

ผลของการสอนแบบกลุ่มต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน



นางสาวศิริภัทรา จุฑามณี

ศูนย์วิทยทรัพยากร

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2552

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF GROUP TEACHING ON QUALITY OF LIFE OF
SCHIZOPHRENIC PATIENTS IN COMMUNITY



Miss Siripattra Juthamane

ศูนย์วิทยทรัพยากร

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Mental Health and Psychiatric Nursing
Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2009

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ผลของการสอนแบบกลุ่มต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท
ในชุมชน

โดย

นางสาวศิริภัทรา จุฑามณี

สาขาวิชา

การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

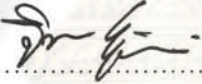
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก


อาจารย์ ดร. เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์

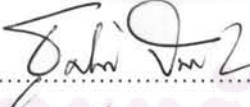
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัย
เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต


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

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์)


..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(อาจารย์ ดร. เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์)


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

ศูนย์วิจัยสหวิทยาการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ศิริภัทตรา จุฑามณี : ผลของการสอนแบบกลุ่มต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
(THE EFFECT OF GROUP TEACHING PROGRAM ON QUALITY OF LIFE OF
SCHIZOPHRENIC PATIENTS IN COMMUNITY) อ. ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก:
อ. ดร. เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์, 164 หน้า

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย จิตเภทในชุมชน ก่อนและหลังได้รับการสอนแบบกลุ่ม และเปรียบเทียบคุณภาพชีวิต ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการสอนแบบกลุ่มกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 40 คน ซึ่งคัดเลือกเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยการจับคู่ตามอาการทางลบ และเพศ ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 20 คน กลุ่มทดลองเข้ารับการสอนแบบกลุ่มที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ การสอนแบบกลุ่ม ซึ่งตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน และแบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิต วัดค่าความเที่ยงของแบบวัดได้เท่ากับ .93 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติทดสอบที (t - test)

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. คุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนหลังเข้ารับการสอนแบบกลุ่มสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. คุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนหลังการทดลองของกลุ่มที่เข้ารับการสอนแบบกลุ่มสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สาขาวิชา.....การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช..... ลายมือชื่อนิสิต...ศิริภัทตรา.....จุฑามณี.....
ปีการศึกษา...2552..... ลายมือชื่ออ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก.....

5177606636: MAJOR MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING

KEYWORDS: SCHIZOPHRENIC PATIENTS IN COMMUNITY/ QUALITY OF LIFE

/ GROUP TEACHING

SIRIPATTRA JUTHAMANE: THE EFFECT OF GROUP TEACHING ON QUALITY OF LIFE OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS IN COMMUNITY. THESIS ADVISOR: PENNAPA DANGDOMYOUTH, Ph.D., 164 pp.

The purpose of this quasi – experimental research were compare quality of life of schizophrenic patients before and after participation in the group teaching, and to compare the quality of life between schizophrenic patients who participate in the group teaching and those who participate in regular caring activities. Research samples were from forty schizophrenic patients, randomly assigned into one experimental group and one control group by matching the gender and negative symptoms. Research instruments were; the group teaching developed by the researcher. These instruments tested for content validity by a panel of 5 experts. The reliability of scale was .93. The t – test was used in data analysis.

Major findings were as follows:

1. Quality of life of schizophrenic patients in the community after participating in the group teaching was significantly higher than before, at the .05 level.
2. Quality of life of schizophrenic patients in the community who participated in the group teaching was significantly higher than that of schizophrenic patients who participated in the regular caring activities, at the .05 level.

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Field of Study : ... Mental Health and Psychiatric Nursing...

Academic Year: ...2009.....

Student's Signature : Siripattra...

Advisor's Signature : 

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความสามารถของอาจารย์ ดร.เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ซึ่งให้ความรู้ ชี้แนะแนวทางในการทำวิจัย เป็นแรงบันดาลใจให้ผู้วิจัยเกิดความมุ่งมั่น เกิดพลังที่จะทำวิทยานิพนธ์ให้สำเร็จ ตลอดจนให้ความเมตตา เอาใจใส่ และให้กำลังใจต่อผู้วิจัยตลอดมา ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์ ประธานสอบวิทยานิพนธ์ ที่ให้ความเมตตา ให้คำแนะนำในการทำวิจัย และเป็นกำลังใจให้เสมอมา และอาจารย์ ดร.ชูศักดิ์ ชัมภลลิขิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ให้ข้อเสนอแนะในการแก้ไขวิทยานิพนธ์ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือและให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัยในครั้งนี้

ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะการักษ์ หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล คุณจากรุวรรณ บุญไมตรีสัมพันธ์ ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช รวมทั้งบุคลากรที่เกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการทดลองใช้เครื่องมือ และดำเนินการวิจัยจนเสร็จสิ้นสมบูรณ์

ขอขอบคุณ คุณหงษ์ บรรเทิงสุข และคุณสารินี ไต่ะทอง ที่อนุญาตให้ใช้เครื่องมือในการวิจัย และให้คำแนะนำในการใช้เครื่องมือดังกล่าวเป็นอย่างดี ขอขอบคุณ คุณกิตติพงษ์ ไตรทิพย์พานิชย์ ที่ให้คำปรึกษาในการใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล

ขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัย และคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยที่สนับสนุนทุนบางส่วนในการทำวิจัยครั้งนี้

ขอขอบคุณ ครอบครัว จำศิริ และนายแพทย์ธเนศ พัฒนะวิริยะศิริกุล ที่ให้กำลังใจตลอดมา จนกระทั่งสามารถบรรลุวัตถุประสงค์ของการศึกษาในครั้งนี้

ท้ายสุดนี้คุณค่าและประโยชน์จากวิทยานิพนธ์ ผู้วิจัยขอมอบแด่กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ป่วยจิตเภททุกท่าน ให้มีสุขภาพกาย และสุขภาพใจที่สมบูรณ์ แข็งแรงตลอดไป

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ญ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการศึกษา.....	6
แนวเหตุผลและสมมุติฐานการศึกษา.....	7
ขอบเขตการศึกษา.....	11
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	12
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	15
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	16
1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท.....	17
1.1 แนวคิด ความหมาย สาเหตุ ลักษณะอาการของโรคจิตเภท.....	17
1.2 ผู้ป่วยจิตเภท.....	19
1.3 การดำเนินของโรคจิตเภท.....	19
1.4 อาการทางลบในผู้ป่วยจิตเภท.....	21
1.5 การรักษาโรคจิตเภท.....	26
2. ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน.....	27
2.1 ลักษณะของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน.....	27
2.2 ปัญหาการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน.....	28

บทที่	หน้า
3. การพยาบาลเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน.....	29
3.1 บทบาทของพยาบาล.....	29
3.2 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน.....	31
3.3 การพยาบาลเพื่อลดอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน.....	33
3.4 กิจกรรมการพยาบาลในการพัฒนาคุณภาพชีวิต.....	34
3.5 บทบาทของพยาบาลในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทใน ชุมชน.....	36
4. แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต.....	37
4.1 ความหมายของคุณภาพชีวิต.....	37
4.2 องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต.....	38
4.3. การประเมินคุณภาพชีวิต.....	40
4.4 คุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน.....	41
4.5 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน.....	43
5. การสอนแบบกลุ่ม.....	44
5.1 ความหมายและประเภทของการสอนแบบกลุ่ม.....	44
5.2 ทฤษฎีที่ใช้ในการการสอนแบบกลุ่ม.....	46
5.3 เทคนิคการสอนแบบกลุ่ม.....	46
5.4 การจัดประสบการณ์การเรียนรู้ภายในกลุ่ม.....	48
5.5 องค์ประกอบในการสอนแบบกลุ่ม.....	50
6. การสอนแบบกลุ่มต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน.....	53
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	56
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	62
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	62
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	65
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	74
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	96
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	98

บทที่	หน้า
5	
สรุปผลการวิจัย การอภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	105
สรุปผลการวิจัย.....	110
อภิปรายผลผลการวิจัย.....	110
ข้อเสนอแนะ.....	116
รายการอ้างอิง.....	118
ภาคผนวก.....	130
ภาคผนวก ก รายงานผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ.....	131
ภาคผนวก ข ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	133
ภาคผนวก ค ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย....	154
ภาคผนวก ง ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย.....	158
ภาคผนวก จ สถิติที่ใช้ในการวิจัย.....	160
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	164

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	ลักษณะกลุ่มตัวอย่างตาม ระดับคะแนนอาการทางลบ และ เพศ ระหว่าง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	64
2	เปรียบเทียบระดับคะแนนอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลอง หลังได้รับการทำการสอนแบบกลุ่ม.....	94
3	เปรียบเทียบระดับคะแนนอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มควบคุม หลังได้รับการทำการสอนแบบกลุ่ม.....	95
4	จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพ สมรส และการศึกษา.....	99
5	จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอาชีพ ความเพียงพอของ รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล.	100
6	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคุณภาพชีวิตของกลุ่ม ควบคุม และกลุ่มทดลองก่อนการทดลอง.....	101
7	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลองจำแนก เป็นรายด้านระหว่างก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง.....	102
8	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคุณภาพชีวิตของกลุ่มควบคุมจำแนก เป็นรายด้านระหว่างก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง.....	103
9	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคุณภาพชีวิตจำแนกเป็น รายด้านระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลองหลังการทดลอง.....	104

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นโรคที่พบมากที่สุดในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมดและมีแนวโน้มสูงขึ้น (กรมสุขภาพจิต, 2551) จากการศึกษาระบาดวิทยาพบอัตราความชุกในระดับโลกอยู่ในช่วง 1.4 สำหรับอัตราความชุกตลอดช่วงชีวิตในเขตกรุงเทพมหานครพบร้อยละ 1.3 และต่างจังหวัดร้อยละ 0.17 (นันทิกา ทวิชาชาติ, 2548) โรคจิตเภทเป็นโรคที่รุนแรงและเรื้อรังต้องการรักษาต่อเนื่องยาวนาน (ผลทิพย์ ปานแดง, 2547) ส่งผลให้ผู้ป่วยหมดกำลังใจรู้สึกไม่มีพลังอำนาจในการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ (ยูวดี วงษ์แสง, 2548) มีภาวะพึ่งพาสูง มีผลกระทบทั้งต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน เป็นโรคที่ทำให้เกิดการสูญเสียทั้งด้านเศรษฐกิจ และสังคม ผู้ป่วยไม่สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติ ไม่สามารถประกอบอาชีพและดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ นับเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญ (สัมพันธ์ มณีรัตน์, 2546)

ปัจจุบันนโยบายของประเทศสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถดูแลตนเองและดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัวและชุมชนได้ ตามแนวคิดจิตเวชชุมชนที่เน้นการรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาลให้สั้นที่สุด พยายามให้ผู้ป่วยกลับสู่สังคมโดยเร็ว (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2542) โดยถือว่าการรักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาลนาน ๆ จะทำให้เกิดผลเสียต่อการดำรงชีวิตเดิมของผู้ป่วย (ยาใจ สิทธิมงคล, 2542) ผู้ป่วยที่ใช้ชีวิตส่วนใหญ่อยู่ในชุมชนมักเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในระยะที่มีอาการหลงเหลือ (Residual phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการสงบ (Taylor, 1994 ; Johnson, 1993) โดยมักจะมีอาการทางลบ (Negative symptoms) โดยอาการทางลบจะมีการแสดงออกที่น้อยกว่าคนปกติทั่วไปควรจะมี โดยเฉพาะในด้านการแสดงอารมณ์ ที่พบบ่อยมักเป็นการแสดงอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม หรือเฉยเมย (Kay et al., 1987) ผู้ป่วยจะมีหน้าตาเฉยเมย พูดน้อย เนื้อหาในการพูดมีน้อย (Alogia) ขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยชาลง ไม่สนใจเรื่องการแต่งกาย เก็บตัว ผู้ป่วยอาจนั่งอยู่เฉยทั้งวัน (Avolition) ขาดความสนุกสนานเบิกบานใจ (Anhedonia) ขาดความใส่ใจในการทำกิจกรรมต่าง ๆ (Attentional impairment) ไม่มีปฏิกิริยาตอบสนองต่อตนเองและสิ่งแวดล้อม (Taylor, 1994 ; Johnson, 1993) โดยในประเทศไทยพบว่าอาการทางลบของผู้ป่วยเป็นปัญหาสำคัญและเป็นอาการเด่นของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน (จันทร์ประภา ไชยรักษ์ และคณะ, 2536)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าอาการทางลบเป็นสาเหตุสำคัญที่ส่งผลด้านลบต่อคุณภาพชีวิต(หงษ์ บรรเทิงสุข, 2545; Caron et al., 1998; Barry and Crosby, 1996; Ho et al. 1998) ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทสูญเสียการทำบทบาทหน้าที่ รวมทั้งความสัมพันธ์ของผู้ป่วยระหว่าง

สมาชิกในครอบครัวและผู้อื่นลดลง ขาดทักษะที่จะเป็นในการดำเนินชีวิตประจำวัน มีความยากลำบากในการอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคม ทำให้มีประสิทธิภาพในการทำงานกับผู้อื่นน้อยลง ไม่สามารถทำงานหรือประกอบอาชีพได้ ส่งผลให้ขาดรายได้ ต้องเป็นภาระผู้อื่น มีความคาดหวังและความพึงพอใจในชีวิตต่ำ ส่งผลให้อาการทางจิตแย่ลง (กรมสุขภาพจิต, 2549) ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทต้องพึ่งพาผู้อื่นและรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ขาดสิ่งค้ำจุนทางด้านจิตใจก่อให้เกิดความเครียด เกิดอาการทางจิตกำเริบและเกิดการป่วยซ้ำได้ (โพรยทิพย์ กสิพันธ์, 2541) การป่วยซ้ำแต่ละครั้งจะส่งผลต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท มีสมรรถภาพการดำเนินชีวิตลดลง (American Psychiatric Diagnosis, 1994) ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดำเนินชีวิต เป็นอุปสรรคให้ผู้ป่วยจิตเภทไม่สามารถตอบสนองความต้องการพื้นฐานของมนุษย์เพื่อการดำรงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดี

คุณภาพชีวิตตามแนวคิดของ Ferrans and Power (1992) หมายถึง ความรู้สึกผาสุกของบุคคลซึ่งเป็นผลมาจากความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจในแต่ละด้านของชีวิตและการให้ความสำคัญต่อองค์ประกอบต่าง ๆ ในชีวิต ประกอบไปด้วย 4 ด้านคือ ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ (Health and functioning) เกี่ยวกับสุขภาพความสามารถในการดำรงชีวิต การทำหน้าที่ในกิจกรรมต่าง ๆ บทบาทในสังคมที่ได้รับและผลกระทบจากภาวะสุขภาพ ด้านสังคมและเศรษฐกิจ (Socioeconomic) เป็นสถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจของบุคคล ประกอบด้วยมาตรฐานการดำรงชีวิต การพึ่งพาตนเองด้านการเงิน มีที่พักอาศัย มีงานทำ มีเพื่อนบ้าน การได้รับการสนับสนุนทางจิตใจและการศึกษา ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ (Psychological and Spiritual) เป็นสภาพการรับรู้การตอบสนองต่ออารมณ์หรือจิตวิญญาณต่อสิ่งต่าง ๆ ในชีวิต ประกอบด้วย ความพึงพอใจในตนเอง ความสุขทั่วไป การประสบผลสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย ความสงบในใจ ความศรัทธาในศาสนา และด้านครอบครัว (Family) เป็นลักษณะของสัมพันธภาพในครอบครัว ประกอบด้วยความสุขในครอบครัว ความสัมพันธ์ของครอบครัว ของคู่สมรส ภาวะสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่อาศัยอยู่ในชุมชน

จากการทบทวนวรรณกรรมคุณภาพชีวิตตามแนวคิดของ Ferrans and Power (1992) ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนในแต่ละด้านพบว่า ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ ผู้ป่วยสามารถดูแลสุขอนามัยของตนเองได้ในระดับหนึ่ง และยังต้องพึ่งพาผู้อื่นในเรื่องสุขอนามัยส่วนบุคคล (Moller and Murphy, 2001) รวมทั้งการจัดการอาการข้างเคียงจากการรักษาด้วยยา ซึ่งทิวาพร พู่เพ็อง (2544) ได้ทำการศึกษาผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่รักษาด้วยยารักษาอาการทางจิต พบว่าอาการข้างเคียงจากการรักษาด้วยยาเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน

สอดคล้องกับการศึกษาของ นิตยา ตากวิริยะนันท์ และชื่นสุมน สุยะชีวัน (2536) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชในระยะฟื้นฟูสภาพ พบว่าผู้ป่วยมีความบกพร่องในการดูแลตนเอง ไม่สามารถทำกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับความเป็นอยู่โดยทั่วไปเพื่อให้คงไว้ซึ่งโครงสร้างหน้าที่ด้านสุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคลได้ การที่ผู้ป่วยเป็นโรคเรื้อรังทำให้ผู้ป่วยจิตเภทไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้อย่างเต็มที่ สิ่งที่เกิดขึ้นนี้ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน เป็นอุปสรรคให้ผู้ป่วยจิตเภทไม่สามารถตอบสนองของความต้องการพื้นฐานเพื่อการดำรงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดี

ด้านสังคมและเศรษฐกิจ โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรัง ต้องใช้เวลารักษายาวนานส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์ด้านสังคม จากการศึกษาของ Dickerson และคณะ (2000) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทจะขาดทักษะทางสังคม รู้สึกอับอายเนื่องจากมีประวัติการเจ็บป่วยทางจิต ทำให้เกิดความไม่สบายใจในการปฏิบัติงานร่วมกับผู้อื่น ไม่ได้รับการยอมรับจากเพื่อนร่วมงาน ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทบางรายต้องเผชิญกับภาวะตกงาน และมีปัญหาทางเศรษฐกิจตามมา (ทิวาพร พู่เฟื่อง, 2544)

ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ จากการศึกษาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง อาจทำให้ผู้ป่วยประหม่นและรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองว่าเป็นผู้ด้อยสมรรถภาพ ทำให้เกิดความรู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่าย มีภาวะซึมเศร้า ไม่สนใจดูแลสุขภาพของตนเอง (ละเอียด รอดจันทร์ และคณะ, 2542) ส่งผลให้เกิดปัญหาด้านจิตใจ จากการศึกษาการรับรู้ตราบาปเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตของผู้ป่วยจิตเวชพบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีการรับรู้ตราบาปจากคนในสังคมมากที่สุด ในบรรดาโรคจิตเวชอื่น ๆ (Schulz and Angermayer, 2003) ทำให้รู้สึกท้อแท้และต้องปิดบังการเจ็บป่วยไว้ (เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์ และคณะ, 2547)

ด้านครอบครัว การที่สุขภาพร่างกายของผู้ป่วยจิตเภทมีความเสื่อมถอยไม่สามารถดูแลตนเองได้เหมือนเดิมต้องพึ่งพาผู้อื่น ทำให้สมาชิกรู้สึกเบื่อหน่ายที่ต้องคอยดูแล (สาริณี ไต่ะทอง, 2548) สัมพันธภาพเป็นไปในทางลบ ผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวให้เข้ากับครอบครัว มักจะมีความขัดแย้งกับสมาชิกในครอบครัว ส่งผลให้เกิดการหย่าร้างได้บ่อย (เพลินพิศ จันทร์ศักดิ์ และคณะ, 2539) นอกจากนี้การที่ผู้ป่วยไม่มีงานทำต้องพึ่งพาค่าบุคคลในครอบครัว ทำให้ครอบครัวได้รับความเดือดร้อน (มนตรี อมรพิเชษฐกุล และพรชัย สงวนสิน, 2544) ด้านการแสดงออกทางอารมณ์ของบุคคลในครอบครัว (Expressed Emotion) มักมีการแสดงออกทางอารมณ์ที่รุนแรงต่อกัน (High expressed emotion) การแสดงความเป็นมิตรต่อผู้ป่วย (Hostility) หรือการวิพากษ์วิจารณ์ผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคหรือพฤติกรรมที่ ผู้ป่วยแสดงออก (Criticism) ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถดำเนินชีวิตในครอบครัวได้อย่างมีความสุข

จะเห็นได้ว่า การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงหลายประการต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ และด้านครอบครัวส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตในชุมชน ซึ่งเป็นสิ่งสะท้อนถึงคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภท จากการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทพบว่าอยู่ในระดับปานกลางถึงต่ำจะเห็นได้จากการศึกษาของ นิตยา ตากวิริยะนันท์ และชัชสุนัน สุยะชีวัน (2536) เรื่องคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชระยะฟื้นฟูสภาพที่ทำการศึกษาในผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลประสาทสงขลา และโรงพยาบาลสวนสราญรมย์โดยใช้แนวคิดของ Ferrans and Power (1992) พบว่ามีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของนรวีร์ พุ่มจันทร์ (2548) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทและญาติ : กรณีศึกษาผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาลกลางวัน ณ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา พบว่าคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง นอกจากนี้มีการศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกายทั่วไปในประเทศฮ่องกงพบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีระดับคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกาย (Yu-Tao Xiang et al., 2007) และจากการศึกษาของ Gupta และคณะ (1998) ซึ่งศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 90 ราย โดยเป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในชุมชนที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกสถาบันวิจัยทางการแพทย์ประเทศอินเดีย ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตในระดับต่ำคิดเป็นร้อยละ 85 นอกจากนี้ Brown และคณะ (1996) ได้ศึกษาถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท พบว่า อาการของโรคและกลุ่มอาการเคลื่อนไหวผิดปกติชนิดทาร์ดีฟีดิสโคเนียเซีย ของผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในชุมชน จำนวน 64 คนพบว่าผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางถึงต่ำ

การที่ผู้ป่วยจิตเภทมีระดับคุณภาพชีวิตที่ยังไม่ถึงระดับที่ดีที่สุดนั้นก่อให้เกิดผลกระทบหลายด้านที่เกิดขึ้นต่อตัวผู้ป่วย ซึ่งเป็นสิ่งที่แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยไม่พึงพอใจต่อองค์ประกอบของชีวิต ไม่สามารถปรับตัวทั้งร่างกาย จิตใจให้ดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ(จริยาวัตร คมพยัคฆ์, 2537) เกิดความรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ขาดสิ่งค้ำจุนด้านจิตใจ ซึ่งผลที่ตามมาคือ เกิดความเครียดส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยซ้ำได้ (Rose, 1997) ส่วนผลกระทบต่อครอบครัวพบว่า บุคคลในครอบครัวเกิดความเครียด เบื่อหน่าย รู้สึกว่าเป็นภาระเกิดความขัดแย้งในครอบครัว ทำให้การแสดงออกทางอารมณ์ไม่เหมาะสม นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อชุมชน ทำให้บุคคลที่อาศัยอยู่ร่วมกันในสังคมไม่มีความสุข (พะยอม อยู่สวัสดิ์, 2537) ผลกระทบต่อบริการพยาบาลทำให้ต้องเลี้ยงงบประมาณเพิ่มมากขึ้นในการดูแลผู้ป่วยเพื่อปรับปรุงระบบบริการพยาบาล

จากที่กล่าวมาข้างต้นแสดงให้เห็นถึงปัญหาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนซึ่ง การให้การพยาบาลมีความเกี่ยวข้องกับการพัฒนาภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี (จอม สุวรรณโณ, 2542) เนื่องด้วยในปัจจุบันการดูแลผู้ป่วยจิตเวชให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี นับเป็นเป้าหมายสำคัญทางการพยาบาล (Hosseini and Yosefikarkhaneh, 2008) เพราะคุณภาพชีวิตเป็นตัวชี้วัดอย่างหนึ่งที่บ่งบอกถึงสภาพความเป็นอยู่ที่ดี รวมทั้งความรู้สึกเป็นปกติสุข ในการดำรงชีวิต สามารถทำหน้าที่และบรรลุเป้าหมายของชีวิตได้ พยาบาลสามารถช่วยให้ผู้ป่วย เรียนรู้ เข้าใจ ตระหนักถึงปัญหาและสาเหตุที่ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่พึงพอใจต่อองค์ประกอบที่สำคัญ ของชีวิตและพัฒนากิจการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยให้เป็นไปอย่างเหมาะสม โดยการส่งเสริมของผู้ป่วย ให้เกิดความเข้าใจในตนเองเกี่ยวกับสุขภาพและจัดการแก้ไขปัญหานั้นได้อย่างถูกต้อง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าลักษณะการจัดการพยาบาลโดยการสอนแบบกลุ่มเป็น รูปแบบหนึ่งส่งเสริมให้ผู้ป่วยเรียนรู้ เข้าใจ ตระหนักในตนเองเกี่ยวกับสุขภาพของตนมากยิ่งขึ้น และ กิจกรรมการพยาบาลเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่เหมาะสมคือ การทำ กิจกรรมกลุ่มผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน เพื่อให้ได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกัน (สุจรรยา แสงเขียวงาม, 2545) การสอนแบบกลุ่มไม่ใช่เป็นการรักษาโดยตรง แต่เป็นการป้องกันและให้ความรู้เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถพัฒนาตนเองให้ผ่านพ้นภาวะวิกฤต อันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย (Marram, 1978) การแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประสบการณ์ และการรับฟังปัญหาจากผู้ป่วยที่มี ปัญหาคล้ายคลึงกัน จะช่วยให้เกิดความเข้าใจ มีการเปลี่ยนแปลงวิธีการดำเนินชีวิตหรือมีการ ปฏิบัติไปในทางที่เหมาะสม ผู้ป่วยจะได้รับการประคับประคองจากเพื่อนสมาชิกในกลุ่ม (Brookfield, 1986) ซึ่งการเรียนรู้แบบกลุ่ม กระบวนการกลุ่มทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง แก้ไข พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมที่ปรากฏออกมาให้เห็นในกลุ่ม มีการเรียนรู้ทักษะการจัดการกับอาการ ทางลบ ส่งผลให้มีการพัฒนาทักษะการสื่อสาร ทักษะทางสังคมในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น มีการ ปรับตัวทางสังคมที่ดีขึ้น สามารถเผชิญและจัดการแก้ไขปัญหานั้นได้ด้วยตนเอง (Homes, 1995; สถาบันกัลยาธนาครินทร์, 2545; ปราโมทย์ เชาวศิลป์ และชัยณรงค์ คงสกุล, 2542)

การที่ผู้ป่วยสามารถปรับตัวอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข มองชีวิตที่เหลืออยู่ว่ามีความหมาย หมายถึงการมีสุขภาพที่ดี จะนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Katschnig, 2000 ; สุจรรยา แสงเขียวงาม, 2545) และจากการวิจัยของ Atkinson และคณะ (1996) กล่าวว่าผู้ป่วยจิตเภทสามารถที่จะเรียนรู้เข้าใจเรื่องราวต่าง ๆ เกี่ยวกับตนเองได้จากกลุ่ม และพบว่าการมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่นในสังคม จะสามารถดำเนินชีวิตในสังคมอย่างเป็นสุข ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น การสอนแบบกลุ่มโดยนำแนวคิดกระบวนการกลุ่มของ Marram (1978) มาใช้ใน

การดำเนินกิจกรรมแต่ละครั้ง รูปแบบของการสอนแบบกลุ่มจะเป็นการให้ผู้ป่วยแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ ปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น รวมทั้งส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการ ตัดสินใจ หรือแสดงความคิดเห็นตลอดกระบวนการกลุ่ม ช่วยให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้วิธีแก้ปัญหาที่ เกิดขึ้นร่วมกันและสามารถนำวิธีแก้ปัญหาที่ได้มาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับสภาพปัญหาของ ตนเอง อีกทั้งเกิดความรู้สึกผูกพันเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน การเรียนรู้แบบกลุ่ม สมาชิกกลุ่มสามารถ นำความรู้ไปปฏิบัติจริงได้ร้อยละ 70 (Dale, 1971) และการสนับสนุนให้ผู้ป่วยที่ทำการกรมี การพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นร่วมกันช่วยให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ในการเข้าใจตนเองและผู้อื่น รู้จักสร้าง สัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น และช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพกาย จิต สังคมของผู้ป่วย อีกทั้งช่วยให้ ผู้ป่วยปรับปรุงพฤติกรรมให้ดีขึ้น และนำไปสู่การปรับตัวทางสังคมที่ดี สามารถดำรงชีวิตและ ดำเนินกิจวัตรประจำวันได้อย่างปกติสุขในสังคม ทำให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในแต่ละด้านของชีวิต ส่งผลถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (จันทิมา อังคิโสมสิต, 2545) นอกจากนี้บทบาทผู้สอนเป็น บทบาทที่สำคัญอย่างยิ่งของการพยาบาล (Peplau, 1952)

จากการศึกษาของ Atkinson และคณะ (1996) ได้ทำการศึกษาผลของการให้ความรู้แบบ กลุ่มต่อการทำหน้าที่ทางสังคมและคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในชุมชน เมืองกลาสโก พบว่า กลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมมีคุณภาพชีวิตและทักษะทางสังคมดีกว่ากลุ่มควบคุม และจาก การศึกษาของ Lebrun, Singh and Luke (1991) ได้ศึกษาการให้ความรู้แบบกลุ่มแก่ผู้ป่วยจิตเภท หลังการทดลองพบว่าผู้ป่วยมีความเข้าใจ ยอมรับการเจ็บป่วยของตนเอง มีพลังที่จะดูแลตนเอง จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่าการสอนแบบกลุ่มช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ใน ครอบครัวและชุมชนได้อย่างมีความสุข ทำให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจเนื่องจากเป็นการให้ ความสำคัญต่อองค์ประกอบที่สำคัญของชีวิต ซึ่งนับเป็นผลลัพธ์ที่สำคัญทางการพยาบาล ส่งผล ต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังเข้าร่วมการสอน แบบกลุ่ม
2. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่เข้าร่วมการสอนแบบกลุ่มกับ กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

แนวเหตุผลและสมมติฐาน

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าอาการทางลบเป็นสาเหตุสำคัญที่ส่งผลด้านลบต่อคุณภาพชีวิต (Caron et al, 1998) ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทสูญเสียการทำบทบาทหน้าที่ รวมทั้งความสัมพันธ์ของผู้ป่วยระหว่างสมาชิกในครอบครัวและผู้อื่นลดลง ขาดทักษะที่จำเป็นในการดำเนินชีวิตประจำวัน มีความยากลำบากในการอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคม ทำให้มีประสิทธิภาพในการทำงานกับผู้อื่นน้อยลง ไม่สามารถทำงานหรือประกอบอาชีพได้ ส่งผลให้ขาดรายได้ ต้องเป็นภาระผู้อื่น มีความคาดหวังและความพึงพอใจในชีวิตต่ำ ส่งผลให้อาการทางจิตแย่งลง (กรมสุขภาพจิต, 2549) สอดคล้องกับการศึกษาของ Barry and Crosby (1996) ที่พบว่าอาการทางลบมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตในด้านสัมพันธภาพทางสังคมร้อยละ 44 กิจกรรมเวลารว่างร้อยละ 53 ด้านสุขภาพกับความปลอดภัยร้อยละ 54 และการศึกษาของ Ho และคณะ (1998) ที่พบว่าอาการทางลบมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านการทำงาน การทำหน้าที่สัมพันธภาพกับเพื่อน ความสนุกสนานกับการทำหน้าที่

พยาบาลจิตเวชมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ในการพัฒนาและการคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไว้ในระยะยาว พยาบาลต้องช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวต่อภาวะเรื้อรังของโรคและใช้ความสามารถตามศักยภาพที่มีอยู่ของผู้ป่วยอย่างเหมาะสม ต้องมีการคำนึงถึงปัจจัยอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความพึงพอใจ และให้ความสำคัญกับองค์ประกอบต่าง ๆ ของชีวิต (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2537) ดังนั้นการที่จะพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนให้ดีขึ้นนั้น ต้องหาแนวทางเพื่อจัดการกับอาการทางลบ เมื่ออาการทางลบลดลงจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีทักษะที่จำเป็นในการดำเนินชีวิตดีขึ้น แนวทางที่เหมาะสมคือ การทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ และปฏิบัติตัวอย่างถูกต้อง (อดิญา โพธิ์ศรี, 2551; อัญชลี ศรีสุพรรณ, 2547) ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทสามารถเรียนรู้เรื่องราวต่าง ๆ ได้ดีจากกลุ่ม (Atkinson et al., 1996) และการเรียนรู้แบบกลุ่ม สมาชิกกลุ่มสามารถนำความรู้ไปปฏิบัติจริงได้ร้อยละ 70 (Dale, 1971) นอกจากนี้บทบาทผู้สอนเป็นบทบาทที่สำคัญอย่างยิ่งของการพยาบาล (Peplau, 1952)

ผู้วิจัยได้นำการสอนแบบกลุ่มมาผสมผสานกับแนวคิดกระบวนการกลุ่มของ Marram (1978) เพื่อให้ในการดำเนินกิจกรรมแต่ละครั้ง โดยรูปแบบของการสอนแบบกลุ่มจะเป็นการให้ผู้ป่วยแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ ปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น รวมทั้งส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมตัดสินใจ หรือแสดงความคิดเห็นตลอดกระบวนการกลุ่ม ช่วยให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้วิธีแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นร่วมกันและสามารถนำวิธีแก้ปัญหาที่ได้มาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับสภาพปัญหาของตนเอง อีกทั้งเกิดความรู้สึกร่วมกันเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน โดยการดำเนินกลุ่มประกอบไปด้วย 3 ระยะ ได้แก่ ระยะสร้างสัมพันธภาพ ระยะดำเนินการ และระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม มี

องค์ประกอบที่สำคัญได้แก่ ผู้นำกลุ่มและสมาชิกภายในกลุ่ม ซึ่งผู้นำกลุ่มถือเป็นตัวจักรสำคัญที่ช่วยให้กระบวนการกลุ่มดำเนินไปสู่เป้าหมายตามแผน โดยทำหน้าที่เป็นผู้กำหนดวัตถุประสงค์ จัดทำแผนการดำเนินการ กระตุ้นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกเพื่อให้เกิดความรู้สึกร่วมกันว่าเป็นส่วนสำคัญของกลุ่ม ช่วยลดความวิตกกังวลของสมาชิก รวมทั้งสรุปความก้าวหน้าของการทำกลุ่ม สำหรับสมาชิกภายในกลุ่มต้องมีลักษณะ “ร่วมเป็นผู้นำ” คือ สามารถดำเนินการตามแผนร่วมกันกระตุ้นสมาชิกในกลุ่มเพื่อสร้างพลังในกลุ่มให้เกิดขึ้น ช่วยกันให้ข้อคิดเห็นใหม่ ๆ กระตุ้นให้กลุ่มมองปัญหาในแง่มุมใหม่ เสนอแนะและขจัดปัญหาของกลุ่มโดยการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และความรู้ของสมาชิกในกลุ่ม ช่วยให้ดำเนินไปสู่เป้าหมายของกลุ่มที่วางไว้ (Marram, 1978)

การสอนแบบกลุ่มจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง แก้ไขพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมซึ่งปรากฏออกมาให้เห็นในกลุ่ม มีการเรียนรู้ทักษะการจัดการกับอาการทางลบ ส่งผลให้มีการพัฒนาทักษะการสื่อสาร ทักษะทางสังคมในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น มีการปรับตัวทางสังคมที่ดีขึ้น สามารถเผชิญและจัดการแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเอง (Homes, 1995; สถาบันกัลยาธรรมาชนครินทร์, 2545; ปราโมทย์ ชาวศิริลป และชัยณรงค์ คงสกล, 2542) การที่ผู้ป่วยสามารถปรับตัวอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข มองชีวิตที่เหลืออยู่ว่ามีความหมาย หมายถึงการมีสุขภาวะที่ดี จะนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Katschnig, 2000; สุจรรยา แสงเขียวงาม, 2545)

จากแนวคิดดังกล่าวผู้วิจัยได้นำมาใช้ในการวิจัยเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้นำกลุ่ม ทำการกำหนดวัตถุประสงค์ จัดทำแผนการสอนแบบกลุ่ม และคอยดูแลให้กลุ่มดำเนินไปตามวัตถุประสงค์ที่วางไว้ ซึ่งผู้วิจัยได้กำหนดกิจกรรมการสอนแบบกลุ่มที่นำแนวคิดกระบวนการกลุ่มของ Marram (1978) มาใช้ โดยมี 7 กิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและความร่วมมือ เป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยและผู้ป่วยด้วยกันเป็นรายกลุ่ม เพื่อให้เกิดความไว้วางใจโดยอาศัยปฏิสัมพันธ์ที่ดี และให้ความสำคัญกับสมาชิกกลุ่มในการมีส่วนร่วมและรับผิดชอบต่อการรักษา สร้างแรงจูงใจให้สมาชิกกลุ่มได้เรียนรู้ในการที่จะรับผิดชอบต่อ ตัดสินใจเลือกแนวทางการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง หากสมาชิกกลุ่มมองเห็นแนวโน้มที่จะเกิดประโยชน์จากการทำกิจกรรม ทำให้มีความต้องการและความพร้อมที่จะเข้าร่วมกิจกรรมมากขึ้น ความร่วมมือในการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติตนที่ไม่เหมาะสมจะเกิดขึ้นภายใต้บรรยากาศความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างสมาชิกกลุ่ม กิจกรรมนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้สมาชิกรู้จักและคุ้นเคยกัน ไว้วางใจ สร้างความร่วมมือระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยและผู้ป่วยกับผู้ป่วย

กิจกรรมที่ 2 การร่วมมือกันเพื่อสำรวจปัญหา กำหนดเป้าหมายและวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกันโดยใช้กระบวนการสอนแบบกลุ่ม เป็นการประเมินชีวิตว่ามีมุมมองอย่างไรต่อภาวะสุขภาพ สิ่งใดที่ชอบหรือไม่ชอบเกี่ยวกับสุขภาพ ผู้ป่วยมีความคิดที่ต้องการเปลี่ยนแปลงหรือไม่ ชั้นตอนนี้จะช่วยให้ทราบภาพรวมและความต้องการโดยทั่วไปของผู้ป่วยต่อการเปลี่ยนแปลงปัญหาที่เกิดขึ้นในการดำเนินชีวิตประจำวัน เพื่อให้ดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุขในสังคม (Berger et al., 2000) ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในแต่ละด้านของชีวิต ดังนั้นการที่ทราบข้อมูล ความต้องการของผู้ป่วยจะทำให้สามารถจัดรูปแบบการสอนได้ตรงกับสภาพปัญหาของผู้ป่วยมากที่สุด และกระบวนการสอนแบบกลุ่ม ทำให้สมาชิกกลุ่มเรียนรู้วิธีการแก้ไขปัญหาร่วมกัน โดยสมาชิกกลุ่มมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหานั้นและนำมาเป็นแนวทางในการแก้ปัญหาของตนเองในโอกาสต่อไป

กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาการมีคุณค่าแห่งตน การป่วยเป็นโรคจิตเภททำให้ผู้ป่วยมีความคิดและพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม แม้จะรักษาจนมีอาการทุเลาแล้วแต่เมื่อกลับไปอยู่ในชุมชนก็มักถูกล้อเลียนไม่ได้รับการยอมรับจากคนรอบข้าง ทำให้สูญเสียความมั่นใจ รู้สึกไม่มีคุณค่า ดังนั้นการเสริมสร้างคุณค่าในตนเองจะทำให้ผู้ป่วยสามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีความสุข กิจกรรมนี้จะทำให้สมาชิกกลุ่มเกิดความภาคภูมิใจ มองเห็นจุดดี ความมีคุณค่าแห่งตน และการยอมรับจุดอ่อนซึ่งเป็นสิ่งที่สามารถพัฒนาได้ และให้สมาชิกกลุ่มเรียนรู้ทักษะการทำงานร่วมกับผู้อื่นและการใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ ดังนั้นกิจกรรมการสอนจะเน้นการเสริมคุณค่าให้กับผู้ป่วย นำไปสู่การมองโลกในแง่ดี และมีสัมพันธภาพที่ดีต่อคนอื่น ๆ รู้จักใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ ส่งผลให้ผู้ป่วยปรับตัวอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

กิจกรรมที่ 4 การสนับสนุนข้อมูลความรู้เรื่องโรคจิตเภทและการจัดการกับอาการทางลบ การสนับสนุนข้อมูลความรู้เรื่องโรคจิตเภทและการรักษา รวมถึงการจัดการกับอาการทางลบ ซึ่งมีผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตประจำวัน จะส่งผลต่อการตัดสินใจที่มีเหตุผลและเอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติ ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การดำเนินโรค การรักษา และความรู้เกี่ยวกับยาและอาการข้างเคียงของยา (จารุวรรณ จินตามงคล, 2541; จันทรา ธีระสมบุญ, 2543; Gualtiere, 1999) การอธิบายสาเหตุของการเกิดโรคจิตเภทจากความผิดปกติของสารชีวเคมีในสมอง เพื่อให้เชื่อมโยงกับการรักษาด้วยยา เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้และเข้าใจโรค รวมถึงการจัดการกับอาการข้างเคียงของยา กระตือรือร้นว่าตนเองต้องปฏิบัติอย่างไรที่จะทำให้มีอาการดีขึ้นสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข แม้จะเป็นโรคเรื้อรัง และให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดี กระบวนการสอนแบบกลุ่มจะช่วยให้สมาชิกกลุ่มรู้สึกว่ามีปัญหาแต่เพียงผู้เดียว เกิดการเรียนรู้และแก้ไขส่วนที่เป็นปัญหาร่วมกัน

กิจกรรมที่ 5 การฝึกทักษะการสื่อสารรวมถึงการพัฒนาเทคนิคเพื่อเข้าสังคม คนเป็นสัตว์สังคมที่ไม่สามารถอยู่ลำพังคนเดียวได้ จำเป็นต้องอยู่ร่วมกับบุคคลอื่น ๆ และในการอยู่ร่วมกันนั้น คนแต่ละคนมีความรู้สึกนึกคิด อารมณ์ บุคลิกลักษณะที่เป็นแบบฉบับเฉพาะของแต่ละคน ถ้าปรับเข้ากันได้ก็อยู่ร่วมกันได้ แต่ในบางครั้งความคิดความรู้สึก อารมณ์ของแต่ละคนแตกต่างกันและปรับเข้าหากันไม่ได้ ทำให้เกิดปัญหาในการอยู่ร่วมกัน (พรทรัพย์ สมิติชูเชียร, 2534) ดังนั้นการอยู่ร่วมกันในสังคมของคนจำนวนมาก ต้องมีการควบคุมตนเองในสิ่งที่ไม่พอใจ การร่วมมือกัน การถ้อยที่ถ้อยอาศัย การสื่อสารกัน การเข้าใจถึงความคิดความรู้สึกของแต่ละฝ่าย เพื่อลดปัญหาในการอยู่ร่วมกัน อาการทางลบเป็นลักษณะที่พบบ่อยในผู้ป่วยจิตเภททำให้ผู้ป่วยมีปัญหาในการเข้าสังคม มนุษย์สัมพันธ์บกพร่อง แยกตัวจากสังคม เมื่อเจ็บป่วยเป็นเวลานานก็จะมีปัญหาพฤติกรรมทางสังคมมากขึ้น ความบกพร่องดังกล่าวยิ่งทำให้ผู้ป่วยมีลักษณะแปลกไปจากบุคคลอื่นทั่วไป ทำให้ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นน้อยลง ส่งผลให้ไม่สามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุข (อุจน์ พยุงธรรม และคณะ, 2545 ; ราชตรี ภูบุญ, 2545)

ดังนั้นในการอยู่ร่วมกันในสังคม ต้องมีการช่วยเหลือ พึ่งพากันในสถานการณ์ต่าง ๆ การเต็มใจให้ความช่วยเหลือผู้อื่นจะทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน รู้สึกภูมิใจ รู้สึกมีคุณค่า ในขณะเดียวกันการขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นก็ไม่ใช่ว่าสิ่งที่น่าละอาย ส่งผลให้ผู้ป่วยลดความรู้สึกในด้านลบ เช่น รู้สึกโดดเดี่ยว ถูกทอดทิ้ง ในการทำกิจกรรมนี้จะเน้นให้สมาชิกกลุ่มเรียนรู้หลักการและวิธีปฏิบัติในการอยู่ร่วมกับผู้อื่นรวมถึงการขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนจากสังคมรอบข้างในเรื่องที่ไม่สามารถแก้ไขได้เอง ช่วยให้ผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับสังคมไปในทางที่ดีขึ้น

กิจกรรมที่ 6 การพัฒนาทักษะการเผชิญปัญหา โรคจิตเภทเป็นโรคที่เรื้อรัง การเจ็บป่วยยาวนานส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการด้านลบมากขึ้น ทำให้มีปัญหาในการดำเนินชีวิต ก่อให้เกิดภาวะตั้งเครียดและถ้าผู้ป่วยไม่สามารถเผชิญกับปัญหาสภาพแวดล้อมเช่นนี้ได้ทำให้อาการทางจิตกำเริบกลายเป็นวัฏจักรที่ไม่มีวันสิ้นสุด การมีอาการกำเริบซ้ำ ๆ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเบื่อหน่าย เกิดความรู้สึกด้อยคุณค่าในตนเองคุณภาพชีวิตลดต่ำลง (จิราพร เกสรสุวรรณ, 2545) การสอนในครั้งนี้จะเน้นให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ที่จะเผชิญปัญหา ช่วยให้ผู้ป่วยพยายามทบทวนเหตุการณ์รอบด้านของตนเอง เพื่อการตัดสินใจและวางแผนจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม (สุจรรยา แสงเขียวงาม, 2545)

กิจกรรมที่ 7 การคงไว้ซึ่งการกระทำเพื่อการมีสุขภาพที่ดี เป็นขั้นตอนสุดท้ายที่ผู้นำกลุ่มต้องกระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มร่วมกันเสริมสร้างความมั่นใจว่าสามารถจัดการปัญหาต่าง ๆ ได้ พร้อม

ทั้งให้สมาชิกให้กำลังใจซึ่งกันและกัน เนื่องจากความมั่นใจในการทำกิจกรรมต่าง ๆ นั้นเกิดจากการที่ผู้ป่วยมีแรงจูงใจให้กระทำ การมีเป้าหมายในชีวิต มีการกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการพื้นฐานของตนเอง ผู้นำกลุ่มต้องกระตุ้นให้กลุ่มร่วมกันเสริมสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ โดยชี้ให้เห็นถึงประโยชน์ เป้าหมายชีวิตของแต่ละคน และการยุติสัมพันธภาพกับผู้ป่วย

ดังนั้นการสอนแบบกลุ่มที่นำแนวคิดกระบวนการกลุ่มของ Marram (1978) มาใช้ จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับปัจจัยที่ส่งผลด้านลบกับตนเอง และช่วยพัฒนาให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัวและชุมชนได้อย่างมีความสุข เกิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ซึ่งนับเป็นเป้าหมายสำคัญทางการพยาบาล

ผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานการวิจัยดังนี้

1. คุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนหลังเข้าร่วมการสอนแบบกลุ่มสูงกว่าก่อนทำกลุ่ม
2. คุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่เข้าร่วมการสอนแบบกลุ่มสูงกว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ศึกษาผลของการสอนแบบกลุ่มต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนโดยทำการทดลอง ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมะการักษ์ จ. กาญจนบุรี มีขอบเขตการวิจัยดังนี้

ประชากร เป็นผู้ป่วยที่ได้รับวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท โดยใช้รหัสการจำแนกโรคตามบัญชีการจำแนกโรคระหว่างประเทศ (ICD 10) อาศัยอยู่ในชุมชน เขต จ. กาญจนบุรี และได้รับการรักษาจากทีมสุขภาพแบบผู้ป่วยนอก

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยที่ได้รับวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท โดยใช้รหัสการจำแนกโรคตามบัญชีการจำแนกโรคระหว่างประเทศ (ICD 10) อาศัยอยู่ในชุมชนเขต จ. กาญจนบุรี มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยกำหนดดังนี้ มีอายุระหว่าง 20-59 ปี ทั้งเพศชายและหญิง มีคะแนนตามแบบประเมินอาการทางจิต (BPRS) น้อยกว่า 30 คะแนน เป็นผู้มีระดับคะแนนคุณภาพชีวิตในระดับต่ำถึงปานกลางคือมีคะแนนระหว่าง 06.01-18.00 คะแนน ยินดีและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย สามารถอ่าน-เขียนหนังสือได้ และพูดคุยสื่อสารได้ดี

ตัวแปรที่ศึกษา

1. ตัวแปรต้น คือ การสอนแบบกลุ่ม
2. ตัวแปรตาม คือ คุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

การสอนแบบกลุ่ม หมายถึง กิจกรรมที่ถ่ายทอดความรู้เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรม ความคิด ความรู้สึก และการกระทำอย่างถาวร โดยนำแนวคิดกระบวนการกลุ่มของ Marram (1978) มาใช้ ซึ่งแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะสร้างสัมพันธภาพ ระยะดำเนินการ ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม มีการดำเนินกิจกรรมเป็นรายกลุ่ม กลุ่มละ 10 คน ประกอบด้วย 7 กิจกรรม ครั้งละ 60-90 นาที สัปดาห์ละ 2 วัน เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและความร่วมมือ หมายถึง การสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยและผู้ป่วยด้วยกันเป็นรายกลุ่ม เพื่อให้เกิดความไว้วางใจโดยอาศัยปฏิสัมพันธ์ที่ดี และให้ความสำคัญกับสมาชิกกลุ่มในการมีส่วนร่วมและรับผิดชอบต่อการรักษา สร้างแรงจูงใจให้สมาชิกกลุ่มได้เรียนรู้ในการที่จะรับผิดชอบ ตัดสินใจเลือกแนวทางการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง มีวัตถุประสงค์เพื่อให้สมาชิกสามารถดำเนินชีวิตในครอบครัวและสังคมได้อย่างปกติสุข

กิจกรรมที่ 2 การร่วมมือกันเพื่อสำรวจปัญหา กำหนดเป้าหมายและวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกันโดยใช้กระบวนการสอนแบบกลุ่ม เป็นการประเมินชีวิตว่ามีมุมมองอย่างไรต่อภาวะสุขภาพ สิ่งใดที่ชอบหรือไม่ชอบเกี่ยวกับสุขภาพ ผู้ป่วยมีความคิดที่ต้องการเปลี่ยนแปลงหรือไม่ ขั้นตอนนี้จะช่วยให้ทราบภาพรวมและความต้องการโดยทั่วไปของผู้ป่วยต่อการเปลี่ยนแปลงปัญหาที่เกิดขึ้นในการดำเนินชีวิตประจำวัน เพื่อให้ดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุขในสังคม ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในแต่ละด้านของชีวิต ดังนั้นการที่ทราบข้อมูล ความต้องการของผู้ป่วยจะทำให้สามารถวางแผนให้ความรู้ได้ตรงกับสภาพปัญหาของผู้ป่วยมากที่สุด

กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาการมีคุณค่าแห่งตน กิจกรรมการสอนในครั้งนี้จะเน้นกิจกรรมที่ทำให้สมาชิกกลุ่มเกิดความภาคภูมิใจ มองเห็นจุดดี ความมีคุณค่าแห่งตน และการยอมรับจุดอ่อน ซึ่งเป็นสิ่งที่สามารถพัฒนาได้ และให้สมาชิกกลุ่มเรียนรู้ทักษะการทำงานและการใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ ดังนั้นการเสริมคุณค่าให้กับผู้ป่วยนำไปสู่การมองโลกในแง่ดี และมีสัมพันธภาพที่ดีต่อคนอื่น ๆ รู้จักใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ ส่งผลให้ผู้ป่วยปรับตัวอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

กิจกรรมที่ 4 การสนับสนุนข้อมูลความรู้เรื่องโรคจิตเภทและการจัดการกับอาการทางลบ การอธิบายสาเหตุของการเกิดโรคจิตเภทจากความผิดปกติของสารชีวเคมีในสมอง เพื่อให้เชื่อมโยงกับการรักษาด้วยยา เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้และเข้าใจโรค รวมถึงการจัดการกับอาการข้างเคียงของยา การจัดการกับอาการทางลบ ซึ่งส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน ทำให้ผู้ป่วยเกิดความกระตือรือร้นว่าตนเองต้องปฏิบัติอย่างไรที่จะทำให้มีอาการดีขึ้นสามารถดำเนิน

ชีวิตได้อย่างมีความสุข แม้จะเป็นโรคเรื้อรัง และให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดี การสอนแบบกลุ่มจะช่วยให้สมาชิกกลุ่มรู้สึกว่าคุณเองไม่ได้มีปัญหาแต่เพียงผู้เดียว เกิดการเรียนรู้และแก้ไขส่วนที่เป็นปัญหาร่วมกัน

กิจกรรมที่ 5 การฝึกทักษะการสื่อสารรวมถึงการพัฒนาเทคนิคเพื่อเข้าสังคม อาการทางลบเป็นลักษณะที่พบบ่อยในผู้ป่วยจิตเภททำให้ผู้ป่วยมีปัญหาในการเข้าสังคม มนุษย์สัมพันธ์บกพร่อง แยกตัวจากสังคม เมื่อเจ็บป่วยเป็นเวลานานก็จะมีปัญหาพฤติกรรมทางสังคมมากขึ้น ความบกพร่องดังกล่าวยิ่งทำให้ผู้ป่วยมีลักษณะแปลกไปจากบุคคลอื่นทั่วไป ทำให้ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นน้อยลง ส่งผลให้ไม่สามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุข ดังนั้นในการอยู่ร่วมกันในสังคม ต้องมีการช่วยเหลือ พึ่งพากันในสถานการณ์ต่าง ๆ การเต็มใจให้ความช่วยเหลือผู้อื่นจะทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน รู้สึกภูมิใจ รู้สึกมีคุณค่า ในขณะที่เดียวกันการขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นก็ไม่ใช่ว่าจะน่าอาย ส่งผลให้ผู้ป่วยลดความรู้สึกในด้านลบ ไม่รู้สึกถูกแยกจากชุมชน การสอนในกิจกรรมนี้จะเน้นให้สมาชิกกลุ่มได้เรียนรู้หลักการและวิธีปฏิบัติในการอยู่ร่วมกับผู้อื่นรวมถึงการขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนจากสังคมรอบข้างในเรื่องที่ไม่สามารถแก้ไขได้เอง ช่วยให้ผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับสังคมไปในทางที่ดีขึ้น

กิจกรรมที่ 6 การพัฒนาทักษะการเผชิญปัญหา โรคจิตเภทเป็นโรคที่เรื้อรัง การเจ็บป่วยยาวนานส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการด้านลบมากขึ้น ทำให้มีปัญหาในการดำเนินชีวิต ก่อให้เกิดภาวะตึงเครียดและถ้าผู้ป่วยไม่สามารถเผชิญกับปัญหาสภาพแวดล้อมเช่นนี้ได้ทำให้เกิดอาการทางจิตกำเริบกลายเป็นวัฏจักรที่ไม่มีวันสิ้นสุด การมีอาการกำเริบซ้ำ ๆ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเบื่อหน่าย เกิดความรู้สึกด้อยคุณค่าในตนเองคุณภาพชีวิตลดต่ำลง การสอนในครั้งนี้จะเน้นให้สมาชิกกลุ่มเกิดการเรียนรู้ที่จะเผชิญปัญหาอย่างถูกวิธี ช่วยให้ผู้ป่วยพยายามทบทวนเหตุการณ์รอบด้านของตนเอง เพื่อการตัดสินใจและวางแผนจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม

กิจกรรมที่ 7 การคงไว้ซึ่งการกระทำเพื่อการมีสุขภาพที่ดี เป็นขั้นตอนสุดท้ายที่ผู้นำกลุ่มต้องกระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มร่วมกันเสริมสร้างความมั่นใจว่าสามารถจัดการปัญหาต่าง ๆ ได้ พร้อมทั้งให้สมาชิกให้กำลังใจซึ่งกันและกัน เนื่องจากความมั่นใจในการทำกิจกรรมต่าง ๆ นั้นเกิดจากการที่ผู้ป่วยมีแรงจูงใจให้กระทำ การมีเป้าหมายในชีวิต มีการกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการพื้นฐานของตนเอง ผู้นำกลุ่มต้องกระตุ้นให้กลุ่มร่วมกันเสริมสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ โดยชี้ให้เห็นถึงประโยชน์ เป้าหมายชีวิตของแต่ละคน และการยุติสัมพันธภาพกับผู้ป่วย

คุณภาพชีวิต หมายถึง ความรู้สึกพึงพอใจต่อองค์ประกอบของชีวิต และการให้ความสำคัญต่อการดำเนินชีวิตทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ภายใต้วัฒนธรรม

ค่านิยม ความเชื่อของตนเอง โดยใช้แบบสอบถามกึ่งสัมภาษณ์คุณภาพชีวิต ตามแนวคิดของ Ferrans and Power (1992) ซึ่งพัฒนาโดยสาริณี ไต้ะทอง (2548) ประกอบด้วยองค์ประกอบชีวิต 4 มิติ คือ

1. ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ หมายถึง การที่ผู้ป่วยจิตเภทประเมินความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจ รวมถึงการให้ความสำคัญด้านสุขภาพและการดูแลสุขภาพร่างกายของตนเอง ความสามารถในการจัดการกับอาการเกี่ยวกับโรคของตนเอง ความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ให้กับตนเอง ครอบครัวและชุมชน

2. ด้านสังคมและเศรษฐกิจ หมายถึง การที่ผู้ป่วยจิตเภทประเมินความรู้สึกพึงพอใจและให้ความสำคัญในด้านการทำงาน และค่าใช้จ่าย การได้รับการประดับประคองด้านจิตใจ การศึกษาตลอดจนสิ่งแวดล้อมรอบ ๆ ตัวของผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ ที่อยู่อาศัย เพื่อนบ้าน และสภาพบ้านเมือง

3. ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ หมายถึง การที่ผู้ป่วยจิตเภทประเมินความรู้สึกพึงพอใจและให้ความสำคัญในด้านความพึงพอใจตนเอง ความสุข ความวิตกกังวล การประสบความสำเร็จ ความสุขสงบภายในจิตใจ ปฏิกริยาของบุคคลอื่น และการนับถือคำสั่งสอนของศาสนา

4. ด้านครอบครัว หมายถึง การที่ผู้ป่วยจิตเภทประเมินความรู้สึกพึงพอใจ และให้ความสำคัญด้านสัมพันธภาพกับคู่ครอง ด้านสัมพันธภาพทางเพศ สุขภาพและความสุขของบุคคลในครอบครัว

ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน หมายถึง บุคคลที่มีความผิดปกติด้านความคิด ความรู้สึก อารมณ์และพฤติกรรม โดยได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท ยึดหลักการจำแนกความผิดปกติตาม ICD 10 มีลักษณะอาการสงบตามแบบประเมินอาการผู้ป่วย ดำเนินชีวิตส่วนใหญ่ในชุมชน สามารถดูแลตนเองได้ระดับหนึ่ง และมารับบริการในคลินิกผู้ป่วยนอกตามแผนการบำบัดรักษา

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลมะการักษ์ จ. กาญจนบุรี ปฏิบัติต่อผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการ ประกอบด้วย การตรวจคัดกรอง ประเมินอาการและระดับความรุนแรงด่วนของอาการเจ็บป่วย ให้สุขศึกษาในรายที่มีข้อสงสัย ให้คำแนะนำเรื่องการใช้จ่าย และมีการเยี่ยมบ้านในรายที่มีปัญหาซับซ้อน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ด้านผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทมีศักยภาพในการปฏิบัติตนให้เป็นที่ยอมรับของครอบครัวและชุมชน สามารถดำรงชีวิตในสังคมอย่างมีความสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดี
2. ด้านปฏิบัติการพยาบาล เพื่อให้พยาบาลที่ปฏิบัติงานในชุมชนมีแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีคุณภาพชีวิตที่ดี
3. ด้านการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวช เพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยจิตเวชโดยสามารถนำเอาการสอนแบบกลุ่มไปประยุกต์ใช้ในงานบริการสุขภาพจิตและจิตเวช



ศูนย์วิทยพัชกร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาผลของการสอนแบบกลุ่มต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสาร วารสาร บทความและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปสาระที่สำคัญที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัยนำเสนอเป็นลำดับดังนี้

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท

- 1.1 แนวคิด ความหมาย สาเหตุของโรคจิตเภท
- 1.2 ผู้ป่วยจิตเภท
- 1.3 การดำเนินของโรคจิตเภท
- 1.4 อาการทางลบในโรคจิตเภท
- 1.5 การรักษาโรคจิตเภท

2. ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

- 2.1 ลักษณะของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
- 2.2 ปัญหาการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

3. การพยาบาลเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

- 3.1 บทบาทของพยาบาล
- 3.2 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
- 3.3 การพยาบาลเพื่อลดอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
- 3.4 กิจกรรมการพยาบาลในการพัฒนาคุณภาพชีวิต
- 3.5 บทบาทของพยาบาลในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

4. แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต

- 4.1 ความหมายของคุณภาพชีวิต
- 4.2 องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต
- 4.3 การประเมินคุณภาพชีวิต
- 4.4 คุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
- 4.5 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

5. การสอนแบบกลุ่ม

- 5.1 ความหมายและประเภทของการสอนแบบกลุ่ม
- 5.2 ทฤษฎีที่ใช้ในการการสอนแบบกลุ่ม
- 5.3 เทคนิคการสอนแบบกลุ่ม
- 5.4 การจัดประสบการณ์การเรียนรู้ภายในกลุ่ม
- 5.5 องค์ประกอบในการสอนแบบกลุ่ม

6. การสอนแบบกลุ่มต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท

1.1 แนวคิด ความหมาย สาเหตุของโรคจิตเภท

แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภท โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่พบมากที่สุด ในจำนวนโรคจิตชนิดต่างๆ จิตแพทย์ชาวสวิสชื่อ Paul Eugene Bleuler ได้เป็นผู้ตั้งชื่อโรคนี้ว่า Schizophrenia

ความหมายของโรคจิตเภท

อัมไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์ (2541) ได้ให้ความหมายของโรคจิตเภทไว้ว่าเป็นโรคที่มีกลุ่มอาการความผิดปกติทางอารมณ์ กระบวนการคิด พฤติกรรมและบุคลิกภาพโดยรวมความผิดปกติทางอารมณ์แสดงออก โดยผู้ป่วยแสดงอารมณ์ตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมไม่สอดคล้องกับความเป็นจริง ความผิดปกติด้านการรับรู้ต่าง ๆ ที่ไม่มีความจริง ความผิดปกติของกระบวนการคิดแสดงออกโดยผู้ป่วยมีความคิดที่ไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม

สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย กล่าวว่า โรคจิตเภทเป็นโรคที่ยังไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริง ลักษณะเฉพาะของโรคนี้คือ อาการของโรคจิตซึ่งทำให้การทำหน้าที่ต่าง ๆ ของจิตใจมีความบกพร่องไปและเกิดความผิดปกติในด้านต่าง ๆ คือ ความรู้สึก ความคิด และพฤติกรรม (ทวี ตั้งเสรี, 2541)

ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problem 10th Revision) ได้ให้ความหมายของโรคจิตเภทว่าเป็นโรคที่มีลักษณะทั่วไปคือความผิดปกติของบุคลิกภาพ มีความผิดปกติด้านความคิดและการรับรู้ที่มีลักษณะจำเพาะ และอารมณ์เป็นแบบไม่เหมาะสมหรือที่อ (blunterd) สติสัมปชัญญะและความสามารถด้านเซาวิปัญญามักดีอยู่ แม้จะมีการสูญเสียของการรับรู้ (Cognition) บ้างเมื่อป่วยนาน ICD-10 ได้บรรยายถึงอาการสำหรับการวินิจฉัยไว้เป็นข้อๆ และกำหนดระยะเวลาการเจ็บป่วยไว้อย่างน้อย 6 เดือนโดยที่ผู้ป่วย

ไม่มีโรคทางกาย โรคของสมอง พิษจากยา หรือสารเสพติดที่จะเป็นสาเหตุของอาการดังกล่าว (สมภพ เรื่องตระกูล ,2542)

สรุปได้ว่า โรคจิตเภท เป็นโรคที่มีความผิดปกติของความคิดเป็นอาการเด่นอาจแสดงออก โดยผู้ป่วยมีความคิดที่ไม่เป็นที่ยอมรับของบุคคลทั่วไปและมีผลถึงการรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรม โดยผู้ป่วยไม่มีอาการทางกายหรือสูญเสียการทำงานของอวัยวะทางสมอง โรคจิตเภทจึงถือได้ว่าเป็นภาวะความเจ็บป่วยทางสุขภาพจิตอย่างหนึ่งของมนุษย์ โดยที่ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรม ความคิด แตกต่างจากบุคคลทั่วไป อีกทั้งยังทำให้มีการแสดงออกและการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมไม่ สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริงในการดำเนินชีวิตในครอบครัว ชุมชนและสังคม

สาเหตุของการป่วยเป็นโรคจิตเภทในปัจจุบันยังไม่สามารถหาข้อสรุปที่แน่นอนได้และ ปัจจัยที่พบได้แก่

ปัจจัยทางด้านชีวภาพ

1) กรรมพันธุ์ จากการศึกษาพบว่าญาติของผู้ป่วยมีโอกาสเป็นโรคจิตเภทสูงกว่าประชากร ทั่วไป ยิ่งมีความใกล้ชิดทางสายเลือดมากยิ่งขึ้นโอกาสสูง (Varcarolis, 2004)

2) ระบบสารเคมีในสมอง เชื่อว่าโรคนี้เป็นจากสารเคมีในสมองที่ชื่อว่าโดปามีน (dopamine) ในบางบริเวณของสมองมีการทำงานมากเกินไป โดยเฉพาะบริเวณ mesolimbic และ mesolimbic tract ทั้งนี้อาจเป็นความผิดปกติของ synaptic receptor (Puri et. al., 2002)

3) ความผิดปกติในส่วนอื่นๆ ของสมอง พบผู้ป่วยโรคจิตเภทอยู่จำนวนหนึ่งที่มีช่องใน สมอง (ventricle) โตกว่าปกติ ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้ส่วนใหญ่มียาอาการด้านลบเป็นอาการเด่น บาง การศึกษาพบว่าผู้ป่วยเหล่านี้มีการทำงานของสมองส่วนหน้าไม่เต็มที่ (Torrey, 2006)

ปัจจัยด้านครอบครัวและสังคม

1) ในแง่ของครอบครัวนั้น พบว่าสภาพครอบครัวมีผลต่อการกำเริบของโรคโดยใน ครอบครัวของผู้ป่วยที่อาการกำเริบบ่อย ๆ พบว่ามีการใช้อารมณ์ต่อกันสูง

2) ผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภทพบมากในสังคมที่มีฐานะต่ำ

3) ปัจจัยด้านจิตใจ เป็นปัจจัยทางความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและปัจจัยทางด้านสังคมที่ มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนาบุคลิกภาพ

ปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัดของโรคจิตเภทเชื่อว่าโรคจิตเภทเป็นกลุ่มอาการซึ่งเกิด ได้จากหลายสาเหตุ แนวคิดที่ยอมรับกันในปัจจุบันคือ stress-diathesis model จึงเชื่อว่าผู้ป่วย นั้นมีแนวโน้มหรือจุดอ่อนบางอย่างอยู่แล้ว เมื่อพบกับสภาพความกดดันบางประการทำให้เกิด อาการของโรคจิตเภทขึ้นมา โดยแนวโน้มหรือสภาพกดดันนี้อาจเป็นปัจจัยด้านชีวภาพ จิตสังคม หรือหลายปัจจัยร่วมกัน

1.2 ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ป่วยจิตเภท คือ ผู้ที่มีความผิดปกติด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรมมีอาการต่อเนื่องนาน 6 เดือนขึ้นไป โดยต้องมีระยะอาการกำเริบชัดเจนอย่างน้อย นาน 1 เดือน ไม่มีโรคทางกาย และพยาธิสภาพของสมองหรือพิษจากยาที่จะเป็นสาเหตุ (มานิชย์ หล่อตระกูล, 2542 ; สมภพ เรืองตระกูล, 2542) อาการแสดงที่สำคัญของโรคจิตเภทอาจแบ่งเป็น 2 กลุ่มดังต่อไปนี้

1.2.1 กลุ่มอาการด้านบวก (Positive Symptoms) ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอาการเด่นชัด คือ แสดงออกในด้านความผิดปกติของความคิด การรับรู้ การติดต่อสื่อสาร และพฤติกรรม แบ่งตามลักษณะการแสดงออกเป็น 2 ด้านใหญ่คือ

1.2.1.1 Psychotic dimension ได้แก่ อาการหลงผิด (Delusion) และ อาการประสาทหลอน (Hallucination)

1.2.1.2 Diorganization dimension ได้แก่ มีพฤติกรรมที่แสดงออกผิดไปจากเดิม หรือ มีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม (disorganize behavior) และ พูดจาสับสน เปลี่ยนเรื่อง พูดเร็ว (disorganize speech)

1.2.2 กลุ่มอาการด้านลบ (Negative Symptoms) เป็นภาวะที่ขาดในสิ่งที่คนทั่ว ๆ ไปควรจะมี เช่น ในด้านความรู้สึก ความต้องการในสิ่งต่าง ๆ อาการเหล่านี้ได้แก่ Avolition พูดน้อย เนื้อหาที่พูดมีน้อย ใช้เวลานานกว่าจะตอบ, Affective flattening การแสดงออกทางอารมณ์ลดลงมาก หน้าตาเฉยเมย ไม่ค่อยสบตา แม้ว่าบางครั้งอาจมียิ้มหรืออารมณ์ดีบ้างแต่โดยรวมแล้วการแสดงออกของอารมณ์จะลดลง Avolition ขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยชาลง ไม่สนใจเรื่องการแต่งกาย ผู้ป่วยอาจนั่งอยู่คนเดียวทั้งวันจนไม่สนใจ อะไร Asociality เก็บตัวเฉย ๆ ไม่ค่อยแสดงออกหรือไม่มิกิจกรรมที่สนุกสนาน

1.3 การดำเนินของโรคจิตเภท ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทส่วนใหญ่ มักเริ่มป่วยในระยะวัยรุ่น ตอนปลายหรือวัยผู้ใหญ่ แต่ก็อาจมีบ้างที่อาการเริ่มเป็นในวัยกลางคน (มานิต ศรีสุรภานนท์, 2542) อาการอาจเกิดแบบเฉียบพลันหรือค่อย ๆ เกิดการดำเนินโรค โดยทั่วไปแบ่งเป็น 3 ระยะ (เกษม ตันติผลาชีวะ, 2536 : มานิช หล่อตระกูล, 2544 : Torrey, 2006) ดังนี้

1.3.1 ระยะเริ่มมีอาการ (Prodromal phase) ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทส่วนใหญ่เริ่มมีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป โดยเฉลี่ยระยะเวลาช่วงนี้ไม่แน่นอนบอกยากว่าผิดปกติตั้งแต่เมื่อไร โดยเฉลี่ยประมาณ 1 ปี ก่อนอาการกำเริบ มีปัญหาด้านหน้าที่ความรับผิดชอบ หรือด้านสัมพันธภาพ การเรียนหรือการทำงาน ญาติหรือคนใกล้ชิดมักเห็นว่าผู้ป่วยเปลี่ยนไปไม่เหมือนคน

เดิม ระยะนี้ในช่วงที่ผู้ป่วยเครียดจัดหรือช่วงที่ผู้ป่วยตีมนุสาอย่างมาก อาจเห็นชัดขึ้นว่าไม่ค่อยปกติ ในบางคนอาจจะไม่เห็นระยะนี้ชัดเจนแต่พอมีเรื่องกดดันจิตใจก็เกิดอาการโรคจิตรุนแรงขึ้นมา

1.3.2 ระยะอาการกำเริบ (Active phase) คือมีอาการชัดเจน โดยส่วนใหญ่มักเป็นกลุ่มอาการด้านบวก ได้แก่ อาการหลงผิด ประสาทหลอน พูดไม่ค่อยประติดประต่อกันหรือพูดไม่รู้เรื่องและมีพฤติกรรมแปลกประหลาดชัดเจน ญาติและบุคคลใกล้ชิดจะสังเกตพบและพามาพบแพทย์ในระยะนี้เป็นส่วนมาก อาการที่พบบ่อยมีดังนี้

1.3.2.1 อาการด้านความคิด ผู้ป่วยมักมีความคิดในลักษณะที่มีเหตุผลแปลก ๆ ไม่เป็นเหตุเป็นผล หรือไม่เหมาะสม มักจะหมกมุ่นอยู่กับความคิดของตนเองที่เข้าใจคนเดียว มีความคิดหลงผิด คิดว่าตนเองกำลังถูกผู้อื่นปองร้าย มีความคิดแปลกประหลาด

1.3.2.2 อาการด้านอารมณ์ ผู้ป่วยมีลักษณะอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม อาจพบว่าผู้ป่วยมีลักษณะเฉยเมย ไร้อารมณ์ บางครั้งมีการแสดงออกของอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม เช่น หัวเราะร่วน หรือหัวเราะคนเดียว อารมณ์เศร้าพบได้บ่อยเช่นกัน โดยเฉพาะในระยะที่อาการของโรคจิตดีขึ้น

1.3.2.3 อาการด้านการรับรู้ ผู้ป่วยจะมีอาการประสาทหลอน ที่พบบ่อยคือหูแว่ว ความสนใจในกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตวันของผู้ป่วยในด้านการปฏิบัติหน้าที่ทางสังคม อาจต้องออกจากงานหรือโรงเรียนเป็นระยะเวลาอันยาวนานทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่นทั้งในด้านต่าง ๆ (Moller and Murphy, 2001)

1.3.2.4 อาการด้านพฤติกรรม พฤติกรรมช่วงนี้จะเปลี่ยนไปอย่างชัดเจน บางรายเก็บตัวมากขึ้น อยู่แต่ในห้อง ไม่อาบน้ำหลาย ๆ วัน ติดต่อกัน ผมเฝ้ารุงรัง ชอบเดินไปมา กลางคืนไม่นอน หรือมักทำท่าแปลก ๆ บางครั้งหงุดหงิดฉุนเฉียว มีพฤติกรรมก้าวร้าว

1.3.3 ระยะอาการหลงเหลือ (Residual phase) อาการคล้ายคลึงกับระยะเริ่มมีอาการเช่น ประสาทหลอน หลงผิด อาจยังมีอยู่แต่ไม่ได้มีผลกระทบต่อผู้ที่เป็โรคจิตเภทเหมือนในช่วงแรกมาก ในระยะนี้จะพบลักษณะพฤติกรรมเกี่ยวกับการทำหน้าที่ต่าง ๆ ลดลง เช่นไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ไม่สามารถรักษาสัมพันธภาพทางสังคม โดยส่วนใหญ่มักเป็นอาการทางลบ

สรุปได้ว่า ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่จะมีลักษณะอาการแสดงออกที่ผิดปกติ ซึ่งเป็นความผิดปกติในด้านการบกพร่องทั้งทางด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรมแสดงออกในลักษณะต่าง ๆ ทั้งในลักษณะอาการด้านบวก เช่นอาการหลงผิด ประสาทหลอน หรือลักษณะอาการด้านลบ เช่น เฉยเมย ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ไม่สนใจปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

1.4 อาการทางลบในผู้ป่วยจิตเภท ผู้ป่วยจิตเภท เป็นผู้ป่วยที่มีลักษณะเด่นคือ มีความผิดปกติของกระบวนการความคิดเป็นหลักและการรับรู้ที่มีลักษณะเฉพาะ อารมณ์แบบไม่เหมาะสม นำไปสู่พฤติกรรมที่ผิดปกติ อาการทางลบเป็นลักษณะอาการทางจิตที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยจิตเภท ในปัจจุบันได้มีผู้ให้ความหมายและลักษณะอาการทางลบดังนี้

1.4.1 ความหมาย

Carpenter และคณะ (1988) กล่าวว่า อาการทางลบ หมายถึง ลักษณะอาการของผู้ป่วยที่แสดงให้เห็นอย่างชัดเจนในลักษณะอาการพูดน้อยกว่าปกติหรือตอบคำถามเพียงสองสามคำ เนื้อหาในการพูดน้อย การแสดงออกทางอารมณ์จำกัด การเคลื่อนไหวเชื่องช้า และไม่มีอารมณ์สนุกสนาน (Anhedonia)

Andresen and Olsen (1982) อ้างถึงใน สมภพ เรืองตระกูล (2542) กล่าวว่า ลักษณะอาการทางลบ คือ ลักษณะอาการดังต่อไปนี้ อาการที่มีการแสดงออกของอารมณ์ลดลงมาก หน้าตาเฉยเมย ไม่ค่อยสบตาแม้ว่าบางครั้งอาจยิ้มหรือมีอารมณ์ดีบ้าง (Affective flattening) อาการพูดน้อย เนื้อหาในการพูดมีน้อย (Alogia) ขาดความกระตือรือร้น เชื่อยชาลง ไม่สนใจเรื่องการแต่งกาย ผู้ป่วยอาจนั่งอยู่เฉยๆทั้งวัน (Avolition) ขาดความสนุกสนานเบิกบานใจ (Anhedonia) และลักษณะอาการที่ขาดความใส่ใจในการร่วมทำกิจกรรมต่าง ๆ (Attentional impairment)

Kay และคณะ (1987) กล่าวว่า อาการทางลบ คือ อาการที่ขาดไปจากสภาพปกติและมีลักษณะอาการดังต่อไปนี้

1) การแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ (Blunted affect) หมายถึง การแสดงการตอบสนองทางอารมณ์น้อยกว่าปกติ ซึ่งแสดงออกทางสีหน้า การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์และท่าทางการสื่อสารน้อยกว่าที่ควรจะเป็น

2) การแยกตัวทางอารมณ์ (Emotional withdrawal) คือ การขาดความสนใจและความรู้สึกเกี่ยวข้องรวมทั้งไม่มีความรู้สึกผูกพันทางอารมณ์กับเหตุการณ์ต่าง ๆ ในชีวิต

3) มนุษย์สัมพันธ์บกพร่อง (Poor rapport) คือ การขาดความสามารถในการเข้าใจคนอื่น ไม่สามารถเปิดตนเองในการพูดคุย ไม่สามารถแสดงความรู้สึกใกล้ชิด ความสนใจ

4) อาการแยกตัวจากสังคม (Passive/apathetic social withdrawal) คือ การมีความสนใจและการริเริ่มที่จะมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมลดลง เนื่องจากมีลักษณะเฉื่อยชา ไร้อารมณ์ขาดพลัง หรือแรงผลักดันภายในทำให้การมีส่วนร่วมในความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นลดลงและละเลยการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน

5) มีปัญหาในการใช้ความคิดนามธรรม (Difficulty in abstract thinking) มีความบกพร่องในการคิดแบบนามธรรม ซึ่งแสดงออกโดยมีปัญหาในการจัดหมวดหมู่ การสรุปเป็นกฎเกณฑ์โดยทั่วไป และการแก้ปัญหาที่ต้องใช้ความคิดในระดับที่สูง

6) การสนทนาไม่เกิดขึ้นอย่างเป็นธรรมชาติ (Lack of spontaneity and flow of conversation) คือ การมีกระแสคำพูดช้าลงกว่าปกติ ซึ่งสัมพันธ์กับการไร้อารมณ์ การขาดแรงกระตุ้นภายใน การระมัดระวังตนหรือความบกพร่องของการรับรู้ แสดงออกโดยการมีกระแสคำพูดที่สั้นไหลอย่างต่อเนื่องน้อยลงและได้เนื้อหาในการติดต่อสื่อสารน้อยกว่าปกติ

7) การคิดอย่างตายตัว (Stereotyped thinking) คือ ความคิดขาดความลื่นไหล ความเป็นอิสระเป็นธรรมชาติและความยืดหยุ่น ซึ่งแสดงออกโดยการมีความคิดที่ตายตัว คิดซ้ำซากหรือมีความคิดว่างเปล่าไม่ค่อยมีเนื้อหาความคิดจากความหมายดังกล่าวสรุปได้ว่า อาการทางลบ คือ ลักษณะอาการที่ขาดหายไปจากสภาพปกติ หรือมีอาการลดน้อยลงกว่าสภาพปกติ ไม่เป็นธรรมชาติ โดยแสดงออกอย่างชัดเจนทางด้านเนื้อหาในการพูดคุย ขาดการแสดงออกทางด้านอารมณ์ การขาดความใส่ใจในการร่วมกิจกรรม ขาดความสามารถในการสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น แยกตัวจากสังคม และมีความบกพร่องในการคิดแบบนามธรรม คิดซ้ำซากอย่างตายตัว

จากความหมายดังกล่าวสรุปได้ว่า อาการทางลบ คือ ลักษณะอาการที่ลดน้อยลงกว่าสภาพปกติ ไม่เป็นธรรมชาติ โดยขาดการแสดงออกทางด้านอารมณ์ ขาดความใส่ใจในการร่วมกิจกรรมไม่สนใจตนเองและสิ่งแวดล้อม ผู้ป่วยอาจอยู่เฉย ๆ ทั่ววัน ขาดความสามารถในการสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น แยกตัวจากสังคม เก็บตัว ไม่มีกิจกรรมที่สนุกสนาน ไม่สนใจคบหาสมาคมกับใคร และมีความบกพร่องในการคิดแบบนามธรรม คิดซ้ำซากอย่างตายตัว

1.4.2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการทางลบมีหลากหลายแนวคิดทั้งทางด้านแนวคิดเกี่ยวกับสารสื่อประสาท ทฤษฎีโครงสร้างของสมอง และทฤษฎีทางด้านจิตสังคม สรุปได้ดังนี้

1.4.2.1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการทางลบโดยทฤษฎีโครงสร้างของสมองมีดังนี้

1) Kaplan and Sadock (1995) กล่าวว่าอาการทางลบของผู้ป่วย จิตเภท เกิดจากสารชีวเคมีในสมอง (Biochemical factors) บกพร่องโดยมีการหลั่งสารโดปามีนในบริเวณ prefrontal cortex ทำให้เกิดอาการทางลบ

2) Andreson (1982) กล่าวว่าอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท เกิดจากสารสื่อประสาท (Neuroleptic) และการที่ Ventricles มีขนาดใหญ่

1.4.2.2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการทางลบโดยทฤษฎี จิตสังคม มีดังนี้

Carpenter และคณะ (1973) และ Carpenter และคณะ (1985) กล่าวว่า การที่ผู้ป่วยจิตเภทขาดการกระตุ้นทางสังคมและสิ่งแวดล้อมส่งผลให้อาการทางลบเกิดขึ้น นอกจากนี้อาการทางลบยังมีสาเหตุมาจากการที่ผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Wing and Brown (1970) กล่าวว่า อาการทางลบเป็นส่วนหนึ่งของโรคจิตเภท การเกิดอาการทางลบนั้นเกิดมาจากปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม

Ax และคณะ (1969) กล่าวว่า อาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทเกิดจากการที่ไม่ได้รับการส่งเสริมในด้านการพัฒนาบทบาททางสังคม การทำหน้าที่ และขาดการกระตุ้นทางสิ่งแวดล้อม ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทไม่สามารถจัดการกับความคิดของตนเองได้ทำให้มีอาการทางลบเกิดขึ้น

Tandon and Jibson (2004) กล่าวว่า สาเหตุของการเกิดอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท เกิดเนื่องมาจากการขาดการสนับสนุนทางด้านการตอบสนองทางอารมณ์และการสนับสนุนทางสังคม

รุ่งอรุณ ไตศักดิ์ภราเลิศ และคณะ (2549) พบว่าครอบครัวส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทและทักษะในการปฏิบัติตัวต่อผู้ป่วยที่มีอาการทางลบ จึงมักปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่ตามลำพังขาดการพูดคุยหรือกระตุ้นผู้ป่วยในเรื่องต่าง ๆ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการทางลบเพิ่มมากขึ้น

สรุปได้ว่า อาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทมีสาเหตุจากหลายสาเหตุ แต่ที่เห็นได้ชัดมากจากการที่ผู้ป่วยขาดการสนับสนุนทางอารมณ์ สังคมและสิ่งแวดล้อม จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ป่วยควรได้รับการส่งเสริมสนับสนุนทางด้านปัจจัยต่าง ๆ ที่ส่งผลต่ออาการทางลบของผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยมีอาการทางลบลดลง สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดี

1.4.3 การประเมินอาการทางลบในผู้ป่วยจิตเภท วิธีการประเมินอาการทางลบนั้น ได้มีการพัฒนาเครื่องมือต่อๆ กันมาดังนี้

Andresen (1989) ได้ใช้เครื่องมือ Scale for the Assessment of Negative Symptom (SANS) ประเมินลักษณะอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท 5 ลักษณะอาการคือ การแสดงทางอารมณ์ (Affect) การขาดความสามารถในการใช้ความคิด (alogia) ความรู้สึกไร้พลังเฉยเมย (Avolition) การรู้สึกขาดความสุขหรือยินดีกับกิจกรรมต่าง ๆ (anhedonia) การไม่สามารถมีสมาธิในการสนใจกิจกรรมต่างๆ (attention impairment)

Kay และคณะ (1987) ได้สร้างเครื่องมือ Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) เป็นเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นให้เป็นเครื่องมือที่มีมาตรฐานในการจำแนกชนิดและลักษณะอาการต่างๆ ของโรคจิตเภท โดยประกอบด้วยคำถาม 30 ข้อ เป็นเครื่องมือที่ได้รับการยอมรับว่ามีการกำหนดความหมายของอาการต่างๆ และวิธีการในการใช้การประเมิน Positive and Negative Syndrome และกลุ่มอาการอื่น ๆ ของโรคจิตเภทอย่างละเอียดรอบคอบ และยังมีคำถามเสริมเพื่อประเมินความเสี่ยงในการเกิดอาการก้าวร้าวรุนแรง อีก 3 ข้อ ซึ่งใช้ให้คะแนนของกลุ่มอาการหลักต่าง ๆ คือ

- 1) Positive Scale
- 2) Negative Scale
- 3) Composite Index (Positive ลบ Negative)
- 4) General Psychopathology Scale (พยาธิสภาพโดยทั่วไป)
- 5) Supplemental Aggression risk (ความเสี่ยงต่อการเกิดอาการก้าวร้าวรุนแรง)

PANSS เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินกลุ่มอาการ Positive และ Negative ในผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยมาแล้วว่ามีอาการ Positive และ Negative อย่างไรบ้าง มากน้อยเพียงใด ในขั้นตอน PANSS ได้รับการพัฒนาขึ้นโดยดัดแปลงจากเครื่องมือวัดทางจิตเภท 2 ชุด คือ Brief Psychiatric Rating Scale (Overall and Gorham, 1962) และ Psychopathology Rating Schedule (Singh and Kay, 1975) โดยเลือกเอาข้อคำถามต่าง ๆ ที่บ่งบอกถึงกลุ่มอาการ Positive และ Negative ของโรคจิตเภทได้ดีที่สุดมาไว้ใน PANSS เกณฑ์การให้คะแนนมี 7 ระดับ ซึ่งมีความแตกต่างกันเป็นขั้น ๆ อย่างสม่ำเสมอ ได้มีการทดลองใช้ในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยตาม DSM-IV จำนวน 101 คน การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของเครื่องมือมีความสอดคล้องภายใน (internal consistency) ดี ตั้งแต่ .73 ถึง .83

ธนา นิลชัยโกวิทย์และคณะ (ม.ป.ป.) ได้ทำการแปล PANSS เป็นภาษาไทย หลังจากนั้นได้นำมาดัดแปลงแก้ไขและเรียบเรียงให้เหมาะสม มีการฝึกใช้ PANSS ทั้งฉบับภาษาไทยและภาษาอังกฤษเพื่อทดสอบหา inter – rater reliability โดยการให้คะแนนผู้ป่วยจากวีดีทัศน์ตามวิธีและเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดไว้ (Kay et al, 1988) โดยถือว่าความแตกต่างระหว่างคะแนนที่ให้ในช่วง 1 คะแนน ถือว่ามีความเห็นตรงกัน ส่วนการคิด interrater reliability นั้น กำหนดให้ใช้ percent of agreement จากการให้คะแนนในจำนวนทั้งหมด 30 ข้อ ไม่ต่ำกว่า .70 และเสนอว่าควรได้ไม่น้อยกว่า .80 จึงจะอยู่ในเกณฑ์ที่น่าพอใจ การทดสอบค่าความเชื่อถือได้ PANSS ฉบับภาษาไทยทำโดยการเปรียบเทียบ inter – rater reliability ของผู้วิจัย 4 ราย (2 คู่)

เมื่อให้คะแนนโดยใช้ PANSS ทั้งฉบับภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พบว่าค่า correlation ของคะแนนผู้วิจัยให้เมื่อใช้ PANSS ฉบับภาษาไทยในผู้ป่วย 10 ราย และ PANSS ฉบับภาษาอังกฤษในผู้ป่วย 10 ราย อยู่ในเกณฑ์ใกล้เคียงกัน และไม่มี ความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความตรงของ PANSS ฉบับภาษาไทยทำโดยการหา criterion validity คือการเปรียบเทียบคุณสมบัติเชิงการวัดของ PANSS ฉบับภาษาไทยและภาษาอังกฤษ เมื่อใช้ในผู้ป่วยรายเดียวกันโดยผู้วิจัยคนหนึ่ง ใช้ PANSS ฉบับภาษาไทย ส่วนอีกคนหนึ่งใช้ PANSS ฉบับภาษาอังกฤษ ซึ่งพบว่าไม่มีความแตกต่างในเชิงสถิติของค่ามัชฌิมาเลขคณิตและความเบี่ยงเบนมาตรฐาน) ซึ่งใน PANSS ฉบับภาษาไทย ประกอบด้วย การประเมินลักษณะอาการทางลบ 7 อาการ คือ การแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ (Blunted affect) การแยกตัวทางอารมณ์ (Emotional withdrawal) มนุษย์สัมพันธ์บกพร่อง (Poor rapport) อาการแยกตัวจากสังคม (Passive/apathetic social withdrawal) มีปัญหาในการใช้ความคิดนามธรรม (Difficulty in abstract thinking) การสนทนาไม่เกิดขึ้นอย่างเป็นธรรมชาติ (Lack of spontaneity and flow of conversation) และการคิดอย่างตายตัว (Stereotyped thinking)

หงษ์ บรรเทิงสุข (2545) พัฒนาเครื่องมือการประเมินอาการทางลบจากโครงสร้างเนื้อหาของ Positive and Negative Syndrome Scale ฉบับภาษาไทย (PANSS-T) ที่ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ (ม.ป.ป.) แปลและสร้างขึ้นจากแนวคิด Kay และคณะ (1987) ซึ่งประกอบด้วย การประเมินลักษณะอาการทางลบ 7 อาการ แต่มีข้อคำถามทั้งหมด 13 ข้อ คือ การแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ (Blunted affect) 2 ข้อ การแยกตัวทางอารมณ์ (Emotional withdrawal) 2 ข้อ มนุษย์สัมพันธ์บกพร่อง (Poor rapport) 2 ข้อ อาการแยกตัวจากสังคม (Passive/apathetic social withdrawal) 2 ข้อ มีปัญหาในการใช้ความคิดนามธรรม (Difficulty in abstract thinking) 2 ข้อ การสนทนาไม่เกิดขึ้นอย่างเป็นธรรมชาติ (Lack of spontaneity and flow of conversation) 2 ข้อ และการคิดอย่างตายตัว (Stereotyped thinking) 1 ข้อ ประเมินโดยการอาศัยการสังเกตและการสัมภาษณ์จากผู้ป่วย แล้วให้คะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนด ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .71 และได้ความเที่ยงจากวิธี inter – rater reliability เท่ากับ .84 จะเห็นได้ว่าการประเมินอาการทางลบนั้นสามารถประเมินได้ โดยใช้วิธีการประเมินทั้งจากการสังเกตและสัมภาษณ์จากผู้ป่วยโดยตรงหรือการสัมภาษณ์จากญาติและเจ้าหน้าที่ที่ดูแลผู้ป่วย

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำเอาเครื่องมือของ หงษ์ บรรเทิงสุข (2545) ที่พัฒนามาจาก Positive and Negative Syndrome Scale ฉบับภาษาไทย (PANSS-T) ที่ธนา นิลชัยโกวิทย์และคณะ (ม.ป.ป.) แปลและสร้างขึ้นจากแนวคิดของ Kay และคณะ (1987) มาใช้

เป็นเครื่องมือกำกับการทดลอง โดยใช้วิธีการประเมินทั้งจากการสังเกตและสัมภาษณ์จากผู้ป่วย โดยตรงหรือการสัมภาษณ์จากญาติ โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 13 ข้อ ที่ประเมินอาการทางลบ 7 อาการ คือ อาการแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ การแยกตัวทางอารมณ์ มนุษย์สัมพันธ์บกพร่อง อาการแยกตัวจากสังคม มีปัญหาในการใช้ความคิดนามธรรม การสนทนาไม่เกิดขึ้นอย่างเป็นธรรมชาติ และการคิดอย่างตายตัว ที่มีความเหมาะสมและครอบคลุมอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท

1.5 การรักษาโรคจิตเภท มีอยู่ด้วยกันหลายวิธี ได้แก่ (Bustills et al., 2001)

1.5.1 ยาต้านโรคจิต ยาเหล่านี้มีผลต่อ Dopamine receptor ช่วยลดอาการทางจิต ยาที่ใช้ส่วนมากเป็นยาต้านปรอท ในปัจจุบันเริ่มมีการใช้ยาชนิดฉีดเข้ากล้ามเนื้อมากขึ้น เพราะสามารถคงระดับของยาไว้ในร่างกายได้นาน ช่วยลดปัญหาในเรื่องการลืมกินยา การขาดยา พบว่าร้อยละ 80 ของผู้ป่วย จิตเภทถ้าไม่ได้รับยาต่อเนื่องมักมีอาการกลับเป็นซ้ำของโรค

1.5.2. การฟื้นฟูสภาพจิตใจ เป็นวิธีการรักษาผู้ป่วยจิตเภทโดยที่ไม่ใช้ยา โดยจะเน้นในด้านการฝึกการเข้าสังคม การฝึกอาชีพเพื่อช่วยผู้ป่วยเอาชนะกับปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยประสบความสำเร็จในด้านนี้หลังจากที่หายจากโรคและเริ่มออกไปใช้ชีวิตในสังคม

1.5.3. การทำจิตบำบัด เป็นการรักษาโดยใช้วิธีพูดคุยระหว่างผู้ป่วยกับผู้เชี่ยวชาญในเรื่องปัญหา ประสบการณ์ ความคิด ความรู้สึก ความสัมพันธ์ต่าง ๆ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจตนเองและปัญหาของตนเองมากขึ้น และเรียนรู้ที่จะแยกแยะสิ่งที่เป็นความจริงกับที่ไม่ใช่ความจริง

1.5.4. ครอบครัวบำบัด ครอบครัวบำบัดจะเป็นการรักษาที่มีผู้เข้ามาเกี่ยวข้องคือผู้ป่วยญาติพี่น้อง และผู้รักษา ช่วยให้การครอบครัวเข้าใจวิถีทางที่จะทำให้ผู้ป่วยมีอาการลดน้อยลง

1.5.5. กลุ่มบำบัด กลุ่มบำบัดเป็นวิธีการรักษาที่มีผู้เกี่ยวข้อง คือ ผู้ป่วยจำนวนหนึ่งจำนวนประมาณ 6-12 คนกับผู้รักษา 1-2 คน มาร่วมเรียนรู้และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของกันและกัน พร้อมกับช่วยกันแก้ไขพฤติกรรมที่ผิดปกติต่าง ๆ จากการพูดคุยกันภายในกลุ่ม ซึ่งจะเป็นการช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างมากในช่วงที่จะต้องกลับไปใช้ชีวิตเหมือนเดิมหลังป่วย ซึ่งอาจจะต้องพบปัญหาต่าง ๆ มากมายในช่วงนั้น

สรุปได้ว่า การรักษาโรคจิตเภทมีหลายวิธี ดังนั้นอาจต้องมีการผสมผสานกันเพื่อให้เกิดผลดีต่อผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนควรเน้นกิจกรรมด้านจิตสังคมควบคู่กับการรับประทานยา เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นสามารถใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างปกติหรือใกล้เคียงปกติ

2. ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

2.1 ลักษณะของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรมทำให้มีการแสดงออกที่ไม่เหมาะสม มีการดำเนินของโรคแบบเรื้อรังจึงมีการเจ็บป่วยที่ยาวนาน ผู้ป่วยที่ป่วยครั้งเดียวหรือ 2-3 ครั้งแล้วหายขาดกลับคืนสภาพเดิมก่อนป่วยพบได้น้อย ส่วนใหญ่คงเหลืออาการอยู่บ้างและไม่กลับสู่สภาวะปกติ (มานิช หล่อตระกูล, 2544) ซึ่งส่งผลกระทบต่อตนเอง ครอบครัวและชุมชน ปัจจุบันนโยบายเน้นการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลระยะสั้นและให้กลับสู่ชุมชนโดยเร็วที่สุด โดยเชื่อว่าการให้ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลระยะเวลาสั้นเป็นการป้องกันการติดโรงพยาบาลและการป่วยเรื้อรัง (อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, 2542) เมื่ออาการทุเลาก็ให้ผู้ป่วยกลับไปดำเนินชีวิตในชุมชน ซึ่งจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเป็นทั้งผู้ที่ไม่มีอาการทางจิตและยังมีอาการทางจิตอยู่บ้างเป็นบางส่วน (ยาใจ สิทธิมงคล, 2542) จากการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการรักษาดังกล่าว ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเวช/ผู้ป่วยจิตเภทเป็นจำนวนมากถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและต้องกลับไปใช้ชีวิตในชุมชน (Worley, 1997) ในขณะที่ยังไม่พร้อมในการดูแลตนเอง ดังนั้นการศึกษาลักษณะการดำเนินชีวิต ปัญหา อุปสรรคต่าง ๆ เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาวางแผนดำเนินการช่วยเหลือและแก้ไขให้เหมาะสมกับสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นจึงจำเป็นอย่างยิ่ง

จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรม ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเป็นผู้ที่ได้รับการรักษาพยาบาลจนอาการทุเลา มีระดับความสามารถในการดูแลตนเองได้บ้าง (เปรมฤดี ดำรักษ์, 2545) หลังจกแพทย์อนุญาตให้กลับไปดูแลต่อเองที่บ้าน ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดีขึ้นสามารถปฏิบัติอาชีพการงานได้ระยะเวลาหนึ่งเท่านั้น แต่ไม่นานก็จะมีการป่วยซ้ำต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอีก (อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, 2542; Montgomery and Kirkpatrick, 2002; Meijel et al. 2003) สอดคล้องกับการศึกษาของสุวิมล สมัตถะ (2541) พบว่าหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลระยะแรกผู้ป่วยมีความสนใจและสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเองได้ แต่ต่อมาผู้ป่วยจะไม่ยอมช่วยเหลือตนเอง และจะเรียกร้องขอความช่วยเหลือจากคนในครอบครัว

สรุปได้ว่า ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนพบได้ทั้งผู้ที่ไม่มีอาการทางจิตและยังมีอาการทางจิตอยู่บ้าง เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาพยาบาลจนอาการทุเลา มีระดับความสามารถในการดูแลตนเองได้บ้าง โดยพบว่าในระยะแรกผู้ป่วยมีความสนใจและสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเองได้ แต่ต่อมาผู้ป่วยจะไม่ยอมช่วยเหลือตนเอง และจะเรียกร้องขอความช่วยเหลือจากคนในครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข

2.2 ปัญหาการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัญหาการดำรงชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทหลังจำหน่ายสู่ชุมชนยังมีปัญหาในการดูแลตนเองอย่างมาก (รัชนี ศรีธีรัถย์, 2544) บางรายหลังจากแพทย์อนุญาตให้กลับบ้านจะมีพฤติกรรมดีขึ้นสามารถปฏิบัติอาชีพการงานได้ ระยะเวลาหนึ่งเท่านั้น แต่ไม่นานก็จะมีอาการป่วยซ้ำต้องกลับไปเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอีก (อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, 2545) สอดคล้องกับการศึกษาของสุวิมล สมัตถะ (2541) พบว่าหลังจากผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ระยะเวลาแรกมีความสนใจและสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเองได้ แต่ต่อมากจะไม่ยอมช่วยเหลือตนเองและเรียกร้องความสนใจจากครอบครัว บางรายกลับไปใช้สารเสพติด (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542) ปัญหาสำคัญอีกประการหนึ่งคือ การดูแลตนเอง ด้านการรับประทานยา ผู้ป่วยมักหยุดยาเองจากสาเหตุหลายประการ เช่น ไม่สามารถทนต่อผลข้างเคียงของยาได้ เกิดความเบื่อหน่ายที่ต้องรับประทานยาต่อเนื่อง บางรายขาดความรู้โดยเชื่อว่าตนเองมีอาการดีขึ้นแล้วไม่ต้องรับประทานยาต่อ หรือ ปรับยาให้มีขนาดน้อยลง (อุมาพร กาญจนรักษ์, 2545 ; กาญจนา ชัยเจริญ, 2547 ; ผลทิพย์ ปานแดง, 2547) ด้านสัมพันธภาพกับครอบครัวและชุมชน ผู้ป่วยจะแยกตัว ไม่เชื่อมั่นในตนเอง ไม่กล้าพูดคุย จะมี สัมพันธภาพใกล้ชิดกับผู้ดูแลเพียงคนหรือสองคนเท่านั้น (สุวิมล สมัตถะ, 2541) ด้านครอบครัว จากการศึกษาของเปรมฤดี ดำรักษ์ (2545) พบว่าญาติผู้ป่วยบางรายไม่ยอมรับผู้ป่วย มองผู้ป่วยในแง่ลบ เบื่อหน่าย กักขังผู้ป่วยเพื่อแก้ปัญหาต่าง ๆ และบางรายอยากให้ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาล ส่วนด้านจิตใจและจิตวิญญาณ ผู้ป่วยจิตเภทมีการรับรู้ตราบาปจากคนในสังคมมากที่สุด ในบรรดาโรคจิตเวชอื่น ๆ (Schulz and Angermayer, 2003) ทำให้รู้สึกท้อทรมานต้องปิดบังการเจ็บป่วยไว้ (เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์ และคณะ, 2547) ด้านสังคมและเศรษฐกิจ จากการศึกษาของ Dickerson และคณะ (2000) พบว่าผู้ป่วยจะขาดทักษะหน้าที่ทางสังคมและรู้สึกอับอายเกิดความไม่สบายใจในการปฏิบัติงานร่วมกับผู้อื่นทำให้ผู้ป่วยบางรายต้องเผชิญกับภาวะตกงาน (ทิวพร พูเพ็อง, 2544)

สรุปได้ว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ดำเนินชีวิตในชุมชนส่วนใหญ่ยังมีอาการหลงเหลือจากพยาธิสภาพของโรค มีความบกพร่องในการดูแลตนเองด้านต่าง ๆ ปัญหาสำคัญที่พบ คือ การไม่ยอมรับจากสังคมและปัญหาในการสร้างสัมพันธภาพ รวมถึงการติดต่อสื่อสารกับบุคคลในครอบครัว สังคมและชุมชน การดูแลตนเอง การทำกิจวัตรประจำวัน การเผชิญปัญหา ความรู้สึกเป็นตราบาปจากการเป็นโรคเรื้อรัง ปัญหาเหล่านี้หากไม่ได้รับการช่วยเหลือจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบซ้ำ ซึ่งการกำเริบนั้นยังเกิดขึ้นบ่อยครั้งเท่าใด ศักยภาพในการดำรงชีวิตแทบทุกด้านของผู้ป่วยก็จะเสื่อมถอยลงเท่านั้น ดังนั้นพยาบาลผู้มีส่วนใกล้ชิดในการดูแลผู้ป่วยที่สุดในทีมสุขภาพ จึงจำเป็น

อย่างยิ่งในการศึกษาวิจัยหาองค์ความรู้ใหม่มาพัฒนาการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้สามารถดูแลตนเองได้ และดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

3. การพยาบาลเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

3.1 บทบาทพยาบาล (Nursing roles) บทบาทของพยาบาล ซึ่ง Peplau (1952 อ้างใน จินตนา ยูนิพันธุ์ และวราภรณ์ ชัยวัฒน์, 2550) อธิบายบทบาทพยาบาลที่เชื่อมโยงกับการ ดำเนินการของสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยในระยะต่าง ๆ พยาบาลอาจปฏิบัติบทบาท เหล่านี้ที่ละบทบาท สลับกัน หรือปฏิบัติพร้อมกันก็ได้ บทบาทเหล่านี้ได้แก่

3.1.1 ผู้แปลกหน้า (Stranger) ในระยะแรกของสัมพันธภาพ เมื่อพยาบาลพบ ผู้ป่วยครั้งแรกในลักษณะเชิงรับ คือ ผู้ป่วยมาหน่วยบริการสุขภาพด้วยความตั้งใจหรือไม่ตั้งใจก็ตาม นับว่าผู้ป่วยมีความต้องการที่จะรับการช่วยเหลือ ส่วนในสถานการณ์เชิงรุก คือ พยาบาลพบ ผู้ป่วยในชุมชน ทั้งสองฝ่ายเป็นบุคคลแปลกหน้าต่อกัน การพบกันครั้งแรกของพยาบาลและผู้ป่วย ไม่ว่าจะในสถานการณ์เชิงรับหรือเชิงรุก พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการต้อนรับผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วย รู้สึกว่าตนเองเป็นบุคคลสำคัญ พยาบาลต้องให้เกียรติผู้ป่วย ไม่ใช่ค่านิยม ความเชื่อของตนเอง เป็นพื้นฐานของการตัดสินใจใด ๆ ต้องไม่มีอคติ ในทางตรงกันข้ามพยาบาลจะต้องยอมรับผู้ป่วย ในฐานะที่เป็นบุคคล

3.1.2 บทบาทผู้ให้ข้อมูล (Resource person) บทบาทนี้พยาบาลจะเป็นผู้ให้ คำตอบ/ให้ข้อมูลทางสุขภาพ(รวมทั้งข้อมูลเกี่ยวกับการบำบัดรักษา และแผนการรักษาของแพทย์ และแผนการพยาบาล) ทุกคำถามของผู้ป่วยและครอบครัว คำตอบ/ข้อมูลที่ให้จะเป็นคำตอบที่ เฉพาะเจาะจง เปรียบเสมือนว่าเป็นแหล่งข้อมูลทางด้านสุขภาพ นอกจากนั้นพยาบาลจะต้องเป็นผู้ กำหนดว่า ผู้ป่วยจะต้องเรียนรู้ เข้าใจถึงข้อมูลประเภทใด ต้องมีทักษะอะไรบ้าง ในแต่ละระยะของ กระบวนการของโรค และในสถานการณ์ของผู้ป่วยที่แตกต่างกัน ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยไม่ถาม จึงเป็น หน้าที่ของพยาบาลที่จะต้องช่วยเหลือให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความจำเป็นที่ต้องเรียนรู้ ซึ่งก็คือการ ช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณเองนั้นมีข้อบกพร่องหรือยังไม่รู้เรื่องใด ปฏิบัติตัวเรื่องใดยังไม่ถูกต้อง หรือมี เรื่องใดที่ต้องเรียนรู้ใหม่ การปฏิบัติบทบาทให้ข้อมูลนี้ เกิดขึ้นควบคู่กับบทบาทของการสอน และ/ หรือ การให้คำปรึกษาที่เน้นให้ผู้ป่วยตัดสินใจด้วยตนเอง

3.1.3 บทบาทผู้สอน (Teaching) บทบาทผู้สอนนี้ Peplau (1952) กล่าวว่า เป็น บทบาทที่สำคัญอย่างยิ่งของการพยาบาล การสอนคือ การช่วยให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรม การคิด ความรู้สึก และการกระทำอย่างถาวร การสอนเริ่มจากการค้นคว้าหาว่าผู้ป่วยนั้น ต้องการความรู้ในเรื่องใด จึงจะมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่พึงประสงค์ได้ เช่น ผู้ป่วยต้องมี

ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องโรค ฤทธิ์ของยา จึงจะรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และสนใจสังเกตการณ์เปลี่ยนแปลงของตนเองเป็นต้น เมื่อค้นหาความต้องการได้แล้ว ต่อไปต้องให้ผู้ป่วยได้รับรู้ว่าสิ่งที่ตนต้องเรียนรู้ที่สำคัญต่อตนเองอย่างไร จากนั้นพยาบาลจึงจะเริ่มการสอน ด้วยวิธีการอย่างใดอย่างหนึ่ง

3.1.4 บทบาทผู้นำ (Leadership) ในการปฏิบัติการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยนั้น พยาบาลมีพันธะหน้าที่ในการปกป้อง ค้ำครองให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือในทุกด้านทุกเวลาจากบุคลากรทีมสุขภาพ โดยเฉพาะในทีมการพยาบาลซึ่งเป็นทีมใหญ่ เพราะนอกจากจะรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจแล้ว ต้องจัดสิ่งแวดล้อม รวมถึงการประสานงานในระบบบริการสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลืออย่างเต็มที่ พยาบาลต้องทำหน้าที่เป็นผู้นำ ในส่วนที่จะวางแผน กำกับดูแล และทำงานร่วมกันแบบช่วยเหลือและร่วมมือกัน จนบรรลุผลให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่ดีที่สุด

3.1.5 บทบาทผู้ทดแทน (Surrogate) ในบทบาทนี้ พยาบาลจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับความเหมือน ความต่างระหว่างพยาบาลกับบุคคลใกล้ชิดอื่น ๆ ที่ผู้ป่วยเคยมีสัมพันธภาพมาก่อน ทั้งนี้เพราะหากสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยมีการพัฒนาการไปด้วยดี ผู้ป่วยไว้วางใจ พยาบาล มั่นใจและพอใจที่จะรับการดูแลช่วยเหลือ ผู้ป่วยจะรู้สึกสบายใจ ได้รับความรัก ความอบอุ่น จนอาจเกิดความสับสนในขอบเขตของสัมพันธภาพได้ โดยเฉพาะหากผู้ป่วยเป็นผู้ที่มีปัญหาทางจิต พยาบาลต้องช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจความเหมือนความต่าง และขอบเขตของสัมพันธภาพทางสังคม

3.1.6 บทบาทให้คำปรึกษา (Counseling) บทบาทนี้มีความสำคัญในสถานการณ์พยาบาลทุกสถานการณ์ โดยเฉพาะบทบาทที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิต ในบทบาทนี้ พยาบาลต้องช่วยผู้ป่วยให้ระลึกได้และเข้าใจอย่างชัดเจนว่ากระบวนการคิด ความรู้สึกและความสัมพันธ์ของตนสัมพันธ์กันอย่างไร ซึ่งก็คือการเข้าใจปัญหาของตนเอง จากนั้นพยาบาลต้องร่วมกับผู้ป่วยค้นหาวิธีการต่าง ๆ ทั้งที่เคยทำมาแล้ว และยังไม่เคยทำในการแก้ปัญหาที่มีอยู่ตลอดจนบทวนผลดีและผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น แล้วจึงให้ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ปัญหาใหม่ หรือปฏิบัติตัวใหม่

สรุปได้ว่า การที่พยาบาลมีความรู้ความเข้าใจในบทบาทของพยาบาลจะทำให้ดูแลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม จะช่วยให้ผู้ป่วยมีสุขภาพะที่ดีและเกิดความพึงพอใจในองค์ประกอบของชีวิต ส่งผลถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ถือว่าเป็นศิลปะของการพยาบาล หมายถึง การใช้ความรู้ของผู้ชำนาญการจนสามารถช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลง แก้ปัญหา หรือปฏิบัติตัวใหม่อย่างยั่งยืน

3.2 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ผู้ป่วยจิตเภท เป็นผู้ที่มีความผิดปกติด้านความคิด การรับรู้ความจริง อารมณ์และสังคม มีพฤติกรรมที่แปลกจากคนทั่วไป มีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ทั้งต่อตนเองและสังคมลดลง ส่งผลให้เกิดภาวะพึ่งพิงบุคคลอื่นทั้งในครอบครัวและสังคม ปัญหาเหล่านี้พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชซึ่งมีบทบาทในการช่วยเหลือผู้ป่วยจึงจำเป็นอย่างยิ่งในการที่จะหาวิธีการหรือแนวทางในการปฏิบัติพยาบาลเพื่อดูแลช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้และดำเนินชีวิตในชุมชนได้อย่างมีความสุขตามศักยภาพความสามารถที่ผู้ป่วยมีอยู่

ผู้วิจัยศึกษาทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชอีกแนวทางหนึ่ง โดยสุวณี เกียวกิ่งแก้ว (2545) ได้นำหลักการพยาบาลทั่วไป ร่วมกับแนวคิดด้านกระบวนการพยาบาลดังนี้

3.2.1 หลักการพยาบาลทั่วไป

การพยาบาลด้านร่างกาย ในการพยาบาลด้านร่างกายเริ่มต้นที่การส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลสุขอนามัยทั่วไป เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทมีปัญหาด้านการดูแลตนเอง ภาวะสุขภาพด้านอนามัยมักจะไม่ดี

การพยาบาลด้านความคิด การพยาบาลผู้ป่วยด้านความคิดนั้นสิ่งที่ผู้ให้การพยาบาลควรทำคือการหาความหมายของความคิด การสนทนากับผู้ป่วยจะทำให้จะทำให้เราได้รับทราบความคิดของผู้ป่วย นอกจากนี้การหาความหมายของพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกนี้จะช่วยให้เราเข้าใจความคิดของผู้ป่วยที่สื่อออกมาทางพฤติกรรมได้มากขึ้น สุดท้ายคือการให้ความจริงแก่ผู้ป่วยและการส่งเสริมให้ผู้ป่วยอยู่กับความจริง

การพยาบาลด้านจิตใจ อารมณ์ ปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทมีความผิดปกติด้านอารมณ์ที่เห็นได้ชัดคือ อารมณ์เฉยเมย ไม่มีอารมณ์ตอบสนองต่อเหตุการณ์ ไม่สบตา หรือ อาจมีอารมณ์ไม่สอดคล้องกับเหตุการณ์ ภาวะนี้อาจทำให้พยาบาลเกิดความหงุดหงิดและไม่พอใจ พยาบาลต้องมีความเข้าใจและอดทนต่อภาวะอารมณ์ที่ไม่ปกติ เสริมสร้างพฤติกรรมและการตอบสนองทางอารมณ์ให้เหมาะสมกับเหตุการณ์

การพยาบาลด้านสังคม ปัญหาการหนีสังคมและอยู่คนเดียวของผู้ป่วยจิตเภท การไม่สนใจกิจกรรมทางสังคม และการไม่สนใจบุคคลอื่น เป็นปัญหาที่พยาบาลต้องวางแผนแก้ไข แม้ว่าปัญหาเหล่านี้จะเป็นปัญหาที่ต้องใช้ระยะเวลา และเป็นปัญหาที่แก้ไขได้ยาก

3.2.2 กระบวนการพยาบาล

การประเมินสภาพผู้ป่วย การประเมินสภาพทั่วไป และอาการต่าง ๆ ของผู้ป่วย การประเมินเริ่มต้นด้วยการประเมินความคิด การรับรู้ และพฤติกรรมโดยทั่วไปและอาการผิดปกติที่เป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยหรือญาติต้องนำส่งโรงพยาบาล

การวินิจฉัยการพยาบาล ทำเมื่อทำการประเมินสภาพทั่วไป ประเมินอาการด้านร่างกาย ด้านจิตใจ อารมณ์ และ การรับรู้ ประเมินอาการหลงผิดประสาทหลอนของผู้ป่วยว่ามีหรือไม่มีลักษณะใด ต่อมาคือวินิจฉัยการพยาบาล การวินิจฉัยการพยาบาลจะแม่นยำตรงแค่ไหนขึ้นอยู่กับความถูกต้องในการประเมินสภาพและอาการทั่วไปของผู้ป่วยที่ได้ทำในขั้นต้น การวินิจฉัยทางการพยาบาลเป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลและการปฏิบัติการพยาบาลในขั้นต่อมา

การวางแผนการพยาบาล ประกอบด้วยแผนการพยาบาลระยะสั้น ระยะยาว เพื่อที่จะได้มีแนวทางการประเมินผลความสำเร็จทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาลควรที่จะได้กำหนดพฤติกรรมเป้าหมายที่พึงประสงค์

การประเมินผลการพยาบาล เป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการพยาบาล มีจุดมุ่งหมายเพื่อประเมินว่าปัญหาใดได้รับการแก้ไขแล้ว ปัญหาใดยังมีอยู่เนื่องจากเป็นปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้ในระยะเวลาสั้น ๆ

สรุปได้ว่าในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท พยาบาลควรคำนึงถึงโรค การดำเนินโรค ปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ จากการเจ็บป่วยที่ผู้ป่วยได้รับ เนื่องจากองค์ประกอบต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ข้อมูลต่าง ๆ จากองค์ประกอบเหล่านี้ล้วนมีความสำคัญต่อการวางแผนการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลต้องให้การช่วยเหลือผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ตามศักยภาพ ดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

พยาบาลเป็นบุคลากรทางสุขภาพที่มีความใกล้ชิด และมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้รับบริการ ตลอดจนพยาบาลมีบทบาทในการดูแลบุคคลให้ครอบคลุมกาย จิต สังคมและจิตวิญญาณ โดยเฉพาะโรคจิตเภทที่มีอัตราการป่วยซ้ำสูงร่วมกับการเป็นโรคเรื้อรังต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดี (สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา, 2547) ดังนั้น พยาบาลจึงต้องมีความรู้ในเรื่องเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ของพยาบาลในงานสุขภาพจิตชุมชน ตามหลักการพยาบาลสุขภาพจิตชุมชนโดย ศิริวรรณ ฤกษ์ระชะจร และคณะ (2546) คือให้รายละเอียดดังนี้

1) การเสริมสร้างสุขภาพจิต ประกอบด้วยกิจกรรมต่าง ๆ ดังนี้

1.1) การให้ความรู้ในด้านสุขภาพจิต เพื่อให้บุคคลในชุมชนเกิดความรู้ความเข้าใจปัญหาในด้านสุขภาพจิต

1.2) การป้องกันโดยวิธีการให้ความช่วยเหลือด้วยการให้คำปรึกษาหรือการให้ความรู้แบบกลุ่มเพื่อให้สามารถเรียนรู้แบบแผนในการสร้างสัมพันธภาพและการอยู่ร่วมกับผู้อื่นในชุมชน สังคม

2) พิจารณาปัจจัย ถิ่นที่อยู่ สังคม ครอบครัว ความเครียด และปัญหาการดำเนินชีวิตประจำวัน เป็นต้น โดยปัจจัยเหล่านี้สามารถนำมาใช้เป็นข้อมูล และแนวทางที่จะเพิ่มศักยภาพ และส่งเสริมสุขภาพ

3) มุ่งเน้นให้มีการช่วยเหลือบุคคลด้วยการดูแลสุขภาพจิต โดยมีการประยุกต์แนวคิดบูรณาการเพื่อนำไปใช้ในชุมชน

4) ตามแนวคิดหรือมโนทัศน์ของชุมชน ต้องพิจารณากลุ่มเป้าหมาย สังคมของชุมชน เครือข่ายของสังคมเป็นอันดับแรก

สรุปได้ว่า การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เป็นการดูแลรักษาผู้ป่วยให้สามารถดูแลตนเองได้ตามศักยภาพที่มีอยู่ และหาแหล่งสนับสนุนในสังคมได้อย่างเหมาะสมเมื่อตนเองเกิดปัญหาที่ไม่สามารถดำเนินการแก้ไขได้ ทั้งนี้การให้การพยาบาลต้องมีความต่อเนื่องเนื่องจากโรคจิตเภทเป็นโรคที่เรื้อรัง โดยมีเป้าหมายการพยาบาลสูงสุดคือการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

3.3 การพยาบาลเพื่อลดอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าอาการทางลบเป็นสาเหตุสำคัญที่ส่งผลด้านลบต่อคุณภาพชีวิต(หงษ์ บรรเทิงสุข, 2545; Caron et al., 1998; Barry and Crosby, 1996; Ho et al. 1998) ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทสูญเสียการทำบทบาทหน้าที่ รวมทั้งความสัมพันธ์ของผู้ป่วยระหว่างสมาชิกในครอบครัวและผู้อื่นลดลง ขาดทักษะที่จะเป็นในการดำเนินชีวิตประจำวัน มีความยากลำบากในการอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคม ทำให้มีประสิทธิภาพในการทำงานกับผู้อื่นน้อยลง ไม่สามารถทำงานหรือประกอบอาชีพได้ ส่งผลให้ขาดรายได้ ต้องเป็นภาระผู้อื่น มีความคาดหวังและความพึงพอใจในชีวิตต่ำ ส่งผลให้อาการทางจิตแย่ลง (กรมสุขภาพจิต, 2549) ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทต้องพึ่งพาผู้อื่นและรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ขาดสิ่งจูงใจทางด้านจิตใจก่อให้เกิดความเครียด เกิดอาการทางจิตกำเริบและเกิดการป่วยซ้ำได้ (ไปรยทิพย์ กสิพันธ์, 2541) การป่วยซ้ำแต่ละครั้งจะส่งผลต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท มีสมรรถภาพการดำเนินชีวิตลดลง (American Psychiatric Diagnosis, 1994) ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดำเนินชีวิต เป็นอุปสรรคให้

ผู้ป่วยจิตเภทไม่สามารถตอบสนองความต้องการพื้นฐานของมนุษย์เพื่อการดำรงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดี

พยาบาลปฏิบัติงานโดยให้ความรู้ในศาสตร์การพยาบาล ศาสตร์ที่เกี่ยวข้องในการทำความเข้าใจกับความต้องการของบุคคลที่เป็นผู้ใช้บริการจากพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการ ตามขอบเขตของกฎหมายและจริยธรรมแห่งวิชาชีพเพื่อเกิดผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงของบุคคลมุ่งสู่การมีสุขภาพชีวิตที่ปกติสุขหรือมีสุขภาพะที่ดี

บทบาทการพยาบาลเพื่อลดอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน คือ เป็นผู้ให้ข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ กับผู้ป่วยและครอบครัว ส่งเสริมสนับสนุนเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่ถูกต้อง ส่งเสริมเทคนิควิธีการในการจัดการกับอาการทางลบ โดยพยาบาลจะเป็นผู้อำนวยความสะดวกในการส่งเสริมสนับสนุนให้กำลังใจ และติดตามประเมินผล (Dennis et al., 2000)

สรุปได้ว่า การพยาบาลเพื่อลดอาการทางลบ เน้นการให้ความรู้เพื่อให้ผู้ป่วยรู้แนวทางการดูแลตนเองอย่างถูกวิธี สามารถดำเนินกิจวัตรประจำวันได้มากที่สุด ทั้งในด้านการรับประทานยา การทำกิจวัตรประจำวัน การเข้าสังคม การเผชิญปัญหา การให้กำลังใจ รวมทั้งการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของตนเองได้

3.4 กิจกรรมการพยาบาลในการพัฒนาคุณภาพชีวิต

การพัฒนาคุณภาพชีวิตนับเป็นเป้าหมายที่สำคัญของการบริการด้านสุขภาพ ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาและการคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไว้ในระยะยาว จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ากิจกรรมการพยาบาลเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่เหมาะสมคือ การทำกิจกรรมกลุ่มผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน เพื่อให้ได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันระดับประคองความรู้สึกร่วมกัน (สุจรรยา แสงเชียวงาม, 2545) และจากการวิจัยของ Atkinson และคณะ (1996) กล่าวว่าผู้ป่วยจิตเภทสามารถที่จะเรียนรู้เข้าใจเรื่องราวต่าง ๆ เกี่ยวกับตนเองได้จากกลุ่ม และพบว่าคนที่มีสัมพันธภาพดีกับบุคคลอื่นในสังคม จะสามารถดำเนินชีวิตในสังคมอย่างมีความสุข ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตดีขึ้นด้วย และพยาบาลต้องช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวต่อภาวะเรื้อรังของโรคและใช้ความสามารถตามศักยภาพที่มีอยู่ของผู้ป่วยอย่างเหมาะสม ต้องมีการคำนึงถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ดังนั้นจึงควรมีการจัดกิจกรรมการพยาบาลเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทดังต่อไปนี้ (จริยวัตร คมพยัคฆ์, 2537 ; สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2537 ; จินตนา ยูนิพันธุ์, 2542)

1) การส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติได้ร่วมมือกันในการวางแผนการดูแลสุขภาพของ ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้ตระหนักถึงความสามารถในการควบคุมสุขภาพชีวิตของตนเองได้

2) สอนและให้คำแนะนำแก่ครอบครัวผู้ป่วยและผู้ป่วยเกี่ยวกับลักษณะอาการที่จะมีผลทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลงและแนะนำความรู้เกี่ยวกับ ลักษณะอาการ วิธีสังเกตอาการที่ผิดปกติ

3) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสพบปะญาติและบุคคลอื่นเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวและให้คำแนะนำแก่ครอบครัวของผู้ป่วยให้เห็นถึงความสำคัญของการเอาใจใส่ การรับฟังปัญหาของผู้ป่วยซึ่งจะทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัวซึ่งจะทำให้เกิดความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตได้

4) การวางแผนการสอนการจำหน่าย โดยเริ่มตั้งแต่การที่ผู้ป่วยมารับการรักษาในโรงพยาบาล เป็นการฝึกทักษะการเผชิญปัญหา ร่วมกับการให้คำแนะนำให้ผู้ป่วยเข้าใจในปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตเพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญและนำมาใช้ประโยชน์ในการดำเนินชีวิตได้

5) จัดกลุ่มช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้ผู้ป่วยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน สามารถจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นแล้วมีผลกระทบต่อการใช้ชีวิตได้อย่างเหมาะสม

6) ให้การสนับสนุนและกระตุ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัว สามารถทำกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็น ให้ข้อเสนอแนะการเปลี่ยนสภาพแวดล้อมภายในบ้านให้เหมาะสม สรรหาแนวทางที่ผู้ป่วยควรได้รับการช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนในชุมชน ซึ่งสามารถช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวต่อการเจ็บป่วยที่เรื้อรังและดูแลตนเองที่บ้านเป็นเวลานาน (Lubkin, 1986)

พวงรัตน์ บุญญานุกรักษ์ (2537) ได้เสนอแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตไว้ดังนี้

1) ในด้านการปฏิบัติการพยาบาลที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วย คือ การสอนให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง ให้การช่วยเหลือหาแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย

2) การพยาบาลยึดแนวทางยึดแนวทางในการป้องกัน ฟันฟูสมรรถภาพ

3) พยาบาลต้องให้การพยาบาล โดยอาศัยผลงานวิจัยเพื่อสร้างมาตรฐานการพยาบาล

4) การให้การพยาบาลแบบองค์รวม

สรุปได้ว่า การพัฒนาคุณภาพชีวิตจำเป็นที่จะต้องมีความเข้าใจถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต โดยพยาบาลต้องตระหนักถึงองค์ประกอบต่าง ๆ ของคุณภาพชีวิต ซึ่งจะต้องมีความครอบคลุมในทุกด้าน เพื่อนำมาวางแผนให้การพยาบาลอย่างเหมาะสม พยาบาลมีส่วนสำคัญในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยมีจุดมุ่งหมายสำคัญคือผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในครอบครัวและชุมชนของตนเองได้อย่างมีความสุข

3.5 บทบาทของพยาบาลในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

การพยาบาลจิตเวช เป็นงานที่มีลักษณะเฉพาะเกี่ยวกับกระบวนการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่มีจุดมุ่งหมายสำคัญเพื่อการส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งพฤติกรรมที่ทำให้เกิดผลดีต่อการดำรงชีวิตประจำวันของผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี (จินตนา ยูนิพันธ์, 2542) ดังนั้นบทบาทของพยาบาลในการพัฒนาคุณภาพชีวิตในฐานะพยาบาลของผู้ปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิต และ จิตเวชขั้นสูงจึงมีดังต่อไปนี้คือ

3.5.1 บทบาทในการเป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลโดยทำการประเมิน วินิจฉัย วิเคราะห์ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท จัดหาและให้การพยาบาลทั้งทางตรงและทางอ้อมโดยใช้ความรู้ทางทฤษฎีพยาบาล ผลการวิจัยมาเป็นแนวทางในการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข

3.5.2 บทบาทในการให้ความรู้ การเป็นผู้ให้การสนับสนุนชี้แนะให้บุคคลสามารถใช้ศักยภาพที่มีอยู่มาใช้ในการเยียวยาตนเองได้อย่างเหมาะสม (จอม สุวรรณโณ, 2542)

3.5.3 บทบาทเป็นผู้บริหารจัดการโดยเป็นผู้นำในการปรับปรุงระบบบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชให้มีคุณภาพการให้บริการพยาบาล โดยคำนึงถึงผลประโยชน์ที่ผู้รับบริการหรือผู้ป่วยจะได้รับ โดยเฉพาะระบบบริการพยาบาลที่จะช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิต

3.5.4 บทบาทของผู้ให้คำปรึกษา พยาบาลดำเนินสามารถให้คำปรึกษากับผู้รับบริการในด้านปัญหาสุขภาพและปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ พยาบาลสามารถที่จะเชื่อมโยงความรู้ด้านต่าง ๆ เข้ามาร่วมในการให้คำปรึกษา (กฤตยา แสงเจริญ, 2542) พยาบาลจะช่วยเหลือผู้ป่วยให้สำรวจปัญหา แบบแผนการแก้ปัญหาเดิมของตนและพัฒนาหรือแสวงหาวิธีการแก้ไขปัญหาวิธีใหม่ปรับวิธีการคิดปรับความรู้สึกต่อตนเองใหม่ รวมทั้งรับผิดชอบในการกระทำของตนเพื่อตนเองเพื่อลดความทุกข์ทรมานของตนเองและสามารถแสวงหาความช่วยเหลือจากผู้ที่ใกล้ชิดและทีมสุขภาพได้ช่วยให้ผู้ใช้บริการมีกำลังใจที่จะต่อสู้และปรับตัวในสถานการณ์ที่เป็นอยู่ได้ดีขึ้น (จินตนา ยูนิพันธ์, 2542)

3.5.5 บทบาทนักวิจัย โดยการสร้างองค์ความรู้ใหม่ และทำการศึกษาค้นคว้าติดตามผลการวิจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทั้งในสาขาการพยาบาลและสาขาอื่น ๆ ตลอดจนมีความสามารถในการนำผลการวิจัยมาใช้ในการแก้ปัญหาสุขภาพและเพื่อนำมาพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ดีขึ้น ซึ่งเป็นเป้าหมายหลักของการพยาบาล

สรุปได้ว่า บทบาทที่สำคัญของพยาบาลจิตเวช คือ บทบาทของผู้ให้บริการพยาบาลเพื่อพัฒนาและส่งเสริมคุณภาพของชีวิตของผู้ป่วย เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข ดังนั้นพยาบาลต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวทางเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต เพื่อนำไป

วางแผนจัดกิจกรรมการเรียนรู้ โดยเป้าหมายหลักของการพยาบาล คือ การส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเวชมีคุณภาพชีวิตที่ดี

4. แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต

ปัจจุบันในวงการทางจิตเวชศาสตร์และสุขภาพจิตตลอดจนการสาธารณสุขทั่วไปได้มีการให้ความสนใจในการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตมากยิ่งขึ้น โดยมีผู้ให้คำจำกัดความหรือมโนทัศน์ของคำว่าคุณภาพชีวิตในความหมายต่างๆ กัน เช่น ความเป็นอยู่ที่ดี (Well-being), ความสุข (happiness), ความพึงพอใจในชีวิต ซึ่งในปัจจุบันได้มีนักวิชาการหลากหลายสาขา พยายามให้ความหมายหรือคำจำกัดความของคำว่า “คุณภาพชีวิต” กันอย่างกว้างขวาง

4.1 ความหมายของคุณภาพชีวิต

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525 ได้ให้ความหมายว่า คุณภาพชีวิต ประกอบด้วย คำ 2 คำ คือ คุณภาพ หมายถึง ลักษณะที่ดี ลักษณะประจำบุคคลหรือสิ่งของชีวิต หมายถึง ความเป็นอยู่ ดังนั้นคุณภาพชีวิตจึงหมายถึง ลักษณะความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคล

Ferrans and Power (1992) ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่าเป็นความรู้สึกผาสุกของบุคคล ซึ่งเป็นผลมาจากความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจแต่ละด้านของชีวิตและการให้ความสำคัญต่อองค์ประกอบต่างๆ ในชีวิต

Hughes (1993) ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตไว้ว่า เป็นความสุขพึงพอใจในชีวิตตนเองของบุคคล คล้ายกับมีเบิร์ก (Meeberg, 1993) ที่ว่าคุณภาพชีวิตมีความหมายเช่นเดียวกับความพึงพอใจในชีวิต (life satisfaction) และความผาสุก

องค์การอนามัยโลก (WHOQL Group, 1996) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่าเป็นการรับรู้ของแต่ละบุคคลในชีวิตภายใต้องค์ประกอบทางวัฒนธรรม ค่านิยม ที่เขาอาศัยอยู่มีความสัมพันธ์กับจุดมุ่งหมาย ความคาดหวัง มาตรฐานและความสนใจ ซึ่งเป็นแนวคิดที่กว้างและซับซ้อนของบุคคล

Spiker(1990 cite in Oliver et al. 1999) ได้ศึกษาความหมายของคุณภาพชีวิต ได้แก่ 1.สภาวะสุขภาพทางกาย (Physical health Status) 2. ความสามารถในการทำหน้าที่ (Functional ability) 3. สภาวะทางจิตใจและความเป็นอยู่ที่ดี (Psychological status and well-being) 4. การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (Social interaction) 5. สถานภาพทางเศรษฐกิจ (Economic satatus)

พิชัย นันทชัยพันธ์ (2539) ได้ชี้แจงให้เห็นถึงคุณลักษณะที่สำคัญของคุณภาพชีวิตได้หลายประการดังนี้

1) คุณภาพชีวิตเป็นประสบการณ์ส่วนบุคคล เป็นการรับรู้ เป็นความรู้สึกของบุคคลซึ่งเกิดจากความรู้และประสบการณ์เดิม โดยเปรียบเทียบกับผู้อื่น ผู้ที่ตัดสินได้ดีที่สุดควรมีคุณภาพชีวิตหรือไม่เพียงใด ก็ควรเป็นบุคคลผู้เป็นเจ้าของชีวิตนั่นเอง

2) คุณภาพชีวิตเกี่ยวข้องกับกระบวนการปฏิสัมพันธ์ของบุคคลกับสิ่งแวดล้อม ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมของคุณภาพชีวิต ได้แก่ สถานการณ์ปัญหาครอบครัวและสังคม แหล่งประโยชน์และทรัพยากร ตลอดจนวัตถุดิบของต่างๆ สำหรับปัจจัยด้านบุคคลของคุณภาพชีวิตประกอบด้วยภาวะสุขภาพ ความเจ็บป่วยหรือสภาพร่างกาย สภาพจิตใจ การรับรู้ความรู้สึกนึกคิด (Cognitive ability) และศักยภาพรวมถึงความสามารถของตนเองในการจัดการควบคุมและจัดการกับชีวิตและสถานการณ์

3) คุณภาพชีวิตเป็นแนวความคิดที่มีหลายมิติ (Multidimension construct) และมีความซับซ้อน จึงต้องพิจารณาแบบองค์รวม ประกอบด้วยร่างกายจิตใจ อารมณ์ สังคม ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับว่าใครให้ความสำคัญกับเรื่องใดเป็นพิเศษ

4) คุณภาพชีวิตเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา เป็นพลวัต (dynamic) ขึ้นอยู่กับปัจจัยที่เกี่ยวข้องและความเป็นไปในกระบวนการของชีวิต ซึ่งความไม่คงที่นี้เป็นลักษณะของกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม ดังนั้นการศึกษาคุณภาพชีวิตในช่วงชีวิตต่างๆ กันอาจมีผลแตกต่างกันได้

5) คุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ (Health) โดยภาวะสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งที่ทำให้บุคคลรู้สึกถึงความความผาสุกและความพึงพอใจในชีวิต นั่นคือภาวะสุขภาพถือว่าเป็นองค์ประกอบหรือมิติของคุณภาพชีวิต

สรุปได้ว่า ความหมายของคุณภาพชีวิต คือ ความรู้สึกพึงพอใจต่อองค์ประกอบของชีวิต และการให้ความสำคัญ ต่อการดำเนินชีวิตทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมภายใต้วัฒนธรรม ความเชื่อและค่านิยมของแต่ละบุคคล

4.2 องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต

นักวิชาการหลายท่านที่ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตไว้ดังนี้

Ferrans and Power (1992) ได้วิเคราะห์ปัจจัย (Factors analysis) องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตของ George and Bearon แล้วสรุปเป็นองค์ประกอบคุณภาพชีวิตเป็น 4 องค์ประกอบดังนี้คือ

1) ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ (Health and functioning) เกี่ยวกับสุขภาพความสามารถในการดำรงชีวิต การทำหน้าที่ในกิจกรรมต่างๆ บทบาทในสังคมที่ได้รับผลกระทบจากภาวะสุขภาพ ประกอบด้วย การบำเพ็ญประโยชน์ การพึ่งพาตนเองด้านร่างกาย

ความสามารถในการรับมือกับครอบครัว ความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเอง ความเครียดหรือความวิตกกังวล กิจกรรมในยามว่าง การสร้างความสุขในวัยสูงอายุ การมีอายุยืน การดูแลสุขภาพ

2) ด้านสังคมสังคมและเศรษฐกิจ (Socioeconomic) เป็นสถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจของบุคคล ประกอบด้วย มาตรฐานการดำรงชีวิต การพึ่งพาตนเองด้านการเงินมีที่พักอาศัย มีงานทำ เพื่อนบ้านสภาพทั่วไปของบ้านเมือง เพื่อน การได้รับการสนับสนุนทางจิตใจ ตลอดจนการศึกษา

3) ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ (Psychological and spiritual) เป็นสภาพการรับรู้การตอบสนองทางอารมณ์หรือจิตวิญญาณต่อสิ่งต่าง ๆ ในชีวิต ประกอบด้วย ความพึงพอใจในตนเอง ความสุขทั่วไป การประสบความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย ความสงบในใจ รูปร่างหน้าตาของตนเอง ความศรัทธาในศาสนา

4) ด้านครอบครัว (Family) เป็นสภาพของสัมพันธภาพในครอบครัวของบุคคล ประกอบด้วย ความสุขในครอบครัว ภาวะสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว

องค์การอนามัยโลก (WHOQOL Group, 1996) ศึกษาองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต และมีการปรับปรุงพัฒนามาเป็นลำดับ แบ่งองค์ประกอบของคุณภาพเป็น 6 ด้าน คือ

1) ด้านร่างกาย คือการรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของบุคคลซึ่งมีผลต่อการดำเนินงานชีวิตประจำวัน

2) ด้านจิตใจ คือการรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง

3) ด้านความเป็นอิสระ กิจวัตรประจำวัน การใช้ยาหรือความสามารถในการทำงาน

4) ด้านสัมพันธภาพ ได้แก่ สัมพันธภาพทางสังคม สัมพันธภาพระหว่างบุคคล การสนับสนุนทางสังคม กิจกรรมทางเพศ

5) ด้านสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วย ความปลอดภัย สิ่งแวดล้อมในบ้าน แหล่งเงินทุน การดูแลสุขภาพและสังคม โอกาสการได้รับข้อมูลข่าวสาร

6) ด้านจิตวิญญาณ ประกอบด้วยความเชื่อ ศาสนา วัฒนธรรม

สรุปได้ว่า จะเห็นได้ว่าองค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตนั้นจะเป็นองค์ประกอบที่มีผลต่อการดำรงชีวิตทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยเป็นองค์ประกอบพื้นฐานสำหรับการดำรงชีวิต ประกอบด้วยหลายองค์ประกอบ มีความหมายที่มีความแตกต่างกันตามแนวคิดแต่ละแนวคิด ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตตามแนวคิดของ Ferrans and Power (1992) ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ องค์ประกอบด้านสุขภาพและการทำหน้าที่

ด้านเศรษฐกิจและสังคม ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ และด้านครอบครัว ซึ่งประเมินจากความพึงพอใจและการให้ความสำคัญต่อองค์ประกอบที่สำคัญในชีวิตซึ่งเป็นมิติที่ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

4.3 การประเมินคุณภาพชีวิต

ในปัจจุบันยังไม่มีข้อตกลงที่ชัดเจนเกี่ยวกับแนวความคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต จึงเป็นผลที่ทำให้ยากที่จะสรุปถึงการใช้อะไรเป็นตัวชี้วัดในการประเมินคุณภาพชีวิตของบุคคลที่เป็นแบบวัดที่มีความเป็นมาตรฐานสากลได้ การประเมินคุณภาพชีวิตของบุคคลจึงขึ้นอยู่กับแนวคิดและวัตถุประสงค์ของการศึกษานั้น ๆ

ชนิดของการประเมินคุณภาพชีวิตโดยอาศัยตัวบ่งชี้ มี 2 ชนิด คือ

4.3.1 ตัวบ่งชี้เชิงวัตถุวิสัย ซึ่งเป็นการประเมินคุณภาพชีวิตโดยใช้ข้อมูลที่เป็นรูปธรรมที่มองเห็นได้ ได้แก่ ข้อมูลทางด้านเศรษฐกิจและสังคม เช่น รายได้ การศึกษา อาชีพ ที่อยู่ อาศัยและสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับตัวบุคคล เป็นต้น

4.3.2 ตัวบ่งชี้เชิงจิตวิสัย เป็นการประเมินคุณภาพชีวิตโดยใช้ข้อมูลทางด้านจิตวิทยาประเมินโดยการสอบถามความรู้สึกและเจตนาที่มีต่อประสบการณ์ชีวิต การรับรู้ หรือความรู้สึกอารมณ์และจิตใจของบุคคลต่อสภาพความเป็นอยู่ในการดำรงชีวิตและสิ่งต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดำรงชีวิต ความพึงพอใจในชีวิต ความผาสุก ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง ตลอดจนการตัดสินใจ หรือการรับรู้ต่อคุณค่าและความหมายในชีวิต (UNESCO, 1980 ; Zhan et al., 1992 ; Meeberg ,1993)

อย่างไรก็ตาม แนวคิดการประเมินคุณภาพชีวิตของ Frank - Stromberg (1984) ได้เสนอแนวคิดในการประเมินคุณภาพชีวิต ซึ่งสามารถกระทำได้ 3 ลักษณะ คือ

1) การประเมินเชิงปริมาณโดยผู้อื่น (objective scales yielding quantitative data) เช่น แพทย์ พยาบาล หรือบุคคลอื่น ๆ ในทีมสุขภาพ

2) การประเมินเชิงปริมาณโดยตัวผู้ป่วยประเมินตัวเอง (subjective scales yielding quantitative data) ขึ้นอยู่กับนิยามคุณภาพชีวิตของตนเอง หรือประสบการณ์ในชีวิตของตนเอง

3) การประเมินเชิงคุณภาพโดยตัวผู้ป่วยประเมินตัวเอง (subjective scales yielding qualitative data) โดยผู้ป่วยได้รับคำถามเกี่ยวกับความพึงพอใจในการดำรงชีวิตและภาวะสุขภาพในปัจจุบันนักวิชาการส่วนใหญ่เชื่อว่าการประเมินคุณภาพชีวิตโดยใช้ตัวชี้วัดที่บุคคลจะต้องเป็นผู้ประเมินคุณภาพชีวิตตามความรู้สึก ทัศนคติของตนเอง จะเป็นการประเมินคุณภาพชีวิตที่ถูกต้องและตรงกับสภาพความเป็นจริง (Campbell, 1960; Frank - Stromberg, 1984;

Meeberg, 1993) มีผู้พัฒนาการประเมินคุณภาพชีวิตแบบหลายมิติโดยมีแนวคิดว่าคุณคนจะมีระดับความพึงพอใจต่อชีวิตด้านต่าง ๆ ไม่เท่ากันขึ้นอยู่กับ การรับรู้ ประสบการณ์และปัจจัยอื่น ๆ เช่น แบบวัดคุณภาพชีวิตของ Ferrans and Power (1992) เป็นต้น ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัย ได้นำแบบสอบถามกึ่งสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตตามแนวคิดของ Ferrans and Power (1992) มาใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่อาศัยอยู่ในชุมชน

4.4 คุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน คือ การที่ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีความรู้สึกผาสุกเป็นผลมาจากความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจในแต่ละด้านของชีวิตและการให้ความสำคัญต่อองค์ประกอบต่าง ๆ ในชีวิต จากการศึกษาและจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับประเด็นคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทนั้นผู้วิจัยได้นำมาวิเคราะห์ในด้านต่าง ๆ ดังนี้ต่อไป

4.4.1 ประเด็นเกี่ยวกับการศึกษาในลักษณะการสำรวจคุณภาพชีวิตและเปรียบเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยอื่นและกลุ่มคนปกติสรุปได้ดังนี้โดยพบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทมีระดับที่ต่ำกว่ากลุ่มบุคคลทั่วไปและกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกาย (Mercier et al 1998 ; Bobes and Gonzales, 1997; Lehman et al., 1986) และมีการศึกษา พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่อาศัยอยู่ในชุมชนมีระดับคุณภาพชีวิตที่ต่ำ ซึ่งประเมินจากการความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจต่อการดำเนินชีวิตในชุมชน โดยเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอก (Katsching et al., 1997) และพบว่าผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 84-85 ที่ประเมินว่าไม่พึงพอใจต่อการดำเนินชีวิตในครอบครัว ส่วนในประเทศไทยมีการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท ผลการศึกษาพบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง (จันทร์หา ธิระสมบุญ, 2539 ; นรวิรุฬห์ พุ่มจันทร์, 2548)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าประเด็นที่ผู้ป่วยจิตเภทประเมินว่าไม่พึงพอใจในการดำเนินชีวิต ได้แก่ ด้านความปลอดภัย เศรษฐกิจ สัมพันธภาพระหว่างบุคคลและภายในครอบครัว ความสามารถในการทำหน้าที่และการทำงาน การทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้แก่ ความพอใจในตนเอง ความมั่นใจในตนเอง ความสนุกสนานและความรัก ปัญหาด้านสุขภาพจิต ความรู้และการศึกษา สุขภาพร่างกาย (Meltzer et al., 1990 ; Sullivan et al., 1992 ; Katsching, 2000)

4.4.2 ประเด็นการวิเคราะห์องค์ประกอบที่ใช้ในการพิจารณาคุณภาพชีวิต Caron และคณะ (1998) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาล Quebec ประเทศแคนาดาจำนวน 60 ราย โดยศึกษาคุณภาพชีวิตตามแนวคิดของ Baker and Intagliata (1982) แบ่งเป็น 5 ด้าน คือ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล ความเป็นอิสระ การทำกิจกรรมเวลาว่าง เพื่อนบ้าน และสัมพันธภาพทางสังคม

Norman และคณะ (2000) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอาการทางจิต การทำหน้าทีในผู้ป่วยจิตเภทกับคุณภาพชีวิต กลุ่มตัวอย่างจำนวน 128 คน ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลในรัฐออนตาริโอ ประเทศแคนาดา โดยศึกษาคุณภาพชีวิตตามแนวคิดของ Heinrichs และคณะ (1984) แบ่งคุณภาพชีวิตเป็น 4 มิติ คือ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล การทำตามบทบาทและหน้าที่ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมและพื้นฐานภายในจิตใจ

Green และคณะ (2001) ได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในชุมชน ซึ่งมารับบริการแบบผู้ป่วยนอก จำนวน 344 คนโดยศึกษาคุณภาพชีวิตตามกรอบแนวคิดของ Biglow และคณะ (1991) ซึ่งประเมินคุณภาพชีวิต 10 ด้าน คือ ด้านความตึงเครียดทางจิตใจความผาสุกทางใจ ความอดทนต่อความตึงเครียด ความพอใจกับความต้องการพื้นฐาน ความเป็นอิสระ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล การสนับสนุนทางสังคม การทำงาน ความสามารถในการทำงานการใช้เวลาว่าง

Ruggeri และคณะ (2001) ที่ได้ทำการศึกษาพบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความพึงพอใจในการให้บริการมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 285 คน โดยใช้กรอบของ Oliver (1997) ซึ่งแบ่งคุณภาพชีวิตออกเป็น 9 ด้าน คือ ด้านการทำงานและการศึกษา กิจกรรมนันทนาการ ความเชื่อทางด้านศาสนา การเงิน สภาพโดยทั่วไปของการดำรงชีวิต ความปลอดภัยและกฎหมาย สัมพันธภาพทางสังคม สัมพันธภาพในครอบครัวและสุขภาพ

สรุปได้ว่า การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยจิตเภทนั้นในปัจจุบันมีการศึกษาถึงองค์ประกอบต่าง ๆ ที่เป็นองค์ประกอบที่สำคัญของคุณภาพชีวิต ไม่ว่าจะเป็นในองค์ประกอบด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล การทำตามบทบาทหน้าที่ สภาพทั่วไปในการดำรงชีวิตการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมและพื้นฐานด้านจิตใจ ซึ่งสิ่งที่คล้ายคลึงกันของการศึกษา คือ การประเมินด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ โดยในต่างประเทศพบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่าบุคคลทั่วไป สำหรับในประเทศไทยพบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง สำหรับองค์ประกอบคุณภาพชีวิตของ Ferrans and Power (1992) นั้นประกอบด้วย 1) ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ 2) ด้านสังคมและเศรษฐกิจ 3) ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ 4) ด้านครอบครัว และมีอีกหลายแนวคิดซึ่งขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์การศึกษาของผู้วิจัย อีกทั้งยังเป็นการประเมินองค์ประกอบคุณภาพชีวิตที่ครอบคลุมมิติร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมของผู้ป่วยจิตเภท

4.5 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

จากการทบทวนวรรณกรรมแล้วพบว่าปัจจัยต่าง ๆ ที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทคือจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Mercier and King, 1994) ระยะเวลาในการเจ็บป่วยและระยะเวลาของการอยู่โรงพยาบาล (Bobs and Gonzalaze, 1997) อาการที่เกิดขึ้นจากการรักษาด้วยยาต้านอาการทางจิต รวมทั้งลักษณะอาการเคลื่อนไหวผิดปกติ (Browne et al., 1996) ความพร้อมในการดูแลตนเอง (นิตยา ตากวิริยะนันท์และชื่นสุมน สุยะชีวิน, 2535) การรับรู้ตราบาปที่เกิดขึ้น มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตและจากการศึกษาของ หงษ์ บรรเทิงสุข (2545) พบว่าตัวแปรที่สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตได้คือ อาการทางลบ การสนับสนุนทางสังคม เพศหญิงและความเพียงพอของรายได้ อีกทั้งยังพบว่าระบบการให้บริการของโรงพยาบาล (Ruggeri et al., 2002) และระดับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภท นอกจากนี้จากการศึกษาของ Caron และคณะ (1998) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภท และอาการทางลบยังมีความสัมพันธ์ทางด้านลบกับคุณภาพชีวิต ทำให้ผู้ป่วยเกิดความบกพร่องของบุคลิกภาพ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันน้อยลง เกิดอาการทางจิตกำเริบและเกิดการป่วยซ้ำ ซึ่งการป่วยซ้ำแต่ละครั้งทำให้สมรรถภาพในการดำเนินชีวิตลดลง (American Psychiatric Diagnosis, 1994) สอดคล้องกับการศึกษาของ Barry and Crosby (1996) ที่พบว่าอาการทางลบมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตในด้านสัมพันธภาพทางสังคมร้อยละ 44 กิจกรรมเวลารว่างร้อยละ 53 ด้านสุขภาพกับความปลอดภัยร้อยละ 54 และการศึกษาของ Ho และคณะ (1998) ที่พบว่าอาการทางลบมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านการทำงาน การทำหน้าที่สัมพันธ์ภาพกับเพื่อน ความสนุกสนานกับการทำหน้าที่ และปัจจัยจากเพศ เนื่องจากเพศเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเผชิญปัญหาและการปรับตัวด้านจิตใจ โดยเพศหญิงจะมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ดีกว่าเพศชายส่งผลให้คุณภาพชีวิตดีกว่าเพศชาย (Norman et al., 2000) สำหรับปัจจัยสุดท้ายคือความเพียงพอของรายได้ ส่งผลในด้านการตอบสนองความต้องการพื้นฐานของบุคคลเกี่ยวกับความพึงพอใจในชีวิต

สรุปได้ว่า อาการทางลบเป็นสาเหตุสำคัญที่ส่งผลด้านลบต่อคุณภาพชีวิต และส่งผลกระทบต่อการทำงาน ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทสูญเสียการทำหน้าที่ รวมทั้งความสัมพันธ์ของผู้ป่วยระหว่างสมาชิกในครอบครัวและผู้อื่นลดลง ขาดทักษะที่จะเป็นในการดำเนินชีวิตประจำวัน มีความยากลำบากในการอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคม ทำให้มีประสิทธิภาพในการทำงานกับผู้อื่นน้อยลง ไม่สามารถทำงานหรือประกอบอาชีพได้ ส่งผลให้ขาดรายได้ ต้องเป็นภาระผู้อื่น มีความคาดหวังและความพึงพอใจในชีวิตต่ำ ส่งผลให้อาการทางจิตแย่ลง ต้องพึ่งพาผู้อื่น

และรู้สึกว่าคุณค่าของตัวเองไร้ค่า ขาดสิ่งค้ำจุนทางด้านจิตใจก่อให้เกิดความเครียด เกิดอาการทางจิตกำเริบ และเกิดการป่วยซ้ำได้ การป่วยซ้ำแต่ละครั้งจะส่งผลต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท มีสมรรถภาพการดำเนินชีวิตลดลง ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดำเนินชีวิต เป็นอุปสรรคให้ผู้ป่วยจิตเภทไม่สามารถตอบสนองความต้องการพื้นฐานของมนุษย์เพื่อการดำรงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดี ดังนั้นหากผู้ป่วยมีความรู้และทักษะในการจัดการกับอาการทางลบ ซึ่งเชื่อว่าจะสามารถพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้

5. การสอนแบบกลุ่ม (Group Teaching)

5.1 ความหมายของการสอน

Peplau (1952) กล่าวว่า การสอนคือ การช่วยให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การคิด ความรู้สึก และการกระทำอย่างถาวร การสอนเริ่มจากการค้นคว้าหาว่าผู้ป่วยนั้นต้องการความรู้ในเรื่องใด จึงจะมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่พึงประสงค์ได้

Smith (1989) กล่าวว่า การสอนเป็นกระบวนการที่ช่วยเหลือบุคคล ให้เรียนรู้ และสามารถเปลี่ยนพฤติกรรมอนาถม์ให้เหมาะสมในการดำรงชีวิต โดยการให้ข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนการรักษาของพยาบาลได้ถูกต้อง และช่วยให้สามารถดำรงชีวิตประจำวันได้อย่างมีความสุข ตลอดจนการสอนยังมุ่งให้ผู้ป่วยเรื้อรังช่วยเหลือตนเองได้ เห็นความสำคัญของตนเอง สามารถกลับไปทำงานและอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข มีความพึงพอใจในชีวิต

บุญชม ศรีสะอาด (2537) กล่าวว่า การสอน คือ การจัดดำเนินการของผู้สอน เพื่อให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ ผลการเรียนรู้จะอยู่ในรูปของความเข้าใจ การคิดวิเคราะห์ การสังเคราะห์ การประเมินผล

จิรพรรณ พิรุณ (2542) กล่าวว่า การสอนเป็นการถ่ายทอดหรือสื่อสารความรู้ในหลักสูตรนั้น ๆ จากผู้สอนไปสู่ผู้เรียน ทั้งนี้เพื่อให้ผู้เรียนเกิดการตอบสนองการเรียนรู้ขึ้น ดังนั้นการกระบวนการสอนที่ดีต้องอาศัยการสื่อสารอย่างสมบูรณ์แบบ ได้แก่ ผู้ส่งสาร สารหรือเนื้อหา สื่อหรือช่องทางในการนำสาร ผู้รับสาร

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (2549) กล่าวว่า การสอนเป็นกิจกรรมที่ผู้สอนกระทำเพื่อช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ในกิจกรรมการพยาบาล พยาบาลจะเป็นผู้สอนผู้ป่วยหรือผู้รับบริการในเรื่องสุขภาพ พยาบาลจะใช้การสอนควบคู่ไปกับการพยาบาลและการให้คำปรึกษา เพื่อพัฒนาสุขภาพที่สมบูรณ์ โดยมีเป้าหมายเน้นที่การดูแลตนเอง

สรุปได้ว่า การสอน คือ การถ่ายทอดความรู้เพื่อให้ผู้ปวยเกิดการเรียนรู้ การสอนจะช่วยให้ผู้ปวยมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมความคิด ความรู้สึก การกระทำอย่างถาวร และเพื่อให้ผู้ปวยปฏิบัติตามแผนการรักษาของพยาบาลได้ถูกต้อง ช่วยให้สามารถดำรงชีวิตประจำวันได้อย่างมีความสุข ตลอดจนการสอนยังมุ่งให้ผู้ปวยเรื้อรังช่วยเหลือตนเองได้ เห็นความสำคัญของตนเอง สามารถกลับไปทำงานและอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข มีความพึงพอใจในชีวิต

ประเภทของการสอน

บุญชม ศรีสะอาด (2537) ได้จำแนกโดยใช้ผู้เรียนและปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้สอนและผู้เรียนเป็นเกณฑ์ ซึ่งจำแนกได้ 3 ประเภท ดังนี้

1) การสอนเป็นกลุ่มใหญ่ มักมีผู้เรียนจำนวนมาก ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้สอนกับผู้เรียนเป็นแบบทางเดียว (One way) ผู้สอนมีบทบาทเกือบทั้งหมด ตัวอย่าง ได้แก่ การสอนแบบบรรยาย

2) การสอนเป็นกลุ่มย่อย การสอนประเภทนี้ มุ่งให้ผู้เรียนทุกคนในกลุ่มเข้าร่วมกิจกรรม การเรียนการสอนให้มากที่สุด ผู้สอนมีความใกล้ชิดกับผู้เรียน ตัวอย่าง ได้แก่ การสอนแบบอภิปราย การสอนโดยการแสดงบทบาทสมมติ

3) การสอนเป็นรายบุคคล หมายถึง การเรียนการสอนที่ผู้เรียนสามารถเลือกวิธีเรียนที่เหมาะสมกับความสนใจของตนเอง เรียนไปตามความสามารถของตนเองและผู้เรียนจะทราบความก้าวหน้าทางด้านการเรียนของตนเองอยู่เสมอ โดยผู้เรียนแต่ละคนมักจะมีหลักสูตรของตนเองโดยเฉพาะ

จะเห็นได้ว่าประเภทของการสอนมีหลายประเภท และในปัจจุบันยังไม่มีการสอนแบบใดที่เหมาะสมที่สุด และดีที่สุด (Easton et al., 1994) เพราะวิธีการให้ความรู้แต่ละวิธีก็มีเป้าหมายต่างกัน อย่างไรก็ตาม การสอนแบบกลุ่มเป็นแบบที่มีผู้นิยมแพร่หลายมากที่สุดในปัจจุบัน เพราะการเรียนรู้เป็นกลุ่มผู้เรียนมีการเรียนรู้ จากการแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็นและประสบการณ์ซึ่งกันและกัน เกิดแรงจูงใจในการเรียนรู้ ทำให้ทราบว่าตนไม่ได้ประสบปัญหาแต่เพียงคนเดียว (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2532) ผู้เรียนจะได้รับการกระตุ้นประคองจากเพื่อนสมาชิกในกลุ่ม (Knowles, 1980) ในด้านผู้สอนนั้นการเรียนการสอนแบบกลุ่มจะเป็นการประหยัดเวลา ค่าใช้จ่าย (Crenshaw, 1989) และช่วยให้พยาบาลสามารถให้การช่วยเหลือผู้ปวยได้หลายคนในเวลาเดียวกัน สามารถแก้ปัญหากรณีที่มีผู้ปวยมารับบริการมาก ในภาวะที่ประสบปัญหาการขาดแคลนพยาบาล (Easton et al., 1994)

5.2 ทฤษฎีที่ใช้ในการสอนแบบกลุ่ม ทฤษฎีที่นิยมใช้มีดังนี้ (Marram, 1978)

ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic theory) มุ่งเน้นแก้ไขความขัดแย้งของสมาชิกในระดับจิตไร้สำนึก ผู้บำบัดต้องช่วยเอื้อให้สมาชิกสามารถตระหนักในปัญหา และปรับแก้ความคับข้องใจนั้น

ทฤษฎีเอกซิสเทนเชียล และเกสตัลท์ (Existential and gestalt theory) เน้นความเป็นอิสระของบุคคล มีเอกลักษณ์ของตนเอง ผู้บำบัดจะต้องเอื้อให้สมาชิกตระหนักรู้และเข้าใจตนเอง เมื่อสมาชิกตระหนักรู้ถึงสาเหตุของปัญหา และสามารถแก้ไขปัญหานั้นได้

ทฤษฎีการติดต่อสื่อสาร (Communication theory) มุ่งเน้นการสื่อสารของสมาชิกทุกคน การสื่อสารอาจเป็นภาษาพูด หรือภาษาท่าทาง การสื่อสารจะมีทั้งทางรับสารและการส่งสาร การแปลข่าวสาร เน้นให้สมาชิกเห็นความสำคัญและประโยชน์ของการติดต่อสื่อสารที่สอดคล้องกับความคิด ความต้องการ และความรู้สึกของสมาชิก

ทฤษฎีพลวัตร และกระแสความเคลื่อนไหวของกลุ่ม (Group dynamic and group process theory) กลุ่มมีกระแสความเคลื่อนไหวตลอด การทำงานเกิดขึ้นจากการมีปฏิสัมพันธ์ของสมาชิกจะมุ่งเน้นประเด็นปัญหาของกลุ่มมากกว่าปัญหาของแต่ละคน และให้สมาชิกร่วมกันแก้ไขปัญหากลุ่ม

ทฤษฎีการปรับพฤติกรรม (Behavioral theory) มีแนวคิดที่ว่าทุกพฤติกรรมเกิดจากการเรียนรู้ในกลุ่ม สมาชิกจะเห็นและรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของตนเอง และพฤติกรรมสามารถเปลี่ยนแปลงได้ โดยการให้แรงเสริมทางลบ และทางบวก นอกจากนี้สมาชิกจะเห็นพฤติกรรมตัวแบบที่ดี จะทำให้สมาชิกลอกเลียนแบบ และมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสมได้

ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal theory) มุ่งเน้นการปฏิสัมพันธ์กับสมาชิกกลุ่ม การมีปฏิสัมพันธ์จะก่อให้เกิดอารมณ์ และพฤติกรรมแก่สมาชิกซึ่งสมาชิกบางคนอาจเกิดความวิตกกังวล อันเป็นสาเหตุหลักสำคัญในการทำลาย ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ผู้นำกลุ่มจะช่วยให้สมาชิกสามารถเรียนรู้การมีปฏิสัมพันธ์ที่มีคุณภาพมากขึ้น

5.3 เทคนิคการสอนแบบกลุ่ม

การสอนแบบกลุ่มมีวัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ ความเจ็บป่วย และป้องกันหรือลดปัญหาทางด้านจิตใจ การสอนแบบกลุ่มไม่ใช่เป็นการรักษาโดยตรง แต่เป็นการป้องกันและให้ความรู้เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถพัฒนาตนเองให้ผ่านพ้นภาวะวิกฤต อันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย (Marram, 1978) นอกจากนี้ยังมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจธรรมชาติของการเจ็บป่วย การแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประสบการณ์ และการรับฟังปัญหาจากผู้ป่วยที่มีปัญหา

คล้ายคลึงกัน จะช่วยให้เกิดความเข้าใจ มีการเปลี่ยนแปลงวิธีการดำเนินชีวิตหรือมีการปฏิบัติไปในทางที่เหมาะสม ผู้ป่วยจะได้รับการประดับประดาจากเพื่อนสมาชิกในกลุ่ม (Brookfield, 1986)

การสอนแบบกลุ่มนั้นมีเทคนิคการให้ความรู้ได้หลายวิธี ซึ่ง กาญจนา ไชยพันธุ์ (2541) ได้กล่าวไว้ดังนี้

1) เกมส์ (Game) เป็นวิธีหนึ่งซึ่งนำมาใช้ประกอบการสอนได้ดี โดยผู้สอนสร้างสถานการณ์สมมติขึ้น ให้ผู้เรียนได้เล่นด้วยตนเองภายใต้ข้อตกลงหรือกติกาบางอย่างที่กำหนดไว้ ผู้เรียนต้องตัดสินใจทำอย่างใดอย่างหนึ่งอันจะมีผลออกมาในรูปของการแพ้ ชนะ วิธีการนี้ช่วยให้ผู้เรียนได้วิเคราะห์ความรู้สึกนึกคิด และพฤติกรรมต่าง ๆ ที่มีผลต่อการตัดสินใจ อีกทั้งทำให้ผู้เรียนเกิดความสนุกสนาน

2) บทบาทสมมติ (Role play) เป็นวิธีหนึ่งที่ได้รับคามนิยมในการนำมาใช้ในการเรียนการสอน ซึ่งมีลักษณะเป็นสถานการณ์สมมติเช่นเดียวกับเกมส์ แต่มีการกำหนดบทบาทของผู้เล่นในสถานการณ์ที่สมมติขึ้นมา โดยให้ผู้เรียนเข้าสวมบทบาทนั้นและแสดงออกตามธรรมชาติโดยอาศัยบุคลิกภาพ ประสบการณ์และความรู้สึกนึกคิดของตนเป็นหลัก วิธีการนี้จึงมีส่วนช่วยให้ผู้เรียนได้มีโอกาสศึกษาวิเคราะห์ถึงพฤติกรรมของตนเองอย่างลึกซึ้ง อีกทั้งช่วยส่งเสริมบรรยากาศของการเรียนรู้ที่น่าสนใจและน่าติดตามอีกด้วย

3) กรณีตัวอย่าง (Case study) เป็นวิธีการสอนอีกวิธีหนึ่งที่ใช้ในกรณีหรือเรื่องราวต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจริง นำมาดัดแปลงและใช้เป็นตัวอย่างให้ผู้เรียนได้ศึกษา วิเคราะห์ อภิปรายกัน เพื่อสร้างความเข้าใจและฝึกฝนหาทางแก้ปัญหาที่นั้น วิธีนี้จะทำให้ผู้เรียนรู้จักคิดและพิจารณาข้อมูลที่ตนได้รับอย่างถี่ถ้วน และการอภิปรายจะช่วยให้ผู้เรียนได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน ทั้งยังนำเอากรณีที่คล้ายคลึงกับชีวิตจริงมาให้ จะช่วยให้เกิดการเรียนรู้ลักษณะที่ใกล้เคียงกับความเป็นจริง

4) สถานการณ์จำลอง (Simulation) คือ การจำลองสถานการณ์จริง หรือสร้างสถานการณ์ให้ใกล้เคียงกับความเป็นจริง แล้วให้ผู้เรียนเข้าไปอยู่ในสถานการณ์นั้น และมีปฏิกิริยาโต้ตอบกัน วิธีการนี้ช่วยทำให้ผู้เรียนได้มีโอกาสทดลองแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ

5) ละคร (Drama) คือ วิธีการที่ให้ผู้เรียนได้แสดงบทบาทตามที่เขียนหรือกำหนดไว้ให้ โดยผู้แสดงจะต้องพยายามแสดงให้สมตามบทบาทที่กำหนดให้ โดยไม่เอาบุคลิกภาพและความรู้สึกนึกคิดของตนเองเข้าไปมีส่วนเกี่ยวข้อง วิธีการนี้เป็นวิธีที่ช่วยทำให้ผู้เรียนได้มีประสบการณ์ในการที่จะเข้าใจความรู้สึก เหตุผลและพฤติกรรมของผู้อื่น ซึ่งความเข้าใจนี้มีส่วนช่วยเสริมสร้าง

ความเห็นอกเห็นใจกัน นอกจากนี้การที่ผู้เรียนได้มีโอกาสแสดงละครร่วมกันยังช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้และฝึกการทำงานร่วมกัน

สรุปได้ว่า การสอนแบบกลุ่มมีหลายเทคนิค แต่ละเทคนิคจะมุ่งเน้นให้ผู้เรียนมีส่วนร่วม เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน ซึ่งเหมาะสมที่จะนำมาประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยจิตเภท เนื่องจาก ผู้ป่วยจิตเภท จะสามารถเรียนรู้เรื่องราวต่าง ๆ ได้ดีจากกลุ่ม และการเรียนรู้แบบกลุ่มสมาชิกสามารถนำเอาสิ่งที่ได้ไปใช้ได้ถึง 70%

5.4 การจัดประสบการณ์การเรียนรู้ภายในกลุ่ม (Phase of group experience)
การจัดประสบการณ์การเรียนรู้ภายในกลุ่ม มีขั้นตอนดังนี้ (Marram, 1978)

ระยะที่ 1 ระยะสร้างสัมพันธภาพ (The introductory phase) ระยะนี้เป็นระยะเริ่มต้นในการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้นำกลุ่มกับสมาชิกในกลุ่ม และสร้างสัมพันธภาพกับสมาชิกด้วยกัน ซึ่งจะทำให้สมาชิกทุกคนรู้สึกมั่นคงปลอดภัย ผู้นำกลุ่มต้องเป็นผู้สร้างบรรยากาศแห่งความเป็นมิตร สร้างความรู้สึกมั่นคง ปลอดภัยให้กับสมาชิก ในตอนเริ่มต้นของกลุ่มผู้นำกลุ่มต้องกล่าวให้สมาชิกทุกคนเข้าใจจุดมุ่งหมายของการทำกลุ่ม กฎ และแนวทางในการปฏิบัติตัวในฐานะสมาชิก เพื่อสร้างความรู้สึกผ่อนคลายในกลุ่ม ส่งเสริมให้สมาชิกได้แสดงความคิดเห็น ความรู้สึก แลกเปลี่ยนประสบการณ์กันอย่างอิสระ การเข้าใจวัตถุประสงค์การเรียนรู้อย่างชัดเจน และอยู่ในบรรยากาศสภาพแวดล้อมที่น่าพึงพอใจ มีความมั่นคงปลอดภัยจะกระตุ้นให้สมาชิกได้ระบาย แสดงความคิดเห็นและความรู้สึกของตนออกมา ระยะนี้ถือว่าเป็นระยะที่มีความสำคัญ การมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันของสมาชิกในกลุ่ม จะเป็นจุดเริ่มต้นที่ทำให้กลุ่มประสบความสำเร็จต่อไป

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ (The working phase) เป็นระยะที่สมาชิกรู้สึกไว้วางใจและเชื่อมั่นในกลุ่ม และผู้นำกลุ่ม พร้อมทั้งจะมีส่วนร่วมเพื่อการเปลี่ยนแปลง ความใกล้ชิดสนิทสนม และความเชื่อมั่นในกลุ่ม จะทำให้สมาชิกกลุ่มมีการระบายความรู้สึกนึกคิด แลกเปลี่ยนประสบการณ์ มีการเปิดเผยตนเองมากขึ้น สมาชิกจะมุ่งสนใจอยู่ที่ปัญหา ยอมรับว่าตนเองมีปัญหา หาทางแก้ไขและเลือกวิธีแก้ปัญหาโดยมีสมาชิกในกลุ่มคอยช่วยเหลือสนับสนุน การที่มีโอกาสพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในกลุ่มจะทำให้เกิดความคิดใหม่ ๆ มาใช้ในการแก้ปัญหาคงของตน นอกจากนี้ความเชื่อมั่นในกลุ่มจะทำให้สมาชิกสามารถรับข้อมูลย้อนกลับไปยังเพื่อนสมาชิกในกลุ่มได้ สมาชิกในกลุ่มจะมีบทบาททั้งผู้ให้และผู้รับ ระยะนี้เป็นการระดมเอาพลังของสมาชิกทุกคนออกมาเพื่อแก้ปัญหา เรียนรู้ปัญหาร่วมกัน

กิจกรรมที่ใช้ในระยะการดำเนินการนั้นจะดำเนินการแบบกลุ่ม ซึ่งมีข้อดีและข้อจำกัดดังนี้ ข้อดีของการทำกลุ่มมีดังนี้ (Harnack et al. 1977)

1) สมาชิกมีส่วนร่วมในการเรียนรู้โดยตรง มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน เกิดการเรียนรู้จากกลุ่ม

2) สมาชิกมีส่วนร่วมในการตัดสินใจหรือแสดงความคิดเห็นทำให้เต็มใจที่จะปฏิบัติตามในสิ่งที่ได้มีส่วนร่วมตัดสินใจหรือแสดงความคิดเห็น

3) การอภิปรายกลุ่มสามารถเปลี่ยนความเชื่อ เจตคติและพฤติกรรมของบุคคลได้มากขึ้น ผลมาจากการมีปฏิสัมพันธ์ในกลุ่ม

4) สมาชิกเกิดแรงจูงใจในการเรียนรู้ เกิดความรู้สึกที่อบอุ่นที่พบว่าตนเองไม่ได้เป็นผู้ที่มีปัญหานั้นแต่เพียงผู้เดียว ทำให้เกิดกำลังใจในการเรียนรู้และแก้ปัญหา

ไคลน์ (Klein, 1972) กล่าวว่า การดำเนินการแบบกลุ่ม เป็นการช่วยให้สมาชิกเกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น ส่งเสริมให้สมาชิกเปลี่ยนวิถีการดำรงชีวิต ความเชื่อ เจตคติ ซึ่งเป็นผลจากการเรียนรู้จากกระบวนการกลุ่ม และการที่สมาชิกได้แสดงความรู้สึก ความคิดเห็นซึ่งมีประสบการณ์มาก่อน อย่างไรก็ตามยังมีข้อจำกัดอยู่บ้างคือ (Harnack et al., 1977)

1) การดำเนินการกลุ่มต้องใช้เวลามาก ยิ่งถ้ามีจำนวนสมาชิกมากเท่าไรก็ยิ่งใช้เวลามากขึ้นเท่านั้น

2) การอภิปรายกลุ่มไม่สามารถจัดขึ้นได้ทันทีทันใดต้องใช้เวลาในการเตรียมตัว

3) ข้อจำกัดอื่น ๆ เช่น สถานภาพ อายุ ค่านิยม และบุคลิกภาพที่แตกต่างกันจะทำให้เกิดปัญหาในการดำเนินกลุ่มได้

ถึงแม้ว่าการสอนแบบกลุ่มจะมีข้อจำกัดดังกล่าว แต่จุดเน้นของวิธีการนี้เป็นการให้ความรู้ที่ยึดสมาชิกหรือผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง สมาชิกมีส่วนร่วมในการเรียนรู้โดยตรง และแสดงความคิดเห็น จึงสามารถเปลี่ยนความเชื่อ เจตคติ และพฤติกรรมของบุคคลได้

ระยะที่ 3 ระยะสิ้นสุดของการทำกลุ่ม (Terminating the group) ระยะนี้เป็นระยะที่สมาชิกในกลุ่มทุกคนบรรลุเป้าหมายไปสู่การเปลี่ยนแปลง ผู้นำกลุ่มสรุปผลการดำเนินการกระบวนการกลุ่มที่ได้รับร่วมกัน

การทำกิจกรรมกลุ่มจะประสบผลสำเร็จเพียงใดนั้น ขึ้นกับองค์ประกอบหลายประการ ได้แก่ การปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในกลุ่ม การจัดตั้งโครงสร้าง การดำเนินการของกลุ่ม และคุณลักษณะความเป็นผู้นำ ผู้ที่มีความสามารถในการผสมผสานองค์ประกอบเหล่านี้เข้ากัน เพื่อความสำเร็จของกลุ่มได้อย่างดีเยี่ยม คือ ผู้นำกลุ่มนั่นเอง เพราะผู้นำกลุ่มสามารถกำหนดเกณฑ์ในการเลือกสมาชิกกลุ่ม ทำการสร้างสัมพันธภาพ สร้างปฏิสัมพันธ์ให้เกิดขึ้นในกลุ่ม สร้างโครงสร้าง การดำเนินงานและบรรยากาศของกลุ่ม ตลอดจนนำเอาทักษะความเป็นผู้นำมาใช้ให้สอดคล้องกับ

วัตถุประสงค์ของการทำกลุ่มที่กำหนดไว้ มาร์แรม(Marram, 1978) จึงกล่าวได้ว่า ผู้นำกลุ่มเป็นตัวจักรสำคัญที่จะช่วยให้กระบวนการกลุ่มดำเนินไปสู่เป้าหมายได้อย่างรวดเร็วและถูกต้อง

บทบาทผู้นำกลุ่ม

ในการจัดทำกลุ่มนั้นผู้นำกลุ่มจะต้องมีการปฏิบัติในการเป็นผู้นำกลุ่มอย่างเหมาะสม เพื่อทำหน้าที่ของผู้นำกลุ่มที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งจะช่วยให้การทำกลุ่มประสบผลสำเร็จเป็นอย่างดี มาแรม (Marram, 1978) ได้แนะนำการดำเนินการปฏิบัติของผู้นำไว้ดังนี้

1) กำหนดจุดมุ่งหมายของการทำกลุ่มให้ชัดเจน และต้องอธิบายให้สมาชิกทุกคนเข้าใจถึงจุดหมายและวิธีดำเนินการของกลุ่ม เพราะการที่สมาชิกมาเข้าร่วมกลุ่มโดยไม่ทราบวัตถุประสงค์ที่ชัดเจนนั้น จะทำให้สมาชิกมีความกังวลมากขึ้น

2) สร้างแบบแผนของการทำกลุ่ม เพื่อให้การทำกลุ่มมีประสิทธิภาพช่วยให้สมาชิกในกลุ่มมีความกระตือรือร้น ต้องมีการวางแผนในเรื่องของโครงสร้างกลุ่ม

3) กระตุ้นและเพิ่มพูนการมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างสมาชิก ผู้นำกลุ่มจะต้องกระตุ้นให้สมาชิกได้มีการพูดแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกัน ทำให้สมาชิกได้ทราบปัญหาของผู้อื่นว่าผู้อื่นมีปัญหาลักษณะเดียวกับตน มีความเข้าใจปัญหาของกันและกัน หาทางช่วยเหลือกัน ปฏิสัมพันธ์นั้นอาจอยู่ในรูปของการพูดหรือความเข้าใจร่วมกัน สิ่งเหล่านี้เป็นการสร้างให้สมาชิกเป็นส่วนสำคัญของกระบวนการกลุ่ม มีความรู้สึกมั่นคงปลอดภัย ช่วยลดความวิตกกังวลของสมาชิก

4) กระตุ้นให้สมาชิกได้พูดได้แสดงออก แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและปัญหา ซึ่งพบได้ร่วมกัน ผู้นำกลุ่มต้องพยายามให้สมาชิกได้แสดงความคิดเห็นอย่างเต็มที่การทำกลุ่มจะมีความหมายและได้รับความสนใจอย่างมากจากสมาชิกถ้าสิ่งที่ได้พูดในกลุ่มเป็นปัญหาของสมาชิกทุกคน

5) วางแผนการทำกลุ่มสำหรับสมาชิกแต่ละคน เนื่องจากสมาชิกแต่ละคนมีความสามารถในการบรรลุถึงจุดหมายของกลุ่มต่างกัน ผู้นำกลุ่มต้องสามารถหาวิธีแก้ไขในสิ่งที่เกิดขึ้นในกลุ่มสามารถแยกได้ว่ามีองค์ประกอบอะไรที่ทำให้การดำเนินการของกลุ่มไม่ต่อเนื่อง

6) ช่วยลดความวิตกกังวลของสมาชิก ต้องทำตั้งแต่ในระยะเริ่มแรกของการทำกลุ่ม โดยแจ้งวัตถุประสงค์ที่ชัดเจนของการทำกลุ่มและวิธีที่สมาชิกในกลุ่มจะต้องดำเนินการเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ ต้องมีท่าทีแสดงความเห็นอกเห็นใจ เต็มใจช่วยเหลือสมาชิก

7) การสรุปความก้าวหน้าของการทำกลุ่ม เพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายที่กำหนดไว้

5.5 องค์ประกอบในการสอนแบบกลุ่ม

ในการจัดการสอนแบบกลุ่มนั้น ผู้นำกลุ่มต้องคำนึงถึงการจัดตั้งกลุ่มและการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ภายในกลุ่ม ซึ่งมาร์แรมได้กล่าวไว้ดังนี้ (Marram, 1978)

1) การกำหนดวัตถุประสงค์หรือจุดมุ่งหมายของกลุ่ม ซึ่งเป็นสิ่งที่มีความสำคัญมาก โดยจำเป็นต้องตั้งจุดมุ่งหมายทั่วไปและจุดมุ่งหมายเฉพาะการทำกลุ่ม

2) คัดเลือกสมาชิกที่จะมาเข้าร่วมกลุ่ม จะพิจารณา ดังนี้

2.1) กลุ่มผู้ป่วยที่มีลักษณะเหมือนกัน เป็นกลุ่มที่ผู้ป่วยมีลักษณะเหมือนกัน ป่วยด้วยโรคเดียวกัน มีพยาธิสภาพคล้าย ๆ กัน การจัดกลุ่มผู้ป่วยลักษณะนี้ สมาชิกกลุ่มจะมีปัญหาหรือหัวข้อเรื่องในการเข้ากลุ่มเดียวกัน มีความเห็นอกเห็นใจกัน ให้ความคิดเห็น และให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ทำให้สมาชิกกลุ่มเกิดการเรียนรู้เท่า ๆ กัน ไม่มีการเกิดกลุ่มย่อย หรือแยกจากกันในกลุ่มจะช่วยทำให้สมาชิกเข้ากันได้ง่าย

2.2) กลุ่มผู้ป่วยที่มีลักษณะแตกต่างกัน เป็นกลุ่มที่มีลักษณะแตกต่างกันด้านบุคลิกภาพ อายุ โรค เพศ การศึกษา และอาชีพ ทำให้ได้ประโยชน์ในด้านการเพิ่มปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิก มองโลกในแง่มุมมองต่าง ๆ ได้หลายมุม

นอกจากนี้พยาบาลควรพิจารณาถึงคุณลักษณะและความพร้อมของผู้ป่วยว่าบุคคลใดสมควรจะนำมาเข้ากลุ่มเพื่อให้ความรู้ ควรมีการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งทางอ้อม คือดูจากประวัติผู้ป่วย และจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยเป็นรายบุคคลโดยตรง โดยมีขั้นตอนดังนี้ (Marram, 1978)

1) ประเมินสภาพอารมณ์ของผู้ป่วย สิ่งที่เหมาะสม ได้แก่

1.1) ลักษณะพื้นฐานทางอารมณ์ เช่น ผู้ป่วยมีอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่ายหรือไม่ (affective of mood characteristics)

1.2) แบบแผนความรู้สึกลึกซึ้ง (thinking pattern) เช่น ผู้ป่วยมีความหลงผิด (delusion) ประสาทหลอน (hallucination) หรือไม่

1.3) ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (interpersonal relationship) เช่น ผู้ป่วยที่มีท่าทีไม่เป็นมิตร และปลีกตัวจากครอบครัว และจากเจ้าหน้าที่พยาบาลหรือไม่

1.4) การประจักษ์ในคุณค่าของตนเอง (self esteem and self concept) เช่น ผู้ป่วยมองตนเองอย่างไร

1.5) ความเป็นตัวของตัวเอง หรืออัตตาของผู้ป่วย (ego strength) เช่น ผู้ป่วยเป็น คนมีเหตุผลในการตัดสินใจความคิดเห็น หรือการกระทำของตนเองหรือไม่

1.6) แบบแผนการติดต่อสื่อสาร (communication patterns) เช่น ผู้ป่วยมีรูปแบบของการติดต่อสื่อสารอย่างไร สามารถถ่ายทอดความคิดเห็นของตนเองให้ผู้อื่นเข้าใจความหมายได้อย่างไร

พยาบาลผู้นำกลุ่ม จะต้องเอาข้อมูลที่ได้ทั้งหมดมาพิจารณารวมกันอีกครั้ง เพื่อดูว่าผู้ป่วยมีความพร้อมเพียงใด สำหรับการเข้ากลุ่ม เช่น สามารถที่จะแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของตนเอง และยอมรับฟังปัญหาของผู้อื่นหรือไม่ เป็นต้น ผู้ป่วยบางรายอาจไม่เหมาะสมกับการเข้ากลุ่ม เช่น ผู้ป่วยที่มีปัญหารุนแรงมาก ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตรุนแรง เป็นต้น

2) ประเมินความต้องการในการเข้ากลุ่มของผู้ป่วย โดยแจ้งให้ผู้ป่วยทราบวัตถุประสงค์ในการสอนผู้ป่วยโดยการ ชักถามความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วยที่จะได้จากการทำกลุ่ม ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยได้แสดงความคิดเห็น และแสดงความเต็มใจในการที่จะได้มาเป็นสมาชิกกลุ่ม

หลังจากการคัดเลือกสมาชิกเข้ากลุ่มได้แล้ว ควรจัดให้มีการทำสัญญาตกลงยินยอมในการเป็นสมาชิกกลุ่ม โดยในสัญญานั้นจะแจ้งให้ผู้ป่วยทราบถึงวัตถุประสงค์ของการทำกลุ่ม ประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับและแนวทางในการปฏิบัติตัวในฐานะสมาชิกของกลุ่ม การทำสัญญาอาจเป็นลายลักษณ์อักษรหรือเป็นวาจา คำพูดก็ได้ (Cherk, 1977)

โครงสร้างของกลุ่ม ต้องคำนึงถึงบรรยากาศของกลุ่ม ขนาดของกลุ่ม สถานที่และระยะเวลาในการทำกลุ่มซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

บรรยากาศ ต้องส่งเสริมให้สมาชิกในกลุ่มรู้สึกมีอิสระที่จะแสดงความคิดเห็นต่าง ๆ ออกมา สมาชิกมีความเท่าเทียมกันทุกคน พยายามให้บรรยากาศแบบเป็นกันเอง

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

สถานที่ ต้องมีความเป็นสัดส่วนเฉพาะ เจียบสงบ การจัดให้สมาชิกในกลุ่มนั่งเข้าหากันทำให้การสื่อสารเป็นไปอย่างคล่องตัว ทั่วถึง มีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด จะทำให้ความรู้สึกนึกคิดและอารมณ์เป็นไปในทางที่ดีขึ้น (Marram, 1978)

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

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำรูปแบบของการสอนแบบกลุ่ม โดยได้นำแนวคิดกระบวนการกลุ่มของ Marram (1978) มาใช้ในการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม ในการดำเนินกิจกรรมแต่ละครั้ง รูปแบบของการสอนแบบกลุ่มจะเป็นการให้ผู้ป่วยแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ ปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น รวมทั้งส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมตัดสินใจ หรือแสดงความคิดเห็นตลอด

กระบวนการกลุ่ม ช่วยให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้วิธีแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นร่วมกันและสามารถนำวิธีแก้ปัญหาที่ได้มาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับสภาพปัญหาของตนเอง อีกทั้งเกิดความรู้สึกผูกพันเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน

6. การสอนแบบกลุ่มกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

อาการทางลบเป็นสาเหตุสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต(หงษ์ บรรเทิงสูง, 2545; Caron et al., 1998; Barry and Crosby, 1996; Ho et al. 1998) ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทสูญเสียการทำบทบาทหน้าที่ รวมทั้งความสัมพันธ์ของผู้ป่วยระหว่างสมาชิกในครอบครัวและผู้อื่นลดลง ขาดทักษะที่จะเป็นในการดำเนินชีวิตประจำวัน มีความยากลำบากในการอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคม ทำให้มีประสิทธิภาพในการทำงานกับผู้อื่นน้อยลง ไม่สามารถทำงานหรือประกอบอาชีพได้ ส่งผลให้ขาดรายได้ ต้องเป็นภาระผู้อื่น มีความคาดหวังและความพึงพอใจในชีวิตต่ำ ส่งผลให้อาการทางจิตแย่ลง (กรมสุขภาพจิต, 2549) ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทต้องพึ่งพาผู้อื่นและรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ขาดสิ่งค้ำจุนทางด้านจิตใจก่อให้เกิดความเครียด เกิดอาการทางจิตกำเริบและเกิดการป่วยซ้ำได้ (ไปรยทิพย์ กสิพันธ์, 2541) การป่วยซ้ำแต่ละครั้งจะส่งผลกระทบต่อการทำงานหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท มีสมรรถภาพการดำเนินชีวิตลดลง (American Psychiatric Diagnosis, 1994) ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดำเนินชีวิต เป็นอุปสรรคให้ผู้ป่วยจิตเภทไม่สามารถตอบสนองความต้องการพื้นฐานของมนุษย์เพื่อการดำรงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดี ดังนั้นการที่จะพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนให้ดีขึ้นนั้น ต้องหาแนวทางเพื่อจัดการกับอาการทางลบ เมื่อผู้ป่วยมีอาการทางลบลดลง จะส่งผลให้ทักษะต่าง ๆ ในการดำเนินชีวิตดีขึ้น ทำให้ดำเนินชีวิตอย่างมีความสุข มีความพึงพอใจในชีวิต แนวทางที่เหมาะสมคือ การทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ และปฏิบัติตัวอย่างถูกต้อง (อดิญา โพธิ์ศรี, 2551; อัญชลี ศรีสุพรรณ, 2547)

ผู้วิจัยได้นำการสอนแบบกลุ่มโดยนำแนวคิดกระบวนการกลุ่มของ Marram (1978) มาใช้ในการดำเนินกิจกรรมแต่ละครั้ง รูปแบบของการสอนแบบกลุ่มจะเป็นการให้ผู้ป่วยแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ ปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น รวมทั้งส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมตัดสินใจ หรือแสดงความคิดเห็นตลอดกระบวนการกลุ่ม ช่วยให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้วิธีแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นร่วมกันและสามารถนำวิธีแก้ปัญหาที่ได้มาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับสภาพปัญหาของตนเอง อีกทั้งเกิดความรู้สึกผูกพันเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน ประกอบไปด้วย 3 ระยะ ได้แก่ ระยะสร้างสัมพันธภาพ ระยะดำเนินการ และระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม โดยมีองค์ประกอบที่สำคัญได้แก่ ผู้นำกลุ่มและสมาชิกภายในกลุ่ม ซึ่งผู้นำกลุ่มถือเป็นตัวจักรสำคัญที่ช่วยให้กระบวนการกลุ่มดำเนินไปสู่เป้าหมายตามแผน โดยทำหน้าที่เป็นผู้กำหนดวัตถุประสงค์ จัดทำแผนการดำเนินการ

กระตุ้นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกเพื่อให้เกิดความรู้สึกว่าทุกคนเป็นส่วนสำคัญของกลุ่ม ช่วยลดความวิตกกังวลของสมาชิก รวมทั้งสรุปความก้าวหน้าของการทำกลุ่ม สำหรับสมาชิกภายในกลุ่มต้องมีลักษณะ “ร่วมเป็นผู้นำ” คือ สามารถดำเนินการตามแผน ร่วมกันกระตุ้นสมาชิกในกลุ่มเพื่อสร้างพลังในกลุ่มให้เกิดขึ้น ช่วยกันให้ข้อคิดเห็นใหม่ ๆ กระตุ้นให้กลุ่มมองปัญหาในแง่มุมใหม่ เสนอแนะและขจัดปัญหาของกลุ่มโดยการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และความรู้ของสมาชิกในกลุ่ม ช่วยให้ดำเนินไปสู่เป้าหมายของกลุ่มที่วางไว้(Marram, 1978) โดยการสอนแบบกลุ่ม กระบวนการกลุ่มทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง แก้ไขพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมซึ่งปรากฏออกมาให้เห็นในกลุ่ม มีการเรียนรู้ทักษะการจัดการกับอาการทางลบ ส่งผลให้มีการพัฒนาทักษะการสื่อสาร ทักษะทางสังคมในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น มีการปรับตัวทางสังคมที่ดีขึ้น สามารถเผชิญและจัดการแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเอง(Homes, 1995; สถาบันกัลยาธรรมาชนครินทร์, 2545; ปราโมทย์ เชาวศิลป์ และรณชัย คงสกุล, 2542) การที่ผู้ป่วยสามารถปรับตัวอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข มองชีวิตที่เหลืออยู่ว่ามีความหมาย หมายถึงการมีสุขภาพที่ดี จะนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Katschnig, 2000 ; สุจรรยา แสงเขียวงาม, 2545) จากการศึกษาของ Atkinson และคณะ (1996) ได้ทำการศึกษาผลของการให้ความรู้แบบกลุ่มต่อการทำหน้าที่ทางสังคมและคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในชุมชนเมืองกลาสโก พบว่ากลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมมีคุณภาพชีวิตและทักษะทางสังคมดีกว่ากลุ่มควบคุม Dale (1971) ได้กล่าวว่า การเรียนรู้แบบกลุ่มสมาชิกกลุ่มสามารถนำความรู้ไปปฏิบัติจริงได้ร้อยละ 70 (Dale, 1971)

จากแนวคิดดังกล่าวผู้วิจัยได้นำมาใช้ในการวิจัยเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้นำกลุ่ม ทำการกำหนดวัตถุประสงค์ จัดทำแผนการสอนแบบกลุ่ม และคอยดูแลให้กลุ่มดำเนินไปตามวัตถุประสงค์ที่วางไว้ ซึ่งผู้วิจัยได้กำหนดกิจกรรมการสอนแบบกลุ่มที่นำแนวคิดกระบวนการกลุ่มของ Marram (1978) มาใช้โดยในแต่ละกิจกรรมประกอบด้วย 3 ระยะ ดังนี้ ระยะสร้างสัมพันธภาพ ระยะทำงานร่วมกัน ระยะยุติกลุ่ม มี 7 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและความร่วมมือ หมายถึง การสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยและผู้ป่วยด้วยกันเป็นรายกลุ่ม เพื่อให้เกิดความไว้วางใจโดยอาศัยปฏิสัมพันธ์ที่ดี และให้ความสำคัญกับสมาชิกกลุ่มในการมีส่วนร่วมและรับผิดชอบต่อการรักษา สร้างแรงจูงใจให้สมาชิกกลุ่มได้เรียนรู้ในการที่จะรับผิดชอบ ตัดสินใจเลือกแนวทางการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง มีวัตถุประสงค์เพื่อให้สมาชิกสามารถดำเนินชีวิตในครอบครัวและสังคมได้อย่างปกติสุข

กิจกรรมที่ 2 การร่วมมือกันเพื่อสำรวจปัญหา กำหนดเป้าหมายและวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกันโดยใช้กระบวนการสอนแบบกลุ่ม เป็นการประเมินชีวิตว่ามีมุมมองอย่างไรต่อภาวะสุขภาพ สิ่งใดที่ชอบหรือไม่ชอบเกี่ยวกับสุขภาพ ผู้ป่วยมีความคิดที่ต้องการเปลี่ยนแปลงหรือไม่ ชั้นตอนนี้ จะช่วยให้ทราบภาพรวมและความต้องการโดยทั่วไปของผู้ป่วยต่อการเปลี่ยนแปลงปัญหาที่เกิดขึ้น ในการดำเนินชีวิตประจำวัน เพื่อให้ดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุขในสังคม ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในแต่ละด้านของชีวิต ดังนั้นการที่ทราบข้อมูล ความต้องการของผู้ป่วยจะทำให้สามารถวางแผนให้ความรู้ได้ตรงกับสภาพปัญหาของผู้ป่วยมากที่สุด

กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาการมีคุณค่าแห่งตน กิจกรรมการสอนในครั้งนี้จะเน้นกิจกรรมที่ทำให้สมาชิกกลุ่มเกิดความภาคภูมิใจ มองเห็นจุดดี ความมีคุณค่าแห่งตน และการยอมรับจุดอ่อน ซึ่งเป็นสิ่งที่สามารถพัฒนาได้ และให้สมาชิกกลุ่มเรียนรู้ทักษะการทำงานและการใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ ดังนั้นการเสริมคุณค่าให้กับผู้ป่วยนำไปสู่การมองโลกในแง่ดี และมีสัมพันธภาพที่ดีต่อคนอื่น ๆ รู้จักใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ ส่งผลให้ผู้ป่วยปรับตัวอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

กิจกรรมที่ 4 การสนับสนุนข้อมูลความรู้เรื่องโรคจิตเภทและการจัดการกับอาการทางลบ การอธิบายสาเหตุของการเกิดโรคจิตเภทจากความผิดปกติของสารชีวเคมีในสมอง เพื่อให้เชื่อมโยงกับการรักษาด้วยยา เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้และเข้าใจโรค รวมถึงการจัดการกับอาการข้างเคียงของยา การจัดการกับอาการทางลบ ซึ่งส่งผลกระทบต่อกรดำเนินชีวิตประจำวัน ทำให้ผู้ป่วยเกิดความกระตือรือร้นว่าตนเองต้องปฏิบัติตามวิธีใดที่จะทำให้มีอาการดีขึ้นสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข แม้จะเป็นโรคเรื้อรัง และให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดี การสอนแบบกลุ่มจะช่วยให้สมาชิกกลุ่มรู้สึกว่าคุณค่าไม่ได้มีปัญหาแต่เพียงผู้เดียว เกิดการเรียนรู้และแก้ไขส่วนที่เป็นปัญหาร่วมกัน

กิจกรรมที่ 5 การฝึกทักษะการสื่อสารรวมถึงการพัฒนาเทคนิคเพื่อเข้าสังคม อาการทางลบเป็นลักษณะที่พบบ่อยในผู้ป่วยจิตเภททำให้ผู้ป่วยมีปัญหาในการเข้าสังคม มนุษย์สัมพันธ์บกพร่อง แยกตัวจากสังคม เมื่อเจ็บป่วยเป็นเวลานานก็จะมีปัญหาพฤติกรรมทางสังคมมากขึ้น ความบกพร่องดังกล่าวยิ่งทำให้ผู้ป่วยมีลักษณะแปลกไปจากบุคคลอื่นทั่วไป ทำให้ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นน้อยลง ส่งผลให้ไม่สามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุข ดังนั้นในการอยู่ร่วมกันในสังคม ต้องมีการช่วยเหลือ พึ่งพากันในสถานการณ์ต่าง ๆ การเติมใจให้ความช่วยเหลือผู้อื่นจะทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน รู้สึกภูมิใจ รู้สึกมีคุณค่า ในขณะที่เดียวกันการขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นก็ไม่ใช่ว่าจะอาย ส่งผลให้ผู้ป่วยลดความรู้สึกในด้านลบ ไม่รู้สึก

ถูกแยกจากชุมชน การสอนในกิจกรรมนี้จะเน้นให้สมาชิกกลุ่มได้เรียนรู้หลักการและวิธีปฏิบัติในการอยู่ร่วมกับผู้อื่นรวมถึงการขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนจากสังคมรอบข้างในเรื่องที่ไม่สามารถแก้ไขได้เอง ช่วยให้ผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับสังคมไปในทางที่ดีขึ้น

กิจกรรมที่ 6 การพัฒนาทักษะการเผชิญปัญหา โรคจิตเภทเป็นโรคที่เรื้อรัง การเจ็บป่วยยาวนานส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการด้านลบมากขึ้น ทำให้มีปัญหาในการดำเนินชีวิต ก่อให้เกิดภาวะตั้งเครียดและถ้าผู้ป่วยไม่สามารถเผชิญกับปัญหาสภาพแวดล้อมเช่นนี้ได้ทำให้อาการทางจิตกำเริบกลายเป็นวัฏจักรที่ไม่มีวันสิ้นสุด การมีอาการกำเริบซ้ำ ๆ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเบื่อหน่าย เกิดความรู้สึกด้อยคุณค่าในตนเองคุณภาพชีวิตลดต่ำลง การสอนในครั้งนี้จะเน้นให้สมาชิกกลุ่มเกิดการเรียนรู้ที่จะเผชิญปัญหาอย่างถูกวิธี ช่วยให้ผู้ป่วยพยายามทบทวนเหตุการณ์รอบด้านของตนเอง เพื่อการตัดสินใจและวางแผนจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม

กิจกรรมที่ 7 การคงไว้ซึ่งการกระทำเพื่อการมีสุขภาพที่ดี เป็นขั้นตอนสุดท้ายที่ผู้นำกลุ่มต้องกระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มร่วมกันเสริมสร้างความมั่นใจว่าสามารถจัดการปัญหาต่าง ๆ ได้ พร้อมทั้งให้สมาชิกให้กำลังใจซึ่งกันและกัน เนื่องจากความมั่นใจในการทำกิจกรรมต่าง ๆ นั้นเกิดจากการที่ผู้ป่วยมีแรงจูงใจให้กระทำ การมีเป้าหมายในชีวิต มีการกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการพื้นฐานของตนเอง ผู้นำกลุ่มต้องกระตุ้นให้กลุ่มร่วมกันเสริมสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ โดยชี้ให้เห็นถึงประโยชน์ เป้าหมายชีวิตของแต่ละคน และการยุติสัมพันธภาพกับผู้ป่วย

7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

7.1 การวิจัยในประเทศ

นิตยา ตากวิริยะนันท์และชิ่งสุมน สุยะชีวัน (2536) ศึกษาเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชระยะฟื้นฟูสภาพ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเวชที่โรงพยาบาลประสาทสงขลาจำนวน 122 คน และโรงพยาบาลสวนสราญรมย์จำนวน 130 คน โดยศึกษาคุณภาพชีวิตตามกรอบแนวคิดของ Ferrans and Power (1992) ซึ่งวัดความพึงพอใจในองค์ประกอบชีวิต 4 ด้าน คือ ด้านสุขภาพและการทำงานที่ ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ ด้านครอบครัว เครื่องมือเป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองตามแนวคิด Ferrans and Power (1992) ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเวชในระยะฟื้นฟูสภาพมีระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับแรกคือคุณภาพชีวิตในเรื่องการรับประทานยาทางจิตเวช การรักษาพยาบาล ฐานะทางการเงิน ฐานะทางการเงินและการศึกษาตามลำดับ และเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านยังพบว่าความพร้อมในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตในระดับต่ำร้อยละ 14.5 และเพศมี

ความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต โดยพบว่าเพศชายมีคุณภาพชีวิตดีกว่าเพศหญิง และพบว่าทั้งสองตัวแปรสามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 4.3

พรสิริ ชินสว่างวัฒนกุล (2538) ได้นำกระบวนการกลุ่มมาใช้สอนผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการสอนโดยกระบวนการกลุ่ม มีการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนปกติ โดยที่การปรับตัวโดยรวมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่อย่างไรก็ตามผู้เข้าร่วมกลุ่มมีความรู้สึกสบายใจขึ้น มีกำลังใจ มีเพื่อนที่เข้าใจ สามารถพูดคุยระบายความรู้สึกและแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการรักษาและการปฏิบัติตน อีกทั้งได้รับความรู้เพิ่มขึ้น ช่วยลดความวิตกกังวล และสามารถเผชิญกับโรคได้อย่างเหมาะสม และผู้วิจัยได้เสนอแนะว่าควรนำการสอนโดยกระบวนการกลุ่มไปใช้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ

โปรยทิพย์ กสิพันธ์ (2541) ศึกษาผลของการใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์จำนวน 36 คนเป็นกลุ่มทดลอง 18 คน เป็นกลุ่มควบคุม 18 คน ภายหลังจากทำกลุ่มเป็นเวลา 3 สัปดาห์พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองหลังเข้าร่วมกลุ่มสูงกว่าก่อนได้รับการทดลอง และคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองหลังเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือในผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

กัลยา ภัคติมงคล (2542) ได้ศึกษาความคิดเห็นของบุคลากรพยาบาลและพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ต่อการรักษาด้วยกลุ่มบำบัด วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความคิดเห็นของบุคลากรพยาบาลและผู้ป่วยจิตเวชต่อการรักษาด้วยกลุ่มบำบัด กลุ่มประชากรที่ใช้วิจัยคือบุคลากรพยาบาลจำนวน 122 คน ผู้ป่วยจิตเวชชายจำนวน 100 คน และผู้ป่วยจิตเวชหญิง 100 คน พบว่าระดับความคิดเห็นต่อการรักษาด้วยกลุ่มบำบัดของบุคลากรพยาบาล ผู้ป่วยจิตเวชชายและผู้ป่วยจิตเวชหญิงส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี

สกาวรัตน์ ภูผา จิตรประสงค์ สิงหนาง และ นวพร ตริโษษฐ์ (2543) ได้ศึกษาผลของการจัดกลุ่มกิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อการพัฒนาทักษะทางสังคม มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการจัดกลุ่มกิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อการพัฒนาทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลขอนแก่น จำนวน 20 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มควบคุม และ กลุ่มทดลองอย่างละ 10 คน โดยเข้ากลุ่ม 6 ครั้ง ในเวลา 2 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่าหลังการทดลองค่าเฉลี่ยของคะแนนทักษะทางสังคมของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่าการจัดกลุ่มกิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมสามารถพัฒนาทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภทได้

หงษ์ บรรเทิงสุข (2545) ได้ทำการศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 140 คน โดยตัวแปรที่ทำการศึกษาได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ความเชื่ออำนาจภายในตน อาการทางลบ และการสนับสนุนทางสังคมโดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากแบบสอบถามกึ่งสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตของ Ferrans and Power ซึ่งแบ่งเป็น 2 ด้านคือ ด้านความพึงพอใจและด้านความสำคัญ ผลการวิจัยพบว่า ตัวแปรที่สามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือ การสนับสนุนทางสังคม อาการทางลบ เพศหญิงและความเพียงพอของรายได้

นรวิรุฬห์ พุ่มจันทร์ (2548) ได้ทำการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทและญาติ : กรณีศึกษาในผู้ป่วยที่รับการรักษาในโรงพยาบาลกลางวันสถาบันจิตเวชศาสตร์ สมเด็จพระยา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 72 ราย จากผลการศึกษาพบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทและญาติอยู่ในระดับปานกลาง นอกจากนี้จากการศึกษายังทำให้ทราบถึงปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทและญาติ คือ สัมพันธภาพในครอบครัว โดยสัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท

อรุณ พยุงธรรม และคณะ (2549) ได้ศึกษาผลของกลุ่มทักษะทางสังคมต่อพฤติกรรมทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาผลของกลุ่มทักษะทางสังคมต่อพฤติกรรมทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาที่แผนกฟื้นฟูสมรรถภาพโรงพยาบาลศรีรัษฎา ระหว่างเดือน ก.ค. 2547 จำนวน 32 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 16 คน กลุ่มควบคุม 16 คน ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมทางสังคมของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จากการบันทึกปัจจัยบำบัด 11 ปัจจัยตามแนวคิดของ Yalom (1995) กลุ่มทดลองมีปัจจัยบำบัดที่เกิดขึ้นคือ การมีความรู้สึกคล้ายคลึงกัน ความรู้สึกเป็นครอบครัวเดียวกัน การให้ข้อมูลและการรู้สึกเกื้อกูลกัน

7.2 การวิจัยในต่างประเทศ

Lebrun, Singh and Luke (1991) ได้ศึกษาการจัดกลุ่มให้ความรู้แก่ผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 100 คน โดยจัดกลุ่มครั้งละ 8 คน จำนวน 6 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที หัวข้อที่ให้ความรู้ประกอบด้วย ความรู้เรื่องโรคจิตเภท การรับประทานยา ผลข้างเคียงของยา การสังเกตอาการกลับเป็นซ้ำ การอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคม ทักษะการจัดการกับปัญหา และแหล่งช่วยเหลือในชุมชน พบว่า ผู้ป่วยมีความเข้าใจ ยอมรับการเจ็บป่วยของตนเอง และมีพลังในการที่จะดูแลตนเอง ให้ความร่วมมือใน

การรับประทานยา และสนใจสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของตนเอง

Hochberger and Jame (1992) ศึกษาการจัดกลุ่มสำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่จะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมีการเข้ากลุ่มสัปดาห์ละ 1 ครั้ง มีการอภิปรายกันภายในกลุ่ม การแสดงบทบาทสมมติ และร่วมกันแก้ปัญหาภายในกลุ่ม มีการให้ความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยยา การทำงานที่อยู่อาศัย การดูแลตนเองหลังออกจากโรงพยาบาลและความกลัวความล้มเหลวในการกลับสู่ชุมชน ซึ่งสามารถช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกมั่นใจที่จะกลับเข้าสู่ชุมชนและดูแลตนเองได้

Playne (1993) ได้ทำการวิจัยย้อนหลังเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ของผลโปรแกรมการเรียนรู้แบบกลุ่มที่มีต่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดเจ็บไขสันหลัง ในโปรแกรมที่ได้รับการฟื้นฟูสภาพ จำนวน 60 ราย ญาติผู้ป่วยจำนวน 6 ราย และพยาบาลผู้เข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย จำนวน 8 ราย พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทัศนคติที่ดีต่อการเรียนรู้แบบกลุ่ม ผู้ป่วยได้รับความรู้ ได้รับการประคับประคองจากการมีปฏิสัมพันธ์ แลกเปลี่ยนประสบการณ์กับสมาชิกกลุ่มที่มีปัญหาคล้ายคลึงกัน รู้สึกไม่โดดเดี่ยว และมีความหวังเมื่อเห็นผู้ป่วยรายอื่นมีอาการดีขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข ส่งผลถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

Atkinson และคณะ (1996) ได้ทำการศึกษาผลของการให้ความรู้แบบกลุ่มต่อการทำหน้าที่ทางสังคมและคุณภาพชีวิตของ ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เมืองกลาสโก โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 57 คน กลุ่มควบคุม 73 คน โดยกิจกรรมจะเป็นการให้ความรู้เป็นระยะเวลา 20 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ผลการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมมีคุณภาพชีวิตดีกว่ากลุ่มควบคุม

Voruganti และคณะ (1998) ได้ศึกษาถึงการวัดความเชื่อมั่นและความเที่ยงตรงในการวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 63 ราย ที่วินิจฉัยตามเกณฑ์ DSM-IV และได้รับการรักษาจนมีอาการคงที่ แล้วทำการประเมินคุณภาพชีวิตภายหลังการรักษามากกว่า 4 สัปดาห์โดยใช้ Sickness Impact Profile Social Performance Scheduling และ Global Assessment Scale of Functioning และยังศึกษาในทางคลินิก ได้แก่ ระดับความรุนแรงของอาการทางจิต ขนาดของยา และผลข้างเคียงจากยา จากผลการวิจัยพบว่าระดับความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นของการประเมินคุณภาพชีวิตโดยผู้ป่วย มีความสัมพันธ์ในระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญเช่นเดียวกับการประเมินโดยแพทย์และตัวพยากรณ์ที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ได้แก่ ระดับความรุนแรงของโรค ผลข้างเคียงและขนาดของยาต้านโรคจิต แต่ความเชื่อมั่นในส่วนนี้ยังมีผลมาจากปัจจัยอื่นร่วมด้วย

Gupta และคณะ (1998) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 90 รายโดยแบ่งเป็นผู้ป่วยเป็นโรคจิตเภทที่ป่วยน้อยกว่า 2 ปี จำนวน 30 คน และผู้ป่วยที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทมากกว่า 2 ปี จำนวน 60 คน ซึ่งอาศัยอยู่ในชุมชนที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกสถาบันวิจัยทางการแพทย์ประเทศอินเดีย โดยศึกษาคุณภาพชีวิตตามกรอบแนวคิดของ Edicott และคณะ (1993) ซึ่งแบ่งคุณภาพชีวิตออกเป็น 8 ด้าน คือ สุขภาพร่างกาย การรับรู้ความผาสุก กิจกรรมเวลาว่าง สัมพันธภาพทางสังคม การทำกิจกรรมทั่วไป การทำงาน การทำกิจกรรมเวลาว่างและการเรียน ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำคิดเป็นร้อยละ 85 และพบว่าผู้ป่วยที่มีอาการมากกว่า 2 ปีมีคุณภาพชีวิตในด้านสุขภาพร่างกาย การทำกิจกรรมเวลาว่างและความพึงพอใจในการรักษาด้วยยาน้อยกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการน้อยกว่า 2 ปี

Norman และคณะ (2000) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอาการทางจิต ระดับการทำหน้าที่ในผู้ป่วยจิตเภท กับคุณภาพชีวิต กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในชุมชน จำนวน 128 คนที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลในรัฐ Ontario ประเทศแคนาดา โดยศึกษาคุณภาพชีวิตตามแนวคิดของ Heinridhs และคณะ 1984 แบ่งคุณภาพชีวิตออกเป็น 4 ด้าน คือ ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล การทำหน้าที่ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม และพื้นฐานด้านจิตใจภายใน ผลการศึกษาพบว่า อาการทางลบ มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต เพศหญิง และผู้ป่วยที่มีสัมพันธภาพคู่มิคุณภาพชีวิตดีกว่าเพศชาย สิ่งแวดล้อมของบ้านมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต และพบว่าตัวแปรที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้คือ เพศ อาการทางลบ สถานภาพสิ่งแวดล้อมของที่อยู่อาศัย สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 25

Ruggeri และคณะ (2002) ได้ทำการศึกษาวิจัยในเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชที่อาศัยอยู่ในชุมชนที่ได้รับการพยาบาลโดยใช้ชุมชนเป็นพื้นฐานโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านคุณลักษณะทางประชากร อาการทางคลินิกและลักษณะทางสังคม ความพึงพอใจด้านการบริการกับคุณภาพชีวิต กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่อาศัยอยู่ในชุมชนประเทศอิตาลีจำนวน 268 ราย โดยผู้วิจัยศึกษาคุณภาพชีวิตตามกรอบแนวคิดของ Oliver (1997) ซึ่งแบ่งคุณภาพชีวิตออกเป็น 9 ด้าน คือ การทำงานและการศึกษา กิจกรรมนันทนาการ ความเชื่อทางด้านศาสนา การเงิน สภาพโดยทั่วไปของการดำรงชีวิต ความปลอดภัยและกฎหมาย สัมพันธภาพทางสังคม สัมพันธภาพในครอบครัวและสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า อายุ สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต อาการทางลบ การว่างงาน ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต

Clareci และคณะ (2005) ทำการศึกษาในเรื่องปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่ต่ำของผู้ป่วยจิตเภท โดยทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 123 คน จาก Divinopolis center ในประเทศบราซิล โดยเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท ประกอบด้วย ปัจจัยด้านเพศ รายได้ต่ำ การศึกษาต่ำ การใช้ยารักษาอาการทางจิตตั้งแต่ 3 ชนิดขึ้นไป และอาการทางลบ

Nick (2006) ศึกษาการรักษาผู้ป่วยจิตเภทด้วยการใช้กลุ่มบำบัดโดยศึกษาย้อนหลังถึงการรักษาด้วยกลุ่มบำบัดตั้งแต่ ค.ศ. 1950-1991 ในกลุ่มบำบัด จำนวน 57 กลุ่ม ผลการศึกษาพบว่ามากกว่า 70% ของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการเข้ากลุ่มบำบัด มีผลการบำบัดดีกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษาด้วยกลุ่มบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการทบทวนวรรณกรรมและศึกษางานวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทและการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภท พบว่า คุณภาพชีวิตเป็นค่าที่เป็นนามธรรม มีความหมายซับซ้อน ประกอบไปด้วยหลายองค์ประกอบ และพบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทยังไม่ถึงระดับที่ดีที่สุด ดังนั้นเพื่อเป็นแนวทางให้พยาบาลสามารถดำเนินการในการส่งเสริมและพัฒนาให้ผู้ป่วยจิตเภทมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัว ชุมชนและสังคมได้อย่างมีความสุข ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจึงมีความสนใจที่จะพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

กรอบแนวคิดการวิจัยดังนี้

การสอนแบบกลุ่มโดยนำแนวคิดกระบวนการกลุ่มของ Marram (1978) มาใช้ ประกอบด้วย 7 กิจกรรม คือ

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและความร่วมมือ

กิจกรรมที่ 2 การร่วมมือกันเพื่อสำรวจปัญหา กำหนดเป้าหมายและวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกัน

กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาการมีคุณค่าแห่งตน

กิจกรรมที่ 4 การสนับสนุนข้อมูลความรู้เรื่องโรคจิตเภท และการจัดการกับอาการทางลบ

กิจกรรมที่ 5 การฝึกทักษะการสื่อสารรวมถึงการพัฒนาเทคนิคเพื่อเข้าสังคม

กิจกรรมที่ 6 การพัฒนาทักษะการเผชิญปัญหา

กิจกรรมที่ 7 การคงไว้ซึ่งการกระทำเพื่อการมีสุขภาวะที่ดี

คุณภาพชีวิตตามแนวคิดของ Ferrans and Power (1992)

1. สุขภาพและการทำหน้าที่
2. สังคมและเศรษฐกิจ
3. จิตใจและจิตวิญญาณ
4. ครอบครัว

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ดำเนินการวิจัยแบบสองกลุ่มวัดสองครั้ง (The pretest-posttest control group design) (Pilot and Hungler, 1995) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการสอนแบบกลุ่มต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนโดยมีรูปแบบการทดลองดังนี้

O ₁	X	O ₂	กลุ่มทดลอง
O ₃		O ₄	กลุ่มควบคุม

(Polit and Hungler, 2001)

- O₁ หมายถึง การประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนได้รับการสอนแบบกลุ่ม
- O₂ หมายถึง การประเมินคุณภาพชีวิตหลังได้รับการสอนแบบกลุ่ม
- X หมายถึง การสอนแบบกลุ่ม
- O₃ หมายถึง การประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ
- O₄ หมายถึง การประเมินคุณภาพชีวิตหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรในการศึกษาในครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยที่ได้รับวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท โดยใช้รหัสการจำแนกโรคตามบัญชีการจำแนกโรคระหว่างประเทศ (ICD 10) เป็นผู้ป่วยเรื้อรัง อาศัยอยู่ในชุมชน และได้รับการรักษาจากทีมสุขภาพแบบผู้ป่วยนอก

2. กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยที่ได้รับวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท โดยใช้รหัสการจำแนกโรคตามบัญชีการจำแนกโรคระหว่างประเทศ (ICD 10) เป็นผู้ป่วยเรื้อรัง อาศัยอยู่ในชุมชน ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมะการักษ์ จ. กาญจนบุรี จำนวน 40 รายแบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 20 ราย และกลุ่มควบคุมจำนวน 20 รายโดยมีคุณสมบัติเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มดังนี้

- 2.1 มีอายุระหว่าง 20-59 ปี ทั้งเพศชายและหญิง
- 2.2 มีคะแนนตามแบบประเมินอาการทางจิต (BPRS) น้อยกว่า 30 คะแนน
- 2.3 เป็นผู้ที่มิระดับคะแนนคุณภาพชีวิตในระดับต่ำถึงปานกลาง คือมีคะแนนระหว่าง 06.01-18.00 คะแนน
- 2.4 ยินดีเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ
- 2.5 อ่าน-เขียนหนังสือได้ และสามารถพูดคุยสื่อสารได้สะดวก

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยยึดหลักการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่พอเหมาะของการวิจัย แบบทดลอง คือ กลุ่มตัวอย่างควรมีอย่างน้อยที่สุดจำนวน 30 คน (Burns and Grove, 2001) เพื่อให้การกระจายของข้อมูลเป็นโค้งปกติ (Normality) มากที่สุดสามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มประชากรได้ดีที่สุด ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้กลุ่มตัวอย่าง 40 คน โดยได้กำหนดกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มควบคุม 20 คน กลุ่มทดลอง 20 ร่วมกับการจับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Matched pair) โดยการควบคุมให้ทั้ง 2 กลุ่มมีลักษณะใกล้เคียงกันมากที่สุด คือ เพศ และอาการทางลบ ทำการคัดเลือกจนครบ 20 คู่ตามที่กำหนดไว้

ขั้นตอนในการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยศึกษาสถิติผู้มารับบริการรายวันจากแฟ้มสถิติผู้ป่วย พบว่าจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการรายวันในแต่ละวันเฉลี่ยวันละ 15-20 คนโดยประมาณ โดยมีจำนวนในแต่ละวันแตกต่างกัน และจากการสอบถามพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานร่วมกับการสังเกตการณ์ของผู้วิจัยในลักษณะการมารับบริการของผู้ป่วยจิตเภทตั้งแต่วันที่ 1 ก.พ.-10 ก.พ. 2553 พบว่าผู้ป่วยที่มารับบริการมี 3 ลักษณะ คือ ผู้ป่วยที่มารับบริการด้วยตนเอง ผู้ป่วยที่มาพร้อมกับญาติ และผู้ป่วยที่ญาติมารับยาแทน ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยในพื้นที่ อ.ท่ามะกา จ.กาญจนบุรี จากนั้นผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกตามขั้นตอน ระหว่างวันที่ 15-26 ก.พ. 2553 ดังนี้ เมื่อผู้รับบริการมารับบริการ ผู้วิจัยทำการประเมินโดยแบบสอบถามกึ่งสัมภาษณ์คุณภาพชีวิต แบบประเมินอาการทางจิต แบบประเมินอาการทางลบ โดยมีจำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการทั้งหมด 135 คน ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน เป็นกลุ่มทดลอง 20 คน กลุ่มควบคุม 20 คน จากนั้นจับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Matched pair) โดยการควบคุมให้ทั้ง 2 กลุ่มมีลักษณะใกล้เคียงกันมากที่สุด คือ เพศ และอาการทางลบ ทำการคัดเลือกจนครบ 20 คู่ตามที่กำหนดไว้

ตารางที่ 1 ลักษณะกลุ่มตัวอย่างตาม ระดับคะแนนอาการทางลบ และ เพศ ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

คู่ที่	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
	เพศ		อาการทางลบ	
1	หญิง	หญิง	5	5
2	หญิง	หญิง	3	3
3	หญิง	หญิง	3	3
4	หญิง	หญิง	1	1
5	ชาย	ชาย	3	3
6	ชาย	ชาย	9	7
7	ชาย	ชาย	1	2
8	ชาย	ชาย	3	3
9	ชาย	ชาย	2	2
10	ชาย	ชาย	5	5
11	ชาย	ชาย	3	3
12	ชาย	ชาย	7	6
13	ชาย	ชาย	4	4
14	ชาย	ชาย	1	1
15	ชาย	ชาย	3	3
16	หญิง	หญิง	6	6
17	หญิง	หญิง	2	2
18	หญิง	หญิง	3	3
19	หญิง	หญิง	3	3
20	หญิง	หญิง	3	2

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคำนึงถึงสิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยแนะนำตัวเอง ชี้แจงรายละเอียดต่าง ๆ สอบถาม ความสมัครใจ อธิบายสิทธิของกลุ่มตัวอย่างที่จะตอบรับหรือปฏิเสธเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ โดยไม่มี ผลต่อการพยาบาล การบริการ หรือการบำบัดรักษาที่จะได้รับแต่อย่างใดในระหว่างการวิจัยหาก กลุ่มตัวอย่างไม่พอใจหรือไม่ต้องการเข้าร่วมในการวิจัยจนครบตามกำหนดเวลา กลุ่มตัวอย่าง สามารถออกจากการทดลองได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผล ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ถือเป็น ความลับการนำเสนอข้อมูลต่าง ๆ จะเสนอในภาพรวมเท่านั้น หากมีข้อสงสัยสามารถสอบถาม ผู้วิจัยได้ตลอดเวลา หากกลุ่มตัวอย่างได้รับความผิดปกติเนื่องจากการเข้าร่วมการสอนแบบกลุ่ม กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการคุ้มครองตามกฎหมาย โดยต้องแจ้งความผิดปกติให้ผู้วิจัยทราบทันที หลังจากนั้นผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างอ่านเอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจึงให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยออกเป็น 3 ส่วนคือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ การสอนแบบกลุ่ม
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามกึ่งสัมภาษณ์คุณภาพชีวิต
3. เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่ แบบประเมินอาการทางลบ

