

ผลของกลุ่มบำบัดด้วยศิลปะต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท

พิมจันทร์ ภูแก้ว

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

มกราคม 2561

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา


คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณา  
วิทยานิพนธ์ของ พิมจันทร์ ภูแก้ว ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา  
ตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช  
ของมหาวิทยาลัยบูรพาได้

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์


  
..... อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จันทนา ชัยเสนา คาลาส)

  
..... อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รอ.หญิง ชนัดดา แนบเกษร)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


  
..... ประธาน  
(รองศาสตราจารย์ ดร.อรวรรณ แก้วบุญชู)

  
..... กรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จันทนา ชัยเสนา คาลาส)

  
..... กรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รอ.หญิง ชนัดดา แนบเกษร)

  
..... กรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ ดร.วรรณิ เดียววิเศษ)

คณะพยาบาลศาสตร์อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม  
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ของมหาวิทยาลัย  
บูรพา

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

วันที่...19...เดือน...พฤษภาคม...พ.ศ. 2561

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดีด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากคณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จินห์จุฑา ชัยเสนา ดาลลาส อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รอ.หญิง ชนิดดา แนบเกษร อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่กรุณาให้คำปรึกษา แนะนำแนวทางที่ถูกต้อง ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความเอาใจใส่อย่างดีเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ทุกท่าน ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะจนวิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น ขอขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทความรู้ ให้พลังทางปัญญา และให้การสนับสนุนเสมอมา

ขอกราบขอบพระคุณนายแพทย์เวทิส ประทุมศรี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สายใจ พัวพันธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เลิศศิริ บวรกิตติ ที่ให้ความกรุณาเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ พร้อมทั้งกรุณาให้ข้อเสนอแนะในการแก้ไขปรับปรุงจนมีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ หัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ เพื่อนร่วมงานและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านถึงแม้ไม่ได้เอ่ยนามมา ณ ที่นี้ ที่ให้ความอนุเคราะห์ตลอดจนขอกราบขอบพระคุณผู้ป่วยโรคจิตเภททุกท่านที่เป็นกลุ่มตัวอย่างและให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีคุณภาพและสำเร็จได้ด้วยดี

ขอขอบพระคุณพ่อกำจัด คุณแม่อุดม สกุลแก้ว คุณวัฒนา ภูแก้ว และเพื่อน ๆ รหัส 54 สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ที่คอยสนับสนุนให้กำลังใจ ด้วยความรัก ความห่วงใย และคอยช่วยเหลือแก่ผู้วิจัยด้วยดีเสมอมา

คุณค่าและประโยชน์ของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยมอบเป็นกตัญญูกตเวทิตาแด่บุพการี บวรพจารย์ และผู้มีพระคุณทุกท่านทั้งในอดีตและปัจจุบันที่ทำให้ข้าพเจ้าเป็นผู้มีการศึกษา และประสบความสำเร็จมาจนตราบนานเท่านานนี้

พิมจันทร์ ภูแก้ว

54920290: สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

คำสำคัญ: กลุ่มบำบัดด้วยศิลปะ/ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง/ โรคจิตเภท

พิมพ์จันทร์ ภูแก้ว: ผลของกลุ่มบำบัดด้วยศิลปะต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท (EFFECT OF ART THERAPY GROUP ON SELF-ESTEEM AMONG PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA) คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: จินห์จู่หา ชัยเสนา ดาลาส, Ph.D., ชนิดดา แนบเกษร, Ph.D. 92 หน้า. ปี พ.ศ. 2561.

ผู้เป็นโรคจิตเภทจะมีความเปราะบางด้านความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม ทำให้บุคคลไม่สามารถทำกิจกรรมได้ตามปกติ และเป็นภาวะที่สังคมไม่ยอมรับ ส่งผลผู้ป่วยด้วยโรคจิตเภทรู้สึกตนเองด้อยค่า การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของกลุ่มบำบัดด้วยศิลปะต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภทรับไว้รักษาในโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชชนรินทร์ จำนวน 20 คน สุ่มเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 10 คน กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ กลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามปกติและเข้ากลุ่มศิลปะบำบัดมุ่งเน้นการพัฒนาความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง พัฒนาจากแนวคิดการทำศิลปะบำบัดของเลิศจิรี บวรภักดี และแนวคิดความมีคุณค่าในตนเองของ Coopersmith โดยเข้ากลุ่ม 6 ครั้ง (เป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ ๆ ละ 3 วัน ๆ ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 90 นาที) รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของคูเปอร์สมิท เมื่อเริ่มเข้าร่วมการวิจัย หลังทดลองทันที และหลังทดลอง 1 เดือน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา สถิติทดสอบค่าที และการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำโดยทดสอบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธีบอนเฟอโรนี

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองหลังทดลองทันทีและหลังทดลอง 1 เดือน แตกต่างกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองก่อนการทดลองและหลังทดลองทันทีแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) แต่มีคะแนนเฉลี่ยหลังทดลองทันทีและหลังทดลอง 1 เดือน ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > .05$ )

จากผลการวิจัยเสนอแนะว่า พยาบาลและบุคลากรที่เกี่ยวข้องควรมุ่งนำกลุ่มบำบัดด้วยศิลปะไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท เพื่อเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทดีขึ้น

54920290: MAJOR IN PSYCHIATRIC AND MENTAL HEALTH NURSING, M.N.S.  
(PSYCHIATRIC AND MENTAL HEALTH NURSING)

KEYWORD: ART THERAPY GROUP/ SELF-ESTEEM/ SCHIZOPHRENIA

PIMJUN POOKAEW: EFFECT OF ART THERAPY GROUP ON SELF-ESTEEM  
AMONG PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA. ADVISORY COMMITTEE: JINJUTHA  
CHAISENA DALLAS, Ph.D., CHANUDDA NABKASORN, Ph.D. 92 P. 2018.

Persons with schizophrenia have deviated thoughts, emotions, and behaviors leading them to not be able to handle their routine activities. Also, society does not accept persons with schizophrenia. Consequently, these persons have self-esteem decreased. Purpose of this quasi-experimental study was to examine effect of art therapy group on self-esteem among patients with schizophrenia. Participants were 20 patients who diagnosed having schizophrenia and were admitted in Sakaeo Ratchanakarinda Hospital. They were randomly assigned to experimental or control group, 10 for each group. Control group received routine care while experiment received both routine care and art therapy group focusing on self-esteem enhancement. This group based on Bovornkitti's art therapy and Coopersmith's self-esteem concepts. Therapeutic group was held six sessions within two week (three days a week, one 90-minute session a day) Data were collected by Coopersmith Self-Esteem Inventory at pretest, immediate posttest, and 1-month posttest. Data were analyzed by descriptive statistics, independent *t*-test, and repeated measure ANOVA with multiple comparison by Bonferroni method.

Findings revealed that experiment group had mean scores of self-esteem at immediate and 1-month posttests significantly different from those of control group ( $p < .001$ ). Although, experimental group had significantly different mean scores of self-esteem at at pretest and immediate posttest ( $p < .001$ ), its mean scores at immediate and 1-month posttest was not significantly different ( $p > .05$ ).

Findings suggest that nurses and healthcare providers would apply art therapy group in caring for patients with schizophrenia patients to increase patients' self-esteem. In addition, it would improve their quality of life.

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย .....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ .....	จ
สารบัญ .....	ฉ
สารบัญตาราง .....	ช
สารบัญภาพ .....	ฌ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา .....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย .....	5
สมมติฐานของการวิจัย .....	5
ขอบเขตของการวิจัย .....	6
นิยามศัพท์เฉพาะ .....	6
กรอบแนวคิดการวิจัย .....	7
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	10
แนวคิดเกี่ยวกับโรคจิตเภท .....	10
แนวคิดเกี่ยวกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง .....	16
ศิลปะบำบัดเพื่อเสริมสร้างความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท.....	22
แนวคิดการทำกลุ่มบำบัด .....	28
กลุ่มบำบัดด้วยศิลปะต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท.....	30
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	34
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง .....	34
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	36
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย .....	38
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง .....	39
การทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล .....	40
การวิเคราะห์ข้อมูล .....	45

## สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
4 ผลการวิจัย .....	46
ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป คุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง และผลการ เปรียบเทียบความแตกต่างคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง .....	47
ตอนที่ 2 ข้อมูลความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท และผลการ เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภทระหว่าง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลอง .....	49
ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ของผู้ป่วยโรคจิตเภทในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยการวิเคราะห์ ความแปรปรวนสองทางแบบวัดซ้ำ (Two-way repeated measure ANOVA).....	50
5 สรุปและอภิปรายผลการวิจัย .....	54
สรุปผลการวิจัย.....	54
อภิปรายผลการวิจัย.....	55
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	60
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป .....	60
บรรณานุกรม .....	61
ภาคผนวก .....	69
ภาคผนวก ก .....	70
ภาคผนวก ข .....	72
ภาคผนวก ค .....	81
ภาคผนวก ง .....	85
ประวัติย่อของผู้วิจัย .....	92

## สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวน ร้อยละ และความแตกต่างของลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยโรคจิตเภท จำแนกตามข้อมูลพื้นฐาน.....	47
2	คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วย โรคจิตเภทของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน .....	49
3	ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง.....	49
4	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วย โรคจิตเภท ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง.....	50
5	ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่คะแนนเฉลี่ยความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ของผู้ป่วยโรคจิตเภทในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน .....	52



## สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	กรอบแนวคิดในการวิจัย .....	9
2	สรุปขั้นตอนดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล .....	44
3	การเปลี่ยนแปลงคะแนนเฉลี่ยความรู้สึที่มีคุณค่าในตนเองระหว่างวิธีการทดลอง กับระยะเวลาการทดลอง .....	51

# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นการเจ็บป่วยทางจิตเรื้อรังที่เป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญของประชากรโลก อุบัติการณ์ของโรคจิตเภท พบได้ร้อยละ 1 ในประชากรทั่วโลก ซึ่งไม่มีความแตกต่างกันในเรื่องของเชื้อชาติ สถานะทางสังคม วัฒนธรรม หรือสิ่งแวดล้อม (Varcarolis, Carson, & Shoemaker, 2006) นอกจากนี้โรคจิตเภทยังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยเช่นเดียวกัน โดยพบว่าเป็นโรคที่พบเป็นอันดับ 1 ของโรคทางจิตเวช จากรายงานของกรมสุขภาพจิตสรุปว่า มีผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารับบริการในหน่วยงานสังกัดกรมสุขภาพจิต ในปี พ.ศ. 2557-2559 มีจำนวน 1,082,407, 1,070,206 และ 1,109,183 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.82, 8.12 และ 7.99 ของจำนวนผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอกทั้งหมด (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2559) สอดคล้องกับสถิติผู้รับบริการในโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชชนครินทร์ พบว่า มีผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้ารับการรักษาในปี พ.ศ. 2557-2559 มีจำนวน 12,514, 11,502 และ 9,636 ราย คิดเป็นร้อยละ 35.56, 35.74 และ 34.51 ตามลำดับ (โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชชนครินทร์, 2559)

ผู้ป่วยโรคจิตเภทเป็นผู้ที่มีอาการหลงผิด ประสาทหลอน มีความผิดปกติทางความคิด พฤติกรรมแปลกประหลาด และมีความบกพร่องในด้านสังคมหรือการทำงาน จนในที่สุดการทำหน้าที่และความสัมพันธ์ทางสังคมเสื่อมลงอย่างมาก (พิเชฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาลิกานนท์, 2552) โดยพบว่าผู้ป่วยเหล่านี้จะมีอัตราการกลับเป็นซ้ำรวมถึงกลับมารักษาซ้ำมากกว่าผู้ป่วยโรคทางจิตเวชอื่น ๆ (เปรมฤดี ดำรักษ์, อังคณา วังทอง และอนุชิต วังทอง, 2557) โดยพบว่าในประเทศไทยมีผู้ป่วยกลับมาเป็นซ้ำจำนวนถึงร้อยละ 70 (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2548) ระยะการดำเนินโรค แบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะอาการนำ (Prodromal phase) โดยจะเริ่มมีอาการเปลี่ยนแปลงแบบค่อยเป็นค่อยไป มีปัญหาในด้านหน้าที่ความรับผิดชอบ หรือด้านสัมพันธภาพ การเรียนหรือการทำงานเริ่มแย่ลง ระยะอาการกำเริบ (Active phase) ได้แก่ อาการหลงผิด อาการประสาทหลอน และอาการหวาดระแวง บางรายอาการรุนแรงถึงขั้นทำร้ายตนเอง ทำร้ายผู้อื่น หรือทำลายข้าวของ เป้าหมายการรักษา คือ ทำให้อาการทางจิตสงบ ลดปัจจัยเสี่ยง ไม่ให้เกิดอันตรายทั้งต่อตัวผู้ป่วยและผู้อื่น หลังจากนั้นผู้ป่วยโรคจิตเภทยังคงได้รับยาต้านโรคจิต เพื่อบรรเทาอาการทางจิต ร่วมกับการฟื้นฟูและส่งเสริมการทำหน้าที่ตามระยะพัฒนาการและบทบาททางสังคม เมื่ออาการเข้าสู่ระยะอาการหลงเหลือ (Residual phase) ก็ยังต้องรักษาด้วยยาในขนาดที่ต่ำลงเพื่อควบคุมอาการทางจิตให้คงที่ไม่ให้กำเริบ โดยทั่วไปใช้เวลาในการรักษาโดยประมาณ

5 ปี เป้าหมายของระยะนี้คือการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตและภาวะสุขภาพที่ดี (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2555) การดำเนินของโรคจะสิ้นสุดโดยใช้เวลาในการรักษาภายใน 5 ปี ผู้ป่วยต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การมาตรวจตามนัด และการดูแลตนเองอย่างถูกต้องและเหมาะสม

ผลกระทบของการป่วยด้วยโรคจิตเภท ส่งผลต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนอย่างมาก ผลกระทบของการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทต่อครอบครัวและชุมชน พบว่า สมาชิกในครอบครัวอยู่ด้วยความหวาดวิตกกังวลกับอาการที่ไม่แน่นอนของผู้ป่วย (American Psychiatric Association [APA], 2000) ญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทมีทัศนคติที่เฉื่อยชาด้วยความรู้สึกผิดหวังในสิ่งที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ โดยเฉพาะในประเด็นที่ผู้ป่วยไม่ได้ทำตามบทบาทหน้าที่ของลูก-หลานที่ดีที่พึงปฏิบัติต่อพ่อแม่ หรือญาติผู้ใหญ่ จนถึงกับตัดสินและติตราผู้ป่วยว่า “เป็นคนขี้เกียจ” (วัชรภรณ์ ลือไชสงค์, 2552) สำหรับผลกระทบด้านชุมชนและสังคม พบว่า สังคมต้องสูญเสียทรัพยากรบุคคลที่มีค่า และเป็นการสูญเสียค่าทางด้านแรงงาน เนื่องจากผู้ป่วยมักมีอาการของโรคในช่วงวัยรุ่นหรือผู้ใหญ่ตอนต้น ซึ่งส่วนใหญ่เป็นวัยทำงาน (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2555) อีกทั้งรัฐบาลต้องสูญเสียงบประมาณในการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทเป็นเงินสูงถึง 200 ล้านบาทต่อปีและมีแนวโน้มที่จะสูงขึ้นเรื่อย ๆ (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2548)

สำหรับผลกระทบของการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทต่อผู้ป่วยโรคจิตเภทเอง ในด้านร่างกาย พบว่า ผลจากการรักษาอาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการข้างเคียงจากยา เช่น เดินตัวแข็ง น้ำลายไหล บางรายมีความเสื่อมของสมอง ส่งผลในเรื่องความจำ ทำให้คิดช้า ทำกิจกรรมต่าง ๆ ช้า หรือเรื่องของพฤติกรรมแบบแปลกประหลาด เช่น เคลื่อนไหวส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกายช้า ๆ หรืออาจค้างอยู่ในท่าใดท่าหนึ่งนาน ๆ ส่งผลต่อภาพลักษณ์ของผู้ป่วยโรคจิตเภท ถูกประเมินจากสังคมว่าแปลกประหลาด การรับรู้ที่ตนเองแปลก แตกต่างจากบุคคลอื่นทำให้ผู้ป่วยขาดความมั่นใจ เกิดความรู้สึกประหลาดทางอารมณ์ ไม่กล้าเข้าสังคม อีกทั้งมองว่าตนเองเป็นคนระดับต่ำ สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกว่าเป็นตราบาป (Stigma) และมองเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ (ผ่องศรี ดวงแก้ว, 2553; Coring & Cook, 2007) จากการศึกษาถึงความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภททั้งในและต่างประเทศ พบว่า ในผู้ป่วยโรคจิตเภทส่วนใหญ่จะประสบกับภาวะความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ (Silverstone & Salsali, 2003) และการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยจิตเวชทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยลดลง เกิดความรู้สึกบิบบิ้นทุกข์ทรมานทางจิตวิญญาณ คิดว่าการอยู่โรงพยาบาลเป็นการลงโทษ เกิดความรู้สึกไม่ยอมรับตนเอง ต่ำหีนตนเองที่ไม่มีใครต้องการ (Carson, 1989; Carpenito, 1997 อ้างถึงใน ชุ่มจิต กลิ่นพิบูลย์, 2549) และในประเทศไทย จากการศึกษาประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทของ ศิริพร ทองบ่อ และคณะ

(2549) พบว่า ผู้ป่วยมีความคิดความรู้สึกต่อตนเองว่าต้องพึ่งยา ไม่มีความมั่นใจในตนเอง และรู้สึกว่าศักยภาพด้อยลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยโรคจิตเภทในระยะอาการหลงเหลือ จะมีความเสื่อมตามมาในหลาย ๆ ด้าน จนส่งผลต่อการทำหน้าที่ทางสังคม การเรียน และการทำงาน รวมทั้งการใช้ชีวิตประจำวัน ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความรู้สึกว่าการป่วยเป็น โรคจิตเภทเป็นตราบาป ความรู้สึกด้อยค่า สูญเสียความมั่นใจตนเอง เกิดความรู้สึกไม่มีคุณค่าในตนเอง

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นการรับรู้และทัศนคติของบุคคลที่มีต่อตนเอง ซึ่งแสดงออกในลักษณะของการยอมรับ หรือไม่ยอมรับตนเอง ตลอดจนความเชื่อที่บุคคลมีต่อตนเอง ในด้านการมีความสำคัญ การมีความสามารถ การมีคุณความดี และการมีพลังอำนาจในตนเอง แต่ถ้าเมื่อใดที่บุคคลมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ บุคคลนั้นก็จะได้รับผลกระทบอย่างมากมาย ทั้งในด้านของความนับถือตนเอง ความเชื่อมั่นในตนเอง ความสามารถ และความสำเร็จในชีวิต (Coopersmith, 1984 อ้างถึงใน หทัยรัตน์ ปฏิพัทธ์ภักดี, 2554) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นสิ่งที่มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อมนุษย์ เป็นความจำเป็นขั้นพื้นฐานด้านจิตใจที่จะทำให้สามารถดำรงชีวิตอยู่อย่างมีคุณค่า สามารถเรียนรู้ เปลี่ยนแปลง และพัฒนาให้เกิดขึ้นได้ (ดวงจันทร์ จงรักภักย์, 2549) ซึ่งผู้ป่วยโรคจิตเภทสมควรได้รับการยอมรับในฐานะบุคคลหนึ่งเช่นกัน จึงควรได้รับการพัฒนาให้มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยมีความชื่นชม พึงพอใจในตนเอง มองตนเองทางบวก รับรู้ว่าตนเองมีความสามารถและใช้ศักยภาพของตนเองได้อย่างเต็มที่ในการดำเนินชีวิต และปรับตัวที่จะอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นได้

การรักษาในผู้ป่วยโรคจิตเภท ประกอบไปด้วยการรักษาด้วยยาจิตเวช (Psychopharmacology) และการรักษาทางจิตสังคม (Psychosocial treatment) รูปแบบการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทควรเป็นการรักษาแบบบูรณาการ (Integrated) หรือเบ็ดเสร็จ (Comprehensive) ครอบคลุมทั้งการใช้ยา การรักษาทางจิตสังคม และการฟื้นฟูทางจิตสังคม (พิเชษฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิถนานนท์, 2552) การรักษาทางจิตสังคมเป็นการรักษาอีกวิธีการหนึ่งซึ่งมีความสำคัญเนื่องจากอาการบางอย่าง เช่น อาการด้านลบ ภาวะท้อแท้หมดกำลังใจ ความเสื่อมในหน้าที่การทำงาน และการตัดสินใจ ไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้รักษาจะต้องคำนึงถึงปัจจัยด้านจิตสังคมของผู้ป่วย เพื่อช่วยเสริมสร้างความสามารถในการทำหน้าที่ต่าง ๆ การดำเนินชีวิตตามศักยภาพ มีแรงจูงใจในการรับประทานยา มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และช่วยเหลือให้ผู้ป่วยปรับตัวอยู่ในครอบครัวและสังคมได้ การบำบัดรักษาทางจิตสังคมของผู้ป่วยโรคจิตเภทนั้นมีหลายวิธี เช่น การให้สุขภาพจิตศึกษา การบำบัดด้วยวิธีปรับการรู้คิดและพฤติกรรม การบำบัดที่เน้นการหาทางออก การบำบัดเชิงสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การบำบัดแบบแก้ปัญหา และศิลปะบำบัด (กานดา ผาวงศ์, 2548; ปัทมา แก้วสีใส, 2552; ผอูนรัตน์ กลางมณี, 2555; ณัฏฐิณี กองแก้ว,

2556; Brook, 1995) สำหรับการบำบัดที่ช่วยเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจสามารถเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท (หทัยรัตน์ ปฏิพัทธ์ภักดี, 2554) และกลุ่มบำบัดสามารถเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเวชเรื้อรังรวมถึงผู้ป่วยจิตเภทได้ (เอื้อญาติ ชูชื่น, สุกิตา วิรุณ และวิมล นุชสวาท, 2557)

ศิลปะบำบัดเป็นทางเลือกหนึ่งของการบำบัด โดยใช้การสร้างสรรค์งานศิลปะเพื่อช่วยเหลือบุคคลที่มีปัญหาด้านอารมณ์และจิตใจ เป็นกระบวนการช่วยเหลือโดยการสื่อสารผ่านการสร้างสรรค์ผลงานศิลปะที่สะท้อนได้ถึงความรู้สึกนึกคิดของบุคคล (Brook, 1995) ศิลปะอาจแสดงออกมาเป็น เรื่องของภาพวาด ภาพเขียน ภาพพิมพ์ รูปปั้น รูปแกะสลัก นอกจากนี้ยังรวมถึงการแสดงออกถึงความซาบซึ้งในลักษณะอื่น ๆ ศิลปะบำบัดจะมุ่งเน้นที่ความคิดสร้างสรรค์จินตนาการมากกว่า การใช้ฝีมือ เป็นการถ่ายทอดความคิด ความรู้สึกมากกว่าการคำนึงถึงรูปแบบ ดังนั้นการนำศิลปะมาใช้เป็นเครื่องมือในการบำบัดผู้ป่วย มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นการฟื้นฟูสภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม กระบวนการของศิลปะบำบัดมีส่วนช่วยทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกมั่นคงปลอดภัย ได้ระบายอารมณ์ และความรู้สึก เกิดความไว้วางใจ เกิดความผ่อนคลาย สร้างความรู้สึกที่ดี ปรับมุมมองและแนวคิดเกี่ยวกับตนเอง จนค่อย ๆ สร้างความรู้สึกด้านบวก เกิดความภาคภูมิใจ ในผลงานของตนเองและเข้าใจตนเองมากขึ้น ส่งผลให้เกิดการยอมรับนับถือตนเอง และมีความรู้สึกว่ามีคุณค่าในตนเอง (เลิศศิริร์ บวรกิตติ, 2552) ดังเช่นผลการศึกษาของ กานดา ผาวงค์ (2548) พบว่า กลุ่มศิลปะบำบัดมีผลทำให้อาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทลดลง และการศึกษาของ ขวัญฤทัย อิ่มสมโภช (2549) พบว่า กิจกรรมศิลปะเพื่อการบำบัดสามารถส่งเสริมการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุได้ และการศึกษาในต่างประเทศของ Brook (1995) พบว่า การใช้ศิลปะบำบัดสามารถเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในผู้หญิงที่ถูกละเมิดทางเพศ จึงเป็นที่ยอมรับว่าศิลปะบำบัดเป็นการบำบัดแบบหนึ่งที่มีผลต่อการเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของบุคคล ถึงอย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรม ยังไม่พบการใช้ศิลปะบำบัดในการเสริมสร้างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท

โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ สังกัดกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข เป็นโรงพยาบาลที่ให้บริการบำบัดรักษา ฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเวช และผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต มีวิสัยทัศน์ในการให้บริการ คือ เป็นองค์กรที่มีความเป็นเลิศด้านจิตเวชทางเลือกของประเทศ ซึ่งในปัจจุบันการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารับบริการเป็นผู้ป่วยในกรณีระยะอาการกำเริบ ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตและอาจได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าร่วมด้วยการรักษาใช้ระยะเวลาประมาณ 1-2 สัปดาห์ เมื่อเข้าสู่ระยะอาการหลงเหลือก็ยังคงรักษาด้วยยา และการรักษาทางจิตสังคม คือ โปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วย

โรคจิตเภทเป็นการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ป่วยและส่งเสริมแรงจูงใจในการรับประทานยา จะเห็นได้ว่าการรักษาทางจิตสังคมในผู้ป่วยโรคจิตเภท ยังไม่มีการบำบัดด้านจิตเวชทางเลือกอื่น ซึ่งสอดคล้องกับวิสัยทัศน์ของโรงพยาบาล ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มีความสนใจในการศึกษาผลของกลุ่มบำบัดด้วยศิลปะต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยการนำศิลปะมาประยุกต์เพื่อพัฒนาให้เป็นอีกทางเลือกหนึ่งในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพื่อสร้างเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีศักยภาพในการดูแลตัวเอง ได้ต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของกลุ่มบำบัดด้วยศิลปะต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วย

โรคจิตเภท

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ในกลุ่มทดลอง

### สมมติฐานของการวิจัย

1. กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน สูงกว่ากลุ่มควบคุม
2. กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน แตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่

## ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองเพื่อศึกษาผลของกลุ่มบำบัดด้วยศิลปะต่อความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารับบริการที่หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้ว ราชชนรินทร์ จังหวัดสระแก้ว โดยเก็บรวบรวมข้อมูลในระหว่างเดือนตุลาคม ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2559

## นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้ป่วยโรคจิตเภท หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตามหลักการจำแนกโรคระหว่างประเทศ ICD-10 (International Classification of Disease) ขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO], 2006) ซึ่งมีความผิดปกติด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม มาเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชชนรินทร์ อยู่ในระยะอาการทางจิตสงบ มีคะแนนประเมินระดับอาการทางจิต (BPRS) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 36 คะแนน

ความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง หมายถึง การประเมินตนเองหรือมุมมองเกี่ยวกับตนเอง มี 4 องค์ประกอบ คือ 1) การมีความสำคัญ (Significance) 2) การมีความสามารถ (Competence) 3) การมีคุณความดี (Virtue) 4) การมีพลังอำนาจในตนเอง (Power) ประเมินได้โดยใช้แบบประเมินความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของ Coopersmith (1984 อ้างถึงใน หทัยรัตน์ ปฏิพัทธ์ภักดี, 2554) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดย นาดยา วงศ์เหล็กภัย (2532)

กลุ่มศิลปะบำบัด หมายถึง กิจกรรมกลุ่มบำบัดที่พัฒนามาจากแนวคิดความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของ Coopersmith (1984 อ้างถึงใน หทัยรัตน์ ปฏิพัทธ์ภักดี, 2554) และขั้นตอนการทำศิลปะบำบัดของ เลิศศิริร์ บวรภักดี (2552) ซึ่งเป็นกิจกรรมกลุ่มที่ใช้ศิลปะเป็นสื่อกลางในการผสมผสานด้านกาย จิตใจ อารมณ์ ความรู้สึกออกมาเป็นผลงานศิลปะ ที่มุ่งส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้เกิดความรู้สึกผ่อนคลาย ได้ระบายอารมณ์ความรู้สึก ปรับมุมมองและแนวคิดเกี่ยวกับตนเอง เกิดความรู้สึกรู้สึกด้านบวกเกิดความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง จนพัฒนาไปสู่การเห็นคุณค่าในตนเอง โดยกระบวนการกลุ่ม กระตุ้นให้ผู้ป่วยสร้างผลงานศิลปะ แสดงผลงานต่อกลุ่ม มีการสะท้อนคิดและการเรียนรู้ โดยผู้บำบัดมีแนวคำถามในการสนทนา รูปแบบของกิจกรรมกลุ่มศิลปะบำบัดครั้งนี้ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน โดยขั้นตอนที่ 1 การเข้าใจตนเอง เห็นปัญหาทางใจ ขั้นตอนที่ 2 การเข้าใจปัญหา ยอมรับ ขั้นตอนที่ 3 การเสริมสร้างพัฒนา และขั้นตอนที่ 4 การปรับเปลี่ยน

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลตาม โปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคจิตเภท เป็นการพยาบาลตามปกติของแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาล

จิตเวชระแแก้วราชนครินทร์ รวมถึงกิจกรรมการทำกลุ่มสนทนา การกิจกรรมกลุ่มกิจกรรมบำบัดต่าง ๆ และการให้คำปรึกษาเบื้องต้น

### กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของ Coopersmith (1984) อ้างถึงใน หทัยรัตน์ ปฏิพัทธ์ภักดี, 2554) และขั้นตอนการทำศิลปะบำบัดของ เลิศศิริร์ บวรกิตติ (2552) ในการพัฒนาโปรแกรมกลุ่มบำบัดด้วยศิลปะต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท แนวคิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของ Coopersmith ได้กล่าวไว้ว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองนั้นเกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับบุคคล หรือบุคคลกับสิ่งแวดล้อม แล้วแสดงออกในรูปของความรู้สึก ทักษะคติของบุคคลมีต่อตนเองในลักษณะของการยอมรับหรือไม่ยอมรับ และความเชื่อของบุคคลที่มีต่อตนเองตามคุณลักษณะพื้นฐาน 4 ประการ คือ 1) การมีความสำคัญ (Significance) 2) การมีความสามารถ (Competence) 3) การมีคุณความดี (Virtue) 4) การมีพลังอำนาจในตนเอง (Power) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสามารถบอกได้ถึงคุณภาพชีวิตของบุคคล ช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญอุปสรรคต่าง ๆ ที่เข้ามาในชีวิตได้ด้วยจิตใจที่เข้มแข็งมั่นคง เผชิญปัญหาและหลีกเลี่ยงความรุนแรงของปัญหาได้เป็นอย่างดี และทำให้บุคคลสามารถดำรงชีวิตอยู่อย่างมีคุณค่า ในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ ส่งผลให้กำหนดตนเองและคิดว่าการเจ็บป่วยเป็นสาเหตุจากการเสื่อมสมรรถภาพ (Impairment) หรือความบกพร่อง (Disability) ทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดไม่สามารถบรรลุบทบาทที่คนปกติปฏิบัติได้ขาดความมั่นใจ เกิดความรู้สึกเปราะบางทางอารมณ์ ไม่กล้าเข้าสังคม อีกทั้งมองว่าตนเองเป็นคนระดับล่าง และมองตนเองไร้ความสามารถ สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกว่าเป็นตราบาป (Stigma) (ผ่องศรี ดวงแก้ว, 2553; Coring & Cook, 2007)

การสร้างเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในผู้ป่วยโรคจิตเภททำให้ผู้ป่วยมีความเชื่อในศักยภาพของตนเอง มีการรู้คิดที่เหมาะสม ทำให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น สามารถปรับตัวในการดำรงชีวิตประจำวันได้ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นสิ่งที่สามารถเรียนรู้ได้ สามารถเปลี่ยนแปลงได้ และพัฒนาให้เกิดขึ้นได้จากประสบการณ์ที่บุคคลได้รับการจัดสภาพแวดล้อมและบรรยากาศที่ผ่อนคลาย เพื่อให้บุคคลรู้สึกปลอดภัย กล้าที่จะเปิดเผยความรู้สึกและตัวตน กระบวนการกลุ่มบำบัด เป็นกิจกรรมหนึ่งที่ช่วยสร้างเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เพราะกระบวนการกลุ่มจะส่งเสริมให้บุคคลได้ระบายความรู้สึก รู้สึกว่าปัญหาไม่ใช่ของตนเองคนเดียว เกิดการช่วยเหลือสนับสนุนซึ่งกันและกัน การให้กำลังใจ เกิดการเรียนรู้หนทางใหม่ ๆ ในการมีสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและการปรับตัวในการดำรงชีวิต ช่วยให้บุคคลได้รู้จักตนเอง



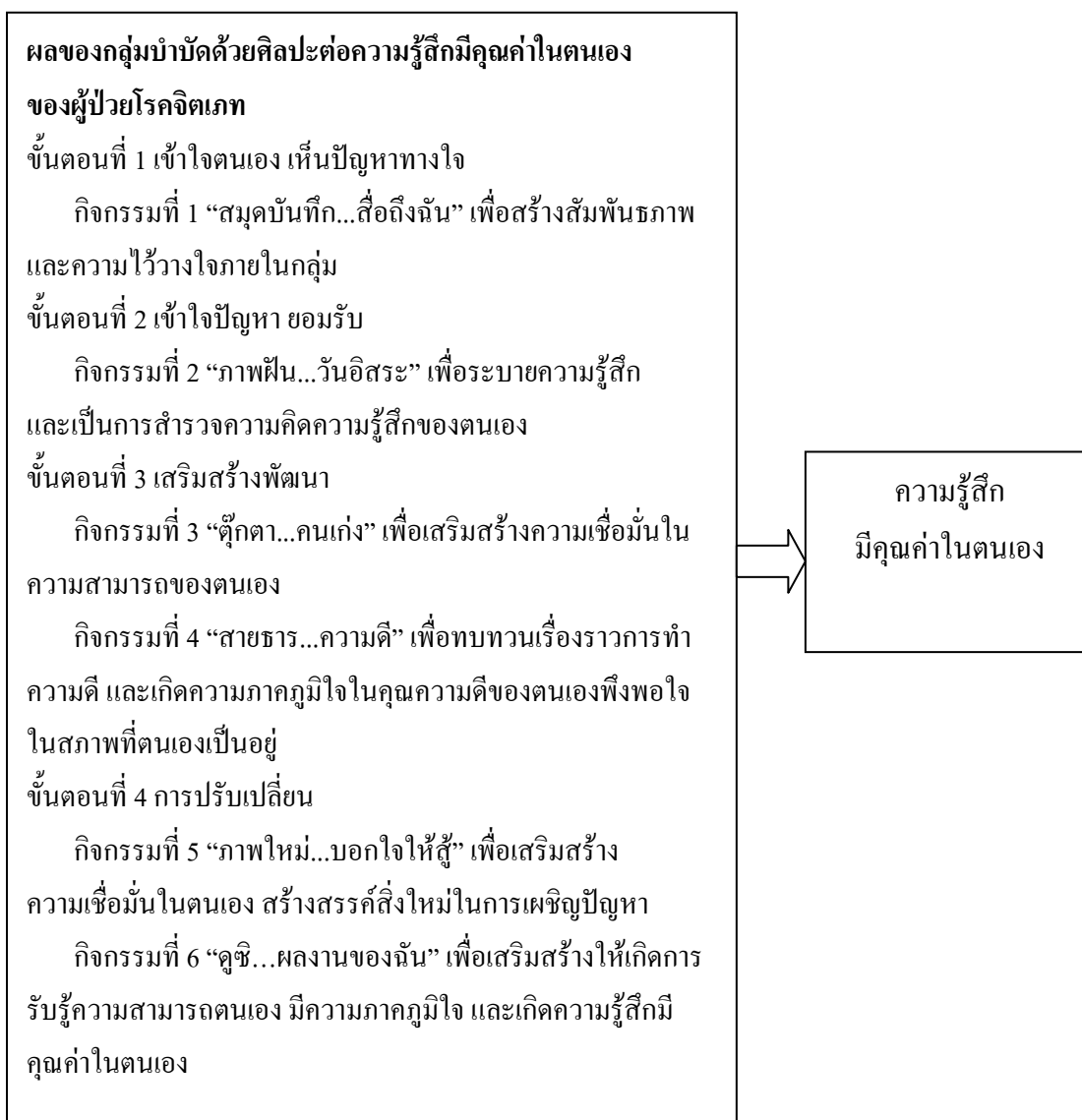
ส่งเสริมให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่น และเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (ปราโมทย์ เชาวศิลป์ และรณชัย คงสกนธ์, 2544)

การศึกษาครั้งนี้ประยุกต์ใช้ขั้นตอนการบำบัดด้วยศิลปะ สร้างขึ้นจากขั้นตอนการทำศิลปะบำบัดของ เลิศศิริร์ บวรกิตติ (2552) ในการเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท ประกอบไปด้วยขั้นตอนหลัก ๆ ดังต่อไปนี้ 1) การเข้าใจตนเอง เห็นปัญหาทางใจ เป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้บำบัดกับผู้รับบริการ และระหว่างผู้ป่วยที่เป็นสมาชิกกลุ่ม โดยการสนทนาพูดคุย และการทดลองวัสดุศิลปะอย่างง่าย ๆ ที่ไม่คำนึงถึงความสำเร็จเป็นหลัก 2) การเข้าใจปัญหา ยอมรับ คือ ผู้รับบริการได้สร้างงานศิลปะเพื่อใช้สำรวจ ทำความเข้าใจตนเอง 3) การเสริมสร้างพัฒนา คือ ผู้รับบริการได้มีพื้นที่ปลอดภัยในการระบายความรู้สึก สะท้อนความคิด ทำความเข้าใจตนเองและปรับสภาพจิตใจและความรู้สึกต่อตนเองให้ดีขึ้น 4) การปรับเปลี่ยน คือ ผู้รับบริการได้รับการเสริมสร้างพลังใจ ได้เกิดความเข้มแข็งทางจิตใจ มีความเชื่อมั่นความภาคภูมิใจในตนเอง สร้างโอกาสในการเปลี่ยนแปลงตนเองให้ดีขึ้น ซึ่งศิลปะเป็นกระบวนการที่สามารถสร้างสรรค์ในรูปแบบต่าง ๆ เช่น การวาดภาพ การระบายสี การสร้างสรรค์ภาพปะติด การประดิษฐ์งานศิลปะจากวัสดุต่าง ๆ ศิลปะเป็นสื่อกลางในการเข้าถึงตัวตนของผู้ป่วยด้วยการให้ระบายความคิด ความรู้สึก การสร้างความรู้สึกอิสระ มั่นคง อบอุ่น ปลอดภัย ผ่อนคลายและเพลิดเพลินกับความงามของศิลปะ ปรับมุมมองและแนวคิดเกี่ยวกับตนเอง จนค่อย ๆ สร้างความรู้สึกด้านบวก เกิดความภาคภูมิใจในผลงาน และเข้าใจตนเองมากขึ้น ส่งผลให้เกิดการยอมรับนับถือ และมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

จากการประยุกต์ใช้แนวคิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของ Coopersmith (1984 อ้างถึงใน หทัยรัตน์ ปฏิพัทธ์ภักดี, 2554) และขั้นตอนการทำศิลปะบำบัดของ เลิศศิริร์ บวรกิตติ (2552) ผู้วิจัยได้กำหนดกิจกรรมกลุ่มศิลปะบำบัด เพื่อเสริมสร้างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง 4 องค์ประกอบของ Coopersmith และได้กำหนดเป็นกิจกรรมทั้งหมด 6 กิจกรรมบำบัด โดยดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ติดต่อกันเป็นเวลา 2 สัปดาห์ ใช้เวลาครั้งละประมาณ 1 ชั่วโมง 30 นาที ในแต่ละครั้งของการทำกิจกรรมกลุ่ม สรุปตามกรอบแนวคิดในการวิจัยแสดงเป็นตาราง ดังนี้

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของกลุ่มบำบัดด้วยศิลปะต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยได้ทำการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาเป็นแนวทางในการวิจัย ซึ่งจะนำเสนอเป็นลำดับดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับโรคจิตเภท
2. แนวคิดเกี่ยวกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง
3. ศิลปะบำบัดเพื่อเสริมสร้างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในผู้ป่วยโรคจิตเภท
4. แนวคิดการทำกลุ่มบำบัด
5. ผลของกลุ่มบำบัดด้วยศิลปะต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

#### แนวคิดเกี่ยวกับโรคจิตเภท

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นการเจ็บป่วยทางจิตเรื้อรังที่เป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญของประชากรโลก อุบัติการณ์ของโรคจิตเภท พบได้ร้อยละ 1 ในประชากรทั่วโลก ซึ่งมีความแตกต่างกันในเรื่องของเชื้อชาติ สถานะทางสังคม วัฒนธรรมหรือสิ่งแวดล้อม (Varcarolis et al., 2006) นอกจากนี้โรคจิตเภทยังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยเช่นเดียวกัน โดยพบว่าเป็นโรคที่พบเป็นอันดับ 1 ของโรคทางจิตเวช และผู้ป่วยโรคจิตเภทกลับมาเป็นซ้ำจำนวนถึงร้อยละ 70 (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2548) จากรายงานของกรมสุขภาพจิต สรุปรว่ามีผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารับบริการในหน่วยงานสังกัดกรมสุขภาพจิต ในปี พ.ศ. 2557-2559 มีจำนวน 1,082,407, 1,070,206 และ 1,109,183 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.82, 8.12 และ 7.99 ของจำนวนผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอกทั้งหมด (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2559) สอดคล้องกับสถิติผู้รับบริการในโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ พบว่า มีผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้ารับการรักษาในปี พ.ศ. 2557-2559 มีจำนวน 12,514, 11,502 และ 9,636 ราย คิดเป็นร้อยละ 35.56, 35.74 และ 34.51 ตามลำดับ (โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์, 2559)

ผู้ที่ป่วยโรคจิตเภทเป็นผู้ที่มีอาการหลงผิด ประสาทหลอน มีความผิดปกติทางความคิด พฤติกรรมแปลกประหลาด และมีความบกพร่องในด้านสังคมหรือการทำงาน อาการผิดปกติดังกล่าวมีอย่างน้อย 2 อาการ และปรากฏอาการชัดเจนอยู่เป็นเวลาอย่างน้อย 1 เดือน เป็นนานอย่างต่อเนื่อง และเป็นอยู่เรื่อย ๆ อย่างน้อย 6 เดือน (พิเชษฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกานานนท์, 2552)

## 1. ลักษณะอาการทางคลินิกและการดำเนินของโรคจิตเภท

อาการแสดงของโรคจิตเภทแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ อาการด้านบวก (Positive symptoms) และอาการด้านลบ (Negative symptoms) อาการด้านบวก ได้แก่ อาการหลงผิด (Delusion) คิดไปเองว่ามีคนคอยปองร้าย อาการประสาทหลอน (Hallucination) ชนิดที่พบบ่อยคือ หูแว่ว ความผิดปกติของคำพูด พูดไม่รู้เรื่อง เพราะคำพูดจะไม่ต่อเนื่องกันเป็นเรื่องราว ความผิดปกติของพฤติกรรม อาจไม่สนใจดูแลตนเอง บางรายมีพฤติกรรมทางเพศไม่เหมาะสม และพฤติกรรมแบบคาทาโทเนีย (Catatonia) อาการนี้มักพบในผู้ป่วยซึ่งเกิดอาการเฉียบพลัน ได้แก่ ผู้ป่วยไม่เคลื่อนไหวเลย ไม่พูดและไม่รับรู้ความเป็นไปของภาวะแวดล้อม แขนขาและลำตัวของเกร็งแข็ง อยู่ตลอดเวลา ต่อต้านและทำตรงข้ามกับคำสั่ง อยู่ในท่าใดท่าหนึ่งซึ่งมีลักษณะแปลกประหลาดเป็นเวลานาน ๆ ส่วนอาการด้านลบ ได้แก่ อารมณ์เฉยเมย พูดน้อยหรือไม่พูด ขาดความสนใจ ในกิจกรรมทุกชนิด อาการทั้งทางด้านบวกและด้านลบจะปรากฏในกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น การทำงาน การเรียนและการดูแลตนเอง ผู้ป่วยมักมีปัญหาทางการเรียนและอาจเรียนไม่จบ ผู้ป่วยจำนวนมากถูกให้ออกจากงานและได้รับการจ้างงานในระดับต่ำกว่าเมื่อเทียบกับบิดามารดาซึ่งเรียกว่า มีวิถีชีวิตต่ำลง (Downward drift) (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2555)

ผู้ที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทส่วนใหญ่มักพบอายุเมื่อเริ่มเป็นโรคอยู่ระหว่างวัยรุ่นตอนปลายหรือกลางคน ผู้หญิงและผู้ชายมีโอกาสเป็นเท่า ๆ กัน ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีฐานะยากจนและการศึกษาน้อย (มานิตย์ ศรีสุรภานนท์ และจำลอง คิชยวณิช, 2542) อาจเกิดอาการเฉียบพลันหรือค่อย ๆ เกิดการดำเนินโรคโดยทั่วไป ซึ่งแบ่งเป็น 3 ระยะ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2555) ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะอาการนำ (Prodromal phase) ผู้ป่วยอาจมีอาการไม่สบายนำมาก่อน เช่น มีความเชื่อถือแปลก ๆ ระยะนี้เป็นระยะเริ่มมีอาการน้อย ๆ ส่วนใหญ่การเปลี่ยนแปลงจะค่อยเป็นค่อยไป พบว่า มักมีปัญหาในด้านหน้าที่ความรับผิดชอบ หรือด้านสัมพันธภาพ การเรียนหรือการทำงานเริ่มแย่ลงญาติหรือคนใกล้ชิดมักเห็นว่าผู้ป่วยเปลี่ยนไปไม่เหมือนคนเดิม เริ่มแรกส่วนใหญ่มักเก็บตัวมากขึ้น สมาชิกในครอบครัวอาจสังเกตเห็นว่าผู้ป่วยกลายเป็นคนจี้เกียจระยะเวลาช่วงนี้ไม่แน่นอนอาจนานตั้งแต่เป็นสัปดาห์จนถึงเป็นปี โดยเฉลี่ยนานประมาณ 1 ปี ก่อนอาการกำเริบ ในบางคนอาจไม่เห็นระยะนี้ชัดเจน เมื่อมีเรื่องกดดันจิตใจ ก็เกิดอาการโรคจิตรุนแรงขึ้นมาเลย ระยะนี้ผู้ป่วยมักยังไม่ได้รับการรักษา

ระยะที่ 2 ระยะอาการกำเริบ (Active phase) ผู้ป่วยบางคนอาจมีระยะเริ่มต้นไม่ถึงเดือนอาการก็เป็นมากขึ้นเรื่อย ๆ จนถึงขั้นอาการกำเริบ ได้แก่ อาการหลงผิด (Delusions) อาการประสาท

หลอน (Hallucination) พุดจาสับสนฟังไม่เข้าใจ (Disorganized speech) พฤติกรรมแบบที่ผิดปกติ (Grossly disorganized behavior หรือ Catatonic behavior) บางรายอาการรุนแรงถึงขั้นทำร้ายตนเอง ทำร้ายผู้อื่นหรือทำลายข้าวของ ในขณะที่บางรายระยะแรกอาจนานหลาย ๆ เดือนก่อนที่อาการจะกำเริบ ส่วนใหญ่แล้วอาการจะกำเริบเมื่อผู้ป่วยเผชิญกับความกดดันทางจิตใจ เช่น ตกงาน ถูกย้าย สอบตก เป็นต้น ในระยะนี้ความผิดปกติจะมีมากขึ้นอย่างเห็นได้ชัด และมักจะมีความเสี่ยงหรือปัญหาในด้านต่าง ๆ ตามมา จนส่งผลต่อการทำหน้าที่ทางสังคม การเรียน และการทำงาน รวมทั้งการใช้ชีวิตประจำวัน ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความรู้สึกว่าการป่วยเป็นโรคจิตเภทเป็นตราบาป ความรู้สึกด้อยค่า สูญเสียความมั่นใจตนเอง เกิดความรู้สึกไม่มีคุณค่าในตนเอง

ระยะที่ 3 ระยะอาการหลงเหลือ (Stabilization phase or Residual phase) เป็นระยะที่ไม่มีอาการ หรือบางรายมีอาการแต่ไม่รุนแรง เช่น อาการหงุดหงิด วิตกกังวล อาการหลงผิด หรือประสาทหลอนยังมีอยู่แต่ไม่มีผลต่อผู้ป่วยมากนัก ส่วนมากในระยะนี้จะพบลักษณะของอาการทางลบ ซึ่งลักษณะพฤติกรรมกับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยน้อยลง ไม่สนใจสิ่งอื่น ไม่สามารถรักษาทักษะการติดต่อทางสังคม ระยะนี้จะนานประมาณ 6 เดือน หลังจากที่เริ่มมีอาการกำเริบ บางรายอาจนานกว่านี้ ในระยะอาการหลงเหลือนี้ผู้ป่วยอาจมีอาการกำเริบเป็นครั้งคราว พบว่าผู้ป่วยจะทนต่อความกดดันทางด้านจิตใจไม่ดี อาการส่วนใหญ่กำเริบเมื่อมีความกดดันด้านจิตใจ อาการเปลี่ยนแปลง ก่อนการกำเริบที่พบบ่อย ได้แก่ การนอนหลับผิดปกติไป แยกตัวเอง วิตกกังวล หงุดหงิด คิดฟุ้งซ่าน

## 2. ผลกระทบของการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท

ผู้ป่วยโรคจิตเภทจัดเป็นโรคเรื้อรัง โดยพบว่าผู้ป่วยเหล่านี้จะมีอัตราการกลับเป็นซ้ำ รวมถึงกลับมารักษาซ้ำมากกว่าผู้ป่วยโรคทางจิตเวชอื่น ๆ (เปรมฤดี คำรักษ์ และคณะ, 2557) โดยพบว่าในประเทศไทยมีผู้ป่วยกลับมาเป็นซ้ำจำนวนถึงร้อยละ 70 (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2548) ก่อให้เกิดผลกระทบหลาย ๆ ด้าน ทั้งด้านตัวผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชนและสังคมอย่างมาก (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2542)

2.1 ผลกระทบต่อตนเอง ผู้ป่วยจิตเภทจะมีความเสื่อมของบุคลิกภาพและการทำหน้าที่ต่าง ๆ ของร่างกาย โดยจะเสื่อมลงเล็กน้อยในช่วง 5 ปีแรกของการเจ็บป่วย หลังจากนั้นจะพบความเสื่อมลงเรื่อย ๆ จนถึงปีที่ 10 ของการเจ็บป่วย และเสื่อมลงอย่างมากกว่านั้นหรือตามจำนวนครั้งของการมีอาการกำเริบ นอกจากนี้การเจ็บป่วยทางจิตเรื้อรังก่อให้เกิดผลกระทบต่อตนเอง ในการดำเนินชีวิตประจำวันหลาย ๆ ด้าน (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2546) ดังต่อไปนี้

2.1.1 ด้านร่างกาย พบว่า ผลจากการรักษาอาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการข้างเคียงจากยา เช่น เดินตัวแข็ง น้ำลายไหล บางรายมีความเสื่อมของสมอง ส่งผลในเรื่องความจำ ทำให้คิดช้า

ทำกิจกรรมต่าง ๆ ซ้ำ หรือเรื่องของพฤติกรรมแบบแปลกประหลาด เช่น เคลื่อนไหวส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกายซ้ำ ๆ หรืออาจค้างอยู่ในท่าใดท่าหนึ่งนาน ๆ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Activity of daily living) ลดลง

2.1.2 ด้านจิตใจ ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังส่วนใหญ่ขาดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมความสามารถในการดูแลตนเอง เก่งกว่าตนเองไม่สามารถจะบรรลุวัตถุประสงค์ได้ เกิดความกลัวต่อความล้มเหลว ทำให้ไม่กล้าที่จะลองทำหรือมีประสบการณ์การเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ การรับรู้ว่าคุณภาพตนเองแตกต่างจากบุคคลอื่น ทำให้ผู้ป่วยขาดความมั่นใจ เกิดความรู้สึกประหลาดทางอารมณ์ ไม่กล้าเข้าสังคม อีกทั้งมองว่าตนเองเป็นคนระดับล่าง สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกว่าเป็นตราบาป (Stigma) และมองเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ (ผ่องศรี ดวงแก้ว, 2553; Coring & Cook, 2007)

2.1.3 ด้านสังคม ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีข้อจำกัดในการดำเนินชีวิต อาจเนื่องมาจากทัศนคติในเชิงลบที่มีต่อผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยถูกปฏิเสธจากสังคม ถูกประเมินจากสังคมว่าแปลกประหลาด เนื่องจากบุคคลกลุ่มนี้ไม่สามารถประสบความสำเร็จในชีวิต ด้านการประกอบอาชีพหรือการเข้าสังคมได้ดีเท่าบุคคลทั่วไปในสังคมเดียวกัน ผู้ป่วยมักจะไม่มียานทำ และถูกมองว่าเป็นคนไร้ค่า ต้องพึ่งพาผู้อื่น ทำให้ผู้ป่วยตำหนิตนเองและคิดว่าการเจ็บป่วยเป็นสาเหตุจากการเสื่อมสมรรถภาพ (Impairment) หรือความบกพร่อง (Disability) ทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดไม่สามารถบรรลุบทบาทที่คนปกติปฏิบัติได้

2.2 ผลกระทบต่อครอบครัว พบว่า การดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานานส่งผลให้สภาพจิตใจของผู้ดูแลอยู่ในภาวะของความเหนื่อยหน่าย ท้อแท้ หมดหวัง มีความวิตกกังวลจนก่อให้เกิดความเครียด ซึ่งมีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยทางจิต (จิราพร รักการ, 2549) จากการศึกษาพบว่าญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความรู้สึกน้อยใจ ผิดหวังในสิ่งที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ โดยญาติมองว่าผู้ป่วยไม่ทำงาน ไม่ประกอบอาชีพ การมีพฤติกรรมก้าวร้าว ไม่ได้ทำตามบทบาทหน้าที่ของลูก-หลานที่ดีที่พึงปฏิบัติต่อพ่อ แม่ หรือญาติผู้ใหญ่ จนถึงกับตัดสินใจและตีตราผู้ป่วยว่า “เป็นคนจี้เกียจ” (วัชรภรณ์ ลือไชยวงศ์, 2552) สอดคล้องกับการศึกษาของ บุญวดี เพชรรัตน์ (2547) ที่ศึกษาปัจจัยที่ทำนายผลกระทบต่อผู้ดูแลจากการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง พบว่า ผู้ดูแลมีความรู้สึกทุกข์ใจ มีภาวะเครียดอย่างเรื้อรังและต่อเนื่องจากการต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วยทางจิต ทำให้ขาดอิสรภาพ

2.3 ผลกระทบต่อสังคม การเจ็บป่วยด้วยโรคนี้นี้ ทำให้สังคมต้องสูญเสียทรัพยากรบุคคลที่มีค่า และเป็นการสูญเสียทางด้านแรงงาน เนื่องจากผู้ป่วยมักมีอาการของโรคในช่วงวัยทำงาน (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2555) ผลกระทบต่อปัญหาทางเศรษฐกิจ การดูแลผู้ป่วยต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา และมีต้นทุนเรื่องเวลาในการดูแล การรักษาโรคจิตเภท

ที่เป็นโรคเรื้อรัง ญาติเสียค่าใช้จ่ายสูงมาก ญาติบางรายต้องจดทะเบียนผู้ป่วยเป็นผู้พิการทางจิต เพื่อลดค่าใช้จ่าย (พระมหากษัตริย์ชาวยุโรป บิบบิม และกิติพัฒน์ นนทปัทมะกุล, 2548) อีกทั้งรัฐบาลต้องสูญเสียงบประมาณในการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทเป็นเงินสูงถึง 200 ล้านบาทต่อปี และมีแนวโน้มที่จะสูงขึ้นเรื่อย ๆ (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2548) สอดคล้องกับการศึกษาของ พรเทพ ศิริวนารังสรรค์ (2547) ที่พบว่า ต้นทุนดำเนินการในงานบริการผู้ป่วยในเฉลี่ยต่อผู้ป่วยหนึ่งรายเท่ากับ 19,632 บาท หรือ 513 บาทต่อวันต่อผู้ป่วย 1 ราย จะเห็นได้ว่า โรงพยาบาลต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้อย่างมากและเสียกำลังคนในการพัฒนาประเทศ (ศิริลักษณ์ สว่างวงศ์สิน, พิทักษ์พล บุญยามาลิก, เกียรติภูมิ วงศ์จรจิต และสุพัฒนา สุขสว่าง, 2550)

สรุปจะเห็นได้ว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทก่อให้เกิดผลกระทบขึ้นในหลาย ๆ ด้าน ทั้งด้านตัวผู้ป่วยโรคจิตเภท ด้านครอบครัวและด้านสังคม ซึ่งผลกระทบต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นเหล่านี้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยโรคจิตเภทในระยะอาการหลงเหลือ จะมีความเสื่อมตามมาในหลาย ๆ ด้าน จนส่งผลกระทบต่อการทำงานที่ทางสังคม การเรียน และการทำงาน รวมทั้งการใช้ชีวิตประจำวัน ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความรู้สึกว่าการป่วยเป็นโรคจิตเภทเป็นตราบาป ความรู้สึกด้อยค่า สูญเสียความมั่นใจตนเอง เกิดความรู้สึกไม่มีคุณค่าในตนเอง

### 3. การรักษาโรคจิตเภท

โรคจิตเภทอาจไม่ได้เกิดจากปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งเพียงอย่างเดียว ทำให้การรักษาผู้ป่วยแต่ละคนต่างก็ไม่เหมือนกัน การรักษาผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจึงเป็นการรักษาที่ผสมผสาน ซึ่งจะทำให้ผลการรักษาออกมาดี ทั้งนี้วัตถุประสงค์ในการรักษาเป็นไปเพื่อลดความรุนแรงของอาการ ลดความถี่ของการเกิดอาการกำเริบ ลดผลกระทบทางด้านจิตสังคม และช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยแบ่งตามการรักษาดังนี้ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2555)

#### 3.1 การรักษาทางชีวภาพ (Biological treatment)

3.1.1 การรักษาด้วยยา การรักษาด้วยยาเป็นการรักษาหลักในโรคนี้ เหตุผลในการใช้ยารักษาโรคนี้นี้คือ ให้อาการป่วยกลับเป็นปกติของสารสื่อประสาทที่เชื่อว่าเป็นสาเหตุของโรค กลุ่มของยาที่ใช้ในการบำบัดบ่งชี้ที่สุดคือยากลุ่มรักษาโรคจิต (Antipsychotics) การรักษาด้วยยาต้องใช้เวลาเป็นสัปดาห์จึงจะเห็นผลเมื่ออาการทางจิตทุเลา ผู้ป่วยควบคุมตนเองได้แล้ว การติดต่อสื่อสารดีขึ้น ผู้ป่วยก็ยังคงได้รับการรักษาด้วยยา แต่ขนาดของยาจะลดลง ผู้ป่วยจะได้รับยาต่ออีกอย่างน้อย 6 เดือน จนอาการคงที่และต้องได้รับการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องประมาณ 1-2 ปี เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ แต่ถ้าผู้ป่วยมีอาการกลับเป็นซ้ำครั้งที่สอง ควรให้ยาต่อเนื่องไประยะยาวประมาณ 5 ปี ถ้าเป็นนานมากกว่านี้ ควรให้ยาต่อเนื่องตลอดไป การรักษาด้วยยาอาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการข้างเคียง เช่น ปากคอแห้ง น้ำลายไหลยืด กล้ามเนื้อแข็งเกร็ง คอบิดไปด้านใดด้านหนึ่ง

อาการเหล่านี้สามารถบรรเทาลงได้โดยการเปลี่ยนยาหรือการให้ยาลดผลข้างเคียงร่วมไปด้วย (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2555)

3.1.2 การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy [ECT]) เป็นการรักษา โดยให้กระแสไฟฟ้าจำนวนหนึ่งผ่านสมองบริเวณที่กำหนดเพื่อกระตุ้นให้เกิดอาการชักแบบ Generalized seizure กระแสไฟที่ใช้นั้นมีขนาดต่ำมาก การรักษาด้วยไฟฟ้าจะให้ผลการรักษาใน ผู้ที่เป็น โรคจิตเภทไม่ดีขึ้นเท่าการรักษาด้วยยา โดยทั่วไปมักใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อ การรักษาด้วยยา หรือในรายที่มีอาการทางอารมณ์ร่วมด้วย ได้แก่ ก้าวร้าว ซึมเศร้า มีอาการเสี่ยงต่อ การฆ่าตัวตาย หรือในรายที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวแบบค้างแข็งหรือหุ่นขี้ผึ้ง (Catatonic) รวมทั้งผู้ที่เป็น โรคจิตเภทที่ดื้อยา การรักษาด้วยไฟฟ้าจะทำให้มีการเปลี่ยนแปลงที่ระบบ สารสื่อประสาท เช่นเดียวกับการรักษาด้วยยา การรักษาด้วยไฟฟ้าจะทำประมาณ 6-12 ครั้ง ในการรักษาจะทำวันเว้นวัน (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2555)

### 3.2 การบำบัดทางจิตสังคม (Psychosocial interventions)

การบำบัดทางจิตสังคมนี้เป็นส่วนสำคัญของการรักษา เนื่องจากอาการของผู้ป่วย มักก่อให้เกิดปัญหาระหว่างตัวเขากับสังคมรอบข้าง แม้ในระยะอาการดีขึ้นบ้างแล้วปัญหาทางด้าน สังคมก็ยังคงมีอยู่ นอกจากนี้อาการบางอย่าง เช่น อาการด้านลบ หรือภาวะท้อแท้หมดกำลังใจ ไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา จึงจำเป็นยิ่งที่ผู้รักษาจะต้องคำนึงถึงปัจจัยด้านจิตสังคม ของผู้ป่วย (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2555) ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยา ร่วมกับการรักษาทางจิตสังคมในช่วงเวลาที่เหมาะสมจะช่วยให้ผลการรักษาดีขึ้น (พิเชฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกานนท์, 2552)

3.2.1 การจัดการสิ่งแวดล้อม (Milieu management) หมายถึง การจัดเตรียม สิ่งแวดล้อมให้เพียงพอและเหมาะสมต่อการบำบัดรักษาผู้ป่วยในหอผู้ป่วย เหมาะสมกับสภาพ ที่ผู้ป่วยยังมีปัญหาในเรื่องของการตัดสินใจ หรือการรับรู้ความจริงที่ผิดปกติอีกด้านคือ ความปลอดภัย รวมถึงการดูแลด้านร่างกายที่ต้องได้รับการช่วยเหลือในผู้ป่วยที่ดูแลตนเองไม่ได้ และการสนับสนุนการ การฝึกอาชีพให้กับผู้ป่วยด้วย (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, แพ จันทรสุข และศุภร์ใจ เจริญสุข, 2556)

3.2.2 จิตบำบัด (Psychotherapy) ใช้วิธีการของจิตบำบัดชนิดประคับประคอง ผู้รักษาพึงตั้งเป้าหมายตามที่เป็นจริงและผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติได้ ให้คำแนะนำต่อปัญหา บางประการ ช่วยผู้ป่วยค้นหาว่าความเครียดหรือความกดดันอะไรที่ผู้ป่วยมักทนไม่ได้ เป็นต้น (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2555)

3.2.3 กลุ่มบำบัด (Group therapy) เป็นการจัดกิจกรรมกลุ่มระหว่างผู้ป่วย โดยส่งเสริมให้เกิดความรู้สึกว่ามีเพื่อน มีคนเข้าใจ ไม่โดดเดี่ยว มีการช่วยเหลือแก้ไขปัญหา



และให้คำแนะนำแก่กัน ฝึกทักษะทางสังคม เน้นการสนับสนุน ให้กำลังใจ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2555) ดัังการศึกษาของ กานดา ผาวงศ์ (2548) ได้ศึกษาผลของกลุ่ม ศิลปบำบัดที่มีต่ออาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท พบว่าอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทลดลง

3.2.4 พฤติกรรมบำบัด (Behavior therapy) เป็นการบำบัดเพื่อแก้ไขพฤติกรรม ที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยผู้บำบัดจะใช้วิธีการต่าง ๆ เช่น การเสริมแรง การฝึก ความกล้าแสดงออก การจัดความรู้สึกอย่างเป็นระบบ หรือการเรียนรู้จากต้นแบบ เป็นต้น ทั้งนี้ เพื่อช่วยให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีพฤติกรรมที่เหมาะสมและสามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2542) ดัังการศึกษาของ สมจิตร วงศ์หอม (2553) ที่ศึกษา กิจกรรมบำบัดโดยใช้ดนตรีบำบัดเทคนิค One to five ในการลดพฤติกรรมด้านลบ ผู้ป่วยจิตเภท เรือรััง โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ พบว่า กิจกรรมบำบัดโดยใช้ดนตรีบำบัดมีผลต่อพฤติกรรม ด้านลบลดลง และมีระดับความสามารถการฟื้นฟูสมรรถภาพเพิ่มขึ้นทุกราย

3.2.5 ครอบครัวบำบัด (Family therapy) เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการเรื้อรัง เป็นภาระของครอบครัวอย่างมากและก่อให้เกิดปฏิกิริยาทางด้านลบต่อผู้ป่วย ญาติเกิดความเครียด ง่ายและมีความรู้สึกเบื้อหน้ายในการดูแลรักษาผู้ป่วย การทำครอบครัวบำบัดโดยการพูดคุยกับญาติ อธิบายวิธีการรักษา การให้คำแนะนำเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรค การปฏิบัติดูแลผู้ป่วย ให้ญาติ ได้มีโอกาสระบายความทุกข์ใจ แสดงความเห็นในเพื่อจะช่วยให้ญาติได้ผ่อนคลายความเครียด และมีกำลังใจที่จะดูแลรักษาผู้ป่วยต่อไป (สมภพ เรืองตระกูล, 2548) ดัังการศึกษาของ มะลิวัลย์ พวงจิตร (2553) ศึกษาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวต่อความเครียดในการดูแลของ ผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท พบว่า ผู้ดูแลมีระดับคะแนนความเครียดลดลง

### แนวคิดเกี่ยวกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีหลากหลายแนวคิด ในการศึกษารั้งนี้ ศึกษาแนวคิด ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองตามแนวคิดของ Coopersmith (1984 อ้างถึงใน หทัยรัตน์ ปฏิพัทธ์ภักดี, 2554) ที่กล่าวว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง หมายถึง การรับรู้และทัศนคติของบุคคลที่มีต่อตนเอง ซึ่งแสดงออกในลักษณะของการยอมรับ หรือ ไม่ยอมรับตนเอง ตลอดจนความเชื่อที่บุคคลมีต่อตนเอง ในด้านการมีความสำคัญ การมีความสามารถ การมีคุณค่าความดี และการมีพลังอำนาจในตนเอง

#### 1. องค์ประกอบของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

Coopersmith (1984 อ้างถึงใน หทัยรัตน์ ปฏิพัทธ์ภักดี, 2554) ได้แบ่งองค์ประกอบ พื้นฐานของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของบุคคลไว้ 4 องค์ประกอบ คือ

1.1 การมีความสำคัญ (Significance) เป็นวิธีการที่บุคคลรู้สึกเกี่ยวกับการได้รับการยอมรับ การเอาใจใส่ การมีคุณค่าอย่างเหมาะสมและการเป็นที่รักของบุคคลอื่น รวมทั้งมีประโยชน์และเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว ต่อสังคม

1.2 การมีความสามารถ (Competence) เป็นวิธีการที่บุคคลได้พิจารณาถึงความสำคัญ โดยการกระทำที่ได้รับความสำเร็จตามเป้าหมาย มีความสามารถในการเผชิญกับอุปสรรคต่าง ๆ ที่ผ่านเข้ามาในชีวิตด้วยความมั่นใจ ตลอดจนความสามารถในการปรับตัวได้ดี สามารถดำรงชีวิตร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.3 การมีคุณความดี (Virtue) เป็นการปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้อง เหมาะสมสอดคล้องกับค่านิยมของวัฒนธรรม สังคม ประเพณี จริยธรรม และศีลธรรม โดยสามารถในรับรู้คุณค่าของตนเองตามความเป็นจริง มองโลกในแง่ดี และมีความพึงพอใจในสภาพที่ตนเองเป็นอยู่ มีการแสดงออกของความคิดที่ดีและถูกต้อง

1.4 การมีพลังอำนาจในตนเอง (Power) เป็นสิ่งสำคัญต่อตนเอง บุคคลอื่น และต่อสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ที่อยู่รอบตัว มีความเชื่อมั่นในอำนาจการกระทำของตนเองว่าจะก่อให้เกิดผลตามที่ต้องการ และมีความสามารถเพียงพอในการจัดกระทำสิ่งต่าง ๆ ให้บรรลุตามที่คาดหวังไว้

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของบุคคล นอกจากจะมีการประเมินคุณค่าตามองค์ประกอบพื้นฐานทั้ง 4 ด้านดังกล่าวข้างต้น (Coopersmith, 1984 อ้างถึงใน หทัยรัตน์ ปฏิพัทธ์ภักดี, 2554) ยังสามารถประเมินได้จากทั้ง 3 ด้าน ดังต่อไปนี้ 1) การรับรู้ตนโดยทั่วไป หมายถึง ความรู้สึกหรือพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกถึงความเชื่อมั่นในตนเองต่อลักษณะทางกายภาพ ความสามารถทั่วไป ตลอดจนมีความพอใจในภาวะทางอารมณ์ ค่านิยมส่วนบุคคล และระดับความมุ่งหวังของตน 2) การรับรู้ตนทางด้านครอบครัว หมายถึง ความรู้สึกหรือพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกถึงความเชื่อมั่นในตนเองต่อความสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัวและการรับรู้ความรู้สึกที่บุคคลในครอบครัวมีต่อตนในทางที่ดี ตลอดจนมีความเชื่อมั่นว่าตนเองเป็นผู้ที่มีความหมาย ความสำคัญในครอบครัว 3) การรับรู้ตนทางด้านสังคม หมายถึง ความรู้สึกหรือพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกถึงความเชื่อมั่นในตนเองต่อลักษณะความเป็นอยู่ รายได้ สถานที่อยู่อาศัย บทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของตนในสังคม มีความเชื่อมั่นว่าตนได้รับการยอมรับจากสังคม รวมทั้งมีความเท่าเทียมกับผู้อื่น ตลอดจนมีความเชื่อมั่นว่าตนเองเป็นผู้ที่เพื่อนฝูงชื่นชมรวมทั้งให้ความไว้วางใจ

สรุปได้ว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ประกอบด้วย การประเมินคุณค่าของบุคคลในด้านการมีความสำคัญ การมีความสามารถ การมีคุณความดีและการมีพลังอำนาจในตนเอง ในการกระทำสิ่งต่าง ๆ ให้สำเร็จตามที่ต้องการ ซึ่งมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องทั้งปัจจัยเฉพาะของบุคคล และปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่บุคคลนั้นมีปฏิสัมพันธ์ด้วย โดยมีการประเมินทั้ง 3 ด้าน คือ ด้านทั่วไป ด้านสังคม

และด้านครอบครัว ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาใช้แนวคิดองค์ประกอบ ของความรู้สึกมีคุณค่า ในตนเองของ Coopersmith

## 2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

จากการศึกษาของ Coopersmith พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มี 2 ปัจจัย คือ (Coopersmith, 1984 อ้างถึงใน หทัยรัตน์ ปฏิพัทธ์ภักดี, 2554)

2.1 ปัจจัยที่เป็นลักษณะเฉพาะของบุคคล หมายถึง ลักษณะเฉพาะของบุคคลแต่ละคน ที่มีผลทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองแตกต่างกัน ประกอบไปด้วย

2.1.1 ลักษณะทางกายภาพ (Physical attributes) บางลักษณะของกายภาพช่วยให้บางคนเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มมากขึ้น เช่น รูปร่างหน้าตา ความแข็งแรง ความรวดเร็ว บุคลิกภาพ ซึ่งจะมีผลต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพียงไรนั้นขึ้นอยู่กับค่านิยมส่วนบุคคลด้วย

2.1.2 ความสามารถทั่วไป สมรรถภาพและผลงาน (General capacity ability and performance) มีความสัมพันธ์กับความสำเร็จของบุคคล การประสบความสำเร็จจะเป็นการเสริมแรง แก่ตนเองทางบวก ส่งเสริมให้บุคคลเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง บุคคลที่ประสบความสำเร็จ ในสิ่งที่บุคคลกระทำอยู่เสมอจะมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงกว่าบุคคลที่ไม่ค่อยประสบความสำเร็จ

2.1.3 สภาพทางอารมณ์ (Affective stage) เป็นสิ่งที่แสดงให้เห็นถึงความพอใจ ความเป็นสุข ความวิตกกังวล ที่อยู่ในตัวบุคคลทั้งที่แสดงออกและไม่แสดงออก อารมณ์ส่วนใหญ่ เป็นผลสืบเนื่องมาจากการประเมินประสบการณ์และจากการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น แล้วส่ง ผลกระทบต่อการประเมินตนเองในเวลาต่อมา หากบุคคลประเมินตนเองไปในทางที่ดีและบุคคล รอบข้างยอมรับ จะแสดงออกถึงอารมณ์ทางบวกมีความสุข ส่งผลต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

2.1.4 ค่านิยมส่วนบุคคล (Self-values) บุคคลประเมินตนเองกับสิ่งที่ตนให้คุณค่า เช่น การให้คุณค่าความสำเร็จทางการเรียน หากบุคคลที่ให้คุณค่าแก่ ความสำเร็จทางการเรียน ประสบความสำเร็จแล้ว จะส่งผลให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำลง นอกจากนี้หากบุคคล ใดให้คุณค่าแก่สิ่งหนึ่งสิ่งใดสอดคล้องกับค่านิยมของสังคมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของเขา ก็จะยิ่งสูงขึ้น

2.1.5 ความทะเยอทะยานหรือระดับความมุ่งหวัง (Aspiration) เป็นความปรารถนา ที่จะเป็น ปรารถนาที่จะทำสิ่งต่าง ๆ การตัดสินใจคุณค่าของบุคคลส่วนหนึ่ง เกิดจากการประเมิน เปรียบเทียบกับประสบการณ์ที่ได้รับความสำเร็จ การที่สามารถทำได้ตามเกณฑ์หรือดีกว่าเกณฑ์ จะนำไปสู่การมองว่าตนเองมีคุณค่า

2.2 ปัจจัยที่เป็นส่วนประกอบภายนอก (Coopersmith, 1984 อ้างถึงใน หทัยรัตน์ ปฏิพัทธ์ภักดี, 2554) ได้แก่

2.2.1 สถานภาพทางสังคม หมายถึง องค์ประกอบที่บอกระดับชั้นทางสังคม เช่น อาชีพรายได้ ตำแหน่งหน้าที่ ถิ่นที่อยู่อาศัย บุคคลที่มีสถานภาพในระดับสูงจะเกิดความภาคภูมิใจ ซึ่งนำไปสู่ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

2.2.2 ความสัมพันธ์กับครอบครัว ปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง คือ สัมพันธภาพระหว่างพ่อ แม่และเด็ก ครอบครัวใดที่มีความอบอุ่น มีความเข้าใจ อยู่ในสภาวะแวดล้อมที่พ่อแม่ยอมรับเกี่ยวกับความคิด ความรู้สึกที่เด็กเป็นอยู่ มีการกำหนดขอบเขต การกระทำไว้อย่างชัดเจนและดูแลให้เด็กทำตาม และการให้ความนับถือให้ความเป็นอิสระแก่เด็ก ในขอบเขตการกระทำที่กำหนดให้ และเน้นรางวัลมากกว่าการลงโทษ ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะส่งผลให้เด็ก เกิดความรู้สึกมั่นคง ปลอดภัยในชีวิต เชื่อมมั่นในตนเอง และรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า

2.2.3 โรงเรียนและการศึกษา บรรยากาศในโรงเรียนและครูมีส่วนช่วย ในการสนับสนุนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่อจากครอบครัว การที่ครูเปิดโอกาสให้เด็กสามารถ กระทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้อย่างอิสระ โดยไม่ขัดต่อกฎระเบียบที่วางไว้ มีการฝึกปฏิบัติทักษะ และความสามารถ การให้ความช่วยเหลือแก่เด็กในการแก้ไขปัญหาลักษณะต่าง ๆ สิ่งเหล่านี้จะเป็นการ ส่งเสริมให้เด็กเกิดความมั่นใจในตนเอง สามารถพึ่งพาตนเองได้ ซึ่งเป็นการพัฒนาความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Coopersmith, 1984 อ้างถึงใน หทัยรัตน์ ปฏิพัทธ์ภักดี, 2554)

### 3. การเสริมสร้างความมีคุณค่าในตนเอง

จากการศึกษาพบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นสิ่งที่สามารถเรียนรู้ได้ สามารถเปลี่ยนแปลงได้ และพัฒนาให้เกิดขึ้นได้จากประสบการณ์ที่บุคคลได้รับ

Coopersmith (1984 อ้างถึงใน หทัยรัตน์ ปฏิพัทธ์ภักดี, 2554) กล่าวว่า การเสริมสร้างให้บุคคลมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มสูงขึ้น มีองค์ประกอบหลักสำคัญ 4 ประการ คือ

1. การได้รับการยอมรับ ความนับถือ ความเอาใจใส่จากบุคคลที่มีความสำคัญในชีวิต
2. การประสบความสำเร็จตามเป้าหมาย ซึ่งจะทำให้เป็นที่รู้จักและมีผลต่อสถานภาพ และตำแหน่งในสังคม โดยมีปัจจัยย่อย ๆ ที่จะทำให้นักเรียนรู้สึกว่าตนเองประสบความสำเร็จ คือ ความมีอำนาจ การมีความสำคัญ การมีคุณงามความดี การมีความสามารถ
3. การได้กระทำในสิ่งที่สอดคล้องค่านิยมและกระทำตามสิ่งที่ความปรารถนา
4. การไม่ได้ใส่ใจต่อสิ่งที่จะทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง เช่น การไม่สนใจต่อข้อวิจารณ์ของคนอื่น ๆ

Coopersmith (1984 อ้างถึงใน หทัยรัตน์ ปฏิพัทธ์ภักดี, 2554) เสนอวิธีการในการเสริมสร้างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ได้แก่ การสร้างความมั่นใจในตนเอง โดยคำนึงถึงความสำเร็จในวันข้างหน้าของชีวิต การระลึกถึงตนเองเมื่อสามารถทำงานคล่องไปด้วยดี โดยการให้รางวัลตนเอง และการบันทึกสะสมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง โดยการเขียนบันทึกความสำเร็จที่เราได้รับ สิ่งที่เรากระทำ และการทำให้ผู้อื่นมีความสุขหรือการได้ทำงานที่มีความสำคัญสำหรับตนเอง การกระทำเช่นนี้จะเป็นการปกป้องความรู้สึกมีคุณค่าของบุคคลมิให้ลดลง และยังช่วยให้บุคคลสามารถรักษาคุณภาพของบุคคลได้

#### 4. การประเมินความมีคุณค่าในตนเอง

แบบวัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของ Coopersmith (Coopersmith self-esteem inventory [SEI]) เป็นแบบวัดที่ประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง โดยวิธีรายงานตนเองและมีสเกลการตอบตรงกับความเป็นจริง

4.1 แบบวัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของ Coopersmith ปี ค.ศ. 1968 (Coopersmith, 1984 อ้างถึงใน หทัยรัตน์ ปฏิพัทธ์ภักดี, 2554) ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ 1) ด้านทั่วไป 2) ด้านสังคม 3) ด้านการงาน และ 4) กลุ่มเพื่อน ๆ โดยให้เลือกตอบว่าเห็นด้วย (Like me) และไม่เห็นด้วย (Unlike me) จำนวน 25 ข้อ

4.2 แบบวัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของ Coopersmith ปี ค.ศ. 1984 (Coopersmith, 1984 อ้างถึงใน หทัยรัตน์ ปฏิพัทธ์ภักดี, 2554) มีแบบวัดอยู่ 3 ฉบับ คือ

4.2.1 ฉบับนักเรียน (School form) ใช้กับกลุ่มตัวอย่างอายุระหว่าง 8-15 ปี ลักษณะแบบวัดแบ่งเป็น 5 ด้าน ด้านตนเองทั่วไป ด้านสังคม ด้านครอบครัว ด้านโรงเรียน และการวัดความจริงใจของผู้ตอบ ประกอบด้วยข้อคำถาม 52 ข้อ

4.2.2 ฉบับสั้น (School short form) ดัดแปลงมาจากฉบับนักเรียน ประกอบด้วยข้อความ 5 ด้านเช่นเดียวกัน

4.2.3 ฉบับผู้ใหญ่ (Adult form) ดัดแปลงมาจากฉบับสั้น ใช้กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 16 ปีขึ้นไป มีข้อคำถามจำนวน 25 ข้อ เป็นมาตรฐานปรมาณค่า มีคำตอบเป็นทางเลือก 6 ระดับ

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วย โดยใช้แบบประเมินของ Coopersmith (1984 อ้างถึงใน หทัยรัตน์ ปฏิพัทธ์ภักดี, 2554) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทย โดย นาดยา วงศ์ลิกภักย์ (2532) เนื่องจากเป็นแบบประเมินที่ใช้วิธีรายงานตนเอง และมีคุณลักษณะที่สมบูรณ์ในการประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และมีสเกลในการจับเทียบการตอบไม่ตรงกับความจริงไว้ในแบบประเมินด้วย เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ตอบแบบประเมินในลักษณะที่จะทำให้ตนเองเป็นที่ยอมรับของบุคคลอื่น ๆ

## 5. ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท

ผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่า ผลจากการรักษาอาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการข้างเคียงจากยา เช่น เดินตัวแข็ง น้ำลายไหล บางรายมีความเสื่อมของสมอง ส่งผลในเรื่องความจำ ทำให้คิดซ้ำ ทำกิจกรรมต่าง ๆ ซ้ำ หรือเรื่องของพฤติกรรมแบบแปลกประหลาด เช่น เคลื่อนไหวส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกายซ้ำ ๆ หรืออาจค้างอยู่ในท่าใดท่าหนึ่งนาน ๆ ส่งผลต่อภาพลักษณ์ของผู้ป่วยโรคจิตเภท ถูกประเมินจากสังคมว่าแปลกประหลาด การรับรู้ว่าตนเองแปลก แตกต่างจากบุคคลอื่น ทำให้ผู้ป่วยขาดความมั่นใจ เกิดความรู้สึกประะบางทางอารมณ์ ไม่กล้าเข้าสังคม อีกทั้งมองว่าตนเองเป็นคนระดับล่าง สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกว่าเป็นตราบาป (Stigma) และมองเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ (ผ่องศรี ดวงแก้ว, 2553; Coring & Cook, 2007) จากการศึกษาถึงความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภททั้งในและต่างประเทศ พบว่า ในผู้ป่วยโรคจิตเภทส่วนใหญ่ จะประสบกับภาวะความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ (Silverstone & Salsali, 2003) และการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยจิตเวชทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยลดลง (Overholser, Adams, Lehnert, & Brinkman, 1995) เกิดความรู้สึกบิบบิ้นทุกข์ทรมานทางจิตวิญญาณ คิดว่าการอยู่โรงพยาบาลเป็นการลงโทษ เกิดความรู้สึกไม่ยอมรับตนเอง ต่ำห็นตนเองที่ไม่มีใครต้องการ (Carson, 1989; Carpenito, 1997 อ้างถึงใน ชุ่มจิต กลิ่นพิบูลย์, 2549) และในประเทศไทย จากการศึกษาประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทของ ศิริพร ทองบ่อ และคณะ (2549) พบว่า ผู้ป่วยมีความคิดความรู้สึกต่อตนเองว่าต้องพึ่งยา ไม่มีความมั่นใจในตนเอง และรู้สึกว่าศักยภาพด้อยลง จากการศึกษาของ วุฒิกิจ จันทรัมย์ (2549) ได้ศึกษาความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่า มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 28.93 ซึ่งต่ำกว่าโรคจิตเวชอื่น ๆ และจากการศึกษาของ สนิทธี อนันท์วัฒน์ (2551) พบว่า ระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภทมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำถึงร้อยละ 51.1 จะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทส่วนใหญ่ จะประสบกับภาวะความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง ทำให้เกิดผลกระทบต่างๆตามมา เช่น รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า ขาดความภาคภูมิใจ ขาดความมั่นใจในตนเอง และมองตนเองไร้ความสามารถ (ภุมมาชาติ แสงเขียว, 2542) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยในด้านความรู้สึกต่อตนเอง ด้านการทำงาน ด้านการทำหน้าที่และสัมพันธภาพในสังคม มีผลต่อการปรับตัวในการดำรงชีวิต ดังนั้นการส่งเสริมให้บุคคลมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองจึงเป็นสิ่งจำเป็น และสำคัญยิ่ง จะเห็นได้ว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทก่อให้เกิดผลกระทบขึ้นในหลาย ๆ ด้าน ทั้งด้านตัวผู้ป่วยโรคจิตเภท ด้านครอบครัวและด้านสังคม ซึ่งผลกระทบต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นเหล่านี้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยโรคจิตเภทในระยะอาการหลงเหลือ จะมีความเสื่อมตามมาในหลาย ๆ ด้าน จนส่งผลกระทบต่อทำหน้าที่ทางสังคม การเรียน และการทำงาน รวมทั้งการใช้ชีวิตประจำวัน ส่งผลให้

ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความรู้สึกว่าการป่วยเป็นโรคจิตเภทเป็นตราบาป ความรู้สึกด้อยค่า สูญเสียความมั่นใจตนเอง เกิดความรู้สึกไม่มีคุณค่าในตนเอง

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าว พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทส่วนใหญ่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนต่ำ จำเป็นต้องได้รับการเสริมสร้างความมีคุณค่าในตนเอง การรักษาทางจิตสังคมเป็นการรักษาอีกวิธีการหนึ่งซึ่งมีความสำคัญ เนื่องจากอาการบางอย่าง เช่น อาการด้านลบ ภาวะท้อแท้หมดกำลังใจ ความเสื่อมในหน้าที่การงาน และการตัดสินใจ ไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา จึงจำเป็นต้องมีผู้รักษาจะต้องคำนึงถึงปัจจัยด้านจิตสังคมของผู้ป่วย เพื่อช่วยเสริมสร้างความสามารถในการทำหน้าที่ต่าง ๆ การดำเนินชีวิตตามศักยภาพ มีแรงจูงใจในการรับประทานยา มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และช่วยเหลือให้ผู้ป่วยปรับตัวอยู่ในครอบครัวและสังคมได้ (พิเชษฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนนานนท์, 2552)

การบำบัดทางจิตสังคมที่เน้นการสร้างคุณค่าในตนเองให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทนั้น ควรสร้างให้บุคคลมีความรู้สึกว่าคุณค่าได้รับการยอมรับจากบุคคลอื่น มีความภาคภูมิใจในผลงานที่กระทำขึ้น มีความพึงพอใจในความเป็นอยู่ มีความคิดสร้างสรรค์ มองโลกในแง่ดี มีความเชื่อมั่นในตนเอง และสามารถกระทำสิ่งต่าง ๆ เพื่อดำรงรักษาสุขภาพของตนไว้ (Coopersmith, 1984 อ้างถึงใน หทัยรัตน์ ปฏิพัทธ์ภักดี, 2554) ดังการศึกษาของ หทัยรัตน์ ปฏิพัทธ์ภักดี (2554) โดยได้ทำการศึกษาเรื่อง การเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังหญิงที่มีคุณค่าในตนเองต่ำ ประกอบไปด้วย 6 ขั้นตอน ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพบำบัดและความร่วมมือ ขั้นตอนที่ 2 การค้นหาสถานการณ์จริงของผู้ป่วย ขั้นตอนที่ 3 การสะท้อนคิดและสร้างความเข้าใจในสถานการณ์ ขั้นตอนที่ 4 การสนับสนุน เอื้ออำนวย ความรู้ ทักษะ และเพิ่มแหล่งทรัพยากร ขั้นตอนที่ 5 การเสริมสร้างพลังอำนาจด้วยตนเอง ขั้นตอนที่ 6 การเสริมสร้างความมั่นใจและคงไว้ซึ่งพลังอำนาจของผู้ป่วย ซึ่งมีระยะเข้าร่วม โครงการ 6 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า คะแนนความมีคุณค่าในตนเอง และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทหญิงในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญหลังจากสิ้นสุดการเข้าร่วม โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจทันที

## ศิลปะบำบัดเพื่อเสริมสร้างคุณค่าในตนเองในผู้ป่วยโรคจิตเภท

### ความหมายศิลปะบำบัด

เลิศศิริร์ บวรภักดี (2553) ได้ให้ความหมายคือ การใช้ศิลปกรรมเป็นสื่อแทนคำพูด ในการแสดงออกอย่างเสรี ถึงอารมณ์ความรู้สึก ความขัดแย้ง และความต้องการต่าง ๆ ศิลปะบำบัดจะเน้นที่กระบวนการผลิตงานมากกว่าความสำเร็จของงาน เทคนิคนี้ให้ผลเสมือนเปิดประตู

การแสดงออกของจิตไร้สำนึกที่ไม่สามารถแสดงออกเป็นคำพูดได้

ทวิตส์คี สิริรัตนเรขา (2550) ได้ให้ความหมายคือ การบำบัดรักษาทางจิตเวชรูปแบบหนึ่ง ที่ประยุกต์ใช้กิจกรรมทางศิลปะเพื่อค้นหาข้อบกพร่อง ความผิดปกติบางประการของกระบวนการทางจิตใจ โดยใช้ความรู้เกี่ยวกับการประเมินทางจิตวิทยา เพื่อเปิดประตูเข้าสู่จิตใจในระดับจิตไร้สำนึก และเลือกใช้กิจกรรมทางศิลปะที่เหมาะสมช่วยในการบำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพให้ดีขึ้น

### การนำศิลปะบำบัดมาใช้ในการบำบัดรักษา

ศิลปะบำบัด ในปัจจุบันมีการนำมาใช้ในกลุ่มบุคคลที่มีความต้องการพิเศษ กลุ่มบกพร่องทางพัฒนาการ สติปัญญา ออทิสติก และในผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านอารมณ์ จิตใจ พฤติกรรม เนื่องจากสามารถช่วยเสริมสร้างพัฒนาการด้านต่าง ๆ บรรเทาปัญหาทางด้านอารมณ์ จิตใจ และพฤติกรรม ได้เป็นอย่างดี ในการทำงานศิลปะบำบัดกับผู้ที่ขาดความสมดุลเป็นการมองการเยียวยาอย่างเป็นองค์รวม ทั้งความคิด ความรู้สึก และเจตจำนง ในปัจจุบันปัญหาของโรคร้ายไข้เจ็บหลายโรครักษาสาเหตุมาจากจิตใจมากกว่าร่างกาย ดังนั้น แพทย์ตามแนวมนุษยปรัชญาจึงใช้ศิลปะบำบัดร่วมในการรักษาด้วย กระทั่งสามารถกล่าวได้ว่า ศิลปะบำบัดหมายถึงการฟื้นฟูชีวิตอีกครั้งภายในหรือปรับคุณภาพในด้านต่าง ๆ ดังนี้ ความคิด (Thinking) ความรู้สึก (Feeling) เจตจำนง (Willing) ศิลปะบำบัดมีประโยชน์ในด้านการพัฒนาอารมณ์ สติปัญญา สมาธิ ความคิดสร้างสรรค์ นอกจากนี้ยังเป็นเครื่องมือสำคัญที่ช่วย กระตุ้นการสื่อสาร และเสริมสร้างทักษะสังคมอีกด้วย (เลิศศิริร์ บวรกิตติ, 2551)

ศิลปะบำบัด ประกอบด้วยรูปแบบกิจกรรมทางศิลปะที่มีความหลากหลาย ซึ่งครอบคลุมถึง (ทวิตส์คี สิริรัตนเรขา, 2550)

1. ทักษะศิลป์ (Visual arts) ได้แก่ การวาด ระบายสี การปั้น การแกะสลัก การถัก การทอ การประดิษฐ์ ฯลฯ

2. ดนตรี (Music) ได้แก่ การเล่นดนตรี ร้องเพลง และกิจกรรมทางดนตรี

3. การแสดง (Drama) ได้แก่ การแสดง การละคร และการเคลื่อนไหวร่างกาย

4. วรรณกรรม (Literature) ได้แก่ บทกวี นิยาย เรื่องสั้น ฯลฯ

ศิลปะบำบัดมีรูปแบบแตกต่างกันไปในผู้รับการบำบัดแต่ละคนที่สภาพปัญหาแตกต่างกัน เทคนิคที่ใช้ เช่น ปั้นดิน วาดภาพ ระบายสี ถักทอ กิจกรรมทางดนตรี เล่นละคร หรือบทบาทสมมุติ โดยนักศิลปะบำบัดเป็นผู้พิจารณาเลือกใช้เทคนิคที่เหมาะสมในแต่ละบุคคล การเลือกใช้สื่อ วัสดุ อุปกรณ์ และรูปแบบที่หลากหลายเหล่านี้ เพื่อเป็นทางเลือกที่จะระบายความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจตนเอง และจัดการกับความรู้สึกได้ตามความเหมาะสมของผู้รับการบำบัดแต่ละคน



สื่อที่มีโครงสร้าง (Structure media) เช่น สีไม้ ดินสอ สีเทียน ใช้สำหรับการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้บำบัดกับผู้รับการบำบัด ใช้แทนการสื่อสารด้วยถ้อยคำ

สื่อที่ยืดหยุ่นได้ (Loose media) เช่น สีน้ำ ดินน้ำมัน ใช้ลดความตึงเครียด ผ่อนคลายอารมณ์ และระบายความรู้สึกรุนแรงออกมาอย่างอิสระ

ขั้นตอนหลักในการทำศิลปะบำบัดมีการแบ่งอยู่หลายแบบ แบ่งเป็นขั้นตอนหลัก “4 E” ดังนี้ (ทวิศักดิ์ สิริรัตน์เรขา, 2550)

1. Established rapport (สร้างสัมพันธภาพ) เป็นขั้นแรกของการบำบัด สร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้บำบัดกับผู้รับการบำบัด ซึ่งรวมถึงการประเมินสภาพปัญหา และวางแผนการบำบัดรักษาด้วย

2. Exploration (ค้นหาปัญหา) เป็นขั้นของการสำรวจ ค้นหาวิเคราะห์ปมปัญหา ความขัดแย้งภายในส่วนลึกของจิตใจ

3. Experiencing (ทบทวนประสบการณ์) เป็นขั้นการบำบัด โดยดึงประสบการณ์แห่งปัญหาขึ้นมาจัดเรียง ปรับเปลี่ยน แก้ไขใหม่ในมุมมองและสถานะใหม่

4. Empowerment (เสริมสร้างพลังใจ) เป็นขั้นสุดท้ายของการบำบัด โดยเสริมสร้างความภาคภูมิใจในตนเอง และให้โอกาสแห่งการเปลี่ยนแปลง

**ขั้นตอนการบำบัด** (เลิศศิริ บวรกิตติ, 2553)

ประกอบไปด้วยขั้นตอนหลัก ๆ ดังต่อไปนี้

1. การแนะนำ ก่อนเริ่มกระบวนการการรังสรรค์งานศิลปะ ควรเริ่มภาคแนะนำ ให้กับผู้รับบริการ เพื่ออธิบายวิธีการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง และขณะเดียวกันได้เปิดโอกาสให้ผู้รับบริการอาจซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับกระบวนการบำบัด การทำความเข้าใจให้ผู้รับบริการต่อกระบวนการศิลปะเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งต่อความสำเร็จของการบำบัด

2. การสร้างสัมพันธภาพ ขั้นต่อไปของการบำบัด คือ การสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้บำบัดกับผู้รับบริการ โดยการสนทนาพูดคุย และการทดลองวัสดุศิลปะอย่างง่าย ๆ ที่ไม่คำนึงถึงความสำเร็จเป็นหลัก เพื่อลดทอนความวิตกกังวลในการวาดภาพหรือการสร้างงาน ณ ขั้นนี้ยังทำให้นักบำบัดได้รับรู้สภาพจิตใจพื้นฐานของผู้รับบริการ

3. การสำรวจและระบุปัญหา ผู้รับบริการได้สร้างงานศิลปะ เพื่อใช้สำรวจ วิเคราะห์ปมขัดแย้งในจิตใจ ที่อาจแสดงออกทางสัญลักษณ์ โดยนักบำบัดเป็นผู้สังเกต รับฟังและคอยแนะนำด้านกระบวนการสร้างงาน

4. การแก้ปัญหาและปรับสภาพจิต ผู้รับบริการ โอกาสและพื้นที่ในการสะท้อนปัญหาความในใจ เพื่อสามารถปรับเปลี่ยน แก้ไข และทำความเข้าใจตนเองและความสัมพันธ์กับผู้อื่น

นักบำบัดเป็นเพียงผู้ให้การช่วยเหลือแนะมุมมอง เพื่อปรับเปลี่ยนสภาพจิตสู่สภาวะใหม่

5. การแปรเปลี่ยน ขั้นสุดท้ายของการบำบัด คือการที่ผู้รับบริการได้รับการเสริมสร้างพลังใจ ได้เกิดความเข้มแข็งทางจิตใจ มีความเชื่อมั่น ความภาคภูมิใจในตนเอง เกิดโอกาสแห่งการเปลี่ยนแปลง

เทคนิคสำคัญที่นำมาใช้ในกระบวนการทางศิลปะบำบัด คือ การสนับสนุน เสริมสร้างกำลังใจ (Supportive) และการตีความหมายที่ซ่อนเร้นภายในจิตใจ (Interpretation) การสนับสนุนเสริมสร้างกำลังใจ ทำได้โดยให้ความสนใจ ให้กำลังใจ และการชมเชยเมื่อทำได้สำเร็จหรือพยายามเพิ่มขึ้น ภายใต้อะไรที่สงบ ปลอดภัย และทำที่เป็นมิตร การตีความหมายที่ซ่อนเร้นภายในจิตใจ ทำได้โดยการตีความสัญลักษณ์ต่าง ๆ ที่เห็น สีที่ใช้ ภาพที่วาด เพื่อให้เกิดความเข้าใจในตัวเองมากยิ่งขึ้น ในการทำศิลปะบำบัดทุกครั้ง ควรมีการบันทึกให้เห็นถึงกระบวนการและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น รวมถึงบันทึกการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม อารมณ์ และข้อสังเกตต่าง ๆ ลงในแฟ้มประวัติผู้ป่วยเพื่อกำหนดแนวทางในครั้งต่อไป

#### คุณค่าของศิลปะบำบัด

ทวิศักดิ์ สิริรัตน์เรขา (2550) ได้กล่าวถึงคุณค่าของศิลปะ ศิลปะให้ประโยชน์อย่างมากมาต่อการพัฒนามนุษย์ในทุก ๆ ด้าน ทำให้เกิดสมดุลของชีวิต ช่วยจรรโลงและสร้างสรรค์สังคม ช่วยถ่ายทอดอารยธรรม ความเชื่อ ความศรัทธา และภูมิปัญญาของชนชาติต่าง ๆ ทุกภูมิภาคทั่วโลก จากอดีตสู่ปัจจุบัน

ศิลปะช่วยให้เกิดการพัฒนาสติปัญญา พัฒนาความคิดสร้างสรรค์ พัฒนาสมาธิ พัฒนาจิตใจ รวมถึงการพัฒนาสังคม ซึ่งมีรายละเอียดต่าง ๆ ดังนี้ (ทวิศักดิ์ สิริรัตน์เรขา, 2550)

1. ศิลปะพัฒนาสติปัญญา ช่วยส่งเสริมให้สามารถเรียนรู้ในเรื่องราวต่าง ๆ ได้ดีขึ้น เก็บรายละเอียดเพิ่มขึ้น ช่วยจัดระบบความคิด และสามารถเชื่อมโยงความคิดต่าง ๆ ที่กระจัดกระจายเข้าหากันเป็นเอกภาพยิ่งขึ้น ทำให้เกิดเป็นความคิดรวบยอด (Concept) ในเรื่องต่าง ๆ ที่เรียนรู้ ในการสร้างสรรค์ผลงานศิลปะชิ้นหนึ่ง จำเป็นต้องบูรณาการประสบการณ์การเรียนรู้ทั้งหมดที่มีอยู่ในคลังสมอง ถ่ายทอดผ่านการประมวลผลของสมองส่วนต่าง ๆ ที่ทำหน้าที่แตกต่างกัน จนเป็นผลงานออกมา ยิ่งสร้างสรรค์ผลงานศิลปะมากเท่าไร สมองส่วนต่าง ๆ ก็จะได้ทำงานร่วมกันแบบบูรณาการมากยิ่งขึ้น

2. ศิลปะพัฒนาความคิดสร้างสรรค์ ลักษณะของความคิดที่มีหลายมิติหลายมุมมอง หลายทิศทาง สามารถคิดได้กว้างไกล ไร้กรอบ ไร้ขอบเขต ประกอบด้วย ความคิดริเริ่ม ความคล่องแคล่ว ความยืดหยุ่นและความละเอียดลออ นำไปสู่การคิด ประดิษฐ์สิ่งแปลกใหม่ และบูรณาการองค์ความรู้ต่าง ๆ ที่ได้มาจากประสบการณ์เดิม เชื่อมโยงกับสถานการณ์ใหม่

สร้างเป็นองค์ความรู้ใหม่ และเกิดนวัตกรรมตามมา ศิลปะสามารถช่วยเพิ่มองค์ประกอบต่าง ๆ ของความคิดสร้างสรรค์ ทั้ง 4 ด้าน ดังนี้ 1) ความคิดริเริ่ม (Originality) 2) ความคล่องแคล่ว (Fluency) 3) ความยืดหยุ่น (Flexibility) 4) ความละเอียดลออ (Elaboration)

3. ศิลปะพัฒนาสมาธิ การทำกิจกรรมศิลปะพบว่าช่วยเสริมสร้างสมาธิให้ดีขึ้น ได้ชัดเจน เนื่องจากได้ฝึกฝนการจดจ่อทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง ไม่มีผิด ไม่มีถูก และไม่ยากเกินความสามารถ จนสูญเสียความมั่นใจ และที่สำคัญ คือ ได้สนุกกับกิจกรรมที่ทำ เป็นการฝึกฝนให้เรียนรู้ประสบการณ์ของการทำกิจกรรมอย่างมีสมาธิ

4. ศิลปะพัฒนาจิตใจ การนำศิลปะมาใช้ในจะช่วยทำให้ผู้ที่มีปัญหาทางด้านอารมณ์ และจิตใจ ได้ระบายปัญหา ความคับข้องใจ ผ่านออกมาทางงานศิลปะ ระบายอารมณ์ออกมาในหนทางที่สร้างสรรค์ช่วยให้รู้สึกผ่อนคลาย ลดความขุ่นมัวในจิตใจ เข้าใจและรับรู้อารมณ์ต่าง ๆ ของตนเอง สามารถยับยั้งและควบคุมได้ดีขึ้น มีสมาธิ ลดความตึงเครียด และความวิตกกังวลลง ในที่สุด ศิลปะยังช่วยขัดเกลาจิตใจให้ละเอียดอ่อน ละเมียดละไมยิ่งขึ้น ใส่ใจกับความรู้สึกของผู้อื่น มากขึ้น ลดความหยาบทางอารมณ์ ลดความก้าวร้าวที่มีอยู่ สามารถยอมรับข้อจำกัดของตนเอง ยอมรับความแตกต่างระหว่างกัน และควบคุมตนเองในกรอบของเหตุผลได้ดี ความภาคภูมิใจยังเป็น ผลพลอยได้ที่เกิดขึ้นระหว่างการสร้างสรรค์งานศิลปะ ช่วยให้เกิดความสุข ตระหนักในคุณค่าของตนเองมีความมั่นใจ กล้าคิด กล้าแสดงออกเพิ่มขึ้น

5. ศิลปะพัฒนาสังคม ศิลปะช่วยให้เรียนรู้ทักษะสังคมผ่านการทำกิจกรรมศิลปะร่วมกัน เป็นกลุ่ม รู้จักการรอคอย ผลัดกันทำ ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เสียสละ มีน้ำใจ ไม่เอาเปรียบกัน นอกจากนี้ยังเรียนรู้ที่จะแสดงออกซึ่งอารมณ์ ความรู้สึก ความคิด ความต้องการของตนเอง และการเข้าใจผู้อื่น โดยใช้ศิลปะเป็นสื่อ ศิลปะจึงเป็นสื่อสำคัญที่ช่วยให้สัมพันธภาพทางสังคม ดำเนินไปอย่างสงบสุข สมานฉันท์ สามารถใช้เป็นตัวกลางในการจัดกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกัน

6. ศิลปะเป็นกระบวนการที่สามารถสร้างสรรค์ในรูปแบบต่าง ๆ เช่น การวาดภาพ การระบายสี การสร้างสรรค์ภาพปะติด การประดิษฐ์งานศิลปะจากวัสดุต่าง ๆ ศิลปะเป็นสื่อกลาง ในการเข้าถึงตัวตนของผู้ป่วยด้วยการให้ระบายความคิด ความรู้สึก การสร้างความรู้สึกอิสระ มั่นคง อบอุ่น ปลอดภัย ผ่อนคลายและเพลิดเพลินกับความงามของศิลปะปรับมุมมองและแนวคิดเกี่ยวกับตนเอง จนค่อย ๆ สร้างความรู้สึกด้านบวก เกิดความภาคภูมิใจในผลงาน และเข้าใจตนเองมากขึ้น ส่งผลให้เกิดการยอมรับนับถือ และมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (เลิศศิริร์ บวรภิกษิต, 2552)

จากการทบทวนวรรณกรรมในการเสริมสร้างความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองโดยการใช้ ศิลปะบำบัด พบว่าการใช้ศิลปะบำบัดสามารถเพิ่มความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองกับผู้ที่มีปัญหา สุขภาพจิตและจิตเวช ดังผลการศึกษาของ นิดารัตน์ ชูวิเชียร (2550) เรื่อง ผลของศิลปะบำบัดต่อ

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของเด็กวัยรุ่นที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศ ประกอบด้วย แผนกระบวนการ ขั้นตอนการบำบัด 8 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การแนะนำตนเอง 2) การฉายภาพตนเอง 3) การฉายภาพครอบครัว 4) การวาดฝัน 5) การปลดปล่อยสิ่งที่ไม่ดี 6) การวาดในสิ่งที่ปรารถนา 7) การเรียนรู้ อย่างอิสระ 8) บทส่งท้าย โดยบำบัดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง จนครบ 8 ครั้ง ระยะเวลา 8 สัปดาห์ แต่ละครั้ง ใช้เวลา 1 ชั่วโมง ถึง 1 ชั่วโมง 30 นาที พบว่า เด็กวัยรุ่นที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศภายหลังได้รับ ศิลปะบำบัด มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงกว่าก่อนได้รับศิลปะบำบัด และเด็กวัยรุ่นที่ถูก ล่วงละเมิดทางเพศภายหลังได้รับศิลปะบำบัด มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มมากกว่ากลุ่ม ที่ไม่ได้รับศิลปะบำบัด สอดคล้องกับการศึกษาของ Brooke (1995) ได้ทำการศึกษาเรื่องการ ใช้ ศิลปะบำบัดต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในผู้หญิงที่ถูกละเมิดทางเพศ พบว่า ภายหลังได้รับ โปรแกรมศิลปะบำบัด สามารถเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้หญิงที่ถูกละเมิดทางเพศได้ ส่วนการศึกษาของ รัฐ ลอยสงเคราะห์ (2552) เรื่อง ผลของศิลปะบำบัดต่อการเห็นคุณค่าในตนเอง ของผู้ติดสารเสพติดชายสถาบันธัญญารักษ์ ซึ่งโปรแกรมการบำบัดประกอบไปด้วย 1) เริ่มต้น+ ภาพสีน้ำ 2) วาดภาพสีน้ำ 3) ตกแต่งเสื้อ 4) วาดภาพด้วยสีเทียน 5) งานปั้น 6) ผ้าเช็ดหน้าบาติก 7) ภาพ Mural 8) สร้างสิ่งประดิษฐ์จากวัสดุอุปกรณ์ 9) ภาพปะติด 10) จัดแสดงผลงาน ได้ดำเนินการ สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง 30 นาที รวมระยะเวลา 10 สัปดาห์ พบว่า ผู้ติดสารเสพติด ที่ได้รับศิลปะบำบัดมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมากกว่ากลุ่มไม่ได้รับการบำบัดด้วยศิลปะบำบัด และการศึกษาของ Crawford (2012) ได้ใช้กลุ่มศิลปะบำบัดในการส่งเสริมการบำบัดรักษาผู้ป่วย โรคนิ่วไต ได้ดำเนินการครั้งละ 90 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ในช่วงเวลา 12 เดือน พบว่า กลุ่มที่ได้รับ ศิลปะบำบัดมีค่าคะแนนด้านการทำหน้าที่มากกว่ากลุ่มที่ได้รับกิจกรรมบำบัด

จากการทบทวนวรรณกรรมในการเสริมสร้างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง โดยใช้ศิลปะ บำบัด ยังพบในกลุ่มผู้สูงอายุ ดังการศึกษาของ ขวัญฤทัย อัมสมโภช (2549) เรื่อง ผลของศิลปะ เพื่อการบำบัดต่อการเพิ่มการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ ประกอบไปด้วยกิจกรรมศิลปะ เพื่อการบำบัด ครั้งละ 1 ชั่วโมง สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ระยะเวลา 5 สัปดาห์ รวมทั้งหมด 10 ครั้ง พบว่า ผู้สูงอายุหลังได้รับการบำบัดด้วยศิลปะมีการเห็นคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษา ของ นปภัช กันแพงศรี (2557) เรื่อง ผลของโปรแกรมกิจกรรมศิลปะต่อการเห็นคุณค่าในตนเองของ ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะแรก ประกอบไปด้วย 12 กิจกรรม ดังนี้ 1) กิจกรรมรู้จักฉันรู้จัก เธอ 2) กิจกรรมจุดเปลี่ยน 3) กิจกรรมกล่องวิเศษ 4) กิจกรรมหมวกใบสวย 5) กิจกรรมเรื่องราวจาก ภาพ 6) กิจกรรมพับดอกบัว 7) กิจกรรมโมบายกรอบรูป 8) กิจกรรมด้วยสองมือ 9) กิจกรรมการ พิมพ์ภาพ 10) กิจกรรมคำอวยพรจากใจถึงลูก 11) กิจกรรม เมล็ดพันธุ์แห่งความหวัง 12) กิจกรรม ชื่นชมผลงาน ได้ดำเนินการสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 1 ชั่วโมง ถึง 1 ชั่วโมง 30 นาที

เป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ รวมทั้งสิ้น 12 ครั้ง พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะแรกเห็นคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น และการศึกษาของ Kahane (1993) ได้ทำการศึกษาศิลปะเกี่ยวกับผู้สูงอายุ พบว่า ศิลปะมีผลช่วยให้ผู้สูงอายุมีความภาคภูมิใจ เกิดความนับถือตนเอง และมีมนุษยสัมพันธ์ระหว่างกัน

### แนวคิดการทำกลุ่มบำบัด

กลุ่มบำบัด (Group therapy) เป็นการบำบัดทางจิตสังคมชนิดหนึ่งที่ใช้ในผู้ที่มีปัญหาทางจิตใจ อารมณ์ และพฤติกรรม ด้วยการนำสมาชิกหรือผู้ป่วยมารวมกัน และดำเนินกลุ่มโดยการ ใช้กระบวนการกลุ่มที่มีการวางแผน โดยบุคลากรวิชาชีพเฉพาะทางที่ได้ผ่านการศึกษอบรม มาโดยเฉพาะ ซึ่งมีเป้าหมายเพื่อให้สมาชิกรู้จักตนเอง เข้าใจตนเอง ยอมรับตนเอง เข้าใจและยอมรับผู้อื่น ได้ ตลอดจนสามารถปรับเปลี่ยนความคิด เจตคติและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของสมาชิก ซึ่งจะนำไปสู่การแก้ปัญหาได้อย่างถูกต้องเหมาะสม (อรพรรณ ลือบุญรัชช์, 2549)

#### ลักษณะของกลุ่มบำบัด

ภัทรภรณ์ ทุ่งป็นคำ (2551) ได้กล่าวไว้ว่าลักษณะกลุ่มบำบัดมี 2 แบบ คือ กลุ่มแบบปิด (Closed group) และกลุ่มแบบเปิด (Opened group) การจัดกลุ่มขึ้นอยู่กับลักษณะสมาชิกว่าเหมาะสมกับกลุ่มแบบใด การทำกลุ่มบำบัดขนาดเล็กควรมีสมาชิกกลุ่มประมาณ 8-12 คน หากสมาชิกกลุ่มน้อยเกินไปจะทำให้กลุ่มรู้สึกตึงเครียด สมาชิกต้องรับผิดชอบในการพูดในกลุ่มมาก แต่หากสมาชิกกลุ่มมากเกินไปอาจส่งผลกระทบต่อกระบวนการกลุ่ม จะทำให้สมาชิกมีปฏิสัมพันธ์ไม่ทั่วถึง อาจมีการแบ่งกลุ่มย่อยเกิดขึ้น ระยะเวลาในการทำกลุ่มบำบัดแต่ละครั้ง ประมาณ 60-90 นาที หากใช้เวลาน้อยไปจะทำให้ประเด็นที่อภิปรายเป็นไปอย่างไม่ทั่วถึง หากใช้เวลามากไป จะส่งผลให้ทั้งสมาชิกและผู้บำบัดเกิดความเหนื่อยล้า และความถี่ในการทำกลุ่มนั้นสามารถทำได้ตั้งแต่ 1-5 ครั้งต่อสัปดาห์

#### ขั้นตอนการทำกลุ่มบำบัด

การทำกลุ่มบำบัด แบ่งเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้ (ภัทรภรณ์ ทุ่งป็นคำ, 2551)

1. ขั้นเตรียมการ (Pre-orientation phase) ผู้นำกลุ่มคัดเลือกผู้ป่วยตามข้อบ่งชี้ในการคัดเลือก การคัดเลือกขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ และลักษณะของกลุ่ม การเตรียมตัวผู้บำบัด นอกจากนี้ ยังต้องเตรียมจิตใจและอารมณ์ ต้องกำจัดความวิตกกังวลก่อนการดำเนินกลุ่ม และเตรียมสถานที่ให้ ขนาดพอเหมาะกับจำนวนสมาชิก อากาศถ่ายเทสะดวก ไม่มีเสียง และกลิ่นรบกวน

2. ขั้นเริ่มกลุ่ม (Orientation phase) ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้นำกลุ่ม และสมาชิก มีการแนะนำตนเอง การสร้างบรรยากาศของความเป็นมิตร มีการกำหนดวัตถุประสงค์ กฎกติกา ร่วมกัน เพื่อให้สมาชิกได้ตระหนักถึงความสำคัญและประโยชน์ที่จะได้รับจากการเข้ากลุ่ม เพื่อให้สมาชิกได้รู้จัก คู่กันเคยกัน ไว้วางใจกัน

3. **ขั้นดำเนินการแก้ไขปัญหาร่วมกัน (Working phase)** ผู้บำบัดกำหนดประเด็นในการสนทนาแล้วเปิดโอกาสให้สมาชิกได้ร่วมแสดงความรู้สึก กระตุ้นให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น เพื่อให้เกิดความผูกพันเป็นหนึ่งเดียว ผู้บำบัดต้องสังเกตและตระหนักถึงพฤติกรรมของสมาชิกที่อาจเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินกลุ่ม ต้องเข้าใจและแก้ไขปัญหามาเพื่อให้กระแสกลุ่มไปในทิศทางเดียวกัน

4. **ขั้นปิดกลุ่ม (Terminating phase)** เป็นระยะที่สมาชิกจะแสดงออกถึงความรู้สึกผูกพันต่อกลุ่ม ระบายความรู้สึกร่วมกันของกลุ่ม ผู้บำบัดต้องมีการวางแผนการสิ้นสุดสัมพันธภาพกลุ่ม เพื่อป้องกันความวิตกกังวลต่อการสิ้นสุดสัมพันธภาพ

#### **ปัจจัยสำคัญในการทำกลุ่มบำบัด (ภัทรภรณ์ ทุ่งปิ่นคำ, 2551)**

1. **การมีความหวัง (Instillation of hope)** เป็นการสร้างความหวังให้กับผู้ป่วยโดยการเห็นสมาชิกในกลุ่มดีขึ้น โดยเฉพาะผู้ที่มีปัญหาเดียวกันกับผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยตระหนักได้ว่าสามารถเอาชนะปัญหาได้ ทำให้เกิดความหวังมากยิ่งขึ้น

2. **ความรู้สึกอันเป็นสากล (Universality)** เกิดความรู้สึกว่าตนเองไม่ได้เป็นผู้ที่มีปัญหาอยู่คนเดียว การเข้าร่วมกลุ่มจะทำให้ผู้ป่วยได้เห็นสมาชิกคนอื่นว่ามีปัญหามากมายเช่นเดียวกับตนเอง

3. **การได้รับข้อมูล (Imparting information)** สมาชิกในกลุ่มจะได้รับข้อมูลต่าง ๆ ทั้งทางตรงและทางอ้อม ผู้ป่วยซึ่งเป็นสมาชิกในกลุ่มจะแลกเปลี่ยนข้อมูล ประสบการณ์ ข้อเสนอแนะซึ่งกันและกันทำให้เกิดการเรียนรู้ที่จะแก้ไขปัญหามาและได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์จากตัวผู้นำกลุ่ม

4. **การรู้สึกได้ทำประโยชน์ (Altruism)** การที่สมาชิกรู้สึกว่าได้ช่วยเหลือบุคคลอื่น เช่น การให้คำแนะนำแก่เพื่อนสมาชิกในการแก้ปัญหาที่ตนเองเคยประสบมาก่อน และเพื่อนสมาชิกในกลุ่มรับฟังอย่างตั้งใจ ทำให้เกิดความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง

5. **การแก้ไขประการณ์เดิมในครอบครัว (Corrective recapitulation of the family group)** กลุ่มบำบัดจะช่วยให้สมาชิกได้มีโอกาสสำรวจตนเองและเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับแบบแผนสัมพันธภาพในครอบครัว การมีประสบการณ์ที่ไม่ดีหรือมีปมขัดแย้งมาก่อนในครอบครัว กลุ่มจะเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ปรับเปลี่ยนความคิดพฤติกรรมในแง่ลบเหล่านั้นให้ดีขึ้น ไม่ว่าจะไปกับพ่อแม่หรือพี่น้อง

6. **การพัฒนาเทคนิคเพื่อการเข้าสังคม (Development of social techniques)** การที่สมาชิกได้มีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่นเป็นการฝึกทักษะทางสังคม นอกจากนี้การได้สังเกตเห็นบุคคลอื่นมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันสามารถนำมาเป็นแบบอย่างที่ดีให้กับตนเองได้ และได้ลองมีปฏิสัมพันธ์ใหม่กับบุคคลอื่น ภายใต้บรรยากาศของกลุ่มที่มีการยอมรับ สนับสนุนและรับฟังความคิดเห็นของคนอื่น

7. การเลียนแบบพฤติกรรม (Imitative behavior) สมาชิกกลุ่มเกิดการเลียนแบบบุคลิกภาพจากสมาชิกด้วยกันหรือจากผู้นำกลุ่มที่ตนเองพึงพอใจ โดยผ่านการสังเกตการณ์ ปฏิสัมพันธ์ของคนอื่นว่าได้รับการตอบสนองอย่างไร

8. การระบายอารมณ์ (Catharsis) ได้ระบายความคิดความรู้สึก การปลดปล่อยอารมณ์ที่เก็บกดไว้ทำให้เกิดความรู้สึกโล่งสบายและทำให้เกิดการเรียนรู้วิธีการแสดงอารมณ์ที่เหมาะสม

9. การเรียนรู้ความจริงอันเป็นสัจธรรม (Existential factors) ผู้ป่วยจิตเวชอาจมีความคาดหวังกับชีวิต ชีวิตต้องสวยงาม สมหวัง ซึ่งไม่ได้เป็นจริงเสมอไป ทำให้สมาชิกได้เกิดการเรียนรู้และเข้าใจความเป็นจริงของชีวิตจากการฟังประสบการณ์ของสมาชิกในกลุ่ม

10. ความรู้สึกผูกพันเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน (Cohesiveness) การเข้าร่วมกลุ่มทำให้สมาชิกได้รู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มเกิดความผูกพันกับเพื่อนสมาชิกในกลุ่ม รับรู้ว่าเป็นพวกเดียวกัน มีเป้าหมายอันเดียวกัน ซึ่งปัจจัยนี้เป็นปัจจัยสำคัญในการรักษาที่จะทำให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

11. การเรียนรู้วิธีที่จะติดต่อและสร้างความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น (Interpersonal learning) โดยกลุ่มถือว่าเป็นสังคมจำลองให้สมาชิกได้มีโอกาสฝึกฝนเพื่อให้เกิดพฤติกรรมใหม่ที่เหมาะสมมากขึ้น

### กลุ่มบำบัดด้วยศิลปะต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของ Coopersmith (1984 อ้างถึงใน หทัยรัตน์ ปฏิพัทธ์ภักดี, 2554) และแนวคิดศิลปะบำบัดของ เลิศศิริร์ บวรกิตติ (2552) แนวคิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของ Coopersmith ได้กล่าวไว้ว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองนั้นเกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับบุคคล หรือบุคคลกับสิ่งแวดล้อมแล้วแสดงออกในรูปของความรู้สึก ทศนคติของบุคคลมีต่อตนเองในลักษณะของการยอมรับหรือไม่ยอมรับ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสามารถบอกได้ถึงคุณภาพชีวิตของบุคคล ช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญอุปสรรคต่าง ๆ ที่เข้ามาในชีวิตได้ด้วยจิตใจที่เข้มแข็งมั่นคง เผชิญปัญหาและหลีกเลี่ยงความรุนแรงของปัญหาได้เป็นอย่างดี และทำให้บุคคลสามารถดำรงชีวิตอยู่อย่างมีคุณค่า ในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ ส่งผลให้ดำเนินตนเองและคิดว่าการเจ็บป่วยเป็นสาเหตุจากการเสื่อมสมรรถภาพ (Impairment) หรือความบกพร่อง (Disability) ทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัด ไม่สามารถบรรเทาทุกข์ที่คนปกติปฏิบัติได้ ขาดความมั่นใจ เกิดความรู้สึกประะบางทางอารมณ์ ไม่กล้าเข้าสังคม อีกทั้งมองว่าตนเองเป็นคนระดับต่ำ และมองตนเองไร้ความสามารถ สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกว่าเป็นตราบาป (Stigma) (ผ่องศรี ดวงแก้ว, 2553; Coring & Cook, 2007)

การสร้างเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในผู้ป่วยโรคจิตเภททำให้ผู้ป่วยมีความเชื่อในศักยภาพของตนเอง มีการรู้คิดที่เหมาะสม ทำให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น สามารถปรับตัวในการดำรงชีวิตประจำวันได้ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นสิ่งที่สามารถเรียนรู้ได้ สามารถเปลี่ยนแปลงได้ และพัฒนาให้เกิดขึ้นได้จากประสบการณ์ที่บุคคลได้รับการจัดสภาพแวดล้อมและบรรยากาศที่ผ่อนคลาย เพื่อให้บุคคลรู้สึกปลอดภัย กล้าที่จะเปิดเผยความรู้สึกและตัวตน กระบวนการกลุ่มบำบัด เป็นกิจกรรมหนึ่งที่ช่วยสร้างเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เพราะกระบวนการกลุ่มจะส่งเสริมให้บุคคลได้ระบายความรู้สึก รู้สึกว่าปัญหาไม่ใช่ของตนเองคนเดียว เกิดการช่วยเหลือสนับสนุนซึ่งกันและกัน การให้กำลังใจ เกิดการเรียนรู้หนทางใหม่ ๆ ในการมีสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและการปรับตัวในการดำรงชีวิต ช่วยให้บุคคลได้รู้จักตนเอง ส่งเสริมให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่น และเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (ปราโมทย์ เชาวศิลป์ และธรรมาชัย คงสกันธ์, 2544)

การศึกษาครั้งนี้ประยุกต์ใช้ขั้นตอนการบำบัดด้วยศิลปะ สร้างขึ้นจากขั้นตอนการทำศิลปะบำบัดของ เลิศศิริร์ บวรกิตติ (2552) ในการเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท ประกอบไปด้วยขั้นตอนหลัก ๆ ดังต่อไปนี้ 1) การแนะนำตัวและสร้างสัมพันธภาพ การแนะนำ ก่อนเริ่มกระบวนการการรังสรรค์งานศิลปะ ควรเริ่มภาคแนะนำ ให้กับผู้รับบริการ เพื่ออธิบายวิธีการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง และขณะเดียวกันได้เปิดโอกาสให้ผู้รับบริการอาจซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับกระบวนการบำบัด การทำความเข้าใจให้ผู้รับบริการต่อกระบวนการศิลปะเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งต่อความสำคัญของการบำบัด ขั้นตอนของการบำบัด คือ การสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้บำบัดกับผู้รับบริการ และระหว่างผู้รับบริการที่เป็นสมาชิกกลุ่ม โดยการสนทนาพูดคุย และการทดลองวัสดุศิลปะอย่างง่าย ๆ ที่ไม่คำนึงถึงความสำเร็จเป็นหลัก เพื่อลดทอนความวิตกกังวลในการวาดภาพหรือการสร้างงาน ณ ขั้นนี้ยังทำให้นักบำบัดได้รับรู้สภาพจิตใจพื้นฐานของผู้รับบริการ 2) การสำรวจและระบุปัญหาผู้รับบริการได้สร้างงานศิลปะ เพื่อใช้สำรวจ วิเคราะห์ปมขัดแย้งในจิตใจ ที่อาจแสดงออกทางสัญลักษณ์ โดยนักบำบัดเป็นผู้สังเกต รับฟังและคอยแนะนำด้านกระบวนการสร้างงาน 3) การแก้ปัญหาและปรับสภาพจิต ผู้รับบริการได้มีพื้นที่ปลอดภัยในการระบายความรู้สึก สะท้อนความคิด ทำความเข้าใจตนเองและปรับสภาพจิตใจให้ดีขึ้น 4) การแปรเปลี่ยน ผู้รับบริการได้รับการเสริมสร้างพลังใจ ได้เกิดความเข้มแข็งทางจิตใจ มีความเชื่อมั่น ความภาคภูมิใจในตนเอง สร้างโอกาสในการเปลี่ยนแปลงตนเองให้ดีขึ้น ซึ่งศิลปะเป็นกระบวนการที่สร้างสรรค์ในรูปแบบต่าง ๆ เช่น การวาดภาพ การระบายสี การสร้างสรรค์ภาพปะติด การสร้างสรรค์งานตามจินตนาการ ศิลปะเป็นสื่อกลางในการเข้าถึงตัวตนของผู้ป่วย ด้วยการให้ระบายความคิดและความรู้สึก การสร้างความรู้สึกอิสระ มั่นคง อบอุ่นและปลอดภัย



ผ่อนคลายและเพลิดเพลินกับความงามของศิลปะ ปรับมุมมองและแนวคิดเกี่ยวกับตนเอง จนค่อย ๆ สร้างความรู้สึกด้านบวก เกิดความภาคภูมิใจในผลงาน และเข้าใจตนเองมากขึ้น ส่งผลให้เกิดการยอมรับนับถือ และมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

ผลของกลุ่มบำบัดด้วยศิลปะต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองนี้ ประกอบด้วย 6 กิจกรรมบำบัด โดยดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ติดต่อกันเป็นเวลา 2 สัปดาห์ ใช้เวลาครั้งละประมาณ 1 ชั่วโมง 30 นาที ในแต่ละครั้งของการทำกิจกรรมกลุ่ม แบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอน คือ 1) เข้าใจตนเอง เห็นปัญหาทางใจ 2) เข้าใจปัญหา ยอมรับ 3) เสริมสร้างพัฒนา 4) ปรับเปลี่ยน มีดังนี้

#### **ขั้นตอนที่ 1 เข้าใจตนเอง เห็นปัญหาทางใจ**

กิจกรรมที่ 1 “สมุดบันทึก...สื่อถึงฉัน” เป็นกิจกรรมการตกแต่งสมุดที่พับจากกระดาษ มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นการสร้างสัมพันธภาพ ให้เกิดความไว้วางใจระหว่างผู้นำกลุ่ม และสมาชิกกลุ่มด้วยกันเอง สร้างบรรยากาศของสิ่งแวดล้อมที่อบอุ่น บรรยากาศของการอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข

#### **ขั้นตอนที่ 2 เข้าใจปัญหา ยอมรับ**

กิจกรรมที่ 2 “ภาพฝัน...วันอิสระ” เป็นกิจกรรมการวาดภาพและระบายสีน้ำโดยอิสระ มีวัตถุประสงค์เพื่อระบายความรู้สึก เป็นการสำรวจ ความคิด ความรู้สึกของตนเองกับผลงานศิลปะ

#### **ขั้นตอนที่ 3 เสริมสร้างพัฒนา**

กิจกรรมที่ 3 “ตุ๊กตา...คนเก่ง” เป็นกิจกรรมการนำเศษผ้ามาตกแต่งเป็นสัญลักษณ์ ตัวผู้ป่วยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมให้เกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง

กิจกรรมที่ 4 “สายธาร...ความดี” เป็นกิจกรรมการวาดภาพระบายสีสายน้ำในกระดาษวาดเขียนมีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนเรื่องราวการทำความดีที่เกิดขึ้นในชีวิตของตนเอง เกิดความภาคภูมิใจในคุณความดีของตนเอง

#### **ขั้นตอนที่ 4 ปรับเปลี่ยน**

กิจกรรมที่ 5 “ภาพใหม่...บอกใจให้สู้” เป็นกิจกรรมการใช้สีน้ำและด่างทับทิม เพื่อสร้างสรรค์งานศิลปะใหม่ ๆ ตามจินตนาการของผู้ป่วยมีวัตถุประสงค์เพื่อเสริมสร้างให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง สร้างสรรค์สิ่งใหม่ในการเผชิญปัญหา

กิจกรรมที่ 6 “คูชิ...ผลงานของฉัน” เป็นกิจกรรมรวบรวมผลงาน จัดผลงานศิลปะทั้งหมดของผู้ป่วยมีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนผลการสร้างสรรค์งานจากกิจกรรมศิลปะทั้งหมด เพื่อสรุปสิ่งที่ได้จากการทำกิจกรรมส่งเสริมให้เกิดการรับรู้ความสามารถตนเอง ความภาคภูมิใจ และเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

ผลของกลุ่มบำบัดด้วยศิลปะต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นนี้เป็นโปรแกรมที่บูรณาการแนวคิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของ Coopersmith (1984 อ้างถึงใน หทัยรัตน์ ปฏิพัทธ์ภักดี, 2554) และขั้นตอนการทำศิลปะบำบัดของ เลิศศิริร์ บวรกิตติ (2552) มุ่งหวังให้การช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิตเภทเสริมสร้างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สามารถปรับตัวให้อยู่ในสังคมและใช้ชีวิตได้อย่างมีความสุข

## บทที่ 3

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ศึกษาแบบสองกลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของกลุ่มบำบัดด้วยศิลปะต่อความรู้สึที่มีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยเปรียบเทียบคะแนนความรู้สึที่มีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภทกลุ่มที่เข้าร่วมกลุ่มบำบัดด้วยศิลปะกับคะแนนความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

##### ประชากร

ประชากรที่ศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยจิตเภท ไม่จำกัดเพศ ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (International classification of disease: ICD-10) และมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ ในปี พ.ศ. 2559

##### กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภท ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ ในเดือนตุลาคม ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2559 โดยผู้วิจัยคัดเลือกผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ (Inclusion criteria) ที่กำหนด ดังนี้

1. ผู้ป่วยเพศชายและเพศหญิง ช่วงอายุตั้งแต่ 20-59 ปี
2. ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยโรคจิตเภท มีอาการทางจิตสงบ ประเมินด้วยแบบวัดอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale [BPRS]) มีระดับคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 36 คะแนน
3. สามารถพูด อ่าน เขียน และฟังภาษาไทยได้ ไม่มีปัญหาการมองเห็นและการได้ยิน
4. มีความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้และสามารถเข้าร่วมกลุ่มบำบัดด้วยศิลปะตามที่กำหนดไว้
5. ไม่เคยเข้าร่วมการวิจัยโดยการใช้ศิลปะมาก่อน

เกณฑ์ในการคัดออกจากการเป็นกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria) การวิจัยครั้งนี้กำหนดการคัดกลุ่มตัวอย่างออก คือ ในระหว่างการวิจัย กลุ่มตัวอย่างมีภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วย มีความผิดปกติทางการเรียนรู้อย่างชัดเจน หรือมีอาการทางจิตกำเริบเกิดขึ้นรุนแรงที่ก่อให้เกิด

ปัญหาต่อกระบวนการบำบัด ซึ่งในการศึกษานี้ไม่มีการคัดผู้ป่วยออกจากการเป็นกลุ่มตัวอย่าง

Discontinousion criteria

การวิจัยครั้งนี้กำหนดให้ผู้ป่วยที่ไม่มารับการบำบัด โปรแกรมกลุ่มบำบัดด้วยศิลปะ ครบตามกำหนด ไม่เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา ซึ่งการศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยรับการบำบัดด้วยศิลปะ ครบตามกำหนดทุกคน

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ผู้วิจัยใช้การประมาณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ที่ต้องการตามข้อเสนอแนะของ Polit and Hungler (2001) ได้กำหนดไว้ว่าการวิจัยกึ่งทดลองควรมี กลุ่มตัวอย่าง 20-30 คน โดยมีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม แต่ละกลุ่มไม่ต่ำกว่า 10 คน ผู้วิจัย จึงได้กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดข้างต้น โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มควบคุม 10 คน และกลุ่มทดลอง 10 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 20 คน ซึ่งงานวิจัยนี้ใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คน เนื่องจากข้อจำกัดของจำนวนผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่เข้าบำบัดรักษาในโรงพยาบาล และมีอาการทางจิตสงบซึ่งตรงกับเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง มีจำนวนจำกัด

การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง

จากสถิติย้อนหลัง 3 ปีของผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มารับบริการที่หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาล จิตเวชสระแก้วราชชนรินทร์ (พ.ศ. 2556-พ.ศ. 2558) มีผู้ป่วยโรคจิตเภทเฉลี่ย 1,287 ราย โดยแต่ละเดือนจะมีบริบท และมีจำนวนผู้ป่วยที่ใกล้เคียงกัน ผู้วิจัยจึงเลือกศึกษาในเดือนตุลาคม ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2559 โดยผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

1. ผู้วิจัยจะขออนุญาตจากแพทย์ผู้ดูแลเพื่อตรวจสอบรายชื่อผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่มารับบริการที่หอผู้ป่วยใน ในเดือนตุลาคม พ.ศ. 2559 หลังจากนั้นผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด และทำการประเมินผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยใช้แบบประเมินอาการ ทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale [BPRS]) เพื่อใช้คัดกรองผู้ป่วยเข้ากลุ่มตัวอย่าง ในผู้ที่มี ระดับคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 36 คะแนน มีจำนวน 23 คน จากนั้นคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยการจับฉลากเลือกมา จำนวน 20 คน

2. ทำการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Random assignment) ด้วยวิธีการ จับฉลากเลขที่ โดยกำหนดให้ “เลขคู่” เป็นกลุ่มควบคุม 10 คน และ “เลขคี่” เป็นกลุ่มทดลอง 10 คน

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองในรูปแบบผลกลุ่มของกลุ่มบำบัดด้วยศิลปะ ต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมีดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale [BPRS]) ใช้คัดกรองผู้ป่วยเข้ากลุ่มตัวอย่างในช่วง 1 สัปดาห์ ก่อนเข้าร่วมการวิจัย เครื่องมือนี้ได้รับการพัฒนาโดย Overall and Gorham (1962) และนำมาแปลเป็นภาษาไทย โดย พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์ (2544) ประกอบด้วย ข้อคำถาม 18 ข้อ ได้แก่ ความรู้สึกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพร่างกาย (Somatic concern) ความรู้สึกกังวล หรือกลัวสิ่งใดในอนาคต (Anxiety) รู้สึกเศร้า เสียใจ หดหู่ ท้อแท้ สิ้นหวัง (Depress mood) รู้สึกตำหนิตนเองเป็นคนไม่ดี หรือเสียใจต่อสิ่งที่ทำในอดีต (Guilt feeling) หงุดหงิด อารมณ์เสีย (Hostility) ทำทางหยิ่งโส ยึดความเห็นของตนเป็นใหญ่ เก่งผิดจากคนอื่น (Grandiosity) รู้สึกระแวง คิดว่ามีผู้ประสกร้ายต่อตน (Suspiciousness) อาการหูแว่ว (Hallucination) ความคิดแปลก ๆ อาการหลงผิด (Unusual thought content) สับสนต่อเวลา สถานที่ บุคคล (Disorientation) ความคิดสับสน ไม่เป็นเรื่องราว ขาดการเชื่อมโยง (Conceptual disorganization) สิ้นน้ำไม่คอยแสดงอารมณ์ความรู้สึก (Blunted effect) มีลักษณะแยกตัว ไม่ค่อยมีปฏิกริยาโต้ตอบกับบุคคลอื่น (Emotional withdrawal) อาการเครียด หงุดหงิด ตื่นเต้นง่าย (Tension) ทำที่ต่อต้าน ระมัดระวัง ไม่เป็นมิตรต่อผู้อื่น (Uncooperativeness) ลูกลึกลุกลน มีปฏิกริยาโต้ตอบเร็ว (Excitement) การพูด การเคลื่อนไหวเชื่องช้า (Motor retardation) และพฤติกรรมแปลก ๆ ที่ดูผิดไปจากคนปกติ (Manner and posturing) (ตั้งรายละเอียดในภาคผนวก) ประเมินโดยผู้วิจัย ในช่วง 1 สัปดาห์ ก่อนเข้าร่วมการวิจัย หลักการประเมินคะแนน

ข้อ 1, 2, 5, 9, 10, 11, 18 ให้คะแนนตามความรู้สึกของผู้ป่วย

ข้อ 3, 4, 6, 7, 8, 13, 14, 15, 16, 17 ให้คะแนนตามความเห็นของผู้ตรวจ

ข้อ 12 ให้คะแนนจากการสังเกตพฤติกรรมและคำพูดของผู้ป่วยระดับคะแนนมีตั้งแต่ 1-7 ดังนี้

คะแนน 1	หมายถึง	ไม่มีอาการ
คะแนน 2	หมายถึง	มีเล็กน้อยเป็นบางครั้ง
คะแนน 3	หมายถึง	มีอาการเล็กน้อย
คะแนน 4	หมายถึง	อาการปานกลาง
คะแนน 5	หมายถึง	อาการค่อนข้างรุนแรง
คะแนน 6	หมายถึง	อาการรุนแรง

คะแนน 7 หมายถึง อาการรุนแรงมาก

คะแนนรวมทั้งหมดจะอยู่ในช่วง 18-126 คะแนน การแปลผล มีดังนี้

คะแนนน้อยกว่า 18 คะแนน หมายถึง เกณฑ์ปกติ

คะแนนระหว่าง 18-36 คะแนน หมายถึง มีอาการทางจิตน้อย

คะแนนมากกว่า 36 คะแนน หมายถึง มีอาการทางจิตรุนแรงต้องดูแลแบบผู้ป่วยใน

## 2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ โรคประจำตัว สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ บุคคลที่อาศัยด้วยในปัจจุบัน รายได้เฉลี่ย ต่อเดือน ระยะเวลาการเจ็บป่วย จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และความสามารถ ในการดูแลตนเอง (ดังรายละเอียดในภาคผนวก)

2.2 แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง โดยใช้แบบประเมินของ Coopersmith (Coopersmith Self-esteem Inventory [SEI]) แบบวัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองฉบับผู้ใหญ่ แปลโดย นาดยา วงศ์เหล็กภัย (2532) ได้ผ่านการหาความตรงตามเนื้อหา รวมทั้งภาษาที่ใช้ จากผู้ทรงคุณวุฒิ 6 ท่าน และนำไปหาค่าความเชื่อมั่น โดยนำไปศึกษาผลของกลุ่มจิตสัมพันธ์ที่มีต่อการเห็นคุณค่าในตนเองของวัยรุ่น ได้ค่าความเชื่อมั่น .89 และกับวัยรุ่นที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แบบเสี่ยง จำนวน 10 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่น .89 (วิฑูรทิพย์ หัตตะปะนิตร, 2550) และกับผู้สูงอายุ จำนวน 40 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่น .84 (เชาวณี ล่องชูผล, 2547) และกับผู้ต้องขัง จำนวน 30 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่น .80 (กานดา ผาวงศ์, 2551) ประกอบไปด้วยข้อคำถามจำนวน 25 ข้อ ลักษณะของ ข้อคำถาม มีทั้งข้อคำถามด้านบวก และข้อคำถามด้านลบ โดยข้อคำถามด้านบวก มีจำนวน 8 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 1, 4, 5, 8, 9, 14, 19 และ 20 ข้อคำถามด้านลบ มีจำนวน 17 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 2, 3, 6, 7, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 17, 18, 21, 22, 23, 24 และ 25

ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 6 ระดับ มีค่าคะแนนในแต่ละข้อตั้งแต่ 1-6 คะแนน วิธีการตอบให้ผู้ตอบอ่านข้อความทั้ง 25 ข้อ โดยให้ผู้ตอบตอบทีละข้อแล้วให้ผู้ตอบ เลือกตอบตามข้อที่ตรงกับความคิดเห็นของผู้ตอบมากที่สุด แล้วพิจารณาว่าข้อความเหล่านั้นตรงกับ ความรู้สึกของตนเองในระดับมากน้อยเพียงใด โดยมีกรให้คะแนนตามเกณฑ์ดังนี้

ข้อความที่มีความหมายทางบวก		ข้อความที่มีความหมายทางลบ
เห็นด้วยมากที่สุด	ได้ 6 คะแนน	1 คะแนน
เห็นด้วยมาก	ได้ 5 คะแนน	2 คะแนน
เห็นด้วยค่อนข้างมาก	ได้ 4 คะแนน	3 คะแนน
เห็นด้วยค่อนข้างน้อย	ได้ 3 คะแนน	4 คะแนน

เห็นด้วยน้อยที่สุด ได้ 1 คะแนน 6 คะแนน

การแปลผลคะแนนโดยการรวมคะแนนทุกข้อและหาค่าคะแนน ค่าคะแนนของคนที่ได้คะแนนสูงกว่า แสดงว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงกว่าคนที่ได้คะแนนน้อยกว่า

3. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือกลุ่มบำบัดด้วยศิลปะต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท และการตั้งคำถามกระตุ้นให้ผู้ป่วยแสดงความรู้สึก ความคิดเห็นต่อประเด็นต่าง ๆ ของการทำกิจกรรม โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 เข้าใจตนเอง เห็นปัญหาทางใจ

กิจกรรมที่ 1 “สมุดบันทึก...สื่อถึงฉัน

ขั้นตอนที่ 2 เข้าใจปัญหา ยอมรับ

กิจกรรมที่ 2 “ภาพฝัน...วันอิสระ”

ขั้นตอนที่ 3 เสริมสร้างพัฒนา

กิจกรรมที่ 3 “ตุ๊กตา...คนเก่ง”

กิจกรรมที่ 4 “สายธาร...ความดี”

ขั้นตอนที่ 4 ปรับเปลี่ยน

กิจกรรมที่ 5 “ภาพใหม่...บอกใจให้สู้”

กิจกรรมที่ 6 “คู่มือ...ผลงานของฉัน”

### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยนำโปรแกรมกลุ่มบำบัดด้วยงานศิลปะที่ได้พัฒนาขึ้นไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ความครอบคลุมของเนื้อหา รูปแบบและความเหมาะสมของกิจกรรม โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วย จิตแพทย์ 1 ท่าน พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญทางศิลปะ 1 ท่าน อาจารย์ประจำคณะศิลปกรรมศาสตร์ผู้มีความเชี่ยวชาญด้านศิลปะ 1 ท่าน เพื่อพิจารณาความถูกต้องของเนื้อหา ความครอบคลุม ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ความเหมาะสมของรูปแบบและขั้นตอนกิจกรรม ตลอดจนความเหมาะสมของระยะเวลา และสื่ออุปกรณ์ หลังจากนั้นผู้วิจัยนำมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ และนำไปปรึกษาอาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ช่วยตรวจสอบความถูกต้อง หลังจากนั้นผู้วิจัยจะนำโปรแกรมกลุ่มบำบัดด้วยงานศิลปะที่ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยโรคจิตเภทจำนวน 3 คน ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เพื่อประเมินประสิทธิภาพของกลุ่มบำบัดในการปฏิบัติจริง ผลการนำไปทดลองใช้พบว่า ต้องมีการ

ปรับปรุงแก้ไขในเรื่องของการสร้างคำถามเพื่อให้เชื่อมโยงไปให้ถึงความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง จากนั้นนำประสบการณ์การทดลองใช้ไปพูดคุยกับอาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ถึงขั้นตอนการทำต่าง ๆ รวมทั้งปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นและนำข้อคิดเห็นที่ได้มาวิเคราะห์ ปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมเพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมก่อนที่จะนำไปดำเนินการทดลองจริงกับกลุ่มตัวอย่างต่อไป

## 2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้นำแบบวัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองฉบับผู้ใหญ่ของ Coopersmith (1984) อ้างถึงใน หทัยรัตน์ ปฏิพัทธ์ภักดี, 2554) แปลโดย นาดยา วงศ์เหล็กภัย (2532) ไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน และนำมาคำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .84 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้

## การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยได้เสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์และเครื่องมือการวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพาและคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์

2. ก่อนเริ่มดำเนินการทดลอง 1 สัปดาห์ ผู้วิจัยได้เข้าพบกลุ่มตัวอย่าง เพื่อแนะนำตัวชี้แจงรายละเอียดของการวิจัย การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และเชิญชวนกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง สิ่งสำคัญคือให้ความมั่นใจกับกลุ่มตัวอย่างว่าตลอดระยะเวลาที่เข้าร่วมการวิจัย ทุกคนยังคงอยู่ภายใต้การดูแลและความรับผิดชอบของพยาบาลจิตเวชประจำหอผู้ป่วยใน กลุ่มตัวอย่างอาจปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย หรือถอนตัวจากการศึกษานี้ได้ทุกเมื่อ โดยไม่มีผลกระทบต่อการศึกษาที่ได้รับ ผลการวิจัยจะนำเสนอเป็นภาพรวม ข้อมูลต่าง ๆ ถูกเก็บไว้เป็นความลับ โดยจะเก็บข้อมูลไว้ในคอมพิวเตอร์โน้ตบุ๊กส่วนตัวมีรหัสในการเข้าถึงข้อมูลจะไม่มีการเปิดเผยข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมการวิจัยสู่สาธารณชนอย่างแน่นอน มีการใช้รหัสเลขที่ของแบบสอบถามเป็นรหัสแทนชื่อ-นามสกุลของกลุ่มตัวอย่าง และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น ผลการวิจัยครั้งนี้จะนำเสนอในภาพรวม และจะนำมาใช้ประโยชน์เพื่อการวิจัยเท่านั้น เอกสารต่าง ๆ จะเก็บไว้ในตู้เอกสารที่มีกุญแจล็อก ผู้ที่สามารถเข้าถึงและใช้ข้อมูลได้มีเพียงผู้วิจัย และอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เท่านั้น และจะทำลายข้อมูลหลังจากผู้วิจัยสำเร็จการศึกษาและผลการวิจัยได้รับการเผยแพร่แล้ว หากกลุ่มตัวอย่มีข้อสงสัยประการใดผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ซักถาม และตอบข้อสงสัยได้ตลอดเวลา เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย



แล้ว ให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นจึงดำเนินการวิจัยตามขั้นตอน

3. เมื่อสิ้นสุดการวิจัยเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยจัดให้กลุ่มควบคุมได้รับกลุ่มบำบัดด้วยศิลปะตามที่กำหนดไว้ โดยมีเนื้อหาครบถ้วนเช่นเดียวกับผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลอง โดยผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มควบคุมทุกคนมีความสมัครใจในการเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มบำบัดฯ และมาเข้าร่วมครบทุกกิจกรรมตามที่กำหนดไว้ทุกครั้ง

### การทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อสุ่มได้กลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ดังต่อไปนี้

#### 1. ขั้นตอนการทดลอง

##### 1.1 การเตรียมความพร้อมของผู้วิจัยในการใช้กลุ่มบำบัดด้วยศิลปะ

1.1.1 เรียนการบำบัดด้วยศิลปะ รายวิชา 106665 การดูแลมนุษย์ในการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช 2 หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช โดยผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สายใจ พัวพันธ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา เป็นเวลา 8 ชั่วโมง

1.1.2 เข้ารับการอบรมศิลปะ เรื่อง Art for art โดยอาจารย์ณาดารัตน์ บาลจ่าย มีความเชี่ยวชาญในด้าน Complementary nursing ด้านศิลปะบำบัด เป็นเวลา 16 ชั่วโมง

1.1.3 ฝึกภาคปฏิบัติ รายวิชา 106564 ปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ชั้นสูง 1 หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช การใช้ศิลปะกับผู้ป่วย จำนวน 1 ราย โดยผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สายใจ พัวพันธ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา เป็นผู้นิเทศ

1.1.4 เข้ารับการอบรมศิลปะ เรื่อง สร้างสุข สร้างสรรค์ ด้วยกิจกรรมศิลปะบำบัด โดย MS.YURI HINOKIDANI ผู้เชี่ยวชาญด้านกิจกรรมเด็ก MS.MIE ODA นักศิลปะบำบัด และ MS.HIROKO FUJII ผู้ให้คำปรึกษาด้านเด็กและครอบครัว ซึ่งจัดขึ้นโดย Human center ที่สาทรประดิษฐ์ กรุงเทพฯ เป็นเวลา 8 ชั่วโมง

1.1.5 เข้ารับการอบรมศิลปะ เรื่อง ศิลปะวิถีสู่ปัญญาภายใน (Insight artistry) โดยอาจารย์ณาดารัตน์ สันติสุขสกุล นักจัดกระบวนการสถาบันขวัญเมือง และอาจารย์จักรา วีรกุล ศิลปินผู้ฝึกฝนการเจริญสติ บัณฑิตจากนาโรปะ ณ บ้านขวัญเอ๋ย ถนนพระรามสอง ซ. 70 เป็นเวลา 16 ชั่วโมง

1.2 หลังจากโครงร่างวิทยานิพนธ์และเครื่องมือการวิจัยผ่านการพิจารณาจริยธรรม การวิจัยระดับบัณฑิตศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ผู้วิจัยนำหนังสือจากคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชชนรินทร์ เพื่อขออนุญาตดำเนินการวิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง ชีแจ่ง วัตถุประสงค์ขั้นต้น และขอความร่วมมือ ในการดำเนินการวิจัยในรายละเอียดด้านต่าง ๆ

1.3 หลังผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชชนรินทร์ และได้รับการอนุญาตจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชชนรินทร์แล้ว ผู้วิจัยจะเข้าพบหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยในและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เพื่อชี้แจงรายละเอียดของการวิจัยการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล เตรียมเครื่องมือในการวิจัยและความพร้อมในการใช้โปรแกรม โดยการทบทวนองค์ความรู้และทักษะต่าง ๆ ในการทำกลุ่มศิลปบำบัด

1.4 ผู้วิจัยเตรียมวัสดุอุปกรณ์ที่จะใช้ สถานที่ดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยปรับปรุง ห้องกิจกรรมกลุ่ม หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชชนรินทร์ ให้มีความเหมาะสม ในการดำเนินกิจกรรมกลุ่มบำบัด โดยจัดให้มีความสะดวกสบาย สะอาด ปลอดภัย ไม่มีสิ่งรบกวน และเลือกผู้ป่วยโรคจิตเภท เพศชายและเพศหญิง ที่มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ที่กำหนด

## 2. ขั้นตอนการทดลอง

ผู้วิจัยจะดำเนินการวิจัยระยะก่อนการทดลอง ระยะการทดลอง ระยะหลังการทดลอง เสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือนสำหรับกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตามขั้นตอน ดังนี้

### 2.1 กลุ่มควบคุม

ได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการ ตามโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคจิตเภท การทำกลุ่มสนทนา การทำกิจกรรมบำบัดต่าง ๆ การให้คำปรึกษาเบื้องต้น กับกลุ่มตัวอย่าง

#### 2.1.1 ระยะก่อนการทดลอง

ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มควบคุมเพื่อขอความร่วมมือในการประเมิน ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองกับกลุ่มตัวอย่าง ที่ได้รับการคัดเลือกไว้แล้ว จำนวน 10 คน

#### 2.1.2 ระยะการทดลอง

กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการ ตามโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยมีกิจกรรมกลุ่มทุกวันจันทร์ ถึงวันศุกร์ เวลา 10.00-11.00 น. ใช้ระยะเวลาครั้งละ 60 นาที จำนวน 5 ครั้ง จำนวน 1 สัปดาห์

กิจกรรมครั้งที่ 1: กิจกรรม “การสร้างสัมพันธภาพและสำรวจปัญหา”

กิจกรรมครั้งที่ 2: กิจกรรม “โรคจิตเภท”

กิจกรรมครั้งที่ 3: กิจกรรม “รักษาด้วยยา”

กิจกรรมครั้งที่ 4: กิจกรรม “อาการเตือนและการป้องกันการป่วยซ้ำ”

กิจกรรมครั้งที่ 5: กิจกรรม “การปฏิบัติตนเพื่อดูแลตนเองเมื่ออยู่บ้าน”

### 2.1.3 ระยะเวลาหลังการทดลอง

หลังเสร็จสิ้นการทดลองทันที ผู้วิจัยจะให้กลุ่มควบคุมประเมินความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองด้วยตนเองแล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์คะแนนที่ได้จะเป็นคะแนนระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที (Post-test)

### 2.1.4 ระยะเวลาติดตามผล

ในระยะติดตามผลหลังการทดลองเสร็จสิ้น 1 เดือน ผู้วิจัยจะให้กลุ่มควบคุมประเมินความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองด้วยตนเอง และนำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างมาตรวจสอบความสมบูรณ์ และความถูกต้องก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป หลังเสร็จสิ้นระยะติดตามผล ผู้วิจัยจะดำเนินการทำกลุ่มบำบัดด้วยศิลปะให้กับกลุ่มควบคุมต่อไป

## 2.2 กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยจะปฏิบัติก่อนการทดลองดังนี้

### 2.2.1 ระยะเวลาก่อนการทดลอง

2.2.1.1 แนะนำตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่จะได้รับ พร้อมทั้งตกลงทำการนัดหมายวัน เวลา สถานที่ในการทำกิจกรรมกับผู้เข้าร่วมวิจัย

2.2.1.2 ดำเนินการประเมินความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง กับกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับ การคัดเลือกไว้แล้ว จำนวน 10 คน

### 2.2.2 ระยะเวลาการทดลอง

การดำเนินการในกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการกิจกรรมตามกลุ่มบำบัดด้วยศิลปะต่อความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองกับสมาชิกกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเภทเริ่มเดือน ตุลาคม พ.ศ. 2559 ถึงเดือน ธันวาคม พ.ศ. 2559 โดยมีกิจกรรมกลุ่มสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ๆ ละ 60-90 นาที รวมจำนวน 6 ครั้ง ทุกวันจันทร์ พุธ และวันศุกร์ เวลา 16.30-18.00 น. จำนวน 2 สัปดาห์ และติดตามผล 1 ครั้ง หลังเสร็จสิ้น โปรแกรม 1 เดือน รวม 4 สัปดาห์ ณ ห้องทำกลุ่มหอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ ประกอบด้วย กิจกรรมทั้งหมด 6 กิจกรรม ตามรายละเอียด ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 เข้าใจตนเอง เห็นปัญหาทางใจ

กิจกรรมที่ 1 “สมุดบันทึก...สื่อถึงฉัน” เป็นกิจกรรมการตกแต่งสมุดที่พับจากกระดาษ มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นการสร้างสัมพันธภาพ ให้เกิดความไว้วางใจระหว่างผู้นำกลุ่ม

และสมาชิกกลุ่มด้วยกันเอง สร้างบรรยากาศของสิ่งแวดล้อมที่อบอุ่น บรรยากาศของการอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข

ขั้นตอนที่ 2 เข้าใจปัญหา ยอมรับ

กิจกรรมที่ 2 “ภาพฝัน...วันอิสระ” เป็นกิจกรรมการวาดภาพและระบายสีน้ำ โดยอิสระ มีวัตถุประสงค์เพื่อระบายความรู้สึก เกิดความรู้สึกผ่อนคลาย เป็นการสำรวจความคิด ความรู้สึกของตนเองกับผลงานศิลปะ

ขั้นตอนที่ 3 เสริมสร้างพัฒนา

กิจกรรมที่ 3 “ตุ๊กตา...คนเก่ง” เป็นกิจกรรมการนำเศษผ้ามาตกแต่งเป็นสัญลักษณ์ ตัวผู้ป่วย มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมให้เกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง

กิจกรรมที่ 4 “สารธาร...ความดี” เป็นกิจกรรมการวาดภาพระบายสีสายน้ำในกระดาษวาดเขียน มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนเรื่องราวการทำความดีที่เกิดขึ้นในชีวิตของตนเอง เกิดความภาคภูมิใจในคุณความดีของตนเอง

ขั้นตอนที่ 4 ปรับเปลี่ยน

กิจกรรมที่ 5 “ภาพใหม่...บอกใจให้สู้” เป็นกิจกรรมการใช้สีน้ำและต่างทับทิม เพื่อสร้างสรรค์งานศิลปะใหม่ ๆ ตามจินตนาการของผู้ป่วย มีวัตถุประสงค์เพื่อเสริมสร้างให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในตนเอง สร้างสรรค์สิ่งใหม่ในการเผชิญปัญหา

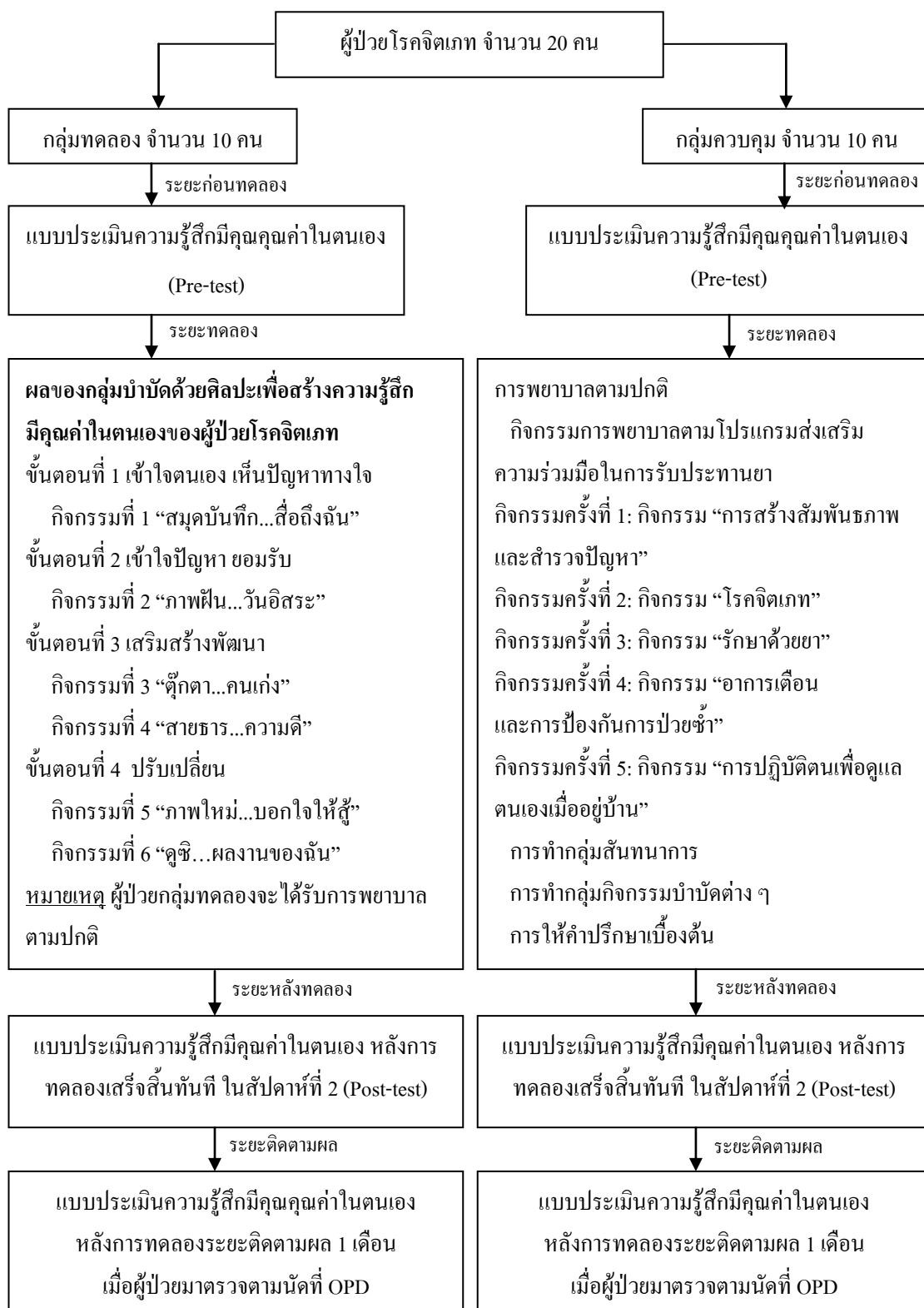
กิจกรรมที่ 6 “คูชิ...ผลงานของฉัน” เป็นการจัดผลงานศิลปะทั้งหมดของสมาชิกในกลุ่มเอง และให้ผู้อื่น ได้ร่วมชื่นชมผลงานศิลปะดังกล่าว มีวัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดการรับรู้ ความสามารถตนเอง มีความภาคภูมิใจ และเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

2.2.3 ระยะเวลาหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที

หลังเสร็จสิ้นการทดลองทันที ผู้วิจัยจะให้กลุ่มทดลองประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองด้วยตนเองแล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์คะแนนที่ได้จะเป็นคะแนนระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที (Post-test) หลังจากนั้นผู้วิจัยจะดำเนินการให้กลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามปกติในผู้ป่วยโรคจิตเภท

2.2.4 ระยะเวลาติดตามผล

ในระยะติดตามผลหลังการทดลองเสร็จสิ้น 1 เดือน เป็นการติดตามผลเมื่อผู้ป่วยมาตรวจตามนัดที่ OPD หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้วิจัยจะให้กลุ่มทดลองประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองด้วยตนเอง และนำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างมาตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้องก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป



ภาพที่ 2 สรุปขั้นตอนดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

## การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยจะนำข้อมูลทั้งหมดที่เก็บรวบรวมได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ทั้งก่อนและหลังการทดลองมาลงรหัสข้อมูล จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1. นำข้อมูลที่ได้มาดำเนินการทดสอบตามข้อตกลงเบื้องต้นด้วยวิธี Fisher Skewness Coefficient และ Fisher Kurtosis Coefficient ผลการทดสอบพบว่า มีการแจกแจงแบบโค้งปกติ จึงทำการวิเคราะห์ด้วยสถิติพารามิเตอร์
2. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ และวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างกลุ่มด้วยสถิติ  $\chi^2$  หรือ Fisher's exact test
3. วิเคราะห์ด้วยสถิติค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ของคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
4. วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของกลุ่มตัวอย่างในระยะก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent *t*-test
5. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำประเภทหนึ่งตัวแปรระหว่างกลุ่ม และหนึ่งตัวแปรภายในกลุ่ม (Two-way repeated measure ANOVA) เมื่อพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในแต่ละระยะมีความแตกต่างกัน ผู้วิจัยจะทำการทดสอบเป็นรายคู่ ด้วยวิธีการเปรียบเทียบเชิงพหุคูณแบบรายคู่ของ Bonferroni

## บทที่ 4

### ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ศึกษาแบบสองกลุ่ม วัตรยะก่อนการทดลอง วัตรยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีและวัตรยะติดตามผล 1 เดือน (Two group pre-post tests and four weeks follow-up design) เพื่อศึกษาผลของกลุ่มบำบัดด้วยศิลปะ ต่อความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ ในช่วงเดือนตุลาคม ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2559

ผลการวิจัยนำเสนอในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยาย และกราฟ ตามลำดับดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป คุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง และผลการเปรียบเทียบ ความแตกต่างคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 ข้อมูลความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท และผลการเปรียบเทียบ คะแนนเฉลี่ยความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภทระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในวัตรยะก่อนการทดลอง

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภทในวัตรยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีและวัตรยะติดตามผล 1 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนสองทางแบบวัดซ้ำ (Two-way repeated measure ANOVA)

**ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป คุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง และผลการเปรียบเทียบความแตกต่างคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง**

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ และความแตกต่างของลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยโรคจิตเภท  
จำแนกตามข้อมูลพื้นฐาน ( $n = 20$ )

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง ( $n = 10$ )		กลุ่มควบคุม ( $n = 10$ )		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					.50 <sup>++</sup>
ชาย	7	70	6	60	
หญิง	3	30	4	40	
อายุ					1.00 <sup>++</sup>
20-39 ปี	6	60	6	60	
40-59 ปี	4	40	4	40	
สถานภาพสมรส					1.00 <sup>++</sup>
โสด	8	80	8	80	
คู่	2	20	2	20	
อาชีพ					.62 <sup>++</sup>
ไม่มีอาชีพ	4	40	2	20	
มีอาชีพ	6	60	8	80	
ระดับการศึกษา					.52 <sup>++</sup>
ประถมศึกษา	5	50	6	60	
มัธยมศึกษาขึ้นไป	5	50	4	40	
รายได้					.65 <sup>++</sup>
ไม่มีรายได้	5	50	7	70	
มีรายได้	5	50	3	30	
ระยะเวลาในการเจ็บป่วย					1.00 <sup>+</sup>
ต่ำกว่า 5 ปี	5	50	5	50	
มากกว่า 5 ปี	5	50	5	50	



ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		p-value
	(n = 10)		(n = 10)		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาล					1.00 <sup>+</sup>
1-2 ครั้ง	5	50	4	40	
มากกว่า 3 ครั้งขึ้นไป	5	50	6	60	

<sup>+</sup> Chi-square, <sup>++</sup> Fisher's exact test

จากตารางที่ 1 พบว่า ลักษณะกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 70 มีอายุอยู่ในช่วง 20-39 ปี ร้อยละ 40 สถานภาพโสด ร้อยละ 80 มีอาชีพ ร้อยละ 60 การศึกษาระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษาขึ้นไปเท่ากัน ร้อยละ 50 มีรายได้และไม่มีรายได้เท่ากันคือ ร้อยละ 50 ระยะเวลาในการเจ็บป่วยต่ำกว่า 5 ปี และมากกว่า 5 ปีเท่ากัน คือ ร้อยละ 50 และจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จำนวน 1-2 ครั้ง และมากกว่า 3 ครั้งขึ้นไป ร้อยละ 50

ในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 60 มีอายุอยู่ในช่วง 20-39 ปี ร้อยละ 60 สถานภาพโสด ร้อยละ 80 มีอาชีพ ร้อยละ 80 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 60 ไม่มีรายได้ ร้อยละ 70 ระยะเวลาในการเจ็บป่วยต่ำกว่า 5 ปี และมากกว่า 5 ปีเท่ากัน คือ ร้อยละ 50 และจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จำนวนมากกว่า 3 ครั้งขึ้นไป ร้อยละ 60

เมื่อทำการทดสอบความแตกต่างลักษณะทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า เพศ อายุ อาชีพ การศึกษา รายได้ ระยะเวลาในการเจ็บป่วย และจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

**ตอนที่ 2 ข้อมูลความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท และผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภทระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลอง**

ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภทของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง เสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน

กลุ่ม	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		ติดตามผล 1 เดือน	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง						
กลุ่มทดลอง	85.10	12.36	101.50	9.62	99.00	10.20
กลุ่มควบคุม	80.10	9.04	80.10	9.79	73.60	10.61

จากตารางที่ 2 พบว่า คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภทในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง เสร็จสิ้นทันทีและระยะติดตามผล 1 เดือน ของกลุ่มทดลอง เป็น 85.10 (*SD* = 12.36), 101.50 (*SD* = 9.62) และ 99.00 (*SD* = 10.20) ตามลำดับ ส่วนในกลุ่มควบคุมคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภทเป็น 80.10 (*SD* = 9.04), 80.10 (*SD* = 9.79) และ 73.60 (*SD* = 10.61) ตามลำดับ

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภทของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง

กลุ่ม	จำนวน	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>p-value</i>
ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง					
กลุ่มทดลอง	10	85.10	12.36	1.03	.258
กลุ่มควบคุม	10	80.10	9.04		

จากตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท ระยะก่อนการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทดสอบค่าที

(Independent *t*-test) พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท ระยะก่อนการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ.05 ( $t_{18} = 1.03, p = .258$ )

**ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภทในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนสองทางแบบวัดซ้ำ (Two-way repeated measure ANOVA)**

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง

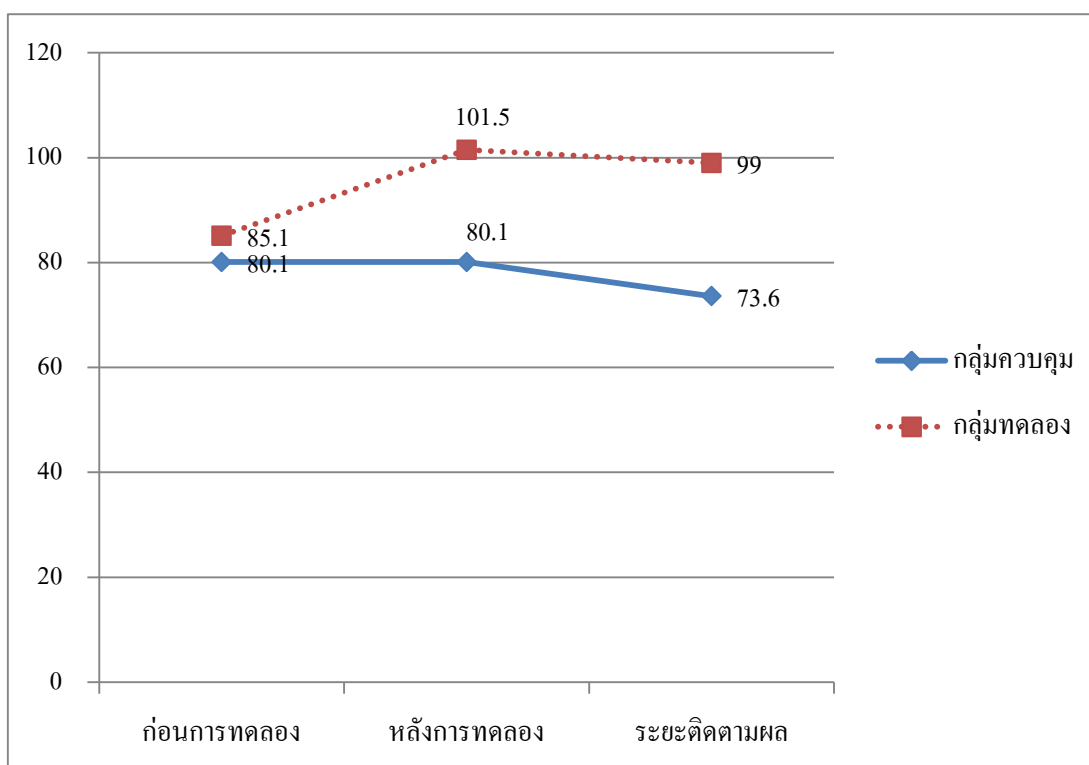
แหล่งความแปรปรวน	<i>df</i>	<i>SS</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	<i>p</i> -value
ระหว่างกลุ่ม					
การทดลอง	1	4,472.067	4,472.067	15.03	.001**
ความคลาดเคลื่อน	18	5,354.667	297.481		
ภายในกลุ่ม					
เวลา	2	674.533	337.267	30.43	.000***
กลุ่มกับระยะเวลา	2	1,168.533	584.267	52.72	.000***
ความคลาดเคลื่อน	36	398.933	11.081		

\*\* $P < .01$  \*\*\* $P < .001$

จากตารางที่ 4 เมื่อพิจารณาการทดสอบความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในภาพรวมโดยไม่คำนึงถึงเวลา พบว่า การทดสอบอิทธิพลของกลุ่มบำบัดด้วยศิลปะส่งผลให้คะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $F_{1,18} = 15.03, p = < .01$ ) แสดงให้เห็นว่า กลุ่มบำบัดด้วยศิลปะมีผลทำให้คะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภทในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

และเมื่อพิจารณาการทดสอบความแปรปรวนคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า การทดสอบอิทธิพลร่วม (Interaction) ของวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลอง ส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภททั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ( $F_{2, 36} = 52.72, p = < .001$ ) แสดงว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีรูปแบบการเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ของแต่ละช่วงเวลา โดยคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $F_{1, 18} = 15.03, p = < .01$ ) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มบำบัดด้วยศิลปะมีผลทำให้คะแนนเฉลี่ยความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภทในกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 จึงได้นำเสนอในรูปแบบของกราฟที่แสดงการเปลี่ยนแปลงคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของทั้งสองกลุ่ม ในแต่ละระยะเวลา ดังภาพที่ 4

ความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง



ภาพที่ 3 การเปลี่ยนแปลงคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลอง

จากภาพที่ 3 พบว่า กราฟแสดงการเปลี่ยนแปลงคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีรูปแบบของการเปลี่ยนแปลงของทั้ง 2 กลุ่มแตกต่างกัน โดยกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ไม่แตกต่างกัน และระยะติดตามผล 1 เดือน มีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง (กราฟเส้นทึบ) แต่กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือนเพิ่มขึ้น (กราฟเส้นประ) จากกราฟยังแสดงให้เห็นว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือนแตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับผลการทดลองที่พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และแสดงให้เห็นว่าวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลองนั้นส่งผลต่อคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยกลุ่มบำบัดด้วยศิลปะมีผลทำให้คะแนนเฉลี่ยความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตารางที่ 5 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่คะแนนเฉลี่ยความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภทในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน

ระยะเวลาการทดลอง	M	ระยะเวลา		
		ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	ระยะติดตามผล
กลุ่มทดลอง				
ก่อนการทดลอง	85.10		-16.40**	-13.90**
หลังการทดลอง	101.50			2.50
ระยะติดตามผล	99.00			
กลุ่มควบคุม				
ก่อนการทดลอง	80.10		0	6.50*
หลังการทดลอง	80.10			6.50*
ระยะติดตามผล	73.60			

\* $p > .05$  \*\* $p < .001$

จากตารางที่ 5 เมื่อทดสอบรายคู่คะแนนเฉลี่ยความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท ในกลุ่มทดลอง ในช่วงระยะเวลาที่แตกต่างกันด้วยวิธี Bonferroni พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภทในระยะก่อนการทดลอง และระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และในระยะก่อนการทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีและระยะติดตามผล 1 เดือน ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สำหรับกลุ่มควบคุมผลการทดสอบรายคู่คะแนนเฉลี่ยความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท ในช่วงระยะเวลาที่แตกต่างกันด้วยวิธี Bonferroni พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในระยะก่อนการทดลอง และระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในระยะก่อนการทดลองและระยะติดตามผล 1 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีและระยะติดตามผล 1 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคะแนนความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภทกลุ่มควบคุม ในระยะติดตามผล 1 เดือนลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

## บทที่ 5

### สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองชนิดสองกลุ่มวัดผลก่อนการทดลอง หลังการทดลอง เสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน เพื่อศึกษาผลของกลุ่มบำบัดด้วยศิลปะต่อความรู้สึก มีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภทกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการทดลองครั้งนี้ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ ในเดือนตุลาคม พ.ศ. 2559 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2559 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale [BPRS]) มีระดับคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 36 คะแนน หมายถึง มีอาการทางจิตสงบจำนวน 20 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและทำการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Random assignment) ด้วยวิธีการจับสลากเลขที่ กำหนดให้ “เลขคู่” เป็นกลุ่มควบคุม และ “เลขคี่” เป็นกลุ่มทดลอง จนให้ครบกลุ่มละ 10 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมผลของกลุ่มบำบัดด้วยศิลปะต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท ใช้ระยะเวลาครั้งละ 90 นาที จำนวน 6 ครั้ง ทุกวันจันทร์ วันพุธ และวันศุกร์ จำนวน 2 สัปดาห์ และติดตามผล 1 ครั้ง หลังเสร็จสิ้นโปรแกรม 4 สัปดาห์รวม 6 สัปดาห์ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติของโรงพยาบาลคือ โปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยา ในผู้ป่วยโรคจิตเภทหลังจากดำเนินการทดลองแล้ว ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ตอบแบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง จากนั้นผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้ทั้งหมดจากกลุ่มตัวอย่างมาตรวจสอบความถูกต้อง แล้วนำไปวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์ความแปรปรวนสองทางแบบวัดซ้ำ และเปรียบเทียบเป็นรายคู่ด้วยวิธีบอนเฟอโรนนี่

#### สรุปผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีลักษณะคล้ายคลึงกัน ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาในการเจ็บป่วย และจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เมื่อทดสอบความแตกต่างลักษณะของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Chi-square และสถิติ Fisher's exact test พบว่าทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. ผู้ป่วยโรคจิตเภท ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ระยะก่อนการทดลอง ไม่แตกต่างกัน

3. ผู้ป่วยโรคจิตเภท ในกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมกลุ่มบำบัดด้วยศิลปะมีคะแนนเฉลี่ย ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ระยะเวลาหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือนสูงกว่า กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

4. ผู้ป่วยโรคจิตเภท ในกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมกลุ่มบำบัดด้วยศิลปะ มีคะแนนเฉลี่ย ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ระยะเวลาหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผลสูงกว่า การทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

5. ผู้ป่วยโรคจิตเภท ในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ มีคะแนนเฉลี่ย ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ระยะเวลาหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีไม่แตกต่างกับก่อนการทดลอง แต่ลดลงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

### อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของกลุ่มบำบัดด้วยศิลปะต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วย โรคจิตเภท แผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชชนครินทร์ สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

1. ผู้ป่วยโรคจิตเภท ในกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมกลุ่มบำบัดด้วยศิลปะ มีคะแนนเฉลี่ย ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุม ในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน

ผลการศึกษาเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ในข้อที่ 1 และ 2 ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มบำบัดด้วยศิลปะ เป็นกลุ่มที่เปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยทำกิจกรรมต่าง ๆ โดยการแลกเปลี่ยน ประสบการณ์กันระหว่างกลุ่ม เน้นการทำงานร่วมกัน การสร้างบรรยากาศที่ส่งเสริมการเรียนรู้ และเป็นการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (Experiential learning) ที่อาศัยการสะท้อนคิดจากสถานการณ์ ต่าง ๆ ในกลุ่ม โดยมีศิลปะเป็นสื่อกลางในการเข้าถึงตัวตนของผู้ป่วยผ่านการระบายความคิด ความรู้สึก นอกจากนี้ความผ่อนคลายและเพลิดเพลินกับความงามของศิลปะ ส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยเกิด ความรู้สึกมีอิสระ รู้สึกสบาย การกลับมาอยู่กับตนเอง หนึ่ง สงกับความรู้สึกและความคิดของตนเอง ในขณะที่สร้างสรรค์งานศิลปะ ทำให้ผู้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ตนเองตามความเป็นจริงจนเกิดการเข้าใจ ตนเอง การสร้างผลงานออกมาตามใจปรารถนาอย่างอิสระ ไม่มีความกดดันต่อผลงาน ตลอดจน การได้ถ่ายทอดความสามารถที่ยังมีอยู่ผ่านงานศิลปะจนทำงานออกมาได้สำเร็จ ทำให้เกิดความรู้สึก ภาคภูมิใจและมั่นใจในตนเอง กิจกรรมศิลปะยังมีการกระตุ้นให้เกิดการนึกถึงเหตุการณ์ที่ทำให้ ผู้ป่วยประเมินถึงความดี และความสามารถของตนสะท้อนออกมาผ่านภาพวาด ส่งผลให้เกิดจิตใจ ที่เข้มแข็งเบิกบาน มีการประเมินและรับรู้ตนเองในทางบวกจนพัฒนาเป็นความรู้สึกมีคุณค่า ในตนเอง



ความแตกต่างของกิจกรรมในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แสดงถึงการสร้างกระบวนการเรียนรู้ที่แตกต่างกัน ในกลุ่มทดลองผู้วิจัยเน้นการให้ผู้ป่วยได้ทำกิจกรรมกลุ่มศิลปะที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ มุ่งเน้นการถ่ายทอดความคิด ความรู้สึกมากกว่าการคำนึงถึงรูปแบบ ด้วยบรรยากาศของความเป็นมิตร ผู้วิจัยสนับสนุนการใช้กระบวนการกลุ่มกระตุ้นเพื่อส่งเสริมให้เกิดปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิก เพื่อให้ได้ระบายความรู้สึก (Encouraging expression of feeling) ได้เล่าเรื่องตนเอง ให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าเป็นปัญหาไม่ใช่ของตนเองคนเดียว จึงเกิดปัจจัยบำบัดด้านความรู้สึกเป็นสากล (Universality) กระตุ้นให้เกิดการช่วยเหลือสนับสนุนภายในกลุ่ม มีบรรยากาศในการให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ทุกคนจึงได้รับการยอมรับในฐานะมนุษย์คนหนึ่งที่ไม่ใช่ผู้ป่วย จนสร้างเสริมให้สมาชิกกลุ่มบำบัดนี้มีความเป็นปึกแผ่น (Cohesiveness) เกิดความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม มีความรู้สึกกว้างใจจนเกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน มีความสบายใจเมื่ออยู่ในกลุ่ม นอกจากนี้กิจกรรมศิลปะบำบัดยังช่วยขัดเกลาจิตใจให้ละเอียดอ่อนละเมียดละไมยิ่งขึ้น ใส่ใจกับความรู้สึกของผู้อื่นมากขึ้น ลดความก้าวร้าวที่มีอยู่ สามารถยอมรับข้อจำกัดของตนเอง ยอมรับความแตกต่างระหว่างกัน และควบคุมตนเองในกรอบของเหตุผลได้ดี ความภาคภูมิใจยังเป็นผลพลอยได้ที่เกิดขึ้นระหว่างการสร้างสรรค์งานศิลปะช่วยให้เกิดความสุขตระหนักในคุณค่าของตนเอง

กลุ่มควบคุมที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคจิตเภท ซึ่งเป็นการพยาบาลตามปกติของแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ เป็นการให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท การรักษาด้วยยา อาการเตือนและการป้องกันการป่วยซ้ำ และการปฏิบัติตนเพื่อดูแลตนเองเมื่ออยู่บ้าน เป็นการบำบัดที่เน้นการใช้ความรู้เป็นศูนย์กลาง (Knowledge based) ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้รับความรู้เรื่องเดียวกัน ไม่คำนึงถึงความสามารถหรือความแตกต่างของแต่ละบุคคล เป็นการสื่อสารแบบทางเดียว (One way communication) เน้นการสอนเพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้และปฏิบัติตัวถูกต้องมากขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกระบวนการส่งเสริมการเรียนรู้ 2 แบบดังกล่าว พบว่า โปรแกรมกลุ่มบำบัดด้วยศิลปะเป็นรูปแบบการเรียนรู้ที่คำนึงถึงบริบทที่แตกต่างของสมาชิกแต่ละคน (Individual based) จะเป็นการเน้นการสร้างสัมพันธภาพ โดยให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก เพื่อการเข้าถึงความรู้สึกภายในของผู้ป่วย และนำพาให้เกิดการสะท้อนความรู้สึกนึกคิด การนึกถึงประสบการณ์ของชีวิตในเชิงบวก และค่อย ๆ พัฒนาการเรียนรู้จนเกิดความเข้าใจในตนเองแสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการเรียนรู้ที่ยึดบุคคลและประสบการณ์เป็นศูนย์กลางเมื่อเปรียบเทียบกับการใช้ความรู้สึกเป็นศูนย์กลาง (Cody, 2006) การพัฒนาให้ผู้ป่วยเกิดความภาคภูมิใจในตนเอง เข้าใจตนเองมากขึ้น ส่งผลให้เกิดการยอมรับนับถือตนเอง ซึ่งเป้าหมายหลักของการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทในระยะบำรุงรักษาและฟื้นฟู

(Maintenance) ช่วยลดความผิดปกติของการรับรู้ที่ผิดปกติ หรือพยาธิสภาพของโรค (Stuart & Laraia, 2009)

จากผลการทดลองพบว่า กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำกว่า กลุ่มทดลอง สามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มทดลอง ได้รับกลุ่มบำบัดด้วยศิลปะและการพยาบาลตามปกติ จึงทำให้เกิดการส่งเสริมการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยที่ดีขึ้น เข้าใจตนเอง ได้รับความสามารถของตนเอง เกิดความภาคภูมิใจจนส่งผลให้คะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงขึ้น ในขณะที่เดียวกัน กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง เพราะไม่ได้รับการส่งเสริม กระบวนการประเมินตนเอง เข้าใจตนเองและนำไปสู่การมีมุมมองทางบวกเกี่ยวกับตนเอง จึงทำให้ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง สอดคล้องกับการศึกษาข้างเคียงของ รัฐ ลอยสงเคราะห์ (2552) ซึ่งพบว่าผู้คิดสารเสพติดชายสถาบันธัญญารักษ์ที่ได้รับศิลปะบำบัดมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มากกว่ากลุ่มไม่ได้รับการบำบัดด้วยศิลปะบำบัด และ นิดารัตน์ ชูวิเชียร (2550) พบว่า เด็กวัยรุ่น ที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศภายหลังได้เข้าร่วมกลุ่มศิลปะบำบัด มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงกว่า ก่อนได้รับศิลปะบำบัด และกลุ่มที่เข้าร่วมศิลปะบำบัดมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มมากกว่า กลุ่มที่ไม่ได้รับศิลปะบำบัด

2. ผู้ป่วยโรคจิตเภท ในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในระยะ หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน สูงกว่าระยะก่อนการทดลอง

จากการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของกลุ่มทดลอง ในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน สูงกว่าระยะก่อนการทดลอง ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า ขณะที่ผู้ป่วยได้จัดจ้อยู่กับการสร้างสรรค์งานศิลปะ ทำให้ผู้ป่วย เกิดสมาธิ มีจิตที่นิ่ง รู้สึกผ่อนคลาย มีการสำรวจความคิด ความรู้สึกของตนเอง จนเกิดการเข้าใจ และรับรู้ตนเองตามความเป็นจริงและเริ่มเข้าใจตนเองในมุมมองทางบวก ซึ่งสอดคล้องกับ Coopersmith (1984 อ้างถึงใน หทัยรัตน์ ปฏิพัทธ์ภักดี, 2554) ที่กล่าวไว้ว่า ถ้าบุคคลประเมิน และให้ค่าตนเองในทางบวก จะทำให้รับรู้ความมีคุณค่าในตนเอง จากการจัดกิจกรรมเพื่อพัฒนา ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ผู้วิจัยนำผลข้อมูลเชิงคุณภาพมาอภิปรายเพิ่มเติมเพื่อให้เห็นถึงแนวทางการพัฒนาสิ่งที่บ่งบอกถึงความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองตามคุณลักษณะพื้นฐาน 4 ประการ คือ 1) การมีความสำคัญ (Significance) 2) การมีความสามารถ (Competence) 3) การมีคุณความดี (Virtue) 4) การมีพลังอำนาจในตนเอง (Power)

พื้นฐานที่ 1 การมีความสำคัญ (Significance) จากผลการวิจัย ผู้วิจัยได้คำนึงถึงกิจกรรม ศิลปะที่จะเพิ่มพูนความสำคัญในตนเองแก่ผู้ป่วยโรคจิตเภท ซึ่งมักจะรู้สึกว่าศักยภาพของตนเองด้อยลง และไม่มั่นใจในตนเอง (ศิริพร ทองบ่อ และคณะ, 2549) กิจกรรม “สมุดบันทึก...สื่อถึงฉัน”

เป็นการให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทได้ประติษฐ์สมุดบันทึกด้วยการวาดภาพและการปะติดวัสดุ เป็นการใช้วัสดุศิลปะอย่างง่าย ๆ ที่ไม่คำนึงถึงความสำเร็จเป็นหลัก การใช้กล้ามเนื้อ นิ้วและประสาทสัมผัสทางตารับรู้ในเรื่องสี ทำให้สมองเกิดกระบวนการรับรู้และถูกกระตุ้น โดยเฉพาะสมองซีกขวา ที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์ความรู้สึก และความคิดสร้างสรรค์ ส่งเสริมให้เกิดการชื่นชมในผลงาน ซึ่งกันและกันภายในกลุ่ม กิจกรรมนี้มีสมาชิกผู้ป่วยชายท่านหนึ่งได้แสดงความรู้สึกว่า “ผมทำสมุดออกมาไม่สวย แต่พอหมอกับเพื่อน ๆ ชมสมุดบันทึกของผม ผมรู้สึกดีมากเลยครับ” จึงกล่าวได้ว่า กิจกรรมศิลปะนี้ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทรู้สึกได้รับการยอมรับและการชื่นชม ทำให้เกิดความรู้สึกภาคภูมิใจและมั่นใจในตนเอง

พื้นฐานที่ 2 การมีความสามารถ (Competence) ผู้วิจัยได้ให้สมาชิกทำกิจกรรมศิลปะ “ตุ๊กตา...คนเก่ง” ให้ผู้ป่วยประติษฐ์ตุ๊กตาจากเศษผ้า สร้างบรรยากาศ และสภาพแวดล้อมที่สบายจากเสียงดนตรีขับกล่อมเบา ๆ และกลิ่นไอจากเทียนหอม ไม่ว่าผลงานออกมาจะเป็นอย่างไร ก็ได้รับการยอมรับจากผู้บำบัดและสมาชิกในกลุ่ม เมื่อได้ผลงานออกมาในเชิงประจักษ์ มีสมาชิกท่านหนึ่งกล่าวว่า “ผมภูมิใจในตุ๊กตาตัวนี้ของผมมากครับ ผมไม่คิดว่าผมจะทำได้” จึงอาจกล่าวได้ว่าการสร้างผลงานศิลปะส่งผลให้เกิดความภาคภูมิใจในผลงานของตนเองที่ได้สร้างขึ้นมา การได้รับแรงเสริมจากสมาชิกกลุ่ม ผู้ป่วยจึงปรับเปลี่ยนความเชื่อว่าเป็นบุคคลหนึ่งที่มีศักยภาพ ซึ่งสิ่งเหล่านี้ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง

พื้นฐานที่ 3 การมีคุณความดี (Virtue) ผู้วิจัยได้ให้สมาชิก วาดภาพระบายสีสายน้ำ ในกระดาษวาดเขียน โดยขณะวาดให้นึกถึงเหตุการณ์สำคัญที่ได้ทำความดี ที่รู้สึกภาคภูมิใจ นึกถึงเหตุการณ์นั้นแล้วยิ้มได้ นึกถึงแล้วมีความสุข ซึ่งกิจกรรมที่ว่า คือ “สายธาร...ความดี” ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยเล่าถึงภาพที่วาดออกมาให้สมาชิกในกลุ่มได้รับฟัง และเปิดโอกาสให้สมาชิกได้ชื่นชมถึงคุณความดีซึ่งกันและกัน มีสมาชิกได้แสดงความรู้สึกว่า “ผมเคยช่วยแม่ขายพริกที่เก็บจากสวนหลังบ้านที่ผมปลูก ผมนึกถึงที่ไรก็จะมีความสุข” กล่าวได้ว่าการระลึกถึงความดีที่เคยทำออกมาเป็นรูปธรรม ทำให้ผู้ป่วยมีความเชื่อว่ามีความดีอยู่ในตน ที่จะส่งผลให้เกิดความรู้สึกภาคภูมิใจ ที่นำไปสู่การเห็นคุณค่าในตนเองในปัจจุบันให้มากขึ้น

พื้นฐานที่ 4 การมีพลังอำนาจในตนเอง (Power) ผู้วิจัยได้สนับสนุนให้ผู้ป่วยได้คำนึงถึงการเห็นความสำคัญและพลังอำนาจในตนเอง กิจกรรม “คูชิ...ผลงานของฉัน” เป็นกิจกรรมครั้งสุดท้าย ผู้วิจัยและสมาชิกช่วยกันจัดนิทรรศการแสดงผลงานศิลปะทั้งหมด เพื่อ เปิดโอกาสให้สมาชิกในกลุ่มและผู้อื่น ได้ร่วมชื่นชมผลงานศิลปะและให้สมาชิกกลุ่มแต่ละคนสรุปถึงสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการทำกิจกรรมทุกครั้งที่ผ่านมา มีสมาชิกผู้ป่วยหญิงท่านหนึ่งได้แสดงความรู้สึกว่า “หนูมีความสุขที่สุดเลยคะ ได้เห็นผลงานของตนเอง และของเพื่อน ไม่คิดว่าหนูจะทำมันได้”

การรับรู้ถึงสิ่งที่ตนเองทำได้ ตระหนักถึงความสามารถของตนจากผลงานที่ได้ทำมาทั้งหมด ทำให้ผู้ป่วยเชื่อมั่นต่ออำนาจในตนเอง ทำให้ผู้ป่วยมีทัศนคติที่ดีต่อตนเอง จนเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

จากการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มบำบัดด้วยศิลปะทั้ง 6 กิจกรรม พบว่า สามารถส่งเสริมการเห็นความสำคัญ ความสามารถ การมีคุณค่าความดี การมีพลังอำนาจในตนเองทำให้พบว่า ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน สูงกว่าระยะก่อนการทดลอง สอดคล้องกับงานวิจัยที่ส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองโดยใช้กลุ่มศิลปะบำบัดในกลุ่มอื่น ๆ เช่น กานดา ผาวงศ์ (2548) ศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ร่วมกลุ่มศิลปะบำบัด มีอาการทางลบลดลง และการศึกษาข้างเคียงของ นพภัชกันแพงศรี (2557) พบว่า โปรแกรมกิจกรรมศิลปะเป็นสื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะแรกได้แสดงความคิดสร้างสรรค์ เป็นช่องทางในการแสดงความรู้สึก และการสื่อสารช่วยให้เกิดความเข้าใจตนเอง เป็นการส่งเสริมด้านการดูแลที่เหมาะสม ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้นในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นและระยะติดตามผล และการศึกษาของ Kahane (1993) ได้ทำการศึกษาศิลปะเกี่ยวกับผู้สูงอายุ พบว่า ศิลปะมีผลช่วยให้ผู้สูงอายุมีความภาคภูมิใจ เกิดความนับถือตนเอง และมีมนุษยสัมพันธ์ระหว่างกัน และ Brooke (1995) ได้ทำการศึกษาเรื่องการใช้ศิลปะบำบัดต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในผู้หญิงที่ถูกละเมิดทางเพศ พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมศิลปะบำบัดสามารถเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้หญิงที่ถูกละเมิดทางเพศได้

จากผลการทดลองที่พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีไม่แตกต่างจากระยะติดตามผล แสดงถึงการคงไว้ซึ่งความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองแม้ผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้านแล้ว อธิบายได้ว่ากระบวนการกลุ่มบำบัดด้วยศิลปะในครั้งนี้มีผลทำให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เป็นกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงในกระบวนการรับรู้ภายในตนเองรับรู้ถึงคุณค่าความดี ความสามารถ จนพัฒนาเป็นความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน ความรู้สึกนี้ยังคงอยู่ จากที่เคยมีความไม่มั่นใจในการกระทำสิ่งต่าง ๆ ก็มั่นใจมากขึ้นที่จะมีกิจกรรมทางสังคม ดังที่สมาชิกท่านหนึ่งแสดงความรู้สึกว่า “หมอมผมกลับไปช่วยแม่ชายของช่วยถางหญ้าหลังบ้าน คนแถวบ้านเค้าชมผมด้วยว่า ผมเป็นคนใหม่ เป็นคนดีแล้ว” คำกล่าวที่ว่านั้นแสดงให้เห็นว่า กลุ่มบำบัดด้วยศิลปะทำให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทได้รับการฟื้นฟูสภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สร้างความรู้สึกที่ดี ปรับมุมมองและแนวคิดเกี่ยวกับตนเอง จนค่อย ๆ สร้างความรู้สึกด้านบวก เกิดความภาคภูมิใจ ผู้ป่วยสามารถปรับตัวให้อยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้ต่อไป

## ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

### 1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มบำบัดด้วยศิลปะ สามารถเพิ่มความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท ดังนั้นบุคลากรทางการพยาบาลสามารถนำโปรแกรมกลุ่มบำบัดด้วยศิลปะไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลกับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารับบริการในโรงพยาบาล เพื่อเพิ่มความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

### 2. ด้านการศึกษาพยาบาล

คณาจารย์ในสถาบันการศึกษาพยาบาล หรือผู้เกี่ยวข้องสามารถนำกลุ่มบำบัดด้วยศิลปะต่อความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่สร้างขึ้นในการวิจัยครั้งนี้ ไปใช้ประกอบการเรียนการสอน เพื่อให้นักศึกษาพยาบาลนำไปเป็นทางเลือกในการส่งเสริมความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท

### 3. ด้านการบริหารการพยาบาล

ผู้บริหารทางการพยาบาลสามารถสนับสนุนให้พยาบาลได้มีบทบาทอิสระ (Independent role) มีการบำบัดทางการพยาบาลที่ประยุกต์ศิลปะในการพัฒนาผู้ป่วยให้มีความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารับบริการในโรงพยาบาลได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถพึ่งพาตนเองได้

## ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. จากการศึกษาผลของกลุ่มบำบัดด้วยศิลปะต่อความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภทในครั้งนี้ ควรมีการติดตามคะแนนความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่อไป เช่น 3 เดือน 6 เดือน หรือ 1 ปี เพื่อให้ทราบการเปลี่ยนแปลงและดูประสิทธิภาพผลความคงอยู่ของกลุ่มบำบัดด้วยศิลปะต่อความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท

2. ควรศึกษาผลของกลุ่มบำบัดด้วยศิลปะนี้ต่อตัวแปรตามอื่น ๆ เช่น คุณภาพชีวิต ความพึงพอใจในชีวิต เพื่อดูประสิทธิภาพของกลุ่มบำบัดด้วยศิลปะต่อตัวแปรอื่น

## บรรณานุกรม

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2548). รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2548. นนทบุรี: ศูนย์สารสนเทศ กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2559). สถิติผู้ป่วยที่มารับบริการ โรงพยาบาลสังกัด กรมสุขภาพจิต. นนทบุรี: ศูนย์สารสนเทศ กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- กานดา ผาวงศ์. (2548). ศึกษาผลของกลุ่มศิลปะบำบัดที่มีต่ออาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท. เข้าถึงได้จาก <http://www.jvkk.go.th/researchnew/details.asp?code=2349>
- กานดา ผาวงศ์. (2551). ผลของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวคิดของเวทเทียร์ โมเดล (Satir model) เพื่อพัฒนาการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้ต้องขัง. การศึกษาอิสระวิทยาการศึกษา มหาวิทยาลัย, สาขาวิชาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- ขวัญฤทัย อิมสมโภช. (2549). ผลของศิลปะเพื่อการบำบัดต่อการเพิ่มการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค. วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิต, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ขวัญสุดา บุญทศ. (2554). การศึกษาการสนับสนุนทางสังคมของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- จิราพร รักการ. (2549). ผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาต่อภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ฉวีวรรณ สัตยธรรม, แพ จันทร์สุข และศุภร์ใจ เจริญสุข. (2556). การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต (ฉบับปรับปรุง) เล่ม 2. กรุงเทพฯ: ธนาพรส.
- ชาญชัย ธรรมงาม. (2553). การวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- ชุ่มจิต กลิ่นพิบูลย์. (2549). *การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์  
 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย,  
 มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- เขาวณี ล่องชูผล. (2547). *ผลของการใช้กลุ่มบำบัดประคับประคองต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ  
 โรคซึมเศร้า*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิต  
 และจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ณัฐฉิณี กองแก้ว. (2556). *ประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวเพื่อ  
 ส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทโรงพยาบาลเชียงใหม่  
 จังหวัดพะเยา*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิต  
 และจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ดวงจันทร์ จงรักย์. (2549). *ทฤษฎีการให้การปรึกษาและจิตวิทยาเบื้องต้น*. กรุงเทพฯ: สมาคม  
 ส่งเสริมเทคโนโลยี (ไทย-ญี่ปุ่น).
- ทวีศักดิ์ สิริรัตน์เรขา. (2550). *ศิลปะบำบัด ศาสตร์และศิลป์แห่งการบำบัด*. กรุงเทพฯ:  
 โรงพิมพ์คุรุสภาลาดพร้าว.
- ธีรศักดิ์ ผลานิผล. (2549). *การศึกษากการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ต่อพฤติกรรมการใช้  
 ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลไชโย จังหวัดอ่างทอง*. วิทยานิพนธ์  
 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย,  
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นปภัช กันแพงศรี. (2557). *ผลของโปรแกรมกิจกรรมศิลปะต่อการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ  
 ที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะแรก*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต,  
 สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นาดยา วงค์เหล็กภัย. (2532). *ผลของกลุ่มจิตสัมพันธ์ที่มีต่อการเห็นคุณค่าในตนเองของวัยรุ่น*.  
 วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาการศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย,  
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นิดารัตน์ ชูวิเชียร. (2550). *ผลของศิลปะบำบัดต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของเด็กวัยรุ่นที่ถูก  
 ล่วงละเมิดทางเพศ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาล  
 สุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- บุญวดี เพชรรัตน์. (2547). *ปัจจัยที่ทำนายผลกระทบต่อผู้ดูแลจากการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง*.  
 สงขลา: ภาควิชาการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์  
 วิทยาเขตหาดใหญ่.

- ปราโมทย์ เชาวศิลาปี และธณชัย คงสกันซ์. (2544). *กลุ่มจิตบำบัดสำหรับคนไข้ใน*. กรุงเทพฯ: สหประชาพาณิชย์.
- ปริญญา โตมานะ. (2548). ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุและปัจจัยเกี่ยวพันอื่น. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 13(1), 28-37.
- ปัทมา แก้วสีใส. (2552). *ผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มต่อการรับรู้อาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภท*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เปรมฤดี คำรักษ์, อังคนา วังทอง และอนุชิต วังทอง. (2557). การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังซับซ้อน อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี. *วารสารสมาคมนักวิจัย*, 19(2), 92-103.
- ผ่องศรี ดวงแก้ว. (2553). *การวิเคราะห์สถานการณ์การเกิดตราบาปของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ผ่องศรี ศรีมรกต. (2536). *ผลของการให้คำปรึกษาแบบประคับประคองต่อการรับรู้ภาวะความเจ็บปวด ระดับความรู้สึกมีคุณค่าแห่งตน และขวัญกำลังใจในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสี*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรดุษฎีบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาล, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ผอุนรัตน์ กลางมณี. (2555). *การฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภทที่นอนรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชชนกรินทร์*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- พรทิพย์ โพธิ์มูล. (2552). *การใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนมุมมองที่เน้นการหาทางออกสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านอาการทางจิต*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- พรเทพ ศิริวนารังสรรค์. (2547). *ต้นทุนต่อหน่วยงานบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต*. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 3(12), 189-198.
- พระมหาชาติชาย ไบทัตทิม และกิติพัฒน์ นนทปัทมะกุล. (2548). *บูรณาการทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทหลังการบำบัดรักษา: การดำเนินชีวิตในสังคมของผู้ป่วยโรงพยาบาลศรีธัญญา*. กรุงเทพฯ: คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.



- พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์. (2544). โครงการอบรมแนวทางการสัมภาษณ์และให้คะแนน BPRS ในรูปแบบของ T-PANSS. ใน *เอกสารประกอบการบรรยายเรื่องการประเมินอาการผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลสวนปรุง* (หน้า 1-10). เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง.
- พิเชฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนันนท์. (2552). *ตำราโรคจิตเภท*. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- เพียรดี เปี่ยมมงคล. (2553). *การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*. กรุงเทพฯ: ธรรมสาร.
- ภัทรภรณ์ หุ่นปันคำ. (2551). *การทำกลุ่มจิตบำบัด สำหรับบุคลากรทางสุขภาพ*. เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- กুমมาชาติ แสงเขียว. (2542). *การรับรู้และการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวและการปรับตัวของผู้ป่วยจิตเภท*. วิทยานิพนธ์พยาบาลมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มะลิวัลย์ พวงจิตร. (2553). *ศึกษาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวต่อความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท โรงพยาบาลน่าน้อย จังหวัดน่าน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- มานิตย์ ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษยวณิช. (2542). *ตำราจิตเวชศาสตร์*. เชียงใหม่: แสงศิลป์.
- มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์. (2542). *โรคจิตเภท*. กรุงเทพฯ: MedInfo GD.
- มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์. (2555). *จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี* (พิมพ์ครั้งที่ 3 เรียบเรียงพิมพ์ใหม่). กรุงเทพฯ: บียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- ยาใจ สิทธิมงคล. (2542). ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวช: แนวคิดและการประยุกต์ในการปฏิบัติการพยาบาล. *วารสารพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 13(2), 1-9.
- รัฐ ลอยสงเคราะห์. (2552). *ผลของศิลปะบำบัดต่อการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้ติดสารเสพติดชายสถาบันธัญญารักษ์*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิต, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2546). *พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542*. กรุงเทพฯ: นานมีบุ๊คส์พับลิเคชั่นส์.
- ราตรี เครือวรรณ. (2553). *การวิเคราะห์สถานการณ์การกลับมารักษาซ้ำผู้ป่วยโรคจิตเภทในโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์. (2559). *รายงานประจำปีงบประมาณ 2559*. สระแก้ว: โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์.

- เลิศศิริร์ บวรกิตติ. (2551). ศิลปกรรมบำบัด: ความสังเขป. *วารสารวิชาการสาธารณสุข, 14(6)*, 1051-1054.
- เลิศศิริร์ บวรกิตติ. (2552). *ศิลปะเพื่อการบำบัด โดย อีดิธ เครเมอร์*. กรุงเทพฯ: กรุงเทพฯเวชสาร.
- เลิศศิริร์ บวรกิตติ. (2553). *ศิลปกรรมบำบัดสังเขป*. กรุงเทพฯ: กรุงเทพฯเวชสาร.
- วรรณมา ปัดทพัด. (2553). *การบำบัดทางการพยาบาลด้วยศิลปะต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- วัชรภรณ์ ลือไชยงค์. (2552). *การตรวจทางสังคม: กรณีศึกษาผู้ป่วยจิตเภทโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี*. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสังคมสงเคราะห์และการพัฒนา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี.
- วิฑูรทิพย์ หัตถะปะนิตร. (2550). *ผลของโปรแกรมฝึกทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคลต่อความรู้สึที่มีคุณค่าในตนเองของวัยรุ่นที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบเสี่ยงในอำเภอแม่อน จังหวัดเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วุฒิกกร จันทรัมย์. (2549). *ความรู้สึที่มีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่*. การศึกษาอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศิริพร ทองบ่อ, อรพิน ยอดกลาง, สายทิพย์ สุทธิรักษา, อัจฉรา มุ่งพานิช, ไพลิน โพธิ์สุวรรณ, ยุภาพร บุระชาติ, วรรณภาสาโรจน์ และรุจิรา จงสกุล. (2549). *ประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท*. กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- ศิริลักษณ์ สว่างวงศ์สิน, พิทักษ์พล บุญมาลิก, เกียรติภูมิ วงศ์จริต และสุพัฒนา สุขสว่าง. (2550). *แบบประเมินเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช ในชุมชน*. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ.
- สมจิตร วงศ์หอม. (2553). *กิจกรรมบำบัดโดยใช้ดนตรีบำบัดเทคนิค One to five ในการลดพฤติกรรมด้านลบของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์*. การศึกษาอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สมพร รุ่งเรืองกลกิจ. (2546). *พยาบาลกับการดูแลบุคคลที่เป็นโรคจิตเภท*. ขอนแก่น: คลังนานา.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2548). *ตำราจิตเวชศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 9)*. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.

- สายใจ พัวพันธ์. (2547). *Cognitive behavioral therapy and solution-focused brief therapy*. ชลบุรี: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สินธิธิ์ อนันต์วัฒน์. (2551). *การรับรู้ตราภาพและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท* โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุบิน สมิน้อย. (2550). *ผลของการให้คำปรึกษารายบุคคลตามแนวคิดพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม เพื่อพัฒนาความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยนอกที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย* โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการแนะแนวและให้คำปรึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- หทัยรัตน์ ปฏิพัทธ์ภักดี. (2554). *การเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังหญิงที่มีคุณค่าในตนเองต่ำ*. การศึกษาอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อรพรรณ ลือบุญรัชชัย. (2549). *การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เอื้อญาติ ชูชื่น, สุกิตา วิรุณ และวิมล นุชสวาท. (2557). *ผลของกลุ่มบำบัดต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง*. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- American Psychiatric Association [APA]. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4<sup>th</sup> ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Battaglia, E. (1979). *Art therapy for recovery from addiction*. Retrieved from <http://www.drugalcoholaddictionrecovery.com/?p=53>
- Brooke, S. L. (1995). *Art therapy: An approach to working with sexual abuse survivor: In the art in psychotherapy*. Retrieved from <http://www.sciencedirect.com>
- Brooks, R. B. (1992). "Self-esteem during the school years". *Pediatric Clinics of North America*, 39(3), 537-551.
- Cody, W. K. (2006). *Philosophical and theoretical perspectives for advanced nursing practice* (4<sup>th</sup> ed.). Boston: Jones and Bartlett.
- Coring, D. J., & Cook, J. V. (2007). Use of qualitative method to explore the quality of life construct from a consumer perspective. *Psychiatr Serv*, 58(2), 240-244.

- Crawford, M. J. (2012). Group art therapy as an adjunctive treatment for people with schizophrenia: A randomised controlled trial (MATISSE). *Health Technology Assessment, 16*(8), 1-76.
- Elder, G. Jr. (1965). Life opportunity and personality: Some consequences of stratified secondary education in Britain. *Sociology of Education, 38*(3), 173-202.
- Gordon, T. (1989). *Teaching children self-discipline*. New York: Times Books.
- Kahane, L. (1993). *Art for the news*. New York: Viking Press.
- Kane, J. M., & Marder, S. R. (1993). Psychopharmacologic treatment of schizophrenia. *Schizophrenia Bull, 19*, 287-302.
- Lark, C. (2001). *Art therapy overview: An informal background paper*. Retrieved from <http://www.art-therapy.com/ArttherapyOverview.htm>
- Lindstrom, E., & Bingeors, K. (2000). Patient compliance with drug therapy. *Schizophrenia Pharmacoeconomics, 18*(2), 106-124.
- Maslow, A. (1970). *Motivation and personality* (2<sup>nd</sup> ed.). New York: Haper & Row.
- Neuman, B. (2002). *The Neuman system model* (4<sup>th</sup> ed.). New York: Prentice Hall.
- Overall, J. E., & Gorham, D. R. (1962). The brief psychiatric rating scale (BPRS). In W. Guy (Ed.), *ECDEU assessment manual for psychopharmacology* (pp.157-169). Washington, DC: Public Health Service.
- Overholser, J. C., Adams, D. M., Lehnert, K. L., & Brinkman, D. C. (1995). Self-esteem deficits and suicidal tendencies among adolescents. *Journal of the American Academy of Child, and Adolescent Psychiatry, 34*(7), 919-928.
- Polit, D. F. (1996). *Data analysis & statistics for nursing research* (5<sup>th</sup> ed.). New York: Appleton & Lange.
- Polit, D. F., & Hungler, B. P. (2001). *Nursing research: Principle and methods* (6<sup>th</sup> ed). Philadelphia: J. B. Lippincott.
- Quesnell, T. M. (1996). The enhancement of self-esteem in elementary school children using a creative art therapy program. *Dissertation Abstracts International, 35*(01), 35.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Rosenberg, M. (1979). *Conceiving the self*. New York: Basic Books.

- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2000). *Kaplan and Sadocks comprehensive textbook of psychiatry* (7<sup>th</sup> ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Silverstone, P. H., & Salsali, M. (2003). Low self-esteem and psychiatric patient: Part I The relationship between low self-esteem and psychiatric diagnosis. *Annals of General Hospital Psychiatry, 2*, 1-9.
- Stuart, G. W., & Laraia, M. T. (2005). *Principles and practice of psychiatric nursing* (8<sup>th</sup> ed.). St. Louis: Elsevier.
- Taylor, C., Lillis, C., & Lemone, P. (1989). *Fundamental of nursing: The art and science of nursing care*. Philadelphia: J. B. Lippincott.
- Varcarolis, E. M., Carson, V. B., & Shoemaker, N. C. (2006). *Foundation of psychiatric mental health nursing: A clinical approach*. St. Louis: Elsevier.
- World Health Organization [WHO]. (2006). *The ICD-10 Classification of mental and behavioral disorder: Clinical description and diagnostic guidelines*. Geneva: World Health Organization.

ภาคผนวก

**ภาคผนวก ก**

**รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบเครื่องมือ**

## รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ

1. นายแพทย์เวทิส ประทุมศรี  
นายแพทย์ชำนาญการ  
หัวหน้าแผนกจิตเวช  
โรงพยาบาลพุทธโสธร  
จังหวัดฉะเชิงเทรา
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สายใจ พัวพันธ์  
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ วิจัยและวิเทศสัมพันธ์  
และหัวหน้าหลักสูตร Bachelor of Nursing  
Science Program (International program)  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย คริสเตียน  
อาจารย์ประจำ  
คณะศิลปกรรมศาสตร์  
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เขตวัฒนา  
ภาควิชาศิลปประเพณีจิตรศิลป์ สำนักศิลปกรรม  
ราชบัณฑิตยสถาน
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เลิศศิริร์ บวรกิตติ  
คณบดี  
คณะศิลปกรรมศาสตร์  
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เขตวัฒนา  
ภาควิชาศิลปประเพณีจิตรศิลป์ สำนักศิลปกรรม  
ราชบัณฑิตยสถาน



**ภาคผนวก ข**

หนังสือรับรองการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

คำชี้แจงเพื่ออธิบายแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย

ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย



แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์

ผลของกลุ่มบำบัดด้วยศิลปะต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท

The Effect of the Group Art Therapeutic Program on Self-esteem in Patients with Schizophrenia

ชื่อนิติ นางพิมพ์จันทร์ ภูแก้ว

รหัสประจำตัวนิสิต 54920290

หลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (ภาคพิเศษ)

ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ มีมติเห็นชอบ รับรองจริยธรรมการวิจัย รหัส 03 - 04 - 2559

โดยได้พิจารณารายละเอียดการวิจัยเรื่องดังกล่าวข้างต้นแล้ว ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับ

1) การเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของมนุษย์ที่ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ ผู้ป่วยโรคจิตเภท เพศชายหรือหญิง มีอายุตั้งแต่ 20-59 ปี จำนวนทั้งหมด ไม่เกิน

20 ราย สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูลคือ หอผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์

2) วิธีการที่เหมาะสมในการได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย

(Informed consent) รวมทั้งการปกป้องสิทธิประโยชน์และรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

3) การดำเนินการวิจัยอย่างเหมาะสม เพื่อไม่ก่อความเสียหายหรืออันตรายต่อกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

การรับรองจริยธรรมการวิจัยนี้มีกำหนดระยะเวลาหนึ่งปี นับจากวันที่ออกหนังสือฉบับนี้ ถึงวันที่ 19 พฤษภาคม พ.ศ. 2560

อนึ่ง กรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงหรือเพิ่มเติม ใดๆ ของการวิจัยนี้ ขณะอยู่ในช่วงระยะเวลาให้การรับรองจริยธรรมการวิจัย ขอให้ผู้วิจัยส่งรายงานการเปลี่ยนแปลงต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเพื่อขอรับรอง (เพิ่มเติม) ก่อนดำเนินการวิจัยด้วย

วันที่ให้การรับรอง 19 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2559

ลงนาม.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วัชรสินธุ์)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา



## เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย (สำหรับกลุ่มทดลอง)

การวิจัยเรื่อง ผลของกลุ่มบำบัดด้วยศิลปะต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท

รหัสจริยธรรมการวิจัย 03-04-2559

ชื่อผู้วิจัย นางพิมพ์จันทร์ ภูแก้ว

การวิจัยครั้งนี้ทำขึ้นเพื่อ ศึกษาผลของกลุ่มบำบัดด้วยศิลปะต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ เนื่องจากท่านเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติตรงกับการศึกษาครั้งนี้ คือ มีสติ สัมปชัญญะสมบูรณ์ มีความสามารถในการสื่อสารภาษาไทยได้ดี และยินดีเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ งานวิจัยนี้มีผู้เข้าร่วมวิจัย จำนวน 10 คน ในการทำกิจกรรมใช้เวลาประมาณ 90 นาที มีระยะเวลาเข้าร่วมรวมทั้งสิ้น 2 สัปดาห์

เมื่อท่านเข้าร่วมการวิจัยแล้ว สิ่งที่ท่านจะต้องปฏิบัติ คือ ตอบแบบสอบถามส่วนข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม และทำแบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (สามารถชักถามผู้วิจัยเมื่อมีข้อสงสัย) ในกลุ่มทดลองกลุ่มบำบัดด้วยศิลปะต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท มีระยะเวลาเข้าร่วม เป็นเวลา 2 สัปดาห์ ทำกิจกรรมบำบัด สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละประมาณ 90 นาที ที่แผนกผู้ป่วยในทุกวันจันทร์ วันพุธ และวันศุกร์ ขึ้นตอนและเนื้อหาในการบำบัดประกอบด้วย ครั้งที่ 1 กิจกรรม “สมุดบันทึก...สื่อถึงฉัน” เป็นกิจกรรมการตกแต่งสมุดที่พับจากกระดาษมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นการสร้างสัมพันธภาพ ให้เกิดความไว้วางใจระหว่างผู้นำกลุ่มและสมาชิกกลุ่มด้วยตนเอง สร้างบรรยากาศของสิ่งแวดล้อมที่อบอุ่น บรรยากาศของการอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข ครั้งที่ 2 กิจกรรม “ภาพฝัน...วันอิสระ” เป็นกิจกรรมการวาดภาพและระบายสีน้ำ โดยอิสระมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก เป็นการสำรวจ ความคิด ความรู้สึกของตนเอง เข้าใจตนเองมากขึ้น ครั้งที่ 3 กิจกรรม “ตุ๊กตา...คนเก่ง” เป็นกิจกรรมการนำเศษผ้ามาตกแต่งเป็นสัญลักษณ์ตัวผู้ป่วยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมให้เกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง

ครั้งที่ 4 กิจกรรม“สารธาร...ความดี” เป็นกิจกรรมการวาดภาพระบายสีสายน้ำในกระดาษวาดเขียน มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยทบทวนเรื่องราวการทำความดีที่เกิดขึ้นในชีวิตของตนเอง เกิดความภาคภูมิใจในคุณความดีของตนเอง ครั้งที่ 5 กิจกรรม“ภาพใหม่...บอกใจให้สู้” เป็นกิจกรรมการใช้สีน้ำและค่างทับทิมเพื่อสร้างสรรค์งานศิลปะใหม่ ๆ ตามจินตนาการของผู้ป่วย มีวัตถุประสงค์เพื่อเสริมสร้างให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในตนเอง สร้างสรรค์สิ่งใหม่ในการเผชิญปัญหา ครั้งที่ 6 กิจกรรม “คูชิ...ผลงานของฉัน” เป็นกิจกรรมรวบรวมผลงานทั้งหมด จัดผลงานศิลปะทั้งหมดของผู้ป่วย มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนผลการสร้างสรรค์งานจากกิจกรรมศิลปะทั้งหมด เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง มีความภาคภูมิใจ และเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

ประโยชน์ที่จะได้รับ ในการวิจัยครั้งนี้ช่วยให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทได้รับการเสริมสร้างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ทำให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความเชื่อในศักยภาพของตนเอง มีการรู้จักที่เหมาะสม ทำให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพและผลการวิจัยครั้งนี้จะเป็นแนวทางการพยาบาลในการพัฒนาทักษะการดูแลของผู้ป่วยรายอื่น ๆ ได้

การเข้าร่วมการวิจัยของท่านครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ การตอบรับหรือการปฏิเสธ และการถอนตัวออกจากกรวิจัยครั้งนี้ ท่านสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลาที่เข้าร่วมวิจัย โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลให้ผู้วิจัยทราบ และการถอนตัวในการวิจัยครั้งนี้ จะไม่มีผลต่อการมารับยาแทน หรือการรักษาพยาบาลของท่าน ข้อมูลที่ผู้วิจัยได้รับจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ โดยใช้รหัสเลขที่ของแบบสอบถามเป็นรหัส แทนชื่อ-สกุลของกลุ่มตัวอย่าง และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น ผลการวิจัยครั้งนี้จะเสนอในภาพรวม ข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายหลังจากผู้วิจัยสำเร็จการศึกษา และผลงานวิจัยได้รับการเผยแพร่แล้ว การวิจัยครั้งนี้ไม่มีความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย

หากมีข้อมูลเพิ่มเติม ทั้งด้านประโยชน์และโทษที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ทราบโดยรวดเร็ว ไม่ปิดบัง

หากท่านมีปัญหา หรือข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัยในวันทำการเก็บรวบรวมข้อมูล หรือสามารถติดต่อสอบถามเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ ได้ตลอดเวลาที่นางพิมพ์จันทร์ ภูแก้ว หมายเลขโทรศัพท์ 085-2806486 หรือที่ ผศ.ร.อ.หญิง ดร.ชนัดดา แนนเกษร อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก หมายเลขโทรศัพท์ 081-6341156

นางพิมพ์จันทร์ ภูแก้ว

ผู้วิจัย

หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านจะสามารถแจ้ง  
ให้ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมฯ ทราบได้ที่ เลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมฯ  
ฝ่ายวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โทร. 038-102823



## เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย (สำหรับกลุ่มควบคุม)

การวิจัยเรื่อง ผลของกลุ่มบำบัดด้วยศิลปะต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท

รหัสจริยธรรมการวิจัย 03-04-2559

ชื่อผู้วิจัย นางพิมพ์จันทร์ ภูแก้ว

การวิจัยครั้งนี้ทำขึ้นเพื่อ ศึกษาผลของกลุ่มบำบัดด้วยศิลปะต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ เนื่องจากท่านเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติตรงกับการศึกษาครั้งนี้ คือ มีสติ สัมปชัญญะสมบูรณ์ มีความสามารถในการสื่อสารภาษาไทยได้ดี และยินดีเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ งานวิจัยนี้มีผู้เข้าร่วมวิจัยจำนวน 10 คน

เมื่อท่านเข้าร่วมการวิจัยแล้ว สิ่งที่ท่านจะต้องปฏิบัติ คือ ตอบแบบสอบถามส่วนข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม และทำแบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (สามารถซักถามผู้วิจัยเมื่อมีข้อสงสัย) ในกลุ่มควบคุมนี้ผู้วิจัยเป็นการดำเนินกิจกรรมการพยาบาลตามโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคจิตเภท ของหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ กับผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มตัวอย่าง ดำเนินกิจกรรม ในวันจันทร์ ถึงวันศุกร์ จำนวน 5 ครั้ง ครั้งละประมาณ 45 นาที เป็นเวลา 1 สัปดาห์ ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมทั้งหมด 5 กิจกรรมตามรายละเอียด ดังนี้ กิจกรรมครั้งที่ 1: กิจกรรม “การสร้างสัมพันธภาพและสำรวจปัญหา” เป็นกิจกรรมที่ให้สมาชิกกลุ่ม ฟังบรรยาย ร่วมอภิปราย กิจกรรมใบงาน มีวัตถุประสงค์เพื่อให้สมาชิกสร้างความไว้วางใจ ค้นหาปัญหา ระบุปัญหา และการวางแผน ตระหนักถึงปัญหาสำคัญของการเจ็บป่วยซ้ำที่เกิดจากการไม่รับประทานยา กิจกรรมครั้งที่ 2: กิจกรรม “โรคจิตเภท” เป็นกิจกรรมที่ให้สมาชิกกลุ่ม ฟังบรรยายความรู้เรื่อง โรคจิตเภท มีวัตถุประสงค์เพื่อให้สมาชิกมีความรู้เรื่องโรคจิตเภท สาเหตุ อาการ และการรักษา กิจกรรมครั้งที่ 3: กิจกรรม “รักษาด้วยยา” เป็นกิจกรรมที่ให้สมาชิกกลุ่ม ฟังบรรยาย กิจกรรมใบงาน ร่วมอภิปราย มีวัตถุประสงค์เพื่อให้สมาชิกมีความรู้เรื่อง

การรับประทานยาและอาการข้างเคียงของยาจิตเวช ตระหนักและเห็นความสำคัญในการรับประทานยา กิจกรรมครั้งที่ 4: กิจกรรม “อาการเตือนและการป้องกันการป่วยซ้ำ” เป็นกิจกรรมที่ให้สมาชิกกลุ่ม ฟังบรรยาย กิจกรรมใบงาน ร่วมอภิปราย มีวัตถุประสงค์เพื่อให้สมาชิกมีความรู้เรื่องอาการเตือนและการป้องกันการอาการกำเริบซ้ำ ตระหนักและเห็นความสำคัญสังเกตอาการเตือนและการป้องกันการอาการกำเริบซ้ำ กิจกรรมครั้งที่ 5: กิจกรรม “การปฏิบัติตนเพื่อดูแลตนเองเมื่ออยู่บ้าน” เป็นกิจกรรมที่ให้สมาชิกกลุ่ม ฟังบรรยาย กิจกรรมใบงาน ร่วมอภิปราย มีวัตถุประสงค์เพื่อให้มีความรู้ ตระหนักและเห็นความสำคัญการปฏิบัติตนเพื่อดูแลตนเองเมื่ออยู่บ้าน

ประโยชน์ที่จะได้รับ ในการวิจัยครั้งนี้ท่านจะได้รับความรู้ในเรื่องโรค การดูแลตนเอง การเสริมสร้างแรงจูงใจในการรับประทาน

การเข้าร่วมการวิจัยของท่านครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ การตอบรับหรือการปฏิเสธ และการถอนตัวออกจากกรวิจัยครั้งนี้ ท่านสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลาที่เข้าร่วมวิจัย โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลให้ผู้วิจัยทราบ และการถอนตัวในการวิจัยครั้งนี้ จะไม่มีผลต่อการมารับยาแทน หรือการรักษาพยาบาลของท่าน ข้อมูลที่ผู้วิจัยได้รับจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ โดยใช้รหัสเลขที่ของแบบสอบถามเป็นรหัส แทนชื่อ-สกุลของกลุ่มตัวอย่าง และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น ผลการวิจัยครั้งนี้จะเสนอในภาพรวม ข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายหลังจากผู้วิจัยสำเร็จการศึกษา และผลงานวิจัยได้รับการเผยแพร่แล้ว การวิจัยครั้งนี้ไม่มีความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย

หากมีข้อมูลเพิ่มเติม ทั้งด้านประโยชน์และโทษที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ทราบโดยรวดเร็ว ไม่ปิดบัง

หากท่านมีปัญหา หรือข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัยในวันที่ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล หรือสามารถติดต่อสอบถามเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ ได้ตลอดเวลาที่นางพิมพ์จันทร์ ภูแก้ว หมายเลขโทรศัพท์ 085-2806486 หรือที่ ผศ.รอ.หญิง ดร.ชนัดดา แนนเกษร อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก หมายเลขโทรศัพท์ 081-6341156

นางพิมพ์จันทร์ ภูแก้ว

ผู้วิจัย

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



## ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

หัวข้อวิทยานิพนธ์ เรื่อง ผลของกลุ่มบำบัดด้วยศิลปะต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง  
ของผู้ป่วยโรคจิตเภท

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

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึง  
วัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียดและมีความ  
เข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิก  
การเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบ  
ใด ๆ ต่อข้าพเจ้า

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อนเร้น  
จนข้าพเจ้าพอใจ ข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าจะถูกเก็บเป็นความลับและจะเปิดเผยในภาพรวมที่  
เป็นการสรุปผลการวิจัย

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนาม  
ในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(.....)



ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหนังสือได้ แต่ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในใบยินยอมนี้ให้ข้าพเจ้าฟัง จนข้าพเจ้าเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้าจึงลงนามหรือประทับลายนิ้วหัวแม่มือของข้าพเจ้าในใบยินยอมนี้ ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(.....)

**ภาคผนวก ค**

โปรแกรมกลุ่มบำบัดด้วยศิลปะต่อความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท

<b>กลุ่มบำบัดด้วยศิลปะต่อความรู้สึกมีคุณค่า ในตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท</b>
--

ผู้ป่วยโรคจิตเภทจัดเป็นโรคเรื้อรัง มีโอกาสกลับเป็นซ้ำสูง ทำให้เกิดการเสื่อมถอยของสมองและการทำหน้าที่ต่าง ๆ ลดลง และมีความบกพร่องในด้านสังคมหรือการทำงาน จากการศึกษาพบว่าร้อยละ 50-70 ของผู้ป่วยจิตเภทมีอาการกลับเป็นซ้ำในช่วง 1 ปีแรกหลังจากเข้ารับการรักษา (Lindstrom & Bingerfors, 2000) ก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยโรคจิตเภทเอง ในด้านร่างกายพบว่าผลจากการรักษาอาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการข้างเคียงจากยา บางรายมีความเสื่อมของสมอง ส่งผลในเรื่องความจำ ทำให้คิดซ้ำทำกิจกรรมต่าง ๆ ซ้ำ หรือเรื่องของพฤติกรรมแบบแปลกประหลาด ส่งผลต่อภาพลักษณ์ของผู้ป่วยจิตเภท ทำให้ถูกประเมินจากสังคมว่าแปลกประหลาด รับรู้ว่าคุณค่าแตกต่างจากบุคคลอื่นทำให้ผู้ป่วยขาดความมั่นใจ เกิดความรู้สึกเปราะบางทางอารมณ์ ไม่กล้าเข้าสังคม สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกว่าเป็นตราบาป เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง (Coring & Cook, 2007; ผ่องศรี ดวงแก้ว, 2553) การรักษาทางจิตสังคมเป็นการรักษาอีกวิธีการหนึ่งซึ่งมีความสำคัญ เนื่องจากอาการบางอย่าง เช่น อาการด้านลบ ภาวะท้อแท้หมดกำลังใจ ความเสื่อมในหน้าที่การงาน และการตัดสินใจ ไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้รักษาจะต้องคำนึงถึงปัจจัยด้านจิตสังคมของผู้ป่วย เพื่อช่วยเสริมสร้างความสามารถในการทำหน้าที่ต่าง ๆ การดำเนินชีวิตตามศักยภาพ มีแรงจูงใจในการรับประทานยา มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และช่วยเหลือให้ผู้ป่วยปรับตัวอยู่ในครอบครัวและสังคมได้ (Brook, 1995; กานดา ผาวงศ์, 2548; ปัทมา แก้วสีใส, 2552; ผอุนรัตน์ กลางมณี, 2555; ณัฐฉิณี กองแก้ว, 2556)

ศิลปะบำบัดเป็นทางเลือกหนึ่งของจิตสังคมบำบัด เป็นกระบวนการช่วยเหลือโดยการสื่อสารผ่านการสร้างสรรค์ผลงานศิลปะ ที่สะท้อนได้ถึงความรู้สึกนึกคิดของบุคคล (Brook, 1995) ศิลปะบำบัดจะมุ่งเน้นที่ความคิดสร้างสรรค์จินตนาการมากกว่าการใช้ฝีมือ เป็นการถ่ายทอดความคิด ความรู้สึกมากกว่าการคำนึงถึงรูปแบบ กระบวนการของศิลปะบำบัดมีส่วนช่วยทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกมั่นคงปลอดภัย ได้ระบายอารมณ์ และความรู้สึก เกิดความไว้วางใจ เกิดความผ่อนคลาย สร้างความรู้สึกที่ดี ปรับมุมมองและแนวคิดเกี่ยวกับตนเอง จนค่อย ๆ สร้างความรู้สึกด้านบวก เกิดความภาคภูมิใจในผลงานของตนเอง และเข้าใจตนเองมากขึ้น ส่งผลให้เกิดการยอมรับนับถือตนเอง และมีความรู้สึกว่ามีคุณค่าในตนเอง (เลิศศิริร์ บวรกิตติ, 2552)

กลุ่มบำบัดด้วยศิลปะต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยใช้แนวคิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของคูเปอร์สมิธ (Coopersmith, 1984) และแนวคิดศิลปะ

บำบัดของ เลิศศิริ บวรกิตติ (2552) โดยแนวคิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของคูเปอร์สมิธ ได้กล่าวไว้ว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองนั้นเกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับบุคคล หรือบุคคลกับสิ่งแวดล้อมแล้วแสดงออกในรูปของความรู้สึก ทักษะคติของบุคคลมีต่อตนเองใน ลักษณะของการยอมรับหรือไม่ยอมรับ และความเชื่อที่บุคคลที่มีต่อตนเองตามคุณลักษณะพื้นฐาน 4 ประการ คือ

- 1) การมีความสำคัญ (Significance)
- 2) การมีความสามารถ (Competence)
- 3) การมีคุณความดี (Virtue)
- 4) การมีพลังอำนาจในตนเอง (Power)

กระบวนการของกลุ่มบำบัดด้วยศิลปะ สร้างขึ้นจากแนวคิดของ เลิศศิริ บวรกิตติ (2552) ในการเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท ประกอบไปด้วยขั้นตอนหลัก ๆ ดังต่อไปนี้

1) การแนะนำตัวและสร้างสัมพันธภาพ คือการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้บำบัดกับ ผู้รับบริการ และระหว่างผู้ป่วยที่เป็นสมาชิกกลุ่ม โดยการสนทนาพูดคุย และการทดลองวัสดุศิลปะ อย่างง่าย ๆ ที่ไม่คำนึงถึงความสำเร็จเป็นหลัก

2) การสำรวจและ ระบุปัญหา คือผู้รับบริการได้สร้างงานศิลปะ เพื่อใช้สำรวจ ทำความ เข้าใจตนเอง

3) การแก้ปัญหา และปรับสภาพจิต คือผู้รับบริการได้มีพื้นที่ปลอดภัยในการระบาย ความรู้สึก สะท้อนความคิดทำความเข้าใจตนเองและปรับสภาพจิตใจและความรู้สึกต่อตนเองให้ดีขึ้น

4) การแปรเปลี่ยน คือผู้รับบริการได้รับการเสริมสร้างพลังใจ ได้เกิดความเข้มแข็งทาง จิตใจ มีความเชื่อมั่น ความภาคภูมิใจในตนเอง สร้างโอกาสในการเปลี่ยนแปลงตนเองให้ดีขึ้น

เทคนิคสำคัญที่นำมาใช้ในกระบวนการทางศิลปะบำบัด คือ การสนับสนุน เสริมสร้าง กำลังใจ และการตีความหมายที่ซ่อนเร้นภายในจิตใจ การสนับสนุน เสริมสร้างกำลังใจ ทำได้โดย ให้ความสนใจ ให้กำลังใจ และการชมเชยเมื่อทำได้สำเร็จหรือพยายามเพิ่มขึ้น ภายใต้สิ่งแวดล้อมที่ สงบ ปลอดภัย และทำที่เป็นมิตร การตีความหมายที่ซ่อนเร้นภายในจิตใจ ทำได้โดยการตีความ สัญลักษณ์ต่าง ๆ ที่เห็น สีที่ใช้ ภาพที่วาด เพื่อให้เกิดความเข้าใจในตัวเองมากยิ่งขึ้น ในการทำศิลปะ บำบัดทุกครั้งควรมีการบันทึกให้เห็นถึงกระบวนการและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น (เลิศศิริ บวรกิตติ, 2552) กลุ่มบำบัดด้วยศิลปะต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิด ความรู้สึกมั่นคงปลอดภัย ได้ระบายอารมณ์และความรู้สึก เกิดความไว้วางใจ เกิดความผ่อนคลาย

สร้างความรู้สึที่ดี ปรับมุมมองและแนวคิดเกี่ยวกับตนเอง จนค่อย ๆ สร้างความรู้สึที่ดีด้านบวก เกิดความภาคภูมิใจในผลงานของตนเอง และเข้าใจตนเองมากขึ้น ส่งผลให้เกิดการยอมรับนับถือตนเอง และมีความรู้สึที่ดีว่าเห็นคุณค่าในตนเอง

จากการประยุกต์ใช้แนวคิดความรู้สึที่ดีมีคุณค่าในตนเองของคูเปอร์สมิธ (Coopersmith, 1984) และแนวคิดกระบวนการศิลปะบำบัดของ เลิศศิริร์ บวรกิตติ (2552) ผู้วิจัยได้กำหนดกิจกรรมกลุ่มศิลปะบำบัด เพื่อเสริมสร้างความรู้สึที่ดีมีคุณค่าในตนเอง 4 องค์ประกอบของคูเปอร์สมิธ และได้กำหนดเป็นกิจกรรมทั้งหมด 6 กิจกรรมบำบัด โดยดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ติดต่อกันเป็นเวลา 2 สัปดาห์ ใช้เวลาครั้งละประมาณ 1 ชั่วโมง 30 นาที ในแต่ละครั้งของการทำกิจกรรมกลุ่ม

### กลุ่มเป้าหมาย

ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารับบริการที่หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้ว  
ราชนครินทร์

### วัตถุประสงค์

เพื่อเสริมสร้างความรู้สึที่ดีมีคุณค่าในตนเองให้กับผู้ป่วยโรคจิตเภทผ่านกิจกรรมกลุ่ม  
ศิลปะบำบัด

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

ภาคผนวก ง  
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เรื่อง ผลของกลุ่มบำบัดด้วยศิลปะต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท

คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ โดยแบ่งออกเป็น 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป

ชุดที่ 2 แบบประเมินอาการทางจิต Brief Psychiatric Rating Scale [BPRS]

ชุดที่ 3 แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง Self-esteem Inventory [SEI]

ลำดับที่ .....

**ชุดที่ 1** แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป

คำชี้แจง: โปรดใส่เครื่องหมาย / ลงใน ( ) หรือเติมข้อความลงในช่องว่างให้สมบูรณ์ตามความเป็นจริง ที่ตรงกับตัวท่านมากที่สุด

1. อายุ.....ปี Dx.....โรคประจำตัว.....
  2. เพศ
 

( ) 1. ชาย	( ) 2. หญิง
------------	-------------
  3. สถานภาพสมรส
 

( ) 1. โสด	( ) 2. คู่	( ) 3. หม้าย/ หย่า/ แยก
------------	------------	-------------------------
  4. ระดับการศึกษา
 

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

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

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

( ) 1. ประกอบอาชีพ/งานบ้าน	( ) 2. ต้องมีผู้ดูแล
( ) 3. ดูแลกิจวัตรประจำวัน	( ) 4. อื่น ๆ
- ผู้ดูแล คือ.....เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโดย.....



ลำดับที่ .....

**ชุดที่ 2** แบบประเมินอาการทางจิต Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)

ผู้ป่วย.....ผู้ประเมิน.....วันที่.....

Rating Key 1 = ไม่มีอาการ                      2 = มีเล็กน้อยเป็นบางครั้ง                      3 = มีอาการเล็กน้อย  
 4 = อาการปานกลาง                      5 = อาการค่อนข้างรุนแรง                      6 = อาการรุนแรง  
 7 = อาการรุนแรงมาก

ในระหว่าง 1 สัปดาห์ ที่ผ่านมากู้รู้สึก	1	2	3	4	5	6	7
1. Somatic Concern (Rate ตามความรู้สึกของผู้ป่วย) รู้สึกกังวล กังวลเกี่ยวกับสุขภาพร่างกายหรือโรค ทางกายหรือไม่							
2. ....							
3. ....							
4. ....							
5. ....							
6. Tension (Rate ตามความเห็นของผู้ตรวจ) อาการเครียด หงุดหงิด ตื่นเต้นง่าย							
7. Manner & Posturing (Rate ตามความเห็น ของผู้ตรวจ) พฤติกรรมแปลก ๆ ที่ดูผิดไปจากคนปกติ							
8. ....							
9. Depressive mood (Rate ตามความรู้สึกของผู้ป่วย ) รู้สึกเศร้า เสียใจ หดหู่ ท้อแท้ สิ้นหวังหรือไม่							
10. ....							
11. Suspiciousness (Rate ตามความรู้สึกของผู้ป่วย) รู้สึกระแวง คิดว่ามีผู้ประสงค์ร้ายต่อตน							
12. Hallucination (Rate ตามคำบอกเล่าของผู้ป่วย) อาการหูแว่ว ภายในช่วง 1 สัปดาห์นี้							
13. ....							
14. ....							
15. ....							

ในระหว่าง 1 สัปดาห์ ที่ผ่านมากลุ่มรู้สึก	1	2	3	4	5	6	7
15. Unusual thought content (Rate ตามความเห็นของผู้ตรวจ) ความคิดแปลก ๆ อาการหลงผิด							
16. Blunt affect (Rate ตามความเห็นผู้ตรวจ) สีหน้าไม่ค่อยแสดงความรู้สึก อารมณ์							
17. ....							
18. ....							

ลำดับที่ .....

**ชุดที่ 3** แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

คำชี้แจง: แบบประเมินนี้เป็นการประเมินความรู้สึกบางประการที่มีต่อตนเอง แต่ละข้อ ไม่มีคำตอบที่ถูกหรือผิด คำตอบที่ดีที่สุดก็คือคำตอบที่ตรงกับความรู้สึกอันแท้จริงของท่าน

**การตอบแบบสอบถาม**

ขอให้ท่านอ่านข้อความที่ละข้อ แล้วพิจารณาว่าข้อความนั้นตรงกับความคิดหรือความรู้สึกของท่านในระดับมากน้อยเพียงใด แล้วเลือกขีดเครื่องหมาย / ในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด โดยมีเกณฑ์ ดังนี้

มากที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความคิดหรือความรู้สึกของท่านมากที่สุด
มาก	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความคิดหรือความรู้สึกของท่านมาก
ค่อนข้างมาก	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความคิดหรือความรู้สึกของท่านค่อนข้างมาก
น้อย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความคิดหรือความรู้สึกของท่านน้อย
ค่อนข้างน้อย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความคิดหรือความรู้สึกของท่านค่อนข้างน้อย
น้อยที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความคิดหรือความรู้สึกของท่านน้อยที่สุด

ข้อ	ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ค่อนข้างมาก	ค่อนข้างน้อย	น้อย	น้อยที่สุด
1	ฉันไม่รู้สึกรบกวนใจจากสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นรอบ ๆ ตัวฉัน						
2	ฉันรู้สึกว่าเป็นเรื่องยากในการพูดหน้าฝูงชน						
	.....						
	.....						
	.....						
6	ฉันรู้สึกไม่สบายใจเมื่ออยู่ที่บ้าน						
7	ฉันต้องใช้เวลาานานที่จะคุ้นเคยกับสิ่งใหม่ ๆ						
	.....						
	.....						
	.....						

ข้อ	ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ค่อนข้างมาก	ค่อนข้างน้อย	น้อย	น้อยที่สุด
11	ครอบครัวของฉันคาดหวังในตัวฉันมากเกินไป						
12	ฉันไม่ค่อยเป็นตัวของตัวเอง						
	.....						
	.....						
15	ฉันมีความรู้สึกว่าตนเองไม่เก่ง						
	.....						
	.....						
	.....						
	.....						
20	ครอบครัวของฉันเข้าใจในตัวฉัน						
	.....						
	.....						
23	ฉันหมดกำลังใจในสิ่งที่ทำบ่อยครั้ง						
	.....						
	.....						