

รายงานการวิจัย

เรื่อง

การศึกษาผลการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยจิตเวช
ในโครงการธรรมะบำบัด
ของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น

โดย

นางละเอียด ปัญโญใหญ่

นางวัชณี หัตถพนม

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น

พ.ศ. 2537



รายงานการวิจัย

เรื่อง

การศึกษาผลการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยจิตเวช ในโครงการธรรมะบำบัด
ของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น

The Study of the Effectiveness of the "Dhamma Therapy Program"
for Psychiatric Patients.
Khon Kaen Neuro - Psychiatric Hospital.

คณะผู้วิจัย

นางละเอียด ปัญโญใหญ่ พยาบาลวิชาชีพ 6 ฝ่ายการพยาบาล

นางวัชณี หัตถพนม พยาบาลวิชาชีพ 6 ตึกขงโค 2

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น

พ.ศ. 2537

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษานำร่อง (Pilot Study) มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยจิตเวช ในโครงการธรรมะบำบัด ที่ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นได้จัดขึ้น และเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคะแนนความรู้ด้านธรรมะของผู้ป่วย โดยศึกษาจากผู้ป่วยจิตเวช ที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในตึกชงโค 2 ตึกโนรี ตึกบุษบง ตึกศรีตรังบน ตึก 100 หญิงหญิง และตึก 100 ชายชาย ที่มีอาการทางจิตสงบแล้ว จำนวน 182 คน โดยนำผู้ป่วยจากตึกดังกล่าว เข้ากลุ่มธรรมะบำบัด ซึ่งทางฝ่ายการพยาบาล จัดให้มีเดือนละ 1 ครั้ง และประมาณ 1 ชั่วโมง 30 นาที รวมทั้งหมด 6 ครั้ง เริ่มตั้งแต่เดือนมีนาคม 2536 ถึงเดือนสิงหาคม 2536 โดยเฉลี่ยแล้ว จำนวนผู้ป่วยที่เข้ากลุ่มในแต่ละครั้ง ประมาณ 30 คน และผู้ป่วยที่เข้ากลุ่มในแต่ละครั้ง ไม่ซ้ำคนเดิม เนื่องจากผู้ป่วยต้องจำหน่ายกลับบ้าน เพราะอาการดีขึ้นและเนื้อหาในการแสดงธรรม 6 ครั้ง ประกอบไปด้วย ศีล 5 และหลักการแสวงหาทรัพย์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือการบรรยายธรรมโดยพระภิกษุสงฆ์ ตามโครงการที่กำหนดและแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ให้สอดคล้องกับเนื้อหาในการแสดงธรรม และเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัย 2 ครั้ง คือ ก่อนเข้ากลุ่มธรรมะบำบัด และหลังเข้ากลุ่มธรรมะบำบัด หลังจากนั้นจึงนำข้อมูลที่ได้ มาวิเคราะห์ด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS (Statistical Package for the Social Science) ซึ่งได้ผลการวิจัยดังนี้

1. จากการศึกษาข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (75.3 %) มีกลุ่มอายุอยู่ในช่วง 21 - 30 ปี มากที่สุด (34.6 %) รองลงมา มีอายุอยู่ในช่วง 31 - 40 ปี (29.1 %) ในด้านการศึกษาผู้ป่วยส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา (63.2 %) มีอาชีพทำนา ทำไร่ (48.4 %) ลักษณะพฤติกรรมของผู้ป่วยขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่ามีพฤติกรรมก้าวร้าวมากที่สุด (37.9 %) รองลงมาคือพฤติกรรมหวาดระแวง (36.8 %) จำนวนครั้งที่อยู่รักษาในโรงพยาบาลมากที่สุดคือ 1 - 5 ครั้ง (91.2 %) ระยะเวลาที่อยู่รักษาในโรงพยาบาล จนกระทั่งอาการสงบก่อนเข้ากลุ่มอยู่ในช่วง 1-30 วัน มากที่สุด (81.9 %) ผู้ป่วยส่วนใหญ่เคยมีประสบการณ์ในการเข้าวัด ฟังธรรมมาก่อน (80.2 %)

2. ผลของการให้ความรู้ในโครงการธรรมะบำบัด พบว่าจากการวิเคราะห์ ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ของผู้ป่วยจิตเวช เมื่อเปรียบเทียบคะแนน

เฉลี่ยก่อนและหลังการเข้ากลุ่มธรรมะบำบัด ว่ามีคะแนนเฉลี่ยแตกต่างกันหรือไม่ พบว่าหลังการเข้ากลุ่มธรรมะบำบัด ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยในด้านความรู้เพิ่มขึ้นจากเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

3. เมื่อศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับคะแนนความรู้ของผู้ป่วยภายหลังการเข้าร่วมโครงการ พบว่า มีปัจจัยที่มีผลต่อคะแนนความรู้ทั้งก่อนเข้าโครงการ และหลังเข้าโครงการธรรมะบำบัด คือ ปัจจัยในเรื่องระดับการศึกษาที่แตกต่างกันของผู้ป่วย มีผลต่อคะแนนความรู้ในเรื่องธรรมะแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากผลการวิจัยในครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ากลุ่มธรรมะบำบัด มีความรู้ทางธรรมเพิ่มขึ้น ซึ่งคณะผู้วิจัยได้เสนอแนะแนวทางในการดำเนินงานด้านกลุ่มธรรมะบำบัดในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น ในรูปแบบที่เหมาะสมต่อไป

ABSTRACT

This is a pilot study of the nursing department, Khon-Kaen Neuro-Psychiatric Hospital, and to study about Factors Relating to the patient's level of knowledge on Buddhism. The purpose was to study the effect of dhama therapy on 182 Psychiatric patients, that had been calm down, in the six subacute wards. The patients was brought to the department for group dhama therapy once a month, from March to august in 1993, to tally SIX periods. Average time in each period was one hour and a half. About 30 Patients was brought to the group in one period, the patients in each period were not the same group because they were discharged from the hospital due to symptoms improvement. The contents in six dhama therapy consisted of the five precepts and a stake to pursues wealthy.

The instrument used in this research is the teaching of Buddhism by monks for the determined program and the questionnaires that the authors had created, congruent with the contents in each dhama therapy. The informations were collected before and after each dhama therapy. The total informations were analysed by computers, using the SPSS (Statistical Package for the Social Science'Programe.

The results were :

1. The general information : Most patients were male 75.3 % ; Age range between 21 and 30 years 34.6 % ; age range between 31 and 40 years 29.1 % ; graduated from primary school 63.2 % ; Agriculturist 48.4 % ; The most common behaviour before hospitalization was Aggression 37.9 % ; the second was paranoid 36.8 % ; Majority of the Patients had 1 - 5 hospitalization 91.2 % ; most patients and 1-30 days length of stay before being brought to the group 81.9 % ; most patients had religous activity Experience before hospitalization 80.2 %

2. Results from dhama therapy : The patients had gained Knowledge after being brought to the group dhama therapy Significantly ($P = .001$)

3. To Study about factors relating to the Patients' Knowledge on Buddhism. The conclusion the spiritual therapy program, by using Buddhism as a tool, in that the difference in patients' educational level makes the difference in knowledge on Buddhism significantly ($P < .01$)

From the results of the study, the authors showed that the patients had gain dhama knowledge and attention Significantly, so, they recommended the further direction in processing the appropriate group dhama therapy in Khon - Kane Neuro-Psychiatric hospital.

กิตติกรรมประกาศ

รายงานการวิจัยเรื่อง การศึกษาผลการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยจิตเวช ในโครงการธรรมะบำบัดของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี ด้วยความร่วมมือจากหลายฝ่ายดังนี้

นายแพทย์วิวัฒน์ ยถาภูษานนท์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น ที่กรุณาให้คำแนะนำ และอนุมัติให้ดำเนินโครงการธรรมะบำบัดในหอผู้ป่วย และโครงการวิจัยในครั้งนี้

นายแพทย์ทวี ตั้งเสรี หัวหน้ากลุ่มงานผู้ป่วยนอก นายแพทย์รัชชัย กฤษณะประกรกิจ หัวหน้ากลุ่มงานจิตเวชสูงอายุ และ นางเสงี่ยม สารบัณฑิตกุล หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล ที่กรุณาให้คำแนะนำและสนับสนุนเอกสารทางวิชาการ ที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัย

ร.ศ.จินตนา ลีละไกรวรรณ อาจารย์ที่ปรึกษาจากภาควิชาการพยาบาลจิตเวช มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่กรุณาให้คำแนะนำและข้อคิดเห็นต่าง ๆ โดยตลอด

หัวหน้าตึกชงโค 2 ตึกโนรี ตึกบุษบง ตึกศรีตรัง 2 ตึก 100 เติ่งหญิง และตึก 100 เติ่งชาย ที่ให้การสนับสนุนในการนำผู้ป่วยในแต่ละตึก เข้ากลุ่มธรรมะบำบัด รวมทั้งช่วยเหลือในการเก็บรวบรวมข้อมูลอีกด้วย

คณะผู้วิจัย จึงใคร่ขอขอบพระคุณทุกท่านที่ได้กล่าวรายนามไปแล้วข้างต้น มา ณ โอกาสนี้ด้วย

คณะผู้วิจัย

ตุลาคม 2537

สารบัญ

ห้องสมุด
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น
16 Dec 37
.....
ร.ร. ๐1451

น

หน้า

ก

จ

ฉ

ช

1

1

3

4

4

4

5

บทคัดย่อ

กิตติกรรมประกาศ

สารบัญ

สารบัญตาราง

บทที่ 1 บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

วัตถุประสงค์

ขอบเขตของการวิจัย

ข้อตกลงเบื้องต้น

นิยามศัพท์เฉพาะ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

บทที่ 4 ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ลักษณะข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเวช

ที่เข้าร่วมในโครงการธรรมะบำบัด

ส่วนที่ 2 ผลของการให้ความรู้ในโครงการธรรมะบำบัด

บทที่ 5 สรุปอภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

บรรณานุกรม

ภาคผนวก

ใบอนุมัติดำเนินการ

โครงการธรรมะบำบัด

เนื้อหาที่ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยจิตเวชในโครงการธรรมะบำบัด

แบบสอบถาม

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1. จำนวนและร้อยละของผู้ป่วย จำแนกตามเพศ และกลุ่มอายุ	23
2. จำนวนและร้อยละของผู้ป่วย จำแนกตามการศึกษาและอาชีพ	24
3. จำนวนและร้อยละของผู้ป่วย จำแนกตามลักษณะพฤติกรรม ขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษา	25
4. จำนวนและร้อยละของผู้ป่วย จำแนกตามจำนวนวันที่อยู่รักษาใน โรงพยาบาลก่อนเข้ากลุ่มธรรมะบำบัด	26
5. จำนวนและร้อยละของผู้ป่วย จำแนกตาม การเคยเข้าวัดฟังธรรมหรือไม่	27
6. จำนวนร้อยละ คะแนนเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของ ผู้ป่วย จำแนกตามระดับคะแนนก่อนและหลังการเข้ากลุ่ม ธรรมะบำบัด	28
7. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยในด้านความรู้ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าทีของผู้ป่วยจิตเวชก่อนและหลังการเข้ากลุ่มธรรมะบำบัด	29
8. ค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรกับคะแนนความรู้ด้านธรรมะของ ผู้ป่วยจิตเวชก่อนเข้ากลุ่มธรรมะบำบัด	30
9. ค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรกับคะแนนความรู้ด้านธรรมะ ของผู้ป่วยจิตเวชภายหลังการเข้ากลุ่มธรรมะบำบัด	31
10. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ ค่าทีของผู้ป่วยจิตเวช ก่อนเข้ากลุ่มธรรมะบำบัด โดยจำแนกตามเพศ	32
11. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและ ค่าทีของผู้ป่วยจิตเวช หลังเข้ากลุ่มธรรมะบำบัด โดยจำแนกตามเพศ	33
12. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและ ค่าทีของผู้ป่วยจิตเวช ก่อนเข้ากลุ่มธรรมะบำบัดโดยจำแนก ตามเคยหรือไม่เคยเข้าวัดฟังธรรม	34
13. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าทีของผู้ป่วยจิตเวช หลังเข้าโครงการธรรมะบำบัด โดยจำแนกตามการเคยหรือไม่เคยเข้าวัดฟังธรรม	35

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
14. การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวของคะแนนความรู้ของผู้ป่วยจิตเวช ก่อนเข้าโครงการธรรมะบำบัด จำแนกตามระดับการศึกษาไม่ได้เรียนหนังสือ หรือชั้นประถมศึกษามัธยม และประกาศนียบัตรหรือปริญญา	36
15. ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในเรื่องธรรมะของผู้ป่วยจิตเวช (ก่อนเข้าโครงการฯ) โดยจำแนกตามกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาต่างกัน และทำการทดสอบด้วยวิธีเชฟเฟ (Scheffe ' method)	37
16. การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว ของคะแนนความรู้ของผู้ป่วยจิตเวชภายหลังเข้าโครงการธรรมะบำบัด จำแนกตามระดับการศึกษา ไม่ได้เรียนหนังสือ หรือชั้นประถมศึกษา มัธยมศึกษา และประกาศนียบัตรหรือปริญญา	38
17. ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในเรื่องธรรมะของผู้ป่วยจิตเวช (หลังเข้าโครงการฯ) โดยจำแนกตามกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาต่างกัน และทำการทดสอบด้วยวิธีเชฟเฟ (Scheffe ' method)	39
18. การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวของคะแนนความรู้ของผู้ป่วยจิตเวช ก่อนเข้าโครงการธรรมะบำบัดโดยจำแนกตามอาชีพ	40
19. การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวของคะแนนความรู้ของผู้ป่วยจิตเวชภายหลังเข้าโครงการธรรมะบำบัด โดยจำแนกตามอาชีพ	41
20. การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวของคะแนนความรู้ของผู้ป่วยจิตเวชก่อนเข้าโครงการธรรมะบำบัดโดยจำแนกตามพฤติกรรมของผู้ป่วย	42
21. การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวของคะแนนความรู้ของผู้ป่วยจิตเวช หลังเข้าโครงการธรรมะบำบัด โดยจำแนกตามพฤติกรรมของผู้ป่วย	43

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

พุทธศาสนาอุบัติขึ้นมาเพื่อรักษาโรคทางใจ และวิธีการสำรวจตนเป็นเทคนิคนำไปสู่การเข้าใจตนเอง การรักษามีได้มุ่งแก้เฉพาะกลุ่มอาการแต่ละอย่าง แต่มุ่งความสนใจไปที่ภาวะร่วม ซึ่งอยู่เบื้องหลังการเกิดกลุ่มอาการเฉพาะทุกชนิด คนทั่วไปมักไม่รู้ว่า โลกะ โทสะ โมหะ เป็นเหตุให้เกิดโรคทางใจ (สมประสงค์ สุกะวิท, 2531) เพราะผู้มีกิเลสหนานั้น ภายในจิตใจจะมีแต่ความสับสนวุ่นวาย

การปฏิบัติธรรมในพระพุทธศาสนา คือ การเรียนรู้ธรรมชาติของตัวเราเอง เพื่อให้เห็นความจริงของธรรมชาติในเรื่องของ เหตุ-ผล ถ้าสร้างเหตุดีย่อมได้ผลดี ถ้าสร้างเหตุชั่วย่อมได้ผลชั่ว ดังนั้น ผู้ปฏิบัติธรรมจึงควรควบคุมพฤติกรรมของตนเอง ไม่กระทำความชั่ว กระทำแต่เหตุที่ดี และทำจิตใจให้บริสุทธิ์ การกระทำเช่นนี้ เรียกว่าเดินตามพระธรรมคำสอน ถ้าเราปฏิบัติได้ดังนี้ ในชีวิตประจำวันโดยสม่ำเสมอ เราจะสามารถนำหลักธรรมะ มาแก้ไขปัญหাজิตใจได้โดยง่าย เพราะเราจะเข้าใจในสิ่งที่เกิดขึ้น มาเป็นปัญหาชีวิตของเราอย่างแท้จริง และสามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างถูกต้อง ตามเหตุและผลชีวิตของเรา ก็จะดำเนินไปอย่างมีความสุข (โรจน์รุ่ง สุวรรณสุทธิ, 2533)

ผู้ป่วยจิตเวช เป็นผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตใจ มีกำเนิดจากสาเหตุทางร่างกาย หรือสาเหตุทางอารมณ์ โดยแสดงลักษณะของความผิดปกติในความคิดการตอบสนองทางอารมณ์ การสื่อสาร การเข้าใจสภาวะความเป็นจริง และพฤติกรรมอย่างมาก จนไม่สามารถจะตอบสนองความต้องการของชีวิตได้ มักแสดงออกในลักษณะพฤติกรรมหรืออารมณ์ที่เปลี่ยนไปจากเดิมอย่างมาก ความสามารถในการควบคุมอารมณ์ต่ำลง มีความหลงผิด และประสาทหลอน (สุวิทนา อารีพรรค, 2524)

จากความหมายของกลุ่มบำบัด ที่ว่า เป็นศาสตร์และศิลป์ในการประยุกต์ดัดแปลงกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันให้เป็นสื่อในการบำบัดรักษา กิจกรรมต่าง ๆ ที่กล่าวนี้ ได้แก่ การทำงาน การทำกิจวัตรประจำวัน การออกกำลังกาย การเล่นเกมดนตรีต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับคนเราในสิ่งแวดล้อม สรรบแล้วสื่อหรือ

เครื่องมือของกลุ่มกิจกรรมบำบัดก็คือ สิ่งแวดล้อมรอบ ๆ ตัวเรานั้นเอง (ไพรัตน์ พฤษชาติคุณากร, 2533) ซึ่งธรรมะบำบัด (Dhamma Therapy) ก็เป็นการบำบัดอีกรูปแบบหนึ่งแก่ผู้ป่วยจิตเวช จัดอยู่ในจิตบำบัดชนิดเรียนรู้ใหม่ (Reeducative Psychotherapy) โดยการนำหลักธรรมมาบรรยายให้แก่ผู้ป่วยภายในโรงพยาบาล โดยพระภิกษุสงฆ์ อันจะก่อให้เกิดผลดีต่อผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตสงบแล้ว มีความสนใจและเชื่อถือศรัทธาในหลักธรรม คาดว่าผู้ป่วยจะสามารถนำหลักธรรมคำสอนของพระพุทธศาสนา ที่เรียนรู้เพิ่มขึ้น มาเป็นแนวทางในการดำเนินชีวิตที่เหมาะสมต่อไป นับเป็นการปรับปรุงบริการด้านการบำบัดรักษาภายในหอผู้ป่วย ให้มีคุณภาพและหลายรูปแบบมากขึ้น

วิธีการที่จะช่วย ในการลดความวิตกกังวลและความซึมเศร้าแก่ผู้ป่วยนั้น ได้แก่ การใช้เทคนิคการผ่อนคลาย ซึ่งมีอยู่หลายวิธีด้วยกัน เช่น การฝึกหายใจแบบสงบ วิธีการฝึกคลายกล้ามเนื้อ การออกกำลังกายแบบง่าย ๆ การสั่งตัวเองให้ผ่อนคลาย การใช้จินตนาการนึกภาพในทางบวก การนวดใบโอพิคแบค และสมาธิ เป็นต้น (อุบล นิวัติชัย 2528 : 1104-1106; Anderson 1978 : 155-167; Mast, et al. 1978: 141-147; Priest 1983: 36-38)

สำหรับการฝึกหายใจแบบสงบนั้น ได้แก่ การใช้กระบังลมและช่วงท้อง มีการหายใจที่ลึก ช้า และสม่ำเสมอ โดยสูดลมหายใจลงไปถึงส่วนล่างของปอด ทำให้กระบังลมดันท้องให้พองออกเวลาหายใจเข้า และยุบลงเวลาหายใจออก วิธีนี้ทำให้ความเครียดลดลง และอยู่ในสภาพผ่อนคลาย สำหรับการนวดคือการสัมผัสส่วนต่าง ๆ ของร่างกายอย่างมีระบบ เพื่อช่วยผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ส่วนวิธีการของใบโอพิคแบคนั้น ต้องใช้เครื่องมือบ่อนกลับทางชีวภาพ เพื่อใช้ตรวจวัดการทำหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย เครื่องมือนี้ช่วยให้เราตระหนักดีว่าการเปลี่ยนแปลงทุกอย่าง ทางสรีระจะเกิดร่วมกับการเปลี่ยนแปลงทางจิตเสมอ ในทางอ้อมเดียวกัน การเปลี่ยนแปลงทุกอย่างทางจิต อารมณ์จะเกิดร่วมกับการเปลี่ยนแปลงทางสรีระเช่นกัน ดังนั้นกายและจิตใจไม่เพียงแต่จะสัมพันธ์กันเท่านั้น แต่ยังทำงานเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันด้วย หลักการของใบโอพิคแบค ช่วยให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ถึงการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ จะยังผลให้บุคคลบรรเทาความรู้สึกกังวลใจลง (สายพิน เกษมกิจวัฒนา 2531 : 252)