ชุดที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่

การสอนแบบกลุ่มเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยนำแนวคิด กระบวนการกลุ่มของ Marram (1978) มีขั้นตอนการสร้างดังนี้

1. ศึกษาแนวคิด ทฤษฎีจากตำรา เอกสารวิชาการ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสอนแบบกลุ่ม กระบวนการกลุ่ม ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อระดับคุณภาพชีวิต รวมถึงแนวทางปฏิบัติเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทให้ดีขึ้น
2. สร้างแผนการดำเนินการการสอนแบบกลุ่ม นำแนวคิดต่าง ๆ ที่ได้ศึกษาจากการ ทบทวนวรรณกรรมมากำหนดโครงสร้างเนื้อหา วัตถุประสงค์ของโปรแกรม ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา โดยผสมผสานกับแนวคิดกระบวนการกลุ่มของ Marram (1978) ให้ครอบคลุมปัจจัยและสาเหตุที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ดำเนินการกิจกรรมละ 60-90 นาที รวมเวลา 4 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ประกอบด้วย 7 กิจกรรม คือ

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและความร่วมมือ เป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยและผู้ป่วยด้วยกันเป็นรายกลุ่ม เพื่อให้เกิดความไว้วางใจโดยอาศัยปฏิสัมพันธ์ที่ดี และให้ความสำคัญกับสมาชิกกลุ่มในการมีส่วนร่วมและรับผิดชอบต่อการรักษา สร้างแรงจูงใจให้สมาชิกกลุ่มได้เรียนรู้ในการที่จะรับผิดชอบ ตัดสินใจเลือกแนวทางการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง หากสมาชิกกลุ่มมองเห็นแนวโน้มที่จะเกิดประโยชน์จากการทำกิจกรรม ทำให้มีความต้องการและความพร้อมที่เข้าร่วมกิจกรรมมากขึ้น ความร่วมมือในการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติตนที่ไม่เหมาะสมจะเกิดขึ้นภายใต้บรรยากาศความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างสมาชิกกลุ่ม มีเป้าหมายเพื่อให้สมาชิกสามารถดำเนินชีวิตในครอบครัวและสังคมได้อย่างปกติสุข

กิจกรรมที่ 2 การร่วมมือกันเพื่อสำรวจปัญหา กำหนดเป้าหมายและวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกันโดยใช้กระบวนการสอนแบบกลุ่ม เป็นการประเมินชีวิตว่ามีมุมมองอย่างไรต่อภาวะสุขภาพ สิ่งใดที่ชอบหรือไม่ชอบเกี่ยวกับสุขภาพ ผู้ป่วยมีความคิดที่ต้องการเปลี่ยนแปลงหรือไม่ ขั้นตอนนี้จะช่วยให้ทราบภาพรวมและความต้องการโดยทั่วไปของผู้ป่วยต่อการเปลี่ยนแปลงปัญหาที่เกิดขึ้นในการดำเนินชีวิตประจำวัน เพื่อให้ดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุขในสังคม(Berger et al., 2000) ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในแต่ละด้านของชีวิต ดังนั้นการที่ทราบข้อมูล ความต้องการของผู้ป่วยจะทำให้สามารถจัดรูปแบบการสอนได้ตรงกับสภาพปัญหาของผู้ป่วยมากที่สุด และกระบวนการสอนแบบกลุ่ม ทำให้สมาชิกกลุ่มเรียนรู้วิธีการแก้ไขปัญหาร่วมกัน โดยสมาชิกกลุ่มมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหานั้นและนำมาเป็นแนวทางในการแก้ปัญหาของตนเองในอนาคตต่อไป

กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาการมีคุณค่าแห่งตน การป่วยเป็นโรคจิตเภททำให้ผู้ป่วยมีความคิดและพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม แม้จะรักษาจนมีอาการทุเลาแล้วแต่เมื่อกลับไปอยู่ในชุมชนก็มักถูกล้อเลียนไม่ได้รับการยอมรับจากคนรอบข้าง ทำให้สูญเสียความมั่นใจ รู้สึกไม่มีคุณค่า ดังนั้นการเสริมสร้างคุณค่าในตนเองจะทำให้ผู้ป่วยสามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีความสุข กิจกรรมนี้จะทำให้สมาชิกกลุ่มเกิดความภาคภูมิใจ มองเห็นจุดดี ความมีคุณค่าแห่งตน และการยอมรับจุดอ่อนซึ่งเป็นสิ่งที่สามารถพัฒนาได้ และให้สมาชิกกลุ่มเรียนรู้ทักษะการทำงานร่วมกับผู้อื่นและการใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ ดังนั้นกิจกรรมการสอนจะเน้นการเสริมคุณค่าให้กับผู้ป่วย นำไปสู่การมองโลกในแง่ดี และมีสัมพันธภาพที่ดีต่อคนอื่น ๆ รู้จักใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ ส่งผลให้ผู้ป่วยปรับตัวอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

กิจกรรมที่ 4 การสนับสนุนข้อมูลความรู้เรื่องโรคจิตเภทและการจัดการกับอาการทางลบ การสนับสนุนข้อมูลความรู้เรื่องโรคจิตเภทและการรักษา รวมถึงการจัดการกับอาการทางลบ ซึ่งมีผลกระทบต่อการทำงานประจำวัน จะส่งผลต่อการตัดสินใจที่มีเหตุผลและเลือกอันวยต่อการ

ปฏิบัติ ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การดำเนินโรค การรักษา และ ความรู้เกี่ยวกับยาและอาการข้างเคียงจากยา (จารุวรรณ จินดามงคล, 2541; จันทรา ธีระสมบุญ, 2543; Gualtiere, 1999) การอธิบายสาเหตุของการเกิดโรคจิตเภทจากความผิดปกติของสารชีวเคมีในสมอง เพื่อให้เชื่อมโยงกับการรักษาด้วยยา เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้และเข้าใจโรค รวมถึงการจัดการกับอาการข้างเคียงของยา กระตือรือร้นว่าตนเองต้องปฏิบัติอย่างไรที่จะทำให้มีอาการดีขึ้นสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข แม้จะเป็นโรคเรื้อรัง และให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดี กระบวนการสอนแบบกลุ่มจะช่วยให้สมาชิกกลุ่มรู้สึกว่าคุณเองไม่ได้มีปัญหาแต่เพียงผู้เดียว เกิดการเรียนรู้และแก้ไขส่วนที่เป็นปัญหาร่วมกัน

กิจกรรมที่ 5 การฝึกทักษะการสื่อสารรวมถึงการพัฒนาเทคนิคเพื่อเข้าสังคม คนเป็นสัตว์สังคมที่ไม่สามารถอยู่ลำพังคนเดียวได้ จำเป็นต้องอยู่ร่วมกับบุคคลอื่น ๆ และในการอยู่ร่วมกันนั้น คนแต่ละคนมีความรู้สึกนึกคิด อารมณ์ บุคลิกลักษณะที่เป็นแบบฉบับเฉพาะของแต่ละคน ถ้าปรับเข้ากันได้ก็อยู่ร่วมกันได้ แต่ในบางครั้งความคิดความรู้สึก อารมณ์ของแต่ละคนแตกต่างกันและปรับเข้าหากันไม่ได้ ทำให้เกิดปัญหาในการอยู่ร่วมกัน (พรทรัพย์ สมิตินิธิชัย, 2534) ดังนั้นการอยู่ร่วมกันในสังคมของคนจำนวนมาก ต้องมีการควบคุมตนเองในสิ่งที่ไม่พอใจ การร่วมมือกัน การถ้อยทีถ้อยอาศัย การสื่อสารกัน การเข้าใจถึงความคิดความรู้สึกของแต่ละฝ่าย เพื่อลดปัญหาในการอยู่ร่วมกัน อาการทางลบเป็นลักษณะที่พบบ่อยในผู้ป่วยจิตเภททำให้ผู้ป่วยมีปัญหาในการเข้าสังคม มนุษย์สัมพันธ์บกพร่อง แยกตัวจากสังคม เมื่อเจ็บป่วยเป็นเวลานานก็จะมีปัญหาพฤติกรรมทางสังคมมากขึ้น ความบกพร่องดังกล่าวยิ่งทำให้ผู้ป่วยมีลักษณะแปลกไปจากบุคคลอื่นทั่วไป ทำให้ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นน้อยลง ส่งผลให้ไม่สามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุข (อุจน์ พยุงธรรม และคณะ, 2545 ; วาตรี ภูบุญ, 2545)

ดังนั้นในการอยู่ร่วมกันในสังคม ต้องมีการช่วยเหลือ พึ่งพากันในสถานการณ์ต่าง ๆ การเต็มใจให้ความช่วยเหลือผู้อื่นจะทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน รู้สึกภูมิใจ รู้สึกมีคุณค่า ในขณะเดียวกันการขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นก็ไม่ใช่ว่าสิ่งที่น่าละอาย ส่งผลให้ผู้ป่วยลดความรู้สึกในด้านลบ เช่น รู้สึกโดดเดี่ยว ถูกทอดทิ้ง ในการทำกิจกรรมนี้จะเน้นให้สมาชิกกลุ่มเรียนรู้หลักการและวิธีปฏิบัติในการอยู่ร่วมกับผู้อื่นรวมถึงการขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนจากสังคมรอบข้างในเรื่องที่ไม่สามารถแก้ไขได้เอง ช่วยให้ผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับสังคมไปในทางที่ดีขึ้น

กิจกรรมที่ 6 การพัฒนาทักษะการเผชิญปัญหา โรคจิตเภทเป็นโรคที่เรื้อรัง การเจ็บป่วยยาวนานส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการด้านลบมากขึ้น ทำให้มีปัญหาในการดำเนินชีวิต ก่อให้เกิดภาวะ

ตั้งเครียดและถ้าผู้ป่วยไม่สามารถเผชิญกับปัญหาสภาพแวดล้อมเช่นนี้ได้ทำให้อาการทางจิตกำเริบกลายเป็นวัฏจักรที่ไม่มีวันสิ้นสุด การมีอาการกำเริบซ้ำ ๆ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเบื่อหน่าย เกิดความรู้สึกด้อยคุณค่าในตนเองคุณภาพชีวิตลดต่ำลง (จิราพร เกสรสุวรรณ, 2545) การสอนในครั้งนี้เน้นให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ที่จะเผชิญปัญหา ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยพยายามทบทวนเหตุการณ์รอบด้านของตนเอง เพื่อการตัดสินใจและวางแผนจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม (สุจรรยา แสงเขียวงาม, 2545)

กิจกรรมที่ 7 การคงไว้ซึ่งการกระทำเพื่อการมีสุขภาพที่ดี เป็นขั้นตอนสุดท้ายที่ผู้นำกลุ่มต้องกระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มร่วมกันเสริมสร้างความมั่นใจว่าสามารถจัดการปัญหาต่าง ๆ ได้ พร้อมทั้งให้สมาชิกให้กำลังใจซึ่งกันและกัน เนื่องจากความมั่นใจในการทำกิจกรรมต่าง ๆ นั้นเกิดจากการที่ผู้ป่วยมีแรงจูงใจให้กระทำ การมีเป้าหมายในชีวิต มีการกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการพื้นฐานของตนเอง ผู้นำกลุ่มต้องกระตุ้นให้กลุ่มร่วมกันเสริมสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ โดยชี้ให้เห็นถึงประโยชน์ เป้าหมายชีวิตของแต่ละคน และการยุติสัมพันธภาพกับผู้ป่วย

3. จัดทำคู่มือการดำเนินการสอนแบบกลุ่มสำหรับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินการต่อไป

การตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรม

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำแผนการดำเนินการสอนแบบกลุ่มที่สร้างขึ้นไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อตรวจแก้เนื้อหาและภาษาที่ใช้แล้ว นำไปขอความอนุเคราะห์ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 5 คน ได้แก่ จิตแพทย์ 1 คน อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 2 คน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (APN) 2 คน (ดังแสดงรายชื่อในภาคผนวก) โดยผู้วิจัยได้นำรายละเอียดของการสอนแบบกลุ่มในแต่ละกิจกรรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้อง ชัดเจน ครอบคลุม ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ รูปแบบและความเหมาะสมของกิจกรรม ตลอดจนการจัดลำดับของเนื้อหาและความเหมาะสมของเวลาในแต่ละกิจกรรมโดยถือเกณฑ์ของผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นตรงกัน 4 คน จากผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมด 5 คน ภายหลังจากผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเนื้อหาแล้วผู้วิจัยได้ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อให้ความสมบูรณ์ ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา

ผลของการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา สามารถสรุปผลดังนี้คือ

1. ควรระบุในแต่ละกิจกรรมว่าทำการสอนแบบกลุ่ม ที่ตีกลุ่มผู้ป่วยนอกโรงพยาบาล มะการักษ์
2. ในกิจกรรมที่ 2 ควรเพิ่มใบงานเรื่องผลกระทบจากการป่วยเป็นโรคจิตเภท โดยแยกเป็นรายด้านทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ ด้านครอบครัว
3. ในกิจกรรมที่ 7 ควรเปลี่ยนจากการให้สมาชิกเขียนให้กำลังใจกันในใบงาน เป็น ให้ผู้นำกลุ่มเตรียมหัวใจให้เท่าจำนวนสมาชิก แล้วให้สมาชิกเขียนให้กำลังใจกันลงในหัวใจดวงเล็ก จากนั้นนำไปติดในหัวใจดวงใหญ่ เพื่อสร้างความรู้สึกดีดีร่วมกัน
4. ใบความรู้ควรปรับภาษาที่เข้าใจง่ายสำหรับผู้ป่วย หลังจากปรับแก้แล้ว ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่มีความตรงของเนื้อหาที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง โดยทดลองกับผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลมะการักษ์ จนครบทั้ง 7 กิจกรรม เพื่อดูความชัดเจนของภาษา ความเข้าใจของกลุ่มตัวอย่าง ความเหมาะสมของเวลารวมทั้งปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น และนำมาปรึกษาร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์อีกครั้งตามปัญหาที่เกิดขึ้น นำมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้ในการทดลองจริง

จากการทดลองใช้ (Try out) การสอนแบบกลุ่มพบว่า ปัญหาที่พบในการทดลองทำกิจกรรมตามการสอนแบบกลุ่ม คือ ในใบความรู้ที่ 4/1 ความรู้ทั่วไปเรื่องโรคจิตเภท เนื้อหาเยอะและภาษาเข้าใจยากเกินไป จึงทำการปรับภาษาให้เข้าใจง่ายขึ้นและปรับเนื้อหาให้กระชับขึ้น ผู้วิจัยนำเสนอผลการทดลองทำ (Try out) การสอนแบบกลุ่มแก่อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ก่อนนำไปใช้จริงกับผู้ป่วย

ชุดที่ 2 เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ ระยะเวลาที่เจ็บป่วย

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามถึงสัมพันธภาพชีวิต ผู้วิจัยใช้แบบประเมินของ สารีณี ไต้ะทอง (2548) ซึ่งพัฒนาขึ้นตามแนวคิดคุณภาพชีวิตของ Ferrans and Power (1992) ใช้กับกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยมีค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .84 และค่าความเที่ยงเท่ากับ .94 ลักษณะแบบสัมพันธภาพเป็นข้อคำถาม ประกอบด้วย การประเมิน 2 ส่วน

คือ ส่วนที่ 1 ด้านความพึงพอใจ และส่วนที่ 2 ด้านความสำคัญ มีขั้นตอนการพัฒนาเครื่องมือ ดังนี้

1. ศึกษาวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
2. ศึกษาเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยของสาริณี โต๊ะทอง (2548) ซึ่งได้ใช้กลุ่มของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนโดยลักษณะแบบสัมภาษณ์เป็นข้อคำถามแบบประมาณค่า (Rating scale) 6 ระดับโดยแบบวัดคุณภาพชีวิตประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 29 ข้อโดยแบ่งเป็น 4 ด้าน คือ
 - 2.1 ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ (1,2,3,4,5,6,7,8,16,17)
 - 2.2 ด้านสังคมและเศรษฐกิจ จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ (13, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24)
 - 2.3 ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ (15, 14, 25, 26, 27, 28, 29)
 - 2.4 ด้านครอบครัว จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ (9, 10, 11, 12)

โดยแต่ละข้อคำถามผู้ตอบแบบสัมภาษณ์จะต้องตอบ 2 ด้าน คือด้านความพึงพอใจและด้านความสำคัญซึ่งมีความหมายและเกณฑ์ในการให้คะแนนดังนี้

ข้อความ	ความหมาย	คะแนน
พึงพอใจมากและสำคัญมาก	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านมาก	6
พึงพอใจและสำคัญปานกลาง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านปานกลาง	5
พึงพอใจและสำคัญเล็กน้อย	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านเล็กน้อย	4
ไม่พึงพอใจมากและไม่สำคัญเล็กน้อย	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของท่านเล็กน้อย	3
ไม่พึงพอใจมากและไม่สำคัญปานกลาง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของท่านปานกลาง	2
ไม่พึงพอใจมากและไม่สำคัญมาก	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของท่านมาก	1

วิธีคิดคะแนนโดยการแปลงค่าคะแนนความพึงพอใจให้เป็น $-2.5 + 2.5$ ($6 = 2.5$, $5=1.5$, $4=0.5$, $3=-0.5$, $2=-1.5$, $1=-2.5$) แล้วนำค่าคะแนนความพึงพอใจที่ได้มาคูณกับคะแนนด้านความสำคัญในข้อเดียวกัน โดยนำคะแนนแต่ละข้อมารวมกันแล้วหารด้วยจำนวนข้อทั้งหมด คะแนนที่ได้อยู่ในช่วง -1.5 ถึง 15 จึงต้องนำมาบวกด้วย 15 เพื่อให้ค่าคะแนนมีค่าเป็นบวกคะแนนที่ได้โดยรวมคือ $0-30$ แล้วแบ่งคุณภาพชีวิต ไว้ 5 ระดับ (Ferrans and Power, 1992) คือ

คะแนน ระดับคุณภาพชีวิต

24.01-30.00	ระดับคุณภาพชีวิตสูงที่สุด
18.01-24.00	ระดับคุณภาพชีวิตสูง
12.01-18.00	ระดับคุณภาพชีวิตปานกลาง
06.01-12.00	ระดับคุณภาพชีวิตต่ำ
00.00-06.00	ระดับคุณภาพชีวิตต่ำที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา(Content validity) และความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ดังนี้

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ผู้วิจัยนำแบบสอบถามกึ่งสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตจากแนวคิดของ Ferrans and Power (1992) ซึ่งได้พัฒนาโดยสาริณี โต๊ะทอง (2548) ซึ่งได้ใช้กับกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน นำไปขอความอนุเคราะห์ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 คน ได้แก่ จิตแพทย์ 1 คน อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 2 คน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (APN) 2 คน (ดังแสดงรายชื่อในภาคผนวก) ได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้อง ชัดเจน ความครอบคลุมเหมาะสมของภาษาที่ใช้และลำดับของเนื้อหา โดยให้คะแนนความคิดเห็นเป็นระดับ 1 – 4 คะแนน เห็นด้วยมากที่สุดเป็น 4 คะแนน และไม่เห็นด้วยเป็น 1 คะแนน และให้ผู้ทรงคุณวุฒิเขียนข้อเสนอแนะเพิ่มเติมลงในช่องว่างที่เว้นไว้ในแต่ละข้อ โดยการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา(CVI : Content Validity Index) ซึ่งถือเกณฑ์ตามผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นตรงกันและสอดคล้องกัน ซึ่งค่าที่ยอมรับได้คือ .80 ขึ้นไป โดยคำนวณจากสูตรดังนี้ (Hambleton, et al., อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2547)

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

คำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหาโดยรวมได้เท่ากับ .82 ด้านความพึงพอใจได้เท่ากับ .84 ด้านความสำคัญได้เท่ากับ .80 ผู้วิจัยได้ปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบอีกครั้งก่อนนำไปทดลองใช้โดยมีประเด็นที่ต้องปรับแก้ดังนี้

ข้อ 10 เกี่ยวกับเรื่องเพศ เป็นคำถามที่คลุมเครือไม่ชัดเจน จึงปรับแก้เป็น กิจกรรมทางเพศ

ข้อ 13 การประกอบอาชีพของตนเอง เป็นคำถามที่คลุมเครือไม่ชัดเจน จึงปรับแก้เป็น ความสามารถในการประกอบอาชีพ

ข้อ 18 ควรสลับข้อกับข้อ 14 เนื่องจากเป็นข้อคำถามกลุ่มเดียวกัน และคำว่าสภาวะ เป็นคำที่เข้าใจยาก ควรเปลี่ยนเป็นคำว่า สถานะ

ข้อ 16 การได้รับความช่วยเหลือ ควรระบุให้ชัดว่าเป็นช่วยเหลือด้านใด เนื่องจากข้อ 16 อยู่ในด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ จึงปรับแก้เป็นได้รับความช่วยเหลือด้านสุขภาพและการทำหน้าที่

2. การหาความเที่ยง การวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมีขั้นตอนดังนี้ ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่มีความตรงของเนื้อหาที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ในระหว่างวันที่ 9-11 กุมภาพันธ์ 2553 แล้วนำข้อมูลวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติเพื่อหาค่าความเที่ยงตามสูตร สัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยรวมเท่ากับ .93 ด้านความพึงพอใจได้เท่ากับ .94 ด้านความสำคัญได้เท่ากับ .92

จากนั้นนำมาหาค่า Corrected Item total Correlation พบว่าทุกข้อมีความสัมพันธ์ทางบวก และทุกข้อมีค่าถามมีความสัมพันธ์มากกว่า .20 เมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริงได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .93

ชุดที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง

แบบประเมินอาการทางลบ ผู้วิจัยใช้แบบประเมินของหงษ์ บรรเทิงสุข (2545) ที่ครอบคลุมอาการทางลบทั้งหมดประกอบด้วยการประเมินอาการทางลบ 7 อาการ คือ อาการเฉื่อยชา (Blunted affect) การแยกตัวทางอารมณ์ (Emotional withdrawal) มนุษย์สัมพันธ์บกพร่อง (Poor rapport) การแยกตัวจากสังคม (Passive/apathetic social withdrawal) การมีปัญหาในการใช้ความคิดนามธรรม (Difficult of abstract thinking) การสนทนาไม่เกิดขึ้นเองอย่างเป็นธรรมชาติและไม่ต่อเนื่อง (Lack of spontaneity and flow of conversation) การคิดอย่างตายตัว (Stereotyped thinking) โดยอาศัยเครื่องมือจาก Positive and Negative Syndrome Scale ฉบับภาษาไทย (PANSS-T) แปลและสร้างขึ้นโดยการพัฒนาจากแนวคิดการประเมินอาการทางบวกและอาการทางลบของ Kay, Fisbein and Opler (1987) โดยมีค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .87 และค่าความเที่ยงเท่ากับ .94 ประกอบด้วย 13 ข้อคำถาม ประเมินโดยตรงจากการสังเกต 6 ข้อ และจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วย 7 ข้อ เป็นแบบตรวจสอบรายการ แล้วให้คะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้โดยมีความหมายและเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

ข้อความ	ความหมาย	คะแนน
มีอาการ	ปรากฏลักษณะอาการตามข้อความดังกล่าว	1
ไม่มีอาการ	ไม่ปรากฏลักษณะอาการตามข้อความดังกล่าว	0

การแปลผลคะแนน ทำโดยคิดคะแนนทุกข้อคำถามแล้วนำคะแนนที่ได้มารวมกัน ค่าคะแนนที่เป็นไปได้ต้องอยู่ในช่วง 0-13 คะแนน แปลผลค่าคะแนนโดย ค่าคะแนนสูง มีอาการทางลบมาก ค่าคะแนนต่ำมีอาการทางลบน้อย โดยแบ่งระดับได้ดังนี้ คะแนน 10-13 คะแนน ถือว่ามี

อาการทางลบมาก คะแนน 5-9 คะแนนถือว่าเป็นผู้ที่มีอาการทางลบปานกลาง และคะแนน 0-4 คะแนนถือว่าเป็นผู้ที่มีอาการทางลบน้อย

เกณฑ์การประเมินผลการกำกับการทดลอง

1. หลังจากผู้ปวยเข้าร่วมการสอนแบบกลุ่ม ต้องมีระดับอาการทางลบโดยเฉลี่ยลดลง 80% ขึ้นไป

2. กรณีที่ผู้ปวยจิตเภทหลังเข้าร่วมการสอนแบบกลุ่มไม่ผ่านเกณฑ์การกำกับการทดลอง ผู้วิจัยร่วมมือกับผู้ปวยค้นหาปัญหาและอุปสรรค และนำข้อมูลมาวิเคราะห์ว่าเกิดจากสาเหตุอะไร แล้วทำการเพิ่มเติมในส่วนที่ผู้ปวยขาด ร่วมกันหาแนวทางที่เหมาะสมเพื่อแก้ปัญหา จากนั้นประเมินอาการทางลบใหม่อีกครั้งจนกระทั่งผู้ปวยผ่านเกณฑ์การกำกับการทดลอง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) และความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) คำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา โดยรวมได้เท่ากับ .84 ผู้วิจัยได้ปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบอีกครั้งก่อนนำไปทดลองใช้โดยมีประเด็นที่ต้องปรับแก้ดังนี้

ข้อ 5 ขณะพูดนั่งตัวแข็งที่อ ไร้ชีวิตชีวา ควรระบุให้ชัดเจน คือ สีนหน้าไร้ชีวิตชีวา

2. การหาความเที่ยง การวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมีขั้นตอนดังนี้ ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่มีความตรงของเนื้อหาที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับผู้ปวยจิตเภทที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน (Burn and Grove, 2001) โดยผู้วิจัยได้ฝึกใช้เครื่องมือก่อนโดยทำการสัมภาษณ์และสังเกตผู้ปวยเป็นจำนวน 10 คน แล้วขอคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ช่วยให้คำแนะนำสำหรับการใช้เทคนิคและทักษะในการสังเกตผู้ปวย จากนั้นผู้วิจัยร่วมกับผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 1 คน ให้คะแนนอาการทางลบตามแบบประเมินอาการทางลบ โดยที่ผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์ผู้ปวย จำนวน 10 คน (Burn and Grove, 2001) และผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ให้คะแนนตามแบบประเมินพร้อมกัน โดยเก็บรวบรวมข้อมูลในระหว่างวันที่ 9-11 กุมภาพันธ์ 2553 แล้วนำข้อมูลวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือ ด้วยการหาความสอดคล้องกันของการสังเกต (Inter-rater Reliability) โดยใช้สูตรของ Kappa ได้ค่าความเที่ยงของแบบประเมินอาการทางลบ เท่ากับ .81 ซึ่งถือว่ามีค่าความเที่ยงอยู่ในระดับสูง

ขั้นการดำเนินการทดลอง

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

1. ระยะเตรียมการทดลอง

1.1 ผู้วิจัยเตรียมตัวศึกษา ค้นคว้าตำรา เอกสาร และงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องในเรื่องการสอนแบบกลุ่ม กระบวนการกลุ่มตามแนวคิดของ Marram (1978) คุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยผ่านการศึกษาค้นคว้าในเรื่องการสอนแบบกลุ่ม จากการฝึกปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชั้นสูงที่โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา และได้ฝึกปฏิบัติจริงภายใต้การดูแลของพยาบาล APN ด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

1.2 เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1.3 เตรียมสถานที่ในการดำเนินการ โดยส่งหนังสือขอความร่วมมือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล

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

1.5 ผู้วิจัยศึกษาสถิติผู้มารับบริการรายวันจากแฟ้มสถิติผู้ป่วย พบว่าจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการรายวันในแต่ละวันเฉลี่ยวันละ 15-20 คนโดยประมาณ โดยมีจำนวนในแต่ละวันแตกต่างกัน และจากการสอบถามพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานร่วมกับการสังเกตการณ์ของผู้วิจัยในลักษณะการมารับบริการของผู้ป่วยจิตเภทตั้งแต่วันที่ 1 ก.พ.-10 ก.พ. 2553 พบว่าผู้ป่วยที่มารับบริการมี 3 ลักษณะ คือ ผู้ป่วยที่มารับบริการด้วยตนเอง ผู้ป่วยที่มาพร้อมกับญาติ และผู้ป่วยที่ญาติมารับยาแทน ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยในพื้นที่ อ. ท่ามะกา จ. กาญจนบุรี ซึ่งไม่มีปัญหาการเดินทางมาทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง จากนั้นผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกตามขั้นตอน ระหว่างวันที่ 15-26 ก.พ. 2553 มีจำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการทั้งหมด 135 คน เมื่อผู้มารับบริการมารับบริการ ผู้วิจัยทำการประเมินโดยแบบสอบถามกึ่งสัมภาษณ์

คุณภาพชีวิต แบบประเมินอาการทางจิต แบบประเมินอาการทางลบ จากนั้นผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน เป็นกลุ่มทดลอง 20 คน กลุ่มควบคุม 20 คน ทำการจับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Matched pair) โดยการควบคุมให้ทั้ง 2 กลุ่มมีลักษณะใกล้เคียงกันมากที่สุด คือ เพศ และอาการทางลบ คัดเลือกจนครบ 20 คู่ตามที่กำหนดไว้

1.6 ผู้วิจัยแนะนำตัวเอง แจ้งวัตถุประสงค์ของการศึกษา และให้ข้อมูลเรื่องการพิทักษ์สิทธิ์กับกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งให้ลงชื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2. ระยะดำเนินการทดลอง

2.1 กลุ่มควบคุม ได้รับการดูแลตามปกติที่พยาบาลวิชาชีพประจำแผนกผู้ป่วยนอกจัดให้มีขึ้น เพื่อบริการกับผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ การตรวจคัดกรอง ประเมินอาการและระดับความรุนแรงตัวของอาการเจ็บป่วย ให้สุขศึกษาในรายที่มีข้อสงสัย ให้คำแนะนำเรื่องการใช้ยา รวมถึงการเยี่ยมบ้านในรายที่มีปัญหาซับซ้อน

2.2 กลุ่มทดลอง ได้รับการสอนแบบกลุ่มที่โรงพยาบาลมะการักษ์ โดยผู้วิจัยเป็นผู้นำกลุ่ม ทำหน้าที่ดำเนินกิจกรรมด้วยตนเองทุกขั้นตอนมีผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (APN) เป็นผู้ช่วยผู้นำกลุ่มทำหน้าที่สังเกตและจดบันทึก ผู้นำกลุ่มอธิบายเกี่ยวกับรายละเอียดถึงขั้นตอนการดำเนินการให้กับสมาชิกที่เข้าร่วมโครงการรับทราบตามการดำเนินการในการสอนแบบกลุ่ม 7 ครั้ง สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ๆ ละ 60-90 นาที ทำในวันอังคาร และ พฤหัสบดี โดยใช้ระยะเวลาติดต่อกันทั้งสิ้น 4 สัปดาห์ และดำเนินการที่ห้องทำกิจกรรมกลุ่ม โรงพยาบาลมะการักษ์ โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 10 คน โดยกลุ่มที่ 1 ทำกิจกรรมกลุ่มช่วงเช้า เวลา 10.00-11.00 น. และ กลุ่มที่ 2 ทำกิจกรรมกลุ่มช่วงบ่าย เวลา 13.30-14.30 น. ดังนี้

กิจกรรมที่ 1	วันที่	9 มีนาคม 2553	กลุ่มที่ 1	เวลา 10.00-11.00 น.
			กลุ่มที่ 2	เวลา 13.30-14.30 น.
กิจกรรมที่ 2	วันที่	11 มีนาคม 2553	กลุ่มที่ 1	เวลา 10.00-11.00 น.
			กลุ่มที่ 2	เวลา 13.30-14.30 น.
กิจกรรมที่ 3	วันที่	16 มีนาคม 2553	กลุ่มที่ 1	เวลา 10.00-11.00 น.
			กลุ่มที่ 2	เวลา 13.30-14.30 น.
กิจกรรมที่ 4	วันที่	18 มีนาคม 2553	กลุ่มที่ 1	เวลา 10.00-11.00 น.
			กลุ่มที่ 2	เวลา 13.30-14.30 น.
กิจกรรมที่ 5	วันที่	23 มีนาคม 2553	กลุ่มที่ 1	เวลา 10.00-11.00 น.
			กลุ่มที่ 2	เวลา 13.30-14.30 น.

กิจกรรมที่ 6	วันที่ 25 มีนาคม 2553	กลุ่มที่ 1	เวลา 10.00-11.00 น.
		กลุ่มที่ 2	เวลา 13.30-14.30 น.
กิจกรรมที่ 7	วันที่ 30 มีนาคม 2553	กลุ่มที่ 1	เวลา 10.00-11.00 น.
		กลุ่มที่ 2	เวลา 13.30-14.30 น.

ในแต่ละชั้นตอนมีวัตถุประสงค์และการประเมินผลดังนี้ (รายละเอียดเนื้อหาในแต่ละชั้นตอนแสดงในเครื่องมือฉบับสมบูรณ์)

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและความร่วมมือ

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภท

สถานที่ ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมะการักษ์

สัปดาห์ที่ 1 ระยะเวลา 60-90 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้รู้จักและคุ้นเคยซึ่งกันและกัน ใ้วางใจ และมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน เกิดความร่วมมือและมีส่วนร่วมในกลุ่ม
2. เพื่อให้สมาชิกทราบวัตถุประสงค์ ระเบียบการเข้ากลุ่ม การปฏิบัติตนในฐานะสมาชิกกลุ่มและประโยชน์ที่จะได้รับการเข้ากลุ่ม

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 1 สมาชิกกลุ่มสามารถบอกวัตถุประสงค์ ระเบียบการเข้ากลุ่ม และประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้ากลุ่มครั้งที่ 1 ได้

กิจกรรม

1. ผู้นำกลุ่ม และสมาชิกกลุ่มนั่งเป็นวงกลมหันหน้าเข้าหากัน ผู้นำกลุ่มกล่าวเปิดกลุ่ม โดยทักทายสมาชิกกลุ่มด้วยใบหน้ายิ้มแย้มแจ่มใส
2. ผู้นำกลุ่ม ผู้ช่วยผู้นำกลุ่มและสมาชิกกลุ่มแนะนำตนเอง
3. ให้สมาชิกกลุ่มทุกคนลุกออกจากที่นั่ง แล้วจับคู่พูดคุยทำความรู้จักกับสมาชิกคนใดก็ได้ โดยสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมจากเดิมตามใบงานที่ 1/1 ให้เวลา 15 นาที
4. ให้สมาชิกแต่ละคนบอกรายละเอียดของเพื่อนใหม่ที่ตนไปทำความรู้จักว่าอย่างไรบ้าง
5. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกกลุ่มบอกความคาดหวังในการเข้ากลุ่ม และสนับสนุนให้สมาชิกกลุ่มทำข้อตกลง ทำความเข้าใจร่วมกัน ตลอดจนร่วมแสดงความคิดเห็นกัน เกี่ยวกับสิทธิ และบทบาทหน้าที่ที่ต้องปฏิบัติในการเข้ากลุ่มแต่ละครั้ง

6. ผู้นำกลุ่มให้ข้อมูลตารางการสอนแบบกลุ่มตามใบความรู้ที่ 1/1 และรูปแบบการดำเนินกิจกรรมกลุ่มซึ่งจะดำเนินในครั้งต่อไป คือ

6.1 ทักทายพูดคุยกันเรื่องทั่ว ๆ ไป ทบทวนกติกาของกลุ่ม

6.2 ผู้นำกลุ่มจัดทำแผนการสอน โดยกำหนดวัตถุประสงค์ และกิจกรรมการสอน

6.3 สมาชิกร่วมอภิปราย และแสดงความคิดเห็นในประเด็นการสนทนาแต่ละกิจกรรม

6.4 ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในกลุ่ม

6.5 ผู้นำกลุ่มและสมาชิกร่วมกันวิเคราะห์และสรุปกิจกรรม ความรู้ในแต่ละครั้ง

7. กระตุ้นให้สมาชิกร่วมกันสรุปกิจกรรมและประโยชน์จากการเรียนรู้แบบกลุ่ม

8. นัดหมายในการทำกลุ่มครั้งต่อไป

สาระสำคัญ การสร้างสัมพันธภาพและความร่วมมือ เป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยและผู้ป่วยด้วยกันเป็นรายกลุ่ม เพื่อให้เกิดความไว้วางใจโดยอาศัยปฏิสัมพันธ์ที่ดี และให้ความสำคัญกับสมาชิกกลุ่มในการมีส่วนร่วมและรับผิดชอบต่อการรักษา สร้างแรงจูงใจให้สมาชิกกลุ่มได้เรียนรู้ในการที่จะรับผิดชอบ ตัดสินใจเลือกแนวทางการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง หากสมาชิกกลุ่มมองเห็นแนวโน้มที่จะเกิดประโยชน์จากการทำกิจกรรม ทำให้มีความต้องการและความพร้อมที่เข้าร่วมกิจกรรมมากขึ้น ความร่วมมือในการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติตนที่ไม่เหมาะสมจะเกิดขึ้นภายใต้บรรยากาศความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างสมาชิกกลุ่ม มีวัตถุประสงค์เพื่อให้สมาชิกสามารถดำเนินชีวิตในครอบครัวและสังคมได้อย่างปกติสุข จากการเรียนรู้ความจริงเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับกระบวนการการสอนแบบกลุ่มเพื่อให้รู้จักและคุ้นเคยกันไว้วางใจ สร้างความร่วมมือระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยและผู้ป่วยกับผู้ป่วย

สื่อการสอน

1. ใบงานที่ 1/1 เพื่อนใหม่ของฉัน

2. ดินสอ/ปากกา และกระดาษ สำหรับใช้ในกิจกรรมย่อย

การประเมินผล

พฤติกรรมกลุ่ม เริ่มกลุ่มสมาชิกหนึ่งเป็นวงกลม มีสมาชิกบางคนนั่งก้มหน้า ไม่สบตาใคร ผู้นำกลุ่มเปิดกลุ่มแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ ระเบียบ และประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้ากลุ่ม แล้วจึงให้สมาชิกแนะนำตนเอง โดยบอกชื่อ นามสกุล ให้สมาชิกในกลุ่มทราบบ จากนั้นให้ทำกิจกรรมใบงานที่ 1/1 เพื่อนใหม่ของฉัน ในช่วงก่อนเริ่มทำกิจกรรมสมาชิกไม่ค่อยพูด บรรยากาศค่อนข้างอึดอัด กลุ่มเงียบ หลังจากทำกิจกรรมร่วมกัน แลกเปลี่ยนข้อมูล ส่งผลให้บรรยากาศลดความอึดอัดลง เกิดความรู้สึกผ่อนคลาย จากนั้นผู้นำกลุ่มให้สมาชิกเสนอข้อตกลง

เบื้องต้นในการเข้ากลุ่ม และเพื่อให้สมาชิกไว้วางใจกลุ่มมากขึ้นโดยผู้นำกลุ่มแสดงความสนใจเรื่องราวของสมาชิก ตั้งใจรับฟัง ใส่ใจต่อเรื่องราวของสมาชิกทุกคน เน้นย้ำข้อตกลงของกลุ่มในเรื่องการรักษาความลับ ทำให้สมาชิกเปิดเผยตนเองมากขึ้น หลังจากทำกลุ่ม 40 นาที กลุ่มเริ่มมีความเป็นกันเอง มีสมาชิก 3 คนที่ช่วยกระตุ้นกลุ่ม มีอารมณ์สนุกสนาน ส่งผลให้บรรยากาศความตึงเครียดลดลง ช่วงท้ายของการทำกลุ่มสมาชิกสามารถร่วมกันสรุปสาระสำคัญของกลุ่มได้

พัฒนาการกลุ่ม กิจกรรมนี้เป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้นำกลุ่มกับสมาชิก และสมาชิกกับสมาชิก โดยผู้นำกลุ่มเป็นตัวอย่างให้สมาชิกกลุ่มได้เรียนรู้คือ แสดงความสนใจในเรื่องราวของสมาชิก มีท่าที่ตั้งใจรับฟัง ใส่ใจต่อความคิดเห็นและความรู้สึกของสมาชิก ยอมรับและทำความเข้าใจในสิ่งที่สมาชิกพูด ทำให้สมาชิกเกิดความไว้วางใจ กล่าวที่จะเปิดเผยตนเองมากขึ้น ดังตัวอย่างคำพูด “ดีใจที่มีคนเป็นเหมือนกัน ป้าไม่เคยบอกความรู้สึก หรือเล่าเรื่องส่วนตัว เรื่องที่เคยนอนโรงพยาบาลบ้างให้ใครฟังเลย เวลาเล่าก็เหมือนทุกคนอยากฟังเรา ผิดกับเวลาที่คุยกับเพื่อนเก่า ๆ เขาไม่เป็นเหมือนเรา ไม่เข้าใจหรอก” มีสมาชิกบางคนเห็นประโยชน์ของการมาทำกิจกรรมการสอนแบบกลุ่ม มีความหวังในชีวิต ดังตัวอย่างคำพูด “ผมอยากดีขึ้นกว่านี้ ผมอยากเป็นดุษฎีเหมือน (สมาชิกคนหนึ่งในกลุ่มซึ่งมีอาการดีมาก) ผมจะทำแบบ.....และนำความรู้ที่ได้รับไปดูแลตนเอง” “มาเข้ากลุ่มก็ดีเหมือนกัน ได้รู้จักเพื่อนใหม่ อยู่บ้านก็ไม่ได้ทำอะไร ไม่มีเพื่อนคุย ผมอยากมีเพื่อนที่เข้าใจผม วันนี้นี้ผมสนุกมากครับ” ในช่วงท้ายสมาชิกได้ให้กำลังใจกัน และกัน และสัญญาว่าจะมาเข้ากลุ่มอีกในครั้งต่อไป

กิจกรรมที่ 2 การร่วมมือกันเพื่อสำรวจปัญหา กำหนดเป้าหมายและวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกัน

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภท

สถานที่ ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมะการักษ์

สัปดาห์ที่ 1 ระยะเวลา 60-90 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้ทราบถึงผลกระทบจากการเป็นโรคจิตเภท
2. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มยอมรับปัญหา ความรู้สึกต่อการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง
3. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มร่วมกันกำหนดเป้าหมายและวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกัน

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 2 สมาชิกกลุ่มสามารถ

1. บอกถึงผลกระทบจากการเป็นโรคจิตเภท
2. บอกถึงเป้าหมายและการวางแผนแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นได้

กิจกรรม

1. ผู้นำกลุ่มกล่าวเปิดกลุ่ม ทักทายสมาชิก และทบทวนประสบการณ์ในการทำกลุ่มครั้งก่อน
2. ให้สมาชิกทบทวนวัตถุประสงค์ ข้อตกลงที่ได้ตกลงร่วมกัน
3. ให้สมาชิกกลุ่มเขียนถึงผลกระทบจากการเป็นโรคจิตเภท ตามใบงานที่ 2/1 โดยผู้นำกลุ่มอธิบายรายละเอียดในแต่ละประเด็นให้สมาชิกกลุ่มฟังอย่างชัดเจน หลังจากนั้นให้สมาชิกกลุ่มอ่านของตนเอง และอภิปราย แลกเปลี่ยนประสบการณ์กันทีละด้าน ได้แก่ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ ด้านครอบครัว
4. ผู้นำกลุ่มสะท้อนให้สมาชิกช่วยกันบอกความรู้สึกต่อปัญหา และมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประสบการณ์ รวมทั้งการเชื่อมโยงคำพูด ความคิดเห็นของสมาชิกเพื่อให้อภิปรายปัญหาอย่างต่อเนื่องและสรุปเนื้อหาที่ได้จากการทำกลุ่ม ตลอดจนสังเกตปฏิกิริยาของสมาชิกในกลุ่ม เพื่อกระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มมีปฏิสัมพันธ์กันอย่างทั่วถึง
5. ผู้นำกลุ่มให้ความรู้เรื่องความสำคัญของการมีเป้าหมายในชีวิต หลังจากนั้นกระตุ้นให้สมาชิกกำหนดเป้าหมายในใบงานที่ 2/2 และวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกัน
6. สมาชิกร่วมกันสรุปกิจกรรม และประโยชน์ที่ได้รับจากการเรียนรู้แบบกลุ่มในครั้งนี้
7. นัดหมายวัน เวลา ในการทำกลุ่มครั้งต่อไป

สาระสำคัญ การร่วมมือกันเพื่อสำรวจปัญหา กำหนดเป้าหมายและวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกันโดยใช้กระบวนการสอนแบบกลุ่ม เป็นการประเมินชีวิตว่ามีมุมมองอย่างไรต่อภาวะสุขภาพ สิ่งใดที่ชอบหรือไม่ชอบเกี่ยวกับสุขภาพ ผู้ป่วยมีความคิดที่ต้องการเปลี่ยนแปลงหรือไม่ ขั้นตอนนี้จะช่วยให้ทราบภาพรวมและความต้องการโดยทั่วไปของผู้ป่วยต่อการเปลี่ยนแปลงปัญหาที่เกิดขึ้นในการดำเนินชีวิตประจำวัน เพื่อให้ดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุขในสังคม (Berger et al., 2000) ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในแต่ละด้านของชีวิต ดังนั้นการที่ทราบข้อมูล ความต้องการของผู้ป่วยจะทำให้สามารถจัดรูปแบบการสอนได้ตรงกับสภาพปัญหาของผู้ป่วยมากที่สุด และกระบวนการสอนแบบกลุ่ม ทำให้สมาชิกกลุ่มเรียนรู้วิธีการแก้ไขปัญหาร่วมกัน โดยสมาชิกกลุ่มมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหานั้นและนำมาเป็นแนวทางในการแก้ปัญหาของตนเองในอนาคตต่อไป

สื่อการสอน

1. ใบงานที่ 2/1 ผลกระทบจากการเป็นโรคจิตเภท
2. ใบงานที่ 2/2 เป้าหมายในชีวิต
3. ดินสอ/ปากกา และกระดาษ สำหรับใช้ในกิจกรรมย่อย

การประเมินผล

พฤติกรรมกลุ่ม

สมาชิกหนึ่งเป็นวงกลม บรรยากาศภายในกลุ่มดูผ่อนคลาย ทุกคนนั่งในท่าที่สบาย มีความเป็นกันเองมากขึ้น

ผู้นำกลุ่มเปิดกลุ่ม และเริ่มประเด็นอภิปรายประเด็น การป่วยเป็นโรคจิตเภทซึ่งเป็นโรคเรื้อรัง ส่งผลกระทบต่อตัวสมาชิกอย่างไร ให้อภิปรายที่ละด้าน พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีปัญหาที่คล้ายคลึงกันคือ

ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ มีสมาชิกหลายรายที่คิดว่า เมื่อป่วยเป็นโรคจิตเภทแล้วไม่สามารถทำอะไรได้ เช่น “ผมรู้สึกไม่มีแรง ง่วงนอน ไม่อยากไปทำงาน” “หนูกินยาแล้วมือสั่นมาก ไม่รู้จะทำอย่างไร ถูกเพื่อนที่ทำงานล้อ เลยลาออกจากงาน” “ผมไม่อยากอาบน้ำ เบื่อ ทุกวันนี้อาบน้ำวันละครั้ง โดนพ่อด่าทุกวัน”

ด้านสังคมและเศรษฐกิจ พบว่าสมาชิกไม่ได้รับการยอมรับจากเพื่อนร่วมงาน เช่น “ไม่อยากไปทำงาน เบื่อที่ทำงานชอบล้อผมว่าผมเป็นคนบ้า ทำให้คนอื่นกลัว ผมจึงหยุดงาน จนถูกโรงงานไล่ออกแล้ว” “หนูไม่ค่อยมีเพื่อนหรอก พอเขารู้ว่าหนูเป็นคนบ้าก็ไม่มีใครอยากคุยด้วยหรอก หนูก็เลยไม่อยากไปทำงาน หรือคุยกับเพื่อนเก่า ๆ”

ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ สมาชิกกลุ่มทุกคนมีความรู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่าย คิดว่าตนเองโชคร้ายที่เกิดมาเป็นโรคทางจิต เช่น “บางครั้งก็ท้อแท้ ว่าชาติที่แล้วไปทำอะไร เกิดมาถึงความผิดปกติแบบนี้ บางครั้งเห็นคนที่เขาปกติ ก็น้อยใจ อยากฆ่าตัวตายไปเกิดใหม่ให้รู้แล้วรู้รอดกันไป”

ด้านครอบครัว พบว่า สมาชิก 70% มีปัญหาเกี่ยวกับครอบครัว เช่น “เบื่อพ่อ ชอบว่าผมแรง ๆ เช่น ไล่ลูกเลว เกิดมาทำไม เป็นภาระ งานก็ไม่ช่วยทำ ก็ผมไม่อยากทำ ผมง่วงนอนอยากนอน” “ป้าเคยมีแฟนนะ พอเขารู้ว่าป้าเป็นโรคจิตก็เลิกคบกับป้า ทำให้ป้าต้องอยู่เป็นโสดจนถึงทุกวันนี้”

ผู้นำกลุ่มให้กำลังใจสมาชิกทุกคน เชื่อมโยงไปสู่ประโยชน์ที่ได้จากการทำกลุ่ม มีสมาชิกรายหนึ่งบอกว่า “ผมจะลองมาเข้ากลุ่มให้ครบดูซิว่าผมจะดีขึ้นไหม” มีสมาชิกหลายคนที่มีความเห็นตรงกันกับสมาชิกรายนั้น จากนั้นให้สมาชิกทำใบงานที่ 2/2 เป้าหมายในชีวิต หลังจากให้สมาชิกอ่านเป้าหมายในชีวิต กิจกรรมเพื่อให้เป้าหมายสำเร็จ ระยะเวลาที่ใช้ให้กลุ่มฟัง สมาชิกทุกคนให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี มีความตั้งใจในการทำกิจกรรม

พัฒนาการกลุ่ม ในกิจกรรมนี้ผู้ป่วยเริ่มเกิดความไว้วางใจ ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรม มีการซักถาม แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และช่วยกันให้ข้อเสนอแนะใหม่ ๆ

เพื่อช่วยเหลือกันและกัน หรือเกิดการลอกเลียนแบบสิ่งที่ดีดี เช่น “ผมชอบเป้าหมายของคุณ..... (สมาชิกรายหนึ่งในกลุ่ม) ผมจะลองเอาไปทำตามบ้าง” มีการให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อสมาชิก เช่น ทำไมต้องตั้งเป้าหมายในชีวิต ทำอย่างไรที่จะทำให้เป้าหมายของเราสำเร็จ รวมถึงวิธีการตั้งเป้าหมายในชีวิต สมาชิกกลุ่มเกิดความรู้สึกมีความหวังเช่น “เราต้องทำให้ได้ เราอยากเหมือนคนปกติ ” ได้เรียนรู้ทักษะการเข้าสังคม เพราะขณะทำกลุ่มเหมือนเข้าชุมชนจำลอง บางครั้งพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมก็จะแสดงออกมา เช่น มีผู้ป่วยรายหนึ่งมักจะหัวเราะคนเดียว ไม่มีเหตุผล สมาชิกก็ช่วยกันตักเตือน เช่น “หัวเราะอะไร เราต้องฝึกควบคุมตัวเองนะ เดี่ยวไปคุยกับคนอื่นเขา จะว่าเราบ้า ไม่มีใครอยากคุยด้วย”

กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาการมีคุณค่าแห่งตน

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภท

สถานที่ ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมะการักษ์

สัปดาห์ที่ 2 ระยะเวลา 60-90 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มมีทัศนคติที่ดีต่อตนเองและผู้อื่นและมีความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น
2. เพื่อให้สมาชิกตระหนักถึงคุณค่าของตนเอง รู้จักข้อดีและสิ่งที่ต้องปรับปรุงของตนเอง
3. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มเรียนรู้ถึงประโยชน์ของการทำงาน การใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 2 สมาชิกกลุ่มสามารถ

1. ร่วมกันวิเคราะห์ถึงสิ่งที่ได้รับจากเรื่องข้อคิดจากถั่งน้ำสองใบได้
2. สมาชิกกลุ่มสามารถ วิเคราะห์ถึงข้อดีและสิ่งที่ควรปรับปรุงของตนเองได้
3. สมาชิกกลุ่มสามารถบอกถึงกิจกรรมการใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ได้

กิจกรรม

1. ผู้นำกลุ่มกล่าวเปิดกลุ่ม ทักทายสมาชิก และทบทวนประสบการณ์ในการทำกลุ่มครั้งก่อน

2. ให้สมาชิกทบทวนวัตถุประสงค์ ข้อตกลงที่ได้ตกลงร่วมกัน

3. ผู้นำกลุ่มอ่านสถานการณ์เรื่อง “ข้อคิดจากถั่งน้ำสองใบ” ตามใบงานที่ 3/1 ให้สมาชิกกลุ่มฟัง

4. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกร่วมอภิปรายกันในหัวข้อ ประเด็นที่ 1 ความรู้สึกหลังจากที่ได้ฟังเรื่องข้อคิดจากถั่งน้ำสองใบ ประเด็นที่ 2 สิ่งที่ได้รับหลังจากฟังเรื่องข้อคิดจากถั่งน้ำสองใบ

5. ผู้นำกลุ่มสรุปเชื่อมโยงเข้าสู่ประเด็นการมีทัศนคติที่ดีต่อตนเอง

6. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกเขียนข้อดี ข้อที่ควรปรับปรุงของตนเองลงในใบงานที่ 3/2
7. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกออกมาอ่านของตนเองให้สมาชิกกลุ่มฟัง
8. ผู้นำกลุ่มสรุปสิ่งที่มีปัญหาคล้ายคลึงกันไว้หมวดหมู่เดียวกัน จากนั้น เปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มอภิปราย แลกเปลี่ยนประสบการณ์เรื่องแนวทางแก้ไขข้อบกพร่องที่ละประเด็นโดยเน้นการสร้างคามภาคภูมิใจ และควมมีคุณค่าต่อตนเอง
9. ผู้นำกลุ่มสร้างกำลังใจโดยให้สมาชิกกลุ่มร่วมให้กำลังใจกันและกัน เพื่อเสริมสร้างความรู้สึกว่ตนเองมีคุณค่า และเพิ่มกำลังใจในการดำเนินชีวิต
10. ผู้นำกลุ่มเชื่อมโยงกิจกรรมทั้งหมดกับกิจกรรมสุดท้ายคือให้สมาชิกกลุ่มร่วมกันคิดกิจกรรมในการใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ต่อตนเอง ครอบครัวและชุมชน ลองนำไปปฏิบัติ จากนั้นนำมาเล่าให้สมาชิกกลุ่มฟังในการเข้ากลุ่มครั้งต่อไป
11. ผู้นำกลุ่มแจกสมุดบันทึกให้สมาชิกแต่ละคน คนละ 1 เล่ม (ใบงานที่ 3/3) เพื่อบันทึกกิจกรรมการใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์
12. สมาชิกกลุ่มร่วมกันสรุปกิจกรรม และประโยชน์ที่ได้รับจากการเรียนรู้แบบกลุ่มในครั้งนี้พร้อมนัดหมายวัน เวลา ในการทำกลุ่มครั้งต่อไป

