

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาผลการใช้กลุ่มบำบัดที่เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความคิดต่อความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท ผู้ศึกษาศึกษาจากตำรา เอกสาร วารสาร บทความและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งจะนำเสนอเป็นลำดับดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับโรคจิตเภทและการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท
 - 1.1. แนวคิดเกี่ยวกับโรคจิตเภท
 - 1.2. แนวคิดเกี่ยวกับการเผชิญปัญหา
 - 1.3. ความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท
2. การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท
 - 2.1 ความหมายของการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท
 - 2.2 กระบวนการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท
 - 2.3 ระบบบริการสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทในโรงพยาบาล
 - 2.4 แนวทางการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท
 - 2.5 ผลลัพธ์ทางการพยาบาล
 - 2.6 บทบาทการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูงในการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท
3. แนวคิดที่เกี่ยวกับกลุ่มบำบัดและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความคิด
 - 3.1 แนวคิดกลุ่มบำบัด
 - 3.2 แนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิด
4. กลุ่มบำบัดที่เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความคิด
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดเกี่ยวกับโรคจิตเภทและการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท

1.1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภท

1.1.1. ความหมาย

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคที่มีความสำคัญมากอันดับหนึ่งของโรคทางจิตเวชเป็นโรคที่พบมากที่สุดพบใน ประชากรทุกกลุ่มและมีอัตราการป่วยซ้ำสูง และมีผู้ให้ความหมายเกี่ยวกับโรคจิตเภทไว้มากพอสรุปได้ดังนี้

ตามความหมายของ ICD-10 (The International Classification of Diseases-10) ขององค์การอนามัยโลก กล่าวว่า ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติด้านความคิด การรับรู้ และบุคลิกภาพ โดยแสดงความผิดปกติในการทำหน้าที่ด้านการรับรู้การเชื่อมโยงความคิดการควบคุมตัวเอง การแสดงออกทางอารมณ์การสื่อสารและขาดแรงจูงใจ (World Health Organization(WHO). 2002 อ้างใน สมภพ รุ่งเรืองกลกิจ, 2546)

สมภพ เรืองตระกูล (2542) กล่าวว่า ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม เป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน โดยผู้ป่วยไม่มีโรคทางกาย โรคของสมองหรือพิษจากยา ที่เป็นสาเหตุของอาการดังกล่าว

Sadock, B.J.& Sadock, V.A.(2000)กล่าวว่า โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่ไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด มีลักษณะอาการทางบวก(positive symptoms) และอาการทางลบ (negative symptoms) ถึงแม้ไม่มีความผิดปกติทางด้านการรับรู้ (cognitive disorders) แต่โรคจิตเภทเป็นสาเหตุของความเสื่อมด้านการรับรู้ (cognitive Impairment) ดังนั้น อาการของโรคจิตเภทมีผลต่อการรับรู้ ความรู้สึก พฤติกรรม สังคมและการทำหน้าที่

สรุปผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติด้านความคิดการรับรู้ พฤติกรรม/อารมณ์/ความรู้สึก โดยไม่พบความผิดปกติโรคทางกายและโรคทางสมองพบได้มากที่สุดในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด พบได้ในช่วงวัยรุ่นและผู้ใหญ่ตอนต้น พบทั้งในเพศชายและเพศหญิง

1.1.2. สาเหตุของโรคจิตเภท

สาเหตุที่แน่นอนของโรคจิตเภทนี้ยังไม่ทราบ แต่มีข้อสันนิษฐานว่าเกิดจากหลายสาเหตุร่วมกัน ปัจจุบันยึดตามหลักทฤษฎี Stress diathesis model หมายถึง คนที่ป่วยเป็นโรค จิตเภทนั้นมีแนวโน้มทางชีววิทยาที่จะป่วยเป็นโรคจิตเภทอยู่แล้ว เมื่อมาพบกับความเครียดต่างๆซึ่งอาจเกิดจากปัจจัยทางชีววิทยา กรรมพันธุ์ จิตวิทยา สังคมหรือสิ่งแวดล้อม ก็มีโอกาสดังกล่าวได้ โดยแบ่งสาเหตุการเกิดโรคดังนี้ (ปราชญ์ บุญยวงศ์วิโรจน์ และคณะ, 2547)

1) สาเหตุทางร่างกาย (Biological factor)

1.1. เกิดจากการที่มีพยาธิสภาพของสมองส่วนต่างๆ ได้แก่

1.1.1. Limbic system มีหน้าที่เกี่ยวกับความจำ สมาธิ การแสดงออกทางอารมณ์ และการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

1.1.2. Frontal cortex ทำหน้าที่เกี่ยวกับการควบคุมการเคลื่อนไหวตามความตั้งใจ สติปัญญาขั้นสูง เช่น การวางแผนและแก้ปัญหา

1.1.3. Basal ganglia มีหน้าที่เกี่ยวกับการควบคุมการเคลื่อนไหวทำงานร่วมกับ Cerebellum Frontal cortex และ Thalamus ในการควบคุมความตึงตัวของกล้ามเนื้อ การประสานการเคลื่อนไหวให้เป็นไปอย่างราบเรียบ

1.2. สารสื่อประสาท (Neurotransmitter) สารสื่อประสาทที่เป็นสาเหตุของการเกิดโรคจิตเภท คือ

1.2.1. Dopamine เดิมเชื่อว่า อาการของโรคจิตเภทเกิดจากการที่สาร Dopamine ทำงานมากเกินไปมีทฤษฎีใหม่ที่สันนิษฐานว่ามีความบกพร่องของ Dopamine บริเวณ Prefrontal cortex ทำให้เกิดอาการทางลบร่วมกับมีความผิดปกติของการปล่อย Dopamine ที่ Striatum ทำให้เกิดอาการทางด้านบวก

1.2.2. Serotonin ในปัจจุบันมีข้อสันนิษฐานว่าในโรคจิตเภท ภาวะสมดุลระหว่าง Serotonin และ Dopamine มีความผิดปกติ

1.3. กรรมพันธุ์ จากการศึกษพบว่าญาติของผู้ป่วยมีโอกาสเป็นโรคจิตเภทสูงกว่าประชากรทั่วไป ยังมีความใกล้ชิดทางสายเลือดมากยังมีโอกาสสูง เมื่อบุคคลในครอบครัวป่วยด้วยโรคจิตเภท สมาชิกในครอบครัวมีแนวโน้มที่จะป่วยด้วยโรคจิตเภทมากกว่าประชาชนทั่วไป

2) สาเหตุทางจิตวิทยาและสังคม (Psychosocial factor)

2.1. ปัจจัยทางครอบครัว มีทฤษฎีกล่าวว่า ผู้ป่วยที่อยู่ในครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูง (High expressed emotion หรือ high EE) จะมีอัตราการป่วยซ้ำสูงกว่าผู้ป่วยที่อยู่ในครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์ต่ำครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูง จะมีลักษณะในการสื่อสารดังนี้

Criticism ดำหนิติเตียน วิพากษ์วิจารณ์

Hostility มีความเกลียดชัง ไม่เป็นมิตร

Overinvolvement ควบคุมผู้ป่วยและทำเหมือนกับว่าผู้ป่วยเป็น

ทารก

2.2. ปัจจัยทางจิตพลวัต โดยต้องทำความเข้าใจว่าความเครียดทางจิตใจและสังคม มีผลต่อผู้ป่วยจิตเภทแต่ละคนไม่เหมือนกัน ความเครียดแบบไหนที่จะทำให้ผู้ป่วยแต่ละคนอาการกำเริบ เพื่อให้ผู้รักษาสถาปนวางแผนหรือหาแนวทางการช่วยเหลือ ควบคุมไม่ให้อาการกำเริบ (ปราชัญญ์ บุญดวงศรีโรจน์ และคณะ, 2547)

1.1.3. อาการทางคลินิก

อาการของโรคจิตเภทเป็นอาการที่เกิดขึ้นแบบเฉียบพลันรุนแรง ซึ่งอาจมีปัจจัยนำมาก่อนหรือไม่ก็ได้ โดยทั่วไปแบ่งอาการออกเป็น 2 แบบ (Taylor, 1994:245 และ Johnson, 1993:473) คืออาการบ่งชี้ทางบวก (Positive symptoms) ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอาการที่เด่นชัดคือมีความผิดปกติของความคิด ทั้งเนื้อหาและความเชื่อมโยงของความคิด ร่วมกับมีความผิดปกติของการรับรู้ ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอาการแสดงที่เด่นชัดคือ หลงผิด (Delusion) ประสาทหลอน (Hallucination) พุดจาสับสนหรือเปลี่ยนเรื่องพูดเร็ว (Disorganize speech) และมีพฤติกรรมที่แสดงออกที่แปลกไปจากเดิม (Bizarre behavior) เป็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมหรือเป็นพฤติกรรมที่ผู้ป่วยไม่เคยปฏิบัติมาก่อน และอาการบ่งชี้ทางลบ (Negative symptoms) คืออาการที่ผู้ป่วยไม่แสดงพฤติกรรมตามปกติหรือแสดงพฤติกรรมลดลง บางรายมีอาการอยู่ในท่าเดิวนานๆ โดยไม่มีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อม (catatonic schizophrenia or Waxy flexibility) ซึ่งเป็นอาการเฉพาะของผู้ป่วยจิตเภท โดยเฉพาะในด้านการแสดงอารมณ์ที่พบบ่อยมักเป็นการแสดงอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม (Inappropriate affect) หรือเฉยเมย (Blunt or Flattening) ซึ่งเกิดจากการมีความรู้สึกต่อตนเองเปลี่ยนไป บางรายมีอาการซึมเศร้า สับสน โดยทั่วไปผู้ป่วยมีอาการเหมือนกับขาดแรงกระตุ้นหรือขาดความสนใจ (เกษม ดันดิผลาชีวะ, 2536: 366 และ Taylor, 1994:245)

1.1.4. การดำเนินโรค

โรคจิตสามารถแบ่งออกเป็น 3 ระยะดังต่อไปนี้ (American Psychiatric Association [APA], 1994 อ้างใน ณิชฐิตา พรหมบุตร, 2545)

1) ระยะเริ่มมีอาการ (Prodromal phase) แสดงอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป มักจะมีปัญหาในหน้าที่ความรับผิดชอบด้านสัมพันธภาพ การเรียนหรือการทำงาน แต่ความผิดปกติมักไม่ชัดเจนยากแก่การสังเกต โดยเฉลี่ยประมาณ 1 ปี ตั้งแต่เริ่มมีอาการ จึงแสดงอาการชัดเจนขึ้น

2) ระยะแสดงอาการชัดเจน (Active phase) เป็นระยะที่มีอาการโรคจิต ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มอาการด้านบวก หรืออาการแสดงที่เกินสภาพจิตปกติ คือ มีอาการผิดปกติของความคิด การรับรู้ ด้านอารมณ์ การติดต่อสื่อสาร ด้านพฤติกรรมและการเคลื่อนไหว

3) ระยะอาการหลงเหลือ (Residual phase) อาการคล้ายคลึงกับระยะเริ่มมีอาการหรือเสื่อมลงมากกว่า แต่อาการจะไม่รุนแรงเท่าระยะแสดงอาการชัดเจน

จากการดำเนินโรคเป็นระยะเวลานานและมีลักษณะของความเรื้อรัง จึงพบว่า เมื่อถึงระยะอาการหลงเหลือ ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจะมีโอกาสกลับเป็นซ้ำสูง โดยมีเพียงร้อยละ 25 เท่านั้น ที่รักษาได้ผลดีไม่กลับซ้ำ อีกร้อยละ 25 ไม่ตอบสนองต่อการรักษาและมีความบกพร่องในหน้าที่ด้านต่าง ๆ อย่างมาก ส่วนที่เหลืออีกร้อยละ 50 มีอาการเป็นๆ หายๆ (ชะฤทธิ พงศ์อนุตรี, 2536) การกลับเป็นซ้ำมักเกิดขึ้นในระยะ 5 ปีแรก แม้ว่าการดำเนินโรคจะสงบลง แต่ความคิดปกติทางความคิด การรับรู้ อารมณ์และพฤติกรรมบางอย่างยังคงเหลืออยู่ ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจึงมีความผิดปกติทางจิตแฝงอยู่ตลอดชีวิต (APA, 1994 อ้างใน ณิชฐิยา พรหมบุตร, 2545)

1.1.5. การรักษาโรคจิตเภท

โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตที่รุนแรงและซับซ้อน การบำบัดรักษาผู้ป่วยจะทำให้ผู้ป่วยบางรายหายขาดได้ และบางรายที่ไม่หายขาด แต่ก็ทำให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้ การบำบัดรักษาผู้ป่วยที่หลากหลายวิธี โดยที่บางวิธีสามารถใช้ร่วมกันได้ เพื่อเสริมประสิทธิภาพในการบำบัดรักษา (จุมภฏ พรหมเสิดา, 2547) การบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเภท แบ่งตามระยะอาการได้เป็น 3 ระยะ คือ ระยะอาการกำเริบ ระยะอาการทุเลา และระยะอาการคงที่(คณาจารย์สถาบันพระบรมราชชนก, 2539 อ้างใน ทุลภา บุปผาสังข์, 2545)

1) การบำบัดรักษาในระยะอาการกำเริบ เป็นการรักษาในระยะที่ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงหรือมีปัญหาที่ต้องดูแลอย่างใกล้ชิด ในระยะนี้เน้นผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล โดยมีเป้าหมายเพื่อควบคุมอาการที่กำเริบให้เร็วที่สุด การรักษาในระยะนี้ได้แก่

1.1. การรักษาด้วยยา ยาที่ใช้รักษาผู้ป่วยจิตเภทได้แก่ยาในกลุ่มยาด้านอาการทางจิต (Antipsychotic drug) มีอยู่ 4 กลุ่มคือ 1) กลุ่มฟีนโทอาซีน (Phenothiazines) 2) กลุ่ม รอโวเฟีย แอลคาลอยด์ (Rauwolfia Alkaloid) 3) กลุ่มไทโอแซนทีน (Thioxanthenes) และ 4) กลุ่มบิวโทโรฟีโนน (Butyrophenones) ยาที่ใช้มีหลายลักษณะคือ อยู่ในรูปยาฉีด ยารับประทาน การจะใช้ยาฉีดหรือรับประทาน ขึ้นอยู่กับอาการและความจำเป็นขณะได้ยา เช่น ในขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในระยะว่าวุ่นสับสน ควบคุมตัวเองไม่ได้ ไม่รวมมือในการรักษา การใช้ยาฉีดจะทำให้ได้ผลเร็ว การเลือกยาเพื่อรักษานั้นขึ้นอยู่กับอาการของผู้ป่วย การสนองตอบต่อยาและอาการด้านยา ยาที่ใช้มากในการรักษาโรคจิตเภทได้แก่ยาในกลุ่มฟีนโทอาซีน ซึ่งยาที่ใช้บ่อยได้แก่ Chlorpromazine(Thorazine), Thionidazine(Mellaril), Perphenazine(Trilafon), Trifluoperazine (Stelazine), Fluphenazine HCL (Prolixin) และยาในกลุ่มที่ไม่ใช่กลุ่มฟีนโทอาซีน เช่น ยาในกลุ่มบิวโทโรฟีโนน ได้แก่ยา Haloperidol (Haldol) และยาในกลุ่มไทโอแซนทีน ได้แก่ ยา Thiothixene (Navane) เป็นต้น ยาด้านอาการทางจิตแม้จะให้ผลดีด้านการรักษาอาการทางจิต แต่มีอาการข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์หลายอย่าง อาการข้างเคียงที่พบบ่อยคือ ทำให้วังง ความดันโลหิตต่ำ กล้ามเนื้อแข็ง

เกร็ง และอาการแพ้แสง ในการให้ยาด้านอาการทางจิตแพทย์จึงมักจะสั่งยาแก้กล้ามเนื้อแข็งเกร็ง
 ร่วมไปด้วย ต้องทำการวัดความดันโลหิตก่อนและหลังการให้ยา และต้องสอนผู้ป่วยให้รู้จักดูแล
 ตนเอง คือไม่ให้ลุกนั่งเร็ว เพราะจะทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตต่ำจากการเปลี่ยนท่า สอนผู้ป่วย
 ให้ลุกนั่งช้าๆ ถ้าเกิดอาการหน้ามืออย่าเพิ่งลุก ให้นอนลงก่อน สำหรับการแพ้แสง แนะนำผู้ป่วย
 ไม่ให้ถูกแสงแดดมาก ถ้าจำเป็นต้องออกแดดควรใส่เสื้อแขนยาว หรือกางร่ม ยาบางตัว มีผลต่อ
 จอภาพที่ตา ทำให้เกิดสีไปเกาะที่จอภาพตา ในกรณีเช่นนี้ ควรแนะนำให้ผู้ป่วยใส่แว่นดำถ้าต้อง
 ออกไปข้างนอกที่แสงแดดจ้า ยาด้านอาการทางจิตอาจทำให้เกิดอาการแพ้ได้ พยาบาลจึงควรที่จะ
 สังเกตอาการการแพ้ยาด้วย อาการแพ้ที่พบได้ไม่บ่อยนัก ได้แก่ การมีผื่นขึ้นตามตัว มีตาเหลือง ตัว
 เหลือง ซึ่งถ้ามีอาการเช่นนี้ต้องหยุดยาทันที ต้องตรวจดูการทำงานของตับ นอกจากอาการแพ้
 ดังกล่าวแล้ว อาการแพ้ที่อาจพบได้อีก คือภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ (agranucytosis) ซึ่งเมื่อเกิดขึ้นแล้ว
 จะทำให้ผู้ป่วยเกิดการติดเชื้อได้ง่าย ผู้ป่วยจะมีไข้ มีอาการเจ็บคอ มีแผลที่ปาก หรือมีอาการติดเชื้อที่
 ต่างๆ

1.2. การรักษาด้วยไฟฟ้า การทำให้เกิดการช็อกด้วยไฟฟ้านิยมใช้
 รักษาผู้ป่วยที่มีอาการทางจิต มักจะได้ผลดีในผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตร่วมกับอาการซึมเศร้า สำหรับ
 ผู้ป่วยจิตเภทที่นิยมรักษาด้วยไฟฟ้า ได้แก่ ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการพฤติกรรมคงรูปเดิม (catatonic)
 และผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการประสาทหลอนและความคิดหลงผิดที่รักษาด้วยยาไม่ได้ผล ผู้ป่วยที่มี
 ความคิดฆ่าตัวตาย การทำช็อกด้วยไฟฟ้าจะทำให้อาการทางจิตสงบได้เร็ว และสามารถให้ยาควบคุม
 อาการได้ในภายหลังที่อาการทางจิตสงบแล้ว การรักษาด้วยไฟฟ้าจะทำการเป็นชุด (course) ชุดหนึ่ง
 ประมาณ 6-10 ครั้ง โดยแบ่งทำ 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์ อาจจะทำวันละครั้ง หรือวันเว้นวันก็ได้

1.3. การรักษาด้วยสิ่งแวดลอม จะมุ่งเน้นการลดความกดดันของ
 ผู้ป่วยโดยจัดสิ่งแวดลอมให้สงบผ่อนคลาย และส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ทำกิจกรรมเพื่อคงสภาพการ
 ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหรืออาจใช้การผูกมัดและจำกัดบริเวณ ซึ่งใช้ในกรณีไม่สามารถควบคุม
 ตนเองได้หรือมีพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อผู้อื่น

2) การบำบัดรักษาในระยะอาการทุเลา ซึ่งผู้ป่วยพอควบคุมตนเองได้บ้าง
 การรักษาในระยะนี้เพื่อควบคุมอาการทางจิตและเน้นการบำบัดทางจิต ซึ่งการบำบัดทางจิต
 (psychological therapy) เชื่อว่าเหตุการณ์ทางด้านจิตใจที่เกิดขึ้นในวัยเด็ก หรือประสบการณ์ในวัย
 เด็ก สัมพันธ์ภาพในวัยต้นของชีวิต การสื่อสาร มีผลต่อพัฒนาการ ก่อให้เกิดการเจ็บป่วยทางจิต
 ได้ในวัยผู้ใหญ่ การบำบัดทางจิตมีทั้งการบำบัดรายบุคคลและรายกลุ่มที่สำคัญ ได้แก่ จิตบำบัด
 (psychotherapy) พฤติกรรมบำบัด (behavior therapy) การสะกดจิต (hypnotherapy) และกลุ่มบำบัด
 (group therapy)

3) การบำบัดรักษาในระยะอาการคงที่ ในระยะนี้จะมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีจากบุคคลในครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้ป่วย โดยมีเป้าหมายเพื่อป้องกันการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำรวมทั้งช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตร่วมกับครอบครัวได้และมีคุณภาพชีวิตที่ดี ดังนั้นทีมสุขภาพจึงต้องมีการเตรียมผู้ป่วยและผู้ดูแลให้พร้อมในการดูแลที่บ้าน เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ดูแลตระหนักถึงความสามารถและพลังอำนาจที่จะควบคุมสถานการณ์การดูแล โดยมีการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์การดูแลระหว่างทีมสุขภาพตัดสินใจร่วมกันในการดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้ต้องมีการให้จิตศึกษาการสนับสนุนประคับประคองจิตใจและวางแผนจำหน่ายอย่างมีประสิทธิภาพ

จากที่ได้กล่าวเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภทมาทั้งหมดแล้วนั้นสรุปได้ว่า ผู้ป่วยจิตเภทเป็นกลุ่ม ผู้ป่วยที่มีจำนวนมากที่สุดในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวช และโรคจิตเภทมีผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านทรัพยากรบุคคล สาเหตุเกิดจากด้านร่างกาย และด้านจิตสังคม การรักษาต้องผสมผสานระหว่างการรักษาด้านร่างกาย คือการใช้ยา และการรักษาจิตสังคมเข้าด้วยกันจึงจะได้ผลดี สามารถช่วยให้ผู้ป่วยกลับคืนสู่สภาวะปกติได้มากที่สุด และการรักษาจิตสังคมเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลจิตเวช เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยกลับไปอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

1.2. แนวคิดเกี่ยวกับการเผชิญปัญหา

1.2.1. ความหมาย

Lazarus and Folkman (1984) กล่าวว่า การเผชิญปัญหา หมายถึง ความพยายามทางความนึกคิด (Cognitive) และพฤติกรรม (Behavior) ที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาเพื่อจัดการหรือแก้ไขกับปัญหา หรือสิ่งกระตุ้นที่คุกคามเป็นอันตรายจากภายนอกและภายในอย่างเจาะจง ซึ่งวิธีการเผชิญปัญหานั้นถูกประเมินว่าต้องใช้แหล่งประโยชน์อย่างมากในการจัดการกับสิ่งกระตุ้น

Garland & Bush (1982) อ้างถึงใน หทัยรัตน์ จรัสอุไรสิน, 2539) กล่าวว่า การเผชิญปัญหา หมายถึง กระบวนการที่บุคคลพยายามที่จะบรรเทาหรือขจัดความเครียดหรือสิ่งคุกคาม อาจประกอบด้วยพฤติกรรมทั้งที่เปิดเผยและไม่เปิดเผยหลายลักษณะ โดยเป็นการแสดงออกอย่าง ต่อเนื่อง

Bruner (1966, cited in Miller, 1992) กล่าวว่า การเผชิญปัญหา คือ การแก้ปัญหา เผชิญหน้ากับความจริงของปัญหา เพื่อที่จะรักษาความมั่นคงของการทำงานของร่างกาย

Miller (1992) กล่าวว่า การเผชิญปัญหา คือ การจัดการกับสถานการณ์ที่มีลักษณะคุกคามของบุคคล เพื่อขจัดหรือแก้ไขความรู้สึกไม่สุขสบายต่างๆ เช่น ความวิตกกังวล ความกลัว ความโศกเศร้า หรือความรู้สึกผิด

Kleinke (1991) กล่าวว่า การเผชิญปัญหา คือ การที่บุคคลพยายามที่จะจัดการกับสถานการณ์ โดยมีการประเมินอันตรายที่อาจเกิดขึ้นได้หรือความเครียด

Lipowski (1970, cited in Miller, 1992) กล่าวว่า การเผชิญปัญหา คือ การที่ผู้ป่วยใช้ความคิดและการกระทำเพื่อที่จะรักษาความมั่นคงของร่างกายและจิตใจ ซึ่งครอบคลุมถึงการฟื้นฟูการทำงานที่ผิดปกติ และเป็นการชดเชยการทำหน้าที่ของร่างกายที่สูญเสียไปและไม่สามารถกลับคืนเป็นปกติได้

สรุปได้ว่า การเผชิญปัญหา คือ การที่บุคคลพยายามใช้ทั้งความคิดและการกระทำ ในการจัดการกับปัญหาหรือความเครียดของจิตใจ หรือคลี่คลายปัญหาหลง เพื่อที่รักษาความมั่นคงของร่างกายและจิตใจไว้

1.2.2. กระบวนการเผชิญปัญหา

กระบวนการเผชิญปัญหา ตามแนวคิดของ Lazarus and Folkman (1984) เป็นกระบวนการที่ประกอบด้วย สถานการณ์ หรือสิ่งเร้า (Event or Stressor) การประเมินสถานการณ์ (Appraisal) และการเผชิญปัญหา (Coping) เป็นขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. ภาวะเครียด (Stress) เกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม เมื่อบุคคลแปลความหมายสิ่งกระตุ้นว่าเป็นอันตราย คุกคาม หรือท้าทายโดยทั่วไป สถานการณ์ที่เป็นความเครียด ทำให้บุคคลรู้สึกว่ามีภาระจำเป็นต้องนำแหล่งประโยชน์ของตนเอง มาใช้ในการแก้ไข ซึ่งได้แก่ ความช่วยเหลือจากเพื่อนหรือญาติ ความสามารถของตนเอง หรือ อาจจะเป็นทรัพย์สิน เงินทอง สิ่งที่ยึดมั่นให้บุคคลต้องแก้ไขบางสิ่งบางอย่างนั้น อาจจะเป็นความกดดันทางด้านสังคม วัฒนธรรม ความกดดันที่เกิดจากร่างกาย หรือจิตใจของบุคคลเอง แต่โดยพื้นฐานแล้ว ความกดดันนั้น ทำให้ความสมดุลระหว่างความกดดันกับความสามารถที่จะจัดการกับมันที่เคยมีอยู่เดิมนั้นเสียไป

2. การประเมินสถานการณ์ (Appraisal) การประเมินสถานการณ์นี้เป็น การประเมินทางสติปัญญา (Cognitive Appraisal) เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นตลอดเวลาที่มีชีวิตอยู่ โดยการประเมินสถานการณ์นั้นว่ามีผลอย่างไรต่อตนเองบ้าง และจะเผชิญเหตุการณ์นั้นด้วยกลวิธีใด ซึ่งแบ่งเป็นการประเมินขั้นปฐมภูมิ (Primary appraisal) และขั้นทุติยภูมิ (Secondary appraisal)

- 2.1. การประเมินขั้นปฐมภูมิ (Primary appraisal) เมื่อเผชิญสถานการณ์ต่างๆบุคคลจะใช้ความสามารถทางสติปัญญา ความรู้ ประสบการณ์ในการประเมิน

สถานการณ์นั้นว่า สิ่งใดเกี่ยวข้องกับตนเองในทางที่ดี สิ่งใดเป็นอันตรายกับตนเอง ถ้าประเมินขั้นที่หนึ่งแล้วบุคคลตัดสินใจว่าสิ่งแวดล้อมนั้นมีสิ่งเป็นอันตรายกับตนเอง บุคคลจะพิจารณาตัดสินใจว่า อันตรายอยู่ในระดับใด ซึ่งแบ่งออกได้ 3 แบบคือ

2.1.1. ไม่มีความสำคัญกับตนเอง (Irrelevant) คือการที่บุคคลพิจารณาว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ตนเองไม่ได้รับผลจากเหตุการณ์นั้น หรือ ไม่มีสิ่งสูญเสียจากเหตุการณ์นั้น

2.1.2. ได้รับประโยชน์ (Benign/ positive) คือการที่บุคคลประเมินว่า จะได้รับผลดีหรือประโยชน์จากสิ่งที่ต้องเผชิญ ซึ่งอารมณ์และความรู้สึกที่เกิดขึ้นจะเป็นด้านบวก เช่น มีความสุข สดชื่น ร่าเริง เป็นต้น หากบุคคลประเมินค่าในลักษณะนี้แล้ว จะไม่ก่อให้เกิดความเครียด จึงไม่จำเป็นต้องใช้ความพยายามในการจัดการกับเหตุการณ์นั้นสถานการณ์นั้นๆเป็นความตึงเครียด (Stressful) ซึ่งการประเมินแบบนี้แบ่งได้เป็น 3 ลักษณะ คือ

2.1.2.1. เป็นอันตรายหรือความสูญเสีย (Harm or loss) การที่บุคคลประเมินว่าเกิดการเสียหายขึ้นกับตนเองหรือเกิดผลในทางลบ เช่น อุบัติเหตุ การเจ็บป่วย หมดความสามารถ การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก สูญเสียความสำนึกในคุณค่าของตนเอง

2.1.2.2. การคุกคาม (Threat) เป็นการประเมินถึงอันตรายหรือการสูญเสียที่จะเกิดขึ้นในอนาคต หรือเหตุการณ์นั้นจะทำให้เกิดความยุ่งยากลำบากตามมา

2.1.2.3. การท้าทาย (Challenge) เป็นการพิจารณาตัดสินใจว่าเหตุการณ์นั้นอาจจะเป็นอันตราย แต่คาดการณ์ว่าตนสามารถที่จะควบคุมสถานการณ์ได้ มีลักษณะคล้ายกับ การคุกคาม ต่างกันคือ การประเมินว่าเป็นการท้าทายนั้น จะมีจุดมุ่งหมายในทางที่ดี มีความกระตือรือร้นตื่นตัว มีชีวิตชีวา ในขณะที่การคุกคามนั้น จะเน้นบนอันตรายที่เกิดขึ้น และมีที่ท่าในทางกลัว โกรธ วิตกกังวล

2.2. การประเมินขั้นทุติยภูมิ (Secondary appraisal) เมื่ออยู่ในอันตราย ไม่ว่าบุคคลจะประเมินว่าเป็นการคุกคามหรือท้าทาย บุคคลนั้นต้องกระทำบางสิ่ง เพื่อจัดการกับสถานการณ์นั้น ให้ผ่านพ้นไป และจะต้องประเมินว่าจะใช้กลวิธีใดได้บ้าง เพื่อให้สามารถเผชิญกับสถานการณ์นั้นได้ดีที่สุด โดยบุคคลนั้นจะใช้ สติปัญญา ความรู้ ประสบการณ์ มาประเมินทรัพยากรและทางเลือกของตน ซึ่งเป็นการนำความสามารถ ความช่วยเหลือ รวมถึงเงินหรือทรัพย์สินที่มีอยู่มาพิจารณาว่าจะมีประโยชน์ต่อการเผชิญสถานการณ์นั้นได้อย่างไร นอกจากนี้ Lazarus and Folkman (1984) กล่าวว่า การประเมินสถานการณ์นั้นมีผลต่อกลวิธี ในการเผชิญปัญหา คือหากบุคคลประเมินว่าสถานการณ์นั้นไม่สามารถแก้ไขได้แล้ว บุคคลนั้นใช้กลวิธีในการ

เผชิญปัญหาแบบมุ่งเน้นที่อารมณ์มากกว่าบุคคลที่ประเมินสถานการณ์นั้นว่า สามารถแก้ไขได้และบุคคลนั้นจะเผชิญปัญหาคัวิธีมุ่งเน้นแก้ไขปัญหามากกว่า

2.3. การประเมินซ้ำ (Reappraisal) หลังจากที่บุคคลพยายามที่จะกำจัดอันตรายทั้งทางรูปธรรมและทางความคิดแล้ว บุคคลจะประเมินสถานการณ์ซ้ำ เพื่อพิจารณาอันตรายนั้นยังมีอยู่หรือลดลงหรือได้ถูกกำจัดไปแล้ว ขั้นตอนนี้ถือได้ว่าเป็นการเริ่มวงจรการประเมินสถานการณ์ขั้นที่หนึ่งได้ ถ้าผลการประเมินซ้ำนี้บุคคลรับรู้ว่าจะมีอันตรายอยู่หรือเกิดอันตรายขึ้นใหม่และเขาควรเลือกใช้วิธีเผชิญปัญหาแบบใดจึงจะเหมาะสมและสามารถกำจัดปัญหานั้นให้ลุล่วงไปได้ในที่สุด

การประเมินตัดสินเหตุการณ์ว่าเป็นความเครียดหรือไม่ และเป็นความเครียดชนิดรุนแรงมากน้อยแค่ไหน ขึ้นอยู่กับปัจจัยสถานการณ์เฉพาะหน้าและปัจจัยด้านตัวบุคคล (สมจิต หนูเจริญกุล , 2534) ดังนี้

1. ปัจจัยสถานการณ์เฉพาะหน้า

1.1. ความรุนแรงของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ความเจ็บป่วยที่เป็นอันตรายแก่ชีวิต เช่น การเป็นโรคมะเร็ง หรือโรคเอดส์ บุคคลย่อมประเมินว่าเป็นอันตรายและสูญเสียอย่างมาก ทั้งในปัจจุบันและอนาคตลักษณะของเหตุการณ์นั้นสามารถทำนายได้มากน้อยเพียงใด บุคคลโดยทั่วไปจะรู้สึกว่าการณ์ซึ่งสามารถทำนายได้นั้นทำให้เกิดความเครียดน้อยกว่าเหตุการณ์ที่ไม่สามารถทำนายได้

1.2. ความรู้สึกไม่แน่นอนในเหตุการณ์ ถ้าเหตุการณ์นั้นมีความคลุมเครือไม่แน่นอน จะทำให้บุคคลประเมินว่าเป็นความเครียดเพิ่มขึ้น

1.3. ระยะเวลาของเหตุการณ์ ซึ่งมีผลกระทบต่อระดับของความเครียด เหตุการณ์ซึ่งเกิดขึ้นอย่างฉับพลัน มักทำให้เครียดกว่าเหตุการณ์ซึ่งยังมาไม่ถึง นอกจากนี้ เหตุการณ์ซึ่งมีช่วงเวลาอันยาวนาน เช่น โรคเรื้อรัง ก็มีผลทำให้ความเครียดรุนแรงขึ้นและคงอยู่เป็นระยะเวลาต่อเนื่องกัน

2. ปัจจัยด้านตัวบุคคล

2.1. ข้อผูกพัน(Commitment) เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นมีความสำคัญ และมีความหมายต่อบุคคลนั้นมากน้อยเพียงใด ถ้ามีมากอาจประเมินว่าเป็นความเครียดที่คุกคามต่อสวัสดิภาพของตนเองเป็นอย่างมากได้

2.2. ความเชื่อ (Belief) ถ้าบุคคลมีความเชื่อว่าตนเองสามารถควบคุมเหตุการณ์นั้นๆ ได้ ความเครียดจะปรากฏในลักษณะเป็นเหตุการณ์ที่ทำทาบความสามารถของตน

2.3. การทำงานของสมอง (Neurocognitive activation) ในการประเมินสถานการณ์ขั้นที่หนึ่ง ขั้นที่สอง และการประเมินสถานการณ์ซ้ำแต่ละครั้ง สมองจะต้อง

ทำงานโดยใช้ระบบต่างๆของสมอง ทำการวิเคราะห์เชิงเหตุผล โดยการคิดแบบขบวนการแก้ปัญหา เพื่อให้สามารถตัดสินใจในการประเมินสถานการณ์แต่ละขั้นได้

2.4 ปฏิกริยาโต้ตอบความเครียดทางอารมณ์(Emotional response to stress) ปฏิกริยาทางอารมณ์นี้มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับการประเมินสถานการณ์อย่างมาก การรับรู้สถานการณ์แตกต่างกัน พบว่าทำให้มีอารมณ์เกิดขึ้นในบุคคลแตกต่างกันและพบว่าอารมณ์ต่างๆ นี้มีความสัมพันธ์กับการใช้กลไกทางจิต และพฤติกรรมอื่นๆที่ตามมา เช่น อารมณ์เศร้า จะมีความสัมพันธ์กับการใช้กลไกทางจิตแบบชดเชย และจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมค้นหาสิ่งที่ทดแทนการสูญเสียของตนเองได้

ภายหลังการประเมินขั้นที่หนึ่ง ปฏิกริยาทางอารมณ์จะเป็นแบบต่างๆไป ได้แก่ ความวิตกกังวล เมื่อเวลาผ่านไป บุคคลได้พิจารณาสถานการณ์ และได้ประเมินสถานการณ์ครั้งที่ 2 ปฏิกริยาทางอารมณ์จะเปลี่ยนไปเป็นแบบที่เฉพาะเจาะจงมากขึ้น เช่น ความโกรธ ความกลัว การคาดการณ์สถานการณ์ เมื่อบุคคลได้ประเมินสถานการณ์นี้ซ้ำถึงประสิทธิภาพของพฤติกรรมเผชิญภาวะเครียดของคนแล้ว ปฏิกริยาทางอารมณ์นี้จะเปลี่ยนแปลงเป็นทัศนคติได้

2.5 ปฏิกริยาโต้ตอบความเครียดทางร่างกาย (Physiological response to stress) ปฏิกริยาทางร่างกายต่อความเครียดจะเกิดขึ้นพร้อมกับปฏิกริยาทางอารมณ์และมีความสัมพันธ์กับปฏิกริยาทางอารมณ์ด้วย ภายหลังการประเมินขั้นที่หนึ่ง ปฏิกริยาทางร่างกายจะเป็นแบบต่างๆไป คือ ต่อมพิทูอิทารีและต่อมหมวกไตจะทำงานมากขึ้น แต่ภายหลังการประเมินขั้นที่สอง และการประเมินซ้ำ ปฏิกริยาทางร่างกายจะเป็นผลรวมของการที่ฮอร์โมนทั้งหมดถูกกระตุ้น ระบบประสาทถูกกระตุ้นและอวัยวะเป้าหมายที่ถูกกระตุ้นจะมากขึ้น

2.6. ปฏิกริยาโต้ตอบความเครียดทางพฤติกรรม (Behavior response) หมายถึง พฤติกรรมทั้งหมดของบุคคลที่สังเกตได้หรือบุคคลรายงานออกมาได้ อาจจะเป็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นขณะสมองกำลังทำงาน เกิดขึ้นจากปฏิกริยาโต้ตอบความเครียดทางร่างกาย เกิดขึ้นจากปฏิกริยาโต้ตอบความเครียดทางอารมณ์ หรือพฤติกรรมซึ่งเกิดจากการเลือกหนทางที่ดีที่สุดในการแก้ไขอันตรายก็ได้

2.7. การเผชิญปัญหา (Coping) หมายถึงเป็นตัวเชื่อมระหว่างผลกระทบของสิ่งกระตุ้นกับการปรับตัวได้ การเผชิญปัญหาเกิดขึ้นจากการใช้สติปัญญา พิจารณาโดยตรง ปฏิกริยาโต้ตอบความเครียดทางร่างกาย ปฏิกริยาโต้ตอบความเครียดทางอารมณ์ ทั้งสามส่วนนี้มีความสัมพันธ์กัน มีเป้าหมายจัดการกับความเครียด และรักษาความมั่นคงของตนเองไว้

2.8. การปรับตัวได้ (Adaptation) คือ ผลลัพธ์ของความพยายามที่จะรักษาความมั่นคงของตนเอง ไว้ด้วยการสร้างสมดุลระหว่างแรงกดดันกับความสามารถที่จะจัดการกับแรงกดดันนั้น ผลลัพธ์ที่ถือว่าปรับตัวได้คือการมีความสามารถที่จะพิจารณาสิ่งแวดล้อม แล้ว

พลิกแพลงให้เหมาะสมกับตนเอง การมีความเจริญงอกงามทางปัญญา มีการเรียนรู้ใหม่ๆ หรือสามารถประสบผลสำเร็จตามเป้าหมาย

1.2.3. ความสามารถในการเผชิญปัญหา

การที่บุคคลประเมินสถานการณ์ได้แล้วว่า เป็นปัญหาที่ต้องเผชิญ ไม่ว่าจะอยู่ในลักษณะการเกิดอันตรายหรือสูญเสียुकुकคามหรือทำทาบ บุคคลจะเลือกใช้วิธีการเพื่อจัดการแก้ปัญหาและแสดงออกมาทางความคิดและพฤติกรรมในลักษณะต่างๆ ซึ่งเรียกว่า วิธีการเผชิญปัญหา ซึ่งแบ่งได้ 2 ลักษณะดังนี้ (Lazarus and Folkman, 1984)

1. การเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหา (Problem-focused coping) เป็นความพยายามของบุคคลในการตัดสินใจเลือกใช้วิธีการที่จะช่วยแก้ไขสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดปัญหาโดยตรง ให้เป็นไปในทางที่ดีขึ้น นั่นคือ เรียนรู้ที่จะเข้าใจปัญหาตามขั้นตอนทางวิทยาศาสตร์มีการวางแผนหาวิธีการต่างๆ ในการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสม มีการตั้งเป้าหมายการแก้ปัญหา จะเป็นการมุ่งปรับแก้ทั้งความคิดและพฤติกรรมของตน หรือโดยการเปลี่ยนสภาพแวดล้อมที่ก่อให้เกิดปัญหาเผชิญกับสิ่งที่ปัญหาตามความจริงและกระทำโดยเลือกวิธีที่ดีที่สุด การเผชิญปัญหาโดยวิธีนี้จะช่วยลดความตึงเครียดของตนเองและสิ่งเร้าที่มากกระทบ เพราะมีการปรับเปลี่ยนกระบวนการคิดให้อยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง แต่จะใช้กับสถานการณ์ที่ประเมินแล้วว่าพอที่จะสามารถแก้ไขได้

2. การเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์ (Emotional-focused coping) เป็นความพยายามของบุคคลในการตัดสินใจเลือกใช้วิธีการเผชิญปัญหาที่จะช่วยควบคุมปรับอารมณ์ ความรู้สึกของตนเอง คือมุ่งลดความไม่สบายใจ เมื่อไม่สามารถแก้ไขสถานการณ์นั้นได้ เป็นการรักษาสมาดุลย์ทางจิตใจไว้ วิธีการเผชิญปัญหาแบบนี้ เป็นเพียงวิธีบรรเทาหรือลดความไม่สบายใจเท่านั้น ไม่ได้ช่วยจัดการให้ปัญหาหมดไป ดังนั้นถ้านำมาใช้บ่อยๆ โดยที่บุคคลขาดความตระหนักรู้ในตนเอง หรือคิดและกระทำที่บิดเบือนความจริง ปัญหาไม่ได้รับการแก้ไข จะก่อให้เกิดความรู้สึกไม่สบายใจมากขึ้น มีแนวโน้มทำให้เกิดอาการทางจิตได้ เช่น วิตกกังวล ซึมเศร้า มีความคิดฆ่าตัวตาย ในทางตรงข้ามถ้าบุคคลเลือกใช้วิธีการเผชิญปัญหาเหล่านี้อย่างสำนึกตามสภาพความเป็นจริงที่เกิดขึ้น ก็จะเอื้อให้เกิดการปรับตัวได้

Jalowiec and Other (1984) ได้แบ่งวิธีการเผชิญปัญหาไว้ 2 ด้านเช่นกัน คือ

1) การเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหา ซึ่งมีอยู่ 15 พฤติกรรม เช่น การยอมรับปัญหา การตั้งเป้าหมาย การค้นหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับข้อมูล การใช้วิธีการแก้ปัญหาหลายๆวิธี

2) การแก้ไขปัญหาแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์ ซึ่งมีอยู่ 25 พฤติกรรม เช่น การร้องไห้ การทำกิจกรรม การรับประทาน การฝึกลางวัน การแยกตัวเอง

สรุปได้ว่า ความสามารถในการเผชิญปัญหา เป็นกระบวนการที่บุคคลใช้ความพยายามทั้งความคิดและพฤติกรรมในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น โดยกระบวนการที่เกิดขึ้นนั้น มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา โดยมีการผสมผสานทั้งแบบมุ่งจัดการกับปัญหา และแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์ ซึ่งทั้งสองแบบนี้ อาจให้ทั้งผลดีและผลเสีย ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคล แต่ละสถานการณ์ที่บุคคลนั้นๆเผชิญอยู่ ซึ่งการเผชิญปัญหาที่จะให้ได้ผลดีที่สุดคือ การใช้กลวิธีทั้งสองแบบดังกล่าว ให้ช่วยเสริมซึ่งกันและกัน นำไปสู่การจัดการกับปัญหาได้อย่างราบรื่นและมีประสิทธิภาพ

1.2.4. การวัดพฤติกรรมการเผชิญปัญหา

Jalowiec and Other (1984) ได้สร้างเครื่องมือวัดพฤติกรรมการเผชิญปัญหา ซึ่งเรียกว่า Jalowiec coping scale(JCS) ในปี 1979 แบ่งพฤติกรรมการเผชิญปัญหาออกเป็น 2 รูปแบบ 40 พฤติกรรม ประกอบด้วย การเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหา และการเผชิญปัญหาแบบจัดการกับอารมณ์ และได้พัฒนาเครื่องมือ ใช้วัดพฤติกรรมการเผชิญปัญหาจากแบบวัดชุดเดิม ประกอบด้วย 40 ข้อ แบ่งเป็น 3 รูปแบบ ของพฤติกรรมการเผชิญปัญหา คือ 1. เผชิญหน้ากับปัญหา (confrontive coping) 2. การแก้ไขอารมณ์เชิงเครียด(Emotive Coping) 3. การบรรเทาอารมณ์เชิงเครียด(Palliative coping) ต่อมาในปี 1987 Jalowiec ได้ปรับปรุงแบบวัดพฤติกรรมการเผชิญปัญหา (JCS) ใหม่ มีจำนวน 60 ข้อ แบบวัดนี้ได้นำไปทดสอบหาความเที่ยงได้ 0.88 -0.94 (Jalowiec,1989 cited in Downe-Wamboldt and Melansan , 1995) และนำไปใช้อย่างแพร่หลาย แบบวัดชุดใหม่นี้ แบ่งเป็น 8 รูปแบบ คือ Jalowiec and Other, 1987 cited in Guo Guifang, 1996:19-20, Downe-Wamboldt and Melansan , 1995)

- 1) การเผชิญหน้ากับปัญหา (Confrontive Coping) คือ การพยายามแก้ไข ปัญหา เผชิญหน้ากับสถานการณ์หันหน้าเข้าหาปัญหา ใช้กลยุทธ์หาข้อมูลและพยายามแก้ไขปัญหา
- 2) การหนีปัญหา(Evasive Coping) คือ ปฏิกริยาหลีกเลี่ยงหรือพยายามหนีออกจากปัญหา
- 3) การมองเหตุการณ์ในแง่ดี (Optimistic Coping) คือ การคิดในทางที่ดี มองในแง่ดีการเปรียบเทียบในทางที่ดี พยายามมองหาแง่มุมที่ดีของสถานการณ์ พยายามใช้อารมณ์ขันทำให้อารมณ์ดี
- 4) การมองเหตุการณ์ในแง่ร้าย (Fatalistic Coping) คือ การมองเหตุการณ์ในทางไม่ดี สิ้นหวัง สามารถควบคุมสถานการณ์ได้น้อย บอกตัวเองว่าโชคร้าย

5) การแก้ไขอารมณ์เชิงเครียด (Emotive Coping) คือ การปลดปล่อยอารมณ์ ลดความตึงเครียดของอารมณ์ ระบายความรู้สึกที่มีความวิตกกังวลกับปัญหา หรือ ระบายความตึงเครียดกับผู้อื่น

6) การบรรเทาอารมณ์เชิงเครียด (Palliative Coping) คือการพยายามลดหรือควบคุมความทุกข์โดยทำให้รู้สึกดีขึ้น เช่น การทำงานหนักขึ้น

7) การใช้การประคับประคอง (Supportant Coping) คือการใช้ระบบประคับประคอง เช่น บุคคลผู้ชำนาญ ผู้รู้ เช่น การพูดคุยปัญหากับครอบครัว หรือเพื่อน

8) การพึ่งพาตนเอง (Self-reliant Coping) พึ่งพาตนเองมากกว่าผู้อื่นทำสิ่งต่างๆด้วยตนเอง

จารุวรรณ จินตางค (2541) ได้สร้างแบบวัดความสามารถในการเผชิญปัญหา โดยดัดแปลงจากแบบวัดของ Jalowiec coping scale (Jalowiec and others, 1987) อ้างถึงใน Jacqueline M. and Other, 1998; Downe-Wamboldt and Melanson, 1995) แบบวัดความสามารถในการเผชิญปัญหา โดยมีคำถาม 40 ข้อ แบ่งเป็น 6 ด้าน คือ การเผชิญหน้ากับปัญหา การมองเหตุการณ์ในแง่ดี การแก้ไขอารมณ์เชิงเครียด การบรรเทาอารมณ์เชิงเครียด การใช้การประคับประคอง การพึ่งพาตนเอง เนื่องจากความสามารถในการเผชิญปัญหาอีก 2 ด้านคือ การมองเหตุการณ์ในแง่ร้าย และการหลีกเลี่ยงปัญหา เป็นความสามารถในการเผชิญปัญหาในด้านลบ ซึ่งเป็นการเผชิญปัญหาด้านที่ผู้ศึกษาไม่ต้องการเป็นการกระตุ้นหรือเน้นในผู้ป่วยจิตเภทกระทำ เมื่อนำเครื่องมือนี้ไปหาความเที่ยงของเครื่องมือได้ 0.90 ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) 4 ระดับ และประเมินคะแนน ดังนี้ ไม่เคยปฏิบัติ 0 คะแนน , ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง 1 คะแนน, ปฏิบัติบางครั้ง 2 คะแนน, ปฏิบัติบ่อยครั้ง 3 คะแนน มีเกณฑ์คะแนนความสามารถในการเผชิญปัญหา โดยกำหนดเกณฑ์การแบ่งค่าเฉลี่ยของคะแนนออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ ความสามารถในการเผชิญปัญหาไม่ดี ระดับคะแนน 0-0.99 ความสามารถในการเผชิญปัญหาพอใช้ ระดับคะแนน 1.0-1.99 ความสามารถในการเผชิญปัญหาดี ระดับคะแนน 2.0-3.0 (จารุวรรณ จินตางค, 2541)

1.2.5. ปัจจัยที่มีผลต่อการเผชิญปัญหา

การประเมินสถานการณ์โดยใช้กระบวนการทางความคิด เป็นสิ่งสำคัญในการกำหนดรูปแบบพฤติกรรมในการเผชิญปัญหา ซึ่งจะมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล และจะประสบผลสำเร็จหรือไม่เพียงใดนั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยที่อาจเป็นทั้งปัจจัยภายนอกและปัจจัยภายในตัวบุคคลนั้นๆ ซึ่งสามารถสรุปเกี่ยวกับปัจจัยต่างๆ ได้ดังนี้ (Burke & Flaherty, 1993 :Garland&Bush, 1982; Lazarus and Folkman ,1984 อ้างถึงในจารุวรรณ จินตางค . 2541)

1. ลักษณะของความเครียดหรือสถานการณ์นั้น เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดขึ้นทันทีทันใด โดยไม่ได้คาดคิดหรือค่อยเป็นค่อยไป ระดับความรุนแรงของสถานการณ์ ระยะเวลาที่เกิดสถานการณ์และเป็นความเครียดเพียงเรื่องเดียวหรือหลายเรื่องพร้อมกัน ซึ่งทั้งหมดจะมีผลต่อการรับรู้ของแต่ละบุคคลและมีผลต่อพฤติกรรมและการเผชิญปัญหาต่างกัน เช่น บุคคลหนึ่งอาจสามารถเผชิญปัญหาหรือความเครียดที่รุนแรงเรื่องหนึ่งได้ แต่ประสบความล้มเหลวเมื่อเผชิญกับความเครียดที่เกิดขึ้นในเวลาเดียวกันหลายๆ เรื่อง แม้ว่าจะมีความรุนแรงน้อยกว่า หรือบุคคลหนึ่งอาจสามารถทนหรือต้านทานต่อความเครียดที่รุนแรง แต่มีระยะเวลาสั้นมากกว่าความเครียดที่รุนแรงน้อยกว่าแต่ระยะเวลาที่ยาวนานเรื้อรัง ทั้งนี้เนื่องจากในภาวะเรื้อรังบุคคลจะต้องใช้พลังงานในการปรับตัวอย่างต่อเนื่อง ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายและจิตใจ และทำให้เกิดความเครียดเพิ่มมากขึ้นอีกได้ง่ายจากสิ่งกระตุ้นอื่นๆ ซึ่งถ้าความเครียดหรือปัญหาที่มีความรุนแรงและเรื้อรัง บุคคลมักจะมีการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมอย่างถาวร ในภาวะโรคเรื้อรังมักทำให้ความสามารถในการเผชิญปัญหาลดลง

2. ประสบการณ์ในอดีต เป็นศักยภาพของแต่ละบุคคล ซึ่งช่วยในการตัดสินใจหรือจัดการกับปัญหา ที่เกิดขึ้นบุคคลมักจะนำรูปแบบพฤติกรรมในการเผชิญปัญหาเดิมที่เคยใช้ได้ผล มาใช้จัดการกับปัญหา ซึ่งถ้าไม่ประสบผลสำเร็จก็จะหาวิธีใหม่ นอกจากนี้ประสบการณ์ในอดีตมักทำให้เพิ่มความทนต่อความเครียดอีกด้วย

3. อายุ จะมีผลต่อพฤติกรรมในการเผชิญปัญหา โดยอายุที่เพิ่มขึ้นจะช่วยให้ความรอบคอบในการพิจารณาทางเลือก เช่น ในวัยสูงอายุจะผ่านการดำเนินชีวิตมาหลายรูปแบบ และมีประสบการณ์จัดการกับความเครียด

4. ระดับการศึกษา ถือเป็นปัจจัยส่วนบุคคลอย่างหนึ่ง ซึ่งมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมในการเผชิญปัญหา ระดับการศึกษาที่คิดว่าจะทำให้บุคคลสามารถเลือกปัจจัยเกี่ยวข้องได้เหมาะสม ตลอดจนใช้ประโยชน์จากความรู้ หรือผลสะท้อนจากพฤติกรรมเดิมที่เคยปฏิบัติตามพิจารณาใช้เพื่อป้องกันการเกิดปัญหาซ้ำอีก

5. ทักษะในการแก้ปัญหา เป็นความสามารถเฉพาะของแต่ละบุคคลที่จะนำเอาประสบการณ์ สติปัญญา และความรู้มาใช้ในการแก้ปัญหา เช่น ความสามารถในการค้นหาข้อมูลที่เป็นประโยชน์ การจำแนกวิเคราะห์ปัญหา ตลอดจนทางเลือกที่เหมาะสม

6. ทักษะทางสังคม เนื่องจากมนุษย์ทุกคนมีหน้าที่ หรือบทบาทในสังคม ทักษะทางสังคม จึงเป็นปัจจัยที่สำคัญในการเผชิญปัญหา ซึ่งจะชี้ถึงความสามารถในการติดต่อขอความเห็น ขอความช่วยเหลือ และความร่วมมือจากบุคคลอื่น ทำให้มีความสะดวกหรือความง่ายในการจัดการแก้ปัญหา

7. ภาวะสุขภาพและพลังงานถือเป็นแหล่งประโยชน์ทางด้านร่างกาย ที่มีผลต่อพฤติกรรมและการเผชิญปัญหาบุคคลซึ่งเจ็บป่วยอ่อนแอย่อมมีพลังงานซึ่งจะนำมาใช้ประโยชน์ ในการเผชิญปัญหาน้อยกว่าบุคคลที่สุขภาพดี แข็งแรง

8. ค่านิยมและความเชื่อ บุคคลจะมีความเชื่อแตกต่างกันออกไป และจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมและการเผชิญปัญหาความเชื่อในทางที่ดี เช่น เชื่อว่าสามารถควบคุมเหตุการณ์ ได้ เชื่อและศรัทธาต่อแพทย์ ตลอดจนแผนการรักษาว่ามีประสิทธิภาพ เชื่อในความยุติธรรมหรือพระเจ้า จะทำให้บุคคลเกิดความหวังและมีความพยายามที่จะต่อสู้หรือเผชิญปัญหาได้ แต่ความเชื่อ บางอย่าง เช่น เชื่อว่าสิ่งที่เกิดขึ้นเป็นการลงโทษของพระเจ้า จะทำให้บุคคลนิ่งเฉย ไม่ยอมคิดหรือ ปฏิบัติการอย่างใดอย่างหนึ่ง เพื่อควบคุมหรือจัดการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น หรือความเชื่อซึ่งมาจากการ อบรมเลี้ยงดูปลูกฝังค่านิยมบางอย่างอาจส่งผลให้บุคคลไม่กล้าที่จะกระทำหรือแสดงความรู้สึกรอก มาตามความต้องการ เนื่องจากเกรงว่าอาจถูกประณามหรือว่ากล่าว เช่น ไม่กล้ายอมรับความช่วยเหลือจากบุคคลซึ่งมีความเต็มใจเพราะกลัวถูกกล่าวหาว่าไร้ความคิดหรือหมกหมนทางช่วยเหลือ ตนเอง

9. การสนับสนุนทางสังคม ซึ่งอาจจะได้รับในรูปของความรู้ ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ การสนับสนุนหรือให้กำลังใจหรือสิ่งของ ความช่วยเหลือและความร่วมมือต่างๆ จากการศึกษาของ Mcnet(1986 อ้างถึงใน ททัษรัตน์ จรัสสุโรสิน, 2539) พบว่าการรับรู้ถึงแรง สนับสนุนทางสังคมที่มีอย่างเพียงพอ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับประสิทธิภาพของการเผชิญปัญหา

10. แหล่งประโยชน์ทางวัตถุ ได้แก่ เงิน สิ่งของและสิ่งจำเป็นในการ ดำเนินชีวิต บุคคลซึ่งมีแหล่งอำนวยความสะดวกสบาย โดยเฉพาะถ้าใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ย่อมมีทางเลือกและความพร้อมที่จะเผชิญปัญหามากกว่าบุคคลที่ขาดแคลนสิ่งอำนวยความสะดวก(Lazarus and Folkman, 1984) ดังจะเห็นได้จากอุบัติการณ์ของความผิดปกติทางจิต ซึ่งพบมากในกลุ่มบุคคล ซึ่งมีเศรษฐกิจต่ำนั้น เชื่อว่ามีสาเหตุสำคัญประการหนึ่งมาจากการต้องประสบกับปัญหาและความ เครียดในการดำเนินชีวิตมากขึ้น

1.2.6. ผลของการเผชิญปัญหา

เมื่อบุคคลผ่านการประเมินสถานการณ์และกระบวนการเผชิญปัญหาแล้ว สิ่ง สำคัญที่จะแสดงให้เห็นประสิทธิภาพหรือความสำเร็จของการใช้กระบวนการเผชิญปัญหาคือการ ปรับตัว ซึ่งจะแสดงผลเป็นพฤติกรรม 3 ประการ (จารุวรรณ จินดามงคล, 2541)

1. การทำหน้าที่ในสังคม หมายถึง แนวทางในการปฏิบัติตามบทบาท ของแต่ละบุคคลและความพึงพอใจในสัมพันธภาพระหว่างบุคคล รวมไปถึงทักษะที่จำเป็นในการ ดำรงบทบาทและสัมพันธภาพในสังคม โดยส่วนใหญ่มักจะใช้การประเมินสถานการณ์ และการ

จัดการกับปัญหาหรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในการดำรงชีวิตประจำวันของบุคคล เป็นตัวกำหนดว่าเขาเหล่านั้นสามารถเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพหรือไม่ ซึ่งความล้มเหลวไม่แน่ใจ และภาวะอารมณ์ทุกข์โศกเป็นสิ่งที่ขัดขวางทำให้บุคคลไม่สามารถทำหน้าที่ในสังคมได้สำเร็จ

2. ขวัญหรือความพึงพอใจในชีวิต เป็นผลของการปรับตัวที่เกิดขึ้นในระยะยาว ควบคู่ไปกับผลในระยะสั้น คือ อารมณ์ที่แสดงออกแตกต่างกันไปแล้วแต่สิ่งที่มากระทบ รวมทั้งสะท้อนให้เห็นถึงการประเมินสถานการณ์ว่าบรรลุเป้าหมายเพียงใดและบุคคลเหล่านั้นมีความพึงพอใจต่อผลของการเผชิญปัญหาหรือไม่ การประเมินเหตุการณ์ว่าเป็นการทำท้ออาจทำให้มีขวัญหรือความพึงพอใจในชีวิตดีขึ้น

3. ภาวะสุขภาพ ความเครียดและอารมณ์ โดยเฉพาะอารมณ์โกรธหรือกลัว จะมีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ ทำให้เกิดความเจ็บป่วยทางกายเพิ่มขึ้น พฤติกรรมการเผชิญปัญหาที่แตกต่างกัน มีความสัมพันธ์กับผลของการปรับตัวในด้านภาวะสุขภาพแตกต่างกัน เช่น บุคคลที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมอย่างหนึ่งคือ ควรมีการควบคุมอารมณ์ ที่ดีไม่โกรธหรือโมโหง่าย

1.2.7. การเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพ

การเผชิญปัญหาจะได้ผลดีนั้น Miller (1992) กล่าวว่า เกิดขึ้น เมื่อสามารถจัดความรู้สึกไม่สุขสบาย ซึ่งเกิดจากภาวะที่เป็นอันตรายหรือภาวะสูญเสีย สามารถรักษาความมั่นคงของบุคคลไว้ได้ และรักษาความสามารถของบุคคลที่จะทำหน้าที่อย่างมีประสิทธิภาพในเรื่องการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น บทบาทของชีวิตดำรงไว้ซึ่งความคิดถึงตนเองในแง่บวก (Miller, 1992) การเผชิญปัญหามีประสิทธิภาพเมื่อ

1. สามารถเก็บความเศร้าโศก เสียใจ ให้อยู่ในระดับที่สามารถจัดการได้
2. ทำให้เกิดกำลังใจและความหวัง
3. ดำรงรักษาไว้ หรือมีความรู้สึกในทางบวกกลับคืนมา
4. ดำรงรักษาไว้หรือสามารถสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้ที่มีความสำคัญในชีวิต เกิดใหม่อีกครั้ง
5. เพิ่มความหวังในสถานการณ์ที่เป็นประโยชน์ (ระหว่างบุคคล สังคม และเศรษฐกิจ)

Caplan (1963 cited in Miller, 1992) กล่าวว่า การเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพ เป็นการวิเคราะห์ประเด็นปัญหาตามความเป็นจริงอย่างมีประสิทธิภาพ และค้นหาข้อมูล แสดงอย่างอิสระทั้งความรู้สึกในแง่บวกและแง่ลบ และมีความอดทนอดกลั้นในความขัดแย้ง ขอมรับการช่วยเหลือจากผู้อื่น หุดปัญหาเท่าที่สามารถทำได้ ตระหนักในความอดทนอดกลั้นในความขัดแย้ง

ยอมรับความช่วยเหลือจากผู้อื่น หยุดปัญหาเท่าที่สามารถทำได้ ตระหนักในความเหนื่อยล้าและความไม่เป็นระเบียบแบบแผน ความพยายามต่อสู้กับปัญหา ควบคุมอารมณ์เมื่อเป็นไปตามความต้องการและยอมรับเมื่อไม่เป็นอย่างที่คิด นับถือไว้วางใจตนเอง และผู้อื่น และมองโลกในแง่ดีเกี่ยวกับสิ่งต่างๆที่เกิดขึ้น

Banyard & Hayes (1994) กล่าวว่า หนทางที่จะช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ คือ การใช้ Cognitive Therapy มีพื้นฐานความเชื่อคือ การเปลี่ยนแปลงความเชื่อของบุคคล เจตคติ และความเชื่อเกี่ยวกับความเป็นไปของโลก และช่วยให้กระทำในทางบวกมากยิ่งขึ้น

ในทัศนะของ Beare & Myers(1944 อ้างถึงใน จารุวรรณ จินดามงคล , 2541) การเผชิญปัญหาที่เหมาะสมหรือมีประสิทธิภาพ คือ การกระทำในลักษณะส่งเสริมภาวะสุขภาพขณะเดียวกัน ก็ทำให้บุคคลสามารถจัดหรือบรรเทาความเครียดได้สำเร็จ ส่วนการเผชิญปัญหาที่ไม่เหมาะสมหรือไม่มีประสิทธิภาพคือ การกระทำในสิ่งที่เป็นอันตรายต่อภาวะสุขภาพ แม้จะสามารถทำให้ความเครียดลดลงได้เป็นครั้งคราว เช่น การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ การหลีกเลี่ยงปัญหา การรับประทานมากเกินไปปกติและการดูค่าเปรียบกรวดผู้อื่น เป็นต้น บุคคลซึ่งมีสุขภาพดีเป็นสิ่งบ่งชี้ให้เห็นได้อย่างหนึ่งว่ามีพฤติกรรมการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม

1.3. ความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท

การเผชิญปัญหาในแต่ละบุคคลจะแตกต่างกัน และมีคุณภาพหรือไม่นั้น ขึ้นอยู่กับคุณลักษณะภายในของบุคคล ซึ่งได้แก่ เพศ อายุ เพราะเมื่ออายุมากขึ้นได้ผ่านวิกฤต ผ่านประสบการณ์และมีวุฒิภาวะสูงขึ้น จะทำให้สามารถเลือกการเผชิญปัญหาได้ดี (Lazarus and Folkman, 1984) สำหรับผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตเป็นผู้ที่มีความผิดปกติในด้านความคิดและอารมณ์ โดยผู้ป่วยสูญเสียความสามารถด้านการตัดสินใจ การแสดงออกของพฤติกรรมและไม่อยู่ในโลกของความเป็นจริง และไม่สามารถเผชิญปัญหาในชีวิตประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Hedlund and Jeffy, 1993) การเผชิญปัญหาอย่างไม่เหมาะสม ได้แก่ การใช้กลไกทางจิตมากเกินไป หรือพฤติกรรมที่อ้อมค้อม ก่อนข้างซับซ้อนในระดับจิตไร้สำนึก ซึ่งนอกจากจะไม่สามารถแก้ไขภาวะเครียดที่ต้นเหตุแล้ว ยังนำไปสู่การเจ็บป่วยทางจิตประสาทได้ (Stuart & Sundee, 1979 อ้างถึงใน ศิริพร โอภาสวัชชัย, 2531)

คำหวาน วิสเพ็ญ (2540) กล่าวว่า การที่บุคคลเลือกใช้วิธีการเผชิญปัญหา(Coping) แบบใดแบบหนึ่งนั้น มีความสัมพันธ์กับประสบการณ์ในอดีตที่สะสม และพัฒนาเป็นรูปแบบของพฤติกรรมของแต่ละบุคคล และพอสรุปได้ว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมแยกตัวเองมักเผชิญปัญหาแบบการถดถอย (Regression) และการเพ้อฝัน (Fantasy) ผู้ป่วยซึมเศร้ามักเผชิญปัญหาแบบเก็บกด

(Repression) และ โทษตัวเอง (Introjection) ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมหวาดระแวงมักใช้การเผชิญปัญหาแบบโทษผู้อื่น (Projection)

Bell (1977: 136-140 อ้างถึงใน ศิริพร โอภาสวัชชัย, 2531) พบว่า ผู้ป่วยทางจิตใช้พฤติกรรมเผชิญปัญหาหระยะสั้นมากกว่าผู้ที่มีสุขภาพจิตดี การใช้พฤติกรรมเผชิญปัญหาหระยะสั้นเป็นการมุ่งจัดการกับอารมณ์ ไม่มีการแก้ไขปัญหาที่แท้จริง ปัญหานั้นไม่หมดไปซึ่ง จีวีวรรณ สัตยธรรม (2540) กล่าวว่า การเผชิญปัญหาหระยะสั้น ได้แก่ พฤติกรรมต่อไปนี้ คือ ร้องไห้ หัวเราะ นอนหลับ ผีนกลางวัน สูบบุหรี่จัด ดื่มเหล้า เทียวเตร่มากขึ้น รับประทานจุ ไปหาหมอ ดู ใหว่พระ ขนบานศาลกล่าว สร้างความหวัง แสดงความโกรธ กลัว ปฏิเสธ สอดคล้องการศึกษาของ จิราภรณ์ ทรัพย์วีรวงศ์ (2544) พบว่า วิธีการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ การหลีกเลี่ยงและการแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ การแสดงพฤติกรรมรุนแรง ซึ่งเป็นการกระทำในสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพซึ่งกล่าวได้ว่า เป็นการเผชิญปัญหาที่ไม่เหมาะสม (Beare & Myers, 1994)

จากข้อมูลที่กล่าวมาพอสรุปได้ว่าโรคจิตเภท สาเหตุหนึ่งเนื่องมาจากการเผชิญปัญหาไม่เหมาะสม ทำให้ไม่สามารถแก้ไขปัญหาหรือไม่สามารถปรับตัวได้ ก่อให้เกิดการเจ็บป่วยทางจิตขึ้น และผู้ป่วยจิตเภทมักใช้การเผชิญปัญหาหระยะสั้นซึ่งมุ่งจัดการกับอารมณ์ซึ่งพฤติกรรมที่แสดงออกเป็นพฤติกรรมในทางทำลายสุขภาพ เป็นการเผชิญปัญหาแบบไม่เหมาะสม ผู้ป่วยจิตเภทจึงควรได้รับการดูแลโดยการพัฒนาความสามารถในการเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีสุขภาพจิตที่ดีขึ้น (จารูวรรณ จินดามงคล, 2541)

2. การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท

2.1. ความหมายของการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท

จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่า ได้มีผู้ให้ความหมายของการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทไว้หลายท่าน ดังนี้

Watson (1989 อ้างในสรินทร์ เชี่ยวโสธร, 2545) กล่าวถึง การพยาบาล ว่าเป็นการดูแลระหว่างบุคคลที่เน้นการเป็นมนุษย์แบบองค์รวมที่มีจิตวิญญาณเป็นองค์ประกอบที่สำคัญ มีเป้าหมายของการพยาบาล เพื่อให้บุคคลมีภาวะสมดุลของกาย จิต และวิญญาณ กระบวนการดูแลเกิดขึ้นเมื่อมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้รับบริการ ซึ่งต่างก็เป็นบุคคลที่มีประสบการณ์ชีวิต การพยาบาลจะเกิดขึ้นเมื่อมีการรับรู้ตรงกัน ในการตัดสินใจเลือกสิ่งปฏิบัติที่ดี และเหมาะสมที่สุด

Leininger(1994 อ้างในสรินทร์ เชี่ยวโสธร, 2545) กล่าวถึง การพยาบาลว่าเป็นการดูแลและเป็นกระบวนการช่วยเหลือผู้อื่น การสนับสนุนส่งเสริม การเอื้ออำนวยความสะดวกให้กับผู้อื่นเป็นรายบุคคลหรือรายกลุ่มทั้งในครอบครัวและชุมชนด้วยการเอาใจใส่โดยมีเป้าหมายของการ

ดูแลสุขภาพ คือ ต้องมีองค์ความรู้ที่หลากหลาย ทั้งทางด้านวิชาการและความเข้าใจคุณค่า ความเชื่อ ค่านิยม และวิถีชีวิตของแต่ละบุคคล ซึ่งแตกต่างกันไปตามวัฒนธรรม โดยการดูแลจะต้องสนองความต้องการที่มุ่งรักษาไว้ซึ่งภาวะสุขภาพของบุคคล

Shives (1994) กล่าวว่า การพยาบาลจิตเวช คือ การให้ความรู้ ความเข้าใจ ให้คำแนะนำ ช่วยเหลือ โดยเริ่มให้การพยาบาลตั้งแต่ระยะส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค บำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย ทั้งทางร่างกายและจิตใจ รวมทั้งการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการรักษา การจัดกลุ่มกิจกรรมบำบัด และการให้การบำบัดรักษาอื่น ๆ ร่วมกับบุคลากรในทีมจิตเวช

จินตนา ยูนิพันธุ์ (2536) กล่าวว่า การพยาบาลเป็นกิจกรรมการดูแล ช่วยเหลือบุคคล ในด้านสุขภาพ ตั้งแต่ร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ เป็นการดูแลช่วยเหลือผู้รับบริการและครอบครัว ในลักษณะที่คำนึงถึงคนทั้งคนเป็นหน่วยเดียว นั่นคือการยึดหลักปัจเจกบุคคลหรือที่เรียกว่า การพยาบาลแบบองค์รวม

ฉวีวรรณ สัตยธรรม (2541) กล่าวว่า การพยาบาลเฉพาะทางสาขา ซึ่งต้องใช้ความรู้ทางทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมมนุษย์ และใช้ตนเองอย่างมีวัตถุประสงค์ในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดในการส่งเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะสุขภาพจิตบุคคล ครอบครัว ชุมชนให้มีสุขภาพจิตที่ดี มีพฤติกรรมที่เหมาะสม มีวุฒิภาวะทางอารมณ์ ปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งจะเป็นการปกป้องการเจ็บป่วยทางจิตด้วย รวมทั้งการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยให้ยอมรับตนเอง ปรับปรุงตนเองและยินยอมให้ความร่วมมือในการรักษารวมทั้งพึ่งพาตนเองได้

จากคำจำกัดความข้างต้น เมื่อนำมาปรับใช้กับการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท จึงสรุปได้ว่าการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท คือ การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ ด้วยกระบวนการปฏิสัมพันธ์ พร้อมกับการให้ความรู้การให้สุศึกษาในการส่งเสริม ป้องกัน บำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพสุขภาพจิต โดยการให้การดูแลผู้ป่วยนั้น ต้องใช้ความรู้ทางวิทยาศาสตร์และศิลปะในการส่งเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะสุขภาพจิตของบุคคล ครอบครัว ชุมชน ให้มีสุขภาพจิตที่ดี มีพฤติกรรมที่เหมาะสมสามารถปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปและสามารถพึ่งตนเองได้ตามศักยภาพ

2.2. กระบวนการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

กระบวนการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวช หมายถึงการปฏิบัติการพยาบาลอย่างเป็นระบบในการเข้าช่วยเหลือปัญหาทางจิตใจของผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล การกำหนดปัญหา การลงมือปฏิบัติการ และการประเมินผล เพื่อเป็นการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับปัญหาหรือสามารถปรับตัวได้ต่อสภาพปัญหาของตนเอง (Shives, 1994 อ้างในเศรษฐพงศ์บุญหมั่น . 2548) ประกอบด้วย

1. การเก็บรวบรวมข้อมูล (Assessment) แหล่งข้อมูลคือผู้ป่วย ครอบครัว บุคคลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย บันทึกของทีมสุขภาพ โดยแบ่งข้อมูลเป็นการเจ็บป่วยทางจิต ประวัติส่วนตัว ประวัติทางสังคมและครอบครัว สุขภาพทั่วไปการเจ็บป่วยทางจิตและการตรวจสภาพจิต

2. การวิเคราะห์/การวินิจฉัย (Analysis or Diagnosis) เป็นการนำข้อมูลที่ได้จากการรวบรวมข้อมูลมาพิจารณา ตรวจสอบเปรียบเทียบกับสภาพทั่วไปของบุคคล ในด้านความต้องการพื้นฐาน การปฏิบัติกิจกรรมตามหน้าที่และการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวัน ตามสภาพสังคมเพื่อให้การพยาบาลตอบสนองความต้องการของบุคคล

3. การวางแผนการพยาบาล (Planning) ขั้นตอนการวางแผนการพยาบาลประกอบด้วย 3 ส่วน คือ การตั้งเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ การกำหนดแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล และการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาตามความต้องการของบุคคลเป็นลำดับ โดยเริ่มจากความต้องการพื้นฐาน จนกระทั่งถึงการทำความเข้าใจตนเองและจัดการกับสถานการณ์

4. นำแผนการพยาบาลไปปฏิบัติ (Intervention) การปฏิบัติการพยาบาลควรเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับบริการ โดยเริ่มจากการปฏิบัติการพยาบาลโดยทั่วไป เมื่อได้ข้อมูลเพิ่มเติมมากขึ้นจึงมีการปรับเปลี่ยนแนวทางในการดูแลให้มีความเหมาะสมเพิ่มขึ้น โดยจะต้องปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

5. การประเมินผล (Evaluation) เป็นการเปรียบเทียบผลของการพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วยว่าผลที่ได้เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้หรือไม่ โดยการประเมินผลแบ่งออกเป็น 2 ด้าน คือ การประเมินจากพัฒนาการของผู้ป่วยและการประเมินจากการปฏิบัติงานของพยาบาล

จากกระบวนการพยาบาลดังกล่าวนี้ ต้องมีการปฏิบัติการพยาบาลโดยมีมี โนมตีทางการพยาบาลที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ได้แก่สิ่งแวดล้อมกับความเป็นบุคคลของผู้ป่วย

2.3. ระบบบริการผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาล

การรับผู้ป่วยจิตเภทไว้รับการรักษาในโรงพยาบาลจะกระทำในกรณีต่อไปนี้ คือ ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมเป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น หรือก่อให้เกิดความกระตือรือร้นรำคาญแก่ผู้อื่นมี ปัญหาอื่นๆที่ต้องดูแลใกล้ชิด เช่น มีอาการข้างเคียงรุนแรงของยาเพื่อควบคุมเรื่องยา ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานยาหรือมีปัญหาในการวินิจฉัยเป็นต้น (ไพรัตน์ พุกษาศาติคุณากร, 2534)

ขณะรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมีอาการทางจิตรุนแรง (Acute phase) ทั้งอาการทางบวกและลบ มีความผิดปกติทางด้านความคิด การตัดสินใจ (Herz and Marder, 2002 อ้างใน เศรษฐพงษ์ บุญหมั่น, 2548) การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลในการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการเพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตตามปกติ สามารถทำได้โดยใช้แนวคิดการพยาบาลเพื่อชีวิตปกติสุข (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2542) ดังนี้

1. การดูแลช่วยเหลือให้ผู้รับบริการรับรู้วัน เวลา สถานที่และบุคคล
2. การดูแลช่วยเหลือให้ผู้รับบริการสามารถจัดการกับความคิด อารมณ์และการแสดงออกการควบคุมอารมณ์และการแสดงพฤติกรรมของตน
3. การดูแลช่วยเหลือให้ผู้รับบริการสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข โดยเสริมสร้างศักยภาพส่วนบุคคลด้านต่างๆดังนี้

3.1. การดูแลตนเองเรื่องกิจวัตรประจำวันได้แก่ การที่บุคคลสามารถปฏิบัติกิจกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานด้านร่างกาย เช่น การดูแลทำความสะอาดร่างกาย การแต่งกาย การรับประทานอาหาร การดูแลการเคลื่อนไหวของร่างกายและการขยับถ่ายการพักผ่อนนอนหลับ เป็นต้น

3.2. การดำรงตนในฐานะสมาชิกของสังคม ได้แก่ ความสามารถของบุคคลด้านสังคมในการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นที่อยู่รอบข้างและการมีกิจกรรมเพื่อการอยู่ร่วมกันกับบุคคลอื่น

3.3. การมีสัมพันธภาพเชิงบำบัด ได้แก่ ความสามารถของบุคคลด้านสังคมในการมีปฏิสัมพันธ์กับพยาบาลและทีมสุขภาพที่ส่งผลต่อการบำบัดทางจิตเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนความคิด ความรู้สึกรู้สึกการแสดงออกและการกระทำ

3.4. การมีสมรรถนะด้านร่างกายหรือมีความแข็งแรงของร่างกาย ได้แก่ การดำรงรักษา เสริมสร้างความแข็งแรงของระบบกายวิภาคและเสรีภาพของบุคคลให้ทำหน้าที่ในการสร้างความมั่นคงแก่บุคคล สามารถดำรงชีวิตอย่างเป็นปกติสุข

สรุปได้ว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาลเป็นผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตควรได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดในทุกด้านทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการต่างๆได้ อีกทั้งการรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลช่วยลดความเครียดที่มีในผู้ป่วยและครอบครัว โดยผู้ป่วยและครอบครัวจะได้รับการดูแลจากบุคลากรด้านจิตเวชในการบำบัดรักษาและมีระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาล โดยเฉลี่ย 3-4 สัปดาห์

2.4. แนวทางการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

โรคจิตเภทเป็นโรคที่พบมากที่สุด และมีลักษณะเป็นโรคเรื้อรังที่มีความผิดปกติของความคิดและการรับรู้เป็นลักษณะเด่น ปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วยจิตเภท คือ การเผชิญกับความบกพร่องและขาดความสามารถในการดูแลตนเอง (McBride and Austin, 1996) ที่ส่งผลกระทบต่อทั้งตัวผู้ป่วยและครอบครัว เป้าหมายหลักของการพยาบาลจึงไม่ได้มุ่งดูแลเฉพาะการบำบัดอาการของโรค การดูแลผู้ป่วยจึงต้องให้การดูแล “ บุคคล” สาระสำคัญที่พยาบาลต้องคำนึงถึง (จินตนา ยูนีพันธ์, 2542) ดังนี้

1. เน้นให้การพยาบาลแบบองค์รวม โดยการฝึกปฏิบัติการพยาบาลต้องเน้นการให้การพยาบาลต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งรวมถึงจิตสังคมและวิญญาณ

2. กำหนัดถึงครอบครัวและชุมชนของผู้ป่วยควบคู่กับการดูแลช่วยเหลือ การทำหน้าที่ของพยาบาลจะสมบูรณ์ตามขอบเขตของกฎหมายได้ ให้ความใส่ใจต่อการตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของครอบครัว รวมทั้งดำเนินการด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพนั้นๆ ที่ส่งผลกระทบต่อชุมชนอีกด้วย

3. การดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง การกระทำหน้าที่ของผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล ต้องครอบคลุมการดูแลและการช่วยเหลือบุคคล ครอบครัว และชุมชนทั้งในภาวะเมื่อเจ็บป่วย คือ การช่วยให้สภาพการเจ็บป่วยหายไป(Restoration)ด้วยการช่วยเหลือดูแลบำบัดรักษา/บรรเทาอาการของโรค การฟื้นฟูสภาพ (Rehabilitation) เพื่อกระตุ้นหรือรักษาระดับของการฟื้นหาย (Recover or Healing) การส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) การป้องกันโรค (Disease Prevention) การป้องกันสุขภาพ (Health Protection)

ในสภาพของการปฏิรูประบบบริการสุขภาพที่มุ่งพัฒนาระบบบริการพยาบาล โดยคำนึงถึงประสิทธิภาพและความคุ้มค่าในการบริการควบคู่กันไปในฐานะที่บุคคลเป็นองค์รวม และหลักปฏิบัติที่พยาบาลควรมี เสริมจากแนวการพยาบาลที่มีอยู่ เพื่อให้เกิดการพยาบาลแบบองค์รวมที่สมบูรณ์ขึ้น ได้แก่

1. การแลกเปลี่ยนข้อมูลและให้การศึกษาแก่ผู้รับบริการ (Sharing information and education) เพื่อให้ผู้รับบริการได้นำข้อมูลมาประกอบการตัดสินใจในการรักษาและการปฏิบัติ อันแสดงถึงความรับผิดชอบที่ผู้รับบริการพึงมีต่อตนเองและการรักษาสุขภาพของตนเอง

2. การให้ผู้รับบริการได้ร่วมตัดสินใจ (Sharing of decision making) เพื่อให้ผู้รับบริการได้เลือกสิ่งที่เหมาะสมและดีที่สุดสำหรับตนเอง เพราะตัวผู้ป่วยเองเท่านั้นที่จะรู้ว่าสถานการณ์ของตนเองเป็นอย่างไร และควรเลือกอะไรสิ่งสำคัญที่สุดคือการให้ข้อมูลต้องชัดเจนและเพียงพอ

3. การตั้งเป้าหมายในการรักษาพยาบาล ต้องตั้งอยู่บนพื้นฐานของความจริงที่เหมาะสม(Realistic Goal-setting) จะต้องตั้งเป้าหมายร่วมกับผู้รับบริการ โดยเป้าหมายที่ตั้งไว้จะต้องอยู่บนเหตุผลของความถูกต้องเหมาะสมกับผู้รับบริการรับได้

4. พยาบาลและผู้รับบริการจะต้องปฏิบัติร่วมกันเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย(Working Together in therapy) ดังนั้นสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการจะต้องเป็นไปในลักษณะสร้างสรรค์และเป็นสัมพันธภาพเพื่อการรักษา

2.5. ผลลัพธ์ทางการพยาบาล

การพยาบาลเป็นการปฏิบัติที่ใช้ความรู้ในศาสตร์การพยาบาลและศาสตร์ที่เกี่ยวข้องในการทำความเข้าใจกับความต้องการของบุคคลที่เป็นผู้ใช้บริการจากพยาบาล เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการ ตามขอบเขตของกฎหมายและจริยธรรมแห่งวิชาชีพเพื่อเกิดผลลัพธ์ คือ การเปลี่ยนแปลงของบุคคลสู่การมีสภาพชีวิตที่ปกติสุขหรือมีสุขภาพะ

2.6. บทบาทการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูงในการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

Evan (1992) กล่าวว่า การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช เป็นการพยาบาลสาขาหนึ่ง ซึ่งเน้นการพยาบาลด้านจิตใจทั้งด้านการดูแล รักษา ฟื้นฟู ป้องกันและส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้รับบริการรายบุคคล ครอบครัวและชุมชนทั้งในภาวะสุขภาพดี เบี่ยงเบนและเจ็บป่วย โดยพยาบาลจะต้องมีความรู้ความเข้าใจในศาสตร์ทางการพยาบาลด้านจิตใจ และที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของมนุษย์ ตลอดจนแนวทางการบำบัดรักษาที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ความคิด อารมณ์ และความรู้สึกและสามารถประยุกต์ความรู้ดังกล่าวในการปฏิบัติพยาบาลได้อย่างเหมาะสมกับผู้รับบริการ

Travelbee (1973) อธิบายว่า การพยาบาลจิตเวชเป็นกระบวนการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล โดยเน้นการส่งเสริมสุขภาพจิต ป้องกันหรือดูแลผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตและหาสาเหตุของพฤติกรรมผิดปกติในผู้ป่วยทั้งรายบุคคล ครอบครัวและชุมชน

บุญวดี เพชรรัตน์(2539) กล่าวว่า การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเป็นการพยาบาลสาขาหนึ่งที่เน้นการพยาบาลด้านจิตสังคม โดยใช้แนวคิดและทฤษฎีทางจิตวิทยา ตลอดจนศาสตร์อื่นๆที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมมนุษย์ เป็นกรอบแนวทางในการปฏิบัติพยาบาลเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิต ป้องกันการเกิดอาการทางจิต ช่วยฟื้นฟูบุคลิกภาพแก่ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตใจ อารมณ์ และการปรับตัว ทั้งในภาวะสุขภาพปกติ เบี่ยงเบนและเจ็บป่วยทางจิต

แนวคิดการปฏิบัติพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชยึดหลักการปฏิบัติ เพื่อตอบสนองความต้องการของบุคคล ซึ่งลักษณะสำคัญของการปฏิบัติพยาบาล คือ

1. พยาบาลต้องมีความยึดมั่นผูกพัน (Commitment) ต่อการปฏิบัติพยาบาล เป็นเบื้องต้น การพยาบาลมีความเมตตา กรุณา ยึดมั่นประโยชน์ที่ผู้ใช้บริการจะได้รับเป็นสำคัญ (Compassion) ให้ความสำคัญกับความต้องการและการตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการ อย่างเป็นธรรมชาติ เต็มกำลัง เต็มความสามารถตลอดเวลา ดูแลช่วยเหลือจนเกิดผลลัพธ์ โดยผู้ใช้บริการ มีความพึงพอใจ มีความสุข สามารถดำรงชีวิตได้อย่างเป็นสุข (Conscience)
2. พยาบาลต้องศึกษาหาความรู้จนเข้าใจธรรมชาติของผู้ใช้บริการ ธรรมชาติของการเจ็บป่วย การดำรงชีวิตของผู้ป่วยหรือผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพภายใต้สภาพแวดล้อมที่เป็น

สภาพการณ์จริง ทำความเข้าใจกับประสบการณ์ความเจ็บป่วย ตามมุมมองของผู้ป่วย ตลอดจนการพัฒนาความรู้และความชำนาญในการดูแลช่วยเหลือ สามารถแก้ปัญหาสุขภาพ บรรเทาความทุกข์ของผู้ป่วย สร้างความสุขสบายและสามารถพัฒนาคุณภาพชีวิตให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตที่เป็นสุขภายในครอบครัวที่อบอุ่น

3. พยาบาลใช้วิธีการปฏิบัติการพยาบาลอย่างเป็นขั้นตอน ซึ่งเป็นระบบการพยาบาลที่ยึดผลลัพธ์ทางการพยาบาลเป็นเป้าหมาย ด้วยการปฏิบัติเป็นขั้นตอน ดังนี้

3.1. วินิจฉัยปัญหาหรือความต้องการการพยาบาลของผู้ใช้บริการ โดยการคิดไตร่ตรอง วิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูลสุขภาพของผู้ใช้บริการ และองค์ความรู้ทางการพยาบาลอย่างรอบคอบ

3.2. กำหนดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่พึงประสงค์ ทั้งผลลัพธ์ระยะสั้นและระยะยาว รวมทั้งเกณฑ์การประเมินผลลัพธ์สำหรับผลลัพธ์นั้นๆ

3.3. กำหนดวิธีปฏิบัติการพยาบาลอย่างเป็นระบบ ทั้งที่เป็นการปฏิบัติการพยาบาลที่กระทำโดยตรงต่อผู้ใช้บริการและครอบครัว รวมทั้งการบริหารจัดการระบบบริการพยาบาลที่มุ่งสู่ผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ตั้งไว้

3.4. ปฏิบัติกิจกรรมตามที่กำหนดไว้ รวมทั้งรวบรวมผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ทั้งที่เป็นผลลัพธ์ที่เกิดจากการปฏิบัติการพยาบาลโดยตรงและผลลัพธ์อื่นๆที่ตามมา

3.5. ประเมินความสำเร็จของการปฏิบัติการพยาบาลจากความสอดคล้องของผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจริง กับผลลัพธ์ที่คาดหวัง และพิจารณาคุณค่าของผลลัพธ์อื่นๆที่เกิดขึ้น ต่อการดำรงชีวิตของผู้ใช้บริการร่วมด้วย

3.6. จัดระบบการพยาบาลใหม่อย่างต่อเนื่องเพื่อมุ่งสู่ผลลัพธ์ระยะยาว คือ การมีสุขภาพดี หรือการมีชีวิตที่ปกติสุข

สิ่งสำคัญของการพยาบาล คือ การทำงานตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลแบบมีผู้ใช้บริการเป็นศูนย์กลาง ดังนั้นการปฏิบัติงานของพยาบาลจิตเวช จึงครอบคลุมบทบาทที่หลากหลายขึ้นอยู่กับสิ่งแวดล้อมและภาวะสุขภาพของผู้ใช้บริการ ครอบคลุม บทบาทของพยาบาลจิตเวช 6 บทบาท คือ

1. บทบาทผู้เฝ้าดู โดยการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยทั้งอันตรายที่เกิดจากปัจจัยภายในผู้ป่วยเองและปัจจัยภายนอก พยาบาลจะต้องยอมรับผู้ป่วยอย่างมีเงื่อนไข และมุ่งสนับสนุนและพัฒนาการส่วนบุคคลในทุกด้าน

2. บทบาทผู้ประสานงาน พยาบาลจะต้องวางแผน ดำเนินการและประสานการจัดกิจกรรมในหอผู้ป่วย ทั้งกิจกรรมที่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาล กิจกรรมทางสังคม กิจกรรมสันทนาการและกิจกรรมอื่นๆที่มุ่งพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ใช้บริการ พยาบาลเป็นผู้ใกล้ชิดผู้ป่วย

มากที่สุด จึงรับหน้าที่ประเมินความก้าวหน้าของผู้ป่วย ซึ่งเป็นผลมาจากกระบวนการรักษาพยาบาล และบันทึกผลการประเมินนี้สำหรับบุคลากรในทีมสุขภาพ

3. บทบาทผู้แทนสังคม พยาบาลเป็นผู้ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยพัฒนาพฤติกรรมทางสังคมที่เหมาะสม โดยการจัด โอกาสให้ผู้ป่วยได้ฝึกทดลองพฤติกรรมทางสังคมใหม่ในการดำรงชีวิตประจำวันร่วมกับบุคคลอื่นเป็นกลุ่มเล็กและให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับการแสดงพฤติกรรมของผู้ป่วย และการตอบสนองของผู้ป่วยต่อบุคคลรอบตัว ทั้งนี้เพื่อเตรียมให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสม ทนทานหรือปรับตัวได้ในสิ่งแวดล้อมที่เป็นอยู่ในโรงพยาบาล และในสังคมที่บ้าน หรือในชุมชน

4. บทบาทผู้ให้คำปรึกษา พยาบาลจะช่วยเหลือผู้ใช้บริการให้สำรวจปัญหา แบบแผนการแก้ปัญหาเดิมของตน และพัฒนาหรือแสวงหาวิธีการแก้ปัญหาวิธีใหม่ ปรับวิธีการคิด ปรับความรู้สึกละตัวเองใหม่ รวมทั้งรับผิชอบในการกระทำของตนเอง เพื่อลดความทุกข์ทรมานของตนเองและสามารถแสวงหาความช่วยเหลือจากผู้ใกล้ชิด และทีมสุขภาพได้ช่วยให้ผู้ใช้บริการมีกำลังใจต่อสู้และปรับตัวในสภาพการณ์ที่เป็นอยู่ได้ดีขึ้น

5. บทบาทผู้ให้ความรู้/ผู้สอน พยาบาลจะทำหน้าที่เป็นครู หรือผู้สอนให้ความรู้ สนับสนุนให้ข้อมูลย้อนกลับให้กำลังใจ เพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลตนเองทั้งด้านร่างกายจิตใจและสังคมอย่างถาวร

6. บทบาทผู้ชำนาญการทางเทคนิค พยาบาล จะช่วยเหลือผู้ป่วยโดยการกระทำกิจกรรมแทนผู้ป่วยในส่วนผู้ป่วยกระทำเองไม่ได้ การดูแลผู้ป่วยในด้านที่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาล และการช่วยเหลือผู้ป่วยให้พ้นจากความทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ พยาบาลจะต้องใช้ความรู้ ความสามารถทางเทคนิคการรักษาพยาบาล การสนับสนุน การประคับประคองช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อมีปัญหาเฉพาะอย่าง

จากคำจำกัดความและแนวคิดดังกล่าวนำมาปรับใช้กับการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท กล่าวได้ว่า การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท คือ การปฏิบัติการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในด้านการส่งเสริม ป้องกัน บำบัดรักษาและฟื้นฟูสุขภาพจิต ใช้กระบวนการปฏิสัมพันธ์อย่างมีระบบและขั้นตอน ทั้งแบบตัวต่อตัวหรือเป็นกลุ่ม อย่างมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในภาวะสุขภาพของผู้ป่วยสู่การมีสุขภาพดี ซึ่งการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชครอบคลุมกับสมรรถนะและบทบาทของพยาบาล ผู้ปฏิบัติงานในขั้นสูง (Advanced Practice Nurses Competencies and Roles) ประกอบด้วย (Hickey, J.V. et al., 1999)

1. การเป็นผู้ชำนาญการด้านการปฏิบัติการพยาบาล (expert clinical practice)
2. การมีทักษะการสอนอบรมและแนะนำความรู้แก่ผู้ป่วย ครอบครัว (education)
3. การเป็นที่ปรึกษา (consultation)

4. การประสานงาน ทั้งในสาขาวิชาชีพเดียวกัน ต่างสาขาวิชาชีพ (collaboration)
5. บทบาท change agent
6. การเป็นผู้นำและผู้เชี่ยวชาญทางคลินิก(clinical and professional leadership)
7. การใช้ผลงานการวิจัย(researcher)เพื่อพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาล
8. บทบาทในการตัดสินใจทางจริยธรรม(ethical)
9. การประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล(evaluation of outcomes)
10. การประกันคุณภาพ (quality assurance) ทางการพยาบาล

การดำเนินโครงการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ปฏิบัติการพยาบาลที่ใช้สมรรถนะและ กิจกรรมที่สะท้อนบทบาทของการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ด้านสุขภาพจิตและจิตเวชในการ พยาบาลผู้ป่วยจิตเภท ดังนี้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาลโดยตรงโดยการประเมิน วินิจฉัย วิเคราะห์ปัญหา ทางการพยาบาลที่ซับซ้อนและให้การพยาบาล การศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ประเมินสถานการณ์ ปัญหาเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภทที่รับการรักษาเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาล นำข้อมูลด้านระบาดวิทยา สถิติของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ ให้การวินิจฉัยทางการ พยาบาลและวิเคราะห์ปัญหาที่ซับซ้อนที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมและการเผชิญปัญหาที่ไม่เหมาะสม เพื่อ วางแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความคิด ความเชื่อ การรับรู้และการปรับพฤติกรรมและการเผชิญ ปัญหาซึ่งมีความแตกต่างในแต่ละบุคคล ดำเนินการ โดยการใช้กลุ่มบำบัด โดยมีกรอบแนวคิด ทฤษฎีงานวิจัยต่างๆ เป็นแนวทางในการปฏิบัติซึ่งประกอบด้วยการสร้างสัมพันธภาพ การประเมิน ตนเอง การฝึกใช้เทคนิคการปรับเปลี่ยนความคิด ฝึกทักษะการปรับเปลี่ยนความคิด หลักการ แก้ไขปัญหา เรียนรู้วิธีคิดแบบใหม่ การใช้เทคนิคในการเผชิญปัญหา และการประเมินผล

2. ด้านการให้ความรู้ การสอน การชี้แนะแก่ผู้ป่วย ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ความคิดในการเผชิญปัญหา ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท กระบวนการคิดในการเผชิญปัญหาของ ผู้ป่วยจิตเภท การบำบัดแนวทางการบำบัดทางความคิด การฝึกใช้เทคนิคการปรับเปลี่ยนความคิด หลักการแก้ไขปัญหา เรียนรู้วิธีการคิดแบบใหม่ ฝึกใช้เทคนิคการเผชิญปัญหา ซึ่งในการสอนและ ฝึกทักษะต้องใช้เทคนิคหลากหลายเช่นการสาธิต การทดลองปฏิบัติในสถานการณ์สมมุติ ในแต่ละ ขั้นตอนต้องมีการประเมินความก้าวหน้าของผู้ป่วย

3. ด้านการให้คำปรึกษาเป็นที่ปรึกษาแก่ผู้ป่วย และพยาบาลประจำหอผู้ป่วย เกี่ยวกับการพัฒนาความสามารถในตนเองด้านการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท โดยการบำบัด ทางความคิด ทั้งให้ในระหว่างการดำเนินการและเมื่อผู้ป่วยมีปัญหาที่ต้องการความช่วยเหลือหลังจาก ดำเนินการศึกษาในระหว่างที่ผู้ป่วยยังอยู่รับการรักษาในโรงพยาบาล

4. ด้านการประสานงาน ประสานงานกับสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา คือผู้อำนวยการ หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล คณะกรรมการจริยธรรม หัวหน้าหอผู้ป่วยและ พยาบาลจิตเวชในหอผู้ป่วยใน โดยชี้แจงความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์ และวิธีการดำเนินงาน เพื่อประสานขอความร่วมมือ อำนวยความสะดวกในการดำเนินการศึกษา

5. ด้านการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง เป็นผู้นำแห่งการเปลี่ยนแปลงระบบการ ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ด้านการใช้กลุ่มบำบัดทางความคิดเพื่อพัฒนาความสามารถในการเผชิญปัญหา ของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งถือเป็นบทบาทหน้าที่หลักของพยาบาลจิตเวช ที่ผ่านมามูลนิธิมีสุขภาพจิต รับรู้ถึงปัญหาพฤติกรรม การดูแลตนเองด้านการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่เหมาะสม ส่วน ใหญ่จะใช้วิธีสอบถาม ตาหนีผู้ป่วย หรือให้ความรู้ในลักษณะทางเดียว สอน ชี้แนะโดยไม่มี การสืบค้นสาเหตุ ไม่เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดถึงปัญหา ภายหลังการดำเนินการศึกษา มีการพัฒนา คุณภาพบริการ เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านระบบบริการ มีความตระหนักในบทบาทเรื่องการ เสริมสร้างพัฒนาความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทเพื่อป้องกันอาการทางจิตกำเริบ และการกลับเป็นซ้ำ

6. ด้านการนำผลงานวิจัยมาใช้ จากการศึกษาปรากฏการณ์ในโรงพยาบาลจิตเวช และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องช่วยสนับสนุนปัญหาพฤติกรรม การเผชิญปัญหาในชีวิตประจำวันของผู้ป่วย จิตเภท เป็นปัญหาเร่งด่วนที่ต้องรีบหาแนวทางการแก้ไข พัฒนาพฤติกรรม การดูแลตนเองด้าน การเผชิญปัญหาที่เหมาะสม เพื่อป้องกันอาการทางจิตกำเริบและการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ทบทวนงานวิจัยที่วิเคราะห์ปัจจัยทำนาย หรือปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรม การเผชิญปัญหาใน ผู้ป่วยจิตเภท ร่วมกับประสบการณ์ตรงจากผู้ป่วยค้นหาวิธีการที่เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบท ของโรงพยาบาลจิตเวชจากงานวิจัยที่เป็นการศึกษาเชิงทดลองเกี่ยวกับผลของการบำบัดในรูปแบบ ต่างๆในการพัฒนาความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยจิตเภททั้งในและต่างประเทศ มาเป็น แนวทางในการคัดเลือก ร่วมกับการศึกษาทฤษฎีต่างๆมาประยุกต์ใช้ในการกำหนดกรอบแนวคิด และโปรแกรมการบำบัด

3. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับกลุ่มบำบัดและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความคิด

3.1. แนวคิดกลุ่มบำบัด

3.1.1. ความหมาย

กลุ่มบำบัด (Group Therapy) เป็นรูปแบบการบำบัดผู้ป่วยทางจิตรูปแบบหนึ่ง นอกเหนือจากการรักษาด้วยยาและการรักษาด้วยวิธีอื่นๆ มีผู้ให้ความหมายต่างๆไว้ดังนี้

Sadock (1985) กล่าวว่า Group Therapy หมายถึงการที่สมาชิกกลุ่มได้เรียนรู้ตัวเอง ได้พัฒนาความสัมพันธ์กับผู้อื่นและเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในทางทำลาย รวมถึงการแก้ไขบุคลิกภาพของตนเอง

Gardner and Laselle (1987) กล่าวว่า Group Therapy หมายถึง การรักษาความกดดันและความเครียดทางอารมณ์ ผ่านทางกรรมวิธีและขั้นตอนต่างๆของกลุ่ม เช่น กลุ่มจะต้องมีการวางแผน กำหนดเป้าหมาย มีแบบแผน และสิ่งเหล่านี้จะตั้งอยู่บนพื้นฐานของทฤษฎี

Nudelman (1986) Group Therapy หมายถึง ระบบที่มีลักษณะเฉพาะอย่าง และประกอบด้วยคนอย่างน้อย 3 คน ซึ่งมีเป้าหมายร่วมกัน การรักษาแบบกลุ่มนี้จะช่วยให้สมาชิกในกลุ่มรู้จักเป้าหมาย และมีความพยายามในการทำให้บรรลุเป้าหมายนั้นได้

สรุปกลุ่มบำบัด (Group Therapy) หมายถึง วิธีการบำบัดทางจิตใจ แก่ผู้ที่มีปัญหาด้านจิตใจ อารมณ์ เพื่อมุ่งเน้นเรื่องการเรียนรู้ การเปลี่ยนแปลงความคิด ความรู้สึกและปรับพฤติกรรมในทางที่เหมาะสม การบำบัดแบบกลุ่มเป็นแนวคิดพื้นฐานที่พัฒนามาจากวิธีการจิตบำบัดกลุ่ม ที่เน้นการบำบัดพยาธิสภาพทางจิต เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยให้มีความเข้าใจในตนเอง บรรเทาความรู้สึกอึดอัด ความคับข้องใจ และความวิตกกังวล พร้อมทั้งมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและบุคลิกภาพในทางที่เหมาะสม ด้วยวิธีการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายออก แสดงความรู้สึกต่างๆ ภายในกลุ่ม โดยมีผู้นำกลุ่มเป็นผู้บำบัด และมีสมาชิกกลุ่มช่วยเหลือเป็นกำลังใจ

3.1.2. วัตถุประสงค์

Marram , (1978) ได้กล่าวถึงวัตถุประสงค์ของกลุ่มบำบัดไว้ดังนี้ คือ

1. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้รับความรู้เพิ่มขึ้น เกี่ยวกับพฤติกรรมและสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น โดยการได้รับข้อมูลย้อนกลับ
2. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้รับกำลังใจและการสนับสนุนซึ่งกันและกันในกลุ่ม จากการมี ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในกลุ่ม
3. เพื่อลดความวิตกกังวล ความโดดเดี่ยวอ้างว้าง และการแยกตัวจากสังคม เนื่องจากปัญหาความเจ็บป่วย และความรู้สึกว่าไม่มีอำนาจ และหมกหมองในชีวิตของสมาชิกกลุ่ม
4. เพื่อให้สมาชิกกลุ่ม มีการยอมรับในปัญหาวิกฤติการณ์ของชีวิต และความเจ็บป่วยพร้อมทั้งสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไป
5. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มสามารถแก้ไขประสบการณ์ทางอารมณ์ได้ถูกต้อง และมีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนบุคลิกภาพได้ถูกต้อง
6. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มสามารถแก้ไขบางสิ่งบางอย่าง ที่ไม่ได้เกี่ยวกับตน

เอง และกำจัดความรู้สึกที่มีต่อตนเองในทางที่ไม่ดี

7. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มมีการปรับตัวปรับใจที่เหมาะสม และมีสภาพจิตใจที่เข้มแข็ง

3.1.3. กระบวนการกลุ่มบำบัด

ขนาดของกลุ่ม ในการทำกลุ่มบำบัดจำนวนสมาชิกที่เข้ากลุ่มมีความสำคัญ สมาชิกไม่ควรจะมากหรือน้อยจนเกินไป ซึ่งจำนวนสมาชิกที่เหมาะสมในการทำคือ 8-10 คน (Pasquali, Arnold, & Debasio, 1989) ข้อดีคือ จะเป็นการเปิดโอกาสให้สมาชิกมีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิด

ระยะเวลาและความถี่ของการเข้ากลุ่มโดยทั่วไปแล้วระยะเวลาของกลุ่มบำบัดแต่ละครั้งควรใช้เวลา 1 ชั่วโมง ถึง 1 ชั่วโมง 30 นาที (Whitaker, 1985) ในการทำกลุ่มนั้นไม่ควรใช้เวลาเกิน 1 ชั่วโมง 30 นาที ส่วนความถี่ของการเข้ากลุ่มสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ในระยะเวลา 3 สัปดาห์ เนื่องจากผู้ป่วยเฉลี่ยแล้วอยู่โรงพยาบาล ประมาณ 3 – 6 สัปดาห์ (ไพรัตน์ พฤษชาติคุณากร, 2534) จำนวนครั้งที่ใช้ในการฝึกควรเป็น 6-8 ครั้ง จะทำให้ได้ผลดีที่สุด (Kanfer & Goldstein, 1975)

3.1.4. การจัดประสบการณ์การเรียนรู้ภายในกลุ่ม (Phase of Group Experience)

การจัดประสบการณ์การเรียนรู้ภายในกลุ่มจะต้องมี 3 ระยะดังนี้ (Marram, 1978)

ระยะที่ 1 ระยะสร้างสัมพันธภาพ สร้างความรู้สึกปลอดภัย (The Introductory Phase or Initiating Phase) เป็นระยะเริ่มต้นในการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้นำกลุ่มกับสมาชิกในกลุ่ม และสร้างสัมพันธภาพในระหว่างสมาชิกด้วยกัน ผู้นำกลุ่มจะต้องเป็นผู้สร้างบรรยากาศแห่งความเป็นมิตร สร้างความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยให้กับสมาชิกกลุ่ม ในตอนเริ่มต้นของกลุ่ม ผู้นำกลุ่มควรช่วยให้สมาชิกทุกคนเข้าใจจุดมุ่งหมายของการทำกลุ่ม กฎ และแนวทางในการปฏิบัติตนในฐานะสมาชิกกลุ่ม เพื่อสร้างความรู้สึกผ่อนคลายขึ้นในกลุ่ม ผู้นำกลุ่มจะต้องส่งเสริมให้สมาชิกได้แสดงความรู้สึก ได้แสดงความคิดเห็นของตนออกมา เพื่อก่อให้เกิดประสบการณ์การเรียนรู้แก่สมาชิกคนอื่นๆ ในกลุ่มว่า สมาชิกทุกคนจะต้องต่อสู้ปัญหา หรืออุปสรรคเหมือนกัน ซึ่งการรับรู้เช่นนี้เป็นการสร้างพื้นฐานร่วมกันให้เกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกัน

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ (Working Phase) ระยะนี้สมาชิกจะมีความรู้สึกไว้วางใจ และเชื่อมั่นในกลุ่ม ตลอดจนผู้นำกลุ่มมีความใกล้ชิดสนิทสนม และความเชื่อมั่นในกลุ่มจะทำให้สมาชิกในกลุ่มมีการระบายความรู้สึกนึกคิดแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และมีการเปิดเผยตนเองมากขึ้น สมาชิกจะมุ่งความสนใจอยู่ที่ปัญหาขอรับว่าตนมีปัญหา หาทางแก้ปัญหาละเลือก

วิธีแก้ไขปัญหานั้น โดยมีเพื่อนสมาชิกในกลุ่มคอยช่วยเหลือสนับสนุน การที่ได้มีโอกาสพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในกลุ่มนี้ จะทำให้เกิดความคิดใหม่ๆ มาใช้ในการปรับปรุงแก้ไขปัญหานั้น นอกจากนี้ ความเชื่อมั่นในกลุ่มจะทำให้สมาชิกสามารถรับข้อมูลย้อนกลับ และให้ข้อมูลย้อนกลับไปยังเพื่อนสมาชิกในกลุ่มได้ สมาชิกจะมีบทบาททั้งผู้ให้และผู้รับ สมาชิกจะรู้สึกว่าคุณค่า และมีศักดิ์ศรีมากขึ้นที่สามารถเข้าใจปัญหาของตนเอง สามารถเลือกวิธีแก้ไขปัญหานั้น ตลอดจนสามารถช่วยเหลือสมาชิกผู้อื่นให้เข้าใจ และแก้ไขปัญหานั้นบางอย่าง ระเบียบนี้จึงเป็นระเบียบระดมพลังของสมาชิกทุกคนมาแก้ไขปัญหานั้น

ระยะที่ 3. ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม (Final Phase) เป็นระยะที่ผู้นำกลุ่มจะต้องสรุปประสบการณ์ทั้งหมดในการทำกลุ่ม ผู้นำกลุ่มจะต้องช่วยให้สมาชิกในกลุ่มประเมินความก้าวหน้า ความเปลี่ยนแปลงในทางอกงามของตนเองความสำเร็จของกลุ่ม นอกจากนี้ จะใช้ในการประเมินผลด้วยวาจาของสมาชิกในกลุ่มแล้ว ยังต้องประเมินจากพฤติกรรมของสมาชิกที่แสดงออกจากการประเมินของบุคคลนอกกลุ่ม และบางครั้งอาจมีเกณฑ์ที่ตั้งไว้เฉพาะเจาะจงในการจะสิ้นสุดการทำกลุ่ม เช่น สมาชิกกลุ่มได้รับประโยชน์เต็มที่จากการทำกลุ่มหรือไม่ สมาชิกมีความรู้สึกว่าคุณค่าของตนเองสามารถเผชิญปัญหา และจัดการชีวิตด้วยตนเองหรือไม่ ก่อนจะสิ้นสุดการทำกลุ่ม ผู้นำกลุ่มควรจะบอกสมาชิกกลุ่มให้ทราบล่วงหน้า

3.1.5. ปัจจัยการบำบัด (Curative Factors)

ปัจจัยการบำบัดเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นภายในกลุ่ม จากการมีปฏิสัมพันธ์ของสมาชิกกลุ่มและมีผลช่วยทำให้เกิดประโยชน์แก่กลุ่ม ทำให้กลุ่มเกิดการพัฒนาดีส่งผลให้สมาชิกกลุ่มเกิดการเรียนรู้และมีการเปลี่ยนแปลงความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมที่เหมาะสม โดยปัจจัยการบำบัดนั้นจะเกิดขึ้นและทำงานไปพร้อมๆ กันไม่สามารถแยกออกจากกันได้ ซึ่งยาโลม (Yalom, 1975) สรุปไว้ดังนี้ 1) การรู้ถึงคุณค่าของตนเอง 2) การผูกพันจิตใจต่อกัน 3) ความรู้สึกอันเป็นสากล 4) การเรียนรู้การสร้างสัมพันธภาพ 5) การให้ข้อมูล 6) การได้ระบายออก 7) การได้เรียนแบบพฤติกรรม 8) ความรู้สึกเหมือนเป็นครอบครัวเดียวกัน 9) การพัฒนาเทคนิคเพื่อการเข้าสังคม 10) ความรู้สึกมีความหวัง 11) การได้รู้ถึงความจริงของชีวิต

3.1.6. บทบาทหน้าที่ของผู้นำกลุ่ม

Marram (1978, อ้างในอรจิต อุดุลยานุภาพ, 2541) ได้กล่าวถึงบทบาทหน้าที่ของผู้นำกลุ่มไว้ 4 ประการ คือ

1. ให้ความสะดวกเอื้ออำนวยก่อนประโยชน์ให้แก่ ผู้ป่วยที่เป็นสมาชิกกลุ่ม เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกมั่นคงปลอดภัย มีความเป็นเจ้าของกลุ่มและมีสัมพันธภาพเป็นมิตรที่ดีต่อกัน

ให้สมาชิกกลุ่มได้ตระหนักในความสามารถของแต่ละบุคคล และเปิดโอกาสให้สมาชิกได้พัฒนาตนเอง

2. เสริมสร้างบรรยากาศที่อบอุ่นและมีชีวิตแก่กลุ่มเพื่อให้ผู้ปวยรู้สึกถึงความ เป็นประชาธิปไตย สมาชิกทุกคนมีอิสระในการพูด การเสนอความคิดเห็น และการแสดงออก ในกลุ่มได้อย่างเสรี พร้อมทั้งพยายามลดความตึงเครียดและความวิตกกังวลภายในกลุ่ม

3. นำไปสู่ความงอกงามตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ ผู้นำกลุ่มต้องควบคุมกลุ่ม ให้ดำเนินไปตามเป้าหมายของกลุ่มที่ตั้งไว้ มีการเฝ้าตาม คอยติดตาม สังเกตพฤติกรรมความ เปลี่ยนแปลงของสมาชิกได้ประโยชน์จากกลุ่มตามเป้าหมายที่ตั้งไว้

4. สร้างความงอกงามให้สมาชิกกลุ่มแต่ละคน ผู้นำกลุ่มต้องกระตุ้นและ สังเกตการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของสมาชิกแต่ละคนว่าเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีอย่างไร ในการ ร่วมกลุ่มแต่ละครั้ง พร้อมทั้งคอยส่งเสริมสนับสนุน ปรึกษาประคองและแก้ไขพฤติกรรมของ สมาชิกกลุ่มให้ดีขึ้น เพื่อให้กลุ่มได้มีการเคลื่อนไหวพัฒนาการไปสู่เป้าหมายที่วางไว้

ในการปฏิบัติบทบาทหน้าที่ของผู้นำกลุ่มนั้น จะมุ่งเน้นที่กิจกรรมหรือการปฏิบัติการ เพื่อช่วยเหลือสมาชิกกลุ่มไว้ดังนี้

1. กำหนดขอบเขตและแปลความหมายวัตถุประสงค์ของกลุ่ม เพื่อให้ สมาชิกกลุ่มมีความเข้าใจตรงกันและสามารถบรรลุวัตถุประสงค์ได้

2. การกำหนดโครงสร้างทางกายภาพของกลุ่ม จำนวนสมาชิก ระยะเวลา และสถานที่ในการดำเนินกลุ่มเพื่อความสะดวกสบายแก่กลุ่ม

3. การกระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มมีการปะทะสังสรรค์ มีการแลกเปลี่ยน ความคิดเห็น มีการเรียนรู้ซึ่งกันและกัน เกิดความรัก ความเป็นเจ้าของกลุ่มร่วมกัน มีความมั่นคง ปลอดภัยในกลุ่ม

4. การกระตุ้นให้สมาชิกได้แลกเปลี่ยนปัญหาที่คล้ายกันในกลุ่ม เพื่อได้ แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันและเรียนรู้ซึ่งกันและกัน พร้อมทั้งมีผลให้เกิดความผูกพันยึดแน่นใน กลุ่มต่อกัน

5. ความสามารถเลือกใช้กลยุทธ์ที่เหมาะสมแก่สมาชิกแต่ละคน เพื่อให้ สมาชิกมีการพัฒนาที่ดีขึ้นในกลุ่ม

3.1.7. การประเมินผลกลุ่มบำบัด

การประเมินผลกลุ่มบำบัดระยะสั้น ควรมีรูปแบบที่แน่นอนและประเมินผลกลุ่มได้ทุกด้าน เพื่อความครอบคลุม สะดวกและรวดเร็ว รูปแบบการวิเคราะห์กลุ่ม (Farrell, 1989) มีดังนี้ การปฏิสัมพันธ์ของสมาชิกกลุ่ม การสื่อสารภาษาท่าทาง การช่วยเหลือและการแก้ไขปัญหาของผู้นำกลุ่ม โครงสร้างของกลุ่ม บรรยากาศกลุ่ม ประเด็นการสนทนา

ดังนั้นกลุ่มบำบัด(Group Therapy) จึงเป็นวิธีหนึ่งที่สำคัญในการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาล นอกเหนือจากการรักษาด้วยยาและการรักษาด้วยวิธีอื่นๆ เพราะการใช้กลุ่มต่างๆ เป็นสื่อให้ผู้ป่วยกระทำกิจกรรมร่วมกัน จะช่วยให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ในการเข้าใจตนเองและผู้อื่น รู้จักสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น และช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิต สังคมของผู้ป่วย อีกทั้งยังช่วยให้ผู้ป่วยมีโอกาสปรับปรุงพฤติกรรมให้ดีขึ้น โดยมีพยาบาลจิตเวชที่มีความรู้ มีทักษะและเข้าใจบทบาทหน้าที่ของตนเองเป็นอย่างดีในการเป็นผู้นำกลุ่ม โดยการใช้กระบวนการกลุ่มบำบัดทฤษฎีพื้นฐานในการทำกลุ่มมาประยุกต์ใช้กับกลุ่มบำบัดในผู้ป่วยจิตเวช เพื่อจะดำเนินกลุ่มบำบัดนั้นให้บรรลุวัตถุประสงค์และนำไปสู่เป้าหมายที่ผู้ป่วยจะได้รับคือ สามารถดำรงชีวิตและดำเนินกิจกรรมประจำวันได้อย่างปกติสุขในสังคม (อรจิต อุดลขานุภาพ, 2541)

3.2. แนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิด

แนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมนั้น แยกมาจากการปรับพฤติกรรมที่มีพื้นฐานมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ โดยสิ่งที่ต่างกันอยู่ที่การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม จะเน้นที่การเปลี่ยนแปลงทางความคิด เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ในขณะที่การปรับพฤติกรรมนั้น จะเน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยตรง

การรักษาแบบ CBT เป็นการบำบัดรักษาที่มีประโยชน์และมีประสิทธิภาพในการรักษาโรคทางจิตเวชหลายโรค ซึ่งแนวทางการรักษานี้ยังเป็นเรื่องใหม่ที่ยังมีการพัฒนาและประยุกต์กันอยู่อย่างต่อเนื่อง ทำให้มีเทคนิคและวิธีการที่หลากหลายแตกต่างกันไปมาก แต่ทุกรูปแบบมีหลักการที่เหมือนกันอยู่ 3 ประการ (Dobson & Beck) อ้างถึงใน จันทิมา องค์กรโฆสิต, 2545) คือ 1) การนึกคิดมีผลต่อพฤติกรรม 2) การนึกคิดเป็นสิ่งที่สามารถควบคุมตรวจสอบและดัดแปลงได้ 3) การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมให้เหมาะสมเกิดขึ้นได้ โดยการเปลี่ยนความคิด การรักษาต้องการแก้ไขความผิดปกติของการนึกคิด อารมณ์และพฤติกรรมโดยอาศัยหลักการว่า การนึกคิดที่เหมาะสม(maladaptive) ความคิดที่บิดเบือนไปจากสถานการณ์ที่เป็นจริงของผู้ป่วยเป็นสำคัญ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวล ผู้ป่วยที่มีอารมณ์ซึมเศร้า มักมีความคิดในทางลบต่อตนเอง รวมถึงผู้ป่วยจิตเภทซึ่งมีความคิดที่บิดเบือนไปจากโลกของความเป็นจริง ดังนั้นหลักการรักษาจึงเน้นวิเคราะห์อยู่ 2 ประการ

ประการแรก คือ วิธีการคิดและความคิดที่ผิดและบิดเบือนของผู้ป่วย ไม่ว่าจะ เป็นรูปแบบของการนึกคิดไปในทางลบ (Pattern of negative thoughts) หรือรูปแบบของความคิด ที่เกิดขึ้นอย่างทันที เมื่อเกิดเหตุการณ์ขึ้นก่อนที่บุคคลนั้นจะเกิดความรู้สึกอันเป็นปฏิกิริยาต่อ สถานการณ์นั้น

ประการที่สอง คือ การวิเคราะห์แบบแผนการแปลข้อมูล (Scheme-basic rules for interpreting information from the environment) ของความคิดที่บิดเบือน วิธีการคิดที่ไม่ เหมาะสมเหล่านี้ กระตุ้นให้เกิดอารมณ์ด้านลบ และไม่สบายใจ อันเป็นต้นเหตุของพฤติกรรมที่เป็น ปัญหา เช่น ความท้อแท้ สิ้นหวัง การหลบปัญหา การถอนหนีและทำให้สถานการณ์เลวร้ายมากขึ้น การคิดที่บิดเบือนเหล่านี้เป็นการคิดที่ขาดเหตุผลหรือตรรกะ เช่น ลักษณะการคิดแบบคิดแบบขาว กับดำหรือบวกกับลบไปหมด การแปลสถานการณ์ภายนอกว่าแสดงให้เห็นคนไม่ดี และการคิด แบบไม่แยกแยะเรื่องราว มองทุกอย่างเหมือนกันไปหมด เป็นต้น การรักษาจะช่วยสอนให้ผู้ป่วย รู้จักจำแนกการนึกคิดที่ผิดพลาด ขอมรับและแก้ไขให้เป็นการนึกคิดที่สมเหตุสมผล

Aaron T. Beck (1972) เป็นจิตแพทย์ผู้ริเริ่มนำการรักษาแบบการนึกคิดบำบัด และพฤติกรรมบำบัดมาใช้ร่วมกันจนเป็นที่นิยมนำมาใช้อย่างยิ่งในปัจจุบัน การรักษาแบบนี้มีเป้าหมายที่ สำคัญอยู่สองระดับ คือ ระดับแรกช่วยลดความวิตกกังวล หรืออาการของผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยเกิด ทักษะในการจำแนก ประเมิน และเปลี่ยนแปลงกระบวนการนึกคิดที่ไม่เหมาะสม และในขั้นที่สอง ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจในสาระสำคัญของความคิดอ่านของตนเองที่เป็นจุดอ่อน เพื่อตัดแปลง แก้ไขให้เป็นการคิดอ่าน ความเชื่อ หรือทัศนคติที่เหมาะสม

3.2.1. ความหมายของการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด

Aron T. Beck (1972) ให้ความหมายว่า การบำบัดทางพฤติกรรมความคิดเป็น การบำบัดรูปแบบหนึ่งที่มีความสำคัญคือเป็นการบำบัดในเชิงรุกและมีทิศทาง(active and directive) มีระยะเวลาในการบำบัดที่มีขอบเขต และมีโครงสร้างการบำบัดที่ชัดเจน(structured) สามารถใช้ บำบัดรักษาโรคทางจิตเวชได้โดยการบำบัดมีพื้นฐานแนวคิดที่ว่าอารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรม ของคนเรา ส่วนใหญ่แล้วขึ้นกับแนวทางการมองโลกของบุคคลนั้นๆ

Sturat & Laraia(1998) ให้ความหมายว่า การบำบัดทางพฤติกรรมความคิดเป็น การบำบัดที่มุ่งเน้นการแก้ปัญหาในปัจจุบัน (here and now) มีเป้าหมายในการบำบัดที่ชัดเจน ผู้รับ การบำบัดจะต้องมีบทบาทในการวางเป้าหมายของการรักษาไปกับผู้บำบัดด้วย

สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต(2543) กล่าวว่า การบำบัดทางพฤติกรรมความคิดเป็น การนำกระบวนการของความคิดมาประยุกต์ใช้ โดยช่วยให้ผู้รับการบำบัดได้ปรับเปลี่ยนมุมมองต่อ

เหตุการณ์หรือสถานการณ์จากเดิมที่เคยบิดเบือน กลายเป็นมุมมองต่อเหตุการณ์หรือสถานการณ์ต่างๆที่ตรงกับความเป็นจริงมากยิ่งขึ้น

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (2549) ให้ความหมายของการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด ว่าเป็นการใช้กระบวนการและเทคนิคของการเรียนรู้มาใช้ในการปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อของบุคคลที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม ซึ่งส่งผลให้บุคคลเกิดปัญหาในการปรับตัว และมีปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวช โดยช่วยให้บุคคลปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อของตนให้เกิดความคิดที่ถูกต้องเหมาะสม และสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ต่างๆได้ดีขึ้นนั่นเอง

สรุป การบำบัดทางพฤติกรรมความคิด เป็นกระบวนการบำบัดที่เน้นให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้การปรับเปลี่ยนความคิดที่บิดเบือนของตนเองเป็นความคิดที่ถูกต้อง เหมาะสม มีเหตุผล อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดอารมณ์ ความรู้สึกที่เหมาะสม สามารถเกิดพฤติกรรมที่เหมาะสม ปรับตัวอยู่ในสังคมและปรับตัวต่อสภาพปัญหาได้อย่างเหมาะสมตามสภาพความเป็นจริง

3.2.2. หลักการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2549) คือ

1. การบำบัดมุ่งเน้นผู้รับการบำบัดเป็นศูนย์กลาง (Totally patient centered) โดย ผู้บำบัดจะมองผู้รับการบำบัดว่าเป็นบุคคลหนึ่งซึ่งประสบหรือเผชิญกับปัญหามากกว่าที่จะมองว่าเป็นผู้เจ็บป่วยทางจิต ซึ่งมีสาเหตุหรือแรงผลักดันในจิตใต้สำนึก นักบำบัดทางพฤติกรรมความคิด มองว่าพฤติกรรมที่เป็นปัญหาเกิดมาจากการเรียนรู้ที่ไม่ถูกต้อง วิธีการแก้ไขจึงมุ่งที่การตรวจสอบพฤติกรรมและแก้ไขปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นปัญหานั้น โดยไม่สนใจค้นหาที่มา หรือสาเหตุของปัญหาจากแรงผลักดันในระดับจิตไร้สำนึก

2. การปฏิบัติการมุ่งเน้นความร่วมมือของผู้รับการบำบัดอย่างเต็มที่ (High degree of mutuality) การบำบัดจะมุ่งเน้นความร่วมมือของผู้รับการบำบัด โดยการบำบัดจะมีลักษณะของการร่วมกันค้นหาปัญหา ระบุปัญหา กำหนดเป้าหมาย และกลยุทธ์ในการบำบัด รวมถึงการประเมินความก้าวหน้าที่เกิดขึ้น โดยต้องอาศัยการมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่จากผู้รับการบำบัด โดยผู้บำบัดทำหน้าที่เป็นเพียงผู้ช่วยให้การบำบัดเป็นไปอย่างราบรื่น

3. ตัวผู้บำบัดต้องแสดงถึงความจริงใจ (genuineness) ความอบอุ่น (warmth) ความเข้าใจความเห็นอกเห็นใจ (empathy) และใช้สัมพันธภาพในการบำบัด (therapeutic relationship) อย่างเหมาะสม

3.3.3. ขั้นตอนการบำบัดโดยใช้แนวคิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความคิด

ขั้นตอนของการบำบัดรักษาเริ่มต้นจาก Beck et. al. (1972) อ้างถึงใน จันทิมา องค์กรโฆสิต, 2545) มีดังต่อไปนี้

1. การหาความคิดอัตโนมัติ (Eliciting automatic thoughts) โดยการวิเคราะห์หาข้อความและวิธีการคิดที่ผิดไปในทางลบ และบิดเบือนของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นเองแบบอัตโนมัติ (Pattern of negative of distorted automatic thoughts)
2. การทดสอบว่าความคิดนั้นถูกต้องหรือเป็นไปได้หรือไม่ (Testing accuracy and viability)
3. การแทนด้วยวิธีการคิดใหม่ที่เหมาะสมตามความเป็นจริง (Developing realistic alternatives)
4. การค้นหาและท้าทายแบบแผนการแปลข้อมูลที่ไม่เหมาะสม (Identifying and challenging maladaptive schemata)

การรักษาอาจใช้เทคนิคหลายอย่างของพฤติกรรมบำบัด มาประกอบตามความเหมาะสม เช่น การชักซ้อมความคิด การฝึกฝนควบคุมพฤติกรรมด้วยตนเอง การฝึกแสดงบทบาท การจัดกิจกรรม การหัดเอาชนะและมีความพึงพอใจ ในการบำบัดรักษาความนึกคิดบำบัด ผู้รักษาจะชี้ให้ผู้ป่วยเห็นความคิดแบบอัตโนมัติของตน รวมทั้งช่วยให้เห็นว่าเขามีการตอบสนองที่ไม่ถูกต้อง ทั้งในด้านความนึกคิด และพฤติกรรม เพื่อแก้ไขการตอบสนองได้อย่างเหมาะสมขึ้นตามข้อมูลและวิธีคิดที่สมคูลกว่าเดิม ผู้รักษาอาจให้ผู้ป่วยทำการฝึกหัด เพื่อให้เรียนรู้ว่าประสบการณ์ของตนนั้นเชื่อมโยงกับความคิดที่บิดเบือนเช่นไร และในขณะที่เดียวกันก็หัดแปลประสบการณ์เสียใหม่ไม่ให้เข้าไปในแง่ลบ เนื่องจากการฝึกหัดนี้ทำหลังจากที่สถานการณ์ได้ผ่านไปแล้วปฏิกริยาของผู้ป่วยมีความรุนแรงน้อยลง ผู้ป่วยจึงมองสถานการณ์ได้อย่างเป็นกลางมากขึ้น แต่ผู้รักษาต้องช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักว่าเมื่อเกิดสถานการณ์จริง หรือเมื่อผู้ป่วยต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ทำให้เกิดปัญหา ส่งผลให้เกิดความเครียด ความคับข้องใจ ระบบความคิดที่ไม่เหมาะสม ที่เป็นจุดอ่อนก็มักถูกกระตุ้นทำให้เกิดความเครียด ความคับข้องใจ ความคิดที่ไม่มีเหตุผลของผู้ป่วยรุนแรงมากขึ้น แต่เมื่อพ้นจากสถานการณ์แล้ว ผู้ป่วยก็จะกลับมามีความเป็นกลาง และเข้าใจสถานการณ์ได้ถูกต้องขึ้นอีก ผู้รักษาพยายามช่วยให้ผู้ป่วยได้เห็นและยอมรับว่าวิธีการคิดของเขานั้น เป็นปัญหาต่อตนเองอย่างไร และให้ความช่วยเหลือแก้ไขให้ผู้ป่วยเรียนรู้วิธีคิดแบบใหม่ที่เป็นวิธีการที่เหมาะสมกว่า

ในการศึกษารั้งนี้ใช้เทคนิคที่เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความคิดเป็นกระบวนการที่ผู้ศึกษามีบทบาทเป็นผู้นำกลุ่มกิจกรรมและใช้วิธีชี้ทาง เพื่อช่วยแก้ไขตามอาการและเป็นการแก้ปัญห โดยให้ความสำคัญกับภูมิหลังที่ต้นเหตุของอาการนั้น วิธีการนี้มีประโยชน์และใช้ระยะเวลาสั้นในการบำบัดรักษา ผู้ป่วยมีบทบาทและให้ความร่วมมือในการบำบัดรักษา โดยเฉพาะอย่างยิ่งใน

การทำงานบ้านที่ผู้ศึกษามอบหมายให้ ซึ่งเป็นอีกรูปแบบการบำบัดหนึ่งที่นิยมใช้ในการรักษาผู้ป่วยจิตเภท และนำไปใช้ร่วมกับการรักษาจิตบำบัดวิธีอื่นๆ ได้เป็นอย่างดี เพราะการรักษาจิตบำบัดจะสัมฤทธิ์ผลได้ ก็ต่อเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงในด้านความคิดของผู้ป่วยร่วมด้วย (Beck, 1972 อ้างถึงใน จันทิมา องค์กรโฆสิต, 2545) โดยอาศัยหลักการ 3 อย่าง คือ ทักษะการสอน เทคนิคทางความคิดบำบัดและเทคนิคทางพฤติกรรมบำบัดและให้ความสำคัญที่ศิลปะการสอน(Didactic aspect) เทคนิคของความคิดบำบัด(Cognitive techniques) และเทคนิคทางพฤติกรรมบำบัด (Behavioral techniques)

4. กลุ่มบำบัดที่เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความคิด

กลุ่มบำบัดที่เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความคิด เป็นกลุ่มบำบัดที่ผู้ศึกษาได้จัดทำขึ้น เพื่อใช้บำบัดผู้ป่วยโรคจิตเภทในขณะที่รับการรักษาในโรงพยาบาล เป้าหมายเพื่อพัฒนาความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยก่อนที่จะจำหน่ายกลับบ้าน เนื่องจากพบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีความผิดปกติในด้านความคิด การรับรู้และพฤติกรรมที่แสดงออกไม่เหมาะสม ถึงแม้ว่าการทางจิตจะสงบลง แต่ผู้ป่วยจิตเภทยังต้องการการบำบัดเพื่อพัฒนาศักยภาพด้านต่างๆ ให้ดีขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ การศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้นำแนวคิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความคิดของ Beck A.T. (1972) ร่วมกับใช้กระบวนการกลุ่มบำบัดในการดำเนินกิจกรรมกลุ่มเพื่อใช้บำบัดผู้ป่วยโรคจิตเภทให้มีความสามารถในการเผชิญปัญหาที่ดีขึ้น ซึ่งมีการดำเนินการโดยใช้แนวคิดดังนี้

4.1. แนวคิดพื้นฐานกลุ่มบำบัดที่เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความคิด การใช้กลุ่มบำบัดที่เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความคิดในผู้ป่วยโรคจิตเภท เป็นกระบวนการที่ผู้นำกลุ่มบำบัดให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยเน้นการปรับเปลี่ยนความคิดเพื่อพัฒนาความสามารถในการเผชิญปัญหา ได้นำแนวคิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความคิดของ Beck A.T (1972) และอาศัยกระบวนการกลุ่มบำบัดในการดำเนินกิจกรรม วิธีการดังกล่าวจากการศึกษาพบว่าเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทโดยตรงมีการเรียนรู้ และฝึกฝนทักษะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความคิด มีมุมมองต่อการเผชิญปัญหาแบบใหม่ที่เหมาะสมขึ้น ลดความรุนแรงของโรคและป้องกันการสูญเสียความสามารถในผู้ป่วยจิตเภท และลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล รวมถึงสนับสนุนการคิดที่เน้นปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเผชิญปัญหาไปในทางที่เหมาะสมและสร้างสรรค์ อีกทั้งยังส่งผลให้พัฒนาความสามารถในการเผชิญปัญหาทั้งในระยะสั้น ระยะยาว และสามารถลดการกลับป่วยซ้ำได้ คุณภาพชีวิตที่ดีในการดำเนินชีวิตต่อไปได้ เนื่องจากปัจจุบันมีผู้ป่วยจิตเภทจำนวนมากขึ้น พบว่าปัญหาความรุนแรงของโรคมียากขึ้นและความสามารถของผู้ป่วยจิตเภทลดลง รูปแบบการใช้กลุ่มบำบัดจะสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ครั้งละหลายคน เกิด

เครือข่ายกลุ่มช่วยเหลือกันเอง(Self help group)ช่วยลดต้นทุนเรื่องเวลาในการบำบัดและความจำกัดของบุคลากร

จากการทบทวนเอกสารงานวิจัยต่างๆ พบว่า มีผู้ศึกษาเกี่ยวกับการบำบัดผู้ป่วยจิตเภทในรูปแบบต่างๆกันมากมาย เช่น Tarrier และคณะ (1998) ทำการศึกษาใช้การบำบัดโดยใช้วิธีการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม พบว่า อาการหลงผิดประสาทหลอนลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางคลินิก เมื่อใช้ CBT เปรียบเทียบกับการให้คำปรึกษาแบบประคับประคอง (Supportive counseling) Kemp และคณะ(1996) ได้ศึกษาโดยใช้ Brief CBT ในผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยเป้าหมายเพื่อเพิ่มความร่วมมือในการรักษาด้วยยา พบว่าทั้งความร่วมมือในการรักษาด้วยยาทัศนคติต่อการรักษาด้วยยาและการรับรู้ (insight) ต่อความเจ็บป่วยของตนเองดีขึ้นมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการรักษาตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและยุทธนา อองอาจสกุลมั้น (2548) ได้ศึกษาการใช้ CBT ในผู้ป่วยจิตเภทระยะเฉียบพลัน 4 ราย ผลลัพธ์ ผู้ป่วยจิตเภททั้ง 4 ราย มีอาการดีขึ้น ขอมรับว่าตนเองป่วยเป็นโรคจิตเภท ร่วมมือในการรับประทานยาและติดตามการรักษา

ส่วนวิธีการดำเนินการกลุ่มมีผู้ใช้กระบวนการกลุ่มต่างๆมากมายเช่น ปารีชาติ กิจคุณธรรม(2547) ศึกษาการใช้จิตบำบัดประคับประคองแบบกลุ่มต่อความสามารถในการเผชิญปัญหาของเยาวชนที่เสพยาบ้า ในระยะติดตามการรักษา ชนิกรรดา ไทยสังคม (2545) ศึกษาการใช้จิตบำบัดกลุ่มต่อความสำนึกในคุณค่าแห่งตนของผู้ติดสารแอมเฟตามีน บุญเหลือ ชาญณรงค์ (2540) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมกลุ่มบำบัด เพื่อความปลอดภัยของสังคมต่อความพร้อมในการออกไปอยู่ในสังคมของผู้ป่วยนิติจิตเวช โดยใช้แนวคิดกลุ่มบำบัดในการดำเนินกลุ่ม ซึ่งพบว่าผลการศึกษาได้ผลดีต่อกลุ่มเป้าหมาย

4.2. ขั้นตอนการใช้กลุ่มบำบัดที่เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความคิด

ผู้ศึกษาศึกษาทบทวนวรรณกรรม และได้ปรับใช้แนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมของ ปทุมรัตน์ เกตุเล็ก (2548) การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมของ Beck A.T.(1972) โดยใช้กระบวนการกลุ่มบำบัดเป็นแนวทางในการดำเนินกิจกรรม ดำเนินกลุ่มตามพัฒนาการกลุ่ม 3 ระยะคือ ระยะที่1) ระยะสร้างความสัมพันธ์ของสมาชิกกลุ่ม ระยะที่ 2) ระยะดำเนินการเกี่ยวกับปัญหาของสมาชิกกลุ่ม ระยะที่3) ระยะยุติกลุ่มจะช่วยให้สมาชิกกลุ่มพร้อมที่จะนำประสบการณ์จากกลุ่มไปใช้ในชีวิตประจำวัน โดยการพบสมาชิกกลุ่มสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง 30 นาที ใช้ระยะเวลา 3 สัปดาห์ รวม 6กิจกรรม โดยมีกระบวนการดังนี้

1) ผู้ศึกษาคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง สร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ในการศึกษา เพื่อขอความ

ร่วมมือและอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า การตอบรับหรือการปฏิเสธการเข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ไม่มีผลกระทบต่อการรักษา หรือระยะเวลาในการอยู่โรงพยาบาลแต่อย่างใด คำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างจะปกปิดเป็นความลับจะไม่มีเปิดเผยให้ผู้ไม่เกี่ยวข้องทราบ ผลการศึกษาจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น และกลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวจากการศึกษาได้ทุกเมื่อถ้าต้องการ ถ้ากลุ่มตัวอย่างตอบรับการศึกษาให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมโครงการศึกษา และนัดกลุ่มทดลองเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมตามโปรแกรม

2) เลือกสถานที่ที่เหมาะสมในการทำกลุ่ม โดยเป็นสถานที่ที่เงียบ สงบ ไม่มีเสียงภายนอก รบกวน แสงสว่างพอเหมาะ และบรรยากาศอบอุ่นปลอดภัย

3) ปฏิบัติตามแผนการใช้กลุ่มบำบัด ที่เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความคิดในผู้ป่วยโรคจิตเภท ดังนี้คือ

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ การให้ความรู้ และแรงจูงใจ

ระยะเริ่มต้นกลุ่ม เป็นการแนะนำตัว การชี้แจงวัตถุประสงค์โดยรวมของกลุ่มบำบัด 6 กิจกรรม สร้างจุดมุ่งหมายของกลุ่มร่วมกัน โดยเน้นสาระการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดรักษา และบรรยากาศที่ทำให้เกิดความคุ้นเคย และไว้วางใจ ทำความรู้จักกันด้วยกิจกรรม “การแนะนำตนเอง” ซึ่งถือว่าการเปิดเผยเรื่องราวของสมาชิก สมาชิกเกิดความคุ้นเคยกัน สัมพันธภาพที่ดีระหว่างสมาชิกกลุ่ม จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ ให้ความร่วมมือในการบำบัด

ระยะดำเนินงานร่วมกัน เกริ่นนำให้ผู้ป่วยเริ่มรู้จักการบำบัดที่เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความคิด เน้นสาระของกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความคิด ต่อการเผชิญปัญหา โดยใช้เทคนิค Socialization เหตุผลในการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด และเตรียมให้ผู้ป่วยรู้ในเบื้องต้นว่าการรักษาจะดำเนินไปอย่างไร

ระยะยุติกลุ่ม สมาชิกร่วมกันสรุปเหตุผลของการบำบัดที่เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความคิดในครั้งนี้ เข้าใจวัตถุประสงค์ และกระบวนการบำบัด เกิดความร่วมมือในการบำบัดครั้งต่อไป

กิจกรรมที่ 2 การประเมินตนเองเกี่ยวกับการเผชิญปัญหา ผลกระทบที่เกิดขึ้น และให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท

ระยะเริ่มต้นกลุ่ม ผู้นำกลุ่มกล่าวเปิดกลุ่ม ทักทายสมาชิกกลุ่ม ให้สมาชิกทบทวนเนื้อหาในกิจกรรมที่ 1 เกี่ยวกับเหตุผลการบำบัดที่เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความคิด และชี้แจงวัตถุประสงค์ในกิจกรรมที่ 2

ระยะดำเนินงานร่วมกัน จัดให้สมาชิกกลุ่มมีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน โดยเน้นให้ทุกคนสำรวจตนเองเกี่ยวกับการเผชิญปัญหาและผลกระทบที่เกิดขึ้นจากประสบการณ์ที่ผ่านมา โดยการ

แลกเปลี่ยนประสบการณ์เล่าถึงปัญหาของตนเองและวิธีแก้ไขปัญหานั้น และผลกระทบที่เกิดขึ้นใช้กระบวนการ กลุ่มสะท้อนให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าปัญหาที่เกิดขึ้น สืบเนื่องมาจากความคิดที่เป็นปัญหาของตนเองสร้างทัศนคติที่ดีให้กับผู้ป่วยเกี่ยวกับปัญหาที่เกิดขึ้น ว่ายังมีทางแก้ไขถ้าพยายามปรับเปลี่ยนความคิดอย่างมีเหตุผล พร้อมให้เรียนรู้เรื่องโรคจิตเภทเพื่อให้สมาชิกเข้าใจตนเองมากขึ้น

ระยะยุติกลุ่ม สรุปเกี่ยวกับการเผชิญปัญหาของผู้ป่วย กระบวนการคิดแก้ไข ปัญหาที่ผู้ป่วยใช้อยู่เดิม และผลกระทบที่เกิดขึ้น เรียนรู้ถึงความคิดที่เป็นปัญหาของตนเองในการเผชิญปัญหา มีความรู้และเข้าใจโรคจิตเภทที่ตนเองเป็นอยู่ ทำความเข้าใจตนเองมากขึ้น

กิจกรรมที่ 3 การฝึกใช้เทคนิคการปรับเปลี่ยนความคิด

ระยะเริ่มต้นกลุ่ม สมาชิกทบทวนเนื้อหาในกิจกรรมที่ 2 เกี่ยวกับกระบวนการคิด การเผชิญปัญหาและผลกระทบที่เกิดขึ้น เหตุผลการบำบัดที่เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความคิด อภิปรายถึงผลการนำความคิดและประสบการณ์เกี่ยวกับการเผชิญปัญหา สมาชิกร่วมกันอภิปรายถึงสิ่งที่ควบคุมได้ หรือไม่ได้ จากการหาสาเหตุได้ และชี้แจงวัตถุประสงค์ในกิจกรรมที่ 3

ระยะดำเนินงานร่วมกัน การให้สมาชิกได้ทำความเข้าใจเกี่ยวกับ กระบวนการคิด ในการเผชิญปัญหา การจับความคิด บันทึกสิ่งที่เกิดขึ้น เรียนรู้รูปแบบความคิดที่บิดเบือน กิจกรรมนี้มีความสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเรียนรู้ที่จะแก้ไขต้นเหตุของปัญหาที่แท้จริง คือการเรียนรู้กระบวนการปรับเปลี่ยนความคิด ผู้บำบัดช่วยให้ผู้ป่วยเรียนรู้ว่า ประสบการณ์ความคิดของตนเองเกี่ยวข้องกับความคิดที่บิดเบือนอย่างไรและช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับว่าวิธีคิดของเขาเป็นปัญหาต่อตนเองอย่างไร และช่วยให้ความช่วยเหลือแก้ไขให้ผู้ป่วยเรียนรู้วิธีคิดแบบใหม่ที่เป็นวิธีการที่เหมาะสมกว่า เกิดการเปลี่ยนแปลงที่สมเหตุสมผลขึ้น ฝึกปฏิบัติเทคนิคการปรับเปลี่ยนความคิดในการพัฒนาความสามารถในการเผชิญปัญหา โดยฝึกให้ผู้ป่วยเรียนรู้กระบวนการคิดที่ก่อให้เกิดปัญหา เรียนรู้วิธีจับความคิดนี้ โดยฝึกบันทึกความคิดที่เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติ เรียนรู้ความสัมพันธ์ระหว่างความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรม ฝึกให้ผู้ป่วยวิเคราะห์สถานการณ์ที่ทำให้ผู้ป่วยอารมณ์แง่ลบ โดยวัตถุประสงค์ให้ผู้ป่วยสามารถวิเคราะห์ได้ว่ามีความคิดอะไรที่เกิดขึ้นแล้วอารมณ์แง่ลบ ทดสอบความตรงของความคิดที่เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติ (Evidence-counter evidence technique) ใช้ความคิดที่ตรงความจริงทดแทนความคิดที่บิดเบือน (Alternative technique) เพื่อพัฒนาความคิดใหม่ที่มีเหตุผลกว่าเดิม นำเทคนิคทางพฤติกรรมบำบัดมาใช้โดยมุ่งหมาย เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความคิดเดิมของผู้ป่วย (Behavioral Reattribution Technique) ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยพัฒนากระบวนการคิดในการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมได้

ระยะยุติกลุ่ม สรุปการปฏิบัติเทคนิคการปรับเปลี่ยนความคิดในการเผชิญปัญหา มอบหมายการบ้านให้บันทึกความคิด และฝึกหัดการปรับพฤติกรรมความคิด โดยมีแบบฝึกหัด

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความคิดให้ผู้ป่วยบันทึกทุกครั้งที่ต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่เกิดปัญหา นำความคิดและประสบการณ์ที่ได้รับไปทดลองใช้ติดตามประเมินผล

กิจกรรมที่ 4 ฝึกทักษะการปรับเปลี่ยนความคิด หลักการแก้ไขปัญหา เรียนรู้วิธีคิดแบบใหม่
 ระยะเริ่มต้นกลุ่ม ทบทวนเนื้อหา ฝึกปฏิบัติเทคนิคการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความคิดเกี่ยวกับการเผชิญปัญหา อภิปรายถึงผลการนำความคิดและประสบการณ์เกี่ยวกับการฝึกปฏิบัติปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความคิดอย่างต่อเนื่อง ได้ผลอย่างไร ไม่ได้ผลอย่างไร และชี้แจงวัตถุประสงค์ในกิจกรรมที่ 4

ระยะดำเนินงานร่วมกัน เรียนรู้หลักการแก้ไขปัญหานำการแก้ไขที่ต้นเหตุของปัญหาตามขั้นตอนการแก้ไขปัญหา เพื่อเพิ่มความมั่นใจและช่วยให้ผู้ป่วยมีกระบวนการคิดที่มีเหตุผล นำไปสู่การพิจารณาทางเลือกในการแก้ไขปัญหาคด้วยความเข้าใจในข้อดี ข้อจำกัดของตน และสามารถยอมรับผลที่เกิดขึ้น นำกลับมาปรับปรุง และช่วยให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการพึ่งพาตนเองมากขึ้นต่อปัญหาอื่น ๆ ที่เกิดขึ้นในอนาคต ฝึกการแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้น ภายใต้การช่วยเหลือของผู้บำบัด ทำความเข้าใจอย่างถ่องแท้ เกี่ยวกับกระบวนการคิดของตนเองในการแก้ปัญห และเทคนิคการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความคิด โดยยกตัวอย่างปัญหาที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สบายใจ ปัญหาที่คุกคามทำให้เกิดความเครียด ที่เคยบันทึกไว้จากการบันทึกในการบ้านหรือปัญหาใหม่ที่เกิดขึ้นที่ผู้ป่วยต้องการแก้ไข แล้วช่วยให้ผู้ป่วยฝึกการแก้ไขปัญหตามหลักการที่ได้เรียนรู้ โดยเริ่มจากการค้นหาความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้น ปัญหานั้นคืออะไรทางเลือกในการแก้ไขปัญหานั้น เช่น การปรับเปลี่ยนความคิดให้สมเหตุสมผลขึ้น หรือวิเคราะห์ทางเลือกอื่นในการแก้ปัญหาร่วมด้วย วิเคราะห์ข้อดี ข้อเสียของแต่ละทางเลือก ตัดสินใจเลือกแล้วนำไปใช้ในการเผชิญสถานการณ์จริง และปรับปรุงแก้ไขทางเลือกเพิ่มเติมและนำกลับไปปฏิบัติซ้ำ และฝึกการใช้เทคนิคการคลายเครียด เช่น ฝึกการหายใจคลายเครียด ฝึกจินตนาการภาพทางบวกเพราะจะช่วยลดความเครียดอีกทางหนึ่ง จากนั้นกลับมารายงานผลครั้งต่อไป

ระยะยุติกลุ่ม สรุปการเรียนรู้หลักการแก้ไขปัญหานำการแก้ไขปัญหที่ต้นเหตุของปัญหาตามขั้นตอนการแก้ปัญหและมอบหมายการบ้าน ได้แก่ การบันทึกการแก้ไขปัญหเหตุการณ์ประจำวัน ให้กำลังใจและความมั่นใจกับผู้ป่วยว่าทุกปัญหาล้วนมีทางออก นำความคิดและประสบการณ์ที่ได้รับไปทดลองใช้ติดตามประเมินผล

กิจกรรมที่ 5 การใช้เทคนิคการเผชิญปัญหา

ระยะเริ่มต้นกลุ่ม ทบทวนเนื้อหา การเรียนรู้หลักการแก้ปัญหานำการแก้ปัญหที่ต้นเหตุของปัญหาตามขั้นตอนการแก้ปัญห อภิปรายถึงผลการแก้ไขปัญหว่าได้ผลหรือไม่ได้ผลอย่างไรและชี้แจงวัตถุประสงค์ในกิจกรรมที่ 5

ระยะดำเนินงานร่วมกัน เรียนรู้ขั้นตอนกระบวนการเผชิญปัญหา เปิดโอกาสให้สมาชิกทุกคนเกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาของตนเอง กล้าเปิดเผยปัญหา อารมณ์ และความรู้สึกของตนเอง ในการเผชิญปัญหา เรียนรู้เพื่อให้สมาชิกเข้าใจถึงกระบวนการเผชิญปัญหาที่ประกอบด้วยสถานการณ์หรือสิ่งเร้า การประเมินสถานการณ์และการเผชิญปัญหาแบบมุ่งเน้นแก้ไข ปัญหาและแบบมุ่งเน้นปรับแก้ที่อารมณ์ การเผชิญปัญหามีหลายวิธี เน้นสาระให้สมาชิกกลุ่มเลือกวิธีที่สร้างสรรค์ และเป็นประโยชน์ไม่ส่งผลเสียต่อสุขภาพทั้งกายและจิตใจอภิปรายร่วมกัน เน้นให้สมาชิกประเมินสถานการณ์ได้ ก่อให้เกิดความกระตือรือร้น ตื่นตัว มีชีวิตชีวา เลือกวิธีเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม จะช่วยเพิ่มความตระหนักรู้ในตนเองมากขึ้น (Self awareness) สามารถพัฒนาความสามารถในการเผชิญปัญหาได้

ระยะยุติกลุ่ม สมาชิกเข้าใจกระบวนการเผชิญปัญหาอย่างชัดเจน รู้จักวิธีการประเมินสถานการณ์ที่เป็นสิ่งเร้าว่าเป็นสถานการณ์ที่ทำทาบ คนสามารถที่จะควบคุมสถานการณ์ได้นำความคิดและประสบการณ์ที่ได้รับไปทดลองใช้ติดตามประเมินผล

กิจกรรมที่ 6 สรุปร ประเมินผล และยุติกลุ่ม

ระยะเริ่มต้นกลุ่ม ทบทวนเนื้อหา การเรียนรู้กระบวนการเผชิญปัญหาในการจัดกิจกรรมครั้งที่ 1-5 อภิปรายถึงผลการนำกระบวนการเผชิญปัญหาไปใช้ และชี้แจงวัตถุประสงค์ในกิจกรรมที่ 6

ระยะดำเนินการร่วมกัน ทบทวนบทเรียนตั้งแต่กิจกรรมที่ 1 ถึงกิจกรรมที่ 5 และการนำไปใช้ สมาชิกกลุ่มจะได้ทบทวนประเด็นต่างๆ ที่ได้เรียนรู้ ชักถามปัญหาที่สงสัย ช่วยให้เกิดความเข้าใจมากยิ่งขึ้น และก่อให้เกิดแรงจูงใจที่จะนำไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่องในชีวิตประจำวัน ส่งผลช่วยให้ผู้ปวยมีความสามารถในการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมและป้องกันการกลับเป็นซ้ำ สามารถพึ่งพาตนเองได้ในที่สุด

ระยะยุติกลุ่ม สรุปรผลและประเมินการเข้ากลุ่ม วัดความสามารถในการเผชิญปัญหาโดยใช้แบบวัดความสามารถในการเผชิญปัญหา ยุติกลุ่ม

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Kemp et al (1996) ศึกษาการใช้การบำบัดแบบปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความคิดในผู้ป่วยวิตกกังวลที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยมีเป้าหมาย เพื่อเพิ่มความร่วมมือในการรักษาด้วยยา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคจิตที่นอนรักษาที่หอผู้ป่วยใน 47 คน สุ่มเข้ากลุ่มทดลอง 25 คน ให้ได้รับการบำบัดเพื่อสร้างความร่วมมือในการรักษาและกลุ่มควบคุม 22 คน ได้รับการปรึกษาแบบประคับประคอง ลักษณะการบำบัดเป็นรายบุคคลประมาณ 4-6 ครั้งๆละ 20-60 นาที โครงสร้างเนื้อหาประกอบด้วยการสร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัดที่ีระหว่างผู้บำบัดและผู้ป่วย โดยหลีกเลี่ยงการโต้เถียง แสดงความจริงใจ ยอมรับผู้ป่วยอย่างปราศจากเงื่อนไข การชี้แนะแนวทางแก้ไขปัญหาอย่างเป็นระบบ พบว่า กลุ่มทดลองมีการพัฒนาเพิ่มขึ้นในด้านทัศนคติที่ดีต่อการรักษาด้วยยา ยอมรับและตระหนักในความเจ็บป่วย ให้ความร่วมมือในการรักษามากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและการทำหน้าที่ทางสังคมโดยรวมของกลุ่มทดลองดีขึ้น

Tarrier et al (1998) ศึกษาเปรียบเทียบผลของการใช้การบำบัดแบบปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความคิดแบบกลุ่ม ในการช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 87 คน โดยแบ่งกลุ่มทดลองออกเป็น 3 กลุ่ม โดยกลุ่มที่ 1 ได้รับการดูแลแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความคิด กลุ่มที่ 2 ได้รับการดูแลแบบการให้คำปรึกษาแบบประคับประคอง กลุ่มที่ 3 ได้รับการดูแลแบบปกติ พบว่า อาการหลงผิดและประสาทหลอนลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางคลินิก เมื่อใช้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความคิด เปรียบเทียบกับการให้คำปรึกษาแบบประคับประคอง (Supportive counseling) และกลุ่มการดูแลแบบปกติ

Turkington et al (2002) ศึกษาการฝึกอบรมการบำบัดแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความคิดในผู้ป่วยจิตเภท ให้กับพยาบาลจิตเวชชุมชนเป็นเวลา 10 วัน และให้การบำบัดแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความคิดกับผู้ป่วยจำนวน 257 คน โดยรับการนิเทศจากผู้เชี่ยวชาญทุกสัปดาห์ เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม พบว่า พยาบาลที่ได้รับการอบรมการบำบัดแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความคิด สามารถให้การบำบัดได้อย่างมีประสิทธิภาพและผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดมีการรับรู้ความเจ็บป่วยของตนเองดีขึ้น อาการโดยรวมลดลง อาการซึมเศร้าดีขึ้นและไม่พบการฆ่าตัวตาย

Wiersma, D., Jenner, J.A., van de Willigen และคณะ (2001) ศึกษาเพื่อทดสอบประสิทธิภาพของ Cognitive behaviour therapy (CBT) กับ coping training ต่ออาการทางจิตและหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน รูปแบบการบำบัดเป็นการรวม CBT และ coping training เข้าด้วยกัน ใช้เทคนิคที่สำคัญคือ การสร้างแรงจูงใจและทำทางยอมรับต่อผู้ป่วย การบำบัดมุ่งเน้นที่สถานการณ์ที่เป็นตัวกระตุ้น การรู้คิด (Cognitive) อารมณ์และพฤติกรรมที่แสดงออก และผลอื่นๆที่ตามมา มีการกระตุ้นให้กำลังใจในการใช้กลยุทธ์จัดการกับอาการ การติดตามอาการของ

ตนเองและสถานการณ์ที่เป็นตัวกระตุ้น ประกอบด้วย เนื้อหาและระยะเวลาการเกิดอาการประสาทหลอน ความรุนแรงและลักษณะของสถานการณ์ ผลการวิจัยหลังการติดตามผล 2 ปี 4 ปี พบว่าผู้ป่วยจิตเภทรับประทานยาต้านโรคจิตในขนาดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ช่วยลดอาการหูแว่วอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองโดย 59% ของผู้ป่วยมีหน้าที่ทางสังคมดีขึ้น

Wykes et al.(2005) ศึกษาเพื่อทดสอบประสิทธิผลของกลุ่ม CBT ต่อการทำหน้าที่ทางสังคมและความรุนแรงของอาการหูแว่ว กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 85 คน ซึ่งรู้จักทุกซ์ 7 ครั้งแต่ละครั้งประกอบด้วย 1)การแลกเปลี่ยนข้อมูล 2) การสำรวจเรื่องโรคจิตเภท 3) การสำรวจความเชื่อเกี่ยวกับอาการ 4)พัฒนาวิธีการจัดการกับอาการที่มีประสิทธิภาพ 5) การสร้างความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง 6) พัฒนารูปแบบการจัดการกับอาการทั้งหมด 7) ติดตามผล ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนหน้าที่ทางสังคมดีกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่มีการเปลี่ยนแปลงในเรื่องความรุนแรงของอาการหูแว่ว

บุษณา งามอาจสกุลมัน(2548) ศึกษาผลการบำบัดแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความคิดในผู้ป่วยจิตเภทระยะเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยการบำบัดรายบุคคล จำนวน 4 ราย พบว่า ผลการบำบัดเป็นที่พอใจ ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการบำบัดทั้ง 4 รายมีอาการดีขึ้น ผู้ป่วยยอมรับว่าตนเองเป็นโรคจิตเภทและร่วมมือในการรักษาด้วยยาและติดตามการรักษา จากการศึกษาพบว่า การบำบัดแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความคิด สามารถใช้ได้ผลทั้งในผู้ป่วยจิตเภทแบบ paranoid type, undifferentiated type, disorganized type โดยไม่มีความแตกต่างกัน

พรทิพย์ วชิรดิกล (2549) ศึกษาผลของการให้คำปรึกษารายบุคคลตามแนวคิดการสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับพฤติกรรมทางความคิดต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรับประทานยาไม่ต่อเนื่องและมีญาติดูแล จำนวน 50 คน เข้าร่วมโปรแกรมประกอบด้วย 5 ขั้นตอนคือ 1) สัมภาษณ์ภาพเพื่อการบำบัด 2) การสืบค้นความคิด ความเชื่อ 3)การปรับโครงสร้างทางปัญญา 4) การฝึกทักษะการรับประทานยาด้วยตนเอง5)การแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสมและสรุปบททวน ระยะเวลาที่ใช้แต่ละขั้นตอน 45-60 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้งต่อเนื่องจนครบ 5 ครั้ง ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาและมีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะกินยาจิตเวช มากกว่า ก่อนการศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01และมีอาการทางจิตอยู่ในเกณฑ์ปกติในระยะติดตามประเมินผล 2 เดือน

กรอบแนวคิดในการศึกษา (Conceptual Framework)

แนวคิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความคิดใช้รูปแบบตามแนวคิดของAron T. Beck (1972) ร่วมกับการใช้กระบวนการกลุ่มบำบัด (Group Therapy)

กลุ่มบำบัดที่เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความคิดต่อ

ความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท

โดยดำเนินกิจกรรมเป็นรายกลุ่มๆละ 10 คน ระยะห่าง 2 ครั้ง/สัปดาห์ รวมจำนวน 6 ครั้ง ติดต่อกันเป็นเวลาสัปดาห์ 3 สัปดาห์ ครั้งละ 1 ชั่วโมง 30 นาที ดังนี้

ครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ การให้ความรู้ และแรงจูงใจ

ครั้งที่ 2 การประเมินตนเองเกี่ยวกับการเผชิญปัญหา

และผลกระทบที่เกิดขึ้น ให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท

ครั้งที่ 3 การฝึกใช้เทคนิคการปรับเปลี่ยนความคิด

ครั้งที่ 4 ฝึกทักษะการปรับเปลี่ยนความคิด

หลักการ แก้ไขปัญหา ให้เรียนรู้วิธีคิดแบบใหม่

ครั้งที่ 5 การใช้เทคนิคในการเผชิญปัญหา

ครั้งที่ 6 สรุป ประเมินผล และยุติกลุ่ม

ความสามารถในการ

เผชิญปัญหา

(Coping abilities)

1. การเผชิญหน้ากับปัญหา
2. การมองเหตุการณ์ในแง่ดี
3. การแก้ไขอารมณ์ดึงเครียด
4. การบรรเทาอารมณ์ดึงเครียด
5. การใช้การประคับประคอง
6. การพึ่งพาตนเอง