จากการวิจัยของ นิภา ชุตินันตรชัย (2522 : 189) พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกส่วนใหญ่ร้อยละ 90 มีความต้องการให้ทางโรงพยาบาลแนะนำความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตน ให้ผู้ป่วยทราบเพื่อสามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติได้ถูกต้อง และจากแนวคิดของ ลอ อ หุตางกูร (2522 : 102) ที่ว่า การเรียนรู้เป็นวิธีทางลดความวิตกกังวลของมนุษย์

ผู้วิจัยจึงมีความเห็นว่า การฟังธรรมร่วมกับการฝึกสมาธิ น่าจะเป็นวิธีที่ดีวิธีหนึ่ง เพราะผู้ป่วยสามารถปฏิบัติด้วยตนเองได้ และจากการศึกษาของสมทรง เพ็งสุวรรณ (2528 : บทคัดย่อ) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ถูกที่ได้รับการรักษา และได้รับการฝึกสมาธิ วิธีอาโลกกสิณ โดยใช้แสงสว่างเป็นอารมณ์ในการทำสมาธิ มีคะแนนของความวิตกกังวลและความซึมเศร้าลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นวิธีการฝึกสมาธิ และฟังธรรมจึงเป็นวิธีที่น่าจะช่วยลดความวิตกกังวล ความซึมเศร้า รวมถึงภาวะการเจ็บป่วยทางจิตเวชของผู้ป่วยให้มีอาการดีขึ้นได้

จากประสบการณ์ที่ผู้วิจัย ได้ทำหน้าที่ให้การพยาบาลและเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจิตเวชเป็นเวลาหลายปี ทำให้ทราบถึงความทุกข์ของผู้ป่วยทางด้านจิตใจดี ซึ่งในสภาพการเจ็บป่วยเช่นนี้ ต้องการได้รับการกำลังใจ และการเอาใจใส่เป็นพิเศษ เพื่อให้เกิดความอบอุ่น ความมั่นใจ และความหวังในชีวิต การให้การพยาบาลผู้ป่วยดังกล่าว พยาบาลก็พยายามนำธรรมะมาประยุกต์ใช้ เช่น การพาผู้ป่วยสวดมนต์ การสอนให้ผู้ป่วยรู้จักฝึกทำจิตใจให้สงบ ให้ผู้ป่วยได้เข้าใจถึงธรรมชาติความเป็นจริง ของสภาพร่างกาย การนำธรรมะมาสอนผู้ป่วยดังกล่าว ได้ผลบ้างตามควร ทั้งนี้ต้องขึ้นอยู่กับเหตุปัจจัยหลาย ๆ ประการ เช่น พื้นภูมิหลัง การอบรมเลี้ยงดู สภาพสิ่งแวดล้อม ลักษณะอุปนิสัย เป็นต้น ผู้วิจัยมีความสนใจ และมีความเชื่อว่า ถ้าผู้ป่วยมีโอกาสได้รับความรู้ และเข้าใจถึงหลักธรรมของพระพุทธเจ้า จะทำให้สภาพจิตใจของผู้ป่วย เกิดความเปลี่ยนแปลง รู้สึกผ่อนคลาย มีความภาคภูมิใจและเชื่อถือตนเอง รวมทั้งมีความมั่นคงทางจิตใจมากขึ้น ที่จะสามารถมีชีวิตอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้อย่างมีความสุข ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจ ที่จะศึกษาถึงผลของการให้ความรู้โดยใช้ธรรมะมาประยุกต์ เพื่อหาวิธีการ และเนื้อหาสาระทางธรรมะที่สามารถนำไปใช้บำบัดกับผู้ป่วยจิตเวช ให้ได้ผลดียิ่งขึ้น เพื่อกำหนดเป็นรูปแบบของการให้ความรู้แบบกลุ่มบำบัดที่มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาผลของการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยจิตเวช ในโครงการธรรมะบำบัด ของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น
2. ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคะแนนความรู้ด้านธรรมะของผู้ป่วยภายหลังการเข้าร่วมโครงการธรรมะบำบัด

ขอบเขตของการวิจัย

ได้กำหนดขอบเขตของการศึกษาไว้ดังนี้

1. ศึกษาจากผู้ป่วยจิตเวช ที่ได้รับการคัดเลือกเข้าโครงการธรรมะบำบัด ระหว่างเดือนมีนาคม 2536 ถึงเดือนสิงหาคม 2536 จำนวน 182 คน
2. ทำการศึกษาเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตสงบแล้ว เฉพาะตึกขงโค 2 ตึกโนรี ตึกบุษบง ตึกศรีตรัง 2 ตึก 100 เติ่งหญิง และตึก 100 เติ่งชาย เท่านั้น และเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนมีนาคม 2536 ถึงเดือน สิงหาคม 2536 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ แบบสอบถามในด้านความรู้และการปฏิบัติเกี่ยวกับธรรมะ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

ข้อตกลงเบื้องต้น

1. กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยความจริงใจและเชื่อถือได้
2. ผู้สัมภาษณ์แต่ละคนมีความสามารถที่ใกล้เคียงกัน ทั้งนี้เนื่องจากก่อนทำการสัมภาษณ์ได้มีการประชุมตกลง และทำความเข้าใจในเนื้อหาที่จะถามให้เข้าใจตรงกัน

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. **ผู้ป่วยจิตเวช** หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น ซึ่งมีอาการทางจิตสงบแล้ว และได้รับการคัดเลือกเข้าโครงการธรรมะบำบัด
2. **ตึกขงโค 2** หมายถึง ตึกที่รับผู้ป่วยจิตเวชเพศชาย ที่มีพฤติกรรมค่อนข้างสงบ โดยรับย้ายจากตึกขงโค 1
3. **ตึกโนรี** หมายถึง ตึกที่รับผู้ป่วยจิตเวชเพศชาย ที่มีพฤติกรรมค่อนข้างสงบโดยรับย้ายจากตึกขงโค 1
4. **ตึกบุษบง** หมายถึง ตึกที่รับผู้ป่วยจิตเวชเพศชาย ที่มีพฤติกรรมค่อนข้างสงบโดยรับย้ายจากตึกขงโค 1
5. **ตึกศรีตรัง 2** หมายถึง ตึกที่รับผู้ป่วยจิตเวชเพศหญิง ที่มีพฤติกรรมค่อนข้างสงบโดยรับย้ายจากตึกศรีตรัง 1
6. **ตึก 100 เติ่งหญิง** หมายถึง ตึกที่รับผู้ป่วยจิตเวชเพศหญิง ที่มีพฤติกรรมค่อนข้างสงบ โดยรับย้ายจากตึกศรีตรัง 1
7. **ตึก 100 เติ่งชาย** หมายถึง ตึกที่รับผู้ป่วยจิตเวชเพศชาย ที่มีพฤติกรรมค่อนข้างสงบ โดยรับย้ายจากตึกขงโค 1

8. **โครงการธรรมะบำบัด** หมายถึง โครงการที่จัดขึ้น มีรูปแบบการรักษาพยาบาลแบบกลุ่มบำบัด โดยนำเรื่องหลักธรรมะประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยให้พระภิกษุบรรยายธรรม ให้ผู้ป่วยฟังตามหัวข้อที่กำหนดไว้ในโครงการฯ และหลังจากบรรยายธรรมจบ จะฝึกการทำจิตใจให้สงบโดยการนั่งสมาธิ
9. **โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น** หมายถึง โรงพยาบาลที่สังกัดสถาบันสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข มีหน้าที่ส่งเสริม, ป้องกัน, รักษา และฟื้นฟูผู้ที่มามีปัญหาทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช
10. **ความรู้** หมายถึง ความรู้ในเรื่องธรรมะ ได้แก่ สิล 5 หลักการแสวงหาทรัพย์ และการฝึกสมาธิ
11. **ปัจจัย** หมายถึง ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับตัวผู้ป่วยจิตเวช ที่เข้าโครงการธรรมะบำบัดได้แก่ เพศ กลุ่มอายุ การศึกษา อาชีพ ลักษณะพฤติกรรมของผู้ป่วย จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษา จำนวนวันที่อยู่รักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยเคยเข้าวัดฟังธรรมหรือไม่

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้แนวทางเพิ่มขึ้น สำหรับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยจิตเวช โดยการนำเอาอิทธิพลความรู้ด้านธรรมะต่าง ๆ ในพระพุทธศาสนามาประยุกต์ใช้ให้เกิดความรู้ ความเข้าใจ ในเรื่องราวของชีวิต เกิดความซึ้งในรสพระธรรมช่วยให้ผู้ป่วยมีใจสงบ ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล และสามารถนำไปใช้ในชีวิตรจริงได้
2. ได้แนวทางการกำหนดรูปแบบ การจัดทำกลุ่มบำบัด ที่มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น
3. เป็นข้อมูลพื้นฐาน ในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาผลการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยจิตเวช ในโครงการ-การรณรงค์ของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น โดยเปรียบเทียบความแตกต่างในด้านความรู้เกี่ยวกับธรรมะก่อนได้รับความรู้ และหลังได้รับความรู้ธรรมะนั้นในการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องผู้วิจัยได้กำหนดหัวข้อตามลำดับดังนี้

- ส่วนที่ 1 การเรียนรู้ วิธีการให้ความรู้ และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเรียนรู้
- ส่วนที่ 2 การดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชในปัจจุบัน และผลดีของการเข้ากลุ่มกิจกรรมบำบัด
- ส่วนที่ 3 ลักษณะพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเวชที่มารับการรักษาในโรงพยาบาล
- ส่วนที่ 4 หลักพระธรรมคำสอน ช่วยเหลือและรักษาทางจิตใจได้อย่างไร
- ส่วนที่ 5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ส่วนที่ 1 การเรียนรู้ วิธีการให้ความรู้ และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเรียนรู้

การรักษาพยาบาลผู้ป่วยจิตเวช อย่างมีประสิทธิภาพ คือ การช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการเรียนรู้ใหม่ สามารถนำความรู้ใหม่ที่ได้ไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน ได้อย่างเหมาะสมซึ่ง สุนทรี ภาณุทัต และคณะ (2524) ได้กล่าวถึงวิธีการให้ความรู้ที่นำมาใช้ในการสอนผู้ป่วยจิตเวช ที่นิยมกันมีอยู่ 2 วิธีคือ

1. การสอนเป็นรายบุคคล เป็นวิธีที่นิยมนำมาใช้ในการสอนผู้ป่วยมากวิธีหนึ่ง เพราะวิธีนี้มีผลดีคือ

1.1 ผู้สอนได้ทราบข้อเท็จจริงเกี่ยวกับปัญหา ความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย ฉะนั้นการให้ความรู้จะตรงกับความต้องการของผู้ป่วยมากที่สุด เพราะผู้ป่วยแต่ละคนแม้จะเป็นโรคเดียวกัน ก็มีความแตกต่างกันมากเกี่ยวกับภูมิหลัง ความรุนแรงของโรค การรักษา เป็นต้น

1.2 ผู้ป่วยสามารถมองเห็นปัญหาของตนเองได้อย่างชัดเจน สามารถแก้ไขปัญหาเองได้ ในกรณีที่ผู้ป่วยยังไม่เข้าใจปัญหาของตนเอง หรือแก้ปัญหาเองไม่ได้

1.3 สามารถประเมินผลการเรียนรู้ของผู้ป่วยได้ทันที หากวิธีการสอนยังไม่เหมาะสมก็สามารถเปลี่ยนวิธีการได้

1.4 ทำให้ได้ทราบว่า ควรจะให้ความสนใจแก่ผู้ป่วยแต่ละคน มากน้อยเพียงใด และในแง่ไหนบ้าง

1.5 เป็นการสร้างสัมพันธ์ไมตรีที่ดีต่อกันระหว่าง เจ้าหน้าที่ผู้สอน และผู้ป่วยให้มีความรู้สึกเป็นกันเอง ผู้ป่วยกล้าที่จะปรึกษาปัญหาส่วนตัว ผู้สอนมี โอกาสทราบถึงปัญหา ข้อสงสัย ความไม่พอใจ ของผู้ป่วยที่มีต่อเจ้าหน้าที่ และ บริการของโรงพยาบาล

อย่างไรก็ตาม แม้วิธีการสอนเป็นรายบุคคล จะเป็นวิธีการที่ดีแต่ก็เป็น วิธีการที่ต้องเสียเวลามาก และพยาบาลมีงานด้านอื่นที่จำเป็นต้องทำอีกมากอีกทั้ง จำนวนเจ้าหน้าที่พยาบาลก็มีไม่มากพอ ฉะนั้นจึงมีวิธีการสอนอีกรูปแบบหนึ่ง คือ

2. การสอนเป็นกลุ่ม เป็นวิธีการสอนที่จัดให้ผู้เรียนมีความสัมพันธ์กันเป็น กลุ่มเล็ก ๆ เพื่อให้สมาชิกได้มีโอกาสพบปะสนทนากันได้ทั่วถึง เป็นการเปิด โอกาสให้สมาชิกในกลุ่มมีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด การเรียนรู้ในสภาพการณ์นี้ จะก่อให้เกิดความรู้สึกร่วมกันคิดและอารมณ์ในทางที่ดีขึ้น โบวาร์ด (Bovard, 1951) ได้กล่าวว่า การเรียนโดยฝึกกลุ่มเป็นจุดศูนย์กลาง จะทำให้ผู้เรียนรู้สึกอบอุ่นใจ เพราะมีการสื่อสารทางวาจา ที่ช่วยให้ผู้เรียนไม่รู้สึกโดดเดี่ยว

คานและทอมสัน (Kahn and Tomson, 1973) ได้ให้ความเห็นว่า การที่ผู้ป่วยจะเกิดการเรียนรู้ได้ดีนั้น ควรจัดให้มีการสอนเป็นกลุ่ม เพื่อช่วยให้ ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดี ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนวิธีการ ดำรงชีวิตความเชื่อต่าง ๆ ซึ่งเป็นผลจากการเรียนรู้ในกลุ่ม และการที่ผู้ป่วยได้ แสดงความรู้สึก ความคิดเห็น ซึ่งเขาเคยมีประสบการณ์มาก่อน เป็นการเปิด โอกาสให้ผู้ป่วยได้ทราบถึงปัญหาทางด้านจิตใจของตนเอง

ไคลน์ (Kield, 1973) ได้ให้ความเห็นว่า ในการสอนเป็นกลุ่มสำหรับ ผู้ป่วยที่เป็นผู้ใหญ่ นั้น องค์ประกอบในเรื่องอายุ เพศ ไม่เป็นอุปสรรคต่อการให้ ความรู้ แต่ในผู้ป่วยที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปยังไม่มีการศึกษาอย่างจริงจัง

กฤษณา ศักดิ์ศรี (2530) ได้กล่าวถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเรียนรู้และ ส่งเสริมการเรียนรู้

1. ตัวผู้เรียน (Learner) หรือตัวแปรที่เกี่ยวกับตัวผู้เรียน (Individual Variables) ตัวผู้เรียน หมายถึง ตัวผู้อยู่ในกระบวนการ การเรียนรู้ จะเป็นใครก็ได้ ไม่ได้หมายถึงเฉพาะนักเรียน นักศึกษาในสถาบัน การศึกษาเท่านั้น เพราะแท้จริงแล้วกระบวนการเรียนรู้มีได้จำกัดอยู่เฉพาะในสถาน ศึกษาในลักษณะเป็นระเบียบแบบแผนเท่านั้น หากแต่เกิดขึ้นตลอดเวลา ในสิ่งแวดล้อมตั้งแต่แรกเกิดจนตาย

ตัวแปรที่เกี่ยวกับตัวผู้เรียนหรือองค์ประกอบเกี่ยวกับตัวผู้เรียน มีดังนี้

1.1 อายุ (Age) นักจิตวิทยาพบว่า บุคคลที่พ้นจากวัยผู้ใหญ่ไปแล้ว ยิ่งอายุมากขึ้น ความสามารถในการเรียนจะยิ่งลดลง ความจำไม่ดีเท่าวัยรุ่นแต่ก็มีสิ่งชดเชย เช่น ประสบการณ์ การใช้เหตุผลดีขึ้น การควบคุมอารมณ์ดีขึ้นโดยทั่วไปความสามารถในการเรียนรู้ตั้งแต่ยังเป็นเด็กถึงวัยรุ่น จะเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ จากวัยรุ่นถึงวัยผู้ใหญ่จะคงที่ จากวัยผู้ใหญ่ถึงวัยชราจะลดลง

อายุตามปฏิทิน (Chronological Age) นี้ ธอร์นไคด์ (Thondike, 1962) พบว่าเด็กจะพัฒนาความสามารถในการเรียนอย่างสม่ำเสมอ ตั้งแต่อายุ 5 ขวบ จนถึงประมาณอายุ 17 - 20 ปี แล้วต่อจากนั้นจะคงที่ และจะค่อย ๆ ลดลงถึงอายุ 50 ปี ภายหลังจากอายุ 50 ปีแล้วความสามารถในการเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ จะลดลงอย่างรวดเร็ว

1.2 เพศ (Sex) เรามักจะยอมรับกันว่าความแตกต่างในเรื่องเพศเป็นสาเหตุให้คนเราแตกต่างกันในเรื่องการเรียนรู้ ทักษะ เจตคติ ความสนใจ การแสดงพฤติกรรม ฯลฯ จากการค้นคว้าปรากฏว่า เพศชาย หรือเพศหญิงก็สามารถเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ ได้ทัดเทียมกัน แต่การที่ชายและหญิงมีเจตคติหรือความสนใจในการเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ ไม่เหมือนกันเป็นเพราะชนบทรรมนิยมประเพณีของสังคม

1.3 ประสบการณ์เดิม (Experience) มีความสำคัญยิ่งอย่างหนึ่งในการเรียนรู้ การถ่ายโยงการเรียนรู้ (Transfer of Learning) เป็นกระบวนการที่ผลของการเรียนรู้ บทเรียนหนึ่งมีอิทธิพลต่อการเรียนบทเรียนใหม่ มีทั้งการถ่ายโยงที่ทำให้การเรียนรู้สิ่งใหม่ดีขึ้น เร็วขึ้น ที่เรียกกันว่า Positive Transfer และการถ่ายโยงที่ทำให้การเรียนรู้สิ่งใหม่ช้าลง ที่เรียกกันว่า Negative Transfer การเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ ล้วนต้องอาศัยประสบการณ์เดิมเป็นพื้นฐานของแต่ละบุคคล

ตามปกติถ้าใครมีประสบการณ์เดิม มีความรู้เดิมเป็นพื้นฐาน จะเรียนเรื่องใหม่ได้สะดวกและเร็วขึ้น ผลการเรียนรู้จากบทเรียนที่เรียนไปแล้ว มีอิทธิพลต่อการเรียนรู้บทเรียนใหม่

1.4 สมรรถวิสัย (Capacity) คือ ขีดจำกัดสูงสุดของความสามารถของแต่ละบุคคล ใครมีสมรรถวิสัยสูง ผลการเรียนรู้ก็จะดีกว่าผู้ที่มีสมรรถวิสัยต่ำ

1.5 ความบกพร่องทางร่างกายบางประการ (Physical Handicaps) จะเป็นหตุตา ประสาทสัมผัส กล้ามเนื้อส่วนใดก็ตาม มีผลต่อการเรียนรู้มาก ยิ่งมีความบกพร่องมากเท่าใด ความสามารถในการรับรู้และเรียนรู้ก็น้อยลงเท่านั้น

1.6 การจูงใจ (Motivation) เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมที่มีจุดมุ่งหมายแน่นอน การจูงใจเกิดจากเครื่องล่อใจต่าง ๆ ที่จะช่วยให้เกิดความสำเร็จที่จะเรียน รากฐานทางเจตคติต่อครู ต่อสิ่งที่จะเรียนรู้ ก่อให้เกิดความสนใจอยากเรียน ความต้องการ ความสนใจ การเฝ้านเรียน เป็นแรงจูงใจอย่างหนึ่ง

1.7 สติปัญญา (Intelligence) จากการศึกษาของ วูดโรว์ (Woodrow, 1946) พบว่าคน I.Q. สูงจะเรียนรู้ได้เร็วกว่าคน I.Q. ต่ำ ถึงแม้ความจริงอยู่ว่า คน I.Q. สูงไม่จำเป็นต้องเรียนดีทุกคน แต่คนเรียนดีทุกคนก็จำเป็นต้องอาศัยสติปัญญาที่สูงด้วย

1.8 อารมณ์ ถ้าปราศจากความวิตกกังวล (Anxiety) ก็จะเป็นองค์ประกอบส่วนหนึ่งของการเรียนรู้ที่ดี จากการทดลองของ สไปเอลเบอร์เกอร์ (Spielberger, 1962) พบว่า เด็กที่มีความวิตกกังวลน้อย ย่อมเรียนได้ดีกว่าเด็กที่มีความวิตกกังวลมาก

2. บทเรียน (Task Variables) ถ้าจัดบทเรียนโดยถือผู้เรียนเป็นหลัก (Child Center) ผู้เรียนจะสะดวกขึ้น แต่ทั่ว ๆ ไปมักจะถือเอาเนื้อหาวิชาเป็นหลัก (Subject Matter Center) ผู้เรียนจึงเรียนไม่ได้เต็มที่

ในปัจจุบันนี้ การรักษาพยาบาลในผู้ป่วยจิตเวช มีหลายวิธีซึ่งสมภพ เรืองตระกูล และคณะ (2533) กล่าวถึงผู้ป่วยจิตเวช เมื่อป่วยเป็นโรคแล้ว โอกาสจะหายเป็นปกติมีน้อย ผู้ป่วยส่วนมากเมื่อได้รับการรักษาจะดีขึ้นแล้วมักจะมีอาการบางอย่างเหลืออยู่ โรคมักจะกลับเป็นใหม่อีก เมื่อเป็นหลาย ๆ ครั้ง ผู้ป่วยจะยังมีความผิดปกติมากขึ้น ทำให้มีปัญหาในการดำเนินชีวิตและการทำงาน ตลอดจนเป็นภาระของญาติพี่น้อง โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการติดต่อกันนานกว่า 5 ปีขึ้นไป โอกาสที่จะดีขึ้นมีน้อย ฉะนั้นในผู้ป่วยเรื้อรังเหล่านี้ การรับรู้และความคิด ความจำ ก็จะเสื่อมสภาพไปเรื่อย ๆ การรับรู้และสมาธิจะสั้น จึงจำเป็นต้องได้รับการดูแล และกระตุ้นบ่อย ๆ เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้เอง

จากข้อความดังกล่าว จะเห็นว่าผู้ป่วยจิตเวชเมื่อมารักษาในโรงพยาบาลนาน ๆ หลายวัน ในผู้ป่วยเรื้อรังเหล่านี้ จะทำให้การรับรู้ และความคิด ความจำเสื่อมสภาพไปเรื่อย ๆ การรับรู้และสมาธิจะสั้น จึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลให้ความช่วยเหลือ และกระตุ้นเพื่อให้เกิดทักษะการมีชีวิตร่วมกับผู้อื่นในสังคมอย่างมีความสุข ได้รับการเรียนรู้ในด้านการดูแลตนเอง ให้มีสุขภาพและอนามัยที่ดี ทั้งร่างกายและจิตใจ

ส่วนที่ 2 การดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชในปัจจุบัน และผลดีของการเข้ากลุ่มกิจกรรมบำบัด

วิวัฒน์ ยถาภูษานนท์ และคณะ (2536) ได้กล่าวถึงการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชในปัจจุบัน แบ่งเป็นกลุ่มใหญ่ ๆ ออกได้ 2 กลุ่มคือ

1. Organic therapy หมายถึง การรักษาทางกาย ซึ่งประกอบด้วย การใช้ยาและการทำช็อคไฟฟ้า
2. Psychological treatment หมายถึง การรักษาทางจิตใจ ซึ่งประกอบด้วย
 - 2.1 การทำจิตวิเคราะห์ (Psychoanalysis)
 - 2.2 การทำจิตบำบัด (Psychotherapy)
 - 2.3 พฤติกรรมบำบัด (Behavior Therapy)
 - 2.4 Cognitive Therapy
 - 2.5 ครอบครัวบำบัด (Family Therapy)
 - 2.6 การรักษาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal Therapy)
 - 2.7 กลุ่มบำบัด (Group Therapy)

การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยจิตเวช ที่กล่าวมาข้างต้นนั้น กลุ่มบำบัดเป็นการรักษาชนิดหนึ่งที่มีความจำเป็น พยาบาลจะมีบทบาทสำคัญในกลุ่มบำบัดต่าง ๆ ซึ่งจุดมุ่งหมายที่สำคัญของกลุ่มบำบัดทางจิตเวช คือ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเพลิดเพลิน รู้สึกผ่อนคลาย มีความภาคภูมิใจ และเชื่อถือตนเอง ให้สามารถมีทักษะพื้นฐานในการทำงาน รวมถึงความสามารถที่จะมีชีวิตร่วมกับผู้อื่นในสังคมอย่างมีความสุข โดยตั้งอยู่บนหลัก 4 ประการ คือ

1. สมองความต้องการขั้นพื้นฐาน (Meeting Basic Need) เป็นการสนองความต้องการด้านอารมณ์ของผู้ป่วยเป็นประการแรก เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจกับความต้องการขั้นพื้นฐานก่อน เช่น การได้ระบายแรงขับทางเพศออกมาในรูปของการละเล่นต่าง ๆ หรือการได้เข้ากลุ่มเพื่อสร้างความคุ้นเคย ทำให้เกิดความรู้สึกอบอุ่นปลอดภัย เป็นต้น

2. ป้องกันความเสื่อมถอย (Prevention) เป็นการรักษาพยาบาลที่มุ่งกระตุ้นส่วนที่ขาดหายไป และส่งเสริมทักษะที่เหลืออยู่เอาไว้ เช่น ผู้ป่วยบางคนทำงานในสำนักงานในตำแหน่งนักพิมพ์ดีด แต่เมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิตขาดสมาธิทำให้ไม่สามารถทำงานได้ การกระตุ้นส่วนที่ขาดหายไป คือ ฝึกให้ผู้ป่วยมีสมาธิ และมีความตั้งใจทำงานมากขึ้น ในขณะเดียวกันเพื่อไม่ให้ทักษะทางการพิมพ์ดีดที่มีอยู่เกิดลดลงไป เราก็จะให้ผู้ป่วยได้ทำงานพิมพ์ดีด ในสถานรักษาพยาบาลด้วย เป็นต้น

3. พัฒนาเปลี่ยนแปลงให้ดีขึ้น (Development) เป็นการรักษาพยาบาลที่มุ่งให้ผู้ป่วยได้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น ทั้งในแง่ของสมรรถภาพทางด้านจิตใจ สมรรถภาพทางสังคม และสมรรถภาพในการดำรงชีพ

ข้อแตกต่างระหว่าง Development กับ Meeting basic needs คือ Development มุ่งให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงเพื่อการให้ชีวิตในชุมชนจริง ๆ ในขณะที่ Meeting basic needs มุ่งที่จะให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในสถานการณ์เฉพาะหน้าเท่านั้น

4. การคงสภาพที่เหลืออยู่เอาไว้ (Maintenance) เป้าหมายของการรักษาพยาบาล มุ่งที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยเพียงเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยมีสภาพทรุดลงไปกว่าเดิม หรือมีชีวิตอยู่โดยไม่ให้เป็นภาระแก่ผู้อื่นมากเกินไปเท่านั้น เช่น การฝึกผู้ป่วยจิตเภทชนิดเรื้อรัง ให้รู้จักรับประทานอาหาร อาบน้ำ แต่งตัว และการขับถ่ายได้เอง ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้มักมีความสามารถอยู่ถึงระดับหนึ่งเท่านั้น ไม่สามารถที่จะเรียนรู้ พัฒนาการเปลี่ยนแปลงอะไรได้มากนัก

สมภพ เรืองตระกูล และคณะ (2524) กล่าวถึงการรักษาผู้ป่วยจิตเวชเมื่ออาการดีขึ้น สนใจสิ่งแวดล้อม มีปฏิกิริยาที่เหมาะสม สามารถเข้ากลุ่มได้ ผู้ป่วยจะถูกพาเข้ากลุ่มบำบัดต่าง ๆ โดยเริ่มฝึกการทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่น เรียนรู้การปฏิบัติตัวในกลุ่ม และฝึกทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ภายในตึกเพื่อเตรียมผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน และดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข

ส่วนที่ 3 ลักษณะพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเวชที่มารับการรักษาในโรงพยาบาล

ผู้ป่วยโรคทางจิตเวช ไม่ว่าจะได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภทหรือโรคอื่น ๆ มักจะมีพฤติกรรมการแสดงออกในหลายรูปแบบ เช่น พฤติกรรมก้าวร้าว พฤติกรรมหวาดระแวง พฤติกรรมแยกตัวเอง พฤติกรรมซึมเศร้า ทั้งนี้พฤติกรรมต่าง ๆ ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรค หรือปัญหาของผู้ป่วย การให้การพยาบาลต้องประเมินพฤติกรรมผู้ป่วยแต่ละประเภทให้ได้ก่อน จึงสามารถวางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเหมาะสม (สุโขทัยธรรมมาธิราช, 2535)

พฤติกรรมก้าวร้าว (Aggressive Behavior) หมายถึง พฤติกรรมที่เกิดจากสาเหตุ หรือการกระทำในลักษณะของการทำร้าย ซึ่งอาจจะเกิดขึ้นอย่างเหมาะสม ในการป้องกันตัวเอง หรือการพิทักษ์สิทธิของตนเอง โดยไม่รุกล้ำสิทธิของผู้อื่น (Self Assertive) หรือเป็นไปในทางที่เกินกว่าเหตุ โดยมุ่งตรงไปยังบุคคลอื่น หรือสิ่งแวดล้อมอย่างขาดการยับยั้งชั่งใจ หรืออาจจะกลับเข้ามาสู่ตนเอง จนกลายเป็นพฤติกรรมซึมเศร้า

พฤติกรรมหวาดระแวง (Paranoid Behavior) หมายถึง พฤติกรรมที่เกิดจากความหวาดระแวง กลัวอย่างขาดเหตุผล และขาดความไว้วางใจผู้อื่นอย่างมาก พบได้ในผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตใจ

พฤติกรรมซึมเศร้า (Depressive Behavior) หมายถึง พฤติกรรมที่เกิดจากภาวะจิตใจหม่นหมอง หดหู่ เศร้าสร้อย ท้อแท้ หมดหวัง และมองโลกในแง่ร้าย ความรุนแรงของพฤติกรรมซึมเศร้า มีตั้งแต่ความไม่สดชื่น ไม่แจ่มใสเหนื่อยหน่าย ซึ่งเกิดขึ้นในชีวิตปกติประจำวัน ไปจนกระทั่งมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม อย่างเด่นชัด จนจัดได้ว่ามีพยาธิสภาพเกิดขึ้นหรือเป็นโรคทางจิตเวช

ส่วนที่ 4 หลักพระธรรมคำสอน ช่วยเหลือและรักษาทางจิตใจได้อย่างไร

สมประสงค์ สุกะวิท (2531) กล่าวว่าพุทธศาสนาอุบัติขึ้นมาเพื่อรักษาโรคทางใจ และใช้วิธีสำรวจตนเป็นเทคนิค นำไปสู่การเข้าใจตนเอง การรักษาไม่ได้มุ่งแก้เฉพาะกลุ่มอาการแต่ละอย่าง แต่มุ่งความสนใจไปที่ภาวะร่วม ซึ่งอยู่เบื้องหลังการเกิดกลุ่มอาการเฉพาะทุกชนิด คนทั่วไปมักไม่รู้ว่า โลภะ โทสะ และโมหะ เป็นเหตุให้เกิดโรคทางใจ เมื่อฝึกวิปัสสนา จะทำให้ความรู้สึกมีตัวมีตน หลุดไปจากใจ และกำจัดกิเลสทั้งหมดได้ ถ้า โลภะ โทสะ และโมหะ ยิ่งน้อยลง จะทำให้ตนเอง และโลกประสบกับความสุข

"การเจริญสมาธิ หากได้มาฝึกปฏิบัติต่อเนื่องไปเรื่อย ๆ ก็ย่อมจะเป็นการยกระดับจิตใจของตนให้สูงขึ้นเรื่อย ๆ โอกาสที่จะเป็นโรคจิตเวชอีกก็ย่อมจะห่างออกไป ส่วนผู้ที่ไม่เคยฝึกฝนอบรมจิตมาก่อน หากอนาคตข้างหน้าเกิดประสบเหตุการณ์กดดันทางใจแล้ว โอกาสที่จะมีปัญหาด้านจิตเวชย่อมมีมากกว่า จึงอาจพูดได้ว่าการเจริญสมาธินั้น ได้ผลทั้งในแง่การรักษาและป้องกัน"

"การให้ความสนใจ ในการปฏิบัติธรรมทางพุทธศาสนา จะทำให้ได้ประโยชน์ในการนำไปประยุกต์ใช้ ร่วมกับวิธีการรักษาพยาบาลโรคทางจิตเวช ที่มีอยู่ในปัจจุบัน จะทำให้ผลการรักษาพยาบาลประสบผลดียิ่งขึ้น"

โรจน์รุ่ง สุวรรณสุทธิ (2533) ได้กล่าวถึงการปฏิบัติธรรมในพระพุทธศาสนา คือการเรียนรู้ธรรมชาติของตัวเอง เพื่อให้เห็นความจริงของธรรมชาติ ในเรื่องของเหตุ-ผล ว่าชีวิตของคนเราทุกคนนั้น ขึ้นอยู่กับกฎของธรรมชาติ คือกฎของกรรม ได้แก่บุคคลใดสร้างเหตุใดไว้ ย่อมได้รับผลของการกระทำนั้น

ถ้าสร้างเหตุดีย่อมได้ผลดี ถ้าสร้างเหตุชั่วย่อมได้ผลชั่ว ดังนั้นผู้ปฏิบัติธรรม จึงควรที่จะควบคุมพฤติกรรมของตนเอง ไม่กระทำความชั่ว กระทำแต่เหตุที่ดี และทำจิตให้บริสุทธิ์ การกระทำเช่นนี้เรียกว่า เดินตามพระธรรมคำสอน ถ้าเราปฏิบัติได้ดังนี้ ในชีวิตประจำวันโดยสม่ำเสมอ ไม่ตั้งอยู่ในความประมาท ในเรื่องของกรรม เราจะสามารถนำธรรมะมาแก้ไขปัญหาคิดใจได้โดยง่าย เพราะเราจะเข้าใจสิ่งที่เกิดขึ้นมาเป็นปัญหาชีวิตของเราอย่างแท้จริง และสามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างถูกต้องตามเหตุและผล ดังนั้นชีวิตของเราก็คงดำเนินไปอย่างมีความสุข โดยมีหลักพระธรรมคำสอนเป็นแกนนำชีวิต ทำให้มีแต่ความสุข ความเจริญยิ่ง ๆ ขึ้นไป ดังนั้นหลักกรรมในพระพุทธศาสนา คือ หนทางแห่งการดับทุกข์นั่นเอง

"ในขณะที่มีโรคภัยไข้เจ็บเกิดขึ้น ในขณะที่ไม่สบาย จะมีทุกข์ทางร่างกายเกิดขึ้น ทุกขเวทนาที่เกิดขึ้นนี้จะกระทบกระเทือนต่อจิตใจ ทำให้จิตใจวุ่นวายสับสน"

ศรัทธา ธรรม ภาวนา และศีล (2533) กล่าวว่า การปฏิบัติธรรมในพระพุทธศาสนา คือ การปฏิบัติตามคำสอนของพระพุทธองค์ ได้แก่ การมีความเชื่อในเรื่องของเหตุและผล กรรม-ผลของกรรม ทำดีได้ดี ทำชั่วได้ชั่ว และดำเนินชีวิตตามโอวาทปาฏิโมกข์ คือ ละความชั่ว ทำความดี ทำจิตให้บริสุทธิ์ชั่วขณะ (สมาธิ)

จะเห็นว่าประชาชนชาวไทยส่วนมากนับถือพระพุทธศาสนา และมีธรรมะเป็นที่พึ่งทางใจ แม้ว่าการนำธรรมะมาเป็นที่พึ่ง จะกระทำด้วยวิธีการที่แตกต่างกัน พระพุทธศาสนานั้นมีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิต และขนบธรรมเนียมประเพณีของคนไทยตลอดมา ธรรมะที่องค์สมเด็จพระสัมมาสัมพุทธเจ้าทรงตรัสรู้นั้น คือ กฎของธรรมชาติในเรื่องของเหตุและผล เรื่องของการทำดีได้ดี ทำชั่วได้ชั่ว การปฏิบัติธรรมตามคำสั่งสอนของพระพุทธองค์ คือ การละความชั่ว การทำความดี และการทำจิตให้บริสุทธิ์ชั่วขณะ (สมาธิ) ซึ่งก็คือการละเหตุชั่ว และสร้างเหตุดี อันจะทำให้ไม่ต้องประสบกับความทุกข์ยาก และพบกับความสุข ทั้งทางกายและใจ ทั้งยังสามารถนำไปแก้ไขปัญหาคิดใจได้อีกด้วย

"ผู้มีปัญหาด้านจิตใจ รวมทั้งผู้ป่วยจิตเวช ส่วนมากจะใช้ธรรมะของศาสนาเป็นที่พึ่งอยู่แล้ว ในการแก้ปัญหา"

"การเลือกผู้ป่วย ควรเป็นผู้ที่มีความสนใจเรื่องธรรมะ เป็นผู้ที่มีเหตุมีผลพอควร มีการนำธรรมะมาปฏิบัติอยู่บ้างแล้ว และเต็มหรือสมัครใจ ที่จะปฏิบัติธรรม"

ข้อดีของหลักธรรม

1. ผู้ป่วยได้รับประโยชน์จากการรักษากว้างขวางมากกว่า สามารถนำวิธีการแก้ปัญหาโดยมีหลักธรรมเป็นแนวทางไปใช้ ในการดำเนินชีวิต และแก้ปัญหาอื่นได้ด้วย เป็นคนมีเหตุผล ป้องกันปัญหาที่จะเกิดขึ้นในภายหลังได้ด้วย

2. หลักพระธรรมคำสอน เป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจได้อย่างมั่นคง ผู้ที่มีศรัทธาจะสามารถหักห้ามจิตใจ มิให้กระทำกรรมชั่ว เพราะคำสอนของพระพุทธองค์เป็นสิ่งประเสริฐ มีคุณค่ามาก จึงมีอิทธิพลต่อจิตใจมากกว่าหลักการทางวิชาการด้านจิตวิทยา และจิตเวชศาสตร์ ซึ่งก็เป็นหลักของเหตุและผลเช่นเดียวกัน

"สิ่งที่ควรระวังคือ ธรรมะที่นำมาใช้เป็นธรรมะที่ถูกต้อง"

"ศาสนาทุกศาสนาประกอบด้วย คำสอนที่มีจุดมุ่งหมาย ให้ผู้ปฏิบัติตามละเว้นจากการทำชั่ว และประกอบคุณงามความดี"

"การฝึกหัดที่จะเรียนรู้ธรรมชาติของตัวเรา จะต้องอาศัยการพิจารณาตนเองด้วยเหตุและผลเป็นหลัก คือค่อย ๆ ศึกษาธรรมชาติที่เป็นเหตุ คือการกระทำของตัวของเราเอง และศึกษาธรรมชาติที่เป็นผลคือ สิ่งที่เกิดขึ้นกับตัวเราเอง จะทำให้สามารถมองเห็นธรรมชาติของเหตุและผล ซึ่งเกิดขึ้นกับตัวของเราอยู่ตลอดเวลา ได้โดยชัดเจน จนเกิดความเชื่ออย่างมั่นคงว่า เหตุดีผลดี เหตุชั่วผลชั่ว"

"มีทัศนคติที่เป็นความสำคัญของการปลูกฝังคุณธรรม และจริยธรรมในเด็กว่าเป็นหัวใจของการพัฒนาบุคลิกภาพและสุขภาพจิต เพราะจิตนั้นเป็นสิ่งที่ควบคุมการกระทำ"

จากการศึกษาเอกสารต่าง ๆ ดังกล่าวข้างต้น ถึงวิธีการให้ความรู้ด้านธรรมะร่วมกับการปฏิบัติธรรมมาใช้ในการบำบัดผู้ป่วยจิตเวช สิ่งที่คุณบำบัดจะทำให้เกิดขึ้นในผู้ป่วย หรือเหตุที่ต้องสร้างคือโอวาทปาฏิโมกข์

ศีลธรรม ฐานะภูมิ และ โรจนรุ่ง สุวรรณสุทธิ ได้สรุปความเห็นเกี่ยวกับโอวาทปาฏิโมกข์ ไว้ดังนี้

1. มีความสัมพันธ์ที่ดี ไม่เบียดเบียนตนเองและผู้อื่น
2. ฝึกหัดพิจารณาตนเอง มีแรงเสริม (Reinforce ment) คือ ความเชื่อในเรื่องของกรรม ระวังตนเองไม่ให้ทำกรรมชั่วเกิดขึ้น

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น

3. เมื่อมีข้อผิดพลาด หรือความบกพร่องเกิดขึ้น ~~ยอมรับผิด~~ในสิ่งที่ตนกระทำเพื่อนำไปปรับปรุงแก้ไข
4. นำข้อผิดพลาดมาเป็นบทเรียน เพื่อนำมาสอนตนเองด้วยเหตุและผล และวางแผนป้องกัน ไม่ให้ข้อบกพร่องต่าง ๆ เกิดขึ้นอีก
5. นำสิ่งที่ได้เรียนรู้ในสิ่งผิดไปแล้ว และการพิจารณาหาทางแก้ไขด้วยเหตุด้วยผลมาทดลองปฏิบัติในชีวิตอย่างสม่ำเสมอ เพื่อแก้ไขปัญหาชีวิตต่าง ๆ โดยมีให้จิตใจตกไปในทางที่ชั่ว
6. เมื่อละความชั่วออกไปจาก กาย วาจา ใจ ได้แล้วต้องระมัดระวังไม่ให้ความชั่วเกิดขึ้นอีก และทำคุณงามความดีต่าง ๆ ให้เกิดขึ้น
7. ฝึกหัดให้จิตมีความตั้งมั่น อยู่ในความดีโดยสม่ำเสมอ (สมาธิ) แล้วค่อย ๆ พัฒนาให้จิตมีความตั้งมั่นอยู่ในความดีตลอดไป (ปัญญา)

ฉะนั้นประโยชน์ของธรรมะบำบัดที่มีผลตามมาคือ ผู้ป่วยจะมีจิตใจที่มีคุณภาพ และมีคุณธรรมประจำใจ ได้แก่ เป็นผู้มีสุขภาพจิตดีขึ้น ร่างกายแข็งแรง มีความสุขในชีวิต และสามารถแก้ไขปัญหาวิตถ์ได้อย่างมีเหตุผลมากขึ้น รวมทั้งยังช่วยในการผ่อนคลายความเครียด ทำให้จิตตั้งมั่นและให้อภัยผู้อื่น นอกจากนี้ ผู้ป่วยยังสามารถนำหลักธรรมไปดำเนินชีวิตต่อไป ซึ่งสามารถได้รับการสนับสนุนจากสังคมไทย ซึ่งมีพระพุทธศาสนาเป็นศาสนาประจำชาติ

ส่วนที่ 5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

อุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช (2531) ได้ทำการศึกษาผลการสอนสุขศึกษา ร่วมกับการนำธรรมะมาประยุกต์ ในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ที่ได้รับรังสีรักษาในด้านการลดความวิตกกังวล ลดความซึมเศร้า เพื่อการยอมรับสภาพความเจ็บป่วย และการให้ความร่วมมือในการรักษา วัตถุประสงค์ของการศึกษาเรื่องนี้เพื่อศึกษาถึงผลการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านความวิตกกังวล ความซึมเศร้า การยอมรับสภาพความเจ็บป่วย และการให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่มีความรุนแรงของโรคอยู่ในระยะ 2 และ 3 กลุ่มตัวอย่างจะต้องเป็นผู้ป่วยในรายใหม่ และไม่เคยรับการรักษาจากที่ใด ๆ มาก่อน ได้มารับรังสีรักษาเป็นเวลา 6 สัปดาห์ ณ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ระหว่างเดือนพฤษภาคม 2530 ถึงเดือนตุลาคม 2530 ตัวอย่างที่ศึกษามีทั้งหมด 120 คน เป็นกลุ่มทดลอง 1 จำนวน 40 คน กลุ่มทดลอง 2 จำนวน 40 คน และกลุ่มทดลอง 3 จำนวน 40 คน กลุ่มทดลอง 1 ได้รับการสอนสุขศึกษาโดยใช้ธรรมะประยุกต์ ความรู้ที่สอนเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง

ในระหว่างที่รับรังสีรักษา และเมื่อกลับไปอยู่บ้าน การตอบปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพทั่วไป และปัญหาแทรกซ้อนที่เกิดในระหว่างรับรังสีรักษา ตลอดจนวิธีการทำให้พ้นทุกข์ กลุ่มทดลอง 2 ได้รับการสอนสุขศึกษาทุกอย่างเหมือนกลุ่มทดลอง 1 ต่างกันตรงไม่มีธรรมะเข้าไปประยุกต์ กลุ่มทดลอง 3 เป็นกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการแนะนำจากเจ้าหน้าที่ประจำการตีผู้ป่วย จะไม่ได้รับการสอนใด ๆ จากผู้วิจัยเลย ผลการวิจัยสรุปได้ว่า โดยทั่วไปแล้วก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองทั้ง 3 กลุ่มมีค่าคะแนนเฉลี่ย ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า การยอมรับสภาพความเจ็บป่วย และการให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P > 0.05$) และหลังการทดลอง กลุ่มทดลองทั้ง 3 กลุ่มมีค่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวล ความซึมเศร้า การยอมรับสภาพความเจ็บป่วย การให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$)

อีก 4 ปีถัดมา พิทยา จิตสุวรรณ (2535) ได้ทำการศึกษาเรื่อง ผลการฝึกอานาปานสติ สมาธิ ต่อความวิตกกังวลและความซึมเศร้า ของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ที่ได้รับการรักษาด้วยไตเทียม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการฝึกอานาปานสติสมาธิต่อความวิตกกังวล และความซึมเศร้าของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ที่ได้รับการรักษาด้วยไตเทียม แก่ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยไตเทียม ของมูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย โรงพยาบาลสงฆ์โดยเป็นฆราวาสที่ไม่ได้ฝึกสมาธิสม่ำเสมอทุกวัน กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ผู้ป่วยจำนวน 45 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลอง 21 คน กลุ่มควบคุม 24 คน โดยสัมภาษณ์และเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นเวลา 6 สัปดาห์ ในกลุ่มควบคุมก่อน ซึ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับการเยี่ยมการพูดคุยเรื่องทั่วไป แต่ไม่ได้รับการฝึกสมาธิ และศึกษาในกลุ่มทดลองอีกเป็นเวลา 6 สัปดาห์ เช่นกัน เป็นกลุ่มที่ได้รับการเยี่ยม การพูดคุยเรื่องทั่วไป รวมทั้งได้รับการฝึกอานาปานสติสมาธิ ผลการศึกษาบรากว่า

1. กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการฝึกอานาปานสติสมาธิ มีความวิตกกังวลและความซึมเศร้า ภายหลังฝึกสมาธิ น้อยกว่าก่อนฝึกสมาธิอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

2. กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการฝึกอานาปานสติสมาธิ มีความวิตกกังวลและความซึมเศร้าน้อยกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้รับการฝึกสมาธิอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า การฝึกอานาปานสติสมาธิ มีผลทำให้ความวิตกกังวลและความซึมเศร้ามลดลง

จากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ในการศึกษาค้างนี้ ผู้วิจัยได้นำทฤษฎีเรื่องการรับรู้ ธรรมชาติเกี่ยวกับความเป็นธรรมชาติของสิ่งทั้งหลาย และการพิจารณาความเป็นจริงต่าง ๆ ที่ถูกต้อง รวมทั้งการฝึกสมาธิ โดยประยุกต์หลักของทฤษฎีร่วมกับธรรมะดังกล่าวมาใช้กับกลุ่มผู้ป่วยที่ท้าววิจัย เพื่อช่วยเสริมสร้างให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกันภายในกลุ่มผู้ป่วย และเกิดความเข้าใจที่ดีต่อกันระหว่างกลุ่มผู้ป่วยกับผู้ท้าววิจัย นอกจากนี้ธรรมชาติและการสอนวิธีฝึกสมาธิ ก็เพื่อช่วยให้จิตใจได้เกิดความสุข เพราะเชื่อว่าถ้าผู้ป่วยมีจิตใจที่สงบขึ้นย่อมมีผลทำให้เกิดการปรับตัวยอมรับสภาพต่าง ๆ รวมทั้งความวิตกกังวล และความซึมเศร้าจะลดน้อยลง จากความเชื่อดังกล่าวเป็นเหตุชักจูงทำให้เกิดการศึกษาค้างนี้

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้างนี้ เป็นการศึกษานำร่อง (Pilot Study) มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยจิตเวช ตามโครงการธรรมะบำบัดของฝ่าย การพยาบาลโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ คะแนนความรู้ด้านธรรมะบำบัด ที่เพิ่มขึ้น

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ ได้แก่ ผู้ป่วยจิตเวช ที่เข้ารับการรักษาค้างเป็นผู้ป่วยในตึกขงโค2 ตึกโนรี ตึกบุษบง ตึกศรีตรัง2 ตึก100เตียงหญิง และตึก 100เตียงชาย

สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา เป็นผู้ป่วยตามลักษณะประชากร ดังกล่าว ที่มารับบริการระหว่างเดือน มีนาคม 2536 - สิงหาคม 2536 รวม กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ จำนวน 182 คน

ผู้ป่วยที่นำมาศึกษาในค้างนี้ ไม่จำกัด เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ ภูมิลำเนา พฤติกรรมของผู้ป่วยขณะเข้ารับการรักษาค้าง ประสบ การณ์ทางธรรม ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาค้างในโรงพยาบาล หรือจำนวนครั้ง ที่เข้ารับการรักษาค้าง และกำหนดให้ผู้ป่วยมีคุณสมบัติดังนี้

1. มีอาการทางจิตสงบ และมีสมาธิ สามารถร่วมกลุ่มธรรมะบำบัดได้
2. สามารถตอบแบบสอบถามและให้ข้อมูล รวมทั้งสื่อสารกับผู้อื่นได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบไปด้วย

1. การบรรยายธรรมโดยพระภิกษุสงฆ์ ตามโครงการที่กำหนด (รายละเอียดอยู่ในภาคผนวก)
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามในด้านความรู้เกี่ยวกับ ธรรมะที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งออกเป็น 2 หมวด โดยมีรายละเอียดดังนี้

หมวดที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้ป่วย ประกอบด้วย ชื่อ สกุล เพศ กลุ่มอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ลักษณะพฤติกรรมของผู้ป่วย จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาค้าง จำนวนวันที่อยู่รักษาค้างในโรงพยาบาล การเข้าวัดฟังธรรม รวม 9 ข้อ

หมวดที่ 2 แบบสอบถามความรู้ผู้บวชเกี่ยวกับเรื่องธรรมะต่าง ๆ ซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้สร้างขึ้น ให้สอดคล้องกับหัวข้อในการบรรยายธรรม โดยเครื่องมือนี้ ได้รับการตรวจปรับเนื้อหา เพื่อให้ครอบคลุม โดยจิตแพทย์ 1 คน พยาบาลวิชาชีพ 7 คน ลักษณะของแบบสอบถามแบ่งข้อคำถามออกเป็น 2 ประเภท คือ

1. เป็นแบบปรนัย ในแต่ละข้อมีทั้งหมด 4 ตัวเลือก ให้ผู้ตอบแบบสอบถามเป็นผู้เลือกตอบคำตอบที่ถูกต้องที่สุดเพียงข้อเดียว

2. เป็นคำถามแบบปลายเปิด

สำหรับแบบสอบถามในด้านความรู้กับธรรมะ มีทั้งหมด 1 ชุด ตามจำนวนเรื่อง 2 เรื่อง ที่บรรยายธรรม ให้ผู้บวชฟังในแต่ละเดือน รวมทั้งสิ้น 6 เดือน ดังต่อไปนี้

เดือน มีนาคม 2536 เรื่อง สีล 5 หรือเบญจศีลและหลักการแสวงหา
ทรัพย์ มีคำถามทั้งหมด 10 ข้อ
เดือน เมษายน 2536 เรื่อง สีล 5 หรือเบญจศีลและหลักการแสวงหา
ทรัพย์ มีคำถามทั้งหมด 10 ข้อ
เดือน พฤษภาคม 2536 เรื่อง สีล 5 หรือเบญจศีลและหลักการแสวงหา
ทรัพย์ มีคำถามทั้งหมด 10 ข้อ
เดือน มิถุนายน 2536 เรื่อง สีล 5 หรือเบญจศีลและหลักการแสวงหา
ทรัพย์ มีคำถามทั้งหมด 10 ข้อ
เดือน กรกฎาคม 2536 เรื่อง สีล 5 หรือเบญจศีลและหลักการแสวงหา
ทรัพย์ มีคำถามทั้งหมด 10 ข้อ
เดือน สิงหาคม 2536 เรื่อง สีล 5 หรือเบญจศีลและหลักการแสวงหา
ทรัพย์ มีคำถามทั้งหมด 10 ข้อ

มีหลักการให้คะแนนโดยให้คะแนน 1 คะแนน สำหรับผู้ที่ตอบถูกในแต่ละข้อ และถ้าตอบไม่ถูกให้คะแนนเท่ากับ 0 คะแนนสูงสุดที่จะได้คือ 10 คะแนน และคะแนนต่ำสุดที่จะได้คือ 0 คะแนน

สำหรับการบรรยายธรรม โดยพระภิกษุในแต่ละครั้งประกอบไปด้วยการบรรยายธรรม ตามเรื่องที่กำหนดในแต่ละครั้ง ประมาณ 45 นาที และสอนวิธีการนั่งสมาธิต่อจากการบรรยายธรรม อีกครั้งละประมาณ 10 - 15 นาที

การเก็บรวบรวมข้อมูล

โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยจิตเวชที่มารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน ตึกขงโค 2 ตึกโนรี ตึกบุษบง ตึกศรีตรัง 2 ตึก 100 เติงหญิง ตึก 100 เติงชาย ที่มาเข้าร่วมกลุ่มธรรมะบำบัดในช่วงเดือน มีนาคม 2536 - สิงหาคม 2536 การเก็บข้อมูลในครั้งนี้ใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ดังกล่าวข้างต้น โดยเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. เก็บรวบรวมข้อมูลครั้งที่ 1 (Pre-test) ก่อนนำผู้ป่วยเข้ากลุ่มธรรมะบำบัดในแต่ละเดือน โดยแบบสอบถามด้านความรู้ในหมวดที่ 2 ซึ่งเป็นไปตามเนื้อหา การบรรยายทางธรรมของพระภิกษุที่นิมนต์มาบรรยาย และสอนการฝึกสมาธิหลังการบรรยาย ซึ่งในแต่ละครั้งจะมีผู้ป่วยเข้ากลุ่ม ประมาณ 30 คน
2. เก็บรวบรวมข้อมูลครั้งที่ 2 (Post-test) หลังจากผู้ป่วยเข้ากลุ่มธรรมะบำบัดเสร็จเรียบร้อยแล้ว โดยเก็บข้อมูลหลังจากเลิกกลุ่มทันที การเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งที่ 2 เก็บเฉพาะ ชื่อ นามสกุล ในหมวดที่ 1 เนื่องจากข้อมูลทั่วไปในข้ออื่น ๆ ได้เก็บรวบรวมข้อมูลไว้หมดแล้วในครั้งแรก การเก็บชื่อ นามสกุลในครั้งที่ 2 เพียงเพื่อประกอบการค้นหาแบบสอบถาม ของทั้งสองฉบับให้รวมเป็นฉบับเดียวใน 1 คน และเก็บข้อมูลในหมวดที่ 2 ทุกข้อผู้ป่วยที่เข้ากลุ่มธรรมะบำบัดในแต่ละเดือนจะไม่ซ้ำกัน เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มเดิมจะจำหน่ายกลับบ้านหมด ผู้ป่วยกลุ่มใหม่จะหมุนเวียนกันเข้ากลุ่ม เนื่องจาก 1 เดือนจัดเพียง 1 ครั้ง รวมผู้ป่วยเข้ากลุ่มธรรมะบำบัด 6 ครั้ง จำนวน 182 คน

การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลต่าง ๆ ได้ครบตามต้องการแล้ว ผู้วิจัยแปลงข้อมูลที่ได้เป็นคะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนด รวบรวมคะแนนความรู้ที่ได้ นำมาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ โดยใช้ Program สำเร็จรูป SPSS (Statistical Package for the Social Science) ตามลำดับ ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ
2. ใช้สถิติ t-test เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่าง ระหว่างค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของผู้ป่วย ก่อนและหลังการเข้ากลุ่มธรรมะบำบัด
3. ใช้สถิติ F-test เพื่อวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวของคะแนนความรู้ของผู้ป่วยก่อนและหลังการเข้ากลุ่มธรรมะบำบัด ในกรณีที่มีตัวแปรตั้งแต่ 3 กลุ่มขึ้นไป

4. ใช้วิธีการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยด้วยวิธีของ เชฟเฟ (Scheffe' Method) เพื่อทราบถึงกลุ่มตัวอย่างที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ทางธรรมะเพิ่มขึ้น
5. ใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient) เพื่อทราบถึงความสัมพันธ์ระหว่างอายุ จำนวนครั้งที่รับการรักษา จำนวนวันที่อยู่ในโรงพยาบาล จำนวนครั้งที่เข้าวัดฟังธรรม กับค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ทางธรรมะ

บทที่ 4

ผลการวิจัย

จากการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้ จะนำเสนอในรูปแบบของ ตารางประกอบการบรรยายตามลำดับ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเวช ที่เข้าร่วมในโครงการ
ธรรมะบำบัดประกอบไปด้วย

เพศ

กลุ่มอายุ

การศึกษา

อาชีพ

ลักษณะพฤติกรรมของผู้ป่วย

จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษា

จำนวนวันที่อยู่รักษาในโรงพยาบาล

ผู้ป่วยเคยเข้าวัดฟังธรรมหรือไม่

ส่วนที่ 2 ผลของการให้ความรู้ในโครงการ ธรรมะบำบัด

ส่วนที่ 1 ลักษณะข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเวช ที่เข้าร่วมในโครงการธรรมะบำบัด

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยจำแนกตามเพศและกลุ่มอายุ

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	137	75.3
หญิง	45	24.7
กลุ่มอายุ (ปี)		
< 20 ปี	32	17.6
21 - 30 ปี	63	34.6
31 - 40 ปี	53	29.2
41 - 50 ปี	19	10.4
51 - 60 ปี	9	4.9
> 60 ปี	6	3.3
รวม	182	100

จากตาราง พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 75.3 และเป็นหญิง ร้อยละ 24.7 มีอายุอยู่ในช่วง 21-30 ปี มากที่สุดร้อยละ 34.6 รองมาอยู่ในช่วงอายุ 31-40 ปี ร้อยละ 29.1 และจากการศึกษา ยังพบว่าผู้ป่วยที่เข้ากลุ่มธรรมะบำบัด มีอายุน้อยที่สุด คือ 11 ปี และอายุมากที่สุด 75 ปี

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วย จำแนกตามการศึกษาและอาชีพ

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
การศึกษา		
ไม่ได้เรียน	4	2.2
ประถมศึกษา	115	63.2
มัธยมศึกษา	34	18.7
ประกาศนียบัตรหรืออาชีวศึกษา	16	8.8
ปริญญาตรี	13	7.1
อาชีพ		
ทำนาทำไร่	88	48.4
ค้าขาย	10	5.5
รับจ้าง	32	17.6
รับราชการ	19	10.4
แม่บ้าน	11	6.0
ว่างงาน	10	5.5
อื่น ๆ	12	6.6
รวม	182	100

จากตาราง พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 63.2 รองลงมาจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 18.2 ในด้านอาชีพ พบว่าส่วนใหญ่มีอาชีพทำนาทำไร่ ร้อยละ 48.4 รองลงมาอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 17.6 สำหรับอื่น ๆ ร้อยละ 6.6 หมายถึง นักเรียน นักศึกษา บรรพชิต ข้าราชการบำนาญ

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยจำแนกตามลักษณะพฤติกรรมขณะ เข้า
รับการรักษาในโรงพยาบาล และจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษา

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
ลักษณะพฤติกรรม		
ก้าวร้าว	69	37.9
หวาดระแวง	67	36.8
ซึมเศร้า	30	16.5
แยกตนเอง ถอยหนี	12	6.6
เจ้ากี้เจ้าการ	4	2.2
จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษา		
1 - 5 ครั้ง	166	91.2
> 5 ครั้ง	16	8.8
รวม	182	100

จากตาราง พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีลักษณะพฤติกรรมก้าวร้าว ร้อยละ 37.9 รองลงมา มีลักษณะพฤติกรรมหวาดระแวง ร้อยละ 36.8 น้อยที่สุดมีลักษณะพฤติกรรมเจ้ากี้เจ้าการ ร้อยละ 2.2 และจำนวนครั้งที่ผู้ป่วยอยู่รักษาในโรงพยาบาลมากที่สุด คือ 1 - 5 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 91.2 รองลงมาคือ มากกว่า 5 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 8.8

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยจำแนกตามจำนวนวันที่อยู่รักษาใน
โรงพยาบาลก่อนเข้ากลุ่มธรรมชาติบำบัด

จำนวนวันที่อยู่รักษาในโรงพยาบาล	จำนวน	ร้อยละ
1 - 30	149	81.9
31 - 60	20	11.0
61 - 90	3	1.6
91 - 120	4	2.2
มากกว่า 120	6	3.2
รวม	182	100

จากตาราง พบว่าจำนวนวันที่อยู่รักษาในโรงพยาบาลมากที่สุด คือ 1-30 วัน คิดเป็นร้อยละ 81.9 รองลงมา คือตั้งแต่ 31 - 60 วัน คิดเป็นร้อยละ 11.0 น้อยที่สุดคือ 61 - 90 วัน คิดเป็นร้อยละ 1.6

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยจำแนกตามการเคยเข้าวัดฟังธรรมหรือไม่

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
การเคยเข้าวัดฟังธรรม		
เคย	146	80.2
ไม่เคย	36	19.8
ในกรณีถ้าเคย เข้าประมาณกี่ครั้งต่อปี		
1 - 10	57	39.0
11 - 20	46	31.5
21 - 30	25	17.2
31 - 40	6	4.1
> 41	12	8.2
รวม	182	100

จากตาราง พบว่าการเข้าวัดฟังธรรมของผู้ป่วยส่วนใหญ่ เคยเข้าวัดฟังธรรมคิดเป็นร้อยละ 80.2 รองลงมาไม่เคยเข้าวัดฟังธรรมคิดเป็นร้อยละ 19.8 และจำนวนครั้งที่ผู้ป่วยเคยเข้าวัดฟังธรรมมากที่สุดคือ 1 - 10 ครั้งต่อปี คิดเป็นร้อยละ 39.0 รองลงมาคือเข้าวัดฟังธรรม 11-20 ครั้งต่อปี คิดเป็นร้อยละ 31.5 ต่ำสุดคือเคยเข้าวัดฟังธรรม 31 - 40 ครั้งต่อปี คิดเป็นร้อยละ 4.1

ส่วนที่ 2 ผลของการให้ความรู้ในโครงการธรรมะบำบัด

ตารางที่ 6 จำนวนร้อยละของคะแนนเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของผู้ป่วยจำแนกตามระดับของคะแนนก่อนและหลังการเข้ากลุ่มธรรมะบำบัด

ระดับของคะแนน	จำนวน	ร้อยละ	$\bar{X}$	S.D
ก่อนการเข้ากลุ่มธรรมะบำบัด				
1 - 5	109	59.9	4.97	2.53
6 - 10	73	40.1		
หลังการเข้ากลุ่มธรรมะบำบัด				
1 - 5	48	26.4	7.00	2.17
6 - 10	134	73.6		

จากตาราง พบว่าผู้ป่วยมีระดับคะแนนก่อนการเข้ากลุ่มธรรมะบำบัดอยู่ในช่วง 1 - 5 คะแนน มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 59.9 และมีค่าเฉลี่ยของคะแนนก่อนเข้ากลุ่มธรรมะบำบัด 4.97 (S.D. 2.53) และระดับคะแนนหลังการเข้ากลุ่มธรรมะบำบัดอยู่ในช่วง 6-10 คะแนนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 73.6 ค่าเฉลี่ยของคะแนนหลังเข้ากลุ่ม 7.00 (S.D. 2.17)

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยในด้านความรู้ค่า เบี่ยงเบนมาตรฐานและค่าที่ของผู้ป่วยจิตเวชก่อนและหลังการเข้ากลุ่มธรรมะบำบัด

ข้อมูลเกี่ยวกับ	จำนวน	$\bar{X}$	S.D	t	P - value
ก่อนให้ความรู้	182	4.97	2.53	-19.67*	< 0.001
หลังให้ความรู้	182	7.00	2.17		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$

จากตาราง พบว่าคะแนนเฉลี่ยในด้านความรู้ของผู้ป่วยจิตเวช ก่อนและหลังการเข้ากลุ่มธรรมะบำบัด แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 แสดงว่าหลังการเข้ากลุ่มธรรมะบำบัด ผู้ป่วยจิตเวชมีความรู้ทางธรรมะเพิ่มขึ้น

ตารางที่ 8 ค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรกับคะแนนความรู้ด้านธรรมชาติของผู้ป่วยจิตเวช ก่อนเข้ากลุ่มธรรมชาติบำบัด

ตัวแปร	r	P - value
อายุ	- .0202	> 0.01
จำนวนครั้งที่รับการรักษา	.0600	> 0.01
จำนวนวันที่อยู่ในโรงพยาบาล	- .0648	> 0.01
จำนวนครั้งที่เข้าวัดฟังธรรม	- .0340	> 0.01

จากตาราง การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรกับคะแนนความรู้ด้านธรรมชาติของผู้ป่วยจิตเวช ก่อนได้รับความรู้จากการเข้ากลุ่มธรรมชาติบำบัด พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ทั้งตัวแปรในด้านอายุ จำนวนครั้งที่รับการรักษา จำนวนวันที่อยู่ในโรงพยาบาล และจำนวนครั้งที่เข้าวัดฟังธรรม

ตารางที่ 9 ค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรกับคะแนนความรู้ด้านธรรมะของ
ผู้ป่วยจิตเวชภายหลังการเข้ากลุ่มธรรมะบำบัด

ตัวแปร	r	P - value
อายุ	- .0167	> 0.01
จำนวนครั้งที่รับการรักษา	.0758	> 0.01
จำนวนวันที่อยู่ในโรงพยาบาล	.0033	> 0.01
จำนวนครั้งที่เข้าวัดฟังธรรม	- .0457	> 0.01

จากตาราง จากการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรกับคะแนนความรู้ด้านธรรมะของผู้ป่วยจิตเวช ภายหลังการเข้ากลุ่มธรรมะบำบัด พบว่าไม่มี
ความสัมพันธ์กัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทั้งตัวแปรในด้านอายุ
จำนวนครั้งที่รับการรักษา จำนวนวันที่อยู่ในโรงพยาบาล และจำนวนครั้งที่เข้าวัด
ฟังธรรม

ตารางที่ 10 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและค่าที่
ของผู้ป่วยจิตเวชก่อนเข้ากลุ่มธรรมะบำบัดโดยจำแนกตามเพศ

เพศ	จำนวน	$\bar{X}$	S.D	t	P - value
ชาย	137	5.1022	2.510	1.26	> .01
หญิง	45	4.5556	2.590		

$$P < .01 = 2.576$$

จากตาราง พบว่าผู้ป่วยเพศชาย และเพศหญิง มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้
ก่อนเข้ากลุ่มธรรมะบำบัด ไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตารางที่ 11 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและค่า
 ที่ของผู้ป่วยจิตเวช หลังเข้ากลุ่มธรรมะบำบัดโดยจำแนกตามเพศ

เพศ	จำนวน	$\bar{X}$	S.D	t	P - value
ชาย	137	7.1022	2.237	1.11	> .01
หญิง	45	6.6889	1.929		

$$P < .01 = 2.576$$

จากตาราง พบว่าผู้ป่วยเพศชายและเพศหญิง มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้หลัง
 เข้ากลุ่มธรรมะบำบัด ไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตารางที่ 12 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าที ของผู้ป่วยจิตเวช ก่อนเข้าโครงการธรรมะบำบัดโดยจำแนกตามการเคยหรือไม่เคย เข้าวัดฟังธรรม

การเข้าวัดฟังธรรม	จำนวน	$\bar{X}$	S.D	t	P - value
ไม่เคย	36	5.0556	2.280	0.23	> .01
เคย	146	4.9452	2.599		

$$P < .01 = 2.576$$

จากตาราง พบว่าในผู้ป่วยที่ไม่เคยและเคยเข้าวัดฟังธรรม มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ก่อนเข้าโครงการธรรมะบำบัด ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01

ตารางที่ 13 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าที ของผู้ป่วยจิตเวช ก่อนเข้าโครงการธรรมะบำบัด โดยจำแนกตามการเคยหรือไม่เคย เข้าวัดฟังธรรม

การเข้าวัดฟังธรรม	จำนวน	$\bar{X}$	S.D	t	P - value
ไม่เคย	36	6.9167	2.089	-.26	> .01
เคย	146	7.0205	2.192		

$$P < .01 = 2.576$$

จากตาราง พบว่าในผู้ป่วยที่เคยและไม่เคยเข้าวัดฟังธรรม มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้หลังเข้าโครงการธรรมะบำบัด ไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01

ตารางที่ 14 การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว ของคะแนนความรู้ของ ผู้ป่วยจิตเวช ก่อนเข้าโครงการธรรมะบำบัด จำแนกตามระดับการศึกษา ไม่ได้เรียนหนังสือหรือชั้นประถมศึกษา มัธยมศึกษาและประกาศนียบัตร หรือปริญญา

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	P
ระหว่างกลุ่ม	2	173.0113	86.5056	15.66*	<.01
ภายในกลุ่ม	179	988.7909	5.5240		
รวม	181	1161.802			

$$P < .01 = 4.71$$

จากตาราง การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวของคะแนนความรู้ของผู้ป่วย ก่อนเข้าโครงการธรรมะบำบัด พบว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาที่แตกต่างกัน (ไม่ได้เรียนหนังสือหรือชั้นประถมศึกษา มัธยมศึกษา ประกาศนียบัตรและปริญญา) มีคะแนนความรู้แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตารางที่ 15 ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในเรื่องธรรมชาติของผู้ป่วยจิตเวช (ก่อนเข้าโครงการฯ) โดยจำแนกตามกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาต่างกัน และทำการทดสอบด้วยวิธีเชฟเฟ (Scheffe' method)

ระดับการศึกษา		ความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ย		
ระดับการศึกษา		ไม่ได้เรียนหรือ ชั้นประถม	มัธยมศึกษา	ประกาศนียบัตร หรือปริญญา
	$\bar{X}$	4.2773	5.9118	6.6897
ไม่ได้เรียนหรือ ชั้นประถมศึกษา	(4.2773)	-	1.6345*	2.4124*
มัธยมศึกษา	(5.9118)		-	0.7779
ประกาศนียบัตร หรือปริญญาตรี	(6.6897)			-

$$P * < .05$$

จากตาราง พบว่ากลุ่มตัวอย่าง (ก่อนเข้าโครงการ) ที่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา มีความรู้ ในเรื่องธรรมชาติดีกว่ากลุ่มตัวอย่างที่จบการศึกษา ระดับประถมศึกษา หรือไม่ได้เรียนหนังสือ และกลุ่มตัวอย่างที่จบการศึกษาระดับประกาศนียบัตร หรือปริญญาตรี มีความรู้เรื่องธรรมชาติดีกว่ากลุ่มตัวอย่าง ที่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา หรือไม่ได้เรียนหนังสือ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 16 การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว ของคะแนนความรู้ของ
ผู้ป่วยจิตเวช ภายหลังเข้าโครงการธรรมะบำบัด จำแนกตาม
ระดับการศึกษา ไม่ได้เรียนหนังสือหรือชั้นประถมศึกษา มัธยมศึกษา
ศึกษาและประกาศนียบัตร หรือปริญญา

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	P
ระหว่างกลุ่ม	2	117.0884	58.5442	14.2983*	<.01
ภายในกลุ่ม	179	732.9116	4.0945		
รวม	181	850			

$$P < .01 = 4.71$$

จากตาราง การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวของคะแนนความรู้ของ
ผู้ป่วย ภายหลังเข้าโครงการธรรมะบำบัด พบว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาที่แตก
ต่างกัน (ไม่ได้เรียนหนังสือ หรือชั้นประถมศึกษา มัธยมศึกษา ประกาศนียบัตร
และปริญญา) มีคะแนนความรู้แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .01

ตารางที่ 17 ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในเรื่องธรรมชาติของผู้ป่วยจิตเวช (หลังเข้าโครงการฯ) โดยจำแนกตามกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาต่างกัน และทำการทดสอบด้วยวิธีเชฟเฟ (Scheffe' method)

ระดับการศึกษา		ความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ย		
ระดับการศึกษา		ไม่ได้เรียนหรือ ชั้นประถม	มัธยมศึกษา	ประกาศนียบัตร หรือปริญญา
	$\bar{X}$	6.4286	7.8235	8.3793
ไม่ได้เรียนหรือ ชั้นประถมศึกษา	(6.4286)	-	1.3949*	1.9507*
มัธยมศึกษา	(7.8235)		-	0.5558
ประกาศนียบัตร หรือปริญญาตรี	(8.3793)			-

$$P * < .05$$

จากตาราง พบว่ากลุ่มตัวอย่างหลังเข้าโครงการธรรมชาติบำบัด ที่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา มีความรู้ในเรื่องธรรมชาติดีกว่ากลุ่มตัวอย่างที่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือไม่ได้เรียนหนังสือ และกลุ่มตัวอย่างที่จบการศึกษาระดับประกาศนียบัตรหรือปริญญาตรี มีความรู้เรื่องธรรมชาติดีกว่ากลุ่มตัวอย่าง ที่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา หรือไม่ได้เรียนหนังสือ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 18 การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว ของคะแนนความรู้ของ
ผู้ป่วยจิตเวช ก่อนเข้าโครงการธรรมะบำบัด โดยจำแนกตาม
อาชีพ

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	P
ระหว่างกลุ่ม	6	66.9072	11.1512	1.7823	<.01
ภายในกลุ่ม	175	1094.8950	6.2565		
รวม	181	1161.8022			

$$P < .01 = 2.90$$

จากตาราง การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว ของคะแนน
ความรู้ของผู้ป่วย ก่อนเข้าโครงการธรรมะบำบัด พบว่าผู้ป่วยที่มีอาชีพแตกต่างกัน
มีคะแนนความรู้ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตารางที่ 19 การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว ของคะแนนความรู้ของ
ผู้ป่วยจิตเวช ภายหลังเข้าโครงการธรรมะบำบัด โดยจำแนกตาม
อาชีพ

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	P
ระหว่างกลุ่ม	6	46.9661	7.8277	1.7058	<.01
ภายในกลุ่ม	175	803.0339	4.5888		
รวม	181	850			

$$P < .01 = 2.90$$

จากตาราง การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว ของคะแนนความรู้
ของผู้ป่วย ภายหลังเข้าโครงการธรรมะบำบัด พบว่าผู้ป่วยที่มีอาชีพแตกต่างกัน
ก็มีคะแนนความรู้ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตารางที่ 20 การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว ของคะแนนความรู้ของ
ผู้ป่วยจิตเวช ก่อนเข้าโครงการธรรมะบำบัด โดยจำแนกตาม
พฤติกรรมของผู้ป่วย

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	P
ระหว่างกลุ่ม	3	21.9692	7.3231	1.1436	<.01
ภายในกลุ่ม	178	1139.8330	6.4036		
รวม	181	1161.8022			

$$P < .01 = 3.88$$

จากตาราง การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว ของคะแนน
ความรู้ของผู้ป่วยก่อนเข้าโครงการธรรมะบำบัด พบว่าผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมแตกต่าง
กันมีคะแนนความรู้ไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตารางที่ 21 การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว ของคะแนนความรู้ของ
ผู้ป่วยจิตเวช หลังเข้าโครงการธรรมะบำบัด โดยจำแนกตาม
พฤติกรรมของผู้ป่วย

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	P
ระหว่างกลุ่ม	3	2.5215	.8405	.1765	<.01
ภายในกลุ่ม	178	847.4785	4.7611		
รวม	181	850			

$$P < .01 = 3.88$$

จากตารางการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว ของคะแนนความรู้
ของผู้ป่วยหลังเข้าโครงการธรรมะบำบัด พบว่าผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมแตกต่างกันมี
คะแนนความรู้ไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งนี้ มุ่งศึกษาผลการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยจิตเวช ในโครงการ ธรรมชาติบำบัดของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ คะแนนความรู้ด้านธรรมชาติของผู้ป่วย ภายหลังการเข้าร่วมโครงการธรรมชาติ เป็นการศึกษานำร่อง (Pilot Study) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในตึกขงโค 2 ตึกโนรี ตึกบุษย ตึกศรีตรัง 2 ตึก100เตียงหญิง ตึก100เตียงชาย ที่มีอาการทางจิตสงบแล้ว จำนวน 182 คน โดยนำผู้ป่วยจากตึกดังกล่าวเข้ากลุ่มธรรมชาติ ซึ่งทางฝ่าย การพยาบาลจัดให้มีเดือนละ 1 ครั้ง ๆ ละประมาณ 1 ชั่วโมง 30 นาที รวมทั้ง หมด 6 ครั้ง โดยเริ่มต้นตั้งแต่เดือนมีนาคม 2536 ถึงเดือนสิงหาคม 2536 เฉลี่ยจำนวนผู้ป่วยที่เข้ากลุ่มในแต่ละครั้งประมาณ 30 คน และผู้ป่วยที่เข้ากลุ่มใน แต่ละครั้งไม่ซ้ำคนเดิม เนื่องจากผู้ป่วยต้องจำหน่ายกลับบ้านเพราะอาการดีขึ้น เนื้อหาในการแสดงธรรม 6 ครั้ง ประกอบด้วย สิบ 5 และหลักการแสวงหา ทรัพย์ ซึ่งในแต่ละครั้งแสดงธรรมทั้ง 2 เรื่องรวมกันไป

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือการบรรยายธรรมโดยพระภิกษุ สงฆ์ตามโครงการที่กำหนด และแบบสอบถามในด้านความรู้เกี่ยวกับธรรมะที่ผู้วิจัย สร้างขึ้น และเก็บรวบรวมข้อมูล 2 ครั้ง คือก่อนให้ความรู้ 1 ครั้ง (Pre-test) และหลังให้ความรู้อีก 1 ครั้ง (Post-test)

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยการแปลงข้อมูลที่ได้เป็นคะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนด คือ ถูกได้ 1 คะแนน ผิดได้ 0 คะแนน และเตรียมข้อมูล พร้อมทั้งตรวจสอบ ให้ถูกต้องครบถ้วน ก่อนนำมาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ โดยใช้ Program สำเร็จรูป SPSS (Statistical Package for the Social Science) ตามลำดับดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ
2. ใช้สถิติ T-test เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ย คะแนนก่อนและหลังการให้ความรู้เรื่องธรรมะ
3. ใช้สถิติ F-test เพื่อวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวของคะแนน ความรู้ของผู้ป่วยที่ได้รับก่อนและหลังการเข้ากลุ่มธรรมชาติ ในกรณี ที่มีตัวแปรตั้งแต่ 3 กลุ่มขึ้นไป

4. ใช้วิธีการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยด้วยวิธีของเชฟเฟ (Scheffe' Method) เพื่อทราบถึงกลุ่มตัวอย่างที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ทางธรรมะเพิ่มขึ้น
5. ใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient) เพื่อทราบถึงความสัมพันธ์ระหว่างอายุ จำนวนครั้งที่รับการรักษา จำนวนวันที่อยู่ในโรงพยาบาล จำนวนครั้งที่เข้าวัดฟังธรรม กับค่าเฉลี่ยคะแนน ความรู้ทางธรรมะ

สรุปผลการวิจัย

1. ลักษณะข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคจิต

จากการศึกษาข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (75.3 %) มีกลุ่มอายุอยู่ในช่วง 21 - 30 ปี มากที่สุด (34.6 %) รองลงมา มีอายุอยู่ในช่วง 31 - 40 ปี (29.1 %) ในด้านการศึกษาผู้ป่วยส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา (63.2 %) ส่วนใหญ่มีอาชีพทำนาทำไร่ (48.4 %) รองลงมา มีอาชีพรับจ้าง (17.6 %)

เมื่อพิจารณาถึงลักษณะพฤติกรรมของผู้ป่วย ขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งอาการสงบ พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีลักษณะพฤติกรรมก้าวร้าว (37.9 %) รองลงมา มีลักษณะพฤติกรรมหวาดระแวง (36.8 %) จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยอยู่รักษาในโรงพยาบาลมากที่สุด คือ 1 - 5 ครั้ง (91.2 %) รองลงมา คือมากกว่า 5 ครั้ง (8.8 %) ระยะเวลาที่ผู้ป่วยอยู่รักษาในโรงพยาบาลมากที่สุด คือ 1 - 30 วัน (81.9 %) รองลงมา คือตั้งแต่ 31 - 60 วัน (11.0 %)

จากการศึกษาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยในเรื่องการเข้าวัดฟังธรรม ของผู้ป่วย พบว่าส่วนใหญ่เคยเข้าวัดฟังธรรม (80.2 %) และจำนวนครั้งที่ผู้ป่วยเคยเข้าวัดฟังธรรมมากที่สุด คือ 1 - 10 ครั้งต่อปี (39.0 %) รองลงมา เคยเข้าวัดฟังธรรม 11 - 20 ครั้งต่อปี (31.5 %)

2. ผลของการให้ความรู้ในโครงการธรรมะบำบัด

จากการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของผู้ป่วยจิตเวช เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ก่อนให้ความรู้และหลังให้ความรู้ ว่ามีคะแนนเฉลี่ยต่างกันหรือไม่ จากการศึกษาพบว่า หลังการเข้ากลุ่มธรรมะบำบัดผู้ป่วย มีคะแนนเฉลี่ยในด้านความรู้ เพิ่มขึ้นจากเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลในแต่ละครั้ง รวม 6 ครั้ง ด้วยสถิติ T-test เช่นเดียวกัน พบว่าทั้ง 6 ครั้ง ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของผู้ป่วยจิตเวชเพิ่มขึ้นจากเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ผู้วิจัยจึงได้เสนอผลการวิจัยในรูปของการสรุปรวมกัน ซึ่งอยู่ในตารางที่ 7)

เมื่อศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างอายุ จำนวนครั้งที่รับการรักษา จำนวนวันที่อยู่ในโรงพยาบาล จำนวนครั้งที่เข้าวัดฟังธรรม พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับคะแนนความรู้ทางด้านธรรมะของผู้ป่วย ทั้งก่อนและหลังการเข้ากลุ่มธรรมะบำบัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .01

สำหรับค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของผู้ป่วยจิตเวช ก่อนและหลังการเข้ากลุ่มธรรมะบำบัดโดยจำแนกตาม เพศ พบว่า ทั้งเพศชายและเพศหญิง มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ทั้งก่อนและหลังการเข้ากลุ่มธรรมะบำบัด ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากการศึกษาค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของผู้ป่วยจิตเวช ก่อนและหลังการเข้ากลุ่มธรรมะบำบัด โดยเปรียบเทียบระหว่าง กลุ่มที่เคยและไม่เคย เข้าวัดฟังธรรมพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ทั้งก่อนและหลังการเข้ากลุ่มธรรมะบำบัด ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .01

จากการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว ของคะแนนความรู้ ของผู้ป่วยจิตเวชทั้งก่อน และหลังการเข้ากลุ่มธรรมะบำบัด โดยจำแนกตามระดับการศึกษาของผู้ป่วย พบว่ามีคะแนนความรู้แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .01 และเมื่อทำการทดสอบเปรียบเทียบระดับการศึกษารายคู่ของผู้ป่วย ที่ให้ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ที่แตกต่างกันโดยวิธีของเชฟเฟ (Scheffe' Method) พบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่จบการศึกษาระดับประกาศนียบัตร หรือปริญญาตรี มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องธรรมะมากกว่ากลุ่มผู้ป่วย ที่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา และกลุ่มผู้ป่วยที่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้มากกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่จบการศึกษา ระดับประถมศึกษา หรือไม่ได้เรียนหนังสืออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เมื่อวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว ของคะแนนความรู้ของผู้ป่วยจิตเวช ก่อนและหลังการเข้ากลุ่มธรรมะบำบัด โดยจำแนกตามอาชีพ พบว่าคะแนนความรู้ของผู้ป่วยทั้งก่อนและหลังการเข้ากลุ่มธรรมะบำบัด ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว ของคะแนนความรู้ของผู้ป่วยจิตเวช ทั้งก่อนและหลังการเข้ากลุ่มธรรมะบำบัด โดยจำแนกตามพฤติกรรมของผู้ป่วยพบว่า คะแนนความรู้ของผู้ป่วยทั้งก่อนและหลังการเข้ากลุ่มธรรมะบำบัด ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

อภิปรายผล

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่าผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ากลุ่มธรรมะบำบัด ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีกลุ่มอายุอยู่ในช่วง 21 - 30 ปีมากที่สุด จบการศึกษาระดับประถมศึกษาปีที่ 4 และมีอาชีพทำไร่ ซึ่งจากผลของการศึกษาที่นับได้ว่า ผู้ป่วยที่ทำการศึกษาใกล้เคียงกับผู้ป่วยใน ที่เข้ารับการรักษ ในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น ทั้งนี้เพราะว่าผู้ป่วยในของโรงพยาบาลส่วนใหญ่ เป็นเพศชายมีช่วงอายุอยู่ในวัยผู้ใหญ่ และจบการศึกษาระดับประถมศึกษา ซึ่งเมื่อได้รับการศึกษาน้อยทำให้ต้องประกอบอาชีพที่ไม่ต้องใช้ความรู้มากนัก ผู้ป่วยส่วนใหญ่จึงประกอบอาชีพทำไร่ ทำไร่ และรับจ้าง จากข้อเสียเปรียบทางด้านเศรษฐกิจ สังคม การศึกษา และฐานะที่ยากจน จึงทำให้เกิดความไม่เอื้อย ซึ่งจะทำให้เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชได้มากกว่า (สุวทนา อารีพรต, 2524)

ในด้านลักษณะพฤติกรรมของผู้ป่วย ขณะเข้ารับการรักษในโรงพยาบาลจนกระทั่งอาการสงบ พบว่าส่วนใหญ่มีพฤติกรรมก้าวร้าว และพฤติกรรมหวาดระแวง เนื่องจากทั้งสองพฤติกรรมนี้ เป็นพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดความเดือดร้อนแก่ครอบครัว และชุมชนของผู้ป่วยมาก เพราะผลของความก้าวร้าว และหวาดระแวงก่อให้เกิดความเสียหาย ต่อทรัพย์สิน และบุคคลที่เกี่ยวข้องหรือใกล้ชิดกับผู้ป่วย บางครั้งญาติผู้ป่วยเหล่านี้ อาจโดนทำร้ายจนกระทั่งบาดเจ็บได้ และถ้าหากผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมดังกล่าว เป็นเพศชายด้วย ผลของความก้าวร้าวและหวาดระแวงจะยิ่งรุนแรงกว่าหลายเท่า ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย เช่นเดียวกัน ฉะนั้นเมื่อเริ่มมีอาการกำเริบ ญาติจึงรีบนำมารักษาในโรงพยาบาลมากกว่าผู้ป่วยที่มีพฤติกรรม ซึมเศร้า แยกตัวเอง หรือเจ้ากี้เจ้าการ ทั้งนี้เพราะพฤติกรรมก้าวร้าว หรือหวาดระแวง เป็นพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดปัญหา ความทุกข์ใจ ความกังวลใจต่อผู้ป่วยและสมาชิกอื่น ๆ ในครอบครัวได้มากกว่า (Evans, 1965; Torry, 1983)

จำนวนครั้งของผู้ป่วยที่อยู่ในโรงพยาบาล ก่อนเข้ากลุ่มธรรมะบำบัด พบว่าส่วนใหญ่อยู่รักษาในโรงพยาบาลมากที่สุด คือ 1 - 5 ครั้งมากที่สุด ระยะเวลาที่ผู้ป่วยอยู่รักษาจนกระทั่งอาการสงบ เข้ากลุ่มธรรมะบำบัดได้ อยู่ในช่วง 1-30 วันมากที่สุด ซึ่งโดยปกติทั่วไปการรักษาด้วยยาทางจิตเวช ต้องใช้เวลาประมาณ 2 สัปดาห์ อาการต่าง ๆ จึงจะสงบลง และปัจจุบันโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นมีแนวโน้มในการรักษาผู้ป่วยให้อาการทุเลาเร็วที่สุด เพื่อจำหน่ายกลับบ้านและเนื่องจากผู้ป่วยในส่วนใหญ่ของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น เป็นผู้ป่วยโรคจิตเภท ซึ่ง 80 % ของผู้ป่วยจิตเภท สามารถรักษาแบบผู้ป่วยนอกได้ และการให้ผู้ป่วยอยู่

โรงพยาบาลนาน ๆ ก็ไม่ได้ทำให้ผู้ป่วยอาการดีขึ้น มากกว่าการอยู่ในระยะสั้น (วิวัฒน์ ยถาภูษานนท์ และคณะ, 2536) ฉะนั้นในช่วงเวลา 15 - 30 วัน จึงเป็นช่วงที่ผู้ป่วยมีอาการสงบมากที่สุด จะสังเกตได้จากจำนวนวันเฉลี่ยของผู้ป่วยที่อยู่รักษาในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น ในปี 2530 พบว่าไม่เกิน 1 เดือน (เสงี่ยม สารบัณฑิตกุล และคณะ, 2530)

จากการศึกษาถึงประสบการณ์เข้าวัดฟังธรรมของผู้ป่วย พบว่าส่วนใหญ่ผู้ป่วยเคยเข้าวัดฟังธรรม และจำนวนครั้งที่เข้าวัดฟังธรรม มากที่สุดคือ 1 - 10 ครั้งต่อปี ทั้งนี้เป็นเพราะประเทศไทยมีศาสนาประจำชาติ คือศาสนาพุทธ ฉะนั้นคนไทยส่วนใหญ่จึงนับถือศาสนาพุทธ และการเข้าวัดฟังธรรมก็เป็นส่วนหนึ่งของผู้ป่วยที่นับถือศาสนาพุทธ ฟังปฏิบัติเพื่อนำพระธรรม คำสอนของพระพุทธศาสนามายึดถือปฏิบัติในการดำเนินชีวิตประจำวัน

จากการศึกษาค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของผู้ป่วยจิตเวช ก่อนและหลังการเข้ากลุ่มกิจกรรมบำบัด เพื่อศึกษาผลการให้ความรู้ว่า สามารถทำให้ผู้ป่วยจิตเวชมีความรู้ทางธรรมะเพิ่มขึ้นหรือไม่ พบว่าผู้ป่วยจิตเวชมีความรู้ทางธรรมะ เพิ่มขึ้นจากเดิมหลังจากเข้ากลุ่มธรรมะบำบัดแล้ว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทั้งนี้เพราะว่าการทำให้ผู้ป่วยได้รับการเรียนรู้ใหม่ โดยการสอนเป็นกลุ่ม จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น (Kahn and Thomson, 1973)

เมื่อศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างอายุ จำนวนครั้งที่รับการรักษา จำนวนวันที่อยู่ในโรงพยาบาล จำนวนครั้งที่เข้าวัดฟังธรรม พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับคะแนนความรู้ทางด้านธรรมะของผู้ป่วย ทั้งก่อนและหลังการเข้ากลุ่มธรรมะบำบัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สำหรับการศึกษาค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของผู้ป่วยจิตเวชก่อนและหลังการเข้ากลุ่มธรรมะบำบัด โดยจำแนกตามเพศ พบว่าทั้งเพศชายและเพศหญิง มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ทั้งก่อนและหลังการเข้ากลุ่มธรรมะบำบัด ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ไคลน์ (Kield, 1973) ได้ให้ความเห็นว่าการสอนเป็นกลุ่ม สำหรับผู้ป่วยที่เป็นผู้ใหญ่ นั้น องค์ประกอบในเรื่องอายุ เพศ ไม่เป็นอุปสรรคต่อการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป กฤษณา ศักดิ์ศรี (2530) ได้กล่าวถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเรียนรู้ว่า เพศชาย เพศหญิง สามารถเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ ได้ทัดเทียมกัน แต่ถ้าหากมีประสบการณ์เดิม หรือความรู้เดิมเป็นพื้นฐาน ก็สามารถเรียนเรื่องใหม่ได้สะดวกและเร็วขึ้น เมื่อพิจารณาถึงผู้ป่วยที่เข้ากลุ่มธรรมะบำบัดส่วนใหญ่พบว่าอยู่ในกลุ่มอายุผู้ใหญ่ จึงไม่เกิดความแตกต่างของคะแนนความรู้ ในด้านประสบการณ์เดิมของผู้ป่วย ถึงแม้ส่วนใหญ่จะเคยเข้าวัดฟังธรรม แต่ถ้าหากพิจารณาจำนวน

ครั้งที่เข้าวัด 1 - 10 ครั้งต่อปีแล้ว นับว่าน้อยมาก และธรรมะที่ผู้ป่วยเคยได้รับ ฟังอาจไม่ใช่เรื่องเดียวกัน กับที่ผู้ป่วยได้รับฟังในการเข้ากลุ่มธรรมะบำบัดนี้ จึง อาจถือได้ว่าผู้ป่วยไม่มีประสบการณ์ด้านนี้เลย จึงไม่เกิดความแตกต่างของคะแนน ความรู้ ระหว่างผู้ที่เคย และไม่เคยเข้าวัดฟังธรรม

สำหรับความสัมพันธ์ระหว่าง จำนวนครั้งที่รับการรักษา และคะแนนความรู้ ทางด้านธรรมะที่ไม่สัมพันธ์กัน เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่เข้ากลุ่มเข้ารับการรักษ าในครั้งที่ 1 - 5 (91.2 %) มีเพียงส่วนน้อยที่เข้ารับการรักษามากกว่า 5 ครั้ง จึงไม่สามารถเห็นความแตกต่างระหว่างผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม ได้อย่างชัดเจนนัก เพราะผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับการรักษาลาย ๆ ครั้ง แนวโน้มที่จะเกิดอาการเรื้อรังได้ ทำให้การรับรู้ ความคิด ความจำ ก็จะเสื่อมสภาพไปเรื่อย ๆ การรับรู้ และสมาธิจะลดลง (สมภพ เรื่องตระกูล และคณะ, 2533) ซึ่งก่อให้เกิดผล กระทบต่อการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยอย่างมาก

จากการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว ของคะแนนความรู้ของผู้ป่วย จิตเวชทั้งก่อนและหลังการเข้ากลุ่มธรรมะบำบัด โดยจำแนกตามระดับการศึกษา ของผู้ป่วย พบว่ามีคะแนนความรู้แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และเมื่อทำการทดสอบเปรียบเทียบระดับการศึกษารายคู่ของผู้ป่วย โดยวิธีการของ เชฟเฟ (Scheffe' Method) พบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่จบการศึกษาระดับประกาศนียบัตร หรือปริญญาตรี มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องธรรมะมากกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่จบ การศึกษาระดับประถมศึกษาหรือไม่ได้เรียนหนังสือ และกลุ่มผู้ป่วยที่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้มากกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่จบการศึกษาระดับ ประถมศึกษา หรือไม่ได้เรียนหนังสืออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จากผล การศึกษาที่ได้ในครั้งนี้ แสดงว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาประกาศนียบัตร ปริญญาตรี และมัธยม มีความรู้ในด้านธรรมะดีกว่ากลุ่มผู้ป่วย ที่ไม่ได้เรียนหนังสือ หรือระดับประถมศึกษา ทั้งก่อนการเข้ากลุ่มธรรมะบำบัด และหลังการเข้ากลุ่ม ที่ ได้ผลการศึกษาดังนี้ เพราะผู้ป่วยที่เข้ากลุ่ม เมื่อจำแนกตามระดับการศึกษาที่สูง ขึ้น ส่วนใหญ่มีระดับสติปัญญาที่สูงกว่า (Woodrow, 1946; กฤษณา ศักดิ์ศรี, 2530) แต่เนื่องจากคะแนนความรู้ของกลุ่มผู้ป่วยที่จบการศึกษาระดับปริญญตรี ประกาศนียบัตรและมัธยม มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าระดับประถมศึกษา หรือไม่ ได้เรียนหนังสือ ตั้งแต่ก่อนเข้ากลุ่มธรรมะบำบัด ฉะนั้นถึงแม้ว่าภายหลังการเข้ากลุ่ม ธรรมะบำบัด จะมีคะแนนเฉลี่ยแตกต่างกันในกลุ่มผู้ป่วย เช่นเดียวกันกับก่อนเข้า กลุ่ม จึงไม่สามารถสรุปได้ว่าผลของการให้ความรู้ทางธรรมะบำบัด ทำให้ผู้ป่วย มีความรู้เพิ่มขึ้น ถ้าจำแนกตามระดับการศึกษา

เมื่อวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว ของคะแนนความรู้ของผู้ป่วยจิตเวชก่อนและหลังการเข้ากลุ่มธรรมะบำบัด โดยจำแนกตามอาชีพและพฤติกรรมของผู้ป่วย พบว่าคะแนนความรู้ทั้งก่อนและหลังการเข้ากลุ่มธรรมะบำบัด ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าอาชีพและการศึกษาไม่ใช่ปัจจัย ส่วนบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการเรียนรู้ เพราะผู้ป่วยเมื่อเจ็บป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ก็มีสถานภาพเป็นผู้ป่วยเท่าเทียมกัน และพฤติกรรมขณะเข้ากลุ่มส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วย ที่คัดกรองว่ามีอาการสงบแล้ว ก่อนเข้ากลุ่ม ซึ่งเป็นพฤติกรรมใกล้เคียงสภาวะของผู้ป่วย ฉะนั้นจึงไม่มีความแตกต่างกันในด้านพฤติกรรมของผู้ป่วยขณะเข้ากลุ่ม ซึ่งถ้าหากผู้ป่วยยังคงมีพฤติกรรมที่ไม่สงบ อาการทางจิตยังไม่ดีขึ้น ก็จะมีผลต่อการเรียนรู้ในการเข้ากลุ่มธรรมะบำบัดอย่างแน่นอน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ควรจัดให้มีกลุ่มธรรมะบำบัดในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นต่อไป เนื่องจากทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ทางด้านธรรมะเพิ่มขึ้น มีสติดีขึ้น แต่ควรจัดให้มีกลุ่มนี้มากกว่าที่กำหนดในโครงการฯ ซึ่งจัดให้มีเพียงเดือนละ 1 ครั้งเท่านั้น ควรเพิ่มเป็น 2 - 3 ครั้งต่อเดือน เพราะการเข้ากลุ่มเพียงครั้งเดียว อาจไม่เพียงพอที่จะเปลี่ยนแปลงทัศนคติ หรือการปฏิบัติในการดำเนินชีวิตจริงได้ นอกจากนี้ผู้ป่วยยังให้ความสนใจและตั้งใจ ในการเข้ากลุ่มเป็นอย่างดี มีการอภิปรายซักถาม หลังการบรรยายธรรม และมีกระบวนการกลุ่มเกิดขึ้น ในกรณีที่ผู้ป่วยมีความคิด หลงผิด ออกนอกโลกของความเป็นจริง ผู้ป่วยที่เข้ากลุ่มและพระภิกษุสงฆ์ จะช่วยให้ผู้ป่วยมีแนวคิดใหม่ ที่อยู่ในขอบเขตเหตุผลที่แท้จริงได้

1.2 ในการเข้ากลุ่มธรรมะบำบัด ไม่ควรให้ผู้ป่วยเข้ากลุ่มเป็นจำนวนมาก ในแต่ละครั้ง ไม่ควรเกิน 30 - 35 คน เพราะถ้าผู้ป่วยเข้ากลุ่มมาก ๆ อาจควบคุมผู้ป่วยได้ยาก เนื่องจากกลุ่มนี้ต้องการความสงบ ขณะเข้ากลุ่ม

1.3 ในกรณีที่จัดให้มีกลุ่มธรรมะบำบัดทุกสัปดาห์ ควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้เสนอแนะความรู้ทางด้านธรรมะที่ผู้ป่วยต้องการทราบ เพื่อผู้ป่วยได้ทราบความรู้ทางด้านธรรมะที่ตนต้องการนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตจริง อีกประการหนึ่งในกรณีที่สามารถจัดได้ทุกสัปดาห์ ผู้ป่วยแต่ละคนจะมีโอกาสเข้ากลุ่มธรรมะบำบัดหลายครั้งก่อนจำหน่ายกลับบ้าน ซึ่งสามารถนำหลักธรรมที่ได้มาแก้ไขปัญหาได้อย่างถูกต้อง ตามเหตุและผล ชีวิตก็จะดำเนินไปอย่างมีความสุข (โรจน์รุ่งสุวรรณสุทธิ, 2533)

1.4 การเข้ากลุ่มธรรมชาติของผู้ป่วย สามารถนำผู้ป่วยที่มีความแตกต่างกันในเรื่อง เพศ อายุ อาชีพ จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาร่วมฟังธรรมะบำบัดในกลุ่มเดียวกันได้ เพราะไม่มีผลต่อการเรียนรู้ แต่ไม่ควรนำผู้ป่วยที่มีอายุมากเกินไป หรือผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาที่แตกต่างกันมาก มาร่วมกลุ่มธรรมะบำบัด เพราะอาจจะเป็นอุปสรรคในการดำเนินงาน ที่ต้องการให้เกิดความรู้ความเข้าใจ ด้านธรรมของผู้ป่วย ที่มีระดับการศึกษาที่แตกต่างกันมาก ๆ ได้

2. ข้อเสนอแนะในการทาวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ท้าการวิจัยเชิงทดลอง โดยเปรียบเทียบระหว่างการให้ความรู้ทางธรรมโดยพระภิกษุ และการให้ความรู้ทางธรรมโดยวิธีการใช้เบ็ดเตล็ดธรรมะบรรยายให้ผู้ป่วยฟัง ว่าให้ผลแตกต่างกันหรือไม่ โดยให้มีขั้นตอนในการให้ความรู้ทางธรรมแบบเดียวกัน แต่อย่างไรก็ตามในการแบ่งกลุ่มผู้ป่วยออกเป็น 2 กลุ่มเพื่อทำการศึกษาดังกล่าวควรคำนึงถึงระดับการศึกษาด้วย เพราะเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการเรียนรู้

2.2 จัดให้ผู้ป่วยได้เข้ากลุ่มธรรมะบำบัด ติดต่อกันทุกสัปดาห์รวม 8 ครั้ง และการวิจัยผลการให้ความรู้ทางธรรมแก่ผู้ป่วย ว่าสามารถเกิดการเปลี่ยนแปลงในด้านความรู้ ทศนคติ และการปฏิบัติ ของผู้ป่วยหรือไม่

2.3 ควรทำการวิจัยผลการให้ความรู้ทางธรรมะบำบัด แก่ผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มโรคเดียวกัน เช่นโรคประสาท โรคจิตเภท เป็นต้น

2.4 การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษานำร่อง (Pilot Study) ถึงความเป็นไปได้ของโครงการธรรมะบำบัด และผลของการให้ความรู้ตามโครงการธรรมะบำบัด รวมทั้งศึกษาปัญหาอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นได้ เพื่อเป็นประโยชน์ในการทาวิจัยครั้งต่อไป และจากผลที่ได้รับ พบว่า สามารถทำให้ผู้ป่วยจิตเวชมีความรู้ด้านธรรมะเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งจากความรู้ที่เพิ่มขึ้นนี้ ผู้ป่วยจิตเวชจะได้นำความรู้ที่ได้ไปปฏิบัติในการดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม อย่างไรก็ตามควรมีการศึกษาวิจัยผลของการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยจิตเวช ในโครงการธรรมะบำบัดอีกครั้งในรูปแบบวิจัยเชิงทดลอง โดยกลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งเป็นกลุ่มควบคุม เป็นกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่ไม่ได้รับความรู้ตามโครงการธรรมะบำบัด เปรียบเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับความรู้ตามโครงการธรรมะบำบัด โดยเปรียบเทียบความรู้ที่ได้รับ นอกจากนี้ควรมีแบบประเมินเพื่อวัดผลที่ได้จากการนั่งสมาธิ ของผู้ป่วยด้วยว่ามีผลอย่างไร ต่อสภาพจิตใจของ

ผู้ช่วย โดยเปรียบเทียบก่อนและภายหลังเข้าร่วมโครงการธรรมะบำบัด และสิ่งที่ควรคำนึงถึงในการวิจัยเชิงทดลองที่จะจัดขึ้น ควรคำนึงถึงระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกัน จะเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อคะแนนความรู้ด้านธรรมของผู้ช่วย ฉะนั้นควรจัดกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ให้มีระดับความรู้ใกล้เคียงกัน

บรรณานุกรม

กฤษฎา ศักดิ์ศรี. จิตวิทยาการศึกษา. กรุงเทพฯ:สำนักพิมพ์บำรุงสาส์น, 2530.

กมลรัตน์ ศักดิ์สมบูรณ์. ผลของการให้ความรู้โดยการอภิปรายกลุ่มต่อพฤติกรรม
เลี้ยงบุตรด้วยนมแม่ของมารดาวัยรุ่น. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534.

กรมการศาสนา กระทรวงศึกษาธิการ. "ทรงตราเรื่องกรรมวิบากกรรม"
พระไตรปิฎกภาษาไทย ฉบับหลวง. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์การศาสนา,
2521.

จรัญ จันทลักษณ์ และอนันตชัย เชื้อนธรรม. สถิติเบื้องต้นแบบประยุกต์.
กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช, 2523.

จาเนียร ช่างโชติ และคณะ. จิตวิทยาการเรียนรู้. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์
มหาวิทยาลัยรามคำแหง, 2520.

ชมชื่น สมประเสริฐ. ผลการฝึกสมาธิต่อระดับความวิตกกังวล. ปริญญาวิทยา-
ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาคลินิก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย-
มหิดล, 2524.

ธรรมรักษา. พระไตรปิฎก ฉบับดับทุกข์. พิมพ์ครั้งที่ 2, กรุงเทพฯ : รุ่งแสง
การพิมพ์, 2524.

ธรรมรักษา. พระไตรปิฎก ฉบับสาระ. กรุงเทพฯ : รุ่งแสงการพิมพ์, 2524.

ธรรมรักษา. บันทึกธรรมแนวปฏิบัติ. กรุงเทพฯ : รุ่งแสงการพิมพ์, 2525.

ธงชัย พงสาวลีรัตน์. "สมาธิกับชีวิตประจำวัน" วารสารสุขศึกษา. ปีที่ 6 ฉบับ
ที่ 6 (ตุลาคม - ธันวาคม, 2526) : 19.

นิภา ชุตินัตถชัย . ปัญหาทางด้านจิตใจและสังคมของผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูกที่
อยู่ในระหว่างการบำบัดรักษา เฉพาะในโรงพยาบาลรามธิบดี
โรงพยาบาลศิริราช และสถาบันมะเร็งแห่งชาติ. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต
สังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2523. (อัดสำเนา)

บุญชม ศรีสะอาด และคณะ . การวัดและประเมินผลทางการศึกษา. การสินธุ์ :
ประสานการพิมพ์, 2521.

บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์, การวัดและประเมินผลการเรียนการสอน.
กรุงเทพฯ : การพิมพ์พระนคร, 2524.

ประภาเพ็ญ สุวรรณ. การสอนสุขศึกษาทางทฤษฎีและประยุกต์. กรุงเทพฯ :
ไทยวัฒนาพานิช, 2523.

พระราชวรมนี (ประยูรศักดิ์ บยุตโต). พุทธธรรม. กรุงเทพฯ : คณะระดมธรรม,
2526.

พระสาสนโสภณ (สุวฑฒโน). การบริหารจิต. กรุงเทพฯ : กรมสามัญศึกษาและ
สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาเอกชน, 2515.

พระราชวรมนี (ประยูรศักดิ์ บยุตโต). พุทธธรรม. กรุงเทพฯ : ด้านสุทธาการพิมพ์,
2529.

พระราชวรมนี (ประยูรศักดิ์ บยุตโต). พจนานุกรมพุทธศาสตร์ฉบับประมวลศัพท์.
กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์อมรินทร์, 2527.

ไพรัตน์ พฤษชาติคุณากร. จิตเวชศาสตร์ เล่ม 1. เชียงใหม่ : ธนบรรณการ
พิมพ์, 2533.

ยุวดี ภาชา และคณะ. คู่มือวิจัยทางการพยาบาล. กรุงเทพฯ : พิมพ์ที่บริษัท
วิคตอรีเนาวเวอร์พลอยด์ จำกัด, 2531.

โรจน์รุ่ง สุวรรณสุทธิ. การปฏิบัติธรรมในพระพุทธศาสนา เพื่อแก้ปัญหาจิตใจ.
วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. ปีที่ 35 ฉบับที่ 2 : 79-82.

วุฒิชัย จานงค์. การเรียนรู้ทฤษฎีเบื้องต้นและการประยุกต์. กรุงเทพฯ :
รวมสาส์นจำกัด, 2522.

วิเชียร เกตุสิงห์. สถิติวิเคราะห์สำหรับการวิจัย. กรุงเทพฯ : กองวิจัยการ
ศึกษา สำนักงานกรรมการการศึกษาแห่งชาติ, 2525.

สมพร บุษราคิจ. จิตบำบัดแบบอิงทฤษฎีจิตวิเคราะห์. กรุงเทพฯ:โครงการตำรา
ศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล, 2524.

สุวัฒน์ วัฒนวงศ์. จิตวิทยาการเรียนรู้วัยผู้ใหญ่. คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัย
ศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร, 2533.

สุวัฒนา อารีพรรค. ความผิดปกติทางจิต. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์-
มหาวิทยาลัย, 2524.

สมประสงค์ สุกะวิท. BUDDHIST AWARENESS THERAPY V.S. COGNITIVE
THERAPY. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. Vol 33 No 3:
153 - 157.

สันต์ หัตถิรัตน์. การดูแลผู้ป่วยที่หมดหวัง. กรุงเทพฯ : อมรินทร์การพิมพ์,
2521.

สุรีย์ จันทรโมลี. สุขศึกษาในสภาพบริการทางการแพทย์ (เน้นสุขศึกษาใน
โรงพยาบาล). กรุงเทพฯ : ภาควิชาสุขศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล, 2528.

อุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช. ผลการสอนสุขศึกษาร่วมกับการนวดธรรมะมาประยุกต์
ในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ที่ได้รับรังสีรักษาในด้านการลดความวิตกกังวล
ลดความซึมเศร้า เพิ่มการยอมรับสภาพความเจ็บป่วยและการให้ความ
ร่วมมือในการรักษาพยาบาล. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขา
สุขศึกษา มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531.

Arieti S. and Bemporad J. **Severe and Mild Depress.** New York : Basic Books, 1978.

Cantor Robert Chernin. and a time to live : **Toward Emotional Well-Being During The Crisis of Cancer.** New York : Harper & Row Publisher, 1978.

Craven, Ruth F. and Sharp, Benita H. **The Effects of Illness on Family Function**, Nursing Forum, 11(1972): 182-183.

Derdiarian Anayis. **Concents of Oncology Nursing.** London : Pretice Hall International, 1981.

Iveson-Iveson, Joan. **"Depress"**. Nursing Mirror. 155, No. 4 (July 28, 1984) : 29.

Jane F Owen, Christine S. Mc and Carol M Hutelmyer. **Cardiac Rehabilitation : A Patient Education Program.** Nursing Rearch 1978 ; 17 : 148 - 150.

Kaplan H,B Sadock. **Comprehensive Textbook of Psychiairy.** 5 th Edition. Williams & Wilkins, Baltimore, 1989.

Lipkin Gladys B. and Cohen Robert G. **Effect Approaches To Patients Behavior.** 2nd ed., New York : Springer Publishing Company, 1980, pp. 65 - 67.

Meissner WW. **"Classical Psychoanalysis"** In : Hi. Kaplan and BJ. Sodock (Editor) **Comprehensive Textbook of Psychiatry.** Baltimore : Williams & Wilkins Co.,1985: 355-364.

Pasquali Elain Anne. **Mental Health Nursing : a Bio-Psycho-Cultural Approach.** Saint Louis : C.V. Mosby, 1981.

- Priest Robert. **Anxiety and Depression**. London : Martin Dunit, 1983.
- Parker Kathy Pike. **"Anxiety and Complication in Patient Hemodialysis"**. Nursing Research, 30, no.6 (November-December, 1982) : 334.
- Pillisuk, Mark and Minkler, Meredith. **Supportive Ties : Apolitical economy Perspection**. Health Education Quarterly.
- Recves Joyce. **"Speak in Support"**. Nursing Mirror, Vol. 155 (January, 1982) : 32.
- Rounhani Grame C. **"Understanding Anxiety"**. Nursing Mirror. 146 (March, 1970 - 1987) : 25.
- Simonton O. Carl. **Getting Well Again**. Los Angeles : J.P. Teacher, 1987.
- Stuart Gail Wiscarntz Andundeen Sandra J. **Principle and Practice of Psychiatric Nursing**. 2nd ed.; Saint Louis : The C.V. Mosby Company, 1983.
- Suls J. **Social Psychology Health and Illness**. Philadelphia : Lawrence Association, 1982.
- Walker J. Ingram. **"The Amxious Patient"** Psychiatrid Emergencies : Intervention and Resclotion. Philadelphia : J.B. : Lippincott, 1983.
- Watson Jeanette. E. **Medical Nursing and Related Physiology**. (2nd ed.; Phyladelphia : W.B. Saunder, 1979).

ภาคผนวก



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลศิริราช

ที่ นอ 315/36 วันที่ 13 กุมภาพันธ์ 2536

เรื่อง ขออนุมัติทำเหมืองดินรกรกร ธรรมชาติในเขตของ

เรียน ผู้บริหารโรงพยาบาลศิริราช

เนื่องด้วยฝ่ายทรัพยากรบุคคล ร่วมกับ กลุ่มงานโลหิตวิทยา สัตวแพทย์ สัตวแพทย์ ธรรมชาติในเขตของ ซึ่งมีความหมายยิ่งอีกอย่างหนึ่ง แม้จะอยู่ในเขตของ ในเขตทำเหมืองดินรกรกร ธรรมชาติในเขตของประมาณ 1200 ไร่ (หนึ่งพันสอง ร้อยบาทถ้วน) ซึ่งจะได้ใช้เพื่อโครงการที่แนบมาด้วยแล้ว

ซึ่งได้ขอมาเพื่อโปรดพิจารณา ขออนุมัติให้ดำเนินการขุดดินรกรกร พร้อมทั้งงบประมาณในการใช้เพื่อโครงการด้วย จึงเป็นกรณีนี้

13 กุมภาพันธ์ 2536

(นายวิเชียร นามศิริ)

ผู้อำนวยการ

- นายวิเชียร นามศิริ

- นายวิเชียร นามศิริ

นายวิเชียร นามศิริ

วิเชียร นามศิริ

วันที่ 13 กุมภาพันธ์ 2536

นายวิเชียร นามศิริ

วิเชียร นามศิริ

โครงการธรรมะบำบัดในหอผู้ป่วย

- | | | |
|------------------------|---|---|
| 1. ผู้รับผิดชอบโครงการ | ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น
กลุ่มงานจิตเวชสูงอายุ | |
| 2. ผู้ดำเนินงาน | นางเสงี่ยม
นายแพทย์รัชชัย
นางละเอียด
นางธีราพร
นางวัชณี
นางสุวดี | สารบัณฑิตกุล
กฤษณะประกรกิจ
ปัญญาใหญ่
มณีนารถ
หัตถพนม
ศรวิเศษ |
| 3. ที่ปรึกษาโครงการ | นายแพทย์วิวัฒน์ ยถาภูษานนท์ | |

4. หลักการและเหตุผล

พุทธศาสนาอุบัติขึ้นมาเพื่อรักษาโรคทางใจ และใช้วิธีการสำรวจตนเป็นเทคนิคนำไปสู่การเข้าใจตนเอง การรักษามีได้มุ่งแก้ไขเฉพาะกลุ่มอาการแต่ละอย่าง แต่มุ่งความสนใจไปที่ภาวะร่วมซึ่งอยู่เบื้องหลังการเกิดกลุ่มอาการเฉพาะทุกชนิด คนทั่วไปมักไม่รู้ว่า โลภะ โทสะ โมหะ เป็นเหตุให้เกิดโรคทางใจ¹ เพราะผู้มีกิเลสหนานั้น ภายในจิตใจจะมีแต่ความสับสนวุ่นวาย

การปฏิบัติธรรมในพระพุทธศาสนา คือการเรียนรู้ธรรมชาติของตัวเราเอง เพื่อให้เห็นความจริงของธรรมชาติในเรื่องของ เหตุ-ผล ถ้าสร้างเหตุดีย่อมได้ผลดี ถ้าสร้างเหตุชั่วย่อมได้ผลชั่ว ดังนั้น ผู้ปฏิบัติธรรมจึงควรควบคุมพฤติกรรมของตนเอง ไม่กระทำความชั่ว กระทำแต่เหตุที่ดี และทำจิตใจให้บริสุทธิ์การกระทำเช่นนี้ เรียกว่าเดินตามพระธรรมคำสอน ถ้าเราปฏิบัติได้ดังนี้ ในชีวิตประจำวันโดยสม่ำเสมอเราจะสามารถนำหลักธรรม มาแก้ไขปัญหาคิดใจได้โดยง่าย เพราะเราจะเข้าใจในสิ่งที่เกิดขึ้นมาเป็นปัญหาชีวิตของเราอย่างแท้จริง และสามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างถูกต้องตามเหตุและผล ชีวิตของเรา ก็จะดำเนินไปอย่างมีความสุข²

ธรรมะบำบัด (Dhamma Therapy) เป็นการบำบัดอีกรูปแบบหนึ่งแก่ผู้ป่วยจิตเวช จัดอยู่ในจิตบำบัดชนิดเรียนรู้ใหม่ (Reeducative Psychotherapy) โดยการนำหลักธรรมมาบรรยาย ให้แก่ผู้ป่วยภายในโรงพยาบาล โดยพระภิกษุสงฆ์ อันจะก่อให้เกิดผลดีต่อผู้ป่วย ที่มีอาการทางจิตสงบแล้ว และมีความสนใจและเชื่อถือศรัทธาในหลักธรรม คาดว่าผู้ป่วยจะสามารถนำหลักธรรมคำสอนของพระพุทธศาสนา ที่เรียนรู้เพิ่มขึ้นมาเป็นแนวทางในการดำเนินชีวิตที่เหมาะสมต่อไป นับเป็นการปรับปรุงบริการด้านการบำบัดรักษาภายในหอผู้ป่วย ให้มีคุณภาพและหลายรูปแบบมากขึ้น

5. วัตถุประสงค์

- 5.1 เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ในหลักธรรมคำสอนของพระพุทธศาสนามากขึ้น
- 5.2 เพื่อเพิ่มรูปแบบการรักษาแบบกลุ่มกิจกรรมบำบัดในหอผู้ป่วยอีก
รูปแบบหนึ่ง
- 5.3 ฝึกทักษะในการเข้าสังคมร่วมกันของผู้ป่วย ทั้งเพศชาย
และเพศหญิง

6. คุณสมบัติของผู้ป่วย

เป็นผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตสงบแล้ว เฉพาะตึกขงโค2 ตึกโนรี ตึกบุษบง
ตึกศรีตรัง 2 ตึก100เตียงชาย และตึก100เตียงหญิง เท่านั้น

7. สถานที่ ตึก 100 เตียงหญิง

8. ระยะเวลาในการดำเนินงาน เป็นเวลา 6 เดือน ตั้งแต่มีนาคม 2536 - สิงหาคม 2536

9. วิธีดำเนินงาน

- 9.1 ติดต่อประสานงานกับหัวหน้ากลุ่มงานจิตเวชสูงอายุ และหัวหน้าตึก
100 เตียงหญิง และ 100 เตียงชาย เพื่อวางแผนร่วมกันและ
เขียนโครงการ
- 9.2 เสนอโครงการต่อผู้อำนวยการ เพื่ออนุมัติให้ดำเนินงานตาม
โครงการ
- 9.3 ติดต่อประสานงานกับเจ้าอาวาสวัดป่าวิเวกธรรม หรือวัดอื่นที่มีพระ
ผู้ปฏิบัติดีปฏิบัติชอบ เพื่อแสดงธรรมเทศนาตามวัน และเวลาที่
กำหนดในโครงการ
- 9.4 พระภิกษุสงฆ์ แสดงธรรมเทศนา ทุกวันอังคารสัปดาห์ที่ 3
ของเดือน เวลา 13.30-14.30 น. กำหนดระยะเวลาในการ
ทดลองดำเนินงาน 6 เดือน ตั้งแต่เดือนมีนาคม 2536 - สิงหาคม
2536
- 9.5 สถานที่ในการแสดงธรรมเทศนา โดยใช้สถานที่ภายในหอผู้ป่วยตึก
100 เตียงหญิงและหัวหน้าตึกที่เป็นเจ้าภาพ จะมีหน้าที่รับผิดชอบ
นิมนต์พระ จัดเตรียมสถานที่ และของถวายพระ
- 9.6 หัวหน้าตึกที่เป็นเจ้าภาพ เรียงลำดับดังต่อไปนี้ ตึกขงโค2 ตึกโนรี
ตึกบุษบง ตึกศรีตรัง 2 ตึก100เตียงหญิง ตึก100เตียงชาย หมุน
เวียนเปลี่ยนกันไปจนครบ 6 เดือน

9.7 ประเมินผลหลังสิ้นสุดโครงการ เพื่อดูความเหมาะสมหรือปรับปรุงโครงการ เพื่อดำเนินการต่อไป

9.8 กำหนดเรื่องในการบรรยายธรรมดังนี้

1. 16 มีนาคม 2536 เรื่อง ศีล 5 และหลักการแสวงหาทรัพย์
2. 20 เมษายน 2536 เรื่อง ศีล 5 และหลักการแสวงหาทรัพย์
3. 18 พฤษภาคม 2536 เรื่อง ศีล 5 และหลักการแสวงหาทรัพย์
4. 15 มิถุนายน 2536 เรื่อง ศีล 5 และหลักการแสวงหาทรัพย์
5. 20 กรกฎาคม 2536 เรื่อง ศีล 5 และหลักการแสวงหาทรัพย์
6. 17 สิงหาคม 2536 เรื่อง ศีล 5 และหลักการแสวงหาทรัพย์

หลักการบรรยายธรรมทุกครั้ง ฝึกการทำสมาธิประมาณครั้งละ 10-15 นาที

10. งบประมาณ

เงินถวายปัจจัย และสังฆานครั้งละ 200 บาท รวม 6 ครั้ง
คิดเป็นเงิน 1,200 บาท

11. การประเมินผล

11.1 ประเมินผลผู้ป่วย โดยการสุ่มตัวอย่างประมาณ 25 % ของผู้ป่วยที่เข้ากลุ่มทั้งหมด และให้ตอบแบบสอบถามที่สร้างขึ้น ก่อนเข้ารับฟังบรรยายธรรมและตอบแบบสอบถามหลังการฟังการบรรยายธรรม โดยใช้แบบสอบถามชุดเดิมทั้งก่อนและหลัง และสอบถามผู้ป่วยคนเดิมเพื่อวัดความรู้ที่เพิ่มขึ้น (แบบสอบถามในแต่ละครั้งจะตรงกับเนื้อหาที่บรรยายในแต่ละเดือน)

11.2 ประเมินผลในภาพรวมด้วยวิธีสังเกต ความสนใจ ของผู้ป่วยขณะฟังพระธรรมเทศนา โดยพยาบาลวิชาชีพ

11.3 ประเมินผล ในด้านปัญหาอุปสรรค เช่น สถานที่ การประสานงาน เจ้าหน้าที่ และผู้ป่วย

12. ผลประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ผู้ป่วยมีสมาธิและความสนใจต่อการแสดงธรรมเทศนา ซึ่งเป็นการเบี่ยงเบนความคิด ความสนใจเกี่ยวกับตนเองของผู้ป่วย สู่โลกของความเป็นจริงมากยิ่งขึ้น มีความรู้ในหลักธรรมคำสอนของพระพุทธศาสนามากขึ้นและคาดว่าจะสามารถนำหลักธรรมคำสอนของพระพุทธศาสนา มาปรับปรุงการดำเนินชีวิตของตนเองได้อย่างเหมาะสม

13. เอกสารอ้างอิง

¹สมประสงค์ ศุภะวิท. Buddhist Awareness Therapy V.S. cognitive Therapy วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย Vol 33 No. 3. 153 - 157.

²โรจน์รุ่ง สุวรรณสุทธิ. การปฏิบัติธรรมในพระพุทธศาสนา เพื่อแก้ ปัญหาจิตใจ. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย Vol 35 No 2 : 79 - 82.

เนื้อหาการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคจิตในโครงการธรรมะบำบัด

หลักธรรมที่นำมาประยุกต์ใช้นั้น ได้คัดเลือกมาเพียงบางส่วน โดยจะเน้นถึงหลักธรรมที่ถือได้ว่าเป็นหัวใจของพุทธศาสนา และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน โดยมุ่งที่จะให้ผู้ป่วยได้มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับ "ธรรมะ" หรือความเป็นธรรมชาติของสิ่งทั้งหลาย และธรรมะที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิต มีการปฏิบัติเพื่อให้เกิดความรู้แจ้งเห็นจริง ในจิตใจอันจะมีผลให้ผู้ป่วยสามารถมีสมาธิได้ในช่วงระยะเวลาหนึ่ง ซึ่งหัวข้อธรรมะต่าง ๆ ที่นำมาให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโดยพระภิกษุสงฆ์คือ

ศีล 5

หลักการแสวงหาทรัพย์

วิธีการฝึกสมาธิ

1. หัวข้อธรรมเทศนา เรื่อง ศีล 5 (เบญจศีล)

วัตถุประสงค์

1. ศีล 5 คืออะไร มีองค์ประกอบอะไรบ้าง
2. ประโยชน์ของการรักษาศีล 5 อันมีสิ่งต่าง ๆ
3. หลักปฏิบัติในการรักษาศีล 5

ก. ศีล 5

1. เว้นจากปาณาติบาต คือ ไม่ทำลายชีวิตจับเอาสารว่าความประพฤติ หรือการดำเนินชีวิตที่ปราศจากการเบียดเบียนผู้อื่น ทางด้านชีวิตร่างกาย
2. เว้นจากอทินนาทาน คือ ไม่เอาของที่เขามีได้ให้ หรือไม่ลักขโมย จับเอาสารว่าความประพฤติหรือการดำเนินชีวิต ที่ปราศจากการเบียดเบียนผู้อื่นทางด้านทรัพย์สิน และกรรมสิทธิ์
3. เว้นจากกาเมสุมิฉฉาจาร คือ ไม่ประพฤติดิในกามทั้งหลาย จับเอาสารว่าความประพฤติ หรือการดำเนินชีวิตที่ปราศจากการเบียดเบียนผู้อื่นทางด้านคู่ครอง บุคคลที่รักหวงแหน ไม่ผิดประเพณีทางเพศ ไม่นอกใจคู่ครองของตน
4. เว้นจาก มุสาวาท คือ ไม่พูดเท็จ จับเอาสารว่า ความประพฤติ หรือการดำเนินชีวิตที่ปราศจากการเบียดเบียนผู้อื่น ด้วยวาจาเท็จ โกหกหลอกลวง ตัตรอนประโยชน์ หรือแกล้งทำลาย

5. เว้นจากของเมา คือ สุรา และเมรัย อันเป็นที่ตั้งแห่งความประมาท คือไม่เสพของมีนเมา จับเอาสาระว่า ความประพฤติหรือการดำเนินชีวิตที่ปราศจากความประมาทหลังเพลอ มัวเมา เนื่องจากการใช้สิ่งเสพติด ที่ทำให้เสียสติสัมปชัญญะ

2. หัวข้อธรรมเทศนา เรื่อง หลักการแสวงหาทรัพย์

วัตถุประสงค์

1. รู้จักหลักธรรมในเรื่อง สัมมาอาชีวะและการรักษาทรัพย์
2. รู้จักหลักธรรมในเรื่อง มิจฉาอาชีวะ และมิจฉาวณิชชา
3. รู้านิสงค์ของการปฏิบัติธรรมเหล่านี้

รายละเอียดหัวข้อ

หลักธรรมในการแสวงหาทรัพย์

1. อุฏฐานสัมปทา
 - ขยันในการทำงานไม่ว่าอาชีพอะไร ไม่เกียจคร้าน มีปัญญาเป็นเครื่องสอบสวนตรวจตรา
2. อารักขสัมปทา
 - รู้จักรักษาทรัพย์ที่หามาได้ ไม่ให้เสื่อมหายไปในทางที่ผิด
3. กัลยาณมิตตตา
 - คบหาสมาคมกับผู้ประพฤติธรรม มีศรัทธา รักษาศีล มีความเสียสละ
4. สมชีวิตา
 - เลี้ยงชีพพอเหมาะ ไม่ฟุ้งเฟ้อสุรุ่ยสุร่าย หรือไม่ให้ผิดเคืองเกินไป

มิจฉาอาชีวะ คือ

1. การโก่งหลอกหลวง ทำของปลอมเลียนแบบ ค้ากำไรเกินควรหรือการทำให้ผู้อื่นเข้าใจผิด
2. การประจบสอพลอ ไม่สนใจทำงาน คอยแค่ประจบเจ้านายให้รัก
3. การบีบบังคับขู่เข็ญ บังคับให้เขาซื้อ ริดไถเงินทองโดยอิทธิพล
4. การต่อลาภ ด้วยลาภ ให้กู้เงินคิดดอกเบี้ยราคาแพง

มิจฉาวณิชชา ได้แก่

1. ค้าขายอาวุธ
2. ค้าขายมนุษย์
3. ค้าขายเนื้อสัตว์ให้เขาเอาไปฆ่า
4. ค้าขายน้ำเมา
5. ค้าขายยาพิษ

วิธีการฝึกสมาธิ

สมาธิ คือ ความมีใจตั้งมั่น ความมั่นคงแห่งจิต การทำใจให้สงบแน่วแน่ อยู่ในสิ่งหนึ่งโดยเฉพาะ

การเจริญสมาธิก็คือ การที่เราควบคุมจิตของเราให้สงบนิ่งอยู่กับสิ่งหนึ่งสิ่งใด จะเป็นอะไรก็ได้ในขณะนั้น ไม่ว่าเราจะอยู่ในอิริยาบถไหน และทำอะไรอยู่ เราก็สามารถที่จะเจริญสมาธิได้

โดยปกติธรรมดา ทุกคนจะมีสมาธิอยู่แล้ว แต่ว่างบางคนมีมาก บางคนมีน้อย การเจริญสมาธิหรือการฝึกสมาธิให้มากยิ่งขึ้น จะช่วยให้จิตใจสงบและเย็นมากขึ้น และนั่นคือเป็นเหตุให้มีความสุขด้วย

วิธีเจริญสมาธิแบบง่ายและย่อที่สุดที่ทำได้ที่นี่ และเดี๋ยวนี้ คือ เมื่อเราอยู่ในท่าหรืออิริยาบถใดก็ตาม ให้ทำ 2 วิธี คือ กำหนดลม กับกำหนดงาน

1. กำหนดลม หมายความว่าให้เราเอาสมาธิ คือความตั้งมั่นแห่งจิตเข้าไปกับลมหายใจ โดยการนับเป็นคู่ ๆ ดังนี้

หายใจเข้านับหนึ่ง หายใจออกนับหนึ่ง หายใจเข้านับสอง

หายใจออกนับสอง หายใจเข้านับสาม หายใจออกนับสาม

นับเป็นคู่ ๆ เรื่อยไปจนถึง ห้า แล้วก็มาตั้งต้นหนึ่งใหม่ นับไปจนถึง หก แล้วก็มาตั้งต้นหนึ่งใหม่ นับไปจนถึง เจ็ด หมายความว่า เพิ่มขึ้นทีละหนึ่ง เลขจนถึงสิบ แล้วก็ตั้งต้นใหม่ ทำเป็นตัวเลขได้ดังนี้

เทียวนที่ 1 1-1, 2-2, 3-3, 4-4, 5-5

เทียวนที่ 2 1-1, 2-2, 3-3, 4-4, 5-5, 6-6

เทียวนที่ 3 1-1, 2-2, 3-3, 4-4, 5-5, 6-6, 7-7

เทียวนที่ 4 1-1, 2-2, 3-3, 4-4, 5-5, 6-6, 7-7, 8-8

เทียวนที่ 5 1-1, 2-2, 3-3, 4-4, 5-5, 6-6, 7-7, 8-8, 9-9

เทียวนที่ 6 1-1, 2-2, 3-3, 4-4, 5-5, 6-6, 7-7, 8-8, 9-9, 10-10

นับเทียวนที่ 1 มาถึงเทียวนที่ 5 พอเทียวนที่ 2 ก็เพิ่มมาอีก 1 คู่ เพิ่มขึ้นทุกเทียวนจนถึงคู่ที่ 10 ก็กลับมาตั้งต้นเทียวนที่ 1 ใหม่ ทำอยู่อย่างนั้นจนกว่าจิตใจจะสงบเป็นสมาธิโดยการตั้งฐานของลมหายใจไว้ 3 จุด คือ จมูก ออก และท้อง ลมผ่านเข้าหรือออกก็ทำให้จิตแน่วแน่วอยู่ตลอดเวลา เมื่อจิตแน่วแน่วอยู่กับลม ไม่ฟุ้งซ่านไปที่อื่น ก็ถือว่าสมาธิเกิดแล้ว

2. กำหนดงาน หมายความว่า ให้เราเอกสมาธิ คือความตั้งมั่นแห่งจิตนี้ แหละ เข้าไปประกอบกับงาน หรือในอริยาบทต่าง ๆ โดยให้จิตมั่น แน่วแน่ นิ่ง กับสิ่งนั้น ๆ ไม่ว่าเราจะทำอะไรอยู่ที่ใดก็ให้จิตมั่นอยู่กับสิ่งนั้นด้วย แม้ว่าสิ่งนั้น ๆ จะ เคลื่อนไหวไปด้วยกัน ไม่คิดฟุ้งซ่านไปที่อื่น เพียงเท่านั้นเองเราก็ได้ชื่อว่าเจริญ สมาธิแล้ว สำหรับคนที่ไม่เคยทำ มันก็จะไม่ง่ายเหมือนอ่านหนังสือ แต่มันไม่ใช่ ของยาก ถ้าเราหมั่นทำบ่อย ๆ ก็จะเกิดความชำนาญและทำได้ดีขึ้นเรื่อย ๆ

สมาธิทำนุจัดเป็นยอดของความสุข ผู้ปรารถนาความสุขก็ควรที่จะเจริญ สมาธิ นอกจากจะไม่เสียเงินเสียแรงอะไรแล้ว เรายังจะได้พบกับความสุขที่ เหลือสุขอื่นใดในโลกเสียด้วย

วิธีเจริญสมาธิมีแบบและวิธีมากมาย ชอบและถนัดวิธีไหนก็ทำวิธีนั้นเถิด ไม่ ผิดทุกวิธี ขอแต่ทำแล้วทำให้จิตแน่วแน่ สงบ อยู่กับสิ่งนั้น ๆ ก็ถือว่าถูกต้องทั้งนั้น ที่นำมาลงไว้ในที่นี้ก็ใช่อีกวิธีหนึ่งในหลาย ๆ วิธีเหล่านั้น (ธรรมรักษา, สุขสันต์ วันเกิด, 2529)

ประโยชน์ของสมาธิในชีวิตประจำวัน (พระราชวรมนี, 2525)

1. ช่วยทำให้จิตใจผ่อนคลาย หายเครียด เกิดความสงบหายกระวนกระ วาย หลุดจากความกลัดกลุ้ม วิตกกังวล เป็นเครื่องพักผ่อนกายให้ใจสบายและมี ความสุข เช่น บางท่านทำอาสนาปาสติ (กำหนดลมหายใจเข้าออก) ในเวลาที่ จำเป็นต้องรอคอยและไม่มีอะไรจะทำ

2. เป็นเครื่องเสริมประสิทธิภาพในการทำงาน การเล่าเรียน และทำ กิจทุกอย่าง เพราะจิตที่เป็นสมาธิ แน่วแน่อยู่กับสิ่งที่กระทำ ไม่ฟุ้งซ่าน ไม่เลื่อน ลอย ย่อมช่วยให้เรียน ให้คิด ให้ทำงานได้ดี การงานก็เป็นไปโดยรอบคอบ ไม่ผิดพลาดและป้องกันอุบัติเหตุได้ดี เพราะเมื่อมีสมาธิก็ย่อมมีสติกำกับอยู่ด้วย

แบบสัมภาษณ์ผู้ป่วยจิตเวชที่เข้าร่วมโครงการธรรมะบำบัดในหอผู้ป่วย

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1.1 ชื่อ นามสกุล

1.2 อายุ

1.3 การศึกษา

1.4 เพศ

☐ ชาย ☐ หญิง

1.5 จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษា จำนวนวันที่อยู่ในโรงพยาบาล

1.6 อาชีพ

☐ ทานา ทาไร่

☐ รับราชการ

☐ ค้าขาย

☐ แม่บ้าน

☐ รับจ้าง

☐ว่างงาน

☐ อื่น ๆ

1.7 ลักษณะพฤติกรรมของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในครั้งนี้ (ค้นจากประวัติ)

ก. พฤติกรรมก้าวร้าว

ข. พฤติกรรมหวาดระแวง

ค. พฤติกรรมซึมเศร้า

ง. พฤติกรรมดอยหนี

จ. พฤติกรรมเจ้ากี้เจ้าการ

1.8 ท่านเคยเข้าวัดฟังธรรม

ก.ครั้ง ต่อเดือน

ข. ไม่เคยเลย

ค. อื่น ๆ

แบบทดสอบความรู้ เรื่อง เบญจศีล (ศีล 5) และหลักการแสวงหาทรัพย์

ตอนที่ 1 จงเติมข้อความในช่องว่างให้ได้ความหมายที่ถูกต้อง (ข้อละ 1 คะแนน)

1. ศีลข้อที่ 1 บานาติปาตา เวมณี หมายถึง.....
2. ศีลข้อที่ 2 อทินนาทานา เวมณี หมายถึง.....
3. ศีลข้อที่ 3 กาเมสุมิจจาจารา เวมณี หมายถึง.....
4. ศีลข้อที่ 4 มุสาวาทา เวมณี หมายถึง.....
5. ศีลข้อที่ 5 สุราเมรยมัชชปมาทัฏฐานา เวมณี หมายถึง.....

ตอนที่ 2 จงเลือกคำตอบที่ถูกต้องที่สุดเพียงข้อเดียว (ข้อละ 1 คะแนน)

1. ข้อใดถือว่ากระทำผิดศีล 5
 - ก. ให้ทานคนขอทาน
 - ข. หยิบเงินที่เจ้าของลืมทิ้งไว้มาเป็นของตน
 - ค. เล่นการพนัน
 - ง. แจ้งตำรวจจับผู้ร้าย
2. ข้อใดทำผิดศีลข้อห้ามฆ่าสัตว์ ทำร้ายสัตว์
 - ก. เดินไปเหยียบมดตายโดยไม่เจตนา
 - ข. ตบยุงที่มากัดเราตาย
 - ค. ลงโทษลูกที่กระทำความผิด
 - ง. ผิดศีลทุกข้อ
3. สิ่งต่อไปนี้ข้อใดถือว่าเป็นสิ่งเสพติดให้โทษที่ควรหลีกเลี่ยง
 - ก. สุรา
 - ข. บุหรี่
 - ค. ยาม้า ยาขยัน
 - ง. ถูกทุกข้อ
4. ข้อใดถือว่าเป็นการโกหกหลอกลวงผู้อื่น
 - ก. หนีงานไปเที่ยวแล้วอ้างว่าป่วย
 - ข. ขายสินค้าปลอม
 - ค. ทำความผิดแล้วไม่ยอมรับผิด
 - ง. ถูกทุกข้อ
5. ข้อใดต่อไปนี้ เป็นการประกอบอาชีพที่สุจริตดีงาม
 - ก. ค้ากำไรเกินควร
 - ข. ไม่ทำงาน คอยประจบเจ้านาย
 - ค. ค้าขายไม่คดโกง ซื่อสัตย์สุจริต
 - ง. ขายสุรา ยาเมา