

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นโรคหนึ่งที่เป็นปัญหาสำคัญทางจิตเวช เพราะเป็นความเจ็บป่วยทางจิตที่รุนแรงที่สุด ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจะมีความผิดปกติทางด้านความคิดและการรับรู้ ทำให้มีการแสดงออกทางอารมณ์ไม่เหมาะสม โดยที่ความรู้สึกรู้ตัวและเข้าใจปัญหาที่ยังปกติ (W. H. O., 1992) ซึ่งอาการจะเกิดขึ้นแบบค่อยเป็นค่อยไป จนในที่สุดการปฏิบัติหน้าที่ในชีวิตประจำวัน การงานและความสัมพันธ์กับสังคมเสื่อมลงอย่างมาก และเมื่อเป็นโรคนี้อันแล้วมักไม่หายเป็นปกติเหมือนเดิม (เกษม คันติผลาชีวะ, 2537) มีโอกาสป่วยซ้ำได้หลายครั้ง (ชะฤทธิ์ พงศ์อนุตรี, 2531) พบว่า มีความชุกประมาณร้อยละ 1-1.5 ของประชากรโลก และมีอุบัติการณ์การเกิดโรคประมาณ 2.5-5 : 100 คนต่อปี (Kaplan & Sadock, 1998: Bethesda, 1999) ในสหรัฐอเมริกาพบว่า ประชากรเป็นโรคจิตเภทประมาณร้อยละ 1 ถึง 1.5 (Kaplan & Sadock, 1995) สำหรับประเทศไทยพบว่ามีประชากรร้อยละ 1 ป่วยเป็นโรคจิตเภท ซึ่งมีจำนวนมากกว่าผู้ป่วยโรคจิตเวชอื่น (กรมสุขภาพจิต, 2545) ดังจะเห็นได้จากรายงานสถิติผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเวชของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข พบว่า มีผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทั้งหมด 100,142 คน และส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 20,197 คน (กรมสุขภาพจิต, 2546) สอดคล้องกับสถิติผู้ป่วยของโรงพยาบาลศรีธัญญา ซึ่งเป็นโรงพยาบาลจิตเวชขนาดใหญ่ สังกัดกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ก็พบผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในทำนองเดียวกันกล่าวคือ ในปี พ.ศ. 2548 มีสถิติผู้ป่วยจิตเวชที่มาใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอกจำนวน 124,474 คน เป็นผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 47,364 คน คิดเป็นร้อยละ 46.1 สำหรับแผนกผู้ป่วยในมีจำนวนผู้ป่วยรับไว้รักษาจำนวน 6,569 คน เป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทจำนวน 3,987 คน คิดเป็นร้อยละ 60.7 (รายงานประจำปีโรงพยาบาลศรีธัญญา, 2548) นอกจากนี้ยังพบว่า โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีจำนวนผู้ป่วยรายใหม่และการกลับเป็นซ้ำเพิ่มขึ้นทุกปี (พหล วงศาโรจน์, 2541) โดยมีเพียงร้อยละ 25 เท่านั้น ที่รักษาได้ผลดีไม่กลับเป็นซ้ำอีก ร้อยละ 25 ไม่ตอบสนองต่อการรักษาและมีความบกพร่องในหน้าที่ต่าง ๆ อย่างมาก ส่วนที่เหลืออีกร้อยละ 50 มีอาการเป็น ๆ หาย ๆ ต้องใช้เวลาในการรักษาเป็นเวลานานหรือต้องการดูแลตลอดชีวิต (ชะฤทธิ์ พงศ์อนุตรี, 2531)

ทั้งนี้มิใช่สาเหตุการเกิดจากหลาย ๆ สาเหตุประกอบกัน แยกได้เป็นสาเหตุทางร่างกาย ซึ่งรวมถึงกรรมพันธุ์และความผิดปกติทางชีวเคมีในสมอง สาเหตุทางจิตใจ ทางบุคลิกภาพ ซึ่งเป็นสาเหตุเฉพาะบุคคลและสาเหตุทางสังคมหรือสิ่งแวดล้อม ต่างก็มีผลกระทบต่อกันและกันอย่างสลับซับซ้อน (อุษา ชูชาติ และคณะ, 2536) ซึ่งมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่เกิดจากตัวผู้ป่วย ญาติ และชุมชน แต่สาเหตุของ

การเจ็บป่วยซ้ำ ส่วนใหญ่มาจากผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม โดยเฉพาะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่บกพร่อง (Sadock & Sadock, 2000) ซึ่งส่วนหนึ่งเกิดจากปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย โดยสาเหตุที่พบมากที่สุดคือ การที่ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา มีการรับประทานยาไม่ถูกต้อง ซึ่งการรับประทานยาต้องใช้ระยะเวลายาวนานและมีอาการข้างเคียงของยาทำให้ผู้ป่วยเกิดความเบื่อหน่ายขาดแรงจูงใจในการรักษา นอกจากนี้ผู้ป่วยยังไม่มีความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคและการปฏิบัติตัว (อำพัน หิรัญอุทก, 2547) สอดคล้องกับที่ Heyes, et al (1980) ได้กล่าวว่า ปัจจัยของความไม่ร่วมมือในการรักษาสำหรับผู้รับบริการ ได้แก่ การขาดความรู้เรื่องโรคและการรักษา และจากลักษณะอาการของโรคจิตเภทที่เป็นโรคเรื้อรัง มีโอกาสกลับมารักษาซ้ำสูง ทำให้เกิดการเสื่อมถอยด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ต่างๆ ลดลง ก่อให้เกิดผลกระทบหลาย ๆ ด้าน ทั้งด้านผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ครอบครัว สังคมและประเทศชาติ ผลกระทบต่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภท คือ เกิดการเปลี่ยนแปลงในการดำรงชีวิตประจำวัน ได้แก่ การดูแลตนเองในด้านต่าง ๆ คือ ไม่สนใจรับประทานอาหารเช้า ไม่อาบน้ำ เปลี่ยนเสื้อผ้า ไม่เข้าร่วมกิจกรรมในสังคมและไม่ยอมทำงาน (จิรารัตน์ พิมพ์ดีด, 2541) ผลกระทบต่อครอบครัว ทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวได้รับการพักผ่อนไม่เพียงพอและเกิดผลเสียต่อสุขภาพ (รัชนิกร อุปเสน, 2541) เนื่องจากการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่มีอาการเรื้อรัง และมีปัญหาทางด้านพฤติกรรมทำให้เกิดความกดดันต่อผู้ดูแล ส่งผลให้ผู้ดูแลมีโอกาสมีความผิดปกติทางจิตสูง (Salleh, 1994) รวมถึงเสียค่าใช้จ่ายมากกว่าผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่มาครั้งแรก (วิวัฒน์ ขณานุรักษ์และคณะ, 2538) ผลกระทบทางสังคมพบว่า อาจเป็นเหยื่อทางเพศหรือติดสารเสพติด (จินตนา ลิละไกรวรรณ , 2542 อ้างใน ทูลภา นุพสาสังข์, 2545) ดังการศึกษาของมาแลท (Mallakh, 1998) ที่พบว่าร้อยละ 51 ของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีการติดสุราหรือสารเสพติด ส่วนผลกระทบต่อประเทศชาติ พบว่า รัฐต้องขาดกำลังคนในการพัฒนาประเทศ และสูญเสียงบประมาณในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเป็นจำนวนเงินมากกว่า 200 ล้านบาทต่อปี (กรมสุขภาพจิต, 2541) ในทางเศรษฐศาสตร์ นับว่าเป็นการสูญเสียทั้งทางตรงและทางอ้อม คิดเป็นการสูญเสียถึงร้อยละ 11 ของการสูญเสียจากการเจ็บป่วยทั้งหมด (สมชาย จักรพันธุ์, 2543)

สำหรับปัจจุบันรูปแบบการรักษาผู้ป่วยจิตเวชเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ที่จัดให้ผู้ป่วยรักษาในโรงพยาบาลโดยบุคลากรทีมสุขภาพจิต มาเป็นการดูแลรักษาผู้ป่วยในชุมชนของผู้ป่วยเอง กระทรวงสาธารณสุขจึงมีนโยบายจำหน่ายผู้ป่วยสู่ครอบครัวและชุมชนให้เร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้ ทั้งนี้ เนื่องมาจากอิทธิพลของการค้นพบยารักษาอาการทางจิตที่ช่วยทำให้ผู้ป่วยสามารถกลับคืนสู่สภาพปกติอย่างรวดเร็ว รวมถึงหลักการที่เน้นการรักษาในชุมชน เนื่องจากการรักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาลนาน ๆ จะทำให้เกิดผลเสียกับการดำรงชีวิตในสังคมเดิม ลดความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วย (พันธุ์ศักดิ์ วราธิศวปติ, 2541) มีผลทำให้ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังจะได้รับการรักษาในโรงพยาบาลเมื่ออยู่ในภาวะวิกฤติเท่านั้น (กรมสุขภาพจิต, 2544; Loukisa, 1995 อ้างถึงใน สุมณฑา บุญชัย, 2545)

รวมทั้งจากสภาพการณ์ในปัจจุบันโรงพยาบาลจิตเวชไม่สามารถรองรับผู้ป่วยได้ทั้งหมด ผู้ป่วยแต่ละรายที่ได้รับการรักษาถึงระดับที่สื่อสารพอรู้เรื่องและควบคุมตัวเองได้บ้าง จะถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้ส่วนใหญ่ยังไม่สามารถกลับไปทำงานได้ทันที มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเวชกลับสู่ครอบครัวและชุมชนในขณะที่ยังมีความบกพร่องในการดูแลตนเอง โดยผู้ที่เป็นโรคจิตเภทบางรายที่กลับบ้าน ยังคงมีอาการทางจิตหลงเหลืออยู่ มีการดูแลตนเองที่ไม่ถูกต้อง เป็นเหตุให้อาการของโรครุนแรงมากขึ้น(มนัสสินิตย์ บุญยทรัพย์, 2536) และต้องกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลอีก ดังเช่น ผลการศึกษาของโกลด์แมน (Goldman , 1982 Cited in Chesla, 1989) ระบุว่า 65% ของผู้ป่วยจิตเวชที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในแต่ละปี จะกลับไปอยู่กับครอบครัว โดย 1 ใน 4 ของผู้ป่วยเหล่านี้จะไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ตามปกติเมื่ออยู่ในชุมชน ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทเหล่านี้จำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่น ซึ่งอาการหลงเหลือที่ปรากฏเป็นความแปรปรวนของความคิด การรับรู้ และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น ผู้ป่วยไม่สนใจตนเอง ละเลยในเรื่องกิจวัตรประจำวัน ไม่อาบน้ำ ไม่แปรงฟัน หรือเปลี่ยนเสื้อผ้า กระทำพฤติกรรมอย่างซ้ำ ๆ เช่น ถ้างมือบ่อย พุดซ้ำ ๆ เดินกลับไปกลับมา มีความคิดหมกมุ่นเรื่องใด เรื่องหนึ่ง มีความคิดหลงผิดว่า คนอื่นแกล้งตนหรือมีคนเอายาพิษมาใส่ในอาหารให้รับประทาน นั่งคนเดียวไม่พูดคุยกับสมาชิกคนอื่นในครอบครัวหรือแขกตัว และบางครั้งพูดโต้ตอบคนเดียว ผู้ป่วยบางคนก็วุ่นวายกับสมาชิกคนใดคนหนึ่งมากเกินไป ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทในครอบครัวได้ ขณะเดียวกันผู้ป่วยจิตเภทมักจะปฏิเสธความเจ็บป่วยของตนเอง จึงรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ทำให้อาการทางจิตกลับทวีความรุนแรงมากขึ้น (เอื้ออารีย์ สาริกา, 2543)

การที่ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเร็วขึ้น ในขณะที่ยังขาดความพร้อม ก่อให้เกิดปัญหาความพร้อมของพฤติกรรมดูแลตนเองที่บ้านตามมา ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของเพลินพิศ จันทรศักดิ์ (2539) ที่ศึกษาผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีธัญญา พบว่าผู้ป่วยจิตเภทจะขาดความสามารถในเรื่องการดูแลตนเองในด้านการรับประทานยา ไม่เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม และไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ กับครอบครัวได้ ทำให้ญาติต้องให้การช่วยเหลือทั้งด้านความคิด การตัดสินใจ การทำงานและกิจวัตรประจำวัน สอดคล้องกับการศึกษาของสุวิมล สมัตถะ (2541) พบว่าปัญหาของผู้ป่วยจิตเวชหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลศรีธัญญา คือด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ซึ่งจะพบว่าในระยะแรกผู้ป่วยจะมีความสนใจและสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเองได้ แต่ต่อมาผู้ป่วยไม่ยอมช่วยเหลือตนเองและเรียกร้องความช่วยเหลือจากคนในครอบครัว ในด้านสัมพันธภาพผู้ป่วยมักจะแยกตัวและไม่เชื่อมั่นในตนเอง ไม่กล้าพูดคุยหรือบางรายมีพฤติกรรมที่รบกวนผู้อื่น จะมีสัมพันธภาพกับผู้ดูแลใกล้ชิดเพียงคนเดียวหรือสองคนเท่านั้น และมักเกิดปัญหาความคับข้องใจในครอบครัว นอกจากนี้มีการศึกษาของนันทนา รัตนกร และคณะ (2539 อ้างถึงใน สุมณฑา บุญชัย, 2545) ที่ได้ศึกษาผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนภายหลังจำหน่าย

ออกจากโรงพยาบาลศรีธัญญาพบว่า ผู้ป่วยขาดความสามารถในการดูแลตนเองเรื่องการรับประทานยา ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆร่วมกับสมาชิกในครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาของจันท์ฉาย เนตรสุวรรณ (2545) ที่ได้ศึกษาผู้ป่วยจิตเภท แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศรีธัญญา พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีความบกพร่องในการดูแลตนเองในเรื่องการซักถามบุคลากรทางสุขภาพเกี่ยวกับวิธีการดูแลตนเอง การเข้าร่วมกิจกรรมหรืองานต่างๆในบ้าน ขาดความสามารถในการดูแลตนเองในเรื่องการรับประทานยาและไม่เข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน นอกจากนี้ อนุชิต พงษ์ธรรม และ คณะ (2547) ได้ศึกษาพฤติกรรมทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในแผนกฟื้นฟูสมรรถภาพที่โรงพยาบาลศรีธัญญา พบว่า พฤติกรรมทางสังคมมีค่าเฉลี่ยต่ำ คือด้านการติดต่อทางสังคมและด้านการติดต่อสื่อสาร โดยผลการศึกษาดังที่กล่าวมา แสดงให้เห็นถึงความบกพร่องในเรื่องพฤติกรรมในการดูแลตนเองด้านต่าง ๆ ของผู้ป่วยจิตเภท

ซึ่งพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่บกพร่องนั้น พบว่ามีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการที่ผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจต่อพฤติกรรมในการดูแลตนเองอย่างถูกวิธี จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีผลงานศึกษาวิจัยสนับสนุนดังนี้คือ จากการศึกษาของอุไรวรรณ เหลืองไพโรจน์ และคณะ (2536) ซึ่งศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลศรีธัญญาพบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องส่วนหนึ่งคือปัจจัยเรื่องผู้ป่วยจิตเวชขาดความรู้เรื่องการรักษา โดยคิดว่าตนเองหายดีแล้ว จึงไม่รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และการศึกษาของอำพัน หิรัญอุทก (2547) ได้กล่าวถึงปัญหาเกี่ยวกับการมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่บกพร่องพบว่า ปัจจัยด้านผู้ป่วยนั้นนอกเหนือจากการไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา การรับประทานยาไม่ถูกต้องและเกิดความเบื่อหน่ายและขาดแรงจูงใจในการรักษาแล้ว ผู้ป่วยยังไม่มีความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคและการปฏิบัติตัว ไม่สามารถสังเกตอาการเตือนก่อนอาการกำเริบที่ต้องมาพบแพทย์ การขาดความรู้ยังอาจนำไปสู่การปฏิเสธการเจ็บป่วยและการขาดความสนใจในการดูแลตนเอง นอกจากนี้จากการศึกษาของอำไพพนิชย์ สมานวงศ์ไทย (2544) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมารับการรักษาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยจิตเภท กรณีศึกษาผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีธัญญาพบว่า ปัจจัยหนึ่งก็คือปริมาณของการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคจิตเภท ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาอย่างสม่ำเสมอ สำหรับผลการศึกษาวิจัยของต่างประเทศ อย่างเช่น ผลการศึกษาของ Ferguson (1991) ที่ได้ทำการสำรวจอย่างละเอียดในกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก ซึ่งเป็นผู้ป่วยจิตเวชและผู้ดูแลเพื่อทราบข้อมูลเกี่ยวกับการได้รับการตอบสนองความต้องการต่าง ๆ ของพวกเขา และเพื่อให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยขณะที่อยู่ในโรงพยาบาล ผลการสำรวจพบว่าผู้ป่วยและครอบครัวได้แสดงให้เห็นถึงความต้องการที่จะได้รับความรู้และคำแนะนำต่าง ๆ เป็นจำนวนมาก และยังพบอีกว่าความต้องการเหล่านี้ไม่ได้รับการตอบสนองจากโรงพยาบาล และการสำรวจครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่า พยาบาลควรตระหนักถึงบทบาทในด้านการสอนให้มากขึ้นกว่าเดิม เพื่อช่วยให้สามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

และสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว อีกทั้ง Lebrun, Singh & Luke (1991) ซึ่งศึกษาถึงการจัดกลุ่มให้ความรู้แก่ผู้ป่วยจิตเภท หัวข้อที่ให้ความรู้ประกอบด้วยความรู้เรื่องโรคจิตเภท การรับประทานยาต้านโรคจิต การสังเกตอาการกลับเป็นซ้ำ การอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคม การจัดการปัญหาต่าง ๆ ในชีวิต และแหล่งช่วยเหลือในชุมชน พบว่า หลังจากจบกลุ่ม ผู้ป่วยเข้าใจยอมรับการเจ็บป่วยของตนเอง มีกำลังใจและมีพลังในการที่จะดูแลตนเอง ให้ความร่วมมือในการรับประทานยา และสนใจสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของตนเอง ทั้งยังพบว่าการรับรู้เรื่องโรคและการรักษา การรับรู้เรื่องความรุนแรงของโรคและความเชื่อในประสิทธิภาพการรักษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมมาตามนัด มีการทดลองแสดงว่า การป้องกันการผิคนัดต้องแก้ไขความเชื่อเหล่านี้ โดยผู้รักษาต้องให้ความรู้ที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วยทั้งด้านโอกาสเกิดโรค ความรุนแรงของโรคและการรักษา

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการป่วยซ้ำโดยส่วนใหญ่มีพฤติกรรมดูแลตนเองที่บกพร่อง และขาดความรู้ความเข้าใจในภาวะโรคและการดูแลตนเอง เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน โอเร็มเชื่อว่าการดูแลตนเองในระดับที่เหมาะสมและต่อเนื่องเป็นสิ่งจำเป็นต่อสุขภาพของบุคคล การดูแลตนเองเกิดจากการเรียนรู้ การคิดค้นด้วยตนเอง การได้รับการสอน การได้รับคำแนะนำ หรือการเรียนรู้จากสถานการณ์จริงจากการกระทำกิจกรรมนั้นๆ ในแต่ละวัน (Orem, 2001) ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจิตเภทหลังการเจ็บป่วย พบว่ามีการเสื่อมของบุคลิกภาพและประมาคร้อยละ 20.35 มีเขาวนปัญญาลดลง ความสามารถในการแก้ปัญหาลดลง (พันธ์ศักดิ์ วราฮ์สวัสดิ และคณะ, 2536) แต่ผู้ป่วยก็ยังสามารถในการที่จะเรียนรู้ เพื่อช่วยให้มีชีวิตอยู่ในสถานการณ์ต่าง ๆ ได้เหมาะสม ปลอดภัยและมีความสุข (อรนันทน์ หาญยุทธ, 2532) ซึ่งก่อนการทำการดูแลตนเอง บุคคลต้องมีการกระทำที่เป็นขั้นตอนโดยการเสาะหาความรู้ ความหมายของเหตุการณ์แล้วจึงตัดสินใจที่จะกระทำและต้องกระทำอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นความสามารถของบุคคลในการดูแลตนเองจึงเป็นเครื่องบ่งชี้คุณภาพชีวิตของบุคคลนั้นๆ พยาบาลและบุคลากรในทีมสุขภาพจึงจำเป็นต้องช่วยเหลือและส่งเสริมให้บุคคลมีความสามารถในการดูแลตนเอง (จินตนา ยูนิพันธ์, 2534) ซึ่งการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง เป็นกลวิธีหนึ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วม ในการดูแลสุขภาพและการรักษา โดยมุ่งพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล (Orem, 2001; Hill & Smith, 1990; จินตนา ยูนิพันธ์, 2534)

พยาบาลจิตเวชที่มีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จึงจำเป็นต้องหาวิธีการให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างถูกวิธี เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตประจำวันและอยู่ในสังคมได้ยาวนาน ไม่มีอาการกลับเป็นซ้ำจนกลายเป็นโรคเรื้อรัง หรือเกิดพยาธิสภาพที่ถาวรมากขึ้น (Sadock & Sadock, 2000) โดย

การบริหารจัดการให้ผู้ป่วยได้รับความรู้ และสนับสนุนให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของพฤติกรรม การดูแลตนเองอย่างถูกวิธี รวมทั้งการปฏิบัติกรพยาบาลที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักรู้ถึงความสำคัญของการรักษาอย่างต่อเนื่องในระยะยาว เมื่อต้องกลับไปใช้ชีวิตในชุมชน ผู้ศึกษาได้วิเคราะห์ถึงกิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทนั้น พบว่าถึงแม้จะมีกลุ่มให้ความรู้นี้อยู่แล้วในหน่วยงานทางจิตเวช แต่ก็มีข้อจำกัดหลายประการ เนื่องจากส่วนใหญ่เป็นการให้ความรู้และคำแนะนำโดยพยาบาลประจำการที่รับผิดชอบในเวรนั้น ๆ ซึ่งมักเน้นให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องพฤติกรรมการใช้ยาแต่เพียงอย่างเดียว โดยไม่ได้ครอบคลุมถึงพฤติกรรมดูแลตนเองในด้านอื่น ๆ เช่น ทักษะทางสังคม การดำเนินชีวิตประจำวัน การผ่อนคลายความเครียดด้วยตนเองเป็นต้น และถ้ามีงานพยาบาลอื่น ๆ ที่เร่งด่วนและจะต้องรีบทำ จะทำให้พยาบาลมีเวลาน้อยในการใช้กระบวนการกลุ่ม เพื่อให้การสนับสนุนทางจิตใจและส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้มีการสนับสนุนทางจิตใจซึ่งกันและกัน เพื่อใช้ศักยภาพที่มีอยู่ในตนเองก่อให้เกิดพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ หรือบางครั้งขาดการทำกลุ่มอย่างต่อเนื่อง จึงเป็นเหตุให้ผู้ศึกษาสนใจใช้โปรแกรมให้ความรู้แบบกลุ่มต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท กรณีศึกษาโรงพยาบาลศรีธัญญา โดยใช้แนวคิดทฤษฎีการพัฒนาของกลุ่มของ Marram (1975) เป็นโครงสร้างหลัก ส่วนเนื้อหาของโปรแกรมซึ่งเป็นโครงสร้างรองได้พัฒนามาจากโปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่มของ โชติพร พันธุ์วัฒนาชัย (2547) โดยใช้กระบวนการกลุ่มซึ่งเป็นวิธีการหนึ่งซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยนำความรู้ผ่านกระบวนการพิจารณาตัดสินใจและนำไปสู่การกระทำและลงมือปฏิบัติได้ เนื่องจากการให้ความรู้ด้วยกระบวนการกลุ่มและการตัดสินใจโดยกลุ่ม มีผลดีกว่าการให้ความรู้รายบุคคล โดยกระบวนการกลุ่มจะช่วยให้สมาชิกกลุ่มแสดงพลังและความสามารถออกมา ในการช่วยกันคิดหาวิธีการแก้ไขปัญหาในเรื่องสุขภาพความเจ็บป่วย หรือการกระทำทางด้านสังคม (Manidipa, 2001) จากการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน (De Melo, 2001) และนำไปประยุกต์ใช้เพื่อตัดสินใจดูแลสุขภาพตนเองในชีวิตประจำวันได้ นอกจากนี้จะทำให้ลดความรุนแรงของโรคแล้วยังทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า และสามารถดำรงตนอยู่กับพยาธิสภาพของโรคได้อย่างมีความสุข (มณฑาทิมทองกุล, 2542 ; นงนุช เชาวศิริป, 2540)

การนำเอากระบวนการกลุ่มมาใช้ร่วมกับการให้ความรู้ เป็นวิธีที่ก่อให้เกิดผลดีในการพัฒนาความรู้ ทักษะ เจตคติ ความเชื่อและแรงจูงใจในการกระทำการดูแลตนเอง ซึ่งจะทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองดีขึ้น (Sampson , & Martha, 1990 อ้างใน พูนศิริ อรุณเนตร, 2541) ซึ่งผู้ศึกษาเชื่อว่าน่าจะช่วยให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทสามารถใช้ศักยภาพที่มีอยู่ในการดูแลตนเองได้อย่างถูกวิธีและพึ่งพาตนเองได้ในระยะยาว ตลอดจนสามารถปรับตัวอยู่ในสังคมได้ตามอัตถภาพที่มีอยู่และป้องกันการป่วยซ้ำอย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้การให้ความรู้แบบกลุ่มยังเป็นการประหยัดเวลาและค่าใช้จ่าย (Crenshaw, 1989) และช่วยให้พยาบาลสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้หลายคนในเวลาเดียวกัน

สามารถแก้ปัญหากรณีที่ผู้ป่วยมารับบริการมาก ในภาวะที่รัฐประสบปัญหาการขาดแคลนพยาบาล ได้อีกด้วย (Easton et al., 1994)

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการใช้โปรแกรม ให้ความรู้แบบกลุ่ม

แนวเหตุผลและสมมติฐาน

ความสามารถของบุคคลในการดูแลตนเองเป็นเครื่องบ่งชี้คุณภาพชีวิตของบุคคลนั้น ๆ พยาบาลและบุคลากรในทีมสุขภาพจึงจำเป็นต้องช่วยเหลือและส่งเสริมให้บุคคลมีความสามารถในการดูแลตนเอง (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534) ซึ่งการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง เป็นกลวิธีหนึ่ง ที่ช่วยให้ผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพและการรักษา มุ่งพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล (Orem, 2001; Hill & Smith, 1990; จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534) การให้ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลตนเองที่ถูกวิธี จึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ ซึ่งความรู้เป็นพฤติกรรมขั้นแรก และจะเป็นส่วนประกอบในการสร้างหรือก่อให้เกิดความสามารถหรือทักษะในขั้นต่อ ๆ ไป (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2526) และเป็นสิ่งกระตุ้นให้บุคคลเกิดแนวคิดและมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ (ทัศนีย์ พงศษาชีวะ, 2535) ฉะนั้นก่อนที่บุคคลจะปฏิบัติอะไรก็ตาม บุคคลนั้นจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับเรื่องนั้น ๆ ก่อน และพึงพอใจที่จะปฏิบัติสิ่งนั้น ดังการศึกษาของ Tagliacozzo & Ina (1970) พบว่าความรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อความร่วมมือในการรักษา การที่ผู้ป่วยทราบเรื่องราวเกี่ยวกับโรคของตนและแผนการรักษามากเท่าใด ก็มีโอกาสมิพฤติกรรมสุขภาพอนามัยที่ถูกต้องมากขึ้นเท่านั้น ซึ่งปัจจุบันได้มีการพัฒนาปรับปรุงการเรียนการสอนแบบกลุ่มให้นำมาใช้ในการสอนผู้ป่วยที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพในเรื่องเดียวกันอยู่หลายรูปแบบ

วิธีที่นิยมใช้โดยผู้เรียนมีส่วนร่วมในกิจกรรมการเรียนรู้ในฐานะสมาชิกกลุ่มมากขึ้นและมีผลดีมากวิธีหนึ่งคือ วิธีให้ความรู้โดยใช้กระบวนการกลุ่ม (Group process) ซึ่งเป็นการให้ความรู้ในลักษณะการมีส่วนร่วม ให้ผู้ป่วยทุกคนมีโอกาสแสดงความรู้สึกรู้สึกนึกคิดของตน ได้แลกเปลี่ยนและรับฟังความรู้สึกรู้สึกนึกคิดของผู้อื่น โดยการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ (De Mello, 2001) การให้คำแนะนำและความรู้จะทำให้เกิดความเข้าใจในเรื่องโรค การให้กำลังใจซึ่งกันและกันพร้อมกับการส่งเสริมสุขภาพ จากการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและการรับฟังปัญหาจากผู้ป่วยที่มีปัญหาด້าย ๆ กัน รวมทั้งได้รับการส่งเสริมหรือสนับสนุนจากสมาชิกกลุ่ม ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับ

ความเชื่อ เจตคติและพฤติกรรมที่เป็นอุปสรรคหรือทำให้บุคคลไม่มีความสุข ปรับเปลี่ยนไปในทางที่ดีและถูกต้องและสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ด้วยตนเองจากกลุ่ม ทำให้เกิดแนวคิดในการแก้ปัญหาาร่วมกันและมีการเลียนแบบอย่างในการปฏิบัติตัวที่ดีจากสมาชิกกลุ่ม เมื่อผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้และมีแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพตนเองแล้ว จะทำให้ผู้ป่วยสามารถนำความรู้และประสบการณ์ที่ได้รับนั้นมาปรับใช้ในการดำเนินชีวิตประจำวัน เพื่อนำไปเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิตในทางที่ถูกต้องและมีทักษะในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นได้ มีความสามารถในการดูแลตนเองและส่งผลให้เกิดพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ (มณีรัตน์ เรื่องโรจน์ และ อภากร สุปัญญา, 2541)

Somsen, E. E & Martha (1990 อ้างใน พูนศิริ อรุณเนตร, 2541) ได้กล่าวว่ากระบวนการกลุ่ม ก่อให้เกิดผลดีทั้งในการพัฒนาความรู้ ทักษะในการดูแลตนเอง เจตคติ ความเชื่อ แรงจูงใจในการดูแลตนเอง ซึ่งจะทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองดีขึ้น สอดคล้องกับที่ Marram (1978) ได้กล่าวไว้ว่าอิทธิพลของกลุ่มมีส่วนช่วยให้สมาชิกเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ การตัดสินใจด้วยการยอมรับและสมัครใจ นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ถาวรต่อไป นอกจากนี้ยังมีการใช้สื่อการสอนคือโปสเตอร์ภาพพลิกประกอบการสอนซึ่งเป็นการกระตุ้นให้ผู้เรียนเรียนรู้ได้ดียิ่งขึ้นเข้าใจง่ายขึ้น เกิดความสนใจในกิจกรรมการเรียน เพิ่มพูนความจำ ประทับความรู้สึก ทำอะไรได้ดีขึ้นและเร็วขึ้น ส่งเสริมความสามารถในการแก้ปัญหา อีกทั้งช่วยให้ผู้เรียนเรียนรู้ได้ในเวลาจำกัด (ไชยยศ เรื่องสุวรรณ, 2526)

ดังนั้น โปรแกรมให้ความรู้แบบกลุ่มในการศึกษารังนี้ จึงได้ใช้แนวคิดการพัฒนาของกลุ่มของ Marram (1985) เป็นโครงสร้างหลักในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองที่ถูกวิธี ประยุกต์ใช้ร่วมกับโปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่มของ โชติพร พันธุ์วัฒนาชัย (2547) ซึ่งผู้ศึกษาได้ใช้เป็นโครงสร้างรอง โดยที่โปรแกรมให้ความรู้แบบกลุ่มนี้ประกอบไปด้วยการดำเนินการ 5 ครั้ง ดังนี้ คือ

ครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและพัฒนาความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา
แบ่งเป็น

กิจกรรมที่ 1 ระยะเวลาสร้างสัมพันธภาพ เพื่อให้สมาชิกเกิดความคุ้นเคยรู้จักกันและไว้วางใจกันตลอดจนเกิดความรู้สึก่อนคลาย ลดความวิตกกังวลและให้ความร่วมมือในการเข้ากลุ่ม (Marram, 1978)

กิจกรรมที่ 2 ระยะเวลาดำเนินการแก้ไขปัญหาร่วมกัน ทำให้เกิดความคิดใหม่ ๆ และสร้างความเชื่อมั่นในกลุ่ม (Maramm,1978) ซึ่งการให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องนี้ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมีอำนาจ

ในการควบคุมตนเอง และช่วยให้คลายความวิตกกังวลจากโรคและการรักษา (Kaplan & Sadock, 1995) สามารถปรับพฤติกรรมในการดูแลตนเองให้สอดคล้องกับสภาพของโรค (จันทร์ฉาย เนตรสุวรรณ, 2545)

กิจกรรมที่ 3 ระยะเวลาสิ้นสุดการทำกลุ่ม เพื่อตรวจสอบความรู้ความเข้าใจที่สมาชิกได้รับ และพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง (นฤยา กักตรเจริญ, 2545)

ครั้งที่ 2 การดูแลตนเองเพื่อป้องกันการมีอาการมากขึ้น และจัดการกับอาการที่เป็นปัญหา

กิจกรรมที่ 1 ระยะเวลาสร้างสัมพันธภาพ เพื่อให้สมาชิกเกิดความรู้สึกผ่อนคลายและให้ความร่วมมือในการเข้ากลุ่มตลอดจนลดความวิตกกังวลในการเข้ากลุ่ม(Marram,1978) ทั้งยังก่อให้เกิดการเรียนรู้ รับรู้ และจดจำการปฏิบัติตามแผนการรักษาได้(Branon & Feist, 1997)

กิจกรรมที่ 2 ระยะเวลาดำเนินการแก้ไขปัญหาร่วมกัน เป็นการระดมเอาพลังของสมาชิกทุกคนออกมาเพื่อแก้ไขปัญหา (Marram, 1978) และมีแรงจูงใจที่จะริเริ่มและพยายามปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง (สมจิต หนูเจริญกุล, 2543) ซึ่งการให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องนี้ จะช่วยป้องกันความรุนแรงของโรค (Baker, 1995) และลดการป่วยซ้ำได้ (Kennedy, Schepp, & Connor, 2000)

กิจกรรมที่ 3 ระยะเวลาสิ้นสุดการทำกลุ่มเพื่อตรวจสอบความรู้ความเข้าใจที่สมาชิกได้รับ และพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง (นฤยา กักตรเจริญ, 2545)

ครั้งที่ 3 การพัฒนาทักษะทางสังคม

กิจกรรมที่ 1 ระยะเวลาสร้างสัมพันธภาพ เพื่อให้สมาชิกเกิดความรู้สึกผ่อนคลายและให้ความร่วมมือในการเข้ากลุ่ม(Marram, 1978)

กิจกรรมที่ 2 ระยะเวลาดำเนินการแก้ไขปัญหาร่วมกัน ทำให้เกิดความคิดใหม่ ๆ และสร้างความเชื่อมั่นในกลุ่ม เป็นการระดมเอาพลังของสมาชิกทุกคนออกมาเพื่อแก้ไขปัญหา(Marram, 1978) และมีแรงจูงใจที่จะริเริ่มและพยายามปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง (สมจิต หนูเจริญกุล, 2543) ซึ่งการให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องนี้ ช่วยให้สัมพันธภาพระหว่างบุคคลเป็นไปอย่างพึงพอใจ(O Brien,1978) อ้างใน ศรีรัตนา สุภพิยากุล, 2534) ทั้งยังทำให้ผู้ป่วยรู้จักพูดคุยกับผู้อื่นก่อนและรู้จักหาแนวทางแก้ไข ปัญหาของตนได้ ทำให้ได้รับการช่วยเหลืออย่างทันท่วงที(อัญชลี ศรีสุพรรณ, 2547)

กิจกรรมที่ 3 ระยะเวลาสิ้นสุดการทำกลุ่ม เพื่อตรวจสอบความรู้ความเข้าใจที่สมาชิกได้รับ และพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง (นฤยา กักตรเจริญ, 2545)

ครั้งที่ 4 การดูแลตนเองเรื่องสุขวิทยาส่วนบุคคลและการผ่อนคลายความตึงเครียด

กิจกรรมที่ 1 ระยะเวลาสร้างสัมพันธภาพ เพื่อให้สมาชิกเกิดความรู้สึกผ่อนคลายและให้ความร่วมมือในการเข้ากลุ่ม (Marram, 1978)

กิจกรรมที่ 2 ระยะดำเนินการแก้ไขปัญหาร่วมกัน เพื่อสร้างความเชื่อมั่นในกลุ่ม และระดมเอาพลังของสมาชิกทุกคนออกมาเพื่อแก้ไขปัญหา(Marram, 1978) ตลอดจนมีแรงจูงใจที่จะริเริ่มและพยายามปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง (สมจิต หนูเจริญกุล, 2543) ซึ่งการให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องนี้ ทำให้มีความพร้อมในการเผชิญกับปัญหาที่มกระทบจิตใจ (ปีพมา เศรษฐัญญา, 2529) สอดคล้องกับที่Domar (1996) กล่าวว่าเทคนิคการผ่อนคลายสามารถแก้ไขปัญหาลักษณะจิตใจได้ทั้งร่างกายและจิตใจ

กิจกรรมที่ 3 ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่มเพื่อตรวจสอบความรู้ความเข้าใจที่สมาชิกได้รับและพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง (นฤยา ภักดรเจริญ, 2545)

ครั้งที่ 5 การสร้างแรงจูงใจและพัฒนาความมีคุณค่าในตนเอง

กิจกรรมที่ 1 ระยะสร้างสัมพันธภาพ เพื่อให้สมาชิกเกิดความรู้สึกละลายและให้ความร่วมมือในการเข้ากลุ่ม(Marram, 1978)

กิจกรรมที่ 2 ระยะดำเนินการแก้ไขปัญหาร่วมกัน ทำให้เกิดความคิดใหม่ ๆ มาใช้ในการปรับปรุงแก้ไขปัญหาของตน และสร้างความเชื่อมั่นในกลุ่ม เป็นการระดมเอาพลังของสมาชิกทุกคนออกมาเพื่อแก้ไขปัญหา(Marram, 1978) และช่วยให้สมาชิกมีแรงจูงใจที่จะริเริ่มและพยายามปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง (สมจิต หนูเจริญกุล, 2543) ซึ่งการให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องนี้ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกละลายในตนเอง มีความมั่นคงทางอารมณ์ ส่งผลให้มีความเข้มแข็งในคน มีพลังและความสามารถในการดูแลตนเอง (Nathaniel, 1977 อ้างใน สุทธิณี พัดวิสัย, 2545)

กิจกรรมที่ 3 ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม เพื่อตรวจสอบความรู้ความเข้าใจที่สมาชิกได้รับ และพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ร่วมกัน (นฤยา ภักดรเจริญ, 2545)

จากการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ขึ้นอยู่กับการสร้างสัมพันธภาพ การพัฒนาความรู้ความเข้าใจในโรคและการรักษา การให้ความรู้ด้านการดำรงชีวิตในครอบครัวและชุมชน การฝึกทักษะในการผ่อนคลาย การสร้างแรงจูงใจและพัฒนาความมีคุณค่าในตนเอง การส่งเสริมความผาสุกทางใจและจิตวิญญาณ ดังนั้นผู้ศึกษาจึงสนใจศึกษาการใช้โปรแกรมให้ความรู้แบบกลุ่มต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท เนื่องจากการให้ความรู้แบบกลุ่ม มีรูปแบบการให้ความรู้กับผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ การแก้ไขปัญหที่เกิดจากการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ขจัดความคิดที่ไม่ถูกต้อง เพิ่มทักษะในการแก้ปัญหา โดยใช้กระบวนการกลุ่มเพื่อช่วยเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง และให้การสนับสนุนทางด้านจิตใจต่อกัน จากแนวคิดทฤษฎีดังกล่าว ผู้ศึกษาเชื่อว่าน่าจะสามารถพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทได้และป้องกันการป่วยทางจิตซ้ำอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมร่วมกับผู้อื่นได้อย่างปกติสุขตามอัตภาพที่มีอยู่

สมมติฐาน

พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับ โปรแกรมให้ความรู้แบบกลุ่ม สูงกว่า ก่อนได้รับโปรแกรมให้ความรู้แบบกลุ่ม

ขอบเขตของการศึกษา

1. การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาการใช้โปรแกรมให้ความรู้แบบกลุ่มต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท โดยทำการศึกษา ณ. แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศรีธัญญา
2. ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตสงบที่แพทย์มีคำสั่งให้จำหน่ายได้และอยู่ระหว่างรอญาติรับกลับบ้าน โดยมีที่อยู่อาศัยอยู่ในจังหวัดกรุงเทพมหานครหรือปริมณฑล
3. ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย
 - ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมให้ความรู้แบบกลุ่ม
 - ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท

คำจำกัดความที่ใช้ในการศึกษา

ผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง บุคคลที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด ความรู้สึก อารมณ์และพฤติกรรม โดยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชแล้วว่าเป็นโรคจิตเภท และอยู่ระหว่างรับการรักษา ณ. แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศรีธัญญา ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตอยู่ในระยะอาการสงบ ประเมินโดยแบบวัดระดับอาการทางจิต Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) ได้คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 36

การใช้โปรแกรมให้ความรู้แบบกลุ่ม หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมพยาบาล โดยจัดให้มีการเรียนรู้แบบเป็นกลุ่มเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองอย่างมีระบบ ซึ่งเป็นกลุ่มที่ประกอบด้วยสมาชิกกลุ่มเดียวกันตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงปิดกลุ่ม โดยมีจุดมุ่งหมายที่จะให้สมาชิกร่วมกันคิดหาเหตุผลเลือกและตัดสินใจที่จะปฏิบัติ มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความรู้ ความคิดเห็นซึ่งกันและกัน เรียนรู้ปัญหา ค้นหาปัญหา และร่วมกันหาแนวทางแก้ไขปัญหาในบรรยากาศที่ผ่อนคลาย น่าไว้วางใจ โดยมีผู้ศึกษาเป็นผู้นำกลุ่มคอยกระตุ้น เชื่อมโยง ความรู้ ความคิดและคำพูดของสมาชิกตลอดจนตอบคำถามและให้ข้อมูลความรู้ที่ถูกต้อง ตลอดจนให้คำแนะนำในโอกาสที่เหมาะสม มีการสนับสนุนทางจิตใจซึ่งอาจเป็นคำพูดหรือกิริยาท่าทางของพยาบาล ได้แก่ การแสดง

ทำทางเป็นมิตร การพยักหน้ายอมรับ การเห็นใจ การพูดด้วยน้ำเสียงที่นุ่มนวล พูดคุยอย่างขมเขยปรบมือให้กำลังใจเป็นต้น และส่งเสริมให้สมาชิกมีการสนับสนุนทางจิตใจต่อกันด้วย ได้แก่การพูดคุยอย่างขมเขย การปรบมือให้กำลังใจต่อกันเป็นต้น สำหรับโปรแกรมให้ความรู้แบบกลุ่มนี้ได้ใช้แนวความคิดพัฒนากลุ่มของ Marram (1978) เป็นโครงสร้างหลัก ประยุกต์ใช้ร่วมกับโปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่มของโชติพร พันธุ์พัฒนาชัย (2547) ซึ่งมีเนื้อหาในกิจกรรมที่ 1 และกิจกรรมที่ 2 ที่นำมาจากเทคโนโลยีการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในหอผู้ป่วย (กลุ่มการพยาบาล สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา, 2548) ส่วนเนื้อหาในกิจกรรมที่ 3 และกิจกรรมที่ 4 นำมาจากโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมของ อัญชลี ศรีสุพรรณ (2547) สำหรับกิจกรรมที่ 5 ผู้ศึกษาได้นำมาจากเทคโนโลยีในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท(กรมสุขภาพจิต, 2542) และพัฒนาขึ้นเป็นโปรแกรมให้ความรู้แบบกลุ่ม ต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท โดยได้ดำเนินการ 5 ครั้ง ดังนี้คือ

ครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและการพัฒนาความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา
ใช้เวลา 60 นาที

กิจกรรมที่ 1 ระยะเวลาสร้างสัมพันธภาพ เป็นการสร้างความรู้จักคุ้นเคยกัน มีการบอกรักขอบคุณประสงค์ กำหนดกติกาการเข้ากลุ่มร่วมกัน

กิจกรรมที่ 2 ระยะเวลาดำเนินการแก้ไขปัญหา ให้ผู้ป่วยอภิปรายแลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกัน จากนั้นผู้นำกลุ่มจึงให้ความรู้โดยใช้สื่อโปสเตอร์ภาพพลิกประกอบการให้ความรู้

กิจกรรมที่ 3 ระยะเวลาสิ้นสุดการทำกลุ่ม จากการซักถาม ทบทวนและสรุปร่วมกัน

ครั้งที่ 2 การดูแลตนเองเพื่อป้องกันการมีอาการมากขึ้น และจัดการกับอาการที่เป็นปัญหา
ใช้เวลา 60 นาที

กิจกรรมที่ 1 ระยะเวลาสร้างสัมพันธภาพ มีการทักทายพูดคุยด้วยเรื่องทั่วไปเล็กน้อย ทบทวน กติกาการเข้ากลุ่ม

กิจกรรมที่ 2 ระยะเวลาดำเนินการแก้ไขปัญหา ให้ผู้ป่วยได้อภิปรายแลกเปลี่ยนประสบการณ์กัน จากนั้นผู้นำกลุ่มจึงให้ความรู้โดยใช้สื่อโปสเตอร์ภาพพลิกประกอบการให้ความรู้

กิจกรรมที่ 3 ระยะเวลาสิ้นสุดการทำกลุ่ม โดยการซักถาม ทบทวนและสรุปร่วมกัน

ครั้งที่ 3 การพัฒนาทักษะทางสังคม ใช้เวลา 90 นาที

กิจกรรมที่ 1 ระยะเวลาสร้างสัมพันธภาพ มีการพูดคุยทักทายซึ่งกันและกัน

กิจกรรมที่ 2 ระยะดำเนินการแก้ไขปัญหา ให้ผู้ป่วยได้อภิปรายพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ จากนั้นผู้นำกลุ่มจึงให้ความรู้โดยใช้โปสเตอร์ภาพพลิกประกอบ และให้สมาชิกสาธิตการติดต่อสื่อสารที่ถูกต้อง

กิจกรรมที่ 3 ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม จากการซักถามและให้สมาชิกได้ฝึกทักษะการติดต่อสื่อสารที่ถูกต้องจากสถานการณ์จำลอง รวมทั้งจากการทบทวนและสรุปร่วมกัน

ครั้งที่ 4 การดูแลตนเองเรื่องสุขวิทยาส่วนบุคคล และการผ่อนคลายความตึงเครียด โดยใช้เวลา 90 นาที

กิจกรรมที่ 1 ระยะสร้างสัมพันธภาพ มีการพูดคุยทักทายซึ่งกันและกัน

กิจกรรมที่ 2 ระยะดำเนินการแก้ไข ให้ผู้ป่วยพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ จากนั้นผู้นำกลุ่มจึงให้ความรู้ โดยใช้โปสเตอร์ภาพพลิกประกอบการให้ความรู้ ตลอดจนมีการสาธิตวิธีคลายเครียดและให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติ

กิจกรรมที่ 3 ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม มีการประเมินผลการฝึกปฏิบัติของสมาชิกเป็นรายบุคคลและจากการซักถาม ทบทวน ตลอดจนสรุปร่วมกัน

ครั้งที่ 5 การสร้างแรงจูงใจและพัฒนาความมีคุณค่าในตนเอง โดยใช้เวลา 90 นาที

กิจกรรมที่ 1 ระยะสร้างสัมพันธภาพ มีการทักทายพูดคุยซึ่งกันและกัน

กิจกรรมที่ 2 ระยะดำเนินการแก้ไขปัญหา ให้สมาชิกได้อภิปรายพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ จากนั้นผู้นำกลุ่มจึงให้ความรู้โดยใช้โปสเตอร์ภาพพลิกประกอบการให้ความรู้

กิจกรรมที่ 3 ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม จากการซักถาม ทบทวนและสรุปร่วมกัน

พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง กิจกรรมที่ผู้ป่วยจิตเภทกระทำด้วยตนเองโดยมีเป้าหมาย เพื่อให้ร่างกายและจิตใจเข้มแข็ง ดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัวและชุมชนของตนได้โดยไม่ต้องกลับไปรับการรักษาในโรงพยาบาลอีก โดยประเมินจากแบบวัดพฤติกรรมดูแลตนเอง ของเพชรี คันธสายบัว (2544) ซึ่งพัฒนามาจากแบบวัดพฤติกรรมดูแลตนเองตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem (2001) ร่วมกับแนวคิดการดูแลตนเองด้านจิตใจและการดูแลตนเองด้านร่างกายของ Hill and Smith (1990) และแบบวัดพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของจินตนา ยูนิพันธุ์ (2534) มาเป็นแนวทาง สำหรับแบบวัดพฤติกรรมดูแลตนเองนี้ประกอบด้วย

1. การพัฒนาการรู้จักตนเองของผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยจิตเภท ในการที่จะรู้จักรูปร่าง ลักษณะของตนเอง การเข้าใจ ขอมรับและรับรู้ถึงศักยภาพของ

ตนเอง รวมทั้งความภาคภูมิใจในตนเอง เพื่อให้เข้าใจถึงความสามารถและข้อจำกัดของตนเองรวมทั้งมีเป้าหมายในการดำเนินชีวิต

2. การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยจิตเภท ในการใช้ภาษา การสร้างสัมพันธภาพ การสื่อความต้องการของตนเอง รวมทั้งเพื่อให้รับรู้ถึงความคิด ความรู้สึกและความต้องการของผู้อื่น ได้อย่างถูกต้องตรงกัน และสามารถอธิบายความรู้สึกของตนเองได้

3. การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยจิตเภทในการที่จะสามารถจัดแบ่งเวลาในการทำกิจกรรมต่างๆในชีวิตประจำวัน ได้เหมาะสมและเกิดประโยชน์สูงสุด ช่วยให้ผู้ป่วยปฏิบัติงานบรรลุเป้าหมายตามที่ต้องการ เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง

4. การเตรียมการเผชิญปัญหา หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยจิตเภท ในการกล้าตัดสินใจต่อปัญหาที่เกิดขึ้น การบอกถึงวิธีในการแก้ไขปัญหาลงมือคลอบตนเองจากความกังวล การแก้ไขปัญหามือเริ่มมีอาการทางจิตหรือเมื่อมีอาการนำก่อนที่จะมีอาการทางจิตมากขึ้นจนกระทั่งต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ค้นหาและหลีกเลี่ยงปัจจัยที่เสี่ยงต่อการมีอาการทางจิตเพิ่มมากขึ้น

5. การพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยจิตเภท ในการสร้างความสัมพันธ์กับกลุ่มบุคคลใกล้ชิดและการรักษาสัมพันธ์กับครอบครัว เพื่อสร้างความสัมพันธ์กับกลุ่มบุคคลใกล้ชิด และสามารถขอรับความช่วยเหลือจากบุคคลเหล่านั้นเมื่อตนเองมีความทุกข์ ตลอดจนสามารถให้ความช่วยเหลือเมื่อผู้อื่นได้รับความเดือดร้อน

6. การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยจิตเภท ในการพัฒนาจิตใจ ส่งเสริมให้จิตใจมีความสงบ มีความสุข สามารถแก้ไขปัญหาวิตชีวิตประจำวันและอุปสรรคได้ด้วยเหตุผลและปัญญา โดยปฏิบัติตามหลักความเชื่อในศาสนาที่ตนเองนับถือ ซึ่งหลีกเลี่ยงการทำผิดและให้อภัยผู้อื่น

7. การดูแลตนเองโดยทั่วไป หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยจิตเภท ในการดูแลตนเองด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อสร้างความแข็งแรงของร่างกายและความเข้มแข็งของจิตใจ เป็นการดำรงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดี

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้โปรแกรมให้ความรู้แบบกลุ่มอย่างมีคุณภาพและเกิดประสิทธิภาพ

2. เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อไป และเป็นแนวทางในการศึกษาค้นคว้าเพื่อพัฒนางานของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทและผู้ป่วยกลุ่มอื่น