

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษารั้ครั้งนี้ เป็นการศึกษาการใช้โปรแกรม ให้ความรู้แบบกลุ่มต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ผู้ศึกษาได้ศึกษาค้นคว้าจากตำรา บทความ วารสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปสาระสำคัญที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินการศึกษา นำเสนอเป็นลำดับ ดังนี้

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท

- 1.1 ลักษณะของโรคจิตเภทและสาเหตุ
- 1.2 การดำเนินโรค
- 1.3 การรักษาโรคจิตเภท
- 1.4 ปัญหาของผู้ที่ป่วยเป็นโรคจิตเภท
- 1.5 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

2. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทและการช่วยเหลือ

- 2.1 ความหมายของพฤติกรรมการดูแลตนเอง
- 2.2 องค์ประกอบของพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท
- 2.3 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท
- 2.3 ปัจจัยที่ส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท
- 2.4 การประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท

3. แนวคิดเกี่ยวกับการให้ความรู้แบบกลุ่ม

- 3.1 แนวคิดการให้ความรู้แบบกลุ่ม
- 3.2 การใช้สื่อการสอน
- 3.3 บทบาทของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
- 3.4 โปรแกรมให้ความรู้แบบกลุ่มต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท

4. เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท

1.1 ลักษณะของโรคจิตเภทและสาเหตุ

โรคจิตเภท เป็นโรคที่รู้จักกันมานานและพบได้ทุกประเทศทั่วโลก มีลักษณะเฉพาะที่สำคัญคือมีความผิดปกติทางด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม มีอาการต่อเนื่องกันนาน 6 เดือนขึ้นไป โดยต้องมีระยะอาการกำเริบชัดเจนอย่างน้อยนาน 1 เดือน ไม่มีโรคทางกาย โรคของสมอง หรือพิษจากยาที่จะเป็นสาเหตุดังกล่าว (มาโนช หล่อตระกูล และคณะ, 2543) พบในเพศหญิงและเพศชายเท่า ๆ กัน โดยที่เพศชายจะเริ่มเป็นอายุน้อยกว่าเพศหญิง ส่วนใหญ่จะเริ่มมีอาการช่วงวัยรุ่นหรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (อายุ 15 – 13 ปี) (ชะฤทธิ พงศ์อนุตรี, 2536) ก่อนอายุ 10 ปี หลังอายุ 40 ปี พบได้น้อยมาก (พันธ์ศักดิ์ วราฮ์สวปติ และทวี ตั้งเสรี, 2536)

อาการแสดงที่สำคัญของโรคจิตเภท แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มอาการด้านบวก และกลุ่มอาการด้านลบ (มาโนช หล่อตระกูล และคณะ, 2543) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1) กลุ่มอาการด้านบวก (positive symptoms) มีความคิดหลงผิด(delusion) ประสาทหลอน (hallucination) การรับรู้ผิดจากสภาพความเป็นจริง การพูดติดต่อดื้อสารและพฤติกรรม ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทไม่สามารถรวบรวมความคิดให้ไปในแนวทางเดียวกันได้ตลอด

2) กลุ่มอาการด้านลบ (negative symptoms) เป็นภาวะที่ขาดในสิ่งที่คนทั่ว ๆ ไป ควรมี เช่น อารมณ์เฉยเมย สีหน้าเรียบเฉย พูดน้อย หรือไม่พูด เนื้อหาพูดน้อย แสดงออกมาโดยขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยชา ไม่สนใจเรื่องแต่งกาย เก็บตัวเฉย ๆ ไม่มีกิจกรรมที่สนุกสนาน ขาดความสนใจทำกิจกรรมทุกชนิด ไม่สนใจในการทำงานหรือกิจกรรมด้านสังคมความผิดปกติดังกล่าวจะปรากฏในกิจกรรมต่าง ๆ นอกจากนี้แล้วพบว่าร้อยละ 60-70 ของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทไม่ได้แต่งงานและดำเนินชีวิตโดยมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นน้อยมาก

จากการศึกษาในปัจจุบันพบว่า สาเหตุของการเกิดโรคจิตเภทนั้นเกิดจากหลายปัจจัยร่วมกัน ได้แก่ ปัจจัยทางชีวภาพ (biological factors) ปัจจัยทางพันธุกรรม (genetics factors) ปัจจัยทางจิตใจ (psychosocial factors) และปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจ(socioeconomic factors) ซึ่งปัจจัยทุกด้านมีความสำคัญ โดยมีรายละเอียดของแต่ละปัจจัย ดังนี้ (กิตติวรรณ เทียมแก้ว, 2544)

1) ปัจจัยทางชีวภาพ เชื่อว่าเกิดจากความแปรปรวนของสารเคมีประสาทในสมอง (neurochemical disturbances) เช่น

1.1) สมมติฐานของโดปามีน(dopamine hypothesis) เชื่อว่าเกิดจากการทำงานมากเกินไปของโดปามีน โดยมีการเพิ่มของโดปามีนที่บริเวณ โดปามีนซินแนป(dopamine symapse) ในสมอง

1.2) สมมติฐานเกี่ยวกับทรานสมethylเลชัน (transmethylation hypothesis) เชื่อว่าการเติมเมทิลกรุป(methyl group) เข้าไปในโมเลกุลของแคทีโคลามีน (catecholamine metabolics) จะทำให้เกิดโรคจิตเภทโดยเฉพาะถ้าบุคคลนั้นมีความตึงเครียด จะมีแคทีโคลามีนหลั่งออกมาในสมองมาก

1.3) สมมติฐานเกี่ยวกับความไม่สมดุล ระหว่างโดปามีนกับนอร์อิพิเนฟริน (dopamine – norepinephrine imbalance) เชื่อว่าโรคจิตเภทมิได้เกิดจากการเพิ่มของโดปามีนเพียงอย่างเดียว แต่มีการขาดนอร์อิพิเนฟรินร่วมด้วย ทำให้ระดับของสารเคมีในสมองขาดความสมดุล

1.4) สมมติฐานจากภาพถ่ายทางสมอง (brain imaging) จากการศึกษาปัจจุบันพบความผิดปกติหลายแห่งในสมองของผู้ป่วยโรคจิตเภท เช่น การกว้างขึ้นของช่องน้ำสมอง หรือมีขนาดพร่องของสมองส่วนหน้า (Taylor, 1994)

2) ปัจจัยทางพันธุกรรม พบว่า พี่น้องของผู้ป่วยและบุตรที่มีบิดามารดาเป็นโรคจิตเภท มีความเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคจิตเภทได้มากกว่าบุคคลทั่วไป การศึกษาในบุตรบุญธรรมที่บิดาและมารดาเป็นโรคจิตเภท พบว่า บุตรบุญธรรมซึ่งเกิดจากบิดาและมารดาเป็นโรคจิตทั้งสองคนจะมีโอกาสเป็นโรคนี้อยู่ละ 25 ถ้าบิดาหรือมารดาเป็นโรคจิตเพียงคนเดียวจะมีโอกาสเป็นโรคนี้อยู่ละ 20 ถ้าบิดามารดาปกติเมื่ออยู่กับบิดาหรือมารดาเลี้ยงที่เป็นจิตเภทจะเป็นโรคนี้อยู่เพียงร้อยละ 5 และจากการศึกษาคู่แฝดพบว่า ในคู่แฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกัน ถ้าคนหนึ่งเป็นโรคนี้อีกคนหนึ่งจะเป็นด้วยร้อยละ 70-90 และโอกาสที่คู่แฝดจากไข่คนละใบจะเป็นโรคนี้อยู่ร้อยละ 14 (เกษม คันดิผลาชีวะ, 2536)

3) ปัจจัยทางจิตใจ ทฤษฎีจิตวิเคราะห์เชื่อว่าอาการของโรคจิตเป็นผลจากความผิดปกติในหน้าที่ของอีโก้ (ego) โดยเฉพาะในช่วงปีแรกจะมีผลทำให้เกิดพยาธิสภาพซึ่งเป็นสาเหตุของโรคจิตเภท ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทอาจมีความไวต่อความเครียดในชีวิตประจำวันมากกว่าคนทั่วไป และเลือกใช้กลไกทางจิตในลักษณะที่ไม่เหมาะสม เช่น การถดถอย การโทษคนอื่น และการแยกตนเอง เป็นต้น เมื่อกลไกเหล่านี้ช่วยลดความกังวลได้ก็จะกลายเป็นพฤติกรรมที่ถาวร นั่นคือเกิดการเรียนรู้ที่ผิดขึ้นจนกลายเป็นพยาธิสภาพและพัฒนาเป็นโรคจิตเภทได้ (Taylor, 1994)

4) ปัจจัยทางสังคมเศรษฐกิจ จากการศึกษาทางระบาดวิทยา ส่วนใหญ่แสดงให้เห็นว่าโรคจิตเภทพบในหมู่ประชากรที่มีฐานะยากจนมากกว่ากลุ่มที่มีฐานะดี มีสองความคิดคือ เชื่อว่ากลุ่มประชากรที่มีฐานะทางสังคมและระดับเศรษฐกิจต่ำ ต้องเผชิญกับความเครียดมากกว่า แต่มีคนแย้งว่าโรคจิตเภทเป็นการเจ็บป่วยที่เรื้อรัง เมื่อเป็นแล้วก็จะทำให้สถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจของผู้ป่วยตกต่ำลง

จากสาเหตุที่กล่าวมาพบว่า ผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภทมักมีบุคลิกภาพโน้नนิ่งเพียงไปในทางที่จะเจ็บป่วยอยู่แล้วคือ ไม่ชอบเข้าสังคม พูดน้อย เก็บตัว ไม่มีเพื่อน ไม่ไว้วางใจบุคคลอื่น หวาดระแวง และอารมณ์แปรปรวนง่าย (สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 2536) และจะเริ่มปรากฏอาการครั้งแรกในช่วงวัยรุ่นหรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ซึ่งส่งผลกระทบต่อครอบครัวและสังคมอย่างมาก โดยทั่วไปผู้ที่ เป็นโรคจิตเภทที่มีอาการนานไม่เกิน 2 ปี มีโอกาสรักษาให้ดีขึ้น แต่โอกาสที่จะกลับเป็นซ้ำก็มีเช่นกัน (สมภพ เรืองตระกูล, 2545)

1.2 การดำเนินของโรค

ผู้ที่เป็โรคจิตเภทส่วนใหญ่มักเริ่มมีอาการตอนวัยรุ่นหรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น การดำเนินโรคจะเกิดขึ้นช้า ๆ แรก ๆ อาการอาจจะน้อยและไม่ชัดเจน ทำให้ผู้ดูแลไม่สังเกตหรือเห็นความสำคัญและเมื่ออาการเกิดชัดเจนขึ้นผู้ดูแลจึงนำมาพบแพทย์ ปัจจุบันมีการรักษาหลายวิธี การดำเนินโรคจึงเปลี่ยนแปลงเป็น 5 แบบ คือ (เกษม ตันติผลาชีวะ, 2536)

1.2.1 หายขาดโดยไม่กลับเป็นซ้ำอีก

1.2.2 หายโดยกลับเป็นอีก

1.2.3 หายโดยไม่สมบูรณ์ คือ พอลงเข้าสังคมได้ แต่มีความบกพร่องในบุคลิกภาพ จะต้องได้รับการช่วยเหลือ

1.2.4 เรื้อรังแต่ไม่มีอาการรุนแรง ระยะเวลาป่วย 2 ปี เป็นตัวบ่งบอกความเรื้อรังของผู้ป่วยโรคจิต

1.2.5 มีการเสื่อมของบุคลิกภาพ

การดำเนินโรคของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท โดยทั่วไปแบ่งออกเป็น 3 ระยะคือ

1) ระยะเริ่มมีอาการหรืออาการนำ (prodromal phase) ประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ที่เป็โรคจิตเภท จะมีอาการมาหลายปีก่อนที่จะปรากฏอาการทางจิตชัดเจน จึงทำให้ญาติไม่ทันสังเกตเห็นความเปลี่ยนแปลงจากอาการผิดปกติ มักให้ประวัติว่าเริ่มมีอาการ เช่น มีอาการแยกตัวเองออกจากเพื่อน เก็บตัว สัมพันธภาพกับบุคคลอื่นลดลง ห่างเหินจากสังคม เชื่องช้า มีปัญหาในเรื่องการเรียน และขาดความสนใจในหน้าที่ของตน เป็นต้น โดยทั่วไปผู้ที่เป็โรคจิตเภทจะมีการเสื่อมถอยของบุคลิกภาพและการทำหน้าที่ตามปกติลงเรื่อยๆตามระยะเวลาที่ผ่านมา จะเกิดอาการกำเริบอย่างเฉียบพลันเป็นระยะๆ (Kaplan & Sadock, 1995) จากการศึกษาพบว่า ก่อนที่ผู้ที่เป็โรคจิตเภทจะเกิดการกำเริบ มักจะมีอาการนำมาก่อนเป็นอาการที่ไม่ใช่อาการทางจิต เช่น นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร ซึมเศร้า ความจำไม่ดีและอยู่ไม่สุข เป็นต้น (Herz, Glazer, Mirza, Mostert, & Hafex, 1989) ซึ่งอาการนำเหล่านี้ใช้ระยะเวลามากกว่า 1 เดือน

2) ระยะอาการกำเริบ (active phase) เมื่อเกิดอาการกำเริบจะเกิดอาการทางจิต เช่น หลงผิด ประสาทหลอน และมีพฤติกรรมแปลกๆ เป็นต้น ส่วนใหญ่อาการกำเริบรุนแรงเป็นพักๆ จะปรากฏขึ้นเมื่อผู้ที่เป็โรคจิตเภทมีอาการเจ็บป่วยเป็นระยะเวลานานมีความเสื่อมในด้านต่างๆตามมาร่วมกับมีอาการหวาดระแวง และปฏิเสธการรักษา หรือเมื่อผู้ที่เป็โรคจิตเภทและครอบครัวรอดูอาการนานเกินไปก่อนที่จะมารับการรักษา หรือเมื่อมีอาการเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยมีสาเหตุส่งเสริมมาจากการชื้อยาเกินเอง หรือมีการใช้แอลกอฮอล์ (Herz et al., 1989)

3) ระยะอาการหลงเหลือ (residual phase) เป็นระยะที่อาการทางจิตสงบ แต่ยังมีอาการทางจิตหลงเหลืออยู่ ชึ่งป่วยนานกลุ่มอาการด้านบวก (positive symptoms) หรืออาการทางจิตจะลดความรุนแรงลงในขณะที่กลุ่มอาการด้านลบจะมากขึ้น (negative symptoms) เช่น อารมณ์เฉยเมย ขาด

แรงจูงใจ นอนมากเกินไป อ่อนเพลีย และแยกตัวเอง ทำให้มีอาการกำเริบเป็นช่วง ๆ ได้ การดูแลรักษาในระยะนี้ เน้นการดูแลตนเอง ป้องกันอาการกำเริบ ฟื้นฟูสภาพและป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค ในผู้ที่ เป็นโรคจิตเภทที่เป็นครั้งแรกแล้วอาการทางจิตสงบจะได้รับการรักษาด้วยยาต่อไปอีก 1 ปี แต่ขนาดของยาจะลดลงหากมีอาการกำเริบเป็นครั้งที่ 2 จะได้รับยาต่อเนื่องไประยะยาวอย่างน้อย 5 ปี (มานิช หล่อตระกูล และคณะ, 2543) ในระยะนี้ กลุ่มอาการด้านลบทำให้ผู้ที่ เป็นโรคจิตเภทมีความลำบากในการดำเนินชีวิตประจำวัน เกิดความเครียดได้ง่ายและความเครียดนี้เองจะกระตุ้นให้อาการกำเริบเฉียบพลันได้นอกจากนี้อาจเกิดอาการซึมเศร้าตามมา อาการนี้ถือว่าเป็นลักษณะสำคัญของผู้ที่ เป็นโรคจิตเภทและมีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการกำเริบ และ การฆ่าตัวตาย

1.3 การรักษาโรคจิตเภท

ผู้ที่ เป็นโรคจิตเภท จะได้รับการรักษาแบบการรักษาในระยะอาการกำเริบส่วนใน ระยะที่หลงเหลืออาจเป็นกลุ่มอาการที่คล้ายก่อนมีอาการกำเริบ หรือระยะอาการหลงเหลือ จะได้รับการรักษาแบบระยะอาการทุเลาและการรักษาแบบในระยะอาการคงที่ การรักษาทั้ง 3 แบบ (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2543) ประกอบด้วย

1.3.1) การรักษาพยาบาลระยะอาการกำเริบ เป็นการรักษาในระยะที่ผู้ที่ เป็นโรคจิตเภท มีอาการทางจิตรุนแรงหรือมีปัญหาต้องดูแลใกล้ชิด เป้าหมายในการรักษาในระยะนี้คือการควบคุมอาการให้สงบลงโดยเร็ว ซึ่งเน้นจะรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาลเพื่อดูแลใกล้ชิด ควบคุมเรื่องยาและอาการข้างเคียงของยาหรือเพื่อวินิจฉัยโรค ช่วยลดความตึงเครียดที่มีในผู้ป่วยและครอบครัว และเพื่อสร้างสัมพันธ์ที่ดีระหว่างทีมรักษา กับผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อให้เกิดการดูแลต่อเนื่องต่อไป ซึ่งการรักษาในระยะนี้ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลจากบุคคลด้านจิตเวช การรักษาในระยะนี้ ได้แก่

1.3.1.1) การรักษาด้วยยา ยาที่เป็นหลักในการรักษาผู้ที่ เป็นโรคจิตเภท คือยา รักษาโรคจิต ยาจะช่วยควบคุมอาการทางจิตให้อยู่ในระดับที่สามารถปรับตัวได้ และช่วยให้เกิดความพร้อมต่อการบำบัดทางจิตและสังคมต่อไป ยารักษาโรคจิตจะออกฤทธิ์ยับยั้ง ตัวจับโดปามีนในสมอง ทำให้อาการแสดงของโรคลดลง โดยเฉพาะอาการด้านบวก จะเห็นผลชัดเจนในประมาณ 2-3 สัปดาห์ระหว่างรับการรักษาด้วยยาผู้ป่วยอาจมีอาการข้างเคียง เช่น ปากคอแห้ง น้ำลายไหลยืด กล้ามเนื้อแข็งเกร็ง คอบิดไปด้านใดด้านหนึ่ง อาการเหล่านี้สามารถบรรเทาได้โดยการเปลี่ยนยา หรือการให้ยาลดผลข้างเคียงร่วมไปด้วย

1.3.1.2) การรักษาด้วยไฟฟ้า โดยทั่วไปใช้ในกรณีผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาหรือในรายที่มีอาการที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย มีพฤติกรรมก้าวร้าวแบบค้างแข็ง (catatonia) ผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานอาหารและน้ำ การรักษาด้วยไฟฟ้าทำให้มีการเปลี่ยนแปลงที่ระบบสื่อสารประสาทเช่นเดียวกับการรักษาด้วยยา การรักษาด้วยไฟฟ้าในผู้ที่ เป็นโรคจิตเภท

ผลการรักษาไม่ดีเท่ากับการรักษาด้วยยาการรักษาจะทำประมาณ 6-12 ครั้ง แต่แต่ละครั้งห่างกันประมาณ 1 – 2 วัน ในระหว่าง 1 – 2 ชั่วโมง การรักษาด้วยไฟฟ้ามักพบว่าผู้ป่วยมีอาการข้างเคียง เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ มึนงง สับสน เป็นต้น ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับการพยาบาลตามอาการที่เกิดขึ้นแต่ละราย

1.3.1.3) การรักษาด้วยสิ่งแวดลอมเพื่อลดความกดดันของผู้ป่วย โดยจัดสิ่งแวดลอมให้ผ่อนคลาย ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ทำกิจกรรมและปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ หรือในกรณีที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่นไม่สามารถควบคุมเองได้ อาจใช้การผูกข้อมือและจำกัดบริเวณหรือพิจารณาฉีดยาควบคุมอาการร่วมด้วย การดูแลในขณะนี้ต้องดูแลใกล้ชิด ตรวจเยี่ยมผู้ป่วยเป็นระยะเพื่อประเมินความรู้สึกตัวและผลข้างเคียงของยา เมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้นจึงพิจารณาหยุดการผูกข้อมือหรือการจำกัดบริเวณผู้ป่วย

1.3.2) การรักษาพยาบาลในระยะอาการทุเลา ในระยะนี้ผู้ป่วยเริ่มควบคุมตนเองได้บ้าง การสื่อสารดีขึ้น การรักษาในโรงพยาบาลเพื่อควบคุมอาการและบำบัดทางจิตใจ โดยทั่วไปมีลักษณะเช่นเดียวกับระยะอาการกำเริบ ซึ่งจะเน้นการบำบัดทางจิตสังคม ดังนี้

1.3.2.1) การบำบัดทางจิตมี 2 ลักษณะคือ บำบัดรายบุคคลและบำบัดแบบกลุ่มซึ่งสองลักษณะต่างก็มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันได้ และใช้ศักยภาพของตนเองที่มีให้ได้มากที่สุด แต่ต่างกันที่จิตบำบัดแบบกลุ่มจะบำบัดโดยอาศัยอิทธิพลของกระบวนการกลุ่มทำให้เกิดการเรียนรู้ การมีสัมพันธภาพ และมีความไว้วางใจผู้อื่นมากขึ้นซึ่งช่วยลดปัญหาการแยกตนเองออกจากสังคมลงได้

1.3.2.2) การบำบัดทางพฤติกรรม ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทส่วนใหญ่จะมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม เช่น ก้าวร้าว แยกตนเอง ไม่ดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล และซึมเศร้า เป็นต้น เพื่อปรับพฤติกรรมด้วยวิธีการต่างๆ เช่น การเสริมแรง การฝึกกล้าแสดงออก การจัดความรู้สึกอย่างเป็นระบบและการเรียนรู้จากตัวแบบ

1.3.2.3) การบำบัดทางครอบครัว จุดมุ่งหมายเพื่อส่งเสริมความสัมพันธ์ในครอบครัวผู้ป่วยให้มีลักษณะสร้างสรรค์ การรักษาผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภทต้องยึดหลักให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่ต้น การพบผู้ป่วยและญาติจะช่วยให้ทุกฝ่ายได้ระบายความรู้สึกที่มีต่อกัน โดยมีผู้รักษาเป็นคนกลาง บางครอบครัวมีการใช้อารมณ์ต่อกันสูงและอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยเป็นเวลานาน ในแต่ละวันซึ่งอาจไปเพิ่มความกดดันให้แก่ผู้ป่วย การทำครอบครัวบำบัดจะช่วยได้เป็นอย่างดี

1.3.3) การรักษาพยาบาลในระยะอาการคงที่ เนื่องจากผู้ที่เป็นโรคจิตเภทส่วนใหญ่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ หลังจากอาการสงบลง ผู้ป่วยจะยังคงมีอาการหลงเหลืออยู่บ้าง การรักษาแบบคงสภาพในระยะอาการคงที่นี้มีเป้าหมายหลัก คือการป้องกันอาการกำเริบ ป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

เนื่องจากนโยบายการรักษาผู้ป่วยในปัจจุบัน จะรับไว้รักษาในโรงพยาบาลเฉพาะที่มีอาการรุนแรง เมื่ออาการสงบลงผู้ป่วยจะได้รับการจำหน่ายและยังคงได้รับการรักษาแบบการรักษาในระยะอาการคงที่หรือระยะอาการหลงเหลือ การดูแลรักษาในระยะนี้เน้นการดูแลตนเอง ป้องกันการกำเริบกลับป่วยซ้ำของโรค การฟื้นฟูสภาพ และการปฏิบัติตัวในชีวิตประจำวันให้ถูกต้องหลังการจำหน่าย โดยไม่ขัดต่อสภาพการเจ็บป่วย สามารถดำรงชีวิตในครอบครัว ปฏิบัติหน้าที่ได้ตามศักยภาพ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี ในระยะนี้ผู้ป่วยยังคงได้รับการรักษาด้วยยา แต่ขนาดของยาจะลดลง การรักษาส่วนใหญ่เน้นว่าในครั้งแรกหลังจากอาการทางจิตดีขึ้นแล้วให้ยาต่อไปอีกหนึ่งปี หากผู้ป่วยมีอาการกำเริบเป็นครั้งที่สองควรให้ยาต่อเนื่องไประยะยาว เช่น 5 ปี (มาโนช หล่อตระกูลและคณะ, 2543) การรักษาจะให้ยาแบบต่อเนื่องเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างสม่ำเสมอ ผู้ป่วยจะได้รับยารับประทานหรืออาจได้รับยาฉีดเข้าทางกล้ามเนื้อที่มีฤทธิ์ยาว ซึ่งออกฤทธิ์ได้นาน 2-4 สัปดาห์ ต่อการฉีด 1 ครั้ง พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับยาต่อเนื่องจะป่วยซ้ำเพียงร้อยละ 16-23 แต่ถ้ารับประทานยาไม่ต่อเนื่อง พบว่าเป็นซ้ำได้ร้อยละ 53-72 (Kaplane & Sadock, 1995) ซึ่งการรักษาระยะนี้ได้แก่

การให้จิตศึกษา (psycho education) คือการทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่ตนเองเป็น โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับลักษณะของโรค อาการแสดง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับเข้ารับรักษาซ้ำของโรค การรักษาพยาบาลทั่วไป เทคนิคการผ่อนคลายความเครียด และทักษะทางสังคม เช่น ทักษะการสื่อสาร การแก้ไขปัญหาและการตัดสินใจ นอกจากนี้ยังมีการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับเรื่องยา อาการข้างเคียงของยาที่รักษาโรคจิต และเน้นย้ำความสำคัญของการรับประทานยาต่อเนื่องสม่ำเสมอ ซึ่งเป็นการเตรียมผู้ป่วยให้มีความสามารถในการดูแลตนเอง เพราะความรู้ดังกล่าวจะเพิ่มศักยภาพให้ผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติและช่วยให้ผู้ป่วยอยู่ที่บ้านได้ในระยะยาว

1.4 ปัญหาของผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภท

โรคจิตเภทเป็นโรคที่พบได้มากที่สุด มีลักษณะเป็นโรคเรื้อรัง มีความผิดปกติของความคิดและการรับรู้เป็นลักษณะเด่น มีการรักษาที่ยาวนานส่งผลให้ผู้ที่เป็โรคจิตเภทมีการเปลี่ยนแปลงหลายอย่างในวิถีชีวิต ความผิดปกติจากการเจ็บป่วยทำให้มีปัญหาในการดำเนินชีวิตและการทำงาน ไม่สามารถทำงานหรือช่วยตนเองได้ ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมักแยกตัวอยู่ตามลำพัง ขาดความสัมพันธ์กับญาติพี่น้อง มีพฤติกรรมแปลก ๆ รวมทั้งมีอาการประสาทหลอนและอาการหลงผิด (สมภพ เรืองตระกูล, 2545) มีปัญหาเรื่องสุขอนามัยส่วนบุคคล การแต่งกายสกปรก สวมใส่เสื้อผ้าไม่สะอาดไม่รักษาความสะอาดของเสื้อผ้าและไม่เปลี่ยนเสื้อผ้าในเวลาอันควร (สถิต วงศ์สุรประภิต, 2542) ด้อยความสามารถในการดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน ไม่สนใจรับประทานหรือรับประทานได้ไม่เพียงพอ ซึ่งปัญหาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทแต่ละระยะของการดำเนินของโรคมียังนี้

ระยะเริ่มมีอาการ จะมีปัญหาด้านหน้าที่ความรับผิดชอบ ด้านสัมพันธภาพ ด้านสุขอนามัยหรือการแต่งกาย ด้านพฤติกรรมจะมีพฤติกรรมเปลี่ยนไป

ระยะอาการกำเริบ ส่วนใหญ่จะมีปัญหาเรื่องการรับรู้ผิดจากความเป็นจริง เช่น หูแว่ว เห็นภาพหลอน มีการแสดงพฤติกรรมโต้ตอบ เช่น เสียงสั่งให้ทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น หรือ อาจแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง มีการทำร้ายบุคคลในครอบครัว มีพฤติกรรมทางเพศซึ่งเป็นภัย ต่อสังคม ผู้ป่วยมักไม่นอนในเวลากลางคืน ทำลายข้าวของ (วรกช นิธิกุล, 2535) เป็นต้น

ระยะอาการหลงเหลือ เป็นระยะที่ปัญหาทางด้านความรุนแรงจากอาการทางจิต ลดลง แต่อาจมีอาการกำเริบเป็นช่วง ๆ ปัญหาที่พบบ่อยคือการกลับเป็นซ้ำ ซึ่งพบว่าในกลุ่มตัวอย่าง ที่ไม่ได้รับประทานยา มีอัตราป่วยซ้ำสูงถึงร้อยละ 60-70 (Sadock & Sadock, 2000) การกลับเป็นซ้ำ ในผู้ที่ เป็นโรคจิตเภทนั้น ส่งผลกระทบต่อสรุปได้ดังนี้

1) ผลกระทบต่อตัวผู้ที่เป็นโรคจิตเภท การป่วยซ้ำทำให้ผู้ป่วยเป็นโรคจิตเภทมี ความสามารถในการดูแลตนเองลดลงร่วมกับการเสื่อมถอยของบุคลิกภาพมากขึ้น และถ้าป่วยซ้ำ บ่อย ๆ มีโอกาสที่จะมีพยาธิสภาพถาวรมากขึ้น (Sadock & Sadock, 2000) พบการบกพร่องในการ ดูแลตนเอง ได้แก่ ไม่สนใจรับประทานอาหาร ไม่อาบน้ำ ไม่ยอมทำอะไร (จิรารัตน์ พิมพ์ดีด, 2541) มีสุขอนามัยส่วนบุคคลไม่ดี เนื่องจากไม่ปฏิบัติตามกิจวัตรส่วนตัว (สถิต วงศ์สุรประภิต, 2541) มีสัมพันธภาพ กับบุคคลในครอบครัวไม่ดี มีการแสดงออกทางอารมณ์อย่างรุนแรงต่อกัน (ไพรัตน์ พฤษชาติคุณากร, 2542) มีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนบ้านลดลงและมีการเปลี่ยนแปลงในด้านการ ประกอบอาชีพ คือบางรายกลับไปช่วยทำงานได้บ้าง บางรายไม่ทำงานอะไร ส่วนผู้ที่เรียนหนังสือก็ ไม่กลับไปเรียนต่อ (จิรารัตน์ พิมพ์ดีด, 2541) บกพร่องในการดูแลความปลอดภัยของตนเอง เช่น คิดสารเสพติด เป็นเหยื่อทางเพศหรือมีพฤติกรรมทางเพศไม่เหมาะสม อาจเกิดโรคติดต่อทาง เพศ สัมพันธ์ ได้แก่ โรคเอดส์ หรือตั้งครรภ์โดยไม่ต้องการ (ทูลภา บุญผาสังข์, 2545)

2) ผลกระทบต่อครอบครัว คือ ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับยา และ ขาดกำลังสำคัญจากผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ที่จะช่วยหารายได้เข้าสู่ครอบครัว (รัชนิกร อุปเสน, 2541) บางครอบครัวต้องไปยืมเงินเพื่อนบ้านเป็นค่าเดินทางและค่ารักษา (ทานตะวัน เข้มบุญเรือง, 2540) และค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำมากกว่าที่มารับการรักษาครั้งแรก บาง รายต้องหยุดงานเพื่อมาดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ผู้ดูแลต้องทำงานบ้านเองทั้งหมด เพราะผู้ที่เป็นโรค จิตเภทไม่ยอมช่วยทำงาน ต้องอดนอนเป็นประจำเมื่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีอาการกำเริบและผู้ดูแลมัก เกิดภาวะเครียดจนมีอาการปวดศีรษะ นอนไม่หลับ รับประทานอาหารไม่ได้ อ่อนล้ากับการดูแล (ทานตะวัน เข้มบุญเรือง, 2540) จากพฤติกรรมต่าง ๆ ของผู้ป่วย เช่น การมีพฤติกรรมก้าวร้าว/ไม่ เป็นมิตร (39%) อยู่ไม่นิ่ง/กลางคืนไม่นอน (38%) และมีพฤติกรรมแปลกประหลาด (35%) เมื่อผู้ดูแล ไม่สามารถจัดการกับอาการและพฤติกรรมที่เป็นปัญหาได้ จะก่อให้เกิดความกดดันกับตนเองทำให้มี โอกาสที่จะมีความผิดปกติทางจิตสูง ได้

3) ผลกระทบต่อสังคม พบว่า มีผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจำนวนหนึ่งเมื่อจำหน่ายกลับไป อยู่ในชุมชนเมื่อมีอาการทางจิตจะทำความเดือดร้อนให้ชุมชน เช่น ทำร้ายผู้อื่นเนื่องจากมีอาการ

หาวกระแวง หลงผิดหรือบางครั้งพหกพาอาวุธไว้กับตัว บางรายถึงกับทำลายข้าวของ เป็นต้น (วิลาวรรณ เทพโสธร, 2538)

4) ผลกระทบต่อประเทศ คือ ขาดกำลังคนในการพัฒนาประเทศ และการสูญเสียทางเศรษฐกิจอย่างมาก ซึ่งในแต่ละปีรัฐจะต้องสูญเสียงบประมาณในการรักษาผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเป็นเงินสูงกว่า 200 ล้านบาทต่อปี และมีแนวโน้มว่าจะสูงขึ้นเรื่อยๆ เนื่องจากมีจำนวนผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำในแต่ละปีเพิ่มขึ้น (กรมสุขภาพจิต, 2541)

มีรายงานผลการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังเช่น Baker (1995) ที่ศึกษาการพัฒนาความสามารถ ในการดูแลตนเองเกี่ยวกับการค้นหาอาการนำก่อนการป่วยซ้ำของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท กลุ่มตัวอย่างคือผู้ที่เป็นโรคจิตเภทหลังจำหน่ายและมารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก จำนวน 15 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่สามารถอธิบายถึงอาการและอาการแสดงออกที่มีลักษณะเฉพาะ และให้ความสนใจต่อลักษณะเฉพาะ และมีความรู้สึกเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่เริ่มมีอาการรุนแรงขึ้น ค้นพบอาการเตือน จะสามารถควบคุมอาการป่วยซ้ำได้ นอกจากนี้จากการศึกษาของLinszen, et al. (1997) ซึ่งศึกษาเรื่อง ลักษณะที่เป็นปัจจัยเสี่ยงในการป่วยซ้ำของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 15-26 ปี จำนวน 164 คน ผลการศึกษาพบว่า การแสดงอารมณ์เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญมาก สำหรับการป่วยซ้ำ คล้ายคลึงกับการศึกษาของHuguelet, et al (1995) ที่ศึกษาเรื่องการนำดัชนีชี้วัดการแสดงอารมณ์มาทำนายผลการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลครั้งแรก จำนวน 44 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่อาศัยอยู่ในครอบครัวที่มีการแสดงอารมณ์สูง การปรับตัวไม่ดี จะมีอัตราป่วยซ้ำสูงกว่าผู้ที่อาศัยอยู่กับครอบครัวที่มีการแสดงอารมณ์ต่ำ สอดคล้องกับที่ ภาวดี การเร็ว (2541) ซึ่งศึกษาเรื่องความสม่ำเสมอในการมารับยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่แผนกผู้ป่วยนอก กลุ่มตัวอย่างจำนวน 131 คน ผลการศึกษาพบว่า ปัญหาความไม่สม่ำเสมอในการมารับยาของกลุ่มตัวอย่างมีสูงถึงประมาณร้อยละ 50 ปัจจัยที่มีผลต่อความไม่สม่ำเสมอได้แก่ รายได้ ระดับความรุนแรงของอาการทางจิตและการปรับตัวของญาติ ซึ่งปัญหาความไม่สม่ำเสมอในการมารับยาเป็นสาเหตุให้ผู้ที่เป็โรคจิตเภทขาดยาและมีอาการกลับป่วยซ้ำได้ในที่สุด

จากสภาพปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทที่เกิดขึ้นตลอดระยะเวลาการเจ็บป่วย โดยเฉพาะในระยะที่ผู้ป่วยอยู่บ้านต้องรับผิดชอบดูแลตนเองจากบุคลากรสุขภาพ สรุปได้ว่าปัญหาที่สำคัญคือ การมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่บกพร่อง ซึ่งการแสดงออกของพฤติกรรมดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์กับการกลับป่วยซ้ำเป็นส่วนมาก

1.5 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

ผู้ป่วยจิตเภทมีปัญหาด้านความคิด การรับรู้ ด้านการสื่อความหมายและด้านการสังคม ดังนั้นการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท ผู้ที่ให้การพยาบาลจะต้องตรงไปตรงมา ไม่อ้อมค้อม เนื้อหาสาระที่พยาบาลสื่อกับผู้ป่วยต้องอยู่ในความเป็นจริง ไม่ล้อเลียนผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยไม่สามารถแยกการล้อเลียน และการพูดความจริงได้ (สุวนีย์ เกี้ยวกิ่งแก้ว, 2545)

1.5.1 หลักการพยาบาลทั่วไป

1) การพยาบาลด้านร่างกาย เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มักมีปัญหาด้านการดูแลตนเอง ผู้ป่วยบางคนมีพฤติกรรมหิวกระแวงอาจจะไม่ยอมรับประทานอาหาร ไม่ดื่มน้ำ ไม่รับประทานอาหาร ซึ่งอาจเกิดภาวะขาดสารอาหารได้ จึงควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลสุขอนามัยของตนเองและดูแลให้ได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอ

2) การพยาบาลด้านความคิด การสนทนากับผู้ป่วยจะทำให้เราได้ทราบความคิดของ ผู้ป่วย การหาความหมายของพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกนั้น จะช่วยให้เราเข้าใจความคิดของผู้ป่วยที่สื่อออกมาทางด้านพฤติกรรม (search for meaning) ได้มากขึ้น พยาบาลต้องให้ความจริงแก่ผู้ป่วยและการส่งเสริมให้ผู้ป่วยอยู่กับความจริง (reinforcing reality) ผู้ป่วยที่มีอาการประสาทหลอนจะบอกพยาบาลในสิ่งที่เขารับรู้ เช่น เห็นภาพบางขณะที่พยาบาลไม่เห็น พยาบาลจะให้ความจริงแก่ผู้ป่วยโดยไม่ขัดแย้งในความรู้สึกรู้สึกของผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยบรรยายภาพที่เห็นในขณะที่เดียวกันก็จะบอกว่าพยาบาลไม่เห็นภาพนั้น เป็นต้น

3) การพยาบาลด้านจิตใจอารมณ์ ปัญหาที่เห็นได้ชัดเจนคืออารมณ์ราบเรียบ ซึ่งเห็นได้จากใบหน้าทีนิ่งเฉย ไม่มีอารมณ์สนองตอบต่อเหตุการณ์ อารมณ์ไม่สอดคล้องกับเหตุการณ์ ไม่สบตา พยาบาลต้องมีความเข้าใจและอดทนต่อภาวะอารมณ์ที่ไม่ปกติเหล่านี้ เสริมสร้างพฤติกรรมและการสนองตอบทางอารมณ์ให้เหมาะสมกับเหตุการณ์

4) การพยาบาลด้านสังคม ปัญหาการหนีสังคมและการแยกตัวอยู่คนเดียวของผู้ป่วย การไม่สนใจผู้อื่นและการไม่สนใจกิจกรรมของสังคม เป็นปัญหาที่พบได้ในผู้ป่วยจิตเภท ที่พยาบาลต้องวางแผนแก้ไข แม้ว่าปัญหาเหล่านี้จะต้องใช้ระยะเวลาในการปรับพฤติกรรม พยาบาลจึงควรประเมินความสามารถด้านการสังคมที่เหลืออยู่ของผู้ป่วยและส่งเสริมการดูแลตนเองด้าน สุขอนามัยส่วนบุคคล เพื่อไม่ให้บุคคลที่อยู่รอบข้างผู้ป่วยรังเกียจผู้ป่วย ควรมีการให้รางวัลการให้คำชมเชย เป็นต้น

1.5.2 การใช้กระบวนการพยาบาล

การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้กระบวนการพยาบาล เป็นการพิจารณาปัญหาจากการประเมิน ซึ่งสามารถจำแนกปัญหาที่ถือว่าเป็นปัญหาที่สามารถแก้ไขได้ในระยะสั้นหรือระยะยาว โดยเป็นปัญหาที่ต้องใช้เวลาในการแก้ไขตามลำดับความสำคัญก่อน-หลังของปัญหา มีการวางแผนการพยาบาล ให้การพยาบาลและประเมินผลการพยาบาล

1) การประเมินสภาพผู้ป่วย การประเมินสภาพทั่วไปและอาการต่างๆ ของผู้ป่วย ประเมินความคิด การรับรู้และพฤติกรรมโดยทั่วไปของผู้ป่วย การประเมินสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วย ถูกนำส่งโรงพยาบาล

1.1) ประเมินสุขภาพร่างกายทั่วไป เพื่อดูความสามารถในการดูแลตนเองของ ผู้ป่วย ประเมินการแต่งกายว่าเหมาะสมกับสภาพการณ์หรือไม่ นอกจากนี้ควรประเมินว่ามีภาวะ น้ำเป็นพิษหรือไม่ (water intoxication) การรักษาผู้ป่วยจิตเภทต้องใส่ใจด้านอาการทางจิต การได้รับ ยาชนิดนี้ทำให้ผู้ป่วยมีอาการคอแห้ง กระหายน้ำ ผู้ป่วยจะดื่มน้ำบ่อย การดื่มน้ำบ่อยทำให้ผู้ป่วยได้ รับน้ำมาก ทำให้การขับถ่ายน้ำไม่ทัน เกิดภาวะน้ำเป็นพิษได้

1.2) ประเมินความคิดของผู้ป่วย อาการสำคัญของผู้ป่วยจิตเภท คือ ความ ผิดปกติด้านความคิด ดังนั้น สิ่งที่จะต้องทำในเบื้องต้นคือการประเมินความคิด ว่าผู้ป่วยมีภาวะ ความหลงผิดหรือไม่ ภาวะหลงผิดมีลักษณะใด ประเมินการรับรู้ของผู้ป่วย ประเมินความผิดปกติ ของการรับรู้ว่ามีหรือไม่ ลักษณะใด มีเป็นครั้งคราวหรือมีอยู่ตลอดเวลา ที่ทำให้ผู้ป่วยหมกมุ่นอยู่กับ การสนองตอบต่อภาวะประสาทหลอนนั้น ๆ ภาวะประสาทหลอนของผู้ป่วยจะก่อให้เกิดอันตรายต่อ ผู้ป่วยเองและผู้อื่นอย่างไรบ้าง

1.3) ประเมินพฤติกรรมผู้ป่วย เช่น การหนีผู้คน หลบซ่อนตัว เนื่องจากความ กลัวว่าจะมีผู้คนจะมาทำร้าย นอกจากนี้ผู้ป่วยอาจจะมีพฤติกรรมมากเกินไป ทำให้ผู้ป่วยอยู่ไม่ได้ ต้องเคลื่อนไหวตลอดเวลา มีพฤติกรรมวุ่นวายอยู่ไม่นิ่ง รบกวนผู้อื่น อาจทำให้ผู้อื่นรำคาญและทำ ร้ายผู้ป่วยได้ หรือผู้ป่วยอาจจะเป็นอันตรายต่อผู้อื่น เนื่องจากภาวะหลงผิดและประสาทหลอนได้

1.4) ประเมินด้านสัมพันธภาพ ควรประเมินผู้ป่วยด้านการอยู่ร่วมกับผู้อื่นผู้ป่วย มีการ รบกวนผู้อื่นหรือไม่อย่างไร มีปัญหาการอยู่ร่วมกันกับผู้อื่นหรือไม่ พฤติกรรมที่เกิดจากความคิด หลงผิดและภาวะประสาทหลอน จะทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างปกติ ถ้าการ กระทำของผู้ป่วยรบกวนผู้อื่นก็อาจจะเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยอื่นรำคาญและอาจทำร้ายผู้ป่วยได้ โดย ทั่วไปแล้ว ผู้ป่วยจิตเภทมักจะมีแนวโน้มที่จะแยกตัวอยู่คนเดียวเป็นส่วนใหญ่ เพื่อที่จะช่วยผู้ป่วย ในด้านการอยู่ร่วมกับผู้อื่นอย่างราบรื่น พยาบาลควรต้องประเมินปัญหาด้านการอยู่ในสังคมที่ผู้ป่วยอาจ จะมี เพื่อที่จะได้หาวิธีการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้อยู่ร่วมกับผู้อื่นอย่างสร้างสรรค์และมีความสุข

2) การวินิจฉัยการพยาบาล ขึ้นอยู่กับความถูกต้องในการประเมินสภาพและ อาการทั่วไปที่ได้ทำในขั้นต้น การวินิจฉัยการพยาบาลเป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลและ การปฏิบัติการพยาบาลในขั้นต่อมา โดยทั่วไปการวินิจฉัยทางการพยาบาลจะสอดคล้องกับอาการ ของผู้ป่วยจิตเภท และจะสัมพันธ์กับอาการ โดยทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภท

3) การวางแผนการพยาบาล ประกอบด้วยแผนการพยาบาลระยะสั้นและแผนการ พยาบาลระยะยาว เพื่อที่จะได้แนวทางการประเมินผลความสำเร็จด้านการพยาบาล

4) การปฏิบัติการพยาบาล ในขณะที่ผู้ป่วยได้รับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เนื่องจากผู้ป่วยอยู่ในระยะที่ควบคุมตนเองไม่ได้ และการอยู่ในชุมชนไม่มีความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย และคน อื่น ๆ ในชุมชน การมี Clinical pathway จะช่วยทำให้การปฏิบัติการพยาบาลง่ายขึ้น

5) การประเมินผลการพยาบาล เป็นขั้นสุดท้ายของกระบวนการพยาบาล มีจุดมุ่งหมายเพื่อประเมินว่าปัญหาใดได้รับการแก้ไขแล้ว ปัญหาใดยังคงมีอยู่ เนื่องจากเป็นปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้ในระยะเวลาสั้นๆ

กล่าวโดยสรุปได้ว่า การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด การรับรู้และด้านต่างๆ ผู้ให้การพยาบาลจะต้องมีความละเอียดรอบคอบ ประเมินสภาพผู้ป่วยอย่างครอบคลุมในทุก ๆ ด้าน วินิจฉัยทางการพยาบาลให้ตรงกับสิ่งที่ประเมิน วางแผนการพยาบาล และให้การพยาบาลอย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย ด้านความคิด ด้านจิตใจ ด้านอารมณ์ รวมทั้งด้านสังคม และสุดท้ายต้องมีการประเมินผลทางการพยาบาล

2. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท

2.1 ความหมายของพฤติกรรมการดูแลตนเอง การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมขั้นแรกของบุคคลที่ตอบสนองต่อความรู้สึกไม่สบายหรือการเจ็บป่วย รวมถึงความสามารถที่จะเผชิญกับความเจ็บป่วย และการกระทำอันเป็นการป้องกัน เพื่อการดำรงรักษาสุขภาพของตนเอง ได้มีผู้ให้ความหมายของการดูแลตนเองที่พอสรุปได้ดังนี้

Hil land Smith (1990) กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นความตั้งใจของบุคคลที่จะรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพของตนเอง เพื่อป้องกัน ควบคุม หรือรักษาโรค ซึ่งเกิดจากแรงจูงใจในตัวบุคคลนั่นเองหรือสภาพของบุคคลนั้นก็ได้อีก

Orem (2001) กล่าวว่า การดูแลตนเอง หมายถึง การปฏิบัติในกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำด้วยตนเองอย่างจงใจและมีเป้าหมาย โดยใช้กระบวนการเรียนรู้ด้วยตนเอง เพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพของตนเอง เมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพ จะมีส่วนช่วยให้โครงสร้างหน้าที่ และพัฒนาการของแต่ละบุคคลดำเนินไปได้ถึงขีดสูงสุด

การดูแลเป็นการเรียนรู้อย่างหนึ่งที่เริ่มพัฒนาขึ้นในวัยเด็กและจะค่อยๆพัฒนาขึ้นแบบสมบูรณ์ในวัยผู้ใหญ่ โดยอาศัยปัจจัย3ประการได้แก่

- 1) ความรู้
- 2) เจตคติ ความเชื่อ ค่านิยม แรงจูงใจ
- 3) ทักษะ

ซึ่งพัฒนามาจากพลังมนุษย์(Human Agency) นั่นคือบุคคลจะสามารถริเริ่ม และมี การดูแลตนเองได้นั้น จะต้องได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง มีเจตคติเกี่ยวกับสุขภาพ มีทักษะ

ในการทำกิจกรรมการดูแลตนเอง เมื่อใดที่มีความสามารถในการดูแลตนเอง ก็จะเกิดกิจกรรมในการดูแลตนเองขึ้น แต่เมื่อใดที่การดูแลถูกจำกัด (Self-care Limitation) ซึ่งอาจจะเป็นผลจากการถูกจำกัดในความรู้ ความชำนาญ หรือขาดแรงจูงใจก็ตาม กิจกรรมการดูแลตนเองก็จะไม่เกิดขึ้น

จินตนา ยูนิพันธ์ (2534) กล่าวว่าความหมายของการดูแลตนเองตามทัศนะของโอเร็ม เป็นการปฏิบัติกิจกรรมโดยบุคคล ริเริ่มโดยบุคคล เพื่อดำรงรักษาความมีสุขภาพดีของตนเอง และสวัสดิภาวะของตนเองไว้ เป็นกิจกรรมส่วนบุคคลของผู้ใหญ่ที่ต้องกระทำอย่างต่อเนื่อง บุคคลจะลงมือปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองเฉพาะสิ่งที่มีความหมายสำหรับตัวเขา หรือเฉพาะสิ่งที่เขาคาดว่า จะเกิดผลดีต่อตนเอง การดูแลตนเองเป็นการกระทำที่สร้างสรรค์ เป็นสิ่งที่เป็นไปได้และให้ผลในการรักษาดังต่อไปนี้

- 1) สนับสนุนขอบเขตการต่างๆของชีวิต และส่งเสริมการทำหน้าที่ต่างๆตามปกติ
- 2) ดำรงรักษาให้การเจริญเติบโตพัฒนาการ และการมีวุฒิภาวะเป็นไปในทิศทางที่เหมาะสม
- 3) ป้องกันควบคุมการเกิดโรคและการบาดเจ็บ รวมทั้งการบรรเทาอาการตามกระบวนการเกิดโรคด้วย

- 4) ป้องกันความพิการที่อาจเกิดขึ้นหรือลดเซกความพิการที่เกิดขึ้นแล้ว

สุมณฑา บุญชัย (2545) กล่าวว่า พฤติกรรมการดูแลตนเอง หมายถึง กิจกรรมต่าง ๆ ที่บุคคลตั้งใจกระทำด้วยตนเอง เพื่อให้เกิดประโยชน์ในการดำรงชีวิต สุขภาพและความผาสุก

สรุปความหมายได้ดังนี้ พฤติกรรมการดูแลตนเองหมายถึง กระบวนการที่บุคคลกระทำหรือการปฏิบัติกิจกรรมด้วยความตั้งใจ สมัยครใจ โดยมีเป้าหมายเพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ดำรงไว้ซึ่งสุขภาพสวัสดิภาพและความผาสุกของตน

2.2 องค์ประกอบของพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท

องค์ประกอบของพฤติกรรมการดูแลตนเอง Hill & Smith(1990) กล่าวว่า การดูแลตนเอง ประกอบด้วย การรู้จักตนเอง การติดต่อสื่อสาร การเตรียมเผชิญภาวะวิกฤติและการสูญเสีย การบริหารเวลา การพัฒนาและดำรงรักษาระบบสนับสนุนทางสังคม และการดูแลตนเองโดยทั่วไป ส่วนรัชนิบูล เศรษฐภูมิรินทร์ (2542) กล่าวถึงการดูแลตนเองประกอบด้วย การตระหนักในตนเอง การลดความเครียดให้กับตนเอง การตระหนักถึงการมีคุณค่าแห่งตน

ตามแนวคิดของ Orem เชื่อว่าการดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำด้วยตนเองเพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและความผาสุกของตน การดูแลตนเองเป็นการกระทำที่ตั้งใจและมีเป้าหมาย มีระบบระเบียบเป็นขั้นตอน และเมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพจะมี ส่วนช่วยให้โครงสร้าง หน้าที่ และพัฒนาการ ดำเนินไปได้ถึงขีดสูงสุดของแต่ละบุคคล จุดประสงค์

ในการดูแลตนเองนั้น เพื่อสนองตอบต่อความต้องการการดูแลที่จำเป็น(Self-care requisites) และการดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่เรียนรู้ภายใต้ขนบธรรมเนียม ประเพณี และวัฒนธรรมของแต่ละกลุ่ม (Orem 2001) การดูแลตนเองประกอบด้วย 2 ระยะคือ

ระยะที่ 1 เป็นระยะของการวินิจฉัยพิจารณา และการตัดสินใจซึ่งจะนำไปสู่การกระทำ เป็นระยะที่บุคคลต้องมีความรู้เกี่ยวกับตนเองและสิ่งแวดล้อม และจะต้องเห็นว่าสิ่งที่กระทำเหมาะสมกับสถานการณ์นั้น ๆ ก่อนที่บุคคลจะเห็นด้วยกับการกระทำนั้นว่าเหมาะสม จึงต้องมีความรู้ก่อนว่าสิ่งที่ต้องกระทำนั้นจะมีประสิทธิภาพและให้ผลตามต้องการ จึงจะสามารถวินิจฉัยพิจารณาตัดสินใจกระทำได้

ระยะที่ 2 เป็นระยะของการดำเนินการกระทำ ซึ่งการกระทำนั้นจะต้องมีเป้าหมาย เนื่องจากเป้าหมายจะเป็นตัวกำหนดการเลือกกิจกรรมที่จะกระทำ และเป็นเกณฑ์ที่จะใช้ในการติดตามผลของการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ

Johnson (1985) ได้กล่าวว่าการที่กระตุ้นให้บุคคลมีการดูแลตนเองทางด้านสุขภาพอนามัยได้นั้น ต้องมีองค์ประกอบ3ด้าน คือ

- 1) การสอนผู้ป่วยทางด้านสุขภาพอนามัย(Patient education)
- 2) การสร้างการยอมรับในผู้ป่วย(Patient compliance)
- 3) ผู้ป่วยต้องมีการช่วยเหลือตนเอง(Self help)

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ใช้องค์ประกอบของพฤติกรรมการดูแลตนเอง จากแบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองของเพชรี คันธสาขบัว (2544) ซึ่งพัฒนามาจากแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองด้านร่างกายและด้านจิตใจของHill and Smith (1990) ร่วมกับนำแนวคิดของพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ของจินตนา ยูนิพันธุ์ (2534) ซึ่งมีองค์ประกอบของ เนื้อหาดังนี้

1) การพัฒนาการรู้จักตนเองของผู้ป่วยจิตเภท (self awareness) คือความพยายามของบุคคล ที่จะรับรู้เกี่ยวกับตนเองตรงกับความเป็นจริงตามธรรมชาติที่บุคคลนั้นเป็นอยู่(ทัศนคติ, บุญทอง, 2535) ทั้งด้านพฤติกรรม ความคิด ค่านิยม จุดเด่น จุดด้อย และความรู้สึกสำนึกในคุณค่าของตน เป็นองค์ประกอบที่สำคัญของสุขภาพจิต การพัฒนาและการดำรงไว้ของการรู้จักตนเอง เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นตลอดชีวิตเป็นการปฏิบัติที่ยาก การเข้าถึงต้องอาศัยความอดทน ความมุ่งมั่นและซื่อสัตย์ต่อตนเอง รวมทั้งไม่ควรวิพากษ์วิจารณ์ตนเองมากเกินไป ซึ่งกิจกรรมการดูแลตนเองมีประโยชน์มากในกระบวนการดังกล่าว(Hill and Smith, 1990)

2) การติดต่อสื่อสารที่มีคุณภาพ การสื่อสารเป็นกิจกรรมต่อเนื่องของการถ่ายทอดข้อมูลแลกเปลี่ยนข้อมูลและกระบวนการของข้อมูล การตีความหมายของข้อมูล(Burgess, 1990) และเป็นกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับการปรับตัวและการตัดสินใจระหว่างคน 2 คน หรือมากกว่าในการที่จะมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันเพื่อแลกเปลี่ยนหรือถ่ายทอดข้อมูลด้านความรู้สึก และความหมายในการดำเนินชีวิต (Hersey & Duldt, 1989) การสื่อสารเป็นความจำเป็นขั้นพื้นฐานในการดำรงชีวิตของ

มนุษย์ในสังคม ช่วยสร้างสรรค์และรักษาความสัมพันธ์ของชีวิตในสังคมให้คงอยู่ต่อไป บุคคลจะมีการสื่อสารตลอดเวลาทั้งการสื่อสารกับผู้อื่นและกับตนเอง (วาสนา จันทรสว่าง, 2531) ปัญหาสุขภาพจิตส่วนหนึ่งมีสาเหตุมาจากการคิดต่อการสื่อสารที่ไม่เหมาะสม นำไปสู่การแสดงออกทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมภายในครอบครัว การไม่สามารถสื่อความคิด ความรู้สึกและความเชื่อของตนเองให้ผู้อื่นรับรู้โดยตรงไปตรงมา ทำให้ต้องเก็บระงับความรู้สึกความคิมนั้นไว้ด้วยความกับข้องใจ จนกลายเป็นปัญหาสุขภาพจิตได้ การคิดต่อการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพนำไปสู่การมีทักษะในการดูแลตนเอง (เพชร คันธสาขบัว, 2544)

3) การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ ในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์กับการพัฒนาและดำรงไว้ซึ่งความสามารถในการจัดการกับเวลาอย่างมีประสิทธิภาพ เวลานั้นเป็นสิ่งที่มีความเกี่ยวข้องกับทรัพยากรอื่น ๆ ในชีวิต และช่วยให้บุคคลมีความพึงพอใจ เมื่อสามารถทำงานได้สำเร็จตามเวลาที่กำหนดไว้ ส่งผลกระทบโดยตรงต่อจิตใจของบุคคล (เพชร คันธสาขบัว, 2544)

4) การเตรียมการเผชิญกับปัญหา การเผชิญปัญหาเป็นการกระทำใด ๆ ของบุคคลเมื่อเกิดปัญหาในการดำรงชีวิตประจำวัน เมื่อเกิดปัญหามูลจะรู้สึกเครียด เริ่มวิตกกังวล (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534) และจะส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจทำให้บุคคลไม่เป็นสุข กังวลใจเป็นทุกข์ ภาวะเครียดที่มากเกินไปจะนำไปสู่ภาวะเหนื่อยหน่ายใจและนำไปสู่ปัญหาทางอารมณ์ได้ ถ้าแก้ไขปัญหาได้ก็จะเกิดความสุข แต่ถ้าบุคคลแก้ไขปัญหาไม่ได้จะเกิดภาวะกดดัน รู้สึกถูกคุกคาม เครียด และถ้าไม่สามารถแก้ไขสถานการณ์ในระยะเวลาที่เหมาะสม ก็จะทำให้บุคคลเข้าสู่ภาวะวิกฤต ซึ่งแสดงออกในลักษณะของการเจ็บป่วยทางกาย หรือการเจ็บป่วยทางจิตใจ (Hill & Smith, 1990)

5) การพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม การพัฒนาและดำรงรักษาระบบสนับสนุนทางสังคม เป็นปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดหมายระหว่างบุคคล ทำให้เกิดความผูกพันในแง่ดีจากคนหนึ่งไปยังอีกคนหนึ่งรวมถึงความใกล้ชิด การช่วยเหลือ โดยสิ่งของ แรงงาน คำแนะนำ ข้อมูล ป้อนกลับและการมีส่วนร่วม(จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534) แรงสนับสนุนทางสังคมช่วยบรรเทาผลกระทบที่เกิดจากความเครียด โดยประเมินเหตุการณ์เกิดขึ้นว่า ไม่รุนแรง และช่วยลดหรือขจัดปฏิกิริยาที่เกิดจากความเครียด (Cohen & Willis, 1985) และแรงสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอสามารถป้องกันการเกิดพยาธิสภาพต่าง ๆ จากภาวะวิกฤตได้ (จารุวรรณ รัศมีเหลืองอ่อน, 2536) ถ้าบุคคลมีแรงสนับสนุนทางสังคมดี ก็จะทำให้บุคคลมีสุขภาพจิตดี มีอายุยืนยาว มีอารมณ์มั่นคง

6) การปฏิบัติตนตามหลักความเชื่อในศาสนา ผู้ป่วยจิตเภทยังขาดสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ ขาดที่พึ่งทางใจ นอกจากนี้ยังมีความเชื่อของญาติบางส่วนหรือบางชุมชนว่าการเจ็บป่วยทางจิตเกิดจาก ผีทำ ผีเข้า การทำไสยศาสตร์ เชื่อว่าโรคจิตก่อให้เกิดความเดือดร้อน ไม่ให้เกียรติ ไม่ยอมรับผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยขาดความหวัง ความศรัทธาในการทำควมดี

7) การดูแลตนเองโดยทั่วไป เป็นกิจกรรมที่แสดงถึงการดูแลเพื่อปกป้องร่างกาย และจิตใจซึ่งมีความสัมพันธ์กันร่วมกับกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อลดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรค หรือความพิการตลอดช่วงชีวิต และการดูแลตนเองเป็นทักษะที่มีความสัมพันธ์กันทุกช่วงของบุคคลที่มีการพัฒนาตามระยะพัฒนาการและเมื่อมีปัญหาด้านสุขภาพ (Hill and Smith, 1990)

ดังนั้นเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในครอบครัว สังคม ชุมชนได้ยาวนาน ไม่กลับป่วยซ้ำสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันกิจกรรมต่าง ๆ ของชุมชนได้ตามศักยภาพของคน พยาบาลเป็นบุคคลสำคัญในการศึกษาหาวิธีการที่จะพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองให้เกิดขึ้นในตัวของผู้ป่วย

2.3 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท

ผู้ป่วยโรคจิตเภทเป็นผู้ที่มีความผิดปกติด้านความคิด การรับรู้ ทำให้มีการแสดงออกของพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม มีการดำเนินโรคแบบโรคเรื้อรังจึงมีการเจ็บป่วยที่ยาวนานซึ่งผลกระทบต่อตนเอง ครอบครัว และชุมชน การรักษาผู้ป่วยจิตเภทในปัจจุบันเน้นการส่งเสริมการดูแลตนเอง ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วม ส่งผลให้การรักษาในโรงพยาบาลใช้ระยะเวลาสั้นลง ทำให้ผู้ป่วยจำนวนมากต้องออกไปดำเนินชีวิตในชุมชน จากการศึกษาทบทวนเอกสาร วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง สรุปพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยจำแนกตามพฤติกรรมการดูแลตนเอง ทั้ง 7 ด้าน ดังนี้

1) การพัฒนาการรู้จักตนเอง จากการศึกษาประสบการณ์จริงของผู้ป่วยของ พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์ (2540) พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในชุมชนประสบกับปัญหา คือ เมื่อบุคคลอื่นรู้ว่าผู้ป่วยเป็นโรคจิตคนทั่วไปจะพยายามหลบหนี ไม่พูดคุยด้วย ไม่ยอมรับ มีความรู้สึกรังเกียจผู้ป่วย บางครั้งแสดงท่าทีออกมาให้ผู้ป่วยเห็น ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ากลายเป็นคนที่ไม่น่าเชื่อถือ ไม่ไว้วางใจ สอดคล้องกับการศึกษาของ เพลินพิศ จันทรศักดิ์ และคณะ (2539) ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนต้องให้ญาติช่วยเหลือทั้งด้านความคิดและการตัดสินใจ เช่นเดียวกับ จันทรฉาย เนตรสุวรรณ (2545) ที่กล่าวไว้ว่า การเจ็บป่วยทางจิตส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก ผู้ป่วยรู้สึกเป็นปมด้อย เป็นคราบ ครอบครัวยอมรับ สังคมรังเกียจ

ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยรับรู้ปัญหาจริงที่เกิดขึ้นจริง ค้นพบความสามารถที่มีอยู่จริงในตนเอง และเชื่อว่าตนเองสามารถดูแลตนเองได้ตามศักยภาพที่มีอยู่ เป็นส่วนหนึ่งของสังคม และสามารถเป็นผู้ที่มีความผาสุกได้เช่นกัน

2) การติดต่อดสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ มีการศึกษาจำนวนมากเกี่ยวกับประสิทธิภาพในการสื่อสารของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ดังการศึกษาของจันทรฉาย เนตรสุวรรณ(2545) เรื่อง พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท พบว่า ด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นอยู่ในระดับปานกลางผู้ป่วยร้อยละ 26.9 ไม่พูดคุยเล่าทุกข์สุขกับคนใกล้ชิด ร้อยละ 24.3 ไม่ออกไปสังสรรค์กับ

ผู้อื่นนอกบ้านและร้อยละ 10.4 ใช้เวลาอยู่คนเดียวในช่วงกลางวันมากกว่า 8 ชั่วโมงหรือ ไม่พูดคุยกับใครเลยในแต่ละวัน สอดคล้องกับการศึกษาของ นิตยา ดากวิริยะนันท์ และชิน์สุนน (2536) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ไม่กล้าถามบุคคลากรทางสุขภาพเกี่ยวกับวิธีการดูแลตนเอง รวมทั้งเมื่อมีข้อสงสัยหรือไม่เข้าใจคำแนะนำของบุคคลากร และจากการศึกษาของสุวิมล สมัดละ (2541) พบว่าปัญหาของผู้ป่วยจิตเวชหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลด้านสัมพันธภาพคือ ผู้ป่วยมักจะแยกตัวและไม่เชื่อมั่นในตนเอง ไม่กล้าพูดคุยหรือบางรายมีพฤติกรรมที่รบกวนผู้อื่นมีสัมพันธภาพกับผู้ดูแลหรือบุคคลใกล้ชิดเพียงคนเดียวและสองคนเท่านั้น

3) การใช้เวลาว่างอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีความบกพร่องในการใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ ขาดการวางแผนในการดำเนินชีวิต หรือปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ นอกจากนั้นยังขาดความใส่ใจที่จะปฏิบัติ ทั้งนี้สาเหตุจากการที่สังคมมองว่าผู้ป่วยเป็นผู้ไร้ความสามารถ ไม่ยอมรับในการกระทำของผู้ป่วย ซึ่งส่งผลทำให้ผู้ป่วยมักมีพฤติกรรมแยกตัว ไม่ร่วมกิจกรรมของสังคม ดังเช่นจากการศึกษาเรื่อง พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมี พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการพักผ่อน นันทนาการและการออกกำลังกายน้อยกว่าปกติ เชื่องซึม ขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยช้า นิ่งเฉย ๆ ทั้งวัน โดยไม่ทำอะไร(จันทร์ฉาย เนตรสุวรรณ, 2545) และพบว่า บ่อยครั้งที่ผู้ป่วยจิตเภทไม่ยอมนอนในเวลากลางคืน แต่นอนในเวลากลางวันแทน (สมภพ เรื่องตระกูล , 2545) เช่น เดียวกับการศึกษาของปริวัตร ไชยน้อย(2546) พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 32.40 ไม่ปฏิบัติกรออกกำลังกายสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง นานครั้งละ 20-30 นาที

4) การเตรียมการเผชิญปัญหา ผู้ที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยที่ยาวนานจะมีอาการด้านลบมากขึ้นทำให้มีความยากลำบากในการดำเนินชีวิต เกิดความเครียดได้ง่าย มีปัญหาการปรับตัวที่บ้าน มีการแสดงออกทางอารมณ์อย่างรุนแรงต่อบุคคลอื่น (ไพรัตน์ พฤษชาติคุณากร, 2542) และจากการศึกษาเรื่องพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ที่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลของปริวัตร ไชยน้อย (2546) พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 26.93 มีการปฏิบัตินาน ๆ ครั้งเมื่อมีเรื่องไม่สบายใจจะหาที่ปรึกษาหรือระบายให้คนอื่นฟัง ร้อยละ 24.64 ที่ปฏิบัติบ่อยครั้งเมื่อโกรธจะระงับความโกรธหรือเก็บไว้คนเดียวไม่บอกใคร และร้อยละ 20.35 ปฏิบัติบ่อยครั้ง เมื่อโกรธจะทำลายข้าวของหรือทำร้ายคนอื่น สอดคล้องการศึกษาของ Crawford as cited in Gafoor & Rassool (1998) พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความเสี่ยงที่จะคิดสูรนามากกว่าคนปกติถึง 3 เท่า โดยให้เหตุผลว่าใช้เพื่อลดอาการข้างเคียงของยา ลดอาการซึมเศร้า และลดอาการวิตกกังวล ซึ่งถ้าหากผู้ป่วยสามารถเตรียมการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมแล้ว ผู้ป่วยจะสามารถดำเนินชีวิตในสังคมชุมชนได้ และลดปัญหาการป่วยซ้ำ

5) การพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีการรับรู้ที่ผิดปกติกจากอาการประสาทหลอนทางหูแสดงออกโดยการพูดคนเดียว คิดหมกหมุ่นในเรื่องของตนเอง ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม บุคลิกภาพบกพร่อง การดูแลตนเองลดลง การแต่งการสกปรก แปลกประหลาด

ก่อให้เกิดการถูกรังเกียจและถูกตีตราจากสังคมว่าเป็นพฤติกรรมที่ผิดปกติ (Maritin & Osborne, 1989; Moller & Murphy, 2001) จากการศึกษาของรัชนีกร อุปแสน(2541) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมไม่เหมาะสมในชุมชน รื้อคันเสื้อผ้าผู้อื่นมาใส่ บางครั้งเดินออกจากบ้าน โดยไม่สวมใส่เสื้อผ้า ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยต้องดูแลตนเองทั้งที่ยังมีความบกพร่องและต้องการการสนับสนุนช่วยเหลือ

6) การปฏิบัติตนตามหลักความเชื่อในศาสนา ผู้ป่วยจิตเภทยังขาดสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ ขาดที่พึ่งทางใจ นอกจากนี้ยังมีความเชื่อของของญาติบางส่วนหรือบางชุมชน ว่าการเจ็บป่วยทางจิตเกิดจากผีทำ ผีเข้า การทำไสยศาสตร์ เชื่อว่าโรคจิตก่อให้เกิดความเดือดร้อน ไม่ให้เกียรติ ไม่ยอมรับผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยขาดความหวัง ความศรัทธาในการทำควาดี

7) การดูแลตนเองโดยทั่วไป ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีความบกพร่องในการดูแลตนเองไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ต่าง ๆ ได้เหมือนบุคคลทั่วไป(สมคิด ศรีราที, 2545) ไม่สนใจรับประทานอาหาร รับประทานอาหารไม่เพียงพอ (จิราวัฒน์ พิมพ์ดี, 2541) ผู้ป่วยจิตเภทต้องได้รับอาหารในแต่ละวันครบทั้ง 3 มื้อ เพื่อเพียงพอแก่ความต้องการของร่างกาย แต่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนบางส่วนมีปัญหาในการรับประทานอาหาร อาจปฏิเสธอาหารจากภาวะของโรค เช่น หวาดระแวง หลงผิด ซึมเศร้า เบื่ออาหาร ทำให้รับสารอาหารไม่เพียงพอ ร่างกายขาดสารอาหาร ส่งผลต่อระบบการทำงานของร่างกายและความเครียดได้

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าว เป็นเรื่องชี้ให้เห็นถึงพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ไม่เหมาะสม ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถอยู่ในชุมชนได้ โดยการดูแลตนเองและสามารถพึ่งพาตนเองได้ในระยะยาว จึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง

2.4 ปัจจัยที่ส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท

ปัจจัยที่ส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน มีดังนี้

1) ความรู้ โอเริ่มเชื่อว่า การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง บุคคลแต่ละคนมีศักยภาพในการเรียนรู้ และพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง เพื่อการดำเนินชีวิตและคงไว้ซึ่งสุขภาพที่สมบูรณ์ ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญต่อความสามารถในการดูแลตนเองและส่งเสริมให้บุคคลมีพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้น(Orem, 2001) ความรู้เกี่ยวกับโรค แผนการรักษาพยาบาล และการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจ และเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตได้เหมาะสม ช่วยควบคุมอาการของโรค (Sexton, 1990 อ้างถึงใน นาฏอนงค์ สุวรรณจิตต์, 2537)

2) ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การดำเนินโรค และการจัดการกับอาการ เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วย (ชฎาภรณ์ วัฒนวิไล, 2540; ชุติมา ผังชัยมงคล, 2544;

จันทนา ทองชื่น, 2545) จากการศึกษาของมยุรี เนียมหลวง (2546) เรื่องผลของการสอนรายบุคคลที่บ้าน ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ผลการศึกษา พบว่าการสอนแบบรายบุคคล ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับ การดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยาลดระดับน้ำตาลในกระแสเลือดที่บ้าน สามารถพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่บ้านได้ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของสว่างจิตต์ จันทร (2544) เรื่องผลของการสอนโดยใช้โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ต่อความรู้เรื่องความดันโลหิตสูง และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการสอน โดยใช้โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม มีความสามารถในการดูแลตนเอง สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติ

3) ด้านแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) เป็นความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของบุคคล ซึ่งมีอิทธิพลต่อความเจ็บป่วยและการดูแลรักษา และส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อเปลี่ยนแปลงสภาพเป็นผู้ที่มีสุขภาพดี (จินตนา ยูนิพันธ์, 2534) และเป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง (จินตนา ยูนิพันธ์, 2534; เพชร คันทศายบัว, 2544) ซึ่งเน้นการรับรู้ของบุคคลต่อภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วย เป็นการนำศักยภาพที่มีอยู่มาใช้ให้เกิดประโยชน์ (Pender, 1996) ได้กล่าวถึงรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ (The Health Belief Model) ต่อลักษณะพฤติกรรมด้านสุขภาพของแต่ละบุคคล ที่เกิดจากการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของการเจ็บป่วยลง ทำให้อุปสรรคในการป้องกันการเจ็บป่วยลดลง ดังนั้นหากผู้ป่วยรับรู้ถึงประโยชน์ความเสี่ยง อุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำและการรับรู้ความรุนแรงของการป่วยซ้ำ ก็จะเกิดการรับรู้ความคาดหวัง ความเชื่อต่อความรุนแรง อุปสรรคการป้องกันการมีอาการมากถึงขั้นต้องกลับเข้าไปรักษาซ้ำในโรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษา มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสม

4) แหล่งสนับสนุนทางสังคม Tholis(1986) กล่าวว่าปัจจัยทางจิตสังคมที่สำคัญและมีอิทธิพลต่อการดำรงชีวิตของบุคคลในสังคม เนื่องจากดำรงชีวิตของมนุษย์และความสัมพันธ์ของมนุษย์ มีลักษณะพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน มีความไว้วางใจและช่วยเหลือกัน ในด้านอารมณ์ แรงงาน ข้อมูล สิ่งของ มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและความรู้สึกซึ่งกันและกัน มีความต้องการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และต้องการการยกย่อง สอดคล้องกับแนวคิดของโอเร็ม (2001) ซึ่งเชื่อว่า แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญที่ส่งเสริมให้บุคคลมีการดูแลตนเอง

5) การรับรู้แหล่งสนับสนุนและบริการสุขภาพจิต มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง (ฉัตรวลัย ใจอารีย์, 2533; จุฑารัตน์ กมลศรีจักร, 2540) จากการศึกษาของ สว่างโสภณ และคณะ(2546) พบว่า การมีครอบครัวที่อบอุ่น เมื่อมีปัญหาที่ช่วยกันแก้ปัญหา อยู่ในชุมชนที่เอื้ออารีต่อกัน มีเพื่อนบ้าน เป็นปัจจัยที่กำหนดสุขภาพ ประกอบกับมีการศึกษาพบว่า เมื่อผู้ป่วย

จิตเภทมีการรับรู้ถึงการมีแหล่งประ โยชน์ทางสังคม จะช่วยให้ผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดี ทำให้ผู้ป่วยเหล่านี้พึงพอใจในการดำเนินชีวิตของตน (หงส์ บรรเทิงสุข, 2545) และเครือข่ายสนับสนุนทางสังคมยังมีผลต่อสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน นอกจากนั้นจากการศึกษาของจินตนา ยูนิพันธ์ (2534) เรื่องปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของประชาชนไทยภาคกลางพบว่าผู้ป่วยที่มีการรับรู้การบริการของรัฐ มีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในระดับสูง สอดคล้องกับที่ Chien, et al. (2003) กล่าวว่า การฝึกทักษะสังคมเข้าไปในระยะต่าง ๆ ของการเจ็บป่วยเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับผู้ป่วยจิตเภท นอกจากนั้นการสนับสนุนของครอบครัว เป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมประเภทหนึ่ง ซึ่งการสนับสนุนของครอบครัวจะช่วยส่งเสริมความพยายามให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้ การสนับสนุน ทั้งร่างกายและอารมณ์ จะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ และแรงจูงใจที่จะเริ่มและพยายามปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง

2.5 การประเมินพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท

การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทมีความสำคัญมากต่อการฟื้นหายของโรค แต่สิ่งที่สำคัญนั้นขึ้นอยู่กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทแต่ละบุคคล ซึ่งในปัจจุบันแนวคิดการดูแลรักษาผู้ป่วย ได้เปลี่ยนจุดเน้นมาที่ตัวบุคคลในการรับผิดชอบต่อภาวะสุขภาพและความผาสุกของตน จากการทบทวนถึงเครื่องมือในการประเมินความสามารถในการดูแลตนเองนั้นพบว่า เครื่องมือถูกสร้างขึ้นเพื่อวัดความสามารถในการดูแลตนเอง ได้ในระดับต่างๆ ดังนี้

2.5.1 การวัดความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเอง เป็นการทำนายการกระทำดูแลตนเองที่ใกล้เคียงที่สุด และยังสามารถให้เห็นถึงพลังความสามารถ 10 ประการ รวมทั้งความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน นอกจากนั้นการวัดกิจกรรมย่อยในการดูแลตนเองทั้งหมดของแต่ละบุคคลไม่สามารถนำตัวเลขที่ได้มาเปรียบเทียบกันได้เพราะกิจกรรมย่อยที่แต่ละคนปฏิบัติเพื่อบรรลุเป้าหมายของการรักษาไว้ ซึ่งชีวิต สุขภาพ และ สวัสดิภาพ อาจแตกต่างกันตามสิ่งแวดล้อมและปัจจัยพื้นฐานของแต่ละบุคคล แม้ว่าเป้าหมายของการดูแลตนเองจะเหมือนกัน ดังนั้นจึงใช้เป้าหมายการดูแลตนเองหรือที่โอเร็มเรียกว่า การดูแลตนเองที่จำเป็น เป็นเกณฑ์ในการสร้างข้อคำถามเพราะถือว่าเป้าหมายของการดูแลตนเองในทุกคนเหมือนกัน คะแนนที่วัดได้จึงน่าจะเปรียบเทียบกันได้ ซึ่งเครื่องมือที่ใช้วัดความสามารถในการปฏิบัติเพื่อดูแลตนเอง ได้แก่

1) เครื่องมือประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง (The Appraisal of Self-Care Agency Scale) สร้าง โดย Evers et al.(1993) ใช้วัดความสามารถในการปฏิบัติดูแลตนเองเพื่อสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองของบุคคลทั่วไปทั้งภาวะปกติและเจ็บป่วย แต่เหมาะที่จะใช้กับผู้ที่มีความสุขดีมากกว่า

2) เครื่องมือการใช้ความสามารถในการดูแลตนเอง (The Exercise of Self-Care Agency Scale) สร้างโดย Kearney & Fleischer(1979 อ้างถึงใน อัญชติ ศรีสุพรรณ, 2547) ซึ่งมี

ความเชื่อว่า การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองนั้นขึ้นอยู่กับความสามารถมาใช้ บุคคลอาจมีความสามารถในการดูแลตนเองแต่อาจไม่ได้นำมาใช้ก็ได้ ดังนั้นการวัดการใช้ความสามารถในการดูแลตนเอง จึงน่าจะใกล้เคียงกับการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองมากที่สุด แต่จากผลการวิเคราะห์ความตรงเชิงโครงสร้างชนิดแยกองค์ประกอบของเครื่องมือพบว่า ไม่ชัดเจนและครอบคลุมพอที่จะนำมาใช้ประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท

2.5.2 การวัดพลังความสามารถในการดูแลตนเอง 10 ประการ

นักวิจัยที่สร้างเครื่องมือวัดพลังความสามารถในการดูแลตนเอง 10 ประการนี้ มีความเชื่อว่าการดูแลตนเองกับความสามารถในการดูแลตนเองแตกต่างกัน แต่การดูแลตนเองกับการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองมีลักษณะเหมือนกัน เครื่องมือที่ใช้วัดพลังความสามารถในการดูแลตนเอง 10 ประการ ได้แก่

1) เครื่องมือวัดการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง (The Perception of Self-Care Questionnaire) ของ Hanson & Bickel (1985 อ้างถึงในอัญชลิ ศรีสุพรรณ, 2547) ใช้วัดพลังความสามารถ 10 ประการตามทฤษฎีของโอเรียม พบว่า สามารถขึ้นต้นองค์ประกอบของความสามารถในการดูแลตนเองได้เพียง 8 ประการ เครื่องมือนี้จึงยังมีความคลุมเครือในความตรงเชิงโครงสร้างของการวัดพลังความสามารถ 10 ประการ

2) เครื่องมือวัดความสามารถในการดูแลตนเอง (The Denyes Self-Care Agency Instrument) ของ Denyes (1981 cited by Gast et al., 1989) เป็นเครื่องมือที่สร้างขึ้นเพื่อวัดความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กวัยรุ่น โดยเฉพาะในเด็กวัยรุ่นที่มีภาวะสุขภาพปกติ

อย่างไรก็ตาม ได้มีผู้ให้ข้อสังเกตว่า ในการวัดพลังความสามารถนี้อาจมีข้อจำกัดได้ เนื่องจากบุคคลอาจมีพลังความสามารถครบถ้วน แต่ไม่ได้นำมาใช้ในการดูแลตนเองก็ย่อมทำให้เกิดความพร่องในการดูแลตนเองได้ ดังนั้น การประเมินจากพลังความสามารถอาจทำนายการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้ไม่เพียงพอ โดยเฉพาะในผู้ป่วยจิตเภท

2.5.3 การวัดพฤติกรรมการดูแลตนเอง เป็นเครื่องมือที่สร้างโดย จินตนา ยูนิพันธุ์ (2534) ซึ่งผู้สร้างมีความเชื่อว่าเป็นการวัดการแสดงออกของบุคคลตามการรายงานของตนเอง และเป็นการวัดพฤติกรรมย่อยในการดูแลทั้งหมดของบุคคล ซึ่งเป็นการรายงานการปฏิบัติกิจกรรมของแต่ละบุคคลที่มีเป้าหมายซึ่งปฏิบัติด้วยตนเอง เพื่อตอบสนองความต้องการของตนเองในการรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ สวัสดิภาพ ซึ่งผู้สร้างเชื่อว่าไม่ว่าเป้าหมายของการดูแลตนเองของแต่ละคนจะเหมือนกัน แต่วิธีการและระดับการปฏิบัติจะต่างกันตามสิ่งแวดล้อมและปัจจัยพื้นฐานของแต่ละคน เป้าหมายของการดูแลตนเองเกี่ยวข้องกับการตอบสนองความต้องการเพื่อการอยู่รอด ความต้องการเพื่อการทำหน้าที่ความต้องการด้านจิตใจและจิตวิญญาณรวมทั้งความต้องการด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลเมื่อเป้าหมายมีความเหมือนกัน คะแนนที่วัดจึงสามารถเปรียบเทียบกันได้

3. แนวคิดการให้ความรู้แบบกลุ่ม

3.1 แนวคิดการให้ความรู้แบบกลุ่ม

3.1.1 การให้ความรู้

มีนักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมายของการให้ความรู้ไว้ดังนี้
 มานี ชูไทย (2521) ได้ให้ความหมายว่า การให้ความรู้ หมายถึง กระบวนการที่ส่งเสริมหรือช่วยให้บุคคลเกิดความเจริญงอกงามทั้งทางด้านร่างกาย สติปัญญา อารมณ์และสามารถปรับตัวอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข การให้ความรู้มุ่งให้ผู้เรียนเกิดความคิด ได้แสดงความคิดเห็น รู้จักแสวงหาความรู้เพิ่มเติมและทำงานร่วมกับผู้อื่นได้

Good (1973) ได้ให้ความหมายว่า การให้ความรู้ หมายถึง การจัดกิจกรรม ประสบการณ์ต่างๆ ในการเรียนและการแนะแนวทางเพื่อให้ผู้เรียนดำเนินไปด้วยดี ไม่ว่าจะเป็นการศึกษาในระบบหรือการศึกษานอกระบบ

Wiles(1975) ได้ให้ความหมายของการให้ความรู้หรือการสอนไว้ 4 ประการ ได้แก่

1) การชี้แนวทาง การช่วยเหลือแนะนำ การจัดหาวัสดุและการส่งเสริมให้ผู้เรียนคิดและทำในสิ่งที่อยากรู้ และจัดกิจกรรมที่เหมาะสมให้ผู้เรียนเพื่อให้ผู้เรียนพัฒนาไปในทางที่ปรารถนา ตามวัตถุประสงค์

2) การให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องต่างๆ โดยผู้สอนเป็นผู้รวบรวมความรู้แล้วจัดอันดับความรู้ที่เกี่ยวกับกฎเกณฑ์ความจริงให้ง่าย น่าสนใจ และสะดวกในการที่ผู้เรียนจะเข้าใจและรับไว้ได้

3) การทำงานร่วมกับผู้เรียน เพื่อให้ผู้เรียนเรียนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งเสริมให้ผู้เรียนมีความรับผิดชอบ รู้จักคิด รู้จักทำด้วยตนเอง

สรุปได้ว่า การให้ความรู้หรือการสอน คือ กระบวนการถ่ายทอดเนื้อหา ความรู้ ทักษะ เจตคติต่าง ๆ เป็นการจัดสถานการณ์ หรือกิจกรรมเพื่อส่งเสริมให้ผู้เรียนได้เกิดประสบการณ์ เกิดการเรียนรู้ สามารถคิดเป็น ทำเป็น และแก้ปัญหาได้ เกิดเป็นความเจริญงอกงามในด้านร่างกายอารมณ์ สังคม สติปัญญา รวมทั้งสามารถนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ในชีวิตประจำวันได้ หรือผู้เรียนพัฒนาความสามารถที่มีอยู่เดิม เพื่อให้เกิดพฤติกรรมที่มุ่งหวัง

การให้ความรู้ทำให้เกิดการเรียนรู้ โดย การให้ความรู้เป็นสถานการณ์หรือสิ่งที่ผ่านเข้ามาในอวัยวะรับสัมผัสของผู้เรียน และเกิดการตอบสนองในรูปของการกระทำหรือพฤติกรรมดังนั้นในการให้ความรู้หรือการสอน ผู้สอนต้องให้ความสำคัญขององค์ประกอบ 3 ประการ ได้แก่ สิ่งเร้า หรือสถานการณ์ที่เป็นสิ่งเร้า ผู้เรียน และการตอบสนองของผู้เรียน ดังนั้นการจัดสถานการณ์ที่เป็นสิ่งเร้า ควรมีการเตรียมแผนการสอน การถ่ายทอดเนื้อหา วิธีการสอน กิจกรรมเอกสารประกอบการสอน และสื่อการสอนเอาไว้ ด้านผู้เรียนผู้สอนต้องเตรียมความพร้อมของผู้เรียนก่อนว่า ผู้เรียนคือใคร บุคลากรพยาบาล ประชาชน หรือผู้ป่วย เพื่อให้การเตรียมเนื้อหาบทเรียน การจัดประสบการณ์ และ

กิจกรรมได้ตรงกับความต้องการของผู้เรียน และด้านการตอบสนองของผู้เรียน ผู้สอนต้องกำหนด พฤติกรรมการตอบสนองที่ความต้องการให้ผู้เรียนแสดงออกหลังจากได้ได้เรียนในบทเรียนนั้น ๆ โดย การเขียนเป็นวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมให้ชัดเจน และการปฏิบัติได้ กระทำได้ ถือว่าเป็นการเรียนรู้ ที่สมบูรณ์

3.1.2 ขั้นตอนการให้ความรู้

ขั้นตอนการให้ความรู้เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมี 7 ขั้นตอน ดังนี้ (Goldrick & Turner , 1995)

1) การสร้างบรรยากาศในการเรียนรู้ การเรียนรู้ของบุคคลขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพ รูปแบบการดำเนินชีวิตในสังคมวัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อม ได้แก่ สิ่งแวดล้อมทางด้านจิตใจและ สิ่งแวดล้อมทางด้านร่างกาย ซึ่งจะชักนำให้เกิดหรือยับยั้งกระบวนการการเรียนรู้ ตัวอย่างการสร้าง บรรยากาศในการเรียนรู้ เช่น การจัดที่นั่ง ให้ผู้เรียนซึ่งสามารถสบตากับผู้สอนซึ่งชักนำให้เกิด ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เรียน และผู้สอน จะช่วยส่งเสริมและเปิดโอกาสให้การเรียนรู้เป็น ไปได้ง่ายและ ประสบความสำเร็จ

2) การกำหนดโครงสร้างการเรียนรู้ร่วมกัน บุคคลส่วนใหญ่จะมีความยึดติดกับการตัดสินใจ หรือกิจกรรมที่ตนเองมีส่วนร่วม ในการวางแผนหรือการกระทำอยู่ การให้ความรู้โดย ปราศจากการมีส่วนร่วมของผู้เรียนในการกำหนดแผนงานและกิจกรรม มีผลทำให้ผู้เรียนเฉยเมยไม่ กระตือรือร้นและไม่พอใจในการเรียนรู้นั้น ๆ

3) การวิจัยความต้องการในการเรียนรู้ ผู้ให้ความรู้ต้องศึกษาข้อมูลของผู้เรียน ว่ามีความต้องการที่จะเรียนรู้มากน้อยเพียงใด เพื่อประเมินว่าควรจะใช้เนื้อหาและวิธีการให้ความรู้ แบบใด เพื่อให้ตรงกับความต้องการของผู้เรียน

4) กำหนดวัตถุประสงค์ในการให้ความรู้ เพื่อให้การเรียนรู้แต่ละครั้งมีทิศทางที่ แน่แน่นอน และบรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ได้

5) การเลือกรูปแบบการให้ความรู้ ผู้ให้ความรู้มีวิธีการให้ความรู้ได้อย่างกว้างขวาง ได้แก่ การบรรยาย การสนทนากลุ่ม บทบาทสมมติ เกมส์ กรณีตัวอย่าง โสตทัศนูปกรณ์ คอมพิวเตอร์ สื่อมวลชน การเลือกใช้วิธีการให้ความรู้ อาจใช้หลายวิธีร่วมกัน ขึ้นอยู่กับสถานการณ์ นั้นๆ ผู้ให้ความรู้ควรเลือกวิธีการให้ความรู้ที่ง่ายและสะดวกต่อการเรียนรู้ของผู้เรียน

6) การให้ความรู้ที่สนองความต้องการของผู้เรียน เมื่อผู้ให้ความรู้ได้เลือกรูปแบบ การให้ความรู้ที่เหมาะสมแก่ผู้เรียน แล้วจึงเริ่มดำเนินการให้ความรู้ที่สนองความต้องการของผู้เรียน ตามรูปแบบหรือวิธีการนั้น ๆ

7) การประเมินผล จะทำให้ผู้ให้ความรู้ประเมินประสิทธิภาพการให้ความรู้ว่า ประสบผลสำเร็จบรรลุตามวัตถุประสงค์หรือไม่ และผู้เรียนสามารถกระทำพฤติกรรมได้ถึงระดับที่ ต้องการหรือไม่

ในการเรียนการสอน ผู้สอนควรตระหนักดังนี้ (อรนันท์ หาญยุทธ , 2532)

- 1) ให้การเรียนรู้จะมีประสิทธิภาพมากที่สุดก็ต่อเมื่อ จุดมุ่งหมายนั้นตอบสนองความต้องการของผู้เรียน
 - 2) ช่วงเวลาของการสอน ในการเรียนการสอนนั้นผู้สอนควรคำนึงถึงช่วงเวลา การสอนหรือการฝึกหัดให้ได้ผลดีนั้น มีช่วงเวลาจำกัด ดังนั้นการสอนหรือการฝึกที่นาน หรือล่วงเลยเวลาที่กำหนด จะทำให้การเรียนหรือการฝึกนั้นไม่ได้ผล เสียเวลา ผู้เรียนเบื่อหน่าย เมื่อขี้ล่าหมดความสนใจ ฮัลล์ได้เสนอแนะว่า อย่าสอนผู้เรียนที่เหนื่อย เพลีย ง่วงนอน ไม่สบาย หรือตื่นเตนกับสิ่งนั้น เพราะผู้เรียนจะพยายามหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่มีการเรียน
 - 3) กระบวนการในการฝึก ในการเรียนการสอน ควรจัดลำดับขั้นตอนของกิจกรรมการเรียนการสอนให้เหมาะสม ต้องใช้เวลาในแต่ละขั้นตอนนานเพียงใด และสิ่งสำคัญที่จะทำให้การเรียนเกิดผลดี ต้องมีการเสริมแรงในแต่ละขั้นตอนอย่างเหมาะสม
 - 4) การถ่ายโยงการเรียนรู้ ผู้สอนควรเน้นให้ผู้เรียนได้เชื่อมโยงบทเรียนหนึ่งกับอีกบทเรียนหนึ่ง หรือระหว่างกิจกรรม ซึ่งเป็นไปตามหลักการเรียนรู้ที่ว่า เมื่อมีสิ่งเร้าใหม่ ๆ ที่มีความคล้ายคลึงกับสิ่งเร้าเก่าที่เคยตอบสนองมาแล้ว ร่างกายย่อมมีแนวโน้มที่จะตอบสนองต่อสิ่งเร้าใหม่ ๆ เหมือนกับสิ่งเร้าเดิม
 - 5) การเรียนรู้ทักษะ ควรสอนจากง่ายไปหายาก และคำนึงถึงความสัมพันธ์ของทักษะแต่ละทักษะด้วย จะทำให้ผู้เรียนเข้าใจง่ายขึ้น และมองเห็นความสัมพันธ์ของกิจกรรมนั้น ๆ
- การให้ความรู้ ให้คำแนะนำหรือสอนแก่ผู้ป่วนั้น เป็นงานที่ต้องทำด้วยความละเอียดรอบคอบ ต้องใช้เวลาและความอดทน มีการดำเนินงานอย่างมีจุดมุ่งหมายและมีระเบียบแบบแผนมีการวางแผนไว้ล่วงหน้า มีการผสมผสานหลักการทางการพยาบาล และหลักทางการศึกษาเข้าไว้ด้วยกัน ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ให้มากที่สุด พยาบาลเองก็ควรมีความพร้อม ความมั่นใจการสอนก็จะสำเร็จลุล่วงไปอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล (สุกันษา ฉัตรสุวรรณ 2529)

3.1.3 วิธีการให้ความรู้

วิธีการให้ความรู้หรือวิธีการสอนผู้ป่วยนั้นมีอยู่หลายวิธี การจะเลือกใช้วิธีการสอนแบบใดนั้นขึ้นอยู่กับความเหมาะสมขององค์ประกอบต่าง ๆ คือ จุดมุ่งหมายของการสอน เนื้อหาที่จะสอนความต้องการของผู้เรียน ความรู้ความสามารถ และความถนัดของผู้สอน วัสดุอุปกรณ์ ตลอดจนเวลาและสถานที่ที่จะใช้สอน (สุนทรี ภาณุทัต และคณะ, 2524) โดยทั่วไป การสอนผู้ป่วยหรือผู้มารับบริการสุขภาพที่นิยมใช้มีอยู่ 2 วิธีคือ การให้ความรู้เป็นรายบุคคล และการให้ความรู้เป็นรายกลุ่มในที่นี้จะกล่าวถึงการให้ความรู้แบบกลุ่ม

ในการให้ความรู้หรือการสอนนั้น ผู้สอนควรพิจารณาเลือกวิธีการสอนให้เหมาะสมกับเนื้อหา และประสบการณ์ของผู้เรียน เพื่อให้ผู้เรียนได้รับความรู้ความเข้าใจ และสามารถปฏิบัติ

ได้อย่างถูกต้อง ในการศึกษาคั้งนี้เลือกใช้วิธีการให้ความรู้เป็นรายกลุ่ม แล้วใช้รูปแบบการให้ความรู้โดยการบรรยายร่วมกับการอภิปราย การสาธิตและการสาธิตย้อนกลับ

1) การให้ความรู้เป็นรายกลุ่ม คือ การให้ความรู้แก่ผู้เรียนตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป เป็นการเรียนรู้ที่เกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้สอนกับผู้เรียน และระหว่างผู้เรียนด้วยกัน ในลักษณะที่เรียกว่า กระบวนการกลุ่ม เนื่องจากผู้เรียนสามารถเรียนรู้ได้จากผู้สอนแล้วยังสามารถเรียนรู้ได้จากผู้สอนแล้วยังสามารถเรียนรู้ได้จากผู้เรียนด้วยกันอีกด้วย การให้ความรู้รายกลุ่มแบ่งออกเป็น 2 ประเภท (จินตนา ยูนิพันธ์, 2528) ได้แก่การให้ความรู้รายกลุ่มย่อย โดยมีผู้เรียนตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปจนถึง 35 คน และการให้ความรู้รายกลุ่มขนาดกลางและขนาดใหญ่ โดยมีผู้เรียน 35-60 คนขึ้นไป ข้อดีของการให้ความรู้รายกลุ่ม คือ สามารถแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างสมาชิกในกลุ่ม กระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความคิดเห็นระหว่างสมาชิกในกลุ่ม กระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ สามารถให้ความรู้แก่ผู้เรียนได้คราวละหลาย ๆ คน แต่มีข้อเสีย คือ ถ้ากลุ่มใหญ่อาจประเมินผลการสอนได้ยาก ผู้ที่มีปัญหาแตกต่างจากกลุ่มอาจไม่ได้รับการแก้ไข

2) การให้ความรู้แบบบรรยาย เป็นการให้ความรู้ที่ผู้สอนได้เตรียมศึกษาหาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเนื้อหาที่จะสอนจากแหล่งต่าง ๆ มาเป็นอย่างดี เพื่อนำมาอธิบาย หรือบรรยาย ให้ผู้เรียนฟัง โดยมีจุดประสงค์ให้ผู้เรียนรับฟัง รับรู้ เกิดความเข้าใจและเกิดการเรียนรู้ขึ้น ทำให้มีการเปลี่ยนแปลง เจตคติ และสามารถนำสิ่งที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ การให้ความรู้แบบบรรยายที่ได้ผลนั้น ผู้สอนควรพูดให้สั้นและเข้าใจมากขึ้นหรืออาจใช้วัสดุอุปกรณ์การสอนต่าง ๆ ประกอบการบรรยายด้วยจะดีมาก (สุชาติ โสมประยูร, 2525)

3) การให้ความรู้แบบอภิปราย เป็นการสนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ซึ่งกันและกันในกลุ่มบุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง บุคคลในกลุ่มมีความสนใจปัญหาที่เกิดขึ้นร่วมกัน (ผกา ศักยธรรม , 2524) จึงเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้เรียน ร่วมแสดงความคิดเห็นต่าง ๆ เพื่อเป็นการพัฒนาความคิด ได้แลกเปลี่ยนความรู้หรือประสบการณ์ ได้ซักถามหรือตอบปัญหาซึ่งกันและกัน นอกจากนี้ยังช่วยให้ผู้สอนได้เห็นถึงความสนใจ ความต้องการ รวมทั้งปัญหาต่างๆ ของผู้เรียนได้ดียิ่งขึ้น หากมีการจัดให้ผู้เรียน ได้มีการอภิปรายสลับกับการบรรยายแล้วจะทำให้การบรรยายได้ผลดียิ่งขึ้น (สุชาติ โสมประยูร, 2525)

4) การสาธิต เป็นเป็นวิธีการสอนชนิดหนึ่งที่มีการจัดเตรียมการเสนอความรู้ข้อเท็จจริง หลักการ แนวทางการปฏิบัติหรือกระบวนการกระทำที่ถูกต้อง มีการอธิบายให้เหตุผลประกอบการแสดง ให้มองเห็นกระบวนการกระทำที่แน่นอน ช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ในกิจกรรมที่เรียนอย่างชัดเจน การสาธิตเป็นการช่วยไม่ให้ผู้เรียนสับสนยุ่งยาก ได้เรียนตามขั้นตอน ง่ายต่อการเข้าใจ นอกจากนี้ยังเป็นการสอนในสิ่งที่ผู้เรียนจะต้องปฏิบัติให้ถูกต้อง ซึ่งวิธีการบรรยายอย่างเดียวนั้นทำให้ได้ผลไม่เต็มที่ แต่ถ้าใช้วิธีการสาธิตประกอบการสอนจะทำให้ผู้เรียนสามารถ

เรียนรู้ได้เร็ว ถูกต้อง ประหยัดเวลา ทำให้บทเรียนนั้น ๆ เป็นที่น่าสนใจ น่าเชื่อถือ เกิดความประทับใจ ไม่ลืม และสามารถปฏิบัติตามได้อย่างถูกต้อง (สุริย์ จันทร์ โมลี, 2527)

5) การสาธิตย้อนกลับ เป็นการให้ผู้เรียนได้ฝึกทำในสิ่งที่เรียนหลังจากการสาธิตของผู้สอนและเป็นการประเมินความสามารถในการปฏิบัติของผู้เรียน ดังนั้นภายหลังจากการสาธิตแล้วควรให้เรียนซักถามและให้ผู้เรียน ได้มีการฝึกปฏิบัติด้วยเสมอ (สุชาติ โสมประยูร, 2525) เพื่อให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ด้วยการปฏิบัติและมีทักษะมากยิ่งขึ้น

3.1.4 การให้ความรู้แบบกลุ่ม

เป็นการให้ความรู้ที่จัดให้แก่ผู้ที่ควรจะได้รับความรู้ในเรื่องเดียวกัน อยู่รวมกัน ตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป เป็นการเรียนรู้ที่เกิดจากการปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้สอนกับผู้เรียน และระหว่างผู้เรียนด้วยกัน (จินตนา ชูนิพันธุ์, 2532)

โดยธรรมชาติมนุษย์จะชอบอยู่รวมกันเป็นกลุ่ม เริ่มตั้งแต่ในครอบครัว ในโรงเรียน กลุ่มร่วมงาน กลุ่มเพื่อน และกลุ่มสังคม เป็นต้น การรวมกลุ่มกันในรูปแบบต่าง ๆ นั้น แต่ละกลุ่มจะต้องประกอบด้วยสมาชิก สมาชิกแต่ละคนก็ย่อมมีบทบาทต่อกลุ่มของตน ดังนั้น เพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้เรียนรู้ขั้นตอนในการทำงานกลุ่มให้มีประสิทธิภาพ มีการตัดสินใจ แก้ปัญหา และจัดข้อขัดแย้งร่วมกัน กระทำกิจกรรมของกลุ่มร่วมกันเพื่อให้บรรลุจุดหมายที่ตั้งเอาไว้ จึงรวมเป็นกระบวนการขึ้นเรียกว่า “กระบวนการกลุ่ม” ซึ่งจะมีพลังทั้งทางด้านกายภาพ และจิตวิทยาอันสลับซับซ้อนเข้ามาเกี่ยวข้อง

ได้มีผู้อธิบายความหมายของกระบวนการกลุ่มไว้หลายท่าน ดังนี้

ทิสนา แคมมณี (2522) กล่าวว่า กระบวนการกลุ่มเป็นวิทยาการที่ว่าด้วยเรื่องความสัมพันธ์ของคน และกระบวนการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งครอบคลุมถึงองค์ประกอบที่สำคัญต่าง ๆ เกี่ยวกับพฤติกรรมของมนุษย์ การแก้ปัญหา การตัดสินใจ และการพัฒนาตนเอง

วินิจ เกตุจำ และคมเพชร ฉัตรศุภกุล (2522) กล่าวว่า กระบวนการกลุ่มเป็นที่รวมแห่งประสบการณ์ของบุคคลหลาย ๆ ฝ่ายที่มาพบปะสังสรรค์กันด้วยความรู้สึกพึงพอใจในความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน เรียกว่าเกิดการปฏิสัมพันธ์นี้เอง ช่วยให้ค้นพบวิธีแก้ปัญหาที่น่าพอใจร่วมกัน ทำให้แต่ละคนได้มีโอกาสแลกเปลี่ยน ความรู้ และประสบการณ์ระหว่างกัน

ชไมพร มุขโค (2525) กล่าวว่า กระบวนการกลุ่มเป็นสิ่งที่ช่วยให้สมาชิกกลุ่มได้มีพัฒนาการทางด้านทัศนคติ ค่านิยม และพฤติกรรม เพราะกระบวนการกลุ่มเป็นกิจกรรมที่นำไปสู่การปฏิบัติจริง ผู้การวิเคราะห์ ทำให้สมาชิกรู้จักตนเอง และผู้อื่นมากขึ้น ยิ่งกว่านั้นสมาชิกยังยอมรับข้อบกพร่องของตนเองและพร้อมจะแก้ไข สมาชิกจะมีประสบการณ์ในการดำรงชีวิตแบบประชาธิปไตย รู้จักรับผิดชอบในบทบาทของตนเอง รู้จักการแก้ปัญหา มีเหตุผล เห็นอกเห็นใจผู้อื่น และรู้จักการทำงานร่วมกับผู้อื่น

สำหรับการเรียนรู้กระบวนการกลุ่มเป็นกระบวนการเพื่อใช้กลุ่มในการแก้ปัญหาหรือกระทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดร่วมกัน เพื่อเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ ผู้เรียนจะเป็นผู้เข้าร่วมกิจกรรมการเรียนรู้ด้วยตนเอง และใช้วิธีวิเคราะห์พฤติกรรมของผู้เรียนซึ่งเกิดขึ้นในขณะนั้น เป็นกระบวนการสำคัญของการเรียนรู้(ทิสนา เทียนเสมอ, 2515)

วิธีการให้ความรู้โดยกระบวนการกลุ่ม เป็นการเรียนรู้จากการกระทำร่วมกันเป็นกลุ่มย่อย โดยมีหลักการให้ผู้เรียนเป็นผู้ลงมือปฏิบัติกิจกรรมการเรียนรู้ด้วยตนเอง (Lrarning by Doing) ซึ่งจะทำให้การเรียนรู้เป็นไปด้วยความสนุกสนาน เร้าใจ ไม่เฉื่อยช้า การเรียนรู้ที่เกิดขึ้นจะเป็นประสบการณ์ที่มีคุณค่าและมีความหมายต่อผู้เรียนมากขึ้น การมีส่วนร่วมในกิจกรรมการเรียนรู้ในฐานะเป็นสมาชิกคนหนึ่งของกลุ่มได้ลงมือปฏิบัติ ได้แสดงความคิดเห็น มีความรู้สึก และมีอารมณ์ร่วมในสิ่งที่ได้กระทำ จะทำให้เกิดแนวคิด และสามารถจดจำเนื้อหาได้นาน นอกจากนี้การมีส่วนร่วมในกลุ่มจะทำให้เกิดการปฏิสัมพันธ์ ช่วยให้การเรียนรู้เป็นไปอย่างกว้างขวาง และได้ผลดีสามารถนำความรู้ไปใช้ในชีวิตประจำวันได้ (เขาวภา เศษะคุปต์, 2522)

การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโดยการใช้กระบวนการกลุ่ม มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพอนามัย ความเจ็บป่วย และเพื่อป้องกันหรือลดปัญหาทางด้านจิตใจ ความแปรปรวนทางอารมณ์เนื่องมาจากความเจ็บป่วยทางกายของตน การสอนผู้ป่วยด้วยวิธีนี้ไม่ใช่เป็นการรักษาโดยตรง แต่เป็นการป้องกันและให้ความรู้เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถพัฒนาตัวเองให้ผ่านพ้นภาวะวิกฤต อันเนื่องมาจากความเจ็บป่วยไปได้ด้วยดี (Marram, 1978) นอกจากนี้เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจในธรรมชาติของความเจ็บป่วย การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การช่วยเหลือตนเอง การแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และการได้รับฟังปัญหาจากผู้ป่วยที่มีปัญหาคล้าย ๆ กัน จะช่วยให้เกิดความเข้าใจ และมีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิตหรือมีการปฏิบัติที่ถูกต้อง(Skiff, 1973)

3.1.5 ลักษณะการเรียนรู้โดยใช้กระบวนการกลุ่ม

การเรียนรู้โดยกระบวนการกลุ่ม ที่จะก่อให้เกิดการเรียนรู้ที่ดี ควรประกอบด้วยลักษณะดังต่อไปนี้ (ประภาพร โล่ห์ทองคำ และคณะ, 2522)

1) ผู้เรียนจะมีบทบาทในการแสวงหาความรู้ด้วยตนเอง จากการเข้าร่วมกิจกรรม แทนการนั่งฟังคำบรรยาย

2) ผู้ให้ความรู้มีหน้าที่คอยประสานงานและจัดกิจกรรม เพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้เรียน

3) การเรียนรู้ไม่ได้เกิดจากผู้ให้ความรู้แต่เพียงผู้เดียว แต่ผู้เรียนทุกคนจะเป็นแหล่งที่มาของความรู้ โดยทุกคนจะมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และความคิดเห็นซึ่งกันและกัน เพราะฉะนั้นผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนรู้ จึงมาจากเพื่อนสมาชิกในกลุ่มเป็นสำคัญ

4) การเรียนรู้ที่เกิดขึ้นในกลุ่ม เป็นการเรียนรู้ที่มีความสัมพันธ์สอดคล้องกับความต้องการและประสบการณ์ของสมาชิกในกลุ่ม

5) การเรียนรู้เกิดขึ้นได้ 3 ลักษณะ คือ จากตนเอง จากสมาชิก และจากกลุ่ม

3.1.6 กระบวนการในการจัดการให้ความรู้โดยใช้กระบวนการกลุ่ม

ในการจัดการให้ความรู้โดยใช้กระบวนการกลุ่มผู้นำกลุ่มจะต้องคำนึงถึงการจัดตั้งกลุ่ม (Group Formation) และการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ภายในกลุ่ม (Phase of group experience) ซึ่งMarram (1978) ได้กล่าวไว้ดังต่อไปนี้

1) การจัดตั้งกลุ่ม สิ่งสำคัญที่ผู้นำกลุ่มจะต้องนึกถึงในการจัดตั้งกลุ่ม คือ

1.1) วัตถุประสงค์ทั่วไป กำหนดขึ้นเพื่อ

ก. ช่วยให้สมาชิกมีการรับรู้ในพฤติกรรมของตน และสัมพันธ์ภาพระหว่างคนกับสมาชิกด้วยกัน จากข้อมูลย้อนกลับที่ได้จากสมาชิกในกลุ่มและผู้นำกลุ่ม

ข. ช่วยสนับสนุนซึ่งกันและกัน และทำให้สมาชิกมีความมั่นใจยิ่งขึ้น

ค. ลดความรู้สึกโดยเดี่ยว ท้อแท้ หมดหวัง จากการทำรู้สึกว่าคุณประสบปัญหานั้น ๆ แต่ลำพังเพียงผู้เดียว

ง. ให้โอกาสแก่สมาชิกในการปฏิบัติตนเพื่อให้ประสบผลสำเร็จในรูปแบบการสื่อสารกับผู้อื่นมากขึ้น

จ. ช่วยให้สมาชิกรู้สึกปลอดภัยว่ากลุ่มเป็นที่ที่สามารถเปิดเผยปัญหาให้สมาชิกอื่นรับรู้ได้ และจะได้รับการเรียนรู้จากประสบการณ์ของสมาชิกอื่น ๆ

1.2) วัตถุประสงค์เฉพาะรายบุคคล เป็นพฤติกรรมของสมาชิกแต่ละคนที่แสดงออกมาเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ทั่วไป วัตถุประสงค์ทั่วไป ข้อ ก. จะบรรลุเป้าหมายได้เมื่อสมาชิกมีพฤติกรรมดังนี้

1.2.1) สมาชิกรับฟังเมื่อผู้อื่นประเมินพฤติกรรมของตน

1.2.2) สมาชิกมีการซักถามให้เข้าใจในเรื่องของตน ซึ่งได้รับการประเมินจากสมาชิกในกลุ่ม

1.2.3) สมาชิกบอกได้ว่าตนตั้งใจ หรือมีความคาดหวังอะไรอยู่เบื้องหลังพฤติกรรมที่ตนแสดงออก

1.2.4) สมาชิกบอกได้ถึงความแตกต่างระหว่าง ความตั้งใจในการทำพฤติกรรมนั้นกับการที่ผู้อื่นรับรู้ในพฤติกรรมที่ตนแสดงออก

พฤติกรรมของสมาชิกที่จะแสดงว่าบรรลุวัตถุประสงค์ข้อ ข. คือ

1) สมาชิกสามารถรับและรู้คุณค่าในการให้การสนับสนุน ประคับประคองจากสมาชิกในกลุ่มและผู้นำกลุ่ม

2) สมาชิกสามารถให้การสนับสนุนและให้ความมั่นใจแก่สมาชิกในกลุ่มได้อย่างเหมาะสม

พฤติกรรมของสมาชิกที่แสดงว่าบรรลุวัตถุประสงค์ข้อ ค. คือ

- 1) สมาชิกรับรู้ปัญหาของสมาชิกอื่นในกลุ่ม
- 2) สมาชิกรู้ว่าสมาชิกคนอื่น ๆ ในกลุ่มที่มีปัญหาคล้ายกับตน
- 3) สมาชิกรู้สึกว่ามีปัญหาที่ตนมีเป็นปัญหาธรรมดาที่ใคร ๆ ก็พบได้ และสามารถช่วยกันแก้ไขได้ โดยสมาชิกในกลุ่ม

พฤติกรรมของสมาชิกที่แสดงว่าบรรลุวัตถุประสงค์ข้อ ง. คือ

- 1) สมาชิกตระหนักในรูปแบบพฤติกรรมที่เขาใช้บ่อย ๆ แต่ไม่ประสบผลสำเร็จ
- 2) สมาชิกเปลี่ยนวิธีการสื่อสารกับผู้อื่น เพื่อให้สิ่งที่แสดงออกตรงกับความรู้สึกนึกคิด

- 3) สมาชิกปรับปรุงวิธีการสื่อสารกับบุคคลอื่นนอกกลุ่มได้

พฤติกรรมของสมาชิกที่แสดงว่าบรรลุวัตถุประสงค์ข้อ จ. คือ

- 1) รู้สึกไว้วางใจสมาชิกในกลุ่มและผู้นำกลุ่มว่าจะยอมรับและไม่ต่อต้านในสิ่งที่ตนพูดหรือกระทำ

- 2) พัฒนาความสามารถในการแสดงออกถึงเรื่องที่วิตกกังวล ความรู้สึกและทัศนคติเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่ทำให้กังวลหรือไม่สบายใจ

2) การคัดเลือกสมาชิกที่จะมาเข้ากลุ่ม ในการคัดเลือกสมาชิกที่จะมาเข้ากลุ่มต้องพิจารณาว่าใครที่ควรจะได้รับประโยชน์จากกลุ่ม และใครพร้อมที่จะเข้ากลุ่ม ซึ่งทำได้โดย การเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งจากการสัมภาษณ์และดูจากบันทึกประวัติของสมาชิก

3) โครงสร้างของกลุ่ม การจัดโครงสร้างของกลุ่ม เพื่อที่จะให้กลุ่มบรรลุเป้าหมายได้โดยง่าย จะต้องคำนึงถึงบรรยากาศของกลุ่ม ขนาดของกลุ่ม สถานที่และระยะเวลาในการทำกลุ่ม (วินิจ เกตุขำ และ คมเพชร ฉัตรสุกกุล 2522; Mattam 1978) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้ คือ

3.1 บรรยากาศ บรรยากาศจะต้องส่งเสริมให้สมาชิกในกลุ่มรู้สึกมีอิสระที่จะแสดงความคิดเห็นต่าง ๆ ออกมา โดยไม่มีอะไรขัดขวางความรู้สึกนึกคิด สมาชิกทุกคนควรจะมี ความทัดเทียมกันทั้งในฐานะและหน้าที่ ควรพยายามจัดให้มีบรรยากาศแบบเป็นกันเอง (วินิจ เกตุขำ และคมเพชร ฉัตรสุกกุล 2522)

3.2 ขนาดของกลุ่ม ขนาดของกลุ่มเป็นตัวแปรสำคัญที่มีอิทธิพลต่อกลุ่ม (Hamack, et al., 1977) กลุ่มควรประกอบด้วยสมาชิกไม่น้อยกว่า 3 คน แต่ไม่ควรเกิน 20 คน (Taylor, 1994) บอร์แมน (Bormann, 1975) กล่าวว่ากลุ่มที่มีสมาชิก 5 คน หรือน้อยกว่า สมาชิกแต่ละคนจะได้พูดคุยกันอย่างทั่วถึง ในกลุ่มที่มีตั้งแต่ 7 คนขึ้นไป สมาชิกคนที่พูดน้อยมักจะหยุดหรือเลิกพูดไป จะมีแต่คนที่พูดเก่งเท่านั้นที่พูด ยิ่งกลุ่มใหญ่มากขึ้นศูนย์กลางของการพูดจะยังอยู่ในกลุ่มคนน้อยลง และปฏิสัมพันธ์ในกลุ่มจะล้มเหลว ในกลุ่มที่มีตั้งแต่ 13 คน ขึ้นไป จะมีเพียง 3-7 คนเท่านั้นที่จะพูด ส่วนที่เหลือจะกลายเป็นผู้ดูและและผู้ฟัง ในกลุ่มที่มีมากกว่า 13 คน เป็นเวลานาน จะมีการจับกลุ่มเป็นกลุ่มย่อยในกลุ่มใหญ่ ส่วนกลุ่มที่มีสมาชิกน้อยกว่า 5 คน การมองปัญหาจะแคบ จำนวน

สมาชิกที่เหมาะสมที่สุดที่ทำให้กลุ่มมีประสิทธิภาพ (Excellent number) ในการอภิปรายกลุ่มคือ 5 คน

3.3 สถานที่ สถานที่ที่เหมาะสมจะช่วยส่งเสริมให้สมาชิกมีความรู้สึกมั่นคงปลอดภัย และมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างสมาชิกมากขึ้น ดังนั้นสถานที่ที่ใช้ในการทำกลุ่มจึงควรเป็นสัดส่วนเฉพาะ(Privacy) เงียบสงบ ไม่มีสิ่งรบกวน หรือเบี่ยงเบนความสนใจ (Marram, 1978) การจัดให้สมาชิกในกลุ่มนั่งหันหน้าเข้าหากัน(Face to Face group) จะทำให้การสื่อสารของสมาชิกเป็นไปอย่างคล่องตัวทั่วถึง และมีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด จะทำให้ความรู้สึกนึกคิดและอารมณ์เป็นไปในทางที่ดีขึ้น (Withall and Levis, 1963)

3.4 ระยะเวลา เวลาที่เหมาะสมในการทำกลุ่มควรเป็นเวลาที่ตั้งสมาชิกและผู้นำกลุ่มว่าง ไม่มีกิจกรรมอื่น ๆ ควรกำหนดวันเวลาและจำนวนครั้งที่แน่นอนสำหรับการทำกลุ่ม (Marram, 1978)

- ระยะเวลาในการทำกลุ่มควรทำครั้งละประมาณ 1-1 ½ ชั่วโมง(Marram, 1978) ส่วนในกลุ่มเล็ก ๆ ที่มีปัญหาเพียงเรื่องเดียวไม่ควรใช้เวลาเกินชั่วโมง (วินิจ เกตุขำ และคมเพชร ฉัตรสุภกุล 2522)

- ความถี่ของการเข้ากลุ่ม อาจจะจัดสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง ส่วนจำนวนครั้งที่ใช้ในการเข้ากลุ่มขึ้นอยู่กับระดับประสบการณ์ที่ต้องการ เป้าหมายของกลุ่ม ทักษะของผู้นำกลุ่ม และข้อจำกัดของสมาชิกแต่ละคน (Marram, 1978)

4) ผู้ดำเนินการกลุ่ม หรือผู้นำกลุ่ม

ผู้นำกลุ่ม มีบทบาทสำคัญมากในการทำกลุ่ม เพราะการทำกลุ่มของผู้ป่วยให้ได้ผลดีจะต้องทำให้สมาชิกในกลุ่มเกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดี ดังนั้น พยาบาลผู้ทำหน้าที่เป็นผู้นำในการทำกลุ่มจะต้องเข้าใจหน้าที่ของผู้นำกลุ่มเป็นอย่างดี และเข้าใจการปฏิบัติการเป็นผู้นำกลุ่มอย่างถูกต้อง (Marram, 1978)

ความเป็นผู้นำ เป็นพื้นฐานของการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ในกลุ่มให้มีประสิทธิภาพ ทั้งนี้เพราะเป็นการช่วยเหลือสนับสนุนให้กลุ่มได้บรรลุวัตถุประสงค์ สมาชิกมีส่วนร่วมในกลุ่มอย่างมีชีวิตชีวา และมีการปฏิสัมพันธ์ที่มีประสิทธิภาพ

หน้าที่ของผู้นำกลุ่ม (Leadership Function) มี 4 ประการดังนี้

4.1) ผู้นำกลุ่มมีหน้าที่เอื้ออำนวยให้สมาชิกทุกคนได้รับการตอบสนองความต้องการของสมาชิกกลุ่ม 3 ด้านคือ

4.1.1) ด้านความรู้สึกมั่นคงปลอดภัย (Security)

4.1.2) ด้านความรู้สึกเป็นเจ้าของกลุ่มหรือรู้สึกเป็นสมาชิกกลุ่ม (Belonging)

4.1.3) ด้านความรู้สึกเป็นเพื่อนกับผู้อื่น (Companionship)

ดังนั้นผู้นำกลุ่มจะต้องให้โอกาสกับสมาชิกกลุ่มในการที่จะตระหนักถึงความสามารถ

เฉพาะของตน และความรับผิดชอบของคนที่มิต่อหมู่คณะด้วย

4.2) ผู้นำกลุ่มต้องสร้างบรรยากาศที่มีชีวิตชีวาให้เกิดขึ้นในกลุ่ม ให้สมาชิกทุกคน มีอิสระในการแสดงความรู้สึก ความคิดเห็น ในปัญหาต่าง ๆ ที่พบ ตลอดจนมีอิสระในการหา แนวทางการแก้ปัญหาต่างๆร่วมกัน ทั้งนี้โดยให้บรรยากาศในกลุ่ม ไม่อยู่ในภาวะตึงเครียดจนเกินไป สัมพันธภาพระหว่างบุคคลยังคงมั่นคงเป็นที่น่าพึงพอใจ

4.3) นำไปสู่ความงอกงามตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ ผู้นำกลุ่มต้องควบคุมกลุ่มให้ ดำเนินไปตามเป้าหมายของกลุ่มที่ตั้งไว้ มีการเฝ้าคอยติดตาม สังเกตความเปลี่ยนแปลงของสมาชิก ว่ามีการงอกงามเป็นระยะๆอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สมาชิกได้ประโยชน์จากกลุ่มตามเป้าหมายที่ตั้งไว้

4.4) สร้างความงอกงามให้สมาชิกกลุ่มแต่ละคน ผู้นำกลุ่มต้องคอยกระตุ้นและ สังเกตการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของสมาชิกแต่ละคนว่าเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ได้อย่างไร ในการ ประชุมแต่ละครั้ง พร้อมทั้งคอยส่งเสริมสนับสนุน ประคับประคอง และแก้ไขพฤติกรรมของ สมาชิกกลุ่มให้ดีขึ้น เพื่อให้กลุ่มได้มีการเคลื่อนไหวพัฒนาการ ไปสู่เป้าหมายที่วางไว้

5) วิธีการปฏิบัติในการเป็นผู้นำกลุ่ม (Leadership Intervention)

เพื่อให้การจัดกระบวนการกลุ่ม บรรลุตามจุดหมาย ผู้นำกลุ่มจะต้องมีวิธีการปฏิบัติ ในการเป็นผู้นำกลุ่ม ดังต่อไปนี้

5.1) กำหนดจุดมุ่งหมายของการทำกลุ่มอย่างชัดเจน และจะต้องอธิบายให้ผู้ช่วย หรือสมาชิกกลุ่มทุกคน เข้าใจถึงจุดมุ่งหมาย และวิธีดำเนินการของกลุ่ม การที่สมาชิกมาเข้าร่วม กลุ่มโดยไม่ทราบวัตถุประสงค์ที่ชัดเจนนั้น จะทำให้สมาชิกมีความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น

5.2) สร้างแบบแผนของการทำกลุ่ม เพื่อช่วยให้การทำกลุ่มมีประสิทธิภาพดี ช่วย ให้สมาชิกกลุ่มมีความกระตือรือร้น และสมาชิกเข้ามามีส่วนร่วมในกลุ่มอย่างเต็มที่ โดยจะต้องมีการ วางแผนในเรื่องของโครงสร้าง และองค์ประกอบภายนอกโดยทั่ว ๆ ไป ซึ่งมีอิทธิพลต่อการรวมกลุ่ม เช่น จำนวนสมาชิกในกลุ่ม การกำหนดระยะเวลา สถานที่ การจัดที่นั่ง และลักษณะของสมาชิก เป็นต้น

5.3) กระตุ้นและเพิ่มพูนการมีปฏิสัมพันธ์กันในระหว่างสมาชิก ผู้นำกลุ่มต้อง กระตุ้นให้สมาชิกได้มีการพูดจาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในหัวข้อเรื่องเดียวกัน ซึ่งจะทำให้สมาชิก ได้รับทราบถึงปัญหาของผู้อื่น ได้ทราบว่าผู้อื่นมีปัญหาเช่นเดียวกับตน มีความเข้าใจในปัญหาของ กันและกัน และหาทางช่วยแก้ปัญหาเหล่านั้น ปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกอยู่ในรูปของการพูดจา หรือความเข้าใจร่วมกัน (Mutual Understanding) สิ่งเหล่านี้เป็นการสร้างให้สมาชิกมีความรู้สึกเป็น เจ้าของกลุ่ม รู้สึกว่าเป็นสมาชิกกลุ่ม (Belonging) มีความเป็นเพื่อนกับผู้อื่น (Companionship) และ เกิดความรู้สึกมั่นคงปลอดภัย (Security) นอกจากนี้ ผู้นำกลุ่มอาจกระตุ้นให้มีปฏิสัมพันธ์ในกลุ่ม เพิ่มขึ้นโดยการใช้สื่อดิจิทัล อุปกรณ์ การเล่นเกมส์ หรืออื่นๆ

5.4) กระตุ้นให้สมาชิกได้พูดระบาย และแลกเปลี่ยนปัญหาซึ่งต่างก็พบร่วมกัน

ผู้นำกลุ่ม ต้องพยายามให้สมาชิกได้แสดงความคิดเห็นอย่างเต็มที่ การทำกลุ่มจะมีความหมายและได้รับความสนใจอย่างมากจากสมาชิก ถ้าสิ่งที่ได้พูดในกลุ่มเป็นปัญหาของสมาชิกทุกคน หรือสมาชิกส่วนมากในกลุ่ม นอกจากนี้ยังเป็นการสร้างความรู้สึกร่วมกันอีกด้วย ทำให้สมาชิกในกลุ่มรู้สึกว่าเป็นที่ยอมรับ และได้รับความช่วยเหลือและให้กำลังใจซึ่งกันและกัน

5.5) การทำกลุ่มสำหรับสมาชิกแต่ละคน เนื่องจากสมาชิกแต่ละคนมีความสามารถในการบรรลุถึงจุดมุ่งหมายของกลุ่มต่างกัน ผู้นำกลุ่มจะต้องมีความสามารถในการหาวิธีแก้ไขในสิ่งที่เกิดขึ้นในกลุ่ม สามารถแยกได้ว่ามีองค์ประกอบอะไรบ้าง ที่ทำให้การดำเนินการของกลุ่มไม่ต่อเนื่อง หรือทำให้การอภิปรายกลุ่มไม่เป็นไปตามรูปแบบ เช่น สมาชิกบางคนผูกขาดการสนทนาเพียงผู้เดียว ผู้นำกลุ่มอาจพูดว่า“ขณะนี้ดูเหมือนว่าจะมีบุคคลเพียงคนเดียวรับผิดชอบในการอภิปรายในกลุ่ม ทำไมจึงเป็นเช่นนั้น?” แล้วให้สมาชิกกลุ่มร่วมกันแสดงความคิดเห็น การใช้วิธีนี้จะทำให้กลุ่มเข้าใจดีขึ้นว่า...อะไรคือความต้องการของกลุ่ม และสมาชิกแต่ละคนจะสามารถดำเนินการให้สอดคล้องกับความต้องการของตน ในการที่จะบรรลุถึงวัตถุประสงค์ของกลุ่มได้อย่างไร เป็นต้น

5.6) ช่วยลดความวิตกกังวลของสมาชิก ผู้นำกลุ่มควรช่วยลดความวิตกกังวลของสมาชิกตั้งแต่ในระยะเริ่มแรกของการทำกลุ่ม โดยผู้นำจะต้องแจ้งวัตถุประสงค์ที่ชัดเจนของการทำกลุ่ม และวิธีที่สมาชิกกลุ่มจะต้องดำเนินการเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ ผู้นำกลุ่มจะต้องมีท่าทีแสดงความเห็นอกเห็นใจ เข้าใจ เต็มใจ และพร้อมที่จะให้ความช่วยเหลือแก่สมาชิก

5.7) การสรุปความก้าวหน้าของกลุ่ม ผู้นำกลุ่มจะต้องควบคุมดูแลความก้าวหน้าในการดำเนินการของการทำกลุ่มทุกระยะ จนกว่าจะสิ้นสุดการทำกลุ่มเพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายที่กำหนดไว้

6) บทบาทของสมาชิกกลุ่ม

การเรียนรู้โดยใช้กระบวนการกลุ่มนั้นจะประสบผลสำเร็จมากน้อยเพียงใด นอกจากจะขึ้นกับการดำเนินการของผู้นำกลุ่มแล้ว บทบาทของสมาชิกในกลุ่มเองก็มีความสำคัญมาก สมาชิกกลุ่มจะต้องมีลักษณะ “ร่วมเป็นผู้นำ” คือ สามารถดำเนินงานไปตามการวางแผน ช่วยควบคุมแนวทาง ร่วมปลุกใจสมาชิกในกลุ่มด้วยกันอยู่ตลอดเวลา ทั้งนี้ เพื่อสร้างพลังในกลุ่มให้เกิดขึ้น

ดังนั้นสมาชิกกลุ่มจะต้องมีหน้าที่ดังต่อไปนี้ (วินิจเกตุขำ และคมเพชร ฉัตรสุกกุล, 2522)

- 1) ช่วยนำกลุ่ม โดยให้ข้อคิดเห็นใหม่ ๆ กระตุ้นให้กลุ่มมองปัญหาในแง่มุมใหม่ เสนอแนะแนวทางแก้ปัญหา และแนะวิธีขจัดปัญหาของกลุ่ม
- 2) คอยกระตุ้น สนับสนุน ให้กำลังใจ และรับฟังความคิดเห็นของเพื่อนสมาชิก
- 3) ช่วยสร้างบรรยากาศของกลุ่มให้อยู่ในสภาพที่พอเหมาะ ไม่เข้มงวดหรือเครียด มากเกินไป แก้อึดอัดแย้งภายในกลุ่ม ลดความตึงเครียด และการกระทบกระทั่งภายในกลุ่ม

- 4) ตรวจสอบความคิดเห็นต่าง ๆ ของเพื่อนในกลุ่ม
- 5) ประสานความคิดเห็นต่าง ๆ เข้าด้วยกัน หากทำให้เกิดการสร้างสรรค์มโนภาพทางความคิดเห็นเพิ่มขึ้น
- 6) ปลุกพลังกลุ่มโดยการเสนอแนะความคิดและวิธีการใหม่ เพื่อผลักดันให้กลุ่มได้ก้าวหน้าต่อไป

7) การจัดประสบการณ์การเรียนรู้ภายในกลุ่ม

การจัดประสบการณ์การเรียนรู้ภายในกลุ่มจะต้องมี 3 ระยะดังนี้ (Marram ,1978)

ระยะที่ 1 ระยะสร้างสัมพันธภาพ สร้างความรู้สึกลอดคภัย (The Introductory Phase or Initiating Phase)

เป็นระยะเริ่มต้นในการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้นำกลุ่มกับสมาชิกในกลุ่ม และสร้างสัมพันธภาพในระหว่างสมาชิกด้วยกัน ผู้นำกลุ่มจะต้องเป็นผู้สร้างบรรยากาศแห่งความเป็นมิตร สร้างความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยให้กับสมาชิกกลุ่ม ในตอนเริ่มต้นของกลุ่ม ผู้นำกลุ่มควรทำให้สมาชิกกลุ่มทุกคนเข้าใจจุดมุ่งหมายของการทำกลุ่ม กฎ และแนวทางในการปฏิบัติตนในฐานะสมาชิกกลุ่มเพื่อสร้างความรู้สึกลอดคภัยขึ้นในกลุ่ม ผู้นำกลุ่มจะต้องส่งเสริมให้สมาชิกได้แสดงความรู้สึก ได้แสดงความคิดเห็นของตนออกมา เพื่อก่อให้เกิดประสบการณ์การเรียนรู้แก่สมาชิกคนอื่น ๆ ในกลุ่มว่า สมาชิกทุกคนจะต้องต่อสู้ปัญหา หรืออุปสรรคเหมือนกัน ซึ่งการรับรู้เช่นนี้เป็นการสร้างพื้นฐานร่วมกันให้เกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกัน

การสร้างความไว้วางใจ (Trust) ให้เกิดขึ้นกับสมาชิกกลุ่มด้วยการแสดงท่าทีที่อบอุ่นเป็นมิตร สนใจ ตั้งใจฟัง เข้าใจ และยอมรับในความคิดเห็น และพฤติกรรมของสมาชิกกลุ่มโดยไม่ได้ใช้ความคิดของตนเป็นเครื่องตัดสินจะเป็นการสร้างความไว้วางใจในตัวผู้นำกลุ่มให้เกิดขึ้นกับสมาชิก ซึ่งSmith and Bass (1979) กล่าวว่า การประสานสายตาในระหว่างการสนทนา เป็นการสร้างความไว้วางใจให้เกิดขึ้นได้

เมื่อมีความไว้วางใจเกิดขึ้น สมาชิกกลุ่มจะเต็มใจที่จะเปิดเผยระบอบความคิด ความรู้สึกและประสบการณ์ของตน จะมีความมั่นใจในการให้และรับความช่วยเหลือจากสมาชิกผู้อื่น โดยจะมีการเปิดเผยตนเอง มีการเล่าปัญหาส่วนตัว ปัญหาที่รบกวนจิตใจให้สมาชิกอื่นในกลุ่มฟัง โดยไม่มีการซักถาม ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้จะกระตุ้นให้สมาชิกคนอื่นในกลุ่มกล้าที่จะเปิดเผยตนเองด้วย มีผลให้สมาชิกลดความวิตกกังวลลง (Jourad Cited in John 1979)

ในระยะสร้างสัมพันธภาพนี้จะมีการสร้างปทัสถาน (Norm) ของกลุ่ม เพื่อเป็นกฎเกณฑ์พื้นฐานสำหรับสมาชิกกลุ่มใช้เป็นหลักเกณฑ์ในการปฏิสัมพันธ์กัน ซึ่งปทัสถานนี้ผู้นำกลุ่มได้สร้างขึ้นไว้แล้วเป็นบางส่วน ก่อนการเข้ากลุ่มและสมาชิกกลุ่มมีส่วนร่วมสร้างขึ้นบ้างส่วน ในขณะที่ทำกลุ่มได้

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินงาน (Working Phase)

ระยะนี้สมาชิกมีความรู้สึกไว้วางใจ และเชื่อมั่นในกลุ่ม ตลอดจนผู้นำกลุ่ม ความใกล้ชิดสนิทสนมและความเชื่อมั่นในกลุ่ม จะทำให้สมาชิกในกลุ่มมีการระบายความรู้สึกนึกคิด แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และมีการเปิดเผยตนเองมากขึ้น สมาชิกจะมุ่งความสนใจอยู่ที่ปัญหา ขอมรับว่าคนมีปัญหา หาทางแก้ปัญหา และเลือกวิธีแก้ไขปัญหา โดยมีเพื่อนสนิทในกลุ่มคอยช่วยเหลือสนับสนุน การที่ได้มีโอกาสพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในกลุ่มนี้ จะทำให้เกิดความคิดใหม่ ๆ มาใช้ในการปรับปรุงแก้ไขปัญหของตน นอกจากนี้ ความเชื่อมั่นในกลุ่มจะทำให้สมาชิกสามารถรับข้อมูลย้อนกลับ และให้ข้อมูลย้อนกลับไปยังเพื่อนสมาชิกในกลุ่มได้ สมาชิกจะมีบทบาททั้งผู้ให้และผู้รับ สมาชิกจะรู้สึกว่าตนเองมีค่าและศักดิ์ศรีมากขึ้นที่สามารถเข้าใจปัญหาของตนเอง สามารถเลือกวิธีแก้ไขปัญหา ตลอดจนสามารถช่วยเหลือสมาชิกผู้อื่นให้เข้าใจ และแก้ไขปัญหบางอย่าง ระยะนี้จึงเป็นระยะระดมพลังของสมาชิกทุกคนมาแก้ไขปัญหา

ผู้นำกลุ่มมีหน้าที่สำคัญในการให้กลุ่มได้บรรลุจุดมุ่งหมาย เสริมสร้างความเชื่อมั่นของสมาชิก เอื้ออำนวยให้กลุ่มได้อภิปรายปัญหา และหาทางแก้ไขช่วยเหลือในการทดสอบความถูกต้อง เพื่อให้สมาชิกมีความมั่นใจในการนำวิธีไปใช้ในการแก้ปัญหาคต่อไป

ระยะที่ 3 ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม (Final Phase)

เป็นระยะที่ผู้นำกลุ่มจะต้องสรุปประสบการณ์ทั้งหมดในการทำกลุ่ม ผู้นำกลุ่มจะต้องช่วยให้สมาชิกในกลุ่มประเมินความก้าวหน้า ความเปลี่ยนแปลงในทางองงามของตนเอง ความสำเร็จของกลุ่ม นอกจากนี้จะใช้ในการประเมินผลดีความจากสมาชิกในกลุ่มแล้วยังต้องประเมินจากพฤติกรรมของสมาชิกที่แสดงออกจากการประเมินของบุคคลอื่นนอกกลุ่ม และบางครั้งอาจมีเกณฑ์ที่ตั้งไว้เฉพาะเจาะจงในการจะสิ้นสุดการทำกลุ่ม เช่น สมาชิกกลุ่มได้รับประโยชน์เต็มที่จากการทำกลุ่มหรือไม่ สมาชิกมีความรู้สึกที่ตนเองสามารถเผชิญปัญหา และจัดการชีวิตด้วยตนเองหรือไม่ เป็นต้น ก่อนจะสิ้นสุดการทำกลุ่ม ผู้นำกลุ่มควรจะบอกสมาชิกกลุ่มให้ทราบล่วงหน้า และในกรณีสมาชิกกลุ่มบางรายเกิดความวิตกกังวลที่จะการสิ้นสุดการทำกลุ่ม ผู้นำกลุ่มจะต้องให้โอกาสสมาชิกได้ระบายความรู้สึกนึกคิดอย่างเต็มที่ พร้อมทั้งพยายามชี้แนะให้เห็นถึงประโยชน์ที่สมาชิกจะได้รับเมื่อออกจากกลุ่มไป

3.1.7 ประโยชน์ ของการให้ความรู้แบบกลุ่ม

- 1) ช่วยให้ผู้เรียนมีการเรียนรู้ จากการแลกเปลี่ยน ความรู้ ความคิดเห็น และประสบการณ์ซึ่งกันและกัน
- 2) ให้เกิดแรงงใจในการเรียนรู้ เพราะเมื่อผู้เรียนมีปัญหาคล้ายกันได้มาพบปะกัน ทำให้ทราบว่าตนไม่ได้ประสบปัญหาต่างๆ เพียงคนเดียว จะช่วยให้ต่างคนต่างเกิดกำลังใจ เป็นแรงกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้มากขึ้น
- 3) ช่วยให้ผู้เรียนเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านพุทธิพิสัย เจตพิสัย และทักษะพิสัย

4) ช่วยประหยัด เวลาและค่าใช้จ่าย

การให้ความรู้แบบกลุ่ม เมื่อก่อนนี้นิยมใช้วิธีบรรยาย (Redman, 1980) ซึ่งมีข้อจำกัดเกี่ยวกับการเรียนการสอนอยู่มาก คือ ทำให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการเรียนรู้น้อย และการเรียนการสอนไม่ได้คำนึงถึงความแตกต่างระหว่างบุคคล (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2532) จึงอาจทำให้ผู้เรียนจดจำเนื้อหาวิชาได้ไม่ตรงตามความต้องการ

ปัจจุบันได้มีการพัฒนาปรับปรุงการเรียนการสอนแบบกลุ่ม ให้นำมาใช้ในการสอนผู้ปวยที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพในเรื่องเดียวกันอยู่หลายรูปแบบ วิธีที่นิยมใช้โดยผู้เรียนมีส่วนร่วมในกิจกรรมการเรียนรู้ในฐานะสมาชิกกลุ่มมากขึ้น และมีผลดีมากวิธีหนึ่ง คือ วิธีการให้ความรู้โดยใช้กระบวนการกลุ่ม (Group Process) ดังนั้น ในการศึกษาเพื่อส่งเสริมให้ผู้ปวยมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ถูกวิธี ผู้ศึกษาจึงได้นำเทคนิคการใช้กระบวนการกลุ่มมาให้ความรู้แก่ผู้ปวยจิตเภทที่มีพฤติกรรมดูแลตนเองบกพร่อง

3.2 การใช้สื่อการสอน

การให้ความรู้นอกจากจะต้องคำนึงถึงรูปแบบและวิธีการให้แล้ว ถ้าจะให้ผู้เรียนประสบผลสำเร็จ และเกิดการเรียนรู้ที่ดีจะต้องอาศัยสื่อการสอนที่เหมาะสม (ไชยยศ เรืองสุวรรณ, 2522) สื่อการสอนที่ดีจะช่วยเพิ่มประสบการณ์ของผู้เรียน ทำให้เกิดการเรียนรู้ได้ดีขึ้น ทำให้เนื้อหาวิชาความรู้มีความหมายมากขึ้น และสื่อการสอนที่ดียังทำให้ผู้เรียนเกิดมโนภาพที่ถูกต้องสมบูรณ์ สามารถเปลี่ยนประสบการณ์ที่เป็นนามธรรมไปสู่รูปธรรม ทำให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ที่ถูกต้องต่อสิ่งนั้น ๆ และมีเจตคติต่อสิ่งนั้น ๆ ในทางใดทางหนึ่ง ซึ่งจะมีผลต่อการปฏิบัติได้ ดังผลการวิจัย คุณค่าของสื่อการสอนของ Withich & Schuller (1973) พบว่า

- 1) สื่อการสอนประเภทภาพยนตร์ ทำให้ผู้เรียนได้รับความรู้สูงทั้งทางด้านความเข้าใจ และมโนคติต่าง ๆ
 - 2) สื่อการสอนประเภทโทรทัศน์ จะช่วยให้ผู้เรียนเรียนรู้ได้ดีขึ้น
 - 3) สื่อการสอนประเภทของจริง ของต่าง ๆ และหุ่นจำลองประกอบคำบรรยาย จะช่วยให้ ผู้เรียน เรียนรู้ได้ดีขึ้น
 - 4) สื่อการสอนประเภทกราฟฟิค เช่น แผนภูมิ แผนภาพ รูปภาพ ฯลฯ ช่วยให้ผู้เรียน เพิ่มพูนมโนคติ และความเข้าใจได้มากกว่าคำบรรยายอย่างเดียว
 - 5) สื่อการสอนแบบโปรแกรมชนิดต่างๆ สามารถใช้สอนแทนผู้สอนได้
- จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่า สื่อการสอนชนิดต่างๆ ล้วนช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการเรียนรู้ ทำให้ผู้เรียนมีการเรียนรู้ได้ดียิ่งขึ้น แต่การจะเลือกสื่อการสอนประเภทใดนั้น ผู้สอนจะต้องเลือกให้เหมาะสมกับผู้เรียน สภาพแวดล้อม โดยดูจากคุณลักษณะข้อดี ข้อจำกัดของสื่อ

แต่ละชนิดและที่สำคัญควรเลือกสื่อที่มีราคาถูก ให้ผลคุ้มค่าต่อการลงทุน (จันทร์พิมพ์ สายสมร, 2532)

3.3 บทบาทของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

3.3.1) ความหมายของการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

Evan (1992, อ้างใน อัญชลี ศรีสุพรรณ, 2547) กล่าวว่า การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (Mental health and psychiatric nursing) เป็นการพยาบาลสาขาหนึ่ง ซึ่งเน้นการพยาบาลด้านจิตใจ ทั้งด้านการดูแลรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพ ป้องกันและส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้รับบริการรายบุคคล ครอบครัวและชุมชน ทั้งในภาวะสุขภาพที่เบี่ยงเบนและเจ็บป่วย โดยพยาบาลจะต้องมีความรู้ความเข้าใจในศาสตร์ทางการพยาบาลด้านจิตใจและที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของมนุษย์ ตลอดจนแนวทางการบำบัดรักษาที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ความคิด อารมณ์และความรู้สึก และสามารถประยุกต์ความรู้ ความเข้าใจดังกล่าวในการปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างเหมาะสมกับผู้รับบริการเฉพาะราย

Leininger (1994 อ้างใน อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย(2545)) กล่าวถึงการพยาบาลว่าเป็นศาสตร์และศิลป์ที่เกิดจากการเรียนรู้ เน้นที่พฤติกรรม หน้าที่และกระบวนการส่วนบุคคลที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อการส่งเสริมและคงอยู่ของพฤติกรรมสุขภาพหรือการฟื้นฟูสภาพจากความเจ็บป่วย ซึ่งเป็นการกระทำที่เป็นการตัดสินใจของพยาบาล ในการยอมรับค่านิยม ความเชื่อทางวัฒนธรรมที่สอดคล้องกับพฤติกรรมสุขภาพ การพยาบาลเป็นบริการวิชาชีพที่ประสานระหว่างการแพทย์แผนปัจจุบันและการดูแลพื้นบ้าน เพื่อให้ผู้รับบริการบรรลุเป้าหมายการเป็นดีอยู่ดี การมีภาวะสุขภาพที่ดีและมีความพึงพอใจในการดูแลที่ได้รับ เพื่อให้การดูแลมีความสอดคล้องกันระหว่างวัฒนธรรม การรักษาพยาบาลแผนใหม่กับการดูแลด้วยระบบวัฒนธรรมพื้นบ้าน

Mereness and Taylor (1978) ได้ให้ความหมายของการพยาบาลจิตเวชว่าเป็นกระบวนการที่พยาบาลช่วยเหลือให้ผู้รับบริการมีความสามารถต่อไปนี้ คือ

- 1) รับรู้เกี่ยวกับตนเองดีขึ้น
- 2) สร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่ผสมกลมกลืนระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการ ช่วยให้ผู้รับบริการมีบทบาทในการทำประโยชน์ให้แก่สังคมได้ดีขึ้น

Travelbee (1973) อธิบายว่า การพยาบาลจิตเวชเป็นกระบวนการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล โดยเน้นการส่งเสริมสุขภาพจิต ป้องกันหรือดูแลผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตและหาสาเหตุของพฤติกรรมผิดปกติในผู้ป่วยทั้งรายบุคคล ครอบครัวและชุมชน

จินตนา ยูนิพันธุ์ (2534) กล่าวว่า การพยาบาลเป็นกิจกรรมการดูแลช่วยเหลือบุคคลในด้านสุขภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เป็นการดูแลช่วยเหลือ

ผู้ใช้บริการครอบครัวและชุมชน โดยคำนึงถึงผู้ใช้บริการในฐานะปัจเจกบุคคลที่เป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มและสังคมโดยรวม หรือที่เรียกว่าการพยาบาลแบบองค์รวม

ฉวีวรรณ สัตยธรรม (2541) กล่าวว่า การพยาบาลจิตเวช คือ การพยาบาลเฉพาะทางสาขาหนึ่งของการพยาบาล ซึ่งต้องใช้ความรู้ทางทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมมนุษย์ ซึ่งมีความเป็นวิทยาศาสตร์ และใช้ตนเองอย่างมีวัตถุประสงค์ในการพยาบาลซึ่งเป็นศิลปะ ตลอดจนมีความเป็นเอกลักษณ์เฉพาะตัว เนื่องจากต้องใช้ทักษะในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ในการส่งเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะสุขภาพจิตของบุคคล ครอบครัว ชุมชน ให้มีสุขภาพจิตดี มีพฤติกรรมที่เหมาะสม มีวุฒิภาวะทางอารมณ์ ปรับตัวได้ดีในสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งจะเป็นการปกป้องการเจ็บป่วยทางจิตด้วย อีกทั้งให้การบำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยให้ยอมรับตัวเอง ปรับปรุงตัวเอง ยินยอมให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล มีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น และพึ่งพาตนเองได้

บุญวดี เพชรรัตน์(2539) กล่าวว่า การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเป็นการพยาบาลสาขาหนึ่งที่เน้นการพยาบาลด้านจิตสังคม โดยใช้แนวคิดและทฤษฎีทางจิตวิทยา ตลอดจนศาสตร์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับพฤติกรรมมนุษย์ เป็นกรอบแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิต ป้องกันการเกิดอาการทางจิต ช่วยเหลือและฟื้นฟูบุคลิกภาพแก่ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตใจ อารมณ์ และการปรับตัว ทั้งในภาวะสุขภาพปกติ เบี่ยงเบนและเจ็บป่วยทางจิต

3.3.2 แนวคิดการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชยึดหลักการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการของบุคคล ซึ่งลักษณะสำคัญของการปฏิบัติการพยาบาล คือ(อัญชลี ศรีสุพรรณ,2547)

1) พยาบาลต้องมีความซื่อสัตย์ผูกพัน (Commitment) ต่อการปฏิบัติการพยาบาล เป็นเบื้องต้น การพยาบาลมีความเมตตา กรุณา ซื่อสัตย์ ประโยชน์ที่ผู้ใช้บริการจะได้รับเป็นสำคัญ (Compassion) ให้ความสำคัญกับความต้องการและการตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการอย่างเป็นธรรมชาติ เต็มกำลัง เต็มความสามารถตลอดเวลา ดูแลช่วยเหลือจนเกิดผลลัพธ์ โดยผู้ใช้บริการมีความพึงพอใจ มีความสุข สามารถดำรงชีวิตได้อย่างเป็นสุข (Conscience)

2) พยาบาลต้องศึกษาหาความรู้จนเข้าใจธรรมชาติของผู้ใช้บริการ ธรรมชาติของการเจ็บป่วย การดำรงชีวิตของผู้ป่วย หรือผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพภายใต้สภาพแวดล้อมที่เป็นสภาพการณ์จริง ทำความเข้าใจกับประสบการณ์ความเจ็บป่วย ความมุมมองของผู้ป่วย ตลอดจนการพัฒนาความรู้และความชำนาญในการดูแลช่วยเหลือ (Competence) สามารถแก้ปัญหาสุขภาพ บรรเทาความทุกข์ของผู้ป่วย สร้างความสุขสบาย และสามารถพัฒนาคุณภาพชีวิตให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตที่เป็นสุขในครอบครัวที่อบอุ่น และมีการสนับสนุนเอื้ออาทรกัน ในชุมชนที่เข้มแข็ง

พยาบาลจะต้องพัฒนาการรู้จักคนเพื่อการดำรงสติ มีสมาธิ เพื่อให้ตนเองสามารถใช้ความรู้และประสบการณ์ของคนในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ใช้บริการ เพื่อการช่วยเหลือผู้ป่วยแก้ปัญหาด้านสุขภาพ (Therapeutic Relationship) พยาบาลต้องมีสติ ไคร่ครอง ผสมผสานความรู้ ความรู้สึกของคนในขณะนั้น(Empathy) พัฒนาและดำเนินการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ต้องการ

3) พยาบาลใช้วิธีการปฏิบัติการพยาบาลอย่างเป็นขั้นตอน ซึ่งเป็นระบบการพยาบาลที่ชี้ผลลัพธ์ทางการพยาบาลเป็นเป้าหมาย ด้วยการปฏิบัติเป็นขั้นตอน ดังนี้

3.1) วินิจฉัยปัญหาหรือความต้องการพยาบาลของผู้ใช้บริการ โดยการคิด ไคร่ครอง วิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูลสุขภาพของผู้ใช้บริการ และองค์ความรู้ทางการพยาบาลอย่างรอบคอบ

3.2) กำหนดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่พึงประสงค์ ทั้งผลลัพธ์ระยะสั้นและระยะยาว รวมทั้งเกณฑ์การประเมินผลลัพธ์สำหรับผลลัพธ์นั้น ๆ

3.3) กำหนดวิธีปฏิบัติการพยาบาลอย่างเป็นระบบทั้งที่เป็นการปฏิบัติการพยาบาลที่กระทำโดยตรงต่อผู้ใช้บริการและครอบครัว รวมทั้งการบริหารจัดการระบบบริการพยาบาลที่มุ่งสู่ผลลัพธ์ทางพยาบาลที่ตั้งไว้

3.4) ปฏิบัติกิจกรรมตามที่กำหนดไว้ รวมทั้งรวบรวมผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ทั้งที่เป็นผลลัพธ์ที่เกิดจากการปฏิบัติการพยาบาลโดยตรงและผลลัพธ์อื่น ๆ ที่ตามมา

3.5) ประเมินความสำเร็จของการปฏิบัติการพยาบาล จากความสอดคล้องของผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจริง กับผลลัพธ์ที่คาดหวัง และพิจารณาคุณค่าของผลลัพธ์อื่นๆ ที่เกิดขึ้น ต่อการดำรงชีวิตของผู้ใช้บริการร่วมด้วย

3.6) จัดระบบการพยาบาลใหม่อย่างต่อเนื่อง เพื่อมุ่งสู่ผลลัพธ์ระยะยาว คือ การมีสุขภาพดี หรือการมีชีวิตที่ปกติสุข

สิ่งสำคัญของการพยาบาลคือ การทำงานตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลแบบมีผู้ใช้บริการเป็นศูนย์กลางมุ่งพัฒนาผู้ใช้บริการในฐานะบุคคลทั้งคนในลักษณะเป็นหน่วยเดียวที่มีองค์ประกอบด้านกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณอยู่ร่วมกันอย่างผสมผสานแยกกันไม่ได้ การปฏิบัติงานของพยาบาลจิตเวช จึงครอบคลุมบทบาทที่หลากหลาย ขึ้นอยู่กับสิ่งแวดล้อมและภาวะสุขภาพของผู้ใช้บริการ โดยครอบคลุมบทบาท 6 บทบาท คือ

1) บทบาทผู้เลี้ยงดู โดยการปฏิบัติกิจกรรมและการดูแลป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ทั้งอันตรายที่เกิดจากปัจจัยภายในตัวผู้ป่วยเองและปัจจัยภายนอก พยาบาลจะต้องยอมรับผู้ป่วยอย่างไม่มีเงื่อนไข โดยมุ่งสนับสนุนและพัฒนาการส่วนบุคคลในทุกด้าน

2) บทบาทผู้ประสานงาน พยาบาลจะต้องวางแผน ดำเนินและประสานการ

จัดกิจกรรมในหอผู้ป่วย ทั้งกิจกรรมที่เกี่ยวกับการพยาบาล กิจกรรมทางสังคม กิจกรรมสันทนาการ และกิจกรรมอื่น ๆ ที่มุ่งพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ใช้บริการ พยาบาลเป็นผู้ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด จึงรับหน้าที่ประเมินความก้าวหน้าของผู้ป่วย ซึ่งเป็นผลมาจากกระบวนการรักษาพยาบาล และบันทึกผลการประเมินนี้สำหรับบุคลากรในทีมสุขภาพ

3) บทบาทผู้แทนสังคม พยาบาลเป็นผู้ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยพัฒนาพฤติกรรมทางสังคมที่เหมาะสม โดยการจัดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ฝึกทดลองพฤติกรรมทางสังคมใหม่ ในการดำรงชีวิตประจำวันร่วมกับบุคคลอื่น ๆ เป็นกลุ่มเล็กและให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับการแสดงพฤติกรรมของผู้ป่วย และการตอบสนองของผู้ป่วยต่อบุคคลรอบตัว ทั้งนี้เพื่อเตรียมให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสม ทนทาน หรือปรับตัวได้ในสิ่งแวดล้อมที่เป็นอยู่ในโรงพยาบาล และในสังคมที่บ้าน หรือในชุมชน

4) บทบาทผู้ให้คำปรึกษา พยาบาลจะช่วยเหลือผู้ให้บริการให้สำรวจปัญหาแบบแผนการแก้ปัญหาเดิมของตน และพัฒนาหรือแสวงหาวิธีการแก้ปัญหาวิธีใหม่ ปรับวิธีการคิด ปรับความรู้สึกต่อตนเองใหม่ รวมทั้งรับผิดชอบในการกระทำของตนเอง เพื่อลดความทุกข์ทรมานของตนเอง และสามารถแสวงหาความช่วยเหลือจากผู้ที่ใกล้ชิดและทีมสุขภาพได้ ช่วยให้ผู้ให้บริการมีกำลังใจต่อสู้และปรับตัวในสภาพการณ์ที่เป็นอยู่ได้ดีขึ้น

5) ผู้ให้ความรู้ ผู้สอน พยาบาลจะทำหน้าที่เป็นครู หรือผู้สอนให้ความรู้ สนับสนุน ให้ข้อมูลย้อนกลับ ให้กำลังใจเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลตนเองทั้งทางด้านร่างกายจิตใจ และสังคมอย่างถาวร

6) ผู้ชำนาญการทางเทคนิค พยาบาลจะช่วยเหลือผู้ป่วยโดยการกระทำกิจกรรมแทนผู้ป่วยในส่วนที่ผู้ป่วยกระทำเองไม่ได้ การดูแลผู้ป่วยในด้านที่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาล และการช่วยเหลือผู้ป่วยให้พ้นจากความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกายและจิตใจ พยาบาลจะต้องใช้ความรู้ ความสามารถทางเทคนิคการรักษาพยาบาล การสนับสนุน การประคับประคองช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อมีปัญหาเฉพาะอย่าง

3.4 โปรแกรมให้ความรู้แบบกลุ่มต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท

สำหรับรูปแบบเดิมในการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองอย่างถูกวิธีในผู้ป่วยจิตเภทนั้น ส่วนใหญ่เป็นกิจกรรมการเรียนรู้ที่เกิดจากผู้ให้ความรู้แต่เพียงผู้เดียว ยังขาดการมีส่วนร่วมของกลุ่มในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และประสบการณ์ซึ่งกันและกัน หรือขาดการใช้กระบวนการกลุ่ม เพื่อที่จะนำเอาศักยภาพของกลุ่มออกมาใช้ให้เกิดประโยชน์อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งไม่ค่อนเน้นการสนับสนุนของกลุ่ม เพื่อสร้างแรงจูงใจซึ่งกันและกัน อีกทั้งการให้ความรู้แบบเดิม มักใช้วิธีการสอนโดยการบรรยายเพียงอย่างเดียว จึงมีข้อจำกัดอยู่มาก กล่าวคือผู้เรียนมีส่วนร่วมในการเรียนรู้น้อยและมักจะเป็นผู้นั่งฟังเสียเป็นส่วนใหญ่ อีกทั้งการเรียนการสอนไม่ได้คำนึงถึงความ

แตกต่างระหว่างบุคคล การให้ความรู้ด้วยวิธีนี้จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านพุทธิพิสัยเท่านั้น ส่วนการให้ผู้เรียนได้มีส่วนร่วมในการอภิปรายกลุ่ม จะช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านความรู้ เจตคติและการปฏิบัติ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2526) โดยที่การให้ความรู้แบบกลุ่มเป็นการจัดกิจกรรมที่ยึดผู้ปวยเป็นศูนย์กลาง ที่ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการเรียนรู้โดยตรง และมีความคิด สร้างสรรค์ ตลอดจนความคิดวิเคราะห์ วิจาร์ณ กิดเป็น ทำเป็น แก้ปัญหาได้ โดยทุกคนจะเป็นแหล่งที่มาของความรู้ในการมีส่วนร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความคิดเห็นและให้การสนับสนุนซึ่งกันและกัน

สำหรับโปรแกรมให้ความรู้แบบกลุ่ม เป็นโปรแกรมซึ่งผู้ศึกษาได้ใช้แนวคิดการพัฒนาของกลุ่มของ Marram (1978) เป็นโครงสร้างหลัก ที่แบ่งระยะการพัฒนาของกลุ่มเป็น 3 ระยะ คือระยะสร้างสัมพันธภาพ ระยะดำเนินการ และระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม ประยุกต์ใช้ร่วมกับโปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่มของโชติพร พันธุ์วัฒนาชัย (2547) ในส่วนของเนื้อหากิจกรรม ซึ่งเป็นโครงสร้างรอง ที่มีรูปแบบการให้ความรู้ ในการบริการด้านความรู้(Education service) การให้ข้อมูล(Information) เพิ่มทักษะในการเผชิญปัญหา(Coping skills) ขจัดความคิดที่ไม่ถูกต้อง (Eliminate wrong ideas) และสร้างเครือข่าย(Network) โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ความรู้โดยใช้กระบวนการกลุ่มก่อให้เกิดพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ปวยจิตเภทได้อย่างถูกต้อง ซึ่งในโปรแกรมนี้ มีการดำเนินการ 5 ครั้งดังนี้คือ

ครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและการพัฒนาความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา ใช้เวลา 60 นาที

กิจกรรมที่ 1 ระยะสร้างสัมพันธภาพ เป็นการสร้างความรู้จัก คู่้นเคยและความไว้วางใจกัน ตลอดจนเพื่อให้เกิดความร่วมมือในการเข้ากลุ่ม โดยผู้นำกลุ่มกล่าวแนะนำตนเองและให้สมาชิกแนะนำตนเองทีละคน จากนั้นผู้นำกลุ่มบอกวัตถุประสงค์ในการเข้าร่วมกิจกรรม ระยะเวลา วิธีการ จำนวนครั้ง และเปิดโอกาสให้สมาชิกร่วมกำหนดข้อตกลงร่วมกัน

กิจกรรมที่ 2 ระยะดำเนินการแก้ไขปัญหา โดยผู้นำกลุ่มกล่าวนำ ให้ผู้ปวยมีปฏิสัมพันธ์กัน โดยการอภิปรายแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และแสดงความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับโรคจิตเภทและการรักษา จากนั้นผู้นำกลุ่มจึงให้ความรู้โดยการสอน มีการใช้สื่อการสอนคือโปสเตอร์ภาพพลิกประกอบการให้ความรู้ และเปิดโอกาสให้ผู้ปวยซักถาม ในขณะที่ทำกลุ่มผู้นำกลุ่มต้องให้การชี้แนะการดูแลตนเองที่ถูกวิธีและสนับสนุนทางจิตใจด้วยการให้กำลังใจ ตลอดจนส่งเสริมให้ผู้ปวยให้กำลังใจต่อกันด้วย

กิจกรรมที่ 3 ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม จากการซักถาม จากนั้นผู้นำกลุ่มและสมาชิกร่วมกันทบทวน สรุปเหตุผล ความคาดหวัง ความต้องการในการเข้าร่วมกิจกรรม โดยให้สมาชิกมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยน ประสบการณ์ซึ่งกันและกัน

ครั้งที่ 2 การดูแลตนเองเพื่อป้องกันการมีอาการมากขึ้น และจัดการกับอาการที่เป็นปัญหา ใช้เวลา 60 นาที

กิจกรรมที่ 1 ระยะเวลาสร้างสัมพันธ์ภาพ โดยผู้นำกลุ่มกล่าวทักทาย พูดคุยด้วยเรื่องทั่วไปเล็กน้อย และเปิดโอกาสให้สมาชิกได้พูดคุยทักทายซึ่งกันและกัน จากนั้นผู้นำกลุ่มกล่าวถึง วัตถุประสงค์ และให้สมาชิกทบทวนกติกาก่อนการเข้ากลุ่ม แล้วผู้นำกลุ่มเกริ่นนำหัวข้อในการเข้ากลุ่ม

กิจกรรมที่ 2 ระยะเวลาดำเนินการแก้ไขปัญหา ให้ผู้ป่วยได้อภิปรายแลกเปลี่ยนประสบการณ์กัน หลังจากนั้นผู้นำกลุ่มจึงให้ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง การสังเกต อาการเตือนและการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหา มีการใช้สื่อการสอนคือโปสเตอร์ภาพพลิกประกอบการให้ความรู้ และให้ผู้ป่วยยกตัวอย่างปัญหา และช่วยกันแก้ไขปัญหา เพื่อให้ผู้ป่วยฝึกทักษะการเผชิญปัญหาและจัดการเมื่อมีอาการผิดปกติ ในการดำเนินกลุ่มผู้ศึกษาได้ให้การชี้แนะการดูแลตนเองที่ถูกต้องและส่งเสริมให้มีการสนับสนุนให้กำลังใจซึ่งกันและกันด้วย

กิจกรรมที่ 3 ระยะเวลาสิ้นสุดการทำกลุ่ม โดยการซักถามและให้สมาชิกช่วยกันสรุปความรู้ ประสบการณ์ ทักษะที่ได้รับ มีการเปิดโอกาสให้สมาชิกได้ซักถาม หลังจากนั้นผู้นำกลุ่มทบทวนและสรุปเนื้อหาอีกครั้ง

ครั้งที่ 3 การพัฒนาทักษะทางสังคม ใช้เวลา 90 นาที

กิจกรรมที่ 1 ระยะเวลาสร้างสัมพันธ์ภาพ โดยผู้นำกลุ่มกล่าวทักทาย พูดคุยด้วยเรื่องทั่วไปเล็กน้อย และเปิดโอกาสให้สมาชิกได้พูดคุยทักทายซึ่งกันและกัน สร้างความคุ้นเคยกัน จากนั้นผู้นำกลุ่มเกริ่นนำหัวข้อในการเข้ากลุ่ม

กิจกรรมที่ 2 ระยะเวลาดำเนินการแก้ไขปัญหา ให้ผู้ป่วยได้อภิปรายพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมเมื่อเริ่มมีอาการเตือนหรือมีความไม่สบายใจเกิดขึ้น หลังจากนั้นผู้นำกลุ่มจึงให้ความรู้โดยใช้สื่อการสอนคือโปสเตอร์ภาพพลิกประกอบการให้ความรู้ และให้สมาชิกสาธิตการติดต่อสื่อสารที่ถูกต้อง มีการชี้แนะและสนับสนุนให้กำลังใจและส่งเสริมให้สมาชิกให้กำลังใจต่อกันในการดูแลตนเองที่ถูกต้องด้วย

กิจกรรมที่ 3 ระยะเวลาสิ้นสุดการทำกลุ่ม ประเมินผลจากการซักถามสมาชิก และจากการให้สมาชิกได้ฝึกทักษะการติดต่อสื่อสารที่ถูกต้องจากสถานการณ์จำลอง รวมทั้งจากการให้สมาชิกร่วมกันสรุปความรู้ ประสบการณ์ ทักษะที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม และเปิดโอกาสให้สมาชิกซักถาม หลังจากนั้นผู้นำกลุ่มทบทวนสรุปเนื้อหาอีกครั้ง

ครั้งที่ 4 การดูแลตนเองเรื่องสุขวิทยาส่วนบุคคล และการผ่อนคลายความตึงเครียด โดยใช้เวลา 90 นาที

กิจกรรมที่ 1 ระยะเวลาสร้างสัมพันธภาพ โดยผู้นำกลุ่มกล่าวทักทาย พูดคุยด้วยเรื่องทั่วไปเล็กน้อย และเปิดโอกาสให้สมาชิกได้พูดคุยทักทายซึ่งกันและกัน สร้างความคุ้นเคยกัน จากนั้นผู้นำกลุ่มเกริ่นนำหัวข้อในการเข้ากลุ่ม

กิจกรรมที่ 2 ระยะเวลาดำเนินการแก้ไขปัญหา โดยผู้นำกลุ่มเกริ่นนำความสำคัญในการดูแลสุขภาพร่างกาย และการผ่อนคลายความตึงเครียดของตนเอง แล้วจึงให้ผู้ป่วยพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์กันในเรื่องเหล่านี้ จากนั้นผู้นำกลุ่มจึงให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่อง อาหาร การพักผ่อน การออกกำลังกาย การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลและการผ่อนคลายความตึงเครียด มีการใช้สื่อการสอนคือ โปสเตอร์ภาพพลิกประกอบการให้ความรู้ แล้วให้ผู้ป่วยหาแนวทางการปฏิบัติเพื่อดูแลสุขภาพตนเองใน 1 วัน มีการสาธิตวิธีคลายเครียดและให้ผู้ป่วยฝึกโดยใช้เทปฝึก โดยผู้นำกลุ่มสังเกตการปฏิบัติของผู้ป่วย หากยังปฏิบัติได้ไม่ถูกต้อง ผู้นำกลุ่มจะคอยช่วยเหลือให้กำลังใจและให้คำแนะนำอย่างต่อเนื่องและสนับสนุนให้ผู้ป่วยให้กำลังใจต่อกันด้วย

กิจกรรมที่ 3 ระยะเวลาสิ้นสุดการทำกลุ่ม มีการประเมินผลการฝึกปฏิบัติของสมาชิกเป็นรายบุคคลและจากการซักถาม สรุปบททวนข้อปฏิบัติในการดูแลตนเองในส่วนนี้ แล้วจึงให้สมาชิกช่วยกันสรุปความรู้ ประสบการณ์ ความรู้สึกนึกคิด และการแก้ไขปัญหานั้นที่ได้รับจากกลุ่ม โดยมีผู้นำกลุ่มช่วยสรุปประเด็นเป็นระยะ ๆ

ครั้งที่ 5 การสร้างแรงจูงใจและพัฒนาความมีคุณค่าในตนเอง โดยใช้เวลา 90 นาที

กิจกรรมที่ 1 ระยะเวลาสร้างสัมพันธภาพ โดยผู้นำกลุ่มกล่าวทักทาย พูดคุยด้วยเรื่องทั่วไปเล็กน้อย และเปิดโอกาสให้สมาชิกได้พูดคุยทักทายซึ่งกันและกัน สร้างความคุ้นเคยกัน จากนั้นผู้นำกลุ่มเกริ่นนำหัวข้อในการเข้ากลุ่ม

กิจกรรมที่ 2 ระยะเวลาดำเนินการแก้ไขปัญหา โดยให้ผู้ป่วยได้อภิปรายพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับคุณค่าของตนเองและผู้อื่น และใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ หลังจากนั้น ผู้นำกลุ่ม จึงให้ความรู้ โดยใช้สื่อ การสอนคือ โปสเตอร์ภาพพลิกประกอบการให้ความรู้ มีการชี้แนะและสนับสนุนให้กำลังใจและส่งเสริมให้สมาชิกให้กำลังใจต่อกันในการดูแลตนเองที่ถูกต้องด้วย

กิจกรรมที่ 3 ระยะเวลาสิ้นสุดการทำกลุ่ม จากการซักถามและให้สมาชิกช่วยกันสรุปความรู้ ประสบการณ์ ทักษะที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม มีการเปิดโอกาสให้สมาชิกซักถาม หลังจากนั้นผู้นำกลุ่มทบทวนสรุปเนื้อหาอีกครั้ง

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จรี เจริญสรรพ(2538) ศึกษาปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยโรคจิตกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล สวนสรณธรรม์ พบว่าปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชกลับมารักษาซ้ำ คือความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และการรักษา การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยขณะอยู่บ้านเรื่องการรับประทานยา และการไม่เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมกับเพื่อนบ้าน

โชติพร พันธุ์วัฒนชัย (2547) ศึกษาการใช้โปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่มต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลลพบุรี โดยประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎี การดูแลตนเองของOrem (2001) ร่วมกับแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองด้านร่างกายและจิตใจของ Hill & Smith(1990) พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรม การสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่มสูงกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ

นลินี ปานมวยและคณะ (2541) ศึกษาผลการใช้คู่มือการพยาบาลเป็นกลุ่มที่ส่งเสริมและ สนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาล โดยประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีการดูแล ตนเองของโอเรียมพบว่าความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมของผู้ป่วยจิตเภทหลังจากได้รับ การพยาบาลเป็นกลุ่มสูงกว่าก่อนได้รับการพยาบาลเป็นกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

พวงเพ็ญ เจียมปัญญาธิ และคณะ (2542) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย จิตเวช กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ ผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาล สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอฯ โดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง ซึ่งสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดการ ดูแลตนเองของโอเรียม ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวม อยู่ใน ระดับปานกลาง และจำนวนครั้งของการนอนโรงพยาบาล มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแล ตนเอง

พรสวรรค์ พูลกระจำง (2547) ศึกษาการใช้โปรแกรมการให้ความรู้และระดับประคองต่อ พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอฯ โดยประยุกต์ใช้ แนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรียม พบว่าพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทหลังการใช้ โปรแกรมการให้ความรู้และระดับประคอง สูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมการให้ความรู้และ ระดับประคองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วัชนี หัตถพนม และคณะ (2529) ศึกษาปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทกลับมารักษาซ้ำใน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นซึ่งมีปัจจัยสำคัญที่ทำให้ ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา คือตัว ผู้ป่วยเองขาดความรู้เรื่องโรคและการรักษา

สุนันท์ จำรูญสวัสดิ์ (2536) ทำการศึกษาเรื่องผลของการสร้างสัมพันธภาพ การสอน สุขภาพและการใช้เงื่อนไขผูกพันต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทโรงพยาบาลประสาท เชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ามารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก โดยทำการทดลอง

เป็นรายบุคคลและทำการวัดความร่วมมือในการรักษา 4 ด้าน คือความรู้ การรับประทานยา การมาตรวจตามนัดและความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่ได้รับการสร้างสัมพันธภาพ การสอนสุขภาพและการใช้เงื่อนไขผูกพัน มีความร่วมมือในการรักษาสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Bostelman(1994) พัฒนาโครงการสุขภาพชุมชนเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิตซึ่งมีความเสี่ยงสูงที่จะกลับมารักษาซ้ำหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยมีการให้การพยาบาลในโครงการ 4 กิจกรรม คือ การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย โดยเน้นที่การให้ความรู้เกี่ยวกับอาการทางจิตของผู้ป่วย การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับยาที่แพทย์สั่งเพื่อใช้ในการรักษา การให้ความรู้แก่ครอบครัวเพื่อให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยและการสื่อสารกับผู้ป่วย โดยใช้เวลา 48 ชั่วโมง ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการมีการยินยอมปฏิบัติตามแผนการดูแลหลังออกจากโรงพยาบาล

Hochberger and James(1992) ศึกษาการจัดกลุ่มสำหรับผู้ป่วยจิตเวชก่อนที่จะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล มีการเข้ากลุ่มสัปดาห์ละ 1 ครั้ง มีการอภิปรายกันภายในกลุ่ม การแสดงบทบาทสมมุติและร่วมกันแก้ปัญหาภายในกลุ่ม มีการให้ความรู้เกี่ยวกับการยินยอมรับการรักษาด้วยยา การทำงาน ที่อยู่อาศัย การอยู่โดยไม่มียาติดยา การดูแลหลังออกจากโรงพยาบาล และความกลัวความล้มเหลวในการกลับเข้าสู่ชุมชน ซึ่งสามารถช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกมั่นใจที่จะกลับเข้าสู่ชุมชน และดูแลตนเองได้

Lebrun , Singh & Luke (1991) ศึกษาถึงการจัดกลุ่มให้ความรู้แก่ผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 100 คน โดยจัดกลุ่มครั้งละ 8 คน จำนวน 6 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที หัวข้อที่ให้ความรู้ประกอบด้วยความรู้เรื่องโรคจิตเภท การรับประทานยาต้านโรคจิต การสังเกตอาการกลับเป็นซ้ำ การอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคม การจัดการปัญหาต่าง ๆ ในชีวิต และแหล่งช่วยเหลือในชุมชน พบว่า หลังจากจบกลุ่มผู้ป่วยเข้าใจ ยอมรับการเจ็บป่วยของตนเอง มีกำลังใจและมีพลังในการที่จะดูแลตนเอง ให้ความร่วมมือในการรับประทานยา และสนใจสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของตนเองด้วย

Macgilp(1991) ได้ทำการสำรวจ ผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเพื่อทราบข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้ของผู้ป่วยในด้านการเตรียมตัวก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเมื่ออยู่ในชุมชน และการดูแลจากพยาบาลจิตเวชชุมชน ผลการสำรวจพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่รู้สึกว่าการเตรียมตัวเป็นอย่างดีก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลส่วนใหญ่ได้รับการฝึกทักษะ และให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ ทุกคนชอบที่ได้กลับมาใช้ชีวิตอยู่ในชุมชนมากกว่าการอยู่ในโรงพยาบาล และมีความพึงพอใจในการดูแลที่ได้รับ ผลการสำรวจนี้แสดงให้เห็นว่าการจะให้ผู้ป่วยจิตเวชกลับไปใช้ชีวิตอยู่ในครอบครัวและชุมชน ได้อย่างมีความสุข จำเป็นต้องมีการเตรียมผู้ป่วยเป็นอย่างดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองและการฝึกทักษะทางสังคม

กรอบแนวคิดในการศึกษา

โปรแกรมให้ความรู้แบบกลุ่ม มีการดำเนินกลุ่ม 5 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและพัฒนาความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทและการรักษา

- กิจกรรมที่ 1. ระยะเวลาสร้างสัมพันธภาพ โดยการแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์ กติกา
- กิจกรรมที่ 2. ระยะเวลาดำเนินการ โดยสมาชิกแลกเปลี่ยนประสบการณ์ มีการให้ความรู้
- กิจกรรมที่ 3. ระยะเวลาสิ้นสุดการทำกลุ่ม โดยซักถาม/สรุป

ครั้งที่ 2 การดูแลตนเองเพื่อป้องกันการมีอาการมากขึ้นและการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหา

- กิจกรรมที่ 1. ระยะเวลาสร้างสัมพันธภาพ มีการพูดคุยทักทาย ทบทวนกติกา
- กิจกรรมที่ 2. ระยะเวลาดำเนินการ โดยสมาชิกแลกเปลี่ยนประสบการณ์ มีการให้ความรู้
- กิจกรรมที่ 3. ระยะเวลาสิ้นสุดการทำกลุ่ม โดยซักถาม/สรุป

ครั้งที่ 3 การพัฒนาทักษะทางสังคม

- กิจกรรมที่ 1. ระยะเวลาสร้างสัมพันธภาพ โดยพูดคุยทักทาย
- กิจกรรมที่ 2. ระยะเวลาดำเนินการ โดยสมาชิกแลกเปลี่ยนประสบการณ์ มีการให้ความรู้และสาธิต
- กิจกรรมที่ 3. ระยะเวลาสิ้นสุดการทำกลุ่ม โดยซักถาม/สรุป

ครั้งที่ 4 การดูแลตนเองเรื่องสุขวิทยาส่วนบุคคล และการผ่อนคลายความตึงเครียด

- กิจกรรมที่ 1. ระยะเวลาสร้างสัมพันธภาพ โดยพูดคุยทักทาย
- กิจกรรมที่ 2. ระยะเวลาดำเนินการ โดยสมาชิกแลกเปลี่ยนประสบการณ์ มีการให้ความรู้และฝึกทักษะ
- กิจกรรมที่ 3. ระยะเวลาสิ้นสุดการทำกลุ่ม โดยซักถาม/สรุป

ครั้งที่ 5 การสร้างแรงจูงใจ และพัฒนาความมีคุณค่าในตนเอง

- กิจกรรมที่ 1. ระยะเวลาสร้างสัมพันธภาพ โดยพูดคุยทักทาย
- กิจกรรมที่ 2. ระยะเวลาดำเนินการ โดยสมาชิกแลกเปลี่ยนประสบการณ์ มีการให้ความรู้
- กิจกรรมที่ 3. ระยะเวลาสิ้นสุดการทำกลุ่ม โดยซักถาม/สรุป ทบทวนและสรุปความรู้ที่ได้รับ

พฤติกรรม的自我ดูแลตนเอง

- การพัฒนาการรู้จักตนเอง
- การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ
- การใช้เวลาว่างที่มีประสิทธิภาพ
- การเตรียมการเผชิญปัญหา
- การพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม
- การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา
- การดูแลตนเองด้านร่างกาย