

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาการใช้โปรแกรมกลุ่มบำบัดระดับประคองต่อการปรับตัวทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท ผู้ศึกษาได้ศึกษาค้นคว้าจากตำรา บทความ วารสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปสาระสำคัญที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินการศึกษา นำเสนอเป็นลำดับดังนี้

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท

- 1.1 ลักษณะของโรคจิตเภทและสาเหตุ
- 1.2 การดำเนินโรค
- 1.3 การรักษาโรคจิตเภท
- 1.4 ปัญหาของผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภท
- 1.5 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

2. การปรับตัวทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทและการช่วยเหลือ

- 2.1 ความหมายของการปรับตัวทางสังคม
- 2.2 องค์ประกอบการปรับตัวทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท
- 2.3 การปรับตัวทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท
- 2.4 ปัจจัยที่มีผลต่อการปรับตัวทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท
- 2.5 การประเมินการปรับตัวทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท
- 2.6 บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมการปรับตัวของผู้ป่วยจิตเภท

3. กลุ่มบำบัดระดับประคอง

- 3.1 ความหมายและวัตถุประสงค์ของกลุ่มบำบัดระดับประคอง
- 3.2 แนวคิดทฤษฎีในการทำกลุ่มบำบัดแบบประคอง
- 3.3 ลักษณะและรูปแบบการทำกลุ่มบำบัดระดับประคอง
- 3.4 บทบาทของพยาบาลในการทำกลุ่มบำบัดระดับประคอง

4. การทำกลุ่มบำบัดระดับประคองในผู้ป่วยจิตเภท

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท

1.1 ลักษณะของโรคจิตเภท และสาเหตุ

ความหมาย

โรคจิตเภท เป็นโรคที่รู้จักกันมานานและพบได้ทุกประเทศทั่วโลกมีลักษณะเฉพาะคือ มีความแปรปรวนทางความคิด ภาษา การสื่อสาร การกำหนดรู้ อารมณ์ และพฤติกรรม มักมีการดำเนินโรคแบบเรื้อรัง และทำให้มีการเสื่อมถอยของการทำหน้าที่หลายๆ ด้าน เช่น การดูแลตัวเอง การประกอบอาชีพ การทำหน้าที่ทางสังคม

ในระบบการจำแนกโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder Forth Edition; DSM - IV, 1995) ได้ให้ความหมายของโรคจิตเภทว่าเป็นกลุ่มอาการของความผิดปกติทางจิตที่มีลักษณะอาการของความเจ็บป่วย และการทำหน้าที่ต่างๆ ลดลง ประกอบด้วยอาการด้านบวกและอาการด้านลบ อาการด้านบวกประกอบด้วย ความคิดหลงผิด อาการประสาทหลอน ความผิดปกติของการพูด และความผิดปกติของพฤติกรรม ส่วนลักษณะอาการด้านลบ เป็นภาวะที่ขาดในคนทุกๆ ไปควรมีประกอบด้วย อารมณ์เฉยเมย พูดน้อยหรือไม่พูด และขาดความสนใจในกิจกรรมทุกชนิดซึ่งผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจะมีอาการทั้งด้านบวกและด้านลบติดต่อกันเป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน และมีอาการในระยะอาการกำเริบชัดเจนอย่างน้อย 1 เดือน (American Psychiatric Association, 1995)

สมภพ เรื่องตระกูล (2542) กล่าวว่า โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรมเป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน โดยที่ผู้ป่วยไม่มีโรคทางกาย โรคของสมอง หรือพิษจากยาที่เป็นสาเหตุของอาการดังกล่าว

สรุปโรคจิตเภท หมายถึงโรคที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม มีอาการต่อเนื่องกันนาน 6 เดือนขึ้นไป โดยมีระยะอาการกำเริบชัดเจนอย่างน้อยนาน 1 เดือน

อุบัติการณ์

โรคจิตเภทเป็นโรคที่พบบ่อย ประชากรทั่วไปประมาณร้อยละ 1 เป็นโรคนี้ พบในคนทุกเชื้อชาติในอัตราที่ใกล้เคียงกัน ส่วนมากเริ่มเป็นกับคนวัยรุ่นและวัยหนุ่มสาว อายุเมื่อเริ่มเป็นโรคมักอยู่ระหว่าง 18 - 24 ปี ภายหลังจากอายุ 45 ปี ไปแล้วพบได้น้อยมาก ผู้หญิงและผู้ชายมีโอกาสเป็นเท่าๆ กัน ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีฐานะยากจน มีการศึกษาน้อย (มาโนช หล่อตระกูล & ปราโมทย์ สุคนิษฐ์ , 2542)

อาการและอาการแสดง

อาการแสดงที่สำคัญของโรคจิตเภทแบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มอาการด้านบวกและกลุ่มอาการด้านลบ (มาโนช หล่อตระกูล, 2543) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. กลุ่มอาการด้านบวก (positive symptoms) แสดงออกในด้านความผิดปกติ ดังต่อไปนี้มีความคิดหลงผิด (delusion) ประสาทหลอน (hallucination) การรับรู้ผิดจากสภาพเป็นจริง การพูดติดต๋อสื่อสารและพฤติกรรม ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทไม่สามารถรวบรวมความคิดให้ไปในแนวทางเดียวกันได้ตลอด

2. กลุ่มอาการด้านลบ (negative symptoms) เป็นภาวะที่ขาดในสิ่งที่คนทั่วไปควรมี เช่น อารมณ์เฉยเมย (Affective Flattening) สีหน้าเรียบเฉย พูดน้อย หรือไม่พูด (Alogia) เนื้อหาที่พูดน้อย แสดงออกมาโดยขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยชา ไม่สนใจเรื่องแต่งกาย เก็บตัวเฉยๆ ไม่มีกิจกรรมที่สนุกสนาน ขาดความสนใจทำกิจกรรมทุกชนิด (Avolion) ไม่สนใจในการทำงานหรือกิจกรรมด้านสังคม ความผิดปกติดังกล่าวจะปรากฏในกิจกรรมต่างๆ เช่น การมีสัมพันธภาพกับคนอื่น การทำงาน การเรียน หรือการดูแลตนเอง ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมักมีปัญหาการเรียน มักเรียนไม่จบ ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจำนวนมากถูกให้ออกจากงานและได้รับการจ้างทำงานในระดับที่ต่ำ นอกจากนี้แล้วพบว่าร้อยละ 60 – 70 ของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทไม่ได้แต่งงานและดำเนินชีวิตโดยมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นน้อยมาก

สาเหตุของการเกิดโรค

1. ปัจจัยทางชีวภาพ ในผู้ที่เป็นโรคจิตเภท พบดังนี้

1.1 พันธุกรรม การศึกษาพันธุกรรมของโรคจิตเภทประกอบด้วย การศึกษาครอบครัว การศึกษาบุตรบุญธรรมและการศึกษาในคู่แฝด พบว่าพันธุกรรมเป็นสาเหตุสำคัญของโรคนี้ โดยการศึกษาในครอบครัวพบว่า ญาติสนิทหรือบุตรของผู้ป่วยมีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคถึงร้อยละ 5 – 10 สำหรับการศึกษาในบุตรบุญธรรมพบว่า บุตรบุญธรรมที่มารดาแท้เป็นโรคจิตเภทมีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคจิตเภท มากกว่าบุตรบุญธรรมที่มีมารดาแท้ไม่ได้ป่วยด้วยโรคจิตเภท (Tomsend, 2000) ส่วนการศึกษาในคู่แฝดพบว่า คู่แฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกันมีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคมมากกว่าคู่แฝดที่เกิดจากไข่คนละใบถึง 4 เท่า และมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดโรคมมากกว่าคนทั่วไป ถึง 50 เท่า (Kaplan & Saddoc, 1998)

1.2 ระบบสารเคมีในสมอง

- สารโดปามีน (Dopamine) ทฤษฎีใหม่สันนิษฐานว่ามีความบกพร่องของ Dopamine ที่มีการหลั่งมากขึ้นในบริเวณ Prefronton cortex ทำให้เกิดอาการด้านลบ ร่วมกับความผิดปกติของการปล่อย Dopamine ที่ Striatum ทำให้เกิดอาการด้านบวก จากสาเหตุดังนี้จะมีการเชื่อว่าการให้ยาด้านโรคจิตมีผลต่อสารโดปามีน โดยยับยั้งการจับกับการสารโดปามีน

จึงทำให้อาการทางจิตลดลง (Kaplan & Sadoc, 1998; มาโนช หล่อตระกูล & ปราโมทย์ สุขนิษฐ์, 2542)

- สารเคมีตัวอื่น จากการศึกษาพบว่าความผิดปกติของสารสื่อประสาท ในสมองหลายตัวเป็นสาเหตุของโรคจิตเภทได้ เช่น Norepinephine, Serotonin acetylcholine โดยเชื่อว่าโรคจิตเภทมีความผิดปกติของภาวะสมดุลของ Serotonin เนื่องจากยารักษาโรคจิตเภทชนิดใหม่ คือ Clozapine และ Risperidone มีความสัมพันธ์กับ Serotonin Receptors (สมภพ เรืองตระกูลและคณะ, 2542)

2. ปัจจัยทางด้านจิตใจ ในทฤษฎีจิตวิเคราะห์ของฟรอยด์ เชื่อในกระบวนการคิดเริ่มแรก ว่า การคิดเพื่อฝันและเผด็จการ มีความสัมพันธ์กับกระบวนการคิดในโรคจิตเภทและของ ซัลลิแวนเชื่อว่า การเจ็บป่วยทางจิต เกิดจากความสัมพันธ์ระหว่างเด็กและครอบครัวที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลสูงซึ่งทำให้เด็กปฏิเสธว่าไม่ใช่ฉัน (Not me) แต่เป็นคนอื่นซึ่งมีผลกระทบต่อระบบความเป็นตนเอง และเป็นพื้นฐานการเกิดโรคจิตเภท อิริคสัน อธิบายว่าในระยะที่หนึ่ง ความไว้วางใจ ขัดแย้งกับความไม่ไว้วางใจ (Trust versus Mistrust) ถ้าพัฒนาการระยะนี้มีปัญหาทำให้บุคคลนั้นมีลักษณะหวาดระแวง ไม่ไว้วางใจผู้อื่น แยกตัว สร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่นได้ยาก ซึ่งเป็นจุดอ่อนแอที่ก่อให้เกิดความผิดปกติ

3. ปัจจัยด้านครอบครัว จากการศึกษาของ Kaplan & Saddock (1998) พบว่าการเกิดโรคจิตเภทเกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ของระบบครอบครัวพร่อง โดยเฉพาะการขัดแย้งของสัมพันธภาพใช้ชีวิตคู่ ที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลภายในครอบครัว และสภาพครอบครัวมีผลต่อการกำเริบของโรค โดยในครอบครัวที่ผู้ป่วยมีอาการกำเริบบ่อยๆ จะพบว่าการแสดงอารมณ์ต่อกันสูง ได้แก่ การตำหนิ วิพากษ์วิจารณ์ และจู้จี้กับผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมากเกินไป

4. ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม มีการศึกษาพบว่า ภาวะสังคมและเศรษฐกิจเหตุการณ์ตึงเครียดในชีวิต อาจเป็นสาเหตุการเกิดโรคจิตเภทได้ โดยบุคคลที่มีเศรษฐกิจต่ำ มีโอกาสเกิดโรคจิตเภทได้มากกว่าบุคคลที่มีภาวะสังคมและเศรษฐกิจสูง นอกจากนี้ บุคคลที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทส่วนมากจะเผชิญเหตุการณ์ตึงเครียดในชีวิตมาก่อนประมาณ 3 สัปดาห์ก่อนที่จะป่วย ซึ่งเหตุการณ์ตึงเครียดในชีวิตได้แก่ การสูญเสีย การหย่าร้าง การถูกออกจากงาน (Sadock , 2000 อังใน พวงเพ็ญเจียมปัญญารัช และคณะ, 2542)

เกณฑ์การวินิจฉัยโรคจิตเภท

ระบบในการจำแนกโรคที่นิยมในปัจจุบันคือ (American Psychiatric Association, 1995) และ (มาโนช หล่อตระกูล & ปราโมทย์ สุขนิษฐ์, 2542)

1. DSM - IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4 edition) เป็นระบบจำแนกโรคที่พัฒนาโดยสมาคมจิตแพทย์อเมริกันปัจจุบันใช้ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 4 เริ่มใช้ ค.ศ. 1994 เกณฑ์การวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทจะต้องมีลักษณะดังนี้

1.1 มีอาการต่อไปนี้ตั้งแต่ 2 อาการขึ้นไปนาน 1 เดือนหรือมากกว่า 1 เดือนก็ได้

- อาการหลงผิด (delusion)
- อาการประสาทหลอน (hallucination)
- ลักษณะคำพูดไม่ต่อเนื่องกัน พุดจาสับสนเข้าใจยาก (disorganized speech)
- มีพฤติกรรมผิดปกติที่เห็นได้ชัด (disorganized behaviors) หรือมีพฤติกรรมไม่เคลื่อนไหว (catatonic behavior)
- อาการด้านลบ (negative symptom) เช่น อารมณ์เฉยเมย (affective flattening) พูดน้อยหรือไม่พูด (alogia) ขาดความกระตือรือร้น (avolition)

หมายเหตุ แม้มีเพียงอาการเดียวก็ถือว่าเข้าเกณฑ์ หากอาการหลงผิดที่มีลักษณะแปลกพิงไม่เข้าใจ หรือเป็นไปไม่ได้เลย (bizarre delusion) หรืออาการประสาทหลอนเป็นเสียงพูดวิพากษ์วิจารณ์พฤติกรรม หรือความรู้สึกรบกวนใจของผู้ป่วย หรือมีเสียงตั้งแต่สองเสียงพูดจาโต้ตอบกัน

1.2 มีความเสื่อมหรือปัญหาด้านสังคม และอาชีพมากเช่นการทำงาน การมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นหรือการดูแลตนเอง เป็นต้น

1.3 มีอาการต่อเนื่องกันนาน 6 เดือนขึ้นไปโดยต้องมีอาการกำเริบ (active phase) ตามข้อ 1 อย่างน้อยนาน 1 เดือนและระยะที่เหลืออาจเป็นระยะเริ่มอาการหรือระยะอาการหลงเหลือ

2. International Classification of Disease and Related Health Problem : 10 th Revision (ICD – 10)

เป็นระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก ปัจจุบันปรับปรุงครั้งที่ 10 เริ่มใช้ ค.ศ. 1992 โดยพิจารณาจากการที่ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอาการนำมาก่อน ซึ่งอาจเป็นอาทิษฐ์หรือเป็นเดือนจึงเป็นการยากที่จะบอกระยะเวลาที่เกิดขึ้นได้อย่างแน่นอน ฉะนั้นการวินิจฉัยโรคจิตเภทที่ใช้เวลากำหนด 1 เดือน จึงเริ่มตั้งแต่มีอาการทางเท่านั้น ไม่นับรวมระยะเวลาเกิดอาการนำ ลักษณะอาการที่วินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทต้องมีอาการอย่างชัดเจน 1 ข้อ ในข้อ 2.1 – 2.4 หรือถ้าอาการไม่ชัดเจนต้องมีมากกว่า 2 ข้อขึ้นไป ในข้อ 2.5 – 2.9 และมีอาการติดต่อกันไม่น้อยกว่า 1 เดือน มีลักษณะอาการดังนี้

2.1 ได้ยินเสียงความคิดของตนเอง (Thought echo) ความคิดของตนเองถูกแทรกหรือถูกดึงออกไป (Thought insertion or withdrawal) และความคิดของตนเองดังออกไปจนคนอื่นได้ยิน (Thought broadcasting)

2.2 หลงผิดว่าตนเองถูกอำนาจจากภายนอกควบคุมชักจูง (Delusion of control influence or passivity) โดยอาจแสดงออกในเรื่องทางร่างกาย การเคลื่อนไหวของแขนขา ความคิดหรือความรู้สึกสัมผัส (Sensation) หลงผิดในการแปลความหมายของสิ่งเร้า (Delusion of persecution) เช่น เห็นจรรยาโบกมือให้สัญญาณเกิดความคิดว่าให้สัญญาณนั้นบอกว่าตนเองเป็นคนสำคัญของประเทศ

2.3 ประสาทหลอนทางหู พุดวิจารณ์พฤติกรรมของผู้ป่วย หรือพุดคุยโต้ตอบกันเองเกี่ยวกับผู้ป่วยหรือประสาทหลอนทางหูอื่นๆ ที่มาจากบางส่วนของร่างกาย

2.4. ความหลงผิดชนิดอื่นๆ เป็นอยู่ยาวนาน ซึ่งไม่สอดคล้องตามความเชื่อของสังคม วัฒนธรรม และศาสนา เช่น หลงผิดว่าสามารถควบคุมดินฟ้าอากาศได้ สามารถติดต่อกับพระเจ้าได้

2.5. ประสาทหลอนอื่นๆ เป็นอยู่ยาวนาน อาจเกิดร่วมกับอาการหลงผิด ซึ่งเป็นอยู่ชั่วคราว โดยไม่มีอาการทางอารมณ์อย่างชัดเจน หรือความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าอย่างมาก ประสาทหลอนนี้เกิดขึ้นทุกวันเป็นเวลานานเป็นอาทิตย์หรือเป็นเดือน

2.6 มีการแตกแยกหรือสอดแทรกในกระแสความคิด ทำให้เกิดลักษณะความคิดไม่ปะติดปะต่อ ฟังไม่รู้เรื่อง (Incoherent) ตอบไม่ตรงคำถาม (Irrelevant) หรือพุดภาษาที่สร้างขึ้นใหม่ (Neologisms)

2.7 พฤติกรรมการเคลื่อนไหว (Catatonic behavior) อาจมีลักษณะมีอาการเคลื่อนไหวอย่างมากแบบคลั่ง (Excitement) ไม่เคลื่อนไหวเลย ไม่ตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อม (Stupor) การกระทำต่อต้าน (Negativism) เช่น ให้นั่งผู้ป่วยจะยืน

8. Negative symptoms เช่น สีหน้าเฉยเมย (Apathy) พุดน้อย (Paucity of speech) อารมณ์ทื่อๆ (Blunt) ไม่มีอารมณ์ตอบสนอง ซึ่งต้องแยกออกจากอารมณ์ซึมเศร้า หรือจากผลข้างเคียงของยารักษาโรคจิต

2.8 มีการเปลี่ยนแปลงมากและนานในเรื่องคุณภาพของบุคคล โดยแสดงออกถึงการขาดความสนใจ ไม่มีจุดหมาย กิจวัตร ปกติคว้ออกจากสังคม หมกมุ่นในตนเอง

การพยากรณ์โรค

การพยากรณ์โรคในผู้ที่เป็โรคจิตเภทแต่ละคนจะแตกต่างกันขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ ปัจจัยทางชีวภาพ ปัจจัยทางจิตสังคมหรือหลาย ๆ ปัจจัยร่วมกันที่มีผลกระทบต่อตัวโรคและจิตใจของผู้ป่วย นอกจากนี้ความร่วมมือในการรักษา และสภาพแวดล้อมของผู้ป่วยยังเป็นส่วน

สำคัญที่ต้องประเมินร่วมด้วยทุกครั้ง การพยากรณ์โรคดี ในผู้ที่ เป็นโรคจิตเภทที่เริ่มมีอาการเมื่ออายุมาก มีปัจจัยกระตุ้นชัดเจน อาการเกิดขึ้นเฉียบพลัน มีอาการด้านอารมณ์ร่วมด้วย เป็นกลุ่มอาการด้านบวก การเข้าสังคมหน้าที่การงานเดิมดีก่อนเกิดอาการ มีประวัติความผิดปกติทางอารมณ์ในครอบครัว เป็นมาไม่นานก่อนการรักษา และผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีคู่สมรส หรือมีญาติให้การดูแลและพบว่าการพยากรณ์โรคไม่ดี ในผู้ที่ เป็นโรคจิตเภทที่เริ่มมีอาการเมื่ออายุน้อย ไม่พบปัจจัยกระตุ้น อาการเป็นแบบค่อยเป็นค่อยไป อารมณ์เรียบเฉยแยกตัวเอง เป็นกลุ่มอาการด้านลบ มีประวัติโรคจิตเภทในครอบครัว เป็นมานานก่อนการรักษา และเป็นโรคที่ไม่มีใครช่วยเหลือดูแล (มาโนช หล่อตระกูล, 2543) และหากระยะนี้เป็นอยู่นานนำไปสู่การเสื่อมของบุคลิกภาพ ผลการรักษามีโอกาสที่จะเป็นไป 5 แบบด้วยกัน คือ

- 1) หายขาดโดยไม่กลับมาอีก (recovery)
- 2) หายโดยกลับเป็นอีก (remission with relapse)
- 3) หายไม่สมบูรณ์โดยพอจะเข้าสู่สังคมได้ (social remission) แต่มีความบกพร่องในบุคลิกภาพ และอาจต้องได้รับการช่วยเหลือ
- 4) เรื้อรังแต่ไม่มีอาการรุนแรง (state chronicity) ระยะเวลาป่วย 2 ปี เป็นตัวบ่งบอกความเรื้อรังของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท
- 5) มีการเสื่อมของบุคลิกภาพ (deterioration) (ชะฤทธิ พงศ์อนุตรี, 2536) และจากการติดตามผู้ที่ เป็นโรคจิตเภทภายในระยะเวลา 5 ปี ของการเจ็บป่วย พบผู้เป็นโรคจิตเภทร้อยละ 35 ที่รักษาหายแล้วกลับคืนสู่สภาพเดิมก่อนป่วย ร้อยละ 35 ที่เป็นบ่อยครั้งมีอาการหลงเหลือมากหรือเสื่อมลงเรื่อยๆ ร้อยละ 22 ที่เป็นครั้งเดียวหรือเป็น 2-3 ครั้งแล้วรักษาหายขาด ร้อยละ 8 ที่มีอาการทุเลาลงแต่ยังมีอาการหลงเหลืออยู่บ้าง มีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ (มาโนช หล่อตระกูล, 2543)

