

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ผู้ป่วยจิตเภท (Schizophrenia) เป็นผู้ที่มีความผิดปกติด้านความคิด การรับรู้ ทำให้มีการแสดงออกทางอารมณ์ไม่เหมาะสม โดยที่ความรู้สึกตัวและเซาว์ปัญญาปกติ (WHO, 1992) มีการดำเนินโรคแบบเรื้อรังและรุนแรงโดยอาการจะเกิดขึ้นแบบค่อยเป็นค่อยไป จนในที่สุดการทำหน้าที่ในชีวิตประจำวัน การงาน และความสัมพันธ์กับสังคมเสื่อมลงอย่างมาก โดยที่ผู้ป่วยที่เป็นโรคนี้อันตรายไม่หายเป็นปกติเหมือนเดิม (เกษม ดันติผลาชีวะ, 2536) โรคจิตเภท เป็นโรคที่พบมากที่สุด และเป็นปัญหาสำคัญของโรคทางจิตเวชทั้งหมด (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542) พบประมาณร้อยละ 45 - 50 ของผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งร้อยละ 1 - 1.5 ของประชากรทั่วไป มีโอกาสป่วยเป็นโรคจิตเภท (Bethesda, 1999) และจากการศึกษาทางระบาดวิทยาพบอัตราความชุกในระดับโลกอยู่ในช่วง 1.4 - 1.6/1,000 (นันทิกา ทวิชาชาติ, 2548:359) ในประเทศไทยพบว่ามีประชากรร้อยละ 1 ป่วยเป็นโรคจิตเภท ซึ่งมีจำนวนมากกว่าผู้ป่วยโรคจิตเวชอื่น (กรมสุขภาพจิต, 2545) ดังจะเห็นได้จาก รายงานสถิติของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข พบว่ามีผู้ป่วยเป็นโรคจิตเภทมากที่สุดถึง ร้อยละ 23.34 (กรมสุขภาพจิต, 2550) อัตราความชุกตลอดช่วงชีวิตในเขตกรุงเทพฯ ร้อยละ 1.3 และต่างจังหวัดร้อยละ 0.17 (นันทิกา ทวิชาชาติ, 2548:363) ในแต่ละปีจะมีผู้ป่วยใหม่ประมาณ 2 ล้านคน (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุนิษฐ์, 2543) ซึ่งผลจากความเจ็บป่วยก่อให้เกิด การสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจ รัฐต้องสูญเสียงบประมาณในการดูแลผู้ป่วยเหล่านี้ เนื่องจากเมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบรุนแรง ผู้ป่วยต้องกลับมารักษาซ้ำ ส่งผลให้จำนวนผู้ป่วยในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น (กรมสุขภาพจิต, 2541) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น ได้วิจัยต้นทุนการรักษาผู้ป่วยจิตเภทพบว่า ต้นทุนผู้ป่วยนอกเฉลี่ย 175.36 บาท/ครั้ง (วิวัฒน์ ยถาภูตานนท์ และคณะ, 2536) และมีการศึกษา เพื่อวิเคราะห์ต้นทุนการบริการสุขภาพจิต ของสถานพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิตทั่วประเทศ จำนวน 17 แห่งพบว่าผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตเภท มีจำนวนวันนอนเฉลี่ยเท่ากับ 43 วัน/ราย คิดเป็นต้นทุนรวมเฉลี่ยเท่ากับ 28,230 บาท (อนเนก สุภีรพันธ์, สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และบุปผวรรณ พัวพัน ประเสริฐ, 2550 : 7) และจากการศึกษาภาระโรคและการบาดเจ็บในประเทศไทยปี พ.ศ. 2542 ที่ องค์การอนามัยโลก และธนาคารโลกได้ร่วมกันพัฒนาดัชนีชี้วัดปัญหาสุขภาพพบว่า เพศหญิงที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทมีการสูญเสียปีสุขภาวะอยู่ในลำดับที่17ซึ่งแสดงให้เห็นประจักษ์ถึงการสูญเสีย

ทางเศรษฐกิจของรัฐจำนวนไม่น้อย

ผู้ป่วยจิตเภทมีการดำเนินโรคแบบเรื้อรังจึงมีการเจ็บป่วยที่ยาวนาน และมีโอกาสกลับมา รักษาซ้ำสูงทำให้เกิดความเสื่อมถอยด้านบุคลิกภาพ และการทำหน้าที่ต่างๆ ลดลงก่อให้เกิด ผลกระทบหลาย ๆ ด้าน ทั้งด้านผู้ป่วย ครอบครัว สังคมและประเทศชาติ โดยผลกระทบต่อตัว ผู้ป่วย เกิดการเปลี่ยนแปลงในการดำรงชีวิตประจำวันได้แก่ พฤติกรรมการดูแลตนเองในด้านต่าง ๆ คือ ไม่สนใจการรับประทานอาหาร ไม่อาบน้ำเปลี่ยนเสื้อผ้า ไม่เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ไม่ ทำงาน มีบุคลิกภาพแปรปรวน ส่งผลกระทบต่อการทำหน้าที่ของร่างกาย และการดำเนินชีวิต (จินดารัตน์ พิมพ์ดีด, 2541) ผลกระทบต่อครอบครัว คือ ทำให้เป็นภาระในด้านการดูแลสุขภาพ เศรษฐกิจ จากค่ารักษาพยาบาลที่มีระยะเวลายาวนาน ค่าเดินทางรวมทั้ง ค่าใช้จ่ายอื่นๆ ผู้ดูแล เกิดความเครียด อับอาย ความเศร้าเสียใจ และอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของคนในครอบครัว เกิดปัญหาทางสัมพันธภาพภายในครอบครัว ไม่มีเวลาเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมเนื่องจากต้องดูแล ผู้ป่วย (รัชนิกร อุปเสน, 2541) ส่วนผลกระทบทางสังคมและชุมชนนั้นมีการศึกษาพบว่า ผู้ป่วย จิตเภทบางส่วนมีอาการรุนแรงจะแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม แปลกประหลาดน่ากลัว คุณภาพ ความคุมตัวเองไม่ค่อยได้อาจเป็นอันตรายกับคนใน ชุมชนได้ (Loukissa, D.A, 1995) อาจเป็นเหยื่อ ทางเพศ หรือคิดสารเสพติด (ทุกภา บุญผาสังข์, 2545) จากการศึกษาของ Mallakh (1998) พบว่าร้อยละ 51 ของผู้ป่วยจิตเภท มีการคิดสุราหรือสารเสพติด ผลกระทบต่อประเทศชาติ ทำให้ รัฐบาลต้องขาดกำลังคนในการพัฒนาประเทศ เพราะผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่จะเริ่มมีอาการในช่วง วัยรุ่นหรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ซึ่งเป็นวัยทำงานทำให้ประเทศชาติขาดแรงงานจากประชากรที่อยู่ใน วัยอันควร อีกทั้งต้องสูญเสียงบประมาณในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นเงินมากกว่า 200 ล้านบาท ต่อปี (กรมสุขภาพจิต, 2541)

ปัจจุบันการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเภท จะเน้นการรักษาในโรงพยาบาลโดยใช้ระยะเวลาที่สั้น ลงกล่าวคือ เมื่ออาการรุนแรงต่างๆ เช่น อาการก้าวร้าว ทำร้ายตนเอง หรือทำร้ายผู้อื่นสงบลง แพทย์ก็จะจำหน่ายผู้ป่วยเหล่านี้สู่ครอบครัวและชุมชน ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสปฏิบัติหน้าที่ ของตนเองให้ได้มากที่สุด ได้ปรับตัวอยู่ในสังคมและสิ่งแวดล้อมเดิม ไม่ต้องเผชิญปัญหาการ ปรับตัวภายหลังการรักษาที่โรงพยาบาล จึงส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทจำนวนมากต้องออกไปใช้ชีวิตใน ครอบครัวและชุมชน (พวงเพ็ญ เจียมปัญญารัช และคณะ, 2542) เมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ในชุมชน จากการศึกษาของจันทร์ฉาย เนตรสุวรรณ (2545) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทจะขาดความสามารถในเรื่อง การดูแลตนเอง ในด้านการรับประทานอาหาร ไม่เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมและไม่ร่วมกิจกรรมต่างๆ กับครอบครัว ทำให้ญาติต้องให้การช่วยเหลือทั้งด้านความคิด การตัดสินใจ การทำงาน และ กิจวัตรประจำวัน จากการศึกษาของ สุวิมล สมิตตะ (2541) พบว่าปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทหลัง จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล คือ ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันจะพบว่าในระยะแรกผู้ป่วยจะมี

ความสนใจและสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเองได้ แต่ต่อมาผู้ป่วยไม่ยอมช่วยเหลือตนเอง และเรียกร้องความช่วยเหลือจากคนในครอบครัว ในด้านสัมพันธภาพผู้ป่วยมักจะแยกตัวและไม่เชื่อมั่นในตนเอง จะมีสัมพันธภาพกับผู้ดูแลใกล้ชิดเพียงคนหรือสองคนเท่านั้น และจากการศึกษาของ Breier, Schreiber, Dyer, & Picker (1991) ที่ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังพบว่าระยะเวลาการดำเนินโรคของผู้ป่วยจิตเภท มีการเสื่อมของบุคลิกภาพและการทำหน้าที่ต่างๆ ของร่างกายน้อยที่สุด ภายในระยะเวลา 5 ปีแรกของการเจ็บป่วย หลังจากนั้นจะมีการเสื่อมลงเรื่อยๆ จนถึงปีที่ 10 ของการเจ็บป่วยหรือมากกว่านั้น ความเสื่อมที่เกิดจากการป่วยด้วยโรคจิตเภท ส่วนใหญ่พบว่าผู้ป่วยมีความบกพร่องของทักษะทางสังคม รวมถึงความบกพร่องของทักษะการดำรงชีวิตประจำวันและทักษะการทำงาน (Mueser et al, 1998) และเนื่องจากความเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทเป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นและมีผลกระทบโดยตรงต่อตัวผู้ป่วย ทำให้การทำงานที่ในด้านต่างๆ เช่น การดูแลตนเอง การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การเรียนหนังสือ การทำงานเพื่อรับค่าจ้างเลี้ยงชีพ หรือการทำงานบ้านบกพร่องอย่างมาก การมีกิจกรรมทางสังคมอาจบกพร่องเนื่องจากการแยกตัวหรือมีพฤติกรรมถดถอย (พันธุ์ศักดิ์ วราฮ์สวปติ และทวี ตั้งเสรี, 2536) และการที่ผู้ป่วยมีความสนใจในกิจกรรมต่างๆและทักษะทางสังคมเสื่อมลง ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย ในด้านการปฏิบัติหน้าที่ทางสังคม อาจต้องออกจากโรงเรียน หรือทำงานไม่ได้ เป็นเวลานานานต้องพึ่งพาผู้อื่นทั้งในเรื่องสุขอนามัยส่วนบุคคล และเรื่องการเงิน (Moller & Murphy, 2001) ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจิตเภทจะได้รับการบำบัดรักษาแล้วก็ไม่มีโอกาสได้ใช้ความสามารถที่มีอยู่ เนื่องจากมักจะถูกสังคมมองว่าไร้ความสามารถและไม่ได้รับความไว้วางใจจากบุคคลรอบข้าง ขาดอิสรภาพในการกระทำกิจกรรมต่างๆ บางรายถูกทอดทิ้งให้อยู่อย่างโดดเดี่ยว (อรพรรณ ลือบุญรัชชัย, 2542) และเมื่อผู้ป่วยจิตเภทออกสู่สังคมภายนอก สิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วยคือเพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน เมื่อรู้ว่าเราเคยเป็นโรคจิตมาก่อนจะเกิดความรู้สึกหวาดกลัว ไม่ยอมรับในตัวผู้ป่วย มีความรู้สึกรังเกียจ และไม่เชื่อว่าผู้ป่วยจิตเภทจะทำประโยชน์ได้ สิ่งต่างๆ ดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น เกิดผลกระทบต่อความรู้สึกที่มีต่อตนเอง (Czuchta & Johnson, 1998) และจากการศึกษาปัจจัยที่มีผลทำให้ผู้ป่วยจิตเภทกลับมารักษาในโรงพยาบาล พบว่าระยะเวลาที่อยู่บ้านของผู้ป่วยเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญที่แสดงถึงการประสบความสำเร็จหรือล้มเหลว ในการอยู่ในชุมชน กล่าวคือผู้ป่วยที่กลับไปอยู่บ้านหลังจากได้รับการรักษาในโรงพยาบาลแล้วน้อยกว่า 6 เดือนเป็นกลุ่มที่ล้มเหลวในการปรับตัวทางสังคม (วรารัตน์ ว่องอภิวัฒน์กุล , 2525 อ้างใน เพชรี คันธสายบัว, 2547) และจากการศึกษา ของดวงตา อุทุมพฤกษ์พร (2533) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 43 กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลภายในเวลา 1 - 6 เดือน จากการศึกษาดังกล่าวแสดงถึง การป่วยซ้ำเป็นความล้มเหลวในการปรับตัวอยู่ในสังคมของผู้ป่วยจิตเภท (เพชรี คันธสายบัว, 2547)

การปรับตัวทางสังคม เป็นความสามารถในการปรับตัวอย่างมีประสิทธิภาพในด้านต่างๆ เช่นการเข้าสังคม การสื่อสารสัมพันธ์กับผู้อื่นและความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันและการทำงาน (จันรรจา บำเหน็จพันธุ์, 2537) จากแนวคิดการปรับตัวของรอย (Roy Adaptation Model) ซึ่งเชื่อว่าบุคคลเป็นระบบของการปรับตัว พฤติกรรมที่แสดงออกของบุคคล จะเป็นผลที่เกิดจากการปรับตัวของบุคคล การปรับตัวที่ดีหรือมีประสิทธิภาพ จะเป็นการตอบสนองของบุคคลที่เหมาะสม ส่วนการปรับตัวที่ไม่ดีหรือไม่มีประสิทธิภาพจะบ่งบอกถึงปัญหาที่เกิดขึ้นในบุคคลนั้น การปรับตัวเป็นระดับความสามารถของบุคคลที่จะใช้กลไกในการจัดการประกอบด้วยสองระบบย่อย คือระบบย่อยการควบคุมและระบบย่อยการคิดรู้ เพื่อตอบสนองสิ่งเร้าที่มากระตุ้นการปรับตัว โดยสิ่งเร้าที่อยู่ในขอบเขตของระดับความสามารถของบุคคล จะทำให้บุคคลมีการตอบสนองในทางบวกหรือมีการปรับตัวที่ดี ส่วนสิ่งเร้าที่อยู่นอกขอบเขตของระดับความสามารถของบุคคล จะทำให้บุคคลมีการตอบสนองในทางลบเกิดปัญหาในการปรับตัวได้ ผู้ป่วยจิตเภทมีสิ่งเร้าตรงต่อผู้ป่วยคือ ความเจ็บป่วยทางจิต ทำให้ผู้ป่วยต้องปรับตัวและแสดงออกมาในรูปพฤติกรรมการปรับตัวทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจบทบาทหน้าที่ การพึ่งพาผู้อื่น (Andrews & Roy , 1991) จากการที่ผู้ป่วยจิตเภทเมื่อกลับไปอยู่ในชุมชนมีปัญหาด้านการปรับตัว การยอมรับจากสังคม ปัญหาในเรื่องการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลในครอบครัว และบุคคลอื่นๆในสังคม การเรียนหรือการประกอบอาชีพ การดูแลตนเอง การทำกิจวัตรประจำวันหรือการมีอาการของโรคที่หลงเหลืออยู่ รวมทั้งขาดการยอมรับจากญาติผู้ดูแล ซึ่งทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความรู้สึกถูกรังเกียจ และถูกแยกจากสังคม ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่มีคุณค่าในตนเอง มีความเครียดมากขึ้น จนกลับมาป่วยซ้ำได้อีก (โปริยทิพย์ กสิพันธุ์, 2547) ผู้ป่วยที่อยู่ในชุมชนได้น้อยกว่า 6 เดือนถือว่าประสบความล้มเหลวในการปรับตัว และการกลับเป็นซ้ำของโรครายในระยะเวลา 2 ปี หลังจำหน่าย ถือเป็นสัญญาณเตือนของการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี ซึ่งแสดงถึงการขาดความสามารถในการปรับตัว หรือการจัดการกับสิ่งเร้าภายนอกที่ก่อให้เกิดความเครียด (Anderson, Hogaty & Reiss, 1980) โดยเฉพาะผู้ป่วยจิตเภทมักจะมองและประเมินปัญหามากกว่าความเป็นจริงและมีการรับรู้ที่ ขาดความสามารถในการจัดการหรือแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น (Lukoff, Snyder, Venture, & Nuechterlein, 1984) จึงเกิดปัญหาการปรับตัวได้ง่าย

โรงพยาบาลองค์กรักษ์เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง ตั้งอยู่ที่อำเภอองค์กรักษ์ จังหวัดนครนายก รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยในอำเภอองค์กรักษ์ทั้งหมด 14 ตำบล 116 หมู่บ้าน ประชากร 52,140 คน ประชาชนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม นับถือศาสนาพุทธ เป็นสังคมชนบท โรงพยาบาลองค์กรักษ์มีนโยบายพัฒนางานสุขภาพจิตขึ้นอย่างเป็นทางการเป็นรูปธรรมตั้งแต่ พ.ศ.2542 เพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายรัฐบาล โดยมีการตั้งคณะทำงานสุขภาพจิตประกอบด้วย ทีมสหสาขาวิชาชีพเป็นผู้รับผิดชอบ มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้รับบริการ ครอบครัวและชุมชน ได้รับบริการ ส่งเสริม ป้องกัน ดูแลรักษาฟื้นฟูด้านสังคมจิตใจให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้

จากการศึกษาข้อมูลย้อนหลัง ในทะเบียนผู้ป่วยจิตเวช ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โดยพยาบาลผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวชได้บันทึกประวัติของผู้ป่วยจิตเวช จากข้อมูล พบว่าจำนวนผู้ป่วยโรคจิตเภทตั้งแต่ปีงบประมาณ 2547 – 2549 นั้นมีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี และในปี 2549 ผู้ป่วยจิตเภทมีมากถึง 46 คน ในจำนวนดังกล่าว มีผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 31 คน มีปัญหา ด้านการกลับเป็นซ้ำ และมีอาการกำเริบบ่อย ต้องส่งต่อไปโรงพยาบาลตติยภูมิ ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 67.39 จากการสอบถามถึงสาเหตุที่ทำให้มีอาการกำเริบ พบว่าสาเหตุที่เป็นปัญหาส่วนใหญ่มาจากการปรับตัวของผู้ป่วยจิตเภททั้งในด้านการดูแลตนเอง ความสัมพันธ์ในสังคม การทำงานอาชีพ และ ความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคจิตเภทของผู้ป่วย และจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติที่มารับบริการที่ แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลองค์กรักษ์พบว่า ผู้ป่วยจำนวน 19 รายไม่ได้ทำงาน ผู้ป่วย 10 ราย ทำงานบ้านช่วยเหลือในครอบครัวได้ มีผู้ป่วยจำนวน 2 รายที่สามารถทำงานและมีรายได้ ปัญหา ด้านความสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัว พบว่าผู้ป่วย 5 รายไม่มีความสัมพันธ์ที่ดี และไม่สนใจ พูดคุยกับคนในครอบครัว ผู้ป่วย 14 รายมีความสัมพันธ์ที่ดีเฉพาะคนใดคนหนึ่ง และขัดแย้งไม่ สนใจสมาชิกคนอื่นในครอบครัว ด้านความสัมพันธ์กับบุคคลในสังคมพบว่า ผู้ป่วย 19 ราย ไม่มี เพื่อน ไม่พูดคุยกับบุคคลอื่นที่ไม่ใช่สมาชิกในครอบครัว มีผู้ป่วยเพียง 5 รายเท่านั้นที่มีการติดต่อ พบปะมีเพื่อนสนิทหลายคน ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเองพบว่า ผู้ป่วย 19 รายดูแล สุขอนามัยของใช้ส่วนตัว และรับผิดชอบการรับประทานอาหารได้น้อยต้องคอยควบคุมช่วยเหลือ ด้านการปฏิบัติกิจกรรมในยามว่าง พบว่าผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 5 ราย ไม่สนใจทำกิจกรรมใดๆ มักจะนอนเฉยๆ หรือนั่งนิ่งๆ ผู้ป่วย 15 รายทำกิจกรรมเมื่อมีผู้มาชักชวน แต่ถ้าให้ทำเองจะเลิก สนใจปัญหาดังกล่าว พบว่าเป็นปัญหาพฤติกรรมปรับตัวทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท

ในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภท ที่มีพฤติกรรมปรับตัวทางสังคมที่ไม่เหมาะสมนั้น จำเป็นต้องใช้รูปแบบการบำบัดที่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทได้เรียนรู้ ในการเข้าใจตนเอง และ ผู้อื่นรู้จักสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีกับบุคคลอื่น มีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ถูกต้อง ซึ่งเป็นปัจจัยที่ทำให้ ความสามารถในการปรับตัวทางสังคมดีขึ้น โดยใช้บทบาทของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ขั้นสูง มาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า แนวทางการ บำบัดรักษาที่ได้ผลดีคือ การทำกลุ่มบำบัดระดับประคอง ตามแนวคิดของ Yalom (1995) ซึ่ง เป็นการบำบัดที่เหมาะสม สำหรับการให้การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในกลุ่มผู้ที่มีปัญหา สุขภาพจิต และมีประโยชน์ต่อผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตแทบทุกประเภท (จันทิมา องค์โสมสิต, 2545) วัตถุประสงค์ที่ชัดเจนในการทำกลุ่มบำบัดระดับประคองคือ ช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักถึงตนเอง เข้าใจปัญหาของตนเอง และรู้จักใช้กลไกการแก้ปัญหาที่ถูกต้อง มีสัมพันธภาพ และสามารถปรับตัว ให้เข้ากับผู้อื่นได้ดีขึ้น สามารถเผชิญปัญหาต่างๆ ได้ (สุจรรยา แสงเขียวงาม, 2545) การรักษาโดย การใช้กลุ่มบำบัดระดับประคองเป็นการรักษาที่มุ่งตรงต่อการช่วยลดอาการทางจิตใจของผู้รับ การ รักษาช่วยให้มีการกลับคืนมาหรือเพิ่มประสิทธิภาพของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Self esteem)

และทักษะในการปรับตัวเพราะมีการสร้างปฏิสัมพันธ์ต่อกัน มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่เป็นประโยชน์กับเพื่อนสมาชิก มีการประคับประคองความรู้สึกซึ่งกันและกัน ที่จะทำให้เกิดกลไกให้สมาชิกเกิดการเปลี่ยนแปลงความคิด ทำให้เกิดคุณค่าในตนเอง ช่วยลดความโดดเดี่ยว และช่วยในการปรับตัว (จันทิมา อองศ์โฆสิต, 2545)

กลุ่มบำบัดตามแนวคิดของ Yalom (1995) คือการทำกลุ่มบำบัด (Group therapy) ที่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ และปรับพฤติกรรมตนเองได้ เป็นวิธีหนึ่งที่สำคัญในการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเภทนอกเหนือจากการรักษาด้วยยาและการรักษาด้วยวิธีการอื่นๆ เพราะการใช้กลุ่มบำบัดเป็นการให้ผู้ป่วยกระทำกิจกรรมร่วมกัน จะช่วยให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ในการเข้าใจตนเอง และผู้อื่น รู้จักสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น และช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพ กาย จิต สังคมของผู้ป่วย อีกทั้งช่วยให้ผู้ป่วยมีโอกาสปรับปรุงพฤติกรรมให้ดีขึ้น และนำไปสู่เป้าหมาย คือผู้ป่วยมีการปรับตัวทางสังคมดีขึ้น สามารถดำรงชีวิต และดำเนินกิจวัตรประจำวันได้อย่างปกติสุขในสังคม สอดคล้องกับการศึกษาของ Homes J (1995) ได้ศึกษาผลของกลุ่มบำบัดแบบประคับประคองพบว่าทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวสู่ความเป็นจริงได้ดีขึ้น ดังนั้นผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวชจึงมีความสนใจที่จะนำกลุ่มบำบัดตามแนวคิดของ Yalom (1995) มาใช้เนื่องจากกระบวนการของกลุ่มบำบัดประคับประคองตามแนวคิดนี้ สอดรับกับบทบาทพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวชขั้นสูง คือบทบาทในการเป็นผู้มีความเชี่ยวชาญทางเทคนิคเฉพาะ ที่ต้องได้รับการฝึกฝนจากผู้เชี่ยวชาญในด้านการบำบัดทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม ส่งผลให้เป็นผู้ที่มีความรอบรู้เข้าใจเทคนิคการประสานความคิด โดยวิธีการโน้มน้าวจิตใจและนำกลุ่ม ไปในทิศทางที่เหมาะสมและบทบาทการเป็นตัวแบบในการมีปฏิสัมพันธ์ เพื่อให้สมาชิกกลุ่มมีการเลียนแบบจากความใกล้ชิดและเชื่อถือไว้วางใจ สมาชิกสามารถนำแบบอย่างไปปรับใช้ได้ โดยผู้บำบัดต้องมีการนำความรู้ทางทฤษฎีและงานวิจัยเป็นพื้นฐานในการใช้ในการทำกลุ่มบำบัด มีเป้าหมายเพื่อให้สมาชิกเกิดการเรียนรู้ เปลี่ยนแปลงความคิดความรู้สึกและพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสมตามปัจจัยการบำบัด ตามแนวความคิดของ Yalom (1995) คือมุ่งเน้นการรู้สึกเกื้อกูล (Altruism) การผูกพันจิตใจต่อกัน (Group Cohesiveness) ความรู้สึกอันเป็นสากล (Universality) การเรียนรู้การสร้างสัมพันธภาพ (Interpersonal learning) การให้ข้อมูล (Imparting of information) การได้ระบายออก (Catharsis) การได้เลียนแบบพฤติกรรม (Imitative behavior) ความรู้สึกเหมือนเป็นครอบครัวเดียวกัน (The corrective recapitulation of primary family group member) การพัฒนาเทคนิคการเข้าสังคม (Development of socializing techniques) การรู้สึกมีความหวัง (Installation of hope) และการได้รู้ถึงความจริงของชีวิต (Existential factors) (Yalom, 1995) ผู้ศึกษามุ่งเน้นให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึก ความคับข้องใจ เข้าใจและรู้ถึงข้อบกพร่องของตนเอง และสามารถช่วยกันหาแนวทางการแก้ไขปัญหาได้เหมาะสม ให้ผู้ป่วยได้ช่วยเหลือประคับประคองด้านจิตใจซึ่งกันและกัน ได้เรียนรู้และสร้างสัมพันธภาพและมีทักษะการอยู่ร่วมกันกับผู้อื่น มีการปรับตัวทาง

สังคมที่ดีขึ้น สามารถเผชิญปัญหาและจัดการแก้ไขปัญหาต่างๆได้ ด้วยตนเอง (สถาบันกัลยาธนากรินทร์, 2545) และการทำกลุ่มบำบัดยังเป็นการรักษาแบบประคับประคองที่เน้นการสร้างสัมพันธภาพเพื่อสื่อสารกับผู้ป่วย เพื่อให้เข้าใจความคิดและพฤติกรรมของผู้ป่วย สนับสนุนให้ผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตให้เหมือนปกติมากที่สุด ทั้งด้านการเรียน การทำงาน ครอบครัวและสังคม (จันรรจา บำเหน็จพันธุ์, 2537) ซึ่งสิ่งต่างๆที่เกิดขึ้นในกระบวนการกลุ่มบำบัด จะส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการปรับตัวทางสังคมที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อเปรียบเทียบการปรับตัวทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการใช้โปรแกรมกลุ่มบำบัดประคับประคอง

แนวเหตุผลและสมมุติฐานการศึกษา

การปรับตัวทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท โดยพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่มีการปรับตัวทางสังคมที่ไม่ดี เป็นปัจจัยเสี่ยงที่จะป่วยซ้ำสูง (Videbeck, 2001 : 317) ลักษณะของการปรับตัวทางสังคมที่ไม่ดี จะแสดงออกมาใน 5 ด้านคือ บกพร่องหรือขาดความสามารถในการทำงานหรือการเรียน บกพร่องในการดูแลรับผิดชอบตนเอง บกพร่องหรือขาดความสามารถในการมีสัมพันธภาพ กับบุคคลในครอบครัว และในสังคม บกพร่องหรือขาดความสามารถในการทำกิจกรรมในยามว่าง (จันรรจา บำเหน็จพันธุ์, 2537) การให้ความช่วยเหลือด้านการปรับตัวทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท ในบทบาทการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูง สามารถจัดกระทำได้ในรูปแบบของกลุ่มบำบัด ซึ่งเป็นกลุ่มที่เน้นความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน และต้องได้รับการฝึกฝนจากผู้เชี่ยวชาญด้านกลุ่มบำบัด แนวคิดที่ผู้ศึกษาเลือกนำมาใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือ แนวคิดสัมพันธภาพของ Yalom (1995) ซึ่งเป็นแนวคิดที่ให้ความสำคัญในเรื่องสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและการเรียนรู้ที่จะติดต่อและสร้างสัมพันธภาพ ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจะทำให้สมาชิกกลุ่มรู้จักวิธีที่จะติดต่อและสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น ส่วนผลลัพธ์ที่เกิดจากการทำกิจกรรมในกลุ่ม จะทำให้สมาชิกเกิดมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน และมีการประคับประคองความรู้สึกร่วมกัน มีการเรียนรู้และแก้ปัญหาในสถานที่เหมือนกัน และพัฒนาปรับปรุงไปในทางที่เหมาะสม (Sampson and Marthas as cited in Townsend, 1996 อ้างใน ชนิกรรดา ไทยสังคม, 2545) โดยอาศัยขบวนการกลุ่มเป็นส่วนช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและมีการปรับแก้จากสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริง กลุ่มเปรียบเสมือนกระจกที่สามารถสะท้อนความรู้สึก ช่วยให้สมาชิกได้เรียนรู้ซึ่งกันและกัน รู้จักมองตนเอง เกิดมีปฏิสัมพันธ์กัน มีการแลกเปลี่ยนความคิดและความรู้สึกร่วมกันมีความผูกพันกันช่วยเหลือซึ่งกันและกัน และมีผลต่อการพัฒนาความรู้สึกการมีคุณค่าของตนเอง รับรู้ว่าคุณค่าของตัวเองไม่ได้มีความทุกข์เพียงผู้เดียว มีการเรียนรู้ที่จะสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ได้รับข้อมูลข่าวสาร

จากเพื่อนสมาชิก มีการระบายออกในสิ่งที่คับข้องใจ มีความหวัง มีกำลังใจที่จะต่อสู้ในการเผชิญปัญหา สิ่งเหล่านี้จะทำให้สมาชิกรู้สึกถึงความมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งประสบการณ์เหล่านี้สามารถส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นปัญหาได้ (ปราโมทย์ เชาวศัลปีและชัยณรงค์ คงสกล, 2542) โดยมีปัจจัยบำบัด 11 ปัจจัยที่ทำให้สมาชิกเกิดการเปลี่ยนแปลงไปมีพฤติกรรม ความคิด และความรู้สึกที่เหมาะสมจนทำให้เกิดการปรับตัวทางสังคมที่ดีขึ้น ดังนี้

1. การรู้สึกมีความหวัง (Instillation of hope) กลุ่มบำบัดสร้างความหวังใหม่ให้แก่ผู้ป่วยที่กำลังเสียวัว และมองโลกในแง่ร้าย การที่ผู้ป่วยเห็นผู้อื่นที่มีอาการเหมือนตนดีขึ้นจะทำให้เขามีความหวังมากขึ้น

2. ความรู้สึกอันเป็นสากล (Universality) ก่อนเข้ารับการรักษาผู้ป่วยจะคิดว่า ความทุกข์ของตนเองไม่เหมือนใคร แต่เมื่อเข้ากลุ่มแล้ว เขาจะรู้ว่าผู้อื่นก็มีปัญหายุ่งยากเหมือนกัน ความรู้สึกที่ว่าตนเองมีความทุกข์คนเดียวจะหมดไป

3. การให้ข้อมูล (Imparting of Information) กลุ่มให้ข้อมูลกับผู้ป่วยทั้งทางตรงและทางอ้อม เกี่ยวกับเรื่องต่างๆที่ผู้ป่วยควรจะรู้ การให้ข้อมูลนั้นช่วยลดความกังวลของผู้ป่วยที่เกิดจากการไม่รู้

4. การรู้สึกเกื้อกูล (Altruism) กลุ่มทำให้สมาชิกรู้สึกว่าตัวเองมีคุณค่ามากขึ้น เพราะเขาสามารถช่วยเหลือผู้อื่นได้ ให้ข้อเสนอแนะ ให้กำลังใจผู้อื่น หรือเสียสละในเรื่องต่างๆ ผู้ป่วยจะไม่รู้สึกว่าตนเองเป็นภาระของคนอื่น และจะภูมิใจในตนเองมากขึ้น Altruism นี้ นับเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้การรักษา โดยถือว่ามีวิธีที่ดีที่สุดที่จะช่วยคน คือช่วยให้เขาได้ช่วยคนอื่น

5. ความรู้สึกเหมือนเป็นครอบครัวเดียวกัน (Corrective Recapitulation of the Primary Group) กลุ่มประกอบด้วย ผู้ป่วยต่างเพศ และมีอายุแตกต่างกัน ทำให้กลุ่มมีลักษณะหลายอย่างคล้ายครอบครัว มีผู้นำกลุ่มเป็นหัวหน้าคล้ายหัวหน้าครอบครัวที่มีอำนาจ สมาชิกกลุ่มเหมือนญาติพี่น้อง ปัญหาที่เกิดขึ้นในกลุ่มหลายๆ ด้าน จะคล้ายกับปัญหาในครอบครัวและการตอบสนองของสมาชิกในรูปแบบต่างๆ รวมทั้งการที่ผู้รักษาให้การช่วยเหลืออย่างถูกต้อง จะทำให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้และสามารถแก้ไขประสบการณ์เดิม พัฒนาด้านจิตใจ อารมณ์ให้ดีขึ้น มีการปรับตัวที่ดีขึ้น

6. การพัฒนาเทคนิคการเข้าสังคม (Development of socializing techniques) การเข้ากลุ่มทำให้สมาชิกมีทักษะในการสร้างสัมพันธภาพทางสังคมเพิ่มขึ้น ทำให้สมาชิกเรียนรู้ทางสังคม รวมทั้งการเรียนรู้ที่จะเข้าใจความรู้สึกของผู้อื่น ซึ่งจะมีประโยชน์ต่อสมาชิกเมื่อนำไปใช้กับสังคมภายนอกต่อไป เช่น มีการยิ้ม การทักทาย พุดคุยกันก่อนและหลังเข้ากลุ่ม เรียนรู้ที่จะเข้าใจและแก้ไขปัญหาดังๆ ในการติดต่อกับผู้อื่นมีการปรับตัวทางสังคมที่ดีขึ้น

7. การเลียนแบบพฤติกรรม (Imitative behavior) การเข้ากลุ่มทำให้สมาชิกได้มีโอกาสเรียนรู้และลอกเลียนแบบพฤติกรรมของคนอื่นที่ตนเองพอใจทั้งจากผู้นำกลุ่มและสมาชิกซึ่งนำมาประยุกต์ให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เกิดการปรับตัวไปในทางที่ดีขึ้น

8. การผูกพันจิตใจต่อกัน (Group Cohesiveness) การที่ผู้ป่วยมาเข้ากลุ่มสม่ำเสมอและมีความสามัคคีในกลุ่ม จะทำให้สมาชิกรู้สึกผูกพันกับผู้รักษาและผูกพันกับเพื่อนสมาชิกด้วยกัน สมาชิกจะรู้สึกว่าตัวเองเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม มีความสำคัญต่อกลุ่ม ในบรรยากาศเช่นนี้ สมาชิกกลุ่มจะสามารถพูดความรู้สึกที่แท้จริงออกมา ซึ่งเขาไม่สามารถทำได้ในสังคมทั่วไป การที่สมาชิกกลุ่มยอมรับซึ่งกันและกัน ช่วยเหลือกันเป็นประสบการณ์ที่สำคัญยิ่งในชีวิตของผู้ป่วยส่งผลให้เกิดการปรับตัวทางด้านการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นดีขึ้น

9. การได้ระบายออก (Catharsis) ในกลุ่มผู้ป่วยสามารถพูดระบายความรู้สึก คับข้องใจ ความขัดแย้งที่เก็บอัดไว้ในใจ ซึ่งเขาไม่สามารถพูดได้ในสังคมทั่วไป ในสังคมเรามักจะพูดแต่เพียงความรู้สึกด้านดี ไม่นิยมพูดถึงความรู้สึกด้านลบ ทำให้ต้องเก็บความรู้สึกด้านลบไว้ ในกลุ่มบำบัดผู้ป่วยจะถูกกระตุ้นให้พูดความรู้สึกด้านลบ ในขณะที่กลุ่มรับฟังอย่างเข้าใจและเห็นใจ เมื่อผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกที่รบกวนจิตใจแล้ว จะมีผลทำให้สมาชิกมีจิตใจปลอดโปร่งขึ้น สามารถมองดูเหตุการณ์ด้วยใจที่เป็นกลางมากขึ้น เข้าใจชีวิตมากขึ้น และมีการพัฒนาทางด้านอารมณ์ จิตใจส่งผลให้เกิดการปรับตัวที่ดีขึ้น

10. การรู้สึกมีความหวัง (Installation of hope) การเข้ากลุ่มทำให้สมาชิกที่เคยท้อแท้หมดหวังในชีวิต เกิดความหวังขึ้นมาใหม่ได้ว่าอาจจะมีชีวิตที่ดีขึ้น ทำให้มีกำลังใจในการต่อสู้ เมื่อได้เห็นสมาชิกคนอื่นในกลุ่มมีการพัฒนาในทางที่ดีขึ้น เพราะว่า ความหวังจะทำให้สมาชิกมีพลังงูใจให้เกิดพฤติกรรมต่าง ๆ ที่หวัง มีความเข้มแข็ง ทำให้สมาชิกรับรู้ว่าคุณค่า (Raleigh, 1980 อ้างในอัจฉวารธรรม แก่นอินทร์, 2548)

11. การได้รู้ถึงความจริงของชีวิต (Existential factors) การเข้ากลุ่มช่วยให้สมาชิกได้เข้าใจในธรรมชาติของชีวิตว่าบางครั้งก็สมหวัง บางครั้งก็ผิดหวัง ทุกสิ่งมีการเปลี่ยนแปลง มีการแยกจาก ซึ่งจะช่วยให้สมาชิกกลุ่มสามารถเผชิญชีวิตและอุปสรรคต่างๆ ได้เกิดความเชื่อมั่นและความพึงพอใจในตนเอง ทำให้ความรู้สึกต่ำต้อย เสียใจ ท้อถอยกับชีวิตตนเองลดลง หรือหมดไป สมาชิกจะดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุข ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองก็สูงเพิ่มขึ้นจากสามารถเผชิญปัญหาได้

ผู้ศึกษาได้นำแนวคิด กลุ่มบำบัดของ Yalom (1995) ซึ่งเป็นแนวคิดที่ให้ความสำคัญในเรื่องสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและการเรียนรู้ที่จะติดต่อและสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น มาใช้ในการพัฒนาโปรแกรมกลุ่มบำบัดระดับประคอง โดยจัดกิจกรรม จำนวน 6 กิจกรรม 6 ครั้ง ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างแรงจูงใจ และความไว้วางใจ เป็นการสร้างความร่วมมือระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยจิตเภทเพื่อนำไปสู่เป้าหมายร่วมกัน ส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดี (ดารณิ จามจรี, 2544) มีวัตถุประสงค์เพื่อให้สมาชิกสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข จากการเรียนรู้ความจริงเกี่ยวกับความสัมพันธ์ ระหว่างบุคคลกับกระบวนการกลุ่มเพื่อให้รู้จักและคุ้นเคยซึ่งกันและกัน ไว้วางใจ สร้างความร่วมมือระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย และผู้ป่วยกับผู้ป่วย

กิจกรรมที่ 2 การสำรวจและค้นหาปัญหา มีวัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดการเรียนรู้การแก้ปัญหาในการปรับตัวทางสังคม ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน จากการเรียนรู้จากกระบวนการกลุ่ม จากการแสดงความคิดเห็น พุคคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เกี่ยวกับปัญหาของสมาชิกกลุ่ม เป็นทั้งผู้ให้ความช่วยเหลือและผู้รับความช่วยเหลือ จากสมาชิกคนอื่นภายในกลุ่ม เมื่อบุคคลสามารถค้นพบปัญหาตามสภาพการณ์จริง และเกิดความรู้สึก มั่นใจในการดูแลที่จะได้รับจะส่งผลให้บุคคลได้พัฒนาตนเองขึ้น (Gibson, 1995 : 1203 - 1208)

กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการเรียนรู้ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้สมาชิกกลุ่มเกิดทักษะการเรียนรู้ในการแก้ปัญหาการปรับตัวที่เหมาะสม และเพื่อให้กลุ่มเกิดทักษะการเรียนรู้ช่วยกันค้นหาวิธีการในการเพิ่มความสามารถในการปรับตัวทางสังคม ด้านสัมพันธภาพกับบุคคลในและสังคม

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาการมีคุณค่าแห่งตน มีวัตถุประสงค์เพื่อให้สมาชิกกลุ่มเกิดความภาคภูมิใจ มองเห็นจุดดี มีคุณค่าแห่งตน และเกิดความพึงพอใจในตนเองเพราะการเจ็บป่วยที่เรื้อรังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ต้องพึ่งพามุคคลอื่น ทำให้รู้สึกไร้ค่าเกิดปัญหาการติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่น (Rose, 1997 อ้างใน ผลทิพย์ ปานแดง, 2547) และเพื่อให้ผู้ป่วยรู้จักการทำงาน และใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์

กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะการเผชิญปัญหา มีวัตถุประสงค์เพื่อให้สมาชิกกลุ่มเกิดความมั่นใจ และเกิดทักษะในการเผชิญปัญหาด้านสัมพันธภาพกับบุคคลในครอบครัว และแก้ไขปัญหาการเจ็บป่วยด้วยการสะท้อนคิดและเข้าใจสถานการณ์ เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยพยายามทบทวนเหตุการณ์รอบด้านของตนเอง เพื่อการตัดสินใจและวางแผนการจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534)

กิจกรรมที่ 6 การพัฒนาทักษะการกลับคืนสู่สังคม มีวัตถุประสงค์เพื่อให้มีทักษะในการดำเนินชีวิตในสังคม สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุขจากการเรียนรู้ความจริงเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล พบว่าผู้ป่วยรู้สึกว่าการเจ็บป่วยและการรักษาด้วยยาการรักษาอาการทางจิต ทำให้ขาดความมั่นใจที่จะอยู่คนเดียวไม่ต้องการให้ผู้อื่นรู้ว่าเป็นผู้ป่วยทางจิต ไม่อยากคบหาใคร รู้สึกอาย อึดอัดใจเมื่อต้องอยู่กับคนอื่น การเสื่อมสมรรถภาพทางกาย ความสามารถในการทำหน้าที่ต่างๆ บกพร่อง ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการยอมรับจากสังคม ผู้ป่วยมักแยกตัวอยู่คนเดียว ไม่ตอบสนองต่อสิ่งเร้า (ธนอมศรี อินทนนท์, 2536)

ทั้ง 6 กิจกรรมจะช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักและเข้าใจปัญหาของตนเองและรู้จักใช้กลไกการแก้ปัญหาที่ถูกต้อง สามารถเผชิญปัญหาต่างๆ ได้ สัมพันธภาพระหว่างบุคคลกับครอบครัว และสัมพันธภาพทางสังคมกับคนอื่นได้ดีขึ้น ดูแลตนเองได้ดีขึ้น สามารถเข้าใจตนเองมากขึ้น เรียนรู้ที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ทักษะคิด เผชิญปัญหาและอยู่ร่วมกันกับครอบครัวและผู้อื่นอย่างมี

ความสุขในสังคม (สุนีย์ เอกวัฒนพันธ์, 2529 และ สุจรรยา แสงเขียวงาม, 2545) ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวทางสังคมที่ดี ลดการเกิดอาการกำเริบซ้ำ ซึ่งนับเป็นเป้าหมายที่สำคัญในการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

จากแนวคิดข้างต้นผู้ศึกษาจึงตั้งสมมุติฐานการศึกษาดังนี้

การปรับตัวทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท หลังได้รับ โปรแกรมกลุ่มบำบัดแบบประคับประคองดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

ขอบเขตการศึกษา

- การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการศึกษา เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการปรับตัวทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมกลุ่มบำบัดประคับประคอง

- ประชากร คือผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลองค์กรักษ์
- กลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก

โรงพยาบาลองค์กรักษ์ จังหวัดนครนายก และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด

1. อาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale : BPRS) ระดับคะแนน ไม่สูงกว่า 30 คะแนน

2. มีภูมิลำเนาในเขตอำเภอองค์กรักษ์
3. สามารถพูดและฟังภาษาไทยได้เข้าใจ พูดคุยโต้ตอบได้รู้เรื่อง
4. คะแนนการปรับตัวทางสังคมไม่สูงกว่า 10 คะแนน
5. ยินดีให้ความร่วมมือสมัครใจเข้าร่วมโครงการ

- ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย

- ตัวแปรต้น คือการใช้กลุ่มบำบัดประคับประคองในผู้ป่วยโรคจิตเภท
- ตัวแปรตาม คือการปรับตัวทางสังคมในผู้ป่วยโรคจิตเภท

คำจำกัดความที่ใช้ในการศึกษา

กลุ่มบำบัดประคับประคอง หมายถึงการดำเนินกิจกรรมโดยใช้กระบวนการกลุ่มตามแนวคิดของ Yalom (1995) สำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทซึ่งเน้น 3 กิจกรรมคือการสร้างและดำรงไว้ซึ่งความเป็นกลุ่ม การสร้างวัฒนธรรมของกลุ่ม การทำให้กลุ่มตระหนักถึงกระแสของกลุ่มขณะนั้นมีเป้าหมายเพื่อให้เกิดการปรับตัวทางสังคมที่ดีขึ้นและส่งผลให้สมาชิกเกิดการเรียนรู้ เปลี่ยนแปลงความคิด ความรู้สึกมีคุณค่าแห่งตน มีทักษะในการเผชิญปัญหา และมีพฤติกรรมไปในทางที่

เหมาะสม โดยมีการดำเนินกิจกรรม 3 ระยะ จำนวน 6 ครั้งๆ ละ 90 นาที สัปดาห์ละ 2 วัน ในวันอังคารและวันศุกร์ ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะเริ่มกลุ่มเป็นการสร้างสัมพันธภาพ หมายถึงการสร้างควมไว้วางใจและแรงจูงใจ การสำรวจและค้นหาปัญหา โดยการเรียนรู้การแก้ปัญหา สมาชิกเข้าใจบทบาทของตนเองเมื่อเข้ากลุ่ม มีการเรียนรู้แสดงความคิดเห็น โดยให้สมาชิกกลุ่มเล่าถึงประวัติ สมาชิกกลุ่มมีปฏิสัมพันธ์ ไว้วางใจกันมากขึ้น

ระยะที่ 2 ระยะการทำงานร่วมกัน หมายถึงการพัฒนาทักษะการเรียนรู้ การเผชิญปัญหาของตนเอง การพัฒนาการมีคุณค่าแห่งตน ประคับประคองซึ่งกันและกัน เพื่อก่อให้เกิดความรู้สึกผูกพันเป็นหนึ่งเดียว ช่วยกันหาวิธีการเผชิญปัญหาและแก้ไขปัญหอย่างเหมาะสม

ระยะที่ 3 ระยะยุติกลุ่ม หมายถึงการพัฒนาทักษะการกลับคืนสู่สังคม การให้สมาชิกกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน และนำสิ่งที่ได้ประโยชน์ที่ได้รับจากกลุ่มไปใช้ในชีวิตประจำวัน

ผู้ป่วยจิตเภท หมายถึงผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ว่าเป็นโรคจิตเภทตามหลักการจำแนกโรคระหว่างประเทศ ICD – 10 (International Classification of Disease) ซึ่งมีความผิดปกติด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรมและได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลตติยภูมิกลับไปใช้ชีวิตอยู่กับครอบครัว มีการดำเนินชีวิตส่วนใหญ่อยู่ในชุมชน และมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลองค์กรักษ์

การปรับตัวทางสังคม หมายถึงความสามารถในการทำงานหรือการเรียน การดูแลรับผิดชอบตนเอง ความสัมพันธ์ในครอบครัวและในสังคม การทำกิจกรรมในยามว่างซึ่งพิจารณาจากคะแนนการปรับตัวทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งผู้ศึกษาได้พัฒนาจากแบบประเมินการปรับตัวทางสังคมของ จันรรจา บำเหน็จพันธุ์ ซึ่งสร้างขึ้นจากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยเกี่ยวกับการปรับตัวทางสังคมโดยอาศัย Premorbid Adjustment Scale : PAS (Cannon – Spoor, H., potkin, G, and Wyatt, 1982) เป็นแนวทางโดยแบ่งคะแนนการปรับตัวทางสังคมเป็น 3 ระดับ คือการปรับตัวทางสังคม ระดับดี คะแนนระหว่าง 16 – 20 คะแนน การปรับตัวทางสังคม ระดับปานกลาง คะแนนระหว่าง 11 – 15 คะแนน และการปรับตัวทางสังคม ระดับต่ำ คะแนนระหว่าง 5 – 10 คะแนน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลจิตเวชในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
2. เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็ง และรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองอย่างถูกต้อง มี การปรับตัวทางสังคมที่ดี ป้องกันไม่ให้เกิดการป่วยซ้ำ
3. เป็นการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลแก่ผู้ป่วยจิตเภท
4. เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยสำหรับพยาบาลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท