หอสมุดกลาง สถาบันวิทยบริการ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 2

ทฤษฎี แนวคิด เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาความรู้ทฤษฎี แนวคิด เอกสาร และงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้รวบรวมรายละเอียดเกี่ยวกับหัวข้อสำคัญตามลำดับดังนี้ ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท (Schizophrenia) กลุ่มบำบัดสำหรับผู้ป่วยจิตเวช การฝึกทักษะสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal Relation Skill Training) และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

โรคจิตเภท

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคจิตที่เกิดจากสาเหตุทางอารมณ์หรือจิตใจ (Functional) และพบมากที่สุด (สุวัทนา อารีพรรค, 2524)

โรคจิตเภท เป็นโรคจิตชนิดหนึ่งที่มีลักษณะเฉพาะ คือ มีความคิด อารมณ์ การรับรู้ และบุคลิกภาพที่ผิดปกติไปโดยที่ยังมีความรู้สึกตัวอยู่ (ไม่หมดสติ ไม่มึนงง ไม่สับสน) และมีสติปัญญาอยู่ในสภาพปกติ

ความคิดที่ผิดปกติ คือ ความคิดขาดความต่อเนื่อง ไม่มีจุดหมาย คิดอะไรที่ไม่เป็นไปตามความจริง มีความหลงผิด จะเห็นได้จากผู้ป่วยมักพูดเรื่องนี้แล้วเปลี่ยนไปเรื่องโน้น ไม่ประติดประต่อกัน พูดวกวนไม่จบสิ้น หรือพูด ๆ ไปแล้วหยุด แล้วจึงเริ่มเรื่องใหม่ บางครั้งพูดคำแปลก ๆ ที่ฟังไม่เข้าใจในประโยคเดียวกัน บางครั้งคิดว่าคนอื่นนินทาว่าร้าย คิดว่าคนจะทำร้าย คิดว่าตนเป็นผู้ทรงอิทธิฤทธิ์ ฯลฯ

อารมณ์ที่ผิดปกติ การแสดงออกของอารมณ์จะไม่สอดคล้องกับสิ่งต่าง ๆ รอบตัว เช่น เฉยเมย นั่งทื่อ ในขณะที่คนอื่นพูดคุยกันสนุกสนาน หรืออยู่ ๆ ก็นั่งหัวเราะก๊ากก๊ากแบบเด็ก ๆ ไม่สมเหตุสมผล มีอารมณ์แบบสองจิตสองใจ เช่น ทั้งรักทั้งเกลียด อยากทำไม่อยากทำ การทำอะไรผู้ป่วยมักจะนึกถึงแต่ตัวเอง ขาดความเห็นใจผู้อื่น

การรับรู้ที่ผิดปกติ มีหลายแบบ เช่น ได้กลิ่นแปลก ๆ รสแปลก ๆ รู้สึกว่ามีอะไรไต่ตามตัว มีประสาทหลอนทางตา หู ซึ่งมักเกิดร่วมกับความคิดหลงผิด เช่น เมื่อคิดว่าคนจะทำร้าย

ผู้ป่วยก็อาจจะเห็นว่ามีคนถือปืนมาชุ่มยิง ที่พบบ่อยคือ ประสาทหลอนทางหูที่เรียกว่า หูแว่ว ผู้ป่วยอาจได้ยินเสียงด่าก็ด่าตอบไป หรือหากได้ยินเสียงสั่งให้ทำอะไรก็จะทำตาม หรือแสดงกริยาตอบโต้ในลักษณะต่าง ๆ

บุคลิกที่ผิดปกติ เช่น ชืม แยกตัวเอง เก็บตัวอยู่แต่ในห้อง ไม่เอาใจใส่ตัวเองในเรื่องการอาบน้ำ การแต่งตัว ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ทำอะไรแปลก ๆ ถ้าเป็นมากอาจถึงกับพูดไม่ได้เรื่องราว เอะอะ คลุ้มคลั่ง ดื้อดึง

โรคจิตเภทนี้พบได้ประมาณ 1% ของคนทั่วไป ในโรงพยาบาลจิตเวช จะมีผู้ป่วยโรคนี้อยู่ประมาณ 50-80% ผู้ที่เริ่มเป็นมักอยู่ในวัยรุ่นหรือวัยหนุ่มสาว อาการของโรคส่วนใหญ่จะเป็นไปอย่างช้า ๆ มีแนวโน้มที่จะเสื่อมจนกลายเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยโรคนี้จำเป็นต้องได้รับการรักษา และยิ่งรักษาได้เร็วเท่าใดก็จะเป็นผลดีต่อผู้ป่วยมากขึ้นเท่านั้น การฟื้นฟูสมรรถภาพภายหลังการรักษาเพื่อป้องกันความเสื่อมเป็นสิ่งที่สำคัญพอ ๆ กับการรักษาเลยทีเดียว

สาเหตุ

1. กรรมพันธุ์ ได้มีผู้ศึกษาค้นคว้าหลายคนสรุปว่า กรรมพันธุ์น่าจะมีส่วนเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคจิตเภท เพราะจากการศึกษาพบว่า อัตราการเกิดโรคในประชากรทั่วไปมีเพียงร้อยละ 1 แต่ในบิดามารดาที่มีบุตรป่วยด้วยโรคจิตเภทมีโอกาสป่วยด้วยโรคนี้ร้อยละ 5 ในพี่น้องของผู้ป่วยมีโอกาสป่วยด้วยร้อยละ 8 และบุตรของผู้ป่วยมีโอกาสป่วยด้วยร้อยละ 10 ในแฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกัน ถ้าคนใดป่วย อัตราป่วยของแฝดอีกคนหนึ่งจะสูงกว่าในแฝดชนิดไข่คนละใบถึงร้อยละ 30-40

2. ชีวเคมีของสมอง จากการศึกษาวิจัยพบว่า สารสื่อประสาท (Neurotransmitters) และเมตาโบไลท์ (Metabolites) ของสารสื่อประสาทในสมองส่วนกลางหลายตัว เช่น อะซิติลโคลีน (Acetylcholine) โดปามีน (Dopamine) นอร์อิพิเนฟฟริน (Norepinephrine) และซีโรโตนิน (Serotonin) เป็นสาเหตุของโรคจิตเภท

3. บุคลิกภาพ ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมักมีบุคลิกภาพที่โน้มเอียงไปในทางที่จะเป็นอยู่แล้ว คือ เป็นคนเก็บตัว ไม่ชอบเข้าสังคม ไม่มีเพื่อน พูดน้อย ไม่ไว้ใจคน ช่างระแวง แล้งน้ำใจ ประหม่าง่าย และอารมณ์แปรปรวนง่ายกว่าคนธรรมดาทั่วไป

4. สาเหตุทางสภาพแวดล้อม เช่น ความสัมพันธ์ในครอบครัวไม่ดี พ่อแม่มีความขัดแย้งกันบ่อย ๆ มีชีวิตสมรสไม่ราบรื่น การดำเนินชีวิตในครอบครัวแตกแยก การขาดความรักความอบอุ่นในวัยเด็ก และได้รับการเลี้ยงดูอย่างไม่เหมาะสม อาทิเช่น การควบคุมมากจนเกินไป การประคับประคองจนเกินไป การมีแม่ที่อารมณ์ขึ้น ๆ ลง ๆ เดี๋ยวดีเดี๋ยวร้าย รวมถึงการแสดงออกแบบพูดอย่างทำอย่าง (Double bind communication)

เกณฑ์การวินิจฉัยตาม DSM III R

เกณฑ์การวินิจฉัยตาม DSM III R โรเบิร์ต และวิลเลียมส์ (Robert and Williams, 1987) สรุปไว้ดังนี้

A. ในระยะที่ไม่สบายแสดงอาการทางจิต ตามข้อ (1) หรือ (2) หรือ (3) อย่างน้อยหนึ่งสัปดาห์ (เว้นแต่ว่าอาการเหล่านั้นได้รับการรักษาแล้ว)

(1) มีอาการสองอย่างในต่อไปนี้

(a) หลงผิดชนิดต่าง ๆ

(b) ประสาทหลอน (ตลอดวันเป็นเวลาหลายวัน หรือหลายครั้งในหนึ่งสัปดาห์ เป็นเวลาหลายสัปดาห์ ไม่ว่าอาการประสาทหลอนแต่ละชนิดที่เกิดขึ้นนั้นจะเป็นเพียงชั่วเวลาสั้น ๆ ก็ตาม)

(c) กระแสคำพูดไม่ติดต่อกัน หรือพูดไม่ได้ใจความเกิดจากความคิดที่ปราศจากเหตุผลอย่างมาก หรือคำพูดที่หาสาระไม่ได้

(d) พฤติกรรมแบบ Catatonic

(e) อารมณ์เฉยเมย หรืออารมณ์ไม่สอดคล้องกับเรื่องราวต่าง ๆ

(2) มีอาการหลงผิดแบบแปลก ๆ (ซึ่งเกิดขึ้นจากประสบการณ์ทางวัฒนธรรมของผู้ป่วยเอง) อันได้แก่ Thought broadcasting, being controlled by a dead person

(3) ประสาทหลอน ได้อธิบายไว้แล้วใน (1)(b) ข้างบน อาจจะเป็นเสียงหลอนที่มีเรื่องราวไม่ชัดเจนเกี่ยวข้องกับความเศร้าหรือความสนุกสนาน หรือเป็นเสียงวิพากษ์

วิจารณ์ถึงพฤติกรรมหรือความคิดของผู้นั้นตลอดเวลา หรือเป็นเสียงของคนสองคนหรือหลายคนสนทนากัน

B. ในขณะที่ไม่สบาย การทำหน้าที่ต่าง ๆ เช่น การทำงาน การเข้าสังคม และการดูแลตัวเองจะเสื่อมลงเมื่อเทียบกับระยะก่อนไม่สบาย (หรือเมื่อเกิดอาการในช่วงวัยเด็กหรือวัยรุ่น ระดับพัฒนาการทางสังคมจะล้มเหลว)

C. ต้องแยกการวินิจฉัยจากอาการของ Schizoaffective Disorder และ Mood Disorder with Psychotic Features ถ้าผู้ป่วยมีอาการของ Major Depressive หรือ Manic Syndrome ในระยะ Active

D. แสดงอาการต่าง ๆ ต่อเนื่องกันอย่างน้อยหกเดือน โดยมีอาการใน Active phase ร่วมด้วย (หนึ่งสัปดาห์หรือน้อยกว่า/ถ้าอาการเหล่านั้นได้รับการรักษา) ในขณะที่มีอาการทางจิต (อาการใน A) อาจจะมีหรือไม่มีระยะ Prodomal phase หรือ residual phase ดังได้อธิบายดังนี้

Prodomal Phase : เกิดความเสื่อมโทรมในหน้าที่การงานอย่างเห็นได้ชัดก่อนหน้าที่จะเข้าสู่ Active phase ของความไม่สบาย ทั้งนี้มิได้เนื่องมาจากความปรวนแปรของอารมณ์ หรือ Substance Use Disorder และก่อให้เกิดอาการอย่างน้อยสองประการดังที่จะกล่าวต่อไป

Residual Phase : เป็นช่วงหลัง Active phase ของความไม่สบาย มีอาการอย่างน้อยสองอย่างในประการต่อไปนี้ ทั้งนี้มิได้เนื่องมาจากความปรวนแปรของอารมณ์ หรือ Substance Use Disorder

Prodomal หรือ Residual Symptoms

(1) แยกตัวเองหรือถดถอยออกจากสังคม

(2) เกิดความบกพร่องในการทำหน้าที่อย่างมาก ไม่ว่าจะเป็นลูกจ้าง, นักเรียน, แม่บ้าน

(3) แสดงพฤติกรรมประหลาด (เช่น เก็บสะสมขยะมูลฝอย, พูดคนเดียวในที่สาธารณะ, เก็บสะสมอาหาร)

(4) เกิดความบกพร่องในการดูแลอนามัยส่วนตัว

(5) อารมณ์เฉยเมยหรือไม่สอดคล้องกับเหตุการณ์เรื่องราวต่าง ๆ

(6) พูดวกวน เคลือบคลุมต่อเติมรายละเอียด อ้อมค้อม หรือพูดไม่ได้เรื่องราว

(7) มีความเชื่อแปลก ๆ วิตถาร หรือมีความคิดในเรื่องเวทมนต์คาถา ของวิเศษ เช่น ถือโชคลาง พูดยกเมฆแสดงตนเป็นผู้วิเศษ ไทรจิต "sixth sense" ผู้อื่นสามารถล่วงรู้ความรู้สึกของตนได้ ความคิดฟุ้งซ่าน มี ideas of reference

(8) มีประสบการณ์ในการรับรู้ต่าง ๆ ผิดปกติ เช่น แปลภาพต่าง ๆ ผิดไป รู้สึกว่ามีพลังหรือบุคคลอยู่ในที่นั้น ๆ ซึ่งจริงแล้วไม่มี

(9) ไม่มีความคิดสร้างสรรค์ ความสนใจ หรือพลังที่จะทำสิ่งต่าง ๆ

<u>ตัวอย่างต่าง ๆ</u> :

มีอาการนำ (Prodomal symptoms) นานหกเดือน กับอาการต่าง ๆ ในข้อ A หนึ่งสัปดาห์ หรือไม่มีอาการนำแต่มีอาการต่าง ๆ ใน A นานหกเดือน หรือไม่มีอาการนำแต่มีอาการต่าง ๆ ใน A หนึ่งสัปดาห์ และมีอาการที่หลงเหลืออยู่ (Residual symptoms) หกเดือน

E. อาการผิดปกติทางจิตใจต่าง ๆ มิได้เกิดจากสาเหตุทางร่างกาย

F. ถ้ามีประวัติของ Autistic Disorder การจะวินิจฉัยเพิ่มเติมว่าเป็น Schizophrenia นั้นได้ต่อเมื่อมีอาการหลงผิดหรือประสาทหลอนชนิดต่าง ๆ ชัดเจน

การแบ่งชนิดของโรคจิตเภท

1. <u>Catatonic Type</u> มีลักษณะดังนี้

A. Catatonic stupor (การตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมและ/หรือการเคลื่อนไหวกิจกรรมต่าง ๆ ลดลงมาก) หรือไม่พูด

B. Catatonic negativism (ไม่เคลื่อนไหว ไม่ทำตามคำสั่งต่อต้านคำแนะนำ หรือความพยายามที่จะจับให้เคลื่อนไหว)

C. Catatonic rigidity (เมื่อถูกจับให้เคลื่อนไหวก็จะแข็งตัวอยู่ในท่าเดิม)

D. Catatonic excitement (เคลื่อนไหวรวดเร็วอย่างไม่มีจุดมุ่งหมายและไม่เกี่ยวข้องกับสิ่งกระตุ้นจากภายนอก)

E. Catatonic posturing (จงใจอยู่ในท่าที่ไม่เหมาะสมหรือท่าพิเปลก ๆ)

2. Disorganized Type มีลักษณะดังนี้

A. Incoherence, loosening of associations หรือพฤติกรรมเบี่ยงเบนไม่เป็นระบบอย่างมาก

B. อารมณ์เฉยเมยหรือไม่สอดคล้องกับเหตุการณ์อย่างมาก

C. ไม่พบอาการของ Catatonic type

3. Paranoid Type มีลักษณะดังนี้

A. มีอาการหลงผิดอย่างเป็นระบบหรือมีประสาทหลอนทางหูบ่อยครั้ง ซึ่งเกี่ยวข้องกับเรื่องใดเรื่องหนึ่ง

B. ไม่มีอาการต่าง ๆ ต่อไปนี้ Incoherence, loosening of association อารมณ์เฉยเมยหรือไม่สอดคล้องกับเหตุการณ์, พฤติกรรม Catatonic พฤติกรรมเบี่ยงเบนไม่เป็นระบบอย่างมาก เกณฑ์วินิจฉัย Specify stable type ถ้าพบว่ามีอาการทั้ง A และ B ในช่วง Active phase ตลอดเวลาของความผิดปกติ

4. Residual Type

A. ไม่มีอาการหลงผิด, ประสาทหลอน, incoherence หรือพฤติกรรมเบี่ยงเบนไม่เป็นระบบอย่างมาก

B. มีอาการผิดปกติที่พบใน Residual symptom สองอย่างหรือมากกว่าตามเกณฑ์วินิจฉัย D

5. Undifferentiated Type

A. มีอาการหลงผิด, ประสาทหลอน, incoherence หรือพฤติกรรมเบี่ยงเบนไม่เป็นระบบ

B. ไม่พบอาการในลักษณะของ Paranoid, Catatonic หรือ Disorganized Type

อาการแสดงของผู้ป่วยจิตเภทที่พบได้ในคลินิค แบ่งออกได้เป็น 4 ระยะ คือ

1. ระยะรุนแรง ผู้ป่วยจะมีอาการเอะอะ วุ่นวาย พูดพร่ำตลอดเวลา ไม่สนใจตัวเองและสิ่งแวดล้อม หรือมีความสนใจแต่น้อยมาก ไม่มีสมาธิ สนใจอะไรได้ไม่นาน ไม่รับประทานอาหาร ไม่นอน หรืออาจมีอาการซึมเศร้ามาก แยกตัวเองไม่สนใจอะไรเลย สีหน้าเฉยเมยไม่ยินดียินร้าย หรืออาจจะก้าวร้าว ดุร้าย ทำลายของ ทำร้ายผู้อื่น ในระยะนี้มักจะพบในผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในระยะ 1-2 วันแรก เมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลที่ถูกต้อง อาการก็จะดีขึ้นในเวลาอันรวดเร็ว

2. ระยะค่อนข้างสงบ ผู้ป่วยจะพูดคุยโต้ตอบได้ใจความขึ้น เริ่มสนใจตัวเองและสิ่งแวดล้อม มีสมาธิมากขึ้น เริ่มสนใจต่อกิจกรรมต่าง ๆ แต่ลักษณะอารมณ์มักจะเปลี่ยนแปลงง่าย ต้องการความสนใจจากบุคคลแวดล้อม ระยะนี้เหมาะที่จะเริ่มดึงผู้ป่วยให้กลับมาสู่ความเป็นจริง กลับเข้าสู่สังคม จะช่วยให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้และเกิดการปรับตัวได้ แต่ผู้ป่วยบางคนอาจมีพฤติกรรมยอมรับหรือต่อต้านการรักษาพยาบาลได้เช่นกัน

3. ระยะสงบ ผู้ป่วยจะมีสีหน้าแจ่มใส ท่าทางผ่อนคลาย เป็นมิตรมากขึ้น พูดคุยโต้ตอบได้ใจความ มีเนื้อหาสาระมากขึ้น สนใจตัวเองและสิ่งแวดล้อมดี สนใจร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ต้องการแสดงออก ต้องการเป็นที่ยอมรับของหมู่คณะ สนใจเรื่องความสวยงาม เรื่องเพศตรงข้าม การทำงานของร่างกายระบบต่าง ๆ ปกติ รับประทานอาหารได้และนอนหลับ เตรียมพร้อมที่จะกลับสู่สังคมภายนอกโรงพยาบาล

4. ระยะรอจำหน่ายจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยจะมีอาการทางจิตสงบดี แจ่มใส พูดคุยดี มีเหตุผล มีการตัดสินใจที่ดี มีสมาธิ มีความเชื่อมั่นในตัวเอง ได้รับการเตรียมตัวเตรียมใจ ให้พร้อมที่จะเผชิญกับปัญหาในสังคม รับรู้และเข้าใจวิธีการปฏิบัติตัวเมื่ออยู่ในสังคม การติด

ตามผลการรักษา การสังเกตอาการผิดปกติของตนเอง และแหล่งที่จะให้ความช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยมีปัญหาทางจิตใจในสังคม หรือชุมชนที่ผู้ป่วยสะดวกจะไปหาได้

กลุ่มบำบัดสำหรับผู้ป่วยจิตเวช

การจัดกลุ่มกิจกรรม (ถวิล นภาพงศ์สุริยา, 2531) เป็นวิธีการหนึ่งในการรักษาผู้ป่วยจิตเวช โดยให้สมาชิกกลุ่มซึ่งประกอบด้วยผู้ป่วยตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป มีปฏิกิริยาโต้ตอบซึ่งกันและกัน โดยใช้กิจกรรมกลุ่มต่าง ๆ เป็นสื่อให้ผู้ป่วยกระทำร่วมกัน เพื่อนำไปสู่การยอมรับของสังคม เรียนรู้ที่จะเข้าใจสมาชิกคนอื่น สร้างสัมพันธภาพที่ดี ฟื้นฟูสมรรถภาพและปรับปรุงพฤติ-กรรมไปในทางที่ดีขึ้น โดยมีกิจกรรมกลุ่มแต่ละชนิดสำหรับผู้ป่วยจิตเวช ช่วยให้สมาชิกกลุ่มเข้าใจถึงวัตถุประสงค์และให้ความร่วมมือซึ่งกันและกัน ส่วนการที่จะเลือกใช้กิจกรรมชนิดใดในการจัดกลุ่มแต่ละครั้งนั้น ก็ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของการรักษา เป้าหมายที่ผู้ป่วยจะได้รับ โรคและสภาพอาการของผู้ป่วยขณะนั้น รวมทั้งนโยบายและสิ่งแวดล้อมของหน่วยงานนั้น ๆ

องค์ประกอบของการจัดกลุ่มกิจกรรม

ในการจัดกลุ่มกิจกรรมเพื่อการบำบัดรักษาพยาบาลผู้ป่วยจิตเวช จะต้องประกอบด้วยองค์ประกอบต่อไปนี้ คือ

1. สถานที่ สถานที่ที่ใช้สำหรับจัดกลุ่มกิจกรรมผู้ป่วย ต้องให้เหมาะสมกับลักษณะของกิจกรรมแต่ละชนิด มีอุปกรณ์ที่จำเป็น เช่น โต๊ะ เก้าอี้ และต้องคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยในสถานที่นั้น ๆ ด้วย เช่น พื้นไม่ลื่นเกินไป ห้องไม่ควรมีอุปกรณ์เฟอร์นิเจอร์ที่ไม่จำเป็นมากเกินไป ซึ่งอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยได้

2. ผู้นำกลุ่ม ผู้ที่ทำหน้าที่เป็นผู้นำเพื่อให้กลุ่มดำเนินไปด้วยความเรียบร้อยตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ ดูแลให้สมาชิกกลุ่มได้ทำกิจกรรมร่วมกันให้บรรลุเป้าหมาย เป็นผู้รับฟังที่ดี คอยกระตุ้นให้สมาชิกทุกคนมีโอกาสในการแสดงออก แสดงความคิดเห็นในขณะเข้ากลุ่มให้มากที่สุด ผู้ที่ทำหน้าที่เป็นผู้นำกลุ่มเหล่านี้คือ บุคลากรในทีมจิตเวช ได้แก่ พยาบาล นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นักอาชีวบำบัด เป็นต้น ซึ่งจะต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ ความชำนาญ ในการเป็นผู้นำกิจกรรมกลุ่มแต่ละชนิด

3. สมาชิกกลุ่ม ได้แก่ ผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการดีขึ้นพอที่จะเข้าร่วมกลุ่มได้ทั้งชายและหญิง จำนวนในแต่ละกลุ่มไม่ควรมากหรือน้อยเกินไปขึ้นอยู่กับชนิดของกิจกรรม โดยเฉลี่ยประมาณ 12-15 คน อย่างมากไม่ควรเกิน 20 คน เพราะจะทำให้กลุ่มขาดสมาธิ พูดคุยกันเอง และผู้นำกลุ่มไม่สามารถดูแลกระตุ้นได้ทั่วถึง ยกเว้นกิจกรรมบางชนิดที่จัดเป็นกลุ่มใหญ่และไม่จำกัดจำนวนสมาชิก

4. กิจกรรมกลุ่ม ได้แก่ ชนิดของกิจกรรมต่าง ๆ ที่นำมาใช้เป็นสื่อหรือเครื่องมือในการจัดกลุ่มเพื่อการรักษาพยาบาล โดยกำหนดเวลาของกิจกรรมไว้ให้แน่ชัดในแต่ละวัน ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมหลาย ๆ ชนิดไม่ซ้ำกัน กิจกรรมควรเลือกให้เหมาะสมกับโรค อาการและสภาพของผู้ป่วยขณะนั้น และกิจกรรมที่ให้สมาชิกทุกคนมีส่วนร่วมให้มากที่สุด ยืดหยุ่น หรือเปลี่ยนแปลงได้ตามความเหมาะสมและความจำเป็น ถ้าเป็นไปได้ควรจัดกิจกรรมทั้งภายในและภายนอกหอผู้ป่วยหรือโรงพยาบาล เป็นการเปลี่ยนแปลงบรรยากาศ ความจำเจและให้โอกาสผู้ป่วยได้ทดลองกลับสู่สภาพสังคมที่เป็นจริง จะช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวได้ดีขึ้น เมื่อถึงเวลาที่จะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์ของการจัดกลุ่มกิจกรรม

1. ช่วยให้ผู้ป่วยมีโอกาสเรียนรู้การสร้างสัมพันธภาพ และฝึกฝนการปรับตัวให้เข้ากับผู้อื่น เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสม และเป็นที่ยอมรับของสังคมได้

2. ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกตนเองยังมีคุณค่า เป็นที่ยอมรับของกลุ่มและบุคคลอื่น ทำให้เกิดมีความหวังและมีความมั่นใจในตนเองมากขึ้นที่จะรักษา

3. ช่วยให้ผู้ป่วยได้ฟื้นฟูความรู้ความสามารถของตนเอง และเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ เพิ่มขึ้น

4. เป็นการเตรียมผู้ป่วยเพื่อกลับสู่สภาพสังคมเดิม ให้สามารถเผชิญปัญหาและหาแนวทางแก้ไขปัญหาด้วยตนเองได้อย่างเหมาะสม

5. ให้ผู้ป่วยรู้จักใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์แทนการแยกตัวเอง หรือหมกมุ่นครุ่นคิดอยู่กับปัญหาของตนเองจนไม่สนใจสิ่งแวดล้อม

6. ช่วยในการประเมินปัญหาของผู้ป่วยโดยการสังเกตจากพฤติกรรม การแสดงออกทั้งคำพูด การกระทำ กิริยาท่าทางว่าเหมาะสมหรือไม่ หรือเป็นปัญหา เพื่อจะได้เป็นแนวทางในการวางแผนให้การรักษาพยาบาลต่อไป

7. ช่วยให้เกิดความสนุกสนานเพลิดเพลิน และผ่อนคลายความตึงเครียดให้กับผู้ป่วย

ชนิดของกลุ่มกิจกรรม

กิจกรรมกลุ่มที่จัดขึ้นเพื่อใช้ในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชมีหลายชนิด ได้แก่

1. กลุ่มชุมชนบำบัด (Group Therapeutic Community) เป็นกลุ่มที่จัดขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยและบุคลากรในทีมการรักษาพยาบาลมาประชุมร่วมกันเพื่อช่วยกันแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจากการอยู่ร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่กับผู้ป่วย ผู้ป่วยกับผู้ป่วย รวมทั้งสภาพความเป็นอยู่ภายในตึกผู้ป่วยและภายในโรงพยาบาล โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยแสดงความรู้สึก ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะต่าง ๆ

2. กลุ่มนันทนาการบำบัด (Group Recreation Therapy) เป็นกิจกรรมกลุ่มที่ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความสนุกสนานเพลิดเพลิน และฝึกทักษะในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น ได้แก่ การร้องเพลง เต้นรำ การแสดง เกมส์ต่าง ๆ กีฬากลางแจ้ง กีฬาในร่ม การเล่านิทาน ทายปัญหา อ่านหนังสือ ฟังเพลง ดูโทรทัศน์ เป็นต้น โดยมีบุคลากรในทีมเข้าร่วมกิจกรรมด้วย

3. กลุ่มอาชีวบำบัด (Group Occupational Therapy) เป็นกิจกรรมที่นำมาใช้ในการรักษาพยาบาล โดยการให้ผู้ป่วยทำงานตามความสามารถ เพื่อฟื้นฟูผู้ป่วยให้กลับสู่สภาพเดิม ส่งเสริมคุณค่าในตัวเองของผู้ป่วย ทำให้เกิดความภาคภูมิใจในผลงานที่ทำ และช่วยให้ผู้ป่วยได้ระบายอารมณ์ออกมา และเกิดความเพลิดเพลิน นอกจากนี้ยังเป็นการฝึกทักษะทางด้านอาชีพให้กับผู้ป่วย กิจกรรมที่ทำมีหลายประเภท ทั้งงานหัตถกรรม เช่น การเย็บปักถักร้อย การทอเสื่อ การประดิษฐ์ของใช้งานและของสวยงามต่าง ๆ การปั้น การแกะสลัก เป็นงานฝีมือที่ฝึกการใช้สายตาและมือให้ทำงานประสานกัน หรืองานกสิกรรม เช่น ทำสวนครัว ปลูกต้นไม้ เป็นต้น

4. กลุ่มอ่านหนังสือ (Group Reading Therapy) เป็นกลุ่มที่จัดขึ้นเพื่อเพิ่มพูนความรู้ข่าวสารเหตุการณ์ต่าง ๆ ในสังคมปัจจุบันให้กับผู้ป่วยได้รับรู้ในฐานะที่เป็นส่วนหนึ่งของสังคม เพื่อที่จะได้ปรับตัวให้เหมาะสมได้

5. กลุ่มเสริมแรงจูงใจ (Group Remotivation Therapy) เป็นกิจกรรมที่ช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งด้านร่างกาย และจิตใจของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาลเป็น

เวลานานให้สามารถสร้างสัมพันธภาพ และปรับตัวเข้ากับผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม ช่วยลดอาการแยกตัวของผู้ป่วย และช่วยให้ผู้ป่วยได้ทบทวนความรู้ความสามารถของตนเองที่มีอยู่เดิมมาใช้ให้เป็นประโยชน์ กิจกรรมที่นำมาจัดในการทำกิจกรรมกลุ่มแรงจูงใจมีหลายชนิด เช่น กิจกรรมเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย อาชีพ การบันเทิง เป็นต้น

6. กลุ่มพัฒนาการบำบัด เป็นกลุ่มที่ให้ผู้ป่วยช่วยกันทำความสะอาด จัดความเป็นระเบียบเรียบร้อยของหอผู้ป่วยที่อยู่และความสวยงามบริเวณรอบ ๆ หอผู้ป่วยและโรงพยาบาล ทำให้บรรยากาศน่าอยู่ยิ่งขึ้น ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกภาคภูมิใจ มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้นเพื่อส่วนรวม

7. กลุ่มภาพสะท้อน (Group Projective) มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้ป่วยได้แสดงความรู้สึกนึกคิดของตนเองออกมาโดยใช้การวาดภาพ การปั้นดินน้ำมัน หรืออุปกรณ์ต่าง ๆ ที่จัดให้เป็นสื่อในการแสดงออกซึ่งจะสะท้อนให้ทราบถึงความต้องการอาการของผู้ป่วยขณะนั้น ความขัดแย้งต่าง ๆ โดยอาศัยการสังเกตลักษณะของรูปภาพลายเส้น การใช้สี ฯลฯ และจากการที่ผู้ป่วยชี้ให้เห็นถึงความถูกต้องเหมาะสมในกิจกรรมนั้น ๆ

8. กลุ่มสังสรรค์ (Group Social Meeting) เป็นกลุ่มที่จัดให้ผู้ป่วยได้พบปะสังสรรค์กัน เพื่อฝึกหัดการเข้าสังคม รู้จักวางตัวที่ถูกต้องเหมาะสม มีสัมพันธภาพกับคนอื่น เป็นการเตรียมผู้ป่วยก่อนที่จะไปเผชิญกับสถานการณ์จริงเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล กิจกรรมที่จัดมีหลายรูปแบบ เช่น การจัดงานรื่นเริงต่าง ๆ การทำอาหารรับประทานร่วมกัน ตลอดจนการไปทัศนศึกษานอกสถานที่

การฝึกทักษะสัมพันธภาพระหว่างบุคคล

การฝึกทักษะสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal Relation Skill Training) เป็นรูปแบบหนึ่งของการฝึกทักษะการแสดงออกทางสังคม (Social Skills Training) ซึ่งเป็นเทคนิคการรักษาฟื้นฟูที่ค่อนข้างใหม่แบบหนึ่งของ Behavior Therapy โดยจะเป็นการนำเทคนิคการรักษาในรูปแบบต่าง ๆ กัน เช่น การเล่นบทบาทสมมติ (Role-playing) การทำแบบให้ดู (Modelling) การเล่าประสบการณ์ (Telling Experience) การอภิปรายซักถาม (Discussion) เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยที่มีปัญหาในการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น (Interpersonal difficulties) หรือผู้ที่มีความยากลำบากในการมีปฏิกิริยาโต้ตอบใน

สังคมอย่างเหมาะสม (Social interaction difficulties) เทคนิคการรักษาอาจทำได้โดยจัดโปรแกรมง่าย ๆ ไว้ให้จนถึงโปรแกรมการรักษาที่แยกออกไปแบบไม่มีขอบเขต เพื่อช่วยให้บุคคลที่มีปัญหาเหล่านั้นได้มีประสบการณ์ในการแก้ปัญหาดังกล่าวด้วยตนเองโดยตรง ตลอดจนมีผู้รักษาหรือ feedback ของสมาชิกในกลุ่มการรักษาเป็นแนวทางให้ ทำให้ผู้ที่ได้รับการฝึกฝนได้รับประโยชน์มากมายจนมีความกล้า และความมั่นใจในการแสดงออกในสังคมอย่างถูกต้องและเหมาะสม และอยู่ในสังคมได้โดยมีความสุขปราศจากความวิตกกังวล

ปัญหาการแสดงออกในสังคมอย่างถูกต้องและเหมาะสมเป็นปัญหาซึ่งมีความสำคัญมาก เพราะในชีวิตประจำวันมนุษย์เราต้องมีการติดต่อหรือมีปฏิกิริยาโต้ตอบกับบุคคลอื่น ๆ อยู่เสมอ บางคนอาจเคยประสพปัญหาต่าง ๆ เช่น ไม่กล้าปฏิเสธการขอยืมเงินจากเพื่อน ต้องทำตามคำขอร้องที่ใช้เหตุผลของผู้อื่น ๆ ไม่กล้าพูดขอเปลี่ยนอาหารในร้านอาหาร เมื่อคนเสริฟนำอาหารที่ไม่ได้สั่งมาให้ ลำบากใจในการเริ่มต้นการสนทนากับผู้อื่น ไม่กล้าเปลี่ยนเรื่องสนทนาที่น่าเบื่อหน่าย ซึ่งล้วนแต่เป็นปัญหาง่าย ๆ ที่ต้องพบปะอยู่เป็นประจำ แต่ถ้าไม่สามารถแสดงการโต้ตอบออกไปอย่างเหมาะสมแล้ว จะทำให้บุคคลเกิดความวิตกกังวล ทำให้ไม่มีความสุขและอยู่ในสังคมได้ด้วยความยากลำบาก