1.2 การดำเนินของโรคโรคจิตเภท

การดำเนินโรคจิตเภทโดยทั่วไปมีโอกาสที่จะเปลี่ยนแปลงไปเป็น 5 แบบ (เกษม ตันติผลาชีวะ, 2536) คือ

- 1) หายขาดโดยไม่กลับเป็นอีก
- 2) หายโดยกลับเป็นอีก
- 3) หายไม่สมบูรณ์ โดยพอจะเข้าสู่สังคมได้แต่มีความบกพร่องในบุคลิกภาพและอาจต้องได้รับการช่วยเหลือ
- 4) เรื้อรังมีระยะเวลาการป่วยตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไปแต่ไม่มีอาการรุนแรง
- 5) มีการเสื่อมของบุคลิกภาพ

ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทส่วนใหญ่ มักเริ่มป่วยในระยะวัยรุ่นตอนปลายหรือวัยผู้ใหญ่ แต่ก็อาจมีบ้างที่อาการเริ่มเป็นในวัยกลางคน (มานิต ศรีสุรภานนท์, 2542) อาการอาจเกิดแบบเฉียบพลันหรือค่อยๆ เกิดการดำเนินโรคโดยทั่วไปแบ่งเป็น 3 ระยะ (เกษม ดันติผลาชีวะ, 2536; มาโนช หล่อตระกูล; 2543) ดังนี้

1.2.1. ระยะเริ่มมีอาการหรืออาการนำ (prodromal phase) ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทส่วนใหญ่จะเริ่มมีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป โดยเฉลี่ยระยะเวลาช่วงนี้ไม่แน่นอนบอกยากว่าผิดปกติตั้งแต่เมื่อไร ประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจะมีอาการมาหลายปีก่อนที่จะปรากฏอาการทางจิตชัดเจน จึงทำให้ญาติไม่ทันสังเกตเห็นความเปลี่ยนแปลงจากอาการผิดปกติ มักให้ประวัติว่าเริ่มมีอาการ เช่น มีอาการแยกตัวเองออกจากเพื่อน เก็บตัว สัมพันธภาพกับบุคคลอื่นลดลง ห่างเหินจากสังคม เชื่องช้า มีปัญหาในเรื่องการเรียนและขาดความสนใจในหน้าที่ของตน เป็นต้น โดยทั่วไปผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจะมีอาการเสื่อมถอยของบุคลิกภาพ และการทำหน้าที่ตามปกติลงเรื่อยๆ ตามระยะเวลาที่ผ่านมา จะเกิดอาการกำเริบอย่างเฉียบพลันเป็นระยะๆ (Kaplan & Sadock, 1995; Kendell, 1993) จากการศึกษา พบว่าก่อนที่ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีอาการกำเริบ มักจะมีอาการนำมาก่อนเป็นอาการที่ไม่ใช่อาการทางจิต เช่น นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร ซึมเศร้า ความจำไม่ดี และอยู่ไม่สุข เป็นต้น (Herz, Glazer, Mirza, Mostert, & Hafex, 1989) ซึ่งอาการนำเหล่านี้ใช้ระยะเวลามากกว่า 1 เดือนโดยเฉลี่ยประมาณ 1 ปี ก่อนอาการกำเริบ

1.2.2. ระยะอาการกำเริบ (active phase) คือมีอาการชัดเจนโดยส่วนใหญ่มักเป็นกลุ่มอาการด้านบวก ได้แก่ อาการหลงผิด ประสาทหลอน พูดไม่ประติดประต่อกันหรือพูดไม่รู้เรื่อง และมีพฤติกรรมแปลกประหลาดชัดเจน ญาติและบุคคลใกล้ชิดจะสังเกตพบ ส่วนใหญ่อาการกำเริบรุนแรงเป็นพักๆ จะปรากฏขึ้นเมื่อ ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีอาการเจ็บป่วยเป็นระยะเวลายาวนาน มีความเสื่อมในด้านต่างๆ ตามมาร่วมกับมีอาการหวาดระแวง และปฏิเสธการรักษา หรือเมื่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภท และครอบครัวรอดูอาการนานเกินไปก่อนที่จะมารับการรักษา หรือเมื่อมีอาการเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วโดยมีสาเหตุส่งเสริมมาจากการชื้อยาเกินเอง หรือมีการใช้แอลกอฮอล์ (Herz et al., 1989)

1.2.3. ระยะอาการหลงเหลือ (residual phase) เป็นระยะที่อาการทางจิตสงบ แต่ยังมีอาการทางจิตหลงเหลืออยู่ ยิ่งป่วยนานกลุ่มอาการด้านบวก (positive symptoms) หรืออาการทางจิตจะลดความรุนแรงลงในขณะที่กลุ่มอาการด้านลบจะมีมากขึ้น (negative symptoms) เช่น อารมณ์เฉยเมย ขาดแรงจูงใจ นอนมากเกินไป อ่อนเพลีย และแยกตัวเอง ทำให้มีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ ได้ การดูแลรักษาในระยะนี้ เน้นการดูแลตนเอง ป้องกันอาการกำเริบ ฟื้นฟูสภาพ และป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคในผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่เป็นครั้งแรกแล้วอาการทางจิตสงบจะได้รับการรักษาด้วยยาต่อไปอีก 1 ปี แต่ขนาดของยาจะลดลงหากมีอาการกำเริบเป็นครั้งที่

2 จะได้รับยาต่อเนื่องไประยะยาวอย่างน้อย 5 ปี (มาโนช หล่อตระกูล, 2543) ในระยะนี้ กลุ่มอาการด้านลบทำให้ผู้ที่เป็โรคจิตเภทมีความลำบากในการดำเนินชีวิตประจำวัน เกิดความเครียดได้ง่ายและความเครียดนี้เองจะกระตุ้นให้อาการกำเริบเฉียบพลันได้นอกจากนี้อาจเกิดอาการซึมเศร้าตามมา อาการนี้ถือว่าเป็นลักษณะสำคัญของผู้ที่เป็โรคจิตเภท และมีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการกำเริบ การฆ่าตัวตาย และการทำบาปทพหหน้าที่ที่ไม่ดี (Becker, 1988 as cited in Hamera, Pallikkathayil, 1994)

1.3 การรักษาโรคจิตเภท

ผู้ที่เป็โรคจิตเภทจะได้รับการรักษา 3 แบบ คือการรักษาในระยะอาการกำเริบ การรักษาแบบอาการทุเลาและการรักษาแบบในระยะอาการคงที่ ซึ่งการรักษาแต่ละแบบตามระยะอาการดังกล่าวมีเป้าหมายที่แตกต่างกัน การรักษาทั้ง 3 แบบ (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนนิชย์, 2543) ประกอบด้วย

1.3.1 การรักษาแบบในระยะอาการกำเริบ เป็นการรักษาในระยะที่ผู้ที่เป็โรคจิตเภทมีอาการทางจิตรุนแรงหรือมีปัญหาต้องดูแลใกล้ชิด เป้าหมายในการรักษาในระยะนี้คือการควบคุมอาการให้สงบลงโดยเร็ว ซึ่งจะเน้นจะรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล เพื่อดูแลใกล้ชิดควบคุมเรื่องยา และอาการข้างเคียงของยาหรือเพื่อวินิจฉัยโรค ช่วยลดความตึงเครียดที่มีในผู้ป่วยและครอบครัว และเพื่อสร้างสัมพันธ์ที่ดีระหว่างทีมผู้รักษากับผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้เกิดการดูแลต่อเนื่องต่อไป ซึ่งการรักษาในระยะนี้ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลจากบุคลากรด้านจิตเวช การรักษาในระยะนี้ ได้แก่

1.3.1.1 การรักษาด้วยยา เป็นการรักษาหลักเนื่องจากยาไปช่วยแก้ไขความผิดปกติของสารสื่อประสาทที่เชื่อว่าเป็นสาเหตุของโรค เช่นหูแว่ว ประสาทหลอน หลงผิด และความคิดที่ไม่เป็นระเบียบแบบแผน การรักษาด้วยใช้เวลานาน เป็นสัปดาห์ จึงจะเห็นผล เมื่ออาการทางจิตทุเลา ผู้ป่วยควบคุมตนเองได้แล้ว การติดต่อสื่อสารดีขึ้น ผู้ป่วยก็ยังคงได้รับการรักษาด้วยยา แต่ขนาดของยาจะลดลง ผู้ป่วยจะได้รับยาต่ออีก อย่างน้อย 6 เดือน จนอาการคงที่ และต้องได้รับการรักษา ด้วยยาอย่างต่อเนื่องประมาณ 1-2 ปี เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ แต่ถ้าผู้ป่วยมีอาการกลับเป็นซ้ำครั้งที่สอง ควรให้ยาต่อเนื่องไประยะยาวประมาณ 5 ปี ถ้าเป็นนานมากกว่านี้ ควรให้ยาต่อเนื่องตลอดไป (มาโนช หล่อตระกูล & ปราโมทย์ สุคนนิชย์, 2539) การรักษาด้วยยาอาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการข้างเคียง เช่น ปาก คอ แห้ง น้ำลายไหลยืด กล้ามเนื้อแข็งเกร็ง คอบิดไปด้านใดด้านหนึ่ง อาการเหล่านี้สามารถบรรเทาได้โดยการเปลี่ยนยา หรือการให้ยาลดผลข้างเคียงร่วมไปด้วย

1.3.1.2 การรักษาด้วยไฟฟ้า เป็นการรักษาโดยการใช้กระแสไฟฟ้า ขนาดต่ำ ผ่านสมองบริเวณที่กำหนดเพื่อกระตุ้นให้เกิดการชักแบบทั้งตัว (Generalized seizure) การรักษาด้วยไฟฟ้าจะใช้ต่อเมื่อการรักษาด้วยยาไม่ได้ผล หรือในรายที่มีข้อบ่งชี้อย่างชัดเจน ได้แก่ มีอาการซึมเศร้ามาก มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง มีอาการตัวแข็ง (Catatonic) รุนแรง มีอาการคลุ้มคลั่งมาก การรักษาจะทำประมาณ 6 – 12 ครั้ง แต่ละครั้งห่างกันประมาณ 1 – 2 วัน ในระหว่าง 1 – 2 ชั่วโมงแรกหลังการรักษาด้วยไฟฟ้ามักพบว่าผู้ป่วยมีอาการข้างเคียง เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ มึนงง สับสน หลังจากนั้นอาการมึนงงจะหายไป ผู้ป่วยบางรายมีอาการหลงลืม เมื่อหยุดทำการรักษาอาการหลงลืมจะค่อยๆดีขึ้น และหายไปภายใน 3 – 6 เดือน (มาโนช หล่อตระกูล & ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2542)

1.3.1.3 การรักษาด้วยสิ่งแวดล้อม เพื่อลดความกดดันของผู้ป่วยโดยจัดสิ่งแวดล้อมให้ผ่อนคลาย ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ทำกิจกรรมและปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ หรือในกรณีที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ อาจใช้การผูกข้อมือและจำกัดบริเวณ หรือพิจารณาจัดยาควบคุมอาการร่วมด้วย การดูแลในระยะนี้คือดูแลใกล้ชิดตรวจเยี่ยมผู้ป่วยเป็นระยะเพื่อประเมินความรู้สึกตัวและผลข้างเคียงของยา เมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้นจึงพิจารณายุติการผูกข้อมือ หรือการจำกัดบริเวณผู้ป่วย

1.3.2. การรักษาแบบในระยะอาการกำเริบทุเลา ในระยะนี้ผู้ป่วยเริ่มควบคุมตนเองได้บ้าง การสื่อสารดีขึ้น การรักษาในโรงพยาบาลเพื่อควบคุมอาการและบำบัดทางจิตใจ โดยทั่วไปมีลักษณะเช่นเดียวกับระยะอาการกำเริบซึ่งจะเน้นการบำบัดทางจิตสังคม ดังนี้

1.3.2.1 การบำบัดทางจิต มี 2 ลักษณะ คือบำบัดรายบุคคลและบำบัดแบบกลุ่ม ซึ่งทั้งสองลักษณะต่างก็มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันได้ และใช้ศักยภาพของตนเองที่มีให้ได้มากที่สุด แต่ต่างกันที่จิตบำบัดแบบกลุ่มจะบำบัดโดยอาศัยอิทธิพลของกระบวนการกลุ่มทำให้เกิดการเรียนรู้การสร้างสัมพันธภาพ และมีความไว้วางใจผู้อื่นมากขึ้น ซึ่งช่วยลดปัญหาการแยกตนเองออกจากสังคมลงได้

1.3.2.2 การบำบัดทางพฤติกรรม ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทส่วนใหญ่จะมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม เช่น ก้าวร้าวแยกตนเอง ไม่ดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล และซึมเศร้า เป็นต้น เพื่อปรับพฤติกรรม ผู้ป่วยจะได้รับการบำบัดพฤติกรรมด้วยวิธีการต่างๆ เช่น การเสริมแรง การฝึกกล้าแสดงออก การขจัดความรู้สึกอย่างเป็นระบบ และการเรียนรู้จากตัวแบบ

1.3.2.3 การบำบัดครอบครัว จุดมุ่งหมายส่งเสริมความสัมพันธ์ในครอบครัวผู้ป่วยให้มีลักษณะสร้างสรรค์ การรักษาผู้ที่เป็นโรคจิตเภทต้องยึดหลักให้ครอบครัวมีส่วนร่วมตั้งแต่ต้น การพบผู้ป่วยและญาติจะช่วยให้ทุกฝ่ายได้ระบายความรู้สึกที่มีต่อกัน โดยมีผู้รักษาเป็นคนกลาง บางครอบครัวมีการใช้อารมณ์ต่อกันสูงและอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยเป็นเวลานาน

ในแต่ละวัน ซึ่งอาจไปเพิ่มความกดดันให้แก่ผู้ป่วย การทำครอบครัวบำบัดเน้นการให้ความรู้ในเรื่องโรคจิตเภทและวิธีปฏิบัติการดูแล จะช่วยได้เป็นอย่างดี

1.3.3. การรักษาแบบในระยะอาการคงที่ เนื่องจากผู้ที่ เป็นโรคจิตเภทส่วนใหญ่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ หลังจากอาการสงบลง ผู้ป่วยจะยังคงมีอาการหลงเหลืออยู่บ้าง การรักษาแบบคงสภาพในระยะอาการคงที่นี้มีเป้าหมายหลัก คือ การป้องกันอาการกำเริบ ป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

เนื่องจากนโยบายการรักษาผู้ป่วยในปัจจุบันจะรับไว้รักษาในโรงพยาบาลเฉพาะที่มีอาการรุนแรง เมื่ออาการสงบลงผู้ป่วยจะได้รับการจำหน่ายและยังคงได้รับการรักษาแบบการรักษาในระยะอาการคงที่หรือระยะอาการหลงเหลือ การดูแลรักษาในระยะนี้เน้นการดูแลตนเอง ป้องกันการกำเริบ กลับป่วยซ้ำของโรค การฟื้นฟูสภาพ และการปฏิบัติตัวหลังการจำหน่ายให้ถูกต้องในชีวิตประจำวัน ไม่ขัดต่อสภาพการเจ็บป่วย สามารถดำรงชีวิตในครอบครัว ปฏิบัติหน้าที่ได้ตามศักยภาพ ปรับตัวได้ดี มีคุณภาพชีวิตที่ดี ในระยะนี้ผู้ป่วยยังคงได้รับการรักษาด้วยยาแต่ขนาดของยาจะลดลง การรักษาส่วนใหญ่เน้นว่าในครั้งแรกหลังจากอาการทางจิตดีขึ้นแล้วให้ยาต่อไปอีกหนึ่งปี หากผู้ป่วยมีอาการกำเริบครั้งที่สองควรให้ยาต่อเนื่องไประยะยาว เช่น 5 ปี (มาโนช หล่อตระกูล, 2543)

ภายหลังการรักษาแล้วผู้ป่วยแต่ละรายอาจจะมีผลการรักษาแตกต่างกัน ซึ่งการที่จะศึกษาถึงผลการรักษาของผู้ป่วย จำเป็นต้องศึกษาทั้งอาการทางจิต และการปรับตัวทางสังคม โดยผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในครอบครัวและสังคม ตลอดจนทำงานรับผิดชอบตนเองได้ และผู้ป่วยมีอาการลดลง ซึ่ง Gordon (1991) ได้รายงานไว้ว่า ผู้ป่วยที่สามารถดำเนินชีวิตได้ดี หรือไม่ภายหลังการป่วย สามารถประเมินได้จาก

1. เป็นผู้ที่มีเหตุการณ์ ที่ทำให้เกิดความเครียดน้อย ซึ่งวัดได้ด้วย Axis IV ใน DSM – IV
2. มีอาการป่วยอยู่ในระดับต่ำ
3. มีความสามารถในการปรับตัวทางสังคม ได้แก่การใช้ชีวิตประจำวัน การสื่อสาร การกล้าแสดงออกการแก้ปัญหา และการใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์
4. มีความสามารถในการทำงาน มีสถานภาพทางสังคม สามารถเรียนหรือทำงานได้
5. ได้รับการช่วยเหลือทางสังคมทั้งในด้านจำนวนของผู้ให้การช่วยเหลือ และเป็นการช่วยเหลืออย่างมีคุณภาพ ซึ่งเป็นการช่วยเหลืออย่างใกล้ชิด หรือช่วยอยู่ห่างๆ ตามความเหมาะสม

1.4 ปัญหาของผู้ที่ป่วยเป็นโรคจิตเภท

โรคจิตเภทเป็นโรคที่พบได้มากที่สุด มีลักษณะเป็นโรคเรื้อรัง มีความผิดปกติของความคิด และการรับรู้เป็นลักษณะเด่น มีการรักษาที่ยาวนานส่งผลให้ผู้ที่ เป็นโรคจิตเภทเกิดการเปลี่ยนแปลงหลายอย่างในวิถีชีวิต ความผิดปกติจากการเจ็บป่วยทำให้มีปัญหาในการดำเนินชีวิต และการทำงาน

ไม่สามารถทำงานหรือช่วยตนเองได้ ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมักแยกตัวอยู่ตามลำพัง ขาดความสัมพันธ์กับญาติพี่น้อง มีพฤติกรรมแปลกๆ รวมทั้งมีอาการประสาทหลอน และอาการหลงผิด (สมภพ เรืองตระกูล, 2543) มีปัญหาเรื่องสุขอนามัยส่วนบุคคล การแต่งกายสกปรกสวมใส่เสื้อผ้าที่ไม่สะอาดไม่รักษาความสะอาดของเสื้อผ้าและไม่เปลี่ยนเสื้อผ้าในเวลาอันควร (สถิต วงศ์สุรประภิต, 2542) ด้วยความสามารถในการดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน (Underwood, 1990) ไม่สนใจรับประทานอาหารหรือรับประทานได้ไม่เพียงพอ (Chesla, 1996) ซึ่งปัญหาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทแต่ละระยะของการดำเนินของโรค มีดังนี้

ระยะเริ่มมีอาการ จะมีปัญหาด้านหน้าที่ความรับผิดชอบ ด้านสัมพันธภาพ ด้านสุขอนามัยหรือการแต่งกาย ด้านพฤติกรรมจะมีพฤติกรรมเปลี่ยนไป

ระยะอาการกำเริบ ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทส่วนใหญ่จะมีปัญหาเรื่อง การรับรู้ผิดจากความเป็นจริง หูแว่ว ประสาทหลอนแสดงพฤติกรรมได้ตอบ เช่น เสียงสั่งให้ทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น หรืออาจแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว รุนแรง มีการทำร้ายบุคคลในครอบครัว (สงวนศรี แต่งบุญงาม, 2537) มีพฤติกรรมทางเพศซึ่งเป็นภัยต่อสังคม มักไม่นอนในเวลากลางคืน ทำลายข้าวของ (วรช นิชกุล, 2536)

ระยะอาการหลงเหลือ เป็นระยะที่ปัญหาทางด้านความรุนแรงจากอาการทางจิตลดลง แต่อาจมีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ ปัญหาที่พบของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในระยะนี้ที่รุนแรงและส่งผลกระทบมาก คือ การกลับเป็นซ้ำ ซึ่งพบว่า ในกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้รับประทานยา มีอัตราป่วยซ้ำสูงถึงร้อยละ 60 – 70 (Sadock & Sadock, 2000) การกลับเป็นซ้ำในผู้ที่เป็นโรคจิตเภทนั้นส่งผลกระทบต่อสรูปได้ดังนี้

1. **ผลกระทบต่อตัวผู้ที่เป็นโรคจิตเภท** การป่วยซ้ำทำให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีความสามารถในการดูแลตนเองลดลงรวมกับการเสื่อมถอยของบุคลิกภาพมากขึ้น และถ้าป่วยซ้ำบ่อยๆ มีโอกาสที่จะมีพยาธิสภาพถาวรมากขึ้น (Sadock & Sadock, 2000) จากการศึกษาของ Breier, Schreiber, Dyer, & Pickar. (1991) ที่ติดตามเยี่ยมผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเรื้อรัง จำนวน 58 คน ภายในระยะเวลา 12 ปี ของการเจ็บป่วยพบว่า ระยะเวลาการดำเนินโรคของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่มีการเสื่อมของบุคลิกภาพและการทำหน้าที่ต่างๆ ของร่างกายบกพร่องน้อยที่สุด คือภายในระยะเวลา 5 ปีแรกของการเจ็บป่วย หลังจากนั้นจะพบว่าการเสื่อมลงเรื่อยๆ จนถึงปีที่ 10 ของการเจ็บป่วยหรือมากกว่านั้นตามจำนวนครั้งของการเจ็บป่วย

2. **ผลกระทบต่อครอบครัว** ที่พบมากที่สุด คือ ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ซึ่งเป็นการทำหน้าที่ของครอบครัวอย่างหนึ่ง ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับยา และขาดกำลังสำคัญจากผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่จะช่วยหารายได้เข้าสู่ครอบครัว (รัชนิกร อุปเสน, 2541) บางรายต้องหยุดงานเพื่อมาดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทต้องทำงานบ้านเองทั้งหมดเพราะผู้เป็นโรคจิตเภทไม่

ยอมช่วยทำงาน ต้องนอนเป็นประจำเมื่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีอาการกำเริบ และเกิดภาวะเครียดจนเกิดอาการปวดศีรษะ นอนไม่หลับรับประทานอาหารไม่ได้ อ่อนล้ากับการดูแล (ทานตะวัน เข้มบุญเรือง, 2540) และการมีพฤติกรรมก้าวร้าว/ไม่เป็นมิตร (39 %) อยู่ไม่นิ่ง/กลางคืนไม่นอน (38 %) และมีพฤติกรรมแปลกประหลาด (35 %) ผู้ดูแลไม่สามารถจัดการเก็บอาการ และพฤติกรรมที่เป็นปัญหาได้ เกิดความกดดันให้กับตนเองทำให้มีโอกาสที่จะมีความผิดปกติทางจิตสูง (Sallhe, 1994) และจากการศึกษาของรัชนิกร อุปเสน (2541) ที่ศึกษาบทบาทและภาระของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน พบว่าการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภททำให้เป็นภาระในด้านการสูญเสียทางเศรษฐกิจ รองลงมา คือการพักผ่อน และผลเสียต่อสุขภาพตามลำดับ

3. ผลกระทบต่อสังคม พบว่าผู้ป่วยเป็นโรคจิตเภทจำนวนหนึ่งเมื่อจำหน่ายกลับไปอยู่ในชุมชนเมื่อมีอาการทางจิตจะทำความเดือดร้อนให้ชุมชน เช่น ทำร้ายผู้อื่นเนื่องจากมีอาการหวาดระแวง หลงผิดหรือบางครั้งพกพาอาวุธไว้กับตัว บางครั้งทุบทำลายข้าวของ เป็นต้น (วิลาวรรณ เทพโสธร, 2538) มีพฤติกรรมที่น่ารังเกียจหรือเป็นอันตรายต่อสังคม (ปรีทรรศ ศิลปกิจ , 2535) มีพฤติกรรมทางเพศไม่เหมาะสม มีโอกาสเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้เช่น โรคเอดส์ และมีความเสี่ยงต่อการติดสารเสพติดมากกว่าคนปกติ และจากการศึกษาของ Mallakh, (1998) ที่พบว่าร้อยละ 51 ของผู้ที่เป็นโรคจิตมักติดสุรา หรือสารเสพติด

4. ผลกระทบต่อประเทศ คือ ขาดกำลังคนในการพัฒนาประเทศ และการสูญเสียทางเศรษฐกิจอย่างมาก ดังการศึกษาวิจัยต้นทุนการรักษาผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น พบว่า ต้นทุนผู้ป่วยนอกเฉลี่ย 175.36 บาท/ครั้ง ผู้ป่วยใน 9446.7 บาท/ราย (วิวัฒน์ ยถาภูษานนท์ และคณะ, 2536) และในแต่ละปีจะต้องสูญเสียงบประมาณในการรักษาผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเป็นเงินสูงกว่า 200 ล้านบาทต่อปี และมีแนวโน้มว่าจะสูงขึ้นเรื่อย ๆ เนื่องจากมีจำนวนผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำในแต่ละปีเพิ่มขึ้น (กรมสุขภาพจิต , 2541)

1.5 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

ผู้ป่วยจิตเภท มีปัญหาด้านความคิด การรับรู้ ด้านการสื่อความหมาย และด้านการสังคม ดังนั้นการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท ผู้ให้การพยาบาลต้องมีความเข้าใจ ตรงไปตรงมา ไม่อ้อมค้อม การสื่อสารกับผู้ป่วยต้องอยู่ในความเป็นจริง ไม่ล้อเลียนผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยไม่สามารถแยกการล้อเลียนออกจากความเป็นจริงได้ (สุวนีย์ กิ่งแก้ว, 2545)

1.5.1 หลักการพยาบาลทั่วไป

1. การพยาบาลด้านร่างกาย เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ มีปัญหาด้านการดูแลตนเอง ผู้ป่วยบางคนมีพฤติกรรมหวาดระแวง อาจไม่ยอมรับประทานยา ไม่ดื่มน้ำ ซึ่งอาจเกิดภาวะขาด

สารอาหารได้ จึงควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลสุขภาพอนามัยของตนเอง และดูแลให้ได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอ

2. **การพยาบาลด้านความคิด** การสนทนากับผู้ป่วยจะทำให้เราได้ทราบความคิดของผู้ป่วย การหาความหมายของพฤติกรรม ที่ผู้ป่วยแสดงออกนั้นจะช่วยให้เข้าใจความคิดของผู้ป่วยที่สื่อออกมาทางด้านพฤติกรรม (search for meaning) ได้มากขึ้น พยาบาลต้องให้ความจริงแก่ผู้ป่วย และส่งเสริมให้ผู้ป่วยอยู่กับความจริง (reinforcing reality) ผู้ป่วยที่มีอาการประสาทหลอน จะบอกพยาบาลในสิ่งที่เขารับรู้ เช่น เห็นภาพบางขณะที่ยาบาลไม่เห็น พยาบาลจะให้ความจริงแก่ผู้ป่วย โดยไม่ขัดแย้งในความรู้สึกของผู้ป่วย โดยให้ผู้ผู้ป่วยบรรยายภาพที่เห็น ในขณะเดียวกันก็บอกว่า พยาบาลไม่เห็นภาพนั้น เป็นต้น

3. **การพยาบาลด้านจิตใจอารมณ์** ปัญหาที่เห็นได้ชัดเจนคือ อารมณ์ราบเรียบ ซึ่งเห็นได้จากใบหน้าที่ยิ้มแย้ม ไม่มีอารมณ์สนองตอบต่อเหตุการณ์ อารมณ์ไม่สอดคล้องกับเหตุการณ์ ไม่สบตา พยาบาลต้องมีความเข้าใจและอดทนต่อภาวะอารมณ์ที่ไม่ปกติเหล่านั้น เสริมสร้างพฤติกรรม และการตอบสนองทางอารมณ์ที่เหมาะสม

4. **การพยาบาลด้านสังคม** ปัญหาการหนีสังคม การแยกตัวอยู่คนเดียวของผู้ป่วย การไม่สนใจผู้อื่น และการไม่สนใจกิจกรรมของสังคม เป็นปัญหาที่พบได้ในผู้ป่วยจิตเภท ที่พยาบาลต้องวางแผนแก้ไข แม้ว่าปัญหาเหล่านี้จำเป็นต้องใช้ระยะเวลาในการปรับพฤติกรรม พยาบาลจึงควรประเมินความสามารถด้านการสังคมที่เหลืออยู่ของผู้ป่วย และส่งเสริมการดูแลตนเอง ด้านสุขอนามัยส่วนบุคคล เพื่อไม่ให้บุคคลที่อยู่รอบข้างรังเกียจผู้ป่วย ควรมีการให้รางวัล และการชมเชย เป็นต้น

1.5.2 การใช้กระบวนการพยาบาล

การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้กระบวนการพยาบาล เป็นการพิจารณาปัญหาจากการประเมิน ซึ่งสามารถจำแนกปัญหาที่ถือว่าเป็นปัญหาที่สามารถแก้ไขได้ในระยะเวลาสั้นหรือระยะเวลายาว โดยเป็นปัญหาที่ต้องใช้เวลาในการแก้ไขตามลำดับความสำคัญก่อน-หลัง ของปัญหา มีการวางแผนการพยาบาล ให้การพยาบาล และประเมินผลการพยาบาล

1. **การประเมินสภาพผู้ป่วย** การประเมินสภาพทั่วไป และอาการต่างๆของผู้ป่วย ประเมินความคิด การรับรู้และพฤติกรรมโดยทั่วไปของผู้ป่วย การประเมินสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยถูกนำส่งโรงพยาบาล

1.1. ประเมินสุขภาพร่างกายทั่วไป เพื่อดูความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ประเมินการแต่งกายว่าเหมาะสมหรือไม่ ประเมินสุขวิทยาส่วนบุคคล ประเมินภาวะผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยเนื่องจากผลข้างเคียงของยา เป็นต้น

1.2. ประเมินความคิดของผู้ป่วย อาการสำคัญของผู้ป่วยจิตเภทคือ ความผิดปกติด้านความคิด ดังนั้น สิ่งที่ต้องทำในเบื้องต้นคือ การประเมินความคิดว่าผู้ป่วยมีภาวะหลงผิดหรือไม่ ภาวะหลงผิดมีลักษณะใด ประเมินการรับรู้ของผู้ป่วย ประเมินความผิดปกติของการรับรู้ว่ามีหรือไม่ ลักษณะใด มีเป็นครั้งคราวหรือมีอยู่ตลอดเวลา ที่ทำให้ผู้ป่วยหมกมุ่นอยู่กับการสนองตอบต่อภาวะประสาทหลอนนั้นๆ ภาวะประสาทหลอนของผู้ป่วยจะก่อให้เกิดอันตรายต่อตัวผู้ป่วยเอง และผู้อื่นอย่างไรบ้าง

1.3. ประเมินพฤติกรรมของผู้ป่วย เช่น การหนีผู้คน หลบซ่อนตัว เนื่องจากกลัวว่าจะมีคนมาทำร้าย นอกจากนี้ผู้ป่วยอาจมีพฤติกรรมมากเกินไป ทำให้ผู้ป่วยอยู่นิ่งไม่ได้ ต้องเคลื่อนไหวตลอดเวลา รบกวนผู้อื่น อาจทำให้ผู้อื่นรำคาญ และทำร้ายผู้ป่วยได้ หรือผู้ป่วยอาจเป็นอันตรายต่อผู้อื่นได้ เนื่องจากภาวะหลงผิดและประสาทหลอนได้

1.4. ประเมินด้านสัมพันธภาพ ควรประเมินผู้ป่วยด้านการอยู่ร่วมกับผู้อื่น ผู้ป่วยมีการรบกวนผู้อื่นหรือไม่ อย่างไร มีปัญหาการอยู่ร่วมกับผู้อื่นหรือไม่ พฤติกรรมที่เกิดจากความคิดหลงผิด และประสาทหลอนจะทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้ตามปกติ โดยทั่วไปแล้ว ผู้ป่วยจิตเภทมักมีแนวโน้มที่จะแยกตัวอยู่คนเดียวเป็นส่วนใหญ่ เพื่อช่วยผู้ป่วยในการอยู่ร่วมกับผู้อื่นอย่างราบรื่น พยาบาลควรประเมินปัญหาด้านการอยู่ในสังคมที่ผู้ป่วยอาจจะมี เพื่อหาวิธีการช่วยเหลือผู้ป่วยให้อยู่ร่วมกับผู้อื่นอย่างสร้างสรรค์และมีความสุข

2. การวินิจฉัยการพยาบาล ขึ้นอยู่กับความถูกต้องในการประเมินสภาพ และอาการทั่วไปที่ได้ทำในขั้นต้น การวินิจฉัยการพยาบาลเป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาล และการปฏิบัติการพยาบาลในขั้นต่อมา โดยทั่วไปการวินิจฉัยการพยาบาล จะสอดคล้องกับอาการของผู้ป่วยจิตเภท

3. การวางแผนการพยาบาล ประกอบด้วยแผนการพยาบาลระยะสั้น และแผนการพยาบาลระยะยาว เพื่อจะได้แนวทางในการประเมินผลสำเร็จด้านการพยาบาล มีหลักการดังนี้ (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย , 2545)

3.1. การวางแผนระยะสั้น เน้นการช่วยเหลือในช่วงแรก โดยเฉพาะการดูแลผู้ป่วยในระยะที่มีอาการ จำเป็นต้องได้รับการดูแลจากพยาบาลโดยตรง ดังนี้

- 1) การดูแลความปลอดภัย
- 2) การดูแลสภาพร่างกาย
- 3) การดูแลด้านการบำบัดทางชีวภาพ
- 4) การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดด้วยไฟฟ้า
- 5) การพัฒนาทักษะ สัมพันธภาพระหว่างบุคคลและกลุ่ม
- 6) การพัฒนาการปรับตัวของผู้ป่วยจิตเภท

3.2. การวางแผนระยะยาว เป็นการกำหนดแผนการพยาบาลที่เน้นการดูแลระยะยาว และต่อเนื่อง โดยครอบคลุมถึงเป้าหมาย และการดำเนินชีวิตระยะยาวในอนาคต ซึ่งประกอบด้วยแผนที่ควรดำเนินการดังนี้

- การดูแลด้านสุขภาพและการบำบัดอย่างต่อเนื่อง
- การกำหนดแผนการดำเนินชีวิตในครอบครัวและในสังคมอย่าง

เหมาะสม

- การใช้แหล่งบริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน

3.3. กำหนดวัตถุประสงค์การพยาบาล ทุกแผนการพยาบาลควรระบุเป้าหมาย หรือวัตถุประสงค์ในการดูแล ไว้ในลักษณะของพฤติกรรมที่ต้องการให้เกิดขึ้น และสามารถเป็นจริงได้ โดยเน้นที่การสอดคล้องกับข้อวินิจฉัยการพยาบาล

4. การปฏิบัติการพยาบาลในขณะที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาในโรงพยาบาล เนื่องจากอยู่ในระยะที่ผู้ป่วยควบคุมตัวเองไม่ได้ และการอยู่ในชุมชนไม่ปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยและคนอื่น ๆ การมี Clinical Pathway จะช่วยให้การปฏิบัติการพยาบาลง่ายขึ้น

5. การประเมินผลการพยาบาล เป็นขั้นสุดท้ายของกระบวนการพยาบาล มีจุดมุ่งหมายเพื่อประเมินว่า ปัญหาใดได้รับการแก้ไขแล้ว ปัญหาใดยังคงมีอยู่ เนื่องจากเป็นปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้ในระยะเวลาสั้นๆ

กล่าวโดยสรุปว่า การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติ ด้านความคิด การรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรม ผู้ให้การพยาบาลต้องมีความละเอียดรอบคอบ ประเมินสภาพผู้ป่วยอย่างครอบคลุมในทุกๆด้าน วินิจฉัยทางการพยาบาลให้ตรงกับสิ่งที่ประเมิน วางแผนการพยาบาล และให้การพยาบาลอย่างครอบคลุม ทั้งด้านร่างกายความคิด ด้านจิตใจ ด้านอารมณ์ รวมทั้งด้านสังคม และสุดท้าย ต้องมีการประเมินผลทางการพยาบาล

2. การปรับตัวทางสังคม

2.1 ความหมาย

ยรรยง ผิวอ่อน (2535 : 10) กล่าวว่า การปรับตัวทางสังคม หมายถึงกระบวนการที่ บุคคลพยายามปรับสภาพปัญหา ที่เกิดขึ้นกับตนเอง ไม่ว่าจะปัญหาด้านอารมณ์ ปัญหาด้านบุคลิกภาพ ปัญหาความต้องการให้เข้ากับความต้องการของตน ให้เหมาะสมกับสภาพแวดล้อม จนเป็นสถานการณ์ที่ตนสามารถทนอยู่ในสภาพแวดล้อมนั้นๆ อย่างมีความสุข รวมทั้งปฏิบัติกิจได้ตอบต่างๆต่อสิ่งแวดล้อมของมนุษย์ และการปรองดองไกล่เกลี่ยความต้องการส่วนตน ให้สอดคล้องกับสิ่งแวดล้อม

อัลเลน (สุภาพร รวมธรรม , 2544 ; อ้างอิงจาก Alen.1990:24) ได้แสดงทัศนะไว้ว่า การปรับตัวทางสังคมคือ ความเข้าใจพฤติกรรม ความคิด ความรู้สึกของตนเองและผู้อื่นอย่างถ่องแท้จนสามารถที่จะพัฒนากลยุทธ์เพื่อจัดการกับความต้องการของตน และเหตุการณ์ที่ท้าทายในชีวิตประจำวัน ได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ

จิตตินุช หาญพานิชย์พันธ์ (2541:25 ; อ้างอิงจาก English ๑1958๗ 14-15) ให้ความหมายของการปรับตัวทางสังคมไว้ว่า การปรับตัวทางสังคมหมายถึง กระบวนการของการปรับปรุงความต้องการ และพฤติกรรมต่างๆของบุคคลในการคบหาสมาคมกับบุคคลอื่นเพื่อที่เขาจะได้รับความสะดวกและสามารถดำรงความสัมพันธ์ที่พึงปรารถนานั้นไว้

เซอร์ลอค (Hurlock. 1978 : 260-261) ให้ความหมายของการปรับตัวทางสังคมว่า เป็นความสำเร็จของบุคคลในการปรับตัวให้เข้ากับบุคคลต่างๆได้ คนที่ปรับตัวได้ดีจะเรียนรู้ทักษะทางสังคมได้ เช่น ความสามารถในการเกี่ยวข้องกับคนอื่นทั้งกลุ่มเพื่อนและคนแปลกหน้า และจะช่วยพัฒนาทัศนคติที่ดีต่อสังคมด้วย เช่น มีความตั้งใจที่จะช่วยเหลือผู้อื่น

จันรรจา บำเหน็จพันธ์ (2537 : 31) ให้ความหมายของการปรับตัวทางสังคม หมายถึงความสามารถในการปรับตัวอย่างมีประสิทธิภาพในด้านต่างๆ เช่น การเข้าสังคม การสื่อสารสัมพันธ์กับผู้อื่น และความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน รวมทั้งมาตรฐานในการเป็นตัวของตัวเองและความรับผิดชอบต่อสังคมโดยคาดหมายตามอายุของผู้คนหรือตามวัฒนธรรมของกลุ่มชนนั้นๆ จากคำจำกัดความพอสรุปได้ว่าการปรับตัวทางสังคม หมายถึง ความสามารถของบุคคล ในการปรับตัวอย่างมีประสิทธิภาพในด้านต่างๆ โดยที่บุคคลต้องมีการปรับหรือปรับปรุงพฤติกรรมและความต้องการต่างๆ เพื่อให้เกิดสัมพันธ์ภาพที่ดี และความรับผิดชอบต่อสังคม ตามวัฒนธรรมของกลุ่มชนนั้นๆ

การปรับตัวตามแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของ รอย (Roy Adaptation Model) ซึ่งเชื่อว่าบุคคลเป็นระบบการปรับตัวระบบหนึ่ง มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม หรือสิ่งเร้าทั้งจากภายในและภายนอกอยู่ตลอดเวลา การปรับตัวเป็นระดับความสามารถของบุคคลที่จะใช้กลไกในการจัดการประกอบด้วยสองระบบย่อย คือระบบย่อยการควบคุมและระบบย่อยการคิดรู้ เพื่อตอบสนองสิ่งเร้าที่มากระตุ้นการปรับตัว โดยสิ่งเร้าที่อยู่ในขอบเขตของระดับความสามารถของบุคคล จะทำให้บุคคลมีการตอบสนองในทางบวกหรือมีการปรับตัวที่ดี ส่วนสิ่งเร้าที่อยู่นอกขอบเขตของระดับความสามารถของบุคคล จะทำให้บุคคลมีการตอบสนองในทางลบเกิดปัญหาในการปรับตัวได้ ผู้ป่วยจิตเภทมีสิ่งเร้าตรงต่อผู้ป่วยคือ ความเจ็บป่วยทางจิต ทำให้ผู้ป่วยต้องปรับตัวและแสดงออกมาในรูปพฤติกรรมการปรับตัวทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจบทบาทหน้าที่ การพึ่งพาผู้อื่น (Andrews & Roy , 1991) โดยพฤติกรรมการปรับตัวทั้ง 4 ด้าน จะแสดงออกมา 2 ลักษณะ คือ พฤติกรรมการปรับตัวที่มีประสิทธิภาพ และพฤติกรรมการปรับตัวที่ไม่มีประสิทธิภาพ จากแนวคิดทฤษฎีการ

ปรับตัวของรอย จะเห็นว่า ในภาวะปกติ บุคคลส่วนใหญ่จะสามารถปรับตัวได้ โดยไม่ต้องได้รับการช่วยเหลือระดับประคอง แต่เมื่อบุคคลนั้นมีภาวะอารมณ์เจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท ทำให้ต้องเผชิญกับสิ่งเร้ามากมาย ซึ่งสิ่งเร้าเหล่านี้อาจอยู่นอกขอบเขตความสามารถในการปรับตัวของผู้ป่วย

การปรับตัวทางสังคม มีความสำคัญและเกี่ยวข้องกับการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช โดยเฉพาะโรคจิตเภท ได้จัดการปรับตัวทางสังคมเข้าเป็นเกณฑ์ในการวินิจฉัยโรค โดยเปรียบเทียบความสามารถในการทำหน้าที่ต่างๆ เช่น การงาน ความสัมพันธ์ทางสังคม และการดูแลตนเอง ในช่วงระยะเวลาก่อนป่วยกับช่วงระยะเวลาของการเกิดความผิดปกติขึ้น ซึ่งถือว่าเป็นระยะการดำเนินของโรค จะพบว่าแตกต่างจากความสามารถที่เคยทำได้ในระดับสูงกว่านี้ ซึ่งปัจจัยเกี่ยวกับการปรับตัวผู้ป่วยจิตเวชนี้ Foerster et al. (1991) ได้ศึกษาถึงความสามารถในการปรับตัวของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มอายุระหว่าง 16-50 ปี โดยเปรียบเทียบระหว่างโรคจิตเภทและโรคจิตทางอารมณ์ พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทจะมีการปรับตัวในระดับที่ไม่ดี มากกว่าในกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตทางอารมณ์ และผลการศึกษาของ Kaplan , I and Sadock , J . (1991) ซึ่งพบว่าบุคลิกภาพของผู้ป่วยโรคจิตเภทมักจะเป็นแบบแยกตัว มีลักษณะเงียบเฉยไม่กล้าแสดงออก ฝันกลางวัน เก็บตัว ถ้าเป็นผู้ป่วยซึ่งอยู่ในวัยรุ่นมักจะไม่ค่อยมีเพื่อนสนิทเลยตั้งแต่ก่อนป่วย มักไม่สนใจเล่นกีฬา แต่ชอบดูภาพยนตร์ คุกกี้และฟังเพลงหนักเสียงกิจกรรมทางสังคม

นอกจากนี้ การประเมินสภาพระดับความผิดปกติทางจิตใจของผู้ป่วยโดยใช้หลักการประเมินผู้ป่วยตามเกณฑ์การวินิจฉัยของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (Diagnostic and Statistical Mental Disorders , Third Edition Revised : DSM. III – R) ได้จัดระบบการประเมินไว้ เรียกว่า Multiaxial Evaluation ซึ่งเป็นการประเมินโดยให้ความเอาใจใส่ต่อความผิดปกติหลายด้านร่วมกัน ทั้งด้านความผิดปกติของบุคลิกภาพ อาการ ความผิดปกติทางกาย เหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดและการปรับตัวของผู้ป่วยก่อนมีอาการป่วย โดยไม่ได้ให้ความสนใจเฉพาะปัญหาอาการทางจิตที่เกิดขึ้นแต่เพียงอย่างเดียว

2.2 การประเมินการปรับตัวทางสังคม

การประเมินการปรับตัวทางสังคม สามารถทำได้โดยประเมินตามหลักเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์ อเมริกัน ซึ่งได้เสนอแบบประเมินความสามารถของการทำหน้าที่ ทางด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านการประกอบอาชีพ คือ Global Assessment of Function Scale (GAF Scale) โดยให้ช่วงคะแนน ช่วงละ 10 คะแนน รวม 9 ช่วงคะแนน โดยผู้ที่มีความสามารถในการปรับตัวดี จะมีคะแนนสูงสุด 90 คะแนนดังนี้

91 – 100 คะแนน ทำหน้าที่ได้เยี่ยมมาก ไม่มีอาการ

81 – 90 คะแนน ไม่มีอาการหรือมีอาการเล็กน้อย ทำหน้าที่ได้ดีในทุกด้าน (จิตใจ สังคม และอาชีพ)

71 – 80 คะแนน มีอาการชั่วคราว ในช่วงมีภาวะเครียด มีความผิดปกติเล็กน้อย ในด้านหน้าที่ทางสังคม อาชีพและการเรียน

61 – 70 คะแนน มีอาการเล็กน้อยหรือมีปัญหาบ้าง ในด้านหน้าที่ทางสังคม อาชีพและการเรียน แต่โดยทั่วไปยังทำหน้าที่ได้ดี มีสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้

51 - 60 คะแนน มีอาการปานกลางหรือมีปัญหาบ้าง ในด้านหน้าที่ทางสังคม อาชีพ และการเรียน

41 - 50 คะแนน มีอาการรุนแรง หรือมีปัญหารุนแรงในด้านหน้าที่ทางสังคม อาชีพและการเรียน

31 - 40 คะแนน มีปัญหาในการทดสอบเกี่ยวกับความเป็นจริง การสื่อสาร หรือมีความผิดปกติในหลายด้าน คือ การงาน การเรียน สัมพันธภาพในครอบครัว การตัดสินใจ การคิด อารมณ์

21 - 30 คะแนน พฤติกรรมผิดปกติเนื่องจากมีอาการหลงผิด ประสาทหลอน หรือไม่สามารถสื่อสาร หรือตัดสินใจได้ ทำหน้าที่ไม่ได้ในทุกด้าน

11 - 20 คะแนน มีอันตรายที่จะทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น ภาวะสุขอนามัยไม่ดี การสื่อสารผิดปกติมาก

1 - 10 คะแนน เป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่นอย่างรุนแรง ไม่สามารถรักษาภาวะสุขอนามัยอย่างปกติ หรืออาจทำร้ายตนเองถึงขั้นเสียชีวิต

ส่วนใน DSM IV ได้กล่าวถึงความสำคัญ ของการปรับตัวในหน้าที่ต่างๆก่อนป่วย โดยนับระยะเวลาของรอบปีที่ผ่านมา (อย่างน้อย 2-3 เดือน) ว่ามีความสำคัญในการพยากรณ์โรค เพราะผู้ป่วยมักจะปรับตัวกลับไปสู่ระดับเดิมได้ภายหลังที่พ้นจากอาการป่วย โดยการประเมินการปรับตัวในหน้าที่ต่างๆ ประกอบด้วยส่วนสำคัญ 3 ด้าน คือ ความสัมพันธ์ต่างๆในสังคม การประกอบอาชีพ และการใช้เวลาในยามว่างงาน การพิจารณาต้องพิจารณาหน้าที่ทั้ง 3 ด้านร่วมกัน แม้จะมีข้อมูลที่บ่งว่า ควรจะให้น้ำหนักด้านความสัมพันธ์ต่างๆทางสังคมมากกว่า เพราะมีความหมาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งต่อการพยากรณ์โรคก็ตาม การประเมินผลการใช้เวลาในยามว่าง จะมีผลต่อการตัดสินใจโดยทั่วไปไปก็ต่อเมื่อ ไม่เกิดความบกพร่องของความสัมพันธ์ต่างๆทางสังคม และการประกอบอาชีพเท่านั้น หรือโอกาสในการประกอบอาชีพมีน้อยหรือไม่มีเลย เช่น ผู้ที่เกษียณอายุ หรือผู้พิการ

ความสัมพันธ์ต่างๆในสังคม (Social relations) ได้แก่ความสัมพันธ์ทั้งหมดของผู้นั้นต่อคนทั่วไป โดยเน้นหนักโดยเฉพาะต่อครอบครัวและเพื่อนๆ ควรพิจารณาถึงความกว้างขวาง และความสัมพันธ์อันดี ระหว่างบุคคลด้วย

การประกอบอาชีพ (Occupational functioning) หมายถึง การมีอาชีพที่ก่อให้เกิดรายได้ของผู้ป่วยจิตเภท หรือการทำงานบ้าน

การใช้เวลาในยามว่างงาน (Use of leisure time) ได้แก่กิจกรรมที่ให้ความผ่อนคลาย หรืองานอดิเรกต่างๆควรพิจารณาถึงความกว้างขวางและความลึกซึ้งที่ผู้ผู้นั้นเข้าร่วมกิจกรรมและความสุขที่ผู้ป่วยได้รับ

2.3 การปรับตัวทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท

ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด การรับรู้ ทำให้มีการแสดงออกไม่เหมาะสม การดำเนินโรคเป็นแบบเรื้อรัง มีระยะเวลาการเจ็บป่วยที่ยาวนาน ซึ่งส่งผลกระทบต่อการปรับตัวทางสังคมของผู้ป่วยในทุกด้าน (Gallagher III, 1980) กล่าวว่าผู้ป่วยที่อยู่ในชุมชนได้น้อยกว่า 6 เดือน ถือว่าประสบความสำเร็จในการปรับตัว และการกลับเป็นซ้ำของโรคในระยะเวลา 2 ปี หลังจำหน่าย ถือเป็นสัญญาณเตือนถึงการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี ซึ่งแสดงถึงการขาดความสามารถในการปรับตัว (Anderson, Hogatty & Reiss , 1980) โดยเฉพาะผู้ป่วยจิตเภทมักจะมองและประเมินปัญหามากกว่าความเป็นจริง และมีการรับรู้ว่าตนเองขาดความสามารถในการจัดการหรือแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น (Lukoff, Snyder, Venture & Nuechterlein, 1984) จึงเกิดปัญหาการปรับตัวได้ง่าย การปรับตัวทางสังคมที่พบในผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่

ด้านความสามารถในการเรียนและการทำงาน ผู้ป่วยจิตเภทจะขาดแรงจูงใจในการทำงาน ขาดความคิดริเริ่ม และสร้างสรรค์ ทำให้เกิดปัญหาในด้านการเรียนสำหรับผู้ที่อยู่ในวัยเรียน ปัญหาในการทำงานสำหรับผู้ที่อยู่ในวัยทำงาน และในภาวะความเจ็บป่วยในระยะที่มีอาการกำเริบ ผู้ป่วยจะไม่สามารถทำงาน หรือดำรงบทบาทในสังคมได้ตามปกติ และเมื่อออกจากโรงพยาบาลแล้ว ระดับความสามารถในการทำงานของผู้ป่วยจะไม่เท่าก่อนการเจ็บป่วย (Taylor, 1994) จากการศึกษาของทิวาพร พูเฟื่อง (2544) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีธัญญา ร้อยละ 57.5 ที่ไม่มีงานทำ และร้อยละ 50 ไม่มีรายได้ การไม่มีงานทำและไม่มีรายได้ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความเครียดในระดับมาก (Serban, 1975) และจากการศึกษาของจันรรจา บำเหน็จพันธุ์ (2537) การมีงานทำของผู้ป่วย มีความสัมพันธ์ กับอาการทางจิตและการปรับตัวทางสังคม ผู้ป่วยที่มีงานทำจะมีอาการทางจิตน้อย และการปรับตัวทางสังคม ดีกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีงานทำ

ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน จากการศึกษาของ สุวิมล สมัตถะ (2541) พบว่าปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทหลังจำหน่าย ออกจากโรงพยาบาล คือ ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ในระยะแรกผู้ป่วยจะมีความสนใจ และสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเองได้ แต่ต่อมาผู้ป่วยจะไม่ยอมช่วยเหลือตนเอง และเรียกร้องความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว และจากการศึกษาของ

จินคาร์ตัน พิมพีติก (2545) พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน มีความบกพร่องในการดูแลตนเอง เช่น ด้านอาหาร คือไม่สนใจรับประทานอาหาร ด้านการดูแลความสะอาดของร่างกาย พบว่า ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีความสุขอนามัยส่วนบุคคลไม่ดี เนื่องจากไม่ปฏิบัติกิจวัตรส่วนตัว

ด้านความสัมพันธ์กับบุคคลในสังคม ผู้ป่วยจิตเภทบางคนไม่มีความสัมพันธ์กับเพื่อนบ้านเลย อยู่ในห้องโดยไม่สนใจสิ่งแวดล้อม (กุณช์ชติ เทียรทอง, 2547) และจากการศึกษาของ Davis (1974 อ้างใน ดารา ศัตร์ฐิติ และคณะ, 2539) ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับการกระทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท พบว่า การกระทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่ในชุมชน ยังมีลักษณะอาการเป็นผู้ป่วยโรคจิต มีความยุ่งยากในการทำกิจกรรมทางสังคม ยังมีลักษณะต้องพึ่งพาผู้อื่น ไม่มีเพื่อน มีนิสัยทางสังคมไม่ถูกต้อง มักใช้เวลาว่างในการนั่งเฉยๆ พฤติกรรมที่เป็นปัญหาอย่างเด่นชัดของผู้ป่วยจิตเภทคือ ผู้ป่วยจะขาดความสัมพันธ์กับบุคคลภายนอก และสิ่งแวดล้อมอย่างสิ้นเชิง ผู้ป่วยจิตเภทมักจะแยกตัวและไม่เชื่อมั่นในตนเอง ไม่กล้าพูดคุย หรือบาราย มีพฤติกรรมที่รบกวนผู้อื่น จะมีสัมพันธภาพกับผู้ดูแลใกล้ชิด เพียงคน หรือสองคนเท่านั้น (สุวิมล สมัตตะ , 2541)

ด้านความสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัว การศึกษา ของไพรัตน์ พฤกษชาติคุณากร (2542) ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมักมีสัมพันธภาพกับบุคคลในครอบครัวไม่ดี มีการแสดงออกทางอารมณ์อย่างรุนแรงต่อกัน ผู้ป่วยจิตเภทจะยอมรับการแสดงออกทางอารมณ์ได้ไม่เท่าคนปกติเมื่อสมาชิกในครอบครัวแสดงอารมณ์ไม่พอใจบ่อย ย่อมส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจและการปรับตัวของผู้ป่วยขณะอยู่บ้าน (ชาดิชาย ไบทัตทิม, 2547) และจากการศึกษาของสุวิมล สมัตตะ (2541) ในด้านสัมพันธภาพ พบว่า ผู้ป่วยมักจะแยกตัว และไม่เชื่อมั่นในตนเอง ไม่กล้าพูดคุย หรือบารายมีพฤติกรรมที่รบกวนผู้อื่น จะมีสัมพันธภาพกับผู้ดูแลใกล้ชิด เพียงคนหรือสองคนเท่านั้น Basolo Kunser, 1994 ได้กล่าวถึงความสำคัญของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทว่า จะเป็นผู้ที่มามีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวได้ดีหรือไม่

ด้านการทำกิจกรรมในยามว่าง ผู้ป่วยจิตเภท มีความบกพร่องในการใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ ขาดการวางแผนในการดำเนินชีวิต หรือปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ นอกจากนั้นยังขาดความใส่ใจที่จะปฏิบัติจากการศึกษาของจันทร์ฉาย เนตรสุวรรณ (2545) พบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการพักผ่อน นันทนาการและการออกกำลังกาย น้อยกว่าปกติ เชื้องซึม ขาดการกระตือรือร้น เฉื่อยชา นั่งเฉยๆ โดยไม่ทำอะไร เช่นเดียวกับการศึกษาของปรีวัตร ไชยน้อย (2546) พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 32.40 ไม่ออกกำลังกาย มักจะใช้เวลาว่างในการนั่งเฉยๆ กิจกรรมเพื่อความเพลิดเพลินจะจำกัดอยู่ที่การดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ ซึ่งไม่ต้องพบปะสมาคมกับคนอื่น

จากปัญหาการปรับตัวของผู้ป่วยที่ไม่ดีในทุกด้าน ทำให้เป็นอุปสรรคที่สำคัญในการดำรงชีวิต จึงอาจทำให้ผู้ป่วยจิตเภทไม่สามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุข ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาย้ำในโรงพยาบาลอีก

2.4. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการปรับตัวของผู้ป่วยจิตเภท

2.4.1. ปัจจัยเกี่ยวกับผู้ป่วย

1. **เพศ** ผู้ป่วยเพศหญิง มีการปรับตัวทางสังคมดีกว่าเพศชาย จากการที่เพศหญิงมีลักษณะเฉพาะที่แตกต่างจากเพศชายคือ มีความก้าวร้าวน้อยกว่า มีความสามารถในการใช้ภาษาคิดว่า และสามารถพูดถึงความรู้สึก หรือปัญหาของตนเองได้ดีกว่า จึงทำให้การปรับตัวทางสังคมดีกว่า (จันรรจา บำเหน็จพันธ์ , 2537)

2. **การประกอบอาชีพ** ผู้ป่วยที่สามารถเรียนหนังสือหรือทำงานได้มีการปรับตัวทางสังคมดีกว่าผู้ป่วยที่ไม่สามารถเรียนหรือทำงานได้ ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยมีโอกาสอยู่ในสังคมหรือสถานที่ที่มีระเบียบกฎเกณฑ์ และข้อปฏิบัติตามที่สังคมนั้นกำหนดขึ้น เช่น การแต่งกาย ความรับผิดชอบ ซึ่งเป็นสิ่งกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดการปรับตัว และเมื่อเกิดปัญหาผู้ป่วยยังมีแหล่งที่ให้ความช่วยเหลือเพิ่มขึ้นนอกเหนือจากที่ได้รับจากครอบครัว ส่วนผู้ที่ว่างงานทำให้ขาดโอกาสในการอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคม ขาดปัจจัยกระตุ้นให้เกิดการปรับตัว (จันรรจา บำเหน็จพันธ์, 2537)

3. **พฤติกรรมและการดูแลตนเองของผู้ป่วย** การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท หมายถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองเพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพของตนเอง (เพชร คันทสายบัว, 2547) จากการศึกษาของจันทร์ฉาย เนตรสุวรรณ (2545) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทจะขาดความสามารถในเรื่องการดูแลตนเอง ในด้านการรับประทานยา ไม่เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม และไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ในด้านสัมพันธภาพ มักแยกตัว และไม่เชื่อมั่นในตนเอง ทำให้เกิดปัญหาในการปรับตัว

4. **ระยะเวลาที่เป็นโรค** มีอิทธิพลต่อการปรับตัว เพราะธรรมชาติของมนุษย์จะต้องอาศัยระยะเวลาในการปรับตัว นอกจากนี้ระยะเวลาที่เป็นโรคสำหรับผู้ป่วยจิตเภทยังเป็นตัวบ่งถึงการดำเนินของโรคว่าเปลี่ยนแปลงไปเป็นแบบใด ผู้ป่วยจิตเภทที่กลับเป็นซ้ำหลายๆครั้ง จะยังมีความผิดปกติมากขึ้น ทำให้มีปัญหาในการดำเนินชีวิต และการทำงาน มีผลทำให้การปรับตัวผิดปกติ (กุมชาติ แสงเขียว, 2547)

5. **สถานภาพสมรส** เป็นปัจจัยที่ชี้แหล่งประโยชน์จากครอบครัว เมื่อมีปัญหาหรือเกิดความเจ็บป่วยขึ้น ผู้ที่มีคู่สมรสจะได้รับการช่วยเหลือจากคู่สมรสในการช่วยและบรรเทาปัญหาหรือความเครียดที่เกิดขึ้น ช่วยให้บุคคลเกิดความรู้สึกมั่นคงทางอารมณ์ เห็นคุณค่าในตนเอง สามารถเผชิญปัญหาและมีการปรับตัวได้ดี (Robert, 1987 อ้างใน กุมมาภิชาติ แสงเขียว, 2542) มีการศึกษาที่พบว่าสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับการปรับตัว โดยผู้ที่มีสถานภาพสมรสคู่ จะมีพฤติกรรมปรับตัวดีกว่าผู้ที่สถานภาพสมรสเดี่ยว (ปัทมา คุปต์จิต, 2533 อ้างใน กุมมาภิชาติ แสงเขียว, 2542)

6. **ระดับการศึกษา** เป็นสิ่งที่บอถึงพื้นฐานความรู้ของบุคคล ที่จะเป็นส่วนสำคัญ

ของกระบวนการคิดรู้ เพื่อประเมินสถานการณ์ โดยความรู้จะช่วยให้นักุศลสามารถทำความเข้าใจกับสิ่งต่างๆ ทั้งในลักษณะทั่วไปและบริบทเฉพาะ (Lazarus, 1991 อ้างในภุมมาภิชาติ แสงเขียว, 2542) จากการศึกษาเกี่ยวกับระดับการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมปรับตัวพบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับการปรับตัว โดยผู้ที่มีการศึกษาสูงจะมีการปรับตัวดีกว่า (ภุมมาภิชาติ แสงเขียว, 2542)

2.4.2. ปัจจัยด้านครอบครัว

1. ปัญหาในครอบครัว ผู้ป่วยที่อยู่ในครอบครัวที่มีปัญหา จะมีการปรับตัวทางสังคมที่ไม่ดี จากการศึกษา ของจันรรจา บำเหน็จพันธ์ุ (2537) พบว่าปัญหาความสัมพันธ์ของผู้ป่วยกับบุคคลอื่นในครอบครัว มีผลทำให้ผู้ป่วยขาดโอกาสได้รับการสนับสนุนให้เกิดการปรับตัวจากบุคคลในครอบครัว และจากการศึกษาของวิลาวรรณ เทพโสธร (2538) ศึกษาปัจจัยทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการครั้งแรกในโรงพยาบาลศรีธัญญา พบว่าผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวเข้ากับครอบครัว สังคม และชุมชนได้ และพบว่าผู้ป่วยจะมีความขัดแย้งกับสมาชิกในครอบครัวสัมพันธ์ภาพในครอบครัวจึงเป็นไปในทางลบ (เพลินพิศ จันทรศักดิ์ และคณะ, 2539)

2. ความรู้สึกเป็นภาระในครอบครัว ผู้ป่วยซึ่งอยู่ในครอบครัวที่ญาติรู้สึกไม่เป็นภาระมีการปรับตัวทางสังคมดีกว่าผู้ป่วยที่อยู่ในครอบครัวที่ญาติรู้สึกเป็นภาระ (จันรรจา บำเหน็จพันธ์ุ, 2537) สอดคล้องกับการศึกษาของ เพ็ญประภา เกษมสุวรรณ และคณะ (2532) ที่พบว่าทัศนคติและการแสดงออกของญาติต่อผู้ป่วยทั้งเชิงบวกและเชิงลบ มีผลต่อระดับอาการทางจิตและการปรับตัวทางสังคมของผู้ป่วย

3. การขาดความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคและการดูแลที่ถูกต้อง ของครอบครัว เช่น ให้ผู้ป่วยหยุดยา ปรับขนาดยาเอง หรือพาไปรักษาด้วยวิธีการอื่นๆ เช่น พาไปไล่ผี รดน้ำมันต์ ล่ามขัง ฯลฯ มีการแสดงอารมณ์ไม่เหมาะสม คำว่า ทำร้ายร่างกายผู้ป่วย และการที่ผู้ป่วยต้องอยู่ตามลำพังหรืออยู่กับญาติที่ไม่ดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วย จึงทำให้ผู้ป่วยเกิดความกดดันทางจิตใจ และปรับตัวไม่ได้ (ชาติชาย ไบทัตทิม, 2547)

2.4.3. ปัจจัยด้านสังคมวัฒนธรรมและชุมชน จากการศึกษาของ ผุสดี พรหมทอง, 2530 (อ้างใน ชาติชาย ไบทัตทิม, 2547) พบว่า เมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไปใช้ชีวิตอยู่ในชุมชน มีความเสี่ยงสูงที่จะปรับตัวอยู่ในชุมชนไม่ได้ และมีแนวโน้มจะกลับป่วยอีก จากการที่ผู้ป่วยมีความลำบากที่ติดต่อสัมพันธ์กับคนอื่น และเมื่อผู้ป่วยจิตเภทออกสู่สังคมภายนอก สิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วย คือ เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน เมื่อรู้ว่าเราเคยเป็นโรคจิตมาก่อนจะเกิดความรังเกียจหวาดกลัว ไม่ยอมรับในตัวผู้ป่วย มีความรู้สึกรังเกียจ และไม่เชื่อว่าผู้ป่วยจิตเภทจะทำประโยชน์ได้ สิ่งต่างๆดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้นขาดทักษะทางสังคม เกิดผลกระทบต่อความรู้สึกที่มีต่อตนเอง เกิดความตึงเครียด (Czuchta & Johnson, 1998) สิ่งเหล่านี้จะเป็นปัจจัยกระตุ้นให้มี

การกลับป่วยซ้ำได้ เมื่อมีการป่วยซ้ำบ่อย ๆ ก็จะทำให้เกิดความเสื่อมสภาพ บทพร่องในการปรับตัวได้ในที่สุด

2.5. บทบาทของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

2.5.1 ความหมายของการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

Leininger (1994) อ้างใน อรพรรณ ลีอนุชรัชชัย (2545) กล่าวถึงการพยาบาลว่าเป็น ศาสตร์และศิลปะที่เกิดจากการเรียนรู้ เน้นที่พฤติกรรม หน้าที่และกระบวนการส่วนบุคคล ที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อการส่งเสริมและคงอยู่ของพฤติกรรมสุขภาพ หรือการฟื้นฟูสภาพจากการเจ็บป่วย ซึ่งเป็นการกระทำที่เป็นการตัดสินใจของพยาบาล ในการยอมรับค่านิยม ความเชื่อทางวัฒนธรรม ที่สอดคล้องกับพฤติกรรมสุขภาพ

ฉวีวรรณ สัตยธรรม (2541) กล่าวว่า การพยาบาลจิตเวชคือ การพยาบาลเฉพาะทางสาขาหนึ่งของการพยาบาล ซึ่งต้องใช้ความรู้ทางทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมมนุษย์ ซึ่งมีความเป็นเอกลักษณ์เฉพาะตัว เนื่องจากต้องงใช้ทักษะในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ในการส่งเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะสุขภาพจิตของบุคคล ครอบครัว ชุมชน ให้มีสุขภาพจิตดี มีพฤติกรรมที่เหมาะสม มีวุฒิภาวะทางอารมณ์ ปรับตัวได้ดีในสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งจะเป็นการปกป้อง การเจ็บป่วยทางจิตด้วย อีกทั้งให้การบำบัดรักษา และฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย ให้ยอมรับตัวเอง ปรับปรุงตัวเอง ยินยอมให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล มีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น และพึ่งพาตนเองได้

2.5.2 บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมการปรับตัวทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท

จากการที่ผู้ป่วยจิตเภทมีการดำเนินโรคแบบเรื้อรังจึงมีการเจ็บป่วยที่ยาวนานและมีโอกาสกลับมารักษาซ้ำสูงทำให้เกิดความเสื่อมถอยด้านบุคลิกภาพ และการทำหน้าที่ต่างๆ ลดลงก่อให้เกิดผลกระทบหลาย ๆ ด้าน ทั้งด้านผู้ป่วย ครอบครัว สังคมและประเทศชาติ ดังนั้นพยาบาลจึงมีหน้าที่เป็นผู้ช่วยเหลือ สนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ปรับตัวอย่างมีประสิทธิภาพ สิ่งสำคัญของการพยาบาลคือ การทำงานตามขั้นตอนของกระบวนการการพยาบาลแบบมีผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง มุ่งพัฒนาผู้รับบริการในขณะบุคคลทั้งคนในลักษณะเป็นหน่วยเดียวที่มีองค์ประกอบด้านกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณอยู่ร่วมกันอย่างผสมผสานแยกกันไม่ได้ การปฏิบัติงานของพยาบาลจิตเวชจึงครอบคลุมบทบาทที่หลากหลาย ขึ้นอยู่กับสิ่งแวดล้อมและภาวะสุขภาพของผู้ใช้บริการ โดยครอบคลุมบทบาทของพยาบาลและ ขอบเขตการปฏิบัติงานของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูง (Advanced nursing practice) การปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจะเกี่ยวข้องกับการเป็นผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง (Specialization) ซึ่งเกี่ยวข้องกับการพยาบาล การให้การดูแลเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตและการเจ็บป่วยทางจิต ซึ่งมีขอบเขตในการปฏิบัติงาน

ที่กว้าง (expansion) เกี่ยวกับการใช้ความรู้และทักษะในการปฏิบัติงานอย่างอิสระในการให้การดูแลรักษา โดยการผสมผสานความรู้ในการปฏิบัติกรขั้นสูง ในการใช้ทฤษฎี ผลงานวิจัย และประสบการณ์ในการปฏิบัติมาประยุกต์ใช้ในการให้การดูแลผู้ป่วยโดยในผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการปรับตัวทางสังคม พยาบาลจึงควรใช้บทบาทของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูง ดังนี้

1.บทบาทด้านการเป็นผู้เชี่ยวชาญทางคลินิก ในการบำบัดทางการพยาบาลในขอบเขตที่กำหนดของสภาการพยาบาล โดยใช้ความรู้ความสามารถและประสบการณ์ในการบำบัดเพื่อให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสม

2.บทบาทผู้ให้คำปรึกษา พยาบาลจะช่วยเหลือผู้ป่วย ให้สำรวจปัญหา แบบแผนการแก้ปัญหาเดิมของตน และพัฒนา หรือแสวงหาวิธีแก้ปัญหาวิธีใหม่ ปรับวิธีการคิด ปรับความรู้สึกรู้สึกต่อตนเองใหม่ และสามารถแสวงหาความช่วยเหลือ จากผู้ที่ใกล้ชิดและทีมสุขภาพได้ ช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจที่ต่อสู้ และปรับตัวในสถานการณ์ที่เป็นอยู่ได้ดีขึ้น

3.ผู้ให้ความรู้/ผู้สอน พยาบาลจะทำหน้าที่เป็นครู หรือผู้สอน ให้ความรู้ สนับสนุน ให้ข้อมูลย้อนกลับ ให้กำลังใจ เพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางสังคมที่เหมาะสม

4.บทบาทผู้แทนสังคม พยาบาลเป็นผู้ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยพัฒนาพฤติกรรมทางสังคม ที่เหมาะสม โดยการจัดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ฝึกทดลองพฤติกรรมทางสังคมใหม่ ในการดำรงชีวิตประจำวันร่วมกับบุคคลอื่นๆเป็นกลุ่ม และให้ข้อมูลย้อนกลับ เกี่ยวกับการแสดงพฤติกรรมของผู้ป่วย และการตอบสนองของผู้ป่วยต่อบุคคลรอบตัว ทั้งนี้เพื่อเตรียมให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสม หรือปรับตัวได้ในสิ่งแวดล้อมที่เป็นอยู่

5.บทบาทด้านการวิจัย โดยใช้ผลการวิจัยเพื่อพัฒนาคุณภาพของการพยาบาลหาแนวทางในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีปัญหาการปรับตัวทางสังคมที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย

6.บทบาทด้านคุณธรรม จริยธรรม และกฎหมาย ปฏิบัติการพยาบาลโดยยึดหลักคุณธรรม จริยธรรม จรรยาบรรณวิชาชีพการพยาบาล และพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยอยู่เสมอ

3. กลุ่มบำบัด ประคับประคอง (Group Supportive therapy)

3.1 ความหมายและวัตถุประสงค์ ของกลุ่มบำบัดประคับประคอง

ซาดอก (Sadock, 1985) กล่าวว่า Group Therapy คือการที่สมาชิกได้เรียนรู้ตัวเองได้พัฒนาความสัมพันธ์กับผู้อื่น และเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในทางทำลาย รวมถึงการแก้ไขบุคลิกภาพของตนเอง ส่วน ยาลอม (Yalom , 1985) กล่าวว่า Group Therapy มีหลายรูปแบบแต่หลักใหญ่จะเน้นให้ความสำคัญกับประสบการณ์ “ Here- and-Now”

Nudelman, 1986 ให้ความหมาย Group Therapy ว่า คือระบบที่มีลักษณะเฉพาะอย่าง และประกอบด้วยคนอย่างน้อย 3 คน ซึ่งมีเป้าหมายร่วมกัน การรักษาแบบกลุ่มนี้จะช่วยให้สมาชิกในกลุ่มรู้จักความหมาย และมีความพยายามในการทำให้บรรลุเป้าหมายนั้นๆ

Gardner and Laselle (1987) กล่าวว่า Group Therapy คือการรักษาความกดดัน และความเครียดทางอารมณ์ ผ่านกรรมวิธีและขั้นตอนต่างๆของกลุ่ม

Shaw (1981) กล่าวถึง Group Therapy ว่า เป็นวิธีการบำบัดที่มุ่งเน้นเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงตนเองตามการรับรู้ ให้สอดคล้องเหมาะสมกับตัวตนที่เป็นอยู่ เพื่อให้มีการมองตนเองในทางที่ดี มีการเปลี่ยนแปลงคุณค่าในตนเอง

Yalom (1985) กล่าวถึง กลุ่มการบำบัดเป็นกลุ่มที่เน้นหนักเกี่ยวกับปัญหาทางด้านอารมณ์ และความกดดันทางอารมณ์ ซึ่งส่งผลทำให้เกิดความเจ็บป่วยทางกาย เป็นการใช้แบบแผนการปรับตัวที่ไม่เหมาะสม หรือไม่สามารถปรับตัวในสังคม

กลุ่มบำบัด (Group therapy) เป็นการบำบัดทางจิตชนิดหนึ่งในผู้ที่มีปัญหาทางจิตใจ อารมณ์และพฤติกรรม ด้วยการใช้กระบวนการของกลุ่มที่มีการวางแผน โดยบุคลากรวิชาชีพเฉพาะทางที่ได้รับการศึกษาอบรมโดยเฉพาะ มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้เข้ากลุ่มรู้จักตนเอง เข้าใจตนเอง เข้าใจผู้อื่น ขอมรับตนเองและผู้อื่นได้ ตลอดจนสามารถปรับเปลี่ยนความคิด เจตคติ และพฤติกรรม อันจะนำไปสู่การแก้ปัญหาได้อย่างถูกต้องเหมาะสม (อรพรรณ ลือบุญรัชชัย , 2545)

ยาลอม (Yalom, 1995) ได้ให้ความหมายว่า กลุ่มบำบัดระดับประคองเป็นการรักษาแบบกลุ่มวิธีหนึ่ง ซึ่งกลุ่มบำบัดมีแนวคิดพื้นฐานมาจากวิธีการบำบัดรายบุคคลและรายกลุ่มซึ่งมีจุดมุ่งหมาย เพื่อประคองบุคคลที่มีความทุกข์ทางใจ โดยสมาชิกในกลุ่มเป็นผู้ที่มีปัญหาด้านจิตใจและอารมณ์ ได้มาร่วมแสดงความรู้สึก อภิปรายในปัญหานั้น ซึ่งเน้นการมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันของสมาชิกในกลุ่ม และมีการดำเนินไปตามพัฒนาของกลุ่ม มีเป้าหมายและส่งผลให้สมาชิกเกิดการเรียนรู้ เปลี่ยนแปลงความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสม ทำให้สมาชิกเข้าใจในปัญหาการเจ็บป่วยของตนเอง และเกิดปัจจัยการบำบัดซึ่งส่งผลต่อการรักษา

วัตถุประสงค์ในการทำกลุ่มบำบัด (Murrain, 1978)

1. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้รับความรู้เพิ่มขึ้น เกี่ยวกับพฤติกรรมและสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น โดยการได้รับข้อมูลย้อนกลับ
2. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้รับกำลังใจ และการสนับสนุนซึ่งกันและกันในกลุ่ม จากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในกลุ่ม
3. เพื่อลดความวิตกกังวล ความโดดเดี่ยวอ้างว้าง และการแยกตัวจากสังคมเนื่องจากปัญหาความเจ็บป่วย และความรู้สึกไม่มีอำนาจ และหมดหวังในชีวิตของสมาชิกกลุ่ม

4. เพื่อให้สมาชิกกลุ่ม มีการยอมรับในปัญหาวิกฤติการณ์ของชีวิตและความเจ็บป่วย พร้อมทั้งสภาพร่างกายที่เปลี่ยนไป
5. เพื่อให้สมาชิกกลุ่ม สามารถแก้ไขประสบการณ์ทางอารมณ์ได้ถูกต้อง และมีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนบุคลิกภาพได้ถูกต้อง
6. เพื่อให้สมาชิกกลุ่ม สามารถแก้ไขบางสิ่งบางอย่างที่ไม่ได้เกี่ยวกับตนเอง และกำจัดความรู้สึกที่มีต่อตนเองในทางที่ไม่ดี
7. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มมีการปรับตัวปรับใจที่เหมาะสม และมีสภาพจิตใจที่เข้มแข็ง

3.2 แนวคิดทฤษฎีในการทำกลุ่มบำบัดแบบประคับประคอง

การทำจิตบำบัดแบบกลุ่ม ได้แนวคิดมาจากการบำบัดรายบุคคล ซึ่งมีหลากหลายทฤษฎีตามความเชื่อของผู้บำบัด และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมตามสถานการณ์ทฤษฎีในการทำกลุ่มบำบัดที่นิยมใช้มีดังนี้ (Marram, 1978)

1. **ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic Theory)** มุ่งเน้นแก้ไขความขัดแย้งของสมาชิกในระดับจิตไร้สำนึก ผู้บำบัดต้องช่วยเอื้อให้สมาชิกตระหนักในปัญหา และปรับแก้ความคับข้องใจนั้น ทำให้สมาชิกเปลี่ยนแปลงสัญชาตญาณไปในทางสร้างสรรค์

2. **ทฤษฎีเอกซิสเทนเชียล และเกสตัลท์ (existential and gestalt theory)** เน้นความเป็นอิสระของบุคคล มีเอกลักษณ์ของตนเอง ผู้บำบัดจะต้องเอื้อให้สมาชิกตระหนักรู้และเข้าใจตนเอง เมื่อสมาชิกตระหนักรู้ถึงสาเหตุของปัญหา และสามารถแก้ไขปัญหาได้

3. **ทฤษฎีการติดต่อสื่อสาร (communication theory)** มุ่งเน้นการสื่อสารของสมาชิกทุกคน การสื่อสารอาจเป็นภาษาพูด หรือภาษาท่าทาง การสื่อสารจะมีทั้งทางรับสารและการส่งสาร การแปลข่าวสาร ในการส่งข่าวสารนั้นไม่ชัดเจน อาจมีการแปลความหมายของสารไปคนละทิศทาง ทำให้เกิดการเข้าใจผิดกันได้ ผู้บำบัดจะต้องช่วยให้สมาชิกกลุ่มมีความเข้าใจในข่าวสารที่ตรงกัน ซึ่งให้สมาชิกกลุ่มตระหนักในเนื้อหา ประเด็น กระบวนการที่เกิดขึ้น และการสื่อสารที่บกพร่อง เน้นให้สมาชิกเห็นความสำคัญและประโยชน์ของการติดต่อสื่อสารที่สอดคล้องกับความคิด ความต้องการ และความรู้สึกของสมาชิก

4. **ทฤษฎีพลวัต และกระแสความเคลื่อนไหวของกลุ่ม (group dynamic and group process theory)** กลุ่มมีกระแสความเคลื่อนไหวตลอด การทำงานเกิดขึ้นจากการมีปฏิสัมพันธ์ของสมาชิก จะมุ่งเน้นประเด็นปัญหาของกลุ่มมากกว่าปัญหาของแต่ละคน ผู้บำบัดต้องชี้ให้เห็นประเด็นปัญหาของกลุ่ม และให้สมาชิกร่วมกันแก้ไขปัญหากลุ่ม

5. **ทฤษฎีการปรับพฤติกรรม (behavioral theory)** มีแนวคิดว่าทุกพฤติกรรมเกิดจากการเรียนรู้ในกลุ่ม สมาชิกจะเห็นและรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของตนเอง และ

พฤติกรรมสามารถเปลี่ยนแปลงได้ โดยการให้แรงเสริมทางลบ และทางบวก นอกจากนั้นสมาชิกจะ
ได้เห็นพฤติกรรมตัวแบบที่ดี จะทำให้สมาชิกลอกเลียนแบบ และมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไป
ในทางที่เหมาะสมได้

6. ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (interpersonal theory) มุ่งเน้นการ
ปฏิสัมพันธ์กับสมาชิกกลุ่ม การมีปฏิสัมพันธ์จะก่อให้เกิดอารมณ์ และพฤติกรรมแก่สมาชิกซึ่ง
สมาชิกบางคนอาจเกิดความวิตกกังวล อันเป็นสาเหตุหลักสำคัญในการทำลายปฏิสัมพันธ์ระหว่าง
บุคคล ผู้นำจะช่วยทำให้สมาชิกสามารถเรียนรู้การมีปฏิสัมพันธ์ที่มีคุณภาพมากขึ้น

3.3 ลักษณะและรูปแบบการทำกลุ่มบำบัดระดับประคอง

แนวคิดการทำกลุ่มบำบัดของยาลอม

ยาลอม, 1995 กล่าวว่า หัวใจสำคัญของกระบวนการกลุ่มคือการมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่าง
สมาชิก งานของผู้บำบัดรักษาในกลุ่มคือ ช่วยให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ปัญหาด้านมนุษยสัมพันธ์ที่บิดเบือน
ไปไม่ถูกต้อง และสร้างปัญหาให้แก่ผู้ป่วยเองและบุคคลที่เขาเกี่ยวข้องด้วยแล้วช่วยเหลือให้คนไข้
หาทางแก้ไขโดยใช้ประสบการณ์ในกลุ่มเป็นเครื่องมือ การเข้ากลุ่มเปรียบเหมือนการเข้าชุมชน
จำลอง (Social microcosm) คือ ให้เวลานานพอ ผู้ป่วยจะแสดงพฤติกรรมในกลุ่มเหมือนกับที่เขา
เคยทำในสังคมที่เขาอยู่ด้วย พฤติกรรมที่เขาติดต่อผู้อื่นที่ไม่ถูกต้อง (interpersonal maladaptive
behavior) ก็จะถูกเอามาให้เห็นชัดเจนในกลุ่ม พฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงให้เราเห็นนี้เป็น
“ตัวอย่าง” ของพฤติกรรมทั้งหมดของผู้ป่วย และจะเห็นในกลุ่มชัดเจนกว่าการทำจิตบำบัด
รายบุคคล เพราะผู้ป่วยสามารถแก้ไขพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมที่มีต่อบุคคลอื่นๆ ในกลุ่ม และ
สามารถนำไปใช้ได้ในชีวิตจริงของผู้ป่วยได้ “ที่นี่และเดี๋ยวนี้” คือสนใจกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริงๆ
ในกลุ่ม ถ้ามีการพูดถึงเรื่อง “ภายนอกกลุ่ม” ก็จะต้องดึงเรื่องให้กลับมาสู่ “ภายในกลุ่ม” ให้ได้
นอกจากนี้การใช้ “ที่นี่และเดี๋ยวนี้” ยังมีผลแรงให้ปัจจัยบำบัดหรือปัจจัยการรักษา (Therapeutic
factor) อื่นๆ ให้ทำหน้าที่ได้ดีขึ้นด้วย

ปัจจัยบำบัด

ปัจจัยที่ทำให้เกิดการบำบัดรักษาเป็นกลไก ที่ทำให้สมาชิกเกิดการเปลี่ยนแปลงความคิด
ความรู้สึก และพฤติกรรมที่เหมาะสม และเป็นปัจจัยที่เกิดขึ้นจากกระบวนการภายในกลุ่ม หรือจาก
การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกด้วยกัน ซึ่งเป็นองค์ประกอบให้การรักษาได้ผลดี ปัจจัยการบำบัด
จะค่อยๆ พัฒนาและเกิดขึ้น ซึ่งจะทำงานพร้อมๆ กันไป ช่วยส่งเสริมและสนับสนุนซึ่งกันและกัน ไม่
สามารถแยกออกจากกันได้ อีกทั้งยังขึ้นกับระยะเวลาและชนิดของผู้ป่วยยาลอม (1995) ได้
กล่าวถึงปัจจัยที่มีผลต่อการบำบัด (Curative Factors) ว่าเป็นกลไกที่ทำให้สมาชิกเกิดการ
เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม มี 11 ข้อ และมีความเกี่ยวข้องกัน ใช้เป็นกรอบแนวคิด สำหรับประเมิน

ความสำเร็จของการทำกลุ่ม เพราะปัจจัยเหล่านี้ เป็นองค์ประกอบพื้นฐาน สำหรับการเลือกใช้เทคนิค หรือขั้นตอนของผู้นำกลุ่ม มีรายละเอียดดังนี้

1. การรู้ถึงคุณค่าของตนเอง (Altruism) การเข้ากลุ่มจะทำให้สมาชิกได้มีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา ได้มีโอกาสให้ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ต่อสมาชิกคนอื่นๆ มีความกระตือรือร้นที่จะช่วยเหลือและเห็นความสำคัญของคนอื่นมากกว่าตนเอง ทำให้สมาชิกมองเห็นคุณค่าของตนเอง

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

3. การมีความเป็นสากล (universality) การเข้ากลุ่มทำให้สมาชิกได้ตระหนักว่าคนทุกคนมีปัญหาเหมือนกันหมด ซึ่งเป็นเรื่องธรรมดา ความรู้สึกที่คิดว่าตัวเองมีปัญหาคนเดียวก็จะลดลง และเกิดความรู้สึกใหม่ว่าเขาไม่ได้อยู่คนเดียวในโลกนี้ เขายังมีเพื่อนที่มีความทุกข์และมีปัญหาเช่นเดียวกัน

4. การเรียนรู้มนุษยสัมพันธ์ (interpersonal learning) การเข้ากลุ่มทำให้สมาชิกรู้ว่า ตนเองพูดและแสดงความคิดเห็นอะไรจากกลุ่ม รู้ว่าผู้อื่นคิดอย่างไรกับตน และการสะท้อนกลับของกลุ่ม ซึ่งจะช่วยให้สมาชิกได้เรียนรู้ว่าเขาเป็นอย่างไร การเข้ากลุ่มทำให้สมาชิกได้มีทักษะในการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เพิ่มขึ้น และนำไปปรับปรุงตนเองให้ดีขึ้น ช่วยให้ได้เรียนรู้การอยู่ใกล้ชิดกับบุคคลอื่น มีความเชื่อถือไว้วางใจบุคคลอื่น

5. การให้ข้อมูล (imparting of information) เป็นการให้ข้อมูลข่าวสารที่เป็นการแลกเปลี่ยนระหว่างสมาชิกหรือผู้นำไปสู่กลุ่ม มีการอภิปรายเกี่ยวกับปัญหานั้น ข้อมูลที่ให้ต้องเป็นข้อมูลจริงและกระชับ การให้ข้อมูลเป็นสิ่งจำเป็นมากที่ต้องให้ในระยะแรกของการทำกลุ่ม เพื่อสร้างความไว้วางใจของสมาชิกต่อกลุ่ม

6. การได้ระบายออก (catharsis) การเข้ากลุ่มช่วยให้สมาชิกได้พูดระบายออกทั้งสิ่งที่ดีและไม่ดีกับความคับข้องใจ ความวิตกกังวลกับสมาชิกในกลุ่มได้รับฟัง ซึ่งถ้ากลุ่มมีความผูกพันทางจิตใจสูง สมาชิกจะมีการพูดระบายออก และการเปิดเผยตนเองสูงด้วย การได้ระบายออกนี้จะช่วยให้สมาชิกมีความสบายใจ มองดูโลกด้วยใจที่เป็นกลาง ทำให้เข้าใจชีวิต และส่งผลให้มีพัฒนาการด้านจิตใจและอารมณ์ในทางที่ดี และมีแนวทางในการแก้ไขปัญหาชีวิตได้

7. การได้เลียนแบบ (imitative behavior) การเข้ากลุ่มทำให้สมาชิกได้ลอกเลียนแบบพฤติกรรมของคนที่ตนเองพอใจ ทั้งจากผู้นำกลุ่มและสมาชิก ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้

8. การแก้ไขประสบการณ์เดิมของครอบครัว (The corrective recapitulation of the primary family group member) สถานการณ์ในกลุ่มนั้นคล้ายกับสถานการณ์ในครอบครัวซึ่งจะทำให้สมาชิกกลุ่มนึกถึงปัญหาความขัดแย้งในครอบครัวของตนเอง และแสดงพฤติกรรมแบบเก่าที่เป็นปัญหาออกมา ซึ่งอาจเป็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม กลุ่มต้องเสนอแนะถึงพฤติกรรมที่เหมาะสมต่อสมาชิก ทำให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้การแก้ไขพฤติกรรมนั้นๆ ได้ถูกต้อง

9. การพัฒนาเทคนิคเพื่อการเข้าสังคม (development of socializing techniques) การเข้ากลุ่มทำให้สมาชิกมีทักษะในการสร้างสัมพันธภาพทางสังคมเพิ่มขึ้น ทำให้สมาชิกได้เรียนรู้ทักษะทางสังคม รวมทั้งการเรียนรู้ที่จะเข้าใจความรู้สึกของผู้อื่น ซึ่งจะมีประโยชน์ต่อสมาชิกเมื่อนำใช้กับสังคมภายนอกต่อไป

10. การรู้สึกมีความหวัง (instillation of hope) การเข้ากลุ่มทำให้สมาชิกที่เคยท้อแท้หมดหวังในชีวิต เกิดความหวังขึ้นมาใหม่ได้ว่าอาจมีชีวิตที่ดีขึ้น ทำให้มีกำลังใจในการต่อสู้ เมื่อได้เห็นสมาชิกในกลุ่มมีพัฒนาการในทางที่ดี

11. การได้เรียนรู้ความเป็นจริงของชีวิต (existential factor) การเข้ากลุ่มช่วยให้สมาชิกได้เข้าใจธรรมชาติของชีวิตว่าบางครั้งก็สมหวัง บางครั้งก็ผิดหวัง ทุกสิ่งมีการเปลี่ยนแปลง มีการแยกจากกัน ซึ่งจะทำให้สมาชิกเผชิญชีวิตและอุปสรรคต่างๆ ได้ เกิดความเชื่อมั่นและมีความพึงพอใจในตนเอง ทำให้ความรู้สึก ต่ำต้อย เสียใจ ท้อถอยกับชีวิตตนเองลดลงหรือหมดไป สมาชิกจะดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข

ยาลอม (1995) ได้แบ่งปัจจัยการบำบัดตามพัฒนาการกลุ่ม 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะสร้างสัมพันธภาพ ประกอบด้วย

- 1) การผูกพันจิตใจต่อกัน (group cohesiveness)
- 2) การมีความเป็นสากล (universality)
- 3) การรู้สึกมีความหวัง (instillation of hope)

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินกลุ่ม ประกอบด้วย

- 1) การได้ระบายออก (catharsis)
- 2) การเรียนรู้มนุษยสัมพันธ์ (interpersonal learning)
- 3) การพัฒนาเทคนิคเพื่อการเข้าสังคม (development of socializing techniques)
- 4) การรู้ถึงคุณค่าของตนเอง (Altruism)

ระยะที่ 3 ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม ในระยะนี้ จะเกิด

- 1) การเห็นความจริงของชีวิต (existential factor)

การรักษาแบบกลุ่มบำบัดระดับประคอง เป็นการรักษาทางจิตใจที่ถูกกำหนดโดยวัตถุประสงค์ของการรักษา และตัวผู้ป่วยเองมากกว่าถูกกำหนดโดยทฤษฎีหรือวิธีการใดโดยเฉพาะ แต่

เป็นการนำเทคนิคและยุทธวิธีทางจิตบำบัด จากทฤษฎีหรือหลักการทางจิตใจต่างๆมาใช้เพื่อให้บรรลุถึงเป้าหมายของการรักษา (Pinsker 1994) ในการทำกลุ่มบำบัดระดับประคอง มีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยตระหนัก ถึงตนเองเข้าใจปัญหาของตนเองและรู้จักใช้กลไกการแก้ปัญหาที่ถูกต้อง มีสัมพันธภาพ และสามารถปรับตัวให้เข้ากับผู้อื่นได้ดีขึ้น สามารถเผชิญปัญหาต่างๆได้ดังนั้นเพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการทำกลุ่ม จึงต้องใช้เทคนิคต่างๆดังนี้ (สุจรรยา แสงเขียวงาม, 2545)

1. การสร้างสัมพันธภาพ (Relationship) ทำให้หลายวิธี เช่น การยิ้ม ทักทายแนะนำตนเองและสมาชิกในกลุ่มให้รู้จักกัน การมีที่ทำเป็นกันเองการจัดสภาพแวดล้อมให้มีบรรยากาศสบายๆ ไม่อึดอัดเคร่งเครียด

2. การสังเกต (Observation) ได้แก่การรู้จักสังเกตท่าที พฤติกรรม การแสดงออก ตลอดจนการตอบสนองของสมาชิกในกลุ่ม โดยอาศัยการสื่อความหมายจะใช้คำพูด(Verbal) ได้ต่อกัน หรือวิธีอื่นใดที่แทนการพูด(Non-Verbal) จะช่วยให้เข้าใจพฤติกรรมได้ดี

3. การแนะนำแบบทั่วๆไป (Gernal Leads) มักเป็นลักษณะคำถาม หรือคำพูดนำไปสู่การอภิปรายของสมาชิกในกลุ่ม หรือใกล้จบการอภิปราย หรือต้องการชักจูงให้เปลี่ยนแนวคิดไปจากเดิม หรือใช้เพื่อทำลายความเงียบอันยาวนานก็ได้

4. การกระตุ้นความสนใจ (Stimulation) มักใช้ในตอนแรกๆ ที่เริ่มกลุ่มและสมาชิกยังไม่กล้าพูดคุยกัน ผู้รักษาจะเป็นผู้นำกระตุ้นความสนใจ โดยอาจพูดถึงเรื่องใดเรื่องหนึ่งที่สมาชิกน่าจะสนใจ เพื่อนำไปสู่การอภิปรายร่วมกัน

5. การสนับสนุนส่งเสริม (Encouragement) คือ การให้ความสนับสนุนในความคิดการกระทำ และแผนการของผู้ป่วย ซึ่งผู้รักษาเห็นว่าเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยโดยบอกผู้ป่วยว่าเขาคิดดีแล้ว เห็นด้วยกับแผนการของเขา โดยทั่วไปผู้รักษาจะสนับสนุนในความคิดเกี่ยวกับการแก้ปัญหา ความอดทน ความมั่นใจและความหวังที่มี

6. การเชื่อมโยงเรื่อง (Conection) ผู้รักษาจะต้องรู้จักใช้เทคนิคของการเชื่อมโยงเรื่องประเด็นต่างๆที่พูดกัน เป็นการเชื่อมโยงการสื่อสารภายในกลุ่ม

7. การเงียบ (Silence) เมื่อกลุ่มเงียบผู้รักษาใช้เทคนิคของการเงียบซึ่งจะทำให้สมาชิกคนใดคนหนึ่งของกลุ่มทนไม่ได้ จะเป็นผู้พูดทำลายความเงียบขึ้นมาเอง

8. การฟัง (Listening) ผู้รักษาต้องตั้งใจฟังและจับประเด็นที่สมาชิกกลุ่มพูดให้ได้โดยมีท่าทีสนใจ อาจจะบอกให้พูดต่อไปหรือพยักพยักเป็นเชิงรับก็ได้

9. การยอมรับ (Acceptance) คือการรับฟังด้วยความเห็นใจ เข้าใจ ไม่นำเอาค่านิยมของผู้รักษาเข้าไปเปรียบเทียบ และไม่ได้แย้งใดๆ กับกลุ่ม จะต้องไม่นึกว่าผู้รักษาเป็นผู้นำการคุย ไปสู่เรื่องที่ตนคิดว่าสำคัญ คือเป็นการให้โอกาสสมาชิกกลุ่มได้ชี้ปัญหาของตนเอง

10. ความอดทน (Patient) ผู้รักษาต้องอดทนให้สมาชิกกลุ่มได้พูดในสิ่งที่เขาอยากพูด อยากระบายอารมณ์และความรู้สึก (Ventilation) สิ่งเก็บกดต่างๆออกมาอย่างอิสระ เหมือนเป็นการถ่ายของเสียออกมาจากจิตใจ วิธีนี้ไม่ได้ช่วยแก้ปัญหา แต่ช่วยให้จิตใจของผู้ป่วยมีที่ว่างพอจะรองรับอารมณ์และความรู้สึกใหม่ๆ ที่จะเก็บกดไว้ได้อีก การที่ผู้รักษาเป็นผู้รับฟังที่ดี ยอมรับความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ให้ความสนใจเข้าใจและเห็นใจ จะทำให้ผู้ป่วยสบายใจขึ้น เมื่อเขาได้พูดในสิ่งที่พอใจแล้ว ก็อาจจะพร้อมพูดถึงปัญหา หรือเรื่องเกี่ยวข้องต่อไป

11. การทำให้เกิดความกระจ่าง แจ่มแจ้ง (Clarification) คือการทำให้ผู้ป่วยได้เข้าใจ อารมณ์และความรู้สึกที่ถูกต้องทั้งของตนเองและผู้ที่เกี่ยวข้อง โดยการซักถามให้ผู้ป่วยนำความคิดที่มีอยู่ ทบทวนใหม่ พิจารณาใหม่ ไม่คิดมุมเดียวหรือมองคนในแง่เดียว แต่ให้คิดละเอียดทุกแง่มุม เพื่อให้เกิดอารมณ์และความรู้สึกที่ถูกต้องเป็นจริงมากที่สุด โดยผู้รักษาไม่ได้เสนอความคิดของตนเอง แต่ตั้งคำถามให้ผู้ป่วยคิดในสิ่งที่ตนเองไม่เคยคิดมาก่อน พยายามไม่ให้ใช้ความคิดเข้าข้างตนเอง แต่ให้ยึดถือความจริง ความเป็นไปได้เป็นหลัก จะทำให้ผู้ป่วยมองตนเองและผู้อื่นได้ถูกต้องยิ่งขึ้น

12. การสะท้อนความรู้สึก (Reflexion of feeling) ผู้รักษาจะไม่นำทางให้ผู้ป่วยตีความหมายจากคำพูดที่ผู้ป่วยพูดออกมา โดยเน้นที่อารมณ์และความรู้สึกมากกว่าเนื้อหาสาระ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงความรู้สึกของตนเองอย่างลึกซึ้ง และกล้าเผชิญกับความรู้สึกของตน

13. การเรียบเรียงถ้อยคำเสียใหม่ (Restatement) ใช้เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถรวบรวมเนื้อหาให้เป็นเรื่องราวที่ปะติดปะต่อได้ ผู้รักษาก็จะช่วย โดยการนำถ้อยคำที่ผู้ป่วยพูดมาเรียบเรียงเสียใหม่ โดยไม่ฉีกความหมาย จะช่วยให้เข้าใจกระจ่างขึ้น ซึ่งนักวิชาการบางท่านเรียกวิธีนี้ว่าการสะท้อนเนื้อหา (Reflection of content)

14. การตั้งคำถาม (Questioning) การตั้งคำถามในกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง มักเป็นคำถามกว้างๆ ไม่เน้นจุดใดจุดหนึ่งเกินไป และไม่ใช้เพื่อคำตอบว่าใช่หรือไม่ใช่แต่จะกระตุ้นให้เล่าถึงรายละเอียดหรือแสดงความคิดเห็น และช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจตนเอง และเข้าใจปัญหาของตนอีกด้วย

15. การแนะแนวหรือแนะนำ (Guidance or Advice) เป็นการพูดถึงหลักการทั่วไปในการรักษาโรค การปฏิบัติตนเอง ปรับปรุงตนเอง การแก้ปัญหา การใช้ชีวิตประจำวันให้ถูกต้อง การทำงาน การคบเพื่อน การวางตัวในสังคม เป็นการให้ความรู้ต่างๆที่เกิดเป็นประโยชน์แก่ผู้ป่วยเช่น เมื่อเกิดความเครียดจะอย่างไร นอนไม่หลับควรปฏิบัติอย่างไร โดยผู้รักษาเสนอความคิดหลายอย่างกว้างๆ ให้ผู้ป่วยเลือกใช้เองโดยเสรี

16. การชักชวนและจูงใจ (Suggestion and Persuasion) เป็นการชี้แนะให้ผู้ป่วยเห็นด้วย ยอมรับคล้อยตาม นำไปปฏิบัติ ผู้รักษาอาจจะใส่ความรู้สึก แสดงท่าทางใช้น้ำเสียงที่จูงใจ โนม่น้าว

ให้ผู้ป่วยเห็นด้วย วิธีนี้ไม่ควรใช้บ่อยเนื่องจากผู้ป่วยที่คิดจะขอรับคำแนะนำไม่เป็นตัวของตัวเอง และไม่สามารถนำตนเองได้

17. การให้กำลังใจ ให้ความเชื่อมั่น (Reassurance) ด้วยการให้กำลังใจและปลอบใจ ซึ่งให้เห็นความสามารถ ความดีของผู้ป่วยที่มีอยู่และเคยมีมา ทำให้เกิดกำลังใจที่จะต่อสู้ปัญหาอาจจะทำโดยการชมเชย เมื่อผู้ป่วยสามารถคิดหาแนวทางได้หรือปฏิบัติได้เหมาะสม ซึ่งให้เห็นว่าปัญหานั้นๆมีทางแก้ไขได้ และการคาดคะเนว่าต่อไปอาจจะดีขึ้น

18. การใช้คำป้อนกลับ (Feedback) เมื่อมีผู้ป่วยคนใดคนหนึ่งตั้งคำถามขึ้นมาแทนที่ผู้รักษาจะเป็นผู้ตอบก็อาจจะป้อนกลับไปยังผู้ป่วยอื่นๆ ในกลุ่มหรือกลับไปที่ตัวของผู้นั้นเอง ว่าเขาคิดอย่างไร

19. การเผชิญหน้า (Confrontation) เป็นวิธีที่ผู้รักษาเปิดเผยความรู้สึกในความคิดเห็นกับผู้ป่วยอย่างตรงไปตรงมา โดยชี้ให้เห็นถึงความสัมพันธ์บางอย่างในคำพูด ความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมให้ผู้ป่วยทราบ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักในตนเอง ซึ่งผู้ป่วยมีสิทธิจะเห็นด้วยหรือไม่ก็ได้ และผู้ป่วยมีสิทธิจะคัดค้าน ถกเถียงวิจารณ์ ผู้รักษาได้อย่างตรงไปตรงมาเช่นกัน เท่ากับเป็นการเปิดเผยความรู้สึกที่มีต่อกัน ซึ่งวิธีนี้จะต้องเลือกทำเป็นวิธีสุดท้าย เมื่อใช้วิธีอื่นๆไม่ได้ผล หรือเมื่อผู้ป่วยกับผู้รักษามีสัมพันธภาพที่ดี อาจใช้วิธีการสัมผัสมีส่วนร่วมด้วยทำที่ดังกล่าวจะทำให้ผู้ป่วยเข้าใจเจตนาของผู้รักษาได้ถูกต้องและยอมรับในที่สุด

20. การอธิบายสรุป (Summary Clarification) ใช้เมื่อพูดถึงปัญหาได้หลายแง่หลายมุม แล้วก็จะสรุปรวมเรื่องที่พูดและข้อคิดเห็นว่าได้พูดอะไรกันไปแล้วบ้าง

องค์ประกอบสภาพทางคลินิก

องค์ประกอบสภาพทางคลินิก (clinical setting) ลักษณะของกลุ่มบำบัดตามแนวคิดของ Yalom (1995) มี 2 ลักษณะ ได้แก่ กลุ่มแบบปิด คือ กลุ่มที่ประกอบด้วยสมาชิกกลุ่มเดิม ไม่มีการรับสมาชิกใหม่เพิ่มและสมาชิกมีการเข้ากลุ่มตั้งแต่เริ่มต้นจนกระทั่งปิดกลุ่ม ส่วนกลุ่มแบบเปิด หมายถึง กลุ่มที่มีสมาชิกบางคนออกไป และมีการรับสมาชิกใหม่เข้ามาแทนเป็นระยะๆ กลุ่มแบบเปิดจะรักษาจำนวนสมาชิกให้เท่าเดิม การจัดกลุ่มแบบปิดหรือเปิด ขึ้นอยู่กับลักษณะของสมาชิกว่าเหมาะสมกับกลุ่มแบบใด ขนาดของกลุ่มบำบัด จำนวนสมาชิกไม่ควรมากหรือน้อยเกินไป เพราะไม่เกิดผลการบำบัดของกลุ่ม จำนวนสมาชิกที่เหมาะสม คือ 5 - 10 คน หากสมาชิกกลุ่มน้อยอาจทำให้เกิดความวิตกกังวลต่อการมีปฏิสัมพันธ์บ่อยครั้ง ถ้าสมาชิกมากเกินไปจะทำให้สมาชิกมีปฏิสัมพันธ์ไม่ทั่วถึง (Yalom, 1995) ระยะเวลาและความถี่ของการทำกลุ่มบำบัด ระยะเวลาที่เหมาะสมในการทำกลุ่มบำบัดแต่ละครั้งควรใช้เวลา 1 ชั่วโมง ถึง 1 ชั่วโมง 30 นาที ความถี่ในการเข้าร่วมกลุ่มควรจัดกลุ่มให้มากที่สุดเช่น ทำทุกวันหากทำได้ เพราะผู้ป่วยจะได้เข้ากลุ่มอย่างต่อเนื่องทำให้กลุ่ม

มันคงยิ่งขึ้น ในทางปฏิบัติส่วนมากจะทำกลุ่มประมาณ 2 – 3 ครั้งต่อสัปดาห์ (Yalom, 1995; Yalom,1983)

พัฒนาการกลุ่ม

พัฒนาการกลุ่มตามแนวคิดของ Yalom (1995) แบ่งพัฒนาการกลุ่มเป็น 3 ระยะคือ

1. **ระยะสร้างสัมพันธภาพ** (initiating phase) ระยะนี้เป็นการสื่อสารเชิงสร้างสัมพันธภาพ ทำให้สมาชิกรู้สึกผ่อนคลาย ด้วยการแนะนำตนเอง บอกวัตถุประสงค์ กฎกติกาหน้าที่ของสมาชิกกลุ่ม วิธีการดำเนินกลุ่ม ความสำคัญและประโยชน์ที่จะได้รับจากการเข้ากลุ่ม เพื่อให้สมาชิกได้รู้จัก คู่เนยกัน ใ่วางใจกัน รู้สึกผูกพัน เข้าใจตรงกันกับผู้บำบัด ทำให้เกิดความร่วมมือนำกลุ่มไปสู่เป้าหมาย สร้างแรงจูงใจและกระตุ้นสมาชิกมีความกระตือรือร้นต่อการเข้ากลุ่ม

2. **ระยะทำงานร่วมกัน** (working phase) ผู้บำบัดกำหนดประเด็นในการสนทนาแล้วเปิดโอกาสให้สมาชิกแสดงความรู้สึก กระตุ้นให้สมาชิกทุกคนมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น เพื่อให้เกิดความผูกพันเป็นหนึ่งเดียว มองเห็นคุณค่าของกันและกัน และตั้งใจที่จะทำงานของกลุ่มให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ ผู้บำบัดต้องสังเกต และตระหนักถึงพฤติกรรมบางอย่างของสมาชิกที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งอาจเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินกลุ่ม ผู้บำบัดต้องเข้าใจ และแก้ไขปัญหาเพื่อให้กลุ่มดำเนินต่อไป ผู้บำบัดต้องควบคุมและยึดมั่นในกระแสของกลุ่มเข้าใจกลไกทางจิตของแต่ละคน หาสาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้นได้ หาแนวทางแก้ไขเพื่อป้องกันความขัดแย้ง และมุ่งมั่นที่จะดำเนินกลุ่มให้บรรลุตามวัตถุประสงค์

3. **ระยะยุติกลุ่ม** (terminal phase) เป็นระยะที่สมาชิกจะแสดงออกถึงความรู้สึกผูกพันต่อกลุ่ม สังเกตได้จากความรู้สึกร่วมกันของกลุ่ม ความมุ่งมั่นของกลุ่มตามเป้าหมาย ความร่วมมือและการประสานงานภายในกลุ่ม การช่วยเหลือประคับประคองกันความสามัคคีในกลุ่ม สมาชิกแสดงออกด้วยการเปิดเผยตนเอง ทั้งนี้เนื่องจากมีความใ่วางใจกลุ่มผู้บำบัดต้องมีการวางแผนการสิ้นสุดสัมพันธภาพกลุ่มด้วยการแจ้งกำหนดการยุติกลุ่มแจ้งความก้าวหน้าของกลุ่มการบรรลุวัตถุประสงค์ และตระหนักถึงความผูกพันที่เกิดขึ้น เพื่อป้องกันความวิตกกังวลต่อการสิ้นสุดสัมพันธภาพ กระตุ้นให้สมาชิกหาแนวทางดำเนินชีวิตหลังจากสิ้นสุดการทำกลุ่ม ให้โอกาสสมาชิกพูดความรู้สึก ความประทับใจต่อกลุ่ม เพื่อให้สมาชิกได้รับประสบการณ์ที่ดีจากการทำกลุ่ม

ผู้นำกลุ่มจะต้องสำรวจความผูกพันที่เกิดขึ้นภายในกลุ่ม 2 ประเด็นคือ ความผูกพันเป็นหนึ่งเดียวกันในระดับพอดีกับความรู้สึกที่ผูกพันลึกซึ้งซึ่งมากเกินไป แล้วชี้แจง ให้สมาชิกได้ตระหนักถึงความผูกพันที่เกิดขึ้น ตามความเป็นจริงที่ปรากฏ เพื่อป้องกันความวิตกกังวล ต่อการสิ้นสุดสัมพันธภาพของกลุ่มดังนั้นผู้นำกลุ่มต้องมีการวางแผนการสิ้นสุดสัมพันธภาพกลุ่มด้วยการแจ้งกำหนดการยุติกลุ่มตามการพิจารณาระดับความผูกพันต่อกลุ่ม แจ้งความก้าวหน้าของกลุ่มการบรรลุ

วัตถุประสงค์ ให้สมาชิกหาแนวทาง ในการกลับไปดำเนินชีวิตต่อเนื่อง กลุ่มสิ้นสุดตามความเหมาะสม ให้โอกาสสมาชิกได้พูดความรู้สึกต่อกลุ่ม และความประทับใจต่อกลุ่มเพื่อให้สมาชิกได้รับประสบการณ์ที่ดีจากการทำกลุ่ม และเกิดความรู้สึกที่ดีต่อการทำกลุ่มครั้งต่อไป

ลักษณะของสมาชิกกลุ่ม

ผู้นำกลุ่มต้องคัดเลือกสมาชิกกลุ่มที่มีลักษณะ ดังนี้

1. มีความสามารถที่จะสร้างสรรค์เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม
2. มีความรับผิดชอบต่อตนเองและผู้อื่น
3. มีความสามารถแยกบทบาทต่อตนเองและผู้อื่นได้

ซึ่ง ยาลอม (Yalom, 1995) ได้แนะนำว่า การที่สมาชิกจะเข้ากลุ่มอย่างสม่ำเสมอไม่ทำให้กลุ่มล้มเหลว หรือทำให้กลุ่มสับสนตลอดเวลานั้นขึ้นอยู่กับ

1. ความพร้อมเฉพาะตัวของสมาชิกเองเช่นสนใจเต็มใจการให้ความร่วมมือ

ในขณะที่ทำกลุ่ม

2. สมาชิกได้รับการเตรียมก่อนเข้าทำกลุ่ม เช่น แจ้งให้ทราบ วัน เวลา สถานที่
3. วัตถุประสงค์ของการที่ต้องเข้าร่วมกลุ่ม

ระยะเวลาของการบำบัด

ระยะเวลาและความถี่ของการเข้ากลุ่มโดยทั่วไป ระยะเวลาของกลุ่มบำบัดระดับประคองแต่ละครั้ง ควรใช้เวลา 60 -90 นาที ซึ่งยาลอม (Yalom,1995) แนะนำว่า ควรจัดกลุ่มให้มากที่สุด เพื่อให้สมาชิกได้เข้ากลุ่มอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะทำให้กลุ่มมีความมั่นคงยิ่งขึ้นสำหรับจำนวนครั้งที่จะใช้ในการเข้ากลุ่มทั้งหมดขึ้นอยู่กับเป้าหมายของกลุ่มและธรรมชาติของสมาชิกกลุ่ม

ขนาดของกลุ่ม

ขนาดของกลุ่มในการทำกลุ่มบำบัดจำนวนสมาชิกที่เข้ากลุ่มมีความสำคัญสมาชิกไม่ควรจะมากหรือน้อยเกินไป เพราะจะไม่เกิดผลการบำบัดของกลุ่มจำนวนสมาชิกที่เหมาะสมในการบำบัดคือ 6-10 คนสมาชิกกลุ่มน้อยจะทำให้กลุ่มเกิดความวิตกกังวลที่ต้องมีปฏิสัมพันธ์บ่อยครั้ง แล้วถ้าสมาชิกกลุ่มมีมากเกินไป จะไปทำให้สมาชิกมีปฏิสัมพันธ์ไม่ทั่วถึง ฉะนั้นควรมีการจำกัดจำนวน

3.4 บทบาทของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในการบำบัด

พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ซึ่งเป็นผู้บำบัดจำเป็นต้องมีการเรียนรู้ และมีการฝึกปฏิบัติ พร้อมทั้งต้องมีการลงมือเป็นผู้นำกลุ่ม และมีการนิเทศอย่างใกล้ชิดจากผู้เชี่ยวชาญ Yalom (1995) งานสำคัญของผู้บำบัด 3 ประการ ดังนี้

1. การสร้างและดำรงไว้ซึ่งความเป็นกลุ่ม (creation and maintenance of the group) มีงานย่อย ๆ ที่ผู้บำบัดจะต้องดำเนินการคือ

1.1 คัดเลือกและเตรียมสมาชิกกลุ่ม ผู้บำบัดจะคัดเลือกสมาชิกที่มีความสนใจ ตั้งใจและเต็มใจในการบำบัด คัดเลือกสมาชิกกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันในระยะนี้ผู้บำบัดต้องสร้างสัมพันธภาพกับสมาชิกกลุ่มให้เกิดความไว้วางใจ

1.2 รักษาทิศทางตามเป้าหมายกลุ่ม ผู้บำบัดจะต้องกระตุ้นให้สมาชิกพูดคุย มีปฏิสัมพันธ์กันในขอบเขต และเป้าหมายของกลุ่มที่กำหนดไว้ร่วมกัน ในระยะนี้สมาชิกในกลุ่มยังไม่รู้จักกัน ผู้บำบัดต้องทำหน้าที่สื่อสารในกลุ่ม แนะนำสมาชิกในกลุ่มได้รู้จักกันพร้อมทั้งเข้าใจวัตถุประสงค์ของการเข้ากลุ่ม

1.3 กระตุ้นให้สมาชิกมีส่วนร่วมในกลุ่ม ผู้บำบัดจะทำหน้าที่เชื่อมโยงและกระตุ้นให้สมาชิกได้พูดคุย มีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน มีการแสดงความคิดเห็น เสริมสร้างกำลังใจให้แก่กัน สมาชิกมีส่วนร่วมในปัญหาของกลุ่ม เพื่อให้กลุ่มมีพัฒนาการที่ดี เมื่อสมาชิกพูดแสดงความคิดเห็น และเสนอแนะ จะทำให้สมาชิกเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความเข้าใจตนเองดีขึ้น

2. การสร้างวัฒนธรรมของกลุ่ม (culture building) โดยมีบทบาทดังนี้

2.1. บทบาทผู้เชี่ยวชาญทางเทคนิค ผู้บำบัดควรเป็นผู้ที่รอบรู้และเข้าใจเทคนิคการประสานความคิด โดยวิธีการโน้มน้าวจิตใจและนำกลุ่ม ในช่วงแรกๆ ให้สมาชิกร่วมกำหนดกฎระเบียบต่างๆ ในการเข้ากลุ่ม และใช้ประสบการณ์ที่ตนมีอยู่กระตุ้นให้สมาชิกร่วมทำความตกลงกัน และชี้ให้เห็นประโยชน์ที่จะได้รับการทำข้อตกลงร่วมกัน โดยผู้บำบัดจะนำกลุ่มไปในทางที่เหมาะสม

2.2. บทบาทตัวแบบการมีปฏิสัมพันธ์ ผู้บำบัดจะเป็นตัวแบบในการสร้างบรรทัดฐานของกลุ่ม เพื่อให้สมาชิกกลุ่มมีการเลียนแบบจากความใกล้ชิด และเชื่อถือไว้วางใจ ผู้บำบัดแสดงบทบาทของการเปิดเผยตัวเองภายในกลุ่ม ยอมรับฟังสมาชิกคนอื่นๆ โดยไม่วิพากษ์วิจารณ์พฤติกรรมของบุคคลอื่น ให้การยอมรับในพฤติกรรม มีส่วนแสดงความคิดเห็นให้ความช่วยเหลือกลุ่ม เพื่อแสดงความเป็นตัวแบบให้สมาชิกกลุ่มได้เลียนแบบ

3. การทำให้สมาชิกกลุ่มตระหนักถึงกระแสกลุ่มขณะนั้น (activation and process Illumination) ในการทำกลุ่มผู้บำบัดควรเน้นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในปัจจุบันที่เกิดขึ้นขณะนั้นใช้แนวคิด “ที่นี่เดี๋ยวนี้” (here and now) โดยไม่คำนึงถึงเรื่องราวในอดีต เน้นให้สมาชิกได้แก้ไข

พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมต่อตนเอง และบุคคลอื่นขณะอยู่ในกลุ่ม เพื่อให้สมาชิกนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตจริงของตนเองได้ วิธีการทำให้สมาชิกกลุ่มตระหนัก ถึงกระแสของกลุ่มขณะนั้นได้แก่

3.1 ดึงดูดความรู้สึกของสมาชิกในกลุ่มให้อยู่ในเหตุการณ์ของกลุ่มในขณะนั้นให้ขึ้นมาประจักษ์ เพื่อให้สมาชิกกลุ่มมุ่งความ รู้สึกต่อสมาชิกกลุ่มคนอื่นๆ ทำจิตใจให้แน่วแน่อยู่ในกลุ่มในเหตุการณ์ “ที่นี่เดี๋ยวนี้” (here and now) สมาชิกก็จะมีการพูดจาปฏิสัมพันธ์กัน ให้ข้อคิดเห็นข้อวิจารณ์อย่างตรงไปตรงมาเพื่อให้เกิดการเรียนรู้วิธีการการแก้ปัญหาที่มีการเปิดเผยตัวเองต่อกันมีการเอื้ออำนวยกลุ่มในการดำเนินต่อไปโดยคำนึงความมีส่วนร่วมของสมาชิกแต่ละคน และผู้นำกลุ่ม

3.2 นำเอาความรู้สึกและปัญหาในกลุ่มมาทำให้กระจ่างชัดเพื่อให้สมาชิกกลุ่มแต่ละคน ได้เรียนรู้อะไรบ้างจากเหตุการณ์และปัญหานั้นมีความตระหนักรู้ในเหตุการณ์ และเกิดขึ้นได้อย่างไร และสะท้อนกลับมาที่ตัวเราเองได้อย่างไร มีผลอะไร ทำไมจึงเกิดขึ้นได้ ซึ่ง “ยาลอม” เรียกสิ่งนี้ว่า “ห่วงการสะท้อนกลับมาสู่ตนเอง” (Self reflecting loop)

บทบาทพยาบาลในการเป็นผู้บำบัดนั้น ต้องหมั่นพาคเพื่อหาความรู้เพิ่มเติม โดยการฝึกอบรมการฟังคำบรรยาย การอ่านตำรา หรือจากอาจารย์ผู้ควบคุม แนะนำ ต้องรู้จักทฤษฎีในขั้นพื้นฐาน และรู้เทคนิคในการดำเนินการ เช่น วิธีการฟัง การเข้าใจผู้ป่วยและการตอบสนองต่อผู้ป่วย นอกจากนี้พยาบาลต้องเป็นนักจิตบำบัดที่ดี กล่าวคือ มีจิตใจที่สมประกอบ ไม่มีปัญหาทางจิตที่เป็นผลเสียในการทำกลุ่มบำบัด มีจิตใจสงบ มีความกังวลน้อย คุยกับผู้อื่น ได้ยั่งยืน รู้จักผู้อื่นและยอมให้ผู้อื่นรัก มีความน่าเชื่อถือ เป็นคนเสมอต้นเสมอปลาย จริงใจ ยอมรับผู้อื่นไม่ประเมินค่าของคน ซึ่งคุณลักษณะที่กล่าวมานั้นมีผลโดยตรงต่อการทำกลุ่มบำบัดระดับประคองให้บรรลุตามเป้าหมาย หรือวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ (สมพร บุษราทิจ, สุข โขช สิงกัณฑ์, และสนทรรศ บุษราทิจ, 2544) สมาชิกกลุ่มไว้ไม่เกิน 10 คน

จากที่กล่าวมาทั้งหมดสรุปได้ว่า กลุ่มบำบัดระดับประคองตามแนวคิดของยาลอม (Yalom,1995) เป็นการรักษาแบบกลุ่มวิธีหนึ่ง ซึ่งมีจุดมุ่งหมายเพื่อประคับประคองบุคคลที่มีความทุกข์ทางใจ อารมณ์ และพฤติกรรม โดยสมาชิกกลุ่มเป็นผู้มีปัญหาทางด้านจิตใจและอารมณ์ และพฤติกรรม มีปฏิสัมพันธ์ร่วมกันแสดงความรู้สึกความคิดเห็น ร่วมกันหาแนวทางแก้ไขและอภิปรายในปัญหานั้น มีผู้นำกลุ่มได้รับการฝึกฝนทักษะประสบการณ์ในการทำกลุ่มบำบัดมาก่อน ซึ่งเน้นหน้าที่และเทคนิคของผู้บำบัด 3 ลักษณะ คือ 1. การสร้างและดำรงไว้ซึ่งความเป็นกลุ่ม 2. การสร้างวัฒนธรรมของกลุ่ม 3. การทำให้กลุ่มตระหนักถึงกระแสของกลุ่มขณะนั้น และดำเนินกลุ่มตามพัฒนาการ 3 ระยะ คือ 1. ระยะสร้างความสัมพันธ์ของสมาชิกกลุ่ม 2. ระยะดำเนินการเกี่ยวกับปัญหาของสมาชิกกลุ่ม 3. ระยะยุติกลุ่มจะช่วยให้สมาชิกกลุ่มพร้อมที่จะนำประสบการณ์จากกลุ่มไปใช้ ในชีวิตประจำวัน ใช้ระยะเวลาในการบำบัดในแต่ละครั้ง 1 ชั่วโมง

ถึง 1 ชั่วโมง 30 นาทีการมีปฏิสัมพันธ์กันของกลุ่มทำให้สมาชิกกลุ่มเกิดการผนึกกำลังกันซึ่งส่งผลให้เกิดปัจจัยบำบัดทั้ง 11 ปัจจัย ให้ผู้ป่วยมีการเรียนรู้ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ความคิดไปในทางที่ดีขึ้น ซึ่งในการใช้กลุ่มบำบัดระดับประคองนั้นมีวัตถุประสงค์ที่ชัดเจนคือเพื่อเกื้อหนุนการทำงานของจิตใจโดยเปิดโอกาสให้ผู้รับการบำบัดได้เรียนรู้ที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจากกระบวนการกลุ่ม ซึ่งเหมาะสมสำหรับกลุ่มที่มีปัญหาในเรื่อง การปรับตัวทางสังคม เช่นในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภท

4. การทำกลุ่มบำบัดระดับประคองต่อการปรับตัวทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท

ผู้ป่วยจิตเภทมักมีปัญหาในเรื่อง สัมพันธภาพระหว่างบุคคล การปฏิบัติหน้าที่ การทำงาน การดูแลตนเอง รู้สึกตนเองเป็นภาระ ซึ่งลักษณะของกลุ่มบำบัดระดับประคอง จะส่งผลต่อการรับรู้ว่าตนเองมีประโยชน์ต่อผู้อื่น (Altruism) เป็นกระบวนการที่สมาชิกได้มีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา ได้มีโอกาสให้ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ต่อสมาชิกคนอื่น มีความกระตือรือร้นที่จะช่วยเหลือและเห็นความสำคัญของคนอื่นมากกว่าตนเอง ทำให้สมาชิกเห็นคุณค่าของตนเองและเชื่อมั่นในตนเองสูงขึ้นในฐานะผู้ให้, การผูกพันจิตใจต่อกัน (Group Cohesiveness) การเข้ากลุ่มอย่างสม่ำเสมอจะมีความหมายต่อกลุ่ม มีความเป็นเจ้าของกลุ่มร่วมกัน กล้าที่จะร่วมเปิดเผยตนเอง มีความรู้สึกใกล้ชิดผูกพันกัน ทำให้ความรู้สึกโดดเดี่ยวอ้างว้างหมดไป, ความรู้สึกอันเป็นสากล (Universality) การเข้ากลุ่มทำให้สมาชิกได้ตระหนักว่าทุกคนมีปัญหาเหมือนกันหมด ซึ่งเป็นเรื่องธรรมดา ความรู้สึกที่ว่าตนเองมีความทุกข์อยู่คนเดียวก็จะลดลง และเกิดความรู้สึกใหม่ว่าเขาไม่ได้อยู่คนเดียวในโลกนี้ เขายังมีเพื่อนที่มีความทุกข์และมีปัญหาเช่นเดียวกัน, การเรียนรู้การสร้างสัมพันธภาพ (Interpersonal learning) การเข้ากลุ่มทำให้สมาชิกได้รู้ว่า ตนเองได้พูดและแสดงความคิดเห็นอะไรกับกลุ่ม รู้ว่าผู้อื่นคิดอย่างไรต่อตนเอง และการสะท้อนกลับของกลุ่ม ซึ่งจะช่วยให้สมาชิกได้เรียนรู้ว่าเขาเป็นอย่างไร การเข้ากลุ่มทำให้สมาชิกได้มีทักษะในการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นเพิ่มขึ้น และนำไปปรับปรุงตนเองได้ดีขึ้น ช่วยให้ได้เรียนรู้การอยู่ใกล้ชิดกับบุคคลอื่น มีเชื่อถือไว้วางใจบุคคลอื่น, การให้ข้อมูล (Imparting of information) เป็นการให้ข้อมูลข่าวสารที่เป็นความการแลกเปลี่ยนระหว่างสมาชิกหรือจากผู้นำไปสู่กลุ่ม มีการอภิปรายเกี่ยวกับปัญหานั้น ข้อมูลที่ให้ถูกต้องเป็นความจริงและกระชับชัด , การได้ระบายออก (Catharsis) การเข้ากลุ่มช่วยให้ผู้ที่มีปัญหา ได้ระบาย (ventilate) และแสดงอารมณ์สิ่งที่ดีและไม่ดีกับความคับข้องใจให้กับสมาชิกกลุ่มได้รับฟัง ซึ่งถ้ากลุ่มมีความผูกพันทางจิตใจสูง สมาชิกได้มีการพูดระบายออกและการเปิดเผยตนเองสูงด้วย การระบายออกนี้จะช่วยให้สมาชิกมีความสบายใจ มองดูโลกด้วยใจที่เป็นกลาง และมีแนวทางในการแก้ปัญหาชีวิตได้, การได้เลียนแบบพฤติกรรม (Imitative behavior) การเข้ากลุ่มทำให้สมาชิกได้มีโอกาสเรียนรู้ และลอกเลียนแบบพฤติกรรมของคนอื่นที่ตนเองพอใจ ทั้งจากผู้นำกลุ่มและสมาชิกซึ่งนำมาประยุกต์ทำทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ สมาชิกเกิด

ความภาคภูมิใจ ที่สามารถเป็นแบบอย่างให้กับคนอื่นได้ ทำให้สมาชิกจึงเกิดความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า, ความรู้สึกเหมือนเป็นครอบครัวเดียวกัน (The corrective recapitulation of primary family group member) สถานการณ์ในกลุ่มนั้น คล้ายกับสถานการณ์ในครอบครัวซึ่งจะทำให้สมาชิกในกลุ่มนี้ถึงปัญหาความขัดแย้งในครอบครัวของตนเอง และแสดงพฤติกรรมแบบเก่าที่เป็นปัญหาออกมา, การพัฒนาเทคนิคการเข้าสังคม (Development of socializing techniques) การเข้ากลุ่มทำให้สมาชิกมีทักษะในการสร้างสัมพันธภาพทางสังคมเพิ่มขึ้น ทำให้สมาชิกเรียนรู้ทางสังคม รวมทั้งการเรียนรู้ที่จะเข้าใจความรู้สึกของผู้อื่นซึ่งจะมีประโยชน์ต่อสมาชิกเมื่อนำไปใช้กับสังคมภายนอกต่อไป ส่งเสริมให้สมาชิกรู้ว่าตนเองมีคุณค่า ได้รับการยอมรับจากสังคม การรู้สึกมีความหวัง (Installation of hope) การเข้ากลุ่มทำให้สมาชิกที่เคยท้อแท้ หมดหวังในชีวิต เกิดความหวังขึ้นมาใหม่ได้ว่าอาจจะมชีวิตที่ดีขึ้น ทำให้มีกำลังใจในการต่อสู้ เมื่อได้เห็นสมาชิกคนอื่นในกลุ่มมีการพัฒนาในทางที่ดีขึ้น, การได้รู้ถึงความจริงของชีวิต (Existential factors) การเข้ากลุ่มช่วยให้สมาชิกได้เข้าใจในธรรมชาติของชีวิตว่าบางครั้งก็สมหวังบางครั้งก็ผิดหวัง ทุกสิ่งมีการเปลี่ยนแปลง มีการแยกจาก ซึ่งจะทำให้สมาชิกกลุ่มสามารถเผชิญชีวิตและอุปสรรคต่าง ๆ ได้เกิดความเชื่อมั่นและความพึงพอใจในตนเอง (วราภรณ์ จำปาเงิน , 2547) ซึ่งทั้งหมดของปัจจัยบำบัดของจิตบำบัดประคับประคองแบบกลุ่มที่สามารถส่งผลต่อการปรับตัวทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทได้ดังเช่นการศึกษาของ Kaplan HL, Sadock BJ (1998) ที่พบว่า กลุ่มบำบัดทำให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถปรับตัวให้อยู่ในโลกแห่งความจริงได้ โดยช่วยลดการแยกตัวจากสังคม มีการปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมได้ สัมพันธภาพระหว่างบุคคลดีขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น และบรรเทาอาการเจ็บป่วย และของ Profita J และคณะ (1989) ได้ศึกษาวิจัยพบว่าการรักษาด้วยกลุ่มบำบัดแบบประคับประคอง ทำให้เกิดผลดี คือเป็นการฟื้นฟูสภาพจิตใจ Homes J (1995) ได้ศึกษาผลของกลุ่มบำบัดแบบประคับประคอง พบว่าทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวสู่ความเป็นจริงได้ดีขึ้น Killian R และคณะ (2001) พบว่ากลุ่มจิตบำบัดที่ให้ความรู้กับผู้ป่วย มีผลทำให้การกลับเป็นซ้ำของโรคลดน้อยลง และยังทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น

โดยสรุป กลุ่มบำบัดประคับประคอง มีวัตถุประสงค์ เพื่อช่วยให้สมาชิกเกิดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal Relationship) หรือสัมพันธภาพทางสังคม (Social Relationship) กับคนอื่นได้ดี ทำให้ผู้ป่วยมีการปรับตัว สามารถเข้าใจตนเองมากขึ้น เรียนรู้ที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ทศนคติ เรียนรู้ที่จะเผชิญปัญหาและอยู่ร่วมกับผู้อื่นอย่างมีความสุขในสังคม

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ทิวาพร พู่เฟื่อง และคณะ (2544) ได้ทำการศึกษาเรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเวชอย่างครบวงจร จังหวัดนนทบุรี โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีภูมิลำเนาอยู่ใน

จังหวัดนนทบุรี และพัฒนาแนวทางการประสานการติดตามผลการรักษาผู้ป่วยจิตเวชระหว่างเครือข่ายใน โรงพยาบาลศรีธัญญา โรงพยาบาลชุมชนและสถานีนอนมัยในจังหวัดนนทบุรี ผลการศึกษา โครงการนี้ช่วยให้ญาติและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ในสังคมได้

สมจิตต์ ลูประสงค์ และคณะ (2541) ได้ทำการวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อค้นหาวิธีพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยโรคจิตที่อยู่ในชุมชนให้สามารถดูแลตนเองได้ เพื่อค้นหาวิธีการสนับสนุนให้ญาติและชุมชนได้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตในชุมชนและเพื่อศึกษาความคิดเห็นของญาติ และผู้นำชุมชนที่มีต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน พบว่า ด้านการรับประทานยาส่วนใหญ่ผู้ป่วยรับประทานเองร้อยละ 81.1 ด้านความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันผู้ป่วยทำได้เองร้อยละ 100.00 ด้านความสามารถในการร่วมกิจกรรมของครอบครัวทำด้วยตนเองร้อยละ 90.9 ด้านความสามารถในการประกอบอาชีพ ทำด้วยตนเองร้อยละ 63.6 และพบว่าไม่มีผู้ป่วยคนใดกลับมารักษาซ้ำภายใน 1 ปี หลังจากที่ใช้คู่มือ

สุคนธ์ ฤทธิฤกษ์ (2541) ได้ศึกษาผลการกลุ่มประคับประคองต่อความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและความเชื่อมั่นในตนเองของมารดาที่ดูแลบุตรตามลำพัง ณ หมู่บ้านโนนม่วง อ.เมือง จ.ขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างจำนวน 24 คน พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการบำบัดมากที่สุดคือ ความรู้สึกมีความหวัง ความเห็นเหมือนกันของชีวิต พัฒนาเทคนิคการเข้าสังคม และความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม

สุมาลี สัยยะสิทธิพานิชย์ และคณะ (2541) ศึกษาของการจัดกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยจิตเวช ในโรงพยาบาลสวนปรุง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยจิตเวชที่รับไว้รักษาในหอผู้ป่วยชายและหญิง จำนวน 164 ราย ผลการศึกษาพบว่ากระบวนการกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง สามารถช่วยเหลือให้ผู้ป่วยจิตเวชได้ระบายความคับข้องใจ มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในกลุ่มทำให้เกิดปัจจัยบำบัดขึ้นในการทำกลุ่มแต่ละครั้งที่พบบ่อยที่สุดคือ การได้ระบายออก การมีความเป็นสากล การได้รับการชี้แนะแนวทาง และการผูกพันจิตใจต่อกัน ซึ่งเกิดผลดีต่อการรักษา และผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม มีการแสดงออกไปในทางที่ดีขึ้น และเป็นที่ยอมรับของกลุ่ม

สุจรรยา แสงเขียวงาม (2545) ได้ศึกษาผลของจิตบำบัดประคับประคองแบบกลุ่มต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระยา อายุ 20 - 40 ปี จำนวน 22 คน ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับยาด้านโรคจิตในกลุ่มดั้งเดิมร่วมกับจิตบำบัดประคับประคองแบบกลุ่ม มีคุณภาพชีวิตดีขึ้นในด้านลักษณะความ

สัมพันธ์ของบุคคล ความสามารถในการทำงานและความสมบูรณ์ของประสบการณ์ส่วนตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สินเงิน สุขสมปอง และคณะ (2543) ได้ศึกษาผลการรักษา และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับตัวทางสังคมและอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเวชที่รับการรักษาที่กลุ่มงานโรงพยาบาลกลางวัน ระหว่างปี พ.ศ. 2528 - 2538 พบว่า ความสัมพันธ์ของญาติผู้ใกล้ชิด ความคิดเห็นของญาติต่อความเจ็บป่วยความสามารถของผู้ป่วยในปัจจุบันและสัมพันธ์ภาพต่อบุคคลรอบข้างมีความสัมพันธ์กับการปรับตัวทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P < .05$ และ เพศ อาชีพ การวินิจฉัยโรค ระยะเวลาการเจ็บป่วยก่อนการรักษาที่กลุ่มงานโรงพยาบาลกลางวัน ระยะเวลาที่รักษาในกลุ่มงานโรงพยาบาลกลางวันของผู้ป่วย มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P < .05$

กัลยา ภัคคิมงคล (2542) ได้ศึกษา ความคิดเห็นของบุคลากรพยาบาลและผู้ป่วยจิตเวชของโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา ต่อการรักษาด้วยกลุ่มบำบัด วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความคิดเห็นของบุคลากรพยาบาลและผู้ป่วยจิตเวช ต่อการรักษาด้วยกลุ่มบำบัดในโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา กลุ่มประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ บุคลากรพยาบาล จำนวน 122 คน ผู้ป่วยจิตเวชชาย จำนวน 100 คน และผู้ป่วยจิตเวชหญิง จำนวน 100 คน ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ระดับความคิดเห็นต่อการรักษาด้วยกลุ่มบำบัดของบุคลากรพยาบาล ผู้ป่วยจิตเวชชาย และผู้ป่วยจิตเวชหญิง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี นอกจากนี้เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความคิดเห็นต่อการรักษาด้วยกลุ่มบำบัด พบว่า พยาบาลวิชาชีพ มีความคิดเห็นต่อการรักษาด้วยกลุ่มบำบัด ดีกว่าพยาบาลเทคนิค และเจ้าหน้าที่พยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01

กริณี สังข์ประคอง และคณะ (2541) ศึกษาการประเมินผลการพัฒนากิจกรรมกลุ่มบำบัด เรื่อง ทักษะการดูแลตนเอง ทักษะทางสังคม และทักษะการดำเนินชีวิตในชุมชน สำหรับผู้ป่วยในที่เป็นโรคจิตเภทเรื้อรังวัตถุประสงค์ เพื่อประเมินผลการพัฒนากิจกรรมกลุ่มบำบัด เรื่อง ทักษะการดูแลตนเอง ทักษะทางสังคม และทักษะการดำเนินชีวิตในชุมชน สำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีทักษะการดูแลตนเองคิดเป็นร้อยละ 66.3 ทักษะทางสังคม ร้อยละ 81.4 ทักษะการดำเนินชีวิตในชุมชน ร้อยละ 88

จิรารัตน์ พิมพ์ดีด และคณะ (2545) ได้ดำเนิน โครงการพัฒนารูปแบบการช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชที่กลับมารักษาดตามนัด จัดรูปแบบการให้บริการผู้ป่วยนอกให้กับผู้ป่วยที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยใช้กระบวนการกลุ่ม โดยมีความหวังว่าโครงการนี้จะเป็นรูปแบบหนึ่งในการช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชที่อยู่ในชุมชน ในด้านการปรับตัวเมื่อกลับเข้าไปอยู่ในชุมชน วัตถุประสงค์ เพื่อส่งเสริมฟื้นฟูทักษะทางสังคมผู้ป่วยจิตเวชและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการกลับไปใช้ชีวิตในชุมชนร่วมกัน ผลการดำเนินโครงการ พบว่าการรับรู้ของญาติและผู้ป่วยต่อ

การเข้าร่วมโครงการอยู่ในระดับ “มาก” ทั้งหมดของประเด็นที่ถาม ความคิดเห็นต่อการจัดโครงการ แก่ญาติและผู้ป่วย คนอื่นๆ ต่อ พบว่าผู้ป่วยและญาติส่วนใหญ่เห็นว่าควรจัดอีก ความคิดเห็นต่อความต้องการมาเข้าร่วมโครงการญาติและ

สกาวรัตน์ ภูผา, จิตรประสงค์ สิงห์นาง, นวพร ตรีโษษฐ์ (2543) ได้ศึกษา ผลของการจัดกลุ่มกิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ต่อการพัฒนาทักษะมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการจัดกลุ่มกิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อการพัฒนาทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ 2543 จำนวน 20 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างง่าย กลุ่มละ 10 คน กลุ่มทดลองได้เข้ากลุ่มกิจกรรมแบบมีส่วนร่วมเรื่องทักษะทางสังคม ซึ่งเป็นเทคโนโลยีการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกรมสุขภาพจิต (2541) ประกอบด้วย ความพร้อมเพียง สัมพันธภาพ ทักษะการตัดสินใจ การสื่อสาร บอกความต้องการ ทักษะการปฏิเสธ และทักษะการจัดการกับอารมณ์และความเครียด โดยเข้ากลุ่มทั้งหมด 6 ครั้ง ในเวลา 2 สัปดาห์ มีผู้วิจัยเป็นผู้นำกลุ่มและผู้ช่วยผู้นำกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติผลการศึกษาพบว่าหลังการทดลองค่าเฉลี่ยของคะแนนทักษะทางสังคมของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) แสดงว่าการจัดกลุ่มกิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมสามารถพัฒนาทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภทได้

จิราวัฒน์ พิมพ์ดีด, เขาวงกต ไตรพฤกษ์ชาติ, สาคร บุญผาเฮ้ และคณะ (2550) ได้ศึกษาผลของการฝึกทักษะการสื่อสารต่อพฤติกรรมสื่อสารของผู้ป่วยจิตเภท โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการฝึกทักษะการสื่อสารต่อพฤติกรรมสื่อสารของผู้ป่วยจิตเภท เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 11 คน ทำการวิจัยในผู้ป่วยจิตเภทชาย โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2549 – ธันวาคม 2549 ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเภทชายที่มีความบกพร่องในด้านทักษะการสื่อสาร เมื่อได้รับการฝึกทักษะด้านนี้มีพฤติกรรมสื่อสารที่ดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

อรุณ พงษ์ธรรม และคณะ (2549) ได้ศึกษาผลของกลุ่มทักษะทางสังคมต่อพฤติกรรมทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาผลของกลุ่มทักษะทางสังคมต่อพฤติกรรมทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาที่แผนกฟื้นฟูสมรรถภาพโรงพยาบาลศรีธัญญา ระหว่างเดือน กรกฎาคม 2547 จำนวน 32 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 16 คน กลุ่มควบคุม 16 คน กลุ่มทดลองได้รับการเข้ากลุ่มทักษะทางสังคม ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติในหอผู้ป่วย ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมทางสังคมของกลุ่มทดลอง มากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กลุ่มทดลองมีปัจจัยบำบัดที่

เกิดขึ้นคือ การมีความรู้สึกคล้ายคลึงกัน ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม การให้ข้อมูล และการเกื้อกูลกัน

สุรพิน แทนรัตนกุล, สุนีย์ เอกวัฒนพันธ์, ญัญจวดี รัตนานิกม (2548) ได้ศึกษาผลของการฝึกทักษะทางสังคม ในผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการฝึกทักษะทางสังคม ในผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังชาย ในโรงพยาบาลศรีธัญญา กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยจิตเวชชาย ในหอผู้ป่วยฟื้นฟูสมรรถภาพ จำนวน 20 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 10 ราย โดยกลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลฟื้นฟูด้วยกลุ่มบำบัดร่วมกับการฝึกทักษะทางสังคม เน้นการสร้างสัมพันธภาพ การสื่อสาร การตัดสินใจ และการปฏิเสธ สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ๆ ละ 1 ชั่วโมง เป็นเวลา 2 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น และมีทักษะทางสังคมสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากผลการศึกษาทำให้เห็นว่าการฝึกทักษะทางสังคมเป็นการฝึกทักษะเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวให้เข้ากับสังคมได้ดีขึ้น

NICK KANAS, M.D. (2006) ศึกษา การรักษาผู้ป่วยจิตเภทด้วยกลุ่มบำบัดโดยศึกษาย้อนหลังถึงการรักษาด้วยกลุ่มบำบัดตั้งแต่ ค.ศ. 1950 - 1991 ในกลุ่มบำบัด จำนวน 57 กลุ่ม ผลการศึกษาพบว่ามากกว่า 70 % ของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการเข้ากลุ่มบำบัด มีผลการบำบัดดีกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษาด้วยกลุ่มบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Lebrun, Singh & Luke (1991) ศึกษาถึงการจัดกลุ่มให้ความรู้แก่ผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 100 คน โดยจัดกลุ่มครั้งละ 8 คน จำนวน 6 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที หัวข้อที่ให้ความรู้ประกอบด้วย ความรู้เรื่องโรคจิตเภท การรับประทานยาต้านโรคจิต การสังเกตอาการกลับเป็นซ้ำ การอยู่กับผู้อื่นในสังคม การจัดการปัญหาต่างๆในชีวิต และแหล่งช่วยเหลือในชุมชน พบว่า หลังจากจบกลุ่ม ผู้ป่วยเข้าใจ ขอมรับการเจ็บป่วยของตนเอง มีกำลังใจ และมีพลังในการที่จะดูแลตนเอง ให้ความร่วมมือในการรับประทานยา และสนใจสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของตนเองด้วย

Hochberger and James (1992) ศึกษาการจัดกลุ่มสำหรับผู้ป่วยจิตเวช ที่จะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล มีการเข้ากลุ่มสัปดาห์ละ 1 ครั้ง มีการอภิปรายกันภายในกลุ่ม การแสดงบทบาทสมมติ และร่วมกันแก้ปัญหาภายในกลุ่ม มีการให้ความรู้เกี่ยวกับการยินยอมรับการรักษาด้วยยา การทำงาน ที่อยู่อาศัย การอยู่โดยไม่มีญาติดูแล การดูแลหลังออกจากโรงพยาบาล และความกลัวความล้มเหลวในการกลับสู่ชุมชน ซึ่งสามารถช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกมั่นใจที่จะกลับเข้าสู่ชุมชน และดูแลตนเองได้

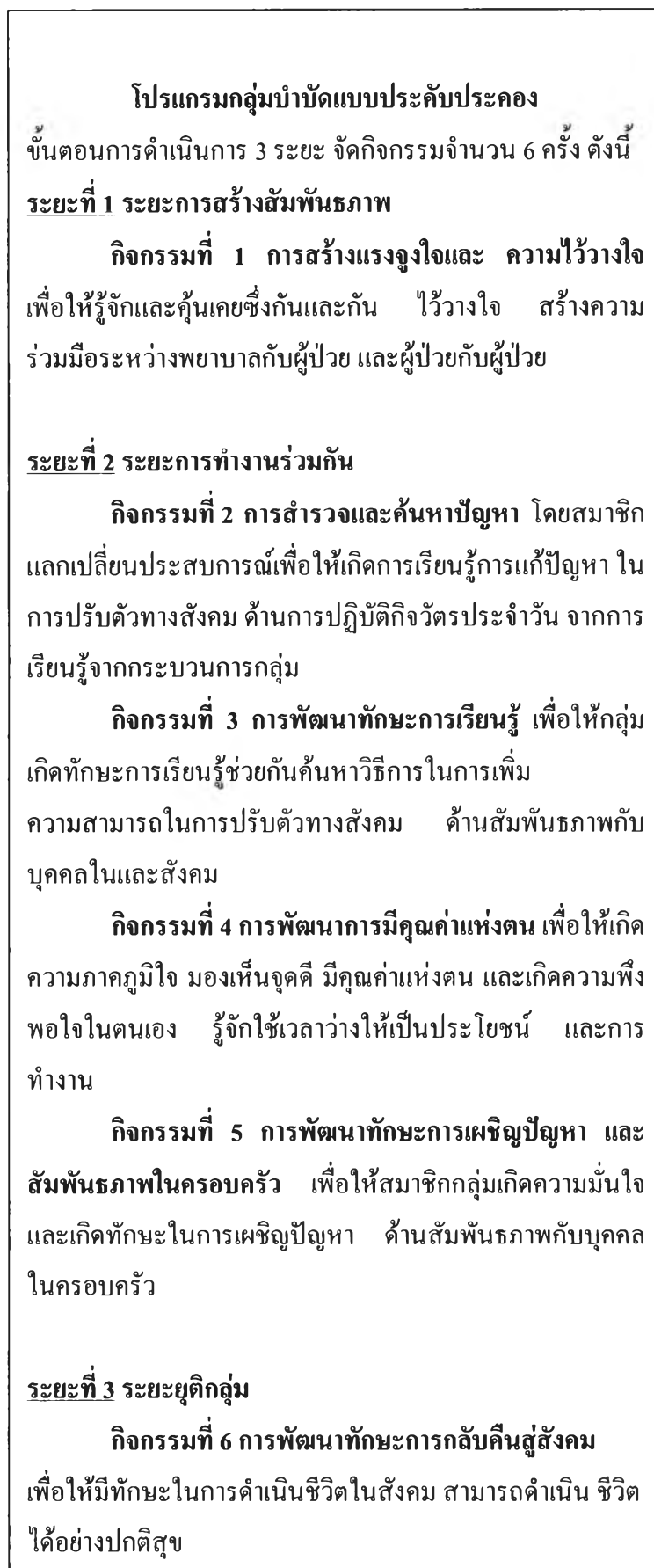
Ho et al. (1998) ได้ทำการศึกษาเรื่องผลลัพธ์ของการให้การรักษาพยาบาลเป็นเวลา 2 ปี ในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทครั้งแรก และการศึกษาคุณภาพชีวิต โดยเป็นแบบการศึกษาระยะยาวในผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 50 ราย เครื่องมือในการวิจัยเป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างเองโดยอาศัยเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต 8 มิติ คือ ความบกพร่องในการทำหน้าที่ การทำงาน ความ

บกพร่องของสมรรถภาพ ความสนุกสนานและกิจกรรมทางสังคม สัมพันธภาพภายในครอบครัว สัมพันธภาพกับเพื่อน การทำหน้าที่ทางสังคม และการตัดสินใจทางสังคม ผลการศึกษาพบว่า ร้อยละ 60 ของผู้ป่วยไม่มีงานทำและพบว่าอาการทางลบ มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตในด้านการพึ่งพาทางการเงิน ในระดับปานกลาง และการทำหน้าที่พบว่าอาการทางลบสามารถทำนายคุณภาพชีวิตโดยรวมได้ร้อยละ 27

Norman et al. (2000) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอาการทางจิต ระดับการทำหน้าที่ ในผู้ป่วยจิตเภท กับคุณภาพชีวิต กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในชุมชนจำนวน 128 คน ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลในรัฐ Ontario ประเทศ แคนาดา โดยศึกษาคุณภาพชีวิต ตามแนวคิดของ Heinrichs et al. 1984 แบ่งคุณภาพชีวิตออกเป็น 4 ด้าน คือ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล การทำหน้าที่ตามบทบาทและหน้าที่ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม และพื้นฐานด้านจิตใจ ภายใน ผลการศึกษาพบว่า อาการทางบวกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต ส่วนอาการทางลบมีความสัมพันธ์ทางลบต่อคุณภาพชีวิต พบว่าเพศหญิงและผู้ป่วยที่มีสถานภาพคู่มีคุณภาพชีวิตดีกว่าเพศชาย สิ่งแวดล้อมของบ้านมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต และพบว่าตัวแปรที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้คือ เพศ สถานภาพ สิ่งแวดล้อมของที่อยู่อาศัย สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 25

Atkinson, J.M. et al. (1996) ได้ทำการศึกษาผลของกลุ่มให้ความรู้แบบกลุ่มต่อการทำหน้าที่ทางสังคมและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในชุมชน เมือง กลาสโก โดยใช้กลุ่มควบคุม 73 คน และกลุ่มทดลอง 57 คน ซึ่งเป็นกลุ่มให้ความรู้แก่กลุ่มตัวอย่างเป็นระยะเวลา 20 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มทดลองที่เข้าโปรแกรมมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดในการศึกษา



การปรับตัวทางสังคม

1. การเรียนหรือการทำงานอาชีพ
2. ความสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัว
3. ความสัมพันธ์กับบุคคลในสังคม
4. การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
5. การทำกิจกรรมในยามว่าง