สาระสำคัญ การป่วยเป็นโรคจิตเภททำให้ผู้ป่วยมีความคิดและพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม แม้จะรักษาจนมีอาการทุเลาแล้วแต่เมื่อกลับไปอยู่ในชุมชนก็มักถูกล้อเลียนไม่ได้รับการยอมรับจากคนรอบข้าง ทำให้สูญเสียความมั่นใจ รู้สึกไม่มีคุณค่า ดังนั้นการเสริมสร้างคุณค่าในตนเองจะทำให้ผู้ป่วยสามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีความสุข กิจกรรมนี้จะทำให้สมาชิกกลุ่มเกิดความภาคภูมิใจ มองเห็นจุดดี ความมีคุณค่าแห่งตน และการยอมรับจุดอ่อนซึ่งเป็นสิ่งที่สามารถพัฒนาได้ และให้สมาชิกกลุ่มเรียนรู้ทักษะการทำงานร่วมกับผู้อื่นและการใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ ดังนั้นกิจกรรมการสอนจะเน้นการเสริมคุณค่าให้กับผู้ป่วย นำไปสู่การมองโลกในแง่ดี และมีสัมพันธภาพที่ดีต่อคนอื่น ๆ รู้จักใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ ส่งผลให้ผู้ป่วยปรับตัวอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

สื่อการสอน

1. ใบงานที่ 3/1 ข้อคิดจากถังน้ำสองใบ
2. ใบงานที่ 3/2 ตัวเราเป็นแบบไหน
3. ใบงานที่ 3/3 สมุดบันทึกของฉัน
4. ดินสอ/ปากกา และกระดาษ สำหรับใช้ในกิจกรรมย่อย

การประเมินผล

พฤติกรรมกลุ่ม

สมาชิกมาตรงเวลาเกือบทุกคน มีการตักเตือนสมาชิกที่มาไม่ตรงเวลาโดยสมาชิกด้วยกัน ผู้นำกลุ่มสรุปเพิ่มเติมให้สมาชิกกลุ่มเห็นความสำคัญของการตรงเวลา ในการดำเนินชีวิตประจำวัน สมาชิกนั่งเป็นวงกลม พูดคุยกันเองก่อนเข้ากลุ่ม ผู้นำกลุ่มเปิดกลุ่มและแจ้งวัตถุประสงค์ให้สมาชิกทราบ จากนั้นได้สถานการณ์เรื่อง “ข้อคิดจากถ้ำน้ำสองใบ” ตามใบงานที่ 3/1 จากนั้นผู้นำกลุ่มและสมาชิกร่วมกันวิเคราะห์ได้ว่า คนเราแต่ละคนต้องมีข้อบกพร่องของตนเอง แต่รอยตำหนิ และข้อบกพร่องที่เรามีนั้นอาจทำให้การอยู่ร่วมกันของเราน่าสนใจมากขึ้น เราควรมองโลกในหลาย ๆ ด้าน คนเราไม่ได้มีแต่ข้อเสียอย่างเดียวเท่านั้น ดังนั้นเราต้องยอมรับแต่ละคนในแบบที่เขาเป็น และมองหาสิ่งดีในตัวพวกเขาเหล่านั้น จากนั้นเชื่อมโยงให้สมาชิกฝึกค้นหาสิ่งทีภูมิใจในตัวเอง มีสมาชิกรายหนึ่งบอกว่า “ไม่มีข้อดี” สมาชิกในกลุ่มจึงให้กำลังใจกัน และมีสมาชิกรายหนึ่งบอกว่า “ทำไมจะไม่มี ก็มาตรงเวลาไง แต่งตัวเรียบร้อย ขยันเห็นนั่งอ่านคู่มือที่พยาบาลให้ตลอดเลย” สมาชิกรายนั้นยิ้มและบอกว่า “จริงด้วย ผมดีใจจังที่มีคนเห็นความดีของผม คนอื่นยังเห็น ผมต้องฝึกหาความดีของผมบ้างแล้ว” และฝึกให้สมาชิกหาสิ่งที่อยากปรับปรุงในตัวเราให้ดีขึ้น พร้อมหาวิธีการที่จะทำให้ดีขึ้น มีสมาชิกรายหนึ่งกล่าวว่า “กิจกรรมนี้ดีจริง ๆ เมื่อก่อนไม่เคยมานั่งทำแบบนี้ ต่อไปผมต้องฝึกทำบ่อย ๆ ผมจะได้ปรับปรุงตนเองให้ดีขึ้น สิ่งที่เกิดขึ้นได้จากการทำกลุ่มในครั้งนี้คือ สมาชิกเริ่มให้ความร่วมมือมากขึ้น กล้าเปิดเผยความรู้สึกของตนเอง บางครั้งเป็นเรื่องส่วนตัวที่ไม่เคยเล่าให้ผู้อื่นฟัง ก็กล้าที่จะนำมาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันในกลุ่ม

ผู้นำกลุ่มสรุปประเด็นเรื่องความมีคุณค่าในตนเอง การใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ต่อตนเอง ครอบครัว สังคม

พัฒนาการกลุ่ม

การสอนในครั้งนี้มีการร่วมกันแก้ไขปัญหาของสมาชิกในกลุ่ม เรื่องความรู้สึกไม่มีคุณค่า รู้สึกอับอายจากการเป็นโรคจิตเภท โดยมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ การที่สมาชิกได้ระบายเรื่องที่ทำให้เกิดความรู้สึกต่อตนเองในด้านลบ ได้บอกความรู้สึกว่า “รู้สึกดีขึ้น ปกติไม่มีใครให้ความสำคัญกับหนูไม่มีใครมานั่งฟังเรื่องของหนูแบบนี้” มีเรียนรู้และพัฒนาเทคนิคการเข้าสังคม เช่น “ขอบคุณครับที่ให้กำลังใจผม” มีการฝึกทักษะการสื่อสารเช่นฝึกทักทายกันก่อนเข้ากลุ่ม บอกลากันหลังเลิกกลุ่ม มีการเรียนรู้มารยาทในการอยู่ร่วมกัน เช่น การตรงต่อเวลา การพูดจาไพเราะ มีการให้ข้อมูลในการแก้ไขปัญหา เช่น “ให้ช่วย

ทำงานบ้านลิ จะได้ไม่รู้สึกรึเป็นภรรยาแม่” เกิดความรู้สึกเกือถูกลักเมื่อสมาชิกบางคนบอกว่า “ลองเอาวิธีของฉันไปใช้สิ ไปลองทำดู ฉันว่าน่าจะช่วยให้บ้างนะ ปัญหาของเราก็คล้าย ๆ กัน”

กิจกรรมที่ 4 การสนับสนุนข้อมูลความรู้เรื่องโรคจิตเภทและการจัดการกับอาการทางลบ

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภท

สถานที่ ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมะการักษ์

สัปดาห์ที่ 2 ระยะเวลา 60-90 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุ อาการ และการรักษาของโรคจิตเภท
2. เพื่อให้สมาชิกเกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับอาการทางลบและแนวทางการจัดการกับอาการทางลบได้อย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 4 สมาชิกกลุ่มสามารถ

1. บอกสาเหตุ อาการและการรักษา ของโรคจิตเภทได้
2. บอกลักษณะของอาการทางลบและการจัดการกับอาการทางลบได้อย่างเหมาะสม

กิจกรรม

1. ผู้นำกลุ่มกล่าวเปิดกลุ่ม ทักทายสมาชิก และทบทวนประสบการณ์ในการทำกลุ่มครั้งก่อน
2. ให้สมาชิกทบทวนวัตถุประสงค์ ข้อตกลงที่ได้ตกลงร่วมกัน
3. ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ต่อตนเอง ครอบครัวและชุมชนที่ไปปฏิบัติหลังจากการเข้ากลุ่มครั้งที่ผ่านมาให้สมาชิกกลุ่มคนอื่น ๆ ฟัง ผู้นำกลุ่มสรุปเพิ่มเติม
4. ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกอภิปรายแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในประเด็นเรื่อง สาเหตุ อาการ การรักษา และผลกระทบที่ได้รับจากโรคจิตเภทโดยอภิปรายที่ละประเด็น
5. ผู้นำกลุ่มสรุปประเด็นปัญหาและสะท้อนให้สมาชิกช่วยกันแก้ปัญหา แสดงความรู้สึกต่อปัญหาและมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น เสนอแนะแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน รวมทั้งเชื่อมโยงคำพูด ความคิดเห็นของสมาชิกเพื่อให้มีการอภิปรายปัญหาอย่างต่อเนื่อง
6. ผู้นำกลุ่มให้ความรู้เพิ่มเติมในเรื่องโรคจิตเภทตามใบความรู้ที่ 4/1
7. ผู้นำกลุ่มเน้นย้ำเรื่องความรู้เรื่องอาการทางลบตามใบความรู้ที่ 4/1

8. ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกอภิปรายแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในประเด็นเรื่อง อากาทางลบที่เกิดขึ้นของสมาชิกแต่ละคน จากนั้นหาแนวทางการจัดการกับอาการทางลบร่วมกัน ผู้นำกลุ่มสรุปและให้ความรู้เพิ่มเติม

9. สมาชิกแต่ละคนสรุปอาการทางลบที่เป็นปัญหาของตนเอง วิธีการจัดการ ลงในใบงาน ที่ 4/1

10. สมาชิกร่วมกันสรุปกิจกรรม และประโยชน์ที่ได้จากการเรียนรู้แบบกลุ่มในครั้งนี้พร้อมนัดหมายวัน เวลา ในการทำกลุ่มครั้งต่อไป

สาระสำคัญ การสนับสนุนข้อมูลความรู้เรื่องโรคจิตเภทและการรักษา รวมถึงการจัดการกับอาการทางลบ ซึ่งมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน จะส่งผลต่อการตัดสินใจที่มีเหตุผล และเอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติ ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การดำเนินโรค การรักษา และความรู้เกี่ยวกับยาและอาการข้างเคียงจากยา (จารูวรรณ จินตามงคล, 2541; จันทรา ธีระสมบุญ, 2543; Gualtiere, 1999) การอธิบายสาเหตุของการเกิดโรคจิตเภทจากความผิดปกติของสารชีวเคมีในสมอง เพื่อให้เชื่อมโยงกับการรักษาด้วยยา เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้และเข้าใจโรค รวมถึงการจัดการกับอาการข้างเคียงของยา กระตือรือร้นว่าตนเองต้องปฏิบัติอย่างไรที่จะทำให้มีอาการดีขึ้นสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข แม้จะเป็นโรคเรื้อรัง และให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดี กระบวนการสอนแบบกลุ่มจะช่วยให้สมาชิกกลุ่มรู้สึกว่าคุณเองไม่ได้มีปัญหาแต่เพียงผู้เดียว เกิดการเรียนรู้และแก้ไขส่วนที่เป็นปัญหาร่วมกัน

สื่อการสอน

1. ใบความรู้ที่ 4/1 ความรู้ทั่วไปเรื่องโรคจิตเภท
2. ใบงานที่ 4/1 แนวทางการจัดการกับอาการทางลบ
3. ดินสอ/ปากกา และกระดาษ สำหรับใช้ในกิจกรรมย่อย

การประเมินผล

พฤติกรรมกลุ่ม ก่อนเข้ากลุ่มสมาชิกมีการพูดคุย ชักถามกันและกัน เรื่องการเดินทางและเรื่องทั่ว ๆ ไป ในช่วงการทำกลุ่ม สมาชิกนั่งเป็นวงกลม นั่งทำกิจกรรมด้วยความตั้งใจ ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกอภิปรายกันในประเด็นสาเหตุ อาการ การรักษา ผลกระทบจากโรคจิตเภท สมาชิกส่วนใหญ่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี มีสมาชิกรายหนึ่งไม่ค่อยแสดงความคิดเห็น ก็มีสมาชิกรายอื่นช่วยกันกระตุ้น เช่น “อยากฟังเรื่องของ.....บ้าง” พอมีสมาชิกสนใจเรื่องราวของตนเองทำให้สมาชิกรายนี้กระตือรือร้นที่จะเล่าเรื่องให้กลุ่มฟัง มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เช่น “เมื่อก่อนเคยคิดว่าตนเองถูกผีเข้า แม่พาไปรดน้ำมนต์แต่ก็ไม่หายเหมือนเดิม” สมาชิกอื่น ๆ ก็ต่างเล่าประสบการณ์ที่แตกต่างกันให้กลุ่มฟัง สรุปได้ว่าสมาชิกส่วนใหญ่ขาดความรู้ คิดว่าโรคนี้เกิด

จากไสยศาสตร์ ดังนั้นการให้ความรู้กับผู้ป่วยถือว่ามีความสำคัญเพราะจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง นอกจากนี้สิ่งที่สังเกตพบคือ การทำกิจกรรมเกี่ยวกับโรคจิตเภท ซึ่งเป็นสิ่งที่ทุกคนมีปัญหาคล้ายคลึงกัน เช่น ประเด็นผลข้างเคียงจากยา การจัดการกับอาการข้างเคียงจากยา หรือการจัดการกับอาการทางลบ สมาชิกทุกคนต่างกระตือรือร้นที่จะแสดงความคิดเห็นแต่ก็อยู่ภายใต้กติกาของกลุ่ม

พัฒนาการกลุ่ม ในกลุ่มมีการซักถาม แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และช่วยกันให้ข้อเสนอแนะในประเด็นที่อภิปราย มีความไว้วางใจกัน กล้าที่จะเปิดเผยเรื่องของตนเองมากขึ้น แม้เป็นเรื่องที่มีความละเอียดอ่อน เช่น การรับประทานยาแล้วมีปัญหาเรื่องเพศสัมพันธ์ จากนั้นผู้นำกลุ่มได้สรุปให้เห็นถึงประเด็นที่มีปัญหาเหมือนกันของสมาชิกในกลุ่ม เช่น การต้องรับประทานยาตามแพทย์สั่ง และเป็นระยะเวลาานาน ไม่สามารถหยุดยาได้เอง และให้ข้อมูลในเรื่องผลข้างเคียงของยา และผลเสียของการหยุดยาเอง การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่มีประโยชน์กัน ทำให้สมาชิกกลุ่มเกิดการเรียนรู้ร่วมกันในกลุ่ม

กิจกรรมที่ 5 การฝึกทักษะการสื่อสารในสังคมและครอบครัวรวมถึงการพัฒนาเทคนิคเพื่อเข้าสังคม

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภท

สถานที่ ดึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมะการักษ์

สัปดาห์ที่ 3 ระยะเวลา 60-90 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มเรียนรู้แนวทางในการอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคม
2. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการสื่อสารที่ดีและมีประสิทธิภาพ
3. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มทราบถึงแหล่งให้ความช่วยเหลือในชุมชน
4. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มให้ความช่วยเหลือผู้อื่นและกล้าแสดงความต้องการความช่วยเหลือ

จากผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 5 สมาชิกกลุ่มสามารถ

1. บอกแนวทางในการอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้
2. บอกได้ถึงลักษณะของการสื่อสารที่ดี และมีประสิทธิภาพ
3. บอกแหล่งช่วยเหลือในชุมชนได้

กิจกรรม

1. ผู้นำกลุ่มกล่าวเปิดกลุ่ม ทักทายสมาชิก และทบทวนประสบการณ์ในการทำกลุ่มครั้งก่อน
2. ให้สมาชิกทบทวนวัตถุประสงค์ ข้อตกลงที่ได้ตกลงร่วมกัน

กิจกรรมย่อย 5.1

1. ให้สมาชิกจับคู่ 2 คน ผู้นำกลุ่มแจกกระดาษ และปากกาให้คนละ 1 ชุด ให้สมาชิกกลุ่มพับครึ่งกระดาษตามแนวตั้ง แล้ววาดรูปตัวเองลงบนกระดาษที่พับครึ่งแล้ว จากนั้นสลับกระดาษกัน ให้วาดรูปสมาชิกที่จับคู่กันลงในกระดาษพับครึ่งที่เหลือ โดยไม่ให้ดูรูปเดิมที่เจ้าของวาดไว้ นำกระดาษที่วาดเสร็จแล้วคืนเจ้าของตามใบงานที่ 5/1
2. ดูรูปทั้ง 2 รูป จะพบว่ารูปผู้ช่วยคนเดียวกันแต่วาดไม่เหมือนกัน
3. ผู้นำกลุ่มใช้เหตุการณ์นี้เป็นสื่อการสอนให้สมาชิกทุกคนทราบว่าในการอยู่ร่วมกันนั้นตัวเรามองและคิดถึงตนเองในแบบหนึ่ง ซึ่งผู้อื่นจะมองและคิดถึงตัวเราในอีกแบบหนึ่ง ซึ่งมีความแตกต่างกัน ความต่างนี้อาจเป็นสาเหตุของปัญหาในการอยู่ร่วมกัน
4. ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกอภิปรายแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในประเด็นเรื่องแนวทางการอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคม ร่วมกันค้นหาแนวทางการปฏิบัติตนเพื่อให้เป็นที่ยอมรับของสังคม

กิจกรรมย่อย 5.2 ให้ผู้ช่วยได้เรียนรู้จากบทบาทสมมติ โดย

1. ผู้นำกลุ่มขออาสาสมัคร 2 คน แสดงบทบาทสมมติเรื่องคนตาบอด ปิดตาผู้ช่วยคนที่ 1 ไว้ แล้วให้เดินไปรอบ ๆ กลุ่มเพียงลำพัง แล้วให้ผู้ช่วยคนที่ 2 เข้าไปจูงผู้ช่วยคนที่ 1 เดินไปรอบ ๆ กลุ่มด้วยกัน จากนั้นสลับบทบาทกัน
2. ถามความรู้สึกของผู้ช่วยทั้ง 2 คนว่าขณะถูกปิดตาแล้วเดินลำพังเป็นอย่างไร เมื่อมีผู้มาช่วยจูงรู้สึกอย่างไรแล้วถามความรู้สึกของผู้มาจูงเดินว่า เห็นคนตาบอดเดินคนเดียวรู้สึกอย่างไร เมื่อเข้าไปช่วยจูงรู้สึกอย่างไร
3. นำเหตุการณ์นี้มาอธิบายถึงความสำคัญของการให้และรับความช่วยเหลือในการอยู่ร่วมกัน
4. ให้สมาชิกกลุ่มแต่ละคนแลกเปลี่ยนประสบการณ์ให้ความช่วยเหลือผู้อื่น และการขอความช่วยเหลือจากผู้อื่นว่าปฏิบัติอย่างไร รู้สึกอย่างไร มีปัญหาหรือไม่ ถ้ามีแก้ไขอย่างไร
5. ผู้นำกลุ่มให้ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งให้ความช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาในชุมชนที่สมาชิกอาศัยอยู่และวิธีการขอความช่วยเหลือในชุมชนรวมถึงการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพตามใบความรู้ที่ 5/1 และ 5/2

6. สมาชิกร่วมกันสรุปกิจกรรม และประโยชน์จากการเรียนรู้แบบกลุ่มในครั้งนี้นำมาจัดทำหมายวัน เวลา ในการทำกลุ่มครั้งต่อไป

สาระสำคัญ

การฝึกทักษะการสื่อสารรวมถึงการพัฒนาเทคนิคเพื่อเข้าสังคม คนเป็นสัตว์สังคมที่ไม่สามารถอยู่ลำพังคนเดียวได้ จำเป็นต้องอยู่ร่วมกับบุคคลอื่น ๆ และในการอยู่ร่วมกันนั้น คนแต่ละคนมีความรู้สึกนึกคิด อารมณ์ บุคลิกลักษณะที่เป็นแบบฉบับเฉพาะของแต่ละคน ถ้าปรับเข้ากันได้ก็อยู่ร่วมกันได้ แต่ในบางครั้งความคิดความรู้สึก อารมณ์ของแต่ละคนแตกต่างกันและปรับเข้าหากันไม่ได้ ทำให้เกิดปัญหาในการอยู่ร่วมกัน (พรทรัพย์ สมิตินธิ์, 2534) ดังนั้นการอยู่ร่วมกันในสังคมของคนจำนวนมาก ต้องมีการควบคุมตนเองในสิ่งที่ไม่พอใจ การร่วมมือกัน การถ้อยที่ถ้อยอาศัย การสื่อสารกัน การเข้าใจถึงความคิดความรู้สึกของแต่ละฝ่าย เพื่อลดปัญหาในการอยู่ร่วมกัน อาการทางลบเป็นลักษณะที่พบบ่อยในผู้ป่วยจิตเภททำให้ผู้ป่วยมีปัญหาในการเข้าสังคม มนุษย์สัมพันธ์บกพร่อง แยกตัวจากสังคม เมื่อเจ็บป่วยเป็นเวลานานก็จะมีปัญหาพฤติกรรมทางสังคมมากขึ้น ความบกพร่องดังกล่าวยิ่งทำให้ผู้ป่วยมีลักษณะแปลกไปจากบุคคลอื่นทั่วไป ทำให้ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นน้อยลง ส่งผลให้ไม่สามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุข (อรุณ พงษ์ธรรม และคณะ, 2545 ; ราตรี ภูบุญ, 2545)

ดังนั้นในการอยู่ร่วมกันในสังคม ต้องมีการช่วยเหลือ พึ่งพากันในสถานการณ์ต่าง ๆ การเต็มใจให้ความช่วยเหลือผู้อื่นจะทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน รู้สึกภูมิใจ รู้สึกมีคุณค่า ในขณะเดียวกันการขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นก็ไม่ใช่ว่าสิ่งที่น่าละอาย ส่งผลให้ผู้ป่วยลดความรู้สึกในด้านลบ เช่น รู้สึกโดดเดี่ยว ถูกทอดทิ้ง ในการทำกิจกรรมนี้จะเน้นให้สมาชิกกลุ่มเรียนรู้หลักการและวิธีปฏิบัติในการอยู่ร่วมกับผู้อื่นรวมถึงการขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนจากสังคมรอบข้างในเรื่องที่ไม่สามารถแก้ไขได้เอง ช่วยให้ผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับสังคมไปในทางที่ดีขึ้น

สื่อการสอน

1. ใบงานที่ 5/1 ความเหมือนที่แตกต่าง
2. ใบความรู้ที่ 5/1 ระบบสนับสนุนทางสังคมและเครือข่าย
3. ใบความรู้ที่ 5/2 การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ
4. ดินสอ/ปากกา และกระดาษ สำหรับใช้ในกิจกรรมย่อย
5. ฝาปิดตาสำหรับใช้ในกิจกรรมย่อย

การประเมินผล

พฤติกรรมกลุ่ม สมาชิกมาตรงเวลา นั่งเป็นวงกลม มีการพูดคุยกันเองก่อนเริ่มกลุ่ม สมาชิกมีสีหน้าท่าทางสนใจในกิจกรรมที่ผู้นำกลุ่มกำหนดขึ้น โดยเฉพาะกิจกรรม ความเหมือนที่แตกต่าง ซึ่งสมาชิกเกิดการเรียนรู้จากสื่อการสอนที่ผู้นำกลุ่มจัดกิจกรรมขึ้น สามารถเชื่อมโยงเข้าสู่ปัญหาและฝึกทักษะการอยู่ร่วมกันในสังคมได้ มีการให้ความรู้เรื่องทักษะการสื่อสาร โดยมีตัวอย่างแล้วให้สมาชิกช่วยกันคิด คำพูดการสื่อสารทางบวก สมาชิกสนุกรสนานและสามารถยกตัวอย่างการสื่อสารด้านบวกและการสื่อสารด้านลบได้อย่างถูกต้อง จากนั้นเข้าสู่กิจกรรมบทบาทสมมติคนตาบอด สมาชิกบอกได้ถึงความรู้สึกตอนขณะโดนปิดตาแล้วให้ทำกิจกรรมคนเดียวว่า “รู้สึกอ้างว้าง โดดเดี่ยว ไม่มีคนช่วย” แต่พอหลังจากมีคนมาช่วยจึง “รู้สึกดี เพราะมีคนคอยช่วยเหลือ เวลาเราไม่มีทางออก” ผู้นำกลุ่มถามผู้ที่เป็นคนจูงคนตาบอดให้ไปถึงจุดหมายพบว่า “รู้สึกดี ตัวเองมีคุณค่าที่ช่วยผู้อื่นให้ทำในสิ่งที่ต้องการสำเร็จ” ผู้นำกลุ่มเชื่อมโยงกิจกรรมนี้สู่การให้ความช่วยเหลือผู้อื่นและกล้าแสดงความต้องการความช่วยเหลือ รวมถึงแหล่งให้ความช่วยเหลือในชุมชน

พัฒนาการกลุ่ม ในการทำกลุ่มครั้งนี้ มีการทำกิจกรรมที่แตกต่างจากการทำกลุ่มที่ผ่านมา สมาชิกส่วนใหญ่มีความกล้าแสดงออก กล้าเป็นตัวแทนในการทำกิจกรรม และช่วยกันให้ข้อเสนอแนะในประเด็นที่อภิปราย มีการเรียนรู้ร่วมกันในเรื่องทักษะสังคม ทักษะการสื่อสาร จากนั้นผู้นำกลุ่มได้สรุปให้เห็นถึงประเด็นที่มีปัญหาเหมือนกันของสมาชิกในกลุ่ม คือ ปัญหาการเข้าสังคมรวมถึงการขอความช่วยเหลือในชุมชน และการสื่อสาร การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่มีประโยชน์กัน ทำให้สมาชิกกลุ่มได้รับความรู้เพิ่มขึ้นจากสมาชิกกลุ่มด้วยกัน

กิจกรรมที่ 6 การพัฒนาทักษะการเผชิญปัญหา

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภท

สถานที่ ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมะการักษ์

สัปดาห์ที่ 3 ระยะเวลา 60-90 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป เพื่อให้สมาชิกเกิดทักษะการเผชิญปัญหาและเลือกแนวทางแก้ปัญหาที่ถูกต้อง

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 6 สมาชิกกลุ่มสามารถบอกถึงแนวทางในการเผชิญปัญหาและเลือกแนวทางแก้ปัญหาที่เหมาะสมได้

กิจกรรม

1. ผู้นำกลุ่มกล่าวเปิดกลุ่ม ทักทายสมาชิก และทบทวนประสบการณ์ในการทำกลุ่มครั้งก่อน
2. ให้สมาชิกทบทวนวัตถุประสงค์ ข้อตกลงที่ได้ตกลงร่วมกัน
3. ผู้นำกลุ่มเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มอภิปราย แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในประเด็นปัญหาที่
4. พบในการดำเนินชีวิตประจำวัน จากนั้นผู้นำกลุ่มสรุปประเด็นปัญหาที่พบแล้วเชื่อมโยงเข้าสู่ประเด็นวิธีการเผชิญปัญหาและการจัดการกับปัญหาอย่างเหมาะสม จากนั้นให้ความรู้ตามใบความรู้ที่ 6/1
5. ผู้นำกลุ่มสรุปประเด็นปัญหาและสะท้อนให้สมาชิกช่วยกันแก้ปัญหา แสดงความรู้สึกต่อปัญหา และมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น เสนอแนะแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน รวมทั้งเชื่อมโยงคำพูด ความคิดเห็นของสมาชิกเพื่อให้เกิดการอภิปรายปัญหาอย่างต่อเนื่อง
6. ผู้นำกลุ่มสรุปรายละเอียดที่ได้จากการทำกลุ่ม เพิ่มเติมในส่วนที่ยังไม่ครบถ้วนตามใบความรู้ที่ 6/1
7. ให้สมาชิกแต่ละคนเขียนถึงประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตพร้อมทั้งแนวทางการแก้ไขปัญหตามในใบงานที่ 6/1
8. สมาชิกร่วมกันสรุปกิจกรรม และประโยชน์จากการเรียนรู้แบบกลุ่มในครั้งนี้พร้อมนัดหมายวัน เวลา ในการทำกลุ่มครั้งต่อไป

สาระสำคัญ โรคจิตเภทเป็นโรคที่เรื้อรัง การเจ็บป่วยยาวนานส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการด้านลบมากขึ้น ทำให้มีปัญหาในการดำเนินชีวิต ก่อให้เกิดภาวะตั้งเครียดและถ้าผู้ป่วยไม่สามารถเผชิญกับปัญหาสภาพแวดล้อมเช่นนี้ได้ทำให้อาการทางจิตกำเริบกลายเป็นวัฏจักรที่ไม่มีวันสิ้นสุด การมีอาการกำเริบซ้ำ ๆ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเบื่อหน่าย เกิดความรู้สึกด้อยคุณค่าในตนเองคุณภาพชีวิตลดต่ำลง (จิราพร เกสรสุวรรณ, 2545) การสอนแบบกลุ่มจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ที่จะเผชิญปัญหา ช่วยให้ผู้ป่วยพยายามทบทวนเหตุการณ์รอบด้านของตนเอง เพื่อการตัดสินใจและวางแผนจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม (สุจรรยา แสงเขียวงาม, 2545)

สื่อการสอน

1. ใบความรู้ที่ 6/1 ทักษะการเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม
2. ใบงานที่ 6/1 การแก้ปัญหามีหลักการ
3. ดินสอ/ปากกา และกระดาษ สำหรับใช้ในกิจกรรมย่อย

การประเมินผล

พฤติกรรมกลุ่ม สมาชิกมาตรงเวลา นั่งเป็นวงกลม มีการพูดคุยกันเองก่อนเริ่มกลุ่ม ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกยกตัวอย่างปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน สมาชิกให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี ผู้นำกลุ่มเชื่อมโยงเข้าสู่ประเด็น การแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น มีสมาชิกเล่าว่า “มารดาชอบมา ย้ำให้รับประทานยา พุดเช้าซากทุกวัน จนเบื่อก็เลยแก้ปัญหาโดยการเข้าไปทำร้ายมารดา พอทำ แล้วหนูก็เสียใจ แต่ก็คุมตัวเองไม่ได้” “เพื่อนชอบล้อว่าบ้า ก็เลยคิดฆ่าตัวตาย” จากนั้นผู้นำกลุ่มให้ความรู้เรื่องทักษะการเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม และให้สมาชิกฝึกทำใบงานเรื่อง การแก้ปัญหาอย่างมีหลักการ หลังจากได้ฝึกทำใบงานพบว่า สมาชิกต่างสนใจ มีความกระตือรือร้น หลังทำเสร็จมีสมาชิกบางคนรู้สึกภูมิใจในความสำเร็จของตนเอง เช่น “ผมชอบจังเลยครับ ผมไม่เคยแก้ปัญหาอย่างเป็นขั้นตอนมาก่อน ผมตั้งใจมากที่ตัดสินใจมาเข้ากลุ่ม ทำให้ผมได้รับความรู้ที่มีประโยชน์แบบนี้” “การฝึกแบบนี้มันทำให้หนูมีสติมากขึ้น ต่อไปหนูจะเอาใบความรู้และใบงานนี้ไปใช้เวลา หนูมีปัญหา”

พัฒนาการกลุ่ม ในกิจกรรมนี้สมาชิกมีการร่วมกันแก้ไขปัญหา โดยใช้ทักษะการเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสมที่ผู้นำกลุ่มให้ความรู้เพิ่มเติม โดยมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กัน และพัฒนาทักษะการเข้าสังคม เช่น การช่วยเหลือกัน ขณะที่ทำใบงานที่ 6/1 มีสมาชิกบางคนไม่เข้าใจ สมาชิกที่เข้าใจก็ให้ความช่วยเหลือโดยการอธิบายให้ฟัง เรียนรู้มารยาทในการอยู่ในกลุ่มซึ่งเปรียบเสมือนชุมชนจำลอง เรียนรู้ที่จะติดต่อกับผู้อื่น เช่นบอกความต้องการของตนเองให้ผู้อื่นทราบ การขอความช่วยเหลือจากสมาชิกกลุ่ม ผู้นำกลุ่ม มีการให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อสมาชิก และเกิดความรู้สึกเกื้อกูลกัน เช่น “คำแนะนำของป้าคงเป็นประโยชน์กับคนอื่น ๆ บ้าง” มีความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม เช่น “จะลองเอาคำแนะนำที่ได้จากการทำกลุ่มไปใช้เพราะปัญหาของผมนคล้ายของป้า น่าจะลองใช้วิธีเดียวกันได้”

กิจกรรมที่ 7 การคงไว้ซึ่งการกระทำเพื่อการมีสุขภาพที่ดี

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภท

สถานที่ ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมะการักษ์

สัปดาห์ที่ 4 ระยะเวลา 60-90 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มมีความมั่นใจและเชื่อมั่นในการจัดการกับความเจ็บป่วย
2. เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการดูแลตนเอง
3. เพื่อเป็นการยุติสัมพันธภาพ

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 7 สมาชิกกลุ่มสามารถบอกถึงแนวทางการประยุกต์ใช้สิ่งที่ได้รับจากการสอนแบบกลุ่มทั้ง 7 ครั้งในการดำเนินชีวิตประจำวัน

กิจกรรม

1. ผู้นำกลุ่มกล่าวเปิดกลุ่ม ทักทายสมาชิก และทบทวนประสบการณ์ในการทำกลุ่มครั้งก่อน
2. ให้สมาชิกทบทวนวัตถุประสงค์ ข้อตกลงที่ได้ตกลงร่วมกัน
3. ผู้นำกลุ่มเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มอภิปราย และแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับความรู้สึกในการเข้ากลุ่ม ประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้ากลุ่ม และให้สมาชิกกลุ่มเล่าถึงเป้าหมาย การวางแผนชีวิต และวิธีการขั้นตอนที่จะไปสู่เป้าหมายโดยการประยุกต์ความรู้ที่ได้รับจากการเข้ากลุ่มที่ผ่านมา
4. ผู้นำกลุ่มแจกหัวใจดวงเล็กเท่าจำนวนสมาชิกกลุ่ม ให้เขียนให้กำลังใจสมาชิกในกลุ่ม จากนั้นให้อ่านข้อความของตนเองให้สมาชิกกลุ่มฟัง
5. ให้สมาชิกแต่ละคนนำหัวใจดวงเล็กไปติดในหัวใจดวงใหญ่ (ใบงานที่ 7/1) เพื่อสร้างความรู้สึกดีดีร่วมกัน
6. ผู้นำกลุ่มและสมาชิกกลุ่มร่วมกันสรุปกิจกรรมการสอนแบบกลุ่มทั้ง 7 กิจกรรมเพื่อให้สมาชิกได้ทบทวนความรู้และสามารถนำไปใช้ในชีวิตรประจำวัน
7. สมาชิกกลุ่มทำข้อสัญญาร่วมกัน ในการนำสิ่งที่ได้รับจากการเข้ากลุ่มทั้ง 7 ครั้งไปใช้ในชีวิตรประจำวันตามใบงานที่ 7/2

สาระสำคัญ การคงไว้ซึ่งการกระทำเพื่อการมีสุขภาพที่ดี เป็นขั้นตอนสุดท้ายที่ผู้นำกลุ่มต้องกระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มร่วมกันเสริมสร้างความมั่นใจว่าสามารถจัดการปัญหาต่าง ๆ ได้ พร้อมทั้งให้สมาชิกให้กำลังใจซึ่งกันและกัน เนื่องจากความมั่นใจในการทำกิจกรรมต่าง ๆ นั้นเกิดจากการที่ผู้ป่วยมีแรงจูงใจให้กระทำ การมีเป้าหมายในชีวิต มีการกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการพื้นฐานของตนเอง ผู้นำกลุ่มต้องกระตุ้นให้กลุ่มร่วมกันเสริมสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ โดยชี้ให้เห็นถึงประโยชน์ เป้าหมายชีวิตของแต่ละคน และการยุติสัมพันธภาพกับผู้ป่วย

สื่อการสอน

1. ใบงานที่ 7/1 เต็มพลังใจให้กัน และหัวใจดวงเล็กเท่าจำนวนสมาชิก
2. ใบงานที่ 7/2 คำสัญญา
3. ดินสอ/ปากกา และกระดาษ สำหรับใช้ในกิจกรรมย่อ
4. สก็อตเทป

การประเมินผล

พฤติกรรมกลุ่ม

สมาชิกนั่งเป็นวงกลม สลับที่ไป-มา มีการพูดคุยกันในกลุ่มมากขึ้น สีน้ายิ้มแย้ม มีเสียงหัวเราะ คอยเล่นกัน มีความเป็นกันเอง สมาชิกร่วมกันบอกถึงสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเอง และมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น เช่น “รู้สึกอบอุ่น ไม่ใช่เราคนเดียวที่มีปัญหา” “ได้รู้วิธีดูแลตนเอง การจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาในการดำเนินชีวิตประจำวัน” ได้เรียนรู้ทักษะการเข้าสังคม ซึ่งเมื่อก่อนผมกลัว ไม่นั่นใจ ไม่กล้าเสนอความคิดเห็นเพราะกลัวคนอื่นไม่ยอมรับ แต่ตอนนี้ผมเริ่มมั่นใจมากขึ้นครับ” “ได้รู้วิธีการดูแลตนเอง การจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาในการดำเนินชีวิตประจำวัน” “ได้เรียนรู้การเข้าสังคม ได้รับคำแนะนำจากสมาชิกกลุ่มเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว เพื่อให้ที่ทำงานยอมรับ” “ทำให้ครอบครัวรัก เห็นใจผมมากขึ้นเพราะผมปรับปรุงตัว ไม่ใช่เกียจ ใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ตามที่พยาบาลและเพื่อน ๆ แนะนำ ไม่ดุดำแม่เหมือนเก่า” มีการให้กำลังใจ และผู้นำกลุ่มให้ระบายความรู้สึกที่จะแยกจากกัน

ผู้นำกลุ่มสรุปและกล่าวให้กำลังใจสมาชิกที่จะนำเอาความรู้ ประสบการณ์และคำแนะนำที่ได้รับจากกลุ่มไปใช้ในชีวิตประจำวันเพื่อให้มีสุขภาพที่ดี นำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดี

พัฒนาการกลุ่ม ในกิจกรรมนี้สมาชิกกลุ่มพบว่าตนเองมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น มีความเข้าใจตนเองและผู้อื่นมากขึ้น มีการฝึกทักษะการเผชิญปัญหาอย่างถูกวิธี เข้าใจตนเองและผู้อื่นมากขึ้น เรียนรู้ทักษะสังคม ทักษะการสื่อสาร การแก้ไขพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม รวมถึงการเข้าใจและยอมรับในอาการที่เกิดขึ้น สมาชิกได้แสดงความคิดเห็นความรู้สึกและประโยชน์ที่ได้รับ รวมถึงการประยุกต์สิ่งที่ได้รับไปใช้ในการดำเนินชีวิตประจำวัน ผู้นำกลุ่มสรุปอย่างชัดเจนอีกครั้ง นอกจากนี้พบว่ายังเกิดการเรียนรู้ที่จะติดต่อ และสร้างสัมพันธ์ภาพ เมื่อสมาชิกในกลุ่มบอกว่า “มีสมาชิกบางคนดูท่าทางมั่นใจขึ้น พุดเก่งกว่าเดิม” มีการพัฒนาเทคนิคเพื่อการเข้าสังคม เช่น “ได้พูดคุยกับเพื่อนสมาชิกแล้ว คิดว่าตนเองพูดได้ดีขึ้น” เกิดความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม ท่าทางสนิทสนมกันมากกว่าเดิม และมีสมาชิกบอกว่า ไม่เคยรู้สึกเบื่อที่เข้ามาในกลุ่มเพราะเจอเพื่อน ๆ ที่จริงใจ มีการแสดงความรู้สึกห่วงใยและให้กำลังใจกันและกัน และมีสมาชิกบอกว่ารู้สึกแบ่งเบาที่ได้ระบายสิ่งที่ไม่สบายใจ มีการให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ เช่น “เข้ากลุ่มแล้ว ได้ความรู้ ได้คำแนะนำหลาย ๆ อย่าง ได้รู้วิธีการเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม ซึ่งไม่เคยรู้มาก่อน สอนให้หนูจัดการกับปัญหาได้ดีขึ้น” และเห็นความจริงว่า ทุกคนเกิดมาต้องเจอกับปัญหา อุปสรรค มากบ้าง น้อยบ้าง

3. ระยะประเมินผลการทดลอง

ผู้วิจัยประเมินคุณภาพชีวิตในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอีกครั้ง (Post-Test) หลังสิ้นสุดการดำเนินการสอนแบบกลุ่มในครั้งที่ 7 และนำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างมาตรวจสอบความสมบูรณ์ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีทางสถิติต่อไป

การกำกับการทดลอง ผู้วิจัยทำการกำกับการทดลองในกลุ่มทดลองทันทีภายหลังเสร็จสิ้นการดำเนินการสอนแบบกลุ่มครั้งที่ 7 ประเมินโดยใช้แบบประเมินอาการทางลบ

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบระดับคะแนนอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลอง หลังได้รับการสอนแบบกลุ่ม

คนที่	ระดับคะแนนอาการทางลบ	
	ก่อนทำ	หลังทำ
1	5	3
2	3	0
3	3	3
4	1	1
5	3	1
6	9	4
7	2	2
8	3	0
9	2	1
10	5	3
11	3	1
12	7	4
13	4	3
14	1	1
15	3	1
16	6	4
17	2	1
18	3	0
19	3	0
20	3	0

จากตารางที่ 2 พบว่า คะแนนเกี่ยวกับอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนในกลุ่มทดลอง หลังเข้าร่วมการสอนแบบกลุ่ม พบว่ามีผู้ป่วยจำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 85 มีระดับคะแนนอาการทางลบลดลง และมีเพียง 3 คน คิดเป็นร้อยละ 15 มีระดับคะแนนอาการทางลบเท่าเดิม ซึ่งผ่านเกณฑ์ที่กำหนดไว้ คือ หลังเข้าร่วมการสอนแบบกลุ่ม ผู้ป่วยมีคะแนนอาการทางลบลดลงร้อยละ 80

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบระดับคะแนนอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มควบคุม หลังได้รับการพยาบาลตามปกติ

คนที่	ระดับคะแนนอาการทางลบ	
	ก่อนทำ	หลังทำ
1	5	4
2	3	4
3	3	3
4	1	1
5	3	3
6	7	8
7	2	2
8	3	4
9	2	2
10	5	5
11	3	3
12	6	7
13	4	4
14	1	1
15	3	3
16	6	6
17	3	3
18	3	3
19	3	3
20	2	2

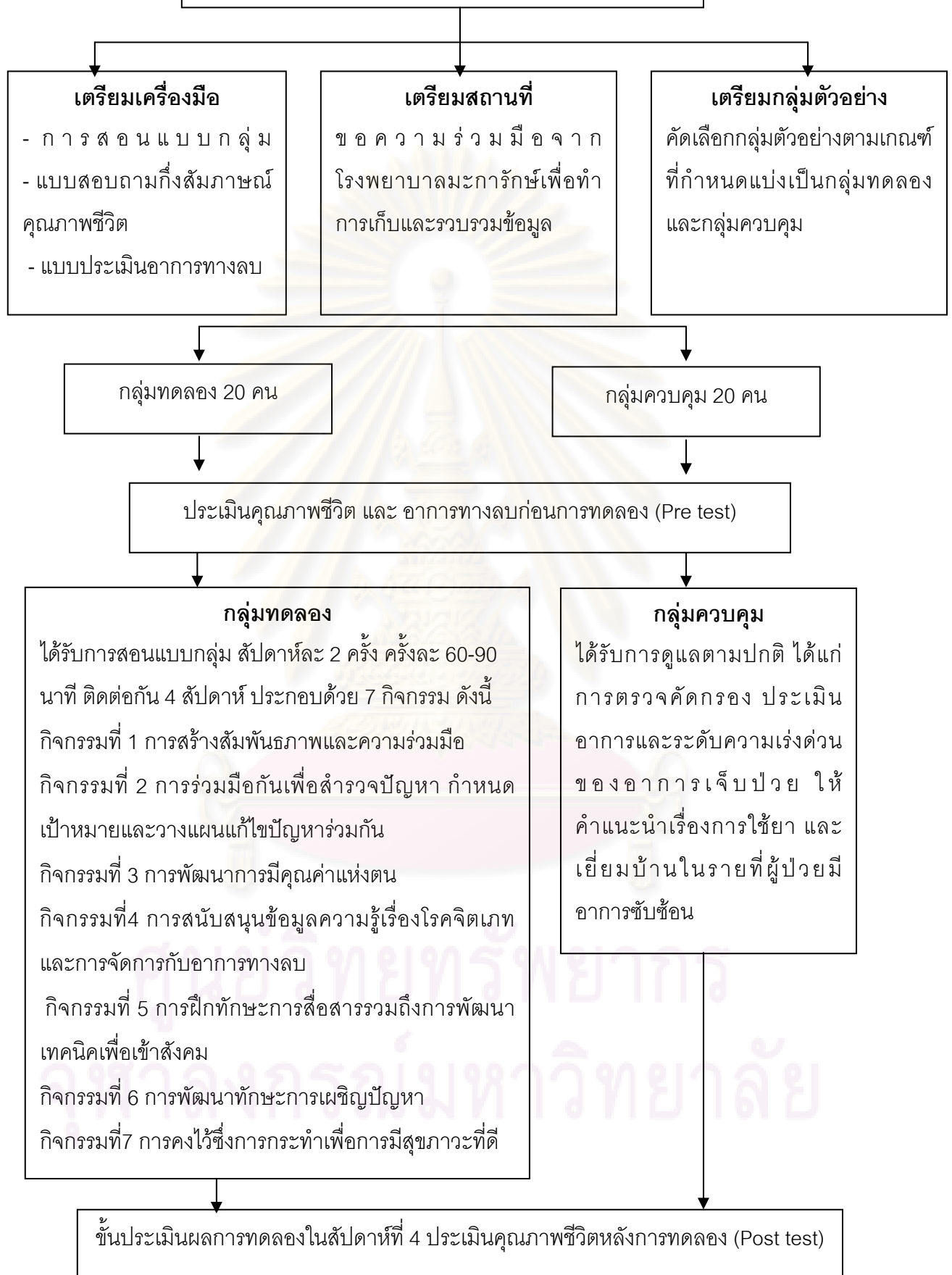
จากตารางที่ 3 พบว่า คะแนนเกี่ยวกับอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนในกลุ่มควบคุม หลังได้รับการพยาบาลตามปกติ พบว่ามีผู้ป่วยจำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 75 มีระดับคะแนนอาการทางลบเท่าเดิม มี 4 คน คิดเป็นร้อยละ 20 มีระดับคะแนนอาการทางลบเพิ่มขึ้น และมี 1 คน ที่มีอาการทางลบลดลง คิดเป็นร้อยละ 5

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปโดย

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

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิเคราะห์ข้อมูลของการศึกษาผลการสอนแบบกลุ่มต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จากกลุ่มตัวอย่าง 40 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม จำนวน 20 คนและกลุ่มทดลอง จำนวน 20 คน โดยเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังเข้าร่วมการสอนแบบกลุ่ม และเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับการสอนแบบกลุ่มกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปตารางประกอบคำบรรยายโดยนำเสนอรายละเอียดตามลำดับดังนี้

ตอนที่ 1 ผลการประเมินลักษณะข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย คำถามเกี่ยวกับ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาในการป่วยด้วยโรคจิตเภท จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ตอนที่ 2 ผลการประเมิน วิเคราะห์และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ในการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในตารางต่าง ๆ ผู้วิจัยได้กำหนดด้วยอแทนสัญลักษณ์ทางสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

สัญลักษณ์ทางสถิติ

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

ค่าเฉลี่ยของข้อมูลแต่ละกลุ่ม

ตอนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 4 แสดงจำนวน และร้อยละของผู้ป่วยจิตเภท จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส และการศึกษา

ลักษณะของกลุ่ม ตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		รวม (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	เพศ					
ชาย	10	50	10	50	20	50
หญิง	10	50	10	50	20	50
อายุ						
30-39 ปี	11	55	13	65	24	60
39-49 ปี	7	35	5	25	12	30
49-50 ปี	2	10	2	10	4	10
สถานภาพสมรส						
โสด	14	70	12	60	26	65
คู่	4	20	4	20	8	20
ม่าย/หย่า/แยก	2	10	4	20	6	15
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา	1	5	1	5	2	5
มัธยมศึกษา	7	35	2	10	9	22.5
มัธยมปลาย	4	20	5	25	9	22.5
อนุปริญญา	4	20	10	50	14	35
ปริญญาตรี	4	20	2	10	6	15

จากตารางที่ 4 แสดงให้เห็นถึงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส และการศึกษา ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายและหญิง ร้อยละ 50 เท่ากันโดยมีอายุอยู่ในระหว่าง 30-39 ปี คิดเป็นร้อยละ 60 และมีสถานภาพโสด คิดเป็นร้อยละ 65 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับอนุปริญญา คิดเป็นร้อยละ 35

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มผู้ป่วยจิตเภท จำแนกตามอาชีพ ความเพียงพอของรายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ลักษณะของกลุ่ม ตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		รวม (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ						
รับจ้าง	2	10	5	25	7	17.5
ค้าขาย	3	15	5	25	8	20
เกษตรกรรม	7	35	5	25	12	30
อยู่บ้านเฉย ๆ / งานบ้าน	8	40	5	25	13	32.5
รายได้						
น้อยกว่า 4,000	7	35	3	15	10	25
4,000-8000	9	45	12	60	21	52.5
8,000-10,000	4	20	5	25	9	22.5
ระยะเวลาของการเจ็บป่วย						
1-9	8	40	10	50	18	45
10-19	6	30	7	35	13	32.5
20-29	6	30	3	15	9	22.5
จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล						
1-9	19	95	16	80	35	87.5
10-19	1	5	4	20	5	12.5

จากตารางที่ 5 แสดงให้เห็นถึงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอาชีพ ความเพียงพอของรายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาด่วนในโรงพยาบาล ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ อยู่บ้านเฉย ๆ หรือ ทำงานบ้าน คิดเป็นร้อยละ 32.5 มีรายได้ อยู่ในช่วง 4,000-8,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 52.5 และ ระยะเวลาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภทนั้น

อยู่ในช่วง 1-9 ปี คิดเป็นร้อยละ 45 สำหรับจำนวน ครั้งในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอยู่ในช่วง 1-5 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 87.5

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทเป็นรายด้าน คือ ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ด้านจิตใจและจิตวิญญาณและด้านครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง

คุณภาพชีวิตรายด้าน	กลุ่มควบคุม (n=20)			กลุ่มทดลอง (n=20)			t
	\bar{X}	S.D.	ระดับ	\bar{X}	S.D.	ระดับ	
1. สุขภาพและการทำหน้าที่	12.89	3.13	ปานกลาง	12.54	3.48	ปานกลาง	-.33
2. สังคมและเศรษฐกิจ	12.95	3.28	ปานกลาง	13.07	3.13	ปานกลาง	.12
3. จิตใจและจิตวิญญาณ	14.43	2.68	ปานกลาง	14.60	2.73	ปานกลาง	.20
4. ครอบครัว	14.54	1.72	ปานกลาง	13.63	2.71	ปานกลาง	-1.26
รวม	13.78	1.76	ปานกลาง	13.40	2.52	ปานกลาง	-.55

*p<.05

จากตารางที่ 6 พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุม มีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตรายด้าน พบว่า กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีระดับคุณภาพชีวิตในแต่ละด้าน คือ ด้านสุขภาพและหน้าที่การทำงาน ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ด้านจิตใจและจิตวิญญาณและด้านครอบครัวอยู่ในระดับปานกลางเช่นเดียวกัน และกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง พบว่าส่วนใหญ่มีระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง และคะแนนคุณภาพชีวิตในแต่ละด้านอยู่ในระดับปานกลางเช่นเดียวกันกับกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต ระดับคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลอง จำแนกเป็นรายด้าน คือ ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ และ ด้านครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการทดลอง

คุณภาพชีวิตรายด้าน	กลุ่มควบคุม (n=20)			กลุ่มทดลอง (n=20)			t
	\bar{X}	S.D.	ระดับ	\bar{X}	S.D.	ระดับ	
1. สุขภาพและการทำหน้าที่	12.54	3.48	ปานกลาง	20.04	1.69	สูง	9.16*
2. สังคมและเศรษฐกิจ	13.07	3.13	ปานกลาง	20.41	1.69	สูง	11.74*
3. จิตใจและจิตวิญญาณ	14.60	2.73	ปานกลาง	21.03	2.00	สูง	10.43*
4. ครอบครัว	13.63	2.71	ปานกลาง	20.28	1.54	สูง	9.63*
รวม	13.40	2.52	ปานกลาง	20.53	1.48	สูง	13.75*

*p<.05

จากตารางที่ 7 แสดงให้เห็นถึงการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต ระดับคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลอง จำแนกเป็นรายด้านก่อนและหลังการทดลอง พบว่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตก่อนกับหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 โดยคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลองก่อนการทดลองมีระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางและภายหลังที่เข้าร่วมการสนแบบกลุ่มมีระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าก่อนการทดลองผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีระดับคุณภาพชีวิตรายด้านทั้ง 4 ด้านอยู่ในระดับปานกลางและภายหลังการทดลองพบว่าผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองมีระดับคะแนนคุณภาพชีวิตในด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ และด้านครอบครัว อยู่ในระดับสูง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต ระดับคุณภาพชีวิตของกลุ่มควบคุม จำแนกเป็นรายด้าน คือ ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ และ ด้านครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการทดลอง

คุณภาพชีวิตรายด้าน	กลุ่มควบคุม (n=20)			กลุ่มทดลอง (n=20)			t
	\bar{X}	S.D.	ระดับ	\bar{X}	S.D.	ระดับ	
1. สุขภาพและการทำหน้าที่	12.89	3.13	ปานกลาง	13.76	2.48	ปานกลาง	1.99
2. สังคมและเศรษฐกิจ	12.95	3.28	ปานกลาง	14.19	2.61	ปานกลาง	1.55
3. จิตใจและจิตวิญญาณ	14.43	2.68	ปานกลาง	13.44	2.44	ปานกลาง	-1.25
4. ครอบครัว	14.54	1.72	ปานกลาง	14.16	1.44	ปานกลาง	-0.72
รวม	13.78	1.76	ปานกลาง	13.51	2.57	ปานกลาง	-0.66

*p<.05

จากตารางที่ 8 แสดงให้เห็นถึงการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต ระดับคุณภาพชีวิตของกลุ่มควบคุม จำแนกเป็นรายด้านก่อนและหลังการทดลอง พบว่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตก่อนกับหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 โดยคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองมีระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง และภายหลังทดลอง มีระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางเช่นเดิม เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าก่อนการทดลองผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมมีระดับคุณภาพชีวิตรายด้านทั้ง 4 ด้านอยู่ในระดับปานกลางและภายหลังทดลองพบว่าผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มควบคุมมีระดับคะแนนคุณภาพชีวิตในด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ และด้านครอบครัว อยู่ในระดับปานกลางเช่นเดิม

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 9 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตและระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทรายด้าน คือ ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ ด้านครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองหลังการทดลอง

คุณภาพชีวิตรายด้าน	กลุ่มควบคุม (n=20)			กลุ่มทดลอง (n=20)			t
	\bar{X}	S.D.	ระดับ	\bar{X}	S.D.	ระดับ	
1. สุขภาพและการทำหน้าที่	13.76	2.48	ปานกลาง	20.04	1.69	สูง	9.35*
2. สังคมและเศรษฐกิจ	14.19	2.61	ปานกลาง	20.41	1.69	สูง	8.95*
3. จิตใจและจิตวิญญาณ	13.44	2.44	ปานกลาง	21.03	2.00	สูง	10.77*
4. ครอบครัว	14.16	1.44	ปานกลาง	20.28	1.54	สูง	12.99*
รวม	13.51	2.57	ปานกลาง	20.53	0.85	สูง	10.59*

*p<.05

จากตารางที่ 9 พบว่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตในด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ และด้านครอบครัว ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือ หลังจากที่ถูกกลุ่มทดลองเข้าร่วมการสอนแบบกลุ่ม เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ด้านจิตใจและจิตวิญญาณและด้านครอบครัว ของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมทุกด้าน

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – experimental Research) ดำเนินการวิจัยแบบสองกลุ่มวัดสองครั้ง (The pretest – posttest control group design) (Pilot and Hungler, 1995) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังเข้าร่วมการสอนแบบกลุ่มและเพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลองหลังจากเข้าร่วมการสอนแบบกลุ่ม

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังเข้าร่วมการสอนแบบกลุ่ม
2. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่เข้าร่วมการสอนแบบกลุ่มกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. คุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนหลังเข้าร่วมการสอนแบบกลุ่มสูงกว่าก่อนทำกลุ่ม
2. คุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่เข้าร่วมการสอนแบบกลุ่มสูงกว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นผู้ป่วยที่ได้รับวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท โดยใช้รหัสการจำแนกโรคตามบัญชีการจำแนกโรคระหว่างประเทศ (ICD 10) อาศัยอยู่ในชุมชน และได้รับการรักษาจากทีมสุขภาพแบบผู้ป่วยนอก

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยที่ได้รับวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท โดยใช้รหัสการจำแนกโรคตามบัญชีการจำแนกโรคระหว่างประเทศ (ICD 10) อาศัยอยู่ในชุมชนได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมะการักษ์ จ. กาญจนบุรี จำนวน 40 รายแบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 20 ราย และกลุ่มควบคุมจำนวน 20 รายโดยมีคุณสมบัติเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้

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

3. เป็นผู้ที่มีระดับคะแนนคุณภาพชีวิตในระดับต่ำถึงปานกลาง คือ มีคะแนนระหว่าง 06.01-18.00 คะแนน
4. อ่าน-เขียนหนังสือได้ และสามารถพูดคุยสื่อสารได้สะดวก
5. ยินดีเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยออกเป็น 3 ส่วน คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ การสอนแบบกลุ่ม
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย
 - ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย
 - ส่วนที่ 2 แบบสอบถามถึงสัมพัทธภาพคุณภาพชีวิต
3. เครื่องมือกำกับการทดลอง คือ แบบประเมินอาการทางลบ

ชุดที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

ได้แก่ การสอนแบบกลุ่ม เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยนำแนวคิดของการสอนมาผสมผสานกับแนวคิดกระบวนการกลุ่มของ Marram (1978) มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น กระบวนการกลุ่มจะส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับปัจจัยที่ส่งผลด้านลบกับตนเอง และช่วยพัฒนาให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัวและชุมชนได้อย่างมีความสุข เกิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ความถูกต้อง ชัดเจน ครอบคลุม ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ รูปแบบ และความเหมาะสมของการดำเนินกลุ่ม การจัดลำดับเนื้อหาและความเหมาะสมของเวลาในแต่ละครั้ง โดยผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 คน ได้แก่ จิตแพทย์ 1 คน อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 2 คน และพยาบาล ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (APN) 2 คน ประกอบด้วย 7 กิจกรรม คือ

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและความร่วมมือ

กิจกรรมที่ 2 การร่วมมือกันเพื่อสำรวจปัญหา กำหนดเป้าหมายและวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกัน

กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาการมีคุณค่าแห่งตน

กิจกรรมที่ 4 การสนับสนุนข้อมูลความรู้เรื่องโรคจิตเภทและการจัดการกับอาการทางลบ

กิจกรรมที่ 5 การฝึกทักษะการสื่อสารรวมถึงการพัฒนาเทคนิคเพื่อเข้าสังคม

กิจกรรมที่ 6 การพัฒนาทักษะการเผชิญปัญหา

กิจกรรมที่ 7 การคงไว้ซึ่งการกระทำเพื่อการมีสุขภาพที่ดี

ชุดที่ 2 เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ ระยะเวลาที่เจ็บป่วย

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามกึ่งสัมภาษณ์คุณภาพชีวิต ผู้วิจัยใช้แบบประเมินของ สารีณี ไต๊ะทอง (2548) ซึ่งพัฒนาขึ้นตามแนวคิดคุณภาพชีวิตของ Ferrans and Power (1992) ใช้กับกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ลักษณะแบบสัมภาษณ์เป็นข้อคำถามประกอบด้วย การประเมิน 2 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 ด้านความพึงพอใจ ส่วนที่ 2 ด้านความสำคัญ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และโครงสร้างของแบบวัดโดยผู้เชี่ยวชาญทางด้านพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 คน ได้แก่ จิตแพทย์ 1 คน อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 2 คน และพยาบาล ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (APN) 2 คน คำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ได้ค่าดัชนีโดยรวมเท่ากับ .82 ด้านความพึงพอใจ เท่ากับ .84 และด้านการให้ความสำคัญเท่ากับ .80 หลังจากนั้นนำแบบวัดไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการทำการวิจัยครั้งนี้จำนวน 30 คน ตรวจสอบค่าความเที่ยง (Reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ค่าความเที่ยงของคุณภาพชีวิตโดยรวม เท่ากับ .93 ด้านความพึงพอใจเท่ากับ .94 ด้านการให้ความสำคัญเท่ากับ .92

ชุดที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง

แบบประเมินอาการทางลบ

ผู้วิจัยใช้แบบประเมินของหงษ์ บรรเทิงสุข (2545) ที่ครอบคลุมอาการทางลบทั้งหมด ประกอบด้วยการประเมินอาการทางลบ 7 อาการ คือ อาการเฉื่อยชา การแยกตัวทางอารมณ์ มนุษย์สัมพันธ์บกพร่อง การแยกตัวจากสังคม การมีปัญหาในการใช้ความคิดนามธรรม การสนทนาไม่เกิดขึ้นเองอย่างเป็นธรรมชาติและไม่ต่อเนื่อง การคิดอย่างตายตัว โดยอาศัยเครื่องมือจาก Positive and Negative Syndrome Scale ฉบับภาษาไทย (PANSS-T) แปลและสร้างขึ้นโดยการพัฒนามาจากแนวคิดการประเมินอาการทางบวกและอาการทางลบของ Kay, Fisbein and Opler (1987) ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และโครงสร้างของแบบวัดโดยผู้เชี่ยวชาญทางด้าน

พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 5 คน ได้แก่ จิตแพทย์ 1 คน อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 2 คน และพยาบาล ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (APN) 2 คน คำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ได้ค่าดัชนีเท่ากับ .84 หลังจากนั้นผู้วิจัยร่วมกับผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 1 คน ให้คะแนนอาการทางลบตามแบบประเมินอาการทางลบ โดยที่ผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์ผู้ป่วย จำนวน 10 คน และผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชให้คะแนนตามแบบประเมินพร้อมกัน แล้วนำข้อมูลวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือ ด้วยการหาความสอดคล้องกันของการสังเกต (Inter-rater Reliability) โดยใช้สูตรของ Kappa ได้ค่าความเที่ยงของแบบประเมินอาการทางลบ เท่ากับ .81 ซึ่งถือว่าอยู่ในระดับสูง

การดำเนินการทดลอง

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

1. ระยะเตรียมการทดลอง

1.1 ผู้วิจัยเตรียมตัวศึกษา ค้นคว้าตำรา เอกสาร และงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องในเรื่องการสอนแบบกลุ่ม กระบวนการกลุ่มตามแนวคิดของ marram (1972) คุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยผ่านการศึกษาระบบการสอนแบบกลุ่ม จากการฝึกปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูงที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยา และได้ฝึกปฏิบัติจริงภายใต้การดูแลของพยาบาล APN ด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

1.2 เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1.3 เตรียมสถานที่ในการดำเนินการ โดยส่งหนังสือขอความร่วมมือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล

1.4 เตรียมผู้ช่วยวิจัย คือพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (APN) เพื่อเป็นผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม และเป็นผู้ช่วยสังเกต จดบันทึกพัฒนาการของกลุ่ม

1.5 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกตามขั้นตอนจำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน แจกให้กลุ่มตัวอย่างทราบเพื่อสอบถามความสมัครใจ

1.6 ผู้วิจัยแนะนำตัวเอง แง่ถึงวัตถุประสงค์ของการศึกษา และให้ข้อมูลเรื่องการศึกษา พิทักษ์สิทธิ์กับกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งให้ลงชื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2. ระยะดำเนินการทดลอง

2.1 กลุ่มควบคุม ได้รับการดูแลตามปกติที่พยาบาลวิชาชีพประจำแผนกผู้ป่วยนอกจัดให้มีขึ้น เพื่อบริการกับผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ การตรวจคัดกรอง ประเมินอาการและระดับความรุนแรงด้านของอาการเจ็บป่วย ให้สุขศึกษาในรายที่มีข้อสงสัย ให้คำแนะนำเรื่องการเข้ายา

2.2 กลุ่มทดลอง ได้รับการสอนแบบกลุ่มที่โรงพยาบาลมะการักษ์ โดยผู้วิจัยเป็นผู้นำกลุ่ม ทำหน้าที่ดำเนินกิจกรรมด้วยตนเองทุกขั้นตอนมีผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (APN) เป็นผู้ช่วยผู้นำกลุ่มทำหน้าที่สังเกตและจดบันทึก ผู้นำกลุ่มอธิบายเกี่ยวกับรายละเอียดถึงขั้นตอนการดำเนินการให้กับสมาชิกที่เข้าร่วมโครงการรับทราบตามการดำเนินการในการสอนแบบกลุ่ม 7 ครั้ง สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ๆ ละ 60-90 นาที โดยใช้ระยะเวลาติดต่อกันทั้งสิ้น 4 สัปดาห์ และดำเนินการที่ห้องทำกิจกรรมกลุ่ม โรงพยาบาลมะการักษ์

2.3 การกำกับการทดลอง ผู้วิจัยทำการกำกับการทดลองในกลุ่มทดลองทันที ภายหลังจากเสร็จสิ้นการดำเนินการสอนแบบกลุ่มครั้งที่ 7 ประเมินโดยใช้แบบประเมินอาการทางลบ โดยหลังเข้าร่วมการสอนแบบกลุ่ม กลุ่มทดลองต้องมีระดับคะแนนอาการทางลบลดลง 80% ขึ้นไป

3. ระยะประเมินผลการทดลอง ผู้วิจัยประเมินคุณภาพชีวิตในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอีกครั้ง (Post-Test) หลังสิ้นสุดการดำเนินการสอนแบบกลุ่มในครั้งที่ 7 และนำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างมาตรวจสอบความสมบูรณ์ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปโดย

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

สรุปผลการวิจัย

จากการศึกษา ผลของการสอนแบบกลุ่มต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน มีผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับการสอนแบบกลุ่มสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปได้ว่าผลการวิจัยครั้งนี้เป็นไปตามสมมติฐานในการวิจัย 2 ประการคือ

1. ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับการสอนแบบกลุ่มมีคุณภาพชีวิตภายหลังเข้ากลุ่มสูงกว่าก่อนเข้ากลุ่ม

2. ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับการสอนแบบกลุ่มมีคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

จึงสรุปได้ว่าการสอนแบบกลุ่มสามารถทำให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนดีขึ้น

อภิปรายผลการทดลอง

1. ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในกลุ่มทดลองระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง พบว่าคะแนนเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน ข้อที่ 1 จากผลของการวิจัยดังกล่าวอภิปรายผลได้ดังนี้

จากการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองระหว่างก่อนกับหลังการทดลองพบว่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง โดยก่อนการทดลองคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง และภายหลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทเป็นรายด้าน พบว่าคุณภาพชีวิตในด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ด้านครอบครัวสูงกว่าก่อนทดลองในทุกด้าน

จากผลการวิจัยสามารถอภิปรายได้ว่า การสอนแบบกลุ่มสามารถพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยการสอนแบบกลุ่มนี้ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นโดยนำแนวคิดกระบวนการกลุ่มของ Marram (1978) มาใช้ 7 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและความร่วมมือ เป็นการดำเนินการเพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยและผู้ป่วยด้วยกันเป็นรายกลุ่ม เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ

โดยอาศัยปฏิสัมพันธ์ที่ดี และให้ความสำคัญกับสมาชิกกลุ่มในการมีส่วนร่วมและรับผิดชอบต่อการรักษา สร้างแรงจูงใจให้สมาชิกกลุ่มได้เรียนรู้ในการที่จะรับผิดชอบต่อ ตัดสินใจเลือกแนวทางการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง หากสมาชิกกลุ่มมองเห็นแนวโน้มที่จะเกิดประโยชน์จากการทำกิจกรรมกลุ่ม ทำให้มีความต้องการและความพร้อมที่เข้าร่วมกิจกรรมมากขึ้น ความร่วมมือในการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมจะเกิดขึ้นภายใต้บรรยากาศความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างสมาชิกกลุ่ม

กิจกรรมที่ 2 การร่วมมือกันเพื่อสำรวจปัญหา กำหนดเป้าหมายและวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกันโดยใช้กระบวนการการสอนแบบกลุ่ม เป็นการให้สมาชิกกลุ่มร่วมกันประเมินชีวิตว่ามีมุมมองอย่างไรต่อภาวะสุขภาพ สิ่งใดที่ชอบหรือไม่ชอบเกี่ยวกับสุขภาพ ผู้ป่วยมีความคิดที่ต้องการเปลี่ยนแปลงหรือไม่ ขั้นตอนนี้จะช่วยให้ทราบภาพรวมและความต้องการโดยทั่วไปของผู้ป่วยต่อการเปลี่ยนแปลงปัญหาที่เกิดขึ้นในการดำเนินชีวิตประจำวัน เพื่อให้ดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุขในสังคม (Berger et al., 2000) การที่ทราบข้อมูล ความต้องการของผู้ป่วยจะทำให้สามารถวางแผนการสอนและให้การดูแลได้ตรงกับสภาพปัญหาของผู้ป่วยมากที่สุด และกระบวนการการสอนแบบกลุ่มทำให้สมาชิกกลุ่มเรียนรู้วิธีการแก้ไขปัญหาร่วมกัน โดยสมาชิกกลุ่มมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหานำมาเป็นแนวทางในการแก้ปัญหาของตนเองในโอกาสต่อไป

กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาการมีคุณค่าแห่งตน การป่วยเป็นโรคจิตเภททำให้ผู้ป่วยมีความคิดและพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม แม้จะรักษาจนมีอาการทุเลาแล้วแต่เมื่อกลับไปอยู่ในชุมชนก็มักถูกล้อเลียนไม่ได้รับการยอมรับจากคนรอบข้าง ทำให้สูญเสียความมั่นใจ รู้สึกไม่มีคุณค่า ดังนั้นการเสริมสร้างคุณค่าในตนเองจะทำให้ผู้ป่วยสามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีความสุข กิจกรรมในการสอนครั้งนี้จะเน้นให้สมาชิกกลุ่มเกิดความภาคภูมิใจ มองเห็นจุดดี ความมีคุณค่าแห่งตน และการยอมรับจุดอ่อนซึ่งเป็นสิ่งที่สามารถพัฒนาได้ และให้สมาชิกกลุ่มรู้จักการทำงานและการใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ ดังนั้นการเสริมคุณค่าให้กับผู้ป่วยนำไปสู่การมองโลกในแง่ดี และมีสัมพันธภาพที่ดีต่อคนอื่น ๆ รู้จักใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ ส่งผลให้ผู้ป่วยปรับตัวอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

กิจกรรมที่ 4 การสนับสนุนข้อมูลความรู้เรื่องโรคจิตเภทและการจัดการกับอาการทางลบ ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การดำเนินโรค การรักษา และความรู้เกี่ยวกับยาและอาการข้างเคียงจากยา (จารุวรรณ จินตามงคล, 2541; จันทรา วีระสมบุญ, 2543; Gaultiere, 1999) การอธิบายสาเหตุของการเกิดโรคจิตเภทจากความผิดปกติของสารชีวเคมีในสมอง เพื่อให้เชื่อมโยงกับการรักษาด้วยยา เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้และเข้าใจโรค รวมถึงการจัดการกับอาการข้างเคียงของยา กระตือรือร้นว่าตนเองต้องปฏิบัติอย่างไรที่จะทำให้มีอาการดีขึ้น

สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข แม้จะเป็นโรคเรื้อรัง และให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดี กระบวนการการสอนแบบกลุ่มจะช่วยให้สมาชิกกลุ่มรู้สึกกว่าตนเองไม่ได้มีปัญหาแต่เพียงผู้เดียว เกิดการเรียนรู้และแก้ไขส่วนที่เป็นปัญหาร่วมกัน

กิจกรรมที่ 5 การฝึกทักษะการสื่อสารรวมถึงการพัฒนาเทคนิคเพื่อเข้าสังคม การดำเนินการในครั้งนี้นำให้ผู้ป่วยทราบว่าคนเป็นสัตว์สังคมที่ไม่สามารถอยู่ลำพังคนเดียวได้ จำเป็นต้องอยู่ร่วมกับบุคคลอื่น ๆ และในการอยู่ร่วมกันนั้น คนแต่ละคนมีความรู้สึกนึกคิด อารมณ์ บุคลิกลักษณะที่เป็นแบบฉบับเฉพาะของแต่ละคน ถ้าปรับเข้ากันได้ก็อยู่ร่วมกันได้ แต่ในบางครั้งความคิดความรู้สึก อารมณ์ของแต่ละคนแตกต่างกันและปรับเข้าหากันไม่ได้ ทำให้เกิดปัญหาในการอยู่ร่วมกัน ดังนั้นการอยู่ร่วมกันในสังคมของคนจำนวนมาก ต้องมีการควบคุมตนเองในสิ่งที่ไม่พอใจ การร่วมมือกัน การถ้อยทีถ้อยอาศัย การสื่อสารกัน การเข้าใจถึงความคิดความรู้สึกของแต่ละฝ่าย เพื่อลดปัญหาในการอยู่ร่วมกัน อาการทางลบเป็นลักษณะที่พบบ่อยในผู้ป่วยจิตเภททำให้ผู้ป่วยมีปัญหาในการเข้าสังคม มนุษย์สัมพันธ์บกพร่อง แยกตัวจากสังคม เมื่อเจ็บป่วยเป็นเวลานานก็จะมีปัญหาพฤติกรรมทางสังคมมากขึ้น ความบกพร่องดังกล่าวยิ่งทำให้ผู้ป่วยมีลักษณะแปลกไปจากบุคคลอื่นทั่วไป ทำให้ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นน้อยลง ส่งผลให้ไม่สามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุข (องุ่น พยุงธรรม และคณะ, 2545 ; ราตรี ภูบุญ, 2545) ในกิจกรรมนี้จะมีการฝึกทักษะการสื่อสาร พัฒนาเทคนิคเพื่อเข้าสังคม ตลอดจนได้เรียนรู้หลักการและวิธีปฏิบัติในการอยู่ร่วมกับผู้อื่นรวมถึงการขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนจากสังคมนอกระบบข้างในเรื่องที่ไม่สามารถแก้ไขได้เอง ช่วยให้ผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับสังคมไปในทางที่ดีขึ้น

กิจกรรมที่ 6 การพัฒนาทักษะการเผชิญปัญหา การเจ็บป่วยยาวนานส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการด้านลบมากขึ้น ทำให้มีปัญหาในการดำเนินชีวิต ก่อให้เกิดภาวะตึงเครียดและถ้าผู้ป่วยไม่สามารถเผชิญกับปัญหาสภาพแวดล้อมเช่นนี้ได้ทำให้อาการทางจิตกำเริบกลายเป็นวัฏจักรที่ไม่มีวันสิ้นสุด การมีอาการกำเริบซ้ำ ๆ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเบื่อหน่าย เกิดความรู้สึกด้อยคุณค่าในตนเอง คุณภาพชีวิตลดต่ำลง (จิราพร เกสรสุวรรณ, 2545) ในการดำเนินกิจกรรมนี้กระบวนการการสอนแบบกลุ่มจะเน้นให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ที่จะเผชิญปัญหา ช่วยให้ผู้ป่วยพยายามทบทวนเหตุการณ์รอบด้านของตนเอง เพื่อการตัดสินใจและวางแผนจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม (สุจรรยา แสงเขียวงาม, 2545)

กิจกรรมที่ 7 การคงไว้ซึ่งการกระทำเพื่อการมีสุขภาวะที่ดี ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มร่วมกันเสริมสร้างความมั่นใจว่าสามารถจัดการปัญหาต่าง ๆ ได้ พร้อมทั้งให้สมาชิกให้กำลังใจซึ่งกันและกัน เนื่องจากความมั่นใจในการทำกิจกรรมต่าง ๆ นั้นเกิดจากการที่ผู้ป่วยมีแรงจูงใจให้

กระทำ การมีเป้าหมายในชีวิต มีการกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการพื้นฐานของตนเอง และกระตุ้นให้กลุ่มร่วมกันเสริมสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ โดยชี้ให้เห็นถึงประโยชน์เป้าหมายชีวิตของแต่ละคน และการยุติสัมพันธภาพกับผู้ป่วย

สอดคล้อง Brookfield (1986) กล่าวว่า การแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประสบการณ์ และการรับฟังปัญหาจากผู้ป่วยที่มีปัญหาคล้ายคลึงกัน จะช่วยให้เกิดความเข้าใจ มีการเปลี่ยนแปลงวิธีการดำเนินชีวิตหรือมีการปฏิบัติไปในทางที่เหมาะสม ผู้ป่วยจะได้รับการประคับประคองจากเพื่อนสมาชิกในกลุ่ม นอกจากนี้การเรียนรู้แบบกลุ่ม กระบวนการกลุ่มทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงแก้ไขพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมซึ่งปรากฏออกมาให้เห็นในกลุ่ม มีการเรียนรู้ทักษะการจัดการกับอาการทางลบ ส่งผลให้มีการพัฒนาทักษะการสื่อสาร ทักษะทางสังคมในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น มีการปรับตัวทางสังคมที่ดีขึ้น สามารถเผชิญและจัดการแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเอง (Homes, 1995; สถาบันกัลยาธนากรนครินทร์, 2545; ปราโมทย์ เชาวศิลป์ และชัยณรงค์ คงสกุล, 2542) การที่ผู้ป่วยสามารถปรับตัวอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข มองชีวิตที่เหลืออยู่ว่ามีความหมาย หมายถึงการมีสุขภาวะที่ดี จะนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Katschnig, 2000 ; สุจรรยา แสงเขียวงาม, 2545) และจากการวิจัยของ Atkinson และคณะ (1996) กล่าวว่าผู้ป่วยจิตเภทสามารถที่จะเรียนรู้เข้าใจเรื่องราวต่าง ๆ เกี่ยวกับตนเองได้จากกลุ่ม และพบว่าการมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่นในสังคมจะสามารถดำเนินชีวิตในสังคมอย่างเป็นสุข ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น การเรียนรู้แบบกลุ่มสมาชิกกลุ่มสามารถนำความรู้ไปปฏิบัติจริงได้ร้อยละ 70 (Dale, 1971)

ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาหลายฉบับ เช่น การศึกษาของ Atkinson และคณะ (1996) ได้ทำการศึกษาผลของการให้ความรู้แบบกลุ่มต่อการทำหน้าที่ทางสังคมและคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในชุมชน เมืองกลาสโก พบว่ากลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมมีคุณภาพชีวิตและทักษะทางสังคมดีกว่ากลุ่มควบคุม และจากการศึกษาของ Lebrun และคณะ (1991) ได้ศึกษาการให้ความรู้แบบกลุ่มแก่ผู้ป่วยจิตเภท หลังการทดลองพบว่าผู้ป่วยมีความเข้าใจยอมรับการเจ็บป่วยของตนเอง มีพลังที่จะดูแลตนเอง จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่าการสอนแบบกลุ่มช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัวและชุมชนได้อย่างมีความสุข ทำให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจเนื่องจากการให้ความสำคัญต่อองค์ประกอบที่สำคัญของชีวิต ซึ่งนับเป็นผลลัพธ์ที่สำคัญทางการพยาบาล ส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่าการสอนแบบกลุ่มตามแนวคิดกระบวนการกลุ่มของ Marram (1978) ทำให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น ดังตัวอย่างคำพูดขณะที่ทำกลุ่มดังนี้ “เมื่อก่อนวันวันผมเอาแต่อยู่บ้าน ไม่อยากคุยกับใคร เพราะกลัวเขารังเกียจว่าผมเป็นบ้า แต่หลังจากได้เข้ากลุ่มทำให้ผมกล้าคุยกับคนอื่น ๆ มากขึ้น จริง ๆ แล้วเพื่อนบ้านเขาไม่ได้รังเกียจ

ผมอย่างที่ผมคิด ผมดีใจและมีความสุขมากครับ” “เมื่อก่อนผมมีปัญหา ผมแก้ปัญหาโดยการดื่มเหล้า ใช้ยาเสพติด เพราะคิดว่าจะทำให้ลืม แต่ก็ลืมได้เฉพาะเวลาเมา พอหายเมาก็จำได้เหมือนเดิม แต่ผลที่ตามมา ทำให้ผมต้องมีอาการกำเริบ นอนโรงพยาบาล 3 เดือน ผมไม่เคยรู้วิธีแก้ปัญหาอย่างมีขั้นตอนมาก่อน ผมสัญญาว่าต่อไปผมจะต่อสู้กับปัญหา หาทางแก้ไขอย่างมีขั้นตอนครับ” “ป่าไม่เคยรู้มาก่อนว่าโรคที่เป็นนี้เรียกว่าโรคจิตเภท คิดว่าตนเองถูกจอมปลวกลงโทษจากการไปทำลายจอมปลวก ทำให้สติไม่สมบูรณ์ เป็นคนบ้ามาโดยตลอด เคยคิดท้อแท้ว่าทำไมตนเองโชคร้าย ต้องกินยาทุกวัน เบื่อ น้อยใจในโชคชะตา แต่มาวันนี้ได้รู้ว่ามีคนเป็นเหมือนเราหลายคน รู้สึกมีกำลังใจขึ้น” “เมื่อครั้งก่อนผมสัญญากับกลุ่มว่า ผมจะกลับไปใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ ผมกลับไปช่วยแม่ทำงานบ้าน ช่วยเก็บมะม่วงในสวนไปขายทุกวัน แม่ชมผมใหญ่เลย ให้เงินผมใช้ด้วย ผมดีใจมากเลยครับ เมื่อก่อนแม่ชอบดูว่าผมว่าผมเอาแต่นอน เกิดมาทำไมเป็นภาระ มันทำให้ผมรู้สึกชีวิตมีคุณค่ามากขึ้น” “หนูคิดว่าหนูเป็นคนพิการมาโดยตลอด เพราะมีบัตรคนพิการแต่พยาบาลสอนให้หนูรู้ว่าโรคนี้เป็นแล้วไม่ได้หมายความว่าเราเป็นคนพิการ หนูคิดว่าตนเองทำงานไม่ได้ แต่หนูเห็นพวกพี่ ๆ สามารถทำงานได้ อาทิตยหน้าหนูจะหางานทำ เพราะแม่ก็ แก่ ทำงานไม่ไหว เงินก็ไม่พอใช้” “ไม่มีใครรักและหวังดีกับเราเท่าคนในครอบครัวอีกแล้ว เมื่อก่อนผมติดเพื่อนมาก แต่พอผมเป็นแบบนี้เพื่อนก็หาย เหลือแต่ครอบครัว ต่อไปผมจะให้ความสำคัญกับครอบครัวให้มากกว่าครับ”

เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตเป็นรายด้านพบว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ ด้านครอบครัวหลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง ซึ่งให้เห็นว่า การสอนแบบกลุ่มสามารถพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงสรุปได้ว่าผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับการสอนแบบกลุ่มมีคุณภาพชีวิตสูงกว่าก่อนได้รับการสอนแบบกลุ่ม

2. ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับการสอนแบบกลุ่มมีคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน ข้อ ที่ 2 จากผลของการวิจัยดังกล่าวอภิปรายผลได้ดังนี้

การให้การพยาบาลตามปกติที่พบขณะทำการวิจัยประกอบด้วย การตรวจคัดกรองประเมินอาการ และระดับความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย ให้สุขศึกษาในรายที่มีข้อสงสัย ให้คำแนะนำเรื่องการใช้ยา การเยี่ยมบ้านในรายที่มีอาการซับซ้อน ซึ่งเป็นการพยาบาลแบบผู้ป่วยนอก จากการศึกษาของศิริพร จิรวัฒนกุล และคณะ (2540) พบว่าการปฏิบัติงานทั้งในโรงพยาบาลฝ่ายกายและโรงพยาบาลจิตเวช รูปแบบการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพเป็นแบบ Task Oriented คือมุ่งทำงานประจำให้เสร็จ การสื่อสารที่ใช้จะเป็นการสื่อสารทางเดียวจาก

พยาบาลผู้ป่วยในรูปแบบคำสั่ง คำสอน และคำแนะนำ ไม่มีการประเมินผลย้อนกลับ ซึ่งแตกต่างจากการสอนแบบกลุ่ม จะมุ่งให้ผู้เรียนทุกคนในกลุ่มเข้าร่วมกิจกรรมการเรียนการสอนให้มากที่สุด ผู้สอนมีความใกล้ชิดกับผู้เรียน(บุญชม ศรีสะอาด, 2537) Dale (1971) กล่าวว่า การให้ความรู้แบบกลุ่ม สมาชิกกลุ่มสามารถนำความรู้ไปปฏิบัติจริงได้ร้อยละ 70

จากการพูดคุยกับผู้ป่วยกลุ่มควบคุม ผู้ป่วยบางรายบอกว่า “ที่นี่คนไข้เยอะ หมอไม่มีเวลาคุยด้วยหรอก” “รู้ว่าตนเองเป็นคนบ้า รักษาไม่หายที่เป็นแบบนี้เพราะผีเข้า และผีเฮี้ยนมาก ไล่ไม่ไปเมื่อสอบถามเพิ่มเติมผู้ป่วยไม่ทราบว่าตนเองเป็นโรคจิตเภท รับประทานยาไม่ถูกต้อง ไม่ทราบวิธีการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ” “ทุกที่ไม่ได้มาเอายาเองหรอก ไม่อยากออกจากบ้าน กลัวคนอื่นรู้ว่าเราเป็นบ้า กลัวชาวบ้านรังเกียจ ถ้าสบายดีก็จะให้แม่มารับยาแทน” การที่ผู้ป่วยไม่ได้เข้าร่วมการสอนแบบกลุ่ม ทำให้ไม่ได้รับข้อมูล และทักษะต่าง ๆ ที่จำเป็นต่อการดำเนินชีวิตที่ชัดเจนเหมือนใน กลุ่มทดลอง ด้วยเหตุนี้จึงพบว่าภายหลังการทดลองผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าร่วมการสอนแบบกลุ่มมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมในทุกด้าน และ เมื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลองพบว่า ระดับคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน เนื่องมาจากการสอนแบบกลุ่ม กระบวนการกลุ่มทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง แก้ไขพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมซึ่งปรากฏออกมาให้เห็นในกลุ่ม มีการเรียนรู้ทักษะการจัดการกับอาการทางลบ ส่งผลให้มีการพัฒนาทักษะการสื่อสาร ทักษะทางสังคมในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น มีการปรับตัวทางสังคมที่ดีขึ้น สามารถเผชิญและจัดการแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเอง (Homes, 1995; สถาบันกัลยาธนาครินทร์, 2545; ปราโมทย์ เชาวศิลป์ และชัยณรงค์ คงสกล, 2542) การที่ผู้ป่วยสามารถปรับตัวอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข มองชีวิตที่เหลืออยู่ว่ามีความหมาย หมายถึงการมีสุขภาวะที่ดี จะนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Katschnig, 2000 ; สุจรรยา แสงเขียวงาม, 2545) และจากการวิจัยของ Atkinson และคณะ (1996) กล่าวว่าผู้ป่วยจิตเภทสามารถที่จะเรียนรู้เข้าใจเรื่องราวต่าง ๆ เกี่ยวกับตนเองได้จากกลุ่ม และพบว่าการมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่นในสังคม จะสามารถดำเนินชีวิตในสังคมอย่างมีความสุข ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น นอกจากนี้การสอนแบบกลุ่มเป็นการประหยัดเวลาค่าใช้จ่าย (Crenshaw, 1989) และช่วยให้พยาบาลสามารถให้ความรู้ผู้ป่วยได้หลายคนในเวลาเดียวกัน สามารถแก้ปัญหากรณีที่มีผู้ป่วยมารับบริการมาก ในภาวะที่รัฐประสบปัญหาการขาดแคลนพยาบาลในปัจจุบัน (Easton et al., 1994)

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาหลายฉบับ เช่น การศึกษาของ Atkinson และคณะ (1996) ได้ทำการศึกษาผลของการให้ความรู้แบบกลุ่มต่อการทำหน้าที่ทางสังคมและคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในชุมชน เมืองกลาสโก พบว่ากลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมมีคุณภาพชีวิตและทักษะทางสังคมดีกว่ากลุ่มควบคุม และจากการศึกษาของ Lebrun, Singh and

Luke (1991) ได้ศึกษาการให้ความรู้แบบกลุ่มแก่ผู้ป่วยจิตเภท หลังการทดลองพบว่าผู้ป่วยมีความเข้าใจ ยอมรับการเจ็บป่วยของตนเอง มีพลังที่จะดูแลตนเอง จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่าการสอนแบบกลุ่มช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัวและชุมชนได้อย่างมีความสุข ทำให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจเนื่องจากการให้ความสำคัญต่อองค์ประกอบที่สำคัญของชีวิต ซึ่งนับเป็นผลลัพธ์ที่สำคัญทางการพยาบาล ส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

จากการเข้าไปดำเนินการทดลองพบว่าการสอนแบบกลุ่มเป็นการทำกลุ่มที่มีขั้นตอนชัดเจน ง่ายต่อการนำไปปฏิบัติ สามารถปฏิบัติกรพยาบาลให้มีคุณภาพยิ่งขึ้น

สรุปได้ว่าการสอนแบบกลุ่ม นับได้ว่าเป็นการส่งเสริมความสามารถในการจัดการกับปัญหาความเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภทให้มีประสิทธิภาพ ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีสุขภาวะที่ดีและส่งผลให้ผู้ป่วยประเมินความพึงพอใจต่อองค์ประกอบต่าง ๆ ในชีวิต และเนื่องจากคุณภาพชีวิตเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญทางการพยาบาล ดังนั้นการนำการสอนแบบกลุ่มเข้าไปให้การช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ให้มีความพึงพอใจในองค์ประกอบในชีวิต ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งเป็นผลลัพธ์ที่สำคัญในการพยาบาล นอกจากเป็นการลดปัญหาการกลับเป็นซ้ำแล้วยังเป็นส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการปฏิรูประบบสุขภาพในปัจจุบันเน้นให้ผู้ป่วยจิตเภทช่วยเหลือตนเองสามารถอยู่ในครอบครัว สังคมและชุมชนอย่างมีความสุข ทั้งยังเป็นลดการสูญเสียทั้งด้านบุคคล สังคมและเศรษฐกิจของประเทศได้อีกด้วย

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยพบว่าการสอนแบบกลุ่มที่ให้กับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีระดับคุณภาพชีวิตยังไม่ถึงระดับดีที่สุดนั้น สามารถพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้ นับว่าเป็นนวัตกรรมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการปฏิบัติกรพยาบาล การศึกษาและการวิจัยทางการพยาบาลควรให้ความสำคัญและร่วมมือกันในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนให้ดีขึ้น เนื่องจากคุณภาพชีวิตเป็นเป้าหมายที่สำคัญทางการพยาบาลและเป็นไปตามแนวทางการปฏิรูประบบสุขภาพซึ่งเน้นไปที่การบริการเชิงรุกมากกว่าเชิงรับ โดยผลการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชสามารถนำการสอนแบบกลุ่ม ซึ่งประกอบด้วยกระบวนการหลักที่สำคัญ คือ การให้ข้อมูล การแก้ไขปัญหา การฝึกทักษะการเผชิญปัญหา ไปใช้กับผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลหรือในชุมชนเพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

1.2 การนำการสอนแบบกลุ่มไปใช้ พยาบาลสามารถปรับรูปแบบของการดำเนินการ และระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมแต่ละขั้นตอนให้เหมาะสมกับความต้องการและศักยภาพของผู้ป่วยแต่ละกลุ่ม โดยเฉพาะปรับเปลี่ยนภาษาให้เหมาะสมกับท้องถิ่นบริบทของชุมชนนั้น ๆ ได้ นอกจากนี้ยังสามารถนำไปปรับใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตกลุ่มอื่น ๆ หรือในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่อไป

1.3 การนำการสอนแบบกลุ่มไปใช้ พยาบาลจำเป็นที่จะต้องมีความรู้พื้นฐานความรู้ ความเข้าใจทางด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มีประสบการณ์และทักษะการทำกลุ่ม รวมทั้งมีความรู้ความเข้าใจในผู้ป่วยจิตเภท ดังนั้นควรมีการทำทำความเข้าใจกับเนื้อหาขั้นตอนการดำเนินการก่อนนำไปใช้ นอกจากนี้การที่จะนำการสอนแบบกลุ่มนี้ไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ควรมีการศึกษาถึงปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการอย่างละเอียด

2. ด้านการวิจัย

2.1 การประเมินคุณภาพชีวิต ควรประเมินหลังจากได้รับการทดลองเสร็จสิ้น 3-4 สัปดาห์ และควรมีการศึกษาติดตามผลของการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะยาว คือ ทุก 1, 3, 6 เดือน เพื่อความคงอยู่ของคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างต่อเนื่องและยั่งยืนของผู้ป่วย

2.2 ควรศึกษาวิจัยในผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในกลุ่มอื่น ๆ ในชุมชนเช่นเดียวกัน เช่น ในกลุ่มของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หรือ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกายทั่วไป และก่อนที่จะจัดกิจกรรมกลุ่มในแต่ละครั้งควรศึกษาถึงปัจจัยและสาเหตุใดบ้างที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต เพื่อนำสิ่งที่ได้มาออกแบบรูปแบบการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กัลยา ไม้เกาะ. 2537. **ผลของกลุ่มบำบัดต่อการเปลี่ยนแปลงอัตมโนทัศน์ของผู้ป่วย
อัมพาตครึ่งล่าง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการ
พยาบาลจิตเวช มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- กาญจนา ชัยเจริญ. 2547. **ผลของการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล
สุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เกษม ต้นติผลาชีวะ. 2536. **ตำราจิตเวชศาสตร์**. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ธรรมศาสตร์.
- กฤตยา แสงเจริญ. 2542. การพัฒนาบทบาทการเป็นที่ปรึกษาสำหรับพยาบาลผู้เชี่ยวชาญทาง
คลินิก. **วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น** 22 (2) : 63-67.
- กลุ่มการพยาบาล สถาบันกัลยาธรรมากรินทร์. 2545. **แนวทางการทำกลุ่มบำบัดแบบ
ระดับประคอง**.
- กุลศรีศิลป์ เพียรทอง. 2547. **ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทใน
ชุมชน**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จันทรา ธีระสมบุญ. 2539. **ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพกับคุณภาพชีวิต
ผู้ป่วยจิตเวชโรงพยาบาลสวนสราญรมย์**. โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ กรมสุขภาพจิต
กระทรวงสาธารณสุข.
- จันทิมา องค์โสมชาติ. 2545. **จิตบำบัด การปฏิบัติงานจิตเวชทั่วไป**. กรุงเทพมหานคร: ยูไนเต็ด
ครีเอชั่น.
- จันทร์ประภา ไชยรักษ์และคณะ. 2536. **งานติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวชของโรงพยาบาล
สระบุรี**. งานวิจัยโรงพยาบาลสระบุรี.
- จริยาวัตร คมพาศ์. 2537. **การวิจัยทางการพยาบาลเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้
ให้บริการและผู้รับบริการ. การประชุมวิชาการสมาคมศิษย์เก่าศิริราชฯ ครั้งที่ 8
เรื่องวิจัยทางการพยาบาลเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตในทศวรรษหน้า : ทิศทางและ
รูปแบบ**. กรุงเทพมหานคร : สถาบันพัฒนาสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล.

- จารุวรรณ จินตามงคล. 2541. **ผลการใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จินตนา ยูนิพันธุ์. 2532. **การสนองสุขภาพอนามัยเป็นกลุ่มในเอกสารการสอนชุดวิชาการเรียนการสอนสุขภาพอนามัย หน่วยที่ 8-15.** มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ.นนทบุรี: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- จินตนา ยูนิพันธุ์ และ วราภรณ์ ชัยวัฒน์. 2550. **เอกสารคำสอนรายวิชาทฤษฎีทางการพยาบาล หน่วยที่ 5.** กรุงเทพมหานคร : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จินตนา ยูนิพันธุ์. 2542. **การพยาบาลเพื่อชีวิตที่ปกติสุข. วารสารพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต13 (ม.ค. – มิ.ย.) : 1-13.**
- จิรพรรณ พิรุณ. 2542. **สื่อการเรียนการสอนทางพยาบาล.** กรุงเทพมหานคร : โอ เอส พริ้นติ้งเฮ้าส์.
- จิราพร เกสรสุวรรณ. 2545. **ผลการใช้โปรแกรมกลุ่มนันทนาการบำบัดต่อสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตมหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จุฑาทิพย์ นันทวินิตย์. 2541. **ผลของการใช้โปรแกรมการสอนที่เน้นกระบวนการกลุ่มสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บของชายประสาทส่วนแขน ที่มีต่อความสามารถในการปรับตัว.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จอม สุวรรณโณ. 2542. **บทบาทพยาบาลในการบำบัดแบบองค์รวม. วารสารพยาบาล. 48(1) : 13 – 20.**
- ทิวาพร ฟู่เฟื่อง. 2544. **การศึกษาผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชที่รักษาด้วยยารักษาอาการทางจิต ในโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต. ศูนย์สุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน. โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.**
- ทวี ตั้งเสรี. 2541. **การจำแนกโรคและวินิจฉัยโรคทางจิตเวชแบบ ICD 10.** กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ. มปป. **Positive and Negative syndrome scale ฉบับภาษาไทย (PANSS-T).** กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- นิตยา ตากวิริยะนนท์และชนะมน สุยะชีวัน. 2536. **คุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเวชระยะฟื้นฟู. สงขลา นครินทร์เวชสาร 11(1) : 29-40.**

- นรวิรุฬห์ พุ่มจันทร์. 2548. การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทและญาติ: กรณีศึกษาในผู้ป่วยที่
รับการรักษาในโรงพยาบาลกลางวัน สถาบันจิตเวชศาสตร์ สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ เจ้าสุทนต์มณี
สุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 13 (3): 146-156.
- บุญชม ศรีสะอาด. 2537. **การพัฒนาการสอน.** กรุงเทพมหานคร : สุวีริยาสาส์น จัดพิมพ์.
- บุญใจ ศรีสถิตยัณนรากร. 2547. **ระเบียบวิธีวิจัยทางการพยาบาล.** กรุงเทพมหานคร : บริษัท
ยูแอนด์ไออินเตอร์มีเดีย.
- ปรีวัตร ไชยน้อย. 2546. **พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่กลับมารักษา
ซ้ำในโรงพยาบาล.** การค้นคว้าอิสระปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลสุขภาพจิต
และจิตเวช บัณฑิตมหาวิทยาลัย เชียงใหม่.
- โปรยทิพย์ กสิพันธ์ และอรพรรณ ลือบุญราชชัย. 2542. ผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อ
ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท. **วารสารการพยาบาลจิตเวช 13(2).**
- ปราโมชย์ เชาวศิลป์, รณชัย คงสกนธ์. 2542. **กลุ่มจิตบำบัดสำหรับคนไขใจ.** (พิมพ์ครั้งที่ 2),
กรุงเทพมหานคร: สหประชาพานิชย์.
- เปรมฤดี ดำรักษ์. 2545. **การศึกษาสภาวะของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนสามจังหวัดชายแดน
ภาคใต้.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ผลทิพย์ ปานแดง. 2547. **ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อผู้ป่วยและผู้ดูแลต่อ
พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภท.** วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย.
- พรทรัพย์ สมิตินธิ์. 2534. **ผลของการฝึกทักษะสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลที่มีผลต่อ
พฤติกรรมแสดงออกของผู้ป่วยจิตเภท.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต บัณฑิต
วิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พะยอม อยู่สวัสดิ์. 2537. **การวิจัยทางการพยาบาลเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต: ระเบียบวิธีวิจัย
เชิงคุณภาพในการประชุมวิชาการสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลศิริราช ครั้งที่ 8 เรื่อง
วิจัยทางการพยาบาลเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตในศตวรรษหน้า: ทิศทางและ
รูปแบบ.** กรุงเทพมหานคร: สถาบันพัฒนาสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน. 2525. กรุงเทพมหานคร : ศิริวัฒนาอินเตอร์พริ้น.

- เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์ อรพรรณ ลือบุญวัชชัยและชนกพร จิตปัญญา. 2547. ตราบาป : การรับรู้และผลกระทบของผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัว. **วารสารพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต** 18(1): 1-9.
- เพลินพิศ จันทร์ศักดิ์และคณะ. 2539. การศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน. **วารสารโรงพยาบาลศรีธัญญา** 4(2) : 136-1381.
- พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์. 2537. **ประเด็นปัญหาทางการพยาบาลเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้รับบริการและผู้ให้บริการ : ลำดับความสำคัญ : ในการประชุมวิชาการสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลศิริราชฯ ครั้งที่ 8 เรื่องวิจัยทางการพยาบาลเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตในทศวรรษหน้า : ทิศทางและรูปแบบ.** กรุงเทพมหานคร : สถาบันพัฒนาสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มานิช หล่อตระกูล. 2542. **คู่มือการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิต และจิตเวชสำหรับแพทย์.** กรุงเทพมหานคร : เเรดิเอชั่น..
- มานิช หล่อตระกูล. 2544. **จิตเวชศาสตร์รามธิบดี.** พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร : สุวีชาญาณการพิมพ์.
- มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์. 2548. **จิตเวชศาสตร์ รามธิบดี (พิมพ์ครั้งที่ 2 เรียบเรียงใหม่).** กรุงเทพมหานคร : ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- มานิตย์ ศรีสุรภานนท์ และ จำลอง ดิษยวณิช. 2542. **ตำราจิตเวชศาสตร์.** เชียงใหม่ : เชียงใหม่โรงพิมพ์แสงศิลป์.
- มนตรี อมรพิเชษฐกุล และพรชัย พงศ์สงวนสิน. 2544. สถานการณ์การรักษาผู้ป่วยจิตเวชตามการรับรู้ของครอบครัว. **วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย** 9(3): 113-127.
- ยาใจ สิทธิมงคล. 2542. ครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช : แนวคิดและการประยุกต์ใช้. **วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต** 13 : 1-9.
- ยุวดี วงษ์แสง. 2548. **ผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รัชนี ศรีหิรัญ. 2544. **ผลการติดตามทางโทรศัพท์ต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวชหลังจำหน่าย.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- ราตรี ภูบุญ. 2545. **พฤติกรรมทางสังคมของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทตามการรับรู้ของผู้ดูแล.**
การค้นคว้าอิสระมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ละเอียด รอดจันทร์, วัชรภรณ์ อุทโยภาส และ จันทร์เพ็ญ สุทธิชัยโชติ. 2542. **ปัจจัยที่สัมพันธ์
กับการรักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลสมเด็จพระยา. ประชุม
วิชาการกรมสุขภาพจิตครั้งที่ 5 (2542).**
- ศิริพร จิรวัดมน์กุลและคณะ. 2540. สมรรถนะที่จำเป็นของพยาบาลวิชาชีพในการพยาบาล
สุขภาพจิตและจิตเวช. **วารสารวิจัยทางการพยาบาล. 1(1): 53-69.**
- ศิริวรรณ ฤกษ์ธนะขจร, กาญจน์กนก สุรินทร์ชมพู, ภาวิณี สถาพรธีระ, ประพัตรา จันณะสมบัติ
และนริสา วงศ์นารักษ์. 2546. **การบริการสุขภาพจิตชุมชน : การส่งเสริมป้องกัน
ปัญหาสุขภาพจิต. ขอนแก่น : โรงพิมพ์พระธรรมขันธ์.**
- สัมพันธ์ มณีรัตน์. 2546. **ผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและ
สัมพันธภาพเพื่อการบำบัดต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วิทยานิพนธ์
ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.**
- สาธาณสุข, กระทรวง. กรมสุขภาพจิต. 2551. **รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิตปีง
ประมาณ 2551. นนทบุรี: ศูนย์สารสนเทศ กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต กระทรวง
สาธารณสุข.**
- สาริณี ไต้ะทอง. 2548. **ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวต่อคุณภาพชีวิต
ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล
สุขภาพจิตและจิตเวชบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.**
- สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ. 2537. **คุณภาพชีวิตการพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรัง : มโนมติสำคัญ
สำหรับการดูแล. ขอนแก่น : ขอนแก่นการพิมพ์.**
- สุจรรยา แสงเขียวงาม. 2545. **ผลของจิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่มต่อคุณภาพชีวิต
ของผู้ป่วยจิตเภท ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระ
เจ้าพระยา. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวช-
ศาสตร์, คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.**
- สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว. 2544. **แนวคิดพื้นฐานทางการพยาบาลจิตเวช. (ม.ป.ท.)**

- สุวิมล สมัตตะ. 2541. **ผลของการใช้แบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเวช.** วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.
- สมภพ เรืองตระกูล. 2542. **ตำราจิตเวชศาสตร์.** พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ เรือนแก้ว.
- หงษ์ บรรเทิงสุข. 2545. **ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์.** วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อุ้งน พงษ์ธรรม และคณะ. 2549. การศึกษาผลของกลุ่มทักษะทางสังคมต่อพฤติกรรมทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท : **วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 20(1) : 39-49.**
- อติญา โพธิ์ศรี. 2551. **ผลของโปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัวต่ออาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน.** วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์. 2541. **การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต : แนวทางการปฏิบัติตามพยาธิสภาพ.** กรุงเทพมหานคร : ห้างหุ้นส่วนจำกัด วี เจ บรินติ้ง.
- อุมาพร กาญจนรักษ์. 2545. **ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน.** วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. 2542. การพัฒนาความสามารถในการปรับตัวของผู้ป่วยจิตเวชผู้ใหญ่ และครอบครัวด้วยการให้การปรึกษาที่บ้าน. **วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 13 : 32-44.**
- อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. 2549. **การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช.** กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. 2542. กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน. **วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 13 (ม.ค.-มิ.ย.) : 14-20.**

ภาษาอังกฤษ

American Psychiatric Association. 1994. **Diagnosis and Statistical Manual of Mental disorders.** (4th ed.). : Washington DC.

- Andresen, N.C. 1982. Negative symptoms in schizophrenia. **Arch Gen Psychiatry** 39 : 784-788.
- Andresen, N.C., and Olsen, S. 1982. Negative and Positiveschizophrenia. **Arch Gen Psychiatry** 39 : 789-794.
- Atkinson, J.M., Coia, D.A., Gilmour, W.H., and Harpper, J.P. 1996. The impact of education group for people with Schizophrenia on social and quality of life. **Br J Psychiatry** 168:199-204.
- Ax, A.F., Bamford J.F., and Beckett P.G. 1969. Autonomic response patterning of chronic schizophrenics. **Psychosom Med** 31 : 353-364.
- Barry, M., and Crosby, C. 1996. Quality of life an evaluative measure in assessing the impact of community care on people with long term psychiatric disorder. **British of Psychiatry**. 168: 210-216.
- Bobes, J., and Gonzalez, M.P. 1997. **Quality of life in mental disorders**. New York : John Wiley & sons.
- Borman, E.G. 1975. **Discussion and group methods: Theory and practice (2nd ed)**. Newyork: Harper& Row.
- Breger, A., Schreiber, J., and Pickar, D., 1991. National institute of mental health longitudinal study of chronic schizophrenia. **Archive General Psychiatry** 48: 239-246.
- Brookfield, S. 1986. **Understanding and facilitating adult learning**. San Francisso: Jossey-Bass.
- Browne, S. 1996. Quality of life in schizophrenia: relationship to sociodemographic factors, symptomatology and tardive dyskinesia. **Acta psychiatry Scand** 94: 24-118.
- Burns, N., and Grove, S.K. 2001. **The Practice of Nursing Research : Conduct, Critique and Utilization. (2nd ed)**. Philadelphia : WB Saunder.
- Buckley, L.A., and Adams, C.E. 2007. Supportive therapy for schizophrenia. **Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 3** : 859-860.

- Bustills, R.J., Lauriello J., Horan, W.P., and Keith, S.J. 2001. The Psychosocial treatment of Schizophrenia: An Update. **American Journal of Psychiatry** 158 (2) :163-175.
- Campbell, A. 1976. Subjective measures of well-being. **American Psychologist** 32 : 88-103.
- Caron, J., Tempier R., Mercier, C., and Leouffre P. 1998. Component of social support and quality of life in severely mentally ill, low income and a general population group. **Community Mental Health Journal**. 34(5) : 459- 475.
- Carpenter, W.T., Heinrichs D.W., and Alphas, L.D. 1985. Treatment of negative symptom. **Schizophr Bull** 11 : 440-452.
- Carpenter, W.T., Heinrichs D.W., and Bartko, J.J. 1973. Flexible system for the diagnosis of Schizophrenia : **WHO International Pilot Study of Schizophrenia Science** 182 : 1275-1277.
- Carpenter, W.T. 1988. Deficit and Nondeficit forms of schizophrenia : The concepts. **American Journal Psychiatry** 145(5) : 578-583.
- Clareci, S.C., Waleska, T.C., Marina, B., and Arminda, L.S. 2005. Factors associated with low quality of life in schizophrenia. **Cad. Saude publica, Rio de Janeiro** 21(5) : 1338-1348.
- Clark, C.C. 1977. **The nurse as group leader**. New York: Springer.
- Crenshaw, B.T. 1989. Group and group therapy. In B.S. Johnson (ed.). **Psychiatric mental health nursing : Adaptation and growth**. Philadelphia: Lippincott.
- Dale, E. 1971. **Techniques Of teaching vocabulary**. Menlo Park. Calif: Benjamin Cumming.
- Denis, G., Robert, A., and Michael, S. et al. 2000. Management of Negative Symptom Among Patient with Schizophrenia Attending Multiple-Family Group. **Psychiatric services** 51 :4-5
- Dickerson, F.B., Pratt, F., and Ringle, N. 2000. The Relationship among three measures of social functioning in outpatients with schizophrenia. **Journal of Clinical psychology** 56:1509- 1519.

- Easton, K.L., Zemen, D.M., and Kwiatkowski, S. 1994. Developing and Implementing a stroke education series for patients and families. **Rehabilitation Nursing** 19 : 348-351.
- Ferrans, C.E., and Powers, M.J. 1992. Psychometric assessment of the Quality of life index. **Research nursing health** 15:29-38.
- Fleiss, J.L. 1981. **Statistical methods for rates and proportion**. 2nd ed. NY : Wiley and Sons.
- Frank-Stromberg, M. 1984. Selecting an Instruments to Measure quality of Life. **Once Nurse Forum**. 11(5) :88-91
- Gaultiere, B. 1999. **Understanding and help for schizophrenia** (Online) Available from: <http://www.Christiansoulcare.com/helpforschizophrenia.html>
CheistianSoulCare.com (2007, August 18)
- Green, C.A., Fenn, D.S., Moussaoui, D., Kadri, N., and Hoffman, W.F. 2001. Quality of life in treated and never-treated schizophrenia patients. **Acta Psychiatry Scandinavia** 103 : 131- 142.
- Gupta, S., Kulhara, P., and Verma, S.K. 1998. Quality of life in schizophrenia and dysthymia. **Acta Psychiatry Scandinava** 97 : 290-296.
- Harnack, R.V., Fast, T.B., and Jones, B.S. 1964. **Group discussion: Theory and technique** (2nd ed). Prentice. Hall: Englewood Cliffs.
- Home J. 1995. Supportive psychotherapy. The search for positive meanings. **Br J Psychiatry** 167 :439-445
- Hosseini, S., and Yosefikarkhaneh, M. 2008. Chronic schizophrenia patients quality of life and global assessment function in Iran – Mazandaran. **Schizophreni Research** 98 : 30-45.
- Johnson, B.S. 1993. **Psychiatric Mental Health**. 3rd ed Pennsylvania : J.B. Lippincott.
- Kaplan, H.I., and Sadock, B.J. 1995. **Comprehensive textbook of Psychaiatry**. Baltimore : Williams & Wilkins.
- Katherine M., Fortinash, and Patricia A. Holoday. 2003. **Psychiatric Nursing Care Plans**. Canada : Elsevier.

- Katsching, H., Freeman, H., and Satorious, N. 1997. **Quality of life in mental disorders**. New York : John wiley & sons.
- Katsching, H. 2000. Schizophrenia, and Quality of life. **Acta Psychiater Scand** 102 : 33-47.
- Kay, S.R., Fiszbein, A., and Opler, L.D. 1987. The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for Schizophrenia. **Schizophrenia Bulletin** 13 : 261-276.
- Klein, A.F. 1972. **Effective group work: Introduction to principle and method**. New York: Association.
- Lehman, A.F., Possidente, S., and Hawker, F. 1986. The quality of life of patients in a state hospital and in community residences. **Hospital community psychiatry** 37 : 901-907.
- Lubkin, L.M. 1986. **Chronic illness : impact and intervention**. Boston. Jones and Bartlet Publisher, Inc.
- Meltzen, H.Y., Burnett S, Bastani B., and Ramirez, L. F. 1990. Effects of six months of clozapine treatment on the quality of life chronic schizophrenia patients. **Hospital and community psychiatry** 41(8) : 892-897.
- Mercier, C., Peladeau, N., and Tempier, R. 1998. Age, gender and quality of life. **Community mental health journal** 34 (5):487-499.
- Marram, G.D. 1978. **The group approach in nursing practice**. (2nd ed.). St.Louis : C.V. Mosby.
- Meeberg, G.A. 1993. Quality of life : a concept analysis. **Journal of advanced Nursing** : 32- 38.
- Moller, M.D., and Murphy, M.F. 2001. **Neuro biological responses and schizophrenia and psychotic disorder**. In Stuart, G.W. and Lara, M.T. : **Principle and practice of psychiatric nursing**. St. Louis : Missouri.
- Norman, R.M., Malla A.K, McLean T., and others. 2000. The relationship of symptoms and level of functioning on schizophrenia to general well-being and quality of life scale. **Acta Psychiatry Scandinavia** 102 :303-309.
- Nick, M.D. 2006. Group Therapy with schizophrenia patients. **American Journal of Psychiatry** 163 : 937-938, May.

- Oliver, J.P. 1999. **Quality of life and mental health care**. Philadelphia : Biddles Ltd.
- Overall, J.E., and Gorham, D.R. 1962. Brief psychiatric rating scale. **Psychological Report** 10 : 799-812.
- Payne, J.A. 1993. The contribution of group learning to rehabilitation of spinal cord injured adults. **Rehabilitation Nursing** 18 : 375-379.
- Peplau, H.E. 1952. **Interpersonal relationship in nursing**. New York, NY: G.P.Putnam Son.
- Pilot, D.F., and Hunger, B.P. 1995. **Nursing research principles and methods**. (7th ed.). Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.
- Puri, B.K., Laking, P.J., and Treasaden, I.H. (2002). **Textbook of psychiatry**. (2nd ed.). London: Churchill Livingstone.
- Rose, E.L. 1997. Family of Psychiatric patient: A critical review and future research direction. **Archive of Psychiatric Nursing**. 31: 19-21.
- Ruggeri, M., Bisoffi, G., Fontecedro, L., and Warner, R. 2001. Subjective and objective dimensions of quality of life in psychiatric patient : factor analytical approach. **British Journal of Psychiatry** 178(3) : 268-275.
- Ruggeri, M., Bisoffi, G., Fontecedro, L., and Warner, R. 2002. Determinants of subjective quality of life in patients attending community based mental health service: The South-verona outcome project. **Acta Psychiatry Scandinava** 105: 131-140.
- Schulz, B., and Angermeyer, M.C. 2003. Subjective experiences of stigma : A focus group study of schizophrenic patients, their relatives and mental health professionals. **Social Science & Medicine**. 56(2): 299-312.
- Smith, C.E., 1989. Overview of patient education : Opportunities and challenges for the 21st century. **Nursing Clinic of North America** 24 : 538-587
- Sullivan,G., Wells,K., and Leaker, B. 1992. Clinical factors associated with better quality of life in a seriously mentally ill population. **Hospital and community psychiatry** 43(8): 794-798.

- Tandon, R., and Jibson, M. 2004. **Negative symptoms of schizophrenia : How to treat them most effectively** (online). Available from:
http://www.currentpsychiatry.com/2004_09/09_02_schizo.asp. (2009, August 18)
- Torrey, E.F. 2006. **Surviving Schizophrenia**. (5th ed.). New York: Harper Collins.
- UNESCO. 1980. Evaluation the Quality of life in Belgium. **Social Indicators Research** 83 :12-19.
- Varcacolis, E. M. 2004. **Manual of Psychiatric Nursing Care Plans**. (2nd ed.). St.Louis: Elsevier.
- Voruganti, L., Heslegrave, R., Awad, A. G., and Seeman, M. V. 1998. Quality of life measurement in schizophrenia : reconciling the quest for subjectivity with question of reliability. **Psycho Med** 28 : 72-165.
- WHOQOL Group. 1996. What quality of life?. **World health forum** 17(Nov) : 354-356
- World Health Organization. 1992. **The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical Description and Diagnostic Guidelines**. Geneva : WHO.
- Worley, K.N. 1997. **Mental Health Nursing in community**. St. Louis: Mosby.
- Yu-Tao Xiang, Yong-Zhen Weng, and Chi-Ming Leung. 2007. Quality of life of Chinese schizophrenia outpatients in Hong Kong: relationship to sociodemographic factors and symptomatology. **Australian and New Zealand Journal of Psychiatry** 41 : 442-449.
- Zhan , L. 1992. Quality of life : **Conceptual and measurement issues** 17 :795-800.



ภาคผนวก

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. นายแพทย์สมนึก หลิมศิริรัตน์ นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมสาขาจิตเวช)
โรงพยาบาลราชบุรี
2. อาจารย์ ดร. เขียวลักษณะ มีบุญมาก พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี
3. อาจารย์กรรณิการ์ ภาวะไพบุลย์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี
4. นางสาวรวงคณา จำปาเงิน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (พยาบาลจิตเวช)
โรงพยาบาลสามชุก
5. นางสาวจารุวรรณ บุญไมตรีสัมพันธ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (พยาบาลจิตเวช)
โรงพยาบาลมะการักษ์

ศูนย์วิทยพักรักษา
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ข
ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คู่มือการดำเนินการสอนแบบกลุ่ม
เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน



ศูนย์วิทยพัทยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

จัดทำโดย

นางสาวศิริภัทรา จุฑามณี

อาจารย์ที่ปรึกษา

อาจารย์ ดร.เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์

คณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางการดำเนินการสอนแบบกลุ่มเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

วัน	เวลา	กิจกรรม
สัปดาห์ที่ 1 วันอังคาร	10.00-11.00 น. 13.30-14.30 น.	ครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและความร่วมมือ (กลุ่มที่ 1) ครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและความร่วมมือ (กลุ่มที่ 2)
วันพฤหัสบดี	10.00-11.00 น. 13.30-14.30 น.	ครั้งที่ 2 การร่วมมือกันเพื่อสำรวจปัญหา กำหนดเป้าหมาย และวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกัน(กลุ่มที่ 1) ครั้งที่ 2 การร่วมมือกันเพื่อสำรวจปัญหา กำหนดเป้าหมาย และวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกัน(กลุ่มที่ 2)
สัปดาห์ที่ 2 วันอังคาร	10.00-11.00 น. 13.30-14.30 น.	ครั้งที่ 3 การพัฒนาการมีคุณค่าแห่งตน (กลุ่มที่ 1) ครั้งที่ 3 การพัฒนาการมีคุณค่าแห่งตน (กลุ่มที่ 2)
วันพฤหัสบดี	10.00-11.00 น. 13.30-14.30 น.	ครั้งที่ 4 การสนับสนุนข้อมูลความรู้เรื่องโรคจิตเภทและการจัดการกับอาการทางลบ (กลุ่มที่ 1) ครั้งที่ 4 การสนับสนุนข้อมูลความรู้เรื่องโรคจิตเภทและการจัดการกับอาการทางลบ (กลุ่มที่ 2)
สัปดาห์ที่ 3 วันอังคาร	10.00-11.00 น. 13.30-14.30 น.	ครั้งที่ 5 การฝึกทักษะการสื่อสารรวมถึงการพัฒนาเทคนิคเพื่อเข้าสังคม (กลุ่มที่ 1) ครั้งที่ 5 การฝึกทักษะการสื่อสารรวมถึงการพัฒนาเทคนิคเพื่อเข้าสังคม (กลุ่มที่ 2)
วันพฤหัสบดี	10.00-11.00 น. 13.30-14.30 น.	ครั้งที่ 6 การพัฒนาทักษะการเผชิญปัญหา (กลุ่มที่ 1) ครั้งที่ 6 การพัฒนาทักษะการเผชิญปัญหา (กลุ่มที่ 2)

วัน	เวลา	กิจกรรม
สัปดาห์ที่ 4 วันอังคาร	10.00-11.00 น. 13.30-14.30 น.	ครั้งที่ 7 การคงไว้ซึ่งการกระทำเพื่อการมีสุขภาวะที่ดี (กลุ่มที่ 1) ครั้งที่ 7 การคงไว้ซึ่งการกระทำเพื่อการมีสุขภาวะที่ดี (กลุ่มที่ 2)



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แผนการดำเนินการสอนแบบกลุ่ม

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและความร่วมมือ

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภท

สถานที่ ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมะการักษ์

สัปดาห์ที่1 ระยะเวลา 60-90 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้รู้จักและคุ้นเคยซึ่งกันและกัน ไว้วางใจ และมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน เกิดความร่วมมือและมีส่วนร่วมในกลุ่ม
2. เพื่อให้สมาชิกทราบวัตถุประสงค์ ระเบียบการเข้ากลุ่ม การปฏิบัติตนในฐานะสมาชิกกลุ่มและประโยชน์ที่จะได้รับจากการเข้ากลุ่ม

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 1 สมาชิกกลุ่มสามารถบอกวัตถุประสงค์ ระเบียบการเข้ากลุ่ม และประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้ากลุ่มครั้งที่ 1 ได้

กิจกรรม

1. ผู้นำกลุ่ม และสมาชิกกลุ่มนั่งเป็นวงกลมหันหน้าเข้าหากัน ผู้นำกลุ่มกล่าวเปิดกลุ่ม โดยทักทายสมาชิกกลุ่มด้วยใบหน้าที่ยิ้มแย้มแจ่มใส
2. ผู้นำกลุ่ม ผู้ช่วยผู้นำกลุ่มและสมาชิกกลุ่มแนะนำตนเอง
3. ให้สมาชิกกลุ่มทุกคนลุกออกจากที่นั่ง แล้วจับคู่พูดคุยทำความรู้จักกับสมาชิกคนใดก็ได้ โดยสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมจากเดิมตามใบงานที่ 1/1 ให้เวลา 15 นาที
4. ให้สมาชิกแต่ละคนบอกรายละเอียดของเพื่อนใหม่ที่ตนไปทำความรู้จักว่าอย่างไรบ้าง
5. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกกลุ่มบอกความคาดหวังในการเข้ากลุ่ม และสนับสนุนให้สมาชิกกลุ่มทำข้อตกลง ทำความเข้าใจร่วมกัน ตลอดจนร่วมแสดงความคิดเห็นกัน เกี่ยวกับสิทธิ และบทบาทหน้าที่ที่ต้องปฏิบัติในการเข้ากลุ่มแต่ละครั้ง
6. ผู้นำกลุ่มให้ข้อมูลตารางการสอนแบบกลุ่มตามใบความรู้ที่ 1/1 และรูปแบบการดำเนินกิจกรรมกลุ่มซึ่งจะดำเนินในครั้งต่อ ๆ ไปคือ
 - 6.1 ทักทายพูดคุยกันเรื่องทั่ว ๆ ไป ทบทวนกติกาของกลุ่ม
 - 6.2 ผู้นำกลุ่มจัดทำแผนการสอน โดยกำหนดวัตถุประสงค์ และกิจกรรมการสอน
 - 6.3 สมาชิกร่วมอภิปราย และแสดงความคิดเห็นในประเด็นการสนทนาแต่ละ

กิจกรรม

- 6.4 ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในกลุ่ม

- 6.5 ผู้นำกลุ่มและสมาชิกร่วมกันวิเคราะห์และสรุปกิจกรรม ความรู้ในแต่ละครั้ง
7. กระตุ้นให้สมาชิกร่วมกันสรุปกิจกรรมและประโยชน์จากการเรียนรู้แบบกลุ่ม
8. นัดหมายในการทำกลุ่มครั้งต่อไป

สาระสำคัญ

การสร้างสัมพันธ์ภาพและความร่วมมือ เป็นการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยและผู้ช่วยด้วยกันเป็นรายกลุ่ม เพื่อให้เกิดความไว้วางใจโดยอาศัยปฏิสัมพันธ์ที่ดี และให้ความสำคัญกับสมาชิกกลุ่มในการมีส่วนร่วมและรับผิดชอบต่อการรักษา สร้างแรงจูงใจให้สมาชิกกลุ่มได้เรียนรู้ในการที่จะรับผิดชอบ ตัดสินใจเลือกแนวทางการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง หากสมาชิกกลุ่มมองเห็นแนวโน้มที่จะเกิดประโยชน์จากการทำกิจกรรม ทำให้มีความต้องการและความพร้อมที่เข้าร่วมกิจกรรมมากขึ้น ความร่วมมือในการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมจะเกิดขึ้นภายใต้บรรยากาศความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างสมาชิกกลุ่ม มีวัตถุประสงค์เพื่อให้สมาชิกสามารถดำเนินชีวิตในครอบครัวและสังคมได้อย่างปกติสุข จากการเรียนรู้ความจริงเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับกระบวนการการสอนแบบกลุ่มเพื่อให้รู้จักและคุ้นเคยกัน ไว้วางใจ สร้างความร่วมมือระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยและผู้ช่วยกับผู้ป่วย

สื่อการสอน

1. ใบงานที่ 1/1 เพื่อนใหม่ของฉัน
2. ดินสอ/ปากกา และกระดาษ สำหรับใช้ในกิจกรรมย่อย

การประเมินผล

1. สังเกตจากพฤติกรรม การแสดงความคิดเห็น การมีส่วนร่วมของสมาชิกกลุ่ม
2. จากการสรุปผลการเข้ากลุ่ม โดยผู้นำกลุ่มวิเคราะห์พฤติกรรมกลุ่ม พัฒนาการกลุ่ม

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แผนการดำเนินการสอนแบบกลุ่ม

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและความร่วมมือ

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	เกณฑ์การประเมินผล
<p>1. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้รู้จักและคุ้นเคยซึ่งกันและกัน เกิดความไว้วางใจ และมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน เกิดความร่วมมือและมีส่วนร่วมในกลุ่ม</p>	<p>การสร้างสัมพันธภาพคือ การสร้างความคุ้นเคยซึ่งกันและกันในขณะทำกลุ่มเพื่อให้เกิดความไว้วางใจโดยอาศัยปฏิสัมพันธ์ที่ดี ให้ความสำคัญกับสมาชิกกลุ่มในการมีส่วนร่วมและรับผิดชอบต่อการรักษา สร้างแรงจูงใจให้สมาชิกกลุ่มได้เรียนรู้ในการที่จะรับผิดชอบต่อ ตัดสินใจเลือกแนวทางการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง หากสมาชิกกลุ่มมองเห็นประโยชน์จากการทำกิจกรรมกลุ่มจะทำให้เกิดความดีใจและความพร้อมที่เข้าร่วมกิจกรรมมากขึ้น รวมทั้งเกิดความร่วมมือในการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติ</p>	<p>ระยะเริ่มกลุ่ม ใช้เวลาประมาณ 10 นาที</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.ผู้นำกลุ่ม และสมาชิกกลุ่มนั่งเป็นวงกลมหันหน้าเข้าหากัน ผู้นำกลุ่มกล่าวเปิดกลุ่ม โดยทักทายสมาชิกกลุ่มด้วยใบหน้ายิ้มแย้มแจ่มใส 2.ผู้นำกลุ่ม ผู้ช่วยผู้นำกลุ่มและสมาชิกกลุ่มแนะนำตนเอง <p>ระยะดำเนินการ ใช้เวลาประมาณ 40 นาที</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.ให้สมาชิกกลุ่มทุกคนออกจากที่นั่ง แล้วไปพูดคุยทำความรู้จักกับสมาชิกคนใดก็ได้ โดยซักถามรายละเอียดเพิ่มเติมจากเดิม ให้เวลา 15 นาที 4.ให้สมาชิกแต่ละคนบอกรายละเอียดของเพื่อนใหม่ที่ตนไปทำความรู้จักว่าอย่างไรบ้าง 5. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกกลุ่มแสดงความ 	<p>ใบงานที่ 1/1 ดินสอ/ปากกา</p>	<p>สมาชิกเกิดความไว้วางใจ โดยเปิดเผยเรื่องราวของตนเองให้กับสมาชิกกลุ่มฟัง</p>

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	เกณฑ์การประเมินผล
<p>2. เพื่อให้สมาชิกทราบวัตถุประสงค์ ระเบียบการเข้ากลุ่ม การปฏิบัติตนในฐานะสมาชิกกลุ่ม และประโยชน์ที่จะได้รับจากการเข้ากลุ่ม</p>	<p>คนที่เหมาะสมภายใต้บรรยากาศสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างสมาชิกกลุ่ม</p>	<p>คาดหวังในการเข้ากลุ่ม และสนับสนุนให้สมาชิกกลุ่มทำข้อตกลง ทำความเข้าใจร่วมกัน ตลอดจนร่วมบทบาทหน้าที่ที่ต้องปฏิบัติในการเข้ากลุ่ม</p> <p>6. ผู้นำกลุ่มให้ข้อมูลรูปแบบการดำเนินกิจกรรมกลุ่มซึ่งจะดำเนินในครั้งต่อไปคือ</p> <p>ทักทายพูดคุยกันเรื่องทั่ว ๆ ไป</p> <p>ทบทวนกติกาของกลุ่ม</p> <p>สมาชิกร่วมอภิปราย และแสดงความคิดเห็นในประเด็นการสนทนาแต่ละกิจกรรม และผู้นำกลุ่มเพิ่มเติมเนื้อหาในประเด็นการสนทนาในกรณีที่กลุ่มเสนอเนื้อหาไม่ครอบคลุม</p> <p>ผู้นำกลุ่มสรุปประเด็นที่สมาชิกอภิปรายร่วมกัน เลือกประเด็นปัญหาที่</p>		<p>สมาชิกกลุ่มบอกวัตถุประสงค์ ระเบียบการเข้ากลุ่ม และประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้ากลุ่มครั้งที่ 1 ได้</p>

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	เกณฑ์การประเมินผล
		<p>นำเสนอใจในกลุ่ม กระตุ้นให้สมาชิกรู้สึกว่าเป็นเจ้าของปัญหาและมีส่วนร่วมในกลุ่มให้คำแนะนำและแลกเปลี่ยนประสบการณ์</p> <p>ผู้นำกลุ่มวิเคราะห์และสรุปกิจกรรมในแต่ละครั้ง</p> <p>ระยะเวลา ใช้เวลาประมาณ 15 นาที</p> <p>7. กระตุ้นให้สมาชิกร่วมกันสรุปกิจกรรมและประโยชน์จากการเข้าการสอนแบบกลุ่ม</p> <p>8. นัดหมายในการทำกลุ่มครั้งต่อไป</p>		

แผนการดำเนินการสอนแบบกลุ่ม

กิจกรรมที่ 2 การร่วมมือกันเพื่อสำรวจปัญหา กำหนดเป้าหมายและ วางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกัน

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภท

สถานที่ ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมะการักษ์

สัปดาห์ที่ 1 ระยะเวลา 60-90 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้ทราบถึงผลกระทบจากการเป็นโรคจิตเภท
2. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มยอมรับปัญหา ความรู้สึกต่อการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง
3. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มร่วมกันกำหนดเป้าหมายและวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกัน

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 2 สมาชิกกลุ่มสามารถ

1. บอกถึงผลกระทบจากการเป็นโรคจิตเภท
2. บอกถึงเป้าหมายและการวางแผนแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นได้

กิจกรรม

1. ผู้นำกลุ่มกล่าวเปิดกลุ่ม ทักทายสมาชิก และทบทวนประสบการณ์ในการทำกลุ่มครั้งก่อน
2. ให้สมาชิกทบทวนวัตถุประสงค์ ข้อตกลงที่ได้ตกลงร่วมกัน
3. ให้สมาชิกกลุ่มเขียนถึงผลกระทบจากการเป็นโรคจิตเภท ตามใบงานที่ 2/1 โดยผู้นำกลุ่มอธิบายรายละเอียดในแต่ละประเด็นให้สมาชิกกลุ่มฟังอย่างชัดเจน หลังจากนั้นให้สมาชิกกลุ่มอ่านของตนเอง และอภิปราย แลกเปลี่ยนประสบการณ์กันที่ละด้าน ได้แก่ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ ด้านครอบครัว
4. ผู้นำกลุ่มสะท้อนให้สมาชิกช่วยกันบอกความรู้สึกต่อปัญหา และมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประสบการณ์ รวมทั้งการเชื่อมโยงคำพูด ความคิดเห็นของสมาชิกเพื่อให้มีการอภิปรายปัญหาอย่างต่อเนื่องและสรุปเนื้อหาที่ได้จากการทำกลุ่ม ตลอดจนสังเกตปฏิกิริยาของสมาชิกในกลุ่ม เพื่อกระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มมีปฏิสัมพันธ์กันอย่างทั่วถึง
5. ผู้นำกลุ่มให้ความรู้เรื่องความสำคัญของการมีเป้าหมายในชีวิต หลังจากนั้นกระตุ้นให้สมาชิกกำหนดเป้าหมายในใบงานที่ 2/2 และวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกัน
6. สมาชิกร่วมกันสรุปกิจกรรม และประโยชน์ที่ได้รับจากการเรียนรู้แบบกลุ่มในครั้งนี้
7. นัดหมายวัน เวลา ในการทำกลุ่มครั้งต่อไป

สาระสำคัญ

การร่วมมือกันเพื่อสำรวจปัญหา กำหนดเป้าหมายและวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกันโดยใช้กระบวนการสอนแบบกลุ่ม เป็นการประเมินชีวิตว่ามีมุมมองอย่างไรต่อภาวะสุขภาพ สิ่งใดที่ชอบหรือไม่ชอบเกี่ยวกับสุขภาพ ผู้ป่วยมีความคิดที่ต้องการเปลี่ยนแปลงหรือไม่ ขั้นตอนนี้จะช่วยให้ทราบภาพรวมและความต้องการโดยทั่วไปของผู้ป่วยต่อการเปลี่ยนแปลงปัญหาที่เกิดขึ้นในการดำเนินชีวิตประจำวัน เพื่อให้ดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุขในสังคม(Berger et al., 2000) ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในแต่ละด้านของชีวิต ดังนั้นการที่ทราบข้อมูล ความต้องการของผู้ป่วยจะทำให้สามารถจัดรูปแบบการสอนได้ตรงกับสภาพปัญหาของผู้ป่วยมากที่สุด และกระบวนการสอนแบบกลุ่ม ทำให้สมาชิกกลุ่มเรียนรู้วิธีการแก้ไขปัญหาร่วมกัน โดยสมาชิกกลุ่มมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหและนำมาเป็นแนวทางในการแก้ปัญหาของตนเองในโอกาสต่อไป

สื่อการสอน

1. ใบงานที่ 2/1 ผลกระทบจากการเป็นโรคจิตเภท
2. ใบงานที่ 2/2 เป้าหมายในชีวิต
3. ดินสอ/ปากกา และกระดาษ สำหรับใช้ในกิจกรรมย่อย

การประเมินผล

1. สังเกตจากพฤติกรรม การแสดงความคิดเห็น การมีส่วนร่วมของสมาชิกกลุ่ม
2. จากการสรุปผลการเข้ากลุ่ม โดยผู้นำกลุ่มวิเคราะห์พฤติกรรมกลุ่ม พัฒนาการกลุ่ม

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แผนการดำเนินการสอนแบบกลุ่ม

กิจกรรมที่ 2 การร่วมมือกันเพื่อสำรวจปัญหา กำหนดเป้าหมายและวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกัน

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	เกณฑ์การประเมินผล
<p>1. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้ทราบถึงผลกระทบจากการเป็นโรคจิตเภท</p> <p>2. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มยอมรับปัญหาความรู้สึกรบกวนใจที่เจ็บป่วยที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง</p> <p>3. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มร่วมกันกำหนดเป้าหมายและวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกัน</p>	<p>การร่วมมือกันเพื่อสำรวจปัญหา กำหนดเป้าหมายและวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกันโดยใช้กระบวนการสอนแบบกลุ่ม เป็นการประเมินชีวิตว่ามีมุมมองอย่างไรต่อภาวะสุขภาพ สิ่งใดที่ชอบหรือไม่ชอบเกี่ยวกับสุขภาพผู้ป่วยมีความคิดที่ต้องการเปลี่ยนแปลงหรือไม่ ขั้นตอนนี้จะช่วยให้ทราบภาพรวมและความต้องการโดยทั่วไปของผู้ป่วยต่อการเปลี่ยนแปลงปัญหาที่เกิดขึ้นในการดำเนินชีวิตประจำวัน เพื่อให้ดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุขในสังคม</p>	<p>ระยะเริ่มกลุ่ม ใช้เวลาประมาณ 10 นาที</p> <p>1. ผู้นำกลุ่ม และสมาชิกกลุ่มนั่งเป็นวงกลมหันหน้าเข้าหากัน ผู้นำกลุ่มกล่าวเปิดกลุ่ม โดยทักทายสมาชิกกลุ่มด้วยใบหน้ายิ้มแย้มแจ่มใส</p> <p>2. ผู้นำกลุ่ม ผู้ช่วยผู้นำกลุ่มและสมาชิกกลุ่มแนะนำตนเอง จากนั้นให้สมาชิกร่วมกันทบทวนข้อตกลงและกติกาของกลุ่ม</p> <p>3. สมาชิกร่วมทบทวนประสบการณ์ในการทำกลุ่มครั้งก่อน</p> <p>ระยะดำเนินการ ใช้เวลาประมาณ 40 นาที</p> <p>4. ให้สมาชิกกลุ่มเขียนถึงผลกระทบจากการเป็นโรคจิตเภท ตามใบงานที่ 2/1 โดยผู้นำกลุ่มอธิบายรายละเอียดในแต่ละประเด็นให้</p>	<p>ใบงานที่ 2/1</p> <p>ดินสอ ปากกา</p>	<p>สมาชิกบอกถึงผลกระทบจากการเป็นโรคจิตเภท</p>

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	เกณฑ์การประเมินผล
	<p>ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในแต่ ละด้านของชีวิต ดังนั้นการที่ทราบ ข้อมูล ความต้องการของผู้ป่วยจะทำให้สามารถให้การดูแลได้ตรงกับ สภาพปัญหาของผู้ป่วยมากที่สุด และ กระบวนการการสอนแบบกลุ่มทำให้ สมาชิกกลุ่มเรียนรู้วิธีการแก้ไขปัญหา ร่วมกัน โดยสมาชิกกลุ่มมีส่วนร่วมใน การแก้ไขปัญหาและนำมาเป็น แนวทางในการแก้ปัญหาของตนเอง ในโอกาสต่อไป</p>	<p>สมาชิกกลุ่มฟังอย่างชัดเจน หลังจากนั้นให้ สมาชิกกลุ่มอ่านของตนเอง และอภิปราย แลกเปลี่ยนประสบการณ์กันที่ละด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ ด้านสังคมและ เศรษฐกิจ ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ ด้าน ครอบครัว</p> <p>5. ผู้นำกลุ่มสะท้อนให้สมาชิกช่วยกันบอก ความรู้สึกต่อปัญหา และมีการแลกเปลี่ยน ความคิดเห็น ประสบการณ์ รวมทั้งการ เชื่อมโยงคำพูด ความคิดเห็นของสมาชิก เพื่อให้มีการอภิปรายปัญหาอย่างต่อเนื่องและ สรุปรูปเนื้อหาที่ได้จากการทำกลุ่ม ตลอดจน สังเกตปฏิกิริยาของสมาชิกในกลุ่ม เพื่อกระตุ้น ให้สมาชิกกลุ่มมีปฏิสัมพันธ์กันอย่างทั่วถึง</p>		

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	เกณฑ์การประเมินผล
		<p>6. ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกกำหนดเป้าหมายในใบงานที่ 2/2 และวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกัน</p> <p>ระยะเวลายุติกลุ่ม ใช้เวลาประมาณ 15 นาที</p> <p>7. สมาชิกร่วมกันสรุปกิจกรรม และประโยชน์จากการสอนแบบกลุ่มในครั้งนี้</p> <p>8. นัดหมายวัน เวลา ในการทำกลุ่มครั้ง</p>	<p>ใบงานที่ 2/2</p> <p>ดินสอ ปากกา</p>	<p>สมาชิกกลุ่มสามารถบอกถึงเป้าหมายและการวางแผนแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นได้</p>

กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาการมีคุณค่าแห่งตน

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภท

สถานที่ ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมะการักษ์

สัปดาห์ที่ 2 ระยะเวลา 60-90 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มมีทัศนคติที่ดีต่อตนเองและผู้อื่นและมีความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น
2. เพื่อให้สมาชิกตระหนักถึงคุณค่าของตนเอง รู้จักข้อดีและสิ่งที่ต้องปรับปรุงของตนเอง
3. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มเรียนรู้ถึงประโยชน์ของการทำงาน การใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 2 สมาชิกกลุ่มสามารถ

1. ร่วมกันวิเคราะห์ถึงสิ่งที่ได้รับจากเรื่องข้อคิดจากถ้ำน้ำสองใบได้
2. สมาชิกกลุ่มสามารถ วิเคราะห์ถึงข้อดีและสิ่งที่ควรปรับปรุงของตนเองได้
3. สมาชิกกลุ่มสามารถบอกถึงกิจกรรมการใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ได้

กิจกรรม

1. ผู้นำกลุ่มกล่าวเปิดกลุ่ม ทักทายสมาชิก และทบทวนประสบการณ์ในการทำกลุ่มครั้งก่อน

2. ให้สมาชิกทบทวนวัตถุประสงค์ ข้อตกลงที่ได้ตกลงร่วมกัน

3. ผู้นำกลุ่มอ่านสถานการณ์เรื่อง “ข้อคิดจากถ้ำน้ำสองใบ” ตามใบงานที่ 3/1 ให้สมาชิกกลุ่มฟัง

4. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกร่วมอภิปรายกันในหัวข้อ ประเด็นที่ 1 ความรู้สึกหลังจากที่ได้ฟังเรื่องข้อคิดจากถ้ำน้ำสองใบ ประเด็นที่ 2 สิ่งที่ได้รับหลังจากฟังเรื่องข้อคิดจากถ้ำน้ำสองใบ

5. ผู้นำกลุ่มสรุปเชื่อมโยงเข้าสู่ประเด็นการมีทัศนคติที่ดีต่อตนเอง

6. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกเขียนข้อดี ข้อที่ควรปรับปรุงของตนเองลงในใบงานที่ 3/2

7. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกออกมาอ่านของตนเองให้สมาชิกกลุ่มฟัง

8. ผู้นำกลุ่มสรุปสิ่งที่มีปัญหาคล้ายคลึงกันไว้หมวดหมู่เดียวกัน จากนั้น เปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มอภิปราย แลกเปลี่ยนประสบการณ์เรื่องแนวทางแก้ไขข้อบกพร่องที่ละประเด็นโดยเน้นการสร้างความภาคภูมิใจ และความมีคุณค่าต่อตนเอง

9.. ผู้นำกลุ่มสร้างกำลังใจโดยให้สมาชิกกลุ่มร่วมให้กำลังใจกันและกัน เพื่อเสริมสร้างความรู้สึกว่าคุณค่า และเพิ่มกำลังใจในการดำเนินชีวิต

10. ผู้นำกลุ่มเชื่อมโยงกิจกรรมทั้งหมดกับกิจกรรมสุดท้ายคือให้สมาชิกกลุ่มร่วมกันคิดกิจกรรมในการใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ต่อตนเอง ครอบครัวและชุมชน ลองนำไปปฏิบัติ จากนั้นนำมาเล่าให้สมาชิกกลุ่มฟังในการเข้ากลุ่มครั้งต่อไป

11. ผู้นำกลุ่มแจกสมุดบันทึกให้สมาชิกแต่ละคน คนละ 1 เล่ม (ใบงานที่ 3/3) เพื่อบันทึกกิจกรรมการใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์

12. สมาชิกกลุ่มร่วมกันสรุปกิจกรรม และประโยชน์ที่ได้รับจากการเรียนรู้แบบกลุ่มกลุ่มใน ครั้งนี้พร้อมนัดหมายวัน เวลา ในการทำกลุ่มครั้งต่อไป

สาระสำคัญ

การป่วยเป็นโรคจิตเภททำให้ผู้ป่วยมีความคิดและพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม แม้จะรักษาจนมีอาการทุเลาแล้วแต่เมื่อกลับไปอยู่ในชุมชนก็มักถูกล้อเลียนไม่ได้รับการยอมรับจากคนรอบข้าง ทำให้สูญเสียความมั่นใจ รู้สึกไม่มีคุณค่า ดังนั้นการเสริมสร้างคุณค่าในตนเองจะทำให้ผู้ป่วยสามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีความสุข กิจกรรมนี้จะทำให้สมาชิกกลุ่มเกิดความรู้สึกภาคภูมิใจ มองเห็นจุดดี ความมีคุณค่าแห่งตน และการยอมรับจุดอ่อนซึ่งเป็นสิ่งที่สามารถพัฒนาได้ และให้สมาชิกกลุ่มเรียนรู้ทักษะการทำงานร่วมกับผู้อื่นและการใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ ดังนั้นกิจกรรมการสอนจะเน้นการเสริมคุณค่าให้กับผู้ป่วย นำไปสู่การมองโลกในแง่ดี และมีสัมพันธภาพที่ดีต่อคนอื่น ๆ รู้จักใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ ส่งผลให้ผู้ป่วยปรับตัวอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

สื่อการสอน

1. ใบงานที่ 3/1 ข้อคิดจากถ้ำน้ำสองใบ
2. ใบงานที่ 3/2 ตัวเราเป็นแบบไหน
3. ใบงานที่ 3/3 สมุดบันทึกของฉัน
4. ดินสอ/ปากกา และกระดาษ สำหรับใช้ในกิจกรรมย่อย

การประเมินผล

1. สังเกตจากพฤติกรรม การแสดงความคิดเห็น การมีส่วนร่วมของสมาชิกกลุ่ม
2. จากการสรุปผลการเข้ากลุ่ม โดยผู้นำกลุ่มวิเคราะห์พฤติกรรมกลุ่ม พัฒนาการกลุ่ม

แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง

เครื่องมือชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลและคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทให้ผู้สัมภาษณ์อ่านข้อความแล้วใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับคำตอบของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์

แบบสอบถามกึ่งสัมภาษณ์คุณภาพชีวิต ประกอบด้วย 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามกึ่งสัมภาษณ์คุณภาพชีวิต

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย

1. อายุ.....ปี
2. เพศ

<input type="checkbox"/> ชาย	<input type="checkbox"/> หญิง
------------------------------	-------------------------------
3. สถานภาพสมรส

<input type="checkbox"/> โสด	<input type="checkbox"/> หย่า
<input type="checkbox"/> คู่	<input type="checkbox"/> แยกกันอยู่
<input type="checkbox"/> หม้าย	
4. ระดับการศึกษา

<input type="checkbox"/> ไม่ได้เรียน	<input type="checkbox"/> ปวช.
<input type="checkbox"/> ประถมศึกษา	<input type="checkbox"/> ปวส., อนุปริญญา
<input type="checkbox"/> มัธยมศึกษาตอนต้น	<input type="checkbox"/> ปริญญาตรี
<input type="checkbox"/> มัธยมศึกษาตอนปลาย	<input type="checkbox"/> สูงกว่าปริญญาตรี
5. อาชีพ

<input type="checkbox"/> เกษตรกรรม	<input type="checkbox"/> รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ
<input type="checkbox"/> ค้าขาย	<input type="checkbox"/> อยู่บ้านเฉย ๆ / งานบ้าน
<input type="checkbox"/> รับจ้าง	<input type="checkbox"/> อื่น ๆ
6. รายได้ของครอบครัว (บาท/เดือน)

<input type="checkbox"/> ต่ำกว่า 4,000 บาท	<input type="checkbox"/> 4,000-8,000 บาท
<input type="checkbox"/> 8,001-10,000 บาท	<input type="checkbox"/> มากกว่า 10,000 บาท
7. ระยะเวลาในการป่วยด้วยโรคจิตเภท
8. จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช

แบบสอบถามกึ่งสัมภาษณ์คุณภาพชีวิต

คำชี้แจง

1. ข้อความต่อไปนี้กล่าวถึงสภาพเกี่ยวข้องกับชีวิตประจำวันของท่านในขณะนี้ ประกอบด้วยข้อความทั้งหมด 2 ตอน ตอนที่ 1 ท่านมีความพึงพอใจกับสภาพดังกล่าวมาน้อยเพียงใด และตอนที่ 2 สภาพดังกล่าวมีความสำคัญต่อท่านมากน้อยเพียงใด โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องหมายเลขที่ตรงกับคำตอบของผู้รับการสัมภาษณ์

2. โปรดพิจารณาข้อความแต่ละข้อที่ผู้สัมภาษณ์อ่านให้ฟังว่าตรงกับความเป็นจริงหรือความรู้สึกของท่านมากน้อยเพียงใด ซึ่งคำตอบแต่ละข้อไม่มีความหมายเชิงถูกหรือผิด หากพึงพอใจและสำคัญมาก หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านมาก พึงพอใจและสำคัญเล็กน้อย หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านเล็กน้อย ไม่พึงพอใจและไม่สำคัญเล็กน้อย หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของท่านเล็กน้อย ไม่พึงพอใจและไม่สำคัญปานกลาง หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของท่านปานกลาง ไม่พึงพอใจและไม่สำคัญมาก หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของท่านมาก

พึงพอใจมาก = 6

พึงพอใจปานกลาง = 5

พึงพอใจเล็กน้อย = 4

ไม่พึงพอใจเล็กน้อย = 3

ไม่พึงพอใจปานกลาง = 2

ไม่พึงพอใจมาก = 1

ตอนที่ 1 ด้านความพึงพอใจ

ข้อความ	ระดับความพึงพอใจ					
	1	2	3	4	5	6
1. ท่านมีความพึงพอใจในสุขภาพของท่านมากน้อยเพียงใด						
2. ท่านมีความพึงพอใจในการดูแลสุขภาพของท่านเองขณะเจ็บป่วยมากน้อยเพียงใด						
3. ท่านมีความพึงพอใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ด้วยตนเองมากน้อยเพียงใด						
4. ท่านมีความพึงพอใจที่สามารถดูแลสุขภาพด้วยตนเองโดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากน้อยเพียงใด						
5. ท่านมีความพึงพอใจในความสามารถในการดูแลครอบครัวมากน้อยเพียงใด						
6. ท่านมีความพึงพอใจที่ทำตนให้เป็นประโยชน์ต่อผู้อื่นมากน้อยเพียงใด						

ข้อความ	ระดับความพึงพอใจ					
	1	2	3	4	5	6
7. ท่านมีความพึงพอใจในความสมบูรณ์ของร่างกายที่จะทำกิจวัตรประจำวันของตนเองมากน้อยเพียงใด						
8. ท่านมีความพึงพอใจที่ท่านสามารถรู้ว่ามีอาการของโรคเกิดขึ้นมากน้อยเพียงใด						
9.						
.						
.						
.						
.						
.						
28. ท่านมีความพึงพอใจในญาติพี่น้องมากน้อยเพียงใด						
29. ท่านมีความพึงพอใจในคู่ครองหรือคนรักของท่านมากน้อยเพียงใด						

ตอนที่ 2 ด้านการให้ความสำคัญ

ข้อความ	ระดับความสำคัญ					
	1	2	3	4	5	6
1. ท่านให้ความสำคัญในสุขภาพของท่านมากน้อยเพียงใด						
2. ท่านให้ความสำคัญในการดูแลสุขภาพของตนเองขณะเจ็บป่วยมากน้อยเพียงใด						
3. ท่านให้ความสำคัญในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ด้วยตนเองมากน้อยเพียงใด						
4. ท่านให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพด้วยตนเองโดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากน้อยเพียงใด						

ข้อความ	ระดับความสำคัญ					
	1	2	3	4	5	6
5. ท่านให้ความสำคัญในความสามารถในการดูแลครอบครัวมากน้อยเพียงใด						
6. ท่านให้ความสำคัญกับการทำตนให้เป็นประโยชน์ต่อผู้อื่นมากน้อยเพียงใด						
7. ท่านให้ความสำคัญกับความสมบูรณ์ของร่างกายที่จะทำกิจวัตรประจำวันของตนเองมากน้อยเพียงใด						
8. ท่านให้ความสำคัญกับการที่ท่านสามารถรู้ว่าเมื่อใดมีอาการของโรคเกิดขึ้นมากน้อยเพียงใด						
9.						
.						
.						
.						
.						
.						
.						
.						
.						
.						
.						
.						
.						
.						
28. ท่านให้ความสำคัญกับญาติพี่น้องมากน้อยเพียงใด						
29. ท่านให้ความสำคัญกับคู่ครองหรือคนรักของท่านมากน้อยเพียงใด						

แบบประเมินอาการทางลบ

คำชี้แจงสำหรับผู้สัมภาษณ์ แบบประเมินนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินลักษณะอาการทางลบของผู้ป่วยมีจำนวน 13 ข้อ มี 2 ตอน ตอนที่ 1 เป็นอาการทางลบที่ประเมินโดยการสังเกต และตอนที่ 2 เป็นอาการทางลบที่ประเมินโดยการสัมภาษณ์โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับอาการที่พบในแต่ละข้อของผู้ป่วย

คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อความที่ผู้สัมภาษณ์อ่านให้ฟังแต่ละข้อว่าตรงกับลักษณะอาการของท่านหรือไม่ โดยไม่ต้องคำนึงถึงความถูกหรือผิด

ไม่มี หมายถึง ไม่ปรากฏลักษณะอาการตามข้อความดังกล่าว
มี หมายถึง ปรากฏลักษณะอาการตามข้อความดังกล่าว

ข้อความ	ไม่มี	มี
ตอนที่ 1 การสังเกต “ผู้ป่วยมีอาการเหล่านี้หรือไม่”		
1. สีหน้าเฉยเมย		
2. หลีกเลี่ยงการพูดคุยชักทายเป็นผู้อื่นก่อน		
3. มักอยู่คนเดียวเสมอ		
4. หลีกเลี่ยงการร่วมทำกิจกรรม เช่น การเข้าร่วมกลุ่มบำบัด		
5. ขณะพูดนั่งตัวแข็งทื่อ สีหน้าไร้ชีวิตชีวา		
6. ญาติหรือพยาบาลต้องกระตุ้นให้ทำกิจกรรม		
ตอนที่ 2 การสัมภาษณ์ “ผู้ป่วยมีอาการเหล่านี้หรือไม่”		
1. บอกความแตกต่างของเด็กกับคนแคระไม่ได้		
2. บอกความหมายคำพังเพยง่าย ๆ ไม่ได้ เช่น หนีเสือปะจระเข้		
3. ไม่สนใจต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นรอบตัว		
4. พูดเรื่องเดียวกันซ้ำซาก		
5. การโต้ตอบด้วยคำพูดจะหยุดชะงักเป็นพัก ๆ		
6. การโต้ตอบเป็นแบบถามคำตอบคำ		
7. นั่งก้มหน้า ไม่สบตาขณะสนทนา		



ภาคผนวก ค

ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
และใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Patient / Participant Information Sheet)

ชื่องานวิจัย ผลของการสอนแบบกลุ่มต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ชื่อผู้วิจัย นางสาวศิริภัทรา จุฑามณี

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย 169/129 หมู่ 11 ตำบลหนองอ้อ อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี 70110

โทรศัพท์บ้าน 032 - 353101

โทรศัพท์เคลื่อนที่ 083-5590394, 081-9868808

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้คำยินยอมในการวิจัยประกอบด้วยคำอธิบายดังต่อไปนี้

1. ท่านได้รับการเชิญให้เป็นผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
2. โครงการนี้เป็นการศึกษาผลของการสอนแบบกลุ่มต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

3. วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังเข้าร่วมการสอนแบบกลุ่มและเพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองหลังจากเข้าร่วมการสอนแบบกลุ่ม

4. รายละเอียดของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ลักษณะของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ดังนี้คือ เป็นผู้ป่วยที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัย ได้รับวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท โดยใช้รหัสการจำแนกโรคตามบัญชีการจำแนกโรคระหว่างประเทศ (ICD 10) มีอายุระหว่าง 20-59 ปี ทั้งเพศชายและหญิง มีคะแนนตามแบบประเมินอาการทางจิต (BPRS) น้อยกว่า 30 คะแนน เป็นผู้ที่มีระดับคะแนนคุณภาพชีวิตในระดับต่ำถึงปานกลาง คือมีคะแนนระหว่าง 06.01-18.00 คะแนน อ่าน-เขียนหนังสือได้ และสามารถพูดคุยสื่อสารได้ดี อาศัยอยู่ในชุมชนได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมะการักษ์ จ. กาญจนบุรี จำนวน 40 รายแบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 20 ราย และกลุ่มควบคุมจำนวน 20 ราย

5. กระบวนการวิจัยที่กระทำต่อกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

กลุ่มที่ 1 (กลุ่มควบคุม) ได้รับการดูแลแบบผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลมะการักษ์ อ.ท่ามะกา จ.กาญจนบุรี ซึ่งมีการตรวจคัดกรอง ประเมินอาการและระดับความรุนแรงด่วนของอาการเจ็บป่วย ให้สุศึกษาในรายที่มีข้อสงสัย และให้คำแนะนำเรื่องการใช้จ่ายทางจิตเวช

กลุ่มที่ 2 (กลุ่มทดลอง) จะได้รับการสอนแบบกลุ่มสัปดาห์ละ 2 วัน ประกอบด้วย 7 กิจกรรม เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ คือ กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและความร่วมมือ กิจกรรมที่ 2 การร่วมมือกันเพื่อสำรวจปัญหา กำหนดเป้าหมายและวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกัน กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาการมีคุณค่าแห่งตน กิจกรรมที่ 4 การสนับสนุนข้อมูลความรู้เรื่องโรคจิต

เภทและการจัดการกับอาการทางลบ กิจกรรมที่ 5 การฝึกทักษะการสื่อสารรวมถึงการพัฒนาเทคนิคเพื่อเข้าสังคม กิจกรรมที่ 6 การพัฒนาทักษะการเผชิญปัญหา กิจกรรมที่ 7 การคงไว้ซึ่งการกระทำเพื่อการมีสุขภาวะที่ดี

6. ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยคาดว่าจะไม่มีความเสี่ยงใด ๆ เกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่เข้าร่วมการวิจัย เนื่องจากการสอนแบบกลุ่มเป็นการจัดการพยาบาลแบบกลุ่ม เป็นรูปแบบหนึ่งที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเรียนรู้ เข้าใจ ตระหนักในตนเองเกี่ยวกับสุขภาพของตนมากยิ่งขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า เป็นการบำบัดที่เหมาะสมอย่างหนึ่งที่สำคัญในการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเภทนอกเหนือจากการรักษาด้วยยาและการรักษาด้วยวิธีการอื่น ๆ และในการเข้าร่วมการวิจัย ผู้เข้าร่วมการวิจัยจะได้รับประโยชน์จากการสอนแบบกลุ่ม โดยกระบวนการการสอนแบบกลุ่มจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง แก่ไขพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมซึ่งปรากฏออกมาให้เห็นในกลุ่ม มีการเรียนรู้ทักษะการจัดการกับอาการทางลบ การสื่อสาร ทักษะทางสังคมในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น มีการปรับตัวทางสังคมที่ดีขึ้น สามารถเผชิญและจัดการแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเอง การที่ผู้ป่วยสามารถปรับตัวอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข มองชีวิตที่เหลืออยู่ว่ามีความหมาย หมายถึงการมีสุขภาวะที่ดี จะนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ผลการวิจัยสามารถนำไปเป็นแนวทางให้พยาบาลที่ปฏิบัติงานในชุมชนมีแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีคุณภาพชีวิตที่ดี และนำเอารูปแบบการสอนแบบกลุ่มไปประยุกต์ใช้ในงานบริการสุขภาพจิตและจิตเวช

7. การเข้าร่วมเป็นกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเป็นโดยสมัครใจและสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะโดยไม่สูญเสียผลประโยชน์ที่พึงได้รับ

8. หากท่านมีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติมได้โดยสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และหากมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือเป็นโทษเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบอย่างรวดเร็ว

9. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับท่านจะเก็บเป็นความลับ หากมีการเสนอผลงานวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวม

10. ในการเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนให้แก่กลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

11. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าว สามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบันชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กทม. 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามทำหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยเรื่อง ผลของการสอนแบบกลุ่มต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ของผู้วิจัยชื่อ นางสาว ศิริภัททรา จุฑามณี บ้านเลขที่ 169/129 หมู่ 11 ต. หนองอ้อ อ. บ้านโป่ง จ. ราชบุรี โทรศัพท์ 083-5590394

ข้าพเจ้า ได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่าง ๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด และได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัยจนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบในทางใดๆ ต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติตามข้อข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

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

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ..... ลงชื่อ.....

(.....) (.....)

ผู้วิจัยหลัก

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน



ภาคผนวก ง
ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เลขที่ 081 /2553



โรงพยาบาลมะการักษ์
อ.ท่ามะกา กจ 71120

หนังสือฉบับนี้ให้ไว้เพื่อรับรองว่า โครงการวิจัยเพื่อเสนองานวิทยานิพนธ์ เรื่องผลของกลุ่ม
บำบัดระดับประคองต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ของนางสาวศิริภัทรา จุฑามณี ซึ่งไม่
ส่งผลกระทบต่อด้านสิทธิมนุษยชนและด้านจริยธรรมของผู้ป่วย

ให้ไว้ ณ วันที่ 10 มีนาคม พ.ศ. 2553

(นายสมพงษ์ ตันจริยภรณ์)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาสีตผู้ป่วยและจริยธรรมของโรงพยาบาล

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก จ
สถิติที่ใช้ในการวิจัย

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

1. การหาความเที่ยงโดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) มีสูตรดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตยน์ราษฎร, 2545:210)

$$\alpha = \frac{k}{k-1} \left\{ 1 - \frac{\sum S_1^2}{S_x^2} \right\}^2$$

เมื่อ	α	คือ	สัมประสิทธิ์ความเที่ยงของแบบสอบถาม
	k	คือ	จำนวนข้อคำถามทั้งหมด
	$\sum S_1^2$	คือ	ความแปรปรวนของคะแนนแต่ละข้อ
	S_x^2	คือ	ความแปรปรวนของคะแนนทั้งหมด

2. เปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มใช้สูตร Dependent t-test (บุญใจ ศรีสถิตยน์ราษฎร, 2545:355)

$$t = \frac{\bar{D} - \mu_D}{S_{\bar{D}}}, \text{ df} = n-1$$

เมื่อ	t	คือ	ค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง
	\bar{D}	คือ	ค่าเฉลี่ยของผลต่างระหว่างกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม
	μ_D	คือ	ค่าเฉลี่ยของผลต่างระหว่างประชากร 2 กลุ่ม
	$S_{\bar{D}}$	คือ	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผลต่างระหว่างกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม
	n	คือ	จำนวนคู่ของกลุ่มตัวอย่าง

3. เปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมใช้สูตร Independent t-test (บุญใจ ศรีสถิตยน์ราษฎร, 2550)

3.1 เมื่อความแปรปรวนของทั้ง 2 กลุ่มเท่ากัน $\sigma_1^2 = \sigma_2^2$

$$\text{ใช้สูตร } t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sqrt{S^2 p \left(\frac{S_1^2}{n_1} + \frac{S_2^2}{n_2} \right)}}, \text{ df} = n_1 + n_2 - 2$$

เมื่อ S^2_p เป็นความแปรปรวนร่วม ซึ่งคำนวณได้จาก

$$S^2_p = \frac{(n_1 - 1)S_1^2 + (n_2 - 1)S_2^2}{n_1 + n_2 - 2}$$

3.2 เมื่อความแปรปรวนของทั้ง 2 กลุ่มไม่เท่ากัน $\sigma_1^2 \neq \sigma_2^2$

ใช้สูตร

$$t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sqrt{\frac{S_1^2}{n_1} + \frac{S_2^2}{n_2}}}$$

$$df = \frac{\left(\frac{S_1^2}{n_1} + \frac{S_2^2}{n_2}\right)^2}{\frac{\left(\frac{S_1^2}{n_1}\right)^2}{n_1 - 1} + \frac{\left(\frac{S_2^2}{n_2}\right)^2}{n_2 - 1}}$$

เมื่อ \bar{X}_1, \bar{X}_2 คือ ค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

S_1^2, S_2^2 คือ ค่าความแปรปรวนของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

n_1, n_2 คือ ขนาดตัวอย่างของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

4. หาความเที่ยงกันของการสังเกต (Inter-rater Reliability) ในแบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเองและอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้สูตร Kappa ดังนี้ (Fleiss, 1981)

$$P = \frac{P_0}{P_0 + P_E}$$

เมื่อ P คือ ค่าความเท่าเทียมกันของการสังเกต

P_0 คือ จำนวนการประเมินที่สอดคล้อง

P_E คือ จำนวนการประเมินที่ไม่สอดคล้อง

ค่า Corrected Item total Correlation ของแบบสอบถามกึ่งสัมภาษณ์คุณภาพชีวิต เป็นรายข้อ ดังนี้

ก. ด้านความพึงพอใจ

ข้อ 1 = .6927	ข้อ 12 = .5873	ข้อ 21 = .6539
ข้อ 2 = .5357	ข้อ 13 = .3158	ข้อ 22 = .6415
ข้อ 3 = .7174	ข้อ 14 = .3176	ข้อ 23 = .7907
ข้อ 4 = .6851	ข้อ 15 = .5628	ข้อ 24 = .7462
ข้อ 5 = .6195	ข้อ 16 = .5492	ข้อ 25 = .5359
ข้อ 6 = .7927	ข้อ 17 = .6573	ข้อ 26 = .4633
ข้อ 7 = .7201	ข้อ 18 = .3815	ข้อ 27 = .5202
ข้อ 8 = .6426	ข้อ 19 = .3715	ข้อ 28 = .6913
ข้อ 9 = .6462	ข้อ 20 = .6675	ข้อ 29 = .6554
ข้อ 10 = .6040		
ข้อ 11 = .4584		

ข. ด้านการให้ความสำคัญ

ข้อ 1 = .4116	ข้อ 12 = .6673	ข้อ 21 = .6874
ข้อ 2 = .4242	ข้อ 13 = .3319	ข้อ 22 = .7640
ข้อ 3 = .7255	ข้อ 14 = .3363	ข้อ 23 = .7951
ข้อ 4 = .6277	ข้อ 15 = .6416	ข้อ 24 = .7880
ข้อ 5 = .5498	ข้อ 16 = .4879	ข้อ 25 = .7089
ข้อ 6 = .4441	ข้อ 17 = .6344	ข้อ 26 = .7599
ข้อ 7 = .7684	ข้อ 18 = .7210	ข้อ 27 = .6449
ข้อ 8 = .5104	ข้อ 19 = .7362	ข้อ 28 = .7633
ข้อ 9 = .5973	ข้อ 20 = .7266	ข้อ 29 = .7484
ข้อ 10 = .6948		
ข้อ 11 = .7406		

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวศิริภัททรา จุฑามณี เกิดวันที่ 8 ธันวาคม พ.ศ. 2525 ที่จังหวัดราชบุรี สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี ในปีการศึกษา 2548 เข้าศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปีการศึกษา 2551 สถานที่ติดต่อ 169/129 หมู่ 11 ตำบลหนองอ้อ อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี E-mail: ying.nu19@gmail.com



ศูนย์วิทยพัทยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย