



การศึกษาปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพการบำบัดในกลุ่มกิจกรรมบำบัดผู้ป่วยจิตเวช
กรณีศึกษา โรงพยาบาลสงขลานครินทร์
A Study of Therapeutic Factors in Group Therapy of Psychiatric Patients
: Case Study in Songklanagarind Hospital

อารีนา อับดุลเลาะ
ARINA ABDULLOH

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา
วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of
Master of Science in Health System Management
Prince of Songkla University

2558

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ชื่อวิทยานิพนธ์ การศึกษาปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพการบำบัดในกลุ่มกิจกรรมบำบัด
ผู้ป่วยจิตเวช กรณีศึกษาโรงพยาบาลสงขลานครินทร์
ผู้เขียน นางสาวอารีนา อับดุลเลาะ
สาขาวิชา การจัดการระบบสุขภาพ

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

คณะกรรมการสอบ

.....
(รองศาสตราจารย์ พญ.จารุรินทร์ ปิตานุกงศ์)

.....ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พงศ์เทพ สุธีรวุฒิ)

.....กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ พญ.จารุรินทร์ ปิตานุกงศ์)

.....กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ถนอมศรี อินทนนท์)

.....กรรมการ
(ดร.จิระสุข สุขสวัสดิ์)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยนี้เป็น
ส่วนหนึ่งของการศึกษา ตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบ
สุขภาพ

.....
(รองศาสตราจารย์ ดร.ธีระพล ศรีชนะ)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้มาจากการศึกษาวิจัยของนักศึกษาเอง และได้แสดงความขอบคุณบุคคลที่มีส่วนช่วยเหลือ

ลงชื่อ.....

(รองศาสตราจารย์ พญ.จารุรินทร์ ปีตานพวงศ์)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ลงชื่อ.....

(นางสาวอรินา อับดุลเลาะ)

นักศึกษา

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้ไม่เคยเป็นส่วนหนึ่งในการอนุมัติปริญญาในระดับใดมาก่อน และ
ไม่ได้ถูกใช้ในการยื่นขออนุมัติปริญญาในขณะนี้

ลงชื่อ.....

(นางสาวอรินา อับดุลเลาะ)

นักศึกษา

ชื่อวิทยานิพนธ์	การศึกษาปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพการบำบัดในกลุ่มกิจกรรมบำบัดผู้ป่วยจิตเวช กรณีศึกษา โรงพยาบาลสงขลานครินทร์
ผู้เขียน	นางสาวอรินา อับดุลเกาะ
สาขาวิชา	การจัดการระบบสุขภาพ
ปีการศึกษา	2557

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับของปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพการบำบัดของผู้ป่วยนอกจิตเวชที่เข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมบำบัด และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ชนิดของโรคจิตเวช ระดับความรุนแรงของโรค และความถี่ของการเข้ากลุ่มกับคะแนนปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพการบำบัด เป็นการศึกษาเชิงสำรวจในกลุ่มตัวอย่างจากผู้ป่วยจิตเวชที่เข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมบำบัดระหว่างเดือนธันวาคม 2556 ถึงเดือนมีนาคม 2557 จำนวน 53 ราย เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามแบบประเมินตนเองประกอบด้วยแบบสำรวจข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสำรวจการรับรู้ปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพการบำบัด 60 ข้อย่อยของยาโลม หลังจากผู้ป่วยได้เข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมบำบัด วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนการรับรู้ปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพการบำบัดกับตัวแปรที่ศึกษาด้วยสถิติทดสอบความแตกต่างค่าที (t -test) กรณีเปรียบเทียบกลุ่ม 2 กลุ่ม และใช้สถิติการทดสอบความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) สำหรับทดสอบค่าเฉลี่ยตัวแปรมากกว่า 2 กลุ่มขึ้นไป

ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพการบำบัดที่ผู้ป่วยมีประสบการณ์สูงสุด 5 อันดับแรก คือ การเรียนรู้ระหว่างบุคคลต่อสิ่งที่ได้รับจากกลุ่ม คะแนนเฉลี่ย 29.5 ($SD=4.3$) สัจจะแห่งการดำรงอยู่ของชีวิต คะแนนเฉลี่ย 29.3 ($SD=3.9$) การเกิดความหวัง คะแนนเฉลี่ย 29.2 ($SD=4.2$) ความรู้สึกร่วม คะแนนเฉลี่ย 29.0 ($SD=4.6$) และความรู้สึกผูกพันภายในกลุ่ม คะแนนเฉลี่ย 28.9 ($SD=4.3$) ตามลำดับ และปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพการบำบัดที่ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ความเข้าใจตนเอง คะแนนเฉลี่ย 27.2 ($SD=4.8$) เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพการบำบัดกับปัจจัยส่วนบุคคลพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับเพศ อายุ ระดับความรุนแรงของโรค ชนิดของโรคจิตเวช และระดับการศึกษา แต่มี

ความสัมพันธ์กับสถานภาพสมรสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.03$) โดยผู้ป่วยที่แต่งงาน (อยู่ด้วยกันกับคู่สมรส) มีคะแนนการรับรู้ปัจจัยการเป็นผู้มีจิตใจเอื้ออาทรต่อผู้อื่นสูงกว่าผู้ป่วยที่เป็นโสดหรือหม้าย และมีความสัมพันธ์กับความถี่ของผู้ป่วยที่เข้ากลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ป่วยที่เข้ากลุ่ม 13 ครั้งขึ้นไปคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ปัจจัยความรู้สึกผูกพันภายในกลุ่ม ($p=.02$) และปัจจัยความรู้สึกร่วม ($p=.05$) สูงกว่าผู้ป่วยที่เข้ากลุ่มน้อยกว่า 13 ครั้ง

เมื่อนำผลที่ได้อภิปรายเพิ่มเติมกับผู้ปฏิบัติงานกลุ่มกิจกรรมบำบัดทำให้เห็นว่า การเข้ากลุ่มกิจกรรมบำบัดเป็นหนึ่งในกระบวนการดูแลต่อเนื่องที่จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้เตรียมความพร้อมของตนเองก่อนกลับบ้านและชุมชนได้ดี อีกทั้งมีการพัฒนาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยผู้ป่วยที่เข้ากลุ่มได้ดีและสม่ำเสมอจะได้รับการเสริมทักษะเพื่อกลับคืนสู่ชุมชน โดยผ่านกิจกรรมพิเศษ ได้แก่ กิจกรรมเยี่ยมบ้านเยี่ยมชุมชน กิจกรรมค่ายครอบครัวล้อมรั้วด้วยรัก กิจกรรมจิตสบายร่างกายแข็งแรง และกิจกรรมรดน้ำคำหัว ซึ่งในการศึกษาครั้งต่อไปควรศึกษาปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพการบำบัดและการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยเมื่อเข้าร่วมกิจกรรมพิเศษข้างต้น เพื่อได้แนวทางที่ชัดเจนในการพัฒนาผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

คำสำคัญ: กลุ่มกิจกรรมบำบัด ผู้ป่วยจิตเวช ปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพการบำบัด

Thesis Title	A STUDY OF THERAPEUTIC FACTORS IN GROUP THERAPY OF PSYCHIATRIC PATIENTS: CASE STUDY IN SONGKLANAGARIND HOSPITAL
Author	Ms. Arina Abdulloh
Major Program	Health System Management
Academic year	2014

Abstract

This study aimed to examine therapeutic factors of group therapy for psychiatric patients and the relationships between sex, age, marital status, education, type of psychiatric disorder, severity of disease and frequency of the group therapy with therapeutic factor. A survey was conducted in psychiatric patients who attended group therapy between December 2013 and February 2014, Fifty-three patients were sampled. Data were obtained using demographic data and Yalom's self-assessment questionnaire, containing 60 items, collected after finished group therapy. Data were presented as descriptive statistics and comparisons were made using the *t*-test and ANOVA.

By self-evaluation, the psychiatric patients ranked every one of the 12 therapeutic factors, according to their importance. The highest-ranking therapeutic factors in group therapy were: interpersonal learning-input, average score 29.5 ($SD=4.3$), existential factors, average score 29.3 ($SD=3.9$), installation of hope, average score 29.2 ($SD=4.2$), universality, average score 29.0 ($SD=4.6$), and cohesiveness, average score 28.9 ($SD=4.3$), respectively. And the lowest-ranking therapeutic factors was self-understanding factor, average score 27.2 ($SD=4.8$). The correlation of score therapeutic factors and personal factors were not significant statistical with sex, age, education, type of psychiatric disorder, severity of disease. But is associated with marital status was significant ($p=.03$) in patients who married have score of altruism factor more than patients who are single or widowed. And correlated with the frequency of the group therapy was significant, the patients who attended group therapy 13 times have score

of cohesiveness factor ($p=.02$) and score of universality factor ($p=.05$) more than patients who attended group therapy less than 13 times.

To discuss the outcomes of the study with the group facilitators; we could conclude that the group psychological intervention is one of the promoting processes, which supported patients' recovery after discharging and also prepared themselves to live their normal life in community context. Patients would on going practice their life skills from the particular activities; for instance, community and home visit activity, a homestay family camp, sound mind in sound body and Songkran day Thai traditional for psychiatric patients. Hence the patients, who have participated both group intervention and these activities regularly, would show superior social skills which assist them to live in community following hospitalization. Regarding suggestion for further studies; there is necessary to find out the factors promoting effectiveness of group intervention and the clinical outcomes of those particular activities (i.e. community and home visit activity, a homestay family camp, sound mind in sound body and Songkran day Thai traditional for psychiatric patients), to develop efficient strategy of mental rehabilitation.

KEYWORDS: group therapy, psychiatric patient, therapeutic factors

กิตติกรรมประกาศ

หากเปรียบเทียบการเรียนระดับบัณฑิตศึกษาเป็นการเดินทาง วิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นผลผลิตจากการเดินทาง นอกจากเส้นทางจะยาวไม่น้อยแล้วยังเต็มไปด้วยอุปสรรคต่างๆ อย่างไรก็ตามการทำงานวิจัยครั้งนี้เป็นโอกาสให้ผู้วิจัยได้พิสูจน์ความอดทนและพยายามเรียนรู้ในสิ่งใหม่ๆ ในฐานะที่ผู้วิจัยทำงานเกี่ยวข้องกับงานวิจัยจึงใช้ประสบการณ์ส่วนนี้มาช่วยให้การทำงานวิจัยครั้งนี้เป็นไปได้ง่ายขึ้น แต่องค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับหัวข้อวิจัยผู้วิจัยมีความรู้เพียงน้อยนิด โชคดีที่ผู้วิจัยได้รับความกรุณาจากบุคคลหลายๆคนที่ได้ให้คำแนะนำรวมถึงการอ่านจากตำราในห้องสมุดและค้นคว้าจากอินเทอร์เน็ตจนสามารถเข้าใจในประเด็นต่างๆ งานนี้ทำให้ผู้วิจัยได้เรียนรู้ทักษะใหม่ๆ ในการทำวิจัย และทำให้ผู้วิจัยรู้ว่าไม่มีอะไรยากเกินความพยายามและความตั้งใจของเรา

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความรู้และความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก รศ.พญ.จารุรินทร์ ปิตานพวงศ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ที่กรุณาชี้แนะแนวทางอันเป็นประโยชน์และให้ความเชื่อมั่นในตัวผู้วิจัยเสมอ ผศ.นพ.อานนท์ วิทยานนท์ หัวหน้าภาควิชาจิตเวชศาสตร์ ผู้ให้โอกาสและคอยสนับสนุนผู้วิจัยมาโดยตลอด ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาเป็นอย่างยิ่งจึงขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ ขอขอบพระคุณ ผศ.ดร.พงศ์เทพ สุธีรฤทธิ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ รศ.ถนอมศรี อินทนนท์ และ ดร.จิระสุข สุขสวัสดิ์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และขอขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาตรวจสอบเครื่องมือการทำวิจัยและให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ให้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น ขอขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่านที่ได้ให้ความรู้ ด้านต่างๆอันเป็นพื้นฐานในการทำวิทยานิพนธ์

ขอขอบพระคุณบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่สนับสนุนทุนส่วนหนึ่งในการทำวิทยานิพนธ์ ขอขอบคุณทีมนักจิตวิทยาและนักสังคมสงเคราะห์ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ที่ให้คำแนะนำและอำนวยความสะดวกแก่ผู้วิจัยในการเก็บข้อมูลวิจัยเป็นอย่างดี ขอขอบคุณผู้ป่วยจิตเวชที่ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลครั้งนี้ด้วยความเต็มใจ และขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ของสถาบันการจัดการระบบสุขภาพภาคใต้ เจ้าหน้าที่ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ รวมถึงเพื่อนๆ พี่ๆ น้องๆ ทุกท่านที่คอยช่วยเหลือและเป็นกำลังใจทั้งในการเรียนและการทำวิทยานิพนธ์

ขอขอบพระคุณทุกคนในครอบครัวที่เป็นแรงบันดาลใจ ให้กำลังใจและให้การสนับสนุนในทุกๆด้าน ทำให้ผู้วิจัยมีความมุ่งมั่นในการเรียนจนประสบผลสำเร็จ ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าการวิจัยนี้จะเป็นประโยชน์ในการจัดกลุ่มกิจกรรมบำบัดเพื่อผู้ป่วยจิตเวชต่อไป

อารีนา อับดุลเลาะ

สารบัญ

บทคัดย่อ	(5)
Abstract	(7)
กิตติกรรมประกาศ	(9)
สารบัญ	(10)
รายการตาราง	(12)
รายการภาพประกอบ	(13)
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์	3
คำถามการวิจัย	4
กรอบแนวคิด	4
ขอบเขตของการวิจัย	5
นิยามศัพท์	5
ความสำคัญและประโยชน์ของการวิจัย	6
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	7
โรคจิตเวช	7
ความหมายของโรคในทางจิตเวช	7
การจำแนกโรคทางจิตเวช	7
กลุ่มกิจกรรมบำบัด	22
แนวคิดพื้นฐานเกี่ยวกับกลุ่มกิจกรรมบำบัด	22
หลักการของกลุ่มกิจกรรมบำบัด	25
องค์ประกอบของกลุ่มกิจกรรมบำบัด	26
ปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพการบำบัด	36
วิธีการศึกษาปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพการบำบัด	44
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	48
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	53
กลุ่มตัวอย่าง	53
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	53

สารบัญ (ต่อ)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ	56
การเก็บรวบรวมข้อมูล	56
การวิเคราะห์ข้อมูล	57
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	58
ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล	58
ตอนที่ 2 พฤติกรรมการเข้ากลุ่มกิจกรรมบำบัด	59
ตอนที่ 3 การรับรู้ปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพการบำบัด	60
ตอนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพการบำบัดกับเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ชนิดของโรคจิตเวช ระดับความรุนแรงของโรค และความถี่ของการเข้ากลุ่ม	66
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ	79
สรุปผลการวิจัย	79
อภิปรายผล	80
ข้อจำกัดของการวิจัย	90
ข้อเสนอแนะ	90
เอกสารอ้างอิง	91
ภาคผนวก	95
ภาคผนวก ก. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล	96
ภาคผนวก ข. หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมวิจัย	102
ภาคผนวก ค. เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย	103
ภาคผนวก ง. รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบเครื่องมือวิจัย	105
ประวัติผู้เขียน	106

รายการตาราง

ตารางที่ 1 กลุ่มโรคใน DSM-IV	8
ตารางที่ 2 ปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพการบำบัดที่อยู่ 3 อันดับต้นๆของ กลุ่มให้การปรึกษาคนไข้นอก	46
ตารางที่ 3 ปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพการบำบัด ลำดับสูงสุดจากการศึกษา ในสมาชิกที่เข้ากลุ่มพัฒนาตนเอง	47
ตารางที่ 4 ลำดับสูงสุดของปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพการบำบัดของการศึกษา ในคนไข้โรงพยาบาลโรคจิตและคนไข้ในโรงพยาบาล	48
ตารางที่ 5 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	59
ตารางที่ 6 พฤติกรรมการเข้ากลุ่มกิจกรรมบำบัด	60
ตารางที่ 7 คะแนนการรับรู้ปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพการบำบัดของผู้ป่วย ที่เข้ากลุ่มกิจกรรมบำบัด (เรียงลำดับคะแนนเฉลี่ยสูงสุด-ต่ำสุด)	62
ตารางที่ 8 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพการบำบัดกับเพศ	66
ตารางที่ 9 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพการบำบัดกับกลุ่มอายุ	67
ตารางที่ 10 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพการบำบัดกับสถานภาพสมรส	70
ตารางที่ 11 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพการบำบัดกับระดับการศึกษา	71
ตารางที่ 12 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพการบำบัดกับ ชนิดของโรคจิตเวช	73
ตารางที่ 13 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพการบำบัดกับ ระดับความรุนแรงของโรค	75
ตารางที่ 14 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพการบำบัดกับ ความถี่ของการเข้ากลุ่ม	76

รายการภาพประกอบ

ภาพที่ 1 ลักษณะการดำเนินโรคของโรคจิตเภท เมื่อติดตามไป 5 ปีหลังเริ่มป่วยครั้งแรก	12
ภาพที่ 2 การดำเนินโรคไบโพลาร์	17

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ผลสำรวจสำนักงานสถิติแห่งชาติปี 2556 พบว่าคนไทยร้อยละ 14 หรือประมาณ 9 ล้านกว่าคนมีปัญหาสุขภาพจิต โรคจิตเวชที่พบบ่อยที่สุดคือ โรคจิต (psychosis) โรควิตกกังวล (anxiety) และ โรคซึมเศร้า (depression) ตามลำดับ โดยเฉลี่ยผู้ป่วยทางจิตจะใช้เวลารักษาในโรงพยาบาล 48.4 วัน (กรมสุขภาพจิต 2556) ซึ่งสูงกว่าผู้ป่วยโรคทางกาย การรักษายาจะเน้นรักษาที่โรงพยาบาล และมีการจัดระบบติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันอาการกำเริบ ถึงแม้จะได้รับการรักษาจนมีอาการดีขึ้น แต่จะมีอาการหลงเหลือและมีความสามารถด้อยลงเล็กน้อยแตกต่างกันไปตามความเสื่อมที่มาจากพยาธิสภาพ ดังนั้นผู้ป่วยเหล่านี้จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งด้านร่างกาย สังคม จิตใจ และอาชีพ เพื่อเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง และดำเนินชีวิตอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้เช่นเดียวกับบุคคลทั่วไป (วชิระ เพ็งจันทร์, 2556)

โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ให้บริการตรวจรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่แผนกผู้ป่วยนอก ตั้งแต่เดือนมีนาคม พ.ศ.2525 และเริ่มเปิดหอผู้ป่วยจิตเวชเพื่อให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาล จากสถิติโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ในปี พ.ศ.2556 พบว่า มีผู้ป่วยจิตเวชที่มารักษาเป็นผู้ป่วยนอกจำนวน 13,249 ราย ผู้ป่วยในจำนวน 234 ราย มีวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 15.14 วัน ส่วนใหญ่ผู้ป่วยเป็นโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมากที่สุด รองลงมาคือโรคจิตเภท (งานเวชระเบียนโรงพยาบาลสงขลานครินทร์, 2556) ซึ่งมีแนวโน้มผู้ป่วยซ้ำ ดังนั้นจึงมีการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโดยทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา และนักสังคมสงเคราะห์ ร่วมมือกันวางแผนการรักษาโดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ดูแลครอบคลุมทั้งด้านกาย จิต และสังคม อีกทั้งจัดให้มีกระบวนการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องได้แก่ กิจกรรมแพทย์พบญาติ กิจกรรมวางแผนจำหน่าย (discharge planning) กลุ่มกิจกรรมบำบัดผู้ป่วยนอก (day hospital) กิจกรรมบัตรสีฟ้า (การติดตามผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัด) กิจกรรมเยี่ยมบ้าน และกิจกรรมเยี่ยมทางโทรศัพท์ ซึ่งกระบวนการดูแลต่อเนื่องนี้มีส่วนช่วยป้องกันการป่วยซ้ำ และทำให้อัตราการกลับมารักษาซ้ำ (readmit) ลดลง

กลุ่มกิจกรรมบำบัดผู้ป่วยนอกจิตเวชของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ (day hospital) เริ่มจัดตั้งเมื่อเดือนมกราคม ปี พ.ศ. 2552 เป็นกิจกรรมหนึ่งของกระบวนการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ และช่วยฟื้นฟูศักยภาพของผู้ป่วยจิตเวช กลุ่มบำบัดที่ทำในผู้ป่วยจิตเวชมีหลายรูปแบบขึ้นอยู่กับแนวคิดทฤษฎีที่นำมาใช้ โครงสร้างของการจัดกลุ่ม ลักษณะผู้ป่วย

และลักษณะของผู้ที่นำกลุ่มบำบัด (ภัทรภรณ์ พุ่งปันคำ, 2552; Frisch, 2011; Townsend, 2005) ได้แก่ กลุ่มกิจกรรม (activity groups) กลุ่มให้ความรู้ (educational groups) กลุ่มบำบัดเพื่อการรักษา (therapeutic groups) กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน (self-help groups) เป็นต้น ถึงแม้ว่าการทำกลุ่มให้กับผู้ป่วยจิตเวชนั้นมีหลากหลายรูปแบบ แต่ส่วนใหญ่จะพบการทำกลุ่มบำบัดเพื่อการรักษามากที่สุด กลุ่มกิจกรรมบำบัดผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ได้ใช้แนวคิดของยาโลม (Yalom, 1995) มาประยุกต์ใช้ในการนำกลุ่ม มีนักจิตวิทยาและนักสังคมสงเคราะห์เป็นผู้นำกลุ่ม จัดให้มีขึ้นทุกวันจันทร์ วันพุธ วันพฤหัสบดีและวันศุกร์ ตั้งแต่เวลา 9.00-12.00 น. โดยกิจกรรมที่ได้แก่ ศิลปะบำบัด การสร้างสุขภาพและการทำอาหาร ดนตรีบำบัดและงานเสริมรายได้ ตามลำดับ ผู้ป่วยที่เข้ากลุ่มเป็นผู้ป่วยที่แพทย์แนะนำให้ร่วมกิจกรรม และผู้ป่วยสามารถเลือกกิจกรรมที่ตนเองชอบได้ ซึ่งความหลากหลายของกิจกรรมจะช่วยตอบสนองผู้ป่วยแต่ละประเภท ถึงแม้ว่ากิจกรรมที่ทำจะแตกต่างกัน แต่จะมีจุดเริ่มต้นและสิ้นสุดกิจกรรมในแต่ละวันเหมือนกัน นั่นคือ ก่อนเริ่มกิจกรรมผู้นำกลุ่มจะส่งเสริมให้มีการพูดคุยกัน สร้างความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในกลุ่ม ขณะทำกิจกรรมผู้นำกลุ่มจะเฝ้าอำนวยความสะดวกที่จะนำไปสู่การเรียนรู้ของสมาชิกในกลุ่ม ได้แก่ การเรียนรู้ตนเอง การเรียนรู้ผู้อื่น การเรียนรู้ทักษะความสัมพันธ์ระหว่างตนเองกับผู้อื่น การเรียนรู้ที่นำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน ตลอดจนการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กินยา การดูแลตนเองในเรื่องต่างๆ เป็นต้น กลุ่มกิจกรรมบำบัดมีจุดมุ่งหมายเพื่อสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ป่วยกับผู้นำกลุ่มและผู้ป่วยด้วยกันเอง ผู้ป่วยใหม่ได้เห็นตัวแบบและเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับผู้ป่วยเก่า กลุ่มจะเสริมสร้างการเติบโตทั้งภายนอก (กล้าแสดงออก) และภายในจิตใจ (รู้สึกว่าคุณค่า) แก่ผู้ป่วย ผู้ป่วยจะได้รู้จักพูดคุยกับผู้อื่น มีเพื่อน มีความหวัง มีสังคม และได้ฝึกทักษะจำเป็นของการอยู่ร่วมกัน ผู้ป่วยที่ดีขึ้นอย่างต่อเนื่องจะได้พัฒนาคุณลักษณะจำเป็นในการทำงานและการเป็นจิตอาสา (โครงการกลุ่มศรีตรัง, 2555) ซึ่งการที่ผู้ป่วยจะได้รับประโยชน์จากการเข้ากลุ่มบำบัดแต่ละประเภทมากน้อยนั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพการบำบัดที่เกิดขึ้นในกระบวนการกลุ่มแต่ละครั้ง (Yalom, 1995)

กลุ่มบำบัดเป็นวิธีการอย่างหนึ่งที่ช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชได้อย่างมีประสิทธิภาพ ไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วยในหรือผู้ป่วยนอก (ปราโมทย์ เชาว์ศิลป์ และ รณชัย คงสกนธ์, 2542; Lambert & Ogles, 2004; Puskar et al., 2012) กลุ่มบำบัดก่อให้เกิดปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพการบำบัด (therapeutic factors) ซึ่งเป็นสิ่งพิเศษที่เกิดขึ้นภายในกลุ่มและมีอิทธิพลต่อสมาชิกกลุ่ม จากรายงานวิจัยของเออร์วิน ยาโลม (1995) ได้ศึกษาวิจัยปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพการบำบัดที่เกิดขึ้นในกลุ่มบำบัด อาจเกิดจากกระบวนการกลุ่ม เกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกกลุ่ม หรือเกิดจากการเรียนรู้ภายในของสมาชิกเอง ซึ่งประกอบไปด้วย 12 ปัจจัย ได้แก่ การเรียนรู้ระหว่างบุคคลต่อสิ่งที่เกิดขึ้น

ภายในกลุ่ม (interpersonal learning-input) การเรียนรู้ระหว่างบุคคลต่อสิ่งที่ได้รับจากกลุ่ม (interpersonal learning-output) การปลดปล่อยความรู้สึกที่กักตัน (catharsis) ความรู้สึกผูกพันภายในกลุ่ม (cohesiveness) ความเข้าใจตนเอง (self-understanding) ลัทธิแห่งการดำรงอยู่ของชีวิต (existential factors) ความรู้สึกร่วม (universality) การเกิดความหวัง (installation of hope) การเป็นผู้มีจิตใจเอื้ออาทรต่อผู้อื่น (altruism) การทบทวนถึงประสบการณ์จากครอบครัวเดิม (family re-enactment) การแนะแนว (guidance) และพฤติกรรมกรเลี่ยนแบบ (identification) ซึ่งทั้ง 12 ปัจจัยนี้เป็นที่ยอมรับกันอย่างกว้างขวางว่าสามารถเอื้อให้กลุ่มมีพลัง ภายใต้บรรยากาศของกลุ่มที่ได้รับ การสนับสนุนจากสมาชิกและผู้นำกลุ่ม ทำให้สมาชิกเกิดการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาตนเองจากสิ่ง เดิมๆ ที่เคยคิดหรือเคยเรียนรู้มา กลายเป็นคนที่มีทัศนคติที่ดีกว่าเดิม สามารถเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมตัวเองให้ดีขึ้นได้ จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาปัจจัยส่งเสริม ประสิทธิภาพการบำบัดพบว่า ปัจจัยลำดับต้นๆที่มีความสำคัญในการทำกลุ่มบำบัดได้แก่ ความ เข้าใจตนเอง ความรู้สึกร่วม ความรู้สึกผูกพันภายในกลุ่ม และลัทธิแห่งการดำรงอยู่ของชีวิต (บุญ วิทย์ เสนาบุญญฤทธิ, 2556; Kapur et al., 1988; Lovett & Lovett, 1991; McLeod & Ryan, 1993; Vlastelica et al., 2003; Yalom & Leszcz, 2005)

อย่างไรก็ตามกลุ่มกิจกรรมบำบัดผู้ป่วยนอกจิตเวชของโรงพยาบาลสงขลา นครินทร์ ยังไม่เคยมีการศึกษาว่ามีปัจจัยใดที่ต้องการการส่งเสริมจากผู้นำกลุ่มเพื่อให้เกิดประโยชน์ สูงสุดต่อผู้ป่วย ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะที่ทำงานอยู่ภายในภาควิชาจิตเวชศาสตร์ และมีส่วนช่วยด้าน การวิเคราะห์และประเมินผลกลุ่มกิจกรรมบำบัดเล็งเห็นความสำคัญในการศึกษาว่ามีปัจจัยส่งเสริม ประสิทธิภาพการบำบัดอะไรบ้างที่เกิดขึ้นและมีผลต่อความสำเร็จของกลุ่ม เพราะถ้าหากว่าผู้ที่ทำ หน้าที่ให้ความช่วยเหลือสามารถรู้ถึงปัจจัยที่ส่งเสริมประสิทธิภาพการบำบัดที่สำคัญต่อการ ช่วยเหลือให้สมาชิกกลุ่มเกิดการเปลี่ยนแปลง ก็จะช่วยให้ผู้นำกลุ่มสามารถดำเนินกลุ่มไปได้อย่างมี ประสิทธิภาพมากขึ้น

วัตถุประสงค์

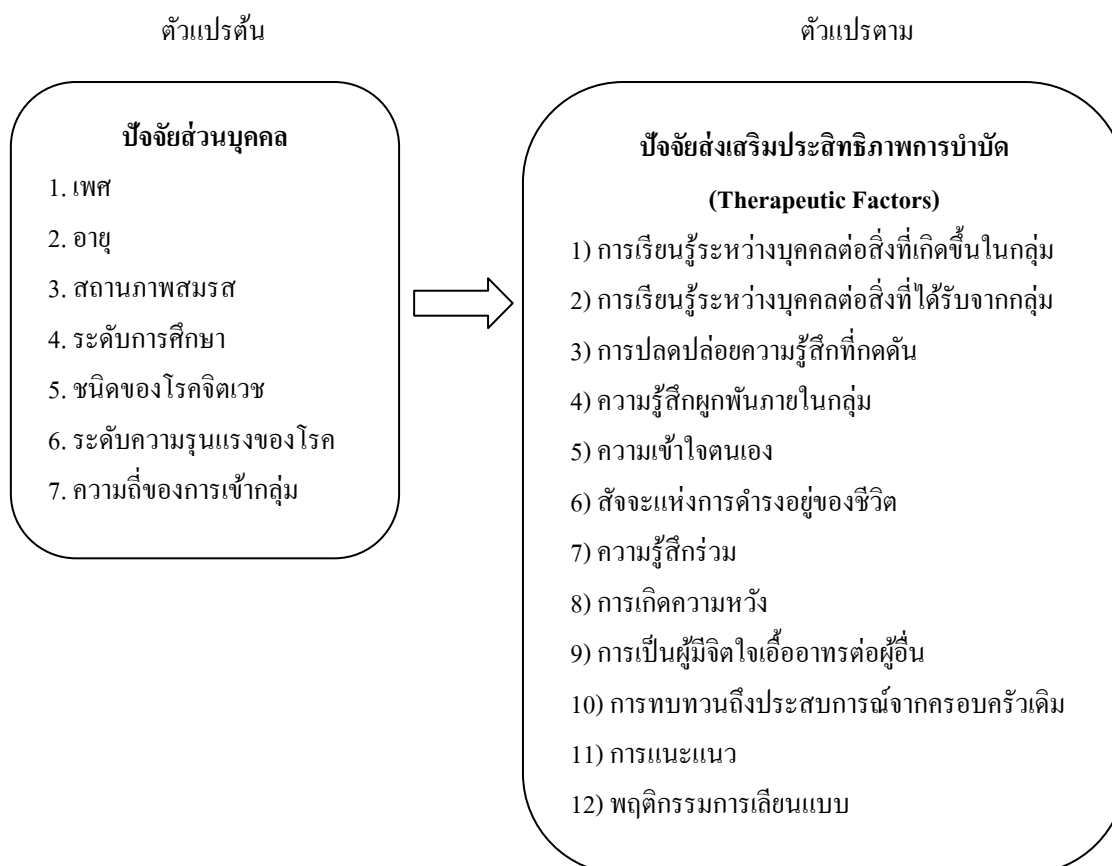
1. ศึกษาระดับของปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพการบำบัดของผู้ป่วยนอกจิตเวชที่ เข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมบำบัด
2. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ชนิดของ โรคจิตเวช ระดับความรุนแรงของโรค และความถี่ของการเข้ากลุ่มกับคะแนนปัจจัยส่งเสริม ประสิทธิภาพการบำบัด

คำถามวิจัย

1. ผู้ป่วยนอกจิตเวชที่เข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมบำบัดมีการรับรู้ระดับของปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพการบำบัดอย่างไร
2. ความสัมพันธ์ระหว่างระหว่างเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ชนิดของโรคจิตเวช ระดับความรุนแรงของโรค และความถี่ของการเข้ากลุ่ม มีผลต่อปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพการบำบัดอย่างไร

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการศึกษาค้นคว้าผู้วิจัยสนใจศึกษาความสัมพันธ์ของตัวแปรต่างๆ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ชนิดของโรคจิตเวช ระดับความรุนแรงของโรค ความถี่ของการเข้ากลุ่ม และคะแนนการรับรู้ปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพการบำบัด ซึ่งนำมาสรุปเป็นกรอบแนวคิดงานวิจัยได้ดังนี้



ข้อตกลงเบื้องต้น

เกณฑ์คัดเข้ากลุ่มประชากรศึกษา (Inclusion criteria) :

- อายุ 15 ปีขึ้นไป
- ผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ากลุ่มบำบัดที่สามารถอ่านออก เขียนได้ หรือสามารถโต้ตอบกับผู้สัมภาษณ์ได้ดี

- ผู้ป่วยที่แพทย์แนะนำให้เข้ากลุ่มกิจกรรมบำบัด
- ยินดีให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

เกณฑ์คัดออกจากกลุ่มประชากรศึกษา (Exclusion criteria) :

- ผู้ป่วยจิตเวชที่ไม่สามารถอ่านออก เขียนได้ หรือไม่สามารถโต้ตอบกับผู้สัมภาษณ์ได้
- ผู้ป่วยที่ไม่ยินดีให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษานี้ มุ่งศึกษาปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพการบำบัดในกลุ่มกิจกรรมบำบัดผู้ป่วยนอกสำหรับผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ โดยจะศึกษาระดับการรับรู้ปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพการบำบัดของผู้ป่วยจิตเวชในการเข้าร่วมกลุ่มบำบัด และหาความสัมพันธ์ระหว่างเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ชนิดของโรคจิตเวช ระดับความรุนแรงของโรค และความถี่ของการเข้ากลุ่ม กับคะแนนการรับรู้ปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพการบำบัด

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยนอกจิตเวชที่เข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมบำบัด โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

ระยะเวลาการศึกษาระหว่าง ธันวาคม 2556 ถึง มีนาคม 2557

นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้ป่วยนอกจิตเวช หมายถึง ผู้ป่วยจิตเวชที่รับการรักษาที่คลินิกจิตเวช โดยไม่ต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล

ผู้นำกลุ่มบำบัด หมายถึง นักจิตวิทยาและนักสังคมสงเคราะห์ที่ทำหน้าที่เอื้ออำนวยให้การดำเนินกิจกรรมภายในกลุ่มเป็นไปอย่างราบรื่น ทำให้บรรยากาศในกลุ่มมีความอบอุ่นเป็นกันเอง รู้สึกปลอดภัยไว้ใจซึ่งกันและกัน นำไปสู่การเปิดเผยตนเอง ช่วยให้สมาชิกได้สำรวจทำความเข้าใจปัญหาและแก้ไขปัญหามาของตนเองได้

กลุ่มกิจกรรมบำบัด (day hospital) หมายถึง กลุ่มที่จัดตั้งขึ้นสำหรับผู้ป่วยจิตเวช เพื่อเป็นหนึ่งในกระบวนการดูแลต่อเนื่อง ป้องกันการป่วยซ้ำ และส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยทางด้านจิตสังคม (Psychosocial) ซึ่งกิจกรรมที่ทำการจะทำให้ความผ่อนคลายและสอดคล้องกับการดำเนินชีวิตประจำวัน กลุ่มกิจกรรมบำบัดจัดให้มีขึ้นทุกวันจันทร์ วันพุธ วันพฤหัสบดีและวันศุกร์ ซึ่งกิจกรรมที่ทำได้แก่ ศิลปะบำบัด การสร้างสุขภาพและการทำอาหาร คนตรีบำบัดและงานเสริมรายได้

ปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพการบำบัด (Therapeutic factors) หมายถึง ปัจจัยที่เกิดขึ้นจากการรับรู้ของผู้ป่วยจิตเวชที่มาเข้ากลุ่มบำบัดว่าเป็นปัจจัยที่มีประโยชน์และช่วยเหลือให้สมาชิกกลุ่มเกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้นซึ่งประกอบด้วย 12 ปัจจัย ตามงานวิจัยของยาโลม (Yalom, 1995) ได้แก่ 1) การเรียนรู้ระหว่างบุคคลต่อสิ่งที่เกิดขึ้นในกลุ่ม (interpersonal learning-input) 2) การเรียนรู้ระหว่างบุคคลต่อสิ่งที่ได้รับจากกลุ่ม (interpersonal learning-output) 3) การปลดปล่อยความรู้สึกที่กดตัน (catharsis) 4) ความรู้สึกผูกพันภายในกลุ่ม (cohesiveness) 5) ความเข้าใจตนเอง (self-understanding) 6) ปัจจัยแห่งการดำรงอยู่ของชีวิต (existential factors) 7) ความรู้สึกทั่วรวม (universality) 8) การเกิดความหวัง (installation of hope) 9) การเป็นผู้มีจิตใจเอื้ออาทรต่อผู้อื่น (altruism) 10) การทบทวนถึงประสบการณ์จากครอบครัวเดิม (family re-enactment) 11) การแนะนำ (guidance) และ 12) พฤติกรรมการเลียนแบบ (identification) ซึ่งศึกษาโดยใช้แบบสำรวจการรับรู้ปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพการบำบัด 60 ข้อย่อยของยาโลม (Yalom, 1995) แพลและเรียบเรียงโดยดิเรก ชัยชนะ (2547)

ความสำคัญและประโยชน์ของการวิจัย

1. เพื่อทราบระดับของปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพการบำบัดที่เกิดขึ้นในกลุ่มกิจกรรมบำบัด
2. เพื่อทราบปัจจัยส่วนบุคคลที่สัมพันธ์กับปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพการบำบัด
3. เพื่อทราบถึงปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพการบำบัดที่มีผลต่อความสำเร็จของการทำกลุ่มกิจกรรมบำบัด
4. เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานให้ผู้นำกลุ่มในการเพิ่มประสิทธิภาพของปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพการบำบัดแก่ผู้ป่วยให้เกิดในกลุ่มได้เร็วขึ้น
5. เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการปรับปรุงกระบวนการทำกลุ่มให้สอดคล้องกับผู้ป่วยและมีประสิทธิภาพการบำบัดสูงสุด

บทที่ 2

เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพการบำบัดเพื่อพัฒนากลุ่มกิจกรรมบำบัดผู้ป่วยนอกสำหรับผู้ป่วยจิตเวช เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจในการศึกษาครั้งนี้ให้ชัดเจนยิ่งขึ้น ผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสารและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้ประกอบเป็นแนวทางในการศึกษาดังต่อไปนี้

1. โรคจิตเวช
2. กลุ่มบำบัด (Group therapy)
3. ปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพการบำบัด (Therapeutic factors)

ความหมายของโรคในทางจิตเวช

โรคหรือความผิดปกติในทางจิตเวชนั้นบางครั้งแยกจากภาวะปกติได้ยากเนื่องจากอาการที่เกิดขึ้นเป็นการเบี่ยงเบนของอารมณ์ ความคิด และพฤติกรรมซึ่งอาจพบได้เป็นบางครั้งคราวในผู้คนปกติ ใน DSM-IV ได้ระบุหลักการในการพิจารณาว่าเป็นโรคทางจิตเวชไว้ดังนี้

1. มีลักษณะหรือกลุ่มอาการทางจิตใจหรือพฤติกรรมที่มีความสำคัญทางการแพทย์
2. อาการเหล่านี้ทำให้บุคคลนั้นเกิดความทุกข์ทรมาน (distress) หรือมีความบกพร่องในกิจวัตรต่างๆ (disability) หรือมีความเสี่ยงสูงที่จะถึงแก่ชีวิต หรือทุกข์ทรมาน หรือบกพร่องในกิจกรรมต่างๆ หรือมีกิจวัตรด้านต่างๆ จำกัดลงมาก
3. อาการที่เกิดขึ้นต้องไม่เป็นที่ตั้งคมนั้นๆ ยอมรับกันว่าเป็นเรื่องปกติ เช่น อาการซึมเศร้าจากการสูญเสียผู้ที่ตนเองรัก
4. พฤติกรรมที่เบี่ยงเบนไปจากค่านิยมด้านการเมือง ศาสนา หรือด้านเพศ หรือเป็นจากความขัดแย้งระหว่างบุคคลนั้นๆ กับสังคมไม่ถือว่าเป็นความผิดปกติทางจิตเวช นอกจากปัญหาเหล่านี้จะก่อให้เกิดภาวะดังข้อแรก

การจำแนกโรคทางจิตเวช

การจำแนกโรคทางจิตเวชมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้การสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ในแง่ของความผิดปกติทางจิตเวชทำได้สะดวกขึ้น แทนที่จะบอกว่าผู้ป่วยมีอาการอะไรบ้างในการเจ็บป่วยของเขา การสื่อสั้นๆ แทนว่าผู้ป่วยมาด้วยอาการในกลุ่ม depressive disorders ก็สามารทำให้มีความเข้าใจตรงกันนอกจากนี้ยังมีประโยชน์ในด้านการศึกษาและการ

วิจัย โดยทำให้สามารถศึกษาความผิดปกติแต่ละชนิดได้อย่างเฉพาะเจาะจง ทราบถึงการดำเนินโรค และทำให้มีการพัฒนาแนวทางในการรักษาที่เหมาะสมได้มากขึ้น

ระบบในการจำแนกโรคที่นิยมใช้กันในปัจจุบันมีอยู่ 2 ระบบ ได้แก่

1. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition (DSM-IV)** เป็นระบบการจำแนกโรคที่พัฒนาโดยสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ปัจจุบันใช้ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 4 เริ่มใช้ ค.ศ. 1994

2. **International Classification of Diseases and Related Health Problems. 10th revision (ICD-10)** เป็นระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก ปัจจุบันใช้ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 10 เริ่มใช้ ค.ศ. 1992

การจำแนกโรคของทั้งสองระบบนี้เดิมมีส่วนที่แตกต่างกันอยู่ระดับหนึ่ง แต่ในฉบับปัจจุบันของทั้งสองระบบนี้แนวคิดส่วนใหญ่คล้ายคลึงกัน โดยต่างก็พยายามปรับให้ใกล้เคียงกันขึ้น ในที่นี้จะใช้ระบบการจำแนกโรคของ DSM-IV เป็นหลัก เพื่อให้การวินิจฉัยเป็นไปในแนวทางเดียวกันและเพื่อความสะดวกในศึกษา (ดูตารางที่ 1)

ตารางที่ 1

กลุ่มโรคใน DSM-IV

Disorders usually first diagnosed in infancy, childhood, or adolescent
Delirium, dementia and amnesic and other cognitive disorders
Mental disorders due to a general medical condition not elsewhere classified
Substance- related disorders
Schizophrenia and other psychotic disorders
Mood disorders
Anxiety disorders
Somatoform disorders
Factitious disorders
Dissociative disorders
Sexual and gender identity disorders

Eating disorders
Sleep disorders
Impulse-control disorders not elsewhere classified
Adjustment disorders
Personality disorders
Other condition that may be a focus of clinical attention

(ที่มา: มาโนช หล่อตระกูล จิตเวชศาสตร์รามาชิปดี, 2555)

แต่เดิมมักจะแบ่งโรคออกคร่าวๆ เป็นกลุ่ม organic กับ non-organic โดยมีแนวคิด ว่ากลุ่ม organic คือโรคที่มีสาเหตุมาจากความผิดปกติทางชีวภาพ ในขณะที่กลุ่ม non-organic เป็นมาจากปัจจัยทางจิตใจ ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยโรคจิตเภทเกิดจากเนื้องอกสมองหรือเสพยาจะจัดอยู่ในกลุ่ม organic แต่หากไม่พบสาเหตุอะไรก็จัดอยู่ในกลุ่ม functional เช่น โรคจิตเภท แต่ปัจจุบันเราทราบว่าโรคจิตเกิดจากความผิดปกติทางกายภาพในระดับเซลล์และสารสื่อประสาทไม่ได้เกิดจากปัญหาทางจิตใจ กรณีเช่นนี้พบมากขึ้นเรื่อยๆ เช่น โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว โรคแพนิค เป็นต้น ดังนั้น คำนี้จึงใช้กันน้อยลงเพราะมักทำให้เข้าใจผิดหากจะมีการใช้คำว่า organic อยู่บ้างเพียงเพื่อหมายถึงภาวะที่เกิดจากโรคทางร่างกายหรือจากยาและสารต่างๆ เท่านั้น

ลักษณะสำคัญของ DSM-IV

1. **วินิจฉัยตามลักษณะอาการ (descriptive approach)** ส่วนใหญ่ของโรคใน DSM-IV เป็นการวินิจฉัยโดยยึดอาการแสดงของผู้ป่วยเป็นหลักไม่อิงทฤษฎีหนึ่งในแง่สาเหตุ

2. **วินิจฉัยโดยอิงตามเกณฑ์ (diagnostic criteria)** การจำแนกโรคใน DSM-IV ใช้วิธีคือว่าเข้าเกณฑ์ (criteria) ที่กำหนดไว้ไม่ ซึ่งเป็นวิธีที่เหมาะสมในการศึกษาและวิจัย เพราะมีเกณฑ์ที่ใช้ในการแยกโรคที่ชัดเจน ข้อควรตระหนักได้แก่ ในทางปฏิบัติอาจพบว่าอาการของผู้ป่วยเหลือมล้ำหรือก้ำกึ่งกันระหว่างหลายๆ โรค มิได้ตรงตามเกณฑ์ของแต่ละโรคตามทฤษฎีไปทั้งหมดและผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคเดียวกันอาจมีอาการสำคัญแตกต่างกันได้ เกณฑ์ใน DSM-IV ที่เป็นข้อๆ นั้นจะยึดตามอย่างเคร่งครัดเฉพาะในการวิจัย ส่วนในเวชปฏิบัตินั้นจะใช้เกณฑ์เหล่านี้เป็นเพียงแนวทางในการวินิจฉัยเท่านั้น มิได้ยึดตายตัว

3. **Multiaxial evaluation** เพื่อให้ผู้ตรวจสนใจผู้ป่วยในทุกๆ ด้าน มิใช่จำกัดแต่เพียงการวินิจฉัยโรคเท่านั้น ใน DSM-IV ได้กำหนดให้ประเมินผู้ป่วยใน 5 ด้าน (axis) ด้วยกัน ได้แก่

ด้านที่ 1 โรคและภาวะอื่นๆ ที่ผู้ตรวจสนใจอยู่

ด้านที่ 2 Personality disorders และ mental retardation

ด้านที่ 3 ภาวะความเจ็บป่วยทางกายของผู้ป่วยในขณะนี้ไม่ว่าเกี่ยวข้องกับด้านที่ 1 หรือไม่ก็ตาม

ด้านที่ 4 ปัญหาจากจิตสังคมหรือสิ่งรอบตัวในช่วงปีที่ผ่านมาที่มีส่วนสำคัญในการก่อโรคหรือทำโรค กำเริบ

ด้านที่ 5 เป็นการประเมินประสิทธิภาพของผู้ป่วยโดยรวม โดยใช้ Global assessment of functioning Scale อาจเป็นการประเมินขณะก่อนป่วย ขณะป่วยครั้งนี้ หรือขณะจำหน่ายจากโรงพยาบาล

ในการศึกษาครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างที่เข้ากลุ่มกิจกรรมบำบัด ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคดังนี้

1. โรคจิตเภท (Schizophrenia)

โรคจิตเภทเป็นความผิดปกติที่ยังไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด ผู้ป่วยส่วนใหญ่เริ่มมีอาการในช่วงวัยรุ่น เมื่อเป็นแล้วมักไม่หายขาด ส่วนใหญ่มีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ โดยมีอาการหลงเหลืออยู่บ้างในระหว่างนั้น อาการในช่วงกำเริบจะเป็นอาการด้านบวก เช่น ประสาทหลอน หลงผิด และในระยะหลังส่วนใหญ่มีกลุ่มอาการด้านลบ เช่น พูดน้อย เฉื่อยชา แยกตนเอง

ลักษณะอาการทางคลินิก

อาการแสดงของโรคจิตเภทอาจแบ่งออกเป็นสองกลุ่ม คือ กลุ่มอาการด้านบวก และกลุ่มอาการด้านลบดังต่อไปนี้

1. กลุ่มอาการด้านบวก (Positive Symptoms) แสดงออกในด้านความผิดปกติของความคิด การรับรู้ การติดต่อสื่อสาร และพฤติกรรม ซึ่งแบ่งตามลักษณะอาการออกเป็น 2 ด้านใหญ่

1.1 Psychotic dimension ได้แก่ อาการหลงผิด และอาการประสาทหลอน
อาการหลงผิด (Delusion) ชนิดที่พบบ่อย ได้แก่ persecutory delusion, delusion of reference รวมทั้งอาการหลงผิดที่จัดอยู่ในกลุ่มอาการหลักของ Schneider ส่วนอาการหลงผิดอื่นๆที่พบบ้าง เช่น somatic delusion, religious delusion หรือ grandiose delusion เป็นต้น อาการหลงผิดที่มีน้ำหนักในการวินิจฉัย ได้แก่ bizarre delusion ซึ่งเป็นอาการหลงผิดที่มีลักษณะแปลก ฟังไม่เข้าใจ หรือเป็นไปไม่ได้เลย อาการหลงผิดที่จัดอยู่ในกลุ่มอาการหลักของ Schneider จัดว่าเป็น bizarre delusion

อาการประสาทหลอน (Hallucination) ที่พบบ่อยเป็น auditory hallucination อาจเป็นเสียงคนพูดกันเรื่องของผู้ป่วย เสียงคอยวิจารณ์ตัวผู้ป่วย หรือสั่งให้ทำตาม นอกจากนี้อาจเป็นเสียงอื่นๆที่ไม่มีความหมาย อาการประสาทหลอนชนิดอื่นอาจพบได้บ้าง เช่น

tactile หรือ somatic hallucination อาการประสาทหลอนที่มีน้ำหนักในการวินิจฉัยได้แก่ auditory hallucination ที่จัดอยู่ในกลุ่มอาการหลักของ Schneider

1.2 Disorganization dimension ได้แก่ disorganized behavior และ disorganized speech

Disorganized behavior เป็นพฤติกรรมที่ผิดไปจากปกติอย่างมาก ผู้ป่วยแต่งตัวสกปรก แปลก เช่น สวมเสื้อหลายตัวทั้งที่อากาศร้อนจัด บางคนปัสสาวะกลางที่สาธารณะ บางคนจู่ๆก็ร้องตะโกนโดยที่ไม่มีเรื่องอะไรมากระตุ้น

Disorganized speech ผู้ป่วยไม่สามารถรวบรวมความคิดให้เป็นไปในแนวทางเดียวกันได้ตลอด ซึ่งจะแสดงออกมาให้เห็นโดยผ่านทางภาษา อาการที่แสดงออกนี้ต้องเป็นมาจนไม่สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตัวอย่างอาการเช่น loose associations, incoherent speech, หรือ tangentiality เป็นต้น

2. กลุ่มอาการด้านลบ (Positive Symptoms) เป็นภาวะที่ขาดในสิ่งที่คนทั่วไปควรมี เช่น ในด้านความรู้สึก ความต้องการในสิ่งต่างๆ อาการเหล่านี้ได้แก่

Alogia พูดน้อย เนื้อหาที่พูดมีน้อย ใช้เวลานานกว่าจะตอบ

Affective flattening การแสดงออกทางด้านอารมณ์ลดลงมาก หน้าตาเฉยเมย ไม่ค่อยสบตา แม้ว่าบางครั้งอาจยิ้มหรือมีอารมณ์ดีบ้าง แต่โดยรวมแล้วการแสดงออกของอารมณ์จะลดลงมาก

Avolition ขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยชาลง ไม่สนใจเรื่องการแต่งกาย ผู้ป่วยอาจนั่งเฉยๆทั้งวันโดยไม่ทำอะไร

Asociality เก็บตัว เฉยๆ ไม่ค่อยแสดงออก หรือไม่มีกิจกรรมที่สนุกสนาน

การดำเนินโรค

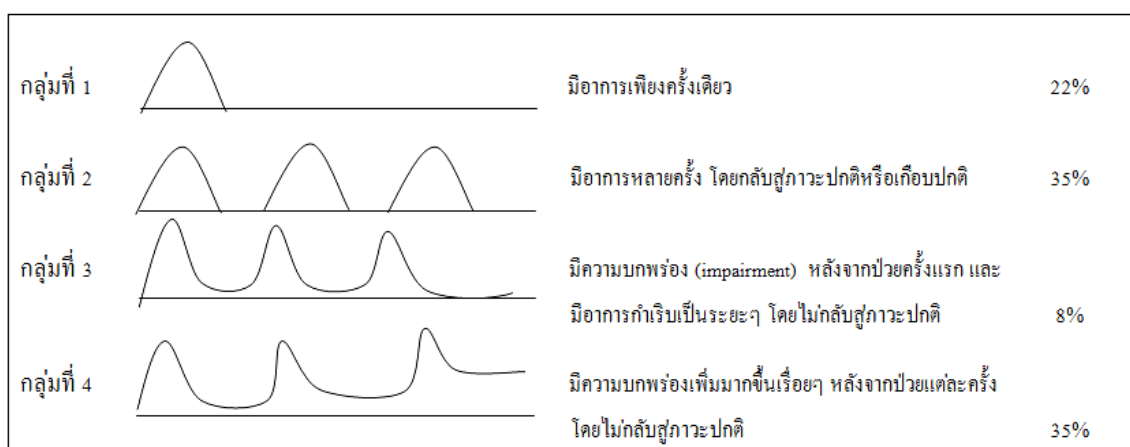
การดำเนินโรคโดยทั่วไปแบ่งออกเป็น 3 ระยะ (มาโนช หล่อตระกูล, 2555)

1. ระยะเริ่มมีอาการ (prodromal phase) ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเริ่มมีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป มักมีปัญหาในด้านหน้าที่ความรับผิดชอบ หรือด้านสัมพันธภาพ การเรียนหรือการทำงานเริ่มแย่ลง ญาติสังเกตว่าเกียจคร้านกว่าเดิม ไม่ค่อยไปกับเพื่อนเหมือนเคย เก็บตัวอยู่แต่ในห้อง ละเลยเรื่องสุขอนามัยหรือการแต่งกาย อาจหันมาสนใจในด้านปรัชญา ศาสนา หรือจิตวิทยา มีการใช้คำหรือสำนวนแปลกๆ บางครั้งมีพฤติกรรมที่ดูแล้วแปลกๆ แต่ก็ไม่ถึงกับผิดปกติชัดเจน ญาติหรือคนใกล้ชิดมักเห็นว่าผู้ป่วยเปลี่ยนไปไม่เหมือนคนเดิม ระยะเวลาช่วงนี้ไม่แน่นอน และโดยทั่วไปบอกยากว่าเริ่มผิดปกติเมื่อไร โดยเฉลี่ยนาน 1 ปีก่อนอาการกำเริบ การพยากรณ์โรคจะไม่ดีหากระยะนี้เป็นอยู่นานและผู้ป่วยดูแลตัวเอง

2. ระยะอาการกำเริบ (active phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการตามเกณฑ์การวินิจฉัยข้อ 1 โดยส่วนใหญ่มักเป็นกลุ่มอาการด้านบวก

3. ระยะอาการหลงเหลือ (residual phase) อาการคล้ายคลึงกับระยะเริ่มมีอาการ อาจพบ flat affect หรือเสื่อมลงมากกว่า อาการ โรคจิต เช่น ประสาทหลอนหรือหลงผิด อาจยังมีอยู่ แต่ไม่ได้มีผลต่อผู้ป่วยมากเหมือนในช่วงแรก พบว่าร้อยละ 25 ของผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอาการซึมเศร้าร่วมด้วย ซึ่งส่วนใหญ่เกิดในช่วงนี้ ในระยะนี้ผู้ป่วยอาจมีอาการกำเริบเป็นครั้งคราว พบว่าผู้ป่วยจะทนต่อความกดดันด้านจิตใจได้ไม่ดี อาการส่วนใหญ่กำเริบเมื่อมีความกดดันด้านจิตใจ อาการเปลี่ยนแปลงก่อนกำเริบที่พบบ่อย ได้แก่ นอนหลับผิดปกติไป แยกตัวเอง วิดกกังวล หงุดหงิด คิดฟุ้งซ่าน และมักเชื่อมโยงเหตุการณ์ต่างๆเข้ากับตนเอง

มีผู้ป่วยโรคจิตเภทอยู่จำนวนหนึ่งที่เป็นแค่ครั้งเดียวแล้วหายขาด หรือเป็น 2-3 ครั้ง และแต่ละครั้งที่หายก็กลับคืนสู่สภาพเดิมก่อนป่วย แต่พบได้น้อย ส่วนใหญ่หลังจากที่อาการทุเลาลงจะยังคงมีอาการหลงเหลืออยู่บ้าง และมีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ ยิ่งเป็นบ่อยครั้งจะยิ่งมีอาการหลงเหลือมากขึ้นหรือเสื่อมลงเรื่อยๆ อาการด้านบวกจะค่อยๆลดความรุนแรงลง อาการที่เด่นในระยะหลังจะเป็นอาการด้านลบมากกว่า (ดูภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 ลักษณะการดำเนินโรคของโรคจิตเภท เมื่อติดตามไป 5 ปีหลังเริ่มป่วยครั้งแรก

การรักษา

1. การรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล ซึ่งจะรับในกรณีต่อไปนี้

- มีพฤติกรรมเป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น หรือก่อความเดือดร้อนรำคาญแก่

ผู้อื่น

- มีปัญหาอื่น ๆ ที่ต้องดูแลใกล้ชิด เช่น มีอาการข้างเคียงจากยารุนแรง
- เพื่อควบคุมเรื่องยา ในกรณีที่มีผู้ป่วยไม่ยอมกินยา
- มีปัญหาในการวินิจฉัย

การรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลจะช่วยลดความเครียดที่มีในผู้ป่วยและครอบครัวลง ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากบุคลากรด้านจิตเวชซึ่งจะช่วยเหลือในด้านอื่น ๆ ที่มีปัญหานอกเหนือไปจากเรื่องยา ระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาลโดยเฉลี่ยประมาณ 3-6 สัปดาห์

2. การรักษาด้วยยา การรักษาด้วยยารักษาโรคจิตนั้นเป็นหัวใจของการรักษา นอกจากเพื่อความคุมอาการด้านบวกแล้วยังสามารถลดการกำเริบซ้ำของโรคได้ พบว่าผู้ป่วยที่กลับมีอาการกำเริบซ้ำอยู่บ่อยๆ นั้น ส่วนใหญ่มีปัญหาจากการขาดยา ซึ่งการรักษาด้วยยาอาจแบ่งได้เป็น 2 ช่วง คือ ช่วงแรก ระยะเวลาควบคุมอาการให้สงบลงโดยเร็ว การที่อาการรุนแรงหรือพฤติกรรมของผู้ป่วยโดยทั่วไปดีขึ้นตั้งแต่ระยะแรกนั้น เป็นเพราะมาจากฤทธิ์ทำให้สงบของยา (sedating effect) ส่วนฤทธิ์ในการรักษาอาการโรคจิตของยานั้นต้องใช้เวลาเป็นสัปดาห์จึงจะเห็นผล ขนาดของยาที่ใช้โดยทั่วไป คือ chlorpromazine 300-500 มก./วัน หรือ haloperidol 6-10 มก./วัน ในกรณีที่มีผู้ป่วยอาการรุนแรงมากอาจให้ benzodiazepine ขนาดสูงร่วมไปด้วย หากหลังจาก 2 สัปดาห์แล้วอาการโรคจิตยังไม่ดีขึ้น จึงพิจารณาเพิ่มขนาดยา ส่วนช่วงที่สอง ระยะเวลาให้ยาต่อเนื่อง หลังจากมีอาการสงบแล้ว ผู้ป่วยยังจำเป็นต้องได้รับยาต่อเนื่อง เพื่อป้องกันมิให้กลับมามีอาการกำเริบซ้ำ ยิ่งผู้ป่วยที่มีการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี การควบคุมด้วยยาเป็นสิ่งสำคัญ ขนาดของยาจะต่ำกว่าที่ใช้ในระยะแรก โดยทั่วไปจะค่อย ๆ ลดขนาดลงจนถึงขนาดต่ำสุดที่คุมอาการได้ ซึ่งขึ้นอยู่กับผู้ป่วยแต่ละคน ขนาดยาที่ใช้โดยเฉลี่ยประมาณ 100-300 มก. ของ chlorpromazine ต่อวัน ในผู้ป่วยที่ไม่ยอมรับประทานยาอาจใช้ยาฉีดประเภท long acting ระยะเวลาในการรักษานั้น ส่วนใหญ่เห็นว่าในผู้ป่วยที่เป็นครั้งแรกนั้น หลังจากอาการโรคจิตดีขึ้นแล้วให้ยาต่อไปอีกประมาณ 1 ปี หากผู้ป่วยมีอาการกำเริบครั้งที่สองควรให้ยาต่อเนื่องไประยะยาว เช่น 5 ปี หากเป็นบ่อยกว่านี้ควรให้ยาต่อเนื่องไปตลอด

3. การรักษาด้วยไฟฟ้า (electroconvulsive therapy) การรักษาด้วยไฟฟ้าในผู้ป่วยโรคจิตเภทนั้นผลไม่ดีกว่าการรักษาด้วยยา โดยทั่วไปจะใช้ในกรณีผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา โดยใช้ ECT ร่วมไปด้วย นอกจากนี้ยังอาจใช้ในผู้ป่วยชนิด catatonic หรือผู้ป่วยที่มี severe depression ร่วมด้วย

4. การรักษาด้านจิตสังคม การบำบัดด้านจิตสังคมนี้เป็นส่วนสำคัญของการรักษา เนื่องจากอาการของผู้ป่วยมักก่อให้เกิดปัญหาระหว่างตัวเขากับสังคมรอบข้าง แม้ในระยะอาการดีขึ้นบ้างแล้ว ปัญหาทางด้านสังคมก็ยังคงมีอยู่หากผู้รักษาไม่ได้สนใจช่วยเหลือแก้ไข นอกจากนี้

อาการบางอย่างเช่น อาการด้านลบ หรือภาวะท้อแท้หมดกำลังใจ ไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษา ด้วยยา จึงจำเป็นยิ่งที่ผู้รักษาจะต้องคำนึงถึงปัจจัยด้านจิตสังคมของผู้ป่วย เพื่อที่จะเข้าใจและช่วยเหลือเขาได้ในทุกด้าน ไม่ใช่เป็นเพียงแก่ผู้รักษาโรคเท่านั้น ซึ่งแบ่งได้ดังนี้

4.1 จิตบำบัด (psychotherapy) ใช้วิธีการของจิตบำบัดชนิด ประคับประคอง ผู้รักษาพึงตั้งเป้าหมายตามที่จริงและผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติได้ เช่น ช่วยผู้ป่วยในการหาวิธีแก้ปัญหาในแบบอื่น ๆ ที่เขาพอทำได้ ให้คำแนะนำต่อปัญหาบางประการใน ฐานะของผู้ที่มีความรู้มากกว่า ช่วยผู้ป่วยค้นหาว่าความเครียดหรือความกดดันอะไรที่เขามักทน ไม่ได้ เป็นต้น

4.2 การให้คำแนะนำแก่ครอบครัว (family counseling or psychoeducation) ผู้ปกครองมักเข้าใจว่าเป็นเพราะตนเองไม่ตั้งใจทำให้ผู้ป่วยเป็นโรคจิต เกิด ความรู้สึกผิด หรือกล่าวโทษตนเอง นอกจากนี้บางครอบครัวมีการใช้อารมณ์ต่อกันสูง และอยู่ ใกล้ชิดกับผู้ป่วยเป็นเวลานานในแต่ละวัน ซึ่งอาจเป็นการไปเพิ่มความกดดันแก่ผู้ป่วย ทั้งสองกรณี นี้ การทำครอบครัวบำบัดหรือให้ความรู้ในเรื่องโรค รวมทั้งสิ่งที่ญาติควรปฏิบัติต่อผู้ป่วย จะช่วยได้ เป็นอย่างยิ่ง

4.3 กลุ่มบำบัด (group therapy) เป็นการจัดกิจกรรมกลุ่มระหว่างผู้ป่วย โดยส่งเสริมให้เกิดความรู้สึกว่ามีเพื่อน มีคนเข้าใจ ไม่โดดเดี่ยว มีการช่วยเหลือแก้ไขปัญหาและให้ คำแนะนำแก่กัน ฝึกทักษะทางสังคม เน้นการสนับสนุนให้กำลังใจ

4.4 นิเวศน์บำบัด (milieu therapy) เป็นการจัดสภาพแวดล้อมใน โรงพยาบาลเพื่อช่วยส่งเสริมขบวนการรักษา ประกอบด้วย การจัดกิจกรรมต่าง ๆ ภายในหอผู้ป่วย การจัดสภาพแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยให้น่าอยู่ ระบบการบริหารเป็นแบบให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมใน การตัดสินใจเป็นบางส่วน ผู้ป่วยต้องช่วยในกิจกรรมต่าง ๆ เท่าที่พอทำได้ เพื่อส่งเสริมความรู้สึก เชื่อมั่นในตนเองของผู้ป่วย

2. โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว (Bipolar disorder)

โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว หรือโรคไบโพลาร์ (Bipolar disorder) เป็นความ ผิดปกติทางอารมณ์อย่างหนึ่ง ซึ่งผู้ป่วยที่เป็นโรคนี้อาจมีลักษณะอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปมา ระหว่างอารมณ์ซึมเศร้า (major depressive episode) สลับกับช่วงที่อารมณ์ดีมากกว่าปกติ (mania หรือ hypomania) โดยอาการในแต่ละช่วงอาจเป็นอยู่นานเป็นสัปดาห์ หรือหลาย ๆ เดือนก็ได้ ซึ่ง อาการเหล่านี้จะส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยทั้งในด้านการงาน การประกอบอาชีพ ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และการดูแลตนเองอย่างมาก ทำให้ไม่สามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ อย่างเป็นปกติ

ลักษณะอาการทางคลินิก

โรคไบโพลาร์อาจแบ่งกลุ่มกว้างๆ ออกได้เป็น

- Bipolar I disorder คือ มีอาการเมเนีย สลับกับช่วงซึมเศร้า หรืออาจมีอาการเมเนียเพียงอย่างเดียวก็ได้

- Bipolar II disorder คือ มีอาการซึมเศร้า สลับกับช่วงไฮโปเมเนีย (hypomania)

ระยะอาการเมเนีย

ผู้ป่วยที่ป่วยเป็นโรคไบโพลาร์ จะมีช่วงที่อารมณ์ผิดปกติ โดยมีช่วงซึมเศร้า (depressive episode) สลับกับช่วงที่อารมณ์ดี หรือคลั่งมากกว่าปกติ (mania หรือ hypomania) ซึ่งขออธิบายแยกเป็นช่วงๆ คือ ช่วงอารมณ์ดีมากกว่าปกติ หรือเมเนีย (mania) ผู้ป่วยจะมีลักษณะดังต่อไปนี้

1. อารมณ์เปลี่ยนแปลง ผู้ป่วยจะมีอารมณ์ร่าเริงมีความสุข เบิกบานใจ หรือหงุดหงิดง่ายก็ได้ ซึ่งญาติใกล้ชิดของผู้ป่วยมักจะสังเกตได้ว่าอารมณ์ของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมจนผิดปกติ ซึ่งอาการที่เกิดขึ้น จะต้องเป็นติดต่อกันทุกวันอย่างน้อย 1 สัปดาห์

2. มีความมั่นใจในตนเองมากขึ้น ผู้ป่วยจะมีความเชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถมากเกินไป เชื่อว่าตนเองสำคัญ และยิ่งใหญ่ หรืออาจมีเนื้อหาของความคิดผิดปกติมาก ถึงขั้นว่าตนเองสำคัญ หรือยิ่งใหญ่ เช่น เชื่อว่าตนเองมีอำนาจมาก หรือมีพลังอำนาจพิเศษ เป็นต้น

3. การนอนผิดปกติไป ผู้ป่วยจะมีความต้องการในการนอนลดลง ผู้ป่วยบางรายอาจรู้สึก่านอนแค่ 3 ชั่วโมงก็เพียงพอแล้ว เป็นต้น

4. ความคิดแล่นเร็ว (flight of idea) ผู้ป่วยจะคิดค่อนข้างเร็ว บางครั้งคิดหลายๆ เรื่องพร้อมๆ กัน คิดเรื่องหนึ่งไม่ทันจบก็จะคิดเรื่องอื่นทันที บางครั้งอาจแสดงออกมาในรูปของการมีโครงการต่างๆ มากมาย

5. พูดเร็วขึ้น เนื่องจากความคิดของผู้ป่วยแล่นเร็ว จึงส่งผลต่อคำพูด ที่แสดงออกมาให้เห็น ผู้ป่วยมักจะพูดเร็ว และขัดจังหวะได้ยาก ยิ่งถ้าอาการรุนแรงคำพูดจะดัง และเร็วขึ้นอย่างมากจนบางครั้งยากต่อการเข้าใจ

6. วอกแวกง่าย ผู้ป่วยจะไม่ค่อยมีสมาธิอยู่กับสิ่งใดสิ่งหนึ่งได้นาน และความสนใจมักจะเปลี่ยนแปลงไปตามสิ่งเร้าภายนอกที่เข้ามากระตุ้นได้ง่าย

7. การเคลื่อนไหวเพิ่มขึ้น ในผู้ป่วยบางรายจะทำกิจกรรมต่าง ๆ ตลอดเวลา ทั้งที่ทำงาน ที่โรงเรียน หรือที่บ้าน มีการเคลื่อนไหวเพิ่มมากขึ้นชัดเจน ไม่สามารถอยู่นิ่งๆ ได้

8. ยับยั้งชั่งใจไม่ได้ ผู้ป่วยเมเนียมักจะแสดงพฤติกรรมที่เกิดจากการยับยั้งชั่งใจไม่ได้ เช่น ดื่มสุรามากๆ โทรมัธยมทางไกลมากๆ เล่นการพนัน หรือเสี่ยงโชคอย่างมาก ใช้เงินมากจนได้

สำหรับอาการไฮโปเมเนีย นั้น ผู้ป่วยจะมีอาการข้างต้นเช่นเดียวกับเมเนีย แต่จะแตกต่างกับเมเนียคือ อาการไฮโปเมเนียจะไม่ส่งผลกระทบต่อการทำงานที่ หรือการใช้ชีวิตประจำวันมากนัก และผู้ป่วยต้องมีอาการอย่างน้อยที่สุดนาน 4 วัน

ระยะซึมเศร้า

ช่วงอารมณ์ซึมเศร้า (depressive episode) มีอาการดังต่อไปนี้ เกือบตลอดเวลา และเป็นติดต่อกันเป็นเวลาอย่างน้อย 2 สัปดาห์

1. มีอารมณ์ซึมเศร้า (ในเด็กและวัยรุ่นอาจเป็นอารมณ์หงุดหงิดก็ได้) ผู้ป่วยจะรู้สึกเบื่อหน่ายท้อแท้

2. ความสนใจหรือความเพลินใจในกิจกรรมต่างๆ แทบทั้งหมดลดลงอย่างมาก อะไรที่เคยชอบทำก็จะไม่ยอมทำ แรงจูงใจในการทำสิ่งต่างๆ ก็จะลดลง

3. น้ำหนักลดลงหรือเพิ่มขึ้นมาก (น้ำหนักเปลี่ยนแปลงมากกว่าร้อยละ 5 ต่อเดือน) หรือมีการเบื่ออาหาร หรือเจริญอาหารมาก

4. นอนไม่หลับ อาจมีอาการนอนหลับยาก หรือนอนแล้วตื่นเร็วกว่าปกติ อาจนอนหลับๆ ตื่นๆ ทำให้รู้สึกไม่สดชื่น หรือผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการนอนหลับมากเกินไป ต้องการนอนทั้งวัน กลางวันหลับมากขึ้น

5. กระวนกระวาย อยู่ไม่สุข หรือเชื่องช้าลง

6. อ่อนเพลีย รู้สึกไม่มีแรง ไม่อยากทำอะไร

7. รู้สึกตนเองไร้ค่า บางรายอาจรู้สึกสิ้นหวัง มองสิ่งรอบๆ ตัวในแง่ลบที่เป็นลบไปหมด รวมถึงอนาคตที่ยังมาไม่ถึงด้วย

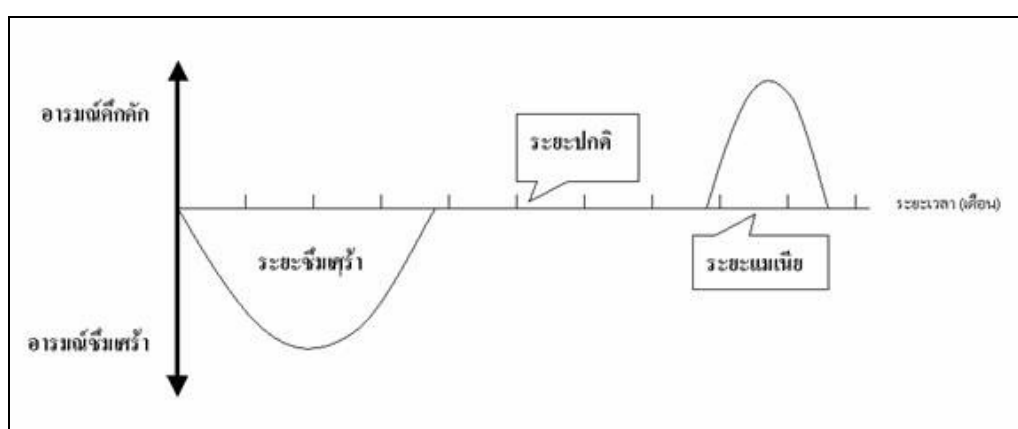
8. สมาธิ และความจำแย่งลง

9. คิดเรื่องการตาย คิดอยากตาย

ในระยะซึมเศร้า ผู้ที่เป็นจะรู้สึกเบื่อหน่ายไป ไม่สนใจติดตามอะไร บางคนจะมีอาการซึมเศร้า อารมณ์อ่อนไหวง่าย ร้องไห้เป็นว่าเล่น บางคนจะหงุดหงิด ขวางหูขวางตาไปหมด ทนเสียงดังไม่ได้ ไม่อยากให้ใครมาวุ่นวาย อาการเบื่อเป็นมาจนแม้แต่อาหารการกินก็ไม่สนใจ บางคนน้ำหนักลดลงสัปดาห์ละ 2-3 กิโลกรัม บางครั้งสามารถนั่งอยู่เฉยๆ ได้เป็นชั่วโมงๆ ความจำก็แย่งลง มักหลงๆ ลืมๆ เพราะใจลอย ตัดสินใจอะไรก็ไม่ได้ เพราะไม่มั่นใจไปเสียหมด มองสิ่งต่างๆ ในแง่ลบไปหมด คิดว่าตัวเองเป็นภาระของคนอื่น ไม่มีใครสนใจตนเอง ถ้าตายไปคงจะดีจะพ้น

ทุกข์เสียที จากการศึกษาค้นคว้าพบว่าความชุกชั่วชีวิตของโรคไบโพลาร์นี้โดยรวมที่สำรวจในประชากรทั่วไป พบได้สูงถึงร้อยละ 1.5 -5 ซึ่งอัตราการเกิดโรคครั้งแรกพบบ่อยที่สุดในช่วงอายุ 15-19 ปี และรองลงมา คือ อายุ 20-24 ปี โดยกว่าครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยจะมีอาการครั้งแรกก่อนอายุ 20 ปี นอกจากนี้โรคไบโพลาร์ ถือเป็นโรคที่มีการดำเนินโรคในระยะยาวเรื้อรัง และเป็นโรคที่มีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้สูง ประมาณ 70-90%

การดำเนินโรค



ภาพที่ 2 การดำเนินโรคไบโพลาร์

อาการระยะเมเนียมักเกิดขึ้นเร็ว และเป็นมากขึ้นเรื่อยๆ จนภายใน 2-3 สัปดาห์ อาการจะเต็มทีอารมณ์รุนแรง ก้าวร้าวจนญาติจะรับไม่ไหวต้องพามาโรงพยาบาล อาการในครั้งแรกๆ จะเกิดหลังมีเรื่องกดดัน แต่หากเป็นหลายๆ ครั้งก็มักเป็นขึ้นมาเองโดยที่ไม่มีปัญหาอะไรมากระตุ้นเลย ข้อสังเกตประการหนึ่งคือคนที่อยู่ในระยะเมเนียจะไม่คิดว่าตัวเองผิดปกติ มองว่าช่วงนี้ตัวเองอารมณ์ดีหรือใครๆ ก็ขยับกันได้ ในขณะที่หากเป็นระยะซึมเศร้าคนที่เป็นอย่างนี้จะพอบอกได้ว่าตนเองเปลี่ยนไปจากเดิม ถ้าหากคนใกล้ชิดสนใจมักสังเกตไม่ยากเพราะเขาจะซึมลงดูมทุกข์ แต่อาการแบบเมเนียจะบอกยากโดยเฉพาะในระยะแรกๆ ที่อาการยังไม่มาก เพราะดูเหมือนเขาจะเป็นแค่คนขยันอารมณ์ดีเท่านั้นเอง แต่ถ้าสังเกตจริงๆ ก็จะเห็นว่าลักษณะแบบนี้ไม่ใช่ตัวตนของเขา เขาจะดูเวอร์กว่าปกติไปมาก

การรักษา

การรักษาด้วยยา ร่วมกับการช่วยเหลือให้คำปรึกษาทางจิตใจเพื่อช่วยผู้ที่เป็นการปรับตัวกับสังคม และจัดการกับปัญหาต่างๆ ในชีวิต

1. การรักษาในระยะอาการกำเริบ

โดยทั่วไปหากเป็นการป่วยครั้งแรกหลังจากที่แพทย์รักษาจนผู้ป่วยอาการกลับสู่ปกติแล้ว จะให้ยากินต่อไปอีกจนครบ 6 เดือน แล้วค่อยๆ ลดยาลงจนหยุดไป โดยทั่วไปก็ใช้เวลาประมาณปี หากหยุดยาเร็วจะมีโอกาสกลับมามีอาการกำเริบอีกสูงมากเพราะตัวโรคยังไม่ทุเลาลงเต็มที่

2. การป้องกันการกลับมาป่วยอีก

ผู้ที่มีอาการกำเริบเกิน 2 รอบ ที่มีอาการติดต่อกันนานเป็นเดือน และอาการรุนแรงไม่ว่าจะเป็นแบบเมเนียร์หรือซึมเศร้า ควรกินยาป้องกันระยะยาว โดยทั่วไปแพทย์จะให้กินนานอย่างน้อย 2 ปีขึ้นไป

การกินยาอย่างสม่ำเสมอเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้สามารถควบคุมอาการได้ดีรวมทั้งสามารถป้องกันการกำเริบในครั้งต่อไป และควรพบแพทย์ตามนัดเพื่อประเมินผลการรักษาตลอดจนผลข้างเคียงจากยา แพทย์อาจปรับยาเป็นช่วงๆ ตามแต่อาการของโรค

3. โรคซึมเศร้า (major depressive disorder)

โรคซึมเศร้าเป็นโรคสำคัญในทางจิตเวช เนื่องจากเป็นความผิดปกติทางจิตเวชที่พบได้บ่อย ผู้ป่วยได้รับผลกระทบจากอาการมาก อีกทั้งเป็นโรคที่รักษาได้หากผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม

ลักษณะอาการทางคลินิกและการดำเนินโรค

อาการสำคัญ คือ อารมณ์เศร้า ผู้ป่วยจะซึมเศร้าหุดหู่ สะเทือนใจร้องไห้ง่ายในผู้ป่วยไทย อาจไม่บอกว่าเศร้าแต่จะบอกว่ารู้สึกเบื่อหน่ายไปหมด จิตใจห่อเหี่ยว ไม่มีความสุขสบายใจหรือสดชื่นเหมือนเดิม อารมณ์หงุดหงิดพบได้บ่อยและมีกรุนแรง จนผู้ป่วยบอกว่าไม่เหมือนเดิม รู้สึกทนเสียดังหรือมีคนรบกวนไม่ได้ อยากรอยู่คนเดียวเงียบๆ

อาการที่พบบ่อย ได้แก่ อาการนอนไม่หลับ ที่เป็นลักษณะจำเพาะของโรคซึมเศร้า คือ การตื่นกลางดึกแล้วหลับต่อไม่ได้หรือหลับไม่สนิท (middle และ terminal insomnia) ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเบื่ออาหาร น้ำหนักลดลงชัดเจน รู้สึกอ่อนเพลียตลอดทั้งวัน ผู้ป่วยหญิงอาจมีประจำเดือนผิดปกติไป

อาการด้านอื่น ได้แก่ เชื่องช้า เหนื่อยล้า พุดน้อย คิดนาน อาจซึม อยู่เฉยๆ ได้นานๆ ผู้ป่วยบางคนอาจมีกระสับกระส่าย มักอยู่เฉยไม่ได้ นั่งได้สักครู่ก็ต้องลุกเดินไปมา โดยมักพบในผู้ป่วยช่วงวัยต่อพบบ่งชี้ว่าสมาธิของผู้ป่วยเสื่อมลงจากเดิม เหม่อลอย หลงลืมง่าย ความคิดอ่านเชื่องช้า ลังเล ตัดสินใจไม่แน่นอนอนใจ ไม่มั่นใจตนเอง ผู้ป่วยจะมองโลกภายนอกมองชีวิตของตนเองในแง่ลบ รู้สึกว่าชีวิตตนเองไม่มีคุณค่าไม่มีความหมายต่อใคร ผู้ป่วยบางคนมีความรู้สึกผิด

หรือกล่าวโทษตำหนิตนเองต่อสิ่งที่ตนเองได้กระทำลงไป แม้เป็นการกระทำที่ผู้อื่นเห็นเป็นเรื่องเล็กน้อยความคิดอยากตายพบได้ถึงร้อยละ 60 และพบฆ่าตัวตายร้อยละ 15 ในช่วงแรกผู้ป่วยอาจไม่รู้ลึกเพื่อชีวิต ไม่รู้จะมีชีวิตอยู่ต่อไปทำไม เมื่ออาการเป็นมากขึ้นจะรู้สึกอยากตาย อยากวิ่งให้รถชน ต่อมาจะคิดถึงการฆ่าตัวตาย เริ่มมีการคิดถึงวิธีการมีการวางแผน จนถึงการกระทำการฆ่าตัวตายในที่สุด

ในผู้ป่วยไทยพบไม่น้อยที่มามีปัญหาแพทยด้วยอาการทางร่างกาย มีอาการเวียนศีรษะ เหนื่อยง่าย ปวดเรื้อรังตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย แต่เมื่อซักประวัติเพิ่มเติมจะพบว่ามีอาการอื่นๆ ของโรคซึมเศร้าร่วมด้วย

การรักษา

การรักษาในรายที่อาการมาก เช่น ภาวะนอนไม่หลับมาก ไม่รับประทานอาหาร ผอมลงมาก หรือมีความคิดฆ่าตัวตายบ่อยๆ ให้รับไว้รักษาตัวในโรงพยาบาล ในกรณีที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง ต้องมีผู้ดูแลใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมง แบ่งการรักษาได้ดังนี้

1. การรักษาด้วยยา การรักษาแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ตามการดำเนินโรค

1.1 การรักษาในระยะเฉียบพลัน เป็นการรักษาเริ่มตั้งแต่เมื่อผู้ป่วยมาหาขณะมีอาการไปจนถึงหายจากอาการ คือเข้าสู่ระยะควบคุมอาการเพื่อป้องกันการเกิดซึมเศร้าซ้ำ ยาหลักที่ใช้ในการรักษาได้แก่ ยาแก้เศร้าให้ขนาดเริ่มต้น ตามความรุนแรงของโรคในรายที่มีอาการน้อยอาจเริ่มให้ amitriptyline หรือ imipramine ขนาด 25-50 มก./วัน ผู้ป่วยที่มีอาการปานกลางถึงรุนแรงให้ 50-75 มก./วัน ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการภาวะนอนไม่หลับ หรือวิตกกังวลมากร่วมด้วย อาจให้ diazepam 2-5 มก. รับประทานเช้า-เย็น ร่วมด้วยในช่วง 2 สัปดาห์แรก ขนาดของ amitriptyline หรือ imipramine ที่ได้ผลในการรักษาโดยทั่วไปอยู่ระหว่าง 75-105 มก./วัน

ผู้ป่วยที่มีอาการ โรคจิตร่วมด้วยนั้น การรักษาต้องให้ยารักษาโรคจิตควบคู่กันไป โดยทั่วไปขนาดไม่สูงเท่าที่ใช้รักษาผู้ป่วยโรคจิตเภท เมื่ออาการโรคจิตดีขึ้นแล้วให้ค่อยๆ ลดยาลง จนหยุดยา ในระยะนี้ยาแก้เศร้าได้ผลในการรักษาประมาณ ร้อยละ 70-80 ในผู้ป่วยที่มีอาการดีขึ้นไม่มากควรให้ยาจนถึงขนาดสูงสุดเป็นระยะหนึ่ง (imipramine ขนาด 250 มก./วัน นาน 4-6 สัปดาห์) หากไม่ตอบสนอง อาจให้ลิเทียมหรือ ฮอร์โมนไทรอยด์ (T3) ร่วมไปด้วย หรืออาจเปลี่ยนเป็นยาแก้เศร้ากลุ่มใหม่

1.2 การรักษาในระยะต่อเนื่อง เป็นการให้การรักษาต่อเนื่องอีกประมาณ 6 เดือน หลังจากผู้ป่วยหายแล้ว ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่ผู้ป่วยเข้าสู่ระยะพักฟื้นซึ่งพบว่ามีโอกาสเกิดป่วยซ้ำสูงมากเมื่อครบ ระยะเวลาแล้วให้ค่อยๆ ลดยาลงทุก 2-3

ตีปตาห้จนหยุด การรักษาขณะลดยา หากผู้ป่วยเริ่มกลับมามีอาการอีก ให้เพิ่มยาขึ้นแล้วคงยาอยู่ระยะหนึ่ง เช่น 2-3 เดือน แล้วลองลดยาใหม่

1.3 การป้องกันระยะยาว เป็นการให้ยาเพื่อป้องกันการเกิดป่วยซ้ำของโรค จะพิจารณาให้ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดป่วยซ้ำสูง ยังไม่มีข้อสรุปแน่นอนว่าควรให้ยาไปนานเท่าไร แต่อย่างน้อยควรให้นาน 3 ปี หลังจากนั้นจึงจะประเมินอีกครั้งหนึ่งว่าสมควรให้ยาป้องกันต่ออีกหรือไม่

2. การรักษาด้วยไฟฟ้าหรือ ECT ใช้ในผู้ป่วยรายที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา ทนต่ออาการข้างเคียงของยาไม่ได้ หรือมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง ได้ผลดีในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง แต่ทั้งนี้ ECT ไม่ได้ช่วยป้องกัน จึงควรให้การรักษาด้วยยาต่อหลังจากผู้ป่วยอาการดีขึ้น

3. จิตบำบัด ชนิดที่ได้ผลดีในโรคซึมเศร้า ได้แก่

3.1 จิตบำบัดรายบุคคล เป็นการรักษาที่เน้นปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้อื่น มุ่งให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมและผู้อื่นที่ดีขึ้น ไม่เน้นถึงความขัดแย้งในจิตใจ

3.2 Cognitive-behavior therapy เชื่อว่าอาการของผู้ป่วยมีต้นเหตุมาจากการมีแนวคิดที่ไม่ตรงตามความเป็นจริง การรักษามุ่งแก้ไขแนวคิดของผู้ป่วยให้สอดคล้องกับความจริงมากขึ้น รวมถึงการปรับพฤติกรรมใช้ทักษะใหม่ในการแก้ปัญหา

3.3 การรักษาอื่นๆ เช่น sleep deprivation ซึ่งผู้ป่วยจะมีอาการดีขึ้นในวันรุ่งขึ้นหลังงดการนอน แต่มักกลับมาเป็นอีกหากให้นอนตามปกติ หรือ light therapy ในผู้ป่วยที่มีลักษณะการป่วยเป็นแบบซึมเศร้าที่สัมพันธ์กับช่วงเวลา

4. โรควิตกกังวล (Anxiety disorders)

เป็นสภาวะที่ไม่สบาย อึดอัด หรือหวาดกลัวอันตราย ซึ่งคิดว่าอาจจะเกิดขึ้น และเป็นความรู้สึกที่ไม่ได้สัดส่วนกับอันตรายที่ตนกลัว หรือรู้สึกมากเกินไป อาการแสดงเป็นผลจากการทำงานมากขึ้นของระบบประสาทอัตโนมัติ ทั้งส่วน sympathetic และ parasympathetic ลักษณะของโรคแบ่งเป็น 2 ชนิด คือ ชนิด Panic disorder และชนิด Generalized anxiety disorder ผู้ป่วยมักมีอาการมึนซึมเศร้า และอาการอ่อนเพลียร่วมกับอาการวิตกกังวลด้วยบ่อย ๆ

ลักษณะอาการทางคลินิก

1. แบบ Panic disorder ความกังวลจะเกิดอย่างทันทีทันใดและเกิดแล้วเกิดอีก โดยคาดเวลาไม่ได้ อาการประกอบด้วย อาการทางจิตใจคือ ความวิตกกังวลอย่างรุนแรง หวาดกลัว และมักมีความรู้สึกว่าคุณกำลังจะตายร่วมด้วย นอกจากนั้นผู้ป่วยยังกลัวเป็นบ้า หรือกลัวจะทำอะไรโดยขยับยั้งใจไม่ได้ และรู้สึกว่าตนเองหรือสิ่งแวดล้อมแปลกไป อาการทางกายประกอบด้วย อาการหอบ

(dyspnea) ใจสั่น แน่นและเจ็บหน้าอก รู้สึกอึดอัดเหมือนจะหายใจไม่ออก วิงเวียน ซา หนาวๆ ร้อนๆ เหงื่อออกมาก เป็นลมและสั่น อาการดังกล่าวมักจะเกิดอยู่นานเป็นนาทีๆ เท่านั้น มีน้อยที่อาการเกิดนานเป็นชั่วโมงๆ

2. แบบ Generalized anxiety disorder อาการค่อยๆ เกิด และเกิดอยู่นาน อาการไม่รุนแรงเท่าพวก Panic disorder อาการประกอบด้วย อาการทางจิตใจ ผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวล และคาดคิดว่าสิ่งเลวร้ายต่างๆ จะเกิดกับตน เช่น การหมดสติ การไม่สามารถควบคุมอารมณ์ของตน และการตาย หรือคาดว่าคนในครอบครัวจะเจ็บป่วย ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ ฯลฯ อารมณ์จะหงุดหงิด งุนงง ขาดสมาธิ ตกใจง่าย หลับยาก หลับๆ ตื่นๆ และอ่อนเพลียเวลาตื่น ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีอารมณ์เศร้าอ่อนๆ ร่วมด้วย อาการทางร่างกาย ได้แก่ กล้ามเนื้อตึงเครียด สั่น ปวดกล้ามเนื้อ อ่อนเพลีย ใบน้ำเครียด ถอนใจบ่อยๆ ปากแห้ง ซา ปัสสาวะบ่อย รู้สึกมีก้อนจุกที่ลำคอ หน้าซีด ซีพจรและการหายใจเร็ว เหงื่อแตก และม่านตาขยาย

การดำเนินโรค

พวก Panic disorder อาจเป็นอยู่เพียงระยะเดียวกันเวลาหลายสัปดาห์หรือหลายเดือน แต่อาจเกิดอาการหลายครั้ง หรือกลายเป็นชนิดเรื้อรัง

พวก Generalized anxiety disorder มักเป็นเรื้อรัง โรคนี้จะต้องเกิดอยู่นานอย่างน้อย 1 เดือนจึงจะวินิจฉัย

การรักษา

การรักษาที่ดีที่สุด คือ การรักษาโดยจิตบำบัดร่วมกับการใช้ยา

1. จิตบำบัด

Cognitive behavior therapy โดยแก้ไขการมองโลกที่ผิดไปของผู้ป่วย ให้กลับมามองอย่างถูกต้อง ร่วมกับการใช้ relaxation technique เพื่อลดอาการทางกาย

Psychodynamic psychotherapy โดยพยายามช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจสาเหตุของความวิตกกังวล และสามารถทนกับความกังวลนั้น ได้มากขึ้น

2. การรักษาด้วยยา

Benzodiazepine เช่น diazepam ขนาด 5-15 มก./วัน จะช่วยลดอาการวิตกกังวลและอาการทางกายได้ดี ซึ่งควรให้ยาต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน

Selective Serotonin Reuptake Inhibitor (SSRI) การใช้ sertraline หรือ paroxetine ได้ผลดี ไม่ค่อยใช้ fluoxetine เพราะอาจจะทำให้มีอาการ anxiety เพิ่มขึ้น

การใช้ยา Benzodiazepine หรือ SSRI ควรให้นานต่อเนื่อง 6-12 เดือน หรืออาจจะให้ไปนานกว่านั้นได้ เพราะพบว่าหลังหยุดยาร้อยละ 60-80 มีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้อีก ส่วนใหญ่ไม่ค่อยพบอาการคือยา (tolerance) ในผู้ป่วยกลุ่มนี้

Propranolol ใช้เพื่อลดอาการใจสั่น มือสั่น โดยปรับขนาดยาให้สามารถลดชีพจรได้ 5-10 ครั้ง/นาทิต และต้องระวังผลข้างเคียงคือ depression, nausea และ bradycardia

กลุ่มกิจกรรมบำบัด

แนวคิดพื้นฐานเกี่ยวกับกลุ่มกิจกรรมบำบัด

กลุ่มกิจกรรมบำบัด เป็นวิธีการบำบัดที่นำกิจกรรมต่าง ๆ มาใช้อย่างมีจุดมุ่งหมาย ทั้งในการส่งเสริม การป้องกัน การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพบุคคลที่ได้รับบาดเจ็บทางร่างกาย ผู้มีความผิดปกติทางสังคม ผู้มีปัญหาพัฒนาการและเรียนรู้ ผู้มีปัญหาความแตกต่างทางวัฒนธรรมรวมทั้งบุคคลทั่วไป เพื่อให้สามารถปรับตัวอยู่ในสิ่งแวดล้อมได้อย่างเป็นอิสระและพึ่งตนเองได้ (functional independence) นั้น เป็นวิธีการที่ใช้ในการปฏิบัติโดยใช้หลักการแก้ปัญหาที่ต้องอาศัยความรู้ ทักษะเพื่อสนองตอบความต้องการด้านสุขภาพอนามัยของผู้รับบริการ ครอบครัวและชุมชน ซึ่งเป็นทั้งเครื่องมือและวิธีการที่ช่วยให้การทำงานเป็นระบบ ประกอบด้วย การประเมินการบำบัดรักษา การให้คำปรึกษา การให้บริการเฉพาะทางต่างๆ เช่น การฝึกทักษะในการทำกิจวัตรประจำวัน การฝึกทักษะการรับรู้การเคลื่อนไหว การฝึกทักษะการเล่น และการใช้เวลาการเลือกงานที่เหมาะสมกับทักษะความสามารถ (Chafee 1989, อ้างตามเทียม ศรีคำจันทร 2540)

โครงสร้างของกลุ่ม

โครงสร้างกลุ่มกิจกรรมบำบัด จะเป็นเช่นใดขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของกลุ่ม หากเป็นกลุ่มที่ต้องการความผูกพันเป็นหนึ่งเดียว หรือมีกระบวนการต่อเนื่องไปสู่ช่วงเวลาที่มีการแก้ปัญหาซึ่งต้องอาศัยเวลาในการสร้างสัมพันธภาพ เมื่อมีการเพิ่มสมาชิกใหม่อาจรบกวน หรือขัดขวางพัฒนาการของกลุ่มได้ จึงต้องใช้กลุ่มประเภทกลุ่มปิด หากต้องใช้กลุ่มกิจกรรมบำบัดในหอผู้ป่วยจิตเวชหรือในชุมชน การเลือกใช้กลุ่มเปิดก็จะช่วยให้สมาชิกกลุ่มใหญ่มีโอกาสหมุนเวียนเข้ามาเป็นสมาชิก การเลือกใช้กลุ่มแต่ละประเภทจึงเป็นสิ่งสำคัญในการที่จะดำเนินไปสู่เป้าหมายที่มีประสิทธิภาพ (Yalom, 1995)

ในการทำกลุ่มกิจกรรมบำบัดในผู้ป่วยจิตเวช ส่วนมากผู้ป่วยจะรู้สึกสับสนวุ่นวาย หวาดกลัว จะต้องมีการกำหนดขั้นตอน มีการเตรียมพร้อมด้าน โครงสร้างทางกายภาพของกลุ่ม เพราะผู้ป่วยที่มีภาวะสับสนยังจะมีการเตรียมพร้อมด้าน โครงสร้างทางกายภาพของกลุ่มเพราะผู้ป่วยที่มีภาวะสับสนยังจะมีความวิตกกังวล ยาโลม กล่าวว่าผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะสับสน จะมีความ

หวาดกลัวและถูกคุกคามมาก ถ้าอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่สับสน ยิ่งถ้าเป็นครั้งแรกของการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยจิตเวช ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกที่ตนอยู่ท่ามกลางผู้ป่วยอาการหนักและมีพฤติกรรมแปลกๆ สภาพทางจิตไม่สดชื่น บางคนอาจจะแพ้อาหาร หรือเมื่อมีการแนะนำให้ผู้รู้จักเพื่อนๆ และเจ้าหน้าที่หลายๆ คนที่ทำหน้าที่ต่างกันและมีการผลัดเวรทำงาน ยิ่งทำให้ผู้ป่วยเกิดความสับสนและไม่มั่นคงมากขึ้น ดังนั้นการกำหนดกฎเกณฑ์ เพื่อให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์และความสำเร็จของกลุ่ม สิ่งที่ต้องพิจารณามีดังนี้

1. รูปแบบโครงสร้าง ผู้นำกลุ่มเป็นผู้กำหนดกฎเกณฑ์หรือวัตถุประสงค์ของการทำกลุ่มที่ชัดเจนและแน่นอน โฉนดการอธิบายในเรื่อง ขอบเขตของกลุ่ม การปรับวิธีการให้มีการยืดหยุ่น การให้คำแนะนำและการเตรียมผู้ป่วย

1.1 ขอบเขตของกลุ่ม ถ้ากลุ่มมีขอบเขตที่แน่นอนมั่นคง จะทำให้กลุ่มเกิดความรู้สึกมั่นคง สถานที่สำหรับการจัดกลุ่ม ควรเป็นห้องที่ขนาดเหมาะสม สะดวกสบาย ไม่คับแคบจนรู้สึกอึดอัด ถ้าห้องมีขนาดใหญ่พอ ควรจะจัดให้ผู้ป่วยนั่งเป็นวงกลม และมีความเป็นสัดส่วนก็จะเป็นการดี แต่บางแห่งอาจจะหาสถานที่เช่นนี้ไม่ได้ อาจต้องทำกลุ่มในห้องโถงใหญ่หรือในที่ที่ไม่มีขอบเขตแน่นอน เช่น ในสนามหญ้า ลานอเนกประสงค์ เป็นต้น

1.2 ตำแหน่งการนั่ง ลักษณะการนั่งก็มีความสำคัญ การนั่งที่ดีที่สุด คือการนั่งแบบวงกลม ควรจัดเก้าอี้ในลักษณะที่ให้สมาชิกทุกคนมองเห็นหน้ากัน (กรณีที่นั่งยาวทำให้สมาชิกมองไม่เห็นหน้าสมาชิกคนอื่นได้) ซึ่งเป็นเหตุให้การปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกด้วยกันไม่ดี และทำให้สมาชิกพูดกับผู้นำกลุ่มมากกว่าการได้พูดกับสมาชิกด้วยกัน

1.3 การตรงต่อเวลา การกำหนดกฎของกลุ่มในเรื่องการตรงต่อเวลานั้น ผู้นำกลุ่มต้องเตรียมพร้อมทั้งตัวเอง และการเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมก่อนเวลาเปิดกลุ่ม เพราะตามกติกาผู้ป่วยต้องเข้ากลุ่มตรงเวลา เมื่อเริ่มกลุ่มแล้วจะไม่มีกรออกจากกลุ่ม เพราะจะเป็นการรบกวนสมาชิกกลุ่ม ดังนั้นในการเตรียมผู้ป่วยที่มีอาการมากๆ จำเป็นต้องเตือนหรือพาผู้ป่วยไปเข้ากลุ่มกรณีที่ผู้ป่วยหลับอยู่ ก็ควรให้เจ้าหน้าที่ปลุกให้ตื่นก่อนอย่างน้อย 10-15 นาที ก่อนเวลาเริ่มกลุ่มทำธุระส่วนตัวให้เรียบร้อย ในขณะที่ทำกลุ่ม ไม่ควรอนุญาตให้สมาชิกออกจากกลุ่มก่อนเวลาเลิกกลุ่ม กรณีเช่นนี้ซึ่งเป็นสิ่งที่ทำได้ยากกว่าการห้ามไม่ให้มาสาย เพราะการที่สมาชิกที่มีความวิตกกังวลมากๆ จะยิ่งกังวลมากขึ้นถ้ารู้จะไม่ได้รับอนุญาตให้ออกจากกลุ่มก่อนเวลาเลิกกลุ่ม ดังนั้นผู้บำบัดต้องทำความเข้าใจกับผู้ป่วยโดยอธิบายให้ทราบถึงเหตุผล กรณีใดบ้างที่ควรอนุญาตให้ออกนอกกลุ่มก่อนเวลาเลิกกลุ่ม ผู้ป่วยประเภทอยู่ไม่นิ่ง (hyperactive) และพวกที่มีก้อความไม่สงบ (agitated) ก่อนเข้ากลุ่มพยาบาลควรเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและประเมินสภาพว่า สามารถจะนั่งกลุ่มได้จนหมดเวลาหรือไม่ หากผู้ป่วยปฏิเสธ อาจให้เวลาและแนะนำให้ลองเข้ากลุ่ม ถ้ารู้สึกว่

สบายขึ้นถ้าหากจำเป็นต้องออกจากกลุ่ม ผู้นำกลุ่มควรรู้กำลังใจในความสามารถที่เขานั่งอยู่ในกลุ่มได้ในระยะเวลาหนึ่ง หรืออาจให้เป็นผู้สังเกตการณ์ หรือถ้ายังไม่สบายใจอาจให้ไปได้ แต่ผู้นำกลุ่มก็ต้องประเมินให้ได้ว่าสถานการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นเป็นหลบหนีความจริงหรือเกิดจากความวิตกกังวลไม่พร้อมที่จะอยู่ในกลุ่ม หรือถ้ากรณีไม่สามารถควบคุมผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงมากๆ ได้ ก็ต้องพาออกจากกลุ่มและให้เจ้าหน้าที่ช่วยดูแลต่อไป

1.4 ภาวะผู้นำ วิธีการสื่อสารของผู้บำบัดเป็นสิ่งสำคัญในการทำให้โครงสร้างของกลุ่มสมบูรณ์ เพราะถ้าผู้นำกลุ่มมีความมั่นคง เปิดเผยและมั่นใจในตนเอง จะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยที่มีความไม่สบายใจ สับสนหรือหวาดกลัว เกิดความเชื่อมั่นขึ้นมาได้ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือกับกลุ่มได้

1.5 ขนาดของกลุ่ม ในการทำกลุ่มกิจกรรมบำบัด จำนวนสมาชิกที่เข้าร่วมกลุ่มมีความสำคัญอย่างไร ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์และเป้าหมายของผู้นำกลุ่ม โดยทั่วไปนิยมจัดสมาชิกจำนวน 8-12 คน (Marram, 1978) ยาโลม (Yalom, 1995) เสนอแนะว่ากลุ่มที่มีสมาชิกกลุ่มจำนวนน้อยกว่า 4-5 คน จะมีประสิทธิภาพน้อย จะทำให้สมาชิกมีความวิตกกังวลที่ต้องมีปฏิสัมพันธ์บ่อยครั้งควรมีจำนวน 7 หรือ 8 คน หรือประมาณ 5-10 คน และถ้าจำนวนสมาชิกมากเกินไปจะทำให้การปฏิสัมพันธ์กันไม่ทั่วถึง

1.6 ระยะเวลาและความถี่ของการเข้ากลุ่ม โดยทั่วไปแล้วระยะเวลาการเข้ากลุ่มกิจกรรมบำบัดแต่ละครั้งควรใช้เวลา 1 ชั่วโมง หรือตามการทำกลุ่มของยาโลมได้เสนอว่าผู้ป่วยในควรทำทุกวัน ครั้งละ 75 นาที กลุ่มผู้ป่วยที่อาการไม่รุนแรงนั้น การทำกลุ่มกิจกรรมบำบัดในผู้ป่วยจิตเวชนั้น มีความสลับซับซ้อนในการดำเนินกลุ่มมากมาย แนวทางการทำกลุ่มตามการแนะนำของยาโลม (Yalom, 1995) เพื่อให้การทำกลุ่มได้ง่ายขึ้น และได้ผลดี ในการฝึกหัดผู้บำบัดใหม่อาจจะให้เป็นผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม ดังนั้นผู้นำกลุ่มที่ดีต้องได้รับการฝึกเกี่ยวกับเทคนิคการทำกลุ่มขั้นพื้นฐานมาก่อนนั่นเอง โครงสร้างพื้นฐานของกลุ่ม แบ่งได้เป็นขั้นตอนดังต่อไปนี้

1.6.1 การปฐมนิเทศ และการเตรียมกลุ่ม ใช้เวลา 3-5 นาที ผู้นำกลุ่มจะเปิดกลุ่มแนะนำ ชี้แจงให้สมาชิกใหม่ทราบว่า ทำกลุ่มเพื่ออะไร มีวิธีการอย่างไร มีการเตรียมตัวอย่างไร และสมาชิกต้องปฏิบัติตัวอย่างไร เป็นต้น

1.6.2 ให้สมาชิกช่วยกันเสนอความคิดเห็น ว่าวันนี้จะทำอะไรหรือพูดเรื่องอะไรในกลุ่ม อาจถามเรียงตัว ผู้นำกลุ่มจะต้องกำหนดเรื่องที่จะทำและไหวพริบในการค้นหาว่าจะดำเนินกลุ่มในเรื่องใดเพื่อให้กลุ่มได้รับประโยชน์สูงสุดและปฏิบัติด้วยความรอบคอบไม่เร่งรีบจนทำให้พลาดโอกาสสำคัญ อาจรอให้สมาชิกพูดก่อน แล้วผู้นำสรุปประเด็น เพื่อดำเนินการต่อไปใช้เวลา 20-30 นาที

1.6.3 สมาชิกกลุ่มทำงานตามหัวข้อหรือกิจกรรมที่เสนอ เป็นช่วงของการทำงานให้สมบูรณ์ใช้เวลา 20-35 นาที

1.6.4 ผู้บำบัดและผู้สังเกตการณ์อภิปรายร่วมกัน ใช้เวลา 10 นาที

1.6.5 ให้สมาชิกตอบสนองต่อการอภิปรายสรุป

หลักการของกลุ่มกิจกรรมบำบัด

ในการนำแนวคิดและทฤษฎีมาประยุกต์ใช้ในการจัดกิจกรรมการพยาบาลโดยใช้กลุ่มกิจกรรมบำบัดเป็นสื่อในการให้การช่วยเหลือผู้รับบริการ ให้ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์จิตใจและสังคมนั้น เป็นสิ่งที่ซับซ้อนและเห็นผลได้จริง โคนอาศัยหลักการดังนี้

1. หลักการสื่อความหมาย (communication)

การสื่อความหมายเป็นสาระสำคัญของกิจกรรมบำบัด เชื่อว่าการที่คนเราจะดำรงชีวิตได้อย่างราบรื่นได้จำเป็นต้องมีการสื่อสารที่ดี เพื่อสร้างความสัมพันธ์อันดีกับตนเองและผู้อื่นนั้น หากระบบการสื่อสารภายในตนเองและ/หรือระหว่างบุคคลบกพร่อง ย่อมส่งผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตทันที ทั้งด้านการเรียน การทำงาน การทำหน้าที่ การอยู่ร่วมกันกับบุคคลอื่นๆ ในสังคมเชื่อว่าคนที่มีความผิดปกติทางจิตเวช หรือทางจิตสังคม คือ คนที่ขาดความสามารถในการสื่อสาร ไม่สามารถรับรู้และระบายถ่ายเทความรู้สึกนึกคิดต่างๆ ให้ผู้อื่นรับรู้ได้ เก็บกดความรู้สึกไว้ กลายเป็นเงื่อนปมต่างๆ อยู่ภายใต้จิตใจสำนึก จนส่งผลออกมาเป็นความผิดปกติในที่สุด ดังนั้นการใช้กิจกรรมบำบัดจึงเป็นการบำบัดที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อการฝึกทักษะการสื่อความหมายโดยการผ่านทางกิจกรรมในรูปแบบต่างๆ (Fidler 1963, อ้างตาม เทียม ศรีคำจักร 2540)

2. หลักการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (interpersonal relationship)

การอยู่ร่วมกันในสังคม ด้วยความอบอุ่นและปลอดภัยทั้งกายและใจนั้น มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่มนุษย์ต้องรู้จักการสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ในผู้ป่วยจิตเวชซึ่งเชื่อว่าเป็นบุคคลที่มีประสบการณ์ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในวัยเด็กบกพร่อง ทำให้อิทธิพลพัฒนาไม่สมบูรณ์ ส่งผลให้สัมพันธภาพกับผู้อื่น สังคมและโลกภายนอก ทำให้มีความบกพร่องในการปรับตัวในวัยอื่นๆ ต่อไป จนถึงการเกิดความผิดปกติทางจิตในรูปแบบต่างๆ หลักการและเป้าหมายที่สำคัญของกิจกรรมบำบัดอีกประการ ก็คือการช่วยให้ผู้ที่มีปัญหาได้เรียนรู้ทักษะการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น โคนเริ่มต้นตั้งแต่การใช้การสร้างสัมพันธภาพแบบตัวต่อตัวกับพยาบาล สร้างความเข้าใจธรรมชาติของความแตกต่างระหว่างบุคคล การรู้จักตัวเอง การสร้างความเชื่อมั่นในตนเองการเปิดเผยตัวเอง การกล้าแสดงออก รวมทั้งการวางตัวในสังคมได้อย่างเหมาะสม ก็คือการฝึกให้ผู้ป่วยมีพลังเข้มแข็ง

นั่นเอง ดังที่ยาโลม (Yalom, 1995) กล่าวว่าเทคนิคการบำบัดที่ใช้ “ที่นี่และเดี๋ยวนี้” ต้องคำนึงถึง สมมุติฐานหลัก 2 ประการดังนี้

2.1 ความผิดปกติทางจิตใจจะเกี่ยวเนื่องกับฐานการมีสัมพันธภาพ ผู้ป่วย ที่มารักษาด้วยอาการหลายๆ อย่างก็ตาม จะมีสาเหตุหลักของการเจ็บป่วย คือ เรื่องของสัมพันธภาพ กับผู้อื่นไม่ทางตรงก็ทางอ้อม ซึ่งเป็นเรื่องผิดปกติทางจิตใจของทฤษฎีการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น เมื่อเป็นเช่นนี้ ผู้บำบัดจึง “ไม่” รักษาอาการของโรคแต่จะรักษาความบกพร่องของการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น ที่ซ่อนหรือแอบแฝงอยู่ในบุคลิกภาพของผู้ป่วย

2.2 ความบกพร่องของการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นจะปรากฏชัดในกลุ่ม กิจกรรมบำบัดซึ่งความยากลำบากในการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น อาจจะมี ความหึงหวง โส ความก้าวร้าว การพึ่งพาผู้อื่น การเห็นแก่ตัว การหลงตัวเอง หรือการปรับตัวไม่เหมาะสมอื่น ๆ ภาพทั้งหมดจะปรากฏให้เห็นเป็นพฤติกรรมที่ชัดเจนในกลุ่มกิจกรรมบำบัด ฉะนั้นกลุ่มกิจกรรมบำบัด จึงเปรียบเหมือนการตรวจวินิจฉัย การมีสัมพันธภาพของผู้ป่วยกับบุคคลอื่นและเป็นสังคมโลก เล็กๆ ของผู้ป่วยแต่ละคนในกลุ่ม

3. หลักการสร้างและความเข้าใจระบบสัญลักษณ์ (Symbolism)

ในที่นี้สัญลักษณ์หมายถึง ลักษณะของสิ่งที่ใช้แทนค่าของอีกสิ่งหนึ่ง เพื่อประโยชน์ในการสื่อความหมายและการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น ซึ่งเป็นทั้งสัญลักษณ์ประเภท อาการ (sign) และสัญลักษณ์ (symbol) โดยสัญลักษณ์ ประเภทอาการ แสดงถึงความเป็นจริง เช่น ภาษาพูด ภาษาเขียน ฯลฯ ส่วนสัญลักษณ์ แสดงถึงความเป็นจริงระดับนามธรรม อาจจะเป็นสัญลักษณ์ที่เป็นสากล เช่น การสร้างสีหน้า ท่าทาง หรืออาจจะเป็นลักษณะเฉพาะบุคคล ไม่มีรูปแบบที่แน่นอน (Mosey 1970 , อ้างตาม เทียม ศรีคำจักร 2540)

องค์ประกอบของกลุ่มกิจกรรมบำบัด

มนุษย์มีความเป็นอิสระในการดำรงชีวิต สามารถทำหน้าที่ต่างๆ ได้ตามศักยภาพ ของแต่ละบุคคล ตามปรัชญาของกิจกรรมบำบัดที่เชื่อว่าความสามารถ (competent) และการกระทำ ที่เป็นอิสระ (autonomy) ความสามารถ หมายถึง การปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อม ทั้งในด้านความคิด การตัดสินใจ การปฏิบัติ และการรู้จักประเมินการปฏิบัติของตนเอง เช่น คิดว่าจะทำอะไร ตัดสินใจ เลือกสิ่งที่จะทำ ลงมือปฏิบัติ แล้วประเมินว่าสิ่งที่ปฏิบัติไปแล้วนั้นได้ผลอย่างไร บรรลุตาม เป้าหมายมากน้อยเพียงใด การปรับตัวที่ดีจะก่อให้เกิดบุคคลเกิดทักษะในการควบคุมสิ่งต่างๆ รอบตัว ได้และพัฒนาถึงขั้นของผู้มีความสามารถ สิ่ง que แสดงถึงความสามารถของมนุษย์ ในงานของ กิจกรรมบำบัด คือ ความสามารถในการดูแลตนเอง (self-care) ความสามารถในการเล่น (play)

หรือ การพักผ่อนหย่อนใจ และความสามารถในการประกอบกิจการงาน (work occupation) ส่วน การกระทำที่เป็นอิสระ หมายถึง การแสดงออก ทั้งความคิด ความรู้สึกหรือความรู้ ด้วยการพูดหรือ การกระทำ ภายใต้ขอบเขตที่ถึงแวดลอมนั้นๆ ขอมรับได้ ดังนั้นการที่บุคคลนำชีวิตไปสู่ภาวะอิสระ และเป็นสุขได้ ก็ต้องอาศัยความสามารถและการกระทำที่เป็นอิสระ ซึ่งเป็นพื้นฐานให้บุคคลมี ปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมได้อย่างสมบูรณ์ (อรพรรณ วิญญูวรรณ, 2530) การนำกระบวนการกลุ่ม กิจกรรมบำบัด มาใช้เป็นเครื่องการรักษา ซึ่งต้องอาศัยองค์ประกอบ 4 ประการคือ ผู้รับบริการ กิจกรรม สิ่งแวดล้อม และผู้บำบัด ซึ่งจะอธิบายดังต่อไปนี้

1. ผู้รับบริการ เป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่สุด เพราะในการรักษาผู้รับบริการเป็น ศูนย์กลางของการรักษา ดังนั้นพยาบาลซึ่งเกี่ยวข้องกับผู้รับบริการที่มีปัญหาหรือมีความผิดปกติทาง จิต สังคม ทุกเพศ ทุกวัย ต้องเข้าใจและเข้าถึงสภาพของผู้รับบริการ โดยอาศัยแนวคิดทฤษฎีการ รักษาหลากหลายรูปแบบ เช่น จิตวิเคราะห์ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล การปรับพฤติกรรม การ ติดต่อสื่อสาร พลวัตรแห่งกลุ่ม ซึ่งในแต่ละแนวคิดต่างก็มีจุดเด่นและจุดด้อย การเลือกใช้แนวคิด ทฤษฎีดังกล่าว ควรพิจารณาถึงธรรมชาติของแต่ละแนวคิดเป็นสำคัญ เช่น แนวคิดทางจิตวิเคราะห์มี จุดเด่นที่จะช่วยให้บุคคลให้เข้าถึงธรรมชาติของจิตใจของตนเองได้อย่างลึกซึ้ง ซึ่งจะเป็นประโยชน์ ในการปรับปรุงแก้ไขตนเอง และการพัฒนาบุคลิกภาพ แต่จุดด้อยของแนวคิดนี้ เน้นเรื่องจิตไร้สำนึก ซึ่งเป็นเรื่องในอดีตมากเกินไป อดีตบางอย่างทำให้เจ็บปวด ท้อแท้ สิ้นหวัง หมดกำลังใจใน การเผชิญกับชีวิต ดังนั้นจึงไม่เหมาะสมกับผู้ที่มีจิตใจอ่อนแอ (ego weakness) มีพยาธิทางสมอง กลุ่มจิตสารเสพติด ปัญญาอ่อน โรคจิตเรื้อรัง รวมทั้งบุคคลที่มีบุคลิกภาพผิดปกติชนิดต่อต้านสังคม เป็นต้น (เทียม ศรีคำจักร, 2540) ส่วนผู้ป่วยจิตเวชที่ยังมีอาการต่างๆ ควรใช้แนวคิดเอกซิสเทนเชียล เน้นหลักเกณฑ์ “ที่นี่และเดี๋ยวนี้” ซึ่งยาโลมคิดว่าเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งเพราะจะช่วยให้สมาชิกได้มี ปฏิกริยาที่ตอบสนองซึ่งกันและกัน ทำความเข้าใจว่ามีอะไรเกิดขึ้นในกลุ่ม และจะนำไปใช้เป็น ประโยชน์ได้อย่างไร

1.1 การคัดเลือกผู้รับบริการ ในการเข้ากลุ่มโดยทั่วๆ ไปยังไม่มีหลักเกณฑ์ที่ แน่นนอน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของกลุ่มเป็นสำคัญ ในการคัดเลือกควรพิจารณาจัดกลุ่มผู้ป่วย ดังนี้

1.1.1 กลุ่มผู้ป่วยที่มีลักษณะเหมือนกัน เป็นลักษณะของกลุ่มที่ป่วยด้วย โรคเดียวกัน มีพยาธิสภาพที่คล้ายๆ กัน การจัดกลุ่มเช่นนี้จะช่วยให้สมาชิกกลุ่มเกิดความรู้สึกเห็น ออกเห็นใจกัน เนื่องจากสมาชิกกลุ่มจะมีปัญหาหรือเรื่องที่เป็นปัญหาเป็นเรื่องเดียวกัน สมาชิก สามารถให้ความคิดเห็นและให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกันได้ ทำให้กลุ่มเกิดการเรียนรู้เท่าเทียม กัน ไม่แตกเป็นกลุ่มย่อยหรือ การแยกจากกันในกลุ่ม สมาชิกจะเข้ากันได้ง่ายขึ้น

1.1.1.1 ผู้มีภาวะซึมเศร้า (Depression) ควรจัดให้เข้ากลุ่มกิจกรรมที่ช่วยให้เกิดความอบอุ่นใจ คลายความว้าเหว กระตุ้นให้เกิดกำลังใจ เช่น กลุ่มเสริมสร้างแรงจูงใจ กลุ่มวาดภาพ กลุ่มจิตบำบัด

1.1.1.2 ผู้มีภาวะวิตกกังวล (Anxiety) ควรจัดให้เข้ากลุ่มที่ใช้พลังงานมาก เช่น กลุ่มออกกำลังกาย กลุ่มกีฬากลางแจ้ง กีฬาในร่ม กลุ่มวิจารณ์ข่าว หรือกลุ่มที่ได้พูดเพื่อจะระบายความคับข้องใจ

1.1.1.3 ผู้มีภาวะก้าวร้าว (Aggressive) ควรจัดให้เข้ากลุ่มที่ใช้พลังงานมาก เช่น กลุ่มกีฬา กลุ่มอาชีพบำบัด กลุ่มพัฒนาสิ่งแวดล้อม

1.1.2 กลุ่มผู้ป่วยที่มีลักษณะต่างกัน เป็นลักษณะกลุ่มที่มีความแตกต่างกันในด้าน บุคลิกภาพ อายุ เพศ การศึกษาและงานอาชีพ กลุ่มเช่นนี้จะเป็ประโยชน์ในการสร้างสัมพันธภาพ การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกเพิ่มขึ้น สมาชิกกลุ่มควรมีทั้งเพศหญิงเพศชายเป็นผู้ป่วยที่อาการทุเลาและมีพฤติกรรมที่เหมาะสม เพื่อจะได้ฝึกการปรับตัวการอยู่ในสังคมที่เป็นจริง การมองโลกในแงุ่มต่างๆ ได้กว้างขวางและมีการเรียนรู้ซึ่งกันและกัน

1.2 การจัดกลุ่มผู้รับบริการประเภทต่างๆ การจัดกลุ่มบำบัดในแต่ละวันในหอผู้ป่วยนั้น โอกาสที่เลือกแบบใดแบบหนึ่งโดยเฉพาะนั้น คงกระทำไ้ยากเพราะผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีความหลากหลาย ในการจัดกลุ่มกิจกรรมบำบัด สามารถให้บริการกับผู้รับบริการโดย แบ่งเป็นกลุ่มได้ดังนี้คือ

1.2.1 กลุ่มจิตเวชฉุกเฉิน (acute admission) ผู้รับบริการกลุ่มนี้ ส่วนใหญ่เข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาลระยะสั้น นานไม่เกิน 6 สัปดาห์ กลุ่มจิตเวชฉุกเฉิน เช่น ความผิดปกติจากโรคประสาท (neurotic type disorders) โรคจิตแบบเฉียบพลัน (acute psychosis) รวมทั้งความผิดปกติทางอารมณ์รูปแบบต่างๆ (affective disorders) ผู้รับบริการกลุ่มนี้มักมาด้วยอาการเครียด อันเนื่องมาจากขาดความสามารถในการควบคุมความรู้สึกนึกคิดของตน และไม่สามารถเข้ากับผู้อื่นได้ กิจกรรมบำบัดกลุ่มนี้จะมุ่งเน้นการประเมินเพื่อช่วยค้นหาปัญหา ทักษะความสามารถ และจุดเด่น จุดด้อยต่างๆ การรักษาโดยทั่วไป มีจุดมุ่งหมายเพื่อลดอาการต่างๆ โดยเฉพาะการจัดการกับความเครียด และการเสริมสร้างแรงจูงใจในรูปแบบต่างๆ เช่น การจัดการกับความกังวล (anxiety management) การทำงานกลุ่ม งานฝีมือ

1.2.2 กลุ่มที่ต้องอยู่โรงพยาบาลนานกว่า 2 เดือน มักเป็นกลุ่มผู้รับบริการที่เข้าออกระหว่างโรงพยาบาลกับชุมชน และมักมีความเสื่อมทางบุคลิกภาพหรือทางทักษะความสามารถในด้านใดด้านหนึ่งเสมอ เช่น กลุ่มเป็นโรคจิตเภท (schizophrenia) ความผิดปกติเนื่องจากความหลงผิด (delusion disorders) ภาวะสมองเสื่อม (dementia) บุคลิกภาพแปรปรวน เป็น

ต้น กิจกรรมในกลุ่มนี้จึงมุ่งเน้นการฟื้นฟูความสามารถที่ขาดหายไป เป็นการฝึกทักษะแบบเข้ม เพื่อเตรียมความพร้อมที่จะกลับสู่ชุมชน เช่น การฝึกทักษะที่จำเป็นในชีวิตประจำวัน (daily living skills) ฝึกทักษะที่จำเป็นในการทำงานอาชีพ (work skills) การฝึกทักษะที่จำเป็นในการพักผ่อน หย่อนใจและการเล่นต่างๆ กิจกรรมบำบัดในผู้รับบริการกลุ่มนี้ นอกจากการมุ่งเน้นการฟื้นฟูทักษะต่างๆแล้วในกรณีที่ผู้รับบริการจำเป็นต้องเปลี่ยนงาน หรือประเมินได้ว่าไม่สามารถกลับไปทำงานเดิมได้ก็จะได้รับการประเมินสมรรถภาพการทำงานซ้ำ เพื่อดูว่าเหมาะสมกับงานอาชีพแบบใด และจะได้ฝึกทักษะที่จำเป็นหรือจัดหาแหล่งฝึกอาชีพต่อไป

1.2.3 กลุ่มจิตเวชเด็กและวัยรุ่น กลุ่มนี้จะเป็นเด็กและวัยรุ่นที่มีความผิดปกติทางพฤติกรรม เช่น ก้าวร้าวรุนแรง ดื้อสิ่งเสพติด ไม่สนใจการเรียน เรียนรู้ได้ช้า รวมทั้งปัญหาความผิดปกติทางเพศ กิจกรรมสำหรับกลุ่มนี้ก็จะมุ่งเน้นครอบครัวและโรงเรียน เพราะปัญหาของบุคคลเหล่านี้มักเกิดจากการขาดความสามารถในการปรับตัว ส่งผลให้มีพฤติกรรมที่ผิดปกติในรูปแบบต่างๆ กิจกรรมบำบัดในกลุ่มนี้จึงมีความหลากหลาย ขึ้นอยู่กับสถานบำบัดแต่ละแห่ง แต่โดยทั่วไปก็จะใช้หลัก 4 ประการ ดังนี้

1.2.3.1 เน้นการแสดงออกความรู้สึก (focus on feeling) เช่น งานศิลปะ การละเล่น การละคร ดนตรี เกม กีฬาต่างๆ เน้นการปรับพฤติกรรม การเสริมแรงในรูปแบบต่างๆ เพื่อนำไปสู่พฤติกรรมที่พึงประสงค์ โดยผ่านทางกิจกรรมการทำงานหรือการละเล่น

1.2.3.2 เน้นการปรับปรุงทักษะต่างๆ (improve skills) เช่น การฝึกทักษะการรับรู้และการเคลื่อนไหว ฝึกทักษะทางสังคมและเชาว์ปัญญา

1.2.3.3 เน้นการทำงานร่วมกับครอบครัวของเด็ก (working with families) เช่น การให้ความรู้แก่ผู้ปกครอง การวางแผนร่วมกับครอบครัวในการปรับพฤติกรรม การให้การปรึกษา รวมทั้งการให้คำแนะนำเทคนิควิธีการดูแลเด็กแก่ญาติและโรงเรียน

1.2.3.4 กลุ่มผู้สูงอายุ ที่เข้ามาใช้บริการมักเป็นปัญหาที่เนื่องมาจากความเปลี่ยนแปลงและความเสื่อมตามวัย อาจจะมีควมบกพร่องทางร่างกาย สติปัญญา การปรับตัวรวมทั้งปัญหาทางจิตใจ เช่น ความวิตกกังวล ความหวาดระแวง ภาวะซึมเศร้า เป็นต้น กิจกรรมบำบัดสำหรับกลุ่มนี้ ส่วนใหญ่จะมุ่งเน้นการประเมินทักษะที่จำเป็นสำหรับการดำรงชีวิตประจำวันและอาการต่างๆ ที่เป็นปัญหา เช่น ทักษะการรับรู้ การเคลื่อนไหว การดูแลรักษาตนเอง ทักษะคิดของญาติต่อผู้สูงอายุ รวมทั้งการประเมินการรับรู้ วัน เวลา บุคคล สถานที่ ความจำ การตรวจสภาพจิต เป็นต้น กิจกรรมบำบัด โดยทั่วไปจะเป็นเป้าหมายการคงความสามารถในระยะยาว การเยี่ยมบ้าน การประสานงานกับญาติหรืออาสาสมัครในหมู่บ้าน การส่งต่อให้ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุในชุมชน รวมทั้งการจัดกิจกรรมเฉพาะปัญหาต่างๆ เช่น กิจกรรมฟื้นฟูทักษะ

การรับรู้สภาพความเป็นจริง (reality orientation) สำหรับผู้สูงอายุที่สูญเสียความทรงจำ กิจกรรมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในอดีต (reminiscence therapy) สำหรับผู้สูงอายุที่ขาดทักษะทางสังคม เป็นต้น

1.2.5 กลุ่มผู้รับบริการในหน่วยงานอื่นๆ เช่น ศูนย์บำบัดผู้เสพติด ศูนย์แม่และเด็ก ผู้รับบริการในโรงงานอุตสาหกรรมต่างๆ ส่วนใหญ่ปัญหาของคนวัยทำงาน มักเป็นปัญหาทางพฤติกรรม เช่น ความเครียดที่มากเกินไป พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ขาดความอดทนควบคุมตัวเองไม่ได้ มีปัญหาบุคลิกภาพ เข้ากับเพื่อนร่วมงานไม่ได้ ฯลฯ กิจกรรมบำบัดสำหรับกลุ่มนี้มักจะเป็น การฝึกทักษะการกล้าแสดงออก การผ่อนคลายความเครียด การให้ความรู้ความเข้าใจในพฤติกรรมที่เป็นปัญหาและการพัฒนาบุคลิกภาพ (Finlay 1992, อ้างตามเทียม ศรีคำจกร 2540)

2. กิจกรรม (activity) กิจกรรมหรืองานที่ทำเป็นผลงาน ล้วนแล้วเป็นสื่อที่เชื่อมโยงโลกภายนอกตัวเรา จะสะท้อนภาพว่า บุคคลนั้นมีชีวิตอย่างไร มีความสุข มีความพึงพอใจตนเอง รู้จักการแก้ปัญหาและรู้จักการระบายความรู้สึกในลักษณะใด การใช้กลุ่มกิจกรรมจึงเป็นเครื่องมือที่ทำให้เกิดกลุ่มหรือสังคมขึ้น อาจเป็นกลุ่มกิจกรรมบำบัดโดยเฉพาะ หรือเป็นกิจกรรมทางสังคมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้รับบริการเฉพาะราย เช่น ฝึกทักษะการสื่อสาร ทักษะทางสังคมบางประเภท เป็นต้น

2.1 วัตถุประสงค์ของกิจกรรมบำบัด (เทียม ศรีคำจกร, 2540)

2.1.1 เพื่อสนองความต้องการขั้นพื้นฐาน การสนองความต้องการด้านร่างกายและจิตใจ จะช่วยให้บุคคลมีความสุข ความต้องการบางอย่างเกิดได้จากกิจกรรมกลุ่ม เช่น การเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม การได้รับการยอมรับจากกลุ่ม สามารถแสดงความรู้สึกนึกคิดได้ ทำให้เกิดความรู้สึกอบอุ่นปลอดภัย

2.1.2 เพื่อการป้องกันความเสื่อม การรักษาจะมุ่งกระตุ้นส่วนที่ขาดหายไปและส่งเสริมทักษะที่คงเหลือไว้ เช่น ผู้ป่วยจิตเวชที่มีสมาธิสั้น ไม่สามารถทำงานได้ กระตุ้นด้วยการฝึกให้มีสมาธิและตั้งใจทำงาน

2.1.3 เพื่อการพัฒนาการ การรักษามุ่งให้ผู้ป่วยได้มีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น ทั้งสมรรถภาพ ทางจิตใจ สังคมและ การดำรงชีวิต การเข้ากลุ่มจะช่วยให้เกิดการเรียนรู้การปฏิบัติตนในสังคม และ พัฒนาความสามารถที่มีอยู่ให้ดีขึ้นได้

2.1.4 เพื่อคงสภาพที่เหลืออยู่ไว้ การรักษาจะมุ่งเน้นการป้องกันภาวะเสื่อมโทรมหรือ มีชีวิตอยู่โดยไม่เป็นภาระแก่ผู้อื่นมากเกินไป เช่น การฝึกผู้ป่วยเรื้อรัง ให้รู้จักรับประทานอาหาร อาบน้ำ แต่งตัว เป็นต้น

2.2 ชนิดของกิจกรรมบำบัด

2.2.1 กิจกรรมการทำงาน (task activity) เป็นกิจกรรมที่มุ่งงาน (Aim) เพื่อปรับปรุงทักษะต่างๆ ในชีวิตประจำวันและทักษะการทำงาน (work or task performance skills) ตัวอย่างกิจกรรมกลุ่มนี้ เช่น การทำอาหาร (cooking) งานไม้ (woodwork) งานปั้นดินเผา (pottery) งานอุตสาหกรรมเพื่อการบำบัด (industrial therapy) กิจกรรมรับรู้ความเป็นจริงสำหรับผู้มีปัญหาการรับรู้ (reality orientation)

2.2.2 กิจกรรมทางสังคม (social activity) เป็นกิจกรรมที่มีความมุ่งหมายเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้เกิดความสุขสนุกสนาน เพลิดเพลิน ผ่อนคลาย และมีความสุขกับการใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ ช่วยเบนความสนใจ รวมถึงการสร้างสัมพันธ์และการปรับตัวเข้ากับผู้อื่นตัวอย่างกิจกรรมของกลุ่มนี้ เช่น งานฝีมือ (crafts) กีฬา (sports) เกมในร่ม / กลางแจ้ง (indoor-outdoor games) กิจกรรมเล่าประสบการณ์ในอดีต (reminiscence therapy)

2.2.3 กิจกรรมการสื่อสารและการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ (communication and sharing) เป็นกิจกรรมกลุ่มที่มีความมุ่งหมายเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยแลกเปลี่ยนประสบการณ์และให้กำลังใจซึ่งกันและกัน เช่น กลุ่มอภิปราย (discussion groups) ละครบำบัด (drama therapy) การฝึกทักษะทางสังคม (social skills training) กิจกรรมทางจิตบำบัด (psychotherapy activity) มีความมุ่งหมายเพื่อให้มีการแสดงออก และสำรวจความรู้สึกต่างๆ โดยมุ่งเน้นถึงสัญลักษณ์ความขัดแย้งในระดับจิตไร้สำนึกเป็นพิเศษ ตัวอย่างกิจกรรม เช่น ละครจิตบำบัด (psychodrama) การละเล่นที่ไม่กำหนดรูปแบบ (non-directive play therapy)

2.3 หลักการเลือกกิจกรรม การเลือกกิจกรรมกลุ่มนั้นมีคำรามากมาย ที่ผู้นำกลุ่มสามารถเลือกใช้ให้เหมาะสมกับกลุ่มกิจกรรม สภาพผู้รับบริการ วุฒิภาวะด้านต่างๆ และควรมีการปรับให้เหมาะสมกับสถานการณ์เพื่อให้ได้ผลดีแก่สมาชิกกลุ่ม และศึกษาข้อมูลปลีกย่อยต่างๆ ที่ช่วยในการเลือกกิจกรรมที่มีลักษณะเป็นกิจกรรมเพื่อการบำบัดดังนี้ (อรพรรณ วิญญูวรรณ, 2530)

2.3.1 กิจกรรมมีจุดมุ่งหมายบอกเหตุผลของการให้ทำกิจกรรมนั้นได้

2.3.2 กิจกรรมมีคุณค่าเป็นประโยชน์ อาจเห็นผลได้ในอนาคต เพราะเป็นพื้นฐานเพื่อบรรลุไปถึงเป้าหมายได้

2.3.3 กิจกรรมที่ให้ประโยชน์ทั้งร่างกายและจิตใจ

2.3.4 กิจกรรมที่ช่วยป้องกัน ปรับปรุง คงไว้ซึ่งการทำหน้าที่และคุณภาพชีวิต

2.3.5 กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิต เช่น กิจกรรมประจำวัน การละเล่น การทำงาน

2.3.6 กิจกรรมที่ให้สมาชิกมีส่วนร่วมในการเลือกกิจกรรมที่สนใจและเป็นประโยชน์

2.3.7 กิจกรรมที่ดัดแปลงขั้นตอนการกระทำได้ เพื่อให้เหมาะกับเพศ วัย และระดับความสามารถของผู้รับบริการ

2.3.8 กิจกรรมที่ใช้พื้นฐานความรู้ทางวิชาชีพเป็นเกณฑ์ในการเลือกเหมาะสมกับสภาพของผู้รับบริการแต่ละคน

2.4 การวิเคราะห์กิจกรรม (activity analysis) (เทียม ศรีคำจักร, 2538)

กระบวนการแยกแยะและตรวจสอบเพื่อศึกษาโครงสร้างและองค์ประกอบของกิจกรรม การวิเคราะห์กิจกรรมเป็นเครื่องมือที่สำคัญที่แตกต่างจากการจัดเกมโดยทั่วไป คือ

2.4.1 ช่วยให้ผู้บำบัดรู้ซึ่งในกิจกรรมที่นำมาเป็นสื่อการรักษา

2.4.2 ช่วยให้ผู้บำบัดมีข้อมูลเกี่ยวกับวัสดุอุปกรณ์ ต้นทุน เวลา และสถานที่ที่จำเป็นในการจัดกิจกรรมการรักษา ทำให้สะดวกต่อการบริหารและการจัดการงบประมาณต่างๆ

2.4.3 ช่วยให้ผู้บำบัดสามารถตอบคำถามว่า (ใคร ทำอะไร ที่ไหน อย่างไร และทำไม) ให้แก่ญาติ และบุคคลด้านอื่นๆ ได้ อันจะนำมาซึ่งความรู้ความเข้าใจ มีทัศนคติที่ดีและความร่วมมือกันต่อไป

3. สิ่งแวดล้อม (environment) การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด ควรจัดคล้ายลักษณะสิ่งแวดล้อมจริงของผู้ป่วยส่วนใหญ่ให้มากที่สุด ลักษณะ “บ้าน” ทั่วไปนั้น จะรู้สึกอบอุ่นปลอดภัยมีความมั่นคงทางอารมณ์มากกว่าอยู่ในที่อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับสถานที่ ก็คือ มีสถานที่ทำกิจกรรมร่วมกัน ควรมีห้องเป็นสัดส่วน เช่น ห้องนอน ห้องครัว ห้องพักผ่อน ควรมีปฏิทิน นาฬิกาบอกเวลาและตารางกิจกรรมประจำวันของสมาชิก ทำให้ผู้ป่วยสามารถทบทวนความจำ รับรู้วัน เวลา สถานที่ บุคคลได้ ในที่นี้ สิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับเวลา คือ รู้ว่าวันนี้เป็นวันอะไร พร้อมทั้งรับรู้ว่ามีเวลานี้เกิดอะไรขึ้น และมีแผนการจะทำอะไรในพรุ่งนี้ ส่วนที่เกี่ยวข้องกับบุคคล คือ บุคลากรในทีมจิตเวชทุกระดับ ญาติ เพื่อน ซึ่งมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้รับบริการ

4. ผู้บำบัด (therapist) การดำเนินกลุ่มกิจกรรมบำบัดบุคลากรหลายวิชาชีพในทีมสุขภาพสามารถปฏิบัติได้ บทบาทพยาบาลในฐานะผู้บำบัดและทำหน้าที่เป็นผู้นำกลุ่ม (leader) โดยการใช้ตนเองเป็นเครื่องมือในการบำบัด (therapeutic use of self) นั้น นอกจากผู้บำบัดจะมีความรู้ความเข้าใจในศาสตร์ต่างๆ แล้วจะต้องมีความเข้าใจในธรรมชาติจิตใจของมนุษย์และธรรมชาติของ

ผู้รับบริการที่เป็นทุกข์จากความไม่สมดุลของร่างกายจิตใจและสังคม ผู้บำบัดจะต้องมีความตระหนักรู้ในตนเองอย่างมีสติ (self-awareness) ให้การยอมรับบุคคลและเคารพในความมีศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์อย่างจริงใจ และไม่ป่วยเป็นโรคจิตโรคประสาทเสียเอง การวางตัวให้เหมาะกับผู้ป่วยเป็นรายบุคคลและกลุ่มก็เป็นเรื่องสำคัญ (เทียม ศรีคำจักร, 2540) ผู้นำกลุ่มเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการดำเนินกลุ่มไปสู่จุดมุ่งหมาย จึงขอกล่าวถึงบทบาทผู้นำกลุ่มในหลายลักษณะดังนี้

4.1 ผู้นำเสนอกิจกรรม จุดเริ่มต้นของกิจกรรมบำบัด หากมีการนำเสนอที่น่าสนใจก็เท่ากับการประสบความสำเร็จในการบำบัดไปแล้วครั้งหนึ่ง บุคลิกภาพของผู้นำก็เป็นสิ่งที่จะต้องคำนึง เพราะความร่วมมือจะเกิดเมื่อมีความถูกต้องใจกับบุคลิกภาพที่ประทับใจมากกว่ารูปแบบที่ตนไม่ชอบ เช่น การก้าวร้าวแสดงอำนาจเหนือผู้อื่น อาจจะน่าสนใจสำหรับคนหนึ่งหรือวัฒนธรรมหนึ่ง ขณะที่คนที่ขี้อายประนีประนอมอาจเป็นบุคลิกที่น่าสนใจของคนอีกกลุ่มก็ได้ การศึกษาภูมิหลังของผู้บริหารเป็นอย่างดี ก็อาจช่วยผู้รับบริการในภาวะที่เป็นปัจจุบันที่กำลังเผชิญอยู่ได้ เช่น ผู้ที่กำลังอยู่ในภาวะวิตกกังวล ผู้บำบัดควรเข้าไปหาด้วยท่าทีสงบและมั่นคง (Finlay 1992, อ้างตามเทียม ศรีคำจักร 2540) ผู้ป่วยซึมเศร้า ผู้บำบัดอาจเข้าไปหาด้วยความหนักแน่นแฝงด้วยความเมตตา ผู้ที่เฉยเมย อาจเข้าไปหาด้วยความเป็นมิตรและกระตือรือร้น หรือผู้ที่หวาดระแวง อาจใช้การวางตัวที่สงบนิ่ง รอคอย ค่อยๆ เข้าไป เป็นต้น การนำเสนอกิจกรรม กระทำได้ทั้งที่เป็นแต่ต้องมีความรอบคอบและเสนอด้วยวิธีที่ฉลาดในการที่จะไม่ไปทำให้ผู้รับบริการด้อยค่าหรือทำให้เสียศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ที่มีคุณค่า ซึ่งเป็นศิลปะที่พยาบาลทุกคนควรได้ฝึกฝน

4.2 ผู้ฟัง การเป็นผู้ฟังที่ดีนั้นทำได้ยากหากไม่ได้รับการฝึกฝนที่ดี การที่ต้องรู้ว่าเมื่อไรควรพูด เมื่อไรควรฟัง เมื่อใดจะถาม เพราะการเปิดโอกาสให้ผู้รับบริการได้ระบายความรู้สึก จะช่วยให้เกิดความผ่อนคลายและรู้สึกถึงความมีคุณค่าในตนเองนั้น จะเป็นประโยชน์ต่อความร่วมมือในการบำบัด ดังนั้นทักษะการฟังที่ดีต้องมีสมาธิ มีสติตามเรื่องราวต่างๆ ด้วยจิตว่างและสงบ รู้ตัวว่ากำลังทำอะไรอยู่ ทำความเข้าใจในพฤติกรรมของผู้บริการว่าเขาคิด พูดและรู้สึกอย่างไร มีวิธีการเผชิญปัญหาอย่างไร เพราะการฟังที่ดีมิใช่การจดจ้องคิดว่าจะใช้เทคนิคหรือการพูดอะไรดี พยาบาลต้องใช้กระบวนการแก้ปัญหาให้เป็นธรรมชาติ ไม่ตัดสินพฤติกรรมหรือรีบร้อนแนะนำโดยอัตโนมัติ ต้องไตร่ตรองข้อมูลอย่างรอบคอบ ใช้จังหวะการเงิบอย่างฉลาด รอให้ผู้รับบริการพูดให้จบ รับฟังด้วยท่าทีสนใจ พร้อมทั้งสังเกตพฤติกรรมที่แสดงออกเพื่อให้เข้าใจผู้รับบริการมากขึ้น

4.3 ผู้ตั้งคำถาม การตั้งคำถามต่อเนื่องมาจากการฟัง การถามมีเป้าหมายคือ การหาข้อมูลเพิ่มเติม มักใช้ขณะการบำบัด การถามเพื่อให้ผู้รับบริการได้สำรวจตัวเอง การถามเพื่อการแปลความหมาย ข้อควรระวังในการตั้งคำถามและการถาม ไม่ใช่การสอบสวนหรือการหา

คนผิดหรือถามเพราะอยากรู้ อยากเห็น หรือดื้อนให้จนมุม ควรใช้ทักษะที่มีความเป็นธรรมชาติ เหมือนการสนทนาอย่างธรรมดาแต่มีสาระ ใช้ถ้อยคำที่สุภาพและจริงใจ

4.4 ผู้แนะนำและตักเตือน มีการนำเสนอกิจกรรม การรับฟัง การสังเกต การทำความเข้าใจพฤติกรรมของผู้รับบริการ การเปิดโอกาสให้ผู้รับบริการ ได้แสดงออกอย่างเต็มที่ บางครั้งอาจแสดงออกเกินเลย พยายามต้องช่วยด้วยการเสนอแนะ ตักเตือนให้เป็นไปตามกติกาของกลุ่ม ไม่ควร โกรธหรือว่ากล่าวที่ในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจะทำให้เกิดความรู้สึกผิด หรือมีความวิตกกังวลมากขึ้น

4.5 ผู้จำกัดขอบเขต ในการจำกัดขอบเขตการประพฤติของผู้รับบริการ ที่จะปฏิบัติต่อผู้อื่น พยายามต้องเตรียมล่วงหน้าเพื่อวางแผนร่วมกันในการฝึกความมีวินัยและไม่สร้างควมรบกวนกับผู้อื่น ในทางปฏิบัติผู้บำบัดต้องหนักแน่น สม่ำเสมอและมีความเชื่อมั่นในตนเอง ไม่เป็นคนอ่อนแอ เกรงใจมากเกินไป เพราะจะเป็นจุดอ่อนที่จะให้ผู้รับบริการเข้าก็เข้าการ เลี่ยงไม่ปฏิบัติตามกติกากลุ่มได้

ในการศึกษานี้ มีกลุ่มกิจกรรมบำบัด 4 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มศิลปะบำบัด

ศิลปะบำบัดจัดอยู่ในทักษะการใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ ซึ่งศิลปะเป็นวิถีทางเลือกหนึ่งของจิตบำบัดในการช่วยเหลือบุคคลที่มีปัญหาด้านอารมณ์และจิตใจ หลักปฏิบัติของศิลปะบำบัดคือ การใช้ศิลปะเป็นสื่อในการแสดงออกอย่างอิสระถึงอารมณ์ความรู้สึก ความขัดแย้ง และความต้องการแทนการทำจิตบำบัดที่ใช้คำพูด เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้สำรวจความคิด และความรู้สึกต่างๆ ในบรรยากาศที่เอื้ออำนวย โดยการใช่วัสดุต่างๆ เช่น สีน้ำ สีไม้ สีเทียน สีผสมอาหาร ภาชนะดินเผา หรือวัสดุอื่นๆ ในการแสดงออกทางศิลปะ ซึ่งจะช่วยนำผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาจากการค้นพบตนเองและสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ให้การบำบัด (therapist) กับผู้ป่วย โดยมีจุดมุ่งหมายหลักของกิจกรรมที่หวังผลการบำบัด เน้นที่กระบวนการสร้างผลงานมากกว่าการสิ้นสุดของงาน ให้ผลเหมือนการเปิดประตูไปสู่จิตใจสำนึก และแสดงออกถึงที่ไม่สามารถแสดงออกเป็นคำพูดได้ ผลดีจากการรักษาโดยศิลปะบำบัดนั้นมีหลายประการ ประการแรกเนื่องจากศิลปะเป็นงานที่เกี่ยวข้องกับสุนทรียภาพ ทำให้ระดับอารมณ์ของผู้ป่วยดีขึ้น และก่อให้เกิดความตระหนักรู้ในตนเองและความภาคภูมิใจในตนเอง ประการที่สองเป็นผลจากการศึกษาที่พบว่า ขณะทำกิจกรรมทำให้ระบบการทำงานของอวัยวะต่างๆ ในร่างกาย เช่น การเต้นของหัวใจ ความดันโลหิต และอัตราการหายใจลดลง ทั้งนี้เนื่องจากการมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ในกิจกรรมจะทำให้เกิดความผ่อนคลายและเป็นสุข และยังให้ประโยชน์ในเรื่องของการบริหารการทำงานด้วยตาและมือ

เพราะทำให้การทำงานประสานกันระกว้างตากับมือดีขึ้นเนื่องจากรับการกระตุ้นเส้นประสาทประสาทจากสมองคู่มือ

ศิลปะบำบัดเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการรักษาผู้ป่วยทางจิต โดยนำศิลปะมาประยุกต์ใช้ในการสร้างสัมพันธภาพ การทำจิตบำบัดแก้ไขผู้ป่วยทางจิต กิจกรรมทั้งด้านศิลปะจิตวิทยามีความเกี่ยวข้องกับอารมณ์ ศิลปะเป็นงานรังสรรค์ความสวยงามที่เป็นจริง ก่อให้เกิดผลส่งเสริมอารมณ์เหมาะสำหรับรักษาผู้ที่มีความเจ็บป่วยทางกายและทางอารมณ์ที่มีความลำบากที่จะพูดเกี่ยวกับความคิดและความรู้สึกหรือเหตุการณ์ต่างๆ ซึ่งซ่อนเร้นจากจิตสำนึก (ศิริยุพา นันสนุนานนท์,ม.ป.ป)

2. กลุ่มการสร้างสุขภาพ (ทำอาหาร)

การสร้างสุขภาพในกลุ่มนี้ หมายถึงการทำอาหารเพื่อสุขภาพจัดอยู่ในกลุ่มทักษะพื้นฐานในการดำเนินชีวิต โดยให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนการทำอาหาร เริ่มตั้งแต่เตรียมวัตถุดิบ อุปกรณ์ปรุงอาหาร รับประทานอาหารร่วมกัน ตลอดจนการเก็บทำความสะอาดอุปกรณ์และสถานที่ปรุงอาหารให้เรียบร้อย เป็นฝึกกิจกรรมที่มุ่งเน้นพัฒนาผู้ป่วยให้ตระหนักถึงบทบาทของตนเองเมื่ออยู่ร่วมกับครอบครัว

3. กลุ่มดนตรีบำบัด

ดนตรีบำบัด คือ การนำดนตรี และกิจกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับดนตรีมาใช้ประกอบ เพื่อการสร้างแรงจูงใจให้เกิดผลในด้านต่าง ๆ เพื่อสร้างทักษะ และการเปลี่ยนแปลงทางการเรียนรู้ กายภาพ การสื่อสาร สังคม และอารมณ์ของผู้ป่วย ในปัจจุบันมีการนำดนตรีมาใช้บำบัดโรคต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพทั้งโรคทางกายและทางจิตเวช (กรีกเป็นชาติแรกใช้พิณดีดรักษาโรคซึมเศร้า) มีการค้นพบว่าดนตรีใช้ลดอาการเจ็บปวดจากการคลอดจากการถอนฟัน รักษาคนที่มีความเครียดกังวล แยกตัวจากสังคม หรือคนพิการซ้ำซ้อนได้ดีตลอดจนผู้ป่วยจิตเภท ผู้มีพฤติกรรมถดถอย เหนงาเศร้าได้ อีกทั้งยังได้นำดนตรีบำบัดมาใช้กับผู้ป่วยจิตเวชพบว่าผู้ป่วยมีอาการเรื้อรังพฤติกรรมถดถอย แยกตัว จะกลับเข้าสู่สังคมได้อย่างรวดเร็ว ผู้เหงาเศร้าจะยิ้มแย้มได้ หลังจากไม่เคยยิ้มมานานแล้ว นำแปลกใจที่เสียงเพลงสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของคนได้

ดนตรีบำบัดสามารถใช้ได้อย่างกว้างขวางในคนทุกเพศทุกวัยและดนตรียังช่วยกระตุ้นพัฒนาการในเด็กปกติได้ และสามารถช่วยรักษาภาวะเจ็บป่วยทางกาย เช่น โรคมะเร็ง โรคหัวใจ โรคความจำเสื่อม ผู้ป่วยหลังการผ่าตัด ผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ติดยาเสพติด ผู้ที่มีปัญหาทางจิต ผู้มีความเครียด คนพิการ ผู้สูงอายุ และผู้เจ็บป่วยในระยะสุดท้ายดนตรีบำบัดได้ถูกนำมาศึกษาวิจัยเพื่อใช้ในสถานการณ์ต่างๆ ได้ผลดีเป็นที่น่าพอใจ

จะเห็นได้ว่าคนตรีนั้นสามารถทำอะไรได้มากกว่าการที่เราจะฟังเพื่อการแก้เหงา แต่ดนตรีได้ให้ประโยชน์กับเราอย่างมากมายถ้าเรารู้จักเลือกที่จะฟัง การฟังก็มีได้หลายรูปแบบ ขึ้นอยู่กับสถานการณ์ และสภาวะทางอารมณ์ในขณะนั้นร่วมด้วยแต่ที่สำคัญการฟังให้เหมาะสมกับสภาวะความเจ็บป่วยของร่างกายจึงเป็นการใช้ดนตรีบำบัดที่เกิดประโยชน์ คงไม่มีใครคัดค้านความคิดที่ว่า "ดนตรีสามารถเบี่ยงเบนความสนใจหรือความหมกมุ่นในใจของคนเรา ให้หันเหออกไปจากจุดเดิมที่เป็นอยู่ ไม่ว่าจะจะเป็นความเครียด ความเจ็บปวด..."

ในกลุ่มกิจกรรมดนตรีบำบัด จะใช้การร้องเพลงเป็นสื่อกลางให้ผู้ป่วยเลือกเพลงที่ตนเองชอบ ซึ่งผู้ป่วยมักเลือกเพลงที่ตนเองคิดว่าตรงกับตนเอง เป็นการสะท้อนอารมณ์ ความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วย อีกทั้งการร้องเพลงยังทำให้ผู้ป่วยกล้าแสดงออกอีกด้วย

4. กลุ่มงานเสริมรายได้ (ทำดอกไม้จันทน์)

การทำดอกไม้จันทน์จัดเป็นการพัฒนาทักษะทางอาชีพและสังคม ฝึกการทำงานเบื้องต้น สำหรับผู้ป่วยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยรู้จักเลือกงานที่เหมาะสมกับความสามารถ ส่งเสริมความเข้าใจอันดีต่อบทบาทและความสำคัญของการทำงานกิจกรรมที่จัดให้บริการ

ปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพการบำบัด

ปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพการบำบัด (therapeutic factors) เป็นสิ่งพิเศษที่เกิดขึ้นภายในกลุ่มและมีอิทธิพลต่อสมาชิกในกลุ่ม สามารถที่จะให้คำนิยามได้ว่า "คือปฐมภูมิของกลุ่มบำบัดที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง การพัฒนาภายใต้บรรยากาศกลุ่ม และเป็นหน้าที่รับผิดชอบต่อการปฏิบัติของผู้นำกลุ่มและสมาชิก" (Andrews, 1995) ปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพการบำบัดเป็นแรงกระตุ้นทางบวกที่เกิดขึ้นในกลุ่มที่ประสบความสำเร็จ และมีความเกี่ยวข้องกับการปฏิสัมพันธ์ของสมาชิกและของกลุ่ม (Gladding, 1995) นักทฤษฎีและนักจิตวิทยาต่างมีความเห็นตรงกันว่า ปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพการบำบัดที่เกิดขึ้นในกลุ่มให้คำปรึกษามีความสัมพันธ์ต่อความสำเร็จของกลุ่ม อย่างไรก็ตามการเปลี่ยนแปลงของปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพการบำบัดเป็นสิ่งที่ซับซ้อนยากที่จะทำความเข้าใจ ปัจจัยบางปัจจัยเกิดขึ้นในทุกๆชนิดของกลุ่ม แต่มีความสำคัญที่แตกต่างกันออกไปยากที่จะกำหนดทิศทางที่แน่นอน (Yalom, 1995)

ปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพการบำบัด (therapeutic factor of curative factor) เป็นปัจจัยที่เกิดขึ้นในกลุ่มบำบัด โดยแตกต่างกันไปตามชนิดของกลุ่ม สมาชิกในกลุ่มหรือบุคลิกภาพของสมาชิก พัฒนาการของกลุ่ม การปฏิบัติหน้าที่ของสมาชิก จุดมุ่งหมายของกลุ่ม การรวมกลุ่มและวิธีการที่ใช้ในการทำกลุ่ม แต่ไม่ขึ้นอยู่กับการศึกษา เพศ หรือว่าอายุ (Yalom, 1995; Andrews, 1995) ซึ่งยาโลมได้นำเสนอปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพการบำบัด 12 ปัจจัย

1. การเรียนรู้ระหว่างบุคคลต่อสิ่งที่เกิดขึ้นในกลุ่ม (interpersonal learning-input)
 2. การเรียนรู้ระหว่างบุคคลต่อสิ่งที่ได้รับจากกลุ่ม (interpersonal learning-output)
- เนื่องจากกลุ่มได้สร้างบรรยากาศให้สมาชิกภายในกลุ่มสามารถที่จะสื่อสารใน

ลักษณะของการให้ข้อมูลย้อนกลับ (feedback) และการทดลองพฤติกรรมใหม่ (new behavior testing) ดังนั้นการเรียนรู้ระหว่างบุคคลจึงมี 2 ประเภท คือ การเรียนรู้ระหว่างบุคคลต่อการตอบสนองให้ข้อมูลย้อนกลับ (interpersonal learning-input (feedback)) และการเรียนรู้ระหว่างบุคคลต่อการทดลองพฤติกรรมใหม่ๆ (interpersonal learning-output (new behavior)) พฤติกรรมใหม่สามารถที่จะนำมาทดลองปฏิบัติ หรือปรับปรุงใช้ภายในกลุ่มหรือเปลี่ยนแปลงใหม่ก็ขึ้นอยู่กับผลของการทดลองและการตอบสนองของสมาชิกที่อยู่ในกลุ่ม สมาชิกแต่ละคนพยายามที่จะแสดงออกเพื่อช่วยเหลือกัน มีความจริงใจและความรักให้กัน โดยกลุ่มจะให้โอกาสให้สมาชิกได้แสดงความคิดเห็นและความรู้สึกของตนเองอย่างเปิดเผย ซึ่งจะช่วยให้พฤติกรรมใหม่ที่แสดงออกมานั้นเกิดการเปลี่ยนแปลงในระยะความคิด ดังนั้นการเรียนรู้ระหว่างบุคคลจึงเกี่ยวข้องกับสัมพันธ์กับปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพการบำบัดอื่นๆ อย่างใกล้ชิด (Andrews, 1995) กลุ่มเปรียบเสมือนกลุ่มสังคมจริงย่อยๆ (social microcosm) ที่มีการติดต่อสื่อสารภายในกลุ่มเหมือนกับที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน ดังนั้นการสื่อสารระหว่างบุคคล (interpersonal learning-input and output) จะเป็นปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพการบำบัดโดยจะเกี่ยวข้องกับความสำคัญของการติดต่อระหว่างบุคคล ประสบการณ์ทางอารมณ์ที่ถูกต้อง และกลุ่มเป็นเหมือนสังคมเล็กๆ ที่รวมกันเป็นหนึ่งเดียว โดยช่วยให้สมาชิกเกิดการเรียนรู้ คือ

- 1) กลุ่มจะช่วยให้สมาชิกได้เรียนรู้การลดความบิดเบือน และสามารถที่จะมีความสุขกับการติดต่อสื่อสารกับคนอื่น
- 2) กลุ่มช่วยสร้างบรรยากาศของการอยู่ร่วมกันเป็นกลุ่ม มีการสื่อสาร มีความสัมพันธ์กันภายในกลุ่ม
- 3) สมาชิกได้รับการให้ข้อมูลย้อนกลับ และการตอบสนองจากสมาชิกคนอื่นช่วยให้เกิดการสำรวจตนเองและรับรู้พฤติกรรมที่ใช้ในการสื่อสารกับคนอื่นๆ ว่าเป็นอย่างไร ซึ่งจะเป็นการช่วยในการปรับพฤติกรรมใหม่ได้
- 4) ผู้นำกลุ่มจะช่วยให้สมาชิกได้เห็นถึง พฤติกรรมของตนเองที่ใช้สื่อสารกับสมาชิกคนอื่น การตอบสนองของสมาชิกและการสำรวจพฤติกรรมตนเองว่าความรู้สึกของเราต่อคนอื่น ความรู้สึกของคนอื่นต่อเรา และความรู้สึกของเราต่อตนเอง
- 5) ช่วยให้เกิดการรับรู้ รับผิดชอบต่อตนเองและผู้อื่น
- 6) เมื่อเกิดการรับรู้อย่างถูกต้องก็จะช่วยให้เกิดพลังที่เปลี่ยนแปลงตนเอง

7) เพิ่มระดับความเข้าใจที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์ ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับความจริง และประสบการณ์ทางอารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้

8) กลุ่มจะช่วยให้สมาชิกพร้อมที่จะมีทางเลือกใหม่ในการที่จะตอบสนองการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น โดยออกมาในรูปแบบของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ไม่ต้องการจำนวนสมาชิกที่อยากให้ออกมาช่วยเหลือ และความมั่นคงของตนเองในรูปแบบของตนเอง

9) ลดระดับความกลัว ความคิดที่ไร้เหตุผล และเกิดระบบความคิดใหม่ที่มีเหตุผลมากขึ้น

10) กลุ่ม คือ ตัวแทนของสังคม สมาชิกในกลุ่มจะทำหน้าที่คล้ายตัวแทนของบุคคลในสังคมจริง การมีปฏิสัมพันธ์ในกลุ่มจะช่วยให้สมาชิกได้เรียนรู้ถึงการมีสัมพันธ์กับบุคคลนอกกลุ่มได้

11) สมาชิกสามารถที่จะอยู่ได้ด้วยตนเองอย่างมีความสุข เมื่อตนเองอยู่นอกกลุ่มมีการลดความวิตกกังวล เพิ่มการเห็นคุณค่าในตนเองมีการตอบสนองทางบวกและมีพฤติกรรมที่จะช่วยให้สมาชิกคนอื่น ๆ รู้สึกว่าตนเองมีค่าซึ่งเป็นการกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดีในอนาคต ผู้นำกลุ่มและสมาชิกจะช่วยให้เกิดความเข้าใจในตนเองได้กระจ่างเกี่ยวกับตนเอง เพื่อให้เกิดความรับผิดชอบและกล้าเสี่ยงที่จะเปลี่ยนแปลง

3. การปลดปล่อยความรู้สึกที่กดดัน (catharsis)

การแสดงความรู้สึกอย่างรุนแรงหรือการระเบิดของอารมณ์ความรู้สึกที่กดดันของสมาชิกภายในกลุ่ม ถือว่าเป็นความรู้สึกในด้านบวกและด้านลบอาจจะเกี่ยวกับอดีต ปัจจุบันในแต่ละช่วงของเหตุการณ์ หรือต่อสมาชิกในกลุ่ม เช่น ความรัก ความโกรธ ความเกลียด ความกลัว ความเศร้า ความสับสน ความผิดหวัง ความรู้สึกผิด เป็นต้น ซึ่งความรู้สึกเหล่านี้ไม่สามารถแสดงออกมาได้ในสถานการณ์ปกติ การแสดงความรู้สึกตนเองเกี่ยวข้อง 2 ส่วนคือ ประการแรก ชนิดของความรู้สึกที่ปลดปล่อยออกมาและประการที่สองคือส่วนที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกที่ถูกปลดปล่อยออกมา เพราะความรู้สึกที่ถูกปลดปล่อยออกมามีสาเหตุ การปลดปล่อยความรู้สึกเกิดขึ้นในระหว่างกระบวนการเปิดเผยตนเอง (Andrews, 1995) เมื่อสมาชิกได้แสดงความรู้สึกที่ถูกกดดันของตนเองออกมา อาจจะเป็นช่วงของประสบการณ์ที่จะเกิดเรียนรู้และเข้าใจในระบบความคิดซึ่งจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงของตนเอง (Hendrick, 1987) กระบวนการของการปลดปล่อยความรู้สึกตนเองเป็นที่ยากที่จะเข้าใจ เป็นเสมือนการทดสอบความจริงซึ่งผลจากการปลดปล่อยความรู้สึกออกมาสมาชิกจะได้รับประโยชน์ในการที่ชนะความกลัวและการหลีกเลี่ยง (Yalom, 1995) การระเบิดของความรู้สึกที่ถูกกดดันออกมามีความสัมพันธ์อย่างมากกับกระบวนการเปลี่ยนแปลงหรือประสิทธิภาพของกลุ่ม (Schiedlinger, 1984 quoted in Andrews, 1995) ในกลุ่มให้คำปรึกษาแบบ

กำหนดเวลา (time limited group) การระเบิดความรู้สึกที่ถูกกดตัน (catharsis) เป็นปัจจัยสำคัญที่มักจะเกิดขึ้นและสมาชิกในกลุ่มรับรู้ต่อปัจจัยนี้สูง ดังนั้นผู้นำกลุ่มควรจะช่วยทำให้สมาชิกได้ระบายความรู้สึกของตนเองออกมาซึ่งจะช่วยส่งเสริมให้เกิดปัจจัยของความรู้สึกผูกพันกับกลุ่ม (cohesiveness)

4. ความรู้สึกผูกพันภายในกลุ่ม (cohesiveness)

ความผูกพันภายในกลุ่ม ความรักในหมู่คณะ (esprit de corps) ประสบการณ์ที่เกิดขึ้นภายในกลุ่มสมาชิกยอมรับว่าไม่ได้อยู่ตามลำพัง ความรู้สึกผูกพันภายในกลุ่มเป็นปัจจัยสำคัญหนึ่งที่แสดงให้เห็นถึงความสำคัญภายในกลุ่ม ความสำเร็จของกลุ่มขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์ภายในกลุ่มระหว่างผู้นำกลุ่มต่อสมาชิก สมาชิกต่อสมาชิกที่มีความเข้าใจกัน ช่วยเหลือสนับสนุนให้กำลังใจ เข้าใจความรู้สึกของแต่ละคนยอมรับซึ่งกันและกัน เป็นความผูกพันภายในกลุ่มและรวมถึงความเสี่ยงที่สมาชิกสามารถไว้วางใจกลุ่มได้ สมาชิกรู้สึกว่าเป็นพวกเดียวกัน (we-ness) เป็นกลุ่มเดียวกัน (group-ness) ซึ่งจะช่วยให้เกิดการยอมรับตนเอง (self-esteem) ระดับของการเกิดความผูกพันภายในกลุ่มสัมพันธ์กับระยะเวลาของการทำกลุ่มหรือการเข้าร่วมกลุ่มของสมาชิก (Yalom, 1995) ความสำคัญของความผูกพันแสดงถึงประสิทธิภาพของกลุ่มเพราะเป็นปัจจัยที่จะช่วยให้สมาชิกกล้าที่จะเปิดเผยตนเอง กล้าเสี่ยงในการที่จะเปลี่ยนแปลง หรือทดลองพฤติกรรมต่างๆภายในกลุ่ม โดยเฉพาะในช่วงเริ่มแรกของกลุ่มการช่วยให้สมาชิกเกิดความรู้สึกผูกพันต่อกลุ่มจะเป็นสิ่งสำคัญที่จะให้กลุ่มมีประสิทธิภาพและเกิดปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพการบำบัดอื่นๆต่อไป (Yalom, 1995)

ความผูกพันของสมาชิกเกี่ยวข้องกับสร้างความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกต่อสมาชิก สมาชิกกับผู้นำกลุ่ม ตามแนวความคิดแล้วการสร้างให้เกิดความผูกพันภายในกลุ่มอาจมุ่งเน้นในการสร้างความสัมพันธ์และการแสดงออกในทางด้านบวกมากกว่าด้านลบ ซึ่งจะเป็นปัจจัยสำคัญที่จะให้สมาชิกยังคงเข้ากลุ่มตลอดการบำบัดดังนั้นการสร้างและการเกิดของความรู้สึกผูกพันภายในกลุ่มของสมาชิกจึงเป็นสิ่งสำคัญ โดยเฉพาะกลุ่มที่มีระยะเวลาการเข้ากลุ่มระยะยาว (long-term group) พบว่าความผูกพันภายในกลุ่มมีสูง (Yalom, 1995)

5. ความเข้าใจตนเอง (self-understanding)

ความเข้าใจในตนเอง หมายถึงความเข้าใจถึงปัจจัยและสาเหตุพื้นฐานที่เป็นผลให้ตนเองมีพฤติกรรมต่างจากในปัจจุบันอย่างไร โดยสมาชิกจะได้เรียนรู้เกี่ยวกับทางเลือกและการตัดสินใจของตนเอง การเข้าใจในตนเองเกี่ยวข้องกับการรับรู้เกี่ยวกับตนเองภายในกลุ่ม การเข้าใจในพฤติกรรมธรรมชาติของตนเอง การเข้าใจในตนเองภายในกลุ่มเกี่ยวกับการปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิก ระหว่างผู้นำกลุ่ม เนื่องจากการตอบสนอง การให้ข้อมูลย้อนกลับเป็นปัจจัยอย่างหนึ่งที่จะ

ช่วยให้เกิดการเข้าใจในพฤติกรรมของตนเองและเข้าใจปัญหา หรือการได้รับประโยชน์จากการเข้าใจในปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเอง บางครั้งสมาชิกอาจจะเกิดการรับรู้ศักยภาพภายในของตนเองที่จะเป็นพลังส่งเสริมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น หลายกลุ่มให้ความสนใจกับความเข้าใจในตนเองอันเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดการเปลี่ยนแปลง

6. ปัจจัยแห่งการดำรงอยู่ของชีวิต (existential factors)

เกี่ยวกับความเข้าใจว่าตนเองจะต้องรับผิดชอบความรู้สึกและชีวิตของตนเอง โดยจะเกี่ยวข้องกับความปลอดภัย ความตายของชีวิต ความอิสระ ความโดดเดี่ยว โดยยาโลม (Yalom, 1995) ได้เสนอหัวข้อของการรับรู้ถึงปัจจัยเหล่านี้ไว้ ดังต่อไปนี้

- 1) รับรู้ว่าไม่มีความยุติธรรมในโลกนี้
- 2) รับรู้ว่าไม่มีทางหนีความเจ็บปวดและความตายของชีวิต
- 3) การเรียนรู้ว่าแม้ว่าฉันจะใกล้ชิดสนิทสนมกับคนอื่นมากเพียงใด แต่ความเป็นจริงแล้วฉันต้องเผชิญชีวิตตามลำพัง

- 4) การเผชิญหน้ากับปัญหาพื้นฐานของชีวิต คือ การมีชีวิตอยู่และการตาย ดังนั้น จึงเป็นคนที่ซื่อสัตย์ไม่ยึดติดกับชีวิต

- 5) การเรียนรู้ว่าจะต้องรับผิดชอบต่อชีวิตของตนเองไม่ว่าจะมีการประคับประคองจากคนอื่นก็ตาม

7. ความรู้สึกร่วม (universality)

สมาชิกที่เข้ากลุ่มจะเป็นบุคคลที่มีความรู้สึกที่ไม่สงบ มีความรู้สึกโดดเดี่ยว รู้สึกว่าตนมีปัญหาและแตกต่างจากคนอื่น มีความเครียด ความวิตกกังวล บางคนอาจจะแยกตัวออกมาจากสังคม รู้สึกว่าตนเองอยู่ตามลำพัง ไม่มีใครยอมรับ อยู่กับความฝันมากกว่าความเป็นจริง เมื่อเข้ากลุ่มในช่วงแรกๆ สมาชิกได้มีโอกาสได้พูดถึงปัญหาและเรื่องราวของตนเอง ความรู้สึกของตนเอง โดยกลุ่มจะรับฟังเรื่องราวต่างๆ การที่สมาชิกสัมผัสกับบรรยากาศของการยอมรับ ก่อให้เกิดความรู้สึกว่าทุกคนยินดีที่จะยอมรับในสิ่งที่ตนเองเป็น และปัญหาสามารถเกิดขึ้นได้กับทุกคน ก่อให้เกิดความรู้สึกว่าเราเป็นพวกเดียวกัน เราอยู่เรือลำเดียวกัน ซึ่งสมาชิกจะรู้สึกว่าตนเองไม่แตกต่างจากคนอื่น

การสร้างให้เกิดความรู้สึกร่วมอาจสามารถทำได้โดยการให้สมาชิกเขียนความลับของตนในกระดาษ แล้วส่งข้อความนั้นให้เพื่อนในกลุ่มอ่านข้อความนั้นออกมาดังๆ ให้ทุกคนในกลุ่มได้ยิน และถามความรู้สึกในกลุ่มว่ารู้สึกอย่างไรกับความลับนี้ วิธีการนี้จะช่วยสร้างความรู้สึกร่วม ความเห็นอกเห็นใจ ความเข้าใจซึ่งกันและกันของสมาชิก (Yalom, 1995) โดยทั่วไปแล้วความรู้สึกที่เกิดขึ้นเป็นความรู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่าในกลุ่มที่ทำระยะเวลาสั้นๆ กลุ่มจะต้องช่วย

ให้เกิดการเปิดเผยตนเอง ความรู้สึก ทัศนคติ ความคิด และภาพพจน์ของตนเอง ซึ่งการเปิดเผยสิ่งเหล่านี้จะช่วยให้เกิดความรู้สึกว่าเป็นแบบเดียวกัน

ในกลุ่มที่ใช้ความรุนแรงทางเพศ (sexual abuse) ความรู้สึกร่วมเป็นปัจจัยที่สำคัญมาก (Yalom, 1995) นอกจากนี้ความรู้สึกไม่แตกต่างหรือการเป็นพวกเดียวกันเป็นปัจจัยสำคัญในช่วงเริ่มแรกของการทำกลุ่มในการที่จะช่วยให้สมาชิกได้เปิดเผยตนเอง กล้าที่จะเสี่ยง และไว้วางใจในกระบวนการของกลุ่ม (Yalom, 1995) การลดความรู้สึกโดดเดี่ยวของสมาชิกช่วยให้สมาชิกมีความรู้สึกทางด้านบวก ซึ่งจะนำไปสู่การเปิดเผยตนเอง การเกิดความหวัง เพื่อที่จะเปลี่ยนแปลงตนเองไปในทางด้านบวก

8. การเกิดความหวัง (installation of hope)

เมื่อผู้เข้ากลุ่มสังเกตเห็นพัฒนาการการเปลี่ยนแปลงของบุคคลอื่นๆภายในกลุ่ม จะช่วยให้สมาชิกเกิดความรู้สึกว่ากลุ่มสามารถที่จะช่วยเหลือตนเองให้สามารถแก้ปัญหาและเปลี่ยนแปลงตนเองไปในทางที่ดีขึ้นได้

ในการเปลี่ยนแปลงของสมาชิกในกลุ่ม ปัจจัยที่สำคัญอย่างหนึ่งคือ ความหวัง การก่อให้เกิดความหวังและการรักษาความหวังของสมาชิกเอาไว้ในขณะที่ทำกลุ่มเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้สมาชิกเกิดการเปลี่ยนแปลง มีงานวิจัยหลายเรื่องที่ทำความสัมพันธ์ระหว่างความคาดหวังกับความสำเร็จของกลุ่มให้คำปรึกษา ซึ่งพบว่าการมีความหวังสูงของสมาชิกในกลุ่มมีความสัมพันธ์โดยตรงกับความสำเร็จของกลุ่ม ผู้นำกลุ่มเป็นบุคคลที่สามารถช่วยให้เกิดความหวังของสมาชิกได้ โดยการสร้างความน่าเชื่อถือ ความมั่นใจในประสิทธิภาพของกลุ่มว่ากลุ่มสามารถที่จะช่วยเหลือสมาชิกได้ โดยความเชื่อถือนี้สามารถสร้างได้ในการประชุมนิเทศกลุ่ม (group meeting) หรือในครั้งแรกของการเข้ากลุ่ม ให้คำปรึกษาผู้นำกลุ่มควรที่จะเพิ่มความคาดหวังทางบวก (positive expectation) ให้กับสมาชิกและลดความคาดหวังในทางลบ (negative expectation) อย่างไรก็ตามความคาดหวังเพียงอย่างเดียวไม่ได้ทำให้กลุ่มประสบความสำเร็จ เพราะความสำเร็จของกลุ่มขึ้นอยู่กับหลายๆปัจจัย ความเป็นหนึ่งเดียวของกลุ่ม แต่ยังมีปัจจัยที่สำคัญอีกอย่างคือ ความเชื่อของผู้นำกลุ่มว่ากลุ่มสามารถที่จะช่วยเหลือสมาชิกได้ (Yalom, 1995)

9. การเป็นผู้มีจิตใจเอื้ออาทรกับผู้อื่น (altruism)

ความรู้สึกในทางบวกกับตนเองหรือการเรียนรู้เกี่ยวกับตนเองแล้วส่งความรู้สึกในทางบวกเหล่านี้ไปยังสมาชิกคนอื่นภายในกลุ่ม ในการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม สมาชิกจะรับรู้ถึงวิธีการและการแสดงออกความคิด ความรู้สึกภายในกลุ่ม จากการรับรู้และช่วยเหลือกัน การรับฟังของสมาชิกคนอื่นๆภายในกลุ่มจะช่วยให้สมาชิกรู้สึกได้ว่า ตนเองได้รับการให้ความสำคัญและรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า (self-esteem) สมาชิกในกลุ่มจะเรียนรู้วิธีการช่วยเหลือจากสมาชิกคนอื่นๆภายใน

กลุ่ม สมาชิกจะรู้สึกเชื่อมั่นในกลุ่มและเริ่มที่จะพูดถึงเรื่องราวของตนเองอย่างเต็มที่ รวมทั้งวิธีการในทางบวกที่ช่วยให้ตนเองเกิดการพัฒนา ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะช่วยให้สมาชิกคนอื่นเกิดการพัฒนาและเติบโตด้วยเช่นกัน (Yalom, 1995)

การมีจิตใจเอื้ออาทรต่อผู้อื่นเป็นปัจจัยสำคัญในกลุ่มบำบัด ซึ่งจะช่วยให้เกิดการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เมื่อแต่ละคนรับรู้ว่าคุณค่าและเป็นปัจจัยสำคัญในการที่จะช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางบวกในกลุ่ม (Andrews, 1995)

10. การทบทวนถึงประสบการณ์ในครอบครัวเดิม (family re-enactment)

กลุ่มให้คำปรึกษาจะสร้างบรรยากาศหรือให้โอกาสกับสมาชิกที่สามารถที่จะทบทวนถึงประสบการณ์เก่าๆที่เกิดขึ้นในอดีตในครอบครัวของตนเอง สิ่งสำคัญอีกอย่างที่สามารถนำเข้ามาในการทำกลุ่มบำบัดคือ ความเครียดที่เกิดขึ้นจากประสบการณ์ที่เคยเกิดขึ้นในอดีต ซึ่งที่สำคัญคือ ประสบการณ์ที่เกิดขึ้นภายในครอบครัวเดิม เพราะว่าครอบครัวมีปัจจัยหลายอย่างที่มีผลกระทบต่อสมาชิก การมีอำนาจ พ่อแม่ พี่น้อง ลำดับการเกิด การให้ความสำคัญ การแยกตัว การเปิดเผยตนเอง การแสดงตัว ในกลุ่มบำบัดที่ประกอบด้วยสมาชิกทั้งเพศหญิงและชาย เป็นสิ่งที่ช่วยในการสร้างบรรยากาศที่เป็นลักษณะเดียวกับที่อยู่ในครอบครัว อาจก่อให้เกิดรูปแบบหลายอย่างต่อสมาชิกเหมือนกับที่เคยเกิดขึ้นในครอบครัวเดิม เช่น สมาชิกจะแสดงบทบาทที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ต้องพึ่งพาผู้นำกลุ่ม หรืออาจจะเกิดการต่อต้านการดำเนินกลุ่มเมื่อรู้สึกว่าคุณค่ากำลังถูกควบคุม สิ่งที่ผู้นำกลุ่มต้องช่วยเหลือคือ การช่วยให้เข้าใจในความขัดแย้งที่เกิดขึ้น กฎพื้นฐานในครอบครัวของสมาชิก การให้ความสำคัญและการทดลองพฤติกรรมใหม่ ซึ่งต้องใช้ความกล้าและกำลังใจจากผู้นำกลุ่ม

11. การแนะแนว(guidance)

การให้คำแนะนำเกี่ยวข้องกับทำให้และรับข้อมูล รวมถึงการแนะแนวจากผู้นำกลุ่มหรือสมาชิกคนอื่นๆจะเกี่ยวข้องกับการสั่งสอนเกี่ยวกับสุขภาพทางจิต การป่วยทางจิตและเรื่องทั่วไปที่เกี่ยวข้องกับกลไกทางจิตวิทยา โดยทั้งหมดนี้จะเกิดขึ้นภายในกลุ่มจากการแนะนำโดยตรงจากผู้นำกลุ่มหรือสมาชิกด้วยกันเอง โดยทั่วไปแล้วเมื่อสมาชิกหรือผู้นำกลุ่มได้ทดสอบประสบการณ์ที่เกิดขึ้นภายในกลุ่ม จะพบว่าคำแนะนำเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญน้อย

1) โครงสร้างของการสั่งสอน (didactic instruction)

ในกลุ่มบำบัดที่ประสบความสำเร็จ สมาชิกจะเกิดการเรียนรู้ จิตที่สุขภาพดี (psychic function) ลักษณะของความผิดปกติ (meaning of symptoms) การสื่อสารระหว่างบุคคล (interpersonal) กระบวนการกลุ่ม (group dynamic) และกระบวนการของการบำบัดแบบกลุ่ม (process of psychotherapy) โดยทั่วไปแล้วกระบวนการศึกษาจะมีอยู่แล้วในการทำกลุ่ม แต่บ่อยครั้ง

ที่ผู้นำกลุ่มไม่ได้ให้โครงสร้างที่ชัดเจน ในหลายปีที่ผ่านมากลุ่มบำบัดหลายกลุ่มได้เสนอวิธีปฏิบัติเป็นโครงสร้างที่เป็นทางการ หรือจิตวิทยาการศึกษาให้อยู่ในส่วนหนึ่งของโปรแกรมกลุ่มบำบัด

กลุ่มช่วยเหลือตนเองหลายกลุ่มที่ให้ความสำคัญกับการสอนหรือการแนะนำให้ข้อมูล เช่น กลุ่มผู้หย่าร้าง กลุ่มผู้ถูกทารุณทางเพศ กลุ่ม โรคเอดส์ มะเร็ง หรือยาเสพติด เป็นต้น ซึ่งจะก่อให้เกิดการแนะนำแนวการแลกเปลี่ยนข้อมูลภายในกลุ่ม

โดยทั่วไปรูปแบบกลุ่มจะอยู่บนพื้นฐานของทฤษฎีทางปัญญา (cognitive theory) โดยการเสนอโครงสร้างที่ชัดเจนเกี่ยวกับธรรมชาติของอาการป่วยที่เกิดขึ้นกับสมาชิก สภาพของชีวิต การตรวจสอบอาการป่วยและการรับรู้หรือการตอบสนองต่ออาการป่วยของสมาชิก เช่น กลุ่มผู้ป่วยโรคเอดส์ สิ่งที่เกี่ยวข้องกับการป่วยคือข้อมูลทางการแพทย์เกี่ยวกับโรค ความคิดที่ไร้เหตุผลที่ก่อให้เกิดความกลัว

ผู้นำกลุ่มในสมาชิกที่หมดหวังหรือผู้ที่เสียใจกับการจากไปของญาติ อาจจะต้องให้ข้อมูลเกี่ยวกับธรรมชาติของชีวิต วงจรชีวิต เพื่อให้สมาชิกได้อยู่กับความเป็นจริง ผ่อนคลายความเจ็บปวดและเป็นธรรมชาติ อาจจะทำให้สมาชิกให้ความสำคัญกับตนเอง เช่น วันเกิด วันสำคัญ เพื่อให้เกิดความรักตนเอง ในช่วงปีแรกของการสูญเสีย เพราะการให้ข้อมูล การให้รูปแบบหรือโครงสร้างของกลุ่มเป็นสิ่งที่ช่วยเหลือสมาชิกได้ก่อนที่ปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพการบำบัด (therapeutic factors) อื่นๆจะเกิดขึ้นตามมา

2) การแนะนำโดยตรง (direct advice)

ถ้าหากไม่ชอบต่อการสอนแบบมีโครงสร้างของผู้นำกลุ่ม การแนะนำโดยตรงจากสมาชิกในกลุ่มด้วยกันเองมักจะเกิดขึ้นในช่วงเริ่มแรกของกลุ่ม จึงสามารถนำมาใช้เป็นปัจจัยที่ใช้ในการทำนายสถานะของกลุ่มได้ว่าอยู่ในช่วงใด เพราะถ้าหากว่าได้ยินการสนทนาหรือการแนะนำเช่น “ผมคิดว่าคุณควรจะ...” “สิ่งที่คุณควรจะ...” หรือ “ทำไมคุณไม่ทำ...” จากคำพูดเหล่านี้เราก็สามารถที่จะบอกได้ว่ากลุ่มยังคงดำเนินอยู่ในช่วงแรก หรือถ้าเป็นกลุ่มที่ทำมานานแล้วนั้นแสดงว่ากลุ่มเกิดการถดถอย (regression) การแนะนำหรือการสั่งสอนกันเองของสมาชิกภายในกลุ่มก็เป็นปัจจัยอย่างหนึ่งที่จะแสดงให้เห็นวิธีการติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่นๆ ของสมาชิกเพราะสมาชิกบางคนอาจจะถามถึงคำแนะนำจากกลุ่มอยู่ตลอดเวลาไม่ว่าจะเป็นการถามถึงการแก้ปัญหาหรือผลของปัญหาที่ได้แก้แล้ว แต่ก็มีสมาชิกบางคนที่จะไม่เคยขอร้องจากกลุ่มให้แนะนำหรือบอกออกไปว่าตนเองต้องการให้กลุ่มช่วยเหลืออะไรนั้นอาจเป็นเพราะความลับและความวิตกกังวลในการที่จะบอกความต้องการของตนเองให้กับคนอื่นๆทราบ

จากการวิจัยเกี่ยวกับรูปแบบของกลุ่มพบว่า การแนะนำโดยตรงว่าให้ทำอะไรนั้นมักจะไม่มีประโยชน์ แต่การแนะนำให้เกิดโครงสร้างลำดับการแก้ปัญหาเพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายเป็นสิ่งที่มีความหมายภายในกลุ่ม (Yalom, 1995)

12. พฤติกรรมการเลียนแบบ (identification)

พฤติกรรมการลอกเลียนแบบหรือบุคลิกภาพที่ตนเองพอใจ โดยอาจเลียนแบบจากผู้นำกลุ่ม หรือสมาชิกในกลุ่มคนอื่นๆ ซึ่งพฤติกรรมที่เลียนแบบนั้นเป็นพฤติกรรมที่สามารถนำมาแก้ไขปัญหาหรือการเปลี่ยนแปลงของตนเองให้ดีขึ้นได้ สมาชิกที่เข้ากลุ่มจะเลียนแบบผู้นำกลุ่มไม่ว่าจะเป็นการพูด การคิด การนั่ง การยืน การแสดงความรู้สึก การช่วยเหลือเพราะผู้นำกลุ่มเป็นเสมือนรูปแบบที่จะให้สมาชิกในกลุ่มเกิดการเลียนแบบ อย่างไรก็ตามรูปแบบของการเลียนแบบนั้นไม่ได้เป็นรูปแบบที่แน่นอนเพราะบางครั้งสมาชิกก็มีรูปแบบของตนเองจากการเรียนรู้หรือการเลียนแบบจากสมาชิกคนอื่นๆภายในกลุ่ม ดังนั้นการที่จะวัดพฤติกรรมการเลียนแบบจึงเป็นเรื่องที่ยาก แต่ผู้นำกลุ่มมักเรียนรู้และเข้าใจในสิ่งที่กำลังเกิดขึ้นในกลุ่ม พฤติกรรมการเลียนแบบมักเกิดขึ้นในช่วงแรกๆ ของการทำงาน โดยสมาชิกจะมองหาสมาชิกในกลุ่มที่มีประสบการณ์ในการที่จะให้ตนเลียนแบบ การเลียนแบบจะช่วยให้สมาชิกได้ทดลองกับพฤติกรรมใหม่ๆ แต่ในขณะที่เดียวกันเมื่อทดลองแล้วพบว่าไม่เหมาะสมสมาชิกก็อาจจะลองในรูปแบบอื่นเพื่อค้นหาว่ารูปแบบใดที่เป็นของตนเองจริงๆ

ยาโลม (Yalom, 1995) ได้เสนอสมมติฐานเกี่ยวกับการรับรู้ปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพการบำบัดของผู้เข้ากลุ่มให้การศึกษาว่า การรับรู้ปัจจัยเหล่านี้ขึ้นอยู่กับชนิดของกลุ่ม (type of group) ความแตกต่างระหว่างบุคคลของสมาชิก (individual difference) และพัฒนาการของกลุ่ม (stage of group development) ซึ่งจากสมมติฐานเหล่านี้ได้มีนักทฤษฎี นักจิตวิทยาได้พยายามค้นคว้าวิจัยเพื่อหาความสัมพันธ์ของการรับรู้ปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพการบำบัดดังกล่าว

วิธีการศึกษาปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพการบำบัด

วิธีการศึกษาปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพการบำบัดภายในกลุ่มให้คำปรึกษา (a method for study of therapeutic factors in group counseling) เป็นการศึกษาถึงคุณภาพของการบำบัดโดยศึกษาจากการปฏิสัมพันธ์กันระหว่างสมาชิกต่อสมาชิก และสมาชิกต่อผู้นำกลุ่ม ซึ่งงานวิจัยของยาโลม (Yalom, 1995) ได้ศึกษาปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพการบำบัดในกลุ่มระยะยาวสำหรับคนไข้นอก จำนวน 20 คน ที่ประสบความสำเร็จในการรับการปรึกษา เพื่อให้คะแนนการรับรู้ปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพการบำบัด โดยเครื่องมือที่นักวิจัยใช้คือแบบสำรวจตนเองของยาโลมที่ประกอบไปด้วยปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพการบำบัด 12 ข้อ โดยมีข้อย่อยๆ 5 ข้อในแต่ละ

หัวข้อใหญ่รวมแล้วมี 60 ข้อย่อย ซึ่งเรียกว่า Yalom's 60-item curative factor questionnaire โดยแต่ละข้อย่อยได้พิมพ์ลงบนการ์ดขนาด 3x5 ตารางเซนติเมตร แล้วให้สมาชิกแต่ละคนให้ค่าคะแนนการรับรู้ว่าคุณเองได้ประโยชน์จากประสบการณ์กลุ่มแค่ไหน โดยมีระดับคะแนนดังนี้

- 7: รู้สึกว่าเป็นประโยชน์มากที่สุด (most helpful to me in the group)
- 6: รู้สึกว่าเป็นประโยชน์มาก (extremely helpful)
- 5: รู้สึกว่าเป็นประโยชน์ค่อนข้างมาก (very helpful)
- 4: รู้สึกว่าเป็นประโยชน์ (helpful)
- 3: รู้สึกว่าเป็นประโยชน์น้อย (barely helpful)
- 2: รู้สึกว่าเป็นประโยชน์น้อยมาก (less helpful)
- 1: รู้สึกว่าเป็นประโยชน์น้อยมากที่สุด (least helpful to me in the group)

คะแนนทั้งหมดนำมาวิเคราะห์และจัดลำดับโดยใช้เทคนิค Q-sort เมื่อสมาชิกได้ให้คะแนนเรียบร้อยแล้ว พวกเขาจะถูกสัมภาษณ์อีกครั้งประมาณ 1 ชั่วโมง จากผู้ตรวจสอบข้อมูลหรือนักจิตวิทยา จำนวน 3 คน เพื่อสำรวจถึงเหตุผลของการให้คะแนนในข้อที่ให้คะแนนว่า “รู้สึกว่าเป็นประโยชน์มากที่สุดและน้อยมากที่สุด” นอกจากนี้ยังมีอย่างอื่น เช่น ประสบการณ์ที่เป็นช่วงสำคัญ (critical event) ในกลุ่มเป้าหมายของการเปลี่ยนแปลงเวลาของการพัฒนาและปัจจัยที่ส่งเสริมประสิทธิภาพการบำบัดจากคำพูดของสมาชิก จากงานวิจัยของเขาได้เสนอปัจจัยที่ส่งเสริมประสิทธิภาพการบำบัดไว้ 12 ปัจจัย คือ

1. การเรียนรู้ระหว่างบุคคลต่อสิ่งที่เกิดขึ้นในกลุ่ม (interpersonal learning-input)
2. การเรียนรู้ระหว่างบุคคลต่อสิ่งที่ได้รับจากกลุ่ม (interpersonal learning-output)
3. การปลดปล่อยความรู้สึกที่กดตัน (catharsis)
4. ความรู้สึกผูกพันภายในกลุ่ม (cohesiveness)
5. ความเข้าใจตนเอง (self-understanding)
6. ปัจจัยแห่งการดำรงอยู่ของชีวิต (existential factors)
7. ความรู้สึกร่วม (universality)
8. การเกิดความหวัง (installation of hope)
9. การเป็นผู้มีจิตใจเอื้ออาทรต่อผู้อื่น (altruism)
10. การทบทวนถึงประสบการณ์จากครอบครัวเดิม (family re-enactment)
11. การแนะแนว (guidance)
12. พฤติกรรมการเลียนแบบ (identification)

งานวิจัยของเขาเป็นที่ยอมรับและใช้เป็นต้นแบบในการศึกษาถึงปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพการบำบัดของนักวิจัยต่อมา

ผู้วิจัยได้รวบรวมผลการวิจัยที่เกี่ยวกับประสิทธิภาพการบำบัด ซึ่งได้ครอบคลุมถึงจำนวนสมาชิก การจัดตั้งกลุ่ม และอันดับของปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพการบำบัดที่สำคัญ

ตารางที่ 2

ปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพการบำบัดที่อยู่ 3 อันดับต้นๆของกลุ่มให้การปรึกษาคนไข้นอก

ผู้วิจัย	กลุ่มตัวอย่าง	จำนวนสมาชิก	ปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพการบำบัด
Yalom, Tinklenberg & Gilula	“Successful” clinical Out-patients	N=20	I.L (Input), Catharsis, Cohesiveness, Self-understanding
Rohrbeugh and Barteis	9 Therapy groups 4 personal growth groups	N=77	Catharsis, Cohesiveness, I.L (Input), Self-understanding
Butier and Furhriman	Community Mental Health Center Out-patients	N=68	Self-understanding, Universality, I.L (Input), Catharsis
Mower	University Counseling Service Clients	N=25	I.L (Input), Self-understanding Universality, Catharsis
Flora Tostado	Community Mental Health Center out-patients	N=42	Catharsis, Self-understanding Installation of Hope, Universality
Butler and Fuhriman	Community Mental Health Center Out-patients	N=91	Self-understanding, Catharsis, Universality, Cohesiveness

(ที่มา: ดิเรก ชัยชนะ, 2547)

จากข้อมูลในตารางที่ 2 แสดงให้เห็นถึง 3 ปัจจัยของปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพการบำบัดที่มีจะอยู่ใน 3 อันดับต้นๆเป็นส่วนใหญ่ ในกลุ่มคนไข้นอก (out-patients) คือความเข้าใจในตนเอง (self-understanding) การปลดปล่อยความรู้สึกที่กดดัน (catharsis) และการเรียนรู้ระหว่างบุคคลโดยการให้ข้อมูลในทางย้อนกลับ (interpersonal leaning-input) สำหรับความผูกพันภายในกลุ่ม (cohesiveness) บางครั้งก็จะได้รับการจัดอันดับสูงจากการรับรู้ของสมาชิกด้วยเช่นกัน

การรับรู้ต่อปัจจัยการเรียนรู้ระหว่างบุคคล (interpersonal leaning-input) เกี่ยวข้องกับการให้ข้อมูลย้อนกลับ (feedback) ระหว่างสมาชิกที่มีความเข้าใจและเรียนรู้ผลกระทบต่อสมาชิกคนอื่นและสมาชิกตอบสนองต่อพฤติกรรมของเขาอย่างไร ปัจจัยการเข้าใจตนเอง (self-understanding) ย่อมเกี่ยวข้องกับการเข้าใจในสาเหตุของพฤติกรรมของคนอื่นและการเข้าใจตนเอง การปลดปล่อยความรู้สึกที่กดตัน (catharsis) เป็นปัจจัยที่ได้รับการให้คุณค่าสูงเพราะเกี่ยวข้องกับการระบายความรู้สึกของตนเองในกลุ่ม การดำเนินของยาโลม (Yalom, 1995) จะให้ความสำคัญอยู่กับปัจจุบันขณะ (here and now)

จากการรวบรวมผลการศึกษาศึกษาปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพการบำบัด (therapeutic factors) ที่เกิดขึ้นในอันดับต้นๆของกลุ่มพัฒนาตนเอง (personal growth group) พบว่ามีอยู่ 2 ปัจจัยที่มักจะอยู่ในอันดับต้นคือ ปัจจัยการเรียนรู้ระหว่างบุคคล (interpersonal leaning-input) และปัจจัยการเข้าใจตนเอง (self-understanding) ในขณะที่ปัจจัยการปลดปล่อยความรู้สึกที่กดตัน (catharsis) ไม่ได้อยู่ในอันดับต้น ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3

ปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพการบำบัด ลำดับสูงสุดจากการศึกษาในสมาชิกที่เข้ากลุ่มพัฒนาตนเอง

ผู้วิจัย	กลุ่มตัวอย่าง	จำนวนสมาชิก	ปัจจัยที่สำคัญที่เกิดขึ้นในกลุ่ม
Liebman, Yalom and Miles	Personal growth groups, university setting	17 groups	I.L (Input), Universality, Guidance, Insight
Sherry and Hurley	Personal growth groups, university setting	N~20	I.L (input), Catharsis
Mower	Personal growth groups, university setting	N=31	I.L (Input), Insight, Altruism, Cohesiveness

(ที่มา: ดิเรก ชัยชนะ, 2547)

ดังนั้นอาจจะเป็นการยากในการที่จะเฉพาะเจาะจงว่าการเกิดปัจจัยการบำบัดจะเป็นอย่างไร ถ้าหากว่ามีความแปรปรวนเกิดขึ้น อย่างไรก็ตามจากงานวิจัย ยาโลม (Yalom, 1995) ชี้ให้เห็นว่ามันก็มีความคล้ายคลึงกันของการเกิดปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพการบำบัดในกลุ่มพัฒนาตนเอง ดังตารางที่ 4 แสดงให้เห็นความสำคัญของปัจจัยความผูกพันภายในกลุ่ม (cohesiveness) ในกลุ่มบำบัดกลางวัน (day treatment) และกลุ่มระยะสั้น (short team group)

ตารางที่ 4

ลำดับสูงสุดของปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพการบำบัดของการศึกษาในคนไข้โรงพยาบาลโรคจิต และคนไข้ในโรงพยาบาล

ผู้วิจัย	กลุ่มตัวอย่าง	จำนวนสมาชิก	ปัจจัยที่สำคัญที่เกิดขึ้นในกลุ่ม
Maxmen	Short-Term Psychiatric Hospital	N=100	Installation of Hope, Cohesiveness, Altruism, Universality
Butler and Fuhriman	Long-Term Day Treatment Program	N=28	Cohesiveness

(ที่มา: ดิเรก ชัยชนะ, 2547)

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

นงคราญ ภาสุข และคณะ (2534) ศึกษาเรื่องผลของการทำจิตบำบัดกลุ่มต่อพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเวช พบว่า การทำจิตบำบัดกลุ่มมีผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกภูมิใจในตนเอง รู้สึกถึงคุณค่าของตนเอง (self-esteem) ผู้ป่วยได้ระบายความคับข้องใจ ได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และความคิดเห็นช่วยในการเรียนรู้ และปรับตัวให้เข้ากับสังคมได้ดีขึ้น ปัญหาของผู้ป่วยจิตเวชเกิดจากการสร้างสัมพันธภาพ แนวทางแก้ไขคือพยายามสร้างสัมพันธภาพที่ดีให้กับผู้ป่วย การทำจิตบำบัดกลุ่มมีกลไกให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจตนเอง สัมพันธภาพที่เกิดขึ้นในกลุ่มมี 3 ลักษณะ คือ ระหว่างผู้ป่วยกับผู้รักษา ระหว่างผู้ป่วยกับผู้ป่วย และระหว่างผู้ป่วยกับกลุ่ม ทำให้ผู้ป่วยเรียนรู้การปรับตัวแก้ไขพฤติกรรมที่บกพร่องของตนเอง

ดิเรก ชัยชนะ (2547) ศึกษาเรื่องการเห็นคุณค่าในตนเองและการรับรู้ปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพการบำบัดของผู้เข้ากลุ่มให้การปรึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มให้การปรึกษาแบบต่อเนื่องและกลุ่มมาราธอนซึ่งเป็นนักศึกษาอาสาสมัครที่ลงทะเบียนเรียนในวิชากระบวนการกลุ่มของมหาวิทยาลัยรามคำแหง จำนวน 30 คน โดยกลุ่มตัวอย่างถูกสุ่มออกเป็น 3 กลุ่มย่อย คือ กลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองสองกลุ่ม คือกลุ่มให้การปรึกษาแบบต่อเนื่องและกลุ่มให้การปรึกษาแบบมาราธอน กลุ่มให้การปรึกษาแบบต่อเนื่องดำเนินกลุ่มครั้งละ 2 ชั่วโมง เป็นจำนวน 10 ครั้ง โดยดำเนิน 2 ครั้งต่อสัปดาห์เป็นระยะเวลา 5 สัปดาห์ และกลุ่มให้การปรึกษาแบบมาราธอน ดำเนินการกลุ่มรูปแบบเดียวกันเป็นเวลา 20 ชั่วโมง ติดต่อกัน 2 วัน 2 คืน สำหรับกลุ่มควบคุมไม่ได้รับการให้การปรึกษาแบบกลุ่ม สำหรับเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ แบบวัดการเห็นคุณค่าในตนเอง ฉบับผู้ใหญ่ของไรย์เคน และแบบสำรวจการรับรู้ปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพการบำบัด 60 ข้อของยาโลม โดยใช้ระเบียบวิธีการเปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ผลการศึกษาพบว่า นักศึกษาที่เข้ากลุ่มให้การปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบต่อเนื่องและแบบมาราธอนมีคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้นสูงกว่าก่อนการเข้ากลุ่ม และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองพบว่านักศึกษาที่เข้ากลุ่มแบบต่อเนื่องมีคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้นสูงกว่ากลุ่มควบคุม เมื่อสิ้นสุดการดำเนินกลุ่มทั้งสองแบบพบว่า การรับรู้ต่อปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพการบำบัดในกลุ่มให้การปรึกษาแบบต่อเนื่องและแบบมาราธอนมีความแตกต่างกันตามลำดับความสำคัญ แต่มีปัจจัยด้านความรู้สึกร่วม และสัจจะแห่งการดำรงอยู่ของชีวิตเป็นสองปัจจัยหลักที่มีคะแนนการรับรู้สูงสุดจากทั้งสองกลุ่ม และมีปัจจัยด้านความเข้าใจในตนเองเป็นปัจจัยเดียวที่มีคะแนนการรับรู้แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบระหว่างสองกลุ่มด้วยการทดสอบที (*t-test*)

งานวิจัยในต่างประเทศ

ออสเบและโกกา (Ozby and Goka, 1993) ได้ศึกษาปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพการบำบัดในกลุ่มละครบำบัดของกลุ่มวัยรุ่นซึ่งเป็นคนไข้นอกของคลินิกจิตเวช จำนวน 10 คน ชาย 4 คน หญิง 6 คน อายุระหว่าง 15-20 ปี โดยการเข้ากลุ่ม 2 ชั่วโมงต่อสัปดาห์รวมจำนวนครั้งการเข้ากลุ่ม 20 ครั้ง โดยมีวัตถุประสงค์ของการวิจัยคือ 1) เพื่อศึกษาการรับรู้ปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพการบำบัดของสมาชิกในกลุ่มละครบำบัด 2) ศึกษาการรับรู้ปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพการบำบัดระหว่างเพศหญิงและเพศชาย 3) ศึกษาปัจจัยการบำบัดที่เกิดขึ้นตามพัฒนาการของกลุ่ม โดยแบบทดสอบที่ใช้ทดสอบนั้นได้แปลและเรียบเรียงจากปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพการบำบัด 60 ข้อย่อยของยาโลม (Yalom, 1995) โดยเขียนลงในการ์ดขนาด 3x5 เซนติเมตร และให้สมาชิกในกลุ่ม

ให้คะแนนจากการรับรู้จากประสบการณ์ที่เกิดขึ้นภายในกลุ่ม ระดับคะแนนคือ 1-7 คะแนน โดย 1 คะแนนหมายถึงรู้สึกว่าเป็นประโยชน์น้อยที่สุด และ 7 คะแนนหมายถึงรู้สึกว่าเป็นประโยชน์มากที่สุด สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์คือการวิเคราะห์ความแปรปรวน (analysis of variance) ผลการวิจัยพบว่า หลังจากทำกลุ่มครั้งที่ 10 ปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพการบำบัดที่สำคัญของกลุ่มคือ ความเข้าใจในตนเอง การทบทวนถึงประสบการณ์จากครอบครัวเดิม และสัจจะแห่งการดำรงอยู่ของชีวิต ปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพการบำบัดในเพศชาย คือความรู้สึกร่วม การเกิดความหวัง และสัจจะแห่งการดำรงอยู่ของชีวิต ส่วนในเพศหญิง คือ ปัจจัยที่ก่อให้เกิดการทบทวนถึงประสบการณ์จากครอบครัวเดิม ความเข้าใจในตนเอง และสัจจะแห่งการดำรงอยู่ของชีวิต เมื่อพิจารณาหลังจากทำกลุ่มครั้งที่ 20 พบว่าปัจจัยที่ก่อให้เกิดการทบทวนถึงประสบการณ์จากครอบครัวเดิมสำคัญที่สุด

McLeod and Ryan (1993) ได้ศึกษาปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพการบำบัดในกลุ่มผู้ป่วยหญิงสูงอายุ โดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยนอกที่เข้าร่วมกลุ่มบำบัดจำนวน 8 ราย เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 55 ปี ถึงประสบการณ์ที่ได้รับจากการเข้ากลุ่มบำบัด และใช้เทคนิค Q-sort ในการวิเคราะห์และจัดลำดับคะแนน ผลการศึกษาพบว่า 5 ปัจจัยที่ผู้ป่วยให้คะแนนว่าเป็นประโยชน์สูงสุด 5 อันดับต้นๆ คือ สัจจะแห่งการดำรงอยู่ของชีวิต ความรู้สึกผูกพันภายในกลุ่ม การเกิดความหวัง ความรู้สึกร่วม และการปลดปล่อยความรู้สึกที่กอดัน ในขณะที่เดียวกันปัจจัยการทบทวนถึงประสบการณ์จากครอบครัวเดิม พฤติกรรมเลียนแบบ และการเข้าใจตนเองเป็นปัจจัยที่ผู้ป่วยเห็นว่ามีคามสำคัญน้อย

โลเวทท์และโลเวทท์ (Lovett and Lovett, 1991) ได้ศึกษาปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพการบำบัดในกลุ่มคนไข้ที่ติดแอลกอฮอล์ โดยมีวัตถุประสงค์ในการวิจัย คือ

1. ศึกษาปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพการบำบัดที่ช่วยเหลือสมาชิกในกลุ่ม
2. ศึกษาการเปลี่ยนแปลงของปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพการบำบัดต่อชนิดของกลุ่มและพัฒนาการของกลุ่ม
3. ศึกษาปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพการบำบัดจากการรับรู้ของผู้นำกลุ่ม

จำนวนสมาชิกทั้งหมด 70 คน เป็นคนไข้ใน ซึ่งมีประสบการณ์การเข้ากลุ่มบำบัดจากการวิจัยสามารถสรุปได้ดังนี้

1. การรับรู้ปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพการบำบัดของกลุ่มผู้ติดแอลกอฮอล์ที่สำคัญคือ ความเข้าใจตนเอง (self-understanding) สัจจะแห่งการดำรงอยู่ของชีวิต (existential factors) และความรู้สึกผูกพันภายในกลุ่ม (cohesiveness) และสมาชิกในกลุ่มรับรู้ว่าการเลียนแบบพฤติกรรม (identification) และการแนะแนว (guidance) มีประโยชน์ต่อสมาชิกในกลุ่มน้อยที่สุด

2. การรับรู้ปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพการบำบัดของสมาชิกและผู้นำกลุ่มมีความสัมพันธ์กัน โดยเฉพาะปัจจัยความเข้าใจในตนเอง (self-understanding) และปัจจัยแห่งการดำรงอยู่ของชีวิต (existential factors)

คิวลิแกนและมุลลิสัน (Kivlighan and Mullison, 1988) ได้ศึกษาปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพการบำบัดที่เกิดจากการรับรู้ของสมาชิกในกลุ่มให้การปรึกษาต่อพัฒนาการของกลุ่มและความแตกต่างระหว่างบุคคล ศึกษาในกลุ่มนักศึกษาที่เรียนในวิชาจิตวิทยา จำนวน 18 คน เพศหญิง 13 คน เพศชาย 5 คน อายุ 20-32 ปี โดยเข้ากลุ่ม 1 ชั่วโมง 30 นาที จำนวน 11 ครั้ง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ Critical Incident Questionnaire โดยพัฒนาไปสู่ปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพการบำบัดที่ศึกษาไว้โดยยาโลม ในการวิจัยได้แบ่งกลุ่มของปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพการบำบัดไว้ 3 กลุ่มดังนี้

1. กลุ่มด้านความคิด (cognitive) ประกอบด้วย การเข้าใจตนเอง การเรียนรู้ระหว่างบุคคลต่อสิ่งที่เกิดขึ้นภายในกลุ่ม การแนะนำ และความรู้สึกร่วม
2. กลุ่มด้านพฤติกรรม (behavior) ประกอบด้วย การเปิดเผยตนเอง การเรียนรู้ระหว่างบุคคลต่อสิ่งที่ได้รับจากกลุ่ม และการเป็นผู้มีจิตใจเอื้ออาทรต่อผู้อื่น
3. กลุ่มด้านความรู้สึก (affective) ประกอบด้วย การยอมรับ การเกิดความหวัง และการปลดปล่อยความรู้สึกที่กดตัน

การใช้แบบทดสอบ Check List of Interpersonal Transaction (CLOIT) ในการแยกความแตกต่างระหว่างบุคคลด้านการสร้างมิตรภาพกับผู้อื่น (afflictive) และการไม่เป็นมิตรภาพกับผู้อื่น (non-afflictive) ผลการวิจัยสามารถสรุปได้ดังนี้

1. การรับรู้ปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพการบำบัดของกลุ่มด้านความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรม ไม่มีความแตกต่างกัน
2. การรับรู้ปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพการบำบัดระหว่างเพศหญิงและชายไม่มีความแตกต่างกัน
3. การรับรู้ปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพต่อการพัฒนาการกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งพบว่าในการทำกลุ่มครั้งที่ 1-5 ความรู้สึกร่วม (universality) และกลุ่มด้านความคิด (cognitive factors) มีการรับรู้สูงสุด ในครั้งที่ 6-11 พบว่าการเรียนรู้ระหว่างบุคคล (interpersonal learning) และกลุ่มด้านพฤติกรรม (behavior factors) มีการรับรู้สูงสุด
4. การรับรู้ปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพการบำบัดต่อความแตกต่างระหว่างบุคคลคือ บุคลิกภาพด้านการสร้างมิตรภาพกับผู้อื่น (afflictive) และไม่เป็นมิตรภาพกับผู้อื่น (non-afflictive) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญโดยสมาชิกที่มีบุคลิกภาพด้านการสร้างมิตรภาพกับ

ผู้อื่น (afflictive) จะรับรู้ปัจจัย การเข้าใจในตนเองสูง (self-understanding) ในขณะที่สมาชิกที่มีการไม่เป็นมิตรภาพกับผู้อื่น (non-afflictive) จะมีการรับรู้ต่อปัจจัยการเรียนรู้ระหว่างบุคคลต่อการทดลองพฤติกรรมใหม่ (interpersonal learning (output)) การเป็นผู้มีจิตใจเอื้ออาทรต่อผู้อื่น (altruism) และการเปิดเผยตนเอง (self-disclosure)

5. ความรู้สึกร่วม (universality) เป็นปัจจัยที่สำคัญที่เกิดขึ้นตลอดการทำกลุ่มบำบัด

ซิดนีย์และเจเนท (Bloch S and Reibstein J, 1980) ได้ศึกษาเปรียบเทียบปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพการบำบัดที่เกิดขึ้นในกลุ่มบำบัดระยะยาวระหว่างผู้ป่วยและนักบำบัด โดยในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติในระบบประสาทหรือบุคลิกภาพ จำนวน 33 ราย เพศชาย 18 ราย เพศหญิง 15 ราย มีอายุเฉลี่ย 27 ปี ทั้งผู้ป่วยและนักบำบัดมีการรับรู้ปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพการบำบัดที่ตรงกันคือ การเข้าใจตนเอง เป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุด รองลงมาการเปิดเผยตนเอง และพฤติกรรมการเรียนรู้ระหว่างบุคคล เมื่อเปรียบเทียบการรับรู้ปัจจัยระหว่างผู้ป่วยและนักบำบัดพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยได้แบ่งปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพการบำบัด 10 ออกเป็น 3 ด้าน คือ ด้านพฤติกรรม หมายถึงปัจจัยที่เน้นการกระทำ ได้แก่ การเปิดเผยตนเอง การเรียนรู้ระหว่างบุคคล และการเป็นผู้มีจิตใจเอื้ออาทรต่อผู้อื่น ด้านองค์ความรู้ หมายถึงปัจจัยที่เน้นความเข้าใจความเครียด ได้แก่ การเข้าใจตนเอง การแนะนำ และความรู้สึกร่วม และด้านอารมณ์ เป็นด้านที่มีอารมณ์ความรู้สึกเกี่ยวข้องเป็นหลัก ได้แก่ การยอมรับ การเกิดความหวัง และการปลดปล่อยความรู้สึกที่กีดกัน ในกลุ่มของนักบำบัดพบว่าจะให้ความสำคัญด้านพฤติกรรมมากกว่า ด้านองค์ความรู้ ซึ่งกลับกันกับผู้ป่วยที่ให้ความสำคัญด้านองค์ความรู้มากกว่าพฤติกรรม และในด้านอารมณ์ทั้งนักบำบัดและผู้ป่วยให้ความสำคัญน้อยที่สุด

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ ในอาสาสมัครผู้ป่วยจิตเวชที่เข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมบำบัดระหว่างเดือนธันวาคม 2556 ถึงเดือนมีนาคม 2557 จากการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของยามานะ (Yamane, 1973)

$$n = \frac{N}{1 + N(e)^2} = \frac{93}{1 + 93(0.1)^2} = 48.2$$

ดังนั้นได้จำนวนอาสาสมัครจำนวน 48 ราย เป็นการประเมินตนเองของผู้ป่วยโดยใช้แบบสอบถามที่ประกอบด้วยแบบสำรวจข้อมูลส่วนบุคคลและแบบสำรวจการรับรู้ปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพการบำบัด 60 ข้อย่อยของยาโลม หลังจากผู้ป่วยได้เข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมบำบัด

ประชากร: ผู้ป่วยจิตเวชที่มารับการรักษาที่คลินิกจิตเวชโรงพยาบาลสงขลา นครินทร์ (ผู้ป่วยที่เข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมบำบัดตั้งแต่เดือนตุลา 2555 ถึง เดือนตุลาคม 2556 จำนวนทั้งสิ้น 93 ราย)

กลุ่มตัวอย่าง: ผู้ป่วยจิตเวชที่เข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมบำบัดผู้ป่วยนอกจิตเวชทุกคน (จำนวน 53 ราย)

วิธีการสุ่มตัวอย่าง: เลือกโดยวิธีเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนดคือ เป็นผู้ป่วยจิตเวชที่เข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมบำบัดทุกคนระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม 2556 ถึง 31 มีนาคม 2557 มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป พุดคุยรู้เรื่อง มีสมาธิเพียงพอ ควบคุมตัวเองได้ และยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามแบบตอบเอง ประกอบด้วย 1) แบบสำรวจข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสำรวจการรับรู้ปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพการบำบัด 60 ข้อย่อยของยาโลมซึ่งแปลและเรียบเรียงโดยดิเรก ชัยชนะ (2547) ซึ่งเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) มีรายละเอียดดังนี้

1. ลักษณะแบบสำรวจ เป็นแบบสำรวจการรับรู้จากประสบการณ์การเข้ากลุ่มของผู้ป่วย โดยที่ผู้ตอบจะพิจารณาข้อความแล้วทบทวนประสบการณ์หรือความรู้สึกที่เกิดขึ้นในกลุ่ม บำบัดว่าข้อความนี้มีประโยชน์หรือช่วยเหลือต่อตัวเองในระหว่างอยู่ในกลุ่มบำบัดมากน้อยเพียงใด จากนั้นพิจารณาให้คะแนน โดยมีระดับคะแนนดังนี้

7 คะแนน หมายถึง รู้สึกว่าเป็นประโยชน์มากที่สุดหรือช่วยเหลือมากที่สุด

6 คะแนน หมายถึง รู้สึกว่าเป็นประโยชน์มากหรือช่วยเหลือมาก

5 คะแนน หมายถึง รู้สึกว่าเป็นประโยชน์ค่อนข้างมากหรือช่วยเหลือค่อนข้างมาก

4 คะแนน หมายถึง รู้สึกว่าเป็นประโยชน์หรือช่วยเหลือ

3 คะแนน หมายถึง รู้สึกว่าเป็นประโยชน์น้อยหรือช่วยเหลือน้อย

2 คะแนน หมายถึง รู้สึกว่าเป็นประโยชน์น้อยมากหรือช่วยเหลือน้อยมาก

1 คะแนน หมายถึง รู้สึกว่าเป็นประโยชน์น้อยที่สุดหรือช่วยเหลือน้อยที่สุด

ตัวอย่างแบบสำรวจการรับรู้ปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพการบำบัดจากประสบการณ์ของตนเองที่เกิดขึ้นจากการเข้ากลุ่มบำบัด

ข้อความ	ระดับการให้คะแนน						
	7	6	5	4	3	2	1
1 การอยู่ในกลุ่มเปรียบเสมือนการอยู่ในครอบครัว แต่ครั้งนี้เป็นครอบครัว (สมาชิกกลุ่ม) ที่ช่วยให้ฉันยอมรับและเข้าใจครอบครัวเดิมของฉันมากขึ้น	X						
2 เหมือนยกภูเขาออกจากอก		X					
3 ฉันเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มและได้รับการยอมรับจากกลุ่ม	X						
4 สมาชิกในกลุ่มแนะนำฉันเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวต่อบุคคลที่สำคัญในชีวิต			X				
5 ฉันได้เรียนรู้ว่าการที่ฉันชอบหรือไม่ชอบใครบางคนนั้น อาจมาจากสาเหตุของประสบการณ์ในอดีตของฉันกับใครบางคนที่ยังคงค้างอยู่ในจิตใจฉัน			X				

2. การสรุปค่าคะแนน ปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพการบำบัดทั้ง 12 ปัจจัย จะประกอบไปด้วยข้อย่อย 5 ข้อ โดยแต่ละข้อของปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพการบำบัดจะประกอบด้วยข้อย่อยๆดังนี้

ปัจจัยที่ 1 การเรียนรู้ระหว่างบุคคลต่อสิ่งที่เกิดขึ้นภายในกลุ่ม (interpersonal learning-input) ประกอบด้วยข้อย่อยที่ 21,27,36,42 และ 56

ปัจจัยที่ 2 การเรียนรู้ระหว่างบุคคลต่อสิ่งที่ได้รับจากกลุ่ม (interpersonal learning-output) ประกอบด้วยข้อย่อยที่ 12,23,33,49 และ 58

ปัจจัยที่ 3 การปลดปล่อยความรู้สึกที่กดดัน (catharsis) ประกอบด้วยข้อย่อยที่ 2,10,25,48 และ 52

ปัจจัยที่ 4 ความรู้สึกผูกพันภายในกลุ่ม (cohesiveness) ประกอบด้วยข้อย่อยที่ 3,13,17,43 และ 50

ปัจจัยที่ 5 ความเข้าใจตนเอง (self-understanding) ประกอบด้วยข้อย่อยที่ 5,11,44,51 และ 59

ปัจจัยที่ 6 ปัจจัยแห่งการดำรงอยู่ของชีวิต (existential factors) ประกอบด้วยข้อย่อยที่ 6,29,31,46 และ 55

ปัจจัยที่ 7 ความรู้สึกร่วม (universality) ประกอบด้วยข้อย่อยที่ 9,26,30,39 และ 45

ปัจจัยที่ 8 การเกิดความหวัง (installation of hope) ประกอบด้วยข้อย่อยที่ 15,24,37,47 และ 57

ปัจจัยที่ 9 การเป็นผู้มีจิตใจเอื้ออาทรต่อผู้อื่น (altruism) ประกอบด้วยข้อย่อยที่ 8,19,34,40 และ 54

ปัจจัยที่ 10 การทบทวนถึงประสบการณ์จากครอบครัวเดิม (family re-enactment) ประกอบด้วยข้อย่อยที่ 1,22,16,38 และ 60

ปัจจัยที่ 11 การแนะนำ (guidance) ประกอบด้วยข้อย่อยที่ 4,14,20,32 และ 41

ปัจจัยที่ 12 พฤติกรรมการเลียนแบบ (identification) ประกอบด้วยข้อย่อยที่ 7,18,28,35 และ 53

โดยในแต่ละปัจจัยจะนำคะแนนรวมของข้อย่อยทั้ง 5 ข้อ มาจัดลำดับคะแนนเฉลี่ยของแต่ละปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพการบำบัดทั้ง 12 ปัจจัย จากลำดับคะแนนสูงสุดไปยังคะแนนต่ำสุด

โดยทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ ดังนี้

1) ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน คือ อาจารย์แพทย์ (จิตแพทย์) พยาบาลจิตเวช และอาจารย์ผู้สอนจิตวิทยา พิจารณาและตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (content validity) ความตรงเชิงโครงสร้าง (construct validity) และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ (wording) ความชัดเจน ความครบถ้วนของข้อความ และใช้ค่าความเที่ยงตรงของแบบสอบถามหรือค่าความสอดคล้องระหว่างข้อความกับวัตถุประสงค์ (IOC: Index of item objective congruence) มาเป็นแนวทางในการปรับปรุงข้อความ ซึ่งจากการคำนวณหาค่า IOC ได้ค่า $IOC = 0.97$

2) ทดสอบความเป็นปรนัยของแบบสอบถามโดยนำแบบสอบถามที่ได้จากการปรับปรุงข้างต้นมาทดลองให้ผู้ป่วยจิตเวชที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลจำนวน 15 ราย อ่านข้อความทั้งหมด ผลคือทุกคนเข้าใจตรงกันทั้งผู้วิจัยและผู้ตอบแบบสอบถาม

3) เนื่องจากแบบสอบถามเป็น rating scale จึงนำมาหาค่าความเที่ยง โดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.97

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลมีขั้นตอนดังนี้

1) ผู้ป่วยเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมบำบัดตามปกติตั้งแต่เวลา 9.00 – 11.30 น. (ปกติกลุ่มกิจกรรมบำบัดจะจัดถึงเวลา 12.00 น. แต่เนื่องจากผู้วิจัยขอเวลา 30 นาที สำหรับเก็บข้อมูลงานวิจัย)

2) ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากผู้ป่วยจิตเวชที่มาเข้ากลุ่มกิจกรรมบำบัดเมื่อเสร็จสิ้นการทำกิจกรรมในแต่ละวัน หากผู้ป่วยยินดีให้ความร่วมมือ ผู้วิจัยจึงแจกแบบสอบถามที่ผู้วิจัยเตรียมไว้ให้กับผู้ป่วย

3) การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ป่วย การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เมื่อวันที่ 11 พฤศจิกายน 2556 (เลขที่ 56-476-03-9)

4) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย ความเสี่ยง ผลประโยชน์และสิทธิผู้ป่วยที่เข้าร่วมโดยความสมัครใจ

5) ผู้วิจัยอ่านข้อความที่ละข้อให้ผู้ป่วยฟังพร้อมทั้งสังเกตการตอบคำถามของผู้ป่วย เมื่อเสร็จสิ้นทุกข้อความผู้วิจัยเก็บรวบรวมกลับทันทีพร้อมกับใบยินยอมขอใช้ข้อมูล (inform consent) ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลและนำไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

6) เมื่อได้ผลการวิจัย ผู้วิจัยนำผลที่ได้ไปอภิปรายร่วมกันกับผู้ปฏิบัติงานกลุ่มกิจกรรมบำบัด เพื่อวิเคราะห์และหาแนวทางการพัฒนาหรือปรับปรุงกลุ่มกิจกรรมบำบัดต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม R โดยวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป พฤติกรรมการเข้ากลุ่มกิจกรรมบำบัด และคะแนนการรับรู้ปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพการบำบัด ใช้สถิติพรรณานำเสนอข้อมูลในรูปแบบของความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

แสดงลำดับการรับรู้ปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพการบำบัดของผู้ป่วยที่เข้ากลุ่มกิจกรรมบำบัด

เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนการรับรู้ปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพการบำบัดของผู้ป่วยกับตัวแปรที่ศึกษาด้วยสถิติทดสอบความแตกต่างค่าที (t -test) ในกรณีการเปรียบเทียบของกลุ่ม 2 กลุ่ม และจะใช้สถิติทดสอบหาความแตกต่างค่าเอฟ (F -test) หรือการทดสอบความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) สำหรับการทดสอบค่าเฉลี่ยตัวแปรมากกว่า 2 กลุ่มขึ้นไป

อภิปรายผลที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกับผู้ปฏิบัติงานกลุ่มกิจกรรมบำบัด โดยใช้กระบวนการกลุ่ม

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพการบำบัดในกลุ่มกิจกรรมบำบัด ในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ดังนั้นการนำเสนอข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ เพื่อตอบวัตถุประสงค์การวิจัย จะนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งเป็น 4 ตอน คือ

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ตอนที่ 2 พฤติกรรมการเข้ากลุ่มกิจกรรมบำบัด

ตอนที่ 3 การรับรู้ปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพการบำบัด

ตอนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพการบำบัดกับเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ชนิดของโรคจิตเวช ระดับความรุนแรงของโรค และความถี่ของการเข้ากลุ่ม

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ผู้ป่วยจิตเวชที่เข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมบำบัดมีจำนวนทั้งสิ้น 53 ราย เป็นเพศชาย 19 ราย (ร้อยละ 35.8) เพศหญิง 34 ราย (ร้อยละ 64.2) มีอายุเฉลี่ย 41.2 ปี ($SD=13.4$) ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 30-50 ปี (ร้อยละ 49.1) สถานภาพการสมรสเป็นโสด 37 ราย (ร้อยละ 69.8) ผู้ป่วยเกือบครึ่งจบการศึกษาระดับอนุปริญญาและปริญญาตรี (ร้อยละ 47.2) ผู้ป่วยไม่มีโรคประจำตัวทางกาย จำนวน 46 ราย (ร้อยละ 86.8) ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยโรคจิตเภท (schizophrenia) และโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว (bipolar disorder) (ร้อยละ 43.4 เท่ากัน) ผู้ป่วยประเมินตนเองว่ามีความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับปานกลาง 21 ราย (ร้อยละ 54.7) โดยมีพ่อแม่เป็นผู้ดูแลหลัก 23 ราย (ร้อยละ 43.4) (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ($n=53$)

ลักษณะทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ	ลักษณะทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ			โรคประจำตัวทางกาย		
ชาย	19	35.8	ไม่มี	46	86.8
หญิง	34	64.2	มี	7	13.2
อายุ (ปี) $M(SD)$	41.2 (13.4)		สถานภาพการสมรส		
≤30	12	22.6	โสด	37	69.8
30-50	26	49.1	คู่/แต่งงาน	12	22.6
>50	15	28.3	หย่า/หม้าย	4	7.5
ระดับการศึกษา			ความรุนแรงของโรค		
ไม่ได้เรียน	4	7.5	น้อยที่สุด	12	22.6
ประถมศึกษา	5	9.4	น้อย	17	32.1
มัธยมศึกษา	19	35.9	ปานกลาง	21	39.6
อนุปริญญา/ปริญญาตรี	25	47.2	มาก	3	5.7
ผู้ดูแลหลัก			โรคประจำตัวทางจิตเวช		
พ่อ/แม่	23	43.4	โรคอารมณ์แปรปรวน		
พี่น้อง	15	28.3	สองขั้ว	23	43.4
สามี/ภรรยา	9	17.0	โรคจิตเภท	23	43.4
บุตร	5	9.4	โรคซึมเศร้า	6	11.3
ญาติ	1	1.9	โรคการกินผิดปกติ	1	1.9

ตอนที่ 2 พฤติกรรมการเข้ากลุ่มกิจกรรมบำบัด

ผู้ป่วยจิตเวชที่เข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมบำบัด จำนวน 53 ราย มีผู้ป่วยเข้ากลุ่มกิจกรรมบำบัดเป็นครั้งแรก จำนวน 11 ราย (ร้อยละ 20.8) เมื่อสืบค้นข้อมูลการเข้ากลุ่มกิจกรรมบำบัดสำหรับผู้ป่วยที่เคยเข้าร่วมแล้วพบว่าผู้ป่วยมีจำนวนครั้งที่เข้าร่วมโดยเฉลี่ย 15.2 ครั้ง

($SD=23.6$) และพิจารณาแบ่งกลุ่มผู้ป่วยที่เข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมบำบัดตามเกณฑ์ของยาโลม (Yalom, 1995) โดยแบ่งเป็นผู้ป่วยที่เข้าร่วมน้อยกว่า 13 ครั้ง จำนวน 35 ราย (ร้อยละ 66.1) และผู้ป่วยที่เข้าร่วม 13 ครั้งขึ้นไป จำนวน 18 ราย (ร้อยละ 33.9) (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 6

พฤติกรรมกรเข้ากลุ่มกิจกรรมบำบัด ($n=53$)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
การเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมบำบัด		
ไม่เคยเข้าร่วม ครั้งนี้เป็นครั้งแรก	11	20.8
เคยเข้าร่วม	42	79.2
ความถี่ของการเข้ากลุ่ม		
<i>M (SD)</i>	15.2 (23.6)	
<i>Mdn (Min-Max)</i>	7 (1-122)	
ความถี่ของการเข้ากลุ่ม (ตามเกณฑ์)*		
เข้าร่วมน้อยกว่า 13 ครั้ง	35	66.1
เข้าร่วม 13 ครั้งขึ้นไป	18	33.9

* ตามเกณฑ์ของยาโลม (Yalom, 1995)

ตอนที่ 3 การรับรู้ปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพการบำบัด

การรับรู้ปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพการบำบัดที่ผู้ป่วยมีประสบการณ์สูงสุด 5 อันดับแรก คือ การเรียนรู้ระหว่างบุคคลต่อสิ่งที่ได้รับจากกลุ่ม (interpersonal learning-output) คะแนนเฉลี่ย 29.5 ($SD=4.3$) ปัจจัยแห่งการดำรงอยู่ของชีวิต (existential factors) คะแนนเฉลี่ย 29.3 ($SD=3.9$) การเกิดความหวัง (installation of hope) คะแนนเฉลี่ย 29.2 ($SD=4.2$) ความรู้สึกทั่วรวม (universality) คะแนนเฉลี่ย 29.0 ($SD=4.6$) และความรู้สึกผูกพันภายในกลุ่ม (cohesiveness) คะแนนเฉลี่ย 28.9 ($SD=4.3$) และปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพการบำบัดที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ความเข้าใจในตนเอง (self-understanding) คะแนนเฉลี่ย 27.2 ($SD=4.8$) (ตารางที่ 7)

เมื่อพิจารณาถึงข้อย่อยแต่ละปัจจัยที่สำคัญสูงสุดต่อสมาชิกกลุ่มกิจกรรมบำบัด มีดังต่อไปนี้

1. ฉันได้เรียนรู้การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นผ่านการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม ($M=6.2$)
2. ฉันตระหนักดีว่าท้ายที่สุดแล้วคนเราไม่สามารถหนีความเจ็บปวดและความตายไปได้ ($M=6.2$)
3. เมื่อนั้นเห็นคนอื่นดีขึ้น ส่งผลให้เกิดแรงบันดาลใจกับฉัน ($M=6.0$)
4. ฉันเรียนรู้ว่าฉัน ไม่แตกต่างจากคนอื่น ซึ่งทำให้ฉันรู้สึกว่าคุณก็เป็นมนุษย์ปุถุชนคนหนึ่ง ($M=6.1$)
5. ฉันได้รับการยอมรับและเพื่อนเข้าใจในสิ่งที่ฉันเป็น ($M=6.1$)
6. ฉันได้รับคำปรึกษา-แนะนำจากสมาชิกที่ฉันสามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้ เช่นการกินยา การดูแลสุขภาพของตัวเอง เป็นต้น ($M=6.0$)

7. การอยู่ในกลุ่มช่วยให้ฉันเข้าใจว่าชีวิตของฉันเติบโตมาอย่างไร ($M=5.9$)
 8. ฉันสามารถพูดถึงสิ่งที่รบกวนจิตใจฉันแทนที่จะเก็บงำเอาไว้ ($M=5.8$)
 9. ฉันได้เรียนรู้ทักษะที่จะสื่อสารกับคนอื่น ($M=5.8$)
 10. ฉันรู้สึกภูมิใจในตนเองมากขึ้นเมื่อได้ช่วยเหลือผู้อื่น ($M=5.9$)
 11. ฉันชื่นชมและแสดงพฤติกรรมตามอย่างผู้นำกลุ่ม ($M=5.9$)
 12. ฉันค้นพบและยอมรับบางส่วนของฉันที่ไม่เคยรู้/ไม่เคยยอมรับมาก่อน ($M=5.7$)
- เมื่อพิจารณาถึงข้อย่อยแต่ละปัจจัยที่สำคัญน้อยที่สุดต่อสมาชิกกลุ่มกิจกรรมบำบัด

มีดังต่อไปนี้

1. ฉันสามารถฝึกแก้ปัญหาของฉันกับสมาชิกบางคนภายในกลุ่ม ($M=5.7$)
2. ฉันตระหนักดีว่าฉันจะสนิทสนมกับผู้อื่นมากเพียงไร ในท้ายที่สุดฉันก็ต้องเผชิญชีวิตด้วยตนเอง ($M=5.6$)
3. ฉันสังเกตเห็นสมาชิกคนอื่นแก้ปัญหาของเขาที่คล้ายคลึงฉันได้สำเร็จ ($M=5.7$)
4. ฉันได้เรียนรู้ว่าคนอื่นก็มีพ่อแม่และญาติหลังที่ไม่ค่อยมีความสุขหรือสับสนวุ่นวายเหมือนกัน ($M=5.4$)
5. ฉันสามารถเล่าเรื่องที่น่าอับอายให้ผู้อื่นรู้และยังได้รับการยอมรับจากกลุ่ม ($M=5.5$)
6. สมาชิกในกลุ่มบอกฉันว่าฉันควรทำอะไร ($M=5.5$)
7. การอยู่ในกลุ่มเปรียบเสมือนการอยู่ในครอบครัว แต่ครั้งนี้เป็นครอบครัว (สมาชิกกลุ่ม) ที่ช่วยให้ฉันยอมรับและเข้าใจครอบครัวเดิมของฉันมากขึ้น ($M=5.4$)

8. ฉันสามารถแสดงความรู้สึกในด้านลบและด้านบวกต่อสมาชิกในกลุ่ม ($M=5.4$)
9. สมาชิกในกลุ่มชี้ให้เห็นถึงนิสัยหรือพฤติกรรมบางอย่างของฉันที่รบกวนผู้อื่น ($M=5.1$)
10. ฉันคิดช่วยเหลือผู้อื่นจนลืมเรื่องของตัวเอง ($M=4.9$)
11. ฉันนำรูปแบบหรือแนวทางการแสดงออกของสมาชิกกลุ่มบางคนมาเป็นแบบอย่างให้ตนเอง ($M=5.3$)
12. ฉันได้เรียนรู้ว่าการที่ฉันชอบหรือไม่ชอบใครบางคนนั้น อาจมาจากสาเหตุของประสบการณ์ในอดีตของฉันกับใครบางคนที่ยังคงค้างอยู่ในจิตใจของฉัน ($M=5.1$)

ตารางที่ 7

คะแนนการรับรู้ปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพการบำบัดของผู้ป่วยที่เข้ากลุ่มกิจกรรมบำบัด
(เรียงลำดับคะแนนเฉลี่ยสูงสุด-ต่ำสุด) ($n=53$)

ลำดับที่	ปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพการบำบัด	คะแนนเฉลี่ย $M \pm SD$	ค่าสูงสุด-ต่ำสุด	ข้อย่อยแต่ละปัจจัยที่มีคะแนนสูงสุด-ต่ำสุด (คะแนนเฉลี่ย)
1	การเรียนรู้ระหว่างบุคคลต่อสิ่งที่ได้รับจากกลุ่ม (interpersonal learning-output)	29.5 ± 4.3	17-35	1. ฉันได้เรียนรู้การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นผ่านการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม (6.2) 2. ฉันสามารถฝึกแก้ปัญหาของฉันกับสมาชิกบางคนภายในกลุ่ม (5.7)
2	สัจจะแห่งการดำรงอยู่ของชีวิต(existential factors)	29.3 ± 3.9	18-35	1. ฉันตระหนักดีว่าท้ายที่สุดแล้วคนเราไม่สามารถหนีความเจ็บปวดและความตายไปได้ (6.2) 2. ฉันตระหนักดีว่าฉันจะสนิทสนมกับผู้อื่นมากเพียงไร ในท้ายที่สุดฉันก็ต้องเผชิญชีวิตด้วยตนเอง (5.6)

ตารางที่ 7 (ต่อ)

ลำดับ ที่	ปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพ การบำบัด	คะแนนเฉลี่ย $M \pm SD$	ค่าสูงสุด -ต่ำสุด	ข้อย่อยแต่ละปัจจัยที่มีคะแนน สูงสุด-ต่ำสุด (คะแนนเฉลี่ย)
3	การเกิดความหวัง (installation of hope)	29.2 ± 4.2	16-35	1. เมื่อนั้นเห็นคนอื่นดีขึ้น ส่งผล ให้เกิดแรงบันดาลใจกับฉัน (6.0) 2. ฉันสังเกตเห็นสมาชิกคนอื่น แก้ปัญหาของเขาที่คล้ายคลึง ฉันได้สำเร็จ (5.7)
4	ความรู้สึกร่วม (universality)	29.0 ± 4.6	14-35	1. ฉันเรียนรู้ว่าฉันไม่แตกต่าง จากคนอื่น ซึ่งทำให้ฉันรู้สึกว่ ฉันก็เป็นมนุษย์ปุถุชนคนหนึ่ง (6.1) 2. ฉันได้เรียนรู้ว่าคนอื่นก็มีพ่อ แม่และภุมิหลังที่ไม่ค่อยมี ความสุขหรือสับสนวุ่นวาย เหมือนกัน (5.4)
5	ความรู้สึกร่วมกันภายในกลุ่ม (cohesiveness)	28.9 ± 4.3	18-35	1. ฉันได้รับการยอมรับและ เพื่อนเข้าใจในสิ่งที่ฉันเป็น (6.1) 2. ฉันสามารถเล่าเรื่องที่น่าอับ อายให้ผู้อื่นรู้และยังได้การ ยอมรับจากกลุ่ม (5.5)

ตารางที่ 7 (ต่อ)

ลำดับ ที่	ปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพ การบำบัด	คะแนนเฉลี่ย $M \pm SD$	ค่าสูงสุด -ต่ำสุด	ข้อย่อยแต่ละปัจจัยที่มีคะแนน สูงสุด-ต่ำสุด (คะแนนเฉลี่ย)
6	การแนะแนว (guidance)	28.8 ± 3.8	17-35	1.ฉันได้รับคำปรึกษา-แนะนำ จากสมาชิกที่ฉันสามารถ นำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้ เช่นการกินยา การดูแลสุขภาพ ของตัวเอง เป็นต้น (6.0) 2.สมาชิกในกลุ่มบอกฉันว่าฉัน ควรทำอะไร (5.5)
7	การทบทวนถึงประสบการณ์ จากครอบครัวเดิม (family re- enactment)	28.6 ± 4.9	8-35	1.การอยู่ในกลุ่มช่วยให้ฉัน เข้าใจว่าชีวิตของฉันเติบโตมา อย่างไร (5.9) 2.การอยู่ในกลุ่มเปรียบเสมือน การอยู่ในครอบครัว แต่ครั้งนี้ เป็นครอบครัว ที่ช่วยให้ฉัน ยอมรับและเข้าใจครอบครัว เดิมของฉันมากขึ้น (5.4)
8	การปลดปล่อยความรู้สึกที่ กดดัน (catharsis)	28.5 ± 5.0	12-35	1.ฉันสามารถพูดถึงสิ่งที่ รบกวนจิตใจฉันแทนที่จะเก็บงำ เอาไว้ (5.8) 2.ฉันสามารถแสดงความรู้สึก ในด้านลบและด้านบวกต่อ สมาชิกในกลุ่ม (5.4)

ตารางที่ 7 (ต่อ)

ลำดับ ที่	ปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพ การบำบัด	คะแนนเฉลี่ย $M \pm SD$	ค่าสูงสุด -ต่ำสุด	ข้อย่อยแต่ละปัจจัยที่มีคะแนน สูงสุด-ต่ำสุด (คะแนนเฉลี่ย)
9	การเรียนรู้ระหว่างบุคคลต่อ สิ่งที่เกิดขึ้นในกลุ่ม (interpersonal learning- input)	28.2 ± 4.4	17-35	1.ฉันได้เรียนรู้ทักษะที่จะ สื่อสารกับคนอื่น (5.8) 2.สมาชิกในกลุ่มชี้ให้เห็นถึง นิสัยหรือพฤติกรรมบางอย่าง ของฉันที่รบกวนผู้อื่น (5.1)
10	การเป็นผู้มีจิตใจเอื้ออาทรต่อ ผู้อื่น (altruism)	27.9 ± 5.0	11-35	1.ฉันรู้สึกภูมิใจในตนเองมาก ขึ้นเมื่อได้ช่วยเหลือผู้อื่น (5.9) 2.ฉันคิดช่วยเหลือผู้อื่นจนลืม เรื่องของตนเอง (4.9)
11	พฤติกรรมการเลียนแบบ (identification)	27.7 ± 4.6	16-35	1.ฉันชื่นชมและแสดง พฤติกรรมตามผู้นำกลุ่ม (5.9) 2.ฉันนำรูปแบบหรือแนว ทางการแสดงออกของสมาชิก กลุ่มบางคนมาเป็นแบบอย่าง ให้ตนเอง (5.3)
12	ความเข้าใจตนเอง (self-understanding)	27.2 ± 4.8	13-35	1.ฉันค้นพบและยอมรับ บางส่วนของฉันที่ไม่เคยรู้ หรือไม่เคยยอมรับมาก่อน(5.7) 2.ฉันได้เรียนรู้ว่าการที่ฉันชอบ หรือไม่ชอบใครบางคนนั้น อาจมาจากสาเหตุของ ประสบการณ์ในอดีตของฉัน กับใครบางคนที่ยังคงค้างอยู่ใน จิตใจของฉัน (5.1)

ตอนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพการบำบัดกับเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ชนิดของโรคจิตเวช ระดับความรุนแรงของโรค และความถี่ของการเข้ากลุ่ม

เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพการบำบัดกับเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ชนิดของโรคจิตเวช ระดับความรุนแรงของโรค และความถี่ของการเข้ากลุ่ม โดยใช้สถิติ *t*-test และ *F*-test ผลการวิเคราะห์ปรากฏดังตารางที่ 8-14

ตารางที่ 8

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพการบำบัดกับเพศ (*n*=53)

ปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพการบำบัด	ชาย		หญิง		<i>t</i> (51)	<i>p</i> -value
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
การเรียนรู้ระหว่างบุคคลต่อสิ่งที่เกิดขึ้นในกลุ่ม	28.8	4.8	27.9	4.1	0.67	.50
การเรียนรู้ระหว่างบุคคลต่อสิ่งที่ได้รับจากกลุ่ม	29.7	4.8	29.4	4.0	0.28	.78
การปลดปล่อยความรู้สึกที่กีดกัน	28.1	5.6	28.8	4.7	-0.45	.65
ความรู้สึกผูกพันภายในกลุ่ม	28.8	4.5	28.9	4.2	-0.06	.95
ความเข้าใจตนเอง	28.1	5.2	26.7	4.6	1.03	.30
สัจจะแห่งการดำรงอยู่ของชีวิต	29.6	4.0	29.1	3.9	0.43	.67
ความรู้สึกโดยรวม	28.8	4.9	29.1	4.4	-0.20	.84

ตารางที่ 8 (ต่อ)

ปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพ การบำบัด	ชาย		หญิง		<i>t</i> (51)	<i>p</i> -value
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
การเกิดความหวัง	29.5	4.8	29.0	3.8	0.44	.66
การเป็นผู้มีจิตใจเอื้ออาทรต่อ ผู้อื่น	28.8	3.7	27.3	5.6	1.03	.30
การทบทวนถึงประสบการณ์ จากครอบครัวเดิม	29.2	5.1	28.3	4.8	0.63	.53
การแนะนำ	28.8	4.3	28.9	3.4	-0.11	.91
พฤติกรรมการเล่นแบบ	27.6	5.2	27.8	4.2	-0.14	.89

จากตารางที่ 8 พบว่า ผู้ป่วยเพศชายและหญิงมีการรับรู้ปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพบำบัดในการเข้ากลุ่มกิจกรรมบำบัดทั้ง 12 ปัจจัยไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p > .05$) นั้นแสดงว่าตัวแปรเพศไม่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพการบำบัด

ตารางที่ 9

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพการบำบัดกับกลุ่มอายุ ($n=53$)

ปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพ การบำบัด	แหล่ง	<i>df</i>	<i>SS</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	<i>p</i> -value
การเรียนรู้ระหว่างบุคคลต่อสิ่ง ที่เกิดขึ้นในกลุ่ม	ภายในกลุ่ม	2	38.9	19.4	1.02	.37
	ระหว่างกลุ่ม	50	954.9	19.1		
	รวม	52	993.8			

ตารางที่ 9 (ต่อ)

ปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพ การบำบัด	แหล่ง	<i>df</i>	<i>SS</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	<i>p-value</i>
การเรียนรู้ระหว่างบุคคลต่อสิ่ง ที่ได้รับจากกลุ่ม	ภายในกลุ่ม	2	6.6	3.3	0.17	.84
	ระหว่างกลุ่ม	50	944.7	18.9		
	รวม	52	951.3			
การปลดปล่อยความรู้สึกที่ กดคั้น	ภายในกลุ่ม	2	22.4	11.2	0.43	.65
	ระหว่างกลุ่ม	50	1312.8	26.2		
	รวม	52	1335.2			
ความรู้สึกผูกพันภายในกลุ่ม	ภายในกลุ่ม	2	9.8	4.8	0.26	.77
	ระหว่างกลุ่ม	50	941.6	18.8		
	รวม	52	951.4			
ความเข้าใจตนเอง	ภายในกลุ่ม	2	31.1	15.5	0.66	.52
	ระหว่างกลุ่ม	50	1183.0	23.6		
	รวม	52	1214.1			
สัจจะแห่งการดำรงอยู่ของชีวิต	ภายในกลุ่ม	2	15.6	7.8	0.49	.61
	ระหว่างกลุ่ม	50	796.7	15.9		
	รวม	52	812.3			
ความรู้สึกร่วม	ภายในกลุ่ม	2	11.6	5.7	0.27	.77
	ระหว่างกลุ่ม	50	1076.4	21.5		
	รวม	52	1088.0			
การเกิดความหวัง	ภายในกลุ่ม	2	15.4	7.7	0.43	.65
	ระหว่างกลุ่ม	50	884.7	17.7		
	รวม	52	900.1			

ตารางที่ 9 (ต่อ)

ปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพ การบำบัด	แหล่ง	<i>df</i>	<i>SS</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	<i>p</i> -value
การเป็นผู้มีจิตใจเอื้ออาทรต่อ ผู้อื่น	ภายในกลุ่ม	2	56.8	28.4	1.13	.33
	ระหว่างกลุ่ม	50	1256.5	25.1		
	รวม	52	1313.3			
การทบทวนถึงประสบการณ์ จากครอบครัวเดิม	ภายในกลุ่ม	2	27.6	13.8	0.57	.56
	ระหว่างกลุ่ม	50	1209.2	24.2		
	รวม	52	1236.8			
การแนะแนว	ภายในกลุ่ม	2	13.6	6.8	0.47	.63
	ระหว่างกลุ่ม	50	722.5	14.4		
	รวม	52	736.1			
พฤติกรรมการเล่นแบบ	ภายในกลุ่ม	2	12.6	6.3	0.29	.75
	ระหว่างกลุ่ม	50	1084.6	21.7		
	รวม	52	1097.2			

จากตารางที่ 9 พบว่า ผู้ป่วยในแต่ละช่วงอายุ (น้อยกว่า 30 ปี 30-50 ปี และมากกว่า 50 ปี) มีการรับรู้ปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพบำบัดในการเข้ากลุ่มกิจกรรมบำบัดทั้ง 12 ปัจจัยไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p > .05$) แสดงว่าตัวแปรอายุไม่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพการบำบัด

ตารางที่ 10

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพการบำบัดกับสถานภาพสมรส ($n=53$)

ปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพ การบำบัด	โสด/หม้าย		อยู่ด้วยกัน		$t(51)$	p -value
	M	SD	M	SD		
การเรียนรู้ระหว่างบุคคลต่อสิ่งที่ เกิดขึ้นในกลุ่ม	28.4	4.3	27.6	4.7	0.52	.61
การเรียนรู้ระหว่างบุคคลต่อสิ่งที่ ได้รับจากกลุ่ม	29.4	4.1	30.0	4.8	-0.45	.65
การปลดปล่อยความรู้สึกที่ กีดกัน	28.4	5.0	29.0	5.4	-0.36	.72
ความรู้สึกผูกพันภายในกลุ่ม	28.8	4.3	28.9	4.1	-0.03	.98
ความเข้าใจตนเอง	27.1	5.0	27.4	4.2	-0.18	.85
สัจจะแห่งการดำรงอยู่ของชีวิต	29.0	4.2	30.0	2.9	-0.73	.46
ความรู้สึกร่วม	28.8	4.6	29.4	4.5	-0.39	.69
การเกิดความหวัง	29.0	4.1	29.6	4.5	-0.37	.71
การเป็นผู้มีจิตใจเอื้ออาทรต่อ ผู้อื่น	27.3	5.4	29.8	2.5	-2.25	.03*
การทบทวนถึงประสบการณ์ จากครอบครัวเดิม	28.7	4.7	28.2	5.4	0.33	.73

ตารางที่ 10 (ต่อ)

ปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพ การบำบัด	โศด/หม้าย		คู่อยู่ด้วยกัน		<i>t</i> (51)	<i>p</i> -value
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
การแนะแนว	29.0	3.6	28.3	4.3	0.55	.58
พฤติกรรมเปลี่ยนแบบ	27.4	4.6	28.6	4.5	-0.82	.41

**p*-value < 0.05

จากตารางที่ 10 พบว่า ผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสเป็นคู่สมรสที่อยู่ด้วยกัน มีการรับรู้ปัจจัยการเป็นผู้มีจิตใจเอื้ออาทรต่อผู้อื่นสูงกว่าผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสโศดและหม้ายอย่างมีนัยสำคัญ ($p=.03$) ส่วนความสัมพันธ์กับปัจจัยด้านอื่นๆ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

ตารางที่ 11

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพการบำบัดกับระดับการศึกษา ($n=53$)

ปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพ การบำบัด	มัธยมศึกษา และต่ำกว่า		อนุปริญญา/ ปริญญาตรี		<i>t</i> (51)	<i>p</i> -value
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
การเรียนรู้ระหว่างบุคคลต่อสิ่งที่ เกิดขึ้นในกลุ่ม	27.5	3.6	28.8	5.1	-0.87	.38
การเรียนรู้ระหว่างบุคคลต่อสิ่งที่ ได้รับจากกลุ่ม	29.1	4.2	29.9	4.3	-0.65	.51
การปลดปล่อยความรู้สึกที่ กอดัน	28.5	3.9	28.6	6.2	-0.04	.96

ตารางที่ 11 (ต่อ)

ปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพ การบำบัด	มัธยมศึกษา และต่ำกว่า		อนุปริญญา/ ปริญญาตรี		<i>t</i> (51)	<i>p</i> -value
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
ความรู้สึกผูกพันภายในกลุ่ม	28.6	3.9	29.2	4.7	-0.50	.61
ความเข้าใจตนเอง	27.0	4.8	27.4	4.9	-0.29	.76
สัจจะแห่งการดำรงอยู่ของชีวิต	28.5	4.2	30.1	3.5	-1.43	.15
ความรู้สึกโกรธ	28.6	4.1	29.3	5.1	-0.59	.55
การเกิดความหวัง	28.7	3.7	29.6	4.6	-0.80	.42
การเป็นผู้มีจิตใจเอื้ออาทรต่อ ผู้อื่น	27.8	4.8	28.0	5.3	-0.15	.87
การทบทวนถึงประสบการณ์ จากครอบครัวเดิม	29.1	3.0	28.0	6.3	0.82	.41
การแนะนำ	28.6	2.6	29.2	4.7	-0.60	.54
พฤติกรรมการเลียนแบบ	27.5	3.9	27.8	5.3	-0.21	.83

จากตารางที่ 11 พบว่า ผู้ป่วยที่มีการศึกษาระดับมัธยมและต่ำกว่ากับระดับอนุปริญญาและปริญญาตรีมีการรับรู้ปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพบำบัดในการเข้ากลุ่มกิจกรรมบำบัดทั้ง 12 ปัจจัยไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p > .05$) แสดงว่าตัวแปรระดับการศึกษาไม่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพการบำบัด

ตารางที่ 12

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพการบำบัดกับชนิดของโรคจิตเวช (n=53)

ปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพการบำบัด	แหล่ง	df	SS	MS	F	p-value
การเรียนรู้ระหว่างบุคคลต่อสิ่ง ที่เกิดขึ้นในกลุ่ม	ภายในกลุ่ม	2	0.7	0.3	0.02	.98
	ระหว่างกลุ่ม	50	993.1	19.8		
	รวม	52	993.8			
การเรียนรู้ระหว่างบุคคลต่อสิ่ง ที่ได้รับจากกลุ่ม	ภายในกลุ่ม	2	3.4	1.7	0.09	.91
	ระหว่างกลุ่ม	50	947.8	18.9		
	รวม	52	951.2			
การปลดปล่อยความรู้สึกที่ กอดัน	ภายในกลุ่ม	2	3.8	1.9	0.07	.93
	ระหว่างกลุ่ม	50	1331.5	26.6		
	รวม	52	1335.3			
ความรู้สึกผูกพันภายในกลุ่ม	ภายในกลุ่ม	2	2.6	1.3	0.07	.93
	ระหว่างกลุ่ม	50	948.7	18.9		
	รวม	52	951.3			
ความเข้าใจตนเอง	ภายในกลุ่ม	2	12	5.9	0.25	.78
	ระหว่างกลุ่ม	50	1202	24.0		
	รวม	52	1214			
สัจจะแห่งการดำรงอยู่ของชีวิต	ภายในกลุ่ม	2	10.5	5.2	0.32	.72
	ระหว่างกลุ่ม	50	801.8	16.0		
	รวม	52	812.3			

ตารางที่ 12 (ต่อ)

ปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพ การบำบัด	แหล่ง	<i>df</i>	<i>SS</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	<i>p</i> -value
ความรู้สึกร่วม	ภายในกลุ่ม	2	11.3	5.6	0.26	.77
	ระหว่างกลุ่ม	50	1076.6	21.5		
	รวม	52	1087.9			
การเกิดความหวัง	ภายในกลุ่ม	2	24.4	12.2	0.69	.50
	ระหว่างกลุ่ม	50	875.7	17.5		
	รวม	52	900.1			
การเป็นผู้มีจิตใจเอื้ออาทรต่อ ผู้อื่น	ภายในกลุ่ม	2	50.9	25.4	1.09	.37
	ระหว่างกลุ่ม	50	1262.4	25.2		
	รวม	52	1313.3			
การทบทวนถึงประสบการณ์ จากครอบครัวเดิม	ภายในกลุ่ม	2	0.5	0.3	0.01	.98
	ระหว่างกลุ่ม	50	1236.3	24.7		
	รวม	52	1236.8			
การแนะนำ	ภายในกลุ่ม	2	4.2	2.1	0.14	.86
	ระหว่างกลุ่ม	50	731.8	14.6		
	รวม	52	736.0			
พฤติกรรมการเล่นแบบ	ภายในกลุ่ม	2	46.7	23.4	1.11	.33
	ระหว่างกลุ่ม	50	1050.4	21.0		
	รวม	52	1097.1			

จากตารางที่ 12 พบว่า ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวจิตเวชที่แตกต่างกัน มีการรับรู้ปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพบำบัดในการเข้ากลุ่มกิจกรรมบำบัดทั้ง 12 ปัจจัยไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p >$

.05) แสดงว่าตัวแปรชนิดของโรคจิตเวชไม่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพการบำบัด

ตารางที่ 13

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพการบำบัดกับระดับความรุนแรงของโรค ($n=53$)

ปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพการบำบัด	น้อยที่สุด/น้อย		ปานกลาง/มาก		$t(51)$	p -value
	M	SD	M	SD		
การเรียนรู้ระหว่างบุคคลต่อสิ่งที่เกิดขึ้นในกลุ่ม	28.0	4.3	28.5	4.4	-0.38	.70
การเรียนรู้ระหว่างบุคคลต่อสิ่งที่ได้รับจากกลุ่ม	29.6	4.5	29.3	4.0	0.21	.84
การปลดปล่อยความรู้สึกที่กีดกัน	29.0	5.3	27.9	4.7	0.74	.46
ความรู้สึกผูกพันภายในกลุ่ม	28.6	4.4	29.2	4.1	-0.56	.58
ความเข้าใจตนเอง	26.7	5.4	27.7	4.1	-0.71	.48
สัจจะแห่งการดำรงอยู่ของชีวิต	28.6	4.5	30.1	3.1	-1.38	.17
ความรู้สึกร่วม	29.1	4.7	28.8	4.4	0.18	.85
การเกิดความหวัง	29.1	4.5	29.3	3.8	-0.09	.92

ตารางที่ 13 (ต่อ)

ปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพ การบำบัด	น้อยที่สุด/น้อย		ปานกลาง/มาก		<i>t</i> (51)	<i>p</i> -value
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
การทบทวนถึงประสบการณ์ จากครอบครัวเดิม	28.8	5.4	28.4	4.3	0.28	.78
การแนะนำ	29.7	3.7	27.9	3.6	1.78	.08
พฤติกรรมการเล่นแบบ	27.7	5.0	27.7	4.4	0.04	.96

จากตารางที่ 13 พบว่า ผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของโรคแตกต่างกัน มีการรับรู้ปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพบำบัดในการเข้ากลุ่มกิจกรรมบำบัดทั้ง 12 ปัจจัยไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p > .05$) แสดงว่าตัวแปรระดับความรุนแรงของโรคไม่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพการบำบัด

ตารางที่ 14

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพการบำบัดกับความถี่ของการเข้ากลุ่ม ($n=53$)

ปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพ การบำบัด	น้อยกว่า 13 ครั้ง		13 ครั้งขึ้นไป		<i>t</i> (51)	<i>p</i> -value
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
การเรียนรู้ระหว่างบุคคลต่อสิ่งที่ เกิดขึ้นในกลุ่ม	27.7	4.0	29.2	4.9	-1.17	.24
การเรียนรู้ระหว่างบุคคลต่อสิ่งที่ ได้รับจากกลุ่ม	28.9	3.8	30.6	4.9	-1.35	.18

ตารางที่ 14 (ต่อ)

ปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพ การบำบัด	น้อยกว่า 13 ครั้ง		13 ครั้งขึ้นไป		<i>t</i> (51)	<i>p</i> -value
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
การปลดปล่อยความรู้สึกที่ กอดคั่น	27.7	5.1	30.2	4.7	-1.72	.09
ความรู้สึกผูกพันภายในกลุ่ม	27.9	4.1	30.7	4.1	-2.33	.02*
ความเข้าใจตนเอง	26.7	3.9	28.1	6.2	-0.99	.32
สัจจะแห่งการดำรงอยู่ของชีวิต	29.0	3.4	29.6	4.8	-0.53	.59
ความรู้สึกร่วม	28.1	4.8	30.6	3.4	-1.93	.05*
การเกิดความหวัง	28.7	4.2	30.0	3.9	-1.02	.31
การเป็นผู้มีจิตใจเอื้ออาทรต่อ ผู้อื่น	27.4	4.6	28.2	5.9	-0.29	.77
การทบทวนถึงประสบการณ์ จากครอบครัวเดิม	27.8	5.3	30.1	3.7	-1.59	.11
การแนะนำ	28.2	3.9	30.0	3.1	-1.59	.12
พฤติกรรมการเล่นแบบ	27.9	4.0	27.3	5.6	0.47	.64

**p*-value < 0.05

จากตารางที่ 14 พบว่า ผู้ป่วยที่เข้ากลุ่มกิจกรรมบำบัดตั้งแต่ 13 ครั้งขึ้นไป มีการรับรู้ปัจจัยความรู้สึกผูกพันภายในกลุ่มและปัจจัยความรู้สึกร่วมสูงกว่าผู้ป่วยที่เข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมบำบัดน้อยกว่า 13 ครั้ง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.02$ และ $p=.05$ ตามลำดับ) ส่วน

ความสัมพันธ์กับปัจจัยด้านอื่นๆ ถึงแม้จะมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าแต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ($p > .05$) เห็นได้ว่าตัวแปรความถี่ของการเข้ากลุ่มกิจกรรมบำบัดมีอิทธิพลต่อการรับรู้ปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพการบำบัด

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับของปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพการบำบัดของผู้ป่วยนอกจิตเวชที่เข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมบำบัด และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ชนิดของโรคจิตเวช ระดับความรุนแรงของโรค และความถี่ของการเข้ากลุ่มกับคะแนนปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพการบำบัด ในอาสาสมัครผู้ป่วยจิตเวชที่เข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมบำบัดระหว่างเดือนธันวาคม 2556 ถึงเดือนมีนาคม 2557 จำนวน 53 ราย เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามแบบประเมินตนเองที่ประกอบด้วยแบบสำรวจข้อมูลส่วนบุคคลและแบบสำรวจการรับรู้ปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพการบำบัด 60 ข้อย่อยของยาโลม ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ามาเข้ากลุ่มกิจกรรมบำบัดหลังจากเสร็จสิ้นการทำกิจกรรมในแต่ละวัน หากผู้ป่วยยินดีให้ความร่วมมือ ผู้วิจัยจึงแจกแบบสอบถามที่ผู้วิจัยเตรียมไว้ให้กับผู้ป่วย จากนั้นชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย อธิบายและทำความเข้าใจข้อคำถามต่างๆ และพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย ผู้วิจัยอ่านข้อคำถามแต่ละข้อ ให้ผู้ป่วยตอบจนครบทุกข้อพร้อมทั้งสังเกตพฤติกรรมการตอบของผู้ป่วยร่วมด้วย จากนั้นผู้วิจัยเก็บรวบรวมกลับทันทีพร้อมกับใบยินยอมขอใช้ข้อมูล (inform consent) และการศึกษานี้ผ่านการพิจารณาอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เมื่อวันที่ 11 พฤศจิกายน 2556 (เลขที่ 56-476-03-9) ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลและนำไปวิเคราะห์ข้อมูล เมื่อได้ผลการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยนำผลที่ได้มาอภิปรายร่วมกับผู้ปฏิบัติงานกลุ่มกิจกรรมบำบัดเพื่อหาแนวทางปรับปรุงและพัฒนาการทำกลุ่มต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยใช้โปรแกรม R โดยวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป พฤติกรรมการเข้ากลุ่มกิจกรรมบำบัด และคะแนนการรับรู้ปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพการบำบัด ใช้สถิติพรรณานำเสนอข้อมูลในรูปแบบของความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

แสดงลำดับการรับรู้ปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพการบำบัดของผู้ป่วยที่เข้ากลุ่มกิจกรรมบำบัด

เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนการรับรู้ปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพการบำบัดของผู้ป่วยกับตัวแปรที่ศึกษาด้วยสถิติทดสอบความแตกต่างค่าที (t -test) ในกรณีการเปรียบเทียบของกลุ่ม 2 กลุ่ม และจะใช้สถิติทดสอบหาความแตกต่างค่าเอฟ (F -test) หรือการ

ทดสอบความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) สำหรับการทดสอบค่าเฉลี่ยตัวแปรมากกว่า 2 กลุ่มขึ้นไป

ผู้ป่วยจิตเวชที่เข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมบำบัดมีจำนวนทั้งสิ้น 53 ราย เป็นเพศชาย 19 ราย (ร้อยละ 35.8) เพศหญิง 34 ราย (ร้อยละ 64.2) มีอายุเฉลี่ย 41.2 ปี ($SD=13.4$) ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 30-50 ปี (ร้อยละ 49.1) สถานภาพการสมรสเป็นโสด 37 ราย (ร้อยละ 69.8) ผู้ป่วยเกือบครึ่งจบการศึกษาระดับอนุปริญญาและปริญญาตรี (ร้อยละ 47.2) ผู้ป่วยไม่มีโรคประจำตัวทางกาย จำนวน 46 ราย (ร้อยละ 86.8) ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยโรคจิตเภท และโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว (ร้อยละ 43.4 เท่ากัน) ผู้ป่วยประเมินตนเองว่ามีความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับปานกลาง 21 ราย (ร้อยละ 54.7) โดยมีพ่อแม่เป็นผู้ดูแลหลัก 23 ราย (ร้อยละ 43.4) ผู้ป่วยเข้ากลุ่มกิจกรรมบำบัดเป็นครั้งแรก จำนวน 11 ราย (ร้อยละ 20.8) จำนวนครั้งที่เข้าร่วมโดยเฉลี่ย 18.9 ครั้ง ($SD=25.3$)

การรับรู้ปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพการบำบัดที่ผู้ป่วยมีประสบการณ์สูงสุด 5 อันดับแรก คือ การเรียนรู้ระหว่างบุคคลต่อสิ่งที่ได้รับจากกลุ่ม (interpersonal learning-output) คะแนนเฉลี่ย 29.5 ($SD=4.3$) ปัจจัยแห่งการดำรงอยู่ของชีวิต (existential factors) คะแนนเฉลี่ย 29.3 ($SD=3.9$) การเกิดความหวัง (installation of hope) คะแนนเฉลี่ย 29.2 ($SD=4.2$) ความรู้สึกทั่วรวม (universality) คะแนนเฉลี่ย 29.0 ($SD=4.6$) และความรู้สึกผูกพันภายในกลุ่ม (cohesiveness) คะแนนเฉลี่ย 28.9 ($SD=4.3$) และปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพการบำบัดที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ความเข้าใจในตนเอง (self-understanding) คะแนนเฉลี่ย 27.2 ($SD=4.8$)

เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพการบำบัดกับเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ชนิดของโรคจิตเวช ระดับความรุนแรงของโรค และความถี่ของการเข้ากลุ่ม โดยใช้สถิติ t -test และ F -test พบว่าคะแนนเฉลี่ยการเรียนรู้ปัจจัยการเป็นผู้มีจิตใจเอื้ออาทรต่อผู้อื่นของผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสเป็นคู่สมรสที่อยู่ด้วยกันสูงกว่าผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสโสด/หม้ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.03$) และผู้ป่วยที่เข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมบำบัด 13 ครั้งขึ้นไปมีคะแนนเฉลี่ยการเรียนรู้ปัจจัยความรู้สึกผูกพันภายในกลุ่มและปัจจัยความรู้สึกทั่วรวมสูงกว่าผู้ป่วยที่เข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมบำบัดน้อยกว่า 13 ครั้งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.02$ และ $p=.05$ ตามลำดับ) ส่วนตัวแปรอื่นๆไม่มีความสัมพันธ์กับปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญ ($p>.05$)

การอภิปรายผล

การทำกลุ่มกิจกรรมบำบัดให้เกิดประสิทธิภพนั้นมื่อองค์ประกอบสองส่วนสำคัญ คือ เนื้อหาและกระบวนการ โดยเนื้อหาได้แก่ คำพูดต่างๆหรือประเด็นในการอภิปรายที่พูดคุยกัน

ในกลุ่ม ส่วนกระบวนการนั้นได้แก่ ปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างสมาชิกในกลุ่ม (Yalom, 1995) โดยผู้นำกลุ่มจะเอื้อให้เกิดขึ้น ผู้ป่วยที่เข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมบำบัดจะเกิดการเปลี่ยนแปลงภายในตัว ผู้ป่วยผ่านปฏิสัมพันธ์ภายในกลุ่ม ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ใน 3 ประเด็น ได้แก่ การเรียนรู้สัมพันธภาพระหว่างบุคคล เกิดการแก้ไขประสบการณ์ทางอารมณ์ และการเข้ากลุ่มเปรียบเสมือนสังคมจำลอง กลไกของกลุ่มทำให้เกิดปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพการบำบัด (therapeutic factors) ซึ่งยาโลมพบว่าปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพการบำบัดที่เกิดขึ้นมี 12 ปัจจัยได้แก่

1. การเรียนรู้ระหว่างบุคคลต่อสิ่งที่เกิดขึ้นภายในกลุ่ม (interpersonal learning-input)
2. การเรียนรู้ระหว่างบุคคลต่อสิ่งที่ได้รับจากกลุ่ม (interpersonal learning-output)
3. การปลดปล่อยความรู้สึกที่กดดัน (catharsis)
4. ความรู้สึกผูกพันภายในกลุ่ม (cohesiveness)
5. ความเข้าใจตนเอง (self-understanding)
6. ปัจจัยแห่งการดำรงอยู่ของชีวิต (existential factors)
7. ความรู้สึกร่วม (universality)
8. การเกิดความหวัง (installation of hope)
9. การเป็นผู้มีจิตใจเอื้ออาทรต่อผู้อื่น (altruism)
10. การทบทวนถึงประสบการณ์จากครอบครัวเดิม (family re-enactment)
11. การแนะแนว (guidance)
12. พฤติกรรมการเลียนแบบ (identification)

ในศึกษานี้พบว่าคะแนนการรับรู้ปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพการบำบัดของการเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมบำบัด โดยเรียงลำดับจากปัจจัยที่มีคะแนนสูงสุดไปต่ำสุด พร้อมทั้งได้อธิบายข้อย่อยของแต่ละปัจจัยได้ดังนี้

1) การเรียนรู้ระหว่างบุคคลต่อสิ่งที่ได้รับจากกลุ่ม (interpersonal learning-output) ประกอบด้วยข้อย่อยดังนี้

1.1) กลุ่มให้โอกาสฉันได้เรียนรู้วิธีการเข้าไปมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น (M=6.2)

1.2) ฉันได้พัฒนาทักษะในการสร้างความสัมพันธ์กับคนอื่น (M=6.0)

1.3) ฉันได้เรียนรู้เกี่ยวกับวิธีที่ใช้ในการสร้างความสัมพันธ์กับสมาชิกในกลุ่ม (M=5.8)

1.4) ฉันมีความรู้สึกไว้วางใจต่อกลุ่มและคนอื่น ๆ มาก (M=5.8)

1.5) ฉันสามารถฝึกแก้ปัญหาของฉันกับสมาชิกบางคนภายในกลุ่ม

($M=5.6$)

จากผลข้างต้นเห็นได้ว่าแต่ละข้อย่อยมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 6.2-5.6 จัดเป็นระดับคะแนนมาก เมื่อนำไปอภิปรายเพิ่มเติมกับผู้ปฏิบัติงานกลุ่มกิจกรรมบำบัดสรุปได้ว่ากลุ่มกิจกรรมบำบัดเป็นสังคมจำลองให้ผู้ป่วยได้พัฒนาตัวเองให้เกิดพฤติกรรมใหม่ๆที่เหมาะสม มีทักษะในการสร้างสัมพันธภาพทางสังคมเพิ่มขึ้น เรียนรู้ที่จะเข้าใจความรู้สึกของผู้อื่น ซึ่งมีประโยชน์ต่อผู้ป่วยเมื่อนำไปใช้กับสังคมภายนอก จะเห็นได้ว่าปัจจัยนี้เน้นด้านพฤติกรรมเพื่อนำไปสู่ปัจจัยอื่นๆต่อไป

2) ปัจจัยแห่งการดำรงอยู่ของชีวิต (existential factors) ประกอบด้วยข้อย่อยดังนี้

2.1) ฉันตระหนักดีว่า ท้ายที่สุดแล้วคนเราไม่สามารถหนีความเจ็บปวดและความตายไปได้ ($M=6.2$)

2.2) ฉันเรียนรู้ว่าในที่สุดฉันต้องรับผิดชอบต่อชีวิตของตนเอง ไม่ว่าจะมีความใคร่คอยแนะนำหรือได้รับการประคับประคองจากคนอื่นๆ ก็ตาม ($M=6.0$)

2.3) ฉันตระหนักดีว่า ชีวิตในบางครั้งก็มีการเอาใจเอาเปรียบและขาดความยุติธรรม ($M=5.7$)

2.4) ฉันเข้าใจการเผชิญกับปัญหาพื้นฐานของชีวิตคือ การมีชีวิตและการตาย ดังนั้นทำให้ฉันใช้ชีวิตด้วยความซื่อสัตย์และรู้จักปล่อยวาง ($M=5.7$)

2.5) ฉันตระหนักดีว่า ฉันจะสนิทสนมกับคนอื่นมากเพียงไร ในท้ายที่สุดฉันก็ต้องเผชิญชีวิตด้วยตนเอง ($M=5.5$)

แต่ละข้อย่อยมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 6.2-5.5 จัดเป็นระดับคะแนนมาก เมื่ออภิปรายเพิ่มเติมกับผู้ปฏิบัติงานกลุ่มกิจกรรมบำบัด สรุปได้ว่าการที่ผู้ป่วยเข้าใจและเรียนรู้ว่าความเป็นจริงของชีวิตเป็นอย่างไรจากการฟังประสบการณ์ของผู้ป่วยคนอื่นๆในกลุ่ม อีกทั้งการเข้ากลุ่มทำให้ผู้ป่วยได้ตระหนักถึงปัญหาบางอย่าง เข้าใจธรรมชาติของชีวิตว่าบางครั้งก็ผิดหวัง ทุกสิ่งทุกอย่างมีการเปลี่ยนแปลง มีการแยกจากกัน ปัญหาบางอย่างคนอื่นสามารถช่วยได้ แต่บางอย่างเราต้องเผชิญด้วยตนเองและถ้าแก้ปัญหาไม่ได้ก็ต้องปล่อยไป ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตและผ่านอุปสรรคต่างๆได้ เกิดความเชื่อมั่นและมีความพอใจในตนเอง ทำให้ความรู้สึกต่ำต้อย เสียใจ ท้อถอยกับชีวิตตนเองลดลงหรือหมดไป ผู้ป่วยจะใช้ชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุข ซึ่งปัจจัยนี้เน้นด้านอารมณ์ความรู้สึกของผู้ป่วย

3) การเกิดความหวัง (installation of hope) ประกอบด้วยข้อย่อยดังนี้

3.1) เมื่อนฉันเห็นคนอื่นดีขึ้นส่งผลให้เกิดแรงบันดาลใจกับฉัน ($M=5.9$)

3.2) เมื่อนั้นเห็นว่าคุณสามารถแก้ปัญหาแบบที่ฉันมีให้กับสมาชิกคนอื่นได้ทำให้ฉันเกิดกำลังใจ ($M=5.8$)

3.3) การสังเกตเห็นสมาชิกในกลุ่มที่มีการพัฒนาการที่ดีขึ้นช่วยให้ฉันเกิดกำลังใจ ($M=5.8$)

3.4) ฉันทราบว่าสมาชิกคนอื่นๆ แก้ไขปัญหาของเขาที่คล้ายคลึงกับฉันได้สำเร็จ ($M=5.8$)

3.5) ฉันสังเกตเห็นสมาชิกคนอื่นแก้ปัญหาของเขาที่คล้ายคลึงกับฉันได้สำเร็จ ($M=5.7$)

แต่ละข้อย่อยมีคะแนนระหว่าง 5.9-5.7 จัดเป็นระดับคะแนนมาก จากการอภิปรายร่วมกันของผู้ปฏิบัติงานกลุ่มกิจกรรมบำบัดสรุปได้ว่าเป็นการสร้างแรงบันดาลใจให้กับผู้ป่วย โดยผ่านสมาชิกในกลุ่มที่มีปัญหาคล้ายกันว่าสามารถผ่านปัญหานั้นไปได้ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกว่าชีวิตมีความหมายมากขึ้น มองโลกในแง่ดี เชื่อว่าตนเองจะทำได้และเกิดความหวังใหม่ขึ้นมา ทำให้มีกำลังใจในการต่อสู้ต่อไป

4) ความรู้สึกร่วม (universality) ประกอบด้วยข้อย่อยดังนี้

4.1) ฉันเรียนรู้ว่าฉันไม่แตกต่างจากคนอื่น ซึ่งทำให้ฉันรู้สึกว่าฉันก็เป็นมนุษย์ปุถุชนคนหนึ่ง ($M=6.1$)

4.2) ฉันมองเห็นว่าฉันก็มีดีเหมือนคนอื่น ($M=5.9$)

4.3) ฉันเรียนรู้ว่าไม่ใช่ฉันคนเดียวที่มีปัญหา แต่สมาชิกคนอื่นๆ มีปัญหาด้วยเช่นกัน “เราอยู่เรือลำเดียวกัน” ($M=5.7$)

4.4) ฉันได้เรียนรู้ว่าคนอื่นก็มีความคิด ความรู้สึกที่ไม่ดีเหมือนที่ฉันมี ($M=5.7$)

4.5) ฉันได้เรียนรู้ว่าคนอื่นก็มีพ่อแม่และญาติพี่น้องที่ไม่ค่อยมีความสุขหรือสับสนวุ่นวายเหมือนฉัน ($M=5.4$)

แต่ละข้อย่อยมีคะแนนระหว่าง 6.1-5.4 จัดเป็นระดับคะแนนมาก จากการอภิปรายร่วมกันของผู้ปฏิบัติงานกลุ่มกิจกรรมบำบัดสรุปได้ว่าการที่ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณไม่ได้เป็นผู้ที่มีปัญหาอยู่คนเดียว การเข้ากลุ่มทำให้ผู้ป่วยเห็นว่าคนอื่นก็มีปัญหาเช่นเดียวกัน ซึ่งเป็นเรื่องธรรมดาไม่แตกต่างจากคนอื่น ความรู้สึกที่ว่าตนเองทุกข์อยู่คนเดียวก็จะลดลง ผู้ป่วยรู้สึกสบายใจขึ้น และเกิดความรู้สึกใหม่ว่าในโลกนี้ตนเองไม่ได้ทุกข์อยู่คนเดียวแต่ยังมีเพื่อนที่มีความทุกข์และมีปัญหาเช่นเดียวกับตน

5) ความรู้สึกผูกพันภายในกลุ่ม (cohesiveness) ประกอบด้วยข้อย่อยดังนี้

- 5.1) ฉันได้รับการยอมรับและเพื่อนเข้าใจในสิ่งที่ฉันเป็น ($M=6.1$)
- 5.2) ฉันเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มและได้รับการยอมรับจากกลุ่ม ($M=5.8$)
- 5.3) ฉันรู้ว่าตนเองไม่ใช่อะไรที่โคตรดีเยี่ยมอีกต่อไป ($M=5.8$)
- 5.4) ฉันมีความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดกับสมาชิกในกลุ่มอย่างต่อเนื่อง ($M=5.7$)
- 5.5) ฉันสามารถเล่าเรื่องที่น่าอับอายให้ผู้อื่นรู้ และยังได้รับการยอมรับจากกลุ่ม ($M=5.5$)

แต่ละข้อย่อยมีคะแนนระหว่าง 6.1-5.5 จัดเป็นระดับคะแนนมาก จากการอภิปรายร่วมกันของผู้ปฏิบัติงานกลุ่มกิจกรรมบำบัดสรุปได้ว่า การเข้ากลุ่มสม่ำเสมอทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าเป็นตนเองเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม รู้สึกเป็นเจ้าของกลุ่ม รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและมีความหมายต่อกลุ่ม การรับรู้ว่าเป็นพวกเดียวกันทำให้เกิดความผูกพันกับสมาชิกคนอื่นในกลุ่ม ทำให้ความรู้สึกโดดเดี่ยวอ้างว้างหมดไปและปัจจัยนี้เป็นปัจจัยที่ขึ้นอยู่กับความถี่ของการเข้ากลุ่มกิจกรรมบำบัด

6) การแนะแนว (guidance) ประกอบด้วยข้อย่อยดังนี้

- 6.1) ฉันได้รับคำปรึกษาหรือคำแนะนำจากสมาชิกที่ฉันสามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้ เช่นการกินยา การดูแลสุขภาพของตัวเอง เป็นต้น ($M=6.0$)
- 6.2) สมาชิกในกลุ่มบางคนให้คำแนะนำอย่างตรงไปตรงมาเกี่ยวกับปัญหาชีวิต ($M=5.9$)
- 6.3) ผู้นำกลุ่มให้การแนะนำหรือคำปรึกษาให้ฉันปฏิบัติ ($M=5.9$)
- 6.4) สมาชิกในกลุ่มแนะนำฉันเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวต่อบุคคลที่สำคัญในชีวิต ($M=5.6$)
- 6.5) สมาชิกในกลุ่มบอกฉันว่าฉันควรทำอะไร ($M=5.5$)

แต่ละข้อย่อยมีคะแนนระหว่าง 6.0-5.5 จัดเป็นระดับคะแนนมาก จากการอภิปรายร่วมกันของผู้ปฏิบัติงานกลุ่มกิจกรรมบำบัดสรุปได้ว่า ผู้ป่วยที่เข้ากลุ่มจะใช้วิธีการแนะแนวช่วยค้นหาวิธีการแก้ปัญหาให้ซึ่งกันและกัน เห็นได้จากคะแนนเฉลี่ยสูงสุดในปัจจัยนี้คือ “ฉันได้รับคำปรึกษาหรือคำแนะนำจากสมาชิกที่ฉันสามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้ เช่นการกินยา การดูแลสุขภาพของตัวเอง เป็นต้น” สำหรับผู้นำกลุ่มจะแนะแนว อธิบายและสอนให้ผู้ป่วยได้เข้าใจในวิธีการคิดอย่างมีระบบ ตลอดจนการสรุปผลของการทำกลุ่มแต่ละครั้ง เพื่อให้ผู้ป่วยได้ทบทวนและสรุปการเรียนรู้ได้ด้วยตนเองว่าผู้ป่วยได้เรียนรู้อะไร รู้สึกอย่างไร และจะนำไปใช้ได้อย่างไร

- 7) การทบทวนถึงประสบการณ์จากครอบครัวเดิม (family re-enactment) ประกอบด้วยข้อย่อยดังนี้

7.1) การอยู่ในกลุ่มช่วยให้ฉันเข้าใจว่าชีวิตเติบโตมาอย่างไร ($M=5.9$)

7.2) ฉันรู้สึกว่าการอยู่ในกลุ่มเหมือนกับว่าฉันได้กลับไปอยู่ในครอบครัวที่ฉันเติบโตมา ทำให้ฉันเข้าใจสิ่งต่างๆในชีวิตมากขึ้น ($M=5.9$)

7.3) กลุ่มเป็นเสมือนครอบครัวฉัน สมาชิกบางคนหรือผู้นำกลุ่มมีลักษณะคล้ายพ่อแม่ และญาติพี่น้องของฉัน และจากประสบการณ์ในกลุ่ม ทำให้ฉันเข้าใจความสัมพันธ์ในอดีตของฉันกับญาติพี่น้อง ($M=5.7$)

7.4) การอยู่ในกลุ่มช่วยให้ฉันเข้าใจสิ่งที่ค้างคาใจในอดีตที่มีต่อพ่อแม่ พี่ชาย พี่สาว น้องสาว น้องชายหรือบุคคลที่สำคัญในชีวิต ($M=5.6$)

7.5) การอยู่ในกลุ่มเปรียบเสมือนการอยู่ในครอบครัว แต่ครั้งนี้เป็นครอบครัว (สมาชิกกลุ่ม) ที่ช่วยให้ฉันยอมรับและเข้าใจครอบครัวเดิมของฉันมากขึ้น ($M=5.4$)

แต่ละข้อย่อยมีคะแนนระหว่าง 5.9-5.4 จัดเป็นระดับคะแนนมาก จากการอภิปรายร่วมกันของผู้ปฏิบัติงานกลุ่มกิจกรรมบำบัดสรุปได้ว่า กลุ่มกิจกรรมบำบัดจะเป็นสถานการณ์จำลองคล้ายกับสถานการณ์ในครอบครัวของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยแสดงต่อกลุ่มคล้ายกับแสดงต่อครอบครัวตนเอง ซึ่งอาจเป็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม กลุ่มจึงต้องเสนอแนะพฤติกรรมที่เหมาะสมต่อผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ปรับเปลี่ยนความคิดและเรียนรู้ที่จะแก้ไขพฤติกรรมนั้นๆอย่างถูกต้อง

8) การปลดปล่อยความรู้สึกที่กอดตัน (catharsis) ประกอบด้วยข้อย่อยดังนี้

8.1) ฉันสามารถพูดถึงสิ่งที่รบกวนจิตใจฉัน แทนที่จะเก็บงำเอาไว้ ($M=5.9$)

8.2) ฉันสามารถแสดงความรู้สึกในด้านลบและด้านบวกต่อผู้นำกลุ่ม ($M=5.8$)

8.3) ฉันได้เรียนรู้วิธีการแสดงความรู้สึกของตนเอง ($M=5.7$)

8.4) เหมือนยกภูเขาออกจากอก ($M=5.7$)

8.5) ฉันสามารถแสดงความรู้สึกในด้านลบและด้านบวกต่อสมาชิกในกลุ่ม ($M=5.4$)

แต่ละข้อย่อยมีคะแนนระหว่าง 5.9-5.4 จัดเป็นระดับคะแนนมาก จากการอภิปรายร่วมกันของผู้ปฏิบัติงานกลุ่มกิจกรรมบำบัดสรุปได้ว่า การเข้ากลุ่มช่วยให้ผู้ป่วยได้พูดระบายและแสดงอารมณ์ต่างๆทั้งสิ่งที่ดีและไม่ดีออกมาให้กับสมาชิกคนอื่นได้รับฟัง ซึ่งถ้ากลุ่มมีความผูกพันกันสูง ผู้ป่วยจะมีการพูดระบายออกและการเปิดเผยตนเองสูงด้วย การปลดปล่อยความรู้สึกที่กอดตันออกมานี้จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความสบายใจ คลายความกังวล ทำให้เข้าใจชีวิตและมีพัฒนาการด้านจิตใจและอารมณ์ในทางที่ดี พร้อมทั้งมีแนวทางในการแก้ปัญหาชีวิตได้

9) การเรียนรู้ระหว่างบุคคลต่อสิ่งที่เกิดขึ้นในกลุ่ม (interpersonal learning-input) ประกอบด้วยข้อย่อยดังนี้

- 9.1) ฉันได้เรียนรู้ทักษะที่จะสื่อสารกับคนอื่น ($M=5.8$)
- 9.2) กลุ่มสอนฉันเกี่ยวกับการสร้างรูปแบบความประทับใจที่ฉันสามารถสร้างให้คนอื่น ($M=5.7$)
- 9.3) ฉันเรียนรู้ว่า บางครั้งฉันทำให้ผู้อื่นสับสน เมื่อฉันไม่ได้บอกในสิ่งที่ฉันคิด ($M=5.7$)
- 9.4) สมาชิกคนอื่นๆในกลุ่มบอกฉันด้วยความจริงใจว่าเขาคิดเกี่ยวกับฉันอย่างไร ($M=5.7$)
- 9.5) สมาชิกในกลุ่มชี้ให้เห็นถึงนิสัยหรือพฤติกรรมบางอย่างของฉันที่รบกวนผู้อื่น ($M=5.1$)

แต่ละข้อย่อยมีคะแนนระหว่าง 5.8-5.1 จัดเป็นระดับคะแนนมาก จากการอภิปรายร่วมกันของผู้ปฏิบัติงานกลุ่มกิจกรรมบำบัดสรุปได้ว่า การเรียนรู้จากการตอบสนองของสมาชิกกลุ่ม การได้รับข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับความคิด ความรู้สึกหรือพฤติกรรมของตนเองที่ได้แสดงออกไปในกลุ่มแล้วได้รับการตอบสนองจากสมาชิกว่าคนอื่นรู้สึกอย่างไร คิดอย่างไร ซึ่งปัจจัยนี้เป็นปัจจัยที่สำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้มองเห็นรูปแบบของตนเองและเข้าใจพฤติกรรมของตนเองมากขึ้น

10) การเป็นผู้มีจิตใจเอื้ออาทรต่อผู้อื่น (altruism) ประกอบด้วยข้อย่อยดังนี้

- 10.1) ฉันรู้สึกภูมิใจในตนเองมากขึ้นเมื่อได้ช่วยเหลือผู้อื่น ($M=5.9$)
- 10.2) ฉันสามารถเปิดเผยตนเองให้ผู้อื่นทราบ ($M=5.9$)
- 10.3) ฉันช่วยเหลือผู้อื่นและมีความสำคัญต่อชีวิตเขา ($M=5.6$)
- 10.4) ฉันให้ความสำคัญกับคนอื่น ก่อนให้ความสำคัญกับตนเอง ($M=5.4$)
- 10.5) ฉันคิดช่วยเหลือผู้อื่นจนลืมเรื่องของตนเอง ($M=4.9$)

แต่ละข้อย่อยมีคะแนนระหว่าง 5.9-4.9 จัดเป็นระดับคะแนนมาก จากการอภิปรายร่วมกันของผู้ปฏิบัติงานกลุ่มกิจกรรมบำบัดสรุปได้ว่า การที่ผู้ป่วยรู้สึกว่าได้ช่วยเหลือผู้อื่น เช่น การให้คำแนะนำแก่เพื่อนสมาชิกในการแก้ปัญหาที่ตนเองเคยเจอมาก่อน และเพื่อนสมาชิกในกลุ่มรับฟังอย่างตั้งใจ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง

11) พฤติกรรมการเลียนแบบ (identification) ประกอบด้วยข้อย่อยดังนี้

- 11.1) ฉันชื่นชมและแสดงพฤติกรรมตามอย่างผู้นำกลุ่ม ($M=5.9$)
- 11.2) ฉันพยายามที่จะลงเป็นเหมือนใครภายในกลุ่ม ซึ่งเขาสามารถปรับตัวได้ดีกว่าฉัน ($M=5.7$)

11.3) ฉันพบสมาชิกบางคนในกลุ่มที่ฉันสามารถนำรูปแบบของเขามาเป็นแบบอย่างให้ตนเองได้ ($M=5.3$)

11.4) การที่คนอื่นสามารถเปิดเผยเรื่องราวที่น่าอับอายในกลุ่มและกล้าเสี่ยงซึ่งผลดีที่เขาได้รับช่วยให้ฉันสามารถทำตามแบบที่เขาทำเช่นเดียวกัน ($M=5.3$)

11.5) ฉันนำรูปแบบหรือแนวทางการแสดงออกของสมาชิกกลุ่มบางคนมาเป็นแบบอย่างให้ตนเอง ($M=5.3$)

แต่ละข้อย่อยมีคะแนนระหว่าง 5.9-5.3 จัดเป็นระดับคะแนนมาก จากการอภิปรายร่วมกันของผู้ปฏิบัติงานกลุ่มกิจกรรมบำบัดสรุปได้ว่า เมื่อใดก็ตามที่ผู้ปวยมองเห็นว่าพฤติกรรมของสมาชิกกลุ่มหรือผู้นำกลุ่มหรือวิธีการแก้ปัญหาของสมาชิกกลุ่มนั้นเป็นวิธีที่ตนเองรู้สึกพอใจและเห็นว่ามีประโยชน์ โดยผ่านการสังเกตการมีปฏิสัมพันธ์ของคนอื่นว่าได้รับการตอบสนองอย่างไร ซึ่งสามารถนำมาเลียนแบบในการแก้ปัญหาของตนเองได้ หรือเป็นการเลียนแบบการพูดการคิดของผู้นำกลุ่ม แต่การมีพฤติกรรมเลียนแบบมักมีการเปลี่ยนแปลงและไม่แน่นอน จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าปัจจัยพฤติกรรมการเลียนแบบจัดอยู่ในอันดับรองสุดท้าย

12) ความเข้าใจตนเอง (self-understanding) ประกอบด้วยข้อย่อยดังนี้

12.1) ฉันค้นพบและยอมรับบางส่วนของฉันที่ไม่เคยรู้หรือไม่เคยยอมรับมาก่อน ($M=5.7$)

12.2) ฉันได้เรียนรู้ว่า การที่ฉันรู้สึกหรือมีพฤติกรรมอย่างไรในวันนี้ นั้นมีส่วนสัมพันธ์กับชีวิตวัยเด็กและพัฒนาการในวัยเด็ก ($M=5.5$)

12.3) ฉันเรียนรู้ว่าฉันมีปฏิกิริยาต่อบางคนหรือบางสถานการณ์อย่างไม่ถูกต้องนั้นมีสาเหตุมาจากเหตุการณ์ในอดีต ($M=5.4$)

12.4) ฉันเรียนรู้ว่าอะไรที่ทำให้ฉันคิดหรือรู้สึกอย่างที่เป็นอยู่ นั่นคือการเรียนรู้เกี่ยวกับสาเหตุและที่มาของปัญหาฉัน ($M=5.3$)

12.5) ฉันได้เรียนรู้ว่าการที่ฉันชอบหรือไม่ชอบใครบางคนนั้น อาจมาจากสาเหตุของประสบการณ์ในอดีตของฉันกับใครบางคนที่ยังคงค้างอยู่ในจิตใจฉัน ($M=5.0$)

จากปัจจัยข้อนี้พบว่าข้อย่อยที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ “ฉันค้นพบและยอมรับบางส่วนของฉันที่ไม่เคยรู้หรือไม่เคยยอมรับมาก่อน” จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยได้มีการสำรวจความรู้สึก ความคิด พฤติกรรม และทบทวนประสบการณ์เดิมซึ่งผลของความเข้าใจที่เกิดจากการเรียนรู้ในการเข้ากลุ่มส่งผลให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจในตนเองเพิ่มมากขึ้น แต่ในการศึกษานี้ปัจจัยความเข้าใจตนเองมีคะแนนการรับรู้จัดอยู่ในอันดับสุดท้าย

จากผลการศึกษาที่สอดคล้องกับหลายงานวิจัยที่พบว่า 5 ปัจจัยแรกที่มีคะแนนสูงสุดข้างต้นเป็นปัจจัยสำคัญที่เกิดขึ้นในการทำกลุ่มกิจกรรมบำบัด โดยเฉพาะความรู้สึกผูกพันภายในกลุ่ม ความรู้สึกร่วมและสัจจะแห่งการดำรงอยู่ของชีวิต (บุญยวีร์ เสนาบุญญฤทธิ, 2556; Kapur et al., 1988; Lovett & Lovett, 1991; McLeod & Ryan, 1993; Vlastelica et al., 2003; Yalom & Leszcz, 2005) และผลการวิจัยยังพบว่าปัจจัยความเข้าใจตนเองมีคะแนนการรับรู้เป็นอันดับต้นๆ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษานี้ที่มีคะแนนการรับรู้ปัจจัยความเข้าใจตนเองเป็นอันดับสุดท้าย อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยที่เข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมบำบัดครั้งนี้ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทและโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วซึ่งธรรมชาติของผู้ป่วยจะมีความผิดปกติของการคิดทำให้ปัจจัยความเข้าใจตนเองมีคะแนนน้อยกว่าปัจจัยอื่นๆ (มาโนช หล่อตระกูล, 2548) เมื่อแบ่งปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพการบำบัด ออกเป็น 3 ด้านตามงานวิจัยของซิดนีย์และเจเนท (1980) คือด้านพฤติกรรม หมายถึงปัจจัยที่เน้นการกระทำ ได้แก่ การเรียนรู้ระหว่างบุคคล การเป็นผู้มีจิตใจเอื้ออาทร และพฤติกรรมเลียนแบบ ด้านองค์ความรู้ หมายถึงปัจจัยที่เน้นความเข้าใจความเครียด ได้แก่ การเข้าใจตนเอง การแนะนำความรู้สึกร่วม และการทบทวนถึงประสบการณ์จากครอบครัวเดิม และด้านอารมณ์ เป็นด้านที่มีอารมณ์ความรู้สึกเข้ามาเกี่ยวข้อง ได้แก่ สัจจะแห่งการดำรงอยู่ของชีวิต การเกิดความหวัง การปลดปล่อยความรู้สึกที่กดตัน และความรู้สึกผูกพันภายในกลุ่ม พบว่าผู้ป่วยให้ความสำคัญด้านพฤติกรรมมากที่สุด รองลงมาด้านอารมณ์ความรู้สึก และด้านองค์ความรู้ผู้ป่วยให้ความสำคัญน้อยที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของซิดนีย์ที่ให้ความสำคัญในด้านพฤติกรรมเช่นกัน

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพการบำบัดกับข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับเพศ อายุ ระดับการศึกษา ระดับความรุนแรงของโรค และชนิดของโรคจิตเวช แต่มีความสัมพันธ์กับสถานภาพสมรสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.03$) โดยผู้ป่วยที่แต่งงาน (อยู่ด้วยกันกับคู่สมรส) มีคะแนนการรับรู้ปัจจัยการเป็นผู้มีจิตใจเอื้ออาทรต่อผู้อื่นสูงกว่าผู้ป่วยที่เป็น โสดหรือหม้าย กรณีนี้อาจเป็นไปได้ว่าผู้ป่วยที่มีคู่ชีวิตมีความเข้าใจสามีหรือภรรยาของตนเอง และรู้จักการแบ่งปันความรัก ความเอาใจใส่ซึ่งกันและกัน ทำให้มีคะแนนเฉลี่ยของปัจจัยด้านนี้สูงกว่าผู้ที่ยังไม่สมรสหรือเป็นหม้าย และอาจจะด้วยตัวโรคที่ทำให้ผู้ป่วยชอบเก็บตัว แยกตัว ไม่วุ่นวายข้องเกี่ยวกับใคร มีปัญหาเกี่ยวกับความสัมพันธ์กับบุคคล (lack of relationship) เป็นผลให้ผู้ป่วยมีสถานภาพโสดหรือหม้าย นอกจากนี้ยังมีความสัมพันธ์กับความถี่ของการเข้ากลุ่มกิจกรรมบำบัด โดยผู้ป่วยที่เข้ากลุ่มกิจกรรมบำบัด 13 ครั้งขึ้นไปมีคะแนนการรับรู้ปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพการบำบัดสูงกว่าผู้ป่วยที่เข้ากลุ่มน้อยกว่า 13 ครั้ง โดยเฉพาะปัจจัยความรู้สึกผูกพันภายในกลุ่มและความรู้สึกร่วมที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.02$)

และ $p=.05$) จะเห็นได้ว่าความถี่ของการเข้ากลุ่มกิจกรรมบำบัดมีอิทธิพลต่อคะแนนการรับรู้ปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพการบำบัด

จากรายงานการศึกษาปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพการบำบัด พบว่าเป็นปัจจัยที่เกิดขึ้นในกลุ่มบำบัดจะแตกต่างกันไปตามชนิดของกลุ่ม สมาชิกในกลุ่มหรือบุคลิกภาพของสมาชิก พัฒนาการของกลุ่ม การปฏิบัติหน้าที่ของสมาชิก จุดมุ่งหมายของกลุ่ม การรวมกลุ่ม และวิธีการที่ใช้ในการทำกลุ่ม แต่ไม่ขึ้นอยู่กับการศึกษา เพศ หรือว่าอายุ (Yalom, 1995; Andrews, 1995) อย่างไรก็ตามจะเห็นว่าปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพการบำบัดตัวหนึ่งสามารถเป็นพื้นฐานต่อปัจจัยตัวอื่นหรือเอื้อให้เกิดปัจจัยตัวต่อไป ไม่สามารถแยกปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งออกจากกันได้ (ปราโมทย์ เชาว์ศิลป์ และรณชัย คงสกนธ์, 2542; ภัทรภรณ์ ทุ่งปิ่นคำ, 2551) ซึ่งการทำงานส่งเสริมกันของปัจจัยต่างๆ เหล่านี้มีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้สัมพันธภาพ พัฒนาความคิด จิตใจ และบุคลิกภาพในทางที่ดีขึ้น และช่วยให้ผู้นำกลุ่มมีความเข้าใจกระบวนการกลุ่มที่เอื้อให้เกิดปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพการบำบัดต่างๆ นับว่ามีประโยชน์อย่างมากต่อการทำกลุ่มกิจกรรมบำบัดให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

เมื่ออภิปรายเพิ่มเติมกับผู้ปฏิบัติงานกลุ่มกิจกรรมบำบัดทำให้เห็นว่าการเข้ากลุ่มกิจกรรมบำบัดเป็นหนึ่งในกระบวนการดูแลต่อเนื้อที่มีเป้าหมายหลักคือการกลับคืนสู่ชุมชนของผู้ป่วย โดยกลุ่มกิจกรรมบำบัดนี้จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้เตรียมความพร้อมของตนเองก่อนกลับบ้านและชุมชนได้ดี อีกทั้งมีการพัฒนาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยผู้ป่วยที่เข้ากลุ่มได้ดีและสม่ำเสมอจะได้รับการเสริมทักษะเพื่อกลับคืนสู่ชุมชนโดยผ่านกิจกรรมพิเศษ ได้แก่ กิจกรรมเยี่ยมบ้านเยี่ยมชุมชน เป็นการเปลี่ยนบทบาทผู้ป่วยกลายเป็นผู้เยี่ยม มีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับความจริงว่าการเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้เป็นปกติและไม่ใช่เราคนเดียวที่มีปัญหาแต่คนอื่นๆก็มีปัญหาด้วยเช่นกัน กิจกรรมค่ายครอบครัวล้อมรั้วด้วยรัก กิจกรรมนี้จัดให้ผู้ป่วยได้ลองใช้ชีวิตในชุมชนจริงๆ โดยไปอาศัยอยู่กับเจ้าของบ้าน ส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้จักการมีจิตใจเอื้ออาทรต่อผู้อื่น เช่น การช่วยเหลืองานบ้าน เป็นต้น อีกทั้งความหลากหลายของชุมชนเป็นตัวช่วยฝึกการเรียนรู้การปรับตัวในสังคม กิจกรรมจิตสบายร่างกายแข็งแรง กิจกรรมนี้จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้จักวิธีดูแลตนเอง และให้ผู้ป่วยช่วยแนะนำเพื่อนๆ ในการหาวิธีออกกำลังกายที่เหมาะสม รวมถึงวิธีการดูแลไม่ให้อาการกำเริบ และกิจกรรมรดน้ำคำหัว เป็นกิจกรรมที่ใช้ประเพณีท้องถิ่นมาเป็นสื่อในการเรียนรู้ ช่วยส่งเสริมการเรียนรู้ระหว่างบุคคลต่อสิ่งที่เกิดขึ้นในกลุ่มและสิ่งที่ได้รับจากกลุ่ม เรียนรู้การยอมรับจากสังคม ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้จะช่วยเสริมปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพการบำบัดทั้ง 12 ปัจจัย รวมถึงการเพิ่มการเห็นคุณค่าในตนเอง (self-esteem) ของผู้ป่วย และการลดการเกิดอคติ (stigma) ทั้งตัวผู้ป่วยเองและสังคม

ข้อจำกัดของการวิจัย

เนื่องจากผู้ป่วยที่เข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมบำบัด ณ ช่วงเวลาที่ผู้วิจัยเริ่มเก็บข้อมูลมีจำนวนน้อย และมาช้าๆ ทำให้ได้กลุ่มตัวอย่างเพียงครั้งเดียว อีกทั้งผู้วิจัยมีเวลาจำกัดในการศึกษาจึงไม่สามารถขยายเวลาได้มากนัก ทำให้มีผลต่อโอกาสที่จะพบนัยสำคัญ อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างมีลักษณะเฉพาะถึงแม้จะมีการสุ่มแล้ว แต่ก็ไม่อาจเป็นตัวแทนการกล่าวสรุปอ้างอิงไปสู่ประชากร และงานวิจัยนี้ผู้วิจัยทำหน้าที่ประเมินภายนอก ไม่สามารถเข้าไปจัดการสิ่งที่อาจเป็นตัวแปรกวนระหว่างการดำเนินกลุ่มกิจกรรมบำบัดได้ เช่น ผู้ป่วยที่เข้าร่วมกลุ่มไม่ครบตามเวลาที่กำหนด หรือผู้ป่วยที่เข้าร่วมกลุ่มหลังจากกิจกรรมได้ดำเนินไปสักระยะแล้ว

ข้อเสนอแนะ

1. จากผลการวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่าปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพการบำบัดที่เกิดขึ้นในกลุ่มมีความสำคัญต่อการทำกลุ่มกิจกรรมบำบัด ดังนั้นควรมีการศึกษาในเชิงลึกรวมถึงการศึกษาเปรียบเทียบการรับรู้ปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพการบำบัดระหว่างการรับรู้ของผู้นำกลุ่มกับผู้ป่วยที่เข้าร่วมกลุ่มเพื่อจะให้เห็นมุมมองทั้งสองฝ่าย และทำให้ทราบถึงจุดอ่อนและจุดแข็ง รวมถึงความเหมาะสมของกระบวนการทำกลุ่มกิจกรรมบำบัดสำหรับผู้ป่วยจิตเวชให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
2. ในการศึกษาครั้งต่อไป ควรศึกษาปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพการบำบัดและการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยเมื่อเข้าร่วมกิจกรรมพิเศษ ได้แก่ กิจกรรมเยี่ยมบ้านเยี่ยมชุมชน กิจกรรมค่ายครอบครัวล้อมรั้วด้วยรัก กิจกรรมจิตสบายร่างกายแข็งแรง และกิจกรรมรดน้ำคำหัว เพื่อได้แนวทางที่ชัดเจนในการพัฒนาผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2556). จำนวนและอัตราผู้ป่วยสุขภาพจิตต่อประชากร 100,000 คน ปี พ.ศ.2556. เว็บไซต์กรมสุขภาพจิต. <http://www.dmh.go.th/report/patient/diag8-56.xls> (สืบค้นเมื่อ 24 พฤศจิกายน 2557)
- กรมสุขภาพจิต. (2556). จำนวนวันนอนเฉลี่ยที่ผู้ป่วยรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล. เว็บไซต์กรมสุขภาพจิต. <http://www.dmh.go.th/report/patient/avrgday.asp> (สืบค้นเมื่อ 24 พฤศจิกายน 2557)
- โครงการกลุ่มศรีตรัง. (2555). รายงานโครงการกลุ่มศรีตรังจิตสัมพันธ์. ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ดิเรก ชัยชนะ. (2547). การศึกษาการเห็นคุณค่าในตนเองและการรับรู้ปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพการบำบัดของผู้เข้ากลุ่มบำบัดให้คำปรึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มให้คำปรึกษาแบบต่อเนื่องและกลุ่มมาราธอน. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาจิตวิทยาให้คำปรึกษา มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- เทียม ศรีคำจักร. (2540). กิจกรรมบำบัดแนวจิตวิเคราะห์. เชียงใหม่: คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นงคราญ ผาสุข, จูดีวัลค์ ชรรมไพโรจน์, และวัลลีย์ กนกวิจิตร. (2534). ผลการทำจิตบำบัดกลุ่มต่อพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเวช. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 5(1): 217-225.
- บุญยวีร์ เสนานบุญญฤทธิ. (2556). การตระหนักรู้ของผู้เรียนต่อปัจจัยบำบัดของยาอมจากกลุ่มสาธิตบำบัดของชมรมนักจิตบำบัดแห่งประเทศไทย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 58(2), 197-206.
- ปราโมทย์ เชาว์ศิลป์ และ รณชัย คงสกนธ์. (2542). กลุ่มจิตบำบัดสำหรับคนไข้ใน. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนสามัญนิติบุคคลสหประชาพานิชย์.
- ภัทรภรณ์ พุงปั่นคำ. (2551). การทำกลุ่มจิตบำบัดสำหรับบุคลากรทางสุขภาพ. เชียงใหม่: นันทพันธ์พรินติ้ง.
- มาโนช หล่อตระกูล. (2548). โรคจิตเภทและโรคจิตอื่นๆ. ใน มาโนช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุคนิชย์ (บรรณาธิการ), จิตเวชศาสตร์รามาชิปดี. (น.121-159). กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวช

- ศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- _____. (2548). การจำแนกโรคและการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช. ใน มาโนช หล่อตระกูล, ปราโมทย์
 สุกนิษฐ์ (บรรณาธิการ), *จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี*. (น.63-69). กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวช
 ศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เขาวณี จรุงศักดิ์. (2544). *กลุ่มกิจกรรมบำบัด แนวทางการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวช*. สงขลา: คณะ
 พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- วชิระ เฟื่องจันทร์. (2556). *คุณได้อย่างไร เมื่อมีผู้ป่วยจิตเวชอยู่ร่วมครอบครัว*. กรุงเทพฯ: รุทกิจ.
<http://www.bangkokbiznews.com/home/news/pr-center/detail-news.php?id=25540>
 (สืบค้นเมื่อ 2 เมษายน 2556)
- ศิริยุพานันตุนานนท์. ม.ป.ป. *ศิลปะบำบัดในประเทศไทย*. สมุทรปราการ: คณะพยาบาลศาสตร์
 มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
- สรุปลิทธิ. (2556). *จำนวนผู้ป่วยนอกทั้งหมดจำแนกตามคลินิกในแต่ละเดือน พ.ศ. 2556*. เว็บไซต์
 งานเวชระเบียน โรงพยาบาลสงขลานครินทร์.
http://medinfo2.psu.ac.th/medrec/56_data/opdall.htm (สืบค้นเมื่อ 21 มิถุนายน 2557)
- สรุปลิทธิ. (2556). *จำนวนผู้ป่วยในจำแนกตามภาควิชาและหอผู้ป่วยในแต่ละเดือน พ.ศ.2555*.
 เว็บไซต์งานเวชระเบียน โรงพยาบาลสงขลานครินทร์.
http://medinfo2.psu.ac.th/medrec/56_data/ipd_ward.htm (สืบค้นเมื่อ 21 มิถุนายน 2557)
- สรุปลิทธิ. (2556). *Hospital stay จำแนกตามหอผู้ป่วย พ.ศ.2555*. เว็บไซต์งานเวชระเบียน
 โรงพยาบาลสงขลานครินทร์. http://medinfo2.psu.ac.th/medrec/56_data/HospStay.htm
 (สืบค้นเมื่อ 21 มิถุนายน 2557)
- อรพรรณ วิญญูวรรณ. (2530). *หลักการกิจกรรมบำบัด*. เชียงใหม่: คณะเทคนิคการแพทย์
 มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- Andrews, H. B. (1995). *Group design and leadership: Strategies for creating successful common-
 theme groups*. Boston: Allyn and Bacon.
- Bloch S, Reibstein J. (1980). Perceptions by patients and therapists of therapeutic factors in group
 psychotherapy. *British Journal of Psychiatry* 137:274-278.

- Dennis, M., Kivlighan, J.R., Donald, M. (1988). Participants' perception of therapeutic factors in group counseling: The role of interpersonal style and stage of group development. *Small Group Behavior* 19, 4: 452-68.
- Frisch, N. C. (2011). Group therapy. In N. C. Frisch & L. E. Frisch (Eds), *Psychiatric mental Health Nursing* (4th ed., pp.853-868). Clifton Park, NY: Delmar.
- Hendrick, C. (1987). *Group process*. Newbury Park, Calif.: Sage Pub.
- Kapur, R., Miller, K., & Mitchell, G. (1988). Therapeutic factors within in-patient and out-patient psychotherapy groups Implications for therapeutic techniques. *British Journal of Psychiatry*, 152, 229-33.
- Lambert, M.J., & Ogles, B.M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M.J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed., pp 139-193). New York: Willey.
- Lovett, L., & Lovett, J. (1991). Therapeutic factors on an Alcohol inpatient unit. *British Journal of Psychiatry*, 159, 365-70.
- Marram G.D. (1978). *The group approach in nursing practice*. 2nd ed. St.Louis: The C.V. Mosby CO.
- McLeod, J., & Ryan, A. (1993). Therapeutic factors experienced by members of an out-patient therapy group for older women. *British Journal of Guidance & Counselling*, 21(1), 64-72.
- Ozbay, Haluk, and Erol Goka. (1993). Therapeutic factors in an adolescent psychodrama group. *Journal of Group Psychotherapy, Psychodrama & Sociometry* 46, 1: 3-9.
- Puskar, K. R., Mazza, G., Slivka, C., Westcott, M., Campbell, F., & Mcfadden, T.G. (2012). Understanding content and process: guidelines for group leaders. *Perspectives in Psychiatric Care*, 48, 225-29.
- Randall, Jr. Donald A. (1995). Curative factor rankings for female incest survivor groups: A summary of three studies. *Journal for Specialists in Group Work* 20, 4: 232-5.

- Samuel T, Gladding. (1995). *Group work: A counseling specialty*. 2nd ed. Englewood Cliffs, N.J.:Merrill.
- Townsend, M. C. (2005). *Essentials of psychiatric mental health nursing* (4th ed.). Philadelphia: Davis.
- Vlastelica, M., Pavlovic, S., & Urlic, I. (2003). Patients' ranking of therapeutic factors in group analysis. *Coll Antropol*, 27(2), 779-88.
- Yalom, I. D., & Leszcz, M. (2005). *The theory and practice of group psychotherapy*. New York: Basic books.
- Yalom, I. D. (1995). *The theory and practice of group psychotherapy* (4th ed). New York: Basic Books.
- Yamane, T. (1973). *Statistics: An Introductory Analysis* (3rd Ed). New York: Harper and Row Publications.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ตอนที่ 1 แบบสำรวจข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความและตอบคำถามในช่องว่างหรือทำเครื่องหมาย ลงช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านในขณะนี้มากที่สุด

1. เพศ 1. ชาย 2. หญิง
2. อายุปี
3. สถานภาพสมรส 1. โสด 2. คู่/แต่งงาน 3. หย่า/หม้าย
4. ระดับการศึกษา 1. ไม่ได้เรียน 2. ประถมศึกษา 3. มัธยมศึกษา
 4. อนุปริญญา 5. ปริญญาตรีขึ้นไป
5. ผู้ดูแลหลัก 1. พ่อ/แม่ 2.สามี/ภรรยา 3. บุตร 4. พี่/น้อง
 5. ญาติ ระบุความสัมพันธ์.....
6. โรคประจำตัวทางกาย 1. ไม่มี 2. มี ระบุ
7. โรคประจำตัวทางจิตเวช 1. Bipolar 2. Schizophrenia 3. Depression
 4. Anxiety 5. อื่นๆ (ระบุ)
8. ความรุนแรงของโรคในขณะนี้ 1. น้อยที่สุด 2. น้อย 3. ปานกลาง
 4. มาก 5. มากที่สุด
9. กิจกรรมที่ท่านเข้าร่วม
 1. ศิลปะบำบัด (วันจันทร์) 2. การสร้างสุขภาพ (วันพุธ)
 3. ดนตรีบำบัด (วันพฤหัสบดี) 4. งานเสริมรายได้ (วันศุกร์)
10. การเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมบำบัด 1. ไม่เคยเข้าร่วม ครั้งนี้เป็นครั้งแรก
 2. เคยเข้าร่วมแล้ว.....ครั้ง

ตอนที่ 2 แบบสำรวจความรู้สึกและประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้ากลุ่มบำบัดผู้ป่วยนอก

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

ข้อความ	ระดับการให้คะแนน						
	7	6	5	4	3	2	1
1 การอยู่ในกลุ่มเปรียบเสมือนการอยู่ในครอบครัว แต่ครั้งนี้เป็นครอบครัว (สมาชิกกลุ่ม) ที่ช่วยให้ฉันยอมรับและเข้าใจครอบครัวเดิมของฉันมากขึ้น							
2 ฉันรู้สึกเหมือนได้ยกภูเขาออกจากอกเมื่อได้ระบายความรู้สึกกดดันในใจออกมา							
3 ฉันเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มและได้รับการยอมรับจากกลุ่ม							
4 สมาชิกในกลุ่มแนะนำฉันเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวต่อบุคคลที่สำคัญในชีวิต							
5 ฉันได้เรียนรู้ว่าการที่ฉันชอบหรือไม่ชอบใครบางคนนั้น อาจมาจากสาเหตุของประสบการณ์ในอดีตของฉันกับใครบางคนที่ยังคงค้างอยู่ในจิตใจฉัน							
6 ฉันเข้าใจการเผชิญกับปัญหาพื้นฐานของชีวิตคือ การมีชีวิตและการตาย ดังนั้นทำให้ฉันใช้ชีวิตด้วยความซื่อสัตย์และรู้จักปล่อยวาง							
7 ฉันนำรูปแบบหรือแนวทางการแสดงออกของสมาชิกกลุ่มบางคนมาเป็นแบบอย่างให้ตนเอง							
8 ฉันคิดช่วยเหลือผู้อื่นจนลืมเรื่องของตนเอง							
9 ฉันเรียนรู้ว่าไม่ใช่ฉันคนเดียวที่มีปัญหา แต่สมาชิกคนอื่น ๆ มีปัญหาด้วยเช่นกัน “เราลงเรือลำเดียวกัน”							
10 ฉันได้เรียนรู้วิธีการแสดงความรู้สึกของตนเอง							
11 เรียนรู้ว่าสาเหตุของปัญหาของฉันคือสิ่งเดียวกับที่ฉันกำลังคิดและรู้สึกอยู่							
12 ฉันได้เรียนรู้เกี่ยวกับวิธีที่ใช้ในการสร้างความสัมพันธ์กับสมาชิกในกลุ่ม							

ข้อความ	ระดับการให้คะแนน						
	7	6	5	4	3	2	1
13 ฉันรู้ว่าตนเองไม่อยู่อย่างโดดเดี่ยวอีกต่อไป							
14 ฉันได้รับคำแนะนำจากสมาชิกในกลุ่มว่าควรปฏิบัติตนเช่นไรเมื่ออยู่ในกลุ่ม							
15 ฉันเกิดกำลังใจเมื่อกลุ่มสามารถช่วยแก้ไขปัญหาของฉันและสมาชิกคนอื่นๆที่มีปัญหาแบบเดียวกับฉันได้							
16 การอยู่ในกลุ่มช่วยให้ฉันเข้าใจสิ่งที่ค้างคาใจในอดีตที่มีต่อพ่อแม่ พี่ชาย พี่สาว น้องสาว น้องชายหรือบุคคลที่สำคัญในชีวิต							
17 ฉันสามารถเล่าเรื่องที่น่าอับอายให้ผู้อื่นรู้ และยังสามารถรับการยอมรับจากกลุ่ม							
18 ฉันประทับใจในการพูดของเพื่อนสมาชิกจนอยากฝึกพูดให้ได้เหมือนเขา							
19 ฉันให้ความสำคัญกับคนอื่น ก่อนให้ความสำคัญกับตนเอง							
20 ผู้นำกลุ่มให้การแนะนำหรือคำปรึกษาให้ฉันปฏิบัติ							
21 ฉันได้รับการบอกจากสมาชิกด้วยความจริงใจว่าเขาคิดอย่างไรกับฉัน							
22 ฉันรู้สึกว่าการอยู่ในกลุ่มเหมือนกับว่าฉันได้กลับไปอยู่ในครอบครัวที่ฉันเติบโตมา ทำให้ฉันเข้าใจสิ่งต่างๆในชีวิตมากขึ้น							
23 ฉันมีความรู้สึกไว้วางใจต่อกลุ่มและคนอื่นๆมาก							
24 ฉันสังเกตเห็นสมาชิกในกลุ่มที่มีการพัฒนาการที่ดีขึ้นช่วยให้ฉันเกิดกำลังใจ							
25 ฉันสามารถแสดงความรู้สึกในด้านลบและด้านบวกต่อผู้นำกลุ่ม							
26 ฉันเรียนรู้ว่าฉันไม่แตกต่างจากคนอื่น ซึ่งทำให้ฉันรู้สึกว่าฉันก็เป็นมนุษย์ปุถุชนคนหนึ่ง							

ข้อความ	ระดับการให้คะแนน						
	7	6	5	4	3	2	1
27 ฉันได้เรียนรู้ทักษะที่จะสื่อสารกับคนอื่น							
28 การที่คนอื่นสามารถเปิดเผยเรื่องราวที่น่าอัศจรรย์ในกลุ่มและกล้าเสี่ยงซึ่งผลดีที่เขาได้รับช่วยให้ฉันสามารถทำตามแบบที่เขาทำเช่นเดียวกัน							
29 ฉันเรียนรู้ว่าในที่สุดฉันต้องรับผิดชอบต่อชีวิตของฉันเอง ไม่ว่าจะไม่มีใครคอยแนะนำหรือได้รับการประทับประคองจากคนอื่น ๆ ก็ตาม							
30 ฉันได้เรียนรู้ว่าคนอื่นก็มีความคิด ความรู้สึกที่ไม่ดีเหมือนที่ฉันมี							
31 ฉันตระหนักดีว่า ท้ายที่สุดแล้วคนเราไม่สามารถหนีความเจ็บปวดและความตายไปได้							
32 ฉันได้รับคำปรึกษา-แนะนำจากสมาชิกที่ฉันสามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้ เช่น การกินยา การดูแลสุขภาพตนเอง เป็นต้น							
33 ฉันสามารถฝึกแก้ปัญหาของฉันกับสมาชิกบางคนภายในกลุ่ม							
34 ฉันรู้สึกภูมิใจในตนเองมากขึ้นเมื่อได้ช่วยเหลือผู้อื่น							
35 ฉันเห็นเพื่อนสมาชิกในกลุ่มสามารถปรับตัวกับปัญหาได้ ซึ่งฉันคิดว่าน่าจะลองไปปฏิบัติดู							
36 ฉันเรียนรู้ว่า บางครั้งความสัมพันธ์ไม่ราบรื่น หากฉันไม่ได้บอกในสิ่งที่ฉันคิดอย่างแท้จริง							
37 ฉันสังเกตเห็นสมาชิกคนอื่นแก้ปัญหาของเขาที่คล้ายคลึงกับฉันได้สำเร็จ							
38 กลุ่มเป็นเสมือนครอบครัวฉัน สมาชิกบางคนหรือผู้นำกลุ่มมีลักษณะคล้ายพ่อแม่ และญาติพี่น้องของฉัน และจากประสบการณ์ในกลุ่ม ทำให้ฉันเข้าใจความสัมพันธ์ในอดีตของฉันกับญาติพี่น้อง							
39 ฉันมองเห็นว่าฉันก็มีดีเหมือนคนอื่น							

ข้อความ	ระดับการให้คะแนน						
	7	6	5	4	3	2	1
40 การที่ฉันรับฟังสมาชิกในกลุ่มระบายนฉันช่วยให้ฉันรู้สึกว่าคุณค่า							
41 สมาชิกในกลุ่มบางคนให้คำแนะนำอย่างตรงไปตรงมาเกี่ยวกับปัญหาชีวิต							
42 กลุ่มสอนฉันให้เรียนรู้การสร้างความประทับใจที่ฉันสามารถทำได้							
43 ฉันมีความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดกับสมาชิกในกลุ่มอย่างต่อเนื่อง							
44 ฉันได้เรียนรู้ว่า การที่ฉันรู้สึกหรือมีพฤติกรรมอย่างไรในวันนั้น มีส่วนสัมพันธ์กับชีวิตวัยเด็กและพัฒนาการในวัยเด็ก							
45 ฉันได้เรียนรู้ว่าคนอื่นก็มีพ่อแม่และภูมิหลังที่ไม่ค่อยมีความสุขหรือสับสนวุ่นวายเหมือนฉัน							
46 ฉันตระหนักดีว่า ชีวิตในบางครั้งก็มีการเอาใจเอาเปรียบและขาดความยุติธรรม							
47 เมื่อฉันเห็นคนอื่นดีขึ้นส่งผลให้เกิดแรงบันดาลใจกับฉัน							
48 ฉันสามารถพูดถึงสิ่งที่รบกวนจิตใจฉัน แทนที่จะเก็บงำเอาไว้							
49 ฉันได้เรียนรู้การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นผ่านการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม							
50 ฉันได้รับการยอมรับและเพื่อนเข้าใจในสิ่งที่ฉันเป็น							
51 ฉันค้นพบและยอมรับบางส่วนของฉันที่ไม่เคยรู้หรือไม่เคยยอมรับมาก่อน							
52 ฉันสามารถแสดงความรู้สึกในด้านลบและด้านบวกต่อสมาชิกในกลุ่ม							
53 ฉันชื่นชมและแสดงพฤติกรรมตามอย่างผู้นำกลุ่ม							
54 ฉันช่วยเหลือผู้อื่นและมีความสำคัญต่อชีวิตเขา							

ข้อความ	ระดับการให้คะแนน						
	7	6	5	4	3	2	1
55 ฉันตระหนักดีว่า ฉันจะสนิทสนมกับคนอื่นมาก เพียงไร ในท้ายที่สุดฉันก็ต้องเผชิญชีวิตด้วยตนเอง เพียงลำพัง							
56 สมาชิกในกลุ่มซึ่งให้เห็นถึงนิสัยหรือพฤติกรรม บางอย่างของฉันที่รบกวนผู้อื่น							
57 ฉันรู้สึกมีความหวังและมีความมั่นใจว่าจะสามารถ แก้ไขปัญหาสำเร็จเช่นเดียวกับเพื่อนสมาชิกคนอื่นได้							
58 ฉันได้พัฒนาทักษะในการสร้างความสัมพันธ์กับ ผู้อื่น							
59 ฉันเรียนรู้ว่าฉันมีปฏิกิริยาต่อบางคนหรือบาง สถานการณ์อย่างไม่ถูกต้องนั้นมีสาเหตุมาจาก เหตุการณ์ในอดีต							
60 การอยู่ในกลุ่มช่วยให้ฉันเข้าใจว่าชีวิตของฉันเติบโต มาอย่างไร							



ขอบคุณที่กรุณาตอบแบบสอบถาม



ภาคผนวก ข

หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย

(Consent Form)

โครงการวิจัยเรื่องการศึกษาปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพการบำบัดในกลุ่มกิจกรรมบำบัดผู้ป่วยจิตเวช ภูมิศึกษา โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

วันที่ให้คำยินยอม วันที่เดือนพ.ศ.....

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัย ถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด และมีความเข้าใจดีแล้ว ซึ่งผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่างๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อนเร้น จนข้าพเจ้าพอใจ และเข้าร่วมโครงการนี้โดยสมัครใจ

ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ ถ้าข้าพเจ้าปรารถนา โดยไม่เสียสิทธิ์ในการรักษาพยาบาลที่จะเกิดขึ้นตามมาในโอกาสต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปแบบที่เป็นสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้นและจะต้องได้รับคำยินยอมจากข้าพเจ้าเป็นลายลักษณ์อักษร

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหนังสือได้ ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในใบยินยอมนี้ให้ข้าพเจ้าฟังจนเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้าจึงลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ข้าพเจ้าสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ที่ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ โดยบุคคลที่รับผิดชอบเรื่องนี้ คือ นางสาวอรินา อับดุลเลาะ โทรศัพท์ 074-451351

ข้าพเจ้ารับทราบว่า ข้าพเจ้าสามารถขอรับคำปรึกษา/แจ้งเรื่อง/ร้องเรียน ได้ที่ สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ โทรศัพท์ 074-451157

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ภาคผนวก ค

เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

(Information Sheet)

สวัสดิ์ค๊ะดิฉันชื่อนางสาวอารีนา อับดุลเลาะ จากภาควิชาจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ขอเวลาท่านสักครู่ ประมาณ 20-30 นาที จะขอให้ท่านที่เข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมบำบัดตอบแบบสอบถาม เพื่อเป็นข้อมูลในงานวิจัยเรื่องการศึกษาปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพการบำบัดในกลุ่มกิจกรรมบำบัดผู้ป่วยจิตเวช กรณีศึกษา โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับของปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพการบำบัดของผู้ป่วยนอกจิตเวชที่เข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมบำบัด และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ชนิดของโรคจิตเวช ระดับความรุนแรงของโรค และความถี่ของการเข้ากลุ่มกับคะแนนปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพการบำบัด ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาการจัดการจัดกลุ่มกิจกรรมบำบัดของภาควิชาฯ ทางผู้วิจัย จึงใคร่ขออนุญาตท่านในการสอบถามข้อมูลซึ่งแล้วแต่ความสมัครใจของท่าน ข้อมูลที่ได้จะรายงานผลเป็นภาพรวม ไม่ได้ระบุชื่อ หรือระบุตัวบุคคลแต่อย่างใด

โดยแบบสอบถามชุดนี้แบ่งออกเป็น 2 ตอน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสำรวจข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ผู้ดูแลหลัก โรคประจำตัวจิตเวช และโรคประจำตัวอื่นๆ ความรุนแรงของโรค กลุ่มกิจกรรมบำบัดที่เข้าร่วม และความถี่ของการเข้ากลุ่มกิจกรรมบำบัด

ส่วนที่ 2 แบบสำรวจการรับรู้ปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพการบำบัด 60 ข้อย่อยของยาโลม (Yalom's 60-item curative factor questionnaire) เพื่อใช้ในการสำรวจปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพการบำบัดหลังจากผู้ป่วยได้เข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมบำบัด

ขอความร่วมมือท่านในการตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริง โดยคำถามในแบบสอบถามนี้ทั้งหมดไม่มีคำตอบถูกหรือผิด ข้อมูลที่ได้มาจะได้รับการปกปิดเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิเคราะห์เรื่องการศึกษาปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพการบำบัดในกลุ่มกิจกรรมบำบัดผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งจะไม่มีผลกระทบใดๆ ทั้งในทางบวกและทางลบต่อท่าน แต่จะนำมาใช้ประโยชน์ทางวิชาการ เพื่อใช้ในการดูแลผู้ป่วยต่อไป

โครงการวิจัยได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ โทรศัพท์ 074-451157

ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถขอรับคำปรึกษา/แจ้งเรื่อง/ร้องเรียน ได้ที่สำนักงาน
คณะกรรมการจริยธรรมการ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ โทรศัพท์ 074-
451157

สุดท้ายนี้ทางผู้วิจัย และในนามของภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ขอขอบพระคุณอย่างสูงที่ท่านให้ความร่วมมือตอบแบบสอบถามจน
ครบถ้วน หากมีข้อผิดพลาด หรือคำถามบางคำถามกระทบต่อความรู้สึกของท่าน ทางเราก็ขออภัย
มา ณ ที่นี้ด้วย

หากมีปัญหาหรือข้อสงสัยสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ทางโทรศัพท์ 074-451351 ที่แจ้ง
ไว้นี้ได้

อารีนา อับดุลเลาะ

ผู้วิจัย

ภาคผนวก ง

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

1. อาจารย์แพทย์หญิงชนกานต์ ชัชวาลา ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา
2. คุณวิลาสินี หทัยพิทักษ์ พยาบาลประจำหอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา
3. อาจารย์ไหมไทย ไชยพันธุ์ คณะครุศาสตร์ โปรแกรมจิตวิทยาและการแนะแนว มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา อ.เมือง จ.สงขลา

