุขภาพจิตต่อการตัดสินใจในการเข้ารับบริการในสถานบริการสุขภาพจิต จากการสุ่มตัวอย่าง 1,500 คนจาก 5 ส่วนของประเทศไทย ผลการสำรวจมีผู้ตอบแบบสอบถาม 198 คน คิดเป็นร้อยละ 413.2 โดยประชาชน

ร้อยละ 40.9 ตัดสินใจในการเข้ารับบริการในสถานบริการสุขภาพจิตเมื่อประสบปัญหาสุขภาพจิต มีเพียงปัจจัยเดียวที่มีผลต่อการตัดสินใจในการเข้ารับบริการในสถานบริการสุขภาพจิตคือการมีทัศนคติที่ดีต่อสุขภาพจิต และสุขภาพจิตไม่ใช่ตราบาป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01

ปนิดา อินทรารักษ์ (2550) ได้ทำการศึกษา ประสบการณ์ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ภายหลังจากจัดการกับการรับรู้ทางลบของสังคม โดยทำการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกกับผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 17 ราย ผลการศึกษาแบ่งเป็น 3 ประเด็นคือ 1) ยอมรับสภาพการเกิดการรับรู้ทางลบของสังคม คือ รู้จักปล่อยวางทำให้คนอื่นแสดงความเป็นปกติต่อตน และมีจิตใจสงบไม่ฟุ้งซ่าน 2) ทำจิตใจให้เข้มแข็งขึ้น คือมีแนวทางในการควบคุมอารมณ์ที่ไม่ปรารถนา มีกำลังใจในชีวิต มีความมั่นใจในตนเองและอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้ และ 3) มีความสุขกับการมีชีวิตเหมือนบุคคลอื่นทั่วไป คือรู้สึกดีที่ได้ทำงานร่วมกับผู้อื่น พึงพอใจกับการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม และสื่อสารกับผู้อื่นได้ปกติ

อรัญญา คำพึ่ง (2552) ได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมฝึกทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคลต่อการรับรู้ตราบาปของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่มารับบริการที่โรงพยาบาลพิชัยจังหวัดอุดรดิตถ์ เป็นการศึกษาเชิงทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง จำนวน 14 ราย ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า การฝึกทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคล ช่วยให้ผู้ที่เป็โรคจิตเภทมีความสามารถในการติดต่อสื่อสารกับผู้อื่นได้ดีขึ้นและได้รับการยอมรับจากบุคคลรอบข้างมากขึ้น ส่งผลทำให้การรับรู้ตราบาปลดลง

อุบลรัตน์ สิงห์เสณี (2552) ศึกษาการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทและศึกษาความสัมพันธ์ ระหว่าง กลุ่มอาการทางบวกทางลบ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความหวัง การเห็นคุณค่าในตนเอง การปรับตัวทางสังคม การสนับสนุนทางสังคม กับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาต่อเนื่องที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชโรงพยาบาลศรีรัตนัญญา และโรงพยาบาลเมืองชะเชิงเทรา จำนวน 120 คน ผลการศึกษาพบว่า 1. การรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง 2. การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความหวัง การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = -.405, -.398, -.383$  ตามลำดับ) 3. กลุ่มอาการทางบวกทางลบ การเห็นคุณค่าในตนเอง การปรับตัวทางสังคม ไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภท

Corrigan et al (2004) ได้ทำการศึกษา ระดับโครงสร้างของตราบาปจากการเจ็บป่วยทางจิตและการแบ่งแยกกีดกันรูปแบบส่วนใหญ่ที่ใช้ในปัจจุบัน ที่เกี่ยวข้องกับตราบาปของ



การเจ็บป่วยทางจิตที่มองโดยกระบวนทัศน์ทางจิตเวชในระดับบุคคล ในหัวข้อนี้ใช้กระบวนทัศน์ด้านสังคม ซึ่งประยุกต์จากแนวคิดเชิงโครงสร้างของการแบ่งแยกกีดกัน การเลือกปฏิบัติ เพื่อขยายความเข้าใจของกระบวนการเกิดตราบาปต่อผู้ผู้ป่วยทางจิต ทฤษฎีโครงสร้างหน้าที่ ได้นำมาปรับใช้ในทางจิตเวชในรูปแบบของการ ไร้ความสามารถในการทำหน้าที่ (disability model) ในรูปแบบนี้ปรากฏการณ์ที่มีความสำคัญที่สุดคือการปรับตัวทางสังคม

Lee, Tsang, Chiu, and Kleinman (2005) ได้ทำการศึกษา ประสบการณ์การเกิดตราบาป และโครงสร้างของการถูกแบ่งแยกกีดกัน ของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษา ในประเทศฮ่องกง เพื่อศึกษาเก็บข้อมูลและเปรียบเทียบประสบการณ์การเกิดตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทกับผู้ป่วยเบาหวาน กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเภท 320 คน ผู้ป่วยเบาหวาน 160 คน แผนกผู้ป่วยนอกประเทศฮ่องกง โดยการทำ Focus group พบว่ากลุ่มผู้ป่วยจิตเภทมากกว่าร้อยละ 40 และผู้ป่วยเบาหวานร้อยละ 15 มีประสบการณ์การเกิดตราบาป จากสมาชิกในครอบครัว เพื่อนและผู้ร่วมงาน

Werner, Aviv & Barac (2008) ได้ทำการศึกษา การรับรู้ตราบาป การรับรู้คุณค่าในตัวเอง และอายุในผู้ป่วยจิตเภท เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ตราบาป และการรับรู้คุณค่าในตัวเอง ในผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มที่มีอายุน้อย และกลุ่มที่มีอายุมาก โดยการทำ Face to face interview ในผู้ป่วยโรคจิตเภท 86 คน เก็บข้อมูลผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวช อายุเฉลี่ย 54 ปี 55% เป็นเพศหญิง พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีอายุมากรับรู้ตราบาปน้อยกว่ากลุ่มที่มีอายุน้อย

### กรอบแนวคิดในการวิจัย

กลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง ตามแนวคิด Yalom(1995)

ประกอบด้วย 3 ระยะ 5 กิจกรรม คือ

**ระยะที่ 1 ระยะสัมพันธ์ภาพ**

(กิจกรรมที่ 1) การสร้างสัมพันธ์ภาพ และให้สมาชิกร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์การรับรู้ตราบาป รับฟังแสดงความคิดเห็น เข้าใจและให้กำลังใจซึ่งกันและกัน

**ระยะที่ 2 ระยะทำงานร่วมกัน**

(กิจกรรมที่ 2) การร่วมมือกันเพื่อสำรวจปัญหา สร้างเป้าหมาย และวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกัน

(กิจกรรมที่ 3) การพัฒนาการมีคุณค่าแห่งตน

(กิจกรรมที่ 4) การฝึกทักษะการสื่อสาร

**ระยะที่ 3 ระยะยุติกลุ่ม**

(กิจกรรมที่ 5) การพัฒนาทักษะการเผชิญปัญหาเปิดโอกาสให้สมาชิกทบทวนเนื้อหา ความรู้สึก ประสบการณ์ที่ได้จากกลุ่ม

การรับรู้ตรา  
บาป ตาม  
แนวคิด Wahl  
(1999)

- 1.การถูกตีตรา
- 2.การถูกแบ่งแย่ง  
ก็ดกัน

### บทที่ 3

#### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ใช้รูปแบบสองกลุ่ม วัดสองครั้ง วัดก่อนและหลังการทดลองโดยมีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม (The Pretest – Posttest Randomized Control group design) (Polit and Hungler, 1995) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของกลุ่มจิตบำบัดระดับประคองต่อการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยโรคจิตเภท

ตัวแปรต้น คือ กลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง

ตัวแปรตาม คือ การรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งมีรูปแบบการทดลองดังนี้

O <sub>1</sub>	X	O <sub>2</sub>	กลุ่มทดลอง
O <sub>3</sub>		O <sub>4</sub>	กลุ่มควบคุม

O<sub>1</sub> หมายถึง การประเมินการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทก่อนได้รับการบำบัดแบบกลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง

O<sub>2</sub> หมายถึง การประเมินการรับรู้ตราบาปหลังได้รับการบำบัดแบบกลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง

X หมายถึง กลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง

O<sub>3</sub> หมายถึง การประเมินการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ

O<sub>4</sub> หมายถึง การประเมินการรับรู้ตราบาปหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นผู้ป่วยที่ได้รับวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท โดยใช้รหัสการจำแนกโรคตามบัญชีการจำแนกโรคระหว่างประเทศ (ICD 10) อาศัยอยู่ในชุมชน เขตจังหวัดราชบุรี และได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องจากทีมสุขภาพแบบผู้ป่วยนอก

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยที่ได้รับวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท โดยใช้รหัสการจำแนกโรคตามบัญชีการจำแนกโรคระหว่างประเทศ (ICD 10) อาศัยอยู่ในชุมชนได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศูนย์ราชบุรี จังหวัดราชบุรี โดยการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ด้วยวิเคราะห์อำนาจทดสอบด้วยโปรแกรม Power Analysis of Simple Size (PASS) (สัจจา ทาโต, 2548) พบว่าต้องการกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยกลุ่มละ 17 คน ดังนั้นผู้วิจัยจึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างเป็นจำนวน 40 คน โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มควบคุม 20 คน และกลุ่มทดลอง 20 คน โดยมี

เกณฑ์ในการคัดเลือก (Inclusion Criteria)

1. มีอายุระหว่าง 20-59 ปี ทั้งเพศชายและหญิง
2. มีคะแนนตามแบบประเมินอาการทางจิต (BPRS) น้อยกว่า 30 คะแนน
3. อ่าน-เขียนหนังสือได้ และสามารถพูดคุยสื่อสารได้สะดวก
4. ยินดีเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ

เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion Criteria)

1. มีโรคแทรกซ้อนทางกายที่รุนแรง ทำให้เป็นอุปสรรคในการร่วมกิจกรรม
2. ผู้ที่เข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบตามโปรแกรม (Drop out)

#### การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ ด้วยโปรแกรม Power Analysis of Simple Size (PASS) (สัจจา ทาโต, 2548) โดยนำค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้ตราบาปหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมจากการศึกษา ของ อรัญญา คำพึ่ง (2552) เรื่อง ผลของโปรแกรมฝึกทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคลต่อการรับรู้ตราบาปของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่มารับบริการที่โรงพยาบาลพิชัยจังหวัดอุตรดิตถ์ มาร่วมคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้มีอำนาจทดสอบที่ 95 % และมีโอกาสเกิดความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 2 เป็น .05 % ที่ระดับนัยสำคัญ .05 พบว่าขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการในแต่ละกลุ่ม คือ 17 คน แต่เพื่อป้องกันการ Drop out ของสมาชิกกลุ่ม ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มละ 20 คน รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่าง ที่ต้องการทั้งหมด 40 คน จากนั้นผู้วิจัยจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (Matched-pair) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลกระทบต่อการทำวิจัยครั้งนี้ ได้แก่

1) เพศ เนื่องจากพบว่า เพศเป็นปัจจัยแทรกซ้อนหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการรับรู้ ตราบาปแตกต่างกัน โดยผู้ป่วยเพศหญิงจะมีการรับรู้ตราบาปมากกว่าเพศชาย (อุบลรัตน์ สิงห์เสณี , 2552)

2) อาการทางสุขภาพจิต ใช้แบบประเมินอาการทางจิต (BPRS) เป็นตัวคัดเลือกผู้ป่วย โดยจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าหากผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางสุขภาพจิตมาก จะยิ่งมีการรับรู้ตราบาปมาก (อุบลรัตน์ สิงห์เสณี, 2552)

โดยคัดเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ Inclusion Criteria ให้ได้จำนวน 20 คน หลังจากนั้น คัดเลือกแบบเจาะจงให้มีลักษณะคล้ายคลึงกันกับ กลุ่มตัวอย่าง 20 คนแรก แล้วนำมาจับคู่กัน เมื่อจับคู่กลุ่มตัวอย่างครบ 20 คู่ จำนวน 40 คน จากนั้นจับฉลากที่ละคู่ เพื่อคัดเลือกกลุ่ม ตัวอย่าง เข้าสู่กลุ่มควบคุม 20 คน กลุ่มทดลอง 20 คน

#### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยเรื่องนี้ได้ผ่านความเห็นชอบในการอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการ การพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ของโรงพยาบาลศูนย์ราชบุรี แล้ว โดยก่อนดำเนินการวิจัย ผู้วิจัย ได้นำโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ โปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดระดับประคองต่อการรับรู้ตรา บาปในผู้ป่วยจิตเภท พร้อมทั้งเครื่องมือที่สร้างขึ้น เสนอต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการ วิจัยในมนุษย์ ของโรงพยาบาลศูนย์ราชบุรี ซึ่งประกอบไปด้วย คณะกรรมการ 5 ท่าน ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช เกสัชกรและ นักสังคมสงเคราะห์

ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยสุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ นอกจากนี้ผู้วิจัย ยังคำนึงถึงสิทธิกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างทุกรายจะได้รับทราบรายละเอียดต่างๆ สอบถาม ความสมัครใจ การบอกถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาที่ใช้ รวมทั้งได้รับการตอบคำถาม จนเข้าใจ และได้รับการ อธิบายสิทธิของกลุ่มตัวอย่างที่จะตอบรับหรือปฏิเสธเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ โดยไม่มีผลต่อการพยาบาล การบริการ หรือการบำบัดรักษาที่จะได้รับแต่อย่างใดในระหว่าง การวิจัยหากกลุ่มตัวอย่างไม่พอใจหรือไม่ต้องการเข้าร่วมในการวิจัยจนครบตามกำหนดเวลา กลุ่มตัวอย่างสามารถออกจากการศึกษาได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผล ข้อมูลที่ได้จากการ วิจัยครั้งนี้ถือเป็นความลับการนำเสนอข้อมูลต่าง ๆ จะเสนอในภาพรวมเท่านั้น หากมีข้อสงสัย สามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา หากกลุ่มตัวอย่างได้รับความผิดปกติเนื่องจากการเข้าร่วม กลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการคุ้มครองตามกฎหมาย โดยต้องแจ้ง ความผิดปกติให้ผู้วิจัยทราบทันที หลังจากนั้นผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างอ่านเอกสารข้อมูลสำหรับ

กลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจึงให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมในเอกสาร  
ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

### ขั้นตอนในการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยศึกษาสถิติผู้มารับบริการรายวันจากแฟ้มสถิติผู้ป่วย พบว่าจำนวนผู้ป่วยที่มารับ  
บริการรายวันในแต่ละวันเฉลี่ยวันละ 15-20 คนโดยประมาณ โดยมีจำนวนในแต่ละวันแตกต่างกัน  
และจากการสอบถามพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานร่วมกับการสังเกตการณ์ของผู้วิจัยในลักษณะ  
การมารับบริการของผู้ป่วยจิตเภทตั้งแต่วันที่ 4 ก.ค.-22 ก.ค. 2554 พบว่าผู้ป่วยที่มารับบริการ  
มี 3 ลักษณะ คือ ผู้ป่วยที่มารับบริการด้วยตนเอง ผู้ป่วยที่มาพร้อมกับญาติ และผู้ป่วยที่ญาติ  
มารับยาแทน ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยในพื้นที่จังหวัดราชบุรี จากนั้นผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง  
ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกตามขั้นตอน ระหว่างวันที่ 4 ก.ค.- 22 ก.ค. 2554 ดังนี้  
เมื่อผู้รับบริการมารับบริการ ผู้วิจัยทำการประเมินโดยแบบประเมินอาการทางสุขภาพจิต  
แบบประเมินการรับรู้ตรรกะแบบประเมินการปรับตัวทางสังคม โดยมีจำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่มา  
รับบริการทั้งหมด 104 คน ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน เป็นกลุ่มทดลอง 20 คน  
กลุ่มควบคุม 20 คน จากนั้นจับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Matched pair) โดยการควบคุมให้  
ทั้ง 2 กลุ่มมีลักษณะใกล้เคียงกันมากที่สุด คือ เพศ และอาการทางสุขภาพจิต ทำการคัดเลือกจน  
ครบ 20 คู่ตามที่กำหนดไว้ ดังแสดงในตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** ลักษณะกลุ่มตัวอย่างตาม ระดับคะแนนอาการทางสุขภาพจิต และ เพศ ระหว่างกลุ่ม  
ทดลองและกลุ่มควบคุม

คู่ที่	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	เพศ	เพศ	BPRS	BPRS
1	ชาย	ชาย	12	12
2	หญิง	หญิง	11	11
3	ชาย	ชาย	13	13
4	หญิง	หญิง	7	7
5	ชาย	ชาย	10	10
6	หญิง	หญิง	7	7
7	ชาย	ชาย	10	10
8	หญิง	หญิง	7	7
9	ชาย	ชาย	8	8

คู่มือ	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	เพศ	เพศ	BPRS	BPRS
10	หญิง	หญิง	4	4
11	ชาย	ชาย	4	4
12	หญิง	หญิง	5	5
13	ชาย	ชาย	8	8
14	หญิง	หญิง	4	4
15	ชาย	ชาย	10	10
16	หญิง	หญิง	6	6
17	หญิง	หญิง	7	7
18	ชาย	ชาย	14	14
19	หญิง	หญิง	10	10
20	หญิง	หญิง	8	8

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** เครื่องที่ใช้ในการวิจัยออกเป็น 4 ส่วนคือ

1) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ กลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองต่อการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง

2) เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบวัดการรับรู้ตราบาปตามแนวคิดของ Wahl (1999) ซึ่งดัดแปลง และเรียบเรียงเป็นภาษาไทย โดยอรรพรรณ วรรณชาติ และภัทราภรณ์ พุงปั้นคำ (2550)

3) เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่ แบบประเมินปัจจัยบำบัด 11 ปัจจัยตามแนวคิดของ Yalom (1995) และแบบประเมินการปรับตัวทางสังคม เป็นแบบประเมินที่สร้างขึ้น โดยอาศัย Katz Adjustment scale ของ Katz and Lyerly (1963) พัฒนาโดย จรรยา ธีญาญาติ (2537)

**ชุดที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย**

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ กลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองต่อการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง มีขั้นตอนการสร้างดังนี้

1.1 ศึกษาแนวคิด ทฤษฎีจากตำรา เอกสารวิชาการ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มบำบัดแบบประคับประคอง ปัจจัยส่งผลต่อการรับรู้ตราบาป รวมถึงแนวทางปฏิบัติเพื่อการรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยจิตเภทให้ดีขึ้น

1.2 สร้างกลุ่มบำบัดประคับประคองต่อการรับรู้ตราบาป โดยนำแนวคิดต่างๆที่ได้ศึกษาจาก การทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมากำหนดโครงสร้างเนื้อหา วัตถุประสงค์ของกลุ่มบำบัดประคับประคอง ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา โดยใช้แนวคิดของYalom (1995) ให้ครอบคลุมปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อการเรียนรู้ตราบาป ประกอบด้วย 3 ระยะ 5 กิจกรรม คือ

### **ระยะที่ 1 ระยะสัมพันธภาพ**

**กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ และร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเรียนรู้ตราบาป รับฟังแสดงความคิดเห็น เข้าใจและให้กำลังใจซึ่งกันและกัน** เป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยและผู้ป่วยด้วยกันเป็นรายกลุ่ม เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ โดยอาศัยปฏิสัมพันธ์ที่ดี และให้ความสำคัญกับสมาชิกกลุ่มในการมีส่วนร่วมและรับผิดชอบต่อการรักษา สร้างแรงจูงใจให้สมาชิกกลุ่มได้เรียนรู้ในการที่จะรับผิดชอบ ตัดสินใจเลือกแนวทางการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้สมาชิกเกิดความรู้สึกไว้วางใจกันและกันกล้าแสดงออกต่อการรับรู้ตราบาป และเป็นกระบวนการร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเรียนรู้ตราบาป จากการแสดงความคิดเห็น การพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ได้รับการปฏิบัติ ถูกรังเกียจ ถูกตำหนิตีเยียน ทำให้รู้สึก ไม่มีคุณค่า อับอาย เสื่อมเสียชื่อเสียง ซึ่งเป็นผลมาจากการตัดสินใจของสังคมที่มีต่อผู้ป่วย ทำให้เกิดความไม่สบายใจ เพื่อร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเรียนรู้ตราบาป รับฟังแสดงความคิดเห็น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดเข้าใจและรู้สึกกว่าตนเองไม่ได้ประสบกับความรู้สึกตราบาปแต่เพียงผู้เดียว

### **ระยะที่ 2 ระยะทำงานร่วมกัน**

**กิจกรรมที่ 2 การร่วมมือกันเพื่อสำรวจปัญหา สร้างเป้าหมายและวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกัน** โดยใช้กระบวนการกลุ่มประคับประคอง เป็นการประเมินการเรียนรู้ตราบาปว่ามีมุมมองอย่างไรต่อภาวะสุขภาพ สิ่งใดที่ชอบหรือไม่ชอบเกี่ยวกับสุขภาพและการรับรู้ตราบาป ผู้ป่วยมีความคิดที่ต้องการเปลี่ยนแปลงหรือไม่ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ทราบภาพรวมและความต้องการโดยทั่วไปของผู้ป่วยต่อการรับรู้ตราบาปที่เกิดขึ้นในการดำเนินชีวิตประจำวัน และเกิดจากเรียนรู้วิธีการแก้ไขความรู้สึกการมีตราบาปร่วมกัน



**กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาการมีคุณค่าแห่งตน** เป็นการพัฒนาการมีคุณค่าแห่งตน การป่วยเป็นโรคจิตเภททำให้ผู้ป่วยมีความคิดและพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม แม้จะรักษาจนมีอาการทุเลาแล้วแต่เมื่อกลับไปอยู่ในชุมชนก็มักถูกล้อเลียนไม่ได้รับการยอมรับจากคนรอบข้าง ทำให้สูญเสียความมั่นใจ รู้สึกไม่มีคุณค่า ดังนั้นการเสริมสร้างคุณค่าในตนเองจะทำให้ผู้ป่วยมีความหวังมีเป้าหมายในชีวิต กิจกรรมนี้จะทำให้สมาชิกกลุ่มเกิดความภาคภูมิใจ มองเห็นจุดดี ความมีคุณค่าแห่งตน และการยอมรับจุดอ่อนซึ่งเป็นสิ่งที่สามารถพัฒนาได้ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเสริมคุณค่าให้กับผู้ป่วยนำไปสู่การมองโลกในแง่ดี และมีสัมพันธภาพที่ดีต่อคนอื่น ๆ รู้จักใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความคิด ความรู้สึกการมีตราบาปลดลง และอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข

**กิจกรรมที่ 4 การฝึกทักษะการสื่อสาร** การฝึกทักษะการสื่อสารรวมถึงการพัฒนาเทคนิคเพื่อเข้าสังคม ซึ่งผู้ที่อยู่ในชุมชนจะมีทัศนคติทางลบต่อผู้ป่วยทางจิตเวชและมักเข้าใจว่าผู้ป่วยเป็นอันตราย น่ากลัว ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะมีอาการสงบแล้ว และยังคงมองว่าผู้ป่วยเป็นบุคคลที่ไม่ควรคบหาสมาคมด้วย (สุพัฒนา สุขสว่าง และศิริลักษณ์ สว่างวงศ์สิน, 2548) ทำให้ผู้ที่เป็โรคจิตเภทไม่สามารถปรับตัวเข้ากับสังคมได้ ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับทัศนคติที่ไม่เหมาะสมของบุคคลอื่นที่มีต่อตนเอง เช่น ได้ยินถ้อยคำที่ไม่เหมาะสมของบุคคลอื่นที่พูดถึงอาการเจ็บป่วยของตน ว่าเป็นบุคคลที่ผิดปกติ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกขุ่นเคือง ไม่อยากรับฟัง พยายามที่จะหลีกเลี่ยงการเปิดเผยประวัติการเจ็บป่วยทางจิตของตนเองด้วยเกรงว่าจะไม่เป็นที่ยอมรับของบุคคลอื่น (Dickerson, Sommerville, Origoni, Ringel, & Parente, 2002) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีความสามารถในการมีปฏิสัมพันธ์และการสื่อสารที่ดีกับผู้อื่น ได้รับการยอมรับจากผู้อื่น ทำให้การรับรู้ตราบาปลดลง ทำให้สามารถดำเนินชีวิตต่อไป

### ระยะที่3 ระยะยุติกลุ่ม

**กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะการเผชิญปัญหา และเปิดโอกาสให้สมาชิกทบทวนเนื้อหา ความรู้สึก ประสบการณ์ที่ได้จากกลุ่ม** การพัฒนาทักษะการเผชิญปัญหา กับความรู้สึกถึงการรับรู้ตราบาปของโรคจิตเภท ซึ่งเป็นโรคที่เรื้อรัง การเจ็บป่วยยาวนานส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการด้านลบมากขึ้น ทำให้มีปัญหาในการดำเนินชีวิต ก่อให้เกิดภาวะตั้งเครียด และถ้าผู้ป่วยไม่สามารถเผชิญกับปัญหาสภาพแวดล้อมเช่นนี้ได้ทำให้อาการทางจิตกำเริบ กลายเป็นวัฏจักรที่ไม่มีวันสิ้นสุด การมีอาการกำเริบซ้ำๆ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเบื่อหน่าย เกิดความรู้สึกด้อยคุณค่าในตนเองคุณภาพชีวิตลดต่ำลง (จิราพร เกสรสุวรรณ, 2545)

โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ที่จะเผชิญปัญหา ช่วยให้ผู้ป่วยพยายามทบทวน เหตุการณ์รอบด้านของตนเอง เพื่อการตัดสินใจและวางแผนจัดการกับปัญหาการรับรู้ที่ทราบมาได้ อย่างเหมาะสม และการคงไว้ซึ่งการกระทำเพื่อการมีสุขภาวะที่ดี เป็นขั้นตอนสุดท้ายที่ผู้นำกลุ่ม ต้องกระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มร่วมกันเสริมสร้างความมั่นใจว่าสามารถจัดการความรู้สึกการเกิด ทรอบาปในตนเองได้ พร้อมทั้งให้สมาชิกให้กำลังใจซึ่งกันและกัน เนื่องจากความมั่นใจในการทำ กิจกรรมต่างๆ นั้นเกิดจากการที่ผู้ป่วยมีแรงจูงใจให้ปฏิบัติกิจกรรมในชีวิต มีการกระทำเพื่อ ตอบสนองความต้องการพื้นฐานของตนเอง ผู้นำกลุ่มต้องกระตุ้นให้กลุ่มร่วมกันเสริมสร้างแรงจูงใจ ในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ซึ่งให้เห็นถึงประโยชน์ เป้าหมายชีวิตของแต่ละคน และยุติสัมพันธภาพ กับผู้ป่วย โดยมี วัตถุประสงค์เพื่อเสริมสร้างความมั่นใจว่าผู้ป่วยสามารถจัดการความรู้สึก การเกิดทรอบาปในตนเองได้

#### **การตรวจสอบคุณภาพของกลุ่มจิตบำบัดระดับประคองต่อการรับรู้ทรอบาปของผู้ป่วย จิตเภท**

**การตรวจสอบคุณภาพ** ผู้วิจัยนำเครื่องมือของกิจกรรมกลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง ต่อการรับรู้ทรอบาปของผู้ป่วยจิตเภทที่สร้างขึ้นไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบแก้ไข เนื้อหาและภาษาที่ใช้ให้มีความเหมาะสมสอดคล้องกับการวิจัย แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 5 คน ได้แก่ จิตแพทย์ 1 คน อาจารย์พยาบาลด้านการ พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 2 คน และพยาบาล ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวช (APN) 2 คน (ดังแสดงรายชื่อในภาคผนวก) โดยผู้วิจัยได้นำรายละเอียดของกลุ่มจิต บำบัดระดับประคองในแต่ละกิจกรรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ รูปแบบของเนื้อหา กิจกรรมและความ เหมาะสมของเวลาในแต่ละกิจกรรม ทือเกณฑ์ของผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นตรงกัน 4 คน จาก ทั้งหมด 5 คน ภายหลังจากผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเนื้อหาแล้ว ผู้วิจัยได้ปรับปรุง แก้ไข เครื่องมือตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อให้เกิดความสมบูรณ์ ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา นำไปทดลองใช้เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งภาษา ความเข้าใจและเวลาที่ใช้ รวมทั้ง ปัญหาที่เกิดขึ้นและนำมาปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษาอีกครั้ง เพื่อปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้ใน การทดลอง

### ผลของการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา สามารถสรุปผลดังนี้คือ

1. ควรระบุในแต่ละกิจกรรมกลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง ที่ตีกลินิกจิตเวช (ผู้ป่วยนอก) โรงพยาบาลศูนย์ราชบุรี
2. ในกิจกรรมที่ 1 ควรเปลี่ยนจากการให้สมาชิกเขียนให้กำลังใจกันในใบงาน เป็นให้ผู้นำกลุ่มเตรียมหัวใจให้เท่าจำนวนสมาชิก แล้วให้สมาชิกเขียนให้กำลังใจกันลงในหัวใจดวงเล็ก จากนั้นนำไปติดในหัวใจดวงใหญ่ เพื่อสร้างความรู้สึกดีร่วมกัน
3. ในกิจกรรมที่ 2 ควรเพิ่มใบงานเรื่องผลกระทบจากการป่วยเป็นโรคจิตเภท โดยแยกเป็นรายด้านทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ด้านจิตใจ และจิตวิญญาณ ด้านครอบครัว และการรับรู้ตราบาปเป็น 2 ด้าน คือ ด้านการถูกตีตรา เป็นปฏิกริยาที่บุคคลในสังคมแสดงต่อคุณลักษณะที่เสื่อมเสียและคุณลักษณะที่ไม่พึงประสงค์ที่ไม่เหมือนกับคนในสังคมของตนต่อบุคคลที่ไม่ปกติ และอีกด้านหนึ่งคือ ด้านการถูกแบ่งแยก กีดกันโดยมีการตัดสินว่าบุคคลที่ถูกตีตรานั้นควรถูกแยกออกไปจากกลุ่มคนปกติในสังคม ซึ่งเป็นการตัดสินโดยกลุ่มคนตามพื้นฐานของการทำบทบาทหน้าที่ในสังคมภายใต้บรรทัดฐานทางสังคม
4. ใบความรู้ควรปรับภาษาที่เข้าใจง่ายสำหรับผู้ป่วย หลังจากปรับแก้แล้ว ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่มีความตรงของเนื้อหาที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 คน โดยทดลองกับผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี จนครบทั้ง 5 กิจกรรม เพื่อดูความชัดเจนของภาษา ความเข้าใจของกลุ่มตัวอย่าง ความเหมาะสมของเวลารวมทั้งปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น และนำมาปรึกษาร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์อีกครั้งตามปัญหาที่เกิดขึ้น นำมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้ในการทดลองจริง

จากการทดลองใช้กลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง พบว่า ปัญหาที่พบในการทดลองทำกิจกรรมตามกลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง คือ ในใบความรู้ที่ 4/1 ความรู้ทั่วไปเรื่องทักษะการสื่อสาร เนื้อหามาก และภาษาเข้าใจยากเกินไป จึงทำการปรับภาษาให้เข้าใจง่ายขึ้นและปรับเนื้อหาให้กระชับขึ้น ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ก่อนนำไปใช้จริงกับผู้ป่วย

### ชุดที่ 2 เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ ระยะเวลาที่เจ็บป่วย

ส่วนที่ 2 แบบวัดการรับรู้ตราบาป ตามแนวคิดของ Wahl (1999) ที่อรรถวณ วรณชาติ และ ภัทราภรณ์ พุงปันคำ (2550) ได้นำมาดัดแปลง แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทย

ประกอบด้วยข้อคำถาม 21 ข้อ โดยวัดการรับรู้ตราบาป 2 ด้าน คือด้านการถูกตีตรา จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1-9 ด้านการถูกแบ่งแยกก็ดกัน จำนวน 12 ข้อ ได้แก่ ข้อ 10-21 ข้อคำถามส่วนใหญ่เป็นข้อคำถามด้านลบ โดยมีข้อคำถามด้านบวก 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 3,7,16,20 และข้อคำถามด้านบวกจะกลับคะแนนก่อนแล้วจึงรวมคะแนนทั้งหมดการหาความเชื่อมั่นโดย อรรถวรรณ วรรณชาติ (2550) นำแบบประเมินไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยจิตเภท ที่มารับบริการ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสวนปรุงจำนวน 20 คน แล้วนำไปหาความเที่ยงด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้ค่าความเที่ยง .76

เกณฑ์การให้คะแนน เป็นมาตราส่วนประเมินค่า 6 ค่า ดังนี้

5 คะแนน	หมายถึง	บ่อยมาก
4 คะแนน	หมายถึง	บ่อยๆ
3 คะแนน	หมายถึง	บางครั้ง
2 คะแนน	หมายถึง	นานๆครั้ง
1 คะแนน	หมายถึง	ไม่เลย
0 คะแนน	หมายถึง	ไม่เคยมีสถานการณ์นั้นเลย

การแปรผลคะแนน นำมาคำนวณหาค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ตราบาป

แปลความหมายตามแนวคิดของ Wahl (1999) แบ่งเป็น 5 ระดับ

ค่าเฉลี่ย 0.00-1.00	หมายถึง	ไม่เลย
ค่าเฉลี่ย 1.01-2.01	หมายถึง	นาน ๆ ครั้ง
ค่าเฉลี่ย 2.02-3.03	หมายถึง	บางครั้ง
ค่าเฉลี่ย 3.03-4.03	หมายถึง	บ่อย ๆ
ค่าเฉลี่ย 4.04-5.00	หมายถึง	บ่อยมาก

การแปลงค่าคะแนน

ค่าเฉลี่ย 0-21	หมายถึง	ไม่มีการรับรู้ตราบาป
ค่าเฉลี่ย 22-43	หมายถึง	มีการรับรู้ตราบาปในระดับต่ำ
ค่าเฉลี่ย 44-65	หมายถึง	มีการรับรู้ตราบาปในระดับปานกลาง
ค่าเฉลี่ย 66-87	หมายถึง	มีการรับรู้ตราบาปในระดับสูง
ค่าเฉลี่ย 88-105	หมายถึง	มีการรับรู้ตราบาปในระดับสูงมาก

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำแบบวัดการรับรู้ตราบาปที่สร้างขึ้นมาปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา จากนั้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 คน ได้แก่ จิตแพทย์ 1 คน อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 2 คน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (APN) 2 คน ตรวจสอบและนำไปปรับปรุงแก้ไขตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิแนะนำ ภายใต้การดูแลของอาจารย์ที่ปรึกษา

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) นำเครื่องมือที่ได้ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคจิตเภททั่วไปที่มีลักษณะใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2547) และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตร Cornbach's Alpha Coefficient นำแบบประเมินไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยจิตเภท ที่มารับบริการ คลินิกจิตเวช(แผนกผู้ป่วยนอก) โรงพยาบาลศูนย์ราชบุรี จำนวน 30 คน แล้วนำไปหาความเที่ยงด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟา ครอนบาค ได้ค่าความเที่ยง .93

### ชุดที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง

ส่วนที่ 1 แบบประเมินปัจจัยบำบัด 11 ปัจจัยตามแนวคิดของ Yalom (1995) ซึ่งผู้วิจัยได้ค้นคว้าจากตำราเอกสารต่างๆ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการบำบัด (Curative Factor) ว่าเป็นกลไกที่ทำให้สมาชิกเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ความคิด ความรู้สึกที่เหมาะสม และเป็นปัจจัยที่เกิดจากการระบายภายในกลุ่มหรือจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกด้วยกันมี 11 ข้อ มีความเกี่ยวข้องกันใช้เป็นกรอบแนวคิดสำหรับการประเมินถึงผลสำเร็จในการทำกลุ่ม เพราะปัจจัยเหล่านี้เป็นองค์ประกอบพื้นฐานสำหรับการเลือกใช้เทคนิคหรือขั้นตอนของผู้นำกลุ่ม บางครั้งปัจจัยที่มีผลต่อการบำบัดทำให้การรักษาได้ผลดี ปัจจัยบำบัดจะค่อยๆ พัฒนาและเกิดขึ้น ซึ่งจะทำงานพร้อมๆ กันไป ช่วยส่งเสริมและสนับสนุนซึ่งกันและกัน ซึ่งปัจจัยบำบัดทั้ง 11 ข้อจะเกิดขึ้นในการทำกลุ่มบำบัดระดับประคอง อย่างน้อยปัจจัยบำบัดละ 2 ครั้ง

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการปรับตัวทางสังคม เป็นแบบประเมินที่สร้างขึ้น โดยอาศัย Katz Adjustment scale โดย Katz and Lyerly (1963) พัฒนาโดยจรรยา ธีญญาดี (2537) โดยมีค่าความเที่ยงเท่ากับ .84 ศึกษาเป้าหมายการบำบัดทางจิตเวช ว่าเพื่อทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการปรับตัวเพิ่มมากขึ้นเป็นแนวทางในการสร้างคำถามประกอบด้วยส่วนสำคัญ 2 ด้าน คือ ด้านการทำกิจกรรมตามความคาดหวังของสังคม ในเรื่องการดูแลตนเอง

ความรับผิดชอบต่อครอบครัว และการเข้าสังคม ประกอบด้วยข้อคำถาม 16 ข้อ และ 22 ข้อ ลักษณะคำตอบแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ

- |               |                 |         |
|---------------|-----------------|---------|
| 1) ไม่ได้ทำ   | ให้คะแนนเท่ากับ | 0 คะแนน |
| 2) ทำบ้าง     | ให้คะแนนเท่ากับ | 1 คะแนน |
| 3) ทำสม่ำเสมอ | ให้คะแนนเท่ากับ | 2 คะแนน |

การแปลผลคะแนน

- |                                   |       |                 |
|-----------------------------------|-------|-----------------|
| 1) มีการปรับตัวอยู่ในระดับต่ำ     | คะแนน | $\leq 18$ คะแนน |
| 2) มีการปรับตัวอยู่ในระดับปานกลาง | คะแนน | 19 – 20 คะแนน   |
| 3) มีการปรับตัวอยู่ในระดับสูง     | คะแนน | $> 20$ คะแนน    |

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบประเมินการปรับตัวทางสังคม ของจรรยา ธัญญาดี (2537) ในกำกับการทดลอง หลังการทดลองสิ้นสุดกิจกรรมที่ 5 โดยการแปลผลคะแนน โดยมีเกณฑ์ว่า กลุ่มตัวอย่างต้องได้คะแนนมากกว่า 18 หรือมีการปรับตัวอยู่ในระดับปานกลาง ภายหลังจากประเมินการปรับตัวทางสังคม แล้วกลุ่มทดลองไม่ผ่านเกณฑ์การประเมิน คือ มีคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 18 คะแนน ผู้วิจัยร่วมค้นหาปัญหาและดำเนินการทดลองใหม่กับผู้ป่วยจนกว่าจะผ่านเกณฑ์ที่กำหนด

#### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการปรับตัวทางสังคม ของจรรยา ธัญญาดี (2537) จากนั้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 5 คน ได้แก่ จิตแพทย์ 1 คน อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 2 คน และพยาบาล ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (APN) 2 คน ตรวจสอบและนำไปปรับปรุงแก้ไขตามผู้ทรงคุณวุฒิแนะนำ ภายใต้อาจารย์ที่ปรึกษา

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) นำเครื่องมือที่ได้ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคจิตเภททั่วไปที่มีลักษณะใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน (บุญใจ ศรีสถิตนรากู, 2547) และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตร Combach's Alpha Coefficient นำแบบประเมินไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยจิตเภท ที่มารับบริการ คลินิกจิตเวช(แผนกผู้ป่วยนอก)โรงพยาบาลศูนย์ราชบุรี จำนวน 30 คน แล้วนำไปหาความเที่ยงด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟา ครอนบาค ได้ค่าความเที่ยง .81

## ขั้นการดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการทดลอง โดยแบ่งการทดลองเป็น 3 ระยะ คือ 1. ระยะเตรียมการทดลอง 2. ระยะดำเนินการทดลอง และ 3. ระยะประเมินผลการทดลอง เพื่อให้ผู้วิจัยสามารถดำเนินการทดลองได้อย่างถูกต้องและได้ผลการวิจัยที่มีความน่าเชื่อถือ ผู้วิจัยจึงต้องมีการเตรียมการดังต่อไปนี้

### 1. ระยะเตรียมการทดลอง

1.1 ผู้วิจัยเตรียมตัวศึกษา ค้นคว้าตำรา เอกสาร และงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องในเรื่องกลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง ตามแนวคิดของ Yalom (1995) การรับรู้ตราบาปผู้ป่วยของจิตเภทในชุมชน ผู้วิจัยได้ผ่านการอบรมการพยาบาลเฉพาะทาง (4 เดือน) สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชโดยมีการศึกษาในเรื่องกลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง จากการฝึกปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูงที่จัดโดยคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ซึ่งได้ฝึกปฏิบัติภายใต้การดูแลของพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (APN)

1.2 เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1.3 เตรียมสถานที่ในการดำเนินการ โดยส่งหนังสือขอความร่วมมือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล

1.4 เตรียมผู้ช่วยวิจัย โดยต้องเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชและเป็นผู้ที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชมาแล้ว ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้ช่วยวิจัย คือ พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (APN) เป็นผู้ช่วยสังเกต จดบันทึกพัฒนาการของกลุ่ม ผู้วิจัยได้แจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย กิจกรรมต่าง ๆ ในการดำเนินกลุ่ม วิธีการดำเนินการทดลองตามขั้นตอน เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ช่วยวิจัยเข้าใจถึงบทบาทหน้าที่ของตนได้ชัดเจน

1.5 ผู้วิจัยได้นำโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ เครื่องมือกลุ่มจิตบำบัดระดับประคองต่อการรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยจิตเภท พร้อมทั้งเครื่องมือที่สร้างขึ้น เสนอต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของโรงพยาบาลศูนย์ราชบุรี ซึ่งประกอบไปด้วย คณะกรรมการ 5 ท่าน ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช เกสัชกรและ นักสังคมสงเคราะห์ ซึ่งงานวิจัยเรื่องนี้ได้ผ่านความเห็นชอบในการอนุมัติให้ดำเนินการวิจัย

จากคณะกรรมการการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ของโรงพยาบาลศูนย์ราชบุรี ในวันที่ 28 มิถุนายน 2554

1.6 ผู้วิจัยศึกษาสถิติผู้มารับบริการรายวันจากแฟ้มสถิติผู้ป่วย พบว่าจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการรายวันในแต่ละวันเฉลี่ยวันละ 15-20 คนโดยประมาณ โดยมีจำนวนในแต่ละวันแตกต่างกัน และจากการสอบถามพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานร่วมกับการสังเกตการณ์ของผู้วิจัยในลักษณะการมารับบริการของผู้ป่วยจิตเภทตั้งแต่วันที่ 4 ก.ค.-22 ก.ค. 2554 พบว่าผู้ป่วยที่มารับบริการมี 3 ลักษณะ คือ ผู้ป่วยที่มารับบริการด้วยตนเอง ผู้ป่วยที่มาพร้อมกับญาติ และผู้ป่วยที่ญาติมารับยาแทน ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยในพื้นที่ จ. ราชบุรี จากนั้นผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกตามขั้นตอน ระหว่างวันที่ 4-22 ก.ค. 2554 ดังนี้ เมื่อผู้รับบริการมารับบริการ ผู้วิจัยทำการประเมินโดยแบบประเมินอาการทางสุขภาพจิต แบบประเมินการรับรู้ตรรกะ แบบประเมินการปรับตัวทางสังคม โดยมีจำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการทั้งหมด 104 คน ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน เป็นกลุ่มทดลอง 20 คน กลุ่มควบคุม 20 คน จากนั้นจับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Matched pair) โดยการควบคุมให้ทั้ง 2 กลุ่มมีลักษณะใกล้เคียงกันมากที่สุด คือ เพศ และอาการทางสุขภาพจิต ทำการคัดเลือกจนครบ 20 คู่ตามที่กำหนดไว้

1.7 ผู้วิจัยแนะนำตัวเอง แจ้งวัตถุประสงค์ของการศึกษา และให้ข้อมูลเรื่องการพิทักษ์สิทธิกับกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งให้ลงชื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

## 2. ระยะดำเนินการทดลอง

2.1 กลุ่มควบคุม ได้รับการดูแลตามปกติที่พยาบาลวิชาชีพประจำแผนกผู้ป่วยนอกจัดให้มีขึ้น เพื่อบริการกับผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ การตรวจคัดกรอง ประเมินอาการและระดับความรุนแรงด่วนของอาการเจ็บป่วย ให้สุขศึกษาในรายที่มีข้อสงสัย ให้คำแนะนำเรื่องการใช้ยา รวมถึงการเยี่ยมบ้านในรายที่มีปัญหาซับซ้อน

2.2 กลุ่มทดลอง ได้รับการเข้าร่วมกลุ่มจิตบำบัดระดับประคองที่โรงพยาบาลศูนย์ราชบุรี โดยผู้วิจัยเป็นผู้นำกลุ่ม ทำหน้าที่ดำเนินกิจกรรมด้วยตนเองทุกขั้นตอน มีผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (APN) เป็นผู้ช่วยผู้นำกลุ่มทำหน้าที่สังเกตและจดบันทึก ผู้นำกลุ่มอธิบายเกี่ยวกับรายละเอียดถึงขั้นตอนการดำเนินการให้กับสมาชิกที่เข้าร่วมโครงการรับทราบตามการดำเนินการในการทำกิจกรรมกลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง 5 ครั้ง สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ๆ ละ 60-90 นาที ทำในวันอังคาร พุธ พฤหัสบดี และศุกร์ โดยใช้ระยะเวลาติดต่อกันทั้งสิ้น 4 สัปดาห์ และดำเนินการที่ห้องทำกิจกรรมกลุ่ม โรงพยาบาลศูนย์ราชบุรี



โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 10 คน โดยกลุ่มที่ 1 ทำกิจกรรมกลุ่มช่วงวันอังคารและพฤหัสบดี เวลา 13.00-14.00 น. และ กลุ่มที่ 2 ทำกิจกรรมกลุ่มช่วงวันพุธและศุกร์ เวลา 13.00-14.00 น. ดังนี้

วัน	เวลา	กิจกรรม
สัปดาห์ที่ 1		
วันอังคาร	13.00-14.00น.	ครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและความร่วมมือ สมาชิกร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์การรับรู้ตราบาป(กลุ่มที่ 1)
วันพุธ	13.00-14.00น.	ครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและความร่วมมือ สมาชิกร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์การรับรู้ตราบาป(กลุ่มที่ 2)
วันพฤหัสบดี	13.00-14.00น.	ครั้งที่ 2 ) การร่วมมือกันเพื่อสำรวจปัญหา สร้างเป้าหมายและวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกัน (กลุ่มที่ 1)
วันศุกร์	13.00-14.00น.	ครั้งที่ 2 ) การร่วมมือกันเพื่อสำรวจปัญหา สร้างเป้าหมายและวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกัน (กลุ่มที่ 2)
สัปดาห์ที่ 2		
วันอังคาร	13.00-14.00น.	ครั้งที่ 3 การพัฒนาการมีคุณค่าแห่งตน(กลุ่มที่ 1)
วันพุธ	13.00-14.00น.	ครั้งที่ 3 การพัฒนาการมีคุณค่าแห่งตน(กลุ่มที่ 2)
วันพฤหัสบดี	13.00-14.00น.	ครั้งที่ 4 การฝึกทักษะการสื่อสาร (กลุ่มที่ 1)
วันศุกร์	13.00-14.00น.	ครั้งที่ 4 การฝึกทักษะการสื่อสาร (กลุ่มที่ 2)
สัปดาห์ที่ 3		
วันอังคาร	13.00-14.00น.	ครั้งที่ 5 การพัฒนาทักษะการเผชิญปัญหา เปิดโอกาสให้สมาชิกทบทวนเนื้อหา ความรู้สึก (กลุ่มที่ 1)
วันพุธ	13.00-14.00น.	ครั้งที่ 5 การพัฒนาทักษะการเผชิญปัญหาเปิดโอกาสให้สมาชิกทบทวนเนื้อหา ความรู้สึก (กลุ่มที่ 2)
สัปดาห์ที่ 5		
วันอังคาร	09.00-10.00 น.	ประเมินผลการวิจัย
	10.00-11.00 น.	ประเมินผลการวิจัย

ในแต่ละขั้นตอนมีวัตถุประสงค์และการประเมินผลดังนี้ (รายละเอียดเนื้อหาในแต่ละขั้นตอนแสดงในเครื่องมือฉบับสมบูรณ์)

## กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภท

สถานที่ ตึกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลศูนย์ราชบุรี

สัปดาห์ที่1 ระยะเวลา 60-90 นาที

รูปแบบ ให้สมาชิกนั่งเป็นวงกลม ให้ผู้ป่วยเลือกนั่งตามอริยาศัยผู้นำกลุ่มและผู้ช่วย  
นั่งสลับกับผู้ป่วย

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกได้รู้จักและคุ้นเคยซึ่งกันและกัน ไว้วางใจ เปิดเผยตนเองและมีสัมพันธภาพที่มีต่อกัน สามารถสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้ เกิดความร่วมมือและมีส่วนร่วมในกลุ่ม เกิดสัมพันธภาพที่อบอุ่นระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย
2. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มเข้าใจวัตถุประสงค์ ระเบียบข้อตกลงและบทบาทของสมาชิกกลุ่ม
3. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มเข้าใจหลักการ เหตุผล ขั้นตอน วิธีการและประโยชน์ของการบำบัด
4. เพื่อให้สมาชิกเกิดความร่วมมือและมีแรงจูงใจในการเข้าร่วมโครงการ

### สาระสำคัญ

ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ มีปัญหาด้านสัมพันธภาพกับผู้อื่น การปรับตัวทางสังคมการใช้ชีวิตในสังคมส่งผลต่อการรับรู้ตราบาป จึงจำเป็นต้องมีการพบประสังสรรค์กับบุคคลอื่นในสังคม ดังนั้นการเรียนรู้การสร้างสัมพันธภาพจึงเป็นสิ่งสำคัญ ในการช่วยให้ผู้ป่วยอยู่ในสังคมได้ ลดการรับรู้ตราบาป และลดการป่วยซ้ำได้ ผู้นำกลุ่มจึงควรส่งเสริมให้ผู้ป่วย มีการสร้างสัมพันธภาพเริ่มจากการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มโดยระยะเริ่มต้นให้ฝึกปฏิบัติในการกล่าวทักทาย สวัสดี การยกมือไหว้ การยิ้มให้

### กิจกรรม

1. ให้สมาชิกกลุ่มนั่งเป็นวงกลมหันหน้าเข้าหากัน กล่าวทักทายและต้อนรับสมาชิกด้วยน้ำเสียงและท่าทีที่อบอุ่น จากนั้นแนะนำตนเอง และบทบาทหน้าที่ในฐานะผู้นำกลุ่ม

### แนวการเกริ่นนำเข้าสู่กิจกรรม

สวัสดี...ทุกคนคะ วันนี้รู้สึกยินดีมากที่ได้มาเป็นผู้นำกลุ่มในวันนี้ และขอต้อนรับเข้าสู่กิจกรรมกลุ่ม ซึ่งทุกท่านที่เข้าร่วมกิจกรรมนี้จะได้ประโยชน์ในการพัฒนาตนเองให้เป็นที่ยอมรับของครอบครัวและชุมชน สามารถดำรงชีวิตในสังคมอย่างมีความสุข ก่อนอื่นเราทำความรู้จักกันก่อนเริ่มจาก...

2. ให้สมาชิกร่วมกิจกรรมสร้างความคุ้นเคย โดยให้สมาชิกหยิบกระดาษรูปหัวใจขนาดเล็ก คนละ 1 ชิ้น
3. ให้สมาชิกเขียนแนะนำตนเองลงในกระดาษรูปหัวใจขนาดเล็ก เช่น ชื่อ-สกุล ชื่อเล่น ฯลฯ
4. ให้สมาชิกแต่ออกมาแนะนำตนเอง ให้สมาชิกคนอื่น ๆ รู้จัก แล้วนำกระดาษรูปหัวใจที่เขียนแนะนำตนเองไปติดลงบนภาพต้นไม้
5. เมื่อสมาชิกออกมาแนะนำตัวจนครบทุกคนแล้ว ให้นักเรียนร่วมกันสรุปกิจกรรมนี้ว่ามีวัตถุประสงค์อะไร
6. ให้สมาชิกศึกษาใบความรู้ เรื่องกิจกรรมกลุ่มและประโยชน์ที่จะได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม
7. เปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามข้อสงสัย ให้ ร่วมกันแสดงความคิดเห็น และผู้นำกลุ่มกล่าวสรุป
8. ให้สมาชิกร่วมกันแสดงความคิดเห็น เรื่องระเบียบและข้อปฏิบัติในการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม โดยอธิบายถึงความจำเป็นในการที่จะต้องมีระเบียบและข้อปฏิบัติในการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม โดยการอยู่ร่วมกัน ควรต้องมีกรอบในการปฏิบัติตนให้เป็นแนวทางเดียวกัน เพื่อให้เกิดความเป็นระเบียบเรียบร้อย และบรรลุวัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมกิจกรรมในครั้งนี้ ขอให้สมาชิกกลุ่มร่วมกันแสดงความคิดเห็นว่าเราควรมีกติกาในการอยู่ร่วมกันอย่างไรบ้าง ซึ่งขอเรียกว่า “ระเบียบและข้อปฏิบัติในการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม”
9. กล่าวสรุประเบียบและข้อปฏิบัติในการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม
  - 9.1. เปิดเผยตนเองและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นโดยพูดเรื่องราวและแนวคิดของตนเองให้กลุ่มทราบ
  - 9.2. ให้เวลาคนอื่นได้มีโอกาสพูดบ้าง เพราะสมาชิกอื่นก็ต้องการจะมีส่วนร่วมพูดคุยด้วยเช่นกัน
  - 9.3. ยินดีต้อนรับคำถามทุกคำถาม ถามคำถามที่ต้องการ โดยไม่มีการตำหนิ สมาชิกมีอิสระที่จะถามคำถามโดยไม่จำเป็นต้องคัดกรองคำถามให้สวยงาม
  - 9.4. เป็นผู้ฟังที่ดี รับฟังและให้กำลังใจเพื่อนสมาชิกได้มีส่วนร่วมในการแสดงออก
  - 9.5. ฟังสมาชิกคนอื่น ๆ ด้วยความตั้งใจ
  - 9.6. รักษาความลับของเพื่อนสมาชิกในกลุ่ม
  - 9.7. ให้แนวคิดหรือเสนอแนะให้เพื่อนสมาชิกด้วยความจริงใจ

9.8. มีความรับผิดชอบต่องานที่ได้รับมอบหมายให้ทำ

9.9. เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มตรงเวลาและสม่ำเสมอ

10. ผู้นำกลุ่มเปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามข้อสงสัย และทำความเข้าใจเนื้อหาให้เข้าใจตรงกัน และร่วมกันสรุป โดยผู้นำกลุ่มกล่าวสรุปเพิ่มเติม"หากเรามีความคุ้นเคยกัน จะทำให้เรากลับแสดงความคิดเห็นและเกิดความไว้วางใจกัน เกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน และที่สำคัญคือสมาชิกจะรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มมีความจริงใจที่จะช่วยเหลือกันและกัน จุดมุ่งหมายในการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มครั้งนี้ คือการลดตราบาป ให้สมาชิกที่มีเรื่องราวและความรู้สึกที่คล้ายคลึงกัน มีความรู้ ความเข้าใจ และการปฏิบัติตนในเรื่องลดตราบาปได้อย่างเหมาะสม และจะเป็นประโยชน์ต่อการดำรงชีวิตต่อไป กิจกรรมกลุ่มในครั้งนี้เป็นไปตามเป้าหมายมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับสมาชิกทุกคนในการให้ความ"

### อุปกรณ์

1. โปสเตอร์ แสดงวัตถุประสงค์ของการทำกลุ่มบำบัดแบบระดับประคอง
2. กระดาษ ดินสอ ป้ายชื่อสำหรับผู้ป่วย
3. แบบสอบถามการรับรู้ตราบาป
4. ตารางบันทึกปัจจัยที่เกิดขึ้นในการทำกลุ่มจิตบำบัดแบบระดับประคอง(แบบประเมินปัจจัยบำบัด 11 ปัจจัยตามแนวคิด Yalom,1995)
5. ใบความรู้เรื่องโรคจิตเภท และการรับรู้ตราบาป

### การประเมินผล

**พฤติกรรมกลุ่ม** เริ่มเปิดกลุ่มสมาชิกหนึ่งเป็นวงกลม มีสมาชิกบางไม่สบตาใคร คนหนึ่งก้มหน้า ผู้นำกลุ่มแนะนำตนเองและผู้ช่วยกลุ่ม ชี้แจงวัตถุประสงค์ ระเบียบ และประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้ากลุ่ม แล้วให้สมาชิกแนะนำตนเอง โดยบอกชื่อ นามสกุล ให้สมาชิกในกลุ่มทราบ และให้พูดคุยเกี่ยวกับเรื่องของตนเองที่อยากจะเล่าให้สมาชิกฟัง ในช่วงก่อนเริ่มทำกิจกรรมสมาชิกไม่ค่อยพูด บรรยากาศกลุ่มเงียบ ค่อนข้างอึดอัด หลังจากทำกิจกรรมร่วมกัน แลกเปลี่ยนข้อมูลทำให้บรรยากาศลดความอึดอัดลง เกิดความรู้สึกผ่อนคลาย จากนั้นผู้นำกลุ่มให้สมาชิกเสนอข้อตกลงในการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม และเพื่อให้สมาชิกไว้วางใจกลุ่มมากขึ้นโดยผู้นำกลุ่มแสดงความสนใจเรื่องราวของสมาชิก ตั้งใจรับฟัง ใส่ใจต่อเรื่องราวของสมาชิกทุกคน เน้นข้อตกของกลุ่มในเรื่อง การรักษาความลับ ทำให้สมาชิกเปิดเผยตนเองมากขึ้น หลังจากทำกลุ่ม 35 นาที กลุ่มเริ่มมีความเป็นกันเอง มีสมาชิก 4 คนที่ช่วยกระตุ้นกลุ่ม มีอารมณ์สนุกสนาน ทำให้บรรยากาศลดความตึงเครียดลง ช่วงท้ายของการทำกลุ่มสมาชิกสามารถร่วมกันสรุปสาระสำคัญของกลุ่มได้

**พัฒนาการกลุ่ม** กิจกรรมนี้เป็นการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้นำกลุ่มกับสมาชิก และสมาชิกกับสมาชิก โดยผู้นำกลุ่มเป็นตัวอย่างและกระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มได้เรียนรู้คือ มีท่าที่ตั้งใจรับฟัง แสดงความสนใจในเรื่องราวของสมาชิก ใส่ใจต่อความรู้สึกและความคิดเห็นของสมาชิก ยอมรับและทำความเข้าใจในสิ่งที่สมาชิกพูด ทำให้สมาชิกเกิดความไว้วางใจ กล้าที่จะเปิดเผยตนเองมากขึ้น ดังตัวอย่างคำพูด “จิตใจที่มั่นคงเป็นเหมือนกัน เวลาเล่าก็เหมือนทุกคนอยากฟังเรา บอกตรงๆไม่เคยบอกความรู้สึก หรือเล่าเรื่องส่วนตัวที่เคยนอนโรงพยาบาลให้ใครฟังเลย ผิดกับเวลาที่คุยกับเพื่อนเก่า ๆ เขาไม่เข้าใจหรอก ไม่เป็นเหมือนเรา เราก็เลยไม่อยากพูดคุยกับใครเลย และก็เลยไม่อยากจะพูดกับเราด้วย เขาว่าเราสติไม่ดี เขาว่าเราว่าบ้า” สมาชิกบางคนเห็นประโยชน์ของการทำกิจกรรมกลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง ทำให้มีความหวังในชีวิต ดังตัวอย่างคำพูด “ผมอยากเป็นปกติเหมือนคนอื่น ผมอยากดีขึ้นกว่านี้ ..... (สมาชิกคนหนึ่งในกลุ่มซึ่งมีอาการดี) ผมจะทำแบบ.....และนำสิ่งที่ได้จากการเข้ากลุ่มไปปฏิบัติดูแลตนเอง” “มาเข้ากลุ่มก็ดีเหมือนกัน ได้รู้จักเพื่อนใหม่ อยู่บ้านก็ไม่ได้ทำอะไร ไม่มีเพื่อนคุย ก็อยากมีเพื่อนที่เข้าใจบ้าง วันนี้สนุกมาก” ในช่วงท้ายสมาชิกได้ให้กำลังใจกันและกัน และสัญญาว่าจะมาเข้ากลุ่มอีกในครั้งต่อไป

## **กิจกรรมที่ 2 การร่วมมือกันเพื่อสำรวจปัญหา สร้างเป้าหมายและวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกัน**

**กลุ่มเป้าหมาย** ผู้ป่วยจิตเภท

**สถานที่** ตึกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลศูนย์ราชบุรี

**สัปดาห์ที่ 2** ระยะเวลา 60-90 นาที

**รูปแบบ** ให้ผู้ป่วยนั่งเป็นวงกลม ให้ผู้ป่วยเลือนั่งตามอักษยาศูนย์นำกลุ่มและผู้ช่วยนั่งสลับกับผู้ป่วย

### **วัตถุประสงค์**

1. เพื่อให้ทราบภาพรวมและความต้องการโดยทั่วไปของผู้ป่วยต่อการรับรู้ตราบาปที่เกิดขึ้นในการดำเนินชีวิตประจำวัน
2. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มร่วมกันกำหนดเป้าหมายและวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกัน
3. เพื่อให้เกิดจากเรียนรู้วิธีการแก้ไขความรู้สึกการมีตราบาปร่วมกัน

**สาระสำคัญ** ผู้ป่วยจิตเภท มีความบกพร่องในด้านการดูแลตนเอง โดยเฉพาะการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทั้งในด้าน ความสะอาดร่างกาย การรับประทานอาหาร การรับประทานยา การพักผ่อน เป็นต้น ทำให้เกิดปัญหาทั้งต่อตัวผู้ป่วยและผู้ดูแล กลุ่มบำบัดแบบประคับประคอง

เป็นการสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ระบายความคับข้องใจ ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจปัญหาและหาวิธีเผชิญปัญหาของตนเองได้ จากการแลกเปลี่ยนและจากกระบวนการกลุ่ม

### กิจกรรม

1. ผู้นำกลุ่มกล่าวเปิดกลุ่ม ทักทายสมาชิก ทบทวน วัตถุประสงค์ กติกา และ ประสพการณ์ในการทำกลุ่ม
2. เปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่ม มีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน อภิปรายแลกเปลี่ยนประสพการณ์ใน ประเด็น
  - การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในด้านต่างๆ ที่ผ่านมาจากสมาชิกแต่ละคน หลังจากนั้น ผู้นำกลุ่มสรุปประเด็น
  - ปัญหาที่ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ หลังจากนั้นผู้นำกลุ่ม สรุปประเด็น
3. ผู้นำกลุ่มสะท้อนให้สมาชิกช่วยกันแก้ปัญหา บอกความรู้สึกต่อปัญหา และมีการ แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประสพการณ์ และเสนอแนวทางการแก้ปัญหาพร้อมกัน รวมทั้งการ เชื่อมโยงคำพูด ความคิดเห็นของสมาชิกเพื่อให้มีการอภิปรายปัญหาอย่างต่อเนื่อง และสรุปเนื้อหาที่ได้จากการทำกลุ่ม ตลอดจนสังเกตปฏิกิริยา การทำกลุ่ม เพื่อกระตุ้นให้ สมาชิกกลุ่ม มีปฏิสัมพันธ์กันอย่างทั่วถึง
4. ผู้นำกลุ่มให้ความรู้เรื่อง การดูแลตนเอง ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย จิตเภท และให้สมาชิกกลุ่มบอกความตั้งใจของตนเองในการจะกลับไปปฏิบัติหลังจากเข้ากลุ่มและ ให้นำมาเล่าให้เพื่อนสมาชิกคนอื่นฟังในการเข้ากลุ่มครั้งต่อไป
5. เปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามแสดงความคิดเห็น ผู้นำกลุ่มตอบคำถาม หลังจากนั้น ผู้นำกลุ่มสรุปกิจกรรมในครั้งนี้นี้และนัดหมายครั้งต่อไป

### อุปกรณ์

1. โปสเตอร์ แสดงวัตถุประสงค์ของการทำกลุ่มบำบัดระดับประคอง
2. โปสเตอร์ แสดงถึงกฎระเบียบในการเข้ากลุ่ม
3. กระดาษ ดินสอ ป้ายชื่อสำหรับผู้ป่วย
4. แบบประเมินกระแสกลุ่มบำบัดระดับประคอง
5. ตารางบันทึกปัจจัยที่เกิดขึ้นในการทำกลุ่มจิตบำบัดแบบประคอง (แบบประเมิน ปัจจัยบำบัด 11 ปัจจัยตามแนวคิด Yalom, 1995)
6. ใบความรู้เรื่องการดูแลตนเอง

## การประเมินผล

### พฤติกรรมกลุ่ม

สมาชิกนั่งเป็นวงกลม บรรยากาศภายในกลุ่มดูผ่อนคลาย ทุกคนนั่งในท่าที่สบาย มีความเป็นกันเองมากขึ้น ผู้นำกลุ่มเปิดกลุ่ม และเริ่มประเด็นอภิปรายประเด็น การป่วยเป็นโรคจิตเภทซึ่งเป็นโรคเรื้อรัง ส่งผลกระทบต่อตัวสมาชิกอย่างไร ให้อภิปรายที่ละด้าน พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีปัญหาที่คล้ายคลึงกันคือ

ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ มีสมาชิกหลายรายที่คิดว่า เมื่อป่วยเป็นโรคจิตเภทแล้วไม่สามารถทำอะไรได้ เช่น “หนูกินยาแล้วมือสั่น ไม่รู้จะทำอย่างไร ถูกเพื่อนที่ทำงานล้อ เลยลาออกจากงาน” “ผมรู้สึกไม่มีแรง ง่วงนอน ไม่อยากไปทำงาน” “ผมไม่อยากอาบน้ำ เบื่อทุกวันนี้ อาบน้ำวันละครั้ง โดนแม่ด่าทุกวัน” “พี่ที่หนูไปช่วยขายของก็ชอบว่า ว่าทำอะไรก็ไม่ได้ทำอะไรก็ซ้ำ ฟังแล้วหนูรู้สึกเสียใจ ไม่สบายใจเลย”

ด้านสังคมและเศรษฐกิจ พบว่าสมาชิกไม่ได้รับการยอมรับจากเพื่อนร่วมงาน เช่น “หนูไม่ค่อยมีเพื่อนหรอก พอเขารู้ว่าหนูเป็นคนบ้าก็ไม่มีใครอยากคุยด้วยหรอก หนูก็เลยไม่อยากไปทำงาน หรือคุยกับเพื่อนเก่า ๆ” “ไม่อยากไปทำงาน เบื่อที่ทำงานชอบล้อผมว่าผมเป็นคนบ้า ทำให้คนอื่นกลัว ผมจึงหยุดงานจนถูกโรงงานไล่ออกแล้ว” “ก็ต้องรับจ้างใช้แรงงานรายวันเหนื่อยก็เหนื่อยแต่ก็ทำ ก็ทำอะไรอื่นก็คงไม่ได้ เพราะบางครั้งเราก็ง่วง ไปทำงานเป็นวันก็ตื้ออยากหยุดวันไหนก็หยุดได้”

ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ สมาชิกกลุ่มทุกคนมีความรู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่าย คิดว่าตนเองโชคร้ายที่เกิดมาเป็นโรคทางจิต เช่น “บางครั้งก็ท้อแท้ ว่าชาติที่แล้วไปทำอะไร เกิดมาถึงความผิดปกติแบบนี้ บางครั้งมันควบคุมตัวเองไม่ได้จริงๆ นะคุณพยาบาล ซึ่งตอนนี้ไม่เป็นแล้ว เพราะกินยาตลอดไม่เคยหยุดยาเองเลย แต่คนอื่นก็ยังกลัวเราว่าเราจะมีอาการเมื่อไรก็ไม่รู้ บางครั้งเห็นคนที่เขาปกติ ก็น้อยใจ อยากฆ่าตัวตายไปเกิดใหม่ให้รู้แล้วรู้รอดกันไป”

ด้านครอบครัว มีปัญหากับครอบครัว เช่น “เบื่อพี่ ชอบว่าผมแรง ๆ เช่น เกิดมาทำไม เป็นภาระ งานก็ไม่ช่วยทำ ก็ผมไม่อยากทำ ผมง่วงนอนอยากนอน” “ป้าเคยมีแฟนนะ พอเขารู้ว่าป้าเป็นโรคจิตก็เลิกคบกับป้า ทำให้ป้าต้องอยู่เป็นโสดจนถึงทุกวันนี้” “เวลาคุยกับพี่เขาชอบว่าเราแรงๆ เราก็ไม่ชอบเราก็ว่ากลับไป บางครั้งก็ไม่คุยกันเลย คิดดูสิคะคุณพยาบาลอยู่บ้านเดียวกันยังไม่คุยกันเลย”

ผู้นำกลุ่มเชื่อมโยงไปสู่ประโยชน์ที่ได้จากการทำกลุ่มและให้กำลังใจสมาชิกทุกคน มีสมาชิกรายหนึ่งบอกว่า “ผมจะลองมาเข้ากลุ่มให้ครอบครัวว่าผมจะดีขึ้นไหม” มีสมาชิกหลายคน

มีความเห็นตรงกันกับสมาชิกรายนั้น จากนั้นให้สมาชิกบอกเป้าหมายในชีวิต หลังจากนั้นก็ให้สมาชิกบอกเป้าหมายในชีวิต กิจกรรมเพื่อให้เป้าหมายสำเร็จ ระยะเวลาที่ใช้ให้กลุ่มฟัง สมาชิกทุกคนมีความตั้งใจในการทำกิจกรรม และให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี

**พัฒนาการกลุ่ม** ในกิจกรรมนี้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจมากขึ้น ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรม แลกเปลี่ยนประสบการณ์ มีการซักถาม และช่วยกันให้ข้อเสนอแนะใหม่ ๆ เพื่อช่วยเหลือกันและกัน มีการให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อสมาชิก เช่น “ทำไมต้องตั้งเป้าหมายในชีวิต ทำอย่างไรที่จะทำให้เป้าหมายของเราสำเร็จ รวมถึงวิธีการตั้งเป้าหมายในชีวิต” เกิดการลอกเลียนแบบสิ่งที่ดีดี เช่น “ผมชอบเป้าหมายของคุณ..... (สมาชิกรายหนึ่งในกลุ่ม) ผมจะลองเอาไปทำตามบ้าง” สมาชิกกลุ่มเกิดความรู้สึกมีความหวังเช่น “เราอยากเหมือนคนปกติ เราต้องทำให้ได้” ได้เรียนรู้ทักษะการเข้าสังคม เพราะขณะทำกลุ่มเหมือนเข้าชุมชนจำลอง บางครั้งพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมก็จะแสดงออกมา เช่น มีผู้ป่วยรายหนึ่งมักจะพูดคนเดียว ไม่มีเหตุผล สมาชิกก็ช่วยกันตักเตือน เช่น “พูดอะไร เราต้องฝึกควบคุมตัวเองนะ เดียวไปคุยกับคนอื่นเขาจะว่าเราบ้า ไม่มีใครอยากคุยด้วย”

### กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาการมีคุณค่าแห่งตน

**กลุ่มเป้าหมาย** ผู้ป่วยจิตเภท

**สถานที่** ตึกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลศูนย์ราชบุรี

**สัปดาห์ที่ 2** ระยะเวลา 60-90 นาที

**รูปแบบ** ให้ผู้ป่วยนั่งเป็นวงกลม ให้ผู้ป่วยเลือกนั่งตามอรรถยาศัยผู้นำกลุ่มและผู้ช่วยนั่งสลับกับผู้ป่วย

#### วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกมีทัศนคติที่ดี ต่อดตนเองและผู้อื่น และมีความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น
2. เพื่อให้สมาชิกได้ตระหนักถึงคุณค่าของตนเอง และเป็นการฝึกฝนการมองโลกในแง่ดี
3. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มมีความรู้ถึงการมีตราบาปลดลง มีการปรับตัวทางสังคมได้ดีขึ้นและอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข
4. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มเรียนรู้ถึงประโยชน์ของการทำงานและการใช้เวลาว่างต่อตนเองและครอบครัวได้

#### สาระสำคัญ



การเจ็บป่วยทางจิตทำให้ผู้ป่วยมีความคิดและพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ซึ่งแตกต่างจากคนปกติทั่วไป มักถูกล้อเลียนหรือไม่ได้รับการยอมรับเท่าที่ควร ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียความมั่นใจในตนเอง ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่จะมีความบกพร่องในการใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ และมีเวลาว่างมากเนื่องจากไม่สามารถประกอบอาชีพได้เช่นเดิม ทำให้คิดฟุ้งซ่าน และรู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า ต่ำห็นตนเอง ให้คุณค่าของตนเองต่ำกว่าความเป็นจริง ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกเป็นตราบาป ดังนั้นการเสริมคุณค่าให้กับผู้ป่วย นำไปสู่การมองโลกในแง่ดี และมีสัมพันธภาพที่ดีต่อคนอื่น ๆ รู้จักใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ ส่งผลให้ผู้ป่วยปรับตัวอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้ เกิดความคิดความรู้สึกการมีตราบาปลดลง และอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข

### กิจกรรม

1. ผู้นำกลุ่มกล่าวทักทาย สอบถามความเป็นอยู่ สุขสบาย และพูดคุยเรื่องทั่วไป ทบทวนประสบการณ์ในการทำกลุ่มครั้ง ก่อน

2. ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกเล่าประสบการณ์ของตนเองในการดูแลตนเองที่ลองไปปฏิบัติ จากการเข้ากลุ่มครั้งก่อนให้สมาชิกกลุ่มฟัง ผู้นำกลุ่มสรุปเพิ่มเติม

3. ผู้นำกลุ่มแจกใบงานเรื่อง คุณค่าในตัวตน

4. ให้สมาชิกแต่ละคนมองตนเองและเขียนคุณลักษณะที่ดีของตนเองลงในใบงานคนละ 3 อย่าง

**แนวการเกริ่นนำ** สวัสดี...ทุกคน ครั้งนี้เป็นกิจกรรมกลุ่มครั้งที่ 3 ทุกท่านยังคงจำบรรยากาศในการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มครั้งที่แล้วได้ การเข้าร่วมกิจกรรมครั้งที่แล้ว สมาชิกได้ทำความเข้าใจเกี่ยวกับกิจกรรมกลุ่ม ข้อปฏิบัติและระเบียบของการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม... วันนี้เราจะมาทำความเข้าใจเกี่ยวกับตนเอง ให้รู้สึกรักและเห็นคุณค่าในตนเอง “คุณค่าของตนเอง” ให้สมาชิกกลุ่มมองตนเองและเขียนคุณลักษณะที่ดีของตนเองลงในใบงาน ใครมีข้อสงสัยบ้างไหม

5. ให้สมาชิกบอกคุณลักษณะที่ดีของตนเองให้สมาชิกคนอื่นทราบ

6. ผู้นำกลุ่มสนับสนุนและให้กำลังใจสมาชิกมีส่วนร่วมในการเสนอแนะ และผู้นำกลุ่มสรุป

**แนวการสรุป** จากการที่ทุกท่านได้บอกคุณลักษณะที่ดีของตนเอง และได้ทราบคุณลักษณะที่ดีของเพื่อน ซึ่งทั้งหมดเป็นการแสดงให้เห็นว่า ทุกคนได้มองเห็นคุณค่าของตนเอง มองเห็นสิ่งที่ดี ๆ ในตนเอง

7. ผู้นำกลุ่มเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่ม อภิปรายแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในประเด็น

- การใช้เวลาว่างของสมาชิกแต่ละคน ผู้นำกลุ่มสรุปประเด็น

- ปัญหาในการใช้เวลาว่าง และความรู้สึก คับข้องใจ ไม่มีคุณค่าของสมาชิกกลุ่ม  
ผู้นำกลุ่มสรุปประเด็น

8. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกกลุ่มแสดงความคิดเห็นและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ต่อการ  
แก้ปัญหา โดยเน้นการสร้างความคิดริเริ่ม และควมมีคุณค่าแห่งตน

9. ผู้นำกลุ่มให้ความรู้เรื่อง การทำงาน การใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ และการมีคุณค่า  
แห่งตน และเชื่อมโยงการ สร้างแรงจูงใจ ให้กำลังใจ และให้สมาชิกกลุ่มร่วมให้กำลังใจ  
ซึ่งกันและกัน

10. ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกกลุ่ม คิดวิธีการใช้เวลาว่างที่เกิดประโยชน์ ต่อตนเองและ  
ครอบครัวและให้ลองนำไปปฏิบัติและกลับมาเล่าให้เพื่อนสมาชิกฟังในการเข้ากลุ่มครั้งต่อไป

11. สมาชิกซักถามข้อสงสัย และทำความเข้าใจเนื้อหาให้เข้าใจตรงกัน และร่วมกันสรุป  
โดยผู้นำกลุ่มกล่าวสรุปเพิ่มเติม

**แนวการสรุปกิจกรรม** สมาชิกสามารถบอกคุณลักษณะที่ดีของตนเอง และได้ทราบ  
คุณลักษณะที่ดีของเพื่อน ซึ่งทั้งหมดนี้แสดงให้เห็นว่าสมาชิกได้มองเห็นคุณค่าในตัวเอง รวมทั้งได้  
ทราบถึงพฤติกรรมที่แสดงออกถึงการเห็นคุณค่าในตนเอง จากกิจกรรมในวันนี้สมาชิกจะเห็นว่า  
บุคคลทุกคนล้วนมีคุณค่าและมีศักยภาพอยู่ในตนเอง และผู้ที่สามารถนำศักยภาพในตนมาใช้ได้  
มากที่สุด คือผู้ที่รู้จักและเข้าใจตนเอง มีความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง สามารถนำศักยภาพที่มีอยู่ไปใช้ในการ  
พัฒนาตนเองให้เกิดประโยชน์ และป้องกันตนจากสิ่งยั่วยุต่าง ๆ ซึ่งอาจนำความเสื่อมเสีย  
มาสู่ตนเอง ดังนั้นการมองเห็นคุณค่าในตนเองจะเป็นภูมิคุ้มกันที่ดีสำหรับตัวเอง

12. สมาชิกสรุปสิ่งได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มลงในใบงาน

13. ผู้นำกลุ่มเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มซักถาม ยุติกิจกรรมกลุ่มและนัดหมายวัน เวลาครั้ง  
ต่อไป

### อุปกรณ์

1. ไปสเตอร์ แสดงวัตถุประสงค์ของการทำกลุ่มบำบัดระดับบุคคล
2. ไปสเตอร์ แสดงถึงกฎระเบียบในการเข้ากลุ่ม
3. กระดาษ ดินสอ ป้ายชื่อสำหรับผู้ป่วย
4. ใบความรู้ เรื่องคุณค่าในตัวตน
5. ใบงานเรื่อง คุณค่าในตัวตน
6. แบบประเมินกระแกลุ่มบำบัดระดับบุคคล

7. ตารางบันทึกปัจจัยที่เกิดขึ้นในการทำกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง (แบบประเมินปัจจัยบำบัด 11 ปัจจัยตามแนวคิด Yalom, 1995)

6. ใบความรู้เรื่องการใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์

## การประเมินผล

### พฤติกรรมกลุ่ม

สมาชิกส่วนใหญ่มาตรงเวลา มีการตักเตือนสมาชิกที่มาไม่ตรงเวลาโดยสมาชิกด้วยกัน ผู้นำกลุ่มสรุปเพิ่มเติมให้สมาชิกกลุ่มเห็นความสำคัญของการตรงเวลา ในการดำรงชีวิตประจำวัน สมาชิกหนึ่งเป็นวงกลม พูดคุยกันเองก่อนเข้ากลุ่ม ผู้นำกลุ่มเปิดกลุ่มและแจ้งวัตถุประสงค์ให้สมาชิกทราบ จากนั้นเริ่มการพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ทำให้ผิดหวังและสิ่งที่ประสบความสำเร็จ ผู้นำกลุ่มและสมาชิกร่วมกันวิเคราะห์ได้ว่า คนเราแต่ละคนต้องมีข้อบกพร่องของตนเอง แต่รอยตำหนิ และข้อบกพร่องที่เรามีนั้นอาจทำให้การอยู่ร่วมกันของเรา น่าสนใจมากขึ้น เราควรมองโลกในหลาย ๆ ด้าน คนเราไม่ได้มีแต่ข้อเสียอย่างเดียวเท่านั้น ดังนั้นเราต้องยอมรับแต่ละคนในแบบที่เขาเป็น และมองหาสิ่งดีในตัวพวกเขาเหล่านั้น จากนั้นเชื่อมโยงให้สมาชิกฝึกค้นหาสิ่งที่มีภูมิใจในตัวเอง มีสมาชิกบอกว่า “ไม่เห็นมีข้อดีอะไรเลย” สมาชิกในกลุ่มจึงให้กำลังใจกันและมีสมาชิกรายหนึ่งบอกว่า “ทำไม่จะมี ไม่มี ก็มาตรงเวลาไง แต่งตัวเรียบร้อย ขยันเห็นนั่งอ่านคู่มือที่พยาบาลให้ตลอดเลย แล้วก็ยังเป็นจิตอาสาของโรงพยาบาลอีก มีข้อดีตั้งเยอะ” สมาชิกรายนั้นยิ้มและบอกว่า “จริงด้วย ดีใจจังที่มีคนเห็นความดีของหนู คนอื่นยังเห็นหนู ต้องฝึกหาความดีของหนูบ้างแล้ว” และฝึกให้สมาชิกหาสิ่งที่อยากปรับปรุงในตัวเองให้ดีขึ้น พร้อมหาวิธีการที่จะทำให้ดีขึ้น มีสมาชิกรายหนึ่งกล่าวว่า “กิจกรรมนี้ดีจริง ๆ เมื่อก่อนไม่เคยมานั่งทำแบบนี้ ต่อไปต้องฝึกทำบ่อย ๆ จะได้ปรับปรุงตนเองให้ดีขึ้น” สิ่งที่เกิดขึ้นได้จากการทำกลุ่มในครั้งนี้คือ สมาชิกเริ่มให้ความร่วมมือมากขึ้น กล้าที่จะนำมาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันในกลุ่ม กล้าเปิดเผยความรู้สึกของตนเอง บางครั้งเป็นเรื่องส่วนตัวที่ไม่เคยเล่าให้ผู้ฟัง

ผู้นำกลุ่มสรุปประเด็นเรื่องความมีคุณค่าในตนเอง การใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ต่อตนเอง ครอบคลุม สังคม

### พัฒนาการกลุ่ม

ในครั้งนี้มีการร่วมกันแก้ไขปัญหาของสมาชิกในกลุ่ม เรื่องความรู้สึกอับอายจากการเป็นโรคจิตเภท รู้สึกไม่มีคุณค่า โดยมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ การที่สมาชิกได้ระบายเรื่องที่ทำให้เกิดความรู้สึกต่อตนเองในด้านลบ ได้บอกความรู้สึกว่า “รู้สึกดีขึ้น ปกติไม่มีใครให้ความสำคัญกับหนู ไม่มีใครมานั่งฟังเรื่องของหนูแบบนี้” เกิดความรู้สึกเกื้อกูลกันเมื่อสมาชิกบางคนบอกว่า “ลองเอาวิธีของฉันไปใช้สิ ไปลองทำดู ฉันว่า

น่าจะช่วยให้บ้างนะ ปัญหาของเราก็เหมือนๆ กัน” ได้เรียนรู้และพัฒนาเทคนิคการเข้าสังคม เช่น “ขอบคุณค่ะที่ให้กำลังใจหนู” มีการให้ข้อมูลในการแก้ไขปัญหา เช่น “ช่วยทำงานบ้านสิ จะได้ไม่รู้สึกเป็นภาระของที่บ้าน” มีการฝึกทักษะการสื่อสารเช่นฝึกทักทายกันก่อนเข้ากลุ่ม บอกลากัน หลังเลิกกลุ่ม มีการเรียนรู้มารยาทในการอยู่ร่วมกัน เช่น การตรงต่อเวลา การพูดจาไพเราะ

#### กิจกรรมที่ 4 การฝึกทักษะการสื่อสาร

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภท

สถานที่ ตึกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลศูนย์ราชบุรี

สัปดาห์ที่ 2 ระยะเวลา 60-90 นาที

รูปแบบ ให้ผู้ป่วยนั่งเป็นวงกลม ให้ผู้ป่วยเลือกนั่งตามอัยาศัยผู้นำกลุ่มและผู้ช่วยนั่งสลับกับผู้ป่วย

#### วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกเรียนรู้รูปแบบการสื่อสารในบรรยากาศของความเสมอภาคต่อกัน ลดการรับรู้ตราบาป
2. เพื่อให้สมาชิกมีทักษะการแสดงความคิดเห็นต่อผู้อื่นอย่างจริงใจและกล่าวคำขอบคุณต่อการแสดงความชื่นชมจากบุคคลอื่นได้อย่างเหมาะสม

#### สาระสำคัญ

การฝึกทักษะการสื่อสารรวมถึงการพัฒนาเทคนิคเพื่อเข้าสังคม ต้องมีการควบคุมตนเองในสิ่งที่ไม่พอใจ การถ้อยที่ถ้อยอาศัย การสื่อสารกัน การเข้าใจถึงความคิดความรู้สึกของแต่ละฝ่าย ต้องมีการช่วยเหลือ ฟังพากันในสถานการณ์ต่างๆ การเต็มใจให้ความช่วยเหลือผู้อื่นจะทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน รู้สึกภูมิใจ รู้สึกมีคุณค่า ในขณะที่เดียวกันการขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นก็ไม่ใช่ว่าจะน่าละอาย โดยมีวัตถุประสงค์ให้ผู้ป่วยลดความรู้สึกในด้านลบ เช่น รู้สึกโดดเดี่ยว ถูกทอดทิ้ง การเข้ากลุ่มทำให้ได้เรียนรู้หลักการและวิธีปฏิบัติในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น รวมถึงการขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนจากสังคมรอบข้างในเรื่องที่ไม่สามารถแก้ไขได้เอง ช่วยให้ผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับสังคมไปในทางที่ดีขึ้น การฝึกทักษะการสื่อสารอาจเป็นแนวทางหนึ่งในการช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการยอมรับจากบุคคลอื่นมากขึ้นและลดการรับรู้ตราบาปได้

#### กิจกรรม

1. ผู้นำกลุ่มกล่าวทักทาย สอบถามความเป็นอยู่ สุขสบาย และพูดคุยเรื่องทั่วๆ ไป ทบทวนประสบการณ์ในการทำกลุ่มครั้ง ก่อน

2. ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกเล่าประสบการณ์ของตนเองในการใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ที่ลองไปปฏิบัติจากการเข้ากลุ่มครั้งก่อนให้สมาชิกกลุ่มฟัง ผู้นำกลุ่มสรุปเพิ่มเติม
3. ผู้นำกลุ่มเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่ม อภิปรายแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในประเด็น
  - ความเสมอภาคในการติดต่อสื่อสาร ของสมาชิกแต่ละคน ผู้นำกลุ่มสรุปประเด็น
  - ปัญหาในการสื่อสาร และความรู้สึก คับข้องใจ ความรู้สึกทราบปายของสมาชิกกลุ่ม ผู้นำกลุ่มสรุปประเด็น
4. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกกลุ่มแสดงความคิดเห็นและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ต่อการแก้ปัญหา โดยเน้นการติดต่อสื่อสารในทางบวก (Positiveness) ได้อย่างเหมาะสม และจริงจังในการสื่อสาร
5. ผู้นำกลุ่มให้ความรู้เรื่อง การฝึกทักษะทางการสื่อสาร และเชื่อมโยงการ ความรู้สึกทราบปายต่อโรคจิตเภท และให้สมาชิกกลุ่มร่วมให้กำลังใจซึ่งกันและกัน
6. ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกกลุ่ม คิดวิธีการใช้การสื่อสารทางบวก ต่อตนเองและครอบครัวและให้ลองนำไปปฏิบัติและกลับมาเล่าให้เพื่อนสมาชิกฟังในการเข้ากลุ่มครั้งต่อไป
7. ผู้นำกลุ่มสรุปผลการเข้ากลุ่ม และนัดหมายทำกลุ่มครั้งต่อไป

### อุปกรณ์

1. โปสเตอร์ แสดงวัตถุประสงค์ของการทำกลุ่มบำบัดระดับประคอง
2. โปสเตอร์ แสดงถึงกฎระเบียบในการเข้ากลุ่ม
3. กระดาษ ดินสอ ป้ายชื่อสำหรับผู้ป่วย
4. แบบประเมินกระแสมุมมองบำบัดระดับประคอง
5. ตารางบันทึกปัจจัยที่เกิดขึ้นในการทำกลุ่มจิตบำบัดแบบประคอง (แบบประเมินปัจจัยบำบัด 11 ปัจจัยตามแนวคิด Yalom, 1995)

6. ใบความรู้เรื่องทักษะทางการสื่อสารของผู้ป่วยจิตเภท

### การประเมินผล

**พฤติกรรมกลุ่ม** สมาชิกมาตรงเวลา นั่งเป็นวงกลม มีการพูดคุยกันเองก่อนเริ่มกลุ่ม สมาชิกมีสีหน้าท่าทางสนใจในกิจกรรมที่ผู้นำกลุ่มกำหนดขึ้น โดยเฉพาะกิจกรรมความเหมือนที่แตกต่าง และการสื่อสารอย่างสันติ ซึ่งสมาชิกเกิดการเรียนรู้จากที่ผู้นำกลุ่มจัดกิจกรรมขึ้น สามารถเชื่อมโยงเข้าสู่ปัญหาและฝึกทักษะการอยู่ร่วมกันในสังคมได้ มีการให้ความรู้เรื่องทักษะการสื่อสาร โดยมีตัวอย่างแล้วให้สมาชิกช่วยกันคิด คำพูดการสื่อสารทางบวก สมาชิกสนุกสนานและสามารถยกตัวอย่างการสื่อสารด้านบวกและการสื่อสารด้านลบได้อย่างถูกต้อง

จากนั้นเข้าสู่กิจกรรมการจัดการกับปัญหาการสื่อสาร โดยให้สมาชิกเลือกที่จะแก้ไขปัญหามาจากสถานการณ์ของสมาชิก ได้ข้อสรุปว่ากลุ่มช่วยกันแก้ไขปัญหาการสื่อสารของสมาชิกคนหนึ่งที่มีปัญหาโดยเวลาที่ผู้ป่วยไปช่วยพี่คนที่ 2 ทำงานแล้วมักจะโดนว่าแรงๆตลอด เราก็ว่ากลับไปบ้าง บางครั้งก็เจียบ้าง ซึ่งปัญหาดังกล่าวสมาชิกทุกคนเคยเจอสถานการณ์ลักษณะคล้ายๆกัน สมาชิกทุกคนพยายามช่วยกันเสนอแนวทางการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นจากการสื่อสาร สมาชิกคนหนึ่ง “ฉันเข้าใจฉันก็มีปัญหาแบบนี้เหมือนกัน ลองทำแบบฉันป่าว ฉันหาคนช่วยพูด หาคนกลางเป็นคนคอยเชื่อมโยง เช่นแม่ แล้วตอนอารมณ์ไม่ดีก็ยังไม่พูด ถ้าอารมณ์ดีค่อยมาคุยด้วย ฉันทำวิธีนี้ได้ผลดีนะ ” ผู้ป่วยรายอื่นฟังแล้วก็เห็นด้วยกับวิธีนี้ ผู้นำกลุ่มเชื่อมโยงกิจกรรมนี้สู่การทักะการสื่อสาร

**พัฒนาการกลุ่ม** ในการทำกลุ่มครั้งนี้ มีการทำกิจกรรมที่แตกต่างจากการทำกลุ่มที่ผ่านมา สมาชิกส่วนใหญ่มีความกล้าแสดงออก กล้าเป็นตัวแทนในการทำกิจกรรม และช่วยกันให้ข้อเสนอแนะในประเด็นที่อภิปราย มีการเรียนรู้ร่วมกันในเรื่องทักะการสื่อสาร ทักะสังคม การสื่อสารอย่างสันติ จากนั้นผู้นำกลุ่มได้สรุปให้เห็นถึงประเด็นที่มีปัญหาเหมือนกันของสมาชิกในกลุ่ม คือ ปัญหาการเข้าสังคมรวมถึงการขอความช่วยเหลือในชุมชน และการสื่อสาร การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่มีประโยชน์กัน ทำให้สมาชิกกลุ่มได้รับความรู้เพิ่มขึ้นจากสมาชิกกลุ่มด้วยกัน

### กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักะการเผชิญปัญหา

**กลุ่มเป้าหมาย** ผู้ป่วยจิตเภท

**สถานที่** ตึกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลศูนย์ราชบุรี

**สัปดาห์ที่ 3** ระยะเวลา 60-90 นาที

**รูปแบบ** ให้ผู้ป่วยนั่งเป็นวงกลม ให้ผู้ป่วยเลือกนั่งตามอักษยาศัยผู้นำกลุ่มและผู้ช่วยนั่งสลับกับผู้ป่วย

#### วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มเกิดความมั่นใจ และเกิดทักะในการเผชิญปัญหา
2. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มมีความรู้ความเข้าใจและเห็นความสำคัญของการปรับตัวทางสังคม ด้านสัมพันธภาพกับบุคคลในครอบครัว

#### สาระสำคัญ

ผู้ป่วยจิตเภทที่มีระยะเวลาเจ็บป่วยที่ยาวนาน จะมีอาการด้านลบมากขึ้นทำให้มีความยากลำบากในการดำเนินชีวิต เกิดความเครียดง่าย มีปัญหาการปรับตัวที่บ้าน มีการแสดงออก

ทางอารมณ์อย่างรุนแรงต่อบุคคลในครอบครัว ผู้ป่วยบางรายเมื่อเผชิญปัญหาจะแสดงพฤติกรรมไม่เหมาะสม เนื่องจากความสามารถในการควบคุมตนเองน้อย ส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัว กระบวนการกลุ่มบำบัดระดับประคับประคอง จะช่วยให้ผู้ป่วยเรียนรู้ที่จะเผชิญปัญหา และแก้ไขพฤติกรรมปรับตัวที่ไม่เหมาะสม

### กิจกรรม

1. ผู้นำกล่าวเปิดกลุ่ม ทักทายสมาชิก ทบทวนประสบการณ์ในการทำกลุ่มครั้งก่อน
2. ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกเล่าประสบการณ์ของตนเองในการสื่อสารทางบวกที่ลองไปปฏิบัติจากการเข้ากลุ่มครั้งก่อนให้สมาชิกกลุ่มฟัง ผู้นำกลุ่มสรุปเพิ่มเติม
3. ผู้นำกลุ่มเปิดโอกาสให้สมาชิกได้อภิปราย แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ในประเด็น
  - ทบทวนเหตุการณ์รอบด้านของตนเองที่มีผลทำให้สมาชิกรู้สึกตราบ่าป ผู้นำกลุ่มสรุปประเด็น
  - การแสดงท่าทีต่อการรับรู้ตราบ่าปนั้นของสมาชิกกลุ่ม ผู้นำกลุ่มสรุปประเด็น
4. ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกแลกเปลี่ยนและแสดงความคิดเห็นต่อปัญหา ประสบการณ์ และแนวทางการแก้ปัญหาต่างๆของแต่ละบุคคลอย่างทั่วถึง
5. ผู้นำกลุ่มให้ความรู้เรื่องทักษะในการเผชิญปัญหา และให้สมาชิก คิดวิธีการเผชิญปัญหาเมื่อความรู้สึกตราบ่าปและลองนำไปปฏิบัติ
6. ผู้นำกลุ่มสรุปผลการเข้ากลุ่ม พร้อมทั้งบอกให้สมาชิกรับทราบการเข้ากลุ่มครั้งต่อไป เป็นครั้งสุดท้าย และนัดเข้ากลุ่มครั้งต่อไป

### อุปกรณ์

1. โปสเตอร์ แสดงวัตถุประสงค์ของการทำกลุ่มบำบัดระดับประคับประคอง
2. โปสเตอร์ แสดงถึงกฎระเบียบในการเข้ากลุ่ม
3. กระดาษ ดินสอ ป้ายชื่อสำหรับผู้ป่วย
4. แบบประเมินกระแสกลุ่มบำบัดระดับประคับประคอง
5. ตารางบันทึกปัจจัยที่เกิดขึ้นในการทำกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง (แบบประเมินปัจจัยบำบัด 11 ปัจจัยตามแนวคิด Yalom, 1995)
6. ใบความรู้เรื่องการเผชิญปัญหา

### การประเมินผล

**พฤติกรรมกลุ่ม** สมาชิกมาตรงเวลา นั่งเป็นวงกลม มีการพูดคุยกันเองก่อนเริ่มกลุ่ม ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกยกตัวอย่างปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน สมาชิกร่วมกันแลกเปลี่ยน

ปรับการดำเนินงานเป็นปกติ ผู้นำกลุ่มเชื่อมโยงเข้าสู่ประเด็น การแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น มีสมาชิกเล่าว่า “เด็กๆ แถวบ้านชอบล้อว่าบ้า ก็เลยคิดฆ่าตัวตาย” “มารดาชอบมาย้ำให้ทานยา พุดซ้ำซากทุกวัน เบื่อก็เลยแก้ปัญหาโดยการด่ามารดา พอด่าแล้วหนูก็เสียใจ แต่ก็คุมตัวเองไม่ได้” จากนั้นผู้นำกลุ่มให้ความรู้เรื่องทักษะการเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม และให้สมาชิกแลกเปลี่ยนประสบการณ์เรื่องการแก้ปัญหาอย่างมีหลักการ หลังจากได้ฝึกการแก้ไขปัญหาพบว่า สมาชิกต่างสนใจ มีความกระตือรือร้น หลังทำเสร็จมีสมาชิกบางคนรู้สึกภูมิใจในความสำเร็จของตนเอง เช่น “ลุงชอบจังเลยครับ ลุงไม่เคยแก้ปัญหาอย่างเป็นขั้นตอนมาก่อน ลุงตั้งใจมากที่ตัดสินใจมาเข้ากลุ่ม ทำให้ลุงได้รับความรู้ที่มีประโยชน์แบบนี้” “การฝึกแบบนี้ทำให้หนูมีสติมากขึ้น ต่อไปหนูจะเอาความรู้และสิ่งที่ได้จากการทำกลุ่มนี้ไปใช้เวลาหนูมีปัญหา”

**พัฒนาการกลุ่ม** ในกิจกรรมนี้สมาชิกมีการร่วมกันแก้ไขปัญหา โดยใช้ทักษะการเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม ที่ผู้นำกลุ่มให้ความรู้เพิ่มเติม โดยมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กัน และพัฒนาทักษะการเข้าสังคม เช่น การช่วยเหลือกัน มีสมาชิกบางคนไม่เข้าใจ สมาชิกที่เข้าใจก็ให้ความช่วยเหลือโดยการอธิบายให้ฟัง เรียนรู้มารยาทในการอยู่ในกลุ่มซึ่งเปรียบเสมือนชุมชนจำลอง เรียนรู้ที่จะติดต่อกับผู้อื่น เช่นบอกความต้องการของตนเองให้ผู้อื่นทราบ การขอความช่วยเหลือจากสมาชิกกลุ่ม ผู้นำกลุ่ม มีความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม เช่น “จะลองเอาคำแนะนำที่ได้จากการทำกลุ่มไปใช้เพราะปัญหาของหนูเหมือนของลุง น่าจะลองใช้วิธีเดียวกันได้” มีการให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อสมาชิก และเกิดความรู้สึกเกื้อกูลกัน เช่น “คำแนะนำของคุณคงเป็นประโยชน์กับคนอื่น ๆ บ้าง”

### การประเมินผลหลังเสร็จสิ้นกิจกรรมกลุ่ม 2 สัปดาห์ (สัปดาห์ที่ 5)

#### พฤติกรรมกลุ่ม

สมาชิกนั่งเป็นวงกลม มีการพูดคุยกันในกลุ่มมากขึ้น สีหน้ายิ้มแย้ม มีความเป็นกันเองคุยเล่นกัน สมาชิกร่วมกันบอกถึงสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเอง และมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น เช่น “ได้รู้วิธีดูแลตนเอง การจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาในการดำเนินชีวิตประจำวัน” “รู้สึกอบอุ่น ไม่ใช่เราคนเดียวที่มีปัญหา” “ได้รู้วิธีการดูแลตนเอง การจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาในการดำเนินชีวิตประจำวัน” “ได้เรียนรู้ทักษะการเข้าสังคม “ซึ่งเมื่อก่อนหนูกลัว ไม่มั่นใจ ไม่กล้าเสนอความคิดเห็นเพราะกลัวคนอื่นไม่ยอมรับ แต่ตอนนี้หนูเริ่มมั่นใจมากขึ้นค่ะ” “ได้เรียนรู้การเข้าสังคม ได้รับคำแนะนำจากสมาชิกกลุ่มเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อให้ที่ทำงานยอมรับ” “ทำให้ครอบครัวรัก เห็นใจผมมากขึ้นเพราะผมปรับปรุงตัว ใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ตามที่พยาบาลและเพื่อน ๆ แนะนำ ไม่ใช่เกียจ ไม่ดูด่าแม่เหมือนเก่า” มีการให้กำลังใจ และผู้นำกลุ่มให้ระบายความรู้สึกที่จะแยกจากกัน



ผู้นำกลุ่มสรุปและกล่าวให้กำลังใจสมาชิกที่จะนำเอาความรู้ ประสบการณ์และ คำแนะนำที่ได้รับจากกลุ่มไปใช้ในชีวิตประจำวันเพื่อให้มีสุขภาพที่ดี นำไปสู่ความรู้สึกทราบาบ ลดลง

**พัฒนาการกลุ่ม** กิจกรรมนี้สมาชิกกลุ่มพบว่าตนเองมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น มีความเข้าใจตนเองและผู้อื่นมากขึ้น เรียนรู้ทักษะสังคม ทักษะการสื่อสาร มีการฝึกทักษะ การเผชิญปัญหาอย่างถูกวิธี การแก้ไขพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม รวมถึงการเข้าใจและยอมรับใน อารมณ์ที่เกิดขึ้น สมาชิกได้แสดงความคิดเห็นความรู้สึกและประโยชน์ที่ได้รับ รวมถึงการประยุกต์ สิ่งที่ได้รับไปใช้ในการดำเนินชีวิตประจำวัน ผู้นำกลุ่มสรุปอย่างชัดเจนอีกครั้ง นอกจากนี้พบว่ายัง เกิดการเรียนรู้ที่จะติดต่อ และสร้างสัมพันธภาพ เมื่อสมาชิกในกลุ่มบอกว่า “มีสมาชิกบางคนดู ทำทางมั่นใจขึ้น กล้าแสดงความคิดเห็นมากกว่าเดิม” เกิดความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม ทำทาง สนิทสนมกันมากกว่าเดิม และมีสมาชิกบอกว่า “ไม่เคยรู้สึกเบื่อที่เข้ามาในกลุ่มเพราะเจอเพื่อน ๆ ที่จริงใจ” มีการพัฒนาเทคนิคเพื่อการเข้าสังคม เช่น “ได้พูดคุยกับเพื่อนสมาชิกแล้ว คิดว่าตนเอง พูดได้ดีขึ้น” มีการแสดงความรู้สึกห่วงใยและให้กำลังใจกันและกัน และมีสมาชิกบอกว่ารู้สึก แบ่งเบาที่ได้อธิบายสิ่งที่ไม่สบายใจ มีการให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ เช่น “เข้ากลุ่มแล้ว ได้ความรู้ ได้คำแนะนำหลาย ๆ อย่าง ได้รู้วิธีการเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม ซึ่งไม่เคยรู้มาก่อน สอนให้หนู จัดการกับปัญหาได้ดีขึ้น” และเห็นความจริงว่า ทุกคนเกิดมาต้องเจอกับปัญหา อุปสรรค มากบ้าง น้อยบ้าง

### 3. ระยะประเมินผลการทดลอง

ผู้วิจัยกำกับการทดลอง กระบวนการกลุ่มจิตบำบัดระดับประคองโดยใช้แบบประเมิน ปัจจัยบำบัด 11 ปัจจัยของYalom (1995) หลังทำกิจกรรมกลุ่มจิตบำบัดระดับประคองทุกครั้ง เป็นจำนวน 5 ครั้ง ดังแสดงในตารางที่ 2

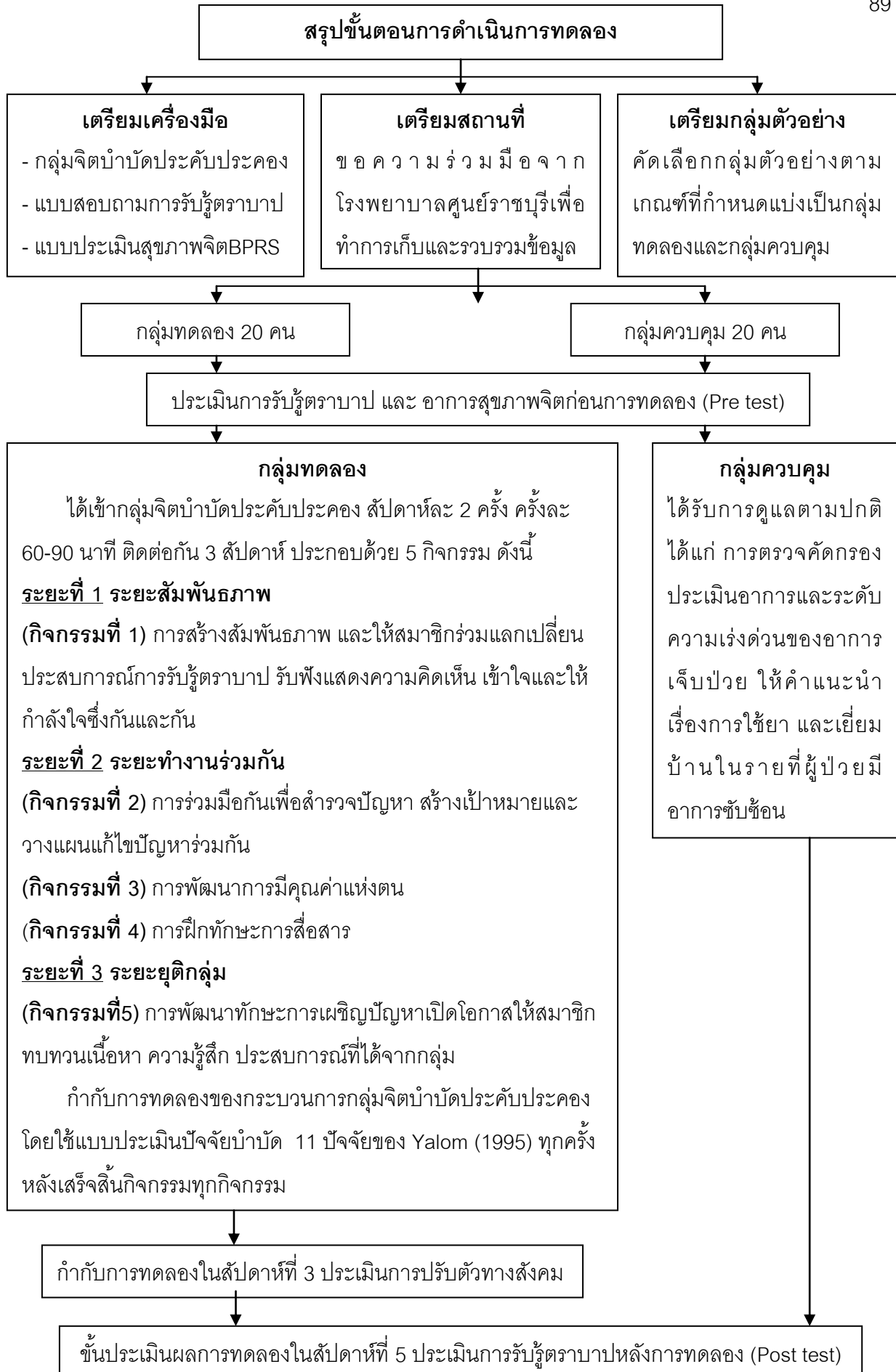
การกำกับการทดลอง ผู้วิจัยทำการกำกับการทดลองในกลุ่มทดลองทันทีภายหลังเสร็จสิ้น การดำเนินการกลุ่มจิตบำบัดระดับประคองครั้งที่ 5 ประเมินโดยใช้แบบประเมินการปรับตัวทาง สังคม ดังแสดงในตารางที่ 3

ผู้วิจัยประเมินการรับรู้ทราบาบในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอีกครั้ง (Post-Test) หลังสิ้นสุดการดำเนินการกลุ่มจิตบำบัดระดับประคองในครั้งที่ 5 ในสัปดาห์ที่ 5 และนำข้อมูลที่ ได้จากกลุ่มตัวอย่างมาตรวจสอบความสมบูรณ์ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีทางสถิติต่อไป

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปโดย

1. การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง คำนวณค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบคะแนนการรับรู้ตราบาประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติทดสอบที แบบกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (Independent t-test)
3. เปรียบเทียบคะแนนการรับรู้ตราบาปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมระหว่างก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติทดสอบที แบบกลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน (Dependent t-test)
4. กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05



## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิเคราะห์ข้อมูลของการศึกษาผลกลุ่มจิตบำบัดระดับประคับประคองต่อการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภท จากกลุ่มตัวอย่าง 40 คน ซึ่งถูกจับคู่ (Matched - pair) ให้มีคุณสมบัติที่ใกล้เคียงกันในเรื่องของเพศ จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล คะแนนการประเมินอาการทางจิต และคะแนนการรับรู้ตราบาป โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม จำนวน 20 คนและกลุ่มทดลอง จำนวน 20 คน โดยเปรียบเทียบการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มบำบัดระดับประคับประคอง และเปรียบเทียบการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มจิตบำบัดระดับประคับประคองกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปตารางประกอบคำบรรยายโดยนำเสนอรายละเอียดตามลำดับดังนี้

ตอนที่ 1 ผลการประเมินลักษณะข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย คำถามเกี่ยวกับ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ดังแสดงในตารางที่ 2

อาชีพ รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาในการป่วยด้วยโรคจิตเภท จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ดังแสดงในตารางที่ 3

ตอนที่ 2 ผลการประเมิน วิเคราะห์และเปรียบเทียบการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังแสดงในตารางที่ 4

ตอนที่ 3 ผลการประเมิน วิเคราะห์และเปรียบเทียบการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังแสดงในตารางที่ 5

ในการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในตารางต่าง ๆ ผู้วิจัยได้กำหนดด้วยย่อแทนสัญลักษณ์ทางสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

สัญลักษณ์ทางสถิติ

$n$	หมายถึง	จำนวนของกลุ่มตัวอย่าง
$\bar{X}$	หมายถึง	ค่าเฉลี่ย
S.D.	หมายถึง	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
$P$	หมายถึง	ระดับของความมีนัยสำคัญ

ตอนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 2 แสดงจำนวน และร้อยละของผู้ป่วยจิตเภท จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส และการศึกษา

ลักษณะของกลุ่ม ตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		รวม (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	<b>เพศ</b>					
หญิง	11	55	11	55	22	55
ชาย	9	45	9	45	18	45
<b>อายุ</b>						
20-29 ปี	4	40	6	30	10	25
30-39 ปี	10	50	9	45	19	47.5
39-49 ปี	4	20	2	10	6	15
49-50 ปี	2	10	3	15	5	12.5
<b>สถานภาพสมรส</b>						
โสด	14	70	13	65	27	67.5
คู่	6	30	7	35	13	32.5
หม้าย/หย่า/แยก	-	-	-	-	-	-
<b>ระดับการศึกษา</b>						
ไม่ได้รับการศึกษา	1	5	2	10	3	7.5
ประถมศึกษา	9	45	9	45	18	45
มัธยมศึกษา	8	40	7	35	15	37.5
อนุปริญญา	2	10	2	10	4	10

จากตารางที่ 2 แสดงให้เห็นถึงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส และการศึกษา ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย ร้อยละ 45 หญิง ร้อยละ 55 โดยมีอายุอยู่ในระหว่าง 30-39 ปี คิดเป็นร้อยละ 47.5 และมีสถานภาพโสด คิดเป็นร้อยละ 67.5 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 45

**ตารางที่ 3** จำนวนและร้อยละของกลุ่มผู้ป่วยจิตเภท จำแนกตามอาชีพ ความเพียงพอของรายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		รวม (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	<b>อาชีพ</b>					
รับจ้าง	6	30	7	35	13	32.5
ค้าขาย	2	10	3	15	5	12.5
อยู่บ้านเฉย ๆ / งานบ้าน	12	60	10	50	22	55
<b>รายได้</b>						
น้อยกว่า 4,000	13	65	13	65	26	65
4,000-8000	5	25	6	30	11	27.5
8,000-10,000	2	10	1	5	3	7.5
<b>ระยะเวลาของการเจ็บป่วย</b>						
1-5	7	35	6	30	13	32.5
6-10	10	50	10	50	20	50
11-15	3	15	4	20	7	17.5
<b>จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล</b>						
1-5	17	85	16	80	33	82.5
5-10	3	15	4	20	7	17.5

จากตารางที่ 3 แสดงให้เห็นถึงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอาชีพ ความเพียงพอของรายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ อยู่บ้านเฉย ๆ หรือ ทำงานบ้าน คิดเป็นร้อยละ 55 มีรายได้น้อยกว่า 4,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 65 และ ระยะเวลาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภทนั้นอยู่ในช่วง 6-10 ปี คิดเป็นร้อยละ 50 สำหรับจำนวน ครั้งในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอยู่ในช่วง 1-5 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 82.5

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์การรับรู้ตราใบของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการทดลอง  
กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตราใบของผู้ป่วยโรคจิตเภท ก่อนและหลังการ  
ทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=20)

คะแนนการรับรู้ตราใบ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	df	t	p-value
<b>กลุ่มทดลอง</b>						
ก่อนการทดลอง	47.95	4.19	ปานกลาง	19	9.13	.00
หลังการทดลอง	40.25	5.92	ต่ำ	19		
<b>กลุ่มควบคุม</b>						
ก่อนการทดลอง	48.1	3.91	ปานกลาง	19	.35	.37
หลังการทดลอง	48.3	4.64	ปานกลาง	19		

จากตารางที่ 4 พบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตราใบของผู้ป่วยโรคจิตเภทก่อนและหลัง  
การทดลอง ของกลุ่มทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $t = 9.13$ )  
โดยคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ตราใบของผู้ป่วยโรคจิตเภท หลังการทดลองของกลุ่มทดลองสูงกว่า  
ก่อนการทดลอง ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1 นั่นคือ การรับรู้ตราใบของผู้ป่วยจิตเภท  
หลังได้รับเข้าร่วมกลุ่มจิตบำบัดประคับประคองต่ำกว่าก่อนได้รับเข้าร่วมกลุ่มจิตบำบัด  
ประคับประคอง

ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์การรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการทดลอง  
ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยโรคจิตเภท ก่อนและหลังการทดลอง  
ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=40)

คะแนนการรับรู้ตราบาป	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	df	t	p-value
<b>ก่อนการทดลอง</b>						
กลุ่มทดลอง	47.95	4.18	ปานกลาง	38	.11	.45
กลุ่มควบคุม	48.1	4.18	ปานกลาง	38		
<b>หลังการทดลอง</b>						
กลุ่มทดลอง	40.25	5.92	ต่ำ	38	4.78	.00
กลุ่มควบคุม	48.3	4.64	ปานกลาง	38		

จากตารางที่ 5 พบว่า คะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยโรคจิตเภท ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน แต่ภายหลังการทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยโรคจิตเภท แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยโรคจิตเภทของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ( $t=4.78$ ) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2 นั่นคือ การรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มที่ได้รับเข้ากลุ่มจิตบำบัดประคับประคองต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ



## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – experimental Research) ดำเนินการวิจัยแบบสองกลุ่มวัดสองครั้ง (The pretest – posttest control group design) (Pilot & Hungler, 1995) เพื่อศึกษาผลของกลุ่มจิตบำบัดระดับประคองต่อการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทตัวแปรต้น คือ กลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง ตัวแปรตาม คือ การรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภท

#### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังเข้าร่วมกลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง
2. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับการเข้าร่วมกลุ่มจิตบำบัดระดับประคองกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

#### สมมติฐานการวิจัย

1. การรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทหลังเข้าร่วมกลุ่มจิตบำบัดระดับประคองต่ำกว่าก่อนทำกลุ่ม
2. การรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าร่วมกลุ่มจิตบำบัดระดับประคองต่ำกว่าการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นผู้ป่วยที่ได้รับวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท โดยใช้รหัสการจำแนกโรคตามบัญชีการจำแนกโรคระหว่างประเทศ (ICD 10) อาศัยอยู่ในชุมชน และได้รับการรักษาจากทีมสุขภาพแบบผู้ป่วยนอก

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยที่ได้รับวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท โดยใช้รหัสการจำแนกโรคตามบัญชีการจำแนกโรคระหว่างประเทศ (ICD 10) อาศัยอยู่ในชุมชนได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศูนย์ราชบุรี จ. ราชบุรี จำนวน 40 รายแบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 20 ราย และกลุ่มควบคุมจำนวน 20 รายโดยมีคุณสมบัติเกณฑ์การคัดเลือกเข้ากลุ่ม ดังนี้

1. มีอายุระหว่าง 20-59 ปี ทั้งเพศชายและหญิง
2. มีคะแนนตามแบบประเมินอาการทางจิต (BPRS) น้อยกว่า 30 คะแนน

3. อ่าน-เขียนหนังสือได้ และสามารถพูดคุยสื่อสารได้สะดวก

4. ยินดีเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ

เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion Criteria)

1. มีโรคแทรกซ้อนทางกายที่รุนแรง เนื่องจากเป็นอุปสรรคในการร่วมกิจกรรม

2. ผู้ที่เข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบตามโปรแกรม(Drop out)

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยออกเป็น 4 ส่วนคือ

1) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ กลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองต่อการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง

2) เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล คือ

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 แบบวัดการรับรู้ตราบาป

3) เครื่องมือกำกับการทดลอง คือ

ส่วนที่ 1 แบบวัดปัจจัยบำบัด 11 ปัจจัยตามแนวคิดของ Yalom (1995)

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการปรับตัวทางสังคม

### ชุดที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

กลุ่มจิตบำบัดประคับประคอง เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยนำแนวคิดกระบวนการกลุ่มของ Yalom (1995) มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีการรับรู้ตราบาปลดลง กระบวนการกลุ่มจะส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับปัจจัยที่ส่งผลด้านลบกับตนเอง และช่วยพัฒนาให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัวและชุมชนได้อย่างมีความสุข เกิดความรู้สึกตราบาปลดลง โดยผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ความถูกต้อง ชัดเจน ครอบคลุม ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ รูปแบบ และความเหมาะสมของการดำเนินกลุ่ม การจัดลำดับเนื้อหาและความเหมาะสมของเวลาในแต่ละครั้ง โดยผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 คน ได้แก่ จิตแพทย์ 1 คน อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 2 คน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (APN) 2 คน ประกอบด้วย 5 กิจกรรม คือ

### ระยะที่ 1 ระยะสัมพันธภาพ

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ และร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์การรับรู้ตราบาป รับฟังแสดงความคิดเห็น เข้าใจและให้กำลังใจซึ่งกันและกัน

### ระยะที่ 2 ระยะทำงานร่วมกัน

กิจกรรมที่ 2 การร่วมมือกันเพื่อสำรวจปัญหา สร้างเป้าหมายและวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกัน

กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาการมีคุณค่าแห่งตน

กิจกรรมที่ 4 การฝึกทักษะการสื่อสาร

### ระยะที่ 3 ระยะยุติกลุ่ม

กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะการเผชิญปัญหา และเปิดโอกาสให้สมาชิกทบทวนเนื้อหา ความรู้สึก ประสบการณ์ที่ได้จากกลุ่ม ชุดที่ 2 เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

#### ชุดที่ 2 เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ ระยะเวลาที่เจ็บป่วย

ส่วนที่ 2 แบบวัดการรับรู้ตราบาป ตามแนวคิดของ Wahl (1999) ที่อุบลรัตน์ สิงห์เสนี (2552) ได้นำมาดัดแปลง แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทย ประกอบด้วยข้อคำถาม 21 ข้อ โดยวัดการรับรู้ตราบาป 2 ด้าน คือด้านการถูกตีตรา จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1-9 ด้านการถูกแบ่งแยก กีดกัน จำนวน 12 ข้อ ได้แก่ ข้อ 10-21 ข้อคำถามส่วนใหญ่ เป็นข้อคำถามด้านลบ โดยมีข้อคำถามด้านบวก 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 3,7,16,20 และข้อคำถามด้านบวกจะกลับคะแนนก่อนแล้วจึงรวมคะแนนทั้งหมดการหาความเที่ยงโดย ผู้วิจัย นำแบบประเมินไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยจิตเภท ที่มีลักษณะใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่าง ที่มารับบริการ แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลราชบุรี จำนวน 30 คน แล้วนำไปหาความเที่ยงด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้ค่าความเที่ยง .93

#### ชุดที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับทดลอง

ส่วนที่ 1 แบบประเมินปัจจัยบำบัด 11 ปัจจัยตามแนวคิดของ Yalom (1995) ซึ่งผู้วิจัยได้ค้นคว้าจากตำราเอกสารต่างๆ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการบำบัด (Curative Factor) ว่าเป็นกลไกที่ทำให้สมาชิกเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ความคิด ความรู้สึกที่เหมาะสม และเป็นปัจจัยที่เกิดจากการระบายภายในกลุ่มหรือจากการมีปฏิสัมพันธ์

ระหว่างสมาชิกด้วยกันมี 11 ข้อ มีความเกี่ยวข้องกันใช้เป็นกรอบแนวคิดสำหรับการประเมินถึงผลสำเร็จในการทำกลุ่ม เพราะปัจจัยเหล่านี้เป็นองค์ประกอบพื้นฐานสำหรับการเลือกใช้เทคนิคหรือขั้นตอนของผู้นำกลุ่ม บางครั้งปัจจัยที่มีผลต่อการบำบัดทำให้การรักษาได้ผลดี ปัจจัยบำบัดจะค่อยๆพัฒนาและเกิดขึ้น ซึ่งจะทำงานพร้อมๆกันไป ช่วยส่งเสริมและสนับสนุนซึ่งกันและกัน ซึ่งปัจจัยบำบัดทั้ง 11 ข้อจะเกิดขึ้นในการทำกลุ่มบำบัดระดับประคอง อย่างน้อยปัจจัยบำบัดละ 2 ครั้ง

**ส่วนที่ 2** แบบประเมินการปรับตัวทางสังคม เป็นแบบประเมินที่สร้างขึ้น โดยอาศัย Katz Adjustment scale โดย Katz and Lyerly (1963) พัฒนาโดยจรรยา ัญญาดี (2537) ศึกษาเป้าหมายการบำบัดทางจิตเวช ว่าเพื่อทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการปรับตัวเพิ่มมากขึ้น เป็นแนวทางในการสร้างคำ ถามประกอบด้วยส่วนสำคัญ 2 ด้าน คือ ด้านการทำกิจกรรมตามความคาดหวังของสังคม ในเรื่องการดูแลตนเอง ความรับผิดชอบต่อครอบครัว และการเข้าสังคม ประกอบด้วยข้อคำถาม 16 ข้อ และ 22 ข้อ ลักษณะคำตอบแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ 1.มีการปรับตัวอยู่ในระดับต่ำ 2.มีการปรับตัวอยู่ในระดับปานกลาง 3.มีการปรับตัวอยู่ในระดับสูง มีค่าความเชื่อถือโดยผู้วิจัย นำแบบประเมินไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยจิตเภท ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลราชบุรี จำนวน 30 คน แล้วนำไปหาความเที่ยงด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .81

### การดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการทดลอง โดยแบ่งการทดลองเป็น 3 ระยะ คือ 1) ระยะเตรียมการทดลอง 2) ระยะดำเนินการทดลอง และ 3) ระยะประเมินผลการทดลอง เพื่อให้ผู้วิจัยสามารถดำเนินการทดลองได้อย่างถูกต้องและได้ผลการวิจัยที่มีความน่าเชื่อถือ ผู้วิจัยจึงต้องมีการเตรียมการดังต่อไปนี้

#### 1. ระยะเตรียมการทดลอง

1.1. ผู้วิจัยเตรียมตัวศึกษา ค้นคว้าตำรา เอกสาร และงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องในเรื่องการทำกลุ่มจิตบำบัดระดับประคองต่อการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยโรคจิตเภท ผู้วิจัยผ่านการศึกษาระบบการทำกลุ่มจิตบำบัดและได้รับการฝึกปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูงโดยได้มีการฝึกปฏิบัติจริงภายใต้การดูแลของพยาบาล APN ด้านการพยาบาลสุขภาพจิต

1.2. จัดเตรียมการทำกลุ่มจิตบำบัดระดับประคองต่อการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยโรคจิตเภทและเครื่องมือที่ใช้

- 1.3. เสนอขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เพื่อดำเนินการวิจัย
- 1.4. เตรียมสถานที่ในการทำโครงการ ทำหนังสือจาก คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล
- 1.5. เตรียมผู้ช่วยวิจัย คือพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (APN) เพื่อเป็นผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม และเป็นผู้ช่วยสังเกต จดบันทึกพัฒนาการของกลุ่ม
- 1.6. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกตามขั้นตอนศึกษาเพิ่มประวัติของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน แจกให้กลุ่มตัวอย่างทราบ เพื่อสอบถามความสมัครใจ โดยชี้แจงรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูลแก่หัวหน้าพยาบาลแผนกจิตเวช
- 1.7. ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพและให้ข้อมูลสำหรับกลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเกี่ยวกับการทำวิจัยเชิงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการทำวิจัย การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยแล้วลงชื่อในใบยินยอม และผู้วิจัยได้ประเมินการรับรู้ตราปาก่อนการทดลองทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เก็บคะแนนไว้เป็น Pre – test

## 2. ระยะดำเนินการทดลอง

- 2.1. ผู้วิจัยจัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองตามกระบวนการได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่างโดยกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มทดลองได้รับการทำกลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง
- 2.2. กลุ่มทดลอง ดำเนินตามโปรแกรมการทดลอง โดยมีผู้วิจัยเป็นผู้นำกลุ่ม และมีผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม ซึ่งผู้ช่วยวิจัยมีคุณสมบัติคือผ่านการศึกษากระบวนการทำกลุ่มบำบัดจากการฝึกปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูง ดำเนินการทดลอง โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ๆ ละ 10 คน ดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ๆ ละ 60-90 นาที นาน 3 สัปดาห์ ซึ่งผู้วิจัยได้มอบค่าเดินทางแก่กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมวิจัยทุกคน
- 2.3. กลุ่มควบคุม สัปดาห์ที่ 1-5 ได้รับการดูแลตามปกติ ได้แก่ ตรวจคัดกรองประเมินอาการระดับความรุนแรงด่วนของอาการเจ็บป่วย ให้สุขศึกษาในรายที่มีข้อสงสัย ให้คำแนะนำเรื่องการใช้ยา

**การประเมินผล** ประเมินผลจากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจและการร่วมแสดงความคิดเห็นตลอดจนการซักถามปัญหาต่าง ๆ

**การกำกับการทดลอง** หลังการทำกลุ่มทุกครั้ง ผู้วิจัยมีการกำกับการทดลองโดยใช้แบบวัดปัจจัยบำบัด 11 ปัจจัยตามแนวคิดของ Yalom (1995) และหลังการทดลองสิ้นสุดกิจกรรมที่ 5 จะกำกับการทดลองโดยใช้แบบประเมินการปรับตัวทางสังคม เป็นแบบประเมินที่สร้างขึ้น โดยอาศัย Katz Adjustment scale โดย Katz and Lyerly (1963) พัฒนาโดย จรรยา ธีญญาดี (2537)

### 3. ระยะประเมินผลการทดลอง

ผู้วิจัยประเมินการรับรู้ตราบาปในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอีกครั้ง (Post-Test) ในสัปดาห์ที่ 5 หลังสิ้นสุดการดำเนินกลุ่มจิตบำบัดระดับประคองครั้งที่ 5 ไปแล้ว 2 สัปดาห์ และนำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างมาตรวจสอบความสมบูรณ์ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีทางสถิติต่อไป

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

1. การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง คำนวณค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบคะแนนการรับรู้ตราบาประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติทดสอบที่แบบกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (Independent t-test)
3. เปรียบเทียบคะแนนการรับรู้ตราบาปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมระหว่างก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติทดสอบที่แบบกลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน (Dependent t-test)
4. กำหนดระดับค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

#### สรุปผลการวิจัย

จากการศึกษา ผลของกลุ่มจิตบำบัดระดับประคองของผู้ป่วยจิตเภท มีผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. การรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทภายหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. การรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้เข้ากลุ่มจิตบำบัดระดับประคองต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปได้ว่าผลการวิจัยครั้งนี้เป็นไปตามสมมติฐานในการวิจัย 2 ประการคือ

1. ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้เข้ากลุ่มจิตบำบัดระดับประคองภายหลังเข้ากลุ่มมีการรับรู้ตราบาปต่ำกว่าก่อนเข้ากลุ่ม
2. ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้เข้ากลุ่มจิตบำบัดระดับประคองมีการรับรู้ตราบาปต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

จึงสรุปได้ว่ากลุ่มจิตบำบัดระดับประคองสามารถทำให้การรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทลดลง

### อภิปรายผลการทดลอง

1. ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยในกลุ่มทดลองระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง พบว่าคะแนนเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ตราบาปหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน ข้อที่ 1 จากผลของการวิจัยดังกล่าวอภิปรายผลได้ดังนี้

จากการเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองระหว่างก่อนกับหลังการทดลองพบว่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตราบาปโดยรวมหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง โดยก่อนการทดลองคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตราบาปอยู่ในระดับปานกลาง และภายหลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตราบาปอยู่ในระดับเหมือนเดิมคือระดับปานกลาง

จากผลการวิจัยสามารถอภิปรายได้ว่า กลุ่มจิตบำบัดระดับประคองสามารถลดความรู้สึกการมีตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยกลุ่มจิตบำบัดระดับประคองนี้ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นโดยนำแนวคิดกระบวนการกลุ่มของ Yamon (1995) มาใช้ผสมผสานเป็นขั้นตอนต่างรวม 5 กิจกรรม ตั้งแต่ การสร้างสัมพันธ์ภาพและความร่วมมือ ให้มีความสำคัญกับสมาชิกกลุ่มในการมีส่วนร่วมและรับผิดชอบต่อการบำบัด ซึ่งผู้วิจัยทำหน้าที่สร้างและดำรงไว้ซึ่งความเป็นกลุ่ม โดยการคัดเลือกและเตรียมผู้ป่วยจิตเภทที่มีการรับรู้ตราบาปที่อยู่ในระดับใกล้เคียงกัน ตั้งใจและเต็มใจในการเข้าร่วมกลุ่ม ในการทำกิจกรรมกลุ่มจิตบำบัดระดับประคองนี้ผู้วิจัยได้สร้างสัมพันธ์ภาพกับสมาชิกจนเกิดความรู้จักกัน คุ่นเคยกัน มีความไว้วางใจ กล้าที่จะระบายออกในความรู้สึกไม่สบายใจ การรับรู้ตราบาปที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและมีความกระตือรือร้นต่อการเข้ากลุ่ม ดังจะเห็นได้จากผู้ป่วยตั้งใจเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มโดยมาก่อนเวลานัดหมาย มีการซักถามพูดคุยกันเอง แสดงความคืบเคยกัน และบอกว่า “รู้สึกผูกพันกัน เกิดความรู้สึกว่าเราไม่ได้อยู่คนเดียวในโลกนี้ เรายังมีเพื่อนที่มีความทุกข์และมีปัญหาล้ำๆกัน อยากจะช่วยเหลือซึ่งกันและกัน” และผู้วิจัยกระตุ้นให้สมาชิก

ร่วมกันทำความเข้าใจ มีปฏิสัมพันธ์ในขอบและเป้าหมายที่กำหนดไว้ร่วมกัน มีการแสดงความคิดเห็นต่อการรับรู้ตราบาป เสริมสร้างกำลังใจแก่กันและกัน ทำให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ความรู้สึก การเป็นผู้ให้ โดยเฉพาะการให้กำลังใจผู้อื่น ส่งผลเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

ผู้วิจัยแสดงบทบาทในการเปิดเผยตัวเองภายในกลุ่ม ยอมรับฟังผู้ป่วยโดยไม่วิพากษ์วิจารณ์พฤติกรรมของผู้ป่วยแต่ละคน และเป็นตัวอย่างในการสร้างปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น โดยใช้ความเชื่อมั่น สนับสนุนการระบายอารมณ์ เน้นการเปิดเผยตัวเอง ยอมรับซึ่งกันและกัน เพื่อให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้แบบพฤติกรรม ส่งผลผู้ป่วยเกิดความรู้สึกผูกพันทางใจต่อกัน มองเห็นคุณค่าของกันและกัน ซึ่งปราโมทย์ เชาวศิลป์(2534) และ Yalom(1995) ได้ให้แนวคิดว่าการได้แลกเปลี่ยนความรู้สึก ข้อคิดเห็นและการได้ระบายออกจะเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยได้สำรวจตัวเอง และเข้าใจพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของตนเอง พร้อมทั้งช่วยในการเรียนรู้ทักษะและการแก้ไขปัญหาต่างๆ ทำให้ผู้ป่วยเห็นแนวทางและมีความเข้าใจในการดำเนินชีวิต ช่วยให้เกิดความเข้าใจ ความรู้สึกตราบาป และการปรับตัวต่อการรับรู้ตราบาปได้ดีมากขึ้น นอกจากนี้ผู้วิจัยยังทำให้ผู้ป่วยตระหนักถึงกระแสของกลุ่มขณะนั้น เน้นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยแสดงความรู้สึกตราบาปออกมา กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น เน้นให้สามารถแก้ไขพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมที่มีต่อตนเองและผู้อื่นขณะอยู่ในกลุ่มเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับชีวิตของตนเองได้

การทำวิจัยกลุ่มจิตบำบัดระดับประคองทำให้เกิดปัจจัยบำบัดตามแนวคิดของ Yalom(1995) สามารถช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมที่เหมาะสม และเป็นปัจจัยที่เกิดขึ้นจากกระบวนการภายในกลุ่ม หรือจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยด้วยกัน ซึ่งทำงานพร้อมๆกันไป ช่วยส่งเสริมและสนับสนุนซึ่งกันและกัน การทำกิจกรรมกลุ่มจิตบำบัดระดับประคองทั้ง 5 ครั้ง พบว่าปัจจัยบำบัดมากที่สุดเป็นลำดับหนึ่ง คือ การผูกพันทางใจต่อกัน การได้ระบายออก ปัจจัยที่พบรองลงมาเป็นอันดับสอง คือ การได้เรียนรู้แบบพฤติกรรม การรู้สึกมีความหวัง การได้รู้ถึงความจริงของชีวิต ปัจจัยที่พบรองลงมาเป็นอันดับสาม คือ การเรียนรู้ มนุษยสัมพันธ์ การให้ข้อมูล การพัฒนาเทคนิคเพื่อเข้าสังคม และปัจจัยที่พบน้อยที่สุดคือ การแก้ไขประสบการณ์เดิมในครอบครัว

จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยเกิดการร่วมมือกันเพื่อสำรวจปัญหา กำหนดเป้าหมายและวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกันโดยใช้กระบวนการกลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง ขั้นตอนนี้จะช่วยให้ทราบภาพรวมและความต้องการโดยทั่วไปของผู้ป่วยต่อการเปลี่ยนแปลงปัญหาที่เกิดขึ้นในการดำเนินชีวิตประจำวัน เพื่อให้ดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุขในสังคม(Berger et al., 2000) มีการพัฒนาการมีคุณค่าชีวิตแห่งตน การป่วยเป็นโรคจิตเภททำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความคิด



การรับรู้ อารมณ์และพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม แม้จะรักษาจนมีอาการทุเลาแล้วแต่เมื่อกลับไปอยู่ในชุมชนก็มักถูกล้อเลียนและยังไม่ได้รับการยอมรับจากคนรอบข้าง ทำให้เกิดสูญเสียความมั่นใจ รู้สึกไม่มีคุณค่า ดังนั้นการเสริมสร้างคุณค่าในตนเองจะทำให้ผู้ป่วยสามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีความสุข กิจกรรมในกลุ่มจิตบำบัดระดับประคับประคองครั้งนี้จะเน้นให้ผู้ป่วยมองเห็นจุดดี เกิดความภาคภูมิใจ ความมีคุณค่าแห่งตน และการยอมรับจุดอ่อนซึ่งเป็นสิ่งที่สามารถพัฒนาได้ และให้ผู้ป่วยรู้จักการทำงานและการใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ ดังนั้นการเสริมคุณค่าให้กับผู้ป่วยนำไปสู่การคิดบวก มองโลกในแง่ดี และมีสัมพันธภาพที่ดีต่อคนอื่น ๆ รู้จักใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการปรับตัวอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข ลดการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทลง และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ฝึกทักษะการสื่อสารรวมถึงการพัฒนาเทคนิคเพื่อเข้าสังคม การดำเนินการในครั้งนี้ทำให้ผู้ป่วยทราบว่าคนเป็นสัตว์สังคมที่ไม่สามารถอยู่ลำพังคนเดียวได้ จำเป็นต้องอยู่ร่วมกับบุคคลอื่น ๆ และในการอยู่ร่วมกันนั้น คนแต่ละคนมีความรู้สึกนึกคิด อารมณ์ บุคลิกลักษณะที่เป็นแบบฉบับเฉพาะของแต่ละคน ถ้าปรับเข้ากันได้ก็อยู่ร่วมกันได้ แต่ในบางครั้งความคิดความรู้สึก อารมณ์ของแต่ละคนแตกต่างกันและปรับเข้าหากันไม่ได้ ทำให้เกิดปัญหาในการอยู่ร่วมกัน

ดังนั้นการอยู่ร่วมกันในสังคมของคนจำนวนมาก ต้องมีการควบคุมตนเองในสิ่งที่ไม่พอใจ การร่วมมือกัน การถ้อยทีถ้อยอาศัย การสื่อสารกัน การเข้าใจถึงความคิดความรู้สึกของแต่ละฝ่าย เพื่อลดปัญหาในการอยู่ร่วมกัน อาการทางลบเป็นลักษณะที่พบบ่อยในผู้ป่วยจิตเภททำให้ผู้ป่วยมีปัญหาในการเข้าสังคม มนุษย์สัมพันธ์บกพร่อง แยกตัวจากสังคม เมื่อเจ็บป่วยเป็นเวลานานก็จะมีปัญหาพฤติกรรมทางสังคมมากขึ้น ความบกพร่องดังกล่าวยิ่งทำให้ผู้ป่วยมีลักษณะแปลกไปจากบุคคลอื่นทั่วไป ทำให้ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นน้อยลง ส่งผลให้เกิดความรู้สึกตราบาปไม่สามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุข (เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์ และคณะ, 2547) ในกิจกรรมนี้จะมีการฝึกทักษะการสื่อสาร พัฒนาเทคนิคเพื่อเข้าสังคม ตลอดจนได้เรียนรู้หลักการและวิธีปฏิบัติในการอยู่ร่วมกับผู้อื่นรวมถึงการขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนจากสังคมรอบข้างในเรื่องที่ไม่สามารถแก้ไขได้เอง ช่วยให้ผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับสังคมไปในทางที่ดีขึ้น ส่งผลในการลดความรู้สึกตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทลง (อัญญา คำพึ้ง, 2552) เกิดการพัฒนาทักษะการเผชิญปัญหา การเจ็บป่วยยาวนานส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการด้านลบมากขึ้น ทำให้มีปัญหาในการดำเนินชีวิต ก่อให้เกิดภาวะตั้งเครียดและถ้าผู้ป่วยไม่สามารถเผชิญกับปัญหาสภาพแวดล้อมเช่นนี้ได้ทำให้อาการทางจิตกำเริบกลายเป็นวัฏจักรที่ไม่มีวันสิ้นสุด การมีอาการกำเริบซ้ำ ๆ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเบื่อหน่าย เกิดความรู้สึกด้อยคุณค่าในตนเองเกิดการรับรู้ตราบาปมากขึ้น (อุบลรัตน์ สิงหเสณี, 2552) ในการดำเนินกิจกรรมนี้กระบวนกลุ่มจิตบำบัดระดับประคับประคองจะ

เน้นให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ที่จะเผชิญปัญหา ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเข้าใจกระบวนการเกิดปัญหา ในตนเอง มีสัมพันธภาพที่ดีขึ้น ความรู้สึกต่อตนเอง และวิธีการแก้ปัญหาเปลี่ยนแปลงดีขึ้น ช่วยให้ผู้ป่วยพยายามทบทวนเหตุการณ์รอบด้านของตนเอง เพื่อการตัดสินใจและวางแผนจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม (ไพศรี ขำคม, 2550) ซึ่งผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มร่วมกัน เสริมสร้างความมั่นใจว่าสามารถจัดการปัญหาต่าง ๆ ได้ พร้อมทั้งให้สมาชิกให้กำลังใจซึ่งกันและกัน เนื่องจากความมั่นใจในการทำกิจกรรมต่าง ๆ นั้นเกิดจากการที่ผู้ป่วยมีแรงจูงใจให้กระทำการมีเป้าหมายในชีวิต มีการกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการพื้นฐานของตนเอง และกระตุ้นให้กลุ่มร่วมกันเสริมสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ โดยชี้ให้เห็นถึงประโยชน์ เป้าหมายชีวิตของแต่ละคน และการยุติสัมพันธภาพกับผู้ป่วย

สออดคล็อง Brookfield (1986) กล่าวว่า การแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ความรู้สึก ประสบการณ์ และการรับฟังปัญหาจากผู้ป่วยที่มีปัญหาคล้ายคลึงกัน ช่วยให้เกิดความเข้าใจ มีการเปลี่ยนแปลงวิธีการดำเนินชีวิตหรือมีการปฏิบัติไปในทางที่เหมาะสม ผู้ป่วยจะได้รับการ ประคับประคองจากเพื่อนสมาชิกในกลุ่ม นอกจากนี้การเรียนรู้แบบกลุ่ม กระบวนการกลุ่มทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง แก้ไขพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมซึ่งปรากฏออกมาให้เห็นในกลุ่ม มีการเรียนรู้ ทักษะการเผชิญปัญหา ส่งผลให้มีการพัฒนาทักษะทางสังคมในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น มีการปรับตัวทางสังคมที่ดีขึ้น ทักษะการสื่อสาร สามารถเผชิญและจัดการแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเอง (Homes, 1995; สถาบันกัลยาธนาชนครินทร์, 2545; ปราโมทย์ เชาวศิลป์ และชัยณรงค์ คงสกุล, 2542) การปรับตัวทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท ในผู้ป่วยจิตเภทที่มีความสามารถในการปรับตัวทางสังคม ลดลง จะทำให้การรับรู้ตราบาปเพิ่มขึ้น (McCay and Seeman, 2007) เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภท เป็นผู้ที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด การรับรู้ ทำให้มีการแสดงออกไม่เหมาะสม การดำเนินโรคเป็นแบบเรื้อรัง มีระยะเวลาการเจ็บป่วยยาวนาน จึงส่งผลกระทบต่อปรับตัวทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในทุกด้าน (Gallagher อ้างใน สุวิมล สมัตถะ, 2541) และจากการวิจัยของ Atkinson et al. (1996) กล่าวว่าผู้ป่วยจิตเภทสามารถที่จะเรียนรู้เข้าใจเรื่องราวต่าง ๆ เกี่ยวกับตนเองได้จากกลุ่ม และพบว่าการมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่นในสังคม จะสามารถดำเนินชีวิตในสังคมอย่างมีความสุข ส่งผลให้มีการรับรู้ตราบาปลดลง การเกิดปัจจัยบำบัด 11 ประการของกลุ่มจิต บำบัดประคับประคอง สมาชิกกลุ่มสามารถนำความรู้ไปปฏิบัติจริงได้

ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของรุ่งทิพย์ จันทราช (2549) ได้ทำการศึกษารูปแบบบำบัดประคับประคองต่อการปรับตัวทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทที่มารับ บริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลองครักษ์ พบว่ากลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรม มีการปรับตัวทางสังคมดีกลุ่มควบคุม และจากการศึกษาของ Lebrun et al. (1991) ได้ศึกษาการ

ให้ความรู้แบบกลุ่มแก่ผู้ป่วยจิตเภท หลังการทดลองพบว่าผู้ป่วยมีความเข้าใจ ยอมรับการเจ็บป่วยของตนเอง มีพลังที่จะดูแลตนเอง จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่ากลุ่มจิตบำบัดระดับประคองช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัวและชุมชนได้อย่างมีความสุข ทำให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจเนื่องจากการให้ความสำคัญต่อองค์ประกอบที่สำคัญของชีวิต ซึ่งนับเป็นผลลัพธ์ที่สำคัญทางการพยาบาล ส่งผลต่อการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทลดลง

จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่ากลุ่มจิตบำบัดระดับประคองตามแนวคิดกระบวนการกลุ่มของ Yalom (1995) ทำให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น ดังตัวอย่างคำพูดขณะที่ทำกลุ่มดังนี้

“เมื่อก่อนวันวันเขาแต่อยู่ในบ้าน ไม่ได้ออกไปไหน ใครชวนก็ไม่อยากออกไป ไม่อยากคุยกับใคร เพราะกลัวเขารังเกียจว่าผมเป็นบ้า แต่หลังจากได้เข้ากลุ่มทำให้กล้าคุยกับคนอื่น ๆ มากขึ้น ซึ่งจริง ๆ แล้วเพื่อนบ้านเขาไม่ได้รังเกียจผมอย่างที่ผมคิด ผมดีใจและมีความสุขมากครับ”

“ป่าไม่เคยรู้มาก่อนว่าโรคที่เป็นนี้เรียกว่าโรคจิตเภท คิดว่าสติไม่สมบูรณ์ เป็นคนบ้ามาโดยตลอด เคยคิดท้อแท้ว่าทำไมตนเองโชคร้าย ต้องกินยาทุกวัน เบื่อ น้อยใจในโชคชะตา แต่มาวันนี้ได้รู้ว่ามีคนเป็นเหมือนเราหลายคน รู้สึกมีกำลังใจขึ้น”

“เมื่อก่อนเวลามีปัญหา ผมแก้ปัญหาโดยการดื่มเหล้า ใช้จ่ายเสพติด เพราะคิดว่าจะทำให้ลืม แต่ก็ลืมได้เฉพาะเวลาเมา พอหายเมาก็จำได้เหมือนเดิม แต่ผลที่ตามมา ทำให้ผมต้องมีอาการกำเริบ นอนโรงพยาบาล แม่ก็เสียใจ ผมก็เสียใจ ผมไม่เคยรู้วิธีแก้ปัญหาอย่างมีขั้นตอนมาก่อน ผมสัญญาว่าต่อไปผมจะต่อสู้กับปัญหา หาทางแก้ไขอย่างมีขั้นตอนครับ”

“เมื่อครั้งก่อนผมสัญญากับกลุ่มว่า ผมจะกลับไปใช้เวลาว่าง ให้เป็นประโยชน์ ผมกลับไปช่วยแม่ทำงานบ้าน ช่วยในสวน ช่วยไปขายทุกวัน แม่ชมผมใหญ่เลย ให้เงินผมใช้ด้วย ผมดีใจมากเลยครับ เมื่อก่อนแม่ชอบดูว่าผมว่าผมเอาแต่นอน เกิดมาทำไม เป็นภาระ มันทำให้ผมรู้สึกชีวิตมีคุณค่ามากขึ้น”

“ไม่มีใครรักและหวังดีกับเราเท่าคนในครอบครัว อีกแล้ว เมื่อก่อนผมติดเพื่อนมาก แต่พอผมเป็นแบบนี้เพื่อนก็หาย เหลือแต่ครอบครัว ต่อไปผมจะให้ความสำคัญกับครอบครัวให้มากครับ”

“หนูคิดว่าหนูเป็นคนพิการมาโดยตลอด เพราะมีบัตรคนพิการแต่พยาบาลสอนให้หนูรู้ว่าโรคนี้เป็นแล้วไม่ได้หมายความว่าเราเป็นคนพิการ หนูคิดว่าตนเองทำงานไม่ได้ แต่หนูเห็นพวกพี่ ๆ สามารถทำงานได้ อาทิตย์หน้าหนูจะหางานทำ เพราะแม่ก็ แก่ ทำงานไม่ไหว เงินก็ไม่พอใช้”

2. จากผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากทดลอง การรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับการเข้ากลุ่มจิตบำบัดระดับประคองต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัย ข้อที่ 2 แสดงให้เห็นว่า

กลุ่มจิตบำบัดระดับประคับประคองที่ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการปรับตัวต่อความรู้สึกการมีตราบาปอย่างมีประสิทธิภาพ และเพิ่มการปรับตัวทางสังคมของผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้มีการควบคุมกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมให้มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (Matched-pair) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลกระทบต่อการทำวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ เพศ (Bozikas et al., 2006) จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Norman et al., 2002 แล้วจับฉลากเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ดังนั้น ผลการวิจัย ที่พบ จึงสามารถสรุปได้ว่าเป็นผลที่เกิดขึ้นจากการดำเนินกิจกรรมทั้ง 5 กิจกรรมของกลุ่มจิตบำบัดระดับประคับประคอง ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นเพื่อใช้ในการวิจัยนี้อย่างแท้จริง ทั้งนี้เนื่องจากเมื่อพิจารณารายละเอียดของกิจกรรมทั้ง 5 ในกลุ่มจิตบำบัดระดับประคับประคองที่พัฒนาขึ้น จะพบว่า แต่ละกิจกรรมมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทในกลุ่มทดลองที่ได้รับการเข้ากลุ่มจิตบำบัดระดับประคับประคอง เพิ่มการมีคุณค่าในตนเอง มีการปรับตัวทางสังคม โดยเน้นทักษะการสื่อสาร และการพัฒนาทักษะการเผชิญปัญหา กับความรู้สึกถึงการรับรู้ตราบาปอย่างมีประสิทธิภาพ และส่งผลให้ปรับตัวต่อความรู้สึกการมีตราบาปลดลง ดังนี้

ในกิจกรรมที่ 1 และ 2 เป็นการสร้างสัมพันธภาพ และให้สมาชิกร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์การรับรู้ตราบาป รับฟังแสดงความคิดเห็น เข้าใจและให้กำลังใจซึ่งกันและกัน การร่วมมือกันเพื่อสำรวจปัญหา สร้างเป้าหมายและวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกัน ซึ่งเน้นการปรับตัวทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท และส่งผลการรับรู้ตราบาปลดลง สอดคล้องกับการศึกษา McCay and Seeman(2007)ที่พบว่าในผู้ป่วยจิตเภทที่มีความสามารถในการปรับตัวทางสังคมลดลง จะทำให้มีการรับรู้ตราบาปเพิ่มมากขึ้น

ส่วนกิจกรรม 3 เน้นการเห็นคุณค่าในตนเอง โดยการเพิ่มคุณค่าในตนเองส่งผลให้ความรู้สึกการมีตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ King, Dinos, and Watson (2007) และ Link (2001) ที่ทำการศึกษาในผู้ป่วยทางจิตพบว่าผลที่เกิดขึ้นตามมาจากการเกิดตราบาปในผู้ป่วยทางจิตคือผู้ป่วยมีการเห็นคุณค่าในตัวเองต่ำ และสอดคล้องกับการศึกษาของ McCay and Seeman(2007) ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่เห็นคุณค่าในตนเองต่ำ จะทำให้มีการรับรู้ตราบาปเพิ่มมากขึ้น

กิจกรรมที่ 4 การฝึกทักษะการสื่อสารรวมถึงการพัฒนาเทคนิคเพื่อเข้าสังคม การอยู่รวมกันในสังคม ต้องมีการช่วยเหลือ พึ่งพากันในสถานการณ์ต่าง ๆ การเต็มใจให้ความช่วยเหลือผู้อื่นจะทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน รู้สึกภูมิใจ รู้สึกมีคุณค่า ในขณะที่เดียวกัน การขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นก็ไม่ใช่ว่าที่น่าละอาย ส่งผลให้ผู้ป่วยลดความรู้สึกในด้านลบ เช่น รู้สึกโดดเดี่ยว ถูกทอดทิ้ง การเข้ากลุ่มทำให้ได้เรียนรู้หลักการและวิธีปฏิบัติในการอยู่ร่วมกับผู้อื่นรวมถึงการขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนจากสังคมรอบข้างในเรื่องที่ไม่สามารถแก้ไข

ได้เอง ช่วยให้ผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับสังคมไปในทางที่ดีขึ้น การฝึกทักษะการสื่อสารอาจเป็นแนวทางหนึ่งในการช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการยอมรับจากบุคคลอื่นมากขึ้นและลดการรับรู้ตราบาปได้ สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมฝึกทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคลต่อการรับรู้ตราบาปของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่มารับบริการที่โรงพยาบาลพิชัยจังหวัดอุดรดิติถ์ของอรัญญา คำพึ่ง (2552) ที่พบว่าการฝึกทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคล ช่วยให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีความสามารถในการติดต่อสื่อสารกับผู้อื่นได้ดีขึ้นและได้รับการยอมรับจากบุคคลรอบข้างมากขึ้น ส่งผลให้การรับรู้ตราบาปลดลง

กิจกรรมที่ 5 เน้นการพัฒนาทักษะการเผชิญปัญหา กับความรู้สึถึงถึงการรับรู้ตราบาปของโรคจิตเภท ซึ่งเป็นโรคที่เรื้อรัง การเจ็บป่วยยาวนานส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการด้านลบมากขึ้น ทำให้มีปัญหาในการดำเนินชีวิต ซึ่งกระบวนการกลุ่มบำบัดระดับประคองจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ที่จะเผชิญปัญหา ช่วยให้ผู้ป่วยพยายามทบทวนเหตุการณ์รอบด้านของตนเอง เพื่อการตัดสินใจและวางแผนจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสมสอดคล้องกับการศึกษาของสุจรรยา แสงเขียวงาม (2545) กลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง ส่งผลให้เกิดการรับรู้ตราบาปลดลง มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

ดังนั้นสรุปได้ว่าผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ได้รับการดูแลโดยใช้กลุ่มจิตบำบัดระดับประคองจะช่วยลดตราบาปลงได้ มีความรู้และทักษะในการดูแลตนเองด้านกาย จิต และสังคมได้ดี ทำให้สามารถจัดการกับปัญหาที่กำลังเผชิญ อันจะช่วยส่งผลต่อการเพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ด้านต่างๆ ได้ดีขึ้น และจะส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถอยู่ร่วมกับครอบครัว ชุมชน และ สังคม ได้อย่างมีความสุข ช่วยลดภาระการดูแลของครอบครัว รวมทั้งทำให้จำนวนผู้ป่วยที่จะกลับเป็นซ้ำ และต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลลดลง

## ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

### ข้อเสนอแนะด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. การสร้างสัมพันธภาพรายบุคคลก่อนที่จะนำผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มเป็นเรื่องสำคัญ เนื่องจาก หากไม่มีความไว้วางใจความร่วมมือระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้การพยาบาล จะไม่สามารถดำเนินกิจกรรมต่างๆ ได้บรรลุผล ดังนั้นควรมีการสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน เช่น การไปเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเป็นรายบุคคล การพูดคุยทักทายและให้การช่วยเหลือให้คำแนะนำในด้านต่างๆ เป็นต้น

2. ควรส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพซึ่งทำหน้าที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้ความเข้าใจและมีศักยภาพในการทำกลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง เพื่อช่วยส่งเสริมการดำรงชีวิตในชุมชนของผู้ป่วยโรคจิตเภท

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. กลุ่มจิตบำบัดระดับประคองซึ่งใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นกระบวนการที่เน้นการพัฒนาให้ผู้ป่วยจิตเภท เกิดการรับรู้ตราบาปลดลง ดังนั้น จึงควรมีการติดตามระยะยาว เพื่อกระตุ้นและสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้นำกระบวนการจากการเข้ากลุ่มจิตบำบัดระดับประคองที่ได้รับไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง จนเกิดเป็นทักษะที่ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้เองโดยอัตโนมัติ ในระหว่างการดำเนินชีวิตจริงในชุมชน
2. ควรมีการศึกษามูลของกลุ่มจิตบำบัดระดับประคองให้แก่ผู้ป่วยโรคจิตเภท และผู้ดูแลเป็นรายครอบครัว เพื่อให้ครอบครัวตระหนักถึงบทบาทหน้าที่ และมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกันในครอบครัวระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล ถือเป็นภารกิจครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการปรับตัวและการรับรู้ตราบาปลดลงและจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ
3. ควรมีการศึกษาการลดการรับรู้ตราบาปโดยการดึงชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม เพื่อลดการรับรู้ในด้านการถูกแบ่งแยกกีดกันโดยมีการตัดสินใจว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ถูกตีตราแล้วควรถูกแยกออกไปจากกลุ่มคนปกติในสังคม โดยสามารถทำบทบาทหน้าที่ในสังคมภายใต้บรรทัดฐานทางสังคมได้ดีมากยิ่งขึ้น ส่งผลให้สังคมมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยจิตเภทมากขึ้น
4. จากการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่สมัครใจเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มจิตบำบัดระดับประคองต่อการรับรู้ตราบาป มีคะแนนการรับรู้ตราบาปอยู่ในระดับปานกลางทั้งหมด ส่วนผู้ป่วยที่มีระดับคะแนนการรับรู้ตราบาปอยู่ในระดับสูงจะปฏิเสธการเข้าร่วมกิจกรรมเนื่องจากผู้ป่วยดังกล่าวมีพฤติกรรมอาการก้าวร้าวค่อนข้างมาก ไม่มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ดังนั้นกลุ่มจิตบำบัดระดับประคองรายกลุ่มจึงเหมาะสมกับผู้ป่วยจิตเภทที่มีระดับการรับรู้ตราบาปอยู่ในระดับน้อยถึงปานกลาง ส่วนผู้ป่วยที่มีคะแนนรับรู้ตราบาประดับสูงควรให้การดูแลเป็นรายบุคคลก่อนจนผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจจึงนำผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มต่อไป

## รายการอ้างอิง

### ภาษาไทย

- กฤษณ์ชวลี เพียรทอง. 2547. **ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กรมสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุข. 2551. **รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิตปีงบประมาณ 2551**.นนทบุรี: ศูนย์สารสนเทศ กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- จรรยา ัญญาดี. 2537. **การปรับตัวทางจิตสังคมของผู้ป่วยพยายามอัตวินิบาตกรรมภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลรามาริบัติ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาคลินิก ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จันทร์ฉาย เนตรสุวรรณ. 2545. **พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท**. การค้นคว้าอิสระ ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จินตนา ยูนิพันธุ์. 2542. **การพยาบาลเพื่อชีวิตปกติสุข. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต**13: 1-13.
- จิราพร เกสรสุวรรณ. 2545. **ผลการใช้โปรแกรมกลุ่มนันทนาการบำบัดต่อสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตมหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชวนชม วงษ์ไชย. 2546. **ภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท**. การค้นคว้าแบบอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ชลธิดา สิมะวงศ์.(2545). **การใช้จิตบำบัดกลุ่มในการส่งเสริมความหวังของผู้ติดเชื้อเอชไอวี**.การค้นคว้าแบบอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ณัฐิยา พรหมบุตร. 2545. **สุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท**. การค้นคว้าแบบอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- ดรุณี คชพรหม. 2543. **ผลของกลุ่มระดับประคองและจิตศึกษาต่อภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท**. การค้นคว้าแบบอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ทูลภา บุญผาสงษ์. 2545. **ภาวะและความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลกับการกลับเข้ารักษาซ้ำของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท**. การค้นคว้าแบบอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นิศารัตน์ เขตวรรณ. 2543. **การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเอง และความซึมเศร้าของผู้ติดเชื้อเอชไอวี**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- บุญพา ณ นคร. 2549. **ประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท. ใน การประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 4**, หน้า 48 - 52. กรุงเทพมหานคร.
- บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. 2549. **ระเบียบวิธีวิจัยทางพยาบาลศาสตร์**. กรุงเทพมหานคร: ยูแอนด์ ไออินเตอร์มีเดีย.
- บุษดี ศรีคำ. 2546. **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การเปิดเผยตนเองการสนับสนุนทางสังคม ความหวัง การรับรู้ภาวะสุขภาพและสุขภาพจิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปนิดา อินทรารักษ์. 2550. **ประสบการณ์ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนภายหลังการจัดการกับการรับรู้ทางลบของสังคม** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เต็มศักดิ์ คทวณิช. 2546. **จิตวิทยาทั่วไป**. กรุงเทพมหานคร: ซีเอ็ดยูเคชั่น.
- ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน. **โครงการรณรงค์ระดับชาติเพื่อคืนชีวิตใหม่และสร้างกำลังใจในผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต (National Mental Health Campaign:Destigma)**. [ออนไลน์].2550. แหล่งที่มา: <http://www.dmh.moph.go.th./main> [2551, สิงหาคม 18]
- พจนานุกรมศัพท์สังคมวิทยาอังกฤษ-ไทย ฉบับราชบัณฑิตยสถาน. 2532. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: นามมีบุ๊ค.
- พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์.**จิตเวชศาสตร์สำหรับประชาชน**. [ออนไลน์]. 2549. แหล่งที่มา:<http://www.dmh.moph.go.th./main> [2551, สิงหาคม 18]



- เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์, อรพรรณ ลีอนุญวัชชัย และ ชนกพร จิตปัญญา. 2547. **ตราบาป: การรับรู้และผลกระทบ ของผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัว.** วารสารการพยาบาลจิตเวช. 18(1):1-9.
- เพ็ญศรี วงษ์พุด. 2545. **ตราบาปในผู้ติดเชื้อเอชไอวี และ ผู้ป่วยเอดส์.** การค้นคว้าอิสระของ การศึกษาหลักสูตรปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ภัทรภรณ์ พุงปันคำ. 2551. **การทำกลุ่มจิตบำบัดสำหรับบุคลากรทางสุขภาพ.เชียงใหม่: นันทพันธ์พริ้นติ้ง .**
- มานิต ศรีสุรภานนท์, และ จำลอง ดิษยวงนิช. 2542. **ตำราจิตเวชศาสตร์.** เชียงใหม่: แสงศิลป์.
- มานิช หล่อตระกุล และ ปราโมทย์ สุคนิชย์. 2548. **จิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. ภาควิชา จิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี.กรุงเทพมหานคร: ปิยอน เอนเทอร์ไพรซ์.**
- ราตรี ภูบุญ. 2545. **พฤติกรรมทางสังคมของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทตามการรับรู้ของผู้ดูแล.** การค้นคว้าอิสระมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- รุ่งทิพย์ จันทราช.2550.**การศึกษาการใช้กลุ่มบำบัดระดับรองต่อการปรับตัวทาง สังคมของผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลองครักษ์.** การค้นคว้าอิสระมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาล ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รสสุคนธ์ ธนะแก้ว. (2548). **คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคจิตเภท.** การค้นคว้าแบบอิสระ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วรวัฒน์ ไชยชาญ. **การลดตราบาปในผู้ป่วยจิตเวช: ลดการสร้างตราบาป.** [ออนไลน์].2549. แหล่งที่มา: <http://www.dmh.moph.go.th./main> [2551, สิงหาคม 18]
- วันชัย กิจอรุณชัย. 2548. **การกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยจิตเภทที่ ได้รับยารักษาโรคจิต กลุ่มใหม่และยารักษาโรคจิตกลุ่มเดิม.** กรุงเทพมหานคร: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

- วนิดา เปรียญยม. (2546). **ความเข้มแข็งอดทนของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท**. การค้นคว้าแบบอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศิริจิต สุทธิจิตต์ และ มานิต ศรีสุรภานนท์. 2552. โรคจิตเภท (Schizophrenia): ระบาดวิทยาและการรักษา. **วารสารสมาคมจิตแพทย์ศาสตร์แห่งประเทศไทย** 54 (ฉบับผนวก1), 21S-37S.
- สดไธ ชุมทรัพย์อนันต์ และ สุรีย์ บุญเฉย. 2547. **ปัจจัยทางสังคมกับการรักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทโรงพยาบาลศรีธัญญา**. กรุงเทพมหานคร: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. สมชาย พลอยล้อมแสง และ ชรินทร์ ลิ้มสนธิกุล. 2547. การสำรวจทัศนคติของประชาชนเกี่ยวกับสุขภาพจิต ตราบาป และการบริการสุขภาพจิตต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการในสถานบริการสุขภาพจิต. **วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย** 12(2): 71-79.
- สมภพ เรืองตระกูล. 2549. **คู่มือจิตเวชศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพมหานคร: เว็อนแก้ว.
- สายใจ พัวพันธ์. 2548. การปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงกับการบำบัดที่เน้นการหาทางออกต่อปัญหาทางจิตสังคม. **วารสารคุณภาพการพยาบาล** 2(2): 22-39.
- สุขภาพจิต, กรม. 2550. **สุขภาพจิตไทย พ.ศ.2550-2554**. นนทบุรี: องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.
- สุขภาพจิต, กรม. 2551. **สรุปรายงานประจำปี พ.ศ.2551**. นนทบุรี: องค์การรับส่งสินค้าและสุจรรยา แสงเขียวงาม. 2545. **ผลของจิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่มต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.พัสดุภัณฑ์.
- สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว. 2545. **การพยาบาลจิตเวช**. พิมพ์ครั้งที่1. พิษณุโลก: รัตนสุวรรณ การพิมพ์.
- สุวิมล สมัตถะ. 2541. **ผลของการใช้แบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเวช**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุพัฒนา สุขสว่าง และศิริลักษณ์ สว่างวงศ์สิน. 2548. การศึกษาตราบาปในผู้ป่วยจิตเภท. ใน **การประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 4**, หน้า 67 - 90. กรุงเทพมหานคร.

- เสาวภา วิชิตวาทย์. 2543. **ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยสูญเสียแขนขา.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อรพรรณ ลีอนุญวัชชัย. 2554. **การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช.** พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรวรรณ วรรณชาติ. 2550. **ทักษะชีวิตตามการรับรู้ของผู้ดูแล การสนับสนุนทางสังคมและการรับรู้ตราบาปของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อภิสมัย ศรีรังสรรค์. 2546 **โครงการด้วยรักและเข้าใจผู้ป่วยจิตเวช. วารสารโรงพยาบาลศิริสัญญา.** 5(2): 30.
- อรัญญา คำพึ่ง. 2552 **ผลของโปรแกรมฝึกทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคลต่อการรับรู้ตราบาปของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่มารับบริการที่โรงพยาบาลพิชัยจังหวัดอุดรดิตถ์.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อุบลรัตน์ สิงหเสนี. 2552 **ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภท.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

### ภาษาอังกฤษ

- American Psychiatric Association. 1994. **Diagnosis and Statistical Manual of Mental disorders.** (4<sup>th</sup> ed.). : Washington DC.
- Berger, B.A., Anderson-Harper, H.M., and Kavookjian, J. 2000. Patient Empowerment (Online) Available from <http://pharmacy.auburn.edu/pacs/download/empowerment.html>
- Browne, S. 1996. Quality of life in schizophrenia: relationship to sociodemographic factors, symptomatology and tardive dyskinesia. *Acta psychiatry Scand* 94: 24-118.

- Burns, N. and Grove, S.K. 2001. **The Practice of Nursing Research : Conduct, Critique and Utilization. (2<sup>nd</sup> ed).** Philadelphia : WB Saunder.
- Corrigan, P.W. 2000. Mental Health Stigma as Social Attribution: Implications for Research Methods and Attitude Change. **Clinical Psychology: Science and Practice** 7(1): 48 - 67.
- Corrigan, P.W., and Watson, A.C. 2002. The Paradox of Self - Stigma and Mental Illness. **Clinical Psychology: Science and Practice** 9(1): 35-53.
- Corrigan, P.W., Markowitz, F.E., and Watson, A.C. 2004. Structural Levels of Mental Illness Stigma and Discrimination. **Schizophrenia Bulletin** 30(3): 481-491.
- Cotroneo, M., King, J., Outlaw, F.H.,and Brince, J.n., Burgess, A.W, editor. 1998. **Advanced Practice Psychiatric Nursing USA: A Simon & Schuster.**
- Dickerson, F.B., Sommerville, J., Origoni, A.E., Ringel, N.B., and Parente, F. 2002. Experiences of Stigma Among Outpatients With Schizophrenia.**Schizophrenia Bulletin** 28(1): 143 - 155.
- Ertugrul, A., and Ulug, B. 2004. Perception of stigma among patients with schizophrenia. **Social Psychiatry Psychiatric Epidemiol** 39: 73 - 77.
- Gaebel, W., Zaska, H., and Baumann, A. Evaluation of the German WPA program against stigma and discrimination because of schizophrenia. **schizophrenia Research** 98: 184 - 193.  
[online]. 2007. Available from: <http://www.sciencedirect.com>[2010, Oct 20]
- Gary, F.A. 2002. Stigma: Barrier to mental health care among ethnic minorities. Issues in **Mental Health Nursing** 26: 979-999.
- Goffman, E. 1963. **Stigma: Notes on the management of spoiled identity.** Englewood cliffs: Parentice Hall.
- Harnack, R.V., Fast, T.B., and Jones, B.S. 1977. **Group discussion: Theory and technique (2<sup>nd</sup> ed).** Prentice. Hall: Englewood Cliffs.
- Landeen, J.L., Seeman, M.V., Goering, P., and Streiner, D. 2007. Schizophrenia: Effects of Perceived Stigma on Two Dimensions of Recovery. **Clinical Schizophrenia &**

**Related Psychoses** 1: 64 - 68.

- Lee, S., Chiu, Y.L.M., Tsang, A. Chiu, H. and Kleinman, A. 2006. Stigmatizing experience and structural discrimination associated with the treatment of schizophrenia in Hong Kong. **Social Science & medicine** 62: 1685 - 1696.
- Link, B.G. 1987. Understanding labeling effects in the area of mental disorders: An assessment of the effects of expectations of rejection. **American Sociological Review** 52: 96 - 112.
- Lubkin, L.M. 1986. **Chronic illness : impact and intervention**. Boston. Jones and Bartlett Publisher ,Inc.
- Lysaker, P.H., Roe, D. and Yanos, P.T. Toward Understanding the Insight and social functioning, hope ,and self-esteem Among people with Schizophrenia spectrum disorders.**Schizophrenia Bulletin** 33(1): 192-199. [online]. 2007. Available from: <http://www.sciencedirect.com> [2010, Oct 18]
- McCay, E.A., and others. A randomized controlled trial of a group intervention to reduce engulfment and self-stigmatization in first episode schizophrenia. **Australian e-journal for the Advancement of mental health** 6(3) [online]. 2007. Available from: <http://www.auseinet.com> [2010, July 22]
- McCay, E.A., and others. 2006. A Group intervention to promote healthy self – concepts and guide recovery in first episode schizophrenia: A pilot study. **Psychosocial Rehabilitation Journal** 30(2): 105-111.
- McCay, E.A., and Seeman, M.V. 1998. A scale to measure the impact of a schizophrenia illness on an individual's self-concepts. **Archives of Psychiatric Nursing** 7: 41-49.
- Mueller, B., Nordt, C., Lauber, C., Rueesch, P., Meyer, P.c., and Roessler, W. 2005. Social support modifies perceived Stigmatization in first year of mental illness: A longitudinal approach. **Social Science and Medicine**. 62: 39-49.
- Overall, J.E., and Gorham, D.R. 1962. Brief psychiatric rating scale. **Psychological Report** 10: 799-812.

- Penn, D.L., Kommana, S., Mansfield, M., and Link, B.G. 1999. Dispelling the stigma of schizophrenia: II. The impact of information on dangerousness. **Schizophrenia Bulletin** 25(3): 438-446.
- Perlick, D.A., Rosenheck, R.A., Clarkin, J.F., Sirey, J.A., Salah, J., Struening, E.L., and Link, B.G. 2001. Adverse effects of perceived stigma on social adaptation of person diagnosed with bipolar affective disorder. **Psychiatric Services** 52 (12): 1627 - 1632.
- Phelan, J.C., Bromet, E.J., and Link, B.G. 1998. Psychiatric illness and family stigma. **Schizophrenia Bulletin** 25(1): 115-126.
- Pilot, D.F., and Hunger, B.P. 1995. **Nursing research principles and methods.** (7<sup>th</sup> ed.). Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.
- Sadock, B.J., and Sadock, V. 2000. **Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry.** 7<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lippincott.
- Stemphenson, C. 1991. The concept of hope revisited FO nursing. **Journal of Advanced Nursing** 16: 1456-1461.
- Stuart, G.W. 2009. **Principles and Practice of Psychiatric Nursing.** 9<sup>th</sup> ed Mosby: affiliate of Elsevier.
- Torrey, E.F. 2006. **Surviving Schizophrenia.** (5<sup>th</sup> ed.). New York: Harper Collins.
- Wahl, O.F. 1999. Mental health consumers' experience of stigma. **schizophrenia bulletin** 25(3): 467-478.
- Werner, P., Aviv, A., and Barak, Y. 2007. Self-stigma, self-esteem and age in persons with schizophrenia. **International Psychogeriatric** 20(1): 174 - 187.
- World Health Organization. 1992. **The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical Description and Diagnostic Guidelines.** Geneva : WHO.
- Yalom, J.D. 1995. **The theory and practice of group psychotherapy.** (4<sup>th</sup> ed.). New York Basic Books.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ



### รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

- |                                      |  |
|--------------------------------------|--|
| 1. นายแพทย์สมนึก หลิมศิริโรรัตน์     | นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมสาขาจิตเวช)<br>โรงพยาบาลราชบุรี                        |
| 2. อาจารย์ ดร. เขาวัดลักษณะ มีบุญมาก | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ<br>วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี                       |
| 3. อาจารย์ ดร.สุดาพร สถิตยอุทการ     | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ<br>คณะพยาบาลศาสตร์มิชชั่น<br>มหาวิทยาลัยนานาชาติเอเชีย-แปซิฟิก |
| 4. นางสาวสมลักษณ์ เขียวสด            | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (พยาบาลจิตเวช)<br>โรงพยาบาลศูนย์ราชบุรี                        |
| 5. นางปรียนันท์ มารักษา              | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (พยาบาลจิตเวช)<br>โรงพยาบาลศูนย์ราชบุรี                        |

ภาคผนวก ข  
ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

คู่มือ

กลุ่มจิตบำบัดระดับรองต่อการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภท

จัดทำโดย

นางสาววรรษษา จำปาศรี

อาจารย์ที่ปรึกษา

อาจารย์ ดร.เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภท

สถานที่ ตึกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลศูนย์ราชบุรี

สัปดาห์ที่ 1 ระยะเวลา 60-90 นาที

รูปแบบ ให้สมาชิกนั่งเป็นวงกลม ให้ผู้ป่วยเลือกนั่งตามอัธยาศัยผู้นำกลุ่มและผู้ช่วยนั่งสลับกับผู้ป่วย

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกได้รู้จักและคุ้นเคยซึ่งกันและกัน ใจกว้างใจ เปิดเผยตนเองและมีสัมพันธภาพที่มีต่อกัน สามารถสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้ เกิดความร่วมมือและมีส่วนร่วมในกลุ่ม เกิดสัมพันธภาพที่อบอุ่นระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย
2. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มเข้าใจวัตถุประสงค์ ระเบียบข้อตกลงและบทบาทของสมาชิกกลุ่ม
3. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มเข้าใจหลักการ เหตุผล ขั้นตอน วิธีการและประโยชน์ของการบำบัด
4. เพื่อให้สมาชิกเกิดความร่วมมือและมีแรงจูงใจในการเข้าร่วมโครงการ

### สาระสำคัญ

ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ มีปัญหาด้านสัมพันธภาพกับผู้อื่น การปรับตัวทางสังคมการใช้ชีวิตในสังคมส่งผลต่อการรับรู้ตราบาป จึงจำเป็นต้องมีการพบประสังสรรค์กับบุคคลอื่นในสังคม ดังนั้นการเรียนรู้การสร้างสัมพันธภาพจึงเป็นสิ่งสำคัญ ในการช่วยให้ผู้ป่วยอยู่ในสังคมได้ ลดการรับรู้ตราบาป และลดการป่วยซ้ำได้ ผู้นำกลุ่มจึงควรส่งเสริมให้ผู้ป่วย มีการสร้างสัมพันธภาพเริ่มจากการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มโดยระยะเริ่มต้นให้ฝึกปฏิบัติในการกล่าวทักทาย สวัสดี การยกมือไหว้ การยิ้มให้

### กิจกรรม

1. ให้สมาชิกกลุ่มนั่งเป็นวงกลมหันหน้าเข้าหากัน

กล่าวทักทายและต้อนรับสมาชิกด้วยน้ำเสียงและท่าทีที่อบอุ่น จากนั้นแนะนำตนเอง และบทบาทหน้าที่ในฐานะผู้นำกลุ่ม

### แนวการเกรินำเข้าสู่กิจกรรม

สวัสดี...ทุกคนคะ วันนี้รู้สึกยินดีมากที่ได้มาเป็นผู้นำกลุ่มในวันนี้ และขอต้อนรับเข้าสู่กิจกรรมกลุ่ม ซึ่งทุกท่านที่เข้าร่วมกิจกรรมนี้จะได้ประโยชน์ในการพัฒนาตนเองให้เป็นที่ยอมรับ

ของครอบครัวและชุมชน สามารถดำรงชีวิตในสังคมอย่างมีความสุข ก่อนอื่นเราทำความรู้จักกันก่อนเริ่มจาก...

2. ให้สมาชิกร่วมกิจกรรมสร้างความคุ้นเคย โดยให้สมาชิกหยิบกระดาษรูปหัวใจขนาดเล็ก คนละ 1 ชิ้น

3. ให้สมาชิกเขียนแนะนำตนเองลงในกระดาษรูปหัวใจขนาดเล็ก เช่น ชื่อ-สกุล ชื่อเล่น ฯลฯ

4. ให้สมาชิกแต่ออกมาแนะนำตนเอง ให้สมาชิกคนอื่น ๆ รู้จัก แล้วนำกระดาษรูปหัวใจที่เขียนแนะนำตนเองไปติดลงบนภาพต้นไม้

5. เมื่อสมาชิกออกมาแนะนำตัวจนครบทุกคนแล้ว ให้นักเรียนร่วมกันสรุปกิจกรรมนี้ว่ามีวัตถุประสงค์อะไร

6. ให้สมาชิกศึกษาใบความรู้ เรื่องกิจกรรมกลุ่มและประโยชน์ที่จะได้รับการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม

7. เปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามข้อสงสัย ให้ ร่วมกันแสดงความคิดเห็น และครูกล่าวสรุป

8. ให้สมาชิกร่วมกันแสดงความคิดเห็น เรื่องระเบียบและข้อปฏิบัติในการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม โดยอธิบายถึงความจำเป็นในการที่จะต้องมีระเบียบและข้อปฏิบัติในการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม โดยการอยู่ร่วมกัน ควรต้องมีกรอบในการปฏิบัติตนให้เป็นแนวทางเดียวกัน เพื่อให้เกิดความเป็นระเบียบเรียบร้อย และบรรลุวัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมกิจกรรมในครั้งนี้ ขอให้สมาชิกกลุ่มร่วมกันแสดงความคิดเห็นว่าเราควรมีกติกาในการอยู่ร่วมกันอย่างไรบ้าง ซึ่งขอเรียกว่า “ระเบียบและข้อปฏิบัติในการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม”

9. กล่าวสรุประเบียบและข้อปฏิบัติในการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม

9.1. เปิดเผยตนเองและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นโดยพูดเรื่องราวและแนวคิดของตนเองให้กลุ่มทราบ

9.2. ให้เวลาคนอื่นได้มีโอกาสพูดบ้าง เพราะสมาชิกอื่นก็ต้องการจะมีส่วนร่วมพูดคุยด้วยเช่นกัน

9.3. ยินดีต้อนรับคำถามทุกคำถาม ถามคำถามที่ต้องการ โดยไม่มีการตำหนิ สมาชิกมีอิสระที่จะถามคำถามโดยไม่จำเป็นต้องคัดกรองคำถามให้สวยงาม

9.4. เป็นผู้ฟังที่ดี รับฟังและให้กำลังใจเพื่อนสมาชิกได้มีส่วนร่วมในการแสดงออก

9.5. ฟังสมาชิกคนอื่น ๆ ด้วยความตั้งใจ

9.6. รักษาความลับของเพื่อนสมาชิกในกลุ่ม

9.7. ให้แนวคิดหรือเสนอแนะให้เพื่อนสมาชิกด้วยความจริงใจ

9.8. มีความรับผิดชอบต่องานที่ได้รับมอบหมายให้ทำ

9.9. เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มตรงเวลาและสม่ำเสมอ

10. ผู้นำกลุ่มเปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามข้อสงสัย และทำความเข้าใจเนื้อหาให้เข้าใจตรงกัน และร่วมกันสรุป โดยผู้นำกลุ่มกล่าวสรุปเพิ่มเติม”หากเรามีความคุ้นเคยกัน จะทำให้เรากลับแสดงความคิดเห็นและเกิดความไว้วางใจกัน เกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน และที่สำคัญคือสมาชิกจะรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มมีความจริงใจที่จะช่วยเหลือกันและกัน จุดมุ่งหมายในการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มครั้งนี้ คือการลดตราบาป ให้สมาชิกที่มีเรื่องราวและความรู้สึกที่คล้ายคลึงกัน มีความรู้ ความเข้าใจ และการปฏิบัติตนในเรื่องลดตราบาปได้อย่างเหมาะสม และจะเป็นประโยชน์ต่อการดำรงชีวิตต่อไป กิจกรรมกลุ่มในครั้งนี้เป็นไปตามเป้าหมายมากน้อยเพียงใด ขึ้นอยู่กับสมาชิกทุกคนในการให้ความ”

#### อุปกรณ์

1. โปสเตอร์ แสดงวัตถุประสงค์ของการทำกลุ่มบำบัดแบบระดับประคอง
2. กระดาษ ดินสอ ป้ายชื่อสำหรับผู้ป่วย
3. แบบสอบถามการรับรู้ตราบาป
4. ตารางบันทึกปัจจัยที่เกิดขึ้นในการทำกลุ่มจิตบำบัดแบบระดับประคอง(แบบประเมินปัจจัยบำบัด 11 ปัจจัยตามแนวคิด Yalom,1995)
5. ใบความรู้เรื่องโรคจิตเภท และการรับรู้ตราบาป

แผนการดำเนินงานกิจกรรมกลุ่มบำบัดระดับประคอง

ตารางการดำเนินการ

วัน	เวลา	กิจกรรม
สัปดาห์ที่ 1		
วันอังคาร	13.00-14.00 น.	ครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและความร่วมมือ สมาชิกร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์การรับรู้ตราบาป(กลุ่มที่ 1)
วันพุธ	13.00-14.00 น.	ครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและความร่วมมือ สมาชิกร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์การรับรู้ตราบาป(กลุ่มที่ 2)
วันพฤหัสบดี	13.00-14.00 น.	ครั้งที่ 2) การร่วมมือกันเพื่อสำรวจปัญหา สร้างเป้าหมายและวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกัน (กลุ่มที่ 1)
วันศุกร์	13.00-14.00 น.	ครั้งที่ 2) การร่วมมือกันเพื่อสำรวจปัญหา สร้างเป้าหมายและวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกัน (กลุ่มที่ 2)
สัปดาห์ที่ 2		
วันอังคาร	13.00-14.00 น.	ครั้งที่ 3 การพัฒนาการมีคุณค่าแห่งตน(กลุ่มที่ 1)
วันพุธ	13.00-14.00 น.	ครั้งที่ 3 การพัฒนาการมีคุณค่าแห่งตน(กลุ่มที่ 2)
วันพฤหัสบดี	13.00-14.00 น.	ครั้งที่ 4 การฝึกทักษะการสื่อสาร (กลุ่มที่ 1)
วันศุกร์	13.00-14.00 น.	ครั้งที่ 4 การฝึกทักษะการสื่อสาร (กลุ่มที่ 2)
สัปดาห์ที่ 3		
วันอังคาร	13.00-14.00 น.	ครั้งที่ 5 การพัฒนาทักษะการเผชิญปัญหา เปิดโอกาสให้สมาชิกทบทวนเนื้อหา ความรู้สึก (กลุ่มที่ 1)
วันพุธ	13.00-14.00 น.	ครั้งที่ 5 การพัฒนาทักษะการเผชิญปัญหาเปิดโอกาสให้สมาชิกทบทวนเนื้อหา ความรู้สึก (กลุ่มที่ 2)
สัปดาห์ที่ 5		
วันอังคาร	09.00-10.00 น.	ประเมินผลการวิจัย
วันอังคาร	10.00-11.00 น.	ประเมินผลการวิจัย



## ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไป (สำหรับผู้ป่วย)

คำชี้แจง : โปรดใส่เครื่องหมาย / ลงใน ( ) หรือเติมข้อความลงในช่องว่างให้สมบูรณ์ตามความเป็นจริง ที่ตรงกับตัวท่านมากที่สุด

1. อายุ.....ปี
2. เพศ ( ) 1. ชาย ( ) 2. หญิง
3. สถานภาพสมรส ( ) 1. โสด ( ) 2. คู่ ( ) 3. หม้าย/หย่า/แยก
4. ระดับการศึกษา
 

( ) 1. ไม่ได้เรียนหนังสือ	( ) 2. ชั้นประถมศึกษา
( ) 3. ชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น	( ) 4. ชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย
( ) 5. อนุปริญญา	( ) 6.ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า
( ) 7. อื่นๆ ระบุ.....	
5. ปัจจุบันท่านมีอาชีพหลัก
 

( ) 1. นักเรียน/นักศึกษา	( ) 2. ทำงานบ้าน
( ) 3. ค้าขาย	( ) 4. รับจ้าง
( ) 5. เกษตรกรรม(ทำนา/ทำสวน/ทำไร่)	( ) 6.รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ
( ) 7. อื่นๆ ระบุ.....	
6. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน.....บาท
7. ระยะเวลาในการป่วย.....ปี
8. จำนวนครั้งที่เข้ารับรักษาในโรงพยาบาล.....
9. บุคคลที่ท่านอาศัยอยู่ด้วยในปัจจุบัน
 

( ) 1.สามี/ภรรยา	( ) 2. พ่อ/แม่/ลูก
( ) 3.ญาติ/พี่น้อง	( ) 4. คนอื่น
( ) 5. อยู่คนเดียว	
( ) 6. อื่นๆ ระบุ.....	
10. ขณะอยู่ที่บ้านท่านมีความสามารถ
 

( ) 1.ประกอบอาชีพ	( ) 2. เรียนหนังสือ
( ) 3. ทำงานบ้าน	( ) 4. ดูแลกิจวัตรประจำวันของตนเอง
( ) 5. ต้องมีผู้ดูแล	
( ) 6. อื่นๆ ระบุ.....	

### เครื่องมือในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychotic Rating Scale) ที่ได้พัฒนาโดย Overall & Gorhan (1962) ซึ่ง ภัทรา ธิรลภ(2531) ได้หาค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นโดยใช้ โปรแกรมสำเร็จรูปวิเคราะห์ได้ค่า Alpha Coefficients เท่ากับ 0.89 ประกอบด้วยข้อคำถาม 18 ข้อ โดยแบ่ง ระดับคะแนนความรุนแรงของอาการเป็น 0-6 ระดับ แบ่งเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

- |                          |  |
|--------------------------|--|
| 0) ไม่มีอาการ            | ไม่มีอาการตามคำจำกัดความ                                 |
| 1) มีอาการขั้นต่ำสุด     | สงสัยว่ามีความผิดปกติหรือมีอาการแต่ถือว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติ |
| 2) มีอาการเล็กน้อย       | สงสัยว่ามีความผิดปกติเล็กน้อย                            |
| 3) มีอาการปานกลาง        | สงสัยว่ามีความผิดปกติปานกลาง                             |
| 4) มีอาการค่อนข้างรุนแรง | สงสัยว่ามีความผิดปกติค่อนข้างรุนแรง                      |
| 5) มีอาการรุนแรง         | สงสัยว่ามีความผิดปกติรุนแรง                              |
| 6) มีอาการรุนแรงมาก      | สงสัยว่ามีความผิดปกติรุนแรงมาก                           |

#### การแปลผลคะแนน

0-18	หมายถึง	ไม่มีอาการ
19 – 35	หมายถึง	มีอาการขั้นต่ำสุด
36 – 53	หมายถึง	มีอาการเล็กน้อย
54 - 71	หมายถึง	มีอาการปานกลาง
72 - 89	หมายถึง	มีอาการค่อนข้างรุนแรง
90 – 107	หมายถึง	มีอาการรุนแรง
108 – 126	หมายถึง	มีอาการรุนแรงมาก

#### ความหมายของคะแนน

0 - 18	หมายถึง	อยู่ในเกณฑ์ปกติ
19-36	หมายถึง	มีอาการทางจิต
37-126	หมายถึง	มีอาการทางจิตรุนแรง ต้องดูแลแบบผู้ป่วยใน

#### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำแบบวัดความรู้เกี่ยวกับอาการทางจิต ของภัทรา ธิรลภ (2531) มาปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา จากนั้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิ

ทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 5 คน ตรวจสอบและนำไปปรับปรุงแก้ไขตามที่คุณวุฒิ  
แนะนำ ภายใต้การดูแลของอาจารย์ที่ปรึกษา





ตารางบันทึกปัจจัยบำบัดที่เกิดขึ้นในการทำกลุ่มบำบัดแบบประคับประคอง

ปัจจัยบำบัด	ครั้งที่						รวม
	1	2	3	4	5	6	
1.การเรียนรู้ความรู้สึกให้							
2.การผูกพันจิตใจต่อกัน							
3.การมีความเป็นสากล							
4.การเรียนรู้มนุษยสัมพันธ์							
5.การให้ข้อมูล							
6.การได้ระบายออก							
7.การได้เลียนแบบพฤติกรรม							
8.การแก้ไขประสบการณ์เดิมในครอบครัว							
9.การพัฒนาเทคนิคเพื่อเข้าสังคม							
10.การรู้สึกมีความหวัง							
11.การได้รู้ถึงความจริงของชีวิต							

## ภาคผนวก ค

ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย  
และใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

## ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

**ชื่อโครงการวิจัย** ผลของกลุ่มจิตบำบัดปรับระดับประคองต่อการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยโรคจิตเภท

**ชื่อผู้วิจัย** นางสาววรรษษา จำปาศรี นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**สถานที่ติดต่อผู้วิจัย**

(ที่ทำงาน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี ภาควิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ต.หน้าเมือง อ.เมือง จ.ราชบุรี 70000

(ที่บ้าน) 51/517 หมู่ 1 ต.ท่าตำหนัก อ.นครชัยศรี จ. นครปฐม 73120

โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 032 – 314603 โทรสาร 032 - 314605 โทรศัพท์ที่บ้าน 032 - 359110

โทรศัพท์มือถือ 081-9264138 E-mail: watsa-j@hotmail.com

1. ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัย ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย มีความจำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้ทำเพราะเหตุใดและเกี่ยวข้องกับอะไร กรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบและสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไม่ชัดเจนได้

2. โครงการนี้เกี่ยวข้องกับการวิจัยเรื่อง “ผลของกลุ่มจิตบำบัดปรับระดับประคองต่อการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยโรคจิตเภท”

3. วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อศึกษาประสิทธิผลของกลุ่มจิตบำบัดปรับระดับประคองต่อการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยโรคจิตเภท

4. รายละเอียดของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยครั้งนี้

ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับพยาบาลประจำคลินิกสุขภาพจิตและจิตเวชแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลศูนย์ราชบุรี เพื่อขออนุญาตสำรวจรายชื่อผู้ป่วยในทะเบียนผู้ป่วยในคลินิกจิตเวช โดยคัดเลือกผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในช่วงเวลาที่มารับบริการที่คลินิกจิตเวช จากนั้นคัดเลือกผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดในการเข้ากลุ่มตัวอย่างในการวิจัยที่แผนกจิตเวชผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศูนย์ราชบุรี โดยผู้วิจัยประเมินการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยโรคจิตเภทด้วยแบบวัดการรับรู้ตราบาป เพื่อคัดเลือกเฉพาะผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีระดับคะแนนการรับรู้ตราบาปในระดับปานกลางถึงระดับสูงมาก คือมีคะแนนระหว่าง 44 -105 คะแนน หากพบว่ามีคุณสมบัติครบตามที่กำหนด ผู้วิจัยขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัยโดยความสมัครใจและอธิบายในเรื่องการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ และกำหนดขนาดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้หลักการอ้างอิงขนาดกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยแบบทดลอง



ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน แบ่งผู้ป่วยออกเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดประคับประคองต่อการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยโรคจิตเภท จำนวน 20 คน และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ 20 คน ด้วยวิธีการจับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Match paired) โดยพิจารณาจากคะแนนแบบวัดการรับรู้ตราบาปที่อยู่ในระดับเดียวกัน

5. กระบวนการการวิจัยที่กระทำต่อกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ผู้วิจัย นางสาววรรณษา จำปาศรี ดำเนินการวิจัยกลุ่มจิตบำบัดประคับประคองต่อการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยมีผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้บำบัด ซึ่งรายละเอียดของโปรแกรมประกอบด้วยกิจกรรมต่างๆ 5 กิจกรรม ใช้ระยะเวลาทั้งสิ้น 3 สัปดาห์ๆ ละ 2 กิจกรรม ในแต่ละกิจกรรมใช้เวลาใช้ เวลา 60 นาที โดยทำการบำบัดในรูปแบบกลุ่มกับผู้ป่วยโรคจิตเภททั่วไป 2 กลุ่มๆ ละ 10-12 คน ที่ห้องให้คำปรึกษา แผนกจิตเวชผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศูนย์ราชบุรี (กลุ่มที่ 1 นัดทำกิจกรรมทุกวัน อังคารและวันพุธ เวลา 13.00-14.00 น. และกลุ่มที่ 2 นัดทำกิจกรรมทุกวันพฤหัสบดีและวันศุกร์ เวลา 09.00-10.00 น.) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดการรับรู้ตราบาป แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychotic Rating Scale) แบบประเมินการปรับตัวทางสังคม แบบวัดปัจจัยบำบัด 11 ปัจจัยตามแนวคิดของ Yalom (1995) การคัดกรองผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยโดยการคัดกรองกลุ่มตัวอย่างตามคุณ สมบัติเกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย

6. การเข้าร่วมเป็นกลุ่มประชากรในการวิจัยเป็นโดยสมัครใจ สามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือขอถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะ โดยการปฏิเสธที่จะเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ไม่มีผลต่อการได้รับการดูแลจากเจ้าหน้าที่แต่ประการใด

7. การเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้มีประโยชน์ต่อผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีการรับรู้ตราบาปในระดับปานกลางถึงระดับสูงมาก

8. หากท่านมีข้อสงสัยสามารถสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติม และสามารถติดต่อกับผู้วิจัยนางสาววรรณษา จำปาศรี ได้ตลอดเวลา หมายเลขโทรศัพท์ 081- 9264138 และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติม ที่เป็นประโยชน์หรือโทษเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบโดยรวดเร็ว

9. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับท่านจะเก็บเป็นความลับ หากมีการเสนอผลการวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวม ข้อมูลใดที่สามารถระบุถึงตัวท่านได้จะไม่ปรากฏในรายงาน

10. การวิจัยครั้งนี้ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนให้แก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีเพียงการจ่ายค่าพาหนะสำหรับการเดินทางเพื่อเป็นการแบ่งเบาภาระของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยคนละ 50 บาท

11. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการ  
พิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคาร  
สถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์  
0-2218-8147 โทรสาร 0-2218-8147 E-mail: [eccu@chula.ac.th](mailto:eccu@chula.ac.th)

## หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

**เลขที่** ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้าซึ่งได้ลงนามทำหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

**ชื่อโครงการวิจัย** ผลของกลุ่มจิตบำบัดระดับประคองต่อการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยโรคจิตเภท

**ชื่อผู้วิจัย** นางสาววรรษษา จำปาศรี

**ที่อยู่ติดต่อ** 51/517 หมู่ 1 ต.ท่าตำหนัก อ.นครชัยศรี จ. นครปฐม 73120

โทรศัพท์ 081-9264138

E-mail: watsa-j@ hotmail.com

ข้าพเจ้า**ได้รับทราบ**รายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขึ้นตอนต่างๆที่ต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตรายและประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยในเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอดและ**ได้รับคำอธิบาย**จากผู้วิจัย**จนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว**

ข้าพเจ้าจึง**สมัครใจ**เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยข้าพเจ้ายินยอมที่จะเข้าร่วมรับการบำบัดตามโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดระดับประคองต่อการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยเข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ละ 2 วัน ครั้งละ 60-90 นาที รวม 5 ครั้ง เป็นระยะเวลา 3 สัปดาห์ และยินยอมที่จะให้ความร่วมมือในการตอบ แบบวัดการรับรู้ตราบาป แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychotic Rating Scale) แบบประเมินการปรับตัวทางสังคม แบบวัดปัจเจกบำบัด 11 ปัจจัยตามแนวคิดของ Yalom (1995)

ข้าพเจ้ามีสิทธิ**ถอนตัว**ออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ **โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล** ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้นจะไม่มีผลกระทบในทางใดๆต่อตัวข้าพเจ้าทั้งสิ้น และจะได้รับการดูแลจากเจ้าหน้าที่เช่นเดิม

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยและข้อมูลใดๆที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะ**เก็บรักษาเป็นความลับ** โดยจะ

นำเสนอ ข้อมูลจากการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147 โทรสาร 0-2218-8147  
E-mail: eccu@chula.ac.th

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยและสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ.....

(นางสาววรรษษา จำปาศรี)

ผู้วิจัยหลัก

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน

ภาคผนวก ง  
ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย



## บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลราชบุรี(กลุ่ม พรส.) โทร.๑๒๔๕  
ที่รบ.๐๐๒๗.๑๐๒/๑๖๔ วันที่ ๒๘ มิถุนายน ๒๕๕๔  
เรื่อง อนุญาตการดำเนินงานวิจัยในโรงพยาบาลราชบุรี

เรียน นางสาววรรษชา จำปาศรี

สืบเนื่องจากผลการประชุมคณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลราชบุรี เป็นการประชุมประจำปีงบประมาณ ๒๕๕๔ วันที่ ๒๘ มิถุนายน ๒๕๕๔ ณ ห้องประชุมศูนย์พัฒนาคุณภาพ ชั้น ๒ อาคารศูนย์พัฒนาคุณภาพ หัวข้อพิจารณาวาระที่ ๓ ชื่อวิทยานิพนธ์ “ผลของกลุ่มจิตบำบัดระดับประคองต่อการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยโรคจิตเภท” ผู้วิจัยหลัก นางสาววรรษชา จำปาศรี นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผลการพิจารณาของคณะกรรมการฯ มีมติ อนุมัติให้ผู้วิจัยสามารถดำเนินการวิจัยในโรงพยาบาลราชบุรีตามโครงร่างงานวิจัยที่เสนอต่อคณะกรรมการเพื่อพิจารณา

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

(นายสุพจน์ จีระราชวโร)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน  
โรงพยาบาลราชบุรี

ภาคผนวก จ  
ตารางผลการทดลองในการวิจัย

ตารางที่ 6 จำนวนปัจจัยบำบัดแต่ละชนิดในการเข้ากลุ่มจิตบำบัดแต่ละครั้ง

ปัจจัยบำบัด	ครั้งที่					รวม	ลำดับ ที่
	1	2	3	4	5		
1.การเรียนรู้ความรู้สึกให้			/	/	/	3	7
2.การผูกพันจิตใจต่อกัน	/	/	/	/	/	5	1
3.การมีความเป็นสากล	/	/	/	/	/	5	1
4.การเรียนรู้มนุษยสัมพันธ์			/	/	/	3	7
5.การให้ข้อมูล			/	/	/	3	7
6.การได้ระบายออก	/	/	/	/	/	5	1
7.การได้เลียนแบบพฤติกรรม		/	/	/	/	4	4
8.การแก้ไขประสบการณ์เดิมในครอบครัว				/	/	2	11
9.การพัฒนาเทคนิคเพื่อเข้าสังคม			/	/	/	3	7
10.การรู้สึกมีความหวัง		/	/	/	/	4	4
11.การได้รู้ถึงความจริงของชีวิต		/	/	/	/	4	4

จากตารางที่ 6 แสดงให้เห็นว่าการทำกิจกรรมกลุ่มจิตบำบัดระดับประคองทั้ง 5 ครั้ง พบว่าปัจจัยบำบัดมากที่สุดเป็นลำดับหนึ่ง คือ การผูกพันจิตใจต่อกัน การมีความเป็นสากล การได้ระบายออก ปัจจัยที่พบบรองลงมาเป็นลำดับสอง คือ การได้เลียนแบบพฤติกรรม การรู้สึกมีความหวัง การได้รู้ถึงความจริงของชีวิต ปัจจัยที่พบบรองลงมาเป็นลำดับสาม คือ การเรียนรู้มนุษยสัมพันธ์ การให้ข้อมูล การพัฒนาเทคนิคเพื่อเข้าสังคม และปัจจัยที่พบน้อยที่สุดคือ การแก้ไขประสบการณ์เดิมในครอบครัว



**ตารางที่ 7** เปรียบเทียบระดับคะแนนการปรับตัวทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับการเข้ากลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง

คนที่	คะแนนการปรับตัวทางสังคม	
	ก่อน	หลัง
1	14	18
2	20	22
3	16	21
4	19	22
5	14	18
6	17	19
7	15	18
8	17	21
9	16	18
10	19	23
11	17	19
12	18	22
13	17	23
14	17	20
15	18	20
16	18	24
17	19	23
18	15	18
19	18	20
20	17	19

จากตารางที่ 7 พบว่า คะแนนการปรับตัวทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลอง หลังเข้าร่วมกลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง พบว่าผู้ป่วยทุกคน มีระดับคะแนนการปรับตัวทางสังคม ผ่านเกณฑ์ (คะแนนการปรับตัวทางสังคม มากกว่า 18คะแนน) ทุกคน คิดเป็นร้อยละ 100

**ตารางที่ 8** เปรียบเทียบระดับคะแนนการปรับตัวทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ

คนที่	ระดับคะแนนการปรับตัวทางสังคม	
	ก่อน	หลัง
1	14	15
2	20	20
3	16	15
4	19	19
5	14	14
6	17	18
7	15	16
8	17	17
9	16	16
10	19	21
11	17	18
12	18	18
13	17	16
14	17	15
15	18	15
16	18	19
17	19	22
18	15	17
19	18	19
20	17	15

จากตารางที่ 8 พบว่า คะแนนการปรับตัวทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มควบคุม หลังได้รับการพยาบาลตามปกติ พบว่ามีผู้ป่วยจำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 45 มีระดับคะแนนการปรับตัวทางสังคมลดลง มี 7 คน คิดเป็นร้อยละ 35 มีระดับคะแนนการปรับตัวทางสังคมเพิ่มขึ้น และมี 4 คน คิดเป็นร้อยละ 20 ที่มีการปรับตัวทางสังคมเท่าเดิม

ตารางที่ 9 คะแนนการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภท และการแปลผลของกลุ่มควบคุมก่อน (Pre-test) และหลังการทดลอง (Post test)

คนที่	แบบประเมินการรับรู้ตราบาป			
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	คะแนน	แปลผล	คะแนน	แปลผล
1	53	ระดับปานกลาง	54	ระดับปานกลาง
2	45	ระดับปานกลาง	46	ระดับปานกลาง
3	56	ระดับปานกลาง	59	ระดับปานกลาง
4	44	ระดับปานกลาง	46	ระดับปานกลาง
5	51	ระดับปานกลาง	51	ระดับปานกลาง
6	55	ระดับปานกลาง	53	ระดับปานกลาง
7	47	ระดับปานกลาง	47	ระดับปานกลาง
8	46	ระดับปานกลาง	48	ระดับปานกลาง
9	45	ระดับปานกลาง	45	ระดับปานกลาง
10	45	ระดับปานกลาง	40	ระดับปานกลาง
11	46	ระดับปานกลาง	44	ระดับปานกลาง
12	47	ระดับปานกลาง	50	ระดับปานกลาง
13	45	ระดับปานกลาง	48	ระดับปานกลาง
14	48	ระดับปานกลาง	49	ระดับปานกลาง
15	48	ระดับปานกลาง	50	ระดับปานกลาง
16	52	ระดับปานกลาง	52	ระดับปานกลาง
17	45	ระดับปานกลาง	40	ระดับปานกลาง
18	46	ระดับปานกลาง	44	ระดับปานกลาง
19	54	ระดับปานกลาง	52	ระดับปานกลาง
20	44	ระดับปานกลาง	48	ระดับปานกลาง

จากตารางที่ 9 พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทในกลุ่มควบคุม ทุกคนมีคะแนนการรับรู้ตราบาป อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งภายหลังการทดลอง พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทมีคะแนนการรับรู้ตราบาป อยู่ในระดับเท่าเดิมคือระดับปานกลาง

ตารางที่ 10 คะแนนการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภท และการแปลผลของกลุ่มทดลองก่อน (Pre-test) และหลังการทดลอง (Post test)

คนที่	แบบประเมินการรับรู้ตราบาป			
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	คะแนน	แปลผล	คะแนน	แปลผล
1	54	ระดับปานกลาง	50	ระดับปานกลาง
2	44	ระดับปานกลาง	30	ระดับต่ำ
3	56	ระดับปานกลาง	49	ระดับปานกลาง
4	45	ระดับปานกลาง	30	ระดับต่ำ
5	50	ระดับปานกลาง	44	ระดับปานกลาง
6	56	ระดับปานกลาง	42	ระดับต่ำ
7	47	ระดับปานกลาง	37	ระดับต่ำ
8	46	ระดับปานกลาง	35	ระดับต่ำ
9	44	ระดับปานกลาง	38	ระดับต่ำ
10	44	ระดับปานกลาง	32	ระดับต่ำ
11	45	ระดับปานกลาง	40	ระดับต่ำ
12	48	ระดับปานกลาง	43	ระดับต่ำ
13	45	ระดับปานกลาง	37	ระดับต่ำ
14	47	ระดับปานกลาง	44	ระดับปานกลาง
15	48	ระดับปานกลาง	43	ระดับต่ำ
16	53	ระดับปานกลาง	48	ระดับปานกลาง
17	45	ระดับปานกลาง	36	ระดับต่ำ
18	44	ระดับปานกลาง	39	ระดับต่ำ
19	53	ระดับปานกลาง	46	ระดับปานกลาง
20	45	ระดับปานกลาง	42	ระดับต่ำ

จากตารางที่ 10 พบว่า ก่อนการทดลอง ผู้ป่วยโรคจิตเภทในกลุ่มทดลอง ทุกคนมีคะแนนการรับรู้ตราบาปอยู่ในระดับปานกลาง แต่ภายหลังการทดลอง พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทจำนวน 14 คน มีคะแนนการรับรู้ตราบาปอยู่ในระดับต่ำ ทั้งนี้เนื่องจากยังไม่เคยมีการใช้โปรแกรม

การเกี่ยวกับการลดตราขายสำหรับผู้ป่วยจิตเภทอย่างนี้มาก่อน ซึ่งส่วนใหญ่แล้วผู้ป่วยไปรับยา  
ที่โรงพยาบาลแล้วกลับบ้านเท่านั้น

### ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาววรรษษา จำปาศรี เกิดวันที่ 30 กรกฎาคม พ.ศ. 2526 ที่จังหวัดนครปฐม สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี ในปีการศึกษา 2549 เข้าศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปีการศึกษา 2552 ปัจจุบันรับราชการในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการ หน้าที่ในการปฏิบัติงานเป็น อาจารย์พยาบาล ภาควิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี สถานที่ติดต่อ 51/617 ตำบลท่าตำหนัก อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม  
E-mail: Watsa-j@hotmail.com