

กระบวนการสื่อสารกลุ่มและปัจจัยทางเพศสภาพเพื่อบำบัดผู้ป่วยจิตเวชหญิง
โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่

กนกรัตน์ สามัตถิยะ

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาโทวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
สาขานิเทศศาสตร์พัฒนาการ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์

พ.ศ. 2545

ISBN 974-9554-04-3

GROUP COMMUNICATION PROCESS AND GENDER FACTOR
FOR THERAPY OF WOMEN PSYCHIATRIC PATIENT
AT SUANPRUNG HOSPITAL , CHIANG MAI

KANOKRAT SAMATTIYA

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Arts
Department of Development Communication Arts
Graduate School , Dhurakijpundi University

2002

ISBN 974-9554-04-3

ชื่อวิทยานิพนธ์ กระบวนการสื่อสารกลุ่มและปัจจัยทางเพศสภาพเพื่อบำบัดผู้ป่วยจิตเวชหญิง
โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่

ชื่อนักศึกษา นางสาวกนกรัตน์ สามัตถิยะ

อาจารย์ที่ปรึกษา ดร.วิลาสินี พิพิธกุล

สาขาวิชา นิเทศศาสตร์พัฒนาการ

ปีการศึกษา 2545

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการสื่อสารกลุ่มเพื่อบำบัดผู้ป่วยจิตเวชหญิง ปัจจัยที่มีผลทำให้การสื่อสารกลุ่มบรรลุเป้าหมายของการบำบัด และปัจจัยทางเพศสภาพของผู้ป่วยจิตเวชหญิงมีผลต่อการให้ความหมายและการสร้างความเข้มแข็งให้แก่ตนเองเพื่อบำบัด ซึ่งเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ เก็บรวบรวมข้อมูลที่โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกพยาบาลจิตเวช 2 คน การสนทนากับผู้ป่วยจิตเวชหญิง 7 คน การสังเกตการณ์แบบไม่มีส่วนร่วมในกลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง และการติดตามผู้ป่วยจิตเวชหญิงกลับบ้าน ผลการวิจัยพบว่า

1. กระบวนการสื่อสารกลุ่มเพื่อบำบัดผู้ป่วยจิตเวชหญิงสามารถแบ่งได้ 3 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนการสร้างกลุ่ม ขั้นตอนการทำงานกลุ่ม และขั้นตอนการสิ้นสุดกลุ่ม ซึ่งการทำกลุ่มแบบเป็นขั้นตอนจะช่วยให้การทำงานมีประสิทธิภาพในการบำบัด

2. ปัจจัยที่มีผลทำให้การสื่อสารกลุ่มบรรลุเป้าหมายของการบำบัด ประกอบด้วย ปัจจัยที่เกิดจากพยาบาลจิตเวช ปัจจัยที่เกิดจากกลุ่ม ปัจจัยที่เกิดจากผู้ป่วยจิตเวชหญิง และปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมของโรงพยาบาลสวนปรุง โดยปัจจัยที่เกิดจากพยาบาลจิตเวช พบว่าพยาบาลจิตเวชมีความเข้าใจปัญหา อาการของผู้ป่วย และมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยจิตเวชหญิง ปัจจัยที่เกิดจากกลุ่ม พบว่า การคัดเลือกผู้ป่วยจิตเวชของโรงพยาบาลสวนปรุง ใช้แบบประเมินสมรรถภาพและการพูดคุยกับผู้ป่วย รวมทั้งการคัดเลือกผู้ป่วยที่มีวัยและเพศเดียวกัน เพื่อช่วยให้กลุ่มทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ปัจจัยที่เกิดจากผู้ป่วยจิตเวชหญิง พบว่า ผู้ป่วยมีความเข้าใจในวัตถุประสงค์ของกลุ่ม ทัศนคติที่ดีของผู้ป่วยจิตเวชหญิงที่มีต่อกลุ่มบำบัด ต่อพยาบาลจิตเวช และต่อเพื่อนสมาชิกในกลุ่ม และปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมของโรงพยาบาลสวนปรุงก็มีส่วนในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีสมาธิ มีความสนใจ และมีกำลังใจในการบำบัดรักษามากขึ้น

3. ปัจจัยทางเพศสภาพของผู้ป่วยจิตเวชหญิง มีผลต่อการให้ความหมายและการสร้างความเข้มแข็งให้กับตนเองเพื่อการบำบัด พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชหญิงส่วนใหญ่ที่แต่งงานแล้วจะมีปัญหาเกี่ยวกับครอบครัว ส่วนผู้ป่วยจิตเวชหญิงที่ยังไม่แต่งงานจะมีปัญหาเกี่ยวกับการแต่งตัว ความสวยความงาม ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชหญิงประเมินตนเองว่ามีลักษณะต่างไปจากผู้หญิงปกติในสังคม และการแสดงบทบาททางเพศไม่เป็นไปตามที่สังคมคาดหวัง อย่างไรก็ตามผู้ป่วยจิตเวชหญิงต้องการให้ความหมายกับตนเองว่า เป็นคน ๆ หนึ่งที่มีค่า ให้ความสำคัญกับสมาชิกไม่ได้เป็นโรคจิต สามารถดำเนินชีวิตให้เหมือนคนปกติทั่วไปเมื่อกลับเข้าสู่สังคม

Thesis Title Group communication process and gender factor for therapy of women psychiatric patient at Suanprung Hospital , Chiang Mai.

Name Miss. Kanokrat Samattiya

Thesis Advisor Wilasinee Phiphitkul ,Ph.D

Department Development Communication

Academic Year 2002

ABSTRACT

The objective of this research was to study a communication process within a group therapy of women psychiatric patient, influential factors of group communication and an impact of gender factor of women psychiatric patient on the ability to self-value and empower in therapy. This was a qualitative research in which data was collected at Suanprung Hospital, Chiang Mai. In-depth interviews with two psychiatric ward nurses, conversations with seven women psychiatric patients, non-participant observation with the therapy group and follow-up observation to patients' home were undertaken.

The results of this research were;

1. Communication process within group therapy of women psychiatric patient could be divided into three processes; group building, group participation and group closing. A well defined process within a group provided efficiency in a therapy.

2. Factors affecting group communication comprised of influences from psychiatric ward nurses, group influential factors, self-influence of women psychiatric patient, and holistic environment of Suanprung Hospital. Influential factors of psychiatric ward nurses were understanding of problems and symptoms of patients, and positive attitudes towards women psychiatric patient. Group influential factors could be defined as method to select patients by

assessment on potentiality, direct conversation with patients, and a selection of similar age and gender of patients to join group therapy. Self-influence of women psychiatric patient were ability to understand objectives of group therapy, positive attitudes towards group therapy, nurses and peers, and environmental factors of the hospital which supported concentration, interest and willpower to achieve results.

3. Gender factors for the therapy of women psychiatric patient could affect meaning of the therapy and self-empowerment. Mostly, the married women psychiatric patient had been family problem as for the single women psychiatric patient had clothe and beauty problems. They assessed themselves as having a deviation in behavior and role of gender which were unexpected by a society. However, women psychiatric patient constructed meaning to themselves as those who valued concentration in whatever they do. They would rather not see themselves as having psychiatric problems and could pursue a normal life once being treated and returned to society.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาและความร่วมมือของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่าน โดยเฉพาะต้องขอขอบพระคุณ ดร.วิลาสินี พิพิธกุล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้คอยให้คำปรึกษา ตรวจงานอย่างละเอียด คอยให้คำแนะนำที่มีประโยชน์ รวมทั้งชี้แนะแนวทางการศึกษาให้แก่ผู้วิจัยอย่างสม่ำเสมอ ขอขอบพระคุณคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ทุกท่าน ซึ่งประกอบด้วย ศาสตราจารย์สุกัญญา สุตบรรทัด รศ.ดร.อรวรรณ ปิณฑน์โอวาท และ ดร.อัศวิน เนตรโพธิ์แก้ว ผู้ให้คำแนะนำและชี้แนะแนวทางการศึกษาเพิ่มเติม เพื่อให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณ ดร.พัฒนพงษ์ จาติเกตุ ผู้ชี้ทาง และผู้เอื้อเฟื้อตำราทางวิชาการที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ และขอขอบพระคุณคณาจารย์ เจ้าหน้าที่ และพี่ ๆ ในมหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์ โดยเฉพาะพี่ชลลดา จันทรเต็ม พี่อมรรัตน์ อุดมเรืองเกียรติ และพี่คนธรส โชติช่วงสถาพร รวมถึงพี่ ๆ ทุกคน ที่คอยห่วงใย ช่วยเหลือ และเป็นกำลังใจให้ตลอดมา

ขอขอบพระคุณ คุณจันทรฉาย เนตรสุวรรณ คุณจีรวรรณ โสภาสุพรรณ พยาบาลจิตเวช ผู้ป่วยจิตเวชหญิง และครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวชหญิงทุกคน รวมทั้งเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลสวนปรุงที่ให้ความกรุณาต่อผู้วิจัยในการศึกษาค้นคว้าและเก็บข้อมูล โดยทุกท่านให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี จนทำให้งานวิทยานิพนธ์นี้สำเร็จลงได้ด้วยดี

ขอกราบขอบพระคุณ ป้า แม่ พี่ต้อย พี่เป็ด พี่ปุย พี่เอ พี่บอย พี่กุง พี่หมวย พี่ตึก และญาติของผู้วิจัยทุกคน ผู้อยู่เบื้องหลังความสำเร็จ คอยให้ความรักความห่วงใย ความช่วยเหลือต่าง ๆ และคอยให้กำลังใจ จนผู้วิจัยสามารถมุ่งมั่นเพื่อความสำเร็จในวันนี้

อนึ่ง หากวิทยานิพนธ์นี้มีคุณค่าต่อการศึกษาค้นคว้าของผู้ที่สนใจ และเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาการสื่อสาร และการบำบัดรักษาสำหรับผู้ป่วยทางจิตที่อยู่ในสังคมให้มีอาการที่ดีขึ้น ผู้วิจัยขออุทิศให้แก่บุพการี ครูอาจารย์ และผู้มีพระคุณทุกท่าน และขอโน้มรับความผิดพลาดไว้แต่เพียงผู้เดียว

กนกรัตน์ สามัตถิยะ

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	๗
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	๙
กิตติกรรมประกาศ	๗
สารบัญตาราง	๘
สารบัญภาพ	๘
บทที่	
1. บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์	9
ปัญหาที่วิจัย	10
ข้อสันนิษฐานการวิจัย	10
ขอบเขตการวิจัย	10
นิยามศัพท์	11
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	13
กรอบแนวคิด	15
2. แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	16
แนวคิดและทฤษฎีการสื่อสารในกลุ่ม	16
แนวคิดและทฤษฎีการมีส่วนร่วม	33
แนวคิดเกี่ยวกับกลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง	38
แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับเพศสภาพ	48
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	62
3. ระเบียบวิธีวิจัย	67
รูปแบบของการวิจัย	67
กลุ่มเป้าหมายในการวิจัย	67
วิธีการเข้าถึงข้อมูล	68
วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล	68

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	69
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ	73
ความน่าเชื่อถือของข้อมูล	74
การวิเคราะห์ข้อมูล	74
4. ผลการวิจัย และสรุปผลการวิจัย	76
สภาพโดยทั่วไปของผู้ป่วยจิตเวชหญิง และปัจจัยทางเพศสภาพ	76
กระบวนการสื่อสารกลุ่มเพื่อบำบัดผู้ป่วยจิตเวชหญิง	87
ปัจจัยที่มีผลทำให้การสื่อสารกลุ่มบรรลุเป้าหมายของการบำบัด	100
การให้ความหมาย และการสร้างความเข้มแข็งของผู้ป่วยจิตเวชหญิง	112
สรุปผลการวิจัย	127
5. อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	135
กระบวนการสื่อสารกลุ่มเพื่อบำบัดผู้ป่วยจิตเวชหญิง	135
ปัจจัยที่มีผลทำให้การสื่อสารกลุ่มบรรลุเป้าหมายของการบำบัด	143
ปัจจัยทางเพศสภาพของผู้ป่วยจิตเวชหญิง มีผลต่อการให้ความหมาย และการสร้างความเข้มแข็งให้แก่ตนเองเพื่อการบำบัด	148
ข้อจำกัดในการวิจัย	161
ข้อเสนอแนะ	162
บรรณานุกรม	165
ภาคผนวก	172
ประวัติผู้วิจัย	181

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1.	สถิติผู้ป่วยโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ ปีงบประมาณ 2540 – 2543	7
2.	ผู้หญิงและผู้ชายที่ผิดปกติทางจิตตามคุณลักษณะที่ขัดแย้งกับค่านิยม และความคาดหวังทางสังคม	56
3.	แสดงปัจจัยทางเพศสภาพและวาทกรรมของผู้ป่วยจิตเวชหญิง ในความหมายต่าง ๆ	149

สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
1. กรอบแนวคิด	15
2. รูปแบบของเครือข่ายการสื่อสารในกลุ่ม	29
3. กระบวนการสื่อสารกลุ่มเพื่อบำบัดผู้ป่วยจิตเวชหญิง	93
4. รูปแบบเครือข่ายการสื่อสารในกลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง	98
5. ปัจจัยที่มีผลทำให้การสื่อสารกลุ่มบรรลุเป้าหมายของการบำบัด	111
6. ปัจจัยทางเพศสภาพของผู้ป่วยจิตเวชหญิง มีผลต่อการให้ความหมาย และการสร้างความเข้มแข็งให้แก่ตนเองเพื่อการบำบัด	126

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในอดีตมนุษย์ยังไม่เข้าใจสภาวะความเจ็บป่วยทางจิตอย่างถูกต้อง ไม่สามารถบอกได้ว่าอาการนั้นคืออะไร จึงคิดไปว่าสิ่งนั้นเป็นเรื่องลึกลับ และอาศัยสิ่งศักดิ์สิทธิ์อำนาจลึกลับที่มนุษย์สัมผัสไม่ได้มาอธิบายถึงสาเหตุ หรือปัจจัยที่ก่อให้เกิดโรคทางจิตขึ้น เมื่อมีการเจ็บป่วย โดยเฉพาะการเจ็บป่วยในลักษณะคลุ้มคลั่ง ไร้สติ ขาดการควบคุมตนเอง การรักษาในสมัยนั้นจึงเน้นการรักษาด้วยการพาไปรดน้ำมนต์ กินยาหม้อ (นางเยาว์ กุลโฆษะ , อินทรา บัวขำ และ วลัยย์ กนกวิจิตร , 2516 : 101) การโบยตี การกักขัง และการจับมัดใส่โซ่ตรวน (กรองจิตต์ เมืองวุฒิ , 2537 : 1) เป็นการแยกผู้ป่วยออกจากสังคมภายนอกโดยสิ้นเชิง เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยออกไปทำความวุ่นวายให้กับครอบครัว หรือสังคมภายนอก (ปรีดีหทัย แก้วมณีรัตน์ , 2534 : 1 – 2)

การวินิจฉัยโรคหรือการตีตราทางสังคมว่าใครเจ็บป่วยทางจิต โดยระบุดีกรีของความบ้าตามคำและความคิดของชาวบ้าน เช่น บ๊อง เพี้ยน ไม่เต็มเต็ง ร้อนวิชา ประสาท (แดก) สติแตก วิกลจริต วิปลาส และไอ้โรคจิต (กิติกร มีทรัพย์ , 2542 : 119) นั่นถือว่ามีผลต่ออาการของผู้ป่วย ดังที่นายแพทย์วินัย วิริยกิจจา อธิบดีกรมสุขภาพจิต กล่าวว่า “ ผู้ป่วยทางจิตแม้จะมีอาการทางจิตแฝงอยู่ แต่เขาก็มีอาการในลักษณะที่ไม่รู้ตัว โดยอาศัยสังคมบอกว่า เขาเป็นคนที่มีความผิดปกติ และผู้ป่วยที่ผิดปกตินั้นเขาก็ไม่สามารถเดินทางไปพบแพทย์ได้เอง ” (ปลดโซ่ตรวนผู้ป่วยทางจิตคืนชีวิตปกติสู่สังคม , 2544 : 7) ซึ่งการวินิจฉัยตีตราตัวเองเป็นผลดีในส่วนบุคคลที่จ้ะรู้ว่าเพื่อนบ้าน และชุมชนได้สะท้อนการกระทำของตนให้ได้ว่า พฤติกรรมหรือการกระทำนั้นแตกต่างออกไปจากคนอื่น จะได้ปรับปรุงให้สอดคล้องกับความต้องการของชุมชนต่อไป

เมื่อผู้ป่วยถูกวินิจฉัยว่าป่วยทางจิต ก็เหมือนเป็นการถูกตีตราตั้งแต่วินาทีนั้นว่าเป็นผู้ป่วยโรคจิต เป็นตราบาปที่ติดตัวไปตลอดชีวิต ทำให้คนทั่วไปไม่อยากคบหาสมาคม ไม่อยากยุ่งเกี่ยวกับผู้ป่วย มองผู้ป่วยในแง่ลบ ตราบาปนี้มีผลกระทบอย่างมากต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย ทั้งในด้านชีวิตประจำวัน สัมพันธภาพกับบุคคลอื่น การหางานทำ การหาที่พักอาศัย การรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยและอื่น ๆ สังคมจะพยายามกีดกันผู้ป่วยออกจากกลุ่มของตน ผลกระทบจากครอบครัวที่มีเจตคติต่อผู้ป่วยว่าเป็นบุคคลที่น่ากลัว น่าสมเพชเวทนา เป็นบุคคลไร้ความสามารถ เป็นภาระของครอบครัวที่ต้องมีการควบคุมดูแลเกือบตลอดเวลา (ปรดิษฐ์ แก้วมณีรัตน์ , 2534 : 3) จากผลเหล่านี้ทำให้คนส่วนใหญ่มองว่าผู้ป่วยจิตเวชนั้นอันตราย ก้าวร้าว น่ากลัว ทั้งที่ความเป็นจริงแล้วมีผู้ป่วยจิตเวชเพียง 3 % เท่านั้น ที่จะมีพฤติกรรมรุนแรงได้ แต่จากสื่อต่าง ๆ เช่น โทรทัศน์ที่แสดงอันตรายจากผู้ป่วยจิตเวชถึง 77 % (พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์ , 2542 : 168) ทำให้คนในสังคมรู้สึกหวาดกลัว ไม่ยอมรับในตัวผู้ป่วย รังเกียจ และไม่เชื่อว่าผู้ป่วยจะทำประโยชน์ได้ (ไปรยทิพย์ กสิพันธ์ , 2541 : 2)

การแพทย์ในปัจจุบัน มีการจัดประเภทของอาการป่วยในลักษณะดังกล่าวมาข้างต้นอยู่ในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชโดยการวินิจฉัยความผิดปกติทางจิตใจตามหลักของสมาคมจิตเวชแห่งสหรัฐอเมริกา (American Psychiatric Association) ซึ่งได้จำแนกความผิดปกติหรือความแปรปรวนทางจิตออกเป็น 11 ประเภท ดังนี้ (วีระ ไชยศรีสุข , 2533 : 101 – 102)

1. ปัญญาอ่อน
2. กลุ่มอาการทางสมอง
 - 2.1 โรคจิตที่เกิดร่วมกับกลุ่มอาการทางสมอง
 - 2.2 กลุ่มอาการทางสมองที่ไม่เกี่ยวกับโรคจิต
3. โรคจิต
 - 3.1 โรคจิตเภท
 - 3.2 อารมณ์แปรปรวนชนิดรุนแรง
 - 3.3 ภาวะระแวง
 - 3.4 โรคจิตอื่น ๆ
 - 3.5 โรคจิตที่มีอาการไม่ปรากฏชัดเจน
4. โรคประสาท
 - 4.1 โรคประสาทชนิดวิตกกังวล

- 4.2 โรคประสาทชนิดอุปาทาน
- 4.3 โรคประสาทชนิดหวาดกลัว
- 4.4 โรคประสาทชนิดย้ำคิดย้ำทำ
- 4.5 โรคประสาทชนิดซึมเศร้า
- 4.6 โรคประสาทชนิดห่อแค้น
- 4.7 โรคประสาทชนิดบุคลิกภาพแตกแยก
- 4.8 โรคประสาทชนิดโรคลี้
- 4.9 โรคประสาทอื่น ๆ
- 4.10 โรคประสาทที่มีอาการไม่ปรากฏชัดเจน
5. บุคลิกภาพแปรปรวนและความแปรปรวนทางจิตที่ไม่ใช่โรคจิต
 - 5.1 บุคลิกภาพแปรปรวน
 - 5.2 ความเบี่ยงเบนทางเพศ
 - 5.3 โรคติดสุรา
 - 5.4 การติดยาเสพติด
6. โรคจิตสรีรภาพ
7. กลุ่มอาการพิเศษ
8. ความแปรปรวนเนื่องจากสถานการณ์ชั่วคราว
9. ความแปรปรวนในพฤติกรรมของวัยเด็กและวัยรุ่น
10. สภาพการณ์ที่ไม่แสดงอาการของความผิดปกติทางจิต และสภาพการณ์ที่ไม่แสดงอาการพิเศษ
 - 10.1 การปรับตัวทางสังคมไม่ดีโดยไม่มี ความผิดปกติทางจิต
 - 10.2 สภาพการณ์ที่ไม่แสดงอาการพิเศษ
 - 10.3 ความแปรปรวนที่ไม่เกี่ยวข้องกับชีวิต
11. กลุ่มที่ไม่วินิจฉัยสำหรับการรักษา

กรมสุขภาพจิตเป็นหน่วยงานหนึ่งในกระทรวงสาธารณสุขที่จัดตั้งขึ้นเพื่อรับผิดชอบด้านสุขภาพจิตของประชาชนทั้งประเทศ ซึ่งให้บริการสุขภาพจิตทั้ง 4 ด้านคือ ด้านการส่งเสริมสุขภาพจิต ด้านการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ด้านการบำบัดรักษา และด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคม (หนัยรัฐณ์ เอื้อสามาลย์ , 2542 : 2) ตามหลักและขั้นตอนทางจิตเวช

การดูแลผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตใจ ปัจจุบันมีปัจจัยที่เป็นสาเหตุของความผิดปกติทางจิตหลายด้าน ทั้งปัจจัยทางชีววิทยา ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม และปัจจัยทางด้านจิตใจ จำเป็นต้องอาศัยผู้ที่ทำงานด้านสุขภาพจิตหลายฝ่ายมาร่วมกันทำงาน โดยอาศัยความรู้ความชำนาญเฉพาะสาขาวิชาและทักษะการทำงานในลักษณะทีมจิตเวช (Psychiatric Team) ประกอบด้วย

จิตแพทย์ ส่วนใหญ่เป็นแพทย์ที่ได้รับการศึกษาและอบรมต่อเพื่อเป็นแพทย์เฉพาะในสาขานี้ มีหน้าที่รับผิดชอบการรักษาผู้ป่วยและเป็นหัวหน้าทีม

นักจิตวิทยาคลินิก มีหน้าที่ให้บริการและแปลผลการทดสอบทางจิตวิทยา และมีบทบาทในการรักษาทางด้านจิตใจ เช่น การทำจิตบำบัด จิตบำบัดชนิดกลุ่ม และพฤติกรรมบำบัด เป็นต้น

นักสังคมสงเคราะห์ มีหน้าที่ในการสัมภาษณ์ญาติและครอบครัวของผู้ป่วย การศึกษาวิเคราะห์ วินิจฉัยข้อมูลทางสังคม จิตใจ ที่เป็นสาเหตุของการเจ็บป่วย เพื่อหาข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการวางแผนการรักษาและร่วมมือช่วยเหลือผู้ประสบปัญหาด้านเศรษฐกิจและสังคม รวมทั้งติดตามผลการวินิจฉัยทางสังคม

พยาบาลจิตเวช เป็นพยาบาลที่ได้รับการฝึกฝนเพื่อให้มีความรู้ และความสามารถในการดูแลพยาบาลผู้ป่วยจิตเวช รวมทั้งร่วมในทีมจิตเวชให้การบำบัดรักษาผู้ป่วยทางด้านจิตใจด้วย

นักอาชีวบำบัด มีหน้าที่ในการรักษาผู้ป่วยโดยใช้การทำงานและกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อเปลี่ยนแปลงการดำเนินของโรคให้ไปในทางที่ดีขึ้น นอกจากนี้ยังมีบุคลากรอื่น ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านที่เกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย เช่น นันทนาการบำบัด ดนตรีบำบัด พลศึกษาบำบัด เป็นต้น (แสงอรุณ ไตรรักษา , 2541 : 1 – 2)

การบำบัดรักษาทางจิตเวชขึ้นอยู่กับชนิดและความรุนแรงของโรค เนื่องจากผู้ป่วยแต่ละรายนั้นมีเอกลักษณ์เฉพาะตัว การบำบัดจึงกำหนดรูปแบบที่สอดคล้องกับความจำเป็น และ

กรณีแวดล้อมของผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเวชสามารถปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อมและสังคมได้อย่างเหมาะสมตามศักยภาพ (กรองจิตต์ เมืองวุฒิ , 2537 : 2 - 3) ผู้ป่วยจะได้เรียนรู้ทักษะทางสังคมต่าง ๆ ในขณะที่รับการรักษาในโรงพยาบาล ทำให้สามารถดูแลตนเองได้ มีความพร้อมเมื่อออกจากโรงพยาบาล และกลับไปอยู่ร่วมกับครอบครัวชุมชนได้ ซึ่งสอดคล้องกับแผนพัฒนาสุขภาพจิต ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 ด้านสาธารณสุข (2540 - 2544) โดยแบ่งการรักษาออกเป็น 3 ประเภท ใหญ่ ๆ ได้แก่ (วีระ ไชยศรีสุข , 2533 : 193 - 196)

ประเภทแรก คือ การรักษาที่เกี่ยวข้องกับร่างกาย (Somatotherapy) หมายถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยโดยอาศัยวิธีการรักษาทางสรีรวิทยา ซึ่งมีหลายวิธีการรักษาด้วยกัน ทั้งจิตเภสัชบำบัด (Psychopharmacotherapy) เป็นการ用药ในทางจิตเวช ยาประเภทจิตบำบัดมีผลต่ออารมณ์ ความคิด และการรับรู้ ช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น การช็อคไฟฟ้า (Electric Shock Therapy) หมายถึงการใช้กระแสไฟฟ้าให้ผ่านเข้าไปในสมอง และจิตศัลยกรรม (Psychosurgery) การผ่าตัดสมองของผู้ป่วยโรคจิตด้วยกรรมวิธีที่เรียกว่า Lobotomy

ประเภทที่สอง คือ การรักษาด้วยจิตบำบัด (Psychotherapy) หมายถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยโดยอาศัยวิธีที่เกี่ยวกับจิตใจ เป็นกระบวนการของความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและผู้รักษา เทคนิคในการทำจิตบำบัดมีอยู่หลายชนิด โดยมีจุดมุ่งหมายที่คล้ายคลึงกัน คือการช่วยผู้ป่วยที่มีความแปรปรวนทางอารมณ์ให้รู้จักเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของเขา เพื่อจะได้ปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมจนเป็นที่น่าพอใจ และส่งเสริมความเจริญงอกงามและพัฒนาการของบุคลิกภาพในด้านที่ดี โดยจำแนกออกได้ 3 ชนิดคือ จิตบำบัดชนิด
 ประคับประคอง (Supportive Psychotherapy) จิตบำบัดชนิดให้การศึกษาใหม่ (Re - educative Psychotherapy) จิตบำบัดชนิดเปลี่ยนโครงสร้างใหม่ (Re - constructive Psychotherapy) และนิเวศน์บำบัด (Milieu Therapy) หมายถึงการรักษาโดยการปรับปรุงและดัดแปลงสิ่งแวดล้อมภายในโรงพยาบาลเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น

ประเภทสุดท้าย คือ การฟื้นฟูทางด้านจิตใจ (Re - habilitation) เมื่ออาการของผู้ป่วยทุเลาลงก็มีการปรับปรุงสภาพจิตใจของผู้ป่วยให้เข้มแข็ง สามารถทนต่อภาวะความกดดัน

ของสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ได้ ให้การศึกษาและอบรมก่อนกลับเข้าสู่สังคมเดิม การฝึกฝนอาชีพ การติดต่อกับหน่วยราชการหรือหน่วยงานเอกชนเพื่อหางานให้ทำ

สำหรับโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ เป็นโรงพยาบาลที่สังกัดในกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข และเป็นโรงพยาบาลจิตเวชที่รับผิดชอบผู้ป่วยใน 12 จังหวัดภาคเหนือ คือ เชียงใหม่ เชียงราย แพร่ น่าน ลำพูน ลำปาง สุโขทัย แม่ฮ่องสอน ตาก พิษณุโลก พะเยา และอุตรดิตถ์ โดยโรงพยาบาลสวนปรุงมีหน้าที่และความรับผิดชอบดังนี้ (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข , 2535 : 7)

1. ให้บริการตรวจรักษา ส่งเสริม ป้องกัน ฟื้นฟูสมรรถภาพ และสงเคราะห์ผู้ป่วยทางสุขภาพจิตและจิตเวช ใน 12 จังหวัดภาคเหนือ
2. ดำเนินการส่งเสริมสมรรถนะบุคลากรทางวิชาการและบริหาร
3. ดำเนินการด้านจิตเวชชุมชน ด้วยการผสมผสานงานสุขภาพจิตและจิตเวชเข้ากับงานสาธารณสุขโดยวิธีการให้ความรู้ คำแนะนำ ในด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ทางสื่อมวลชนต่าง ๆ
4. เป็นสถานที่ให้การศึกษา ฝึกอบรมและฝึกปฏิบัติงานในด้านสุขภาพจิตและจิตเวช แก่นักเรียน นักศึกษา ตลอดจนผู้เกี่ยวข้องทางการแพทย์ และบุคคลทั่วไป เช่น
 - มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
 - วิทยาลัย สถาบันการศึกษา โรงเรียน และผู้นำชุมชนต่าง ๆ
5. ศึกษา ค้นคว้า วิจัยและพัฒนาทางวิชาการสาขาจิตเวชศาสตร์ และสุขภาพจิต รวมทั้งสาขาอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง
6. เป็นศูนย์ข้อมูลทางวิชาการ สุขภาพจิตและจิตเวชในภาคเหนือ
7. สนับสนุนสถานบริการสาธารณสุขอื่น ๆ ทั้งด้านบริการและวิชาการ

จากสถิติผู้ป่วยทั้งหมดในปีงบประมาณ พ.ศ. 2540 – 2543 พบว่า จำนวนผู้ป่วยจิตเวช ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลสวนปรุง มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นในแต่ละปี ดังนี้

ตารางที่ 1 สถิติผู้ป่วยของโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ปีงบประมาณ 2540 – 2543

ประเภทผู้ป่วย	ปีงบประมาณ			
	2540	2541	2542	2543
ผู้ป่วยนอก	55,127	58,528	57,788	58,513
ผู้ป่วยใน	6,011	6,312	6,659	7,086
รวม	61,138	64,840	64,447	65,599

ที่มา : ฝ่ายแผนงานโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ 2544

ดังนั้นการช่วยเหลือคนไข้ทางด้านจิตใจนั้นถือเป็นหัวใจสำคัญของการบำบัดทางจิตเวช และพยาบาลจิตเวชเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญอีกผู้หนึ่งในการจัดหาข้อมูลให้แก่จิตแพทย์ ทั้งนี้ เพราะพยาบาลเป็นผู้ที่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาล เป็นผู้สังเกตอาการปฏิกิริยา และท่าทีของผู้ป่วย คอยดูแลเอาใจใส่ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น นอกจากนี้ยังช่วยออกเยี่ยมบ้าน ติดตามผู้ป่วยและผลการรักษา ช่วยแนะนำในด้านสุขภาพอนามัยแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ช่วยดูแลผู้ป่วยขณะมารับการตรวจรักษา และให้การพยาบาลตามคำสั่งของแพทย์ในผู้ป่วยบางราย (นพ.แก้ว เผื่อนปฐม , 2517 : 32) ซึ่งบทบาทของพยาบาลจิตเวชเป็นบทบาทอิสระที่พยาบาลจิตเวชสามารถตัดสินใจช่วยเหลือผู้ป่วยได้ อีกทั้งแนวทางการรักษาผู้ป่วยจิตเวชในปัจจุบันเน้นให้ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลด้วยระยะเวลาอันสั้น และจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยเร็ว (Deinstitutionalization) ดังนั้นการวางแผนการพยาบาลเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยจึงต้องคำนึงถึงแนวทางการรักษาดังกล่าวด้วย

การทำกลุ่มจิตบำบัดจึงเป็นวิธีการอีกแนวทางหนึ่งที่น่าสนใจ และมีบทบาทในการให้การพยาบาลทางด้านจิตใจมากขึ้น (Marenness & Taylor , 1978) สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ครั้งละหลาย ๆ คน ในการทำกลุ่มแต่ละครั้ง และใช้บุคลากรจำนวนน้อยด้วย การทำกลุ่มจิตบำบัดนั้นจะอาศัยเทคนิคและทฤษฎีทางจิตเวช จิตวิทยาแขนงต่าง ๆ นำมาประยุกต์ใช้ร่วมกับการสร้างปฏิสัมพันธ์ในกลุ่ม ทำให้เกิดปัจจัยบำบัด ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการปรับตัวและเปลี่ยนแปลงตนเองได้ดีขึ้น (สุมาลี สัยยะสิทธิพานิชย์ , 2540 : 1)

กลุ่มจิตบำบัดแบ่งออกได้เป็นหลายแนวคิด ขึ้นกับการมองหรืออธิบายปัญหาและจุดประสงค์ในการรักษา กลุ่มจิตบำบัดระดับประคองเป็นอีกวิธีหนึ่งในหลายวิธีของกลุ่มจิตบำบัด ซึ่งสามารถช่วยเหลือ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่อย่างมีความสุขมากที่สุดเท่าที่ความสามารถของเขาจะกระทำได้ สร้างความเชื่อมั่นในตนเองให้เกิดขึ้น ให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความเป็นจริงของชีวิต ช่วยลดความรู้สึกโดดเดี่ยว และความรู้สึกถูกทอดทิ้งของผู้ป่วยลง ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ใหม่จากกลุ่ม รู้จักหาแนวทางแก้ปัญหาและช่วยให้ผู้ป่วยพึ่งพาตัวเองให้ได้มากที่สุด ในการดำเนินกลุ่มจิตบำบัด ผู้บำบัดควรมีความชำนาญทางคลินิกโดยเฉพาะ ซึ่งเป็นการศึกษาในระดับปริญญาโทและการศึกษาที่สูงกว่าระดับนี้ (Clinical Specialist) ผู้ทำอาจเป็นจิตแพทย์ นักจิตวิทยาก็ได้ สำหรับประเทศไทยยังขาดแคลนบุคลากรที่มีความรู้ทางการแพทย์บาลิตเวชขั้นสูงกว่าพื้นฐานอย่างมาก พยาบาลจิตเวชจะมีบทบาทสำคัญในการทำกลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง เนื่องจากพยาบาลเป็นผู้ที่อยู่กับผู้ป่วยมากที่สุด มีความคุ้นเคยและรับฟังปัญหาของผู้ป่วยได้มากที่สุด การใช้กลุ่มจิตบำบัดจึงเป็นเครื่องมือสำคัญในการช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวช โดยมีการให้กำลังใจ ปลอบใจ ให้คำชี้แนะ และใช้เทคนิคการสนทนาเชิงบำบัดช่วยเหลือผู้ป่วยให้บรรลุวัตถุประสงค์ของกลุ่มจิตบำบัดระดับประคองได้ (สุมาลี สัยยะสิทธิพานิชย์, 2540 : 2) สำหรับโรงพยาบาลสวนปรุงนั้น มีพยาบาลวิชาชีพซึ่งผ่านการอบรมหลักสูตรสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช มีความรู้พื้นฐานด้านจิตวิทยาการปรึกษาและแนะแนว มีประสบการณ์ในการทำกลุ่มจิตบำบัดและให้คำปรึกษา เป็นผู้นำกลุ่มและผู้นำกลุ่มร่วม ซึ่งเป็นเหตุให้ผู้วิจัยสนใจที่จะเลือกศึกษาจากโรงพยาบาลนี้ด้วย

เหตุผลดังกล่าว แสดงให้เห็นว่าการทำกลุ่มจิตบำบัดระดับประคองเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพจิตใจเป็นขั้นตอนหนึ่งที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในการช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชให้เกิดการเรียนรู้ว่าไม่ใช่เขาคนเดียวที่มีปัญหา คนอื่น ๆ ก็มีปัญหาคคล้าย ๆ กัน เกิดการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันเพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการแก้ไขปัญหา และสามารถปรับตัวให้เข้ากับสังคมได้ดียิ่งขึ้น ซึ่ง การเปลี่ยนแปลงนั้นจะเกิดขึ้นได้โดยการนำกระบวนการสื่อสารกลุ่มเข้ามาเป็นวิธีการหลัก เพื่อให้ ผู้ป่วยจิตเวชเกิดการพัฒนาในการทำกลุ่มอย่างเป็นขั้นตอน และเป็นไปในทิศทางเดียวกันใน การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพจิตใจให้เข้มแข็ง และเกิดการยอมรับซึ่งกันและกันรวมทั้งเกิด การปรับเปลี่ยนระบบความคิด และพฤติกรรมต่าง ๆ ที่ก่อให้เกิดประโยชน์นำไปสู่การพัฒนา จิตใจและบุคลิกภาพที่เหมาะสมได้เป็นอย่างดี

จากที่ได้มีการศึกษาข้างต้นในเรื่องดังกล่าว พบว่า ปัญหาสำคัญส่วนหนึ่งของผู้ป่วยจิตเวชหญิงคือ ความไม่เข้าใจและไม่ยอมรับของญาติ หรือบุคคลในครอบครัวที่มีต่อผู้ป่วย จากคำปรารภที่ว่า “ ตนมักถูกล้อเลียน ถูกจ้องมองคอยจับผิด ดูเหมือนตัวประหลาด จะทำอะไรก็มีคนคอยเกรงว่าจะทำผิดพลาด ไม่มีใครเข้าใจตนเองอย่างแท้จริง ” (จารุวรรณ ต. สกุล , 2524 : 3) ผู้ป่วยจิตเวชเป็นกลุ่มที่ได้รับการถูกตีตราจากสังคม ไม่ยอมรับให้เข้าร่วมในสังคมกับคนปกติได้ (ทหัยรัฐณ์ เชื้อสามาลัย , 2534 : 4) และด้วยการที่ถูกมองว่าเป็นภาวะของครอบครัวที่ต้องคอยดูแลผู้ป่วยจึงต้องการให้ทางโรงพยาบาลรักษาผู้ป่วยให้หายหรือรับผู้ป่วยไว้ใน โรงพยาบาลตลอดไป (ปรีดีหทัย แก้วมณีรัตน์ , 2534 : 4) ดังนั้นจึงเป็นหน้าที่ของโรงพยาบาลที่ต้องบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวชหญิงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมให้มีความเข้มแข็ง และต่อสู้แก้ไขปัญหาของตนเองได้ พยาบาลจิตเวชเป็นบุคลากรส่วนหนึ่งที่มีความสำคัญในการบำบัดรักษา ด้วยการใช้กลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง ซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้วิจัยสนใจ และทำให้เป็นประเด็นสำคัญสำหรับการวิจัยครั้งนี้ โดยจะศึกษากระบวนการสื่อสารกลุ่มเพื่อบำบัดผู้ป่วยจิตเวชหญิง ปัจจัยที่มีผลทำให้การสื่อสารกลุ่มบรรลุเป้าหมายของการบำบัด รวมทั้งปัจจัยทางเพศสภาพของผู้ป่วยจิตเวชหญิงที่มีผลต่อการให้ความหมายและการสร้างความเข้มแข็งให้แก่ตนเองเพื่อการบำบัด ทั้งนี้เพื่อให้งานวิจัยมีความครอบคลุมและสอดคล้องสัมพันธ์กันในแต่ละประเด็นที่จะศึกษา รวมทั้งข้อมูลที่ได้รับจากการวิจัยจะสามารถแสดงให้เห็นถึงแนวทางหนึ่งในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นได้เป็นอย่างดี และอาจนำไปสู่การวางแผนเพื่อแก้ไขปัญหาอื่น ๆ ที่มีความสำคัญต่อสังคมได้ต่อไปในอนาคต

วัตถุประสงค์

1. ศึกษากระบวนการสื่อสารกลุ่มเพื่อบำบัดผู้ป่วยจิตเวชหญิง ของโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลทำให้การสื่อสารกลุ่มบรรลุเป้าหมายของการบำบัด
3. เพื่อศึกษาปัจจัยทางเพศสภาพของผู้ป่วยจิตเวชหญิงที่มีผลต่อการให้ความหมาย และการสร้างความเข้มแข็งให้แก่ตนเองเพื่อการบำบัด

ปัญหานำวิจัย

1. กระบวนการสื่อสารกลุ่มเพื่อบำบัดผู้ป่วยจิตเวชหญิงมีลักษณะอย่างไร
2. ปัจจัยอะไรที่มีผลทำให้การสื่อสารกลุ่มบรรลุเป้าหมายของการบำบัด
3. ปัจจัยทางเพศสภาพของผู้ป่วยจิตเวชหญิง มีผลต่อการให้ความหมาย และการสร้างความเข้มแข็งให้แก่ตนเองเพื่อการบำบัดอย่างไร

ข้อสันนิษฐานการวิจัย

การสื่อสารในกลุ่มเพื่อการบำบัดของพยาบาลจิตเวชที่มีต่อผู้ป่วยจิตเวชหญิง จะต้องใช้กระบวนการสื่อสารกลุ่มอย่างมีขั้นตอนเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเวชได้รับการบำบัดทั้งทางด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม รวมทั้งสติปัญญาและความสามารถ เพราะผู้ป่วยจิตเวชหญิงแต่ละคนมีความแปรปรวนในจิตใจที่ไม่เหมือนกัน ย่อมมีความแตกต่างกันในการมีส่วนร่วมของกลุ่มบำบัดในแต่ละครั้ง รวมทั้งการแสดงออกถึงการต่อสู้กับปัญหาที่เกิดขึ้นในขณะรับการรักษา ฉะนั้นพยาบาลจิตเวชจะต้องใช้กระบวนการสื่อสารกลุ่มเพื่อเป็นแนวทางในการบำบัดผู้ป่วยจิตเวชหญิงให้สามารถปฏิบัติตามขั้นตอนและบรรทัดฐานของกลุ่ม รวมทั้งลักษณะของผู้ป่วยจิตเวชหญิงที่ถูกสังคมกำหนดบทบาท และความคาดหวังเอาไว้ ซึ่งผู้ป่วยจิตเวชหญิงสามารถให้ความหมายและสร้างความเข้มแข็งให้กับตนเองในการบำบัดรักษาอาการให้บรรเทาลงได้

ขอบเขตการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษากระบวนการสื่อสารกลุ่มเพื่อการบำบัด เฉพาะเจาะจงกลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง โดยเป็นการสื่อสารระหว่างพยาบาลจิตเวชกับผู้ป่วยจิตเวชหญิง และระหว่างผู้ป่วยจิตเวชหญิงด้วยกันเอง

ทำการเก็บข้อมูลจากเอกสาร จากบุคคลที่เกี่ยวข้อง และผู้ป่วยจิตเวชหญิงที่เป็นผู้ป่วยของโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ โดยจะใช้ระยะเวลาในการศึกษาเก็บข้อมูลเป็นเวลา 2 เดือน

นิยามศัพท์

กระบวนการ คือ ขั้นตอนของการสื่อสารกลุ่ม ซึ่งทำให้กลุ่มดำเนินการเป็นลำดับขั้นตอน และเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ในงานวิจัยนี้หมายถึง ขั้นตอนของการดำเนินกลุ่มที่ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ ขั้นระยะสร้างกลุ่ม ขั้นระยะการทำงานของกลุ่ม และขั้นระยะสิ้นสุดของการทำกลุ่ม

การสื่อสารกลุ่ม คือ การมีปฏิสัมพันธ์กันของบุคคลจำนวนหนึ่ง ซึ่งรวมตัวกันโดยมีความสนใจหรือการแสดงออกร่วมกันในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง และทำการรับส่งสารกันอยู่อย่างมีเป้าหมาย (อรรถวธ ปิลาพันธ์โหวาท , 2531 : 308) ในงานวิจัยนี้หมายถึง การสื่อสารในกลุ่มจิตบำบัดระดับประคองซึ่งมีเป้าหมายเพื่อการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวชหญิง

การบำบัด คือ การรักษาด้วยโปรแกรมการรักษาที่ทางโรงพยาบาลสวนปรุงจัดเตรียมไว้สำหรับบำบัดผู้ป่วยจิตเวช ในงานวิจัยนี้หมายถึง การบำบัดรักษาด้วยวิธีการของกลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง ซึ่งต้องบำบัดทั้งจิตใจ อารมณ์ สังคม และพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเวชหญิง

เป้าหมายของการบำบัด คือ ความต้องการให้ผู้ป่วยจิตเวชสามารถปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อม และสังคมได้อย่างเหมาะสมตามศักยภาพ ให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตัวเองได้ และมีความพร้อมในการดำเนินชีวิตเมื่อออกจากโรงพยาบาล ในงานวิจัยนี้หมายถึง เป้าหมายของกลุ่มจิตบำบัดระดับประคองที่ต้องการให้ผู้ป่วยจิตเวชหญิงได้พูดคุยในสิ่งที่ตนเองอยากจะพูดระบายความคับข้องใจออกมา

กลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง คือ การทำจิตบำบัดแบบตื่น มุ่งเน้นปัจจุบัน (Here and Now) เป็นการสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ระบายความคับข้องใจ เพื่อลดความเครียด ความวิตกกังวล ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจปัญหา และหาวิธีเผชิญปัญหาของตัวเองได้ และส่งเสริมให้ผู้ป่วยเรียนรู้การสร้างสัมพันธภาพ เสริมสร้างประสบการณ์ที่ดีด้านมนุษยสัมพันธ์ เสริมสร้างพัฒนาการทางด้านจิตใจ อารมณ์ และการเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพ (สุมาลี สัยยะสิทธิพานิชย์

,2540 : 3) ในงานวิจัยนี้หมายถึง วิธีการรักษาด้วยกลุ่มจิตบำบัดระดับประคับประคองที่มีการ กำหนดการเข้ากลุ่มจำนวน 4 ครั้ง ครั้งละ 60 – 90 นาที

พยาบาลจิตเวช คือ ผู้ที่ใช้กลุ่มจิตบำบัดระดับประคับประคองในการบำบัดกับผู้ป่วยจิตเวช เพื่อการรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพ ในงานวิจัยนี้หมายถึง ผู้นำกลุ่ม และผู้นำกลุ่มร่วมใน การทำกลุ่มจิตบำบัดระดับประคับประคองเพื่อรักษาผู้ป่วยจิตเวชหญิง

ผู้ป่วยจิตเวชหญิง คือ บุคคลที่มีความผิดปกติด้านความคิด ความรู้สึก อารมณ์และ พฤติกรรม โดยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้มีความผิดปกติทางจิต หรือป่วยเป็นโรคจิต ไม่รวมผู้ป่วยปัญญาอ่อน และเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัด เชียงใหม่ อายุ 14 – 35 ปี ที่มีอาการทางจิตสงบ สามารถสื่อสารกับผู้รู้เรื่อง ไม่อยู่ใน ระหว่างการรักษาด้วยไฟฟ้า ควบคุมพฤติกรรมตนเองได้ ขณะร่วมในกลุ่มบำบัดสามารถเข้าร่วม กิจกรรมกลุ่มการรักษาพยาบาลอื่นได้ ในงานวิจัยนี้หมายถึงผู้ป่วยจิตเวชหญิงที่ถูกคัดเลือกให้เข้า รับการรักษาด้วยการทำกลุ่มจิตบำบัดระดับประคับประคองจำนวน 7 คน

การมีส่วนร่วม คือ การให้ความร่วมมือของผู้ป่วยจิตเวชหญิงในการเข้าร่วมกลุ่ม จิตบำบัดระดับประคับประคองเพื่อการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพ ตามโปรแกรมการรักษาที่ทาง โรงพยาบาลจัดเตรียมไว้ ในงานวิจัยนี้หมายถึง การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยจิตเวชหญิงในการเข้า กลุ่มจิตบำบัดระดับประคับประคอง เช่น ร่วมในการแสดงความคิดเห็นเพื่อหาแนวทางในการแก้ไข ปัญหาของกลุ่มร่วมกัน

ปัจจัยที่มีผลต่อการสื่อสาร คือ ปัจจัยต่าง ๆ ที่เอื้ออำนวยให้การสื่อสารประสบความสำเร็จ หรือความล้มเหลวได้ ในงานวิจัยนี้หมายถึง ปัจจัยที่มีผลทำให้การสื่อสารในกลุ่ม จิตบำบัดระดับประคับประคองบรรลุวัตถุประสงค์ของการบำบัด เช่น จำนวนของสมาชิกในกลุ่ม การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยจิตเวช ทักษะคิดของสมาชิกในกลุ่ม เป็นต้น

เพศสภาพ คือ สถานะทางเพศและบทบาททางเพศที่สังคมและวัฒนธรรมเป็น ผู้กำหนดให้กับผู้หญิงและผู้ชายไม่ใช่ปัจจัยของความแตกต่างทางเพศสรีระ ในงานวิจัยนี้หมายถึง

ถึง บทบาทและลักษณะทางเพศของผู้ป่วยจิตเวชหญิงที่สังคมเป็นผู้กำหนดให้แตกต่างจากคนปกติ

ปัจจัยทางเพศสภาพ คือ ปัจจัยของบทบาททางเพศของผู้หญิงและผู้ชายที่ถูกสังคมกำหนดลักษณะให้มีความแตกต่างกัน ในงานวิจัยนี้หมายถึง ปัจจัยทางเพศสภาพที่สังคมกำหนดบทบาทและลักษณะการแสดงออกเอาไว้สำหรับผู้ป่วยจิตเวชหญิง

การให้ความหมาย คือ การที่บุคคลนิยามหรือให้ความหมายต่อตนเอง หรือลักษณะการแสดงออกของตนเองเพื่อให้สังคมได้รับรู้และเข้าใจถึงความเป็นปัจเจกบุคคลนั้น ๆ ในงานวิจัยนี้หมายถึง การที่ผู้ป่วยจิตเวชหญิงนิยามความหมายให้กับตนเอง เพื่อต่อสู้กับการถูกสังคมกำหนดบทบาทและลักษณะเอาไว้ รวมทั้งเป็นการสร้างความเข้มแข็งให้กับตนเองในการบำบัดรักษา

ความเข้มแข็ง คือ ความเข้มแข็งทั้งทางกายและทางจิตใจของผู้ป่วยจิตเวช การมีกำลังใจในการยืนหยัดต่อความเจ็บป่วยทางจิตใจ การไม่ท้อแท้ต่อการรักษา และการยอมรับต่อทัศนคติที่สังคมมีต่อผู้ป่วยจิตเวชหญิง รวมทั้งการมีเป้าหมายที่แน่นอนในการรักษาให้ตนมีสุขภาพจิตที่ดีขึ้น ในงานวิจัยนี้หมายถึง ผู้ป่วยจิตเวชหญิงสามารถให้ความหมายกับตนเองและสร้างความเข้มแข็งในการรักษา รวมทั้งการทำให้ตนเองมีสุขภาพจิตที่ดีขึ้น

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อให้ทราบถึงกระบวนการสื่อสารในกลุ่มเพื่อบำบัดผู้ป่วยจิตเวชหญิง และปัจจัยที่มีผลทำให้การสื่อสารกลุ่มบรรลุเป้าหมายของการบำบัด ที่ดำเนินการอยู่ในโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่
2. เพื่อให้เข้าใจถึงการให้ความหมายกับตนเองและการสร้างความเข้มแข็งของผู้ป่วยจิตเวชหญิงในการบำบัดอาการทางจิต
3. เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาวิธีการบำบัดกลุ่มผู้ป่วยในโรคต่าง ๆ ของโรงพยาบาลอื่น ๆ ต่อไป

4. เป็นแนวทางในการค้นคว้าวิจัยเกี่ยวกับงานการสื่อสารกลุ่มเพื่อการบำบัด เช่น การทำให้ผู้ป่วยมีความตั้งใจที่จะร่วมในการฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อการรักษา



บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาวิจัยเรื่อง “ กระบวนการสื่อสารกลุ่มและปัจจัยทางเพศสภาพเพื่อบำบัดผู้ป่วยจิตเวชหญิง โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ ” ได้อาศัยแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัย ที่เกี่ยวข้องมาเป็นแนวทางในการกำหนดกรอบแนวคิดเพื่อเป็นประโยชน์ต่อการวิจัย ดังนี้

1. แนวคิดและทฤษฎีการสื่อสารในกลุ่ม
2. แนวคิดและทฤษฎีการมีส่วนร่วม
3. แนวคิดเกี่ยวกับกลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง
4. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับเพศสภาพ
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดและทฤษฎีการสื่อสารในกลุ่ม (Group Communication)

สำหรับการสื่อสารในกลุ่มนี้ เพื่อให้มองเห็นภาพรวมขององค์ประกอบภายในกลุ่มทั้งหมดที่ประกอบด้วย การให้ความหมายของกลุ่ม ธรรมชาติและคุณสมบัติของกลุ่ม จุดมุ่งหมายของกลุ่ม ประเภทของกลุ่ม ปัจจัยที่ทำให้กลุ่มดำรงอยู่และดำเนินไป อำนาจในกลุ่ม บทบาทและพฤติกรรมของสมาชิกกลุ่ม การสื่อสารกลุ่ม รูปแบบการติดต่อสื่อสารกลุ่ม รูปแบบเครือข่ายของการสื่อสารในกลุ่ม และกระบวนการสื่อสารของพลวัตกลุ่ม ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

คำว่า “ กลุ่ม ” (Group) มีความหมายหลากหลายในทางจิตวิทยาสังคม ถือว่ากลุ่มไม่ใช่เป็นคนมารวมกันเฉย ๆ แต่มีความหมายลึกซึ้งมากกว่านั้น นักจิตวิทยาสังคมหลายท่านได้ให้ความหมายเกี่ยวกับคำว่า “ กลุ่ม ” ดังนี้

บรอดเบค (Brodbeck อ้างใน วินิจ เกตุขำ และ คมเพชร ฉัตรศุภกุล , 2522 : 2) ได้ให้ความหมายว่า กลุ่ม คือ การรวมกันของบุคคลที่ตั้งอยู่บนความสัมพันธ์ที่แน่นอนซึ่งกันและกัน ความสัมพันธ์นั้นขึ้นอยู่กับชนิดของกลุ่ม ความคล้ายกันหรือเหมือนกันของบุคคลในกลุ่มไม่ใช่สิ่ง

สำคัญของกรรวมกลุ่ม แต่อยู่ที่ความสัมพันธ์ของสมาชิกในกลุ่มหรือปฏิสัมพันธ์ (Interaction) ของกลุ่มนั่นเอง

เลวิน (Lawin อ้างใน วินิจ เกตุขำ และ คมเพชร ฉัตรศุภกุล , 2522 : 2) ได้ให้ทัศนะในเรื่องของกลุ่มไว้ว่า ความเหมือนหรือความแตกต่างไม่ได้เป็นเครื่องตัดสินว่า คน 2 คนอยู่ในกลุ่มเดียวกันหรือต่างกลุ่มกัน แต่อยู่ที่ปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (Social Interaction) หรือการพึ่งพาอาศัยกันในรูปแบบอื่น ๆ มากกว่า เลวิน ยังได้อธิบายถึงแนวคิดเรื่องแรงกดดันของกลุ่ม (Group Pressure) ที่อาจนำมาใช้กับสมาชิกจนถึงขั้นที่บุคคลนั้น เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในทางกลับกันสมาชิกแต่ละคนในกลุ่มก็มีอิทธิพลต่อกัน และการรวมกลุ่มดังกล่าวก็ก่อให้เกิดความเป็นส่วนรวมหรืออันหนึ่งอันเดียวกัน (Gestalt or Whole) ถึงแม้ว่ากลุ่มนั้นจะประกอบด้วยสมาชิกที่มีลักษณะแตกต่างกัน (Heterogeneous) กลุ่มยังคงทำหน้าที่อย่างเป็นทางการหนึ่งหน่วยเดียว สมาชิกต่างพึ่งพาซึ่งกันและกัน และต่างคาดหวังให้สมาชิกอื่นปฏิบัติตามให้ได้มาตรฐานของกลุ่ม จรรยาของกลุ่ม และเป้าหมายต่าง ๆ ที่ตั้งขึ้นเฉพาะกลุ่ม (ปราโมทย์ เชาวศิริป และ วรรษัย คงสกันธ์ , 2542 : 22)

นิวโคมบี้ (New comb อ้างใน วินิจ เกตุขำ และ คมเพชร ฉัตรศุภกุล , 2522 : 2) ให้ความหมายว่า “ ในทางจิตวิทยาสังคมนั้น กลุ่มคือ สมาชิกที่มีปทัสถานร่วมกัน (Shared Norms) ในเรื่องใดเรื่องหนึ่งไม่ว่าปทัสถานนั้นจะมีขนาดใหญ่ หรือเล็ก หรือแม้จะเป็นเพียงความสนใจเล็ก ๆ น้อย ๆ ร่วมกันก็ตาม ”

มาบริและบาร์นส์ (Edward Mabry and Richard Barnes อ้างใน เมตตา กฤตวิทย์ , 2532 : 333) ได้ตั้งข้อสังเกตลักษณะร่วม 4 ประการที่กำหนดความหมายของกลุ่ม คือ

1. กลุ่มจะต้องคงอยู่นานพอสมควร นานพอที่จะพยายามบรรลุเป้าหมายใดเป้าหมายหนึ่งให้ประสบความสำเร็จ ไม่ว่าจะสำเร็จหรือไม่ก็ตาม
2. มีเป้าหมายร่วมกัน
3. จะต้องเกิดการพัฒนาโครงสร้างของกลุ่มอย่างน้อยก็ขั้นต้น
4. เป็นการรวมปัจเจกบุคคลแบบเผชิญหน้ากันและมีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน

จากความหมายของกลุ่มข้างต้น พอจะนำมาสรุปรวมกันได้ว่า “ กลุ่ม ” หมายถึง การรวมกันของบุคคลที่มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน มีส่วนร่วมในกลุ่ม พึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน สมาชิกแต่ละคนในกลุ่มมีอิทธิพลต่อกัน กลุ่มมีความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน มีพลวัตของกลุ่ม มีปทัสถานร่วมกันและมีเป้าหมายที่ตั้งขึ้นเฉพาะกลุ่ม

ธรรมชาติและคุณสมบัติของกลุ่ม

ดิเรนนท์ อนวัชศิริวงศ์ (2534 : 18 – 20) ได้จำแนกธรรมชาติและคุณสมบัติของกลุ่ม เป็นประการต่าง ๆ ไว้ดังนี้

ประการแรก สมาชิกในกลุ่มมีการพึ่งพาอาศัยกัน และมีความคล้ายคลึงกัน

หมายความว่า ความคิด พฤติกรรมของสมาชิกภายในกลุ่มจะถูกเปลี่ยน หรือได้รับอิทธิพลจากการแสดงออกซึ่งความคิด และพฤติกรรมของสมาชิกคนอื่น ๆ ภายในกลุ่ม **ประการที่สอง** กลุ่มจะต้องมีการสื่อสารหรือปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิก หมายถึง การมีการตอบสนองต่อกันในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น **ประการที่สาม** สมาชิกในกลุ่มย่อยร่วมมือกันเพื่อจุดมุ่งหมายหรือวัตถุประสงค์เดียวกัน เช่น ช่วยกันทำงานให้เสร็จสิ้น หรือหลีกเลี่ยงปัญหาต่าง ๆ ที่คาดว่าจะเกิดขึ้น และ**ประการสุดท้าย** กลุ่มเป็นส่วนหนึ่งของบรรทัดฐาน หรือความคาดหวังสำหรับทุกคนหรือคนส่วนใหญ่ภายในกลุ่ม ทั้งนี้บรรทัดฐาน คือมาตรฐานที่วางไว้ กลุ่มอาจจะกำหนดมาตรฐานทั้งด้านพฤติกรรมการมีส่วนร่วม การมีปฏิสัมพันธ์ หรือด้านอื่น ๆ บรรทัดฐานอาจหมายถึง บทบาทซึ่งเป็นหน้าที่ส่วนหนึ่งของบุคคลภายในกลุ่ม

จุดมุ่งหมายของกลุ่ม

จุดมุ่งหมายของกลุ่มเป็นดัชนีชี้ถึงเป้าหมายที่กลุ่มประสงค์จะบรรลุผล ซึ่งแบ่งได้ดังนี้

กลุ่มเพื่อการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร กลุ่มประเภทนี้มีจุดมุ่งหมายพื้นฐานเพื่อการค้นหาและแลกเปลี่ยนข้อมูล ข่าวสาร และความรู้ต่าง ๆ ตัวอย่างเช่น กลุ่มศึกษาในเรื่องต่าง ๆ กลุ่มศาสนา กลุ่มการเมือง เป็นต้น

กลุ่มเพื่อสังคม กลุ่มประเภทนี้มีจุดมุ่งหมายโน้มเอียงไปในมิติด้านอารมณ์ – สังคม (Social – Emotional) มากกว่าเพื่อให้เกิดผลงาน กลุ่มจะเน้นความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกเป็นหลักเพื่อให้สมาชิกรู้จักในกันและกันในฐานะที่แต่ละคนมีบุคลิกภาพเฉพาะตัว ตัวอย่างเช่น กลุ่มสังสรรค์ กลุ่มพัฒนาตนเอง กลุ่มท่องเที่ยว เป็นต้น

กลุ่มเพื่อการแก้ปัญหา กลุ่มประเภทนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อแสวงหาทางเลือกต่าง ๆ ในการแก้ปัญหาใดปัญหาหนึ่ง โดยที่สมาชิกจะต้องร่วมกันนิยามขอบข่ายของปัญหาให้ชัดเจน จึงจะสามารถค้นหาสาเหตุและวิธีการแก้ปัญหาได้ ผลงานที่จะต้องแล้วเสร็จจึงเป็นสิ่งที่กลุ่มซึ่งมีจุดมุ่งหมายประเภทนี้จะต้องดำเนินการให้ได้ด้วยเทคนิควิธีต่าง ๆ ตัวอย่างเช่น กลุ่มพิจารณาแก้ไขพระราชบัญญัติต่าง ๆ กลุ่มศึกษาปัญหาสังคม กลุ่มพิจารณาทางเลือกใหม่ทางการศึกษา กลุ่มแก้ปัญหาเศรษฐกิจ เป็นต้น

ประเภทของกลุ่ม

อรวรรณ ปิลาอินโหวาท (2531 : 305 – 306) และ ถิรนนท์ อนุวัชศิริวงศ์ (2534 : 22) อ้างถึง William D. Brooks (1983) ว่าได้แยกประเภทของกลุ่มออกเป็น 5 ประเภท คือ

กลุ่มปฐมภูมิ (Primary Group) ได้แก่ กลุ่มครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท มีการพบปะกันบ่อย สื่อสารอย่างเข้าใจกันเห็นใจกัน

กลุ่มลำลอง (Casual Group) ได้แก่ กลุ่มที่มารวมตัวกันอย่างไม่เป็นพิธีรีตอง ไม่มีจุดมุ่งหมายเพื่อทำงานใด ๆ เฉพาะเจาะจง เช่น สภากาแฟ

กลุ่มพบปะในร้านอาหาร

กลุ่มศึกษา (Educational Group) ได้แก่ กลุ่มที่รวมตัวกันด้วยวัตถุประสงค์เฉพาะเจาะจงเพื่อเพิ่มพูนความรู้ เช่น กลุ่มศึกษาศิลปวัฒนธรรมไทย

กลุ่มบำบัด (Therapeutic Group) ได้แก่ กลุ่มที่เกิดขึ้นเพื่อใช้เป็นกระบวนการแนะแนวหรือแก้ไขปัญหาทางจิตใจหรือพฤติกรรมของบุคคล เช่น กลุ่มบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวช

กลุ่มจิตบำบัด

กลุ่มสังคมบำบัด

กลุ่มแก้ปัญหา (Problem - Solving Group) ได้แก่ กลุ่มที่มีจุดมุ่งหมายเฉพาะเจาะจงเพื่อทำหน้าที่แก้ปัญหา ดำเนินการติดตาม ประเมินผล เช่น คณะกรรมการแก้ไขและปรับปรุงปัญหาจราจรในกรุงเทพมหานคร

กลุ่มแก้ปัญหาทางสังคม

ปัจจัยที่ทำให้กลุ่มดำรงอยู่และดำเนินไปได้

ถิรนนท์ อนุวัชศิริวงศ์ (2534 : 24 – 39) อธิบายถึงองค์ประกอบที่ทำให้กลุ่มเกิดขึ้นและดำเนินหน้าที่ต่อไปได้ ประกอบด้วย ขนาดของกลุ่ม การจัดระยะห่าง บรรทัดฐานของกลุ่ม อำนาจ รวมทั้งบทบาทและพฤติกรรมของสมาชิกกลุ่ม ซึ่งองค์ประกอบเหล่านี้มีผลต่อปริมาณ และคุณภาพของการสื่อสาร โดยมีรายละเอียดดังนี้

ขนาดของกลุ่ม ปริมาณและคุณภาพของการสื่อสารที่เกิดขึ้นระหว่างสมาชิกกลุ่ม จะถูกกำหนดโดยขนาดของกลุ่ม ซึ่งจะส่งผลถึงสมาชิกคนอื่น ๆ ภายในกลุ่ม โดยปกติขนาดของกลุ่มเมื่อมีจำนวนสมาชิกมากขึ้นการมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ จะลดน้อยลง ความรับผิดชอบ ต่อปฏิสัมพันธ์ในกลุ่มจะลดลง ความกระวนกระวายใจ ความกลัว และอุปสรรคขัดขวาง จะมามากขึ้น เพราะสมาชิกพบแต่สิ่งต่าง ๆ ในเรื่องความรู้สึกและความคิดเห็นที่ขัดแย้งกันได้ การรักษาคุณภาพของการสื่อสารในกลุ่มนี้ ขนาดของกลุ่มต้องมีการควบคุม ต้องกำหนดขนาด ตามงานและบุคลิกภาพของสมาชิก ทั้งนี้กลุ่มต้องมีขนาดไม่ใหญ่นัก และสถานที่ต้องเหมาะสม เป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปว่ากลุ่มที่จัดตั้งขึ้นควรมีสมาชิกเป็นจำนวนคี่ ซึ่งจะมีประสิทธิภาพ มากกว่าจำนวนคู่

การจัดระยะห่าง ความสัมพันธ์ในด้านจิตวิทยาระหว่างสมาชิกในกลุ่มย่อมมีขึ้นอยู่กับการจัดระยะห่างของที่นั่ง และตำแหน่งที่นั่งในกลุ่มที่นั่งเผชิญหน้ากัน เช่น ต้องนั่งใกล้ ๆ กัน เพราะเป็นกลุ่มที่มีความสัมพันธ์เป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน ซึ่งจะเป็นการเพิ่มความเข้าใจระหว่างกลุ่มและระหว่างรายบุคคล

บรรทัดฐานของกลุ่ม บางครั้งบทบาทถูกกำหนดโดยบรรทัดฐาน หรือมาตรฐาน ซึ่งวิธีการที่สมาชิกส่วนใหญ่ยอมรับในการมีส่วนร่วมในการคิดและประพฤติปฏิบัติต่าง ๆ เพื่อควบคุมสมาชิกภาพ บรรทัดฐานนี้เป็นตัวสำคัญที่จะใช้กำหนดให้สมาชิกใหม่ที่ต้องการจะเข้าร่วมกลุ่มปฏิบัติตาม และเห็นพ้องที่จะยอมรับความตึงเครียดจะเกิดขึ้นระหว่างบุคคลและกลุ่ม หากมีการไม่ยอมรับบรรทัดฐานของกลุ่มขึ้น การเบี่ยงเบนไม่ปฏิบัติตามบรรทัดฐานของกลุ่ม อาจจะทำให้มีการเปลี่ยนแปลงบรรทัดฐาน หรือส่งคายน่าข้อกำหนดต่าง ๆ ใหม่ หรือมีฉะนั้น สมาชิก ผู้ไม่ปฏิบัติตามบรรทัดฐานของกลุ่มก็ต้องปลีกรัฐออกจากกลุ่มไป

อำนาจ (Power)

Thomas C. Clary และ Robert A. Luke, Jr. (1975 : 41 อ้างใน ดาริกา จารุวัฒนกิจ , 2539 : 32) กล่าวว่า อำนาจ หมายถึง ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมของบุคคลอื่น ตามความต้องการของบุคคลฝ่ายแรก ดังนั้นการเป็นผู้มีอำนาจก็คือ ผู้มีอิทธิพลเหนือบุคคลอื่น ๆ ในด้านการกระทำสิ่งต่าง ๆ ซึ่งปกติบุคคลเหล่านั้นจะไม่ทำ

DeVito (1992 : 334) ได้ให้คำจำกัดความว่า อำนาจ คือ สิ่งที่แสดงถึงความเชื่อมโยงกันทั้งหมดในการสื่อสารระหว่างกัน แต่รูปแบบของอำนาจที่หลากหลายจะมีความสำคัญในสถานการณ์ต่าง ๆ ขึ้นอยู่กับการใช้ของบุคคล

French และ Raven (1974 : 248 – 251 อ้างใน DeVito , 1992 : 334 - 337 และ วินิจ เกตุขำ และ คมเพชร ฉัตรสุภกุล , 2522 : 40 – 42) ได้จำแนกอำนาจเป็น 6 ประเภท ดังนี้

อำนาจในการอ้างอิง (Reference Power) หมายถึงอำนาจที่บุคคลหนึ่งยึดเอาบุคคลหนึ่งเป็นหลักในการอ้างอิงหรือปฏิบัติตาม โดยการเลียนแบบหรือเอาอย่าง

อำนาจในการมีสิทธิอันชอบธรรม (Legitimate Power) หมายถึงอำนาจตามสิทธิหน้าที่อันพึงมีพึงได้อันชอบธรรมของคนใดคนหนึ่งในกลุ่มของเขา

อำนาจในการให้รางวัล (Reward Power) หมายถึงคนที่มีอำนาจเหนือกว่าคนอื่น ๆ โดยเฉพาะอำนาจในการให้รางวัล จะส่งผลให้คนที่อยู่ใต้อำนาจคอยเอาอกเอาใจและปฏิบัติตาม

อำนาจในการบังคับ (Coercive Power) หมายถึงคนที่มีอำนาจในการบังคับหรือลงโทษคนอื่น ก็จะส่งผลให้คนที่ถูกบังคับหรือลงโทษยอมตาม เพราะเกรงกลัวอำนาจ

อำนาจในการเป็นผู้เชี่ยวชาญ (Expert Power) หมายถึงอำนาจที่ได้รับการยอมรับจากคนอื่นโดยที่บุคคลนั้นมีความสามารถเฉพาะอย่าง เฉพาะตัวที่เด่นหรือยอดเยี่ยม

อำนาจในด้านข้อมูลข่าวสาร หรืออำนาจในด้านการโน้มน้าวใจ (Information or Persuasion Power) ผู้ที่มีอำนาจในการโน้มน้าวใจจะเป็นผู้ที่มีข้อมูลข่าวสารและสามารถใช้ข้อมูลข่าวสารในการโต้แย้งได้อย่างเป็นเหตุเป็นผล ซึ่งอำนาจในด้านข้อมูลข่าวสารหรือการโน้มน้าวใจจะช่วยให้การพูดมีพลังมากขึ้น

อำนาจดังกล่าวจะมีมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับลักษณะและชนิดของกลุ่ม และไม่ว่าจะเป็นอำนาจใด ๆ ก็ตาม ต่างก็ส่งผลต่อความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิก ตลอดจนประสิทธิภาพของกลุ่มด้วย

บทบาทและพฤติกรรมของสมาชิกกลุ่ม

เดอนใจ แวงงาม (2534 : 12 – 18) กล่าวถึงบทบาทและพฤติกรรมบุคคลในกลุ่มมีทั้งบทบาทที่เป็นจริง และบทบาทซึ่งเป็นที่คาดหวังของสมาชิกคนอื่นในกลุ่ม บทบาทสมาชิกในกลุ่มนี้จะได้กล่าวถึง 2 ประเภท คือ บทบาทในฐานะผู้นำกลุ่ม (Group Leader) และบทบาทในฐานะสมาชิกกลุ่ม (Group Member)

ผู้นำกลุ่ม (Group Leader)

ผู้นำกลุ่มจะเป็นผู้ที่มีบทบาทที่สำคัญที่สุดต่อความสำเร็จหรือความล้มเหลวของการดำเนินงานของกลุ่ม ผู้นำกลุ่มที่ดีจะต้องมีบุคลิกภาพ มีทักษะความชำนาญ และรอบรู้งานในหน้าที่ของตน

1. ลักษณะของผู้นำกลุ่มที่ดี

รู้เท่าทันตนเอง (Self – awareness) หมายถึง การรู้ถึงจุดแข็ง – จุดอ่อน ความขัดแย้งในใจ แรงจูงใจ และความต้องการของตนเอง ถ้าหากขาดความเข้าใจดังกล่าวแล้ว จะทำให้ไม่กล้าตัดสินใจกระทำการใด ๆ ในหน้าที่ของผู้นำกลุ่ม

ใจกว้าง (Openness) หมายถึง ความสามารถที่จะรับฟังความคิดหรือทัศนคติต่าง ๆ ของผู้อื่นได้โดยที่ไม่เอากฎเกณฑ์หรือมาตรฐานของตนเข้าไปตัดสินความคิดนั้น ๆ ว่าเป็นสิ่งที่ถูกหรือผิด ซึ่งผู้รับคำปรึกษาจะรับรู้ความใจกว้างเช่นนี้ในรูปของการที่มีความรู้สึกที่ผู้นำกลุ่มให้ความยอมรับ (Acceptance) แก่เขา อันจะนำเขาไปสู่การเปิดเผยตนเองมากขึ้นเรื่อย ๆ

มีความยืดหยุ่น (Flexibility) ความยืดหยุ่นเป็นผลมาจากการที่ผู้นำกลุ่มมีความเชื่อมั่นในตนเอง ผู้นำกลุ่มที่มีความเชื่อมั่นในตนเองน้อยเท่าไรก็ยิ่งจะขาดความยืดหยุ่นมากเท่านั้น ลักษณะเช่นนี้มักจะเห็นได้จากบุคคลผู้ซึ่งเริ่มทำงานใหม่ ๆ และขาดความเชื่อมั่นในตนเอง จึงมักจะทำอะไรตามระเบียบแบบแผนที่วางไว้ล่วงหน้าอย่างตายตัว โดยไม่คำนึงถึงความ

เหมาะสมและสถานการณ์ขณะนั้น แต่เมื่อมีประสบการณ์มากขึ้น ก็มีความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น และทำให้มีความยืดหยุ่นมากขึ้นด้วย คือบุคคลนั้นสามารถจัดการกับสถานการณ์หนึ่ง ๆ

ได้อย่างเหมาะสม โดยไม่ยึดติดอยู่กับแบบอย่างที่เคยตายตัว

มองโลกในแง่ดี (Think positively) ผู้ที่มีทัศนคติต่อชีวิตและโลกในแง่ดีจะมีอิทธิพลในด้านที่ดีต่อบุคคลที่อยู่แวดล้อมตัวเขา และผู้ที่มีมองโลกในแง่ดีจะมองเห็นถึงจุดดีที่มีอยู่ในตัวของผู้อื่น

มีท่าทีที่อบอุ่นและเอาใจใส่ (Warmth and caring) หมายถึงท่าทีที่แสดงถึงความเข้าใจและยอมรับผู้อื่น ซึ่งอาจแสดงออกโดยวาจา หรือสีหน้าท่าทางก็ได้ เพื่อแสดงให้รู้ถึงความสนใจอย่างเต็มที่

มีจิตใจมั่นคงและกลมกลืน (Mature and integrity) หมายถึงความสามารถที่จะจัดการกับชีวิตส่วนตัวของตนเองได้อย่างเหมาะสม และสามารถที่จะอยู่ร่วมกับคนอื่นได้อย่างเป็นสุข เป็นบุคคลที่มีความเข้มแข็งและอดทนพอที่จะยอมรับจุดอ่อนของตน มีความจริงใจต่อตนเอง ต่อผู้รับคำปรึกษา และต่อหน้าที่ความรับผิดชอบของตน

มีความอดทน (Tolerance) โดยเฉพาะในสถานการณ์ที่กลุ่มอยู่ในความเยียบ ผู้นำกลุ่มที่ดีจะไม่พยายามพูดทำลายความเยียบเพียงเพื่อลดความรู้สึกอึดอัดของตนเองลงเท่านั้น แต่จะปล่อยความเยียบนี้กดดันให้สมาชิกกลุ่มพูดออกมาเอง

มีใจเที่ยงตรง (Objectivity) หมายถึง การเข้าไปรับรู้ปัญหาของผู้อื่นเสมือนหนึ่งว่าเป็นเรื่องที่เกิดขึ้นกับตนเอง แต่ในขณะที่เดียวกันก็ได้สูญเสียความเป็นตัวเอง และสามารถจะประเมินเหตุการณ์นั้นได้อย่างมีเหตุและปราศจากอคติใด ๆ

2. ทักษะของการเป็นผู้นำกลุ่ม

ทักษะเชิงตอบสนอง คือ ทักษะที่ผู้นำกลุ่มใช้เพื่อตอบสนองและรับรู้การสื่อความของสมาชิกกลุ่ม ประกอบด้วย การฟัง การทวนซ้ำ การสะท้อนความรู้สึก การทำให้กระจ่าง และการสรุป

ทักษะเชิงปฏิสัมพันธ์ คือ ทักษะที่ผู้นำกลุ่มใช้เพื่อควบคุมและชี้แนะปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นในกลุ่ม และยังช่วยเอื้ออำนวยต่อการปรึกษาเชิงจิตวิทยา ประกอบด้วย การควบคุม การดำเนินการ การแปลความ การเชื่อมโยง การสกัดกั้น การสนับสนุน การจำกัด การป้องกัน และการหาความคิดเห็นที่สอดคล้องกัน

ทักษะเชิงปฏิบัติการ คือ เป็นทักษะที่ผู้นำกลุ่มใช้เพื่อส่งเสริมและกำกับกระบวนการของกลุ่ม ทักษะนี้จะช่วยให้กลุ่มมีปฏิสัมพันธ์ในระดับลึกมากขึ้น และเป็นทางสำหรับให้ผู้นำกลุ่มได้ใช้ความชำนาญของตนให้เกิดประโยชน์ต่อสมาชิกและกลุ่มโดยส่วนรวม ประกอบด้วย การถาม การค้น การเผชิญหน้า การร่วมเปิดเผยตนเอง และการเป็นตัวแบบ

3. บทบาทหน้าที่ของผู้นำกลุ่ม

ส่งเสริมให้มีปฏิสัมพันธ์ในกลุ่ม (Promoting Interaction) บรรยากาศที่สมาชิกภายในกลุ่มมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันจะช่วยเร่งเร้าให้กลุ่มเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันเร็วขึ้น และผู้นำกลุ่มก็ต้องทุ่มเทความพยายามอย่างเต็มที่ เพื่อสนับสนุนการพัฒนาของกลุ่ม อย่างไรก็ตามผู้นำกลุ่มที่มีลักษณะครอบงำ (Dominate) ชอบสั่งสอน และตัดสินผู้อื่น จะทำลายมากกว่าจะส่งเสริมให้มีปฏิสัมพันธ์ในกลุ่ม ในทางตรงกันข้ามผู้นำกลุ่มที่ละทิ้งบทบาทดังกล่าวและสนับสนุนให้สมาชิกกลุ่มได้ช่วยเหลือซึ่งกันและกันจะสร้างสรรค์ให้กลุ่มมีปฏิสัมพันธ์และทำให้สมาชิกกลุ่มมีส่วนร่วมมากขึ้น นอกจากนี้ผู้นำกลุ่มยังสามารถทำการจัดสภาพแวดล้อมทางกายภาพให้เหมาะสม เช่น การจัดที่นั่งเป็นรูปวงกลมหรือวงรี เป็นต้น การใช้ทักษะเชื่อมโยงเข้าด้วยกัน (Linking) และการที่ผู้นำกลุ่มได้ร่วมเปิดเผยความรู้สึกและการรับรู้ของตน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงแรกของการเริ่มกลุ่มก็เป็นสิ่งที่เป็นประโยชน์มากต่อการสนับสนุนให้สมาชิกกลุ่มได้พูดคุยเปิดเผยความในใจต่อกัน สรุปแล้วภาระหน้าที่ของผู้นำกลุ่มในข้อนี้คือการสร้างบรรยากาศที่ก่อให้เกิดความมีน้ำใจจริง การให้และการรับความรู้สึกนึกคิดระหว่างสมาชิกกลุ่ม

เอื้ออำนวยให้มีปฏิสัมพันธ์ในกลุ่ม (Facilitating Interaction) ภาระหน้าที่ในข้อนี้คือการกระทำที่ช่วยเพิ่มพูนปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นภายในกลุ่มแล้วให้มีสูงขึ้นอีก ช่วยให้สมาชิกกลุ่มมีความเข้าใจต่อกันมากขึ้น ซึ่งจะทำให้ดีมากยิ่งขึ้นอยู่กับความไว ความใส่ใจและความสามารถในการเปิดเผยตนเองของผู้นำกลุ่ม

การริเริ่ม (Initiating) หมายถึง การที่ผู้นำกลุ่มมีบทบาทอย่างแข็งขันในการสร้างปฏิสัมพันธ์ภายในกลุ่มและกำหนดว่าปฏิสัมพันธ์นั้นจะมุ่งเน้นไปที่อะไร หรือจะดำเนินต่อไปอย่างไร การทำหน้าที่นี้จะมีประสิทธิภาพเพียงไรขึ้นอยู่กับความชำนาญในการค้นหาความต้องการของสมาชิกกลุ่ม นอกจากนี้การริเริ่มยังมีประโยชน์ในการบรรเทาความวิตกกังวลของสมาชิกที่เป็นผลมาจากสถานการณ์ที่ไม่มีกำหนดอะไรแน่นอน

การชี้นำ (Guiding) กลุ่มโดยตัวเองแล้วจะมีความสลับซับซ้อนและมีศักยภาพอยู่ภายในกลุ่ม จึงจำเป็นจะต้องมีผู้คอยชี้นำทิศทางเพื่อให้ได้รับประโยชน์จากปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้น

การสอดแทรก (Intervening) จะถูกใช้เพื่อป้องกันสิทธิของสมาชิกบางคน หรือเพื่อขัดขวางมิให้สถานการณ์ที่อันตรายบางอย่างเกิดขึ้น ซึ่งสถานการณ์เช่นนั้นอาจจะมีผลทำร้ายต่อจิตใจของสมาชิกหรือขัดขวางการพัฒนาของกลุ่ม

การรวบรวมความรู้สึกนึกคิดเข้าด้วยกัน (Consolidating) หมายถึงการกระทำที่ผู้นำกลุ่มใช้เพื่อที่จะรวบรวมเอาความคิดและความรู้สึกที่กระจัดกระจายกันอยู่เข้าด้วยกัน เพื่อให้สมาชิกกลุ่มเข้าใจร่วมกัน ซึ่งทักษะที่จะเป็นประโยชน์ต่อการทำหน้าที่นี้คือ การทำให้กระจ่าง การสรุป และการเชื่อมโยง

การรักษากฎ (Rule – keeping) ในการเข้ากลุ่มจะมีกฎของกลุ่มที่ได้วางไว้ตั้งแต่แรก ซึ่งผู้นำกลุ่มจะต้องพยายามให้สมาชิกรักษากฎนั้นเอาไว้ เพื่อให้กลุ่มได้ดำเนินไปตามขอบเขตที่ได้วางไว้ โดยอาจจะเป็นการพูดแทรก

สนับสนุนให้สื่อความกันอย่างถูกต้อง (Enhancing Communication) การช่วยให้สมาชิกได้เปิดเผยตนเองด้วยความกระชับ และเข้าใจตรงกันทั้งสองฝ่าย บางครั้งคำพูดของสมาชิกกลุ่มอาจมีความหมายซ่อนเร้นอยู่ภายใน ผู้นำกลุ่มจะต้องมีความสามารถในการสังเกตและจับความหมายที่ซ่อนอยู่นี้ด้วย นอกจากนี้ผู้นำกลุ่มยังอาจจะช่วยให้สมาชิกได้ใช้คำพูดที่แทนความหมายได้อย่างถูกต้องด้วย

แก้ไขความขัดแย้ง (Resolving Conflicts) เมื่อเกิดความขัดแย้งในกลุ่ม ผู้นำกลุ่มจะต้องตระหนักว่าสาเหตุของความขัดแย้งนั้นมาจากที่ใด ผู้นำกลุ่มต้องรู้ว่าจะใช้วิธีการแก้ปัญหาแบบใด เมื่อไรที่ควรเข้าไป และเมื่อไรที่ควรปล่อยให้กลุ่มแก้ไขกันเอง

ระดมพลังของสมาชิกกลุ่ม (Mobilizing Group Resources) ซึ่งวัตถุประสงค์ของการทำหน้าที่นี้คือการให้สมาชิกกลุ่มได้ช่วยเหลือตนเองด้วยการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ปล่อยให้สมาชิกกลุ่มได้มีบทบาทมากขึ้น ซึ่งผลที่จะเกิดตามมาก็คือ สมาชิกกลุ่มจะรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าเป็นที่ยอมรับนับถือจากผู้อื่นมากขึ้นด้วย

สมาชิกกลุ่ม

เดียนใจ แวงงาม (2534 : 18 – 20) กล่าวถึงบทบาทและพฤติกรรมของสมาชิกกลุ่มว่า สามารถแบ่งได้เป็น 3 ลักษณะใหญ่ ๆ ดังนี้

1. **บทบาทในการทำงาน (Task – oriented)** บทบาทในด้านนี้ สมาชิกกลุ่มมักจะแสดงพฤติกรรมออกมาในรูปแบบต่าง ๆ เช่น การเป็นผู้ริเริ่มการทำงาน (Initiating – contributing) การเป็นผู้เสนอแนวคิดและวิธีการทำงานใหม่ ๆ การพยายามหาทางแก้ปัญหาด้วยวิธีการที่มีประสิทธิภาพการแสดงตัวออกมาในลักษณะที่เป็นผู้แสวงหาข้อมูลเพื่อการทำงานของกลุ่ม การเป็นผู้ให้ข้อมูลแก่สมาชิกคนอื่น ๆ ของกลุ่ม การเป็นผู้ที่คอยให้คำชี้แจงให้คำอธิบาย การเป็นผู้ประสานความคิด และประสานกิจกรรมของกลุ่ม การเป็นผู้ที่ทำหน้าที่ในการประเมินการทำงานของกลุ่ม เป็นผู้คอยสรุปผลงาน เป็นผู้ให้ข้อสรุปและย้ำประเด็นต่าง ๆ แก่กลุ่ม เป็นผู้ดำเนินการสร้างความเห็นพ้องของกลุ่ม เป็นผู้จัดบันทึกรายละเอียดเกี่ยวกับการปฏิบัติงานของกลุ่ม เป็นต้น

2. **บทบาทในการสร้างความสัมพันธ์ภายในกลุ่ม (Relation – oriented)** สมาชิกกลุ่มจะแสดงออกโดยการทำตนเป็นผู้คอยเสริมบรรยากาศ เป็นผู้ที่คอยกระตุ้น คอยช่วยเหลือ และให้กำลังใจผู้อื่น เป็นผู้คอยควบคุมและกำกับการแสดงออกที่เหมาะสมของสมาชิกในกลุ่ม นอกจากนี้อาจจะแสดงออกในแบบเป็นผู้ประสานงาน ผู้ประนีประนอม แสดงบทบาทในฐานะเป็นผู้กำหนดมาตรฐานการปฏิบัติของกลุ่ม ผู้สังเกตการณ์ประจำกลุ่ม แสดงบทบาทเป็นผู้ช่วยผ่อนคลายความตึงเครียดของกลุ่ม แสดงบทบาทเป็นผู้ตามเพื่อช่วยลดความขัดแย้งในกลุ่ม หรือเป็นผู้ติดตามรับฟังความคิดเห็นของกลุ่ม เป็นต้น

3. **บทบาทเพื่อตนเอง (Personal – oriented)** สมาชิกกลุ่มแสดงออกเพื่อสนองความต้องการของตนเองเป็นสำคัญ พฤติกรรมที่แสดงออกอาจปรากฏในรูปแบบก้าวร้าว (Aggressive) เช่น การโจมตี เยาเย้ย ถากถาง การแสดงอาการไร้มารยาท อย่างไม่อย่างหนึ่ง พฤติกรรมอาจปรากฏในลักษณะเป็นผู้ขัดขวาง ดื้อดึง เช่น ชอบปิดหนทางผู้อื่น ชอบหาประเด็นมาขัดแย้ง แสดงบทข่มขู่คุกคามครอบงำผู้อื่นด้วยวาจาและกิริยาท่าทาง นอกจากนี้ในทางตรงกันข้ามอาจมีพฤติกรรมในแบบเรียกร้องความสนใจหรือบางโอกาสกลายเป็นผู้ถอนตัว ไม่ยอมให้ความร่วมมือ ไม่ให้ความสนใจ ไม่ปฏิบัติตามข้อตกลงหรือเลี้ยงงาน หรือในอีกด้านหนึ่งทำตัวเป็นคนชอบสนุก ไม่เอาจริงเอาจังก๋บังงาน ไม่รับผิดชอบและคอยชักใบให้เรือเสีย

การแสดงออกของสมาชิกกลุ่มตามลักษณะต่าง ๆ ดังข้างต้นนั้น ล้วนแต่เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นกับเฉพาะตัวบุคคลและเกิดขึ้นเองโดยอัตโนมัติตามธรรมชาติโดยเจ้าตัวไม่รู้ตัว จะเห็นได้ว่ากลุ่มที่เน้นการทำงานมักจะมีแนวโน้มเป็นผู้สร้างสรรค์ กลุ่มที่เน้นความสัมพันธ์มีแนวโน้มไปในทางที่ดี

และกลุ่มเน้นตัวเองมักมีแนวโน้มเป็นผู้ทำลายระบบกลุ่ม ผู้นำกลุ่มจะต้องแยกแยะสมาชิกแต่ละประเภทให้ชัดเจน เพื่อหาทางปรับปรุงให้เกิดประโยชน์ต่อกลุ่ม

การสื่อสารในกลุ่ม

ในส่วนของ การสื่อสารในกลุ่มนั้น นอกจากองค์ประกอบทางกายภาพของกลุ่มดังที่กล่าวมาแล้ว รูปแบบของการสื่อสาร และกระบวนการสื่อสารของพลวัตกลุ่มก็เป็นอีกส่วนประกอบหนึ่งที่สำคัญในการช่วยให้กลุ่มสามารถดำเนินไปได้อย่างมีขั้นตอน เพื่อเป้าหมายของการทำกลุ่มร่วมกัน ดังที่ ธิรนนท์ อนุวัชศิริวงศ์ (2534 : 40) กล่าวถึง การสื่อสารในกลุ่มว่าเกิดจากความต้องการของสมาชิกคนใดคนหนึ่งภายในกลุ่มที่จะทราบถึงความคิดความเชื่อของสมาชิกคนอื่น ๆ อันจะเป็นผลให้สมาชิกผู้นั้นสามารถเปลี่ยนความคิดความเชื่อของตน และขณะเดียวกันก็พยายามเปลี่ยนความคิดความเชื่อของสมาชิกคนอื่น ๆ ให้สอดคล้องกับตนด้วย ลักษณะดังกล่าวเรียกว่า “ กระบวนการกลุ่ม ” (Group Process) เช่นเดียวกับ วินิจ เกตุขำและคมเพชร ฉัตรศุภกุล (2522 : 14 – 15) ที่ให้คำจำกัดความ “ กระบวนการกลุ่ม ” หมายถึงที่รวมแห่งประสบการณ์ของบุคคลหลาย ๆ ฝ่ายที่มาพบปะสังสรรค์กันด้วยความรู้สึกพึงพอใจในความสัมพันธ์ในกันและกัน เรียกว่า เกิดปฏิสัมพันธ์ (Interaction) การมีปฏิสัมพันธ์กันช่วยให้ค้นพบวิธีแก้ปัญหาที่น่าพอใจร่วมกัน ทำให้แต่ละคนได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนความรู้ประสบการณ์ในระหว่างกัน และเป็นแรงจูงใจให้แก่กันและกัน สมาชิกแต่ละคนจะเกิดความรู้สึกในความสำเร็จในการดำเนินงานร่วมกัน ซึ่งนับเป็นความรู้สึกอย่างหนึ่งที่ได้ว่าเป็นที่มาแห่งความพึงพอใจอันเป็นตัวการสำคัญที่จะช่วยให้ได้มาซึ่งการทำงานที่ดียิ่งขึ้น รวมทั้งความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันภายในกลุ่มจะเกิดขึ้นได้เมื่อสมาชิกภายในกลุ่มได้กระทำการสื่อสาร ประเมินผล และตกลง ร่วมกัน

การสื่อสารอาจจะปราศจากประสิทธิภาพได้ถ้ากลุ่มมีขนาดใหญ่เกินไป เช่น สมาชิกมีจำนวนมากจนไม่อาจสื่อสารกันแบบซึ่งหน้าได้ ขาดการมีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน และการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในระหว่างสมาชิกภายในกลุ่มจะบรรลุความสำเร็จได้นั้น สมาชิกจะต้องมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นได้ทั่วถึงกัน ให้เกียรติผู้ร่วมสนทนา มีโอกาสได้พูดคุยกันทุกคน แทนที่จะมีผู้พูดเพียงคนเดียว การสื่อสารแลกเปลี่ยนความคิดเห็นภายในกลุ่มจะไม่หยุดนิ่ง ณ ที่ใดที่หนึ่ง แต่จะหมุนเวียนเคลื่อนที่ไปเสมอ และจะก้าวไปเรื่อย ๆ อย่างเป็นธรรมชาติ นั่นคือ

จะไม่มี การวางแผนไว้ล่วงหน้าว่าการสื่อสารจะเป็นในลักษณะใด และจะต้องไม่มีลักษณะการบงการให้เป็นไปโดยเด็ดขาด

การสื่อสารภายในกลุ่ม นับเป็นปัจจัยพื้นฐานสากลของปฏิสัมพันธ์ของบุคคลในกลุ่ม ที่จะช่วยให้เกิดการแลกเปลี่ยนข่าวสารระหว่างสมาชิก เป็นพาหนะที่ทำให้เกิดการมีอิทธิพลต่อกัน การสื่อสารภายในกลุ่มเป็นรูปแบบการติดต่อเกี่ยวข้องและประสานงานกันภายในกลุ่ม โดยสมาชิกภายในกลุ่มจะมีการรับ การถ่ายทอด เพื่อให้งานบรรลุเป้าหมายตามที่ตั้งไว้ วิธีการสื่อสารที่ใช้ในการสื่อความหมายภายในกลุ่ม ได้แก่ การใช้ภาษาเขียน คำพูด สัญลักษณ์ การใช้สีหน้า ท่าทาง สายตา การสัมผัสต่าง ๆ ก็จัดเป็นวิธีการสื่อสารอย่างหนึ่ง

รูปแบบการติดต่อสื่อสารกลุ่ม

การติดต่อสื่อสารในกลุ่มจะมีทิศทางการสื่อสารที่มีลักษณะเป็นการสื่อสารทางเดียว (One – way Communication) และการสื่อสารแบบสองทาง (Two – way Communication) ขึ้นอยู่กับสมาชิกในกลุ่มที่ทำการสื่อสารระหว่างกัน ถ้าสมาชิกในกลุ่มได้มีการติดต่อสื่อสารกันมากเท่าไรก็จะเกิดการสื่อสารระหว่างกัน การโต้ตอบกัน และการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นต่อกัน อันนำไปสู่เป้าหมายเดียวกันในการเข้ากลุ่ม ประสิทธิภาพของกลุ่มที่มีการสื่อสารแบบสองทางจะดีกว่าการสื่อสารแบบทางเดียว แม้ว่าจะมีการวิจัยเชิงทดลองในเรื่องของทิศทางการสื่อสารที่พบว่า การสื่อสารแบบสองทางอาจจะช้ากว่าการสื่อสารแบบทางเดียว แต่มีความถูกต้องมากกว่า เพราะการสื่อสารแบบสองทางผู้ส่งสารสามารถรับรู้ถึงปฏิกิริยาย้อนกลับ (Feedback) ของผู้รับสารได้ในทันที (วินิจ เกตุขำ และ คมเพชร ฉัตรศุภกุล , 2522 : 48 – 49) และสามารถปรับปรุงเนื้อหาของสารได้ตลอดเวลา เพื่อให้เหมาะสมกับสมาชิกในกลุ่ม

รูปแบบของเครือข่ายการสื่อสารในกลุ่ม (Types of Communication Networks)

Barker and other (1991 : 63 - 64) และกนกรัตน์ วงศ์ลักษณะพันธ์ (2542 : 24 – 25) ได้อธิบายและแบ่งรูปแบบของเครือข่ายการสื่อสารในกลุ่มออกเป็น 3 แบบ ดังนี้

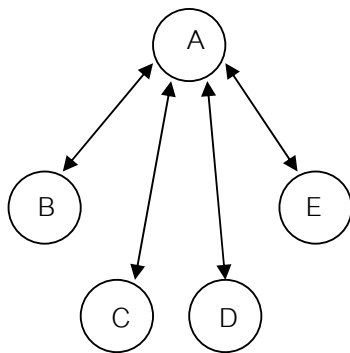
เครือข่ายแบบวงล้อ (Wheel Network) สมาชิกในกลุ่มจะสื่อสารกับศูนย์กลางของกลุ่มซึ่งมีศูนย์กลางเพียงคนเดียว สมาชิกอีก 4 คนในเครือข่ายจะสามารถติดต่อไปยังผู้ที่เป็นศูนย์กลางการสื่อสาร แต่ไม่สามารถติดต่อกันได้โดยตรงกับสมาชิกอื่นในการแก้ปัญหาของกลุ่ม สมาชิกจะส่งข่าวสารข้อมูลไปยังศูนย์กลางผู้ตัดสินใจ และส่งผลการตัดสินใจไปยังสมาชิก

เครือข่ายแบบลูกโซ่ (Chain Network) สมาชิกในกลุ่มจะสื่อสารกับสมาชิกอื่นที่อยู่ข้างขวาหรือข้างซ้ายเท่านั้น ผู้ที่เป็นศูนย์กลางจะอยู่ตรงกลาง และมีบุคคล 2 คนทำหน้าที่เป็นลูกโซ่ และจะสามารถติดต่อกับบุคคลเพียงคนเดียวเท่านั้น คนในเครือข่ายจะส่งข่าวสารไปยังคนอื่น โดยผ่านคนกลางเท่านั้น จะไม่ติดต่อกันโดยตรง ผู้ที่เป็นศูนย์กลางจะเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูล และตัดสินใจ แล้วจึงส่งผลการตัดสินใจมายังคนต่อ ๆ มาจนกระทั่งถึงคนสุดท้าย

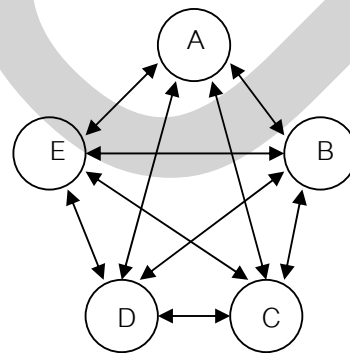
เครือข่ายแบบทุกช่องทาง (All Channel) สมาชิกในกลุ่มทุกคนจะมีการสื่อสารระหว่างกันเป็นเครือข่ายการติดต่อที่สมบูรณ์ที่สุด เพราะไม่มีข้อจำกัดการสื่อสารของสมาชิก ทุกคนสามารถติดต่อกับคนอื่น ๆ ในเครือข่ายได้โดยตรง สมาชิกแต่ละคนจะตัดสินใจแก้ปัญหาด้วยตนเอง เครือข่ายแบบนี้เปิดโอกาสให้มีปฏิริยาย้อนกลับสูงสุด และการตัดสินใจก็จะทำได้ถูกต้องมากที่สุด ขณะเดียวกันขวัญและกำลังใจของสมาชิกจะดีกว่าเครือข่ายที่ได้กล่าวมาแล้วทั้งหมด

ภาพที่ 2

รูปแบบของเครือข่ายการสื่อสารในกลุ่ม

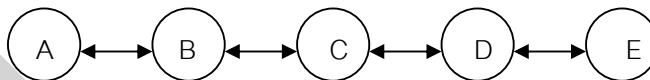


เครือข่ายแบบวงล้อ



เครือข่ายแบบทุกช่องทาง

ภาพที่ 2 (ต่อ)



เครือข่ายแบบลูกโซ่

ที่มา : Barker and other (1991 : 63 – 64)

Shaw (1981 อ้างใน Barker and other , 1991 : 64) ให้เหตุผลของโครงสร้างกลุ่มที่แตกต่างกันว่า ขึ้นอยู่กับความต้องการที่แตกต่างกันในการทำกลุ่ม ความแตกต่างในความสามารถ และการกระตุ้นของบุคคลในการทำกลุ่ม

ในแง่ของการสร้างความพึงพอใจ การพัฒนาทางอารมณ์ – สังคม พบว่าจะได้ผลดีในกลุ่มแบบทุกช่องทาง การที่กลุ่มซึ่งไม่รวมอำนาจไว้ที่ศูนย์กลางมีประสิทธิภาพในการสร้างขวัญและกำลังใจแก่สมาชิกกลุ่ม เนื่องจากลักษณะเครือข่ายกลุ่มเอื้อต่อการมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันอย่างทั่วถึง ได้แลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารซึ่งกันและกัน และสมาชิกได้แสดงความสำคัญของตนในฐานะสมาชิกคนหนึ่ง ทำให้พร้อมที่จะจัดอุปสรรคให้กลุ่ม

กระบวนการสื่อสารของพลวัตกลุ่ม

พงษ์พันธ์ พงษ์โสภา (2542 : 52 – 64) กล่าวถึงกระบวนการสื่อสารของพลวัตกลุ่มว่าจะมีผลโดยตรงต่อความสำเร็จในการทำงานร่วมกันของกลุ่มสมาชิก เพราะการทำงานร่วมกันเป็นทีมจะเกี่ยวข้องกับการร่วมมือ ร่วมแรง ร่วมใจ ความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ตลอดจนถึงการแก้ไขปัญหาร่วมกัน เพื่อรักษากลุ่มให้คงอยู่ตลอดไป สุมาลี สัยยะสิทธิพานิชย์ (2540 : 12 – 14) ได้อธิบายถึงแนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการของพลวัตกลุ่ม (Group Dynamic Framework) ดังนี้

1. กลุ่มมีกระแสความเคลื่อนไหวอยู่ตลอดเวลา ไม่มีการหยุดนิ่ง กล่าวคือ กลุ่มจะมีแรงที่มาจากผลักดันให้กลุ่มมีการเคลื่อนไหว มีการทำงานเกิดขึ้นจากการมีปฏิสัมพันธ์ของสมาชิก

กลุ่ม และจะกลับคืนสู่สภาวะสมดุลเมื่อการทำงานเสร็จสิ้นลง โดยกลุ่มจะมุ่งประเด็นปัญหาของกลุ่มมากกว่าปัญหาของแต่ละบุคคล บทบาทหน้าที่ของผู้นำกลุ่มต้องชี้ให้เห็นประเด็นปัญหาที่เป็นปัญหาสำคัญของกลุ่ม และให้สมาชิกกลุ่มร่วมแรงผลักดันในการแก้ปัญหาที่นั้นของกลุ่ม เพื่อให้กลุ่มดำเนินได้ดี และเกิดประโยชน์แก่สมาชิกกลุ่ม

2. กลุ่มมีการพัฒนาการเป็นระยะกล่าวคือ กลุ่มมีการเปลี่ยนแปลงไปสู่ระยะต่าง ๆ และเป้าหมายของการทำกลุ่ม ซึ่งโดยทั่วไปพัฒนาการของกลุ่มจะแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะสร้างกลุ่ม ระยะการร่วมกันทำงาน และระยะยุติกลุ่ม อาจแบ่งเป็นระยะต่าง ๆ ตามแนวคิดและความเชื่อของแต่ละทฤษฎีได้ดังนี้

2.1 พัฒนาการกลุ่มตามแนวคิดของเบนนิสและเชฟปาร์ค (Bennis & Shepard) ได้แบ่งระยะของพัฒนาการกลุ่มเป็น 2 ระยะคือ

ระยะที่ 1 เป็นระยะของการพึ่งพาและการมีอำนาจ สมาชิกกลุ่มอาจแสดงพฤติกรรมของการวางอำนาจ การแสดงตนเป็นผู้นำกลุ่มให้บุคคลอื่นพึ่งพา บทบาทหน้าที่ของผู้นำกลุ่มต้องมีความเข้าใจในลักษณะพฤติกรรมของสมาชิกกลุ่ม

ระยะที่ 2 เป็นระยะของการพึ่งพาอาศัยกันและมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกัน ในระยะนี้กลุ่มจะเริ่มสนใจช่วยเหลือซึ่งกันและกัน มีการแก้ปัญหาของกลุ่มร่วมกัน มีความสนิทสนม และความผูกพันทางจิตใจต่อกัน

2.2 พัฒนาการตามแนวคิดของชูทส์ (Schutz) ได้แบ่งระยะของพัฒนาการกลุ่มเป็น 3 ระยะคือ

ระยะที่ 1 เป็นระยะของการมีส่วนร่วมกลุ่ม พฤติกรรมของกลุ่มจะมีความต้องการเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มเป็นเจ้าของกลุ่ม สมาชิกกลุ่มจะเริ่มสร้างความมั่นใจ ตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมหรือออกจากกลุ่มดี ถ้าสมาชิกเกิดความพอใจ และมีความไว้วางใจก็จะตัดสินใจเข้าร่วมกลุ่มด้วย แต่ถ้าสมาชิกกลุ่มเกิดความไม่ไว้วางใจก็จะตัดสินใจออกจากกลุ่มได้ ในระยะนี้ผู้นำกลุ่มต้องสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างสมาชิกกลุ่มให้สมาชิกกลุ่มมีความมั่นใจ เชื่อถือไว้วางใจกันเพื่อให้เกิดความพอใจในกลุ่ม และตัดสินใจเข้าร่วมอยู่ในกลุ่ม

ระยะที่ 2 เป็นระยะของการควบคุมพฤติกรรมกลุ่มจะเกี่ยวข้องในประเด็น ใครจะเหนือกว่าใคร ใครจะเป็นคนตัดสินใจ ใครจะเป็นคนควบคุมกลุ่ม ซึ่งเป็นพฤติกรรมปัญหาเกี่ยวกับบทบาท ตำแหน่ง การใช้อำนาจ การแบ่งสรรความรับผิดชอบ ถ้าควบคุมกลุ่มไม่ดี กลุ่มก็จะดำเนินพัฒนาการไปคนละทิศละทาง บทบาทหน้าที่ของผู้นำกลุ่ม ต้องสามารถชี้แนะ

และผลักดันให้สมาชิกกลุ่มมีความเข้าใจในบทบาทหน้าที่และร่วมมือช่วยกันทำงานกลุ่มให้กลุ่มดำเนินต่อไปได้และบรรลุผลสำเร็จ

ระยะที่ 3 เป็นระยะทางด้านความรู้สึกและอารมณ์ พฤติกรรมของกลุ่มจะเกี่ยวข้องกับส่วนของความใกล้ชิด สนิทสนม ความเป็นเจ้าของกลุ่มร่วมกัน การเอาใจใส่ต่อกัน อย่างไรก็ตามพฤติกรรมของกลุ่มในระยะนี้ อาจเป็นความรู้สึกที่ห่างเหินกัน มีการแยกตัว และความเฉยเมยต่อกัน บทบาทหน้าที่ของผู้ในกลุ่มต้องเอื้อให้สมาชิกกลุ่มมีความรู้สึกที่ใกล้ชิด สนิทสนมกัน มีความผูกพันทางจิตใจต่อกัน มีความต้องการที่จะมีสัมพันธภาพที่ใกล้ชิดกับผู้อื่น เพื่อที่จะได้มีความเป็นเจ้าของกลุ่มร่วมกัน มีการเปิดเผยตนเอง และมีการให้ข้อมูลย้อนกลับแก่กัน

2.3 กลุ่มมีพัฒนาการที่ดีและไม่ดี กล่าวคือ กลุ่มที่สามารถแก้ไขปัญหามาในแต่ละระยะของพัฒนาการได้สำเร็จกลุ่มนั้นจะมีพัฒนาการที่ดี แต่หากกลุ่มไม่สามารถแก้ไขปัญหามาได้กลุ่มนั้นจะมีพัฒนาการที่ไม่ดี ซึ่งทั้งสมาชิกและผู้นำกลุ่มต้องร่วมมือในการปฏิสัมพันธ์เพื่อให้กลุ่มมีพัฒนาการที่ดี และทำให้สมาชิกได้รับประโยชน์จากการเข้าร่วมกลุ่ม บทบาทหน้าที่ของผู้นำกลุ่มจะช่วยให้กลุ่มมีสัมพันธภาพที่ใกล้ชิดระหว่างสมาชิก และปรับแก้ความต้องการของสมาชิกกลุ่มให้บรรลุเป้าหมาย

ดังนั้นคุณค่าของกระบวนการสื่อสารกลุ่มสามารถตอบสนองความต้องการพื้นฐานของสมาชิกได้ ซึ่งความต้องการเหล่านี้ได้แก่ ความต้องการให้ผู้อื่นยอมรับ ยกย่อง เคารพในศักดิ์ศรี และคุณค่าของตนเอง ต้องการความอบอุ่น มั่นคงและปลอดภัย หากกระบวนการกลุ่มดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพก็ย่อมจะส่งผลให้สมาชิกมีความรู้สึกที่ตนประสบผลสำเร็จ เกิดความเคารพในคุณค่าของตนเอง มีความเชื่อมั่นในตนเองและกลุ่ม และให้ความร่วมมือในกิจกรรมกลุ่มอย่างเต็มที่ (พงษ์พันธ์ พงษ์โสภา , 2542 : 64)

การศึกษาวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาในประเด็นเกี่ยวกับกระบวนการสื่อสารกลุ่มเพื่อนำมาปรับผู้ป่วยจิตเวชหญิง เนื่องจากกระบวนการสื่อสารกลุ่มที่ประกอบด้วย ขนาดของกลุ่ม วัตถุประสงค์กลุ่ม เป้าหมายกลุ่ม บรรทัดฐานกลุ่ม อำนาจในกลุ่ม บทบาทของสมาชิกกลุ่ม และกระบวนการกลุ่ม ซึ่งมีบทบาทและความสำคัญสำหรับพยาบาลจิตเวชและผู้ป่วยจิตเวชหญิง และกระบวนการสื่อสารกลุ่มจะทำให้รูปแบบพลวัตของกลุ่มดำเนินไปแบบมีขั้นตอน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยจิตเวชมีพัฒนาการในกลุ่มตามลำดับ เช่น ช่วยให้พยาบาลจิตเวชและผู้ป่วยจิตเวชเกิด

ปฏิสัมพันธ์และไว้วางใจซึ่งกันและกันอันนำไปสู่การนำประสบการณ์ หรือปัญหาของแต่ละคน ออกมาพูดคุย แลกเปลี่ยนความคิดเห็น เพื่อหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่ร่วมกันคิด ตัดสินใจ การชี้แนะแนวทางร่วมกัน ทำให้กิจกรรมกลุ่มสำเร็จลุล่วงได้ การสื่อสารในกลุ่มจะสามารถสร้างพลัง ความคิด ความอดทน เกิดการสนับสนุนความสามารถด้านจิตใจ การปรับตัว ปรับอารมณ์ในสังคมให้เข้มแข็ง เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของการบำบัดได้

แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม (Active Participation)

การมีส่วนร่วมนั้นเป็นกระบวนการส่งเสริมให้บุคคลเข้ามามีบทบาทร่วมกันคิด ตัดสินใจ และแก้ปัญหาที่สมาชิกมีส่วนเกี่ยวข้องในกิจกรรมของกลุ่ม โดยอาจจะเกี่ยวข้องในลักษณะการทำงานร่วมกัน การดำเนินงานร่วมกันในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง หรือหลาย ๆ เรื่อง เพื่อให้สามารถบรรลุเป้าหมายตามที่ต้องการ

นิรันดร์ จงวุฒิเวศย์ (อ้างใน กนกรัตน์ วงศ์ลักษณพันธ์ , 2542 : 27 – 28) กล่าวว่า การมีส่วนร่วมหมายถึง การเกี่ยวข้องทางด้านจิตใจ และอารมณ์ของบุคคลหนึ่งในสถานการณ์กลุ่ม ซึ่งผลของความเกี่ยวข้องดังกล่าวเป็นเหตุเร้าให้กระทำการให้บรรลุจุดมุ่งหมายของกลุ่มนั้น และทำให้เกิดความรู้สึกรับผิดชอบกับกลุ่มดังกล่าว แนวความคิดเกี่ยวกับการที่ประชาชนมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ของชุมชนนั้น ได้บังเกิดขึ้นกับชุมชนต่าง ๆ ทั่วโลก ซึ่งการมีส่วนร่วมเกิดจากแนวคิด 3 ประการ ดังนี้

1. ความสนใจและความห่วงกังวลร่วมกัน ซึ่งเกิดจากความสนใจและความห่วงกังวลของบุคคลซึ่งเห็นพ้องต้องกัน จึงกลายเป็นความสนใจ และความห่วงกังวลร่วมกันของส่วนร่วม
2. ความเดือดร้อน และความไม่พึงพอใจร่วมกันที่มีต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น
3. การตกลงร่วมกันที่จะเปลี่ยนแปลงกลุ่ม หรือชุมชนไปในทิศทางที่ร่วมกันตัดสินใจ จะต้องมีพลังมากพอที่จะทำให้เกิดความคิดริเริ่มกระทำที่สนองตอบความเห็นชอบของคนส่วนใหญ่ที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมนั้น

อย่างไรก็ตาม การมีส่วนร่วมอาจจะเกิดจากแนวคิดอื่น ๆ เช่น ความศรัทธาที่มีต่อบุคคลที่น่าเชื่อถือ ทำให้ประชาชนมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ เช่นการบำเพ็ญประโยชน์ร่วมกัน ความเกรงใจที่มีต่อบุคคลที่เคารพนับถือ หรือมีเกียรติยศ ตำแหน่ง ทำให้ประชาชนเกิดความเกรงใจที่จะมีส่วนร่วมด้วยทั้ง ๆ ที่ยังไม่มีศรัทธา หรือความเต็มใจอย่างเต็มเปี่ยมที่จะกระทำ และอำนาจบังคับที่เกิดจากบุคคลที่มีอำนาจเหนือกว่า ทำให้บุคคลที่ถูกบังคับมีส่วนร่วมในการกระทำกิจกรรมต่าง ๆ แบบฝืนใจ

Homan (1950 : 112) ได้เสนอข้อสมมติฐานข้อหนึ่งโดยกล่าวว่า “ ถ้ากลุ่มได้มีการจัดให้สมาชิกของกลุ่มพบปะพูดคุยกันได้บ่อยครั้งมากเท่าใด ก็จะทำให้กลุ่มนั้นดึงดูดใจสมาชิกให้เข้าร่วมทำกิจกรรมกับกลุ่มได้มาก และในทางตรงกันข้ามถ้ากลุ่มใดไม่สามารถทำให้สมาชิกเกิดมีกิจกรรมหรือพบปะกันได้ กลุ่มนั้นจะไม่มีแรงจูงใจหรือดึงดูดให้สมาชิกร่วมกิจกรรมกับกลุ่มได้ตลอดไป ซึ่งสมมติฐานดังกล่าวนี้ได้ถูกยืนยันจากการศึกษาของ Bovard (1951) โดยเขาได้ศึกษาจากนักศึกษาหลายชั้นเรียนในวิทยาลัยต่าง ๆ พบว่ากลุ่มชั้นเรียนที่นักศึกษามีการพบปะพูดคุยและมีการทำกิจกรรมร่วมกันในระหว่างสมาชิกกลุ่มจะเป็นกลุ่มที่สมาชิกกลุ่มมีความพึงพอใจต่อกันในระหว่างตัวสมาชิกและพึงพอใจต่อกลุ่มของตนเองมากยิ่งขึ้น ” (Homan , 1950 Bovard , 1951 อ้างในฐิติพร ธรรมวิชัย 2540 : 53)

อคิน รพีพัฒน์ (2525 : 78 – 79 อ้างใน กนกรัตน์ วงศ์ลักษณะพันธ์ , 2542 : 29) ได้แบ่งรูปแบบการมีส่วนร่วมของประชาชนออกเป็น 5 ระดับคือ

1. ประชาชนมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา และความต้องการของชุมชนตลอดจนเรียงลำดับความสำคัญของปัญหา ร่วมกับผู้ปฏิบัติงานในสนาม
2. ประชาชนมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหาและแนวทางต่าง ๆ ที่นำมาใช้ในการแก้ปัญหา
3. ประชาชนมีส่วนร่วมในการพิจารณาแนวทาง และวิธีการที่จะใช้ในการแก้ปัญหา และวางแผนเพื่อแก้ปัญหาร่วมกันกับผู้ปฏิบัติงานในสนาม
4. ประชาชนมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตามแผนเพื่อแก้ปัญหา
5. ประชาชนมีส่วนร่วมในการติดตามผลการปฏิบัติงานร่วมกับผู้ปฏิบัติงานในสนาม

Macda (อ้างใน นวลจันทร์ จันทรมณี , 2538 : 29 – 30) ได้สรุปรูปแบบการมีส่วนร่วมไว้ 3 รูปแบบ คือ

การมีส่วนร่วมแบบแข็งขัน (Active) หมายถึง การมีส่วนร่วมโดยการริเริ่มและติดตามในกระบวนการกำหนดความต้องการและแผนการเข้าร่วมในกิจกรรม การดำเนินงาน ความสนใจและผลของการพัฒนา

การมีส่วนร่วมแบบไม่แข็งขัน (Passive) หมายถึง การมีส่วนร่วมในการพัฒนาโดยการไม่คำนึงถึงความสำคัญของการกำหนดแบบและนโยบาย และไม่สนใจผลของการกระทำในกิจกรรมด้วย

การมีส่วนร่วมแบบเฉื่อยชา (Inert) หมายถึง การที่เข้าร่วมโดยการถูกชักจูง จำยอมหรือบังคับ โดยสภาพแวดล้อม บุคคล หรือธรรมชาติ การมีส่วนร่วมแบบนี้แปรเปลี่ยนตามสภาพแวดล้อมที่แปรเปลี่ยนไปด้วย

เดชเลอร์ และ ซ็อค (Deshler and Sock อ้างใน กนกรัตน์ วงศ์ลักษณพันธ์ , 2542 : 29 – 30) สรุปว่าการมีส่วนร่วมแบ่งออกเป็น 2 ระดับ คือ

การมีส่วนร่วมจอมปลอม (Pseudo – Participation) ซึ่งเป็นการมีส่วนร่วมในลักษณะที่ประชาชนต้องปฏิบัติตามแนวทางที่นักวางแผน นักบริหาร และผู้มีอิทธิพล หรือผู้มีอำนาจในชุมชนได้เป็นผู้กำหนดควบคุม ตลอดทั้งดำเนินการตัดสินใจแทนประชาชน

การมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง (Genuine – Participation) คือการที่ผู้มีอิทธิพล หรือผู้มีอำนาจ ตลอดจนนักบริหารและนักวางแผน ร่วมมือกันทำงานกับประชาชนในการกระทำใด ๆ ทุกกระบวนการของการทำงาน กระบวนการตัดสินใจของประชาชน ประชาชนได้รับการสนับสนุนส่งเสริมให้เข้าไปดูแลควบคุมการปฏิบัติงานด้วยตนเอง ซึ่งการมีส่วนร่วมนี้มี 2 ลักษณะคือ

- ความร่วมมือ (Operation) โดยประชาชนและผู้มีอำนาจได้เป็นตัวแทน และมีส่วนร่วมในการใช้อำนาจ
- การควบคุมของประชาชน (Citizen Control) คือการมอบอำนาจให้ประชาชนเป็นผู้ดำเนินการในกิจกรรมต่าง ๆ ตลอดจนทุกขั้นตอนของการทำงาน

การมีส่วนร่วมประกอบด้วยปัจจัยที่สำคัญ ๆ 3 ประการคือ

ประการแรก ความเกี่ยวข้องทางด้านจิตใจและอารมณ์ ซึ่งเป็นความเกี่ยวข้องทั้งด้านร่างกาย และจิตใจของบุคคลหนึ่ง ไม่ใช่เฉพาะด้านร่างกาย การกระทำ หรือทักษะเพียงอย่างเดียว **ประการที่สอง** การกระทำทำให้ เมื่อผู้ที่มีส่วนร่วมมีความเกี่ยวข้องทั้งด้านอารมณ์และจิตใจแล้ว เปรียบเสมือนเป็นการเปิดโอกาสให้บุคคลแสดงความคิดริเริ่ม เพื่อที่จะกระทำทำให้บรรลุวัตถุประสงค์ของกลุ่ม (Group Goal) ดังนั้น การมีส่วนร่วมจึงจำเป็นมากกว่าการที่จะกระทำตามคำสั่งเพียงอย่างเดียว ซึ่งถือเป็นการกระทำโดยปราศจากการยินยอมพร้อมใจ และการสร้างสรรค์ความคิดใหม่ ๆ การมีส่วนร่วมจึงเป็นความสัมพันธ์ทางอารมณ์ และจิตใจแบบ “ ยุคลวิธี ” คือมีการติดต่อสื่อสารแลกเปลี่ยนสารสองทางระหว่างกลุ่มกับบุคคล **ประการสุดท้าย** การมีส่วนร่วมรับผิดชอบ เมื่อมีความเกี่ยวข้องทางด้านอารมณ์ และจิตใจ การกระทำในสถานการณ์ต่าง ๆ ของกลุ่ม ผู้มีส่วนร่วมจะเกิดความรู้สึกรับผิดชอบร่วมกันกับกลุ่มด้วย เพราะการมีส่วนร่วมเป็นกระบวนการรูปแบบหนึ่งของสังคม ในการที่บุคคลได้เข้าไปเกี่ยวข้องกับกลุ่มและต้องการที่จะเห็นความสำเร็จของการกระทำนั้น ๆ ด้วยเช่นกัน

William Reeder (1963 : 39 – 53 อ้างใน กนกรัตน์ วงศ์ลักษณพันธ์ , 2542 : 30)
ได้กล่าวถึงปัจจัยที่ได้ทำให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม และไม่มีส่วนร่วม ไว้ดังนี้

1. บุคคลและกลุ่มบุคคลจะเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมใด ๆ ก็ต่อเมื่อกิจกรรมนั้นสอดคล้องกับความเชื่อพื้นฐาน ทศนคติ และค่านิยมของตน
2. บุคคลและกลุ่มบุคคลเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมใด ๆ ก็ต่อเมื่อกิจกรรมนั้นมีคุณค่าสอดคล้องกับผลประโยชน์ของตน
3. บุคคลและกลุ่มบุคคลจะเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมใด ๆ ก็ต่อเมื่อกิจกรรมนั้นมีเป้าหมายที่จะส่งเสริมและปกป้อง รักษาผลประโยชน์ของตน
4. บุคคลและกลุ่มบุคคลจะไม่เข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมใด ๆ ก็ต่อเมื่อตนเองได้เคยมีประสบการณ์ที่เป็นอดีตต่อกิจกรรมนั้นมาแล้ว
5. บุคคลและกลุ่มบุคคลจะเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมใด ๆ ก็ต่อเมื่อกิจกรรมนั้นสอดคล้องกับสิ่งที่ตนเองได้มาหรือหวังเอาไว้

6. บุคคลและกลุ่มบุคคลจะเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมใด ๆ ย่อมขึ้นอยู่กับความคิดเห็นของตนเองเป็นใหญ่
7. การเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมใด ๆ ของบุคคลและกลุ่มบุคคลจะกระทำโดยการบีบบังคับไม่ได้
8. การเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมใด ๆ บุคคลและกลุ่มบุคคลย่อมขึ้นอยู่กับอุปนิสัยและจารีตประเพณี
9. บุคคลและกลุ่มบุคคลจะเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมใด ๆ ย่อมขึ้นอยู่กับโอกาสที่จะเอื้ออำนวย
10. การเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมใด ๆ ของบุคคลและกลุ่มบุคคลย่อมขึ้นอยู่กับความสามารถ
11. บุคคลและกลุ่มบุคคลจะเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมใด ๆ ก็ต่อเมื่อได้รับการสนับสนุน กระตุ้น ยั่วยุ และจูงใจให้เกิดขึ้น

จากเหตุผลทั้งหมดพอสรุปได้ว่า การมีส่วนร่วม คือ การเกี่ยวข้องทางจิตใจและอารมณ์ของบุคคลหนึ่งในสถานการณ์กลุ่ม ซึ่งผลของการเกี่ยวข้องเป็นเหตุเร้าใจให้บรรลุจุดมุ่งหมายของกลุ่มนั้น ทำให้เกิดความรับผิดชอบต่อกัน ซึ่งถ้ากลุ่มได้มีการพบปะพูดคุยกันได้บ่อยครั้งมากเท่าใดก็จะทำให้ดึงดูดใจสมาชิกให้เข้าร่วมทำกิจกรรมกับกลุ่มได้มากขึ้น ส่วนรูปแบบการมีส่วนร่วมนั้นต้องการให้สมาชิกได้ร่วมกันค้นหาปัญหา ร่วมคิดวิเคราะห์ปัญหาเพื่อหาแนวทางแก้ไข โดยการมีส่วนร่วมอาจเป็นไปด้วยความตั้งใจ การชักจูงใจ หรือการใช้อำนาจบังคับ ขึ้นอยู่กับทัศนคติ หรือค่านิยม และความพึงพอใจของสมาชิกด้วย

การมีส่วนร่วมจะแสดงให้เห็นถึงการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลจิตเวชกับผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งเป็นผลต่อเนื่องมาจากกระบวนการสื่อสารกลุ่ม โดยสามารถนำไปสู่การสร้างพฤติกรรมการมีส่วนร่วม และไม่มีส่วนร่วมในกลุ่มจิตบำบัดระดับประคองได้ ทั้งนี้การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยจิตเวชจะเน้นการเข้าร่วมทำจิตบำบัดกลุ่ม ร่วมกันแสดงความคิดเห็น ร่วมกันแก้ไขปัญหา ร่วมกันตัดสินใจ และนำไปสู่การร่วมกันปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสม ส่งผลให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของการบำบัดได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดการมีส่วนร่วมดังกล่าวมาใช้ในการวิเคราะห์เพื่ออธิบายผลที่ได้จากการวิจัยให้มีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น

แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับกลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง

กลุ่มจิตบำบัดระดับประคองเป็นชนิดหนึ่งของจิตบำบัดกลุ่ม ซึ่งการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวชจะต้องพิจารณาถึงลักษณะ อาการของผู้ป่วย ความสามารถ รวมทั้งจุดมุ่งหมายในการรักษา และเพื่อให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับการทำกลุ่มจิตบำบัดระดับประคองที่ประกอบด้วย ความหมายของกลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง วิธีการทำกลุ่ม เทคนิคในการทำกลุ่ม โครงสร้างทางกายภาพของกลุ่ม การเลือกสมาชิกกลุ่ม เงื่อนไขการจัดกลุ่ม และการดำเนินกลุ่ม โดยมีรายละเอียดดังนี้

ทาราซอร์ (Tarachow , 1963 : 8 อ้างใน สุณีย์ เอกวัฒน์พันธ์ , 2529 : 21) อธิบายว่า กลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง (Supportive Group Therapy) คือการทำจิตบำบัดที่มุ่งในแง่ของปัจจุบัน (Here and Now) เป็นการสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ระบายอารมณ์ออกมา เพื่อให้เกิดความมั่นใจในตนเอง และลดความวิตกกังวลลง เป็นการประคองจิตใจของผู้ป่วย

วอลเบิร์ก (Wolberg , 1967 : 794 อ้างใน สุณีย์ เอกวัฒน์พันธ์ , 2529 : 21) เรียกกลุ่มบำบัดแบบประคองว่าเป็นการทำจิตบำบัดแบบต้น ใช้ได้ครอบคลุมและได้ผลดีในการรักษาผู้ที่มีอาการทางจิตทุกชนิด โดยในการทำกลุ่มหนึ่ง ๆ ประกอบด้วยผู้ป่วยจำนวน 6 – 12 คน ที่มีปัญหาคล้ายคลึงกัน ผู้รักษาจะไม่ทำตัวเป็นจุดเด่น ปล่อยให้สมาชิกในกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์กันเอง วิจารณ์พฤติกรรมคนอื่น พูดถึงอาการต่าง ๆ ของตนเองและของคนอื่น ๆ ทำให้สมาชิกของกลุ่มเลียนแบบซึ่งกันและกัน และเข้าถึงจิตใจผู้อื่น ทำให้รู้คุณค่าของตนเองมากขึ้น เพื่อสามารถช่วยเหลือผู้อื่นให้เข้าใจในปัญหาบางอย่างได้

สุวทันนา อารีพรอค (2524 : 580) กลุ่มบำบัดแบบประคอง คือ การรักษาที่ประกอบด้วยผู้ป่วยหลาย ๆ คนและผู้รักษา มาพูดคุยถึงปัญหาทางอารมณ์ซึ่งมีจุดมุ่งหมายเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย โดยส่งเสริมให้เกิดความมั่นใจ เกิดการเรียนรู้ แต่ไม่พยายามให้ผู้ป่วยค้นหาความขัดแย้งในระดับจิตไร้สำนึก วิธีการรักษาแบบนี้ทำในระยะเวลาสั้น ๆ เหมาะสำหรับผู้ที่มีปัญหาทางจิตและยินดีให้ความร่วมมือ สมาชิกในกลุ่มควรมี 5 – 9 คน พบกันสม่ำเสมอประมาณสัปดาห์ละ 1 – 2 ครั้ง ครั้งละ 60 – 90 นาที (พรธณวิภา ถาวรประเสริฐ , 2532 : 25 – 26)

กล่าวโดยสรุปได้ว่า กลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง คือ การทำจิตบำบัดแบบตื่นมุ้งเน้นปัจจุบัน (Here and Now) โดยมีจุดมุ่งหมายให้ผู้ป่วยได้ระบายความคับข้องใจ เพื่อลดความเครียด ความวิตกกังวล ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจปัญหาและหาวิธีเผชิญปัญหาของตนเองได้ และส่งเสริมให้ผู้ป่วยเรียนรู้การสร้างสัมพันธภาพ สนับสนุนให้สมาชิกได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความคิด ความรู้สึก วิจารณ์พฤติกรรมของตนเองและผู้อื่น เสริมสร้างพัฒนาการทางด้านจิตใจ อารมณ์ การเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพ และส่งเสริมให้สมาชิกมีพลังใจที่เข้มแข็งขึ้น สมาชิกในกลุ่มควรมี 6 – 12 คน โดยพบกันสม่ำเสมอประมาณสัปดาห์ละ 1 – 2 ครั้ง ครั้งละ 60 – 90 นาที

วิธีการทำจิตบำบัดระดับประคอง

คู่มือ สัมภาษณ์วิทยานิพนธ์ (2540 : 7) แบ่งวิธีการทำจิตบำบัดระดับประคองเป็น 2 วิธี คือ

1. การประคองชนิดกดระงับ (Suppressive Therapy) คือให้มีการเก็บกดอารมณ์ หรือกดระงับ เพื่อเพิ่มความแข็งแรงในการกดทับ (Repression) และกลวิธานอื่น ๆ
2. การประคองชนิดระบาย (Expressive Therapy) คือให้ผู้ป่วยได้แสดงออกโดยใช้คำพูด รู้จักแยกแยะปัญหา การปลดปล่อยอารมณ์ และการทำให้เกิดความคุ้นเคยกับอาการ

เทคนิคที่สำคัญในการดำเนินกลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง

เทคนิคที่สำคัญในการดำเนินกลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง ประกอบด้วย (คู่มือ สัมภาษณ์วิทยานิพนธ์ , 2540 : 8 – 9)

1. การให้ความเชื่อมั่น (Reassurance) การปลอบใจ การให้กำลังใจ ซึ่งจะทำให้ความหวาดกลัวและความวิตกกังวลลดลง หรืออาจหมดไป

2. การสนับสนุน (Encouragement) เป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยพยายามเอาชนะปัญหาที่เกิดขึ้น พยายามอดทน แก่ปัญหาที่ละอย่าง จะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกมั่นใจ และเกิดความพยายามมากขึ้น
3. การแนะแนว (Guidance) เป็นการช่วยให้ความคิดเห็นในการตัดสินใจของผู้ป่วย เช่น การให้ข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องอาการเจ็บป่วยกับหน้าที่การงาน ข้อมูลต่าง ๆ จะช่วยให้ผู้ป่วยตัดสินใจได้ง่ายขึ้น
4. การหันเหความสนใจไปสู่ภายนอก (Externalization of Interest) เป็นการหันเหความสนใจไปสู่สิ่งแวดล้อม มีให้หมกมุ่นกับปัญหามากเกินไป
5. การจูงใจ (Suggest) เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยมีความคิดแบบตรงไปตรงมา หรือให้เชื่อว่าความไม่สบายใจหรืออาการที่ไม่พึงปรารถนาสามารถบรรเทาได้
6. การชักชวน (Persuasion) เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยรู้จักควบคุมวิถีชีวิตของตนเอง อย่างมีเหตุผลและเหมาะสม โดยผู้บำบัดพยายามอธิบายอย่างมีเหตุผล เพื่อผู้ป่วยจะได้เปลี่ยนแนวความคิดเดิมซึ่งผิด มาเป็นความเข้าใจใหม่ที่ถูกต้องกว่า
7. การปลอบใจ (Reassurance) จะช่วยให้ผู้ป่วยสบายใจในรายที่ไม่สามารถที่จะจัดการกับความวิตกกังวลของตัวเองได้
8. การระบายอารมณ์ (Ventilation หรือ Cathasis) เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยได้ระบายอารมณ์ที่ถูกกดตันอยู่ออกมา ทำให้สบายใจขึ้น โดยใช้ทักษะต่าง ๆ เช่น
 - การฟัง** คือ การที่ผู้บำบัดรับฟังความคิด อารมณ์ ความรู้สึกของผู้ป่วยในขณะที่ให้การบำบัด เพื่อให้ผู้ป่วยได้ระบายความคิด ความรู้สึก อารมณ์ที่เป็นปัญหา ผู้บำบัดสามารถจับประเด็นสำคัญในปัญหา และผู้บำบัดกับผู้ป่วยเกิดความเข้าใจในปัญหาให้ตรงกัน
 - การถาม** คือ การให้ผู้บำบัดตั้งคำถามแก่ผู้ป่วย เพื่อค้นหาสาเหตุของปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย
 - การสังเกต** คือ การมองด้วยตาและรับฟังด้วยหูเพื่อรับรู้สิ่งต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยแสดงออกมาทั้ง Verbal และ Non – verbal และแปลความหมายเหล่านั้นเป็นคำพูดให้ผู้ป่วยได้รับรู้และเข้าใจตนเองมากขึ้น
 - การเงียบ** คือ เป็นช่วงระยะเวลาระหว่างการบำบัดที่ไม่มีการสื่อสารด้วยวาจา ระหว่างผู้บำบัดและผู้ป่วย

การทวนซ้ำ คือ การพูดในสิ่งที่ผู้ป่วยได้บอกเล่าหรือพูดไปแล้วอีกครั้ง โดยไม่มีการเปลี่ยนแปลงไม่ว่าแง่ภาษา หรือความรู้สึกที่แสดงออกมา ไม่มีการใส่ความคิดเห็นหรือไม่มีการตีความ

การให้กำลังใจ คือ การแสดงความสนใจ ความเข้าใจในสิ่งที่ผู้ป่วยได้พูดมาแล้ว และเป็นการสนับสนุนให้เขาได้พูดต่อไป

การสะท้อนความรู้สึก คือ การที่ผู้บำบัดรับรู้ความคิด ความรู้สึก อารมณ์ต่าง ๆ หรือประสบการณ์ที่ผู้ป่วยได้แสดงออกมา ไม่ว่าจะด้วยวาจา ซึ่งแฝงเร้นอยู่ในข้อความหรือเนื้อหาของคำพูด หรือการทำท่าทางแล้วสะท้อนความรู้สึกที่แท้จริง หรือความคิดของผู้ป่วยออกมาพูดอย่างชัดเจนให้ผู้ป่วยฟัง ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความกระจ่างชัดในสิ่งที่เป็นปัญหาหลัก ๆ ของตน

การสรุปความ เป็นการรวบรวมสิ่งที่เกิดขึ้นในระหว่างการบำบัดออกมาเป็นคำพูดสั้น ๆ ให้ได้ใจความสำคัญทั้งหมด ซึ่งจะมีทั้งสรุปเนื้อหา ความรู้สึกและกระบวนการ

โครงสร้างกายภาพของกลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง

สุมาลี สัยยะสิทธิพานิชย์ (2540 : 14 – 19) กล่าวถึงโครงสร้างกายภาพของกลุ่มจิตบำบัดระดับประคองว่าประกอบด้วย

1. ประเภทของกลุ่มโดยทั่วไปมี 2 แบบ คือ

กลุ่มแบบปิด หมายถึง กลุ่มที่ประกอบด้วยสมาชิกกลุ่มเดียวกัน ตั้งแต่เริ่มต้นจนกระทั่งปิดกลุ่ม และ**กลุ่มแบบเปิด** หมายถึง กลุ่มที่สมาชิกบางคนออกไปแล้วและรับสมาชิกใหม่เข้ามาแทนที่เป็นระยะ ๆ จนกระทั่งปิดกลุ่ม

2. ขนาดของกลุ่ม

ในการทำกลุ่มบำบัด จำนวนสมาชิกที่เข้ากลุ่มมีความสำคัญ สมาชิกไม่ควรจะมากหรือน้อยเกินไป เพราะจะไม่เกิดผลการบำบัด ซึ่งจำนวนสมาชิกที่เหมาะสมในการบำบัดคือ 8 – 10 คน ถ้ามีสมาชิกกลุ่มน้อยจะทำให้กลุ่มเกิดความวิตกกังวลที่จะต้องปฏิบัติสัมพันธ์บ่อยครั้ง และถ้าสมาชิกกลุ่มมีมากเกินไป จะทำให้สมาชิกมีปฏิสัมพันธ์ไม่ทั่วถึง (Yalom , 1976)

3. ระยะเวลาและความถี่ของการเข้ากลุ่ม

โดยทั่วไปแล้วระยะเวลาของกลุ่มการบำบัดแต่ละครั้ง ควรจะใช้เวลา 1 ชั่วโมง ถึง 1 ชั่วโมง 30 นาที (Marram, 1975) ในการทำกลุ่มนั้นไม่ควรใช้เวลาเกิน 1 ชั่วโมง 30 นาที ส่วนความถี่ของการเข้ากลุ่มนั้น สามารถพบได้ 1-5 ครั้งต่อสัปดาห์ ซึ่ง ยาลอม (Yalom, 1975) แนะนำว่าความถี่ที่เหมาะสมคือสัปดาห์ละ 2 ครั้ง แต่อย่างน้อยที่สุดควรจะใช้กลุ่ม จำนวนไม่ต่ำกว่า 8 ครั้ง

4. สถานที่ในการจัดกลุ่ม

การกำหนดสถานที่ในการทำกลุ่มควรจัดให้เป็นสัดส่วนเฉพาะ (Privacy) เงียบสงบ ไม่มีเสียงรบกวนหรือเบี่ยงเบนความสนใจ สภาพแวดล้อมและบรรยากาศให้เหมาะสม ในการเรียนรู้มากที่สุด เช่น ห้องไม่แออัด ที่นั่งสบาย

การเลือกสมาชิกในกลุ่ม

โดยทั่วไปการคัดเลือกผู้ป่วยเข้ากลุ่มไม่มีหลักเกณฑ์ที่แน่นอนเสมอไป ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์หลักของกลุ่มเป็นสำคัญ ซึ่งการคัดเลือกผู้ป่วยเข้ากลุ่มนั้นจะพิจารณาดังนี้

กลุ่มผู้ป่วยที่มีลักษณะเหมือนกัน (Homogeneous Group) เป็นกลุ่มที่ผู้ป่วยมีลักษณะเหมือนกัน ป่วยด้วยโรคเดียวกัน มีพยาธิสภาพคล้าย ๆ กัน การจัดกลุ่มผู้ป่วยลักษณะนี้ สมาชิกกลุ่มจะมีปัญหาหรือหัวข้อเรื่องในการเข้ากลุ่มเรื่องเดียวกัน มีความเห็นอกเห็นใจกัน และให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ทำให้สมาชิกกลุ่มได้เรียนรู้เท่า ๆ กัน ไม่มีการเกิดกลุ่มย่อย หรือแยกจากกันในกลุ่ม จะช่วยทำให้สมาชิกเข้ากันได้ง่าย

กลุ่มผู้ป่วยที่มีลักษณะแตกต่างกัน (Heterogeneous Group) เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีลักษณะแตกต่างกันด้านบุคลิกภาพ อายุ โรค เพศ การศึกษา และอาชีพ ทำให้ได้ประโยชน์ในด้านการเพิ่มปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิก มองโลกในแง่มุมมองต่าง ๆ ได้หลายมุมจากการเรียนรู้ซึ่งกันและกัน

การคัดเลือกสมาชิกยังขึ้นอยู่กับปัจจัยดังนี้ คือ

เพศ (Sex) โอลเซนและมาห์เลอร์ (Ohlsen 1970 , Mahler 1969) ให้ข้อสรุปว่า โดยทั่วไปแล้วการคัดเลือกเพศขึ้นอยู่กับปัญหาของการประชุมกลุ่ม ซึ่ง แกซดา (Gazda , 1978 : 151 - 152) ให้ข้อคิดว่ากลุ่มการปรึกษาเชิงจิตวิทยาที่มีการประชุมกลุ่มการแก้ปัญหาควรเน้นเพศเดียวกัน เพราะปัญหาของหญิงและชายต่างกัน และสมาชิกเพศเดียวกันจะมีความเข้าใจกัน ได้ดีกว่าสัดส่วนและมีขนาดเหมาะสมกับจำนวนสมาชิก เก้าอี้ที่นั่งควรจะนั่งได้สบายและจัดให้เป็นลักษณะวงกลม เพื่อให้สมาชิกได้มองเห็นอย่างทั่วถึง (Ohlsen , 1970 Mahler ,1969 และ Gazda , 1978 อ้างใน นิราศศิริ โรจนธรรมกุล , 2535 : 28 – 29)

อายุและวุฒิภาวะ (Age and Maturity) กลุ่มการปรึกษาเชิงจิตวิทยาส่วนมากนิยมให้สมาชิกมีอายุใกล้เคียงและมีวุฒิภาวะพอที่จะเรียนรู้ที่จะยอมรับและเข้าใจตนเองและผู้อื่น โดยเน้นถึงความพร้อมที่จะพัฒนาตนเอง แต่ทั้งนี้ผู้นำกลุ่มควรพิจารณาตามวัตถุประสงค์ของกลุ่มด้วย ถ้ากลุ่มประกอบด้วยสมาชิกที่มีวัยแตกต่างกัน ก็จะได้เรียนรู้ประสบการณ์และมีความเข้าใจบุคคลที่มีวุฒิภาวะแตกต่างกัน (Ohlsen , 1977 : 28 Trotzer , 1977 : 182 อ้างใน นิราศศิริ โรจนธรรมกุล , 2535 : 28)

เงื่อนไขการจัดกลุ่มบำบัดแบบประคับประคอง

พรณวิภา ถาวรประเสริฐ (2532 : 36 – 38) กล่าวถึงการจัดกลุ่มบำบัดแบบประคับประคองว่าต้องใช้ความพร้อมในด้านต่าง ๆ มาก และมีหลักเกณฑ์ วิธีการต่าง ๆ ดังนี้

1. สมาชิก ยาลอม (Yalom , 1970) ได้แนะนำว่า ผู้ที่เป็นสมาชิกกลุ่มจะเข้ากลุ่มอย่างสม่ำเสมอ ไม่ทำให้กลุ่มล้มเหลว หรือสับสนตลอดเวลา ซึ่งขึ้นอยู่กับ **ความพร้อมเฉพาะตัวของสมาชิกเอง** เช่น ไม่มีอาการทางกายหรือทางจิตรุนแรง สนใจและเต็มใจที่จะเข้าร่วมกลุ่ม และ**สมาชิกได้รับการเตรียมก่อนเข้ากลุ่ม** เช่น ให้อำนาจ เวลา สถานที่ ที่จะต้องเข้ากลุ่ม

2. ผู้นำกลุ่มหรือผู้เฝ้าอำนาจในกลุ่ม ต้องประกอบด้วยหลายสิ่ง ดังนี้

2.1 **คุณสมบัติของผู้นำกลุ่ม** คือ **ประการแรก** มีความรู้ในการจัดกลุ่มบำบัดแบบประคับประคอง **รู้ทฤษฎี** หลักการ เข้าใจกระบวนการและกระแสของกลุ่ม **ประการที่สอง**

มีทัศนคติที่ดีต่อการรักษาด้วยกลุ่มบำบัดแบบประคับประคอง เช่น มองเห็นประโยชน์ เชื่อว่ากลุ่มมีศักยภาพในการรักษา ให้การยอมรับกลุ่มอย่างที่มีนัยเป็น มีความรู้สึกพึงพอใจ ชื่นชมยินดีต่อการจัดกลุ่ม มีความต้องการจะช่วยเหลือผู้เข้ารับการบำบัดไม่หวังผลประโยชน์ตอบแทน

ประการที่สาม มีความรับผิดชอบ ใจกว้าง มีความยืดหยุ่น มองโลกในแง่ดี มีใจที่ยังธรรม มีความรอบคอบมั่นคง และที่สำคัญต้องตระหนักรู้ตนเอง สามารถอดทนต่อสภาวะต่างๆ ที่เกิดขึ้นในกลุ่ม เช่น การแสดงออกที่ไม่เป็นมิตรทั้งคำพูดและท่าทางของสมาชิก หรือสภาวะความเปลี่ยนแปลงของกลุ่มเกิดขึ้นซ้ำไม่เป็นไปตามความคาดหวัง **ประการที่สี่** มีบุคลิกภาพที่ทำให้สมาชิกของกลุ่มเกิดความศรัทธา เชื่อถือ ไว้วางใจ เนื่องจากผู้นำกลุ่มจะต้องเป็นแบบอย่างให้สมาชิกกลุ่มลอกเลียนแบบ (Object Identification) ในด้านต่างๆ จึงควรมีบุคลิกลักษณะ ดังนี้

- ก. มีท่าทีที่อบอุ่น การเคลื่อนไหวร่างกายและการสัมผัสเป็นไปอย่างธรรมชาติ
- ข. ประพฤติปฏิบัติตนได้เหมาะสมกับเหตุการณ์ เช่น ถ้าต้องการให้สมาชิกรักษาเวลา ผู้นำกลุ่มต้องรักษาเวลา ถ้าจะให้สมาชิกซื้อสัตย์ เปิดเผย ผู้นำกลุ่มต้องซื้อสัตย์ และเปิดเผย
- ค. สนองตอบเหตุการณ์ด้านอารมณ์ด้วยท่าทีที่สงบ ไม่ตื่นเต้น ตกใจง่าย ใช้สติปัญญาไตร่ตรอง ไม่ใช่อารมณ์ พยายามควบคุมตนเอง และแสดงอารมณ์ต่างๆ อย่างเหมาะสมกับเหตุการณ์
- ง. ไม่ปกป้องตนเองมากเกินไป ยอมรับคำติชมของสมาชิก ไม่หาเหตุผลหรือกล่าวแก้ตัวตอบปัญหาของสมาชิกที่เกี่ยวกับสิ่งคาดหวัง ต่าง ๆ อย่างชัดเจน
- จ. แสดงน้ำใจ ช่วยเหลือ และให้กำลังใจสมาชิกกลุ่มให้สามารถคิดเกี่ยวกับความคาดหวังของตนเองและวิธีที่ตนจะช่วยคนอื่นได้ เพื่อส่งเสริมความเจริญก้าวหน้าของกันและกัน

ประการที่ห้า ผู้นำกลุ่มต้องสามารถผสมผสานเทคนิค กลวิธีต่าง ๆ ให้เหมาะสมกับกระบวนการกระแสและเป้าหมายของกลุ่มบำบัด **ประการสุดท้าย** ผู้นำกลุ่มต้องมีทักษะเบื้องต้นในการให้คำปรึกษา เช่น ทักษะการใส่ใจ การตั้งคำถาม การสังเกต การให้กำลังใจ การทวนซ้ำ การให้ข้อมูล การให้คำแนะนำ และการตีความ เป็นต้น

2.2 **บทบาทของผู้นำกลุ่ม** ประกอบด้วย บทบาทของผู้นำกลุ่มตั้งอยู่บนพื้นฐานของการช่วยเหลือ บทบาทขั้นแรกนั้นเกี่ยวกับพฤติกรรมในกลุ่ม อยู่ในรูปของผู้ชี้แนะ ผู้เตือนอำนวยการ ผู้ร่วมสังเกต ผู้เชี่ยวชาญ ผู้ริเริ่ม ผู้สอดแทรก ผู้สนับสนุนให้สื่อความหมายอย่างถูกต้อง ผู้ที่ช่วยรวมความรู้สึกนึกคิดของสมาชิกเข้าด้วยกัน ผู้แก้ไขความขัดแย้ง ผู้ระดมพลังของสมาชิกกลุ่ม และเป็นผู้รักษากฎ แลบทบาทอย่างแท้จริงคือ การรวมสมาชิกเข้าด้วยกัน และก่อให้เกิดปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิก สร้างบรรยากาศให้สมาชิกสบายใจ และกล้าที่จะพูด

3. ผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม ต้องประกอบด้วย

3.1 **คุณสมบัติของผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม** (สายฝน ชาวล้อม , ม.ป.ป. : 4) ประกอบด้วย มีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วย และมีความเชื่อว่าผู้ป่วยเป็นบุคคลที่สามารถพัฒนาความสามารถได้มีความตระหนักรู้ มีสติรู้ตัว รู้จักคิด มีความเข้าใจและยอมรับพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกมา มีท่าทีแสดงความเมตตากรุณาและเห็นใจ ใจเย็นและมีความอดทนสูง มีความรู้และประสบการณ์ในการทำกลุ่มผู้ป่วย และสามารถแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าได้

3.2 **บทบาทของผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม** (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย , 2543 : 99) คือ ช่วยให้ผู้นำกลุ่มดำเนินการทำกลุ่มไปอย่างสมบูรณ์ เป็นหูเป็นตาและเป็นปาก (บางครั้ง) ให้ผู้นำกลุ่ม เป็นตัวกลางระหว่างผู้นำกลุ่ม และผู้ป่วย ทำกลุ่มแทนเมื่อผู้นำกลุ่มไม่อยู่ และต้องรู้จักซึ่งกันและกันระหว่างผู้นำกลุ่มและผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม

นอกจากนี้ผู้นำกลุ่มและผู้ช่วยผู้นำกลุ่มต้องมีข้อผูกมัดทางจริยธรรม บางครั้งผู้นำกลุ่มและผู้ช่วยผู้นำกลุ่มอาจมีความขัดแย้งจากความเชื่อของตนกับพฤติกรรมของสมาชิก จึงต้องมีการพิจารณาอย่างระมัดระวัง

การดำเนินกลุ่ม

การทำกลุ่มจิตบำบัดประคับประคองนั้นสามารถแบ่งการดำเนินกลุ่มได้ ดังนี้ (สุมาลี สัยยะสิทธิพานิชย์ , 2540 : 15 – 17)

ระยะการดำเนินกลุ่ม แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ (Marram , 1978)

1. ระยะสร้างกลุ่ม (The Introductory Phase)

เป็นระยะสร้างสัมพันธภาพ สร้างความรู้สึกมั่นคงปลอดภัย ระยะนี้เป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้นำกลุ่มกับสมาชิกกลุ่ม และในระหว่างสมาชิกด้วยกันเอง ผู้นำกลุ่มจะต้องเป็นผู้สร้างบรรยากาศของความเป็นมิตร สร้างความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยให้สมาชิก ในระยะเริ่มต้นกลุ่ม ผู้นำกลุ่มควรย้าให้สมาชิกทุกคนเข้าใจวัตถุประสงค์ของกลุ่ม กฎ และแนวทางในการปฏิบัติตัวในฐานะเป็นสมาชิกของกลุ่ม ผู้นำต้องส่งเสริมให้สมาชิกได้แสดงความคิดเห็น ความรู้สึกการแลกเปลี่ยนประสบการณ์อย่างอิสระ การเข้าใจวัตถุประสงค์ของการทำกลุ่มอย่างชัดเจน การอยู่ในบรรยากาศสภาพแวดล้อมที่น่าพึงพอใจ มีความมั่นคงปลอดภัย กระตุ้นให้สมาชิกได้ระบายและแสดงความรู้สึกนึกคิดของตนเองออกมา เพื่อก่อให้เกิดประสบการณ์ การเรียนรู้แก่สมาชิกคนอื่น ๆ ในกลุ่มว่าสมาชิกทุกคนควรต่อสู้ปัญหาหรืออุปสรรคเหมือน ๆ กัน ซึ่งการรับรู้เช่นนี้เป็นการสร้างพื้นฐานร่วมกัน สมาชิกสามารถติดต่อสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน

ระยะที่สร้างสัมพันธภาพนี้จะมีบรรทัดฐานของกลุ่ม เพื่อเป็นกฎเกณฑ์ให้สมาชิกในกลุ่มได้ถือปฏิบัติ ถ้าใครปฏิบัตินอกเหนือไปจากกลุ่มถือว่าผิดปกติกจากกลุ่ม อาจได้รับการลงโทษจากกลุ่ม แต่ถ้าปฏิบัติตามบรรทัดฐานของกลุ่มที่ตั้งไว้ก็จะเป็นที่ยอมรับของกลุ่มในการทำงาน กลุ่มที่มีประสิทธิภาพ ควรมีการกำหนดบรรทัดฐานของกลุ่ม ถ้าสมาชิกปฏิบัติแตกต่างไปจากบรรทัดฐานควรมีการลงโทษ ซึ่งในการอภิปรายกลุ่มนั้น ผู้นำกลุ่มจะเป็นผู้สร้างบรรทัดฐานแล้วบางส่วน ในส่วนที่เหลือจะเปิดโอกาสให้สมาชิกร่วมกันสร้างบรรทัดฐานเพิ่มขึ้นให้เสร็จสมบูรณ์

ในการดำเนินกลุ่มนั้น ขั้นตอนของการสร้างสัมพันธภาพ เป็นขั้นตอนที่มีความสำคัญ เพราะเป็นขั้นตอนสร้างบรรยากาศของความเป็นมิตร ความไว้วางใจ สมาชิกจะรู้สึกอิสระในการแสดงออก และรับทราบว่าสิ่งที่พูดหรือพฤติกรรมที่แสดงออกจะเป็นความลับอยู่ในกลุ่ม สมาชิกจะมีความไว้วางใจซึ่งกันและกัน เกิดการยอมรับซึ่งกันและกัน เต็มใจที่จะเปิดเผยตนเอง

2. ระยะการทำงานของกลุ่ม (The Working Phase)

ในระยะนี้สมาชิกในกลุ่มจะมีความไว้วางใจและมั่นใจในกลุ่ม มีความใกล้ชิดสนิทสนม สมาชิกในกลุ่มกล้าระบายความรู้สึกนึกคิด มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ กล้าเปิดเผยตนเอง

มากขึ้น สมาชิกมุ่งความสนใจมาที่ปัญหา ยอมรับว่าตนเองมีปัญหา หาทางแก้ไขปัญหา และเลือกวิธีแก้ปัญห โดยที่มีเพื่อนสมาชิกในกลุ่มคอยให้ความช่วยเหลือสนับสนุน การได้มีโอกาสพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์จะทำให้เกิดความคิดใหม่ ๆ และนำมาปรับปรุงแก้ไขปัญหาของตนเอง นอกจากนี้ความเชื่อมั่นในกลุ่มจะทำให้สมาชิกสามารถรับรู้ข้อมูลย้อนกลับ และให้ข้อมูลย้อนกลับไปยังเพื่อนสมาชิกในกลุ่มได้ สมาชิกจะมีบทบาททั้งเป็นผู้ให้และผู้รับ สมาชิกจะรู้สึกว่าคุณค่า มีศักดิ์ศรีมากขึ้น สามารถเข้าใจปัญหาของตนเอง สามารถเลือกวิธีการแก้ปัญห ตลอดจนสามารถช่วยเหลือสมาชิกอื่น ๆ ให้เข้าใจ และแก้ไขปัญหบางอย่างได้

ผู้นำกลุ่มมีบทบาทสำคัญในการทำให้กลุ่มบรรลุเป้าหมาย เสริมสร้างความเชื่อมั่นของสมาชิก เอื้ออำนวยให้กลุ่มได้อภิปรายปัญหาและหาทางแก้ไข ช่วยเหลือ ทดสอบความถูกต้อง เพื่อให้สมาชิกได้มั่นใจและสามารถนำวิธีการแก้ไขปัญหไปใช้ได้ต่อไป

3. ระยะสิ้นสุดของการทำกลุ่ม (Terminating Phase)

เป็นระยะที่ผู้นำกลุ่มจะต้องสรุปประสบการณ์ทั้งหมดในการทำกลุ่ม ผู้นำกลุ่มจะต้องช่วยให้สมาชิกในกลุ่มประเมินความก้าวหน้า ความเปลี่ยนแปลงในทางองงามของตนเอง และความสำเร็จของกลุ่ม การประเมินผลอาจประเมินจากคำพูดของสมาชิกในกลุ่ม พฤติกรรมการแสดงออกของสมาชิกและจากการประเมินของผู้อื่น บางครั้งอาจมีการตั้งเกณฑ์ไว้แบบเฉพาะเจาะจง เมื่อสิ้นสุดการทำกลุ่ม เช่น สมาชิกได้ประโยชน์เต็มที่จากการทำกลุ่มหรือไม่ สมาชิกสามารถเผชิญปัญหาและจัดการแก้ไขปัญหได้หรือไม่ เป็นต้น ก่อนที่จะสิ้นสุดการทำกลุ่ม ผู้นำกลุ่มควรบอกแก่สมาชิกล่วงหน้าเพื่อขจัดความวิตกกังวลของสมาชิก เนื่องจากสิ้นสุดของกลุ่ม ผู้นำกลุ่มควรเปิดโอกาสให้สมาชิกได้ระบายความรู้สึกนึกคิดอย่างเต็มที่ และพยายามชี้แนะประโยชน์ที่จะได้รับเมื่อออกจากกลุ่ม

การวิจัยในประเด็นนี้มุ่งศึกษาถึงกระบวนการสื่อสารกลุ่มเพื่อนำบัดผู้ป่วยจิตเวชหญิง โดยใช้กลุ่มจิตบำบัดระดับประคองเข้ามามีบทบาทในการช่วยเหลือ ด้วยกระบวนการของกลุ่มจิตบำบัดแบบประคองจะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเวชได้พัฒนาการสร้างสรรค์สัมพันธภาพระหว่างบุคคลจากการเรียนรู้ด้วยตนเองในกลุ่มบำบัด ได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ระบายความรู้สึกเพื่อให้เกิดความมั่นใจในตนเองมากขึ้น ลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยลง เข้าใจปัญหาของ

ตนเองและปัญหาของสมาชิกคนอื่น ๆ นำไปสู่การเรียนรู้ การปรับตัวให้สามารถอยู่ร่วมกับสังคม ช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีและเหมาะสมได้

แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับเพศสภาพ (Gender)

แนวคิดต่าง ๆ ที่ทำความเข้าใจในเรื่องเพศ และบทบาทหญิงชาย แวนซ์ (Vance , 1991 อ้างใน มีทนา เสดมี , 2539 : 10) กล่าวว่า เรื่องเพศ และบทบาทหญิงชายต่างต้องการคำอธิบายที่แตกต่างกัน ผู้ที่ศึกษาเรื่องเพศนอกจากจะต้องศึกษาการเปลี่ยนแปลงของทัศนคติและการแสดงออกของพฤติกรรมทางเพศแล้ว ยังต้องศึกษาถึงความเกี่ยวเนื่องของเพศกับบทบาทหญิงชายด้วย แนวคิดที่จะเสนอต่อไปนี้เป็นแนวคิดพื้นฐานที่พยายามทำความเข้าใจถึงความเชื่อมโยงระหว่างเพศ และบทบาทหญิงชาย ซึ่งจะนำไปสู่ความเข้าใจถึงความแตกต่างระหว่างมนุษย์ผู้หญิง และมนุษย์ผู้ชายดังต่อไปนี้

สำหรับเรื่องของเพศ (Sex) จะเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสรีระโดยตรง เป็นเรื่องของทางชีววิทยาที่บ่งบอกถึงความเป็นเพศเป็นสิ่งที่มติดัดตัวมาแต่กำเนิด แต่ในเรื่องของบทบาทหญิงชายหรือเพศสภาพ (Gender) นั้นจะเป็นรูปแบบการกระทำระหว่างหญิงและชาย เป็นความคาดหวังทางสังคม มีกฎระเบียบแบบแผนในทางเพศ (Sex Role) ดังนั้นเพศและบทบาทหญิงชายจะมีความแตกต่างกันที่ เพศ (Sex) จะเป็นสิ่งที่บ่งบอกได้ว่าใครเป็นผู้หญิงและผู้ชาย แต่บทบาทหญิงชายจะเป็นสิ่งบ่งบอกถึงบทบาททางสังคมระหว่างเพศหญิงและเพศชายที่สังคมได้คาดหวังไว้

คำว่า “ บทบาททางเพศ ” หรือ “ เพศสภาพ ” (Gender) มีผู้ให้คำจำกัดความที่แตกต่างกันหลายคน ดังนี้

Block (1973) กล่าวว่าบทบาททางเพศเป็นหมวดหมู่ของพฤติกรรมที่บุคคลเข้าใจในลักษณะความเป็นชายและหญิงของคนในสังคม ส่วน Hurlock (1980) ได้ให้ความหมายของบทบาททางเพศว่า เป็นรูปแบบของพฤติกรรมที่สมาชิกแต่ละเพศได้ปฏิบัติ และได้รับการยอมรับจากสังคมที่ตนเองอยู่ ส่วน Heilbrun (1981) และ Spence (1979) ได้กล่าวว่า บทบาททาง

เพศเป็นความรู้สึกที่บุคคลรับรู้เกี่ยวกับลักษณะความเป็นหญิง หรือความเป็นชายของตนเอง (Block ,1973 Hurlock ,1980 Heilbrun ,1981 และ Spence ,1979 อ้างใน ฉันทจิต จริยจรรยาโรจน์ , 2541 : 13)

ฉันทจิต จริยจรรยาโรจน์ (2541 : 13) กล่าวว่า บทบาททางเพศ หมายถึง ลักษณะบุคลิกภาพที่แสดงถึงความเป็นชาย และ/หรือ ความเป็นหญิง โดยจะแสดงออกทางพฤติกรรม การพูด การแสดงออกของความรู้สึกและอารมณ์ ซึ่งบุคคลเรียนรู้ได้จากการสังเกตบุคคลรอบข้างแล้วนำมาปฏิบัติให้เหมาะสมกับเพศของตนตามที่สังคมกำหนด

กองทุนประชากรสหประชาชาติ ให้ความหมายของคำว่า Gender ไว้ว่า หมายถึงเพศที่ถูกกำหนดโดยเงื่อนไขทางสังคมหรือวัฒนธรรมให้แสดงบทบาทหญิงหรือบทบาทชาย ดังนั้น เพศที่ถูกกำหนดโดยสังคมนี้จึงอาจเปลี่ยนแปลงได้ตามสถานการณ์และเงื่อนไขของสังคมที่เปลี่ยนไป เช่น สตรีอาจต้องเข้ามารับภาระต่าง ๆ ซึ่งเคยเป็นงานของชาย และชายอาจต้องรับบทบาทการดูแลบ้านเรือน เลี้ยงบุตร ซึ่งเคยเป็นหน้าที่ของสตรี นอกจากนี้บทบาทของแต่ละเพศที่สังคมกำหนดยังมีความหมายเกี่ยวพันไปถึงโอกาสที่แต่ละบุคคลสามารถเข้าถึง - ได้ใช้ - และควบคุมทรัพยากรต่าง ๆ เพราะมีสิทธิ มีอำนาจมีความรับผิดชอบ และถูกคาดหวังจากสังคมต่างกันไป ที่สำคัญคือ บทบาทเพศที่สังคมกำหนดได้ส่งผลกระทบต่อสถานภาพของสตรีและชายในสังคมนั้น ๆ (ภััสสร ลิมานนท์ , 2542 : 1)

โคทม อาริยา กล่าวว่า ชายและหญิงมีความแตกต่างกันในด้านบทบาทหน้าที่ มีความแตกต่างกันในด้านพฤติกรรม โลกทัศน์ ความโน้มเอียง ความคาดหวัง ทักษะคติ อารมณ์ อุปนิสัย ฯลฯ ในขณะที่เดียวกัน ชายและหญิงก็มีบทบาทหน้าที่ และลักษณะที่เหมือนกันอย่างมากด้วยหากแต่ความแตกต่างระหว่างเพศจะไม่คงที่ แต่จะเปลี่ยนไปตามวัยและพัฒนาการของชีวิตของบุคคลนั้น ๆ นอกจากนี้มีชายและหญิงจำนวนมากซึ่งมีบทบาทและหน้าที่ที่ไม่เป็นไปตามบรรทัดฐานที่สังคมกำหนดไว้ (ภััสสร ลิมานนท์ , 2542 : 2)

กล่าวโดยสรุป บทบาททางเพศ หมายถึง ลักษณะการแสดงออกถึงความเป็นหญิงและความเป็นชายที่ถูกกำหนดโดยเงื่อนไขทางสังคม หรือวัฒนธรรม โดยการแสดงออกในบทบาท

ทางเพศนี้ สามารถเรียนรู้ได้จากสังคมรอบข้าง การอบรมสั่งสอนจากครอบครัว การปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมของตน บทบาททางเพศมีความแตกต่างในหลายเรื่อง เช่น ทัศนคติ อารมณ์ พฤติกรรม และบุคลิกลักษณะ ฯลฯ แต่ความแตกต่างทางเพศจะเปลี่ยนแปลงได้ตามสถานการณ์และเงื่อนไขของสังคมที่เปลี่ยนไป

ในการอธิบายถึงส่วนประกอบของลักษณะความเป็นชาย (Masculinity) และลักษณะความเป็นหญิง (Femininity) ซึ่งพอสรุปได้ 2 แนวคิดหลักดังนี้ (ฉันทจิต จริยจตุญโรจน์ , 2541 : 14)

Parson & Bales (1955) ได้ให้ความหมายของลักษณะความเป็นชายว่ามีลักษณะพฤติกรรมที่เรียกว่า Instrumental ซึ่งหมายถึง พฤติกรรมที่จะนำไปสู่ความสำเร็จตามที่ได้ตั้งเป้าหมายไว้ เช่น ลักษณะความเป็นผู้นำ ความเชื่อมั่นในตนเอง ความเป็นคนกล้าแสดงออก ส่วนลักษณะความเป็นผู้หญิง มีลักษณะพฤติกรรมที่เรียกว่า Expressive หมายถึงพฤติกรรมที่เน้นการแสดงออกทางอารมณ์ ซึ่งเป็นลักษณะที่เกื้อหนุนในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น เช่น การเอาใจใส่ต่อผู้อื่น การไวต่อความรู้สึกของผู้อื่น และความสามารถในการตอบสนองได้อย่างเหมาะสม เป็นต้น

อีกแนวคิดหนึ่งคือ แนวคิดของ Bakan (1966) ซึ่งเสนอว่าลักษณะความเป็นชายประกอบไปด้วยลักษณะพฤติกรรมที่เรียกว่า เอเจนซี (Agency) ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่มีจุดเริ่มต้นมาจากตนเอง หรือเป็นการกระทำที่มีตนเองเป็นหลัก มีการแสดงออกถึงลักษณะการป้องกันตนเอง (Self - Protection) มีอิสระ (Independent) และกล้าแสดงออก (Self - Assertion) รวมทั้งความมีอำนาจและอิทธิพลเหนือผู้อื่น (Dominant) ส่วนลักษณะความเป็นหญิง ประกอบไปด้วยลักษณะที่เรียกว่า คอมมิวนิเียน (Communion) ซึ่งเป็นลักษณะของพฤติกรรมที่แสดงถึงความสามารถในการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นและมักแสดงออกในลักษณะของการยอมรับผู้อื่นเป็นมิตร ชอบช่วยเหลือผู้อื่น ไม่เห็นแก่ตัวและมีน้ำใจต่อผู้อื่น เป็นต้น

จากแนวคิดทั้งสอง สรุปได้ว่าบทบาททางเพศแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ คือ ลักษณะความเป็นชาย (Masculinity) และลักษณะความเป็นหญิง (Femininity) โดยแต่ละลักษณะต่างเน้นไปที่พฤติกรรมคนละแบบ กล่าวคือ ลักษณะความเป็นชายจะเน้นไปที่พฤติกรรมที่แสดง

ถึงความสามารถของบุคคลในการที่จะผลักดันตนเองไปสู่ความสำเร็จในชีวิต โดยเน้นบทบาทของผู้นำ ความกล้าแสดงออกอย่างถูกกาลเทศะ การแข่งขัน การพึ่งตนเอง ส่วนลักษณะความเป็นหญิง จะเน้นไปที่พฤติกรรมที่แสดงออกถึงความสามารถในการปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น การแสดงออกทางอารมณ์ความรู้สึกเป็นส่วนใหญ่ เช่น การไวต่อความรู้สึก ไม่เห็นแก่ตัว มีน้ำใจไม่ตรีต่อผู้อื่น เป็นต้น

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อลักษณะบทบาททางเพศของบุคคล

ในการกำหนดบทบาททางเพศของบุคคล มีปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการกำหนดลักษณะดังกล่าว โดยแบ่งออกเป็น 2 ประการ ดังนี้

1. ปัจจัยทางธรรมชาติ (Nature) และชีวภาพ (Biological)

ความแตกต่างของบทบาททางเพศนั้น ถูกกำหนดขึ้นมาจากพื้นฐานทางธรรมชาติด้านสรีระหรือชีวภาพ (Sex) กล่าวคือ โครงสร้างของเพศชายโดยทั่วไป เช่น กระดูก กล้ามเนื้อ แข็งแกร่งกว่าของเพศหญิง ในขณะที่สภาพร่างกายของสตรีอ่อนแอกว่าและผูกพันใกล้ชิดกับธรรมชาติมากกว่า เช่น การมีประจำเดือน การตั้งครรภ์ การเลี้ยงบุตร เป็นต้น จากความแตกต่างด้านสรีระที่ธรรมชาติกำหนดนี้เอง ทำให้สังคมต้องจัดสรร แบ่งบทบาท กำหนดความรับผิดชอบที่สมมติขึ้นและยอมรับกันว่าเหมาะสมกับสรีระของมนุษย์แต่ละเพศ รวมทั้งสังคมเองก็คาดหวังให้แต่ละเพศปฏิบัติตนตามแบบแผนที่เหมาะสมสังคมสร้างขึ้น (ภัสสร ลิมานนท์, 2542 : 3) การทดลองค้นคว้าวิจัยเกี่ยวกับความแตกต่างทางด้านชีวภาพระหว่างเพศนี้ล้วนแต่ให้ข้อสนับสนุน และยืนยันถึงความเชื่อดั้งเดิม 2 ประการใหญ่ ๆ ในสังคมในส่วนที่เกี่ยวข้องกับผู้หญิง คือ ลักษณะความต่ำต้อย (Inferiority) ของผู้หญิง และสถานที่ที่เหมาะสมที่สุดสำหรับผู้หญิงก็คือ ที่บ้าน (กาญจนา แก้วเทพ, 2541 : 222 – 223)

โรซาลโด (Rosaldo) ตั้งข้อสังเกตว่าผู้หญิงจะยังคงมีสถานภาพที่ต่ำต้อยอย่างแน่นอนในสังคมที่มีการแบ่งที่บ้าน / นอกบ้าน (Public) ออกจากกันอย่างเด็ดขาด และผู้หญิงจะถูกผูกมัดติดอยู่กับที่เดียวคือในบ้าน เพราะในบ้านนั้นผู้หญิงจะต้องตกอยู่ใต้อำนาจของชายอย่างแท้จริง ส่วนการที่ผู้หญิงได้รับการสั่งสอนให้พึงพอใจกับ บทบาทของแม่และเมีย ก็ทำให้ผู้หญิงไม่มี

ความปรารถนาที่จะออกไป “นอกบ้าน” ซึ่งเท่ากับ “โลกที่อยู่นอกบ้าน” ของผู้ชายนั้นสามารถจะตัดคู่แข่งของตนออกไปได้ครึ่งโลก (กาญจนา แก้วเทพ , 2541 : 231)

2. ปัจจัยทางด้านสภาพแวดล้อม (Environment Factors)

สภาพแวดล้อมในที่นี้ได้แก่ ทศนคติของพ่อแม่ที่มีต่อบุตร การอบรมเลี้ยงดู ปัจจัยทางวัฒนธรรม (Culture) และบรรทัดฐานทางสังคม (Social Norms) โดยสมมติฐานข้อแรกที่ว่าโครงสร้างของครอบครัวได้เป็นปัจจัยหลักในการกำหนดบทบาท และสถานภาพระหว่างหญิงกับชาย โดยมีนักคิดที่เสนอความคิดเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างโครงสร้างครอบครัวกับบทบาททางเพศ ดังนี้

Whiting และ Edwards (1978 อ้างใน ฉันทจิต จริยจรรยาโวจน์ , 2541 : 17) พบว่าพ่อแม่มักให้การสนับสนุนในกิจกรรมที่ส่งเสริมสัมพันธภาพกับผู้อื่นในเด็กหญิง ขณะที่ส่งเสริมกิจกรรมที่ให้ความเป็นอิสระและมอบหมายงานนอกบ้านให้แก่เด็กชาย การสนับสนุนของพ่อแม่ในกิจกรรมที่แตกต่างกันระหว่างเด็กหญิงและเด็กชายทำให้เด็กได้เรียนรู้บทบาททางเพศแตกต่างกัน นอกจากนี้พ่อแม่จะส่งเสริมกิจกรรมที่ชี้แนะเฉพาะสำหรับแต่ละเพศแก่เด็กแล้ว พ่อแม่ยังมีส่วนเสริมสร้างบุคลิกภาพทั่ว ๆ ไปที่มีความแตกต่างกันระหว่างชายกับหญิงอีกด้วย ดังนั้นวิธีการอบรมเลี้ยงดูของพ่อแม่จะมีอิทธิพลต่อการเรียนรู้บทบาททางเพศ กล่าวคือ ถ้าพ่อแม่อบรมให้เด็กมีพฤติกรรมเป็นไปตามบทบาทที่ตรงตามเพศของเด็ก เด็กจะมีลักษณะตรงตามเพศตามที่พ่อแม่และตามโครงสร้างทางสังคมที่กำหนดไว้ ในทางตรงกันข้ามหากพ่อแม่อบรมเลี้ยงดูให้เด็กมีบทบาททางเพศที่ไม่เหมาะสมกับเพศตน เช่น อบรมเลี้ยงดูเด็กชายแบบเด็กผู้หญิง ก็จะทำให้เด็กเกิดการเรียนรู้บทบาททางเพศอย่างสับสน ซึ่งอาจก่อให้เกิดปัญหาในด้านพัฒนาการได้ในอนาคต นอกจากการอบรมเลี้ยงดูของพ่อแม่แล้วบทบาททางเพศยังถูกกำหนดโดยสังคมด้วย

เซเปิร์ต (Sheperd , 1981 : 233 อ้างใน อมรา ประสิทธิ์รัฐสินธุ์ , ม.ป.ป. : 40) กล่าวว่า การแบ่งบทบาทของคนตามเพศมีรากฐานมาจากการถือลักษณะบทบาทอย่างว่าเป็นหญิง บทบาทอย่างว่าเป็นชาย เช่น ถือว่าลักษณะความอ่อนโยน การทำตัวเฉย การพึ่งผู้อื่นเป็นลักษณะผู้หญิง และถือว่าความแก่นกล้า ความก้าวร้าว ความแข็งแกร่งและความเป็นอิสระเป็นลักษณะผู้ชาย ผู้หญิงและผู้ชายในต่างสังคมกันย่อมมีบทบาทต่างกัน ทั้งนี้จะต่างกันอย่างไร และมากน้อยเพียงใดย่อมขึ้นอยู่กับว่าสังคมนั้น ๆ จะกำหนดบทบาทของทั้งสองเพศไว้อย่างไร (มัทนา

เซตมี, 2539 : 14) สังคมจะใช้ความเป็นหญิงและความเป็นชายเป็นบรรทัดฐานในการชี้วัดพฤติกรรมของหญิงและชายว่าอะไรบ้างที่เป็นไปได้ และอะไรบ้างที่เป็นไปไม่ได้ ซึ่งความหมายเหล่านี้แทรกอยู่ในสื่อต่าง ๆ รอบตัว และโดยเฉพาะสถาบันครอบครัว ซึ่งถือได้ว่าเป็นเสมือนบ่อหลอมความเป็นหญิงและความเป็นชาย รวมทั้งยังทำหน้าที่ในการสืบทอด และควบคุมให้ เป็นไปตามที่สังคมกำหนด Mead (1953 อ้างใน ฉันทจิต จริยจรรยาโรจน์ , 2541 : 18) กล่าวว่า สังคม และวัฒนธรรมมีส่วนสำคัญในการกำหนดบทบาททางเพศของบุคคล และจะถ่ายทอดไปสู่เด็กได้โดยผ่านหน่วยต่าง ๆ ของสังคมโดยการสังเกตการเลียนแบบพ่อแม่หรือกลุ่มเพื่อนที่ โรงเรียน ตลอดจนสื่อมวลชนต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นโทรทัศน์ วิทยุ หนังสือพิมพ์ ฯลฯ เป็นต้น

การให้ความหมายของสิ่งต่าง ๆ ของสื่อเท่ากับเป็นการสร้างความเป็นจริงใหม่ให้เกิดขึ้นในสังคมด้วยในด้านที่เกี่ยวกับผู้หญิง สื่อมวลชนจะทำหน้าที่คิด เลือกลง ค่าย่านานิยม ทักษะคติ และพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับผู้หญิง สื่อมวลชนเสนอบทบาทของผู้ชายว่าเหนือกว่าผู้หญิง ผู้ชายเป็นพลังที่กระฉับกระเฉง ผู้หญิงเฉื่อยชา ผู้ชายเป็นนาย ผู้หญิงเป็นทาส ผู้ชายเป็นผู้นำ ครอบครัวหาเลี้ยงผู้หญิงซึ่งต้องพึ่งพา Kamla ได้สรุปไว้ว่า การเสนอภาพที่บิดเบือนไม่ได้ สัดส่วนกับความเป็นจริงของสื่อมวลชนทำให้เกิดผลกระทบที่กว้างขวางหลายประการคือการเสนอภาพความไม่เสมอภาคในครอบครัวของสื่อมวลชนทำให้ผู้หญิงยอมรับสภาพของความไม่เท่าเทียมกันอย่างสงบ อย่างยินยอม เป็นอุปสรรคสำคัญที่ทำให้ผู้หญิงไม่สามารถเปลี่ยนแปลงบรรทัดฐาน และรูปแบบพฤติกรรมที่สังคมกำหนดให้ได้ และเป็นการทำให้ผู้หญิงมีภาพพจน์เกี่ยวกับตนเองที่บิดเบือน ยอมรับว่าตัวเองเป็นเพศที่อ่อนแอ ต้องพึ่งพาผู้ชายตลอดเวลา และไม่มีความสามารถ ซึ่งสื่อโทรทัศน์ก็เป็นสื่อที่มีบทบาทอันสำคัญยิ่งในการปลูกฝังแนวคิดและภาพของบทบาทของแต่ละเพศให้กับสาธารณชน โดยผ่านรายการด้านข้อมูลข่าวสาร และรายการบันเทิงต่าง ๆ (ระวีวรรณ ประกอบผล , 2532 : 2 – 7) นอกจากนี้สื่อที่ผลิตสำหรับผู้หญิงจะเป็นภาพสะท้อนบทบาทหลักของผู้หญิงในฐานะภรรยาและแม่ รวมถึงการเน้นประเด็นเกี่ยวกับค่านิยมของผู้หญิงในเรื่องของความสวยความงาม แฟชั่น (ชลิดาภรณ์ ส่งสัมพันธ์ , 2541 : 185) และแสดงถึงพื้นที่ในบ้านว่าเป็นพื้นที่ของผู้หญิง เพื่อตัดขาดผู้หญิงออกจากเรื่อง ของส่วนรวม

สำหรับกลุ่มสตรีนิยมแนวเสรีนิยมใช้ทฤษฎีเรื่องการอบรมบ่มเพาะ (Socialization) ที่เกิดจากการทำงานของสถาบันทางสังคมที่มีคำอธิบายอยู่ 2 ชุดคือ (กาญจนา แก้วเทพ , 2544 : 482 – 483)

Social Learning on Modelling ทฤษฎีนี้กล่าวว่าบุคคลจะเกิดการเรียนรู้บทบาทและการกระทำจากการสังเกตตัวแบบที่มีอยู่ในสังคม เช่นจากบรรยากาศภายในครอบครัว และที่สำคัญคือจากจอโทรทัศน์

และ Social Learning by Reinforcement ทฤษฎีนี้กล่าวว่าบุคคลจะเรียนรู้พฤติกรรมที่เหมาะสมโดยดูจากกระบวนการให้รางวัลและการลงโทษจากสังคมในจอโทรทัศน์ ประเภทของสื่อที่มี “ เพศสภาวะ ” (Gender) แอบแฝงไว้ติดอยู่นั้น มีส่วนอย่างมากในการประกอบสร้างลักษณะทางวัฒนธรรมทางเพศในด้านต่าง ๆ ขึ้นมา (กาญจนา แก้วเทพ , 2544 : 501)

กาญจนา แก้วเทพ (2541 : 220 – 221) กล่าวถึง ลักษณะของผู้หญิงที่ดี และผู้หญิงที่เลว ที่จะทำหน้าที่ต่าง ๆ ในสังคม ตัวอย่างของ “ ผู้หญิงที่ดี ” มีดังนี้

- เป็นเมียที่ซื่อสัตย์ต่อสามี หัวอ่อน เชื่อฟัง อ่อนหวาน เอาใจหัว
- เป็นแม่ที่รักและอุทิศตนเพื่อลูก
- เป็นแม่บ้าน แม่ศรีเรือนที่ขยันขันแข็ง จัดการดูแลบ้านช่องให้เรียบร้อย
- เป็นผู้ใฝ่ใจในศาสนา และธำรงรักษาจริยธรรมของสังคมอย่างไม่เคยตั้งคำถาม

สังคมจะมีกระบวนการอบรมบ่มเพาะและขัดเกลาสตรีในกลุ่มสังคมต่าง ๆ ให้มีการประพฤติปฏิบัติตัวเป็นไปตามการคาดหวังของสังคม เป้าหมายของกระบวนการอบรมนั้น ก็เพื่อจะจัดวางสตรีให้มีสถานภาพและบทบาทตามการคาดหวังของสังคมนั่นเอง และจะมีลักษณะของผู้หญิงที่เลว เอาไว้เป็นเครื่องข่มขู่ผู้หญิงที่ไม่ยอมอยู่ในกรอบ รวมทั้งจะมีการลงโทษอย่างจริงจังจากระบบครอบครัวหรือระบบกฎหมายด้วย เช่น ถ้าสตรีไม่ยอมดำเนินชีวิตตามแผนที่สังคมวางเอาไว้ให้ การข่มขู่ในรูปแบบต่าง ๆ เป็นวิธีจัดการกับสตรีนอกคอก รวมถึงการประณามและวิธีการสุดท้ายที่ค่อนข้างรุนแรงสำหรับผู้หญิงที่ไม่ยอมเลิกปฏิบัติตนในกิจกรรมที่สังคมถือว่าเป็นกิจกรรมของผู้ชาย ก็คือ การตีตรา (Labelling) ว่าหญิงเหล่านี้มีความผิดปกติจากมนุษย์ทั่วไป ซึ่งอาจจะทำให้พ่อแม่หรือสามีของผู้หญิงเหล่านี้ไม่ยอมรับ และขับไล่ออกไปจากสังคม

ของตน หรืออย่างรุนแรงที่สุดคือ การถือว่าหญิงเหล่านี้มีความผิดปกติทางจิตที่จำเป็นต้องส่งตัวไปกักขังในโรงพยาบาลโรคจิต (กาญจนนา แก้วเทพ , 2541 : 246 –247) กระบวนการทางสังคมยังนำมาใช้ควบคุมทั้งร่างกายของผู้หญิงและแรงงานของผู้หญิงให้อยู่ในที่ทาง (Space) และทำกิจกรรม (Activities) ตามที่สังคมต้องการด้วย (กาญจนนา แก้วเทพ , 2544 : 476)

อย่างไรก็ตามไม่ว่าจะเป็นความแตกต่างทางปัจจัยด้านชีวภาพ หรือปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมแล้ว จะเห็นได้ว่าบทบาททางเพศของชายนั้นมีเหนือกว่าหญิงในทุกด้าน ไม่ว่าจะเป็นด้านกายภาพที่ผู้ชายมีร่างกายแข็งแรงใหญ่โตกว่า หรือปัจจัยด้านความเชื่อวัฒนธรรมสิ่งแวดล้อมที่ให้ค่าว่าเพศชายต้องเป็นผู้นำ มีอิสระในการติดต่อกับสังคมภายนอก ในขณะที่เพศหญิงต้องอยู่บ้านเลี้ยงลูก สิ่งเหล่านี้สะท้อนให้เห็นถึงระบบความเชื่อและค่านิยมดั้งเดิมว่า “ ชายมีอำนาจเหนือหญิง ” ซึ่งเป็นความไม่เท่าเทียมและการแบ่งแยกบทบาทระหว่างเพศ

สำหรับแนวคิดจิตวิเคราะห์ (Psychoanalysis) ของ ฟรอยด์ (Sigmund Freud) ได้กล่าวถึงพัฒนาการของเด็กว่าตั้งอยู่บนพื้นฐานทางชีวภาพ ซึ่งเด็กจะเรียนรู้ถึงความแตกต่างระหว่างเพศ และตระหนักในเพศของตนจากบิดาหรือมารดาที่เป็นเพศเดียวกับตน แล้วเด็กก็จะค่อย ๆ พัฒนาให้เป็นไปตามรูปแบบของพฤติกรรมทางเพศที่เหมาะสมต่อไป Basow (1992 : 119 อ้างใน มัทนา เซตมี , 2539 : 12) กล่าวว่าปัญหาของเรื่องนี้ คือการเอาเพศเป็นเครื่องตัดสินความมีสุขภาพอันดีหรือไม่ดีในวงการแพทย์ โดยพิจารณาว่าบุคคลที่สามารถปฏิบัติตนได้เหมาะสมตามบทบาทที่สังคมกำหนดไว้คือ “ คนปกติ ” บุคคลที่ไม่ทำตามหรือทำตามไม่ได้คือ “ คนผิดปกติ ” วิธีการจิตบำบัดโดยมากจึงพยายามรักษาผู้ที่มีพฤติกรรมไม่เหมาะสมกับเพศให้คืนสู่สภาพปกติที่ควรจะเป็น ซึ่งแท้จริงแล้วคือพฤติกรรมที่สังคมคาดหวัง

อิทธิพลทางความคิดของฟรอยด์ได้แฝงอยู่ในแนวคิดในการพิจารณา “ ความปกติ ” หรือ “ ไม่ปกติ ” ในการบำบัดรักษาทางการแพทย์ปัจจุบัน โบรเวอร์แมน และคณะ (Broverman) ได้ทำการวิจัยพบข้อสนับสนุนว่า บุคลากรทางสาธารณสุขมักจะนำเอาเรื่องการประพฤติตนตามเพศเข้ามาเกี่ยวข้องกับความคิดเรื่องสุขภาพด้วยเสมอ กลุ่มตัวอย่างที่เขาใช้เป็นบุคลากรทางด้านสาธารณสุขจำนวน 79 คน ประกอบด้วย จิตแพทย์ นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ โดยให้กลุ่มตัวอย่างเหล่านี้ให้คะแนนลักษณะบุคลิกภาพ 123 แบบ ของความเป็นหญิงเป็นชาย

เช่น ความเป็นชายต้องมีลักษณะก้าวร้าว ชอบชมชู้ ลักษณะเหล่านี้จะดูเป็นปกติถ้าเป็นลักษณะของผู้ชาย แต่จะกลายเป็นลักษณะที่ผิดปกติทันทีถ้ามาอยู่ในผู้หญิง และในทำนองเดียวกัน ลักษณะของความเป็นผู้หญิง เช่น อ่อนน้อม ชอบพึ่งพาคนอื่น ดูจะเป็นปกติถ้าเป็นผู้หญิง แต่จะกลายเป็นความผิดปกติทันทีถ้าไปอยู่ในผู้ชาย (กาญจนา แก้วเทพ , 2535 : 17 – 18) ในกรณีที่มีครอบครัวแล้วจะพบปัญหาทางจิตของหญิงได้มาก ซึ่งหมายความว่าชีวิตสมรสทำให้ผู้หญิงป่วยมากขึ้น และทำให้ผู้หญิงต้องการรักษาบำบัดให้สามารถกลับไปครองชีวิตคู่ได้อย่างเดิม การแพทย์ได้ช่วยให้ปัญหาในชีวิตคู่ยังคงดำรงอยู่ได้ด้วยวิธีการให้ผู้หญิงปรับตัวให้เข้ากับปัญหานี้ เรายังเชื่อว่าผู้หญิงมักจะเจ็บป่วยได้ง่าย ที่เป็นดังนี้ก็เพราะบทบาทของสังคมที่กำหนดให้ผู้หญิงอ่อนแอ ทำให้ผู้หญิงเองก็คอยคิดอยู่เสมอว่าตนเองจะเจ็บป่วย และชอบแสดงอาการเจ็บป่วยออกมา (กาญจนา แก้วเทพ , 2535 : 22 – 23) อาร์ ดี เลียง (R. D. Laing) ตั้งข้อสังเกตว่า เมื่อปัจเจกบุคคลถูกกดขี่จากสังคมมากเกินไปจนไม่มีทางออกแล้วบางทีการเป็นบ้าก็เป็นหนทางสุดท้ายของการต่อสู้ การเลือกเป็นคนบ้าที่ไม่ถูกกดขี่ยังดีเสียกว่าการยอมตกอยู่เป็นคนสติดีแต่ถูกกดขี่เสียอีก (กาญจนา แก้วเทพ , 2535 : 83 – 84)

จากแนวคิดทางด้านสตรีนิยมที่กำหนดค่านิยมและความคาดหวังทางสังคมที่มีต่อเพศสภาพของหญิงชายนั้น เพื่อให้เข้าใจงานวิจัยนี้ให้ชัดเจนเกี่ยวกับความผิดปกติทางจิตของผู้หญิงที่ใช้แนวคิดของสตรีนิยมเป็นตัวกำหนดว่าผู้หญิงที่ถูกมองว่ามีเพศสภาพของหญิงที่ผิดไปจากสิ่งที่สังคมกำหนดถือว่าหญิงผู้นั้นมีความผิดปกติ ฉะนั้นผู้วิจัยจึงแสดงเป็นตารางดังนี้

ตารางที่ 2 ผู้หญิงและผู้ชายที่ผิดปกติทางจิตตามคุณลักษณะที่ขัดแย้งกับค่านิยมและความคาดหวังของสังคม

	หญิงผิดปกติทางจิต	ชายผิดปกติทางจิต
คุณลักษณะที่ขัดแย้งกับค่านิยมทางสังคม	การไม่แต่งงาน , เลี้ยงลูกไม่เป็น , ไม่ชอบอยู่บ้าน , ทำงานบ้านไม่เป็น , ไม่เป็นกุลสตรี	ไม่แต่งงาน , ไม่ทำงานหาเงิน , อยู่บ้าน

ตารางที่ 2 (ต่อ)

	หญิงผิดปกติทางจิต	ชายผิดปกติทางจิต
คุณลักษณะที่ขัดแย้งกับ ความคาดหวังทางสังคม	ก้าวร้าว , ชอบข่มขู่ , เชื้อมันใน ตัวเอง , กล้าแสดงออก , มีอิสระ , มีอำนาจและอิทธิพลเหนือผู้อื่น , แข็งกร้าว	เอาใจใส่ต่อผู้อื่น , ชอบ ช่วยเหลือผู้อื่น , ไม่เห็นแก่ตัว , เฉื่อยชา , ทำตัวเฉย , อ่อนโยน , อ่อนน้อม , ฟังพาคณอื่น

ในงานเขียนของ Phyllis Cherter (1972 อ้างใน Maggie Humm ,1992 : 229 –231) เรื่อง ผู้หญิงกับความบ้า กล่าวว่า “ ความบ้าถูกมองผ่านความรู้ทางจิตเวชที่สังคมใช้ประสบการณ์จากสิ่งที่มองเห็นเพื่อเนรเทศคนเหล่านั้นออกจากสังคม ความบ้าถูกทำให้ละเอียดใจ ทำให้ดูร้าย ถูกปฏิเสธ และถูกทำให้กลัวโดยสังคม การเมือง และวิทยาศาสตร์อธิบายสิ่งเหล่านี้ด้วยเหตุผลของตนเองซึ่งเป็นที่ไร้เหตุผล ” จากบทความดังกล่าว เป็นไปตามทฤษฎีที่ว่า ทั้งผู้หญิงบ้าและผู้หญิงปกติที่ถูกส่งเข้าโรงพยาบาลด้วยเงื่อนไขที่เกิดจากพฤติกรรมแบบผู้หญิงล้วนแต่ถูกทำให้อ่อนแอและไม่มีพลังเพียงพอที่จะเป็นผู้เปลี่ยนแปลงใด ๆ จากการสังเกตพฤติกรรมเหล่านี้ทำให้เข้าใจถึงการที่ผู้หญิงอยู่โดดเดี่ยว มีความสอดคล้องกับกฎที่ทำให้ไร้ความรู้สึก และเป็น การแสดงออกในทางตรงกันข้ามกับวัฒนธรรม ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ “ บ้า ” เป็นการแสดงถึงอำนาจทางสังคมที่ลดลง และความพยายามที่จะรวมร่างกายกับความรู้สึกเข้าด้วยกัน ซึ่งสายพิณ ศุภุทรมงคล (2541 : 22) มองว่าผู้หญิงมีร่างกายและจิต (mind) ที่อ่อนแอกว่าจึงไม่ควรทำงานที่จะถูกกระทบด้วยความรุนแรงทั้งทางกายภาพและจิตใจ ดังนั้นร่างกายของผู้หญิงถูกสร้างขึ้นมาเพื่อการสืบเผ่าพันธุ์ และเลี้ยงดูเด็ก พูโก (อ้างใน สายพิณ ศุภุทรมงคล ,2541 : 33) ได้แสดงทัศนะเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างกายกับจิต โดยมองว่าเมื่อใดก็ตามที่ร่างกายถูกนำมาจองจำ สิ่งที่มีอิทธิพลและเป็นเป้าหมายของวาทกรรมคือจิต ทำให้ร่างกายเปลี่ยนไปมีสถานะไม่ต่างจากมวลสารที่ไร้ความรู้สึก ถูกควบคุมได้ด้วยวาทกรรมซึ่งมีจิตควบคุมอีกทอดหนึ่ง

Phyllis Cherter (1972) กล่าวว่าความบ้าหรือไม่บ้ามันได้ถูกนำมาใช้จำกัดบทบาทของผู้หญิงที่มีพฤติกรรมแสดงออกเกินขอบเขตเงื่อนไขที่ผู้หญิงพึงจะเป็นตามความคาดหวังของสังคม มักถูกเรียกโดยอ้างคำวินิจฉัยจากการแพทย์ว่า เป็นพวกโรคประสาท หรือโรคจิต เมื่อผู้หญิงเหล่านี้ถูกจับส่งโรงพยาบาล ก็ถูกอธิบายด้วยเหตุผลของพฤติกรรมที่นอกเหนือจาก

ความเป็นผู้หญิง ว่าผู้หญิงเหล่านี้ตกอยู่ในสภาพของความหดหู่ในจิตใจอย่างรุนแรง พยายามจะฆ่าตัวตาย มีความกระวนกระวายทางประสาทในลักษณะของความกลัว ความหวาดระแวง และมีพฤติกรรมที่ล่าช้า ด้วยเหตุนี้ผู้หญิงที่มีพฤติกรรมที่ขัดแย้งกับบทบาทที่สังคมคาดหวังให้แก่ผู้หญิง มักจะทำให้เกิดความวิตกกังวลกับตนเอง จนกระทั่งต้องเนรเทศตัวเอง หรือทำลายตัวเอง ผู้หญิงที่ถูกตราประทับว่าเป็นโรคจิตเนื่องจากถูกนำมาส่งโรงพยาบาล มักจะรู้สึกว่าเป็นตัวเองสูญเสียพฤติกรรมแห่งการเป็นผู้หญิง

ในทางจิตวิทยา อุดมลักษณะของผู้หญิงได้เข้ามาเกี่ยวข้องกับการมีชีวิตอยู่ และการให้คำจำกัดความกับตนเองของผู้หญิง เพื่อต่อสู้ในบทบาทหน้าที่ของผู้หญิงที่ควรกระทำ ซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้ชายใช้ครอบงำผู้หญิง ถ้าผู้หญิงละเลยหน้าที่ที่ผู้หญิงเคยปฏิบัติมากก็จะถูกมองว่าเป็น “ ผิดปกติ ” ผู้หญิงจึงต้องปกป้องตนเอง และตระหนักในอุดมลักษณะของตนเอง เพื่อสร้างความเข้มแข็งทางด้านอารมณ์ และสามารถที่จะดำเนินชีวิตของตนเองให้อยู่ต่อไปในสังคมได้

ซึ่ง มิเชล ฟูโก (Michael Foucault อ้างใน อภิญญา เฟื่องฟูสกุล , 2543 : 43 – 46) ให้แนวคิดเกี่ยวกับ วาทกรรม หมายถึงการผลิตความหมายเกี่ยวกับความจริงในเรื่องต่าง ๆ ซึ่งหมายรวมถึงการผลิตชุดของความรู้อุดมทัศน์และข้อปฏิบัติทางสังคม การมีสถาบันทางสังคม และปฏิบัติการทางสังคมที่ต่อเนื่องมาจากความรู้นั้น ที่สำคัญก็คือการเปลี่ยนแปลงให้คนนิยามตนเองตามความรู้ที่ถูกผลิตออกมา อำนาจ หมายถึงกระบวนการทางประวัติศาสตร์สังคมที่สถาปนาอาณาจักรแห่งความจริง (regime of truth) ชุดใดชุดหนึ่งขึ้นมา เช่นความจริงเกี่ยวกับ “ คนบ้า ” หรืออาการที่ถูกจัดเป็น “ ความผิดปกติทางเพศ ” ความจริงเหล่านี้จะนำไปสู่ปฏิบัติการทางสังคมมากมายทั้งในระดับมหภาคและจุลภาค ตั้งแต่สถาบันจิตเวช วิธีการบำบัดผู้ป่วย การมีโครงการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมเบี่ยงเบนในโรงเรียน การจับจองและความวิตกกังวลของพ่อแม่ต่อพฤติกรรมทางเพศของลูก การที่เด็กหญิงชายเติบโตขึ้นพร้อมกับมีความรู้สึกว่าเป็น “ คนปกติ ” หรือ “ ผิดปกติ ” นั้นเป็นผลของการจัดวางตำแหน่งแห่งที่ของเขาภายในอาณาจักรแห่งความจริงนั้น ๆ (subject positions)

เทคนิคอำนาจในการจัดวางตำแหน่งแห่งที่ปัจเจกภาพภายในวาทกรรม คือ การทำให้ปัจเจกนั้นกลายเป็นวัตถุของความรู้และการศึกษา (objectification process) การเติบโตขององค์ความรู้ทางวิทยาศาสตร์การแพทย์จิตเวช มีมนุษย์เป็นศูนย์กลางของการศึกษา

วิทยาศาสตร์ต้องการรู้จักมนุษย์ทุกซอกทุกมุมในทุกด้าน ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ มนุษย์ถูกจับจ้องมองในฐานะวัตถุและเป้าหมายของการศึกษา ร่างกายมนุษย์ที่ทั้งเป็นและตายถูกนำมาเปิดออกเพื่อค้นคว้า คนที่ถูกจัดเป็นคนบ้าถูกนำมาแก้ตัวจับจ้องเพื่อศึกษาพฤติกรรม เทคนิคอำนาจนี้ทำงานควบคู่พร้อมกันกับเทคนิคที่เป็นเสมือนด้านตรงข้ามของมัน นั่นก็คือทำให้ปัจเจกรู้สึกว่าเป็นของค์ประธานของการกระทำ (subjectification process) พูโกซี่ชี้ให้เห็นว่าเทคนิคดังกล่าวมีพลังมากในจารีตอย่างหนึ่งที่เป็นมรดกทางวัฒนธรรม นั่นก็คือ เทคนิคการสารภาพ (confession technique) จารีตนี้มีมาในประเพณีสารภาพบาปของคริสเตียน สิ่งที่ถูกเก็บกดหรือการกระทำอันน่าละอายจะถูกเล่าออกมาให้ผู้มีอำนาจสูงกว่าได้รับฟัง เช่นเดียวกับความสัมพันธ์ระหว่างหมอลิตเวซกับคนไข้ เสียงของผู้มีความรู้หรืออำนาจทำให้เราสยบยอมและบั่นแ่่งจิตวางตัวเราเองภายในกติกากฎของวาทกรรม และพูโกซี่ยังเห็นว่าอำนาจนั้นเป็นสิ่งที่ผูกอยู่กับเจตน์จำนงของผู้ผลิตมันขึ้นมา เมื่อวิเคราะห์ในระดับจุลภาคเราสามารถระบุได้ว่านักจิตวิเคราะห์คนใดเสนอทฤษฎีเกี่ยวกับความเบี่ยงเบนทางเพศแบบใด สามารถเห็นความพยายามของกลุ่ม ผู้ที่ก่อตั้งสถาบันจิตเวช กระบวนการตัดสินใจ การวางแผนและนโยบายของสถาบันนั้น ๆ แต่ในระดับมหภาพเมื่อมองภาพรวมเราไม่อาจบอกได้ว่าปัจเจกคนใดคนหนึ่งหรือกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งเป็นผู้ควบคุมเครือข่ายอำนาจ เนื่องจากผลลัพธ์ของเครือข่ายอำนาจนั้นอยู่นอกเหนือการคาดหมายและควบคุมหรือผูกขาดของใครกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง จากตัวอย่างข้างบนจะเห็นได้ว่าอาณาจักรแห่งความจริงชุดหนึ่ง ๆ สามารถมีปฏิบัติการทางสังคมที่หลากหลายระดับและซับซ้อน เมื่อความรู้เกี่ยวกับความปกติและผิดปกติได้รับการสถาปนาขึ้นมา จะส่งผลให้เกิดปฏิบัติการทางสังคมหลากหลายในระดับต่าง ๆ ของสังคม ผลลัพธ์รวมของวาทกรรมคือการทำให้ความเป็นจริงเหล่านั้นซึมซาบเข้าไปสถาปนา “ความเป็นตัวฉัน” ในแบบใดแบบหนึ่งขึ้นมา หรือแทรกเข้าไปอยู่ในการจัดความสัมพันธ์ทางสังคมหลายระดับตั้งแต่ระดับครอบครัว โรงเรียน ชุมชน และระดับชาติ ผลรวมเหล่านี้ไม่อาจจัดได้ว่าเป็นผลงานที่จงใจของคนกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งโดยเฉพาะเท่านั้น นี่เองคือสิ่งที่พูโกซี่หมายถึงเมื่อเขากล่าวว่า “ คนเรารู้ว่าตนเองกำลังทำอะไร บ่อยครั้งรู้ว่าทำไมตนทำเช่นนั้น แต่สิ่งที่ไม่รู้คือผลที่สืบต่อมาจากการกระทำของตนเอง ”

จากแนวคิดของการมองความปกติ และความผิดปกติที่สังคมเป็นผู้ตัดสินเพื่อแสดงอำนาจเหนือชีวิต และจิตใจของมนุษย์เหล่านั้น วิธีการที่จะทำให้หลุดพ้นจากการถูกครอบงำก็คือการสร้างวาทกรรมของตนเองขึ้นมา และแสดงถึงอัตลักษณ์ของควมมีตัวตนที่แท้จริง เพื่อให้มีชีวิตอยู่ในสังคมได้

รูปแบบการมีส่วนร่วมของผู้หญิงในการสื่อสาร

Riano (1994 : 4 – 18) อธิบายว่า สิ่งที่แสดงถึงความเป็นอัตลักษณ์ของวาทกรรมและการปฏิบัติของผู้หญิง แบ่งเป็น 4 แนวคิดหลัก คือ

รูปแบบแรก **การสื่อสารเพื่อการพัฒนา** (Development communication) (โดยผู้หญิงตกอยู่ภายใต้ข้อมูลข่าวสาร) การมีส่วนร่วมของผู้หญิงเป็นการสนับสนุนเกี่ยวกับเป้าหมายหลัก 3 ประการ คือ (1) เพื่อการเปลี่ยนแปลงวิถีปฏิบัติในกระแสวิกฤต โดยผู้หญิงร่วมเป็นผู้วางแผนกับเจ้าหน้าที่ และเต็มใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่วิกฤต เช่น การรณรงค์เพื่อการพัฒนาประเทศหรือนานาชาติ (2) การกล้าสนับสนุนการรณรงค์เพื่อการพัฒนา เช่น การรณรงค์สนับสนุนโครงการสื่อสารเพื่อการพัฒนา และ (3) การเคลื่อนไหวทางสังคม การมีส่วนร่วมของผู้หญิงในการเผยแพร่การพัฒนาข่าวสาร และการเคลื่อนไหวทางสังคมที่มีกลยุทธ์ทางการสื่อสารที่หลากหลาย เช่น การขยายงานและการตลาดเพื่อสังคม ซึ่งการมีส่วนร่วมมีความหมายที่แสดงถึงการเป็นผู้ร่วมวางแผน และร่วมในการทราบปฏิกิริยาอันกลับของสาธารณชน และในที่สุดความเข้มแข็งที่เห็นได้จากความสามารถของปัจเจกบุคคลที่เข้าใจ การเรียนรู้ด้านข่าวสาร และการแสวงหาข่าวสารเพิ่มเติม ซึ่งสารที่ส่งออกไปเป็นการเผยแพร่ข่าวสารทางเดียวจาก ผู้เชี่ยวชาญไปยังกลุ่มเป้าหมาย

รูปแบบที่สอง **ผู้มีส่วนร่วมในการสื่อสาร** (Participatory communication) โดยผู้หญิงเป็นผู้มีส่วนร่วมในกระบวนการสื่อสาร ที่มีเป้าหมายเพื่อให้ประชาชนสามารถควบคุมชีวิตของตนเอง พัฒนาความเชื่อมั่น การเรียน ทักษะด้านข่าวสาร เป็นการลดช่องว่างด้านความรู้ การสนับสนุนการจัดระเบียบองค์กร การเปลี่ยนแปลงสังคมวัฒนธรรม และอิทธิพลในด้านนโยบายสาธารณะ ตลอดจนกระบวนการผลิตสื่อ และการพัฒนาการสื่อสารเพื่อกระตุ้นการศึกษาทำให้มีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย รวมทั้งการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้รับสารและแหล่งสาร การสร้างความเข้มแข็งเกิดจากกระบวนการซึ่งปัจเจกบุคคลหาความรู้มาได้ และมีทักษะในการควบคุมชีวิตของพวกเขาเอง การที่ปัจเจกบุคคลได้ประโยชน์จากการเกี่ยวข้องในการพัฒนาโครงการนั้นหมายถึง การที่ประชาชนสามารถควบคุมเศรษฐกิจและอำนาจทางการเมือง ซึ่งมีการสื่อสารแบบสองทาง โดยข่าวสารไหลจากบนลงล่าง และจากล่างขึ้นบน

รูปแบบที่สาม **การสื่อสารทางเลือก** (Alternative communication) (โดยผู้หญิงอยู่ภายใต้การเปลี่ยนแปลง) การมีส่วนร่วมในการเปลี่ยนแปลงทางสังคม ผู้หญิงในการเคลื่อนไหวทางสังคม มีเป้าหมายเพื่อค้นหาทางเลือกของการสื่อสารเพื่อสนับสนุนการต่อสู้ทางสังคม การสนับสนุนการต่อสู้เพื่อป้องกันสิทธิ การส่งเสริมผลกระทบของกลุ่ม และการทำให้ผู้หญิงตื่นตัวว่าอยู่ภายใต้บังคับบัญชา รวมทั้งการถูกกำหนดตำแหน่งทางสังคมในบริบทของการเคลื่อนไหวทางสังคม การสื่อสารที่ได้รับความนิยม สิทธิของความเป็นประชากรและความเป็นมนุษย์ การสื่อสารทางสังคม การสื่อสารในกลุ่ม และสื่อเพื่อการศึกษา การมีส่วนร่วมของผู้หญิงเป็นกระบวนการควบคุมที่มีเงื่อนไขของการเปลี่ยนแปลงทางสังคม และกระทำการผลิตความหมาย ความเข้มแข็งพัฒนาปัจเจกบุคคล ทำให้สามารถสะสมผลกระทบของการเปลี่ยนแปลง การเพิ่มการควบคุม และความเป็นเจ้าของกระบวนการ ซึ่งการไหลเวียนของข่าวสารเป็นแบบหลายมิติ ทั้งแนวนอน และการมีปฏิสัมพันธ์ของผู้ส่งและผู้รับสาร

รูปแบบสุดท้ายคือ **นักสตรีนิยมในการสื่อสาร** (Feminist communication) (โดยผู้หญิงเป็นผู้ผลิตความหมาย) เพศสภาพในการมีส่วนร่วมในการสื่อสาร มีเป้าหมายเพื่อระบุปัญหาที่ถูกกดขี่ในเรื่องของเชื้อชาติ ชนชั้น เพศสภาพ เพศ และการเข้าร่วม โดยเกี่ยวข้องกับ การเจรจาตกลงกันด้วยความยุติธรรม และความเสมอภาคในการเข้าถึงของผู้หญิง การมีส่วนร่วมในการสร้างปัจเจกบุคคลและการสะสมความเป็นอัตลักษณ์ รวมทั้งการผลิตความหมายใหม่ในบริบทของการเคลื่อนไหวของนักสตรีนิยม และผู้หญิงในการโต้แย้งและความเป็นนักสตรีนิยมในการสื่อสารความรู้ ผู้หญิงมีส่วนร่วมเป็นเจ้าของ ร่วมรับผิดชอบ และร่วมพัฒนาความคิดทางสังคม การเป็นเจ้าของการสะสมประสบการณ์และอัตลักษณ์ ผู้หญิงสร้างความเข้มแข็งภายใต้สังคมที่เปลี่ยนแปลง และปัญหาที่เกิดขึ้น เป็นการต่อสู้โดยผู้หญิงเป็นผู้ผลิตความหมาย เป็นการแลกเปลี่ยนการสื่อสาร โดยความหมายของสารจะหมุนเวียนเป็นโครงข่ายของความหมาย และมีลักษณะของการเผยแพร่ข่าวสารในแนวนอน

ดังนั้นการมีส่วนร่วมของผู้หญิง การต่อสู้ด้านการให้นิยาม และการสร้างความหมายนั้นจะเป็นเป้าหมายเพื่อปลดปล่อยตนเองออกจากอัตลักษณ์แบบเดิม ๆ พร้อมทั้งสร้างความเข้มแข็งให้กับตนเองในนิยามใหม่ (กาญจนา แก้วเทพ , 2544 : 498)

แนวคิดเกี่ยวกับเพศสภาพนี้ผู้วิจัยนำมาใช้ในประเด็นเรื่อง ปัจจัยทางเพศสภาพของผู้ป่วยจิตเวชหญิงมีผลต่อการให้ความหมาย และการสร้างความเข้มแข็งให้กับตนเองเพื่อการบำบัด เพราะผู้วิจัยเชื่อว่านอกจากสังคมจะกำหนดบทบาททางเพศให้ผู้หญิงต่างจากผู้ชายแล้วยังกำหนดบทบาทของผู้หญิงระหว่างผู้หญิงปกติและผู้หญิงผิดปกติ ซึ่งผู้วิจัยเรียกว่าผู้ป่วยทางจิตให้แตกต่างกันอีกด้วย ดังนั้นงานวิจัยนี้จึงสนใจศึกษาว่า ผู้หญิงที่ป่วยทางจิตจะสร้างความหมายให้กับตนเองตามที่ถูกสังคมกำหนดบทบาทและลักษณะเอาไว้แล้วหรือไม่อย่างไร และจะมีวิธีการสื่อสารเพื่อสร้างความเข้มแข็งและกำลังใจที่จะต่อสู้กับปัญหาของตนเอง เพื่อบำบัดรักษาอาการเหล่านั้นให้หายหรือทุเลาลง และกลับสู่สังคมเพื่อจะได้ดำเนินชีวิตของตนเองตามศักยภาพที่คาดหวังได้อย่างไร

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการทำกลุ่มจิตบำบัด ได้มีผู้ศึกษาเรื่องต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องดังนี้

สุนีย์ เอกวัฒนพันธ์ (2529) ศึกษาเรื่อง ผลของการใช้กลุ่มบำบัดแบบประคับประคองที่มีต่อพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภทวัยรุ่นในโรงพยาบาลศรีธัญญา กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยจิตเภทวัยรุ่นทั้งชายและหญิงจำนวน 24 ราย อายุระหว่าง 14 – 20 ปี แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 12 ราย ใช้การทำกลุ่ม 10 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง จำนวน 5 สัปดาห์ โดยผู้วิจัยใช้วิธีสังเกตและวัดพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภท พบว่า หลังจากทดลองผู้ป่วยจิตเภทวัยรุ่นที่เข้ากลุ่มบำบัดแบบประคับประคอง มีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมในทางที่ดีขึ้น

สุมาลี สัยยะสิทธิพานิชย์ (2540) ศึกษาเรื่อง การจัดกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลสวนปรุง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับไว้รักษาในหอผู้ป่วยชายและหญิง จำนวน 164 ราย ลักษณะของกลุ่มเป็นกลุ่มเปิดพบกัน 9 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง 30 นาที ผลการศึกษาพบว่า กระบวนการกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองสามารถช่วยเหลือให้ผู้ป่วยจิตเวชได้ระบายความคับข้องใจ มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในกลุ่มทำให้เกิดปัจจัยบำบัดขึ้นในการทำกลุ่มแต่ละครั้งที่พบ่อยที่สุดคือ การได้ระบายออก การมีความเป็นสากล การได้รับการชี้แนะแนวทาง และการผูกพัน

จิตใจต่อกัน ซึ่งเกิดผลดีต่อการรักษา และผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม มีการแสดงออกไปในทางที่ดีขึ้น และเป็นที่ยอมรับของกลุ่ม

พรรณวิภา ถาวรประเสริฐ (2532) ศึกษาเรื่อง ผลของการใช้กลุ่มบำบัดแบบระดับประคองที่มีผลต่ออัตมโนทัศน์และการติดยาเสพติดซ้ำของผู้ป่วยที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลธัญญารักษ์ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ติดยาเสพติดเพศชาย ที่เข้ารับการรักษาและอยู่ในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ จำนวน 20 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 8 คน และกลุ่มควบคุม 12 คน ทำกลุ่มบำบัด 8 วัน วันละ 1 ครั้ง ครั้งละ 3 ชั่วโมง รวมทั้งสิ้น 24 ชั่วโมง ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีอัตมโนทัศน์เกือบทุกด้านสูงขึ้น และจำนวนผู้ติดยาเสพติดซ้ำน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

ไกรวรรณ เจริญกุล (2539) ศึกษาเรื่อง การจัดกลุ่มจิตบำบัดแบบระดับประคองและให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทในโรงพยาบาลศรีธัญญา จำนวน 426 คน โดยจัดกลุ่มเป็นลักษณะกลุ่มเปิด จำนวนญาติที่เข้าร่วมกลุ่มครั้งละ 6 – 10 คน จัดกลุ่มทุกวันจันทร์ถึงศุกร์ ครั้งละ 45 นาที จำนวน 52 ครั้ง เก็บข้อมูลโดยการจดบันทึกทันทีที่สิ้นสุดการทำกลุ่มแต่ละครั้ง พบว่า สมาชิกกลุ่มมีความไว้วางใจ กล้าที่จะระบายปัญหาความคับข้องใจต่าง ๆ ออกมา มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ร่วมแสดงความคิดเห็นและแนวทางในการปฏิบัติเพื่อแก้ไขปัญหา มีการให้กำลังใจซึ่งกันและกัน และรู้สึกว่าได้ประโยชน์ต่อการเข้ากลุ่ม อีกทั้งได้รับความรู้และแนวทางปฏิบัติที่ดี และเหมาะสมกับผู้ป่วยจากพยาบาลด้วย (อ่างใน สุมาลี สัยยะสิทธิพานิชย์ , 2540 : 20)

นภาพร นวลสุทธิ , อูมาพร กาญจนรักษ์ และ ดร.ณิ ดันติเจริญวัฒน์ (2545) ศึกษาเรื่อง เจตคติต่อการดำเนินกิจกรรมบำบัดโดยใช้เทคโนโลยีการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและจิตเภทเรื้อรังของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเจตคติต่อการดำเนินกิจกรรมบำบัดโดยใช้เทคโนโลยีการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและจิตเภทเรื้อรัง และหาความสัมพันธ์ระหว่างการอบรมการทำกลุ่มกิจกรรมบำบัดโดยใช้เทคโนโลยีการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและจิตเภทเรื้อรังกับเจตคติการดำเนินกลุ่มของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการที่ปฏิบัติงาน ณ แผนกผู้ป่วยในทั้งหมดของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จำนวน 97 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ผลการวิจัยพบว่า

1. กลุ่มตัวอย่างมีเจตคติต่อการทำกลุ่มกิจกรรมบำบัดโดยใช้เทคโนโลยีการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและจิตเภทเรื้อรังมีความแตกต่างกัน โดยส่วนใหญ่มีเจตคติอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนการวิเคราะห์เป็นรายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 75 มีความเห็นด้วยหรือเห็นด้วยน้อยที่สุดจำนวน 5 ข้อ คือ มีความรู้ดีกว่าการทำกลุ่มกิจกรรมบำบัดโดยใช้เทคโนโลยีการดูแลผู้ป่วยไม่เกิดประโยชน์กับผู้ป่วย ไม่ต้องเตรียมตัวก็สามารถทำกลุ่มกิจกรรมบำบัดให้ประสบความสำเร็จได้ มีความรู้สึกวิตกกังวลที่ต้องเป็นผู้นำกลุ่มกิจกรรมบำบัด รู้สึกเบื่อหน่ายเมื่อต้องทำกลุ่มกิจกรรมบำบัด และรู้สึกว่าสิ้นเปลืองเวลามากในการทำกิจกรรมบำบัด
2. ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นหรือคาดว่าจะเกิดในขณะที่ทำกลุ่มกิจกรรมบำบัดโดยใช้เทคโนโลยีการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและจิตเภทเรื้อรัง ประกอบด้วยการบริหารจัดการข้อจำกัดของผู้ป่วยและข้อจำกัดของการนำเทคโนโลยีการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและจิตเภทเรื้อรังไปใช้
3. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการอบรมการทำกลุ่มกิจกรรมบำบัดโดยใช้เทคโนโลยีการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและจิตเภทเรื้อรังกับเจตคติการดำเนินกลุ่มของพยาบาลวิชาชีพพบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กัน

จะเห็นว่า เจตคติในภาพรวมต่อการทำกลุ่มกิจกรรมบำบัดโดยใช้เทคโนโลยีการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและจิตเภทเรื้อรังยังมีความแตกต่างกัน ส่วนเจตคติเฉพาะรายข้ออยู่ในระดับน้อยมีจำนวนมากที่สุดและการอบรมไม่มีผลต่อการทำกลุ่มกิจกรรมบำบัดโดยใช้เทคโนโลยีการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและจิตเภทเรื้อรัง

สาวตรี สิทธิเวช , ลิษา ไกรคุ้ม และ สุมาลี แต่งเจริญ (2539) ศึกษาเรื่อง ความรู้ทัศนคติ และการดำเนินกลุ่มกิจกรรมบำบัดสำหรับผู้ป่วยจิตเวช ของโรงพยาบาลจิตเวช นครราชสีมา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจความรู้ทัศนคติ และพฤติกรรมการดำเนินกลุ่มกิจกรรมบำบัดของพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคือพยาบาลที่ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา จำแนกเป็นพยาบาลวิชาชีพ 29 คน พยาบาลเทคนิค 31 คน รวม 60 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาโดยใช้แบบสอบถามจากการศึกษาพบว่า

1. ด้านความรู้ พยาบาลมีประสบการณ์ ผ่านการอบรมหลักสูตรสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คิดเป็นร้อยละ 73.7 และผ่านการอบรมการทำกลุ่มกิจกรรมบำบัด

คิดเป็นร้อยละ 23.3 โดยมีความรู้อยู่ในระดับต่ำ ปานกลาง และสูงเท่า ๆ กัน คือ คิดเป็นร้อยละ 33.3

2. ด้านทัศนคติของพยาบาลต่อการทำกลุ่มกิจกรรมบำบัด ส่วนใหญ่อยู่ในระดับ ปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 41.7 รองลงมา คือระดับต่ำคิดเป็นร้อยละ 31.7
3. ด้านพฤติกรรมในการดำเนินกลุ่มกิจกรรมบำบัดของพยาบาล ส่วนมากเฉลี่ยต่อ เดือน เคยทำกลุ่มกิจกรรมบำบัดโดยแสดงบทบาทเป็นผู้นำกลุ่มร้อยละ 63.3 บทบาทผู้ช่วยผู้นำกลุ่มร้อยละ 64.9 และบทบาทเป็นผู้สังเกตการณ์ร้อยละ 68.3 โดยกิจกรรมที่ใช้ในการบำบัดผู้ป่วยมากที่สุดได้แก่ กลุ่มสอนสุขศึกษาร้อยละ 53.3 รองลงมาได้แก่ กลุ่มอ่านหนังสือและวิจารณ์ข่าว และกลุ่มนันทนาการบำบัดร้อยละ 33.4 เท่ากัน สำหรับระดับพฤติกรรมส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 41.7
4. การศึกษาเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ในการทำกลุ่มกิจกรรมบำบัดของ พยาบาล พบว่า ประสบการณ์การทำงาน กลุ่มที่ทำงานในช่วง 1 – 8 ปี และ 9 – 15 ปีจะมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สูงกว่ากลุ่มที่ทำงาน 16 ปีขึ้นไป อย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ
5. การศึกษาเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนทัศนคติของพยาบาล พบว่า วุฒิ การศึกษาและการดำรงตำแหน่งที่แตกต่างกัน มีผลต่อค่าเฉลี่ยของคะแนนทัศนคติที่ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ
6. การศึกษาเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมในการดำเนินกลุ่ม กิจกรรมบำบัดของพยาบาล ไม่พบความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มที่มีปัจจัยเกี่ยวกับ งาน แตกต่างกัน
7. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเกี่ยวกับงานกับระดับความรู้ ระดับทัศนคติ และระดับพฤติกรรมการดำเนินกลุ่มกิจกรรมบำบัดของพยาบาล พบว่า วุฒิ การศึกษาและการดำรงตำแหน่งมีความสัมพันธ์กับระดับทัศนคติอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 95 %

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการดำเนินกลุ่ม กิจกรรมบำบัดของพยาบาล พบว่า ระดับทัศนคติมีความสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมการดำเนิน กลุ่ม กิจกรรมบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับความเชื่อมั่น 95 % แต่ไม่พบ ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรู้กับระดับทัศนคติ และระหว่างระดับความรู้กับระดับพฤติกรรม

จากผลการศึกษางานวิจัยต่าง ๆ จะเห็นได้ว่าการศึกษาเรื่องกลุ่มบำบัด และทัศนคติของพยาบาลจิตเวชที่มีต่อการทำกลุ่มบำบัด ส่วนใหญ่จะเป็นการศึกษาในเชิงปริมาณโดยศึกษาผลของการใช้กลุ่มบำบัดกับกลุ่มเป้าหมายที่กำหนดไว้ ซึ่งทำให้ผู้วิจัยสนใจศึกษาการใช้กระบวนการสื่อสารกลุ่มบำบัดว่ามีรูปแบบการใช้อย่างไรกับผู้ป่วยจิตเวชหญิง และมีปัจจัยอะไรบ้างที่มีผลทำให้การสื่อสารกลุ่มบรรลุดีวัตถุประสงค์การบำบัดของกลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง เพราะการบำบัดจิตใจด้วยกลุ่มจิตบำบัดนั้น เป็นส่วนสำคัญในการบำบัดรักษา จะเห็นได้ว่าวิธีการของกลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง ซึ่งผู้นำกลุ่มกำหนดวัตถุประสงค์และเป้าหมายกลุ่มอย่างแน่ชัด มีการดำเนินกลุ่มตามแผนที่กำหนดไว้ ผู้นำกลุ่มและผู้ช่วยสร้างบรรทัดฐานกลุ่มร่วมกัน โดย ผู้นำกลุ่มจะมีบทบาทหน้าที่ในการทำงานและการระดับประคองกลุ่มไปสู่จุดมุ่งหมายร่วมกันการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยในการเสนอปัญหา แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน ซึ่งเอื้ออำนวยให้กลุ่มมีพัฒนาการของกลุ่มที่ดีขึ้น และนำไปสู่ประสิทธิภาพของกลุ่มตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ ทำให้เกิดผลดีต่อการรักษา ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและมีการแสดงออกไปในทางที่ดีขึ้น เป็นที่ยอมรับของกลุ่ม และสำหรับงานวิจัยเกี่ยวกับประเด็นเรื่องปัจจัยทางเพศสภาพของผู้ป่วยจิตเวชหญิงมีผลต่อการให้ความหมาย และการสร้างความเข้มแข็งให้กับตนเองเพื่อการบำบัดนั้น ไม่ปรากฏงานวิจัยที่แน่ชัดเพราะงานวิจัยเกี่ยวกับผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเป็นการศึกษาทั้งสองเพศ ไม่ได้มีการแบ่งการศึกษาเฉพาะเพศทำให้ไม่สามารถหางานวิจัยที่ เกี่ยวข้องมารองรับในประเด็นนี้ได้ แต่ผู้วิจัยก็ยังคงต้องการที่จะศึกษาถึงประเด็นดังกล่าวเพื่อให้มองเห็นภาพร่วมโดยชัดเจนเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวชหญิง ซึ่งใช้แนวคิดของเพศสภาพมาเป็นกรอบแนวคิดสำหรับงานวิจัยนี้

บทที่ 3

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาวิจัยเรื่อง “ กระบวนการสื่อสารกลุ่มและปัจจัยทางเพศสภาพเพื่อบำบัดผู้ป่วยจิตเวชหญิง โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ ” ได้แบ่งหัวข้อระเบียบวิธีวิจัย ดังต่อไปนี้

1. รูปแบบของการวิจัย
2. กลุ่มเป้าหมายในการวิจัย
3. วิธีการเข้าถึงข้อมูล และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล
4. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
5. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ
6. ความน่าเชื่อถือของข้อมูล
7. การวิเคราะห์ข้อมูล

รูปแบบของการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยมุ่งที่จะศึกษาข้อเท็จจริงเกี่ยวกับกระบวนการสื่อสารกลุ่มเพื่อบำบัดผู้ป่วยจิตเวชหญิง ตลอดจนศึกษาปัจจัยที่มีผลทำให้การสื่อสารกลุ่มบรรลุเป้าหมายของการบำบัด และปัจจัยทางเพศสภาพของผู้ป่วยจิตเวชหญิงที่มีผลต่อการให้ความหมาย และการสร้างความเข้มแข็งให้แก่ตนเองเพื่อการบำบัด ซึ่งเป็น การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับประเด็นต่าง ๆ และการศึกษาในเชิงลึกที่จะมุ่งแสวงหาข้อเท็จจริงตามปรากฏการณ์จริงที่เกิดขึ้นในกระบวนการสื่อสารกลุ่มเพื่อการบำบัด เพื่อให้เกิดความเข้าใจและวิเคราะห์เหตุการณ์ได้อย่างครบถ้วน ชัดเจน และถูกต้องเหมาะสม

กลุ่มเป้าหมายในการวิจัย

กลุ่มเป้าหมายในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกโดยใช้วิธีการเจาะจง (Purposive Sampling) ประกอบด้วย พยาบาลจิตเวช 2 คน และผู้ป่วยจิตเวช 7 คน

วิธีการเข้าถึงข้อมูลและวิธีการเก็บข้อมูล

วิธีการเข้าถึงข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการในขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. ติดต่อสอบถามไปยังโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่เพื่อทราบข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับการบำบัดผู้ป่วยจิตเวชหญิง และขอเข้าสำรวจเบื้องต้นถึงวิธีการบำบัดกลุ่มต่าง ๆ ของผู้ป่วยจิตเวช แล้วจึงเลือกศึกษากลุ่มดังกล่าว
2. ทำหนังสือผ่านบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตฯ ไปยังโรงพยาบาลสวนปรุงจังหวัดเชียงใหม่ เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลการวิจัย ซึ่งผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ และรูปแบบการดำเนินการวิจัยให้ทราบในเบื้องต้น
3. จากนั้นผู้วิจัยได้ติดต่อกับพยาบาลจิตเวชที่รับผิดชอบในการทำกลุ่มบำบัดอีกครั้ง เพื่อชี้แจงรายละเอียดในการวิจัยครั้งนี้ รวมทั้งรูปแบบการเก็บข้อมูล ทั้งนี้ได้ศึกษาข้อมูลเบื้องต้นจากเอกสารต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดผู้ป่วยจิตเวชหญิงก่อนลงมือทำการวิจัย

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยอาศัยวิธีการต่าง ๆ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นข้อเท็จจริง และเป็นประโยชน์ต่อการวิจัยให้ได้มากที่สุดดังนี้

1. การเก็บรวบรวมข้อมูลจากเอกสาร ได้แก่ สถิติข้อมูลจำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับการบำบัดรักษาในโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ ข้อมูลเกี่ยวกับการบำบัดรักษาตลอดจนศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดผู้ป่วยจิตเวช
2. การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสังเกตการณ์แบบไม่มีส่วนร่วม ผู้วิจัยดำเนินการสังเกตกลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง โดยสังเกตกระบวนการสื่อสารกลุ่มเพื่อบำบัดผู้ป่วยจิตเวชหญิง ซึ่งประกอบด้วยพยาบาลจิตเวช 2 คน และผู้ป่วยจิตเวช 7 คน รวมทั้งการสังเกตสภาพแวดล้อมของโรงพยาบาลสวนปรุงด้วย
3. การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ และการสนทนาเชิงลึก ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (Indepth Interview) กับพยาบาลจิตเวช 2 คน และสนทนาเชิงลึกกับผู้ป่วยจิตเวช 7 คน ซึ่งเป็นการสัมภาษณ์อย่างไม่เป็นทางการเพื่อไม่ให้เกิดความรู้สึกเกร็งในระหว่างการสัมภาษณ์ รวมทั้งสังเกตพฤติกรรมร่วมไปกับการสัมภาษณ์ด้วย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่

1. แบบสัมภาษณ์
2. แบบสนทนาเชิงลึก
3. แบบสังเกตกระบวนการสื่อสารกลุ่ม
4. เทปบันทึกเสียง

โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. **แบบสัมภาษณ์เชิงลึก** เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยใช้ในการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลจิตเวช 2 คน ซึ่งเครื่องมือนี้ได้ออกแบบโดยการศึกษาจากแนวคิด ทฤษฎี งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และเทคนิคในการสร้างแบบสัมภาษณ์ จะมีลักษณะเป็นคำถามที่เข้าใจง่าย เป็นคำถามปลายเปิด เพื่อให้เกิดการตอบคำถามได้อย่างอิสระ แสดงความคิดเห็นได้เต็มที่ แนวคำถามการสัมภาษณ์จะครอบคลุมกรอบแนวคิด ทฤษฎีและอยู่ภายใต้ขอบเขตการวิจัยเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ คือ ศึกษากระบวนการสื่อสารกลุ่มเพื่อบำบัดผู้ป่วยจิตเวชหญิง ซึ่งมีรายละเอียดคำถามต่าง ๆ ดังนี้

แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึกพยาบาลจิตเวช

กระบวนการสื่อสารกลุ่มเพื่อการบำบัดผู้ป่วยจิตเวชหญิง โดยได้แบ่งคำถามออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แนวคำถามเกี่ยวกับพยาบาลจิตเวชนี้ ใช้สำหรับการวิเคราะห์ถึงปัจจัยที่มีผลต่อการสื่อสารกลุ่มบำบัด และวิเคราะห์ถึงลักษณะของพยาบาลจิตเวชที่เป็นผู้หญิง

1. การศึกษา
2. ตำแหน่งหน้าที่ และความรับผิดชอบ
3. ประสบการณ์ทำงาน
4. ทักษะที่มีต่อผู้ป่วยจิตเวชหญิง
5. พยาบาลจิตเวชเข้าใจปัญหา และอาการของผู้ป่วยจิตเวชหญิงอย่างไร
6. วิธีการสร้างสัมพันธภาพของพยาบาลกับผู้ป่วยจิตเวชหญิงมีวิธีการอย่างไร

ส่วนที่ 2 แนวคำถามเกี่ยวกับสภาพโดยทั่วไปของผู้ป่วยจิตเวชหญิง

1. ก่อนเข้ากลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง
 - ความเป็นอยู่และการเข้าสังคมในโรงพยาบาลของผู้ป่วยจิตเวชหญิง
 - ลักษณะอาการ และปัญหาของผู้ป่วยจิตเวชหญิง
 - ความสมัครใจ หรือความสนใจในการเข้ากลุ่ม
 - พฤติกรรมการสื่อสาร และพฤติกรรมการแสดงออก
 - ทักษะติดต่อการเข้ากลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง
2. ระหว่างเข้ากลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง
 - ลักษณะอาการ และปัญหาของผู้ป่วยจิตเวชหญิง
 - ความสมัครใจ หรือความสนใจในการเข้ากลุ่ม
 - พฤติกรรมการสื่อสาร
 - ทักษะติดต่อการเข้ากลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง
 - พฤติกรรมมีส่วนร่วมในกลุ่มบำบัด
3. หลังจากเข้ากลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง
 - ลักษณะอาการ และปัญหาของผู้ป่วยจิตเวชหญิง
 - พฤติกรรมการสื่อสาร
 - ทักษะติดต่อการเข้ากลุ่มบำบัดเพื่อการรักษา
 - การมีบทบาทในสังคม
 - ความมั่นใจและการแสดงออกของผู้ป่วยจิตเวชหญิง
 - พัฒนาการทางด้านจิตใจ

ส่วนที่ 3 แนวคำถามเกี่ยวกับกระบวนการสื่อสารกลุ่มเพื่อบำบัดผู้ป่วยจิตเวชหญิง

1. วิธีการคัดเลือกผู้ป่วยจิตเวชหญิงเพื่อเข้ากลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง ทำอย่างไร
2. ขั้นตอนของการทำกลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง ทำอย่างไร
3. เป้าหมายของการบำบัดกลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง คืออะไร
4. พยาบาลจิตเวชมีบทบาทอย่างไรในกลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง
5. รูปแบบการสื่อสารในกลุ่มเป็นอย่างไร
6. บทบาทการมีส่วนร่วมในการคิด ตัดสินใจ และแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ของผู้ป่วยจิตเวชหญิงเป็นอย่างไร

7. จำนวนสมาชิก ระเบียบ และข้อกำหนดของการทำกลุ่มเป็นอย่างไร
8. ประเด็นที่ใช้ในการสื่อสารกลุ่มมีลักษณะอย่างไร
9. ประโยชน์ของการทำกลุ่มแบบเป็นขั้นตอนคืออะไร
10. อำนาจที่เกิดขึ้นในกลุ่มบำบัดมีลักษณะอย่างไร

2. **แบบสนทนาเชิงลึก** เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยใช้ในการสนทนากับผู้ป่วยจิตเวชหญิง จำนวน 7 คน รูปแบบคำถามที่ใช้ในการสนทนาเป็นลักษณะคำถามปลายเปิดเพื่อให้อิสระแก่ผู้ป่วยจิตเวชหญิงได้ตอบคำถาม แสดงความคิดเห็นในแต่ละประเด็นคำถามได้อย่างเต็มที่ และเพื่อไม่ให้เกิดความรู้สึกเกร็ง หรือความกลัวของผู้ป่วยจิตเวชหญิง ทางผู้วิจัยจะต้องทำความเข้าใจก่อนเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความผ่อนคลายได้ และกล้าที่จะแสดงออกในด้านความคิดเห็น เพื่อทำให้ได้ข้อมูลเชิงลึกและถูกต้องมากขึ้น ซึ่งมีรายละเอียดคำถามในการสนทนา ดังนี้

แนวคำถามสนทนาเชิงลึกผู้ป่วยจิตเวชหญิง

แนวคำถามการสนทนาในการวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แนวคำถามเกี่ยวกับข้อมูลโดยทั่วไป

ลักษณะทางประชากร

1. นามสมมติ
2. อายุ
3. การศึกษา
4. อาชีพ
5. สถานภาพสมรส
6. ภูมิลำเนา
7. ระยะเวลาที่เข้ามารักษา
8. อาการ หรือ การวินิจฉัยโรค

ส่วนที่ 2 แนวคำถามเกี่ยวกับกลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง

1. วัตถุประสงค์ของการเข้ากลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง

- 2.ทัศนคติที่มีต่อการเข้ากลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง
- 3.ทัศนคติที่มีต่อพยาบาลจิตเวช
- 4.ทัศนคติต่อสมาชิกในกลุ่ม
- 5.ความรู้สึทงของผู้ป่วยจิตเวชก่อนการเข้ากลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง
- 6.ความรู้สึทงของผู้ป่วยจิตเวชระหว่างการเข้ากลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง
- 7.ความรู้สึทงของผู้ป่วยจิตเวชหลังการเข้ากลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง
- 8.ประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้ากลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง
- 9.ความมั่นใจของตนเองในการดำเนินชีวิต

ส่วนที่ 3 แนวคำถามเกี่ยวกับการให้ความหมายและการสร้างความเข้มแข็งของผู้ป่วยจิตเวชหญิง

- 1.หลังจากที่แพทย์ลงความเห็นว่าคุณเป็นผู้ป่วยทางจิตเวช และต้องเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลสวนปรุงแล้วรู้สึกอย่างไร
- 2.คนในสังคมและคนในครอบครัวมองผู้ป่วยจิตเวชหญิงว่าอย่างไร
- 3.ผู้ป่วยจิตเวชหญิงมองตนเอง และให้ความหมายกับอาการทางจิตของตนเองอย่างไร
- 4.ผู้ป่วยจิตเวชหญิงคิดว่าผู้หญิงที่ไม่ได้มีอาการทางจิตมีลักษณะอย่างไร
- 5.ผู้ป่วยจิตเวชมีวิธีการสร้างความเข้มแข็งให้กับตัวเองอย่างไร
- 6.ผู้ป่วยจิตเวชหญิงคาดหวังต่อการรักษา และการเตรียมความพร้อมที่จะกลับสู่สังคมอย่างไร
- 7.ครอบครัวคาดหวังต่อการรักษาอาการของผู้ป่วยจิตเวชหญิงอย่างไร
- 8.ผู้ป่วยจิตเวชหญิงได้รับการปฏิบัติจากครอบครัว และได้รับกำลังใจในการรักษาจากครอบครัวอย่างไร
- 9.ผู้ป่วยจิตเวชหญิงคิดว่าผู้หญิงที่มีอาการผิดปกติมีลักษณะอย่างไร
- 10.ผู้ป่วยจิตเวชหญิงยอมรับว่าตนเองป่วยทางจิตหรือไม่ และรู้สึกอย่างไรเมื่อถูกเรียกว่าบ้า
- 11.พฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเวชหญิงภายหลังจากออกจากโรงพยาบาลเป็นอย่างไร (ติดตามผู้ป่วยจิตเวชหญิงกลับบ้าน)

3. **แบบสังเกตกระบวนการสื่อสารกลุ่ม** เป็นการสื่อสารในกลุ่มระหว่างพยาบาลจิตเวชกับผู้ป่วยจิตเวชหญิง และระหว่างผู้ป่วยจิตเวชหญิงด้วยกันเอง

การสังเกตกระบวนการสื่อสารกลุ่มเพื่อบำบัดผู้ป่วยจิตเวชหญิงจะสังเกตในประเด็นดังต่อไปนี้

1. เวลา / ระยะเวลา
2. ผู้นำกลุ่ม และผู้นำกลุ่มร่วม
3. จำนวนสมาชิก
4. วัตถุประสงค์ของกลุ่ม
5. หัวข้อในการสนทนาในกลุ่ม
6. ระเบียบ และข้อกำหนดของกลุ่ม
7. วิธีการดำเนินการกลุ่มจิตบำบัดระดับบุคคล
8. รูปแบบการสื่อสาร
9. ปฏิสัมพันธ์และบทบาทของสมาชิกในกลุ่ม
10. การแสดงออกถึงความเข้มแข็งในขณะทำกลุ่ม
11. อำนาจภายในกลุ่ม

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบสัมภาษณ์ แบบสนทนา และแบบสังเกตกระบวนการสื่อสารกลุ่มเพื่อบำบัดผู้ป่วยจิตเวชหญิง ผู้วิจัยได้พิจารณาตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ดังนี้

1. ตรวจสอบเครื่องมือโดยการปรึกษา ขอคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญ คือ พยาบาลจิตเวช รวมทั้งอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการกำหนดประเด็นข้อคำถามและลำดับคำถามตามความต่อเนื่อง ให้เกิดความเหมาะสม และพิจารณาถึงลักษณะการใช้ภาษาตลอดจนข้อความที่ชัดเจนในคำถามนั้น ๆ
2. ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือการวิจัยทั้ง 3 ประเภทไปทดลองใช้โดยฝึกการสัมภาษณ์ การสนทนา และการสังเกตการณ์ ซึ่งอยู่ภายใต้การแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ อีกครั้งหนึ่งเพื่อพิจารณาถึงความถูกต้องและเหมาะสม ทั้งนี้ประเด็นคำถามจะต้องครอบคลุมวัตถุประสงค์ที่

มุ่งศึกษา อีกทั้งผู้วิจัยจะต้องฝึกฝนการสังเกตปฏิกิริยาของผู้ถูกสัมภาษณ์ และผู้ร่วมสนทนา ที่มีต่อการตอบคำถามในแต่ละประเด็นคำถาม และหากพบว่าข้อคำถามในเครื่องมือที่มีข้อบกพร่องเกิดขึ้น จะนำมาปรับปรุงแก้ไขเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพมากที่สุด ก่อนจะนำไปเก็บข้อมูลจริงจากกลุ่มตัวอย่าง

ความน่าเชื่อถือของข้อมูล

การพิจารณาถึงความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้วิธีการตรวจสอบหลายวิธีด้วยกัน คือ การศึกษาค้นคว้าข้อมูลเกี่ยวกับกลุ่มจิตบำบัด ประดับประคองจากเอกสารต่าง ๆ การสัมภาษณ์เชิงลึกพยาบาลจิตเวช 2 คน และการสนทนากับผู้ป่วยจิตเวชหญิง 7 คน ทั้งนี้เพื่อตรวจสอบข้อมูลซึ่งกันและกันจากกลุ่มตัวอย่าง และพิจารณาว่าข้อมูลที่ได้นั้นถูกต้องตรงกันและสอดคล้องกันอย่างไร เพื่อให้ข้อมูลที่ได้รับมีความน่าเชื่อถือ รวมทั้งใช้วิธีการสังเกตการณ์แบบไม่มีส่วนร่วมในระหว่างการทำกลุ่มจิตบำบัด ประดับประคองควบคู่ไปกับการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือให้มากที่สุด

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเริ่มจากการตรวจสอบข้อมูลและจัดระบบข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นจึงแบ่งหมวดหมู่และประเภทข้อมูลตามขอบเขตการวิจัยที่กำหนดไว้ ดังนี้

1. สภาพโดยทั่วไปของผู้ป่วยจิตเวชหญิง และปัจจัยทางเพศสภาพ
2. กระบวนการสื่อสารกลุ่มเพื่อบำบัดผู้ป่วยจิตเวชหญิง
3. ปัจจัยที่มีผลทำให้การสื่อสารกลุ่มบรรลุวัตถุประสงค์ของการบำบัด
4. การให้ความหมายและการสร้างความเข้มแข็งของผู้ป่วยจิตเวชหญิง

เป็นการนำข้อมูลต่าง ๆ ดังกล่าวมาวิเคราะห์หาข้อสรุป แยกแยะประเด็นต่าง ๆ เพื่อให้ได้คำตอบที่มุ่งจะศึกษาและตีความ อธิบายเพื่อตอบปัญหานำวิจัยที่กำหนดไว้

รายละเอียดการวิเคราะห์ข้อมูลแต่ละประเด็น ดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลในแต่ละประเด็นที่ศึกษา ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ได้เก็บข้อมูลหลายรูปแบบ ทั้งข้อมูลที่มาจากเอกสาร การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนา ข้อมูลจากการสังเกตการณ์แบบไม่มีส่วนร่วม และการติดตามผู้ไปที่บ้าน โดยเป็นข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการแสดงความคิดเห็น ทศนคติที่มีต่อประเด็นต่าง ๆ และข้อมูลที่ได้รับนั้น ผู้วิจัยจะได้ทำการวิเคราะห์โดย การตีความหมาย รวมทั้งจัดเป็นระบบหมวดหมู่ตามความเกี่ยวข้องของขอบเขตการวิจัย
2. การวิเคราะห์ในแต่ละประเด็นที่ศึกษาโดยการนำข้อมูลทั้งหมดที่เกี่ยวข้องมารวบรวมเพื่อนำไปสู่ข้อสรุป ซึ่งในแต่ละประเด็นจะต้องตีความของข้อมูลเพื่อนำไปสร้างข้อสรุปแบบอุปนัย (Inductive Method) และเพื่อตอบคำถามตามปัญหาคำวิจัยที่กำหนดไว้

บทที่ 4

ผลการวิจัย สรุปผลการวิจัย

ข้อมูลที่เกิดขึ้นรวบรวมทั้งหมดในการนำเสนอผลการวิจัยในบทนี้ ประกอบด้วยข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ การสนทนา การสังเกตการณ์แบบไม่มีส่วนร่วม การติดตามผู้ป่วยจิตเวชหญิงกลับบ้าน และข้อมูลที่เป็นเอกสาร เพื่อนำข้อมูลทั้งหมดที่ได้มาแยกย่อย แบ่งผลการวิจัยออกเป็นส่วน ๆ ตามหัวข้อที่กำหนด ดังนี้

ส่วนที่ 1 สภาพโดยทั่วไปของผู้ป่วยจิตเวชหญิงและปัจจัยทางเพศสภาพ

ส่วนที่ 2 กระบวนการสื่อสารกลุ่มเพื่อบำบัดผู้ป่วยจิตเวชหญิง

ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่มีผลทำให้การสื่อสารกลุ่มบรรลุเป้าหมายของการบำบัด

ส่วนที่ 4 การให้ความหมายและการสร้างความเข้มแข็งของผู้ป่วยจิตเวชหญิง

ส่วนที่ 1 สภาพโดยทั่วไปของผู้ป่วยจิตเวชหญิงและปัจจัยทางเพศสภาพ

ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาวิจัยเรื่องนี้มาจากแฟ้มประวัติของผู้ป่วย การติดตามผู้ป่วยจิตเวชหญิงกลับบ้าน และการสัมภาษณ์เชิงลึกพยาบาลจิตเวช 2 คน ประกอบด้วย

1. จันทร์ฉาย เนตรสุวรรณ พยาบาลวิชาชีพ 7 การศึกษาปริญญาตรีจากวิทยาลัยพยาบาลลำปาง และกำลังศึกษาต่อปริญญาโทในมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ประสบการณ์ทำงานด้านจิตเวชเด็กและพัฒนาการเด็กเล็กตั้งแต่ปี 2526 - 2536 และทำงานด้านจิตเวชทั่วไปตั้งแต่ปี 2536 - ปัจจุบัน มีหน้าที่รับผิดชอบงานด้านวิชาการ งานบำบัดผู้ป่วยจิตเวช และงานนิเทศนักศึกษา
2. จีรวรรณ ไสภาสูพรรณ พยาบาลเทคนิค การศึกษานุปริญญาจากวิทยาลัยอุตสาหกรรม ทำงานด้านจิตเวชตั้งแต่ปี 2516 - ปัจจุบัน มีหน้าที่รับผิดชอบในงานด้านการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวช และการทำกลุ่มบำบัดผู้ป่วยจิตเวชหญิง

พยาบาลทั้ง 2 คน และญาติของผู้ป่วยจิตเวชหญิงเป็นผู้ให้รายละเอียดเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวชหญิงทั้ง 7 คน ที่ศึกษาสาเหตุของการป่วย อาการที่แสดงออกมา และปัจจัยทางเพศสภาพของผู้ป่วยจิตเวชหญิงที่มีส่วนสัมพันธ์กับอาการป่วย รายละเอียดของผู้ป่วยจิตเวชหญิงมีดังนี้

1. วัน (นามสมมติ) อายุ 14 ปี

อาชีพ - นักเรียน **การศึกษา** - มัธยมศึกษาปีที่ 1

สถานภาพ - โสด **ภูมิลำเนา** - เชียงใหม่

การวินิจฉัยทางการแพทย์ - อารมณ์แปรปรวนชนิดแต่งตัว รักสวย รักงาม

อาการ - มีความคิดหลงผิด พูดเรื่อยเปื่อย วาดรูปตลอด ไม่หลับ ไม่สนใจ
สิ่งแวดล้อม

ระยะเวลาที่เข้ามารักษา - 19 เม.ย. - 1 พ.ค. 2545 (12 วัน) ครั้งที่ 2

สาเหตุการป่วย - เกิดจากปัญหาครอบครัวพ่อแม่แยกทางกัน คนไข้เคยมีชีวิตที่
สุขสบาย เป็นครอบครัวที่มีฐานะดี เมื่อพ่อแม่แยกทางกันฐานะ
ทางครอบครัวเริ่มไม่มั่นคง กอปรกับคนไข้มีความอิจฉาของชาย
ที่ต่างวัยกัน และไม่ชอบที่น้องสาวเข้ามาดูแล้วยกับเครื่องใช้
ส่วนตัวของตนเอง คนไข้มีความต้องการอยากได้ของใช้สำหรับ
ตนเองแต่มารดาปฏิเสธที่จะซื้อให้เพราะต้องการให้รอซื้อพร้อม
น้อง ๆ ทำให้คนไข้เก็บกดความต้องการเหล่านั้นไว้

การแสดงอาการ - หลังจากออกจากโรงพยาบาลครั้งแรกคนไข้ไม่ยอมกินยา
ไม่หลับ วาดรูปตลอด เดินไป - มา มองรูปที่ตัวเองวาด
รับเข้ากระดาษ สี ดินสอ สมุดตลอด พาไปซื้อของคนไข้
จะหยิบของฟุ่มเฟือย อธิบายไม่รับฟังจะเอาให้ได้ อาการมี
มากขึ้น แต่งตัวติดก๊ิบเต็มศีรษะ เปลือยกายโชว์หน้าบ้านให้
คนอื่นดู พูดเรื่อยเปื่อยว่าตนเองสามารถส่งกระแสดิจิทัล ระลึกชาติ
ได้ เป็นลูกของพระนางจามเทวี คนไข้มีความคิดว่าถ้าตายแล้ว
จะไปเกิดเป็นพระเจ้าองค์ต่อไป มารดาจึงนำส่งโรงพยาบาล

ปัจจัยทางเพศสภาพ - คนไข้แสดงออกถึงความต้องการอยากซื้อของฟุ่มเฟือยโดย
ไม่ฟังเหตุผล การแต่งตัวที่ไม่รู้ถึงความพอเหมาะพอควร หรือ
ความสวยงามตามกรอบของสังคม เช่น การติดก๊ิบเต็มศีรษะ
การต่อต้านมารดาด้วยการเปลือยกายโชว์หน้าบ้านให้คนอื่นดู
การแสดงออกผ่านทางเพศสภาพในลักษณะเหล่านี้ทำให้มารดา
ของคนไข้ตัดสินใจนำคนไข้กลับเข้ารับรักษาอาการที่โรงพยาบาล
อีกครั้งหนึ่ง

2. ภา (นามสมมติ) อายุ 24 ปี

อาชีพ – ทำงานร้านจิ๋วเวอรี่ การศึกษา – ปริญญาตรีชั้นปีที่ 1

สถานภาพ – สมรส ภูมิลำเนา – เชียงใหม่

การวินิจฉัยทางการแพทย์ – จิตเภท

อาการ – พุดมาก ซึม หัวเราะ หูแว่ว ภาพหลอน

ระยะเวลาที่เข้ามารักษา – 15 มี.ค. - 4 เม.ย. 2545 (20 วัน) ครั้งที่ 6

สาเหตุการป่วย – ตอนเรียนอยู่ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 เรียนสายวิทย์ – คณิต เกิดความเครียดเรื่องการเรียนทำให้เข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นครั้งแรก ต่อมากลับเข้าไปศึกษาต่อจนถึงระดับมหาวิทยาลัยเรียนคณะบริหารการตลาด เกิดความเครียดเรื่องเรียนอีกเพราะกลัวจะถูกรีไทร์ จึงต้องกลับมารักษาตัวอีกครั้งที่โรงพยาบาลและหลังจากอาการดีขึ้นจึงไม่ได้กลับไปเรียนต่อเพราะมารดาเกรงว่าคนไข้จะเครียดและมีอาการขึ้นมาอีก เมื่อคนไข้ทำงานที่ร้านขายจิ๋วเวอรี่ในตำแหน่งชูปของที่ต้องทำงานเกี่ยวกับน้ำยา สารเคมี บางครั้งต้องทำ OT ถึงเช้า ไม่ค่อยมีเวลาพักผ่อน และถ้าทำของหายก็จะต้องรับผิดชอบชดใช้ให้แก่บริษัท จึงเป็นเหตุให้คนไข้เกิดความเครียดและต้องกลับมารักษาตัวที่โรงพยาบาลอยู่บ่อยครั้ง

การแสดงอาการ – พุดมาก ซึม หัวเราะ เปิดวิทยุร้องเพลง คิดว่านักร้องที่ร้องเพลงเป็นคนในหมู่บ้านของตน ในขณะที่เดียวกันก็มีอาการตรงข้ามแสดงออกมาคือ หงุดหงิดขว้างปาของ เช่น ไม้กวาด ต่ำว่าออกเที่ยวนอกบ้านตามบ้านญาติและกลับมาเอง มีอาการหูแว่ว เป็นเสียงคนเรียก ภาพหลอนเห็นเป็นงู พุดแต่เรื่องจะเรียนต่อและอยากทำงาน

ปัจจัยทางเพศสภาพ – คนไข้มีลักษณะที่พุดมาก พุดเรื่องไร้สาระจนเกินกรอบของสังคมที่ไม่นิยมผู้หญิงที่พุดเพ้อเจ้อ ซึม มีความเครียดจากเรื่องเรียน แต่ยังมีความต้องการที่จะเรียนต่อ อยากที่จะทำงาน ไม่ค่อยชอบอยู่บ้าน กังวลกับการถูกกักบริเวณอันเหมือนเป็นเครื่องมือลงโทษผู้หญิง

3. ณา (นามสมมติ) อายุ 25 ปี

อาชีพ – เสิร์ฟอาหาร **การศึกษา** - มัธยมศึกษาปีที่ 3

สถานภาพ – ม่าย **ภูมิลำเนา** – เชียงใหม่

การวินิจฉัยทางการแพทย์ – จิตเภท

อาการ – เอาอาหารสกปรกให้ลูกกิน ทำร้ายลูก หงุดหงิด คนใช้ดูแลลูกไม่เป็น และไม่ยอมให้คนอื่นเลี้ยงแทน คนใช้ไม่ยอมเลี้ยง ลูกเดินไป – มา หนีออกจากโรงพยาบาลที่ตนไปคลอดลูก

ระยะเวลาที่เข้ามารักษา – 4 ม.ค. - 18 เม.ย. 2545 (3 เดือน 13 วัน) ครั้งที่ 14

สาเหตุการป่วย – ด้วยพฤติกรรมของแม่ที่เป็นคนจุกจิกจู้จี้ พุดมากไม่ค่อยรับฟัง เหตุผลของคนใช้เวลามีอะไรแม่ชอบเอาไปเล่าให้ชาวบ้านฟัง เมื่อพ่อแม่แยกทางกัน แม่มีสามีใหม่ คนใช้ถูกพ่อเลี้ยงลงนามและไม่กล้าบอกแม่ของตนเพราะกลัวแม่จะเอาไปพูด เอาไปด่าให้ ชาวบ้านได้ยิน คนใช้มีความรู้สึกอับอาย ช่วงเข้าสู่วัยรุ่น คนใช้มี ผู้ชายมาชอบพอ แต่แม่ของคนใช้ไม่พอใจ บ่นด่า จึงทำให้คนใช้เริ่มมีอาการทางจิตเข้า – ออกโรงพยาบาลบ่อยครั้ง เมื่อคนใช้ แต่งงาน และสามีรู้ว่าคนใช้มี HIV – Positive จึงทำร้ายตัวเองด้วยการให้รถไฟทับตาย หลังคลอดลูกคนใช้ดูแลลูกไม่เป็น เอาสิ่งสกปรกให้ลูกกินและอาการทางจิตกำเริบ ชาวบ้านจึงติดต่อให้ประชาสงเคราะห์ส่งคนใช้เข้าโรงพยาบาลสวนปรุง และนำลูกของคนใช้ส่งไปยังสถานสงเคราะห์เด็ก

การแสดงอาการ – อาการในครั้งแรกที่เป็น ด่า ยี้ม ร้องให้ คว่าตู่กับข้าว ทำลายถ้วยชาม ทำร้ายแม่ หูแว่ว แต่ครั้งนี้คนใช้เอาของสกปรกให้ลูกกิน มองตาขวาง ไม่ยอมให้คนอื่นเลี้ยงลูกให้

ปัจจัยทางเพศสภาพ – สะท้อนลักษณะของการปฏิเสธความเป็นแม่ เนื่องจากคนใช้เลี้ยงลูกไม่เป็น เอาของสกปรกให้ลูกกิน ขาดนมหรือภาชนะที่ใช้สำหรับเด็กไม่ล้างทำความสะอาด ทำร้ายลูก ไม่ยอมเลี้ยง ลูกเดินไป – มา ไม่ยอมให้คนอื่นเลี้ยงลูกแทน ไม่ให้แม่ของตนอุ้มหลานเพราะกลัวแม่จะทำตก

4. รัน (นามสมมติ) อายุ 25 ปี
อาชีพ – รับจ้างทั่วไป **การศึกษา** – ประถมศึกษาปีที่ 6
สถานภาพ – โสด **ภูมิลำเนา** – เชียงใหม่
การวินิจฉัยทางการแพทย์ – จิตเภท
อาการ – ซึม ไม่พูด หัวเราะคนเดียว
ระยะเวลาที่เข้ามารักษา – 27 ก.พ. - 24 เม.ษ. 2545 (25 วัน) ครั้งที่ 3
สาเหตุการป่วย – ไปทำงานเป็นพนักงานเสิร์ฟอาหารที่กรุงเทพฯ 2 ปี ได้เสพยาบ้า โดยที่คนในครอบครัวไม่รู้ กลับมาอยู่บ้านมีอาการ ซึม เหม่อลอย พูดหัวเราะ ร้องไห้ หวาดกลัวคนทำร้าย หงุดหงิด ก้าวร้าว อะอะโวยวาย จึงถูกส่งมารักษาตัวที่โรงพยาบาลสวนปรุง 2 ครั้ง ครั้งที่ 3 คนไข้กับพี่สาวเกิดความไม่เข้าใจกัน ทะเลาะกัน พี่สาวไม่ไว้วางใจ ไม่เชื่อมั่นในตัวคนไข้ คิดว่าคนไข้เสียศูนย์ ทำให้คนไข้เกิดความน้อยใจกินยาฆ่าตัวตาย
การแสดงอาการ – คนไข้มีอาการซึม ไม่พูดกับใคร คนไข้บอกว่าตนเองกินยาฆ่าหนูก็ไม่มีใครเชื่อ ตัวแข็ง ขาแข็ง เดินไม่ได้ เมื่อพาไปโรงพยาบาลในอำเภอสักพักก็สามารถเดินได้เป็นปกติ ทำให้คนในครอบครัวไม่เชื่อและนำส่งโรงพยาบาลสวนปรุงอีกครั้ง
ปัจจัยทางเพศสภาพ – คนไข้มีอาการซึม ไม่พูด ความไม่ไว้วางใจของพี่สาวทำให้คนไข้กินยาฆ่าตัวตาย แสดงให้เห็นถึงความต้องการที่พึงพิงทางใจ ต้องการเป็นที่สนใจของคนอื่นมากกว่า ทำให้คนไข้ถูกส่งเข้ารักษาตัวอีกครั้งหนึ่ง
5. พร (นามสมมติ) อายุ 30 ปี
อาชีพ – ว่างาน **การศึกษา** – มัธยมศึกษาปีที่ 3
สถานภาพ – หย่า **ภูมิลำเนา** – เดิมเป็นคนใต้แต่มาอาศัยอยู่กับพี่สาวที่เชียงใหม่
การวินิจฉัยทางการแพทย์ – จิตเภท
อาการ – ก้าวร้าวด้วยคำพูด และทำลายสิ่งของ รบกวนสุขภาพจิตของมารดามาก มีพฤติกรรมก้าวร้าว ด่า หลงผิด หวาดระแวง หูแว่ว นอนไม่หลับ
ระยะเวลาที่เข้ามารักษา – 3 ม.ค. - 5 เม.ย. 2545 (3 เดือน 1 วัน) ครั้งที่ 1

สาเหตุการป่วย – พ่อแม่ของสามีไม่ชอบคนไข้ มองว่าเป็นลูกสะใภ้ที่จน มือเป็นต่าง ๆ จะทำให้ไปติดหลานของเขา คนไข้แยกกับสามีเนื่องจากทะเลาะกันบ่อย และสามีมีภรรยาใหม่ ลูกอยู่กับสามี ทำให้คนไข้เครียด เสียใจเรื่องครอบครัว

การแสดงอาการ – คนไข้มีพฤติกรรมที่ก้าวร้าว ต่ำว่าคนในบ้านโดยไม่มีเหตุผล คิดว่าตนเองมีไม่ใคร่ชีพในตัว สามารถโต้ตอบกับต่างประเทศได้ สามารถส่งข้อมูลไปให้พระนางเจ้าอลิสเบท ทำงานได้เงินเป็นแสน ๆ ได้ยินเสียงโทรศัพท์บอกว่าเป็นสื่อไม่ดี เครื่องใช้ไฟฟ้าทุกชนิดจะไปทำให้เสีย เพราะคิดว่าคลื่นไฟฟ้ามารบกวนสมองนอนไม่หลับ พุดคนเดียว คิดว่าคนอื่นรู้ความคิดของตน ต่ำด้วยคำพูดไม่สุภาพ มีความคิดหวาดระแวงว่าในอาหารจะมียาพิษ จึงประกอบอาหารรับประทานเอง

ปัจจัยทางเพศสภาพ – คนไข้แสดงอาการก้าวร้าวด้วยคำพูดและพฤติกรรมทำลายสิ่งของในบ้าน มีความหวาดระแวง คิดว่าตนเองมีสถานภาพที่สำคัญ มีอำนาจที่จะทำลายได้ และเชื่อมโยงตัวเองเข้ากับผู้หญิงที่มีตำแหน่งสูงของโลก

6. รัช (นามสมมติ) อายุ 33 ปี

อาชีพ – ทำไร่ ทำนา **การศึกษา** – ประถมศึกษาปีที่ 6

สถานภาพ – หย่า **ภูมิลำเนา** – เชียงใหม่

การวินิจฉัยทางการแพทย์ – จิตเภท

อาการ – หงุดหงิด ก้าวร้าว ใช้มีดไล่ฟันผู้อื่น จะฆ่ามารดา

ระยะเวลาที่เข้ามารักษา – 22 ม.ค. - 26 เม.ย. 2545 (3 เดือน 3 วัน) ครั้งที่ 17

สาเหตุการป่วย – คนไข้ถูกแฟนคนแรกหลอกว่าจะมาขอแต่งงานด้วย แต่เพื่อนของคนไข้พบว่าแฟนของคนไข้มีแฟนใหม่และจึงมาบอกให้คนไข้ทราบ จึงทำให้คนไข้โมโห เครียด คิดมาก วิตกกังวล ร้องไห้นอนไม่หลับ ไม่กินข้าว ไม่อาบน้ำหลายเดือน ญาติจึงส่งมารักษาตัวในโรงพยาบาลสวนปรุงหลายครั้ง เมื่อคนไข้แต่งงานมีลูกก็ไม่ชอบสามีที่ดื่มสุราจึงแยกทางกัน คนไข้ไม่ชอบให้คนรอบ

ข้างบน ด่ากัน ซึ่งเป็นเหตุให้คนไข้หงุดหงิด เหาะมีไฝพันคนอื่น ๆ
ตำรวจจึงนำตัวส่งโรงพยาบาลสวนปรุง

การแสดงอาการ - คนไข้จะด่า โมโห หงุดหงิด จะทำร้ายแม่ พุดหัวเราะเรื่อย
เปื่อย คิดว่าชาวบ้านด่าว่าตน ใช้มีดไฝพันคนอื่น ทำร้ายแม่โดย
การบีบคอ และจะใช้มีดไฝพัน จนญาติต้องขอตำรวจนำส่ง
โรงพยาบาล

ปัจจัยทางเพศสภาพ - คนไข้มีความเสียใจเรื่องแฟนคนแรกหลอก ทำให้เครียด
มากจนแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว ด่า โมโห ใช้มีดไฝพันผู้อื่น
และทำร้ายแม่ ซึ่งเป็นผู้หญิงที่อยู่ใกล้ชิด และเป็นเสมือนตัวแทน
เชื่อมต่อดังนั้นในฐานะลูกสาวกับสังคมภายนอก

7. ญา (นามสมมติ) อายุ 35 ปี

อาชีพ - ว่างาน **การศึกษา** - มัธยมศึกษาปีที่ 3

สถานภาพ - โสด **ภูมิลำเนา** - เชียงใหม่

การวินิจฉัยทางการแพทย์ - โรคลมชัก

อาการ - ชัก หงุดหงิด อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย

ระยะเวลาที่เข้ามารักษา - 6 มี.ค. - 23 เม.ย. 2545 (1 เดือน 16 วัน) ครั้งที่ 27

สาเหตุการป่วย - มีประวัติการชักมาตั้งแต่นั้นเป็นนักเรียนเมื่อ 28 ปีแล้ว ยาแก้ชักกิน
ตลอด เริ่มมีอาการทางจิตหลายเดือน วีนหนีออกจากบ้าน จะ
ทำร้ายตัวเอง เริ่มก้าวร้าว ตีน้องและแม่ มารักษาครั้งนี้เพราะ
ทะเลาะกับแม่ เรื่องแม่ไม่ให้ไปหาเพื่อนที่สนิทกัน ไม่ให้ไปไหน
คนเดียว จะก้าวร้าวกับแม่ ทำร้ายแม่

การแสดงอาการ - คนไข้จะหงุดหงิด ดูว่าแม่และน้องสาว คิดว่าไม่รักตน ไม่รับ
ฟังเหตุผล เอาแต่ใจตัวเอง อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย ทะเลาะ
กับแม่และน้องสาว ทำร้ายแม่ ตี ดึงผม ชูจะกินยาตาย ช่วง
เช้าจะไปหาเพื่อนแม่ไม่ให้ไป ร้องไห้

ปัจจัยทางเพศสภาพ - คนไข้มีอาการชัก หงุดหงิด อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย ดูว่า
แม่และน้องสาว ทำร้ายแม่ ชูจะกินยาตาย มีความต้องการ
อยากจะไปหาเพื่อนมากจนทะเลาะกับแม่ เป็นการสะท้อนว่า
แม่คือสัญลักษณ์ของการครอบงำผู้หญิงด้วยกัน

จากข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับคนไข้ พบว่า สาเหตุการป่วยของคนไข้จาก 6 ใน 7 ราย เกิดจากปัญหาในครอบครัว ทั้งปัญหาที่เกิดจากพ่อแม่เป็นสาเหตุ พี่สาวเป็นสาเหตุ และเกิดจากสามีเป็นสาเหตุทำให้ผู้หญิงมีอาการป่วยทางจิต และ 1 รายที่มีสาเหตุจากการเรียนและการทำงาน เพศสภาพที่ผู้ป่วยจิตเวชหญิงแสดงออกมาถึงความก้าวร้าว พบถึง 4 ใน 7 ราย ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ถูกมองว่า ถ้าพฤติกรรมเหล่านี้เกิดในผู้หญิง ผู้หญิงคนนั้นจะถูกมองว่ามีความผิดปกติ และนอกจากนี้ผู้หญิงที่แสดงออกทางเพศสภาพด้วยการแต่งตัวมากเกินไป เกินความพอดี การเปลือยกาย การมีความคิดที่อยากจะเรียน อยากจะทำงานตลอดเวลา และการเลี้ยงลูกไม่เป็น การแสดงออกในพฤติกรรมเหล่านี้ของผู้หญิงก็เป็นสิ่งที่ทำให้ผู้หญิงถูกมองว่าตนเองกำลังมีความผิดปกติจากผู้หญิงทั่วไป ควรจะต้องได้รับการรักษาอาการเหล่านี้ในโรงพยาบาลโรคจิต

สภาพโดยทั่วไปของผู้ป่วยจิตเวชหญิงจากการทำกลุ่มบำบัด

ข้อมูลเหล่านี้มาจากการศึกษาสภาพอาการของผู้ป่วยจิตเวชหญิงในการเข้ากลุ่มบำบัด ทั้งก่อนการเข้ากลุ่มบำบัด ระหว่างเข้ากลุ่มบำบัด และหลังเข้ากลุ่มบำบัดของผู้ป่วยจิตเวชหญิง เป็นข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกพยาบาลจิตเวช ซึ่งเป็นผู้ให้รายละเอียดเกี่ยวกับผู้ป่วยได้ดี เพราะพฤติกรรมต่าง ๆ ของผู้ป่วยจะถูกประเมินจากพยาบาลจิตเวชผู้มีความคุ้นเคยกับผู้ป่วยมากที่สุด สำหรับคุณลักษณะของผู้ป่วยจิตเวชหญิงที่ถูกคัดเลือกเพื่อเข้ากลุ่มบำบัดนี้ มีลักษณะทางเพศสภาพ คือ การแสดงบทบาททางเพศไม่เหมาะสมตามค่านิยม และความคาดหวังของสังคม ผู้ป่วยมีอาการทางจิตที่หลากหลาย สามารถพูดคุยสื่อสารรู้เรื่อง ควบคุมตนเองได้ และได้รับการอนุญาตจากพยาบาลจิตเวชให้เข้ากลุ่มบำบัดระดับประคองได้

ก่อนเข้ากลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง

- **ความเป็นอยู่และการเข้าสังคมในโรงพยาบาลของผู้ป่วยจิตเวชหญิง** พบว่า ก่อนเข้ากลุ่มโดยธรรมชาติของคนไข้โรคจิตจะมีลักษณะของการแยกตัว ส่วนมากเมื่อรักษาจนอาการสงบสามารถที่จะเข้ากลุ่มได้ คนไข้จะมีการแยกตัว จะอยู่เฉย ๆ เงียบ ๆ แล้วไม่ค่อยพูดคุย
- **ลักษณะอาการ และปัญหาของผู้ป่วยจิตเวชหญิง** พบว่า คนไข้จะมีอาการหลงเหลืออยู่บ้าง แต่ก็ไม่รบกวนคนไข้ทั่วไป คนไข้พอจะหยั่งรู้ตนเองพอสมควรว่าขณะนี้ตนเองกำลังทำอะไร การทำกลุ่มจะต้องคัดเลือกคนไข้ที่ค่อนข้างสงบ อาการก่อน

เข้ากลุ่มก็คือคนไข้พอจะพูดคุยรู้เรื่อง แต่ถ้ามองในแง่ปัญหาของคนไข้แต่ละคนจะมีแตกต่างกันแต่ไม่มาก ส่วนใหญ่จะพบว่าสาเหตุการเจ็บป่วยที่มารักษาในคราวนี้คือการไม่รับประทานยา ทำให้อาการทางจิตกำเริบ คนไข้บางคนถ้าอาการทางจิตค่อนข้างรุนแรงก็จะทำร้ายคนในบ้าน ทำลายทรัพย์สิน

- **ความสมัครใจ หรือความสนใจในการเข้ากลุ่ม** พบว่า คนไข้ส่วนใหญ่มีความสมัครใจที่จะขอเข้ากลุ่ม จะให้ความร่วมมือดี อย่างเช่น คนไข้บางคนเห็นว่ากลุ่มปิดแล้ว แต่ก็ยังมีความต้องการที่จะทำกลุ่มในครั้งต่อไป เพราะว่าคนไข้ที่มีอาการค่อนข้างดีแล้วจะรู้ว่าการเข้ากลุ่มจะทำให้เขาได้รับประโยชน์ แต่ในระหว่างการทำกลุ่มถ้ามีคนไข้ที่ปฏิเสธการเข้ากลุ่มสมาชิกในกลุ่มก็จะอนุญาตและเปิดโอกาสให้เขา ได้ออกจากกลุ่มได้
- **พฤติกรรมสื่อสาร และพฤติกรรมแสดงออก** พบว่า ก่อนการเข้ากลุ่ม คนไข้จะมีลักษณะของการแยกตัว เฉย ๆ ไม่ค่อยจะพูดคุยกัน เมื่อผู้ป่วยทราบว่าจะต้องเข้ากลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง จะมีทั้งผู้ป่วยที่แสดงความสนใจอยากที่จะเข้ากลุ่ม และผู้ป่วยที่ไม่แสดงพฤติกรรมใด ๆ เลย จะทำตัวเฉย ๆ แต่เมื่อถึงเวลาเข้ากลุ่มผู้ป่วยทุกคนจะมารอเพื่อทำกลุ่มจิตบำบัดนี้ด้วยความพร้อมเพรียงกัน สำหรับผู้ป่วยบางคนที่รู้จักกันมาก่อนก็จะมีกรพูดคุย ทักทายกันบ้างก่อนการทำกลุ่ม
- **ทัศนคติต่อการเข้ากลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง** พบว่า ในการเข้ากลุ่มครั้งแรกคนไข้ยังไม่มีทัศนคติที่ดีต่อกกลุ่มเท่าไร เพราะว่าเป็นคนไข้หลาย ๆ คนยังไม่มีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน แต่บางคนที่มีปฏิสัมพันธ์กันนอกกลุ่มเมื่อเข้ามาในกลุ่มก็สามารถที่จะพูดคุยกันได้

ระหว่างเข้ากลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง

- **ลักษณะอาการ และปัญหาของผู้ป่วยจิตเวชหญิง** พบว่า ขณะเข้ากลุ่มคนไข้จะมีการพูดคุยกันมากขึ้น เนื่องจากพยาบาลจิตเวชจะเป็นผู้ช่วยกระตุ้นให้มีการพูดคุยกัน สำหรับปัญหาของผู้ป่วยจิตเวชหญิงพยาบาลจิตเวชกล่าวว่า ไม่สามารถทราบได้ว่าปัญหาของคนไข้จะลดลงหรือไม่ เพราะไม่สามารถที่จะวัดได้ แต่ถ้ามองในด้านของความรู้สึกว่า คนไข้จะได้แนวคิดในการนำไปใช้แก้ไขปัญหาของตนเอง

จากกลุ่มเพิ่มขึ้น คนไข้มีความรู้สึกที่ดีขึ้นจากที่คนไข้ดัดอันมาก็ได้ระบายความรู้สึกออกมาทำให้ดีขึ้นได้

- **ความสมัครใจ และความสนใจในการเข้ากลุ่ม** พบว่า ความสมัครใจของคนไข้ที่มีต่อการเข้ากลุ่มนั้นมีความสมัครใจอย่างต่อเนื่อง โดยคนไข้ยากที่จะเข้ากลุ่มจนครบ 4 ครั้ง เช่น คนไข้บางคนที่ญาติจะมารับกลับบ้านก็จะขออนุญาตที่จะมาที่บ้านเพื่อมาเข้ากลุ่มเอง
- **พฤติกรรมสื่อสาร** พบว่า เมื่อคนไข้ได้เข้ากลุ่มการพูดคุย คนไข้ได้เรียนรู้การพูด การคุย เป็นผลมาจากในช่วงแนะนำตัว คนไข้ได้รู้จักกันมากขึ้น คู่กันเคยกันมากขึ้น คนไข้จะกล้าพูด กล้าที่จะร่วมแสดงความคิดเห็น ร่วมเสนอปัญหาที่จะพูดคุยในกลุ่ม มีปฏิสัมพันธ์กับสมาชิกคนอื่น ๆ ในกลุ่มมากขึ้น ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงได้
- **ทัศนคติต่อการเข้ากลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง** พบว่า คนไข้มีทัศนคติต่อกลุ่มดี ซึ่งพยาบาลจิตเวชใช้วิธีการสังเกตว่าคนไข้จะให้ความร่วมมือ เช่น จากการทำหนดเวลาเข้ากลุ่มไว้ 10 โมงเช้า คนไข้จะไปก่อนเวลาแล้วก็จะมาบอกพยาบาลไว้
- **พฤติกรรมมีส่วนร่วมในกลุ่มจิตบำบัด** พบว่า พฤติกรรมมีส่วนร่วมในกลุ่มนั้น คนไข้ในกลุ่มมีทั้งที่มีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วม ถ้าคนไข้คนไหนที่ไม่มีส่วนร่วมในการออกความคิดเห็น พยาบาลจิตเวชต้องคอยกระตุ้นให้มีปฏิสัมพันธ์กับสมาชิกคนอื่น ๆ พยายามให้คุย ให้พูด แต่สำหรับคนไข้บางคนที่มีส่วนร่วมในกลุ่มเองได้ จะสามารถเล่าประสบการณ์ชีวิตของตนเอง และร่วมเสนอความคิดเห็นแลกเปลี่ยนกันในกลุ่มได้

หลังเข้ากลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง

- **ลักษณะอาการ และปัญหาของผู้ป่วยจิตเวชหญิง** พบว่า จะมีลักษณะคล้าย ๆ ระหว่างการเข้ากลุ่มคือ พยาบาลจิตเวชไม่สามารถวัดการลดลงของอาการและปัญหาของผู้ป่วยจิตเวชหญิงได้ ทราบแต่เพียงว่าการเข้ากลุ่มจะช่วยให้คนไข้ได้พูดได้คุยกับกลุ่ม จะทำให้ได้แนวคิดเพิ่มขึ้น คนไข้จะมีความรู้สึกดีขึ้นเมื่อได้ระบายสิ่งที่อัดอั้นในใจของตนเองออกมา

- **พฤติกรรมการณ์สื่อสาร** พบว่า หลังจากจบกลุ่มแล้ว คนไข้จะรู้จักเข้าหาคนมากขึ้น พูดคุยมากขึ้น มีการทักทายพยาบาลจากที่ไม่เคยทักทาย คนไข้ก็จะมาทักทาย กับ คนไข้ด้วยกันเองก็จะมีมีการทักทายกันมากขึ้น มีการช่วยเหลือกัน มีการพูดคุย ทักทายกันดีขึ้น
- **ทัศนคติต่อการเข้ากลุ่มเพื่อการรักษา** พบว่า คนไข้มีทัศนคติที่ดีต่อกลุ่ม ซึ่งวัด จากความต้องการของคนไข้ที่มีความต้องการอยากเข้ากลุ่มอีกเมื่อกลุ่มปิดลง และวัดจากการให้คนไข้พูดถึงความรู้สึกต่อการเข้ากลุ่ม ซึ่งคนไข้ได้พูดในสิ่งที่ดี ๆ ที่ ได้จากกลุ่มให้พยาบาลฟัง จึงทำให้ทราบว่าคนไข้มีทัศนคติที่ดีต่อกลุ่มนี้
- **การมีบทบาทในสังคมของผู้ป่วยจิตเวชหญิง** พบว่า ภายหลังจากการเข้ากลุ่ม คนไข้สามารถที่จะสร้างปฏิสัมพันธ์กับพยาบาลจิตเวช และผู้ป่วยจิตเวชหญิง คนอื่น ๆ ได้มากขึ้น การแยกตัวอยู่คนเดียวของคนไข้อาจจะยังมีบ้าง แต่จะลด น้อยลงกว่าก่อนเข้ากลุ่ม ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการเข้ากลุ่มช่วยให้คนไข้ได้รู้จักเพื่อน มากขึ้น มีความกล้าที่จะมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันมากขึ้น มีคนไข้บางคนที่ยังคง ได้ว่า หลังจากออกจากกลุ่มแล้วคนไข้จะมีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น เช่น “ ณา จะมา ช่วยนึ่งผ้า ช่วยตัดผ้า แยกเสื้อ แยกกางเกง แยกผ้าเช็ดตัว หรือ พร ที่ช่วยดูแล คนอื่น ๆ อาบน้ำหีบผ้าเช็ดตัวส่งให้เพื่อน สิ่งเหล่านี้คือผลจากการได้พูดคุย ได้ แนะนำกันในกลุ่ม ” (สัมภาษณ์ 2 เมษายน 2545. จีรวรรณ โสภาสุพรรณ , ผู้นำ กลุ่มร่วม) ทำให้คนไข้มีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นซึ่งเป็นบทบาทในสังคม โรงพยาบาล แต่สำหรับสังคมภายนอกโรงพยาบาลนั้นพยาบาลจิตเวชไม่สามารถวัด ได้ และคนไข้แม้จะออกไปแล้วแต่ก็ยังมีอาการหลงเหลืออยู่บ้าง
- **ความมั่นใจ และการแสดงออกของผู้ป่วยจิตเวชหญิง** พบว่า พยาบาลจิตเวช ใช้วิธีการประเมินจากการซักถามคนไข้ จากความมั่นใจในเรื่องที่พูดคุยกันว่าคนไข้ ได้มุมมองในการแก้ไขปัญหาแบบกว้าง ๆ พอที่จะสามารถนำไปใช้ได้ในทุก ๆ คน ซึ่ง ทำให้คนไข้มีความมั่นใจมากขึ้นที่จะออกไปดำเนินชีวิตภายนอกโรงพยาบาล
- **พัฒนาการด้านจิตใจ** พบว่า พัฒนาการด้านจิตใจของคนไข้ดีเกือบทุกคน ใน ด้านจิตใจของคนไข้ได้รับการปรับปรุงทำให้เข้มแข็งขึ้น ซึ่งคนไข้ที่เข้ากลุ่มก็ยังมี อาการหลงเหลืออยู่ อาการยังไม่คงที่พร้อมที่จะแสดงอาการเด่นชัดออกมา สำหรับ คนไข้บางคนก็สามารถมีพัฒนาการที่ดีได้ เช่น “ การพูดคุยในกลุ่มคนไข้สนใจเรื่อง

การรับประทานยามากขึ้น แล้วก็มีมุมมองในแง่ที่ดีขึ้น ซึ่งจากการเข้ากลุ่ม
 พยาบาลจิตเวชแนะนำให้มองโลกในแง่ดี มีปฏิสัมพันธ์ มีสัมพันธภาพ คนไข้ก็จะมี
 สัมพันธภาพกับคนอื่น เป็นการพัฒนาในด้านความคิด และจิตใจของคนไข้ ”
 (สัมภาษณ์ 2 เมษายน 2545. จีวรรรณ โสภาสุวรรณ , ผู้นำกลุ่มร่วม)

ส่วนที่ 2 กระบวนการสื่อสารกลุ่มเพื่อบำบัดผู้ป่วยจิตเวชหญิง

ในการนำเสนอได้แบ่งผลการวิจัยออกเป็น 2 ส่วนคือ ขั้นตอนการทำกลุ่มจิตบำบัด
 ระดับประคอง และรายละเอียดเกี่ยวกับกลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง

1. ขั้นตอนการทำกลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง

การทำกลุ่มจิตบำบัดระดับประคองนั้นจะมีการแบ่งขั้นตอนในการทำกลุ่มเป็น 3
 ขั้นตอน ดังนี้ “ ขั้นแรก คือ ขั้นเริ่มต้นกลุ่ม ขั้นที่ 2 คือ ขั้นทำงาน จะทำให้กลุ่มทำงานเต็มที่
 และขั้นที่ 3 คือขั้นระยะสุดท้าย ครั้งแรกจะแบ่งในใจว่าเริ่มต้นสัมพันธภาพ ถ้าคนไข้คุ้นเคย
 กับพยาบาลอยู่ตลอดครั้งแรกสร้างสัมพันธภาพน่าจะพอ หรือบางที่เข้าไปขั้นที่พูดปัญหาเร็ว
 เพราะคนไข้มีความสนิทสนม และอยากจะทำปัญหาของตน สำหรับประเด็นปัญหาที่พูดแต่ละ
 ครั้งก็จะสรุปในแต่ละครั้ง แล้วก็สรุปรวมว่าแต่ละครั้งคุยอะไรกันบ้าง ” (สัมภาษณ์
 2 เมษายน 2545.จันทร์ฉาย เนตรสุวรรณ , ผู้นำกลุ่ม) จากการสังเกตการณ์แบบไม่มีส่วนร่วม
 ทำให้พบขั้นตอนในการทำกลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง ดังนี้

ขั้นที่ 1 ขั้นตอนการสร้างกลุ่ม เป็นช่วงของการสร้างสัมพันธภาพในกลุ่มด้วยการ
 แนะนำตัวของทุกคน เพื่อให้เกิดปฏิสัมพันธ์ ความคุ้นเคยกัน ผู้นำกลุ่มจะต้องอธิบายถึง
 วัตถุประสงค์ในการทำกลุ่มให้สมาชิกเกิดความเข้าใจ และคอยส่งเสริมให้สมาชิกได้แสดง
 ความคิดเห็นออกมา สำหรับข้อตกลงร่วมกันในการทำกลุ่ม ส่วนหนึ่งจะให้สมาชิกในกลุ่มเป็นผู้เสนอ
 ข้อตกลงร่วมกันในการทำกลุ่ม ผู้นำกลุ่มและผู้นำกลุ่มร่วมจะช่วยเพิ่มเติมข้อตกลงในการทำกลุ่ม
 ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น ซึ่งข้อตกลงเหล่านี้จะช่วยสร้างความมั่นใจ ความไว้วางใจให้กับสมาชิกกลุ่มใน
 การเปิดเผยปัญหาของตนเองให้กลุ่มรับทราบ โดยมีลักษณะของขั้นตอนการสร้างกลุ่มดังนี้

ผู้นำกลุ่ม : ... กลุ่มนี้เป็นกลุ่มลักษณะการพูดคุย พูดคุยในสิ่งที่ตัวเองอยากจะพูด อยากจะระบาย อยากจะพูด อยากจะโต้อะไรก็ได้ ... ตอนนี้อยากจะทำความรู้จักกันก่อนนะคะ พยาบาลชื่อ จันทรีฉาย เนตรสุวรรณ นะคะ แล้วก็มีพยาบาลอีกคนหนึ่งที่มาช่วยอยู่กับเราด้วยนะคะ ทุกคนรู้จักกันดีใช่ไหม เดียวให้พี่น้องแนะนำตัวคะ

ผู้นำกลุ่มร่วม : ชื่อ จีรวรรณ ไสภาสุพรรณ เป็นพยาบาลประจำตึกนี้คะ

ผู้นำกลุ่ม : ... เรามาทำความรู้จักกันก่อน ... เริ่มจากใครดีคะ แนะนำตัว แนะนำสิ่งที่อยากจะทำให้เพื่อนรู้จักก็ได้คะ ...

รัช : ดิฉันชื่อ รัช ค่ะ ... ที่บ้านขายของคะ ...

ผู้นำกลุ่ม : ต่อไปคะ

ภา : สวัสดีคะ หนูชื่อนาง ภา ทำงานอยู่ที่ ...

.....

ผู้นำกลุ่ม : วันนี้เราทำความรู้จักกันพอสมควร เดียววันต่อไปเราจะต้องรู้จักกันมากขึ้นนะคะ ... กลุ่มนี้เป็นกลุ่มพูดคุยถึงปัญหาะคะ การที่เราจะพูดคุยถึงปัญหาที่ดีต้องมีข้อตกลงกันบ้างนะคะ เพราะว่าอยู่ ๆ เราจะมาเล่าปัญหาให้คนอื่นฟังเป็นไปได้ไหมคะ

คนไข้ : ไม่ได้คะ

ผู้นำกลุ่ม : เราคิดว่าเราจะตกลงเรื่องอะไรกันบ้าง

ภา : ห้ามพูดแทรกขณะที่คนอื่นพูด

พร : ไปไหนก็ขออนุญาตก่อน

.....

ผู้นำกลุ่มร่วม : เดียวคุณน้องจะเพิ่มข้อตกลงอีกสักข้อดีไหมคะ ... เรื่องที่เราพูดในวันนี้ขอให้เก็บเป็นความลับดีไหมคะ ... เราจะไม่เอาเรื่องของใครต่อใครไปล้อเลียนนอกกลุ่ม เก็บไว้เป็นความลับว่าเราคุยกันในกลุ่ม ข้อตกลงอันนี้ใช้ได้ไหมคะ

คนไข้ : ได้คะ

การทำกลุ่มในครั้งต่อไป ทุกครั้งผู้นำกลุ่มจะทบทวนถึงเรื่องพูดคุยกันในครั้งที่ผ่านมา เพื่อเชื่อมโยงความคิดของคนไข้ให้ต่อเนื่อง และจะมีการย้ำถึงวัตถุประสงค์ และข้อตกลงร่วมกันของการทำกลุ่มในช่วงของการเริ่มต้นการทำกลุ่มทุกครั้ง

ผู้นำกลุ่ม : ... คราวที่แล้วเราได้คุยกันในกลุ่มจิตบำบัดนี้ละคะในเรื่องของ
 ภา : การปรับตัว
 ผู้นำกลุ่ม : การปรับตัว แล้วเราก็บอกว่ามีการปรับตัวซึ่งเราได้ร่วมกันคิดได้บางอย่างแล้วนะ
 ค่ะ แต่ก็ยังมีบางอย่างที่เราอยากร่วมกันคุยกันต่อ ...

(ในระหว่างที่ผู้นำกลุ่มทบทวนถึงการพูดคุยในครั้งที่ผ่านมา ว่าในกลุ่มได้มีการ
 พูดคุยในรายละเอียดอะไรไปแล้วบ้าง สมาชิกในกลุ่มได้ร่วมสรุปในสิ่งที่ตนเองจำ
 ได้ และตั้งใจฟังในสิ่งที่ผู้นำกลุ่มพูด ผู้ป่วยจะมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันบ้าง
 เล็กน้อย และมีสมาชิกบางส่วนที่นิ่งเงียบ ๆ ยังไม่มีส่วนร่วมในช่วงการเริ่มต้นการ
 ทำกลุ่ม และก่อนที่กลุ่มจะเข้าสู่ขั้นของการทำงานต่อไปนั้น ผู้นำกลุ่มจะเน้นย้ำถึง
 กติกาของการทำกลุ่ม และการถามถึงความสนใจของผู้ป่วยในการทำกลุ่ม
 เพื่อที่จะได้ทำกลุ่มต่อไป)

ผู้นำกลุ่ม : ... ที่นี้ก่อนที่เราจะคุยตรงนั้น กติกาการคุยกันก็คงจะเหมือนเดิม ... เรื่องที่คุย
 กันเฉพาะตรงนี้เป็นความลับนะคะ ...

ในขั้นตอนการสร้างกลุ่ม พบว่า รูปแบบการสื่อสารในขั้นนี้จะมีการสื่อสารทางเดียว
 (one way communication) และการสื่อสารสองทาง (two way communication) ซึ่ง
 ในช่วงเริ่มต้นการทำกลุ่มจะพบว่า ส่วนใหญ่เป็นการสื่อสารทางเดียวจากผู้นำกลุ่มและผู้นำกลุ่ม
 ร่วมไปยังผู้ป่วยจิตเวชหญิง และในช่วงนี้จะมีการสร้างสัมพันธภาพให้ทุกคนในกลุ่มได้รู้จักกัน
 โดยการแนะนำตัว หรือพูดในสิ่งที่ต้องการให้สมาชิกในกลุ่มได้รู้จักตนเองมากขึ้น ซึ่งมีผู้นำกลุ่ม
 และผู้นำกลุ่มร่วมเป็นศูนย์กลางในการสื่อสาร สำหรับการสื่อสารสองทางส่วนใหญ่จะเกิดขึ้น
 ระหว่างพยาบาลจิตเวชและผู้ป่วยจิตเวชหญิงในช่วงของการทำข้อตกลงร่วมกันในการทำกลุ่ม
 โดยพยาบาลจะมีส่วนกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้แสดงความคิดเห็นร่วมกันในสิ่งที่กำลังพูดคุยกันอยู่

ขั้นที่ 2 ขั้นตอนการทำงานกลุ่ม เมื่อสมาชิกกลุ่มมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน มีความ
 ไว้วางใจกัน จะทำให้สมาชิกกล้าที่จะเสนอปัญหา ยอมรับว่าตนเองมีปัญหา ซึ่งสมาชิกทุกคนใน
 กลุ่มร่วมแสดงความคิดเห็น ช่วยกันหาวิธีแก้ไขปัญหา เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่จะเป็น
 ประโยชน์ต่อกัน สมาชิกมีบทบาททั้งเป็นผู้ให้ และผู้รับ ทำให้รู้สึกว่าคุณค่า ผู้นำกลุ่ม
 และผู้นำกลุ่มร่วมจะช่วยเหลือกลุ่มให้กลุ่มได้พูดคุยปัญหา หาแนวทางแก้ไขปัญหา และส่งเสริม

ให้สมาชิกมีความมั่นใจที่จะนำแนวทางที่ได้จากกลุ่มไปใช้ต่อไป โดยขั้นตอนการทำงานกลุ่มมีลักษณะดังนี้

ผู้นำกลุ่ม : ... ใครพร้อมที่จะพูดในสิ่งที่ตนเองมีปัญหา ความไม่สบายใจ ความคับข้องใจ นะคะ ...

ภา : น้องภาอยากจะพูดเกี่ยวกับเรื่องที่เราออกไป เชนิจโลกภายนอกคะ ... เราจะปรับตัวอย่างไรให้เข้ากับเขา ...

ผู้นำกลุ่ม : น้องภาอยากจะถามว่าตัวเองมีประสบการณ์การปรับตัวหลังออกจากโรงพยาบาล นะคะ ตีใจอยู่ตรงนี้แหละ ... มีใครมีความคิดคล้าย ๆ น้องภาไหมคะ

พร : ความรู้สึกที่ว้าวออกไปแล้วโดนกระทบกระเทียบ อย่างเรื่องบ้านใกล้เรือนเคียง ...

ณา : หนูอยากจะทำอะไรที่เขารู้ว่า ต้องทำจิตใจให้เข้มแข็ง ... ถ้าชาวบ้านเขานินทา ก็บอกให้เขาเข้าใจเกี่ยวกับตัวเรา อาการของเรา พูดกับเขาดี ๆ นะคะ

ผู้นำกลุ่ม : ... ปัญหาที่เราจะคุยกันหรือว่าเสนอเรื่องที่เราจะคุยกันก็คือ เรื่องของการปรับตัว กับเรื่องของการกลับบ้าน พยายามหาเสียงกันทุกคนว่า วันนี้เราจะคุยเรื่องอะไร ...

ภา : เรื่องแรกก่อนดีกว่า

พร : การปรับตัวคะ

ผู้นำกลุ่มร่วม : ... ไหนใครคิดว่าจะคุยเรื่องการปรับตัว ยกมือขึ้นสิคะ ... ทั้งหมดเลย

รัช : อยู่บ้านก็ซักผ้า เช็ดบ้านทุกวัน แล้วก็ทำกับข้าว แล้วก็ขายของที่ตลาด

ผู้นำกลุ่ม : เวลาออกจากบ้านไปหางานทำ พยายามหางานทำให้เหมือนคนปกติทั่วไปเขาทำกันใช่ไหมคะ

พร : งั้นพรต้องเอาข้อนี้ไปใช้มั้ง

พร : พรขออนุญาตคะ พรก็ช่วยแม่ช่วยพี่สาว ซักผ้า รีดผ้า ...

ภา : น้องออกไปน้องก็ขายของ ...

สำหรับขั้นตอนการทำกลุ่ม พบว่า มีรูปแบบการสื่อสารแบบสองทางมากขึ้น เพราะสมาชิกในกลุ่มรู้จักกัน และมีความคุ้นเคยกัน จึงเกิดการสื่อสารระหว่างพยาบาลจิตเวชกับผู้ป่วยจิตเวชหญิง และระหว่างผู้ป่วยจิตเวชหญิงด้วยกันเองมากขึ้น โดยพยาบาลจิตเวชจะส่งเสริมให้สมาชิกในกลุ่มได้เสนอปัญหา และพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ความคิดเห็นกันเอง สำหรับสมาชิกที่ไม่ค่อยมีส่วนร่วมก็จะถูกกระตุ้นด้วยการถาม เพื่อให้มีโอกาสได้พูดแสดงความคิดเห็นออกมาบ้าง ซึ่งทุกคนในกลุ่มจะเป็นทั้งผู้พูดและผู้ฟัง ที่ได้แนวคิดในการแก้ไขปัญหาของกลุ่มนำไปใช้ได้ ส่วนเครือข่ายการสื่อสารที่เกิดขึ้นในขั้นนี้จะพบว่า เป็นเครือข่ายการสื่อสารแบบวงล้อและแบบทุกช่องทาง คือผู้ป่วยจิตเวชหญิงสามารถที่จะสื่อสารกันเองมากขึ้น แต่ก็มีผู้นำกลุ่มและผู้นำกลุ่มร่วมเป็นศูนย์กลางในการสื่อสารที่คอยเชื่อมโยงความคิด และควบคุมการทำงานของกลุ่มให้เป็นไปตามเป้าหมายของการทำกลุ่ม

ขั้นที่ 3 ขั้นตอนการสิ้นสุดกลุ่ม ผู้นำกลุ่ม และผู้นำกลุ่มร่วมจะช่วยกันสรุปเรื่องราวทั้งหมดในการทำกลุ่ม รวมทั้งชี้แนะแนวทางเพิ่มเติมในส่วนที่คิดว่ายังขาดตกบกพร่องไป เพื่อให้สมาชิกนำไปใช้ได้ นอกจากนี้ผู้นำกลุ่ม และผู้นำกลุ่มร่วมจะช่วยกันประเมินความก้าวหน้าของสมาชิกกลุ่มและความสำเร็จของกลุ่มจากการซักถามกันในกลุ่มก่อนจะสิ้นสุดการทำกลุ่ม ซึ่งมีลักษณะของขั้นตอนการสิ้นสุดกลุ่ม ดังนี้

ผู้นำกลุ่ม : เอาล่ะทีนี้ค่อย ๆ ไปปรับ ไปปรุง ... สมาชิกเสนอหัวข้อมาสองหัวข้อ แล้วเราได้ประเด็นที่คุยกันวันนี้คือ เรื่องการปรับตัว แล้วเราก็ได้แนวทางมาเพียงแนวทางเดียว ในเรื่องที่ว่า ต้องใช้ชีวิตประจำวันให้เหมือนคนทั่ว ๆ ไป ... เราได้มาหนึ่งอย่าง ในวันพฤหัสบดีหน้าจะ เราจะมาช่วยกันคิดต่อไปว่าการปรับตัวที่ได้มานี้ เราจะช่วยกันคิดยังไงต่อ ...

.....

ผู้นำกลุ่ม : ... พยาบาลสรุปอาจจะไม่หมด เดี่ยวพี่น้องช่วยเสริมนิดหนึ่งว่าจะเสริมตรงจุดไหน ...

ผู้นำกลุ่มร่วม : เสริมตรงที่ว่า เราต้องมองที่ตัวเราเองนะคะ เราจะสังเกตอาการผิดปกติของเรารองได้ ก่อนที่คนข้างเคียงจะสังเกตเห็น แล้วก็ขอให้สื่อออกมาให้เขาชัดเจนลงไป เหมือนกับที่รัช สื่อออกมาให้กับแม่กับพี่สาว ... ขอให้สื่อตรงนั้น ...

.....

ผู้นำกลุ่ม : คิดว่าการพูดคุย ปฏิสัมพันธ์กันในกลุ่มเกิดประโยชน์กับพวกเราไหมคะ ได้
อะไรบ้าง

รัช : ได้ความรู้

ภา : เขาไปใช้ชีวิตประจำวันได้

.....
ญา : ได้คลี่คลายปัญหา เราจะได้ช่วยเหลือเพื่อนคลี่คลายปัญหาได้

ณา : ได้ช่วยเหลือเพื่อน

ผู้นำกลุ่มร่วม : หนูได้ความรู้สึกว่าได้ช่วยเหลือเพื่อน แล้วความรู้สึกนั้นพอได้ช่วยเหลือเพื่อน หนู
รู้สึกยังไง ภาคภูมิใจไหม

ณา : ค่ะ

ขั้นตอนการสิ้นสุดกลุ่ม พบว่ามีรูปแบบการสื่อสารทั้งแบบทางเดียวและแบบสองทาง ที่
เป็นการสื่อสารระหว่างพยาบาลจิตเวชและผู้ป่วยจิตเวชหญิง เพราะเป็นช่วงที่พยาบาลจะทำการ
สรุปถึงสิ่งที่กลุ่มได้ทำงานร่วมกันมาทั้งหมด เพื่อให้สมาชิกกลุ่มนำแนวทางที่ได้ไปปรับใช้กับ
สถานการณ์ที่ผู้ป่วยต้องออกไปเผชิญ รวมทั้งทำการประเมินการทำงานกลุ่มที่ผ่านมา ซึ่งจะทำ
ให้เครือข่ายของการสื่อสารในช่วงนี้เป็นการสื่อสารแบบวงล้อ ที่มีพยาบาลจิตเวชเป็นศูนย์กลาง
ของการสื่อสารเพื่อช่วยให้กลุ่มจบการทำงานลงอย่างสมบูรณ์ได้ ดังนั้นเพื่อให้เห็นภาพรวมของ
ขั้นตอนการทำกลุ่มของกระบวนการสื่อสารกลุ่มเพื่อบำบัดผู้ป่วยจิตเวชหญิง ของโรงพยาบาล
สวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่อย่างชัดเจนมากขึ้น ผู้วิจัยจึงแสดงขั้นตอนการทำกลุ่ม ดังนี้

2. รายละเอียดเกี่ยวกับการทำกลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง

บทบาทของพยาบาลจิตเวช การทำกลุ่มจิตบำบัดระดับประคองบทบาทที่ผู้นำกลุ่มใช้นั้นมีหลายบทบาท โดยขึ้นอยู่กับสถานการณ์และศักยภาพของกลุ่ม ซึ่งผู้นำกลุ่มสามารถแสดงบทบาทเป็นผู้ชี้แนะ ผู้ริเริ่ม ผู้สนับสนุนได้สำหรับกลุ่มที่ไม่สามารถทำงานต่อไปได้ และจะเป็นผู้เอื้อให้กลุ่มได้มีการพูดคุยกันในกลุ่มที่มีศักยภาพในการทำงานกลุ่มเองได้ อย่างที่ผู้นำกลุ่มได้อธิบายว่า “ บทบาททำหลายบทบาท บางทีก็เป็นบทบาทของครู บทบาทของผู้รับฟัง บทบาทของผู้เอื้อ แล้วแต่สถานการณ์ว่าตอนนั้นช่วงนั้นกลุ่มเป็นยังไง อย่างเช่นถ้ากลุ่มตัน ไปไม่ไหว ศักยภาพไม่มี เราก็จะใช้บทบาทของไกด์ชนิดหนึ่ง ไกด์ว่าอย่างนี้ได้ไหม อย่างนั้นได้ไหม เราก็จะใช้วิธีนี้ แต่ถ้าสมมติว่ากลุ่มมีศักยภาพพอสามารถที่จะแนะนำกันได้ เราก็เพียงแต่เอื้อให้เขาได้คุย ให้เขาได้พูด ” (สัมภาษณ์ 6 มิถุนายน 2545. จันทรฉาย เนตรสุวรรณ , ผู้นำกลุ่ม) สำหรับผู้นำกลุ่มร่วมจะมีบทบาทในการช่วยผู้นำกลุ่มให้ดำเนินกลุ่มไปได้อย่างสมบูรณ์ เช่น “ ช่วยสนับสนุน แล้วก็กระตุ้นให้คนใช้ได้แสดงความคิดเห็น แล้วก็จุดไหนที่ขาดตกบกพร่องไปเราก็เสริมให้ แล้วก็ช่วยสรุปกลุ่มในบางครั้งบางช่วง ” (สัมภาษณ์ 2 เมษายน 2545. จีรวรรณ โสภาสุพรรณ , ผู้นำกลุ่มร่วม) และในการทำกลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง พยาบาลจิตเวชจะให้ความเชื่อมั่น ให้กำลังใจแก่สมาชิกในกลุ่ม กระตุ้นให้สมาชิกได้พูด สนับสนุนให้สมาชิกมีความมั่นใจ ให้กล้าแสดงความคิดเห็นออกมา การแนะนำ การจูงใจ หรือการชักชวนให้สมาชิกได้ปรับเปลี่ยนมุมมองจากที่เคยมอง บางครั้งพยาบาลจิตเวชนอกจากจะเป็นผู้พูด ผู้ถาม ผู้สังเกตพฤติกรรมของคนไข้แล้วจะต้องเป็นผู้ฟัง จะต้องเรียบเรียงเพื่อให้สมาชิกได้พูด ได้คิด บางครั้งจะต้องมีการย้ำ หรือการทวนซ้ำในสิ่งที่คนไข้พูด เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกันในสิ่งที่คนไข้ต้องการที่จะสื่อออกมาให้พยาบาลจิตเวชทราบ และทุกครั้งพยาบาลจิตเวชจะต้องสรุปถึงสิ่งที่ได้พูดคุยกันในกลุ่มทั้งหมดเพื่อรวบรวมความคิดที่กระจัดกระจายของคนไข้ เพราะการเข้ากลุ่มหลาย ๆ ครั้งคนไข้อาจจะลืมบ้าง พยาบาลจิตเวชจึงต้องทบทวนซ้ำให้คนไข้จำได้

บทบาทของสมาชิก จากการสังเกตการณ์แบบไม่มีส่วนร่วม พบว่า สมาชิกกลุ่มแต่ละคนจะมีบทบาทที่แตกต่างกันไป บางคนเป็นผู้ฟังมากกว่าเป็นผู้ร่วมแสดงความคิดเห็น บางคนเป็นผู้พูด ผู้เสนอปัญหา ผู้เล่าประสบการณ์ซึ่งเป็นปัญหาที่ตนเองก็มีประสบการณ์คล้ายกัน ผู้ร่วมเสนอวิธีแก้ไขปัญหาของกลุ่ม การร่วมแสดงความคิดเห็น การเป็นผู้ส่งเสริมสัมพันธ์ภายในกลุ่ม เป็นผู้กระตุ้นสมาชิกในกลุ่ม คอยให้ความช่วยเหลือ ให้กำลังใจแก่สมาชิก รวมทั้งติดตามรับฟังความคิดเห็นของสมาชิกกลุ่มด้วย สำหรับการมีส่วนร่วมในการทำกลุ่มนั้น ผู้ป่วยจิตเวช

หญิงจะเป็นผู้ตัดสินใจเองทั้งหมด เพื่อให้การทำงานในกลุ่มดำเนินไปด้วยความเต็มใจ และเป็นผลดีต่อผู้ป่วยในการช่วยลดความกังวลใจ และความคับข้องใจของผู้ป่วยให้มีความรู้สึกที่ดีขึ้นได้

จำนวนสมาชิกในการทำกลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง พบว่า มีการจำกัดสมาชิกในจำนวนที่เหมาะสมประมาณ 8 – 12 คน แต่ต้องขึ้นอยู่กับลักษณะของคนไข้ว่า คนไข้มีการแสดงความคิดเห็นมากน้อยเพียงใดเพื่อจะทำให้กลุ่มมีการดำเนินไปตามเป้าหมายที่วางไว้ ซึ่งพยาบาลจิตเวชได้อธิบายว่า “ สมาชิกในกลุ่มไม่ควรเกิน 8 คน สำหรับกลุ่มของผู้ป่วยจิตเวชที่เป็นลมชัก เพราะว่าคนไข้กลุ่มนี้จะมีการคิดซ้ำ จะทำให้การดำเนินกลุ่มซ้ำ แต่ในผู้ป่วยที่มีสาเหตุจากแอมเฟตามีน คนไข้กลุ่มนี้จะคิดเร็ว เพราะฉะนั้นถ้ามี 10 – 12 คน กลุ่มก็จะไปได้เร็ว ถ้าเป็นคนไข้ที่พูด คิดได้ ประมาณ 8 – 12 คน ถ้าคิดซ้ำ คิดบ้างลืมบ้าง การจัด การกลุ่มจะยาก จะต้องกระตุ้นมากกว่าจะพูดรู้เรื่อง ” (สัมภาษณ์ 2 เมษายน 2545. จันทร์ฉาย เนตรสุวรรณ , ผู้นำกลุ่ม) และ “ สำหรับกลุ่มที่มีสมาชิกหลากหลาย มีการแสดงความคิดเห็นได้มาก และหลากหลาย สมาชิกจะมีประมาณ 10 – 12 คน ” (สัมภาษณ์ 2 เมษายน 2545. จีวรรณ ไสภาสุวรรณ , ผู้นำกลุ่มร่วม)

ระยะเวลาในการทำกลุ่ม การทำกลุ่ม 4 ครั้ง จะใช้เวลาในการทำกลุ่มประมาณ 1 ชั่วโมง ถึง 1 ชั่วโมง 15 นาที ระยะเวลาในการทำกลุ่มขึ้นอยู่กับปัญหา และการเสนอแนวทางแก้ไขปัญหาของสมาชิก ว่าสมาชิกจะช่วยกันแนะนำวิธีการแก้ปัญหาได้ดียังไง และขึ้นอยู่กับศักยภาพของสมาชิกในกลุ่มว่ามีความสามารถในการช่วยเหลือกลุ่มให้ทำงานได้มีมากน้อยแค่ไหน ซึ่งผู้นำกลุ่มก็จะคอยเป็นผู้ควบคุมเวลาในการทำงานกลุ่มด้วย

วัตถุประสงค์ของการทำกลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง คือ การให้คนไข้ได้พูดคุยในสิ่งที่อยากจะพูด อยากจะระบายความคับข้องใจออกมา ปลดปล่อยสิ่งที่อยู่ในใจ สิ่งที่เป็นปัญหาของคนไข้ให้กลุ่มได้รับทราบ

ระเบียบและข้อกำหนดของกลุ่ม เป็นกติกาที่พยาบาลจิตเวช และสมาชิกในกลุ่มร่วมกันเสนอ เพื่อให้สมาชิกได้ถือปฏิบัติตาม ซึ่งจะทำให้กลุ่มสามารถดำเนินไปด้วยความไว้วางใจต่อกันสำหรับสมาชิกของกลุ่ม ประกอบด้วย

1. ห้ามพูดแทรกขณะที่คนอื่นพูด

2. อย่ายึดเยื้อ
3. ถ้าลูกออกจากกลุ่มให้ขออนุญาต
4. เรื่องที่พูดให้เก็บเป็นความลับ ไม่ไปพูดคุยนอกกลุ่ม
5. ทุกคนต้องพูด ร่วมกันแสดงความคิดเห็น

ประเด็นในการสื่อสารกลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง พบว่า พยาบาลจิตเวชจะให้สมาชิกกลุ่มเสนอปัญหาของตนเองออกมา ซึ่งเป็นปัญหาที่อยู่ในใจของคนไข้ และเป็นปัญหาที่คนไข้ต้องการความช่วยเหลือจากกลุ่ม เช่นเดียวกับที่ผู้นำกลุ่มอธิบายว่า “ เป็นปัญหาของคนไข้ที่เสนอขึ้นมา และคิดอยู่ในใจ ต้องการความช่วยเหลือ ส่วนมากก็จะเป็นปัญหาที่จะใช้กลุ่มช่วยเหลือได้ ไม่ใช่ปัญหาส่วนบุคคล แต่เป็นปัญหาทั่ว ๆ ไป ” (สัมภาษณ์ 2 เมษายน 2545. จันทร์ฉาย เนตรสุวรรณ , ผู้นำกลุ่ม) เช่น “ เรื่องเกี่ยวกับการปรับตัว การปรับตัวที่บ้าน ... ” (สัมภาษณ์ 2 เมษายน 2545. จีรวรรณ โสภาสุพรรณ , ผู้นำกลุ่มร่วม) ประเด็นในการทำกลุ่มประกอบด้วย

1. การปรับตัว
2. การกินยา
3. การดำเนินชีวิต

รูปแบบการสื่อสารในกลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง พบว่า ใช้การสื่อสารแบบทางเดียว (one way communication) และการสื่อสารแบบสองทาง (two way communication) ซึ่งพยาบาลจิตเวชพยายามให้เป็นการสื่อสารแบบสองทาง โดยจะต้องส่งเสริมให้สมาชิกในกลุ่มเกิดปฏิสัมพันธ์กันให้มากขึ้น เพื่อให้ทุกคนสามารถสื่อสารให้เข้าใจตรงกับสิ่งที่ตนเองต้องการสื่อออกมา ในบางครั้งพยาบาลจิตเวชอาจต้องมีการเน้นย้ำ หรือการทวนซ้ำถึงความเข้าใจที่คนไข้สื่อออกมาเพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกันของทั้งสองฝ่าย รวมถึงความต้องการที่จะให้สมาชิกในกลุ่มได้มีความเข้าใจไปพร้อม ๆ กันด้วย ตามที่พยาบาลจิตเวชอธิบายว่า “ พยายามให้เป็นแบบ two way ให้คนไข้ได้มีปฏิสัมพันธ์กันให้มาก ให้มีการพูด บางช่วงจะให้เขาขยายความ บางช่วงให้เขาสรุปความ จะให้เป็น two way ชักข้อมว่าอันนี้เป็น การสื่อสาร อันนี้เขาต้องการจะสื่อให้เราใช้ไหม เราสื่อไปอย่างนี้คุณเข้าใจว่าอย่างไร คือให้มันสวนทาง และให้เกิดความเข้าใจ ดูว่าเขาเข้าใจตรงกับที่เราสื่อหรือไม่ ” (สัมภาษณ์ 2 เมษายน 2545. จันทร์ฉาย เนตรสุวรรณ , ผู้นำกลุ่ม) นอกจากนี้การสื่อสารที่ใช้ภายในกลุ่ม

มีทั้งการใช้วัจนภาษา และอวัจนภาษา เช่นการสัมผัสให้ผู้ปวยรู้ตัว การแสดงออกทางสีหน้า ท่าทาง ที่บ่งบอกถึงความตั้งใจ สนใจฟังในสิ่งที่พูดคุยกัน และการนั่งแบบวงกลมหรือวงรีใน กลุ่ม ช่วยให้ทุกคนสามารถเห็นหน้ากันได้อย่างทั่วถึง สำหรับรูปแบบเครือข่ายการสื่อสารในกลุ่ม นี้ เป็นเครือข่ายแบบวงกลม และเครือข่ายแบบทุกทิศทาง ในครั้งแรกของการทำกลุ่ม พบว่า จะมีผู้นำกลุ่มและ ผู้นำกลุ่มร่วมเป็นศูนย์กลางของการสื่อสาร ซึ่งสมาชิกในกลุ่มจะอยู่ในช่วง ของการสร้างสัมพันธภาพ สมาชิกในกลุ่มยังไม่คุ้นเคย หรือยังไม่รู้จักกันมากนักทำให้การสื่อสาร ส่วนใหญ่เกิดขึ้นระหว่างสมาชิกกับพยาบาลจิตเวช แต่เมื่อสมาชิกในกลุ่มได้รู้จักกันมากขึ้น มี ปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน มีความไว้วางใจกันมากขึ้น จะทำให้รูปแบบเครือข่ายของการสื่อสารมี การพัฒนาเป็นแบบการสื่อสารทุกทิศทาง ที่สมาชิกในกลุ่มกล้าที่จะทำการสื่อสารระหว่างกันมาก ขึ้น โดยยังมีผู้นำกลุ่มและผู้นำกลุ่มร่วมเป็นศูนย์กลางของการสื่อสารกลุ่มที่ช่วยสนับสนุนให้กลุ่ม มีการสื่อสารกันมากขึ้น ดังนั้นรูปแบบของเครือข่ายการสื่อสารในกลุ่มจิตบำบัดประคับประคอง จึงปรากฏการสื่อสารใน 2 ลักษณะ คือ การสื่อสารแบบวงล้อ และการสื่อสารแบบทุกช่องทาง ดังภาพที่ 4

ประโยชน์ของการทำกลุ่มแบบเป็นขั้นตอน พบว่า การทำกลุ่มแบบเป็นขั้นตอนมี ประสิทธิภาพที่ดี จะทำให้การพูดคุยปัญหา และการแก้ไขปัญหานั้นเป็นแบบที่ละเอียดถี่ถ้วน โดยการทำกลุ่มแบบเป็นขั้นตอนจะเป็นประโยชน์ต่อตัวคนไข้ และผู้นำกลุ่มเอง ไม่ทำให้เกิด ความค้างคาใจของคนไข้ในปัญหาที่พูดคุยกันในกลุ่ม ซึ่ง “ การทำกลุ่มแบบมีขั้นตอนทำให้ผู้นำ กลุ่มได้คิดว่าตอนนี้ เรามีวัตถุประสงค์อะไร เพราะแต่ละขั้นตอนมีวัตถุประสงค์ต่างกัน ถ้าทำ กลุ่มแบบไม่มีขั้นตอนจะมีความเป็นกันเอง ผ่อนคลาย คนไข้พร้อมที่จะคุย คนนี้คุยเรื่องอะไร ปัญหาที่คุยก็จะมีอีกแบบหนึ่ง แต่แบบไม่มีขั้นตอนปัญหาที่พูดจะเยอะ ผู้นำกลุ่มจะไหวไหม เพราะปัญหาที่สะกิดขึ้นมาคือ หนองของคนไข้ ถ้าสะกิด ๆ ๆ โดยที่ยังไม่ได้ล้างแผลเลย คนไข้จะรับไหวไหม ผู้นำกลุ่มจะไหวไหม ถ้ามองในเรื่องประสิทธิภาพการทำกลุ่มแบบมีขั้นตอน น่าจะดีกว่า น่าจะได้ประสิทธิภาพมากกว่า ” (สัมภาษณ์ 2 เมษายน 2545. จันทรฉาย เนตรสุวรรณ , ผู้นำกลุ่ม)

อำนาจภายในกลุ่ม พบว่า มีอำนาจที่เกิดจากตัวพยาบาลจิตเวชเอง และอำนาจของ สมาชิกในกลุ่ม ที่สามารถส่งผลถึงการทำงานในกลุ่ม โดยอำนาจของพยาบาลจิตเวชนั้นจะเป็น อำนาจในเรื่องของการลงโทษที่ไม่ได้เกิดขึ้นภายในกลุ่ม แต่เป็นผลจากภายนอกกลุ่มที่ส่งผลให้ คนไข้มีความกลัวติดเข้ามาในกลุ่มได้ “ จะเห็นได้ว่า ณา จะมีอาการกลัวที่ เพราะที่เคยดูเขาที่ เขาตั้งผ้าห่มมาทำเป็นสร้อยห้อยคอ ห้อยแขน จะเห็นว่าวันนี้เขาจะไม่ค่อยกล้าพูด กล้าคุยอะไร ” (สัมภาษณ์ 2 เมษายน 2545. จีรวรรณ โสภาสุวรรณ , ผู้นำกลุ่มร่วม) หรือจะเป็นอำนาจที่ คนไข้มองว่าพยาบาลจิตเวชเท่านั้นที่เป็นผู้ตัดสินเกี่ยวกับตัวคนไข้ได้ดีที่สุด และยังมีคนไข้บาง ประเภทที่แสดงอำนาจในกลุ่มโดยจะเป็นผู้ชักนำความคิดเห็นของคนในกลุ่มให้คล้อยตามได้ “ เช่นคนไข้ที่ค่อนข้างเจ้ากี้เจ้าการ จะทำให้กลุ่มคล้าย ๆ ว่าคอยเกรงใจ คอยฟังคนนี้ หรืออย่าง บางที่เรากับคนไข้ คนไข้จะคอยฟังว่าเราเป็นยังไง ทำไมพยาบาลไม่บอกสักทีหละ อันนี้มีส่วนที่ จะไปมีอำนาจปิดกั้นความคิดของเขาที่จะพูด แต่ถ้าสัมพันธ์ภาพเราดี เอื้อให้เขาพูด ให้โอกาส คนที่ไม่ค่อยพูดได้พูดได้อะไรกันเท่า ๆ กัน คงไม่กระทบเขาถึงขั้นจะทำให้กลุ่มเสียหาย ” (สัมภาษณ์ 6 มิถุนายน 2545. จันทรฉาย เนตรสุวรรณ , ผู้นำกลุ่ม) นอกจากนี้ผู้วิจัยยังพบว่า อำนาจที่เกิดขึ้นในกลุ่มเป็นอำนาจที่ไม่ถาวร เพราะขึ้นอยู่กับปฏิสัมพันธ์ของสมาชิกด้วยตนเอง และพยาบาลจิตเวชด้วย เมื่อสัมพันธ์ภาพของทุกฝ่ายดี ความหวาดกลัวในการถูกลงโทษ หรือ ความเกรงใจที่จะต้องฟังคนอื่นจะลดลง ทำให้สมาชิกกล้าที่จะพูดกล้าที่จะแสดงความคิดเห็น หรือเล่าประสบการณ์ของตนเองด้วยความมั่นใจไว้วางใจกันมากขึ้น

ปฏิสัมพันธ์ในกลุ่ม จากการสังเกตการณ์แบบไม่มีส่วนร่วม พบว่า พยาบาลจิตเวชจะเป็นผู้เริ่มสร้างสัมพันธภาพในกลุ่ม เพื่อให้สมาชิกได้มีปฏิสัมพันธ์กัน เมื่อสัมพันธภาพเป็นไปในทางที่ดี สมาชิกในกลุ่มจะกล้าเปิดเผยปัญหา และช่วยกันหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาของกลุ่มร่วมกัน เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ชีวิตซึ่งกันและกัน เมื่อสมาชิกมีความคุ้นเคยกัน มีความไว้วางใจกันมากขึ้น ปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันก็จะมีมากขึ้น และมีกันเกือบทั่วถึงทุกคน แต่สำหรับผู้ป่วยที่มีลักษณะพูดน้อย หรือยังไม่มั่นใจในกลุ่ม ปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นกับกลุ่มจะมีน้อย และจะมีปฏิสัมพันธ์กับพยาบาลจิตเวชมากกว่า ซึ่งเป็นไปในลักษณะของการกระตุ้นให้มีการตอบ การแสดงความคิดเห็น และเล่าประสบการณ์ชีวิตถ่ายทอดออกมาให้กลุ่มได้รับรู้

ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่มีผลทำให้การสื่อสารกลุ่มบรรลุเป้าหมายของการบำบัด

จากการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการทำกลุ่มจิตบำบัดระดับประจักษ์เพื่อเชื่อมโยงกับปัจจัยที่มีผลทำให้การสื่อสารกลุ่มบรรลุเป้าหมายของการบำบัดนั้น ได้นำเสนอด้วยประเด็นต่าง ๆ ดังนี้ ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับเป้าหมายของการบำบัด ข้อมูลการสัมภาษณ์พยาบาลจิตเวชในรายละเอียดที่มีต่อผู้ป่วยจิตเวชหญิง การสนทนากับผู้ป่วยจิตเวชหญิงในรายละเอียดที่มีต่อการทำกลุ่มบำบัด การสังเกตการณ์แบบไม่มีส่วนร่วม และการสังเกตสภาพแวดล้อมของโรงพยาบาลสวนปรุง

เป้าหมายของการบำบัด สำหรับกลุ่มจิตบำบัดระดับประจักษ์จะพบว่าเป้าหมายในการทำกลุ่มนี้คือการให้คนไข้ได้พูดระบาย ในสิ่งที่เป็นปัญหาของคนไข้ที่เขาต้องการพูดให้กลุ่มได้รับทราบ โดยมีพยาบาลจิตเวชเป็นผู้ช่วยระดับประจักษ์ในด้านจิตใจ สร้างสัมพันธภาพให้แก่สมาชิกในกลุ่มให้สมาชิกได้ช่วยเหลือกัน ร่วมแก้ปัญหาของกลุ่ม และพยาบาลจิตเวชจะเป็นผู้ช่วยในการชี้แนะในส่วนที่ขาดไป ดังเช่นที่พยาบาลจิตเวชได้กล่าวว่า เป้าหมายของการทำกลุ่มคือ “ให้คนไข้ได้พูดได้ระบาย สิ่งที่ยากพูดอยากระบาย ได้พูดได้ระบาย เป้าหมายอันต่อไปคือให้เขาได้ช่วยเหลือกันจากการสร้างปฏิสัมพันธ์ ให้เขาได้ช่วยเหลือจากประสบการณ์ ได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ในขณะที่เดียวกันเราก็ช่วยชี้ช่วยมอง ช่วยขยายมุมมองให้เขา” (สัมภาษณ์ 2 เมษายน 2545. จันทร์ฉาย เนตรสุวรรณ, ผู้นำกลุ่ม) และ “ เป็น การระดับประจักษ์ทางด้านจิตใจแล้วก็ให้ความช่วยเหลือในขณะนั้น ผู้นำกลุ่มและผู้นำกลุ่มร่วม

“ไม่จำเป็นต้องพูดอะไรมาก ก็จะเน้นให้สมาชิกเขาได้ออกเสียงกัน โดยการทำกลุ่มนี้จะหวังผลระยะยาว ” (สัมภาษณ์ 2 เมษายน 2545. จีรวรรณ โสภาสุพรรณ , ผู้นำกลุ่มร่วม)

ทัศนคติของพยาบาลจิตเวชที่มีต่อผู้ป่วยจิตเวชหญิง พบว่า พยาบาลจิตเวชทั้ง 2 คนมีทัศนคติในด้านบวกกับผู้ป่วยจิตเวชหญิง คือ มองคนไข้เป็นผู้ที่มีความเจ็บป่วย พยาบาลจิตเวชจะมีความเข้าใจในพฤติกรรมแสดงออกของคนไข้ว่าเกิดจากความเจ็บป่วย คนไข้ควรได้รับความช่วยเหลือ ได้รับการให้กำลังใจ โดยพยาบาลจิตเวชจะต้องเป็นผู้ที่มีความรู้เพื่อที่จะนำมาช่วยเหลือคนไข้ให้อาการบรรเทาลง ดังที่ได้กล่าวไว้ว่า “ การมองคนไข้เราต้องเข้าใจเขา พฤติกรรมที่เขาแสดงออก การกระทำของเขาเกิดจากความเจ็บป่วย น่าจะได้รับความช่วยเหลือ เพราะการทำงานเราจะพบว่าคนไข้มีปัญหาอย่างนั้นอย่างนี้ แต่บางทีถ้าเราไม่มีความรู้ที่จะไปช่วยเขามันทำให้เรารู้สึกว่าเราอยากจะช่วยแต่มีข้อจำกัด แต่ถ้าเมื่อไหร่เรามีความรู้ และใจเราพื้นฐานเราอยากช่วยแล้วเราคิดว่าเขาควรได้รับความช่วยเหลือ ” (สัมภาษณ์ 2 เมษายน 2545. จันท์ฉาย เนตรสุวรรณ , ผู้นำกลุ่ม) และ “ มองว่าเขาเป็นผู้ป่วยทางจิต เขาเป็นผู้มีความทุกข์ทางใจ เขาควรได้รับการช่วยเหลือ ได้รับการให้กำลังใจ ให้การพยาบาลเขาอย่างเห็นอกเห็นใจ เขา เพราะเขาเป็นผู้มีทุกข์ทางใจ ” (สัมภาษณ์ 2 เมษายน 2545. จีรวรรณ โสภาสุพรรณ , ผู้นำกลุ่มร่วม)

การเข้าใจปัญหาและอาการของผู้ป่วยจิตเวชหญิง พยาบาลจิตเวชมีความเข้าใจในปัญหาและอาการของผู้ป่วยจิตเวชหญิง โดยแสวงหาความรู้ความเข้าใจจากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ เช่น การศึกษาข้อมูลของคนไข้จากแฟ้มประวัติ จากญาติ จากตัวคนไข้ จากตำรา และการวินิจฉัยโรคของแพทย์ว่าการที่คนไข้แสดงอาการต่าง ๆ ออกมานั้น คนไข้ไม่สามารถที่จะควบคุมตนเองได้ ดังนั้นจึงเป็นหน้าที่ของทีมนักวิชาชีพที่จะต้องให้การช่วยเหลือกับคนไข้ให้ตรงกับโรค ตรงกับความต้องการของคนไข้ ดังเช่นที่พยาบาลจิตเวชได้อธิบายไว้ว่า “ ปัญหาที่ผู้ป่วยแสดงออก และทุกคนคิดว่าเป็นปัญหา แต่ที่มองว่าเป็นสิ่งที่ต้องได้รับความช่วยเหลือ ได้รับการแก้ไขจากทีมนักวิชาชีพ ที่ไม่มองว่ามันเป็นสิ่งที่เลวร้าย หรือสิ่งที่จะสร้างปัญหาให้เรา แต่เป็นสิ่งที่คนไข้แสดงออก และเป็นอาการจากพยาธิสภาพของโรคส่วนหนึ่ง จากคนไข้ไม่สามารถควบคุมตัวเองได้ส่วนหนึ่ง ... เป็นสิ่งที่จะต้องช่วยเหลือ ” (สัมภาษณ์ 2 เมษายน 2545. จันท์ฉาย เนตรสุวรรณ , ผู้นำกลุ่ม) พยาบาลจิตเวชอีกท่านหนึ่งได้ให้ทัศนะในประเด็นนี้ว่า “ การเข้าใจปัญหาเราก็ต้องศึกษาข้อมูลของคนไข้จากแฟ้มประวัติ จากญาติ และก็จากตัวผู้ป่วยด้วย แล้วก็

ต้องศึกษาจากตำรา พอเราเจอปัญหาเราก็ศึกษาจากตำรา การวินิจฉัยโรคของแพทย์ แล้วเราก็ จะให้การพยาบาลให้ความรู้กับเขา จะได้ให้การพยาบาลที่ตรงกับโรคตรงกับความต้องการ ของเขา ” (สัมภาษณ์ 2 เมษายน 2545. จีวรรรณ โสภาสุพรรณ , ผู้นำกลุ่มร่วม)

วิธีการสร้างสัมพันธภาพ พบว่า พยาบาลจิตเวชใช้วิธีแนะนำตัวกับผู้ป่วยจิตเวชหญิง ทุกวัน อย่างสม่ำเสมอ และให้ข้อมูลที่ชัดเจนเพื่อแสดงความจริงใจต่อผู้ป่วย การเสนอตัว เพื่อที่จะให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยไม่สบายใจ หรือมีปัญหาสามารถพูดคุย และขอ คำปรึกษาจากพยาบาลจิตเวชได้ ซึ่งการสร้างสัมพันธภาพจะใช้เวลานานหรือไม่ขึ้นอยู่กับผู้ป่วยที่ สร้างขอบเขตปกป้องตนเองไว้ สำหรับการเข้ากลุ่มถ้าผู้ป่วยไม่ไว้วางใจในกลุ่ม การที่ผู้ป่วยไม่มีการพูดคุยในกลุ่ม แต่ผู้ป่วยสามารถได้รับประโยชน์จากการฟัง เพื่อนำไปใช้ในวันข้างหน้าได้ ถ้าพยาบาลสร้างสัมพันธภาพในลักษณะที่ไม่คุกคาม นำไว้วางใจ เพื่อนสมาชิกมีการแสดงออก ในท่าทางที่อบอุ่น จะทำให้ผู้ป่วยกล้าที่จะพูดคุยด้วย

การคัดเลือกผู้ป่วยจิตเวชหญิงเพื่อทำกลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง พบว่า การคัดเลือกผู้ป่วยจิตเวชหญิงนั้นส่วนหนึ่ง ใช้เครื่องมือที่เป็นแบบประเมินสมรรถภาพของกรม สุขภาพจิตเพื่อทดสอบผู้ป่วย ส่วนหนึ่งจากการที่พยาบาลจิตเวชได้พูดคุยกับคนไข้ ชักถามคนไข้ ใน ward ว่าปัญหาของคนไข้เป็นปัญหาแบบใด ถ้าเป็นปัญหาส่วนบุคคลจะไม่เหมาะกับการ เข้ากลุ่มบำบัด เพราะปัญหาส่วนบุคคลเช่น การถูกข่มขืน เป็นเหมือนสิ่งที่เป็นตราบาปอยู่ในใจของคนไข้ และจะทำให้คนไข้ไม่ยอมเปิดเผยปัญหาที่เป็นตราบาปของตนเองออกมา จึงไม่ควรที่จะนำคนไข้ที่มีปัญหาส่วนบุคคลเข้าทำกลุ่มที่ต้องเปิดเผยปัญหาให้ผู้อื่นรับทราบด้วย ส่วนคนไข้ที่มีความบกพร่องในการสร้างปฏิสัมพันธ์ ในการเรียนรู้เกี่ยวกับการพูดคุยกับคนอื่น การบอกความรู้สึกกับคนใกล้ตัว พยาบาลจิตเวชจะใช้กลุ่มจิตบำบัดช่วยแก้ปัญหาให้คนไข้ นอกจากการประเมินคนไข้ด้วย 2 วิธีข้างต้นแล้ว พยาบาลจิตเวชจะต้องใช้ข้อมูลสนับสนุนจาก แพ้มประวัติ ซึ่งคนไข้ที่จะคัดเข้ากลุ่มจะต้องมีอาการทางจิตระดับหนึ่ง และสามารถสื่อสารใน กลุ่มได้ด้วย

สำหรับการเลือกผู้ป่วยในการทำกลุ่มที่ขึ้นอยู่กับเพศ และวัยนั้น พยาบาลจิตเวชอธิบาย ว่า “ การทำกลุ่มแบบคณะเพศ คณะวัย จะมีผลดีกันคนละแบบ ถ้าเป็นกลุ่มวัยรุ่นอายุไล่เลี่ยกัน คนไข้ก็จะได้แนวคิดในลักษณะเดียวกัน บางคนจะมีปัญหาคล้าย ๆ กัน ก็จะสามารถแนะนำกัน

ได้ ช่วยเหลือกันได้ แต่ถ้าเป็นต่างประเทศต่างวัย ก็จะมีมุมมองต่างกัน เช่น เด็กคนนี้มีปัญหาพ่อแม่ไม่ให้ไปไหน ถ้าเป็นคนสูงอายุที่มีครอบครัวแล้ว เขาก็จะให้แนวคิดที่ว่าไม่ให้ไปเพราะความห่วงใย ด้วยเพศด้วยวัยคนไข้จะให้มุมมองในหลายแง่มุม ทุกกลุ่มมีผลดีด้วยกันหมดทุกอย่าง บางปัญหาที่พยาบาลไม่รู้จะแก้ไขอย่างไร ไม่รู้จะชี้แนะอย่างไร ประสบการณ์จากสมาชิกกลุ่มสามารถช่วยชี้แนะได้” (สัมภาษณ์ 2 เมษายน 2545. จันทร์ฉาย เนตรสุวรรณ , ผู้นำกลุ่ม) สำหรับโรงพยาบาลสวนปรุงจะมีการทำกลุ่มแบบแยกเพศ แยกวัย และแบบรวมในบางกรณี

การมีส่วนร่วมในการคิด ตัดสินใจ และแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ของผู้ป่วยจิตเวชหญิง พบว่า ส่วนมากพยาบาลจิตเวชจะให้คนไข้ได้คิด ตัดสินใจเลือกใช้วิธีในการแก้ปัญหาเอง โดยมีเพื่อนสมาชิกคนอื่นช่วยตัดสินใจด้วย พยาบาลจิตเวชจะไม่ใช่ผู้ตัดสินใจให้คนไข้ เพียงแต่จะเป็นผู้ให้ข้อมูลที่กว้างขึ้น แล้วให้คนไข้ตัดสินใจเอง เพราะคนไข้มีประสบการณ์เกี่ยวกับปัญหาของตนเอง การตัดสินใจเลือกวิธีแก้ไขปัญหาคอนี้ควรที่จะเป็นผู้เลือกเอง สำหรับการที่พยาบาลจิตเวชจะเป็นผู้ตัดสินใจให้จะขึ้นอยู่กับกรณีไป เช่น “ การที่คนไข้เห็นว่าการดื่มสุร่าเป็นสิ่งดีช่วยให้ลืมความทุกข์ ตรงจุดนี้ถ้าสมาชิกคนอื่นเห็นด้วย พยาบาลจะต้องให้ข้อมูล และตัดสินใจว่าการดื่มสุร่าเป็นสิ่งไม่ดี ” (สัมภาษณ์ 2 เมษายน 2545. จีรพรรณ โสภาสุวรรณ , ผู้นำกลุ่มร่วม)

จำนวนสมาชิกในการทำกลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง พบว่า การจำกัดจำนวนสมาชิกในการทำกลุ่มประมาณ 8 – 12 คน เพื่อให้การดำเนินกลุ่มเป็นไปตามเป้าหมายที่วางไว้ เพราะผู้ป่วยจิตเวชหญิงแต่ละคนมีความสามารถในการพูดคุย แลกเปลี่ยนประสบการณ์ความคิดเห็นที่แตกต่างกัน การควบคุมให้กลุ่มสามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้นจึงต้องจำกัดจำนวน ประเมินความสามารถ และอาการของผู้ป่วยจิตเวชหญิงด้วย

ระเบียบและข้อกำหนดของการทำกลุ่ม ซึ่งเป็นข้อตกลงร่วมกันระหว่างพยาบาลจิตเวชกับสมาชิกถึงกติกาที่จะใช้ในกลุ่ม มีดังนี้ อย่าพูดแทรกขณะผู้อื่นพูด จะต้องขออนุญาตก่อนออกจากกลุ่ม อย่าพูดยึดเยื้อ ทุกคนจะต้องร่วมพูดแสดงความคิดเห็น และข้อกำหนดที่กลุ่มนี้เน้นมากที่สุดคือ เรื่องที่พูดคุยกันในกลุ่มจะต้องเก็บเป็นความลับ ไม่นำออกไปพูดนอกกลุ่ม หรือห้ามนำไปล้อเลียนกัน ซึ่งจะทำให้คนไข้เกิดความไว้วางใจในการนำปัญหาของตนเองมาพูดคุยในกลุ่มนี้ เหมือนที่พยาบาลจิตเวชอธิบายว่า “ ลักษณะของกติกาจะคล้ายกับกลุ่มอื่น ๆ

แต่ในกลุ่มนี้จะเน้นกติกาตรงที่ว่า จะต้องเก็บเป็นความลับ เพราะว่าการเก็บนี้จะให้คนใช้เล่า ประสบการณ์ หรือปัญหาชีวิต เพราะฉะนั้นกติกาที่เน้นว่าจะต้องเก็บเป็นความลับ ไม่ล้อเลียน กันหลังจากเลิกกลุ่มไปแล้ว ไม่นำไปพูดนอกกลุ่ม เป็นการตั้งเป็นกฎไว้เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ กัน ” (สัมภาษณ์ 2 เมษายน 2545. จีวรรณ โสภาสุพรรณ , ผู้นำกลุ่มร่วม)

อำนาจภายในกลุ่ม จากการสังเกตการณ์แบบไม่มีส่วนร่วม พบว่า อำนาจที่เกิดขึ้นในกลุ่มสามารถไปปิดกั้นการคิดของผู้ป่วยจิตเวชหญิงได้ เช่น ความกลัวในการถูกลงโทษ การครอบงำทางความคิดจากเพื่อนสมาชิก ซึ่งทำให้ผู้ป่วยเกิดการคล้อยตาม และไม่เกิดการ แสดงความคิดเห็นใหม่ ๆ ออกมา อำนาจเหล่านี้จะทำให้การทำงานของกลุ่มไม่มีประสิทธิภาพ เพราะผู้ป่วยจิตเวชหญิงคนอื่นจะไม่กล้าแสดงความคิดเห็น และขาดความมั่นใจที่จะพูดคุย ปัญหาเกี่ยวกับสมาชิกในกลุ่ม ดังนั้นการลดทอนอำนาจที่เกิดขึ้นในกลุ่ม จึงเป็นหน้าที่ของพยาบาล จิตเวชที่จะช่วยสร้างสัมพันธภาพภายในกลุ่ม ลบภาพความกลัวที่เกิดขึ้นในใจของผู้ป่วย ควบคุมการครอบงำทางความคิดของสมาชิกในกลุ่มให้หมดไป โดยการสร้างกำลังใจส่งเสริม ความเชื่อมั่นให้ผู้ป่วยจิตเวชหญิงกล้าที่จะเปิดเผยปัญหา และร่วมหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา ของกลุ่ม ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณค่า และมีความสำคัญในการทำกลุ่มมากขึ้น

สภาพแวดล้อมของโรงพยาบาลสวนปรุง จากการสังเกตการณ์พบว่า สภาพแวดล้อมภายในโรงพยาบาลสวนปรุงมีความสวยงาม สะอาดเรียบร้อย เงียบสงบ ร่มรื่น มีการจัดแบ่งอาคาร และบริเวณพื้นที่ทำงานอย่างเป็นสัดส่วน โดยพื้นที่การดูแลผู้ป่วยแบ่งเป็น บริเวณของผู้ป่วยจิตเวชหญิง ผู้ป่วยจิตเวชชาย และบริเวณของอาคารพักฟื้นผู้ป่วยที่ญาติ สามารถมาเฝ้าได้ซึ่งเป็นอาคารรวม สำหรับในบริเวณของผู้ป่วยจิตเวชหญิง อาคารต่าง ๆ จะ ประกอบด้วยอาคารนอนที่มีพื้นที่สำหรับทำกลุ่มบำบัดต่าง ๆ ด้วย และอาคารกิจกรรมบำบัด สำหรับฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยจิตเวชหญิง ในการทำกิจกรรมบำบัดบางกิจกรรมจะมี ผู้ป่วยจิตเวชชายเข้าร่วมทำกิจกรรมด้วย นอกจากนี้กิจกรรมต่าง ๆ เช่น การร้องเพลง และ กิจกรรมนันทนาการ ผู้ป่วยจิตเวชหญิงจะได้ออกไปทำกิจกรรมเหล่านี้ร่วมกับผู้ป่วยจิตเวชชาย ตามสถานที่ที่ทางโรงพยาบาลจัดเตรียมไว้ให้ ซึ่งสถานที่สำหรับทำกิจกรรมและการบำบัดต่าง ๆ จะถูกแบ่งอย่างเป็นสัดส่วนอย่างชัดเจน เพื่อให้ผู้ป่วยได้เปลี่ยนบรรยากาศของการทำกลุ่มบำบัด และเป็นการช่วยผ่อนคลายความเครียด และช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกที่ดีขึ้น บรรยากาศภายใน โรงพยาบาลโดย

รวมจึงไม่ถึงเครียด ทั้งพยาบาลจิตเวช เจ้าหน้าที่ และผู้ป่วยจิตเวชหญิงต่างมีความคุ้นเคยสนิทสนมเป็นกันเอง ตลอดจนมีการช่วยเหลือพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกันเป็นอย่างดี

จากการสนทนากับผู้ป่วยจิตเวชหญิง เพื่อนำมาวิเคราะห์รวมถึงปัจจัยที่มีผลทำให้กลุ่มสามารถบรรลุเป้าหมายของการบำบัดได้นั้น พบว่า

วัตถุประสงค์ของการทำกลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง ผู้ป่วยจิตเวชหญิงได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ในการทำกลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง ดังต่อไปนี้

วัน “ เพื่อเตรียมตัวที่จะอยู่กับสังคมใหม่ ”

ญา “ จิตบำบัดระดับประคอง คือ เราได้รู้ว่า เรามีเพื่อนที่รักเรามากกว่าอยู่ที่บ้าน แล้วก็ได้แก้ปัญหาให้เพื่อนด้วย เราก็จะรู้ว่านิสัยใจคอเราเป็นยังไง เราอยากจะทำให้เพื่อนในกลุ่มช่วยเราด้วย ”

รัช “ ทำให้เราคุยเรื่องปัญหาของเรากับเพื่อน แล้วก็สบายใจขึ้น ”

ภา “ การออกไปสู่โลกภายนอกด้วยตัวเราเอง ไม่ต้องกลัวคนว่า ไม่ต้องกลัวใคร อยู่ที่ตัวเรา ถ้าเราทำดี พุดไปเขาไม่สนใจ เราทำตัวเราให้ดีที่สุด ”

ณา “ ได้ระบายความคับข้องใจ ได้พูดคุยปัญหา ให้รู้จักกันภายในกลุ่ม ”

พร “ เพื่อได้ระบายออก อยากให้พุดในสิ่งที่อัดอั้นตันใจ หรือไม่มีสิ่งที่ไม่มีโอกาสได้เล่า บอกเล่าให้พยาบาลฟัง และเพื่อนฟัง คลายเครียด ”

รัน “ ให้ได้รู้ว่าปัญหาที่เขาพุด ปัญหาของแต่ละคนมาอย่างไร ”

การรับรู้เกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการทำกลุ่มจิตบำบัดระดับประคองในผู้ป่วยจิตเวชหญิงนั้นมีความแตกต่างกันไป บางคนก็สามารถบอกวัตถุประสงค์ของการทำกลุ่มได้ถูกต้อง บางคนอธิบายถึงความคิด ความรู้สึกของตนเองที่เกิดขึ้นในการทำกลุ่ม ซึ่งการรับรู้เกี่ยวกับวัตถุประสงค์ในการทำกลุ่มของผู้ป่วยนั้น มีหลักของการรับรู้ที่อยู่ดีเป็นการพูดคุยถึงปัญหาของสมาชิกในกลุ่ม

ทัศนคติต่อการทำกลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง ผู้ป่วยจิตเวชหญิงได้แสดงทัศนคติของตนเองต่อการทำกลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง ไว้ว่า

วัน “ ชอบค่ะ ตรงที่ว่าได้รับความสนุกสนาน แล้วก็มีสติปัญญาดีค่ะ พอใจตรงที่ว่าอะไรก็พอดี ๆ กันหมดเลย ”

ญา “ รู้สึกสบายใจที่ได้เผยแพร่อารมณ์ให้กลุ่มจิตบำบัดรู้ค่ะ ”

รัช “ ชอบการเข้ากลุ่ม เพราะได้ความรู้เพิ่มเติม ได้รู้จักกับปัญหาของเพื่อน ของเรา ถ้ามีให้เข้ากลุ่มบ่อย ๆ ก็จะเข้า ”

ภา “ สบายใจ ได้ประโยชน์หลายอย่าง ”

ณา “ ให้ความรู้ แต่ไม่ค่อยชอบ ”

พร “ ก็ดี พอใจกับการเข้ากลุ่ม เต็มใจเข้ากลุ่ม ชอบเข้ากลุ่มได้พูดคุยปัญหาเกี่ยวกับเพื่อน ”

รัน “ ชอบ ได้พูดคุยปัญหา ”

ผู้วิจัยจิตเวชหญิงต่างมีทัศนคติที่ดีต่อการเข้ากลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง ทุกคนจะบอกคล้ายกันว่า การพูดคุยปัญหา ทำให้ได้ความรู้ ได้ประโยชน์ เกือบทุกคนจึงชอบการเข้ากลุ่มแต่จะเห็นได้ว่าจะมีแต่ ณา เท่านั้นที่ไม่ค่อยชอบการเข้ากลุ่ม ซึ่งอาจมีเหตุผลอื่นที่ทำให้คนใช้รายนี้มองว่าการเข้ากลุ่มได้ความรู้ แต่ตนเองไม่ค่อยชอบ

ทัศนคติต่อพยาบาลจิตเวช ผู้ป่วยจิตเวชหญิงได้แสดงทัศนคติที่ตนเองมีต่อพยาบาลจิตเวชไว้ว่า

วัน “ พยาบาลให้ความช่วยเหลือดีค่ะ แนะนำดี เป็นเรื่องของงานวิชาการ พยาบาลให้ความร่วมมือดี ไม่กลัว ”

ญา “ พยาบาลเขาสอนเราดี ให้คำแนะนำเราดี ชอบพยาบาลค่ะ ชอบตรงที่แนะนำให้เรารู้ว่าถ้ากลับไปจะทำยังไง ”

รัช “ ก็ให้ความรู้ดีค่ะ ไม่ดู ไม่กลัว ”

ภา “ ใจดี ชอบ พยาบาลคุยให้ความรู้ บางครั้งก็แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกัน ”

ณา “ ให้ความนึกคิดกับเราดี ใจดี ”

พร “ ดี ใจดี พยาบาลดีทุกคน ให้ความอดทนสูงกันทั้งนั้น มีความเก็บกด อดทนอดกลั้น ”

รัน “ ใจดี ชอบช่วยเหลือ กระตุ้นให้เราได้พูดคุยปัญหาของเราออกมา ”

ผู้ป่วยจิตเวชหญิงมีทัศนคติที่ดีต่อพยาบาลจิตเวช ทุกคนมองว่าพยาบาลดี ให้ความรู้ ให้คำแนะนำ ให้ความช่วยเหลือคนไข้ มีความอดทนสูง ซึ่งทำให้คนไข้มองว่าพยาบาลใจดี และไม่กลัวพยาบาล

ทัศนคติต่อเพื่อนสมาชิกในกลุ่ม ผู้ป่วยจิตเวชหญิงบอกถึงทัศนคติที่ตนมีต่อเพื่อนสมาชิกในกลุ่มจิตบำบัดระดับประคองว่า

วัน “ สมาชิกแต่ละคนให้ความร่วมมือดีมาก แสดงความคิดเห็นดีคะ ช่วยแนะนำเรื่องอย่างที่เราควรเป็นแบบนี้ ”

ญา “ เพื่อนในกลุ่มเขาให้คำแนะนำกับพี่ดีคะ ไม่ทำให้พี่ไม่สบายใจ ไม่มีเลเยนะ ”

รัช “ เพื่อนในกลุ่มก็เข้ากับรัชได้ทุกคน ก็ช่วยแก้ปัญหาที่รัชคิดว่ากลุ่มออกกลุ่มใจ ก็อธิบายให้เพื่อนฟัง และก็พยาบาลนะคะ พอใจกับเพื่อนในกลุ่มเพื่อนดีทุกคน ”

ภา “ ก็ดีทุกคนคะ เขาไม่ค่อยพูด เขาจะเงียบไปเลย เราแนะนำประโยชนี่ให้เขา ”

ณา “ เฉย ๆ พอใจ สนุกแต่ไม่ได้พูดคุยกัน ”

พร “ ก็ดี สังเกตเขาดู คลายเครียดของเขาได้เยอะทีเดียว ให้ความร่วมมือทุกคนเลย ”

รัน “ ช่วยให้สบายใจขึ้น ไม่เกร็ง ไม่เครียด ”

จากทัศนคติที่ผู้ป่วยจิตเวชหญิงมีต่อเพื่อนสมาชิกในกลุ่ม เกือบทุกคนต่างมีความพอใจกับเพื่อนสมาชิกในกลุ่มที่มีการช่วยเหลือกันในการให้คำแนะนำ ช่วยแก้ปัญหาที่กลุ่มออกกลุ่มใจของตนเอง และต่างมองว่าทุกคนให้ความร่วมมือในการทำกลุ่มดี แต่ก็มีผู้ป่วยบางคนที่มีรู้สึกเฉย ๆ กับเพื่อนในกลุ่ม อาจจะมีสาเหตุจากที่คนไข้รายนี้มีทัศนคติที่ไม่ดีต่อกกลุ่มก็เป็นได้จึงทำให้คนไข้รู้สึกเฉย ๆ ในขณะที่เพื่อนคนอื่น ๆ ต่างมีความรู้สึกที่ดีต่อกัน

ความรู้สึกของผู้ป่วยจิตเวชหญิงก่อนเข้ากลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง ผู้ป่วยจิตเวชหญิงได้แสดงความรู้สึกของตนที่มีต่อกกลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง ดังนี้

วัน “ ก่อนเข้ากลุ่มรู้สึกว่ามันไม่ค่อยดีเท่าไร เพราะว่าเครียดใจคะ แล้วก็จิตใจที่ร้อนคะ ก่อนที่เราเข้ากลุ่มนี้เขาให้เลือกก่อนคะว่า ตัดสินใจก่อนว่าจะไปเข้ากลุ่มอะไรคะ แล้วก็ตัดสินใจเข้ากลุ่มนี้คะ เพราะว่ากลุ่มนี้ค่อนข้างน่าสนใจ ”

ญา “ ก็พี่อยากเข้ากลุ่มไง เราจะได้พอมีปัญหาอะไรคนในกลุ่มจะได้ช่วยเราด้วย ก่อนเข้ากลุ่มเขาก็มีใบประเมินผล เราจะเข้ากลุ่มมีอะไรก็เขียนในใบกระดาษ ”

รัช “ ก่อนเข้ากลุ่มเขาแจ้งให้ทราบว่ามันตรงกับวันพฤหัสบดี ชอบมากค่ะ ”

ภา “ เขาบอกให้รู้ก่อนคะว่าจะมีการเข้ากลุ่ม อยากเข้ากลุ่มอยู่แล้ว ชอบ ”

ณา “ ไม่ชอบ ”

พร “ ก็อยากเข้าคะ สนใจ อยากได้ประโยชน์ ”

ริน “ รู้สึกเฉย ๆ ค่ะ ”

ความรู้สึกของผู้ป่วยจิตเวชหญิงก่อนเข้ากลุ่มจิตบำบัดระดับประคับประคอง พบว่า แต่ละคนต่างมีความรู้สึกที่หลากหลายกันไป ทั้งความรู้สึกที่ชอบการเข้ากลุ่ม อยากเข้ากลุ่ม ความรู้สึกที่ไม่ค่อยดีเกี่ยวกับตนเองจึงเลือกที่จะเข้ากลุ่มจิตบำบัดนี้ ความรู้สึกที่ไม่ชอบการเข้ากลุ่มนี้ และความรู้สึกเฉย ๆ ซึ่งผู้วิจัยวิเคราะห์ว่าความรู้สึกของผู้ป่วยจิตเวชหญิงที่มีก่อนการเข้ากลุ่มนี้อาจเป็นผลมาจากประสบการณ์ของแต่ละคนและความรู้สึกของแต่ละคนที่เกี่ยวกับการทำกลุ่มจิตบำบัดต่าง ๆ มา

ความรู้สึกของผู้ป่วยจิตเวชหญิงระหว่างการเข้ากลุ่มจิตบำบัดระดับประคับประคอง
ผู้ป่วยจิตเวชหญิงต่างแสดงความรู้สึกที่มีในระหว่างการทำกลุ่ม ว่า

วัน “ ก็ช่วยกันทำงานเกี่ยวกับจิตบำบัดนะคะ รู้สึกดีขึ้น ได้พูดระบาย ”

ญา “ พี่ก็จะช่วยแก้ปัญหาให้เพื่อนด้วยคะ ดีขึ้นคะ ”

รัช “ ขณะเข้ากลุ่มรู้สึกดีใจมากเลยคะ ให้ความรู้เพื่อนบ้าง ส่วนใหญ่ฟัง ฟังมากกว่า ”

ภา “ เราได้ช่วยเพื่อนด้วย แล้วเราก็ได้ประโยชน์จากตรงนั้น เป็นบทเรียนสอนเราว่า ถ้าเราอยากออกไป เราจะต้องทำอย่างนั้นอย่างนี้นะ ”

ณา “ กลัว ”

พร “ ได้แสดงความคิดเห็นช่วยเพื่อนด้วย ”

ริน “ รู้สึกไม่เครียด สนุกดี ”

ผู้ป่วยจิตเวชหญิงได้แสดงความรู้สึกที่มีในระหว่างการเข้ากลุ่มจิตบำบัดระดับประคับประคองนั้น พบว่าส่วนใหญ่จะรู้สึกดีขึ้น ทั้งได้ช่วยกันทำงานกลุ่ม ช่วยแก้ปัญหาให้เพื่อน การได้รับ

ประโยชน์จากการทำกลุ่ม ไม่เครียด แต่ก็มีผู้ป่วยเพียงส่วนน้อยที่ยังมีความรู้สึกกลัวในระหว่างการทำกลุ่มจิตบำบัดระดับประคองในครั้งแรก เพราะการทำกลุ่มผู้ป่วยจะต้องรู้จักกับเพื่อนมากขึ้น โดยถูกกระตุ้นให้ร่วมแสดงความคิดเห็นในกลุ่ม รวมทั้งกลัวผู้นำกลุ่มร่วมที่เคยลงโทษผู้ป่วยมาแล้ว เป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยกลัวในระหว่างเข้ากลุ่มได้

ความรู้สึกของผู้ป่วยจิตเวชหญิงหลังการเข้ากลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง ซึ่งผู้ป่วยจิตเวชหญิงได้แสดงความรู้สึกว่า

วัน “ หลังจากออกจากกลุ่มก็ดีขึ้นกว่าเดิมค่ะ ตรงที่ว่าไม่เครียดค่ะ ทุกทีเครียดค่ะ ”

ญา “ ก็ดีขึ้นค่ะ ถ้ากลับบ้านก็จะทำอย่างที่พยาบาลบอกเหตุผล ถ้าเรากลับไปบ้านเราจะทำยังไง ”

รัช “ รู้สึกอยากจะทำอีก ”

ภา “ ก็ดีค่ะ เข้ากับเพื่อนได้ เข้ากับสังคมภายนอก เข้ากับสภาพแวดล้อมได้ ”

ณมา “ ได้ประโยชน์จากกลุ่ม รู้สึกดีขึ้น ได้ใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ ”

พร “ ยังอยากเข้ากลุ่มอีก ”

วัน “ รู้สึกดีขึ้น ได้ประโยชน์จากกลุ่ม ”

ผู้ป่วยจิตเวชหญิงทุกคนมีความรู้สึกที่ดีขึ้นหลังออกจากกลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง บางคนมีความต้องการอยากจะทำกลุ่มอีก บางคนรู้สึกว่าการทำงานกลุ่มมีประโยชน์ ซึ่งจะนำข้อมูลและข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำกลุ่มไปปรับใช้ในชีวิตประจำวันของตน

ประโยชน์ที่ได้รับจากการทำกลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง ผู้ป่วยจิตเวชหญิงได้อธิบายถึงประโยชน์ที่ตนได้รับจากการทำกลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง ว่า

วัน “ ได้ความเพลิดเพลินความสนุกสนานค่ะ เพราะเป็นกิจกรรมที่ไม่เครียดค่ะ ”

ญา “ ที่ได้จากกลุ่ม คือในกลุ่มสอนให้เรามองโลกในแง่ดีค่ะ เราก็ร่าเริง แจ่มใส ไม่คิดอะไรฟุ้งซ่านเลย มีแต่คนรู้ว่าเราเป็นอย่างไร เราก็เก็บข้อมูลที่เขาให้มาเอาไปใช้ค่ะ ”

รัช “ ก็ได้ความรู้ ความคิด การแลกเปลี่ยนปัญหาอะไรกับเพื่อนค่ะ ”

ภา “ เราจะได้ประโยชน์ เอาตรงนั้นมาบวกกับความคิดของเรา แล้วจะทำให้เราได้
เสนอแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกัน จะได้ประโยชน์จากตรงนั้น นำไปใช้ใน
ชีวิตประจำวัน ”

ณา “ ทำให้รู้สึกดีขึ้น รู้จักกันดียิ่งขึ้น ทำให้เราได้ระบายออกมา ”

พร “ ได้แลกเปลี่ยนทัศนคติกัน ได้เปลี่ยนประสบการณ์ของกันและกัน ได้เรียนรู้
เพิ่มเติมชีวิตของเพื่อนมันแตกต่างจากชีวิตเรา ทำให้เราต้องระมัดระวังมากขึ้น
สิ่งที่เป็นประโยชน์ก็นำไปใช้ แง่คิดที่เราต้องระวังรักษาไม่ให้ก้าวพลาดอย่างที่ก้าว
พลาดมาแล้วเหมือนอย่างเพื่อน หรือว่าตัวคุณหมอมเอง ”

รัน “ ได้รู้ความทุกข์ของเพื่อน รู้แล้วดีเป็นประสบการณ์ ”

ผู้ป่วยจิตเวชหญิงต่างได้รับประโยชน์จากการทำกลุ่มจิตบำบัดระดับประคองดังนี้
ได้รับความสนุกสนานเพลิดเพลิน ได้รับความรู้ ได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ความคิดเห็นกับ
เพื่อน ได้รู้ปัญหาของเพื่อนเพื่อนำมาเป็นประสบการณ์ที่ตนเองจะได้ไม่ทำผิดพลาด และข้อมูลที่
ได้จากกลุ่มคนไข้คิดว่าจะนำไปปรับใช้ในชีวิตประจำวัน นอกจากนี้กลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง
ยังช่วยให้คนไข้รู้สึกดีขึ้น ได้รู้จักกับเพื่อนสมาชิกดียิ่งขึ้น

จากข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลทำให้การสื่อสารกลุ่มบรรลุป่าหมายของการบำบัด
ข้างต้น สามารถแยกรายละเอียดเป็นปัจจัยต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นออกเป็น 4 ปัจจัยใหญ่ ๆ คือ ปัจจัยที่
เกิดจากพยาบาลจิตเวช ปัจจัยที่เกิดจากกลุ่ม ปัจจัยที่เกิดจากผู้ป่วยจิตเวชหญิง และปัจจัย
ทางด้านสภาพแวดล้อม ดังแสดงในภาพที่ 5 ดังนี้

ส่วนที่ 4 การให้ความหมายและการสร้างความเข้มแข็งของผู้ป่วยจิตเวชหญิง

ประเด็นต่าง ๆ ดังที่จะได้เสนอผลการวิจัยต่อไปนี้จะป็นองค์ประกอบที่จะทำให้เข้าใจความคิด ความรู้สึก และทัศนคติของผู้ป่วยจิตเวชหญิงที่มีต่อตนเอง เพื่อนำไปสู่การให้ความหมายและการสร้างความเข้มแข็งของผู้ป่วยจิตเวชหญิง ที่สะท้อนถึงการต่อสู้กับการถูกสังคาม และคนในครอบครัวตีตราว่าเป็นผู้มีความผิดปกติทางจิต ดังนี้

ความมั่นใจของผู้ป่วยจิตเวชหญิงในการดำเนินชีวิต ผู้ป่วยจิตเวชหญิงได้อธิบายถึงความมั่นใจที่ตนเองมีในการดำเนินชีวิตว่า

วัน “ มั่นใจที่จะดำเนินชีวิตแบบมีจุดประสงค์เดียวคือ ทุกคนเป็นคนดีคะ ตัวเราก็เป็นคนหนึ่งที่อยู่ในสังคมคะ เราไม่จำเป็นต้องเป็นคนดี เพราะว่าเรามีค่าคะ ทุกคนมีความสำคัญ ”

ญา “ มั่นใจมากขึ้นคะ มั่นใจคือ ในกลุ่มทุกคนเขาก็ป่วยเหมือนกัน แต่ป่วยกันคนละแบบ ... มั่นใจสูงสุด ถ้าแม่มาจะบอกให้แม่รู้ว่า จะเปลี่ยนตัวเองเป็นคนใหม่คะ แล้วก็ทำในสิ่งที่ดีที่แม่ต้องการได้ ”

รัช “ มั่นใจมากคะ จะเอาความรู้ที่พยาบาลที่เพื่อนได้อธิบายให้กันฟัง ผลบวกผลลบจะนำไปใช้ได้ดีมากเลยคะ จะคิดจะทำอะไรที่พยาบาลบอกมาให้คิดก่อน จะทำอะไรให้คิด อย่าไปวิตกกังวลอะไรมาก ”

ภา “ มีความมั่นใจสูงขึ้น ความมั่นใจมันมีมาตั้งแต่เกิดแล้ว ”

ณา “ ไม่มั่นใจเพราะแม่ไม่เอาหนูแล้ว แม่อยากให้หนูไปอยู่สงเคราะห์ แม่แก่แล้วความคิดของเรามันผิดกัน แต่ถ้าหมอให้กลับบ้าน มั่นใจว่าจะกลับไปอยู่บ้านได้ ”

พร “ มั่นใจตัวเอง มั่นใจมานานแล้ว เรียนภาษาด้วยตัวเองว่าจะเรียนต่อ สมัครงาน เป็นหลายอย่าง เสริมสวย ขายเสื้อผ้า ทำงานโรงแรม ”

รัน “ มั่นใจว่าจะหายคะ เพราะไม่ค่อยมีแล้วพวกภาพหลอนอะไรอย่างนี้ พี่สาวก็หายโกรธแล้ว คุยกันแล้ว ”

ผู้ป่วยจิตเวชหญิงทุกคนมีความมั่นใจที่จะออกไปใช้ชีวิตในสังคมได้ โดยจะนำความรู้ที่ได้รับจากการเข้ากลุ่มไปใช้ในชีวิตประจำวัน แต่ก็ยังมีผู้ป่วยในบางส่วนที่ความมั่นใจนั้นขึ้นอยู่กับ

ครอบครัว เพราะคนในครอบครัวมีอิทธิพลต่อการออกไปดำเนินชีวิตของคนเหล่านี้มาก ซึ่งบางคนได้ตั้งเป้าหมายไว้ว่าหลังออกจากโรงพยาบาลแล้วจะไปอยู่สังคมสงเคราะห์ตามที่คนในครอบครัวต้องการ บางคนจะหางานทำช่วยครอบครัว หรือบางคนคิดว่าต้องการอยากที่จะออกไปเรียนต่อ

แพทย์ลงความเห็นว่าเป็นผู้ป่วยทางจิตเวช และต้องเข้ามารักษาตัวในโรงพยาบาลสวนปรุ้ง ผู้ป่วยจิตเวชหญิงได้แสดงความรู้สึกต่อประเด็นนี้ว่า

วัน “ หมอไม่ได้บอกอะไรมีแต่ถามค่ะ แต่ทราบว่าเป็นโรคทางจิตใจค่ะ เมื่อเข้ามารักษาแล้วรู้สึกดีขึ้นค่ะ มีทัศนคติด้านบวกค่ะ ”

ญา “ หมอเขาลดยาให้ แต่รู้สึกไม่สบายใจที่ต้องอยู่โรงพยาบาล ไม่อยากอยู่เลย เพราะว่าพี่ได้ทะเลาะกับแม่ แม่ไม่ให้ไปไหนอยู่แต่ในบ้าน ”

รัช “ หมอบอกว่าขาดยาไม่ได้ เพราะไม่รู้สาเหตุว่าเป็นอะไร อยู่โรงพยาบาลตอนแรก รู้สึกอึดอัด คิดถึงลูก ตอนนั้นรู้สึกว่าแม่เป็นห่วงเรา ให้หายดีก่อนแล้วค่อยไปอยู่กับลูก ไม่รังเกียจโรงพยาบาล รักโรงพยาบาลมาก ”

ภา “ หมอเขาบอกว่าเป็นโรคเครียด ไม่ชอบโรงพยาบาลนี้ อยากไปอยู่โรงพยาบาลแมคฯ อยากกลับไปบ้านไปกินยามากกว่า เพราะว่าเหมือนกัน ”

ณา “ หนูไม่รู้สึกรังเกียจอย่าง ตอนนั้นถ้าหนูจะออกไป ถ้าออกไปได้ก็ไม่อยากเข้ามาหรอก เขาตัดผมหมดเลย จริง ๆ ไม่อยากเข้ามา อยู่โรงพยาบาลแล้วรู้สึกคิดถึงลูก แต่ตอนนี้ O.K. แล้ว ดีแล้ว ”

พร “ หมอบอกเป็นโรคเครียด หนูแหว่ เขาอธิบายให้ฟังแล้วก็คลายเครียดนิดหน่อยแล้วก็จะหายไปเอง เพราะรักษาให้หายได้ อยู่โรงพยาบาลแล้วรู้สึกอึดอัดไม่ชอบ อยู่บ้านดีกว่า อยู่ที่นี่มีเพื่อนแต่ก็ไม่เหมือนอยู่บ้าน อยู่บ้านสบายใจว่าถึงเราจะเหงาก็มีเพลง มีวิทยุ มีทีวีเป็นเพื่อน เราอิสระ ”

รัน “ หมอจะถามก่อนว่าเสพยาบ้าหรือเปล่า เราก็บอกว่าเสพยาบ้า เมื่อเข้ามารักษาไม่รู้สึกรังเกียจจะพูดยังไง ก็ดีนะคะ ก็เห็นทุกคนก็คุยดีเหมือนกันนะคะ บางทีคุยกับเขาก็รู้เรื่องเหมือนกัน แต่ก็มีบางครั้งที่เห็นเพื่อน ๆ เดียวก็มีอาการขึ้นมา พูดคนเดียว อยู่โรงพยาบาลนี้ก็ไม่ว่างเฉย ๆ ค่ะ เข้ากลุ่มอะไรพวกนี้เขาก็สอนนะคะ ”

พยาบาลก็บอกว่า เราก็ทำตัวเฉย ๆ ละ ถ้าเราดูดีเขาก็จะไม่มองว่าเราเป็นผีบ้ามาก่อน ”

ผู้ป่วยจิตเวชหญิงส่วนใหญ่บอกว่าหมอไม่ได้บอกว่าเป็นโรคอะไร บอกแต่เพียงว่าผู้ป่วยเครียด มีอาการหูแว่วบ้าง ซึ่งการที่ผู้ป่วยตีความหมายในอาการที่หมอบอกนั้น แสดงออกในเชิงความคิดที่ต่อต้านการวินิจฉัยของหมอ โดยผู้ป่วยจิตเวชหญิงมองว่า อาการเครียด หรืออาการหูแว่วของตนเองนั้น ไม่ใช่สิ่งร้ายแรง ถ้ามีการคลายเครียดด้วยการกินยา หรือการเปิดรับสิ่งบันเทิง ก็สามารถทำให้หายได้ ไม่จำเป็นต้องเข้ามารักษาตัวในโรงพยาบาล และผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่อยากจะเข้ามารักษาตัวในโรงพยาบาลนี้ เพราะรู้สึกไม่สบายใจ อึดอัด บางคนคิดถึงลูกอยากกลับไปอยู่บ้าน แต่ก็มีผู้ป่วยหญิงบางส่วนเมื่อได้รับคำแนะนำ ค่าปลอดใจจากพยาบาลจากคนรอบข้างแล้วก็ทำให้ความรู้สึกที่จะต้องเข้ามารักษาตัวในโรงพยาบาลดีขึ้น

คนในสังคม และคนในครอบครัวมีทัศนต่อผู้ป่วยจิตเวชหญิง ซึ่งเป็นความรู้สึกที่ผู้ป่วยจิตเวชหญิงรับรู้ถึงการถูกมองจากคนรอบข้างนั้น ผู้ป่วยจิตเวชหญิงอธิบายว่า

วัน “ เขาบอกว่าอย่าทำอย่างนั้นนะ อย่าทำอย่างนี้นะ ทำเรื่องก็คือว่าอย่าพึ่งอยากได้ของนะ แต่คนที่บ้านไม่กลัวละ ”

ญา “ แม่ น้อง รักพี่ มองพี่ในทางที่ดีมาก ไม่ลบหลู่อะไรพี่เลย เขาจับได้ว่าเราป่วยเวลาแม่มีอะไรก็ให้พี่ทุกอย่าง ”

รัช “ เราป่วย เราเป็นโรคอย่างนี้ยอมรับค่ะ แม่ยอมรับ ถ้าเวลาไม่ป่วยนี้ช่วยทำงานบ้านทุกอย่าง แม่ดูแลกับพี่สาว คนในครอบครัวไม่รังเกียจ เขารู้ดี ปฏิบัติกับเราเป็นปกติ แม่คอยเป็นห่วง คอยเตือนว่ากินยาหรือยัง กินข้าวแล้วต้องกินยานะ ”

ภา “ แม่บอกว่าอยู่บ้านชอบไว้วาย พุดมาก แม่เลยให้มาอยู่ที่นี่ ควบคุม ”

ณา “ แม่มองว่าเราป่วย ตอนนั้นแม่เขาดี ตอนนั้นหนูคลอคลุกเสิร์จก็เลี้ยงลูก เขาหาว่าเลี้ยงไม่ดี ”

พร “ โดนพี่สาวหลอกมา เขาเห็นว่าเราไม่ค่อยมีเพื่อน ไม่ค่อยคุยกับใคร ไม่มีเพื่อนคุย พี่สาวพามา แม่ก็คิดว่าเราเครียดก็เลยพามา เขาคิดว่าเราเครียดเสียใจมากกับชีวิตครอบครัวที่พังลงไป มีปัญหาต่อเนื่อง ครอบครัวแยก หย่ากับแฟน มีลูกอยู่กับแม่สามี ”

วัน “ มีแต่คนในบ้านเท่านั้นที่มองว่าเรายังป่วยอยู่ คนนอกบ้านไม่ค่อยมอง เขาเฉย ๆ บางทีหนูก็ยังโซว้เลย ไปทำงานหนูก็เอายา นี่โรงพยาบาลสวนปรุงเคยเข้ามาแล้ว ทุกคนก็จะเฉย ๆ ก็ไม่เป็นอะไร หนูไม่กลัว เขาก็ไม่กลัวเรา เขาก็รู้ คนอื่นเขา ยอมรับ มีแต่พี่สาวแล้วก็คนในบ้านเท่านั้นที่ไม่ยอมรับ เขาจะบอกว่าเวลามีเงิน ติดตัวก็จะไปหาของ ไปเล่นของ ไปเสพของแล้ว ครั้งสุดท้ายนี้เขาเริ่มยอมรับแล้ว มั้ง ไม่มีแม่แล้วมีแค่ 2 คนพี่น้อง ”

ผู้ป่วยจิตเวชหญิงมีความคิดว่าคนในครอบครัวมองตนเองว่าป่วย และควรมารักษาตัว ในโรงพยาบาลให้อาการดีขึ้น มองว่าตนเองมีความเครียด พุดมาก อยากได้อะไรก็ต้องเอาให้ได้ ทำให้ญาติต้องส่งผู้ป่วยเข้ามารักษาอาการเหล่านี้ด้วยความหวัง

ผู้ป่วยจิตเวชหญิงมีทัศนต่อตนเอง และให้ความหมายกับอาการทางจิตของตนเอง เป็นความรู้สึก และความนึกคิดที่ผู้ป่วยจิตเวชหญิงมองตนเอง และให้ความหมายต่อ อาการทางจิตของตนเอง โดยอธิบายว่า

วัน “ มองว่าเหมือนคนทั่วไปค่ะ ความหมายของเราก็คือ คน ๆ หนึ่งที่มีค่ามากกว่า ให้ความสำคัญทางด้านสมาธิค่ะ ”

ญา “ พี่ก็มองตัวเองว่ามีคนเขารังเกียจพี่นะ ชอบตาพี่ซ้ำ พี่ต้องบำรุงหน้าทุกครั้ง ต้อง แต่งแป้งแต่งอะไร เพื่อให้ชอบตาของพี่หาย ความหมายของพี่ก็คือ ถ้ามีคนเขา สงสารเราเป็นแบบนี้ พี่ก็ภูมิใจที่เขาคิดอย่างนี้กับเรา ถ้าคนอีกรูปแบบหนึ่ง เขา มองพี่ในด้านที่ลบ เราก็จิตใจห่อเหี่ยวไปเปล่า ๆ ”

รัช “ คิดว่าตัวเองหายดีแล้ว พอที่จะกลับไปอยู่กับลูกกับแม่ได้แล้วค่ะ ไม่มีวิตกกังวล อะไรแล้วค่ะ ความหมายกับตัวเอง ก็หมอบอกวินิจฉัยโรคไม่ได้ต้องกินยา ตลอดไปค่ะ ก็อาการของเราก็คงเครียดมากนะค่ะ ถ้าไม่เครียดก็คงไม่ได้มานอน โรงพยาบาล ”

ภา “ มองว่าตัวเองเป็นโรคเครียด ชอบซีเรียส เครียด ถ้าได้อยู่ที่บ้านร้องเพลง ก็ สบายใจ ให้ความหมายว่าตัวเองเป็นโรคเครียด ไม่ใช่เป็นโรคจิต เครียดอย่างเดียว ”

ณา “ หนูไม่รู้ หนูใจสั้นทำอะไรไม่ค่อยยึด ความหมายหรือคะ ไม่รู้ ”

พร “ เราปกติดี มีเครียด เสียงแว่ว ปวดหัวนิดหน่อย คนอื่นเขาไม่เชื่อว่าเราจะปกติดี ความหมายก็ ปกติดี มีอาการหูแว่วเป็นช่วง ๆ ตอนนี่ดีขึ้น แทบจะไม่มีแล้ว เครียดแทบจะไม่เครียด ที่ว่านี่เพราะไม่ได้กลับบ้าน แต่อยู่ที่บ้านหาวิธีคลายเครียดได้ ออกไปแอโรบิคบ้าง อ่านหนังสือ เขียนหนังสือ เพราะเป็นคนที่ชอบค้นหาความรู้ ”

วัน “ ถ้าเล่นของนะ ถ้าเสพของมันจะชี่ระแวง มันจะคิดว่าคนนั้นจ้องเราหรือเปล่า คนนี้จ้องเราหรือเปล่า อาการจะเป็นแบบนี้มากกว่า แต่เดี๋ยวนี่ไม่มีแล้ว ให้ความหมายกับตัวเองว่าหายแล้ว ไม่มีแล้ว ”

จากการที่ผู้ป่วยจิตเวชหญิงมองตัวเอง และให้ความหมายกับอาการทางจิตของตนเอง นั้น พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชหญิงมองตัวเองแตกต่างกันไป บางคนมองว่าคนอื่นเขารังเกียจตนเองที่มีชอบตาขำ บางคนมองว่าตนเองเป็นโรคเครียด มีความอดทนน้อย หรือถ้ากลับไปเสพยาอีกก็จะทำให้เป็นอีก และก็มีผู้ป่วยบางส่วนที่มองว่าตนเองเหมือนคนทั่วไป หายดีแล้วพอที่จะกลับบ้านได้แล้ว สำหรับความหมายที่ผู้ป่วยให้กับอาการของตนเองนั้น พบว่า ผู้ป่วยแต่ละคนให้ความหมายในลักษณะที่ต่างกันไป เช่น ให้ความหมายว่าตนเองเป็นคน ๆ หนึ่งที่มีค่ามากกว่า และให้ความสำคัญด้านสมาธิ หรือถ้าคนอื่นเขามองผู้ป่วยแบบสงสาร ผู้ป่วยจะมีความ รู้สึกภูมิใจที่เขาคิดอย่างนั้น และการให้ความหมายว่าตนเองเครียด ไม่ใช่เป็นโรคจิตหรือตนเองปกติดีและบางคนก็ไม่สามารถให้ความหมายกับอาการของตนเองได้

ผู้หญิงที่ไม่ได้มีอาการทางจิต ในความคิดของผู้ป่วยจิตเวชหญิงที่มองว่าผู้หญิงที่ปกติจะมีลักษณะอย่างไรนั้น ผู้ป่วยจิตเวชหญิงต่างแสดงความคิดเห็นของตนออกมาดังนี้

วัน “ เป็นคนมีบุคลิกภาพดี ตรงที่รู้จักความบกพร่องดีค่ะ เรื่องกิริยาและวาจา ก็คือทำอะไรโดยไม่รู้สึกตัวเองค่ะ บกพร่องนี้คือ ข้อผิดพลาดที่สามารถจะเลี้ยงได้ยากมากเลยคะ แก้ไขได้โดยการบำบัดจิตใจให้ดีขึ้นคะ คนปกตินี้เป็นคนที่มีบุคลิกจะรู้จักประเมินตน ”

ญา “ ร่าเริง แจ่มใส ไม่คิดอะไรฟุ้งซ่าน แล้วก็ทำตัวให้เป็นประโยชน์ต่อสังคม ก็ไปไหนก็ไปด้วยกัน ”

รัช “ จะดี เขาจะไม่ถอดเสื้อผ้า ลักษณะก็จะเป็นคนที่รู้เรื่องหมดเลยคะ รู้เรื่องแบบว่า พูดคุยอะไร จะมาพูดกับเราสอนเราอย่างนั้นอย่างนี้นะ ”

ภา “ ก็สไต ร่าเจิง ยี่มแจ่มไส ”

ณา “ มีการดำรงชีวิตอย่างฉลาด สามารถรู้ทำอะไรเป็น ชายของเป็น ทำงานช่วยที่บ้าน กวาดบ้าน ภูบ้านเป็น ”

พร “ เรื่อย ๆ คือลักษณะที่ว่ายังไงก็ได้ ในชีวิตในแต่ละวันควรจะทำอะไรได้ดี ผู้หญิงปกติทำงานบ้าน ดูแลตัวเอง ดูแลครอบครัว ช่วยแบ่งเบาภาระงานบ้าน ช่วยแบ่งเบาภาระต่าง ๆ เท่าที่ในบ้านจะมี ”

รัน “ ก็อย่างพวกพี่ ๆ เขาทั่ว ๆ ไปนี่ละสิ ไม่รู้ตอบไม่ได้ อย่างที่สาวนี่ก็ปกตินะ เขาก็มีงานทำของเขาอะไรพวกนี้ เขาคิดหาเงินของเขา ”

ผู้วิจัยจิตเวชหญิงต่างอธิบายถึงการให้ความหมายของผู้หญิงที่ไม่ได้มีอาการทางจิตในลักษณะที่ตรงข้ามกับคุณลักษณะของตนเอง ว่าผู้หญิงที่ไม่ได้มีอาการทางจิต หรือผู้หญิงที่ปกติ นั้นมีลักษณะดังนี้คือ มีบุคลิกภาพดี รู้จักความบกพร่อง รู้จักการประเมินตน มีงานทำ ร่าเจิง แจ่มไส ไม่คิดฟุ้งซ่าน ทำตัวให้เป็นประโยชน์ต่อสังคม มีการดำรงชีวิตอย่างฉลาด ทำงานช่วยที่บ้าน เช่น กวาดบ้าน ภูบ้าน ดูแลตัวเอง ดูแลครอบครัว แบ่งเบาภาระของครอบครัวได้

วิธีการสร้างความเข้มแข็งของผู้ป่วยจิตเวชหญิง ซึ่งผู้วิจัยจิตเวชหญิงอธิบายถึงวิธีการสร้างความเข้มแข็งของตนว่า

วัน “ ก็คือปลุกจิตใจให้มีจิตใจสำนึกคะ เรื่องความเป็นมา เป็นแบบคล้าย ๆ ประวัติคะ เต็มกำลังใจ เรื่องความหดหู่ใจบางทีก็อยากจะกลับบ้านคะ ยังไม่ได้กลับบ้านเลย ก็ต้องค่อย ๆ คิด ต้องมีสมาธิ มองไปไกล ๆ เพื่อจะได้ลืมเรื่องบ้านคะ ”

ญา “ พี่จะทำตัวให้เป็นประโยชน์ต่อสังคม คืออยู่กับเขาแล้วทำประโยชน์ให้กับเขาทุกอย่าง อยากร่ำรวยให้มาก ทำตัวดี ๆ ทำจิตใจร่าเจิง แจ่มไส คนเขาจะยอมรับว่าเราดีขึ้น ไม่เป็นอะไรแล้ว ”

รัช “ ก็พยายามให้กำลังใจตัวเองอยู่เสมอว่าต้องกินยา ไม่ต้องเครียด ต้องเข้ากับเพื่อนฝูงที่บ้านได้คะ แล้วจะสู้เพื่อแม่เพื่อลูก คิดว่าต้องหายคะ ต้องกินยาตลอดขาดยาไม่ได้ ”

- ภา “ บอกตัวเองว่าไม่ต้องทำอะไร มันทาย หายแน่ แต่ยานี้มันกินได้ตลอดจนกว่าจะตายก็กินได้ แต่เราต้องหมั่นมาหาหมอ อยากเรียนต่อแต่สงสัยแม่คงไม่ให้เรียน ”
- ณา “ ธรรมชาติ อ่านหนังสือธรรมชาติแล้วรู้สึกอยากอยู่ไม่อยากตาย ใช้แล้วได้ผลสร้างความเข้มแข็งให้เราได้ อยากเห็นหน้าลูก รักลูก อยากให้ลูกได้ดี อยากดู อยากเลี้ยงเอง อยากไปอยู่สังคมสงเคราะห์จะได้เห็นอะไรมากมาย ”
- พร “ ให้กำลังใจในตัวเองตรงที่เรียน กำลังใจสูงสุดก็ตรงอยากพบลูก และอยากเอามาเลี้ยงเอง เลี้ยงดูลูกเอง ”
- รัน “ ไม่รู้เหมือนกัน ก็คิดว่าอยากมีที่ทำงานหาเงิน เก็บเงินใหม่ คิดอยากจะทำางานทำแล้วค่ะ ”

วิธีการสร้างความเข้มแข็งของผู้ป่วยจิตเวชหญิง โดยผู้ป่วยจิตเวชหญิงทุกคนจะมีเป้าหมายในชีวิตของตนเองเพื่อให้ตัวเองมีความเข้มแข็งที่จะอยู่ต่อไป วิธีที่ใช้ขึ้นอยู่กับสภาพปัญหาของแต่ละคน เช่น ผู้ป่วยจิตเวชหญิงที่อยากกลับบ้านก็จะทำสมาธิ มองออกไปไกล ๆ เพื่อให้ตนเองลืมเรื่องบ้าน บางคนมีความคิดว่าต้องไม่ทำอะไร ต้องกินยาสม่ำเสมอ ต่อสู้เพื่อคนในครอบครัว บางคนมีเป้าหมายที่อยากเรียนต่อ อยากจะทำางานทำ บางคนใช้หนังสือธรรมชาติสร้างความเข้มแข็งให้กับตนเอง สำหรับผู้ป่วยจิตเวชหญิงที่มีลูกแต่ไม่สามารถจะเป็นผู้เลี้ยงลูกได้ด้วยอุปสรรคต่าง ๆ ทำให้มีเป้าหมายที่ต้องการอยากพบลูก ต้องการที่จะเลี้ยงลูกของตนเอง และอยากจะทำให้ลูกได้ดี สิ่งเหล่านี้เหมือนเป็นความหวังที่จะทำให้ผู้ป่วยมีความเข้มแข็งที่จะรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลต่อไป

ผู้ป่วยจิตเวชหญิงคาดหวังต่อการรักษา และการเตรียมความพร้อมที่จะกลับสู่สังคม โดยผู้ป่วยจิตเวชหญิงเหล่านี้ได้อธิบายว่า

- วัน “ ไม่เคยคาดหวังอะไรเลยคะ หนูอยากกลับบ้านอย่างเดียวเลยคะ หนูไม่เคยคิดว่าอาการจะหายหรือคะ เพราะอยู่ที่นี้ไม่สนุกเลย เตรียมความพร้อมตรงที่ว่าตั้งใจจะกลับบ้านคะ ตั้งใจจะไปจัดกระเป๋าคะ โรงเรียนใกล้จะเปิดเทอมแล้วตั้งใจเรียนหนังสือ แล้วก็ตั้งใจจะกลับไปอาบน้ำ ”

ญา “ อากาการชักนี้ครั้งหลัง ๆ นี้ อากาการดีขึ้นมาก ไม่ชักเหมือนแต่ก่อน พี่มีอากาการดีขึ้นแล้ว อยากจะทำอะไรเองมั่ง อยากไปคิดว่าพี่ทำอะไรเองไม่ได้เลย ออกไปก็จะทำตัวให้ดีขึ้น ทำตัวให้เป็นประโยชน์ ”

รัช “ คาดหวังว่าสักวันอาจจะหายดี แล้วคงไม่กลับมาอีก ความพร้อมก็ถ้าอยู่ที่บ้าน ต้องกินยาตลอด ถ้ายาหมดก็มารับเอาที่โรงพยาบาล ออกไปนี้จะไปช่วยน้ำขายของที่ใกล้ ๆ บ้าน ถ้าว่างก็ช่วยน้ำซักผ้าบ้าง ”

ภา “ หาย แต่ต้องมารับยาตลอด ยานี้จะช่วยคลายเครียดได้ หัวเราะได้ ต้องกินยาตลอดเลยคะ ถ้าออกไปจะเป็นแม่บ้าน ขายของ ขายผลไม้ เราเป็นผู้หญิงเราก็เลยต้องทำงานบ้าน แพนก็ทำงาน พ่อแม่ก็ทำงาน เราก็ดูบ้าน ทำงานบ้านไม่กล้าไปทำอย่างอื่น ไม่ชอบ ไม่สบายนะคะ อ่อนแอ ”

ณา “ คิดว่าคนเราเกิดแก่เจ็บตาย อยากจะหายหูแว่วคะ แว่วว่ามีผีมาหลอก และเรากลับ เป็นอย่างนี้ทุกที และมาโรงพยาบาล ออกไปหรือคะ อยากไปอยู่สังคมสงเคราะห์คะ ”

พร “ เราดีอยู่แล้ว อยากเรียนนานาชาติ ชอบภาษาอังกฤษ ”

รัน “ ก็อยากให้หายเป็นปกติ ถ้าคนที่บ้านยอมรับหนูได้ก็เป็นปกติ ก็ไม่ต้องกลับเข้ามาอีก ไม่งั้นเดี่ยว ๆ ก็จับมาส่งสวนปรุง ออกไปก็จะไปหางานทำ พี่สาวจะเอาไปฝากไปเสิร์ฟอาหาร ขายอาหาร ”

ความคาดหวังและการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยจิตเวชหญิง พบว่าผู้ป่วยจิตเวชหญิงมีความคาดหวังว่าตนเองจะหายจากอาการเจ็บป่วย มีอากาการที่ดีขึ้น และหายเป็นปกติได้ เมื่อเข้ามารักษาตัวในโรงพยาบาล และได้รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ สำหรับผู้ป่วยบางรายไม่เคยคิดหรือคาดหวังว่าอากาการของตนเองจะหาย เพราะตัวผู้ป่วยเองเคยคิดว่าอากาการทางจิตของตนเองหายแล้ว จึงไม่รับประทานยาทำให้อากาการกำเริบ และต้องกลับเข้ามารักษาตัวในโรงพยาบาลอีกแต่ในผู้ป่วยบางรายคิดว่าอากาการของตนเองดีอยู่แล้ว สำหรับการเตรียมความพร้อมที่จะกลับเข้าสู่สังคมของผู้ป่วยจิตเวชหญิงนั้น ผู้ป่วยได้เข้ากลุ่มบำบัดที่โรงพยาบาล จัดเตรียมสำหรับผู้ป่วยก่อนที่จะกลับเข้าสู่สังคม เช่น กลุ่มจิตบำบัดระดับประคองให้ผู้ป่วยได้พูดคุยปัญหาของตนเอง เพื่อนำแนวทางที่ได้ไปปรับใช้ในชีวิตประจำวันที่บ้าน และกลุ่มอื่น ๆ ซึ่งจะสอนเรื่องการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยภายหลังออกจากโรงพยาบาล เป็นการเตรียมผู้ป่วยและผู้ป่วยเองต่างมีความคิดว่าเมื่อตนออกไปแล้วจะต้องทำงาน กลับไปเรียนหนังสือ ต้องทำตัวให้

เป็นประโยชน์ ทั้งการทำงานบ้าน การอยู่ดูแลบ้าน ซึ่งเป็นหน้าที่ของผู้หญิง โดยผู้ป่วยจิตเวชหญิงต่างเตรียมตัวที่จะกลับเข้าสู่หน้าที่เดิมของตนที่เคยปฏิบัติก่อนที่จะเข้ามารักษาในโรงพยาบาล

ครอบครัวมีความคาดหวังต่อการรักษาอาการของผู้ป่วยจิตเวชหญิง โดยผู้ป่วยจิตเวชหญิงได้แสดงความคิดเห็นที่ครอบครัวของตนเองมีความคาดหวังต่อการรักษาอาการของตนเอง ดังนี้

- วัน “ คาดหวังว่าคงได้ผลดีเร็ว ๆ นี้นะคะ คงจะได้กลับบ้านเร็ว ๆ นี้นะคะ ”
- ญา “ คาดหวังว่าพี่หาย พี่เป็นปกติเข้ากับคนในสังคมได้ เขาก็ภูมิใจที่เป็นคนใหม่ ร่าเริง แจ่มใส ไม่ได้คิดอะไรแล้ว เขาก็รักพี่ ”
- รัช “ แม้ว่า รัชต้องหายดีนะลูก ต้องเชื่อฟังแพทย์นะ แพทย์สั่งให้กินยาเสมอก็อย่าขาดนะลูก ถ้ายาไม่มีก็บอกแม่ ๆ จะให้เงินมาเอายาที่โรงพยาบาล ”
- ภา “ บอกว่ารักษาให้หายแล้วค่อยกลับ ”
- ณา “ แม่ก็อยากให้หาย แล้วก็ทำงานทำการ ”
- พร “ อยากให้พักผ่อนมาก ๆ อยากให้หายไว ๆ ”
- รัน “ เขาอยากให้หนูเลิกยา เลิกเสพผงด้วย ”

ผู้ป่วยจิตเวชหญิงรับรู้ถึงความคาดหวังต่อการรักษาอาการที่ครอบครัวของตนมีต่อตนเอง ว่าคนในครอบครัวอยากให้ผู้ป่วยอยู่รักษาอาการของตนเองในโรงพยาบาลให้หายเสียก่อน แล้วค่อยกลับบ้าน อยากให้ผู้ป่วยกินยาสม่ำเสมอ มีงานทำ และเลิกยุ่งกับสิ่งเสพติด ซึ่งแสดงถึงความห่วงใยที่ครอบครัวมีต่อผู้ป่วยจิตเวชหญิง และผู้ป่วยจิตเวชหญิงต่างก็รับรู้ถึงความห่วงใยนั้น

ครอบครัวปฏิบัติ และให้กำลังใจต่อผู้ป่วยจิตเวชหญิง ซึ่งผู้ป่วยจิตเวชหญิงอธิบายถึงการได้รับการปฏิบัติจากครอบครัว กำลังใจที่ครอบครัวมีต่อผู้ป่วยดังนี้

วัน “ ก็ปฏิบัติกับเราดีค่ะ คือไม่ฉุนววย เขาดูแลเราเป็นปกติค่ะ เช่น ภูบ้านข้างกวาดบ้านอย่างนี้ค่ะ ครอบครัวยังให้กำลังใจโดยการปลอบใจค่ะ เขาทำแบบว่าไม่เห็นเป็นอะไรเลย อย่างนี้ค่ะ แม่กับน้องมาเยี่ยมมาให้กำลังใจ แบบว่าต้องอดทนนะค่ะ อดทนที่จะอยู่ที่นี้ค่ะ เขาอยากให้เราหาย อยากให้เราเป็นเหมือนคนปกติ ”

ญา “ เวลาทำกับข้าวแม่ก็ให้ทำเอง บางทีอยู่บ้านก็ล้างจานให้แม่ ถ้าไม่มีอารมณ์ผิใจกับแม่ ห่อเหี่ยวเหมือนมีคนมาแกล้งรังแกพี่ พี่ก็จะไม่ทำอะไรสักอย่าง กินแล้วกินนอนอย่างเดียว แม่ให้กำลังใจ ทำความสบายใจ ให้ความสุขความสบายใจกับพี่มาก เขาบอกว่าอย่าคิดมาก อย่าไปคิดฆ่าตัวตาย ”

รัช “ ให้ทำงานบ้านทุกอย่าง ค่อยเตือนเรื่องกินยาและว่าจะได้หายดี แม่จะพูดดี ๆ กับรัชนะ ”

ภา “ ดูแลดีค่ะ เป็นห่วง อยากให้ทำงานที่บ้าน แม่บอกว่าจะเปิดร้านขายของให้ที่บ้าน เรื่องกินยาแม่จะคอยบอก แม่ ป้า น้ามาเยี่ยม สามีมาบ่อย ลูกก็มา มาให้กำลังใจ ”

ณา “ แม่อยากให้นูไปอยู่สงเคราะห์ คนรอบข้างเคยให้กำลังใจ พูดคุยด้วย ให้เงินให้ขนม รู้สึกดีขึ้น ”

พร “ ให้ช่วยทำงานบ้าน ชอบทำงานบ้าน พูดคุยกับเราเป็นปกติ เพราะเขารู้อยู่แล้วว่าเราไม่ได้บ้า ไม่ได้ประสาธ เพียงแต่มาพักผ่อนจิตใจนิดหน่อย ในกรณีที่เขาวินิจฉัยไปอย่างนั้นก็เข้ามาพักผ่อน แม่มาเยี่ยม 2 ครั้ง ให้กำลังใจก็ให้อยู่รักษาตัวก่อนแล้วค่อยกลับ ญาติคนอื่นมาเยี่ยมก็รู้สึกดีขึ้น ดีอยู่แล้ว ”

รัน “ ก็มีกัน 2 คนพี่น้อง ตอนแรกทะเลาะกัน แต่ตอนนี้เข้าใจกันดีแล้วค่ะ พี่สาวโทรมาบอกจะมารับ เขาถามว่าดีขึ้นหรือยัง ก็แค่แกบอกจะเอาไปฝากงานอะไรอย่างนี้ แค่นี้ก็ดีแล้ว ”

ผู้ป่วยจิตเวชรู้สึกว่าการครอบครัวยังปฏิบัติกับตนเป็นปกติ ให้ตนได้ช่วยทำงานบ้าน คอยเตือนเรื่องการกินยา ซึ่งผู้ป่วยบางคนรู้ว่าครอบครัวต้องการให้ไปอยู่สงเคราะห์เพราะไม่ต้องการตนกำลังใจที่ผู้ป่วยได้รับจากครอบครัวส่วนใหญ่เป็นการมาเยี่ยม มาให้กำลังใจ คอยปลอบใจ หรือในบางรายที่ญาติโทรศัพท์มาพูดคุยด้วย ซึ่งก็ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกดีขึ้นแล้ว จากที่กล่าวมาจะเห็นว่าผู้ที่มิพบบาทสำคัญในการดูแล คอยห่วงใย มาเยี่ยม มาให้กำลังใจ รวมถึงการเป็นผู้กำหนด

ชีวิตความเป็นอยู่ของผู้ป่วยจิตเวชหญิงนั้น คือ แม่ของผู้ป่วยเองที่เป็นภรรยา คอยรับผิดชอบดูแลเกี่ยวกับผู้ป่วยทั้งหมด

หญิงที่มีอาการผิดปกติ ผู้ป่วยจิตเวชหญิงได้แสดงความคิดเห็นต่อลักษณะอาการที่มีความผิดปกติ ดังนี้

วัน “ ลักษณะดูแล้วจะไม่ค่อยดีเท่าไร อาการซึมเศร้าแล้วก็ปวดหัว อาเจียน บางคนก็เป็นจืดเลย เป็นลักษณะเด่น ลักษณะปมด้อย อาเจียนบ้างแล้วก็เสียใจ เป็นคนดูแล้วค่อนข้างงุนวายค่ะ ”

ญา “ เรามีไม่ใคร่พิพอย่างน้องพร อย่างณาก็ใช่ เรามีลูกแล้วเขายังสูบบุหรี่อยู่ พี่ก็บอกเขาจะทำตัวให้สบาย น้องอย่าไปก่อมะเร็งนะเนาะ บางคนก็ร้องเพลง บางคนก็พูดไม่รู้เรื่อง ”

รัช “ ก็ไม่เหมือนกันนะคะ บางคนแก้ผ้าเดินไปมา เขาจะช่วยเหลือตัวเองไม่ได้เลยคะ คนถอดผ้านี้ไม่ปกติคะ ”

ภา “ ผู้ป่วยที่มีจิตบกพร่องอาจจะขาดอะไรบางอย่าง แบบคิดสั้น ยับยั้งตัวเองไม่อยู่ ควบคุมตัวเองไม่อยู่ เหมือนคนไม่รู้เรื่อง ฟุ้งซ่าน บ้า ไม่ใส่เสื้อผ้า อย่างเพื่อนในกลุ่มไม่ได้เป็น เป็นโรคประสาท เป็นเส้นประสาททับเฉยๆ ”

ณา “ มีจิตใจทำร้ายคนอื่น ”

พร “ คลั่ง เพื่อ พูดไม่รู้เรื่องคนเป็นโรคจิต ”

วัน “ ก็มีแบบเขามาคุยคนเดียววนะคะ คุยกับใครก็ไม่รู้ ก็จะมีการทำลายข้าวของบ้าง ก็ทุกคนก็เป็นแบบนี้ทั้งหมด พูดคนเดียว บางทีก็อยู่เฉยๆ ก็มาชวนคุยเรื่องอื่น คุยแบบเรื่องไร้สาระ ตั้งหลายอย่าง ”

ผู้ป่วยจิตเวชหญิงแสดงความคิดเห็นว่าคนที่ผิดปกติจะต้องมีลักษณะ คือ ดูแล้วไม่ค่อยดี มีอาการซึมเศร้า ปวดหัว อาเจียน เสียใจ ดูแล้วค่อนข้างงุนวาย พูดคุยคนเดียว คุยเรื่องไร้สาระ พูดไม่รู้เรื่อง คิดว่าตนเองมีไม่ใคร่พิพในตัว มีลูกแล้วยังสูบบุหรี่ ร้องเพลง แก้ผ้าเดินไปมา มีจิตใจบกพร่อง ควบคุมตัวเองไม่อยู่ ฟุ้งซ่าน มีจิตใจทำร้ายคนอื่น คลั่ง เพื่อ เป็นโรคจิต

การยอมรับว่าป่วยทางจิต และความรู้สึกที่ถูกเรียกว่าบ้า ผู้ป่วยจิตเวชหญิงได้
แสดงความคิดเห็นต่อประเด็นดังกล่าวว่า

วัน “ ยอมรับได้ค่ะว่าป่วย เพราะว่าเป็นความจริงค่ะ ถูกเรียกว่าบ้า รู้สึกเฉย ๆ ค่ะ
เพราะไม่ได้บ้าคะ ”

ญา “ ความเครียดนี้มีป่วย ถ้าเรียกว่าคนบ้าที่ไม่ชอบ เราจับได้คือเรามีอาการเครียด ”

รัช “ ยอมรับค่ะว่าป่วย ถูกเรียกว่าบ้าเมื่อก่อนเสียใจมากค่ะ ไม่คิดไม่ฝันว่าจะต้องมา
นอนโรงพยาบาล ตอนนี้อาจทำได้ ”

ภา “ ยอมรับได้ว่าป่วย ถูกเรียกว่าบ้าไม่ค่อยชอบ ไม่สนใจ เพราะความจริงมันไม่ใช่
ถ้าถูกมองในแง่ไม่ดีจะทำให้เรารู้สึกน้อยใจ ญาติเข้าใจ คนอื่นไม่เข้าใจว่าเราชอบ
ร้องเพลง ชอบพูดคุยกับเพื่อน สบายอารมณ์ แต่เราไม่เก็บกดนะ เราไม่ใช่เรียด ”

ณา “ รับได้ว่าตัวเองป่วยทางจิต เรียกบ้าที่รู้สึกน้อยใจ ต้องอธิบายให้เขาฟังค่ะ ”

พร “ เฉย ๆ แล้วแต่หมอวินิจฉัย บ้านี้คนอื่นว่าก็เฉย ๆ เพราะว่ามันวินิจฉัยต่างคน
ต่างทัศนคติ ต่างคนต่างคิด มีแง่คิดที่แตกต่างกัน ”

รัน “ ยอมรับว่าป่วย แต่ไม่เคยมีใครเรียกว่าบ้า รู้สึกเฉย ๆ ”

ผู้ป่วยจิตเวชหญิงส่วนใหญ่ยอมรับว่าตนเองป่วย แต่ไม่ใช่โรคจิต โดยมองว่าการป่วย
ของตนเอง เกิดจากลักษณะของความเครียด หูแว่ว การซีเรียด มีอาการปวดหัวนิดหน่อย ซึ่ง
ผู้ป่วยจิตเวชหญิงมองว่าอาการเหล่านี้เป็นอาการที่สามารถรักษาให้หายเป็นปกติเหมือนคนทั่วไป
ได้และการถูกเรียกว่าบ้า นั้น ผู้ป่วยจิตเวชหญิงจะรู้สึกเฉย ๆ บางคนไม่ชอบ บางคนรู้สึกเสียใจ
น้อยใจที่ถูกเรียกเช่นนั้น ซึ่งจริง ๆ แล้วตัวเองไม่ได้บ้า

ความเข้มแข็งของผู้ป่วยจิตเวชหญิงเมื่อกลับไปอยู่บ้าน จากการติดตามไปพูดคุย
กับญาติของผู้ป่วยจิตเวชหญิงว่า ผู้ป่วยจิตเวชหญิงเมื่อกลับมาอยู่ที่บ้านมีพฤติกรรม
แสดงออกอย่างไรนั้น พบว่า

ญาติวัน “ อาการดีขึ้น วาดรูป เดินไปเดินมา แต่มีอาการทางกิน กินเยอะจนผิดปกติ
ในการกิน ทานยากค่ะ เขาบอกว่าอยู่ตรงนั้นแล้วไม่อยากอยู่ เขาไม่ชิน กลับ

บ้านมาเขาก็ยอมกินยาแต่โดยดี เขากลัวว่าจะต้องกลับไปอีก เขาอยากจะไปโรงเรียน ”

ญาติญา “ อยู่บ้านก็ช่วยงานบ้านบ้าง แล้วแต่อารมณ์เขา ยานี้กินตลอดขาดไม่ได้เลย ค่ะ ”

ญาติริช “ กลับมาคราวนี้ทำงานเกี่ยวหญ้าคา ไปรับจ้างวันละ 100 บาท การงานเขามีที่ไหนก็ไปทำ ต้องคอยเตือนให้หมั่นกินยานะ ”

ญาติภา “ อยู่บ้านพออาการดีขึ้นก็ไปหางานทำ ไปทำกระดาษสา แล้วก็เจอคนเยอะ กลับมาพูดมากอีก ก็เลยยังไม่ให้ไปทำงานให้อยู่บ้านก่อน กินยาตลอด ”

ญาติณา “ กลับมานะ หิ้วน้ำใส่หม้อ ช่วยทำงาน แล้วอีกสักพักก็ไม่ทำแล้ว ถ้าอารมณ์ดีก็ทำ อารมณ์ไม่ดีก็ไม่ทำ มันจะไปเอาลูกมาเลี้ยงที่บ้าน ไม่เอายามากินด้วย ”

ญาติพร “ ช่วยงานค่ะ ดีขึ้น ช่วยทำงานทุกอย่าง รู้จักคิด ทำงานบ้าน ภูบ้าน เช็ดบ้าน ทำกับข้าวให้แม่กินทำได้หมดเลย ปกติเลย ยากินนี้ต้องคอยดูแลคะ ”

ญาติรัน “ กลับมาก็ช่วยทางบ้าน แกนวดเป็นข้างบ้านก็เรียกไปนวด ให้เงินชั่วโมงละ 50 บาท บางที่เขาส่งสารก็ให้หน่อยหนึ่ง บางวันเขาเก็บได้ 400 ก็เอามาให้ นะ อาการดีขึ้นมากเลยคะ ทานยาถึงเวลาปุ๊บก็ไม่ต้องให้ใครพูดนะ แกกินเอง ”

เมื่อผู้ป่วยจิตเวชหญิงกลับไปอยู่บ้าน ญาติยืนยันว่ามีอาการที่ดีขึ้น ช่วยทำงานบ้าน ออกไปหางานทำนอกบ้านบ้าง การกินยาบางคนก็กินยาเองได้ เพราะว่าผู้ป่วยกลัวที่จะต้องกลับมารักษาตัวในโรงพยาบาลอีก บางคนญาติจะต้องคอยบอกคอยดูแลเรื่องการกินยาให้ผู้ป่วย เพราะต้องการให้ผู้ป่วยหายจากอาการป่วยทางจิต

การแสดงออกถึงความเข้มแข็งของผู้ป่วยจิตเวชหญิงในการทำกลุ่มจิตบำบัด
ระดับประคอง พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชหญิงกล้าที่จะเปิดเผยปัญหาของตนเองเพื่อให้สมาชิกในกลุ่มช่วยเสนอแนวทางในการแก้ปัญหา บางคนยอมรับว่าตนเองเคยป่วย มีปัญหา อยากที่จะหาทางแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น และเมื่อสมาชิกได้ร่วมพูดคุยเพื่อนำไปสู่ทางออกที่ดีของปัญหา ผู้ป่วยก็แสดงความพร้อมที่จะออกไปต่อสู้ และเผชิญปัญหาด้วยตนเอง โดยทุกคนยืนยันถึงความเข้มแข็งของตนเอง เมื่อต้องออกไปสู่สังคมภายนอกโรงพยาบาลต่อไป

จากข้อมูลเกี่ยวกับเพศสภาพของผู้ป่วยจิตเวชหญิงในเบื้องต้น สามารถเชื่อมโยงมาสู่การให้ความหมายและการสร้างความเข้มแข็งของผู้ป่วยจิตเวชหญิง เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ชัดเจนมากยิ่งขึ้น ผู้วิจัยจึงเสนอเป็นภาพของปัจจัยทางเพศสภาพของผู้ป่วยจิตเวชหญิง มีผลต่อการให้ความหมายและการสร้างความเข้มแข็งให้แก่ตนเองเพื่อการบำบัด ในภาพที่ 6 ดังนี้

สรุปผลการวิจัย

จากผลการวิจัยข้างต้นสรุปได้ว่า **สภาพโดยทั่วไปของผู้ป่วยจิตเวชหญิงในด้านปัจจัยทางเพศสภาพ** พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชหญิงมีปัจจัยทางเพศสภาพที่แตกต่างกันออกไป ซึ่งแบ่งได้จากสถานภาพของผู้ป่วยจิตเวชหญิงที่เป็นวัยรุ่น หรือเป็นโสดจะมีปัญหาเกี่ยวกับตนเอง การแต่งตัว ความสวยความงามเฉพาะตนเอง และผู้ป่วยจิตเวชหญิงที่มีครอบครัว หรือแต่งงานแล้วจะมีปัญหาเกี่ยวกับครอบครัว โดยสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากคนในครอบครัวที่ทำให้ผู้หญิงกลายเป็นผู้ป่วยทางจิต ผู้ชายที่เป็นต้นเหตุของการเจ็บป่วยนั้น เกิดจากการถูกทอดทิ้งจากสามี หรือคนรัก หรือจากพ่อ ทำให้ผู้หญิงเกิดความผิดหวังอย่างรุนแรง และไม่สามารถปรับตัวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ กลายเป็นความกดดันในจิตใจทำให้เกิดการแสดงเพศสภาพที่ไม่เป็นไปตามความคาดหวังของสังคม และถูกมองว่าเป็นผู้มีความผิดปกติ ต้องได้รับการรักษาอาการที่ปรากฏให้หาย นอกจากนี้อาการป่วยของผู้หญิงยังเกิดได้จากผู้หญิง คือแม่และพี่สาว ที่ใช้อำนาจเหนือกว่าในการบังคับ หรือการลงโทษ ทำให้ผู้หญิงแสดงออกทางเพศสภาพที่ไม่เหมือนกับที่แม่และพี่สาวแสดงออกมา จึงต้องเข้ามารักษาตัวในโรงพยาบาลโรคจิต เพื่อควบคุมอาการ และรักษาสภาพจิตใจให้ดีขึ้น การตัดสินใจในการรักษาขึ้นอยู่กับครอบครัว รวมทั้งคนในสังคม ผู้หญิงที่ถูกตีตราว่าป่วยทางจิตย่อมไม่สามารถที่จะขัดแย้งหรือปฏิเสธอาการป่วยของตนเองได้ เพราะอาการที่ผู้หญิงเหล่านั้นแสดงออกมาบ่งบอกถึงเพศสภาพที่แตกต่างจากค่านิยม และสิ่งที่สังคมคาดหวังไว้ เช่น ความก้าวร้าว ความรุนแรง การทำลายทรัพย์สิน ทำร้ายร่างกายผู้อื่น การใช้วาจาไม่สุภาพต่อผู้อื่น พฤติกรรมต่อต้านมารดาด้วยการเปลือยกาย การสะท้อนภาพของการปฏิเสธการเป็นแม่ตามค่านิยมที่สังคมคาดหวัง สิ่งเหล่านี้คนในครอบครัว และสังคมเห็นว่าเป็นสิ่งที่ผิดปกติไปจาก ผู้หญิงทั่วไปที่ควรจะแสดงออกมา ทำให้ผู้หญิงที่ผิดปกติถูกส่งเข้าไปรักษาอาการในโรงพยาบาลโรคจิต

สภาพโดยทั่วไปของผู้ป่วยจิตเวชหญิงก่อนเข้ากลุ่ม ระหว่างเข้ากลุ่ม และหลังเข้ากลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง พบว่า **ความเป็นอยู่และการเข้าสังคมของผู้ป่วยจิตเวชหญิง** ก่อนเข้ากลุ่มผู้ป่วยมีลักษณะของการแยกตัว ไม่ชอบสังคม อยู่เฉย ๆ เงียบ ๆ ไม่ค่อยพูดคุยกับคนอื่น แต่เมื่อเข้ากลุ่มแล้วผู้ป่วยมีลักษณะเปลี่ยนไปในทางที่ดีขึ้น คือ กล้าพูด กล้ามีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่นมากขึ้น การแยกตัวอยู่คนเดียวลดลง ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยคนอื่น ๆ ได้ ซึ่งลักษณะอาการและปัญหาของผู้ป่วยหลังจากที่ได้รับการรักษาทางยาแล้ว

ผู้ป่วยจะยังมีอาการหลงเหลืออยู่ แต่สามารถควบคุมตัวเองได้ มีความหยิ่งรู้ตนเอง สามารถพูดคุยสื่อสารได้ เมื่อเข้ากลุ่มจิตบำบัดนี้ ผู้ป่วยได้พูดถึงสิ่งที่ เป็นปัญหา แลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างกัน ได้แนวคิดในการแก้ไขปัญหา ช่วยทำให้ผู้ป่วยรู้สึกดีขึ้น แม้อาการทางจิตจะยังหลงเหลืออยู่บ้าง **ความสมัครใจ หรือความสนใจในการเข้ากลุ่ม** ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความสมัครใจอยากที่จะเข้ากลุ่ม ต่างให้ความร่วมมือดีขณะทำกลุ่ม และผู้ป่วยก็สามารถเข้ากลุ่มอย่างต่อเนื่องได้ครบตามที่กำหนดไว้ **พฤติกรรม การสื่อสาร และการแสดงออก** จากการแยกตัว เงียบ เฉยในครั้งแรก เมื่อผู้ป่วยได้เข้ากลุ่ม และมีความไว้วางใจต่อกลุ่มแล้ว ทำให้เกิดการพัฒนาด้านการสื่อสารไปในทางที่ดี ผู้ป่วยจิตเวชหญิงกล้าที่จะทักทาย และมีปฏิสัมพันธ์กับพยาบาลจิตเวช และเพื่อนสมาชิกคนอื่น ๆ มากขึ้น คอยให้คำแนะนำและการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน สำหรับ**ทัศนคติต่อการเข้ากลุ่ม**ในช่วงแรก ๆ ผู้ป่วยจะมีทัศนคติที่ไม่ค่อยดี เพราะผู้ป่วยยังไม่รู้จัก หรือไม่เคยมีปฏิสัมพันธ์กันมาก่อน แต่เมื่อได้ทำกลุ่มแล้วมีความรู้จักกับเพื่อนสมาชิกมากขึ้น เข้าใจในการทำกลุ่มจิตบำบัดทำให้ผู้ป่วยจิตเวชหญิงมีทัศนคติที่เปลี่ยนไปในทางที่ดีขึ้น มีความตั้งใจในการทำกลุ่ม ให้ความช่วยเหลือสมาชิกในกลุ่มได้เป็นอย่างดี ซึ่งแสดงออกถึง**พฤติกรรมมีส่วนร่วมในกลุ่ม** ที่ผู้ป่วยจิตเวชหญิงนั้นมีทั้งมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วม ในรายที่มีส่วนร่วมจะมีลักษณะเฉพาะตัวคือชอบพูดคุย และมีความคุ้นเคยกับสมาชิกคนอื่นมาบ้างแล้ว จะสามารถเปิดเผยปัญหา และร่วมแสดงความคิดเห็นได้มากขึ้น แต่ในผู้ป่วยที่ไม่ค่อยมีส่วนร่วมในการทำกลุ่ม พยาบาลจิตเวชจะคอยกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้พูดคุย เล่าประสบการณ์ของตนเองแลกเปลี่ยนกับเพื่อนในกลุ่ม หลังจากจบการทำกลุ่ม**ผู้ป่วยจิตเวชหญิงมีบทบาทในสังคม**ของโรงพยาบาลโดยการทำตัวเองให้มีประโยชน์ ช่วยทำงาน ช่วยนั้บผ้า แยกผ้าของผู้ป่วยในตึก บางคนให้ความช่วยเหลือเพื่อนผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ซึ่งเป็นผลมาจากคำแนะนำที่ได้จากการทำกลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง ซึ่งผู้ป่วยสามารถนำไปปรับใช้กับตนเองได้ สำหรับ**ความมั่นใจและการแสดงออกของผู้ป่วยจิตเวชหญิง**นั้น ผู้ป่วยต่างมีความมั่นใจมากขึ้น ที่จะนำแนวทางที่ได้จากการทำกลุ่มไปแก้ไขปัญหาที่ตนเองเผชิญเมื่อออกจากโรงพยาบาลแล้ว และมีความมั่นใจว่าจะสามารถดำเนินชีวิตได้ดีเมื่ออยู่ในสังคม การพัฒนาด้านจิตใจของผู้ป่วยจิตเวชหญิง มีการพัฒนาจิตใจให้เข้มแข็งขึ้น การพัฒนาด้านความคิดดีเกือบทุกคน เพราะผู้ป่วยสามารถที่จะนำความรู้ที่ได้ไปปรับใช้ในชีวิตประจำวันของตนเองได้ แม้ว่าจะยังรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลก็ตาม

กระบวนการสื่อสารกลุ่มเพื่อนำบัดผู้ป่วยจิตเวชหญิง พบว่า มีการแบ่งขั้นตอนในการทำกลุ่มออกเป็น 3 ขั้นตอน คือ **ขั้นตอนการสร้างกลุ่ม** ที่มีรูปแบบการสื่อสารแบบทางเดียวและแบบสองทาง ระหว่างพยาบาลจิตเวชและผู้ป่วยจิตเวชหญิง ซึ่งเครือข่ายการสื่อสารเป็นแบบวงล้อ (Barker and other, 1991) โดยมีพยาบาลจิตเวชเป็นศูนย์กลางของการสื่อสารคอยทำหน้าที่สร้างสัมพันธภาพภายในกลุ่ม ให้สมาชิกรู้จักกันและสามารถทำงานกลุ่มร่วมกันได้ นอกจากนี้พยาบาลจิตเวชจะต้องสร้างความเข้าใจให้กับสมาชิกเกี่ยวกับการทำกลุ่มก่อน เพื่อนำไปสู่**ขั้นตอนการทำงานกลุ่ม** ที่สมาชิกทุกคนจะต้องช่วยกันทำงานให้บรรลุเป้าหมาย ซึ่งในขั้นนี้การสื่อสารแบบสองทางจะถูกใช้มากขึ้นเพื่อให้การพูดคุยเข้าใจได้ตรงกันทั้งสองฝ่าย เครือข่ายที่เกิดขึ้นจะมีทั้งแบบวงล้อ และแบบทุกทิศทางเพื่อให้สมาชิกทุกคนสามารถพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นต่อกันได้อย่างอิสระ โดยพยาบาลจิตเวชจะคอยปรับระดับประคองให้กลุ่มสามารถทำงานได้อย่างมีศักยภาพ เพื่อนำไปสู่แนวทางในการแก้ไขปัญหาของกลุ่มได้ และใน**ขั้นตอนการสิ้นสุดกลุ่ม** การสื่อสารจะเป็นแบบทางเดียวและสองทาง ซึ่งพยาบาลจิตเวชจะทำหน้าที่สรุปการทำกลุ่มที่ผ่านมาทั้งหมด เพื่อให้ผู้ป่วยนำแนวทางที่ได้ไปใช้แก้ไขปัญหาของตนเอง และพยาบาลจิตเวชจะทำการประเมินการทำงานของกลุ่มที่ผ่านมาว่าผู้ป่วยจิตเวชหญิงได้อะไรจากการทำกลุ่มบ้าง ซึ่งรูปแบบของเครือข่ายการสื่อสารจะกลับมาเป็นแบบวงล้ออีกครั้ง

สำหรับรายละเอียดเกี่ยวกับการทำกลุ่ม ประกอบด้วย **บทบาทของพยาบาลจิตเวช** ที่เป็นผู้นำกลุ่มและผู้นำกลุ่มร่วม ต่างมีบทบาทในการเป็นผู้ชี้แนะ ผู้ริเริ่ม สนับสนุน ผู้เชื้อ หรือกระตุ้นให้สมาชิกมีการพูดคุยกัน การให้ความเชื่อมั่น ให้กำลังใจ การแนะนำ การชวนมองหรือเพิ่มเติมในสิ่งที่ไม่สมบูรณ์ การจูงใจให้สมาชิกปรับเปลี่ยนมุมมองในการคิด การย้ำหรือการทวนซ้ำเพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกันระหว่างพยาบาลจิตเวชและผู้ป่วยจิตเวชหญิง การเจียบเพื่อฟังในสิ่งที่ผู้ป่วยอยากจะทำ และสรุปในสิ่งที่ได้พูดคุยไปแล้วในการทำกลุ่ม สำหรับ**บทบาทของสมาชิกกลุ่ม** ก็จะมีบทบาทในการเสนอปัญหา เป็นผู้ร่วมเสนอวิธีการแก้ไขปัญหาของกลุ่ม คอยให้ความช่วยเหลือ ให้กำลังใจแก่สมาชิก การติดตามรับฟังความคิดเห็นของสมาชิกในกลุ่ม การมีส่วนร่วมในการทำกลุ่มนั้น ผู้ป่วยจิตเวชหญิงจะเป็นผู้ตัดสินใจเองทั้งหมด เพื่อให้ การทำงานในกลุ่มดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ และบรรลุเป้าหมายของการทำงานกลุ่ม **จำนวนสมาชิกในการทำกลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง**ที่เหมาะสมประมาณ 8 – 12 คน แต่ต้องขึ้นอยู่กับลักษณะของผู้ป่วยจิตเวชว่าสามารถพูดแสดงความคิดเห็นอย่างมีประสิทธิภาพได้มากน้อยเพียงใด **ระยะเวลาในการทำกลุ่ม** ประมาณ 1 ชั่วโมง ถึง 1 ชั่วโมง 15 นาที ซึ่ง

วัตถุประสงค์ของการทำกลุ่ม เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเวชหญิงได้พูดระบายในสิ่งที่ตนเองอยากพูด อยากรบายให้สมาชิกในกลุ่มได้รับทราบ **ส่วนระเบียบและข้อกำหนดของกลุ่ม** ที่เป็นข้อตกลงร่วมกันระหว่างพยาบาลจิตเวชและผู้ป่วยจิตเวชหญิง คือ ห้ามพูดแทรกขณะที่ผู้อื่นพูด ไม่พูดยึดเยื้อ ต้องขออนุญาตก่อนออกจากกลุ่ม ทุกคนต้องร่วมแสดงความคิดเห็น และเรื่องที่พูดให้เก็บเป็นความลับ ไม่นำไปพูดนอกกลุ่ม โดย**ประเด็นในการสื่อสารกลุ่ม** เป็นเรื่องเกี่ยวกับการปรับตัว การกินยา และการดำเนินชีวิต ที่ผู้ป่วยคิดว่าเป็นปัญหาที่ตนเองอยากจะให้กลุ่มช่วยเหลือ ซึ่ง**ประโยชน์ของการทำกลุ่มแบบมีขั้นตอนนี้** พบว่า ช่วยให้สามารถควบคุมปัญหาที่ผู้ป่วยนำมาพูดคุยให้อยู่ในจำนวนที่พอเหมาะ และการแก้ไขปัญหานั้นจะทำให้ผู้ป่วยไม่เกิดความค้างคาใจ ทำให้กลุ่มสามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น การทำกลุ่มจิตบำบัดระดับประคับประคองจะมี**อำนาจภายในกลุ่ม** ที่เกิดจากพยาบาลจิตเวช และผู้ป่วยจิตเวชหญิงบางคน ซึ่งอำนาจที่เกิดขึ้นเป็นอำนาจใจการลงโทษ อำนาจในการอ้างอิง อำนาจในการมีสิทธิอันชอบธรรม และอำนาจในการเป็นผู้เชี่ยวชาญ หรือการโน้มน้าวใจ ซึ่งอำนาจบางชนิดสามารถปิดกั้นความคิดของสมาชิกในกลุ่มได้ แต่อำนาจก็สามารถลดลงได้เมื่อสัมพันธ์ภาพในกลุ่มเป็นไปด้วยดี ส่งผลให้เกิด**ปฏิสัมพันธ์ในกลุ่ม** ซึ่งพยาบาลจิตเวชจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเวชหญิงได้มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันด้วยการกระตุ้นให้ทุกคนได้พูด แสดงความคิดเห็น ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกมีส่วนร่วม และสามารถมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันมากขึ้น

ปัจจัยที่มีผลทำให้กระบวนการสื่อสารกลุ่มบรรลุเป้าหมายของการบำบัด พบว่า**เป้าหมายของกลุ่มจิตบำบัดระดับประคับประคอง**คือ การให้ผู้ป่วยจิตเวชหญิงได้พูดระบายในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการพูด และได้ช่วยเหลือกันในการแก้ไขปัญหาของกลุ่ม จากการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน โดยพยาบาลจิตเวชจะช่วยชี้แนะ ช่วยขยายมุมมองในการคิดให้กับผู้ป่วย ดังนั้นปัจจัยที่มีผลต่อกระบวนการสื่อสารกลุ่ม จึงประกอบด้วย ปัจจัยที่เกิดจากพยาบาลจิตเวช ในด้าน**ทัศนคติของพยาบาลจิตเวชที่มีต่อผู้ป่วยจิตเวชหญิง**นั้น พยาบาลจิตเวชทั้ง 2 คน มีทัศนคติด้านบวก โดยมองว่าผู้ป่วยจิตเวชหญิงเป็นผู้ที่มีความเจ็บป่วย ควรได้รับความช่วยเหลือ และให้กำลังใจ ซึ่ง**พยาบาลจิตเวชเข้าใจปัญหา และอาการของผู้ป่วย**จาก การศึกษาข้อมูลของผู้ป่วยจากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ เพื่อให้เข้าใจถึงสิ่งที่ผู้ป่วยแสดงออกมามีอาการที่ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมได้ จึงเป็นหน้าที่ของทีมนักวิชาชีพที่จะนำความรู้มาให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้ตรงกับโรคและความต้องการของผู้ป่วย สำหรับ**วิธีการสร้างสัมพันธ์ภาพ**นั้น พยาบาลจิตเวชต้องเริ่มจากการแนะนำตัว การให้ข้อมูลที่ถูกต้อง เพื่อสร้างความไว้วางใจให้แก่

ผู้ป่วย และเสนอตัวในการให้ความช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยมีปัญหา ถ้าการสร้างสัมพันธภาพดีแล้ว จะทำให้ผู้ป่วยกล้าที่จะร่วมพูดคุยปัญหา แสดงความคิดเห็นเมื่อเข้าร่วมกลุ่มบำบัด

ปัจจัยที่เกิดจากกลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง ประกอบด้วย **การคัดเลือกผู้ป่วยจิตเวชหญิง** ในการทำกลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง ซึ่งจะใช้แบบประเมินสมรรถภาพ ของกรมสุขภาพจิต และการพูดคุยระหว่างพยาบาลจิตเวชและผู้ป่วยจิตเวชหญิง เพื่อคัดเลือกผู้ป่วยที่เหมาะสมกับการใช้กลุ่มบำบัด และนอกจากนี้ยังใช้ข้อมูลจากแฟ้มประวัติเพื่อคัดเลือกผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตระดับหนึ่ง สามารถที่จะพูดคุยสื่อสารในกลุ่มได้ ซึ่งการคัดเลือกผู้ป่วยแบบเพศเดียวกัน วัยเดียวกัน หรือต่างเพศ ต่างวัย จะให้ผลดีกันคนละแบบในการทำกลุ่ม ดังนั้นการคัดเลือกผู้ป่วยจิตเวชหญิงที่มีวัยใกล้เคียงกันจะทำให้ได้แนวคิดลักษณะเดียวกัน มีปัญหาที่คล้ายกันสามารถแนะนำ และช่วยเหลือกันได้ ซึ่ง**จำนวนผู้ป่วยจิตเวชหญิง**ในการทำกลุ่มประมาณ 8 – 12 คนเป็นจำนวนที่เหมาะสมในการทำกลุ่มจิตบำบัดนี้ **ระเบียบและข้อกำหนด**ของ **การทำกลุ่ม**นั้นจะต้องช่วยทำให้ผู้ป่วยจิตเวชหญิงรู้สึกปลอดภัย และมีความไว้วางใจต่อกลุ่มบำบัด กล้าที่จะเปิดเผยปัญหาของตนเพื่อใช้ในการพูดคุย ดังนั้นกติกาสัญญาที่สำคัญของการทำกลุ่มนี้คือ เรื่องที่พูดคุยจะต้องเก็บเป็นความลับเพื่อให้ผู้ป่วยมั่นใจที่จะทำกลุ่มต่อไปได้ สำหรับ**อำนาจภายในกลุ่ม**ที่เกิดขึ้น เช่นอำนาจของการลงโทษซึ่งทำให้ผู้ป่วยเกิดความกลัว อำนาจในการครอบงำทางความคิด ต่างมีผลต่อการมีส่วนร่วมและแสดงความคิดเห็นของผู้ป่วยทั้งสิ้น แต่อำนาจเหล่านี้จะลดลงเมื่อสัมพันธภาพในกลุ่มดำเนินไปด้วยดี และการควบคุมให้ผู้ป่วยจิตเวชหญิงมีบทบาทที่เหมาะสมในการทำงานกลุ่มของตนเอง

ปัจจัยที่เกิดจากผู้ป่วยจิตเวชหญิง ประกอบด้วย **การมีส่วนร่วมในการคิด ตัดสินใจ และการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ของผู้ป่วยจิตเวชหญิง** ซึ่งเป็นหน้าที่ของผู้ป่วยที่จะต้องตัดสินใจที่จะมีส่วนร่วมในการทำงานกลุ่ม เพื่อให้การพูดคุยในกลุ่มเป็นไปด้วยความเต็มใจที่จะร่วมแก้ไขปัญหา และนำแนวทางที่ได้ไปใช้แก้ปัญหาด้วยตัวของผู้ป่วยเอง ผู้ป่วยจิตเวชหญิงมี**ความเข้าใจในวัตถุประสงค์**ของการทำกลุ่มว่า เป็นกลุ่มที่ต้องการให้ทุกคนพูดคุยปัญหา ระบายความคับข้องใจ ร่วมกันแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน โดย**ผู้ป่วยมีทัศนคติต่อกลุ่มต่อพยาบาลจิตเวช และต่อเพื่อนสมาชิก** ในเชิงบวก เพราะในการทำกลุ่มทำให้ทุกคนได้พูดคุยปัญหา เพื่อนในกลุ่มให้ความร่วมมือ ช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหาของกลุ่ม ส่วนพยาบาลจิตเวชคอยแนะนำ ให้ความรู้ ให้ความช่วยเหลือ และมีความอดทนต่อผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยได้รับ

ประโยชน์ ได้รับความรู้จากการทำกลุ่ม สำหรับความรู้สึกที่ผู้ป่วยจิตเวชมีก่อนเข้ากลุ่ม ระหว่างเข้ากลุ่ม และหลังจากกลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชหญิงมีความรู้สึกแตกต่างกันไปในชว่ก่อนเข้ากลุ่ม ทั้งชอบ เฉย ๆ และไม่ชอบ แต่เมื่อทุกคนได้เข้ากลุ่ม ทำให้มีความรู้สึกที่ดีขึ้น เมื่อได้ช่วยกันแก้ไขปัญหา ได้ระบายความคับข้องใจออกมา และเมื่อกลุ่มสิ้นสุดลงผู้ป่วยจิตเวชหญิงมีความรู้สึกดีขึ้นเพราะได้รับประโยชน์จากการเข้ากลุ่ม และยังอยากที่จะเข้ากลุ่มอีก ส่วนผู้ป่วยที่ไม่ชอบเข้ากลุ่ม และมีความกลัวระหว่างเข้ากลุ่ม อาจเกิดจากความไม่ไว้วางใจ และการกลัวผู้นำกลุ่มร่วม แต่เมื่อสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้นำกลุ่มร่วมกับผู้ป่วยจิตเวชเป็นไปในทางที่ดี จึงช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกดีขึ้น และตนเองก็ได้รับประโยชน์จากการทำกลุ่มที่ผ่านมา ซึ่งประโยชน์ที่ผู้ป่วยได้รับจากการทำกลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง คือ การได้รับความรู้จากการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ชีวิต แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับเพื่อนในกลุ่ม ซึ่งแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่ได้ผู้ป่วยจะนำไปปรับใช้ในชีวิตประจำวันของตนได้

และปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมของโรงพยาบาลสวนปรุง ทั้งความสงบร่มรื่น ความสะดวกเรียบร้อย และการจัดแบ่งพื้นที่สำหรับทำกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อการบำบัดรักษาอาการของผู้ป่วยจิตเวชหญิงให้มีอาการที่ดีขึ้น รวมถึงบรรยากาศภายในโรงพยาบาลระหว่างพยาบาลจิตเวช เจ้าหน้าที่ และผู้ป่วยจิตเวชหญิงที่มีความคุ้นเคยกัน สนิทสนมเป็นกันเอง ซึ่งปัจจัยในด้านสภาพแวดล้อมเหล่านี้มีผลต่อความรู้สึกนึกคิด และการให้ความร่วมมือต่อการรักษาของผู้ป่วยขณะยังรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลได้เช่นกัน

จากปัจจัยที่กล่าวมาทั้งหมดนี้ มีส่วนทำให้ผู้ป่วยจิตเวชหญิงมีความกล้าที่จะแสดงความคิดเห็น หรือกล้าที่จะพูดคุยปัญหาของตนเองออกมา ซึ่งถ้าทัศนคติของพยาบาลจิตเวช ผู้ป่วยจิตเวชหญิง และกลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง เป็นไปในด้านลบ สัมพันธภาพที่เกิดขึ้นในกลุ่ม อาจเป็นไปในทิศทางที่ไม่ดี จะมีผลทำให้ผู้ป่วยจิตเวชหญิงไม่มีส่วนร่วมในการพูด การคิด หรือช่วยกลุ่มในการแก้ไขปัญหาให้บรรลุเป้าหมายของการบำบัดได้ ดังนั้นจากปัจจัยที่เกิดขึ้นในกลุ่มนี้เป็นไปในทิศทางที่ดี ทำให้ผู้ป่วยสามารถที่จะพูดระบาย ช่วยทำงานกลุ่มให้ได้มาซึ่งแนวทางในการแก้ไขปัญหาของกลุ่ม ช่วยให้กลุ่มสามารถบรรลุเป้าหมายของการบำบัดได้ แม้ว่าผู้ป่วยจิตเวชหญิงบางคนจะไม่ค่อยมีปฏิสัมพันธ์โดยตรงกับสมาชิกในกลุ่ม แต่พยาบาลจิตเวชก็ช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยเหล่านั้นได้พูด แสดงความคิดเห็น ได้มีความรู้สึกถึงการมีส่วนร่วมในกลุ่มมากขึ้น

การให้ความหมายและการสร้างความเข้มแข็งของผู้ป่วยจิตเวชหญิง โดยมีผลมาจากปัจจัยทางเพศสภาพ ซึ่งผู้ป่วยจิตเวชหญิงให้ความหมายกับตนเอง ในประเด็นดังนี้ ผู้ป่วยจิตเวชหญิงให้ความหมายกับสิ่งที่แพทย์วินิจฉัยอาการของตนเองว่า เป็นความเครียด หนูแหว่ ไม่ใช่อาการของโรคจิต การเข้ามารักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยไม่ชอบ รู้สึกอึดอัดอยากกลับบ้าน การได้คลายเครียดด้วยการเปิดรับสิ่งบันเทิงช่วยให้คลายเครียดได้ **ผู้ป่วยจิตเวชหญิงมีทัศนคติ และให้ความหมายกับอาการของตนเองว่า** คนอื่นเขารังเกียจตนเอง หรือบางคนมองว่าตนเองเหมือนคนทั่วไป ปกติดี ที่มีอาการเครียดไม่ใช่เป็นโรคจิต และตนเองมีค่ามากกว่า **ซึ่งผู้หญิงที่ไม่ได้มีอาการทางจิตจะมีลักษณะที่ตรงข้ามกับตนเอง** มีบุคลิกภาพดี ทำงาน หาเงิน ยิ้มแย้ม แจ่มใส ทำตนให้เป็นประโยชน์ต่อสังคม ช่วยงานบ้าน แบ่งเบาภาระครอบครัว และ**ผู้หญิงที่ผิดปกติจะมีลักษณะ** ซึม ปวดหัว วุ่นวาย พูดคนเดียว คุยเรื่องไร้สาระ แก้วผ้าเดินไปมา ควบคุมตัวเองไม่ได้ ฟุ้งซ่าน คลั่ง เพ้อ **ซึ่งผู้ป่วยจิตเวชหญิงยอมรับว่าตนเองป่วย** แต่อาการป่วยของตนไม่ใช่อาการของโรคจิต สามารถรักษาให้หายได้ เหมือนคนปกติทั่วไป **การถูกเรียกว่าบ้า** ทำให้ผู้ป่วยเสียใจ น้อยใจ ที่คนอื่นไม่เข้าใจตนเอง สำหรับบางคนรู้สึกเฉย ๆ เพราะต่างคนต่างคิด แต่ตนเองไม่ได้บ้า

ผู้ป่วยจิตเวชหญิงสร้างความเข้มแข็งของตนเอง ตามประเด็นดังนี้ **ความมั่นใจของผู้ป่วยจิตเวชหญิงในการดำเนินชีวิต** พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชหญิงมีความมั่นใจที่จะออกไปใช้ชีวิตในสังคม โดยจะนำความรู้ที่ได้รับไปปรับใช้ในชีวิตประจำวัน และจะหางานทำเพื่อช่วยเหลือครอบครัว ผู้ป่วยจิตเวชหญิงรู้ว่า**คนในสังคมและคนในครอบครัวมองว่าตนเองป่วย** เครียดพูดมาก ควรจะมารักษาตัวในโรงพยาบาลให้อาการดีขึ้นก่อน **ดังนั้นวิธีสร้างความเข้มแข็งของผู้ป่วยจิตเวชหญิง** คือการตั้งเป้าหมายในชีวิตเมื่อออกจากโรงพยาบาลว่าจะทำงานหาเงิน เรียนหนังสือ อยากจะพบลูก อยากจะเลี้ยงลูก การทำสมาธิ และการอ่านหนังสือธรรมะจะช่วยสร้างความเข้มแข็งให้ผู้ป่วยจิตเวชหญิงได้ **ความคาดหวังและการเตรียมความพร้อมที่จะกลับสู่สังคมนั้น** ผู้ป่วยคาดหวังว่าอาการของตนเองจะดีขึ้น และหายได้ถ้ากินยาสม่ำเสมอ ผู้ป่วยเตรียมความพร้อมโดยการเข้ากลุ่มบำบัดที่โรงพยาบาลจัดเตรียมไว้สำหรับผู้ป่วยก่อนที่จะกลับสู่สังคม ทั้งกลุ่มที่พูดคุยปัญหา กลุ่มสอนเรื่องการดำเนินชีวิต และกลุ่มส่งเสริมอาชีพ ซึ่งการเข้ามารักษาตัวของผู้ป่วย **ครอบครัวมีความคาดหวังต่อการรักษาว่า** อยากให้ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลรักษาตัวให้หายก่อนแล้วค่อยกลับบ้าน โดยผู้ป่วยต้องกินยาสม่ำเสมอตามคำสั่งแพทย์ มีงานทำ ซึ่งเป็นความหวังใจของครอบครัวที่ผู้ป่วยรับรู้ได้ สำหรับการแสดงออกของ

ครอบครัวที่ปฏิบัติและให้กำลังใจต่อผู้ป่วย จึงเป็นในลักษณะที่ปฏิบัติกับผู้ป่วยเป็นปกติ ให้ช่วยทำงานบ้าน ดูแลเรื่องการกินยา มาเยี่ยมมาให้กำลังใจ คอยปลอบใจ และการโทรศัพท์มาหาผู้ป่วย สำหรับผู้ป่วยบางรายที่ครอบครัวไม่ต้องการ และอยากให้ผู้ป่วยไปอยู่สถานสงเคราะห์ ซึ่งผู้ที่มีบทบาทในการดำรงชีวิตของผู้ป่วย คือ แม่ ที่ต้องดูแลรับผิดชอบชีวิตของผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน **คนในครอบครัวได้อธิบายถึงความเข้มแข็งของผู้ป่วย** หลังจากกลับบ้านว่าผู้ป่วยมีอาการที่ดีขึ้น ช่วยทำงานบ้าน และออกไปหางานทำนอกบ้าน กินยาสม่ำเสมอเพราะไม่ต้องการกลับไปรักษาตัวในโรงพยาบาลอีก ซึ่งคนในครอบครัวก็หวังให้ออยากให้ผู้ป่วยหายจากอาการที่เป็นอยู่ และจากการสังเกต**การแสดงออกถึงความเข้มแข็งของ ผู้ป่วยจิตเวชหญิง** ในขณะที่ทำกลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง พบว่า ผู้ป่วยมีความเข้มแข็งในการยอมรับว่าตนเองมีปัญหา การเปิดเผยปัญหา และพร้อมที่จะนำแนวทางที่ได้จากกลุ่มไป แก้ไขปัญหาของตนเมื่อออกไปเผชิญกับโลกภายนอก

บทที่ 5

อภิปรายผล ข้อเสนอแนะ

การศึกษาวิจัยเรื่อง “ กระบวนการสื่อสารกลุ่มและปัจจัยทางเพศสภาพเพื่อบำบัดผู้ป่วยจิตเวชหญิง โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ ” เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) เพื่อตอบปัญหานาวิจัยดังต่อไปนี้

1. กระบวนการสื่อสารกลุ่มเพื่อบำบัดผู้ป่วยจิตเวชหญิงมีลักษณะอย่างไร
2. ปัจจัยอะไรที่มีผลทำให้การสื่อสารกลุ่มบรรลุเป้าหมายของการบำบัด
3. ปัจจัยทางเพศสภาพของผู้ป่วยจิตเวชหญิง มีผลต่อการให้ความหมาย และการสร้างความเข้มแข็งให้แก่ตนเองเพื่อการบำบัดอย่างไร

จากการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกพยาบาลจิตเวช 2 คน การสนทนากับผู้ป่วยจิตเวชหญิง 7 คน การสังเกตการณ์แบบไม่มีส่วนร่วม การเก็บข้อมูลจากเอกสารต่าง ๆ การติดตามผู้ป่วยจิตเวชหญิงไปที่บ้าน และการสังเกตสภาพแวดล้อมของโรงพยาบาลสวนปรุง เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาอภิปรายผลตามปัญหานาวิจัย ดังต่อไปนี้

1. กระบวนการสื่อสารกลุ่มเพื่อบำบัดผู้ป่วยจิตเวชหญิง

จากการศึกษาพบว่า กระบวนการสื่อสารกลุ่มเพื่อบำบัดผู้ป่วยจิตเวชหญิง โรงพยาบาลสวนปรุง แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน เพื่อให้การสื่อสารกลุ่มมีประสิทธิภาพ และสามารถแก้ไขปัญหาความคับข้องใจของผู้ป่วยจิตเวชหญิงให้บรรเทาลงได้ ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยจิตเวชหญิงโดยธรรมชาติมีลักษณะของการแยกตัว ไม่ชอบยุ่งเกี่ยวกับใคร ย่อมไม่คุ้นเคยกับผู้ป่วยคนอื่น ๆ และ การขาดสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน ดังนั้นกระบวนการสื่อสารกลุ่มจึงประกอบด้วย

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นตอนการสร้างกลุ่ม ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการยอมรับ เกิดความไว้วางใจ และเปิดเผยตัวเองในการทำกลุ่มได้ จึงเป็นบทบาทหน้าที่ของผู้นำกลุ่มและผู้นำกลุ่มร่วมที่จะสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีให้เกิดขึ้นในกลุ่ม ช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเวชหญิงได้รู้จัก มีความคุ้นเคยกัน ทำให้เกิดความไว้วางใจต่อกัน และมีความเข้าใจเกี่ยวกับการทำงานกลุ่มจิตบำบัด

ระดับประคองที่มีเป้าหมายให้ผู้ป่วยได้พูดระบายความคับข้องใจออกมา ซึ่งการทำกลุ่มในขั้นนี้ จะมีการตกลงถึงกติกาการทำกลุ่มเพื่อเป็นกรอบในการปฏิบัติตัว และช่วยสร้างความรู้สึกปลอดภัยให้แก่ผู้ป่วยจิตเวชหญิง เพื่อให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจ ทำให้เกิดความพอใจในกลุ่ม และตัดสินใจเข้าร่วมอยู่ในกลุ่ม ซึ่งสมาชิกกลุ่มมีบทบาทในการร่วมสร้างสัมพันธภาพระหว่างกัน ในกลุ่มด้วยการทำความรู้จักกัน การสร้างบรรทัดฐานของกลุ่ม มีความไว้วางใจต่อกัน เกิดการยอมรับกันเพื่อนำไปสู่การเปิดเผยปัญหาของตนเอง (สุมาลี สัยยะสิทธิพานิชย์ , 2540)

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นตอนการทำงานกลุ่ม จะเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยจิตเวชหญิงพร้อมที่จะเปิดเผยปัญหาของตน ซึ่งเป็นปัญหาที่ผู้ป่วยระบุ หรือกำหนดขึ้นมาในการพูดคุย เช่น ปัญหาการถูกกีดกันในเรื่องของเพศสภาพ และการเข้าร่วมในกิจกรรมของครอบครัว หรือสังคม การที่ครอบครัวไม่ให้ผู้ป่วยช่วยทำงานบ้าน การถูกล้อเลียน และการออกไปดำเนินชีวิตในสังคม ผู้ป่วยอยากที่จะระบายความคับข้องใจออกมา เพื่อให้สมาชิกในกลุ่มร่วมแสดงความคิดเห็น ช่วยกันหาวิธีแก้ไขปัญหา เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่เป็นประโยชน์ต่อกัน (Riano , 1994) ซึ่งผู้ป่วยจะมีบทบาทเป็นทั้งผู้พูด ผู้ฟังความคิดเห็นของกลุ่ม คอยให้ความช่วยเหลือเพื่อนสมาชิก ให้กำลังใจ (เตือนใจ แวงงาม , 2534) ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณค่า ผู้นำกลุ่มและผู้นำกลุ่มร่วมจะช่วยระดับประคองให้กลุ่มได้พูดคุยปัญหา หาแนวทางแก้ไขปัญหา และส่งเสริมให้สมาชิกมีความมั่นใจที่จะนำแนวทางที่ได้จากกลุ่มไปใช้ในอนาคตได้ (สุมาลี สัยยะสิทธิพานิชย์ , 2540)

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นตอนการสิ้นสุดกลุ่ม เป็นขั้นตอนที่ผู้นำกลุ่ม และผู้นำกลุ่มร่วมจะช่วยกันสรุปการพูดคุยในการทำกลุ่มที่ผ่านมาทั้งหมด ชี้แนะแนวทางเพิ่มเติมในสิ่งที่ไม่สมบูรณ์ เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเวชหญิงนำไปใช้ได้ รวมทั้งการประเมินการพัฒนาของผู้ป่วยจิตเวชหญิงหลังจากที่ทำงานกลุ่มเสร็จ เพื่อทราบถึงความสำเร็จของกลุ่ม ซึ่งบทบาทของผู้นำกลุ่มและผู้นำกลุ่มร่วมในขั้นนี้จะต้องสรุป ชี้แนะส่วนที่ขาดหายไป และชี้แนะประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับเมื่อออกจากกลุ่ม รวมทั้งสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเวชหญิงนำแนวทางในการแก้ไขปัญหานั้นที่ได้ไปใช้ด้วยความมั่นใจ เมื่อต้องออกไปเผชิญกับปัญหาภายนอกโรงพยาบาล (สุมาลี สัยยะสิทธิพานิชย์ , 2540) ซึ่ง บทบาทของสมาชิกกลุ่มจะต้องรับฟังและช่วยกันทบทวนสิ่งที่กลุ่มได้ทำงานมาทั้งหมด เพื่อที่สมาชิกจะได้นำวิธีแก้ไขปัญหาดังกล่าวที่ได้ไปปรับใช้กับชีวิตประจำวันของตนเมื่อกลับเข้าสู่สังคม

สำหรับการสื่อสารที่เกิดขึ้นในกลุ่มมี 2 รูปแบบคือ 1) รูปแบบของการสื่อสารทางเดียว (One - way Communication) จากพยาบาลจิตเวชไปยังผู้ป่วยจิตเวชหญิง ซึ่งการสื่อสารทางเดียวจะเกิดขึ้นมากในขั้นตอนของการสร้างกลุ่ม และขั้นตอนการสิ้นสุดกลุ่ม โดยก่อนการเข้ากลุ่มจิตบำบัดระดับประคองผู้ป่วยจิตเวชหญิงยังไม่คุ้นเคยกับกลุ่ม เพราะโดยธรรมชาติของผู้ป่วยโรคจิตจะมีลักษณะของการแยกตัว อยู่เฉย ๆ ไม่ค่อยพูด และยังมีอาการทางจิตหลงเหลืออยู่บ้าง แต่ไม่รบกวนผู้อื่น สามารถควบคุมตนเองได้ และสามารถพูดคุยสื่อสารได้ เมื่อ ผู้ป่วยได้เข้ากลุ่มพูดคุย ได้เรียนรู้การพูด และทำความรู้จักกับสมาชิกในกลุ่มมากขึ้น กล้าที่จะพูดร่วมแสดงความคิดเห็นกับกลุ่ม ให้ความสนใจกับการทำกลุ่มมากขึ้น 2) รูปแบบการสื่อสารจะเปลี่ยนไปเป็นการสื่อสารแบบสองทาง (Two – way Communication) ระหว่างพยาบาล จิตเวชกับผู้ป่วยจิตเวชหญิง และระหว่างผู้ป่วยจิตเวชหญิงด้วยกันเอง ซึ่งการสื่อสารในรูปแบบนี้จะเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยมีสัมพันธภาพที่ดีกับกลุ่ม มีความไว้วางใจต่อสมาชิกในกลุ่ม การเปิดเผยปัญหา และการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นต่อกัน ทำให้ได้มาซึ่งแนวทางที่ใช้แก้ไขปัญหาของกลุ่มได้ โดยการสื่อสารแบบสองทางจะช่วยให้การทำงานกลุ่มเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น และช่วยให้การสื่อสารของทั้งสองฝ่ายสามารถเข้าใจตรงกันตามที่อยู่ส่งสารและรับสารต้องการ และสามารถปรับเปลี่ยนเนื้อหาของสารเพื่อให้เหมาะสมกับสมาชิกกลุ่ม (วินิจ เกตุขำ และคมเพชร ฉัตรศุภกุล , 2522)

สำหรับเครือข่ายการสื่อสารในกลุ่มประกอบด้วยเครือข่าย 2 แบบคือ เครือข่ายแบบวงล้อ (Wheel Network) ที่มีพยาบาลจิตเวชเป็นศูนย์กลางในการสื่อสาร ส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเวชหญิงมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันให้มากเพื่อนำไปสู่การพูดคุยถึงปัญหา และแนวทางในการแก้ไขปัญหาของกลุ่ม และเครือข่ายแบบทุกช่องทาง (All Channel) ที่ผู้ป่วยจิตเวชหญิงสามารถสื่อสารถึงกันได้โดยตรง และทำให้การสื่อสารในกลุ่มเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ สามารถบรรลุเป้าหมายของการทำกลุ่มได้ โดยสมาชิกแต่ละคนจะเป็นผู้ตัดสินใจปัญหาด้วยตนเอง (Barker and other , 1991 และกนกรัตน์ วงศ์ลักษณะพันธ์ , 2542) นอกจากนี้รูปแบบของเครือข่ายการสื่อสารในกลุ่มยังขึ้นอยู่กับความแตกต่างในความสามารถและการกระตุ้นของพยาบาลจิตเวชในการทำงานกลุ่มด้วย (Shaw ,1981 อ้างใน Barker and other , 1991)

ซึ่งจะเห็นได้ว่ากระบวนการสื่อสารกลุ่มเพื่อบำบัดผู้ป่วยจิตเวชหญิง โรงพยาบาลสวนปรุงที่แบ่งขั้นตอนการสื่อสารเป็น 3 ขั้นตอน ก็เพื่อสร้างความคุ้นเคยให้กับผู้ป่วยจิตเวชหญิงให้มี

สัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน อันนำไปสู่การทำงานกลุ่มอย่างมีศักยภาพ การส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเวชหญิงได้มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน เกิดการพูดคุยปัญหา แลกเปลี่ยนประสบการณ์ชีวิต ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เพื่อนำไปสู่การหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน สมาชิกแต่ละคนจะเกิดความรู้สึกในความสำเร็จในการดำเนินงานร่วมกัน (วินิจ เกตุขำ และคมเพชร ฉัตรศุภกุล , 2522) โดยเป็นธรรมชาติและคุณสมบัติของกลุ่มที่ว่า สมาชิกในกลุ่มมีการพึ่งพาอาศัยกัน กลุ่มจะต้องมีการสื่อสาร หรือปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิก เพื่อร่วมกันทำงานให้บรรลุจุดมุ่งหมายเดียวกัน (ธีรนนท์ อนุวัชศิริวงศ์ , 2534)

จากผลการวิจัยจะพบว่า ผู้ป่วยจิตเวชหญิงหลังจากที่ได้เข้ากลุ่มจิตบำบัดระดับประคองแล้วจะมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น ทั้งลักษณะอาการจากที่เคยแยกตัวไม่ค่อยพูดคุยกับใคร ก็จะไม่กล้าพูด กล้าทักทายมากขึ้น มีพฤติกรรมสื่อสารที่ดีขึ้น ความสนใจในการเข้ากลุ่มมีอย่างต่อเนื่อง อยากที่จะเข้ากลุ่มบำบัดอีกแม้ว่ากลุ่มจะปิดลงแล้วก็ตามทัศนคติที่มีต่อการทำกลุ่ม การมีส่วนร่วมในกลุ่ม ผู้ป่วยก็สามารถที่จะช่วยเหลือเพื่อนในกลุ่มโดยการเล่าประสบการณ์ แสดงความคิดเห็น และเป็นผู้ที่ตั้งใจฟังขณะที่ทำงานกลุ่ม ร่วมเสนอแนวทางแก้ไขปัญหา เพื่อนำไปปรับใช้ในชีวิตประจำวันของแต่ละคนได้ ทั้งขณะที่ยังอยู่ในโรงพยาบาลสวนปรุง และออกไปจากโรงพยาบาลแล้วก็ตาม ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ สุณีย์ เอกวัฒน์พันธ์ (2529) สุมาลี สัยยะสิทธิพานิชย์ (2540) พรรณวิภา ถาวรประเสริฐ (2532) และไกรวรรณ เจริญกุล (2539) ที่ศึกษาการใช้กลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง พบว่า “ ผู้ที่เข้ากลุ่มมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น เป็นที่ยอมรับของกลุ่ม กรณีของการกลับมาเสพยาเสพติดซ้ำลดลง และการเข้ากลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง ยังพบอีกว่า สมาชิกกลุ่มมีความไว้วางใจ กล้าที่จะระบายปัญหาความคับข้องใจต่าง ๆ ออกมา มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ร่วมแสดงความคิดเห็นและหาแนวทางในการปฏิบัติเพื่อแก้ไขปัญหามีการให้กำลังใจซึ่งกันและกัน และรู้สึกว่าได้ประโยชน์ต่อการเข้ากลุ่ม อีกทั้งได้รับความรู้และแนวทางปฏิบัติที่ดี ”

ในกระบวนการสื่อสารกลุ่มพยาบาลจิตเวชจะแสดงบทบาทที่หลากหลาย โดยขึ้นอยู่กับสถานการณ์กลุ่มในขณะนั้น และช่วยระดับประคองกลุ่มให้สามารถทำงานได้ตามศักยภาพ เช่นการทำกลุ่มที่ผู้นำกลุ่มและผู้นำกลุ่มร่วมจะมีบทบาทในการชี้แนะ ริเริ่ม สนับสนุน กระตุ้น และเอื้อให้ผู้ป่วยจิตเวชหญิงได้มีการพูดคุย แสดงความคิดเห็นต่อกัน การเสริม และการสรุปจะช่วยให้ผู้ป่วยได้แนวทางในการแก้ปัญหาที่ชัดเจนขึ้น (เตือนใจ แวงงาม , 2534) บางครั้งการทำ

กลุ่มก็จะต้องให้ความเชื่อมั่น ให้กำลังใจเพื่อทำให้ผู้ป่วยกล้าแสดงความคิดเห็น ซึ่งเป็นการใช้เทคนิคและทักษะต่าง ๆ ของพยาบาลจิตเวช รวมถึงการฟังเพื่อทำความเข้าใจในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการสื่อออกมา การย้าหรือการทวนซ้ำก็ช่วยให้ผู้นำกลุ่ม และผู้ป่วยจิตเวชมีความเข้าใจที่ตรงกันดีขึ้น โดยผู้นำกลุ่มร่วมจะเป็นผู้ช่วยให้กับผู้นำกลุ่มได้ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น (อรพรรณ ลือบุญวัชชัย , 2543) นอกจากนี้พยาบาลจิตเวชจะต้องมีความอดทนต่อการทำกลุ่ม มีความเข้าใจและยอมรับการแสดงออกของผู้ป่วย และใจกว้างในการรับฟังความคิดเห็น และทักษะของผู้ป่วย มีความยืดหยุ่นต่อการทำกลุ่ม เพื่อไม่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดในขณะที่ทำกลุ่ม เพราะการทำกลุ่มที่เป็นการระบายอารมณ์ เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยได้ระบายอารมณ์ที่ถูกกักตันอยู่ออกมาและทำให้สบายใจขึ้น (สุมาลี สัยยะสิทธิพานิชย์ , 2540)

จำนวนสมาชิกของกลุ่มบำบัดที่จำกัดจำนวนประมาณ 8 - 12 คน โดยขึ้นอยู่กับลักษณะของผู้ป่วยจิตเวชหญิงที่มีการพูดแสดงความคิดเห็นได้มากน้อยเพียงใด เพื่อจะทำให้กลุ่มดำเนินไปตามเป้าหมายที่วางไว้ ซึ่งผู้วิจัยวิเคราะห์ว่าการมีจำนวนสมาชิกน้อยจะทำให้สมาชิกต้องพูด ต้องคิดมาก อาจมีผลทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดมากขึ้น และการมีจำนวนสมาชิกที่มากจะทำให้การควบคุมกลุ่มดำเนินไปด้วยความยากลำบาก และผู้ป่วยจะไม่สามารถพูดคุย ระบายความคับข้องใจของตนเองออกมาได้อย่างทั่วถึงกันทุกคน ทำให้การทำงานกลุ่มไม่มีประสิทธิภาพได้ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ สุมาลี สัยยะสิทธิพานิชย์ (2540) และถิรนนท์ อนวัชศิริวงศ์ (2534) ที่ระบุว่า “ ขนาดของกลุ่มในการทำกลุ่มบำบัด สมาชิกไม่ควรมากหรือน้อยเกินไป เพราะจะไม่เกิดผลการบำบัด ซึ่งจำนวนสมาชิกที่เหมาะสมในการบำบัดคือ 8 - 10 คน ถ้ามีสมาชิกในกลุ่มน้อยจะทำให้กลุ่มเกิดความวิตกกังวลที่จะต้องปฏิสัมพันธ์บ่อยครั้ง และถ้าสมาชิกกลุ่มมีมากเกินไป จะทำให้สมาชิกมีปฏิสัมพันธ์ไม่ทั่วถึง การรักษาคุณภาพของการสื่อสารในกลุ่ม ขนาดของกลุ่มต้องมีการควบคุม ต้องกำหนดขนาดตามงาน และบุคลิกภาพของสมาชิก ”

ระยะเวลาในการทำกลุ่ม พบว่า จะใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง ถึง 1 ชั่วโมง 15 นาที หรือตามเวลาที่กลุ่มทำการตกลงว่าจะใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง ถึง 1 ชั่วโมง 30 นาที (สุมาลี สัยยะสิทธิพานิชย์ , 2540) ซึ่งระยะเวลาในการทำกลุ่มขึ้นอยู่กับปัญหา และการเสนอแนวทางแก้ไขปัญหา รวมทั้งศักยภาพของสมาชิกในกลุ่มว่ามีความสามารถในการช่วยเหลือกลุ่มให้

ทำงานได้มากขึ้นเพียงใด ซึ่งผู้นำกลุ่มจะคอยเป็นผู้ควบคุมเวลาในการทำงานกลุ่มให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

ปฏิสัมพันธ์ในกลุ่ม เกิดจากพยาบาลจิตเวชเป็นผู้สร้างสัมพันธภาพในกลุ่ม เพื่อให้สมาชิกได้มีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน เกิดความไว้วางใจและนำไปสู่การเปิดเผยตนเอง ร่วมกันทำงานกลุ่มให้ได้มาซึ่งแนวทางในการแก้ไขปัญหาของกลุ่ม สำหรับผู้ป่วยจิตเวชหญิงบางคนที่มีปฏิสัมพันธ์กับกลุ่มน้อย พยาบาลจิตเวชจะช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้พูด เพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับสมาชิกในกลุ่ม ช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกถึงการเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม และรับรู้ถึงประโยชน์ที่จะได้จากการทำกลุ่ม (Brodbeck และ Edward Mabry and Richard Barnes)

ซึ่งวัตถุประสงค์ของการทำกลุ่มจิตบำบัดระดับประคับประคอง เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเวชหญิงได้พูดระบายความคับข้องใจของตนเองออกมา (สุมาลี สัยยะสิทธิพานิชย์ , 2540) ปลอดภัยสิ่งที่เป็นปัญหาในใจ เพื่อให้เกิดความมั่นใจ และลดความวิตกกังวล ให้กลุ่มได้รับทราบและช่วยแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น เป็นการประคับประคองจิตใจของผู้ป่วย (Tarachow , 1963) ดังจะเห็นได้ว่าประเด็นในการสื่อสารกลุ่มจิตบำบัดประคับประคอง เป็นปัญหาที่ผู้ป่วยจิตเวชหญิงกำหนดและอยากจะพูดระบายออกมา โดยปัญหานั้นเป็นปัญหาที่อยู่ในใจของผู้ป่วย และต้องการความช่วยเหลือ ซึ่งเป็นปัญหาเกี่ยวกับ การปรับตัว การกินยา การดำเนินชีวิต เพราะปัญหาทั้งหมดเป็นปัญหาที่ผู้ป่วยไม่สามารถที่จะแก้ไขได้ด้วยตนเอง จึงพร้อมที่จะให้กลุ่มช่วยเหลือ

ระเบียบและข้อกำหนดของกลุ่มเป็นกติกาที่พยาบาลจิตเวชและผู้ป่วยจิตเวชหญิงได้ร่วมกันเสนอเพื่อเป็นกรอบ และแนวทางในการปฏิบัติตนขณะทำกลุ่มของสมาชิก เป็นการสร้างปทัสถานร่วมกัน (Shared Norms) (New comb อ้างใน วินิจ เกตุขำ และ คมเพชร ฉัตรศุภกุล , 2522) ซึ่งจะทำให้กลุ่มสามารถดำเนินไปด้วยความไว้วางใจต่อกัน จึงประกอบด้วย การห้ามพูดแทรก หรือพูดยึดเยื้อ การลุกออกจากกลุ่มต้องขออนุญาต ทุกคนต้องพูด ร่วมกันแสดงความคิดเห็น และเรื่องที่พูดให้เก็บเป็นความลับ ไม่ไปพูดนอกกลุ่ม ซึ่งความยืดหยุ่นของกติกา กลุ่มจะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเวชหญิงไม่เกร็งมากเมื่อต้องร่วมแสดงความคิดเห็น และช่วยให้กลุ่มบรรลุเป้าหมายของการทำงานได้ ซึ่งเป็นคุณสมบัติอย่างหนึ่งที่ผู้นำกลุ่มจะต้องมีลักษณะที่ใจกว้างและมีความยืดหยุ่นในการทำกลุ่ม (พรรณวิภา ธารวประเสริฐ , 2532)

อำนาจภายในกลุ่มที่พบเกิดจากพยาบาลจิตเวชและผู้ป่วยจิตเวชหญิงบางคน ซึ่งอำนาจที่เกิดขึ้นมีผลไปปิดกั้นความคิดของผู้ป่วยจิตเวชหญิงในขณะทำกลุ่ม ทำให้ผู้ป่วยบางคนไม่กล้าที่จะแสดงความคิดเห็นเพราะกลัวการถูกลงโทษจากพยาบาลจิตเวช ซึ่งในความเป็นจริงแล้วผู้ป่วยจิตเวชหญิงเคยถูกลงโทษเพราะทำความผิด โดยเป็นความผิดภายนอกกลุ่ม แต่พลังของอำนาจเหล่านั้นยังคงติดอยู่ในความคิดของผู้ป่วย ความน่ากลัวเหล่านั้นสามารถลดลงได้เมื่อพยาบาลจิตเวชสร้างสัมพันธภาพที่ดี ปรับเปลี่ยนภาพลักษณ์ และความคิดของผู้ป่วยที่มองพยาบาลจิตเวชว่าน่ากลัว ให้ดูเป็นผู้มีใจโอบอ้อมอารี ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยได้ สำหรับอำนาจอื่น ๆ ที่ปรากฏในกลุ่มจะเป็นอำนาจของการเป็นผู้มีข้อมูลข่าวสารที่น่าเชื่อถือ สามารถโน้มน้าวใจผู้ป่วยให้คล้อยตามในคำพูด และการตัดสินใจ (French และ Raven , 1974) โดยจะเห็นว่าอำนาจมีผลต่อการสื่อสาร และความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิก และรูปแบบของอำนาจที่หลากหลายขึ้นอยู่กับสถานการณ์และการใช้ของบุคคล รวมทั้งอำนาจจะมีมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับลักษณะและชนิดของกลุ่ม ตลอดจนประสิทธิภาพของกลุ่มด้วย (DeVito , 1992) และจะเห็นว่าอำนาจสามารถควบคุมพฤติกรรมของบุคคลอื่นตามความต้องการของบุคคลฝ่ายแรกได้ (Clary และ Luke, Jr. , 1975 อ้างใน ดาริกา จารุวัฒน์กิจ , 2539) ซึ่งผู้วิจัยพบว่าอำนาจต่าง ๆ ที่ไปปิดกั้นความคิดของผู้ป่วยจะลดลงเมื่อสัมพันธภาพของทุกคนในกลุ่มเป็นไปในทางที่ดี ทำให้ผู้ป่วยกล้าที่จะเปิดเผยปัญหาและประสบการณ์ชีวิตของตนเอง เพื่อแลกเปลี่ยนกับสมาชิกในกลุ่ม

จากกระบวนการสื่อสารกลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง ซึ่งแบ่งการทำกลุ่มออกเป็นขั้นตอนนั้น พบว่า ประโยชน์ของการทำกลุ่มแบบเป็นขั้นตอนช่วยให้การพูดคุยปัญหา และการแก้ไขปัญหาเป็นการแก้ไขให้เสร็จสิ้นไปที่ละปัญหา คลายความทุกข์ใจของผู้ป่วยให้หมดไปโดยไม่ทำให้เกิดความกังวลใจ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อตัวผู้ป่วยจิตเวชหญิงและพยาบาลจิตเวชเองในการทำงานกลุ่ม การทำงานกลุ่มแบบมีขั้นตอนจะมีประสิทธิภาพดีต่อกลุ่มที่จะต้องพูดคุยปัญหา เพื่อได้แนวทางในการแก้ไขปัญหาที่ชัดเจนมากขึ้น และสามารถนำไปปรับใช้ในชีวิตประจำวันได้เป็นอย่างดี

ดังนั้นการสื่อสารกลุ่มที่ดีของพยาบาลจิตเวชและผู้ป่วยจิตเวชหญิงต้องเน้นรูปแบบการสื่อสารแบบสองทางเพื่อให้ทั้งสองฝ่ายมีความเข้าใจในการสื่อความหมายระหว่างกันได้ดีขึ้น และมีความเข้าใจที่ตรงกันมากขึ้น อีกทั้งการใช้รูปแบบของเครือข่ายการสื่อสารที่ใช้ผสมผสานกัน

ระหว่างทั้ง 2 แบบคือ การสื่อสารแบบวงล้อ และการสื่อสารแบบทุกช่องทางจะช่วยให้การทำกลุ่มทำงานได้อย่างเป็นระเบียบ มีขั้นตอนในการทำกลุ่มที่ชัดเจน และช่วยให้ผู้ป่วยจิตเวชหญิงได้รับประโยชน์จากการทำกลุ่มมากขึ้น ทั้งการได้รับความรู้ ได้ทำงานแลกเปลี่ยนประสบการณ์ความคิดเห็นกับสมาชิกในกลุ่ม เพื่อเป็นประสบการณ์ในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถนำไปปรับปรุงและปรับใช้กับสถานการณ์ที่ผู้ป่วยต้องออกไปเผชิญในสังคมนอกโรงพยาบาลได้ ดังนั้นจะเห็นว่าข้อดีของกระบวนการสื่อสารกลุ่มจะช่วยให้การพูดคุยในกลุ่มบำบัดมีความชัดเจนทั้งปัญหาที่พูดคุยในกลุ่ม ชัดเจนในเรื่องของแนวทางที่จะใช้แก้ไขปัญหาที่ได้จากกลุ่ม การสร้างความเป็นระเบียบในการทำงานกลุ่ม และช่วยให้ผู้ป่วยไม่เกิดความกังวลกับปัญหาที่พูดคุยในกลุ่ม รวมทั้งการทำกลุ่มแบบเป็นขั้นตอนนี้ยังช่วยเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยในการสร้างความไว้วางใจต่อกลุ่ม เพื่อนำไปสู่การเปิดเผยปัญหาของผู้ป่วยในกลุ่มโดยให้ทุกคนร่วมกันแสดงความคิดเห็นได้ต่อกันอย่างอิสระในขณะทำงานกลุ่มร่วมกัน

สำหรับข้อเสียของกระบวนการสื่อสารกลุ่มแบบเป็นขั้นตอน คือ การจำกัดปัญหาที่พูดคุยของผู้ป่วยในกลุ่มทำให้ผู้ป่วยที่อยากจะพูดคุยปัญหาอื่น ๆ ต้องเก็บงำปัญหานั้น ๆ ไว้ในใจเพื่อรอโอกาสในการพูดคุย หรือระบายออกมา ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยในรายนั้น ๆ ไม่ได้มีส่วนร่วมกับการทำกลุ่มเต็มที่มากนัก เพราะปัญหาที่กลุ่มกำลังพูดคุยกันอยู่ผู้ป่วยอาจไม่ได้คิดว่าเป็นปัญหาของตน ดังนั้นจึงต้องมีการคัดเลือกผู้ป่วยเพื่อทำกลุ่มจิตบำบัดระดับประคองด้วย เพราะสิ่งสำคัญที่จะต้องพิจารณาในการคัดเลือกผู้ป่วยคือ การคัดเลือกผู้ป่วยที่มีปัญหาล้ำๆ กัน เพื่อให้ผู้ป่วยทุกคนสามารถพูดคุย แลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างกันได้เต็มที่ และนำไปสู่การหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาเหล่านั้น ร่วมกันได้

ซึ่งผู้วิจัยวิเคราะห์ว่ารูปแบบของกระบวนการสื่อสารกลุ่มที่เกิดขึ้นในกลุ่มเฉพาะนี้ ทำให้การบำบัดผู้ป่วยจิตเวชหญิงบรรลุเป้าหมายของการบำบัดได้ และช่วยให้ผู้ป่วยได้พูดระบายความคับข้องใจของตนเองออกมาไม่มากนักน้อย สำหรับผู้ป่วยที่ยังมีปัญหาก็อยากจะพูดคุยกับกลุ่มแล้วยังไม่ได้พูด ก็สามารถที่จะเข้ากลุ่มในครั้งต่อ ๆ ไปเพื่อนำปัญหาของตนเองออกมาพูดคุยกับกลุ่มได้จนกว่าผู้ป่วยจะหมดปัญหา หรือหมดความคับข้องใจของตนเองได้ โดยการเข้ากลุ่มควรจะมีการเข้ากลุ่มหลาย ๆ ครั้งเพื่อพยาบาลจิตเวชจะได้ช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถปรับตัวเข้าใจปัญหาของตนเอง และเข้าใจถึงการปรับตัวในการกลับเข้าสู่สังคมให้ดีขึ้น

2. ปัจจัยที่มีผลทำให้กระบวนการสื่อสารกลุ่มบรรลุเป้าหมายของการบำบัด

เป้าหมายของการบำบัดของกลุ่มจิตบำบัดระดับประคับประคอง คือ การให้ผู้ป่วยจิตเวชหญิงได้พูดระบายในสิ่งที่ปัญหาที่ผู้ป่วยต้องการจะพูดให้กลุ่มได้รับทราบ เพื่อลดความคับข้องใจ โดยให้สมาชิกในกลุ่มได้ช่วยเหลือกัน ร่วมกันแก้ไขปัญหาของกลุ่ม ซึ่งพยาบาลจิตเวชช่วยประคับประคองในด้านจิตใจ ส่งเสริมสัมพันธภาพของสมาชิก และช่วยชี้แนะ ช่วยขยายมุมมองในส่วนที่ไม่สมบูรณ์ แม้ว่ากลุ่มบำบัดนี้มีเป้าหมายเพื่อการพูดคุย (William D. Brooks , 1983) แต่จุดประสงค์ของการพูดคุยก็เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเวชหญิงเปิดเผยปัญหา และแก้ไขปัญหาของกลุ่ม (ธีรพันธ์ อนุวัชศิริวงศ์ , 2534) เพื่อคลายความวิตกกังวลใจ และช่วยให้ผู้ป่วยมีจิตใจที่เข้มแข็งขึ้นเพื่อเผชิญกับปัญหาของตนเอง ดังที่พยาบาลจิตเวชกล่าวว่า “ การบำบัดกลุ่มจิตบำบัดระดับประคับประคองนี้เป็นการบำบัดแบบหวังผลระยะยาว ดังนั้นพยาบาลจิตเวชจะช่วยปรับเปลี่ยนผู้ป่วยจิตเวชหญิงให้มีความเข้าใจตัวของเขาเอง เข้าใจโรค และเข้าใจการปรับตัวที่จะอยู่ในสังคมให้ดีขึ้น ” (สัมภาษณ์ 2 เมษายน 2545. จีรวรรณ โสภาสุพรรณ , ผู้นำกลุ่มร่วม)

ปัจจัยที่เกิดขึ้นในกระบวนการสื่อสารกลุ่มนี้ มีผลทำให้กลุ่มจิตบำบัดระดับประคับประคองสามารถบรรลุเป้าหมายของการบำบัด เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเวชหญิงได้พูดคุย ระบายความคับข้องใจ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และร่วมแก้ไขปัญหากลุ่มได้ตามศักยภาพของกลุ่ม โดยแบ่งเป็น 4 ปัจจัยสำคัญ ที่ประกอบด้วย ปัจจัยที่เกิดจากพยาบาลจิตเวช ปัจจัยที่เกิดจากกลุ่ม ปัจจัยที่เกิดจากผู้ป่วยจิตเวชหญิง และปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมของโรงพยาบาลสวนปรุง ดังนี้

1. **ปัจจัยที่เกิดจากพยาบาลจิตเวช** เนื่องจากพยาบาลจิตเวชเป็นผู้ที่สนใจในการศึกษาและการฝึกอบรมเกี่ยวกับงานด้านจิตเวชมาตลอด ส่งผลถึงความเข้าใจและความตั้งใจในการทำงานด้านการดูแล และการบำบัดรักษาอาการของผู้ป่วยจิตเวช รวมทั้งพยาบาลจิตเวชยังเป็นผู้มีประสบการณ์ในการทำงานด้านจิตเวชมาอย่างยาวนาน ซึ่งทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวชหญิง เป็นไปด้วยความเต็มใจที่จะคอยให้ความช่วยเหลือ และส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีอาการที่ดีขึ้นซึ่งทำให้ทัศนคติของพยาบาลที่มีต่อผู้ป่วยจิตเวชหญิงเป็นไปในทิศทางที่ดี การที่พยาบาลจิตเวชมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วย การเข้าใจในปัญหาและอาการของผู้ป่วยจิตเวชหญิง ว่าสิ่งที่ผู้ป่วยแสดงออกมาเกิดจากความเจ็บป่วยและควรจะได้รับความช่วยเหลือ

การให้กำลังใจ การแสวงหาความรู้และข้อมูลเพื่อนำมาช่วยเหลือผู้ป่วยได้ตรงกับโรค และความ ต้องการของผู้ป่วย ซึ่งการมีทัศนคติที่ดี การเข้าใจในปัญหาและอาการของผู้ป่วยจะส่งผลถึง การทำงานกลุ่ม การสร้างสัมพันธ์ภาพของพยาบาลจิตเวชกับผู้ป่วยจิตเวชหญิงนั้นจะดำเนินไป ด้วยความจริงใจ ความเอื้ออาทร เพื่อให้สัมพันธ์ภาพที่เกิดขึ้นเป็นไปในทิศทางที่ดี อันจะนำไปสู่ การเปิดเผยปัญหา และต้องการความช่วยเหลือจากกลุ่มในการแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยจิตเวช หญิง ซึ่งสัมพันธ์กับแนวคิดของ พรหมวิภา ถาวรประเสริฐ (2532) ระบุว่า “ คุณสมบัติของ ผู้นำกลุ่ม คือ มีทัศนคติที่ดีต่อการรักษาด้วยกลุ่มบำบัดแบบประคับประคอง และมีความต้องการจะช่วยเหลือผู้เข้ารับการบำบัดไม่หวังผลประโยชน์ตอบแทน ” ซึ่งผู้วิจัยวิเคราะห์ว่าการที่ ทัศนคติของพยาบาลจิตเวชเป็นไปในทิศทางที่ดี ย่อมมีผลทำให้การสื่อสารกลุ่มสามารถบรรลุ เป้าหมายของการบำบัดได้ เพราะสิ่งที่พยาบาลสื่อออกมาแสดงถึงความห่วงใย ความต้องการที่ อยากรจะช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกที่ดีขึ้น มีกำลังใจที่จะต่อสู้กับปัญหาของตนเองให้ได้

2. **ปัจจัยที่เกิดจากกลุ่ม** ได้แก่ การคัดเลือกผู้ป่วยจิตเวชหญิงเพื่อทำกลุ่มจิตบำบัด ประคับประคองของโรงพยาบาลสวนปรุง การคัดเลือกผู้ป่วยจิตเวชหญิงเพื่อเข้ากลุ่ม พยาบาล จิตเวชจะใช้แบบประเมินสมรรถภาพ การพูดคุยกับผู้ป่วยเพื่อคัดเลือกผู้ป่วยที่มีปัญหาที่ เหมาะสมกับการใช้กลุ่มจิตบำบัดประคับประคอง รวมทั้งการใช้ข้อมูลสนับสนุนจากแฟ้มประวัติ เพื่อคัดเลือกผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตระดับหนึ่ง และสามารถสื่อสารในกลุ่มได้ ในส่วนของการ ศึกษาวิจัยครั้งนี้ การคัดเลือกผู้ป่วยยังมุ่งเน้นที่การเลือกผู้ป่วยที่มีเพศเดียวกัน วัยใกล้เคียงกัน ซึ่งทำให้ผู้ป่วยได้แนวคิดในลักษณะเดียวกัน บางคนจะมีปัญหาที่คล้ายกันก็สามารถแนะนำกัน ได้ และช่วยเหลือกันได้ ซึ่งช่วยให้สมาชิกเข้าใจกันได้ง่าย รวมทั้งสมาชิกเพศเดียวกันจะมีความ เข้าใจกันได้ดีกว่าสมาชิกที่ต่างเพศกัน (สุมาลี สัยยะสิทธิพานิชย์ , 2540 และนิราศศิริ โรจนธรรมกุล , 2535)

จำนวนสมาชิกในการทำกลุ่มจิตบำบัดของโรงพยาบาลสวนปรุงถูกจำกัดประมาณ 8 – 12 คน เพื่อให้กลุ่มดำเนินไปตามเป้าหมายที่วางไว้ คือการให้ผู้ป่วยจิตเวชหญิงได้พูดระบาย ความคับข้องใจออกมา ดังนั้นการที่กลุ่มมีจำนวนมากหรือน้อยเกินไป การพูดคุยในกลุ่มจะไม่ บรรลุตามเป้าหมายได้ เพราะกลุ่มที่มีจำนวนสมาชิกน้อยเกินไปทำให้เกิดความวิตกกังวล ความ กดดันในกลุ่มที่ผู้ป่วยจะต้องพูดบ่อยครั้งจะมีมากขึ้น และแนวทางที่ได้ในการแก้ไขปัญหาที่จะไม่

หลากหลาย สำหรับกลุ่มที่มีสมาชิกมากเกินไปก็จะทำให้การพูดคุยไม่ทั่วถึงกัน ความคับข้องภายในจิตใจของผู้ป่วยก็ไม่สามารถบรรเทาลงได้ และจะไม่เกิดผลบำบัด

ระเบียบและข้อกำหนดของการทำกลุ่มที่เป็นการทำข้อตกลงร่วมกันระหว่างพยาบาลจิตเวชกับผู้ป่วยจิตเวชหญิง โรงพยาบาลสวนปรุง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติตนขณะทำกลุ่มของผู้ป่วย และข้อตกลงของกลุ่ม เช่น เรื่องที่พูดคุยกันในกลุ่มจะต้องเก็บเป็นความลับ ไม่นำออกไปพูดนอกกลุ่ม หรือห้ามนำไปล้อเลียนกัน ซึ่งเป็นข้อตกลงที่พยาบาลจิตเวชให้ความสำคัญมาก เพราะข้อตกลงนี้จะสร้างความรู้สึกที่ปลอดภัย และเกิดความไว้วางใจต่อกันของผู้ป่วยในการเปิดเผยปัญหาของตนเองให้กลุ่มได้รับทราบ (Marram, 1978 อ้างใน สุมาลี สัยยะสิทธิพานิชย์, 2540) ถ้าสมาชิกในกลุ่มไม่มีความไว้วางใจต่อกันย่อมไม่ก่อให้เกิดปฏิสัมพันธ์การพูดคุยอันเป็นเป้าหมายของการบำบัดได้

สำหรับอำนาจที่เกิดขึ้นภายในกลุ่ม เช่น อำนาจการครอบงำความคิด อำนาจในการเป็นผู้มีความรู้ มีความเชี่ยวชาญ หรืออำนาจในหน้าที่ ซึ่งผู้ป่วยจิตเวชหญิงบางคนจะกลัว เพราะเป็นอำนาจในการลงโทษเมื่อผู้ป่วยกระทำความผิด แม้ว่าอำนาจนี้จะไม่ได้เกิดขึ้นในขณะที่ทำกลุ่ม แต่ก็ส่งผลต่อการทำกลุ่มได้ อำนาจดังที่กล่าวมานี้เป็นสิ่งที่ไปปิดกั้นความคิด การแสดงความคิดเห็นในการทำงานกลุ่ม ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชหญิงไม่กล้ามีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน ไม่สามารถแลกเปลี่ยนประสบการณ์ชีวิตระหว่างกันได้ เพราะความกลัว ความรู้สึกไม่ปลอดภัย และไม่มี ความมั่นใจในตนเอง คิดว่าสิ่งที่พยาบาลจิตเวชพูด หรือสิ่งที่เพื่อนบางคนพูดเป็นสิ่งที่ถูกต้อง สามารถตัดสินการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยได้ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ DeVito (1992) ที่ระบุว่า “ อำนาจดังกล่าวจะมีมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับลักษณะและชนิดของกลุ่ม และไม่ว่าจะเป็นอำนาจใด ๆ ก็ตาม ต่างมีผลต่อความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิก ตลอดจนประสิทธิภาพของกลุ่มด้วย ” ดังนั้นเพื่อลดอำนาจที่เกิดขึ้นภายในกลุ่ม การสร้างสัมพันธภาพที่ดีจึงเป็นวิธีที่ถูกนำมาช่วยให้กลุ่มสามารถดำเนินไปยังเป้าหมายที่วางไว้ได้

3. ปัจจัยที่เกิดจากผู้ป่วยจิตเวชหญิง ของโรงพยาบาลสวนปรุง ประกอบด้วย การมีส่วนร่วมในการคิด ตัดสินใจ และแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยจิตเวชหญิง พบว่า ผู้ป่วยจะเป็นผู้ตัดสินใจเองทั้งการเข้าร่วมทำกลุ่ม การร่วมเปิดเผยปัญหา และการตัดสินใจเลือกวิธีในการแก้ไขปัญหา เพราะผู้ป่วยเป็นผู้ที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับปัญหาของตนเอง การตัดสินใจมีส่วนร่วม

ในการทำงานกลุ่ม ผู้ป่วยจึงควรเป็นผู้เลือกเพื่อให้ได้รับประโยชน์จากการเข้ากลุ่ม และช่วยลดความคับข้องใจของผู้ป่วยให้บรรเทาลงได้เมื่อผู้ป่วยเต็มใจที่จะเข้ากลุ่ม การใช้วิธีบังคับจะทำให้ผู้ป่วยอึดอัดใจ และจะไม่มีส่วนร่วมในขณะทำกลุ่ม จะทำให้กลุ่มไม่สามารถบรรลุเป้าหมายของการบำบัดได้ จากการสังเกตความเปลี่ยนแปลงของการทำกลุ่ม 4 ครั้ง พบว่าผู้ป่วยจิตเวชหญิง จะให้ความสนใจต่อการเข้ากลุ่มโดยการมาถึงกลุ่มก่อนเวลานัดหมาย สามารถร่วมแสดงความคิดเห็นได้มากขึ้น เมื่อมีความคุ้นเคยกับสมาชิกจากการทำกลุ่มถึง 4 ครั้ง ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น สอดคล้องกับ Homan (1950 อ้างใน ลูติพร ธรรมวิชัย, 2540) ระบุว่า “ ถ้ากลุ่มได้มีการจัดสมาชิกของกลุ่มพบปะพูดคุยกันได้บ่อยครั้งมากเท่าใด ก็จะทำให้กลุ่มนั้นดึงดูดใจสมาชิกให้เข้าร่วมทำกิจกรรมกับกลุ่มได้มาก ” และสำหรับผู้ป่วยบางรายที่มีส่วนร่วมในกลุ่มน้อยมาก พยาบาลจิตเวชจะต้องคอยกระตุ้นให้เกิดความรู้สึกถึงการเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มนั้น เพราะว่าเป็นลักษณะของผู้ป่วยจะเป็นผู้ที่พูดน้อย แม้ว่าการทำกลุ่มบ่อยครั้งก็ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยได้ แต่ผู้ป่วยก็สามารถได้รับประโยชน์จากการฟัง และนำความรู้ที่ได้จากกลุ่มไปปรับใช้เพื่อแก้ไขปัญหาของตนเองได้เช่นกัน การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยจิตเวชจะพบได้หลายรูปแบบ ขึ้นอยู่กับอาการและการแสดงออกของผู้ป่วยเอง ซึ่งจากที่ Macda (อ้างใน นวลจันทร์ จันทรมณี, 2538) ได้แบ่งรูปแบบการมีส่วนร่วมเป็น “ การมีส่วนร่วมแบบแข็งขัน การมีส่วนร่วมแบบไม่แข็งขัน และการมีส่วนร่วมแบบเฉื่อยชา ” และ Deshler and Sock (อ้างใน กนกรัตน์ วงศ์ลักษณะพันธ์, 2542) แบ่งการมีส่วนร่วมเป็น “ การมีส่วนร่วมจอมปลอม และการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง ” แต่การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยจิตเวชหญิงยังขึ้นอยู่กับความเกี่ยวข้องทางด้านจิตใจ และอารมณ์ การติดต่อสื่อสารระหว่างกันเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ชีวิต การมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา และการหาแนวทางต่าง ๆ เพื่อนำมาใช้แก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้ (อคิน รพีพัฒน์, 2525 อ้างใน กนกรัตน์ วงศ์ลักษณะพันธ์, 2542) การมีส่วนร่วมในกลุ่มมีผลทำให้ผู้ป่วยที่เข้าไปเกี่ยวข้องกับกลุ่มต้องการที่จะเห็นความสำเร็จของการทำงาน และต้องการได้รับประโยชน์จากการทำกลุ่มนั้นด้วยเช่นกัน (William Reeder, 1963 อ้างใน กนกรัตน์ วงศ์ลักษณะพันธ์, 2542) ซึ่งเป็นไปตามที่พยาบาลจิตเวชเคยกล่าวไว้ว่า “ ผู้ป่วยจิตเวชหญิงที่มีอาการค่อนข้างดีแล้วผู้ป่วยจะรู้ว่าเมื่อเข้ากลุ่มจิตบำบัดระดับประคองแล้วได้ประโยชน์ ” (สัมภาษณ์ 2 เมษายน 2545. จันทรฉาย เนตรสุวรรณ, ผู้นำกลุ่ม)

ความเข้าใจในวัตถุประสงค์ของการทำกลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง ซึ่งผู้ป่วยจิตเวชหญิงมีความเข้าใจว่าเป็นการพูดคุยถึงปัญหาของสมาชิกในกลุ่ม และมีส่วนร่วมทำให้ผู้ป่วยมีความ

ต้องการอยากที่จะพูด ระบายความรู้สึกของตนเองออกมา การมีทัศนคติที่ดีต่อการเข้ากลุ่ม ต่อพยาบาลจิตเวช และต่อเพื่อนสมาชิกในกลุ่ม เมื่อทุกคนมีทัศนคติที่ดีต่อกัน มีความชอบที่จะเข้ากลุ่ม ชอบที่จะพูด และอยากจะได้ประโยชน์ ได้ความรู้จากการพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความคิดเห็นระหว่างกันแล้ว พยาบาลจิตเวชก็สนับสนุนพร้อมทั้งให้โอกาสในการพูดคุย ให้ความช่วยเหลือ ชี้แนะแนวทาง เพื่อนำไปสู่เป้าหมายของการทำงานกลุ่ม นอกจากนี้ความรู้สึกที่ผู้ป่วยจิตเวชมีต่อการทำกลุ่ม ทั้งก่อนการทำกลุ่ม ระหว่างการทำกลุ่ม และหลังการทำกลุ่ม เกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นเมื่อทุกคนได้ทำงานร่วมกัน ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการมีส่วนร่วมในการทำงานกลุ่มของผู้ป่วยมีความเกี่ยวข้องกับทั้งด้านอารมณ์ จิตใจ และความสามารถที่จะช่วยให้กลุ่มบรรลุเป้าหมาย และที่สำคัญยังมีพยาบาลจิตเวชคอยสร้างสัมพันธ์ภาพ กระตุ้น ให้มุมมอง และคำแนะนำที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วม และได้ประโยชน์จากการเข้ากลุ่มให้มากที่สุด สอดคล้องกับ Yalom (1970 อ้างใน พรรณวิภา ถาวรประเสริฐ , 2532) ระบุว่า “ ผู้ที่เป็นสมาชิกกลุ่มจะเข้ากลุ่มอย่างสม่ำเสมอไม่ทำให้กลุ่มล้มเหลว หรือสับสนตลอดเวลา ซึ่งขึ้นอยู่กับความพร้อมเฉพาะตัวของสมาชิกเอง เช่น ไม่มีอาการทางกายหรือทางจิตรุนแรง สนใจ และเต็มใจที่จะเข้าร่วมกลุ่ม และสมาชิกได้รับการเตรียมก่อนเข้ากลุ่ม เช่น ให้อ่าน เวลาสถานที่ที่จะต้องเข้ากลุ่ม ” และนอกจากนี้ผู้ป่วยยังเห็นว่าตนเองได้รับประโยชน์จากการทำกลุ่ม จิตบำบัดประคับประคอง ทั้งได้รับความสนุกสนานเพลิดเพลิน ได้รับความรู้ มุมมองในการดำเนินชีวิต และข้อมูลซึ่งเป็นแนวทางการแก้ปัญหาจากกลุ่ม ซึ่งผู้ป่วยจะได้นำไปปรับใช้ใน ชีวิตประจำวันนั้น เกิดจากการที่ผู้นำกลุ่มพยายามชี้แนะประโยชน์ที่สมาชิกจะได้รับเมื่อออกจากกลุ่ม (สุมาลี สัยยะสิทธิพานิชย์ , 2540)

4. ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมของโรงพยาบาลสวนปรุง ในด้านของความร่มรื่น เยียบสงบ สะอาด เหมาะสำหรับการทำกิจกรรมบำบัดเพื่อให้ผู้ป่วยมีสมาธิ และตั้งใจขณะทำกลุ่มบำบัด โดยไม่ให้ความสนใจของผู้ป่วยถูกชักจูงออกไปจากกลุ่ม การแบ่งพื้นที่ในการทำกลุ่มกิจกรรมต่าง ๆ อย่างเป็นสัดส่วนจึงมีความสำคัญสำหรับการบำบัดรักษา เพราะถ้าสภาพแวดล้อมทรุดโทรม หรือมีเสียงรบกวนขณะทำกลุ่ม ย่อมมีผลต่อสมาธิ และสภาพจิตใจของผู้ป่วยจิตเวชหญิงขณะเข้ากลุ่มบำบัด การสร้างสภาพแวดล้อมที่อบอุ่น มีความเป็นมิตร เป็นกันเองระหว่างพยาบาลจิตเวชกับผู้ป่วยจิตเวชหญิง และระหว่างผู้ป่วยจิตเวชหญิงด้วยกันเอง จะช่วยสร้างกำลังใจให้กับผู้ป่วย และไม่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความท้อแท้ในจิตใจเมื่อเข้ามารักษาตัวในโรงพยาบาล ฉะนั้นสภาพแวดล้อมของโรงพยาบาลก็เป็นส่วนสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยจิตเวช

หญิงมีความรู้สึกที่ดีขึ้น แม้ว่าการรักษาตัวในโรงพยาบาลจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอึดอัด ชาติอิสระ ขณะอยู่ในโรงพยาบาล แต่การสร้างสภาพแวดล้อม บรรยากาศและความรู้สึกที่ดี ๆ ให้กับผู้ป่วย ก็สามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกที่ดีขึ้น และพร้อมที่จะให้ความร่วมมือในการบำบัดรักษา อาการของตนเองให้ทุเลาลงได้

จากปัจจัยทั้งหมดที่กล่าวมาแล้วต่างมีผลต่อการสื่อสารในกลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง ทั้งสิ้น เพราะการทำงานกลุ่มให้บรรลุเป้าหมายของการบำบัดได้นั้น ขึ้นอยู่กับผู้ป่วยจิตเวชหญิงเป็นหลัก เมื่อปัจจัยแวดล้อมทั้งพยาบาลจิตเวช ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมของโรงพยาบาล สอนปรุง และปัจจัยที่เกิดจากกลุ่มทำงานได้ดีแล้ว แต่ผู้ป่วยจิตเวชหญิงไม่พร้อมที่จะมีส่วนร่วมในกลุ่ม การพูดคุยระบายปัญหา การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน และการช่วยเหลือกันในการ แก้ไขปัญหาจะไม่เกิดขึ้น การบำบัดก็ไม่สัมฤทธิ์ผล การสื่อสารที่เกิดขึ้นในกลุ่มก็ไม่สามารถทำ ให้กลุ่มบรรลุเป้าหมายของการบำบัดได้

3. ปัจจัยทางเพศสภาพของผู้ป่วยจิตเวชหญิง มีผลต่อการให้ความหมาย และการสร้างความเข้มแข็งให้กับตนเองเพื่อการบำบัด

จากผลการวิจัยเกี่ยวกับเพศสภาพของผู้ป่วยจิตเวชหญิงโรงพยาบาลสอนปรุง เพื่อให้เข้าใจถึงปัจจัยทางเพศสภาพ และวาทกรรมของผู้ป่วยจิตเวชหญิงในความหมายต่าง ๆ สรุปผล ไว้ในตารางที่ 3 ดังนี้

ตารางที่ 3 แสดงปัจจัยทางเพศสภาพและวาทกรรมของผู้ป่วยจิตเวชหญิงในความหมายต่าง ๆ

Feminist	สังคมกระแสหลัก	ผู้ป่วยจิตเวชหญิง
<p>ผู้หญิงปกติ ผู้หญิงปกติ คือผู้หญิงทุกคนที่มีความหลากหลายทางชนชั้น เชื้อชาติ เพศสภาพ ดังนั้นจุดยืนของ Feminist จึงไม่มีการแบ่งแยกผู้หญิง</p>	<p>ผู้หญิงที่ปฏิบัติตามค่านิยมและความคาดหวังของสังคม เช่น ชอบช่วยเหลือผู้อื่น ไม่เห็นแก่ตัว อ่อนโยน อ่อนแอ ชอบพึ่งพาผู้อื่น เป็นกุลสตรี</p>	<p>ผู้หญิงที่มีบุคลิกภาพดี รู้จักความบกพร่อง รู้จักประเมินตนเอง มีงานทำ ร่ำรวย แจ่มใส ไม่คิดฟุ้งซ่าน ทำตัวเป็นประโยชน์ต่อสังคม ดำรงชีวิตอย่างฉลาด ทำงานช่วยที่บ้าน เช่น กวาดบ้าน ถูบ้าน ดูแลตัวเอง ดูแลครอบครัว แบ่งเบาภาระของครอบครัวได้</p>
<p>ผู้หญิงผิดปกติ (ความบ้า) จุดยืนของ Feminist คือไม่มีผู้หญิงปกติ หรือผู้หญิงผิดปกติ แต่ที่ผู้หญิงถูกทำให้ผิดปกติเพราะสังคมเป็นตัวกำหนดความผิดปกติของผู้หญิง ซึ่งมาจากอคติทางเพศ และความรุนแรงในสังคม</p>	<p>ผู้หญิงที่ไม่ปฏิบัติตามค่านิยมและความคาดหวังของสังคม เช่น ไม่แต่งงาน เลี้ยงลูกไม่เป็น ไม่ชอบอยู่บ้าน ก้าวร้าว ชอบข่มขู่ เชื้อมั่นในตัวเอง มีอิสระ มีอำนาจและอิทธิพลเหนือผู้อื่น แข็งกร้าว</p>	<p>ผู้หญิงที่ดูแล้วไม่ค่อยดี ซึมเศร้า ปวดหัว อาเจียน เสียใจ วุ่นวาย พูดคนเดียว พูดไร้สาระ พูดไม่รู้เรื่อง คิดว่าตนเองมีไม่ใคร่พิพในตัว มีลูกแล้วยังสูบบุหรี่ ร้องเพลง แก้วฟ้าเดินไปมา มีจิตใจบกพร่อง ควบคุมตัวเองไม่ได้ ฟุ้งซ่าน มีจิตใจทำร้ายคนอื่น คลั่ง เพ้อ เป็นโรคจิต</p>

ตารางที่ 3 (ต่อ)

Feminist	สังคมกระแสหลัก	ผู้ป่วยจิตเวชหญิง
<p>ความงาม</p> <p>ความงามเป็นสิ่งประกอบสร้างที่สังคมบริโภคนิยมและปิตาธิปไตยใช้ควบคุมและแบ่งแยกผู้หญิง</p>	<p>สื่อมวลชนทำให้ผู้หญิงส่วนใหญ่ยึดติดกับค่านิยมและความสนใจในร่างกายของตน โดยมีเป้าหมายของการหาความรู้จากร่างกายนั้นเป็นไปเพื่อเสริมความสวยงามของร่างกายเท่านั้น เช่น ต้องมีรูปร่างผอมบาง หน้าตาดี จมูกโด่ง แต่งกายตามแฟชั่น</p>	<p>การแต่งกายไม่เหมาะสมกับกาลเทศะ แต่งกายมากเกินไป เกินความสวยงามตามกรอบของสังคม เช่น ติดกับเต็มศีรษะ การเปลือยกายโชว์ให้คนอื่นดู การหาสิ่งทดแทนเครื่องประดับโดยการดัดผมมาทำเป็นสร้อย</p>
<p>ความเป็นแม่</p> <p>Feminist อธิบายความเป็นแม่ว่าเป็นสถาบัน (motherhood) ที่ผู้หญิงทุกคนมีประสบการณ์ร่วม อธิบายให้เห็นว่าสังคมใช้ความเป็นแม่กดขี่ผู้หญิงจนทำให้ผู้หญิงปราศจากความภาคภูมิใจในความเป็นแม่</p>	<p>การเป็นแม่เป็นหน้าที่ของผู้หญิง ทั้งการเลี้ยงดูลูก เป็นแม่ที่รักและอุทิศตนเพื่อลูกด้วยความเต็มใจ</p>	<p>การสะท้อนลักษณะของการปฏิเสธความเป็นแม่ โดยผู้ป่วยเลี้ยงดูไม่เป็น เอาของสกปรกให้ลูกกิน การทำร้ายลูก และไม่ยอมให้ผู้อื่นเลี้ยงดูแทน</p>

ตารางที่ 3 (ต่อ)

Feminist	สังคมกระแสหลัก	ผู้ป่วยจิตเวชหญิง
<p>พื้นที่ในบ้าน</p> <p>เป็นพื้นที่ส่วนตัวที่ใช้สำหรับตัดขาดผู้หญิงออกไปจากเรื่องของการมีส่วนร่วม และการแสวงหาคุณค่าจากพื้นที่สาธารณะ และผู้หญิงถูกกำหนดให้มีบทบาทและความคิดจำกัดอยู่แค่ขอบเขตของพื้นที่ในบ้าน ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีคุณค่าด้อยกว่าพื้นที่สาธารณะ</p>	<p>ผู้หญิงมีภาระหน้าที่ในการดูแลบ้าน ในบทบาทของแม่ เมีย และลูกสาว โดยครอบครัวเป็นตัวกำหนดบทบาทและสถานภาพของผู้หญิง เช่น การเป็นแม่ศรีเรือนที่ขยันขันแข็ง จัดการดูแลบ้านช่องให้เรียบร้อย</p>	<p>บ้านเป็นพื้นที่ของผู้หญิงที่ต้องดูแลรับผิดชอบ ทำงานบ้าน เพราะความเป็นผู้หญิงอ่อนแอ จึงต้องทำงานอยู่ในบ้าน แต่บ้านก็ถูกใช้เป็นพื้นที่ของการกักขังที่ผู้หญิงไม่ชอบ</p>

จากตารางที่ 3 สามารถวิเคราะห์ได้ว่า ปัจจัยทางเพศสภาพและวาทกรรมของผู้ป่วยจิตเวชหญิงที่มีต่อ “ ผู้หญิงปกติ ” ที่ผู้ป่วยให้ความหมายว่าเป็นผู้ที่มีบุคลิกภาพดี มีงานทำ ทำตัวเป็นประโยชน์ต่อสังคม ทำงานช่วยที่บ้าน ดูแลครอบครัว แบ่งเบาภาระของครอบครัวได้ ซึ่งวาทกรรมที่ผู้ป่วยจิตเวชหญิงกล่าวถึงนั้น เป็นความคิดที่ผู้ป่วยยึดติดอยู่กับสังคมกระแสหลักที่ต้องการให้ผู้หญิงทำ และเป็นไปตามที่สังคมต้องการ และนอกจากนี้ปัจจัยทางเพศสภาพ และวาทกรรมที่มีต่อ “ ผู้หญิงผิดปกติ ” และ “ ความงาม ” ของผู้ป่วยจิตเวชหญิงยังคล้อยตามที่สังคม และสื่อมวลชนกำหนด และตอกย้ำให้ผู้หญิงแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ ออกมาให้เป็นไปตามความต้องการของสังคม และให้เป็นที่ยอมรับ เพื่อที่จะดำเนินชีวิตในแบบที่สังคมเรียกว่า “ ความปกติ ” ได้

สำหรับปัจจัยทางเพศสภาพที่แสดงถึง “ ความเป็นแม่ ” ที่ผู้ป่วยแสดงออกมาในลักษณะของการปฏิเสธความเป็นแม่ ซึ่งไม่เป็นไปตามที่สังคมคาดหวังไว้ จึงถูกสังคมลงโทษด้วยการนำส่งโรงพยาบาลโรคจิต เป็นสิ่งที่แสดงให้เห็นว่าสังคมมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการแสดงออกของผู้หญิง และสังคมยังเป็นผู้ตัดสินว่าพฤติกรรมเหล่านั้นเป็นปกติ หรือผิดปกติ เหมาะสมแล้วหรือ

ยังที่จะเข้ามาอยู่ร่วมกับคนในสังคมนั้น ๆ แต่สำหรับวาทกรรมของ “พื้นที่ในบ้าน” ผู้ป่วยจิตเวชหญิงมองว่าบ้านเป็นที่สำหรับผู้หญิงที่อ่อนแอ ที่มีหน้าที่ในการดูแลบ้าน ทำงานบ้าน และยังเป็นที่พักขังผู้หญิงไม่ให้ออกไปสร้างความวุ่นวายในสังคม ซึ่งเป็นกรมองพื้นที่ในบ้านในแบบสังคมกระแสหลัก และ Feminist ว่าเป็นพื้นที่ของผู้หญิงและใช้สำหรับกักขังผู้หญิงไม่ให้มีส่วนร่วมร่วมกับสังคมภายนอก จากปัจจัยทางเพศสภาพและวาทกรรมของผู้ป่วยจิตเวชหญิงตามที่กล่าวมาส่วนใหญ่จะเป็นไปตามการมองของสังคมกระแสหลัก ซึ่งผู้ป่วยได้รับการอบรมสั่งสอนมาจากครอบครัวและสังคม ทำให้แนวคิดและมุมมองของผู้ป่วยจิตเวชหญิงยังยึดติดอยู่กับความต้องการของสังคม และพร้อมที่จะตอบสนองในสิ่งที่สังคมต้องการ เพื่อให้ผู้ป่วยจะได้เข้าร่วมในสังคมได้อย่างปลอดภัย

ปัญหาทางเพศสภาพของผู้ป่วยจิตเวชหญิง สามารถแบ่งผู้ป่วยได้ 2 กลุ่ม คือ ผู้ป่วยจิตเวชหญิงที่แต่งงานแล้ว และผู้ป่วยจิตเวชหญิงที่ยังไม่ได้แต่งงาน ดังนี้

กลุ่มที่ 1 ผู้ป่วยที่แต่งงานแล้วมักจะมีสาเหตุที่ทำให้ผู้หญิงป่วยก็คือ ปัญหาครอบครัว เช่น **พร** และ **รัช** เป็นการแสดงออกถึงความเสียใจ ความหมกมุ่นกับเรื่องของตนเองที่เกี่ยวกับการหนีไปสนใจเกี่ยวกับการเรียนต่อ หรือการอยากทำงาน อยากต่อสู้เพื่อครอบครัว ซึ่งปัญหาของผู้ป่วยเกิดจากผู้ชายที่เป็นสามี หรือคนรัก การถูกเอาเปรียบและกดขี่ทางเพศ การที่ผู้ชายให้ผู้หญิงอยู่บ้าน ทำงานบ้าน แต่ผู้ชายอยู่นอกบ้านและมีผู้หญิงคนใหม่ เป็นความเห็นแก่ตัวของผู้ชายที่สังคมมองว่าเป็นเรื่องปกติ และอาจมองว่าเป็นบทบาททางเพศของผู้ชายที่เป็นไปตามความคาดหวังของสังคม โดยที่ผู้หญิงได้แสดงบทบาทของตนเองในการดูแลครอบครัว พยายามสร้างครอบครัวให้มีความอบอุ่น เมื่อผู้ชายเป็นผู้ทำลายความหวังในการมีชีวิตคู่ของผู้หญิง ความเสียใจ ความผิดหวังจึงเกิดขึ้นกับผู้หญิง เมื่อจิตใจที่อ่อนแอของผู้หญิงถูกระทบกระเทือนด้วยความผิดหวังในชีวิต ทำให้ผู้หญิงยอมรับ หรือแก้ไขปัญหามาไม่ได้ ส่งผลถึงการแสดงพฤติกรรมที่เปลี่ยนไปไม่สอดคล้องกับที่สังคมคาดหวัง ความอ่อนแอ อ่อนน้อม อ่อนโยน กลายเป็นความก้าวร้าว แข็งกร้าว ขอบข่มขู่ บ้านที่เป็นบริเวณของผู้หญิง ก็ทำให้ผู้หญิงเปลี่ยนไปโดยการไม่ชอบอยู่บ้าน พฤติกรรมที่เปลี่ยนไปเหล่านี้ถูกมองว่าเป็นลักษณะที่ผิดปกติจากผู้หญิงในสังคม ทำให้แม่และพี่สาวซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยหลังจากที่ผู้ป่วยแยกกับสามีแล้ว รวมถึงสังคม ตัดสินว่าผู้หญิงที่มีความผิดปกติจากบทบาทเดิมของผู้หญิงที่ควรจะเป็น ควรนำไปรักษาความ

ผิดปกติในโรงพยาบาลสวนปรุงก็เพื่อหวังว่าผู้หญิงเหล่านั้นจะสามารถกลับมา มีบทบาทเช่นเดิม และสามารถกลับมาใช้ชีวิตในสังคมให้เหมือนกับผู้หญิงปกติทั่วไปได้ ดังที่สังคมกำหนดไว้ว่า ความเป็นชายต้องมีลักษณะ ก้าวร้าว ข่มขู่ ลักษณะเหล่านี้จะดูเป็นปกติถ้าเป็นลักษณะของผู้ชาย แต่จะกลายเป็นลักษณะที่ผิดปกติทันทีถ้ามาอยู่ในผู้หญิง

ในกรณีที่มีครอบครัวแล้วจะพบปัญหาทางจิตของผู้หญิงได้มาก ซึ่งหมายความว่าชีวิตสมรสทำให้ผู้หญิงป่วยมากขึ้น และทำให้ผู้หญิงต้องการรักษาบำบัดให้สามารถกลับไปครองชีวิตคู่ได้เหมือนเดิม (กาญจนา แก้วเทพ , 2535) นอกจากนี้แม่ที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดเป็นเสมือนตัวแทนเชื่อมต่อระหว่างผู้ป่วยในฐานะลูกสาวกับสังคมภายนอกจะถูกผู้ป่วยทำร้ายในด้านจิตใจทำให้เกิดความเครียด และการถูกทำร้ายในด้านร่างกาย ซึ่งแม่ในลักษณะนี้จะเป็นผู้ที่คอยรองรับอารมณ์ของผู้ป่วย และเป็นเหตุผลที่ต้องตัดสินใจส่งผู้ป่วยเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลเพื่อเป็นการลดภาวะความตึงเครียดในครอบครัวด้วย สำหรับกรณีของ **ณา** ที่แต่งงานแล้ว ปัญหาของณาเกิดจากครอบครัวที่มีแม่เป็นผู้สร้างความกดดันและการเก็บกดต่าง ๆ ให้กับผู้ป่วย การขาดประสบการณ์ชีวิตที่ดีจากแม่ การที่สามีฆ่าตัวตายเพื่อหนีปัญหาของผู้ป่วยที่มีเชื้อ HIV Positive ทำให้ผู้ป่วยเกิดความสับสนและความเครียด รวมทั้งการเลี้ยงลูกไม่เป็น จึงทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง ส่วน **ภา** ที่แต่งงานแล้วแต่ปัญหาของภาไม่ได้เกิดจากปัญหาครอบครัว แต่เป็นปัญหาเกี่ยวกับการเรียนและการทำงานที่ทำให้เกิดความเครียด เมื่อได้รักษาตัวในโรงพยาบาลแล้ว ภาต้องกลับมาอยู่บ้านและหางานทำในหมู่บ้าน เมื่อภาเริ่มมีการแสดงออกในลักษณะที่ผิดปกติในความรู้สึกของแม่ ภา ก็จะต้องหยุดงานและต้องอยู่บ้านเพื่อเป็นการควบคุมไม่ให้แสดงอาการที่ผิดปกติเหล่านั้นออกมา รวมถึงการส่งผู้ป่วยกลับเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลอีกครั้ง

กลุ่มที่ 2 ผู้ป่วยจิตเวชหญิงที่ยังไม่ได้แต่งงาน มักจะมีปัญหาเกี่ยวกับการรักสวย รักงาม การแต่งตัว เช่น กรณีของ **วัน** ที่เกิดความเปลี่ยนแปลงในชีวิต จากที่เคยมีชีวิตสุขสบาย มีฐานะทางบ้านที่ร่ำรวย เคยจับจ่ายใช้สอยเงินอย่างสบาย เมื่อพ่อแม่แยกทางกันทำให้ฐานะของครอบครัวเปลี่ยนไป การใช้จ่ายในครอบครัวต้องเป็นไปอย่างประหยัด ทำให้ความต้องการของวันไม่ได้รับการตอบสนองอย่างเช่นเคย ความเก็บกดที่มีมานานในการอยากได้ของใช้ต่าง ๆ ทำให้วันแสดงออกมาเมื่อได้ไปซื้อของ ความต้องการซื้อของฟุ่มเฟือยโดยไม่ฟังเหตุผล การแสดงออกในพฤติกรรมของการแต่งตัวตามแฟชั่นในความคิดของวัน ซึ่งเป็นความคิดที่ไม่ตรงกับของแม่ที่มอง

ว่าการแต่งตัวของวันเป็นลักษณะเกินความสวยความงามตามกรอบของสังคม การไม่สนใจสิ่งแวดล้อม รวมทั้งการต่อต้านมารดาด้วยการเปลือยกายโชว์หน้าบ้านให้คนอื่นดู เป็นอาการของผู้ป่วยที่มีอารมณ์แปรปรวนชนิดแต่งตัว รักสวย รักงาม ตามความหมายของความงามดังตารางที่ 3 ปัจจัยทางเพศสภาพเหล่านี้ไม่ได้เป็นไปตามที่สังคมคาดหวังให้เป็นบทบาทของผู้หญิง จึงทำให้วันถูกนำตัวส่งโรงพยาบาลสวนปรุง เพื่อที่จะรักษาอาการต่าง ๆ ที่เป็นอยู่ให้หาย และกลับมาดำเนินชีวิตตามเพศสภาพของผู้หญิง ในแบบที่สังคมคาดหวังให้เป็นได้ ซึ่ง Parson & Bales (1955) และ Bakan (1966 อ้างใน ฉันทจิต จริยจรรยาโรจน์, 2541) มองว่า “ลักษณะความเป็นชาย ต้องมีพฤติกรรมที่จะนำไปสู่ความสำเร็จตามที่ได้ตั้งเป้าหมายไว้ ลักษณะความเป็นผู้นำ ความเป็นคนกล้าแสดงออก การป้องกันตนเอง มีอิสระ ความเป็นอำนาจ และ อิทธิพลเหนือผู้อื่น และลักษณะความเป็นผู้หญิงที่เน้นการแสดงออกทางอารมณ์ซึ่งเป็นลักษณะที่เกื้อหนุนในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น ความสามารถในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น การเอาใจใส่ต่อผู้อื่น การไวต่อความรู้สึกของผู้อื่น ความสามารถในการตอบสนองได้อย่างเหมาะสม ยอมรับผู้อื่นเป็นมิตร ชอบช่วยเหลือผู้อื่น ไม่เห็นแก่ตัวและมีน้ำใจต่อผู้อื่น” ซึ่งจะเห็นได้ว่าเพศสภาพของวันไม่สอดคล้องกับบทบาททางเพศสภาพของผู้หญิงที่สังคมได้คาดหวังเอาไว้ โดยวันจะสนใจแต่เรื่องของตนเอง ทั้งการแต่งตัวและการวาดรูป จึงถูกนำตัวไปรักษาพฤติกรรมต่าง ๆ ที่ผิดปกติใน โรงพยาบาลโรคจิต ส่วน ญา ที่มีปัญหาของรอยคล้ำรอบดวงตา ทำให้ผู้ป่วยมีความกังวล และมักคิดว่าคนอื่นจะมองตนไม่ดี จึงพยายามรักษาด้วยการทาครีมบำรุงรอบดวงตา และสร้างความเข้าใจกับคนรอบข้างถึงลักษณะตาของตนเอง รวมทั้งปัญหาที่เกี่ยวข้องกับความไม่เข้าใจกับแม่ของผู้ป่วยที่ไม่ต้องการให้ผู้ป่วยออกไปข้างนอกบ้านด้วยความเป็นห่วง ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกที่ตนเองถูกควบคุม และผู้ป่วยพยายามสร้างความฝันของตนเองว่าครอบครัวที่มีแม่และน้องสาว รักและเอาใจใส่ตนเองตลอดเวลา เพื่อปิดบังความเป็นจริงที่ครอบครัวอยากให้ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลตลอดไป สำหรับ รัณ ที่มีปัญหาความไม่เข้าใจกันกับพี่สาว การมีความกังวลในเรื่องครอบครัวที่มีตนกับพี่สาวที่เป็นผู้มีอำนาจเหนือกว่าในครอบครัว โดยการเรียกร้องความสนใจด้วยการกินยาฆ่าตัวตาย จึงเป็นเหตุทำให้ผู้ป่วยถูกส่งกลับเข้ามารักษาตัวในโรงพยาบาลอีกครั้งหนึ่ง และ ผู้ป่วยต้องการที่จะหางานทำเมื่อออกจากโรงพยาบาล เพื่อทำตนเองให้เหมือนคนปกติทั่วไป และเพื่อให้พี่สาวยอมรับตนเองด้วย

นอกจากนี้ผู้ป่วยจิตเวชหญิงยังมีเพศสภาพที่เกี่ยวกับการพูดมาก พูดเรื่องไร้สาระจนเกินกรอบของสังคมที่ไม่นิยมผู้หญิงที่พูดเพ้อเจ้อ การสะท้อนลักษณะของการปฏิเสธความเป็นแม่จาก

การเลี้ยงลูกไม่เป็น เอาของสกปรกให้ลูกกิน ทำร้ายลูก ไม่ยอมให้ผู้อื่นเลี้ยงลูกแทน การแสดงถึงความต้องการที่พึงพิงทางใจ ต้องการเป็นที่สนใจของคนอื่นเหนือกว่า ความหวาดระแวงคิดว่าตนเองมีสถานภาพที่สำคัญ มีอำนาจที่จะทำลายได้ การเชื่อมโยงตัวเองกับผู้หญิงที่มีตำแหน่งสูงของโลก การแสดงออกด้วยพฤติกรรม และคำพูดที่ก้าวร้าว การทำร้ายมารดา ซึ่งเป็นผู้หญิงที่อยู่ใกล้ชิดและเป็นเสมือนตัวแทนเชื่อมต่อกับผู้ป่วยในฐานะลูกสาวกับสังคมภายนอก การกังวลกับการถูกกักบริเวณอันเป็นเหมือนเครื่องมือลงโทษผู้หญิง และเป็นการสะท้อนว่าแม่คือสัญลักษณ์ของการครอบงำผู้หญิงด้วยกัน จากปัจจัยทางเพศสภาพที่ผู้ป่วยจิตเวชหญิงของโรงพยาบาลสวนปรุงแสดงออกมาซึ่งไม่เป็นไปตามค่านิยม และความคาดหวังของสังคมที่ต้องการให้ผู้หญิงมีเพศสภาพเป็นไปตามบทบาทที่ผู้หญิงควรจะเป็น การที่ผู้หญิงไม่ยอมดำเนินชีวิตตามแบบแผนที่สังคมวางเอาไว้ ซึ่งสังคมที่ประกอบด้วย พ่อ แม่ และสามี จะถือว่าผู้หญิงเหล่านั้นมีความผิดปกติทางจิตที่จำเป็นต้องส่งตัวไปรักษาในโรงพยาบาลโรคจิต เหมือนเป็นการตีตรา (Labelling) ว่าหญิงเหล่านั้นมีความผิดปกติจากมนุษย์ทั่วไป (กาญจนา แก้วเทพ , 2541) แม้ว่าผู้ป่วยจิตเวชหญิงจะไม่ได้ปฏิบัติกิจกรรมที่สังคมถือว่าเป็นกิจกรรมของผู้ชาย แต่ด้วยปัจจัยทางเพศสภาพที่ผู้ป่วยแสดงออกมาเป็นสิ่งที่ถูกมองว่าไม่ใช่บทบาทของผู้หญิงปกติที่พึงกระทำ ดังนั้นการส่งตัวผู้หญิงเหล่านี้ไปกักขังในโรงพยาบาลโรคจิต เพื่อให้ได้รับการรักษาให้กลับมามีเพศสภาพตามที่ผู้หญิงปกติควรจะเป็น และให้เป็นไปตามที่สังคมคาดหวัง คือสิ่งที่ถูกต้องสอดคล้องกับแนวคิดของ Bason (1992 อ้างใน มัทนา เขตมี , 2539) ระบุว่า “ บุคคลที่สามารถปฏิบัติตนได้เหมาะสมตามบทบาทที่สังคมกำหนดไว้ คือ คนปกติ บุคคลที่ไม่ทำตามหรือทำตามไม่ได้ คือ คนผิดปกติ การพยายามรักษาผู้ที่มีพฤติกรรมไม่เหมาะสมกับเพศให้คืนสู่สภาพปกติที่ควรจะเป็น ซึ่งแท้จริงแล้วคือพฤติกรรมที่สังคมคาดหวัง ”

ความสัมพันธ์ระหว่างแม่กับลูกสาว

จากการศึกษาที่พบแสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ของแม่กับผู้ป่วยจิตเวชหญิงในฐานะลูกสาว ซึ่งแม่เป็นผู้ที่มีบทบาทในการกำหนดและตัดสินใจเกี่ยวกับการจัดการกับผู้ป่วยทั้งหมด เพราะครอบครัวที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ด้วยเป็นครอบครัวที่แม่เป็นหัวหน้าครอบครัว เป็นศูนย์กลางของครอบครัว แม่มีอิทธิพลในเชิงกำหนดความคิดของลูกสาว ดังนั้นแม่จะเป็นผู้ดูแลความเจ็บป่วยของลูกสาว รวมถึงเป็นการตอกย้ำถึงความผิดปกติของลูกสาว และการข่มขู่เพื่อไม่ให้ลูกสาวแสดงพฤติกรรมที่ผิดปกติจากผู้หญิงทั่วไป และไม่เป็นที่ยอมรับของสังคมและของตัวแม่เอง เพื่อ

เป็นการบังคับหรือการควบคุมเพศสภาพที่ไม่เป็นไปตามความคาดหวังของสังคมที่ผู้หญิงปกติควรกระทำ ซึ่งความกดดัน การบีบบังคับเหล่านี้เป็นแรงกระตุ้นทำให้ผู้ป่วยจิตเวชหญิงถูกบีบบังคับมากขึ้น ทำให้เกิดความเครียดและความไม่เข้าใจกับแม่ของตนเอง ทำให้ผู้หญิงแสดงความผิดปกติออกมาหรือเป็นบ้าในที่สุด ซึ่งแม่ก็มีส่วนในการทำให้ลูกสาวเป็นบ้าได้เช่นกันและแม่ก็เป็น ผู้ตัดสินใจที่จะนำผู้หญิงเหล่านี้ส่งโรงพยาบาลเพื่อรักษาอาการต่าง ๆ ให้ดีขึ้น สะท้อนให้เห็นว่าความเป็นอยู่ของผู้ป่วยจิตเวชหญิงในฐานะลูกสาวจะขึ้นอยู่กับความพึงพอใจของแม่หรือของพี่สาว เมื่อแม่หรือพี่สาวพอใจก็จะให้ผู้ป่วยกลับมาอยู่ที่บ้านก็จะไปปรับกลับมา แต่เมื่อไม่พอใจกับการแสดงพฤติกรรมที่ผิดปกติจากผู้หญิงทั่วไปของผู้ป่วยที่มีแม่เป็นบรรทัดฐานในการตัดสินใจ เมื่อแม่รับไม่ได้จึงนำผู้ป่วยกลับเข้าโรงพยาบาลเพื่อควบคุมพฤติกรรมของผู้ป่วยอีกครั้งหนึ่ง ซึ่งเป็นอำนาจของการเป็นเจ้าของชีวิตของผู้ป่วยที่เป็นลักษณะของครอบครัวทางภาคเหนือที่ลูกสาวจะมีความผูกพันกับแม่มาก เชื่อฟังแม่ มีลักษณะของแม่เป็นใหญ่ในครอบครัว (Matriarchy) แม่เป็นผู้ครอบงำทางความคิด และการตัดสินใจต่าง ๆ ของผู้ป่วยจะมีแม่เป็นผู้ตัดสินใจร่วมด้วย (Matrilocal) แม้ว่าผู้ป่วยจะแต่งงานมีครอบครัวแล้ว หรือยังไม่แต่งงานก็ตามผู้ป่วยจะอาศัยอยู่กับแม่ของตนเอง ซึ่งจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ครอบครัวส่วนใหญ่พอจะเสียชีวิต หรือแยกทางกับแม่ ทำให้แม่เป็นผู้รับภาระในการดูแลลูกทั้งหมด

อดิศร ศักดิ์สูง (2539 : 77 – 78) ได้อธิบายลักษณะความสัมพันธ์ของแม่ต่อครอบครัวในภาคเหนือไว้ว่า “ ลักษณะของครอบครัวในภาคเหนือแม่จะเป็นผู้ที่อบรมดูแลลูกสาว โดยลูกสาวนั้นจะถูกเลี้ยงดูโดยสวมบทบาทแทนแม่ หรือเลียนแบบแม่เมื่ออยู่ใกล้แม่ เพื่อช่วยทำงานบ้าน โดยเฉพาะในงานบ้านเรือน ซึ่งเด็กผู้หญิงมักจะได้รับพร่ำสอนจากแม่ให้เรียนรู้งานของแม่บ้าน คือ การทำอาหาร การเย็บปักถักร้อย พร้อมทั้งนั้นก็ช่วยแม่เลี้ยงน้อง ซึ่งเป็นการเรียนรู้จากแม่ ดังนั้นจึงทำให้แม่กับลูกสาวใกล้ชิดสนิทสนมกันแน่นแฟ้นและพึ่งพาอาศัยกัน และการอบรมเลี้ยงดูลูกสาวให้ดีจึงเป็นความคาดหวังของสังคมต่อสตรีเมื่ออยู่ในฐานะแม่ ” ซึ่งจะเห็นได้ว่าความสัมพันธ์ของผู้ป่วยจิตเวชหญิงกับแม่ หรือกับพี่สาว ทั้ง 7 ครอบครัว จะเป็นความผูกพันในเชิงอำนาจ การกำหนดการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยต้องปฏิบัติตาม คอยเชื่อฟัง ถ้าผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามก็จะถูกลงโทษด้วยการกักบริเวณ หรือการนำกลับไปรักษาตัวในโรงพยาบาลอยู่เรื่อย ๆ จนกว่าผู้ป่วยจะสามารถกลับมาใช้ชีวิตการแสดงผลออกในลักษณะที่เป็นความพอใจของแม่ โดยจะเห็นว่าแม่มีอิทธิพลและเป็นต้นเหตุของการตีตราว่าเป็นผู้หญิงที่ป่วยทางจิตด้วยเช่นกัน

นอกจากนี้ยังวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของแม่กับผู้ป่วยจิตเวชหญิงได้ 2 ลักษณะ คือ แม่ของผู้ป่วยจิตเวชหญิงที่มีอาการเรื้อรังจะมีลักษณะที่ไม่ต้องการผู้ป่วยแล้ว อยากจะให้ผู้ป่วยอยู่รักษาตัวในโรงพยาบาลตลอดไป หรือให้ไปอยู่สังคมสงเคราะห์ เพราะผู้ป่วยเป็นภาวะที่ต้องดูแลอย่างใกล้ชิด และสำหรับแม่หรือพี่สาวของผู้ป่วยจิตเวชหญิงที่เพิ่งเข้ารับการรักษาตัวไม่บ่อยครั้ง ยังมีความต้องการจะให้ผู้ป่วยหายจากอาการต่าง ๆ หรือให้มีอาการที่ดีขึ้น เพื่อที่จะกลับมาใช้ชีวิตตามปกติเหมือนคนทั่วไปได้ สามารถที่จะดูแลตัวเอง หางานทำ หรือเขียนหนังสือได้

เมื่อผู้ป่วยจิตเวชหญิงได้รับการรักษาให้อาการดีขึ้นในระดับที่สามารถเข้ากลุ่มบำบัดได้แล้ว ความรู้สึกของผู้ป่วยจิตเวชหญิงบางคน เช่น กรณีของภา พบว่า ผู้ป่วยยอมรับว่าตนเองอ่อนแอ ไม่สามารถทำงานนอกบ้านได้ การเป็นผู้หญิงจะต้องดูแลบ้าน ซึ่งเป็นพื้นที่ของตนเอง ความรับผิดชอบของตนเองคือการทำงานบ้าน ดูแลลูก ดูแลสามี โดยสามีมีหน้าที่ในการออกไปทำงานนอกบ้าน แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยยอมรับสภาพความอ่อนแอ และความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นของผู้หญิง ซึ่งสื่อมวลชนเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ผู้หญิงยอมรับสภาพของการไม่เท่าเทียมกันอย่างสงบ ผู้หญิงไม่สามารถเปลี่ยนแปลงบรรทัดฐาน และรูปแบบพฤติกรรมที่สังคมกำหนดให้ได้ การยอมรับว่าตนเองเป็นเพศที่อ่อนแอ และถูกผูกให้ติดอยู่กับที่ที่เดียวคือที่บ้าน และต้องพึ่งพิงผู้ชายตลอดเวลา (Rosaldo อ้างใน กาญจนา แก้วเทพ , 2541 และ ระวีวรรณ ประกอบผล , 2532) แต่ด้วยสังคมที่เปลี่ยนไปการที่ผู้หญิงต้องการงานทำนอกบ้านบ้าง จะได้รับการยอมรับเมื่อผู้หญิงสามารถปรับตัวให้อยู่ร่วมกับสังคมของการทำงานได้ สามารถที่จะดูแลตนเองได้อย่างปลอดภัย แต่ถ้าการออกไปทำงานแล้วทำให้ผู้หญิงมีอาการทางจิตกำเริบขึ้นมาอีกบ้านจะเป็นที่กักขังผู้หญิงไม่ให้ออกไปสร้างความวุ่นวายในสังคม เหมือนเป็นการลงโทษผู้หญิงเหล่านั้นเช่นกัน

การรักษาอาการทางจิตของผู้หญิงด้วยการนำผู้หญิงมากักขังในโรงพยาบาลสวนปรงนั้น ทำให้กลายเป็นผู้ป่วยจิตเวชหญิง ที่มีความรู้สึกอึดอัด ขาดอิสระภาพ ทำให้ผู้ป่วยไม่ชอบที่ต้องเข้ามารักษาตัวในโรงพยาบาลเพื่อควบคุมพฤติกรรมของผู้ป่วย การที่ผู้ป่วยจะออกจากโรงพยาบาลต้องได้รับอนุญาตจากแพทย์ และครอบครัวของผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยไม่สามารถที่จะตัดสินใจออกจากโรงพยาบาลเองได้ สอดคล้องกับแนวคิดของ Phyllis Cherter (1972 อ้างใน Maggie Humm , 1992) ระบุว่า “ ผู้หญิงบ้าและผู้หญิงปกติที่ถูกส่งเข้าโรงพยาบาลด้วยเงื่อนไขที่เกิดจากพฤติกรรมแบบผู้หญิงล้วนแต่ถูกทำให้ให้อ่อนแอ และไม่มีพลังเพียงพอที่จะเป็น

ผู้เปลี่ยนแปลงใด ๆ” และ ฟุโก (อังใน สายพิน ศุพุทธมงคล , 2541) “ ได้แสดงทัศนะเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างกายกับจิต โดยมองว่าเมื่อใดก็ตามที่ร่างกายถูกนำมาของจำ สิ่งที่มีอิทธิพลและเป็นเป้าหมายของวาทกรรมคือจิต ทำให้ร่างกายเปลี่ยนไปมีสถานะไม่ต่างจากมวลสารที่เราความรู้สึกถูกควบคุมไว้ด้วยวาทกรรมซึ่งมีจิตควบคุมอีกทอดหนึ่ง ”

เมื่อผู้หญิงถูกส่งเข้ามารักษาตัวในโรงพยาบาลสว่นปรุ่งแล้ว วาทกรรมหรือการให้ความหมายกับตนเองถูกนำมาใช้ผ่านความรู้สึกหรือจิตใจของผู้ป่วยที่แสดงวาทกรรมเกี่ยวกับตนเองออกมา ซึ่งพบว่าผู้ป่วยจิตเวชหญิงให้ความหมายกับตนเองในประเด็นต่าง ๆ ดังนี้

ผู้ป่วยจิตเวชหญิงให้ความหมายกับสิ่งที่แพทย์วินิจฉัยอาการของตนเองว่า เป็นอาการที่เกิดจากความเครียด หนูแหว่ เป็นการตีความหมายในเชิงต่อต้าน ซึ่งผู้ป่วยให้ความหมายกับอาการของตนเองว่า อาการที่เกิดขึ้นกับตนไม่ใช่อาการของโรคจิต ไม่ใช่อาการร้ายแรง การคลายเครียดด้วยการกินยา การเปิดรับสิ่งบันเทิงอาการของผู้ป่วยก็สามารถหายได้ ไม่จำเป็นต้องเข้ามารักษาตัวในโรงพยาบาล เพราะการอยู่โรงพยาบาลทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอึดอัด อยู่แล้วไม่สบายใจ ไม่มีอิสระ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าความรู้สึกของผู้ป่วยที่ต้องอยู่โรงพยาบาลเหมือนถูก กักขัง ไม่สามารถไปไหนมาไหนได้เหมือนอยู่บ้านแม้ว่าจะมีเพื่อนก็ตาม แต่การเข้ามารักษาตัวในโรงพยาบาลก็ทำให้ผู้ป่วยบางคนรู้สึกว่าอาการป่วยของตนเองดีขึ้น ซึ่งเป็นความรู้สึกของผู้ป่วยที่ต้องการสื่อออกมาให้เห็นว่าเมื่อตนเองมีอาการที่ดีขึ้นก็ควรกลับบ้านได้แล้ว ผู้ป่วยมองว่าตนเองในตอนนี้เป็นเหมือนคนปกติทั่วไป อาการเครียดต่าง ๆ หายดีแล้ว และมองว่าคนอื่นเขารังเกียจที่ผู้ป่วยมีลักษณะที่ผิดจากคนทั่วไป คือมีขอบตาขาว คนรอบข้างไม่เชื่อว่าผู้ป่วยมีอาการที่เป็นปกติ ความหมายที่ผู้ป่วยให้กับตนเองคือ เป็นคน ๆ หนึ่งที่มีความมากกว่า และมีสมาธิ การที่ผู้อื่นมอง ผู้ป่วยแบบสงสารและเข้าใจจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกดีขึ้น ผู้ป่วยไม่ได้เป็นโรคจิต และเป็นปกติดี บางคนไม่สามารถให้ความหมายกับตนเองได้ ซึ่งในวาทกรรมของผู้ป่วยจิตเวชหญิงคิดว่า ผู้หญิงที่ไม่ได้มีอาการทางจิต หรือผู้หญิงปกติจะมีคุณลักษณะที่ตรงข้ามกับตัวผู้ป่วย คือมีบุคลิกภาพดี รู้จักประเมินตนเอง มีงานทำ มีรายได้ ร่ำรวย แจ่มใส ไม่คิดฟุ้งซ่าน ทำตัวให้เป็นประโยชน์ต่อสังคม ดำเนินชีวิตอย่างฉลาด ช่วยงานบ้าน เช่น กวาดบ้าน ถูบ้าน ดูแลตัวเอง ดูแลครอบครัว แบ่งเบาภาระของครอบครัวได้ สิ่งเหล่านี้เป็นสิ่งที่ผู้หญิงปกติจะทำได้ และทำได้ดี สำหรับผู้หญิงที่มีลักษณะผิดปกติจากผู้หญิงทั่วไปจะมีลักษณะ ดูแล้วไม่ค่อยดี มีอาการซึมเศร้า ปวดหัว อาเจียน เสียใจ ดูแล้วค่อนข้างงุนวาย พูดคนเดียว คุยเรื่องไร้สาระ พูดไม่รู้เรื่อง คิด

ว่าตนเองมีไมโครชิพในตัว มีลูกแล้วยังสูบบุหรี่ ร้องเพลง แก้วฟ้าเดินไปมา มีจิตใจบกพร่อง ควบคุมตัวเองไม่อยู่ ฟุ้งซ่าน มีจิตใจทำร้ายผู้อื่น คลั่ง เพ้อ เป็นโรคจิต ลักษณะเหล่านี้เป็น คุณลักษณะที่ ผู้ป่วยให้ความหมายกับผู้หญิงไม่ปกติ หรือคนบ้า เป็นลักษณะที่ผู้ป่วยมอง จากเพื่อน ๆ ของตน ซึ่งตัวผู้ป่วยเองไม่ได้มีอาการเหล่านี้แล้ว และผู้ป่วยส่วนใหญ่ยอมรับว่า ตนเองป่วยทางจิตใจ แต่ไม่ได้เป็นอาการป่วยของโรคจิต แต่เป็นอาการของความเครียด เป็น การปฏิเสธการมองที่สังคมมองว่าเป็นโรคจิต หรือคนบ้า การถูกเรียกว่าทำให้ผู้ป่วยรู้สึก เสียใจ ไม่ค่อยชอบ มองว่าคนอื่นไม่เข้าใจผู้ป่วย แต่ผู้ป่วยบางคนรู้สึกเฉย ๆ แล้วแต่คนจะคิด เพราะแต่ละคนมีแนวคิดที่ต่างกัน ซึ่งผู้ป่วยรู้ว่าตนเองไม่ได้บ้า เป็นการสร้างความหมายให้กับ อาการของตนเอง เพื่อสร้างความเข้มแข็งในการดำรงชีวิตที่มีอยู่ให้อยู่ต่อไปในสังคมให้ได้ แม้ว่าสังคมจะมองว่าผู้ป่วยมีลักษณะที่ผิดปกติไปจากคนในสังคมของตนก็ตาม

จากการให้ความหมายเกี่ยวกับตนเองของผู้ป่วยจิตเวชหญิงในเชิงต่อต้านการวินิจฉัยทาง การแพทย์ และการมองจากคนในสังคมแล้ว ทำให้ผู้ป่วยต้องสร้างความเข้มแข็ง เพื่อให้ตนเอง สามารถที่จะใช้ชีวิตในสังคมด้วยความมั่นใจ พร้อมทั้งจะเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ด้วยความเข้มแข็ง และสามารถดำเนินชีวิตแบบคนปกติทั่วไป ให้เป็นที่ยอมรับของคนในสังคมได้ ดังนั้นการ**สร้าง ความเข้มแข็งให้กับตนเองของผู้ป่วยจิตเวชหญิง** พบว่า ความเข้มแข็งของผู้ป่วยในขณะที่ทำ กลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง ผู้ป่วยได้แสดงให้เห็นถึงความเข้มแข็งที่ตนเองมีโดยการเปิดเผย ปัญหา มีส่วนร่วมในการช่วยกันแก้ไขปัญหา และผู้ป่วยก็มีความเข้มแข็งพร้อมที่จะออกไปใช้ชีวิต ในสังคมโดยนำวิธีการแก้ไขปัญหาที่ได้จากกลุ่มไปปรับใช้กับปัญหาที่ผู้ป่วยต้องเผชิญอย่าง เหมาะสม การมีบทบาทในสังคมด้วยการช่วยเหลือเจ้าหน้าที่ทำงาน ช่วยเหลือเพื่อนผู้ป่วย ด้วยกัน เป็นการทำตนเองให้เป็นประโยชน์ ซึ่งเป็นแนวคิดที่ผู้ป่วยได้จากกลุ่มและนำมาปรับใช้ กับชีวิตของตนเอง ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ และมีความมั่นใจในการแสดงบทบาทของตนเอง มากขึ้น ผู้ป่วยได้รับการพัฒนาในด้านความคิด และจิตใจ ให้มีความเข้มแข็งขึ้นหลังจากออก จากกลุ่มบำบัดแล้ว ความมั่นใจของผู้ป่วยที่จะนำความรู้ที่ได้จากกลุ่มไปใช้แก้ปัญหาในชีวิตของ ตน ผู้ป่วยต่างมีความมั่นใจว่าตนเองจะหาย และสามารถออกไปดำเนินชีวิตในสังคมได้ อยากรที่ จะหางานทำ และเรียนหนังสือต่อ การที่สังคมและครอบครัวมองผู้ป่วยว่าป่วยเพราะ ความเครียด พุดมาก ทำให้ญาติต้องส่งผู้ป่วยเข้ามารักษาอาการเหล่านี้ด้วยความห่วงใย อยากร ให้ผู้ป่วยมีอาการที่ดีขึ้น การสร้างความเข้มแข็งของผู้ป่วยโดยการตั้งความหวัง และเป้าหมายใน ชีวิตให้กับตนเองว่า อยากรกลับบ้านก็จะใช้วิธีการทำสมาธิและทำให้ลืมเรื่องบ้าน ต้องมีความ อดทนไม่

ที่อดยต่อการรักษา ต้องกินยาสม่ำเสมอ ต่อสู้เพื่อครอบครัว บางคนอยากเรียน อยากทำงาน การใช้หนังสือธรรมะช่วยสร้างความเข้มแข็งให้กับตนเอง การตั้งเป้าหมายว่าต้องการอยากจะทำ ลูก อยากที่จะเลี้ยงลูกเอง เป็นวิธีสร้างความเข้มแข็งเพื่อที่จะอยู่ต่อไปในโรงพยาบาลสวนปรุง และออกจากโรงพยาบาลเพื่อทำในสิ่งที่เป็ความหวังของตน และอยู่ในสังคมได้เหมือนคนปกติธรรมดาทั่วไป

สำหรับครอบครัวคาดหวังให้ผู้ป่วยมีอาการที่ดีขึ้นและหายจากอาการป่วย สามารถออกมาดำเนินชีวิตให้เหมือนกับผู้อื่นทั่วไป เช่น ช่วยทำงานบ้าน หางานทำมีรายได้ ดูแลบ้านดูแลครอบครัว ดูแลตนเองได้ โดยผู้ป่วยก็มีการเตรียมความพร้อมด้วยการเข้ากลุ่มบำบัดของ โรงพยาบาลสวนปรุงที่เป็นกลุ่มเพื่อการเตรียมผู้ป่วยก่อนที่ผู้ป่วยจะกลับเข้าสู่สังคม ซึ่งเป็นกลุ่มการพูดคุยปัญหาเพื่อหาทางแก้ไขให้กับผู้ป่วย การสอนเรื่องการดูแลตัวเอง การประกอบอาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตให้เหมือนคนปกติทั่วไปได้ ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะช่วยให้การดำเนินชีวิตของผู้ป่วยเป็นปกติและได้รับการยอมรับจากสังคม การไม่รังเกียจ และให้โอกาสผู้ป่วยอยู่ร่วมในสังคมเดียวกันได้ นอกจากนี้ครอบครัวยังปฏิบัติกับผู้ป่วยเป็นปกติ พร้อมทั้งให้กำลังใจกับผู้ป่วยในการรักษาตัวในโรงพยาบาล ช่วยให้ผู้ป่วยมีจิตใจที่เข้มแข็งในการที่จะต้องรักษาอาการของตนเองให้หายก่อนที่จะกลับไปอยู่กับครอบครัวได้ ซึ่งหลังจากผู้ป่วยกลับบ้านแล้วพบว่าผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตของตนเองด้วยการดูแลตนเองในเรื่องของการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ การทำตัวเองให้เป็นประโยชน์โดยการช่วยทำงานบ้าน และหางานทำเพื่อช่วยแบ่งเบาภาระของครอบครัว ซึ่งเป็นวิธีการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยให้เป็นปกติและอยู่ต่อไปในสังคม และเป็นไปตามที่สังคมคาดหวังได้เป็นอย่างดี เพื่อไม่ให้ตัวของผู้ป่วยต้องกลับเข้ามาอยู่ในโรงพยาบาลที่ขาดอิสระภาพในชีวิตแห่งนี้อีก สอดคล้องกับแนวคิดของ Riano (1994) ที่อธิบายว่า “ ผู้หญิงเข้ามามีส่วนร่วมในการสื่อสารเพื่อการเปลี่ยนแปลงวิธีปฏิบัติทำให้ผู้หญิงสามารถควบคุมชีวิตของตนเอง พัฒนาตนเองเพื่อต่อสู้ในด้านการให้นิยาม และการสร้างความหมาย ซึ่งมีเป้าหมายเพื่อปลดปล่อยตนเอง ออกจากอัตลักษณ์แบบเดิม ๆ พร้อมทั้งสร้างความเข้มแข็งให้กับตนเองในนิยามใหม่ ” (กาญจนา แก้วเทพ , 2544)

จากปัจจัยทางเพศสภาพของผู้ป่วยจิตเวชหญิงของโรงพยาบาลสวนปรุง ที่มีความซับซ้อนในด้านจิตใจและพฤติกรรม ซึ่งไม่เป็นไปตามที่สังคมคาดหวัง การอยู่ในโรงพยาบาลเพื่อรักษาอาการที่สังคมตัดสินว่าเป็นสิ่งที่ผิดปกติให้หาย เพื่อกลับสู่สังคมเดิมด้วยการยอมรับจาก

สังคม การที่ผู้ป่วยจิตเวชหญิงถูกตีตราว่าเป็นผู้ที่มีความผิดปกติ เป็นโรคจิต เป็นคนบ้า ผู้ป่วยจิตเวชหญิงได้แสดงถึงนิยามความหมายเกี่ยวกับตนเอง เพื่อต่อสู้กับอัตลักษณ์ของความผิดปกติที่สังคมกำหนดไว้ และสร้างความเข้มแข็งให้กับตนเองเพื่อการดำรงชีวิตต่อไปในสังคมได้

จากกรอบแนวคิดของการศึกษาเรื่อง “ กระบวนการสื่อสารกลุ่มและปัจจัยทางเพศสภาพ เพื่อบำบัดผู้ป่วยจิตเวชหญิง โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ ” พบว่า กระบวนการสื่อสารกลุ่มของกลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง ซึ่งพยาบาลจิตเวชและผู้ป่วยจิตเวชหญิงมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันในการบำบัด เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเวชหญิงได้พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ชีวิตของตน และหาทางแก้ไขปัญหาของกลุ่ม การเข้ามามีส่วนร่วมกับการทำกลุ่มและเกิดการสื่อสารในกลุ่มระหว่างพยาบาลจิตเวชกับผู้ป่วยจิตเวชหญิง และระหว่างผู้ป่วยจิตเวชหญิงด้วยกันเองนั้น ซึ่งกระบวนการสื่อสารกลุ่มทั้ง 3 ขั้นตอนที่ใช้จะช่วยให้กลุ่มสามารถทำงานได้อย่างเป็นขั้นตอน และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถระบายหรือปลดปล่อยความคับข้องใจออกมา และได้แนวทางสำหรับการแก้ปัญหาที่ผู้ป่วยจะต้องออกไปเผชิญเมื่อกลับเข้าสู่สังคม ซึ่งทำให้ผู้ป่วยจิตเวชหญิงมีความมั่นใจ และช่วยสร้างความเข้มแข็งให้กับผู้ป่วยจิตเวชหญิงเมื่อต้องออกไปดำเนินชีวิตในสังคมได้เป็นอย่างดี สำหรับการเป็นผู้ป่วยจิตเวชหญิงยังมีความสัมพันธ์กับปัจจัยทางเพศสภาพที่ทำให้ผู้หญิงกลายเป็นผู้ป่วยจิตเวชหญิง เพราะการมีเพศสภาพไม่เป็นที่ยอมรับของคนในครอบครัว และสังคม และจากการศึกษารูปแบบการสื่อสารของกลุ่มเฉพาะนี้ ยังผลให้กลุ่มเฉพาะอื่น ๆ สามารถนำไปปรับใช้ได้เช่นกัน

ข้อจำกัดในการวิจัย

1. เนื่องจากงานวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวชหญิง โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ ทำให้ข้อมูลที่ได้รับเป็นเพียงส่วนหนึ่งของผู้ป่วยจิตเวชหญิงที่มีพื้นเพเป็นคนเชียงใหม่ ขาดความหลากหลายในด้านภูมิหลัง และข้อมูลที่ได้รับ ซึ่งผู้วิจัยคาดว่าถ้ามีการศึกษาจากหลายโรงพยาบาลจิตเวชจะทำให้มีความหลากหลาย และสามารถมองเห็นภาพรวมของผู้ป่วยจิตเวชหญิงในสังคมไทยได้ชัดเจนมากยิ่งขึ้น

2. ข้อจำกัดในเรื่องของการคัดเลือกผู้ป่วยที่จะทำการศึกษาวิจัยนี้ เนื่องด้วยผู้ป่วยจิตเวชหญิงที่มีลักษณะอยู่ในขอบข่ายของกลุ่มเป้าหมายมีจำนวนค่อนข้างจำกัด อีกทั้งผู้ป่วยจิตเวชหญิงยังมีอาการหลงเหลืออยู่ และขึ้นอยู่กับทำให้ความร่วมมือ รวมทั้งเรื่องของการได้รับ

อนุญาตให้กลับบ้านได้ ทำให้การเก็บข้อมูลทั้งการทำกลุ่ม และการสนทนากับผู้ป่วยจิตเวชหญิง ต้องกระทำอย่างรวดเร็ว เพื่อไม่ทำให้ผู้ป่วยเกิดปัญหา หรือความไม่สบายใจที่จะต้องอยู่โรงพยาบาล

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะสำหรับงานวิจัยครั้งต่อไป

1. เนื่องจากการศึกษาในครั้งนี้ไม่ได้มีการจดบันทึกถึงความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในการทำกลุ่มของผู้ป่วย ดังนั้นการศึกษาของงานวิจัยในอนาคตเกี่ยวกับการทำกลุ่มบำบัดของผู้ป่วยจิตเวชนั้น ควรมีการจดบันทึกความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นโดยพยาบาลจิตเวชหรือผู้ช่วยผู้วิจัย เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ เป็นประโยชน์และชัดเจนมากยิ่งขึ้นในการติดตามผลของการทำกลุ่มในผู้ป่วย เพื่อนำไปพัฒนากระบวนการสื่อสารกลุ่มอื่น ๆ ได้

2. สำหรับงานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดผู้ป่วยจิตเวชครั้งต่อไป ควรศึกษาทั้งผู้ป่วยจิตเวชชายและผู้ป่วยจิตเวชหญิง ถึงกระบวนการบำบัดรักษา และผลที่ได้รับจากการบำบัดรักษาของกลุ่มบำบัดอื่น ๆ ด้วย เพื่อนำข้อมูลที่ได้รับมาเปรียบเทียบกับผลการวิจัยในครั้งนี้ ซึ่งจะทำให้ความรู้เกี่ยวกับบทบาทของการสื่อสารมีความชัดเจนยิ่งขึ้น รวมทั้งหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องสามารถนำข้อมูลไปประยุกต์ใช้ในการบำบัดรักษาผู้ป่วยทางด้านต่าง ๆ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพได้มากขึ้น

3. การศึกษาถึงเรื่องของวาทกรรมของสังคม ครอบครัว รวมทั้งผู้ป่วยจิตเวชชาย และผู้ป่วยจิตเวชหญิงที่มีต่อผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตในสังคมไทย รวมทั้งพฤติกรรมการแสดงออก และพฤติกรรมสื่อสารของสังคม ครอบครัว และผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งการสื่อสารช่วยให้เกิดความเข้าใจระหว่างกันในความต้องการ และการอยู่ร่วมกันในสังคมของคนทั้งสามฝ่าย และนำไปสู่การพัฒนาการสื่อสาร การปรับใช้กับครอบครัวหรือสังคมที่กำลังประสบปัญหา ช่วยป้องกันและแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ทางจิตใจของคนในสังคมได้

ข้อเสนอแนะสำหรับโรงพยาบาลจิตเวช

1. การทำกลุ่มจิตบำบัดพยาบาลผู้ทำกลุ่มควรระวังในเรื่องของภาษาและคำศัพท์ทางวิชาการที่นำมาใช้ เช่น การสื่อสารออกมา การสร้างสัมพันธภาพ ซึ่งเป็นศัพท์ที่อาจทำให้ผู้ป่วยไม่

เข้าใจในความหมาย และไม่สามารถนำแนวทางที่ได้จากกลุ่มไปใช้แก้ปัญหาของตนเองในการดำเนินชีวิตได้

2. บุคลากรของโรงพยาบาลถือว่าเป็นกำลังสำคัญของงานบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวช ฉะนั้นโรงพยาบาลควรตระหนักถึงจำนวนของบุคลากร และความพร้อมที่จะทำงานบำบัดให้กับผู้ป่วยจิตเวชได้อย่างครบถ้วน ทั้งกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และความสามารถ รวมทั้งตระหนักถึงภารกิจที่สำคัญ และบทบาทของตนเองที่จะมีต่อผู้ป่วยจิตเวช การแสวงหาความรู้แนวทาง วิธีการที่เหมาะสมกับกระบวนการบำบัดฟื้นฟูอยู่เสมอ การมีความอดทน ความพยายามในการปฏิบัติงานให้เต็มที่เพื่อให้งานบำบัดมีคุณภาพและสามารถช่วยเหลือให้ผู้ป่วยกลับเข้าสู่สังคมและดำเนินชีวิตอย่างปกติสุขได้ ซึ่งจะเป็นแบบอย่างที่ดีให้กับหน่วยงานอื่น ๆ ต่อไปในอนาคต

3. พยาบาลจิตเวชควรเชิญครอบครัว แม่ หรือพี่สาวของผู้ป่วยมาพูดคุยเพื่อทำความเข้าใจในพฤติกรรมของแม่ หรือพี่สาวที่จะเป็นสิ่งที่บับังคับความรู้สึก หรือการขู่บังคับให้ผู้ป่วยทำในสิ่งที่เป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดจนมีอาการทางจิตขึ้นมาอีก และครอบครัวควรยอมรับถึงการแสดงอาการของผู้ป่วยที่ไม่เป็นอันตรายได้

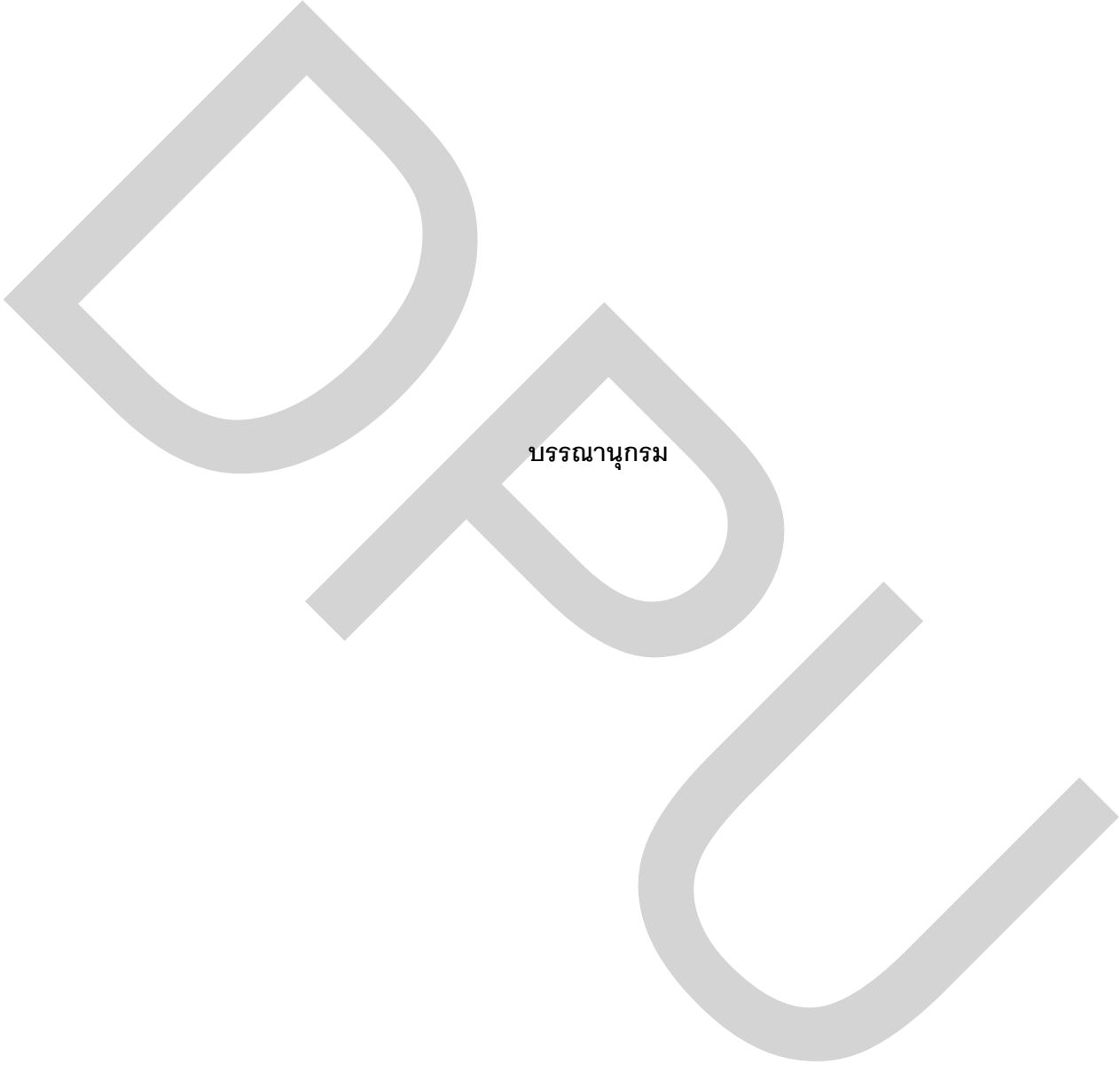
4. ผู้ป่วยจิตเวชหญิงควรได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด ในเรื่องของค่าใช้จ่าย และความห่วงใยจากครอบครัว รวมถึงการกลับบ้านซึ่งเป็นหน้าที่ของโรงพยาบาลที่จะติดต่อกับญาติของผู้ป่วยให้ผู้ป่วยได้รับความรู้สึกที่อบอุ่น ไม่รังเกียจ หรือเมื่อโรงพยาบาลที่จะช่วยรักษาพวกเขาให้มีอาการที่ดีขึ้น โรงพยาบาลควรจะสร้างความรู้สึที่ดีให้กับผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยให้ทัศนคติของผู้ป่วยที่มีต่อโรงพยาบาลเปลี่ยนไปในทางที่ดี และมีผลดีต่อการรักษาพยาบาลด้วย

ข้อเสนอแนะสำหรับครอบครัว

1. ครอบครัวเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุดในการให้โอกาสในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย การให้ความรัก ความเข้าใจ ความอบอุ่น การดูแลเอาใจใส่ การให้กำลังใจ กับผู้ป่วย จิตเวช จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับปรุง และพัฒนาตนเองให้มีความเข้มแข็ง พร้อมที่จะอยู่ในสังคมร่วมกับผู้อื่นได้ สำหรับครอบครัวที่ไม่มีผู้ป่วยจิตเวช ควรดำเนินชีวิตด้วยความเข้าใจ อย่าให้อารมณ์และความเห็นแก่ตัวต่อกัน การเอารัดเอาเปรียบ การสร้างความผิดหวังหรือความล้มเหลวในชีวิต เป็นบ่อเกิดของความทุกข์ใจ ความเสียใจที่เป็นสาเหตุของอาการทางจิต การมีปัญหาคควรปรึกษา สร้างความเข้าใจกันทุกฝ่าย การดูแลเอาใจใส่ซึ่งกันและกันจะช่วยลดโอกาสเสี่ยงของ

ปัญหาทางจิตของคนในครอบครัว และของประเทศชาติให้ลดน้อยลงได้ นอกจากนี้คนในสังคมควรให้โอกาสผู้ป่วยจิตเวชได้เข้ามาอยู่ร่วมในสังคมด้วยความปกติสุข





บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

ภาษาไทย

หนังสือ

- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. **ที่ระลึกเนื่องในพระราชวโรกาส พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ ให้ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี เสด็จพระราชดำเนินแทนพระองค์ฯ ในพิธีเปิดอาคารจิตสันติ โรงพยาบาลสวนปรุง เชียงใหม่ วันเสาร์ที่ 1 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2535.** ม.ป.ล., ม.ป.ป.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. **แผนพัฒนาสุขภาพจิตตามแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 พ.ศ. 2540 – 2544.** ด้านสาธารณสุข. กรุงเทพฯ : หจก. สยามอินเลิฟท์ มาเก็ตติ้ง (1996), ม.ป.ป.
- กาญจนา แก้วเทพ. “ ผู้หญิงกับประเด็นต่าง ๆ ”. **สตรีศึกษา 1 โครงการหนังสือเล่ม.** กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์คุรุสภาลาดพร้าว , 2541.
- _____. **มานแห่งอดีต : ความสัมพันธ์ระหว่างสตรีกับสถาบันสังคม.** กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์เจนเดอร์เพรส , 2535.
- _____. **ศาสตร์หนังสือและวัฒนธรรมศึกษา.** กรุงเทพมหานคร : เอดิชั่นเพรสโปรดักส์ จำกัด, 2544.
- _____. **อิตถีศาสตร์.** กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์เจนเดอร์เพรส , 2535.
- ชลิตาภรณ์ ส่งสัมพันธ์. **วิกฤตีสื่อมวลชน.** กรุงเทพมหานคร : โครงการวิถีทรรศน์ , 2541.
- เดือนใจ แวงงาม. **พลวัตของกลุ่มและการทำงานเป็นทีม.** กรุงเทพมหานคร : เม็ดทรายพริ้นติ้ง, 2534.
- ถิรนนท์ อนุวัชศิริวงศ์. **การสื่อสารในกลุ่ม.** พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร : รุ่งแสงการพิมพ์, 2534.
- นงเยาว์ กุลโสมชะ , อินทิรา บัวขำ และ วลัยย์ กนกวิจิตร. “ จิตเวช – โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา กับประชาชน ” **ความรู้สำหรับประชาชนของโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา.** พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์อักษรไทย, 2516.
- นภาพร นวลสุทธิ อุมพร กาญจนรักษ์ และดร.ณิ ดันติเจริญวิวัฒน์. **เจตคติต่อการดำเนินกิจกรรมบำบัดโดยใช้เทคโนโลยีการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและจิตเภทเรื้อรังของ**

พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสวนสราญรมณ์ สุราษฎร์ธานี. โรงพยาบาลสวนสราญรมณ์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2545.

ปราโมทย์ เชาว์ศิลป์ และ รณชัย คงสกนธ์. **กลุ่มจิตบำบัดสำหรับคนไข้ใน.** พิมพ์ครั้งที่ 2.

กรุงเทพมหานคร : ห้างหุ้นส่วนสามัญนิติบุคคลสหประชาพาณิชย์, 2542.

ฝ่ายแผนงานโรงพยาบาลสวนปรุง. “ สถิติผู้ป่วยของโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ ปีงบประมาณ 2540 – 2543 ” โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่. (อัดสำเนา)

พงษ์พันธ์ พงษ์โสภา. **พฤติกรรมกลุ่ม.** กรุงเทพมหานคร : บริษัทวิสิทธ์พัฒนา จำกัด, 2542.

พรทิพย์ ชลิ่งสุทธิ. **จิตเวชศาสตร์ เล่ม 4.** เชียงใหม่ : หน่วยวารสารวิชาการ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2534.

พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์. “ ตราบาปและโรคทางจิตเวช ” **จิตเวชศาสตร์สำหรับประชาชน.** เชียงใหม่ : โรงพิมพ์นันทพันธ์, 2542.

ไพรัตน์ พุกษชาติคุณากร. **จิตเวชศาสตร์ เล่มที่ 1.** พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่ : ธนบรรณการพิมพ์, 2534.

ภัสสร ลิมานนท์. **บทบาทเพศ สถานภาพสตรีกับการพัฒนา.** กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2542.

เมตตา กฤตวิทย์. **การสื่อสาร หน่วย 1 – 8.** นนทบุรี : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, 2532.

ระวีวรรณ ประกอบผล. **รายงานการประชุมอาศรมความคิดเรื่อง “ ผู้หญิงกับสื่อสารมวลชน ”.** โดยการสนับสนุนของฝ่ายวิจัยจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ม.ป.ส., 2532.

วินิจ เกตุขำ และ คมเพชร ฉัตรศุภกุล. **กระบวนการกลุ่ม (ศึกษา 325).** กรุงเทพมหานคร : พีระพัฒนา, 2522.

วีระ ไชยศรีสุข. **สุขภาพจิต.** กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์ต้นอ่อน, 2532.

สายฝน ชาวล้อม. **ทักษะในการทำกลุ่ม.** เอกสารประกอบการบรรยาย. (อัดสำเนา)

สายพิน ศุภุทธิมงคล และคณะ. **เผยแพร่ – พร่างกาย : ทดลองมองร่างกายในศาสนา**

ปรัชญาการเมือง ประวัติศาสตร์ ศิลป และมนุษยวิทยา. กรุงเทพมหานคร : โครงการจัดพิมพ์คปไฟ, 2541.

สาวิตีร์ สิทธิเวช ลิษา ไกรคุ้ม และสุมาลี แต่งเจริญ. **ความรู้ ทักษะ และการดำเนินกิจกรรมบำบัดสำหรับผู้ป่วยจิตเวชของโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา.โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา ศูนย์สุขภาพจิต 3 กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข,** 2539.

สุมาลี สัยยะสิทธิพานิชย์. รายงานการศึกษาเรื่องการจัดกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง
สำหรับผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลสวนปรุง. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

โรงพยาบาลสวนปรุงจังหวัดเชียงใหม่, 2540.

สุวทนา อารีพรรค. ความผิดปกติทางจิต. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย
, 2524.

อภิญา เพ็องฟูสกุล. “สถานภาพผลงานวิจัยเกี่ยวกับพลวัตการปรับตัวของสังคมไทย
แนวความคิดหลักทางสังคมวิทยา เรื่อง อัตลักษณ์” ในเอกสารประกอบการประชุม
ทางวิชาการระดับชาติ สาขาสังคมวิทยา. คณะกรรมการสภาวิจัยแห่งชาติ สาขา
สังคมวิทยา สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ. (อัดสำเนา)

อมรา ประสิทธิ์รัฐสินธุ์. ภาษาศาสตร์สังคม. ม.ป.ส., ม.ป.ป.

อรพรรณ ลีอนุญธวัชชัย. การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2543.

อรวรรณ ปิรันธนีโอวาท. พฤติกรรมการสื่อสาร หน่วย 1 – 8. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร
: ห้างหุ้นส่วนจำกัดการพิมพ์, 2531.

วารสารและหนังสือพิมพ์

กิติกร มีทรัพย์. “ บำก็บ่าวะ ตำนานการตีตราทางสังคมหรือการวินิจฉัยโรคจิตโรคประสาท ”.

ศิลปวัฒนธรรม ปีที่ 21 ฉบับที่ 1 พฤศจิกายน 2542.

“ ปลดโซ่ตรวนผู้ป่วยจิตเวชคืนชีวิตปกติสู่สังคม. ” ผู้จัดการรายสัปดาห์. 30 กรกฎาคม – 5
สิงหาคม 2544.

อุดม เพชรสังหาร และคณะ. “ ความคิดเห็นและทัศนะของหมอดูต่องานสุขภาพจิต. ” วารสาร
กรมสุขภาพจิต. ปีที่ 5 ฉบับที่ 1 ตุลาคม – ธันวาคม 2540 - มกราคม 2541.

วิทยานิพนธ์

กนกรัตน์ วงศ์ลักษณะพันธ์. “ กลยุทธ์การสื่อสารของเจ้าหน้าที่บำบัดฟื้นฟู กับการมีส่วนร่วมใน
กิจกรรมฟื้นฟูของผู้เข้าร่วมการบำบัดฟื้นฟูเพื่อเลิกยาเสพติด ” วิทยานิพนธ์ปริญญา

มหาบัณฑิต ภาควิชาการประชาสัมพันธ์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย,
2542.

กรองจิตต์ เมืองวุฒิ. “ วัฒนธรรมและค่านิยมของครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชในภาคเหนือที่มีผลต่อ
การเลือกวิธีการบำบัดรักษา : ศึกษาเฉพาะกรณีโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ ”
วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2537.

จารุวรรณ ต.สกุล. “ ปัจจัยผลักดันให้ผู้ป่วยจิตเวชกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ” วิทยานิพนธ์
ปริญญามหาบัณฑิต คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2524.

ฉันทจิต จริยจรรยาโรจน์. “ การเปรียบเทียบความพึงพอใจในชีวิตสมรสของคู่สมรสที่มีการจับคู่
ของบทบาททางเพศต่างกัน ” วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต
สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2541.

ฐิติพร ธรรมวินัย. “ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของสมาชิกสหภาพความใน
เขตกรุงเทพมหานคร ” วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาบริหารธุรกิจ
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต, 2540.

ดาริกา จารุวัฒนกิจ. “ ปัจจัยการสื่อสารภายในองค์กรที่มีผลต่อความพึงพอใจในการทำงานของ
พนักงานกลุ่ม บริษัท มินิแบ (ประเทศไทย) ” วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต
ภาควิชาประชาสัมพันธ์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2539.

นวลจันทร์ จันทร์มณี. “ การมีส่วนร่วมในโครงการปรีดรงค์วัฒนธรรมไทย ของโรงเรียน
มัธยมศึกษา สังกัดกรมสามัญศึกษาในเขตกรุงเทพมหานคร ” วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต ภาควิชาสังคมวิทยาประยุกต์ คณะศิลปศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, 2538.

นิราศศิริ โจรนธรรมกุล. “ ผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มที่มีต่อการเพิ่มการเห็นคุณค่า
ในตนเองของสตรีในสถานสงเคราะห์หญิงบ้านเกร็ดตระการ ” วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต คณะศิลปศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2535.

ปรีดีหทัย แก้วมณีรัตน์. “ การศึกษาบทบาทของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช :
ศึกษาเฉพาะกรณีโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ” วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต
คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2534.

- โปรยทิพย์ กสิพันธ์. “ ผลของการใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช ” วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศึกษาศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2541.
- พรรณวิภา ถาวรประเสริฐ. “ ผลของการใช้กลุ่มบำบัดแบบประคับประคองที่มีต่ออัตมโนทัศน์และการติดยาเสพติดซ้ำของผู้ป่วยที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช ” วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ภาควิชาจิตวิทยา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2532.
- มัทนา เซตมี. “ วิถีชีวิตและชีวิตครอบครัวของหญิงรักหญิง ” วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขามานุษยวิทยา คณะสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2539.
- สุนีย์ เอกวัฒน์พันธ์. “ ผลของการใช้กลุ่มบำบัดแบบประคับประคองที่มีต่อพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภทวัยรุ่น ” วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ภาควิชาพยาบาลศึกษาศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2529.
- แสงอรุณ ไตรรักษา. “ ความคาดหวังของบุคลากรผู้ร่วมทีมจิตเวชต่อการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์จิตเวช โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ” วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2541.
- หทัยรัฐณ์ เอื้อสாமาลัย. “ การศึกษาทัศนคติของบุคลากรสาธารณสุขต่อการสร้างเครือข่ายทางสังคมด้านสาธารณสุขชุมชนของผู้ป่วยจิตเวช เขต 1 ” วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการบริหารและนโยบายสวัสดิการสังคม บัณฑิตวิทยาลัย คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2542.
- อดิสร ศักดิ์สูง. “ สตรีในสังคมเชียงใหม่สมัยวงศ์เจ้าเจ็ดตน พ.ศ. 2339 – 2476 ” วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ภาควิชาประวัติศาสตร์ คณะอักษรศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร, 2539.

สัมภาษณ์

- จันทร์ฉาย เนตรสุวรรณ. พยาบาลวิชาชีพ 7 โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่.
สัมภาษณ์, 2 เมษายน 2545.

_____. พยาบาลวิชาชีพ 7 โรงพยาบาลศรีธัญญา จังหวัดนนทบุรี. สัมภาษณ์, 6 มิถุนายน 2545.

จีรวรรณ ไสภาสวพรรณ. พยาบาลเทคนิค โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่. สัมภาษณ์, 2 เมษายน 2545.

ภาษาอังกฤษ

Books

Barker, Larry L. and other. "Group in Process" An Introduction to Small Group Communication. 4th ed. Prentice Hall, Englewood Cliffs. New Jersey, 1991.

DeVito, Joseph A. "The Interpersonal Communication" 6th ed. New York : Harper Collins Publishers Inc. , 1992.

Maggie Humm. "Feminism : A Reader" Harvest Wheatsheaf : Hertfordshire, 1992.

Riano, Pilar. "Women in Grassroot Communication" Furthering Social Change. Sage Publications, Inc. Thousand Oaks. London New Delhi, 1994.



ภาคผนวก



แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึกพยาบาลจิตเวช

กระบวนการสื่อสารกลุ่มเพื่อบำบัดผู้ป่วยจิตเวชหญิง ได้แบ่งคำถามออกเป็น 3 ส่วน
ได้แก่

ส่วนที่ 1 แนวคำถามเกี่ยวกับพยาบาลจิตเวช

1. ชื่อ _____ การศึกษา _____
2. ตำแหน่ง _____
หน้าที่รับผิดชอบ _____
3. ประสบการณ์การทำงาน _____
4. ทักษะที่มีต่อผู้ป่วยจิตเวช
หญิง _____

5. พยาบาลเข้าใจปัญหาและอาการของผู้ป่วยจิตเวชหญิง
อย่างไร _____

6. วิธีการสร้างสัมพันธภาพของพยาบาลจิตเวชกับผู้ป่วยจิตเวชหญิงมีวิธีการอย่างไร

ส่วนที่ 2 แนวคำถามเกี่ยวกับสภาพโดยทั่วไปของผู้ป่วยจิตเวชหญิง

1. ก่อนเข้ากลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง
 - ความเป็นอยู่และการเข้าสังคมในโรงพยาบาลของผู้ป่วยจิตเวชหญิง
 - ลักษณะอาการ และปัญหาของผู้ป่วยจิตเวชหญิง
 - ความสมัครใจ หรือความสนใจในการเข้ากลุ่ม
 - พฤติกรรมการสื่อสาร และพฤติกรรมการแสดงออก
 - ทักษะคิดต่อการเข้ากลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง
2. ระหว่างเข้ากลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง
 - ลักษณะอาการ และปัญหาของผู้ป่วยจิตเวชหญิง
 - ความสมัครใจ หรือความสนใจในการเข้ากลุ่ม
 - พฤติกรรมการสื่อสาร
 - ทักษะคิดต่อการเข้ากลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง
 - พฤติกรรมมีส่วนร่วมในกลุ่มบำบัด
3. หลังจากเข้ากลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง
 - ลักษณะอาการ และปัญหาของผู้ป่วยจิตเวชหญิง
 - พฤติกรรมการสื่อสาร
 - ทักษะคิดต่อการเข้ากลุ่มบำบัดเพื่อการรักษา
 - การมีบทบาทในสังคม
 - ความมั่นใจและการแสดงออกของผู้ป่วยจิตเวชหญิง
 - พัฒนาการด้านจิตใจ

ส่วนที่ 3 แนวคำถามเกี่ยวกับกระบวนการสื่อสารกลุ่มเพื่อบำบัดผู้ป่วยจิตเวชหญิง

1. วิธีการคัดเลือกผู้ป่วยจิตเวชหญิงเพื่อเข้ากลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง ทำอย่างไร
2. ขั้นตอนของการทำกลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง ทำอย่างไร
3. เป้าหมายการบำบัดของกลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง คืออะไร
4. พยาบาลจิตเวชมีบทบาทอย่างไรในกลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง
5. รูปแบบการสื่อสารในกลุ่มเป็นอย่างไร
6. บทบาทการมีส่วนร่วมในการคิด ตัดสินใจ และแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ของผู้ป่วยจิตเวชหญิงเป็นอย่างไร
7. จำนวนสมาชิก ระเบียบ และข้อกำหนดของการทำกลุ่มเป็นอย่างไร
8. ประเด็นที่ใช้ในการสื่อสารกลุ่มมีลักษณะอย่างไร
9. อารมณ์ที่เกิดขึ้นในกลุ่มบำบัดมีลักษณะอย่างไร
10. ประโยชน์ของการทำกลุ่มแบบเป็นขั้นตอนคืออะไร

แนวคำถามการสนทนาเชิงลึกผู้ป่วยจิตเวชหญิง

แนวคำถามการสนทนาครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แนวคำถามเกี่ยวกับข้อมูลโดยทั่วไป

1. นามสมมติ _____
 อายุ _____ อาชีพ _____
 การศึกษา _____ สถานภาพ _____
 ภูมิภาค _____
2. อาการ/การ
 วินิจฉัยโรค _____

3. ระยะเวลาที่เข้ามารับการรักษา _____

ส่วนที่ 2 แนวคำถามเกี่ยวกับกลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง

1. วัตถุประสงค์ของการทำกลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง
2. ทักษะที่มีต่อการเข้ากลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง
3. ทักษะที่มีต่อพยาบาลจิตเวช
4. ทักษะต่อสมาชิกในกลุ่ม
5. ความรู้สึกของผู้ป่วยจิตเวชก่อนการเข้ากลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง
6. ความรู้สึกของผู้ป่วยจิตเวชระหว่างการเข้ากลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง
7. ความรู้สึกของผู้ป่วยจิตเวชหลังการเข้ากลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง
8. ประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้ากลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง
9. ความมั่นใจของตนเองในการดำเนินชีวิต

ส่วนที่ 3 แนวคำถามเกี่ยวกับการให้ความหมายและการสร้างความเข้มแข็งของผู้ป่วยจิตเวชหญิง

1. หลังจากที่แพทย์ลงความเห็นว่าคุณเป็นผู้ป่วยทางจิตเวช และต้องเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลสวนปรุงแล้วรู้สึกอย่างไร
2. คนในสังคมและคนในครอบครัวมองผู้ป่วยจิตเวชหญิงว่าอย่างไร
3. ผู้ป่วยจิตเวชหญิงมองตนเอง และให้ความหมายกับอาการทางจิตของตนเองอย่างไร
4. ผู้ป่วยจิตเวชหญิงคิดว่าผู้หญิงที่ไม่ได้มีอาการทางจิตมีลักษณะอย่างไร
5. ผู้ป่วยจิตเวชหญิงมีวิธีการสร้างความเข้มแข็งให้กับตัวเองอย่างไร
6. ผู้ป่วยจิตเวชหญิงคาดหวังต่อการรักษา และการเตรียมความพร้อมที่จะกลับสู่สังคมอย่างไร
7. ครอบครัวคาดหวังต่อการรักษาอาการของผู้ป่วยจิตเวชหญิงอย่างไร
8. ผู้ป่วยจิตเวชหญิงได้รับการปฏิบัติจากครอบครัว และได้รับกำลังใจในการรักษาจากครอบครัวอย่างไร
9. ผู้ป่วยจิตเวชหญิงคิดว่าผู้หญิงที่มีอาการผิดปกติมีลักษณะอย่างไร
10. ผู้ป่วยจิตเวชหญิงยอมรับว่าตัวเองป่วยทางจิตหรือไม่ และรู้สึกอย่างไรเมื่อถูกเรียกว่าบ้า
11. พฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเวชหญิงภายหลังจากออกจากโรงพยาบาลเป็นอย่างไร (ติดตามผู้ป่วยจิตเวชหญิงกลับบ้าน)

แบบฟอร์มการสังเกตการณ์กระบวนการสื่อสารกลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง

1. เวลา _____
2. ผู้นำกลุ่ม _____
3. ผู้นำกลุ่มร่วม _____
4. สมาชิกกลุ่ม _____ คน
 1. _____ 5. _____
 2. _____ 6. _____
 3. _____ 7. _____
 4. _____
5. วัตถุประสงค์ของกลุ่ม
 1. _____
 2. _____
 3. _____
 4. _____
6. หัวข้อหลักในการสนทนากลุ่ม
 1. _____
 2. _____
 3. _____
7. บรรทัดฐาน / กติกาการเข้ากลุ่ม
 1. _____
 2. _____
 3. _____
 4. _____
 5. _____

8. วิธีการดำเนินกลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง

8.1 ขั้นตอนการสร้าง

กลุ่ม _____

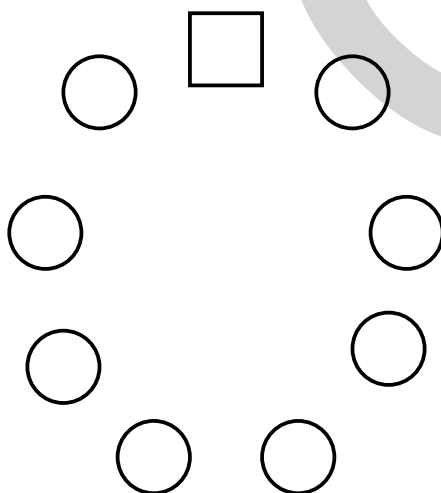
8.2 ขั้นตอนการทำงาน

กลุ่ม _____

8.3 ขั้นตอนการสิ้นสุด

กลุ่ม _____

9. รูปแบบการสื่อสาร



10. ปฏิสัมพันธ์และบทบาทของสมาชิกในกลุ่ม

11. การแสดงออกถึงความเข้มแข็งของผู้ป่วยจิตเวชหญิงในขณะที่ทำกลุ่ม

12. อำนาจภายในกลุ่ม

ประวัติผู้วิจัย

นางสาวกนกรัตน์ สามัตถิยะ เกิดเมื่อวันที่ 16 มกราคม 2520 ที่จังหวัดเชียงใหม่ สำเร็จการศึกษาปริญญาตรีนิเทศศาสตรบัณฑิต จากมหาวิทยาลัยพายัพ เชียงใหม่ เมื่อปี การศึกษา 2541 และศึกษาต่อในระดับบัณฑิตศึกษาคณะนิเทศศาสตร์ มหาวิทยาลัยธุรกิจ บัณฑิตย