

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาผลของการใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเอง ต่อความสามารถในการดูแลตนเองของ ผู้ป่วยจิตเวช ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวช และการพยาบาลจิตเวช
2. แนวคิดเกี่ยวกับกลุ่มช่วยเหลือตนเอง
3. แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง
4. แนวคิดเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเอง
5. แนวคิดเกี่ยวกับกลุ่มช่วยเหลือตนเองในผู้ป่วยจิตเวช
6. แนวคิดเกี่ยวกับกลุ่มช่วยเหลือตนเองกับความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยจิตเวช
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มช่วยเหลือตนเองในผู้ป่วยโรคต่าง ๆ

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวช และการพยาบาลจิตเวช

เดิมเชื่อกันว่า การเจ็บป่วยทางจิตเป็นเรื่องเวรเรื่องกรรมของคน ๆ นั้น โรคจิตเป็นโรคทางพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อม เป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด (วัลลีย์ กนกวิจิตร และคณะ, 2535) สมัยดึกดำบรรพ์ กรีก โรมัน และอาหรับ เชื่อว่าความผิดปกติทางอารมณ์เป็นเพราะความผิดปกติและความบกพร่องทางสมอง การเจ็บป่วยทางจิตเป็นเรื่องของวิญญาณถูกผีปีศาจเข้าสิง การรักษากระทำโดยพอมดหมอผี ซึ่งใช้เวทมนตร์คาถา รตนน้ำมัน ทรมาณผู้ป่วยเพื่อขับไล่ภูติผีปีศาจ ทำพิธีบูชายันต์เพื่อไล่บาป มีการกักตัวผู้ป่วยไว้แยกต่างหากจากผู้อื่น ผู้ป่วยจิตเวชที่ไม่เอะอะ อาละวาดจะถูกส่งไปขอรานตามถนน และยังมีการนำผู้ป่วยออกไปให้ประชาชนชมความผิดปกติของบุคคลเหล่านี้ เหมือนกับการดูสิ่งแปลกประหลาด โดยมีการเก็บเงินค่าผ่านประตู นอกจากนั้น การเป็นโรคจิตยังเชื่อว่า เป็นเพราะอำนาจบันดาลของเทพเจ้าด้วย (สมศรี เชื้อศิริบุญ, 2532)

ถึงแม้ว่าในปัจจุบันวิทยาการต่าง ๆ จะพัฒนาขึ้น แต่ทัศนคติต่อผู้ป่วยจิตเวชก็มิได้เปลี่ยนแปลงไปมากเท่าใดนัก เมื่อเกิดการเจ็บป่วยจึงมีญาติผู้ป่วยหลายรายที่ยอมรับสภาพของผู้ป่วยไม่ได้ การเจ็บป่วยหรือการตายถือเป็นความสูญเสีย (Loss) อย่างหนึ่ง (Davies & Janosik, 1991) แต่ความเจ็บป่วยทางกายเป็นสิ่งที่มองเห็นได้ เนื่องจากมีแนวโน้มอันประจักษ์แก่ตา เช่น ขนาดแผลที่ค่อย ๆ ดิขึ้น หรือ แม้กระทั่งการตาย ผู้คนรอบข้างก็สามารถแสดงความรู้สึกร่วมในการสูญเสียนั้นได้ ในทางตรงกันข้าม พวกเขาไม่ทราบว่าจะแสดงบทบาทอย่างไร

จึงจะเหมาะสมต่อครอบครัวหรือต่อผู้ที่เจ็บป่วยทางจิต แม้กระทั่งสมาชิกในครอบครัวเดียวกัน บางรายจึงแสดงออกโดยการเมินเฉยทอดทิ้ง บางรายล่ามโซ่ผู้ป่วยเพื่อจำกัดบริเวณโดยไม่คำนึงถึงแม้ความต้องการพื้นฐานด้านร่างกายของผู้ป่วยแต่อย่างใด

ผู้ป่วยจิตเวช หมายถึง ผู้ที่มีความบกพร่อง ผิดปกติหรือเจ็บป่วยทางจิตหรือ สุขภาพจิตไม่ดี (Mental Illness) ผู้มีปัญหาเกี่ยวกับสังคม เป็นการแตกแยกไปจากกลุ่ม ไม่สามารถหรือบกพร่องในการปฏิบัติหน้าที่ความรับผิดชอบของตน การป่วยทางจิต คือ การปรับตัวในชีวิตประจำวันล้มเหลว เกิดผลเสียในความคิด ความรู้สึกและปฏิกิริยาในแต่ละบุคคล (ลมศร เชื้ออิทธิฤทธิ์, 2532) ทำให้ตกเป็นภาระรับผิดชอบของผู้ที่เกี่ยวข้องกับบุคคลนั้นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ประชาชนมีแนวโน้มเป็นโรคจิตโรคประสาทมากขึ้น เนื่องจากสังคมปัจจุบันก้าวรุดหน้าอย่างรวดเร็วทางด้านวัตถุและสิ่งอำนวยความสะดวก ในขณะที่ทางด้านจิตใจมิได้ก้าวตามกันทัน ด้วยเหตุนี้จึงทำให้มนุษย์เกิดความวุ่นทางจิตใจมาก โดยเฉพาะการบีบคั้นทางเศรษฐกิจ การดำเนินชีวิตในเมืองใหญ่ที่มีลักษณะต่างคนต่างอยู่ (อมรา พงศาพิชญ์ และสุริยา วีรวงศ์, 2536 : ลักษณะธรรมไพโรจน์, 2532 : รุ่งศรี ศรีสุวรรณ์, 2539) อย่างไรก็ตามเป็นความจริงที่ว่า ไม่มีใครที่จะมีสุขภาพที่อยู่ในภาวะที่ปกติทั้งหมดหรือร้อยละร้อย อย่างไรก็ตาม ไม่มีใครบอกได้ว่าคน ๆ นั้นป่วยร้อยละกี่เปอร์เซ็นต์อีกเช่นกัน (ลมศร เชื้ออิทธิฤทธิ์, 2532) การป่วยทางจิตหรือไม่นั้น สามารถอธิบายได้จากความไม่สมนบูรณ์ต่อการแก้ไขปัญหตามศักยภาพของแต่ละบุคคล การแสดงออกซึ่งสัมพันธ์ภาพของบุคคลนั้น ทั้งต่อตนเอง ต่อผู้อื่น และต่อสิ่งแวดล้อม

1.1 การเจ็บป่วยทางจิต

อาการเจ็บป่วยทางจิต เป็นการแสดงถึงความล้มเหลวในการปรับตัว อาการทางจิตส่วนมากไม่แสดงออกโดยตรง แต่มักออกมาในรูปแบบลักษณะของความผิดปกติภายใน อาการทุกอย่างมีความหมายสำหรับผู้ป่วยทั้งสิ้น ซึ่งส่วนมากเป็นเรื่องของจิตไร้สำนึก แสดงให้เห็นถึงวิธีต่อสู้ ซึ่งวิธีการเหล่านี้ส่วนมากเป็นสิ่งที่คนปกติใช้กันอยู่ แต่เหตุที่กลายเป็นความผิดปกติไป เพราะเป็นการใช้มากเกินไปและใช้ซ้ำ เช่น การเพ้อฝัน (Fantasy) ฝันกลางวัน (Day Dream) ถ้าใช้มากเกินไปก็จะเกิดความหลงผิดขึ้นได้ (ลมภาพ เรื่องตระกูล, 2536) อาการที่เกิดขึ้นแม้จะไม่เหมาะสม หรือไม่เป็นไปตามความเป็นจริง แต่ในความรู้สึกของผู้ป่วยแล้ว อาการเหล่านั้นเป็นเรื่องจริงจริง

1.2 อาการทางจิต แบ่งได้เป็นกลุ่มใหญ่ ๆ ดังต่อไปนี้

- 1) ความผิดปกติของพฤติกรรมและการเคลื่อนไหว (Disorders of Motor Activity) เช่น หน้าตากระตุก มีการกระทำซ้ำ โดยไม่มีความหมาย เช่น นั่งโยกตัวตลอดเวลา การทำตรงข้ามกับคำสั่ง การไม่มีการเคลื่อนไหว รวมทั้งไม่มีปฏิกิริยาโต้ตอบต่อสิ่งแวดล้อม การทำสิ่งใดซ้ำ ๆ โดยไม่มีเหตุผล เช่น ล้างมือทุกครั้งชั่วโมง เป็นต้น

2) ความผิดปกติในเนื้อหาของความคิด (Disorders of Content of Thought) เช่น ความคิดหลงผิดว่าตนเองเป็นพระเจ้า ว่ามีคนคอยปองร้าย ว่าตนเป็นบุคคลสำคัญผิดธรรมดา หรือเชื่อว่าผู้อื่นสามารถล่วงรู้ความคิดเห็นของตนได้

3) ความผิดปกติของความคิดแบบอื่น (Other Disorder of Thought) เช่น การพูดจาไม่ต่อเนื่องกัน ขาดเป็นช่วง ๆ คำพูดหยุดชะงักเพราะความคิดขาดหายไปเฉย ๆ หรือมีความคิดอื่นมาแทรกทำให้นึกไม่ออกว่าพูดอะไรอยู่ก่อน การพูดซ้ำอ้อมค้อมไม่ตรงจุด

4) ความผิดปกติของอารมณ์ (Disorders of Affect) เช่น ความวิตกกังวล ความรู้สึกหวาดกลัวและวิตกกังวลอย่างสูง (Panic) ความกลัวต่อสถานการณ์หรือวัตถุที่รุนแรงเกินเหตุ อารมณ์ไม่สอดคล้องกับความคิดและเหตุการณ์ในขณะนั้น มีอารมณ์สับสนยาวนาน ครีกรื่นผิดธรรมดา

5) ความผิดปกติของการรับรู้ (Disorders of Perception) เช่น แปลสิ่งที่พบเห็น หรือได้ยินผิดเพี้ยนไปจากความเป็นจริง (Illusion) มีอาการประสาทหลอน (Hallucination) ทางประสาทสัมผัสทั้งห้า

6) ความผิดปกติของสติสัมปชัญญะ (Disturbance of Consciousness) เช่น มีลักษณะง่วงงับ สับสน มีสติปัญญาเลือนลาง เพื่อ

7) ความผิดปกติของความจำ (Disorder of Memory) เช่น สูญเสียความจำ ภายหลังการเกิดเหตุการณ์ ก่อนหน้าการเกิดเหตุการณ์ หรือสูญเสียความจำเฉพาะเรื่องที่เพิ่งจะเกิดขึ้น แล้วแต่เติมเรื่องราวขึ้นเอง

1.3 จุดอ่อนหรือลักษณะเฉพาะของผู้ป่วยจิตเวช

1) มีความอ่อนไหวง่าย (Sensibility) ผู้ป่วยจิตเวชส่วนใหญ่มีความรู้สึกต่อคำพูด อารมณ์ ท่าทีของผู้อื่นมากกว่าปกติ

2) มีความต้องการพึ่งพาผู้อื่น (Dependence) มักไม่เชื่อมั่นในตนเอง ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง ต้องพึ่งพาความคิด คำแนะนำ และการตัดสินใจของผู้อื่น มักพบได้เสมอ ภายหลังการเกิดการเจ็บป่วยขึ้น

3) รู้สึกว่าตนมีปมด้อย (Inferiority) มีความวิตกกังวล ครุ่นคิดคำนึงอยู่ในเรื่อง ความต่ำด้อยของตนจนเห็นว่าตนไม่มีคุณค่า (low self esteem) (Sullivan, 1953 cited by Davies and Janosik, 1991)

4) รู้สึกว่าถูกโดดเดี่ยว (Feeling of rejection and unacceptance from other) บางครั้งผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการประสาทหลอน เช่น คิดว่าจะมีคนมาทำร้ายตน เมื่อเล่าให้ผู้อื่นฟัง ซึ่งอาจมีปฏิกิริยาไปในทางไม่เข้าใจถือ ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชมีความวิตกกังวลสูงขึ้น เนื่องจากไม่มีใครยอมรับความคิดของตน ทำให้รู้สึกถูกทอดทิ้ง

1.4 เกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วยจิตเวช

การจำแนกประเภทผู้ป่วย เป็นการให้ค่าความเจ็บป่วยของผู้ป่วยในรูปปริมาณ ตามความต้องการการดูแลของผู้ป่วยแต่ละคน โดยแบ่งผู้ป่วยออกเป็นประเภทต่าง ๆ 5 ประเภท คือ (กรมสุขภาพจิตและสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย)

1) ผู้ป่วยประเภทฉุกเฉิน หมายถึง ผู้ป่วยจิตเวชที่มีการรับรู้ เวลา สถานที่ และบุคคลไม่แน่นอน เป็นอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่น และ/หรือ ทำลายทรัพย์สิน ในเรื่องกรดูแลตนเอง ผู้ป่วย ต้องการการทำให้ หรือทำได้เองบางส่วน ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมการอยู่ร่วมกัน การพูดคุยชักทายในกลุ่มเพื่อน และบุคลากร และการมีสัมพันธภาพเชิงบำบัด มีภาวะเสี่ยงที่จะเป็นอันตรายต่อชีวิต และมีพยาธิสภาพเกี่ยวกับ Vital organ

2) ผู้ป่วยประเภทวิกฤต หมายถึง ผู้ป่วยจิตเวชที่มีการรับรู้เวลา สถานที่ และบุคคลไม่ถูกต้อง เป็นอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่น และ/หรือ ทำลายทรัพย์สิน ในเรื่องกรดูแลตนเอง ผู้ป่วยต้องการการทำให้ ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมการอยู่ร่วมกัน การพูดคุยชักทายในกลุ่มเพื่อน และบุคลากรและการมีสัมพันธภาพเชิงบำบัด มีภาวะเสี่ยงต่อชีวิต และมีพยาธิสภาพเกี่ยวกับ Vital organ , Vital signs

3) ผู้ป่วยประเภทแรกเริ่ม หมายถึง ผู้ป่วยจิตเวชที่สับสนในการเรื่องเวลา สถานที่ และบุคคล มีแนวโน้มเสี่ยงที่จะเป็นอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่น และ/หรือ ทำลายทรัพย์สิน ดูแลตนเอง ได้โดยมีการช่วยทำให้ ปฏิบัติกิจกรรมการอยู่ร่วมกัน และการพูดคุยชักทายในกลุ่มเพื่อนและบุคลากรได้เป็นครั้งคราว มีความไว้วางใจพยาบาล ฟัง ได้ตอบ คิด แสดงความคิดและบอกความรู้สึกของตนเองไม่ได้ อาจมีภาวะเสี่ยงต่อชีวิต

4) ผู้ป่วยประเภทเร่งรัดบำบัด หมายถึง ผู้ป่วยจิตเวชที่มีการรับรู้เวลา สถานที่ และบุคคลถูกต้องในเรื่องใกล้ตัว เป็นอันตรายต่อความเป็นตนเองในส่วนบุคคล และการทำหน้าที่ ดูแลตนเองได้โดยมีการประคับประคอง สนับสนุนอย่างใกล้ชิด (บอกซ้ำ) ปฏิบัติกิจกรรมการอยู่ร่วมกันได้ โดยไม่ต้องรับผิดชอบ พูดคุยชักทายในกลุ่มเพื่อนและบุคลากรได้ แต่ไม่มีการริเริ่ม ไว้วางใจพยาบาล ฟัง ได้ตอบ คิด แสดงความคิด บอกความรู้สึกของตนเองได้เป็นครั้งคราว มีพยาธิสภาพทางกายไม่รุนแรง

5) ผู้ป่วยประเภทบำบัดระยะยาว หมายถึง ผู้ป่วยจิตเวช ที่มีการรับรู้เวลา สถานที่ บุคคลถูกต้องในเรื่องใกล้ตัวและไกลตัว ในเรื่องการควบคุมตนเอง ไม่เป็นอันตรายแต่ไม่เป็นประโยชน์ (สร้างสรรค์) ต่อตนเอง ผู้อื่น และสิ่งแวดล้อม ดูแลตนเองได้โดยการประคับประคอง สนับสนุน สอนจัดสิ่งแวดล้อมเป็นครั้งคราว ปฏิบัติกิจกรรมการอยู่ร่วมกันได้และร่วมรับผิดชอบ พูดคุยชักทายในกลุ่มเพื่อน และบุคลากรได้โดยเริ่มต้นเอง ไว้วางใจพยาบาล ฟังและได้ตอบได้ แสดงความคิดและความรู้สึกของตนเองได้เป็นครั้งคราว ไม่มีพยาธิสภาพทางกาย และ Vital organ

เกณฑ์ที่ใช้บ่งชี้ความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยแต่ละประเภท พิจารณาตามสภาพและลักษณะของผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วยตัวบ่งชี้ใหญ่ ๆ 3 หมวด คือ

1) การรับรู้ เวลา สถานที่ บุคคล เป็นการประเมินความสามารถของบุคคลในการรับรู้เกี่ยวกับตนเองและโลกภายนอก ตลอดจนความสัมพันธ์ระหว่างตนเอง สิ่งแวดล้อม เช่น เวลาในอดีต และปัจจุบัน สถานที่ที่เกี่ยวข้อง บุคคลที่มีความสัมพันธ์ด้วยทั้งในลักษณะความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดและไม่ใกล้ชิด

2) การจัดการกับความคิด อารมณ์และการแสดงออกของตน เป็นกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับวิธีการคิด การควบคุมอารมณ์ และการแสดงออกของพฤติกรรม ที่ให้บรรลุเป้าหมายของตนเอง ซึ่งผู้ป่วยจิตเวชจะรวมถึงอาการ และอาการแสดงของโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่

3) ศักยภาพส่วนบุคคล เป็นความสามารถของบุคคลที่จะดำรงชีวิตของตนได้อย่างปกติ เช่น บุคคลทั่วไป ซึ่งแบ่ง 4 ด้าน คือ

3.1) การดูแลตนเองเรื่องกิจวัตรประจำวัน เป็นความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายที่จะปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสนองความต้องการพื้นฐานของร่างกาย เช่น การดูแลความสะอาดร่างกาย การรับประทานอาหาร การดูแลการเคลื่อนไหวร่างกาย การขับถ่าย การพักผ่อนนอนหลับ ฯลฯ

3.2) การดำรงตนในฐานะสมาชิกของสังคม เป็นความสามารถของบุคคลที่จะมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลที่อยู่รอบข้าง รวมถึงการมีกิจกรรมเพื่อการอยู่ร่วมกับผู้อื่นด้วย

3.3) การมีสัมพันธภาพเชิงบำบัด เป็นการประเมินความสามารถในการมีปฏิสัมพันธ์ ในลักษณะการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการรักษาระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย

3.4) สมรรถภาพทางกาย เป็นความสามารถในการทำหน้าที่ของอวัยวะภายในร่างกายที่จะตอบสนองให้บุคคลสามารถดำรงชีพอยู่ได้โดยอิสระตามธรรมชาติของร่างกายของบุคคลแต่ละคน

เครื่องหมายที่ใช้ในเกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วย

1) X หมายถึง ไม่มีพฤติกรรม หรือการกระทำเกิดขึ้น

2) * หมายถึง มีพฤติกรรม หรือเหตุการณ์เกิดขึ้น ให้ถือว่าเป็นผู้ป่วยในคนสมักันนั้น โดยไม่ต้องดูเกณฑ์อื่นประกอบ

3) ± หมายถึง มีการกระทำ หรือพฤติกรรมตามเกณฑ์แต่ไม่สม่ำเสมอ เช่น การพูดคุยหักทลายในผู้ป่วยแรกเริ่ม พบครั้งนี้ผู้ป่วยพูดคุยหักทลายดีต่อไปผู้ป่วยอาจไม่พูดคุยเลยก็ได้

4) / หมายถึง มีพฤติกรรม หรือการกระทำเกิดขึ้น

ตารางที่ 1 เกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วยทางจิต

| เกณฑ์ | ผู้ป่วยฉุกเฉิน | ผู้ป่วยวิกฤติ | ผู้ป่วยเรื้อรัง | ผู้ป่วยเรื้อรัง | ผู้ป่วยบำบัดระยะยาว |
|---|--|--|---|---|--|
| 1. การรับรู้เวลาสถานที่ บุคคล | ถูกต้อง/ ไม่ถูกต้อง | ไม่ถูกต้อง | สับสน | ถูกต้องในเรื่องใกล้ตัว | + ถูกต้องในเรื่องใกล้ตัว + ในเรื่องไกลตัว |
| 2. การจัดการกับความวิตกกังวล และแสดงออกของตน (การควบคุมตนเอง) | *เป็นอันตรายต่อผู้อื่น ตนเอง และ/หรือ ทำลายทรัพย์สิน | *เป็นอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่น และ/หรือ ทำลายทรัพย์สิน | *มีแนวโน้ม (เสียง) ที่จะเป็นอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่น และ/หรือ ทำลายทรัพย์สิน | เป็นอันตรายต่อความเป็นตนเอง ในส่วนคุณค่าและการทำหน้าที่ | ไม่เป็นอันตราย แต่ไม่เป็นประโยชน์(สร้างสรรค์)ต่อตนเอง ผู้อื่น และสิ่งแวดล้อม |
| 3. ศักยภาพส่วนบุคคล | ต้องการการทำให้หรือทำ | ต้องการการทำให้ | ดูแลตนเองได้ | ดูแลตนเองได้ | ดูแลตนเองได้ |
| 3.1 การดูแลตนเองเรื่องกิจวัตรประจำวัน | ได้เองบางส่วน | | โดยมีการช่วยทำให้ | โดยมีการกระตุ้น | โดยการกระตุ้น |
| 3.2 การดำรงตนในฐานะสมาชิกของสังคม | | | | ประกอบด้วยทัศนคติ (บวก/ลบ) | ประกอบด้วยทัศนคติ สิ่งแวดล้อม เป็นครั้งคราว |
| -การร่วมกิจกรรมการอยู่ร่วมกัน | X | X | ± | ได้โดยไม่ต้องรับผิดชอบ | ได้และร่วมรับผิดชอบ |
| -การพูดคุยชักทายในกลุ่มเพื่อน | X | X | ± | ได้ แต่ไม่มีการริเริ่ม | ได้โดยเริ่มต้นเอง |

| เกณฑ์ | ผู้ป่วยฉุกเฉิน | ผู้ป่วยวิกฤติ | ผู้ป่วยแวกซ์ | ผู้ป่วยเร่งรัด | ผู้ป่วยนำบัตร ระยะยาว |
|------------------------------------|---|--|--|---|---|
| บุคลากร | | | | | |
| 3.3 การมีสัมพันธ- ภาพเชิงนำบัตร | | | | | |
| -ไว้วางใจพยาบาล | X | X | ✓ | ✓ | ✓ |
| -ฟัง ได้ตอบ | X | X | X | ± | ✓ |
| -คิด แสดงความคิด | X | X | X | ± | ± |
| -บอกความรู้สึก ของตนเอง | X | X | X | X(±) | ± |
| 3.4 สมรรถภาพ ทางกาย | | | | | |
| -พยาธิสภาพทาง กาย | *อุบัติเหตุมี ภาวะเสี่ยงที่ จะเป็น อันตรายต่อ ชีวิต (ABC) *มีพยาธิ สภาพเกี่ยว กับ Vital organ | *มี เสี่ยงต่อ ชีวิต ABC | มี /ไม่มีเสี่ยง ต่อชีวิต | มี /ไม่รุนแรง | ไม่มี |
| -ผลกระทบจาก การรักษาทางกาย | *มีอันตราย ต่อชีวิต *มีพยาธิ สภาพเกี่ยว กับ Vital organ (Unstable) | *มีเสี่ยงต่อ ชีวิต *มีพยาธิ สภาพเกี่ยว กับ Vital organ Vital signs (Unstable) | มี /ไม่เสี่ยง ต่อชีวิต Vital signs (Unstable) | มีเสี่ยงปาน กลางต่อการ เกิดภาวะ แทรกซ้อน | มี แต่ไม่ เสี่ยงต่อชีวิต - ไม่มีพยาธิ สภาพเกี่ยว กับ Vital organ |

- หมายเหตุ X หมายถึง ผู้ป่วยปฏิบัติตามกิจกรรมตามที่ระบุไม่ได้
 ± หมายถึง ผู้ป่วยปฏิบัติตามกิจกรรมตามที่ระบุได้เป็นครั้งคราว
 / หมายถึง ผู้ป่วยปฏิบัติตามกิจกรรมตามที่ระบุได้เกือบหรือตลอดเวลา

1.5 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวช

การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวช ที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล เป็นการพยาบาลที่ครอบคลุมทั้งทางร่างกายและจิตใจ ซึ่งประกอบด้วย (พญจิตกร วรณินทร, 2529 : เพ็ชรดี เปี่ยมมงคล, 2538 : แผ จันทร์สุท, 2540)

- 1) การดูแลทางด้านร่างกายทั่วไปของผู้ป่วย เช่นการให้รับประทานยา การฉีดยา การให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลในห้องแยก การใช้เครื่องผูกมัดผู้ป่วย
- 2) การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด เช่น การจัดสภาพของโรงพยาบาล สภาพบรรยากาศภายในหอผู้ป่วยให้น่าอยู่อาศัย ปลอดภัย สะดวกสบาย เป็นต้น
- 3) กลุ่มกิจกรรมบำบัดต่าง ๆ ทั้งที่จำกัด และไม่จำกัดจำนวนผู้ป่วย เช่น
 - (1) กลุ่มกีฬากลางแจ้ง ได้แก่การเล่นกีฬาต่าง ๆ เช่น ฟุตบอล แครีบอล แชนด์บอล ซึ่งกลุ่มกิจกรรมเหล่านี้ เป็นกิจกรรมที่เปิดโอกาสให้ผู้ป่วย ได้ลดความตึงเครียด ลดความโกรธ ความรู้สึกมั่งงาย ความก้าวร้าว รวมทั้งได้แสดงออกถึงพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ ออกไปในทางที่เหมาะสม และสังคมยอมรับ
 - (2) กลุ่มศิลปะบำบัด เป็นการรักษาโดยให้ผู้ป่วยได้แสดงออกทางศิลปะ ไม่ว่าจะเป็นการวาดภาพ การสเก็ตภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกนึกคิดต่าง ๆ ออกมาเป็นภาพ เรื่องราว การใช้สีสรร การอภิปราย แลกเปลี่ยนความคิดเห็นทางสังคม
 - (3) กลุ่มนันทนาการบำบัด เป็นการบำบัดรักษาผู้ป่วย โดยการให้ความรื่นเริงบันเทิงใจแก่ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกเพลิดเพลิน ผ่อนคลายความตึงเครียด และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น ตลอดจนให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ถึงวิธีการปฏิบัติตัวในสังคมได้ ได้แก่ กลุ่มร้องเพลง รำวง เกมต่าง ๆ
 - (4) กลุ่มการศึกษาบำบัด เป็นกลุ่มกิจกรรมที่เพิ่มพูนความรู้ความทันต่อเหตุการณ์ให้กับผู้ป่วย กลุ่มนี้ได้แก่กลุ่มอ่านข่าวหนังสือพิมพ์ โดยการอ่านข่าวแล้ววิจารณ์ข่าวที่อ่านกัน กลุ่มสอนเลขศึกษา
 - (5) กลุ่มเสริมแรงจิตใจ เป็นกิจกรรมที่จัดขึ้นเพื่อช่วยผู้ป่วยอื้อรังที่เข้ารับการรักษาอยู่ใน โรงพยาบาลเป็นเวลานาน ซึ่งอาจจะมีกรถดถอย ได้ทบทวนความรู้ ความสามารถ

ของตนเองที่มีอยู่เดิมให้เป็นประโยชน์ ในแนวทางปฏิบัติ ในชีวิตประจำวัน กิจกรรมที่นำมาจัดใน การทำกลุ่มได้แก่อาชีพ สุขภาพ อนามัย

4) การติดต่อสื่อสาร และสนทนากับผู้ป่วยเป็นรายกรณี เมื่อพยาบาลเห็นว่า เหมาะสม หรือเมื่อผู้ป่วยต้องการ

2. แนวคิดเกี่ยวกับกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

กลุ่มช่วยเหลือตนเอง เป็นรูปแบบหนึ่งของแรงสนับสนุนทางสังคมที่ได้ถูกนำมาใช้ใน ระบบให้บริการสุขภาพอนามัยกันอย่างกว้างขวาง เนื่องจากเป้าหมายของการให้การดูแล สุขภาพอนามัยของประชาชนในปัจจุบันได้เน้นที่ความสำคัญของบุคคลทั้งคน ซึ่งมีความเชื่อว่า บุคคลมีศักยภาพและความสามารถในการดูแลและพัฒนาตนเองได้ และการได้มีส่วนร่วมในการ ดูแลสุขภาพของตนเองก็เป็นสิ่งที่บุคคลปรารถนา อย่างไรก็ตาม ในภาวะวิกฤตของชีวิต เช่น การสูญเสียคนรัก การเจ็บป่วย หรือเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดภาวะเครียดอย่างรุนแรง บุคคลย่อม ต้องการแรงสนับสนุนทางสังคมเข้ามาช่วยเป็นเกราะกำบังให้สามารถเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ เหล่านั้นได้ จากงานวิจัยที่ผ่านมามากมายได้สนับสนุนว่าแรงสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอจะ ช่วยป้องกันการเกิดพยาธิสภาพต่าง ๆ จากภาวะวิกฤต และช่วยให้ผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในแผน การรักษาได้อย่างเหมาะสม (Steiger & Lipson, 1985:256-275) ดังนั้น การนำกลุ่มช่วยเหลือ ตนเองมาใช้จึงไม่ใช่ปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นใหม่ในสังคม หากแต่เป็นสิ่งที่มียู่แล้วในธรรมชาติ ของมนุษย์ที่มีพื้นฐานของการอยู่ร่วมกันเป็นกลุ่มเพื่อช่วยเหลือพึ่งพาซึ่งกันและกัน มีการ แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและความรู้สึกซึ่งกันและกันเพื่อให้เกิดความมั่นคง เป็นที่ยอมรับของ สังคมอันจะส่งผลให้การมีชีวิตรอยู่ นั้นมีความหมายและมีความสุขมากยิ่งขึ้น โดยนักวิชาการ ทั้งหลาย นักจิตวิทยาและผู้สนใจในเรื่องของ "กลุ่ม" ได้ให้ความหมายของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง แตกต่างกันไป เช่น

Richardson และ Goodman ได้ให้นิยามกว้าง ๆ ง่าย ๆ เกี่ยวกับกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ว่า หมายถึง กลุ่มคนที่คิดว่าตนเองมีปัญหา และมาร่วมกันเพื่อจะจัดการอย่างใดอย่างหนึ่ง เกี่ยวกับปัญหานั้น (Richardson & Goodman , 1985)

Cole กล่าวว่า กลุ่มช่วยเหลือตนเองเป็นกลุ่มที่เกิดจากการรวมตัวของบุคคลที่มีปัญหา ทางด้านจิต ภาย และความพิการเหมือนกัน สมาชิกจะพบปะกันตามสถานที่ชุมชนต่าง ๆ เพื่อ พูดถึงปัญหาและประสบการณ์ของความเจ็บป่วย สมาชิกแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ให้ความ ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน สมาชิกที่เข้าร่วมกลุ่มมักอยากจะทำปัญหา หรือไม่ก็พบเพื่อนใหม่ ๆ โดย ทั่วไปแล้ว บุคคลที่เข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง มักจะพอใจกับความช่วยเหลือมากกว่าคนที่ ไม่ได้ร่วมกลุ่ม (Cole, 1983)

Paskert และ Madara กล่าวว่า กลุ่มช่วยเหลือตนเอง เป็นกลุ่มที่เกิดจากการรวมตัวของบุคคลที่มีลักษณะอย่างเดียวกัน ด้วยความสมัครใจเพื่อให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน (Paskert & Madara, 1985 : 25)

Steiger และ Lipson เสนอว่าเป็นการรวมตัวโดยสมัครใจของผู้ที่มีประสบการณ์คล้าย ๆ กัน เพื่อให้ความช่วยเหลือสนับสนุนโดยวิธีแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกันอย่างสม่ำเสมอ อันจะส่งผลให้สมาชิกในกลุ่มได้รับประโยชน์สูงสุด(Steiger & Lipson , 1985: 256)

Resnick ให้ความหมายของกลุ่มช่วยเหลือตนเองว่า เป็นกลุ่มของบุคคลที่มีปัญหาคล้ายคลึงกันมารวมกันด้วยความสมัครใจ และใช้ประสบการณ์ต่าง ๆ ที่ผ่านมาช่วยแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นร่วมกัน โดยเฉพาะบุคคลที่สามารถแก้ปัญหาผ่านพ้นมาได้แล้วจะช่วยแก้ปัญหา ให้กับสมาชิกคนอื่น ๆ (Resnick, 1986 : 516)

Marram, Adams, Gussow และ Tracy ได้ให้ความหมายของกลุ่มช่วยเหลือตนเองไว้ว่า คือการที่บุคคลที่มีปัญหาคคล้ายคลึงกัน หรือเหมือนกันในรูปแบบต่างกัน ตามวัตถุประสงค์เฉพาะที่สมาชิกกลุ่มร่วมกันกำหนดขึ้น เช่น กลุ่มผู้ติดยาเสพติด มารวมกลุ่มกันหาวิธีเลิกยา กลุ่มคนช้วนมารวมกลุ่มกัน เพื่อหาวิธีลดความช้วน(Marram, 1973 : Adams, Gussow & Tracy, 1978)

โดยสรุป อาจกล่าวได้ว่ากลุ่มช่วยเหลือตนเอง เป็นกลุ่มที่ก่อตั้งขึ้นโดยสมาชิก กำหนดวัตถุประสงค์โดยสมาชิกในกลุ่ม เพื่อแสวงหาแนวทางแก้ไขปัญหาโดยสมาชิก และเพื่อสมาชิกที่มีปัญหาได้เลือกวิธีการที่เหมาะสมสำหรับตนเองไปใช้ กระบวนการกลุ่มเกิดจากปฏิสัมพันธ์ของสมาชิกภายในกลุ่มเป็นแบบไม่หยุดนิ่งมีปฏิสัมพันธ์ตลอดเวลา กระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเองก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ สติปัญญา และพฤติกรรมที่เหมาะสม

2.1 รูปแบบการดำเนินการกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ซึ่ง เกสรี เลิศประไพ (2539) สรุปไว้ดังนี้

รูปแบบการดำเนินการกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ยึดตามแนวความคิดที่ว่า บุคคลที่ประสบความล้มเหลวในการจัดการกับปัญหา ความเครียด หรือภาวะวิกฤตมาแล้ว จะเป็นแบบอย่างที่ดีแก่บุคคลอื่นที่มีลักษณะปัญหาประเภทเดียวกัน อยู่ในสภาพแวดล้อม หรือสังคมที่ไม่แตกต่างกันนัก

รูปแบบการดำเนินการกลุ่มช่วยเหลือตนเองนี้ สมาชิกที่อยู่ภายใต้เงื่อนไขที่คล้ายคลึงกัน จะมีความรู้สึกผูกพันใกล้ชิดสนิทสนมกัน สมาชิกทุกคนมีบทบาทเป็นผู้ให้และผู้รับการช่วยเหลือ กระบวนการกลุ่มจะเป็นแบบไม่หยุดนิ่ง และมีปฏิภักิริยาสัมพันธ์กันตลอดเวลา นักการศึกษาบางท่านจึงเรียกการมีปฏิภักิริยาสัมพันธ์ลักษณะนี้ว่า ปฏิภักิริยาสัมพันธ์แบบเพื่อน (Peer Relationship)

2.2 วัตถุประสงค์ของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

ในการตั้งกลุ่มช่วยเหลือตนเองนั้น แต่ละกลุ่มต่างมีวัตถุประสงค์เฉพาะซึ่งสามารถประมวลถึงวัตถุประสงค์ของการตั้งกลุ่มช่วยเหลือตนเองไว้ดังนี้ (เกสรี เลิศประไพ, 2539)

- 1) ลดระดับอารมณ์ ความรู้สึกต่าง ๆ ที่ก่อความวิตกกังวล เช่น ความกลัว ความวิตกกังวล ความเครียด
- 2) ให้กำลังใจกันเพื่อให้สมาชิกยอมรับความจริง ถ้าเผชิญหน้ากับอุปสรรคหรือปัญหาที่เกิดขึ้น กลุ่มช่วยเหลือตนเองนี้จะทำให้สมาชิกรู้สึกว่า มิใช่มีแต่เพียงคนเดียวเท่านั้นที่มีปัญหา คนอื่น ๆ ก็มีปัญหาเหมือนกัน หรืออาจมากกว่า
- 3) ช่วยให้สมาชิกปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ หรือสิ่งแวดล้อมได้ เช่น ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยปรับตัวให้ได้กับการถ่ายอุจจาระทางหน้าท้อง
- 4) สร้างความรู้สึกถึงคุณค่าของตนเองในสังคม ด้วยการมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาของสมาชิกในกลุ่ม เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือผู้อื่นโดยมิใช่เป็นเพียงผู้รับฝ่ายเดียว
- 5) ควบคุมพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ โดยการกระตุ้นหรือจูงใจให้สมาชิกสะกดกลั้นหรือระงับยับยั้งอารมณ์ ความต้องการที่เกินพอดี หรือไม่เหมาะสม เช่น กลุ่มผู้ติดสุรา กลุ่มลดความอ้วน

2.3 ประเภทของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

Paskert และ Madara ได้แบ่งกลุ่มช่วยเหลือตนเองออกเป็น 4 ประเภท ดังนี้

- 1) กลุ่มที่เน้นปัญหาทางกาย และทางจิตสำหรับช่วยเหลือผู้ป่วย พ่อแม่ และครอบครัว ในการเผชิญโรค ตลอดจนความพิการที่เกิดขึ้น (Paskert & Madara , 1985 : 25-28)
- 2) กลุ่มที่เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ได้แก่ กลุ่มนิรนามต่าง ๆ (Anonymous)
- 3) กลุ่มที่เน้นการสนับสนุนช่วยเหลือบุคคล ให้เผชิญกับการเปลี่ยนแปลงในชีวิต ให้สามารถเผชิญกับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ เช่น กลุ่มผู้หย่าร้าง
- 4) กลุ่มสนับสนุนประชาชนให้ได้รับประโยชน์ เช่น กลุ่มสิทธิสตรี กลุ่มผู้สูงอายุ เป็นต้น Levy กล่าวว่ากลุ่มช่วยเหลือตนเองมี 4 ประเภทได้แก่ กลุ่มควบคุม หรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นปัญหา เช่น กลุ่มติดยาเสพติด กลุ่มติดสุรา กลุ่มโรคอ้วน เป็นต้น และกลุ่มที่แสวงหาความช่วยเหลือในการปรับตัวต่อปัญหา ที่ก่อให้เกิดความเครียดต่าง ๆ เช่น กลุ่มร้างคู่สมรส (Parent Without Partner) กลุ่มผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ (Manded Heart) กลุ่มผู้ป่วยหลังผ่าตัดเต้านม (Mastectomy Inc.) กลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจ (Stroke Club) กลุ่มผู้ป่วยหลังการผ่าตัดกล่องเสียง (Laryngectomy Club) นอกจากนี้ยังมีกลุ่มเพิ่มความมีคุณค่าในตนเอง เช่น กลุ่มรักร่วมเพศ กลุ่มสตรี กลุ่มคนต่างชาติ (Racial-ethnic) รวมถึงกลุ่มส่งเสริมความสำเร็จใน

ชีวิตตามแนว เกสตัลท์ (Gestalt) และมีความไวในการรับรู้ เช่น กลุ่มเผชิญหน้า (Encounter Group) เป็นต้น (Levy, 1977 cited in Ross&Mico, 1980 : 80 - 85)

อย่างไรก็ตาม หากแบ่งกลุ่มช่วยเหลือตนเองออกตามโครงสร้าง จะแบ่งได้เป็น 2 ประเภท ดังนี้ (Resnick, 1986:515-525)

1) กลุ่มช่วยเหลือตนเองที่เป็นทางการ โครงสร้างของกลุ่มชัดเจนมาก มีนโยบาย และวิธีดำเนินงาน มีการตั้งชื่อกลุ่มที่เข้าใจง่าย มีเจ้าหน้าที่ประจำและมีคณะกรรมการบริหารกลุ่ม ตัวอย่างได้แก่ กลุ่มผู้พักฟื้น (Recovery inc.) กลุ่มผู้ติดยานอนหลับ (Narcotics Anonymous) กลุ่มติดสุรา (Alcoholic Anonymous) เป็นต้น

องค์ประกอบพื้นฐานของกลุ่มที่เป็นทางการ มีดังนี้ (Newton, 1984:29)

1.1) ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ชื่อกลุ่ม ที่ตั้งหมายเลขโทรศัพท์ และชื่อผู้ที่ติดต่อได้
เกณฑ์การเข้าเป็นสมาชิก ข้อตกลงในการเข้าร่วมกิจกรรม รายละเอียดของสถานที่ประชุม เวลา จำนวนครั้งของการประชุม เป็นต้น

1.2) เป้าหมายของกลุ่ม

1.3) เลขประจำตัวของสมาชิก ชื่อ ที่อยู่

1.4) ผู้นำกลุ่ม เกณฑ์ในการเป็นผู้นำกลุ่ม

1.5) การจัดการกิจกรรมจะจัดเฉพาะสมาชิกหรือรวมถึงผู้เกี่ยวข้องด้วย เสียค่าใช้จ่ายหรือไม่ มีการกำหนดวาระในการประชุมล่วงหน้าไหม

1.6) ประโยชน์ที่ได้รับจากกลุ่ม

1.7) บุคคลที่เป็นอุปสรรคต่อกลุ่ม

1.8) ปัญหาที่เกิดขึ้นในกลุ่ม เช่น การหาสมาชิก การขาดการสนับสนุน ผู้นำกลุ่มขาดทักษะ สมาชิกมาประชุมไม่ได้ ขาดทุนทรัพย์

1.9) แนวทางในการป้องกันปัญหาที่จะเกิดขึ้น

1.10) แนวทางในการประเมินผลกลุ่มและวิธีการนำเสนอข้อมูล

2) กลุ่มช่วยเหลือตนเองที่ไม่เป็นทางการ เป็นกลุ่มที่มารวมตัวกันทางสังคม เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ส่วนบุคคล ดังนั้น สมาชิกอาจไม่ได้มาพบกันโดยตรงจึงอาจติดต่อกันทางจดหมาย หรือทางโทรศัพท์ บางกลุ่มมีการจัดโปรแกรมต่าง ๆ ขึ้นเพื่อช่วยให้บุคคลเหล่านั้นสามารถเผชิญความเจ็บป่วย ขจัดภาวะเครียด หรือความกลัวต่อสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ตัวอย่างกลุ่มประเภทนี้ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยหลังผ่าตัดเต้านมที่จัดขึ้นเป็นครั้งคราว

2.4 ลักษณะของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

กลุ่มช่วยเหลือตนเองในภาษาอังกฤษได้เรียกกันหลายๆ แบบ เช่น Self-help group (Marram, 1973), Mutual-aid group (Kurtz, 1988), Support group (Rose, Finestone & Bass, 1985) เป็นต้น ถูกตั้งขึ้นด้วยแรงสนับสนุนจากสมาชิกด้วยตนเอง หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มนั้น ๆ เช่น โรงพยาบาล โรงเรียน โดยมีเป้าหมายกว้าง ๆ คือให้ความรู้และเพิ่มสัมพันธภาพแก่สมาชิก อีกทั้งส่งเสริมการปรับตัว การแก้ปัญหา และการเรียนรู้ที่จะเปลี่ยนแปลงกระบวนการต่าง ๆ เพื่อให้มีสุขภาพดี (ดุรณี ชุณหะวัณ, ใน สมจิต หนูเจริญกุล, บรรณาธิการ 2536:267) อย่างไรก็ตาม การนำกลุ่มช่วยเหลือตนเองมาใช้ในระบบบริการสุขภาพก็เพื่อช่วยเหลือในการรักษาเท่านั้น มิได้ใช้รักษาผู้ป่วยโดยตรงเหมือนกลุ่มบำบัดอื่น ๆ (Therapy Group) จึงทำให้กลุ่มช่วยเหลือตนเองแตกต่างไปจากกลุ่มบำบัดดังนี้

1) ลักษณะของกลุ่มเป็นกลุ่มเปิด คือ สมาชิก เข้า-ออก ในกลุ่มช่วยเหลือตนเองได้ตลอดเวลาและไม่จำกัดขนาดของกลุ่ม แต่สำหรับกลุ่มบำบัด สมาชิกในกลุ่มเป็นกลุ่มปิด คือไม่มีผู้อื่นที่ไม่ใช่สมาชิกคนเดิมเข้ากลุ่ม (Riordan & Beggs, 1988:25)

2) จำนวนครั้งของการมีกิจกรรมในกลุ่มจะขึ้นอยู่กับความต้องการของสมาชิก ซึ่งไม่สามารถกำหนดแน่นอน แต่จากการศึกษาของนักการศึกษาหลายท่าน กิจกรรมในกลุ่มมีประมาณ 3-6 ครั้ง (ดุรณี ชุณหะวัณ, 2540 : นันทา เกียรติกิ่งวาฬไกล, 2540 : วิมลพรรณ นิธิพงศ์, 2534 : อภาพร เผ่าวัฒนา, 2537) ถ้าเป็นกลุ่มบำบัดแล้ว กิจกรรมในกลุ่มควรมีประมาณ 10 - 20 ครั้ง (Riordan & Beggs, 1988:25)

3) เวลาที่ใช้ในการเข้ากลุ่มแต่ละครั้งจะขึ้นอยู่กับความต้องการของสมาชิกในขณะที่กลุ่มบำบัด นิยมใช้เวลาในการเข้ากลุ่ม 1 - 2 ชั่วโมง (Riordan & Beggs, 1988 : 25)

4) กิจกรรมในกลุ่ม จะเน้นที่การกระตุ้นให้สมาชิกค้นพบปัญหาของตนเองและช่วยกันหาทางแก้ไขปัญหานั้น ตลอดจนเน้นการสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) ให้กับสมาชิก (Reissman, 1985:2) สำหรับกลุ่มบำบัด กิจกรรมจะมุ่งแก้ไขปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Reissman, 1976:41)

5) ประเด็นหลักและจุดเน้นของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง อยู่ที่การให้คำแนะนำ (Guidance) ซึ่งจะเป็นความรู้ที่ช่วยให้เกิดการแก้ปัญหา แต่สำหรับกลุ่มบำบัดแล้วมีหลายประเด็นแตกต่างกันไป และจุดเน้นจะอยู่ที่การให้คำปรึกษา และการบำบัด เช่น การวิเคราะห์ตนเอง การสะท้อนกลับ เป็นต้น (Riordan & Beggs, 1988)

6) กลุ่มช่วยเหลือตนเองจะไม่เสียค่าใช้จ่าย ซึ่งตรงกันข้ามกับกลุ่มบำบัด (Reissman, 1976:44; Riordan & Beggs, 1988:25)

จะเห็นได้ว่า กลุ่มช่วยเหลือตนเองกับกลุ่มบำบัดมีความแตกต่างอย่างเด่นชัด จึงเป็นหน้าที่ของผู้รับบริการ และผู้ที่สนใจจะจัดตั้งกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ที่จะต้องตระหนักและคำนึงถึง เพื่อให้ได้ประโยชน์ตรงตามวัตถุประสงค์มากที่สุด และถ้าจะกล่าวถึงกลุ่มช่วยเหลือตนเองที่เกิดขึ้นแล้วในปัจจุบัน ก็สามารถสรุปได้ดังนี้

กลุ่มผู้ติดสุรา (Alcoholic Anonymous) เป็นกลุ่มช่วยเหลือตนเองด้านสุขภาพกลุ่มแรก ตั้งขึ้นในปี ค.ศ.1935 ต่อมาจึงมีกลุ่มอื่น ๆ เกิดขึ้น เช่น กลุ่มรักร่วมเพศ (Gay Alliance Activity) ตั้งขึ้นในปี ค.ศ.1969 มีเป้าหมายเพื่อพิทักษ์สิทธิของบุคคลรักร่วมเพศ นอกจากนี้ ปี ค.ศ.1971 มีกลุ่มบิดามารดาเกิดขึ้น (Parents Anonymous) เพื่อช่วยเหลือผู้ปกครองที่มีปัญหาในการเลี้ยงดูบุตร

ปัจจุบัน กลุ่มช่วยเหลือตนเองได้แพร่หลายมากขึ้น กล่าวกันว่าชาวอเมริกัน 14 - 16 ล้านคนเป็นสมาชิกของกลุ่มประเภทนี้ และมีการทำนายว่าในอนาคตอันใกล้สมาชิกของกลุ่มจะเพิ่มเป็น 2 เท่า (Alley, 1990:1383) โดยจะมีกลุ่มประเภทนี้เกิดขึ้นสำหรับทุกภาวะวิกฤตในชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ กลุ่มช่วยเหลือตนเองที่เพิ่มขึ้นในปัจจุบัน ได้แก่ กลุ่มเด็กพิการ กลุ่มผู้สูญเสียบุตร กลุ่มผู้หย่าร้าง กลุ่มผู้ตกงาน กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังต่าง ๆ กลุ่มผู้มีอาการทางจิต กลุ่มผู้มีความพิการหลังผ่าตัด เช่น พวก Ostomy ทั้งหลาย นอกจากนี้ยังมีการเคลื่อนไหวอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มช่วยเหลือตนเองในการดูแลสุขภาพอื่น ๆ เช่น การจัดโปรแกรมต่าง ๆ เพื่อดูแลตนเองโดยมีอาสาสมัครที่เป็นสมาชิกของกลุ่มหลังผ่าตัดหัวใจซึ่งหายดีแล้วไปเยี่ยมให้กำลังใจ ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการผ่าตัดและการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยในโรงพยาบาล เป็นต้น (Robinson, 1985:109 ; Resnick 1986:516)

2.5 ทฤษฎีพื้นฐานในการดำเนินกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

กิจกรรมในกลุ่มช่วยเหลือตนเองนี้ ได้แนวคิดผสมผสานของทฤษฎีต่าง ๆ มาประยุกต์รวมกัน เพื่อให้เกิดประโยชน์แก่สมาชิกกลุ่ม และเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ดี นอกจากนี้ยังช่วยให้ผู้นำกลุ่มสามารถปรับเปลี่ยนวิธีการ เป้าประสงค์ให้เหมาะสมและสอดคล้องกับสมาชิกแต่ละคนได้ แนวคิดทฤษฎีพื้นฐานต่าง ๆ มีดังนี้ (Marram, 1973:81-111)

1) ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic Theory) ทฤษฎีนี้เน้นว่า

- พฤติกรรมกลุ่มจะเกิดขึ้นได้จากแรงผลักดันของจิตไร้สำนึก ซึ่งเป็นธรรมชาติบุคคลจะนำเอาความคิดของตนซึ่งมีอยู่ในจิตไร้สำนึกมาแสดงออกในกลุ่ม เพื่อปกป้องตัวเองหรือเพื่อทำให้สมาชิกกลุ่มคล้อยตาม ผู้นำกลุ่มจำเป็นจะต้องทราบและแก้ไขสถานการณ์ เนื่องจากบรรยากาศของกลุ่มช่วยเหลือตนเองนั้นจะต้องปราศจากการนำความคิดใด ๆ แต่คงไว้ซึ่งการแลกเปลี่ยนข้อมูล ประสบการณ์ เพื่อให้สมาชิกนำไปประเมินและตัดสินใจเอง

- บุคคลจะนำเอาประสบการณ์ของตน ที่มีในอดีต มาแสดงออกในปัจจุบัน ในสถานการณ์ที่คล้าย ๆ กันในกลุ่ม ผู้นำกลุ่มจะต้องคอยชี้แนะถึงประสบการณ์นั้น และหาทางแก้ไขหากประสบการณ์ดังกล่าวไม่ถูกต้องไม่เหมาะสม เนื่องจากประสบการณ์ที่ผิดอาจ ุงใจให้สมาชิกในกลุ่มปฏิบัติตามอย่างผิด ๆ ได้

- พฤติกรรมของบุคคล อาจมาจากสัญชาตญาณของความรักและความเกลียด ในการดำเนินกิจกรรมภายในกลุ่มนั้น สมาชิกบางท่านอาจแสดงพฤติกรรมต่อต้านกลุ่ม ปฏิเสธ กลุ่ม ทั้งนี้สืบเนื่องจากสัญชาตญาณของการทำลาย พฤติกรรมดังกล่าวเป็นเหตุให้กลุ่มช่วยเหลือ ตนเองมีการพัฒนาไปในทางที่ไม่ดี ไม่บรรลุเป้าหมาย ดังนั้นผู้นำกลุ่มจะต้องใช้เทคนิค ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของสมาชิกท่านนั้น ให้เป็นไปในทางสร้างสรรค์ เพื่อประคับประคองกลุ่ม ให้ดำเนินต่อไป

- บุคคลจะแสดงพฤติกรรมตามแรงขับของสัญชาตญาณพื้นฐานคือ อิด และ พัฒนาพฤติกรรมให้มีเหตุผลด้วยอีโก้ เพื่อความถูกต้องทางมโนธรรมตามซูเปอร์อีโก้ ซึ่งเป็น โครงสร้างทางจิตใจ แนวคิดนี้ผู้นำกลุ่ม จะต้องทำหน้าที่คล้ายอีโก้ในการรักษาภาวะสมดุลของ กลุ่ม ช่วยแก้ไขและปรับเปลี่ยนความคิดที่ไร้เหตุผลของสมาชิกกลุ่มให้เป็นความคิดที่มีเหตุผล

2) ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal Theory) ทฤษฎีนี้มีแนวคิดว่า ปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในกลุ่มอาจก่อให้เกิดอารมณ์และพฤติกรรมที่แตกต่างกัน สมาชิก บางรายอาจเกิดความวิตกกังวลมากขึ้นในขณะที่บางรายมีความวิตกกังวลลดลง พฤติกรรมก็ เช่นกัน ผู้นำกลุ่มจึงมีหน้าที่สังเกตและช่วยเหลือแก้ไขให้สมาชิกมีการเปลี่ยนแปลงอารมณ์และ พฤติกรรมไปในทางที่ดี นอกจากนี้ ความวิตกกังวล ยังเป็นตัวทำลายการมีปฏิสัมพันธ์ ดังนั้นผู้นำ กลุ่มต้องประคับประคองให้สมาชิกเกิดความรู้สึกมั่นคง ปลอดภัย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยคลายความ วิตกกังวล ต้องสร้างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองให้เกิดขึ้นในตัวของสมาชิก ด้วยการสนับสนุน การมีปฏิสัมพันธ์ที่มีคุณภาพ

3) ทฤษฎีการติดต่อสื่อสาร (Communication Theory) ทฤษฎีนี้ชี้ให้เห็นว่าบุคคล ต้องมีการสื่อสารทั้งที่เป็นวาจาหรือภาษาท่าทาง (Verbal or Non-Verbal Communication) และการสื่อสารดังกล่าวก็มีหลายระดับซึ่งขอบกพร่องของการติดต่อสื่อสารอยู่ที่การแปล ความหมาย ความไม่ชัดเจนของข่าวสาร และการขาดความรับผิดชอบของผู้ส่งสาร ดังนั้น ในการ ดำเนินกิจกรรมของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ซึ่งเป็นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเจ็บป่วยและ การรักษา จึงจำเป็นต้องมีผู้นำกลุ่มที่มีความสามารถในการช่วยเหลือแก้ไข กรณีที่การสื่อ ความหมายคลุมเครือ หรือประสบการณ์บางประการมีแนวโน้มให้สมาชิกกลุ่มตีความไปในทาง ผิด ๆ ได้ ผู้นำจะต้องช่วยให้สมาชิกกลุ่มมีความเข้าใจในข้อมูลข่าวสารที่ตรงกัน ต้องชี้ให้ "กลุ่ม" เห็นถึงประเด็นที่อาจก่อให้เกิดความเข้าใจผิด และต้องกระตุ้นให้สมาชิกเห็นความสำคัญของการ

พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์กัน ซึ่งเป็นหัวใจของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ทั้งนี้ผู้นำอาจใช้เทคนิคการแสดงออกทางสีหน้า การจัดที่นั่งเป็นวงกลม การนั่งเวียน การสัมผัสและการประสานสายตาเข้าช่วยด้วยก็ได้ เพื่อให้การติดต่อสื่อสารมีคุณค่ามากขึ้น

4) ทฤษฎีพลวัตและกระบวนการกลุ่ม (Group Dynamics and Group Process Theory) แนวคิดทฤษฎีนี้กล่าวว่า กลุ่มจะมีกระแสความเคลื่อนไหวอยู่ตลอดเวลาตามปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นและจะสับสนเมื่อเสร็จสิ้นการทำงาน โดยมีจุดเน้นที่ปัญหาของ "กลุ่ม" มากกว่าปัญหาของแต่ละบุคคล การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในกลุ่มจะแสดงออกในรูปของพัฒนาการซึ่งแบ่งเป็นระยะตามแนวคิดของทิวส์ ได้ดังนี้ (Wilson & Kniesl 1988:808-811)

ระยะที่ 1 ระยะของการมีส่วนร่วม เป็นระยะที่สมาชิกกลุ่มจะเริ่มสร้างความมั่นใจและตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมหรือออกจากกลุ่มดี ถ้าผู้นำกลุ่มสร้างสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกกลุ่มได้ดี สมาชิกจะเกิดความมั่นใจ เชื่อถือไว้วางใจกัน สมาชิกก็จะตัดสินใจเข้าร่วมอยู่ในกลุ่ม

ระยะที่ 2 ระยะของการควบคุม เป็นระยะที่สมาชิกค้นหาถึงบทบาทหน้าที่ของตนและของสมาชิกท่านอื่น ๆ ผู้นำกลุ่มจึงต้องชี้แนะและผลักดันให้สมาชิกมีความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ เพื่อจะได้ดำเนินกิจกรรมกลุ่มต่อไปจนบรรลุผลสำเร็จ

ระยะที่ 3 ระยะของความรู้สึกและมิตรภาพผูกพันกัน ระยะนี้มีความสำคัญมาก อาจให้ผลตรงข้ามก็ได้ ผู้นำกลุ่มต้องเอื้อและสนับสนุนให้สมาชิกสร้างความรู้สึกที่ใกล้ชิดสนิทสนมกัน สร้างความผูกพันทางจิตใจต่อกัน ซึ่งสามารถกระทำได้โดยเปิดโอกาสให้สมาชิกพยายามเปิดเผยตนเองให้มาก และได้ให้ข้อมูลย้อนกลับซึ่งกันและกัน

อย่างไรก็ตามพัฒนาการของกลุ่มจะดีขึ้นหรือไม่ขึ้นกับความร่วมมือในการมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างผู้นำกลุ่มกับสมาชิก ดังนั้น ผู้นำกลุ่มจะต้องมีความรู้ความสามารถที่จะแก้ไขเมื่อมีข้อขัดแย้งเกิดขึ้นใน "กลุ่ม" ควบคู่กับการส่งเสริมสัมพันธภาพที่ใกล้ชิดระหว่างสมาชิกให้ได้

5) ทฤษฎีเอกซิสเทนเชียล และเกสตัลท์ (Existential and Gestalt Theory) ความสำคัญของทฤษฎีนี้อยู่ที่แนวคิดของการตระหนักรู้อารมณ์ที่เกิดขึ้น "ที่นี่และเดี๋ยวนี้" (Here and Now) ของบุคคลซึ่งเป็นคนอิสระที่บุคคลสามารถจะเลือก ที่จะนึกคิดและอิสระที่จะกระทำ กล่าวคือ บุคคลที่ยอมรับตนเองในสภาพปัจจุบันได้ ก็จะมีอิสระตระหนักรู้และเข้าใจตนเองเพื่อคงไว้ซึ่งชีวิตที่มีความหมาย บุคคลเหล่านี้จะพัฒนาตนเองสู่ระดับที่สมบูรณ์ได้ นอกจากนี้ตัวทฤษฎียังเน้นการตระหนักรู้ว่า "อะไร" มากกว่า "ทำไม" เป็นแนวคิดที่ใช้กับทุกสภาพได้ดี เช่น รับรู้ว่า "อะไร" คือ "ปัญหา" มากกว่า "ทำไม" จึงเกิดปัญหา บุคคลนั้นก็จะสามารถแก้ปัญหาได้ ผู้นำกลุ่มจึงต้องโน้มน้าวให้สมาชิกในกลุ่มได้พูดระบายถึงความรู้สึกนึกคิดและประสบการณ์ของตนที่เกิดขึ้น "ขณะนี้" ว่าเป็นอย่างไร ซึ่งจะช่วยให้สมาชิกกลุ่มเข้าใจตัวเองมากขึ้น ขณะเดียวกันผู้นำกลุ่มก็มีหน้าที่กระตุ้นให้สมาชิกประเมินว่า ขณะนี้มีอะไรเกิดขึ้นกับเขา

เขากำลังทำ "อะไร" ในการแก้ปัญหาและเขาเลือกวิธี "อะไร" ทฤษฎีนี้เชื่อว่า เมื่อสมาชิกกลุ่มคำนึงถึง "อะไร" และ "ที่นี่และเดี๋ยวนี้" พร้อมกันไปด้วยแล้ว สมาชิกกลุ่มจะสามารถประสบความสำเร็จในการแก้ปัญหาได้ตามศักยภาพของแต่ละบุคคล

2.6 กลไกการทำงานของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

ถึงแม้ว่ากลุ่มช่วยเหลือตนเองในประเทศไทยยังมีน้อย แต่การแพร่หลายและความเป็นที่นิยมของกลุ่มในต่างประเทศ ก็แสดงให้เห็นถึงประโยชน์อย่างมหาศาลของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง จนนักวิชาการหลายท่าน (Gilbey, 1987:23-24 ; Robinson, 1985:110) ได้พยายามอธิบายถึงกลไกการทำงานของกลุ่มช่วยเหลือตนเองหรือที่เรียกว่า ปัจจัยนำบัด จนสรุปได้ดังนี้

1) ลักษณะของกลุ่ม ประกอบด้วยบุคคลที่มีลักษณะอย่างเดียวกัน มีปัญหาที่คล้ายคลึงกันทำให้ผู้ช่วยเกิดความรู้สึกว่าตนเองไม่ได้แตกต่างจากคนอื่น (Universality) จึงไม่รู้สึกท้อแท้หรือสิ้นหวัง ความรู้สึกที่ว่าตนเองมีความทุกข์อยู่คนเดียวก็จะลดลงและเกิดความรู้สึกใหม่ที่ว่าเราไม่ได้อยู่คนเดียวในโลกนี้ เรายังมีเพื่อนที่มีความทุกข์และมีปัญหาเช่นเดียวกับเรา (Sense of Community) (Adams, 1979:97)

2) การได้เห็นผู้ที่มีปัญหาคล้ายกับตน สามารถเผชิญปัญหาได้ จะเป็นแบบอย่างที่ดีที่ทำให้ตนนึกปฏิบัติตาม เกิดลักษณะของการเลียนแบบพฤติกรรม (Identification) ขึ้นได้ และนำไปสู่ความหวัง (Instillation of Hope) ว่าตนก็น่าที่จะเผชิญปัญหาได้เช่นเดียวกับเขา (Sense of Possibility) (Adams, 1979:96-97)

3) ความช่วยเหลือที่สมาชิกแต่ละคนให้กับกลุ่มจะสะท้อนกลับมาสู่ตนเอง เกิดเป็นลักษณะของผู้ให้และผู้รับความช่วยเหลือซึ่งกันและกันและกันขึ้น (Helper Therapy) (Silverman, 1980 cited in Newton, 1984:28)

4) มิตรภาพที่เกิดจากความรู้สึกว่าเป็นพวกเดียวกัน จะทำให้สมาชิกยอมรับคำแนะนำในการแก้ปัญหาบนพื้นฐานของความเข้าใจ ความเห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกัน โดยคำแนะนำที่ได้มานั้นจะเป็นคำแนะนำง่าย ๆ ที่สามารถปฏิบัติได้จริงซึ่งสมาชิกไม่สามารถหาได้จากคำแนะนำของนักวิชาการทั้งหลาย

5) การพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์อย่างเป็นกันเองกับบุคคลที่มีลักษณะเช่นเดียวกับตน ทำให้สมาชิกได้ระบายความทุกข์ ความกลัว ความกังวล (Cathesis) และได้รับการยอมรับในสิ่งเหล่านี้อย่างจริงใจ จึงทำให้รู้สึกว่าได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนและได้กำลังใจอย่างเต็มที่

6) การได้มีโอกาสช่วยเหลือผู้อื่นให้ได้รับข้อมูล ความรู้ กำลังใจ หรือสิ่งของอื่น ๆ ตลอดจนการมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา และการให้ข้อคิดที่เป็นประโยชน์ต่อเพื่อนสมาชิก จะทำ

ให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Altruism) คุณค่าต่อสังคม และยอมรับสภาพร่างกายที่เจ็บป่วยได้ดีขึ้น (Yalom, 1975:77-103)

7) การเข้ากลุ่มอย่างสม่ำเสมอ จะทำให้สมาชิกรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม ก่อให้เกิดเปิดเผยตนเองมากขึ้น มีความรู้สึกใกล้ชิดผูกพันกันกับเพื่อนสมาชิก (Cohesiveness) เกิดเป็นความช่วยเหลือซึ่งกันและกันอย่างต่อเนื่อง (Yalom, 1975:77-103)

8) การได้รับคำชี้แนะแนวทาง (Guidance) จากผู้นำกลุ่มและสมาชิกในการกระทำบางสิ่งบางอย่าง จะทำให้สมาชิกได้ทราบแนวทางในการแก้ปัญหาเพื่อนำไปทดลองปฏิบัติจนเกิดเป็นทักษะในการแก้ปัญหาขึ้นได้

9) สมาชิกที่เข้ากลุ่ม จะเข้าใจธรรมชาติของชีวิตที่เป็นอยู่ (Existential Factors) เนื่องจากได้พบกับเพื่อนที่มีทั้งประสบผลสำเร็จในการแก้ไขปัญหาและยังไม่สามารถเผชิญกับภาวะเครียดได้สำเร็จ ความจริงที่พบนี้เองจะส่งผลให้สมาชิกประเมินวิธีแก้ไขปัญหานั้นที่ได้รับจากการเข้ากลุ่ม และเลือกใช้ให้เหมาะสมกับตัวเองมากที่สุด

2.7 บทบาทของพยาบาลในกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

ตามแนวคิดของมาแรม (Marram, 1973: 42-45) พยาบาลควรแสดงบทบาทหน้าที่สำคัญอย่างน้อย 2 บทบาทคือ

- 1) เป็นผู้ยืนยันรับรองความสำเร็จของกลุ่มว่าเกิดขึ้นเนื่องจากสมาชิกและกลุ่มเท่านั้น
- 2) เป็นผู้แสวงหาความรู้ หรือแหล่งความรู้ให้แก่กลุ่ม

ความคิดเห็นดังกล่าว สอดคล้องกับสิ่งที่ได้ศึกษาจากตำราและบทความต่าง ๆ ซึ่งประมวลบทบาทของพยาบาลในกลุ่มช่วยเหลือตนเองได้ดังนี้คือ

- 1) เป็นผู้ตรวจสอบ ยืนยัน และแก้ไขข้อมูล เพื่อให้สมาชิกได้รับความรู้ที่ถูกต้อง
- 2) เป็นแหล่งประโยชน์ในการจัดสถานที่ประชุม จัดหาวิทยากร อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น เป็นที่ปรึกษาวิชาการทางกลุ่ม

3) เป็นผู้ประสานสัมพันธ์ให้เกิดขึ้นในกลุ่ม ส่งเสริมบรรยากาศเป็นมิตร และบรรยากาศของการมีส่วนร่วม

- 4) ไม่เป็นผู้ตัดสินใจให้สมาชิกคนใดหรือกลุ่ม
- 5) เป็นผู้นำกลุ่มในระยะเริ่มแรก และเตรียมตัวสมาชิกผู้ที่จะเป็นผู้นำกลุ่มต่อไป
- 6) เป็นผู้กระตุ้นสนับสนุนให้สมาชิกเข้าร่วมประชุม
- 7) เป็นสมาชิกของกลุ่ม

8) ติดตามประเมินผลการปรับตัวและความสามารถในการดูแลตนเองของสมาชิก

2.8 บทบาทของสมาชิกกลุ่มช่วยเหลือตนเอง (เกสรี เลิศประไพ, 2539)

- 1) เป็นทั้งผู้ให้และผู้รับ
- 2) เป็นแบบอย่างของสมาชิกคนอื่น ๆ
- 3) ตัดสินใจเลือกวิธีการจัดการกับปัญหาด้วยตนเอง

2.9 เครื่องบ่งชี้ความสำเร็จของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง (เกสรี เลิศประไพ, 2539)

- 1) การมีส่วนร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็น หรือประสบการณ์
- 2) ความเต็มใจให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน
- 3) ความพึงพอใจของสมาชิก

2.10 จำนวนสมาชิกในกลุ่ม

ยังเป็นที่ถกเถียงกันในเรื่องขนาดของกลุ่มที่เหมาะสม ถ้าจัดเป็นกลุ่มย่อยขนาดเล็ก ๆ ที่มีจำนวนสมาชิกไม่มากนัก (5-7 คน) จะเป็นการเปิดโอกาสให้สมาชิกในกลุ่มมีความสัมพันธ์กัน ได้มากยิ่งขึ้น อย่างไรก็ตามถ้าขนาดของกลุ่มใหญ่ขึ้นจะก่อให้เกิดปัญหาแก่ผู้นำกลุ่มในการสังเกต หรือประเมินผลสมาชิกแต่ละคนได้ไม่ทั่วถึงและถี่ถ้วน ทำให้ความสนใจในการเข้าร่วมกลุ่มของสมาชิกลดลง ขนาดของกลุ่มย่อยจะประกอบด้วยสมาชิกกลุ่มประมาณ 2-15 คน (Sampson & Marthas อ้างใน วิมลพรรณ นิธิพงศ์, 2534)

2.11 อายุและเพศของสมาชิกในกลุ่ม

ไคลน์ (Klein) ได้ให้ความเห็นว่าในการจัดกลุ่มสำหรับที่เป็นผู้ใหญ่ นั้น องค์ประกอบในเรื่องอายุและเพศไม่เป็นอุปสรรคต่อการทำกลุ่ม องค์ประกอบในเรื่องอายุและเพศ จะมีอิทธิพลในการทำกลุ่มในเด็กเท่านั้น (Klein อ้างใน วิมลพรรณ นิธิพงศ์, 2534)

2.12 เวลาและสถานที่สำหรับการทำกลุ่ม

เวลาที่เหมาะสมสำหรับการทำกลุ่มขึ้นอยู่กับจุดมุ่งหมาย ควรที่จะกำหนดวันและเวลานั่นก่อนสำหรับแต่ละกลุ่ม เวลาที่เหมาะสมสำหรับทำกลุ่มเล็ก ๆ คือตอนเช้าหลังจากที่สมาชิกทำกิจกรรมประจำวันเสร็จแล้วและอาจจะจัดกลุ่มสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง ครั้งละประมาณ 1 ชั่วโมงถึง 1 ชั่วโมง 30 นาที (Marram, 1973)

สถานที่ในการทำกลุ่มควรเป็นส่วนตัวหรือเป็นส่วนตัว (Privacy) สถานที่ควรเป็นที่เงียบสงบ ไม่มีเสียงจากภายนอกรบกวนหรือเบี่ยงเบนความสนใจของสมาชิก ในการทำกลุ่มจะต้องจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมที่สุดเพื่อให้เกิดบรรยากาศที่ผ่อนคลายมากที่สุด ไม่ตึงเครียดหรือบีบบังคับ (Marram, 1973)

2.13 การจัดประสบการณ์ภายในกลุ่ม

การจัดดำเนินการในกลุ่มจะต้องมีขั้นตอนดังนี้ (Marram, 1973)

ระยะที่ 1 ระยะเริ่มต้นหรือระยะที่สร้างบรรยากาศให้เกิดสัมพันธภาพ (The Introductory Phase or Initiating Phase) คือระยะที่ผู้นำกลุ่มและสมาชิกในกลุ่มทำความรู้จักคุ้นเคยกัน ผู้นำกลุ่มในการนำกลุ่มครั้งแรกพยายามลควรจะเป็นผู้นำให้ดูเป็นรูปแบบ จะต้องสร้างบรรยากาศให้เป็นกันเอง ให้สมาชิกรู้สึกปลอดภัยในการมีความสัมพันธ์กับบุคคล ส่งเสริมให้สมาชิกได้แสดงความรู้สึก ความคิดเห็นอย่างอิสระ และเปิดเผย (Self disclosure) การที่จะให้ผู้ช่วยจิตเวชแสดงความรู้สึก ความคิดเห็นของตนอย่างเปิดเผย ผู้นำกลุ่มจะต้องสร้างความไว้วางใจ (trust) ให้เกิดในกลุ่มซึ่งจะช่วยให้สัมพันธภาพภายในกลุ่มดำเนินไปด้วยดี และบรรลุถึงจุดมุ่งหมายของกลุ่ม ผู้นำกลุ่มจะต้องอธิบายให้สมาชิกทุกคนเข้าใจจุดมุ่งหมายและกระบวนการของกลุ่ม ทักษะของผู้นำต้องเป็นมิตร เข้าใจและยอมรับในความคิดเห็นหรือพฤติกรรมของสมาชิก ผู้นำกลุ่มจะต้องอธิบายให้ผู้ช่วยเข้าใจถึงผลดีของการที่สมาชิกได้พูดระบายปัญหาของตนเองให้กลุ่มทราบ และผู้นำกลุ่มจะต้องอธิบายให้สมาชิกทุกคนในกลุ่มเข้าใจตรงกันว่า จะไม่นำเอาสิ่งที่เกิดขึ้นในการทำกลุ่มไปพูดเมื่อสิ้นสุดการทำกลุ่มแล้ว นอกจากนี้ผู้นำกลุ่ม จะต้องทำความเข้าใจกับสมาชิกในเรื่องการกำหนดระยะเวลาของการทำกลุ่ม

ระยะที่ 2 ระยะต่อเนื่องหรือระยะที่ช่วยให้สมาชิกเกิดการแก้ไขปัญหา และเกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดี (The Working Phase or Continuing Phase) เป็นระยะหลังจากที่สมาชิกเกิดความไว้วางใจในกลุ่มแล้วมีความเข้าใจจุดมุ่งหมาย และการดำเนินการของกลุ่ม สมาชิกจะเปิดเผยตนเองมากขึ้น ผู้นำกลุ่มจะต้องให้สมาชิกในกลุ่มได้พูดระบายปัญหา แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประสบการณ์ในระหว่างสมาชิกด้วยกัน ด้วยวิธีนี้จะทำให้สมาชิกแต่ละคนรู้สึกในคุณค่าของตนเองมากขึ้น เพื่อให้สามารถเข้าใจปัญหาของตนเองสามารถเลือกวิธีแก้ไขได้ ตลอดจนเมื่อสมาชิกสามารถช่วยเหลือคนอื่นให้เข้าใจในปัญหาบางอย่างได้

ระยะที่ 3 ระยะสิ้นสุดของการทำกลุ่ม (Terminating Phase) เป็นระยะที่ผู้นำกลุ่มจะต้องสรุปประสบการณ์ทั้งหมดในการทำกลุ่ม ผู้นำกลุ่มจะต้องช่วยให้สมาชิกในกลุ่มสามารถประเมินผลการเปลี่ยนแปลงในทางอกงามของตนเอง ภายหลังจากการทำกลุ่ม และช่วยให้สมาชิกรู้สึกว่าตนเองสามารถเผชิญกับปัญหาด้วยตนเองได้ต่อไป เมื่อสิ้นสุดการทำกลุ่มในระยะนี้ อาจทำให้สมาชิกบางคนรู้สึกว่าตนเองจะต้องเผชิญกับปัญหาโดยลำพังผู้เดียว ซึ่งผู้นำกลุ่มจำเป็นต้องอธิบายชี้แจงถึงจุดมุ่งหมาย และระยะเวลาของการทำกลุ่มซึ่งได้เคยอธิบายและทำความเข้าใจร่วมกันแล้ว ตั้งแต่ระยะแรกของการทำกลุ่ม ทั้งนี้เพื่อไม่ให้ผู้ช่วยเกิดความวิตกกังวลหรือความกลัวดังกล่าวมาแล้ว

หลังจากสิ้นสุดการทำกลุ่มแล้วผู้นำกลุ่มควรมันที่กรายงานถึงประสบการณ์ที่เกิดขึ้นในกลุ่มและประเมินผลการทำกลุ่มในครั้งนี้ด้วย

2.14 ประโยชน์ของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

นักวิชาการหลายท่านได้พยายามอธิบายถึงกลไกการทำงานของกลุ่มที่ทำให้สมาชิกได้รับประโยชน์จากกลุ่มชนิดนี้ ซึ่งอาจสรุปได้ดังนี้ (เกสรี เลิศประไพ, 2539)

1) การที่สมาชิกมีลักษณะอย่างเดียวกัน ทำให้เกิดความรู้สึกเหมือน "อยู่ในเรือลำเดียวกัน" (Being in the same boat) จึงแน่ใจได้ว่า ผู้ที่จะให้ความช่วยเหลือมีความเข้าใจอย่างแท้จริงว่าปัญหาคืออะไร

2) ปัญหาที่มีร่วมกัน ทำให้สมาชิกมีความสนใจหรือความปรารถนาอย่างเดียวกันในการที่จะทำอะไรบางอย่างเกี่ยวกับปัญหานั้น ซึ่งก็คือ การให้ความช่วยเหลือกันเพื่อแก้ปัญหา

3) มิตรภาพที่เกิดจากความรู้สึกว่าเป็นพวกเดียวกัน ทำให้สมาชิกยอมรับซึ่งกันและกัน โดยอยู่บนพื้นฐานของความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจ ยอมรับคำแนะนำในการแก้ปัญหาที่จะให้แก้กันได้ดีขึ้น

4) การได้มีโอกาสให้ความช่วยเหลือคนอื่น จะเป็นเหมือนการได้ทำประสบการณ์นั้น ๆ จนเกิดความชำนาญ และเข้าถึงความสำคัญของสิ่งที่ให้แก้กัน

5) การได้พบเห็นคนอื่นซึ่งเคยประสบปัญหาเดียวกับตนและสามารถผ่านพ้นปัญหานั้นมาได้แล้วจะเป็นแบบอย่าง (role model) ให้ปฏิบัติตามและมีความแน่ใจมากขึ้นว่า ตนก็สามารถผ่านพ้นปัญหานั้นไปได้เช่นกัน

6) การพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน เป็นโอกาสได้ระบายความรู้สึกและได้รับแรงสนับสนุนทางอารมณ์

7) ช่วยให้ผู้สมาชิกเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง สามารถเรียนรู้วิธีการดูแลสุขภาพตนเอง เกิดประโยชน์แก่สมาชิกดังนี้ (รัตนา ทองสวัสดิ์, 2531)

- 7.1) เป็นการส่งเสริมให้ร่างกายทำหน้าที่ได้ตามปกติและช่วยพ่วงขบวนการชีวิต
- 7.2) ช่วยในการพัฒนาการด้านร่างกายและจิตใจให้เป็นไปตามวุฒิภาวะของบุคคล
- 7.3) ป้องกันควบคุม และรักษาขบวนการของโรค หรือ การบาดเจ็บนั้นๆ
- 7.4) ป้องกันความพิการ หรือ ทดแทนสิ่งที่สูญเสียไป
- 7.5) ช่วยแก้ไขปัญหา หรือ อาการแทรกซ้อนต่างๆ
- 7.6) รู้จักใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ในการดูแลตนเอง และ ช่วยส่งเสริมเศรษฐกิจของผู้ป่วย และประเทศชาติ

2.15 ปัญหาในการจัดกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

กรณี ขุนหวัด (2539) ได้กล่าวถึงปัญหาในกลุ่มช่วยเหลือตนเองที่ทำให้ไม่สามารถดำเนินการบรรลุตามจุดประสงค์ที่กำหนดไว้ ดังนี้

1) ผู้นำกลุ่มขาดทักษะในการรวมสมาชิกกลุ่ม แม้ว่าผู้นำกลุ่มจะเป็นผู้ที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การแก้ปัญหาต่าง ๆ มาแล้ว แต่ไม่สามารถจัดรวมกลุ่มได้ ดังนั้น ในทางปฏิบัติจะต้องเลือกผู้นำกลุ่มอย่างรอบคอบ หรือได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ในวิชาชีพ เช่น พยาบาล แพทย์ นักการศึกษา นักสังคมสงเคราะห์ เพื่อสนับสนุนให้กลุ่มดำเนินไปได้ เมื่อผู้นำกลุ่มมีทักษะแล้ว เจ้าหน้าที่ควรช่วยเหลือเมื่อมีความจำเป็นเท่านั้น

2) สมาชิกมีปัญหาด้านสุขภาพ เช่น ผู้ที่เจ็บป่วย ผู้ที่เดินไม่ได้ ผู้ที่ติดต่อสื่อสารทางภาษาพูดไม่ได้ หรือมีอุปสรรคในการเดินทาง เข้าร่วมกลุ่มไม่ได้ ผู้นำกลุ่มต้องติดตามแก้ไขปัญหาให้สมาชิก เช่น ประสานงานกับเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพหรือกลุ่มที่ปรึกษา

3) ปัญหาเกี่ยวกับสถานที่ในการจัดประชุมกลุ่ม ในบางครั้งการประชุมกลุ่มย่อย ต้องจัดหาสถานที่ที่กว้างขวางพอเหมาะ เงียบและเป็นสัดส่วน ควรอยู่ที่ขึ้นลงได้ง่าย กำหนดสถานที่ประชุมอยู่ในสถานบริการสุขภาพ เจ้าหน้าที่ควรมีส่วนร่วมในการอำนวยความสะดวกในการจัดประชุมแต่ละครั้ง

4) ปัญหาด้านเศรษฐกิจ ปัญหาการจัดกลุ่ม ซึ่งจำเป็นต้องมีค่าใช้จ่ายต่าง ๆ เช่น การจัดทำจดหมายข่าว ค่าโทรศัพท์ ค่าเครื่องดื่ม อาหารในการจัดประชุมอาจได้จากการรับบริจาค หรือจัดหาทุน ซึ่งหากได้รับจากสมาชิกโดยการเอ่ยนอกแล้ว อาจทำให้สมาชิกที่มีฐานะเศรษฐกิจไม่ดี ขาดประชุมได้

5) ปัญหาในการเดินทางมาร่วมประชุม เนื่องจากสมาชิกบางรายอยู่ไกลมาก ไม่สามารถมาเข้าร่วมประชุมได้ทุกครั้ง ผู้นำกลุ่มต้องส่งข่าวสารให้สมาชิกผู้นั้นอย่างสม่ำเสมอ หรือจัดประชุมในวันที่สมาชิกส่วนใหญ่มาพบแพทย์อยู่แล้ว โดยประสานงานกับฝ่ายรักษาพยาบาล ให้นัดผู้ป่วยในวันเดียวกันหรือใกล้กัน

3. แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง

ในปัจจุบันแนวคิดของการประยุกต์การดูแลตนเอง (Self-care) มาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลได้เริ่มขึ้นมา ประกอบกับได้เริ่มเป็นที่สนใจแก่บุคลากรในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และวิชาชีพอื่นที่เกี่ยวข้องด้วย โดยนำการดูแลสุขภาพของตนเองมาเชื่อมโยงกับระบบการบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุข และมุ่งเน้นในการใช้การดูแลสุขภาพตนเองกับบุคคล ครอบครัว และชุมชนมากยิ่งขึ้น วิชาชีพการพยาบาลเป็นวิชาชีพในกลุ่มผู้ให้บริการสาธารณสุข

แก่สังคม จึงควรมีความเข้าใจในแนวคิดการดูแลสุขภาพของตนเอง เพื่อนำมาใช้ในการปฏิบัติ การพยาบาลแก่ผู้ป่วย ประชาชน ครอบครัว และชุมชน ให้มากยิ่งขึ้น

คินไลน์ (Kinlien, 1977) ได้กล่าวว่า อัตมโนมตีในการดูแลตนเอง (Self care concept) มีติดตัวมากับมนุษย์อยู่ก่อนแล้ว การกระทำและการดูแลสุขภาพตนเองนั้น มิได้หมายความว่าถึง ปลดปล่อยทุกคนให้ทำอะไรด้วยตนเองเสมอไป ขึ้นอยู่กับความสามารถของแต่ละบุคคลด้วย โดย อธิบายว่าผู้ใหญ่สามารถดูแลตนเองได้เป็นอย่างดี แต่เด็กเล็กหรือเด็กอ่อน วัยรุ่น ผู้สูงอายุ และ ผู้ป่วย บุคคลเหล่านี้ไม่สามารถดูแลตนเองได้อย่างสมบูรณ์ จึงต้องการความช่วยเหลือในการ ดูแลตนเองเป็นบางส่วน หรือบางคนอาจต้องช่วยทั้งหมดแล้วแต่กรณี

จอห์น (Johns, 1985) กล่าวว่า การที่จะกระตุ้นให้บุคคลมีการดูแลตนเองทางด้าน สุขภาพอนามัยได้นั้นต้องมีองค์ประกอบ 3 ด้าน คือ

- 1) การสอนผู้ป่วยทางด้านสุขภาพอนามัย (Patient education)
- 2) สร้างการยอมรับในผู้ป่วย (Patient compliance)
- 3) ผู้ป่วยต้องมีการช่วยเหลือตนเอง (Self help)

โอเร็ม (Orem, 1991) ได้แบ่งการดูแลตนเองออกเป็น 3 ประเภทคือ การดูแลตนเอง โดยทั่วไป การดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ และการดูแลตนเองตามการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ

ซัลลิแวน (Sullivan, 1953 อ้างใน จินตนา ยูนิพันธ์, 2534) กล่าวว่า การดูแลตนเองคือ ความเอาใจใส่ต่อตนเอง ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ปัจจุบันเป้าหมายสำคัญด้าน สุขภาพอนามัยมุ่งให้คนพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพได้ กระบวนการดูแลตนเองเกิดขึ้นได้จากการ เคารพตนเอง รู้คุณค่าของตน และเชื่อมสัมพันธ์ตนเองกับสิ่งแวดล้อมได้ด้วยดี ส่วนทางด้าน สุขภาพเป็นการสร้างความเชื่อในการดูแลตนเองด้านสุขภาพ สามารถดูแลตนเองจากความ เจ็บป่วยได้อย่างถูกต้องด้วยความอดทน กล้าหาญ (Courage) ผู้ที่ทำหน้าที่ให้บริการด้าน สุขภาพจะต้องสามารถดูแลตนเองได้เสียก่อน จึงจะดูแลผู้อื่นต่อไปได้

ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ (2530) กล่าวถึงแนวคิดของการดูแลสุขภาพตนเองในมิติที่เชื่อมโยง กับระบบบริการสาธารณสุขที่เป็นอยู่ปัจจุบันว่า การดูแลสุขภาพของตนเองหมายถึง แนวทาง การสร้างบริการสาธารณสุขแนวใหม่ ซึ่งมุ่งเสริมสร้างบทบาทของสามัญชนในด้านบริการสุขภาพ และหมายถึงการที่สามัญชนเป็นผู้จัดหาบริการสุขภาพให้กับตนเอง

ขอบเขตของการดูแลสุขภาพของตนเอง

มิติหรือขอบเขตของการดูแลสุขภาพตนเองนั้นมิได้จำกัดอยู่แต่เฉพาะกิจกรรมการดูแลที่ ทำด้วยตนเองอย่างเดียว แต่ครอบคลุมถึงบริการหรือกิจกรรมการดูแลที่ได้รับจากครอบครัว เพื่อนบ้าน กลุ่มอาสาสมัครในชุมชน ในรูปแบบต่าง ๆ เช่นกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่

ช่วยเหลือตนเอง (Self-help group) ของศิริราชพยาบาล อาสาสมัคร หมอพื้นบ้าน กลุ่มแม่บ้านในชุมชน กลุ่มหนุ่มสาว เป็นกลุ่มกิจกรรมการดูแลสุขภาพที่ให้โดยตรง ไม่จำกัดเฉพาะการดูแลสุขภาพร่างกาย หากรวมถึงการดูแลเพื่อระดับประคองทางจิตใจ อารมณ์ และสังคมของบุคคลด้วย (Levin , 1981)

สรุป

การดูแลตนเองถือว่าเป็นเรื่องสำคัญในการรักษาสุขภาพอนามัยของแต่ละบุคคลต้องรับผิดชอบในการดูแลตนเอง ซึ่งต่อเนื่องมาจากปัจจัยทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ การดูแลตนเองจึงถูกทะเลยกแยกกันบ้าง จนกระทั่งเมื่อมีการใช้นโยบาย "สุขภาพดีด้วยหน้า" การดูแลตนเองจึงได้มีการพัฒนากันขึ้นอีก ทั้งในแง่ของผู้ให้บริการ และผู้รับบริการสุขภาพ และได้ถูกนำมาใช้ในแผนพัฒนาประเทศ เพื่อให้ประชาชนรู้จักรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพอนามัยของตนเอง

4. แนวคิดเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเอง

4.1 ความหมายของความสามารถในการดูแลตนเอง

"ความสามารถ" ตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525 ให้ความหมายว่ามีคุณสมบัติเหมาะแก่การจัดทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งได้ คำนี้มาจากภาษาอังกฤษว่า "Ability" มีผู้ให้ความหมายไว้ต่าง ๆ กัน เช่น

Infante (1975) กล่าวว่า ความสามารถเป็นการรู้ว่าจะทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดได้อย่างไร

Quenee (1975) กล่าวว่า ความสามารถหมายถึงงานที่กระทำ เพื่อให้บรรลุถึงมาตรฐานที่ตั้งไว้

Mc Gaghie และคณะ (1978) กล่าวว่า ความสามารถหมายถึงความรู้ที่กว้างขวาง ทักษะและพฤติกรรมที่สังเกตได้

สรุป ความสามารถ หมายถึง พฤติกรรม หรือ การกระทำโดยรู้ว่าจะทำสิ่งหนึ่งสิ่งใด เพื่อให้บรรลุถึงมาตรฐานที่ตั้งไว้

ความสามารถในการดูแลตนเอง หมายถึง การที่บุคคลกระทำพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่ง เพื่อตนเองและลงมือกระทำด้วยตนเอง เพื่อส่งเสริมสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดี ให้สำเร็จตามมาตรฐานที่ตั้งไว้

บุคคลมีความสามารถในการดูแลตนเอง เป็นเป้าหมายสำคัญของนโยบายทางการบริการสาธารณสุข ใช้เวลาส่วนใหญ่ในชีวิตไปในการดูแลตนเอง ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ริเริ่มโดยบุคคลเพื่อดำรงรักษาความมีสุขภาพดีของตนเอง และเป็นกิจกรรมส่วนบุคคลที่ต้องกระทำอย่าง

ต่อเนือง จะเห็นได้ว่าการดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่มีเป้าหมายเพื่อการทำหน้าที่ และการพัฒนาการของบุคคล ดังนั้นก่อนการกระทำการดูแลตนเอง บุคคลต้องมีการกระทำที่เป็นขั้นตอน โดยเสาะหาความรู้ ความหมายของเหตุการณ์ และจึงตัดสินใจที่จะทำการดูแลตนเอง เป็นความจำเป็นที่บุคคลต้องกระทำเพื่อการดำรงและรักษาไว้ซึ่งชีวิต และสุขภาพ ดังนั้น ความสามารถของบุคคลในการดูแลตนเอง จึงเป็นเครื่องบ่งชี้คุณภาพชีวิตของบุคคลนั้น ๆ พยาบาล และบุคลากรในที่สุขภาพจึงจำเป็นต้องช่วยเหลือ และส่งเสริมให้บุคคลมีความสามารถในการดูแลตนเอง

คำว่า "ตนเอง" มีความหมายถึงบุคคลทั้งคน ดังนั้น การดูแลตนเองจึงเน้นที่การดูแลคนทั้งคนด้วย บุคคลแต่ละคนต้องมีความสามารถในการกระทำกิจกรรมการดูแลตนเอง ซึ่งต้องเกี่ยวข้องกับความรู้ความเข้าใจ การสอน การนิเทศจากผู้อื่น และประสบการณ์ในการดูแลตนเอง เมื่อไรบุคคลขาดการดูแลตนเองเนื่องจากประสบกับปัญหาด้านสุขภาพ จึงต้องอาศัยความช่วยเหลือจากพยาบาล (จินตนา ยูนิพันธ์, 2534:22)

การทำกิจกรรมการดูแลตนเองเพื่อให้เกิดความสามารถในการดูแลตนเองนั้น จะพบว่าภารกิจที่จะแยกความสามารถในการดูแลตนเองด้านร่างกาย และด้านจิตใจ ออกจากกันนั้น ทำได้ยากมาก เพราะบุคคลคือหน่วยเดียวแยกจากกันไม่ได้ แต่มีความรับผิดชอบในการดูแลตนเองเพื่อสวัสดิภาพของตนเอง ดังนั้น กิจกรรมการพยาบาลเพื่อส่งเสริมให้บุคคลดูแลตนเองด้านจิตใจ จึงต้องกระทำควบคู่กันกับกิจกรรมการส่งเสริมให้บุคคลดูแลตนเองด้านร่างกายด้วย

ความสามารถในการดูแลตนเองในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้สัมภาษณ์พยาบาลจิตเวช 3 ท่าน ซึ่งมีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยจิตเวช 10 ปีขึ้นไป ในเรื่องปัญหาที่พบบ่อยในผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เพื่อที่จะนำมาสร้างเป็นแบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช ประเด็นสำคัญที่ได้จากการสัมภาษณ์ ส่วนใหญ่มักเป็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย เช่น การรับประทานยา การนอนไม่หลับ การรับประทานอาหารและน้ำ การดูแลความสะอาดร่างกาย การขับถ่าย การรู้จักตนเอง การสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น การเผชิญปัญหา เป็นต้น ซึ่งพยาบาลจิตเวชทั้ง 3 ท่าน ได้จัดหมวดหมู่ของการดูแลตนเอง โดยเลือกปัญหาการดูแลตนเองที่สำคัญที่สุด 2 ประการ คือ การดูแลสุขภาพอนามัยส่วนตน และการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต นอกจากการสัมภาษณ์พยาบาลจิตเวชแล้ว ผู้วิจัยได้ศึกษาเพิ่มประวัติผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาล ก็พบปัญหาเกี่ยวกับการดูแลตนเองเช่นเดียวกันกับที่ได้มาจากการสัมภาษณ์ ซึ่งแนวคิดที่ได้จากการสัมภาษณ์ และจากการศึกษาเพิ่มประวัติผู้ป่วยนี้ สอดคล้องกับแนวคิดของ Hill and Smith (1985) และ จินตนา ยูนิพันธ์ (2534)

ดังนั้น ความสามารถในการดูแลตนเอง ในการวิจัยครั้งนี้จึงประกอบด้วย

1) การดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล

คือ พฤติกรรมหรือกิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อสร้างความแข็งแรงด้านร่างกายเพื่อดำรงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดี (จินตนา ยูนิพันธ์, 2534) ได้แก่การดูแลตนเองในเรื่องต่อไปนี้

1.1) อาหาร ควรดูแลตนเองให้ร่างกายได้รับสารอาหารถูกต้อง ครบถ้วน ตามหลักโภชนาการ และความต้องการของร่างกาย โดยเลือกรับประทานอาหารสด หลีกเลี่ยงอาหารที่มีสารเสพติดทุกชนิด งดอาหารหรือควบคุมอาหารตามความจำเป็นของร่างกาย (อุบล นิวัติชัย, 2527) รับประทานอาหารในปริมาณที่พอเหมาะ น้ำหนักควรอยู่ในเกณฑ์พอดี ไม่อ้วนหรือผอมเกินไป การรับประทานอาหารไม่ถูกสุขลักษณะทำให้ร่างกายขาดอาหาร ส่วนการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ทำให้ร่างกายแข็งแรง ไม่เจ็บป่วย ซึ่งเป็นแนวทางแห่งความสุขอย่างหนึ่ง (เจก ธนะศิริ, 2536 อ่างใน ศรีสุดา แซ่ลิ้ม, 2539)

1.2) น้ำ ควรดูแลตนเองให้ร่างกายได้รับน้ำให้เพียงพอกับหน้าที่ของร่างกายที่ปกติ และคอยปรับตามความเปลี่ยนแปลงทั้งภายในและภายนอก

1.3) อากาศ ควรดูแลตนเองให้ร่างกายได้รับอากาศบริสุทธิ์ให้เพียงพอกับหน้าที่ของร่างกายที่ปกติ และคอยปรับตามความเปลี่ยนแปลงของร่างกายทั้งภายในและภายนอก

1.4) การออกกำลังกาย และการพักผ่อน ควรดูแลตนเองในเรื่องการออกกำลังกาย เพราะการออกกำลังกายเป็นสิ่งจำเป็นต่อสุขภาพ ทำให้ร่างกายสมบูรณ์แข็งแรง เสริมสร้างสมรรถภาพร่างกาย และช่วยส่งเสริมสุขภาพจิต ควรออกกำลังกายอย่างน้อยวันละ 15 นาที (ไชยา มาแจ้ง, 2536)

การออกกำลังกายเป็นการเพิ่มการไหลเวียนของโลหิต ซึ่งส่งผลให้ต่อมไร้ท่อในสมองผลิตสารเอ็นโดर्फินส์ (endorphine) สารนี้มีคุณสมบัติคล้ายมอร์ฟินแต่แรงกว่า 200 เท่า และไม่มีโทษ ดังนั้นผู้ที่ออกกำลังกายอย่างจริงจังและสม่ำเสมอจะเกิดการเสพติด การออกกำลังกายเกิดความปิติสุข คล้ายคนติดมอร์ฟิน และยังพบว่าสารเอ็นโดर्फินส์ ทำให้เซลล์ร่างกายแข็งแรงขึ้น สามารถต้านทานโรคแม้แต่โรคมะเร็งได้ ผู้ที่ออกกำลังกายสม่ำเสมอจะไม่มี ความเครียดของจิตประสาท (เจก ธนะศิริ, 2536 อ่างใน ศรีสุดา แซ่ลิ้ม, 2539)

การพักผ่อน ควรดูแลตนเองในเรื่องการพักผ่อนนอนหลับ เพราะการนอนหลับเป็นความจำเป็นของคน เวลานอนหลับทุกส่วนของร่างกายจะทำงานน้อยลง จึงเป็นการช่วยลดความเครียดไปด้วย ดังนั้นการพักผ่อนนอนหลับ จึงเป็นวิธีธรรมชาติที่สุดในการลดและขจัดความเครียด (วีระ ไชยศรีสุข, 2533) ปกติผู้ใหญ่ควรพักผ่อนนอนหลับ 7 ชั่วโมงต่อวัน (สุทธิชัย ปานปรีชา, 2531)

1.5) การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล ควรดูแลความสะอาดร่างกายของตนเองให้สะอาดเรียบร้อยอยู่เสมอ ในเรื่องการแต่งกายการอาบน้ำ แปรงฟัน ทวีผม สวมใส่เสื้อผ้า ฯลฯ

1.6) การขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ ควรดูแลตนเองในเรื่องการขับถ่าย และการระบายให้เป็นไปตามปกติ

1.7) การปฏิบัติตัวตามแผนการดูแลรักษา

(1) ปฏิบัติตามแผนการรักษาพยาบาล และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ

(2) รับรู้และสนใจดูแลและป้องกันความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของการรักษา หรือจากโรค (Orem, 1991)

4.2 การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต

ความหมายการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต

ได้มีผู้ให้ความหมายของการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตไว้หลายท่าน ดังนี้คือ

รัชนีบุล เศรษฐภูมิรินทร์ (2533) ได้กล่าวว่า การดูแลสุขภาพจิตของตนเองหมายถึง กิจกรรมของบุคคลที่สามารถฝึกปฏิบัติเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตของตนเอง ให้มีบุคลิกภาพผสมผสาน เกิดความสมดุลในการเผชิญชีวิตในสังคม

จินตนา ยูนิพันธุ์ (2534) กล่าวว่า การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต หมายถึง กิจกรรมที่บุคคลริเริ่มกระทำด้วยตนเอง โดยมีเป้าหมายเพื่อการมีสุขภาพจิตที่ดี มีความสุข มีความพึงพอใจ และกระทำอย่างต่อเนื่องเพื่อประคองจิตใจ เพื่อส่งเสริมให้มีพัฒนาการในแต่ละระยะของวงจรชีวิต ทั้งในภาวะปกติและภาวะที่มีปัญหาสุขภาพจิต

Hill และ Smith (1985) ได้กล่าวว่า การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต หมายถึง กิจกรรมที่บุคคลปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ เพื่อส่งเสริมสุขภาพจิต และทำให้มีการพัฒนาบุคลิกภาพอย่างผสมผสาน

ดังนั้นการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตจึงหมายถึง กิจกรรมที่บุคคลกระทำด้วยตนเองเพื่อเป้าหมายของการมีสุขภาพจิตที่ดี มีความสุข มีความพึงพอใจ การกระทำอย่างสม่ำเสมอ ทำให้มีการพัฒนาบุคลิกภาพอย่างสมบูรณ์ เกิดความสมดุลในการเผชิญชีวิตในสังคมและเป็นกิจกรรมที่ฝึกปฏิบัติได้

การพิจารณาความสามารถในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ต้องยึดลักษณะของผู้มีสุขภาพด้านจิตใจดีเป็นสำคัญ เพื่อจะได้พิจารณาว่าการดูแลตนเองในเรื่องใด จึงจะส่งเสริมให้บุคคลอยู่ในภาวะด้านจิตใจดี

บุคคลที่มีสภาพด้านจิตใจดี หรือสุขภาพจิตดีนั้น มีความหมายได้หลายทาง เจอราด (Jourard, 1974 อ้างใน จินตนา ยูนิพันธ์, 2534) คือวิถีทางที่บุคคลกระทำอันเป็นผลมาจากสติปัญญา และการยอมรับนับถือตนเองเพื่อให้ความต้องการของตนได้รับการตอบสนอง และบุคคลนั้นมีพัฒนาการในด้านการรู้ตัว มีสมรรถภาพ และความสามารถที่จะรักได้ การที่บุคคลจะมีบุคลิกภาพที่สมบูรณ์ และมีสุขภาพด้านจิตใจดีได้นั้นเป็นผลมาจากกระบวนการของชีวิตที่ต่อเนื่อง และเกี่ยวข้องกับปัจจัยต่าง ๆ หลายปัจจัย

การเสริมสร้างสุขภาพจิตที่เน้นการดูแลตนเองเป็นบทบาทของพยาบาลจิตเวช ที่สอดคล้องกับแนวโน้มขยายด้านสาธารณสุขที่เน้นให้บุคคลมีความสามารถในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต แม้ว่าบุคคลแต่ละคนจะพัฒนาแบบแผนและวิถีการดูแลตนเองเฉพาะตน แต่ก็ยังมีทักษะบางอย่างที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ที่จะเสริมสร้างสุขภาพจิตของบุคคลที่เน้นการดูแลตนเอง

4.3 องค์ประกอบของพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต

องค์ประกอบของพฤติกรรม的自我ดูแลตนเอง ด้านสุขภาพจิต เป็นทักษะทั่วไปที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต เพื่อเสริมสร้างสุขภาพจิตของบุคคล (จินตนา ยูนิพันธ์, 2534) ฮิลล์ และ สมิธ (Hill & Smith, 1985) กล่าวว่า การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ประกอบด้วย การรู้จักตนเอง การติดต่อสื่อสาร การเตรียมเผชิญภาวะวิกฤตและการสูญเสีย การบริหารเวลา การพัฒนาและดำรงรักษาระบบสนับสนุนทางสังคม และการดูแลตนเองโดยทั่วไป ส่วนรัชนีบุค เศรษฐภูมิรินทร์ (2533) ได้กล่าวถึงการดูแลตนเองว่า ประกอบด้วย การตระหนักในตนเอง การลดความเครียดให้กับตนเอง การตระหนักถึงการมีคุณค่าแห่งตนเอง จินตนา ยูนิพันธ์ (2534) ได้ศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเองและลักษณะของการมีสุขภาพจิตดีของบุคคลจากแนวคิดต่าง ๆ และได้กำหนดพฤติกรรม自我ดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตเป็น 7 ด้าน ประกอบด้วย การพัฒนาการรู้จักตนเอง การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ การเผชิญปัญหา การพัฒนาและดำรงรักษาระบบสนับสนุนทางสังคม การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา และการดูแลตนเองโดยทั่วไป ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกแนวคิด พฤติกรรม自我ดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของจินตนา ยูนิพันธ์ และ Hill & Smith เพราะมีการกำหนดพฤติกรรม自我ดูแลตนเองได้ครอบคลุมเพื่อให้เกิดความสามารถในการดูแลตนเองที่ดี มีรายละเอียดดังนี้

1) การรู้จักตนเอง

การพัฒนาการรู้จักตนเอง (self awareness) คือความพยายามของบุคคลที่จะรับรู้เกี่ยวกับตนเองตรงกับความเป็นจริงตามธรรมชาติที่บุคคลนั้นเป็นอยู่ (ทัศนาศ นุญทอง, 2535) ทั้งด้านพฤติกรรม ความคิด ค่านิยม จุดเด่นจุดด้อย และความรู้สึกสำนึกในคุณค่าของตน

แคมป์เบล (Cambell, 1980 cited in Stuart & Sundeen, 1987) พูดถึงการรู้จักตนเองไว้ 4 ด้าน คือ ด้านจิตใจ ด้านกายภาพ ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านปรัชญา

บุคคลที่มองเห็นตนเองได้ตรงกับความเป็นจริงจะสามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขเพราะเป็นคนเปิดเผยจริงใจ คนอื่นก็สามารถรู้จักบุคคลนั้นตามความเป็นจริง (ทัศนาศูนย์ทอง, 2535) การพัฒนาการรู้จักตนเอง เป็นกระบวนการตลอดชีวิต และสามารถพัฒนาได้ (จินตนา ยูนิพันธ์, 2534)

กิจกรรมที่ส่งเสริมการพัฒนาการรู้จักตนเอง (จินตนา ยูนิพันธ์, 2534 ; Hill & Smith, 1985) สรุปได้ดังนี้

1.1) การทำให้ค่านิยมกระจ่างชัด (Values clarification) เป็นการรู้จักตนเองในด้านความเชื่อ ทัศนคติ และค่านิยมที่ตนนับถืออยู่ ซึ่งมีความสำคัญเพราะสิ่งเหล่านี้เกี่ยวข้องกับและมีผลต่อพฤติกรรมของบุคคล การทำให้ค่านิยมกระจ่าง จะช่วยให้ไม่เกิดปัญหาเมื่อผู้อื่นตัดสินอะไรที่ขัดกับค่านิยมของตน และช่วยหลีกเลี่ยงการตัดสินพฤติกรรมของผู้อื่น โดยยึดเอาค่านิยมของตนเป็นหลักฐาน การพัฒนาการทำให้ค่านิยมกระจ่าง กระทำโดยการจัดลำดับสิ่งสำคัญในชีวิต 10 อย่าง หรือการถามตนเองเกี่ยวกับสิ่งที่สำคัญในชีวิต (Stuart & Sundeen, 1987)

1.2) การรับรู้ความรู้สึก (awareness of feeling) เป็นการรู้จักตนเองเกี่ยวกับความรู้สึกหรือประสบการณ์ที่จัดอันอยู่ในใจการพัฒนาการรับรู้ความรู้สึกของตนเองกระทำโดย การฝึกให้คำพูดแสดงความรู้สึกของตนเองเช่น "ฉันรู้สึกว่าเป็น" แทนคำพูด "ฉันคิดว่า" และ ฝึกบอกความรู้สึกของตนที่มีต่อพฤติกรรมของคนอื่น

1.3) การรับรู้แบบแผนการคิดและการกระทำ (awareness of thought and action patterns) เป็นการรู้จักตนเองในด้านการคิดและการกระทำของตนเองในการดำรงชีวิต มีความสำคัญเพราะบุคคลจะแสดงออกในแบบแผนที่สอดคล้องกับความคิดและความเชื่อเกี่ยวกับตนเอง บุคคลจะประจักษ์ผลสำเร็จหรือล้มเหลวในกิจกรรมใด ขึ้นอยู่กับความเชื่อในความสามารถของตน และความเชื่อในความหมาย และความมีคุณค่าของกิจกรรมนั้นที่มีต่อชีวิตของตน รวมทั้งการทํากิจกรรมในวงจรของความสำเร็จ คือ มีการตั้งเป้าหมาย วางแผนมุ่งมั่นกระทำ และประเมินความสำเร็จ บุคคลที่ประสบผลสำเร็จ จะรู้สึกว่าตนเองควบคุมตนเองได้ มีความสามารถและมีอำนาจในตัวเอง

จากที่กล่าวมา แสดงให้เห็นว่าการรู้จักตนเองเป็นการส่งเสริมสุขภาพจิต ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของบุคคล

2) การติดต่อสื่อสารที่มีคุณภาพ

การสื่อสารเป็นกิจกรรมต่อเนื่องของการถ่ายทอดข้อมูล แลกเปลี่ยนข้อมูลและกระบวนการของข้อมูล การตีความหมายของข้อมูล (Burgess, 1990) และเป็นกระบวนการที่

เกี่ยวข้องกับการปรับตัวและการตัดสินใจระหว่างคน 2 คน หรือมากกว่า ในการที่จะมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันเพื่อแลกเปลี่ยนหรือถ่ายทอดข้อมูลด้านความรู้สึก และความหมายในการดำเนินชีวิต (Hersey & Duldt, 1989)

การสื่อสารเป็นความจำเป็นขั้นพื้นฐานในการดำรงชีวิตของมนุษย์ในสังคม ช่วยสร้างสรรค์และรักษาความสัมพันธ์ของชีวิตในสังคมให้คงอยู่ต่อไป บุคคลจะมีการสื่อสารตลอดเวลาทั้งการสื่อสารกับผู้อื่นและกับตนเอง (วาสนา จันทร์สว่าง, 2531)

การติดต่อสื่อสารที่มีคุณภาพคือ การติดต่อสื่อสารที่ทำให้ผู้ส่งและผู้รับข่าวสาร ได้รับความต้องการของกันและกัน ซึ่งเป็นการสื่อสารที่ประกอบด้วย การเปิดเผยข้อมูลข่าวสาร การมีความรู้สึกร่วมของผู้รับข่าวสาร การสนับสนุนแนวคิดและมีความรู้สึกที่ดีต่อผู้ที่เราสื่อสารด้วย และผู้สื่อสารทั้งสองฝ่ายมีความเท่าเทียมกันในความเป็นมนุษย์ (เรวดี ลือพงศ์ธัญญา, 2536) การสื่อสารเป็นกระบวนการที่ทำให้บุคคลอื่นรับรู้ความต้องการของตนเอง และความสามารถของบุคคลในการรับรู้ความต้องการของผู้อื่น ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต เพราะปัญหาสุขภาพจิตส่วนหนึ่ง มีสาเหตุจากการติดต่อสื่อสารที่ไม่เหมาะสม ต้องเก็บระงับความรู้สึกความคิดนั้นไว้ ทำให้เกิดความคับข้องใจ หรือบางคนอาจใช้กลไกป้องกันทางจิตลักษณะต่าง ๆ เพื่อช่วยผ่อนคลายเป็นความไม่สบายใจ เมื่อใช้มากเกินไปอาจก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตได้ (บุญวดี เพชรรัตน์, 2534)

การพัฒนาการติดต่อสื่อสารที่มีคุณภาพ มี 2 วิธี คือ (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534: Hill & Smith, 1985)

2.1) การวิเคราะห์การแลกเปลี่ยนข่าวสาร (transactional analysis) เป็นการอธิบายถึงบทบาทของภาวะอีโก้ (ego) จากเนื้อหาการสื่อสาร และพฤติกรรมที่แสดงออกในการพูดคุยกันในแต่ละวันว่า ใช้บทบาทใด เป็นเด็ก เป็นผู้ใหญ่ เป็นพ่อแม่ ใช้บทบาทสอดคล้องกันหรือไม่ ซึ่งถ้าบุคคลรู้บทบาทของตนในการติดต่อสัมพันธ์กัน ก็สามารถเรียนรู้และสามารถปรับรูปแบบการติดต่อสื่อสารใหม่ให้เหมาะสมได้

2.2) การฝึกพฤติกรรมการแสดงออกที่เหมาะสม (assertiveness training) เป็นการฝึกเพื่อการแสดงออกถึงความรู้สึกต่าง ๆ ของตนเอง และสามารถเลือกวิธีแสดงออกที่ถูกต้องเหมาะสมทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกมีคุณค่าและเกิดความมั่นใจในตนเอง (Bower & Bower, 1991) และช่วยทำให้เกิดความพึงพอใจในการมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันทั้ง 2 ฝ่าย (รัชณี สุจิตจันทร์, 2531) นอกจากนี้ยังเป็นการรักษาสุขภาพจิตของตนเองที่ดี เพราะเป็นการลดความวิตกกังวลในการสร้างสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่น (รัชนิบูล เศรษฐภูมิรินทร์, 2533)

3) การเผชิญปัญหา

การเผชิญปัญหาเป็นการกระทำใด ๆ ของบุคคลเมื่อเกิดปัญหาในการดำรงชีวิตประจำวันเมื่อเกิดปัญหามุคคจะรู้สึกเครียด เริ่มวิตกกังวล (จินตนา ยูนิพันธ์, 2534) และจะส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจทำให้บุคคลไม่เป็นสุข กังวลใจเป็นทุกข์ ภาวะเครียดที่มากเกินไปจะนำไปสู่ภาวะเหนื่อยหน่ายใจและนำไปสู่ปัญหาทางอารมณ์ได้ (รัชนีบุล เศรษฐภูมิวิรินทร์, 2533) ถ้าแก้ไขปัญหาได้ก็จะเกิดความสุขในความสำเร็จ

แต่ถ้าบุคคลแก้ไขปัญหาไม่ได้จะเกิดภาวะกดดัน รู้สึกถูกคุกคาม เครียด และถ้าไม่สามารถแก้ไขสถานการณ์ในระยะเวลาที่เหมาะสม ก็จะทำให้บุคคลเข้าสู่ภาวะวิกฤต ซึ่งแสดงออกในลักษณะของการเจ็บป่วยทางกาย หรือการเจ็บป่วยทางจิตใจ (Hill & Smith, 1985)

ทักษะในการเผชิญปัญหานั้น เป็นการเตรียมตัวเผชิญกับปัญหาที่เป็นการเปลี่ยนแปลงในชีวิตที่อาจนำไปสู่ภาวะวิกฤต ซึ่งฮิลล์ และ สมิธ (Hill & Smith, 1985) ได้เสนอขั้นตอนไว้สรุปได้ดังนี้

การประเมินสภาพการณ์ เหตุการณ์ ความรู้สึกต่อเหตุการณ์ การปรับตัว แหล่งประโยชน์ ผลกระทบต่อตนเอง

การวินิจฉัยสภาพการณ์ หาสาเหตุว่าทำไมเหตุการณ์นี้จึงมีผลกระทบต่อตนเอง
วิธีการแก้ปัญหา วางแผนและลงมือปฏิบัติสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการแก้ปัญหา
การประเมิน ค้นหาประโยชน์ที่ได้รับจากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนั้น

การสร้างทักษะการเผชิญปัญหานี้จะทำให้บุคคลสามารถวิเคราะห์ และหาวิธีแก้ปัญหาในชีวิตประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ หลุดพ้นจากความกดดัน หรือความทุกข์จากปัญหาและการแก้ปัญหาได้ ทำให้บุคคลรู้สึกถึงคุณค่าและเกิดความผาสุกทางอารมณ์ (D'Zurilla, 1988)

4) การพัฒนาและดำรงรักษาระบบสนับสนุนทางสังคม

การพัฒนาและดำรงรักษาระบบสนับสนุนทางสังคม เป็นปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดหมายระหว่างบุคคล ทำให้เกิดความผูกพันในแง่ดีจากคนหนึ่งไปยังอีกคนหนึ่ง รวมถึงความใกล้ชิด การช่วยเหลือโดยสิ่งของ แรงงาน คำแนะนำ ข้อมูลป้อนกลับและการมีส่วนร่วม (จินตนา ยูนิพันธ์, 2534) แรงสนับสนุนทางสังคมช่วยบรรเทาผลกระทบที่เกิดจากความเครียดโดยประเมินเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นว่าไม่รุนแรง และช่วยลดหรือขจัดปฏิกิริยาที่เกิดจากความเครียด (Cohen & Willis, 1985) และแรงสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอสามารถป้องกันการเกิดพยาธิสภาพต่าง ๆ จากภาวะวิกฤตได้ (จาตุรพรรณ รัศมีเหลืองอ่อน, 2536) ถ้าบุคคลมีแรงสนับสนุนทางสังคมดีก็จะทำให้บุคคลมีสุขภาพจิตดี มีอายุยืนยาว มีอารมณ์มั่นคง

กิจกรรมการพัฒนาและดำรงรักษาระบบสนับสนุนทางสังคม ฮิลล์ และ สมิธ (Hill & Smith, 1985) กล่าวไว้ สรุปได้ดังนี้ คือ การสร้างสัมพันธ์ภาพและรู้จักกันเพื่อนอย่างน้อย 1 คน และการศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนยามฉุกเฉินและศูนย์บริการให้การปรึกษา และแนวด้านสุขภาพจิต นอกจากนี้ จินตนา ยูนิพันธ์ (2534) ยังได้เสนอเพิ่มเติมในเรื่องของการตรวจสอบสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลของตนเองอยู่เสมอ และการตรวจสอบจุดดีหรือข้อจำกัดเกี่ยวกับระบบสนับสนุนทางสังคมของตนเองอย่างสม่ำเสมอด้วย

จากที่กล่าวมา แสดงให้เห็นว่าระบบสนับสนุนทางสังคม มีความจำเป็นในการดำเนินชีวิตและส่งผลให้มีภาวะสุขภาพจิตดี

4.4 ปัจจัยพื้นฐานที่มีผลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง

ความสามารถในการดูแลตนเอง เป็นกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำด้วยตนเอง เพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพของตน การดูแลตนเองนี้เป็นพฤติกรรมที่บุคคลเรียนรู้และตัดสินใจกระทำด้วยสติปัญญา และศักยภาพของตน ภายในขอบเขตทางวัฒนธรรมของตน (Orem, 1985 อ้างใน จินตนา ยูนิพันธ์, 2534) ความสามารถในการดูแลตนเอง จะต้องคำนึงถึงปัจจัยพื้นฐานต่อไปนี้ (จินตนา ยูนิพันธ์, 2534 ; สมจิต หนูเจริญกุล, 2539)

1) เพศ

ในสภาพสังคมแต่ละสังคม บทบาทของเพศหญิง และเพศชายมีความแตกต่างกันในสังคมไทยแม้ว่าในปัจจุบัน ผู้หญิงเริ่มทำงานนอกบ้านมากขึ้น มีบทบาทในสังคมเพิ่มมากขึ้น แต่บทบาทในการทำงานบ้าน ทำหน้าที่ดูแลบ้าน ดูแลบุคคลในครอบครัวก็ยังคงเดิม นอกจากนี้ความแตกต่างกันในด้านบทบาทแล้ว ลักษณะเฉพาะเพศ เช่น เพศหญิงเป็นเพศที่อ่อนไหวง่าย มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยามากกว่าเพศชาย ในแต่ละช่วงอายุนับแต่วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ ตลอดจนวัยเริ่มหมดระดู นอกจากนั้นข้อกำหนดของสังคม เกี่ยวกับพฤติกรรมแสดงออก เช่น การแสดงออกทางอารมณ์ การทำกิจกรรมทางสังคม หรือรูปแบบการพักผ่อนหย่อนใจ สิ่งเหล่านี้ สังคมได้กำหนดปทัสสถานไว้สำหรับเป็นแนวปฏิบัติ สำหรับเพศหญิง และเพศชาย ข้อกำหนดทางสังคมเหล่านี้ เป็นเสมือนขีดจำกัด หรือเหตุส่งเสริมให้บุคคลเพศชาย และเพศหญิง มีกิจกรรมการดูแลตนเอง แตกต่างกัน (จินตนา ยูนิพันธ์, 2534)

2) อายุ

เนื่องจากพฤติกรรมดูแลตนเอง เป็นพฤติกรรมที่ซับซ้อน บุคคลได้มาเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเอง ในการดำรงไว้ซึ่งกระบวนการของชีวิต ส่งเสริมความมั่นคงของโครงสร้าง และหน้าที่ของบุคคล รวมทั้งส่งเสริมให้มีการพัฒนาการของชีวิต และการเป็นดีอยู่ดี ความสามารถในการดูแลตนเอง จึงมีความแตกต่างขึ้นอยู่กับพัฒนาการของมนุษย์ที่

เปลี่ยนไปตามวัย (Orem, 1985) พฤติกรรมการดูแลตนเองก็เช่นเดียวกัน เมื่อบุคคลมีวุฒิภาวะทางกาย และจิตใจสูงขึ้น ซึ่งเป็นไปตามวัย ในขณะที่บุคคลมีพัฒนาการตามวัย บุคคลจะสั่งสมประสบการณ์ชีวิต มีการปรับตัวและแสวงหาวิธีปฏิบัติหรือกิจกรรมใหม่ ๆ เพื่อตอบสนองของความต้องการของตน เพื่อให้ตนเองเกิดความรู้สึกมั่นคง และพึงพอใจ การเรียนรู้เหล่านี้ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ดังนั้น ภูมิหลังเกี่ยวกับอายุ จึงมีส่วนสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง

3) ระดับการศึกษา

ระดับการศึกษาเป็นปัจจัยสำคัญ ที่ส่งเสริมให้บุคคลมีพฤติกรรมอนามัยที่ถูกต้อง เพราะการศึกษาเป็นวิธีการถ่ายทอดความรู้ ทัศนคติ แบบของความประพฤติ และมรดกทางสังคม การศึกษาจะช่วยฝึกฝนแนวปฏิบัติต่าง ๆ เพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ทั้งที่เกี่ยวกับการดำรงชีวิตประจำวัน การทำงาน อาชีพ และการส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งการป้องกันโรค (Cox & Orther, 1987 อ้างใน จินตนา ยูนิพันธ์, 2534)

4) อาชีพ

อาชีพ เป็นตัวแปรหนึ่งที่มีผลกับการดูแลตนเอง เป็นปัจจัยหนึ่งที่กำหนดบทบาทของบุคคล แนวพฤติกรรมหรือกิจกรรมในบุคคลอาชีพหนึ่ง ๆ มีความแตกต่างกันซึ่งอาจเกิดเนื่องจากฐานะทางสังคม ทรัพยากรที่บุคคลมีอยู่ จากการศึกษาของ เฮอร์แมน เวทเช (2533) พบว่าสตรีที่มีอาชีพรับราชการ และรัฐวิสาหกิจ อาชีพแม่บ้านและรับจ้าง เป็นตัวแปรที่สามารถจำแนกความแตกต่างระหว่างกลุ่มสตรีที่ใช้และไม่ใช้บริการการตรวจมะเร็งปากมดลูกระยะแรก โดยที่สตรีที่มีอาชีพรับราชการและรัฐวิสาหกิจจะใช้บริการมาก ส่วนอาชีพรับจ้างและแม่บ้านจะจำแนกในกลุ่มสตรีที่ไม่ใช้ในบริการ

5) ระบบครอบครัว

ระบบครอบครัวจะช่วยในการประเมินคุณภาพของการดูแลตนเองหรือความช่วยเหลือกันระหว่างสมาชิก ในครอบครัว และจะช่วยบ่งชี้ถึงศักยภาพในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช (สมจิต หนูเจริญกุล, 2539) สัมพันธภาพระหว่างบุคคลในครอบครัว ถ้ายิ่งใกล้ชิดกันมากเท่าใด ย่อมเกิดพลังสนับสนุนซึ่งกันและกันมากขึ้น ให้กำลังใจและเสนอแนะซึ่งกันและกัน เป็นผลให้บุคคลในครอบครัวนั้นดูแลตนเองได้ดีขึ้น (จินตนา ยูนิพันธ์, 2534)

6) ประสบการณ์ที่สำคัญในชีวิต

ประสบการณ์ที่สำคัญในชีวิต ได้แก่ เหตุการณ์ที่ผู้ป่วยได้ประสบมาในอดีต ซึ่งอาจมีผลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง เช่น เหตุการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลงในชีวิต ได้แก่ การ

สูญเสียชีวิต การหย่าร้าง การเปลี่ยนงานอาจมีผลต่อระบบการดูแลตนเอง (ลมจิต หนูเจรีญกุล, 2539)

7) สถานภาพสมรส

สถานภาพสมรส เป็นการบ่งบอกถึงลักษณะและความสัมพันธ์ทั้งทางด้านสังคมและจิตใจ ระหว่างบุคคล เมื่อบุคคลวัยผู้ใหญ่มีสถานภาพสมรสโสด การดำรงชีวิตรวมทั้งการทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่ตนเองตัดสินใจเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค รวมทั้งการดูแลตนเอง กระทำได้เป็นอย่างดี เมื่ออยู่ในภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ ส่วนใหญ่กระทำด้วยตนเอง ซึ่งตรงข้ามกับการทำกิจกรรมหรือการตัดสินใจในการดูแลตนเอง ของบุคคลที่มีสถานภาพสมรสคู่ ผู้ที่สมรสแล้ว สมาชิกในครอบครัวจะคอยช่วยเหลือดูแลซึ่งกันและกัน และในสถานการณ์ให้ข้อมูลคำแนะนำ ให้กำลังใจ (จินตนา ภูมิพันธุ์, 2534)

5. แนวคิดเกี่ยวกับกลุ่มช่วยเหลือตนเองในผู้ป่วยจิตเวช

หลักการสำคัญของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง อยู่ที่การกระตุ้นหรือส่งเสริมให้สมาชิกเกิดการเรียนรู้กระบวนการอยู่ร่วมกัน การปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ใหม่ ละทิ้งพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ ตลอดจนเรียนรู้วิธีการให้ความช่วยเหลือแก่บุคคลที่มีปัญหาคล้ายคลึงกัน (Marram, 1973)

ผู้ป่วยจิตเวชเป็นอีกกลุ่มหนึ่งที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้เท่าที่ควร ทั้งในด้านร่างกายและด้านจิตใจ เมื่อผู้ป่วยอาการทางจิตสงบ ออกจากโรงพยาบาลกลับสู่ชุมชน ยังต้องเป็นภาระต่อครอบครัวและสังคม เนื่องจากผู้ป่วยจิตเวชไม่สามารถดูแลตนเองได้ อันเนื่องมาจากความเจ็บป่วยทางจิต การจัดกลุ่มช่วยเหลือตนเองจึงเหมาะที่จะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเวช ดูแลตนเองได้ดีขึ้น เพราะกลุ่มจะช่วยให้สมาชิก เพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง เรียนรู้วิธีดูแลตนเอง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้น สำหรับกลุ่มช่วยเหลือตนเองที่นำมาใช้กับผู้ป่วยจิตเวชก็ยึดหลักการเช่นเดียวกันกับกลุ่มช่วยเหลือตนเองทั่วไป

กลุ่มช่วยเหลือตนเองในผู้ป่วยอารมณ์แปรปรวน (Affective disorder) ซึ่งเป็นผู้ป่วยจิตเวชประเภทหนึ่ง ได้มีการศึกษากลุ่มนี้โดย Kurtz ในปี ค.ศ. 1988 ผลการศึกษาพบว่า ทั้งผู้ป่วยจิตเวช และครอบครัวที่เป็นสมาชิกกลุ่ม ได้รับผลจากกลุ่มอย่างน่าพอใจ เป็นที่น่าสนใจมาก ในการใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเอง ซึ่งได้พัฒนาอย่างรวดเร็ว ในการจัดการดูแลบริการทางสุขภาพ แต่เดิมกลุ่มช่วยเหลือตนเองเน้นที่ผู้ป่วยโรคใดโรคหนึ่ง แต่ในปัจจุบันสามารถใช้กับสมาชิก หรือผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคมากกว่า 1 โรค เช่น ผู้ป่วยที่ติดยา และมีความผิดปกติทางจิต เช่น เป็นโรคจิตเภท เป็นต้น (Chamberlin, 1990) โดยได้มีการใช้ชื่อกลุ่มช่วยเหลือตนเองนี้ว่า "Double Trouble in Recovery" ในการจัดกลุ่มแต่ละครั้ง มีการเตรียมสถานที่ในการ

ประชุมกลุ่มให้สมาชิก รู้สึกปลอดภัย ยอมรับและสามารถอภิปรายปัญหาเกี่ยวกับ การติดยา และความผิดปกติทางจิตของพวกเขา ประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้ากลุ่มนี้คือ การซื้อสัตย์ไว้วางใจ ยอมรับ และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างเพื่อนสมาชิกด้วยกัน เกิดความเข้มแข็ง และมีความหวัง จากการศึกษาความคิดเห็นของสมาชิกกลุ่มซึ่งเป็นผู้ป่วยจิตเวช และมีประวัติการใช้สารเสพติด (Psychiatric and substance use history) พบว่า สมาชิกเห็นด้วยกับการจัดให้มีกลุ่มนี้ขึ้น (Howard S. Vogel : Edward Knight : Alexandre B. Laudet & Stephen Magura, 1998)

จะเห็นได้ว่ากลุ่มช่วยเหลือตนเองมีประโยชน์ต่อทางการแพทย์และสาธารณสุข ผู้ป่วยจิตเวชเกิดความพึงพอใจ และได้รับผลดีจากกระบวนการของกลุ่ม จึงควรให้มีการจัดตั้งกลุ่มช่วยเหลือตนเองในผู้ป่วยจิตเวช ต่อไป

6. แนวคิดเกี่ยวกับ กลุ่มช่วยเหลือตนเองกับความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยจิตเวช

ผู้ป่วยจิตเวช คือผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิต ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ความรับผิดชอบของตน ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เท่าที่ควร เช่นในเรื่องความคิดเห็น การตัดสินใจ การทำงาน กิจวัตรประจำวัน ญาติต้องคอยให้ความช่วยเหลือ

Holmes และ Solomon (1980) กล่าวว่า ผู้ป่วยจิตเวชไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในด้านต่าง ๆ เช่น อาหาร เสื้อผ้าของผู้ป่วย

Davis, A.E. (1974 อ้างใน ปรีดีหทัย แก้วมณีรัตน์, 2534) ได้ศึกษาถึงการกระทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเวช พบว่าการกระทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่ชุมชนยังมีลักษณะของการเป็นผู้ป่วยโรคจิต ผู้ป่วยมีความยุ่งยากในการทำกิจกรรมทางสังคม ต้องพึ่งพาคนอื่น ไม่มีเพื่อน ไม่สามารถพบปะบุคคลอื่นได้ โดยไม่แสดงพฤติกรรมแปลก ๆ มีนิสัยการกินที่ไม่เรียบร้อย ปฏิเสธการรับประทานอาหารร่วมกับสมาชิกคนอื่นในครอบครัว ใช้เวลาว่างในการนั่งเฉย ๆ การทำกิจกรรมเพื่อความเพลิดเพลินจะจำกัดอยู่ที่การดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ ซึ่งไม่ต้องการพบปะกับสมาชิกคนอื่น

Trojan (1989 : 225-232) ได้ศึกษาถึงประโยชน์การเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเอง (self-help group) ของสมาชิก 232 คน จากกลุ่มโรคต่าง ๆ 65 กลุ่ม ซึ่งมีกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชด้วย ได้สัมภาษณ์ และเข้าไปร่วมกิจกรรมเพื่อสังเกตกลุ่ม ผลปรากฏว่าสมาชิกมากกว่าร้อยละ 90 บรรลุวัตถุประสงค์ของการเข้ากลุ่ม ในด้านความเครียดที่เกิดจากโรค กลุ่มช่วยให้ความเครียดลดลง และมีความสามารถเพิ่มขึ้น เพิ่มแรงกระตุ้นทางสังคมในด้านสัมพันธ์ภาพกับครอบครัว

และกลุ่มเพื่อน ช่วยให้เกิดผลดีในการเพิ่มความสามารถของการใช้ระบบบริการสุขภาพ และขยายกิจกรรมทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพ

ดังนั้น จึงควรมีการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยก่อนออกสู่ชุมชน โดยจัดกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ซึ่งเหมาะที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้

จากแนวคิดพื้นฐานของกลุ่มช่วยเหลือตนเองที่มีความเชื่อว่า บุคคลจะได้รับความช่วยเหลืออย่างดีจากบุคคลที่เคยมีประสบการณ์มาก่อน โดยร่วมกันแลกเปลี่ยนความรู้สึก ข้อมูล ข่าวสาร ตลอดจนความช่วยเหลือ แก่สมาชิกในการปรับตัวต่อปัญหาที่เกิดขึ้น (Gartner & Reissman, 1982:633) จึงทำให้กลุ่มช่วยเหลือตนเองมีเป้าหมายของการให้ความช่วยเหลือ ใน 2 ลักษณะคือ การให้ข้อมูลที่เป็นความรู้ (Education) และการช่วยเหลือสนับสนุน (Support) (Rootes & Anes, 1992:379) โดยแสดงออกในรูปของการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน (Sharing) จากผู้มีลักษณะอย่างเดียวกันมารวมกัน ด้วยความสมัครใจ และหาทางแก้ไข ปัญหาที่เกิดขึ้น เพื่อให้ได้มาซึ่งวิธีการดูแลตนเอง ที่ทำให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การเจ็บป่วย และการรักษา กับสมาชิกที่เป็นผู้ป่วยจิตเวชเหมือนกัน ผลที่ได้รับคือ ข้อมูลที่ถูกต้องใกล้เคียงกับสภาพความเป็นจริงที่จะช่วยให้ผู้ป่วยประเมินสถานการณ์การเจ็บป่วย และการรักษาได้ถูกต้องมากขึ้น เรียนรู้กลวิธีในการดูแลตนเอง ทั้งในด้านร่างกาย และด้านสุขภาพจิต ส่งเสริมการปรับตัว ในสภาวะต่างๆที่กำลังเผชิญอยู่ ตลอดจนผู้ป่วยมีความพร้อมเมื่อออกจากโรงพยาบาล

7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มช่วยเหลือตนเองในผู้ป่วยโรคต่าง ๆ

Trojan (1989 : 225-232) ได้รายงานผลการศึกษาก่อนเกี่ยวกับการสำรวจถึงประโยชน์การเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเอง (self-help group) ของสมาชิก 232 คน จากกลุ่มโรคต่าง ๆ 65 กลุ่ม โดยการสัมภาษณ์ และเข้าไปร่วมกิจกรรม เพื่อสังเกตกลุ่ม ผลปรากฏว่าสมาชิกมากกว่าร้อยละ 90 บรรลุวัตถุประสงค์ของการเข้ากลุ่ม ในด้านความเครียดที่เกิดจากโรค กลุ่มช่วยให้ความเครียดลดลง และมีความสามารถเพิ่มขึ้น เพิ่มแรงกระตุ้นทางสังคมในด้านสัมพันธ์ภาพกับครอบครัว และกลุ่มเพื่อน ช่วยให้เกิดผลดีในการเพิ่มความสามารถของการใช้ระบบบริการสุขภาพ และขยายกิจกรรมทางสังคม ที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพ

Redburn และ Juretich (1989: 89-98) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการปรับตัวของผู้สูงอายุที่สูญเสียคู่ครอง โดยใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเอง พบว่าความโดดเดี่ยวลดลง ความมีคุณค่าความพึงพอใจในชีวิต ความว่าเหว และความสามารถเปลี่ยนแปลงในระดับปานกลาง

Lombado และคณะ (1988: 121-123) ได้ทำการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคผิวหนังที่โรงพยาบาลซิลเวอร์แลนด์ รัฐโอไฮโอ สหรัฐอเมริกา โดยกลุ่มผู้ป่วยจะพบกันสัปดาห์ละ 1 ครั้ง

ในแต่ละครั้งจะพูดถึงปัญหาที่ตนเองพบ ในการเก็บข้อมูลใช้เวลา 1 ปี จึงประเมินผล โดยยึดหัวข้อใหญ่ ๆ 3 หัวข้อ คือ 1) ปัญหาที่เกิดจากความเครียด 2) ความเชื่อมั่นในตนเอง 3) การเข้าถึงคน นอกจากนี้แล้วยังประเมินเกี่ยวกับความล้มเหลวในการรักษา ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่จะได้รับผลสำเร็จทั้งสามข้อ และที่สำคัญคือ มีความภาคภูมิใจที่ตนเองสามารถให้คำแนะนำแก่ผู้อื่นได้

Kurtz (1988 : 152 - 155) ได้ศึกษาผลการใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเอง กับผู้ป่วยอารมณ์แปรปรวน (Affective disorder) 188 คน ผลการศึกษาพบว่า ทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ที่เป็นสมาชิกกลุ่ม ได้รับผลจากกลุ่มอย่างน่าพอใจ

Lieberman และ Videga-Sherman(1988 : 191) ได้ศึกษาผลการใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองกับการใช้จิตบำบัดในกลุ่มแม่หม้าย 466 คน และพ่อหม้าย 36 คน ทำการศึกษานานถึง 1 ปี พบว่าสุขภาพจิตมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเองเท่านั้น

Lorig และคณะ (1985 : 680-685) ได้รายงานผลการศึกษาในระยะยาว ในผู้ป่วยข้ออักเสบ ที่ใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเอง (self-help group) โดยการให้ความรู้แก่สมาชิกกลุ่มทดลองเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม พบว่า หลังจากเข้าโครงการ 4 เดือน กลุ่มทดลองมีความรู้ และพฤติกรรมที่ต้องการเพิ่มขึ้น อาการปวดลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Kahan, K.S. และ Brummel-Smith (1985: 644) ได้ศึกษาผลการใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเอง เฉพาะสำหรับญาติผู้ป่วย Alzheimer และโรคอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยจัดโปรแกรมให้ความรู้สนับสนุนการทำกิจกรรมแก่กลุ่มทดลอง 22 ราย กลุ่มควบคุม 18 ราย เมื่อจัดโปรแกรมครบ 8 ครั้ง พบว่า ภาวะในการดูแลผู้ป่วย และอาการซึมเศร้าของกลุ่มทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนในกลุ่มควบคุมเพิ่มขึ้น และกลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องโรคเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งความรู้ที่ได้รับนี้เป็นผลทำให้ภาวะในการดูแลผู้ป่วย และอาการซึมเศร้าลดลง

Rose, Finestone และ Bass (1985: 80 - 85) ได้ทำการศึกษาผลการใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเอง ในผู้ป่วยจิตเวช และเกิดผลดีต่อครอบครัวของสมาชิก โดยเฉพาะครอบครัวที่ผู้ป่วยเข้ารักษาในโรงพยาบาลครั้งแรก การเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเองจะช่วยให้สมาชิกสามารถพูดถึงสาเหตุที่ผู้ป่วยเกิดจากความเครียด ซึ่งอาจมีสาเหตุมาจากครอบครัว หรือสมาชิกในกลุ่ม และจะทำให้สมาชิกกลุ่มเกิดการเรียนรู้ ที่จะไม่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดอีก สมาชิกได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นต่าง ๆ เช่น การปรับตัวของสมาชิกที่มีบุคคลในครอบครัวเป็นโรคจิต การยอมรับความผิดปกติของผู้ป่วย

ครุณี ชุนทะวัต (2540 : 205) ศึกษาการใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเอง เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านม ที่ได้รับเคมีบำบัด จำนวน 20 ราย ผลการวิจัย พบว่า

ภายหลังเข้าร่วมประชุมกลุ่ม กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตโดยรวมดีกว่าก่อนเข้ากลุ่ม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$)

นันทา เกียรติกังวาลโกด (2540 : ก-ข) ศึกษาผลการใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อพฤติกรรมเผชิญภาวะเครียดในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา ณโรงพยาบาลศิริราช จำนวน 40 คน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มช่วยเหลือตนเองมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญและแก้ไขปัญหาได้ และช่วยให้ผู้ป่วยควบคุมความเครียดทางอารมณ์ได้ดีขึ้น

เกสรี เลิศประไพ (2539 : ก-ข) ศึกษาประสิทธิผลของการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อความบกพร่องในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดไม่พึ่งอินซูลิน จำนวน 78 คน ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความบกพร่องในการดูแลตนเองลดลงกว่าก่อนเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเอง และลดลงมากกว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการสอนตามปกติ

บุญชิ้น อิ่มมาก (2537 : ก-ข) ศึกษาผลการใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ณ โรงพยาบาลรามธิบดี โดยเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้ากลุ่ม และหลังจากเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเอง ศึกษาปฏิกิริยาสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นภายในกลุ่ม การสนับสนุนที่กลุ่มตัวอย่างได้รับจากกลุ่ม ประเด็นปัญหา และการช่วยเหลือจากกลุ่ม บทบาทของพยาบาลที่กลุ่มตัวอย่างต้องการให้ช่วยเหลือ รวมทั้งปัญหา และอุปสรรคในการเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเองพบว่า หลังการเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวม และคุณภาพชีวิตในเรื่องความผาสุกด้านร่างกาย มีคะแนนเฉลี่ยมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.01$) ส่วนคุณภาพชีวิตด้านอื่น ๆ ไม่แตกต่างกัน ปฏิกิริยาสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่เป็นพฤติกรรมพยายามแก้ปัญหา รองลงมาเป็นพฤติกรรม การตอบสนองทางอารมณ์ด้านบวก พฤติกรรมการถามปัญหา ส่วนพฤติกรรมตอบสนองทางอารมณ์ด้านลบ พบน้อยที่สุด

อาภาพร เผ่าวัฒนา (2537 : ก-ข) ทำการศึกษาผลของการเข้าร่วมกระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โดยใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ และไมแมน ใช้กระบวนการกลุ่มเป็นแนวทางในการศึกษา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศูนย์เชียงใหม่ราชประชานุเคราะห์ จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 60 คน สุ่มเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 30 คน กลุ่มทดลองได้เข้าร่วมกระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ส่วนกลุ่มควบคุมจะได้รับคำแนะนำตามปกติจากแพทย์ และพยาบาล ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังเข้าร่วมกระบวนการกลุ่มช่วยเหลือ

ตนเอง ผู้ป่วยกลุ่มทดลอง มีความสามารถในการดูแลตนเองดีกว่าก่อนเข้าร่วมกระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเอง และดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อรวรรณ ลีทองอิน (2535) ศึกษาผลการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุที่ซึมเศร้า จำนวน 32 คนในบ้านพักคนชรา นักบุญโยเซฟ จังหวัดขอนแก่น ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มช่วยเหลือตนเองช่วยให้ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

สายปัญญา คงพันธุ์ (2535 : ก-ข) ได้ศึกษาถึงประสิทธิผลของโครงการรณรงค์ศึกษา โดยการใช้กระบวนการกลุ่มแบบกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา ณ บ้านพักผู้ป่วยมะเร็ง สมาคมต่อต้านมะเร็งแห่งประเทศไทย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 40 คน โดยกลุ่มทดลองจะเข้ากลุ่มรณรงค์ศึกษา โดยการใช้กระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบจะได้รับการสอนตามปกติ จากเจ้าหน้าที่ ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษาต่ำกว่าก่อนการทดลอง และต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีคะแนนเฉลี่ยความรู้การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษาสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วิมลพรรณ นิธิพงศ์ (2534: ก-ข) ได้ศึกษาเปรียบเทียบการเห็นคุณค่าในตนเอง และการปฏิบัติกิจกรรมของผู้สูงอายุก่อน และหลังการมีส่วนร่วมในกลุ่มช่วยเหลือตนเอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุของวิทยาลัยพยาบาลราชบุรี จำนวน 40 คน ผลการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเอง และการปฏิบัติกิจกรรมของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลอง ภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

สายใจ พัวพันธ์ (2530) ได้ทำการศึกษาถึงการมีส่วนร่วมในกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อภาพลักษณ์ของผู้ป่วยภายหลังการตัดเต้านมออก 15 คน โดยกลุ่มตัวอย่างแต่ละคนเข้าร่วมกลุ่มอย่างน้อย 5 ครั้ง ภายในระยะเวลา 2 เดือน พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนภาพลักษณ์ของผู้ป่วยก่อน และหลังการผ่าตัดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 กลุ่มช่วยเหลือตนเองมีส่วนร่วมทำให้ผู้ป่วยมีภาพลักษณ์ต่อตนเอง ในทางบวกมากกว่าก่อนเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