ประวัติของการฝึกทักษะสัมพันธภาพสำหรับบุคคล หรือทักษะการแสดงออกทางสังคมได้เริ่มต้นขึ้นที่ประเทศอังกฤษ โดย Argyle ได้คิดการรักษาแบบนี้ขึ้นในปี 1969 โดยมีหลักว่าการแสดงออกถึงสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นที่ไม่เหมาะสมในสังคมสามารถแก้ไขให้เหมาะสมได้โดยการฝึกฝนโดยตรงในพฤติกรรมที่มีการบกพร่องนั้น ได้มีการศึกษาวิจัยประเมินผลของการรักษาแบบนี้เปรียบเทียบกับการรักษาแบบเก่า เช่น การทำจิตบำบัด (Psychotherapy) ผลการศึกษารายงานว่า การฝึกฝนทักษะสัมพันธภาพระหว่างบุคคลได้ผลดีกว่า เพราะเป็นการรักษาที่มีการฝึกฝนโดยตรงในเหตุการณ์ที่เป็นปัญหาต่าง ๆ จริง ๆ มากกว่าจิตบำบัดซึ่งผู้ป่วยต้องปฏิบัติตามแนวทางของผู้รักษาแต่เพียงผู้เดียว

จุดมุ่งหมายแรกของการฝึกทักษะสัมพันธภาพและการแสดงออกในโรงพยาบาลจิตเวชก็เพื่อช่วยผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมแปรปรวน ที่มีปัญหาในการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น (Interpersonal difficulties) หรือปัญหาความยากลำบากในการมีปฏิกิริยาโต้ตอบในสังคม (Social interaction difficulties) หรือมีการแสดงออกในสังคมอย่างไม่เหมาะสม ซึ่งเป็นประโยชน์กับผู้ป่วยจิตเวชชนิดต่าง ๆ เช่น โรคจิตเภท (Schizophrenia)

จากการศึกษาของ Argyle ในปี 1967 ได้ให้หัวข้อในการวิเคราะห์พฤติกรรมของบุคคลไว้เป็นขั้น ๆ ดังนี้

พฤติกรรมของบุคคลที่เกิดขึ้นประกอบด้วย

1. แรงจูงใจ (Motivation) ซึ่งเกิดขึ้นจากแรงผลักดันต่าง ๆ หรือเป้าหมาย (goal) เฉพาะทำให้มีพฤติกรรมเกิดขึ้น

2. การรับรู้ (Perception) คือการเข้าใจและรอบรู้เหตุการณ์นั้น คือ รับรู้สถานการณ์ของตัวเอง และผู้อื่นที่เกี่ยวข้อง

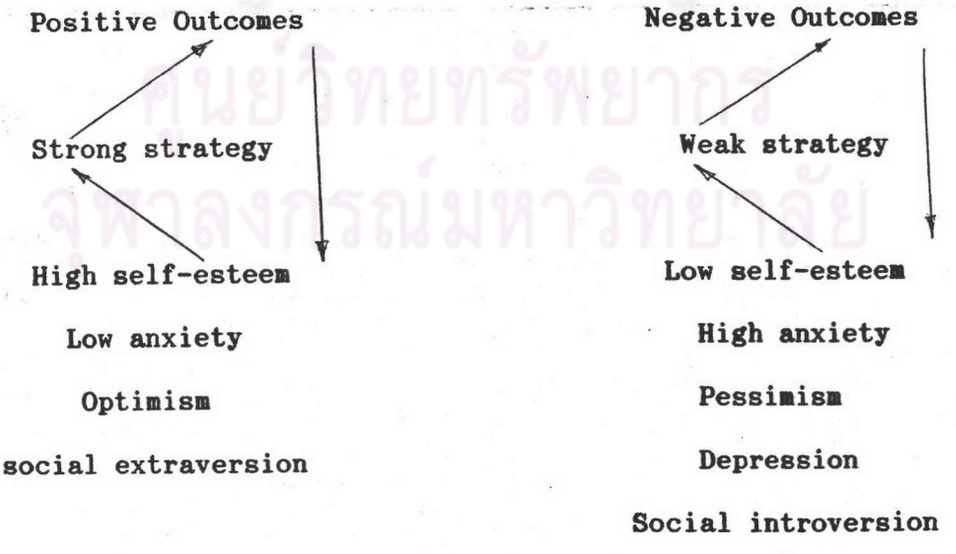
3. วิธีการ (Strategies) คือ การเลือกวิธีที่เหมาะสมที่จะแสดงออก

4. พฤติกรรมโต้ตอบ (Response Behavior) การแสดงพฤติกรรมออกไปโดยทางการพูดจา หรือการแสดงท่าทางเฉพาะ

5. การผสมผสานกัน (Coordination) การผสมผสานกันของทั้ง 4 ขั้นที่กล่าวมาแล้วด้วยกัน ในอันที่จะมีการปรับตัวต่อสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง รวมทั้งพฤติกรรมของคนอื่นที่เกี่ยวข้อง

ถ้าจะเขียนเป็น Model จะได้ดังนี้

A Social Competition Model of Interaction (Davis, 1971)



สิ่งแรกของ Model นี้ก็คือ จุดประสงค์ของบุคคลสำหรับการแสดงออกซึ่งพฤติกรรม ว่าเราหวังและคาดหมายว่าจะได้อะไรจากสถานการณ์นั้น ชนิดของปัญหาที่จะเกิดขึ้นได้ในตอนนี้ ก็อาจจะเกี่ยวกับการคาดหวังที่เกินความเป็นจริง หรือเป็นไปไม่ได้ ไม่ว่าจะเป็นผลมาจากการตั้งเป้าหมายสูงเกินไป หรือต่ำเกินไป ซึ่งเป้าหมายเช่นนี้ยากที่จะแก้ไข

ขั้นที่ 2 ของ Model พฤติกรรมก็คือ ความเข้าใจและรับรู้เหตุการณ์นั้นและคนอื่น ๆ ปัญหาจะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลไม่รับรู้เหตุการณ์ที่แสดงแนวทางให้เห็น หรือการรับรู้เหตุการณ์แบบผิด ๆ

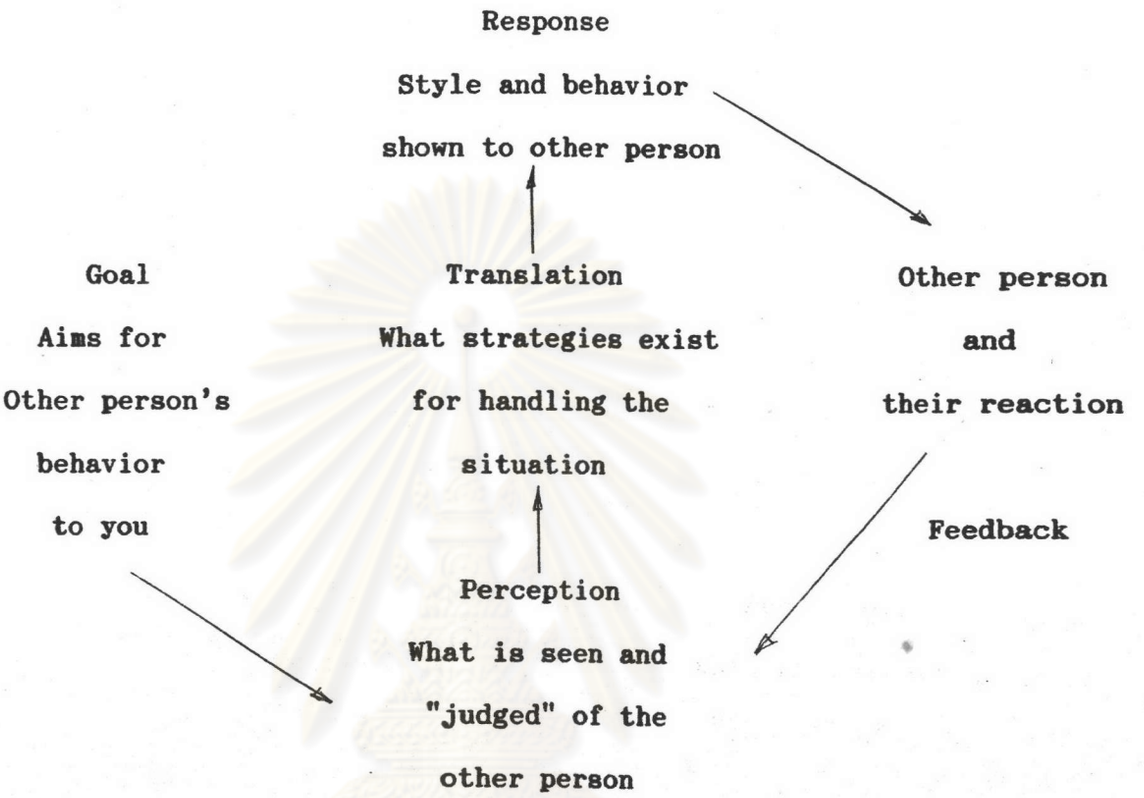
ขั้นที่ 3 คือ วิธีการหรือแผนการที่เลือกที่จะมีพฤติกรรมออกไป ปัญหาจะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลเลือกวิธี approach เหตุการณ์นั้น อย่างไม่ถูกต้อง คืออ่อนเกินไป หรือแข็งเกินไป

ขั้นที่ 4 พฤติกรรมที่แสดงออกไป ทั้งการพูดจาและท่าทาง (verbal and non-verbal behavior) ปัญหาจะเกิดขึ้นได้ในด้านนี้เช่นกัน ถ้ามีความไม่เหมาะสมในการใช้คำพูดและการแสดงท่าทาง และในเรื่องนี้ต้องระวังในเรื่องของการปฏิบัติตัวต่อสังคม (Social interaction) ว่าเป็น Culture bound affair ฉะนั้นจะไม่มีคำตอบที่แน่นอนว่า วิธีไหนถูกวิธีไหนผิด จึงให้คำนึงถึงขอบเขต (range) ที่กว้างให้มากที่สุด

เห็นได้ชัดว่า ปัญหาการติดต่อกับบุคคลอื่นจะเกิดขึ้นในตอนใดตอนหนึ่งก็ได้ ซึ่งความบกพร่องจะเกิดขึ้นจากการมากเกินไป หรือน้อยเกินไปของพฤติกรรม (excesses and assets) ต้องคำนึงว่าปัญหานี้เกิดจากมีความวิตกกังวลมากเกินไปจนทำให้ไป block หรือหยุดชะงักพฤติกรรมหรือมีความบกพร่องในทักษะกันแน่ หรือมีทั้ง 2 อย่าง

Davis ในปี 1971 ก็ได้สร้าง Social Model of Interaction ขึ้นมา แต่แสดงให้เห็นในรูปของการเปรียบเทียบระหว่างพฤติกรรม 2 แบบ เขาแนะว่ามีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันของวิธีการที่ใช้กับบุคลิกภาพของบุคคลนั้น ซึ่งคนที่เก็บตัวและวิตกกังวลง่ายจะใช้วิธีการที่อ่อน ๆ ทำให้เกิดผลในทางลบ และพวกนี้มักเป็นพวกที่มี low self-esteem model อันนี้ชี้ให้เห็นว่าวิธีการที่จะแข็งกว่าจะได้รับผลดีกว่า วิธีการที่อ่อนก็ได้รับผลที่ด้อยกว่า

The Model of Social Interaction



<u>สาเหตุของความบกพร่อง</u> ในการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นอาจสรุปเป็น 3 หัวข้อใหญ่

1. เนื่องจากมีความวิตกกังวลในการแสดงออกในสังคม (Social Anxiety)

2. มีสาเหตุมาจากมีพฤติกรรมทางสังคมผิด ๆ หรือเนื่องมาจากการขาดแคลนประสบการณ์ในสังคมที่จะเรียนรู้ให้มีการแสดงออกอย่างเหมาะสม ซึ่งพบได้ในผู้ป่วยจิตเวชที่อยู่ในโรงพยาบาลมานาน ทำให้ขาดแคลนสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม จนต้องมีการฝึกฝนพฤติกรรมด้านสังคมเสียใหม่

3. ความบกพร่องในทักษะการติดต่อสื่อสาร เป็นผลมาจากความผิดปกติทางจิตเวช (Psychiatric disorder) เช่น ความถดถอยจากสังคมที่พบในระยะเริ่มแรกของโรคจิตเภท (Schizophrenia) ผู้ป่วย Manic Depressive ที่มีการแสดงออกของอารมณ์ไม่เหมาะสม เป็นต้น

<u>คุณลักษณะ ทัศนคติ พฤติกรรม และปฏิกิริยาโต้ตอบในคนที่มี Social Anxiety</u>

1. มีจุดอ่อนและความกลัวการไม่เห็นด้วย และคำวิพากษ์วิจารณ์ของผู้อื่น ซึ่งการรับรู้หรือแม้แต่การคาดคะเนว่าจะได้รับการไม่เห็นด้วยหรือวิพากษ์วิจารณ์จากคนอื่น ๆ ทำให้เกิดความวิตกกังวล และทำให้คิดหมกมุ่นอยู่เรื่อยไป

2. มีการประเมินค่าตัวเองต่ำ (low self-esteem) รู้สึกว่าตัวเองมีความสามารถน้อยกว่าผู้อื่น เป็นความรู้สึกเป็นปมด้อย และความกังวลใจที่เกิดขึ้นในสิ่งแวดล้อมธรรมดา

3. มีความเชื่อมั่นว่าพฤติกรรมทางสังคมต้องแสดงออกอย่างถูกต้องเสมอไป จึงไม่สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม หรือปรับตัวให้เข้ากับเหตุการณ์ได้ เรียกว่าเป็นคน rigid ไม่ flexible เพราะคิดว่าจะไม่ได้รับการยอมรับถ้าพฤติกรรมเบี่ยงเบนไปจากรูปแบบที่ฝังใจว่าถูกต้อง (เช่น มารยาทในการรับประทานอาหารในงานเลี้ยง ต้องทนอยู่และรับประทานทั้ง ๆ ที่รู้สึกไม่สบาย)

4. การคาดหวังในทางลบเกี่ยวกับผลที่จะได้รับทำให้เกิดความกลัวและวิตกกังวล

5. มีความกลัวการสำรวจตรวจตราจากผู้อื่น ซึ่งเกิดขึ้นในเหตุการณ์ที่บุคคลรู้สึกว่าจะมีการประเมินผลจากผู้อื่น ทำให้รู้สึกว่าถูกจ้องมอง

6. กลัวจะเป็นจุดสนใจของผู้อื่น เช่น การลุกไปจากโต๊ะอาหาร หรือจากการประชุมอย่างเป็นทางการ รวมทั้งการสนทนา ฯลฯ มีความรู้สึกว่าถูกจับตามอง สำรวจตรวจตรา ติชม วิพากษ์วิจารณ์

7. รู้สึกเกินไปกับผลสะท้อนที่เกิดขึ้นทางกาย ทำให้เกิดความเครียดและขัดเขิน เช่น รู้สึกว่าหน้าแดงจัด เป็นลม หรือหน้าซีด จนเห็นได้ชัด ซึ่งไม่มีเท่าในความเป็นจริง คือรู้สึกมากไปเอง

8. อาการทางร่างกายซึ่งเป็นผลมาจากความวิตกกังวล ก่อให้เกิดความวิตกกังวลและความกลัวเพิ่มขึ้นอีก กลัวจะเป็นที่สนใจของคนอื่น กลัวคนอื่นจะคิดว่าตัวเองประหลาด การสำรวจความรู้สึกว่าตนเองกลัวทำให้เกิดความกังวลเพิ่มขึ้นเป็นวงรอบสอง คือ กังวลที่จะเกิดความกังวลนั่นเอง

9. กลัวคนอื่นจะเห็นว่าป่วย หรือเสียการควบคุมตัวเอง เช่น คนอื่นจะสังเกตเห็นสัญญาณทางร่างกาย ซึ่งเป็นสัญลักษณ์ของความกลัว ทำให้เสียงจากความสนใจของผู้อื่น กลัวถูกเห็นว่าแปลก หรือมีอาการทางจิตประสาท

<u>การประเมินผลปัญหาปฏิกิริยาโต้ตอบทางสังคม</u> (The Assessment of Interpersonal Difficulties)

ในการสร้างโปรแกรมการรักษา ก่อนอื่นจะต้องมีการประเมินผลปัญหาในการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น (Interpersonal difficulties) เสียก่อน เพื่อให้เข้าใจถึงปัญหาของผู้ป่วยอย่างชัดแจ้ง การประเมินผลอาจทำได้ 3 วิธีด้วยกัน

วิธีแรก ก็คือการใช้ Self-report method ซึ่งเป็น information ที่ได้จากบุคคลที่มีปัญหาเอง ไม่ว่าจะเป็นการสัมภาษณ์อย่างมีกฎเกณฑ์ หรือโดยการใช้แบบสอบถาม (Questionaires) และใช้ scale ต่าง ๆ

วิธีที่ 2 คือ Observer's report เป็น information ที่ได้จากการสังเกตพฤติกรรมการแสดงออกของบุคคลที่มีปัญหานั้นในสถานการณ์ต่างๆ หรือรายงานในรูปของ Rating Scale

วิธีที่ 3 คือ performance tests เป็น information ที่ได้จากท่าทีเฉพาะของพฤติกรรมด้านสังคมของบุคคลนั้น โดยให้เขามีปฏิกิริยาโต้ตอบกับบุคคลอื่น และสถานการณ์ทางสังคมที่จัดไว้และประเมินผลพฤติกรรมของเขา

ทั้ง 3 วิธีนี้จะใช้วิธีไหนก็ได้ เพื่อจะได้มาซึ่งข้อมูลต่าง ๆ ซึ่งเป็นปัญหาด้านสังคมของบุคคลนั้น แต่โดยปกติแล้วควรได้ information มาจาก 3 แหล่งดังกล่าวแล้ว

เมื่อได้ information เกี่ยวกับผู้ป่วยแล้วก็จัด (arrange) situation หรือสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยขึ้นมา เพื่อให้ผู้ป่วยได้ role play (เล่นบทบาท) ในเหตุการณ์ต่าง ๆ ทางสังคมที่ผู้ป่วยมีปัญหาในการแสดงออก ซึ่งการจัดโปรแกรมการรักษาอาจจะจัดในรูปของแบบรายบุคคล (individual) หรือแบบกลุ่มก็ได้

การฝึกทักษะสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ประกอบด้วยการใช้เทคนิคต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

- Role-playing
- Modelling
- Dicussion

การฝึกทักษะสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal Skill Training for Individual Patients)

อาจจะจัดได้หลายแบบ แบบหนึ่งที่จะยกตัวอย่างก็คือ ในกรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหาขลาดอาย หรือเลี่ยงการสังคม หรือลำบากที่จะพูดคุยกับบุคคลอื่น ๆ ใน session แรก วิธีการที่ทำ

ได้ก็คือ จัดสถานการณ์ที่เป็นปัญหาขึ้นมาและให้ผู้ป่วยมี interaction กับลูกคู่หรือตัวประกอบ (stooge) 2 คน ชาย 1 หญิง 1 และให้ผู้ป่วยเริ่มการสนทนา ไม่มีการเตรียมคำพูดให้ผู้ป่วยหรือลูกคู่ แต่ลูกคู่หรือ stooge จะต้อง passive ให้มากที่สุด หรือพูดให้น้อยที่สุดทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยเป็นฝ่าย active ผู้ป่วยอาจจะได้รับการฝึกฝนในเหตุการณ์เช่นนี้ประมาณ 5 ครั้ง

เทคนิคที่ใช้ในการฝึกฝนก็เป็น combination ของ role playing, modelling and instruction หรือ feedback ใช้เวลาประมาณ 1 1/2 ชั่วโมง โดยใช้บุคลากรที่มีความสามารถในการดำเนินกิจกรรมเป็นผู้ควบคุม

Role playing อาจใช้เวลา 10-15 นาที และ discussion ทั้งนี้ระยะเวลาขึ้นอยู่กับว่าผู้ป่วยจะเล่นบทบาทได้ดีเพียงใด อาจมีการแสดงซ้ำอีก และลูกคู่หรือตัวประกอบอาจจะได้รับคำแนะนำจากผู้ดำเนินกิจกรรมให้แสดงแตกต่างไปจากเดิม เพื่อทำให้สถานการณ์ยากขึ้นไปอีก

ปัญหาของผู้ป่วยในการเล่นบทบาท มักเกิดขึ้นในแง่ของตัวเอง เช่น กล้าแสดงออก เริ่มการสนทนากับผู้อื่น การแสดงความสนใจในผู้อื่น การสนทนากับเพศตรงข้าม การใช้ non-verbal signals ต่าง ๆ (เช่น ท่าทาง การแสดงออก พฤติกรรมที่มองเห็นได้ posture, gesture และ style โดยทั่ว ๆ ไปน้ำเสียง เป็นต้น)

<u>การฝึกทักษะสัมพันธภาพระหว่างบุคคลแบบกลุ่ม</u> (Interpersonal Skill Training for Groups)

แบบหนึ่งอาจทำได้โดยจัดสถานการณ์ที่เป็นปัญหาขึ้นมา ผู้แสดงเป็นผู้ป่วยทั้งหมดประมาณ 2-3 คน ให้มีการสนทนากันโดยมิได้กำหนดการสนทนาให้ แล้วผู้ป่วยก็วิพากษ์วิจารณ์พฤติกรรมของตนเอง พฤติกรรมเป้าหมายในการวิพากษ์วิจารณ์ก็คือ ท่าทาง ระดับเสียงสูงต่ำ (tone of voice) จำนวนครั้งของการสบตา (amount of eye-contact) และอื่น ๆ มีการแสดงซ้ำด้วย feedback

<u>พฤติกรรมชนิดไหนต้องการการฝึกฝนชนิดนี้</u>

เมื่อพูดถึงขอบเขตของ Interpersonal difficulties จะเห็นได้ว่ากว้างขวางมาก ข้อหนึ่งที่เป็นตัวร่วมก็คือ ความไม่สามารถที่จะมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น ซึ่งเห็นได้

ขัดจากขาดความสนใจในผู้อื่น ไม่เห็นคุณค่าในความเห็นของเขา หรือมีความนิยมชมชอบในผู้อื่นต่ำ ดูเป็นการยากที่จะไปเปลี่ยนแปลงกระสวนของพฤติกรรม แต่การฝึกฝนนี้จะช่วยได้มาก

ปัญหาร่วมข้อที่ 2 ก็คือ ความล้มเหลวในการแสดงออกซึ่งท่าทาง (non-verbal expressiveness) การแสดงออกซึ่งความขุ่นเคือง เบื่อหน่าย หรือโกรธแค้น ฯลฯ ซึ่งในผู้ป่วยจะมีการเปลี่ยนแปลงน้อยมากในเรื่องท่าทางนี้ ได้มีการฝึกฝนให้เขาเหล่านั้นแสดงออกอย่างเหมาะสม ถูกต้อง

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ชะฤทธิ์ พงศ์อนุตรี (2531) กล่าวถึง โรคจิตเภทว่า เป็นโรคที่มีอุบัติการณ์สูงในเฉพาะวัยหนุ่มสาวซึ่งเป็นวัยกำลังทำงาน ก่อให้เกิดทุพพลภาพทางจิตได้มาก ทำให้เกิดความเดือดร้อน เป็นภาระแก่ครอบครัวและสังคม และยังได้กล่าวถึงทฤษฎีและแนวความคิดที่เกี่ยวกับสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท เช่น แนวคิดเรื่อง Double bind communication ที่มีการสื่อสารทำให้เกิดความสับสนในความเข้าใจและการแสดงออก ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทมักเป็นแบบ Schism คือ ตัวใครตัวมันไม่มีความผูกพันกัน ไม่มีสัมพันธภาพที่อบอุ่น บางครอบครัวแตกแยกไปเลยก็มี

นงคราญ ผาสุข (2531) กล่าวถึงสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยจิตเภทกับบุคคลในครอบครัว (Family Transaction) อันได้แก่ พ่อ แม่ และลูก ว่าเป็นสัมพันธภาพที่ทำให้เกิดปัญหา เช่น การที่บิดามารดาตั้งความหวังในตัวลูกสูงเกินไป คือ หวังจะให้ลูกทำอย่างนั้นอย่างนี้ ในขณะที่ลูกยังไม่พร้อม เกิดความตึงเครียดไม่แน่ใจ กังวลและกลัวให้กับเด็กได้ ความสัมพันธ์ของมารดาทารกที่บกพร่องในความรัก การที่มารดาไม่ค่อยเล่น หรือกอดจูบลูก เด็กขาดความรัก ความอบอุ่น พ่อแม่ไม่มีความเสมอต้นเสมอปลาย เด็กจึงเกิดภาวะทั้งต้องการพ่อแม่และกลัวพ่อแม่ในเวลาเดียวกัน พ่อแม่ทะเลาะกันทุกวัน พ่อแม่บางคู่อยู่ด้วยกันจริง แต่ไม่มีความสัมพันธ์กันเลย มีการหย่าร้างทางอารมณ์เกิดขึ้น พ่อหรือแม่พยายามดึงลูกเข้าเป็นพวก เหล่านี้บ่งบอกถึงพื้นฐานสัมพันธภาพในครอบครัวที่บกพร่อง ผู้ป่วยจิตเภทซึ่งมีความผิดปกติในบุคลิกภาพ แนวโน้มที่จะมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นไม่ดีตามมา เพราะเริ่มต้นที่ครอบครัวไม่ดี

นภวัลย์ กัมพลาศิริ (2524) ได้สรุปผลการศึกษาถึงสภาพแวดล้อมทางครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทวัยรุ่น ในทำนองสนับสนุนดังกล่าวข้างต้นว่า สัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดีจะทำ

ให้เกิดปัญหาการปรับตัว ซึ่งทำให้เกิดโรคจิตได้ ผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสมเด็จเจ้าพระยา มีสาเหตุมาจากสัมพันธภาพระหว่างบิดา มารดา บุตร ที่ห่างเหินกันมาก หรือบางรายบิดามารดาแยกทางกัน

และจากการศึกษาเรื่องเดียวกันนี้ แต่เพ่งเล็งที่ความคิดเห็นของผู้ป่วยที่มีต่อการอบรมเลี้ยงดู และสัมพันธภาพในครอบครัวที่ตนเองได้รับ สรุปว่าผู้ป่วยส่วนมากคิดว่าตนได้รับการฝึกหัดด้านการแสดงออกน้อยมาก แต่ได้รับการฝึกให้มีความอดกลั้นอดทน ไม่พูดอย่างมาก ผู้ป่วยคิดว่าบิดา มารดาให้รางวัลแก่ตนทั้งที่เป็นคำชมเชย และเป็นของรางวัลน้อยที่สุด แต่ได้รับการลงโทษดุด่ามาก ได้รับการฝึกให้เป็นอิสระกล้าคิดกล้าแสดงออกน้อยที่สุด ไม่มีการสนับสนุนในด้านความสำเร็จ เช่น การเรียน การซื้อหนังสือที่ให้ความรู้แก่ผู้ป่วย การสนับสนุนให้เล่นกีฬา ทำกิจกรรมของโรงเรียน หรือพบปะเพื่อนฝูง นอกจากนี้ผู้ป่วยส่วนมากยังบอกถึงรูปแบบที่ตนได้รับการเลี้ยงดูว่า บิดา มารดา เปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับเรื่องต่าง ๆ น้อยมากอีกด้วย

นอกจากนี้ Carl R. Roger (1951) ยังให้แนวคิดถึงบุคลิกภาพของผู้ป่วยจิตเภทที่เขาพบบ่อย ๆ ในการให้การดูแลรักษาทางด้านพฤติกรรมว่า ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้มีความบกพร่องในบุคลิกภาพ มักเก็บตัว ไม่ชอบเข้าสังคม ไม่มีเพื่อน บางคนไม่ไว้ใจใคร หวาดระแวง มองโลกในแง่ร้าย ทั้งนี้สืบเนื่องมาจากการที่ไม่สามารถสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่นได้นั่นเอง

Landis (1982) ได้ศึกษาถึงความสัมพันธ์ของสภาพแวดล้อมกับการปรับตัวทางด้านบุคลิกภาพและสังคมของเด็กวัยรุ่นประมาณ 4,000 คน พบว่าเด็กที่อยู่ในสภาพแวดล้อมที่เป็นประชาธิปไตย จะมีข้อได้เปรียบอย่างมากในเรื่องของการปรับตัวทางด้านบุคลิกภาพ ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในสังคม เมื่อเปรียบเทียบกับเด็กที่ภูมิหลังมาจากความเป็นอยู่แบบเผด็จการ

ฉะนั้น ในการให้การดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเภทที่สำคัญอย่างหนึ่งก็คือ การเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมที่จะออกไปอยู่ในสังคมได้ด้วยความมั่นใจ สามารถมีสัมพันธภาพอยู่ร่วมกับครอบครัวของตนได้

สมประสงค์ ศุภะวิท (2531) กล่าวถึงแนวทางใหม่ของการรักษาผู้ป่วยจิตเภทนอกเหนือจากการใช้ยาจิตบำบัดแล้ว จำเป็นต้องมี Psychosocial treatment เช่น การฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม ซึ่งจะมีผลอย่างมากต่อการพยากรณ์โรค คือ หลังจากผู้ป่วยได้รับการฝึกฝนทักษะทางสังคม การพยากรณ์โรคที่เราเคยคิดกันว่า ผู้ป่วยจะดีขึ้นไม่มากนัก แต่จากการศึกษาวิจัยพบว่า การฝึกทักษะทางสังคมจะช่วยทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ดีขึ้น 40-50% เลยที

เดียว ดังนั้นการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านสังคมจึงเป็นสิ่งที่ควรกระทำในการรักษาผู้ป่วยจิตเภทเป็นอย่างยิ่ง

สมประสงค์ ศุภะวิท ได้กล่าวต่อไปอีกว่า การฝึกทักษะทางสังคมที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ การปฏิบัติตนให้อยู่ร่วมกับผู้อื่นได้ การเปิดเผยตัวเอง การแนะนำตัวเองกับบุคคลแปลกหน้าได้เหมาะสม การแสดงอารมณ์ให้เหมาะสมทั้งทางบวกและลบ การช่วยเหลืองาน การใช้คำพูดอย่างสุภาพทั้งบอกรับและปฏิเสธ เหล่านี้เป็นสิ่งหนึ่งซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถปรับตัวอยู่ในสังคมได้

ขจร อันตระการ (2503) ได้กล่าวสรุปถึงคนไรคจิตกลับสู่สังคมว่า มีปัญหามากมายหลายประการ เริ่มต้นที่ผู้ป่วยเหล่านี้จะมีความวิตกกังวลไม่มั่นใจ หวาดกลัวต่อการกลับไปใช้ชีวิตในสังคม ไม่กล้าพบหน้าเพื่อนฝูง ขลาดอายในฐานะครั้งหนึ่งเคยเป็นผู้ป่วยโรคจิต พื้นฐานมาจากผู้ป่วยเหล่านี้มีสัมพันธภาพที่ไม่ดีกับบุคคลอื่นนั่นเอง การจัดการรักษาที่ดีน่าจะมีการฝึกทักษะทางสังคม เน้นสัมพันธภาพระหว่างบุคคล จะช่วยทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการออกจากโรงพยาบาล ลดการป่วยซ้ำ ต้องเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลลงได้มาก

ในแง่ของการรักษาด้วยกลุ่มบำบัด มณีรัตน์ เฟื่องวุฒิราฐ (2512) ได้กล่าวถึงคุณค่าของกลุ่มบำบัดในโรงพยาบาลจิตเวช ว่ากลุ่มบำบัดจะช่วยให้ผู้ป่วยควบคุมพฤติกรรมของตนเองได้ดีขึ้น มีส่วนทำให้อาการทางจิตดีขึ้น เป็นการเตรียมผู้ป่วยให้เริ่มมีสัมพันธภาพที่ดีในระหว่างผู้ป่วยด้วยกันเอง และระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรจิตเวช จากการที่ผู้ป่วยได้เรียนรู้ด้วยตนเองจากประสบการณ์จริง ซึ่งในการนี้ อุ่นตา นพคุณ (2527) ได้กล่าวสนับสนุนถึงการเรียนรู้ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคล เกิดจากการวิเคราะห์ประสบการณ์ และประสบการณ์ที่ดีนั้น ควรใช้สถานการณ์เกี่ยวกับชีวิตจริง

ฟินช์ และวัลเลช (Finch and Wallace, 1977) ได้ทำการศึกษาการฝึกสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ในผู้ป่วยจิตเภทชายที่รับเข้ารักษาในโรงพยาบาลทหารผ่านศึก แคลิฟอร์เนีย (Veteran's Administration Hospital, California) โดยใช้กลุ่มผู้ป่วยตัวอย่างอายุ 21-40 ปี จำนวน 16 คน อายุเฉลี่ย 29 ปี ผู้ป่วยแต่ละคนอยู่ในภาวะไม่สับสนมากเกินไป ได้รับการฝึก 8 ครั้งต่อเนื่องกัน ผลปรากฏว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการฝึกสัมพันธภาพระหว่างบุคคลมีพฤติกรรมแสดงออกดีขึ้น เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญที่ $p<.01$ ความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของทั้ง 2 กลุ่ม 5.87

โกลด์สมิทธ์ และแมคฟอล (Goldsmith and Mc.Fall, 1975) ได้ทำการศึกษาการฝึกทักษะทางสังคม ในผู้ป่วยจิตเภทและผู้ป่วยโรคประสาท โดยเน้นการแก้ปัญหาและแก้ไขปัญหาพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม สัมพันธภาพระหว่างบุคคล ผลปรากฏว่า ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ป่วยโรคประสาทมีพฤติกรรมที่ดีขึ้น สามารถจำหน่ายกลับไปอยู่กับครอบครัวได้และลดการกลับเป็นซ้ำได้ถึง 30%

แทป และเอฟสเต (Tappe and Epstein, 1987) ได้ทำการศึกษาเรื่องพฤติกรรมที่เหมาะสมในการแสดงออก และทำการฝึกทักษะการแสดงออกในผู้ป่วยจิตเภท ผู้ป่วยบุคลิกภาพผิดปกติ ผู้ป่วยที่มีความแปรปรวนทางอารมณ์ โดยใช้โปรแกรมเป็นการแสดงออก 6 ครั้งติดต่อกัน ผลปรากฏว่าผู้ป่วยจิตเภทมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างมีนัยสำคัญ ที่ $p<.001$ ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่ม 5.11 ผู้ป่วยบุคลิกภาพผิดปกติมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างมีนัยสำคัญ ที่ $p<.001$ ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่ม 4.72 และผู้ป่วยที่มีความแปรปรวนทางอารมณ์ มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างมีนัยสำคัญที่ $p<.001$ ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่ม 6.11

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย