

ผลของจิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่มต่อคุณภาพชีวิต
ของผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระยา

นางสุจรรยา แสงเขียวงาม

สถาบันวิทยบริการ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์

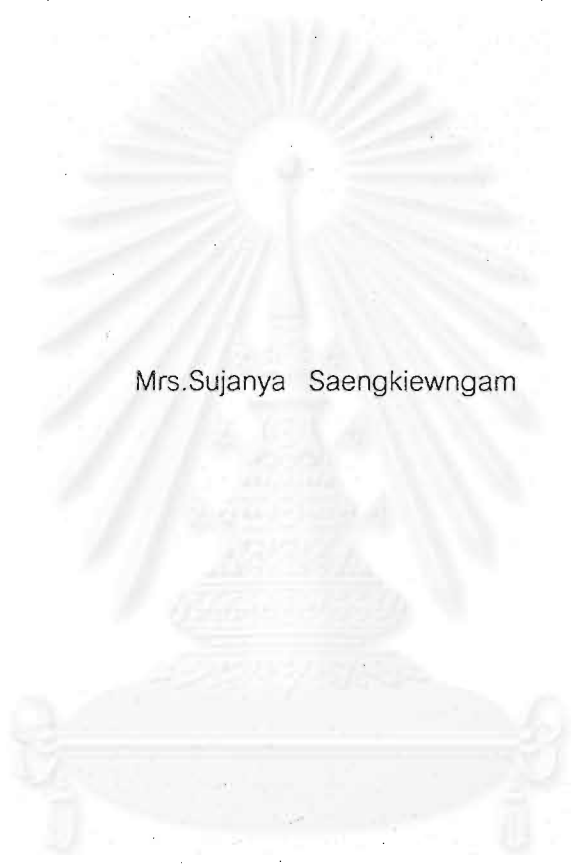
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2545

ISBN 974-17-0894-7

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

EFFECTIVENESS OF SUPPORTIVE GROUP PSYCHOTHERAPY ON QUALITY
OF LIFE OF SCHIZOPHRENIA PATIENTS OF THE OUTPATIENTS DEPARTMENT
SOMDET CHAOPRAYA HOSPITAL



Mrs.Sujanya Saengkiewngam

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

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

Department of Psychiatry

Faculty of Medicine

Chulalongkorn University

Academic Year 2002

ISBN 974-17-0894-7

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ผลของจิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่มต่อคุณภาพชีวิตของ
ผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก
โรงพยาบาลสมเด็จพระยา

โดย

นางสุจรรยา แสงเขียวงาม

สาขาวิชา

สุขภาพจิต

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิงรวิวรรณ นิเวตพันธุ์


อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

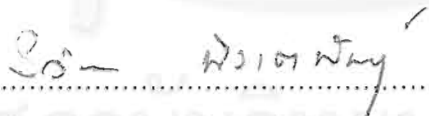
อาจารย์นายแพทย์ ชัยชนะ นิ่มนวล

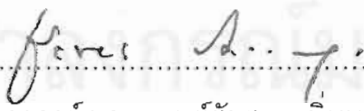
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็น
ส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาโทมหาบัณฑิต

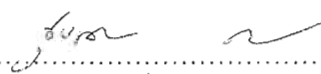

.....คณะบดีคณะแพทยศาสตร์
(ศาสตราจารย์ นายแพทย์ภิรมย์ กมลรัตนกุล)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


.....ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงนันทิกา ทวิชาชาติ)


.....อาจารย์ที่ปรึกษา
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงรวิวรรณ นิเวตพันธุ์)


.....อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
(อาจารย์ นายแพทย์ชัยชนะ นิ่มนวล)


.....กรรมการ
(อาจารย์ นายแพทย์สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย)

นางสุจรรยา แสงเขียวงาม : ผลของจิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่มต่อคุณ
 ภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่มาับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาล
 สมเด็จเจ้าพระยา (EFFECTIVENESS OF SUPPORTIVE GROUP
 PSYCHOTHERAPY ON QUALITY OF LIFE OF SCHIZOPHRENIA PATIENTS
 OF THE OUTPATIENTS DEPARTMENT SOMDET CHAOPRAYA HOSPITAL)
 อ.ที่ปรึกษา : ผู้ช่วยศาสตราจารย์ / แพทย์หญิงรวิวรรณ นิเวตพันธุ์ อ.ที่ปรึกษาร่วม
 : อาจารย์ นายแพทย์ชัยชนะ นิ่มนวล จำนวนหน้า 162 หน้า
 ISBN974-17-0894-7

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของจิตบำบัด
 ระดับประคองแบบกลุ่มต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท โดยเปรียบเทียบคุณภาพของผู้ป่วยจิต
 เภทที่ได้รับยาต้านโรคจิตในกลุ่มดั้งเดิมและเข้าร่วมจิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่มกับคุณภาพ
 ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับยาต้านโรคจิตในกลุ่มดั้งเดิมเพียงอย่างเดียว สำหรับเครื่องมือที่ใช้ใน
 การทดลองเป็นแบบประเมินอาการทางจิต(BPRS),แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท
 (QLS) และแบบสอบถามความคิดเห็นของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท วิเคราะห์ข้อมูลด้วยคอมพิวเตอร์
 โปรแกรม SPSS กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มาับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาล
 สมเด็จเจ้าพระยา อายุ 20-40 ปี จำนวน 22 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 12 คนและกลุ่มควบคุม 10
 คน

ผลการวิจัยพบว่าหลังการทดลองผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับยาต้านโรคจิตในกลุ่ม
 ดั้งเดิมร่วมกับจิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่ม มีคุณภาพชีวิตดีขึ้นในด้านลักษณะความสัมพันธ์
 ของบุคคล ความสามารถในการทำงาน และความสมบูรณ์ของประสบการณ์ส่วนตัวอย่างมีนัย
 สำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งแสดงว่าการได้รับยาต้านทานโรคจิตในกลุ่มดั้งเดิมและเข้าร่วมจิต
 บำบัดระดับประคองแบบกลุ่มทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์
 สาขาวิชาสุขภาพจิต
 ปีการศึกษา 2545

ลายมือชื่อนิสิต.....
 ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....
 ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาร่วม.....

##4375373930 : MAJOR MENTAL HEALTH

KEY WORD : QUALITY OF LIFE / SUPPORTIVE GROUP PSYCHOTHERAPY / SCHIZOPHRENIA

SUJANYA SAENGKIEWNGAM : THESIS TITLE (EFFECTIVENESS OF SUPPORTIVE GROUP PSYCHOTHERAPY ON QUALITY OF LIFE OF SCHIZOPHRENIA PATIENTS OF THE OUTPATIENTS DEPARTMENT SOMDET CHAOPRAYA HOSPITAL THESIS ADVISOR : ASSIST. PROF. RAVIWAN NIVATPHAN,MD.THESIS CO-ADVISOR:CHAICHANA NIMNUAN,MD.162 pp. ISBN 974-17-0894-7

The purpose of this study was to compare the quality of life of schizophrenia patients receiving conventional antipsychotic plus supportive group psychotherapy and that of schizophrenia patients receiving conventional antipsychotic alone. The intervention used in the experimental group was supportive group psychotherapy . The data were collected by using questionnaires consisting of brief psychiatric rating scale, quality of life scale and opinions of caregivers of schizophrenia patients and the data were analyzed by SPSS program . Participants were 22 schizophrenia patients of the outpatients department Somdet Chaopraya Hospital aged 20-40 Year. From this group 12 patients were randomly chosen for the experimental group and 10 patients for the control group.

The results of the study were as follows . In the experimental group, the post-test scores of the quality of life in interpersonal relations, instrument role and common objects and activities were significantly higher than the pre-test scores, with p values at 0.05 supporting the hypothesis that the quality of life of schizophrenia patients after receiving conventional antipsychotic plus supporting was higher than that of schizophrenia patients receiving conventional antipsychotic alone.

Department of Psychiatry

Field of study Mental Health

Academic year 2002

Student's signature.....*Sujanya Saengkiewngam*

Advisor's signature.....*Raviwan Nivatphan*

Co-advisor's signature.....*Chaichana Nimnuan*

กิตติกรรมประกาศ

ขอกราบขอพระคุณ รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงนันทิกา ทวิชาชาติ ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิต และประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิงรวิวรรณ นิเวตพันธ์ุ ,อาจารย์ที่ปรึกษาอาจารย์ นายแพทย์ ชัยชนะ นิ่มนวล อาจารย์ที่ปรึกษาร่วมและอาจารย์นายแพทย์สุขเจริญ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำแนะนำ ข้อคิดในการทำวิจัย และแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆด้วยความเอาใจใส่มาโดยตลอด ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาของท่านเป็นอย่างยิ่ง ขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอพระคุณรองศาสตราจารย์นายแพทย์ รัตนชัย คงสกนธ์ ที่อนุญาตให้ใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท ฉบับภาษาไทยพร้อมทั้งให้คำแนะนำ

ขอกราบขอพระคุณ นายแพทย์ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน , คุณนคร ศรีสุขไช และคุณจันทรรจา บำเหน็จพันธ์ุ ที่กรุณาเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือในการทำวิจัยครั้งนี้

ขอกราบขอพระคุณ กรมสุขภาพจิตและ นายแพทย์ปรีชา ศตวรรษธำรง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยาและคุณ วัชรภรณ์ อุตโยภาส หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล ในฐานะผู้บังคับบัญชา ตลอดจนเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยาที่เกี่ยวข้องทุกคน รวมทั้งผู้ป่วยทุกคนที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างดียิ่ง

สุดท้ายนี้ผู้วิจัยขอขอบคุณสมาชิกในครอบครัวทุกคนที่เป็นกำลังใจให้ผู้วิจัยทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

สุจรรยา แสงเขียวงาม

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ณ
1.บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	2
สมมติฐานการวิจัย.....	2
ขอบเขตของการวิจัย.....	2
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	2
ข้อจำกัดในการวิจัย.....	4
ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย.....	4
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	5
2.เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
ตอนที่ 1:โรคจิตเภท.....	6
ความหมาย.....	6
ระบาดวิทยา.....	7
สาเหตุของการเกิดโรค.....	8
ลักษณะอาการของโรคจิตเภท.....	12
การวินิจฉัย.....	16
การรักษา.....	23
ตอนที่ 2:คุณภาพชีวิต.....	25
ความหมาย.....	25
แนวคิดเชิงทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง.....	27
องค์ประกอบคุณภาพชีวิต.....	29
การประเมินคุณภาพชีวิต.....	30

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต.....	33
ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง.....	33
ตอนที่ 3:กลุ่มจิตบำบัด.....	36
ข้อบ่งใช้.....	36
การจัดตั้งกลุ่ม.....	37
การดำเนินกลุ่ม.....	39
ข้อคิดในการทำกลุ่ม.....	40
ปัจจัยรักษา.....	42
3. วิธีการดำเนินการวิจัย	
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	49
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	51
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	53
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	62
4. ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	63
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	72
5. สรุปผลการวิจัย อภิปราย และข้อเสนอแนะ	
สรุปผลการวิจัย.....	75
การดำเนินกิจกรรม.....	75
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	76
ผลการศึกษา.....	76
อภิปรายผล.....	78
ข้อเสนอแนะ.....	81
รายการอ้างอิง.....	
ภาคผนวก.....	
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	

สารบัญญัตินี้

ตาราง		หน้า
1.	ปัจจัยที่มีผลต่อการพยากรณ์โรค.....	23
2.	โปรแกรมการทำจิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่ม.....	58
3.	ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง.....	65
4.	ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง.....	70
5.	เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อน ระหว่างและหลังการทดลอง.....	73
6.	เปรียบเทียบความคิดเห็นของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อน ระหว่างและหลังการทดลอง.....	73
7.	วิเคราะห์ความแตกต่างคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท ของกลุ่มควบคุม ก่อน ระหว่างและหลังการทดลอง.....	74
8.	วิเคราะห์ความแตกต่างคะแนนความคิดเห็นของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ของกลุ่ม ทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง.....	74
9.	วิเคราะห์ความแตกต่างคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท ของ กลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง.....	75
10.	วิเคราะห์ความแตกต่างคะแนนความคิดเห็นของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่ม กลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง.....	75
11.	วิเคราะห์ค่าเฉลี่ยของความแตกต่าง (Mean of different) ของคุณภาพชีวิตของ ผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง.....	76
12.	วิเคราะห์ค่าเฉลี่ยของความแตกต่าง (Mean of different) ของความคิดเห็น ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง.....	76
13.	วิเคราะห์ค่าเฉลี่ยของความแตกต่าง (Mean of different) ของคุณภาพชีวิต ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองระหว่างการทดลองและหลังการ ทดลอง.....	77
14.	วิเคราะห์ค่าเฉลี่ยของความแตกต่าง (Mean of different) ของความคิดเห็น ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองระหว่างการทดลองและหลังการ ทดลอง.....	77

บทที่ 1

บทนำ

ความสำคัญและที่มาของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นโรคที่พบมากที่สุดในการบรรดาโรคจิต (Psychosis) ทั้งหมดและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ มีความชุกร้อยละ 0.2- 2 ในประชากรทั่วไป และในแต่ละปีจะมีผู้ป่วยใหม่ประมาณ 2 ล้านคน⁽¹⁾ โรคจิตเภทนั้นค่อนข้างจะเรื้อรัง และมีผลกระทบต่อผู้ป่วยอย่างรุนแรง การดูแลรักษาต้องอาศัยทักษะเฉพาะทางเป็นอย่างมาก ผู้ป่วยด้วยโรคนี้จำนวนไม่น้อยที่ต้องเข้าโรงพยาบาลซ้ำแล้วซ้ำเล่า เพราะไม่สามารถดูแลตนเองได้ หรือบางครั้งอาจมีพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะสามารถทำงานได้ในระดับหนึ่ง แต่ก็ไม่ดีเหมือนกับก่อนป่วย ในหลายๆสังคมพบว่าการป่วยทางจิตเภทเป็นเรื่องน่าอับอายหรือน่ารังเกียจ ทัศนคติ เช่นนี้ อาจส่งผลกระทบต่อชีวิตของบุคคลทั่วไป หรือแม้แต่ญาติที่มีต่อผู้ป่วย การที่ผู้ป่วยทำงานไม่ได้ ถูกสังคมรังเกียจหรือปฏิเสธ อาจเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยได้ ซึ่งจะพบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีอัตราการฆ่าตัวตายสูงถึงร้อยละ 40 และประมาณร้อยละ 10 ฆ่าตัวตายสำเร็จในที่สุด⁽²⁾

เนื่องจากโรคจิตเภทมักเกิดขึ้นในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ในช่วงอายุประมาณ 20-40 ปี ทำให้ผู้ป่วยเรียนไม่จบ หรือความสามารถในการทำงานลดลง ซึ่งเป็นจากตัวโรคจิตเภทไปมีผลต่อความสามารถในการทำงานของผู้ป่วยถดถอยออกจากการเข้าร่วมสังคมภายนอก อย่างไรก็ตามการรักษาโรคจิตเภทในปัจจุบันได้ก้าวหน้าไปจากยุคก่อนๆมาก ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตโดยรวมดีขึ้นกว่าแต่ก่อนมาก⁽³⁾ ซึ่งแนวทางการบำบัดรักษาผู้ป่วยนั้น เน้นการดูแลรักษา ป้องกัน ฟื้นฟูสมรรถภาพ และส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยสามารถกลับคืนสู่สังคมโดยเร็วที่สุดและสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมนั้นๆได้อย่างเหมาะสม ตามศักยภาพ การรักษาที่จะทำให้เกิดผลสมบูรณ์ได้นั้นประกอบด้วย การรักษาทั้งสามด้านคือ การใช้ยาบำบัดเพื่อรักษาทางด้าน ชีวภาพ การใช้กลุ่มบำบัดเพื่อรักษาทางด้านจิตใจ และการใช้สิ่งแวดล้อมบำบัด เพื่อรักษาทางด้านสังคม⁽⁴⁾ โดยเฉพาะการรักษาด้วยจิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่ม ซึ่งเป็นรูปแบบหนึ่งของการรักษาทำให้อาการป่วยลดน้อยลง ช่วยลดความรู้สึกโดดเดี่ยว และความรู้สึกว่าถูกทอดทิ้ง เพิ่มการปรับตัวของผู้ป่วยเพื่อให้ใช้ชีวิตได้อย่างปกติ มีความสัมพันธ์ที่ดีกับครอบครัวและบุคคลอื่นๆ ตลอดถึงการทำงานและการใช้ชีวิตในชุมชน นอกจากนี้ยังส่งเสริมการสื่อสารสัมพันธ์ที่ดีขึ้น เพิ่มขีดความสามารถในการแก้ปัญหา และการเผชิญปัญหาต่างๆได้มากขึ้น⁽⁵⁾ มีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งในปัจจุบันยังไม่มีชัดเจนในเรื่องความหมายของคุณภาพชีวิตตลอดจนเครื่องชี้วัดที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน

แต่กล่าวได้ว่า องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตมีพื้นฐานมาจากความต้องการของมนุษย์ซึ่งจำแนกได้ 5 ด้าน⁽⁶⁾ คือ การมีความสุขสบายทางด้านร่างกาย และวัตถุ การมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น การมีกิจกรรมในสังคมและชุมชน มีส่วนร่วมในสังคม การมีพัฒนาการทางบุคลิกภาพ และมีความสำเร็จอย่างสมบูรณ์ตามพัฒนาการ และการมีสันติภาพ และบุคคลจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีจะต้องมีการรับรู้ด้วยตนเอง เกี่ยวกับความสุข ซึ่งเกิดจากความพึงพอใจ หรือความผาสุกในชีวิต⁽⁷⁾ และจะต้องพิจารณาในแง่ของคุณภาพชีวิตทั้งในผู้มีภาวะสุขภาพดีและผู้เจ็บป่วย⁽⁸⁾

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษา เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท ที่ได้รับการรักษาด้วยจิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่ม เพื่อเป็นแนวทางในการประเมินผลการรักษาการให้บริการ ตลอดจนเป็นส่วนหนึ่งในการพัฒนาการรักษาทางจิตเวชต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของจิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่มต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท

สมมติฐาน

จิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่มทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทดีขึ้น

คำถามของการวิจัย

จิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่ม มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทหรือไม่

ขอบเขตการวิจัย

1. การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของจิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่มต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสมเด็จพระยา

2. ตัวแปรที่ศึกษา

2.1 ตัวแปรอิสระคือ จิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่ม

2.2 ตัวแปรตาม คือ คะแนนรวมของคุณภาพชีวิตโดยประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท ด้านประสพการณ์ส่วนตัว ลักษณะของความสัมพันธของบุคคลและความสามารถในการทำงาน

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ผู้ป่วยจิตเภท (Schizophrenia) หมายถึง ผู้ป่วยที่แสดงอาการเจ็บป่วยด้านจิตใจตามหลักเกณฑ์การวินิจฉัยของสมาคมจิตแพทย์แห่งอเมริกา ซึ่งจัดทำขึ้นเป็นครั้งที่ 4 (Diagnostic and Statistic Manual disorder , Forth edition : DSM .IV)⁽⁹⁾ ดังนี้

- A : ระยะไม่สบายแสดงอาการอย่างน้อย 3 ประการต่อไปนี้
1. หลงผิด (Delusion)
 2. ประสาทหลอน (Hallucination)
 3. ลักษณะคำพูดไม่ต่อเนื่องกัน พูดจาสับสน เข้าใจยาก (Disorganize Speech)
 4. มีพฤติกรรมไม่เคลื่อนไหว (Catatonia) หรือมีพฤติกรรมที่ผิดปกติเห็นได้อย่างชัดเจน(disorganized behavior)
 5. negative symptoms เช่น อารมณ์เฉยเมย พูดน้อย
- B . ระดับการทำหน้าที่ต่างๆ เช่น การทำงาน การเข้าสังคม การดูแลตนเอง เสื่อมโทรม เมื่อเทียบกับระยะก่อนป่วย
- C. มีระยะรุนแรง (active phase) ที่แสดงอาการต่างๆในข้อ A. และนับรวมอาการโปรโดมอล(Prodomal phase) หรือระยะหลงเหลือของอาการ (Residual phase) ติดต่อกันอย่างน้อย 6 เดือน
- D. โรคสคิโซเฟอเพคทีฟ (Sclizoffective disorder) รวมทั้งโรคผิดปกติทางอารมณ์ (mood disorder) ที่มีอาการโรคทางจิตร่วมด้วยต้องถูกวินิจฉัยแยกออกก่อน เช่น ถ้ามีอาการซึมเศร้ามาก (severe depression) หรือคลุ้มคลั่ง (mania)
- E. ความผิดปกติไม่ได้เนื่องมาจากยาหรือโรคทางกายอื่นๆ
- F. ถ้ามีประวัติ autistic disorder หรือ pervasive development disorder อื่นๆ จะวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทร่วมด้วยต่อเมื่อพบว่าอาการหลงผิดหรือประสาทหลอนอย่างเด่นชัดอย่างน้อย 1 เดือน

คุณภาพชีวิต (Quality of life) หมายถึง ระดับการมีชีวิตที่ดี มีความสุข และความพึงพอใจในชีวิตทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ สังคม อารมณ์ และการดำเนินชีวิตของปัจเจกบุคคล เป็นการประสานการรับรู้ของบุคคล เป็นการประสานการรับรู้ของบุคคลในด้านร่างกาย จิตใจ ความ

สัมพันธ์ทางสังคม สิ่งแวดล้อม ภายใต้วัฒนธรรม ค่านิยม และเป้าหมายในชีวิต ของแต่ละบุคคล ได้มาจาก การใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท Quality of life Scale

จิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่ม (Supportive Group Psychotherapy) คือวิธีการบำบัดทางจิตเวชแบบหนึ่ง เป็นการบำบัดแบบตื้น (Superficial) โดยไม่มุ่งเปลี่ยนบุคลิกภาพของผู้ป่วย มีพยาบาลจิตเวชเป็นผู้นำกลุ่ม และมีผู้ป่วยที่มีปัญหาคล้ายคลึงกันจำนวน 8-10 คน เป็นสมาชิกกลุ่ม การจัดกลุ่มมีวิธีการปฏิบัติเป็นขั้นตอน ตั้งแต่การจัดเตรียมกลุ่ม การดำเนินกลุ่ม และการยุติกลุ่ม เปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็น และประสบการณ์กันเพื่อหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน เป็นการประคองจิตใจของกันและกัน มุ่งในแง่ของปัจจุบัน (Here and Now)

ข้อจำกัด

เนื่องจากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ทำในระยะเวลาที่จำกัด อาจทำให้เห็นการเปลี่ยนแปลงของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้ไม่ชัดเจน

ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย

1. ทำให้ทราบถึงผลของจิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่มต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท
2. นำผลการวิจัยมาช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาผู้ป่วยจิตเภท
3. เป็นแนวทางในการทำวิจัยด้านต่างๆต่อไป

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้รวบรวมรายละเอียด แบ่งออกเป็น 3 ตอน คือ

1. โรคจิตเภท (Schizophrenia)
2. คุณภาพชีวิต (Quality of life)
3. กลุ่มจิตบำบัด (Group Psychotherapy)

ตอนที่ 1 โรคจิตเภท (Schizophrenia)⁽¹⁰⁾

โรคจิตเภทเป็นโรคที่รู้จักกันมานาน และพบได้ในทุกประเทศทั่วโลก แม้ว่าประชาชนทั่วไปจะรู้จักผู้ป่วยโรคนี้เพียงลักษณะของคนเสียสติ แต่ก็อาจจัดได้ว่าเป็นโรคหนึ่งที่ทำให้คนทั่วไปรู้จักจิตแพทย์ หรืออาจกล่าวได้ว่าโรคจิตเภทได้รับความสนใจมาพร้อม ๆ กับการเกิดของวิชาจิตเวชศาสตร์

ใน ค.ศ. 1986 Emil Kraepelin ได้เริ่มจำแนกโรคทางจิตเวช และเรียกโรคจิตเภทว่า Dementia praecox เพราะเข้าใจว่าเป็น โรคสมองเสื่อมก่อนวัยอันควร ต่อมาใน ค.ศ. 1911 Eugen Bleuler จึงได้ตั้งชื่อโรคนี้ใหม่ ว่า Schizophrenia และใช้คำนี้มาจนปัจจุบัน

มีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับโรคจิตเภทอย่างกว้างขวาง และทฤษฎีเกี่ยวกับโรคจิตเภทก็มีการเปลี่ยนแปลงเรื่อยมา แม้ในปัจจุบันนี้ ความรู้ที่เรามีอยู่เกี่ยวกับโรคจิตเภทก็ยังเป็นส่วนน้อยเมื่อเทียบกับสิ่งที่เราอยากรู้เกี่ยวกับโรคนี้ และยังมีสิ่งที่น่าสนใจควรแก่การศึกษาวิจัยอีกมาก

วิวัฒนาการของการรักษาทำให้ผลการรักษาและการพยากรณ์โรคของโรคจิตเภทดีขึ้นมาเป็นลำดับ อย่างไรก็ตามโรคจิตเภทก็ยังเป็นโรคที่มีความสำคัญอันดับหนึ่งสำหรับโรงพยาบาลจิตเวชทั้งหลาย ประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจิตเวช ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท

ความหมาย

ในระยะต้นของการจำแนกโรคทางจิตเวช Kraepelin เรียกชื่อโรคนี้ว่า Dementia praecox โดยให้ความหมายว่าเป็นโรคจิตที่เริ่มเป็นในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น และมีการ

ดำเนินโรคเป็นแบบเรื้อรัง ทำให้มีการเสื่อมของเซาร์ปัญญา มีอารมณ์เฉยเมย และหมดแรงใจ (loss of will) เขาเชื่อว่าโรคนี้มีสาเหตุทางพันธุกรรม หรือเป็นความผิดปกติของ metabolism

Bleuler มีความเห็นแตกต่างจาก Kraepelin คือเขาไม่คิดว่าโรคนี้เป็น dementia และได้ตั้งชื่อว่า Schizophrenia เขาพบว่าความผิดปกติด้านการรู้ (cognitive) ที่เกิดขึ้นไม่ใช่อาการสมองเสื่อม แต่เป็นความผิดปกติของ association หรือขบวนการของความคิด เขาอธิบายพฤติกรรมของผู้ป่วยว่ามีความหมายเฉพาะตัวผู้นั้นตามประสบการณ์ในวัยเด็ก และใช้คำว่า autism สำหรับความผิดปกตินั้น ๆ นอกจากนี้ Bleuler ยังขยายแนวความคิดของ Kraepelin เกี่ยวกับความผิดปกติด้านอารมณ์ของผู้ป่วยว่า นอกเหนือจากอารมณ์เฉยเมย (flat affect) ผู้ป่วยยังมี ambivalence หรือความรู้สึกสองอย่างที่ตรงกันข้ามที่เกิดขึ้นต่อสิ่งเดียวกันในขณะเดียวกัน

Bleuler มองว่า Schizophrenia เป็นกลุ่มอาการ (syndrome) ซึ่งมีสาเหตุได้หลายอย่าง โดยที่เขาไม่ได้ระบุสาเหตุและการพยากรณ์โรคไว้ชัดเจน เขาได้อธิบายไว้ในหนังสือของเขาชื่อ Dementia Praecox of the group schizophrenias ความคิดนี้แตกต่างจากของ Kraepelin ที่มองว่าภาวะนี้เป็นโรค (disease) เดียว ๆ

การวินิจฉัยโรคจิตเภทตาม DSM-III ซึ่งเริ่มใช้ตั้งแต่ ค.ศ. 1980 ได้รวมเอาหลักเกณฑ์ที่กำหนดโดย Schneider ซึ่งบรรยายถึงลักษณะอาการหลงผิด และประสาทหลอนที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคจิตเภท อีกทั้งยังกำหนดระยะเวลาการเจ็บป่วยไว้อย่างน้อยถึง 6 เดือน ซึ่งเป็นประเด็นที่มีการถกเถียงกันมาก จะเห็นได้ว่าคำจำกัดความของโรคจิตเภทได้กลายเป็นคำจำกัดความที่แคบลงกว่าเดิมมาก และมีผลต่อการศึกษาถึงอุบัติการณ์และความชุกของโรคนี้

ICD-10 ได้ให้ความหมายของโรคจิตเภทว่าเป็นโรคที่มีลักษณะทั่วไปคือความผิดปกติของบุคลิกภาพ มีความผิดปกติด้านความคิดและการรับรู้ที่มีลักษณะจำเพาะ และอารมณ์เป็นแบบไม่เหมาะสมหรือทื่อ (blunted) สติสัมปชัญญะและความสามารถด้านเซาร์ปัญญา มักดีอยู่ แม้ว่าจะมีการสูญเสียของการรู้ (cognition) บ้างเมื่อป่วยนาน ICD-10 ได้บรรยายถึงอาการสำหรับการวินิจฉัยไว้เป็นข้อ ๆ และกำหนดระยะเวลาการเจ็บป่วยไว้อย่างน้อย 1 เดือน

ระบาดวิทยา

การศึกษาด้านระบาดวิทยาของโรคจิตเภทเป็นเรื่องยากและอาจไม่ได้ตัวเลขที่แท้จริง ด้วยเหตุที่มีความแตกต่างของหลักเกณฑ์ในการวินิจฉัย อย่างไรก็ตามการศึกษาถึงอุบัติการณ์

ของโรคจิตเภท เฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับการรักษา พบว่ามีอยู่ในเกณฑ์ 0.42 – 0.68 ต่อประชากร 1,000 คน แต่ถ้าคิดเฉพาะประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปี ขึ้นไป พบว่ามีอยู่ 0.30 – 1.20 ต่อ 1,000

การศึกษาถึงความชุก พบว่า มีความแตกต่างกันในแต่ละประเทศมากกว่า อุบัติการณ์ การศึกษาในยุโรป พบว่าความชุกตลอดชีวิตของโรคจิตเภท อยู่ในเกณฑ์ 1.9 – 9.6 คน ต่อประชากร 1,000 คน รายงานจากในเอเชียพบเพียง 2.1 – 3.8 คนต่อประชากร 1,000 คน ในสหรัฐอเมริกาพบในเกณฑ์ 2.3 – 3.6 คน ต่อประชากร 1,000 คน ซึ่งก็พอจะประมาณได้ว่าร้อยละ 0.23 – 0.47 ของประชากรในสหรัฐอเมริกา จะได้รับการรักษาโรคจิตเภทในระยะเวลา 1 ปี

การศึกษาถึงอายุของผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่ามีอุบัติการณ์สูงสุดอยู่ในช่วงอายุ 15 – 34 ปี เพศชายเป็นมากกว่าเพศหญิง ผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล ก็เป็นชายมากกว่าหญิง ในสหรัฐอเมริกาพบว่าชาวผิวดำเป็นมากกว่าชาวผิวขาว ในอัตราส่วน 1.2 เท่า ในเพศหญิงและ 1.5 เท่า ในเพศชาย ระดับเศรษฐกิจและสังคมหรือ social class ก็พบว่าเป็นในระดับต่ำมากกว่าระดับสูง ซึ่งอาจเป็นผลจากปัจจัยของความเครียด หรืออาจเป็นเพราะการเสื่อมสมรรถภาพของผู้ป่วย ทำให้ระดับเศรษฐกิจฐานะต่ำลงได้

การศึกษาในระยะต้น พบว่าอัตราเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคจิตเภท เพิ่มขึ้นเป็น 4 เท่าของประชากรทั่วไป เมื่อมีญาติชั้นเดียวป่วยเป็นโรคนี้ และอัตราเสี่ยงเป็น 2.5 เท่าของประชากรทั่วไป สำหรับญาติชั้นที่สอง อัตราการเจ็บป่วยเป็นโรคจิตเภท ของญาติผู้ป่วยด้วยโรคนี้ คิดเป็นร้อยละมีดังนี้ คือ พ่อแม่ 4.2 – 4.4, พี่น้อง (เมื่อไม่มีพ่อแม่ป่วย) 6.7 – 8.2, พี่น้อง (เมื่อมีพ่อหรือแม่ป่วย) 12.5 – 13.8, พี่น้อง (คิดทุกราย) 7.5 – 8.5, ลูกที่มีพ่อหรือแม่ป่วย 9.7 – 12.3, ลูกที่มีพ่อแม่ป่วยทั้งคู่ 35.0 – 46.3, พี่น้องร่วมบิดาหรือมารดา 3.2, ลูกพี่น้าอา 1.7 – 2.0, หลาน(ลูกของลูก) 2.6 – 2.8, ลูกพี่ลูกน้อง 1.7 – 2.9

สาเหตุ

ผู้ป่วยโรคจิตเภทนั้นไม่ได้เป็น homogenous group และการเกิดโรคจิตเภทนั้น ไม่ได้มีสาเหตุที่ตรงไปตรงมาเหมือนโรคฝ่ายกายบางโรค การเจ็บป่วยด้วยโรคนี้มักมีองค์ประกอบหลายอย่างร่วมกัน ในการทำให้เกิดอาการของโรคขึ้น ผู้ป่วยแต่ละรายอาจได้รับอิทธิพลจากปัจจัยแต่ละอย่างไม่เท่ากัน และบางรายก็บอกสาเหตุได้ยากมาก ปัจจัยบางอย่างก็เป็นตัว predisposing และบางอย่างก็เป็นตัว precipitating ปัจจัยใหญ่ ๆ ที่เชื่อกันในปัจจุบัน ว่ามีส่วนเป็นสาเหตุของโรคจิตเภท มีดังนี้

1. ปัจจัยทางพันธุกรรม (Genetic factors)

การศึกษาทางด้านระบาดวิทยาของโรคจิตเภทในบุคคลครอบครัวเดียวกัน การศึกษา concordance rate ในฝาแฝด ตลอดจนอุบัติการณ์ในผู้ที่เป็นบุตรบุญธรรม ส่วนใหญ่ให้ข้อมูลที่แสดงถึงการถ่ายทอดทางพันธุกรรมของโรคจิตเภท ผู้ที่พบ concordance rate สูงสุดสำหรับแฝดไข่ใบเดียวกันคือ Franz Kallmann เขารายงานไว้ถึงร้อยละ 77.6 ในแฝดไข่ใบเดียวกันที่แยกกันอยู่ และร้อยละ 91.5 ในกลุ่มที่อยู่ร่วมกัน อย่างไรก็ตาม เราไม่สามารถบอกได้ว่าการถ่ายทอดทางพันธุกรรม การที่ยังมี discordance rate อยู่มากในแฝดไข่ใบเดียวกัน แสดงว่าสาเหตุของโรคจิตเภทขึ้นกับปัจจัยอื่น ๆ ด้วย หรือการมี ลักษณะทางพันธุกรรม ไม่จำเป็นต้องป่วยเป็นโรคนี้เสมอไป

2. ปัจจัยทางชีววิทยา (Biological factors)

พวกที่มีความเชื่อว่าโรคจิตเภทมีสาเหตุทางร่างกาย ได้ทำการวิจัยถึงปัจจัยทางชีววิทยาต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย สมมติฐานที่ได้รับความนิยมเชื่อถือมากที่สุด ได้แก่ความสัมพันธ์กับ dopamine ในสมอง ซึ่งอาจเป็นได้ 3 ทางคือ

- ก. มีปริมาณ dopamine มากเกินไปที่ synapse ในสมอง
- ข. มีจำนวน postsynaptic receptor มากไป หรือมี affinity ต่อ dopamine มากเกินไป
- ค. มีความไม่สมดุลระหว่าง excitatory action ของ acetylcholine กับ inhibitory action ของ dopamine และ gamma-amino butyric acid (GABA)

สมมติฐานนี้ มีข้อสนับสนุนหลายอย่าง เช่น การใช้สารบางชนิดสามารถทำให้เกิดอาการคล้ายโรคจิตเภทได้ เป็นต้นว่า amphetamine มีกลไกกระตุ้นระบบ dopamine และยารักษาโรคจิตทั้งหลายก็มีกลไกการออกฤทธิ์โดยการยับยั้ง dopamine receptor เป็นส่วนใหญ่

สมมติฐานนี้เกี่ยวกับความผิดปกติของ transmethylation โดยเฉพาะ O-methylation ของ catecholamine เชื่อว่าทำให้เกิด dimethoxyphenylethylamine (DMPEA) ซึ่งเป็นสารที่คล้ายคลึงกับ mescaline มีการพบว่ามีสารนี้ในปัสสาวะของผู้ป่วยโรคจิตเภทในการวิจัยเบื้องต้น แต่ไม่ได้รับการสนับสนุนในการวิจัยต่อมา อีกทั้งยังพบว่าอาจเป็นเพราะอาหารที่รับประทานก็ได้

สมมติฐานนี้เกี่ยวกับความผิดปกติใน methylation ของ indolamines ที่สำคัญคือ serotonin และ tryptamine เชื่อว่าทำให้เกิดสาร bufotenine และ dimethyltryptamine(DMT)

ซึ่งมีฤทธิ์ทำให้เกิดประสาทหลอนได้ สมมติฐานนี้ได้รับการสนับสนุนโดยการตรวจพบสารเหล่านี้เพิ่มขึ้นในเลือดและปัสสาวะของผู้ป่วย อีกทั้งพบ enzyme ที่ช่วยในการ methylation ด้วย

สมมติฐานเกี่ยวกับการมีระดับ monoamine oxidase (MAO) ต่ำใน blood platelet ของผู้ป่วย โรคจิตเภทเรื้อรัง ปัจจุบันไม่ค่อยได้รับความเชื่อถือ เพราะการวิจัยหลายรายงานให้ผลค้านกัน

การศึกษาด้านกายวิภาคศาสตร์ของสมองผู้ป่วยโรคจิตเภท ด้วยการใช้ CT scan บางรายงานพบว่าผู้ป่วยมีการขยายของ lateral ventricles, บางรายงานว่ามีปริมาณของ sulcal fluid เพิ่มขึ้น, บางรายงานว่ามีเนื้อของ anterior vermis ของ cerebellum, บ้างก็รายงานว่ามีการ reversal ของ normal asymmetry ของสมอง แต่การวิจัยเหล่านี้ให้ผลไม่แน่นอน และพบว่าไม่ใช่เป็นลักษณะจำเพาะที่พบในโรคจิตเภท อีกทั้งยังไม่สามารถอธิบายความสัมพันธ์ของสิ่งที่พบกับอาการของโรคได้ จึงไม่ได้รับความเชื่อถือมากนัก

ลักษณะอย่างหนึ่งที่พบเป็นความผิดปกติบ่อยในผู้ป่วยโรคจิตเภท คือการเคลื่อนไหวของลูกตา การวิจัยพบว่าร้อยละ 50 – 85 ของผู้ป่วยโรคจิตเภท จะมีอาการมองตามวัตถุที่เคลื่อนไหวด้วยลักษณะกระตุก ๆ เป็นแบบ ๆ pendular อาการนี้พบได้ร้อยละ 45 ในญาติชั้นเดียวของผู้ป่วยโรคจิตเภท และร้อยละ 7 ของประชากรทั่วไป แสดงว่าเป็นลักษณะที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรมและมีความสัมพันธ์กับโรคจิตเภท แต่ก็ยังไม่สามารถบอกถึงความสำคัญของอาการนี้ได้แน่ของสาเหตุ

การศึกษาถึงความผิดปกติทางชีววิทยาอื่น ๆ เช่น Inborn error of metabolism, ความผิดปกติใน energy metabolism ของสมอง, ความผิดปกติของ electrolytes และ Immunoglobulin ที่ผิดปกติหรือหลักฐานเกี่ยวกับ Autoimmune disease ยังมีข้อมูลน้อย และไม่ปรากฏว่ามีความเกี่ยวข้องกับสาเหตุของโรคจิตเภทชัดเจน

3. ปัจจัยทางด้านจิตใจ (Psychological factors)

ทฤษฎีจิตวิเคราะห์เชื่อว่าอาการของโรคจิต เป็นผลจากความผิดปกติในหน้าที่ของ ego ดังนั้นหากมี psychic trauma เกิดขึ้นในระยะพัฒนาการของบุคลิกภาพช่วงที่มีความสำคัญต่อพัฒนาการของ ego โดยเฉพาะในช่วงปีแรก จะมีผลให้เกิดพยาธิสภาพ ซึ่งเป็นสาเหตุของโรคจิตเภท, หน้าที่ของ ego เกี่ยวข้องกับการปรับตัว, สัมพันธภาพกับคนอื่น การควบคุมพฤติกรรม, ซึ่งหน้าที่เหล่านี้อาจแบ่งออกเป็นด้านต่าง ๆ คือ language, intellect, thinking, memory, will, judgement, attention, perception, intention, affectivity, reality

testing, the structure of defenses, object relations และ motility ความผิดปกติในด้านต่าง ๆ จะปรากฏออกมาเป็นอาการของโรคจิตเภท

ผู้ป่วยโรคจิตเภทอาจมีความไวต่อความเครียดในชีวิตประจำวันมากกว่าคนทั่วไป และเลือกใช้กลไกทางจิตในลักษณะที่ไม่เหมาะสม เช่น การถดถอย, การโทษคนอื่น และการแยกตนเอง เมื่อกลไกเหล่านี้ช่วยลดความกังวลได้ ก็จะกลายเป็นพฤติกรรมที่ถาวร นั่นคือเกิดการเรียนรู้ที่ผิดขึ้น จนกลายเป็นพยาธิสภาพต่อไป

4. ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม (Sociocultural factor)

สังคมและสิ่งแวดล้อมเป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับสาเหตุของโรคจิตเภท การศึกษาทางระบาดวิทยาส่วนใหญ่แสดงให้เห็นว่าโรคจิตเภทพบในหมู่ประชากรที่มีฐานะยากจนมากกว่ากลุ่มที่มีฐานะดี เชื่อว่าเป็นเพราะประชากรกลุ่มที่มีระดับเศรษฐกิจและสังคมต่ำต้องเผชิญกับความเครียดมากกว่าแต่ก็มีบางคนแย้งว่าการเจ็บป่วยเป็นโรคจิตเภทเรื้อรัง น่าจะเป็นสาเหตุทำให้สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมของผู้ป่วยตกต่ำลงมากกว่า

การศึกษาถึงความสัมพันธ์หรือบทบาทที่ผิดปกติในครอบครัวของผู้ป่วยโรคจิตเภท มีผู้รายงานไว้หลายอย่าง แต่ส่วนใหญ่ก็ไม่พบว่ามิลักษณะจำเพาะที่จะทำให้ป่วยเป็นโรคนี้ บางรายงานกล่าวถึงบทบาทที่กลับกันระหว่างพ่อและแม่ของเด็กที่จะป่วยเป็นโรคจิตเภท บางรายงานกล่าวถึงพ่อแม่ที่มีความขัดแย้งกัน ซึ่งอาจไม่แสดงออกโดยตรง แต่มีการกระทบกระทั่งกัน เหมือนคลื่นใต้น้ำแล้วพยายามดึงเด็กมาเข้าข้างต้น

สมมติฐานเกี่ยวกับเจตคติหรือการสื่อสารที่ผิดปกติจากพ่อแม่ไปยังลูกคือ Double bind hypothesis ของ Bateson ซึ่งกล่าวถึงการสื่อความหมายในลักษณะที่กำกวมไปให้เด็กอยู่เป็นประจำ ทำให้เด็กไม่ทราบเจตนาหรือความต้องการที่แท้จริงของพ่อแม่ เด็กก็จะเกิดความสับสน และแสดงออกทั้งด้านความรู้สึกและพฤติกรรมแบบเดียวกัน เชื่อว่าอาจเป็นสาเหตุให้เกิด ambivalence ซึ่งเป็นอาการหนึ่งของโรคจิตเภท

ความผิดปกติของผู้เลี้ยงดูเด็ก เป็นสิ่งหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับการเจ็บป่วยเป็นโรคจิตเภทโดยเฉพาะแม่เป็นบุคคลที่มีความสำคัญที่สุด จากการศึกษาพบว่าแม่ที่มีลักษณะปกป้องลูกมากเกินไป มีความต้องการเข้าไปเกี่ยวข้องในทุก ๆ เรื่องของลูก แม้แต่การคิดและการตัดสินใจ จะทำให้มีความผิดปกติด้านพัฒนาการของ ego ของเด็ก อันนำไปสู่การเจ็บป่วยเป็นโรคจิตเภท บางคนจึงเรียกแม่ที่มีลักษณะแบบนี้ว่าเป็น Schizophrenogenic mother บางรายแม่เองมีความไม่มั่นคงทางจิตใจมาก และมีความต้องการพึ่งพิงต่อลูก ทำให้ความสัมพันธ์ผิดปกติไป บางรายอาจมีลักษณะความสัมพันธ์เป็นแบบ symbiotic relationship ก็มี

ลักษณะของอาการโรคจิตเภท⁽³⁾

โดยแบ่งตามการดำเนินของโรคออกเป็น 3 ระยะคือ

1. **ระยะเริ่มมีอาการ (prodromal)** ระยะนี้เป็นระยะเริ่มมีอาการน้อย ๆ ส่วนใหญ่การเปลี่ยนแปลงจะค่อยเป็นค่อยไป มักมีปัญหาในด้านหน้าที่ความรับผิดชอบหรือด้านสัมพันธภาพ การเรียนหรือ การทำงาน ญาติหรือคนใกล้ชิดมักเห็นว่าผู้ป่วยเปลี่ยนไปไม่เหมือนคนเดิม เริ่มแรกส่วนใหญ่มักเก็บตัวมากขึ้น เดิมวันหยุดเคยออกไปกับเพื่อนก็กลายเป็นไม่ไปไหน อาจขลุกอยู่แต่ในห้อง จะพบคนในบ้านก็ต่อเมื่อถึงเวลากินข้าว อาจหันไปสนใจในเรื่องด้านปรัชญา ศาสนา จิตวิทยา หรือเรื่องของไสยศาสตร์ บางคนก็หันไปหมกมุ่นกับบางสิ่งบางอย่างอย่างมาก เช่น สะสมพระเต็มห้อง ทั้ง ๆ ที่เดิมไม่เคยสนใจมาก่อน หากเป็นนักเรียนผลการเรียนเริ่มตกต่ำลง ครูอาจรายงานว่าเด็กมักเหม่อลอย หรือไม่ค่อยสนใจการเรียนเพื่อน ๆ มีความรู้สึกที่ผู้ป่วยห่างไปจากกลุ่ม มีความคิด คำพูด หรือบางครั้งมีพฤติกรรมที่ดูแล้วแปลก แต่ก็ไม่ถึงกับผิดปกติชัดเจน มีบ้างอาจเห็นว่าผู้ป่วยกลายเป็นคนขี้เกียจ วันหยุดก็ตื่นสาย บางที่ตื่นมาก็กินข้าวเที่ยงเลย การสนใจเรื่องของร่างกาย หรือแต่งกายลดลง จากเดิมเป็นคนสะอาด กลายเป็นมีเสื้อผ้ากองอยู่เกลื่อนห้อง กางเกงตัวหนึ่งใส่หลายวันโดยไม่ซัก เวลาถามเรื่องเหล่านี้มักมีข้ออ้างต่าง ๆ นานา มีการใช้คำหรือสำนวนแปลก ๆ ระยะนี้อาจนานเป็นเดือน ถึงเป็นปี ช่วงที่ผู้ป่วยดื่มสุรามากหรือเครียดจัด ๆ อาจเห็นชัดว่าไม่ค่อยปกติ ในบางคนอาจไม่เห็นระยะนี้ชัดเจน พอมีเรื่องกดดันจิตใจก็เกิดอาการโรคจิตรุนแรงขึ้นมาเลยก็มี

2. **ระยะอาการกำเริบ (active phase)** ผู้ป่วยบางคนอาจมีระยะเริ่มต้นไม่ถึงเดือน อาการก็เป็นมากขึ้นเรื่อย ๆ จนถึงขั้นอาการกำเริบ ในขณะที่บางคนระยะแรกอาจนานหลาย ๆ เดือน ก่อนที่อาการจะกำเริบ ส่วนใหญ่แล้วอาการจะกำเริบ เมื่อผู้ป่วยเผชิญกับความกดดันทางจิตใจ เช่น ตกงาน ถูกย้าย สอบตก เป็นต้น ในระยะนี้ความผิดปกติจะเริ่มเห็นเด่นชัด อาการของโรคจิต เช่น อาการหลงผิด หูแว่ว หวาดระแวงว่าคนมาทำร้าย หรือพูดแล้วคนอื่นฟังไม่เข้าใจ จะปรากฏชัด จะพบว่าคนที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทมีอาการในระยะกำเริบที่พบบ่อย ๆ ดังนี้

1) **อาการหลงผิด (delusions)** ได้แก่ การที่ผู้ป่วยมีความเชื่อผิดไปจากความเป็นจริง และเป็นความเชื่อที่ฝังแน่น ไม่ว่าจะมึหลักฐานหรือเหตุผลมาหักล้าง ผู้ป่วยก็ยังคงไม่เปลี่ยนความเชื่อของตน ความหลงผิดที่พบในโรคจิตเภทมักมีหลายรูปแบบ เช่น

- หวาดระแวง (persecutory delusions) เชื่อว่ามีคนปองร้ายหรือไม่ประสงค์ดีกับตนเอง เชื่อว่าตนเองถูกกลั่นแกล้ง มีคนปองร้ายอาจเป็นคน ๆ เดียวหรือเป็นขบวนการ
- หลงผิดว่าเรื่องต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นรอบตัวล้วนแต่เกี่ยวข้องกับตนเอง (delusions of reference)
ผู้ป่วยมักดึงเรื่องต่าง ๆ รอบตัวมาเชื่อมโยงกับตนเอง เช่น เห็นคนคุยกันก็เชื่อว่าเขาคุยเรื่องตนเอง อ่านหนังสือพิมพ์ก็รู้สึกว่าเขาเรื่องของตนเองไปเขียน ดูโทรทัศน์ก็รู้สึกว่าเป็นเรื่องในโทรทัศน์เกี่ยวข้องกับตนเอง
- หลงผิดคิดว่าตนเองเป็นเทพ เป็นเจ้า หรือเป็นคนสำคัญกลับชาติมาเกิด (grandiose delusions) บางครั้งความหลงผิดอาจเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับทางศาสนา (religious delusions) เช่น เชื่อว่า ตนเองเป็นพระพุทธเจ้า ตนเองตรัสรู้ คนไทยเราบางครั้งก็เชื่อเรื่องการมีองค์อยู่ในตัว มักเกิดหลังจากผู้หนึ่งป่วยหนัก หมอทรงบอกว่ามีองค์ในตัวต้องทำพิธีครอบขันธุ์ เมื่อผู้ป่วยทำแล้วจึงหาย เกิดความเชื่อขึ้นมา ความเชื่อในลักษณะนี้เป็นความเชื่อทางวัฒนธรรม มากกว่าที่จะเป็นอาการหลงผิด
- หลงผิดเกี่ยวกับอาการทางกาย (somatic delusions) เช่น เชื่อว่าตนเองเป็นโรคใดโรคหนึ่งหรือเชื่อว่าร่างกายของตนเองผิดไปจากปกติ ไม่ว่าหมอมจะยืนยันอย่างไรก็ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงความเชื่อได้
- ความหลงผิดที่มีลักษณะแปลกพิลึกพิลั่น (bizarre delusions) เป็นความเชื่อที่ไม่ว่าใครได้ยืนยันก็รู้ว่าเป็นไปไม่ได้ เช่น เชื่อว่าตนมีเครื่องดักจับสัญญาณ คลื่นอยู่ในสมอง หรือมีอำนาจอะไรบางอย่างมาบังคับให้ตนเองต้องทำตามทุกอย่างโดยฝืนไม่ได้เลย เป็นความหลงผิดที่ไม่ค่อยพบในโรคจิตอื่น ๆ
- อาการหนึ่งที่พบบ่อยในคนไทย คือ ผู้ป่วยมักจะบอกว่าสามารถติดต่อทางกระแสจิตได้ (telepathy) ไม่ได้ยินเป็นเสียง แต่รู้ว่ามีคนมาสื่อสารเรื่องอะไร และมีการโต้ตอบกันในความคิด อาการนี้ต่างจากอาการ thought broadcasting โดยที่ใน thought broadcasting นั้นผู้ป่วยจะมีความรู้สึกที่ความคิดของตนกระจายออกไป คนรอบข้างรับรู้ได้ แต่ใน telepathy นั้นเป็นการสื่อสารเฉพาะบุคคล ความคิดไม่ได้กระจายไปทั่ว

2) อาการประสาทหลอน (hallucinations) ประสาทหลอนคือ การมีการรับรู้ทั้ง ๆ ที่ไม่มีสิ่งกระตุ้น ซึ่งเป็นได้กับการรับรู้ทั้งทางรูป รส กลิ่น เสียง และสัมผัส อาการประสาทหลอนที่พบบ่อยคือ เสียงแว่ว โดยผู้ที่เป็นมักได้ยินเสียงคนพูดเป็นเรื่องเป็นราว และขณะที่ได้ยินก็รู้ตัวที่อยู่ตลอด มิใช่ได้ยินเพียงแต่เสียงคนเรียกชื่อบางครั้ง หรือได้ยินเฉพาะตอนเคลิ้มหลับเท่านั้น ลักษณะที่พบบ่อยคือ แว่วเสียงคนพูดคุยกัน หรือวิพากษ์วิจารณ์ตัวผู้ป่วย (voices arguing or discussing) หรืออาจเป็นเสียง ๆ เดียวคอยพูดต่อว่า หรือผู้ป่วยจะทำอะไร

ก็ถูกวิจารณ์ไปหมด (voices commenting) จนผู้ที่เป็นรู้สึกทุกข์ทรมานมาก บางคนบอกว่าฉันไม่อยากจะคิด ไม่อยากจะทำอะไร เสียงนี้ได้ยินไม่เป็นเวลา กลางวันหรือกลางคืนได้ยินพอ ๆ กัน เสียงแว่วนี้ จะเบาลงหากผู้ป่วยมีสิ่งที่กำลังสนใจฟังอยู่ และจะดังชัดเจนมากขึ้นหากขณะนั้นรอบตัวไม่มีเสียงชัดเจน ประสาทหลอนที่พบรองลงไปคือ ภาพหลอน อาจเห็นคนใกล้ขีด เห็นเจ้าพ่อเจ้าแม่ ส่วนใหญ่จะเห็นสีสັນ รายละเอียดชัดเจนและมักมีหูแว่วร่วมด้วย ประสาทหลอนชนิดอื่น ๆ เช่น ได้กลิ่นแปลก ๆ หรือลิ้นรับรูรสแปลก ๆ อาจพบได้แต่ไม่บ่อย

3) **อาการด้านความคิด** ผู้ป่วยมักมีความคิดในลักษณะที่มีเหตุผลแปลก ๆ ไม่เป็นเหตุเป็นผล หรือไม่เหมาะสม หมกมุ่นกับความคิดที่ตนเองเข้าใจคนเดียว (autistic thinking) เช่นมักไปยืนหน้าต้นไม้ข้างบ้านทุกเช้าก่อนออกจากบ้าน ตามก็บอกว่าเป็นการเคารพผู้อาวุโส จะเป็นเป็นศรีเมงคล เพราะต้นไม้มีคุณค่าแก่โลกและยังมีอายุที่ยืนนานกว่าคนเป็นต้น ผู้ป่วยไม่สามารถรวบรวมความคิดให้เป็นไปในแนวทางเดียวกันตลอดได้ ซึ่งจะแสดงออกมาให้เป็นโดยผ่านทาง การพูดสนทนา โดยเป็นการพูดจาที่ไม่ต่อเนื่องกัน พูดเรื่องหนึ่งยังไม่ทันจบก็เปลี่ยนเรื่องทันที โดยอีกเรื่องหนึ่งไม่เกี่ยวเนื่องกันกับเรื่องเดิม หรืออาจเกี่ยวเนื่องเพียงเล็กน้อย (loosening of association) หรืออาจพบว่าตอบไม่ตรงคำถามเลย (irrelevant answer) หากเป็นมาก ๆ การวางคำในตัวเองจะสับสนไปหมด ทำให้ฟังไม่เข้าใจเลย (incoherent speech) บางคนอาจใช้คำแปลก ๆ ที่ไม่มีใครเข้าใจนอกจากตนเอง (neologism) ผู้ป่วยทั้งหมดจะไม่คิดว่าตนเองผิดปกติไป (lack of insight) เขาเชื่อว่าสิ่งที่เกิดขึ้นกับเขาเป็นเรื่องจริง อาการนี้ยากต่อการรักษา ในบางครั้งแม้มีอาการอื่น ๆ เช่น อาการหูแว่วดีขึ้นแล้ว ผู้ป่วยก็อาจมีอาการนี้อยู่

4) **อาการด้านพฤติกรรม** พฤติกรรมในช่วงนี้จะเปลี่ยนไปอย่างเห็นได้ชัด ซึ่งอาจเป็นจากความหลงผิด ประสาทหลอน หรือเป็นจากความคิดแปลก ๆ ของผู้ป่วย บางรายเก็บตัวมากยิ่งขึ้น อยู่แต่ในห้อง ไม่อาบน้ำหลาย ๆ วันติดกัน ผมเผ้ารุงรัง กลางคืนไม่นอน ชอบเดินไปเดินมา หรือทำท่าทางแปลก ๆ บางครั้งจู้ ๆ ก็ตะโกนโวยวาย หรือหัวเราะขึ้นมา หรือยิ้มกริ่มทั้งวัน แต่งเนื้อแต่งตัวแปลก ๆ เช่น สวมเสื้อผ้าหลายตัวทั้ง ๆ ที่อากาศร้อน ผู้ป่วยอาจไม่สนใจสิ่งรอบตัว ปล่อยให้ห้องสกปรกมีเศษขยะเกลื่อนห้อง บางคนจะควบคุมตัวเองไม่ค่อยได้ กลายเป็นคนหงุดหงิดฉุนเฉียวง่าย มีพฤติกรรมก้าวร้าว อย่างที่เดิมไม่เคยเป็นมาก่อน โดยเฉพาะหากญาติไปขัดใจ หรือห้ามไม่ให้ทำอะไรบางอย่าง ซึ่งอาการเช่นนี้มักก่อความเดือนร้อนแก่ญาติมาก จนต้องพามาพบแพทย์

5) **อาการทางอารมณ์** อาจพบว่าผู้ป่วยมีลักษณะเฉยเมย ไร้อารมณ์ บางคนอาจมีอาการแสดงออกของอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม เช่น หัวเราะร่วน หรือหัวเราะคิกคักคนเดียว ทั้ง ๆ ที่ไม่มีเรื่องน่าขำ อารมณ์เศร้าพบได้บ่อยเช่นกัน โดยเฉพาะในระยะที่อาการโรคจิตดีขึ้น

มีอาการรูปแบบหนึ่งซึ่งเรียกว่าอาการด้านลบ (negative symptoms) คือผู้ป่วยขาดในสิ่งที่ควรจะมีในคนทั่วไปได้แก่

1. Alogia พูดน้อยหรือไม่ค่อยพูด เนื้อหาที่พูดมีน้อย ใช้เวลานานกว่าจะตอบ
2. Affective flattening การแสดงออกทางด้านอารมณ์ลดลงมาก หน้าตาเฉยเมย ไม่ค่อยสบตาแม้ว่าบางครั้งอาจยิ้มหรืออารมณ์ดีบ้าง แต่โดยรวมแล้วการแสดงออกลดลงมาก
3. Avolition – apathy ขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยชาลง ไม่สนใจเรื่องการแต่งกาย แต่งตัวมอซอ เฉื่อยชาลงมาก ไม่สนใจเรื่องเรียนหรือทำงาน ผู้ป่วยอาจอยู่เฉย ๆ ทั้งวัน โดยไม่ทำอะไร
4. Anhedonia – asociality ไม่มีกิจกรรมที่สนุกสนาน เก็บตัว ไม่ค่อยแสดงออก หรือไม่สนใจคบหาสมาคมกับใคร ใครชวนไปไหนมักปฏิเสธ อาการด้านลบในลักษณะนี้อาจเริ่มเห็นตั้งแต่ระยะเริ่มแรกที่ยังไม่มีอาการกำเริบที่ชัดเจนในบางคนอาการเด่นจะแสดงออกมาในลักษณะนี้ โดยไม่พบว่ามีอาการหลงผิดหรือประสาทหลอนที่ชัดเจนเลยก็มี

แนวโน้มในปัจจุบันเชื่อว่าอาการของโรคจิตเภทอาจแบ่งออกเป็นมิติ (dimensions) ที่สำคัญได้ 3 มิติได้แก่

1. อาการโรคจิต (psychoticism) ได้แก่อาการหลงผิด ประสาทหลอน
2. อาการที่บ่งถึงแนวความคิดและพฤติกรรมที่ไม่เป็นระบบ กระจาย (disorganization) เช่นพูดจาวกวน การแสดงออกทางอารมณ์ไม่เหมาะสม หรือพฤติกรรมที่คาดเดาไม่ได้
3. อาการด้านลบ (negative symptom) เช่นเฉื่อยชา เฉยเมย

ใน 2 มิติแรก บางคนอาจเรียกว่าเป็นอาการทางด้านบวก (positive symptoms) ผู้ป่วยอาจมีอาการในแต่ละด้านมากน้อยแตกต่างกันในแต่ละช่วงเวลา

3. **ระยะอาการทุเลา (stabilization phase)** เป็นระยะที่อาการต่าง ๆ ในช่วงที่กำลังทุเลาลง อาการหลงผิด หรือประสาทหลอนน้อยลง พฤติกรรมจะอยู่กับร่องกับรอยมากขึ้น

พูดจาฟุ้งซ่านเรื่องขึ้น ระยะนี้จะนานประมาณ 6 เดือน หลังจาก ที่เริ่มมีอาการกำเริบ บางรายอาจนานกว่านี้

การวินิจฉัย.

ระยะอาการคงที่ (Stable phase) ระยะนี้เป็นระยะอาการต่างๆเริ่มคงที่ หรือหากจะมีก็ไม่รุนแรงเท่ากับระยะอาการกำเริบ ผู้ป่วยบางคนอาจไม่มีอาการเลย ในขณะที่บางคนอาการไม่ได้ออกเป็นอาการโรคจิตชัดเจน เช่น อาการเครียด หงุดหงิด วิตกกังวลง่าย หรือนอนไม่หลับเป็นครั้งเป็นคราว บางคนอาจมีอาการด้านบวกหลงเหลืออยู่บ้าง เช่น มีความคิดแปลกๆ เชื่อในเรื่องไสยศาสตร์ หรือโชคลาง บางครั้งรู้สึกกระแวงแต่ไม่ถึงกับปักใจเชื่อ อาการด้านลบมักพบบ่อยในระยะนี้

เกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเภทซึ่งนิยมใช้กันโดยทั่วไปมี 2 ระบบ ได้แก่ The Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders, Forth edition (DSM-IV) ซึ่งเป็นการจัดระบบการวินิจฉัยของโรคทางจิตเวชของสมาคมทางจิตแพทย์ทางอเมริกัน และ The 10th Edition of the International Classification of Diseases ซึ่งนิยมเรียก ICD-10 ของ องค์การอนามัยโลก แม้ว่าเกณฑ์ในการวินิจฉัยทั้ง 2 ชุด นี้ค่อนข้างใกล้เคียงกัน แต่ก็ยังมีบางส่วนที่แตกต่างกันบ้างนอกจากการใช้เกณฑ์การวินิจฉัยที่อาจแตกต่างกันได้แล้ว ยังตระหนักด้วยว่าอาการของคนไข้แต่ละอาการอาจมีความหมายแตกต่างกันออกไปตามวัฒนธรรมและศาสนา ตัวอย่างเช่น ความเชื่อในวัฒนธรรมหนึ่งเห็นว่าเป็นอาการหลงผิด ในวัฒนธรรมอื่น อาจเห็นว่าเป็นเรื่องปกติก็ได้ นอกจากนี้การมีหูแว่ว หรือเห็นภาพหลอนที่เกี่ยวข้องกับศาสนา (เช่น ได้ยินเสียงพระเจ้า ในชาวคริสเตียน) อาจถือได้ว่าเป็นเรื่องปกติในบางวัฒนธรรมและควรตระหนักด้วยการแสดงออกทางด้านอารมณ์ และภาษาภายในแต่ละวัฒนธรรมอาจแตกต่างกันออกไป

เกณฑ์การวินิจฉัยโรคจิตเภทของ DSM-IV

เกณฑ์การวินิจฉัยมีด้วยกันทั้งหมด 6 ข้อ จาก A. ถึง F. เกณฑ์ข้อ A. ยังแบ่งวินิจฉัยย่อยออกไปอีก การที่ผู้ป่วยจะได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทจะต้องมีลักษณะครบเกณฑ์ทั้ง 6 ข้อ

- A. **ลักษณะอาการจำเพาะ** : มีอาการต่อไปนี้อย่างน้อยสองข้อขึ้นไป โดยมีอาการอยู่นานพอสมควรในช่วงเวลา 1 เดือน (หรือน้อยกว่านี้หากรักษาได้ผล)
1. อาการหลงผิด (delusion)
 2. อาการประสาทหลอน (hallucination)

3. ลักษณะคำพูดไม่ต่อเนื่องกัน พูดจาสับสน เข้าใจยาก (disorganize speech) เช่นมี derailment หรือ incoherence อยู่บ่อย ๆ
4. มีพฤติกรรมไม่เคลื่อนไหว (catatonia) หรือมีพฤติกรรมที่ผิดปกติที่เห็นได้อย่างชัดเจน
5. อาการด้านลบ (negative symptoms) เช่น อารมณ์เฉยเมย (affective flattening), พูดน้อยหรือไม่พูด (alogia), ขาดความกระตือรือร้น (avolition)

หมายเหตุ : เพียงอาการเดียวในข้อ A. ก็เพียงพอ หากอาการหลงผิดเป็นแบบ bizarre หรืออาการประสาทหลอนเป็นเสียงพูดวิพากษ์วิจารณ์พฤติกรรมหรือความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วย หรือมีเสียงตั้งแต่สองเสียงพูดจาทอบได้กัน

- B. **มีปัญหาด้านสังคมหรือการทำงาน :** ตั้งแต่เริ่มเจ็บป่วย กิจกรรมสำคัญ ๆ ของผู้ป่วยบกพร่องลงจากระดับเดิมก่อนป่วยอย่างชัดเจน อย่างน้อยหนึ่งด้านขึ้นไป เช่น การทำงาน สัมพันธภาพกับผู้อื่น หรือการดูแลตนเอง โดยมีปัญหานี้อยู่นานพอสมควร
- C. **ระยะเวลา :** มีอาการของความผิดปกติอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน ซึ่งภายใน 6 เดือนนี้ต้องมีอาการตามเกณฑ์ข้อ A. (ระยะอาการกำเริบ) นานอย่างน้อย 1 เดือน (หรือน้อยกว่านี้หากรักษาได้ผล) และอาจนับรวมถึงระยะที่มีอาการเริ่มต้น (prodromal symptoms) หรือระยะหลงเหลือของอาการ (residual symptom) ด้วย
- D. **ไม่รวมถึง schizoaffective disorder และ mood disorder :** ต้องแยกโรค schizoaffective และ mood disorder ที่มีอาการโรคจิต
- E. **ไม่รวมถึงภาวะจากการใช้สารหรือโรคทางกาย :** อาการไม่ได้เป็นผลโดยตรงด้านสรีรวิทยาจากสาร เช่น สารเสพติด ยา หรือ ภาวะความเจ็บป่วยทางกาย
- F. **ความเกี่ยวข้องกับ pervasive developmental disorder :** หากมีประวัติ autistic อาการหลงผิดหรือประสาทหลอนอย่างชัดเจนนานอย่างน้อย 1 เดือน (หรือน้อยกว่านี้หากรักษาได้ผล)

DSM-IV ระบุว่า การดำเนินโรคของโรคจิตเภทนั้น จะต้องใช้เวลากการติดตามดูอาการไประยะหนึ่ง เพื่อให้สามารถบอกได้แน่นอนขึ้น การที่ต้องประเมินอาการในระยะยาวนั้น

จะช่วยให้แพทย์ตัดสินใจเลือกวิธีการรักษา ได้อย่างเหมาะสมขึ้น อีกทั้งยังช่วยดูว่าผู้ป่วยตอบสนองต่อการรักษาหรือไม่อย่างไร

ในการระบุการดำเนินของโรคว่าจะเป็นชนิดใดตามที่จะได้กล่าวต่อไปนี้ นั่นผู้ป่วยจะต้องป่วยมาแล้วอย่างน้อย 1 ปี โดยนับจากระยะเริ่มต้นมีอาการกำเริบ

Episodic with interepisode residual symptoms : เมื่อการดำเนินโรคเป็นแบบมีระยะอาการกำเริบตามเกณฑ์ข้อ A. ของโรคจิตเภทเป็นช่วง ๆ ร่วมกับมีอาการหลงเหลือที่มีความสำคัญทางคลินิกในระหว่างนั้นสามารถระบุเพิ่มเติมหากอาการระหว่างนั้นเป็นอาการลบอย่างชัดเจน

Episodic with no interepisode residual symptoms : เมื่อการดำเนินโรคเป็นแบบมีระยะอาการกำเริบตามเกณฑ์ข้อ A. ของโรคจิตเภทเป็นช่วง ๆ และไม่มีอาการหลงเหลือที่มีความสำคัญทางคลินิกระหว่างนั้น

Continuous : เมื่อตลอดระยะเวลาของการดำเนินโรค (หรือแทบตลอด) ผู้ป่วยมีอาการตามเกณฑ์ ข้อ A. สามารถระบุเพิ่มเติมหากมีอาการเด่นด้านลบร่วมด้วย

Single episode in partial remission : เมื่อผู้ป่วยมีอาการตามเกณฑ์ ข้อ A. ของโรคจิตเภทหนึ่งครั้งร่วมกับมีอาการหลงเหลือที่มีความสำคัญทางคลินิที่อยู่บ้างสามารถระบุเพิ่มเติมหากอาการหลงเหลือเหล่านี้ประกอบด้วยอาการเด่นด้านลบ

Single episode in full remission : เมื่อผู้ป่วยมีอาการตามเกณฑ์ ข้อ A. ของโรคจิตเภทเพียงครั้งเดียว และไม่มีอาการหลงเหลือที่มีความสำคัญทางคลินิคหลังจากนั้น

Other or unspecified pattern : หากมีการดำเนินโรคเป็นแบบอื่น ๆ หรือไม่สามารถระบุได้

การแบ่งกลุ่มย่อย

การจัดกลุ่มย่อยนั้นพิจารณาจากอาการที่แสดงออกมาเด่นชัดในช่วงเวลาหลังสุดที่ได้ประเมินอาการ เนื่องจากอาการของผู้ป่วยอาจเปลี่ยนแปลงไปได้ตามระยะเวลาที่เป็น ดังนั้น กลุ่มย่อยของโรคที่ผู้ป่วยจึงอาจเปลี่ยนแปลงตามไปด้วย ตามเกณฑ์วินิจฉัยตาม DSM-IV โรคจิตเภทแบ่งออกตามลักษณะอาการทางคลินิคได้ออกเป็น 5 กลุ่ม คือ

1. **กลุ่ม Paranoid** เป็นโรคจิตเภทที่พบมากที่สุด โดยมีลักษณะสำคัญคือ หมกมุ่นอยู่กับอาการหลงผิดตั้งแต่หนึ่งเรื่องขึ้นไป หรือมีอาการหูแว่วเกิดขึ้นบ่อย ๆ และไม่มีอาการต่อไปนี้เป็นอาการเด่น เช่น อาการพูดจาสับสน, พฤติกรรมวุ่นวาย หรือ catatonic,

อารมณ์เฉยเฉย หรือไม่เหมาะสม โรคจิตเภทกลุ่มย่อย Paranoid นี้ผู้ป่วยที่เป็นมักเป็นครั้งแรก ในขณะที่อายุค่อนข้างมากกว่ากลุ่มย่อยอื่น ๆ มาก โดยเฉพาะในแง่ของการทำงาน และการเข้าสังคม

2. กลุ่ม Disorganized (Hebephrenic) มีลักษณะอาการสำคัญคือ ความคิดกระจัดกระจายไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน มีการแสดงออกทางคำพูดหรือท่าทาง เช่น พูดจาสับสน พฤติกรรมวุ่นวายไม่เป็นเรื่องเป็นราว การแสดงออกทางอารมณ์ไม่เหมาะสม ระยะอาการของโรคครั้งแรกในผู้ป่วยกลุ่มนี้จะต่ำกว่ากลุ่ม Paranoid โดยจะมีอายุอยู่ระหว่าง 15 ถึง 25 ปี ผู้ป่วยโรคจิตเภทกลุ่มนี้มักมีอาการอยู่ตลอด ไม่มีช่วงหายจากอาการอย่างชัดเจน มีความบกพร่องทางด้านสังคมมาก ความสามารถในด้านต่าง ๆ ในระยะยาวแล้วจะเสื่อมลงอย่างมาก

3. กลุ่ม Catatonic ผู้ป่วยโรคจิตเภทกลุ่มนี้เดิมเคยพบบ่อย อย่างไรก็ตามในปัจจุบันนี้พบกลุ่มนี้ได้ไม่มากเนื่องจากรักษาด้วยยาช่วงหลังมีประสิทธิภาพมากขึ้น อาการเด่นของกลุ่มนี้คือ การรับรู้และการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมลดลงอย่างมาก ร่วมกับการเคลื่อนไหวทางร่างกายลดลง (catatonia stupor) มีการขยับขึ้นต่อคำสั่งทุกคำ อย่างไม่มีเหตุผลหรือขยับขึ้นต่อความพยายามที่จะให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหว โดยการนิ่งอยู่ในท่าใดท่าหนึ่ง (negativism) ไม่พูด (mutism) ท่าทางแข็งเกร็ง วุ่นวาย มีการเคลื่อนไหวมาก (excitement) การตอบสนองโดยรวมลดลงโดยมีอาการตกอยู่ในภวังค์หรืออยู่ในท่าใดท่าหนึ่งเป็นเวลานาน (catalepsy) และผู้ป่วยจะอยู่ในท่าทางแปลก ๆ อย่างจงใจ (posturing) ผู้ป่วยกลุ่มนี้ควรได้รับการประเมินอาการอย่างละเอียด เนื่องจากอาการนี้อาจพบได้ในโรคทางจิตเวช กลุ่มอื่น ๆ และโรคทางกายอีกหลาย ๆ โรค

4. กลุ่ม Undifferentiated ผู้ป่วยกลุ่มนี้เข้าตามเกณฑ์ในข้อ A. ของ DSM-IV แต่จะมีลักษณะอาการต่าง ๆ ไม่เข้าเกณฑ์สำหรับกลุ่ม paranoid, disorganized หรือ catatonic บางครั้งแพทย์อาจติดตามอาการของผู้ป่วยในระยะหนึ่ง อาจเห็นอาการได้ชัดเจนขึ้นว่าอาการของผู้ป่วยน่าจะอยู่เข้ากันได้กับกลุ่มย่อยอื่น ๆ

5. กลุ่ม Residual ผู้ป่วยกลุ่มนี้เคยมีอย่างน้อยหนึ่งครั้งที่มีอาการโรคจิตครบตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคจิตเภทของ DSM-IV และในปัจจุบันไม่มีอาการโรคจิตให้เห็นชัดเจนแล้ว อย่างไรก็ตามผู้ป่วยอาจมีความผิดปกติหลงเหลืออยู่ เช่น มีอาการในกลุ่มอาการด้านลบ หรือมีอาการตามเกณฑ์ ข้อ A. ใน DSM-IV อยู่สองอาการ หรือมากกว่า แต่อาการไม่รุนแรง ผู้ป่วยกลุ่มนี้อาจมีอาการเช่นนี้ไปเรื่อย ๆ หลาย ๆ ปี หรือ อาจเป็นแค่ระยะเวลาหนึ่ง โดยที่อาการอยู่ในช่วงคาบเกี่ยวระหว่างอาการกำเริบที่รุนแรง กับช่วงที่อาการสงบ

แนวทางในการวินิจฉัยโรคจิตเภทและการประเมินอาการ

1. การสัมภาษณ์ทางจิตเวช การสัมภาษณ์ทางจิตเวชเป็นขั้นตอนการตรวจวินิจฉัยที่สำคัญที่สุด โดย จะสอบถามข้อมูลต่าง ๆ จากผู้ป่วยและผู้ที่เกี่ยวข้อง (เช่น คนในครอบครัว ตำรวจ บุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง) ได้แก่

- อาการที่สำคัญ
- ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน
- ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วย และสิ่งแวดล้อมรอบตัว
- ประวัติการใช้สุรา ยา และสารเสพติด

ในด้านประวัติปัจจุบันจะประเมินว่าผู้ป่วยมีอาการสำคัญอะไร (เช่น หลงผิด ประสาทหลอน) ในช่วงของการเจ็บป่วยครั้งนี้ และเริ่มมีอาการอย่างไร ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์นี้บางส่วนจะบันทึกไว้ในประวัติปัจจุบัน และบางส่วนอาจบันทึกลงในส่วนของการตรวจสภาพจิต

ประวัติการพัฒนาการและประวัติทางสังคมของผู้ป่วยได้มาจากการสัมภาษณ์เช่นกัน โดยข้อมูลจะรวบรวมมาจากหลาย ๆ แหล่ง ทั้งจากผู้ป่วย ผู้เกี่ยวข้องใกล้ชิด และจากการบันทึกประวัติทางการแพทย์ของผู้ป่วย

- สัมพันธภาพของผู้ป่วยที่มีต่อบุคคลในครอบครัว
- ประสบการณ์ช่วงต้นชีวิตของผู้ป่วย
- ประวัติการศึกษา และทางสังคม
- สภาพสังคมรอบตัวที่มีส่วนช่วยเหลือค้ำจุนผู้ป่วย
- อิทธิพลของวัฒนธรรม ศาสนา และสังคมที่มีผลต่อการดำรงชีวิตของผู้ป่วย

2. ประวัติการเจ็บป่วยทางกายและทางจิตเวช ประวัติส่วนนี้ได้จากผู้ป่วย คนใกล้ชิด และบันทึกทางการแพทย์ โดยจะเป็นข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ของผู้ป่วยในอดีตและการรักษาทั้งทางกายและทางจิตเวช

3. ประวัติการเจ็บป่วยทางกายและทางจิตเวชในครอบครัว ประวัติส่วนนี้ได้จากผู้ป่วย บุคคลใกล้ชิด และจากบันทึกทางการแพทย์เช่นกัน โดยเป็นประวัติของบุคคลที่เป็นเครือญาติทั้งทางตรงและทางอ้อม (first and second degree relatives) ประวัติที่สำคัญ เช่น พี่น้องของผู้ป่วยเคยมีใครฆ่าตัวตายไหม หรือในครอบครัวมีใครที่เป็น Huntington's disease บ้าง

(Huntington's disease เป็นโรคทางระบบประสาทที่เรื้อรัง โดยผู้ป่วยมีอาการร่างกายเคลื่อนไหวผิดปกติทั้งที่หน้าและแขนขา ร่วมกับมีสติปัญญาเสื่อมลงเรื่อย ๆ

4. การตรวจสภาพจิต เป็นกระบวนการที่รวมทั้งการสังเกต การประเมินจากการสนทนาร่วมกับแบบคำถามที่มีการประเมินด้านต่าง ๆ ของผู้ป่วย โดยจะประเมินในเรื่อง

- ลักษณะท่าทางโดยทั่วไป ผู้ป่วยโรคจิตเภทอาจมีพฤติกรรมแปลก ๆ แต่งตัวแปลก ๆ
- อารมณ์ การแสดงออกของอารมณ์อาจไม่เหมาะสม หัวเราะ ยิ้มคนเดียว หรืออาจมีอาการเฉยเมย ไม่ค่อยแสดงออก
- การแสดงออกของความคิด กระบวนการคิดแสดงโดยผ่านการพูด ผู้ป่วยอาจพูดเนื้อหาไม่ต่อเนื่องกัน (loosening of association) ตอบไม่ตรงคำถาม
- เนื้อหาของความคิด เช่น อาการหลงผิด คิดอยากตาย และ/หรือ อยากทำร้ายผู้อื่น
- การรับรู้ เช่น ประสาทหลอน ที่พบบ่อย ได้แก่ auditory hallucination เสียงคนพูดวิจารณ์ หรือเสียงคนคุยกันเรื่องของผู้ป่วย
- คำถามที่ใช้เพื่อประเมินผู้ป่วยในเรื่องระดับการรับรู้ สติสัมปชัญญะ การรู้กาล/สถานที่ และหน้าที่ทาง cognitive ต่าง ๆ ได้แก่ สมาธิ/ความใส่ใจ ความจำทันทีหลังได้ข้อมูล ความจำระยะสั้น ความจำระยะยาว ความรู้รอบตัว ความสามารถในการคิดเชิงนามธรรม ความเข้าใจว่าตนเองป่วย ความสามารถในด้านความจำของผู้ป่วยมักไม่บกพร่อง ในด้านสมาธิอาจบกพร่องแต่ไม่มาก ผู้ป่วยอาจมีความคิดในเชิงนามธรรมแบบแปลก ๆ และแทบทุกรายไม่คิดว่าตนเองป่วย

5. การตรวจร่างกาย ควรตรวจร่างกายอย่างละเอียด รวมทั้งสอบถามอาการในทุก ๆ ระบบของร่างกาย เพื่อให้แน่ใจว่าผู้ป่วยไม่มีโรคทางกายที่อาจเป็นสาเหตุของอาการทางจิตนี้ โดยเฉพาะในการป่วยครั้งแรก นอกจากนี้ควรตรวจทางด้านประสาทวิทยาโดยละเอียด เพื่อให้แน่ใจว่าผู้ป่วยไม่มีโรคทางสมอง และผลการตรวจทางร่างกายยังมีส่วนช่วยในการตัดสินใจใช้ยา เพื่อให้มีผลเสียต่อผู้ป่วยน้อยที่สุด

6. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ อาจส่งผู้ป่วยตรวจเพิ่มเติมพิเศษทางห้องปฏิบัติการ ตามแต่ผลการประเมินเบื้องต้นว่ายังมีข้อสงสัยอะไรอีกหรือไม่ ทั้งนี้เพื่อยืนยันการตรวจ

วินิจฉัย หรือเพื่อช่วยให้แน่ใจว่าผู้ป่วยไม่ได้ป่วยด้วยโรคสำคัญอื่น ๆ เช่น การตรวจเลือด และ ปัสสาวะ หรือการตรวจพิเศษอื่น ๆ เช่น CT Scan, MRI

การดำเนินและการพยากรณ์โรค⁽³⁾

ส่วนใหญ่เริ่มมีอาการขณะอายุราว 20 ปี ถึง 30 ปีเศษ พบว่าเพศชายเริ่มมีอาการขณะอายุน้อยกว่าเพศหญิง พบน้อยที่มีอาการก่อนช่วงวัยรุ่น โรคนี้ยังพบได้ในผู้สูงอายุ เช่น เริ่มมีอาการภายหลังอายุ 45 ปี แต่พบไม่มาก ระยะเริ่มมีอาการจะค่อยเป็นค่อยไป ตามที่กล่าวมาแล้ว และมักจะพบอาการกำเริบเมื่อผู้ที่เป็นประสบกับความกดดันด้านจิตใจมาก ๆ

จากรายงานการศึกษาพบว่าในเรื่องของการดำเนินโรคมีความหลากหลายมาก ขึ้นอยู่กับเกณฑ์ที่ใช้ในการวินิจฉัย การคัดเลือกคนไข้ การจัดกลุ่มการดำเนินโรค การกำหนดวิธีการศึกษาแตกต่างกันออกไปโดยรวมพอจะสรุปได้คร่าว ๆ ว่าเมื่อติดตามไปเป็นระยะเวลา 10 – 20 ปี จะพบว่า

- ร้อยละ 20 – 30 สามารถใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้ (social remission)
- ร้อยละ 20 – 30 ยังคงมีอาการอยู่ปานกลาง
- ร้อยละ 40 – 60 ยังคงมีอาการมากอยู่ตลอด

การศึกษาขององค์การอนามัยโลก พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทในประเทศทางตะวันออกมีพยากรณ์โรคที่ดีกว่าผู้ป่วยทางตะวันตก ซึ่งสันนิษฐานว่าน่าจะเป็นจากการช่วยเหลือเกื้อกูลผู้ป่วยโดยญาติ ๆ มีมากกว่าทางตะวันตก โดยทั่วไปแล้วโรคนี้จะมีอาการรุนแรงมากที่สุดในช่วงวัยหนุ่มสาว (20 – 30 ปี) หลังอายุ 40 ปี อาการจะลดความรุนแรงลง จนเหลืออาการน้อยในช่วงวัย 50 – 60 ปี โดยอาการที่จะลดลงส่วนใหญ่มักเป็นอาการในด้านบวก ยังคงเหลืออาการอยู่บ้างในลักษณะของ residual schizophrenia การพยากรณ์โรคในผู้ป่วยแต่ละรายจะไม่เหมือนกันขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลกระทบต่อตัวโรคและจิตใจของผู้ป่วย ดังตารางที่ 1

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 1 ปัจจัยที่มีผลต่อการพยากรณ์โรค

การพยากรณ์โรคดี	การพยากรณ์โรคไม่ดี
1. เริ่มมีอาการขณะอายุมาก	1. เริ่มมีอาการขณะอายุน้อย
2. มีปัจจัยกระตุ้นชัดเจน	2. ไม่พบปัจจัยกระตุ้น
3. อาการเกิดขึ้นเฉียบพลัน	3. อาการเป็นแบบค่อยเป็นค่อยไป
4. มีอาการด้านอารมณ์ร่วมด้วย	4. อารมณ์เรียบเฉยแยกตัวเอง
5. ลักษณะอาการแบบ paranoid หรือ catatonic	5. ลักษณะอาการแบบ disorganized หรือundifferentiated
6. เป็นกลุ่มอาการทางด้านบวก	6. เป็นกลุ่มอาการด้านลบ
7. การเข้าสังคมและหน้าที่การงานเดิมดีก่อนเกิดอาการ	7. การเข้าสังคมและหน้าที่การงานเดิมไม่ดีก่อนเกิดอาการ
8. มีประวัติ mood disorder ในครอบครัว	8. มีประวัติโรคจิตเภทในครอบครัว
9. เป็นมาไม่นานก่อนรักษา	9. เป็นมานานก่อนรักษา
10. สมรสหรือมีญาติช่วยเหลือใกล้ชิด	10. โสด ไม่มีคนช่วยเหลือดูแล

การรักษา⁽³⁾

เนื่องจากสาเหตุของโรคไม่ได้เกิดจากปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งเพียงด้านเดียว การที่สาเหตุมาจากหลาย ๆ ทางทำให้ยากแก่การรักษาที่เหมาะสม นี่คือนัยในเหตุผลของการรักษาผู้ป่วยที่ไม่เหมือนกัน การรักษาที่มีการผสมผสานทั้งการรักษาด้วยยา การรักษาทางจิตสังคม และการฟื้นฟูสภาพ เป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยให้ผลการรักษาและคุณภาพชีวิตผู้ป่วยออกมาดี

หลักในการรักษา อาจแบ่งออกเป็น 3 ลักษณะใหญ่ ตามอาการได้แก่

1. **การรักษาในระยะอาการกำเริบ (acute treatment)** หมายถึงการรักษาในระยะที่ผู้ป่วยโรคจิตเภทเริ่มมีอาการด้านบวกกำเริบ ทั้งในการป่วยครั้งแรก หรือครั้งถัด ๆ มา

เป้าหมายของการรักษาคือ

- ควบคุมอาการที่กำเริบได้โดยเร็ว
- จัดสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย
- ควบคุมอาการก้าวร้าวรุนแรง
- สร้างสัมพันธภาพในการรักษากับผู้ป่วยและญาติ ควรให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการรักษาตั้งแต่เริ่มแรก ซึ่งเป็นระยะที่ญาติเห็นความสำคัญของการรักษาเพื่อที่เขาจะได้ให้ความร่วมมือด้วยดีในระยะต่อ ๆ ไป

ในระยะนี้การปรับขนาดยาและการให้การช่วยเหลือในด้านจิตสังคมอย่างจริงจังเป็นเรื่องสำคัญ ผู้ป่วยที่มีอาการครั้งแรกต้องทำการตรวจอย่างละเอียดรวมทั้งตรวจพิเศษตามที่เห็นว่าจำเป็น เพื่อแยกจากโรคทางกาย หรือ จากสาร ที่ทำให้เกิดอาการคล้ายคลึงกับโรคจิตเภท

ในระยะที่ผู้ป่วยมีอาการกำเริบนี้ จะรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาลในกรณีต่อไปนี้

- มีพฤติกรรมเป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น หรือก่อความเดือดร้อนรำคาญแก่ผู้อื่น
- มีปัญหาอื่น ๆ ที่ต้องดูแลใกล้ชิด เช่น มีอาการข้างเคียงจากยารุนแรง
- เพื่อควบคุมเรื่องยา ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานยา
- มีปัญหาในการวินิจฉัย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่สงสัยว่าจะเป็นโรคทางกาย

การรับผู้ป่วยเอาไว้ในโรงพยาบาลจะช่วยลดความเครียดที่มีในผู้ป่วยและครอบครัวลง ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลจากบุคลากรทางด้านจิตเวชซึ่งจะช่วยในด้านต่าง ๆ ที่มีปัญหามากเกินไปจากเรื่องยา สิ่งที่ต้องระวังในระยะยาวนี้คือ ความคิดฆ่าตัวตาย ควรถามทุกครั้ง รวมทั้งเสียงแว่วที่สั่งหรือกระตุ้นให้ผู้ป่วยทำร้ายตัวเอง ผู้ป่วยที่มีลักษณะเหล่านี้จะต้องให้การดูแลอย่างใกล้ชิด อาจก่อความรุนแรงหรืออาจทำอันตรายต่อผู้อื่น

การรักษาทางจิตสังคมในระยะนี้จะเน้นการลดสิ่งเร้าหรือความกดดันที่มีต่อผู้ป่วย ในด้านสิ่งแวดล้อมควรส่งเสริมความรู้สึกผ่อนคลายสงบ หลีกเลี่ยงการกระตุ้นผู้ป่วยหรือให้ทำกิจกรรมที่ยุ่งยากหรือต้องใช้สมาธิความตั้งใจมาก การสื่อสารควรสั้น ๆ ชัดเจน กิจกรรมประจำวันควรชัดเจนแน่นอน

2. การรักษาในระยะอาการทุเลา (stabilization phase) ระยะนี้อาการต่าง ๆ ที่กำเริบเริ่มทุเลาลง ผู้ป่วยเริ่มพอที่จะควบคุมตัวเองได้บ้าง การสื่อสารดีขึ้น และอาการด้านบวกยังคงมีอยู่แต่ความรุนแรงลดลง เป้าหมายของการรักษาคือ

- ช่วยลดความกดดันที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย
- ให้ความช่วยเหลือด้านจิตใจ
- ช่วยในการปรับตัวกับสิ่งแวดล้อม
- ควบคุมอาการ

ยาที่ใช้ในระยะนี้ควรเท่ากับขนาดในการรักษา ระยะอาการกำเริบนานอย่างน้อย 6 เดือน ระยะนี้ กิจกรรมต่าง ๆ อาจจะไม่ต้องชัดเจน และแน่นอนมากเหมือนในระยะแรก ควรช่วยในการปรับตัว การปรับพฤติกรรมให้อยู่ในสังคมได้ โดยเฉพาะกับสภาพที่บ้าน หากกลับไปทำงานควรเปลี่ยนลักษณะงานเป็นงานที่ยังไม่ต้องรับผิดชอบหรือมีความกดดันมากนัก การบอก

กับญาติว่าเป็นระยะพักฟื้นอาจทำให้เข้าใจง่ายขึ้น และไม่คาดหวังในตัวผู้ป่วยมากอันอาจจะเป็นความกดดันต่อตัวผู้ป่วย

3. การรักษาในระยะอาการคงที่ (stable phase) แม้ว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทจำนวนหนึ่งเมื่อหายแล้วหายขาด แต่ส่วนใหญ่แล้วยังมีโอกาสกลับมาเป็นใหม่ได้ ในปัจจุบันยังไม่มีทางรักษาให้หายขาด ดังนั้นผู้ป่วยโรคจิตเภทส่วนใหญ่โดยเฉพาะผู้ที่ป่วยมีอาการหลายครั้งจึงจำเป็นต้องได้รับการบำบัดอย่างต่อเนื่องระยะยาว เป้าหมายสำคัญในการรักษาในระยะยาวคือ

- ป้องกันการกำเริบ การกลับเป็นซ้ำ หรือช่วงอาการเฉียบพลันอีก
- ให้ผู้ป่วยสามารถดำรงและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และเพิ่มโอกาสให้ผู้ป่วยในการกลับเข้าสู่สังคมได้
- ป้องกันผลข้างเคียงของการรักษา

ตอนที่ 2 คุณภาพชีวิต (Quality of Life)

1. ความหมายของคุณภาพชีวิต

ปัจจุบันในวงการทางจิตเวชศาสตร์และสุขภาพจิตตลอดจนการสาธารณสุขทั่วไปได้มีการให้ความสนใจในการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตมากยิ่งขึ้น โดยมีผู้ให้คำจำกัดความหรือมโนทัศน์ของคำว่าคุณภาพชีวิตไว้ต่าง ๆ กัน เช่น ความเป็นอยู่ที่ดี (well – being), ความสุข (happiness), ความพึงพอใจในชีวิต

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525⁽¹¹⁾ ให้ความหมาย “คุณภาพชีวิต” ว่าประกอบด้วย คำ 2 คำ คือ “คุณภาพ” หมายถึง ลักษณะความดี ลักษณะประจำบุคคล หรือสิ่งของ “ชีวิต” หมายถึง ความเป็นอยู่ ดังนั้น “คุณภาพชีวิต” หมายถึง ลักษณะความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคล

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization : WHO)⁽¹²⁾ กล่าวว่า คุณภาพชีวิตหมายถึง การรับรู้ของบุคคลภายในบริบทของวัฒนธรรม ระบบคุณค่าต่าง ๆ ของเขา อันสัมพันธ์กับเป้าหมายของชีวิต ความคาดหวัง มาตรฐานและสิ่งต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องอยู่ และหมายถึง แนวความคิดที่มีขอบเขตกว้างขวางอันเป็นผลซับซ้อนจากสุขภาพทางกายของบุคคล สภาพของจิตใจ ระดับของความเป็นอิสระ ความสัมพันธ์ทางสังคม และความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมในชีวิตของบุคคลเป็นสำคัญ

ในขณะที่คณะกรรมการว่าด้วยคุณภาพชีวิตของชาวอเมริกัน (The Panel on the Quality of American Life) (อ้างถึงในพิเชษฐ อุตุรัตน์, 2535)⁽¹³⁾ ได้ให้คำจำกัดความของ

คุณภาพชีวิตไว้ว่า เป็นความรู้สึกสุขสบาย พลวัตของความพึงพอใจ ซึ่งประกอบด้วย 2 ระดับดังนี้

ระดับที่หนึ่ง : มีอิสรภาพจากความหวาดหวั่น ความยากจน ความเจ็บป่วย ความไม่รู้หนังสือ และความหวาดกลัวต่อผลกระทบของภัยอันตรายต่าง ๆ ต่อชีวิต

ระดับที่สอง : มีโอกาสสำหรับความเจริญงอกงามส่วนบุคคล (Personal growth) ความสมปรารถนา และความภาคภูมิใจในตนเองเรื่องต่าง ๆ ได้แก่

- โอกาสที่จะสร้างและรักษาสัมพันธ์ภาพทางสังคมกับครอบครัว เพื่อนฝูง ชุมชน และผู้ร่วมงาน
- โอกาสที่จะได้มีส่วนร่วมและได้รับประโยชน์จากกิจกรรมทางศาสนา กิจกรรมของครอบครัว ชุมชน และหน้าที่การงาน
- สามารถที่จะเข้าถึงและได้ชื่นชมความสวยงามตลอดจนความเพลิดเพลินทางสติปัญญาซึ่งหมายรวมถึง การเข้าชมพิพิธภัณฑ์ คอนเสิร์ต การใช้สวนสาธารณะ และห้องสมุดประชาชน การมีส่วนร่วมในกิจกรรมเพื่อการศึกษา และอื่น ๆ
- สามารถที่จะเข้าถึงกิจกรรมที่มีไว้เพื่อนันทนาการ เช่น การปีนเขา กีฬา การอ่าน และการดูโทรทัศน์ เป็นต้น

ในประเทศสหรัฐอเมริกาได้มีความพยายามที่จะวัดคุณภาพชีวิตตั้งแต่ปี ค.ศ.1960 โดยคณะกรรมการที่จัดตั้งขึ้นของประธานาธิบดี ไอเซนฮาวร์ (President Eisenhower's Commission on National Goals) และในปี ค.ศ. 1983 Gross, Cox และ Pollary แห่ง University of Oklahoma Health Sciences Center ได้รายงานในวารสาร Pediatrics ถึงสูตรของคุณภาพชีวิต ที่พวกเขาพร้อมกันคิดขึ้นว่า

$$QL = NEX (H + S)$$

โดย	NE	หมายถึง	สิ่งที่มีติดตัวตามธรรมชาติ (Natural endowment)
	H	หมายถึง	สิ่งที่ได้รับจากบ้าน (Home contribution)
	S	หมายถึง	สิ่งที่ได้รับจากสังคม (Social contribution)

Ferrans และ Powers⁽¹⁴⁾ ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่า คือ “เป็นความรู้สึกของบุคคล ต่อความผาสุก ที่เกิดจากความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจในด้านต่าง ๆ ที่มีความสำคัญต่อชีวิตของบุคคล”

Spiker⁽¹⁵⁾ ได้ศึกษาความหมายของคุณภาพชีวิต ซึ่งได้แก่

1. สภาวะสุขภาพทางกาย (physical health status)
2. ความสามารถในการทำหน้าที่ (functional ability)
3. สภาวะทางจิตใจและความเป็นอยู่ที่ดี (psychological status and well-being)
4. การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (social interaction)
5. สถานภาพทางเศรษฐกิจ (economic status)

Calmal⁽¹⁶⁾ ได้กำหนดความหมายของคุณภาพชีวิตว่า หมายถึง ช่องว่างระหว่างความคาดหวังและความสำเร็จของผู้ป่วย

Ware⁽¹⁷⁾ ได้กำหนดความหมายในลักษณะกว้างขึ้น โดยมีแนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตว่าเป็นจุดศูนย์กลางที่มีลำดับขั้นตอน ที่แสดงให้เห็นผลกระทบที่เกิดจากความเจ็บป่วย และการทำหน้าที่ของบุคคล ความรู้สึกเป็นอยู่ที่ดี และความทุกข์ทรมานทางจิตใจ รวมถึงการเข้าใจและรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพและท้ายสุดคือ บทบาทและการทำหน้าที่ทางสังคม ซึ่งจะเห็นว่าคุณภาพชีวิตมีความสำคัญ โดยเริ่มจากบุคคลแต่ละบุคคลไปจนถึงระดับสังคม แต่ยังไม่มียอดตกลงที่ชัดเจนที่จะกำหนดความหมายไปในทางเดียวกัน เนื่องจากต้องขึ้นอยู่กับประชากรที่ใช้ในการศึกษา ระดับความเจ็บป่วย และการรักษา

จากการให้ความหมายของนักวิชาการที่กล่าวมาทั้งหมดจะพบว่าคุณภาพชีวิตนี้เป็นคำที่มีลักษณะเป็นนามธรรมค่อนข้างสูงซึ่งดูเหมือนที่จะรวมหลายมิติทั้งทางชีวภาพ จิตใจ อารมณ์ และสภาพสิ่งแวดล้อม (biopsychosocial) เข้าไว้ด้วยกัน จึงพอที่จะสรุปความหมายของคุณภาพชีวิตได้ว่า หมายถึงการรับรู้ ความรู้สึก หรือความพึงพอใจของบุคคลต่อความผาสุก ตามองค์ประกอบต่าง ๆ ที่มีความสำคัญในชีวิตของบุคคลทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ ความคิด จิตใจ และสิ่งแวดล้อม

2. แนวคิดเชิงทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

ทฤษฎีที่มักถูกกล่าวถึงในงานวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต คือ Maslow's Hierarchy Needs Theory โดย Maslow⁽¹⁸⁾ ซึ่งได้กล่าวถึงความต้องการพื้นฐานของมนุษย์

(basic human needs) โดยเชื่อว่าพฤติกรรมต่าง ๆ ของมนุษย์เป็นไปเพื่อตอบสนองความต้องการหรือลดความต้องการตามลำดับขั้นและเมื่อความต้องการต่าง ๆ ของบุคคลถูกขัดขวางหรือล้มเหลวเนื่องมาจากสาเหตุใดก็ตาม ก็จะส่งผลให้เกิดปฏิกิริยาต่าง ๆ มากมายจากเล็กน้อยไปถึงขั้นรุนแรง ทฤษฎีนี้ได้มีการใช้ในการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตอย่างแพร่หลาย โดยแบ่งความต้องการของบุคคล เป็น 7 ขั้น คือ

ขั้นที่ 1 ความต้องการทางด้านสรีระ (physiological needs) ความต้องการน้ำ อาหาร อากาศ ที่พักอาศัย การได้ขับถ่ายของเสีย การได้รับการกระตุ้น และความรู้สึกสุขสบาย

ขั้นที่ 2 ความต้องการความปลอดภัย (safety needs) มีบุคคลให้พึ่งพิงสามารถขอความช่วยเหลือได้ ไม่ตกอยู่ในความหวาดกลัว หรือถูกคุกคามต่าง ๆ สามารถควบคุมตัวเองในการกิน ดื่ม นั่ง นอน

ขั้นที่ 3 ความต้องการเป็นเจ้าของและได้รับความรัก (belongingness and love need) ต้องการมีเพื่อน มีคนสนใจ มีคนเข้าใจที่ห่วงใยกัน มีโอกาสสื่อสารแลกเปลี่ยนความทุกข์-สุขกัน

ขั้นที่ 4 ความต้องการมีคุณค่า (esteem needs) ได้รับการยกย่อง ได้รับเกียรติ มีศักดิ์ศรี ในความเป็นตัวของตัวเอง มีคุณค่าในความเป็นคนที่ดำรงชีวิตได้ด้วยตนเอง

ขั้นที่ 5 ความต้องการที่จะเกิดความตระหนักแท้ในตัวเอง (needs for self – actualization) เป็นความต้องการที่จะเข้าใจตนเองตามสภาพที่ตนเองเป็น เข้าใจถึงความสามารถและความต้องการของตนเอง ยอมรับจุดเด่น และจุดด้อยของตนเอง นับเป็นขั้นตอนความต้องการของตนเองปรารถนาที่จะเป็น

ขั้นที่ 6 ความต้องการที่จะรู้และเข้าใจ (desire to know and to understand) เป็นความต้องการที่จะศึกษาหาความรู้เพื่อเข้าใจสิ่งต่าง ๆ ของชีวิต ซึ่งเป็นความพึงพอใจของงาน ตลอดจนความปรารถนาที่จะแสวงหาสิ่งที่มีคุณค่าให้แก่ชีวิต

ขั้นที่ 7 ความต้องการที่จะเข้าใจตนเองอย่างถ่องแท้ (aesthetic needs) ต้องการเป็นตัวของตัวเอง ในการคิดและพิจารณาตนตามความเป็นจริง

การที่บุคคลได้รับการตอบสนองความต้องการด้านร่างกายและจิตใจอย่างเพียงพอย่อมทำให้บุคคลมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดีไปด้วย ตลอดจนสามารถใช้ชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ

3. องค์ประกอบคุณภาพชีวิต

การที่บุคคลจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีนั้นต้องขึ้นอยู่กับองค์ประกอบมากมาย แต่ละองค์ประกอบมีความสำคัญมากน้อยแตกต่างกันไปตามทัศนะของแต่ละบุคคลหรือแต่ละเรื่อง ได้มีนักวิชาการเสนอองค์ประกอบที่เป็นตัวบ่งชี้คุณภาพชีวิตหรือดัชนีชี้วัดคุณภาพชีวิต ซึ่งมีส่วนแตกต่างกันไปบ้างในรายละเอียดดังนี้

Ferrans และ Powers⁽¹⁹⁾ ได้วิเคราะห์ปัจจัย (factor analysis) องค์ประกอบคุณภาพชีวิตของ George และ Bearon แล้วสรุปองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตเป็น 4 ประการคือ

1. ด้านสุขภาพและหน้าที่ (Health and functioning) เกี่ยวกับสุขภาพร่างกาย ความสามารถในการทำหน้าที่ในกิจกรรมต่าง ๆ บทบาทในสังคมที่ได้รับผลกระทบจากภาวะสุขภาพ ประกอบด้วย การบำเพ็ญประโยชน์ การพึ่งพาตนเองด้านร่างกาย ความสามารถในการรับผิดชอบต่อครอบครัว ความสามารถในการเดินทาง สุขภาพต่อตนเอง ความเครียดหรือความวิตกกังวล กิจกรรมในยามว่าง การสร้างความสุขในวัยสูงอายุ การมีอายุยืน การดูแลสุขภาพ

2. ด้านสังคมและเศรษฐกิจ (Socioeconomic) เป็นสถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจของบุคคล ประกอบด้วย มาตรฐานการดำรงชีวิต การพึ่งพาตนเองด้านการเงิน มีที่พักอาศัย มีงานทำ เพื่อนบ้าน สภาพทั่วไปของบ้านเมือง เพื่อน การได้รับการสนับสนุนทางจิตใจ และการศึกษา

3. ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ (Psychological/Spiritual) เป็นสภาพการรับรู้การตอบสนองทางอารมณ์หรือจิตวิญญาณต่อสิ่งต่าง ๆ ในชีวิต ประกอบด้วย ความพึงพอใจในชีวิต ความสุขทั่วไป ความพึงพอใจในตนเอง การประสบความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย ความสงบในใจ รูปร่างหน้าตาของตน ความศรัทธาในศาสนา

4. ด้านครอบครัว (Family) เป็นสภาพของสัมพันธภาพในครอบครัวของบุคคล ประกอบด้วย ความสุขในครอบครัว บุตร ความสัมพันธ์ของครอบครัว/คู่สมรส ภาวะสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว

วชิระ ลาภบุญทรัพย์ และสุวัทนา อารีพรรค⁽²⁰⁾ ได้เสนอดัชนีชี้วัดคุณภาพชีวิตดังนี้

ทางร่างกาย : อาหาร น้ำ เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย สุขภาพอนามัย พลังงาน การออมทรัพย์ ตลอดจนสิ่งอำนวยความสะดวกในชีวิตประจำวัน ทั้งในครอบครัวและการประกอบอาชีพ

ทางอารมณ์ : การพักผ่อนหย่อนใจที่มีคุณประโยชน์ ความนิยมชมชอบใน ศิลปวัฒนธรรม ความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัวและต่อบุคคลอื่น ตลอดจนความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

ทางความคิด : ความสามารถใจการป้องกันแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ของตนเอง ของครอบครัว และของชุมชน ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโลก ชีวิตและชุมชน การศึกษา วิชาชีพ การเป็นที่ยอมรับของชุมชนและการยอมรับตนเองตลอดจนการมีเป้าหมายในชีวิตที่เหมาะสม

ทางจิตใจ : การมีคุณธรรมทั้งส่วนตัวและต่อสังคม เช่น เมตตากรุณา ซื่อสัตย์ สุจริต กตัญญูกตเวที ความจงรักภักดีต่อชาติ ศาสนา และพระมหากษัตริย์ ความเสียสละ และละเว้นอบายมุข รวมทั้งการมีจิตใจที่เป็นสุขปราศจากทุกข์ร้อน

ทางสิ่งแวดล้อม : แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม

1) สภาพแวดล้อมทางกายภาพ คือ ภาวะแวดล้อมที่บริสุทธิ์ เป็นระเบียบ และปราศจากมลพิษ มีทรัพยากร ที่จำเป็นต่อการดำรงชีพและการคมนาคมสะดวก

2) สภาพแวดล้อมทางสังคมวัฒนธรรม คือ การมีโอกาสนี้เท่าเทียมกันใน สังคมทั้งการศึกษา การประกอบอาชีพ ตลอดจนได้รับการบริหารด้านต่าง ๆ การมีส่วนร่วมใน กิจกรรมต่าง ๆ ของสังคม ความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน การปกครองที่ให้สิทธิ เสรีภาพ และความเสมอภาค ความเป็นธรรมด้านรายได้ และสังคม ความร่วมมือร่วมใจในชุมชน ความเป็นระเบียบวินัย มีความเห็นอกเห็นใจ และมีค่านิยมที่สอดคล้องกับหลักธรรมในศาสนา

4. การประเมินคุณภาพชีวิต

การประเมินคุณภาพชีวิต หรือการวัดระดับคุณภาพชีวิตก็มีความแตกต่างกันไป ตามแนวคิดองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต และวัตถุประสงค์ของเรื่องที่ต้องการศึกษา รวมถึง ผลกระทบจากโรคและการรักษา เช่นเดียวกับความแตกต่างในเรื่องของความหมายของคำว่า คุณภาพชีวิต การประเมินคุณภาพชีวิตนั้น ยังไม่มีข้อตกลงที่แน่นอนว่าเรื่องใดควรจะรวมอยู่ใน การประเมินคุณภาพชีวิต

Meeberg⁽²¹⁾ ได้เสนอเกณฑ์ในการประเมินคุณภาพชีวิตไว้ 2 ด้านคือ

1. ด้านวัตถุประสงค์ (Objective) การประเมินด้านวัตถุประสงค์เป็นการประเมินโดยผู้ อื่นวัดโดยอาศัยข้อมูลที่เป็นจริงด้านรูปธรรมที่มองเห็นได้ นับได้ วัดไว้ เช่น ข้อมูลด้านเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม

2. ด้านจิตวิสัย (Subjective) เป็นการประเมินข้อมูลด้านจิตวิทยา ซึ่งอาจทำได้ โดยการสอบถามความรู้สึกและเจตคติต่อประสบการณ์ของบุคคลเกี่ยวกับชีวิต การรับรู้ต่อสภาพความเป็นอยู่ การดำรงชีวิต รวมทั้งสิ่งต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับชีวิต ความพึงพอใจของชีวิต ซึ่งน่าเชื่อถือที่สุดเพราะเป็นการพิจารณาตัดสินคุณภาพชีวิตด้วยตัวบุคคลนั่นเอง

Frank – Stromberg ⁽²²⁾ กล่าวว่า การประเมินคุณภาพชีวิต สามารถพิจารณาเลือกเครื่องมือได้หลายรูปแบบ และหลายประเด็น

วิธีแรกคือ เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตที่เป็นข้อมูลเชิงคุณภาพและข้อมูลเชิงปริมาณ (Qualitative and quantitative data) เครื่องมือประเมินคุณภาพแบบข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นการระบุประเด็นเฉพาะที่มีผลกระทบจากโรค ทำให้คุณภาพชีวิตโดยรวมเปลี่ยนแปลง ส่วนเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตแบบข้อมูลเชิงปริมาณ เป็นการระบุคะแนนประเด็นชีวิตสามารถนำไปคิดคะแนนโดยรวม

วิธีที่ 2 คือ เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตเชิงวัตถุวิสัย และเชิงจิตวิสัย (Objective and subjective instrument) การประเมินคุณภาพชีวิตเชิงวัตถุวิสัย คือการประเมินคุณภาพชีวิตโดยบุคลากรสุขภาพ ผู้ประเมินสามารถสังเกตได้โดยตรง ส่วนการประเมินคุณภาพชีวิตเชิงจิตวิสัย คือ การประเมินคุณภาพชีวิตของตนเองโดยบุคคลนั้น เป็นสิ่งที่บุคคลนั้นตอบหรือให้ข้อมูล และเป็นการสะท้อนความรู้สึกที่บุคคลอื่นไม่สามารถสังเกตได้โดยตรง

นอกจากนี้ แนวคิดในการประเมินคุณภาพชีวิตตามโครงสร้างหรือองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต แบ่งออกได้เป็น 2 ลักษณะคือ

1. การประเมินโดยพิจารณาว่าคุณภาพชีวิตประกอบด้วยโครงสร้างมิติเดียว (unidimension) ซึ่งนิยมกันมากในอดีต บุคคลจะประเมินคุณภาพของตนเองโดยใช้คำถามเดียวสรุปถึงคุณภาพชีวิตโดยรวมทั้งหมด ซึ่ง Cantril ⁽²³⁾ ได้กล่าวว่า นักวิจัยทั้งหลายจะไม่สามารถประเมินคุณภาพชีวิตจากความเป็นจริงของบุคคลได้ ถ้าบุคคลนี้ถูกบังคับให้เลือกระหว่างหัวข้อปัญหา สัญลักษณ์ และสถานการณ์ ต่างๆให้เป็นของตนเอง เนื่องจากชีวิตของบุคคลเป็นองค์รวมไม่สามารถประเมินโดยแยกขอบเขต หรือหัวข้อที่ตั้งขึ้นได้ การรับรู้ชีวิตของบุคคลเป็นการมองภาพรวมทั้งหมดในโลกแห่งความเป็นจริงของตน โดยแสดงออกตามการรับรู้ เป้าหมาย และการให้คุณค่าของตนเอง รวมทั้งการรับรู้ตนเองต่อความสุขและความพึงพอใจในชีวิต ซึ่งเป็นตัวบ่งชี้ถึงคุณภาพชีวิต

2. การประเมินโดยพิจารณาว่าคุณภาพชีวิตประกอบด้วยโครงสร้างหลายมิติ (multidimension) คุณภาพชีวิตจะขึ้นอยู่กับหลายสิ่ง เช่น ภาวะสุขภาพ อารมณ์ ความเจ็บปวด หน้าที่ทางกายและทางสังคม ภาพลักษณ์ ครอบครัว เพศสัมพันธ์ การงานอาชีพ เศรษฐฐานะ และอารมณ์ เป็นต้น Padilla and Grant⁽²⁴⁾ ให้ความเห็นว่าการประเมินคุณภาพชีวิตโดยใช้โครงสร้างหลายมิติอาจเหมาะสมกว่าการประเมินโดยใช้โครงสร้างมิติเดียว เพราะช่วยให้เห็นภาพที่ถูกต้องของเหตุการณ์ในชีวิตของผู้ป่วยที่เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษาทั้งหมด นอกจากนี้ยังสามารถศึกษาผลของแต่ละองค์ประกอบที่มีต่อคุณภาพชีวิตได้

แต่อย่างไรก็ตามเมื่อก้าวถึงคุณภาพชีวิต บุคคลโดยทั่วไปมักเห็นว่าเป็นความพึงพอใจในชีวิตซึ่งเป็นการสะท้อนความรู้สึกต่อการตอบสนองความต้องการของบุคคล ที่เป็นประสบการณ์ของบุคคลนั้นเป็นมิติที่สำคัญที่สุดในทางจิตเวชนั้นการประเมินคุณภาพชีวิตแทบจะไม่พบในส่วนของการปฏิบัติ ซึ่ง Santorinus⁽²⁵⁾ ได้ให้เหตุผลหลายประการคือ

- อาการของโรคทางจิตใจอาจเป็นการแสดงถึงคุณภาพชีวิตที่แย่โดยเฉพาะอาการในกลุ่มของโรคซึมเศร้า โรคประสาทวิตกกังวล และบางกลุ่มของโรคทางบุคลิกภาพ

- ในกลุ่มโรคทางจิตใจที่มีลักษณะรุนแรงอาจจะทำให้มีความผิดปกติที่ทำให้มีการติดต่อสื่อสารกับผู้ประเมินเป็นไปโดยยาก เช่น ผู้ป่วยกลุ่มโรคทางระบบประสาท ได้แก่ ความผิดปกติทางด้านภาษา (aphasia) และโรคทางจิตเวชที่มีลักษณะของความผิดปกติทาง cognitive impairment

- การเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตใจมักจะเป็นตราบาป (stigma) ในชีวิตของผู้ป่วยตราบาปนี้ยังคงมีอยู่ แม้อาการของโรคจะหายไป และอาจจะเป็นเหตุผลหลักที่ทำให้ผู้ป่วยมีประสบการณ์ในชีวิตที่ไม่ดี

- ผลข้างเคียงจากวิธีการรักษาทางจิตเวชที่รุนแรง เป็นสิ่งที่ขัดขวางต่อการวัดความสัมพันธ์ระหว่างโรคทางจิตเวชที่มีลักษณะเฉพาะกับคุณภาพชีวิต นอกจากนั้นภาวะแทรกซ้อนนี้อาจจะเป็นสาเหตุของโรคทางจิตเวชแบบทุติยภูมิ เช่น กลุ่มอาการของโรคซึมเศร้า หลังจากเกิดอาการ tardive dyskinesia หรือการสูญเสียความจำระยะสั้นภายหลังจากการรักษาด้วยไฟฟ้า

- ความแตกต่างทางวัฒนธรรมที่ส่งผลต่อรูปแบบและความรุนแรงของโรคทางจิตใจ และอาการแสดงของโรคที่ยังคงอยู่ ทำให้ยากต่อการรวบรวมข้อมูลและศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของโรคทางจิตใจ

- ในบางโรค เช่น โรคจิตเภทที่มีอาการหวาดระแวง ประสาทหลอน หรือมีความช่างสงสัยอาจทำให้คำตอบมีลักษณะบิดเบือนไป หรือเป็นสิ่งที่เป็นไปได้ต่อการประเมินคุณภาพชีวิตที่ขึ้นกับคำบอกเล่าของผู้ป่วย

ทั้งๆที่มีความยากลำบากในการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ที่ป่วยทางจิตใจ แต่การประเมินคุณภาพชีวิตก็ยังเป็นสิ่งที่สำคัญ เนื่องจากในปัจจุบันมีการพัฒนารูปแบบและวิธีการรักษาโรคทางจิตใจที่มีความเป็นไปได้และมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ยังพบว่า การฟื้นฟูภายหลังจากการป่วย (rehabilitation) เริ่มมีความสำคัญในการทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

5. ปัจจัยต่าง ๆ ที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต

1. ปัจจัยด้านปัจเจกบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ การศึกษา สุขภาพ อาชีพ ถิ่นที่อยู่ กรรมพันธุ์ ความคิด พฤติกรรม และอารมณ์ของแต่ละบุคคล

2. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ มลภาวะ เศรษฐกิจ และสังคม ตลอดจนวัฒนธรรมประเพณี

3. ปัจจัยด้านระบบสาธารณสุข ได้แก่ ระบบการบริการทางสาธารณสุข ของรัฐและเอกชน

ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

Skantze และคณะ⁽²⁶⁾ ได้ศึกษาเปรียบเทียบเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตกับมาตรฐานการดำรงชีวิตของผู้ป่วยนอกที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทจำนวน 61 คน พบว่าในเรื่องของคุณภาพชีวิตนั้นจะต้องแบ่งตามอายุ การศึกษา และสถานภาพการทำงานของผู้ป่วยด้วย

Lehman และคณะ⁽²⁷⁾ ได้วัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทางจิตเรื้อรังจำนวน 278 คนเกี่ยวกับลักษณะของบุคคล การดำรงชีวิต และความพึงพอใจในชีวิตใน 8 หัวข้อ : สภาพที่อยู่อาศัย ความสัมพันธ์ในครอบครัว ความสัมพันธ์ทางสังคม การใช้เวลาว่าง การทำงาน สภาพการเงิน ความปลอดภัย และสุขภาพ พบว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจในชีวิตน้อยลงในเรื่องการเงิน การว่างงาน ความปลอดภัย และความสัมพันธ์ภายในครอบครัวและสังคมอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ $p < .0001$ และความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะของบุคคลกับสภาวะความเป็นอยู่ที่ดี พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์ต่อสภาวะความเป็นอยู่ที่ดีอย่างมีนัยสำคัญ โดยพบว่าจะมีความพึงพอใจมากขึ้นเมื่อมีการใช้ชีวิตร่วมกัน และระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ในเชิงลบกับสภาวะความเป็นอยู่ที่ดี และตัวแปรที่สามารถทำนายสภาวะความเป็นอยู่ที่ดี คือ สถานภาพสมรสคู่ ระดับการศึกษา และการใช้ยาในทางที่ผิด

Lehman ⁽²⁸⁾ ได้สรุปถึงการประเมินคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยทางจิตเชิงคลินิกดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงของอาการทางจิตเวชนั้นมีความเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงของคุณภาพชีวิตด้วย
2. ในประเทศสหรัฐอเมริกา ประสบการณ์เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์กับเพศและเชื้อชาติของผู้ป่วย
3. อาการและประสบการณ์เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตนั้นมีความสำคัญและมีส่วนในการสามารถพยากรณ์การกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ
4. สภาพชีวิตในเชิงวัตถุวิสัยและความพึงพอใจในชีวิตเป็นส่วนที่มีความสัมพันธ์กันมากที่สุด

Bobs และ Gonzales ⁽²⁹⁾ ได้สรุปถึงการศึกษเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในแง่ต่าง ๆ ดังนี้

- คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจะแย่งกว่าประชากรทั่วไปและผู้ป่วยโรคทางกายอื่น ๆ
- ประชากรที่อายุน้อย เพศหญิง บุคคลที่แต่งงานแล้ว และมีระดับการศึกษาต่ำ จะ มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น
- ระยะเวลาในการเจ็บป่วยที่นานขึ้น ยิ่งทำให้มีคุณภาพชีวิตที่แย่ง
- พยาธิสภาพทางจิตโดยเฉพาะอาการในเชิงลบมีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิต
- ผลข้างเคียงจากยาที่อยู่ในระดับต่ำ และการรักษาด้วยยาทางจิตและการทำจิตบำบัดจะช่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น
- การที่ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในชุมชนจะแสดงถึงคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า

Carpiniello และคณะ ⁽³⁰⁾ ได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบอาการ มาตรฐานการดำรงชีวิต และคุณภาพชีวิตเชิงจิตวิสัยในผู้ป่วยนอกโรคจิตเภทและโรคซึมเศร้า จำนวน 45 คน จากการวิเคราะห์ทางสถิติพบว่าคุณภาพชีวิตเชิงจิตวิสัยโดยส่วนใหญ่แล้วไม่เกี่ยวข้องกับมาตรฐานการดำรงชีวิต การวินิจฉัย และการดำเนินโรค แต่จะมีบางส่วนที่เกี่ยวข้องกับตัวแปรทางลักษณะทางสังคมประชากร นอกจากนี้ยังไม่พบความสัมพันธ์ทางคลินิกทั้งอาการทางจิตและอาการซึมเศร้ากับคุณภาพชีวิตเชิงจิตวิสัย ในทางกลับกันพบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินตนเองเกี่ยวกับอาการซึมเศร้า ทัศนคติ หรือความคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้ากับคุณภาพชีวิตเชิงจิตวิสัยอย่างมีนัยสำคัญ

จากการศึกษาของ Koivumaa – Hongkaren และคณะ⁽³¹⁾ ว่าตัวแปรลักษณะทางสังคมของประชากร และอาการทางคลินิก มีส่วนเกี่ยวข้องกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้ป่วยทางจิตเวชหรือไม่ โดยทำการศึกษาในผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกที่มารับบริการในแผนกจิตเวช ในโรงพยาบาล kupio ประเทศฟินแลนด์ จำนวน 1,204 คน พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทจะมีความพึงพอใจในชีวิตมากกว่ากลุ่มผู้ป่วยด้วยโรคอื่น ๆ ปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดความไม่พึงพอใจคือ ภาวะซึมเศร้า และมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมไม่ดี นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่น ๆ เช่น ภาวะทางสุขภาพ และสภาพทางการเงินที่แย่ง ดังนั้นผู้ป่วยทางจิตเวชที่มีความไม่พึงพอใจในชีวิตควรได้รับการประเมินทั้งภาวะซึมเศร้าและประสิทธิภาพของเครือข่ายทางสังคมด้วย

Browne และคณะ⁽³²⁾ ได้ศึกษาถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในเรื่องของความสัมพันธ์ทางปัจจัยสังคมประชากร อาการของโรค และกลุ่มอาการเคลื่อนไหวผิดปกติชนิดทาร์ติฟติสไคเนซีเซีย ในผู้ป่วยที่ออกจากโรงพยาบาล จำนวน 64 คน ที่เข้าตามเกณฑ์วินิจฉัย DSM-III-R พบว่า ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตปานกลางถึงแย่ โดยมีความสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของอาการทางจิต , ระยะเวลาการเจ็บป่วย , ระยะเวลาในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และอายุของผู้ป่วย ผู้ป่วยที่ไร้ที่อยู่อาศัยมีคุณภาพชีวิตที่แย่กว่าผู้ป่วยที่อยู่กับครอบครัว นอกจากนี้ยังพบความสัมพันธ์ของอาการทาร์ติฟติสไคเนซีเซียที่ทำให้คุณภาพชีวิตแย่งอีกด้วย

Awad⁽³³⁾ ได้ศึกษาการเปลี่ยนแปลงของผลการรักษาทางในผู้ป่วยจิตเภทแล้วพบว่า การพยากรณ์ผลการตอบสนองต่อการรักษาต้องรวมถึงลักษณะของประชากร ลักษณะของอาการทางคลินิก การทำหน้าที่ของ neurocognitive ลักษณะการเปลี่ยนแปลงของสมองระดับของยาในเลือดเครื่องวัดการปิดกั้นของ dopamine receptors และการตอบสนองต่อยาในเชิงจิตวิสัยได้ดีในขณะที่อาการในระยะแรกดีขึ้น แต่ในการวิจัยผลการรักษาทางยาไม่ได้มีเพียงปัจจัยเดียวที่ทำนายผลการรักษา โดยเฉพาะโรคที่มีอาการเจ็บป่วยที่แตกต่างกันไปอย่างโรคจิตเภท

Awad และ Voruganti⁽³⁴⁾ ได้ศึกษาการวิจัยที่เกี่ยวกับการประเมินคุณภาพชีวิตในโรคทางจิตเวช โดยแนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตในทางอายุรศาสตร์มีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วย และการศึกษาการทดลองทางการแพทย์ และเป็นพื้นฐานของการประเมินทางเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข โดยนำไปใช้ทางอายุรศาสตร์ เช่น แผนกรังสี แผนกระบบหัวใจและหลอดเลือด และแผนกโรคทางข้อกระดูก และเมื่อเร็ว ๆ นี้ได้มีการศึกษาคุณภาพชีวิตของโรคทางจิตเวชกันมากขึ้น โดยมีแนวคิดในการศึกษาวิจัย 5 ประการ คือ ความหมายของคุณภาพชีวิต การวัดคุณภาพชีวิตเป็นแบบวัดถวิสัยหรือ จิตวิสัย ความมีนัยสำคัญของตัววัดคุณภาพชีวิต การวัดคุณภาพชีวิตและบทบาทของคุณภาพชีวิต ในการจัดการทางการแพทย์และเศรษฐศาสตร์

สาธารณสุข แม้แนวความคิดเหล่านี้ยังไม่มี ความชัดเจน แต่ก็ เป็นสิ่งที่ได้รับความสนใจกันมากขึ้นเกี่ยวกับแนวคิดของคุณภาพชีวิต

พรชัย พงศ์สงวนสิน และคณะ⁽³⁵⁾ ได้ศึกษาคูณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวช ญาติ ผู้ดูแล และเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ เฉพาะกรณีโรงพยาบาลศรีธัญญา จำนวน 570 คน โดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก พบว่า ระดับคุณภาพชีวิตตามการประเมินตนเองของผู้ป่วยจิตเวช ญาติที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยจิตเวช และพยาบาล อยู่ในระดับปานกลางทั้งสิ้น คิดเป็นร้อยละ 67.8 59.9 และ 63.3 ตามลำดับ และยังพบว่าปัจจัยด้านเพศ อายุ การศึกษา และสถานภาพสมรส ไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทางจิตเวช ญาติที่รับผิดชอบดูแล และพยาบาล ส่วนปัจจัยด้านสภาพการเงินมีผลต่อผู้ป่วยทางจิตเวช ญาติที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยทางจิตเวช อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตอนที่ 3 กลุ่มจิตบำบัด (Group Psychotherapy)⁽³⁶⁾

จิตบำบัดกลุ่มเริ่มต้นจากแพทย์ทางฝ่ายกายเพื่อช่วยผู้ป่วยวัณโรค มีวิวัฒนาการเรื่อยมา 80 ปีเศษ และมาเจริญเติบโตมากในวงการแพทย์ทางจิตเวช ปัจจุบันนี้มีจิตบำบัดกลุ่มหลายรูปแบบใช้ประโยชน์อย่างกว้างขวาง นอกวงการแพทย์ก็ใช้ประโยชน์ของกระบวนการกลุ่มเช่น ในด้านการศึกษา การอุตสาหกรรม เป็นต้น

จิตบำบัด แบบรายบุคคลนั้นใช้ความสัมพันธ์อันดีระหว่างผู้รักษาและผู้ป่วยเป็นปัจจัยสำคัญ เพื่อช่วยแก้ไขปรับเปลี่ยนแนวความคิด พฤติกรรมและเทคนิคในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย ส่วนจิตบำบัดกลุ่มใช้ความสัมพันธ์กลุ่มแทนความสัมพันธ์ระหว่างคนสองคน เมื่อเริ่มเข้ากลุ่มผู้ป่วยใช้เวลาปรับตัวให้เข้ากับสมาชิกของกลุ่มจนเป็นที่ยอมรับของกลุ่ม เมื่อได้รับการยอมรับจากกลุ่มแล้ว ผู้ป่วยพยายามรักษาสถานภาพความเป็นตัวของตัวเองภายในกลุ่ม กล่าวคือ กล่าวออกเสียง ออกความเห็นไม่ยอมให้กลุ่มชักจูงไปโดยสิ้นเชิง เมื่อเกิดความรู้สึกที่ตนเองเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มมีสิทธิมีเสียงเท่าเทียมกับสมาชิกอื่นๆ จึงเริ่มยอมรับสภาพและฐานะของสมาชิกแต่ละคน เข้าใจและเห็นสาเหตุของความแตกต่างกัน หลังจากนั้นจึงช่วยประคับประคองช่วยแก้ปัญหา หาทางออกที่เห็นว่าดีที่สุดให้แก่กัน ช่วยชี้ข้อบกพร่องและทางแก้ไขข้อบกพร่องนั้นๆ สมาชิกของกลุ่มก็จะมี ความสมบูรณ์ทางจิตมากขึ้น มีเทคนิคในการดำเนินชีวิตที่ดีขึ้น มีชีวิตสุขสบายขึ้น

ข้อบ่งใช้จิตบำบัดกลุ่ม

จิตบำบัดกลุ่มที่มีใช้กว้างขวาง เช่น กลุ่มผู้ป่วยใน กลุ่มผู้ป่วยนอก กลุ่มผู้ป่วยที่อาการไม่รุนแรง เช่น ผู้ป่วยโรคประสาท (neurotics) กลุ่มผู้ป่วยติดยาเสพติด กลุ่มผู้ป่วยติดสุรา กลุ่มผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นที่มีปัญหาด้านความประพฤติ ผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่องการกิน เช่น กินมาก

หรือไม่ยอมกินอาหาร ผู้ป่วยโรคทางกายที่มีปัญหาด้านจิตใจร่วมด้วยมากๆ เช่น ผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพอง (COPD) ผู้ป่วยมะเร็ง ผู้ป่วยโรคหัวใจ เป็นต้น

วิธีการทำจิตบำบัดกลุ่ม ประกอบด้วยการเลือกผู้ป่วย การจัดตั้งกลุ่ม และการดำเนินการของกลุ่ม

การเลือกผู้ป่วย เมื่อมีผู้สมัครเข้ารับรักษาด้วยจิตบำบัดกลุ่มนั้น ผู้รักษาต้องตรวจวินิจฉัยอย่างละเอียด ตรวจสอบว่าเขาป่วยเป็นโรคอะไร มีพยาธิสภาพทางจิตและส่วนดีอย่างไรบ้าง อะไรเป็นปัญหาที่ชักนำให้ผู้ป่วยมาเข้ากลุ่ม อย่าลืมดูความประพฤติของเขาก่อนเข้ากลุ่ม โดยเฉพาะอย่างยิ่งการปฏิบัติต่อคนในบ้านเป็นเช่นไร เพราะนั่นจะเป็นแนวทางช่วยบอกเราว่าเขาจะปฏิบัติต่อกลุ่มอย่างนั้น

ผู้ป่วยที่เหมาะสมจะเข้ารับรักษาด้วยจิตบำบัดกลุ่มคือ คนที่สามารถค่อนข้างจะสมบูรณ์ ไม่หลงตน (narcissistic) และปรับตัวได้ดี ส่วนผู้ป่วยโรคจิต ผู้ป่วยติดสิ่งเสพติด ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางเพศ เช่น คนรักร่วมเพศ ผู้ป่วย Borderline personality disorder เด็กวัยรุ่นที่มีปัญหาด้านความประพฤติที่รุนแรง (severe behavior problems) ควรจัดกลุ่มพิเศษเฉพาะมากกว่า

ผู้ป่วยบางคนรักษาด้วยวิธีจิตบำบัดรายบุคคล (individual psychotherapy) ไม่ได้ผลดี ไม่เปิดเผยกับผู้รักษา แต่เมื่อเข้ากลุ่มกลับเปิดเผย และแสดงความคิดเห็นได้มาก และในทางตรงกันข้ามก็มีคนบางคนไม่ยอมเปิดเผย เรื่องส่วนตัวในกลุ่มแต่ยินดีพูดเมื่ออยู่ตามลำพังกับผู้รักษา ผู้รักษาที่เริ่มเข้าสู่การใหม่ ๆ ต้องระวังใจตนเองให้ดี อย่าเผลอโกรธผู้ป่วยพวกนี้ว่าไม่ร่วมมือหรือไม่ไว้วางใจคน แทนที่จะโกรธควรค้นหาสาเหตุว่าอะไรผลักดันให้เขาทำอย่างนั้น

การรับผู้ป่วยเข้ากลุ่มควรจะรับผู้ป่วยที่มีปัญหาน้อย และผู้ป่วยที่มีปัญหามาก คละเคล้ากันไป แต่ไม่ควรรับผู้ป่วยที่อาจจะก่อเรื่องยุ่งยากให้กับกลุ่ม เช่น ผู้ป่วย hypomania ผู้ป่วยโรคหวาดระแวง (paranoid) ที่อาการรุนแรงและยังใช้ยาควบคุมไม่ได้

ผู้ป่วยทุกคนที่รับเข้ากลุ่มนั้นต้องมีเวลามาเข้ากลุ่มได้ เดินทางสะดวก ไม่เสียงานและต้องทำความเข้าใจกับผู้ป่วยให้ดีกว่า ผู้ป่วยสัญญาว่าจะมาเข้ากลุ่มได้อย่างสม่ำเสมอ ต่อเนื่องจนครบกำหนดการรักษา

การจัดตั้งกลุ่ม

รวบรวมผู้ป่วยให้ได้จำนวนที่พอเหมาะคือ 8-12 คน กลุ่มขนาดนั้นทุกคนมีโอกาสแสดงความคิดเห็นได้อย่างทั่วถึง กลุ่มที่ใหญ่กว่านั้นสมาชิกบางคนอาจไม่มีโอกาสแสดง

ความเห็นเท่าที่ควรและจะไม่มีวามเชื่อมแน่น (cohesion) มากพอ ความเชื่อมแน่น เป็นปัจจัยที่สำคัญยิ่งในการรักษาด้วยกลุ่มจิตบำบัด ถ้ากลุ่มเล็กกว่านี้ สมาชิกจะใกล้ชิดกันมาก มีความสนิทสนมผูกพันกันมากทำให้ค้นปัญหาลงไปได้ลึก แต่มีข้อเสียคือ ถ้ามีสมาชิกหยุดรักษาก่อนกำหนด หรือขาดการเข้าประชุมกลุ่มจะเหลือสมาชิกน้อยเกินไป

กลุ่มผู้ป่วยประเภทเดียวกัน (homogenous group) คือ รับผู้ป่วยเป็นสมาชิกเฉพาะโรคเดียวกัน หรือผู้ป่วยเพศเดียวกัน วัยเดียวกัน เป็นต้น กลุ่มชนิดนี้ ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองนั้นเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม เห็นใจกัน เกิดความเชื่อมแน่นง่ายแต่กลุ่มจะมีจุดบกพร่องบางอย่าง บางเรื่องเหมือนกัน ทำให้ปัญหานั้นถูกมองข้ามไป หรือมองไม่เห็นทางแก้ที่ควรจะต้องมองเห็น

กลุ่มผู้ป่วยประเภทต่างกัน (heterogenous group) คือ การรับสมาชิกที่แตกต่างกันทั้งด้านการเจ็บป่วย เพศ วัย การศึกษา เศรษฐฐานะ ฯลฯ กลุ่มชนิดนี้สมาชิกเกิดความเชื่อมแน่นยากกว่ากลุ่มประเภทเดียวกัน แต่มีข้อดี คือ สมาชิกมีปัญหาต่างกัน มีจุดบอดต่างกัน จึงช่วยแก้ปัญหา ช่วยชี้จุดบกพร่องของกันและกันได้มากกว่ากลุ่มประเภทเดียวกัน กลุ่มที่ละกันนี้เป็นกลุ่มที่เหมือนชีวิตจริง คือ คนเราอยู่ท่ามกลางคนทุกเพศทุกวัยที่มีปัญหาต่างๆกันไป จึงเป็นกลุ่มที่เหมือนภาพจำลองชีวิต

เวลาที่ใช้ในการทำกลุ่ม ประชุมกลุ่มครั้งหนึ่งใช้เวลาประมาณ 1 1/2 ชั่วโมง ถ้าใช้เวลาสั้นกว่านี้จะไม่พอให้สมาชิกอภิปรายออกความเห็นได้อย่างทั่วถึงและเพียงพอ ถ้าใช้เวลามากกว่านี้จะเสียเวลาในการทำงานของสมาชิกมากเกินไป พบกันสัปดาห์ละครั้งเหมาะที่สุดแต่อาจพบกันบ่อยกว่านี้หรือเว้นระยะห่างออกไปบ้างตามความเหมาะสม หรือความสะดวกของกลุ่ม การทำกลุ่มสำหรับผู้ป่วยจิตเวชในแผนกผู้ป่วยนอกนั้นใช้เวลา 3-6 เดือนก็พอจะช่วยผู้ป่วยเรียนรู้ปัญหาและการปรับตัวได้ ถ้าใช้เวลานานกว่านี้ผู้ป่วยจะได้ประโยชน์มากขึ้นค้นหาปัญหาที่ลึกลงไปได้มากขึ้น แต่กลุ่มจะต้องทำงานหนักโดยเฉพาะผู้นำกลุ่มต้องมีความสามารถทำให้กลุ่มได้รับประโยชน์ มิฉะนั้นผู้ป่วยจะไม่มาเข้ากลุ่มและต้องเลิกกลุ่มไปโดยปริยาย

การจัดกลุ่มปิดและกลุ่มเปิด กลุ่มปิดคือการรับสมาชิกครั้งเดียว เมื่อตอนเริ่มจัดตั้งกลุ่มไม่เปิดรับสมาชิกอีกจนกระทั่งเลิกกลุ่ม ส่วนกลุ่มเปิดนั้นรับสมาชิกทดแทนผู้ที่ขาดหรือหยุดรักษาได้ตลอดเวลาตราบเท่าที่ยังมีการดำเนินการกลุ่ม กลุ่มปิดนั้นมีข้อดี คือ มีจุดเริ่มต้นและจุดเสร็จสิ้นแน่นอน สมาชิกของกลุ่มสนิทสนมผูกพันกันดีแก้ปัญหาได้มากและลึกกว่ากลุ่มเปิด แต่ต้องระวังประคับประคองให้สมาชิกมาร่วมประชุมอย่างสม่ำเสมอไม่ขาดตอน ซึ่งเป็นปัญหาหนัก กลุ่มเปิดแก้ปัญหาการขาดสมาชิกได้ด้วยการรับผู้ป่วยใหม่เข้ามาแทนที่ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยที่สบายขึ้น ปรับตัวได้ดีแล้วหยุดรักษาได้อย่างสะดวกกว่ากลุ่มปิด

การดำเนินการของกลุ่ม

บทบาทและหน้าที่ของผู้นำกลุ่ม ผู้นำกลุ่มเริ่มด้วยการเลือกผู้ช่วยและรับเข้าเป็นสมาชิกของกลุ่ม นัดวัน เวลา สถานที่ที่ทุกคนพร้อมเข้าประชุม กำหนดระยะเวลาการประชุมกลุ่ม ซึ่งอาจเปลี่ยนแปลงได้ภายหลังตามความเห็นชอบของกลุ่ม

ผู้นำกลุ่มต้องทำงานหนักมากในตอนเริ่มต้นรวมกลุ่ม เมื่อกลุ่มรวมตัวได้แล้วผู้นำควรลดบทบาทลงไป เปิดโอกาสให้สมาชิกมีบทบาทมากขึ้น

ผู้นำที่มีบทบาทมากจะทำให้สมาชิกอบอุ่น รู้สึกว่ามีที่พึ่ง แต่อาจจะเป็นการปิดกั้นโอกาสสมาชิกไม่ได้แสดงความคิดเห็นเท่าที่ควร ถ้าผู้นำปล่อยให้สมาชิกทำงานมากสมาชิกจะรู้สึกว่าวิตกกังวลแต่ในที่สุดจะเกิดความสนิทสนมผูกพันกันมากเมื่อเขาช่วยกันแก้ปัญหาได้ และรู้จักวิธีการทำงานช่วยเหลือกัน

การดำเนินการของกลุ่มนั้นผู้นำจะต้องเป็นตัวของตัวเอง ดำเนินการไปตามทฤษฎีที่ตนเชื่อเรียนรู้ อย่าฝืนทำตามผู้อื่นโดยขาดความสันทัด ถ้าใช้วิธีอิงทฤษฎีจิตวิเคราะห์ ผู้นำก็แสดงความคิดเห็นน้อย ถ้ายึดหลักปรัชญา Existentialism ก็ทำตัวเหมือนสมาชิกคนหนึ่ง ออกความคิดเห็นเต็มที่ ทั้งนี้จะต้องไม่ฝืนบุคลิกของตนเอง ทำตัวตามสบายตามธรรมชาติ อย่างไรก็ตามผู้นำจะต้องนำในระยะเริ่มต้นดำเนินการของกลุ่ม มิฉะนั้นสมาชิกจะมีความวิตกกังวลมากเกินไป จนทนร่วมประชุมไม่ได้

ผู้นำกลุ่มจะต้องทำงานด้วยใจรัก เห็นคุณค่าของการทำกลุ่มหรืออย่างน้อยก็ต้องเชื่อว่าการทำกลุ่มนี้มีประโยชน์ มีความมุ่งมั่นจะช่วยผู้ช่วยจริงไม่ใช่ฝืนทำ หรือทำเพราะความจำเป็น ความจริงใจนั้นมีคุณค่าต่อการดำเนินกลุ่มมาก และการเสแสร้งเป็นโทษต่อกลุ่มมากเช่นเดียวกัน

ผู้นำกลุ่มต้องรู้จักผ่อนปรน กล้าแสดงความคิดเห็น กล้ารับผิดชอบเมื่อทำผิด เมื่อถึงคราวต้องช่วยกลุ่ม เช่น สมาชิกมีความขัดแย้งกันอย่างรุนแรง ก็ต้องช่วยคลายความขัดแย้งกลุ่มกลุ่มว่าเหว่ ไม้รู้จะหาทางออกแก้ปัญหาที่ต้องช่วย

การสอนให้กลุ่มรู้จักวิธีชี้ข้อบกพร่องของสมาชิกอย่างนุ่มนวลนั้นมีความสำคัญในการดำเนินการกลุ่มมาก การชมเมื่อสมาชิกทำดีตามจังหวะที่ควรนั้นจะช่วยทำให้สมาชิกมีกำลังใจ และมีการดำเนินกลุ่มไปอย่างดียิ่ง

ปฏิบัติต่อสมาชิกทุกคนอย่างเท่าเทียมกัน อย่าลำเอียงเข้าข้างสมาชิกที่นำรัก และอย่าทำให้สมาชิกที่ทำตัวไม่ดีรู้สึกว่าผู้นำปฏิบัติต่อเขาไม่เท่าเทียมสมาชิกอื่น ๆ

ผู้นำอาจมีสองคน ถ้ามีสองคนควรเลือกคนละเพศ จะได้แนวความคิดเห็นที่กว้างไกลมากขึ้น ช่วยแทนกันเมื่อคนหนึ่งติดธุระมาร่วมประชุมไม่ได้

บางคราวอาจให้มีการประชุมโดยไม่มีผู้นำ เพราะสมาชิกบางคนอาจกลัวผู้นำ หรือ ผู้นำบางคนไม่เปิดโอกาสให้สมาชิกแสดงความคิดเห็นเท่าที่ควร ฉะนั้นการประชุมที่ขาดผู้นำในบางครั้งจะเปิดโอกาสให้แก่สมาชิกแสดงความคิดเห็นเต็มที่ แล้วกลุ่มนำเอาความคิดเห็นนั้นมาวิเคราะห์หรืออภิปรายในภายหลัง

บทบาทและหน้าที่ของสมาชิก เมื่อรับเข้าเป็นสมาชิกของกลุ่มแล้ว สมาชิกมีหน้าที่จะต้องปฏิบัติบางประการ คือ

1. ปฏิบัติตามกฎหมายของกลุ่ม คือ

1.1 มาประชุมตรงเวลา มาสม่ำเสมอโดยไม่ขาด ถ้าทราบล่วงหน้าว่าจำเป็นจะต้องขาดการประชุม จะต้องขออนุญาตกลุ่ม

1.2 รักษาความลับของกลุ่ม ไม่นำเรื่องที่พูดกันในกลุ่มไปเล่าให้คนนอกฟัง

1.3 ไม่นัดพบสมาชิกนอกเวลาประชุมกลุ่ม

1.4 เมื่อมีการขัดแย้ง โกรธแค้นกันในการประชุมกลุ่มจะต้องปรับความเข้าใจ ไม่ถือสาและไม่ให้อภัย

2. แสดงข้อคิดเห็นต่อกลุ่มอย่างจริงใจ ไม่อายที่จะเปิดเผยข้อบกพร่องของตนเอง

3. รับฟังความคิดเห็นของสมาชิกโดยเฉพาะอย่างยิ่งความเห็นที่แตกต่างจากความคิดเห็นของตน

ข้อคิดในการทำจิตบำบัดกลุ่ม

1. ผู้ป่วยที่ร่วมประชุมกลุ่มโดยตลอดส่วนมากได้รับประโยชน์ ซึ่งแสดงผลออกมาในลักษณะต่าง ๆ กัน เช่น อาการป่วยทุเลา ปรับตัวได้ดีขึ้น มีความสุขกว่าก่อน มีสาเหตุหลายอย่างที่ทำให้ผู้ป่วยได้ประโยชน์ เช่น รู้สึกว่ายังมีคนอื่นที่มีปัญหา เขาไม่ป่วยหรือมีปัญหาเพียงคนเดียว และคนบางคนมีปัญหามากกว่า

- รู้สึกว่าเพื่อนที่รู้ใจและเห็นใจกัน

- เกิดความเชื่อมั่นตนเองในเรื่องที่ขาดความเชื่อมั่น

- รู้จักตนเองดีขึ้น

- เรียนรู้เทคนิคในการดำเนินชีวิตใหม่

2. ประโยชน์ยิ่งใหญ่ที่ผู้ป่วยและผู้รักษาได้รับจากการประชุมกลุ่มไม่ใช่การช่วยกันแก้ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้สำเร็จ แต่เป็นการเรียนรู้ชีวิต รู้ว่าชีวิตมีปัญหา มีทางเลือกทางออกหลายทาง รู้จักยอมรับ รู้จักการรอคอย และรู้จักอดทน

3. ปัญหาทุกอย่างมีทางออกเหมาะสม ถ้าเรายอมรับ และไม่มีข้อแม้มากเกินไป

จิตบำบัดกลุ่ม (Group Psychotherapy) ⁽³⁷⁾ หมายถึง รูปแบบหนึ่งของการรักษาทางจิตเวช ซึ่งคัดเลือกผู้ป่วยที่ป่วยทางอารมณ์ให้เข้ามารักษาแบบจิตบำบัดกลุ่มด้วยความระมัดระวัง โดยผู้รักษาที่ได้รับการฝึกฝนแล้วเป็นผู้ชักนำ เพื่อมุ่งหมายให้ผู้ป่วยต่างช่วยกันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางบุคลิกภาพ โดยผู้นำกลุ่ม (leader) ใช้ปฏิกริยาต่อกันของสมาชิกกลุ่มเป็นตัวทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของบุคลิกภาพโดยใช้เทคนิคต่างๆ รวมทั้งรูปแบบของทฤษฎีต่างๆ

จิตบำบัดกลุ่ม อาจเรียกว่าการรักษาแบบกลุ่ม (Group Therapy) หมายถึงการวิวัฒนาการจากการรักษาแบบจิตบำบัดเฉพาะบุคคล เหมาะสำหรับการรักษาในโรงพยาบาลที่มีจำนวนผู้รักษาไม่เพียงพอและมีผู้ป่วยจำนวนมาก

หลักการ แบ่งเป็นหลักใหญ่ๆ 2 ชนิดคือ ⁽⁵⁾

1. Directive Methods หัวหน้ากลุ่มเชื่อว่าเขาเป็นคนหนึ่งที่เหมาะสมที่สุดในการตัดสินใจในกลุ่ม และเป็นผู้รับผิดชอบเหตุการณ์ทั้งหมดที่เกิดขึ้นในกลุ่ม เป็นผู้แนะนำหรือชักจูงให้ผู้ป่วยในกลุ่มพูดมากที่สุดเท่าที่จะทำได้ หัวหน้ากลุ่มสามารถให้คำแนะนำและสนใจในความเป็นอยู่ของสมาชิกในกลุ่ม หัวหน้ากลุ่มเป็นคนค่อนข้างคล่องแคล่ว ซึ่งได้ผลดีในการรักษา กลุ่มแบบระยะสั้นๆ วิธีการรักษาแบบนี้เป็นแบบพูด (Verbal) และไม่พูด (Nonverbal) วิธีการนี้แยกลงไปได้อีก เช่น เป็น Directive Verbal เช่น การสอนซ้ำๆ Directive – deep methods เช่น Psychodrama เป็นการแสดงละคร Directive methods นี้เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยเรื้อรัง หรือกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ค่อยพูด

2. Nondirective Methods มีหลักเบื้องต้นว่า สมาชิกทุกคนในกลุ่มต้องมีความสามารถที่จะแก้ปัญหาของตัวเองได้ หัวหน้ากลุ่มทำหน้าที่เป็นสื่อช่วยเหลือสมาชิกแต่ละคน ให้เข้าใจปัญหาของตัวเอง และให้กำลังใจแก่ทุกคนในกลุ่มในการแก้ปัญหาและความประพฤตินั้นๆ ได้ นิยมใช้ในผู้ป่วย Neurosis และ Behavior disorder

ปัจจัยรักษา (Therapeutic Factors) ในจิตบำบัดกลุ่ม ได้แก่

1. Abreaction เป็นขบวนการดึงสิ่งที่เก็บกด (Repression) ไว้โดยเฉพาะ ประสบการณ์ หรือความขัดแย้งที่สะเทือนใจ ให้ขึ้นสู่ระดับจิตสำนึกผู้ป่วยไม่เพียงแต่ระลึกถึงสิ่งที่เก็บกดไว้เท่านั้น แต่รู้สึกปลดปล่อยจากสิ่งที่เก็บกดไว้ Insight มักเกิดขึ้นโดยเป็นผลจากประสบการณ์นี้

2. Acceptance เป็นความรู้สึกว่าได้รับการยอมรับจากสมาชิกในกลุ่ม ไม่มีการตำหนิติเตียน และทำให้สามารถทนต่อความคิดเห็นที่ไม่ตรงกับตนเองได้

3. Altruism เป็นการแสดงของสมาชิกกลุ่มที่ให้ความช่วยเหลือแก่ผู้อื่น ให้ความสำคัญแก่ความต้องการของผู้อื่นก่อนตนเอง และเรียนรู้คุณค่าของการให้ โอกุสต์ กงต์ (Auguste Comte) (ค.ศ. 1798 – 1857) เป็นผู้ริเริ่มใช้คำนี้ และ ซิกมันด์ ฟรอยด์ (Sigmund Freud) เชื่อว่า ปัจจัยนี้เป็นปัจจัยสำคัญในการสร้างความสามัคคีในกลุ่ม (Group Cohesion) และความรู้สึกร่วมในชุมชน (Community Felling)

4. Catharsis เป็นการแสดงออกของความคิดและสิ่งที่พยายามกดไว้ในใจ (Suppression) และมีการตอบสนองทางอารมณ์ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกปลดปล่อยจากสิ่งที่พยายามกดไว้ในใจ

5. Cohesion เป็นความรู้สึกของกลุ่มที่ได้ทำงานร่วมกันโดยมีเป้าหมายร่วมกัน และรู้สึกเป็นพวกเดียวกัน เชื่อว่าปัจจัยนี้เป็นปัจจัยสำคัญที่สุดที่ให้ผลดีในการรักษา

6. Consensual Validation เป็นการยืนยันความเป็นจริง (Reality) โดยเปรียบเทียบแนวคิดของตนเองกับสมาชิกกลุ่มคนอื่นๆ แฮร์รี สแตค ซัลลิวน (Harry Stack Sullivan) เป็นผู้ริเริ่มใช้คำนี้ ส่วนทริกกัน เบอร์โรว์ (Trigant Burrow) เป็นผู้ที่ใช้คำที่มีความหมายเดียวกัน มาแทนคำนี้ คือ Consensual Observation

7. Contagion เป็นขบวนการที่การแสดงอารมณ์ของสมาชิกคนใดคนหนึ่ง มีผลกระตุ้นให้สมาชิกอีกคนเกิด Awareness ของอารมณ์นั้น เปรียบเสมือนการแพร่กระจายของโรคติดต่อ

8. Corrective Familial Experience เป็นปรากฏการณ์ที่กลุ่มทำให้สมาชิกบางคนสามารถจัดการแก้ไขปมขัดแย้งในจิตใจที่มีรากฐานจากครอบครัว โดยผ่านทางปฏิสัมพันธ์ของกลุ่ม ปมขัดแย้ง ได้แก่ การอิจฉาระหว่างพี่น้อง ความโกรธที่มีต่อพ่อแม่ เป็นต้น

9. Empathy เป็นความสามารถของสมาชิกในการเข้าใจความรู้สึกนึกคิดและพฤติกรรมของสมาชิกคนอื่น เปรียบเสมือนว่าสมาชิกผู้นั้นสามารถนำตนเองไปตั้งอยู่กลางใจของสมาชิกคนอื่น

10. Identification เป็นกลไกป้องกันทางจิตที่อยู่ในส่วนจิตไร้สำนึก โดยบุคคลนั้นได้รับลักษณะและคุณสมบัติของบุคคลอื่นเข้ามาสู่ Ego System ของตน

11. Imitation เป็นการลอกเลียนพฤติกรรมของผู้อื่นอย่างตั้งใจ อาจเรียกว่า Role Modeling หรือ Spectator Therapy ก็ได้

12. Insight เป็นการตระหนักรู้ (Awareness) และเข้าใจจิตพลศาสตร์และอาการรวมทั้งพฤติกรรม การปรับตัวไม่เหมาะสมของตนเอง แบ่งเป็น 2 ชนิดได้แก่ Intellectual Insight เป็นความรู้และความตระหนักรู้ (Awareness) โดยผู้ป่วยไม่ได้เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมปรับตัวไม่เหมาะสมของตนเอง อีกชนิดคือ Emotional Insight เป็นการตระหนักรู้ (Awareness) และเข้าใจจนมีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพและพฤติกรรมไปในทางดี

13. Inspiration เป็นขบวนการส่งต่อความรู้สึกที่มองโลกในแง่ดีไปยังสมาชิกกลุ่ม ทำให้สามารถระลึกได้ว่าแต่ละคนสามารถชนะปัญหาของตนได้ อาจเรียกว่า Instillation of hope ก็ได้

14. Interaction เป็นการแลกเปลี่ยนความคิด ความรู้สึก ระหว่างสมาชิกของกลุ่มอย่างอิสระ และเปิดกว้าง ปฏิสัมพันธ์ที่มีประสิทธิภาพในการรักษา มักเป็นส่วนที่มีอารมณ์เกี่ยวข้องกับอยู่ด้วย

15. Interpretation เป็นขบวนการที่ผู้นำกลุ่มแปลความหมายของ Resistance กลไกป้องกันทางจิตและสัญลักษณ์ต่างๆที่มีความหมายพิเศษสำหรับผู้ป่วยด้วยปัจจัยนี้จะทำให้ผู้ป่วยเข้าใจพฤติกรรมของตนเองได้

16. Learning คือ การได้รับความรู้ในเรื่องใหม่ๆ ได้แก่ ทักษะทางสังคม พฤติกรรมทางเพศ โดยวิธีแนะนำของสมาชิกกลุ่มคนอื่นๆ

17. Reality Testing เป็นความสามารถของบุคคลในการประเมินสิ่งต่างๆได้ถูกต้องตามโลกของความเป็นจริง และรวมถึงความสามารถในการรับรู้ตนเองและสมาชิกกลุ่มคนอื่นๆอย่างถูกต้อง

18. Transference เป็น Projection ของความรู้สึกนึกคิด และความปรารถนาไปสู่ผู้รักษา โดยผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณรักษาเป็นเสมือนบุคคลที่สำคัญในอดีต ปฏิกริยานี้อาจมีความเหมาะสมกับชีวิตในอดีตของผู้ป่วย แต่ไม่เหมาะสมกรณีที่ผู้ป่วยมีปฏิกริยานี้ต่อผู้รักษาในขณะปัจจุบัน

19. Universalization เป็นการตระหนักรู้ (Awareness) ของผู้ป่วยว่าไม่ได้เผชิญปัญหาเพียงคนเดียว

20. Ventilation เป็นการแสดงความรู้สึก ความคิดหรือเล่าเหตุการณ์ที่พยายามกดไว้ในใจให้สมาชิกกลุ่มได้รับฟัง รวมถึงการแบ่งปัน (Sharing) โดยเล่าความลับของตนเอง เพื่อบรรเทาความรู้สึกผิดหรือบาปที่เรียกว่า Self-disclosure

21. การสะท้อนกลับ (Feedback) เมื่อสมาชิกกลุ่มแต่ละคนเผชิญหน้า (confront) กับสมาชิกกลุ่มคนอื่น ๆ โดยการตอบสนองทันทีต่อเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้น ถือว่าเป็นความสามารถของการเรียนรู้ สมาชิกแต่ละคนถูกช่วยให้ประเมินถึงกลไกการป้องกันของตนเอง และวิถีทางต่างๆในการต่อสู้ รวมทั้งกลไกการป้องกันตนเองของเพื่อนสมาชิกกลุ่มของเขา กลุ่มการเผชิญหน้า (confrontation group) อาศัยกลไกของการสะท้อนกลับอย่างกว้างขวาง

นอกจากนี้ยังมีกลไกอย่างอื่นแต่สำคัญน้อยกว่าคือ

การแนะนำ (Suggestion) ชิกมัน พรอยด์ เชื่อว่า สถานการณ์ความเป็นอยู่ของกลุ่มไม่แตกต่างกันกับการสะกดจิต หรือการแนะนำให้มีความสัมพันธ์กัน สมาชิกกลุ่มคนหนึ่งให้คำแนะนำแก่สมาชิกคนอื่นในกลุ่มเป็นไปได้มาก

ความมีอำนาจ (Authority) ความมีอำนาจใกล้เคียงกับการแนะนำมาก ผู้ป่วยที่อ่อนแอจะได้รับอิทธิพลของผู้รักษา หรือจากสมาชิกกลุ่มคนอื่น ๆ ที่เข้มแข็งมากกว่า ความเชื่อมั่นต่อผู้รักษาเป็นกลไกที่ทำให้เกิดความมีอำนาจ

การแข่งขัน (Rivalry) การแข่งขันเอาอย่างกัน นำมาซึ่งการส่งเสริมให้กลุ่มดีขึ้น เช่น สมาชิกกลุ่มบางคนแข่งขันกับสมาชิกกลุ่มคนอื่น ทำให้ส่งเสริมให้ดีขึ้นเร็วมากที่สุด

การผ่อนคลาย (Relaxation) บรรยากาศซึ่งผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายมีประโยชน์ต่อการรักษา

ความตึงเครียด (Tension) บางครั้งความเครียดในกลุ่มอาจเป็นผลดีต่อกลุ่มได้

การแบ่งปัน (Sharing) ถ้าสมาชิกกลุ่มทุกคนมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมของกลุ่มโดยการแบ่งปัน จะทำให้ทุกสิ่งทุกอย่างเป็นไปด้วยดี

การให้ความมั่นใจ (Reassurance) การให้ความมั่นใจอาจเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยที่ไม่มั่นใจในตนเอง (insecure)

โดยทั่วไป การรักษาแบบกลุ่มที่มีประสิทธิภาพ จะประกอบด้วยสิ่งสำคัญ 3 ประการ คือ ความรัก (love) ความเข้าใจ (understanding) และการทำงานที่ดี (good work) จะเห็นว่าจิตบำบัดและศาสนา มีหลักเกณฑ์และวัตถุประสงค์คล้ายกัน

ปัจจัยรักษาทั้งหมดจะมีผลทำให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้นทั้งนี้ เนื่องจากกลุ่มเป็นเสมือนโลกจำลองของสังคมภายนอก ผู้ป่วยแต่ละคนมีความแตกต่างกันทางด้านมนุษยสัมพันธ์ กลไกป้องกันทางจิต และความสามารถในการปรับตัว กลุ่มจะสะท้อนสิ่งต่างๆ เหล่านี้ ทำให้ผู้ป่วยเริ่มสนใจสำรวจตนเอง

Kaplan HL , Sadock BJ ⁽³⁸⁾ ได้ศึกษาพบว่า กลุ่มจิตบำบัดทำให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถปรับตัวให้อยู่ในโลกแห่งความจริงได้ โดยช่วยลดการแยกตัวจากสังคม มีการปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมได้ สัมพันธภาพระหว่างบุคคลดีขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น และบรรเทาอาการเจ็บป่วย

Profita J และคณะ ⁽³⁹⁾ ได้ศึกษาวิจัยพบว่าการรักษาด้วยจิตบำบัดแบบประคับประคอง ทำให้เกิดผลดี คือ เป็นการฟื้นฟูสภาพจิตใจ

Holmes J ⁽⁴⁰⁾ ได้ศึกษาผลของจิตบำบัดแบบประคับประคอง พบว่าทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวสู่ความเป็นจริงได้ดีขึ้น

Hoge MA , Me Loughlin KA ⁽⁴¹⁾ ให้คำจำกัดความว่า เป็นวิธีนำเอาผู้ป่วยมาเข้ากลุ่มร่วมกัน โดยผู้ป่วยจะแสดงพฤติกรรมสัมพันธ์ (Interaction) ของตนเองออกมาให้เห็นเมื่ออยู่ต่อหน้าสังคมนั้นๆ และทำให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจในปัญหาที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง

Kanas N ⁽⁴²⁾ ให้ความหมายของกลุ่มจิตบำบัดว่า หมายถึง การรักษาที่จะช่วยแก้ไขปัญหาระหว่างผู้ป่วยด้วยกันเองในกลุ่มหรือปัญหาที่เกี่ยวกับสังคมที่ตนใช้ชีวิตอยู่ โดยไม่เข้าไปเกี่ยวข้องกับปัญหาทางจิตที่ลึกตนเกินไป

Skantzek และ คณะ ⁽⁴³⁾ พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตร่วมกับการฟื้นฟูสภาพจิตใจ จะทำให้มีอาการทางจิตลดน้อยลง มีการปรับตัวและพัฒนาการด้านสังคมดีขึ้น

Kilian R และคณะ ⁽⁴⁴⁾ พบว่ากลุ่มจิตบำบัดที่ให้ความรู้กับผู้ป่วย มีผลทำให้การกลับเป็นซ้ำของโรคลดน้อยลง และยังทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น

Andress K และคณะ⁽⁴⁵⁾ พบว่ากลุ่มบำบัดแบบประคับประคองที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางจะให้ผู้ป่วยมีอิสระในการเลือกประเด็นที่จะพูดภายในกลุ่ม

ปราโมทย์ เชาวศิลป์⁽⁴⁶⁾ ให้ความหมายว่า กลุ่มจิตบำบัด คือ รูปแบบหนึ่งของการรักษา มีการคัดเลือกคนไข้ในการเข้ากลุ่ม ดำเนินกลุ่มโดยผู้รักษาที่ได้รับการฝึกฝนด้านนี้มาแล้ว เพื่อจุดประสงค์ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของสมาชิกกลุ่มแต่ละคน โดยใช้ปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันของสมาชิก โดยให้สมาชิกกลุ่มแสดงความคิดเห็น เสนอแนะวิธีการต่าง ๆ กันเอง จนเกิดการเรียนรู้ขึ้น ได้เห็นแบบอย่างที่ดี สามารถปรับเกี่ยวกับวิธีคิด การแสดงความรู้สึก และพัฒนาพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้น

Atkinson JM และคณะ⁽⁴⁷⁾ ได้ศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเภทสามารถที่จะเรียนรู้และเข้าใจเรื่องราวต่าง ๆ เกี่ยวกับตนเองได้ และพบว่าคนที่มีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างบุคคล และสังคมจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีด้วย

Yalom I และคณะ⁽⁴⁸⁾ ได้ศึกษาวิจัยโดยให้ผู้ป่วยเขียนหลังจากเข้ากลุ่มจิตบำบัดในแต่ละครั้งว่ากลุ่มช่วยเขาได้อย่างไร จากคำตอบที่ได้ถูกนำมารวบรวมสรุปเป็นหัวข้อพบว่า มีองค์ประกอบที่ช่วยการรักษาเกิดขึ้นจากการทำงานกลุ่ม แบ่งเป็น 11 หัวข้อคือ

1. การตั้งความหวัง (Instillation of hope) กลุ่มจิตบำบัดสร้างความหวังใหม่ให้แก่ผู้ป่วยที่กำลังเสียขวัญ และมองโลกในแง่ร้าย การที่ผู้ป่วยเห็นผู้อื่นที่มีอาการเหมือนตนดีขึ้นจะทำให้เขามีความหวังมากขึ้น

2. ความรู้สึกอันเป็นสากล (Universality) ก่อนเข้ารับการรักษา ผู้ป่วยจะคิดว่าความทุกข์ของตนเองไม่เหมือนใครแต่เมื่อเข้ากลุ่มแล้ว เขาจะรู้ว่าผู้อื่นก็มีปัญหายุ่งยากเหมือนกัน ความรู้สึกที่ว่าตนเองมีความทุกข์คนเดียวจะหมดไป

3. การให้ข้อมูล (Imparting of information) กลุ่มให้ข้อมูลกับผู้ป่วยทั้งทางตรงและทางอ้อม เกี่ยวกับเรื่องต่างๆที่ผู้ป่วยควรจะรู้ การให้ข้อมูลนี้ช่วยลดความกังวลของผู้ป่วยที่เกิดจากการไม่รู้ด้วย

4. การเสียสละ (Altruism) กลุ่มทำให้สมาชิกรู้สึกว่าคุณค่ามากขึ้น เพราะเขาสามารถช่วยเหลือผู้อื่นได้ ให้ข้อเสนอแนะ ให้กำลังใจผู้อื่น หรือเสียสละในเรื่องต่างๆ ผู้ป่วยจะไม่รู้สึกว่าตนเองเป็นภาระของคนอื่น และจะภูมิใจในตัวเองเพิ่มขึ้น Altruism นี้ นับเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้การรักษา โดยถือว่ามีวิธีที่ดีที่สุดที่จะช่วยคนคือช่วยให้เขาได้ช่วยคนอื่น

5. การแก้ไขประสบการณ์เดิมในครอบครัว (Corrective Recapitulation of The Primary Group) กลุ่มประกอบด้วย ผู้ป่วยต่างเพศ และมีอายุแตกต่างกันทำให้กลุ่มมีลักษณะหลายอย่างคล้ายครอบครัว มีผู้นำกลุ่มเป็นหัวหน้าคล้ายหัวหน้าครอบครัวที่มีอำนาจ สมาชิกกลุ่มเหมือนญาติพี่น้อง ปัญหาที่เกิดขึ้นในกลุ่มหลาย ๆ ด้านจะคล้ายกับปัญหาในครอบครัวและการตอบสนองของสมาชิกในรูปแบบต่าง ๆ รวมทั้งการที่ผู้รักษาให้การช่วยเหลืออย่างถูกต้อง จะทำให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้และสามารถแก้ไขประสบการณ์เดิม พัฒนาด้านจิตใจ อารมณ์ ได้ดีขึ้น

6. การพัฒนาความสามารถในการติดต่อกับผู้อื่น (Development of socializing technology) กลุ่มทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเรียนรู้ทักษะทางด้านสังคม เรียนรู้วิธีฟังผู้อื่น วิธีตอบสนองของผู้อื่น เรียนรู้ที่จะเข้าใจและแก้ไขปัญหาดัง ๆ ในการติดต่อกับผู้อื่น

7. พฤติกรรมการลอกเลียนแบบ (Imitative Behavior) ในกลุ่มผู้ป่วยสามารถลอกเลียนแบบพฤติกรรมของผู้รักษา หรือเลียนแบบพฤติกรรมของผู้ป่วยอื่นที่เขาชื่นชอบ ผู้รักษาจะเป็นแบบอย่างที่ดีในการฟัง การสนองตอบเหตุการณ์ ด้วยท่าที่สงบและเยือกเย็น การเข้าใจผู้อื่นและผู้ป่วยอื่นจะเป็นแบบอย่างในด้านอื่น ๆ

8. การเรียนรู้มนุษย์สัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal learning) กลุ่มทำให้ผู้ป่วยเรียนรู้วิธีที่จะติดต่อกัน อยู่ร่วมกัน ผู้ที่มีปัญหาด้านพฤติกรรมมักจะเป็นผู้ที่มีภาพพจน์เกี่ยวกับตนเองไม่ดี ดูถูกตนเอง ไม่ชอบตนเอง และเห็นผู้อื่นเป็นคนเอาเปรียบ เขาจะไม่ค่อยสนใจใยดีผู้อื่น ซึ่งมีผลทำให้เขาเป็นคนที่ไม่เข้าใจยาก และถูกทอดทิ้งมากขึ้น ในกลุ่มผู้ป่วยจะได้รับความรู้ใหม่ ได้มีโอกาสแก้ไขสภาวะทางอารมณ์ใหม่

9. การผูกพันกำลังในกลุ่ม (Group Cohesiveness) การที่ผู้ป่วยมาเข้ากลุ่มสม่ำเสมอและมีความสามัคคีในกลุ่ม จะทำให้สมาชิกรู้สึกผูกพันกับผู้รักษาและผูกพันกับเพื่อนสมาชิกด้วยกัน สมาชิกจะรู้สึกว่าตัวเองเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มมีความสำคัญต่อกลุ่ม ในบรรยากาศเช่นนี้ สมาชิกกลุ่มจะสามารถพูดความรู้สึกที่แท้จริงออกมา ซึ่งเขาไม่สามารถทำได้ในสังคมทั่วไป การที่สมาชิกกลุ่มยอมรับซึ่งกันและกัน ผูกพันกำลังกัน ช่วยเหลือกันเป็นประสบการณ์ที่สำคัญยิ่งในชีวิตของผู้ป่วย

10. การระบายอารมณ์ (Catharsis) ในกลุ่มผู้ป่วยสามารถพูดระบายความรู้สึกคับข้องใจ ความขัดแย้งที่เก็บอัดไว้ในใจ ซึ่งเขาไม่สามารถพูดได้ในสังคมทั่วไป ในสังคมเรามากจะพูดแต่เพียงความรู้สึกด้านดี ไม่นิยมพูดถึงความรู้สึกด้านลบ ทำให้ต้องเก็บกดความรู้สึกด้านลบไว้ ในกลุ่มจิตบำบัด ผู้ป่วยจะถูกกระตุ้นให้พูดถึงความรู้สึกด้านลบ ในขณะที่กลุ่มรับฟังอย่างเข้าใจและเห็นใจเมื่อผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกที่รบกวนจิตใจแล้ว จะมีผลทำให้สมาชิกมีจิตใจ

ปลอดภัยยิ่งขึ้น สามารถมองดูเหตุการณ์ด้วยใจที่เป็นกลางมากขึ้น เข้าใจชีวิตมากขึ้น และมีการพัฒนาการด้านอารมณ์จิตใจสูงขึ้น

11. ความจริงอันเป็นสัจธรรม (Existential Factor) กลุ่มจะทำให้สมาชิกได้เรียนรู้ถึงความจริง ยอมรับความจริงใจสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ เช่น การเผชิญกับความตาย เรียนรู้อนิจจัง ทุกขัง อนัตตา รู้ว่าบางสิ่งบางอย่างกลุ่มช่วยเหลือเราได้ บางอย่างเราต้องเผชิญตามลำพัง การเรียนรู้นี้จะทำให้ผู้ป่วยเป็นทุกข์น้อยลง

โดยสรุป กลุ่มจิตบำบัด มีวัตถุประสงค์ เพื่อช่วยให้สมาชิกเกิดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal relationship) หรือสัมพันธภาพทางสังคม (Social relationship) กับคนอื่นดีขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวสามารถเข้าใจตนเองมากขึ้น เรียนรู้ที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ทศนคติ เรียนรู้ที่จะเผชิญปัญหาและอยู่ร่วมกับผู้อื่นอย่างมีความสุขในสังคม



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของจิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่มต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงทดลอง (Experimental Research) แบบก่อนและหลังการเข้าร่วมจิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่ม โดยมีกลุ่มควบคุม 1 กลุ่ม (Before – After Experimental with one control Group)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมาย (Target Population) คือ ผู้ป่วยจิตเภททุกรายที่มารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จเจ้าพระยา

ประชากรตัวอย่าง (Samples Population) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าป่วยด้วยโรค Schizophrenia ตามหลักเกณฑ์ DSM-IV ซึ่งมารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จเจ้าพระยา ตั้งแต่ 1 กุมภาพันธ์ 2545 จนถึงวันที่เริ่มดำเนินการ

กลุ่มตัวอย่าง (Samples) คือ ผู้ป่วยจิตเภททุกรายที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสมเด็จเจ้าพระยา มีอายุระหว่าง 20 – 40 ปี และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ในการคัดเลือกและเกณฑ์การคัดออกตามที่กำหนดไว้ (Inclusion – Exclusion Criteria) จำนวน 30 คน และสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Randomization) ได้แก่งุ่มทดลอง 2 กลุ่ม จำนวน 20 คน (กลุ่มละ 10 คน) และกลุ่มควบคุม 1 กลุ่ม จำนวน 10 คน

เกณฑ์ในการคัดเลือก (Inclusion Criteria)

1. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia) ตามเกณฑ์วินิจฉัยใน DSM-IV และ ICD 10 และมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จเจ้าพระยา ตั้งแต่วันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2545 จนถึงวันที่เริ่มดำเนินการ
2. เป็นผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตในกลุ่มดั้งเดิม เช่น Chlorpromazine, Haloperidol, Perphenazine
3. อายุ 20 – 40 ปี

4. มีการศึกษาไม่ต่ำกว่าเกณฑ์บังคับคือ ประถมศึกษาปีที่ 6 อ่านและเขียนหนังสือได้
5. เป็นผู้ป่วยที่ได้พบและได้รับการรักษาจากจิตแพทย์มาแล้วอย่างน้อย 2 ครั้ง
6. เป็นผู้ป่วยที่มีคะแนนแบบประเมินอาการทางจิต คือ Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) ไม่เกิน 30 คะแนน
7. มีความยินยอมที่จะเข้าร่วมการศึกษาวิจัย

เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion Criteria)

ผู้ป่วยที่มีโรคทางจิตเวชอื่น ๆ และผู้ป่วยที่ทำแบบประเมินอาการทางจิต Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) มีคะแนนมากกว่า 30 คะแนน

เทคนิคการสุ่มตัวอย่าง (Sampling Technique)

Randomized Allocation โดยการสุ่มแบบ Simple Random Sampling โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างตาม Inclusion criteria คือผู้ป่วยที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา ตั้งแต่วันที่ 1-8 กุมภาพันธ์ 2545 จำนวน 50 คนโดยการจับสลากที่เขียนชื่อกลุ่มตัวอย่างใส่ไว้อย่างละเท่า ๆ กันและเลือกมาเพียง 30 คน เมื่อจับเสร็จแล้ว ไม่นำสลากับผู้ที่เดิม

ขนาดตัวอย่าง (Sample size) ได้มาจากการพิจารณาขนาดตัวอย่างในการศึกษาเชิงทดลอง (Experiment with one control group) โดยใช้สูตร

$$n = \frac{(Z_{\alpha} + Z_{\beta})^2 2Sp^2}{d^2}$$

n	=	ขนาดตัวอย่าง	
Z_{α}	=	ระดับความเชื่อมั่น จากตารางมีค่า	= 1.64
Z_{β}	=	ระดับความเชื่อมั่น จากตารางมีค่า	= 0.84
\bar{X}_1	=	ค่าเฉลี่ยรวมของกลุ่มควบคุม	= 62.40 (จากการ try out)
S_1	=	ค่าความแปรปรวนของกลุ่มควบคุม	= 16.6
S_2	=	ค่าความแปรปรวนของกลุ่มทดลอง	= 18.9

d(effect size) คือ ขนาดของความแตกต่างของผลลัพธ์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ในที่นี้กำหนดว่าค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มควบคุมและกลุ่ม

ทดลองควรมีความแตกต่างกันอย่างน้อย 35 เปอร์เซ็นต์ จึงถือว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นค่า d เท่ากับ 21.84 ซึ่งจากการศึกษาของ Atkinson MJ และคณะ⁽⁴⁹⁾ ถึงผลการให้ความรู้แบบกลุ่มแก่ผู้ป่วยจิตเภทต่อหน้าที่ทางสังคมและคุณภาพชีวิต พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับความรู้แบบกลุ่มมีคุณภาพชีวิตสูงขึ้น 31 เปอร์เซ็นต์

$$\begin{aligned}
 Sp^2 &= \frac{(n_1 - 1)S_1^2 + (n_2 - 1)S_2^2}{n_1 + n_2 - 2} \\
 &= \frac{72(16.6)^2 + 56(18.9)^2}{128} \\
 &= 311.28 \\
 n/\text{group} &= \frac{(1.64 + 0.84)^2 2(311.28)}{155.75} = \frac{3828.99}{476.99} \\
 &= 8.03
 \end{aligned}$$

เพื่อความสะดวกในการคำนวณข้อมูลจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็น 10 คน และเพื่อป้องกันการ drop out ของผู้ป่วย จึงกำหนดให้มีกลุ่มทดลอง 2 กลุ่ม และกลุ่มควบคุม 1 กลุ่ม รวมตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เท่ากับ 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

1. ประวัติของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาที่ป่วย จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและการรักษา (ตั้งรายละเอียดในภาคผนวก)

2. แบบประเมินอาการทางจิต BPRS ที่ได้รับการพัฒนาโดย Overall และ Gorham (1962)⁽⁵⁰⁾ ซึ่งภัทธา ธีรลาภ (2531) ได้หาค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นโดยใช้ SPSS – X Program ได้ค่า Alpha Coefficients เท่ากับ 0.89 ประกอบด้วยข้อคำถาม 18 ข้อ ได้แก่ Somatic concern, Anxiety Emotional withdrawal, Conceptual disorganization, Guiltfeeling, Tension, Mannerism & posturing, Grandiosity, Depressive mood, Hostility, Suspiciousness, Hallucination, Motor retardation, Uncooperativeness, Unusual thought content Blunted affect, Excitement และ Disorientation มีระดับคะแนนตั้งแต่ 0 – 6 คือ 0 =

ไม่มีอาการ, 1 = มีเล็กน้อยเป็นบางครั้ง, 2 = มีอาการเล็กน้อย, 3 = อาการปานกลาง, 4 = อาการค่อนข้างรุนแรง, 5 = อาการรุนแรง, 6 = อาการรุนแรงมาก คะแนนรวมทั้งหมดจะอยู่ในช่วง 18 – 108 คะแนน (ตั้งรายละเอียดในภาคผนวก)

3. แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท Quality of Life Scale (QLS)⁽⁵¹⁾ ฉบับภาษาไทย โดยมี รศ.นพ.รณชัย คงสกนธ์ และคณะ ได้พัฒนามาจาก The Maryland Psychiatric Research Center by Drs. Heinrichs, Carpenter and Hanlon แบบประเมินคุณภาพชีวิต QLS เป็นแบบสอบถามเพื่อใช้ประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่ไม่จำเป็นต้องอยู่โรงพยาบาล โดยที่อาจมีหรือไม่มีอาการ Psychosis ที่ชัดเจนหรือต้องการอยู่โรงพยาบาล โดยประเมินความสมบูรณ์ของประสบการณ์ส่วนตัวลักษณะของความสัมพันธ์ของบุคคล และความสามารถในการทำงานโดยแบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่

1. ลักษณะความสัมพันธ์ของบุคคล

(Interpersonal relations and social network) ข้อ 1 – 8

2. ความสามารถในการทำงาน

(Instrumental role functioning) ข้อ 9 – 12

3. ความสมบูรณ์ของประสบการณ์ส่วนตัว

(Intrapsychic foundations and common objects and activities) ข้อ 13 – 21

ลักษณะจะเป็นการประเมินแบบกึ่งการสัมภาษณ์อย่างมีแบบแผน แต่ละหัวข้อมี 3 ตอน ตอนแรกจะเป็นคำบรรยายสั้น ๆ เพื่อช่วยให้ผู้สัมภาษณ์เข้าใจ และมุ่งสู่ตัวแปรที่ต้องการประเมิน ตอนที่สองจะเป็นคำถามที่ผู้สัมภาษณ์อาจใช้เพื่อค้นหาคำตอบตามตอนแรก ส่วนตอนสุดท้ายจะเป็นระดับคะแนน 7 ระดับ สำหรับแต่ละหัวข้อโดยมีคำบรรยายประกอบอยู่ 4 ระดับ คะแนน เพื่อช่วยการให้ระดับคะแนนที่ไม่มีคำบรรยายประกอบอยู่ด้วย มี 21 ข้อ รวม 126 คะแนน

คำถามที่มีให้เป็นเพียงการเสนอแนะ ซึ่งอาจเปลี่ยนหรือเพิ่มได้ตามความจำเป็น ควรสอบถามแต่ละหัวข้อให้มากที่สุด เพื่อการให้ระดับคะแนนที่ดี ความมุ่งหวังคือหาความบกพร่องหรือข้อจำกัดทางจิตพยาธิสภาพของบุคคลิกภาพ การปรับเปลี่ยนอาจทำได้ ถ้ามีปัจจัยพิเศษที่ชัดเจนโดยไม่มีข้อโต้แย้งมาเกี่ยวข้อง (เช่น การมีการติดต่อกับสังคมที่ลดลง เนื่องจากการป่วยทางกายที่รุนแรง) ควรให้คะแนนครบทุกข้อ โดยวงกลมรอบระดับคะแนนนั้น ๆ (ตั้งรายละเอียดในภาคผนวก) โดยผู้วิจัยได้เข้าพบ รศ.นพ.รณชัย คงสกนธ์ ที่ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี เพื่อศึกษา แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท (QLS) และแนวทางในการสัมภาษณ์ตามแบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทไปทดสอบหาความเชื่อมั่นกับผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มประชากรที่คลีนิกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา จำนวน 10 คน โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .86

4. ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระยะเวลาที่ให้การดูแลผู้ป่วย จำนวนสมาชิกในครอบครัว (ตั้งรายละเอียดในภาคผนวก)

5. แบบสอบถามความคิดเห็นของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงขึ้นจากแบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท (QLS) ฉบับภาษาไทย โดยมี รศ.นพ.รณชัย คงสกนธ์ และคณะได้พัฒนามาจาก The Maryland Psychiatric Research Center by Drs. Heinrichs, Carpenter and Hanlon เป็นแนวทางในการสร้างแบบสอบถาม ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ มี 4 ตัวเลือก เพื่อประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย ประสบการณ์ส่วนตัว ลักษณะของความสัมพันธ์ของบุคคล และความสามารถในการทำงาน (ตั้งรายละเอียดในภาคผนวก)

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามความคิดเห็นของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทไปตรวจสอบความถูกต้อง และความเหมาะสมของเนื้อหา รวมทั้งภาษาที่ใช้จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน แล้วนำไปหาความเชื่อมั่น กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่คลีนิกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา จำนวน 10 คน โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .84

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลนั้น ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยทำหนังสือแนะนำตัว และขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลจากภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ไปยังผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ขั้นตอนเตรียมการ

1.1 การศึกษาข้อมูลจากเอกสาร (Documentary Study) โดยการศึกษาค้นคว้า รวบรวมข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูลจากเอกสารต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น แฟ้มประวัติของผู้ป่วย หนังสือ เอกสารทางวิชาการ บทความ งานวิจัย และเอกสารอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

1.2 ผู้วิจัยเข้าพบ รศ.นพ.รณชัย คงสกนธ์ ที่ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี เพื่อศึกษาและขอคำแนะนำในการใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท (QLS)

1.3 เตรียมผู้ช่วยวิจัย โดยมีพยาบาลจิตเวช ที่มีประสบการณ์ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวช ร่วมกับวิธีการใช้กลุ่มบำบัดไม่ต่ำกว่า 5 ปี ซึ่งมีความสนใจและเต็มใจให้ความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้ โดยมีความเข้าใจ และดำเนินการทดลองตามวิธีที่ผู้วิจัยกำหนดไว้ทุกประการ ผู้ช่วยวิจัยคนที่ 1 มีหน้าที่ประเมินคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยจิตเภทโดยการสัมภาษณ์ ผู้ป่วยก่อน ระหว่าง และหลังการทดลอง โดยไม่มีส่วนร่วมในการดำเนินการจัดกลุ่ม และไม่ทราบว่าผู้ป่วยคนใดอยู่ในกลุ่มใด ผู้ช่วยวิจัยคนที่ 2 มีหน้าที่ร่วมจัดกลุ่มบำบัดแบบประคับประคองกับผู้วิจัย

1.4 เตรียมสถานที่สำหรับดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยทำหนังสือถึงหัวหน้าพยาบาลกลุ่มงาน โรงพยาบาลกลางวัน โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา เพื่อขออนุญาตใช้สถานที่ในการทำกลุ่ม ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึง เดือนเมษายน พ.ศ. 2545 เวลา 9.00 – 12.00 น.

1.5 เตรียมผู้ป่วย โดยผู้วิจัยเริ่มสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยเป็นรายบุคคล เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกคุ้นเคย และเข้าใจในจุดประสงค์ของการทดลองและการเข้ากลุ่ม

1.6 ผู้วิจัยชี้แจงให้ผู้ป่วยทราบถึงสถานที่ที่ใช้ในการทำกลุ่ม วัน เวลาที่จะเข้ากลุ่ม และระยะเวลาของการเข้ากลุ่มแต่ละครั้ง เพื่อให้ผู้ป่วยเตรียมตัวให้พร้อมก่อนเข้ากลุ่ม ตลอดจนชี้แจงให้ผู้ป่วยทราบถึงลักษณะและขนาดของกลุ่ม จำนวนสมาชิกในกลุ่ม

1.7 ผู้วิจัยจัดผู้ป่วยเข้ากลุ่มทดลอง 2 กลุ่ม และกลุ่มควบคุม 1 กลุ่ม กลุ่มละ 10 คน โดยผู้วิจัยเป็นผู้จับฉลากเอง และจดรายชื่อของผู้ป่วยแต่ละกลุ่มไว้

2. ขั้นตอนการทดลอง

2.1 ผู้ช่วยวิจัยคนที่ 1 มีหน้าที่ประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทก่อนการทดลอง (Pre – Test) 1 อาทิตย์ ทั้งนี้ เพื่อให้ผู้วิจัยมีเวลาเพียงพอในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง จึงจะเริ่มการทำจิตบำบัดประคับประคองแบบกลุ่ม โดยในการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทมีวิธีการดังนี้

2.1.1 ประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง โดยการสัมภาษณ์ด้วยแบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท คนละประมาณ 30 นาที รวม 3 ครั้ง คือ ก่อนการทดลอง ระหว่างการทดลอง และเมื่อสิ้นสุดการทดลอง

2.1.2 นำแบบวัดความคิดเห็นของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ให้ผู้ดูแลผู้ป่วยตอบ ก่อนการทดลอง ระหว่างการทดลอง และเมื่อสิ้นสุดการทดลอง

2.2 เริ่มการทดลองทำจิตบำบัดระดับประจักษ์แบบกลุ่ม โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย คนที่ 2 ซึ่งมีขั้นตอนในการปฏิบัติ ดังนี้

2.2.1 จัดเตรียมสถานที่และอุปกรณ์ให้พร้อม เช่น การเตรียมห้องจัดเป็น เก้าอี้วงกลม

2.2.2 ดำเนินการทดลองทำจิตบำบัดระดับประจักษ์แบบกลุ่ม 12 ครั้ง ใช้ เวลา 12 สัปดาห์ ทำสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง 15 นาที โดยเริ่มการทดลองตั้งแต่วันที่ 8 กุมภาพันธ์ ถึง 26 เมษายน 2545

2.2.3 กลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมเกิน 3 ครั้ง จะถูกตัดออกจากการ ศึกษา

ในการทำจิตบำบัดระดับประจักษ์แบบกลุ่ม มีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยให้ผู้ป่วย ตระหนักถึงตนเอง เข้าใจปัญหาของตนเอง และรู้จักใช้กลไกการแก้ปัญหาที่ถูกต้อง มีสัมพันธ ภาพและสามารถปรับตัวให้เข้ากับผู้อื่นได้ดีขึ้น สามารถเผชิญปัญหาต่าง ๆ ได้ ดังนั้นเพื่อให้ บรรลุเป้าหมายในการทำกลุ่ม จึงต้องใช้เทคนิคต่าง ๆ ดังนี้

1. การสร้างสัมพันธภาพ (Relationship) ทำได้หลายวิธี เช่นการยิ้ม ทักทาย แนะนำ ตัวเอง และสมาชิกในกลุ่มให้รู้จักกัน การมีที่ทำเป็นกันเอง การจัดสภาพแวดล้อมให้มี บรรยากาศสบาย ๆ ไม่มีอิึดอัดเคร่งเครียด

2. การสังเกต (Observation) ได้แก่ การรู้จักสังเกตท่าที พฤติกรรม การแสดงออก ตลอดจนการตอบสนองของสมาชิกในกลุ่ม โดยอาศัยการสื่อความหมาย จะโดยใช้คำพูด (Verbal) โต้ตอบกัน หรือวิธีอื่นใดที่แทนการพูด (Non – verbal) จะช่วยให้เข้าใจพฤติกรรมได้ดี

3. การแนะนำแบบทั่ว ๆ ไป (General Leads) มักเป็นลักษณะคำถามหรือคำพูด นำไปสู่การอภิปรายของสมาชิกในกลุ่ม หรือใกล้จบการอภิปราย หรือต้องการชักจูงให้เปลี่ยน แนวคิดไปจากเดิม หรือใช้เพื่อทำลายความเงียบอันยาวนานก็ได้

4. การกระตุ้นความสนใจ (Stimulation) มักใช้ในตอนแรก ๆ ที่เริ่มกลุ่ม และ สมาชิกยังไม่กล้าพูดคุยกัน ผู้รักษาจะเป็นผู้นำกระตุ้นความสนใจ โดยอาจพูดถึงเรื่องใดเรื่อง หนึ่งที่สมาชิกน่าจะสนใจ เพื่อนำไปสู่การอภิปรายร่วมกัน

5. การสนับสนุนส่งเสริม (Encouragement) คือ การให้คำสนับสนุนในความคิด การกระทำและแผนการณ์ของผู้ป่วย ซึ่งผู้รักษาเห็นว่า เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยโดยบอกผู้ป่วยว่าเขาคิดดีแล้ว เห็นด้วยกับแผนการณ์ของเขา โดยทั่วไปผู้รักษาจะสนับสนุนในความคิดของผู้ป่วยเกี่ยวกับการแก้ปัญหา ความอดทน ความมั่นใจและความหวังที่มี

6. การเชื่อมโยงเรื่อง (Connection) ผู้รักษาจะต้องรู้จักใช้เทคนิคของการเชื่อมโยงเรื่องหรือประเด็นต่าง ๆ ที่พูดกัน เป็นการเชื่อมโยงการสื่อสารภายในกลุ่ม

7. การเงียบ (Silence) เมื่อกลุ่มเงียบ ผู้รักษาใช้เทคนิคของการเงียบซึ่งจะทำให้สมาชิกคนใดคนหนึ่งของกลุ่มทนไม่ได้ จะเป็นผู้พูดทำลายความเงียบขึ้นมาเอง

8. การฟัง (Listening) ผู้รักษาต้องตั้งใจฟัง และจับประเด็นที่สมาชิกกลุ่มพูดให้ได้ โดยมีท่าทีสนใจ อาจจะทำบอกรับฟังต่อไปหรือพยักเพยิดเป็นเชิงรับก็ได้

9. การยอมรับ (Acceptance) คือ การรับฟังด้วยความเห็นใจ เข้าใจ ไม่นำเอาค่านิยมของผู้รักษาเข้าไปเปรียบเทียบกับไม่ได้แย้งใด ๆ กับกลุ่ม จะต้องไม่นึกว่าผู้รักษาเป็นผู้นำการคุย ไปสู่เรื่องที่ตนคิดว่าสำคัญ คือ เป็นการให้ออกาสสมาชิกกลุ่มได้ชี้ปัญหาของตนด้วยตนเอง

10. ความอดทน (Patience) ผู้รักษาต้องอดทนให้สมาชิกกลุ่มได้พูดในสิ่งที่เขาอยากพูด อยากระบายอารมณ์ความรู้สึก (Ventilation) สิ่งเก็บกดต่าง ๆ ออกมาอย่างอิสระ เหมือนเป็นการถ่ายของเสียออกจากจิตใจ วิธีนี้ไม่ได้ช่วยแก้ปัญหา แต่ช่วยให้จิตใจของผู้ป่วยมีที่ว่างพอจะรองรับอารมณ์และความรู้สึกใหม่ๆ ที่จะกดเก็บไว้ได้อีก การที่ผู้รักษาเป็นผู้รับฟังที่ดี ยอมรับความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ให้ความสนใจ เข้าใจและเห็นใจ จะทำให้ผู้ป่วยสบายใจขึ้น เมื่อเขาได้พูดในสิ่งที่พอใจแล้ว ก็อาจจะพร้อมที่จะพูดถึงปัญหาหรือเรื่องเกี่ยวข้องต่อไป

11. การทำให้เกิดความกระจ่าง แจ่มแจ้ง (Clarification) คือ การให้ผู้ป่วยได้เข้าใจอารมณ์และความรู้สึกที่ถูกต้องทั้งของตนเองและผู้ที่เกี่ยวข้อง โดยการซักถามให้ผู้ป่วนำความคิดที่มีอยู่ ทบทวนใหม่ พิจารณาใหม่ ไม่คิดมุ่มเดี้ยวหรือมองคนในแง่เดียว แต่ให้คิดละเอียดทุกแง่มุม เพื่อให้เกิดอารมณ์และความรู้สึกที่ถูกต้องเป็นจริงมากที่สุด โดยผู้รักษาไม่ได้เสนอความคิดของตนเอง แต่ตั้งคำถามให้ผู้ป่วนำความคิดในสิ่งที่ตนเองไม่เคยคิดมาก่อน พยายามไม่ให้ใช้ความคิดเข้าข้างตนเอง แต่ให้ยึดถือความจริง ความเป็นไปได้เป็นหลัก จะทำให้ผู้ป่วยมองเห็นตนเองและผู้อื่นได้ถูกต้องยิ่งขึ้น

12. การสะท้อนความรู้สึก (Reflexion of Feeling) ผู้รักษาจะไม่นำทางให้ผู้ป่วนำความคิดหมายจากคำพูดที่ผู้ป่วยพูดออกมา โดยเน้นที่อารมณ์และความรู้สึกมากกว่าเนื้อหาสาระ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงความรู้สึกของตนเองอย่างลึกซึ้ง และกล้าเผชิญกับความรู้สึกของตน

13. การเรียบเรียงถ้อยคำเสียใหม่ (Restatement) ใช้เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถรวบรวมเนื้อหาให้เป็นเรื่องราวที่ปะติดปะต่อได้ ผู้รักษาก็จะช่วยโดยการนำถ้อยคำที่ผู้ป่วยพูดมาเรียบเรียงเสียใหม่ โดยไม่ตีความหมาย จะช่วยให้เข้าใจกระจ่างขึ้น ซึ่งนักวิชาการบางท่านเรียกวิธีนี้ว่าการสะท้อนเนื้อหา (Reflection of Content)

14. การตั้งคำถาม (Questioning) การตั้งคำถามในกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองมักเป็นคำถามกว้าง ๆ ไม่เน้นจุดใดจุดหนึ่งเกินไป และไม่ใช้เพื่อคำตอบว่าใช่หรือไม่ใช่ แต่จะกระตุ้นให้เล่าถึงรายละเอียดหรือแสดงความคิดเห็น และช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจตนเองและเข้าใจปัญหาของตนเองอีกด้วย

15. การแนะแนวหรือแนะนำ (Guidance or advice) เป็นการพูดถึงหลักการทั่วไปในการรักษาโรค การปฏิบัติตนเอง ปรับปรุงตนเอง การแก้ปัญหา การใช้ชีวิตประจำวันให้ถูกต้อง การทำงาน การคบเพื่อน การวางตัวในสังคม เป็นการให้ความรู้ต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์แก่ผู้ป่วย เช่น เมื่อเกิดความเครียดจะอย่างไร นอนไม่หลับ ควรปฏิบัติอย่างไร โดยผู้รักษาเสนอความคิดหลายอย่างกว้าง ๆ ให้ผู้ป่วยเลือกใช้เองโดยเสรี

16. การชักชวนและจูงใจ (Suggestion and persuasion) เป็นการชี้แนะให้ผู้ป่วยเห็นด้วย ยอมรับคล้อยตามนำไปปฏิบัติ ผู้รักษาอาจจะใส่ความรู้สึก แสดงท่าทางใช้น้ำเสียงที่จูงใจ โนม้นำให้ผู้ป่วยเห็นด้วย วิธีนี้ไม่ควรใช้บ่อยเนื่องจากผู้ป่วยที่คิดจะขอรับคำแนะนำไม่เป็นตัวของตัวเอง และไม่สามารถนำตนเองได้

17. การให้กำลังใจ ให้ความเชื่อมั่น (Reassurance) ด้วยการให้กำลังใจปลอบใจ ชี้ให้เห็นความสามารถ ความดีของผู้ป่วยที่มีอยู่และเคยมีมา ทำให้เกิดกำลังใจที่จะต่อสู้กับปัญหาอาจจะทำโดยการชมเชย เมื่อผู้ป่วยสามารถคิดหาแนวทางได้หรือปฏิบัติได้เหมาะสม ชี้ให้เห็นว่าปัญหานั้น ๆ มีทางแก้ไขได้ และการคาดคะเนว่าต่อไปอาจจะดีขึ้น

18. การใช้คำถามป้อนกลับ (Feedback) เมื่อมีผู้ป่วยคนใดคนหนึ่งตั้งคำถามขึ้นมา แทนที่ผู้รักษาจะเป็นผู้ตอบก็อาจจะป้อนกลับไปยังผู้ป่วยอื่น ๆ ในกลุ่มหรือกลับไปที่ตัวของผู้ถามเอง ว่าเขาคิดว่าอย่างไร

19. การเผชิญหน้า (Confrontation) เป็นวิธีที่ผู้รักษาเปิดเผยความรู้สึกในความคิดเห็นกับผู้ป่วยอย่างตรงไปตรงมา โดยชี้ให้เห็นถึงความสัมพันธ์บางอย่างในคำพูด ความรู้สึก และพฤติกรรมให้ผู้ป่วยทราบ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักในตนเอง ซึ่งผู้ป่วยมีสิทธิจะเห็นด้วยหรือไม่ก็ได้ และผู้ป่วยมีสิทธิจะคัดค้าน ถกเถียงวิจารณ์ ผู้รักษาได้อย่างตรงไปตรงมาเช่นกัน เท่ากับเป็นการเปิดเผยความรู้สึกที่มีต่อกัน ซึ่งวิธีนี้จะต้องเลือกทำเป็นวิธีสุดท้าย เมื่อใช้

วิธีอื่น ๆ ไม่ได้ผล หรือเมื่อผู้ป่วยกับผู้รักษามีสัมพันธภาพที่ดี อาจใช้วิธีการสัมผัสมือร่วมด้วย
ด้วยท่าที่ตั้งกล่าวจะทำให้ผู้ป่วยเข้าใจเจตนาของผู้รักษาได้ถูกต้องและยอมรับในที่สุด

20. การอธิบายสรุป (Summary Clarification) ใช้เมื่อพูดถึงปัญหาได้หลายแง่หลาย
มุม แล้วก็จะสรุปรวมเรื่องที่พูดและข้อคิดเห็นว่าได้พูดอะไรกันไปบ้างแล้ว



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ในการทำจิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่ม 12 ครั้ง ได้จัดกลุ่มตาม
โปรแกรมดังนี้

ตารางที่ 2 โปรแกรมการทำจิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่ม

ครั้งที่	วัตถุประสงค์	กิจกรรมผู้นำกลุ่ม	กิจกรรมสมาชิกกลุ่ม
1	<p>1. เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความ รู้สึกคุ้นเคยและเกิดความ ไว้วางใจ</p> <p>2. เพื่อให้ทราบโครงสร้าง ของกลุ่ม</p> <p>3. เพื่อให้ทราบถึงความ คิดความรู้สึกของผู้ป่วย ต่อการเข้ากลุ่มครั้งแรก</p>	<p>1. 15 นาทีแรกแนะนำ ตนเอง, ผู้ช่วยนำกลุ่มและ สมาชิกให้รู้จักกัน</p> <p>1. ชี้แจงให้สมาชิกทราบถึง วัตถุประสงค์และลักษณะ ของกลุ่ม</p> <p>2. กระตุ้นให้สมาชิกได้ กำหนดกฎเกณฑ์ของ กลุ่มและสร้างข้อตกลง ร่วมกันในการเข้ากลุ่ม</p> <p>3. กระตุ้นสมาชิกได้ แสดงความคิดเห็นกัน อย่างทั่วถึงทุกคน สนับสนุนให้สมาชิกได้มีป ฏิสัมพันธ์ (Interaction) กล้าพูด กล้าแสดงออก อย่างเสรีในชั้นตอนนี้ใช้ เวลาประมาณ 45 นาที</p> <p>1. 15 นาทีสุดท้ายก่อน จบกลุ่ม ผู้นำกลุ่มกระตุ้น ให้สมาชิกได้พูดถึงความ รู้สึกของตนเองที่มีเพื่อน สมาชิกด้วยกันรวมถึง ประสบการณ์ที่ตนได้รับ ในการทำกลุ่ม</p>	<p>- ทำความรู้จักกับสมาชิกคน อื่น ๆ ทั้งหมดที่เข้ากลุ่มด้วย กัน</p> <p>- พูด แสดงความคิดเห็น สร้างกฎเกณฑ์ของกลุ่มและ ตั้งข้อตกลงร่วมกันระหว่าง สมาชิกถึงวิธีปฏิบัติตัวขณะ เข้ากลุ่ม เช่น การไม่พูดสอด แทรกในขณะที่มีสมาชิกคน อื่นพูดอยู่, เมื่อต้องการเสนอ ความคิดเห็นให้ยกมือขึ้น, การเก็บเรื่องที่พูดคุยกัน ในกลุ่มไว้เป็นความลับ, ก่อน ออกจากกลุ่มต้องขออนุญาต กลุ่มก่อน</p> <p>- พูดถึงความรู้สึกของตนเอง ต่อการเข้ากลุ่มและสิ่งที่ตน ได้รับจากการเข้ากลุ่มครั้ง แรกให้สมาชิกคนอื่น ๆ ทราบ</p>

ครั้งที่	วัตถุประสงค์	กิจกรรมผู้นำกลุ่ม	กิจกรรมสมาชิกกลุ่ม
2	<p>1. เพื่อให้ผู้ป่วยได้ ทบทวนวัตถุประสงค์, กฎเกณฑ์ และข้อตกลงที่ สร้างไว้ร่วมกันและ ปฏิบัติตามข้อตกลงนั้น พร้อมสร้างความมั่นใจให้ ผู้ป่วย</p> <p>2. เพื่อค้นหาปัญหาที่จะ อภิปรายในกลุ่ม</p>	<p>2. เดือนสมาชิกเพื่อ เตรียมตัวพบกันครั้งต่อ ไป</p> <p>1. 15 นาทีแรก กระตุ้น ให้ผู้ป่วยทุกคนพูดถึง วัตถุประสงค์ของกลุ่ม กฎเกณฑ์และข้อตกลงที่ สร้างไว้ร่วมกันอย่างน้อย คนละ 1 ข้อ</p> <p>1. กระตุ้นให้สมาชิกได้ เสนอตนเองเป็นเจ้าของ เรื่องที่จะอภิปรายกัน ใน กลุ่มโดยไม่จำกัดจำนวน</p> <p>2. กระตุ้นให้สมาชิก เสนอชื่อคนอื่น ๆ ที่ตนเอง สนใจและอยากทราบถึง ปัญหาเพื่อให้กลุ่มช่วยหา แนวทางในการแก้ไข ปัญหานั้น ๆ</p> <p>3. ให้สมาชิกกลุ่มลง คะแนนเสียงเลือกเรื่องที่ สมาชิกเสนอโดยการยก มือและเลือกเรื่องที่มี คะแนนสูงที่สุดขั้นตอนนี้ ใช้เวลาประมาณ 10 นาที</p>	<p>- พูดถึงวัตถุประสงค์, กฎเกณฑ์ และข้อตกลงร่วม กันของสมาชิกอย่างน้อย คนละ 1 ข้อ</p> <p>- เสนอตนเองเพื่อเป็น เจ้าของเรื่องในการทำกลุ่ม ครั้งนี้</p> <p>- เสนอชื่อสมาชิกกลุ่มที่ตน สนใจ เพื่อเป็นเจ้าของเรื่อง ในการทำกลุ่มครั้งนี้</p> <p>ลงคะแนนเสียงเลือกเรื่องที่ จะทำกลุ่มตามความ สนใจและความคิดเห็นของ ตนเองอย่างอิสระ</p>

ครั้งที่	วัตถุประสงค์	กิจกรรมผู้นำกลุ่ม	กิจกรรมสมาชิกกลุ่ม
	<p>3. เพื่อให้ผู้ปว้ยเกิดความเชื่อมั่นในตนเองและกล้าพูดระบายความรู้สึกของตนเองรวมถึงปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน</p> <p>4. เพื่อให้เกิดกระบวนการของกลุ่มบำบัดแบบประคับประคอง</p>	<p>1. ให้กำลังใจเน้นถึงวัตถุประสงค์ของการเข้ากลุ่ม ให้ความเชื่อมั่นกับผู้ปว้ยที่พูดกันใจกลุ่ม สมาชิกทุกคนจะเก็บเป็นความลับ</p> <p>2. กระตุ้นและเปิดโอกาสให้เจ้าของเรื่องได้พูดระบายออกอย่างอิสระ</p> <p>1. กระตุ้นให้เพื่อนสมาชิกซักถามเพิ่มเติมหลังจากสมาชิกที่เป็นเจ้าของเรื่องเล่าจบ</p> <p>2. กระตุ้นให้สมาชิกได้อภิปราย แสดงความคิดเห็นเสนอแนะแนวทางการแก้ไขปัญหิต่างๆ ตามแนวความคิดของแต่ละบุคคลอย่างทั่วถึง</p> <p>3. ใช้เทคนิคต่าง ๆ ในการทำกลุ่มบำบัดแบบประคับประคองตามความเหมาะสมในขั้นนี้ใช้เวลาประมาณ 45 นาที</p>	<p>- ซักถามและจับประเด็นสำคัญเพื่อช่วยกันคิดหาแนวทางแก้ไขปัญหา</p> <p>- ร่วมอภิปรายและเสนอความคิดเห็นในประเด็นของเรื่องที่พูดถึงในกลุ่มขณะนั้น โดยใช้ประสพ การณ์ของสมาชิกแต่ละคนเป็นพื้นฐานในการแสดงความคิดเห็น</p> <p>- แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสพการณ์ระหว่างสมาชิกในกลุ่มและหาข้อสรุปเพื่อหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา</p> <p>- สมาชิกที่เป็นเจ้าของเรื่องรับทราบแนวทางในการแก้ไขปัญหิต่างๆ จากกลุ่ม</p>

ครั้งที่	วัตถุประสงค์	กิจกรรมผู้นำกลุ่ม	กิจกรรมสมาชิกกลุ่ม
3 – 12	<p>1. เพื่อค้นหาปัญหาที่จะอภิปรายในกลุ่ม</p> <p>2. เพื่อให้เกิดกระบวนการของกลุ่มบำบัดแบบประคับประคอง</p>	<p>1. ให้สมาชิกเสนอเรื่องตนเองเพื่ออภิปรายในกลุ่ม</p> <p>2. ให้สมาชิกเสนอชื่อเพื่อนสมาชิกคนอื่นๆ ที่ตนเองสนใจและอยากทราบปัญหาเพื่อให้กลุ่มช่วยหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา</p> <p>3. ให้สมาชิกเลือกเรื่องที่สนใจโดยการยกมือลงคะแนนเสียง โดยการเลือกจะไม่เลือกเรื่องซ้ำบุคคลเดิมอีก ใช้เวลาประมาณ 15 นาที</p> <p>1. เปิดโอกาสให้สมาชิกได้ซักถามเพิ่มเติมหลังจากที่เจ้าของเรื่องเล่าเรื่องจบ</p> <p>2. ปฏิบัติเช่นเดียวกับวัตถุประสงค์ข้อที่ 4 ในการทำกลุ่มครั้งที่ 2</p>	<p>- ปฏิบัติเช่นเดียวกับวัตถุประสงค์ข้อที่ 2 ในการทำกลุ่มครั้งที่ 2</p> <p>- ปฏิบัติเช่นเดียวกับวัตถุประสงค์ข้อที่ 4 ในการทำกลุ่มครั้งที่ 2</p>

หลังจากสิ้นสุดการทำกลุ่มแล้วทุกครั้ง ผู้นำกลุ่มและผู้ช่วยผู้นำกลุ่มจะร่วมกันอภิปรายและแสดงความคิดเห็น (Discussion) เพื่อประเมินบรรยากาศโดยทั่วไปของกลุ่ม ประเมินท่าทีและการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย รวมทั้งความรู้สึกของผู้นำกลุ่ม ผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม ข้อบกพร่องที่มองเห็น และวางแผนสำหรับการจัดกลุ่มครั้งต่อไป

2.3 สำหรับกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุม จะได้รับการชี้แจงให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ และขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ตลอดจนตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินคุณภาพชีวิต พร้อมทั้งให้ผู้ดูแลผู้ป่วยตอบแบบวัดความคิดเห็นของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และหลังจากนั้นอีก 6 และ 12 สัปดาห์ต่อมาจึงให้ผู้ป่วยตอบแบบประเมินคุณภาพชีวิต และผู้ดูแลผู้ป่วยตอบแบบวัดความคิดเห็นของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอีก

การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อรวบรวมแบบสอบถามได้เรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม และนำแบบสอบถามมาวิเคราะห์
2. จัดเตรียมข้อมูล โดยการลงรหัสข้อมูล ก่อนนำไปคำนวณโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS (Statistical Package for the Social Science Program)
3. ศึกษาคุณสมบัติพื้นฐานของบุคคล โดยวิเคราะห์ด้วยสถิติพื้นฐานคือ ค่าร้อยละ
4. เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทและความคิดเห็นของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อน ระหว่างและหลังการทดลอง โดยการทดสอบค่า t (Unpair t -test)
5. วิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท และความคิดเห็นของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง โดยการทดสอบค่า t (Pair t -test)
6. วิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท และความคิดเห็นของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง โดยการทดสอบค่า t (Pair t -test)
7. วิเคราะห์ค่าเฉลี่ยของความแตกต่าง (Mean of different) ของคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทและความคิดเห็นของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Repeated ANOVA
8. วิเคราะห์ค่าเฉลี่ยของความแตกต่าง (Mean of different) ของคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภท และความคิดเห็นของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองระหว่างการทดลอง และหลังการทดลองโดยใช้สถิติ Repeated ANOVA

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 22 คน โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มที่ได้รับยาต้านโรคจิตในกลุ่มดั้งเดิม และมาพบแพทย์ตามนัดตามปกติ จำนวน 10 คน และกลุ่มทดลองเป็นกลุ่มที่ได้รับยาต้านโรคจิตในกลุ่มดั้งเดิม ร่วมกับเข้าร่วมจิตบำบัดประคับประคองแบบกลุ่ม จำนวน 12 คน และนำมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS (Statistical Package for the Social Science Program) และนำเสนอด้วย ตารางประกอบการบรรยาย ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

- 1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง
- 1.2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

1. เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทและความคิดเห็นของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อน ระหว่างและหลังการทดลอง
2. วิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท และความคิดเห็นของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง
3. วิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท และความคิดเห็นของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง
4. ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยของความแตกต่าง (Mean of different) ของคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติ Repeated ANOVA
5. ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยของความแตกต่าง (Mean of different) ของความคิดเห็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติ Repeated ANOVA
6. ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยของความแตกต่าง (Mean of different) ของคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองระหว่างการทดลองและหลังการทดลองโดยใช้สถิติ Repeated ANOVA
7. ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยของความแตกต่าง (Mean of different) ของความคิดเห็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองระหว่างการทดลองและหลังการทดลองโดยใช้สถิติ Repeated ANOVA

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภท

ตารางที่ 3 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

จำแนกตาม เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ที่อยู่อาศัย จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ระยะเวลาที่ป่วย ระดับความรุนแรงของอาการทางจิต

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		P.value
	จำนวน (n = 10)	ร้อยละ	จำนวน (n = 12)	ร้อยละ	
1. เพศ					1.00 ^a
ชาย	6	60.0	8	66.7	
หญิง	4	40.0	4	33.3	
รวม	10	100.0	12	100.0	
2. อายุ					.697 ^b
20 – 25 ปี	2	20.0	-	-	
26 – 30 ปี	1	10.0	4	33.3	
31 – 35 ปี	2	20.0	3	25.0	
36 – 40 ปี	5	50.0	5	41.7	
รวม	10	100.0	12	100.0	
3. ระดับการศึกษา					.080 ^c
ประถมศึกษา	6	60.0	3	25.0	
มัธยมศึกษาตอนต้น	2	20.0	-	-	
มัธยมศึกษาตอนปลาย	-	-	3	25.0	
วิชาชีพ	1	10.0	3	25.0	
ปริญญาตรี	1	10.0	3	25.0	
รวม	10	100.0	12	100.0	

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		P.value
	จำนวน (n = 10)	ร้อยละ	จำนวน (n = 12)	ร้อยละ	
4. สถานภาพสมรส					.078 ^a
โสด	7	70.0	11	91.7	
คู่	3	30.0	1	8.3	
รวม	10	100.0	12	100.0	
5. อาชีพ					1.000 ^a
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	3	30.0	3	30.0	
ประกอบอาชีพ	7	70.0	9	70.0	
รวม	10	100.0	12	100.0	
6 รายได้ต่อเดือน					.080 ^c
ไม่มีรายได้	3	30.0	1	8.3	
น้อยกว่า 1,000 บาท	1	10.0	-	-	
1,000 – 4,000 บาท	3	30.0	3	25.0	
4,001 – 7,000 บาท	2	20.0	5	41.7	
10,001 ขึ้นไป	1	10.0	3	25.0	
รวม	10	100.0	12	100.0	
7. ที่อยู่อาศัย					.087 ^a
บ้านของตนเอง	3	30.0	2	16.7	
บ้านของบิดา มารดา	5	50.0	7	58.3	
บ้านของญาติพี่น้อง	1	10.0	2	16.7	
อื่นๆ (บ้านเช่า)	1	10.0	1	8.3	
รวม	10	100.0	12	100.0	

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		P.value
	จำนวน (n = 10)	ร้อยละ	จำนวน (n = 12)	ร้อยละ	
8. จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาล					.009 ^c
ไม่เคยเข้ารับการรักษาในโรง พยาบาล	3	30.0	1	8.3	
1 – 2 ครั้ง	7	70.0	4	33.3	
มากกว่า 2 ครั้ง	-	-	7	58.3	
รวม	10	100.0	12	100.0	
9. ระยะเวลาที่ป่วย					.025 ^c
ต่ำกว่า 2 ปี	1	10.0	-	-	
2 – 5 ปี	4	40.0	2	16.7	
มากกว่า 5 ปี	5	50.0	10	83.3	
รวม	10	100.0	12	100.0	
10. ระดับความรุนแรงของอาการ ทางจิต					.059 ^c
MEAN (S.D)	4.10		8.75		
MIN	0.00		1.00		
MAX	15.00		28.00		

a = Fisher' Exact test , b = Unpaired t-test (1-taled), c = Mann – Whitney U

* P < 0.05

จากตารางที่ 3 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง
จำแนกตาม เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ที่อยู่อาศัย จำนวนครั้งที่
เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ระยะเวลาที่ป่วย ระดับความรุนแรงของอาการทางจิต ปรากฏ
ดังนี้

ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 60.0 ที่เหลือเป็นเพศหญิงร้อยละ 40.0 ส่วนใหญ่มีช่วงอายุ 36 – 40 ปี ถึง ร้อยละ 50.0 รองลงมา มีช่วงอายุ 20 – 25 ปี และ 31 – 35 ปี ร้อยละ 20.0 และมีช่วงอายุ 26 – 30 ปี ร้อยละ 10.0 ส่วนผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 66.7 ที่เหลือเป็น เพศหญิง ร้อยละ 33.3 ส่วนใหญ่มีช่วงอายุ 36 – 40 ปี ถึงร้อยละ 41.7 รองลงมา มีช่วงอายุ 26 –30 ปี ร้อยละ 33.3 และมีช่วงอายุ 31 – 35 ปี ร้อยละ 25.0 จะเห็นว่า เพศ และอายุ ส่วนใหญ่ของทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีลักษณะที่เหมือนกัน

ระดับการศึกษาของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 60.0 รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 20.0 ส่วนระดับวิชาชีพ มีจำนวนเท่ากับระดับปริญญาตรี คือ ร้อยละ 10.0 ในด้านการศึกษาของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลอง มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา มัธยมศึกษาตอนปลาย วิชาชีพ และปริญญาตรี จำนวนเท่ากัน คือ ร้อยละ 25.0 ซึ่งให้เห็นว่า ผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองมีระดับการศึกษากระจายอยู่เกือบทุกระดับในอัตราส่วนที่เท่ากัน ซึ่งแตกต่างจากผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มควบคุมที่มีระดับการศึกษาที่แตกต่างกันอย่างชัดเจน

ด้านสถานภาพสมรส พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสโสด ร้อยละ 70.0 และคู่ร้อยละ 30.0 ส่วนผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองมีสถานภาพสมรสโสด ร้อยละ 91.7 และคู่ร้อยละ 8.3 ซึ่งแสดงว่าสถานภาพสมรสทั้งสองกลุ่ม ส่วนใหญ่เป็นโสดเหมือนกัน

อาชีพ พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ ถึงร้อยละ 70.0 รองลงมาไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 30.0 ด้านผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ ร้อยละ 70.0 รองลงมาไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 30.0 แสดงว่าข้อมูลด้านอาชีพของผู้ป่วยจิตเภททั้งสองกลุ่ม มีลักษณะที่เหมือนกัน

ด้านรายได้ของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่ไม่มีรายได้ และมีรายได้ระหว่าง 1,000 – 4,000 บาท เท่ากัน คือร้อยละ 30.0 รองลงมา มีรายได้ ระหว่าง 4,001 – 7,000 บาท และมีรายได้น้อยกว่า 1,000 บาท และตั้งแต่ 10,001 ขึ้นไป เท่ากันร้อยละ 10.0 ส่วนกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่มีรายได้ ระหว่าง 4,001 – 7,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 41.7 รองลงมา มีรายได้ระหว่าง 1,001 – 4,000 บาท และตั้งแต่ 10,001 บาทขึ้นไป โดยมีจำนวนเท่ากันคือร้อยละ 25.0 และไม่มีรายได้ ร้อยละ 8.3 ซึ่งจะเห็นว่า รายได้เฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มค่อนข้างจะแตกต่างกัน คือ กลุ่มควบคุม มีรายได้เฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มทดลองและกระจายอยู่เกือบทุกระดับในอัตราส่วนที่ใกล้เคียงกัน ส่วนกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีรายได้อยู่ในระดับปานกลาง

ที่อยู่อาศัย พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่ อาศัยบ้านของบิดา มารดา ร้อยละ 50.0 รองลงมาอาศัยบ้านของตนเอง ร้อยละ 30.0 ส่วนกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่ อาศัยบ้านของบิดา มารดา ร้อยละ 58.3 รองลงมาอาศัยบ้านของตนเองและบ้านของญาติพี่น้อง ในอัตราส่วนที่เท่ากันคือ ร้อยละ 16.7 และเช่าบ้านอยู่ ร้อยละ 8.3 ซึ่งจะเห็นว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่อาศัยบ้านของบิดา มารดาเหมือนกัน

จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่าผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 1 – 2 ครั้ง ร้อยละ 70.0 รองลงมาคือไม่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ร้อยละ 30.0 ส่วนผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากกว่า 2 ครั้งขึ้นไป ร้อยละ 58.0 รองลงมา คือ เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 1-2 ครั้ง ร้อยละ 33.3 และไม่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 8.3 ซึ่งจะเห็นว่าจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มค่อนข้างจะแตกต่างกัน คือ กลุ่มทดลองส่วนใหญ่จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากกว่ากลุ่มควบคุม

ระยะเวลาที่ป่วย พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่ มีระยะเวลาป่วยมากกว่า 5 ปี ร้อยละ 50.0 รองลงมาอยู่ระหว่าง 2-5 ปี ร้อยละ 40.0 และต่ำกว่า 2 ปี ร้อยละ 10.0 ส่วนผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่ มีระยะเวลาป่วยมากกว่า 5 ปี ร้อยละ 83.3 รองลงมาอยู่ระหว่าง 2-5 ปี ร้อยละ 16.7 ซึ่งแสดงว่าระยะเวลาที่ป่วยของทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่เหมือนกัน

ระดับความรุนแรงของอาการทางจิต พบว่าในกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของระดับอาการทางจิต เท่ากับ 4.10 ส่วนกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของระดับอาการทางจิต เท่ากับ 8.75 แสดงให้เห็นว่า ในกลุ่มควบคุมผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการทางจิตดีกว่ากลุ่มทดลอง

สรุปได้ว่า ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่ มีความคล้ายคลึงกัน โดยเมื่อนำข้อมูลไปทดสอบความแตกต่างทางสถิติ พบว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ที่อยู่อาศัย ของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ยกเว้นด้าน จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาและระยะเวลาที่ป่วย ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

1.2 ข้อมูลทั่วไป ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง

1.2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ตารางที่ 4 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

จำแนกตามเพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระยะเวลาที่ดูแล

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		P.value
	จำนวน (n = 10)	ร้อยละ	จำนวน (n = 12)	ร้อยละ	
1. เพศ					.192 ^a
ชาย	7	70.0	8	66.7	
หญิง	3	30.0	4	33.3	
รวม	10	100.0	12	100.0	
2. อายุ					.469 ^b
20 – 30 ปี	3	30.0	2	16.7	
31 – 40 ปี	2	20.0	2	16.7	
41 – 50 ปี	1	10.0	1	8.3	
51 – 60 ปี	-	-	1	8.3	
มากกว่า 60 ปี	4	40.0	6	50.0	
รวม	10	100.0	12	100.0	
3. อาชีพ					.381 ^a
ทำงาน	8	80	8	66.7	
ไม่ทำงาน	2	20	4	33.3	
รวม	10	100.0	12	100.0	
4. ระดับการศึกษา					1.000 ^a
ได้รับการศึกษา	9	90	11	91.7	
ไม่ได้รับการศึกษา	1	10.0	1	8.3	
รวม	10	100.0	12	100.0	
5. รายได้ของครอบครัว					.007 ^{b*}
1,001 – 4,000 บาท	5	50.0	1	8.3	
4,001 – 7,000 บาท	1	10.0	1	8.3	
7,001 – 10,000 บาท	4	40.0	5	41.7	
10,000 บาทขึ้นไป	-	-	5	41.7	
รวม	10	100.0	12	100.0	

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		P.value
	จำนวน (n = 10)	ร้อยละ	จำนวน (n = 12)	ร้อยละ	
6. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย					.532 ^b
บิดา	3	30.0	3	25.0	
มารดา	2	20.0	4	33.3	
พี่	1	10.0	3	25.0	
น้อง	1	10.0	1	8.3	
อื่นๆ (ญาติ)	3	30.0	1	8.3	
รวม	10	100.0	12	100.0	
7. ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย					.038 ^{b*}
1 – 2 ปี	3	30.0	-	-	
มากกว่า 2 ปี	7	70.0	12	100	
รวม	10	100	12	100	

a = Fisher' Exact test , b = Unpaired t-test (1-tailed)

* P < 0.05

จากตารางที่ 4 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง จำแนกตามเพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระยะเวลาที่ดูแล ปรากฏดังนี้

ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 70.0 ที่เหลือเป็นเพศหญิง ร้อยละ 30.0 ส่วนใหญ่มีช่วงอายุ มากกว่า 60 ปี ถึงร้อยละ 40.0 รองลงมา มีช่วงอายุ 20 – 30 ปี ร้อยละ 30.0 และมีช่วงอายุ 31 – 40 ปี ร้อยละ 20.0 ส่วนช่วงอายุ 41 – 50 ปี มีเพียงร้อยละ 10.0 และผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลอง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 66.7 รองลงมาคือเพศหญิง ร้อยละ 33.3 โดยส่วนใหญ่มีช่วงอายุมากกว่า 60 ปี ถึงร้อยละ 50.0 รองลงมาเป็นช่วงอายุ 20 – 30 ปี และ 31 – 40 ปี ร้อยละ 16.7 ส่วนช่วงอายุ 41 – 50 ปี และ 51 – 60 ปี มีเพียงร้อยละ 8.3 จะเห็นว่าเพศ และอายุ ส่วนใหญ่ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองมีลักษณะเหมือนกัน

อาชีพของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีอาชีพ รับจ้าง ถึงร้อยละ 30.0 รองลงมาเป็นพนักงานบริษัท ค่าขาย และไม่ได้ประกอบอาชีพในจำนวนที่เท่ากัน คือร้อยละ 20.0 ส่วนอาชีพเกษตรกรกรรมพบร้อยละ 10.0 ด้านผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มทดลอง พบว่า

ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 33.3 รองลงมาเป็นพนักงานบริษัท ค้าขาย และรับจ้าง เท่ากันคือร้อยละ 16.7 อาชีพรับราชการและเกษตรกรรม พบร้อยละ 8.3 เท่ากัน แสดงว่าข้อมูลด้านอาชีพของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้งสองกลุ่มมีลักษณะที่แตกต่างกัน

ระดับการศึกษาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่คือประถมศึกษา ร้อยละ 50.0 รองลงมาเป็น มัธยมศึกษาตอนปลาย และปริญญาตรี เท่ากัน คือร้อยละ 20.0 และไม่ได้เรียนหนังสือ มีร้อยละ 10.0 ส่วนในกลุ่มทดลอง พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จบปริญญาตรีร้อยละ 50.0 รองลงมาคือประถมศึกษา และมัธยมศึกษาตอนปลายเท่ากัน ร้อยละ 16.7 ส่วนมัธยมศึกษาตอนต้นและไม่ได้เรียนหนังสือมีจำนวนเท่ากัน คือร้อยละ 8.3 ซึ่งชี้ให้เห็นว่าระดับการศึกษาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีความแตกต่างกัน

ด้านรายได้ของครอบครัว กลุ่มควบคุมพบว่าส่วนใหญ่มีรายได้ของครอบครัว อยู่ในช่วง 1,001 – 4,000 บาท ร้อยละ 50.0 รองลงมาอยู่ในช่วง 7,001 – 10,000 บาท ร้อยละ 40.0 และรายได้ของครอบครัวอยู่ในช่วง 4,001 – 7,000 บาท คือร้อยละ 10.0 ส่วนกลุ่มทดลอง พบว่ารายได้ของครอบครัว คือ 7,001 – 10,000 บาท และ 10,000 บาทขึ้นไป มีจำนวนเท่ากัน คือร้อยละ 41.7 รองลงมาคือรายได้อยู่ในช่วง 1,001 – 4,000 บาท และ 4,001 – 7,000 บาท เท่ากันคือร้อยละ 8.3 ซึ่งแสดงว่ารายได้ของครอบครัวของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีความแตกต่างกันอย่างเห็นได้ชัด

ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในกลุ่มควบคุม พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นบิดาและญาติ ซึ่งมีจำนวนเท่ากันคือร้อยละ 30.0 รองลงมาคือ มารดา ร้อยละ 20.0 และผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นพี่หรือน้อง มีจำนวนเท่ากัน คือร้อยละ 10.0 ส่วนในกลุ่มทดลองพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท คือมารดา ร้อยละ 33.3 รองลงมาเป็นบิดา และพี่ จำนวนเท่ากัน คือร้อยละ 25.0 ส่วนน้องและญาติมีร้อยละ 8.3 เท่ากัน ซึ่งพบว่ามีความแตกต่างกันเช่นกัน

ระยะเวลาที่ผู้ดูแลผู้ป่วย กลุ่มควบคุม พบว่าส่วนใหญ่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมากกว่า 2 ปี ถึงร้อยละ 70.0 รองลงมาคือ 1 – 2 ปี ร้อยละ 30.0 ซึ่งพบว่าในกลุ่มทดลองผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้งหมด ผู้ดูแลผู้ป่วยมากกว่า 2 ปี คิดเป็นร้อยละ 100

สรุปได้ว่า ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่มีความคล้ายคลึงกัน โดยเมื่อนำข้อมูลไปทดสอบความแตกต่างทางสถิติ พบว่า เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ยกเว้นด้านรายได้ และระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย ซึ่งแตกต่างกัน ยกเว้นด้านรายได้ และระยะเวลาที่ผู้ดูแลผู้ป่วย ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองก่อน ระหว่างและหลังการทดลอง

ตัวแปร		กลุ่มควบคุม (n = 10)		กลุ่มทดลอง (n = 12)	
		\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.
ลักษณะความสัมพันธ์ ของบุคคล	ก่อนทดลอง	33.70	11.12	31.58	7.76
	ระหว่างทดลอง	33.60	11.11	34.58	6.63
	หลังทดลอง	33.50	11.11	35.17	6.84
ความสามารถในการทำงาน	ก่อนทดลอง	17.80	5.22	15.50	3.06
	ระหว่างทดลอง	17.50	5.08	17.83	2.79
	หลังทดลอง	17.30	5.01	18.00	2.92
ความสมบูรณ์ของ ประสบการณ์ส่วนตัว	ก่อนทดลอง	35.40	9.92	38.08	6.13
	ระหว่างทดลอง	35.00	9.84	41.42	5.76
	หลังทดลอง	35.00	9.84	42.08	5.53

จากตารางที่ 5 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลอง ระหว่างและหลังการทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุม

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ยของคะแนนความคิดเห็นของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองก่อน ระหว่างและหลังการทดลอง

ตัวแปร		กลุ่มควบคุม (n = 10)		กลุ่มทดลอง (n = 12)	
		\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.
ลักษณะความสัมพันธ์ ของบุคคล	ก่อนทดลอง	21.10	4.79	25.75	3.47
	ระหว่างทดลอง	21.10	4.58	26.83	2.72
	หลังทดลอง	21.10	4.58	35.17	6.83
ความสามารถในการทำงาน	ก่อนทดลอง	10.00	3.62	11.42	3.42
	ระหว่างทดลอง	10.20	6.13	12.17	3.04
	หลังทดลอง	10.30	3.05	12.33	2.87
ความสมบูรณ์ของ ประสบการณ์ส่วนตัว	ก่อนทดลอง	17.20	5.27	25.33	4.58
	ระหว่างทดลอง	17.00	5.22	27.08	3.82
	หลังทดลอง	17.00	5.22	27.17	3.88

จากตารางที่ 6 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความคิดเห็นของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองระหว่างและหลังการทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุม

ตารางที่ 7 วิเคราะห์ความแตกต่างคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท ของกลุ่มควบคุม ก่อน และหลังการทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม	\bar{X}	S.D.	P-value
ลักษณะความสัมพันธ์ ของบุคคล	ก่อนการทดลอง	33.70	11.12	.171
	หลังการทดลอง	33.50	11.11	
ความสามารถในการ ทำงาน	ก่อนการทดลอง	17.80	5.22	.096
	หลังการทดลอง	17.30	5.01	
ความสมบูรณ์ของ ประสบการณ์ส่วนตัว	ก่อนการทดลอง	35.40	9.92	.171
	หลังการทดลอง	35.00	9.84	

จากตารางที่ 7 ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยจิตเภท โดยการทดสอบค่า t(Paired t-test) พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มควบคุมมีคุณภาพชีวิต ก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน โดยมีระดับนัยสำคัญทางสถิติ > 0.05

ตารางที่ 8 วิเคราะห์ความแตกต่างคะแนนความคิดเห็นของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ของกลุ่มควบคุม ก่อน และหลังการทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม	\bar{X}	S.D.	P-value
ลักษณะความสัมพันธ์ ของบุคคล	ก่อนการทดลอง	21.10	4.79	.500
	หลังการทดลอง	21.10	4.58	
ความสามารถในการ ทำงาน	ก่อนการทดลอง	10.00	3.62	.197
	หลังการทดลอง	10.30	3.05	
ความสมบูรณ์ของ ประสบการณ์ส่วนตัว	ก่อนการทดลอง	17.20	5.27	.171
	หลังการทดลอง	17.10	5.22	

จากตารางที่ 8 ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยการทดสอบค่า t(Paired t-test) พบว่า ผู้ดูแลมีความคิดเห็นว่า ผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มควบคุมมีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน โดยมีระดับนัยสำคัญทางสถิติ > 0.05

ตารางที่ 9 วิเคราะห์ความแตกต่างคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท ของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง	\bar{X}	S.D.	P-value
ลักษณะความสัมพันธ์ ของบุคคล	ก่อนการทดลอง	31.58	7.76	P<.001*
	หลังการทดลอง	35.17	6.84	
ความสามารถในการ ทำงาน	ก่อนการทดลอง	15.50	3.06	.001*
	หลังการทดลอง	18.00	2.92	
ความสมบูรณ์ของ ประสบการณ์ส่วนตัว	ก่อนการทดลอง	38.08	6.13	P<.001*
	หลังการทดลอง	42.08	5.53	

* P < 0.05

จากตารางที่ 9 ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยจิตเภท โดยการทดสอบค่า t(Paired t-test) พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองมีคุณภาพชีวิตหลังการทดลองทั้งสามด้านดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 10 วิเคราะห์ความแตกต่างคะแนนความคิดเห็นของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง	\bar{X}	S.D.	P-value
ลักษณะความสัมพันธ์ ของบุคคล	ก่อนการทดลอง	25.75	3.47	.001*
	หลังการทดลอง	35.17	6.83	
ความสามารถในการ ทำงาน	ก่อนการทดลอง	11.42	3.42	.001*
	หลังการทดลอง	12.33	2.87	
ความสมบูรณ์ของ ประสบการณ์ส่วนตัว	ก่อนการทดลอง	27.08	3.82	P<.001*
	หลังการทดลอง	27.17	3.88	

* P < 0.05

จากตารางที่ 10 ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยการทดสอบค่า t(Paired t-test) พบว่า ผู้ดูแลมีความคิดเห็นว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองมีคุณภาพชีวิตทั้งสามด้านดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 11 วิเคราะห์ค่าเฉลี่ยของความแตกต่าง (Mean of different) ของคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	P-Value
	\bar{X}	\bar{X}	
ลักษณะความสัมพันธ์ของบุคคล	-1.150	3.292	p<0.001*
ความสามารถในการทำงาน	-4.400	2.417	p<0.001*
ความสมบูรณ์ของประสบการณ์ส่วนตัว	-4.400	3.667	p<0.001*

* P< 0.05

จากตารางที่ 11 ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยของความแตกต่าง (Mean of different) ของคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภททั้งสามด้านพบว่ากลุ่มทดลองมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 12 วิเคราะห์ค่าเฉลี่ยของความแตกต่าง (Mean of different) ของความคิดเห็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	P-Value
	\bar{X}	\bar{X}	
ลักษณะความสัมพันธ์ของบุคคล	-4.315×10^{-17}	1.250	.012*
ความสามารถในการทำงาน	.250	.833	.103
ความสมบูรณ์ของประสบการณ์ส่วนตัว	-1.000×10^{-1}	1.792	.006*

* P<0.05

จากตารางที่ 12 ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยของความแตกต่าง (Mean of different) ของความคิดเห็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังการทดลอง ผู้ดูแลในกลุ่มทดลองมีความคิดเห็นว่าคุณภาพชีวิตด้านลักษณะความสัมพันธ์ของบุคคลและความสมบูรณ์ของประสบการณ์ส่วนตัวดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 13 วิเคราะห์ค่าเฉลี่ยของความแตกต่าง (Mean of different) ของคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองระหว่างการทดลองและหลังการทดลอง

ตัวแปร	ระหว่างการทดลอง	หลังการทดลอง	P-Value
	\bar{X}	\bar{X}	
ลักษณะความสัมพันธ์ของบุคคล	1.450	1.692	.079
ความสามารถในการทำงาน	1.017	1.000	.467
ความสมบูรณ์ของประสบการณ์ส่วนตัว	1.467	1.800	.042*

*P<0.05

จากตารางที่ 13 ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยของความแตกต่าง (Mean of different) ของคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทพบว่าหลังการทดลอง ผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองมีคุณภาพชีวิตด้านความสมบูรณ์ของประสบการณ์ส่วนตัวดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 14 วิเคราะห์ค่าเฉลี่ยของความแตกต่าง (Mean of different) ของความคิดเห็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองระหว่างการทดลองและหลังการทดลอง

ตัวแปร	ระหว่างการทดลอง	หลังการทดลอง	P-Value
	\bar{X}	\bar{X}	
ลักษณะความสัมพันธ์ของบุคคล	-4.315×10^{-17}	1.250	.012*
ความสามารถในการทำงาน	.475	.508	.103
ความสมบูรณ์ของประสบการณ์ส่วนตัว	-.825	.867	.006*

*P<0.05

จากตารางที่ 14 ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยของความแตกต่าง (Mean of different) ของความคิดเห็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทพบว่า หลังการทดลองผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองมีความคิดเห็นว่าผู้ป่วยจิตเภทมีคุณภาพชีวิตด้านลักษณะความสัมพันธ์ของบุคคลและความสมบูรณ์ของประสบการณ์ส่วนตัวดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (Experiment with one control group) เพื่อศึกษาผลของจิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่มต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท โดยเปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตใน 3 ด้านได้แก่ ลักษณะความสัมพันธ์ของบุคคล ความสามารถในการทำงาน และความสมบูรณ์ของประสบการณ์ส่วนตัว ของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับยาต้านโรคจิตในกลุ่มดั้งเดิม ร่วมกับเข้าร่วมจิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่ม กับผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับยาต้านโรคจิตในกลุ่มดั้งเดิมและมาพบแพทย์ตามปกติ

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยด้วยโรค Schizophrenia ซึ่งมารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสมเด็จพระยาจำนวน 30 คน ได้มาจากเกณฑ์ในการคัดเข้า (Inclusion criteria) และเกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion criteria) แล้วนำไปสุ่มแบบ Simple Random Sampling โดยการจับสลากชื่อกลุ่มตัวอย่างที่ใส่ไว้ จำนวนละเท่า ๆ กัน เมื่อจับเสร็จแล้วไม่นำสลากกลับสู่ที่เดิม แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 1 กลุ่ม จำนวน 10 คน และกลุ่มทดลอง 2 กลุ่ม กลุ่มละ 10 คน

การดำเนินกิจกรรม

1. กลุ่มควบคุม 1 กลุ่ม จำนวน 10 คน เป็นผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับยาต้านโรคจิตในกลุ่มดั้งเดิม และมาพบแพทย์ตามปกติ ประเมินผลด้วยแบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท (QLS) ก่อน ระหว่าง และหลังการทดลอง
2. กลุ่มทดลอง 2 กลุ่ม กลุ่มละ 10 คน เป็นผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับยาต้านโรคจิตในกลุ่มดั้งเดิมร่วมกับเข้าร่วมจิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่ม สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง 15 นาที รวมทั้งสิ้น 12 สัปดาห์และประเมินผลด้วยแบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท (QLS) ก่อน ระหว่าง และหลังการทดลอง
3. แบบสอบถามความคิดเห็นของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยประเมินก่อน ระหว่าง และหลังการทดลอง

ซึ่งภายหลังมีผู้ป่วยกลุ่มทดลองมาเข้าร่วมกลุ่มไม่ครบตามจำนวนที่กำหนดไว้ จึงตัดออกจากการทดลอง (มีจำนวน 8 คน) จึงเหลือกลุ่มตัวอย่างเพียง 12 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภท และผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
2. แบบประเมินอาการทางจิต BPRS จำนวน 18 ข้อ
3. แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท (QLS) จำนวน 21 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้านคือ ลักษณะของความสัมพันธ์ของบุคคล ความสามารถในการทำงาน และความสมบูรณ์ของประสบการณ์ส่วนตัว โดยมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .86
4. แบบสอบถามความคิดเห็นของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 20 ข้อ มี 4 ตัวเลือก เพื่อประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยด้านลักษณะความสัมพันธ์ของบุคคล ความสามารถในการทำงาน และความสมบูรณ์ของประสบการณ์ส่วนตัว โดยมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .84

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป

1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภท

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา จำนวนทั้งหมด 24 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 10 คน และกลุ่มทดลอง 12 คน

จากการศึกษา กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่า ส่วนใหญ่มีลักษณะข้อมูลคล้ายคลึงกัน คือ เป็นเพศชายมากกว่าหญิง มีอายุในช่วง 36 – 40 ปี ถึงเกือบร้อยละ 50 มีสถานภาพสมรสโสด อาศัยอยู่กับบิดามารดา และมีระยะเวลาที่ป่วยมากกว่า 5 ปี มีคะแนนระดับความรุนแรงของอาการทางจิต ไม่เกิน 30 คะแนน

ส่วนระดับการศึกษา มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง คือ กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 60.0 ส่วนกลุ่มทดลอง พบว่า มีระดับการศึกษาในระดับประถมศึกษา, มัธยมศึกษาตอนปลาย วิชาชีพ และปริญญาตรี ในอัตราส่วนที่เท่ากัน คือร้อยละ 25.0

ด้านอาชีพพบว่า ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ ร้อยละ 70.0 รองลงมาคือไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 30

ส่วนรายได้ต่อเดือน พบว่า กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ไม่มีรายได้ หรือมีรายได้ตั้งแต่ 1,000 – 4,000 บาท เท่ากัน คือร้อยละ 30.0 รองลงมาคือ มีรายได้ระหว่าง 4,001 – 7,000 บาท ร้อยละ 20.0 ส่วนกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีรายได้ตั้งแต่ 4,001 – 7,000 บาท ร้อยละ 41.7 รองลงมา มีรายได้ระหว่าง 1,000 – 4,000 บาท และตั้งแต่ 10,000 บาทขึ้นไป เท่ากันคือ ร้อยละ 25.0 แสดงว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากกว่ากลุ่มควบคุม

1.2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มควบคุมจำนวน 10 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 70.0 เพศหญิงร้อยละ 30.0 ส่วนใหญ่มีช่วงอายุมากกว่า 60 ปี ถึงร้อยละ 40.0 รองลงมา มีช่วงอายุ 20 – 30 ปี ร้อยละ 30.0 ส่วนอาชีพพบว่า ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างถึง ร้อยละ 30.0 รองลงมา เป็นพนักงานบริษัท ค้าขาย และไม่ได้ประกอบอาชีพในจำนวนที่เท่ากัน คือ ร้อยละ 20.0 ด้านระดับการศึกษา ส่วนใหญ่ จบชั้นประถมศึกษาร้อยละ 50.0 รองลงมา เป็นมัธยมศึกษาตอนปลาย และปริญญาตรีเท่ากันคือ ร้อยละ 20.0 ด้านรายได้ของครอบครัว ส่วนใหญ่มีรายได้ของครอบครัวอยู่ในช่วง 1,001 – 4,000 บาท ร้อยละ 50.0 รองลงมาอยู่ในช่วง 7,001 – 10,000 บาท ร้อยละ 40.0 ส่วนความสัมพันธ์กับผู้ป่วยพบว่า ส่วนใหญ่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นบิดาและญาติ ซึ่งมีจำนวนเท่ากัน คือ ร้อยละ 30.0 รองลงมาคือ มารดา ร้อยละ 20.0 และ ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ส่วนใหญ่ดูแลมากกว่า 2 ปี ถึงร้อยละ 70.0 รองลงมา คือ 1 – 2 ปี ร้อยละ 30.0

ส่วนข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มทดลอง จำนวน 12 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 66.7 รองลงมาคือเพศหญิง ร้อยละ 33.3 และส่วนใหญ่ มีช่วงอายุมากกว่า 60 ปี ถึงร้อยละ 50.0 รองลงมา เป็นช่วงอายุ 20 – 30 ปี และ 31 – 40 ปี ร้อยละ 16.7 ด้านอาชีพ พบว่าส่วนใหญ่ ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 33.3 รองลงมา เป็นพนักงานบริษัท ค้าขาย และรับจ้าง เท่ากัน คือ ร้อยละ 16.7 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบปริญญาตรี ร้อยละ 50.0 รองลงมาคือ ประถมศึกษา และมัธยมศึกษาตอนปลาย เท่ากัน ร้อยละ 16.7 รายได้ของครอบครัว พบว่า รายได้ของครอบครัว คือ 7,001 – 10,000 บาท และ 10,000 บาทขึ้นไป เท่ากัน คือ ร้อยละ 8.3 ส่วนความสัมพันธ์กับผู้ป่วยพบว่า ส่วนใหญ่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทคือ มารดา ร้อยละ 33.3 รองลงมา เป็นบิดาและพี่จำนวน เท่ากันคือร้อยละ 25.0 และระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ทั้งหมดมีระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยมากกว่า 2 ปี คิดเป็น ร้อยละ 100

2. หลังการทดลองผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลอง มีคุณภาพชีวิตทั้งสามด้าน ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ว่าจิตบำบัดประคับประคองแบบกลุ่มทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทดีขึ้น

3. หลังการทดลองผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองมีความคิดเห็นว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีคุณภาพชีวิตด้านลักษณะความสัมพันธ์ของบุคคล และด้านความสมบูรณ์ของประสบการณ์ส่วนตัวดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

4. หลังการทดลอง ผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองมีคุณภาพชีวิตด้านความสมบูรณ์ของประสบการณ์ส่วนตัวดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

5. หลังการทดลอง ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองมีความคิดเห็นว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีคุณภาพชีวิตด้านลักษณะความสัมพันธ์ของบุคคลและความสมบูรณ์ของประสบการณ์ส่วนตัวดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของจิตบำบัดประคับประคองแบบกลุ่มต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท มีการอภิปรายผลดังนี้

ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับยาต้านโรคจิตในกลุ่มตั้งเดิมร่วมกับจิตบำบัดประคับประคองแบบกลุ่ม หลังการทดลอง พบว่า มีคุณภาพชีวิตดีขึ้นทั้งสามด้าน คือ ลักษณะความสัมพันธ์ของบุคคล ความสามารถในการทำงาน ความสมบูรณ์ของประสบการณ์ส่วนตัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานของการวิจัยที่ว่า จิตบำบัดประคับประคองแบบกลุ่มทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทดีขึ้น แต่จากการคำนวณผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จากค่าคะแนนเฉลี่ย พบว่ามีความแตกต่างกันเพียง 26 เปอร์เซนต์ ซึ่งน้อยกว่าที่กำหนดไว้ (35 เปอร์เซนต์) อาจเนื่องมาจากในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยเรื้อรัง และมีจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากกว่ากลุ่มควบคุม รวมถึงมีระดับอาการทางจิตมากกว่า ทำให้มีผลต่อการรับรู้ การเข้าใจตนเอง ผู้อื่น การสร้างสัมพันธภาพซึ่งอาจส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงของคุณภาพชีวิต แต่จากการเข้าร่วมจิตบำบัดประคับประคองแบบกลุ่ม เมื่อมองด้านพัฒนาการของกลุ่มและพฤติกรรมกลุ่มแล้วพบว่า สมาชิกทุกคนได้รับรู้ว่า ทุกคนต่างมีปัญหาเหมือนกัน มีอาการแสดงต่างๆคล้ายกันได้แก่ อาการหูแว่ว หงุดหงิดง่าย คิดว่าตนเองไม่เหมือนคนอื่น ไม่มีความสามารถ ไร้ค่า สังคมไม่ยอมรับ เข้ากับคนอื่นไม่ได้ ได้รับรู้ข้อมูล ทำให้เกิดมีความหวัง จากการทำกลุ่ม ครั้งที่ 12 มีสมาชิกบอกว่า รู้สึกมั่นใจมากขึ้นว่าจะต่อสู้กับปัญหาทุกอย่างได้ และเกิด ความรู้สึกอันเป็นสากล ซึ่งพบในการทำกลุ่มครั้งที่ 12 สมาชิกเล่าว่า ได้รู้ว่าอาการทางจิตของเพื่อนตรงกับของเรา นอกจากนี้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ที่จะติดต่อและสร้าง สัมพันธภาพ เกิดความไว้วางใจ เปิดเผย เข้าใจและยอมรับซึ่งกันและกัน ซึ่งสอดคล้องกันการศึกษาของ Kaplan HL, Sadock BJ⁽³⁸⁾ ที่พบว่ากลุ่มจิตบำบัดทำให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถปรับตัวให้อยู่ในโลกแห่งความเป็นจริงได้ โดยช่วยลดการแยกตัวจากสังคม

ปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมได้ มีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น มีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น และช่วยบรรเทาอาการเจ็บป่วยและสอดคล้องกับ Atkinson JM และคณะ⁽⁴⁷⁾ ที่กล่าวว่า ผู้ป่วยจิตเภทสามารถที่จะเรียนรู้ เข้าใจเรื่องราวต่างๆเกี่ยวกับตนเองได้จากกลุ่ม และพบว่าคนที่มีความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลอื่นในสังคม จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีด้วยซึ่งตรงกับ Elbirlik⁽⁵²⁾ ที่พบว่ากลไกของกลุ่มบำบัดแบบประคับประคองจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจตนเอง เรียนรู้ที่จะปรับตัว และแก้ไขพฤติกรรมของตนเองที่บกพร่องให้ดีขึ้น และ Wolberg⁽⁵³⁾ ที่กล่าวว่ากระบวนการของกลุ่มบำบัดแบบประคับประคอง มีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภท มีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น และ สมภพ เรื่องตระกูล⁽⁵⁴⁾ ได้ระบุถึงพฤติกรรมที่เป็นปัญหาอย่างเด่นชัดของผู้ป่วยจิตเภท คือ ผู้ป่วยจะขาดความสัมพันธ์กับบุคคลภายนอกและสิ่งแวดล้อมอย่างสิ้นเชิงซึ่งจากการทำกลุ่มครั้งที่ 6 สมาชิกบอกถึงการเรียนรู้ที่จะติดต่อสร้างสัมพันธ์กับคนอื่น เช่น พยายามออกไปข้างนอกมากขึ้น และพูดกับคนอื่นก่อน นอกเหนือผู้ป่วยจิตเภทมีบุคลิกภาพเปลี่ยนไปในทางเสื่อมเกือบตัวอยู่ตามลำพังคนเดียว ละเลยกิจวัตรประจำวันต่างๆ และอารมณ์เป็นแบบเฉยเมย ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้ สามารถแก้ไขได้ ด้วยการใช้กระบวนการของกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง โดยจะทำให้ผู้ป่วยจิตเภท เกิดการเรียนรู้ที่จะปรับพฤติกรรมของตนเองให้เข้ากับบุคคลอื่น ๆ ในกลุ่ม เป็นที่ยอมรับของสมาชิกกลุ่มคนอื่น ๆ และสร้างสัมพันธ์กับผู้อื่นก่อให้เกิดความผูกพันเข้าใจและเห็นใจซึ่งกันและกันในระหว่างสมาชิกกลุ่ม นำไปสู่การปรับพฤติกรรมที่ผิดปกติให้ดีขึ้น และลดอาการทางจิตของผู้ป่วยลง

นอกจากนี้ ยังมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทได้แก่ ระดับความรุนแรงของอาการทางจิต พบว่าใน กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา มีระดับอาการทางจิตไม่รุนแรงเนื่องจากมีคะแนน BPRS น้อยกว่า 30 คะแนน และผู้ป่วยได้รับยาต้านโรคจิตในกลุ่มตั้งเดิมร่วมด้วย ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง สามารถควบคุมอาการของโรคได้ ทำให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง และปรับตัวต่อสภาพแวดล้อมได้ ตรงกับ Skantze K และคณะ⁽¹¹⁾ ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตร่วมกับการฟื้นฟูสภาพจิตในจะทำให้มีอาการทางจิตลดน้อยลง มีการปรับตัว และพัฒนาการด้านสังคมดีขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของอุไรวรรณ เหลืองไพโรจน์และคณะ⁽⁵⁵⁾ ที่พบว่าผู้ป่วยจะมีคุณภาพชีวิตที่ดี ย่อมมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยาทางจิต และพบว่าจากการทำกลุ่มครั้งที่ 4 สมาชิกกลุ่มได้เล่าถึงประสบการณ์ว่า ถ้าขาดยาเมื่อไหร่ จะต้องเข้านอนโรงพยาบาลทุกครั้ง นอกจากนี้ยังช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้นได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Pyne JM และคณะ⁽⁵⁶⁾ ที่พบว่า ผู้ป่วยจะมีคุณภาพชีวิตต่ำลงในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตมาก แต่อีกด้านหนึ่งก็อาจจะขึ้นอยู่กับความสามารถในการปรับตัว บุคลิกภาพ และหน้าที่การงานในสังคม สภาพครอบครัวของผู้ป่วยที่จะช่วยได้ให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ด้านอาชีพและรายได้ พบว่าผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ สามารถประกอบอาชีพได้ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงคุณค่าของตนเอง ภาคภูมิใจที่สามารถพึ่งพาตนเองได้ มีรายได้เป็นของตนเอง อันส่งผลถึงความ

สามารถในการตอบสนองความต้องการของตนเองในการดำเนินชีวิตได้ รู้จักที่จะดูแลรักษาสุขภาพทั้งกายและใจ ไม่มีปมด้อย และพร้อมที่จะสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นในสังคม รวมทั้งการปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลง ฟังพาตัวเองได้ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อุไรวรรณ เหลืองไพโรจน์ และคณะ⁽⁵⁵⁾ พบว่า ผู้ป่วยที่ยังสามารถประกอบอาชีพได้ มีคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 นอกจากนี้ปัจจัยด้านระดับการศึกษายังพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการศึกษาสูง น่าจะมีความสามารถในการรับรู้ เรียนรู้ และนำมาพัฒนาตนเองได้ดีกว่า หลังจากเข้าร่วมกิจกรรมการฟื้นฟู

ด้านผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีความคิดเห็นว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทหลังการทดลอง ด้านลักษณะความสัมพันธ์ของบุคคลและความสมบูรณ์ของประสบการณ์ส่วนตัวเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เช่นเดียวกัน จึงเป็นการยืนยันคำตอบที่ได้

ส่วนด้านความสามารถในการทำงาน ซึ่งในระยะเวลาการทดลองอันจำกัดเพียง 3 เดือน จากการวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย อาจเห็นการเปลี่ยนแปลงไม่ชัดเจนนัก เมื่อดูปัจจัยด้านจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในกลุ่มทดลอง พบว่าส่วนใหญ่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากกว่า 2 ครั้ง ถึงร้อยละ 58.3 และป่วยมานานมากกว่า 5 ปี ร้อยละ 83.3 ซึ่งแสดงให้เห็นว่า เป็นผู้ป่วยเรื้อรัง แต่สัมพันธภาพของสมาชิกในครอบครัวค่อนข้างดี โดยพบว่าผู้ดูแลพาผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัด ดูแลเรื่องการรับประทานยา ทำให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองและปรับตัวต่อสภาพแวดล้อมได้ และดำเนินชีวิตประจำวันได้ตามปกติ นอกจากนี้ยังรวมถึงความสามารถในการปรับตัว บุคลิกภาพและหน้าที่การงานในสังคม ซึ่งมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเช่นกัน พบว่าสอดคล้องกับการให้ความหมายคุณภาพชีวิตของ Spiker⁽⁵⁷⁾ ว่าต้องประกอบด้วยด้านต่าง ๆ ได้แก่ การมีสภาวะสุขภาพทางกาย , ความสามารถในการทำหน้าที่ , สภาวะทางจิตใจและความเป็นอยู่ที่ดี , การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม , สถานภาพทางเศรษฐกิจและสอดคล้องกับการศึกษาของ พรชัย พงศ์สงวนสินและคณะ⁽⁵⁸⁾ ที่ศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวช ของโรงพยาบาลศรีธัญญา จำนวน 570 คน พบว่าผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอก มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับค่อนข้างดี ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยจิตเวชนั้นได้มีการปรับตัวเข้ากับ สิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมได้ดี ไม่ว่าจะมาจากความสามารถในการตัวผู้ป่วย หรือจากการดูแลของญาติก็ตาม ซึ่งการที่คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอยู่ในระดับค่อนข้างดีนั้น อาจจะเนื่องด้วยจากความก้าวหน้าทางการแพทย์ การได้รับความรู้ ความเข้าใจในเรื่องโรคทางจิตเวช คำแนะนำด้านการปรับตัว ทักษะทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์ ทำให้ผู้ป่วยเผชิญกับปัญหาในชีวิตได้ดียิ่งขึ้นลดการกลับเป็นซ้ำ และกลับสู่สภาพเดิมให้มากที่สุด

ส่วนผู้ป่วยที่มาร่วมกลุ่มไม่ครบสามในสี่ของที่กำหนดไว้ได้ตัดออกจากการทดลองโดยพบว่าในจำนวนทั้งหมด 8 รายคิดเป็น 40 เปอร์เซ็นต์ของผู้ป่วยทั้งหมด พบว่า มีอาการทางจิตมากขึ้นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 3 ราย อีก 5 รายปฏิเสธการมาร่วม

กลุ่ม โดยให้เหตุผลว่า พุดไม่เก่ง ,ต้องทำงาน ,ไม่สะดวกในการเดินทางมาร่วมกลุ่ม และคิดว่ากลุ่มไม่ได้ช่วยอะไร ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของ Yalom และคณะ⁽⁵⁹⁾ พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่หยุดการรักษาโดยไม่เข้าร่วมกลุ่มจิตบำบัด มีถึง 36 เปอร์เซ็นต์หลังจากที่เข้าร่วมกลุ่ม 12 ครั้ง พบว่าส่วนใหญ่จะเกิดจากปัญหาเรื่องความสัมพันธ์ส่วนตัว นอกจากนี้ยังขึ้นอยู่กับผู้ป่วยที่มาเข้ากลุ่มโดยควรจะมีการเลือกผู้ป่วย และมีจุดมุ่งหมายในการทำกลุ่มที่ชัดเจน รวมถึงรูปแบบของกลุ่ม และระยะเวลาที่ทำให้เกิดผลดีต่อผู้ป่วยจิตเภท คือ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง มากกว่า 6 เดือน⁽⁶⁰⁾

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

1. ข้อเสนอแนะต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

1.1 ควรมีการทำจิตบำบัดระดับประคับประคองแบบกลุ่ม อย่างสม่ำเสมอ ให้แก่ผู้ป่วยจิตเภท ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน เพื่อช่วยลดอาการทางจิต มีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่นสามารถทำงานได้ และมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

1.2 ควรให้มีการเพิ่มพูนทักษะ และประสบการณ์การเป็นผู้นำในการทำจิตบำบัดระดับประคับประคองแบบกลุ่ม แก่บุคลากรทางการแพทย์ เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ไม่เป็นภาระต่อครอบครัวและสังคม

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาถึงผลของจิตบำบัดระดับประคับประคองแบบกลุ่ม ต่อคุณภาพชีวิตในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชประเภทอื่นๆ เช่น ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า

2.2 ควรมีการศึกษา เพื่อติดตามผลระยะยาว ถึงผลของการทำจิตบำบัดระดับประคับประคองแบบกลุ่มต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสมเด็จพระยา

2.3 ควรมีการศึกษาวิจัยเพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างการทำจิตบำบัดระดับประคับประคองแบบกลุ่ม กับการรักษาวิธีอื่นๆ เช่น การใช้พฤติกรรมบำบัด (Behavior Therapy) การฝึกทักษะทางสังคม (Social Skill Training)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายการอ้างอิง

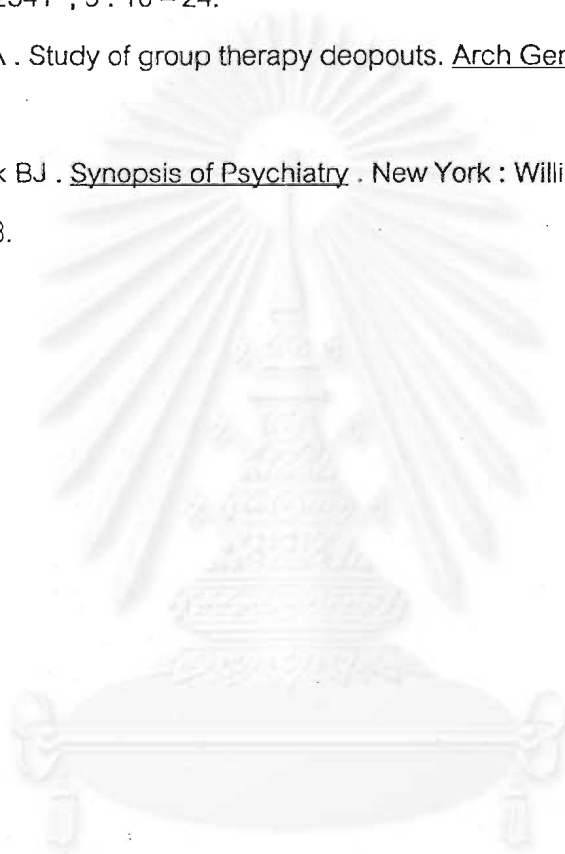
1. William Tc , Robert WB . Schizophrenia : introduction and overview . In : Kaplan HI , Sadock BJ , editors . Comprehensive textbook of psychiatry . 6th ed . Vol . I . New York : Williams & Wilkins , 1995 : 889 – 902.
2. Butziuff PL , Hooley JM . Expressed emotion and psychiatric relapse ametaanalysis analysis . Arch Gen Psychiatry. 1998 ; 55 : 547. 52.
3. มาโนช หล่อตระกูล , ปราวินท์ สุคนิษฐ์ . โรคจิตเภท . พิมพ์ครั้งที่ 1 . กรุงเทพฯ : เมดิอินโฟร์ จีดี , 2542.
4. กัลยา ภักดีมั่งค , ภาวินี ธนบดีธรรมจारी . ความคิดเห็นของบุคลากรพยาบาลและผู้ป่วยจิตเวชของโรงพยาบาลสมเด็จพระยาต่อการรักษาด้วยกลุ่มบำบัด . พิมพ์ครั้งที่ 1 . กรุงเทพฯ : ศูนย์ผลิตเอกสารโรงพยาบาลสมเด็จพระยา , 2542.
5. วีรวุฒิ เอกกมลกุล . การรักษาทางจิตเวช . พิมพ์ครั้งที่ 1 . กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ , 2536 .
6. Flanagan JC . Measurement of quality of life : Current State of the art . Arch intern Med 1982 ; 63 : 56-9.
7. Burckhardt CS . The impact of arthritis on quality of life . Nurs Res 1985 ; 34 : 11- 6.
8. Mc Millan sc , Mahon M . The impact of hospice services on The quality of life of primary caregivers . Oncol Nurs Forum 1994 ; 21 : 1189 – 95 .
9. American psychiatric Association . Diagnostic and statistical manual of mental disorder . 4th ed. Washington DC : American Psychiatric . Association, 1994 : 273 – 315.
10. เกษม ตันติผลาชีวะ . โรคจิตเภท . ตำราจิตเวชศาสตร์ สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย . พิมพ์ครั้งที่ 2 , กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ , 2536 : 331 – 47 .
11. พจนานุกรมฉบับมติตราขยสถาน พ.ศ. 2525 . พิมพ์ครั้งที่ 1 . กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์อักษรเจริญทัศน์ , 2525 .
12. The WHOQOL Group . The development of the World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument (WHOQOL) . In : Orley J , Kuyken W, editors . Quality of life assessment : international prospective . Berlin : Springer –Veriag, 1993 : 41-57.
13. พิเชษฐ อุดมรัตน์ . จิตเวชศาสตร์กับคุณภาพชีวิต : บทบรรณาธิการ . วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2535 ; 37 : 168 –9 .

14. Ferrans CE , Powers MJ . Quality of life index : development and psychometric properties . Adv Nurs Sci 1985 ; 8 : 15 –24.
15. Spiker B. Quality of life assessment in clinical trial . New York : Raven Press , 1990.
16. Calman KC .Quality of life in cancer patients : a hypothesis . J Med Ethics 1984 ; 10 : 124 –7.
17. Ware JE . Conceptualizing disease impact and treatment outcomes .Cancer 1984 ; 53 : 2316 – 23.
18. อ่ำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์ . การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต : แนวการปฏิบัติตามพยาธิสภาพ. โครงการตำราภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี . พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร : วีเจ พรินติ้ง , 2541 :23-4.
19. Ferrans CE , Powers MJ .Psychometric assessment of the quality of life index . Res Nurs Health 1992 ; 15 : 29 – 38.
20. วชิระ ลากบุญทรัพย์ , สุวิทนา อารีพรรค . รายงานผลการวิจัยโครงการวิจัยกาญจนภิเษก สมโภช : คุณภาพชีวิตด้านสาธารณสุขของคนกรุงเทพฯ . 2538 : 15-6 .
21. Meeberg GA . Quality of life : a concept analysis . J Adv Nurs 1993 ; 18 : 32-8.
22. Frank – Stromberg M. Instruments for clinical nursing research . Connecticut : Appletion & Lange , 1988 .
23. Cantril H. A study of aspiration . Sci Am 1963 ; 208 : 41 –5.
24. Padilla GV , Grant MM. . Quality of life as a cancer nursing outcomes variable . Adv Nurs Sci 1985 ; 8 : 45- 60.
25. Sartorius N. Quality of life and mental disorders : a global prospective . In : Katschnig H , Freeman H , Sartorius N, editors . Quality of life in mental disorders. Chichester : John Wiley & Sons , 1997 : 319 –28.
26. Skantze K , Malm U , Dencker SJ , May RR , Corrigan P . Comparision of quality of life with standard of living in schizophrenia out – patients . Br J Psychiatry 1992 ; 161 : 797 –801 .
27. Lehman AF . The well – being of chronic mental patients : assessing their quality of life . Arch Gen Psychiatry 1983 ; 40 : 369 –73 .
28. Lehman AF .Continuity of care and client outcomes in the RW. Johnson programme on chronic mental illness . In : Katschnig H, Freeman H, Sartorius N , editors . Quality of life in mental disorder – Chichester : John Wiley & Sons , 1997 : 172 –3.

29. Bobes J , Gonzales MP . Quality of life in schizophrenia . In : Katschnig H , Freeman H , Sartorius N , editors . Quality of life in mental disorders . Chichester : John Wiley & Sons . 1997 : 170 –1.
30. Carpiello B , Lai G , Pariante CM , Carta MG , Ruda N . Symptoms , Standard of living and subjective quality of life : a comparative study of schizophrenic and depressed out – patients . Acta Psychiatr Scand 1997 ; 96 : 235 – 41.
31. Koivumaa – Hongkanen HT , Viinamaki H , Hongkanen R , Tanskanen A , Antikainen K , Niskanen L , et al . Correlates of life satisfaction among psychiatric patients . Acta Psychiatr Scand 1996 ; 94 : 372 – 8.
32. Browne S , Roe M , Lane A , Gervin M , Morris M , Kinsella A , et al . Quality of life in schizophrenia : relationship to sociodemographic factors , symptomatology and tardive dyskinesia . Acta Psychiatr Scand 1996 ; 94 : 118 –24 .
33. Awad AG . Drug Therapy in schizophrenia : variability of outcome and prediction of response . Can J Psychiatry 1989 ; 34 : 711 –20 .
34. Awad AG , Voruganti LNP . Intervention research in psychosis : issues related to assessment of quality of life . Schizophr Bull 2000 , 26 : 257 – 64.
35. พรชัย พงศ์สงวนสิน , จุฬารัตน์ วิเชษรัตน์ , ชุตติมา ประทีปะจิตติ . คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวช ญาติผู้ดูแล และเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ : เฉพาะกรณีโรงพยาบาลศรีธัญญา . วารสารกรมสุขภาพจิต 2541 ; 5 : 16-24 .
36. สมพร บุขราทิจ . จิตบำบัดกลุ่ม . ตำราจิตเวชศาสตร์ สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย . พิมพ์ครั้งที่ 2 , กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ , 2536 : 956 – 9.
37. ธีระ สีสานันทกิจ . จิตบำบัดกลุ่ม . พิมพ์ครั้งที่ 2 (เอกสารพิมพ์โรเนียว) . กรุงเทพมหานคร : โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา , 2534 .
38. Kaplan HL , Sadock BJ . Synopsis of Psychiatry . New York : Williams & Wilkins , 1998 ; 485 – 89 .
39. Profita J . Carrey N , Klein F. Sustained , multi model outpatient group therapy for chronic psychotic patients . Hosp Community Psychiatry 1989 Sep ; 40 (9) : 943 –6.
40. Holmes J . Supportive psychotherapy . The search for positive meanings . Br J Psychiatry 1995 ; 167 : 439 –45 .
41. Hoge MA , Mc Loughlin KA . Group psychotherapy in acute treatment settings : theory and technique . Hosp Community Psychiatry 1991 Feb ; 42 (2) : 153 – 8 .

42. Kanas N . Inpatient and outpatient group therapy for schizophrenic patients . Am J Psychother 1985 Jul ; 39 (3) : 431 – 9.
43. Skantze K , Malm U , Dencker JS , May PR , Corrigan P . Comparison of quality of life with standard of living in schizophrenia outpatients . Br J. Psychiatry 1992 ; 161 : 797 –801.
44. Kilian R, Holzinger A, Angermeyer MC . Psychiatrists evaluate the impact of psychoeducation on outpatient treatment of schizophrenia , Psychiatr Prax 2001 Jul ; 28 (5) : 209 –13.
45. Andress K , Pfammatter M , Garst F , Teschner C , Brenner HD . Effects of a coping – orientate group theory for schizophrenia and schizoaffective patients : a pilot study . Acta Psychiatr Scand 2000 ; 101 : 318 –22.
46. ปราโมชย์ เชาว์ศิลป์ , รณชัย คงสกนธ์ . กลุ่มจิตบำบัดสำหรับคนไข้ใน . พิมพ์ครั้งที่ 2 , กรุงเทพฯ : สหประชาพานิชย์ , 2542 .
47. Katschnig H . Schizophrenia and quality of life . Acta Psychiatr Scand 2000 ; 102 : 33-7.
48. Yalom I , Brown S , Bloch S . The written summary as a group psychotherapy technique . Arch Gen Psychiatry 1975 May ; 32 (5) : 605 –13.
49. Atkinson JM, Coia DA, Gilmour WH, Harpper JP. The impact of education group for people with Schizophrenia on social functioning and quality of life. Br J Psychiatry 1996; 168:199-204.
50. Ovarall JE , Gorham DR. The brief psychiatric rating scale. Psycho Rep 1962 ; 10 : 799 – 821.
51. Heinrichs DW , Hanlon TE . Carpenter WT . The Quality of life scale . Schizophr Bull 1984 ; 10 : 388 – 98 .
52. Elbirlık K. The Mourning Process in Group Therapy . Int Nat J of Group Psychotherapy. April , 1983 ; 33: 215 – 227.
53. Wolberg LR. The Technique of Psychotherapy . New York : Grune & Stratton , 1954 .
54. สมภพ เรื่องตระกูล . คู่มือจิตเวชศาสตร์ . กรุงเทพมหานคร : อักษรสัมพันธ์ , 2523.
55. อุไรวรรณ เหลืองไพโรจน์ , ชูติมา ประทีปจิตติ , สุคนธ์ คำอ่อน . ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตและพฤติกรรมการใช้ยาทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการที่โรงพยาบาลศรีธัญญา . วารสารกรมสุขภาพจิต 2541 ; 5 : 58- 64.


56. Pyne JM , Patterson TL ; Kaplan Rm , Gillin JC , Koch WL , Grant I . Assessment of the quality of life of patient with major depression . Psychiater Serv 1997 ; 48 : 224 – 30.
57. Spiker B. Quality of life assessment in clinical trial . New York : Raven Press , 1990.
58. พรชัย พงศ์สงวนสิน , จุฬารัตน์ วิระระรัตน์ , ชูติมา ประทีปะจิตติ . คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวช ญาติผู้ดูแล และเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ : เฉพาะกรณีโรงพยาบาลศรีรัษฎา . วารสารกรมสุขภาพจิต 2541 ; 5 : 16 – 24.
59. Yalom ID , Cailif PA . Study of group therapy deopouts. Arch Gen Psyhiatry . 1966 ; 14 : 393 – 414.
60. Kapan HL , Sadock BJ . Synopsis of Psychiatry . New York : Williams & Wilkins , 1998 : 897 – 98.



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก.
หนังสือขอความอนุเคราะห์

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วันที่ กุมภาพันธ์ 2545

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ทางภาควิชาจิตเวชศาสตร์ออกหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา

เรียน หัวหน้าภาควิชาจิตเวชศาสตร์

ด้วยข้าพเจ้า นางสาวสุจรรยา แสงเขียวงาม รหัสประจำตัวนิสิต 4375373930 นิสิตปริญญาโท ชั้นปีที่ 2 สาขาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการจัดทำวิทยานิพนธ์เรื่อง "ผลของจิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่มต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงวิจิตร นินวาทพันธุ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และ อาจารย์นายแพทย์ชัยชนะ นิมมวล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

ในการนี้ ข้าพเจ้าได้ดำเนินการติดต่อประสานงานกับคณะกรรมการวิจัยของทางโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา และคณะกรรมการวิจัยของทางโรงพยาบาลได้ให้ข้าพเจ้าดำเนินการทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูลเพื่อใช้ในการวิจัย ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา ในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2545 ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2545 เป็นผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 30 ราย (กลุ่มทดลอง 20 ราย กลุ่มควบคุม 10 ราย) โดยใช้ แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลของผู้ป่วย แบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท และแบบสอบถามความคิดเห็นของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และให้ความอนุเคราะห์ในการออกหนังสือขออนุมัติต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา เพื่อขออนุญาตให้ทำการวิจัยในสถานดังกล่าวข้างต้นด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

ด้วยความเคารพอย่างสูง

(นางสาวสุจรรยา แสงเขียวงาม)

นิสิตปริญญาโท ชั้นปีที่ 2 สาขาสุขภาพจิต

(ภาคนอกเวลาราชการ)

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปทุมวัน
พญาไท กรุงเทพฯ 10330



ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปทุมวัน
พญาไท กรุงเทพฯ 10330

วันที่ กุมภาพันธ์ 2545

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บข้อมูล

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยา

สิ่งที่ส่งมาด้วย โครงร่างวิทยานิพนธ์เรื่อง " ผลของจิตบำบัดประคับประคองแบบกลุ่มต่อคุณภาพชีวิต
ของผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสมเด็จพระยา "

เนื่องด้วย นางสาวจรรยา แสงเขียวงาม รหัสประจำตัวนิสิต 4375373930 นิสิตปริญญาโท
ชั้นปี 2 สาขาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลัง
ดำเนินการจัดทำวิทยานิพนธ์เรื่อง " ผลของจิตบำบัดประคับประคองแบบกลุ่มต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย
กลุ่มจิตเภทที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระยา " โดยมีผู้ช่วย
ศาสตราจารย์แพทย์หญิงวิวิรรณ นิวาดพันธุ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์และอาจารย์นายแพทย์
ชัยชนะ นิ่มนวล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

ในการนี้ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มีความ
ประสงค์ขอความอนุเคราะห์ให้ นางสาวจรรยา แสงเขียวงาม เข้าทำการวิจัย ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาล
สมเด็จพระยา ในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2545 ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2545 เป็นผู้ป่วยจิตเภทจำนวน
30 ราย (กลุ่มทดลอง 20 ราย กลุ่มควบคุม 10 ราย) โดยใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลของผู้ป่วยจิตเภท
และแบบสอบถามความคิดเห็นของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในการเก็บข้อมูลที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ในการเข้าเก็บข้อมูลของนิสิตดัง
กล่าวด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงนันทิกา ทวิชาชาติ)

ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร วท.ม. สาขาสุขภาพจิต

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์

โทร. 02-2564398 , 02-2564346

โทรสาร 02-2527592

บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ ตึกพวงชมพู โรงพยาบาลสมเด็จพระยา โทร 4422, 4426

ที่ พช. 1/45 วันที่ กุมภาพันธ์ 2545

เรื่อง ขอใช้สถานที่เพื่อทำจิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่ม

เรียน พยาบาลหัวหน้ากลุ่มงานโรงพยาบาลกลางวัน

เนื่องด้วยดิฉัน นางสาวสุจรรยา แสงเขียวงาม นิสิตปริญญาโท ชั้นปีที่ 2 สาขาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยกำลังดำเนินการจัดทำวิทยานิพนธ์เรื่อง "ผลของจิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่มต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระยา"

ในการนี้ดิฉันจึงขออนุญาตใช้สถานที่กลุ่มงานโรงพยาบาลกลางวันเพื่อทำกลุ่ม สัปดาห์ละ 1 วัน ทุกวันศุกร์ เวลา 9.00-12.00 น. ในช่วงเดือนกุมภาพันธ์-เมษายน พ.ศ. 2545

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ในการใช้สถานที่ดังกล่าวด้วยจะเป็นพระคุณยิ่ง

(นางสุจรรยา แสงเขียวงาม)

พยาบาลวิชาชีพ 7

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ข

รายนามผู้เชี่ยวชาญและผู้ช่วยวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบ เนื้อหาของแบบสอบถามความคิดเห็นของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

1. นายแพทย์ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน นายแพทย์ 8 ผู้ช่วยผู้อำนวยการฝ่ายวิชาการ
โรงพยาบาลสมเด็จพระยา
2. นายนคร ศรีสุโข นักจิตวิทยา 7 โรงพยาบาลสมเด็จพระยา
3. นางจันทรรจา บำเหน็จพันธ์ พยาบาลวิชาชีพ 7 กลุ่มงานจิตเวชวัยรุ่น
โรงพยาบาล สมเด็จพระยา

รายนามผู้ช่วยวิจัย

1. นางวันทนา สอนปาน - พยาบาลวิชาชีพ 7 ที่ปรึกษากลุ่มงานโรงพยาบาลกลางวัน
โรงพยาบาลสมเด็จพระยา
- มีประสบการณ์การเป็นผู้นำกลุ่มจิตบำบัด 25 ปี
2. นางปิ่นทิพย์ พานทอง - เจ้าหน้าที่พยาบาล 6 โรงพยาบาลกลางวันโรงพยาบาล
สมเด็จพระยา
- มีประสบการณ์การเป็นผู้นำกลุ่มและผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม
บำบัด 25 ปี

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ค

สรุปผลการเข้าร่วมจิตบำบัดประจำระดับประคองแบบกลุ่ม

สถาบันวิทยบริการ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กลุ่มที่ 1

สรุปผลการเข้าร่วมจิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่ม ครั้งที่ 1

วันที่ 8 กุมภาพันธ์ 2545 เวลา 09.00 – 10.15 น.

สถานที่ กลุ่มงานโรงพยาบาลกลางวัน โรงพยาบาลสมเด็จพระยา

จำนวนสมาชิก 10 คน ชาย 7 คน หญิง 3 คน

ประเด็นการสนทนา

1. ผู้นำกลุ่มชี้แจงวัตถุประสงค์ในการเข้ากลุ่ม ระเบียบการเข้ากลุ่ม และประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้ากลุ่ม
2. การแนะนำตนเองของผู้นำกลุ่มและสมาชิกกลุ่ม ประวัติส่วนตัว
3. สมาชิกร่วมกันเสนอข้อตกลงเบื้องต้นในการเข้ากลุ่ม
4. ผู้นำกลุ่มสรุปและนัดหมายการเข้ากลุ่มครั้งต่อไป

พฤติกรรมกลุ่ม

เริ่มกลุ่ม สมาชิกกลุ่มนั่งเป็นวงกลม มีสมาชิก กลุ่ม 2-3 นั่งก้มหน้า ผู้นำกลุ่มเป็นผู้เปิดกลุ่ม ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการเข้ากลุ่ม ระเบียบการเข้ากลุ่ม และประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้ากลุ่ม แล้วจึงให้สมาชิกภายในกลุ่มแนะนำตนเองโดยบอกชื่อ นามสกุล และเล่าประวัติตนเอง สั้นๆ ให้กลุ่มทราบ

ช่วงแรก สมาชิกไม่ค่อยพูด กลุ่มค่อนข้างเงียบ ผู้นำกลุ่มต้องกระตุ้นหลายครั้ง เพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้พูดคุย ทำความรู้จักซึ่งกันและกัน หลังจากได้มีการซักถามและแลกเปลี่ยนข้อมูลกันแล้ว ทำให้สมาชิกลดความอึดอัดลง เกิดความรู้สึกที่ดีขึ้น บรรยากาศในกลุ่มเกิดความเป็นกันเองมากขึ้น สมาชิกเริ่มรู้สึกผ่อนคลาย

หลังจากนั้นผู้นำกลุ่มให้สมาชิกเสนอข้อตกลงเบื้องต้นในการเข้ากลุ่ม และให้ข้อมูลเพิ่มเติมในเรื่องต่างๆกับสมาชิก เพื่อลดความวิตกกังวลในการเข้ากลุ่ม และให้สมาชิกเกิดความไว้วางใจกลุ่มมากขึ้น โดยผู้นำกลุ่มแสดงความสนใจในเรื่องราวของสมาชิก มีท่าทีตั้งใจรับฟัง ใส่ใจต่อความคิดเห็นและความรู้สึกของสมาชิก ทำให้สมาชิกเปิดเผยตนเองมากขึ้น หลังทำกลุ่ม 45 นาที กลุ่มเริ่มมีความเป็นกันเอง มีสมาชิก 3 คน ที่ช่วยกระตุ้นกลุ่ม และสรุปสาระสำคัญได้

พัฒนาการกลุ่ม

กลุ่มมีพัฒนาการอยู่ในระยะที่ 1 คือ ระยะสร้างสัมพันธภาพ ระหว่างผู้นำกลุ่มกับสมาชิกและสมาชิกกับสมาชิก มีสมาชิก 2 คน กล้าที่จะเปิดเผยตนเอง โดยนำเรื่องที่เป็นปัญหาของตนเองเล่าให้กลุ่มฟัง เพื่อให้กลุ่มช่วยกันแก้ไข ผู้นำกลุ่มได้ให้สมาชิกลงคะแนนเสียง เพื่อเลือกประเด็นที่จะพูดคุยกันในกลุ่ม พบว่าประเด็นที่กลุ่มสนใจและเลือกคือ เรื่องการใช้ชีวิตในสังคม ซึ่งสมาชิกที่ได้รับเลือกได้เล่าถึงปัญหาเรื่องการปรับตัว และไม่สามารถสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้

ผู้นำกลุ่มสรุปให้เห็นถึงประเด็นที่เป็นปัญหาเหมือนกันของสมาชิกภายในกลุ่ม คือ การปรับตัวและการสร้างสัมพันธภาพ และสรุปวิธีการแก้ไขของแต่ละคนพบว่ามีการให้ข้อมูลซึ่งกันและกันมีการพูดคุย ชักถาม แลกเปลี่ยนประสบการณ์และวิธีการที่แต่ละคนใช้ในการแก้ไขปัญหา เพื่อช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เป็นข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึกเครียด ไม่สบายใจ รวมถึงการแก้ไขปัญหา โดยให้ทำความเข้าใจกับตัวเอง มองโลกในแง่ดี ให้ทุกคนมีความหวัง มีกำลังใจที่จะต่อสู้ และเผชิญกับปัญหาต่างๆ ได้ มีความเห็นเหมือนกันของชีวิต คือ รู้สึกอึดอัดใจ ไม่สบายใจ เมื่อไม่สามารถปรับตัวเข้ากับคนอื่นได้ ต้องการที่จะเรียนรู้ที่จะติดต่อและสร้างสัมพันธภาพกับคนอื่น เพื่อให้เกิดความมั่นใจมากขึ้น

สรุปผลการเข้าร่วมจิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่ม ครั้งที่ 2

วันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2545 เวลา 09.00 – 10.15 น.

สถานที่ กลุ่มงานโรงพยาบาลกลางวัน โรงพยาบาลสมเด็จพระยา

จำนวนสมาชิก 8 คน ชาย 6 หญิง 2 คน

ประเด็นสนทนา

1. แนะนำตัว โดยบอกชื่อ นามสกุล และทบทวนวัตถุประสงค์ ข้อตกลงเบื้องต้น บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของสมาชิกกลุ่ม
2. ให้สมาชิกที่ได้รับเลือก เล่าถึงเรื่องของตนเอง ที่ทำให้ไม่สบายใจ คับข้องใจ และอยากให้กลุ่มช่วยเหลือ
3. ผู้นำกลุ่ม กระตุ้นและสนับสนุนให้สมาชิกภายในกลุ่มได้ซักถามข้อมูล
4. ให้สมาชิกได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการแก้ไขปัญหา รวมทั้งเสนอแนวทางในการแก้ไขปัญหาร่วมกัน

5. สมาชิกได้ทบทวนวิธีการแก้ไขปัญหา และบอกความรู้สึกหลังจากได้รับคำแนะนำ
6. ผู้นำกลุ่มสรุป และนัดหมายการเข้ากลุ่มครั้งต่อไป

พฤติกรรมกลุ่ม

ก่อนเข้ากลุ่มสมาชิกมีการพูดคุย ชักถามความเป็นอยู่ซึ่งกันและกัน รวมถึงการเดินทางและเรื่องทั่วไป

สมาชิกนั่งเป็นวงกลม นั่งหันหน้าเข้ากลุ่ม ผู้นำกลุ่มได้ย้าให้สมาชิกรักษาความลับ ไม่นำเอาเรื่องราวที่พูดคุยในกลุ่มไปเล่านอกกลุ่ม เพื่อให้เกิดความรู้สึกไว้วางใจเพิ่มมากขึ้น

สมาชิกกลุ่มคนหนึ่งได้เล่าระบายถึง เรื่องของตนเองที่ป่วยมานานรักษาตัวมาตลอด โดยรับประทานยาสม่ำเสมอ และพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง แต่ก็ยังรู้สึกว่าตนเองไม่มีค่า ขาดความภาคภูมิใจในตนเอง ไม่ค่อยมีความอดทน ยังมีความคิดว่า คนอื่นคอยที่จะว่า และตำหนิบางครั้งทำให้นอนไม่หลับ

ผู้นำกลุ่มได้ชี้ให้สมาชิกเห็นความเหมือนกันของชีวิต เพื่อให้สมาชิกได้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในเรื่อง ของความรู้สึกไร้ค่า ขาดความภาคภูมิใจในตนเอง โดยสมาชิกช่วยกันพูดแลกเปลี่ยนประสบการณ์ มีสมาชิกคนหนึ่งเล่าว่า ตนเองเคยทำงานเป็นชิปปิ้ง แต่ต้องออกจากงานเนื่องจากป่วย ทำให้เครียด รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า แต่สุดท้ายไปเรียนนวดฝ่าเท้า เรียนจบแล้วรู้สึกภูมิใจคิดว่า ถึงป่วยก็มีความสามารถ โดยบอกกลุ่มว่า “เราต้องทำตัวเราให้มีค่ามีความหมาย” ส่วนสมาชิกอีกคนบอกว่า “ทุกวันนี้ภูมิใจ ที่ทำหน้าที่เป็นแม่ของลูก” และสมาชิกคนหนึ่งยังได้ฝากคำกลอนเป็นข้อเสนอแนะให้กับสมาชิกกลุ่ม คือ

ไม่บ้าศักดิ์ศรี

ไม่หนีความจริง

ไม่ละทิ้งความหวัง

ไม่ฝักใฝ่ความโกรธ

ไม่โทษตัวเอง

ไม่เกรงที่จะมอบไมตรี

หลังจากได้รับฟังประสบการณ์จากกลุ่มและข้อเสนอแนะแล้ว สมาชิกที่เป็นเจ้าของเรื่องได้บอกกลุ่มว่า “จะพยายามอดทนให้มากขึ้น และคิดว่าคงไม่มีใครหรอกที่จะสมหวังทุกอย่าง” และเมื่อกลับไปอยู่บ้าน “จะดูแลแม่ และช่วยทำงานบ้าน”

พัฒนาการกลุ่ม

กลุ่มมีพัฒนาการอยู่ในระยะที่ 1 คือ ระยะสร้างสัมพันธภาพ และเข้าสู่ระยะที่ 2 คือ ระยะดำเนินการ จากการที่สมาชิกเริ่มเปิดเผยตนเองเล่าระบายปัญหา ความรู้สึกไม่สบายใจ มีการแสดงความคิดเห็นและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการแก้ปัญหา ระหว่างสมาชิก การช่วยเหลือ ประคับประคอง ให้กำลังใจกัน ตระหนักถึงความเป็นจริงของชีวิต มีการค้นพบความเหมือนกันของสมาชิก มีความเป็นมิตรมากขึ้น

บรรยากาศภายในกลุ่ม มีความเป็นกันเองทุกคนนั่งในท่าที่สบาย สมาชิกทุกคนรู้สึกผ่อนคลายมากขึ้น ทุกคนมีสีหน้าท่าทางที่แสดงถึงการมีความรู้สึกที่ดีต่อกัน สงยิ้มให้กันมีการยิ้มทักทายกัน พุดคุยกันก่อนและหลังเข้ากลุ่ม และยังมีกรให้ข้อมูลเรื่องการรับประทานยา ซึ่งจะช่วยให้ควบคุมอาการได้ และมีความหวังว่าจะช่วยตนเองและผู้อื่นได้ โดยทำตัวให้มีค่า มีความหมาย มีความเห็นเหมือนกันของชีวิตในเรื่องที่คิดว่า ตนเองป่วย ทำให้ขาดความภาคภูมิใจ คิดว่าตนเองเป็นคนไร้ค่า ทำให้เกิดความรู้สึกเกือกรุกกันโดยแสดงความรู้สึกเห็นใจ ปลอดภัย และให้กำลังใจเกิดการเรียนรู้ที่จะติดต่อและสร้างสัมพันธภาพ มีการปรับตัวให้เข้ากับสังคม และยังให้โอกาสสมาชิกได้ระบายความรู้สึกที่ไม่สบายใจเกิดความรู้สึกเป็นความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม ได้พุดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์และช่วยเหลือสมาชิกคนอื่นๆภายในกลุ่ม

สรุปผลการเข้าร่วมกลุ่มจิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่ม ครั้งที่ 3

วันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2545 เวลา 09.00 – 10.15 น.

สถานที่ กลุ่มงานโรงพยาบาลกลางวัน โรงพยาบาลสมเด็จพระยา

จำนวนสมาชิก 7 คน ชาย 5 คน หญิง 2 คน

ประเด็นการสนทนา

1. ทบทวนวัตถุประสงค์ ข้อตกลงเบื้องต้น
2. สมาชิกเล่าระบาย ความรู้สึกเครียด ไม่สบายใจ ที่ต้องเผชิญกับปัญหา อยากเข้มแข็ง เพื่อที่จะต่อสู้กับปัญหาได้
3. สมาชิกกลุ่มได้ซักถามแลกเปลี่ยนประสบการณ์ รวมทั้งเสนอแนวทางแก้ไข
4. สมาชิกได้บอกความรู้สึกและประโยชน์ที่ได้จากกลุ่ม

5. ผู้นำกลุ่มสรุป และนัดหมายการเข้ากลุ่มครั้งต่อไป

พฤติกรรมกลุ่ม

สมาชิกนั่งเป็นวงกลม บรรยากาศมีความเป็นกันเองมีการทักทายและพูดคุยกันก่อนเริ่มกลุ่มและหลังปิดกลุ่มมากขึ้น มีการส่งยิ้มทักทายกัน

ผู้นำกลุ่มได้กระตุ้นให้สมาชิกได้เล่าถึงเรื่องราวที่ทำให้เครียด ไม่สบายใจ

สมาชิกได้เล่าถึงความไม่สบายใจ เรื่องสามีจะพากรรยาน้อยและลูกมางานทำบุญคุณย่า ทำให้ต้องเผชิญหน้ากัน รู้สึกเจ็บปวด โดยทุกครั้งจะหนีปัญหาโดยหลีกเลี่ยงการเผชิญหน้า แต่คราวนี้อายากอยู่เผชิญหน้า ไม่อยากหนีปัญหา จะทำอย่างไรจึงจะเข้มแข็ง เผชิญปัญหาได้

สมาชิกกลุ่มคนหนึ่ง ได้เล่าถึงประสบการณ์ของตนเอง คือ มารดามีสามีใหม่ทำให้ตนเองเครียด ไม่มีความสุขเช่นกัน แต่สุดท้ายก็ต้องยอมรับ และทำใจเพื่อความสุขของมารดา สมาชิกอีกคนได้แนะนำให้ใช้พรหมวิหาร 4 ช่วย ส่วนสมาชิกอีกคนแนะนำว่า "เป็นผู้ใหญ่แล้ว ก็ต้องทำใจ และเหตุการณ์ก็ผ่านมาแล้ว ควรทำใจยอมรับ" และสมาชิกบางคนบอกว่า "ให้ต่างคนต่างอยู่ ทำตัวเฉยๆ หรือทำตัวตามปกติ" และ "ทำเพื่อลูก"

พัฒนาการกลุ่ม

พัฒนาการกลุ่มเข้าสู่ระยะที่ 2 คือ ระยะดำเนินการ จากการมีส่วนร่วมมากขึ้น มีความใกล้ชิดและสนิทสนมกันมากขึ้น มีการระบายความรู้สึก ได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็น และประสบการณ์ มีการเปิดเผยตนเองมากขึ้น รู้สึกว่าการเข้ากลุ่มเป็นสิ่งที่ดีมีส่วนช่วยเหลือซึ่งกันและกัน สมาชิกบางคนมีปัญหาเหมือนกัน เกิดการเป็นส่วนหนึ่งและไว้วางใจกันมากขึ้น ได้แก้ไขปัญหาร่วมกัน มีการพัฒนาเทคนิคการเข้าสังคมโดยการส่งยิ้มให้กัน และแสดงความคิดเห็นมากขึ้น ทุกคนรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งในกลุ่ม อยากช่วยเหลือ เกิดความรู้สึกเห็นใจ เข้าใจ อยากให้มีจิตใจที่เข้มแข็ง จะได้เผชิญกับปัญหาได้ และมีความเห็นเหมือนกันว่า เมื่อมีปัญหาหรือเกิดความขัดแย้งขึ้น จะทำให้เครียด ไม่สบายใจ กลุ่มใจ มีการให้ข้อมูลถึงวิธีการแก้ไข โดยให้คิดในแง่ดี ให้ทำใจยอมรับเพื่อเห็นแก่ลูก เกิดความรู้สึกแบ่งเบาที่ได้ระบายความรู้สึกไม่สบายใจออกไปและได้รับรู้ถึงความจริงอันเป็นสัจธรรม ในเรื่องการทำใจให้สงบ เพื่อให้ความทุกข์ลดน้อยลงโดยมีพรหมวิหาร 4 คือ เมตตา กรุณา มุทิตา อุเบกขา

สรุปผลการเข้าร่วมจิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่ม ครั้งที่ 4

วันที่ 1 มีนาคม 2545 เวลา 09.00 – 10.15 น.

สถานที่ กลุ่มงานโรงพยาบาลกลางวัน โรงพยาบาลสมเด็จพระยา

จำนวนสมาชิก 7 คน ชาย 5 หญิง 2 คน

ประเด็นสนทนา

1. การทบทวนวัตถุประสงค์ ข้อตกลงเบื้องต้น
2. สมาชิกเล่าระบายความรู้สึกที่ไม่สบายใจ ชัดแย้งในใจ เรื่องมักมีปัญหากับมารดาเสมอ ในเรื่องที่ไม่เป็นเรื่อง
3. สมาชิกกลุ่มซักถาม แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และเสนอแนวทางแก้ไข
4. สมาชิกบอกถึงความรู้สึก และประโยชน์ที่ได้จากกลุ่ม
5. ผู้นำกลุ่มสรุป และนัดหมายการเข้ากลุ่มครั้งต่อไป

พฤติกรรมกลุ่ม

สมาชิกมาตรงเวลา นั่งเป็นวงกลม มีความเป็นกันเอง พูดคุยกันก่อนและหลังการเข้ากลุ่ม สมาชิกได้เล่าระบาย ความรู้สึกที่ไม่สบายใจ เรื่องความขัดแย้งกับมารดา บางครั้งทำร้ายมารดา โดยการจิกผมและเขกศีรษะ ทั้งๆที่รู้ว่าเป็นสิ่งไม่ดี เป็นบาป แต่ก็ควบคุมตัวเองไม่ได้ และช่วงที่ขาดยา มักจะทำร้ายมารดาเสมอ

ผู้นำกลุ่มชี้ประเด็นให้กลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์เรื่อง การขาดยา การมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม สมาชิกในกลุ่มทุกคนยกมือและบอกว่ามีประสบการณ์ในเรื่องการขาดยา เช่น สมาชิกบางคนบอกว่า “ถ้าขาดยาเมื่อไหร่ จะต้องเข้านอนในโรงพยาบาลทุกครั้ง “ และ “คิดว่าตนเองหายดีเลยไม่กินยา “ ส่วนประสบการณ์เรื่องพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม มีสมาชิกบอกว่า “เคยบีบคอแม่ เพราะแม่ชอบพูดว่าบ่อยๆ” ส่วนสมาชิกอีกคนเล่า “ไม่กินยา ทำให้โมโหง่าย มีเรื่องทะเลาะกับพี่สาวและทำร้ายกัน”

สมาชิกได้แนะนำและแสดงความคิดเห็นที่จริงใจ และเป็นประโยชน์ต่อสมาชิกกลุ่ม เช่น “อยากให้กินยาตามหมอสั่ง” และ “เมื่อไม่กินยา ทำให้อาการไม่ดีก็ต้องจำไว้” “อยากให้มองโลกในแง่ดี ที่แม่จู้จี้กับเรา ก็เพราะรักเรา และท่านก็มีอายุแล้ว ก็ต้องมีพุดบ่นบ้าง”

พัฒนาการกลุ่ม

เป็นระยะที่ 2 คือ ระยะดำเนินการ ซึ่งกลุ่มมีการแก้ไขปัญหาของสมาชิกในกลุ่ม เรื่อง ความขัดแย้งกับบุคคลในครอบครัว เรื่องการขาดยา และมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม โดยมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และให้ข้อเสนอแนะในประเด็นดังกล่าว ซึ่งสมาชิกที่เล่าเรื่องของตนเอง ได้บอกความรู้สึกว่า "รู้สึกสบายใจขึ้น และต่อไปจะกินยาสม่ำเสมอตามหมอสั่ง" มีการพัฒนาเทคนิคการเข้าถึงคนโดยยิ้มทักทาย และพูดคุยกันก่อนและหลังเข้ากลุ่ม และเรียนรู้ถึงมารยาทในการอยู่ในกลุ่ม เรียนรู้ที่จะติดต่อและสร้างสัมพันธ์ภาพ โดยการบอกความต้องการของตนเองให้ผู้อื่นทราบ เช่น *ควรมีการบอกความต้องการของตนให้แม่ทราบ* , มีการให้ข้อมูลในการแก้ไขปัญหา เช่น *ควรกินยาให้สม่ำเสมอตามแพทย์สั่ง* และเกิดความรู้สึกมีความหวัง เช่น *กินยาแล้ว จะช่วยควบคุมตนเองได้ ไม่ทำร้ายแม่อีก เพราะรู้สึกผิดบาปทุกครั้งที่ทำ* มีความเห็นเหมือนกันของชีวิต คือ *อยากหายจากโรคนี้ และมีชีวิตเหมือนคนปกติทั่วไป* เกิดความรู้สึกเกือกลืมเมื่อมีสมาชิกบางคนบอกว่า *คำแนะนำของดิฉันคงเป็นประโยชน์กับสมาชิกคนอื่นๆบ้าง* และเกิดความรู้สึกแบ่งเบาที่ได้บอกถึงความรู้สึก เช่น *ปรับตัวเข้ากับแม่ไม่ได้ทำให้รู้สึกอึดอัดใจ* มีความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม เช่น *จะลองเอาคำแนะนำที่ได้จากกลุ่มไปใช้เพราะมีปัญหาคล้ายๆกัน*

สรุปผลการเข้าร่วมจิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่ม ครั้งที่ 5

วันที่ 8 มีนาคม 2545 เวลา 09.00 – 10.15 น.

สถานที่ กลุ่มงานโรงพยาบาลกลางวัน โรงพยาบาลสมเด็จพระยา

จำนวนสมาชิก 6 คน ชาย 4 คน หญิง 3 คน

ประเด็นการสนทนา

1. ทบทวนวัตถุประสงค์ ข้อตกลงเบื้องต้น
2. สมาชิกเล่าระบาย เรื่องที่ทำให้ไม่สบายใจ คือ คนรักจะขอเลิก เนื่องจากมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม
3. สมาชิกซักถาม แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และเสนอแนวทางแก้ไข
4. สมาชิกบอกถึงความรู้สึกและประโยชน์ที่ได้จากกลุ่ม
5. ผู้นำกลุ่มสรุปและนัดหมายการเข้ากลุ่มครั้งต่อไป

พฤติกรรมกลุ่ม

สมาชิกนั่งเป็นวงกลม บรรยากาศภายในกลุ่มผ่อนคลายทุกคนนั่งในท่าที่สบาย มีความเป็นกันเองไว้วางใจกันมากขึ้น

สมาชิกได้เล่าระบายถึงปัญหาที่ทำให้ไม่สบายใจ กลุ่มใจว่า "คนรักขอลีก" เนื่องจากทนพฤติกรรมที่ชอบใช้มือสกิดกันมารดา หรือสกิดกันคนรัก รู้ว่าเป็นพฤติกรรมที่ไม่ดี แต่ก็ห้ามตัวเองไม่ได้ ต้องทำอีก และ "ชอบทำอะไรไม่เหมือนชาวบ้าน" สมาชิกกลุ่มได้แสดงความคิดเห็นว่า เป็นการเข้าหาเหยื่อที่ไม่เหมาะสม เป็นการกระทำของเด็กๆ ที่ทำเพื่อความสนุกสนาน ควรจะปรับที่ตัวเอง หยุดทำให้ได้ ต้องฝึกและ "อยากให้เปลี่ยนวิธีการที่จะเหยื่อคนที่เรารัก ด้วยวิธีการอย่างอื่นที่ดูไม่น่าเกลียด" หรือ "ให้คิดถึงใจเขาใจเรา ถ้าเราถูกทำอย่างนั้นบ้างจะรู้สึกอย่างไร"

สมาชิกได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในเรื่องการมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น "เวลาอยู่บนรถเมล์คนแน่นๆ อยากจะเอามือจับกันสาว ๆ แต่ก็ต้องหักห้ามใจ โดยทำเป็นไม่สนใจ และเปลี่ยนความคิดทันที" หรือ "เมื่อมีเวลาว่างก็จะคิดมาก คิดไปในทางไม่ดี ก็พยายามทำตัวเองไม่ให้ว่างจะได้ 'ไม่คิด'" ส่วนการแก้ไข สมาชิกได้เสนอให้เปลี่ยนวิธีการเหยื่อ ที่เหมาะสม โดยอาจจะใช้คำพูดและ "เราต้องแก้ที่ตัวเรา เปลี่ยนคนอื่นเปลี่ยนยาก" "ถ้าทำแล้วคนอื่นมีความทุกข์ ก็ควรจะหยุด" ผู้นำกลุ่มได้ถามความรู้สึกของสมาชิกที่เล่าเรื่อง สมาชิกบอกว่า "รู้สึกอาย ไม่กล้าบอกใคร แต่อยากให้กลุ่มช่วยเหลือเพราะอึดอัด และหลังจากเล่าไปแล้วก็รู้สึกโล่งอก สบายใจขึ้น"

พัฒนาการกลุ่ม

เป็นระยะที่ 2 คือระยะดำเนินการ มีการซักถาม แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และช่วยกันให้ข้อเสนอแนะ เพื่อช่วยเหลือในเรื่อง การปรับพฤติกรรมให้เหมาะสม จะทำให้ปัญหากับคนรักหมดไป มีการเรียนรู้ที่จะติดต่อสร้างสัมพันธ์ภาพ โดยการให้ข้อมูล เช่น การทำพฤติกรรมแบบนี้ สังคมไม่ยอมรับ ทำให้คนอื่นเค้ามองว่าเราไม่ปกติ การเข้าหาเหยื่อ มีหลายรูปแบบ อาจเป็นการสัมผัส การใช้คำพูด แต่เราต้องทำให้เหมาะสม ต้องดูบุคคล กาลเทศะด้วย ทำให้เกิดความรู้สึกมีความหวัง เช่น เราต้องปรับตัวเรา ต้องหยุดทำให้ได้ ต้องใช้ความพยายาม ถ้าทำได้ก็จะประสบความสำเร็จในชีวิต มีความเห็นเหมือนกันของชีวิต เช่น ผมเองก็เคยมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม แต่พยายามที่จะหักห้ามไม่ทำ เกิดความรู้สึกเกือบล เช่น ผมขอขอบคุณที่ทุกคนให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ และเป็นกำลังใจให้ผมจะลองไปทำดู มีความรู้สึกแบ่งเบา เช่น รู้สึกอาย ไม่กล้าบอกใคร แต่อยากให้กลุ่มช่วยเหลือ เพราะรู้สึกอึดอัด เกิดความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม เช่น อยากให้กลุ่มช่วยเหลือ ไม่กล้าบอกใคร

สรุปผลการเข้าร่วมจิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่ม ครั้งที่ 6

วันที่ 15 มีนาคม 2545 เวลา 09.00 – 10.15 น.

สถานที่ กลุ่มงานโรงพยาบาลกลางวัน โรงพยาบาลสมเด็จพระยา

จำนวนสมาชิก 7 คน ชาย 5 คน หญิง 2 คน

ประเด็นการสนทนา

1. ทบทวนวัตถุประสงค์ ข้อตกลงเบื้องต้น
2. สมาชิกเล่าระบายเรื่องที่ทำให้ไม่สบายใจ คือ ไม่มั่นใจในตัวเอง ไม่มีเพื่อน คิดว่าเมื่อพูดอะไรแล้ว คนอื่นจะไม่เข้าใจ
3. สมาชิกซักถาม แลกเปลี่ยนประสบการณ์และเสนอแนวทางแก้ไข
4. สมาชิกบอกความรู้สึกและประโยชน์ที่ได้จากกลุ่ม
5. ผู้นำกลุ่มสรุป และนัดหมายการเข้ากลุ่มครั้งต่อไป

พฤติกรรมกลุ่ม

สมาชิกนั่งเป็นวงกลม บรรยากาศผ่อนคลาย เป็นกันเอง มีการพูดคุยทักทาย และยิ้มให้กันระหว่างสมาชิกกับสมาชิก และสมาชิกกับบุคลากร

สมาชิกได้เล่าระบายถึงสิ่งที่ปัญหาของตนเองคือ ไม่มีเพื่อน และไม่สนิทกับใครเลย ไม่มีความมั่นใจในตัวเอง ไม่กล้าพูด เพราะคิดว่า คนอื่นจะไม่เข้าใจรู้สึกเพื่อตัวเอง

สมาชิกได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในเรื่อง การขาดความมั่นใจในตัวเอง ทำให้รู้สึกว่าคุณค่าตัวเองน้อย ตนเองไม่มีคุณค่า ไร้ค่า ไม่กล้าบอกใคร เช่น สมาชิกเล่าว่า “เมื่อก่อนถูกเค้าว้าว่าเอา ก็รู้สึกสลดใจ คิดมาก” หรือ “เวลาคุยกับใคร รู้สึกลำบากใจ ไม่รู้จะพูดอะไร ก็มักจะไม่ไหวตัวเอง และลงโทษตัวเอง” ส่วนการแก้ไขหรือข้อเสนอแนะสมาชิกได้เสนอว่า “จริงๆแล้ว คุณก็พูดแล้วเข้าใจ เพราะเวลาคุณพูดในกลุ่มทุกคนก็เข้าใจ” หรือ “สิ่งที่คุณทำก็ได้อยู่แล้ว คือ คอยดูแลพี่ชาย ทำอาหารให้รับประทาน” “ถึงไม่มีเพื่อน ก็ยังมีพี่น้อง และพวกเราก็นัดจะเป็นเพื่อนกับคุณ”

พัฒนาการกลุ่ม

เป็นระยะที่ 2 คือ ระยะดำเนินการ มีการซักถาม แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และช่วยกันให้ข้อเสนอแนะให้ข้อเท็จจริง และเป็นกำลังใจ มีการแสดงออกถึงความห่วงใย ให้ความสำคัญที่ดีของ

ตนเอง มีการเรียนรู้ที่จะติดต่อสร้างสัมพันธ์ภาพ เช่น ตอนนี้อยากพยายามพูดคุยมากขึ้น เวลามีปัญหา ก็จะปรึกษาพี่ชายและพี่สาว มีการพัฒนาเทคนิคการเข้าสังคม เช่น พยายามออกไปข้างนอกมากขึ้น และพูดกับคนอื่นก่อน มีการให้ข้อมูล เช่น จริงๆแล้วสิ่งที่คุณพูดในวันนี้ทุกคนก็เข้าใจดี รู้เรื่องดี เกิดความรู้สึกมีความหวัง โดยสมาชิกที่เล่าเรื่อง มีสีหน้าสดชื่นขึ้นเมื่อเพื่อนสมาชิกบอกว่า คุณเองก็พยายามปรับตัวเองอยู่แล้ว อยากให้ทำต่อไป มีความเห็นเหมือนกันของชีวิต เช่น ผมก็ไม่มีเพื่อนเหมือนกัน แต่ยังดีที่มีพี่น้อง เกิดความรู้สึกเกื้อกูล เช่น พวกเรายินดีที่จะเป็นเพื่อนคุณ และการที่คุณดูแลพี่ชายคุณก็เป็นสิ่งที่ดีอยู่แล้ว เกิดความรู้สึกแบ่งเบา สมาชิกได้พูดถึงความรู้สึกว่า มาเข้ากลุ่มแล้ว รู้สึกดีไม่จู้จี้ไม่มาหยอก เกิดความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม เช่น อันรู้สึกดีใจที่คุณบอกว่า คุณเข้าใจในสิ่งที่ฉันพูด

สรุปผลการเข้าร่วมจิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่ม ครั้งที่ 7

วันที่ 22 มีนาคม 2545 เวลา 09.00 – 10.15 น.

สถานที่ กลุ่มงานโรงพยาบาลกลางวัน โรงพยาบาลสมเด็จพระยา

จำนวนสมาชิก 8 คน ชาย 5 คน หญิง 3 คน

ประเด็นการสนทนา

1. ทบทวนวัตถุประสงค์ ข้อตกลงเบื้องต้น
2. สมาชิกเล่าระบายเรื่องที่เป็นปัญหา รู้สึกไม่สบายใจ คือ มีปัญหากับภรรยา โดยภรรยาบอกว่าตนเองไม่รับผิดชอบ ทำให้นอนไม่หลับ
3. สมาชิกซักถาม แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และเสนอแนวทางแก้ไข
4. สมาชิกบอกความรู้สึกและประโยชน์ที่ได้จากกลุ่ม
5. ผู้นำกลุ่มสรุปและนัดหมายการเข้ากลุ่มครั้งต่อไป

พฤติกรรมกลุ่ม

สมาชิกรับเป็นวงกลม มีการพูดคุย ทักทาย เป็นกันเอง สมาชิกมีสีหน้ายิ้มแย้ม บางครั้งมีพูดล้อเล่นกันบ้าง และเหมาะสม มีซักถามเรื่องส่วนตัวซึ่งกันและกัน ก่อนและหลังเข้ากลุ่ม

สมาชิกเล่าระบายเรื่องของตนเอง คือ เพิ่งแต่งงานได้ไม่นาน ถูกภรรยาต่อว่าไม่รับผิดชอบเรื่องงาน เนื่องจากตื่นสาย (สมาชิกที่เล่าเรื่อง พุดน้อย มักจะตอบสั้นๆ เมื่อสมาชิกกลุ่มซักถามส่วนใหญ่แล้วสมาชิกกลุ่มจะช่วยกันซักถาม)

สมาชิกกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เรื่อง การนอนตื่นสาย หน้าที่ความรับผิดชอบ โดยสมาชิกกลุ่มบอกว่า “ตอนหมอบริบายใหม่ๆ ก็เป็นเหมือนคุณตื่นไม่ไหว” หรือ “ผมก็เคยตื่นสาย แต่ตอนหลังทำงานต้องฝึกนิสัยตัวเอง” การแก้ไขและข้อเสนอแนะสมาชิกกลุ่มได้เสนอแนะว่า “ใช้นาฬิกาปลุก” “ฝึกนิสัยตัวเอง ให้มีความรับผิดชอบ” หรือ “ตั้งนาฬิกาปลุกก่อนเวลา” “อยากให้ออกกำลังกาย จะช่วยทำให้นอนหลับ” “ต้องเตือนตัวเองว่า มีหน้าที่อะไร”

พัฒนาการกลุ่ม

เป็นระยะที่ 2 คือ ระยะดำเนินการ มีการซักถาม แลกเปลี่ยนประสบการณ์และให้คำแนะนำ มีการพูดให้กำลังใจ แสดงออกถึงความห่วงใย ประารณาดีต่อกัน มีการให้ข้อมูลซึ่งกันและกัน โดยบอกว่า ตื่นสาย อาจเป็นเพราะนอนดึกเป็นนิสัย หรือจากยา เกิดความรู้สึกมีความหวัง เช่น ต้องสร้างความเชื่อมั่นในตนเอง ถ้าเราทำได้ จะรู้สึกภูมิใจ มีความเห็นเหมือนกันของชีวิตในเรื่องของการรับประทานยา สมาชิกบางคนบอกว่า ทำให้ตื่นสาย ตื่นไม่ไหว เกิดความรู้สึกเกือกุล เช่น ผมรู้สึกดีใจที่คุณบอกว่าจะลองทำตามคำแนะนำของผม และเกิดความรู้สึกแบ่งเบาที่ได้ระบายสิ่งที่ไม่สบายใจ เช่น รู้สึกอึดอัดที่ภรรยาบ่น

สรุปผลการเข้าร่วมจิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่ม ครั้งที่ 8

วันที่ 29 มีนาคม 2545 เวลา 09.00 – 10.15 น.

สถานที่ กลุ่มงานโรงพยาบาลกลางวัน โรงพยาบาลสมเด็จพระยา

จำนวนสมาชิก 7 คน ชาย 5 คน หญิง 2 คน

ประเด็นการสนทนา

1. ทบทวนวัตถุประสงค์ ข้อตกลงเบื้องต้น
2. สมาชิกเล่าระบายเรื่องที่เป็นปัญหา รู้สึกไม่สบายใจ คือ มีปัญหาเกี่ยวกับคนในครอบครัว โดยเฉพาะกับมารดา ไม่เข้าใจกัน
3. สมาชิกซักถาม แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และเสนอแนวทางแก้ไข
4. สมาชิกบอกความรู้สึกและประโยชน์ที่ได้จากกลุ่ม
5. ผู้นำกลุ่มสรุปและนัดหมายการเข้ากลุ่มครั้งต่อไป

พฤติกรรมกลุ่ม

สมาชิกนั่งเป็นวงกลม เข้ากลุ่มตรงเวลา บรรยากาศผ่อนคลายเป็นกันเอง มีการยิ้มทักทายซึ่งกันและกัน

สมาชิกเล่าระบายเรื่องของตนเองว่ามักจะมีปัญหาเกี่ยวกับแม่และพี่ชาย บอกว่าไม่ชอบที่พี่ชายใช้เงินเก่ง มีเงินเดือนสูงแต่ก็ไม่พอใช้ ส่วนมารดาเวลาขายของก็มักจะให้คนซื้อเงินเชื่อ กลัวว่าเงินจะสูญ (ขณะเล่าร้องไห้) ผู้นำกลุ่มได้ถามความรู้สึก สมาชิกบอกว่า "สงสารแม่อยากช่วยแม่ทำงาน ไม่อยากป่วย" สมาชิกกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์เรื่อง ความขัดแย้งภายในครอบครัว และ ความรู้สึกไม่พอใจในสิ่งที่เป็นอย่าง เช่น สมาชิกกลุ่มเล่าว่า "เคยทะเลาะกับพ่อ พ่อมีภรรยาใหม่ แต่ตอนนี้เข้าใจพ่อมากขึ้น อยากเรียนให้จบเร็วๆ จะได้หาเงินช่วยพ่อ" หรือ "ผมก็มีปัญหาเกี่ยวกับแม่ ผมทำงานที่ไหน แม่ก็ชอบไปตาม" สมาชิกได้แนะนำโดยบอกว่า "อยากให้ช่วยที่บ้านขายของ" "เอาใจเค้ามาใส่ใจเรา" "ทำวันนี้ให้ดีที่สุด" และ "สำคัญที่ใจ จะสุขหรือทุกข์ก็อยู่ที่ใจ"

พัฒนาการกลุ่ม

เป็นระยะที่ 2 คือ ระยะดำเนินการ มีการซักถาม พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ แสดงความคิดเห็น และให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ต่อกัน มีการเรียนรู้ที่จะติดต่อและสร้างสัมพันธภาพ โดยสมาชิกในกลุ่มแนะนำว่า ต้องพูดดีๆกับพี่ชาย และควรถามเมื่อเค้าอารมณ์ดี มีการให้ข้อมูลภายในกลุ่มว่าควรมีการพูดคุยและซักถามถึงสิ่งที่เกิดความสงสัย เช่น พี่ชายมีรายจ่ายอะไรบ้าง เพราะเป็นอาจารย์ในมหาวิทยาลัยอาจจะมีค่าใช้จ่ายสูง มีพัฒนาเทคนิคการเข้าสังคม โดยสมาชิกมียิ้มให้กันและกัน ทักทายกันก่อนและหลังเข้ากลุ่ม และมีสมาชิกบางคนเล่าว่า เมื่อก่อนไม่กล้าพูดคุยกับคนอื่นก่อน แต่เดี๋ยวนี้มั่นใจในตัวเองมากขึ้น และกล้าที่จะพูดคุยกับคนอื่นก่อน เกิดความรู้สึกเกื้อกูล เมื่อสมาชิกพูดว่า ฟังพวกคุณพูดแล้วสบายใจขึ้นทำให้เข้าใจแม่มากขึ้น และเห็นความจริงอันเป็นสัจธรรม เมื่อสมาชิกพูดว่า มาที่นี่แล้วฟังเรื่องราวของคนอื่น ทำให้คิดว่า คนเราก็มียึดพลาดบ้าง

สรุปผลการเข้าร่วมจิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่ม ครั้งที่ 9

วันที่ 5 เมษายน 2545 เวลา 09.00 – 10.15 น.

สถานที่ กลุ่มงานโรงพยาบาลกลางวัน โรงพยาบาลสมเด็จพระยา

จำนวนสมาชิก 8 คน ชาย 6 คน หญิง 2 คน

ประเด็นการสนทนา

1. ทบทวนวัตถุประสงค์ ข้อตกลงเบื้องต้น
2. สมาชิกเล่ารายละเอียดที่เป็นปัญหาคือ หมอปรับยาให้ใหม่ กลัวว่าจะทำงานไม่ได้
3. สมาชิกซักถาม แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และเสนอแนวทางแก้ไข
4. สมาชิกบอกความรู้สึกและประโยชน์ที่ได้จากกลุ่ม
5. ผู้นำกลุ่มสรุปและนัดหมายการเข้ากลุ่มครั้งต่อไป

พฤติกรรมกลุ่ม

สมาชิกนั่งเป็นวงกลม พูดคุยและซักถามซึ่งกันและกันก่อนเข้ากลุ่ม มีการยิ้มทักทาย บรรยากาศผ่อนคลาย มีความเป็นกันเอง ใจกว้างใจกันมากขึ้น

สมาชิกเล่าถึงปัญหาที่ทำให้ไม่สบายใจคือ “หมอจะลดยาแต่ตนเองรู้สึกกังวล กลัวว่าจะนอนไม่หลับ ทำงานไม่ได้ เพราะเคยมีประสบการณ์ ลดยาแค่วันเดียวก็มีอาการ”

สมาชิกกลุ่มได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์เรื่องการปรับยาของแพทย์ สมาชิกเล่าว่า “ผมก็เคยถูกลดยา ถ้าอาการไม่ดีก็จะบอกหมอ” หรือ “หมอลดยาก่อนนอน ทำให้หลับดี นอนดี 2 คืน เข้าต้องรีบมาหาหมอ บอกหมอมไม่ต้องลด” สมาชิกบางคนเล่าว่า “มีปัญหาขาดยา ปรับยาลดยาเอง อาการก็ไม่ดีขึ้น อยากบอกว่า อย่าเอาเป็นตัวอย่าง ส่วนข้อเสนอแนะคือ “ถ้าหมอลดยาแล้ว อาการไม่ดีก็ปรึกษาหมอได้ “หรือ “ทานยาตามหมอสั่งไปก่อน ถ้าไม่ดีขึ้น ก็ต้องบอกหมอ”

พัฒนาการกลุ่ม

เป็นระยะที่ 2 คือ ระยะดำเนินการ มีการซักถาม แลกเปลี่ยนความประสบการณ์และช่วยกันให้ข้อเสนอแนะให้ข้อเท็จจริง ให้กำลังใจแสดงความห่วงใย มีการเรียนรู้ที่จะติดต่อและสร้างสัมพันธภาพ โดยบอกถึงความต้องการของตนเอง เช่น มีสมาชิกบอกว่า ถ้าลดยาแล้ว อาการไม่ดีก็บอกหมอได้ และให้ข้อมูลภายในกลุ่ม เช่น การปรับ-ลดยาเอง ทำให้มีอาการทางจิตมากขึ้น เกิดความรู้สึกเกือกุล เช่น ผมชอบขอบคุณทุกคนที่แนะนำเรื่องยา ทำให้รู้สึกสบายใจขึ้น เกิดความรู้สึกแบ่งเบา โดยได้ระบายความรู้สึกไม่สบายใจ เช่น กลัวว่าหมอลดยาลง ทำให้คิดมากกังวล กลัวว่าจะมีอาการเหมือนคราวก่อน และมีความรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม เช่น เพื่อนๆ ให้คำแนะนำที่ดี คิดว่าจะลองทำดู ส่วนสมาชิกที่เล่าเรื่องสีหน้าสดชื่นขึ้น รู้สึกมีความหวัง และบอกกลุ่มว่า คิดว่าถึงแม้หมอปรับยาก็คะทำงานได้ตามปกติ

สรุปผลการเข้าร่วมจิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่ม ครั้งที่ 10

วันที่ 12 เมษายน 2545 เวลา 09.00 – 10.15 น.

สถานที่ กลุ่มงานโรงพยาบาลกลางวัน โรงพยาบาลสมเด็จพระยา

จำนวนสมาชิก 9 คน ชาย 7 คน หญิง 2 คน

ประเด็นการสนทนา

1. ทบทวนวัตถุประสงค์ ข้อตกลงเบื้องต้น
2. สมาชิกเล่ารายละเอียดที่เป็นปัญหาความรู้สึกไม่สบายใจ คือ มีข้อขัดแย้งกับพ่อบุญธรรม
3. สมาชิกซักถาม แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และเสนอแนวทางแก้ไข
4. สมาชิกบอกความรู้สึกและประโยชน์ที่ได้จากกลุ่ม
5. ผู้นำกลุ่มสรุปและนัดหมายการเข้ากลุ่มครั้งต่อไป

พฤติกรรมกลุ่ม

สมาชิกนั่งเป็นวงกลม พูดคุยและทักทายซึ่งกันและกัน บรรยากาศผ่อนคลาย มีความเป็นกันเอง มีเสียงหัวเราะเป็นช่วงๆ สลับกับการพูดคุย

สมาชิกเล่าถึงสิ่งที่ไม่สบายใจ คือ “มีปัญหาเกี่ยวกับพ่อบุญธรรม ซึ่งพ่อเป็นคนดู เจ้าอารมณ์ และเจ้าระเบียบ ทำให้รู้สึกเครียด และในบ้านยังมีปัญหาของพี่ชาย พี่สาว ผมรู้สึกไม่สบายใจ”

สมาชิกกลุ่มได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ เรื่อง การลดข้อขัดแย้งกับคนในบ้าน เช่น “พ่อผมเองก็จู้จี้ จุกจิก แต่ก่อนก็จะเถียง ช่วงหลังก็จะมาปรับที่ตัวผม” หรือ “แม่ผมถ้าเค้าสั่งอะไร ถ้าผมไม่ทำตามก็จะด่า” ส่วนการแก้ไขและข้อเสนอแนะ เช่น มีสมาชิกบอกว่า “ท่านก็แก่แล้ว ควรจะตามใจท่าน” หรือ “เคยถามมัยว่าพ่อต้องการให้เราทำอะไร” หรือ “ท่านอยากให้คุณสานต่อกิจการก็ควรตามใจท่าน เพราะงานสมัยนี้หายาก” “คุณควรจะบอกท่านว่าคุณอยากจะทำอะไร”

พัฒนาการกลุ่ม

เป็นระยะที่ 2 คือ ระยะดำเนินการ มีการซักถาม แลกเปลี่ยนประสบการณ์และช่วยกันให้ข้อเสนอแนะ ให้กำลังใจ แสดงความห่วงใย มีการเรียนรู้ที่จะติดต่อและสร้างสัมพันธภาพ โดยสมาชิกบอกว่า *คุณควรบอกถึงความต้องการของคุณให้คุณพ่อทราบ และมีความเห็นเหมือนกันของชีวิต* เช่น *ผมเองก็มีปัญหาเกี่ยวกับพ่อ พ่อผมเป็นคนจู้จี้ จุกจิก เกิดความรู้สึกเกือกรุ่นกัน* เมื่อมีสมาชิกบอก

ว่า ที่พวกคุณแนะนำมา ผมจะลองไปทำดู และทำให้สมาชิกที่เล่าเรื่องเกิดความรู้สึกแบ่งเบา ที่ได้ระบายความรู้สึกกับพ่อ เช่น พ่อเป็นคนดู เจ้าระเบียบ เจ้าอารมณ์ ทำให้รู้สึกเครียด เกิดความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม เมื่อสมาชิกบอกว่า อยากให้กลุ่มช่วยเป็นกระจกสะท้อน เพราะตัวเองมองไม่เห็นตัวเอง และเกิดความรู้สึกมีความหวัง โดยสมาชิกบอกว่า ตั้งความหวังไว้ว่าอนาคตอยากทำงานเลี้ยงตัวเอง เลี้ยงครอบครัว

สรุปผลการเข้าร่วมจิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่ม ครั้งที่ 11

วันที่ 19 เมษายน 2545 เวลา 09.00 – 10.15 น.

สถานที่ กลุ่มงานโรงพยาบาลกลางวัน โรงพยาบาลสมเด็จพระยา

จำนวนสมาชิก 10 คน ชาย 8 คน หญิง 2 คน

ประเด็นการสนทนา

1. ทบทวนวัตถุประสงค์ ข้อตกลงเบื้องต้น
2. สมาชิกเล่าระบายเรื่อง คือ การใช้ชีวิตประจำวัน
3. สมาชิกซักถาม แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และแสดงความคิดเห็น
4. ผู้นำกลุ่มสรุปและนัดหมายการเข้ากลุ่มครั้งต่อไป

พฤติกรรมกลุ่ม

สมาชิกนั่งเป็นวงกลม หันหน้าเข้าหากัน บรรยากาศภายในกลุ่มมีความเป็นกันเอง มีการยิ้มแย้ม พุดคุยและซักถามข้อมูลส่วนตัวซึ่งกันและกัน

สมาชิกเล่าถึงการดำเนินชีวิตประจำวันว่า “ดูแลตนเอง เพราะภายในบ้านอยู่แบบตัวใครตัวมัน” “เปลี่ยนงานบ่อยๆ ทำมาไม่รู้ก็สิบอาชีพ เพราะชอบการเรียนรู้ หาประสบการณ์ใหม่ๆ ชอบทดลองศึกษางาน” กลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์เรื่อง การใช้ชีวิตในสังคม สมาชิกบางคนเล่าว่า “บ้านผมก็เหมือนกัน ต่างคนต่างอยู่” หรือ “ถือความสุขในการทำงานมากกว่าเงินเดือน” “การใช้ชีวิตในสังคมภายนอกต่างคนต่างอยู่” ส่วนข้อเสนอแนะของกลุ่ม เช่น “ควรมีมนุษยสัมพันธ์เวลาอยู่ร่วมกัน” “ควรจะช่วยทำงานเล็กๆ น้อยๆ ที่บ้าน” “การเปลี่ยนอาชีพบ่อยๆ ควรจะมีเหตุผลที่ดี เพราะงานสมัยนี้หายาก”

พัฒนาการกลุ่ม

เป็นระยะที่ 2 คือ ระยะดำเนินการ มีการซักถาม แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และให้ข้อเสนอแนะ รวมถึงการเตรียมการที่จะเข้าสู่ระยะที่ 3 คือ ระยะสิ้นสุดกลุ่ม สมาชิกเริ่มพูดถึงความรู้สึกที่มีต่อกัน มีการเรียนรู้ที่จะติดต่อและสร้างสัมพันธ์ภาพ โดยมีสมาชิกบอกว่า เราอยากให้เค้ารักเรา เรายังต้องพูดดี ๆ กับเค้าก่อน เกิดความรู้สึกเหมือนเป็นครอบครัวเดียวกัน เช่น มีสมาชิกพูดว่า เรามาอยู่ที่นี้ก็เหมือนเป็นครอบครัวเดียวกัน มีความรู้สึกเกื้อกูล เมื่อมีสมาชิกที่ได้คำรับแนะนำบอกว่า ขอขอบคุณทุกคนที่ให้กำลังใจ และคำแนะนำที่ดี เกิดความเห็นเหมือนกันของชีวิต เช่น ปัญหาของพวกเรา ส่วนใหญ่จะเป็นเรื่องครอบครัวไม่เข้าใจกัน ต่างคนต่างอยู่ และเกิดความรู้สึกมีความหวังว่า เมื่อมีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน จะทำให้อยู่ร่วมกับคนอื่นในสังคมได้ ส่วนสมาชิกที่เล่าเรื่องเกิดความรู้สึกแบ่งเบา ที่ได้ระบายความรู้สึกว่า บางครั้งอยากให้เค้าเข้าใจเรา มองเราเหมือนคนปกติทั่วๆไป และมีความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม เมื่อมีสมาชิกพูดว่า รู้สึกใจหาย ที่จะได้เจอกันอีก

สรุปผลการเข้าร่วมจิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่ม ครั้งที่ 12

วันที่ 26 เมษายน 2545 เวลา 09.00 – 10.15 น.

สถานที่ กลุ่มงานโรงพยาบาลกลางวัน โรงพยาบาลสมเด็จพระยา

จำนวนสมาชิก 8 คน ชาย 5 คน หญิง 3 คน

ประเด็นการสนทนา

1. สมาชิกได้ทบทวนถึงสิ่งที่เกิดขึ้นภายในกลุ่ม และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นตั้งแต่การเข้ากลุ่มครั้งแรก จนกระทั่งถึงครั้งสุดท้าย
2. สมาชิกได้บอกถึงความรู้สึกที่มีต่อกกลุ่ม และประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้ากลุ่ม
3. ผู้นำกลุ่มกล่าวสรุป และให้ความมั่นใจกับสมาชิกที่จะนำเอาสิ่งที่ได้จากกลุ่มไปใช้
4. สิ้นสุดการทำกลุ่ม

พฤติกรรมกลุ่ม

สมาชิกนั่งเป็นวงกลม สลับที่ไป-มา มีการพูดคุยกันในกลุ่มมากขึ้น สีนัยยิ้มแย้ม มีเสียงหัวเราะ มีความเป็นกันเอง สนทนาสนมกันมากขึ้น

สมาชิกบอกถึงสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเอง และมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น เช่น “เข้ากลุ่มแล้วสบายใจ โล่งอก เหมือนยกภูเขา หรือแม่น้ำ ออกจากอก” หรือ “ได้รู้ว่าทุกคนก็มีปัญหา เมื่อ

เทียบกับคนอื่นแล้ว ปัญหาของเราอย่างน้อยก็คนอื่น ๆ " หรือ "ได้เห็นส่วนบกพร่องของตนเองชัดเจนยิ่งขึ้น" และได้บอกความรู้สึกที่มีต่อเพื่อนสมาชิก มีการให้กำลังใจ และให้ระบายความรู้สึกที่จะแยกจากกันเนื่องจากการปิดกลุ่ม

ผู้นำกลุ่มสรุปและกล่าวให้กำลังใจสมาชิกที่จะนำเอาความรู้ ประสบการณ์และคำแนะนำที่ได้รับจากกลุ่มไปใช้ในชีวิตประจำวัน

พัฒนาการกลุ่ม

กลุ่มอยู่ในระยะที่ 3 คือ ระยะสิ้นสุดกลุ่ม สมาชิกกลุ่มพบว่าตนเองมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น มีความเข้าใจตนเองและผู้อื่นมากขึ้น มีการช่วยกันแก้ไขปัญหาดังกล่าว เช่น ในเรื่องของการปรับตัวเพื่อให้อยู่ในครอบครัว สังคมได้ อย่างมีความสุข เรื่องการสื่อสาร พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม รวมถึงเข้าใจและยอมรับในอาการที่เกิดขึ้น สมาชิกได้พูดถึงความรู้สึกต่อการเข้ากลุ่ม ผู้นำกลุ่มได้ชี้ให้เห็นถึงประโยชน์ที่สมาชิกได้รับการเข้ากลุ่ม และการนำสิ่งที่ได้จากกลุ่มไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน และได้ประเมินผลกลุ่ม และพบว่าเกิดการเรียนรู้ที่จะติดต่อและสร้างสัมพันธภาพ เมื่อสมาชิกในกลุ่มบอกว่า มีสมาชิกบางคนในกลุ่ม พูดได้มากขึ้น เสียงดัง และมีท่าทางมั่นใจมากขึ้น มีการพัฒนาเทคนิคการเข้าสังคม เช่น ได้พูดคุยกับเพื่อนสมาชิกแล้ว คิดว่าตนเองพูดได้ดีขึ้น เกิดความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม โดยมีการพูดคุยกันก่อนและหลังเข้ากลุ่ม ท่าทางสนิทสนมกันมากขึ้น และมีสมาชิกบอกว่า รู้สึกว่ามีเพื่อนเป็นห่วงเราอยู่ และคงคิดถึงเพื่อนๆ ถ้าไม่ได้มาเข้ากลุ่ม เกิดความรู้สึกเกื้อกูล โดยสมาชิกแสดงความรู้สึกห่วงใยและให้กำลังใจซึ่งกันและกัน และบอกว่า คิดว่ายังมีคนเป็นห่วงเราอยู่ และรู้สึกแบ่งเบาที่ได้รับระบายความรู้สึกไม่สบายใจให้กลุ่มทราบ โดยบอกว่า เข้ากลุ่มแล้ว สบายใจ ใจโล่งใจ เหมือนยกภูเขาหรือแม่น้ำออกจากอก มีการให้ข้อมูลภายในกลุ่ม เช่น เข้ากลุ่มแล้ว ได้ความรู้ คำแนะนำหลายๆอย่าง ได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน ทำให้รู้จักคนอื่นมากขึ้น เกิดความรู้สึกมีความหวังว่า จะต่อสู้กับปัญหาทุกอย่างได้ และเห็นความจริงอันเป็นสัจธรรมว่า ทุกคนเกิดมาก็ต้องเจอปัญหา มากบ้าง น้อยบ้าง

กลุ่มที่ 2

สรุปผลการเข้าร่วมจิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่ม ครั้งที่ 1

วันที่ 8 กุมภาพันธ์ 2545 เวลา 10.45 – 12.00 น.

สถานที่ กลุ่มงานโรงพยาบาลกลางวัน โรงพยาบาลสมเด็จพระยา

จำนวนสมาชิก 10 คน ชาย 6 คน หญิง 4 คน

ประเด็นการสนทนา

1. การแนะนำตนเองของผู้นำกลุ่มและสมาชิกกลุ่ม ประวัติส่วนตัว
2. ผู้นำกลุ่มชี้แจงวัตถุประสงค์ในการเข้ากลุ่ม ระเบียบการเข้ากลุ่มและประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้ากลุ่ม
3. สมาชิกร่วมกันเสนอข้อตกลงเบื้องต้นในการเข้ากลุ่ม
4. สมาชิกร่วมกันเสนอบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของสมาชิกกลุ่ม
5. นัดหมายการเข้ากลุ่มครั้งต่อไป

พฤติกรรมกลุ่ม

เริ่มกลุ่ม สมาชิกนั่งเป็นวงกลม บางคนนั่งก้มหน้า บางคนนั่งเอียงข้างให้กลุ่ม แต่เมื่อผู้นำกลุ่มขอให้เงยหน้า และหันหน้าเข้ากลุ่ม สมาชิกในกลุ่มก็ให้ความร่วมมือ ผู้นำกลุ่มเปิดกลุ่ม และให้สมาชิกในกลุ่ม มีการสนทนา ชักถามซึ่งกันและกัน

ช่วงแรกมีสมาชิกในกลุ่มไม่ค่อยพูด นั่งเงียบ มีท่าทีอึดอัด มีบางคนไม่ทราบว่าตนเอง จะต้องทำอะไรบ้าง

ผู้นำกลุ่มได้แนะนำตนเอง และให้สมาชิกแนะนำตัว บอกประวัติส่วนตัว เพื่อให้ข้อมูลซึ่งกันและกัน ทำให้บรรยากาศเริ่มผ่อนคลาย เป็นกันเองมากขึ้น สมาชิกในกลุ่มมีการซักถามและพูดคุยกันมากขึ้น หลังจากนั้นผู้นำกลุ่มได้ชี้แจงวัตถุประสงค์กลุ่ม ประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้ากลุ่ม และยังให้ข้อมูลเพิ่มเติมในเรื่องต่างๆกับสมาชิก เพื่อลดความวิตกกังวลในการเข้ากลุ่ม ให้สมาชิกเกิดความไว้วางใจกลุ่ม โดยผู้นำกลุ่มแสดงความสนใจในเรื่องราวของสมาชิก มีท่าทีตั้งใจรับฟัง ใส่ใจต่อความคิดเห็นและความรู้สึกของสมาชิก สมาชิกเปิดเผยตนเองมากขึ้น แต่ยังมีสมาชิกบางคนยังก้มหน้า และพูดน้อย ผู้นำกลุ่มได้กระตุ้นให้พูดก็สามารถพูดคุยได้

พัฒนาการกลุ่ม

กลุ่มมีพัฒนาการอยู่ในระยะที่ 1 คือ ระยะสร้างสัมพันธภาพ เป็นการเริ่มต้นสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้นำกลุ่มกับสมาชิก และสมาชิกกับสมาชิก โดยผู้นำกลุ่มแสดงความสนใจในเรื่องราวของสมาชิก มีท่าทีตั้งใจรับฟัง ใส่ใจต่อความคิดเห็นและความรู้สึกของสมาชิก ยอมรับและทำความเข้าใจกับข้อมูลที่สมาชิกพูด ทำให้สมาชิกเกิดความไว้วางใจ กล้าที่จะเปิดเผยตนเองมากขึ้น กลุ่มเริ่มมีความเป็นกันเองมากขึ้น สมาชิกได้เล่าถึงอาการแสดงต่างๆที่เกิดขึ้นกับตนวิธีการต่างๆที่ใช้แก้ไขอาการ รวมทั้งปัญหาที่เกิดขึ้นบ่อยๆในชีวิตประจำวัน ทำให้เกิดการเรียนรู้ที่จะติดต่อและสร้างสัมพันธภาพ โดยสมาชิกมีการทักทายสมาชิกด้วยกันโดยการพูดทักทาย และยิ้มให้กันและกัน เรียนรู้ที่จะสร้างสัมพันธภาพกับผู้นำกลุ่มโดยการซักถามข้อมูลต่างๆในการมาเข้าร่วมกลุ่ม มีการให้ข้อมูล โดยสมาชิกรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ เช่น กลุ่มเป็นเหมือนกระจกสะท้อนให้รู้จักตนเองดียิ่งขึ้น เกิดความรู้สึกมีความหวัง เช่น คิดว่ายังมีคนที่รักและเป็นห่วงอยู่ ไม่อยากให้เกิดความผิดหวัง หรือ อยากหายป่วย จะได้ช่วยเหลือทางบ้าน และมีความเห็นเหมือนกันของชีวิต เช่น ฉันก็มีอาการเหมือนที่คุณพูด หรือ ที่บ้านฉันก็ไม่เข้าใจฉันเช่นกัน

สรุปผลการเข้าร่วมจิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่ม ครั้งที่ 2

วันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2545 เวลา 10.45 – 12.00 น.

สถานที่ กลุ่มงานโรงพยาบาลกลางวัน โรงพยาบาลสมเด็จพระยา

จำนวนสมาชิก 8 คน ชาย 6 คน หญิง 2 คน

ประเด็นการสนทนา

1. ทบทวนวัตถุประสงค์ ข้อตกลงเบื้องต้น
2. สมาชิกเล่าระบาย ความรู้สึกไม่สบายใจ เรื่อง ไม่มีความมั่นใจในตัวเอง ทำอะไรแล้วกลัวว่าจะผิดพลาด
3. สมาชิก ซักถาม แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และเสนอแนวทางแก้ไข
4. สมาชิกบอกความรู้สึกและประโยชน์ที่ได้จากการเข้ากลุ่ม
5. นัดหมายการเข้ากลุ่มครั้งต่อไป

พฤติกรรมกลุ่ม

สมาชิกนั่งเป็นวงกลม นั่งหันหน้าเข้ากลุ่ม มีสมาชิก 1 คน ยังนั่งก้มหน้า ผู้นำกลุ่มได้ย้ำเรื่องการรักษาความลับ ไม่นำเอาเรื่องราวที่พูดคุยในกลุ่มไปเล่านอกกลุ่ม เพื่อให้เกิดความรู้สึกไว้วางใจเพิ่มมากขึ้น

ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกเล่าระบายความรู้สึกถึงความไม่มั่นใจในตัวเอง ทำให้ไม่กล้าที่จะทำอะไร กลัวว่าจะเกิดความผิดพลาด พูดอะไรไปก็คิดว่าคนอื่นจะไม่เข้าใจ ไม่รู้เรื่อง รู้สึกเบื่อกตัวเอง

ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกกลุ่มซักถาม ข้อมูลเพิ่มเติม และให้แลกเปลี่ยนประสบการณ์พร้อมให้เข้าเสนอแนะ มีสมาชิกเล่าว่า “ผมก็เป็นเหมือนคุณ กลัวว่าพูดไปแล้ว คนอื่นจะไม่เข้าใจ เลยไม่กล้าพูด” หรือ “ฟังเค้าคุยกันแต่ไม่ค่อยพูด ทำให้รู้สึกว่าไม่มีเพื่อน” หรือ “ไปช่วยงานเค้ามีคนมาคุยด้วยก็ เออๆ ค่ะๆ ไม่รู้จะพูดอะไร” ส่วนข้อเสนอแนะ เช่น “ให้พูดคุยกับคนในบ้านก่อน” หรือ “ที่คุณเล่ามาผมก็ฟังรู้เรื่องดี คุณอาจจะกลุ่มใจไปเอง” หรือ “ควรออกไปข้างนอกบ้างจะได้คลายความเครียด”

พัฒนาการกลุ่ม

กลุ่มมีพัฒนาการอยู่ในระยะที่ 1 คือ ระยะสร้างสัมพันธภาพและเข้าสู่ระยะที่ 2 คือ ระยะดำเนินการ โดยสมาชิกเริ่มเปิดเผยตนเอง ด้วยการเล่าเรื่องที่เป็นปัญหา หรือเรื่องที่ไม่สบายใจให้กลุ่มฟัง มีการแสดงความคิดเห็นและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างสมาชิก ให้กำลังใจ ทุกคนยอมรับว่ามีปัญหาและต้องการให้กลุ่มช่วย มีการให้ข้อมูล เช่น การให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการของตนเอง เหมือนคนสมาธิสั้น หรือ เรียนจบโซติเวช มีคนชวนทำดอกไม้ ดินหอมปั้นดอกมะลิ ทำให้เกิดความรู้สึกแบ่งเบา เพื่อให้สมาชิกได้ระบาย เช่น รู้สึกว่าต่ำต้อย ไม่มีกำลังใจ หรือ รู้สึกลำบากใจ ไม่รู้จะพูดอะไร มีหรือความเห็นเหมือนของชีวิต เช่น ผมก็เป็นเหมือนคุณ กลัวพูดไปแล้วคนอื่นจะไม่เข้าใจเลยไม่กล้าพูด เกิดความรู้สึกเกือกูล โดยสมาชิกได้แสดงความรู้สึกเห็นใจ ปลอดภัย และให้กำลังใจ บอกความรู้สึกและแลกเปลี่ยนประสบการณ์พร้อมเสนอแนวทางแก้ไข เช่น ฝึกพูดกับคนในบ้านก่อน แล้วถามเค้าว่าเข้าใจในสิ่งที่เราพูดหรือเปล่า ทำให้เกิดความรู้สึกมีความหวัง เช่น สมาชิกบอกว่า ที่คุณบอกว่าฟังดิฉันพูดแล้วเข้าใจจริงๆหรือคะ หรือ หลังจากฟังเพื่อนๆแนะนำแล้ว มั่นใจมากขึ้น จะลองนำไปปฏิบัติ

สรุปผลการเข้าร่วมจิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่ม ครั้งที่ 3

วันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2545 เวลา 10.45 – 12.00 น.

สถานที่ กลุ่มงานโรงพยาบาลกลางวัน โรงพยาบาลสมเด็จพระยา

จำนวนสมาชิก 7 คน ชาย 4 คน หญิง 3 คน

ประเด็นการสนทนา

1. ทบทวนวัตถุประสงค์ ข้อตกลงเบื้องต้น
2. สมาชิกเล่าระบาย เรื่องของตนเอง คือ เวลาอยู่คนเดียวจะคิดมาก คิดเรื่องอนาคต
3. สมาชิก ชักถาม แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และเสนอแนวทางแก้ไข
4. สมาชิกบอกความรู้สึกและประโยชน์ที่ได้จากการเข้ากลุ่ม
5. นัดหมายการเข้ากลุ่มครั้งต่อไป

พฤติกรรมกลุ่ม

สมาชิกนั่งเป็นวงกลม มีการพูดคุยกันก่อนและหลังการเข้ากลุ่ม สมาชิกได้เล่าเรื่องของตนเองว่า “ทำงานขายของอยู่จตุจักร เวลาทำงานก็ไม่คิดอะไร แต่เวลาว่างจะคิดเกี่ยวกับตนเอง เช่น อนาคตจะเป็นอย่างไร ทำให้รู้สึกกังวลบางครั้งทำให้ไม่มีสมาธิในการทำงาน”

สมาชิกซักถามข้อมูลเพิ่มเติม และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เช่น มีสมาชิกบอกว่า “ฉันมักจะคิดถึงเรื่องที่ผ่านมาแล้ว ทำให้รู้สึกไม่สบายใจ” หรือ “คิดมาก และกังวลเรื่องในอนาคต จนทำให้นอนไม่หลับ”

ส่วนข้อเสนอแนะ เช่น “อย่าอยู่ว่างๆ ให้หาอะไรทำเพลินๆ จะได้ไม่มีเวลาคิด” หรือ “ให้ทำงานอดิเรก เช่น อ่านหนังสือ ฟังเพลง ดูทีวี”

พัฒนาการกลุ่ม

เป็นระยะที่ 2 คือ ระยะดำเนินการ มีการเสนอแนะแนวทางแก้ไขปัญหา เรื่อง ความคิด ความวิตกกังวลถึงเรื่องในอนาคต และมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกันภายในกลุ่ม มีการพัฒนาเทคนิคการเข้าสังคม เช่น สมาชิกมีการยิ้มให้กันทักทายและพูดคุยกันก่อนและหลังเข้ากลุ่ม สมาชิกบางคนเล่าว่า *รู้สึกดีใจที่คุณจำชื่อผมได้* มีการให้ข้อมูล สมาชิกกลุ่มได้ให้ข้อมูลในการแก้ไขปัญหา เช่น *อย่าอยู่ว่าง ๆ ให้หาอะไรทำเพลินๆ จะได้ไม่มีเวลาคิด* ขึ้น เกิดความรู้สึกแบ่งเบา โดยเป็น

การให้สมาชิกได้ระบาย เช่น คิดมากและกังวลเรื่องในอนาคตทำให้ออนไม่หลับ หรือ รู้สึกสบายใจขึ้นที่ได้เล่าถึงปัญหาของตนเองเกิดความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม เช่น เรื่องที่คุณบอกว่าคิดมากจนไม่มีสมาธิในการทำงาน พวกเรา รู้สึกเห็นใจและเข้าใจ มีความเห็นเหมือนกันของชีวิต เช่น คิดถึงอนาคตแล้ว รู้สึกท้อแท้ และหมดกำลังใจ เกิดความรู้สึกเกือบลูก เช่น ฟังคำแนะนำของพวกคุณแล้วทำให้ผมมีกำลังใจมากขึ้น และความรู้สึกมีความหวัง เช่น ฟังพวกคุณพูดแล้วทำให้รู้สึกสบายใจขึ้น จะอยู่กับปัจจุบันให้มากที่สุด

สรุปผลการเข้าร่วมจิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่ม ครั้งที่ 4

วันที่ 1 มีนาคม 2545 เวลา 10.45 – 12.00 น.

สถานที่ กลุ่มงานโรงพยาบาลกลางวัน โรงพยาบาลสมเด็จพระยา

จำนวนสมาชิก 6 คน ชาย 4 คน หญิง 2 คน

ประเด็นการสนทนา

1. ทบทวนวัตถุประสงค์ ข้อตกลงเบื้องต้น
2. สมาชิกเล่าระบาย เรื่องของตัวเอง ตนเองไม่ได้ทำงานรู้สึกด้อยค่า
3. สมาชิก ชักถาม แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และเสนอแนวทางแก้ไข
4. สมาชิกบอกความรู้สึกและประโยชน์ที่ได้จากการเข้ากลุ่ม
5. นัดหมายการเข้ากลุ่มครั้งต่อไป

พฤติกรรมกลุ่ม

สมาชิกนั่งเป็นวงกลม มีการยิ้มทักทายซึ่งกันและกัน สมาชิกบางคนพูดคุยกันก่อนและหลังเข้ากลุ่ม สมาชิกเล่าเรื่องของตัวเองว่า “ ที่บ้านค้าขายแต่แม่เห็นว่าป่วย เลยไม่ได้ช่วยขายของ รู้สึกว่าตัวเองไม่มีคุณค่าด้อยค่า ”

สมาชิกชักถามข้อมูลเพิ่มเติม และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เช่น มีสมาชิกบอกว่า “ ฉันก็ไม่ได้ทำงาน ตกงาน ตอนนี้ก็กำลังหางานอยู่ ” หรือ “ อยากทำงาน มีเงิน จะได้ไม่เป็นภาระของคนที่บ้าน ”

ข้อเสนอแนะที่สมาชิกในกลุ่มบอก เช่น “ให้บอกแม่ว่าอยากจะช่วยชายของ” หรือ “อาจจะทำงานบ้านเล็ก ๆ น้อย ๆ ไปก่อน” หรือ “ทำให้แม่เห็นว่าเรารับผิดชอบได้ดี แล้วแม่ก็จะให้ทำอะไรเอง”

พัฒนาการกลุ่ม

เป็นระยะดำเนินการมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของสมาชิกแต่ละคน และช่วยกันเสนอแนะแนวทางแก้ไข ทำให้เกิดการเรียนรู้ที่จะติดต่อและสร้างสัมพันธภาพ เช่น สมาชิกได้บอกว่าให้บอกแม่ว่าอยากช่วยชายของ หรือ ถ้าคุณรับผิดชอบงานที่แม่มอบหมายให้ติดต่อไปแม่ก็จะให้คุณช่วยเองมีการให้ข้อมูล สมาชิกให้ข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องของตนเอง เช่น ไม่ได้ทำงาน รู้สึกว่าไม่มีคุณค่า หรือ อยากทำงานมีเงินจะได้ไม่เป็นภาระของคนที่บ้านและมีความเห็นเหมือนกันของชีวิต เช่น ฉันก็ตกงาน กำลังหางานอยู่ หรือ เคยทำงานมีเงินเดือนตอนนั้นรู้สึกภูมิใจมาก เกิดความรู้สึกแบ่งเบา เมื่อให้สมาชิกได้ระบาย เช่น รู้สึกว่าตัวเองไม่มีคุณค่า ด้อยค่า หรือ ได้เล่าเรื่องของตัวเองแล้ว รู้สึกสบายใจขึ้น และความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม เช่น ดิฉันและเพื่อน ๆ ทุกคนขอเป็นกำลังใจให้คุณคะ เกิดความรู้สึกเกื้อกูลเช่น ขอขอบคุณทุกคนที่ให้คำแนะนำที่ดี ๆ หรือ ฟังจากกลุ่มแล้วทำให้มีกำลังใจขึ้น ทำให้ความรู้สึกมีความหวัง เช่น ถ้ามีงานทำฉันคงรู้สึกดีใจ จะได้ไม่เป็นภาระของครอบครัว

สรุปผลการเข้าร่วมจิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่ม ครั้งที่ 5

วันที่ 8 มีนาคม 2545 เวลา 10.45 – 12.00 น.

สถานที่ กลุ่มงานโรงพยาบาลกลางวัน โรงพยาบาลสมเด็จพระยา

จำนวนสมาชิก 7 คน ชาย 5 คน หญิง 2 คน

ประเด็นการสนทนา

1. ทบทวนวัตถุประสงค์ ข้อตกลงเบื้องต้น
2. สมาชิกเล่าระบาย เรื่องที่ทำให้ไม่สบายใจ คือ ปรับตัวเข้ากับคนอื่นไม่ได้
3. สมาชิก ชักถาม แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และเสนอแนวทางแก้ไข
4. สมาชิกบอกความรู้สึกและประโยชน์ที่ได้จากการเข้ากลุ่ม
5. นัดหมายการเข้ากลุ่มครั้งต่อไป

พฤติกรรมกลุ่ม

สมาชิกนั่งเป็นวงกลม พูดคุยและทักทายกันก่อนและหลังเข้ากลุ่ม บรรยากาศผ่อนคลาย มีความเป็นกันเองมากขึ้น สมาชิกเล่าเรื่องของตนเองว่า " อยู่ในครอบครัวมักทะเลาะกับคนในบ้าน เค้าจะหาว่าเราซี้เกียจ ไม่ช่วยทำงาน ทั้ง ๆ ที่เราก็คือช่วยทำทุกอย่าง ไม่มีเพื่อน เวลามีปัญหาไม่รู้จะพูดกับใคร "

สมาชิกซักถามข้อมูลเพิ่มเติม และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เช่น มีสมาชิกบางคนเล่าว่า " เคยทะเลาะกับคนในบ้านเหมือนกัน เค้าไม่เข้าใจเรา " หรือ " มีปัญหากับเพื่อนร่วมงานบ่อย ๆ ไม่มีเพื่อนสนิท "

ข้อเสนอแนะที่สมาชิกในกลุ่มบอก เช่น " ต้องปรับตัวเข้าหากัน " หรือ " เวลามีอาการโกรธให้สงบสติลงก่อน แล้วค่อยมาคุยกันใหม่ " หรือ " ก่อนจะทำอะไรให้ไตร่ตรองดีก่อน "

พัฒนาการกลุ่ม

เป็นระยะ ที่ 2 คือ ระยะเวลาดำเนินการผู้นำกลุ่มมีการเสนอประเด็นเพื่อให้สมาชิกได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์และให้ข้อเสนอแนะเรื่องการปรับตัวหรือวิถีปฏิบัติเพื่อลดความขัดแย้งกับคนในครอบครัวและคนอื่น ๆ มีการพัฒนาเทคนิคการเข้าถึงคน โดยมีการยิ้มทักทายซึ่งและกัน พูดคุยกันก่อนและหลังการเข้ากลุ่มมากขึ้น และมีการให้ข้อมูล เช่น แก่ที่คนอื่นแก่มากต้องแก่ที่ตัวเราด้วย หรือ คนเราไม่เหมือนกัน ต่างจิตต่างใจ เกิดความรู้สึกเกือกูล เช่น รู้สึกสบายใจที่ได้ช่วยคนอื่น หรือ ก็อยากช่วยเค้า และ ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม เช่น พวกเราอยากช่วยเหลือคุณ จะเป็นกำลังใจให้คุณ เกิดความรู้สึกแบ่งเบา เมื่อให้สมาชิกได้ระบาย เช่น ได้ฟังเพื่อนสมาชิกแนะนำแล้วรู้สึกสบายใจขึ้น ได้ข้อคิดหลาย ๆ อย่าง และมีความเห็นเหมือนกันของชีวิต เช่น ได้เรียนรู้จากประสบการณ์ของเพื่อน ๆ นำมาใช้ได้กับตัวเองได้ ทำให้เกิดความรู้สึกมีความหวัง เมื่อทุกคนมีสีหน้าสดชื่นและแสดงความคิดเห็น เช่น ฉันจะลองทำตามทีสมาชิกแนะนำคงช่วยได้

สรุปผลการเข้าร่วมจิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่ม ครั้งที่ 6

วันที่ 15 มีนาคม 2545 เวลา 10.45 – 12.00 น.

สถานที่ กลุ่มงานโรงพยาบาลกลางวัน โรงพยาบาลสมเด็จพระยา

จำนวนสมาชิก 6 คน ชาย 4 คน หญิง 2 คน

ประเด็นการสนทนา

1. ทบทวนวัตถุประสงค์ ข้อตกลงเบื้องต้น
2. สมาชิกเล่าระบายนเรื่องของตนเอง คือ มีปัญหากับนายจ้าง ถูกนายจ้างต่อว่า รู้สึกน้อยใจ และถูกเพื่อนร่วมงานเอาเปรียบ
3. สมาชิก ชักถาม แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และเสนอแนวทางแก้ไข
4. สมาชิกบอกความรู้สึกและประโยชน์ที่ได้จากการเข้ากลุ่ม
5. นัดหมายการเข้ากลุ่มครั้งต่อไป

พฤติกรรมกลุ่ม

สมาชิกนั่งเป็นวงกลม มีการชักถามข้อมูลซึ่งกันและกันก่อนและหลังการเข้ากลุ่ม บรรยากาศผ่อนคลายมีความเป็นกันเอง สมาชิกเล่าถึงปัญหาของตนเองว่า “ เคยทำงานโรงงาน ถูกนายจ้างต่อว่าเรื่องทำงานช้า ทำให้รู้สึกน้อยใจ เป็นปมด้วย เพื่อนร่วมงานก็มักเอาเปรียบ แต่ไม่กล้าพูดหรือบอกเพื่อน ”

สมาชิกชักถามข้อมูลเพิ่มเติม และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เช่น “ ก็มีคนว่าเหมือนกัน แต่ไม่โกรธ แต่จะเก็บเอามาคิดว่าที่เค้าว่าจริงหรือเปล่า ” หรือ “ หรือถ้าไม่พอใจจะเดินหนี ถ้าเรายังไม่พอใจเค้าก็จะคิดว่าเราบ้า ” หรือ “ รู้สึกน้อยใจ ไปทำงานที่ไหนเค้าก็ไม่รับ เพราะมองว่าเราป่วย ”

ข้อเสนอแนะที่สมาชิกในกลุ่มบอก เช่น “ นายจ้างอาจจะเตือนด้วยความหวังดีให้คุณเจตนาด้วย ” หรือ “ ให้ปรับปรุงตัวเอง ทำงานให้เร็วขึ้น ให้อดทน ” หรือ “ บางครั้งทุกเรื่องก็ไม่สมหวังตั้งใจเรา ”

พัฒนาการกลุ่ม

เป็นระยะที่ 2 คือ ระยะดำเนินการ โดยผู้นำกลุ่มมีการเสนอประเด็นเพื่อให้สมาชิกได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และให้ข้อเสนอเรื่องความรู้สึกที่มีต่อนายจ้าง รวมทั้งการลดข้อขัดแย้งในที่ทำงาน มีการให้ข้อมูล โดยสมาชิกกลุ่มได้ให้ข้อมูลในการแก้ไขปัญหา เช่น ให้ปรับปรุงตัวเอง ทำงานให้เร็วขึ้น ให้อดทน เกิดความรู้สึกเกือกุล เช่น พวกเราอยากเป็นกำลังใจให้คุณ คุณเองก็ต้องอดทน และพยายามต่อไป หรือมีความเห็นเหมือนกันของชีวิต เช่น เวลาถูกต่อว่าจากคนที่บ้าน ก็ารู้สึกน้อย

ใจเหมือนกับคุณ ทำให้เกิดความรู้สึกแบ่งเบา เมื่อให้สมาชิกได้ระบาย เช่น รู้สึกด้อยต่ำ ไม่มีความรู้ทำงานดี ๆ ไม่ได้ และเกิดความรู้สึกมีความหวัง เช่น ต่อไปนี้จะหนักแน่นขึ้นไม่น้อยใจกับคำพูดเล็ก ๆ น้อย ๆ

สรุปผลการเข้าร่วมจิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่ม ครั้งที่ 7

วันที่ 22 มีนาคม 2545 เวลา 10.45 – 12.00 น.

สถานที่ กลุ่มงานโรงพยาบาลกลางวัน โรงพยาบาลสมเด็จพระยา

จำนวนสมาชิก 7 คน ชาย 5 คน หญิง 2 คน

ประเด็นการสนทนา

1. ทบทวนวัตถุประสงค์ ข้อตกลงเบื้องต้น
2. สมาชิกเล่าระบาย เรื่องที่ทำให้ไม่สบายใจ คือ ทะเลาะกับคนที่บ้าน ทำให้เครียด และกลัวใจ
3. สมาชิก ชักถาม แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และเสนอแนวทางแก้ไข
4. สมาชิกบอกความรู้สึกและประโยชน์ที่ได้จากการเข้ากลุ่ม
5. นัดหมายการเข้ากลุ่มครั้งต่อไป

พฤติกรรมกลุ่ม

สมาชิกนั่งเป็นวงกลม พูดคุยและทักทายกันก่อนและหลังเข้ากลุ่ม บรรยากาศผ่อนคลาย มีความเป็นกันเอง ใ้วางใจกันมากขึ้น สมาชิกเล่าเรื่องของตนเอง " ทะเลาะกับพี่ชาย เรื่องลูกของพี่ชายไม่เคารพ แสดงพฤติกรรมไม่เหมาะสม "

สมาชิกชักถามข้อมูลเพิ่มเติม และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เช่น "ฉันก็มีปัญหาคล้าย ๆ กัน แต่เค้าเป็นผู้ใหญ่ ก็ต้องเจียบและอดทน " หรือ " คนที่บ้านเค้าหาว่าเราขี้เกียจ ไม่ช่วยงาน ทำให้ทะเลาะกัน "

ข้อเสนอแนะที่สมาชิกในกลุ่มบอก เช่น ให้ใช้การพูดคุยเอาใจเค้ามาใส่ใจเรา หรือ "คนเราอยู่ร่วมกันก็ต่างจิตต่างใจ " หรือ " อย่าทะเลาะกับเค้าตามใจเค้าเพราะเค้าเป็นพี่เรา " หรือ "ไม่ว่าคนเราจะอยู่ที่ไหนก็ย่อมมีอุปสรรคขวากหนาม "

พัฒนาการกลุ่ม

เป็นระยะที่ 2 คือ ระยะดำเนินการ ผู้นำกลุ่มเสนอประเด็นเพื่อให้สมาชิกได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และให้ข้อเสนอแนะเรื่อง การสื่อสารและการลดความขัดแย้งในครอบครัว โดยมีการให้ข้อมูล ในการแก้ไขปัญหา เช่น ให้ใช้การพูดคุย เอาใจเขามาใส่ใจเรา หรือ คนเราอยู่ด้วยกันก็ต้องปรับตัวเข้าหากัน และมีความเห็นเหมือนกันของชีวิต เช่น ได้รู้ว่าทุกครอบครัวต่างก็มีปัญหา เกิดความรู้สึกเกือบล เช่น ดีใจที่ได้แก้ปัญหาให้เพื่อน และเกิดความรู้สึกแบ่งเบา โดยให้สมาชิกได้ระบาย เช่น ระบายความคับข้องใจ หรือ ได้รับแรงกดดันมาก มีความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม เช่น พวกคุณเข้าใจฉันมากกว่าคนที่บ้านอีก เกิดความรู้สึกมีความหวัง เช่น ขอขอบคุณเพื่อน ๆ ที่ให้ข้อคิดดี ๆ ดิฉันจะลองไปทำดู และ เห็นความจริงอันเป็นสัจธรรม เช่น ไม่ว่าคนเราจะอยู่ที่ไหน ก็มีอุปสรรคขวากหนาม

สรุปผลการเข้าร่วมจิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่ม ครั้งที่ 8

วันที่ 29 มีนาคม 2545 เวลา 10.45 – 12.00 น.

สถานที่ กลุ่มงานโรงพยาบาลกลางวัน โรงพยาบาลสมเด็จพระยา

จำนวนสมาชิก 8 คน ชาย 5 คน หญิง 3 คน

ประเด็นการสนทนา

1. ทบทวนวัตถุประสงค์ ข้อตกลงเบื้องต้น
2. สมาชิกเล่าระบาย เรื่องที่ทำให้ไม่สบายใจ คือ เคยทำงานเป็นพนักงานบัญชี รู้สึกว่าถูกรังเกียจ คิดว่ามีคนคอยอิจฉาริษยา ทำให้ทำงานไม่ได้ต้องออกจากงาน
3. สมาชิก ชักถาม แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และเสนอแนวทางแก้ไข
4. สมาชิกบอกความรู้สึกและประโยชน์ที่ได้จากการเข้ากลุ่ม
5. นัดหมายการเข้ากลุ่มครั้งต่อไป

พฤติกรรมกลุ่ม

สมาชิกนั่งเป็นวงกลม บรรยากาศเป็นกันเอง มีการทักทายด้วยคำพูดและรอยยิ้ม สมาชิกเล่าเรื่องของตนเองว่า " ตอนทำงานเป็นพนักงานบัญชี คิดว่าเพื่อนร่วมงานรังเกียจ และคอยอิจฉาริษยา ทำให้ต้องคอยระวังตัวตลอดเวลา จนทำให้รู้สึกว่ามีคนมอง "

สมาชิกซักถามข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เช่น " เคยทำงานแรก ๆ ไม่มีปัญหา พอหลัง ๆ เพื่อน ๆ พุดจากระแหนะกระหนะ หนไม่ไหว จนสุดท้ายต้องลาออก เพราะเข้ากับใครไม่ได้ " หรือ " เคยทำงานมา 2-3 ที่ ต้องปรับตัวทุกที่ แต่ปรับไม่ได้ก็ต้องออกจากงานก็เสียใจเหมือนกัน "

ข้อเสนอแนะที่สมาชิกในกลุ่มบอก เช่น " ทุกที่ต้องมีปัญหา ต้องอดทนในการทำงาน " หรือ " ทำให้เข้มแข็ง เวลามีปัญหาให้ปรึกษาคนที่เราไว้ใจ " หรือ " ให้พยายามมองหาจุดดีในตัวเอง " หรือ " อดทนกับปัญหาทุกปัญหามองโลกในแง่ดี "

พัฒนาการกลุ่ม

เป็นระยะที่ 2 คือ ระยะการดำเนินการ มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างสมาชิกด้วยกันในเรื่อง การปรับตัวในการทำงาน ซึ่งสมาชิกส่วนใหญ่ในกลุ่มมีประสบการณ์เรื่องนี้ พร้อมทั้งให้ข้อคิดเห็นและคำแนะนำที่เป็นประโยชน์ในกลุ่ม มีการเรียนรู้ที่จะติดต่อและสร้างสัมพันธภาพ เช่น ให้มองโลกในแง่ดี มองหาจุดดีของคนอื่น และมีการให้ข้อมูล โดยสมาชิกกลุ่มได้ให้ข้อมูลในการแก้ไขปัญหา เช่น ให้รับประทานยา หรือ ให้มองโลกในแง่ดี มองจุดดีของคนอื่น ทั้งคนในครอบครัวและเพื่อนร่วมงาน ทำให้เกิดความรู้สึกแบ่งเบา เมื่อให้สมาชิกได้ระบาย เช่น ไม่เคยเล่าให้ใครฟัง กลัวเค้าจะหาว่าไม่ปกติ ได้เล่าแล้วรู้สึกโล่ง และมีความเห็นเหมือนกันของชีวิต เช่น ผมก็เคยมีปัญหาเหมือนกับคุณ เคยทำงานมา 2-3 ที่ปรับตัวเข้ากับเพื่อนไม่ได้ ไม่มีเพื่อน เกิดความรู้สึกเกือกูล เช่น ขอขอบคุณทุกคนที่ให้กำลังใจและคำแนะนำที่ดี ๆ และความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม เมื่อมีสมาชิกบอกว่า เรื่องที่คุณเล่า นั้น พวกเรารู้สึกเห็นใจ เพราะมีหลายคนที่เป็นอย่างคุณ ทำให้เกิดความรู้สึกมีความหวัง เช่น ได้ฟังคำแนะนำของเพื่อน ๆ ได้ข้อคิดว่าทุกที่ที่ต้องมีปัญหา ต้องอดทนในการทำงาน จะลองนำไปใช้กับตัวเอง

สรุปผลการเข้าร่วมจิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่ม ครั้งที่ 9

วันที่ 5 เมษายน 2545 เวลา 10.45 – 12.00 น.

สถานที่ กลุ่มงานโรงพยาบาลกลางวัน โรงพยาบาลสมเด็จพระยา

จำนวนสมาชิก 6 คน ชาย 4 คน หญิง 2 คน

ประเด็นการสนทนา

1. ทบทวนวัตถุประสงค์ ข้อตกลงเบื้องต้น
2. สมาชิกเล่าระบาย เรื่องที่ทำให้ไม่สบายใจ คือ เป็นคนคิดมาก ถ้ามีอะไรมากระทบ

3. สมาชิก ชักถาม แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และเสนอแนวทางแก้ไข
4. สมาชิกบอกความรู้สึกและประโยชน์ที่ได้จากการเข้ากลุ่ม
5. นัดหมายการเข้ากลุ่มครั้งต่อไป

พฤติกรรมกลุ่ม

สมาชิกนั่งเป็นวงกลม มีการพูดคุยระหว่างสมาชิกด้วยกัน สีนัยยิ้มแย้มเป็นกันเอง บรรยากาศผ่อนคลาย สมาชิกเล่าเรื่องของตนเอง " จะมีอาการเหม่อลอย กระสับกระส่าย กระวนกระวายใจ เบื่อหน่าย มีเรื่องอะไรมากระทบนิดหน่อย ก็คิดมาก สะเทือนใจ "

สมาชิกชักถามข้อมูลเพิ่มเติม และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เช่น สมาชิกบางคนเล่าว่า " เคยรู้สึกเบื่อกับการที่ต้องกินยาทุกวัน และคิดมากเวลามีคนพูด ว่า " หรือ "ฉันเองมีอาการคล้ายกับคุณ ไม่ค่อยมีสมาธิ ไม่มีกะจิตกะใจที่จะทำอะไร "

ข้อเสนอแนะที่สมาชิกในกลุ่มบอก เช่น " ให้ทานยาตามที่หมอสั่ง " หรือ "ให้ทำงานจะได้ไม่คิดมาก " หรือ " เวลามีปัญหาให้ปรึกษาพ่อแม่หรือเพื่อนสนิท "

พัฒนาการกลุ่ม

เป็นระยะที่ 2 คือ ระยะการดำเนินการ มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในเรื่องอาการ เบื่อหน่าย กระวนกระวายใจ และคิดมากเมื่อมีเรื่องมากระทบ พร้อมทั้งให้ข้อคิดและคำแนะนำที่เป็นประโยชน์ต่อกลุ่ม โดยมีการเรียนรู้ที่จะติดต่อและสร้างสัมพันธภาพ เช่น มีสมาชิกบอกว่า เวลามีปัญหาให้ปรึกษาพ่อแม่หรือเพื่อนสนิท และมีการให้ข้อมูล สมาชิกกลุ่มได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการของตนเอง เช่น คิดมาก เบื่อหน่าย เหม่อลอย ทำให้เกิด ความรู้สึกแบ่งเบา เมื่อให้สมาชิกได้ระบาย เช่น รู้สึกสบายใจขึ้น เมื่อรู้ว่ายังมีคนเข้าใจ และ ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม เมื่อมีสมาชิกบอกว่า อยากให้คุณผู้ต่อไป ทุกคนจะเป็นกำลังใจและคอยช่วยเหลือคุณ เกิดความรู้สึกเกื้อกูล เช่น ทุกคนเป็นกำลังใจให้คุณ และอยากให้คุณผู้ต่อไป และมีความเห็นเหมือนกันของชีวิต เช่น ฉันเองก็มีอาการคล้าย ๆ กับคุณ ทำให้เกิดความรู้สึกมีความหวัง เช่น รู้สึกมีกำลังใจที่เพื่อน ๆ สมาชิกให้ผู้ต่อไป

สรุปผลการเข้าร่วมจิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่ม ครั้งที่ 10

วันที่ 12 เมษายน 2545 เวลา 10.45 – 12.00 น.

สถานที่ กลุ่มงานโรงพยาบาลกลางวัน โรงพยาบาลสมเด็จพระยา

จำนวนสมาชิก 6 คน ชาย 3 คน หญิง 3 คน

ประเด็นการสนทนา

1. ทบทวนวัตถุประสงค์ ข้อตกลงเบื้องต้น
2. สมาชิกเล่าระบาย เรื่องที่ทำให้ไม่สบายใจ คือ ป่วยเป็นโรคจิตมาหลายปี เบื่อที่จะรับประทานยา แต่ก็กลัวว่าถ้าไม่รับประทานยา ก็จะต้องเข้ามาอยู่ในโรงพยาบาล
3. สมาชิก ชักถาม แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และเสนอแนวทางแก้ไข
4. สมาชิกบอกความรู้สึกและประโยชน์ที่ได้จากการเข้ากลุ่ม
5. นัดหมายการเข้ากลุ่มครั้งต่อไป

พฤติกรรมกลุ่ม

สมาชิกนั่งเป็นวงกลม บรรยากาศเป็นกันเอง มีการพูดคุยกันก่อนและหลังเข้ากลุ่ม สมาชิกเล่าเรื่อง " ไม่อยากกินยาแล้ว เบื่อกินมาหลายปีแล้ว ไม่รู้กินแล้วได้อะไร อยากรักษาด้วยการพูดคุยมากกว่า "

สมาชิกชักถามข้อมูลเพิ่มเติม และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เช่น สมาชิกบางคนบอกว่า " ฉันก็เคยคิดเหมือนคุณ ลองไม่กินยา ไม่นานก็ต้องมาอยู่โรงพยาบาล " หรือ " เวลาไม่กินยาก็หงุดหงิดง่าย ใครพูดอะไรก็ไม่พอใจ "

ข้อเสนอแนะที่สมาชิกในกลุ่มบอก เช่น " ถ้าไม่กินยาอาการก็ยิ่งจะแย่ลง " หรือ " ยาช่วยเราได้ อย่าเบื่อกินยา " หรือ " ต้องอดทนจะทำให้อยู่ในสังคมได้ "

พัฒนาการกลุ่ม

เป็นระยะที่ 2 คือ ระยะการดำเนินการ มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในเรื่องการรับประทานยา รวมทั้งข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อกลุ่ม มีการให้ข้อมูล เกี่ยวกับอาการของตนเอง เช่น ไม่อยากกินยาแล้ว เบื่อ กินมาหลายปีแล้ว เกิดความรู้สึกแบ่งเบาเมื่อให้สมาชิกได้ระบาย เช่น

เพื่อที่จะต้องกินยาทุกวัน ๗ และเกิดความรู้สึกเบื่อๆ เมื่อสมาชิกบอกว่า *คุณไม่ควรหยุดยาเอง ควรปรึกษาหมอก่อน* หรือ *ได้ฟังคำแนะนำแล้วคิดว่า* จะกินยาต่อไป มีความเห็นเหมือนกันของชีวิต เช่น เบื่อการกินยาเหมือนกัน แต่กลัวว่าถ้าไม่กินยาแล้ว จะต้องเข้ามาอยู่ในโรงพยาบาลอีก และการเห็นความจริงเป็นสังขรณ์ เมื่อมีสมาชิกบอกว่า *อยากให้มองโลกในแง่ดี บางครั้งชีวิตก็ต้องมีอุปสรรคบ้าง หรือ ต้องอดทนปรับตัวจะได้อยู่ในสังคมได้* ทำให้เกิดความรู้สึกมีความหวัง เช่น *กินยาแล้วทำให้ไม่หงุดหงิด คนอื่นเค้าก็ดูเราว่าไม่ผิดปกติ*

สรุปผลการเข้าร่วมจิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่ม ครั้งที่ 11

วันที่ 19 เมษายน 2545 เวลา 10.45 – 12.00 น.

สถานที่ กลุ่มงานโรงพยาบาลกลางวัน โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา

จำนวนสมาชิก 8 คน ชาย 5 คน หญิง 3 คน

ประเด็นการสนทนา

1. ทบทวนวัตถุประสงค์ ข้อตกลงเบื้องต้น
2. สมาชิกเล่าระบาย เรื่องที่ทำให้ไม่สบายใจ คือ ความเครียด และรู้สึกกดดัน จากที่ทำงาน จนต้องลาออก ทำให้ต้องคิดมาก
3. สมาชิก ชักถาม แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และเสนอแนวทางแก้ไข
4. สมาชิกบอกความรู้สึกและประโยชน์ที่ได้จากการเข้ากลุ่ม
5. นัดหมายการเข้ากลุ่มครั้งต่อไป

พฤติกรรมกลุ่ม

สมาชิกนั่งเป็นวงกลม บรรยากาศภายในกลุ่ม มีความเป็นกันเอง ไร้วางใจกันมากขึ้น สมาชิกเล่าเรื่องของตนเอง “คิดมากเพราะไม่มีงานทำ ต้องพึ่งพาคนในครอบครัว ช่วงที่ทำงานก็เป็นคนเครียดง่าย รู้สึกว่าถูกกดดันหลาย ๆ ด้าน ทำให้หมดกำลังใจที่จะทำงาน ”

สมาชิกซักถามข้อมูลเพิ่มเติมและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เช่น สมาชิกบางคนเล่าว่า “ไม่ได้ทำงาน ต้องเป็นภาระกับคนที่บ้าน รู้สึกเครียด ” หรือ “ตอนนี้ก็ยังแคว้งคว้าง ต้องพึ่งคนที่บ้าน”

ข้อเสนอแนะที่สมาชิกในกลุ่มบอก เช่น “ รักษาตนเองให้หายดี แล้วคิดหางานทำ จะได้ไม่เป็นภาระกับครอบครัว ” หรือ “ เวลาเครียดให้หางานอดิเรกทำ เช่น อ่านหนังสือ ดูทีวี ” หรือ “อย่าท้อแท้ให้มีความหวัง ”

พัฒนาการกลุ่ม

เป็นระยะที่ 2 คือระยะการดำเนินการ มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในเรื่อง ความเครียด ความคิดว่าตัวเองเป็นภาระของครอบครัว สมาชิกในกลุ่มได้ให้ข้อคิดเห็น และข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในกลุ่ม

ในระยะท้ายของการเข้ากลุ่ม เป็นการเตรียมการที่จะเข้าสู่ระยะที่ 3 ระยะการสิ้นสุดกลุ่ม สมาชิกเริ่มพูดความรู้สึกที่มีต่อกัน มีการให้ข้อมูล ถึงสิ่งที่ทำให้ตนเองเกิดความเครียด เช่น ไม่มีงานทำ ต้องเป็นภาระของคนที่บ้าน เกิดความรู้สึกแบ่งเบาเมื่อให้สมาชิกได้ระบาย เช่น รู้สึกดีขึ้น มีกำลังใจที่จะสู้ต่อไป และมีความรู้สึกเกื้อกูล เมื่อมีสมาชิกบอกว่า ขอคุณที่ช่วยเป็นกำลังใจให้ ทำให้รู้สึกว่าจะยังมีคนที่ปัญหาคล้าย ๆ กับเรา รู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม เช่น พวกเรารู้สึกเห็นใจ และเข้าใจคุณเพราะหัวอกเดียวกัน และมีความเห็นเหมือนกันของชีวิต เช่น เรามีปัญหาคล้าย ๆ กัน ต้องพึ่งพาครอบครัว และเกิดความรู้สึกมีความหวัง เช่น คำแนะนำของเพื่อน ๆ ทำให้รู้สึกดีขึ้น มีกำลังใจที่จะสู้ต่อไป เห็นความจริงอันเป็นสัจธรรม เช่น ทุกคนเกิดมาต้องเจอปัญหา เพียงแต่จะมากหรือน้อยเท่านั้น

สรุปผลการเข้าร่วมจิตบำบัดประคับประคองแบบกลุ่ม ครั้งที่ 12

วันที่ 26 เมษายน 2545 เวลา 10.45 – 12.00 น.

สถานที่ กลุ่มงานโรงพยาบาลกลางวัน โรงพยาบาลสมเด็จพระยา

จำนวนสมาชิก 7 คน ชาย 5 คน หญิง 2 คน

ประเด็นการสนทนา

1. สมาชิกได้ทบทวนสิ่งที่เกิดขึ้นภายใน และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นตั้งแต่การเข้ากลุ่มครั้งแรก จนกระทั่งถึงครั้งสุดท้าย
2. สมาชิกได้บอกถึงความรู้สึกที่มีต่อกกลุ่ม และประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้ากลุ่ม
3. ผู้นำกลุ่มกล่าวสรุป และให้ความมั่นใจกับสมาชิกที่จะนำสิ่งที่ได้จากกลุ่มไปใช้

4. สิ้นสุดการทำกลุ่ม

พฤติกรรมกลุ่ม

สมาชิกนั่งเป็นวงกลม พูดคุยกันในกลุ่มมากขึ้น มีเสียงหัวเราะเป็นช่วง ๆ บรรยากาศเป็นกันเอง มีความสนิทสนมกันมากขึ้น

สมาชิกบอกถึงสิ่งที่เกิดขึ้นกับตัวเอง และมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น เช่น "ได้ประโยชน์จากการเข้ากลุ่ม ทำให้รู้สึกมีกำลังใจ ที่จะต่อสู้ต่อไป" หรือ "ดีใจที่ยังมีคนเข้าใจและรับฟังปัญหา" หรือ "ได้รู้ว่าไม่ใช่เราคนเดียวที่มีปัญหา ทุก ๆ คนก็มีปัญหาเช่นกัน"

ผู้นำกลุ่มสนับสนุนและกล่าวให้กำลังใจสมาชิกที่จะนำเอาความรู้ ประสบการณ์ และคำแนะนำที่ได้รับจากกลุ่มไปใช้ในชีวิตประจำวัน

พัฒนาการกลุ่ม

กลุ่มอยู่ในระยะ ที่ 3 คือระยะสิ้นสุดกลุ่ม สมาชิกกลุ่มพบว่าตนเองมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น มีความเข้าใจตนเองและผู้อื่นมากขึ้น มีการช่วยกันแก้ไขปัญหาต่าง ๆ เช่น ในเรื่องการปรับตัว การสื่อสาร การเข้าใจและการยอมรับในอาการที่เกิดขึ้น สมาชิกได้พูดถึงความรู้สึกที่มีต่อการเข้ากลุ่ม ผู้นำกลุ่มได้ชี้ให้เห็นถึงประโยชน์ที่สมาชิกได้รับจากการเข้ากลุ่ม และนำสิ่งที่ได้จากกลุ่มไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน โดยมีการเรียนรู้ที่จะติดต่อสร้างสัมพันธภาพ เช่น มีสมาชิกบางคนบอกว่า ควรมองโลกในแง่ดี และหาจุดดีของเค้า และพัฒนาเทคนิคการเข้าสังคม เช่น ฟังคำแนะนำจากกลุ่มแล้ว คิดว่าคงต้องปรับที่ตัวเรา เกิดความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม เช่น ดีใจที่เพื่อนๆ เข้าใจ และให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ และเกิดความรู้สึกแบ่งเบา โดยให้สมาชิกได้ระบาย เช่น รู้สึกสบายใจขึ้น ที่ได้เล่าเรื่องให้กลุ่มได้ฟัง และเกิดความรู้สึกเกื้อกูล เช่น มีกำลังใจมากขึ้น เพราะยังมีคนเข้าใจเรา มีความเห็นเหมือนกันของชีวิต เช่น ได้รู้ว่าไม่ใช่เราคนเดียวที่มีปัญหา ทุกคนก็มีปัญหาเช่นกัน เกิดความรู้สึกมีความหวัง เช่น ดีใจที่ยังมีคนเข้าใจ และรับฟังปัญหา ทำให้มีกำลังใจที่จะต่อสู้ต่อไป และได้การเห็นความจริงอันเป็นสัจธรรมเช่น ปัญหาทุกอย่างมีทางแก้ไข หรือ บางครั้งชีวิตก็ต้องมีอุปสรรคบ้าง



ภาคผนวก ง
ใบยินยอมให้ทำการวิจัยในมนุษย์
และ
ข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ใบยินยอมให้ทำการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยเรื่อง ผลของจิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่มต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท
ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระยา

วันที่ให้คำยินยอม วันที่เดือน.....พ.ศ. 2545

ก่อนที่ข้าพเจ้าจะลงนามในใบคำยินยอมในการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจาก
ผู้วิจัยเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อศึกษาผลของจิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่ม
ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทและนำผลการศึกษาไปเป็นแนวทางในการเพิ่มประสิทธิภาพในการ
รักษาผู้ป่วยจิตเภท และเพื่อประโยชน์ในการให้บริการแก่ผู้ป่วยจิตเภทต่อไป

วิธีการวิจัยจะทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ ข้อมูลที่ได้จะนำมา
วิเคราะห์ในภาพรวม ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลของแต่ละบุคคลไว้เป็นความลับและจะเปิดเผยให้เฉพาะในรูป
สรุปผลรวมของการวิจัย

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่างๆที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง
ซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้าอ่านข้อความดังกล่าวข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ จึงได้ลง
นามในใบยินยอมด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม (ผู้ป่วย)

(.....)

ลงนาม.....ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้ป่วย

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้ทำการวิจัย

(นางสุจรรยา แสงเขียวงาม)

ข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัย

การวิจัยเรื่อง

ผลของจิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่มต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท
ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระยา

เรียน ท่านผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกท่าน

ดิฉัน นางสาวรญา แสงเขียวงาม นิสิตปริญญาโทสาขาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวช
ศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังทำวิทยานิพนธ์เรื่อง ผลของจิตบำบัด
ระดับประคองแบบกลุ่มต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาล
สมเด็จพระยา โดยมีวัตถุประสงค์และรายละเอียดของการวิจัยดังต่อไปนี้

1. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของจิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่มต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิต
เภทและนำผลการศึกษาไปเป็นแนวทางในการเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาผู้ป่วยจิตเภทซึ่งก่อให้เกิด
ประโยชน์ต่อทั้งผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว

2. วิธีการดำเนินการวิจัย

2.1 การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง โดยจะรับสมัครอาสาสมัครเข้าร่วม
วิจัยทั้งสิ้น 30 คน และจะทำการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย เพื่อแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง 2 กลุ่ม
(ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับยาต้านโรคจิตในกลุ่มดั้งเดิม และมาพบแพทย์ตามนัดร่วมกับเข้าร่วมจิตบำบัด
ระดับประคองแบบกลุ่ม) กลุ่มละ 10 คน และกลุ่มควบคุม (ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับยาต้านโรคจิตใน
กลุ่มดั้งเดิมและมาพบแพทย์ตามนัด) จำนวน 10 คน

2.2 อาสาสมัครผู้เข้าร่วมการวิจัย ในกลุ่มทดลองเข้าร่วมจิตบำบัด
ระดับประคองแบบกลุ่มสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง 15 นาที จำนวน 12 ครั้ง และกลุ่มควบคุม
เป็นผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับยาต้านโรคจิตในกลุ่มดั้งเดิมและมาพบแพทย์ตามนัด)

3. ข้อมูลอาสาสมัครแต่ละบุคคลจะเก็บไว้เป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะใน
รูปของการสรุปผลรวมของการวิจัย

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล จะดำเนินการโดยการสัมภาษณ์ เกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย โดยประเมินความสมบูรณ์ของประสบการณ์ส่วนตัว ลักษณะความสัมพันธ์ของบุคคล และความสามารถในการทำงาน และแบบวัดความคิดเห็นของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ก่อน ระหว่างและหลังการทดลอง

การเข้าร่วมในการศึกษาครั้งนี้ ท่านจะไม่ได้รับสิทธิประโยชน์ใดๆเป็นพิเศษทั้งสิ้น ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลของท่านเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลจะนำเสนอการสรุปผลการวิจัยในภาพรวม การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวท่านต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกระทำได้เฉพาะกรณีที่จำเป็น ด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

หากท่านมีปัญหา หรือข้อสงสัยประการใด ท่านสามารถติดต่อผู้ดำเนินการวิจัยได้ที่ โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา 102 ถนนสมเด็จพระเจ้าพระยา แขวงคลองสาน เขตคลองสาน กรุงเทพมหานคร โทรศัพท์ 02-4370200 ต่อ 4422 ซึ่งยินดีให้คำตอบท่านทุกประการ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความช่วยเหลือจากท่านและขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(นางสุจรรยา แสงเขียวงาม)

ผู้วิจัย

สถาบันนวัตกรรมการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก จ
แบบสอบถาม



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประวัติผู้ตอบแบบสอบถาม

ชื่อ.....นามสกุล.....

- เพศ ชาย หญิง
- อายุ.....ปี เชื้อชาติ..... ศาสนา.....
- การศึกษา ประถม มัธยมต้น มัธยมปลาย
 วิชาชีพ ปริญญาตรี ปริญญาโทถึงเอก
 อื่นๆระบุ.....
- สภาพสมรส โสด คู่ ว่าง
 หย่าร้าง แยกกันอยู่ อื่นๆระบุ.....
- อาชีพ ไม่ได้ประกอบอาชีพ นักเรียนหรือนักศึกษา รับจ้าง
 รับราชการ ค้าขายหรือธุรกิจส่วนตัว เกษตรกร
 อื่นๆระบุ.....
- รายได้ต่อเดือน ไม่มีรายได้ น้อยกว่า 1,000 บาท 1,000 – 4,000 บาท
 4,001 – 7,000 บาท 7,001 – 10,000 บาท 10,001 บาทขึ้นไป
- ที่อยู่อาศัย บ้านของตนเอง บ้านของพ่อแม่
 บ้านของญาติพี่น้อง อื่นๆระบุ.....

จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล.....ครั้ง

ระยะเวลาที่ป่วยตั้งแต่แรกจนถึงปัจจุบัน.....ปี.....เดือน

การวินิจฉัยโรค 1.
2.

การรักษา 1.
2.

สถาบันวิจัยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประวัติผู้ตอบแบบสอบถาม

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

Rating Key 0 = ไม่มีอาการ 1 = มีเล็กน้อยเป็นบางครั้ง 2 = มีอาการเล็กน้อย
 3 = อาการปานกลาง 4 = อาการค่อนข้างรุนแรง 5 = อาการรุนแรง
 6 = อาการรุนแรงมาก

ในระหว่าง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาคุณรู้สึก	0	1	2	3	4	5	6
1. Somatic concern (Rate ตามความรู้สึกของผู้ป่วย) - รู้สึกกังวล กังวลเกี่ยวกับสุขภาพร่างกายหรือโรคทางกายหรือไม่							
2. Anxiety (Rate ตามความรู้สึกของผู้ป่วย) - ขณะนี้รู้สึกกังวลหรือกลัวอะไรบ้างไหม - รู้สึกกังวลหรือกลัวสิ่งใดในอนาคตหรือไม่							
3. Emotional withdrawal (Rate ตามความเห็นของผู้ตรวจ) - มีลักษณะแยกตัว ไม่ค่อยมีปฏิกิริยาโต้ตอบกับผู้อื่น							
4. Conceptual disorganization (Rateตามความเห็นของผู้ตรวจ) - ความคิดสับสน ไม่เป็นเรื่องราว ขาดการเชื่อมโยง							
5. Guilt feeling (Rate ตามความรู้สึกของผู้ป่วย) - รู้สึกตำหนิตนเอง เป็นคนไม่ดีหรือเสียใจต่อสิ่งที่ทำในอดีตหรือไม่							
6. Tension (Rate ตามความเห็นของผู้ตรวจ) - อาการเครียด หงุดหงิด ตื่นเต้นง่าย							
7. Manner & posturing (Rate ตามความเห็นของผู้ตรวจ) - พฤติกรรมแปลกๆ ที่ดูผิดไปจากคนปกติ							
8. Grandiosity (Rate ตามความเห็นของผู้ตรวจ) - ทำที่หยิ่งยโส ยึดความเห็นตนเองเป็นใหญ่ เก่งผิดจากคนอื่น							
9. Depressive mood (Rate ตามความรู้สึกของผู้ป่วย) - รู้สึกเศร้า เสียใจ หดหู่ ท้อแท้ สิ้นหวังหรือไม่							

ในระหว่าง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาคุณรู้สึก	0	1	2	3	4	5	6
11. Suspiciousness (Rate ตามความรู้สึกของผู้ป่วย) - รู้สึกกระแวง คิดว่ามีผู้ประสงค์ร้ายต่อตน							
12. Hallucination (Rate ตามคำบอกเล่าของผู้ป่วย) - อาการหูแว่ว (ภายในช่วง 1 สัปดาห์นี้)							
13. Motor retardation (Rate ตามความเห็นของผู้ตรวจ) - การพูด การเคลื่อนไหว เชื่องช้า							
14. Uncooperativeness (Rate ตามความเห็นของผู้ตรวจ) - ทำที่ต่อต้าน ระมัดระวัง ไม่เป็นมิตร ต่อผู้อื่นและผู้ตรวจ							
15. Unusual thought content (Rate ตามความเห็นของผู้ตรวจ) - ความคิดแปลกๆ อาการหลงผิด							
16. Blunted affect (Rate ตามความเห็นผู้ตรวจ) - สีหน้าไม่ค่อยแสดงความรู้สึก อารมณ์							
17. Excitement (Rate ตามความเห็นของผู้ตรวจ) - ทำที่ลุกลี้ลุกลน มีปฏิกิริยาโต้ตอบเร็ว							
18. Disorientation (Rate ตามความรู้สึกของผู้ป่วย) - สับสนต่อเวลา สถานที่ และบุคคล							

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Quality of Life Scale

แบบสอบถามนี้ใช้เพื่อประเมิน ความสามารถในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ไม่จำเป็นต้องอยู่โรงพยาบาล โดยที่อาจมีหรือไม่มีอาการ Psychosis ที่ชัดเจน หรือต้องการอยู่โรงพยาบาล โดยประเมินความสมบูรณ์ของประสบการณ์ส่วนตัว ลักษณะของความสัมพันธ์ของบุคคล และความสามารถในการทำงาน

ลักษณะจะเป็นการประเมินแบบกึ่งการสัมภาษณ์อย่างมีแบบแผน แต่ละหัวข้อมี 3 ตอนตอนแรกจะเป็น คำบรรยายสั้นๆ เพื่อช่วยให้ผู้สัมภาษณ์เข้าใจและมุ่งสู่ตัวแปรที่ต้องการประเมิน ตอนที่สอง จะเป็นคำถามที่ผู้สัมภาษณ์อาจใช้เพื่อค้นหาคำตอบตอนแรก ส่วนตอนสุดท้ายจะเป็นระดับ คะแนน 7 ระดับ สำหรับแต่ละหัวข้อ โดยมีคำบรรยายประกอบอยู่ 4 ระดับคะแนน เพื่อช่วยการให้คะแนนระดับที่ไม่มีคำบรรยายประกอบอยู่ด้วย

คำถามที่มีให้เป็นเพียงการเสนอแนะ ซึ่งอาจเปลี่ยนหรือเพิ่มเติมได้ตามความจำเป็น ควรสอบถามแต่ละหัวข้อให้มากที่สุดเพื่อการให้ระดับคะแนนที่ดี ความมุ่งหวังคือหาความบกพร่องหรือข้อจำกัดทางจิตพยาธิสภาพของบุคคลิกภาพ การปรับเปลี่ยนอาจทำได้ถ้ามีปัจจัยพิเศษที่ชัดเจน โดยไม่มีข้อโต้แย้งมาเกี่ยวข้อง (เช่น การมีการติดต่อกับสังคมที่ลดลงเนื่องจากการป่วยทางกายที่รุนแรง) ควรให้คะแนนครบทุกข้อ โดยวงกลมรอบระดับคะแนนนั้นๆ

1. ประเมินความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับสมาชิกในครอบครัว

หัวข้อนี้ใช้ประเมินความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับสมาชิกในครอบครัวหรือในบ้านเดียวกัน ที่มีความเป็นห่วงเป็นใยเกื้อกูลกัน

คำถามที่เสนอแนะ

- คุณสนิทกับคนในบ้านเดียวกัน หรือครอบครัวเดียวกันกับคนไหน
- คุณคุยเรื่องส่วนตัวกับเขาได้หรือไม่
- คุณคุยกับเขามากแค่ไหน
- ลักษณะความสัมพันธ์เป็นอย่างไร
- เขาคุยเรื่องส่วนตัวกับคุณได้หรือไม่
- คุณกับเขาเคยทำอะไรด้วยกันบ้าง
- ตอนอยู่บ้าน , คุณใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่กับคนในครอบครัวหรืออยู่คนเดียว

- 0- ไม่มีความใกล้ชิดอย่างชัดเจน
- 1-
- 2- มีปฏิสัมพันธ์น้อยมาก บางครั้งคราว
- 3-
- 4- มีความใกล้ชิดปานกลางแต่ต่อเนื่องหรือไม่แน่นอน
- 5-
- 6- มีความใกล้ชิดกับสมาชิกในครอบครัว
- 9- เลือกข้อนี้ หากอยู่คนเดียวโดยไม่มีสมาชิกครอบครัวอาศัยใกล้เคียง

2. ประเมินความสัมพันธ์ใกล้ชิดทั่วไป

หัวข้อนี้ให้ประเมินความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดที่ให้ความเอาใจใส่หรือเกื้อกูลซึ่งกันและกันกับบุคคลอื่นที่อยู่นอกครอบครัวของตน ยกเว้นความสัมพันธ์กับบุคลากรสุขภาพจิต

คำถามที่เสนอแนะ

- คุณมีเพื่อนที่สนิท นอกไปจากคนในครอบครัว หรือคนที่พักอยู่บ้านเดียวกัน
- คุณคุยเรื่องส่วนตัวกับเขาได้
- คุณมีเพื่อนกี่คน
- คุณได้พูดคุยกันบ่อยแค่ไหน ทั้งทางตรงหรือทางโทรศัพท์
- เขาสามารถคุยเรื่องส่วนตัวกับคุณได้หรือไม่

- 0- ไม่มีอย่างชัดเจน
- 1-
- 2- มีความสัมพันธ์มากบางครั้งคราว
- 3-
- 4- มีความใกล้ชิดปานกลางแต่ต่อเนื่องหรือไม่แน่นอน
- 5-
- 6- มีความใกล้ชิดที่พอเพียงกับคนๆหนึ่งหรือมากกว่า

3. ประเมินเพื่อนชอบพอยังคับกัน

ประเมินคนที่ชอบพอกัน และทำกิจกรรมอะไรด้วยกัน สนใจด้วยกัน โดยไม่มีความรู้สึกใกล้ชิดเหมือนอย่างข้อข้างต้น โดยไม่นับบุคลลากรสุขภาพจิต และสมาชิกในบ้าน

คำถามที่เสนอแนะ

- ถ้าไม่นับเพื่อนสนิทแล้ว มีคนที่คุณรู้จัก ชอบทำอะไรด้วยกันอีกไหม
- มีกี่คน
- ไปเจอกันบ่อยแค่ไหน
- ทำอะไรด้วยกัน
- เคยไปร่วมเป็นสมาชิกสโมสรหรือกลุ่มกิจกรรมใด
- คุณไปกินข้าวเที่ยงกับเพื่อนร่วมงานนอกเวลาหรือไม่

0 - ไม่มีชัดเจน

1 -

2 - มีเพื่อนที่ยังคับกันพอสมควร แต่ก็ไม่บ่อยนัก

3 -

4 - มีเพื่อนที่ยังคับหากันพอสมควร แต่การพบปะทำอะไรด้วยกันลดลง

5 -

6 - มีส่วนร่วมกิจกรรมกับเพื่อนที่ยังคับหากันอย่างพอเพียง

4. ประเมินกิจกรรมสังคม

ประเมินการเข้าร่วมกิจกรรมกับคนอื่น เพื่อความเพลิดเพลิน โดยไม่รวมกิจกรรมที่เริ่มแรกมีจุดมุ่งหมาย เช่น การงาน การเรียน การทำจิตบำบ็ดรักษา

คำถามที่เสนอแนะ

- คุณทำกิจกรรมเพื่อความเพลิดเพลินกับคนอื่นบ่อยแค่ไหน
- ทำอะไร
- คุณเข้าร่วมกับสโมสรหรือกลุ่มกิจกรรมสังคมอะไรหรือไม่

- 0- ไม่มีอย่างชัดเจน
- 1-
- 2- มีกิจกรรมทางสังคมบ้าง แต่ไม่แน่นอน หรือจำกัดอยู่กับกิจกรรมร่วมในครอบครัว
- 3-
- 4- มีกิจกรรมทางสังคมสม่ำเสมอ แต่ก็ไม่บ่อยและจำเจ
- 5-
- 6- มีกิจกรรมทางสังคมสม่ำเสมอพอเพียง
5. ประเมินความเกี่ยวข้องกับสังคม

ประเมินว่ามีคนในสังคมห่วงใยในความเป็นอยู่ทุกข์สุขของผู้ป่วย ยกเว้นบุคลากรทาง
สุขภาพจิต

คำถามที่เสนอแนะ

- มีใครที่ห่วงใยใหม่กว่า คุณมีความสุข หรือความเป็นอยู่อย่างไร
- มีกี่คน
- เขาแสดงออกอย่างไร
- ถ้าคุณพบกับเรื่องตื่นเต้นหรือสำคัญ คุณจะเล่าให้ใครฟัง
- มีใครที่คอยให้ความช่วยเหลือทั้งจิตใจ หรือความเป็นอยู่ประจำวัน (ตัวอย่างเช่น ช่างปลาอาหาร ,รับส่ง ,หรือให้คำแนะนำ)
- มีใครที่คุณสามารถหันไปขอความช่วยเหลือได้ เมื่อคุณลำบาก
- คุณชอบอยู่บ้านคนเดียว
- คุณชอบที่จะอยู่คนเดียวมากกว่า

- 0- ตั้งใจหลีกเลี่ยงคนอื่นอย่างชัดเจน
- 1-
- 2- พอทนกับการจะมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมถ้ามีความจำเป็นที่ตรงการอย่างอื่น แต่จะมีน้อยมากยกเว้นกับคนในครอบครัว
- 3-
- 4- มีกิจกรรมทางสังคมที่เพลิดเพลินและพอใจได้ แต่ก็น้อยกว่าปกติเพราะหลีกเลี่ยง

5-

6 - ไม่พบว่ามีการหลีกเลี่ยงสังคมที่ชัดเจน

8. ประเมินความสัมพันธ์ทางเพศและสังคม

ใช้ประเมินระดับความสามารถในการสร้างสัมพันธ์ใกล้ชิดกับเพศตรงข้าม และมีเพศสัมพันธ์โดยอนุมานว่าเป็นการติดต่อกับเพื่อนต่างเพศ แต่หากพบว่าเป็นการคบหาเพศเดียวกัน ให้เปลี่ยนคำพูด และให้คะแนนระดับเหมือนเดิม

คำถามที่เสนอแนะ

- คุณมีกิจกรรมทางสังคมกับผู้หญิง (ผู้ชาย)
- คุณเคยหลีกเลี่ยงการคบหาดังกล่าวเพราะอึดอัดเกินไป?
- เคยมีนัดกับเพศตรงข้าม
- คุณมีเพื่อนหญิง (ชาย) สักคน (หรือมากกว่า)?
- คุณพอใจกับความสัมพันธ์นี้?
- คุณรู้สึกผูกพันกับความสัมพันธ์นี้?
- คุณเคยมีความรัก?
- คุณเคยมีเพศสัมพันธ์?
- คุณพอใจกับมัน?
- คุณเคยแสดงออกความรู้สึกอยากกอดหรือจูบ?

คำถามที่เสนอแนะถ้าแต่งงานแล้วหรือการอยู่กับใครคนหนึ่ง

- คุณมีความสุข กับความสัมพันธ์กับคู่ของคุณ?
- ทำอะไรหลายอย่างด้วยกัน?
- คุยกันบ่อย ๆ?
- ได้คุยเรื่องและความรู้สึกส่วนตัว?
- คุณเคยทะเลาะทำร้ายกัน?
- ชีวิตทางเพศของคุณน่าพอใจ?
- คุณเคยแสดงออกความรู้สึกอยากกอดหรือจูบ
- คุณรู้สึกผูกพันใกล้ชิดกับเขา (เธอ)

0 - ไม่สนใจเพศตรงข้ามเลย หรือหลีกเลี่ยง

1 -

2 - ติดต่อเพศตรงข้ามบ้างอย่างผิวเผิน เลี่ยงความใกล้ชิดหรือเพศสัมพันธ์ ติดต่อบนแค่ปลดปล่อย ไม่ใช่มีความรู้สึกอยากร่วมอย่างชัดเจน หรือมีความสัมพันธ์แบบกระต่อนกระแต่นไม่น่าพอใจ หรือความรู้สึกแปลก ๆ

3 -

4 - มีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิด มีความรู้สึกพอใจ มีการแสดงออกรักใคร่ และความรู้สึกทางเพศ

5 -

6 - มีความสัมพันธ์ที่น่าพอใจอยู่เกือบตลอดเวลา เต็มไปด้วยความรู้สึกใกล้ชิด มีการแสดงออกทางเพศ และทรงร่างกายอย่างเหมาะสม

9 ประเมินความสามารถในหน้าที่การงาน

ประเมินระดับความสามารถในหน้าที่การงาน มิได้ประเมินความถูกต้องหรือความสำเร็จ สำหรับพ่อบ้านแม่บ้าน ให้ประเมินว่าความรับผิดชอบได้เต็มเวลาหรือเป็นบางส่วน ถ้าว่างงาน ให้ดูปริมาณเวลาออกหางาน

คำถามที่เสนอแนะ

- มีงานทำไหม
- ทำงานกี่ชั่วโมง ต่อสัปดาห์
- ไปเรียนเพิ่มนอกจากทำงานไหม
- รับผิดชอบงานหรือช่วยเหลืองานบ้านนอกจากทำงาน

คำถามที่เสนอแนะ

- คุณกำลังพยายามเรียนต่อสาขาใด
- คุณกำลังเรียนอยู่ที่ใด
- คุณใช้เวลาเรียนสัปดาห์ละกี่ชั่วโมง
- คุณทั้งทำงาน ดูแลเด็กๆ และทำงานบ้านไปพร้อมๆกัน

คำถามสำหรับ พ่อหรือแม่บ้าน

- คุณมีส่วนในการดูแลบ้านและครอบครัวแค่ไหน
- คุณเลี้ยงดูเด็กๆเอง

- คุณรับผิดชอบอะไรบ้างในงานบ้าน
- คนอื่นๆมาช่วยคุณรับผิดชอบงานพวกนี้มากแค่ไหน

0 – ไม่ได้มีหน้าที่การงานชัดเจน

1 –

2 – ทำน้อยกว่าครึ่งเวลา

3 –

4 – ทำมากกว่าหรือเท่ากับครึ่งเวลาแต่ไม่น้อยเวลา

5 –

6 – ทำงานเต็มเวลาหรือล่วงเวลา

10. ประเมินระดับความสำเร็จ

ใช้ประเมินระดับความสำเร็จและความสมหวังกับที่มุ่งหวังในชีวิต ด้านที่คนอื่นๆอื่น
ต้องการ

ใช้ถามเกี่ยวกับเงินเดือน การได้ขึ้นเงินเดือน สิ่งที่ทำยากกับความรับผิดชอบในงาน คำ
ชมหรือตำหนิจากนาย การมีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน การขาดงาน การได้เลื่อนหรือลดตำแหน่ง

สำหรับนักเรียน

ถามเกี่ยวกับเกรด การเล่าเรียน คำถาม หรือวิจารณ์จากครู การมีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อน
ร่วมชั้น ครูประจำชั้น การทำงานที่รับมอบหมาย หรือกิจกรรมนอกหลักสูตรได้สำเร็จ

สำหรับพ่อบ้านแม่บ้าน

ถามเกี่ยวกับงานที่จำเป็น เช่น ทำอาหาร ชื่อของ ล้างจาน ทำความสะอาด บัดฝุ่น
ซักรีด การใช้จ่ายในครัวเรือน การดูแลความสะอาดเด็กๆ และดูแลทางจิตใจเด็กๆ อาจถามเพิ่มเรื่องคำ
ชมหรือวิจารณ์โดยสมาชิกอื่นในครอบครัว ในเรื่องการดูแลบ้านหรือเลี้ยงดูเด็ก

0 – ไม่พยายามทำงานอะไร หรือทำได้ระดับต่ำมากจนอาจเป็นเสียถ้าทำหน้าที่ต่อ

1 –

2 – รับผิดชอบงานได้ระดับต่ำๆ พอใช้ได้

3-

4- ทั่วไปทำได้

5-

6- รับผิดชอบได้ดีมาก มีการพัฒนาหรือทำอะไรสำเร็จใหม่ๆ หรือในทางด้านสำเร็จอย่างสูง

11. การประเมินระดับของการทำงานในวิชาชีพที่ทำไม่ได้เต็มที่

หัวข้อนี้ประเมินระดับความสามารถที่คงอยู่และผลสำเร็จในการประกอบอาชีพที่สะท้อนถึงการใช้ศักยภาพและโอกาสที่เอื้ออำนวยของบุคคลอย่างเต็มที่ โดยพิจารณาความสามารถที่มีแต่กำเนิด อุปสรรคทางร่างกาย การศึกษา เศรษฐกิจและปัจจัยทางสังคม วัฒนธรรม แต่ข้อจำกัดโดยตรงจากความเจ็บป่วยทางจิตใจ หรือความผิดทางบุคลิกภาพอย่างเด่นชัด ไม่ควรนำมาพิจารณาในการประเมินศักยภาพของบุคคลนั้น

คำถามที่เสนอแนะ

หัวข้อนี้ต้องอาศัยการตัดสินใจที่ซับซ้อน ให้ถามคำถามเพิ่มเติมอย่างไรก็ได้ เพื่อความเข้าใจอย่างชัดเจนถึงความสามารถและโอกาสของบุคคลนั้น

0- เกือบจะล้มเหลวอย่างสิ้นเชิงที่จะใช้ศักยภาพที่มีอยู่

1-

2- แสดงความสามารถในการทำงานได้ไม่เต็มที่อย่างชัดเจน หรือว่างงานแต่กำลังมองหางาน

3-

4- ความสามารถของบุคคลต่ำลงเล็กน้อย

5-

6- การทำงานเหมาะสมกับความสามารถและโอกาสของบุคคลนั้น

12. ประเมินความพอใจกับบทบาทหน้าที่การงาน

หัวข้อนี้ประเมินขอบเขตที่บุคคลรู้สึกสบายใจต่อการเลือกบทบาทของตน กับผลงานที่เกิด และสถานการณ์ที่เขากระทำอยู่ อีกทั้งประเมินระดับความพึงพอใจ ความเพลิดเพลินจากงานที่ทำ และผลสำเร็จในตัวเอง

คำถามที่เสนอแนะ

- คุณชอบการทำงานหรือการเรียนของคุณหรือไม่
- คุณชอบทำอย่างอื่นมากกว่าหรือไม่
- คุณวางแผนที่จะเปลี่ยนแปลงหรือไม่ , ทำไม
- คุณได้รับความรู้สึกที่ดีจากการทำงานหรือไม่ – ความสุข ความสำเร็จ ฯลฯ
- การทำงานหรือการเรียนทำให้คุณรู้สึกดีกับตัวเองหรือไม่
- คุณกระตือรือร้นในการทำงานหรือไม่
- คุณรอคอยที่จะไปทำงานหรือไม่

0 – ไม่มีความสุขและไม่พอใจกับหน้าที่การทำงานอย่างมาก

1 –

2 – ไม่มีความสุขหรือไม่พอใจเล็กน้อย หรือยังไม่มีข้อมูลสนับสนุนชัดเจน แต่บทบาทหน้าที่ไม่ให้ความพอใจหรือความสำเร็จ บางครั้งมีสิ่งแสดงให้เห็นถึงความเบื่อหน่าย

3 –

4 – ความไม่พอใจเล็กน้อยและมีความสุขในการทำงานอย่างจำกัด

5 –

6 – มีความรู้สึกของความสำเร็จและความพอใจอย่างต่อเนื่อง โดยบางครั้งมีการบ่นเล็กน้อย

9 – ถ้าผู้ปวยไม่ได้เกี่ยวข้องกับการทำงานใดใดเลย

(หัวข้อนี้ควรให้คะแนน 9 ถ้าข้อ 9 ประเมินได้น้อยกว่า 3 สำหรับปัจจัยและคะแนนรวมทั้งหมดให้ประเมินหัวข้อนี้อยู่บนระดับพื้นฐาน จากหัวข้อ 9 จนถึง 11)

13. ประเมินความรู้สึกของความมีเป้าหมาย

หัวข้อนี้ประเมินระดับที่ตั้งสมมุติฐานตามความเป็นจริง ประมวลเป้าหมายสำหรับชีวิตของเขา ถ้าชีวิตในปัจจุบันสะท้อนถึงการมีเป้าหมาย ไม่มีความจำเป็นว่าเขากำลังวางแผนที่จะเปลี่ยนแปลงเพื่อที่จะตัดสินใจว่ามีความคิดที่ดีของการมีเป้าหมาย

คำถามที่เสนอแนะ

- อะไรทำให้ชีวิตมีค่าสำหรับคุณ
- คุณคิดมากเกี่ยวกับอนาคตหรือไม่

- คุณมีเป้าหมายสำหรับตัวเองหรือไม่
- อะไรที่คุณคาดหวังสำหรับชีวิตและการทำงานในช่วง 2-3เดือนเริ่มจากปัจจุบันนี้
- คุณวางแผนอะไรสำหรับชีวิตคุณในช่วงปีถัดไป -ส่วนตัวและการทำงานเกี่ยวข้องกัน

0 - ไม่มีการวางแผน หรือมีแผนการแปลกๆ เป็นความหลงผิด หรือไม่อยู่ในความเป็นจริง

1 -

2 - มีการวางแผนแต่ไม่ชัดเจน บางครั้งไม่เป็นความจริง รวมกับแผนอื่นได้ไม่ดี หรือมีผลต่อชีวิตเพียงเล็กน้อย

3 -

4 - การวางแผนตั้งอยู่ในความเป็นจริงและรัดกุมสำหรับปีถัดไปแต่มีการวางแผนต่อเนื่องในระยะยาวเพียงเล็กน้อย

5 -

6 - การวางแผนมีความเป็นจริง รัดกุม ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว

14. ประเมินระดับของแรงจูงใจ

หัวข้อนี้คือการประเมินขอบเขตที่บุคคลไม่สามารถเริ่มหรือคงไว้ซึ่งจุดมุ่งหมาย เนื่องจากแรงผลักดันที่ไม่เพียงพอ

คำถามที่เสนอแนะ

- คุณเคยทำจุดมุ่งหมายให้สำเร็จหรือไม่
- อะไรคือสิ่งที่คุณเคยทำหรือทำสำเร็จในเร็วๆนี้
- เคยมีงานในส่วนตัวที่ต้องการจะทำแต่ไม่ได้ทำเพราะบางครั้งไม่สามารถผ่านอุปสรรคไปได้หรือไม่
- คุณมีประสบการณ์ที่แก้ปัญหาไม่ได้แล้วรบกวนต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของคุณหรือไม่
- คุณเคยมีแรงจูงใจอย่างไร
- คุณเคยมีความกระตือรือร้น พลังงาน และแรงผลักดันอย่างมากหรือไม่
- คุณเคยมีแนวโน้มที่จะดำเนินแบบจำเจหรือไม่
- คุณเคยมีแนวโน้มเลื่อนสิ่งต่างๆออกไปหรือไม่

0 - ขาดแรงจูงใจอย่างเด่นชัด รบกวนต่อกิจวัตรพื้นฐาน

1-

2- สามารถคงความต้องการพื้นฐานของชีวิต แต่ขาดแรงจูงใจอย่างมากที่จะทำสิ่งใหม่ให้ลุล่วง

3-

4- สามารถมีความต้องการที่เป็นกิจวัตรและมีความสำเร็จใหม่ๆบ้าง แต่ขาดแรงจูงใจที่มีผลทำให้ไม่สำเร็จบางส่วน

5-

6- ไม่มีเหตุการณ์ของการขาดแรงจูงใจอย่างชัดเจน

15. การประเมินความอยากรู้อยากเห็น

หัวข้อนี้ประเมินระดับที่บุคคลสนใจสิ่งรอบๆตัวของเขา และตั้งคำถามต่อสิ่งที่เขาไม่เข้าใจ ไม่รวมการสนใจต่อประสาทหลอน หรือความเพ้อฝันหรืออาการโรคจิตอื่น อย่างไรก็ตาม การหมกหมุ่นที่เป็นพยาธิสภาพในอาการโรคจิต หรือเรื่องอื่นอาจจำกัดความอยากรู้อยากเห็นหรือสนใจในสิ่งอื่นๆ

คำถามที่เสนอแนะ

- คุณเห็นหรือได้ยินเกี่ยวกับบางสิ่งที่คุณต้องการรู้ให้มากขึ้นหรือสนใจมากกว่านี้บ่อยแค่ไหน
- คุณจะบอกได้ใหม่ว่าอะไร
- คุณเคยทำอะไรบางอย่างที่จะเรียนรู้มากขึ้นเกี่ยวกับมันบ้างหรือไม่ โปรดระบุ
- คุณอ่านหนังสือพิมพ์ หรือฟังข่าวทางโทรทัศน์หรือวิทยุหรือไม่
- คุณสนใจในเหตุการณ์ปัจจุบันหรือกีฬาบ้างหรือไม่
- คุณเคยอยากรู้อยากเห็นเกี่ยวกับสิ่งต่างๆอย่างไร

0- อยากรู้อยากเห็นหรือสนใจหัวข้อหรือเหตุการณ์ใหม่ๆน้อยมาก

1-

2- อยากรู้อยากเห็นบางครั้งแต่ไม่ดำเนินความคิดหรือการกระทำต่อไป

3-

4- อยากรู้อยากเห็นบ้าง และใช้ความคิดหรือสนใจหัวเรื่อง และบางครั้งมีความพยายามที่จะเรียนรู้มากขึ้นเกี่ยวกับสิ่งเหล่านี้

5-

6 – อยากรู้หรือยากเห็นเกี่ยวกับเรื่องราวจำนวนหนึ่ง และบางครั้งพยายามที่จะเรียนรู้มากขึ้นเกี่ยวกับมัน เช่น การอ่าน ถามคำถาม หรือวางแผนสังเกตการณ์

16. ประเมินการไม่มีความสุข

หัวข้อนี้ประเมินความสามารถของบุคคลในการมีประสบการณ์ความพอใจ และมีอารมณ์ขัน ไม่ใช่ประเมินความทุกข์ใจที่เป็นผลอย่างชัดเจนจากอาการซึมเศร้า เช่น ภาวะนอนกระวายเป็น ร้องไห้ ความรู้สึกเลวร้าย และไร้ค่าอย่างมาก ฯลฯ อย่างไรก็ตามให้ร่วมประเมินความรู้สึกที่เกิดร่วมกับ ความเฉยเมย และอยากเก็บเนื้อเก็บตัวที่อาจเกิดจากโรคซึมเศร้าได้ในข้อนี้ ถามคำถามใดๆที่จำเป็น ต่อการประเมินอารมณ์ซึมเศร้าและผลต่อการมีความสุข สิ่งนี้ต้องแยกจากความสามารถที่จะแสดง อารมณ์ซึ่งไม่ได้ถูกประเมินในข้อนี้

คำถามที่เสนอแนะ

- คุณยังสามารถทำให้ตัวเองสนุกสนานอยู่หรือไม่
- คุณยังสามารถมีความสุขหรือได้รับความพึงพอใจจากสิ่งที่คุณกำลังทำบ่อยแค่ไหน
- คุณยังสามารถเลือกทำบางสิ่งที่ทำให้ขบขัน หรือทำให้คุณหัวเราะ
- คุณยังสามารถมีความสุขกับสิ่งที่น่ารื่นเริงหรือไม่ คนอื่นดูเหมือนจะได้รับความสนุกสนานมากกว่าคุณหรือไม่
- คุณมักจะใช้เวลาไปกับสิ่งที่น่าเบื่อหรือหมดความสนใจในสิ่งต่างๆหรือไม่

0 – เกือบจะไม่มีความสามารถที่จะมีความสุขหรืออารมณ์ขัน

1 –

2 – มีส่วนของความพอใจและอารมณ์ขันเป็นช่วงๆ แต่ขาดความสามารถด้านนี้อย่างเด่นชัด

3 –

4 – บางครั้งมีประสบการณ์ของความสุขและอารมณ์ขันแต่ลดด้านขอบเขตและความเข้มข้นของอารมณ์

5 –

6 – ไม่มีเหตุการณ์ของการไม่มีความสุขหรือสามารถอธิบายอาการชัดเจนจากโรคซึมเศร้า หรือวิตกกังวล

ข้อ 17 ประเมิน การใช้เวลา

หัวข้อนี้เป็นการประเมิน ปริมาณของเวลาที่ใช้ไปกับกิจกรรมที่ไร้วัตถุประสงค์ การนอนในเวลากลางวัน นอนเล่นบนเตียง นั่งโดยไม่ได้ทำอะไร หรืออยู่ต่อหน้าทีวี หรือวิทยุโดยไม่ได้ให้ความสนใจเฉพาะ

คำถามที่เสนอแนะ

- ท่านได้ใช้เวลาไปโดยไม่ได้ทำอะไร หรือนั่งเฉยๆหรือนอนเล่นบนเตียง หรือไม่
- ท่านได้ใช้เวลาไปกับการดูทีวีหรือฟังเพลง โดยที่สนใจที่จะทำหรือทำไปเพราะไม่มีอะไรจะทำ
- ท่านนอนมากในช่วงกลางวันหรือไม่
- ประมาณสักกี่วันในสัปดาห์ที่มีการใช้เวลาไปเช่นนี้
- ท่านใช้เวลาของท่านอย่างไรบ้าง
- ท่านสูญเสียเวลาโดยเปล่าประโยชน์บ้างไหม

0 - ใช้เวลาไปโดยเปล่าประโยชน์ เกือบทั้งวัน

1 -

2 - ใช้เวลาไปโดยเปล่าประโยชน์ ครึ่งก่อนวัน

3 -

4 - มีการใช้เวลาไปโดยเปล่าประโยชน์ แต่น้อยกว่าครึ่งก่อนวัน

5 -

6 - ไม่มีการใช้เวลาไปโดยเปล่าประโยชน์

ข้อ 18 ประเมิน สิ่งของที่ควรมีตามปกติ

หัวข้อนี้ มีสมมติฐานว่า ในการดำเนินชีวิตตามปกติขั้นพื้นฐานในวัฒนธรรมปัจจุบัน ควรที่บุคคลจะมีสิ่งของบางอย่างเหล่านี้

คำถามที่เสนอแนะ

สำหรับคำถามนี้ ควรจะมีสิ่งต่างๆใน 12 หัวข้อดังนี้

- ท่านมีการพกพา หรือสวมใส่สิ่งเหล่านี้หรือไม่

1. กระเป๋าตังค์

2. ภูเขา
 3. ใบอนุญาตขับขี่
 4. นาฬิกา
 5. บัตรเครดิต
 6. บัตรประกันชีวิต หรือบัตรประกันสุขภาพ หรือบัตรประกันสังคม
- ท่านมีสิ่งของเหล่านี้ในบ้านที่อยู่หรือไม่
1. แผนที่
 2. นาฬิกาปลุกส่วนตัว
 3. หวีหรือแปรงสำหรับแปรงผม
 4. ถูขนอน
 5. บัตรห้องสมุด
 6. แสตมป์สำหรับติดจดหมาย

0 - ไม่มี หรือไม่มีเกือบทั้งหมด (0 อย่าง)

1 -

2 - มีการขาดไปส่วนใหญ่ (3-4 อย่าง)

3 -

4 - ขาดไปปานกลาง (7-8 อย่าง)

5 -

6 - ขาดไปเล็กน้อยหรือไม่ขาดเลย (11-12 อย่าง)

ข้อ 19 ประเมินกิจกรรม ชีวิตตามปกติ

หัวข้อนี้มีสมมติฐานว่า การใช้ชีวิตตามปกติในสังคมปัจจุบัน จำต้องมีการเกี่ยวข้องกับกิจกรรมบางอย่าง

คำถามที่เสนอแนะ

สำหรับคำถามนี้ ต้องการหัวข้อเหล่านี้ 8 หัวข้อ

- หัวข้อเหล่านี้ ท่านเคยทำอะไรบ้างในช่วง 2 สัปดาห์

1. อ่านหนังสือพิมพ์

2. จ่ายเงินตามใบเก็บเงิน
3. เขียนจดหมาย
4. ไปดูหนังหรือดูละคร
5. ขับรถ หรือขึ้นรถประจำทางไปคนเดียว
6. ซื้อหาอาหาร
7. ซื้อของนอกเหนือจากอาหาร
8. รับประทานอาหารในร้านอาหาร
9. ซื้อหนังสือ หรือยืมหนังสือจากห้องสมุด
10. เข้าร่วมในการชุมนุมทางสังคม
11. เข้าดูการแข่งขันกีฬา
12. ไปสวนสาธารณะหรือสถานที่พักผ่อนอย่างอื่น

0-ไม่เคยทั้งหมด หรือเกือบทั้งหมด (0 อย่าง)

1-

2- ขาดเป็นส่วนใหญ่ (3-4 อย่าง)

3-

4- ขาดปานกลาง (7-8 อย่าง)

5-

6- ขาดน้อยมาก หรือไม่ขาดเลย

ข้อ 20 ประเมินความสามารถในการเข้าใจคนอื่น

หัวข้อนี้ต้องการประเมิน ความสามารถของบุคคลที่จะใส่ใจและเข้าใจถึงสภาพของบุคคลอื่นที่แตกต่างจากตน ในเรื่องของมุมมองที่แตกต่าง สภาพอารมณ์ และความคิดเห็น ซึ่งจะสะท้อนจากการอธิบายถึงปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และเขามีความคิดเห็นอย่างไรต่อความสัมพันธ์นั้น คำถามที่เฉพาะเจาะจงเพื่อกระตุ้นถึงการอธิบายและการประเมินถึงเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้อง สามารถทำได้ในข้อนี้ ถ้าข้อมูลที่ได้จากการสอบถามไม่เพียงพอ

คำถามที่เสนอแนะ

ลองพิจารณาดูว่า เพื่อนบางคนที่ท่านสนิทหรือใช้เวลาร่วมกันบ่อย มีอะไรที่เขารบ
กวนหรือสร้างความหงุดหงิดกับท่าน

- มีอะไรที่ท่านสร้างความหงุดหงิดหรือรบกวนเขา
- อะไรที่ท่านทำไปแล้วสร้างความพอใจกับเขา
- ถ้าเขาแสดงความไม่พอใจ ปกติท่านเคยทำอย่างไร
- ถ้าท่านมีข้อโต้เถียง หรือความเห็นไม่ตรงกับเขา ท่านแก้ไขปัญหานี้อย่างไร
- โดยปกติท่านไวต่อความรู้สึกของผู้อื่นหรือไม่
- ความรู้สึกของผู้อื่นมีผลกระทบต่อท่านมากไหม

0 – แสดงให้เห็นถึงความไม่สามารถเข้าใจถึงความคิดความรู้สึกของผู้อื่น

1 –

2 – แสดงถึงความสามารถเพียงเล็กน้อยในการเข้าใจถึงความคิดความรู้สึกของผู้อื่น

3 –

4 – เขาสามารถเข้าใจถึงความคิดความรู้สึกของผู้อื่น แต่มักจะเป็นไปตามความคิดเห็นส่วนตัว

5 –

6 – เขาสามารถเข้าใจถึงสภาพของบุคคลอื่นโดยตัวเขาเอง และสามารถเข้าใจถึงอารมณ์ความรู้สึกที่
ตอบสนองของผู้อื่น และใช้ความรู้เหล่านี้ในการปรับวิธีการตอบสนองของตน

ข้อ 21 ประเมินความสามารถในการมีปฏิสัมพันธ์ พุดคุยและอารมณ์กับผู้สัมภาษณ์

หัวข้อนี้ ต้องการประเมิน ความสามารถของบุคคลที่จะมีปฏิสัมพันธ์ พุดคุยและ
อารมณ์กับผู้สัมภาษณ์ เพื่อให้เขา รู้สึกมีอารมณ์ร่วมแสดงให้เขาเห็นถึงการเป็นคนที่มีส่วนร่วมและ
ตอบสนองในฐานะทั้งสองฝ่ายให้หรือรับในการสนทนา

เป็นการประเมินโดยรวมจากพื้นฐานการสัมภาษณ์ทั้งหมด

0 – ผู้สัมภาษณ์รู้สึก ถูกละเลยเป็นส่วนใหญ่ ไม่มีความรู้สึกร่วม พบมีปฏิกิริยาได้ตอบน้อยมาก

1 –

2 – ความมีส่วนร่วมน้อยมาก

3-

4- มีส่วนร่วมค่อนข้างจำกัด หรือแสดงออกโดยไม่แน่นอน

5-

6- มีส่วนร่วม และปฏิสัมพันธ์ด้วยดีตลอด



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

เติมข้อความหรือใส่เครื่องหมาย \surd ลงในช่อง () หน้าข้อความที่ตรงตามลักษณะที่เป็นจริง

1. เพศ () ชาย () หญิง
2. อายุ.....ปี
3. อาชีพ () รับราชการ () พนักงานบริษัท ธนาคาร
() ค้าขาย () เกษตรกร
() รับจ้างรายวัน () อื่นๆระบุ.....
4. ระดับการศึกษา.....
5. รายได้ของผู้ดูแล.....ต่อเดือน () เพียงพอ
() ไม่เพียงพอ ต้องการรายได้เพิ่มจาก.....
6. รายได้ของครอบครัว.....ต่อเดือน
7. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....
8. ระยะเวลาที่ให้การดูแลผู้ป่วย (นับจากวันที่เริ่มดูแล)ปีเดือน
9. จำนวนสมาชิกในครอบครัว.....คน

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบสอบถามความคิดเห็นของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

คำชี้แจง 1. ให้ท่านประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยที่ท่านดูแลเกี่ยวกับประสบการณ์ส่วนตัว ลักษณะของความสัมพันธ์ของบุคคลและความสามารถในการทำงาน

2. ข้อคำถามมี 20 ข้อ 4 ตัวเลือก กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ หน้าข้อที่แสดงถึงพฤติกรรมของผู้ป่วยที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน

1. ความสัมพันธ์ของผู้ป่วยกับสมาชิกในครอบครัวเป็นอย่างไร

ประเมินความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับสมาชิกในครอบครัวในบ้านเดียวกัน ที่มีความเป็นห่วงเป็นใยเกื้อกูล

- () ก. ผู้ป่วยมักอยู่คนเดียวไม่พูดคุยสนทนากับคนในครอบครัว
- () ข. ผู้ป่วยสนิทกับคนในครอบครัวเพียง 1 คน
- () ค. ผู้ป่วยสนิทกับทุกคนในครอบครัวยกเว้นคนใดคนหนึ่งเพียงคนเดียว
- () ง. ผู้ป่วยสนิทกับทุกคนในครอบครัว

2. ความสัมพันธ์กับเพื่อนสนิทของผู้ป่วยเป็นอย่างไร

ประเมินความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดที่ให้ความเอาใจใส่หรือเกื้อกูลซึ่งกันและกันกับบุคคลอื่นที่อยู่นอกครอบครัวของตน ยกเว้นความสัมพันธ์กับบุคลากรสุขภาพจิต

- () ก. ผู้ป่วยไม่มีเพื่อนสนิทเลย
- () ข. ผู้ป่วยมีเพื่อนสนิทเพียง 1 คน
- () ค. ผู้ป่วยมีเพื่อนสนิทมากกว่า 1 คน (2-3 คน)
- () ง. ผู้ป่วยมีเพื่อนสนิทหลายคน

3. นอกจากเพื่อนสนิทแล้วผู้ป่วยยังคบกับใครอีกหรือไม่

ประเมินคนที่ชอบพอกัน และทำกิจกรรมอะไรด้วยกัน สนใจด้วยกัน โดยไม่มีความรู้สึกใกล้ชิดเหมือนอย่างข้อ 1,2 โดยไม่นับบุคลากรสุขภาพจิต และสมาชิกในบ้าน

- () ก. ผู้ป่วยไม่คบใครอีกเลย
- () ข. ผู้ป่วยยังคบคนอื่นบ้างและมีเพียง 1 คน
- () ค. ผู้ป่วยยังคบคนอื่นบ้างมากกว่า 1 คน (2-3 คน)
- () ง. ผู้ป่วยยังคบคนอื่นอีกหลายคน

4. การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมของผู้ป่วย เช่น งานบวช งานแต่งงาน และงานเลี้ยงอื่นๆ เป็นอย่างไร

ประเมินการเข้ากิจกรรมกับคนอื่น เพื่อความเพลิดเพลิน โดยไม่รวมกิจกรรมที่เริ่มแรกที่มีจุดมุ่งหมายเช่น การงาน การเรียน

- () ก. ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม
- () ข. ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมบ้างแต่จำกัดเฉพาะอยู่กับกิจกรรมร่วมกันในครอบครัว
- () ค. ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้เองแต่นานๆครั้ง
- () ง. ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้อย่างสม่ำเสมอ

5. ผู้ป่วยมีความรู้สึกว่าได้รับความห่วงใยจากผู้อื่นอย่างไร

ประเมินว่ามีคนในสังคมห่วงใยในความเป็นอยู่ ทุกข์-สุขของผู้ป่วย ยกเว้นบุคลากรทางสุขภาพจิต

- () ก. ผู้ป่วยบอกหรือแสดงให้ท่านทราบว่าไม่มีใครห่วงใยในทุกข์-สุขของผู้ป่วยเลย
- () ข. ผู้ป่วยบอกหรือแสดงให้ท่านทราบว่าโดยเฉพาะคนในครอบครัวที่คอยห่วงใยในทุกข์-สุขของผู้ป่วย
- () ค. ผู้ป่วยบอกหรือแสดงให้ท่านทราบว่ายังมีใครบางคนนอกเหนือจากคนในครอบครัวที่คอยเป็นห่วงใยในทุกข์-สุขของผู้ป่วย
- () ง. ผู้ป่วยบอกหรือแสดงให้ท่านทราบว่าคนที่รู้จักผู้ป่วยมักจะแสดงความห่วงใยในทุกข์-สุขของผู้ป่วยเสมอ

6. การอยากริเริ่มในการเข้าสังคมของผู้ป่วยเป็นอย่างไร

ประเมินระดับความกระตือรือร้นในการเริ่มมีสัมพันธภาพกับใคร ที่ไหน อย่างไร

- () ก. ผู้ป่วยไม่สามารถริเริ่มการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้ด้วยตนเอง
- () ข. ผู้ป่วยมีชีวิตในสังคมโดยคล้อยตามคนอื่นหรือรอให้คนในครอบครัวริเริ่มให้
- () ค. ผู้ป่วยริเริ่มทำกิจกรรมในสังคมได้บ้างแต่เกิดจากความจำเป็น
- () ง. ผู้ป่วยสามารถริเริ่มทำกิจกรรมทางสังคมได้เองตามปกติ

7. การหลีกเลี่ยงสังคมของผู้ป่วยเป็นอย่างไร

ประเมินการระดับการหลีกเลี่ยงการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมด้วยความรู้สึกอึดอัด หรือไม่สนใจ

- () ก. ผู้ป่วยชอบอยู่บ้านคนเดียว
- () ข. ผู้ป่วยจะออกนอกบ้านเมื่อจำเป็นเท่านั้น
- () ค. ผู้ป่วยจะออกนอกบ้านเมื่อจำเป็นและเฉพาะกับคนในครอบครัวเท่านั้น
- () ง. ผู้ป่วยสามารถออกนอกบ้านได้ตามปกติ และไม่รู้สึกอึดอัดใจ

8. ความสัมพันธ์กับเพื่อนต่างเพศของผู้ป่วยเป็นอย่างไร

ประเมินระดับความสามารถในการสร้างความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับเพศตรงข้าม

- () ก. ผู้ป่วยไม่สนใจเพศตรงข้ามเลย
- () ข. ผู้ป่วยไม่สนใจเพศตรงข้าม แต่ยังมีการติดต่อเพศตรงข้ามบ้าง แต่เพียงผิวเผิน

- () ค. ผู้ป่วยสนใจเพศตรงข้าม และมีความรู้สึกพอใจในความสัมพันธ์นั้น
- () ง. ผู้ป่วยสนใจเพศตรงข้ามและมีความรู้สึกพอใจในความสัมพันธ์นั้น มีการแสดงออกทางเพศ และทางร่างกายอย่างเหมาะสม

9. ความสามารถในหน้าที่การงานของผู้ป่วยเป็นอย่างไร

ประเมินระดับความสามารถในหน้าที่การงาน มิได้ประเมินความถูกต้องหรือความสำเร็จ สำหรับพ่อ บ้าน แม่บ้าน ให้ประเมินว่ารับผิดชอบงานได้เต็มเวลาหรือบางส่วน

- () ก. ผู้ป่วยไม่ได้มีหน้าที่การงานที่ชัดเจน
- () ข. ผู้ป่วยรับผิดชอบงานที่ได้รับมอบหมายได้เป็นบางเวลา
- () ค. ผู้ป่วยรับผิดชอบงานที่ได้รับมอบหมาย ได้มากกว่าครึ่งแต่ไม่เต็มความสามารถ
- () ง. ผู้ป่วยรับผิดชอบทำงานได้เต็มเวลาและเต็มความสามารถ

10. ความสำเร็จของงานหรือกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยเป็นอย่างไร

ประเมินระดับความสำเร็จและความสมหวังกับมุ่งหวังในชีวิต ด้านที่คนอื่น ๆ ต้องการ

- () ก. ผู้ป่วยไม่พยายามทำงานหรือกิจวัตรประจำวันอะไรเลย
- () ข. ผู้ป่วยรับผิดชอบหรือกิจวัตรประจำวันของตนเองได้โดยต้องมีการกระตุ้น
- () ค. ผู้ป่วยรับผิดชอบหรือกิจวัตรประจำวันของตนเองได้
- () ง. ผู้ป่วยรับผิดชอบงานและกิจวัตรประจำวันของตนเองและเป็นประโยชน์กับผู้อื่น

11. ผู้ป่วยสามารถทำงานได้ตามความสามารถที่มีอยู่อย่างไร

ประเมินระดับความสามารถที่คงอยู่และผลสำเร็จในการประกอบอาชีพ

- () ก. ผู้ป่วยไม่สามารถทำงานได้ตามความสามารถที่มีอยู่อย่างสิ้นเชิง
- () ข. ผู้ป่วยสามารถทำงานได้ตามความสามารถที่มีอยู่ แต่ทำได้ไม่เต็มที่อย่างชัดเจนคือว่างงาน หรือกำลังหางานทำ
- () ค. ผู้ป่วยสามารถทำงานได้โดยที่ความสามารถของผู้ป่วยลดต่ำลงเพียงเล็กน้อย
- () ง. ผู้ป่วยสามารถทำงานได้ตามความสามารถที่มีอยู่และเหมาะสม

12. ผู้ป่วยมีความพอใจกับบทบาทหน้าที่การงานของตนเองอย่างไร

ประเมินความรู้สึกที่ผู้ป่วยรู้สึกสบายใจต่อการเลือกบทบาทของตน ระดับความพอใจ ความเพลิดเพลิน จากงานที่ทำ

- () ก. ผู้ป่วยไม่มีความสุขและไม่พอใจกับหน้าที่การทำงานอย่างมาก / ผู้ป่วยไม่ได้ทำงาน
- () ข. ผู้ป่วยไม่มีความสุขและไม่พอใจเล็กน้อย บางครั้งแสดงให้เห็นถึงความเบื่อหน่าย
- () ค. ผู้ป่วยไม่พอใจเล็กน้อยแต่ยังคงสามารถทำงานได้

() ง. ผู้ป่วยรู้สึกพอใจในงานที่ทำอยู่

13. การมีเป้าหมายของชีวิตของผู้ป่วยเป็นอย่างไร

ประเมินการมีเป้าหมายในชีวิตสำหรับผู้ป่วย ที่เป็นไปได้ตามความเป็นจริง

() ก. ผู้ป่วยไม่มีเป้าหมายในชีวิตและไม่มีการวางแผนใดๆ

() ข. ผู้ป่วยมีเป้าหมายและการวางแผนชีวิตเป็นบางครั้งแต่มีผลต่อชีวิตเล็กน้อย

() ค. ผู้ป่วยมีเป้าหมายและการวางแผนในชีวิตและมีความเป็นไปได้ในช่วงระยะสั้นๆ

() ง. ผู้ป่วยมีเป้าหมายและวางแผนในชีวิตและมีความเป็นไปได้ในช่วงระยะสั้นและระยะยาว

14. แรงจูงใจในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยเป็นอย่างไร

ประเมินขอบเขตที่ผู้ป่วยไม่สามารถเริ่มหรือคงไว้ซึ่งจุดมุ่งหมาย เนื่องจากแรงผลักดันไม่เพียงพอ

() ก. ผู้ป่วยไม่มีแรงจูงใจในการที่จะทำสิ่งต่างๆ ให้สำเร็จ

() ข. ผู้ป่วยดำเนินชีวิตได้แต่ขาดแรงจูงใจที่จะทำสิ่งใหม่ๆ

() ค. ผู้ป่วยมีแรงจูงใจแต่ไม่สามารถผ่านอุปสรรคไปได้ในการทำสิ่งต่างๆ

() ง. ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการทำสิ่งต่างๆ และสามารถแก้ปัญหาในชีวิตประจำวันได้

15. ผู้ป่วยมีความอยากรู้อยากเห็นในสิ่งรอบๆตัวอย่างไรบ้าง

ประเมินระดับความสนใจสิ่งรอบๆตัวของผู้ป่วย

() ก. ผู้ป่วยมีความอยากรู้อยากเห็นหรือสนใจหัวข้อหรือเหตุการณ์ใหม่ๆ น้อยมาก

() ข. ผู้ป่วยมีความอยากรู้อยากเห็นบางครั้งแต่ไม่พยายามที่จะเรียนรู้มากขึ้นเกี่ยวกับสิ่งเหล่านั้น

() ค. ผู้ป่วยมีความอยากรู้อยากเห็นและใช้ความคิดหรือสนใจในหัวข้อนั้นและบางครั้งพยายามที่จะเรียนรู้มากขึ้นเกี่ยวกับสิ่งเหล่านั้น

() ง. ผู้ป่วยมีความอยากรู้อยากเห็นและสนใจในหัวข้อนั้นๆ และพยายามที่จะเรียนรู้

16. ผู้ป่วยมีการแสดงออกถึงการมีความสุขอย่างไรบ้าง

ประเมินความสามารถของผู้ป่วยในการมีประสบการณ์ความพอใจ และมีอารมณ์ขัน

() ก. ผู้ป่วยแสดงออกถึงการไม่มีความสุขและไม่มีความสุขและมีอารมณ์ขันเลย

() ข. ผู้ป่วยแสดงออกถึงความรู้สึกพอใจบ้างและมีอารมณ์ขันน้อยมาก

() ค. บางครั้งผู้ป่วยแสดงออกถึงความรู้สึกพอใจและมีความสุขมีอารมณ์ขันเป็นช่วงๆ

() ง. ผู้ป่วยแสดงออกถึงความรู้สึกพอใจและมีความสุขมีอารมณ์ขันอย่างเหมาะสม

17. ผู้ป่วยใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์อย่างไรบ้าง

ประเมินปริมาณของเวลาที่ใช้ไปกับกิจกรรมต่างๆ

() ก. ผู้ป่วยมักใช้เวลาว่างในการนั่งๆนอนๆ

- () ข. ผู้ป่วยมักใช้เวลาว่างในการดูทีวีหรือฟังเพลง
- () ค. ผู้ป่วยใช้เวลาทำกิจกรรมที่มีประโยชน์ต่อตัวเอง
- () ง. ผู้ป่วยใช้เวลาทำกิจกรรมที่มีประโยชน์ตนเองและผู้อื่น

18. ผู้ป่วยมีสิ่งของที่จำเป็นสำหรับตัวเองคือ กระเป๋าตังค์ ญาญแจ บัตรประชาชน นาฬิกา บัตร ATM บัตรประกันสุขภาพ นาฬิกาปลุกส่วนตัว ทีวีหรือแปรงสำหรับแปรงผม กระเป๋าเดินทาง วิทยุ (10 อย่าง) ประเมินสิ่งของบางอย่างที่บุคคลควรมีในดำเนินชีวิตตามปกติขั้นพื้นฐานในวัฒนธรรมปัจจุบัน

- () ก. ผู้ป่วยไม่มีสิ่งของเหล่านี้เลย
- () ข. ผู้ป่วยมีสิ่งเหล่านี้ 1-3 อย่าง
- () ค. ผู้ป่วยมีสิ่งเหล่านี้ 4-6 อย่าง
- () ง. ผู้ป่วยมีสิ่งเหล่านี้ 7-10 อย่าง

19. ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมเหล่านี้คือ อ่านหนังสือพิมพ์ ไปดูหนัง ติดต่อทางโทรศัพท์ ขับรถหรือขึ้นรถประจำทางคนเดียว ซื้ออาหาร รับประทานอาหารในร้านอาหาร ซื้อหนังสือ จ่ายเงินตามใบเก็บเงิน ชื่อของนอกเหนือจากอาหาร ไปสวนสาธารณะ (10 กิจกรรม)

ประเมินการใช้ชีวิตตามปกติในสังคมปัจจุบันซึ่งจำเป็นต้องเกี่ยวข้องในกิจกรรมบางอย่าง

- () ก. ผู้ป่วยไม่เคยทำกิจกรรมเหล่านี้เลย
- () ข. ผู้ป่วยเคยทำกิจกรรมเหล่านี้ 1-3 กิจกรรม
- () ค. ผู้ป่วยเคยทำกิจกรรมเหล่านี้ 4-6 กิจกรรม
- () ง. ผู้ป่วยเคยทำกิจกรรมเหล่านี้ 7-10 กิจกรรม

20. ผู้ป่วยเข้าใจความรู้สึกของผู้อื่นอย่างไรบ้าง

ประเมินความสามารถของผู้ป่วยที่ที่จะใส่ใจหรือเข้าใจถึงสภาพของบุคคลอื่นที่แตกต่างจากตน

- () ก. ผู้ป่วยไม่คำนึงถึงความรู้สึกของผู้อื่น
- () ข. ผู้ป่วยเข้าใจความรู้สึกของผู้อื่นเพียงเล็กน้อย
- () ค. ผู้ป่วยเข้าใจความคิดความรู้สึกของผู้อื่นแต่มักจะเป็นไปตามความคิดเห็นส่วนตัว
- () ง. ผู้ป่วยเข้าใจความคิดความรู้สึกของผู้อื่นตามสภาพของบุคคลนั้นๆ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสุจรรยา แสงเขียวงาม เกิดเมื่อวันที่ 3 กรกฎาคม 2507 กรุงเทพมหานคร สำเร็จการศึกษาประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และนวดกรรมวิธีชั้นสูง จากวิทยาลัยพยาบาลกรุงเทพ ปีการศึกษา 2529 และเข้าศึกษาต่อในหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อ พ.ศ.2543 โดยได้รับทุนการศึกษาจากโรงพยาบาลสมเด็จพระยา กรมสุขภาพจิต ปัจจุบันรับราชการตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 7 โรงพยาบาลสมเด็จพระยา กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย