

ผลของโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจแบบกลุ่มต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภท



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2562

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF RESILIENCE ENHANCEMENT GROUP PROGRAM ON DEPRESSION OF  
SCHIZOPHRENIC PATIENTS



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements  
for the Degree of Master of Nursing Science in Nursing Science

Field of Study of Nursing Science

FACULTY OF NURSING

Chulalongkorn University

Academic Year 2019

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ผลของโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจแบบกลุ่มต่อ ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภท
โดย	ร.อ.หญิงวรัญญา โหมตเกษม
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่ง  
ของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

.....	คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)	
คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์	
.....	ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย)	
.....	อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์)	
.....	กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(รองศาสตราจารย์ ดร.ธีระ สิ้นเดชารักษ์)	

CHULALONGKORN UNIVERSITY

วรัญญา โหมตเกษม : ผลของโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจแบบกลุ่มต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภท. ( THE EFFECT OF RESILIENCE ENHANCEMENT GROUP PROGRAM ON DEPRESSION OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS) อ.ที่ปรึกษาหลัก : ผศ. ดร.เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจแบบกลุ่ม และ 2) เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจแบบกลุ่มกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวชแห่งหนึ่ง ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 40 คน สุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 20 คน โดยได้รับการจับคู่ด้วย เพศ อายุ และอาการทางจิต กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจแบบกลุ่ม ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) โปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจแบบกลุ่ม 2) แบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท เครื่องมือทุกชุดผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน เครื่องมือชุดที่ 2 มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบราวน์เท่ากับ 0.85 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและสถิติทดสอบที

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

- 1) ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจแบบกลุ่มต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
- 2) ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจแบบกลุ่มต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สาขาวิชา      พยาบาลศาสตร์  
ปีการศึกษา    2562

ลายมือชื่อนิสิต .....  
ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก .....

# # 6077308836 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORD: RESILIENCE ENHANCEMENT, DEPRESSION, SCHIZOPHRENIC PATIENS

Waranya Modekasem : THE EFFECT OF RESILIENCE ENHANCEMENT GROUP PROGRAM ON DEPRESSION OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS. Advisor: Asst. Prof. Pennapa Dangdomyouth, Ph.D.

The purposes of this quasi – experimental research were: 1) to compare depression of schizophrenic patients before and after received resilience enhancement group program, and 2) to compare depression of schizophrenic patients who received resilience enhancement group program and those who received regular nursing care. Forty samples were inpatients schizophrenic patients at psychiatric hospital, 20 subjects were randomly assigned to experimental group and control group, who met the inclusion criteria. They were matched pair by gender, age and psychiatric symptoms. The experimental group received resilience enhancement group program, and the control group received regular nursing care. Research instruments consisted; 1) The resilience enhancement group program, 2) Thai version of Calgary Depression Scale for Schizophrenia. All instruments were tested for content validity by 5 professional experts. The reliability of the 2<sup>nd</sup> instruments was reported by Cronbach's Alpha coefficient of 0.85. Data were analyzed using t-test.

Major findings were as follows:

- 1) Depression of schizophrenic patients who received resilience enhancement group program was significantly lower than before, at the .05 level.
- 2) Depression of schizophrenic patients who received resilience enhancement group program were significantly lower than those who received regular nursing care, at the .05 level.

Field of Study: Nursing Science

Student's Signature .....

Academic Year: 2019

Advisor's Signature .....

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้อย่างสมบูรณ์ด้วยความกรุณาจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์ ที่ได้กรุณาเสียสละเวลาอันมีคุณค่าให้คำปรึกษา ชี้แนะแนวทางในการทำวิทยานิพนธ์ ตลอดจนช่วยตรวจสอบ ปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความทุ่มเทเอาใจใส่ผู้วิจัยตลอดมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและเป็นเกียรติอันสูงส่งที่ได้รับการประสิทธิประสาทวิชาความรู้จากอาจารย์ตลอดมา ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณท่านอาจารย์เป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย ประธานสอบวิทยานิพนธ์ และรองศาสตราจารย์ ดร. ธีระ สนิเตชารักษ์ กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย ที่กรุณาให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์และมีคุณค่ายิ่งต่อการทำวิทยานิพนธ์เล่มนี้ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่กรุณาตรวจสอบความถูกต้องของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือวิจัยให้มีความเหมาะสมกับงานวิจัยมากที่สุด

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ ประสบการณ์และคำแนะนำต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์ตลอดเวลาของการศึกษาที่ผ่านมา ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่านที่อำนวยความสะดวกในการติดต่อเอกสารในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ รวมถึงพี่ๆ และเพื่อน ๆ ทุกคนที่คอยช่วยเหลือ ให้กำลังใจตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา

ขอขอบพระคุณท่านอธิบดีกรมสุขภาพจิต ที่ให้โอกาสศึกษาเรียนรู้ ผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ผู้อำนวยการด้านการพยาบาล และเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ทุกท่านที่ช่วยอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลสำหรับการวิจัยครั้งนี้ ขอขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ที่ได้ให้ข้อมูลและมีส่วนร่วมในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ประสบผลลุล่วงไปด้วยดี

ขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า พี่หัวหน้าและเพื่อนร่วมงานแผนกโสตศอนาสิกกรรม ที่ให้กำลังใจ สนับสนุนและให้โอกาสให้มีเวลาศึกษางานวิจัยขึ้นนี้ ด้วยดีมาตลอด

ขอรำลึกถึงพระคุณบิดามารดา ผู้ให้กำเนิด และทุกคนในครอบครัวที่เป็นแรงสนับสนุนที่สำคัญยิ่งในความสำเร็จครั้งนี้

สุดท้ายนี้คุณค่าและผลลัพธ์จากวิทยานิพนธ์เล่มนี้ ขอให้เป็นประโยชน์สำหรับผู้ป่วยจิตเภททุกท่าน ขอให้มีความสุขกาย และสุขภาพใจที่สมบูรณ์ แข็งแรงตลอดไป

วรัญญา โหมดเกษม

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....ค	ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ..... ง	ง
กิตติกรรมประกาศ..... จ	จ
สารบัญ..... ฉ	ฉ
สารบัญตาราง..... ช	ช
บทที่ 1 บทนำ..... 1	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา..... 1	1
คำถามการวิจัย..... 7	7
วัตถุประสงค์ของการวิจัย..... 7	7
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย..... 8	8
สมมติฐานการวิจัย..... 11	11
ขอบเขตการวิจัย..... 11	11
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย..... 12	12
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ..... 14	14
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง..... 15	15
1. แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับโรคจิตเภท..... 16	16
2. แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภท..... 25	25
3. แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความเข้มแข็งทางใจ..... 37	37
4. แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มบำบัด..... 45	45
5. โปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจแบบกลุ่มต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตเภท..... 53	53
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง..... 59	59

7. กรอบแนวคิดการวิจัย .....	60
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย .....	62
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง .....	62
การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง .....	63
ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง .....	64
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง .....	64
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย .....	65
การดำเนินการทดลอง .....	71
การวิเคราะห์ข้อมูล .....	87
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล .....	89
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ .....	98
สรุปผลการวิจัย .....	104
อภิปรายผลการวิจัย .....	105
ข้อเสนอแนะ .....	109
บรรณานุกรม .....	110
ภาคผนวก .....	122
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ .....	123
ภาคผนวก ข ผลการพิจารณาจริยธรรม ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และหนังสือยินยอมประชากรกลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย .....	125
ภาคผนวก ค สถิติที่ใช้ในการวิจัย .....	133
ภาคผนวก ง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย .....	136
ประวัติผู้เขียน .....	148





## สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1	สรุปการบูรณาการแนวคิดแนวคิดการสร้างความเข้มแข็งทางใจของ Grotberg (1995) และแนวคิดของ Yalom (1995).....	54
ตารางที่ 2	การดำเนินกิจกรรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจแบบกลุ่มต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภท.....	73
ตารางที่ 3	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาในการเจ็บป่วยและจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 90	
ตารางที่ 4	เปรียบเทียบคุณลักษณะ (matched - pair) ของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นรายคู่.....	93
ตารางที่ 5	เปรียบเทียบคะแนนพลังสุขภาพจิตของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง.....	94
ตารางที่ 6	เปรียบเทียบคะแนนพลังสุขภาพจิตและคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง.....	95
ตารางที่ 7	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง (n=20).....	96
ตารางที่ 8	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง (n=40).....	97

# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นความเจ็บป่วยทางจิตที่พบบมากที่สุด (สุนทรภรณ์ ทองไสย, 2561) ปัจจุบันผู้ป่วยจิตเภทมีจำนวนประมาณ 21 ล้านคนทั่วโลกและยังคงเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ตามอายุและการเติบโตขึ้นของประชากร สถิติทั่วโลกพบว่าจำนวนผู้ป่วยจิตเภท เพิ่มขึ้นจาก 13.1 ล้านคน ในปี ค.ศ.1990 เป็น 20.9 ล้านคน ในปี ค.ศ. 2016 (Charlson et al., 2018) มีความชุกของโรคในเพศชายและเพศหญิงใกล้เคียงกัน(Li, Ma, Wang, Yang, & Wang, 2016) โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังที่ส่งผลกระทบต่อบุคคลและต่อสังคมในทุกระดับ จัดเป็น 5 อันดับแรกของโรคที่สามารถรักษาด้วยยาที่เป็นสาเหตุของความพิการและการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร และก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายตลอดช่วงชีวิตทั้งหมดสำหรับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท 1 คน มากกว่า 10 ล้านดอลลาร์สหรัฐ (Whiteford et al., 2013) ส่วนในประเทศไทย โรคจิตเภทเป็นการเจ็บป่วยทางจิตที่พบบ่อยเป็นอันดับ 1 ของการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช สถิติของกรมสุขภาพจิตพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับบริการมีจำนวน 480,266 คน (กรมสุขภาพจิต, 2560) และมีแนวโน้มที่จะเพิ่มจำนวนสูงขึ้นทุกปี จากการประเมินค่าภาระโรคของประเทศไทยพบว่า ในปี พ.ศ.2554 , พ.ศ.2556 และพ.ศ. 2557 โรคจิตเภทเป็นสาเหตุของความสูญเสียปีสุขภาวะ (DALYs) ร้อยละ 1.4 ,1.5 และ 1.7 ในเพศชาย และเป็นสาเหตุของความสูญเสียปีสุขภาวะจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพ (YLDs) ร้อยละ 3.6, 3.8 และ 5.8 ในเพศชาย และร้อยละ 2.2, 2.9 และ 3.4 ในเพศหญิงตามลำดับ (Bundhamcharoen & Tangcharoensathien, 2017)

โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความผิดปกติของกระบวนการความคิด การรับรู้ อารมณ์และการรับรู้ ไม่ตรงกับความเป็นจริง ทำให้มีการแสดงออกของพฤติกรรมที่ผิดปกติไปจากคนทั่วไป (สมภพ เรืองตระกูล, 2557) อาการแสดงของโรคจิตเภท แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มอาการ คือ อาการทางบวก ได้แก่ อาการหลงผิด อาการประสาทหลอน ความผิดปกติของความคิดและคำพูด และความผิดปกติของพฤติกรรม ส่วนอาการทางลบ ได้แก่ อารมณ์เรียบเฉย พูดน้อยหรือไม่พูด ขาดความสนใจในกิจกรรมทุกชนิด ขาดความสุข และขาดความตั้งใจ (อัจฉราพร สีหิรัญวงศ์ และคณะ, 2557) โดยปกติโรคจิตเภทจะเกิดขึ้นในช่วงวัยรุ่นและมักจะนำมาสู่ความพิการตลอดชีวิต รวมถึงการรู้คิดหลายด้านที่บกพร่องอย่างถาวร การเสียความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและการเกิดอารมณ์เศร้า ซึ่งส่งผลให้เกิดความเสียหายอย่างมากในการฆ่าตัวตาย (Janicak, Marder, Tandon, & Goldman, 2014) โรคจิตเภทเป็นโรคที่เมื่อเป็นแล้วไม่สามารถรักษาให้หายขาด จึงเป็นโรคเรื้อรัง โดยส่วนใหญ่มีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ และมีอาการหลงเหลืออยู่ (มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558) การดำเนินโรคของ

ผู้ป่วยจิตเภท โดยทั่วไปแบ่งเป็น 4 ระยะ คือ ระยะก่อนป่วย (Premorbid phase) ระยะก่อนเกิดอาการทางจิต (Prodromal state) ระยะมีอาการป่วยทางจิต (Active phase) และระยะอาการคงที่และเหลืออาการบางส่วน (Residual phase) ซึ่งในระยะนี้ผู้ป่วยจะสามารถรับรู้และเข้าใจการเจ็บป่วยของตนเอง ประเมินการเจ็บป่วยของตนเองว่าเป็นสาเหตุทำให้ตัวผู้ป่วยต้องสูญเสียบทบาทและสถานภาพทางสังคม ทำให้เกิดความรู้สึกเป็นตราบาบ เป็นที่น่ารังเกียจ เป็นภาระของครอบครัว และไม่เป็นที่ต้องการของสังคม (สุภาวดี เกษไชยและคณะ, 2555) โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีระยะเวลาในการเจ็บป่วยนาน และเข้ารับการรักษาบ่อยครั้ง จะยิ่งทำให้ผู้ป่วยอยู่ในสภาพท้อแท้ มองตนเองมองโลก และมองอนาคตในทางลบ รู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า (Hausmann & Fleischhacker, 2002) และแม้ว่าจะได้รับการรักษาจนอาการทุเลาแล้ว แต่ถ้าหากสังคมแสดงการรังเกียจ ไม่ยอมรับจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกโดดเดี่ยวอ้างว้าง ไม่ปลอดภัย ผู้ป่วยจิตเภทเหล่านี้จะมีความไวต่อความเครียดในชีวิตประจำวันมากกว่าคนทั่ว ๆ ไป ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้เช่นกัน (ภิญโญณภัส พันธุ์ดนตรี, 2554)

ภาวะซึมเศร้าเป็นกลุ่มอาการที่มักเกิดร่วมกับโรคจิตเภท (Buckly, Miller, Lehrer, & Castle, 2009) มีรายงานว่าภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทพบได้ประมาณร้อยละ 40 (Upthegrove, Marwaha, & Birchwood, 2017) ในประเทศไทยจากการศึกษาของปริยฉัตร สละสวัสดิ์ (2556) พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยใน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 35 ซึ่งการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทจะทำให้เกิดผลลัพธ์ที่แย่งและภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดของการฆ่าตัวตายในโรคจิตเภท (Dutta, Murray, Allardyce, Jones, & Boydell, 2011) ผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะซึมเศร้าจะส่งผลต่อการใช้เวลาในการฟื้นคืนสู่สุขภาพนานขึ้น มีแนวโน้มที่อาการของโรคจะกำเริบและเกิดการกลับเป็นซ้ำ รวมถึงปัญหาการข้องเกี่ยวกับสารเสพติด สภาพจิตใจที่ย่ำแย่ ความพึงพอใจในชีวิตลดลง ความสัมพันธ์ในครอบครัวแย่งและไม่ร่วมมือในการรักษา (Conley, Ascher-Svanum, Zhu, Faries, & Kinon, 2007) ภาวะซึมเศร้าจึงเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทลดลง (Gardsjord et al., 2016)

ภาวะซึมเศร้า เป็นภาวะที่ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้าอยู่นานมากกว่า 2 สัปดาห์ โดยผู้ป่วยจะมีอารมณ์เศร้า ไม่มีความสุข มีการเปลี่ยนแปลงความอยากอาหาร ระดับพลังงาน และรูปแบบการนอน ความรู้สึกผิด ความรู้สึกไร้ค่า และความรู้สึกสิ้นหวัง ซึ่งความรู้สึกหรืออาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นเป็นสาเหตุที่สำคัญที่นำไปสู่การพยายามฆ่าตัวตาย (Addington et al., 1990) ภาวะซึมเศร้านักพบได้ในทุกช่วงของการดำเนินโรคจิตเภท (Dai et al., 2018) โดยพบได้บ่อยในระยะอาการหลงเหลือ (Residual phase) อยู่ในช่วง 1-2 สัปดาห์ หลังจากรักษาด้วยยาต้านอาการทางจิต ซึ่งผู้ป่วยจะมีอาการสงบ แต่ยังมีอาการทางจิตหลงเหลืออยู่แต่ไม่รุนแรง เช่น อาการหงุดหงิด วิตกกังวล อาการ

หลงผิด ประสาทหลอน ส่วนมากในระยะนี้พบว่าผู้ป่วยมีอาการทางลบ คือ มีอารมณ์เฉยเมย ไม่สนใจสิ่งรอบตัว บกพร่องทักษะการติดต่อทางสังคม ความสามารถในการทำหน้าที่ต่าง ๆ ลดลง และอาจมีอาการกำเริบเป็นครั้งคราว (Mousavi, Rostami, Sharbafchi, Boroujeni, & Mahaki, 2013) จากการศึกษาพบว่าในระยะหลังมีอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง อัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าพบในระดับปานกลางถึงรุนแรงประมาณร้อยละ 20 (Upthegrove et al., 2010) ส่วนการศึกษาในประเทศไทยได้มีการศึกษาการเกิดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังพบร้อยละ 26-36 (วรพงษ์ กำไร, 2552)

การเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทเป็นปฏิกิริยาจากปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วย เช่น การมองตนเองในทางลบ ความภูมิใจในตนเองลดลง เป็นต้น ถูกกระตุ้นด้วยแรงกดดันจากสิ่งแวดล้อม ซึ่งได้แก่ ความเครียดในชีวิตประจำวัน ถูกสังคมรังเกียจ การแยกตัวออกจากสังคมเป็นเวลานาน เหตุการณ์ที่เป็นสาเหตุของการเกิดความเครียดหรือความเศร้าและผลจากประสบการณ์ของความผิดปกติ เช่น อาการประสาทหลอน เป็นต้น ทำให้เกิดความคิดอัตโนมัติในทางลบทั้งต่อตนเอง ต่อเหตุการณ์ และต่อโลก ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา ภาวะซึมเศร้ายิ่งเพิ่มมากขึ้น ความคิดอัตโนมัติในทางลบจะเพิ่มมากขึ้นทั้งความถี่และความรุนแรง ความคิดที่เป็นเหตุผลลดลง ซึ่งนอกจากจะทำให้เกิดเป็นภาวะซึมเศร้าที่สร้างความทรมานทางจิตใจและนำไปสู่การฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเภทแล้ว แรงกดดันจากสิ่งแวดล้อมเหล่านี้ยังเข้าไปรบกวนการตีความหมายของแต่ละบุคคล ส่งผลให้การแปลความหมายของเหตุการณ์เปลี่ยนแปลงไป สร้างเป็นรูปแบบของอาการทางจิตขึ้นมา เป็นกระบวนการที่ทำให้อาการทางจิตยังคงอยู่และส่งผลกระทบต่อการรักษา เช่น การไม่ร่วมมือในการรับประทานยา อารมณ์เศร้า และสิ้นหวัง เป็นต้น (Avguštin, 2009) กล่าวได้ว่าภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภททำให้อาการของโรคกำเริบ ใช้เวลาในการเข้ารับการรักษาเพิ่มขึ้นและเกิดการกลับเป็นซ้ำ (Conley et al., 2007)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภท มีดังนี้ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า (Jakhar, Saha, & Beniwal, 2013) แบ่งเป็น ปัจจัยเสี่ยงด้านชีววิทยา (Biological risk) ได้แก่ พันธุกรรม เพศ โดยพบว่า การเป็นเพศหญิงจะมีความสัมพันธ์โดยตรงกับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท นอกจากนี้อาการทางลบและการเจ็บป่วยในระบบต่าง ๆ ของร่างกาย เช่น ระบบประสาท ระบบต่อมไร้ท่อ ระบบเมตาบอลิซึม ระบบหัวใจและหลอดเลือด รวมไปถึงการติดเชื้อและผลข้างเคียงของยา เช่น ยาลดความดัน ยาเสีรรอยด์ เป็นต้น (Samuel, 2012 ; Rossi et al., 2017) ปัจจัยเสี่ยงด้านจิตวิทยา (Psychological risk) อาการของโรคจิตเภทจะส่งผลให้ผู้ป่วยค่อย ๆ ลดความเป็นตัวเองลง ขาดการดูแลตนเอง มีบุคลิกที่เปลี่ยนแปลงไปและเมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าตนเองเป็นโรคจิตเภท

จะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความคิดด้านลบต่อตนเอง มองตนเองว่าไม่มีคุณค่า รู้สึกอับอาย เป็นตราบาป เกิดความคิดด้านลบต่อเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่ตนเองเผชิญ (Moritz et al., 2010 ; สุภาวดี เกษไชยและคณะ, 2555) สอดคล้องกับการศึกษาของ Konsztowicz & Lepage (2019) ที่พบว่า ความเข้าใจในอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภทจะส่งผลให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองถูกรอบคลุมด้วย อาการเจ็บป่วย ส่งผลให้แนวคิดที่มีต่อตนเองเปลี่ยนไปและเกิดเป็นภาวะซึมเศร้าได้ นอกจากนี้ยังพบ ปัจจัยเสี่ยงด้านสังคม (Social risk) โดยผู้ป่วยจิตเภทจะสูญเสียความเป็นตัวเอง ความสามารถในการ ทำงานและกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง ทำให้ไม่เป็นไปตามความคาดหวังของครอบครัว ส่งผลให้เกิดการ แสดงอารมณ์ที่รุนแรงต่อกัน รวมถึงสังคมแสดงความรังเกียจ ไม่ยอมรับ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกโดดเดี่ยว อ้างว้าง และปัจจัยเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต (Stressful life events) เช่น การสูญเสีย การเจ็บป่วยร้ายแรง ความยากลำบาก การมีปัญหาสัมพันธภาพกับครอบครัว เป็นต้น ปัจจัยเหล่านี้ เป็นส่วนสำคัญของการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท (ภิญโญภัสร์ พันธุ์ดนตรี, 2554)

ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ อายุ ระยะเวลาของการเจ็บป่วย การใช้สารเสพติด การสนับสนุนทางครอบครัว (ภิญโญภัสร์ พันธุ์ดนตรี, 2554) และความเข้มแข็งทางใจ (Bozikas & Parlapani, 2016) ซึ่งเป็นโครงสร้างที่ครอบคลุมมุมมองที่มีต่อตนเองในหลายด้าน การเพิ่มความเข้มแข็งทางใจมีความสัมพันธ์อย่างมากกับการฟื้นฟูความแข็งแกร่ง ภายในของบุคคล ความเข้มแข็งทางใจเป็นความสามารถของแต่ละบุคคลที่พัฒนาได้และฟื้นตัวกลับมา ใช้ชีวิตได้ตามปกติ คือ ความเข้าใจในตนเอง การชื่นชมตนเอง การมีความหวัง ความตั้งใจ และการ เรียนรู้การใช้ชีวิตตามความเป็นจริง เป็นการช่วยให้ประเมิน ตัดสินสถานการณ์ ความกดดันที่เผชิญอยู่ ได้ด้วยดี และยังเป็น การแก้ไขปัญหที่ต้นเหตุ จากการสำรวจภายในตนเอง สิ่งที่ทำได้ และสิ่งที่ ตนมี ซึ่งเป็นหัวใจหลักช่วยให้เกิดความเชื่อมั่น สามารถควบคุมตนเอง ส่งผลให้ลดอาการซึมเศร้าได้ (Rossi et al., 2017; Grotberg, 1995) สอดคล้องกับการศึกษาของ Rossi et al. (2017) ที่พบว่า ความเข้มแข็งทางใจ เป็นปัจจัยร่วมทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .001 ( $b = -.301$ )

ปัจจุบันการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ต้องรับไว้แบบผู้ป่วยในโรงพยาบาล การรักษาผู้ป่วย จิตเภทจะใช้ยาร่วมกับการบำบัดทางจิตสังคม (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558) โดยเฉพาะสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ผู้ป่วยมีระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาลเฉลี่ย ประมาณ 3-6 สัปดาห์ (ปรียนันท์ สละสวัสดิ์ และคณะ, 2559; ยาใจ สิทธิมงคล และคณะ, 2559) การบำบัดรักษาจะใช้ยารักษาโรคจิตร่วมกับการบำบัดทางจิตสังคมเมื่ออาการทางจิตสงบลง เช่น การบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรม จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล สิ่งแวดล้อมบำบัด และ กิจกรรมบำบัด (อรพรรณ และ พิรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2553) ได้แก่ กลุ่มออกกำลังกาย

(จิระภา สุมาลี และรัชณีกร อุปเสน ,2561) กลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง (ปรียนันท์ สละสวัสดิ์ และคณะ, 2559) กลุ่มให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษาและการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วย รวมถึงการให้ความรู้ และเตรียมความพร้อมให้กับญาติในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน การให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยทางจิตของผู้ป่วยมีความสำคัญ เนื่องจากจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักในความเจ็บป่วยและการรักษา ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ในการรักษาที่ดีขึ้น แต่ผู้ป่วยจะมีความคิดทางลบต่อตนเองที่เกิดจากความเจ็บป่วยนั้นนำไปสู่ความรู้สึกสิ้นหวัง ความภูมิใจในตนเองต่ำ และเกิดภาวะซึมเศร้า (Konsztowicz & Lepage, 2019) รวมถึงการอยู่ในสังคมกับผู้อื่น ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทต้องเผชิญกับปัญหาและเกิดความเครียด การสนับสนุนจากครอบครัวและการประคับประคองจากผู้อื่นไม่สามารถเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้า จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าความเข้มแข็งทางใจเป็นความสามารถในการจัดการปัญหาและวิกฤติของชีวิตให้สามารถฟื้นตัวกลับสู่สภาพปกติได้ในเวลาอันรวดเร็ว (ประเวช ตันติพิวัฒนสกุล, 2550) โดยพบว่าความเข้มแข็งทางใจที่เพิ่มขึ้นจะส่งผลต่อการรับรู้ตนเองในทางที่ดีขึ้น ความภูมิใจในตนเองและมีความมั่นใจการเผชิญปัญหา (Di Marco et al., 2017) รวมถึงช่วยให้ผู้ป่วยลดการรับรู้ตราบาปในตนเอง (Hofer et al , 2019) มองโลกในแง่ดีและมีจุดมุ่งหมายในชีวิต จึงสามารถลดและป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทได้ (Rossi et al. ,2017 ; Bozikas & Parlapani ,2016)

การบำบัดทางจิตสังคมเพื่อลดภาวะซึมเศร้า จะมีประสิทธิภาพหากเพิ่มความเข้มแข็งทางใจ (Shrivastava & Desousa, 2016) ซึ่งโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจเป็นโปรแกรมที่จะช่วยเพิ่มความมั่นคงทางใจและเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Steward & Yuen, 2011) ตามแนวคิดของการสร้างความเข้มแข็งทางใจของ Grotberg (1995) ประกอบไปด้วย 3 องค์ประกอบ คือ 1) ฉันเป็น (I am) คือ ลักษณะบุคลิกภาพที่เข้มแข็งของบุคคล ได้แก่ ความรู้สึก ทศนคติ และความเชื่อภายในตัวของบุคคล 2) ฉันมี (I have) เป็นการรับรู้ของบุคคลว่ามีแหล่งสนับสนุน คอยช่วยเหลือ และ 3) ฉันสามารถ (I can) เป็นทักษะทางสังคมหรือความสามารถในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น รวมถึงการเผชิญปัญหาและเหตุการณ์วิกฤติต่าง ๆ โปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจจะสามารถเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ทำให้ผู้ป่วยมองเห็นความสำคัญของตนเอง เกิดความภูมิใจในตนเองที่สามารถแก้ปัญหาต่าง ๆ ได้ มองโลกในแง่ดีมากขึ้น (Di Marco et al., 2017) ผู้ป่วยจะมีทักษะในการสร้างสัมพันธภาพที่ดี มีทักษะในการจัดการปัญหาที่สร้างสรรค์และเรียนรู้ที่จะจัดการอารมณ์และความเครียดของตนเองอย่างถูกต้อง ช่วยลดผลที่ตามมาจากภาวะซึมเศร้าคือความคิดฆ่าตัวตายและป้องกันการทำร้ายตนเองได้ (กรรณิการ์ ผ่องโฑ และอรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2557) ดังนั้นการสร้างความเข้มแข็งทางใจจึงเป็นส่วนสำคัญในการบำบัดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท เนื่องจากความเรื้อรังและรุนแรงของโรคจะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความคิดในทางลบต่อตนเองอยู่ตลอดเวลา จนกลายเป็น

ความรู้สึกเป็นตราบาป รู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง เมื่อประสบปัญหาหรือความเครียดในชีวิตประจำวัน และการไม่ถูกยอมรับจากผู้คนในสังคม ทำให้เกิดเป็นความคิดในทางลบต่อตนเอง สิ่งแวดล้อมและสถานการณ์ และกลายเป็นภาวะซึมเศร้า แต่ถ้าหากผู้ป่วยจิตเภทมีความเข้มแข็งทางใจ จะเข้าใจและมีมุมมองของการเจ็บป่วยตามความเป็นจริง ผ่านพ้นปัญหาและอุปสรรคในชีวิต ค้นพบแหล่งสนับสนุนของตน รู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น มองตนเอง ผู้อื่น และสิ่งแวดล้อมในทางที่ดีขึ้น จึงสามารถลดและป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทได้ (Bozikas & Parlapani, 2016) นอกจากนี้การศึกษารูปแบบการทำกิจกรรมพบว่า การที่ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมด้วยกันตามแนวคิดกระบวนการกลุ่มของ Yalom (1995) จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสม โดยกลุ่มบำบัดเป็นการทำงานร่วมกันระหว่างผู้บำบัดกับสมาชิกที่เป็นผู้ป่วยจำนวนหลายคน กลุ่มจะประกอบด้วยผู้ป่วยมากกว่า 3 คนขึ้นไป มาทำงานร่วมกันเพื่อไปสู่เป้าหมายเดียวกัน การดำเนินกลุ่มส่วนใหญ่จะเป็นกระบวนการซึ่งอาศัยการมีปฏิสัมพันธ์กันภายในกลุ่ม การมีน้ำหนึ่งใจเดียวกัน ก่อให้เกิดปัจจัยบำบัดซึ่งมีพลังได้มากกว่าการบำบัดรายบุคคล (Yalom, 1995) กลุ่มบำบัดช่วยผู้ป่วยให้เกิดการเรียนรู้ในการแก้ปัญหา จากการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และข้อเสนอแนะของสมาชิกในกลุ่ม มีโอกาสได้ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ลดความรู้สึกโดดเดี่ยวและเกิดความรู้สึกเห็นอกเห็นใจกัน ได้เรียนรู้ทักษะทางสังคม สังเกตบุคคลอื่นในการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และสามารถนำมาเป็นแบบอย่างของตนเองได้ การเข้ากลุ่มบำบัดยังเป็นการเสริมสร้างความหวัง ลดความรู้สึกวิตกกังวล ช่วยให้ปรับตัวต่อความเครียดและสามารถเผชิญกับปัญหาได้ดีขึ้น ลดความรู้สึกแยกตัวและความรู้สึกเป็นตราบาป เกิดความมั่นใจในตนเอง ช่วยให้เห็นคุณค่าในตัวเอง (เพียรดี เปี่ยมมงคล, 2553; ภัทรารักษ์ พงษ์ปิ่นคำ, 2551; Veselinova, 2013) ส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทลดลงได้ (ปริยรัตน์ สละสวัสดิ์ และคณะ, 2559)

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสร้างความเข้มแข็งทางใจที่สำคัญ มีดังนี้ การศึกษาของ Bozikas & Parlapani (2016) พบว่าความเข้มแข็งทางใจช่วยให้มองตนเองและมองโลกในทางบวก สามารถควบคุมตนเองและมีกระบวนการปรับตัวที่ดีเมื่อเผชิญกับสถานการณ์ที่มีความตึงเครียด รวมถึงความสามารถทางสังคมและการแก้ปัญหา ทำให้อาการซึมเศร้าลดลง การศึกษาของ Sumskis et al. (2017) พบว่าความเข้มแข็งทางใจจะถูกใช้เมื่อเกิดภาวะตึงเครียดและแสวงหาแหล่งสนับสนุนของตน ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการรักษาและการฟื้นคืนของโรคจิตเภท และการศึกษาของ Hofer et al (2019) ที่พบว่า ความเข้มแข็งทางใจสามารถลดการรับรู้ตราบาปในตนเอง และการมองว่าตนเองไม่มีคุณค่า ที่เป็นสาเหตุของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท (Pellet et al., 2019) นอกจากนี้จากการศึกษาของ Liu et al. (2020) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท พบว่าความเข้มแข็งทางใจมีความสัมพันธ์โดยตรงกับภาวะซึมเศร้า

ซึ่งกล่าวได้ว่าการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจจะสามารถช่วยลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทได้ ส่วนจากการศึกษาในประเทศไทย พบการนำโปรแกรมการสร้างเสริมความเข้มแข็งทางใจเพื่อบำบัดผู้ป่วยซึมเศร้า ได้แก่ การศึกษาของ พัชราวไล ควรเนตร และคณะ(2561) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมความเข้มแข็งทางใจต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยใช้แนวคิดของ Grothberg (1995) พบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการศึกษาของ กันต์ฤทัย ปานทองและเพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์ (2561) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมความเข้มแข็งทางใจที่เน้นการฝึกสติต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า พบว่า กลุ่มทดลองมีภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จึงเห็นความสำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วยลดภาวะซึมเศร้า โดยนำแนวคิดการสร้างเสริมความเข้มแข็งทางใจของ Grothberg (1995) ร่วมกับรูปแบบการทำกิจกรรมกลุ่มบำบัดแบบประคับประคองตามแนวคิดของ Yalom (1995) ที่จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท มาสร้างเป็นโปรแกรมความเข้มแข็งทางใจแบบกลุ่มเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกมีความเชื่อมั่น รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มองโลกและสถานการณ์ต่าง ๆ ดีขึ้น มีทักษะในการเข้าสังคม ค้นพบแหล่งสนับสนุนของตนเอง เรียนรู้การแก้ปัญหาและเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสม รวมถึงมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยปรับตัวและอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

### คำถามการวิจัย

1. ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมความเข้มแข็งทางใจแบบกลุ่มแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร
2. ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมความเข้มแข็งทางใจแบบกลุ่มกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ แตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมความเข้มแข็งทางใจแบบกลุ่ม
2. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมความเข้มแข็งทางใจแบบกลุ่มกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ



### แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

ผู้ป่วยจิตเภทจะมีปัจจัยเสี่ยงภายใน ได้แก่ ความไวต่อความเครียดในชีวิตประจำวันมากกว่าคนทั่ว ๆ ไป (ภิญโญภัส พันธ์คุณตรี, 2554) การมีความคิดต่อตนเองในทางลบ และการขาดความภูมิใจในตนเอง เป็นต้น เมื่อต้องเผชิญเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต จะกระตุ้นเกิดความคิดอัตโนมัติในทางลบทั้งต่อตนเอง ต่อเหตุการณ์และต่อโลก ความคิดที่เป็นเหตุผลลดลงทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า และเกิดการแปลความหมายที่ผิดพลาดของเหตุการณ์ นำไปสู่การคงอยู่ของอาการและการกำเริบของโรคจิต (Avguštin, 2009; Beck, 1979) ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทลดลง (Gardsjord et al., 2016) นอกจากนี้ การบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต จะมีความสำคัญเนื่องจากทำให้ผู้ป่วยตระหนักในอาการเจ็บป่วยและการรักษา แต่ก็ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า (Konsztowicz & Lepage, 2019) การประคับประคองและการสนับสนุนจากผู้อื่นไม่สามารถเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา การบำบัดเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท จึงมีความจำเป็นที่จะต้องเพิ่มความเข้มแข็งทางใจ เนื่องจากความเข้มแข็งทางใจเป็นปัจจัยภายในตัวบุคคล ซึ่งเป็นความสามารถในการจัดการปัญหาและวิกฤติของชีวิตให้สามารถฟื้นตัวกลับสู่สภาพปกติได้ในเวลาอันรวดเร็ว (ประเวช ตันติพิวัฒน์สกุล, 2550) ผู้ป่วยที่มีความเข้มแข็งทางใจสูงจะมองโลกในแง่ดี ภูมิใจในตนเอง พร้อมทั้งจะเผชิญปัญหา ความเข้มแข็งทางใจยังช่วยเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Di Marco et al., 2017) สามารถลดระดับภาวะซึมเศร้าได้ (Rossi et al., 2017) การส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจจึงเป็นแนวทางในการลดและป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดการสร้างความเข้มแข็งทางใจของ Grothberg (1995) นำมาผสมผสานในรูปแบบการทำกิจกรรมกลุ่มบำบัดแบบประคับประคองตามแนวคิดของ Yalom (1995) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการลดภาวะซึมเศร้า โดยกลุ่มจิตบำบัดจะทำให้ผู้ป่วยได้รับการประคับประคองจิตใจซึ่งเกิดจากบรรยากาศของกลุ่มที่ผ่อนคลาย ได้ระบายความรู้สึก ได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ แก้ไขประสบการณ์เดิมในชีวิตและเรียนรู้ในสิ่งที่ถูกต้อง มีโอกาสได้ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน รู้สึกเป็นส่วนหนึ่ง เรียนรู้วิธีการสร้างสัมพันธภาพ เกิดความมั่นใจและภาคภูมิใจในตนเอง (จุฑาทิพย์ กิ่งแก้ว, 2557) สามารถช่วยลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภทได้ (ปริญนันท์ สละสวัสดิ์ และคณะ, 2559) และเป็นการฝึกทักษะทางสังคมอีกด้วย (มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558) โดยประกอบด้วยการดำเนินกิจกรรม ทั้งหมด 6 ครั้ง นานครั้งละ 60 - 90 นาที ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม 2 สัปดาห์ โดยในสัปดาห์ที่ 1 ดำเนินกิจกรรมที่ 1-3 และสัปดาห์ที่ 2 ดำเนินกิจกรรมที่ 4-6 ดังนี้ **ขั้นที่ 1 ระยะ Initial Phase** ระยะการสร้างสัมพันธภาพและการให้ความรู้เกี่ยวกับความเข้มแข็งทางใจ ประกอบด้วย 1 กิจกรรม คือ ความคิดในสิ่งที่ฉันเป็น **ขั้นที่ 2 ระยะ Working Phase** ระยะพัฒนาทักษะในการคิดทางบวก การเผชิญปัญหาและการสร้างความหวังใน

ชีวิต ประกอบด้วย 4 กิจกรรม คือ กิจกรรมที่ 2 ความจริงในสิ่งที่ฉันเป็น กิจกรรมที่ 3 ความคิดในสิ่งที่ฉันมี กิจกรรมที่ 4 ความจริงในสิ่งที่ฉันมี กิจกรรมที่ 5 ความคิดในสิ่งที่ฉันทำได้ **ขั้นที่ 3 ระยะ Terminal phase** ระยะทบทวนและประเมินทักษะการสร้างความเข้มแข็งทางใจ ประกอบด้วย 1 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมที่ 6 ความจริงในสิ่งที่ฉันทำได้และยุคกลุ่ม มีรายละเอียดกิจกรรมดังต่อไปนี้

**ขั้นที่ 1 initial phase** (ระยะเริ่มกลุ่ม) ระยะการสร้างสัมพันธ์ภาพและการให้ความรู้เกี่ยวกับความเข้มแข็งทางใจ แนะนำวิธีการสร้างความเข้มแข็งทางใจโดยเริ่มจากความคิดที่มีต่อตนเอง มี 1 กิจกรรม ประกอบด้วย

กิจกรรมที่ 1 ความคิดในสิ่งที่ฉันเป็น ประกอบด้วย สร้างสัมพันธ์ภาพเพื่อให้เกิดความสัมพันธ์เชิงบำบัดเกิดการยอมรับซึ่งกันและกัน อธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม ประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้ากลุ่มบำบัด ให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า และความสำคัญของความเข้มแข็งทางใจ ผู้บำบัดจะสนับสนุนให้ผู้รับการบำบัดอธิบายแนวคิดที่มีต่อตนเอง และร่วมค้นหาความคิดทางลบ (ภิญญ์ณภัส พันธุ์ดนตรี, 2554) เพื่อนำมาวิเคราะห์และแก้ไขให้เป็นความคิดตามความเป็นจริงอย่างเหมาะสม (Beck, 1979) การมองเห็นคุณค่าภายในตนเองและการมองโลกในแง่ดี จากนั้นจะให้ผู้รับการบำบัดได้มีโอกาสฝึกการคิดต่อตนเองในทางบวก ค้นหาข้อดีของตน เพื่อเป็นการทบทวนเกี่ยวกับตนเอง และมีความเข้าใจในตนเองมากยิ่งขึ้น โดยให้นำวิธีคิดไปใช้ในชีวิตประจำวันเป็นการบ้าน กิจกรรมนี้จะช่วยให้ผู้รับการบำบัดได้ระบายความคิดในทางลบที่มีต่อตนเอง และเปลี่ยนแปลงเป็นความคิดให้ตรงกับความเป็นจริง เลือกมองสิ่งที่ดีเกี่ยวกับตนเองและสิ่งแวดล้อม นอกจากนี้ผู้รับการบำบัดจะได้ฝึกในการสร้างสัมพันธ์ภาพ เกิดความไว้วางใจผู้อื่น ได้เข้าใจว่าทุกคนมีความรู้สึกทุกข์เหมือนกัน ลดความรู้สึกโดดเดี่ยว และรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม

**ขั้นที่ 2 working phase** (ระยะทำงานร่วมกัน) ระยะพัฒนาทักษะในการคิดทางบวก การรู้และเข้าใจในแหล่งสนับสนุน มีความมั่นใจในการเผชิญปัญหาและสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น รวมถึงการสร้างความหวังและเป้าหมายในชีวิต (ภัทรภรณ์ ทุงปันคำ, 2551) ประกอบด้วย 4 กิจกรรม คือ

กิจกรรมที่ 2 ความจริงในสิ่งที่ฉันเป็น เนื้อหาประกอบด้วย ผู้บำบัดให้ผู้รับการบำบัดอธิบายแนวคิดที่มีต่อตนเอง ผู้บำบัดจะทำการตรวจสอบความคิดของผู้รับการบำบัด ส่งเสริมเมื่อมีความคิดที่เหมาะสมและแก้ไขเมื่อมีความคิดที่ไม่เหมาะสม เน้นให้ผู้รับการบำบัดยอมรับในข้อเสียและภูมิใจในข้อดีของตน และช่วยกระตุ้นให้ผู้รับการบำบัดในกลุ่มมีส่วนร่วมในการค้นหาข้อดีและให้กำลังใจซึ่งกันและกัน กิจกรรมนี้จะช่วยให้ผู้รับการบำบัดเกิดการยอมรับตนเอง ได้รับรู้ข้อดีของตนเองจากมุมมองของผู้อื่น ทำให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าและภูมิใจในตนเอง(ปริยนันท์ สละสวัสดิ์ และอัจฉราพร สีหิรัญวงศ์, 2563) รวมถึงสามารถมองเห็นข้อดีของผู้อื่นและมีโอกาสเป็นผู้ให้กำลังใจ มองเห็นประโยชน์ของผู้อื่นเป็นสำคัญ เสริมสร้างทักษะในการมีสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น ส่งผลให้กลุ่มมีความใกล้ชิดผูกพันกัน

กิจกรรมที่3 ความคิดในสิ่งที่ฉันมี เนื้อหาประกอบด้วย ผู้บำบัดจะให้ผู้รับการบำบัดค้นหา และอธิบายถึงแหล่งสนับสนุนของตน ซึ่งอาจจะเป็นบุคคลใกล้ชิดหรือบุคคลที่ผู้รับการบำบัดไว้วางใจ ผู้บำบัดช่วยชี้ให้เห็นแหล่งสนับสนุนของผู้เข้ารับการบำบัด. อธิบายเกี่ยวกับความแตกต่างของแต่ละบุคคล การแสดงออกถึงความหวังดีหวังใยที่แตกต่างกัน และกฎเกณฑ์ในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น พร้อมทั้งสนับสนุนการสร้าง ความหวังและกำลังใจต่อตนเอง โดยให้ผู้เข้ารับการบำบัดทบทวน ความคิดเป็นการบ้าน กิจกรรมนี้จะช่วยให้ผู้รับการบำบัดค้นพบและเข้าใจแหล่งสนับสนุนของตนเอง โดยเฉพาะครอบครัวหรือผู้ดูแลหลัก เพื่อให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าต่อผู้อื่น มีผู้ที่คอยหวังใย และคอยช่วยเหลือในหลาย ๆ ด้าน (ขวัญสุตา บุญทศ, อมรรัตน์ ศรีคำสุข ไซโตะ และสุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล , 2556) ส่งผลให้เกิดความรู้สึกปลอดภัยและความอิสระในการทำสิ่งต่าง ๆ รวมถึง แก้ไขประสบการณ์ที่เดิมที่เคยขัดแย้งกัน ได้เรียนรู้การแสดงออกของผู้คนที่หลากหลายและการอยู่ ร่วมกันในสังคม และเสริมสร้างการมีความหวังในการดำเนินชีวิตต่อไป

กิจกรรมที่4 ความจริงในสิ่งที่ฉันมี เนื้อหาประกอบด้วย ผู้บำบัดให้ผู้รับการบำบัดพูดถึงแหล่ง สนับสนุนของตนและวิธีการอยู่ร่วมกัน รวมถึงความหวังและกำลังใจที่ตนเองได้สร้างขึ้น ผู้บำบัดทำ การตรวจสอบความคิดของผู้รับการบำบัด ส่งเสริมเมื่อมีความคิดที่เหมาะสมและแก้ไขเมื่อมีความคิด ที่ไม่เหมาะสม และกระตุ้นให้มีการให้กำลังใจและคำแนะนำแก่กันในกลุ่ม ซึ่งจะช่วยให้ผู้รับการบำบัด มองเห็นลักษณะความหวังดีและแนวทางสร้างความหวังที่แตกต่างกัน ได้แหล่งสนับสนุนจาก มิตรภาพของผู้รับการบำบัดในกลุ่ม (จอมขวัญ นามสูตร, 2558 ; ภิญญ์นภัส พันธุ์ดนตรี, 2554) และ มีโอกาสเรียนรู้การทำหน้าที่เป็นแหล่งสนับสนุนของผู้อื่นเช่นกัน กิจกรรมนี้เป็นกิจกรรมที่จะช่วยให้ ผู้รับการบำบัดค้นพบแนวทางการอยู่ร่วมกับแหล่งสนับสนุน เกิดการเลียนแบบพฤติกรรม การ แสดงออกที่เหมาะสมจากสมาชิกและผู้บำบัดเพื่อนำไปปรับใช้ในชีวิตต่อไป มีความหวังในการมีชีวิตที่ ดีขึ้น เรียนรู้การแสวงหาแหล่งสนับสนุนจากบุคคลอื่นในสังคม และได้มีโอกาสทำประโยชน์ให้กับผู้อื่น ด้วยการเป็นแหล่งสนับสนุนด้วย ทำให้ผู้รับการบำบัดมองตนเอง ผู้อื่น และสิ่งแวดล้อมในทางที่ดีขึ้น

กิจกรรมที่ 5 ความคิดในสิ่งที่ฉันทำได้ เนื้อหาประกอบด้วย ผู้บำบัดจะให้ผู้รับการบำบัดใน กลุ่มร่วมกันค้นหาปัญหาเกี่ยวกับสัมพันธภาพหรือปัญหาในชีวิตประจำวันที่พบบ่อยมาจำนวน 1-2 ข้อ เมื่อได้ข้อปัญหาแล้ว ผู้บำบัดสนับสนุนให้ผู้รับการบำบัดร่วมกันค้นหาสาเหตุของการเกิดปัญหา เพื่อให้ผู้เข้ารับการบำบัดได้เรียนรู้การวิเคราะห์ปัญหา จากนั้นช่วยกันค้นหาหนทางการแก้ปัญหา ผู้บำบัดช่วยสรุปหนทางการแก้ปัญหาสัมพันธภาพนั้น ๆ อย่างเหมาะสม และสอนทักษะเกี่ยวกับการ สร้างสัมพันธภาพ สนับสนุนให้ผู้รับการบำบัดมีความมั่นใจในการสร้างสัมพันธภาพและการแก้ปัญหา (วลัยพร สุวรรณบุรณ์ และคณะ, 2558) แนะนำเกี่ยวกับการตั้งเป้าหมายในชีวิต และให้ผู้เข้ารับการ บำบัดฝึกตั้งเป้าหมายในชีวิตเป็นการบ้าน กิจกรรมนี้เป็นกิจกรรมที่จะช่วยให้ผู้รับการบำบัดได้พัฒนา

เทคนิคในการเข้าสังคม พร้อมทั้งฝึกในการทำงานร่วมกับผู้อื่น ทำให้เข้าใจการมีมนุษยสัมพันธ์กับผู้อื่น การแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสมเมื่ออยู่ในสังคม รวมถึงได้เรียนรู้ว่าทุกคนต่างมีปัญหาในชีวิตที่ต้องเผชิญ ทำให้เกิดกำลังใจในการแก้ปัญหาและฝ่าฟันอุปสรรคต่าง ๆ นอกจากนี้ยังช่วยให้ผู้รับการบำบัดสามารถตั้งเป้าหมายเพื่อการมีแนวทางในการดำเนินชีวิตต่อไป

**ขั้นตอนที่ 3 terminal phase** (ระยะยุติกลุ่ม) ระยะทบทวนและประเมินทักษะการสร้าง ความเข้มแข็งทางใจ และยุติกลุ่ม ประกอบด้วย 1 กิจกรรม คือ

กิจกรรมที่ 6 ความจริงในสิ่งที่ฉันทำได้ เนื้อหาประกอบด้วย ผู้บำบัดจะให้ผู้รับการบำบัดพูดสรุปเกี่ยวกับตนเอง แหล่งสนับสนุนของตน ความหวังและเป้าหมายในชีวิต ผู้บำบัดจะตรวจสอบความคิด ส่งเสริมเมื่อมีความคิดที่เหมาะสมและแก้ไขเมื่อมีความคิดที่ไม่เหมาะสม และกระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมการบำบัดในกลุ่มให้กำลังใจและคำแนะนำเพิ่มเติม จากนั้นผู้บำบัดจะสรุปเกี่ยวกับความคิดที่เปลี่ยนไปของผู้รับการบำบัด สัมพันธภาพที่เกิดขึ้นระหว่างการทำกลุ่ม เพื่อให้ผู้รับการบำบัดสามารถเข้าใจความเข้มแข็งทางใจโดยรวม (Di Marco et al, 2017) และนำกลับไปใช้ต่อในชีวิตประจำวัน และยุติกลุ่ม กิจกรรมนี้เป็นกิจกรรมที่จะช่วยให้ผู้รับการบำบัดได้ทบทวนแนวคิดของโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจที่เหมาะสมกับตนเอง นอกจากนี้ยังเป็นการเรียนรู้การมีสัมพันธภาพในขั้นตอนสุดท้าย คือ การยุติสัมพันธภาพ ซึ่งเป็นการช่วยให้ผู้รับบริการสามารถยอมรับความจริงเมื่อมีการสูญเสียหรือจากไปของบุคคลในชีวิต

### สมมติฐานการวิจัย

1. ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจแบบกลุ่มต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจแบบกลุ่ม
2. ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจแบบกลุ่มต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

### ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – experimental Research) แบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Pretest - Posttest Design)

**ประชากรที่ศึกษา** คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (F20.0-F20.9) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ที่เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้ป่วยทั้งเพศหญิงและเพศชาย อายุระหว่าง 20-59 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (F20.0-F20.9) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

### **ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา**

ตัวแปรต้น ได้แก่ โปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจแบบกลุ่ม

ตัวแปรตาม ได้แก่ ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภท

### **คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย**

**ภาวะซึมเศร้า (Depression)** หมายถึง สภาวะจิตใจของผู้ป่วยจิตเภทที่เศร้าหมอง เสียใจ สิ้นหวัง เบื่อหน่าย ท้อแท้ รู้สึกไร้ค่า แยกตัว เจ็บซึม ตำหนิตนเอง มองโลกในแง่ร้าย และมีอาการร่วมในด้านทางกาย เช่น เชื่องช้า เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ หมดอารมณ์ทางเพศ อาการดังกล่าวเกิดขึ้นต่อเนื่องกันมากกว่า 2 สัปดาห์ สามารถประเมินได้จากแบบประเมินภาวะซึมเศร้า (The Calgary Depression Scale for Schizophrenia : CDSS) ของ Addington et al. (1990) นำมาแปลเป็นภาษาไทยโดย ศิริจิต สุทธิจิตต์ (2556) ซึ่งเป็นแบบประเมินที่สร้างขึ้นเพื่อใช้ประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยเฉพาะ ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้สึกและอาการของภาวะซึมเศร้าทั้งหมด 9 ข้อ ดังนี้ (1) ความซึมเศร้า (2) ความรู้สึกสิ้นหวัง (3) ความรู้สึกไร้ค่า (4) ความคิดว่าตนเองผิดเนื่องจากถูกกล่าวหา (5) ความรู้สึกผิดแบบมีพยาธิสภาพ (6) ความซึมเศร้าตอนเช้า (7) ตื่นนอนเช้ากว่าปกติ (8) การฆ่าตัวตาย และ (9) ความซึมเศร้าที่สังเกตได้

**โปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจแบบกลุ่ม** หมายถึง กิจกรรมที่พยาบาลกระทำให้กับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งผู้วิจัยได้ประยุกต์แนวคิดความเข้มแข็งทางใจของ Grotberg (1995) เพื่อสร้างความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง โดยพัฒนามาเป็นโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจ ตามองค์ประกอบ 3 องค์ประกอบที่สำคัญ ได้แก่ ฉันเป็น (I am) ฉันมี (I have) และฉันสามารถ (I can) และผสมผสานในรูปแบบกระบวนการกลุ่มบำบัดตามแนวคิดของ Yalom (1995) ดำเนินกิจกรรมใช้หลักการเรียนรู้จากการฝึกปฏิบัติ การให้ข้อมูลสะท้อนกลับและการมอบหมายงาน ดำเนินกิจกรรมเป็นรายกลุ่ม จำนวน 6 กิจกรรม ใช้เวลาดำเนินกิจกรรม ครั้งละ 60-90 นาที โดยมีรายละเอียดของกิจกรรม ดังนี้

**กิจกรรมที่ 1 ความคิดในสิ่งที่ฉันเป็น** หมายถึง กิจกรรมที่พยาบาลสร้างสัมพันธภาพ ให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและความสำคัญของความเข้มแข็งทางจิตใจ ให้ผู้รับการบำบัดอธิบายแนวคิดที่มีต่อตนเอง ร่วมค้นหาความคิดทางลบ นำมาวิเคราะห์และแก้ไขให้เป็นความคิดตามความ

เป็นจริงอย่างเหมาะสม รวมถึงการมองเห็นคุณค่าภายในตนเองและการมองโลกในแง่ดี ให้ผู้รับการบำบัดได้มีโอกาสฝึกการคิดต่อตนเองในทางบวก ค้นหาข้อดีของตน

**กิจกรรมที่ 2 ความจริงในสิ่งที่ฉันเป็น** หมายถึง กิจกรรมที่พยาบาลผู้บำบัดให้ผู้รับการบำบัดอธิบายแนวคิดที่มีต่อตนเอง การตรวจสอบความคิด ส่งเสริมเมื่อมีความคิดที่เหมาะสมและแก้ไขเมื่อมีความคิดที่ไม่เหมาะสม เน้นการยอมรับในข้อเสียและเกิดความภูมิใจในข้อดีของตน และช่วยกระตุ้นให้ผู้รับการบำบัดในกลุ่มมีส่วนร่วมในการค้นหาข้อดีและให้กำลังใจซึ่งกันและกัน

**กิจกรรมที่ 3 ความคิดในสิ่งที่ฉันมี** หมายถึง กิจกรรมที่พยาบาลผู้บำบัดจะให้ผู้รับการบำบัดค้นหาและอธิบายถึงแหล่งสนับสนุนของตน ซึ่งให้เห็นแหล่งสนับสนุนของผู้รับการบำบัด อธิบายการแสดงออกถึงความหวังดีห้วงใยที่แตกต่างกันและกฎเกณฑ์ในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น พร้อมทั้งแนะนำวิธีการสร้างความหวังและกำลังใจต่อตนเองอย่างเหมาะสม ให้ทบทวนความคิดเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุน การมีความหวังและกำลังใจเป็นการบ้าน

**กิจกรรมที่ 4 ความจริงในสิ่งที่ฉันมี** หมายถึง กิจกรรมที่พยาบาลผู้บำบัดให้ผู้รับการบำบัดพูดถึงแหล่งสนับสนุนของตนและการวิธีการปฏิบัติตนเพื่ออยู่ร่วมกัน รวมถึงความหวังและกำลังใจที่ตนเองได้สร้างขึ้น ทำการตรวจสอบความคิด ส่งเสริมเมื่อมีความคิดที่เหมาะสมและแก้ไขเมื่อมีความคิดที่ไม่เหมาะสม รวมถึงกระตุ้นให้กลุ่มให้กำลังใจและคำแนะนำแก่กันในกลุ่ม

**กิจกรรมที่ 5 ความคิดในสิ่งที่ฉันทำได้** หมายถึง กิจกรรมที่พยาบาลผู้บำบัดจะให้ผู้รับการบำบัดในกลุ่มร่วมกันค้นหาปัญหาเกี่ยวกับสัมพันธภาพหรือปัญหาในชีวิตประจำวันที่พบบ่อย สนับสนุนให้ ร่วมกันค้นหาสาเหตุของการเกิดปัญหา ช่วยสรุปหนทางการแก้ปัญหาสัมพันธภาพนั้น ๆ อย่างเหมาะสม และสอนทักษะเกี่ยวกับการสร้างสัมพันธภาพ สนับสนุนให้มีความมั่นใจในการสร้างสัมพันธภาพและการแก้ปัญหา แนะนำเกี่ยวกับการตั้งเป้าหมายในชีวิต และฝึกตั้งเป้าหมายในชีวิตเป็นการบ้าน

**กิจกรรมที่ 6 ความจริงในสิ่งที่ฉันทำได้** หมายถึง กิจกรรมที่พยาบาลผู้บำบัดจะให้ผู้รับการบำบัดพูดสรุปเกี่ยวกับตนเอง แหล่งสนับสนุนของตน ความหวังและเป้าหมายในชีวิต ส่งเสริมเมื่อมีความคิดที่เหมาะสมและแก้ไขเมื่อมีความคิดที่ไม่เหมาะสม และกระตุ้นให้กำลังใจและคำแนะนำเพิ่มเติม จากนั้นสรุปความคิดที่เปลี่ยนไปของผู้รับการบำบัด สัมพันธภาพที่เกิดขึ้นระหว่างการทำกลุ่ม และยุติกลุ่ม

**ผู้ป่วยจิตเภท** หมายถึง ผู้ป่วยทั้งเพศหญิงและเพศชาย อายุระหว่าง 20-59 ปี ที่มีความผิดปกติทางความคิด การรับรู้ ภาษา การสื่อสาร อารมณ์ความรู้สึก และพฤติกรรม ทำให้บุคคลมีพฤติกรรมที่แปลกไปจากบุคคลทั่วไปเป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือนโดยไม่มีโรคทางกาย โรคของสมองหรือพิษจากยาที่เป็นสาเหตุให้เกิดอาการดังกล่าวและได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท

(F20.0 - F20.9) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) มีอาการทางจิตสงบ ที่เข้ารับการรักษาระหว่างผู้ป่วยใน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

**การพยาบาลตามปกติ หมายถึง** กิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลจิตเวชปฏิบัติต่อผู้ป่วยโรคจิตเภทขณะที่เข้ารับการรักษาระหว่างผู้ป่วยใน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ประกอบด้วย การประเมินด้านร่างกายและด้านจิตใจ ดูแลให้ได้รับยาและสารอาหารตามแผนการรักษา จำกัดพฤติกรรมไม่ให้เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและแผนการรักษาที่ได้รับ ให้คำแนะนำตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย และวางแผนจำหน่าย

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลจิตเวชในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะซึมเศร้าให้สามารถจัดการอาการซึมเศร้าได้อย่างต่อเนื่อง
2. เป็นแนวทางในการบำบัดผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะซึมเศร้าเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความเข้มแข็งทางใจ มีความเชื่อมั่นและรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสามารถใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจแบบกลุ่มต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตเภท ผู้วิจัยได้ทำการศึกษา ค้นคว้า หาความรู้ จากตำรา เอกสาร วารสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปสาระสำคัญที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัย ดังนี้

#### 1. แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับโรคจิตเภท

- 1.1 ความหมายของโรคจิตเภท
- 1.2 การวินิจฉัยโรคจิตเภท
- 1.3 สาเหตุของการเกิดโรคจิตเภท
- 1.4 อาการของโรคจิตเภท
- 1.5 การดำเนินโรค
- 1.6 การบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเภทและระยะเวลาการรักษา

#### 2. แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภท

- 2.1 ความหมายของภาวะซึมเศร้า
- 2.2 การเกิดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท
- 2.3 อาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้า
- 2.4 ระดับของภาวะซึมเศร้า
- 2.5 การประเมินภาวะซึมเศร้า
- 2.6 ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภท
- 2.7 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภท
- 2.8 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะซึมเศร้า

#### 3. แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความเข้มแข็งทางใจ

- 3.1 ความหมายของความเข้มแข็งทางใจ
- 3.2 องค์ประกอบของความเข้มแข็งทางใจ
- 3.3 การประเมินความเข้มแข็งทางใจ
- 3.4 การสร้างความเข้มแข็งทางใจ



#### 4. แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มจิตบำบัด

- 4.1 ความหมายของของของกลุ่มบำบัด
- 4.2 กลุ่มบำบัดแบบประคับประคองตามแนวคิดของ Yalom
- 4.3 พัฒนาการของกลุ่มบำบัด
- 4.4 ปัจจัยบำบัดของกลุ่มบำบัด
- 4.5 บทบาทพยาบาลในการทำกลุ่มบำบัด

#### 5. โปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจแบบกลุ่มต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตเภท

#### 6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### 7. กรอบแนวคิดการวิจัย

##### 1. แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับโรคจิตเภท

###### 1.1 ความหมายของโรคจิตเภท

อรพรรณ ลือบุญวัชชัย (2554) กล่าวว่าโรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความผิดปกติของความคิด เป็นอาการเด่น แต่มีผลถึงการรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรม โดยผู้ป่วยไม่มีอาการทางกายหรือสูญเสียการทำงานของอวัยวะทางสมองส่วนใด

สมภพ เรืองตระกูล (2557) กล่าวว่าโรคจิตเภทมีลักษณะที่สำคัญ คือ ผู้ป่วยมีความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรมเป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน โดยที่ผู้ป่วยไม่มีโรคทางกาย โรคของสมอง พิษจากยาหรือสารเสพติดที่จะเป็นสาเหตุของอาการดังกล่าว

มาโนช หล่อตระกูล (2558) กล่าวว่าโรคจิตเภทเป็นโรคจิตชนิดที่พบบ่อยที่สุด เมื่อเป็นแล้วมักไม่หายขาด ส่วนใหญ่มีอาการกำเริบเป็นช่วง ๆ โดยมีอาการหลงเหลืออยู่บ้างในระหว่างนั้น

กนกวรรณ ลิ้มศรีเจริญ (2558) กล่าวว่าโรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความผิดปกติของความคิด การรับรู้ และพฤติกรรม อาการเป็นติดต่อกันอย่างน้อย 6 เดือน โดยไม่มีสาเหตุจากโรคทางกาย ยา หรือสารเสพติด และส่งผลกระทบต่อปัญหาด้านสังคม การงาน หรือสุขอนามัยของผู้ป่วย

สรุปได้ว่า โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม โดยไม่มีสาเหตุจากโรคทางกาย ยา หรือสารเสพติด เป็นติดต่อกันอย่างน้อย 6 เดือน และมีอาการกำเริบเป็นช่วง ๆ ไม่หายขาด

###### 1.2 การวินิจฉัยโรคจิตเภทตามเกณฑ์ ICD-10

เกณฑ์การวินิจฉัยขององค์การอนามัยโลก ฉบับที่ 10 (ICD 10) ได้จำแนกโรคจิตเภทออกเป็น 9 ประเภท โดยใช้รหัส F20.0- F20.9 (อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, 2554 ; สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2559) ดังนี้

F20.0 โรควิตเภทแบบระแวง (Paranoid schizophrenia) อาการเด่นที่ค่อนข้างคงที่ คือ หลงผิดระแวง มักพบร่วมกับประสาทหลอน โดยเฉพาะหูแว่ว ร่วมกับความเปลี่ยนแปลงของการรับรู้ ส่วนอาการอารมณ์เปลี่ยนแปลง การควบคุมตัวเองและคำพูดไม่ได้

F20.1 โรควิตเภทแบบเฮบิฟรียีเนีย (Hebephrenic schizophrenia) อาการเด่น คืออารมณ์เปลี่ยนแปลงร่วมกับหลงผิดและประสาทหลอน พบการเคลื่อนไหวเลียนแบบได้บ่อย อารมณ์มักตื่นและไม่เหมาะสม ความคิดกระจัดกระจาย คำพูดไม่ต่อเนื่อง แยกตัว การพยากรณ์โรคไม่ดี เพราะเกิดอาการด้านลบได้อย่างรวดเร็ว ร่วมกับอารมณ์เฉยเมยและบังคับใจไม่ได้ ปกติจะวินิจฉัยโรคนี้เฉพาะในวัยรุ่นหรือผู้ใหญ่ตอนต้น

F20.2 โรควิตเภทแบบคาตาโทเนีย (Catatonic schizophrenia) อาการเด่น คือ การเคลื่อนไหวร่างกายผิดปกติ เปลี่ยนแปลงไปมาสุดขีดเช่น ลุกสี่ลุกกลนและไม่เคลื่อนไหว หรือทำตามโดยอัตโนมัติและไม่ยอมทำตาม อาจอยู่ในท่าใดท่าหนึ่งนาน ๆ และอาจมีอาการอาละวาดทำลายข้าวของ

F20.3 โรควิตเภทแบบแบ่งแยกไม่ชัดเจน (Undifferentiated schizophrenia) มีอาการโรควิตเภทร่วมกับอาการทั่วไปของโรควิตเภทและไม่เข้ากลุ่มย่อยชนิดใดใน F20.0 -F20.2 หรือมีหลายๆอาการในกลุ่มย่อยรวมกันโดยไม่มีอาการใดเด่น

F20.4 อารมณ์เศร้าหลังเป็นโรควิตเภท (Post-schizophrenia depression) อาการอารมณ์เศร้าต่อเนื่องยาวนาน เกิดตามหลังจากป่วยเป็นโรควิตเภท อาจพบอาการโรควิตเภทบางอย่างที่หลงเหลืออยู่ทั้งอาการด้านบวกและอาการด้านลบ ยังพบอยู่แต่ไม่เด่น โรคนี้อาจมีโอกาสฆ่าตัวตายได้มาก

F20.5 โรควิตเภทที่มีอาการหลงเหลือ (Residual schizophrenia) ระยะเรื้อรังของโรควิตเภท โดยมีการดำเนินโรคชัดเจนจากระยะต้นจนถึงระยะท้าย อาการหลักคือ เป็นนาน มีอาการด้านลบ เช่น เชื่องช้า ไม่ค่อยทำอะไร อารมณ์เฉยเมย เป็นผู้ตาม ไม่มีความคิดริเริ่ม พูดน้อย ไม่มีการแสดงท่าทางเวลาพูด ไม่สบตา พูดเสียงระดับเดียว อยู่ในท่าเดียว ไม่สนใจตัวเอง และไม่เข้าสังคม

F20.6 โรควิตเภทแบบธรรมดา (Simple schizophrenia) อาการเกิดขึ้นช้า ๆ และค่อย ๆ เป็นมากขึ้นเรื่อย ๆ เกิดพฤติกรรมผิดปกติ เข้าสังคมไม่ได้ และประสิทธิภาพในการทำงานทั้งหมดลดลง อาการด้านลบแบบโรควิตเภทยังคงมีอาการอยู่ เกิดโดยไม่เคยมีอาการโรควิตเภทที่ปรากฏชัดอื่น ๆ มาก่อน

F20.8 โรควิตเภทแบบอื่น (Other schizophrenia) เป็นโรควิตเภทที่ไม่เข้าเกณฑ์ใด ๆ ที่กล่าวมาข้างต้น

F20.9 โรควิตเภทไม่ระบุรายละเอียด (Unspecified schizophrenia) เป็นโรควิตเภทที่ไม่สามารถระบุประเภทได้

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้การจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (The 10<sup>th</sup> Edition of the International Classification Diseases : ICD 10) ที่จำแนกผู้ป่วยจิตเภทเป็นชนิดหวาดระแวง มีความผิดปกติทางความคิด คำพูด บุคลิกภาพ และการเคลื่อนไหว อารมณ์เฉยเมย ไม่สอดคล้องกับเหตุการณ์ ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหลงเหลือ เช่น คิดซ้ำ แยกตัว และที่มีอาการอื่น ๆ ร่วมด้วย

### 1.3 สาเหตุของการเกิดโรคจิตเภท

#### 1.3.1 ปัจจัยทางด้านชีวภาพ

1.3.1.1 พันธุกรรม จากการศึกษาด้านพันธุศาสตร์พบว่า ยีนที่ผิดปกติซึ่งพบได้ในผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความสัมพันธ์กับโครโมโซมคู่ที่ 6 (สมภพ เรื่องตระกูล, 2557) และจากการศึกษาพบว่าญาติของผู้ป่วยมีโอกาสเป็นโรคจิตเภทสูงกว่าประชากรทั่วไป ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคจิตเภทในเครือญาติพบว่า พี่น้องของผู้ป่วยความเสี่ยงต่อการเกิดโรคจิตเภทร้อยละ 8 ลูกที่บิดาหรือมารดาป่วยความเสี่ยงต่อการเกิดโรคจิตเภทร้อยละ 12 คู่แฝดต่างไข่ของผู้ป่วยความเสี่ยงต่อการเกิดโรคจิตเภทร้อยละ 12 ลูกที่มีบิดาและมารดาป่วยจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคจิตเภทร้อยละ 40 คู่แฝดไข่ใบเดียวกันของผู้ป่วยความเสี่ยงต่อการเกิดโรคจิตเภทร้อยละ 47 (กนกวรรณ ลิ้มศรีเจริญ, 2558)

1.3.1.2 ระบบสารชีวเคมีในสมอง สมมติฐานโดปามีน(dopamine hypothesis) เป็นสมมติฐานหลัก เชื่อว่าโรคนี้เกิดจาก dopaminergic hyperactivity โดยเฉพาะในบริเวณ mesolimbic และ mesocortical tract นอกจากนี้ยังมีสมมติฐานความผิดปกติของสารสื่อประสาท serotonin และ glutamate ที่มีความผิดปกติ (Patel, Cherian, Gohil, & Atkinson, 2014)

1.3.1.3 กายวิภาคของสมอง ความผิดปกติจากการเสื่อมสลายของระบบประสาท ซึ่งพบว่าช่องสมอง (ventricles) ขยายใหญ่ขึ้น และพบว่าเนื้อสมองโดยเฉพาะส่วน Hippocampus และ Amygdala ในระบบ Limbic มีขนาดเล็กลง (สมภพ เรื่องตระกูล, 2557)

1.3.1.4 ประสาทสรีรวิทยา พบว่า cerebral blood flow และ glucose metabolism ลดลง ในบริเวณ frontal lobe เชื่อว่าอาการด้านลบและอาการด้าน cognitive มีความสัมพันธ์กับ prefrontal lobe dysfunction (มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุขนิษฐ์, 2558)

1.3.1.5 ปัจจัยด้านการทำงานของต่อมไร้ท่อ (Endocrinological factor) เช่น การเป็นโรคต่อมไทรอยด์เป็นพิษ (Hyperthyroidism) มีอาการหงุดหงิด กระวนกระวาย มีความเครียด มีอารมณ์เศร้าเฉื่อยชา ความจำเสื่อม และมีอาการทางจิต จนอาจกลายเป็นโรคจิตเภท สำหรับโรคขาดฮอร์โมนจากต่อมไทรอยด์ (Hypothyroidism) ผู้ป่วยจะมีอาการอ่อนเพลีย เฉื่อยชา ความจำเสื่อม อารมณ์เฉยเมย ประสาทหลอน และมีอาการซึมเศร้า (Weinberger & Harrison, 2011)

1.3.2 ปัจจัยด้านจิตใจ จากทฤษฎีจิตวิเคราะห์และทฤษฎีจิตวิทยาพัฒนาการ พบว่าความผิดปกติจากพัฒนาการทางบุคลิกภาพของบุคคลในวัยเด็ก โดยเฉพาะในขวบปีแรกทำให้เกิดความ

ผิดปกติในการปรับตัว การควบคุมพฤติกรรมและการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น โดยเฉพาะพัฒนาการด้านภาษา การคิด การตัดสินใจและการรับรู้ ซึ่งผู้ป่วยมีการรับรู้และไวต่อความเครียดมากกว่าปกติ และการตอบสนองต่อความเครียดไม่ดี (อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, 2554)

### 1.3.3 ปัจจัยทางด้านครอบครัวและสังคม

1.3.3.1 สภาพครอบครัวมีผลต่อการกำเริบของโรค พบว่าครอบครัวของผู้ป่วยที่อาการกำเริบบ่อยจะมีการใช้อารมณ์ต่อกันสูง (high expressed – emotion: EE) ได้แก่ การตำหนิวิพากษ์วิจารณ์ (criticism) มีท่าทีที่ไม่เป็นมิตร (hostility) หรือจู้จี้เกี่ยวกับผู้ป่วยมากเกินไป (emotional over involvement) (กนกวรรณ ลิ้มศรีเจริญ, 2558)

1.3.3.2 ผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภทพบมากในสังคมที่มีเศรษฐกิจต่ำ ซึ่งมีสมมติฐานว่าความเครียดและการที่สภาพสังคมบีบคั้นเป็นปัจจัยกระตุ้นทำให้เป็นโรคจิตเภท โดยเฉพาะในผู้ที่มีแนวโน้มจะเป็นโรคง่ายอยู่แล้ว (สมภาพ เรื่องตระกูล, 2557)

ปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัดของโรคจิตเภท เชื่อว่าเป็นกลุ่มอาการจากหลายสาเหตุ แนวคิดที่ยอมรับกันในปัจจุบันคือ stress – diathesis model ซึ่งเชื่อว่าผู้ป่วยนั้นมีแนวโน้มหรือจุดอ่อนบางอย่างอยู่ก่อนแล้ว เมื่อพบกับสภาพกดดันบางประการทำให้เกิดอาการของโรคจิตเภทขึ้นมาหรือสภาพกดดันนี้อาจเป็นปัจจัยด้านชีวภาพ จิตสังคม หรือหลายปัจจัยรวมกัน (มานิช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิชย์, 2558)

## 1.4 อาการของโรคจิตเภท

การศึกษาเกี่ยวกับโรคจิตเภทพบว่า ผู้ป่วยมีลักษณะเด่นของความผิดปกติด้านความคิด การรับรู้ พฤติกรรม และอารมณ์ ส่งผลให้มีการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมไม่สอดคล้องกับความเป็นจริง และการทำหน้าที่ต่าง ๆ บกพร่องหรือลดลง มี 2 กลุ่มอาการ (อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์ และคณะ, 2557; มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2558) ดังนี้

1.4.1 กลุ่มอาการทางบวก (Positive symptoms) อาการผิดปกติที่เพิ่มมากกว่าคนทั่วไป อาการจะเกิดขึ้นเร็ว และพบได้หลายช่วงของการดำเนินโรค มักพบในช่วงอาการกำเริบ มีดังนี้

1.4.1.1 อาการหลงผิด (Delusion) ชนิดที่พบบ่อยได้แก่ หลงผิดคิดว่า มีคนปองร้าย (persecutory delusion) หลงผิดว่าเรื่องราวต่าง ๆ เกี่ยวโยงกับตนเอง (delusion of reference) รวมทั้งอาการหลงผิดที่จัดอยู่ในกลุ่มอาการหลักของ ชไนเดอร์ (Schneider) ได้แก่ หลงผิดว่า จู่ ๆ ความคิดเกิดหายไปกะทันหันจากการที่มีบุคคลหรืออำนาจภายนอกมาดึงออกไป (Thought withdrawal) หลงผิดว่าความคิดที่มีอยู่ไม่ใช่ของตนแต่เป็นของคนอื่นที่สอดแทรกความคิดเข้ามาสู่ตนเอง (Thought insertion) หลงผิดว่าความคิดของตนแผ่ออกไปภายนอกทำให้คนอื่นล่วงรู้ความคิดของตน (Thought broadcasting) เชื่อมโยงเหตุการณ์ที่รับรู้เข้ากับความคิดของตนเองที่เกิดขึ้นมาในขณะที่เกิดเหตุการณ์นั้น (Delusion Perception) หลงผิดว่ามีอำนาจภายนอกมาควบคุม

บังคับในตนทำตาม (Delusion of control) ส่วนอาการหลงผิดอื่น ๆ พบบ้าง เช่น หลงผิดว่าตนเองมีการเจ็บป่วยทางกาย (Somatic delusion) หลงผิดเกี่ยวกับศาสนา (religious delusion) หรือ หลงผิดว่าตนเองมีอำนาจหรือความสามารถพิเศษ (grandiose delusion) เป็นต้น อาการหลงผิดที่มีน้ำหนักในการวินิจฉัยได้แก่ หลงผิดแบบพิลึกพิลั่น (bizarre delusion) ซึ่งมีลักษณะแปลก ฟังไม่เข้าใจหรือเป็นไปได้เลย

1.4.1.2 อาการประสาทหลอน (Hallucination) พบบ่อยเป็นประสาทหลอนทางหู (auditory hallucination) อาจได้ยินเป็นเสียงคนพูดเรื่องราวของตน คอยวิพากษ์วิจารณ์ตนหรือสั่งให้ทำตาม นอกจากนี้อาจเป็นเสียงอื่น ๆ ที่ไม่มีความหมาย อาการประสาทหลอนอื่นที่พบได้บ้าง เช่น ประสาทหลอนทางสัมผัส (tactile หรือ Somatic hallucination) ประสาทหลอนทางตา (Visual hallucination) อาการประสาทหลอนที่มีน้ำหนักในการวินิจฉัย ได้แก่ ประสาทหลอนทางหู (auditory hallucination)

1.4.1.3 ความผิดปกติของความคิดและคำพูด (Disorganized thinking and speech) ขาดการเชื่อมโยงความคิดและคำพูด ไม่ต่อเนื่อง พูดเป็นคำ ๆ ไม่เป็นประโยคที่รู้เรื่อง ไม่เรียง ประธาน กริยา กรรม การพูดที่ไม่มีความสัมพันธ์ต่อกันจนฟังไม่เข้าใจในเนื้อหาที่พูด

1.4.1.4 ความผิดปกติของพฤติกรรม (Behavioral disturbances) เช่น มีพฤติกรรมก้าวร้าว วุ่นวายไม่อยู่นิ่ง มีพฤติกรรมแปลกๆ ที่ทำซ้ำ ๆ โดยไม่มีความหมาย ไม่สนใจดูแลตนเอง สกปรก แต่งกายแปลกๆ มีพฤติกรรมทางเพศไม่เหมาะสม

1.4.2 กลุ่มอาการทางลบ (Negative symptoms) อาการผิดปกติที่ขาดหรือบกพร่องไปจากคนทั่วไป มีลักษณะอาการของความเจ็บป่วยและการทำหน้าที่ต่าง ๆ ลดลง (Association, 2013) อาการจะค่อยเป็นค่อยไป และมักพบในช่วงหลังของการดำเนินโรค เช่น อารมณ์เรียบเฉย พูดน้อย หรือไม่พูด ขาดความสนใจในกิจกรรมทุกชนิด ขาดความสุข และขาดความตั้งใจ

## 1.5 การดำเนินโรค

โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรัง อาการเป็นๆ หายๆ แต่ละรายมีการดำเนินโรคแตกต่างกัน ส่วนใหญ่มักไม่หายเป็นปกติ การดำเนินโรคของผู้ป่วยจิตเภท โดยทั่วไปแบ่งเป็น 4 ระยะ ดังนี้ (สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2558; Sadock et al., 2015; Schulz et al., 2016)

1.5.1 ระยะก่อนป่วย (Premorbid phase) อาจเริ่มมีความบกพร่องในด้านสังคม การเคลื่อนไหว หรือด้านความคิด แต่ยังอยู่ในระดับเล็กน้อย ไม่ชัดเจน สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้ดี ไม่รบกวนการทำงานที่ในชีวิตประจำวัน

1.5.2 ระยะก่อนเกิดอาการทางจิต (Prodromal state) ผู้ป่วยจะเริ่มมีอาการแปลกจากเดิม จนเริ่มมีการบกพร่องในการทำงานที่จากเดิม ได้แก่ การสนใจในสิ่งต่าง ๆ ลดลง การแยกตัว

จากสังคม ครอบครัว มีความบกพร่องเรื่องเรียนหรือการทำงาน อารมณ์แปรปรวนง่าย มีความสนใจหรือหมกมุ่นในเรื่องต่าง ๆ ที่พบบ่อยคือ ศาสนา ความเชื่อและมีพฤติกรรมแปลกๆ เช่น พุดคนเดียวในที่สาธารณะ ระยะเวลาช่วงนี้ไม่แน่นอน โดยทั่วไปบอกยากว่าเริ่มผิดปกติตั้งแต่เมื่อไร โดยเฉลี่ยนานประมาณ 1 ปี ก่อนเข้าสู่ระยะอาการกำเริบ การพยากรณ์โรคจะไม่ดีหากระยะนี้เป็นอยู่นานและผู้ป่วยดูแลง่าย ๆ

1.5.3 ระยะมีอาการป่วยทางจิต (Active phase) มีอาการทางจิตชัดเจน ได้แก่ หลงผิด พฤติกรรมแปลกประหลาด ประสาทหลอน ที่เด่นชัดตามเกณฑ์การวินิจฉัย และบกพร่องในการใช้ชีวิตประจำวันชัดเจน เป็นระยะที่ญาติหรือคนรอบข้างสังเกตเห็นอาการและนำเข้าสู่กระบวนการรักษา ถ้าระยะนี้ได้รับการรักษาอย่างรวดเร็ว ไม่ทิ้งไว้นาน จะมีผลลัพธ์ที่ดี

1.5.4 ระยะอาการคงที่และเหลืออาการบางส่วน (Residual phase) ผู้ป่วยจะปราศจากอาการด้านบวก อาการที่หลงเหลือบ้างคล้ายระยะก่อนเกิดอาการทางจิต สังเกตได้ว่าจะมีอาการหลงเหลือ ไม่ปกติ บางครั้งมีอาการด้านลบได้แก่ สีหน้าเรียบเฉย แยกตัว บกพร่องทางสังคม และทำงานไม่ได้ดังเดิม โดยทั่วไปพบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความเสื่อมในด้านต่าง ๆ ไปเรื่อย ๆ ตามระยะเวลาที่ป่วย เช่น ด้านบุคลิกภาพ ด้านการทำบทบาทหน้าที่ทางสังคม เป็นต้น และเกิดอาการกำเริบอย่างเฉียบพลันเป็นระยะ ๆ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความลำบากในการดำเนินชีวิตประจำวัน เกิดความเครียดได้ง่ายซึ่งเป็นปัจจัยกระตุ้นให้อาการทางจิตกำเริบเฉียบพลันได้ นอกจากนี้ยังพบว่า ร้อยละ 25 ของผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอาการซึมเศร้าร่วมด้วย อาการนี้ถือว่าเป็นลักษณะสำคัญของผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง อุบัติการณ์ของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภท มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการทางจิตกำเริบ การฆ่าตัวตายและการทำบทบาทหน้าที่ที่ไม่ดี (มานุษ หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558)

1.6 การบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเภทและระยะเวลาการรักษา (มานุษ หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558; สมภพ เรื่องตระกูล, 2557)

1.6.1 การรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาลมีข้อบ่งชี้เพื่อวัตถุประสงค์ ดังต่อไปนี้ (1) เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยจากความคิดและพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น (2) เพื่อการดูแลอย่างใกล้ชิด เช่น มีอาการข้างเคียงจากการใช้ยาอย่างรุนแรง (3) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาต่อเนื่องในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานยา (4) เพื่อการวินิจฉัยในกรณีที่มีปัญหาในการวินิจฉัย (5) เพื่อปรับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมหรือวุ่นวายมาก และ (6) เพื่อให้การดูแลตามความต้องการพื้นฐานในกรณีที่ผู้ป่วยในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองได้ เช่น อาหาร การแต่งกาย และที่พักอาศัย รวมทั้งเป็นการช่วยลดความเครียดที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยและครอบครัวโดยการดูแลจากบุคลากรด้านจิตเวช ซึ่งมีระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาล 3-6 สัปดาห์ (ยาใจ สิทธิมงคล และคณะ, 2559)

1.6.2 การรักษาด้วยยา ยาด้านโรคจิตเป็นกลุ่มยาที่ใช้รักษาอาการโรคจิต (Psychosis) ที่เกิดจากสาเหตุต่าง ๆ เช่น โรคจิตเภท โรคจิตหวาดระแวง โรคซึมเศร้าที่มีอาการทางจิตร่วมด้วย รวมทั้งกลุ่มอาการทางจิตเวชที่เกิดจากพยาธิสภาพทางกาย ยาด้านโรคจิตไม่ได้รับการรักษาโรคแต่เป็นยาควบคุมอาการของโรคเท่านั้น คือช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นจนสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมและปรับตัวได้ดีขึ้น ส่วนใหญ่ยาทางจิตเวชในแต่ละกลุ่มมีประสิทธิภาพไม่แตกต่างกันนัก การเลือกใช้ยาควรคำนึงถึงประวัติการตอบสนองต่อการรักษาในอดีต ความเจ็บป่วยทางกาย ปฏิกริยากับยารักษาโรคอื่นที่ผู้ป่วยอาจได้รับอยู่และฤทธิ์ข้างเคียงของยาด้านโรคจิตมีฤทธิ์ทางคลินิก 6 ประการ คือ ทำให้สงบลง (Sedative) ลดอาการคลุ้มคลั่ง (Anti manic) ลดอาการเพ้อฝัน (Anti autistic) ด้านอาการทางจิต (Antipsychotic) อาการบิดเบือนของกล้ามเนื้อ การเคลื่อนไหวผิดปกติ ความรู้สึกกระวนกระวาย (Extrapyramidal Symptoms) และระบบประสาทอัตโนมัติทำงานผิดปกติทำให้ความดันโลหิตต่ำ (Adrenolytic) การรักษาด้วยยาแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ

1.6.2.1 ระยะควบคุมอาการ (Acute phase) เป้าหมาย คือ ควบคุมอาการให้สงบลงโดยเร็ว การที่อาการรุนแรงหรือพฤติกรรมของผู้ป่วยโดยทั่วไปดีขึ้นตั้งแต่ระยะแรกนั้นเป็นผลจากฤทธิ์ที่ทำให้สงบของยา (sedating effect) ส่วนฤทธิ์ในการรักษาอาการโรคจิตของยานั้นต้องใช้เวลา 1-2 สัปดาห์จึงจะเห็นผล (Dai et al., 2018) ยาที่ใช้ ได้แก่ Haloperidol 6-10 mg./วันหรือยาที่มีขนาดเทียบเท่ากัน หากผู้ป่วยอาการรุนแรงมากอาจให้ Benzodiazepine ขนาดสูง เช่น diazepam 5-10 mg. รับประทานวันละ 3-4 เวลาพร้อมไปด้วยหากหลังจาก 2 สัปดาห์แล้วอาการของโรคจิตยังไม่ดีขึ้นจึงพิจารณาเพิ่มขนาดยา

1.6.2.2 ระยะให้ยาต่อเนื่อง (Stabilization phase) หลังจากมีอาการสงบแล้วผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับยาต่อเนื่องเพื่อควบคุมอาการต่อไป ยารักษาโรคจิตที่ใช้ควรให้ขนาดเท่าเดิมต่อไปอีก นาน 6 เดือน การลดยาลงเร็วหรือหยุดยาในช่วงนี้อาจทำให้อาการกำเริบได้

1.6.2.3 ระยะอาการคงที่ (Maintenance phase) เป็นช่วงที่ผู้ป่วยอาการทุเลาลงแล้วแต่ยังคงให้ยาต่อเนื่องเพื่อป้องกันมิให้กลับมามีอาการกำเริบซ้ำ ยิ่งผู้ป่วยที่มีการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี การควบคุมด้วยยาเป็นสิ่งสำคัญ ขนาดของยาจะต่ำกว่าที่ใช้ในระยะแรก โดยทั่วไปเมื่อไม่มีอาการด้านบวกที่ชัดเจนแล้ว จะค่อยๆลดขนาดลงเหลือร้อยละ 20 ทุก 4-6 เดือน จนถึงขนาดต่ำสุดที่คุมอาการได้ โดยขึ้นอยู่กับผู้ป่วยแต่ละคน ผู้ป่วยครั้งแรกหลังจากอาการของโรคจิตดีขึ้นแล้ว จะพิจารณาหยุดการรักษาได้ต่อเมื่อผู้ป่วยไม่มีอาการเลยนานอย่างน้อย 1 ปี หากผู้ป่วยมีอาการกำเริบครั้งที่สองควรให้ยาต่อเนื่องอย่างน้อย 5 ปีหรือตลอดชีวิต

1.6.3 การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy : ECT) เป็นการรักษาโดยให้กระแสไฟฟ้าขนาดต่ำจำนวนหนึ่งผ่านสมองบริเวณที่กำหนด เพื่อกระตุ้นให้เกิดอาการชักแบบทั้งตัว (Generalized Seizure) การรักษาด้วยไฟฟ้าใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาโดย

ใช้ยาร่วมกับ ECT ซึ่งเป็นการรักษาผู้ป่วยในระยะเฉียบพลัน (Acute phase) ซึ่งเชื่อว่ามีผลในการรักษาโดยไปทำให้เกิดสมดุลของระบบสื่อประสาทและมีฤทธิ์คล้ายยารักษาอาการชัก การทำ ECT ซ้ำ ๆ ทำให้ผู้ป่วยมีความทนต่อการเกิดการชัก (Seizure Threshold) สูงขึ้น นอกจากนี้ยังใช้กับผู้ป่วยที่มีความผิดปกติด้านการเคลื่อนไหว (Catatonic) หรือผู้ป่วยที่ซึมเศร้าอย่างรุนแรง (Severe Depression) มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง ส่วนใหญ่จะทำ ECT วันเว้นวัน ประมาณ 6–8 ครั้ง ผลข้างเคียงของการทำ ECT อาจพบหัวใจเต้นผิดปกติ อาการปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน และมีผลต่อระบบประสาทส่วนกลาง คือ ความจำเสื่อม งุนงง สับสน พบได้ในระยะ 1–2 ชั่วโมงหลังการรักษา หลังจากนั้นอาการจะหายไป แต่ในผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการหลงลืมซึ่งจะมากขึ้นตามจำนวนครั้งที่ทำ ECT เมื่อหยุดทำการรักษาอาการหลงลืมจะค่อยๆ ดีขึ้น และหายไปภายใน 3–6 เดือน (วรวิวัฒน์ จันทร์พัฒนา, 2543)

1.6.4 การรักษาด้านจิตสังคม เป็นส่วนสำคัญของการรักษา เนื่องจากอาการของผู้ป่วยมักก่อให้เกิดปัญหาระหว่างตัวเขากับสังคมรอบข้าง แม้อาการจะดีขึ้นบ้างแล้ว ปัญหาทางด้านสังคมก็ยังคงมีอยู่หากผู้รักษามีได้สนใจช่วยเหลือแก้ไข นอกจากนี้อาการทางลบหรือภาวะท้อแท้หมดกำลังใจ ไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา จึงจำเป็นต้องรักษาจิตสังคมร่วมด้วย ดังนี้

1.6.4.1 จิตบำบัด (Psychotherapy) เป็นวิธีการรักษา การปรับปรุงจิตใจและพฤติกรรมของผู้ป่วย โดยวิธีการบำบัดชนิดประคับประคอง ผู้รักษาพึงตั้งเป้าหมายตามที่เป็นจริงและผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติได้ เช่น ช่วยผู้ป่วยในการหาวิธีแก้ไขปัญหาในแบบอื่นที่เขาพอทำได้ ให้คำแนะนำต่อปัญหาบางประการในฐานะของผู้ที่มีความรู้มากกว่าช่วยผู้ป่วยค้นหาว่าความเครียดหรือความกดดันอะไรที่เขาทนไม่ได้ ช่วยให้ผู้ป่วยหาทางเอาชนะอุปสรรค ความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานให้รู้สึกผ่อนคลาย

1.6.4.2 การให้คำปรึกษาและสุขภาพจิตศึกษาแก่ครอบครัว (Family counselling or psychoeducation) มุ่งเน้นให้ความรู้แก่ครอบครัวในเรื่องธรรมชาติบำบัดของโรคและบทบาทของญาติในการป้องกันการกลับป่วยซ้ำ รวมถึงการทำครอบครัวบำบัดที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อลดการแสดงออกทางอารมณ์สูงของสมาชิกภายในครอบครัวเนื่องจากผู้ป่วยมักถูกมองว่าเป็นภาระทำให้สมาชิกในครอบครัวแสดงปฏิกิริยาที่ไม่ดีต่อผู้ป่วย (สมภาพ เรื่องตระกูล, 2557)

1.6.4.3 กลุ่มบำบัด (Group therapy) เป็นการจัดกิจกรรมกลุ่มระหว่างผู้ป่วย โดยส่งเสริมให้เกิดความรู้สึกว่ามีเพื่อน มีคนเข้าใจ ไม่เกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว เกิดการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ต่าง ๆ มีการช่วยเหลือแก้ไขปัญหาและให้คำแนะนำแก่กัน ฝึกทักษะทางสังคมเน้นการสนับสนุนให้กำลังใจ



1.6.4.4 นิเวศน์บำบัด (Milieu therapy) เป็นการจัดสภาพแวดล้อมในโรงพยาบาล เพื่อช่วยส่งเสริมขบวนการรักษา ประกอบด้วย การจัดกิจกรรมต่าง ๆ ภายในหอผู้ป่วยให้น่าอยู่ โดยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมกิจกรรมต่าง ๆ เท่าที่พอทำได้ เพื่อส่งเสริมความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเองของผู้ป่วย

1.6.5 ระยะเวลาของการรักษา การรักษาอาจแบ่งออกเป็น 3 ระยะเวลาใหญ่ ตามลักษณะอาการ

1.6.5.1 การรักษาระยะอาการกำเริบ (acute treatment) หมายถึง การรักษาในระยะที่ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เริ่มมีอาการด้านบวกกำเริบ ทั้งในการป่วยครั้งแรกหรือครั้งถัด ๆ มา เป้าหมายของการรักษาคือ ควบคุมอาการที่กำเริบให้ได้โดยเร็ว การที่อาการรุนแรงหรือพฤติกรรมของผู้ป่วยโดยทั่วไปดีขึ้นตั้งแต่ระยะแรกนั้น เป็นมาจากฤทธิ์ทำให้สงบของยา (sedating effect) ส่วนฤทธิ์ในการรักษาอาการโรคจิตของยานั้นต้องใช้เวลาเป็นสัปดาห์จึงจะเห็นผล สร้างสัมพันธภาพในการรักษากับผู้ป่วยและญาติ จัดสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย ควบคุมอาการก้าวร้าวรุนแรง ควรให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการรักษาตั้งแต่เริ่มแรก ซึ่งเป็นระยะที่ญาติเห็นความสำคัญของการรักษา เพื่อที่เขาจะได้ร่วมมือด้วยดีในระยะต่อ ๆ ไป สิ่งที่ควรระวังในระยะนี้คือ ความคิดฆ่าตัวตาย ควรถามทุกครั้ง รวมทั้งเสียงแว่วที่สั่งหรือกระตุ้นให้ผู้ป่วยทำร้ายตนเอง ในระยะนี้การปรับขนาดยาและการให้การช่วยเหลือในด้านจิตสังคมอย่างจริงจังเป็นเรื่องสำคัญ ผู้ป่วยที่มีอาการครั้งแรกต้องทำการตรวจอย่างละเอียด รวมทั้งส่งตรวจพิเศษตามที่เห็นว่าจำเป็นเพื่อแยกจากโรคทางกายหรือจากสารที่ทำให้เกิดอาการคล้ายคลึงกับโรคจิตเภท ผู้ป่วยที่มีลักษณะเหล่านี้จะต้องให้การดูแลอย่างใกล้ชิด รวมทั้งในกรณีที่ผู้ป่วยมีลักษณะที่อาจก่อความรุนแรงหรืออาจทำอันตรายต่อผู้อื่น การรักษาทางจิตสังคมในระยะนี้จะเน้นการลดสิ่งเร้าหรือความกดดันที่มีต่อผู้ป่วย การสื่อสารควรใช้คำสั้น ๆ ชัดเจน กิจกรรมประจำวันควรชัดเจนแน่นอน สิ่งแวดล้อมควรส่งเสริมความรู้สึกผ่อนคลายสงบ หลีกเลี่ยงการกระตุ้นผู้ป่วยหรือให้ทำกิจกรรมที่ยุกยักหรือต้องใช้สมาธิความตั้งใจมาก

1.6.5.2 การรักษาในระยะอาการทุเลา (stabilization phase) ระยะนี้อาการต่าง ๆ สงบลงแล้ว ที่กำเริบเริ่มทุเลาลง ผู้ป่วยเริ่มพอควบคุมตนเองได้บ้าง การสื่อสารดีขึ้น อาการยังคงมีอยู่แต่ความรุนแรงลดลง เป้าหมายของการรักษาคือ ลดความกดดันที่อาจเกิดขึ้นต่อผู้ป่วย ให้การช่วยเหลือทางจิตใจ ควบคุมอาการ ยาที่ใช้ในระยะนี้ควรเท่ากับขนาดในระยะอาการกำเริบนานอย่างน้อย 6 เดือน การลดยาลงเร็วหรือหยุดยาในช่วงนี้อาจทำให้อาการกำเริบได้และช่วยในการปรับตัวกับสิ่งแวดล้อม ระยะนี้กิจกรรมต่าง ๆ อาจไม่ต้องชัดเจนแน่นอนมากเหมือนในระยะแรก ควรช่วยในการปรับพฤติกรรมให้อยู่ในสังคมได้ โดยเฉพาะกับสภาพที่บ้าน หากกลับไปทำงานควรเปลี่ยนลักษณะงานที่ยังไม่ต้องรับผิดชอบหรือมีความกดดันมากนัก

1.6.5.3 การรักษาในระยะอาการคงที่ (maintenance phase) เป็นช่วงที่ผู้ป่วยอาการทุเลาลงแล้วแต่ยังคงต้องดูแลต่อเนื่อง เพื่อป้องกันมิให้กลับมามีอาการกำเริบซ้ำ เป้าหมายสำคัญของการรักษาระยะยาว ป้องกันการกำเริบ การกลับเป็นซ้ำหรือช่วงอาการเฉียบพลันอีก

ให้ผู้ป่วยสามารถดำรงและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เพิ่มโอกาสให้ผู้ป่วยสามารถกลับเข้าสู่สังคมได้ แม้ว่าในระยะนี้ผู้ป่วยจะมีอาการคงที่และเหลืออาการบางส่วน (Residual phase) แต่เป็นช่วงที่มักพบอาการซึมเศร้าร่วมด้วยประมาณร้อยละ 20 ซึ่งอาการซึมเศร้าเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้มีอาการทางจิตกำเริบ การฆ่าตัวตาย และการทำบาปบาปได้ไม่ดี(มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุขนิษฐ์ ,2558)

## 2. แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภท

### 2.1 ความหมายของภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภท

ดวงใจ กษานติกุล (2542) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะอารมณ์ที่ซึมเศร้า เบื่อหน่าย หดหู่ ห่อเหี่ยวใจ หมดอารมณ์สนุกสนานเพลิดเพลิน หมดอาลัยตายอยากอยู่ในช่วง 2 สัปดาห์ขึ้นไปจนส่งผลกระทบต่ออาชีพการงาน การเรียนหรือการดำเนินชีวิต โดยมีอารมณ์ร่วมในด้านพฤติกรรม คำพูด อาการทางกาย และความวิตกกังวล

อรพรรณ ลือบุญรัชชัย (2554) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นปฏิกิริยาจากการสูญเสีย ทำให้เกิดความรู้สึกมีดมน เหนื่อยหน่าย หดหู่จิตใจ อ่อนเพลีย ท้อแท้ สิ้นหวัง รู้สึกไร้คุณค่า อาจเกิดความรู้สึกไม่อยากมีชีวิตอยู่ต่อไป และทำร้ายตนเองในที่สุด

Zung (1965) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นลักษณะอารมณ์เศร้า หดหู่ กระทบกระชวย สับสน ไม่สามารถตัดสินใจได้ บุคลิกภาพเปลี่ยนแปลง และมีอาการแสดงออกทางร่างกาย เช่น เบื่ออาหาร ท้องผูก นอนไม่หลับ รู้สึกเหนื่อยล้า หมดแรงโดยไม่มีสาเหตุ

Addington et al (1990) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะที่ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้าอยู่นานมากกว่า 2 สัปดาห์ โดยผู้ป่วยจะมีอารมณ์เศร้า (sad mood) การไม่มีความสุข (inability to derive pleasure) มีการเปลี่ยนแปลงความอยากอาหาร (appetite) ระดับพลังงาน (energy level) และรูปแบบการนอน (sleeping patterns) ความรู้สึกผิด (feeling of guilt) ความรู้สึกไร้ค่า (worthlessness) และความรู้สึกสิ้นหวัง (hopelessness) ซึ่งความรู้สึกหรืออาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นเป็นสาเหตุที่สำคัญที่นำไปสู่การพยายามฆ่าตัวตาย และมีการแสดงออกทางอารมณ์ ซึ่งแบ่งออกเป็นกลุ่มอาการทางอารมณ์และกลุ่มอาการทางกระบวนการคิด โดยการแสดงออกของอาการซึมเศร้าในแต่ละด้านจะเชื่อมโยงสัมพันธ์กัน และจะเกิดขึ้นต่อเนื่องมากกว่า 2 สัปดาห์

Beck (1979) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าหมายถึงความแปรปรวนทางด้านความคิด อารมณ์ แรงจูงใจ ร่างกายและพฤติกรรม ซึ่งเป็นผลจากการประมวลเรื่องราวผ่านกระบวนการคิดจนเกิดความคิดอัตโนมัติในทางลบเกี่ยวกับตนเอง สิ่งแวดล้อมและอนาคต เมื่อบุคคลประสบภาวะวิกฤตในชีวิต การประมวลเรื่องราวที่ผิดพลาดในอดีตจะกระตุ้นบุคคลนั้นให้เกิดความคิดอัตโนมัติในทางลบ และส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมาภาวะซึมเศร้ายิ่งเพิ่มมากขึ้น ความคิดอัตโนมัติในทางลบจะเพิ่มมากขึ้นทั้งความถี่และความรุนแรง ความคิดที่เป็นเหตุผลลดลง และเกิดอาการและอาการแสดงของ

ภาวะซึมเศร้า ทั้งทางด้านอารมณ์ ความคิด แรงจูงใจร่างกายและพฤติกรรม เช่น จิตใจที่หม่นหมอง หดหู่เศร้า รวมถึงความรู้สึกท้อแท้ หมดหวัง ไม่สนใจกิจกรรม นอนไม่หลับ น้ำหนักตัวเพิ่มหรือลด ปวดท้อง ปวดศีรษะ เป็นต้น

สรุปได้ว่า ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท หมายถึงเป็น ภาวะที่ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการ ซึมเศร้าความแปรปรวนทางด้านความคิด อารมณ์แรงจูงใจ ร่างกายและพฤติกรรม ซึ่งเป็นผลจากการ ประมวลเรื่องราวผ่านกระบวนการคิดจนเกิดความคิดอัตโนมัติในทางลบเกี่ยวกับตนเอง สิ่งแวดล้อม และอนาคต เมื่อบุคคลประสบภาวะวิกฤตในชีวิต อาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้า ได้แก่ อารมณ์ซึมเศร้า เบื่อหน่าย หดหู่ ท้อแท้ รู้สึกไร้คุณค่า เหนื่อยล้า นอนไม่หลับ เป็นต้น อาการเหล่านี้ จะเป็นติดต่อกันนานอย่างน้อย 2 สัปดาห์ขึ้นไป ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตและอาจเกิดการทำร้าย ตนเองได้

## 2.2 การเกิดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท

มีทฤษฎีอธิบายการเกิดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท 3 ทฤษฎีหลัก ได้แก่ ทฤษฎีทางชีววิทยา ทฤษฎีทางจิตวิทยาและทฤษฎีทางสังคม

2.2.1 ทฤษฎีทางชีววิทยา (Biological theories) ประกอบด้วยทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ทฤษฎีทางพันธุกรรม ทฤษฎีสารสื่อประสาทและทฤษฎีฮอร์โมน ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

2.2.1.1 ทฤษฎีทางพันธุกรรม (Genetic theory) ทฤษฎีนี้เป็นทฤษฎีที่ศึกษา ความเกี่ยวข้องระหว่างพันธุกรรมกับการเกิดอาการซึมเศร้า จากการศึกษาในคู่แฝดพบว่า คู่แฝดที่เกิด จากไข่ใบเดียวกัน ถ้าคนหนึ่งเป็นโรคซึมเศร้าอีกคนจะเป็นด้วย ร้อยละ 50 ในขณะที่โอกาสที่คู่แฝด จากไข่คนละใบจะมีโอกาสเป็นโรคด้วยเพียงร้อยละ 20 ถ้าบิดามารดาเป็นโรคซึมเศร้าทั้งสองคน บุตร จะมีโอกาสเป็นโรคสูงกว่า ประชาชนทั่วไปถึง 4 เท่า

2.2.1.2 ทฤษฎีสารสื่อประสาท (Neurochemical theories) ทฤษฎีนี้เป็น ทฤษฎีศึกษาเกี่ยวกับสารสื่อประสาทในสมอง ได้แก่ serotonin, norepinephrine, dopamine และ GABA กับการเกิดอาการซึมเศร้า โดยเชื่อว่า สารสื่อประสาท ดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับการเกิด อาการซึมเศร้า (Kaplan & Sadock, 2000) และถ้าผู้ป่วยมีความผิดปกติของการเผาผลาญของสาร Monoamine ที่บริเวณระบบประสาทส่วนกลาง จะทำให้ระดับของ serotonin และ norepinephrine ต่ำกว่าปกติผลที่ตามมาทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการซึมเศร้า และเมื่อผู้ป่วยได้รับการ รักษา ระดับสารสื่อประสาททั้งสองจะกลับสูงขึ้นในระดับปกติ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2557)

2.2.1.3 ทฤษฎีฮอร์โมน (Hormonal theory) ทฤษฎีนี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับ ฮอร์โมนกับการเกิดอาการซึมเศร้า ซึ่งให้ความสัมพันธ์กับ ฮอร์โมน cortisol และ estrogen คือ

เมื่อมีความคิดผิดปกติกลไกการทำงานและหน้าที่ของระบบ hypothalamic-pituitary-adrenal ซึ่งเป็นระบบที่เกี่ยวข้องกับการตอบสนองต่อความเครียด จะทำให้เกิดการเพิ่มขึ้นอย่างผิดปกติของฮอร์โมน cortisol ร้อยละ 40-60 โดยเพิ่มขึ้นดังกล่าวจะมีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการซึมเศร้า

2.2.2 ทฤษฎีทางจิตวิทยา (Psychological Theories) ประกอบด้วยทฤษฎีต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเกิดอาการซึมเศร้า ได้แก่ ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ ทฤษฎีปัญญานิยม ทฤษฎีพฤติกรรม และทฤษฎีการยอมจำนนที่เกิดจากการเรียนรู้ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

2.2.2.1 ทฤษฎีปัญญานิยม (Cognitive Theory) เป็นทฤษฎีที่พัฒนาโดย Beck (1967) และได้มีการใช้ทฤษฎีนี้เป็นพื้นฐานในการรักษาอาการทางจิต ซึ่งในทฤษฎีอธิบายว่า อาการซึมเศร้าเกิดจากการที่บุคคลมีกระบวนการคิดที่บิดเบือนไปจากความเป็นจริง ทำให้เกิดแนวคิดและการรับรู้ในทางลบเกี่ยวกับตนเอง สิ่งแวดล้อมและอนาคต ส่งผลให้บุคคลเกิดอาการซึมเศร้า (Kaplan & Sadock, 2000) กล่าวได้ว่า อาการซึมเศร้าเกิดจากองค์ประกอบ 3 ประการ ได้แก่ ความรู้คิดอัตโนมัติทางลบต่อตนเอง สิ่งแวดล้อม และอนาคต (Cognitive triad) โครงสร้างความคิด (Schema) และการบิดเบือนทางความรู้คิด (Cognitive distortion) สามารถอธิบายได้ ดังนี้

ความรู้คิดอัตโนมัติด้านลบ (Cognitive triad) ของผู้ที่มีอาการซึมเศร้า ประกอบด้วย

ความรู้คิดทางลบต่อตนเอง (negative view of the self) เป็นการมองว่าตนเองบกพร่องไม่มีคุณค่า ไม่เป็นที่ปรารถนา ตนเองไม่มีความสามารถ ซึ่งเป็นผลมาจากข้อบกพร่องที่ตนเองคิดขึ้นเอง ซึ่งมีแนวโน้มที่จะไม่ยอมรับตนเอง เมื่อเกิดเหตุการณ์ต่าง ๆ ขึ้นจะโทษว่าทั้งหมดเป็นความผิดตนเอง ทำให้เกิดความรู้สึกการมีคุณค่าในตนเองต่ำ และมีความรู้คิดด้านลบต่อตนเองส่งผลให้เกิดอาการซึมเศร้าตามมา

ความรู้คิดทางลบต่อเหตุการณ์ที่เผชิญในโลก (negative view of the world) เป็นการที่บุคคลแปลความของการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมของตนเองในเชิงการสูญเสีย คิดว่าชีวิตตนเองมีแต่อุปสรรคหรือสถานการณ์ที่ทำให้เจ็บปวดอยู่เป็นประจำ ทำให้คุณค่าในตนเองลดลง มองโลกในแง่ร้ายและประสบปัญหาด้านสัมพันธภาพกับผู้อื่น ส่งผลให้เกิดอาการซึมเศร้า ความรู้คิดทางลบต่ออนาคต (negative view of the future) ทำนายว่าความลำบากในปัจจุบันจะดำเนินต่อไปไม่มีวันสิ้นสุด ขณะที่มองไปข้างหน้าจะพบแต่ชีวิตที่มีแต่ความลำบากและสูญเสีย ทำให้เกิดความท้อแท้ต่ออนาคตของตนเอง สูญเสียความหวังในอนาคตและเกิดอาการซึมเศร้า (Beck, 1979)

ความคิดที่เอนเอียงไปทางลบ (Negative biased thinking) เป็นกระบวนการคิดหลักของการเกิดอาการซึมเศร้า ความคิดเอนเอียงที่มุ่งไปในทางลบมักจะเกิดในระยะแรก ๆ ของชีวิตของแต่ละบุคคลคล้ายกับการรับเอาความคิดเห็นของบุคคลอื่นที่เป็นบุคคลสำคัญมาเป็นความคิดของตนเอง (Beck, 1979)

การบิดเบือนทางความรู้คิด (Cognitive distortion) ประกอบด้วย ลักษณะเนื้อหา การคิด และการแปลความที่ไม่อยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง การเลือกสนใจเฉพาะประสบการณ์ ด้านลบ การเลือกคิดเป็นส่วนต่าง ๆ ไม่ได้คิดรวมทั้งหมด การบิดเบือนเนื้อหาข้อมูล การคิดที่มีลักษณะ การคิดส่วนตัวและการดาวน์ลงความเห็นโดยที่รับข้อมูลไม่เพียงพอ ซึ่งลักษณะเนื้อหาความคิดโดย ละเอียด (Beck, 1979) ดังนี้

การดาวน์ลงความเห็นในข้อมูลที่ไม่เพียงพอ (arbitrary interference) เช่น บางคนที่มีปัญหาในการปฏิบัติตัวตามแนวการรักษา ในครั้งแรกอาจคิดว่าการรักษาจะไม่ช่วยให้ ตนเองดีขึ้นหรือแผนการรักษานี้ไม่เหมาะสมกับตนเอง

การเลือกสนใจคิดเฉพาะประสบการณ์ทางลบเพียงด้านเดียว (selective abstraction) เช่น ผู้ที่มีอาการซึมเศร้าจะคิดว่าตนเองไม่ได้ประสบกับความ สุข ความยินดีเลยเพราะ ในระดับภาวะรู้สึกตัวผู้ที่มีอาการซึมเศร้าจะไม่ตระหนักถึงความสุขความยินดีของตนเองเลย

การคิดและแปลความเกินพื้นฐานความเป็นจริง (overgeneralization) เป็นการตัดสินใจ อย่างรวดเร็วบนพื้นฐานตัวอย่างเพียงอย่างเดียว เช่น ผู้ที่มีอาการซึมเศร้าเมื่อทำผิด เพียงครั้งเดียว แต่จะคิดตนเองทำผิดพลาดทุกครั้ง

การขยายต่อเติมหรือตัดทอนเรื่องราว (magnification and minimization) เป็นการสะท้อนให้เห็นความคิดที่บิดเบือนไปในการประเมินความสำคัญหรือขนาดของเหตุการณ์ที่ เกิดขึ้น เช่น มีเหตุการณ์ที่กระทบเพียงเล็กน้อยก็อาจมองว่าเหตุการณ์นั้นเป็นเรื่องรุนแรง ซึ่งเป็นผล มาจากความคิดที่บิดเบือนของตนเอง

ความคิดที่มีต่อสิ่งเร้าที่เข้ามกระทบในลักษณะที่พิจารณาสถานการณ์เพียงด้าน ใดด้านหนึ่งและแสดงพฤติกรรมโต้ตอบจนกลายเป็นบุคลิกภาพของตน เช่น เมื่อตั้งใจจะสบตา กับเพื่อนที่เดินผ่านมาแต่เพื่อนไม่ได้มองตาตน อาจคิดว่าตนเองต้องทำอะไรบางอย่างที่ทำให้เพื่อนเคือง

การมีความคิดด้านใดด้านหนึ่งที่ไม่ดี เช่น คิดว่าถ้าตนเองไม่สามารถทำอะไรได้ ได้ ครบสมบูรณ์ร้อยเปอร์เซ็นต์ก็ไม่มีอะไรที่สามารถทำได้อีก

2.2.3 ทฤษฎีทางสังคม (Social Theories) เป็นทฤษฎีที่ศึกษาความเกี่ยวข้องในการ เกิดอาการซึมเศร้าที่มีสาเหตุจากปัจจัยทางสังคม โดยทฤษฎีนี้เน้นว่าสาเหตุของอาการซึมเศร้าเกิด จากปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม ซึ่งพบว่าเหตุการณ์ในชีวิต (Stressful life event) มี บทบาทในเกิดอาการซึมเศร้า ได้แก่ การสูญเสียหน้าที่การงาน การถูกทำร้าย ปัญหาด้าน การเงิน ปัญหาด้านกฎหมาย ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล สถานภาพสมรส บทบาททางสังคม การขาดแรงสนับสนุนทางสังคม

สรุปได้ว่า ทฤษฎีอธิบายการเกิดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทมีสาเหตุมาจากทั้งปัจจัยทาง ชีวิตภาพ ได้แก่ พันธุกรรม ระดับสารสื่อประสาทและระดับฮอร์โมนที่ผิดปกติ เป็นต้น และปัจจัยใน

การมีความคิดในทางลบ ทั้งต่อตนเอง ต่อสิ่งแวดล้อมและต่อสถานการณ์ ทำให้ประหม่นสิ่งที่เกิดขึ้น เลวร้ายกว่าความเป็นจริง รวมถึงการเลือกสนใจเฉพาะประสบการณ์ด้านลบ จะเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้เกิดความทุกข์ในจิตใจ นอกจากนี้ปัจจัยของสังคม ซึ่งเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม หากเกิดเหตุการณ์รุนแรงในชีวิต จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด และส่งผลให้เกิดเป็นภาวะซึมเศร้าได้

### 2.3 อาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้า

อาการของภาวะซึมเศร้า สามารถแบ่งเป็น 3 กลุ่มอาการใหญ่ๆ ได้แก่ กลุ่มอาการทางอารมณ์ (affective symptom) กลุ่มอาการทางกระบวนการคิด (cognitive symptom) และกลุ่มอาการทางกาย (somatic symptom) ดังรายละเอียดต่อไปนี้ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2557)

กลุ่มอาการทางอารมณ์ (Affective symptoms) ได้แก่ เศร้าสร้อย หดหู่ สะเทือนใจง่าย ร้องไห้บ่อย จิตใจหม่นหมอง ไม่แจ่มใส ไม่สดชื่น ไม่ร่าเริง รู้สึกเบื่อหน่ายทุกสิ่งทุกอย่างที่อยู่รอบตัว เก็บตัวมากขึ้น ไม่ค่อยพูดจากับใคร ในบางรายอาจกลายเป็นคนใจน้อย อ่อนไหวง่าย ในเด็กและวัยรุ่น อาจมีอาการร้ายแรงหดหู่ด้อยกว่าเดิม ส่งผลให้ความสัมพันธ์กับคนรอบข้างเปลี่ยนไป

กลุ่มอาการทางกระบวนการคิด (Cognitive symptoms) ได้แก่ มีความรู้สึกท้อแท้ หมดหวังกับชีวิต ไม่มั่นใจในตนเอง ลังเลในการตัดสินใจ รู้สึกว่าตนเองไร้ความสามารถ ไร้คุณค่า มองตนเองในด้านลบ ไม่สมเหตุสมผล ต่ำหนีดตนเองว่าเป็นภาระแก่คนอื่น ทำให้คิดถึงเรื่องการตาย อยู่บ่อย ๆ อาจมีสมาธิหรือความจำแย่งลง หลงลืมง่าย โดยเฉพาะกับเรื่องใหม่ๆ จิตใจเหม่อลอยบ่อย

กลุ่มอาการทางกาย (Somatic symptoms) ได้แก่ รู้สึกอ่อนเพลีย ไม่มีเรี่ยวแรง พบว่าเด็ก ผู้ใหญ่หรือผู้สูงอายุ เป็นอาการที่เกิดขึ้นในช่วงแรกๆเมื่อมีอาการซึมเศร้า ซึ่งพบร่วมกับความรู้สึกเบื่อหน่ายไม่อยากทำอะไร อาจมี ปัญหาด้านการนอน โดยหลับยาก หลับ ๆ ตื่น ๆ ตื่นแต่เช้ามีดแล้วนอนต่อไม่ได้ แต่สำหรับในวัยรุ่นหนุ่มสาวอาจมีอาการรับประทานอาหารมาก นอนมากเกินไป นอกจากนี้ อาจมีอาการท้องผูก ท้องอืด แน่นท้อง หรือบางรายอาจมีอาการปวดหัว ปวดเมื่อยตามตัว เป็นต้น ผู้ป่วยอายุน้อยมักมีอาการเชื่องซึม เชื่องช้า เหม่อลอย คิดซ้ำ พูดเสียงเบาและแยกตัวเอง

### 2.4 ระดับของภาวะซึมเศร้า

ระดับของภาวะซึมเศร้าสามารถแบ่งระดับความรุนแรงได้ 3 ระดับ ดังนี้ (Beck, 1967)

2.4.1 ภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย (Mild depression) จะมีอาการที่ไม่สดชื่น เศร้า ไม่แจ่มใส หงอยเหงา ความตั้งใจในการทำงานลดลง ต้องการการเอาใจใส่ ปลอดภัย ต้องการความช่วยเหลือ การนอนหลับผิดปกติไปจากเดิม เช่น ตื่นเช้ากว่าปกติ หลับยากกว่าปกติ ไม่ใส่ใจในรูปลักษณ์ของตน อาจจะมีสาเหตุหรือไม่มีสาเหตุก็ได้ ซึ่งบุคคลรอบข้างทั่วไปจะรู้สึกได้ในบางครั้ง

2.4.2 ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (Moderate depression) จะพบว่ามีความรุนแรง ส่งผลกระทบต่อชีวิต หน้าที่การทำงาน ครอบครัวยังสามารถใช้ชีวิตประจำวันได้ แต่จะไม่ปกตินัก

มีความรู้สึกเบื่อหน่าย อ่อนเพลีย หงุดหงิด ไร้ค่า ไร้ความสามารถ ก้าวร้าว โกรธง่าย อารมณ์เศร้านี้จะพบมากในช่วงเช้าและจะลดลงในช่วงกลางวัน อาจมีความคิดเกี่ยวกับการตาย ความต้องการทางเพศลดลง การนอนหลับผิดปกติ ไม่อยากรับประทานอาหาร น้ำหนักลดลง

2.4.3 ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (Severe depression) จะพบว่ามีอารมณ์เศร้าตลอดเวลา ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม สิ้นหวัง หลีกหนี ไม่เข้าร่วมสังคม ไร้ค่า มองอนาคตมืดมน ถอยหนีออกจากโลกแห่งความเป็นจริง หมดความสนใจทางเพศ ผุดลุกผุดนั่งหรืออยู่ในท่าเดียววนาน ๆ นอนหลับไม่สนิทหรือนอนไม่หลับ อ่อนเพลีย หลงผิดและมีความคิดฆ่าตัวตายตามมาได้

## 2.5 การประเมินภาวะซึมเศร้า

การประเมินภาวะซึมเศร้าจากอาการและอาการแสดงแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ แบบวัดที่ประเมินโดยบุคลากรด้านสุขภาพจิตที่ได้รับการอบรม (Observer rating scales for severity of depression) และแบบวัดที่ประเมินด้วยตนเอง (Self-rating scale for depression)

2.5.1 แบบวัดที่ประเมินโดยบุคลากรด้านสุขภาพจิตที่ได้รับการอบรม (Observer rating scales for severity of depression) ได้แก่

2.5.1.1 Hamilton Rating Scale for Depression (HRS-D) สร้างโดย Hamilton จิตแพทย์ชาวอังกฤษในปี ค.ศ. 1950 เพื่อใช้ในการแบ่งกลุ่มภาวะซึมเศร้าตามระดับความรุนแรง แปลเป็นภาษาไทยโดย มาโนช หล่อตระกูล และคณะ (2539) มีข้อคำถามทั้งหมด 21 ข้อ วัดภาวะซึมเศร้า 17 ข้อ และวัดอาการอื่น ๆ อีก 4 ข้อ การประเมินภาวะซึมเศร้าจะเน้นในด้านผลกระทบจากภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล อาการแบบจิตสรีระ ความหงุดหงิด การหยิ่งรู้ และอาการกระวนกระวาย จากนั้นให้คะแนนและจัดกลุ่มระดับคะแนนตามความรุนแรง ตั้งแต่ไม่มีภาวะซึมเศร้าจนถึงมีภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรง แบบสัมภาษณ์นี้มีข้อดี คือ ง่ายต่อการทำและมีข้อคำถามจำนวนไม่มาก แต่มีข้อจำกัด คือ มีข้อคำถามที่มีอาการทางด้านร่างกายมาก (9 ข้อ ใน 17 ข้อ) ผู้ประเมินจะต้องมีความชำนาญในการตัดสินใจและสังเกตภาวะซึมเศร้าและจะต้องได้รับการฝึกมาก่อน

2.5.1.2 Calgary Depression Scale for Schizophrenia (CDSS) สร้างขึ้นโดย Addington et al (1990) ซึ่งเป็นแบบประเมินที่สร้างขึ้นเพื่อใช้ประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภท สามารถวัดความรู้สึกและอาการของภาวะซึมเศร้าในช่วงระยะเวลา 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา แยกออกจากอาการทางลบของโรคจิตเภทและผลข้างเคียงของยาต้านอาการทางจิต มีข้อคำถามทั้งหมด 9 ข้อ โดยทำการสัมภาษณ์ข้อคำถามที่ 1 ถึง 8 และจากการสังเกตผู้ป่วยในข้อที่ 9 ให้คะแนนตามระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า คะแนนรวมมีพิสัยอยู่ในช่วง 0 - 27 คะแนน ผู้ที่ได้คะแนนรวมมากกว่าหรือเท่ากับ 5 คะแนน ถือว่าผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้า แปลเป็นภาษาไทยโดย ศิริจิต สุทธิจิตต์ (2553) และได้นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคจิตเภทจำนวน 60 คน ได้ค่าความสอดคล้องภายในของแบบวัดมีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.869 และมีความ

น่าเชื่อถือระหว่างผู้ประเมินอยู่ในระดับสูง (intra-class correlation coefficient [ICC] = 0.979) ข้อดีคือ เป็นแบบสอบถามที่ใช้ประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างเหมาะสมและแม่นยำ ข้อคำถามมีจำนวนไม่มาก ใช้เวลาในการประเมินไม่มาก แบบประเมินถูกนำไปใช้แพร่หลาย

## 2.5.2 แบบประเมินโดยวิธีประเมินตนเอง (Self-rating scale for depression) ได้แก่

2.5.2.1 Beck Depression Inventory (BDI) สร้างโดย Beck ในปี ค.ศ. 1961 จากทฤษฎีพฤติกรรม-ปัญญานิยม ครอบคลุมด้านภาวะอารมณ์ พฤติกรรม ความคิด การทำกิจกรรม และระบบการทำงานของร่างกาย มีการนำมาแปลเป็นภาษาไทยหลายฉบับ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 21 ข้อ คะแนนมีคะแนนทั้งหมด 63 คะแนน แต่ละข้อมีคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 3 มีการแปลผลคะแนนตามระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า แบบสอบถามนี้มีข้อดี คือ จะใช้เวลาไม่มาก เนื่องจากจำนวนข้อไม่มาก ใช้ง่าย สามารถประเมินระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าได้ ซึ่งสอบถามความรู้สึกที่เกิดขึ้นในระยะเวลาไม่เกิน 1 สัปดาห์ ข้อจำกัดคือ เหมาะสมกับการวัดภาวะซึมเศร้าในทางคลินิกและบุคคลทั่วไป ไม่มีความเฉพาะกับผู้ป่วยจิตเภท

2.5.2.2 Zung Self-Rating Depression Scale (Zung SDS) สร้างขึ้นในปี ค.ศ. 1965 โดย Zung พัฒนาขึ้นเพื่อประเมินภาวะซึมเศร้า และอาการเจ็บป่วยทั้งหมด ข้อความในแบบประเมินถูกเลือกมาประเมินด้านอารมณ์ ความรู้สึกนึกคิด พฤติกรรมและอาการทางกายที่เกี่ยวข้อง และครอบคลุมอาการที่กำหนดไว้ใน DSM-IV แต่ไม่ครอบคลุมอาการทางร่างกายได้อย่างชัดเจน มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.79 นิยมใช้ในการประเมินความรุนแรงอาการแสดงของภาวะซึมเศร้า

ในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยเลือกแบบประเมินภาวะซึมเศร้า Calgary Depression Scale for Schizophrenia (CDSS) ของ Addington (1990) ซึ่งเป็นแบบวัดที่ประเมินโดยบุคลากรด้านสุขภาพจิตที่ได้รับการอบรม เนื่องจากเป็นแบบประเมินที่มีมาตรฐาน มีความเหมาะสม พบว่ามีการนำไปใช้อย่างแพร่หลายกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท ครอบคลุมภาวะซึมเศร้า สามารถแยกออกจากอาการทางลบของโรคจิตเภทและผลข้างเคียงของยาต้านอาการทางจิตได้ ซึ่งตรงกับแนวคิดภาวะซึมเศร้าของงานวิจัยนี้

## 2.6 ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภท

ภาวะซึมเศร้าเป็นกลุ่มอาการที่มักจะเกิดร่วมกับโรคจิตเภท (Buckly et al., 2009) ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ถูกรายงานมีประมาณร้อยละ 40 (Uptegrove et al., 2017) ซึ่งภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทเป็นการแสดงทางจิตที่นำไปสู่การฆ่าตัวตาย จึงจำเป็นต้องประเมินอาการให้ได้ เพื่อให้ได้รับการรักษาที่ดี (Mullholland & Cooper, 2002)

### 2.6.1 การวินิจฉัย โดยต้องแยกภาวะซึมเศร้าออกจากอาการของโรคจิตเภท ดังต่อไปนี้

2.6.1.1 อาการทางจิต คือ การพิจารณาเพื่อประเมินในช่วงที่กำลังแสดงอาการโรคจิตเภทมีอาการแสดงของอาการทางจิตค่อนข้างมาก ปฏิกริยาตอบสนองแบบเฉียบพลัน หรือ



อาการที่แสดงออกครั้งสุดท้ายต้องน้อยกว่า 2 สัปดาห์ เป็นอาการที่ต้องได้รับการรักษาหรือการจัดการกับสิ่งแวดล้อมเท่านั้น การรักษาที่เหมาะสม คือ การรักษาแบบประคับประคองหรือการฟื้นฟูสมรรถนะจะให้ผลการรักษาที่ดีกว่าการรักษาด้วยยา อาการในช่วงที่กำลังแสดงอาการก็ไม่สามารถอธิบายสาเหตุของอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทได้ ดังนั้นอาการซึมเศร้าจึงเป็นอาการเฉียบพลันทางจิตที่ตอบสนองขณะทำการรักษา

2.6.1.2 ปัจจัยทางชีวภาพ อาการซึมเศร้านั้นมักจะพบว่าเป็นโรคร่วมในอาการทางจิตต่าง ๆ ในระหว่างการดำเนินโรค ซึ่งเป็นผลมาจากความผิดปกติของสมองหรือต่อมไร้ท่อต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าเป็นการตอบสนองต่อการเจ็บป่วย เช่น ภาวะหัวใจขาดเลือด การรับประทานยาลดความดันโลหิต ยาสเตียรอยด์ อาจทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้

2.6.1.3 ภาวะซึมเศร้าจากอาการทางลบ อาการแสดงทางลบของผู้ป่วยจิตเภท จะมีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มอาการซึมเศร้า คือ แสดงลักษณะไร้เรี่ยวแรง แยกตัว ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม อาการอื่น ๆ ที่ช่วยพิจารณาคือ การแสดงอาการทางจิตร่วมกับมีอาการซึมเศร้าชัดเจน เช่น อาการหมดหวัง ไม่ต้องการความช่วยเหลือ รู้สึกไร้คุณค่า รู้สึกผิด วิตกกังวลและมีความคิดฆ่าตัวตาย

2.6.2 ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภท พบได้ในทุกช่วงของการดำเนินโรคจิตเภท ดังนี้

2.6.2.1 ภาวะเริ่มมีอาการซึมเศร้า (Depression as a prodromal syndrome) อาการซึมเศร้าเป็นอาการทั่วไปที่พบในผู้ป่วยทางจิตอย่างเฉียบพลัน ภาวะแรกผู้ป่วยมักจะมีอาการที่แสดงออกทางร่างกายที่สามารถสังเกตเห็นได้ เช่น มีปัญหา ความเครียดที่ทำให้ไม่มีสมาธิ รับประทานอาหารน้อยลง มีปัญหาการนอน ซึมเศร้าและพบปะกับเพื่อนน้อยลง พบมาร้อยละ 60 ในผู้ป่วยและมากกว่าร้อยละ 75 จากญาติ

2.6.2.2 ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในระยะที่มีอาการทางจิตเฉียบพลัน (Depress symptom during acute episode) อาการซึมเศร้าพบได้มากในช่วงที่มีอาการเจ็บป่วยเฉียบพลัน และพบมากที่สุดก่อนการให้ยาและเกิดมากกว่าครึ่งของผู้ป่วยในระยะแรก หรือระยะที่ไม่ได้รับยา อาการซึมเศร้ามลดลงในช่วงระหว่างการรักษาในโรงพยาบาลและเกิดขึ้นประมาณร้อยละ 25 ของผู้ป่วยในช่วงหลังจำหน่าย 6 เดือน ซึ่งช่วยสนับสนุนว่าอาการซึมเศร้าและอาการจิตเภทมีกระบวนการเกิดร่วมกัน

2.6.2.3 ภาวะซึมเศร้าในระยะเรื้อรัง (Depress symptom in chronic schizophrenia) จากการศึกษาพบว่าในระยะหลังมีอาการทางจิต อัตราภาวะซึมเศร่าระดับปานกลางถึงรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง มีประมาณร้อยละ 20 (Upthegrove et al., 2010) ส่วนการศึกษาในประเทศไทยได้มีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่มีอาการซึมเศร้า พบร้อยละ 26-36 (วรพงษ์ กำไร, 2552) เสี่ยงต่ออาการของโรคจะกำเริบและเกิดการกลับเป็นซ้ำ (Conley et al., 2007)

## 2.7 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภท

### 2.7.1 ปัจจัยเสี่ยง (Jakhar et al.) มีดังนี้

2.7.1.1 ปัจจัยเสี่ยงด้านชีววิทยา (Biological risk) ได้แก่ พันธุกรรม เพศ โดยพบว่าอุบัติการณ์ในเพศหญิงและเพศชายเท่า ๆ กัน (ปริยพันธ์ สละสวัสดิ์, 2546) และเพศหญิงจะมีความสัมพันธ์โดยตรงกับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท (Rossi et al. ,2017) นอกจากนี้อาการทางลบ การเจ็บป่วยในระบบต่าง ๆ ของร่างกาย เช่น ระบบประสาท ระบบต่อมไร้ท่อ ระบบเมตาบอลิซึม ระบบหัวใจและหลอดเลือด รวมไปถึงการติดเชื้อ และผลข้างเคียงของยา เช่น ยาลดความดัน ยาสแตียรอยด์ เป็นต้นทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทได้ (Samuel, 2012)

2.7.1.2 ปัจจัยเสี่ยงด้านจิตวิทยา (Psychological risk) อาการของโรคจิตเภทจะส่งผลให้ผู้ป่วยค่อยๆลดความเป็นตัวเองลง ขาดการดูแลตนเอง มีบุคลิกที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น ขาดความคิดริเริ่ม ไม่สามารถทำงานได้เช่นเดิม ขาดความก้าวหน้าทางสังคม เป็นต้น ผู้ป่วยจะรู้สึกสิ้นหวัง เกิดความคิดทางลบต่อตนเอง ความภูมิใจในตนเองลดลง มองว่าตนเองไร้ค่า เกิดความอับอายและเป็นตราบาป (สุภาวดี เกษไชย และคณะ, 2555) รวมถึงการเลือกให้ความสนใจรายละเอียดบางอย่างโดยไม่ให้ความสำคัญกับสิ่งอื่น ๆ ที่เหลือ การให้ความสำคัญอย่างมากกับอาการด้านลบ ให้ความสำคัญในด้านบวกเพียงเล็กน้อย การรับรู้และตีความว่าสิ่งที่เกิดขึ้นมีความเกี่ยวข้องกับตน การคิดว่าสิ่งต่าง ๆ ต้องเป็นไปอย่างใดอย่างหนึ่งเพียงอย่างเดียว หรือการมองสถานการณ์ไปในทางที่เลวร้าย และเกิดเป็นภาวะซึมเศร้าในที่สุด (Beck, 1979)

2.7.1.3 ปัจจัยเสี่ยงด้านสังคม (Social risk) ผู้ป่วยโรคจิตเภทจะสูญเสียความเป็นตัวเอง ความสามารถในการทำงานและกิจกรรมต่าง ๆ ทำให้ไม่ปฏิบัติตามความคาดหวังของครอบครัว ส่งผลให้เกิดการแสดงอารมณ์ที่รุนแรงต่อกัน หรืออาจถูกทอดทิ้ง รวมถึงการที่สังคมแสดง ความรังเกียจและไม่ยอมรับ การขาดที่ปรึกษาและที่พึ่งพา จะทำให้เกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว อ้างว้าง และเกิดเป็นภาวะซึมเศร้าได้ โดยปัญหาสัมพันธภาพที่เกี่ยวข้องกับอาการซึมเศร้า แบ่งออกเป็น 4 ด้าน (Weissman, 2000) ได้แก่

1. อารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสีย ซึ่งเกี่ยวข้องกับการเสียชีวิตของบุคคลใกล้ชิด เช่น คู่สมรส หรือญาติพี่น้องที่ใกล้ชิด
2. ความขัดแย้งทางบทบาทสัมพันธภาพระหว่างบุคคล หมายถึง ความขัดแย้งหรือความเห็นไม่ลงรอยกับบุคคลใกล้ชิด เช่น คู่สมรส คนรัก ญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท หรือเพื่อนร่วมงาน
3. การเปลี่ยนผ่านบทบาท หมายถึง การเปลี่ยนแปลงใด ๆ ที่เกิดขึ้นกับชีวิต ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงตามพัฒนาการในช่วงวัย การเปลี่ยนแปลงอื่น ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิต เช่น การแยกทางหรือ

การหย่าร้าง การตกงาน การย้ายที่อยู่ ปัญหาสุขภาพหรือการเจ็บป่วย การได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคใดโรคหนึ่ง

4. ความบกพร่องทางสัมพันธภาพระหว่างบุคคล หมายถึง การขาดทักษะทางสัมพันธภาพหรือทักษะทางสังคม ซึ่งก็ให้เกิดปัญหาในการสร้างความสัมพันธ์หรือการรักษาความสัมพันธ์ที่มีอยู่ให้ดี หรือการขาดการสนับสนุนทางสังคม และการแยกตัวทางสังคม

2.7.2 ปัจจัยเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต (Stressful life events) เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต เป็นสถานะที่บุคคลตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมที่เข้ามากระตุ้น จากการศึกษาถึงเหตุการณ์ร้ายแรงในชีวิต เช่น การสูญเสีย การเจ็บป่วยร้ายแรง ความยากลำบาก การมีปัญหาสัมพันธภาพกับครอบครัว เป็นต้น ผู้ป่วยโรคจิตเภทจะมีความไวต่อความเครียดในชีวิตประจำวันมากกว่าคนทั่วไปทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ (ภิญโญภัส พันธ์ดนตรี, 2554)

2.7.3 ปัจจัยปกป้อง (Protective factors) คือ ปัจจัยภายในตัวบุคคลที่ช่วยสนับสนุนให้มีศักยภาพในการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงได้อย่างมีประสิทธิภาพ ได้แก่ ความเข้มแข็งทางใจ (Resilience) ซึ่งเป็นความสามารถในการจัดการปัญหาและวิกฤติของชีวิตให้สามารถฟื้นตัวกลับสู่สภาพปกติได้ในเวลาอันรวดเร็ว(ประเวช ตันติพิวัฒน์สกุล, 2550) ดังนั้นผู้ป่วยที่มีความเข้มแข็งทางใจสูงจะมองโลกในแง่ดี ภูมิใจในตนเอง พร้อมทั้งจะเผชิญปัญหาและความเครียดในชีวิตประจำวัน นอกจากนี้ความเข้มแข็งทางใจยังช่วยเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง(Di Marco et al., 2017) การรับรู้ตราบาปในตนเอง และการมองว่าตนเองไม่มีคุณค่า (Hofer et al., 2019) จึงสามารถลดระดับภาวะซึมเศร้าได้ (Rossi et al., 2017)

## 2.8 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะซึมเศร้า

2.8.1 การพยาบาลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2552; พจนา เปลี่ยนเกิด, 2557) มีดังนี้

2.8.1.1 การวิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วยที่สำคัญ คือ การฆ่าตัวตาย พยาบาลต้องสังเกตพฤติกรรมที่มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตาย โดยสังเกตการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมและอารมณ์ ซึ่งผู้ป่วยจะบอกกล่าวปัญหาและแสดงพฤติกรรมให้เห็นเด่นชัด

2.8.1.2 ลดภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เป็นที่ยอมรับกันว่าผู้ป่วยซึมเศร้ามี่ความสัมพันธ์กับความคิดฆ่าตัวตาย การป้องกันในขั้นแรกด้วยการเก็บสิ่งของ ซึ่งอาจใช้เป็นอาวุธในการทำร้ายตนเอง สังเกตพฤติกรรมอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง ไวต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วย เพื่อให้การดูแลช่วยเหลือที่ถูกต้องและทัน่วงที

2.8.1.3 การดูแลสุขภาพอนามัย ช่วยให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติกิจวัตรด้วยตนเอง และให้ได้รับการดูแลสุขภาพจิตส่วนบุคคล รวมทั้งการแต่งกาย การขับถ่ายการนอน และการรับประทานอาหาร

อาหาร เนื่องจากผู้ป่วยไม่ให้ความสนใจต่อตนเองในเรื่องเหล่านี้ การช่วยให้ร่างกายสะอาด แต่งกาย เรียบร้อยสวยงามทำให้สดชื่นและมั่นใจขึ้น

2.8.1.4 การสร้างสัมพันธภาพ รวมถึงการทำจิตบำบัด (Psychotherapy) เป็นการสร้างให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่า มีกำลังใจที่จะดำเนินชีวิตต่อไปนั้น ทำได้ด้วยการให้โอกาสผู้ป่วยได้ พูดถึงความรู้สึก ท้อแท้ เสียใจ สิ้นหวัง ยอมรับความคิดเห็นและพฤติกรรมของผู้ป่วยในการค้นหา วิธีการเผชิญปัญหาในทางที่สร้างสรรค์ ความหวังใหม่ให้แก่ผู้ป่วย เสริมความมีคุณค่าให้แก่ผู้ป่วย โดยการให้ผู้ป่วยมองหาข้อดีของตนเองและเข้าถึงความรู้สึกของผู้ป่วย (Empathy) ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึก อบอุ่น ซึ่งในปัจจุบันมีการบำบัดทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะซึมเศร้ามีหลายรูปแบบและให้ ผลลัพธ์ที่แตกต่างกัน ดังนี้

กลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง (Supportive psychotherapy) เป็นการบำบัดรักษา แบบกลุ่มวิธีหนึ่ง กลุ่มจิตบำบัดมีแนวคิดพื้นฐานที่พัฒนามาจากวิธีการของจิตบำบัดรายบุคคลและ รายกลุ่ม ซึ่งมีจุดหมายเพื่อประคับประคองบุคคลที่มีทุกข์ทางใจ โดยสมาชิกในกลุ่มเป็นผู้ที่มีปัญหา ทางด้านจิตใจและอารมณ์ ได้มาร่วมแสดงความรู้สึกอภิปรายในปัญหานั้น ซึ่งเน้นการมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันของสมาชิกในกลุ่มและมีการดำเนินไปตามพัฒนาของกลุ่ม มีเป้าหมายและส่งผลให้สมาชิกเกิดการ เรียนรู้เปลี่ยนแปลงความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสม ทำให้สมาชิกเข้าใจใน ปัญหาการเจ็บป่วยของตนเองและเกิดปัจจัยบำบัด ซึ่งส่งผลดีต่อการรักษา (Yalom, 1995) ผู้ป่วยที่ ได้รับการบำบัดด้วยกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง จะรู้สึกผ่อนคลาย มั่นคงปลอดภัย เกิดความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มและได้รับการยอมรับ ไม่อ้างว้างโดดเดี่ยว ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมี คุณค่าในตนเองมากขึ้น และสามารถลดภาวะซึมเศร้าลงได้ นอกจากนี้ยังเป็นการฝึกในการสร้าง สัมพันธภาพและการอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมอีกด้วย(ปริยพันธ์ สละสวัสดิ์ และคณะ, 2559)

การบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy; CBT) เป็นการ บำบัดที่ใช้การผสมผสานระหว่างเทคนิคการปรับความคิดและการปรับพฤติกรรม ซึ่งในการบำบัดโดย วิธีนี้ผู้บำบัดทำหน้าที่ชี้แนะให้ผู้ป่วยได้เข้าใจรูปแบบต่าง ๆ ของความคิดที่เบี่ยงเบนและพฤติกรรมที่ ผิดปกติ โดยการอภิปรายโต้แย้งความคิดที่ผิดปกตಿಯ่างเป็นระบบ ประกอบกับการให้ผู้ป่วยฝึกทำ กิจกรรมต่าง ๆ เป็นการบ้าน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยประเมิน ปรับเปลี่ยนความคิดที่เบี่ยงเบนและพฤติกรรม ที่ผิดปกติตัวเอง ซึ่งการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมในผู้ป่วยจิตเภทนั้น จะช่วยลดอาการ ทางบวกและอาการทางลบของโรคจิตเภท (Recter & Beck, 2001) และสามารถลดอาการตั้งเครียด ได้เล็กน้อย (Laws et al., 2018) แต่ไม่พบความแตกต่างในการรักษาภาวะซึมเศร้า เมื่อเปรียบเทียบกับ การรักษาตามปกติ (Sönmez et al., 2020)

จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal Psychotherapy; IPT) เป็นจิตบำบัดรูปแบบหนึ่งซึ่งมีหลักฐานยืนยันถึงประสิทธิภาพในการรักษาโรคซึมเศร้า จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลเป็นจิตบำบัดระยะสั้นที่มีเป้าหมายในการแก้ไขปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเกิดแนวทางและวิธีการที่จะมีความสัมพันธ์ที่ดีกับสังคมและบุคคลอื่น แต่จากการศึกษาการบำบัดผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะซึมเศร้าด้วยจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของ Lacaz et al (2005) พบว่ายังมีข้อปัญหาเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนบทบาท ความไม่สมดุลระหว่างบุคคล ซึ่งจำเป็นต้องมีการพัฒนา จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ให้มีความเหมาะสมในการนำมาใช้บำบัดผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะซึมเศร้ามากขึ้น

ครอบครัวบำบัด (Family therapy) เป็นรูปแบบหนึ่งของการทำจิตบำบัด ที่คำนึงถึงระบบของครอบครัวเป็นสำคัญในการรักษา ทั้งนี้มีจุดมุ่งหมายที่นำเอาสมาชิกของครอบครัวมาพบทีมผู้รักษาและขอความร่วมมือในการหาแนวทางเพื่อบรรเทา หรือรักษาความเจ็บป่วยของผู้ป่วยพร้อมทั้งปรับปรุงบทบาทหน้าที่และปฏิสัมพันธ์ของสมาชิกภายในครอบครัวให้ดีขึ้น เป็นการปรับเปลี่ยนเพียงเพื่อให้เกิดสภาวะใหม่ที่สมดุล ผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะซึมเศร้า เมื่อได้รับความเข้าใจและการสนับสนุนจากครอบครัว จะส่งผลให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ไม่อับอาย รู้สึกปลอดภัย จะช่วยส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทลดลงได้ (อทิติยา คำทวิ และจินตนา ยูนิพันธ์ , 2561)

2.8.1.5 สังเกตผลจากการรักษา เช่น ยา หรือการบำบัดด้วยกระแสไฟฟ้า ทั้งทางตรงและทางอ้อม รวมถึงการบันทึกน้ำหนักตัว เพื่อการติดตามผลต่อไป

2.8.1.6 การจัดกิจกรรมและสิ่งแวดล้อม กิจกรรมที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย คือ การออกกำลังกาย เพราะจะช่วยให้ลดความตึงเครียด ช่วยทำให้ร่างกายแข็งแรงและจิตใจสดชื่น สร้างบรรยากาศ จัดสิ่งแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยให้เกิดความรู้สึกที่อบอุ่น จะทำให้เกิดความไว้วางใจต่อบุคลากรทางการแพทย์ ลดพฤติกรรมหวาดกลัวกับสิ่งรอบข้าง และป้องกันการแยกตัวของผู้ป่วย

2.8.1.7 ลดความรู้สึกผิดและเสริมความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า โดยการให้ผู้ป่วยร่วมกิจกรรมในการได้ดูแลตนเองและมีงานอดิเรกทำ จะช่วยให้เกิดความหวังและรู้สึกมีคุณค่า

2.8.1.8 การเตรียมผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน เมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้นต้องช่วยให้มีโอกาสแสดงความคิดเห็น ตัดสินใจด้วยตนเอง มีการพบปะพูดคุยครอบครัวเพื่อวางแผนร่วมกัน

### 3. แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความเข้มแข็งทางใจ

#### 3.1 ความหมายของความเข้มแข็งทางใจ

ประเวศ ตันติพิวัฒน์สกุล (2550) ใช้คำว่า “ความสามารถในการยืนหยัดเผชิญวิกฤต” หมายถึง ความสามารถในการจัดการกับปัญหาและวิกฤติของชีวิต ให้สามารถฟื้นตัวกลับสู่สภาพปกติได้ในเวลาอันรวดเร็ว อีกทั้งเกิดการเรียนรู้และเติบโตจากการเผชิญหน้ากับปัญหาและวิกฤตินั้น ๆ คนที่มีความเข้มแข็งทางใจ ไม่ได้หมายถึงคนที่ชนะทุกเรื่องในชีวิต หรือคนที่สมหวังในทุกสิ่งที่ปรารถนา แต่หมายถึงคนที่แพ้ได้ ล้มได้ แต่ไม่ท้อถอย และสามารถเรียนรู้จากความล้มเหลวนั้น ๆ เพื่อพัฒนาเป็นบทเรียนไปสู่สิ่งที่ดีกว่า ความเข้มแข็งทางใจ มาจากการเลี้ยงดูที่อบอุ่นของครอบครัว และมาจากการพัฒนาขึ้นมาจากหลังด้วยตนเอง ไม่ว่าจะมียุติกรรมชีวิตมาากน้อยแค่ไหน อย่างไรก็ตาม ทุกคนสามารถสร้างความเข้มแข็งทางใจให้เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง

กรมสุขภาพจิต (2552) ใช้คำว่า “พลังสุขภาพจิต” และได้ให้ความหมายว่า เป็นความสามารถทางอารมณ์และจิตใจ ในการปรับตัวและฟื้นตัวกลับสู่ภาวะปกติ หลังจากเจอสถานการณ์วิกฤตหรือเหตุการณ์ที่ลำบากในชีวิต อันเป็นคุณสมบัติหนึ่งที่จะช่วยให้บุคคลผ่านพ้นไปสู่การดำเนินชีวิตอย่างมีความสุข

พัชรินทร์ นินทจันทร์และคณะ (2558) ใช้คำว่า “ความแข็งแกร่งในชีวิต” หมายถึง ความสามารถหรือศักยภาพของบุคคลในการยืนหยัดอยู่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ท่ามกลางสถานการณ์อันเลวร้ายในชีวิต หรือเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดในชีวิต พร้อมทั้งความสามารถที่จะฟื้นตัว และนำพาชีวิตของตนให้ผ่านพ้น จากการได้รับผลกระทบที่เกิดจากสถานการณ์นั้นได้ในเวลารวดเร็ว อันจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นเติบโตขึ้นและเข้าใจมากขึ้น

Grotberg (1995) ได้ให้ความหมายว่า เป็นความสามารถหรือศักยภาพที่เป็นสากลของบุคคล ครอบครัว และชุมชนที่ใช้ในการป้องกัน ลดความรุนแรงและผ่านพ้นจากการได้รับผลกระทบที่เกิดจากสถานการณ์ที่ยากลำบาก หรือสถานการณ์ที่เลวร้ายได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งความสามารถนี้ บุคคลจะต้องได้รับการเสริมสร้างให้รู้สึกว่าคุณเองมีพร้อมใน 3 องค์ประกอบหลัก คือ 1) ฉันเป็น (I am) 2) ฉันมี (I have) และ 3) ฉันสามารถ (I can) เมื่อบุคคลเผชิญกับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด หรือวิกฤตในชีวิต บุคคลก็จะดึงองค์ประกอบเหล่านี้มาใช้ในการจัดการกับเหตุการณ์นั้นได้อย่างมีประสิทธิภาพและเกิดการเรียนรู้ ซึ่งพื้นฐานของความเข้มแข็งหรือศักยภาพดังกล่าวนี้ ควรจะต้องได้รับการส่งเสริมและปลูกฝังให้เกิดขึ้น ตั้งแต่ยังอยู่ในวัยเด็กและสามารถพัฒนาได้ทุกช่วงวัย

สรุปได้ว่า ความเข้มแข็งทางจิตใจ (Resilience) หมายถึง ความสามารถทางอารมณ์และจิตใจในการปรับตัว เมื่อบุคคลเผชิญกับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดหรือวิกฤตในชีวิต ให้ฟื้นตัวและกลับสู่สภาพปกติ รวมถึงสามารถเรียนรู้จากการเผชิญหน้ากับเหตุการณ์และวิกฤตินั้น ๆ

### 3.2 องค์ประกอบของความเข้มแข็งทางใจ

Grotberg (1995, 1997, 1999, 2003) ได้กล่าวเกี่ยวกับความเข้มแข็งทางใจ ว่าเป็นความสามารถหรือศักยภาพของบุคคลในการยืนหยัดอยู่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ท่ามกลางสภาวะการณ์เลวร้ายในชีวิตหรือเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดในชีวิต พร้อมทั้งสามารถที่จะฟื้นตัวและนำพาชีวิตของตนให้ผ่านพ้น จากการได้รับผลกระทบที่เกิดจากสภาวะการณ์นั้นได้ในเวลารวดเร็ว อันจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น เติบโตขึ้นและเข้าใจชีวิตมากขึ้น ซึ่งเป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับบุคคลทุกเพศทุกวัย ควรมีการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจตั้งแต่วัยเด็ก เพื่อสามารถเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีประสิทธิภาพ โดยแนวคิดของ Grotberg (1995) จะเน้นอธิบายความหมายที่เป็นแก่นของ ความเข้มแข็งทางใจ และอธิบายองค์ประกอบของความเข้มแข็งทางใจไว้อย่างละเอียดและครอบคลุม ส่วนแนวคิดของ Grotberg (1997,1999,2003) จะเป็นการอธิบายเพิ่มเติมในการนำไปใช้กับบุคคลกลุ่มต่าง ๆ ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกแนวคิดความเข้มแข็งทางใจของ Grotberg (1995) นำมาสร้างโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งมีองค์ประกอบ 3 องค์ประกอบที่สำคัญ อันได้แก่

ฉันเป็น (I am) เป็นการที่บุคคลได้รับรู้ว่าตนเองเป็นใครและมีหน้าที่ต้องทำอะไร เพื่อให้เกิดการเข้าใจตนเองมากยิ่งขึ้น เกิดการพัฒนาภายในตนเองเป็นอิสระมีความเชื่อมั่น มีความรับผิดชอบ สามารถตัดสินใจด้วยตนเอง และมีความรู้สึกว่าคุณค่า

ฉันมี (I have) เป็นความปลอดภัยขั้นพื้นฐานที่บุคคลควรได้รับจากบุคคลในครอบครัวหรือชุมชน มองรอบ ๆ ตัว บุคคลที่ทำให้คิดถึง คอยให้ความช่วยเหลือแนะนำ และในขณะที่รู้สึกแย่บุคคลเหล่านั้นทำให้รู้สึกปลอดภัย หากมีสัมพันธภาพที่ดีก็จะรู้สึกไม่ได้อยู่โดดเดี่ยว

ฉันสามารถ (I can) เป็นการช่วยให้บุคคลเกิดความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง รับรู้ถึงศักยภาพที่มีอยู่ภายในตนเอง การสามารถใช้หลักการในการแก้ปัญหา รู้จักว่าอะไรคือปัญหา การใช้ทางเลือกในการแก้ปัญหาที่เหมาะสม

แนวคิดของ Grotberg (1995) มีรายละเอียด แต่ละองค์ประกอบ ได้แก่

ฉันเป็น (I am) เป็นความเข้มแข็ง สิ่งที่มีอยู่ในตัวบุคคล ซึ่งบุคคลมีความรู้สึก ทัศนคติ และมีความเชื่อมั่นในตัวเอง โดยมีความรู้สึกว่าคุณค่าตนเองเป็นที่รัก ตนสามารถสร้างความรักให้แก่ผู้อื่น เข้าใจในความรู้สึกของผู้อื่น สามารถช่วยเหลือผู้อื่นได้ มีความรู้สึกภูมิใจในตนเอง การมีความเป็นอิสระและมีความรับผิดชอบตนเองคือ ยอมรับในพฤติกรรมหรือสิ่งที่ตนกระทำลงไป รวมทั้งมีความเข้าใจความแตกต่างของแต่ละบุคคล ซึ่งต้องได้รับการให้กำลังใจ จะช่วยพัฒนาภายในตนเองทำให้เกิดความรับผิดชอบ ความเชื่อมั่นในตนเอง และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

ฉันมี (I have) เป็นสิ่งที่มีอยู่นอกตัวบุคคลคือ เป็นแหล่งสนับสนุนที่ช่วยเสริมสร้างให้เกิดความเข้มแข็งทางใจ ก่อนที่บุคคลจะพัฒนาความรู้สึกถึงความสามารถ (I can) จะต้องพัฒนามาจากการ

ที่บุคคลรู้ว่าตนเองมีแหล่งช่วยเหลือสนับสนุน จึงทำให้เกิดความรู้สึกปลอดภัยเป็นพื้นฐาน ซึ่ง I have นั้นคือการที่ได้รับความรักแบบไม่มีเงื่อนไข การมีความสัมพันธ์ที่มีความจริงใจจากญาติ ครอบครัว โครงสร้างและบทบาทหน้าที่ของครอบครัว ได้เรียนรู้ความคาดหวังที่คนในครอบครัวมีต่อตนเอง มีการลงโทษหากกระทำผิด ข้อจำกัดต่าง ๆ ที่ครอบครัวกำหนด หรือมีบุคคลที่เป็นต้นแบบเป็นตัวอย่างการดำเนินชีวิต หรือแบบอย่างคุณธรรม จริยธรรม รวมถึงการสั่งสอน การให้บุคคลมีอิสระในการคิด การกระทำ การตัดสินใจโดยตนเอง และมีคนคอยช่วยเหลือดูแล

ฉันสามารถ (I can) เป็นทักษะทางสังคม ซึ่งจะต้องได้จากการได้มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น หรือได้จากการเรียนรู้ได้แก่ การสื่อสาร เป็นความสามารถที่บอกความคิดความรู้สึกแก่บุคคลอื่น และรับรู้ความรู้สึกของบุคคลอื่นได้ ความสามารถในการแก้ปัญหา เช่น รู้จักปัญหาคือสิ่งใด ขอบเขต รู้ถึงการวางแผนแก้ไขปัญหาได้อย่างไร มีความทนทานหรือความสามารถที่จะเผชิญในระหว่างที่เกิดปัญหา มีความสามารถจัดการอารมณ์และความรู้สึก ประกอบด้วยสามารถรับรู้ความรู้สึกของตนเอง สามารถจัดการอารมณ์ตนเองได้เพื่อไม่ให้ส่งผลกระทบต่อบุคคลอื่น และมีความสามารถในการสร้างสัมพันธ์กับบุคคลอื่นอย่างจริงใจได้ เป็นการพัฒนาทักษะภายในตัวบุคคลและทักษะในการแก้ปัญหาต่าง ๆ

สำหรับประเทศไทย ประเวศ ดันดิพิวัฒนสกุล (2550) ได้นำคำว่า ความเข้มแข็งทางใจ มาแปลเนื้อหา โดยแบ่งความเข้มแข็งทางใจโดยแบ่งเป็น 4 องค์ประกอบดังนี้

1) รู้สึกดีกับตนเอง ประสบการณ์ที่ดีในวัยเด็ก เป็นส่วนสำคัญที่จะช่วยสร้างความรู้สึกดีกับตัวเอง เพราะการได้รับความรัก ความเข้าใจจากครอบครัวอย่างสม่ำเสมอจะกลายเป็นต้นทุนชีวิตที่มั่นคงเมื่อเติบโตเป็นผู้ใหญ่ กล่าวได้ว่า ความรู้สึกต่อตนเองเกิดขึ้นเมื่อเรามีประสบการณ์ชีวิตที่ดี ได้ทำสิ่งดี ๆ มองโลกในแง่ดี รวมถึงการค้นพบความถนัดของตนเองและพัฒนาความถนัดนั้น กลายเป็นความสำเร็จ ทำให้เกิดความภาคภูมิใจ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เรารู้สึกดีกับตัวเอง แม้คนเราไม่สามารถเปลี่ยนอดีตได้ และเลือกไม่ได้ว่าจะเกิดครอบครัวแบบไหน จะพบพ่อแม่แบบใด จะเจอเหตุการณ์ดีร้ายอย่างไร สิ่งเหล่านี้เราไม่สามารถกำหนดได้ก็จริง แต่เราสามารถฝึกมองโลกในแง่ดี และค้นพบความถนัดของตนเอง เพื่อบ่มเพาะความสำเร็จซึ่งเราสามารถเลือกทำได้ การสร้างความเข้มแข็งทางใจด้วยการสร้างความรู้สึกดีกับตัวเอง จึงเป็นกระบวนการฝึกตนเองให้รู้จักมองโลกในแง่ดี ค้นหาความรู้สึกกับตนเอง และพัฒนาความถนัดที่มีอยู่ จนกลายเป็นความสำเร็จน่าภาคภูมิใจ

2) จัดการชีวิตได้ สิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตมาจากหลายสาเหตุที่ไม่สามารถควบคุมได้โดยตรง ชีวิตจึงต้องพบกับเรื่องที่ชอบและไม่ชอบอยู่เสมอ ความรู้สึกที่ว่าตนเองจัดการชีวิตได้ จะเกิดขึ้นเมื่อเราเชื่อมั่นในทักษะการแก้ปัญหาและจัดการกับอารมณ์ของตนเอง ตลอดจนมีความสุข มีความพอใจในชีวิต และเชื่อมั่นว่าแม้ในสถานการณ์ที่ย่ำแย่ก็ยังสามารถเลือกทางเดินที่ดีที่สุด โดยการเรียนรู้ที่จะยอมรับบางสิ่งบางอย่างซึ่งเปลี่ยนแปลงแก้ไขไม่ได้ และมีความอดทนมุ่งมั่นในการลงมือ



ทำในสิ่งที่ทำได้ จนบรรลุผลที่ต้องการ การสร้างความเข้มแข็งทางใจด้วยการสร้างความเชื่อมั่นในการจัดการกับชีวิต จึงเป็นกระบวนการฝึกฝนให้ตนเองยอมรับสภาพความเป็นจริงของชีวิต และเรียนรู้จะจัดการอารมณ์ตนเองอย่างถูกต้อง มีทักษะในการจัดการปัญหาอย่างสร้างสรรค์

3) มีสายสัมพันธ์เกื้อหนุนความรักความเข้าใจเป็นแหล่งพลังงานสำคัญในการดำเนินชีวิต กำลังในการฝ่าฟันปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ จึงมักมาจากการที่มีคนใกล้ชิดนิยามความรัก ความเข้าใจ คอยเป็นกำลังใจให้ สายสัมพันธ์เกื้อหนุนถือเป็นองค์ประกอบสำคัญประการหนึ่ง ของความเข้มแข็งทางใจ เพราะเป็นการเรียนรู้ที่จะพัฒนาความสัมพันธ์กับคนรอบข้างให้มีทักษะการสื่อสารที่ดี เข้าอกเข้าใจกัน สามารถที่จะไว้วางใจและให้อภัยกันได้ แม้เกิดเรื่องหงุดหงิดขุ่นเคืองใจ องค์ประกอบนี้จึงเป็นประหนึ่งกำลังใจอันทรงพลังในการต่อสู้ชีวิต แม้อยามที่ต้องพบกับสถานการณ์วิกฤติอันยากจะฝ่าฟัน

5) มีจุดมุ่งหมายในชีวิต คนเราจะมีพลังงานในการฝ่าฟันปัญหาและอุปสรรคได้ดีขึ้นเมื่อมีจุดมุ่งหมายชีวิตชัดเจน โดยเฉพาะอย่างยิ่งจุดหมายนั้นไม่ได้เป็นไปเพื่อตนเองเพียงอย่างเดียว ความสามารถในการดำเนินชีวิตอย่างมีจุดมุ่งหมาย และความรู้สึกว่าเรากำลังก้าวไปสู่เป้าหมายที่มีคุณค่า จะช่วยให้เราเห็นว่าปัญหาที่เกิดขึ้นเป็นเพียงส่วนเล็ก ๆ เมื่อเทียบกับปัญหาอื่น ๆ และในที่สุดมันก็จะผ่านไป ขณะที่เรามุ่งเดินหน้าไปสู่จุดมุ่งหมายที่ต้องการ การสร้างความเข้มแข็งทางใจด้วยการมีจุดมุ่งหมายในชีวิต จึงเป็นการฝึกฝนตนเองให้มีเป้าหมายที่ชัดเจนในการดำเนินชีวิตอยู่เสมอ ตลอดจนเรียนรู้ที่จะตั้งเป้าหมายให้เหมาะสมกับทุกสถานการณ์ชีวิต ทั้งในสถานการณ์บวกและสถานการณ์ลบ

### 3.3 การประเมินความเข้มแข็งทางใจ

3.3.1 Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) ของ Connor & Davidson (2013) เป็นแบบประเมินที่ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 25 ข้อคำถาม มาตรฐานค่า 5 ระดับ (0-4) ค่าคะแนนที่สูงแสดงว่า มีความเข้มแข็งทางใจสูง เครื่องมือได้รับการทดสอบทั้ง ความตรง ความเที่ยงและโครงสร้าง มีคุณสมบัติของเครื่องมือที่เหมาะสม สามารถแยกกลุ่มที่มีความเข้มแข็งทางใจสูงและต่ำออกจากกันได้ โดยถูกออกแบบมาเพื่อใช้ประเมินกลุ่มตัวอย่างหลากหลายกลุ่ม เช่น ผู้ป่วยนอกแผนกจิตเวช กลุ่มตัวอย่างทางคลินิกและการวัดการตอบสนองต่อการรักษาทางเภสัชวิทยา ในกลุ่มประชากรทางคลินิก และยังสามารถสะท้อนให้เห็นถึงหลายแง่มุมของความเข้มแข็งทางใจที่มีผลต่อความอดทนของเชิงลบได้รับการยอมรับในเชิงบวกของการเปลี่ยนแปลง โดยเครื่องมือนี้ได้นิยมใช้กันอย่างแพร่หลายในงานวิจัยซึ่งมีกลุ่มตัวอย่างเป็นวัยผู้ใหญ่ถึงวัยสูงอายุเครื่องมือ มีค่า Cronbach's alpha coefficient 0.89 และค่าความเที่ยง 0.87

3.3.2 Resilience Scale (RS) ของ Wagnild & Young (1993) เป็นแบบประเมินพลังสุขภาพจิตมีข้อคำถามทั้งหมด 25 ข้อคำถาม เป็นแบบประเมินค่า 7 ระดับ (1-7) ประกอบด้วย 2

องค์ประกอบ คือ 1) ความสามารถส่วนบุคคล (Personal Competence) 2) การยอมรับชีวิตและยอมรับตนเอง (Acceptance of Self and Life) เป็นการวัดโครงสร้างของความเข้มแข็งทางใจ เครื่องมือมีความตรง และความเที่ยงภายในที่เหมาะสมโดยถูกออกแบบมาเพื่อใช้ประเมินกลุ่มตัวอย่างอายุเฉลี่ย 53-95 ปี มีข้อจำกัดในการนำมาใช้กับผู้สูงอายุไทย และเป็นการประเมินคุณลักษณะเท่านั้นไม่ครอบคลุมความ เข้มแข็งทางใจ มีค่า Cronbach's alpha coefficient 0.91 และค่าความเที่ยง 0.67-0.84

3.3.3 Brief-Resilience Coping Scale (BRCS) ประกอบด้วย 4 ข้อ เป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ (1-5) มีเป้าหมายเพื่อวัดแนวโน้มความเข้มแข็งทางใจในระดับสูง เนื่องจากเครื่องมือมีจำนวนข้อน้อย ผู้ที่พัฒนาเครื่องมือให้ข้อเสนอแนะว่าการทดสอบความตรงและความเที่ยงของเครื่องมือที่มีความจำเป็น และเครื่องมือนี้อาจมีประโยชน์สำหรับการค้นหาบุคคลที่ต้องการพัฒนาความเข้มแข็งทางใจ เพื่อส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจในการเผชิญวิกฤต โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การศึกษาระยะยาว แต่ยังไม่มีความชัดเจนเชิงประจักษ์ว่าเครื่องมือนี้ได้ถูกนำไปใช้

3.3.4 แบบประเมินพลังสุขภาพจิต (Resilience Quotient) พัฒนาโดย กรมสุขภาพจิต (กรมสุขภาพจิต, 2552) ใช้ประเมินความสามารถของวัยผู้ใหญ่ มี 3 ด้านดังนี้ พลังฮึด ฮึด สู้ มีความหมายรวมกันคือ ความสามารถของบุคคลในการปรับตัวและฟื้นตัวภายหลังที่พบเหตุการณ์วิกฤตหรือสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความยากลำบาก ความหมายของแต่ละด้านคือ

พลัง ฮึด คือ ความสามารถอดทนต่อแรงกดดันได้ สร้างด้วยการรู้จักปรับความคิด เพื่อให้เกิดความรู้สึกดีกับตนเอง จนเป็นความภาคภูมิใจ

พลัง ฮึด คือ มีกำลังใจที่จะดำเนินชีวิตต่อไป ภายใต้สถานการณ์ที่กดดัน ซึ่งกำลังใจนี้อาจมาจากตนเองหรือคนรอบข้าง เป็นความผูกพันและสายสัมพันธ์เกื้อหนุน

พลัง สู้ คือต่อสู้เอาชนะอุปสรรค มั่นใจและพร้อมที่จะเอาชนะปัญหา เกิดจากการตระหนักในความสามารถของตนเอง คิดว่าฉันทำได้ แก้ปัญหาได้และมีทักษะในการแสวงหาความรู้ และเข้าถึงการช่วยเหลือหรือปรึกษา โดยแบบประเมินใช้ประเมินความสามารถของบุคคล 3 ด้าน คือ ด้านความมั่นคงทางอารมณ์ (ฮึด) จำนวน 10 ข้อ ด้านกำลังใจ (ฮึด) จำนวน 5 ข้อ และด้านการจัดการกับปัญหา (สู้) จำนวน 5 ข้อ รวม 20 ข้อ คะแนนรวม 80 คะแนน

แบบประเมิน พลังสุขภาพจิต เป็นผลจากพัฒนาเครื่องมือ ผ่านกระบวนการวิจัยและพัฒนา มีจุดมุ่งหมายให้คนไทยโดยเฉพาะวัยผู้ใหญ่ ได้นำไปใช้ในการค้นหาจุดอ่อน จุดแข็ง และพัฒนาดตนเองให้พร้อมที่จะรับมือกับเหตุการณ์วิกฤตหรือความยากลำบากที่อาจเกิดขึ้นในชีวิต จัดทำขึ้นเพื่อให้เหมาะกับบริบททางสังคม วัฒนธรรมและลักษณะของคนไทยผ่านการทดสอบในด้านความเป็นปรนัย ความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา ความเที่ยงเชิงโครงสร้างอำนาจจำแนก มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.749

3.3.5 แบบประเมินความแข็งแกร่งในชีวิต (Resilience Inventory) พัฒนาโดย พิชรินทร์ นินทจันทร์ (2558) จากแนวคิดของ Grotberg (Grotberg, 1995; 1999) ซึ่งมี 3 องค์ประกอบหลัก มี 28 ข้อ มีค่าตั้งแต่ 28-140 คะแนน คะแนนสูงแสดงว่ามีความแข็งแกร่งในชีวิตสูง ตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างขององค์ประกอบความแข็งแกร่งในชีวิตพบว่า มีความตรงเชิงโครงสร้างโดยวัดได้จาก 3 ตัวชี้วัด คือ I AM (สิ่งที่ฉันเป็น) I HAVE (สิ่งที่ฉันมี) I CAN (สิ่งที่ฉันสามารถ) ซึ่งจากการทดสอบความเชื่อมั่นของแบบประเมินในกลุ่มตัวอย่างวัยรุ่น และนักศึกษา มหาวิทยาลัย ได้ Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.86 - 0.91 เหมาะสำหรับการประเมินความเข้มแข็งทางใจในช่วงวัยรุ่น

3.3.6 Thai Elderly Resilience scale (TER scale) เป็นแบบประเมินพลัง สุขภาพจิต สำหรับผู้สูงอายุไทยพัฒนาโดย Maneerat et al. (2011) ใช้กรอบแนวคิดของ Grotberg (1995) เป็นพื้นฐานในการออกแบบการศึกษาเชิงคุณภาพประกอบด้วย 24 ข้อแบ่งเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ด้านความสามารถในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น ด้านความมั่นใจในการดำรงชีวิตอยู่ ด้านสิ่งสนับสนุน ทางสังคม ด้านการมีชีวิตอยู่ด้วยความมั่นคงทางจิตวิญญาณ และด้านความสามารถในการลด ความเครียดและการจัดการกับปัญหาที่มีความสัมพันธ์กันในระดับสูง ( $r=0.91, p< 0.01, n=30$ ) มีความสอดคล้องภายในอยู่ในระดับสูงเช่นกันนำไปใช้ประเมินความสามารถในการปรับตัวต่อสถานการณ์ความทุกข์ยากในชีวิตของผู้สูงอายุไทยได้อย่างเหมาะสม

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกแบบประเมินพลังสุขภาพจิต (ความเข้มแข็งทางใจ) ของกรมสุขภาพจิต (2552) เนื่องจากเนื้อหาของแบบประเมินมีความเหมาะสมกับแนวคิดของโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจแบบกลุ่ม รวมถึงช่วงอายุของกลุ่มตัวอย่าง จำนวนข้อคำถามที่ไม่มากเกินไป นอกจากนี้ยังมีความเหมาะสมในด้านบริบททางสังคม วัฒนธรรมและลักษณะของคนไทยอีกด้วย มีค่าความเชื่อมั่นอยู่ในระดับดีคือ 0.749

### 3.4 การสร้างความเข้มแข็งทางใจ

จากการศึกษาของ Grotberg (1995, 1999) ได้พัฒนาแนวทางการสร้างความเข้มแข็งทางใจเพื่อเผชิญกับภาวะซึมเศร้า ซึ่งความเข้มแข็งทางใจสามารถเสริมสร้างได้ทุกวัยตามระยะพัฒนาการของแต่ละวัย (พิชรินทร์ นินทจันทร์ ทศนา ทวีคุณ และโสภณ แสงอ่อน, 2558) มีแนวทางการสร้างความเข้มแข็งทางใจ 5 ด้านดังนี้

I AM: Autonomy การพัฒนาความเป็นตัวของตัวเอง และการพึ่งพาตัวเอง ซึ่งนำไปสู่ความรับผิดชอบต่อพฤติกรรมของตัวเอง ให้ความช่วยเหลือโดยการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการเรียนรู้จากความผิดพลาดหรือความล้มเหลวนั้น สามารถเป็นแหล่งให้เกิดความรู้ใหม่ แลกเปลี่ยนเรื่องราวของผู้ที่มีชื่อเสียงซึ่งเคยประสบกับความล้มเหลวมาก่อนที่จะประสบความสำเร็จ และความผิดพลาดที่เกิดขึ้น

ไม่เป็นเรื่องน่าอาย ให้ยอมรับว่ามันเป็นความเสี่ยงและความผิดพลาดที่เกิดขึ้นได้ เป็นการนำเอาประสบการณ์ในอดีตมาใช้ในการเผชิญกับความทุกข์ยากอย่างเข้าใจ

I AM: Identity การระบุตัวตน มีคำถามเกิดขึ้น เช่น ฉันเป็นใคร จากที่ฉันไปไหนต่อ ฉันทำอะไรที่สำเร็จบ้าง เปรียบเทียบกับคนอื่นในวัยเดียวกันเป็นอย่างไร การตอบคำถามเหล่านี้เป็นการแสดงถึงทักษะการเฝ้าดูพฤติกรรมของตนเอง เปรียบเทียบกับการมีพฤติกรรมที่เหมาะสม การให้ความช่วยเหลือผู้อื่น การใช้ความคิดจินตนาการทำความฝันให้เป็นจริง หากไม่สามารถทำสิ่งเหล่านี้ได้ จะทำให้เกิดความสับสนรู้สึกว่ามีใครเข้าใจตน นำไปสู่ความรู้สึกที่ไม่มั่นคง แนวทางการช่วยเหลือได้แก่ ช่วยหาวิธีในการปรึกษากับครอบครัวในสิ่งที่บุคคลต้องการ ช่วยพัฒนาทักษะทางสังคมและการแก้ไขปัญหา เรียนรู้วิธีการฟัง วิธีการแสดงออกเมื่อมีอารมณ์โกรธ และเรียนรู้จักการเห็นอกเห็นใจ ฝึกการวางแผนหากต้องเผชิญกับความยากลำบาก การมั่นใจในการเผชิญและจัดการกับปัญหาที่เข้ามาในชีวิต ทำให้เกิดความพึงพอใจในชีวิต นำไปสู่ความรู้สึกที่มั่นคง

I HAVE: Trust การพัฒนาความสัมพันธ์ที่ไว้วางใจได้ เป็นการสร้างทักษะให้สามารถค้นหาบุคคลที่ตนไว้วางใจโดยการมองไปรอบ ๆ คิดถึงใครบางคนที่คุณรู้จัก คนที่มีความไว้วางใจในตัวคุณ โดยใช้คำถามเหล่านี้ถามตัวเอง เช่น มีคนที่ให้ความเคารพในตัวฉันที่ไม่หัวเราะเยาะ หรือเอาเรื่องของฉันไปบอกคนอื่น มีคนที่คอยรับฟังฉันอย่างเต็มใจ เข้าใจตามมุมมองของฉัน มีคนที่คอยให้ความช่วยเหลือ ซึ่งบุคคลที่ไม่ไว้วางใจตนเอง ครอบครัวหรือทุกสิ่งในโลก บุคคลนั้นจะกลายเป็นคนที่อ่อนแอ คิดว่าไม่มีใครรักและให้ความช่วยเหลือตน มองคนอื่นเป็นศัตรู จึงพยายามที่จะควบคุมคนอื่นเพื่อที่บุคคลเหล่านั้นจะไม่เป็นอันตรายต่อตน

I CAN: Initiative การมีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ และความสามารถในการแก้ไขปัญหา เมื่อบุคคลถูกปฏิเสธจากการขอความช่วยเหลือหลายครั้ง จะรู้สึกว่าการร้องขอของตนไม่มี ความหมาย ส่งผลให้เกิดความรู้สึกว่าตนไม่มีความต้องการใด ๆ และไม่มี ความพยายามที่จะริเริ่มทำอะไร ๆ แนวทางการช่วยเหลือ คือ ให้หาบุคคลที่กำลังต้องการความช่วยเหลือ และช่วยกันคิดแก้ไขปัญหา โดย ระบุนปัญหาและอธิบายเป็นคำพูด ซึ่งบางครั้งเราไม่รู้ว่าเป็นปัญหาอะไร แต่เราสามารถเริ่มต้นด้วยการเล่าอธิบายความคิดและซักถามความคิดเห็นจากกลุ่มประชุมหาแนวทางการแก้ไขปัญหา อาจเป็นสิ่งที่ริเริ่มใหม่ นำไปปฏิบัติแล้วมาปรึกษาหารือกันปรับเปลี่ยนได้ตามความจำเป็น และนำไปใช้ในอนาคตได้ ทำกิจกรรมที่ตนชื่นชอบ เช่น งานศิลปะ เล่นดนตรี กีฬา ถ้าหากรู้สึกกลัวว่าจะล้มเหลว ให้หากิจกรรมที่ทำให้รู้สึกว่าจะไม่ถูกคุกคามและหากิจกรรมที่สามารถให้ความช่วยเหลือแก่ผู้อื่นได้

I CAN: Industry ความสามารถในการด้านความพยายามเรียนรู้ทักษะทางสังคม หากขาดทักษะนี้ ส่งผลให้เกิดความรู้สึกต่ำต้อย เศร้า โกรธ และแยกตัวจากกลุ่ม แนวทางช่วยเหลือคือ ให้ช่วยทำงานบางอย่างให้สำเร็จ ทำให้เกิดความรับผิดชอบในงานที่ได้รับมอบหมาย และภูมิใจเมื่องานสำเร็จ

เป็นการพัฒนาทักษะการทำงานร่วมกับผู้อื่น โดยให้มองหาบุคคลที่จะสามารถทำงานด้วยได้อย่างสบายใจ ฝึกเผชิญหากมีความขัดแย้ง สามารถทำงานเป็นกลุ่มได้ และพัฒนาทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การใช้คำพูดที่แสดงความรู้สึก หากไม่มีคำพูดเหล่านี้ไว้ เมื่อมีอารมณ์ใด ๆ เกิดขึ้นจะเกิดความสับสนในความรู้สึกของตนเอง ดังนั้นจึงต้องฝึกสร้างคำศัพท์ที่แสดงทั้งความคิดและความรู้สึกของตนเอง เพื่อใช้ในการสื่อสาร และการอยู่ร่วมกับผู้อื่น รวมถึงเรียนรู้ในการฟัง เนื่องจากมีสิ่งเร้าที่มารบกวนมากมาย ซึ่งเป็นการยากสำหรับการรับฟังผู้อื่น จึงต้องเอาชนะความคิดและความรู้สึกของตนเองที่ไม่สามารถถอยคอบแสดงพฤติกรรมออกมา ซึ่งการมีสติจะช่วยยับยั้งการโต้ตอบกลับตามความเคยชิน ให้ควบคุมอารมณ์และไม่แสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมออกมา

การสร้างความเข้มแข็งทางใจ(resilience enhancement) เป็นการบำบัดที่สร้างขึ้นจากแนวคิดของ Grotberg (1995) ซึ่งได้อธิบายไว้ว่า ความเข้มแข็งทางใจ คือ ความสามารถหรือศักยภาพที่เป็นสากล โดยเป็นการทำปฏิกิริยาของพลังทักษะส่วนบุคคลและทักษะระหว่างบุคคลเพื่อการปรับตัวไปในทางที่ดี และเสริมสร้างปัจจัยปกป้อง ที่ช่วยผลักดันการเติบโตส่วนบุคคลผ่านความยากลำบากนั้น เป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับบุคคลทุกเพศทุกวัย โดยการสร้างความเข้มแข็งทางใจตามแนวคิดของ Grotberg (1995) จะเน้นการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจในเด็กและวัยรุ่นที่มีความเสี่ยง (Kasen et al., 2012 ; Tsui, 2016) เพื่อให้สามารถปรับตัวตามสถานการณ์ ผ่านพ้นช่วงวิกฤติในชีวิต และใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุข แต่จากการศึกษาพบว่า ในปัจจุบันได้มีการนำแนวคิดของ Grotberg (1995) มาพัฒนาเป็นโปรแกรมการสร้างเสริมความเข้มแข็งทางใจเพื่อใช้บำบัดกลุ่มคนที่หลากหลายได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยพัฒนาให้เหมาะสมกับกลุ่มคนนั้น ๆ ได้แก่

กรรณิการ์ ผ่องโต และอรพรรณ ลือบุญรัชชัย (2557) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจต่อผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตายในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย โดยศึกษาในผู้ที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายด้วยวิธีการใดวิธีการหนึ่งและเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในที่ โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดอ่างทองทองจำนวน 40 คน โดยจับคู่แล้วสุ่มแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน กลุ่มควบคุม 20 คน พบว่าผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายที่ได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมความเข้มแข็งทางใจมีความคิดฆ่าตัวตายต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

พัชรราวไล ควรเนตร เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์ และรัชนิกร อุปเสน (2561) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมความเข้มแข็งทางใจต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยศึกษาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา จำนวน 40 คน มีการจับคู่ให้มีลักษณะคล้ายคลึงกันในด้านอายุและเพศ จัดเข้ากลุ่มทดลอง 20 คน กลุ่มควบคุม 20 คน พบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับโปรแกรมความเข้มแข็ง

ทางใจมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

กัณฑ์ทัย ปานทอง และเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์ (2561) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจที่เน้นการฝึกสติต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า โดยศึกษาในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 34 คน จับคู่ให้มีลักษณะคล้ายคลึงกันด้วยอายุและคะแนนภาวะซึมเศร้า สุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 17 คน พบว่าผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่ได้รับโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจที่เน้นการฝึกสติ มีภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อุษณีย์ บุญบรรจบ และเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์ (2561) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า โดยศึกษาในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าและผู้ดูแลหลักที่มารับบริการในแผนกจิตเวช โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศจำนวน 40 ครอบครัว จับคู่ให้มีลักษณะคล้ายคลึงกันด้วยอายุและคะแนนภาวะซึมเศร้า สุ่มเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมจำนวน 20 ครอบครัว พบว่า ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่ได้รับโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม มีภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

นอกจากนี้แนวคิดของ Grotberg (1995) ได้นำมาศึกษาพบว่ามีความสำคัญในการฟื้นฟูสภาพจิตใจและช่วยส่งเสริมการรักษาในผู้ป่วยโรคทางจิตเวชเรื้อรัง ได้แก่ โรคอารมณ์สองขั้ว และโรคจิตเภท เป็นต้น ช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตลดลง ลดความเครียด ภาวะซึมเศร้า และป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (Echezarraga et al. ,2014) ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจเพื่อช่วยเสริมความมั่นใจ ความเชื่อมั่นในการใช้ชีวิตและลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท

#### 4. แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มบำบัด

##### 4.1 ความหมายของของของกลุ่มบำบัด

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (2554) กล่าวว่า จิตบำบัดกลุ่มหมายถึง เป็นการบำบัดทางจิตชนิดหนึ่ง ในผู้ที่มีปัญหาทางจิตใจ อารมณ์ และพฤติกรรม ด้วยการใช้กระบวนการของกลุ่มที่มีการวางแผน โดยบุคลากรวิชาชีพเฉพาะทางที่ได้รับการศึกษาอบรมมาโดยเฉพาะ มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้เข้ากลุ่มรู้จักตนเอง เข้าใจตนเอง เข้าใจผู้อื่น ยอมรับตนเองและผู้อื่นได้ ตลอดจนสามารถปรับเปลี่ยนความคิด เจตคติและพฤติกรรม อันจะนำไปสู่การแก้ปัญหาได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

Kinney et al (1992) กล่าวว่าจิตบำบัดกลุ่มหมายถึงการทำกลุ่มประกอบด้วยแนวคิดพื้นฐาน 2 ประการ คือ การสนับสนุนทางสังคมและกระบวนการกลุ่ม โดยการสนับสนุนทางสังคมเป็น

เครือข่ายของบุคคลที่มี ความผูกพันและการดูแลกันและกัน เพื่อสนับสนุนความต้องการของกันและกัน ส่วนประกอบของ กลุ่มประกอบไปด้วย 3 ขั้นตอน คือระยะเริ่มต้น ระยะดำเนินการและระยะสิ้นสุดของการทำกลุ่ม

Yalom (1995) กล่าวว่า กลุ่มบำบัดระดับประคองหมายถึงการบำบัดแบบหนึ่ง ที่ใช้กลุ่มในการบำบัด เพื่อช่วยเหลือให้สมาชิกปรับเปลี่ยนความคิด อารมณ์และพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสม กลุ่มบำบัดเป็นการทำงานร่วมกัน ระหว่างผู้บำบัดกับสมาชิกผู้ช่วยจำนวนหลาย ๆ คน กลุ่มจะประกอบด้วย ผู้ช่วยมากกว่า 3 คนขึ้นไป มาทำงานร่วมกัน เพื่อไปสู่เป้าหมายเดียวกัน การดำเนินกลุ่มส่วนใหญ่จะเป็นกระบวนการซึ่งอาศัยการมีปฏิสัมพันธ์กันภายในกลุ่ม การมีน้ำหนึ่งใจเดียวกัน ก่อให้เกิดปัจจัยบำบัด ซึ่งมีพลังได้มากกว่าการบำบัดรายบุคคล

สรุปได้ว่า กลุ่มบำบัดหมายถึงการบำบัดโดยบุคลากรวิชาชีพเฉพาะทางที่ได้รับการศึกษาอบรมมาโดยเฉพาะ เป็นการรวมกลุ่มของบุคคลตั้งแต่ 3 คนขึ้นไป มีปฏิสัมพันธ์กันภายในกลุ่ม สนับสนุนช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ช่วยกันปรับเปลี่ยนความคิด อารมณ์และพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสม เพื่อแก้ปัญหาและนำไปสู่เป้าหมายเดียวกัน

#### 4.2 กลุ่มบำบัดแบบประคองตามแนวคิดของ Yalom

การทำกลุ่มบำบัดแบบประคองตามแนวคิดของ Yalom (1995) มีวัตถุประสงค์ให้สมาชิกกลุ่มได้มีความเข้าใจตนเองและผู้อื่น เพื่อช่วยให้สมาชิกภายในกลุ่มมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ซึ่งทำให้สมาชิกแต่ละคนมีการปรับตัว เข้าใจตนเองมากขึ้น ทำให้เกิดการพัฒนา มีความปรองดองกัน มีการสนับสนุนซึ่งกันและกัน เรียนรู้ที่จะให้มีการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ ความเชื่อ และพฤติกรรมให้เหมาะสม เรียนรู้ที่จะเผชิญปัญหาและอยู่ร่วมกับผู้อื่นอย่างมีความสุข ซึ่งมีองค์ประกอบ ดังนี้คือ

4.2.1 ประเภทกลุ่มโดยทั่วไปมี 2 แบบ คือ กลุ่มแบบปิด หมายถึงกลุ่มที่ ประกอบด้วยสมาชิกกลุ่มเดียวกัน ตั้งแต่เริ่มต้นจนกระทั่งปิดกลุ่ม และกลุ่มแบบเปิด หมายถึงกลุ่มที่มีสมาชิกบางคนออกไปแล้ว และรับสมาชิกใหม่เข้ามาแทนที่เป็นระยะจนกระทั่งปิดกลุ่ม

4.4.2 ขนาดของกลุ่ม ในการทำกลุ่ม จำนวนสมาชิกที่เข้ากลุ่มมีความสำคัญ สมาชิกไม่ควรจะมากหรือน้อยเกินไป เพราะอาจจะเกิดผลต่อการบำบัด ซึ่งจำนวนสมาชิกที่เหมาะสมในการบำบัด คือ 8-10 คน ถ้าสมาชิกกลุ่มน้อยเกินไปจะทำให้สมาชิกเกิดความวิตกกังวลที่ต้องมีปฏิสัมพันธ์บ่อยครั้ง และถ้าสมาชิกมากเกินไปจะทำให้สมาชิกมีปฏิสัมพันธ์ไม่ทั่วถึง

4.2.3 ระยะเวลาและความถี่ของการทำกลุ่ม โดยทั่วไปแล้วระยะเวลาในการทำกลุ่มแต่ละครั้ง ควรใช้เวลา 1 ชั่วโมงถึง 1 ชั่วโมง 30 นาที ความถี่ของการเข้ากลุ่มขึ้นอยู่กับความเหมาะสมและความเป็นไปได้ โดยทางปฏิบัติจะจัด 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ ส่วนจำนวนครั้งในการเข้ากลุ่มขึ้นอยู่กับประสบการณ์ที่ต้องการเป้าหมายของกลุ่ม และอย่างน้อยที่สุดควรเข้ากลุ่มไม่น้อยกว่า 6-8 ครั้ง

4.2.4 สถานที่ในการทำกลุ่ม ควรจัดให้มีความเป็นสัดส่วนมีสัดส่วนเฉพาะ เจียบสงบ สภาพแวดล้อมและบรรยากาศให้ความเหมาะสม ไม่มีกลิ่น หรือเสียงดังรบกวน ห้องไม่แออัด

4.2.5 การเลือกสมาชิกเข้ากลุ่ม ไม่มีเกณฑ์แน่นอน โดยทั่วไปขึ้นกับวัตถุประสงค์หลักของการทำกลุ่ม มีการพิจารณาดังนี้

กลุ่มที่สมาชิกลักษณะเหมือนกัน เป็นผู้ที่มีการเหมือนหรือใกล้เคียงกัน การจัดกลุ่มลักษณะนี้ สมาชิกกลุ่มจะมีปัญหาหรือเรื่องในการเข้ากลุ่มเดียวกัน มีความเห็นอกเห็นใจกันและให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ทำให้สมาชิกกลุ่มได้เรียนรู้เท่า ๆ กัน จะช่วยให้สมาชิกเข้ากันได้ง่าย

กลุ่มที่สมาชิกลักษณะแตกต่างกัน ทั้งกลุ่มอายุ การเจ็บป่วย อาการแสดง ทำให้ได้ประโยชน์ในด้านการเพิ่มพูนความรู้ ประสบการณ์ เพิ่มปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกมองโลก ในแง่มุมต่าง ๆ ได้หลายมุมมองจากการเรียนรู้ซึ่งกันและกัน

#### 4.2.6 ผู้นำกลุ่ม

##### 4.2.6.1 คุณสมบัติผู้นำกลุ่มบำบัด

ผู้ที่ทำหน้าที่เป็นผู้นำกลุ่มบำบัด (Group Therapist) คือ บุคลากรในทีมสุขภาพ ได้แก่ จิตแพทย์ นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางจิตเวช โดยส่วนใหญ่แล้วผู้ที่ทำกลุ่มผู้ป่วยในมากที่สุด คือ พยาบาลจิตเวชมากกว่า ส่วนจิตแพทย์ทำกลุ่มน้อยที่สุด ซึ่งคุณสมบัติผู้นำบำบัดจำเป็นที่จะต้องมีการเรียนรู้และมีการฝึกหัดจากสถาบันที่หลักสูตรได้บรรจุเรื่องกลุ่มบำบัดไว้ ที่มีการเรียนการสอนในชั้นเรียน และมีการฝึกปฏิบัติ การสอนภาคปฏิบัติจะต้องมีการลงมือเป็นผู้นำกลุ่มและมีการนิเทศอย่างใกล้ชิด Yalom (1995) เสนอว่า ผู้นำบำบัดกลุ่มควรมีประสบการณ์ในการฝึกฝนการทำกลุ่มจิตบำบัดมาก่อน โดยการฝึกฝนต้องเริ่มจากการมีส่วนร่วมในการทำกลุ่มบำบัด เช่น เป็นผู้สังเกตการณ์ ผู้ช่วยในการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม และต้องมีความรู้ทางทฤษฎีมาก่อน ผู้นำบำบัดต้องมีประสบการณ์ในคลินิกในการจัดการกับกลุ่มและกระบวนการปฏิสัมพันธ์ตั้งแต่เริ่มต้นเปิดกลุ่มจนถึงปิดกลุ่มได้ โดยเริ่มฝึกจากกลุ่มที่ไม่ใช่ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตเวชมาก่อน โดยต้องลงมือปฏิบัติด้วยตนเองและมีผู้เชี่ยวชาญในการบำบัดกลุ่มเป็นผู้นิเทศอย่างใกล้ชิด และการทำกลุ่มที่ผู้นำบำบัดไม่ได้รับการเรียนรู้และไม่ได้ฝึกฝนมาก่อน จะทำให้วัตถุประสงค์ในการทำกลุ่มบำบัดผิดไปจากที่ต้องการ ทำให้กลุ่มไม่ได้ประโยชน์เท่าที่ควรเพราะผู้นำบำบัดขาดคุณสมบัติในการทำกลุ่ม

##### 4.2.6.2 บทบาทผู้นำกลุ่มบำบัด

ในการจัดทำกิจกรรมกลุ่มนั้นผู้นำกลุ่มจะต้องมีการปฏิบัติในการเป็นผู้นำกลุ่มอย่างเหมาะสม เพื่อทำหน้าที่ของผู้นำกลุ่มที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งจะช่วยให้การกระบวนการกลุ่มประสบผลสำเร็จเป็นอย่างดี Yalom(1995) ได้แนะนำการดำเนินการปฏิบัติของผู้นำไว้ ดังนี้

4.2.6.2.1 กำหนดจุดมุ่งหมายของการจัดกิจกรรมกลุ่มบำบัดให้ชัดเจน และต้องอธิบายให้สมาชิกทุกคนเข้าใจถึงจุดหมายและวิธีดำเนินการของกลุ่มจิตบำบัดประคับประคอง



เพราะการที่สมาชิกมาเข้าร่วมกลุ่มโดยไม่ทราบวัตถุประสงค์ที่ชัดเจนนั้น จะทำให้สมาชิกมีความกังวลมากขึ้น

4.2.6.2.2 สร้างแบบแผนของการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม เพื่อให้การทำกลุ่มมีประสิทธิภาพช่วยให้สมาชิกในกลุ่ม มีความกระตือรือร้น ต้องมีการวางแผนในเรื่องของโครงสร้างของกลุ่ม

4.2.6.2.3 กระตุ้นการมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างสมาชิก ผู้นำกลุ่มจะต้องกระตุ้นให้สมาชิกได้มีการพูดแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน ทำให้สมาชิกได้ทราบปัญหาของผู้อื่นว่าผู้อื่นมีปัญหาเช่นเดียวกับตน มีความเข้าใจปัญหาของกันและกัน หาทางช่วยเหลือกัน ปฏิสัมพันธ์นี้อาจอยู่ในรูปของการพูดหรือความเข้าใจร่วมกัน สิ่งเหล่านี้เป็นการสร้างให้สมาชิกเป็นส่วนสำคัญของกระบวนการกลุ่มจิตบำบัดระดับประจักษ์ มีความรู้สึกมั่นคงปลอดภัย ช่วยลดความวิตกกังวลของสมาชิก

4.2.6.2.4 กระตุ้นให้สมาชิกได้พูดแสดงออก แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและปัญหาที่พบได้ร่วมกัน ผู้นำกลุ่มต้องพยายามให้สมาชิกได้แสดงความคิดเห็นอย่างเต็มที่ การทำกลุ่มจะมีความหมายและได้รับความสนใจอย่างมากจากสมาชิก ถ้าสิ่งที่ได้พูดในกลุ่มเป็นปัญหาของสมาชิกทุกคน

4.2.6.2.5 วางแผนการดำเนินกิจกรรมกลุ่มสำหรับสมาชิกแต่ละคน เนื่องจากสมาชิกแต่ละคนมีความสามารถในการบรรลุถึงจุดหมายของกลุ่มต่างกัน ผู้นำกลุ่มต้องสามารถหาวิธีแก้ไขในสิ่งที่เกิดขึ้นในกลุ่ม สามารถแยกได้ว่ามีองค์ประกอบอะไรที่ทำให้การดำเนินการของกลุ่มไม่ต่อเนื่อง

4.2.6.2.6 ช่วยลดความวิตกกังวลของสมาชิก ต้องทำตั้งแต่ในระยะเริ่มแรกของการทำกลุ่ม โดยแจ้งวัตถุประสงค์ที่ชัดเจนของการทำกลุ่มและวิธีที่สมาชิกในกลุ่มจะต้องดำเนินการเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ ต้องมีท่าทีแสดงความเห็นอกเห็นใจ เต็มใจช่วยเหลือสมาชิก

4.2.6.2.7 การสรุปความก้าวหน้าของการทำกลุ่ม เพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายที่กำหนด

4.2.7 ผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม มีหน้าที่ดังนี้คือ เตรียมความพร้อมทั้งอุปกรณ์ สถานที่ และสมาชิกที่เข้ากลุ่ม ขณะดำเนินการกลุ่มจะช่วยสังเกตพฤติกรรมของสมาชิกกลุ่ม สนับสนุนผู้นำกลุ่ม กระตุ้นสมาชิกกลุ่มให้แสดงความคิดเห็น ให้คำแนะนำ ให้กำลังใจ เพื่อให้สมาชิกกลุ่มมีความมั่นใจ บันทึกรการทำกลุ่ม สังเกตการดำเนินงานของกลุ่มและเมื่อกระบวนการกลุ่มสิ้นสุด จะร่วมถอดข้อความจากเทปบันทึกกลุ่ม วิเคราะห์และประเมินผลการทำกลุ่ม

### 4.3 พัฒนาการกลุ่มบำบัด

แบ่งพัฒนาการกลุ่มบำบัดเป็น 3 ระยะดังนี้ (Yalom, 1995)

1. ระยะสร้างสัมพันธ์ภาพ (Initiating phase) ระยะนี้จะเป็นการสื่อสารในเชิงสร้างสัมพันธ์ภาพ ทำให้สมาชิกผ่อนคลายด้วยการแนะนำตัวเอง บอกวัตถุประสงค์ กฎกติกา วิธีการดำเนินงาน กลุ่ม ความสำคัญและประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้ากลุ่ม หน้าที่ของสมาชิกกลุ่ม เพื่อให้สมาชิกรู้จักและคุ้นเคยกัน มีความไว้วางใจ ผูกพัน มีความเข้าใจตรงกันกับผู้บำบัด ทำให้เกิดความร่วมมือในการนำกลุ่มไปสู่เป้าหมาย ลดการต่อต้านของสมาชิกกลุ่ม สร้างแรงจูงใจและกระตุ้นสมาชิกให้มีความกระตือรือร้นต่อการเข้ากลุ่ม

2. ระยะทำงานร่วมกัน (Working phase) ผู้นำกลุ่มกำหนดประเด็นในการสนทนาแล้วเปิดโอกาสให้สมาชิกแสดงความรู้สึก ความคิด ออกมากระตุ้นให้สมาชิกทุกคนมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น เพื่อก่อให้เกิดความผูกพัน เป็นหนึ่งเดียว มองเห็นคุณค่าของกันและกันและตั้งใจ ที่จะทำงานของกลุ่มให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ ผู้บำบัดต้องช่างสังเกตและตระหนักถึงพฤติกรรมบางอย่างของสมาชิกที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งอาจเป็นอุปสรรคของการดำเนินกลุ่ม ผู้บำบัดต้องเข้าใจและแก้ปัญหาเพื่อให้กลุ่มดำเนินต่อไป ผู้บำบัดต้องควบคุมและยึดมั่นในกระแสของกลุ่ม เข้าใจกลไกทางจิตของแต่ละคน หาสาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้นในกลุ่มได้ หาแนวทางแก้ไขเพื่อป้องกันความขัดแย้ง และมุ่งมั่นที่จะดำเนินกลุ่มให้บรรลุวัตถุประสงค์

3. ระยะยุติกลุ่ม (Terminal phase) เป็นระยะที่สมาชิกจะแสดงออกถึงความรู้สึก ผูกพันต่อกลุ่ม สังเกตได้จากความรู้สึกร่วมกันของกลุ่ม ความมุ่งมั่นของกลุ่มต่อเป้าหมายความร่วมมือ และการประสานงานภายในกลุ่ม การช่วยเหลือประคับประคองกันและกันแสดงด้วยการเปิดเผยตนเอง ทั้งนี้เนื่องจากมีความไว้วางใจในกลุ่ม ความสามัคคีในกลุ่ม สมาชิกมักแสดงออกด้วยการเปิดเผยตนเอง ทั้งนี้เนื่องจากมีความไว้วางใจในกลุ่ม และรู้สึกเป็นพวกเดียวกัน ผู้นำกลุ่มต้องมีการวางแผนการสิ้นสุดสัมพันธ์ภาพกลุ่มด้วยการแจ้งกำหนดการยุติกลุ่ม แจ้งความก้าวหน้าของกลุ่ม การบรรลุวัตถุประสงค์ ตระหนักถึงความผูกพันที่เกิดขึ้น เพื่อป้องกันความวิตกกังวลต่อการสิ้นสุดสัมพันธ์ภาพ กระตุ้นให้สมาชิกหาแนวทางในการกลับไป ดำเนินชีวิตต่อเมื่อกลุ่มสิ้นสุด ให้โอกาสสมาชิกพูดความรู้สึก ความประทับใจต่อกลุ่ม เพื่อให้สมาชิกได้รับประสบการณ์ที่ดีจากการทำกลุ่ม และเกิดความรู้สึกที่ดีต่อการเข้ากลุ่มในครั้งต่อไป

กิจกรรมที่ใช้ในระยะการดำเนินการนั้นจะดำเนินการแบบกลุ่ม ซึ่งมีข้อดีและข้อจำกัด (Harnack et al., 1964) ดังนี้

ข้อดีของการทำกลุ่มมีดังนี้

1. สมาชิกมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน เกิดการเรียนรู้จากกลุ่ม
2. สมาชิกมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ หรือแสดงความคิดเห็น ทำให้เต็มใจที่จะปฏิบัติตามในสิ่งที่ตนมีส่วนร่วมตัดสินใจ

3. การอภิปรายกลุ่มสามารถเปลี่ยนความเชื่อ เจตคติ และพฤติกรรมของบุคคลได้มาก ซึ่งเป็นผลมาจากการมีปฏิสัมพันธ์ภายในกระบวนการกลุ่ม

4. สมาชิกเกิดแรงจูงใจในการเรียนรู้ เกิดความรู้สึกที่อบอุ่น ที่พบว่าตนเองไม่ได้เป็นผู้ที่มีปัญหานั้นแต่เพียงผู้เดียว ทำให้เกิดกำลังใจในการเรียนรู้ต่อการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น

ข้อจำกัดของการทำกลุ่มมีดังนี้

1. การดำเนินการกลุ่มต้องใช้เวลามาก ยิ่งจำนวนสมาชิกมากเท่าไรก็ยิ่งใช้เวลามากขึ้น
2. การอภิปรายกลุ่มไม่สามารถจัดขึ้นได้ทันทีทันใด ต้องใช้เวลาในการเตรียมตัว
3. ข้อจำกัดอื่น ๆ เช่น อายุ สถานภาพ ค่านิยม และบุคลิกภาพที่แตกต่างกัน จะทำให้เกิดปัญหาในการดำเนินกิจกรรมกลุ่มได้

#### 4.4 ปัจจัยบำบัดของกลุ่มจิตบำบัด

กลุ่มบำบัดช่วยผู้ป่วยให้เกิดการเรียนรู้ในการแก้ปัญหา จากการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กันในกลุ่ม และจากข้อเสนอแนะของสมาชิกในกลุ่ม ทำให้ได้รับการประคับประคองจิตใจซึ่งเกิดจากบรรยากาศของกลุ่มที่ผ่อนคลาย มีความรู้สึกที่คล้ายกันกับสมาชิกในกลุ่ม มีโอกาสได้ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ลดความรู้สึกโดดเดี่ยวและเกิดความรู้สึกเห็นอกเห็นใจกัน ได้เรียนรู้ทักษะทางสังคมเพราะกลุ่มเปิดโอกาสให้สมาชิกได้มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ได้สังเกตบุคคลอื่นในการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมและสามารถนำมาเป็นแบบอย่างของตนเองได้ กลุ่มยังเป็นแหล่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ สมาชิกกลุ่มจะเกิดการพัฒนาความรู้สึกความเป็นเจ้าของ ทำให้เกิดความรับผิดชอบต่อส่วนรวม เกิดความมั่นใจในตนเอง เกิดผลดีต่อด้านร่างกายส่งเสริมการเคลื่อนไหว ลดความวิตกกังวล ได้ระบายความคิดความรู้สึก เกิดความรู้สึกผ่อนคลาย นอกจากนี้การเข้ากลุ่มบำบัดยังเป็นการเสริมสร้างความหวัง ลดอารมณ์ซึมเศร้า ลดความรู้สึกวิตกกังวล ช่วยให้ปรับตัวต่อความเครียดและสามารถเผชิญกับปัญหาได้ดีขึ้น ลดความรู้สึกแยกตัวและความรู้สึกเป็นตราบาบ เกิดความมั่นใจในตนเอง ช่วยให้เห็นคุณค่าในตัวเองมากขึ้น เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ไปในทางที่ดีขึ้น (เพียรดี เปี่ยมมงคล, 2553; ภัทรภรณ์ พุงปันคำ, 2551; Veselinova, 2013)

กลุ่มจิตบำบัดตามแนวคิดของ Yalom(1995) ได้สรุปปัจจัยบำบัดเป็นกลไกที่ทำให้สมาชิกเกิดการเปลี่ยนแปลง ความรู้สึก ความคิด และพฤติกรรมที่เหมาะสม ซึ่งเป็นปัจจัยที่เกิดขึ้นจากกระบวนการภายในกลุ่มหรือจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกด้วยกัน ไว้ดังนี้

1. การเรียนรู้คุณค่าของการให้ (altruism) การเข้ากลุ่มทำให้สมาชิกได้มีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา ได้มีโอกาสให้ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ต่อสมาชิกคนอื่น ๆ มีความกระตือรือร้นที่จะช่วยเหลือและเห็นความสำคัญของคนอื่นมากกว่าตนเอง ทำให้สมาชิกมองเห็นคุณค่าของการให้ในตนเอง

2. การผูกพันจิตใจต่อกัน (group cohesiveness) การเข้ากลุ่มอย่างสม่ำเสมอจะทำให้สมาชิกรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม กล้าที่จะร่วมเปิดเผยตนเอง มีความรู้สึกใกล้ชิดผูกพันกัน มีความเป็นเจ้าของกลุ่มร่วมกัน ทำให้ความรู้สึกโดดเดี่ยวอ้างว้างหมดไป

3. การมีความเป็นสากล (universality) การเข้ากลุ่มทำให้สมาชิกได้ตระหนักว่าทุกคนมีปัญหาเหมือนกันหมด ซึ่งเป็นเรื่องธรรมดา ความรู้สึกที่ว่าตนเองมีความทุกข์อยู่คนเดียวก็จะลดลง และเกิดความรู้สึกใหม่ว่า เขาไม่ได้อยู่คนเดียวในโลกนี้ เขายังมีเพื่อนที่มีความทุกข์ และมีปัญหาเช่นเดียวกัน

4. การเรียนรู้มนุษย์สัมพันธ์ (interpersonal learning) การเข้ากลุ่มทำให้สมาชิกได้รู้วาทนเองพูดและแสดงความคิดเห็นอะไรกับกลุ่ม รู้ว่าผู้อื่นคิดอย่างไรต่อตนเอง และการสะท้อนกลับของกลุ่ม ซึ่งจะช่วยให้สมาชิกได้เรียนรู้ว่าตนเองเป็นอย่างไร การเข้ากลุ่มทำให้สมาชิกได้มีทักษะในการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ๆ เพิ่มขึ้น และนำไปปรับปรุงตนเองให้ดีขึ้น ช่วยให้ได้เรียนรู้การอยู่ใกล้ชิดกับบุคคลอื่น เกิดความเชื่อใจไว้วางใจบุคคลอื่นมากขึ้น

5. การให้ข้อมูล (imparting of information) เป็นการให้ข้อมูลข่าวสารที่เป็นการแลกเปลี่ยนระหว่างสมาชิกหรือจากผู้นำ มีการอภิปรายเกี่ยวกับปัญหานั้น ๆ ข้อมูลที่ให้ต้องเป็นความจริงและกระชับชัดเจน ซึ่งการให้ข้อมูลเป็นสิ่งที่จำเป็นมาก ที่ต้องให้ในระยะแรกของการทำกลุ่มเพื่อสร้างความไว้วางใจของสมาชิกต่อกลุ่ม

6. การได้ระบายออก (catharsis) การเข้ากลุ่มช่วยให้สมาชิกได้พูดระบายออก ทั้งสิ่งที่ดีและไม่ดีกับความวิตกกังวล ความคับข้องใจ ให้กับสมาชิกกลุ่มได้รับฟัง ซึ่งถ้ากลุ่มมีความผูกพันทางจิตใจสูง สมาชิกจะกล้าที่พูดระบายออกและกล้าเปิดเผยตนเองสูง ด้วยการได้ระบายออกนี้จะช่วยให้สมาชิกมีความสบายใจ มองดูโลกด้วยใจที่เป็นกลาง ทำให้เข้าใจชีวิตและส่งผลให้มีพัฒนาการด้านจิตใจและอารมณ์ในทางที่ดี และมีแนวทางในการแก้ไขปัญหาชีวิตได้

7. การได้เลียนแบบ (imitative behavior) การเข้ากลุ่มทำให้สมาชิกได้ลอกเลียนแบบพฤติกรรมของผู้อื่นที่ตนเองพอใจ ทั้งจากผู้นำกลุ่มและสมาชิก ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสมได้

8. การแก้ไขประสบการณ์เดิมในครอบครัว (The corrective recapitulation of the primary Group member) สถานการณ์ในกลุ่มนั้นคล้าย ๆ กับสถานการณ์ในครอบครัว ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยนึกถึงปัญหาความขัดแย้งภายในครอบครัวของตนเอง และแสดงพฤติกรรมแบบเก่าที่เป็นปัญหาออกมา ซึ่งอาจเป็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม กลุ่มจึงต้องเสนอแนะถึงพฤติกรรมที่เหมาะสมต่อสมาชิก ทำให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ที่จะแก้ไขพฤติกรรมนั้น ๆ อย่างถูกต้อง

9. การพัฒนาเทคนิคเพื่อการเข้าสังคม (development of socializing techniques) การเข้ากลุ่มทำให้สมาชิกมีทักษะในการสร้างสัมพันธภาพทางสังคมเพิ่มขึ้น ทำให้สมาชิกเรียนรู้ทักษะทาง

สังคม รวมทั้งเรียนรู้ที่จะเข้าใจความรู้สึกของผู้อื่น ซึ่งจะมีประโยชน์ต่อสมาชิก เมื่อนำไปใช้กับสังคมภายนอกต่อไป

10. การรู้สึกมีความหวัง (instillation of hope) การเข้ากลุ่มทำให้สมาชิกที่เคยหมดหวัง ท้อแท้ในชีวิต เกิดความหวังขึ้นมาใหม่ได้ว่า อาจจะมีชีวิตที่ดีขึ้น ทำให้มีกำลังใจในการต่อสู้กับปัญหาอุปสรรค เมื่อได้เห็นสมาชิกคนอื่นในกลุ่มมีการพัฒนาขึ้นในทางที่ดี

11. การได้รู้ถึงความจริงของชีวิต (existential factors) การเข้ากลุ่มช่วยให้สมาชิกได้เข้าใจธรรมชาติของชีวิตว่า บางครั้งก็มีสมหวัง บางครั้งก็มีผิดหวัง ทุกสิ่งทุกอย่างมีการเปลี่ยนแปลง มีการแยกจากกัน ซึ่งจะทำให้สมาชิกกลุ่มสามารถเผชิญปัญหาในชีวิตและอุปสรรคต่าง ๆ ได้ เกิดความเชื่อมั่น มีความพึงพอใจในตนเอง ทำให้ความรู้สึกต่ำต้อย ท้อถอย เสียใจกับชีวิตตนเอง ลดลงหรือหมดไป สมาชิกจะดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุข

#### 4.5 บทบาทพยาบาลในการทำกลุ่มบำบัด

บทบาทหน้าที่ที่สำคัญของ พยาบาลจิตเวช คือ ผู้นำกลุ่มบำบัด กลุ่มบำบัดนั้นมีผลในการช่วยทำให้ผู้ป่วยมีอาการที่ดีขึ้น สามารถปฏิบัติหน้าที่ของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ช่วยพัฒนาทักษะทางด้านสังคมของผู้ป่วย นอกจากนั้นการทำกลุ่มบำบัดยังช่วยป้องกันการเกิดการเจ็บป่วยทางด้านสุขภาพจิตและจิตที่อาจเกิดขึ้น ดังนั้นการทำกลุ่มบำบัดควรตระหนักถึงความสำคัญของการทำกลุ่มบำบัด มีความรู้ความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ของผู้นำกลุ่ม จะทำให้พยาบาลมีแนวทางในการปฏิบัติได้อย่างมั่นใจมากขึ้นและพัฒนาตนเองให้มีคุณลักษณะที่ดีของผู้นำกลุ่ม ซึ่งจะทำให้พยาบาลจิตเวชสามารถทำกลุ่มบำบัดได้อย่างมั่นใจ ส่งผลให้การทำกลุ่มบำบัดมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยพยาบาลจิตเวชควรมีคุณลักษณะการเป็นผู้นำกลุ่มที่ดี (จุฑาทิพย์ กิ่งแก้ว, 2557) ดังนี้คือ

4.5.1 ความกล้า ผู้นำกลุ่มควรมีความกล้าในด้านต่าง ๆ เพื่อให้เกิดผลดีต่อสมาชิกในกลุ่ม เช่น กล้าที่จะเปิดประเด็นในเรื่องที่กระทบต่อจิตใจในอดีตของสมาชิก เพื่อที่จะช่วยนำพาให้สมาชิกในกลุ่มผ่านความรู้สึกที่เลวร้ายจากประสบการณ์ในอดีตไปได้ กล้าที่จะพูดเผชิญหน้ากับสมาชิกในสิ่งที่เห็นว่ามันจะไม่ถูกต้อง กล้าที่จะแสดงความรู้สึกต่อกลุ่มต่อความคาดหวังของกลุ่ม

4.5.2 เป็นแบบอย่างที่ดี ผู้นำกลุ่มเป็นแบบอย่างที่ดีโดยผ่านทางด้านพฤติกรรมกรรมกร แสดงออกที่เหมาะสมและมีทัศนคติที่ดีต่อผู้อื่น ใจกว้าง รับฟังความคิดเห็นของผู้อื่นแบบไม่ตัดสิน มีความซื่อสัตย์ต่อความรู้สึกของตนเอง เป็นคนเปิดเผยความรู้สึก แสดงให้เห็นความจริงใจที่มีต่อกลุ่ม

4.5.3 การเข้าถึงความรู้สึกของผู้อื่น จะทำให้เกิดความรู้สึกเห็นอกเห็นใจผู้อื่น ทำให้เกิดความเต็มใจในการรับฟัง มีความอดทนในการฟังเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้เกิดความเข้าใจ และมีความชัดเจนในปัญหาและความรู้สึกของสมาชิก

4.5.4 มีความอบอุ่นเป็นมิตร การแสดงท่าทีที่อบอุ่นเป็นมิตรเอาใจใส่กับผู้อื่น จะทำให้สมาชิกในกลุ่มรับรู้ถึงความเป็นมิตร ความเอื้ออาทร ส่งผลให้เกิดความไว้วางใจ กล้าที่จะเปิดเผยความรู้สึกและทัศนคติของตนเอง ซึ่งส่งผลให้เกิดกระบวนการกลุ่มเกิดปัจจัยบำบัดในกลุ่มต่อไป

4.5.5 มีความเข้าใจตนเอง บางครั้งสมาชิกในกลุ่มอาจแสดงความรู้สึกที่ไม่พอใจ โทษคนอื่น หันเหความโกรธมาที่ผู้นำกลุ่ม การเข้าใจตนเองจะทำให้ผู้นำกลุ่มรู้เท่าทันความรู้สึกของตนเอง ส่งผลให้มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมได้อย่างเหมาะสมแสดงออกถึงความคิดความต้องการของตนเองได้อย่างแท้จริง และการเข้าใจตนเองจะส่งผลให้เกิดความเข้าใจในผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น

4.5.6 เชื่อมมั่นในศักยภาพของตนเองหรือการมีลักษณะการเป็นผู้นำ ซึ่งไม่ได้หมายถึงการใช้อำนาจในการจัดการสมาชิกในกลุ่ม แต่หมายถึงการมีความมั่นใจในตนเอง เชื่อมมั่นในสิ่งที่ตนเองกำลังทำ การมีลักษณะการเป็นผู้นำจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ รู้สึกมีความมั่นคงในจิตใจ ซึ่งจะส่งผลดีต่อผู้ป่วยด้วย

4.5.7 เชื่อมมั่นในกระบวนการกลุ่ม การเชื่อมมั่นในกระบวนการกลุ่มที่จะเกิดขึ้น เห็นคุณค่าของกระบวนการกลุ่มจะทำให้เกิดความหวัง ความมั่นใจในการรักษา

4.5.8 เป็นผู้ฟังที่ดีผู้นำกลุ่มต้องเป็นผู้ฟังอย่างตั้งใจและเข้าใจ สามารถสรุปประเด็นสำคัญของปัญหาที่สมาชิกแต่ละคนพูดออกมาและรู้จักเชื่อมโยงปัญหาสำคัญเข้าด้วยกันได้

4.5.9 มีความไวในการรับรู้ความรู้สึกได้อย่างถูกต้อง ต้องมีความไวต่อทั้งคำพูด ภาษากาย ที่สมาชิกแสดงออกมาได้อย่างถูกต้องรวดเร็ว และสามารถจับประเด็นความรู้สึกที่แฝงอยู่ได้ ทำให้ทราบความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย

4.5.10 การมีอารมณ์ขัน บางช่วงในเวลาทำกลุ่มจะเป็นช่วงที่ตึงเครียดเกี่ยวกับปัญหาต่าง ๆ การที่ผู้นำกลุ่มมีอารมณ์ขันจะเป็นการสร้างบรรยากาศให้รู้สึกผ่อนคลายขึ้น สร้างบรรยากาศกลุ่มให้ดีขึ้น เกิดความเป็นกันเอง อันจะเป็นการช่วยในเรื่องการเกิดกระบวนการกลุ่ม

## 5. โปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจแบบกลุ่มต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตเภท

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเข้มแข็งทางใจแบบกลุ่มเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท โดยประยุกต์ใช้โปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจตามแนวคิดของ Grotberg (1995) นำมาผสมผสานในรูปแบบกระบวนการกลุ่มตามแนวคิดของ Yalom (1995) เนื่องจากภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทเกิดจากการที่ผู้ป่วยมีความคิดทางลบ ทั้งต่อตนเอง สิ่งแวดล้อม และสถานการณ์ มีสาเหตุมาจากอาการของโรคจิตเภทที่มีความรุนแรงและเรื้อรัง ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมีตราบาป ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง และรู้สึกไม่ถูกยอมรับจากสังคม เมื่อประสบปัญหาหรือเหตุการณ์ร้ายแรงในชีวิต ผู้ป่วยจิตเภทจะมีความไวต่อความเครียดมากกว่าคนทั่วไป จึงทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ ดังนั้นในการบำบัดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภท จึงมีความ

จำเป็นต้องสร้างความเข้มแข็งทางใจ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถผ่านสถานการณ์ที่ยากลำบากไปได้ มีความคิดต่อตนเอง สิ่งแวดล้อม และโลกในทางที่ดีขึ้น มองเห็นคุณค่าในตนเอง ลดความรู้สึกมีตราบาบ สามารถแก้ไขปัญหาและผ่านพ้นเรื่องราวเลวร้ายในชีวิต เข้าใจว่าอุปสรรคเป็นสิ่งที่ทุกคนต้องพบเจอและต้องฝ่าฟันไปให้ได้ แก้ปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม มีทักษะในการเข้าสังคมและการอยู่ร่วมกับคนอื่น รวมถึงมีความหวังและเป้าหมายในการดำเนินชีวิต ผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะซึมเศร้า มักจะมีปัญหาที่คล้าย ๆ กัน การดำเนินกิจกรรมในรูปแบบกลุ่มจะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยเรียนรู้ว่าตนเพียงคนเดียวที่ต้องเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้น มีบุคคลรอบข้างคอยให้กำลังใจและคำแนะนำ ช่วยลดความรู้สึกโดดเดี่ยว อ้างว้าง เกิดเป็นความผูกพันภายในกลุ่มและรู้สึกเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน ผู้ป่วยจะสังเกตพฤติกรรมที่เหมาะสมจากกลุ่ม และนำไปปรับใช้ในชีวิตของตน รวมถึงการได้ฝึกทำงานกับผู้อื่น เห็นประโยชน์ของผู้อื่นและส่วนรวมเป็นสำคัญ ทำให้มองสิ่งรอบตัวดีขึ้น ส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าลดลง ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้สร้างโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจแบบกลุ่มเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้ ขั้นที่ 1 ระยะ Initial Phase การสร้างสัมพันธภาพและการให้ความรู้เกี่ยวกับความเข้มแข็งทางใจ ประกอบด้วย 1 กิจกรรม คือ ความคิดในสิ่งที่ฉันเป็น ขั้นที่ 2 ระยะ Working Phase ระยะพัฒนาทักษะในการคิดทางบวก การเผชิญปัญหาและการสร้างความหวังในชีวิต ประกอบด้วย 4 กิจกรรม คือ กิจกรรมที่ 2 ความจริงในสิ่งที่ฉันเป็น กิจกรรมที่ 3 ความคิดในสิ่งที่ฉันมี กิจกรรมที่ 4 ความจริงในสิ่งที่ฉันมี กิจกรรมที่ 5 ความคิดในสิ่งที่ฉันทำได้ ขั้นที่ 3 ระยะ Terminal phase ระยะทบทวนและประเมินทักษะการสร้างความเข้มแข็งทางใจ ประกอบด้วย 1 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมที่ 6 ความจริงในสิ่งที่ฉันทำได้ และยุติกลุ่ม ดำเนินกิจกรรมทั้งหมด 6 ครั้ง นานครั้งละ 60 - 90 นาที ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม 2 สัปดาห์ โดยในสัปดาห์ที่ 1 ดำเนินกิจกรรมที่ 1-3 และสัปดาห์ที่ 2 ดำเนินกิจกรรมที่ 4-6 มีรายละเอียดกิจกรรม ดังนี้

**ตารางที่ 1** สรุปการบูรณาการแนวคิดแนวคิดการสร้างความเข้มแข็งทางใจของ Grotberg (1995) และแนวคิดของ Yalom (1995)

แนวคิดของ Grotberg (1995)	แนวคิดของ Yalom (1995)	การประยุกต์ใช้ในโปรแกรม
I am: (Autonomy) การพัฒนาความเป็นตัวของตัวเอง และการพึ่งพาตัวเอง ซึ่งนำไปสู่	- ระยะเริ่มกลุ่ม (Initial phase) - มีวัตถุประสงค์เพื่อเกิดปัจจัยบำบัด คือ เรียนรู้	<b>กิจกรรมที่ 1</b> ความคิดในสิ่งที่ฉันเป็น สร้างสัมพันธภาพ ให้ความรู้เกี่ยวกับความเข้มแข็งทางใจ ให้ผู้รับการบำบัดอธิบายถึงแนวคิดที่มีต่อตนเองและชี้ให้เห็นถึงความคิดที่ไม่

แนวคิดของ Grotberg (1995)	แนวคิดของ Yalom (1995)	การประยุกต์ใช้ในโปรแกรม
<p>ความรับผิดชอบต่อพฤติกรรมของตัวเอง ให้ความช่วยเหลือ โดยการให้คำแนะนำ เกี่ยวกับการเรียนรู้จาก ความผิดพลาดหรือ ความล้มเหลวนั้น สามารถเป็นแหล่งให้ เกิดความรู้ใหม่</p>	<p>การสร้างสัมพันธภาพ เกิดความรู้สึกเป็นสากล ว่าทุกคนมีปัญหา ได้ ระบายอารมณ์ เรียนรู้ ความจริงและเกิดการ แก้ไขประสบการณ์เดิม</p>	<p>เหมาะสม แนะนำวิธีการแทนที่ด้วยความคิด ที่เหมาะสมตามความเป็นจริง รวมถึงให้ การบ้านผู้ป่วยในการหาข้อดีของตน และ สิ่งแวดล้อมรอบตัว กิจกรรมนี้จะช่วยให้ผู้รับ การบำบัดได้ระบายความคิดใน ทางลบที่มีต่อ ตนเอง และเปลี่ยนแปลง เป็นความคิดให้ตรง กับความเป็นจริง เลือกลงสิ่งที่ดีเกี่ยวกับ ตนเองและสิ่งแวดล้อม ฝึกการสร้าง สัมพันธภาพ เกิดความไว้วางใจผู้อื่น เข้าใจว่า ทุกคนมีความรู้สึกทุกข์ เหมือนกัน ลดความ รู้สึกโดดเดี่ยว และรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม</p>
<p>2. I am : (Identity) การระบุตัวตน มีคำถามเกิดขึ้น เช่น ฉันเป็นใคร ฉันจะไป ไหนต่อ ฉันทำอะไรที่ สำเร็จบ้าง เปรียบกับ คนในวัยเดียวกันเป็น อย่างไร การตอบ คำถามเหล่านี้เป็นการ แสดงถึงทักษะการ ฝ้าดูพฤติกรรมของ ตนเอง เปรียบเทียบกั การมีพฤติกรรมที่ เหมาะสม และการให้ ความช่วยเหลือผู้อื่น</p>	<p>- ระยะเวลาทำงานร่วมกัน ( working phase) - มีวัตถุประสงค์เพื่อเกิด ปัจจัยบำบัด คือ เกิด การแก้ไขประสบการณ์ เดิม ได้รับข้อมูลจากทั้ง ผู้นำกลุ่มและจากผู้อื่น พัฒนาเทคนิคการเข้า สังคม รู้สึกเป็นอันหนึ่ง อันเดียวกับกลุ่ม เกิดการ เลียนแบบพฤติกรรมที่ เหมาะสม และมีโอกาส ทำประโยชน์ให้แก่ผู้อื่น</p>	<p><b>กิจกรรมที่ 2 ความจริงในสิ่งที่ฉันเป็น</b> ให้ผู้รับ การบำบัดอธิบายแนวคิดที่มีต่อตนเองและข้อดี ของตนเอง ผู้บำบัดจะทำการตรวจสอบความคิด ของผู้รับการบำบัด ส่งเสริมเมื่อมีความคิดที่ เหมาะสมและแก้ไขเมื่อมีความคิดที่ไม่เหมาะสม เน้นให้ผู้รับการบำบัดยอมรับในข้อเสียและ ภูมิใจในข้อดีของตน และช่วยกระตุ้นให้ผู้รับการ บำบัดในกลุ่มมีส่วนร่วมในการค้นหาข้อดีและให้ กำลังใจซึ่งกันและกัน กิจกรรมนี้จะช่วยให้ผู้รับ การบำบัดเกิดการยอมรับตนเอง ได้รับรู้ข้อดี ของตนเองจากมุมมองของผู้อื่น เกิดความรู้สึก มีคุณค่าและภูมิใจในตนเอง รวมถึงสามารถ มองเห็นข้อดีของผู้อื่นและมีโอกาสเป็นผู้ให้ กำลังใจ เห็นประโยชน์ของผู้อื่นเป็นสำคัญ เสริมสร้างทักษะในการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น ส่งผลให้กลุ่มมีความใกล้ชิดผูกพันกัน</p>



แนวคิดของ Grotberg (1995)	แนวคิดของ Yalom (1995)	การประยุกต์ใช้ในโปรแกรม
<p>3. I have : (Trust)</p> <p>การสร้างทักษะให้สามารถค้นหาบุคคลที่ตนไว้วางใจ โดยการมองไปรอบ ๆ คิดถึงใครบางคนที่คุณรู้จัก คนที่มีความไว้วางใจในตัวคุณ</p>	<p>- ระยะเวลาทำงานร่วมกัน (working phase)</p> <p>- มีวัตถุประสงค์เพื่อเกิดปัจจัยบำบัด คือ ได้ระบายอารมณ์ เรียนรู้ความจริงและแก้ไขประสบการณ์เดิม มีความหวังในชีวิต เรียนรู้การสร้างความสัมพันธ์ พัฒนาเทคนิคการเข้าสังคม และรู้สึกเป็นอันหนึ่งอันเดียวกับกลุ่ม</p>	<p><b>กิจกรรมที่ 3 ความคิดในสิ่งที่ฉันมี</b> ผู้บำบัดจะให้ผู้รับการบำบัดค้นหาและอธิบายถึงแหล่งสนับสนุนของตน โดยผู้บำบัดช่วยชี้ให้เห็นแหล่งสนับสนุนของผู้เข้ารับการบำบัด แนะนำการอยู่ร่วมกันและปฏิบัติตามกฎระเบียบของแหล่งสนับสนุน รวมถึงแนะนำวิธีการสร้างความหวังและกำลังใจต่อตนเองอย่างเหมาะสม และให้ผู้รับการบำบัดนำกลับไปคิดเป็นการบ้าน กิจกรรมนี้จะช่วยให้ผู้รับการบำบัดค้นพบและเข้าใจแหล่งสนับสนุนของตนเอง โดยเฉพาะครอบครัว เพื่อให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าต่อผู้อื่น มีผู้ที่คอยห่วงใย และคอยช่วยเหลือในหลาย ๆ ด้าน ส่งผลให้เกิดความรู้สึกปลอดภัยและความอิสระในการทำสิ่งต่าง ๆ รวมถึงแก้ไขประสบการณ์ที่เดิมที่เคยขัดแย้งกัน เรียนรู้การแสดงออกของผู้คนที่หลากหลายและการอยู่ร่วมกันในสังคม และเสริมสร้างการมีความหวังในการดำเนินชีวิตต่อไป</p>
<p>4. I have : (Trust)</p> <p>การสร้างทักษะให้สามารถค้นหาบุคคลที่ตนไว้วางใจโดยการมองไปรอบ ๆ คิดถึงใครบางคนที่คุณรู้จัก คนที่มีความไว้วางใจในตัวคุณ</p>	<p>- ระยะเวลาทำงานร่วมกัน (working phase)</p> <p>- มีวัตถุประสงค์เพื่อเกิดปัจจัยบำบัดคือ เกิดการแก้ไขประสบการณ์เดิม ได้รับข้อมูลจาก ทั้งผู้นำกลุ่ม และจากผู้อื่นมีความหวังในชีวิต</p>	<p><b>กิจกรรมที่ 4 ความจริงในสิ่งที่ฉันมี</b> ผู้บำบัดให้ผู้รับการบำบัดพูดถึงแหล่งสนับสนุนของตน และวิธีการ กฎเกณฑ์ในการอยู่ร่วมกับแหล่งสนับสนุนนั้นได้อย่างยั่งยืน รวมถึงความหวังและกำลังใจที่ตนเอง ได้สร้างขึ้น ผู้บำบัดทำการตรวจสอบความคิดของผู้รับการบำบัด ส่งเสริมเมื่อมีความคิดที่เหมาะสมและแก้ไขเมื่อมีความคิดที่ไม่เหมาะสม รวมถึงกระตุ้น</p>

แนวคิดของ Grotberg (1995)	แนวคิดของ Yalom (1995)	การประยุกต์ใช้ในโปรแกรม
	พัฒนาเทคนิคการเข้าสังคม เรียนรู้การสร้างความสัมพันธ์ รู้สึกเป็นอันหนึ่งอันเดียวกับกลุ่ม เกิดการเลียนแบบ พฤติกรรมที่เหมาะสมจากกลุ่ม และมีโอกาสทำประโยชน์แก่ผู้อื่น	ให้ผู้รับการบำบัดในกลุ่มให้กำลังใจและเป็นแหล่งสนับสนุนซึ่งกันและกัน กิจกรรมนี้จะช่วยให้ผู้รับการบำบัดค้นพบแนวทางการอยู่ร่วมกับแหล่งสนับสนุน เกิดการเลียนแบบ พฤติกรรมการแสดงออกที่เหมาะสมจากสมาชิกและผู้บำบัดเพื่อนำไปปรับใช้ในชีวิตต่อไป มีความหวังในการมีชีวิตที่ดีขึ้น เรียนรู้การแสวงหาแหล่งสนับสนุนจากบุคคลอื่นในสังคม และได้มีโอกาสทำประโยชน์ให้กับผู้อื่น ด้วยการเป็นแหล่งสนับสนุนด้วย ทำให้ผู้รับการบำบัดมองเห็นตนเอง ผู้อื่นและสิ่งแวดล้อมในทางที่ดีขึ้น
5. I can : (Initiative) การมีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ และสามารถในการแก้ไขปัญหา สามารถเริ่มต้นด้วยการเล่าอธิบายความคิดและซักถามความคิดเห็นจากกลุ่ม ประชุมหาแนวทางการแก้ไขปัญหา อาจเป็นสิ่งที่ริเริ่มใหม่ นำไปปฏิบัติแล้วมาปรึกษาหารือกันปรับเปลี่ยนตามความจำเป็น และนำไปใช้ในอนาคตได้	- ระยะเวลาทำงานร่วมกัน (working phase) - มีวัตถุประสงค์เพื่อเกิดปัจจัยบำบัด คือ ได้ระบายอารมณ์ เกิดความรู้สึกร่วมกัน ทุกคนมีปัญหาคล้ายกัน เรียนรู้ความจริงและแก้ไขประสบการณ์เดิม เกิดความหวังในชีวิต รู้สึกเป็นอันหนึ่งอันเดียวกับกลุ่ม พัฒนาเทคนิคการเข้าสังคม เกิดการเลียนแบบ พฤติกรรมที่เหมาะสม	<b>กิจกรรมที่ 5 ความคิดในสิ่งที่ฉันทำได้</b> ผู้บำบัดจะให้ผู้รับการบำบัดในกลุ่มร่วมกันค้นหาปัญหาเกี่ยวกับสัมพันธภาพหรือปัญหาในชีวิตประจำวันที่พบบ่อย จำนวน 1-2 ข้อ เมื่อได้ ข้อปัญหาแล้ว ผู้บำบัดสนับสนุนให้ผู้รับการบำบัดร่วมกันค้นหาสาเหตุของ การเกิดปัญหา จากนั้นผู้บำบัดช่วยสรุปหนทางการแก้ปัญหาสัมพันธภาพอย่างเหมาะสม สอนทักษะการสร้างสัมพันธภาพ สนับสนุนให้ผู้รับการบำบัดมีความมั่นใจในการสร้างสัมพันธภาพ การแก้ปัญหา และแนะนำเกี่ยวกับการตั้งเป้าหมายในชีวิตและให้ค้นหาเป้าหมายในชีวิตเป็นการบ้าน กิจกรรมนี้จะช่วยให้ผู้รับการบำบัดได้พัฒนาเทคนิคในการเข้าสังคม พร้อมทั้งฝึกในการทำงานร่วมกับ

แนวคิดของ Grotberg (1995)	แนวคิดของ Yalom (1995)	การประยุกต์ใช้ในโปรแกรม
	จากกลุ่มและมีโอกาสทำประโยชน์แก่ผู้อื่น	ผู้อื่น ทำให้เข้าใจการมีมนุษยสัมพันธ์กับผู้อื่น การแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสมเมื่ออยู่ในสังคม รวมถึงได้เรียนรู้ว่าทุกคนต่าง มีปัญหาในชีวิตที่ต้องเผชิญ ทำให้เกิดกำลังใจในการแก้ปัญหา และฝ่าฟันอุปสรรคต่าง ๆ นอกจากนี้ยังช่วยให้ผู้รับการบำบัดสามารถตั้งเป้าหมายเพื่อการมีแนวทางในการดำเนินชีวิตต่อไป
6. I can : (Industry) ความสามารถในด้าน ความพยายามเรียนรู้ ทักษะทางสังคม และ ทักษะการสื่อสารที่มี ประสิทธิภาพ การใช้ คำพูดที่แสดงความรู้สึก แสดงทั้งความคิดและ ความรู้สึกของตนเอง เพื่อใช้ในการสื่อสาร และการอยู่ร่วมกับ ผู้อื่น	- terminal phase (ระยะยุติกลุ่ม) - มีวัตถุประสงค์เพื่อ เกิดปัจจัยบำบัด คือ ได้ ระบายอารมณ์ เรียนรู้ ความจริงและแก้ไข ประสบการณ์เดิม เกิด ความหวังในชีวิต รู้สึก เป็นอันหนึ่งอันเดียวกับ กลุ่ม เรียนรู้และเข้าใจ การสร้างความสัมพันธ์ (การยุติความสัมพันธ์) พัฒนาเทคนิคการเข้า สังคม เกิดการเลียนแบบ พฤติกรรมที่เหมาะสม จากกลุ่มและมีโอกาสทำ ประโยชน์แก่ผู้อื่น	<b>กิจกรรมที่ 6 ความจริงในสิ่งที่ฉันทำได้</b> ผู้ บำบัดจะให้ผู้รับการบำบัดพูดสรุปเกี่ยวกับ ตนเอง แหล่งสนับสนุนของตน ความหวัง และเป้าหมายในชีวิต โดยผู้บำบัดจะ ตรวจสอบความคิด ส่งเสริมเมื่อมีความคิดที่ เหมาะสมและแก้ไขเมื่อมีความคิดที่ไม่ เหมาะสม และกระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมการบำบัด ในกลุ่มให้กำลังใจและคำแนะนำเพิ่มเติม จากนั้นผู้บำบัดจะสรุปเกี่ยวกับความคิดที่ เปลี่ยนไปของผู้รับการบำบัด สัมพันธภาพที่ เกิดขึ้นระหว่างการทำกลุ่ม และยุติกลุ่ม กิจกรรมนี้จะช่วยให้ผู้รับการบำบัดได้ทบทวน แนวคิดของโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็ง ทางใจที่เหมาะสมกับตนเอง นอกจากนี้ยังเป็น การเรียนรู้เกี่ยวกับการ มีสัมพันธภาพใน ขั้นตอนสุดท้าย คือ การยุติสัมพันธภาพ ซึ่ง เป็นการช่วยให้ผู้รับบริการสามารถยอมรับ ความจริงเมื่อมีการสูญเสียหรือจากไปของ บุคคลในชีวิต

## 6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Bozikas et al. (2016) ศึกษาเกี่ยวกับการฟื้นคืนของผู้ป่วยโรคจิตเภท ให้สามารถปรับตัว และมีการเติบโตที่ดีขึ้น จากการศึกษาพบว่า การฟื้นคืนของโรคจิตเภทต้องควบคู่ไปกับจิตวิทยาทางบวก ซึ่งความเข้มแข็งทางใจจะช่วยป้องกันและลดผลกระทบที่รุนแรงของโรคจิตเภท เช่น การควบคุมความคิดฆ่าตัวตาย เป็นต้น โดยจะช่วยให้เกิดกระบวนการของการปรับตัวที่ดีเมื่อเผชิญกับความทุกข์ยาก การบาดเจ็บ การถูกคุกคาม และเมื่อพบเจอสถานการณ์ที่มีความเครียด ปัจจัยของความเข้มแข็งทางใจ ประกอบไปด้วย ปัจจัยทางชีวภาพ จิตวิทยา สังคมและวัฒนธรรมที่มีปฏิสัมพันธ์ในลักษณะที่ซับซ้อน และแสดงออกในลักษณะของการมองตนเองในทางบวก มองโลกในแง่ดี และส่วนที่สำคัญที่สุดคือ ความสามารถทางสังคมและการแก้ปัญหา ความรู้สึกเป็นอิสระ รวมถึงการมีจุดหมายในชีวิต นอกจากนี้จากการวิจัยพบว่าระดับความเข้มแข็งทางใจที่สูงเกี่ยวข้องกับอาการทางลบ ความวิตกกังวล และอาการซึมเศร้าที่รุนแรงน้อยลง รวมทั้งการทำงานทางสังคมที่สูงขึ้นด้วย

Rossi et al. (2017) ศึกษาความสัมพันธ์ปัจจัยความเข้มแข็งของตนเองกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท โดยศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 921 คน จากการศึกษาพบว่าความเข้มแข็งทางใจเป็นปัจจัยร่วมทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ( $b = -.301$ )

Sumskis et al. (2017) ศึกษาการให้ความหมายของความเข้มแข็งทางใจ จากผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการดีและอาศัยอยู่ในชุมชน จำนวน 14 ราย ซึ่งผู้วิจัยอธิบายว่าการสร้างความหมายจากผู้ที่มีบริบทของโรคจิตเภทนั้น เป็นขั้นตอนแรกที่สำคัญในการทำความเข้าใจ จากการศึกษาพบว่าความเข้มแข็งทางใจจะถูกใช้เมื่อเกิดสภาวะตึงเครียด การถูกทำร้ายจากสิ่งต่าง ๆ รวมถึงการแสวงหาผู้คนหรือทรัพยากรที่เป็นแหล่งสนับสนุนของตน ถือว่าเป็นสิ่งสำคัญในการรักษาและการฟื้นคืนจากโรคจิตเภท

Hofer et al. (2019) ศึกษาปัจจัยปกป้องการรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยจิตเภท โดยศึกษาในผู้ป่วยจิตเภท แผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 54 คน จากการศึกษาพบว่าความเข้มแข็งทางใจมีความสัมพันธ์ทางลบต่อการรับรู้ตราบาป และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการต้านทานต่อการรับรู้ตราบาป ซึ่งการรับรู้ตราบาปเป็นปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท

Kim et al. (2019) ศึกษาผลกระทบของความภูมิใจในตนเองและความเข้มแข็งทางใจต่อความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ตราบาปและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท โดยศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 123 คน จากการศึกษาพบว่าความภูมิใจในตนเองและความเข้มแข็งทางใจเป็นสื่อกลางในการลดผลกระทบของการรับรู้ตราบาปต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท

Liu et al. (2020). ศึกษาปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท โดยศึกษาในผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 361 คน โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์และนำมาสร้างแบบจำลองสมการโครงสร้าง เพื่อตรวจสอบความสัมพันธ์ทางตรงและทางอ้อม จากการศึกษาพบว่า ความเข้มแข็งทางใจ มีความสัมพันธ์ทางตรงกับภาวะซึมเศร้า ส่วนการรับรู้ความสามารถของตนเอง ความภูมิใจในตนเอง และการมีความหวัง เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางอ้อมกับภาวะซึมเศร้า ซึ่งบอกเป็นนัยว่าการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจในผู้ป่วยโรคจิตเภทจะสามารถช่วยลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทได้

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ความเข้มแข็งทางใจ สามารถช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมองตนเอง สิ่งแวดล้อม และสถานการณ์ในทางบวกมากขึ้น มีความมั่นใจในการเผชิญปัญหาต่าง ๆ นอกจากนี้ยังช่วยลดและต้านทานการรับรู้ตรรกะ ซึ่งเป็นส่วนสำคัญในการเกิดภาวะซึมเศร้า ดังนั้นผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจเพื่อช่วยเพิ่มความแข็งแกร่งในการใช้ชีวิต และช่วยให้ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทลดลงได้

## 7. กรอบแนวคิดการวิจัย

ความเข้มแข็งทางใจเป็นปัจจัยสำคัญที่สามารถลดระดับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท (Rossi et al,2017) และการดำเนินกิจกรรมในรูปแบบกลุ่มจะช่วยส่งเสริมการลดภาวะซึมเศร้าให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ดังนั้นเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทผู้วิจัย ในฐานะพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จึงนำแนวคิดการสร้างความเข้มแข็งของ Grotberg (1995)ผสมผสานกับรูปแบบกระบวนการกลุ่มตามแนวคิดของ Yalom (1995) เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เกิดความภูมิใจ สามารถจัดการกับตัวเองและปัญหาในชีวิตได้ มีทักษะจัดการกับอารมณ์ สามารถสร้างความสุขให้กับชีวิตตนเอง มีแหล่งสนับสนุน และมีความสามารถในการสร้างสัมพันธ์ภาพ ส่งผลให้ระดับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทลดลง ดังแสดงในกรอบแนวคิด ดังนี้

โปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจแบบกลุ่ม ผสมผสานแนวคิดของ Grotberg (1995) และรูปแบบกระบวนการกลุ่มตามแนวคิดของ Yalom (1995) 6 กิจกรรม ดังนี้

**ขั้นที่ 1 ระยะเวลา Initial Phase ประกอบด้วย 1 กิจกรรม ได้แก่**

กิจกรรมที่ 1 ความคิดในสิ่งที่ฉันเป็น : สร้างสัมพันธภาพ ประเมินแนวคิดที่มีต่อตนเอง พิจารณาความคิดที่ไม่เหมาะสมและแก้ไข การมองเห็นคุณค่าและข้อดีของตน

**ขั้นที่ 2 ระยะเวลา Working Phase ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ได้แก่**

กิจกรรมที่ 2 ความจริงในสิ่งที่ฉันเป็น : การแสดงออกถึงการมองตนเองในทางบวก ยอมรับข้อเสียและภูมิใจในข้อดี การเห็นคุณค่าของตนเองและผู้อื่น

กิจกรรมที่ 3 ความคิดในสิ่งที่ฉันมี : ค้นพบแหล่งสนับสนุนของตน เข้าใจกฎระเบียบในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น เข้าใจการสร้างความหวังในชีวิต

กิจกรรมที่ 4 ความจริงในสิ่งที่ฉันมี : การแสดงออกถึงความสามารถในการอยู่ร่วมกับแหล่งสนับสนุนและผู้อื่น มีความหวังในการดำเนินชีวิต

กิจกรรมที่ 5 ความคิดในสิ่งที่ฉันทำได้ : วิเคราะห์ปัญหาและวิธีการแก้ปัญหาอย่างเหมาะสม เข้าใจทักษะการสร้างสัมพันธภาพ และมีเป้าหมายในการดำเนินชีวิต

**ขั้นที่ 3 ระยะเวลา Terminal phase ประกอบด้วย 1 กิจกรรม ได้แก่**

กิจกรรมที่ 6 ความจริงในสิ่งที่ฉันทำได้ : การแสดงออกถึงการมองตนเองผู้อื่น และสิ่งรอบตัวในทางบวก รู้ถึงแหล่งสนับสนุน มีความสามารถในการสร้างสัมพันธภาพและการอยู่ร่วมกับผู้อื่น ความมั่นใจในการเผชิญปัญหา ยุติสัมพันธภาพอย่างเหมาะสม

ภาวะซึมเศร้าของ  
ผู้ป่วยจิตเภท

### บทที่ 3

#### วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest control group design) มีจุดประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเข้มแข็งทางใจแบบกลุ่มต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภท ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยใน สถาบันจิตเวชศาสตร์ สมเด็จพระเจ้าพระยา

ตัวแปรต้น ได้แก่ โปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจ

ตัวแปรตาม ได้แก่ ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภท

โดยมีรูปแบบการทดลองดังนี้

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

O<sub>1</sub> หมายถึง การประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทก่อนเข้าร่วมการทดลองของกลุ่มทดลอง

O<sub>2</sub> หมายถึง การประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทหลังเข้าร่วมการทดลองของกลุ่มทดลอง

X<sub>1</sub> หมายถึง การสร้างความเข้มแข็งทางใจแบบกลุ่ม

O<sub>3</sub> หมายถึง การประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติของกลุ่มควบคุม

O<sub>4</sub> หมายถึง การประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับการพยาบาลตามปกติของกลุ่มควบคุม

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคจิตเภท ซึ่งได้รับการวินิจฉัยโรคตามคู่มือการวินิจฉัยแยกโรคทางจิตเวชตามการจำแนกโรคระหว่างประเทศฉบับประเทศไทย ฉบับที่ 10 (The 10<sup>th</sup> Revision of the International Statistical Classification of Diseases and Related health Problems:ICD-10) ที่รับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวชสังกัดกรมสุขภาพจิต

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยทั้งเพศชายและหญิงอายุระหว่าง 20-59 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (F20.0-F20.9) ที่เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยใน สถาบันจิตเวชศาสตร์ สมเด็จพระเจ้าพระยาเนื่องจากเป็นสถาบันเฉพาะทางจิตเวชศาสตร์ขนาดใหญ่ สังกัดกรมสุขภาพจิต ที่มี

ความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีภาวะซึมเศร้า รวมทั้งมีสถิติผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารับการรักษาเป็นจำนวนมาก ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน (กรมสุขภาพจิต, 2561) และเป็นแหล่งศึกษาวิจัยเพื่อยกระดับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างต่อเนื่องจึงมีความเหมาะสมในการเป็นสถานที่เก็บข้อมูลวิจัย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งหมด 40 คน จากนั้นทำการสุ่มแบบง่ายด้วยวิธีการจับฉลากเพื่อสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวนกลุ่มละ 20 คน

#### เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่การศึกษา (Inclusion criteria) มีดังนี้

1. อาการทางจิตสงบโดยมีระดับคะแนนตามแบบวัดอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS) ไม่เกิน 36 คะแนน
2. มีภาวะซึมเศร้าตามแบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท (The Calgary Depression Scale for Schizophrenia: CDSS) ระดับปานกลางขึ้นไปคือมากกว่า 12 คะแนน
3. มีความสามารถพูดคุยสื่อสารได้ด้วยภาษาไทย
4. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

#### เกณฑ์ในการคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria) มีดังนี้

1. มีโรคแทรกซ้อนทางกายที่ไม่สามารถควบคุมได้
2. เป็นผู้ที่แพทย์ปรับเปลี่ยนการรักษาด้วยกลุ่มยา anti-depressant ระหว่างการทดลอง
3. ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมครบทุกขั้นตอน

#### การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วย Program G\*power 3.1.9.2 โดยใช้ผลการวิจัยของ อุษณีย์ บุญบรรจบ (2561) เรื่อง ผลของโปรแกรมการส่งเสริมแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ซึ่งหลังการทดลอง ภาวะซึมเศร้ามีค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มทดลอง เท่ากับ 13.85 และ 6.7 ส่วนของกลุ่มควบคุมมีค่าเท่ากับ 20 และ 7.5 การคำนวณด้วย Program G\*power 3.1.9.2 กำหนดระดับนัยสำคัญ ( $\alpha$ ) เท่ากับ 0.05 และค่าอำนาจการทดสอบ ( $1-\beta$  err prob) เท่ากับ 0.8 จากการคำนวณได้ค่าอิทธิพล (Effect size d) เท่ากับ 0.86 และเมื่อนำค่าอิทธิพลมาคำนวณกลุ่มตัวอย่างจึงได้ผลลัพธ์เท่ากับ 18 คนต่อกลุ่ม (ภาคผนวก ค) เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างจึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็น 40 คน กำหนดกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 20 คน โดยวิธีการสุ่ม (Random sampling) ร่วมกับการจับคู่ (Matched-pairs) กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทั้ง 2 กลุ่มให้มีคุณลักษณะใกล้เคียงกันมากที่สุด ได้แก่ เพศ (Rossietal., 2017) อายุ (Farrer, 2008) และระดับอาการทางจิต (Balci et al., 2016)



### ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้ร่วมวิจัยขอความร่วมมือกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อประเมินระดับของอาการทางจิตตามแบบ BPRS เพื่อคัดเลือกผู้ป่วยที่มีระดับอาการทางจิตสงบ (ไม่เกิน 36 คะแนน) ซึ่งเป็นช่วงที่มีอาการทางจิตสงบหรือไม่รุนแรง เพื่อให้ผู้ป่วยอยู่ในช่วงที่เกิดการเรียนรู้ที่ดี และมีภาวะซึมเศร้าตามแบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท (Calgary Depression Scale for Schizophrenia: CDSS) ระดับปานกลางขึ้นไป คือ มากกว่า 12 คะแนน

2. ผู้ร่วมวิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา โดยใช้วิธีการสุ่มแบบง่าย จำนวน 40 คน โดยกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกที่ผู้วิจัยกำหนด

3. ผู้ร่วมวิจัยทำการจับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Matched paired) ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันเพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน ที่อาจส่งผลกระทบต่อการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ เพศ อายุและระดับอาการทางจิต (BPRS) โดยแบ่งคะแนนอาการทางจิต เป็น 3 ช่วง คือ เกณฑ์ปกติ คะแนนน้อยกว่า 18 มีอาการทางจิตสงบหรือไม่รุนแรง คะแนน 18-36 มีอาการทางจิตรุนแรงต้องดูแลแบบผู้ป่วยใน คะแนนมากกว่า 36 (Gorham, 1962) ฉบับภาษาไทยแปลโดย พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบุลย์ (2544) เนื่องจากเพศ (Rossi et al., 2017) อายุ (Farrer, 2008) และระดับอาการทางจิต (Balci et al., 2016) มีความสัมพันธ์กับระดับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท โดยคะแนนแตกต่างกันไม่เกิน 1 คะแนนจากนั้นทำการสุ่มแบบง่ายด้วยวิธีการจับฉลากที่ละคู่เพื่อสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวนกลุ่มละ 20 คน

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้คำนึงถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยนำโครงร่างวิจัยฉบับสมบูรณ์ โปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจแบบกลุ่มต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทและเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยทุกชุดนำเสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของด้านสุขภาพจิตและจิตเวชกรรมสุขภาพจิต และผ่านความเห็นชอบอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยได้ ซึ่งได้รับการอนุมัติเมื่อวันที่ 18 มิถุนายน 2563 เลขที่หนังสือรับรอง DMH.IRB.CO.A 022/2563

ผู้วิจัยจัดทำหนังสือยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (informed consent form) มเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างพิจารณาก่อนตัดสินใจเข้าร่วมโครงการ โดยหนังสือยินยอมจะแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 เอกสารแสดงความยินยอมของผู้เข้าร่วมทำวิจัย และส่วนที่ 2 เอกสารคำชี้แจงข้อมูลสำหรับกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจะทำการอธิบายความเป็นมา วัตถุประสงค์ วิธีการวิจัย และประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการเข้าร่วมวิจัย รวมทั้งสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยอย่างละเอียด รวมถึงมีการตอบคำถามต่าง ๆ ด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อนเร้น ชูบังคับ และอธิบายสิทธิในการยกเลิกการเข้าร่วมวิจัย ดังนี้

“ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย สามารถถอนตัวจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลา และไม่จำเป็นต้องชี้แจงเหตุผลในการถอนตัว” นอกจากนี้ผู้วิจัยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างได้ทราบถึงข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะถูกปกปิดเป็นความลับ ผลการวิจัยจะเสนอในภาพรวมเท่านั้น ไม่มีการระบุชื่อนามสกุล และไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวของกลุ่มตัวอย่าง การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับกลุ่มตัวอย่างต่อหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องจะกระทำด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น หากกลุ่มตัวอย่างตอบรับในการวิจัย จึงให้ลงลายมือชื่อในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วยเครื่องมือ 3 ชุด

**1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง** ได้แก่ โปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจแบบกลุ่ม ตามแนวคิดของ Grotberg (1995) และแนวคิดกลุ่มบำบัดของ Yalom (1995) โดยมีขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ ดังนี้

1.1. ศึกษาตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดรูปแบบการสร้างความเข้มแข็งทางใจแบบกลุ่ม นอกจากนั้นยังได้ศึกษาเนื้อหาที่สำคัญมีความเกี่ยวข้องและครอบคลุมในเรื่องของการสร้างเสริมความเข้มแข็งทางใจ กระบวนการกลุ่มบำบัด รวมถึงการบำบัดเพื่อลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภท

1.2. จัดทำโปรแกรมการสร้างเสริมความเข้มแข็งทางใจแบบกลุ่ม โดยใช้แนวคิดการสร้างเสริมความเข้มแข็งทางใจของ Grotberg (1995) และแนวคิดกลุ่มบำบัดของ Yalom (1995) มาผสมผสานในการพัฒนาโปรแกรม หลังจากนั้นได้กำหนดโครงสร้างของกิจกรรม โดยแต่ละกิจกรรมจะเน้นที่การสร้างเสริมความเข้มแข็งทางใจ การฝึกการวิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหา ความคิดทางลบต่อตนเองและสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นสาเหตุของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท และแก้ไขเปลี่ยนเป็นความคิดทางบวก รวมถึงให้ความรู้เกี่ยวกับแหล่งสนับสนุน ทักษะการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น การสร้างความหวัง กำลังใจให้กับตนเองและมีเป้าหมายในอนาคต เพื่อให้ผู้ป่วยมีมุมมองในการดำเนินชีวิตไปในทางบวก เกิดความภูมิใจตนเอง เข้าใจว่าปัญหาและอุปสรรคที่ต้องเจอเป็นเรื่องปกติ รวมทั้งสามารถหาแหล่งสนับสนุนได้เมื่อต้องการความช่วยเหลือหรือที่พึ่งพา และอยู่ร่วมกับสังคมได้อย่างมีความสุข นอกจากนี้ยังใช้กระบวนการกลุ่มเพื่อให้ผู้ป่วยได้เกิดความเข้าใจว่าทุกคนต่างก็มีปัญหาในชีวิต ทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจที่จะเผชิญกับสถานการณ์ที่ยากลำบาก เรียนรู้ประสบการณ์จากสมาชิกในกลุ่ม และสามารถนำมาปรับใช้ในชีวิตประจำวันของตนเอง ได้มีโอกาสได้ช่วยเหลือผู้อื่น ซึ่งจะทำให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ได้รับการยอมรับ ไม่อับอายหรือโดดเดี่ยว และมีความมั่นใจสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น ส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทลดลง ซึ่งโปรแกรมการสร้างเสริมความเข้มแข็งทางใจแบบกลุ่ม ดำเนินกิจกรรมเป็นรายกลุ่ม จำนวนทั้งหมด 6 ครั้ง นานครั้งละ 60 - 90 นาที

ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม 2 สัปดาห์ โดยในสัปดาห์ที่ 1 ดำเนินกิจกรรมที่ 1-3 และสัปดาห์ที่ 2 ดำเนินกิจกรรมที่ 4-6 มีรายละเอียดกิจกรรมดังต่อไปนี้

**ขั้นที่ 1 initial phase** (ระยะเริ่มกลุ่ม) ระยะการสร้างสัมพันธ์ภาพและการให้ความรู้เกี่ยวกับความเข้มแข็งทางใจ แนะนำวิธีการสร้างความเข้มแข็งทางใจโดยเริ่มจากความคิดที่มีต่อตนเอง มี 1 กิจกรรม ประกอบด้วย

**กิจกรรมที่ 1** ความคิดในสิ่งที่ฉันเป็น มีสาระสำคัญ ดังนี้

กิจกรรมนี้เป็นกิจกรรมที่สร้างจากแนวคิดของ Grotberg (1995) ตามองค์ประกอบ I am : Autonomy และแนวคิดกลุ่มบำบัดของ Yalom (1995) ในระยะเริ่มกลุ่ม โดยเนื้อหาของกิจกรรมจะเป็นการสร้างสัมพันธ์ภาพเพื่อให้เกิดความสัมพันธ์เชิงบำบัด เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการยอมรับและไวใจผู้อื่น ค้นพบความคิดทางลบที่มีต่อตนเอง รวมถึงสามารถวิเคราะห์และเปลี่ยนเป็นความคิดตามความเป็นจริงที่เหมาะสม รับรู้ถึงข้อดีของตนเอง มองเห็นคุณค่าภายในตนเองและมองโลกในแง่ดี

**ขั้นที่ 2 working phase** (ระยะทำงานร่วมกัน) ระยะพัฒนาทักษะในการคิดทางบวก การรู้และเข้าใจในแหล่งสนับสนุน มีความมั่นใจในการเผชิญปัญหาและการสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น รวมถึงการสร้างความหวังและเป้าหมายในชีวิต ประกอบด้วย 4 กิจกรรม คือ

**กิจกรรมที่ 2** ความจริงในสิ่งที่ฉันเป็น มีสาระสำคัญ ดังนี้

กิจกรรมนี้เป็นกิจกรรมที่สร้างจากแนวคิดของ Grotberg (1995) ตามองค์ประกอบ I am : Identity และแนวคิดกลุ่มบำบัดของ Yalom (1995) ในระยะทำงานร่วมกัน เนื้อหาของกิจกรรมจะเป็นการให้ผู้ป่วยรู้จักตนเองมากขึ้น เข้าใจว่าแต่ละคนมีทั้งข้อดีและข้อเสียที่แตกต่างกัน ภูมิใจในข้อดีและยอมรับในข้อเสียของตน รวมไปถึงการฝึกมองข้อดีของผู้อื่นและสิ่งแวดล้อมด้วย

**กิจกรรมที่ 3** ความคิดในสิ่งที่ฉันมี มีสาระสำคัญ ดังนี้

กิจกรรมนี้เป็นกิจกรรมที่สร้างจากแนวคิดของ Grotberg (1995) ตามองค์ประกอบ I have : Trust และแนวคิดกลุ่มบำบัดของ Yalom (1995) ในระยะทำงานร่วมกัน เนื้อหาของกิจกรรมจะเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยค้นพบแหล่งสนับสนุนของตน เข้าใจในการแสดงถึงออกห้วงใยและความหวังดีจากแหล่งสนับสนุน เป็นการรับรู้ถึงสิ่งดี ๆ ที่ผู้อื่นมอบให้ในรูปแบบต่าง ๆ เข้าใจกฎเกณฑ์ในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น พร้อมทั้งสามารถสร้างความหวังและกำลังใจต่อตนเองได้

**กิจกรรมที่ 4** ความจริงในสิ่งที่ฉันมี มีสาระสำคัญ ดังนี้

กิจกรรมนี้เป็นกิจกรรมที่สร้างจากแนวคิดของ Grotberg (1995) ตามองค์ประกอบ I have : Trust และแนวคิดกลุ่มบำบัดของ Yalom (1995) ในระยะทำงานร่วมกัน เนื้อหาของกิจกรรมจะเป็นการเข้าใจในแหล่งสนับสนุนของตนมากขึ้น และสามารถแก้ไขปัญหาของการอยู่ร่วมกัน ค้นพบแหล่งสนับสนุนจากบุคคลที่อยู่รอบข้าง และมีโอกาสได้ทำหน้าที่ในการเป็นแหล่งสนับสนุนของผู้อื่นเช่นกัน

## กิจกรรมที่ 5 ความคิดในสิ่งที่ฉันทำได้ มีสาระสำคัญ ดังนี้

กิจกรรมนี้เป็นกิจกรรมที่สร้างจากแนวคิดของ Grotberg (1995) ตามองค์ประกอบ I can : Initiative และแนวคิดกลุ่มบำบัดของ Yalom (1995) ในระยะทำงานร่วมกัน เนื้อหาของกิจกรรมจะเป็นการที่ให้ผู้ป่วยฝึกในการทำงานร่วมกัน รับฟังความคิดเห็นซึ่งกันและกัน มีความมั่นใจในการสร้างสัมพันธภาพผู้อื่น สามารถวิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้นและค้นพบแนวทางแก้ไข เข้าใจในโรคจิตเภทและการปฏิบัติตน รวมถึงมีการตั้งเป้าหมายในการดำเนินชีวิต

**ขั้นตอนที่ 3 terminal phase** (ระยะยุติกลุ่ม) ระยะทบทวนและประเมินทักษะการสร้าง ความเข้มแข็งทางใจ และยุติกลุ่ม ประกอบด้วย 1 กิจกรรม คือ

**กิจกรรมที่ 6** ความจริงในสิ่งที่ฉันทำได้ กิจกรรมนี้เป็นกิจกรรมที่สร้างจากแนวคิดของ Grotberg (1995) ตามองค์ประกอบ I can : Initiative และแนวคิดกลุ่มบำบัดของ Yalom (1995) ในระยะทำงานร่วมกัน เนื้อหาของกิจกรรมจะเป็นการสรุปความคิดทางบวกที่มีต่อตนเองและสิ่งแวดล้อมในระหว่างการเข้ากลุ่ม ความมั่นใจในการเผชิญกับปัญหา การมีกำลังใจและเป้าหมายในการดำเนินชีวิต การมีแหล่งสนับสนุนและวิธีการอยู่ร่วมกัน รวมถึงการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น และการยอมรับเมื่อสัมพันธภาพนั้นต้องยุติลง

## ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

### 1. การตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจแบบกลุ่ม

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำโครงสร้างของโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจแบบกลุ่มเพื่อลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทที่สร้างขึ้นนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 คน ได้แก่ จิตแพทย์ 1 คน ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 3 คน และอาจารย์พยาบาลภาควิชาการพยาบาลจิตเวช 1 คน เพื่อตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ รูปแบบและความเหมาะสมของกิจกรรมในโปรแกรม ความตรงเชิงโครงสร้างของแต่ละกิจกรรม การจัดลำดับของเนื้อหาและความเหมาะสมของระยะเวลาที่ใช้ในแต่ละกิจกรรม ผู้วิจัยได้โปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจแบบกลุ่ม ให้เกิดความถูกต้องเหมาะสมตามคำชี้แนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 ใบความรู้เรื่อง ภาวะซึมเศร้าและความเข้มแข็งทางใจ ปรับเพิ่มการใช้รูปภาพอธิบายอาการของภาวะซึมเศร้า และในกิจกรรมปรับเพิ่มในการให้ผู้ป่วยพูดถึงสิ่งแวดล้อมในทางลบ และแนะนำให้เปลี่ยนแปลงความคิดไปในทางบวก

กิจกรรมที่ 3 ใบความรู้เรื่องแหล่งสนับสนุนของฉัน ปรับเพิ่มเกี่ยวกับหัวข้อการแสดงออกของแหล่งสนับสนุน และในใบการบ้านเรื่อง ความหวังและกำลังใจของฉัน ปรับเพิ่มข้อความแรกว่า สิ่งที่สำคัญในชีวิตของฉันคืออะไร

กิจกรรมที่4 ปรับเปลี่ยนใบกิจกรรมเรื่อง เธอเป็นแหล่งสนับสนุนของฉันนะ จากให้เขียนชื่อสมาชิกในกลุ่มจำนวน 3 คน ที่ต้องการให้เป็นแหล่งสนับสนุนของตน เป็นเขียนชื่อสมาชิกในกลุ่มจำนวน 2 คน ที่นั่งอยู่ด้านซ้ายและขวาของผู้ป่วย

กิจกรรมที่5 ปรับเพิ่มสื่อคลิปวิดีโอ เรื่อง ผู้พิชิตโรคจิตเภท เพื่อเพิ่มความเข้าใจในโรคจิตเภท และสร้างกำลังใจในการดำเนินชีวิต

จากนั้นนำไปทดลองใช้ (Try-out) กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 คน ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างเดียวกับที่จะใช้ในการวิจัยครั้งนี้ จนครบทุกกิจกรรมเพื่อประเมินความเป็นไปได้ของโปรแกรมก่อนที่จะนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยต้องมีการปรับคำแนะนำให้เหมาะสมกับความคิดและปัญหาของผู้ป่วยแต่ละคน และพบว่าสามารถดำเนินกิจกรรมได้ตามเวลาที่กำหนด ซึ่งระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมแต่ละครั้งประมาณ 60 – 90 นาที ผู้วิจัยได้นำปัญหาที่พบจากการทดลองใช้โปรแกรมมาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาอีกครั้ง เพื่อให้โปรแกรมมีความสมบูรณ์มากที่สุดก่อนนำไปใช้จริง

## 2.เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษา ยารักษาอาการทางจิตและยารักษาภาวะซึมเศร้าที่ผู้ป่วยรับประทาน

2.2 แบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท (The Thai version of Calgary Depression Scale for Schizophrenia: CDSS) สร้างขึ้นโดย Addington (1990) นำมาแปลเป็นภาษาไทยโดย ศิริจิต สุทธิจิตต์ (2556) ซึ่งเป็นแบบประเมินที่สร้างขึ้นเพื่อใช้ประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยเฉพาะ แบบประเมินประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้สึกและอาการของภาวะซึมเศร้าทั้งหมด 9 ข้อ ประกอบด้วยหัวข้อดังนี้ (1) ความซึมเศร้า (2) ความรู้สึกสิ้นหวัง (3) ความรู้สึกไร้ค่า (4) ความคิดว่าตนเองผิดเนื่องจากถูกกล่าวหา (5) ความรู้สึกผิดแบบมีพยาธิสภาพ (6) ความซึมเศร้าตอนเช้า (7) ตื่นนอนเช้ากว่าปกติ (8) การฆ่าตัวตาย และ (9) ความซึมเศร้าที่สังเกตได้ ซึ่งแต่ละข้อเป็น มาตรการส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ ดังนี้

ไม่มี	ให้คะแนนเท่ากับ 0
เล็กน้อย	ให้คะแนนเท่ากับ 1
ปานกลาง	ให้คะแนนเท่ากับ 2
รุนแรง	ให้คะแนนเท่ากับ 3

การแปลผลและเกณฑ์กำหนดคะแนนแบบสอบถามฉบับนี้ ผู้วิจัยจะทำการนำคะแนนที่ได้ในแต่ละข้อมารวมกัน โดยคะแนนรวมมีพิสัยอยู่ในช่วง 0 - 27 คะแนน และผู้ที่ได้คะแนนรวมมากกว่า

หรือเท่ากับ 5 คะแนน ถือว่าผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้า ซึ่งจอมขวัญ นามสูตร (2558) ได้ปรับปรุงการแบ่งระดับคะแนนของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าออกเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้

- 0 - 4 คะแนน ไม่มีภาวะซึมเศร้า
- 5 - 12 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าระดับต่ำ
- 13 - 20 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง
- 21 - 27 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าระดับสูง

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรง (Content Validity) ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท (The Thai version of Calgary Depression Scale for Schizophrenia : CDSS) ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 5 คน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความชัดเจน ความถูกต้อง ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และลำดับของเนื้อหา โดยให้คะแนนความคิดเห็นเป็นระดับ 1-4 คะแนน คือ เห็นด้วยมากที่สุด 4 คะแนน และไม่เห็นด้วย 1 คะแนน โดยการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ซึ่งถือเกณฑ์ตามที่คุณวุฒิมีความคิดเห็นและมีความสอดคล้องกัน ซึ่งค่าที่ยอมรับได้คือ 0.80 ขึ้นไป (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2553) ซึ่งผู้วิจัยได้คำนวณดังนี้ ความตรงตามเนื้อหา (CVI) จากสูตร ดังนี้

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

จากการคำนวณพบว่า แบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท มีดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1

2. ผู้วิจัยตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ด้วยการนำแบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท (The Thai version of Calgary Depression Scale for Schizophrenia: CDSS) ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้อาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach 's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) เท่ากับ 0.85

**3. เครื่องมือที่ใช้กับการทดลอง** ได้แก่ แบบประเมินพลังสุขภาพจิต ของกรมสุขภาพจิต (2552) ที่แบ่งเป็น 3 ด้าน ตามองค์ประกอบของพลังสุขภาพจิตจำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถาม 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความทนทานทางอารมณ์ 10 ข้อ ด้านกำลังใจ 5 ข้อ และด้านการจัดการกับปัญหา 5 ข้อ ลักษณะเป็นคำถามให้เลือกตอบในมาตราส่วนประมาณค่า 1-4 การให้คะแนนแบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 ได้แก่ ข้อ 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 17, 18, 19 และ 20 ให้คะแนนดังนี้ ไม่จริง ให้ 1 คะแนน จริงบางครั้งให้ 2 คะแนน ค่อนข้างจริงให้ 3 คะแนน จริงมากให้ 4 คะแนน กลุ่มที่ 2

ได้แก่ ข้อ 1, 5, 14, 15, และ 16 ให้คะแนน ดังนี้ ไม่จริงให้ 4 คะแนน จริงบางครั้ง 3 คะแนน  
ค่อนข้างจริง 2 คะแนน จริงมาก 1 คะแนน

ไม่จริง	หมายถึง	ข้อความนี้ไม่ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น
จริงบางครั้ง	หมายถึง	ข้อความนี้ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นน้อยกว่าครึ่งหนึ่ง
ค่อนข้างจริง	หมายถึง	ข้อความนี้ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นเกินครึ่งหนึ่ง
จริงมาก	หมายถึง	ข้อความนี้ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นทั้งหมด

การแปลผล คะแนนรวม 80 คะแนน

คะแนน < 55	หมายถึง	พลังสุขภาพจิตต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ
คะแนน 55-69	หมายถึง	พลังสุขภาพจิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ
คะแนน > 69	หมายถึง	พลังสุขภาพจิตสูงกว่าเกณฑ์ปกติ

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรง (Content Validity) ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินพลังสุขภาพจิตของกรมสุขภาพจิต (2552) ไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความชัดเจน ความถูกต้อง ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และลำดับของเนื้อหา โดยให้คะแนนความคิดเห็นเป็นระดับ 1-4 คะแนน คือ เห็นด้วยมากที่สุด 4 คะแนน และไม่เห็นด้วย 1 คะแนน โดยการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ซึ่งถือเกณฑ์ตามให้ผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นและมีความสอดคล้องกัน ซึ่งค่าที่ยอมรับได้คือ 0.80 ขึ้นไป (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2553) ซึ่งผู้วิจัยได้คำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) จากสูตรดังนี้

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

จากการคำนวณพบว่า แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล มีดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1

2. ผู้วิจัยตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ด้วยการนำแบบประเมินพลังสุขภาพจิต ของกรมสุขภาพจิต (2552) ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) เท่ากับ 0.80

## การดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองโดยแบ่งการทดลองออกเป็น 3 ชั้น คือ ชั้นเตรียมการทดลองชั้นดำเนินการทดลอง และชั้นประเมินผลการทดลอง เพื่อให้ดำเนินการทดลองได้อย่างมีประสิทธิภาพ และให้ผลการวิจัยที่มีความน่าเชื่อถือ ผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการวิจัยตามขั้นตอน ดังนี้

### 1. ชั้นเตรียมการทดลอง

1.1 ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของผู้วิจัยในด้านความรู้ แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการสร้าง ความเข้มแข็งทางใจเพื่อลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภท โดยการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองจากอ่านตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ศึกษาแนวคิดทฤษฎี งานวิจัยเชิงทดลองที่เกี่ยวข้องกับความเครียด ทั้งในกลุ่มประชากรที่เป็นจิตเภทและกลุ่มประชากรอื่น ร่วมกับการปรึกษาขอคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อให้การศึกษาดำเนินไปตามขั้นตอนที่ถูกต้องและครอบคลุมที่สุด

1.2 ผู้วิจัยสร้างโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจแบบกลุ่มเพื่อลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภท และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองจากการการศึกษาค้นคว้า ทบทวนเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1.3 ผู้วิจัยส่งโครงร่างวิจัยฉบับสมบูรณ์ที่ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการบริหารคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยแก่คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนด้านสุขภาพจิต และจิตเวช กรมสุขภาพจิต

1.4 เมื่อได้รับผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนด้านสุขภาพจิต และจิตเวช กรมสุขภาพจิต ผู้วิจัยจึงได้ประสานงานกับสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา เพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัย โดยขอหนังสือแนะนำตัวจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ที่ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการบริหารคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยและเครื่องมือวิจัย ถึงผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล ติดต่อขอความร่วมมือและเตรียมสถานที่ในการดำเนินการวิจัยกับกลุ่มการพยาบาล

1.5 เตรียมความพร้อมผู้ช่วยในการวิจัย 1 คน เพื่อช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ซึ่งผู้ช่วยวิจัยมีคุณสมบัติเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวช 5 ปี โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการสัมภาษณ์ วิธีการให้คะแนนและเปิดโอกาสให้ผู้ช่วยวิจัยซักถามข้อสงสัยต่าง ๆ เพื่อช่วยให้ผู้วิจัยเข้าใจถึงบทบาทหน้าที่ของตนได้ชัดเจน และเกิดความเข้าใจที่ตรงกัน

1.6 ผู้ช่วยวิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 40 คน ตามขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและให้กลุ่มตัวอย่างเช่นยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย และขอความร่วมมือในการ



ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล หลังจากนั้นผู้วิจัยนัดหมายวัน เวลา สถานที่ในการทำกิจกรรมตามโปรแกรมกับกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

1.7 ผู้วิจัยจับกลุ่มคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (Matched-pair) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นซึ่งอาจจะมีผลกระทบต่อการทำวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ เพศ และระดับคะแนนอาการทางจิต (BPRS) จากนั้นนำกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 40 คน มาจับฉลากเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน และดำเนินการในแต่ละกลุ่มดังนี้

#### 1.7.1 กลุ่มทดลอง

1.7.1.1 ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจแบบกลุ่มเพื่อลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภท โดยดำเนินกิจกรรมจำนวน 6 ครั้ง สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 60-90 นาที เป็นระยะเวลาติดต่อกัน 2 สัปดาห์

1.7.1.2 ผู้วิจัยนัดหมายวัน เวลา สถานที่ในการดำเนินโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจเพื่อลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภท พร้อมทั้งมอบตารางในการเข้าร่วมกิจกรรม

#### 1.7.2 กลุ่มควบคุม

1.7.2.1 ผู้วิจัยให้ข้อมูลถึงการได้รับกิจกรรมการพยาบาลตามปกติที่จะได้รับขณะเข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ได้แก่ การประเมินอาการของผู้ป่วยด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ การให้การพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพโดยการประเมินความเครียด การให้ยาผิด ยารับประทานตามแผนการรักษา การประเมินความต้องการของผู้ป่วยและการจัดสิ่งแวดล้อม

1.7.2.2 ผู้วิจัยเตรียมการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับกิจกรรมการพยาบาลตามปกติ เป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์เท่ากับที่กลุ่มทดลองได้รับ

#### การเตรียมตัวผู้วิจัย

ผู้วิจัยศึกษาความรู้จากเอกสาร งานวิจัย ทฤษฎีของการสร้างความเข้มแข็งทางใจ รวมถึงคู่มือโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจ และเตรียมอุปกรณ์ที่ใช้ในการทำกิจกรรม หลังจากนั้นทดลองใช้โปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจในผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะซึมเศร้า ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา โดยปรึกษาวิธีการจัดกิจกรรมในแต่ละขั้นตอนกับอาจารย์ที่ปรึกษาเป็นช่วง ๆ

#### 2. ขั้นตอนการทดลอง

2.1 กลุ่มควบคุม สัปดาห์ที่ 1-2 จะได้รับกิจกรรมการพยาบาลตามปกติ ได้แก่ การประเมินอาการของผู้ป่วยด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ การให้การพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ โดย การประเมินพฤติกรรมความเครียด การให้ยาผิด ยารับประทานตามแผนการรักษา การจำกัด

พฤติกรรม การแยกผู้ป่วยในห้องแยกเมื่อเกิดอาการทางจิตด้านบวก การประเมินความต้องการของผู้ป่วย และการจัดสิ่งแวดล้อม

2.2 กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจเพื่อลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภท ในกลุ่มทดลอง โดยทำเป็นรายกลุ่มแบ่งเป็น 2 กลุ่มย่อยกลุ่มละ 10 คนโดยให้ผู้ป่วยเลือกช่วงเวลาตามสมควรใจ ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมครั้งละ 60-90 นาที สัปดาห์ละ 3 ครั้ง จนครบ 6 กิจกรรม เป็นระยะเวลาติดต่อกัน 2 สัปดาห์

**ตารางที่ 2** การดำเนินกิจกรรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจแบบกลุ่มต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภท

วัน	เวลา	กิจกรรม
สัปดาห์ที่ 1		
จันทร์ 20 ก.ค.2563	(กลุ่มที่ 1) 9.30 – 11.00น. (กลุ่มที่ 2) 13.30 – 15.00น.	กิจกรรมที่ 1 ความคิดในสิ่งที่ฉันเป็น
พุธ 22 ก.ค.2563	(กลุ่มที่ 1) 9.30 – 11.00น. (กลุ่มที่ 2) 13.30 – 15.00น.	กิจกรรมที่ 2 ความจริงในสิ่งที่ฉันเป็น
ศุกร์ 24 ก.ค.2563	(กลุ่มที่ 1) 9.30 – 11.00น. (กลุ่มที่ 2) 13.30 – 15.00น.	กิจกรรมที่ 3 ความคิดในสิ่งที่ฉันมี
สัปดาห์ที่ 2		
จันทร์ 27 ก.ค.2563	(กลุ่มที่ 1) 9.30 – 11.00น. (กลุ่มที่ 2) 13.30 – 15.00น.	กิจกรรมที่ 4 ความจริงในสิ่งที่ฉันมี
พุธ 29 ก.ค.2563	(กลุ่มที่ 1) 9.30 – 11.00น. (กลุ่มที่ 2) 13.30 – 15.00น.	กิจกรรมที่ 5 ความคิดในสิ่งที่ฉันทำได้
ศุกร์ 31 ก.ค.2563	(กลุ่มที่ 1) 9.30 – 11.00น. (กลุ่มที่ 2) 13.30 – 15.00น.	กิจกรรมที่ 6 ความจริงในสิ่งที่ฉันทำได้

รายละเอียดกิจกรรมและการประเมินผลกิจกรรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจแบบกลุ่มโดยสรุปได้ ดังต่อไปนี้

## กิจกรรมที่ 1 ความคิดในสิ่งที่ฉันเป็น

ระยะเวลา 60-90 นาที

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้บำบัดกับผู้ป่วยและระหว่างผู้ป่วยด้วยกันเอง
2. เพื่อให้ผู้ป่วยทราบวัตถุประสงค์และเข้าใจถึงกระบวนการในการเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจ
3. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับความเข้มแข็งทางใจ
4. เพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้าใจ สามารถค้นพบและวิเคราะห์ความคิดทางลบที่มีต่อตนเอง
5. เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจวิธีการปรับเปลี่ยนแนวคิดที่มีต่อตนเองไปในทางบวก

### สาระสำคัญ

การสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างบุคคลในกลุ่ม เป็นสิ่งจำเป็นพื้นฐานในการทำงานร่วมกันให้บรรลุเป้าหมาย ผู้วิจัยจึงต้องสร้างบรรยากาศในกลุ่มให้ผู้รู้สึกอบอุ่นและปลอดภัย เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ ผ่อนคลาย และให้ความร่วมมือในการแสดงความคิดเห็นหรือกิจกรรมต่าง ๆ โดยผู้วิจัยจะต้องสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า ทั้งสาเหตุ อาการและผลกระทบของภาวะซึมเศร้าต่อตัวผู้ป่วยเอง รวมถึงความสำคัญของความเข้มแข็งทางใจ ว่าเป็นความสามารถในการจัดการปัญหาและวิกฤติของชีวิตให้สามารถฟื้นตัวกลับสู่สภาพปกติได้ในเวลาอันรวดเร็ว กระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยค้นหาความคิดทางลบที่มีต่อตนเองและสิ่งแวดล้อม แนะนำวิธีการปรับเปลี่ยนความคิดให้กลายเป็นความคิดทางบวก ซึ่งเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่า ภูมิใจในตนเอง มองโลกในแง่ดีมากขึ้น ส่งผลให้สามารถลดและป้องกันภาวะซึมเศร้าได้

### สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบความรู้ที่ 1.1 เรื่อง ภาวะซึมเศร้า และความเข้มแข็งทางใจ
2. ใบความรู้ที่ 1.2 เรื่อง การเปลี่ยนความคิดทางลบให้เป็นทางบวก
3. ใบการบ้านที่ 1.1 เรื่องสิ่งดี ๆ ที่ฉันพบ
4. กระดาษ/โปสเตอร์
5. ปากกาเมจิก/ดินสอ

### การดำเนินกิจกรรม

1. สร้างสัมพันธภาพด้วยท่าทีที่เป็นมิตร แนะนำตนเองเพื่อสร้างความคุ้นเคย ความไว้วางใจ สนทนาเรื่องทั่ว ๆ ไปก่อน เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความผ่อนคลาย
2. ชี้แจงข้อตกลงในการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ ได้แก่ วัตถุประสงค์ ระยะเวลา ขั้นตอนและจำนวนครั้งในการทำกิจกรรม รวมทั้งสถานที่ดำเนินกิจกรรม

3. ให้ผู้ป่วยแนะนำตัวทีละคน และให้สมาชิกภายในกลุ่มกล่าวคำว่า สวัสดี...(ชื่อผู้ป่วยที่แนะนำตัว) จนครบทุกคน แล้วร่วมกันร้องเพลง “สวัสดีวันนี้พบกัน” เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกได้รับการยอมรับและเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม

4. ให้ผู้ป่วยได้ทำความรู้จักสมาชิกในกลุ่มอย่างน้อย 3 คน โดยให้ผู้ป่วยจับคู่กันเพื่อสอบถามชื่อและพูดคุย ส่วนผู้วิจัยจะร้องเพลง “สวัสดีวันนี้พบกัน” เมื่อเพลงจบ 2 รอบ ให้ผู้ป่วยเปลี่ยนคู่ เมื่อเปลี่ยนคู่ครบ 3 ครั้งให้ผู้ป่วยกลับมานั่งที่เดิม แล้วบอกชื่อเพื่อนสมาชิกที่ตนเองได้จับคู่ทั้งหมด 3 คน เพื่อเป็นการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างสมาชิกภายในกลุ่ม

5. อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วย สาเหตุ อาการ และผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย เชื่อมโยงให้ผู้ป่วยเข้าใจและเห็นถึงความสำคัญของการสร้างความเข้มแข็งทางใจ ว่าการที่ผู้ป่วยมีความเข้มแข็งทางใจจะช่วยให้ผู้ป่วยนั้นมีความสามารถในการจัดการปัญหาและวิกฤติของชีวิตสามารถฟื้นตัวกลับสู่สภาพปกติได้ในเวลาอันรวดเร็ว

6. พูดเกริ่นว่า สาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้านั้นก็คือ การมีความคิดทางลบ ซึ่งเป็นความคิดที่ก่อให้เกิดความทุกข์ สามารถเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา พร้อมทั้งยกตัวอย่าง ถ้ามสมาชิกในกลุ่มว่าเคยมีความคิดเช่นนี้หรือไม่ จากนั้นให้ผู้ป่วยพูดถึงความคิดที่มีต่อตนเองและสิ่งแวดล้อมที่ละคน ผู้วิจัยและสมาชิกในกลุ่มร่วมกันค้นหาความคิดทางลบของผู้ป่วย

7. อธิบายการวิเคราะห์ความคิดทางลบ และเปลี่ยนเป็นทางบวกตามความเป็นจริง โดยให้ผู้ป่วยแต่ละคนเปลี่ยนความคิดทางลบของตนเองให้เป็นทางบวก หลังจากนั้นสอบถามถึงความรู้สึกของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นหลังจากเปลี่ยนแปลงความคิด และกระตุ้นให้สมาชิกในกลุ่มแสดงการสนับสนุนและให้กำลังใจซึ่งกันและกัน จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกที่ดีต่อตนเองและผู้อื่น รวมถึงมีความมั่นใจและภูมิใจตนเองอีกด้วย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

8. ผู้วิจัยและผู้ป่วยร่วมกันสรุปความรู้ที่ได้ เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย มอบหมายงานให้ผู้ป่วยค้นหาข้อดีภายในตนเองและสิ่งดี ๆ ที่ผู้ป่วยพบเจอ พร้อมทั้งให้นำการบ้านมาเข้ากลุ่มในครั้งถัดไป

### การประเมินผล

ประเมินผลจากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ และการที่ผู้ป่วยเปิดเผยความคิดทางลบที่มีต่อตนเอง ให้ผู้วิจัยและสมาชิกในกลุ่มรับทราบ แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมีความไวใจผู้อื่น ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมร่วมกัน เป็นการเริ่มต้นสัมพันธ์ภาพที่ดี ผู้ป่วยเข้าใจว่าความคิดทางลบที่ตนมีอยู่นั้นทำให้เกิดความทุกข์ และเกิดเป็นภาวะซึมเศร้า จากนั้นผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนความคิดทางลบเป็นความคิดที่เหมาะสมได้ ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“ผมคิดมาตลอดว่าผมเป็นคนบ้า แต่จริง ๆ แล้วผมก็แค่ป่วย กินยาต่อเนื่องอาการก็ดีขึ้น”

“ถึงผมจะเรียนไม่จบ อ่านหนังสือไม่ออก แต่ผมก็ทำงานช่างเก่งนะ งานเฟอร์นิเจอร์ของผมสวยด้วย”

“ผมไม่มีงานทำ แต่ผมไม่เคยอยู่บ้านเฉย ๆเลยนะ ช่วยพ่อทำงานบ้านตลอด”

“หนูไม่ชอบหุ่นตัวเองเลย มันอ้วนแหละ แต่ก็ไม่ได้มากมาย รวมๆพอดได้อยู่”

“เพื่อนที่ทำงานชอบมาว่า เท่าที่ดูทุกคนก็เคยเจอ หนูก็เก่งนะนี่ผ่านมาได้”

## กิจกรรมที่ 2 ความจริงในสิ่งที่ฉันเป็น

ระยะเวลา 60-90 นาที

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยได้ทบทวนตนเอง สามารถยอมรับในข้อเสียและภูมิใจในข้อดีของตน
2. เพื่อให้ผู้ป่วยมีทัศนคติที่ดีต่อตนเองและผู้อื่น
3. เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเองที่สามารถค้นพบข้อดีภายในตนเองและได้มีโอกาสช่วยเหลือผู้อื่น

### สาระสำคัญ

ในประสบการณ์ชีวิตที่ผ่านมา ทุกคนย่อมเคยทำเรื่องผิดพลาด ที่ทำให้ตนเองหรือคนรอบข้างต้องผิดหวัง ซึ่งการคิดเกี่ยวกับเรื่องเหล่านั้นเข้าไปซ้ำๆ ทำให้เกิดความคิดทางลบต่อตนเอง ต่อสิ่งแวดล้อม และสถานการณ์ต่าง ๆ ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยจึงต้องอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจว่า ทุกคนเคยทำสิ่งผิดพลาด และไม่มีใครที่ไม่เคยผิดหวัง สิ่งสำคัญคือต้องให้อภัยตัวเอง เรียนรู้จากความผิดพลาดหรือความผิดหวังนั้น แล้วแก้ไขให้ดีขึ้น กระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ทบทวน ทำความเข้าใจตนเอง รู้ถึงข้อดีและข้อเสียของตน เมื่อผู้ป่วยสามารถยอมรับตนเองได้ จะเกิดความพึงพอใจต่อตนเอง สิ่งแวดล้อม และเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น รวมถึงเป็นการสะท้อนของการอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมว่าทุกคนต่างมีข้อดีและข้อเสียเช่นกัน ให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสช่วยเหลือในการหาข้อดีของสมาชิกในกลุ่ม นอกจากผู้ป่วยจะรู้สึกภูมิใจในตนเองแล้ว ยังเป็นการส่งเสริมให้มองผู้อื่นในทางบวก มีสัมพันธภาพที่ดี เกิดความรู้สึกดีต่อสิ่งแวดล้อม ทำให้ภาวะซึมเศร้ามลดลง

### สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบความรู้ที่ 2.1 เรื่อง การยอมรับตนเอง และเห็นคุณค่าในตนเอง
2. ใบกิจกรรมที่ 2.1 เรื่อง นี้แหละตัวฉัน
3. กระดาษโปสเตอร์
4. ปากกาสี/ดินสอ

### การดำเนินกิจกรรม

1. กล่าวทักทายสมาชิกภายในกลุ่ม พูดคุยเรื่องทั่วไปเพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย

2. สอบถามผู้ป่วยเกี่ยวกับการบ้านที่ได้รับจากการเข้ากลุ่มครั้งที่แล้ว โดยให้ผู้ป่วยพูดถึงสิ่งที่ดี ๆ ภายตนเองและสิ่งดี ๆ ที่ได้พบเจอในชีวิตประจำวัน และกระตุ้นให้เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การมีความคิดทางบวกของสมาชิกในกลุ่ม

3. เกริ่นนำว่า ทุกคนเกิดมามีความดีที่ผิดพลาด และเคยรู้สึกผิดหวังทั้งนั้น รวมถึงผู้คนที่ประสบความสำเร็จในทุกวันนี้ มีจำนวนมากที่เผชิญความผิดหวังมาก่อน เช่น อัลเบิร์ต ไอน์สไตน์ ซึ่งปัจจุบันทุกคนรู้จักเขาว่าเป็นอัจฉริยะคนหนึ่งของโลก แต่ในอดีตเขาเองได้ถูกคนรอบข้างมองว่าเป็นคนโง่ เพราะเขามีพัฒนาการที่ช้ากว่าคนอื่น และยังสอบเข้ามหาวิทยาลัยไม่ได้อีกด้วย แต่เขาค้นพบว่าเขาชอบและมีความถนัดวิชาคณิตศาสตร์เป็นอย่างมาก เขาจึงทำการฝึกฝนและกลายมาเป็นคนที่ ทุกคนยอมรับในระดับโลกได้ จะเห็นได้ว่าทุกคนมีจุดแข็งและจุดอ่อนที่ต่างกัน ดังนั้น หากเราสามารถรู้ถึงจุดอ่อน และจุดแข็งของตน สามารถยอมรับตนเองได้นั้น เราก็จะมีความสุขและสามารถพัฒนาตนเองให้ผู้อื่นยอมรับได้เช่นกัน

4. อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับการยอมรับตนเอง ทั้งข้อดี(จุดแข็ง)และข้อเสีย (จุดอ่อน) พร้อมยกตัวอย่าง และอธิบายเชื่อมโยงไปถึงผลลัพธ์ของการยอมรับตนเองจะทำให้ผู้ป่วยเห็นคุณค่าในตนเองกลายเป็นคนที่เข้าใจตนเองและผู้อื่น มองโลกในแง่ดี และมีสุขในการใช้ชีวิต

5. ให้ผู้ป่วยสงบนิ่ง สูดลมหายใจเข้าลึกๆ นั่งคิดทบทวนเกี่ยวกับตนเอง และเขียนคำตอบเกี่ยวกับตนเองว่า ฉันชื่ออะไร ฉันเป็นคนอย่างไร ปัจจุบันกำลังทำอะไรอยู่ สิ่งที่ชอบและไม่ชอบ ข้อดี(จุดแข็ง)และข้อเสีย(จุดอ่อน)ของตนเอง เมื่อผู้ป่วยทุกคนตอบคำถามในใบกิจกรรมครบแล้ว จากนั้นให้ผู้ป่วยยืนขึ้นและพูดถึงคำตอบของตนเองทีละคน เมื่อพูดเสร็จแล้ว ผู้วิจัยวิเคราะห์คำตอบของผู้ป่วย ปรับปรุงและเพิ่มเติมตามความเหมาะสม กระตุ้นให้สมาชิกภายในกลุ่มแสดงความคิดเห็น และช่วยหาข้อดีของผู้ป่วยที่เป็นเจ้าของคำตอบเพิ่มเติม หลังจากนั้นให้สมาชิกปรบมือให้กับผู้ป่วยที่ตอบคำถามและปรบมือกับตนเองที่ช่วยเหลือหาข้อดีของผู้อื่นทำเช่นนี้จนผู้ป่วยตอบคำถามครบทุกคน

6. ผู้วิจัยและผู้ป่วยร่วมสรุปความรู้ที่ได้ สอบถามความรู้สึกสมาชิกในกลุ่มหลังทำกิจกรรมและกล่าวชื่นชม

### การประเมินผล

ประเมินผลจากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ และการร่วมมือในการทำกิจกรรม พบว่าผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมทั้งในส่วนของตนเอง และส่วนรวม ผู้ป่วยมีความเข้าใจในตนเองมากขึ้น รับรู้ถึงข้อดีและยอมรับในข้อเสียของตน รวมถึงมองผู้อื่นและสิ่งแวดล้อมในทางบวกมากขึ้น ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“ผมเป็นคนอารมณ์ดี ผมไม่ชอบคนโกหก และก็จะไม่ทำแบบนี้กับใคร”

“ฉันเป็นคนมองโลกในแง่ดี ไม่เป็นพิษเป็นภัยกับใคร”

“ข้อเสียของฉันคือเป็นคนที่ยึดคนง่าย ข้อดีคือเป็นคนที่มีจิตใจเข้มแข็ง ชอบช่วยเหลือคนอื่น”

“ตอนนี้ผมกำลังรักษาตัวอยู่ที่ โรงพยาบาลสมเด็จพระยา”

“ผมว่าเพื่อนเขาเป็นคนมีน้ำใจนะ เขาคอยช่วยเจ้าหน้าที่ล้างแก้วน้ำและช่วยอาบน้ำให้เพื่อน”

“ฉันอยู่ในโรงพยาบาล มีเพื่อนคอยให้คำปรึกษา ได้พบสังสรรค์ของชีวิตคือการปลงและการปล่อยวาง มีเจ้าหน้าที่คอยดูแลและห่วงใย เจ้าหน้าที่พยาบาลเหนื่อยแต่ก็ทำงานอย่างเต็มที่”

### กิจกรรมที่ 3 ความคิดในสิ่งที่ฉันมี

ระยะเวลา 60-90 นาที

#### วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยได้ทราบถึงแหล่งสนับสนุนของตน
2. เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจการแสดงออกถึงความหวังดีและความห่วงใยจากแหล่งสนับสนุน
3. เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงความแตกต่างกันของแต่ละบุคคล และกฎเกณฑ์การอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคม
4. เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจการสร้างกำลังใจและความหวังต่อตนเองได้อย่างเหมาะสม

#### สาระสำคัญ

การรับรู้แหล่งสนับสนุนเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้เกิดความรู้สึกปลอดภัยและมั่นคงในการใช้ชีวิต ผู้ป่วยจะรู้สึกได้รับการยอมรับจากผู้อื่น ทำให้เกิดความภูมิใจในตนเอง รู้สึกมีคุณค่า และมั่นใจในการทำอะไรต่าง ๆ รวมถึงสามารถสร้างความหวังและกำลังใจได้ด้วยตนเอง นอกจากนี้ยังเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมองโลกในทางที่ดีเกิดความไว้วางใจบุคคลรอบข้างและพัฒนาความสัมพันธ์กับผู้อื่นได้ดียิ่งขึ้น ไม่รู้สึกโดดเดี่ยวมีความมั่นใจและพร้อมที่จะเผชิญปัญหาช่วยลดความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน ซึ่งส่งผลให้ระดับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยลดลงด้วย

#### สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบความรู้ที่ 3.1 เรื่อง แหล่งสนับสนุนของฉัน
2. ใบความรู้ที่ 3.2 เรื่อง การสร้างความหวังและกำลังใจ
3. ใบกิจกรรมที่ 3.1 เรื่อง ค้นหาแหล่งสนับสนุนของฉัน
4. ใบการบ้านที่ 3.1 เรื่อง ความหวังและกำลังใจของฉัน
5. กระดาษโปสเตอร์
6. ปากกาเมจิก/ดินสอ

#### การดำเนินกิจกรรม

1. กล่าวทักทายสมาชิกภายในกลุ่ม พูดคุยเรื่องทั่วไปเพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย
2. เกริ่นนำว่า เราทุกคนอยู่ร่วมกันในสังคม และมีความสัมพันธ์กันในรูปแบบต่าง ๆ หากเป็นความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิด ก็จะมีความรักและความผูกพันที่มากขึ้น ทำให้เกิดความห่วงใยและ

หวังดีต่อกัน คอยที่จะสนับสนุนกันให้มีชีวิตที่ดี คอยดูแลปกป้องเมื่อพบเจอเหตุการณ์ร้ายๆ รวมถึงอยู่เคียงข้างเป็นกำลังใจเมื่ออีกฝ่ายประสบปัญหา ทำให้เรามีความสุขและรู้สึกปลอดภัย พร้อมทั้งจะเผชิญกับทุกเหตุการณ์ที่เข้ามาในชีวิต

3. อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนในชีวิตและความสำคัญของการรับรู้แหล่งสนับสนุนของตน พร้อมทั้งอธิบายความแตกต่างกันของแต่ละบุคคล ทั้งในด้านความคิด และการแสดงออก เพื่อให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจผู้อื่นมากยิ่งขึ้นยอมรับกฎเกณฑ์ของการอยู่ร่วมกัน และสามารถอยู่ในสังคมได้อย่างสงบสุข

4. ให้ผู้ป่วยค้นหาแหล่งสนับสนุนในชีวิตของตนเองว่าเป็นใคร และในการตอบคำถามจะต้องระบุว่าแหล่งสนับสนุนแสดงออกอย่างไรกับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้ทบทวนว่า ในชีวิตอาจจะมีผู้คนมากมายที่คอยสนับสนุนตนเองอยู่ นอกจากนี้ยังให้ตนเองได้ทบทวนอีกว่า ตนเองรู้สึกอย่างไรกับแหล่งสนับสนุนนั้น ส่วนข้อคำถามที่เกี่ยวกับการให้พูดสิ่งที่ต้องการบอกแหล่งสนับสนุน เป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ตระหนักถึงความสัมพันธ์และสิ่งที่ควรแสดงออก เช่น หากมีความสัมพันธ์ที่ดี อาจจะทำบอกรักหรือขอบคุณ แต่หากอยู่ในความสัมพันธ์ที่ยังไม่ดีอาจจะต้องขอโทษ และปรับปรุงตนเองให้ดีขึ้น เมื่อผู้ป่วยทุกคนตอบคำถามในใบกิจกรรมครบแล้ว จึงให้สมาชิกแต่ละคนพูดถึงคำตอบของตน เพื่อเป็นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ผู้วิจัยคอยสรุป ส่งเสริมความคิดที่ถูกต้องและแก้ไขความคิดที่ไม่เหมาะสม สมาชิกในกลุ่มช่วยกันแสดงความคิดเห็น ปรบมือให้กำลังใจกัน ทำเช่นนี้จนผู้ป่วยตอบคำถามครบทุกคน

5. อธิบายการมองภาพอนาคตของตนด้วยการสร้างความหวัง ซึ่งในการสร้างความหวัง และกำลังใจเพื่อที่จะดำเนินชีวิตไปสู่จุดนั้น สามารถสร้างได้จากความเชื่อมั่นในตนเองและการสนับสนุนของบุคคลรอบข้าง โดยให้ผู้ป่วยได้นำกลับไปคิดทบทวนเป็นการบ้าน พร้อมนำไปการบ้านกลับมาในการเข้ากลุ่มครั้งถัดไป

6. ผู้วิจัยและผู้ป่วยร่วมกันสรุปความรู้ที่ได้ สอบถามความรู้สึกสมาชิกในกลุ่มหลังทำกิจกรรมและกล่าวชื่นชม

### การประเมินผล

ประเมินผลจากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ และการร่วมมือในการทำกิจกรรม พบว่าผู้ป่วยแต่ละคนให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม ค้นพบแหล่งสนับสนุนของตนเองที่แตกต่างกัน เข้าใจวิธีการแสดงออกถึงความรักและความห่วงใย และได้ตระหนักถึงสิ่งที่ตนเองรู้สึกต่อแหล่งสนับสนุน นอกจากนี้แหล่งสนับสนุนยังเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยสามารถมีความหวังและกำลังใจในชีวิต ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“แฟนเป็นแหล่งสนับสนุนของผม เธอคอยโอดงานมาเพื่อมาหาและซื้อของมาให้ผม”

“แหล่งสนับสนุนของผมคือ ย่า ย่าจะคอยตักเตือนเวลาทำอะไรผิด และคอยดูแลอยู่เสมอ”



“ครอบครัวทำให้ฉันรู้สึกดี ปลอดภัย อุ่นใจ และอบอุ่น”  
 “ฉันคิดถึงครอบครัวที่อบอุ่น ถึงทะเลาะเบาะแว้งกันบ้างก็มีความสุขที่ได้อยู่ร่วมกัน”  
 “ฉันรักพวกเขา(พ่อ แม่ แฟน) ฉันอาจจะทำผิดกับเขาไว้มากเพราะทำก่อนคิด ขอโทษ”  
 “ผมจะกลับตัวเป็นคนดี เพื่อพ่อกับแม่”

#### กิจกรรมที่ 4 ความจริงในสิ่งที่ฉันมี

ระยะเวลา 60-90 นาที

##### วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยได้ทราบถึงการปฏิบัติตนเพื่ออยู่ร่วมกับแหล่งสนับสนุนได้อย่างมีความสุข
2. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถค้นพบแหล่งสนับสนุนที่เป็นบุคคลรอบข้างได้
3. เพื่อให้ผู้ป่วยมองบุคคลรอบข้างและสิ่งแวดล้อมในทางบวก
4. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถสร้างความหวังและกำลังใจต่อตนเองได้อย่างเหมาะสม
5. เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสเป็นแหล่งสนับสนุนให้กับผู้อื่น

##### สาระสำคัญ

เนื่องจากทุกคนมีความแตกต่างกันทั้งด้านความคิดและการแสดงออก ส่งผลให้เกิดความไม่เข้าใจและขัดแย้งกันได้ตลอดเวลา โดยเฉพาะคนใกล้ชิดหรือผู้ที่อยู่ร่วมกันทั้ง ๆ ที่มีความรักและความหวังดีมอบให้กันมากกว่าบุคคลภายนอก แต่ปัญหาที่เกิดขึ้นอาจจะทำให้เกิดความรู้สึกไม่พอใจและละเลยความหวังดีเหล่านั้น ดังนั้นการรักษาความสัมพันธ์กับแหล่งสนับสนุนจึงต้องเริ่มต้นจากความเข้าใจและยอมรับในความแตกต่าง ทำให้เกิดความคิดในการปรับตัวเข้าหากัน จึงสามารถอยู่ร่วมกันได้อย่างมีความสุข นอกจากนี้แหล่งสนับสนุนไม่ได้มีเพียงบุคคลใกล้ชิดเพียงเท่านั้น ผู้ป่วยยังสามารถค้นพบแหล่งสนับสนุนได้จากบุคคลรอบข้างของตนเอง ทำให้ผู้ป่วยมองสิ่งแวดล้อมในทางบวกมากยิ่งขึ้น รวมถึงการที่ผู้ป่วยสามารถเป็นแหล่งสนับสนุนให้กับผู้อื่นได้เช่นกัน ผู้ป่วยจะรู้สึกมีคุณค่าภูมิใจในตนเอง ส่งผลให้ระดับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยลดลง

##### สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบความรู้ที่ 4.1 เรื่อง ความรักอยู่รอบตัวเรา
2. ใบกิจกรรมที่ 4.1 เรื่อง เราจะอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข
3. ใบกิจกรรมที่ 4.2 เรื่อง เธอเป็นแหล่งสนับสนุนของฉันนะ
4. กระดาษ/โปสเตอร์
5. ปากกาเมจิก/ดินสอ

##### การดำเนินกิจกรรม

1. กล่าวทักทายสมาชิกภายในกลุ่ม พูดคุยเรื่องทั่วไปเพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย

2. เกริ่นนำว่า จากครั้งที่แล้วเราได้ค้นพบแหล่งสนับสนุนของตนเองแล้ว คราวนี้เราจะมาทำความเข้าใจและหาวิธีที่จะอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข เนื่องจากทุกคนย่อมมีความแตกต่างกันทั้งความคิดและการแสดงออก ทำให้เกิดความไม่เข้าใจซึ่งกันและกัน มองข้ามความรักและความหวังดีที่มองให้กัน เราจึงต้องทำความเข้าใจและยอมรับในความแตกต่าง ปรับตัวเข้าหากัน เพื่อที่จะอยู่ร่วมกันได้อย่างมีความสุข

3. อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับความแตกต่างของบุคคล ทั้งด้านความคิดและการแสดงออก รวมถึงการแสดงออกถึงความรักและความหวังใยในลักษณะต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้ตระหนักถึงรูปแบบของความรักและความหวังใยที่เคยได้รับจากแหล่งสนับสนุนของตน รวมถึงชี้ให้ผู้ป่วยเห็นคุณค่าและความสำคัญของแหล่งสนับสนุน ไม่มองข้ามสิ่งดี ๆ ที่ได้รับ เข้าใจและยอมรับในข้อดี ข้อเสีย พร้อมทั้งปรับปรุงแก้ไขตนเองให้สามารถอยู่ร่วมกับแหล่งสนับสนุนได้อย่างมีความสุข

4. ให้ผู้ป่วยตอบคำถามเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนของตนเอง เพื่อทำความเข้าใจในลักษณะนิสัย รวมถึงทบทวนข้อดี และค้นหาข้อเสียของแหล่งสนับสนุน ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยได้มองเห็นถึงมุมมองของตนที่มีต่อแหล่งสนับสนุนว่าเหมาะสมหรือไม่ ปัญหาความสัมพันธ์เกิดขึ้นจากสาเหตุใด เพื่อที่จะค้นหาแนวทางการแก้ไขปัญหามาให้อยู่ร่วมกันได้อย่างมีความสุข

5. ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยเขียนชื่อสมาชิก 2 คนที่นั่งอยู่ข้างๆด้านซ้ายขวาลงในใบกิจกรรม จากนั้นให้ผู้ผู้ป่วยพูดถึงความหวังและกำลังใจที่ตนเองได้สร้างขึ้น จากการให้การบ้านครั้งที่แล้ว ทีละคน ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูล เพิ่มเติมและแก้ไขให้เหมาะสมกับผู้ป่วย แล้วให้สมาชิกที่นั่งข้างๆทั้ง 2 คน ร่วมให้คำแนะนำและกำลังใจต่อผู้ป่วย ทำเช่นนี้จนครบทุกคน ผู้วิจัยสรุปให้ผู้ผู้ป่วยเข้าใจว่า แหล่งสนับสนุนอาจจะมาจากคนใกล้ๆตัวที่ทำให้เรามีกำลังใจมากขึ้น และเราเองก็สามารถเป็นแหล่งสนับสนุนให้กับผู้อื่นได้เช่นกัน

6. ผู้วิจัยและผู้ป่วยร่วมกันสรุปความรู้ที่ได้ สอบถามความรู้สึกสมาชิกในกลุ่มหลังทำกิจกรรม และกล่าวชื่นชม

### การประเมินผล

ประเมินผลจากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ และการร่วมมือในการทำกิจกรรม พบว่าผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม ทั้งในส่วนของตนเอง และส่วนรวม ผู้ป่วยเข้าใจว่าทุกคนมีความแตกต่างกันทั้งความคิดและการแสดงออก ทำให้เกิดปัญหาในการอยู่ร่วมกัน ผู้ป่วยสามารถวิเคราะห์ลักษณะนิสัย ข้อดีและข้อเสียของแหล่งสนับสนุน รวมถึงปัญหาที่มักเกิดขึ้น ค้นหาแนวทางแก้ไขด้วยตนเอง และจากประสบการณ์ของสมาชิกภายในกลุ่ม รู้ถึงวิธีการแสดงออกต่อผู้อื่นถึงความรักและความหวังใย นอกจากนี้ผู้ป่วยได้ค้นพบแหล่งสนับสนุนจากบุคคลรอบข้างและได้มีโอกาสเป็นแหล่งสนับสนุนให้กับผู้อื่นด้วย ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“น้องของฉันเป็นคนน่ารัก เอาใจใส่ฉันสม่ำเสมอ คอยห่วงใย แต่น้องเป็นคนเอาแต่ใจนิดหน่อย ไม่

ค่อยเข้าใจกัน เรามักมีปัญหาเล็ก ๆ น้อย ๆ เช่น เรื่องทำงานบ้าน”

“เวลาคุยกันถ้าแม่และน้องสาวอารมณ์ขึ้น เสียงดัง ฉันจะเป็นผู้ฟังที่ดีอย่างเดียว”

“ฉันและน้ำมักจะทะเลาะมีปากเสียงกัน ฉันจะใจเย็น ไม่เอาแต่ใจตัวเอง”

“ฉันอยากจะกอดพ่อ และบอกว่ารักพ่อ”

“สิ่งที่สำคัญในชีวิต คือ ความรักของครอบครัว ฉันจะต้องมีอนาคตที่ดีกว่านี้ จะออกไปขายของ”

“ฉันเชื่อว่าออกไป ฉันจะเรียนต่อจนจบม. 6 ได้ เพราะฉันตั้งใจจริง ๆ”

“ผมเชื่อว่าเพื่อนต้องทำได้ เพราะเพื่อนเป็นคนมีความพยายาม มุ่งมั่น ตั้งใจ”

### กิจกรรมที่ 5 ความคิดในสิ่งที่ฉันทำได้

ระยะเวลา 60-90 นาที

#### วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถค้นหาวิธีการแก้ปัญหาสัมพันธภาพและปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันได้
2. เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจวิธีการสร้างสัมพันธภาพและการสื่อสารอย่างเหมาะสม
3. เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทและการปฏิบัติตนได้ถูกต้อง
4. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการดำเนินชีวิตประจำวันและมีเป้าหมายในชีวิต

#### สาระสำคัญ

ผู้ป่วยจิตเภทมักจะมีปัญหาในชีวิตประจำวัน โดยเฉพาะปัญหาการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น เนื่องจากอาการของโรค ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกโดดเดี่ยว ไม่มีคุณค่า ไม่มีความมั่นใจในการดำเนินชีวิต และเผชิญปัญหาต่าง ๆ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดและกลายเป็นภาวะซึมเศร้าในที่สุด ดังนั้นความเข้าใจในโรคและการดูแลตนเอง รวมถึงการมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น จึงเป็นสิ่งจำเป็นที่ผู้ป่วยต้องเรียนรู้ เพื่อให้ผู้ป่วยจะสามารถดำเนินชีวิตด้วยความราบรื่นและอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข ซึ่งจะช่วยลดและป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทได้

#### สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบความรู้ที่ 5.1 เรื่อง การสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น
2. ใบกิจกรรมที่ 5.2 เรื่อง การตั้งเป้าหมายในชีวิต
3. ใบกิจกรรมที่ 5.1 เรื่อง คำพูดที่เหมาะสม
4. ใบการบ้านที่ 5.1 เรื่อง ตั้งเป้าหมาย แล้วไปให้ถึง
5. คลิปวิดีโอ เรื่อง ผู้พิชิตโรคจิตเภท
6. กระดาษ/โปสเตอร์
7. ปากกาเมจิก/ดินสอ

### การดำเนินกิจกรรม

1. กล่าวทักทายสมาชิกภายในกลุ่ม พูดคุยเรื่องทั่วไปเพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย
2. เกริ่นนำด้วยการถามสมาชิกในกลุ่มว่า การที่เราป่วยเป็นโรคจิตเภท ด้วยอาการแสดงของโรค เช่น ความคิด และการแสดงออกที่ผิดปกติ เป็นต้น ส่งผลให้เกิดปัญหาในชีวิตประจำวันหรือไม่ แล้วมีปัญหาอะไรบ้าง
3. ให้ผู้ป่วยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม โดยการให้ผู้ป่วยนับ 1 2 สลับกันจนครบ และให้ผู้ที่นับ 1 อยู่กลุ่มที่ 1 และผู้ที่นับ 2 อยู่กลุ่มที่ 2 จากนั้นให้แต่ละกลุ่มคิดปัญหาที่มักจะพบได้บ่อยในชีวิตประจำวัน หรืออาจจะเป็นปัญหาในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น (เช่น ปัญหาการเข้าสังคม, ปัญหาการเป็นภาระเนื่องจากทำงานไม่ได้ เป็นต้น)
4. ให้ความรู้ผู้ป่วยกลุ่มละ 10 นาที โดยให้สมาชิกช่วยกันคิดสาเหตุของปัญหาและวิธีในการแก้ไข เพื่อให้ผู้ป่วยร่วมกันมองปัญหาด้วยมุมมองที่หลากหลายและหาแนวทางแก้ไขที่ดีที่สุดร่วมกัน นอกจากนี้ยังช่วยให้ผู้ป่วยได้เข้าใจว่า ปัญหาแล้วแต่มีหนทางแก้ไข ซึ่งเราเองอาจจะยังไม่เข้าใจในตัวของปัญหามากพอ และการรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่นอาจจะได้รับแนวคิดดี ๆ มากขึ้น
5. สรุปลักษณะของปัญหาและวิธีการแก้ไขปัญหาที่ผู้ป่วยในกลุ่มร่วมกันคิด วิเคราะห์ข้อมูลพร้อมทั้งปรับปรุงและเพิ่มเติมให้เหมาะสม โดยเน้นวิธีการแก้ไขปัญหาที่สำคัญคือ การควบคุมอาการของโรคไม่ให้เกิดการกำเริบ ซึ่งก็คือวิธีการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างถูกต้อง
6. อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท ได้แก่ สาเหตุ อาการ และการดูแลตนเอง โดยใช้สื่อคลิปวิดีโอ เรื่อง ผู้พิชิตโรคจิตเภท พร้อมเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถาม เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจในโรคจิตเภทว่า โรคจิตเภทเป็นเพียงโรคเรื้อรังที่จำเป็นต้องดูแลตนเองให้ดีเพื่อป้องกันการกำเริบของโรค ไม่ใช่ตราบาปที่ติดตัวของตนเอง ช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกต่อตนเองดีขึ้น และมั่นใจในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นมากขึ้น
7. อธิบายเกี่ยวกับการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นและการสื่อสารด้วยคำพูดที่เหมาะสม
8. ให้ผู้ป่วยทำใบกิจกรรมที่ 5.1 และขออาสาสมัคร 2 คน เพื่อจำลองสถานการณ์ตามใบกิจกรรมเพื่อให้สมาชิกในกลุ่มตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบของตนเอง ผู้ป่วยจะได้ทดลองใช้คำพูด รวมถึงการแสดงท่าทาง น้ำเสียง ที่เหมาะสม และเป็นตัวอย่างให้กับสมาชิกในกลุ่มได้เห็นภาพชัดเจน
9. อธิบายเกี่ยวกับการตั้งเป้าหมายในชีวิต เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถมีจุดมุ่งหมายในสิ่งที่ตนเองต้องการ และแนะนำวิธีการดำเนินไปสู่เป้าหมาย ซึ่งการมีเป้าหมายในชีวิตและการสามารถทำตามขั้นตอนที่วางแผนได้สำเร็จ จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความภูมิใจในตนเอง ช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้
10. มอบหมายงานให้ผู้ป่วยฝึกตั้งเป้าหมายในชีวิตของตนและวางแผนเพื่อดำเนินไปสู่เป้าหมายเป็นการบ้าน และนำใบการบ้านมาเข้ากลุ่มในครั้งหน้าด้วย

11. ผู้วิจัยและผู้ป่วยร่วมกันสรุปความรู้ที่ได้ สอบถามความรู้สึกและกล่าวชื่นชมสมาชิก พร้อมแจ้งว่าการเข้ากลุ่มครั้งหน้าจะเป็นการเข้ากลุ่มครั้งสุดท้าย

#### การประเมินผล

ประเมินผลจากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ และการร่วมมือในการทำกิจกรรม พบว่า ผู้ป่วยตั้งใจในการทำกิจกรรมร่วมกัน ผู้ป่วยเข้าใจว่าทุกคนล้วนมีปัญหาที่เผชิญ และหลีกเลี่ยงไม่ได้ แต่ทุกอย่างมีทางแก้ไข โดยทุกคนต่างช่วยกันค้นหาหนทางแก้ไข ทำงานร่วมกันได้อย่างดี รับฟังซึ่งกัน และกัน ทุกคนเข้าใจวิธีการแก้ปัญหาและเน้นที่การเปลี่ยนแปลงที่ตนเอง สิ่งสำคัญที่ช่วยป้องกันและแก้ไขปัญหา คือ การดูแลตนเองอย่างถูกต้อง เพื่อไม่ให้อาการกำเริบ มีสติ และไม่สร้างปัญหา และได้ฝึกการใช้คำพูดที่เหมาะสมในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น เข้าใจการตั้งเป้าหมายและการลงมือทำ เพื่อให้สำเร็จ ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“ปัญหาที่เกิดขึ้นคือ คนอื่นมักกล่าวหาว่า บ้า ทั้งที่จริง ๆ แล้วพวกเราแค่ป่วย”

“เปลี่ยนคนอื่นไม่ได้ ก็ต้องแก้ไขที่ตัวเอง เขาเคยเห็นเรารุ้มตัวเองไม่ได้ ต่อไปต้องไม่ขาดยาแล้ว”

“เจอพวกที่ทำงานเดียวกันขึ้นินทา อยากจะหนีไปให้ไกลจังเลยคะ”

“พระพุทธเจ้ายังเคยถูกนินทาเลย หนียังงี้ก็ไม่พ้น ไม่สนละกัน”

“เพื่อน ๆ แสดงละครเห็นภาพเลย ฮ่า ๆ พุดต่างกันนิดเดียว ทะเลาะกันได้เลยนะเนี่ย ”

“เดี่ยวครั้งหน้ามาบอกนะพยาบาล ถ้าได้กลับบ้าน มีเรื่องอยากทำเยอะเลย”

#### กิจกรรมที่ 6 ความจริงในสิ่งที่ฉันทำได้

ระยะเวลา 60-90 นาที

#### วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจความคิดทางบวกที่มีต่อตนเอง ต่อผู้อื่น และต่อสิ่งแวดล้อมที่เกิดขึ้น ในระหว่างการเข้ากลุ่มและสามารถนำกลับไปใช้ในชีวิตประจำวันได้
2. เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจตนเองมากขึ้น ในสิ่งที่มีและสิ่งที่ตนเองสามารถสร้างขึ้นได้
3. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถค้นหาแหล่งประโยชน์จากบุคคลรอบข้างและสิ่งแวดล้อมได้
4. เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจและยอมรับการยุติสัมพันธภาพ
5. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการเผชิญปัญหาและดำเนินชีวิตในสังคมต่อไปอย่างมีความสุข

#### สาระสำคัญ

ทุกความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นย่อมมีการสิ้นสุดลง ผู้ป่วยจำเป็นต้องเรียนรู้ เพื่อที่จะสามารถยอมรับกับการจากลา และใช้ชีวิตของตนเองต่อไปได้ โดยใช้สิ่งที่ได้เรียนรู้จากประสบการณ์ที่ผ่านมา ให้เป็นประโยชน์กับตนเองมากที่สุด ซึ่งในการสิ้นสุดความสัมพันธ์นี้เป็นการเสริมสร้างความเข้มแข็ง

ทางใจของผู้ป่วย เพราะในการใช้ชีวิตประจำวัน การสิ้นสุดความสัมพันธ์หรือการจากลาเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ หากผู้ป่วยไม่สามารถยอมรับได้ จะนำมาซึ่งความโศกเศร้าที่รุนแรง กลายเป็นภาวะซึมเศร้าในที่สุด แต่ถ้าหากผู้ป่วยสามารถเข้าใจในการสิ้นสุดความสัมพันธ์ จะส่งผลให้เกิดมุมมองความคิดต่อตนเอง ต่อสิ่งแวดล้อม และต่อสถานการณ์ที่ดี มีความสามารถในการสร้างกำลังใจต่อตนเอง สามารถค้นพบแหล่งสนับสนุนอื่น ๆ ทำให้ภาวะซึมเศร้ามลดลง รวมถึงสามารถป้องกันภาวะซึมเศร้าที่อาจเกิดขึ้นในอนาคตได้

### สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. กระดาษ/โปสเตอร์
2. ปากกาเมจิก/ดินสอ

### การดำเนินกิจกรรม

1. กล่าวทักทายสมาชิกภายในกลุ่ม พูดคุยเรื่องทั่วไปเพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย พร้อมทั้งบอกผู้ป่วยว่าครั้งนี้เป็นกิจกรรมสุดท้ายของโปรแกรม และจะทำการยุติกลุ่มหลังทำกิจกรรม
2. อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจว่า การสิ้นสุดความสัมพันธ์และการจากลา เป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ แม้ว่าอาจจะทำให้เกิดความรู้สึกเศร้า แต่เป็นสิ่งที่เราต้องยอมรับ และใช้ชีวิตต่อไป โดยเรียนรู้ประสบการณ์ที่ผ่านมาให้เป็นประโยชน์มากที่สุด
3. ให้ผู้ป่วยได้ทบทวนประสบการณ์ที่ได้เรียนรู้จากกลุ่มเกี่ยวกับ 5 กิจกรรมที่ผ่านมา โดยให้ผู้ป่วยพูดถึงความคิดที่มีต่อตนเอง ข้อดี-ข้อเสีย สิ่งที่ตนเองต้องพัฒนาและปรับปรุง แหล่งสนับสนุนของตนความมั่นใจในการสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น และความพร้อมในการเผชิญปัญหาต่าง ๆ
4. ผู้วิจัยวิเคราะห์ความคิดของผู้ป่วยทีละคน เพิ่มเติมและปรับปรุงให้เหมาะสม รวมถึงสรุปความคิดที่เปลี่ยนไปของผู้ป่วย
5. ให้ผู้ป่วยนำใบการบ้านที่ 5.1 เรื่อง ตั้งเป้าหมาย แล้วไปให้ถึง ที่ได้รับจากครั้งที่แล้ว แล้วให้ผู้ป่วยพูดถึงเป้าหมายของตน และความเชื่อมั่นที่มีต่อความคาดหวังนั้น เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสามารถในตนเอง รู้สึกภูมิใจและมีคุณค่า ดำเนินชีวิตอย่างมีเป้าหมาย ช่วยลดและป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย
6. วิเคราะห์ข้อมูลของผู้ป่วยทีละคน เพิ่มเติมและปรับปรุงให้เหมาะสมกับผู้ป่วย กระตุ้นให้สมาชิกในกลุ่มแสดงความคิดเห็นและชื่นชมผู้ป่วยเมื่อมีความคิดที่เหมาะสม
7. สรุปความรู้การสร้างความเข้มแข็งทางใจทั้ง 3 ด้าน สอบถามความรู้สึกของผู้ป่วยจากการเข้ากลุ่ม และกล่าวยุติกลุ่ม

### การประเมินผล

ประเมินผลจากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ และการร่วมมือในการทำกิจกรรม พบว่าผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมอย่างดี ผู้ป่วยอธิบายถึงความคิดที่มีต่อตนเอง ต่อสิ่งแวดล้อม

ที่เปลี่ยนไป เป็นมุมมองในทางบวกมากขึ้น เข้าใจว่าตนเองมีทั้งข้อดีและข้อเสีย พยายามปรับปรุงข้อเสียของตน มีความเชื่อมั่นในตนเองเมื่อต้องเผชิญกับปัญหาว่าตนเองจะสามารถแก้ไขและผ่านพ้นไปได้ ระบุว่าตนเองมีแหล่งสนับสนุนที่คอยให้คำปรึกษาและอยู่เคียงข้าง มีความหวังในการดำเนินชีวิต กำหนดเป้าหมายและสิ่งที่จะต้องทำอย่างชัดเจนเพื่อให้สำเร็จตามเป้าหมาย ภูมิใจในตนเองที่มีสัมพันธภาพที่ดีกับสมาชิกในกลุ่มและยอมรับได้เมื่อสัมพันธภาพต้องยุติลง ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“ผมรู้สึกกับตัวเองดีขึ้นนะ ตอนนี้ก็แค่ป่วยไม่ได้ทำอะไรผิด อยู่ที่นี่มันก็ดีนะ มีเพื่อนคุย มีเจ้าหน้าที่ดูแลอาหารดีทุกมื้อ แต่ถ้าได้ออกโรงพยาบาลมันก็ดีกว่าแหละ”

“หนูรู้สึกว่าถึงหนูจะป่วย เรียนไม่จบ หนูก็ยังไม่หยุดความพยายามที่จะเรียนต่อ”

“ต่อไปจะไม่หนีพวกซี้نینทาอีกแล้ว หนียังไงก็ไม่พ้น หมดเรื่องเดียวกันกันนินทาตัวเอง”

“หมอบอกว่าหนูใกล้ได้ออกจากโรงพยาบาลแล้ว ก่อนออกอยากขอคำปรึกษาจากพี่(สมาชิกในกลุ่ม)เรื่องการขายของหน่อย พี่เขาเป็นเซลส์น่าจะแนะนำได้ดี”

“ผมจะเลิกสูบบุหรี่ให้ได้ภายใน 3 เดือน เริ่มจากไม่เดินไปซื้อ ถ้าอยากก็เคี้ยวหมากฝรั่งแทน”

“ผมตั้งใจจะเป็นช่างเฟอร์นิเจอร์ที่เก่งให้ได้ ต้องฝึกฝนบ่อย ๆ แต่ต้องออกจากโรงพยาบาลก่อน งั้นจะตั้งใจกินยาและก็เข้ากลุ่มตามพยาบาลบอก จะได้ออกซั๊กที ”

“คุณพยาบาลจะไม่มาทำกลุ่มอีกแล้วหรือคะ เสียตายจิงเลย แต่กลุ่มจบแล้ว งั้นขอให้โชคดี เรียนจบไวๆนะคะ”

### 3. ชั้นประเมินผลการทดลอง

3.1 กลุ่มทดลองหลังเสร็จสิ้นการดำเนินโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจเพื่อลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภท ประเมินผลด้วยแบบประเมินพลังสุขภาพจิตทันทีหลังเสร็จสิ้นการดำเนินกิจกรรมทันที โดยผลคะแนนพลังสุขภาพจิตของกลุ่มทดลองจะต้องอยู่ในเกณฑ์ปกติ (55 คะแนนขึ้นไป) และนัดพบอีกครั้ง 1 สัปดาห์ ติดตามประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภท โดยมีผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้ประเมิน จากนั้นทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลที่ได้ แล้วนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

3.2 กลุ่มควบคุมเมื่อครบกำหนด 2 สัปดาห์ ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างในสัปดาห์ที่ 3 เพื่อขอความร่วมมือในประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภท โดยมีผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้ประเมิน เมื่อเสร็จเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยให้ข้อมูลการสร้างความเข้มแข็งทางใจ จากนั้นทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลที่ได้ แล้วนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยดำเนินการเป็นลำดับขั้น ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างนำมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ

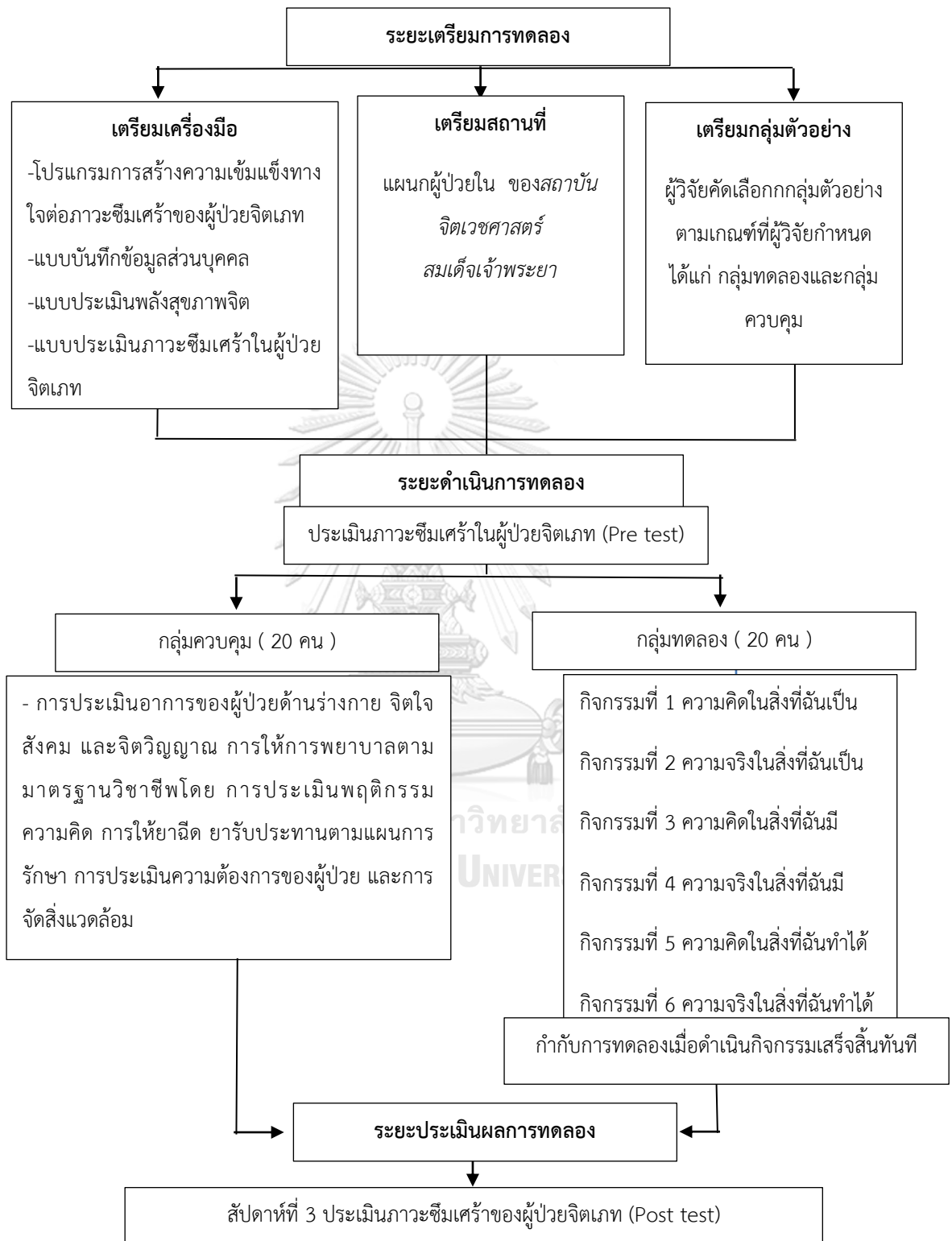
2. เปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าในแต่ละกลุ่มคือในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจและในกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติใช้สถิติทดสอบที (Paired sample t – test) กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. เปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มคือระหว่างกลุ่มทดลองก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจกับกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติใช้สถิติทดสอบที (Independent sample t – test) กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05





## แสดงสรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัย



## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ผลของโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจแบบกลุ่มต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภท โดยเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจแบบกลุ่มกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภท ซึ่งได้รับการวินิจฉัยโรคตามคู่มือการวินิจฉัยแยกโรคทางจิตเวชตามการจำแนกโรคระหว่างประเทศฉบับประเทศไทย ฉบับที่ 10 (The 10<sup>th</sup> Revision of the International Statistical Classification of Diseases and Related health Problems:ICD-10) ทั้งเพศหญิงและเพศชาย อายุระหว่าง 20-59 ปี ที่มารับบริการในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา แบบผู้ป่วยในจำนวน 40 คน ซึ่งถูกจับคู่ (Matched-pair) ให้มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันเรื่องเพศ อายุและอาการทางจิต จากนั้นสุ่มที่ละคู่เข้ากลุ่มทดลอง 20 คน กลุ่มควบคุม 20 คน โดยมีการวัดภาวะซึมเศร้ามก่อนและหลังการทดลอง

สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปแบบตารางประกอบการบรรยาย โดยนำเสนอรายละเอียดตามลำดับ ดังนี้

**ตอนที่ 1** ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

**ตอนที่ 2** เปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

**ตอนที่ 3** เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าโดยรวมของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

### ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาในการเจ็บป่วยและจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		รวม(n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>						
ชาย	12	60	12	60	24	60
หญิง	8	40	8	40	16	40
<b>อายุ</b>						
20-29	5	25	6	30	11	27.5
30-39	6	30	6	30	12	30
40-49	5	25	5	25	10	25
50-59	4	20	3	15	7	17.5
<b>สถานภาพสมรส</b>						
โสด	13	65	14	70	27	67.5
คู่	5	25	3	15	8	20
หม้าย	1	5	1	5	2	5
หย่า/ร้าง/แยก	1	5	2	10	3	7.5
<b>นับถือศาสนา</b>						
พุทธ	19	95	20	100	39	97.5
อิสลาม	-	-	-	-	-	-
คริสต์	1	5	-	-	1	2.5
<b>ระดับการศึกษา</b>						
ไม่ได้ศึกษา	2	10	-	-	2	5
ประถมศึกษา	5	25	7	35	12	30
มัธยมศึกษาตอนต้น	8	40	7	35	15	37.5
มัธยมศึกษาตอนปลาย	3	15	-	-	3	7.5
ปวช./ปวส.	2	10	5	25	7	17.5
ปริญญาตรี	-	-	1	5	1	2.5

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง(n=20)		กลุ่มควบคุม(n=20)		รวม(n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>อาชีพ</b>						
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	7	35	6	30	13	32.5
รับจ้าง	9	45	9	45	18	45
ค้าขาย	3	15	5	25	8	20
เกษตรกร	1	5	-	-	1	2.5
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	-	-	-	-	-	-
<b>รายได้เฉลี่ยต่อเดือน</b>						
ไม่มีรายได้	4	20	4	20	8	20
ต่ำกว่า 5,000 บาท	3	15	3	15	6	15
5,000-10,000 บาท	8	40	5	25	13	32.5
มากกว่า 10,000 บาท	5	25	8	40	13	32.5
<b>ระยะเวลาการเจ็บป่วย</b>						
น้อยกว่า 5 ปี	8	40	8	40	16	40
5 – 10 ปี	10	50	10	50	20	50
11 – 15 ปี	1	5	-	-	1	2.5
16 – 20 ปี	1	5	1	5	2	5
มากกว่า 20 ปี	-	-	1	5	1	2.5
<b>จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษา</b>						
<b>ในโรงพยาบาล</b>						
1-2 ครั้ง	10	50	11	55	21	52.5
3-4 ครั้ง	4	20	6	30	10	25
5 ครั้งขึ้นไป	6	30	3	15	9	22.5

จากตารางที่ 3 พบว่าลักษณะของกลุ่มตัวอย่างทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 60 และเป็นเพศหญิงร้อยละ 40 กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วงระหว่าง 30-39 ปี คิดเป็นร้อยละ 30 และกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 20-29 ปี และ 30-39 ปี แต่ละช่วงอายุคิดเป็นร้อยละ 30 กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสโสด คิดเป็นร้อยละ 65 และร้อยละ 70 ตามลำดับ รวมถึงการนับถือศาสนา โดยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่จะนับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 95 และร้อยละ 100 ตามลำดับ ด้านการศึกษา กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 40 ส่วนกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ระดับการศึกษาที่ระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษาตอนต้น ซึ่งมีจำนวนเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 35 ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 45 กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีรายได้ 5,000-10,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 40 ส่วนกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีรายได้มากกว่า 10,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 40 ระยะเวลาในการเจ็บป่วยของทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 5-10 ปี คิดเป็นร้อยละ 50 และจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เข้ารับการรักษา 1-2 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 50 และร้อยละ 55 ตามลำดับ นอกจากนี้ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่ได้รับยารักษาอาการซึมเศร้า และไม่มีการเปลี่ยนแปลงขนาดยารักษาอาการทางจิตตลอดระยะเวลาการดำเนินการวิจัย

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคุณลักษณะ (matched - pair) ของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นรายคู่

คู่ที่	เพศ		อายุ		คะแนน BPRS	
	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
1	ชาย	ชาย	40 - 49	40 - 49	32	32
2	ชาย	ชาย	40 - 49	40 - 49	31	32
3	ชาย	ชาย	20 - 29	20 - 29	34	33
4	ชาย	ชาย	20 - 29	20 - 29	32	32
5	ชาย	ชาย	30 - 39	30 - 39	33	33
6	ชาย	ชาย	30 - 39	30 - 39	33	33
7	ชาย	ชาย	20 - 29	20 - 29	32	32
8	ชาย	ชาย	30 - 39	30 - 39	32	32
9	ชาย	ชาย	50 - 59	40 - 49	33	33
10	ชาย	ชาย	50 - 59	50 - 59	31	31
11	ชาย	ชาย	30 - 39	40 - 49	32	32
12	ชาย	ชาย	50 - 59	50 - 59	32	32
13	หญิง	หญิง	30 - 39	30 - 39	32	32
14	หญิง	หญิง	20 - 29	20 - 29	32	32
15	หญิง	หญิง	40 - 49	40 - 49	32	32
16	หญิง	หญิง	50 - 59	50 - 59	33	33
17	หญิง	หญิง	20 - 29	20 - 29	32	32
18	หญิง	หญิง	30 - 39	30 - 39	32	32
19	หญิง	หญิง	40 - 49	20 - 29	33	33
20	หญิง	หญิง	40 - 49	30 - 39	32	31

**ตารางที่ 5** เปรียบเทียบคะแนนพลังสุขภาพจิตของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่ม ทดลอง	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	คะแนนพลัง สุขภาพจิต	แปลผล	คะแนนพลัง สุขภาพจิต	แปลผล
คนที่ 1	55	เกณฑ์ปกติ	60	เกณฑ์ปกติ
คนที่ 2	55	เกณฑ์ปกติ	65	เกณฑ์ปกติ
คนที่ 3	57	เกณฑ์ปกติ	65	เกณฑ์ปกติ
คนที่ 4	45	ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ	56	เกณฑ์ปกติ
คนที่ 5	50	ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ	55	เกณฑ์ปกติ
คนที่ 6	55	เกณฑ์ปกติ	58	เกณฑ์ปกติ
คนที่ 7	52	ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ	61	เกณฑ์ปกติ
คนที่ 8	55	เกณฑ์ปกติ	60	เกณฑ์ปกติ
คนที่ 9	53	ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ	56	เกณฑ์ปกติ
คนที่ 10	49	ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ	58	เกณฑ์ปกติ
คนที่ 11	52	ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ	55	เกณฑ์ปกติ
คนที่ 12	51	ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ	55	เกณฑ์ปกติ
คนที่ 13	48	ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ	56	เกณฑ์ปกติ
คนที่ 14	50	ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ	59	เกณฑ์ปกติ
คนที่ 15	51	ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ	56	เกณฑ์ปกติ
คนที่ 16	57	เกณฑ์ปกติ	62	เกณฑ์ปกติ
คนที่ 17	51	ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ	60	เกณฑ์ปกติ
คนที่ 18	54	ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ	58	เกณฑ์ปกติ
คนที่ 19	49	ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ	56	เกณฑ์ปกติ
คนที่ 20	56	เกณฑ์ปกติ	61	เกณฑ์ปกติ

จากตารางที่ 5 พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะซึมเศร้ากลุ่มทดลองก่อนการทดลอง มีคะแนนพลังสุขภาพจิตอยู่ในเกณฑ์ปกติจำนวน 7 คน และต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ จำนวน 13 คน หลังการทดลองพบว่าคะแนนพลังสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นอยู่ในเกณฑ์ปกติ (55 คะแนนขึ้นไป) ทุกคน

**ตารางที่ 6** เปรียบเทียบคะแนนพลังสุขภาพจิตและคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่ม ทดลอง	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	คะแนนพลัง สุขภาพจิต	คะแนน ภาวะซึมเศร้า	คะแนนพลัง สุขภาพจิต	คะแนน ภาวะซึมเศร้า
	คนที่ 1	55	13	60
คนที่ 2	55	13	65	7
คนที่ 3	57	13	65	6
คนที่ 4	45	19	56	15
คนที่ 5	50	15	55	13
คนที่ 6	55	13	58	12
คนที่ 7	52	14	61	10
คนที่ 8	55	13	60	9
คนที่ 9	53	13	56	12
คนที่ 10	49	17	58	14
คนที่ 11	52	13	55	12
คนที่ 12	51	15	55	14
คนที่ 13	48	19	56	14
คนที่ 14	50	14	59	11
คนที่ 15	51	14	56	13
คนที่ 16	57	13	62	9
คนที่ 17	51	15	60	9
คนที่ 18	54	13	58	10
คนที่ 19	49	15	56	13
คนที่ 20	56	14	61	9



ตอนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและ กลุ่มควบคุม (Paired t- test)

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง (n=20)

เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า	Mean	SD	ระดับ	df	t	p-value
<b>กลุ่มทดลอง</b>						
ก่อนการทดลอง	14.4	1.90	ปานกลาง	19	7.906	.000*
หลังการทดลอง	11.1	2.49	ต่ำ			
<b>กลุ่มควบคุม</b>						
ก่อนการทดลอง	13.9	1.12	ปานกลาง	19	1.221	.237
หลังการทดลอง	13.5	1.54	ปานกลาง			

\*p < .05

จากตารางที่ 7 พบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจแบบกลุ่มเท่ากับ 14.4 อยู่ในระดับปานกลาง และหลังจากได้รับโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจแบบกลุ่มพบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าโดยรวมเท่ากับ 11.1 อยู่ในระดับต่ำ เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับวิธีทางสถิติ Paired Sample T-test พบว่า หลังการทดลอง คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทต่ำกว่าคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

กลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลปกติ พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทก่อนการทดลองเท่ากับ 13.9 อยู่ในระดับปานกลาง และหลังการทดลองเท่ากับ 13.5 อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับวิธีทางสถิติ Paired Sample T-test พบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทหลังการทดลองไม่แตกต่างจากคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง (Independent t-test)

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง (n=40)

เปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้า	Mean	SD	ระดับ	df	t	p-value
<b>ก่อนการทดลอง</b>						
กลุ่มทดลอง	14.4	1.90	ปานกลาง	38	1.013	.318
กลุ่มควบคุม	13.9	1.12	ปานกลาง			
<b>หลังการทดลอง</b>						
กลุ่มทดลอง	11.1	2.49	ต่ำ	38	-3.667	.001*
กลุ่มควบคุม	13.5	1.54	ปานกลาง			

\*p < .05

จากตารางที่ 8 พบว่า ก่อนการทดลองคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองเท่ากับ 14.4 (ระดับปานกลาง) และกลุ่มควบคุมเท่ากับ 13.9 (ระดับปานกลาง) เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับกันด้วยวิธีทางสถิติ Independent T-test พบว่าก่อนการทดลองคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ภายหลังจากการทดลองพบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองเท่ากับ 11.1 (ระดับต่ำ) และกลุ่มควบคุมเท่ากับ 13.5 (ระดับปานกลาง) เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับกันด้วยวิธีทางสถิติ Independent T-test พบว่าหลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ใช้รูปแบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest control group design) มีจุดประสงค์เพื่อศึกษาผลของการสร้างเข้มแข็งทางใจแบบกลุ่มต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภท ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยใน สถาบันจิตเวชศาสตร์ สมเด็จพระเจ้าพระยา ทั่วแปดต้น คือ โปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจแบบกลุ่ม ตัวแปรตาม คือ ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภท

#### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจแบบกลุ่ม
2. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจแบบกลุ่มกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

#### สมมุติฐานการวิจัย

1. ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจแบบกลุ่มต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
2. ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจแบบกลุ่มต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคจิตเภท ซึ่งได้รับการวินิจฉัยโรคตามคู่มือการวินิจฉัยแยกโรคทางจิตเวชตามการจำแนกโรคระหว่างประเทศฉบับประเทศไทย ฉบับที่ 10 (The 10<sup>th</sup> Revision of the International Statistical Classification of Diseases and Related health Problems:ICD-10) ที่รับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวชสังกัดกรมสุขภาพจิต

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยทั้งเพศชายและหญิงอายุระหว่าง 20-59 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท(F20.0-F20.9) ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน สถาบันจิตเวชศาสตร์ สมเด็จพระเจ้าพระยา จำนวน 40 คน จากนั้นทำการสุ่มแบบง่ายด้วยวิธีการจับฉลากเพื่อสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน โดยมีเกณฑ์คัดเลือกผู้ป่วย ดังนี้

### เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่การศึกษา (Inclusion criteria) มีดังนี้

1. อาการทางจิตสงบโดยมีระดับคะแนนตามแบบวัดอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS) ไม่เกิน 36 คะแนน
2. มีภาวะซึมเศร้าตามแบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท (The Calgary Depression Scale for Schizophrenia: CDSS) ระดับปานกลางขึ้นไปคือมากกว่า 12 คะแนน
3. มีความสามารถพูดคุยสื่อสารได้ด้วยภาษาไทย
4. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

### เกณฑ์ในการคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria) มีดังนี้

1. มีโรคแทรกซ้อนทางกายที่ไม่สามารถควบคุมได้
2. แพทย์ปรับเปลี่ยนการรักษาด้วยกลุ่มยา anti-depressant ระหว่างการทดลอง
3. ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมครบทุกขั้นตอน

### การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วย Program G\*power โดยใช้ผลการวิจัยของ อุษณีย์ บุญบรรจบ (2561) เรื่อง ผลของโปรแกรมการส่งเสริมแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ซึ่งหลังได้รับโปรแกรม ภาวะซึมเศร้ามีค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มทดลอง เท่ากับ 13.85 และ 6.7 ส่วนของกลุ่มควบคุมมีค่าเท่ากับ 20 และ 7.5 ผลการคำนวณกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 18 คนต่อกลุ่ม และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง เพิ่มในอัตราร้อยละ 10 เท่ากับ 2 คน ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้จำนวน 20 รายต่อกลุ่ม รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็น 40 คน

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยเครื่องมือ 3 ชุด

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจแบบกลุ่ม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภท สร้างขึ้นจากแนวคิดของ Grotberg (1995) ผสมผสานกับแนวคิดกลุ่มบำบัดของ Yalom (1995) มี 6 กิจกรรม ดังนี้

**ขั้นที่ 1 ระยะ Initial Phase** ประกอบด้วย 1 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมที่ 1 ความคิดในสิ่งที่ฉันเป็น

**ขั้นที่ 2 ระยะ Working Phase** ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมที่ 2 ความจริงในสิ่งที่ฉันเป็น กิจกรรมที่ 3 ความคิดในสิ่งที่ฉันมี กิจกรรมที่ 4 ความจริงในสิ่งที่ฉันมี และกิจกรรมที่ 5 ความคิดในสิ่งที่ฉันทำได้

**ขั้นที่ 3 ระยะ Terminal phase** ประกอบด้วย 1 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมที่ 6 ความจริงในสิ่งที่ฉันทำได้

ผู้วิจัยนำโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจแบบกลุ่มเพื่อลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทที่สร้างขึ้น จากนั้นนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ รูปแบบและความเหมาะสมของกิจกรรมในโปรแกรม ความตรงเชิงโครงสร้างของแต่ละกิจกรรม การจัดลำดับของเนื้อหาและความเหมาะสมของระยะเวลาที่ใช้ในแต่ละกิจกรรมหลังจากนั้นนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไขในโปรแกรมที่สร้างขึ้น หลังจากนั้นนำโปรแกรมไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 5 คน เพื่อประเมินความเป็นไปได้ของโปรแกรมและมีการปรับปรุงให้สมบูรณ์อีกครั้งก่อนที่จะนำไปใช้จริง

## 2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลพัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัย ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาการเจ็บป่วย จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษา ยารักษา อาการทางจิตและยารักษาภาวะซึมเศร้าที่ผู้ป่วยรับประทาน

2.2 แบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท (The Thai version of Calgary Depression Scale for Schizophrenia: CDSS) สร้างขึ้นโดย Addington (1990) นำมาแปลเป็นภาษาไทยโดย ศิริจิต สุทธิจิตต์ (2556) ซึ่งเป็นแบบประเมินที่สร้างขึ้นเพื่อใช้ประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยเฉพาะ

ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือ ไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา(Content Validity) โดยนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความชัดเจน ความถูกต้อง และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ จากการคำนวณพบว่า แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล มีดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1

ผู้วิจัยตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ด้วยการนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้อามาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach 's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ เท่ากับ 0.85

3. เครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลอง ได้แก่ แบบประเมินพลังสุขภาพจิต (Resilience Quotient) พัฒนาโดย กรมสุขภาพจิต (กรมสุขภาพจิต, 2552) ใช้ประเมินความสามารถของวัยผู้ใหญ่ มี 3 ด้าน ดังนี้ พลังอดีต ฮึดสู้ มีความหมายรวมกันคือ ความสามารถของบุคคลในการปรับตัวและฟื้นตัวภายหลังที่พบเหตุการณ์วิกฤต หรือสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความยากลำบาก

ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือ ไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา(Content Validity) โดยนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความชัดเจน ความถูกต้อง และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ จากการคำนวณพบว่า แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล มีดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1

ผู้วิจัยตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ด้วยการนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach 's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ เท่ากับ 0.8

## การดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองโดยแบ่งการทดลองออกเป็น 3 ขั้นตอน ตามรายละเอียด ดังนี้

### 1. ขั้นเตรียมการทดลอง

1.1 ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของผู้วิจัยในด้านความรู้ แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการสร้าง ความเข้มแข็งทางใจแบบกลุ่มเพื่อลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภท โดยการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองจากอ่านตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ศึกษาแนวคิดทฤษฎี งานวิจัยเชิงทดลองที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าทั้งในกลุ่มประชากรที่เป็นจิตเภทและกลุ่มประชากรอื่น ร่วมกับการปรึกษาขอคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อให้การศึกษาดำเนินไปตามขั้นตอนที่ถูกต้องและครอบคลุมที่สุด

1.2 ผู้วิจัยสร้างโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจแบบกลุ่มเพื่อลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภท และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองจากการการศึกษาค้นคว้า ทบทวนเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1.3 ผู้วิจัยส่งโครงร่างวิจัยฉบับสมบูรณ์ที่ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการบริหารคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยแก่คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนด้านสุขภาพจิต และจิตเวช กรมสุขภาพจิต

1.4 เมื่อได้รับผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนด้านสุขภาพจิต และจิตเวช กรมสุขภาพจิตผู้วิจัยจึงได้ประสานงานกับสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา เพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัย โดยขอหนังสือแนะนำตัวจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ที่ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการบริหารคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยและเครื่องมือวิจัย ถึงผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล ติดต่อขอความร่วมมือและเตรียมสถานที่ในการดำเนินการวิจัยกับกลุ่มการพยาบาล

1.5 เตรียมความพร้อมผู้ช่วยในการวิจัย 1 คน เพื่อช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ซึ่งผู้ช่วยวิจัยจะต้องมีคุณสมบัติเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวช โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการสัมภาษณ์ วิธีการให้คะแนนและเปิดโอกาสให้ผู้ช่วยวิจัยซักถามข้อสงสัยต่าง ๆ เพื่อช่วยให้ผู้วิจัยเข้าใจถึงบทบาทหน้าที่ของตนได้ชัดเจน และเกิดความเข้าใจที่ตรงกัน

1.6 ผู้ช่วยวิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 40 คน ตามขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล หลังจากนั้นผู้วิจัยนัดหมายวัน เวลา สถานที่ในการทำกิจกรรมตามโปรแกรมกับกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

1.7 ผู้ร่วมวิจัยจับกลุ่มคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (Matched-pair) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นซึ่งอาจจะมีผลกระทบต่อการทำวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ เพศ และระดับคะแนนอาการทางจิต (BPRS) จากนั้นนำกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 40 คน มาจับฉลากเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน และดำเนินการในแต่ละกลุ่มดังนี้

#### 1.7.1 กลุ่มทดลอง

1.7.1.1 ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจแบบกลุ่มเพื่อลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภท โดยดำเนินกิจกรรมจำนวน 6 ครั้ง สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 60-90 นาที เป็นระยะเวลาติดต่อกัน 2 สัปดาห์

1.7.1.2 ให้ข้อมูลถึงการได้รับกิจกรรมการพยาบาลตามปกติที่จะได้รับขณะเข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ได้แก่ การประเมินอาการของผู้ป่วยด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ การให้การพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพโดยการประเมินร่างกาย จิตสังคม การให้ยาฉีด ยารับประทานตามแผนการรักษา การประเมินความต้องการของผู้ป่วย และการจัดสิ่งแวดล้อม รวมถึงการได้เข้าร่วมโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจเพื่อลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภท

1.7.1.3 ผู้วิจัยนัดหมายวัน เวลา สถานที่ในการดำเนินโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจแบบกลุ่มเพื่อลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภท พร้อมทั้งมอบตารางในการเข้าร่วมกิจกรรม

#### 1.7.2 กลุ่มควบคุม

1.7.2.1 ผู้วิจัยให้ข้อมูลถึงการได้รับกิจกรรมการพยาบาลตามปกติที่จะได้รับขณะเข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ได้แก่ การประเมินอาการของผู้ป่วยด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ การให้การพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพโดยการประเมินความเครียด การให้ยาฉีด ยารับประทานตามแผนการรักษา การประเมินความต้องการของผู้ป่วย และการจัดสิ่งแวดล้อม

1.7.2.2 ผู้วิจัยเตรียมการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับกิจกรรมการพยาบาลตามปกติ เป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์เท่ากับที่กลุ่มทดลองได้รับ

## การเตรียมตัวผู้วิจัย

ผู้วิจัยศึกษาความรู้จากเอกสาร งานวิจัย ทฤษฎีของการสร้างความเข้มแข็งทางใจ รวมถึงคู่มือโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจแบบกลุ่ม และเตรียมอุปกรณ์ที่ใช้ในการทำกิจกรรม หลังจากนั้นทดลองใช้โปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจในผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะซึมเศร้า ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา โดยปรึกษาวิธีการจัดกิจกรรมในแต่ละขั้นตอนกับอาจารย์ที่ปรึกษาเป็นช่วง ๆ

## 2. ขั้นตอนการทดลอง

2.1 กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจแบบกลุ่มเพื่อลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภท ในกลุ่มทดลอง โดยทำเป็นรายกลุ่ม ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมครั้งละ 60-90 นาที สัปดาห์ละ 3 ครั้ง จนครบ 6 กิจกรรม เป็นระยะเวลาติดต่อกัน 2 สัปดาห์

2.2 กลุ่มควบคุม สัปดาห์ที่ 1-2 จะได้รับกิจกรรมการพยาบาลตามปกติ ได้แก่ การประเมินอาการของผู้ป่วยด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ การให้การพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ โดยการประเมินพฤติกรรมความเครียด การให้ยาฉีด ยารับประทานตามแผนการรักษา การจำกัดพฤติกรรม การแยกผู้ป่วยในห้องแยกเมื่อเกิดอาการทางจิตด้านบวก การประเมินความต้องการของผู้ป่วย และการจัดสิ่งแวดล้อม

## 3. ขั้นตอนประเมินผลการทดลอง

3.1 กลุ่มทดลองหลังเสร็จสิ้นการดำเนินโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจแบบกลุ่มเพื่อลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภท ประเมินผลด้วยแบบประเมินพลังสุขภาพจิตทันทีหลังเสร็จสิ้นการดำเนินกิจกรรมทันที โดยผลคะแนนพลังสุขภาพจิตของกลุ่มทดลองจะต้อง อยู่ในเกณฑ์ปกติ (55 คะแนนขึ้นไป) และจากนี้อีก 1 สัปดาห์ ติดตามประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภท โดยมีผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้ประเมิน จากนั้นทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลที่ได้ แล้วนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

3.2 กลุ่มควบคุมเมื่อครบกำหนด 2 สัปดาห์ ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างในสัปดาห์ที่ 3 เพื่อขอความร่วมมือในประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภท โดยมีผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้ประเมิน เมื่อเสร็จเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยให้ข้อมูลการสร้างความเข้มแข็งทางใจ จากนั้นทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลที่ได้ แล้วนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ



### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยดำเนินการเป็นลำดับขั้น ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างนำมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ

2. เปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าในแต่ละกลุ่มคือในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจแบบกลุ่มและในกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติใช้สถิติทดสอบที (Paired sample t – test) กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. เปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มคือระหว่างกลุ่มทดลองก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจแบบกลุ่มกับกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติโดยใช้สถิติทดสอบที (Independent sample t – test) กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

### สรุปผลการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภท หลังการทดลอง (Mean = 11.1) ต่ำกว่าก่อนการทดลอง (Mean = 14.4) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปได้ว่า ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐาน ข้อที่ 1 ของการวิจัย คือ ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภท หลังได้รับโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจแบบกลุ่ม ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

2. หลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจแบบกลุ่ม (Mean = 11.1) ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (Mean = 13.5) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปได้ว่า ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐาน ข้อที่ 2 ของการวิจัย คือ ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจแบบกลุ่ม ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

## อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจแบบกลุ่มต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภท ผลการวิจัย ครั้งนี้สนับสนุนสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ คือ

**สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1** ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภท หลังได้รับโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจต่ำแบบกลุ่มมากกว่าก่อนได้รับก่อนได้รับโปรแกรม

**ผลการวิจัยพบว่า** หลังได้รับโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0 .05 ( $t = 7.906$ ,  $df = 19$ ) ผลการวิจัยดังกล่าวเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ผลการศึกษาครั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า โปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจแบบกลุ่ม สามารถลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งในแต่ละกิจกรรมสามารถลดภาวะซึมเศร้าได้ดังนี้

กิจกรรมที่1 ความคิดในสิ่งที่ฉันเป็น ซึ่งเป็นกิจกรรมเริ่มต้นในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น ทำความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า โดยเฉพาะการมีความคิดทางลบต่อตนเอง (ภิญญ์ณภัส พันธุ์ดนตรี, 2554) สามารถวิเคราะห์และเปลี่ยนแปลงความคิดทางลบเหล่านั้น ให้เป็นความคิดที่เหมาะสม เลือกมองสิ่งที่ดีภายในตนเองและสิ่งแวดล้อม เป็นการลดภาวะซึมเศร้าตามแนวคิดของ Beck (1979) ที่กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นจากการให้ความสำคัญอย่างมากกับสิ่งด้านลบ ให้ความสำคัญในด้านบวกเพียงเล็กน้อย รับรู้และตีความว่าสิ่งที่เกิดขึ้นมีความเกี่ยวข้องกับตน การคิดว่าสิ่งต่าง ๆ ต้องเป็นไปอย่างใดอย่างหนึ่งเพียงอย่างเดียว หรือการมองสถานการณ์ไปในทางที่เลวร้าย

กิจกรรมที่2 ความจริงในสิ่งที่ฉันเป็น เป็นกิจกรรมที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจว่าทุกคนมีทั้งข้อดีและข้อเสียในตนเอง ส่งเสริมให้ผู้ป่วยยอมรับในข้อเสียและภูมิใจในข้อดีของตนเอง รวมถึงการได้รับคำชื่นชมจากผู้อื่น จะช่วยให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่า มองตนเอง มองโลกและสิ่งแวดล้อมในทางบวก ลดความรู้สึกเป็นดราม่า สอดคล้องกับการศึกษาของ ปรียนันท์ สละสวัสดิ์ และอัจฉราพร สีหิรัญวงศ์ (2563) ที่พบว่า การส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ช่วยให้ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยลดลงได้

กิจกรรมที่3 ความคิดในสิ่งที่ฉันมี เป็นกิจกรรมที่ช่วยค้นหาแหล่งสนับสนุน ทำให้เกิดความรู้สึกปลอดภัยและมั่นคงในการใช้ชีวิต รู้สึกได้รับการยอมรับจากผู้อื่นและมีคุณค่าในตนเอง มั่นใจในการทำสิ่งต่าง ๆ รวมถึงสามารถสร้างความหวังและกำลังใจได้ด้วยตนเอง นอกจากนี้ยังเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมองโลกในทางที่ดี เกิดความไว้วางใจบุคคลรอบข้างและพัฒนาความสัมพันธ์กับผู้อื่นได้ดียิ่งขึ้น ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว มีความมั่นใจและพร้อมที่จะเผชิญเหตุการณ์ต่าง ๆ ช่วยลดความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน ซึ่งส่งผลให้ระดับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยลดลงด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ ขวัญสุตา บุญทศ, อมรรัตน์ ศรีคำสุขุ ไซโตะ และสุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล (2556)

ที่พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะซึมเศร้า เมื่อได้รับรู้ว่าตนเองมีแหล่งสนับสนุนจากครอบครัวหรือผู้ดูแลหลัก ที่คอยดูแลผู้ป่วยในหลาย ๆ ด้าน จะส่งผลให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ไม่อ้างว้าง รู้สึกปลอดภัย มีอิสระในการทำสิ่งต่าง ๆ จะช่วยส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทลดลงได้

กิจกรรมที่ 4 ความจริงในสิ่งที่ฉันมี เป็นกิจกรรมที่ทำให้ผู้ป่วยเข้าใจความแตกต่างของแต่ละบุคคล วิเคราะห์ปัญหาและหนทางแก้ไขเพื่อการอยู่ร่วมกับแหล่งสนับสนุนอย่างมีความสุข รวมถึงค้นพบแหล่งสนับสนุนได้จากบุคคลรอบข้างของตนเอง ทำให้ผู้ป่วยมองสิ่งแวดล้อมในทางบวกมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้กิจกรรมนี้ยังช่วยให้ผู้ป่วยได้ทำหน้าที่เป็นแหล่งสนับสนุนให้กับสมาชิกในกลุ่ม ทำให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่า ภูมิใจในตนเอง ได้รับการยอมรับ และมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น ส่งผลให้ระดับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของจอมขวัญ นามสูตร (2558) และ ภิญญภัส พันธุ์ดนตรี (2554) ที่พบว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคม เช่น การได้รับความรักความผูกพัน การได้เป็นส่วนหนึ่งของสังคม ได้รับความช่วยเหลือ และการได้รับความแนะนำจากครอบครัว เพื่อน บุคลากรด้านสุขภาพ การที่บุคคลได้รับการสนับสนุนและช่วยเหลือที่เพียงพอ จะทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความเข้มแข็งทางใจ และทำให้ภาวะซึมเศร้ามลดลง

กิจกรรมที่ 5 ความคิดในสิ่งที่ฉันทำได้ กิจกรรมจะเป็นการวิเคราะห์และหาหนทางแก้ไขปัญหาในชีวิตประจำวัน ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดและกลายเป็นภาวะซึมเศร้าในที่สุด (ภิญญภัส พันธุ์ดนตรี, 2554) รวมถึงการมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น ฝึกการทำงานร่วมกัน และช่วยให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจในโรคจิตเภทและการดูแลตนเองที่ถูกต้องว่า การยอมรับการเจ็บป่วย และตั้งเป้าหมายในชีวิต โดยมีตัวอย่างผู้ป่วยจิตเภทที่ประสบความสำเร็จ เพื่อให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ ให้ความสำคัญกับการรักษาและมีความมั่นใจสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข ซึ่งจะช่วยลดและป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ พชรภา ชันทอง (2556) ที่พบว่า การที่ผู้ป่วยจิตเภท มีความรู้ความเข้าใจในปัญหาที่ตนเองกำลังเผชิญ อยู่และเข้าใจในเรื่องความรุนแรงของโรคหรืออันตรายต่อชีวิต ผู้ป่วยจะให้ความร่วมมือในการรักษา และการรับประทานยา ส่งผลให้อาการทางจิตดีขึ้นและภาวะซึมเศร้ามลดลงได้ (Majadas, Olivares, Galan, & Diez, 2012) นอกจากนี้การศึกษาของ วลัยพร สุวรรณบุรณ และคณะ (2558) ยังพบว่า การมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นว่าตนเองมีศักยภาพในการใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคม ใช้เหตุผลในการคิดและตัดสินใจได้อย่างเหมาะสม มีทักษะในการเผชิญปัญหา รู้สึกดีต่อตนเองและผู้อื่น ภาคภูมิใจและตระหนักรู้ในการทำหน้าที่ของตนเอง สิ่งเหล่านี้แสดงถึงความพร้อมในการเผชิญกับปัญหาและความขัดแย้งที่เกิดขึ้นในชีวิตจริง สามารถจัดการปัญหาและอยู่ในสังคมได้อย่างมีคุณภาพ ซึ่งจะช่วยลดความเครียดของผู้ป่วยส่งผลให้ภาวะซึมเศร้ามลดลงได้ (ภิญญภัส พันธุ์ดนตรี, 2554)

กิจกรรมที่ 6 เป็นกิจกรรมที่ให้ผู้ป่วยได้พบทวนสิ่งต่าง ๆ จากการเข้ากลุ่ม ความคิดที่มีต่อตนเอง ต่อสิ่งแวดล้อมและต่อสถานการณ์ ความหวังและเป้าหมายในการดำเนินชีวิต ความมั่นใจในการสร้างสัมพันธภาพ การแก้ปัญหาในชีวิตประจำวัน การค้นพบแหล่งสนับสนุนจากคนใกล้ตัวและบุคคลรอบข้าง ซึ่งทั้งหมดเป็นส่วนสำคัญของความเข้มแข็งทางใจ (Di Marco et al. ,2017) ที่จะสามารถลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทลงได้ (Bozikas & Parlapani ,2016 ; Rossi et al. ,2017) อธิบายได้จากตารางที่ 6 ที่เป็นการเปรียบเทียบระหว่างคะแนนพลังสุขภาพจิตและคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลอง ทั้งก่อนและหลังการทดลอง พบว่าภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทที่ลดลงสอดคล้องกับความเข้มแข็งทางใจที่เพิ่มขึ้น ทำให้คะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจแบบกลุ่ม มีความแตกต่างกัน ( SD. = 2.49 ) กล่าวได้ว่าความเข้มแข็งทางใจที่มากขึ้นเป็นส่วนสำคัญในการลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภท

รูปแบบการดำเนินกิจกรรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจ เป็นส่วนช่วยส่งเสริมให้ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทลดลงอย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ เอื้อญาติ ชูชื่น , สุกิตา วิรุณ ,และวิมล นุชสวาท (2557) โดยจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น เกิดความเข้าใจว่าทุกคนต่างมีปัญหาและสามารถแก้ปัญหาด้วยวิธีที่หลากหลาย ได้รับความคิดที่เหมาะสมจากการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กันในกลุ่ม มีโอกาสได้ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เกิดความรู้สึกที่คล้ายกันกับสมาชิกในกลุ่ม ลดความรู้สึกโดดเดี่ยวและรู้สึกเห็นอกเห็นใจกัน นอกจากนี้ยังได้เรียนรู้ทักษะทางสังคม สังเกตบุคคลอื่นในการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมและสามารถนำมาเป็นแบบอย่างของตนเองได้ สมาชิกกลุ่มจะเกิดการพัฒนาความรู้สึกความเป็นเจ้าของ ทำให้เกิดความรับผิดชอบต่อส่วนรวม ลดความวิตกกังวลและรู้สึกผ่อนคลาย(เพียรดี เปี่ยมมงคล, 2553) เนื่องจากได้ระบายความคิดของตนเอง นอกจากนี้การเข้ากลุ่มบำบัดยังเป็นการเสริมสร้างความหวังลดอารมณ์ซึมเศร้า ลดความรู้สึกวิตกกังวล ช่วยให้ปรับตัวต่อความเครียดและสามารถเผชิญกับปัญหาได้ดีขึ้น ลดความรู้สึกแยกตัวและความรู้สึกเป็นตราบาป เกิดความมั่นใจในตนเอง ช่วยให้มองเห็นคุณค่าในตัวเองมากขึ้น เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ไปในทางที่ดีขึ้น และช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้ (Parker, Page, & Hooke, 2013 )

**สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2** ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภท หลังได้รับโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งแบบกลุ่มทางใจต่ำกว่าก่อนได้รับก่อนได้รับโปรแกรม

**ผลการวิจัยพบว่า** ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจแบบกลุ่ม ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (t = -3.667, df = 38) ผลการวิจัยดังกล่าวเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ผลการศึกษาครั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า

ผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะซึมเศร้าที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจแบบกลุ่มทั้งหมด 6 กิจกรรม คือ 1) ความคิดในสิ่งที่ฉันเป็น 2) ความจริงในสิ่งที่ฉันเป็น 3) ความคิดในสิ่งที่ฉันมี 4) ความจริงในสิ่งที่ฉันมี 5) ความคิดในสิ่งที่ฉันทำได้ และ 6) ความจริงในสิ่งที่ฉันทำ ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทยอมรับตนเอง มองตนเองตามความเป็นจริง ค้นพบข้อดีของตน รู้สึกมีคุณค่าและภูมิใจในตนเอง มองผู้อื่นในทางที่ดีขึ้น มีความไวใจ เชื่อว่าโลกไม่ได้เลวร้ายไปเสียหมด มีคนที่ยังรักและคอยเป็นที่พึ่งพา เชื่อว่าตนเองสามารถทำสิ่งต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์แก่ชีวิตของตนและส่วนรวมได้ พร้อมทั้งจะเผชิญปัญหาและหาหนทางแก้ไข เข้าใจว่าปัญหาและอุปสรรคเป็นเหมือนบททดสอบที่ทุกคนต้องพบเจอและต้องผ่านไปให้ได้ รวมถึงมีความมั่นใจในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น เคารพกฎกติกาของสังคม ยอมรับถึงความแตกต่างของบุคคลและรับฟังเหตุผลของผู้อื่น นอกจากนี้ยังมีความหวังและเป้าหมายในการดำเนินชีวิต ส่งผลให้ภาวะซึมเศร้ามลดลง

สวนในกลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ได้แก่ การประเมินอาการของผู้ป่วยด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ การให้การพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพโดย การประเมินพฤติกรรมความเครียด ให้ความสำคัญเบื้องต้น ให้กำลังใจ การให้ยาชนิด ยารับประทานตามแผนการรักษา การจำกัดพฤติกรรม การแยกผู้ป่วยในห้องแยกเมื่อเกิดอาการทางจิตด้านบวก การประเมินความต้องการของผู้ป่วย และการจัดสิ่งแวดล้อม ช่วยให้ผู้ป่วยผ่อนคลายมากขึ้น ลดความเครียดและความวิตกกังวลได้

ดังนั้นเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าวางก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม จึงพบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจแบบกลุ่ม มีค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.5$ ) จึงสรุปได้ว่า การให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะซึมเศร้าโดยใช้โปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจแบบกลุ่ม มีผลทำให้ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทลดลง เนื่องจากความเข้มแข็งทางใจเป็นส่วนสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยมองเห็นคุณค่าในตนเอง (Di Marco et al., 2017) และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวเมื่อต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดหรือวิกฤตในชีวิตให้ฟื้นตัวและกลับสู่สภาพปกติ รวมถึงสามารถเรียนรู้จากการเผชิญหน้ากับเหตุการณ์และวิกฤตนั้น ๆ (Grotberg, 1995) แสดงให้เห็นว่าการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจเป็นแนวทางที่ช่วยลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Rossi et al., 2017)

## ข้อเสนอแนะ

### 1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 การสร้างความเข้มแข็งทางใจแบบกลุ่ม ควรนำมาใช้บำบัดสำหรับผู้ป่วยจิตเภททุกรายในช่วงเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เพื่อเพิ่มความเข้มแข็งทางใจ ซึ่งเป็นส่วนสำคัญที่ช่วยบรรเทาความทุกข์ภายในจิตใจ สามารถลดและป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทได้

1.2 พยาบาลผู้ให้การบำบัดผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะซึมเศร้า ควรทำความเข้าใจแนวคิดของการสร้างความเข้มแข็งทางใจ เพื่อความเข้าใจในตนเองและผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยให้การดำเนินกิจกรรมเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

1.3 พยาบาลผู้ให้การบำบัดพยาบาลต้องมีทักษะในการสร้างสัมพันธภาพ เพื่อสร้างความคุ้นเคย และความไว้วางใจก่อนการดำเนินกิจกรรม จะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความไว้วางใจ และให้ความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรม เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะซึมเศร้าจะไม่ค่อยให้ความร่วมมือ หรือเปิดเผยเรื่องส่วนตัวของตนเองให้คนอื่นฟังหากไม่เกิดความไว้วางใจ

1.4 ควรมีการติดตามระยะยาวเพื่อเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้นำความรู้และทักษะในการเรียนรู้ไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าและลดความเสี่ยงของการกลับเป็นซ้ำของโรคต่อไป โดยให้มีการประเมินผลทุก 3 เดือน 6 เดือน หรือตามความเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย

### 2. ด้านการวิจัย

2.1 ควรมีการนำโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจแบบกลุ่ม ไปศึกษาใช้กับบุคคลกลุ่มอื่นเพื่อลดภาวะซึมเศร้า เช่น ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ติดสารเสพติด ผู้ดูแลและผู้ต้องหาในเรือนจำ เป็นต้น

2.2 ควรมีการศึกษาภาวะซึมเศร้าอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจแบบกลุ่ม โดยมีระยะเวลาในการติดตามทุก 3เดือน 6เดือน 9เดือนและ 1ปี โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลและอยู่ในชุมชน

## บรรณานุกรม

### ภาษาไทย

- กนกวรรณ ลิ้มศรีเจริญ. (2558). *โรคจิตเวชและโรคจิตชนิดอื่น*. ใน นันทวิช สิริธีร์รักษ์ และคณะ (บรรณาธิการ). *จิตเวช ศิริราช DSM-5*. กรุงเทพมหานคร : ประยูรสาส์นไทยการพิมพ์.
- กันต์ฤทัย ปานทอง และเพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์. (2561). ผลของโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจที่เน้นการฝึกสติต่อภาวะในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า. *วารสารเกื้อการุณย์*, (25), 105-118.
- กรมสุขภาพจิต. (2546). *สุขภาพจิตไทย พ.ศ. 2545-2546*. องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.
- กรมสุขภาพจิต. (2552). *เปลี่ยนร้ายกลายเป็นดี ROพลังสุขภาพจิต*. พิมพ์ครั้งที่ 1. สำนักสุขภาพจิตสังคม กรมสุขภาพจิต.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2560). *รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2560*. กรุงเทพฯ: หจก. บางกอกบล็อก.
- กรมสุขภาพจิต. (2561). *กรมสุขภาพจิต เตรียมเปิดศูนย์นันทราเวช ที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา*. สืบค้น 25 พฤษภาคม 2563, จาก <http://www.prdmh.com>.
- กรรณิการ์ ผ่องโต และอรพรรณ ลือบุญวัชชัย. (2557). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจต่อความคิดฆ่าตัวตายในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย. *วารสารการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช*, 28(1), 121-132.
- ขวัญสุดา บุญทศ, อมรรัตน์ ศรีคำสุข ไซโตะ และสุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล. (2556). “การสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคจิตเภท.” *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 58(1), 89-100.
- จุฑาทิพย์ กิ่งแก้ว. (2557). กลุ่มบำบัดกับพยาบาลจิตเวช. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 28(1), 1-15.
- จิระภา สุมาลี และรัชนิกร อุปเสน. (2561). ผลของกลุ่มให้ความรู้ด้านสุขภาพพร้อมกับการออกกำลังกายต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรดิตถ์*, 46-58.
- จอมขวัญ นามสูตร. (2560). ภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้ามารับการรักษาในสถาบันกัลยาณราชนครินทร์. *เวชศาสตร์ร่วมสมัย*, 60(6), 641-653.
- ฉวีวรรณ สัตยธรรม. (2552). การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. พิมพ์ครั้งที่ 3. นนทบุรี: ยุทธรินทร์การพิมพ์
- ดวงใจ กสานติกุล. (2542). *โรคซึมเศร้ารักษาหายได้ และโรคอารมณ์ผิดปกติ*. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์นำอักษรการพิมพ์.

- เทียนทอง ทาระบุตร และเพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์. (2556). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพลัง  
 สุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. *วารสารการพยาบาลสุขภาพจิตและ  
 จิตเวช*, 27(3), 113-124.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์*. พิมพ์ครั้งที่ 5.  
 กรุงเทพมหานคร: บริษัท ยูแอนดีไอ อินเตอร์มีเดีย จำกัด.
- ประเวช ตันติพิวัฒนสกุล. (2550). *แนวทางการจัดกิจกรรมการเรียนรู้การสร้างความเข้มแข็งทางใจ  
 สำหรับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา*. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.  
 ไทย.
- ปริยนันท์ สละสวัสดิ์. (2546). *ความชุกของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยนอก  
 โรคจิตเภทเรื้อรัง สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา*. วิทยานิพนธ์ปริญญา  
 วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์, คณะแพทยศาสตร์,  
 บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปริยนันท์ สละสวัสดิ์. (2556). *ความชุกและปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตเภท*.  
*วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์ สมเด็จเจ้าพระยา*, 7(1), 37-48.
- ปริยนันท์ สละสวัสดิ์, รัชกร สุนทรธาเดชากิจ, ปิยวรรณ กลางประพันธ์ ,และสาวิตรี สุริยะฉาย.  
 (2559). ผลของโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย  
 โรคจิตเภท. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 30(3), 121-133.
- ปริยนันท์ สละสวัสดิ์ และอัจฉราพร สีหิรัญวงศ์. (2563). *การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความรู้สึกมี  
 คุณค่าในตนเองและลดอาการซึมเศร้าสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภท\**. *วารสารการพยาบาล  
 จิตเวชและสุขภาพจิต*, 34(1), 13-42
- พัชรราวไล ควรเนตร, เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์ และรัชนิกร อุปเสน. (2561). *ผลของโปรแกรมการ  
 สร้างความเข้มแข็งทางใจต่อความรู้สึกมีคุณค่าตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า*. *วารสาร  
 การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 32(2), 39-51.
- พชรภา ชันทอง. (2556). *ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมความร่วมมือ  
 ในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทโรงพยาบาลลอง จังหวัดแพร่*. วิทยานิพนธ์  
 ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช , คณะพยาบาลศาสตร์,  
 บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พัชรินทร์ นินทจันทร์, โสภณิ แสงอ่อน, จริยา วิทยะศุภร, นพวรรณ เปี้ยเชื้อ, ทัศนาว ทวีคุณ และ  
 พิศสมัย อรทัย. (2552). *คู่มือการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิต*. โครงการพัฒนา  
 ศักยภาพประชากรไทยคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.  
 กรุงเทพฯ :จุดทอง



- พัชรินทร์ นินทจันทร์. (2558). *ความแข็งแกร่งในชีวิต : แนวคิด การประเมิน และการประยุกต์ใช้*.  
กรุงเทพฯ : จุดทอง.
- พันธุ์นภา กิตติรัตน์ไพบูลย์. (2544). โครงการอบรม แนวทางการสัมภาษณ์และให้คะแนน BPRS ใน  
รูปแบบของ T-PANSS. ในเอกสารประกอบการบรรยายเรื่องการประเมินอาการผู้ป่วย  
จิตเวช โรงพยาบาลสวนปรุง. เชียงใหม่: โรงพยาบาล สวนปรุง.
- พจนา เปลี่ยนเกิด. (2557). โรคซึมเศร้า: บทบาทพยาบาลในการดูแลรักษา.วารสารพยาบาลทหารบก  
, 15(1), 18-21.
- เพียรดี เปี่ยมมงคล. (2553). *การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช*. พิมพ์ครั้งที่1. กรุงเทพฯ;  
บริษัทธรรมสาร.
- ภัทรารณณ์ พุงปันคำ. (2551). *การทำกลุ่มจิตบำบัดสำหรับบุคลากรทางสุขภาพ*. เชียงใหม่:  
นันทพันธ์พรินต์ติ้ง.
- ภิญญ์นภัส พันธุ์ดนตรี. (2554). *ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวช  
ชุมชนในเขตภาคกลาง*. วิทยานิพนธ์ปริญญา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต การพยาบาล  
สุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์. (2555). *จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี(พิมพ์ครั้งที่3)*.  
กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์. (2558). *จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี(พิมพ์ครั้งที่4)*.  
กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ยาใจ สิทธิมงคล, พวงเพชร เกษรสมุทร, นพพร ว่องสิริมาศ และอติตยา พรชัยเกตุ. (2559).  
*การพยาบาลจิตเวชศาสตร์*. ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 (พิมพ์ครั้งที่ 2). นครปฐม : สแกนอาร์ต  
การพิมพ์. CHULALONGKORN UNIVERSITY
- รังสิมันต์ สุนทรไชยา. (2553). *จิตบำบัดประคับประคอง: การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*.  
*วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 24(2), 1-11.
- รณชัย คงสกนธ์, สมบัติ ศาสตร์รุ่งภาค, อวยชัย โจรนนรินทร์กิจ และอุไร บุรณเชษฐ. (2546). การ  
พัฒนาแบบประเมิน Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MARDS).  
*วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 48(4), 211-218.
- วชิระ เพ็งจันทร์. (2556). Quality of Life manager. online. [ออนไลน์] แหล่งที่มา:  
www.manager.co.th[ 23 สิงหาคม 2563] .
- วรพงษ์ กำไร, สุดสบาย จุกทัพพะ, กนกวรรณ ลิ้มศรีเจริญ. (2552). *การศึกษาภาวะซึมเศร้าใน  
ผู้ป่วยจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์. วิทยานิพนธ์  
มหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล.*

วรวัฒน์ จันทรพัฒน์.(2543).ประวัติการรักษาด้วยไฟฟ้า. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 45(4) ,371-80.

**วลัยพร สุวรรณบุรณ์, สายใจ พัวพันธ์, สงวน ธาณี และ จิณห์จุฑาทย์ ชัยเสนา ตาลลาส. )2558(.**

ผลของการใช้โปรแกรมกลุ่มบำบัดตามแนวคิดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 23(1), 68-79.

สุนทรภรณ์ ทองไสย. (2018). การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในบริบทสังคมไทยอย่างยั่งยืน. *Journal of Nursing Division-วารสารกองการพยาบาล*, 42(3).

[สุภาวดี เกษไชย, ยาใจ สิทธิมงคล, นพพร ว่องสิริมาศ, และสุภาภักดิ์ เกตราสุวรรณ.](#) (2555).

ปัจจัยทำนายอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรก.

*วารสารพยาบาลศาสตร์*, 30(4), 90-101

สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว. (2554). *การพยาบาลจิตเวช*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. (2559).

*บัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศฉบับภาษาไทย อังกฤษ-ไทย เวอร์ชัน 2016 เล่มที่ 1*

*ตารางจัดกลุ่มโรค*. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ศรีเมืองการพิมพ์ จำกัด.

สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.(2558). *คู่มือวิทยากร*

*หลักสูตรการเข้าถึงบริการและดูแลผู้ป่วยโรคจิตสำหรับพยาบาล/นักวิชาการสาธารณสุข*.

พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร.

สมภพ เรืองตระกูล. (2557). *ตำราจิตเวชศาสตร์*. พิมพ์ครั้งที่ 10(ฉบับปรับปรุงตาม DSM-V).

กรุงเทพมหานคร : เรือนแก้วการพิมพ์.

เอื้อญาติ ชูชื่น, สุกิตา วิรุณ, และวิมล นุชสวาท. (2557). ผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดต่อความรู้สึกมี

คุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 28(3),

13-25.

อัจฉราพร สีหิรัญวงศ์, ประภา ยุทธไทร, พวงเพชร เกสรสมุทร, และวาริรัตน์ ถาน้อย. (2557).

*การพยาบาลจิตเวชศาสตร์*. กรุงเทพมหานคร:โรงพิมพ์สายรุ้งกิจ.

อติตยา คำทวี และจินตนา ยูนิพันธ์. (2561). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนจากครอบครัวต่ออาการ

ซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิตครั้งแรก, *วารสารพยาบาลทหารบก*, 19, 250-258.

อุษณีย์ บุญบรรจบ และเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์. (2561). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความเข้มแข็ง

ทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ,

*วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 30(2), 110-123.

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัยและพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย. (2553). การบำบัดรักษาทางจิตสังคมสำหรับโรค

ซีเมเศร์รา. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ธนาเพรสจำกัด.  
 อรรถพรณ ลือบุญธวัชชัย. (2554). *การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช*. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ:  
 โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

### ภาษาอังกฤษ

- Addington, D., Addington, J., & Schissel, B. (1990). A depression rating scale for schizophrenics. *Schizophrenia Research*, 3(4), 247-251.
- Addington, D., Addington, J., Maticka-Tyndale, E., & Joyce, J. (1992). Reliability and validity of a depression rating scale for schizophrenics. *Schizophrenia Research*, 6(3), 201-208.
- Association, A. P. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*: American Psychiatric Pub.
- Avguštin, B. (2009). Depression in schizophrenia—literature overview. *Psychiatria Danubina*, 21(1), 93-97.
- Balci, G., Oter, G. B., Akdag, H. A., Bekki, A., Kisa, C., & Goka, E. (2016). Factors associated with depression in patients with schizophrenia. *Journal of Mood Disorders*, 6(2), 54.
- Baldwin, M. L. (2016). *Beyond Schizophrenia: Living and Working with a Serious Mental Illness*. Rowman & Littlefield.
- Bartels, S. J., & Drake, R. E. (1988). Depressive symptoms in schizophrenia: comprehensive differential diagnosis. *Comprehensive Psychiatry*, 29(5), 467-483.
- Beck, A.T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. University of Pennsylvania Press.
- Beck, A. T. (Ed.). (1979). *Cognitive therapy of depression*. Guilford press.
- Beck, A. T. (1979). *The Diagnosis and manage of depression*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Beck, A. T., & Rector, N. A. (2000). Cognitive therapy of schizophrenia: a new therapy for the new millennium. *American Journal of Psychotherapy*, 54(3), 291-300.
- Bosanac, P., & Castle, D. J. (2013). Schizophrenia and depression. *The Medical Journal of Australia*, 199(6), 36-39.
- Bozikas, V., & Parlapani, E. (2016). Resilience in patients with psychotic disorder

.*Psychiatrike= Psychiatriki*, 27(1), 13.

Buckly, P., Miller, B., Lehrer, D., & Castle, D. (2009). Psychiatric Comorbidities and Schizophrenia. *Schizophr Bull*, 35(2), 383-402.

Bundhamcharoen, K., & Tangcharoensathien, V. (2017). Burden of Diseases: Disability Adjusted Life Year and Health Adjusted Life Expectancy in Thailand. *Journal of Health Science*, 25(2), 342-350.

Charlson, F. J., Ferrari, A. J., Santomauro, D. F., Diminic, S., Stockings, E., Scott, J. G., . . . Whiteford, H. A. (2018). Global Epidemiology and Burden of Schizophrenia: Findings From the Global Burden of Disease Study 2016. *Schizophrenia bulletin*.

Conley, R. R., Ascher-Svanum, H., Zhu, B., Faries, D. E., & Kinon, B. J. (2007). The Burden of depressive symptoms in the long-term treatment of patients with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 90(1-3), 186-197.

Dai, J., Du, X., Yin, G., Zhang, Y., Xia, H., Li, X., . . . Teixeira, A. L. (2018). Prevalence, demographic and clinical features of comorbid depressive symptoms in drug naive patients with schizophrenia presenting with first episode psychosis. *Schizophrenia Research*, 193, 182-187.

Di Marco, S., Feggi, A., Cammarata, E., Girardi, L., Bert, F., Scaioli, G., . . . Zeppegno, P. (2017). Schizophrenia and major depression: Resilience, coping styles, personality traits, self-esteem and quality of life. *European Psychiatry*, 41, S192-S193.

Donnellan, M. B., Trzesniewski, K. H., Robins, R. W., Moffitt, T. E., & Caspi, A. (2005). Low self-esteem is related to aggression, antisocial behavior, and delinquency. *Psychological science*, 16(4), 328-335.

Dutta, R., Murray, R. M., Allardyce, J., Jones, P. B., & Boydell, J. (2011). Early risk factors for suicide in an epidemiological first episode psychosis cohort. *Schizophrenia Research*, 126(1-3), 11-19.

Echezarraga, A., Las Hayas, C., González-Pinto, A. M., López, M. P., Luis, P., & Echeveste, M. (2014). The experience of resilience in people recovered from bipolar disorder. *From Person to Society*, 4.

Felgueiras, M. C., Festas, C., & Vieira, M. (2010). Adaptação e validação da Resilience Scale® de Wagnild e Young para a cultura portuguesa. *Cadernos de saúde*, 3,

73-80.

- Farrer, L., Leach, L., Griffiths, K. M., Christensen, H., & Jorm, A. F. (2008). Age differences in mental health literacy. *BMC Public Health, 8*(1), 125.
- Friedman, M. A., Detweiler-Bedell, J. B., Leventhal, H. E., Home, R., Keitner, G. I., & Miller, I. W. (2004). Combined psychotherapy and pharmacotherapy for the treatment of major depressive disorder. *Clinical Psychology: Science and Practice, 11*(1), 47-68.
- Gardsjord, E. S., Romm, K. L., Friis, S., Barder, H. E., Evensen, J., Haahr, U., . . . Langeveld, J. (2016). Subjective quality of life in first-episode psychosis. A ten year follow-up study. *Schizophrenia Research, 172*(1-3), 23-28.
- Gordon, M. (2016). *Manual of Nursing Diagnosis*. 13th ed. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning.
- Grotberg, E. H. (1995) . A guide to promoting resilience in children: Strengthening the human spirit. The Bernard van Leer Foundation, the Hague. The Bernard Van Leer Foundation .[online]. Available from :<http://resilience.uiuc.edu/library/grotb95.html>[2014,February2].
- Grotberg, E. (1997). The international resilience project. *A charge against society: the child's right to protection, 19-32.*
- Grotberg, E. H. (1999) .Countering depression with the five building blocks of resilience.Reaching Today's Youth.4,66-72.
- Grotberg, E. H. (Ed.). (2003). *Resilience for today: Gaining strength from adversity*. Greenwood Publishing Group.
- Harnack, R. V., & Fest, T. B. (1964). *Group discussion; theory and technique*. Appleton-Century-Crofts.
- Hofer, A., Post, F., Pardeller, S., Frajo-Apor, B., Hoertnagl, C. M., Kemmler, G., & Fleischhacker, W. W. (2019). Self-stigma versus stigma resistance in schizophrenia: Associations with resilience, premorbid adjustment, and clinical symptoms. *Psychiatry research, 271*, 396-401.
- Jakhar, K., Saha, R., & Beniwal, R.(2013) Depression in Schizophrenia–Management. *Delhi psychiatry journal,16*(2),455-457.

- Janicak, P. G., Tandon, R., Marder, S. R., & Goldman, M. B. (2014). *Schizophrenia: Recent advances in diagnosis and treatment*. Springer NewYork.  
<https://doi.org/10.1007/978-1-4939-0656-7>
- Keen, N., George, D., Scragg, P., & Peters, E. (2017). The role of shame in people with a diagnosis of schizophrenia. *British Journal of Clinical Psychology*, *56*(2), 115-129.
- Kaplan, H. I., Sadock, B. J. (2000). Kaplan and Sadock' synopsis of psychiatric : Behavioral sciences and clinical psychiatry. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Kasen, S., Wickramaratne, P., Gameroff, M. J., & Weissman, M. M. (2012). Religiosity and resilience in persons at high risk for major depression. *Psychological medicine*, *42*(3), 509-519.
- Kingdon, D. G., & Turkington, D. (1994). *Cognitive-behavioral therapy of schizophrenia*. Guilford Press.
- Kim, E. Y., & Jang, M. H. (2019). The Mediating Effects of Self-Esteem and Resilience on the Relationship Between Internalized Stigma and Quality of Life in People with Schizophrenia. *Asian Nursing Research*, *13*(4), 257-263.
- Kinney, C., Manner, R., & Carpenter, M. (1992). *Support groups*. Nursing intervention:Essential nursing treatments (2nded.).Philadelphia: W.B. Saunders.
- Konsztowicz, S., & Lepage, M. (2019). The role of illness engulfment in the association between insight and depressive symptomatology in schizophrenia. *Journal of Psychiatric Research*.
- Laws, K. R., Darlington, N., Kondel, T. K., McKenna, P. J., & Jauhar, S. (2018). Cognitive Behavioural Therapy for schizophrenia-outcomes for functioning, distress and quality of life: a meta-analysis. *BMC psychology*, *6*(1), 32.
- Lacaz, F. S., Bressan, R. A., & Mello, M. F. D. (2005). Interpersonal psychotherapy in the depression of patients with schizophrenia: proposal of a therapeutic model based on a study of three clinical cases. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, *27*(3), 252-261.
- Liu, D., Zhou, Y., Li, G., & He, Y. (2020). The factors associated with depression in schizophrenia patients: the role of self-efficacy, self-esteem, hope and resilience. *Psychology, Health & Medicine*, *25*(4), 457-469.

- Majadas, S., Olivares, J., Galan, J., & Diez, T. (2012). Prevalence of depression and its relationship with other clinical characteristics in a sample of patients with stable schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, *53*(2), 145-151.
- Maneerat, S., Isaramalai, S. A., & Boonyasopun, U. (2011). A conceptual structure of resilience among Thai elderly. *The Journal of Behavioral Science*, *6*(1), 24-40.
- Meltzer, H. Y., & Okayli, G. (1995). Reduction of suicidality during clozapine treatment neuroleptic-resistant schizophrenia: impact on risk-benefit assessment. *The American journal of psychiatry*, *152*(2), 183.
- Meyer, N., & MacCabe, J. H. (2016). Schizophrenia. *Medicine*, *44*(11), 649-653.
- Moritz, S., Veckenstedt, R., Randjbar, S., Vitzthum, F., Karow, A., & Lincoln, T. (2010). Course and determinants of self-esteem in people diagnosed with schizophrenia during psychiatric treatment. *Psychosis*, *2* (2), 144–153.
- Mousavi, S. G., Rostami, H., Sharbafchi, M. R., Boroujeni, A. S., & Mahaki, B. (2013). Onset of action of atypical and typical antipsychotics in the treatment of acute psychosis. *Journal of research in pharmacy practice*, *2*(4), 138.
- Mullholland, C., & Cooper, S. (2000). The symptom of depression in schizophrenia with depressive symptoms. *Nordic Journal of psychiatry*, *60*(1), 32-37.
- Nickl-Jockschat, T., & Abel, T. (2016). Historical and Clinical Overview: Implications for Schizophrenia Research *The Neurobiology of Schizophrenia* (pp. 3-13): Elsevier.
- Orth, U., & Robins, R. W. (2013). Understanding the link between low self-esteem and depression. *Current Directions in Psychological Science*. *22*(6) , 455-460.
- Parker, T. J., Page, A. C., & Hooke, G. R. (2013). The influence of individual, group, and relative self-esteem on outcome for patients undergoing group cognitive-behavioural therapy treatment. *British journal of clinical psychology*, *52*(4), 450-463.
- Patel, K. R., Cherian, J., Gohil, K., & Atkinson, D. (2014). Schizophrenia: overview and treatment options. *Pharmacy and Therapeutics*, *39*(9), 638.
- Pellet, J., Golay, P., Nguyen, A., Suter, C., Ismailaj, A., Bonsack, C., & Favrod, J. (2019). The relationship between self-stigma and depression among people with schizophrenia-spectrum disorders: A longitudinal study. *Psychiatry research*, *275*,

115-119.

- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2009). *Essentials of nursing research: Appraising evidence for nursing practice*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Prince-Embury, S. (2013). The Connor–Davidson Resilience Scale. In *Resilience in Children, Adolescents, and Adults* (pp. 161-166). Springer, New York, NY.
- Rector, N. A., & Beck, A. T. (2001). Cognitive behavioral therapy for schizophrenia: an empirical review. *The Journal of nervous and mental disease*, 189(5), 278-287.
- Rossi, A., Galderisi, S., Rocca, P., Bertolino, A., Rucci, P., Gibertoni, D., . . . Aguglia, E. (2017). Personal resources and depression in schizophrenia: The role of self-esteem, resilience and internalized stigma. *Psychiatry research*, 256, 359-364. 149(1-3), 166-174.
- Sadock, B.J., & Sadock, V.A. (2007). *Synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry* (10th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams&Wilksn.
- Sadock, B.A., Sadock, V.A., & Ruiz, P. (2015). *Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry*. 11th ed. Philadelphia, PA: Wolters Kluwer.
- Sandhu, A., Ives, J., Birchwood, M., & Uptegrove, R. (2013). The subjective experience and phenomenology of depression following first episode psychosis: a qualitative study using photo-elicitation. *Journal of affective disorders*,
- Sønmez, N., Romm, K. L., Østefjells, T., Grande, M., Jensen, L. H., Hummelen, B., ... & Røssberg, J. I. (2020). Cognitive behavior therapy in early psychosis with a focus on depression and low self-esteem: A randomized controlled trial. *Comprehensive Psychiatry*, 97, 152157.
- Samuel G. Siris .(2012). Treating ‘depression’ in patients with schizophrenia. *Current Psychiatry*,11(8),35-39.
- Schulz, S.C., Green, M.F., & Nelson, K.J. (2016). *Schizophrenia and Psychotic Spectrum Disorders*. Oxford, England: Oxford University Press.
- Seok, J.-H., Lee, K.-U., Kim, W., Lee, S.-H., Kang, E.-H., Ham, B.-J., & Chae, J.-H. (2012). Impact of early - life stress and resilience on patients with major depressive disorder. *Yonsei medical journal*. 53(6) , 1093-1098.
- Shrivastava, A., & Desousa, A. (2016). Resilience: A psychobiological construct for



- psychiatric disorders. *Indian journal of psychiatry*, 58(1), 38.
- Stewart, D. E., & Yuen, T. (2011). A systematic review of resilience in the physically ill. *Psychosomatics*, 52(3), 199-209.
- Subotnik, K. L., Nuechterlein, K. H., Asarnow, R. F., Fogelson, D. L., Goldstein, M. J., & Talovic, S. A. (1997). Depressive symptoms in the early course of schizophrenia: relationship to familial psychiatric illness. *American Journal of Psychiatry*, 154(11), 1551-1556.
- Sumskis, S., Moxham, L., & Caputi, P. (2017). Meaning of resilience as described by people with schizophrenia. *International Journal of Mental Health Nursing*, 26(3), 273-284.
- Suttajit, S., Srisurapanont, M., Pilakanta, S., Charnsil, C., & Suttajit, S. (2013). Reliability and validity of the Thai version of the Calgary Depression Scale for Schizophrenia. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 9, 113
- Tollefson, G. D., Beasley Jr, C. M., Tran, P. V., Street, J. S., Krueger, J. A., Tamura, R. N., ... & Thieme, M. E. (1997). Olanzapine versus haloperidol in the treatment of schizophrenia and schizoaffective and schizophreniform disorders: results of an international collaborative trial. *American Journal of Psychiatry*, 154(4), 457-465.
- Tsui, T. (2016). *Understanding Resilience: Uncovering The Common Themes* (Doctoral dissertation, City University of Seattle).
- Upthegrove, R., Marwaha, S., & Birchwood, M. (2017). Depression and schizophrenia: cause, consequence, or trans-diagnostic issue? *Schizophrenia bulletin*, 43(2), 240-244.
- Van Rooijen, G., Vermeulen, J. M., Ruhé, H. G., & de Haan, L. (2017). Treating depressive episodes or symptoms in patients with schizophrenia. *CNS spectrums*, 1-10.
- Veselinova, C. (2013). HSC 3008: Implement therapeutic group activities. *Nursing & Residential Care*, 15(5), 284-287.
- Vongsirimas, N., Thanoi, W., & Yobas, P. K. (2017). Evaluating psychometric properties of the Connor–Davidson resilience scale (10-item cd-risc) among university students in Thailand. *Nursing Science Journal of Thailand*, 35(3), 25-35.
- Weinberger, D.R., & Harrison, P. (2011). *Schizophrenia*. 3<sup>rd</sup> ed. West Sussex, England: Wiley- Blackwell.

- Whiteford, H. A., Degenhardt, L., Rehm, J., Baxter, A. J., Ferrari, A. J., Erskine, H. E., ... & Burstein, R. (2013). Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *The lancet*, 382(9904), 1575-1586.
- Zung, W. W. (1965). A self-rating depression scale. *Archives of general psychiatry* ,12(1), 63-70.





ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
**CHULALONGKORN UNIVERSITY**



ภาคผนวก ก


รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ


จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY


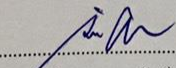
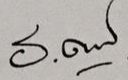
### รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน
พันโท ธีรพล โชคไมตรี	จิตแพทย์ ประจำกองจิตเวชและประสาทวิทยา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
เรืออากาศเอกหญิง อุษณีย์ บุญบรรจบ	อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ ภาควิชาความรู้พื้นฐาน วิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ
นาง นุชนาด ชัยเจริญ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลศรีธัญญา
นาง พิมพ์ชนก หาคำ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จ.อุบลราชธานี
นาง อำพัน หิรัญอุทก	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสามชุก จ.สุพรรณบุรี



	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนด้านสุขภาพจิตและจิตเวช กรมสุขภาพจิต	AL 03.1
	หนังสือรับรองเอกสารที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย	

เลขที่หนังสือรับรอง	DMH.IRB.CO.A 022/2563	
ชื่อโครงการ	ผลของโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภท The effect of resilience enhancement program on depression of schizophrenic patients	
รหัสโครงการวิจัย	DMH.IRB 023/2563 BRm_Ful	
ผู้วิจัยหลัก	ร้อยโทหญิง วรัญญา โหมตเกษม	
สังกัดหน่วยงาน	โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า	
ผู้สนับสนุนทุนวิจัย	-	
ประเภทการทบทวน	การพิจารณาโครงร่างการวิจัยแบบเต็มชุด	
เอกสารที่รับรอง		
1. แบบเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนฯ	ฉบับวันที่ 30 มีนาคม 2563	
2. โครงร่างการวิจัย	ฉบับแก้ไขครั้งที่ 1 วันที่ 21 พฤษภาคม 2563	
3. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย / อาสาสมัคร	ฉบับแก้ไขครั้งที่ 1 วันที่ 21 พฤษภาคม 2563	
4. หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย	ฉบับแก้ไขครั้งที่ 1 วันที่ 21 พฤษภาคม 2563	
5. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล	ฉบับวันที่ 30 มีนาคม 2563	
6. ประวัติผู้วิจัย	ฉบับวันที่ 30 มีนาคม 2563	
วันที่รับรอง 18 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2563	วันที่หมดอายุการรับรอง 17 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2564	
กำหนดการส่งรายงานความก้าวหน้าทุก 12 เดือน (ส่งรายงานความก้าวหน้าภายใน 30 วัน ก่อนวันหมดอายุ ภายในวันที่ 19 พฤษภาคม 2564)		
คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนด้านสุขภาพจิตและจิตเวช กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ดำเนินการให้การรับรองเอกสารที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากลได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP)		
 ลงนาม..... (นางสาวสุภรณ์ เอกอัศวิน) ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน ด้านสุขภาพจิตและจิตเวช กรมสุขภาพจิต		
ทั้งนี้ การรับรองมีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)		

 กระทรวงสาธารณสุข สถาบันวิจัยและพัฒนา	เอกสารประกอบ มาตรฐานการดำเนินงานจริยธรรมการวิจัยในคนสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา	
	หนังสือรับรองโครงการวิจัย	FA 04.05 version 1 (1 พฤษภาคม 2563)
รหัสโครงการวิจัย	SD.IRB.SUBMIT 003 / 2563	
ชื่อโครงการวิจัย	ผลของโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางจิตต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภท	
ผู้วิจัยหลัก	ร้อยโทหญิงวรัญญา โหมตเกษม	
สังกัดหน่วยงาน	คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	
สถานที่ดำเนินการวิจัย	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา	
ผู้สนับสนุนทุนวิจัย	-	
ประเภทการทบทวน	พิจารณาเต็มชุด	
เอกสารที่รับรอง	1. โครงการวิจัย 2. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมวิจัย 3. หนังสือแสดงความยินยอมผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย 4. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	
วันที่รับรอง	13 ก.ค. 2563	วันที่หมดอายุการรับรอง
		13 ก.ค. 2564
กำหนดส่งรายงานความก้าวหน้าทุก 12 เดือน (ส่งรายงานความก้าวหน้าภายใน 30 วัน ก่อนวันหมดอายุภายในวันที่ 13 มิ.ย. 2564)		
<p>คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา ได้พิจารณาดำเนินการรับรองเอกสารที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP)</p>		
ลงนาม	 (นายวีรพล อุณหรัมย์) ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา	ลงนาม
		 (นายธนินทร์ กองสุข) ผู้อำนวยการ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา
เลขที่หนังสือรับรอง		SD.IRB.APPROVAL 001/2563

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)



## ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

### (Patient/Participant Information sheet)

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจแบบกลุ่มต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภท

THE EFFECT OF RESILIENCE ENHANCEMENT GROUP PROGRAM ON DEPRESSION OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS

ชื่อผู้วิจัย ร้อยโทหญิง วรัญญา โหมดเกษม พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ  
นิสิตปริญญาโทบริหารจิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถานที่ทำงาน หอผู้ป่วยโสต ศอ นาสิกกรรมพิเศษ20/2 โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า  
315 ถนนราชวิถี แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร 10400

โทรศัพท์ที่ทำงาน 02-763-9736 ถึง 38

โทรศัพท์มือถือ 08-58073879

E-mail bitoey\_32@hotmail.com

ผู้ให้ทุนวิจัย ทุนส่วนตัว

ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัยก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ ท่านควรทำความเข้าใจก่อนว่างานวิจัยนี้เกิดขึ้นเพราะสาเหตุใด กรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบ และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลในเอกสารฉบับนี้ที่ยังขาดความชัดเจนได้ตลอดเวลา ซึ่งข้อมูลคำอธิบายที่เกี่ยวข้องกับการให้คำยินยอมในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย

1. งานวิจัยนี้เป็นการศึกษา ผลของโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจแบบกลุ่มต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภท จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาวะซึมเศร้าเป็นกลุ่มอาการที่มักจะเกิดร่วมกับโรคจิตเภท ซึ่งการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทจะทำให้เกิดผลเสีย อันได้แก่ สภาพจิตใจที่ย่ำแย่ ความสัมพันธ์กับผู้อื่นแย่ลง ไม่มีความสุขในชีวิต จนอาจนำไปสู่การทำร้ายตนเองและฆ่าตัวตายได้ นอกจากนี้ภาวะซึมเศร่ายังส่งผลให้อาการของโรคจิตเภทกำเริบและทำให้ใช้เวลาในการเข้ารับการรักษาเพิ่มขึ้น

ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตเภทเกิดจากการมองตนเองในทางลบ ความภูมิใจในตนเองลดลง และการถูกกระตุ้นด้วยแรงกดดันจากสิ่งแวดล้อม ทำให้เกิดความคิดอัตโนมัติทางลบ ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า ดังนั้นการบำบัดเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทจึงมีความจำเป็นที่จะต้องเพิ่มความเข้มแข็งทางใจ ซึ่งเป็นปัจจัยภายในตัวบุคคลช่วยให้สามารถจัดการปัญหาและวิกฤติของชีวิตสามารถฟื้นตัวกลับสู่สภาพปกติได้ในเวลาอันรวดเร็ว รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง พร้อมทั้งจะเผชิญปัญหาและลดระดับภาวะซึมเศร้าได้

ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจแบบกลุ่ม ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความเข้มแข็งในการดำเนินชีวิต มองตนเองและโลกในแง่ดี มีความสุขในชีวิตประจำวัน มีทักษะในการแก้ปัญหาและการเข้าสังคม ทำให้ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทลดลง

2. มีวัตถุประสงค์ของการวิจัยเพื่อศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจแบบกลุ่ม ในการใช้บำบัดเพื่อลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภท

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากโครงการวิจัย คือ เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลจิตเวชใน .3 การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีภาวะซึมเศร้า และนำไปสู่การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพื่อช่วยลดภาวะซึมเศร้า

4. งานวิจัยเป็นทุนส่วนตัวของผู้วิจัย มีได้รับเงินทุนจากแหล่งสนับสนุนใด

5. ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมวิจัยนี้เพราะมีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ในการคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะซึมเศร้า โดยการวิจัยนี้เป็นการศึกษาโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจแบบกลุ่ม เพื่อลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเป็นการบำบัดที่จะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภททราบถึงความคิดทางลบของตนเอง และเปลี่ยนแปลงให้เป็นความคิดทางบวก สามารถค้นหาแหล่งสนับสนุนจากบุคคลรอบข้าง สร้างสัมพันธภาพที่ดีให้อยู่ร่วมกับผู้อื่นได้ และมีทักษะการแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสม

6. ในงานวิจัยครั้งนี้จะมีผู้เข้าร่วมวิจัย ทั้งสิ้นประมาณ 40 คน โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มๆละ 20 คน คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

7. กระบวนการวิจัย การวิจัยแบบกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง โดยจะให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยที่ได้รับการสุ่มเป็นกลุ่มควบคุมสัปดาห์ที่ 1 - 2 จะได้รับกิจกรรมการพยาบาลตามปกติ ได้แก่ การประเมินอาการของผู้ป่วยด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ การให้การพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพโดย การประเมินพฤติกรรม การให้ยาฉีด ยารับประทานตามแผนการรักษา การเข้าร่วมกิจกรรมบำบัดตามแผนการรักษา การประเมินความต้องการของผู้ป่วย และการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด ส่วนกลุ่มทดลองจะเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจแบบกลุ่ม ซึ่งกลุ่มทดลองจะได้รับกิจกรรมทั้งหมด 6 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที ใช้ระยะเวลา 2 สัปดาห์ ภายหลังสิ้นสุดกิจกรรมจะได้รับการประเมินพลังสุขภาพจิตทันทีเพื่อกำกับการทดลอง และนัดพบในสัปดาห์ที่ 3 เพื่อประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภท

8. ช่วงระยะเวลาใช้ในการดำเนินการวิจัยทั้งหมดประมาณ 1 เดือน

9. การมีส่วนร่วมในงานวิจัยครั้งนี้ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเข้าร่วมงานวิจัยหรือการตรวจรักษา และท่านจะได้รับค่าตอบแทนจากการเข้าร่วมงานวิจัยครั้งนี้ จำนวน 150 บาท

10. การวิจัยครั้งนี้ไม่ได้กระทำการทดลองหรือปฏิบัติหัตถการใด ๆ ที่เป็นการรุกรานร่างกาย และคุกคามด้านจิตใจระหว่างดำเนินโครงการวิจัย หากท่านรู้สึกไม่สบายใจหรือมีความวิตกกังวล

ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตจะให้การดูแลเบื้องต้น โดยอธิบายผลการตรวจเบื้องต้น ร่วมกับการซักประวัติเพิ่มเติมถึงอาการอื่น ๆ หากอาการดังกล่าวยังไม่ดีขึ้น ผู้วิจัยจะส่งต่อกับทีมสหวิชาชีพเพื่อให้ท่านได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสมต่อไป

11. ข้อมูลที่ได้รับจากการวิจัยในครั้งนี้จะถือเป็นความลับ ไม่มีการนำข้อมูลนี้ไปเปิดเผยต่อผู้อื่นยกเว้นทีมผู้วิจัย โดยผลการวิจัยที่ได้รับจะนำเสนอข้อมูลโดยภาพรวม จะมีการตีพิมพ์ และสรุปผลการวิจัยเพื่อเป็นประโยชน์ทางการศึกษาครั้งต่อไป ซึ่งท่านสามารถสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ตลอดเวลา

12. การเข้าร่วมการวิจัยเป็นโดยสมัครใจ ท่านสามารถถอนตัวจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลา และไม่จำเป็นต้องชี้แจงเหตุผลในการถอนตัว ในขณะที่เดียวกันผู้วิจัย หรือ ผู้ให้ทุนการวิจัย อาจขอให้ผู้เข้าร่วมโครงการออกจากโครงการได้เช่นกัน เมื่อมีเหตุผล เช่น อาจเป็นอันตรายต่อผู้เข้าร่วมโครงการเอง หรือผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยมิได้ปฏิบัติตามขั้นตอนที่ได้ตกลงไว้ในการทำเนิวิจัย เป็นต้น”

13. หากท่านมีข้อสงสัย โปรดสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ตลอดเวลา และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรืออันตรายใดๆเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบอย่างรวดเร็ว

14 .หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนด้านสุขภาพจิตและจิตเวช กรมสุขภาพจิต ชั้น อาคาร 1 กรม 3 เมือง จังหวัด นนทบุรี 11000 สุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ที่อยู่ 88/20 ถนน ดิวานนท์ อำเภอ ราชการ

ขอขอบคุณในการร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

CHULALONGKORN UNIVERSITY

## หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Informed Consent)

ทำที่.....

วันที่.....เดือน..... ค.พ.....

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจแบบกลุ่มต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย  
จิตเภท

ชื่อผู้วิจัย ร้อยโทหญิง วรัญญา โหมดเกษม ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

ที่อยู่ติดต่อ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า 315 ถนนราชวิถี แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี  
จังหวัดกรุงเทพมหานคร 10400

โทรศัพท์มือถือ 088-5073879

ข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียด  
ขั้นตอนต่าง ๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง อันตราย และประโยชน์ที่จะเกิดขึ้น  
จากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และได้รับคำอธิบายจาก  
ผู้วิจัยจนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้าสมัครใจเข้าร่วมโครงการนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย โดย  
ข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมกลุ่มโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจแบบกลุ่ม ซึ่งจะได้เข้าร่วมกลุ่ม  
ทั้งหมด 6 ครั้ง เป็นระยะเวลาจำนวน 2 สัปดาห์ รวมถึงได้รับการประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วย  
จิตเภท และพลังสุขภาพจิต

ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากการศึกษาได้ตลอดเวลา ก่อนที่การวิจัยจะสิ้นสุดลงโดยไม่ต้อง  
แจ้งเหตุผล ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้นจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยเฉพาะในรูปของ  
สรุปผลการวิจัยโดยไม่มี การระบุชื่อนามสกุลของข้าพเจ้าการเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าต่อ  
หน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องจะกระทำด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติตามข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจง  
ผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาไว้เป็นความลับ โดยจะ  
นำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้า  
สามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนด้านสุขภาพจิตและจิตเวช กรม  
สุขภาพจิต ชั้น อาคาร 1 กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ที่อยู่ 88/20 ถนน ดิวนนท์ 3 อำเภอ  
เมือง จังหวัด นนทบุรี 11000โทร5908443-02 ., 02-1495536 โทรสาร 1495540-02 .Email:  
[irbdmh@gmail.com](mailto:irbdmh@gmail.com) ในเวลาราชการ

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานสำคัญต่อหน้าพยาน ซึ่งข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยและสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

...../...../.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้วิจัยหลัก

...../...../.....

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน

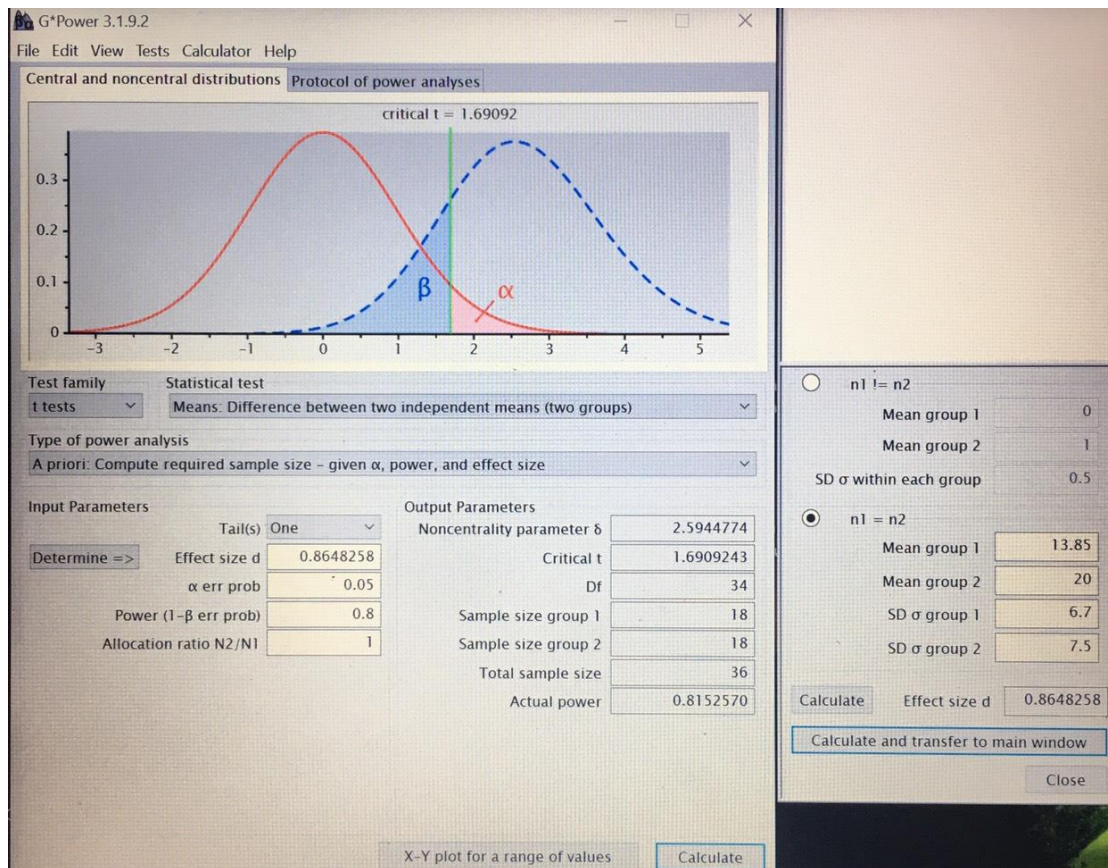
...../...../.....



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY



## การคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม Program G\*power 3.1.9.2



### การคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา

การตรวจความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) คำนวณได้จากสูตรดังนี้  
(บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2553)

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

1. ค่าความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ของแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

$$CVI = \frac{4}{4} = 1.0$$

2. ค่าความเที่ยงของแบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท (The Thai version of Calgary Depression Scale for Schizophrenia : CDSS) โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient)

#### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.846	.857	9

2. ค่าความเที่ยงของแบบประเมินแบบประเมินพลังสุขภาพจิต ของกรมสุขภาพจิต (2552) โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient)

#### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.801	.746	20





### เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

#### ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย √ลงในช่องสี่เหลี่ยมหน้าข้อความที่ตรงกับตัวท่าน

1.เพศ

ชาย

หญิง

2.อายุ

20-29ปี

30-39ปี

40-49 ปี

50-59 ปี

.

.

.

9. จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยใน ..... ครั้ง

10. ยาที่ผู้ป่วยได้รับขณะเข้ารับการรักษา (ส่วนนี้สำหรับผู้วิจัยเป็นผู้บันทึก)

ยา Antipsychotic

Aripiprazole

Chlorpromazine (AMA)

Clopenthixol

Clozapine

Flupentixol

Haloperidol

Olanzapine

Paliperidone

Perphenazine

Quetiapine

Risperidone

Ziprasidone

อื่น ๆ.....

ยา Antidepressant

Agomelatine

Amitriptyline

Bupropion

Duloxetine

Escitalopram

Fluoxetine

Fluvoxamine

Imipramine

Mirtazapine

Nortriptyline

Paroxetine

Reboxetine

Sertraline

Trazodone

Venlafaxine

อื่น ๆ.....

## ส่วนที่2 แบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท (The Thai version of Calgary Depression Scale for Schizophrenia : CDSS)

ผู้สัมภาษณ์ : กรุณาคำถามแรกดังที่เขียนไว้ และตรวจสอบหรือถามเพิ่มเติมด้วยคำถามอื่นตามที่ท่านเห็นสมควร โดยถามถึงอาการที่เกิดขึ้นในระยะเวลา 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ยกเว้นในกรณีที่กำหนดเงื่อนไขอื่น (หมายเหตุ: ข้อ 9 ได้จากการสังเกตระหว่างการสัมภาษณ์)

1. ความซึมเศร้า: คุณจะบรรยายถึงอารมณ์ของคุณในช่วงสองสัปดาห์ที่ผ่านมาอย่างไร? เมื่อเร็ว ๆ นี้คุณยังคง ร่าเริงดีตามปกติ หรือว่าคุณซึมเศร้าหรือเศร้าใจ? ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาบ่อยแค่ไหนที่คุณ (ใช้คำของคุณเอง) ทุกวัน? ทั้งวัน?

0. ไม่มี

1. เล็กน้อย แสดงความเศร้าบางอย่าง หรือความท้อใจเมื่อถาม
2. ปานกลาง มีอารมณ์ซึมเศร้าอย่างชัดเจนต่อเนื่องกันไม่เกินครึ่งหนึ่งของเวลาทั้งหมดในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยเกิดขึ้นทุกวัน
3. รุนแรง มีอารมณ์ซึมเศร้าอย่างมาก ต่อเนื่องทุกวัน เกินกว่าครึ่งหนึ่งของเวลาทั้งหมด โดยส่งผลต่อการ เคลื่อนไหวของร่างกายและกิจกรรมทางสังคม

.

.

.

9. ความซึมเศร้าที่สังเกตได้: ขึ้นอยู่กับการสังเกตของผู้สัมภาษณ์ระหว่างการสัมภาษณ์ตั้งแต่ต้นจนจบการถามว่า “คุณรู้สึกอยากจะทำอะไรหรือไม่” ณ เวลาที่เหมาะสมระหว่างการสัมภาษณ์ อาจทำให้ได้ข้อมูลที่มีประโยชน์ สำหรับการสังเกตนี้

0. ไม่มี

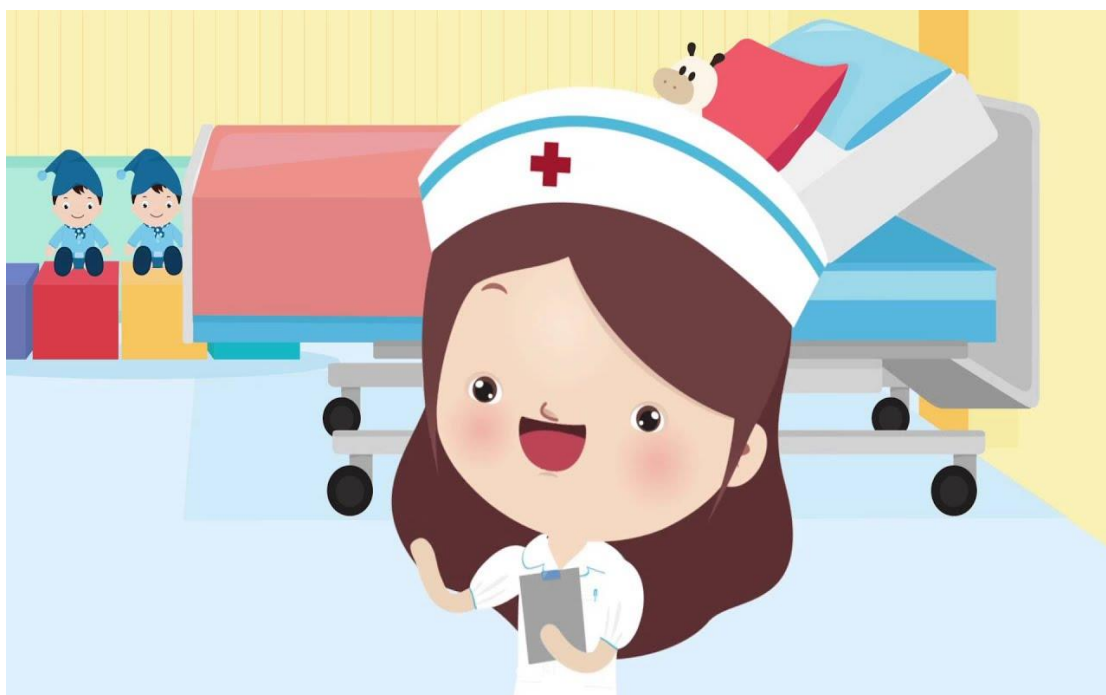
1. เล็กน้อย ผู้ถูกสัมภาษณ์ดูเศร้าและเสียใจในบางขณะของการสัมภาษณ์ แต่อารมณ์ปกติเมื่อพูดถึงเรื่องที่ไม่เศร้า
2. ปานกลาง ผู้ถูกสัมภาษณ์ดูเศร้าตลอดการสัมภาษณ์ ด้วยน้ำเสียงราบเรียบอย่างเศร้าหมอง และร้องไห้ หรือเกือบจะร้องไห้บางครั้ง
3. รุนแรง ผู้ถูกสัมภาษณ์สะอึกสะอื้นเมื่อพูดถึงหัวข้อที่ทุกข้อใจ ถอนหายใจบ่อยครั้ง และร้องไห้อย่างเปิดเผย หรืออยู่ในภาวะที่ดูทุกข้อใจอยู่อย่างต่อเนื่อง ถ้าผู้สัมภาษณ์แน่ใจว่าสิ่งนี้ปรากฏจริง

### ส่วนที่3 แบบประเมินพลังสุขภาพจิต (RQ 20 ข้อ)

คำชี้แจง ข้อคำถามในแบบประเมินมีจำนวน 20 ข้อ เป็นการสอบถามถึงความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมของท่านเองในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา ขอให้ท่านทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงที่มากที่สุด

ข้อคำถาม	ไม่จริง	จริงบ้างครั้ง	ค่อนข้างจริง	จริงมาก	คะแนน
1. เรื่องไม่สบายใจเล็กน้อยทำให้ฉันว่าวุ่นใจนั่งไม่ติด					
2. ฉันไม่ใส่ใจคนที่หัวเราะเยาะฉัน					
3. เมื่อฉันทำผิดพลาดหรือเสียหายฉันยอมรับผิด หรือผลที่ตามมา					
4. ฉันเคยทนลำบากเพื่ออนาคตที่ดีขึ้น					
5. เวลาทุกขใจมาก ๆ ฉันเจ็บป่วยไม่สบาย					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
11.					
12.					
13.					
14.					
15.					
16.					
17.					
18.					
19.					
20. ฉันชอบฟังความคิดเห็นที่แตกต่างจากฉัน					

แนวทางเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจในผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะซึมเศร้า  
(สำหรับพยาบาล)



จัดทำโดย

ร้อยโทหญิง วรัญญา โหมตเกษม

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์

สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต (นอกเวลาราชการ)

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

### หลักการและเหตุผล

ภาวะซึมเศร้าเป็นกลุ่มอาการที่มักเกิดร่วมกับโรคจิตเภท(Buckly et al., 2009) พบได้ประมาณร้อยละ40 (Upthegrove et al., 2017) การเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภทเป็นปฏิกิริยาจากการที่ปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วย เช่น การมองตนเองในทางลบ ความภูมิใจในตนเองลดลง เป็นต้น ถูกกระตุ้นด้วยแรงกดดันจากสิ่งแวดล้อม ซึ่งได้แก่ ความเครียดในชีวิตประจำวัน ถูกสังคมรังเกียจ การแยกตัวออกจากสังคมเป็นเวลานาน ทำให้เกิดความคิดอัตโนมัติในทางลบทั้งต่อตนเอง ต่อเหตุการณ์ และต่อโลก ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา(Avguštin, 2009;Beck,1979) ซึ่งการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทจะทำให้เกิดผลลัพธ์ที่แย่ง เช่น ใช้เวลาในการฟื้นคืนสู่สุขภาพนานขึ้น มีแนวโน้มที่อาการของโรคจะกำเริบและเกิดการกลับเป็นซ้ำ รวมไปถึงปัญหาการข้องเกี่ยวกับสารเสพติด สภาพจิตใจที่ย่ำแย่ ความพึงพอใจในชีวิตลดลง ความสัมพันธ์ในครอบครัวแย่งและไม่ร่วมมือในการรักษา(Conley et al.,2007) กล่าวได้ว่าภาวะซึมเศร้าเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทลดลง (Gardsjord et al., 2016) นอกจากนี้ภาวะซึมเศร่ายังเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดของการฆ่าตัวตายในโรคจิตเภทด้วย(Conley et al., 2007)

ปัจจุบันการรักษาผู้ป่วยจิตเภทจะใช้ยาร่วมกับการบำบัดทางจิตสังคม (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์,2558) ซึ่งการบำบัดทางจิตสังคมมีหลากหลายรูปแบบ เช่น กลุ่มออกกำลังกาย กลุ่มจิตบำบัดประคับประคอง กลุ่มบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรม กลุ่มให้ความรู้เกี่ยวกับโรค รวมถึงการให้ความรู้และเตรียมความพร้อมให้กับญาติในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน แม้ว่าการให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตของผู้ป่วยมีความสำคัญ เนื่องจากจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักในความเจ็บป่วยและการรักษา ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ในการรักษาที่ดีขึ้น แต่ทำให้ผู้ป่วยมีความคิดทางลบต่อตนเองที่เกิดจากความเจ็บป่วย นำไปสู่ความรู้สึกสิ้นหวัง ความภูมิใจในตนเองต่ำ ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า(Konsztowicz & Lepage, 2019) รวมถึงการอยู่ในสังคมกับผู้อื่น ผู้ป่วยจิตเภทต้องเผชิญกับปัญหาและเกิดความเครียด การสนับสนุนจากครอบครัวและการประคับประคองจากผู้อื่นไม่สามารถเกิดขึ้นได้ตลอดเวลาทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า การบำบัดเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท จึงมีความจำเป็นที่จะต้องเพิ่มความเข้มแข็งทางใจ เนื่องจากความเข้มแข็งทางใจ เป็นปัจจัยภายในตัวบุคคล ซึ่งเป็นความสามารถในการจัดการปัญหาและวิกฤติของชีวิตให้สามารถฟื้นตัวกลับสู่สภาพปกติได้ในเวลาอันรวดเร็ว (ประเวศ ตันติพิวัฒนสกุล,2550) ผู้ป่วยที่มีความเข้มแข็งทางใจสูงจะมองโลกในแง่ดี ภูมิใจในตนเอง พร้อมทั้งจะเผชิญปัญหา ความเข้มแข็งทางใจยังช่วยเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Di Marco et al., 2017) สามารถลดระดับภาวะซึมเศร้าได้ (Rossi et al. ,2017) ดังนั้นการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจจึงเป็นแนวทางสำคัญในการลดและป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท

## โปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจแบบกลุ่ม

โปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท เป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะซึมเศร้า สามารถปรับกระบวนการคิดให้เปลี่ยนเป็นความคิดในทางบวก เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความภูมิใจในตนเอง รู้สึกมีคุณค่า มีเป้าหมายในชีวิต มองสิ่งแวดล้อมและเหตุการณ์ต่าง ๆ ในทางที่ดีขึ้น รวมถึงมีความมั่นใจในการเผชิญปัญหาและสามารถสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นในสังคมได้ สร้างโปรแกรมโดยใช้แนวคิดการสร้างความเข้มแข็งทางใจของ Grotberg (1995) และนำมาผสมผสานในรูปแบบกระบวนการกลุ่มตามแนวคิดของ Yalom(1995) ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน 6 กิจกรรม ดังนี้

**ขั้นที่ 1 initial phase** (ระยะเริ่มกลุ่ม) ระยะการสร้างสัมพันธภาพและการให้ความรู้เกี่ยวกับความเข้มแข็งทางใจ แนะนำวิธีการสร้างความเข้มแข็งทางใจโดยเริ่มจากความคิดที่มีต่อตนเอง มี 1 กิจกรรม ประกอบด้วย

**กิจกรรมที่ 1** ความคิดในสิ่งที่ฉันเป็น เนื้อหาประกอบด้วย สร้างสัมพันธภาพเพื่อให้เกิดความสัมพันธ์เชิงบำบัด เกิดการยอมรับซึ่งกันและกัน อธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม ประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้ากลุ่มบำบัด ให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า และความสำคัญของความเข้มแข็งทางใจ ผู้บำบัดจะสนับสนุนให้ผู้รับการบำบัดอธิบายแนวคิดที่มีต่อตนเอง และร่วมค้นหาความคิดทางลบ เพื่อนำมาวิเคราะห์และแก้ไขให้เป็นความคิดตามความเป็นจริงอย่างเหมาะสม โดยผู้บำบัดจะแนะนำวิธีการวิเคราะห์ความคิดทางลบเหล่านั้น รวมถึงการเปลี่ยนเป็นความคิดทางบวก การมองเห็นคุณค่าภายในตนเองและการมองโลกในแง่ดี จากนั้นจะให้ผู้รับการบำบัดได้มีโอกาสฝึกการคิดต่อตนเองในทางบวก ค้นหาข้อดีของตน เพื่อเป็นการทบทวนเกี่ยวกับตนเอง และมีความเข้าใจในตนเองมากยิ่งขึ้น โดยให้นำวิธีคิดไปใช้ในชีวิตประจำวันเป็นการบ้าน

**ขั้นที่ 2 working phase** (ระยะทำงานร่วมกัน) ระยะพัฒนาทักษะในการคิดทางบวก การรู้และเข้าใจในแหล่งสนับสนุน มีความมั่นใจในการเผชิญปัญหาและสัมพันธภาพกับผู้อื่น รวมถึงการสร้างความหวังและเป้าหมายในชีวิต ประกอบด้วย 4 กิจกรรม คือ

**กิจกรรมที่ 2** ความจริงในสิ่งที่ฉันเป็น เนื้อหาประกอบด้วย ผู้บำบัดให้ผู้รับการบำบัดอธิบายแนวคิดที่มีต่อตนเอง ผู้บำบัดจะทำการตรวจสอบความคิดของผู้รับการบำบัด ส่งเสริมเมื่อมีความคิดที่เหมาะสมและแก้ไขเมื่อมีความคิดที่ไม่เหมาะสม เน้นให้ผู้รับการบำบัดยอมรับในข้อเสียและภูมิใจในข้อดีของตน และช่วยกระตุ้นให้ผู้รับการบำบัดในกลุ่มมีส่วนร่วมในการค้นหาข้อดีและให้กำลังใจซึ่งกันและกัน

กิจกรรมที่ 3 ความคิดในสิ่งที่ฉันมี เนื้อหาประกอบด้วย ผู้บำบัดจะให้ผู้รับการบำบัดค้นหา และอธิบายถึงแหล่งสนับสนุนของตน ซึ่งอาจจะเป็นบุคคลใกล้ชิดหรือบุคคลที่ผู้รับการบำบัดไว้วางใจ ผู้บำบัดช่วยชี้ให้เห็นแหล่งสนับสนุนของผู้เข้ารับการบำบัด อธิบายเกี่ยวกับความแตกต่างของแต่ละบุคคล การแสดงออกถึงความหวังดีห้วงโยที่แตกต่างกัน และกฎเกณฑ์ในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น พร้อมทั้งสนับสนุนการสร้าง ความหวังและกำลังใจต่อตนเอง ซึ่งจะให้ผู้เข้ารับการบำบัดเข้าใจในแหล่งสนับสนุนของตน รวมถึงการสร้างกำลังใจและความหวังต่อตนเองได้อย่างเหมาะสม โดยให้ผู้เข้ารับการบำบัดทบทวนความคิดเป็นการบ้าน

กิจกรรมที่ 4 ความจริงในสิ่งที่ฉันมี เนื้อหาประกอบด้วย ผู้บำบัดให้ผู้รับการบำบัดพูดถึงแหล่งสนับสนุนของตนและวิธีการอยู่ร่วมกัน รวมถึงความหวังและกำลังใจที่ตนเองได้สร้างขึ้น ผู้บำบัดทำการตรวจสอบความคิดของผู้รับการบำบัด ส่งเสริมเมื่อมีความคิดที่เหมาะสมและแก้ไขเมื่อมีความคิดที่ไม่เหมาะสม และกระตุ้นให้มีการให้กำลังใจและคำแนะนำแก่กันในกลุ่ม ซึ่งจะให้ผู้รับการบำบัดมองเห็นลักษณะความหวังดีและแนวทางสร้างความหวังที่แตกต่างกัน ได้แหล่งสนับสนุนจากมิตรภาพของผู้รับการบำบัดในกลุ่ม และมีโอกาสเรียนรู้การทำหน้าที่เป็นแหล่งสนับสนุนของผู้อื่นเช่นกัน

กิจกรรมที่ 5 ความคิดในสิ่งที่ฉันทำได้ เนื้อหาประกอบด้วย ผู้บำบัดจะให้ผู้รับการบำบัดในกลุ่มร่วมกันค้นหาปัญหาเกี่ยวกับสัมพันธภาพหรือปัญหาในชีวิตประจำวันที่พบบ่อยมาจำนวน 1-2 ข้อ เมื่อได้ข้อปัญหาแล้ว ผู้บำบัดสนับสนุนให้ผู้รับการบำบัดร่วมกันค้นหาสาเหตุของการเกิดปัญหา เพื่อให้ผู้เข้ารับการบำบัดได้เรียนรู้การวิเคราะห์ปัญหา จากนั้นช่วยกันค้นหาหนทางการแก้ปัญหา ผู้บำบัดช่วยสรุปหนทางการแก้ปัญหาสัมพันธภาพนั้น ๆ อย่างเหมาะสม และสอนทักษะเกี่ยวกับการสร้างสัมพันธภาพ สนับสนุนให้ผู้รับการบำบัดมีความมั่นใจในการสร้างสัมพันธภาพและการแก้ปัญหา แนะนำเกี่ยวกับการตั้งเป้าหมายในชีวิต และให้ผู้เข้ารับการบำบัดฝึกตั้งเป้าหมายในชีวิตเป็นการบ้าน

**ขั้นตอนที่ 3 terminal phase** (ระยะยุติกลุ่ม) ระยะทบทวนและประเมินทักษะการสร้าง ความเข้มแข็งทางใจ และยุติกลุ่ม ประกอบด้วย 1 กิจกรรม คือ

กิจกรรมที่ 6 ความจริงในสิ่งที่ฉันทำได้ เนื้อหาประกอบด้วย ผู้บำบัดจะให้ผู้รับการบำบัดพูดสรุปเกี่ยวกับตนเอง แหล่งสนับสนุนของตน ความหวังและเป้าหมายในชีวิต ผู้บำบัดจะตรวจสอบความคิด ส่งเสริมเมื่อมีความคิดที่เหมาะสมและแก้ไขเมื่อมีความคิดที่ไม่เหมาะสม และกระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมการบำบัดในกลุ่มให้กำลังใจและคำแนะนำเพิ่มเติม จากนั้นผู้บำบัดจะสรุปเกี่ยวกับความคิดที่เปลี่ยนไปของผู้รับการบำบัด สัมพันธภาพที่เกิดขึ้นระหว่างการทำกลุ่ม เพื่อให้ผู้เข้ารับการบำบัดสามารถเข้าใจและนำกลับไปใช้ต่อในชีวิตประจำวัน และยุติกลุ่ม



### คุณสมบัติผู้บำบัด

1. มีความรู้พื้นฐานทางสุขภาพจิตและจิตเวช
2. มีเจตคติที่ดีต่อผู้รับบริการ
3. มีประสบการณ์ในการทำกลุ่มจิตบำบัด
4. มีความรับผิดชอบต่องานสุขภาพจิตและจิตเวชมี Psychological Minded ได้แก่ Sensitiveness หรือ Awareness, Understanding และ Empathy
5. ความสามารถในการสร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัด
6. เป็นบุคคลที่มีสุขภาพจิตดีเพราะผู้บำบัดนั้นใช้ตนเองเป็นเครื่องมือในการบำบัดหากผู้บำบัดมีความผิดปกติทางจิตหรือมีสุขภาพจิตไม่ดีก็จะก่อให้เกิดความล้มเหลวในการบำบัด

### คุณสมบัติผู้รับการบำบัด

1. ผู้ป่วยเพศหญิงและชายอายุระหว่าง 20-59 ปี
2. ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (F20.0-F20.9) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10)
3. อาการทางจิตสงบโดยมีระดับคะแนนตามแบบวัดอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS) ไม่เกิน 36 คะแนน
4. มีภาวะซึมเศร้าตามแบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท (The Calgary Depression Scale for Schizophrenia: CDSS) ระดับปานกลางขึ้นไปคือมากกว่า 12 คะแนน
5. สื่อสารด้วยภาษาไทยได้
6. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและมีเวลาเข้าร่วมกิจกรรมตามเกณฑ์กำหนด

## กิจกรรมที่ 1 ความคิดในสิ่งที่ฉันเป็น

ระยะเวลา 60-90 นาที

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้บำบัดกับผู้ป่วยและระหว่างผู้ป่วยด้วยกันเอง
2. เพื่อให้ผู้ป่วยทราบวัตถุประสงค์และเข้าใจถึงกระบวนการในการเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจ
3. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับความเข้มแข็งทางใจ
4. เพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้าใจ สามารถค้นพบและวิเคราะห์ความคิดทางลบที่มีต่อตนเอง
5. เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจวิธีการปรับเปลี่ยนแนวคิดที่มีต่อตนเองไปในทางบวก

### สาระสำคัญ

การสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างบุคคลในกลุ่ม เป็นสิ่งจำเป็นพื้นฐานในการทำงานร่วมกันให้บรรลุเป้าหมาย ผู้วิจัยจึงต้องสร้างบรรยากาศในกลุ่มให้รู้สึกอบอุ่นและปลอดภัย เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ ผ่อนคลาย และให้ความร่วมมือในการแสดงความคิดเห็นหรือกิจกรรมต่าง ๆ โดยผู้วิจัยจะต้องสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า ทั้งสาเหตุ อาการและผลกระทบของภาวะซึมเศร้าต่อตัวผู้ป่วยเอง รวมถึงความสำคัญของความเข้มแข็งทางใจ ว่าเป็นความสามารถในการจัดการปัญหาและวิกฤติของชีวิตให้สามารถฟื้นตัวกลับสู่สภาพปกติได้ในเวลาอันรวดเร็ว กระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยค้นหาความคิดทางลบที่มีต่อตนเองและสิ่งแวดล้อม แนะนำวิธีการปรับเปลี่ยนความคิดให้กลายเป็นความคิดทางบวก ซึ่งเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่า ภูมิใจในตนเอง มองโลกในแง่ดีมากขึ้น ส่งผลให้สามารถลดและป้องกันภาวะซึมเศร้าได้

### สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบความรู้ที่ 1.1 เรื่อง ภาวะซึมเศร้า และความเข้มแข็งทางใจ
2. ใบความรู้ที่ 1.2 เรื่อง การเปลี่ยนความคิดทางลบให้เป็นทางบวก
3. ใบการบ้านที่ 1.1 เรื่อง สิ่งดี ๆ ที่ฉันพบ
4. กระดาษ/โปสเตอร์
5. ปากกาเมจิก/ดินสอ

## ขั้นตอนการดำเนินงานกิจกรรม

องค์ประกอบ เวลา	กิจกรรม	สื่อ / อุปกรณ์
การสร้าง สัมพันธ์ภาพ (10 นาที)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. สร้างสัมพันธ์ภาพด้วยท่าที่เป็นมิตร แนะนำตนเองเพื่อสร้างความคุ้นเคย ความไว้วางใจ สนทนาเรื่องทั่ว ๆ ไปก่อน เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความผ่อนคลาย</li> <li>2. ชี้แจงข้อตกลงในการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ ได้แก่ วัตถุประสงค์ ระยะเวลา ขั้นตอนและจำนวนครั้งในการทำกิจกรรม รวมทั้งสถานที่ดำเนินกิจกรรม</li> <li>3. ให้ผู้ป่วยแนะนำตัวทีละคน และให้สมาชิกภายในกลุ่มกล่าวคำว่า สวัสดี (ชื่อผู้ป่วยที่แนะนำตัว) จนครบทุกคน แล้วร่วมกันร้องเพลง “สวัสดีวันนี้พบกัน” เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกได้รับการยอมรับและเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม</li> <li>4. ให้ผู้ป่วยได้ทำความรู้จักสมาชิกในกลุ่มอย่างน้อย 3 คน โดยให้ผู้ป่วยจับคู่กันเพื่อสอบถามชื่อและพูดคุย ส่วนผู้วิจัยจะร้องเพลง “สวัสดีวันนี้พบกัน” เมื่อเพลงจบ 2 รอบ ให้ผู้ป่วยเปลี่ยนคู่ เมื่อเปลี่ยนคู่ครบ 3 ครั้งให้ผู้ป่วยกลับมานั่งที่เดิม แล้วบอกชื่อเพื่อนสมาชิกที่ตนเองได้จับคู่ทั้งหมด 3 คน เพื่อเป็นการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างสมาชิกภายในกลุ่ม</li> </ol>	
สร้างความ เข้าใจเกี่ยวกับ ภาวะซึมเศร้า และความ เข้มแข็งทางใจ (10 นาที)	<ol style="list-style-type: none"> <li>4. อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วยสาเหตุ อากาาร และผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย เชื่อมโยงให้ผู้ป่วยเข้าใจและเห็นถึงความสำคัญของการสร้างความเข้มแข็งทางใจว่าการที่ผู้ป่วยมีความเข้มแข็งทางใจจะช่วยให้ผู้ป่วยนั้นมีความสามารถในการจัดการปัญหาและวิกฤติของชีวิต สามารถฟื้นตัวกลับสู่สภาพปกติได้ในเวลาอันรวดเร็ว</li> </ol>	ใบความรู้ที่ 1.1 เรื่อง ภาวะ ซึมเศร้า และ ความเข้มแข็ง ทางใจ

องค์ประกอบ เวลา	กิจกรรม	สื่อ / อุปกรณ์
ค้นหา ความคิดทาง ลบที่มีต่อ ตนเอง (20 นาที)	5. พูดเกริ่นว่า สาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้านั้นก็คือ การมีความคิดทางลบ ซึ่งเป็นความคิดที่ก่อให้เกิดความทุกข์ สามารถเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา พร้อมทั้งยกตัวอย่าง ถามสมาชิก ในกลุ่มว่าเคยมีความคิดเช่นนี้หรือไม่ จากนั้นให้ผู้ช่วยพูดถึง ความคิดที่มีต่อตนเองและสิ่งแวดล้อมที่ละคน ผู้วิจัยและ สมาชิกในกลุ่มร่วมกันค้นหาความคิดทางลบของผู้ป่วย	
เปลี่ยน ความคิดทาง ลบเป็น ความคิด ทางบวก (20 นาที)	6. อธิบายการวิเคราะห์ความคิดทางลบ และเปลี่ยนเป็น ทางบวกตามความเป็นจริง โดยให้ผู้ช่วยแต่ละคนเปลี่ยน ความคิดทางลบของตนเองให้เป็นทางบวก หลังจากนั้น สอบถามถึงความรู้สึกของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นหลังจากเปลี่ยนแปลง ความคิด และกระตุ้นให้สมาชิกในกลุ่มแสดงการสนับสนุนและ ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกที่ดีต่อ ตนเองและผู้อื่น รวมถึงมีความมั่นใจและภูมิใจตนเองอีกด้วย	ใบความรู้ที่ 1.2 เรื่อง การ เปลี่ยน ความคิดทาง ลบให้เป็น ทางบวก
ฝึกการมอง ตนเองในทาง บวกและมอง โลกในแง่ดี (10 นาที)	7. ผู้วิจัยและผู้ช่วยร่วมกันสรุปความรู้ที่ได้ เปิดโอกาสให้ ซักถามข้อสงสัย มอบหมายงานให้ผู้ช่วยค้นหาข้อดีภายใน ตนเองและสิ่งดี ๆ ที่ผู้ป่วยพบเจอ พร้อมทั้งให้นำการบ้านมา เข้ากลุ่มในครั้งถัดไป	ใบการบ้านที่ 1.1 เรื่อง สิ่งดี ๆ ที่ฉันพบ

### การประเมินผล

1. ประเมินผลจากการสังเกต พฤติกรรม ความสนใจ ตลอดจนการซักถามปัญหา ข้อสงสัย และการที่ผู้ป่วยเปิดเผยความคิดทางลบที่มีต่อตนเอง
2. การมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นในกลุ่มอย่างเหมาะสม

## ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	ร้อยเอกหญิง วรัญญา โหมดเกษม
วัน เดือน ปี เกิด	24 กรกฎาคม 2535
สถานที่เกิด	จังหวัดกรุงเทพมหานคร
วุฒิการศึกษา	หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก จังหวัด กรุงเทพมหานคร สถาบันสมทบมหาวิทยาลัยมหิดล จังหวัดกรุงเทพมหานคร ในปีการศึกษา 2557



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY