

ผลของการใช้โปรแกรมกลุ่มบำบัดตามแนวคิดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล
ต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภท*

Effects of Interpersonal group therapy on Quality of Life
among Schizophrenic patients

วัลย์พร สุวรรณบูรณ์** พย.ม.

สายใจ พัวพันธ์*** Ph.D.

สงวน ธาณี**** Ph.D.

จินห์จุฑาห์ ชัยเสนา ดาลลาส***** Ph.D.

Walaiporn Suwannaboon, M.N.S.

Saichai Puapan, Ph.D.

Sanguan Thanee, Ph.D.

Jinjutha Chaisena Dallas, Ph.D.

บทคัดย่อ

การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทระยะอาการทุเลา เน้นการป้องกันการกลับเป็นซ้ำและการดูแลด้านจิตสังคมเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของกลุ่มบำบัดตามแนวคิดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารับการรักษาที่คลินิกสุขภาพจิต โรงพยาบาลนครนายก ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 24 ราย สุ่มตัวอย่างอย่างง่ายเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 12 ราย กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดตามแนวคิดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่บูรณาการแนวคิดมาจากทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของเพปพลาว แนวคิดการทำกลุ่มบำบัดของยาลอม และแนวคิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทของไฮนริช, ฮานลอน และคาร์เพนเตอร์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ คือกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา ทั้งสองกลุ่มใช้เวลา 6 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เครื่องมือที่

ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ โรคประจำตัว สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ บุคคลที่อาศัยด้วย ในปัจจุบัน รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาเจ็บป่วย จำนวนครั้งที่รักษาในโรงพยาบาล และความสามารถในการดูแลตนเอง และแบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทของไฮนริช, ฮานลอน และคาร์เพนเตอร์ ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.84 เก็บข้อมูลในระยะก่อนและหลังการทดลอง 1 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และการทดสอบสถิติที่ ผลการวิจัยสรุปได้ ดังนี้

1. คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดตามแนวคิดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t_{11} = 21.712$, $p < .001$)

2. คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดตามแนวคิด

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลนครนายก

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ กลุ่มวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

**** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

***** อาจารย์ กลุ่มวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

สัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลสูงกว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทในกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t_{22} = 12.792, p < .001$)

จากผลของการวิจัย พยาบาลสามารถนำไปโปรแกรมกลุ่มบำบัดตามแนวคิดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลนี้ไปใช้ส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภท และผู้บริหารการพยาบาลพัฒนาระบบการพยาบาลจิตเวชที่เน้นการส่งเสริมความสามารถในการพึ่งพาตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท

คำสำคัญ: ผู้ป่วยโรคจิตเภท แนวคิดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล คุณภาพชีวิต

Abstract

The substantial care for schizophrenic patients in recovering phase is relapse prevention and psychosocial treatment in order for enhancing quality of life. This quasi-experimental study was to examine the effect of interpersonal group therapy on quality of life in schizophrenic patients. Twenty four participants from Mental Health and Psychiatric Clinic, Nakhonayok Hospital were recruited and randomly selected to participate in experimental group and control group. Twelve participants in the experimental group participated interpersonal group therapy, and the others in the control group attended the psychoeducational program. Both groups were carried on once a week for 6 weeks. Heinrich, Hanlon & Carpenter's Quality of life questionnaire was applied for data collection before and after participation. Descriptive statistics, and t-test were used for data analysis. Findings were as follow:

1. Mean score of quality of life in the

experimental group after ITP were significantly higher than before at .001 ($t_{11} = 21.712, p < .001$)

2. Mean score of quality of life in the experimental group after ITP were significantly higher than mean score of quality of life of participants in the control group at .001 ($t_{22} = 12.792, p < .001$)

Based on the findings, nurses can apply the interpersonal group therapy to promote quality of life for schizophrenic patients. Moreover, nurse administrators would develop psychiatric nursing care that emphasizes on schizophrenic patients' independency and quality of life.

Key words: Schizophrenic patients, interpersonal group therapy, quality of life

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภท (schizophrenia) เป็นโรคทางจิตเวชที่มีการดำเนินโรคที่เรื้อรังและทำให้บุคคลเกิดการเสื่อมสมรรถภาพเป็นอย่างมาก (National Institute of Mental Health, 2006) ก่อให้เกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจและสังคม ปัจจุบันมีผู้ป่วยจิตเภทรายใหม่ทั่วโลกเพิ่มขึ้น 2 ล้านคนต่อปี (Sadock & Sadock, 2005) ผู้ป่วยจิตเภท เป็นผู้ที่มีความผิดปกติด้านความคิด การรับรู้ อารมณ์ ร่วมกับบกพร่องทางหน้าที่การงานและสังคม (World Health Organization [WHO], 2006) ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงด้านบุคลิกภาพ สูญเสียความสัมพันธ์ทางสังคม ส่วนใหญ่จะมีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ (มานิช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2555) บางครั้งเกิดปัญหาด้านพฤติกรรม ได้แก่ เอะอะ อาละวาด ก้าวร้าว หรือแยกตัว จนในที่สุดการทำหน้าที่ และความสัมพันธ์ทาง

สังคมเสื่อมอย่างมาก การกำเริบซ้ำของโรคอาจส่งผลต่อการปรับตัวในชีวิตประจำวันได้ (Sadock & Sadock, 2000)

จากการศึกษาผลกระทบของการเจ็บป่วยโรคจิตเภท พบว่า ร้อยละ 50-70 ของผู้ป่วยมีอาการกลับเป็นซ้ำในช่วง 1 ปีแรกหลังจากเริ่มรับการรักษา (Lindstrom & Bingerfors, 2000) ทำให้เกิดผลกระทบอย่างมากต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน และสังคม ผลต่อตัวผู้ป่วยพบว่า ระยะแรกมีปัญหาด้านการทำหน้าที่ของตนเอง การเรียนหรือการทำงาน แย่ลง มักเก็บตัว และไม่สามารถสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่นได้ (มานิซ หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2555) ผู้ป่วยมีโอกาสถูกขัดขวางไม่ให้เข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนและการเข้าถึงแหล่งบริการที่มีความจำเป็นได้ ทำให้รู้สึกเป็นตราบาป ถูกทอดทิ้ง ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง ไม่กล้ามีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น (วีระยุทธ บุญผาธา, 2554) สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยพร้อมในการมีปฏิสัมพันธ์ ความสามารถในการเรียนรู้ และการแก้ปัญหาลดลง บุคลิกภาพและการทำหน้าที่เสื่อมลง (มานิซ หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2555) รวมถึงผลกระทบทางสังคม พบว่า เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงานไม่ยอมรับและไม่เชื่อว่าผู้ป่วยจะทำประโยชน์ได้ ความสัมพันธ์ทางด้านการดูแลตนเองและด้านปฏิสัมพันธ์ทางสังคมทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเต็มศักยภาพ จึงส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วย ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยจิตเภทเป็นกลุ่มบุคคลที่ควรได้รับความช่วยเหลือโดยการฟื้นฟูสมรรถภาพให้สามารถดูแลตนเองได้ตามศักยภาพ เพื่อเป็นการส่งเสริมให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ในปัจจุบันแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่รักษาแบบผสมผสานทางจิตสังคมร่วมกับการรักษาด้วยยา ซึ่งการดูแลทางด้านจิตสังคมเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ผลการรักษาและคุณภาพชีวิต

ของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทดีขึ้น (มานิซ หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2555; ภัทรภรณ์ พงษ์ปันคำ และคณะ, 2553) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การทำกลุ่มบำบัดเป็นรูปแบบการดูแลด้านจิตสังคมวิธีหนึ่งซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยทำหน้าที่ได้ดีขึ้น ถือเป็นกรบำบัดที่เหมาะสม ซึ่งทำให้ผู้ป่วยได้รับการประคับประคองจิตใจ มีสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ เกิดการเรียนรู้ในการแก้ปัญหาและเรียนรู้ทักษะทางสังคมต่างๆ โดยเฉพาะการพัฒนาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญสำหรับการอยู่ร่วมในสังคม และนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Junaid & Hegde, 2007) ดังการศึกษาของปานิสรา เกษมสุข (2551) ซึ่งใช้โปรแกรมกลุ่มบำบัดแบบประคับประคองโดยใช้แนวคิดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของยาลอม (Yalom, 1995) ที่เน้นกิจกรรมที่ให้สมาชิกเกิดการเรียนรู้ เปลี่ยนแปลงความคิด ความรู้สึกมีคุณค่าแห่งตน มีทักษะในการเผชิญปัญหา และมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสม ผลของโปรแกรมกลุ่มฯ พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีการรับรู้การดูแลและมีการประเมินผลลดลง และการศึกษาของจริยา บุญเจริญ (2548) เรื่องการใช้โปรแกรมกลุ่มบำบัดที่ใช้แนวคิดกลุ่มบำบัดของยาลอม (Yalom, 1995) กระบวนการกลุ่มเน้นให้สมาชิกมีปฏิสัมพันธ์กัน เรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสม เกิดความรู้สึกตระหนักในคุณค่าของตนเอง ผลของโปรแกรมกลุ่มฯ พบว่า ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตจากสุราในระยะหลังได้รับโปรแกรมฯ ลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับระยะก่อนได้รับโปรแกรมฯ

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการพัฒนาและการศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เน้นการส่งเสริมคุณภาพชีวิตยังมีไม่มากนัก สำหรับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของโรงพยาบาลนครนายก เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทที่เน้นการสอนผู้ป่วยให้มีความรู้และสามารถดูแลตนเองได้ดี

ขึ้น ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชที่ปฏิบัติงานในแผนกจิตเวชโรงพยาบาลนครนายก เห็นความสำคัญของการส่งเสริมคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยจิตเภท จึงมีความสนใจที่จะศึกษาผลของการทำกลุ่มบำบัดตามแนวคิดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภท

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในระยะก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดตามแนวคิดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล

2. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดตามแนวคิดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลกับผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการพยาบาลตามปกติในระยะหลังการทดลอง

กรอบแนวคิดการวิจัยและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษานี้ ผู้วิจัยใช้ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของเพปเปลว (Peplau, 1952) ทฤษฎีการทำกลุ่มบำบัดของยาลอม (Yalom, 1995) และแนวคิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทของไฮนริช, ฮานลอน และคาร์เพนเตอร์ (Heinrichs, Hanlon & Carpenter, 1984) มาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา ซึ่งเพปเปลว กล่าวว่า ความวิตกกังวลของบุคคลเกิดจากผลของการเลี้ยงดูในวัยเด็กและจากความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล โดยความวิตกกังวลเกิดขึ้นมาจากความรู้สึกไม่มั่นคง ปลอดภัย (security) และความรู้สึกไม่พึงพอใจ (satisfaction) ดังนั้น กระบวนการสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยที่ยึดหลักการสร้างความไว้วางใจ ความเห็นอกเห็นใจ และเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่า จนก่อให้เกิดความรู้สึกมั่นคงปลอดภัย และพึงพอใจให้แก่ผู้ป่วย จะเป็นสิ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยได้พัฒนาทักษะในการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น และมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางสร้างสรรค์ สอดคล้องกับ

แนวคิดทฤษฎีกลุ่มบำบัดของยาลอม ที่กล่าวว่า ความล้มเหลวในการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลในเรื่องปฏิสัมพันธ์ทางสังคม การช่วยให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้เรื่องสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และมีความมั่นใจในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น จะช่วยลดความวิตกกังวล สามารถพัฒนาการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม ผู้ป่วยที่มีสัมพันธภาพต่อผู้อื่นดีมีแนวโน้มที่จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นด้วย (Atkinson, 1996)

การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภท สามารถทำได้โดยใช้กระบวนการกลุ่มแบบสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของยาลอม ซึ่งกระบวนการกลุ่มจะช่วยให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้การสร้างสัมพันธภาพที่เหมาะสม ช่วยลดความวิตกกังวล สามารถปรับตัวอยู่ในสังคมได้นำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี (ภัทวราภรณ์ ทุ่งบันคำ, 2551) โดยขั้นตอนที่ทำให้สมาชิกเรียนรู้เกี่ยวกับการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของยาลอม (Yalom, 1995) มี 3 ขั้นตอนคือ 1) ขั้นการเกิดความล้มเหลวในการมีส่วนร่วม การแสวงหาความหมาย ภาวะพึ่งพา 2) ทำความเข้าใจในความขัดแย้ง การครอบงำ และการต่อต้านระหว่างสมาชิกและ 3) การพัฒนาความเป็นปึกแผ่นและการสนับสนุนซึ่งกันและกัน ซึ่งตลอดกระบวนการบำบัดมุ่งเน้นบรรยากาศที่เอื้อให้เกิดความรู้สึกพึงพอใจและมั่นคงปลอดภัย จนส่งผลให้เกิดปัจจัยบำบัดขึ้น โปรแกรมกลุ่มนี้มุ่งพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทตามแนวคิดของไฮนริช, ฮานลอน และคาร์เพนเตอร์ (Heinrichs, Hanlon & Carpenter, 1984) เน้นองค์ประกอบคุณภาพชีวิตด้านปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านพื้นฐานภายในจิตใจ ด้านเครื่องมือที่ใช้กับบทบาทหน้าที่การทำงาน และด้านการมีสิ่งของสามัญและกิจกรรมทั่วไปในการดำเนินชีวิตขั้นพื้นฐาน เมื่อผู้ป่วยจิตเภทเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มฯ จะเกิดการเรียนรู้การสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างบุคคล เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางบวก มีการปฏิบัติตาม

บทบาทหน้าที่ของตนเอง พัฒนาความสามารถในการดำเนินชีวิตในสังคม สามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มคือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม วัดก่อนและหลัง ประชากรคือ ผู้ป่วยจิตเภท ไม่จำกัดเพศ ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช ขององค์การอนามัยโลก (International classification of disease: ICD-10) และมารับบริการที่คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลนครนายกในปี พ.ศ. 2556 กลุ่มตัวอย่างจำนวน 24 คน ประมาณขนาดกลุ่มตัวอย่างของวิธีการวิจัยแบบทดลองตามข้อเสนอแนะของโพลิตและฮังเกอร์ ว่าขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสม ควรมีจำนวนอย่างน้อยกลุ่มละ 10 คน (Polit & Hungler, 2001) โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 12 ราย มีเกณฑ์คัดเลือกเข้าศึกษา ดังนี้ 1) มีอายุตั้งแต่ 20 ปี ขึ้นไป 2) อาการทางจิตน้อย ประเมินด้วยแบบวัดอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS) พัฒนาโดยโอเวอร์ฮอล และกอร์แฮม (Overall & Gorham, 1962) และแปลโดย พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์ (2544) โดยมีผลของระดับคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 36 คะแนน 3) พูด อ่าน เขียน และฟังภาษาไทยได้ ไม่มีปัญหาการได้ยิน 4) ยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย 3 ส่วนดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่างคือ แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS) พัฒนาโดยโอเวอร์ฮอล และกอร์แฮม (Overall & Gorham, 1962) และแปลโดย พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์ (2544) ประกอบด้วย ข้อ

คำถาม 18 ข้อ โดยมีเกณฑ์ในการแบ่งระดับคะแนนคือ คะแนนน้อยกว่า 18 คะแนน หมายถึงอาการปกติ คะแนนระหว่าง 18-36 หมายถึง อาการทางจิตน้อย และคะแนนมากกว่า 36 คะแนน หมายถึง อาการทางจิตรุนแรง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

คือ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย คำถาม เกี่ยวกับ เพศ อายุ โรคประจำตัว สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ บุคคลที่อาศัยด้วยในปัจจุบัน รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาการเจ็บป่วย จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และความสามารถในการดูแลตนเอง และ 2) แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภท (Quality of Life Scale: QLS) พัฒนาโดยไฮนริช, ฮานลอน และคาร์เพนเตอร์ (Heinrichs, Hanlon & Carpenter, 1984) แปลโดย รณชัย คงสกนธ์, อุไร บูรณพิเชษฐ, รุ่งทิพย์ ประเสริฐชัย, เพียงใจ พวงทอง, และอุมาพร อุดมทรัพย์กุล (2544) ประกอบด้วย องค์ประกอบคุณภาพชีวิต 4 ด้าน คือ ด้านปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล 8 ข้อ ด้านเครื่องมือที่ใช้กำกับบทบาทหน้าที่การงาน 4 ข้อ ด้านพื้นฐานภายในจิตใจ 7 ข้อ และ ด้านการมีสิ่งของสามัญและกิจกรรมทั่วไปในการดำเนินชีวิตขั้นพื้นฐาน 2 ข้อรวมทั้งหมด 21 ข้อ ลักษณะข้อคำถามมี 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 เป็นคำบรรยายสั้นๆ เพื่อช่วยให้ผู้สัมภาษณ์เข้าใจ และมุ่งสู่ประเด็นที่ประเมิน ส่วนที่ 2 เป็นตัวอย่างคำถามที่ผู้สัมภาษณ์ใช้เพื่อค้นหาคำตอบตามส่วนที่ 1 และส่วนที่ 3 เป็นระดับคะแนน 7 ระดับ คือ ระดับ 0-6 คะแนน ยกเว้น ข้อ 1 และข้อ 12 จะมีระดับคะแนน 0-6 คะแนน และระดับคะแนนที่ 9 คะแนนด้วย มีการแปลผลดังนี้ ระดับคะแนนน้อย หมายถึง ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตต่ำ ระดับคะแนนมาก หมายถึงผู้ป่วยมีระดับคุณภาพชีวิตสูง ผู้วิจัยนำแบบประเมินไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารับบริการที่คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ซึ่งมีคุณสมบัติ

คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน หาความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟราของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.84

3. เครื่องมือในการดำเนินการทดลอง คือ โปรแกรมกลุ่มบำบัดตามแนวคิดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยบูรณาการจากแนวคิดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของเพปพลาว แนวคิดการทำกลุ่มบำบัดที่เน้นสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของยาลอม และแนวคิดตามองค์ประกอบคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทของไฮนริช, ฮานลอน และคาร์เพนเตอร์นำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการทำกลุ่มบำบัด อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการทำกลุ่มบำบัด และผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช หลังจากนั้นผู้วิจัยนำมาปรับปรุงและทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 6 คน เพื่อประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรมฯ ภายใต้การควบคุมดูแลของอาจารย์ที่ปรึกษา และนำข้อคิดเห็นมาวิเคราะห์ ปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมก่อนนำไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำการประเมินอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลนครนายกในระหว่างเดือน กันยายน-พฤศจิกายน 2556 ที่มีอายุ 20 ปี ขึ้นไป ด้วยแบบประเมินอาการทางจิต (BPRS) จากการประเมินผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการในช่วง 3 เดือน พบว่ามีผู้ป่วยที่มีระดับคะแนนอาการทางจิตน้อยกว่าหรือเท่ากับ 36 จำนวน 60 ราย จากสถิติที่มีผู้ป่วยมารับบริการ จำนวนเดือนละ 30 ราย จากนั้นผู้วิจัยทำการคัดเลือกผู้ป่วยเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่างคือ เป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มีระดับคะแนนอาการทางจิตน้อยกว่าหรือเท่ากับ 36 และมีคุณสมบัติตาม

เกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 24 ราย และสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย เข้าเป็นกลุ่มทดลอง 12 คน และกลุ่มควบคุม 12 คน

2. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ อธิบายลักษณะการเข้าร่วมการวิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือเข้าร่วมการศึกษา โดยกำหนดจัดกิจกรรม สำหรับกลุ่มทดลอง ทุกวันพุธ เวลา 9.00-10.30 น. และกลุ่มควบคุม ทุกวันศุกร์ เวลา 9.00-10.00 น. ทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม จัดให้เข้าร่วมกิจกรรม ณ ห้องกิจกรรมกลุ่ม โรงพยาบาลนครนายก เป็นเวลา 6 สัปดาห์ จากนั้นผู้วิจัยให้ผู้ป่วยและญาติยืนยันความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัยด้วยการลงนามในใบยินยอม

3. ก่อนเริ่มการทดลอง 1 สัปดาห์ ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยวิจัยจำนวน 1 คน เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางสาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช และมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทประจำคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลนครนายก โดยผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยวิจัยด้วยการชี้แจงวัตถุประสงค์วิธีการดำเนินการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล ทำความเข้าใจเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และให้ผู้ช่วยวิจัยฝึกการใช้เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อให้ได้ความเข้าใจที่ตรงกันก่อนนำไปเก็บข้อมูลจริง ผู้ช่วยวิจัยทำหน้าที่สัมภาษณ์ผู้ป่วยจิตเภททั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยแบบประเมินคุณภาพชีวิต (QLS) เป็นผู้ช่วยอำนวยความสะดวก จดบันทึก ในขณะที่ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมโปรแกรมกลุ่มบำบัดฯ ในกลุ่มทดลอง และให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ทำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

4. ระยะดำเนินการทดลอง

4.1 กลุ่มควบคุม พยาบาลวิชาชีพประจำคลินิกจิตเวช ดำเนินกิจกรรมการพยาบาลตามโปรแกรมกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา ดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละประมาณ 1 ชั่วโมง เป็นเวลา 6 สัปดาห์ ประกอบด้วย 6 กิจกรรม คือสัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมการฟังบรรยาย

ความรู้เรื่อง “โรคจิตเภท 1” สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมการฟังบรรยายความรู้เรื่อง “โรคจิตเภท 2” สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมการชมสื่อ VCD เรื่อง “การดูแลผู้ป่วยจิตเวช 1” สัปดาห์ที่ 4 กิจกรรมการชมสื่อ VCD เรื่อง “การดูแลผู้ป่วยจิตเวช 2” สัปดาห์ที่ 5 กิจกรรมการสอน “การผ่อนคลายเครียด 1” และ สัปดาห์ที่ 6 กิจกรรมการสอน “การผ่อนคลายเครียด 2”

4.2 กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินกิจกรรมในกลุ่มทดลอง มีผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้ช่วยอำนวยความสะดวก และจัดบันทึกในขณะที่ผู้วิจัยดำเนินการทดลอง เป็นเวลา 6 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละประมาณ 1 ชั่วโมง 30 นาที ตามโปรแกรมกลุ่มบำบัดตามแนวคิดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมบำบัด 6 กิจกรรม คือ สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรม “มีเราได้ร่วมเงาเดียวกัน” เพื่อเปิดโอกาสให้สมาชิกเรียนรู้การสร้างสัมพันธภาพภายในกลุ่มและสามารถสร้างบรรยากาศของการอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรม “มีรัก-มีพลัง” เป็นกิจกรรมที่เปิดโอกาสให้สมาชิกทบทวนเกี่ยวกับความรักระหว่างบุคคลที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันและการดูแลบุคคลที่รัก สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรม “ช่วยกันคิด ช่วยกันทำ” เน้นให้สมาชิกเกิดการตระหนักรู้ในศักยภาพที่ตนมีโดยการลงมือทำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ สัปดาห์ที่ 4 กิจกรรม “ถนนชีวิต” เปิดโอกาสให้สมาชิกทบทวนประสบการณ์ชีวิตที่ผ่านมาเพื่อให้สมาชิกได้ค้นหาและตระหนักรู้ถึงความเข้มแข็งที่ใช้ในการดำเนินชีวิต สัปดาห์ที่ 5 กิจกรรม “เวลาของชีวิต” ได้ส่งเสริมให้สมาชิกตระหนักรู้ถึงความสำคัญของการทำตามบทบาทหน้าที่ที่เหมาะสมและการพึ่งพาตนเอง สัปดาห์ที่ 6 กิจกรรม “ก้าวไปข้างหน้าด้วยการพึ่งพาตนเอง” กระตุ้นให้สมาชิกวิเคราะห์สถานการณ์ที่ใกล้เคียงกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริงในชีวิตประจำวัน เพื่อให้สมาชิกได้ตระหนักรู้ถึงสิ่งของที่เป็นอุปสรรคในการดำเนินชีวิต การทำกิจกรรมขั้นพื้นฐาน

ในสังคม และตระหนักรู้ถึงความสำคัญของการเตรียมความพร้อมในการดำเนินชีวิตต่อไปในวันข้างหน้า โดยรูปแบบโปรแกรมการบำบัดทั้งหมดนี้ เป็นการทำกิจกรรมจากง่ายไปสู่กิจกรรมที่ยากขึ้น เน้นการเรียนรู้จากกิจกรรมที่ทำภายในกลุ่มโดยใช้กลุ่มเป็นสังคมจำลอง และมีการมอบหมายการบ้านโดยให้สมาชิกนำสิ่งที่เรียนรู้ได้จากกลุ่มนำไปปฏิบัติจริง

5. ระยะเวลาหลังการทดลอง 1 สัปดาห์ ผู้ช่วยวิจัยทำการประเมินคุณภาพชีวิตด้วยแบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภท (QLS) ทั้งในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ณ ห้องกิจกรรมกลุ่ม โรงพยาบาลนครนายก

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

เค้าโครงวิทยานิพนธ์นี้ ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพาและคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลนครนายก ผู้ช่วยวิจัยพบกลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแลเพื่อแนะนำตัว ซึ่งแจ้งรายละเอียดของการวิจัยและเชิญชวนกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย ให้ความมั่นใจกับกลุ่มตัวอย่างว่า สามารถปฏิเสธ หรือถอนตัวจากการศึกษานี้ได้ทุกเมื่อ โดยไม่มีผลกระทบต่อการดูแลรักษาที่ได้รับ ผลการวิจัยนำเสนอเป็นภาพรวม ข้อมูลต่างๆ เก็บไว้เป็นความลับ หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยประการใด ผู้ช่วยวิจัยเปิดโอกาสให้ซักถาม และตอบข้อสงสัยได้ตลอดเวลา

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย (ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) ในข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง และวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลองในระยะก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดตามแนวคิดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลโดยใช้สถิติทดสอบที (pair t-test) และเปรียบเทียบความแตกต่าง ของค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทในระยะหลังการเข้า

ร่วมโปรแกรมกลุ่มบำบัดตามแนวคิดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทดสอบที (independent t-test) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มทดลอง จำนวน 12 คน เป็นเพศชาย (ร้อยละ 58.3) เพศหญิง (ร้อยละ 41.7) ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 40-49 ปี (ร้อยละ 58.3) การศึกษาประถมศึกษา (ร้อยละ 50) รองลงมา มัธยมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ 33.3) ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 75) สถานภาพคู่ (ร้อยละ 41.7) รองลงมาสถานภาพโสด (ร้อยละ 33.3) มีอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 41.7) รองลงมาอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 33.3) อาศัยอยู่กับสามี/ภรรยา (ร้อยละ 41.7) รองลงมาอยู่กับ พ่อ/แม่/ลูก (ร้อยละ 33.3) ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ย 3,000-4,500 บาท/เดือน (ร้อยละ 58.3) มีระยะเวลาในการเจ็บป่วย 6-10 ปี (ร้อยละ 41.7) รองลงมา 1-5 ปี (ร้อยละ 33.3) ไม่เคยเข้ารับการรักษารูปแบบผู้ป่วยใน (ร้อยละ 50) และเคยเข้ารับการรักษารูปแบบผู้ป่วยใน 1 ครั้ง (ร้อยละ 41.7)

กลุ่มควบคุม จำนวน 12 คน เป็นเพศชาย (ร้อยละ 66.7) เพศหญิง (ร้อยละ 33.3) มีอายุอยู่ในกลุ่ม 30-39 ปี (ร้อยละ 41.7) รองลงมา คือ 40-49 ปี

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลองในระยะก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดตามแนวคิดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล

กลุ่มทดลอง	จำนวน	Means	SD	t	df	p
ก่อนทดลอง	12	67.08	6.57	21.71	11	< .001
ก่อนทดลอง	12	105.33	5.76			

3. ผลการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดตามแนวคิดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลกับผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติในระยะหลัง

(ร้อยละ 33.3) การศึกษาประถมศึกษา (ร้อยละ 41.7) รองลงมามัธยมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ 33.3) ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 83.3) มีสถานภาพคู่ (ร้อยละ 50) รองลงมาสถานภาพโสด (ร้อยละ 33.3) มีอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 50) รองลงมาอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 25) อาศัยอยู่กับสามี/ภรรยา (ร้อยละ 50) รองลงมาอยู่กับ พ่อ/แม่/ลูก (ร้อยละ 33.3) มีรายได้เฉลี่ย 3,000-4,500 บาท/เดือน (ร้อยละ 50) รองลงมารายได้เฉลี่ย 5,000-6,500 บาท/เดือน (ร้อยละ 41.7) มีระยะเวลาในการเจ็บป่วย 6-10 ปี (ร้อยละ 50) รองลงมาคือ 1-5 ปี (ร้อยละ 25) ส่วนใหญ่ไม่เคยเข้ารับการรักษารูปแบบผู้ป่วยใน (ร้อยละ 58.3) เมื่อทดสอบความแตกต่างลักษณะของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ chi-square พบว่าทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. ผลการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในระยะก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดตามแนวคิดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมฯ มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตในระยะหลังการทดลองสูงกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t_{11} = 21.712$, $p < .001$) ดังตารางที่ 1

การทดลอง 1 สัปดาห์ พบว่าผู้ป่วยในกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t_{22} = 12.792$, $p < .001$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมในระยะหลังการทดลอง

กลุ่ม	จำนวน	Means	SD	Means Difference	t	df	p
ก่อนทดลอง	12	105.33	5.758	26.167	21.792	22	< .001
ก่อนทดลอง	12	79.17	4.130				

อภิปรายผล

1. จากการศึกษาผลของการใช้โปรแกรมกลุ่มบำบัดตามแนวคิดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า กระบวนการที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดการเรียนรู้จากการจัดรูปแบบโปรแกรมฯ ให้เป็นสังคมจำลอง ใช้การบ้านเพื่อกระตุ้นให้นำไปปฏิบัติจริงในชีวิตประจำวัน การจัดการเรียนรู้จากกิจกรรมที่ง่ายๆ ไปสู่สิ่งที่ยากขึ้น และมีการติดตามประเมินผลการเปลี่ยนแปลงในกิจกรรมครั้งต่อไป สิ่งเหล่านี้ค่อยๆ พัฒนาทักษะการสร้างสัมพันธภาพ ความคิดริเริ่ม ความกระตือรือร้น การค้นพบความเข้มแข็งในตนเอง ความมั่นใจในการทำตามบทบาทหน้าที่ การมีคุณลักษณะเหล่านี้จะช่วยให้ผู้ป่วยพึ่งพาตนเองมากขึ้น มีความสามารถในการใช้ชีวิตอย่างมีคุณภาพมากขึ้น สอดคล้องกับการวิจัยที่ใช้กระบวนการเรียนรู้แบบกระตุ้นให้ทดลองนำไปปฏิบัติจริง ดังกล่าวแล้วข้างต้น ได้แก่ การศึกษาของพรทิพย์ โพธิ์มูล (2552) ซึ่งพบว่ากระบวนการบำบัดของโปรแกรมที่เน้นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ค้นพบและใช้ศักยภาพของตนให้มีความเข้มแข็งในตัวเอง การให้การบ้าน ช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับการกินยา สามารถดูแลตนเอง และพึ่งพาตนเองได้มากขึ้น มีผลทำให้ระดับคะแนนความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยโรคจิตเภทในระยะหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ สูงขึ้น และการศึกษาของรัตดาวร สันติวงษ์ (2550) เรื่องผลการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติในการดูแลบุคคล

ที่มีภาวะซึมเศร้า เน้นการช่วยให้บุคคลเข้าใจกระบวนการที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า เกิดการตระหนักรู้ ปรับตัวได้อย่างเหมาะสมกับสถานการณ์ต่างๆ ด้วยการฝึกในช่วงโครงการบำบัดและการให้การบ้าน ผลการทดลองพบว่า ผู้ป่วยมีระดับความรู้สติเพิ่มขึ้น และมีระดับคะแนนภาวะซึมเศร่าลดลงในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล

2. เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองสูงกว่าผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 สามารถอธิบายได้ว่า โปรแกรมกลุ่มฯ เป็นกลุ่มบำบัดที่เน้นการเปิดพื้นที่ให้ผู้ป่วยได้ใช้ทักษะการแสดงความคิดเห็นความรู้สึก การแสดงออกถึงความหวังใจ ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน และการฟังอย่างใส่ใจในบรรยากาศที่ผ่อนคลายและเป็นมิตรของการทำกิจกรรมต่างๆ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยแลกเปลี่ยนประสบการณ์กันอย่างสะดวกเกี่ยวกับการเจ็บป่วยส่งผลให้ผู้ป่วยมีแนวทางในการอยู่ร่วมกับผู้อื่นและดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ อีกทั้งกระบวนการกลุ่มทำให้เกิดปัจจัยบำบัด (therapeutic factors) ซึ่งทำให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้และปรับพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้น ปัจจัยบำบัดที่พบได้บ่อยในการศึกษาค้างนี้ ได้แก่ การผูกพันจิตใจต่อกัน (group cohesiveness) จากการศึกษาที่ผู้ป่วยแลกเปลี่ยนความรู้สึกและประสบการณ์กับสมาชิกกลุ่มเกี่ยวกับความขัดแย้งและการไม่ได้รับความไว้วางใจจากสมาชิกในครอบครัว การมีความเป็นสากล (universality) เนื่องจากผู้ป่วยมีปัญหาการเจ็บป่วยที่คล้ายคลึงกัน และการมีความหวัง

(instillation of hope) จากการที่ผู้ป่วยได้รับกำลังใจ จากสมาชิกกลุ่ม (Yalom, 1995)

โปรแกรมกลุ่มบำบัดตามแนวคิดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เน้นความเคารพในความแตกต่างระหว่างบุคคลตามศักยภาพที่เป็นอยู่ คำนึงถึงข้อจำกัดต่างๆ ตามบริบทของแต่ละบุคคล (Individual based) ให้ผู้ป่วยได้ค้นหาศักยภาพของตน และพัฒนาการดูแลตนเอง ผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้มีปฏิสัมพันธ์ภายในกลุ่ม การมีส่วนร่วม การแสวงหาความหมาย และการทำความเข้าใจในความขัดแย้งที่เกิดขึ้นในสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดความ เป็นปึกแผ่นและพลังกลุ่ม ช่วยให้ผู้ป่วยเรียนรู้คุณค่าและความหมายของการสร้างสัมพันธภาพที่เหมาะสมกับบุคคลอื่นมาเป็นเครื่องมือในการดำเนินชีวิต (ภัทรภรณ์ ทุงบันคำ, 2551) ในขณะที่ผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มควบคุมที่เข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา ซึ่งเป็นการพยาบาลตามปกติของแผนกจิตเวช โรงพยาบาลนครนายก เป็นการบำบัดที่เน้นการใช้ความรู้เป็นศูนย์กลาง (knowledge based) ผู้ป่วยทุกคนได้รับความรู้เรื่องเดียวกัน ไม่คำนึงถึงความสามารถหรือความแตกต่างของแต่ละบุคคล เป็นการ ใช้การสื่อสารแบบทางเดียว (one way communication) ไม่เน้นการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันระหว่างสมาชิกกลุ่ม และไม่เน้นการเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย เน้นการสอนเพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้และปฏิบัติตัวถูกต้องมากขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกระบวนการ กระตุ้นการเรียนรู้ 2 แบบดังกล่าว สามารถอภิปรายได้ว่า รูปแบบที่ยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง (individual based) เป็นการเรียนรู้ที่สร้างเสริมความสามารถในการตอบสนองความต้องการของตนได้อย่างเหมาะสม ถือเป็นจุดเด่นของรูปแบบนี้เมื่อเปรียบเทียบกับ การใช้ความรู้เป็นศูนย์กลาง (Cody, 2006) ถือเป็น การกระตุ้นให้บุคคลได้ใช้ความสามารถในการคิดและรู้คิด (cognitive function) ซึ่งเป็นเป้าหมายหลักของ

การบำบัด รักษาผู้ป่วยจิตเภทในระยะบำรุงรักษาและฟื้นฟู (maintenance) (Stuart, 2009) ช่วยลดความผิดปกติของการรับรู้ที่ผิดปกติ หรือพยาธิสภาพของโรคจิตเภท (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2555)

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ควรมีการส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพนำโปรแกรมนี้ไปใช้กับผู้ป่วยจิตเภทในการพัฒนาคุณภาพชีวิต และอาจปรับเปลี่ยนได้ตามความเหมาะสม โดยพยาบาลควรเป็นผู้กระตุ้น สนับสนุน และสร้างความเชื่อมั่นแก่ผู้ป่วยและญาติว่า การมีสัมพันธภาพและทักษะทางสังคมที่ดี จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง และปรับตัวต่อการอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้ดีขึ้น

2. ด้านการบริหารการพยาบาล ผู้บริหารทางการพยาบาลในระดับต่างๆ ควรกำหนดนโยบายและพัฒนาระบบการบริการและดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่เน้นการส่งเสริมคุณภาพชีวิต การส่งเสริมให้พยาบาลได้มีการพัฒนาตนเองให้มีความรู้ความเชี่ยวชาญทางคลินิก การส่งเสริมการทำวิจัยและการจัดการความรู้สู่การปฏิบัติ

3. ด้านการศึกษาพยาบาล คณะจารย์ในสถาบันการศึกษาพยาบาลสามารถนำผลการวิจัยครั้งนี้ไปเป็นข้อมูลอ้างอิงในการจัดการเรียนการสอนสำหรับนักศึกษาพยาบาล โดยเน้นให้เห็นถึงความสำคัญของการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทด้วยแนวคิดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาอย่างต่อเนื่องและติดตามการใช้โปรแกรมเป็นระยะ คือมีการประเมินผลระยะ 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี เพื่อติดตามประสิทธิผลของโปรแกรม และผลการเปลี่ยนแปลงของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท เพราะระยะเวลานานอาจส่งผลต่อ

คุณภาพชีวิตผู้ป่วย ซึ่งนำผลการศึกษามาใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลต่อไป

2. ควรมีการศึกษาถึงตัวแปรอื่นๆ ที่น่าจะมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท เช่น ความสามารถในการดูแลตนเอง เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภท เป็นผู้ที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด และการรับรู้ ส่งผลให้แสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม บางรายไม่สามารถดูแลตนเองได้ ไม่สามารถดำเนินชีวิตอยู่ร่วมกับสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้น จึงควรนำเรื่องความสามารถในการดูแลตนเอง มาเป็นตัวแปรในการศึกษาด้วย เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างต่อเนื่อง

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณกรมสุขภาพจิตที่สนับสนุนทุนการศึกษา โรงพยาบาลนครนายกที่อนุมัติให้ทำการศึกษาต่อในระดับปริญญาโท มหาวิทยาลัยบูรพาที่ให้ทุนสนับสนุนการวิจัย เจ้าหน้าที่ประจำคลินิกจิตเวช ตลอดจนบุคลากรทุกระดับ ที่ให้การสนับสนุน และกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือ ช่วยให้การวิจัยครั้งนี้มีความสมบูรณ์ สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

จรรยา บุญเชิญ. (2548). การศึกษาการใช้โปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดระดับประคองต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา. สถาบันสมเด็จเจ้าพระยากรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

ปานิสรา เกษมสุข. (2551). ผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดระดับประคองต่อภาวะการดูแล และภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

พรทิพย์ โพธิ์มูล. (2552). ผลของการใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนมุมมองที่เน้นการหาทางออกสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านอาการทางจิต. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาล ศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.

พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์. (2544). โครงการอบรมแนวทางการสัมภาษณ์และให้คะแนน BPRS ในรูปแบบของ T-PANSS. ในเอกสารประกอบการบรรยายเรื่องการประชุมอาการผู้ป่วยจิตเวชโรงพยาบาลสวนปรุง. (หน้า 1-10). เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง.

พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์. (2540). ตราบาปและโรคทางจิตเวช. วารสารสวนปรุง, 13(1), 29-36

ภัทรภรณ์ ท่งปันคำ. (2551). การทำกลุ่มจิตบำบัดสำหรับบุคลากรทางสุขภาพ (พิมพ์ครั้งที่ 1). เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ภัทรภรณ์ ท่งปันคำ, สุวิท อินทอง, ขวัญพนมพร ธรรมไทย, ผกาพันธ์ วุฒิลักษณ์, ชาลินี สุวรรณย และศรัณญา วรณชัยกุล. (2553). คุณภาพชีวิตในผู้ที่เป็นโรคจิตเภท: มุมมองของผู้ป่วยและผู้ดูแล. โครงการวิจัยที่ 1 ภายใต้แผนงานวิจัยโปรแกรมส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในชุมชน. เชียงใหม่ : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์. (2555). จิตเวชศาสตร์รามาริบดี (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ : คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.

รณชัย คงสกนธ์, อุไร บุรณพิเชษฐ, รุ่งทิพย์ ประเสริฐชัย, เพียงใจ พวงทอง, และอุมาพร อุดมทรัพย์กุล. (2544). การพัฒนาแบบวัดคุณภาพชีวิต ฉบับภาษาไทย สำหรับผู้ป่วยจิตเภท, วารสารสมาคม

- จิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 42(2), 89-110.
- รัตดาพร สันติวงษ์. (2550). การบำบัดบนพื้นฐานของสติในการดูแลบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้า. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- วีระยุทธ นุฬผาถา. (2554). รูปแบบการบำบัดในชุมชนเพื่อลดการกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลสำหรับผู้ป่วยจิตเวช: การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- Atkinson, J. M. (1996). The impact of education groups for people with schizophrenia on social function and quality of life. *British Journal of Psychiatry*, 168, 199-204.
- Cody, W. K. (2006). *Philosophical and theoretical perspectives for advanced nursing practice* (4thed.). Boston: Jones and Bartlett publishers.
- Heinrichs, D. W., Hanlon, T. E., & Carpenter, W. T. (1984). The quality of life scale. *Schizophrenic Bull*, 10, 388-398.
- Junaid, O., & Hegde, S. (2007). Supportive psychotherapy in dementia. *Advances in Psychiatric Treatment*, 13, 17-23.
- Lindstrom, E., & Binglefors, K. (2000). Patient compliance with drug therapy. *Schizophrenia Pharmacoeconomics*, 18(2), 105-124.
- National Institute of Mental Health. (2006). *The health belief model and medication compliance in schizophrenic*. Retrieve from <http://www.NIMH.HealthBeliefModel.html>.
- Overall, J. E., & Gorham, D. R. (1962). The brief psychiatric rating scale (BPRS). *Psychological Rep*, 10, 799-821.
- Peplau, H. E. (1952). *Interpersonal relations in nursing*. New York: G. P. Putnam's Sons.
- Polit, D. F., & Hungler, B. P., (2001). *Nursing research: Principles and methods*. (6thed.). Philadelphia: J. B. Lippincott.
- Sadock, B. J. & Sadock, A. V. (2005). *Comprehensive textbook of psychiatry*. Philadelphia: Lippincott. Williams and Wilkins.
- Sadock, B. J. & Sadock, A. V. (2000). *Synopsis of psychiatry* (9thed.). Philadelphia: Lippincott. Williams and Wilkins.
- Stuart, G. W. (2009). *Principles and practice of psychiatric nursing* (8thed.). St. Louis: Mosby Year Book.
- World Health Organization. (2006). *ICD-10: International statistical classification of diseases and related problems* (10thed.). Geneva: World Health Organization.
- Yalom, I.D. (1995). *The theory and practice of group psychotherapy* (4thed.). New York: Basic Books.