

ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่ออาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท

นางสาวพรทิพย์ ไชสะอาด

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2555

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)

เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository(CUIR) are the thesis authors' files submitted through the Graduate School.

THE EFFECT OF STRESS MANAGEMENT PROGRAM ON PSYCHOTIC SYMPTOMS OF
SCHIZOPHRENIC PATIENTS

Miss Porntip Kaisa-ard

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Mental Health and Psychiatric Nursing

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2012

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่ออาการ

ทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท

โดย

นางสาวพรทิพย์ ไชสะอาด

สาขาวิชา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก อาจารย์ ดร.เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็น
ส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจเอกหญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลีอนุชวณิช)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(อาจารย์ ดร.เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ)

..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(อาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ชัมภลิจิต)

พรทิพย์ ไชสะอาด : ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่ออาการทางจิตของผู้ป่วย
จิตเภท. (THE EFFECT OF STRESS MANAGEMENT PROGRAM ON PSYCHOTIC
SYMPTOMS OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: อ.ดร.
เพ็ญภา แดงค้อมยุทธ์ , 153 หน้า.

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดสองครั้งก่อนและหลังการทดลอง เรื่องนี้มีวัตถุประสงค์
คือ 1) เพื่อเปรียบเทียบอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการ
ความเครียด 2) เพื่อเปรียบเทียบอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการ
จัดการความเครียดกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการ
รักษาในหน่วยตรวจผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลรามารินทร์ และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ จำนวน 40
คน ซึ่งได้รับการจับคู่เข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน กลุ่มทดลองได้รับการดูแล
ตามโปรแกรมการจัดการความเครียดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม 6 ครั้ง
ได้แก่ การให้ความรู้เรื่องความเครียดและฝึกทักษะการผ่อนคลาย การเสริมสร้างความแข็งแรงของ
ร่างกาย การจัดการความเครียดที่เกิดจากการรับประทานยา การจัดการกับอาการทางจิต การแก้ไข
ปัญหาในชีวิตประจำวัน และการพัฒนาทักษะการสื่อสาร ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาล
ตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ 1) โปรแกรมการจัดการความเครียด 2) แบบประเมินอาการ
ทางจิต Positive and Negative Syndrome Scale และ 3) แบบประเมินทักษะการจัดการความเครียด
ซึ่งเครื่องมือ ได้ผ่านการ ทดสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน และเครื่องมือ 2
ชุดหลัง มีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบราคเท่ากับ .82 และ .78 ตามลำดับ
ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. อาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับ โปรแกรมการจัดการความเครียด ต่ำกว่าก่อน
ได้รับ โปรแกรมการจัดการความเครียด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. อาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการจัดการความเครียด ต่ำกว่ากลุ่ม
ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สาขาวิชา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ลายมือชื่อนิสิต.....
ปีการศึกษา 2555..... ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก.....

5377587536 : MAJOR MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING

KEYWORDS : STRESS MANAGEMENT PROGRAM / PSYCHOTIC SYMPTOMS / SCHIZOPHRENIA

PORNTIP KAISA-ARD: THE EFFECT OF STRESS MANAGEMENT PROGRAM
ON
PSYCHOTIC SYMPTOMS OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS.

ADVISOR : PENNAPA DANGDOMYOUTH, Ph. D, 153 pp.

The purposes of this quasi-experimental research using the pretest-posttest design were: 1) to compare the psychotic symptoms of schizophrenic patients before and after received the stress management program, and 2) to compare the psychotic symptoms of schizophrenic patients who received stress management program and those who received routine nursing care. Forty of schizophrenic patients receiving in outpatients department, Ramathibodi Hospital, who met the inclusion criteria, were matched pair and assigned to experimental group and control group, 20 subjects in each group. The experimental group received the stress management program composed of 6 group activities to improve relevant skills including relaxation, physical strength, symptoms and medication management, life problem management, and communication.

The control group received routine nursing care. Research instruments were: 1) the stress management program, 2) The Positive and Negative Syndrome Scale, and 3) The Stress management skill scale. The instruments were tested for content validity by 5 professional experts. The Chronbach's Alpha coefficient reliability of the two latter instruments was .82 and .78, respectively. The t-test was used in data analysis. Major findings were as follows:

1. The psychotic symptoms of schizophrenic patients who received the stress management program was significantly less than before, at the .05 level.
2. The psychotic symptoms of schizophrenic patients who received the stress management program was significantly less than those who receive routine nursing care, at the .05 level.

Field of Study: Mental Health and Psychiatric Nursing Student's Signature.....

Academic Year: 2012.....Advisor's Signature.....

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จได้ด้วยความกรุณา จาก อาจารย์ ดร. เพ็ญภา แดงค้อมยุทธ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้ความรู้ ชี้แนะแนวทาง ในการทำวิทยานิพนธ์ ส่งเสริม และให้กำลังใจ ให้ผู้วิจัยมีความมุ่งมั่น และตั้งใจ ทำวิทยานิพนธ์ให้สำเร็จ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้ง และเป็นเกียรติอันสูงส่งที่ได้รับการประสิทธิประสาทวิชาความรู้จากอาจารย์ตลอดมา ผู้วิจัยขอกราบ ขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. . อรพรรณ ลีอนุชวัชชัย ประธานสอบ วิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ชัมภลิจิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่เมตตาให้คำแนะนำ ที่เป็นประโยชน์และมีคุณค่ายิ่ง รวมทั้งคณะกรรมการสอบโครงร่างวิทยานิพนธ์ทุกท่านที่ได้ให้ ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัยทุกท่านที่ให้การประสิทธิประสาทวิชาความรู้จากคณาจารย์ตลอดมา ขอกราบ ขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่กรุณาตรวจสอบความถูกต้องของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือวิจัยให้มีความเหมาะสมกับงานวิจัยมากที่สุด

ขอขอบพระคุณ หัวหน้าภาควิชาจิตเวชศาสตร์ หัวหน้าหอผู้ป่วยจิตเวช หัวหน้าหน่วยตรวจ ผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลรามธิบดี และเพื่อนร่วมงานทุกท่าน ที่ช่วยอำนวยความสะดวกใน การเก็บข้อมูลสำหรับการวิจัยครั้งนี้ ขอขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ที่ได้ให้ข้อมูล และมีส่วนร่วมในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ ประสพผลลุล่วงไปด้วยดี

ขอรำลึกถึงพระคุณของบิดามารดา ผู้ให้กำเนิด และทุกคนในครอบครัวตลอดจน กัลยาณมิตรทุกคนที่ให้ความช่วยเหลือ สนับสนุน และให้กำลังใจที่ดีเสมอมา สุดท้ายนี้คุณค่า และผลลัพธ์จากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ขอให้เป็นประโยชน์สำหรับผู้ป่วย จิตเภททุกท่าน ขอให้มีความสุขกาย และสุขภาพใจที่สมบูรณ์ แข็งแรงตลอดไป

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฌ
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์การวิจัย	5
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย	5
สมมติฐานการวิจัย	9
ขอบเขตการวิจัย	9
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย	10
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	13
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท.....	15
อาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท.....	21
การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท.....	28
แนวคิดเกี่ยวกับความเครียดในผู้ป่วยจิตเภท.....	32
โปรแกรมการจัดการความเครียด.....	42
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	51
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	55
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย	
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	5 6
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	5 8
การดำเนินการทดลอง	74
การวิเคราะห์ข้อมูล	88

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	90
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	99
รายการอ้างอิง.....	112
ภาคผนวก.....	120
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบเครื่องมือ.....	121
ภาคผนวก ข เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	123
ภาคผนวก ค ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย.....	141
ภาคผนวก ง ข้อมูลและใบยินยอมของประชากรกลุ่มตัวอย่าง.....	143
ภาคผนวก จ คะแนนอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง.....	148
ภาคผนวก ฉ ผลการวิเคราะห์ หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ.....	151
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	153

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า	
1	การเปรียบเทียบ Stress management program ตามแนวคิดของ Norman et al. (2002) และ โปรแกรมการจัดการความเครียดที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น.....	45
2	การเปรียบเทียบคุณลักษณะ (Matched-pair) ของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นรายคู่.....	76
3	กำหนดการในการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมการจัดการความเครียด	78
4	คะแนนทักษะการจัดการความเครียดของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียด	87
5	จำนวน และร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพ และระดับการศึกษา.....	91
6	จำนวน และร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอาชีพ รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย และจำนวนครั้งการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล.....	92
7	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิต โดยรวมของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง.....	93
8	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตรายด้านของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง.....	94
9	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของอาการทางจิต โดยรวมของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง.....	95
10	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของอาการทางจิตรายด้านของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง.....	96
11	เปรียบเทียบ คะแนนเฉลี่ยอาการทางจิต โดยรวมของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง.....	97
12	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตรายด้านของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง.....	98
13	คะแนนอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อน (Pre-test) และหลังการทดลอง (Post-test).....	149
14	ผลการวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของแบบประเมินอาการทางจิต Positive and Negative Syndrome Scale ฉบับภาษาไทย (PANSS-T).....	152

ญ

หน้า

15	ผลการวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของแบบประเมินทักษะการจัดการความเครียด ของผู้ป่วยจิตเภท.....	155
----	---	-----

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทจัดเป็นโรคทางจิตเวชชนิดรุนแรงและเรื้อรัง ผู้ป่วยจะมีความผิดปกติทั้งด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม (Sadock and Sadock, 2007) พบว่ามีอุบัติการณ์การเกิดโรค ประมาณร้อยละ 0.85 ของประชากรทั่วโลก (Sadock & Sadock, 2000) เป็นโรคที่เป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขทั่วโลก จากการศึกษาขององค์การอนามัยโลก ถึงภาระโรค พบว่าโรคจิตเภทเป็นปัญหา 1 ใน 10 โรคแรกที่เป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability Adjusted Life Years) (WHO, 2001) และเป็นสาเหตุอันดับ 5 ของบรรดาโรคทั้งหมดที่ทำให้ผู้ป่วยไร้ความสามารถและตายก่อนเวลาอันควร (พิเชฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนันทน์, 2552) เนื่องจากผู้ป่วยโรคจิตเภท แม้จะได้รับการรักษาจนอาการทุเลาลงกลับไปใช้ชีวิตในสังคมได้ แต่พบว่ายังมีอาการหลงเหลือ และมีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ เมื่อเผชิญกับความเครียดหรือความกดดันในจิตใจ และยังมีอาการกำเริบบ่อยครั้ง ก็ยังมีอาการหลงเหลือมากขึ้นหรือเสื่อมลงเรื่อยๆ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2555) จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทร้อยละ 70 มีการกลับเป็นซ้ำในช่วง 1 ปีแรกหลังจากเข้ารับการรักษา (Lindstrom and Bingerfors, 2000) และพบว่าร้อยละ 80 ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ยังคงมีความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรมบางอย่าง (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544) ทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถทางสังคมลดลง ขาดความสนใจและความกระตือรือร้นในการทำกิจกรรมประจำวันหรือการทำงาน ส่งผลให้เกิดการไร้ความสามารถ คุณภาพชีวิตไม่ดี เป็นภาระต่อครอบครัวและสังคม (Cunningham, 2007)

ในปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัดของโรคจิตเภท แต่เป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปว่าโรคจิตเภท ไม่ได้เกิดจากสาเหตุใดสาเหตุหนึ่งแต่เกิดจากหลายปัจจัยร่วมกัน อาการของโรคจิตเภทจะแตกต่างกันออกไป โดยในระยะแรกของโรค (Prodromal phase) ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงแบบค่อยเป็นค่อยไป พบว่ามีปัญหาในด้านการทำหน้าที่และความรับผิดชอบ มีปัญหา ด้านสัมพันธภาพ และละเลยเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย ใน ระยะอาการกำเริบ (Active phase) ผู้ป่วยจะมีอาการทางจิตชัดเจน ส่วนใหญ่เป็นอาการทางบวก ได้แก่ อาการหลงผิด ประสาทหลอน

มีพฤติกรรมวุ่นวาย ก้าวร้าว (Lindenmayer et al., 1994) ส่วนในระยะอาการหลงเหลือ (Residual phase) ผู้ป่วยจะมีอาการสงบ แต่ยังมีอาการทางจิตหลงเหลืออยู่แต่ไม่รุนแรง เช่น อาการหงุดหงิด วิตกกังวล อาการหลงผิด ประสาทหลอน ส่วนมากในระยะนี้พบว่าผู้ป่วยมีอาการทางลบ คือ มีอารมณ์เฉยเมย ไม่สนใจสิ่งรอบตัว บกพร่องทักษะการติดต่อทางสังคม ความสามารถในการทำหน้าที่ต่างๆลดลง อาการซึมเศร้าจะพบได้บ่อยในระยะนี้ ในระยะอาการหลงเหลือผู้ป่วยอาจมีอาการกำเริบเป็นครั้งคราว (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2555) ซึ่งอาการของโรคจิตเภทต่างๆเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียความสามารถในการดูแลตนเอง การมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งในเรื่องการใช้ชีวิตในสังคม การเรียน การประกอบอาชีพ และยังเป็นภาระต่อครอบครัวและสังคม (พิเชฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนันทน์, 2552) ดังนั้นการทำความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องอาการของผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งสำคัญในการวางแผนการช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างเหมาะสมต่อไป

จากการทบทวนวรรณกรรมพบปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิตรุนแรงขึ้น คือ 1) ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย ได้แก่ การไม่รับประทานยาตามแผนการรักษา (Gray, Wykes and Gournay, 2002) เนื่องจากผู้ป่วยขาดความรู้ ความเข้าใจด้านการรักษาด้วยยา ขาดการตระหนักรู้ต่อความเจ็บป่วย ปฏิเสธความเจ็บป่วยของตนเอง (มานิตย์ ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษยวณิช, 2542) และจากผลข้างเคียงของยา ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่สุขสบาย จนไม่ยอมรับรับประทานยา (Kaplan and Sadock, 2000) การไม่สามารถจัดการกับอาการทางจิต ไม่สามารถสังเกตอาการนำก่อนอาการกำเริบ จึงทำให้อาการทางจิตรุนแรงขึ้น (Hayward et al, 1995; Kaplan and Sadock, 2000) การมีปัญหาด้านการเงิน พบว่าผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่จะอยู่ในสังคมที่มีเศรษฐกิจต่ำ มีวิถีชีวิตที่ยากจน ทำให้ผู้ป่วยประสบปัญหาในการดำเนินชีวิตมากขึ้น เป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดอาการของโรคจิตเภท (สมภพ เรื่องตระกูล, 2549) และการจัดการความเครียดที่ไม่มีประสิทธิภาพของผู้ป่วย โดยผู้ป่วยมักหลีกเลี่ยงที่จะเผชิญปัญหาต่อต้าน ไม่มีกำลังใจ ทำให้อาการทางจิต รุนแรงขึ้น จนเกิดการป่วยซ้ำ (เพชร คันธสายบัว, 2544) 2) ปัจจัยด้านครอบครัวและสังคม พบว่าปัญหาสัมพันธภาพกับคนในครอบครัว และบุคคลอื่น ครอบครัวที่มีการใช้อารมณ์ต่อกันสูง ได้แก่ การตำหนิ วิพากษ์วิจารณ์ มีท่าทีไม่เป็นมิตร หรือเข้าไปยุ่งกับผู้ป่วยมากเกินไป มีผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิตรุนแรงขึ้น จนเกิดการกำเริบของโรค (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2555) และพบว่าการเผชิญ

กับความเครียดในชีวิต เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิตรุนแรงขึ้น ถึงแม้ผู้ป่วยจะได้รับยาต้านอาการทางจิต (Norman et al., 2002)

จะเห็นได้ว่าเหตุการณ์ความเครียด และการจัดการความเครียดที่ไม่มีประสิทธิภาพ สัมพันธ์กับการเกิดอาการทางจิต จากแนวคิด Vulnerability -Stress Model (Zubin and Spring, 1977) พบว่าความเครียดที่เพิ่มขึ้นจะมีผลต่อการกำเริบของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภท เนื่องจากผู้ป่วยมีปัจจัยความอ่อนแอ (Vulnerability factor) สูงต่อความเครียดทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม เมื่อพบกับสภาพกดดัน หรือปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่ก่อให้เกิดความเครียด (Environmental factor) ผู้ป่วยจะไม่สามารถจัดการเพื่อกลับสู่ภาวะสมดุลได้ (Nuechterlein et al., 1994) ผู้ป่วยจะมีสถานะอารมณ์แปรปรวนได้ง่ายกว่าบุคคลทั่วไป ทำให้มีพฤติกรรมผิดปกติ ที่แสดงถึงอาการทางจิต (Meijel et al., 2003) พฤติกรรมดังกล่าวทำให้นักคลรอบข้างมีการตอบสนองทางลบต่อผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความเครียดมากขึ้น จนนำมาซึ่งการกำเริบของโรค แต่เนื่องจากในชีวิตประจำวันผู้ป่วยต้องเผชิญกับสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา จึงก่อให้เกิดความเครียดขึ้นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ผู้ป่วยจิตเภทซึ่งมีความรู้สึกไวต่อความเครียดต่างๆมากกว่าคนปกติ มีความยากลำบากในการอดทนต่อสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด (Lysaker, 2005) ผู้ป่วยจะมีการตอบสนองต่อความเครียดได้ไม่ดี (อรพรรณ ลือบุญรัชชัย , 2554) และมีความพร่องด้านทักษะในการจัดการความเครียด เนื่องจากความผิดปกติด้านการคิด การรับรู้ อารมณ์ และการใช้เหตุผล (Fuller and Schultz, 2003) ผู้ป่วยจึงไม่สามารถประเมิน วิเคราะห์สถานการณ์ความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ และไม่สามารถเลือกวิธีในการจัดการความเครียดที่เหมาะสม (Moller and Murphy, 2001) จึงนำไปสู่การแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม และมีอาการทางจิตที่รุนแรงขึ้นจนเกิดการป่วยซ้ำ (Norman et al., 2002) ซึ่งการป่วยซ้ำจะส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความเสื่อมถอยของบุคลิกภาพ อารมณ์ การรับรู้ มากยิ่งขึ้นและมีความบกพร่องในการทำหน้าที่สำคัญต่างๆตามมา เช่น การดูแลตนเอง การทำงาน และการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น (พิเชฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกานนท์ , 2552) จะเห็นได้ว่าเมื่อผู้ป่วยจิตเภทเกิดความเครียด และไม่สามารถจัดการกับความเครียดนั้นได้สัมพันธ์กับอาการทางจิตที่รุนแรงขึ้น แม้ว่าผู้ป่วยจะรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ (Nuechterlein et al., 1994) ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถจัดการความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพจึงเป็นแนวทางที่ช่วยลดอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท และการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถจัดการความเครียดได้อย่างมี

ประสิทธิภาพ จำเป็นต้องทราบถึงสาเหตุของความเครียดที่มีลักษณะเฉพาะ (Specific stress) ในผู้ป่วยจิตเภท

ซึ่งปัจจัยที่เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความเครียด ได้แก่ การเผชิญกับอาการทางจิต เนื่องจากเป็นสิ่งที่รบกวนจิตใจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกกดดัน ทุกข์ทรมานจากอาการ (Wiedl et al., 1991; Nuechterlein et al., 1994) การรับประทานยารักษาอาการทางจิต เนื่องจาก ผู้ป่วยต้องอดทนกับอาการข้างเคียงของยา ต้องรับประทานยาเป็นเวลาต่อเนื่องยาวนาน (ผลทิพย์ ปานแดง, 2547) และการถูกบังคับให้ต้องรับประทานยา จึงเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด (จงรัตน์ ลีพัฒนศิริ, 2548) ปัญหาการสื่อสารและการมีปฏิสัมพันธ์ของผู้ป่วยกับบุคคลอื่น เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบมักแยกตัวอยู่ตามลำพัง ไม่ต้องการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น (ทูลภา นุพผาสังข์, 2545) ส่วนผู้ป่วยที่มีอาการทางด้านบวกโดยเฉพาะอาการประสาทหลอนและหวาดระแวง ทำให้ผู้ป่วยมีการแสดงออกต่อผู้อื่นอย่างไม่เหมาะสม (Cook et al., 2007) จากพฤติกรรมดังกล่าวทำให้ผู้อื่นแสดงท่าทีไม่เป็นมิตร วิพากษ์วิจารณ์หรือตีเคียดผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยขาดเครือข่ายการสนับสนุนทางสังคม จึง เป็นสาเหตุสำคัญอีกประการหนึ่งที่ ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความเครียด (จิราภรณ์ สรรพวีรวงศ์, 2544) และปัญหาด้านภาวะสุขภาพ เนื่องจากผู้ป่วยมีความบกพร่องด้านการดูแลตนเอง มักขาดความสนใจในการรักษาความสะอาดร่างกาย ขาดความสนใจด้านสุขภาพ มีการใช้สารเสพติด (สมภพ เรื่องตระกูล, 2549) จากการศึกษาของ เปรมฤดี คำรักษ์ (2545) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีความพร้อมความสามารถในการดูแลตนเอง เช่น การเลือกรับประทานอาหาร การดูแลความสะอาดร่างกาย การนอนหลับพักผ่อน ซึ่งปัญหาด้าน ภาวะสุขภาพเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความเครียดขึ้น และยัง ส่งผลต่อความสามารถในการจัดการความเครียด เนื่องจากผู้ป่วยจะขาดพลังงานที่จะนำมาใช้ในการจัดการกับความเครียด ต่างจากบุคคลที่สุขภาพดีและแข็งแรง (Lazarus and Folkman, 1984)

เนื่องจากปัจจุบัน การรักษาผู้ป่วยจิตเภท ให้ได้ผลดี ไม่ได้ใช้ยาเพียงอย่างเดียว แต่ต้องให้การบำบัดทางจิตสังคมควบคู่กันไปด้วย เพื่อช่วยลดความรุนแรงของอาการทางจิต ป้องกันการป่วยซ้ำ (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2546) พบว่ามีการบำบัดที่ช่วยลดความรุนแรงของอาการทางจิต ในหลายแนวทาง ได้แก่ การบำบัดทางการรู้คิดและพฤติกรรม โดยการเพิ่มกลยุทธ์ในการจัดการกับอาการทางจิตและวิธีการแก้ปัญหา (Terrier et al., 1993) การพัฒนาทักษะการจัดการความเครียดและการ

แก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน (Norman et al., 2002) การให้สุขภาพจิตศึกษาเกี่ยวกับความเครียด และการฝึกทักษะในการแก้ปัญหาทางสังคม (Andres et al., 2003) การจัดการความเครียดจากการทำงาน โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับความเครียด การฝึกการจัดการความเครียด ฝึกทักษะการสื่อสารและพฤติกรรมกล้าแสดงออกอย่างเหมาะสม (Lee et al., 2006) การฝึกผ่อนคลายด้วยโยคะ และการออกกำลังกาย (Duraiswamy et al., 2007) การใช้โปรแกรมการจัดการอาการหูแว่ว (วิมลพร เกียรติวุฒินนท์ และคณะ., 2551) ซึ่งการบำบัดทางจิตสังคมที่ช่วยลดความรุนแรงของอาการทางจิต ที่พบส่วนใหญ่ช่วยจัดการกับปัจจัยที่มีผลต่อความรุนแรงของอาการทางจิตเพียงบางปัจจัย ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จึงเห็นความสำคัญของการพัฒนาโปรแกรมการจัดการความเครียด ซึ่งจะช่วยลดอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากกิจกรรมในโปรแกรม ช่วยจัดการกับปัจจัยที่มีผลต่อความรุนแรงของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทโดยตรง ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีทักษะการจัดการกับความเครียด อย่างเหมาะสม สามารถจัดการกับปัจจัยสาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียดได้ ช่วยให้ผู้ป่วยปรับจิตใจให้เข้าสู่ภาวะสมดุล ลดอาการทางจิต ป้องกันการป่วยซ้ำของโรค และสามารถใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข

คำถามการวิจัย

การใช้โปรแกรมการจัดการความเครียดช่วยลดอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทหรือไม่

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมการจัดการความเครียด
2. เพื่อเปรียบเทียบอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

ผู้ป่วยจิตเภทต้องเผชิญกับพยาธิสภาพของโรคที่สามารถแสดงอาการ ความผิดปกติออกมาได้หลายรูปแบบ ทั้งด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม ซึ่งอาการต่างๆเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทเป็นอย่างมาก และจากแนวคิด Vulnerability-Stress model ที่พบว่าความเครียดสัมพันธ์กับอาการทางจิต ของผู้ป่วยจิตเภท (Zubin and Spring, 1977)

ดังนั้นการจะช่วยลดความรุนแรงของอาการทางจิตในผู้ป่วยจึงต้องช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดการจัดการความเครียดของ Norman et al. (2002) มาประยุกต์ใช้ เนื่องจากกิจกรรมในโปรแกรมครอบคลุมการจัดการกับปัจจัยที่มีผลต่ออาการทางจิต และปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท โดยโปรแกรม ใช้การจัดการความเครียดใน 3 แนวทาง คือ 1) ลดปฏิกิริยาตอบสนองทางร่างกายต่อความเครียด โดยใช้การฝึกการผ่อนคลาย 2) ส่งเสริมความแข็งแรงของร่างกายโดยการพักผ่อน ออกกำลังกายและโภชนาการที่เหมาะสม 3) พัฒนาทักษะด้านการรู้คิดและพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเผชิญความเครียด ในการดำเนินกิจกรรมใช้หลักการเรียนรู้ จากการฝึกปฏิบัติ (Practice) การฝึกในสถานการณ์สมมติ (Role play) การให้ข้อมูลสะท้อนกลับ (Feedback) และการมอบหมายงาน (Home work) ซึ่งมีผลต่อการจัดการความเครียด ของผู้ป่วย โดยโปรแกรมครอบคลุมการให้ความรู้ และการฝึกปฏิบัติใน 6 กิจกรรม ดำเนินกิจกรรมเป็นรายกลุ่ม ใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรม 90 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ติดต่อกัน 6 สัปดาห์ โดยมีรายละเอียดของกิจกรรม ดังต่อไปนี้

กิจกรรมที่ 1 การให้ความรู้เรื่องความเครียดและฝึกทักษะการผ่อนคลาย เนื่องจากความเครียดสัมพันธ์กับการเกิดอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท (Zubin and Spring, 1977) และพบว่าผู้ป่วยจิตเภทมักใช้วิธีการจัดการความเครียดที่ไม่มีประสิทธิภาพ (เพชร คันธสายบัว , 2544) มีความพร่องด้านทักษะในการจัดการความเครียด (Fuller and Schultz, 2003) การช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพจึงเป็นแนวทางช่วยลดอาการทางจิตในผู้ป่วย (Nuechterlein et al., 1994; Norman et al., 2002) โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับความเครียด ทบทวนผลของความเครียด ต่อสุขภาพด้านร่างกายและจิตใจ (Andres et al., 2003) ความรู้เกี่ยวกับการจัดการความเครียด เพิ่มความตระหนักรู้ในตนเองของผู้ป่วยเกี่ยวกับอารมณ์ด้านลบในขณะที่มีความเครียด เช่น ความโกรธ ความวิตกกังวล (Lee et al., 2006) การฝึกการสังเกตความตึงเครียดด้านร่างกาย และจิตใจ โดยฝึกการประเมินความเครียดด้วยตนเอง และฝึกการผ่อนคลายความเครียดด้วยเทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้ออย่างเป็นระบบ (Progressive muscle relaxation) และการสร้างจินตนาการ (Autogenic training) สรุปและวางแผนการดำเนินกิจกรรมในครั้งต่อไป ให้การบ้านให้ผู้ป่วยกลับไปฝึกเทคนิคการผ่อนคลาย

กิจกรรมที่ 2 การเสริมสร้างความแข็งแรงของร่างกาย เพื่อสร้างเสริมภาวะสุขภาพ ช่วยให้ผู้ป่วยมีความอดทนต่อความเครียดมากขึ้น สามารถจัดการความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลช่วยควบคุมอาการทางจิตได้ดีขึ้น (Norman et al., 2002) เนื่องจากสุขภาพร่างกายที่แข็งแรงถือเป็นแหล่งประโยชน์ที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการจัดการความเครียด บุคคลที่เจ็บป่วยอ่อนแอ ย่อมมีพลังงานที่นำมาใช้ในการจัดการความเครียดน้อยกว่าบุคคลที่มีสุขภาพดีและแข็งแรง (Lazarus and Folkman, 1984) โดยการให้ความรู้ให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการนอนหลับพักผ่อน นิสัยการบริโภคอาหารและเครื่องดื่มที่มีผลต่อการส่งเสริมความแข็งแรงของร่างกาย (Norman et al., 2002) และการออกกำลังกาย (Duraiswamy et al., 2007) ฝึกการยืดกล้ามเนื้อก่อนและหลังการ ออกกำลังกาย สรุปลง และวางแผนการดำเนินกิจกรรมในครั้งต่อไป

กิจกรรมที่ 3 การจัดการกับอาการทางจิต เนื่องจากการที่ผู้ป่วยไม่สามารถจัดการกับอาการทางจิต ไม่สามารถสังเกตอาการนำก่อนอาการกำเริบทำให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตรุนแรงขึ้น (Hayward et al, 1995; Kaplan and Sadock, 2000) กิจกรรมนี้ช่วยให้ผู้ป่วยมีแนวทางในการจัดการกับอาการทางจิตที่เกิดขึ้น สามารถปรับตัวต่อความเครียดที่เกิดจากอาการทางจิต และส่งผลให้มีอาการทางจิตลดลง (Nuechterlein et al., 1994; Norman et al., 2002) โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท ความรู้เกี่ยวกับ อาการทางจิต อาการเตือนก่อนอาการกำเริบ และผลของอาการทางจิตต่อความเครียดของผู้ป่วย แนะนำวิธีการจัดการกับอาการทางจิต โดยสอนให้ผู้ป่วยตระหนักถึงการรับรู้ที่ผิดปกติ เนื้อหาความคิดที่แปลกๆ หรือผิดปกติ ให้ผู้ป่วยฝึกการสังเกตปฏิกิริยาทางอารมณ์และพฤติกรรมที่มีต่อการรับรู้หรือความคิดที่ผิดปกตินั้น และสามารถรายงานอาการทางจิตที่เพิ่มขึ้น ฝึกเทคนิคในการจัดการกับอาการทางจิต (Terrier et al., 1993; Norman et al., 2002) ได้แก่ เทคนิคทางการรู้คิด เช่น การเบี่ยงเบนความสนใจ เทคนิคทางพฤติกรรม เช่น เพิ่มการทำกิจกรรมให้มากขึ้น เพิ่มการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม การแยกตัวจากสถานการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดอาการทางจิต เป็นต้น เทคนิคทางสรีระ เช่น ใช้เทคนิคการผ่อนคลายที่ได้เรียนรู้ไป แนวทางการฝึกทักษะคือ เลือกอาการทางจิตที่เป็นปัญหาของกลุ่ม ใช้เป็นสถานการณ์ มาแสดงบทบาทสมมติถึง วิธีการจัดการกับอาการทางจิตที่เหมาะสม สรุปลงและวางแผนการดำเนินกิจกรรมในครั้งต่อไป ให้การบ้านให้ผู้ป่วยนำวิธีการจัดการกับอาการทางจิตที่ได้เรียนรู้ไปใช้เมื่อเกิดอาการทางจิตที่บ้าน และนำผลมาสรุปลง ทบทวนในการเข้ากิจกรรมครั้งต่อไป

กิจกรรมที่ 4 การจัดการความเครียดที่เกิดจากการรับประทานยา เนื่องจากการขาดยาและการไม่รับประทานยาตามแผนการรักษา เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตรุนแรงขึ้น จนเกิดการกำเริบของโรค (Gray, Wykes and Gournay, 2002) และการรับประทานยารักษาอาการทางจิตยังเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความเครียด (ผลทิพย์ ปานแดง , 2547; จงรัตน์ ลิมพัฒนาศิริ, 2548) กิจกรรมนี้ช่วยให้ผู้ป่วยเพิ่มความตระหนักถึงความสำคัญของการรับประทานยา มีทัศนคติที่ดีต่อการรับประทานยา รับประทานยาได้อย่างถูกต้อง ช่วยควบคุมไม่ให้อาการทางจิตกำเริบ และสามารถจัดการความเครียดที่เกิดจากการรับประทานยาได้ โดยการให้ความรู้เรื่องยารักษาอาการทางจิต กระตุ้นให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการรับประทานยา ให้ความรู้เกี่ยวกับอาการข้างเคียงของยา และวิธีการจัดการอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้น กระตุ้นให้ผู้ป่วยบอกปัญหาความกังวลใจในการรับประทานยา โดยใช้สถานการณ์ สมมติ ให้ผู้ป่วยฝึกการจัดการความรู้สึกกดดันที่เกิดจากการต้องรับประทานยา ฝึกรายงานอาการข้างเคียงของยา (Norman et al., 2002) สรุปและวางแผนการดำเนินกิจกรรมในครั้งต่อไป

กิจกรรมที่ 5 การแก้ไขปัญหาในชีวิตประจำวัน เนื่องจากปัญหาในการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยเฉพาะ ปัญหาด้านการเงินเป็นปัญหาสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด และมีอาการทางจิตรุนแรงขึ้น (สมภพ เรื่องตระกูล , 2549) และความบกพร่องด้านการรู้คิด ผู้ป่วยจึงไม่สามารถประเมิน วิเคราะห์สถานการณ์ความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ และไม่สามารถเลือกวิธีในการจัดการความเครียดที่เหมาะสม (Moller and Murphy, 2001) จึงนำไปสู่การแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม และมีอาการทางจิต กำเริบ ดังนั้นการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการแก้ไขปัญหาในชีวิตประจำวัน จึงเป็นแนวทางช่วยลดความเครียด และควบคุมอาการทางจิต (Norman et al., 2002) โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับแนวทางการแก้ไขปัญหาในชีวิตประจำวัน (Lieberman, Eckman and Marder, 2001) การบริหารจัดการด้านการเงินและเวลา ฝึกทักษะการแก้ปัญหาเป็นลำดับ โดยใช้สถานการณ์สมมติให้ผู้ป่วยฝึกทักษะการแก้ปัญหาเป็นลำดับ โดยให้สมาชิกกลุ่มเลือกสถานการณ์ความเครียดในชีวิตประจำวัน ปัญหาการจัดการด้านการเงินและเวลา ช่วยให้สมาชิกวิเคราะห์สถานการณ์ความเครียด ระบุปัญหา ขั้นตอนการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพ ฝึกเทคนิคการบริหารจัดการด้านการเงินและเวลา เช่น ทำแผนการใช้จ่ายเงิน ฝึกการบันทึกบัญชีรายรับรายจ่าย วางแผนการทำงานและกิจกรรมต่างๆโดยการฝึก ทำตารางเวลา (Norman et al., 2002) สรุปและวางแผน

แผนการดำเนินกิจกรรมในครั้งต่อไป ให้การบ้านให้ผู้ป่วยบันทึกบัญชีรายรับรายจ่าย และจัดทำตารางเวลาการทำงานหรือกิจกรรมตามวิธีที่ได้เรียนรู้ไป และนำผลมาสรูปทบทวนในการเข้ากิจกรรมครั้งต่อไป

กิจกรรมที่ 6 การพัฒนาทักษะการสื่อสารและสัมพันธภาพ เนื่องจากปัญหาการสื่อสารและการมีปฏิสัมพันธ์ของผู้ป่วยกับบุคคลอื่นเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความเครียด (จิราภรณ์ สรรพวีรวงศ์, 2544) และนำมาซึ่งการกำเริบของอาการทางจิต ดังนั้นการช่วยให้ผู้ป่วยได้พัฒนาทักษะการสื่อสาร และสัมพันธภาพจึงเป็นแนวทางช่วยลดความเครียด และลดอาการทางจิต ในผู้ป่วยจิตเภท (Norman et al., 2002) โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับความสำคัญ ของการสื่อสารแนวทางในการติดต่อสื่อสารกับผู้อื่น และการแสดงออกกับผู้อื่นอย่างเหมาะสม ฝึกทักษะการสร้างสัมพันธภาพ ทักษะการสื่อสาร และการแสดงออกอย่างเหมาะสม (Lee et al., 2006) โดยใช้สถานการณ์สมมติให้ผู้ป่วยฝึกการสื่อสารและการแสดงออก เมื่อเผชิญกับความไม่เข้าใจ หรือความขัดแย้งกับผู้อื่น และเมื่อต้องการขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น เพื่อส่งเสริมภาพลักษณ์ เพิ่มความสามารถในการติดต่อสื่อสาร ทำให้ผู้ป่วยได้รับการยอมรับจากสังคม เมื่อเผชิญกับความเครียดสามารถใช้ทักษะด้านการสื่อสารในการติดต่อขอความช่วยเหลือ และความร่วมมือจากบุคคลอื่น ทำให้ผู้ป่วยมีความสะดวกหรือความง่ายในการจัดการแก้ไขปัญหาและจัดการความเครียดได้ และช่วยส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมากขึ้น (Norman et al., 2002) สรุป และทบทวนการดำเนินกิจกรรมทั้งหมด

สมมติฐานการวิจัย

1. อาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับ โปรแกรมการจัดการความเครียด ต่ำกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมการจัดการความเครียด
2. อาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการจัดการความเครียด ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ศึกษาแบบสองกลุ่ม วัดผลสองครั้ง ก่อนและหลังการทดลอง

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) และมารับการตรวจรักษาที่หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกจิตเวช

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท ซึ่งเข้ารับการรักษาที่หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลรามารับดี ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยได้กำหนดไว้

ตัวแปรที่ศึกษา มีดังนี้

ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการจัดการความเครียด

ตัวแปรตาม คือ อาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

อาการทางจิต หมายถึง การแสดงออกถึงความผิดปกติด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรม ประกอบด้วย กลุ่มอาการด้านบวก กลุ่มอาการด้านลบ และกลุ่มอาการทางจิตทั่วไป ตามแนวคิดของ Kay, Fiszbein and Opler (1987) ดังนี้

กลุ่มอาการด้านบวก หมายถึง อาการหลงผิด ความคิดสับสน อาการประสาทหลอน อาการตื่นเต้น กระวนกระวาย ความคิดว่าตนมีความสามารถเกินจริง ความรู้สึกกระแวงว่ามีคนมุ่งร้าย และความรู้สึกไม่เป็นมิตร

กลุ่มอาการด้านลบ หมายถึง การแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ การแยกตัวทางอารมณ์ มนุษย์สัมพันธ์บกพร่อง แยกตัวจากสังคม มีปัญหาในการคิดแบบนามธรรม การคิดอย่างตายตัว การสนทนาไม่เกิดขึ้นเองอย่างเป็นธรรมชาติและไม่สั้นไหลอย่างต่อเนื่อง

กลุ่มอาการทางจิตทั่วไป หมายถึง อาการวิตกกังวล ความกังวลเกี่ยวกับอาการทางกาย ความรู้สึกผิด ความตึงเครียด ท่าทางและการเคลื่อนไหวผิดปกติ อาการซึมเศร้า การเคลื่อนไหวเชื่องช้า การไม่ร่วมมือ อาการไม่รู้วัน เวลา สถานที่ และบุคคล อาการสมาธิและความสนใจเสีย การตัดสินใจและการหยิ่งรู้ตนเองเสีย การไม่สามารถควบคุม ตัดสินใจ หรือริเริ่มสิ่งต่างๆด้วยตนเอง ความสามารถควบคุมตนเองได้ไม่ดี ความคิดหมกมุ่น และการหลีกเลี่ยงการเข้าสังคม

ผู้วิจัยประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้แบบประเมินอาการทางจิต Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) ของ Kay, Fiszbein and Opler (1987) ที่แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย ธนา นิลชัยโกวิท และคณะ (2550)

ผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ซึ่งมีอายุระหว่าง 20 - 59 ปี มีอาการทางจิตหลงเหลือ ในระดับที่ไม่ได้เข้ารับการรักษาด่วนในโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยใน และไม่ได้รับการปรับเพิ่มยา ภายในระยะเวลา 3 เดือน และมารับการตรวจที่หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลรามารชิบอย่างต่อเนื่อง

โปรแกรมการจัดการความเครียด หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วยจิตเภทเป็นรายกลุ่ม โดยผู้วิจัยสร้างจากแนวคิดการจัดการความเครียด ของ Norman et al. (2002) ใช้การจัดการความเครียดใน 3 แนวทาง คือ 1) ลดปฏิกิริยาตอบสนองทางร่างกายต่อความเครียด โดยใช้การฝึกการผ่อนคลาย 2) ส่งเสริมความแข็งแรงของร่างกายโดยการพักผ่อน ออกกำลังกายและโภชนาการที่เหมาะสม 3) พัฒนาทักษะด้านการรู้คิดและพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเผชิญความเครียด ในการดำเนินกิจกรรมใช้หลักการเรียนรู้ จากการฝึกปฏิบัติ การฝึกในสถานการณ์สมมุติ การให้ข้อมูลสะท้อนกลับ และการมอบหมายงาน โดยโปรแกรมครอบคลุมการให้ความรู้และการฝึกปฏิบัติใน 6 กิจกรรม ดำเนินกิจกรรมเป็นรายกลุ่ม กลุ่มละ 10 คน ใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรม กิจกรรมละ 90 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ติดต่อกัน 6 สัปดาห์ โดยมีรายละเอียดของกิจกรรม ดังต่อไปนี้

กิจกรรมที่ 1 การให้ความรู้เรื่องความเครียดและฝึกทักษะการผ่อนคลาย หมายถึง การดำเนินกิจกรรมครั้งที่ 1 ในสัปดาห์ที่ 1 โดยการสร้างสัมพันธภาพ การชี้แจงวัตถุประสงค์ ของโปรแกรม ประโยชน์ที่จะได้รับ และลักษณะของการดำเนินกิจกรรม ประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับความเครียด และการจัดการความเครียด ฝึกการสังเกตและประเมินความเครียดด้วยตนเอง ฝึกการผ่อนคลายความเครียดด้วยเทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้ออย่างเป็นระบบ และการสร้างจินตนาการ สรุปและการวางแผนการดำเนินกิจกรรมในครั้งต่อไป รวมทั้งการมอบหมายการบ้าน

กิจกรรมที่ 2 การเสริมสร้างความแข็งแรงของร่างกาย หมายถึง การดำเนินกิจกรรมครั้งที่ 2 ในสัปดาห์ที่ 2 เพื่อสร้างเสริมภาวะสุขภาพ โดยการให้ความรู้ให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการนอนหลับพักผ่อน การออกกำลังกาย และนิสัยการบริโภคอาหารและเครื่องดื่มที่ช่วยส่งเสริมความแข็งแรงของร่างกาย เพื่อเพิ่มความสามารถในการจัดการความเครียด และ ฝึก การยืดกล้ามเนื้อก่อนและหลังการออกกำลังกาย สรุปและการวางแผนการดำเนินกิจกรรมในครั้งต่อไป

กิจกรรมที่ 3 การจัดการกับอาการทางจิต หมายถึง การดำเนินกิจกรรมครั้งที่ 3 ในสัปดาห์ที่ 3 โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับ โรคจิตเภท อาการของโรค และผลของอาการทางจิตต่อความเครียด แนะนำวิธีการจัดการกับอาการทางจิต โดยสอนให้ผู้ป่วยตระหนักถึงการรับรู้อาการทางจิต ฝึกการรายงานอาการทางจิตที่เพิ่มขึ้น และการฝึกทักษะในการจัดการกับอาการทางจิต สรุปและวางแผนการดำเนินกิจกรรมในครั้งต่อไป รวมทั้งการมอบหมายการบ้าน

กิจกรรมที่ 4 การจัดการความเครียดที่เกิดจากการรับประทานยา หมายถึง การดำเนินกิจกรรมครั้งที่ 4 ในสัปดาห์ที่ 4 โดยการให้ความรู้เรื่องยา รักษาอาการทางจิต กระตุ้นให้ผู้ป่วยตระหนักในความสำคัญของการรับประทานยา ให้ความรู้เกี่ยวกับอาการข้างเคียงของยา กระตุ้นให้ผู้ป่วยบอกปัญหาความกังวลใจจากการได้รับยาทางจิตเวช โดย ใช้สถานการณ์ สมมติฝึกบอกความกังวลใจที่เกิดจากการรับประทานยาและรายงานอาการข้างเคียงของยา สรุปและการวางแผนการดำเนินกิจกรรมในครั้งต่อไป

กิจกรรมที่ 5 การแก้ไขปัญหาในชีวิตประจำวัน หมายถึง การดำเนินกิจกรรมครั้งที่ 5 ในสัปดาห์ที่ 5 โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับการแก้ไขปัญหาในชีวิตประจำวัน การบริหารจัดการ ด้านการเงินและเวลา ฝึกทักษะการแก้ปัญหาเป็นลำดับ ฝึกเทคนิคการจัดการด้านการเงินและเวลา สรุป และการวางแผนการดำเนินกิจกรรมในครั้งต่อไป รวมทั้งการมอบหมายการบ้าน

กิจกรรมที่ 6 การพัฒนาทักษะการสื่อสาร และสัมพันธภาพ หมายถึง การดำเนินกิจกรรมครั้งที่ 6 ในสัปดาห์ที่ 6 โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับความสำคัญและแนวทางในการติดต่อสื่อสาร การแสดงออกกับผู้อื่นอย่างเหมาะสม ฝึกทักษะการสร้างสัมพันธภาพ ทักษะการสื่อสาร พฤติกรรม การแสดงออกอย่างเหมาะสม โดยใช้สถานการณ์ สมมติ ฝึกการสื่อสาร และการแสดงออก เมื่อเผชิญกับความไม่เข้าใจ หรือความขัดแย้งกับผู้อื่น และเมื่อต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่น สรุป และ ทบทวนการดำเนินกิจกรรมทั้งหมด

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลจิตเวช ปฏิบัติต่อผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการ ที่หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลรามาริบัติ ประกอบด้วย การซักประวัติ การตรวจคัดกรอง การจัดสิ่งแวดล้อม และให้บริการก่อนพบแพทย์ การให้คำปรึกษาตามปัญหาของผู้ป่วย และคำแนะนำในการดูแลตนเองที่บ้าน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลที่ช่วยลดอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. เป็นแนวทางสำหรับการศึกษาวิจัย เพื่อพัฒนารูปแบบการให้บริการที่ช่วยลดอาการทางจิตของผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยทางจิตประเภทอื่นๆ

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษา ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่ออาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าแนวคิดและทฤษฎีต่างๆจากตำรา เอกสาร วารสาร บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้สรุปสาระที่สำคัญและเป็นประโยชน์ต่อการวิจัย โดยนำเสนอเป็นลำดับ ดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับ โรคจิตเภท
 - 1.1 ความหมายของโรคจิตเภท
 - 1.2 สาเหตุ
 - 1.3 การวินิจฉัยโรค
 - 1.4 การดำเนินโรค และการพยากรณ์โรค
 - 1.5 การรักษา
2. อาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท
 - 2.1 กลุ่มอาการด้านบวก
 - 2.2 กลุ่มอาการด้านลบ
 - 2.3 กลุ่มอาการทางจิตทั่วไป
 - 2.4 การประเมินอาการทางจิต
3. การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท
 - 3.1 แนวทางการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท
 - 3.2 หลักการในการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท
4. แนวคิดเกี่ยวกับความเครียดในผู้ป่วยจิตเภท
 - 4.1 ความหมายของความเครียด
 - 4.2 ปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเครียด
 - 4.3 การเผชิญความเครียด
 - 4.4 ผลกระทบของความเครียด
 - 4.5 ความเครียดในผู้ป่วยจิตเภท

4.6 การประเมินความเครียด

4.7 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทเพื่อลดความเครียด

5. โปรแกรมการจัดการความเครียด

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท

1.1 ความหมายของโรคจิตเภท

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคที่มีความผิดปกติซึ่งมีลักษณะเฉพาะ คือมีความผิดปกติของความคิด การรับรู้ อารมณ์ที่ไม่สอดคล้องกับเหตุการณ์ การดำเนินโรคมียุทธศาสตร์ต่อเนื่อง หรือมีอาการรุนแรงเป็นช่วงๆ และมีการฟื้นคืนได้ทั้งหมดหรือบางส่วน (WHO, 2006)

Sadock and Sadock (2007) กล่าวว่าโรคจิตเภท เป็นโรคที่มีกลุ่มอาการหลากหลาย โดยมีความผิดปกติทั้งทางด้านการคิด อารมณ์ ประสาทสัมผัส และพฤติกรรม

สมภพ เรืองตระกูล (2549) ได้ให้คำจำกัดความของโรคจิตเภทว่าเป็นโรคที่มีลักษณะสำคัญ คือผู้ป่วยมีความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรมเป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (2554) ได้ให้ความหมายของโรคจิตเภทว่าเป็นโรคที่มีความผิดปกติของความคิดเป็นอาการเด่น แต่มีผลถึงการรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรม

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า โรคจิตเภท คือ โรคทางจิตเวชชนิดหนึ่ง ที่มีความผิดปกติด้านความคิด การรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรม ที่มีการดำเนินโรคต่อเนื่อง และมีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ

1.2 สาเหตุ

ในปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัดของโรคจิตเภท แต่เป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปว่าโรคจิตเภท ไม่ได้เกิดจากสาเหตุใดสาเหตุหนึ่งแต่เกิดจากหลายปัจจัยร่วมกัน แนวคิดหนึ่งที่ช่วยอธิบายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคจิตเภทที่ยอมรับกันในปัจจุบันคือ Vulnerability-Stress model (Zubin and Spring, 1977) แนวคิดนี้เชื่อว่าโรคจิตเภทเกิดจากบุคคลที่มี ความอ่อนแอพื้นฐานหรือจุดอ่อนบางประการอยู่แล้ว (Personal Vulnerability factor) เมื่อพบกับสภาพกดดัน หรือปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่ก่อให้เกิดความเครียด (Environmental stress) จะส่งผลให้เกิดภาวะอารมณ์

แปรปรวนได้ง่ายกว่าบุคคลทั่วไปทำให้มีพฤติกรรมที่ผิดปกติที่แสดงถึงอาการของโรคจิตเภท โดยสามารถจำแนกปัจจัยสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคจิตเภทได้ดังนี้

1.2.1 ปัจจัยด้านพันธุกรรม การศึกษาด้านพันธุกรรมสนับสนุน ปัจจัยทางพันธุกรรมว่ามีความสัมพันธ์กับสาเหตุของโรคจิตเภท ผลการศึกษาโรคจิตเภทในฝาแฝด คนในครอบครัว และบุตรบุญธรรม พบว่าญาติของผู้ป่วยมีโอกาสเป็นโรคจิตเภทสูงกว่าประชากรทั่วไป ความใกล้ชิดทางสายเลือดยังมีโอกาสเป็นสูง (มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2555)

1.2.2 ปัจจัยด้านระบบสารชีวเคมีในสมอง สมมติฐานที่เป็นที่ยอมรับเกี่ยวกับความผิดปกติของสารชีวเคมีในสมองของโรคจิตเภทคือ Dopamine hyperactivity โดยเฉพาะในบริเวณ Mesolimbic และ Mesocortical tract ทั้งนี้อาจเป็นความผิดปกติของ Post-synaptic และพบว่าความบกพร่องของสารสื่อประสาท Dopamine ในบริเวณ Prefrontal cortex ทำให้เกิดอาการด้านลบ และการเพิ่มเซลล์ประสาทลิแกใน Limbic system ซึ่งเชื่อว่าทำให้เกิดอาการด้านบวก (สมภพ เรืองตระกูล, 2549)

1.2.3 ปัจจัยด้านกายวิภาคของสมอง จากผลการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT scan) ในผู้ป่วยจิตเภท พบว่ามีการขยายของ ช่องสมองด้านข้าง (Lateral ventricles) และพบว่าปริมาณเนื้อสมองน้อยลงกว่าปกติ โดยเฉพาะในส่วนของ Cortical gray matter และ Hippocampus ในระบบ Limbic มีขนาดลดลง การค้นพบนี้อธิบายว่า การเสื่อมสลายของระบบประสาทเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคจิตเภท (สมภพ เรืองตระกูล, 2549)

1.2.4 ปัจจัยด้านจิตใจ จากทฤษฎีจิตวิเคราะห์ และทฤษฎีจิตวิทยาพัฒนาการ พบว่าความผิดปกติจากพัฒนาการทางบุคลิกภาพของบุคคลในวัยเด็ก โดยเฉพาะในช่วงปีแรกทำให้เกิดความผิดปกติในการปรับตัว การควบคุมพฤติกรรม และการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น โดยเฉพาะพัฒนาการด้านภาษา การคิด การตัดสินใจและการรับรู้ ซึ่งผู้ป่วยมีการรับรู้และไวต่อความเครียดมากกว่าปกติ และการตอบสนองต่อความเครียดไม่ดี (อรพรรณ ลีอนุชวัชชัย, 2554)

1.2.5 ปัจจัยด้านครอบครัวและสังคม การศึกษาสภาพครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท พบว่าการแสดงออกทางอารมณ์ที่รุนแรง (High Expressed Emotion: high EE) ของสมาชิกในครอบครัว คือ มีการวิพากษ์วิจารณ์ มีความรู้สึกไม่เป็นมิตร และมีการเข้าไปยุ่งเกี่ยวกับผู้ป่วยมากเกินไป (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ , 2546) มีความสัมพันธ์กับการป่วยซ้ำของโรค นอกจากนี้ยังพบว่า

ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่พบมากในสังคมที่มีเศรษฐกิจต่ำ เนื่องจากความเครียดและวิถีชีวิตที่ยากจน เป็นปัจจัยกระตุ้นทำให้เกิดโรค (สมภพ เรื่องตระกูล, 2549)

โดยสรุปจะพบว่าโรคจิตเภทมีปัจจัยสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคหลายปัจจัย ทั้งทางด้านชีววิทยา ได้แก่ ปัจจัยด้านพันธุกรรม ระบบสารชีวเคมีในสมอง และกายวิภาคของสมองที่ผิดปกติ และปัจจัยด้านจิตสังคม ได้แก่ ความผิดปกติจากพัฒนาการทางบุคลิกภาพของบุคคลในวัยเด็ก รวมทั้งปัจจัยด้านครอบครัวและสังคม

1.3 การวินิจฉัยโรค

1.3.1 การวินิจฉัยโรคตามการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลกฉบับปรับปรุงครั้งที่ 10 (International Classification of Diseases and Related Health Problems Tenth edition; ICD-10) มีแนวทางการวินิจฉัยโรคจิตเภทโดยผู้ป่วยต้องมีอาการชัดเจน 1 ข้อ หรือมากกว่า 2 ข้อถ้าไม่ชัดเจนในข้อ 1-4 หรือมีอาการมากกว่า 2 ข้อขึ้นไปในข้อ 5-9 และมีอาการติดต่อกันไม่น้อยกว่า 1 เดือน ลักษณะอาการดังกล่าวมีดังต่อไปนี้ (พิเชฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกานนท์, 2552)

1) ได้ยินเสียงความคิดของตนเอง (Thought echo) ความคิดของตนเองถูกดึงออกหรือถูกแทรกหายไปกะทันหัน (Thought withdrawal or insertion) และความคิดของตนเองดังออกไปจนคนอื่นได้ยิน (Thought broadcasting)

2) มีอาการหลงผิดว่าตนเองถูกอำนาจภายนอกควบคุม (Delusion of control) และหลงผิดในการแปลความหมายของสิ่งเร้า (Delusional perceptions)

3) อาการประสาทหลอนทางหู

4) ความหลงผิดชนิดอื่น ซึ่งเป็นอยู่นานและไม่สอดคล้องตามความเชื่อของสังคมและวัฒนธรรมนั้นๆ

5) อาการประสาทหลอนอื่นๆซึ่งเป็นอยู่นาน

6) ความคิดแตกแยก ไม่ประติดประต่อ ทำให้การพูดฟังไม่รู้เรื่อง (Incoherent) ตอบไม่ตรงคำถาม (Irrelevant) หรือพูดภาษาที่สร้างขึ้นใหม่เอง (Neologisms)

7) พฤติกรรมการเคลื่อนไหวผิดปกติ (Catatonic behavior) อาจมีการเคลื่อนไหวมากผิดปกติ (Excitement) จับอยู่ท่าใดมั่งอยู่ท่านั้นนานๆ (Waxy flexibility) ไม่เคลื่อนไหวเลย (Stupor) หรือกระทำต่อต้าน (Negativism) เช่น ให้นั่งผู้ป่วยจะยืน

8) อาการด้านลบ (Negative Symptoms)

9) พฤติกรรมบางด้านเปลี่ยนแปลงไปอย่างชัดเจน โดยแสดงออกถึงการขาดความสนใจสิ่งต่างๆ ไม่มีจุดหมาย เกียจคร้าน เก็บตัว หมกมุ่นกับตนเอง

1.3.2 การวินิจฉัยแยกโรค เพื่อให้การวินิจฉัยโรคจิตเภทมีความชัดเจนน่าเชื่อถือ จึงต้องมีการวินิจฉัยแยกโรค ดังนี้ (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2555)

1) Secondary and substance-induced psychotic disorders เนื่องจากอาการของโรคจิตนั้นพบได้ในสภาวะผิดปกติทางกายได้บ่อยๆ โดยเฉพาะในกรณีของ Delirium และจากสารเสพติด เช่น เหล้า แอมเฟตามีน นอกจากนี้ ยังพบได้ในสภาวะที่มีความผิดปกติของต่อมไร้ท่อ หรือเนื้องอกในสมอง เป็นต้น เมื่อพิจารณาโดยละเอียดจะพบว่า มีสิ่งบ่งชี้บางอย่าง เช่น อาการเกิดขึ้นเร็ว ผู้ป่วยมีลักษณะเพื่อสับสน มีอาการขณะอายุมากหรือตรวจพบความผิดปกติทางกาย

2) Mood disorders ในภาวะ Mania หรือ Depression ผู้ป่วยอาจมีอาการโรคจิตได้ ซึ่งแยกจากโรคจิตเภท สังเกตว่าก่อนจะมีอาการโรคจิตผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ให้เห็นหรือไม่ ขณะที่ตรวจยังมีลักษณะทางด้านอารมณ์เด่นออกมาหรือไม่ และอาจประเมินจากประวัติชนิดของความผิดปกติทางจิตเวชในญาติด้วยพบว่ามักจะเป็นเหมือนกัน

3) Delusional disorder ใน Delusional disorder นั้น ลักษณะของอาการหลงผิดไม่ประหลาดเหมือนในโรคจิตเภท เนื้อหาของความหลงผิดจะเกี่ยวโยงกันเป็นเรื่องราว และโดยทั่วไปผู้ป่วยโรคจิตเภทจะมีบุคลิกภาพและพฤติกรรมเสื่อมถอยมากกว่า

4) Personality disorder บางชนิดโดยเฉพาะใน Cluster A บางครั้งจะมีความคิดที่แปลก ไม่ค่อยเข้าสังคม ซึ่งคล้ายกับระยะอาการหลงเหลือในโรคจิตเภท แต่แยกโดยผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่เคยมีอาการของโรคจิตเภทในระยะกำเริบ

โดยสรุปเกณฑ์การวินิจฉัยโรคจิตเภทมีหลายเกณฑ์ ที่นิยมใช้เป็นมาตรฐานสากล คือ เกณฑ์การวินิจฉัยของสมาคมจิตแพทย์อเมริกันฉบับที่ 4 ปรับปรุงเนื้อหา (DSM-IV-TR) และเกณฑ์การวินิจฉัยขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ 10 (ICD-10) ซึ่งเป็นเกณฑ์การวินิจฉัยที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ สำหรับการวินิจฉัยแยกโรคนั้นควรแยกจากโรคทางจิตที่มีสาเหตุจากโรคทางกายหรือผลของสารเสพติด โรคอารมณ์แปรปรวน โรคซึมเศร้า และความผิดปกติของบุคลิกภาพ

1.4 การดำเนินโรค และการพยากรณ์โรค อาการของโรคโดยทั่วไป แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2555; สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2546)

1.4.1 ระยะเริ่มมีอาการหรืออาการนำ (Prodromal phase) ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเริ่มมีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป พบว่ามีปัญหาในด้านการทำหน้าที่และความรับผิดชอบ ด้านสัมพันธภาพ ละเลยเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย อาจหันมาสนใจในด้านปรัชญา ศาสนา จิตวิทยา ไซยศาสตร์ มีการใช้คำหรือสำนวนแปลกๆ ญาติอาจสังเกตเห็นว่าผู้ป่วยเปลี่ยนไปไม่เหมือนเดิม

1.4.2 ระยะอาการกำเริบ (Active phase) ส่วนใหญ่อาการจะกำเริบเมื่อผู้ป่วยเผชิญกับความกดดันในจิตใจ เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิตชัดเจน ส่วนใหญ่เป็นอาการทางบวก เช่น อาการหลงผิด หวาดระแวง ประสาทหลอน

1.4.3 ระยะอาการหลงเหลือ (Residual phase) เป็นระยะที่อาการทางจิตสงบ แต่ยังมีอาการทางจิตหลงเหลืออยู่แต่ไม่รุนแรง เช่น อาการหูตึง หิดกังวล อาการหลงผิด ประสาทหลอน ส่วนมากในระยะนี้จะพบว่ามีอาการทางลบ พฤติกรรมกับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยลดลง ไม่สนใจสิ่งอื่น พร่องทักษะการติดต่อทางสังคม และจะพบอาการซึมเศร้าได้บ่อย

ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีการดำเนินของโรคที่หลากหลาย และมีผลลัพธ์การรักษาที่ต่างกันอย่างมาก คือตั้งแต่การฟื้นตัวกลับมาอย่างสมบูรณ์ ไปจนถึงมีอาการเรื้อรังจนไม่สามารถทำหน้าที่ในชีวิตประจำวันได้ และไม่สามารถรักษาให้ดีขึ้นได้ (ธวัชชัย ลิพหานาจ, 2552) และการพยากรณ์โรคในผู้ป่วยแต่ละคนจะไม่เหมือนกัน ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ ที่มีผลกระทบต่อตัวโรคและจิตใจของผู้ป่วย (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2555)

1.5 การรักษา โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความสลับซับซ้อน สาเหตุของโรคไม่ได้เกิดจากปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งเพียงอย่างเดียว การบำบัดรักษาจึงใช้การผสมผสานหลายวิธีร่วมกัน ดังนี้

1.5.1 การรักษาด้วยยา ยาที่เป็นหลักในการรักษา คือยารักษาโรคจิต ที่ช่วยควบคุมอาการทางจิตให้อยู่ในระดับที่สามารถปรับตัวเข้ากับสังคมได้ดีขึ้น ยารักษาโรคจิตจะออกฤทธิ์ยับยั้งตัวจับโดปามีนในสมอง ทำให้อาการแสดงของโรคลดลงเกือบทุกอาการ โดยเฉพาะอาการทางบวก ระหว่างได้รับการรักษาด้วยยา ผู้ป่วยอาจมีอาการข้างเคียง เช่น กล้ามเนื้อแข็งเกร็ง น้ำลายไหลยืด คอบิดไปด้านใดด้านหนึ่ง อาการเหล่านี้สามารถบรรเทาลงได้ด้วยยาด้านโรคพาร์กินสันและการ

รักษาตามอาการผู้ป่วยต้องรับประทานยาสม่ำเสมอและต่อเนื่องเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 6-12 เดือน (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2555)

1.5.2 การรักษาด้วยไฟฟ้า การรักษาด้วยไฟฟ้าจะนำมาใช้เมื่อผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง มีอาการเคลื่อนไหวแบบค้างแข็ง (Catatonia) ผู้ป่วยไม่รับประทานอาหารเช้าและกรณีการรักษาด้วยยาแล้วไม่ได้ผล การรักษาด้วยไฟฟ้าทำให้มีการเปลี่ยนแปลงที่ระบบสารสื่อประสาทเช่นเดียวกับการรักษาด้วยยา (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2555)

1.5.3 การบำบัดทางจิตสังคม เป็นที่ยอมรับกันว่าการรักษาโรคจิตเภทด้วยยาอย่างเดียวไม่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีคุณภาพ เพราะส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะมีความบกพร่องทางสังคม ต้องพึ่งพาผู้อื่น ความสนใจตนเองและสิ่งแวดล้อมลดลง เนื่องมาจากความเจ็บป่วยทางจิตที่เรื้อรัง และอาการข้างเคียงจากยาเป็นเวลานาน มีผลการวิจัยสนับสนุนว่าการรักษาผู้ป่วยจิตเภทจะได้ผลดี ถ้าได้รับการรักษาด้วยยาควบคู่ไปกับการบำบัดรักษาทางจิตสังคม ซึ่งสามารถทำในหลายรูปแบบ ได้แก่ (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2546)

1) สิ่งแวดล้อมบำบัด (Milieu therapy) คือ การวางแผนอย่างมีขั้นตอนในการจัดสภาพแวดล้อม เพื่อประโยชน์ในการบำบัดรักษา โดยใช้สิ่งแวดล้อมเพื่อการพัฒนาทักษะด้านสังคมและอารมณ์ สนับสนุนให้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน อันจะเป็นประโยชน์ในการดำเนินชีวิตประจำวัน จะมุ่งเน้นการลดความกดดันของผู้ป่วยโดยจัดสิ่งแวดล้อมให้สงบผ่อนคลาย และส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ทำกิจกรรม เพื่อคงสภาพการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หรืออาจใช้การผูกมัด และการจำกัดบริเวณ ซึ่งจะใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมตนเองได้ หรือมีพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2555)

2) การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคม (Psychosocial rehabilitation) มีเป้าหมายเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถทำหน้าที่ทางสังคมได้เป็นปกติ สามารถพึ่งตนเองให้มากที่สุด และใช้ศักยภาพที่มีอยู่อย่างเต็มที่ จะครอบคลุมทั้งด้านสังคม การเรียนรู้ พฤติกรรม ความคิด และอาชีพ ซึ่งจะต้องประเมินทั้งตัวบุคคล ครอบครัว และชุมชน เพื่อจะได้วางแผนการฟื้นฟูที่เหมาะสม สำหรับเทคนิคหรือวิธีการนั้นมีหลายวิธี เช่น การฝึกทักษะทางสังคม (Social skills training) การให้สุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation) การฝึกทักษะการประกอบอาชีพ การจัดการดูแลผู้ป่วยเป็นรายกรณี (Case management) เป็นต้น (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2546)

โดยสรุปการรักษาโรคจิตเภทต้องรักษาให้สอดคล้องกับระยะของโรค ว่าอยู่ในระยะเฉียบพลัน หรือระยะอาการคงที่ และควรเป็นการรักษาแบบครอบคลุมทั้งการใช้ยา การรักษาทางจิตสังคม และการฟื้นฟูทางจิตเวช

2. อาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท

โรคจิตเภทเป็นความผิดปกติที่สามารถแสดงอาการทางจิตออกมาได้หลายรูปแบบ แตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับผู้ป่วยแต่ละราย ตามแนวคิดของ Kay, Fiszbein and Opler (1987) อาการทางจิตสามารถแบ่งเป็นอาการหลัก 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มอาการด้านบวก กลุ่มอาการด้านลบ และกลุ่มอาการทางจิตทั่วไป โดยมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้ (พิเชษฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกันานนท์, 2552)

2.1 กลุ่มอาการด้านบวก (Positive Symptoms) เป็นอาการที่เกิดขึ้นเนื่องจากความผิดปกติของระบบความคิด อารมณ์ หรือพฤติกรรม อาการด้านบวกนี้สามารถเกิดขึ้นได้ในทุกช่วงของโรค ตั้งแต่ช่วงระยะอาการนำ ช่วงระยะอาการทางจิตกำเริบ และช่วงระยะอาการหลงเหลือ กลุ่มอาการด้านบวก ประกอบด้วย อาการหลงผิด อาการประสาทหลอน และพฤติกรรมแปลกประหลาด ได้แก่

2.1.1 อาการหลงผิด (Delusion) คืออาการที่ผู้ป่วยมีความเชื่อผิดไปจากความเป็นจริง หรือ ไม่มีหลักฐานสนับสนุน และเป็นความเชื่อที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ โดยความหลงผิดนี้ต้องแยกออกจากความเชื่อตามขนบธรรมเนียม ประเพณี และวัฒนธรรมของผู้ป่วย ซึ่งเป็นความเชื่อที่เชื่อกันโดยทั่วไปในสังคมที่ผู้ป่วยอยู่ และไม่ส่งผลกระทบต่อชีวิตด้านต่างๆของผู้ป่วย เหมือนอาการหลงผิดที่เกิดในผู้ป่วย อาการหลงผิดสามารถแบ่งเป็น 9 ชนิด ได้แก่

1) อาการหลงผิดว่าถูกปองร้ายกลั่นแกล้ง (Persecutory delusion) ผู้ป่วยจะหลงผิดคิดว่าตนเองถูกปองร้าย ถูกติดตาม หรือตกเป็นเหยื่อในเหตุการณ์ต่างๆ อาการนี้เป็นอาการทางจิตที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยจิตเภท อาการหลงผิดชนิดนี้อาจจะเป็นแบบคลุมเครือ ไม่คงที่ และมีจำนวนน้อย หรืออาจเป็นการหลงผิดหลายๆเรื่อง เกี่ยวข้องกันเป็นระบบก็ได้

2) หลงผิดว่าเรื่องต่างๆที่เกิดขึ้นรอบตัวเกี่ยวข้องหรือสื่อถึงตนเอง (Delusion of reference) ผู้ป่วยหลงผิดว่าคำพูดหรือท่าทางของผู้อื่นมีเจตนาเกี่ยวข้องกับตนเองทั้งที่ความจริงไม่ได้เป็นเช่นนั้น ผู้ป่วยเชื่อว่าสิ่งที่ตนเองคิดเป็นความจริงแน่นอนโดยไม่ต้องการหลักฐานมายืนยัน อาการหลงผิดชนิดนี้ที่พบได้บ่อย เช่น คิดว่ารายการโทรทัศน์กล่าวถึงตนเอง คิดว่าผู้อื่นพูดถึงตนเองในทางเสื่อมเสีย วางแผนจะทำร้ายตนเอง หรือพูดว่าตนเองเป็นคนสำคัญ

3) อาการหลงผิดว่าตนเองถูกควบคุมจากอำนาจภายนอก (Delusion of being controlled) ผู้ป่วยจะรู้สึกว่ามีอำนาจภายนอกหรือองค์กรต่างๆพยายามควบคุมความคิด ความรู้สึก หรือร่างกายตนเองอยู่ ซึ่งความหลงผิดนี้ต้องมากกว่าความรู้สึกว่าถูกชักจูงหรือถูกบังคับ ความหลงผิดชนิดนี้มักเกี่ยวข้องกับอาการประสาทหลอนทางกาย โดยผู้ป่วยมักใช้ความหลงผิดว่าถูกควบคุมของตนเองมาใช้อธิบายความรู้สึกผิดปกติทางกายที่เกิดขึ้น

4) อาการหลงผิดว่าตนเองถูกสอดแทรกความคิด (Thought insertion) ผู้ป่วยจะมีความเชื่อว่าความคิดบางส่วนไม่ได้เป็นของตนเอง แต่ได้รับการสอดแทรกจากภายนอก ทำให้ผู้ป่วยไม่พอใจที่ถูกรบกวนความคิด อาจนำไปสู่พฤติกรรมแปลกประหลาดหรือก้าวร้าว

5) อาการหลงผิดว่าความคิดของตนถูกดึงออกไป หรือกระจายออกนอกตัว (Thought withdrawal and thought broadcasting) โดย Thought withdrawal ผู้ป่วยจะเชื่อว่าความคิดของตนเองถูกดึงออกไป ผู้ป่วยอาจเล่าว่าตนเองกำลังคิดถึงเรื่องหนึ่งอยู่แล้วความคิดนั้นก็หายไปอย่างทันทีทันใด ส่วน Thought broadcasting ผู้ป่วยจะคิดว่าความคิดของตนสามารถถ่ายทอดไปยังผู้อื่นได้ หรือคนอื่นได้ยินความคิดของตน

6) อาการหลงผิดเรื่องความรู้สึกผิดที่มากเกินไป (Delusions of sin or guilt) โดยผู้ป่วยเชื่อว่าตนเองได้ทำความผิดที่ใหญ่หลวง สมควรได้รับการโทษ มักพบว่าในอดีตผู้ป่วยมีประวัติการทำผิดเล็กน้อยๆมาก่อน

7) อาการหลงผิดว่าตนเองมีความสามารถพิเศษหรือเป็นบุคคลสำคัญ (Grandiose delusion) ผู้ป่วยมีความเชื่อว่าตนเองมีพลังพิเศษ ร่ำรวย มีชื่อเสียง หรือมีพรสวรรค์ อาการหลงผิดชนิดนี้ จะส่งผลต่อพฤติกรรมของผู้ป่วยค่อนข้างมาก บางคนอาจมีการกระทำที่รุนแรงจนนำไปสู่อันตรายต่อชีวิต เช่น ผู้ป่วยที่เชื่อว่าตนสามารถบินได้ แล้วจึงกระโดดจากที่สูง

8) อาการหลงผิดที่เกี่ยวกับเรื่องศาสนา (Religious delusions) ผู้ป่วยจะมีความคิดหมกมุ่นอยู่กับเรื่องศาสนามากกว่าที่เป็นตามวัฒนธรรมของสังคม

9) อาการหลงผิดทางกาย (Somatic delusions) ผู้ป่วยจะหมกมุ่นอยู่กับการที่อวัยวะบางส่วนของร่างกายทำงานผิดปกติไป หรือหมกมุ่นอยู่กับอาการป่วยของตนเอง โดยที่ได้รับการตรวจร่างกาย และส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการต่างๆมาหมดแล้ว แต่ไม่พบความผิดปกติ

2.1.2 อาการประสาทหลอน (Hallucination) เป็นการรับรู้โดยที่ไม่มีสิ่งเร้า

ภายนอกมากขึ้น ทั้งการรับรู้ทางรูป รส กลิ่น เสียง และสัมผัส (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2546) ได้แก่

1) อาการหูแว่ว (Auditory hallucinations) เป็นอาการประสาทหลอนที่พบมากที่สุดของผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยพบประมาณร้อยละ 50-70 ของผู้ป่วย โดยส่วนใหญ่มักพบร่วมกับอาการหลงผิดด้วยเสมอ เสียงที่ได้ยินมักเป็นเสียงที่คำหยาบ หรือพูดเกี่ยวกับตัวผู้ป่วย อาจเป็นเสียงพูด ชู่ คูกคามผู้ป่วย หรือเป็นเสียงสั่งให้ผู้ป่วยทำตาม แต่ผู้ป่วยบางรายอาจได้ยินเป็นเสียงอื่น ๆ นอกจากเสียงพูด โดยเสียงที่ได้ยินอาจดังมาจากภายในสมองของผู้ป่วยเอง หรือได้ยินมาจากภายนอกก็ได้ พบว่าส่วนใหญ่จะเป็นเสียงที่ได้ยินชัดเจน เหมือนคนมาพูดข้างๆหู เนื้อหาที่ได้ยินมักเป็นเรื่องราว ฟังจับใจความได้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักได้ยินเสียงอย่างต่อเนื่องและได้ยินทุกวัน ส่วนอาการหูแว่วที่ผู้ป่วยได้ยินเสียงความคิดของตนเองดังอยู่ในสมอง มีความเป็นไปได้ว่าอาการนี้จะเป็นจุดเริ่มต้นของอาการหูแว่วจากภายนอก

2) อาการเห็นภาพหลอน (Visual hallucinations) ผู้ป่วยจะเห็นภาพคน สิ่งของ หรือสัตว์ต่างๆที่ไม่มีอยู่จริง โดยไม่มีสิ่งกระตุ้นจากภายนอก อาการนี้พบได้น้อยในโรคจิตเภทเมื่อเทียบกับภาวะ Delirium โดยในภาวะ Delirium นั้นผู้ป่วยมักเห็นเป็นภาพสัตว์ และอาจพบร่วมกับอาการประสาทหลอนทางประสาทสัมผัส

3) ประสาทหลอนทางร่างกายและประสาทสัมผัส (Somatic and Tactile hallucinations) อาการนี้เป็นความรู้สึกทางกาย เช่น รู้สึกว่าถูกสัมผัส หรือรู้สึกว่าร่างกายของตนเองเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม และอาจมีความรู้สึกร้อน เย็น หรือเหมือนถูกไฟฟ้าช็อตตามตัว ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะเชื่อว่ามิบุคคลหรือพลังงานจากภายนอกทำให้ตนเองมีความรู้สึกแปลกประหลาดนั้นๆ

4) ประสาทหลอนในการได้กลิ่น (Olfactory hallucinations) ผู้ป่วยจะได้กลิ่นแปลกๆที่บุคคลรอบข้างไม่ได้กลิ่นนั้น ส่วนใหญ่พบร่วมกับอาการประสาทหลอนทางรสชาติ (Gustatory hallucinations) ซึ่งผู้ป่วยได้รับรสผิดปกติกไป โดยอาการประสาทหลอนทั้งสองชนิดนี้ มักพบร่วมกับอาการหลงผิดชนิดหวาดระแวง โดยผู้ป่วยมักคิดว่ากลิ่นหรือรสชาติที่รับรู้เป็นยาพิษ

2.1.3 อาการพฤติกรรมแปลกประหลาด (Bizarre behavior) โดยผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมแปลกประหลาดเมื่อเปรียบเทียบกับคนทั่วไปในสังคม เช่น ผู้ป่วยอาจจะพูดคนเดียว เดิน ถอยหลัง หัวเราะอย่างไม่มีเหตุผล การแสดงออกทางอารมณ์ไม่ สอดคล้องกับเรื่องที่พูด หรือมีพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสมในที่สาธารณะ เป็นต้น ซึ่งอาจแสดงออกในลักษณะต่างๆ ดังนี้

1) การแต่งตัวและลักษณะภายนอก (Clothing and appearance) โดยผู้ป่วยแต่งตัวในแบบที่ไม่เหมือนคนทั่วไป ดูแปลกประหลาด และที่พบบ่อยคือ ผู้ป่วยไม่สนใจในการดูแลตนเอง แต่งตัวไม่เรียบร้อย สกปรก สุขอนามัยไม่ดี

2) สังคมและพฤติกรรมทางเพศ (Social and Sexual behavior) จะผิดไปจากแบบแผนทางสังคม เช่น อาจปัสสาวะในที่สาธารณะ ทำท่าล้อเลียนท่าทางของผู้อื่นโดยไม่เหมาะสม หรือหัวเราะอย่างไม่มีเหตุผล เป็นต้น

3) การเคลื่อนไหว (Motor behavior) ผู้ป่วยจะมีการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติได้หลายแบบ เช่น การเคลื่อนไหวซ้ำๆต่อเนื่องเป็นเวลานานโดยไม่มีเป้าหมายที่ชัดเจน (Stereotypy) การค้างอยู่ในท่าใดท่าหนึ่งนานๆ (Catatonic motor behavior) การอยู่ในท่าหนึ่งเฉยเหมือนหุ่นขี้ผึ้ง และเมื่อจับแขนขาของผู้ป่วยให้หันไปในทิศทางใด ผู้ป่วยจะค้างอยู่ในท่านั้น

4) การแสดงออกทางอารมณ์อย่างไม่เหมาะสม (Inappropriate affect) โดยการแสดงอารมณ์ของผู้ป่วยไม่เหมาะสมกับสถานการณ์ และไม่สัมพันธ์กับความคิดหรือคำพูดของผู้ป่วยในขณะนั้นอาจพบว่าผู้ป่วยมีการแสดงออกทางอารมณ์อย่างทันทีทันใด เช่น ผู้ป่วยยิ้ม หัวเราะขณะพูดเรื่องเศร้าหรือแสดงความโกรธออกมาอย่างรุนแรงแม้มีการถกเถียงกันเพียงเล็กน้อย

2.1.4 อาการตื่นเต้นกระวนกระวาย (Excitement symptoms) อาการที่จัดอยู่ในกลุ่มนี้ ได้แก่ อาการตื่นเต้น กระวนกระวาย การไม่ให้ความร่วมมือ การควบคุมแรงผลักดันของตนเองไม่ได้ (Poor impulse control) การไม่เป็นมิตร (Hostility) และก้าวร้าว (Aggressive)

2.2 กลุ่มอาการด้านลบ (Negative symptoms) เป็นภาวะที่ขาดในสิ่งที่คนทั่วไปควรมี เช่น ด้านความรู้สึก ความต้องการในสิ่งต่างๆ อาการเหล่านี้ได้แก่ (พิเชฐ อุคมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนันทน์, 2552)

2.2.1 อารมณ์เฉยเมยและจำกัด (Flat, Blunt, or Restrict affect) คือการไม่มีหรือการลดลงของการตอบสนองทางอารมณ์ต่อสิ่งเร้าต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นอารมณ์โกรธ ดีใจ หรือเศร้า ร่วมกับการไม่สบตา เคลื่อนไหวลดลง หน้าตาเฉยเมย ผู้พูดจะพูดด้วยน้ำเสียงโทนเดียวกัน ไม่สามารถแสดงอารมณ์ออกมาทางน้ำเสียงได้

2.2.2 การไม่สามารถสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่นได้ (Poor rapport) เนื่องจากตัว

ผู้ป่วยเองไม่สามารถรับรู้ถึงความต้องการทางอารมณ์ของผู้อื่น ผู้ป่วยจะแสดงออกโดยการพยายามไม่สบตา ไม่ตอบคำถามหรือสื่อสารกับผู้อื่นลดลง ความต้องการและความสนใจทางเพศลดลง

2.2.3 การคิดซ้ำๆหรือคิดอะไรเพียงเรื่องเดียว (Stereotyped thinking) ผู้ป่วยจะคิดอะไรซ้ำๆ หรือมีความคิดในลักษณะที่ไม่น่าสนใจ อาจมีความเชื่อในเรื่องที่ไม่เป็นเหตุเป็นผล ซึ่งเปลี่ยนแปลงไม่ได้ หรือเป็นความเชื่อที่มากเกินไป โดยพบว่าผู้ป่วยมักพูดคุยแต่เรื่องเดิมๆ โดยยากที่จะเปลี่ยนเรื่องคุยได้ อาจพูดน้อยเนื่องจากมีความยากลำบากในการคิด หรือความคิดไม่ต่อเนื่อง อาจพูดคลุมเครือ พูดวกวน หรือพูดซ้ำไปซ้ำมา

2.2.4 ขาดความกระตือรือร้น (Avolition) และสีหน้าไม่แสดงอารมณ์ (Apathy) โดยจะแสดงอาการออกมาในรูปของการหมดพลังงาน หมดความสนใจสิ่งต่างๆอย่างชัดเจน ไม่มีแรงจูงใจในการทำงานให้สำเร็จลุล่วง ไม่มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ ไม่สนใจดูแลตนเอง ทำทางเฉื่อยชา ไม่มีชีวิตชีวา ความสามารถในการทำงานหรือการเรียนลดลง

2.3 กลุ่มอาการทางจิตทั่วไป โดยสามารถแบ่งได้เป็น อาการด้านการคิด อาการซึมเศร้า และอาการวิตกกังวล โดยมีรายละเอียดแต่ละอาการ ดังต่อไปนี้

2.3.1 อาการด้านการคิด (Cognition) เดิมความผิดปกติด้านการคิดนี้ถูกจัดอยู่ในกลุ่มอาการด้านบวก แต่การศึกษาในปัจจุบันชี้ให้เห็นว่าความผิดปกติด้านนี้เป็นอาการเฉพาะอีกอาการหนึ่งของโรคจิตเภท ซึ่งมักแสดงอาการออกมาให้เห็นทางคำพูด แบ่งเป็นชนิดต่างๆ ดังนี้

1) อาการความคิดไม่ปะติดปะต่อ (Loosening of associations) โดยคำพูดของผู้ป่วยจะไม่เป็นเหตุเป็นผล หรือไม่มีความหมายที่ต่อเนื่องกันในระหว่างคำพูดหรือประโยค

2) อาการตอบเฉียง (Tangentiality) โดยผู้ป่วยจะตอบคำถามไม่ตรงประเด็น แต่การพูดยังคงต่อเนื่อง

3) อาการพูดไม่ปะติดปะต่อ (Incoherent) โดยประโยคที่ผู้ป่วยพูดจะไม่ปะติดปะต่อกันเลย อาจพูดไม่จบประโยคหรือวลี ทำให้ไม่ได้ความหมาย

4) อาการคิดไม่สมเหตุสมผล (Illogicality) โดยผู้ป่วยจะตอบคำถามอย่างไม่สมเหตุสมผล สรุปรื่องราวต่างๆผิดไปจากความเป็นจริง

5) อาการพูดอ้อมค้อม (Circumstantialities) โดยผู้ป่วยจะพูดให้รายละเอียดมากเกินไปจนความจำเป็น แต่ในท้ายที่สุด จะตอบได้ตรงกับเรื่องที่พูดไว้ในตอนต้น

- 6) อาการพูดพ้องเสียงสัมผัส (Clanging) คือพูดโดยใช้คำคล้องจอง เล่นเสียงสัมผัส โดยไม่คำนึงถึงความหมาย และไม่สมเหตุสมผล
- 7) การใช้คำแปลกๆที่ผู้ป่วยสร้างขึ้นเอง (Neologism) โดยผู้อื่นไม่เข้าใจ
- 8) การไม่สามารถคิดแบบนามธรรมได้ (Difficulty in abstract thinking) ผู้ป่วยจะคิดเป็นรูปธรรม ยึดเอาตัวเองเป็นหลัก เห็นได้จากกรณีที่ผู้ป่วยให้ความหมายของคำฟังเพี้ยนไปจากคนปกติ ผู้ป่วยบางรายอาจมีการคิดแบบนามธรรมที่มากเกินไป
- 9) อาการเลียนเสียงพูด (Echolalia) ผู้ป่วยจะพูดตามคำพูดของผู้อื่นซ้ำๆ
- 10) อาการชะงักของความคิด (Thought blocking) คือการที่กระแสดความคิดหยุดชะงักลงทันที ทำให้การสนทนาหยุดลงกะทันหัน ผู้ป่วยมักบอกว่าเหมือนความคิดของตนถูกดึงออกไปจากสมอง

2.3.2 อาการซึมเศร้า โดยอาการซึมเศร้านี้ อาจเป็นผลจากการที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิตที่ผิดปกติจากคนทั่วไป พบว่าอาการซึมเศร้าสามารถเกิดได้ทุกช่วงของการดำเนินโรค อาการที่พบส่วนใหญ่ คือ ภาวะสิ้นยินดี (Anhedonia) อารมณ์ซึมเศร้า และการเคลื่อนไหวช้าลง นอกจากนี้ผู้ป่วยอาจมีอาการตื่นตระหนก (Panic attacks) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าอาการวิตกกังวล อาจเป็นส่วนหนึ่งของโรคซึมเศร้าหลังหายจากอาการโรคจิต โดยอาการซึมเศร้านี้จะเหมือนกับอาการด้านลบ คือ ความสนใจตนเองและสิ่งแวดล้อมลดลง ความรู้สึกยินดีลดลง รู้สึกไม่มีพลัง ไม่มีแรงจูงใจ และการเคลื่อนไหวช้าลง แต่อาการที่สามารถแยกออกจากอาการด้านลบ คือ ผู้ป่วยจะมีอารมณ์เศร้าค่อนข้างเด่นชัด มีความผิดปกติของการนอนและความอยากอาหาร มีความรู้สึกผิด ส่วนผู้ป่วยที่มีอาการด้านลบจะมีอาการเด่นชัดในเรื่องการแสดงออกทางอารมณ์ที่ลดลงหรือเฉยเมย

2.3.3 อาการวิตกกังวล ซึ่งพบได้บ่อยในช่วงระยะอาการนำ (Prodromal) และช่วงที่มีอาการทางจิตรุนแรง แต่พบน้อยในช่วงที่โรคเป็นเรื้อรังแล้ว โดยในช่วงระยะอาการนำ มักพบอาการวิตกกังวลนำมาก่อนอาการประสาทหลอนหรืออาการหลงผิด นอกจากนี้อาการวิตกกังวลยังอาจเป็นส่วนหนึ่งของอาการโรคจิต เช่น ผู้ป่วยอาจมีอาการวิตกกังวลที่เป็นผลตามมาจากอาการประสาทหลอน หรือหวาดระแวง เป็นต้น

โดยสรุป อาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทสามารถแสดงอาการออกมาได้หลายรูปแบบ โดยอาการหลักๆ ได้แก่ อาการด้านบวก อาการด้านลบ อาการด้านการคิด รวมทั้งอาการซึมเศร้า

และอาการวิตกกังวล ซึ่งอาการต่างๆเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อทั้งตัวผู้ป่วยและต่อบุคคลรอบข้าง

2.4 การประเมินอาการทางจิต

การประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท ได้มีการพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ประเมินอาการทางจิตโดยมีกรอบแนวคิดมาจากอาการที่พบในผู้ป่วย เพื่อจำแนกอาการหลักของโรคจิตเภทหรือโรคจิตชนิดอื่นๆ ใช้ประเมินความรุนแรงและความถี่ของอาการ ช่วยในการวางแผนการรักษาและมักนำมาใช้ในงานวิจัยทางคลินิก เพื่อประเมินประสิทธิภาพของการรักษา (พิเชฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนานนท์, 2552) เครื่องมือในกลุ่มนี้ที่นิยมใช้ ได้แก่

2.4.1 Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) เป็นแบบประเมินความรุนแรงของอาการทางจิตในผู้ป่วยโรคจิตเภทและโรคจิตอื่นๆ ที่สร้างโดย Overall and Gorham (1962) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 18 ข้อ ได้แก่ ความกังวลเกี่ยวกับสุขภาพร่างกาย อาการวิตกกังวล ความรู้สึกผิด ความคิดว่าตนเองมีความสามารถเกินความเป็นจริง อารมณ์ซึมเศร้า ความรู้สึกไม่เป็นมิตร ความรู้สึกหวาดระแวง อาการประสาทหลอน เนื้อหาความคิดผิดปกติ อาการไม่รู้เวลา สถานที่ และบุคคล การแยกตัวทางอารมณ์ ความคิดสับสน ความตึงเครียด ทำทางและการเคลื่อนไหวผิดปกติ การเคลื่อนไหวเชื่องช้า การไม่ร่วมมือ การแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ และอาการตื่นเต้นกระวนกระวาย ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) 7 ระดับ ตั้งแต่ระดับ 1-7

2.4.2 Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) ที่สร้างโดย Kay, Fiszbein and Opler (1987) ได้แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ (2550) ใช้ประเมินความรุนแรงของกลุ่มอาการด้านบวก กลุ่มอาการด้านลบ อารมณ์ และจิตพยาธิสภาพทั่วไปของผู้ป่วยโรคจิตเภทและโรคจิตอื่นๆ ซึ่งมี 3 ส่วนย่อย ได้แก่ กลุ่มอาการด้านบวก 7 อาการ กลุ่มอาการด้านลบ 7 อาการ และอาการความคิดผิดปกติทางจิตทั่วไป 16 อาการ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1) กลุ่มอาการด้านบวก ได้แก่ อาการหลงผิด ความคิดสับสน อาการประสาทหลอน อาการตื่นเต้นกระวนกระวาย ความคิดว่าตนมีความสามารถเกินจริง ความรู้สึกระแวงว่ามีคนมุ่งร้าย และความรู้สึกไม่เป็นมิตร

2) กลุ่มอาการด้านลบ ได้แก่ การแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ การแยกตัวทาง

อารมณ์ มนุษย์สัมพันธ์บกพร่อง การแยกตัวจากสังคม มีปัญหาในการใช้ความคิดแบบนามธรรม
กระแสการสนทนาขาดการต่อเนื่องอย่างราบรื่น การคิดอย่างตายตัว

3) กลุ่มอาการทางจิตทั่วไป ได้แก่ ความกังวลเกี่ยวกับอาการทางกาย อาการวิตกกังวล ความรู้สึกผิด ความตึงเครียด ท่าทางและการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติ อาการซึมเศร้า การเคลื่อนไหวเชื่องช้า การไม่ร่วมมือ เนื้อหาความคิดผิดปกติ อาการไม่รู้เวลา สถานที่ บุคคล อาการสมาธิและความสนใจเสีย การตัดสินใจและการหยั่งรู้เสีย การไม่สามารถควบคุม ตัดสินใจหรือริเริ่มสิ่งต่างๆด้วยตนเอง ความสามารถควบคุมแรงผลักดันไม่ดี ความคิดหมกมุ่น และการหลีกเลี่ยงการเข้าสังคม

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้ Positive and Negative Syndrome Scale ฉบับภาษาไทย (PANSS-T) มาใช้เป็นเครื่องมือ ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่ได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพแล้วว่ามีที่น่าเชื่อถือ และถูกนำมาใช้อย่างแพร่หลายทั้งในการวิจัยและการรักษาผู้ป่วยจิตเภท

3. การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ที่มีความผิดปกติด้านความคิด การรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรม ทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆทั้งต่อตนเอง และสังคมลดลง ส่งผลให้เกิดภาวะพึ่งพิงบุคคลอื่น ปัญหาต่างๆเหล่านี้พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชซึ่งมีบทบาทในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย จึงจำเป็นต้องหาวิธีการหรือแนวทางในปฏิบัติการพยาบาลเพื่อดูแลช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง สามารถปรับตัวดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุขตามความสามารถที่ผู้ป่วยมีอยู่ และไม่เกิดการป่วยซ้ำ

3.1 แนวทางการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

จินตนา ยูนิพันธุ์ (2542) กล่าวว่า พยาบาลจิตเวชเป็นบุคลากรในทีมสุขภาพที่มีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย ปฏิบัติการพยาบาลเพื่อบำบัดอาการของโรค พร้อมกับให้การดูแล “บุคคล” สาระสำคัญที่พยาบาลต้องคำนึงถึง คือ

1) เน้นการให้การพยาบาลแบบองค์รวม โดยการให้การพยาบาลต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ รวมถึงจิตสังคม และจิตวิญญาณ

2) คำนึงถึงครอบครัว และชุมชนของผู้ป่วยควบคู่กับการดูแลช่วยเหลือ ซึ่งการทำ

หน้าที่ของพยาบาลจะสมบูรณ์ตามขอบเขตของกฎหมาย นอกจากจะให้ความใส่ใจต่อการตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของผู้รับบริการแล้ว ยังต้องคำนึงถึงการดูแลช่วยเหลือการตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของครอบครัว รวมทั้งดำเนินการด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพนั้นๆ ที่ส่งผลกระทบต่อชุมชนอีกด้วย

3) การดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง การกระทำหน้าที่ของผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลต้องครอบคลุมการดูแลช่วยเหลือบุคคล ครอบครัว และชุมชนทั้งในภาวะเจ็บป่วยคือ ช่วยให้สภาพการเจ็บป่วยหายไป (Restoration) ด้วยการช่วยเหลือ ดูแล บำบัด รักษา บรรเทาอาการของโรค การฟื้นฟูสภาพ (Rehabilitation) เพื่อกระตุ้นหรือรักษาระดับของการฟื้นหาย (Recover or Healing) การส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) การป้องกันโรค (Disease Prevention) การป้องกันสุขภาพ (Health Protection)

แนวทางการปฏิบัติการพยาบาล ผู้ป่วยจิตเภทโดยยึดหลักการปฏิบัติ 4 มิติ ได้แก่ (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2541)

1) การส่งเสริมสุขภาพจิต (Promotion of mental health) จัดเป็นการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตขั้นต้น (Primary prevention) โดยมีหลักการว่าสุขภาพจิตดีจะมีพื้นฐานจากการมีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง ได้รับความรักความอบอุ่นอย่างเหมาะสม มีความเชื่อมั่นในตนเอง มีความมั่นคงทางจิตใจ ให้ความรักผู้อื่นได้ ยอมรับตนเอง ไม่มีปมด้อย บุคคลที่มีคุณสมบัติดังกล่าว จะมีพื้นฐานจิตใจที่เข้มแข็ง สามารถเผชิญปัญหาและอุปสรรคต่างๆ ได้ดี อยู่ในสังคม ทำประโยชน์แก่ตนเองและผู้อื่นได้ แนวทางปฏิบัติการพยาบาล คือ การให้ความรู้ในเรื่องสุขภาพจิต เช่น การเลือกคู่อรง การปรับตัวตามพัฒนาการตามวัย การเผชิญปัญหาในการดำเนินชีวิต

2) การป้องกันปัญหาสุขภาพจิตหรือรักษาสภาวะทางสุขภาพจิตให้ดี (Prevention or maintenance of mental health) ปัญหาสุขภาพจิตสามารถเกิดขึ้นได้กับคนทุกเพศทุกวัย อาจทำให้เกิดความคับข้องใจ ความเครียด และความวิตกกังวลได้ แนวทางปฏิบัติการพยาบาล คือ การให้ความรู้ในเรื่องสุขภาพจิต เช่น การเผชิญความเครียดอย่างเหมาะสม การปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมหรือสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป การคิดทางบวก การให้ความรู้แก่ครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตเภท การดำเนินโรค และการดำเนินชีวิตร่วมกับผู้ป่วย เนื่องจากผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตสูง

3) การบำบัดรักษา (Therapeutic or restoration of mental health) การที่บุคคลมี ปัญหาสุขภาพจิต หากไม่จัดให้หมดไปโดยเร็วอาจทำให้เจ็บป่วยเรื้อรังและรุนแรงได้ มีผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคมอย่างมาก แนวทางปฏิบัติการพยาบาล คือ จัดกิจกรรมการพยาบาลเพื่อ เสริมสร้างให้ผู้ป่วยมีสภาวะจิตใจที่เข้มแข็งเช่นเดิม เช่น การสร้างสัมพันธภาพ และการมี ปฏิสัมพันธ์เพื่อการบำบัดรักษา การให้ยา การดูแลทางด้านร่างกาย เป็นต้น

4) การฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation of mental health) ผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตจะ ขาดความสนใจตนเองและสิ่งแวดล้อม ขาดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ การตัดสินใจไม่ดี ขาด ความสามารถในการเข้าสังคม รวมทั้งขาดการดูแลช่วยเหลือตนเอง แนวทางปฏิบัติการพยาบาล คือ การฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย โดยการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการรักษา การจัดกลุ่มกิจกรรมบำบัด และการให้การรักษาบำบัดอื่น ๆ ร่วมกับบุคคลากรในทีมจิตเวช ในระยะนี้ผู้ป่วยจะต้องได้รับการ รักษาทางการแพทย์ รวมทั้งการใช้รูปแบบทางสังคม เช่น การจัดสิ่งแวดล้อมและการจัดกลุ่ม กิจกรรมบำบัดดังกล่าวข้างต้น มาผสมผสานให้การฟื้นฟูเพื่อจัดการความไม่สามารถต่างๆ และ เสริมสร้างความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง และความเป็นอยู่ในสังคมใหม่

แนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล โดยยึดหลักการปฏิบัติ 4 มิติ ดังกล่าว เน้นการส่งเสริม ป้องกัน บำบัดรักษา และการฟื้นฟูสภาพ ทั้งในกลุ่มผู้ที่มีการเจ็บป่วยทางจิตเกิดขึ้นแล้ว และในกลุ่ม บุคคลทั่วไปเพื่อมีสุขภาพทั้งกายและจิตที่ดีไม่เกิดการเจ็บป่วย

3.2 หลักการในการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทมีปัญหาด้านการรับรู้ การสื่อความหมาย และด้านสังคม การให้การ พยาบาลผู้ป่วยจิตเภทจึงต้องใช้ในการสื่อสารอย่างตรงไปตรงมา ไม่อ้อมค้อม เพราะการสื่อสารหรือ พุดคุยๆ ทำให้การรับรู้ของผู้ป่วยถูกบิดเบือน เกิดการตีความหมายสิ่งที่รับรู้ผิดมากขึ้น และเนื้อหา ที่สื่อสารต้องอยู่ในความเป็นจริง ไม่ล้อเลียนผู้ป่วย โดยหลักการทั่วไปในการให้การพยาบาลผู้ป่วย จิตเภท มีดังนี้ (สุนีย์ เกี้ยวกิ่งแก้ว, 2547)

3.2.1 การพยาบาลด้านร่างกาย โดยเริ่มต้นที่การส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลสุขภาพ สะอาดและด้านสุขอนามัยทั่วไป เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีปัญหาด้านการดูแลตนเอง ภาวะ ด้านสุขอนามัยจะไม่ดี ผู้ป่วยที่หิวกระหาย อาจไม่ยอมรับประทานอาหาร ไม่ดื่มน้ำ

3.2.2 การพยาบาลด้านความคิด คือ การหาความหมายของความคิดของผู้ป่วย

และพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออก จะช่วยให้เราเข้าใจความคิดของผู้ป่วยที่สื่อออกมา และพยายามต้องให้ความจริงแก่ผู้ป่วยและส่งเสริมให้ผู้ป่วยอยู่กับความจริง โดยมีหลักการ คือ

1) การหาความหมายของคำพูด และพฤติกรรมที่แปรปรวน เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทมีความผิดปกติด้านความคิด ซึ่งความคิดของผู้ป่วยจะถ่ายทอดออกมาทางคำพูดและพฤติกรรมที่ผู้อื่นไม่เข้าใจ พยายามจึงควรหาความหมายของคำพูดและพฤติกรรมนั้นๆ โดยการฟังและสังเกตพฤติกรรม และอาจต้องตรวจสอบความหมายของคำพูดหรือพฤติกรรมนั้นกับผู้ป่วย

2) การให้ความจริงกับผู้ป่วย และส่งเสริมให้ผู้ป่วยอยู่กับความเป็นจริง โดยไม่ขัดแย้งกับความรู้สึก ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการประสาทหลอน ผู้ป่วยอาจจะบอกพยาบาลในสิ่งที่เขารับรู้ พยาบาลควรให้ความจริงกับผู้ป่วยแต่ไม่ทำให้ขัดแย้งกับความรู้สึกของผู้ป่วย โดยบอกในลักษณะว่าการได้ยินเสียงของผู้ป่วยนั้นจริงสำหรับผู้ป่วย แต่พยาบาลไม่ได้ยินเสียงที่ผู้ป่วยได้ยิน

3.2.3 การพยาบาลด้านจิตใจ อารมณ์ ปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทคือ มีความผิดปกติด้านอารมณ์ที่เห็นได้ชัดเจน คือ อารมณ์ราบเรียบ อารมณ์ไม่สอดคล้องกับเหตุการณ์ ภาวะนี้อาจจะทำให้พยาบาลหงุดหงิดและไม่พอใจ พยาบาลอาจจะเห็นผู้ป่วยยิ้มโดยไม่มีสาเหตุซึ่งอาจทำให้พยาบาลขบขัน พยาบาลต้องมีความเข้าใจและอดทนต่อภาวะอารมณ์ที่ไม่ปกติเหล่านี้ เสริมสร้างพฤติกรรมและการสนองตอบทางอารมณ์ให้เหมาะสมกับเหตุการณ์

3.2.4 การพยาบาลด้านสังคม ปัญหาการหนีสังคม การแยกตัวอยู่คนเดียว การไม่สนใจกิจกรรมสังคม และการไม่สนใจบุคคลอื่น เป็นปัญหาที่พยาบาลต้องวางแผนแก้ไข นอกจากนี้สิ่งที่ผู้ป่วยพูดอาจมีสาระที่ผู้อื่นไม่เข้าใจ พฤติกรรมแปลกๆของผู้ป่วยทำให้เป็นที่ขบขัน และเป็นต้นเหตุให้ไม่มีผู้ใดคบค้าสมาคมกับผู้ป่วย และผู้ป่วยอาจมีพฤติกรรมที่คาดเดาไม่ได้ พยาบาลจึงควรประเมินความสามารถด้านสังคมของผู้ป่วย และส่งเสริมทักษะทางสังคมที่ถูกต้องเหมาะสม

โดยสรุป การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท ต้องอาศัยองค์ความรู้ทั้งทางด้านการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวชและศาสตร์สาขาอื่นๆ ให้การพยาบาลแบบองค์รวม โดยการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย ใช้ หลักการของกระบวนการพยาบาลโดยต้องคำนึงถึงครอบครัวและชุมชนของผู้ป่วยควบคู่กับการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย

4. แนวคิดเกี่ยวกับความเครียด

4.1 ความหมายของความเครียด

Lazarus & Folkman (1984) มองความเครียดว่า เป็นผลมาจากความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม ซึ่งก่อให้เกิดสถานการณ์ที่บุคคลประเมินว่าเป็นสิ่งที่คุกคามชีวิต ความเป็นอยู่ (Well-being) ของบุคคลให้ตกอยู่ในอันตราย เป็นสิ่งที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ของชีวิต และแต่ละคนก็จะมีการตอบสนองที่แตกต่างกันไป

Selye (1976) ได้ตั้งทฤษฎีเกี่ยวกับความเครียดคือ “Selye stress theory” ซึ่งกล่าวถึงความเครียดไว้ว่า เป็นกลุ่มอาการที่ร่างกายแสดงปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่คุกคามบุคคล มีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา ชีววิทยาและชีวเคมีของร่างกาย การตอบสนองต่อสิ่งเร้า ที่ก่อให้เกิดความเครียดในแต่ละบุคคลแตกต่างกันตามปัจจัยภายใน เช่น อายุ เพศ พันธุกรรม ส่วนปัจจัยภายนอก เช่น การรักษาด้วยฮอร์โมน ยาและอาหาร

กรมสุขภาพจิต (2543) ให้ความหมายว่า ความเครียดเป็นปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกายและจิตใจของบุคคลที่มีต่อสิ่งเร้าภายในและภายนอก โดยบุคคลรับรู้ว่าเป็นภาวะที่กดดัน คุกคามหรือบีบคั้น ทำให้เกิดการตื่นตัวเตรียมรับกับเหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่ง ถ้าบุคคลสามารถปรับตัว จะทำให้เกิดพลังงานในการจัดการกับสิ่งต่างๆ แต่ถ้าไม่สามารถปรับตัว ทำให้ความเครียดเพิ่มมากขึ้น และเสียสมดุลในการดำเนินชีวิตในสังคมได้

สรุปได้ว่า ความเครียดหมายถึง ภาวะที่ร่างกายและจิตใจถูกกระตุ้นจากสิ่งเร้าทั้งภายในและภายนอกตัวบุคคล บุคคลรับรู้ว่าเป็นความรู้สึกอึดอัด คับข้องใจ ทำให้เกิดการตอบสนองในระบบต่างๆของร่างกาย การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจและพฤติกรรมที่แสดงออก

4.2 ปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเครียด เมื่อมีความเครียดเกิดขึ้นบุคคลจะมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเครียดใน 4 ทางด้วยกัน ได้แก่ (กิตติกร มีทรัพย์ และไพบูลย์ ดวงจันทร์, 2541)

4.2.1 ตอบสนองทางความนึกคิดและการรับรู้ เมื่อบุคคลรับรู้ว่าคุณคุกคามจะตกอยู่ในภาวะเครียด และจะมีกลไกการป้องกันตนเอง เพื่อลดหรือขจัดสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดนั้น โดยทั่วไปการตอบสนองทางความนึกคิดและการรับรู้แบ่งออกเป็น 3 ประเภท คือ

1) การหนีและเลี่ยง โดยบุคคลจะนึกคิดหรือรับรู้เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในลักษณะ

ของการเข้าข้างตนเอง การรับรู้บิดเบือนหรือปฏิเสธสิ่งที่เกิดขึ้น เนื่องจากเหตุการณ์จริงที่เกิดขึ้นนั้นไม่เป็นไปตามที่ตนคาดหวังไว้ กระบวนการเหล่านี้เป็นความพยายามที่จะจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้น เพื่อให้บุคคลรู้สึกว่าการอันตรายหรือการควบคุมจิตใจนั้นลดลงหรือหมดไป

2) การยอมรับและการเผชิญกับความเครียด คือการที่บุคคลพยายามนึกทบทวนถึงที่มาของความเครียด เพื่อนำมาแก้ไข ซึ่งมีอยู่ 2 ลักษณะ คือการแก้ไขปัจจัยภายนอกที่ก่อให้เกิดความเครียด การแก้ไขตัวเราเองให้มีความเข้มแข็งเพื่อที่จะเผชิญกับความเครียดได้มากขึ้น

3) การเรียนรู้ที่จะอยู่กับความเครียด ใช้ในภาวะที่ไม่สามารถจะหนี หรือแก้ไขภาวะเครียดได้ จึงต้องเรียนรู้ที่จะอยู่กับความเครียดด้วยกลวิธีต่างๆ เช่น ใช้เทคนิคการผ่อนคลายความเครียด การแสวงหาคนช่วยเหลือ เป็นต้น

4.2.2 การตอบสนองทางอารมณ์และความรู้สึก ในคนที่มีความเครียด อารมณ์และความรู้สึกจะเปลี่ยนไป เช่น ความรู้สึกกดดัน คับข้องใจ กลัว วิตกกังวล โกรธ ซึมเศร้า เมื่อความวิตกกังวลเกิดขึ้น มักจะเกิดอาการต่อเนื่อง เช่น นอนหลับยาก หงุดหงิด กระจวนกระวาย และเมื่อเกิดอาการซึมเศร้า มักจะมีอาการเหล่านี้เกิดขึ้น ได้แก่ มีปัญหาในการนอน เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย

4.2.3 การตอบสนองทางพฤติกรรม เป็นปฏิกิริยาของร่างกายที่เตรียมพร้อมสู้หรือถอยหนี อาจแสดงออกมาทางสีหน้า ท่าทาง เช่น อาการกระตุกที่เกิดจากความกลัวหรือวิตกกังวลอย่างรุนแรง พูดติดอ่าง มีพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนไปชั่วคราว หรือเป็นเวลานานๆ เช่น การมีพฤติกรรมเพียรพยายามมากขึ้น หรือในทิศทางตรงกันข้าม มีพฤติกรรมก้าวร้าว เป็นต้น

4.2.4 การตอบสนองทางสรีระ หมายถึง การเปลี่ยนแปลงในระบบประสาทอัตโนมัติ เช่น การเปลี่ยนแปลงในการทำงานของหัวใจ ระบบทางเดินหายใจ ต่อมไร้ท่อ ซึ่งหลั่งฮอร์โมนออกมาหลายชนิดเพื่อการปรับตัวของร่างกาย การตอบสนองนี้จะเกิดขึ้นกับอวัยวะหนึ่งหรือกับระบบของร่างกาย แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ

1) ระยะเวลาสัญญาณอันตราย (Alarm reaction stage) เป็นระยะที่ร่างกายถูกกระตุ้นให้มีความพร้อม และตื่นตัวในการสร้างกลไกที่จะต่อต้านภาวะเครียด เพื่อให้มีการเปลี่ยนแปลงของระบบต่างๆ ซึ่งก่อให้เกิดปฏิกิริยาทั้งทางด้านร่างกายและพฤติกรรม เช่น ปวดศีรษะ น้ำตาลในเลือดสูง ความดันโลหิตเพิ่ม น้ำหนักลด นอนไม่หลับ กลไกช่วงนี้จะใช้เวลาไม่มากก็อาจนำไปสู่ภาวะของการปรับตัวได้ หรืออาจดำเนินต่อโดยเข้าสู่ระยะที่สอง คือระยะต่อต้านต่อไป

2) ระยะต่อต้าน (Resistance stage) เป็นระยะของการปรับตัวอย่างแท้จริง ร่างกายจะปรับภาวะไม่สมดุลของระบบต่างๆ ให้คืนสู่ภาวะปกติ เกิดการเปลี่ยนแปลงที่จะนำไปสู่ความพร้อมที่จะปกป้องตนเอง จนมีการตอบสนองกลับเข้าสู่ภาวะปกติ ให้มีความเครียดน้อยลง แต่ถ้าถึงกระตุ้นความเครียดเกิดขึ้นในเวลายาวนาน บุคคลจะรู้สึกเป็นทุกข์และมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระ ถ้าระยะต่อต้านยังคงอยู่ต่อไปและวิธีการเผชิญปัญหาที่ใช้ไม่สามารถช่วยให้ปรับตัวได้ บุคคลจะตึงเครียดมากจนถึงจุดที่ปรับตัวไม่ได้ นั่นคือ เข้าสู่ระยะสุดท้าย

3) ระยะหมดกำลัง (The stage of exhaustion) ระยะนี้เกิดขึ้นเมื่อบุคคลไม่สามารถปรับตัวต่อภาวะเครียดที่รุนแรง และมีอยู่นานได้ ภาวะไม่สมดุลยังคงอยู่ ร่างกายไม่สามารถคืนสู่ภาวะปกติ ผลของการปรับตัวในทั้งสองระยะที่ผ่านมาถือว่าล้มเหลว ก็จะเข้าสู่ภาวะหมดกำลัง เกิดโรคทางกายและจิต หรือถึงขั้นเสียชีวิตได้

เมื่อบุคคลตกอยู่ในภาวะเครียด ทั้งร่างกายและจิตใจจะมีปฏิกิริยาตอบสนองเพื่อพยายามทำให้ภาวะสมดุลที่เสียไปนั้นกลับคืนมา การตอบสนองของแต่ละบุคคลจะมีลักษณะที่แตกต่างกันไป บางคนตอบสนองอย่างเหมาะสมทำให้ประสบความสำเร็จในการปรับตัว ในขณะที่บางคนตอบสนองอย่างไม่เหมาะสมจึงเกิดความล้มเหลวในการปรับตัว

4.3 การเผชิญความเครียด

4.3.1 ความหมายการเผชิญความเครียด

Lazarus and Folkman (1984) การเผชิญความเครียด เป็นความพยายามของบุคคลในการใช้ทั้งความคิดและการกระทำ เพื่อที่จะควบคุมหรือลดความรุนแรงของสิ่งเร้าที่มาคุกคาม ความปลอดภัย อันเป็นสาเหตุของความเครียด โดยต้องใช้กำลังความสามารถ และแหล่งประโยชน์ต่างๆ

4.3.2 กระบวนการการเผชิญความเครียด การเผชิญความเครียดมีกระบวนการเป็นขั้นตอน ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ (Lazarus and Folkman, 1984)

1) สถานการณ์ หรือสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียด (Event or Stressor) เป็นเหตุการณ์หรือสิ่งที่มาคุกคามความปลอดภัยของบุคคลทำให้เกิดความตึงเครียด ซึ่งบุคคลจะพยายามควบคุมสิ่งคุกคามนั้น เพื่อให้ร่างกายและจิตใจอยู่ในภาวะสมดุล สิ่งที่ทำให้เกิดความเครียด จะมีความหมายมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับประเมินของบุคคล

2) การประเมินสถานการณ์ (Appraisal) เป็นกระบวนการทางความคิดที่เกิดระหว่างปัญหากับการตอบสนองทางอารมณ์และพฤติกรรม ซึ่งมี 3 ขั้นตอน ได้แก่

2.1) การประเมินขั้นที่หนึ่ง (Primary appraisal) คือ การที่บุคคลใช้สติปัญญา ความรู้ และประสบการณ์ ประเมินเพื่อตัดสินว่าสถานการณ์นั้นเกี่ยวข้องกับตนเอง ในทางที่ดี ไม่เกี่ยวข้องกับตนเอง หรือเป็นอันตรายกับตนเอง ถ้าประเมินแล้วบุคคลตัดสินใจว่าสถานการณ์นั้นเป็นอันตรายต่อตนเองหรือก่อให้เกิดความเครียด บุคคลจะพิจารณาตัดสินใจว่าอันตรายหรือสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดนั้นมีลักษณะอย่างไรใน 3 ลักษณะ ได้แก่ 1) เป็นอันตรายหรือต้องสูญเสีย (Harm/Loss) 2) เป็นการคุกคาม (Threat) 3) เป็นสิ่งท้าทาย (Challenge)

2.2) การประเมินขั้นที่สอง (Secondary appraisal) คือการที่บุคคลใช้สติปัญญา ความรู้ ประสบการณ์ มาใช้ประเมินแหล่งประโยชน์ และทางเลือกที่สามารถกระทำได้และเลือกวิธีเผชิญความเครียด ซึ่งจะก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ต้องการ รวมทั้งประเมินผล การประเมินขั้นนี้ไม่จำเป็นต้องตามหลังการประเมินขั้นแรก แต่อาจเกิดขึ้นพร้อมๆ กันได้

2.3) การประเมินซ้ำ (Reappraisal) หลังจากที่บุคคลพยายามที่จะกำจัดอันตรายทั้งทางรูปธรรมและทางความคิดแล้วบุคคลจะประเมินสถานการณ์ซ้ำ เพื่อพิจารณาอันตรายนั้นว่ายังมีอยู่ ลดลง หรือได้ถูกกำจัดไปแล้ว ถือได้ว่าเป็นการเริ่มวงจรการประเมินสถานการณ์ใหม่ได้ ถ้าผลการประเมินซ้ำนี้ บุคคลรู้สึกว่ายังมีอันตรายอยู่ หรือเกิดอันตรายใหม่

3) การเผชิญความเครียด (Coping) หลังจากบุคคลประเมินสถานการณ์แล้วว่า เป็นความเครียด บุคคลจะเลือกวิธีการต่างๆ เพื่อจัดการแก้ปัญหาและแสดงออกทางความรู้สึกนึกคิด หรือการกระทำต่างๆ ซึ่งสามารถแบ่งได้เป็น 2 รูปแบบ (Lazarus and Folkman, 1984) ดังนี้

3.1) การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา (Problem-focused coping) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลพยายามใช้กระบวนการแก้ปัญหา โดยมุ่งเผชิญกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง มีลักษณะคล้ายคลึงกับการแก้ปัญหาตามหลักวิทยาศาสตร์ คือ มีการกำหนดปัญหา วางแผนขั้นตอนในการแก้ปัญหา หาวิธีหรือทางเลือกในการแก้ปัญหาหลายๆทาง ชั่งน้ำหนักทางเลือกโดยพิจารณาผลดีผลเสีย เลือกวิธีที่เหมาะสม แล้วดำเนินการแก้ไขปัญหานั้น

3.2) การเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์ (Emotion-focus coping) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลนำกลไกทางจิตเข้ามาช่วยบรรเทาภาวะเครียดที่เกิดขึ้นเพื่อรักษาสมดุลของจิตใจไว้ โดยบุคคลพยายามที่จะจัดการกับอารมณ์ทางลบทั้งหลายที่เกิดขึ้น ซึ่งเป็นวิธีการเผชิญความเครียดที่ไม่ได้แก้ไขที่ตัวปัญหาแต่ช่วยให้บุคคลมีความรู้สึที่ดีขึ้น บุคคลจะใช้พฤติกรรมนี้มากเมื่อประเมินว่าไม่สามารถควบคุมหรือเปลี่ยนแปลงแก้ไขภาวะคุกคามได้

4.3.3 ปัจจัยที่มีผลต่อการเผชิญความเครียด

การเผชิญความเครียดนั้นแต่ละบุคคลจะมีวิธีการในการเผชิญแตกต่างกันไป และจะประสบผลสำเร็จหรือไม่เพียงใด ขึ้นอยู่กับปัจจัยสนับสนุนของบุคคลนั้น ซึ่งมีทั้งปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกตัวบุคคล สามารถสรุปถึงปัจจัยต่างๆ ได้ดังนี้ (Lazarus and Folkman, 1984)

1) ลักษณะของสถานการณ์ความเครียด พิจารณาจากระดับความรุนแรง ระยะเวลาที่เกิดสถานการณ์ และเป็นความเครียดเพียงเรื่องเดียว หรือหลายเรื่องพร้อมกัน ซึ่งจะมีผลต่อการรับรู้ของแต่ละบุคคลและมีผลต่อพฤติกรรมการเผชิญความเครียดต่างกัน เช่น บุคคลหนึ่งสามารถทนต่อความเครียดที่รุนแรง แต่มีระยะเวลาสั้นมากกว่าความเครียดที่รุนแรงน้อยกว่า แต่ระยะเวลายาวนานเรื้อรัง เนื่องจากในภาวะเรื้อรังบุคคลต้องใช้พลังงานในการปรับตัวอย่างต่อเนื่อง ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและจิตใจ ทำให้เกิดความเครียดเพิ่มขึ้นอีกได้ง่าย

2) ประสบการณ์ในอดีต เป็นศักยภาพของแต่ละบุคคลซึ่งช่วยในการตัดสินใจหรือจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น บุคคลจะนำรูปแบบพฤติกรรมการเผชิญความเครียดเดิมที่เคยใช้ได้ผลมาใช้จัดการกับปัญหา ซึ่งถ้าไม่ประสบความสำเร็จก็จะหาวิธีใหม่ นอกจากนี้ประสบการณ์ในอดีต มักทำให้เพิ่มความทนต่อความเครียดอีกด้วย

3) ระดับการศึกษา โดยระดับการศึกษาที่ดีกว่าจะทำให้บุคคลสามารถเลือกปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการเผชิญความเครียดได้เหมาะสม ตลอดจนใช้ประโยชน์จากความรู้ หรือผลสะท้อนจากพฤติกรรมเดิมที่เคยปฏิบัติมาพิจารณาใช้เพื่อป้องกันการเกิดปัญหาซ้ำอีก

4) ทักษะในการแก้ปัญหา เป็นความสามารถเฉพาะของแต่ละบุคคลที่จะนำประสบการณ์ สถิติปัญหาและความรู้มาใช้แก้ปัญหา เช่น ความสามารถในการค้นหาข้อมูลที่เป็นประโยชน์ การจำแนกวิเคราะห์ปัญหา ตลอดจนทางเลือกที่เหมาะสม

5) ทักษะทางสังคม เนื่องจากมนุษย์ทุกคนมีหน้าที่ หรือบทบาทในสังคม ทักษะทางสังคมจึงเป็นปัจจัยสำคัญในการเผชิญความเครียด ซึ่งจะชี้ถึงความสามารถในการติดต่อสื่อสาร การแสดงออกกับผู้อื่นในทางที่เหมาะสม ในการติดต่อขอความเห็น ขอความช่วยเหลือ และความร่วมมือจากบุคคลอื่น ทำให้มีความสะดวกหรือความง่ายในการแก้ไขปัญหา

6) ภาวะสุขภาพและพลังงาน ถือเป็นแหล่งประโยชน์ทางด้านร่างกายที่มีผลต่อพฤติกรรมในการเผชิญความเครียด บุคคลซึ่งเจ็บป่วยอ่อนแอ ย่อมมีพลังงานซึ่งจะนำมาใช้ประโยชน์ในการเผชิญความเครียดน้อยกว่าบุคคลที่สุขภาพดี แข็งแรง

7) ค่านิยมและความเชื่อ จะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมในการเผชิญความเครียด ความเชื่อในทางที่ดี เช่น เชื่อว่าสามารถควบคุมเหตุการณ์ได้ จะทำให้บุคคลเกิดความหวังและมีความพยายามที่จะต่อสู้หรือเผชิญปัญหาได้ ค่านิยมบางอย่างอาจส่งผลให้บุคคลไม่กล้าที่จะกระทำหรือแสดงความรู้สึกออกมาตามความต้องการ เช่น ไม่กล้าขอรับความช่วยเหลือจากบุคคลซึ่งมีความเต็มใจ เพราะกลัวถูกกล่าวหาว่าไร้ความคิดหรือหมกมุ่นทางช่วยเหลือตนเอง

8) การสนับสนุนทางสังคม ซึ่งอาจจะได้รับในรูปของการสนับสนุนทางอารมณ์ เช่น การให้กำลังใจ การสนับสนุนด้านความรู้ ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ หรือการสนับสนุนที่เป็นรูปธรรม เช่น สิ่งของ ความช่วยเหลือและความร่วมมือต่างๆ ซึ่งการรับรู้ถึงแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีอย่างเพียงพอ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับประสิทธิภาพของการเผชิญความเครียด

9) แหล่งประโยชน์ทางวัตถุ ได้แก่ เงิน สิ่งของ และสิ่งจำเป็นในการดำเนินชีวิต บุคคลซึ่งมีแหล่งอำนวยความสะดวกสบาย โดยเฉพาะถ้าใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ย่อมมีทางเลือก และมีความพร้อมที่จะเผชิญ ความเครียด มากกว่าบุคคลที่ขาดแคลน ดังจะเห็นได้จากอุบัติการณ์ของความผิดปกติทางจิต ซึ่งพบมากในกลุ่มบุคคลซึ่งมีเศรษฐกิจต่ำ เชื่อว่ามีสาเหตุสำคัญประการหนึ่งมาจากการต้องประสบกับปัญหา และความเครียดในการดำเนินชีวิตมากขึ้น

4.4 ผลกระทบของความเครียด

จากปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเครียดทั้ง 3 ระยะ ที่กล่าวมาข้างต้นจะส่งผลให้เกิดกลไกการเปลี่ยนแปลงจนเกิดเป็นพยาธิสภาพ และความผิดปกติต่างๆต่อร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรมทางสังคม (กรมสุขภาพจิต, 2541) ดังนี้

4.4.1 ความผิดปกติทางร่างกาย เนื่องจากความเครียดส่งผลกระทบต่อระบบต่างๆ ของร่างกาย จนทำให้เกิดอาการจิตสรีระแปรปรวน (Psychosomatic disorder) ซึ่งเป็นอาการป่วยที่มี สาเหตุมาจากปัญหาทางอารมณ์แต่อาการของโรคปรากฏทางกาย อาการที่พบบ่อย ได้แก่ ปวดศีรษะ ความดันโลหิตสูง ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ใจสั่น นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย เป็นแผลในกระเพาะอาหาร เป็นหวัดบ่อย แพ้อากาศง่าย เป็นต้น

4.4.2 ความผิดปกติทางจิตใจ ได้แก่ กลัวโดยไร้เหตุผล ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง วิตกกังวล คิดฟุ้งซ่าน หลงลืมง่าย ไม่มีสมาธิ หงุดหงิด โกรธง่าย เบื่อหน่าย ซึมเศร้า เป็นต้น

4.4.3 ความผิดปกติด้านพฤติกรรม ได้แก่ มีการรับประทานอาหารเพิ่มขึ้นหรือ ลดลง สูบบุหรี่ ดื่มสุรามากขึ้น ใช้สารเสพติด ใช้ยานอนหลับ จู้จี้ขี้บ่น มีเรื่องขัดแย้งกับผู้อื่นบ่อยๆ ดึงผม กัดเล็บ กัดฟัน เจ็บขริม เก็บตัว เป็นต้น

4.5 ความเครียดในผู้ป่วยจิตเภท

4.5.1 สถานการณ์ความเครียดในผู้ป่วยจิตเภท

ผู้ป่วยจิตเภทประสบกับสถานการณ์ความเครียดในชีวิต ได้จาก 3 สถานการณ์ ได้แก่ (Wiedl, 1992; Norman et al., 2002)

1) การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท เนื่องจากทำให้กระบวนการทางสรีระผิดปกติ การรับรู้ผิดปกติ มีความคิดผิดปกติ มีภาวะสิ้นยินดี (Apathy) การได้รับผลข้างเคียงจากยารักษา อาการทางจิต และอาการทางคลินิกของโรค

2) ความเครียดที่มีสาเหตุจากตัวผู้ป่วยเอง ได้แก่ ผลกระทบของโรคจิตเภท การสูญเสียเป้าหมายในชีวิต การรับรู้ตนเองและความสัมพันธ์กับผู้อื่น การประกอบอาชีพ การใช้ เวลาว่างและการพักผ่อน รวมทั้งปัญหาสภาพการเงิน

3) ความเครียดจากสิ่งแวดล้อม ได้แก่ สัมพันธภาพกับครอบครัว และบุคคลอื่น การรับบริการด้านสุขภาพ และการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล

4.5.2 ความเครียดและการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท

จากแนวคิด Vulnerability -Stress Model (Zubin and Spring, 1977) พบว่า ความเครียดที่เพิ่มขึ้นจะมีผลต่อการกำเริบของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภท และแนวคิด Vulnerability /stress model of schizophrenia relapse ((Nuechterlein et al., 1994) ได้อธิบายการ

กลับเป็นซ้ำของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทว่าเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยความเปราะบางของผู้ป่วย ปัจจัยความเครียดจากสิ่งแวดล้อม และปัจจัยปกป้องของผู้ป่วยจิตเภท กล่าวคือ

- 1) ปัจจัยเปราะบางของผู้ป่วย ได้แก่ ความผิดปกติของระดับสารสื่อประสาท โดปามีน ความสามารถของกระบวนการคิดที่ลดลง ปฏิกริยาตอบสนองของระบบประสาทอัตโนมัติมากกว่าปกติ และบุคลิกภาพแบบจิตเภท
- 2) ปัจจัยความเครียดจากสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การที่สังคมไม่ยอมรับ และมีทัศนคติทางลบต่อผู้ป่วย การวิพากษ์วิจารณ์ การตำหนิผู้ป่วย การแสดงออกทางอารมณ์ที่สูงเกินไป รวมทั้งเหตุการณ์ในชีวิตประจำวันที่ทำให้เกิดความทุกข์ และรบกวนผู้ป่วย
- 3) ปัจจัยปกป้องของผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย
 - 3.1) ปัจจัยปกป้องเฉพาะบุคคล ได้แก่ ทักษะการเผชิญ และจัดการความเครียด การได้ยารักษาอาการทางจิต
 - 3.2) ปัจจัยปกป้องจากสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ความสามารถในการแก้ปัญหาในครอบครัวผู้ป่วย การบำบัดทางจิตสังคมที่ผู้ป่วยได้รับ และการสนับสนุนทางสังคม

แนวคิดนี้อธิบายว่า การกลับเป็นซ้ำของอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทเกิดจากความเปราะบางของผู้ป่วยสูงกว่าปัจจัยปกป้อง เมื่อผู้ป่วยเผชิญกับปัจจัยความเครียดจากสิ่งแวดล้อม จึงทำให้มีอาการทางจิตรุนแรงขึ้น ดังนั้นการให้การบำบัดช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภท เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค จึงเป็นการส่งเสริมปัจจัยปกป้องเฉพาะบุคคลและปัจจัยปกป้องจากสิ่งแวดล้อมให้แก่ผู้ป่วย

4.6 การประเมินความเครียด

การประเมินความเครียดต้องใช้หลายวิธีมาช่วยในการตัดสินใจ และประเมินภาวะเครียด เนื่องจากความเครียดทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆในร่างกาย และสภาพจิตใจ การประเมินความเครียดจึงจำแนกได้เป็น 3 วิธี ดังนี้ (มรรยาท รุจิวิทย์, 2548)

4.6.1 การประเมินการเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยา โดยการวัดการเปลี่ยนแปลงภายในร่างกายของผู้ที่อยู่ในภาวะเครียด เช่น อัตราการเต้นของหัวใจ การหายใจ ความดันโลหิต เป็นต้น ซึ่งการประเมินนี้ต้องใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ในการวัด

4.6.2 การประเมินจากพฤติกรรม หรือการแสดงออกซึ่งสามารถสังเกตเห็นได้

โดยสังเกตจากความผันแปรในด้านความคิด คำพูด และการติดต่อสื่อสารโดยไม่ใช้คำพูด การรับรู้ ความจำ วิธีการแก้ไขปัญหา และการตัดสินใจ ซึ่งบุคคลอื่นสามารถสังเกตเห็นและสามารถบันทึก พฤติกรรมนั้นได้ แบบประเมินพฤติกรรมนี้ต่อมาถูกพัฒนาและนำมาใช้ในการประเมินภาวะ จิตสังคมของผู้ที่มีความเจ็บป่วยทางจิต

4.6.3 การประเมินโดยใช้แบบสอบถาม หรือแบบวัด เป็นการประเมินภาวะ เครียด ที่เป็นความรู้สึกของตนเองต่อการดำเนินชีวิตประจำวันที่คนคนนั้นสามารถรับรู้หรือบอกได้ แล้วจึงมารวบรวมเป็นระดับของความเครียด ซึ่งได้มีผู้สร้างขึ้นมาใช้อยู่หลายประเภท ได้แก่

1) The Cornell Medical Index Health Questionnaire (CMI) เป็นแบบสำรวจ สุขภาพจิตทั่วไป เป็นการวัดอาการแสดงของความเจ็บป่วยทางจิต ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 195 ข้อ โดยถามถึงภาวะทางจิต ได้แก่ ความเครียด ความวิตกกังวล ความรู้สึกไวต่อสิ่งเร้า และ ความรู้สึกโกรธ

2) Analogies Scale Symptom Distress Check List (SCL-90) เป็นแบบประเมินที่ ใช้วัดความผิดปกติด้านจิตใจ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 90 ข้อ วัดความเครียดที่แสดงอาการ ออกเป็นความเจ็บป่วยด้านร่างกาย (Somatization) อาการย้ำคิดย้ำทำ ความรู้สึกไวต่อสิ่งเร้า ความ วิตกกังวล อารมณ์เศร้า ความรู้สึกไม่เป็นมิตร ความคิดหวาดระแวง ความคิดหลงผิด และอาการ ประสาทหลอน

3) แบบวัดความเครียดสวนปรุง (Suanprung Stress Test) เป็นแบบวัด ความเครียดที่สร้างขึ้นเพื่อวัดความเครียดที่เหมาะสมสำหรับคนไทย เพื่อประเมินความเครียดว่า อยู่ในระดับใด ก่อนจะนำไปสู่การแก้ไขที่เหมาะสม โดยผู้ตอบ ตอบตามข้อความที่ตรงกับ ความรู้สึกหรือประสบการณ์จริงที่เกิดขึ้น แบบวัดความเครียดสวนปรุงจะมี 3 ชุด คือ ชุด 102 ข้อ 60 ข้อ และ 20 ข้อ แต่ละข้อมี 5 คำตอบ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ

4) Perceived Stress Scale (PSS) เป็นแบบวัดการรับรู้ความเครียด ของ Cohen et al. (1983) เพื่อใช้วัดการรับรู้ความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 10 ข้อ โดยข้อ 4, 5, 7 และ 8 เป็นคำถามทางบวก ส่วนที่เหลืออีก 6 ข้อเป็นคำถามทางลบ ลักษณะ คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) มี 5 ระดับ ลักษณะคำถามเกี่ยวกับความรู้สึกของ ผู้ป่วยใน 1 เดือนที่ผ่านมา ให้ตอบตามความถี่ของความรู้สึกที่เกิดขึ้น

โดยสรุปการประเมินความเครียด สามารถประเมิน ได้จากการเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยา ประเมินจากพฤติกรรมหรืออาการที่แสดงออกซึ่งสามารถสังเกตเห็นได้ และประเมินจากการรับรู้ของบุคคลนั้น โดยประเมินในรูปของแบบสอบถามหรือแบบวัดความเครียด

4.7 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทเพื่อลดความเครียด พยาบาลสามารถช่วยบุคคลหรือผู้ป่วยที่มีปัญหาความเครียดได้โดยใช้กระบวนการพยาบาล ได้แก่ (เพียรดี เปี่ยมมงคล, 2553)

4.7.1 การประเมิน ซึ่งต้องประเมินครอบคลุมข้อมูลในด้านต่างๆ ได้แก่

1) ประสบการณ์ในอดีต เช่น มีการเปลี่ยนแปลงอะไรบางอย่างที่สำคัญในชีวิต วิธีการจัดการกับความเครียดที่ผ่านมา รวมทั้งแหล่งช่วยเหลือทางสังคม และที่พึ่งทางจิตใจ

2) การรับรู้สาเหตุของความเครียด

3) ปฏิกริยาของการปรับตัวเป็นอย่างไร ทั้งการปรับตัวด้านจิตใจ ด้านร่างกาย และด้านพฤติกรรม เช่น คิ่่มสุรา สูบบุหรี่ นอนไม่หลับ มีสัมพันธภาพกับผู้อื่นเปลี่ยนแปลง เป็นต้น สำหรับผู้ป่วยจิตเภทอาจมีอาการแสดงของอาการทางจิตเพิ่มมากขึ้น (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2546)

4.7.2 การวินิจฉัยการพยาบาล เพื่อเป็นแนวทางการวางแผนการพยาบาลต่อไป ซึ่งจะสอดคล้อง และสัมพันธ์กับอาการของผู้ป่วย เช่น มีความวิตกกังวล เศร้า ขาดความรู้เกี่ยวกับการจัดการกับความเครียดและการดูแลตนเอง และการมีอาการทางจิตกำเริบ เป็นต้น

4.7.3 การวางแผนการพยาบาล ซึ่งแผนการพยาบาลจะประกอบด้วย

1) เป้าหมาย การพยาบาล ได้แก่ เป้าหมายระยะสั้น ในที่นี้ คือเพื่อช่วยให้อาการผิดปกติจากการปรับตัวต่อความเครียดในปัจจุบันลดน้อยลง เป้าหมายระยะยาว คือ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยใช้ศักยภาพที่มีอยู่ให้เป็นประโยชน์สูงสุดเพื่อความผาสุกของชีวิต

2) กิจกรรมการพยาบาลซึ่งต้องสอดคล้องกับปัญหา เป้าหมายที่ต้องการและควรมีรายละเอียดที่ชัดเจน

4.7.4 การปฏิบัติการพยาบาล เป็นขั้นตอนของการปฏิบัติตามแผนการพยาบาลที่ได้กำหนดไว้ เช่น การช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความเครียดและผลของความเครียด ให้ผู้ป่วยพูดระบายถึงความเครียด ฝึกทักษะการจัดการกับความเครียด และเทคนิคการผ่อนคลาย เป็นต้น

4.7.5 การประเมินผลการพยาบาล เป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการพยาบาล

พยาบาลจะตรวจสอบการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยภายหลังการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ว่าเป็นไปตามเป้าหมายหรือไม่ ซึ่งเป็นการตรวจสอบเพื่อปรับปรุงแผนการพยาบาลต่อไป

โดยสรุป เมื่อบุคคลมีความเครียดจะมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ ซึ่งความเครียดมีทั้งผลดีและผลเสียต่อบุคคล การมีความเครียดที่พอดี จะทำให้บุคคลตื่นตัวในการเรียนหรือการทำงาน แต่การมีความเครียดสูง และมีอยู่เป็นเวลานานจะทำให้เกิดความเจ็บป่วยได้ทั้งร่างกายและจิตใจ พยาบาลควรมีความรู้เกี่ยวกับความเครียด และวิธีการจัดการความเครียดที่เหมาะสม เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

5. โปรแกรมการจัดการความเครียด

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับแนวทางและโปรแกรมในการจัดการความเครียด ทั้งในบุคคลทั่วไปและในผู้ป่วยจิตเภท มีแนวทางในการจัดการความเครียดหลายแนวทาง ดังต่อไปนี้

5.1 แนวทางการจัดการความเครียดของกรมสุขภาพจิต (2541)

เป้าหมายของการจัดการกับความเครียดไม่ใช่การระงับหรือหลีกเลี่ยงความเครียด หากแต่จะเน้นเรื่องการจัดการกับอารมณ์และช่วยให้บุคคลสามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสม เพื่อไม่ให้เกิดผลทางลบตามมา

5.1.1 หลักการในการจัดการกับความเครียดของกรมสุขภาพจิต ได้แก่

1) ต้องรู้จักตัวเอง คือรู้ว่าปกติเรามีปฏิกิริยาต่อความเครียดอย่างไร การรู้ตัวเป็นเรื่องสำคัญที่สุด ดังนั้นจึงควรหมั่นสังเกตความผิดปกติทางร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรมที่เกิดจากความเครียด

2) ตรวจสอบความคิดของตนเอง ที่มีต่อสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียด ว่าเป็นอย่างไรเพื่อให้ทราบถึงความรู้สึกที่เกิดขึ้น จะได้เข้าใจว่าส่วนไหนเป็นความจริง ส่วนไหนเป็นเพียงความคิดของเรา

3) จัดการกับสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียด กรณีที่เปลี่ยนแปลงแก้ไขอะไรไม่ได้ ต้องหาทางยอมรับว่าต้องเป็นเช่นนั้นอาจต้องใช้วิธีหลบออกมาก่อน ควรมีแนวทางในการแก้ปัญหาไว้หลายทาง เพื่อเลือกหนทางที่ดีที่สุดหรือใช้หลายแนวทางร่วมกัน

4) เสริมสร้างและรักษาสุขภาพให้ดี รวมทั้งฝึกวิธีผ่อนคลายความเครียด

5.1.2 แนวทางการจัดการกับความเครียดของกรมสุขภาพจิต (2541) ได้แก่

1) ด้านร่างกาย เทคนิคที่ใช้ เช่น การฝึกผ่อนคลายด้วยการหายใจ การฝึกสมาธิ โยคะ มวยจีน รวมทั้งการรักษาร่างกายให้อยู่ในสภาวะสมดุลอยู่เสมอ

2) ด้านพฤติกรรม เทคนิคที่ใช้ เช่น ทักษะทางสังคม ความเห็นอกเห็นใจผู้อื่น จะช่วยให้ได้รับความรักจากคนรอบข้าง ซึ่งนับเป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อการช่วยเหลือตนเอง ให้สามารถจัดการกับความเครียดได้

3) ด้านความคิดและอารมณ์ เทคนิคที่ใช้ เช่น การใช้เหตุผลในการแก้ปัญหา ทักษะการตัดสินใจและการบริหารเวลา ทักษะที่ช่วยให้ดำเนินชีวิตได้ดีขึ้น เช่น การสร้างพลังใจ แนวแน่ที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ความคิดในทางบวกและความคิดที่มีเหตุผล

5.2 โปรแกรมการจัดการความเครียดจากการทำงานในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ที่พัฒนาโดย Lee et al. (2006) โดยโปรแกรมมีแนวทางในการจัดการความเครียด ดังนี้

1) ให้ความรู้เกี่ยวกับความเครียดที่มีผลต่ออารมณ์ ความคิด และพฤติกรรม เพื่อเพิ่มความรู้ในตนเองของผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับอารมณ์ด้านลบขณะที่มีความเครียด และฝึกทักษะการจัดการกับอารมณ์ด้านลบ เช่น การหายใจลึกๆ (Deep breathing) การออกกำลังกาย

2) ให้ความรู้เกี่ยวกับความฉลาดทางอารมณ์ (Emotional intelligence) และฝึกปฏิบัติวิธีทำให้เกิดความฉลาดทางอารมณ์

3) พัฒนาปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมการเผชิญความเครียดในผู้ป่วย โดยการฝึกทักษะการสื่อสาร ฝึกพฤติกรรมกล้าแสดงออก ฝึกทักษะการแก้ปัญหา

4) ให้ความรู้และฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดการกับภาวะวิกฤติในการทำงาน

5.3 Stress management program ของ Norman et al. (2002) โดยใช้วิธีการจัดการความเครียดและการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภท

5.3.1 ขั้นตอนในการพัฒนาโปรแกรมการจัดการความเครียด มีดังนี้

1) การทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวกับ วิธีการจัดการความเครียดที่มีประสิทธิภาพ สำหรับคนทั่วไปและผู้ป่วยจิตเวช

2) จากการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการบำบัด ที่มีประสิทธิภาพสำหรับผู้ป่วยจิตเภท

3) ใช้ความบกพร่องด้านความรู้คิดของผู้ป่วยจิตเภท ที่มีผลต่อการเกิดความเครียด และการจัดการความเครียดมาเป็นข้อพิจารณาในการจัดโปรแกรม

4) ใช้ประสบการณ์ทางคลินิก และข้อมูลป้อนกลับจากกลุ่มผู้ป่วย ที่ทดลองใช้โปรแกรมการจัดการความเครียดฉบับร่าง

5.3.2 โปรแกรมใช้แนวทางการจัดการความเครียดใน 3 แนวทาง ได้แก่

1) ลดปฏิกิริยาตอบสนองทางร่างกายต่อความเครียด โดยใช้การฝึกการผ่อนคลาย
2) ส่งเสริมความแข็งแรงของร่างกาย โดยการพักผ่อน ออกกำลังกาย และ
โภชนาการที่เหมาะสม

3) พัฒนาทักษะด้านการรู้คิด และพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเผชิญความเครียด
ในการดำเนินกิจกรรมใช้หลักการเรียนรู้จากการฝึกปฏิบัติ (Practice) การฝึกปฏิบัติจริงใน
สถานการณ์สมมติ (Role play) การให้ข้อมูลสะท้อนกลับ (Feedback) และการมอบหมายงาน
(Home work) ซึ่งมีผลต่อการพัฒนาด้านทักษะในการจัดการความเครียด โปรแกรมมีลักษณะการ
บำบัดรายกลุ่ม จำนวน 12 สัปดาห์ ประกอบด้วย 12 กิจกรรม ได้แก่ 1) การให้ความรู้เรื่องการเผชิญ
ความเครียด และฝึกทักษะการผ่อนคลาย (Coping with stress and relaxation training) 2) การเผชิญ
ความเครียดที่เกิดจากการรับประทานยา (Coping with medication stress) 3) การเผชิญกับอาการ
ทางจิต (Coping with symptoms) 4) การเสริมสร้างความแข็งแรงของร่างกายโดยการพักผ่อนและ
การออกกำลังกาย (Building Physical stamina – sleep and exercise) 5) การบริโภคที่มีผลต่อ
ความเครียด (What you consume and stress) 6) การบริหารจัดการด้านการเงิน (Managing money)
7) การบริหารจัดการกับเวลา (Managing your time) 8) การแก้ปัญหาเฉพาะบุคคล (Personal
Problem-Solving) 9) การนำทักษะการแก้ปัญหาไปใช้ในการพัฒนาและดำรงรักษามิตรภาพ
(Problem-Solving-application to developing and maintaining friendship) 10) การเผชิญกับตราบาป
(Coping with stigma) 11) การเผชิญกับสถานการณ์ความเครียดที่เกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล
(Coping with stressful interpersonal interaction) 12) ทบทวน วางแผน เพื่อติดตาม (Review, Plan
for follow)

ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดโปรแกรมการจัดการความเครียดของ Norman et al. (2002) มาเป็น
แนวทางในการสร้างโปรแกรมการจัดการความเครียด เพื่อช่วยลดอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท
และป้องกันการกำเริบของโรค เนื่องจากเป็นโปรแกรมที่ครอบคลุมกิจกรรมที่ช่วยจัดการกับปัจจัย ที่
ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิตรุนแรงขึ้น และจัดการกับ สาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิด

ความเครียด และปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยพร่องความสามารถในการจัดการกับความเครียดโดยประยุกต์กิจกรรมตามแนวคิดนี้ให้ตรงตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย และสอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วยจิตเภทในประเทศไทย โปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นประกอบด้วย 6 กิจกรรม ซึ่งได้รวมกิจกรรมที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันเข้าไว้ด้วยกัน ส่วนกิจกรรม ที่ 12 จากแนวคิดข้างต้น คือ การทบทวน และวางแผน จะทำตลอดการดำเนินการในทุกกิจกรรม ดังแสดงใน ตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบ Stress management program ตามแนวคิดของ Norman et al. (2002) และ โปรแกรมการจัดการความเครียดที่ผู้วิจัยพัฒนานี้

กิจกรรมในโปรแกรม	แนวคิดหลัก	การพัฒนา
1.การให้ความรู้เรื่องความเครียดและฝึกทักษะการผ่อนคลาย	การให้ความรู้เรื่องความเครียด การเผชิญความเครียด และการลดปฏิกิริยาตอบสนองทางร่างกายต่อความเครียด โดยฝึกการผ่อนคลาย	ผู้วิจัยได้รวบรวมเนื้อหาความรู้เกี่ยวกับความเครียด ทั้งด้านสาเหตุ อาการ และผลกระทบของความเครียดที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยจิตเภท และแนวทางในการจัดการกับความเครียด รวมทั้งแนวทางการฝึกการผ่อนคลายความเครียดที่ใช้ได้ผลดีในผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้ผู้ป่วยทบทวนผลของความเครียดต่อสุขภาพด้านร่างกายและจิตใจ ได้เพิ่มความตระหนักรู้ในตนเองของผู้ป่วยเกี่ยวกับอารมณ์ด้านลบในขณะที่มีความเครียด สามารถประเมินความเครียดที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเองและฝึกการผ่อนคลายความเครียดด้วยตนเองได้ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถลดความเครียดของตนเองลงก่อนที่ความเครียดนั้นจะมากระตุ้นให้อาการทางจิตกำเริบ

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบ Stress management program ตามแนวคิดของ Norman et al. (2002) และ โปรแกรมการจัดการความเครียดที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น (ต่อ)

กิจกรรมในโปรแกรม	แนวคิดหลัก	การพัฒนา
2.การเสริมสร้างความแข็งแรงของร่างกาย	ส่งเสริมความแข็งแรงของร่างกายโดยการพักผ่อน ออกกำลังกาย และ โภชนาการ	ผู้วิจัยได้รวบรวมเนื้อหาเกี่ยวกับการส่งเสริมความแข็งแรงของร่างกายสำหรับผู้ป่วย ทั้ง เรื่องการนอนหลับพักผ่อน การออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร โดยรวมเนื้อหาของกิจกรรมใน Stress management program ได้แก่ กิจกรรมที่ 4 เรื่อง การเสริมสร้างความแข็งแรงของร่างกายโดยการพักผ่อนและการออกกำลังกาย และกิจกรรมที่ 5 เรื่อง การบริโภคและความเครียด เนื่องจากมาจากแนวคิดเดียวกันคือการส่งเสริมความแข็งแรงของร่างกายเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีความอดทนต่อความเครียดมากขึ้น สามารถเผชิญความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ
3.การจัดการกับอาการทางจิต	พัฒนาทักษะด้านการรู้คิด และพฤติกรรมเมื่อเผชิญกับอาการทางจิตและความเครียดที่เกิดจากอาการทางจิต	ผู้วิจัยได้รวบรวมความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท ผลของอาการทางจิตต่อความเครียดของผู้ป่วย และฝึกทักษะการจัดการกับอาการทางจิต เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีแนวทาง และ ทักษะในการจัดการกับอาการทางจิตที่เกิดขึ้น มีอาการทางจิตลดลง สามารถปรับตัวต่อความเครียดได้

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบ Stress management program ตามแนวคิดของ Norman et al. (2002) และ โปรแกรมการจัดการความเครียดที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น (ต่อ)

กิจกรรมในโปรแกรม	แนวคิดหลัก	การพัฒนา
4.การจัดการ ความเครียดที่เกิดจากการรับประทานยา	ทักษะด้านการรู้คิดและพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเผชิญความเครียดที่เกิดจากการรับประทานยา	ผู้วิจัยได้รวบรวมเนื้อหาเกี่ยวกับการรักษาด้วยยา อาการข้างเคียงของยา และทักษะการจัดการความเครียดที่เกิดจากการรับประทานยา เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการรับประทานยา มีทัศนคติที่ดีต่อการรับประทานยา มีพฤติกรรมการใช้ยาอย่างเหมาะสม สามารถเผชิญความเครียดที่เกิดจากการรับประทานยาได้ และช่วยควบคุมอาการทางจิตที่เกิดจากการขาดยา
5.การแก้ไขปัญหาในชีวิตประจำวัน	พัฒนาทักษะด้านการรู้คิดและพฤติกรรมในชีวิตประจำวัน	ผู้วิจัยได้รวบรวมเนื้อหาเกี่ยวกับทักษะในการแก้ไขปัญหาในชีวิตประจำวัน และทักษะการบริหารจัดการด้านการเงินและเวลา เนื่องจากเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยความเครียด เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยจัดการกับความเครียดได้ โดยผู้วิจัยได้รวมเนื้อหาของกิจกรรมใน Stress management program ได้แก่ กิจกรรมที่ 6 เรื่อง การบริหารจัดการด้านการเงิน กิจกรรมที่ 7 เรื่อง การบริหารจัดการกับเวลา และ กิจกรรมที่ 8 เรื่อง การแก้ปัญหาเฉพาะบุคคล เพื่อความกระชับของกิจกรรม เนื่องจากมาจากแนวคิดเดียวกันคือการแก้ไขปัญหาในชีวิตประจำวัน

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบ Stress management program ตามแนวคิดของ Norman et al. (2002) และ โปรแกรมการจัดการความเครียดที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น (ต่อ)

กิจกรรมในโปรแกรม	แนวคิดหลัก	การพัฒนา
6. การพัฒนาทักษะการสื่อสาร และสัมพันธภาพ	พัฒนาทักษะด้านการรู้คิดและพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเผชิญความเครียดที่เกิดจากการสื่อสาร และการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น	ผู้วิจัยได้รวบรวมทักษะการสื่อสารและการแสดงออกกับผู้อื่นในทางที่เหมาะสม เพื่อให้ผู้ช่วยสามารถจัดการกับความเครียดที่เกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น สามารถใช้ทักษะด้านการสื่อสารจัดการความเครียดได้อย่างเหมาะสมเพื่อช่วยควบคุมและลดอาการทางจิต โดยผู้วิจัยได้รวมเนื้อหาของกิจกรรมใน Stress management program ได้แก่ กิจกรรมที่ 9 เรื่อง การนำทักษะการแก้ปัญหาไปใช้ในการพัฒนาและดำรงรักษามิตรภาพ กิจกรรมที่ 10 เรื่อง การเผชิญกับตราใบ และกิจกรรมที่ 11 เรื่อง การเผชิญกับสถานการณ์ความเครียดที่เกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เพื่อความกระชับของเนื้อหา เนื่องจากในแต่ละกิจกรรมเน้นการพัฒนาทักษะการสื่อสาร การมีปฏิสัมพันธ์และการแสดงออกกับผู้อื่น

โดยมีรายละเอียดของโปรแกรมที่สร้างขึ้นใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การให้ความรู้เรื่องความเครียดและฝึกทักษะการผ่อนคลาย

เริ่มต้นด้วยการสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ของโปรแกรม

ประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับ ลักษณะของโปรแกรม และเวลาในการดำเนินกิจกรรม โดย

กิจกรรมนี้ ประกอบด้วยการให้ความรู้ และการฝึกปฏิบัติ คือให้ความรู้เกี่ยวกับความเครียด ทบทวน

ผลของความเครียดต่อสุขภาพด้านร่างกายและจิตใจ ความรู้เกี่ยวกับการจัดการความเครียด เพิ่มความตระหนักรู้ในตนเองของผู้ป่วยเกี่ยวกับอารมณ์ด้านลบในขณะที่มีความเครียด เช่น ความโกรธ ความวิตกกังวล ฝึกการสังเกตความตึงเครียดด้านร่างกาย ฝึกการประเมินความเครียดด้วยตนเอง และฝึกการผ่อนคลายความเครียดด้วยเทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้ออย่างเป็นระบบ (Progressive muscle relaxation) และการสร้างจินตนาการ (Autogenic training) สรุปและการวางแผนการดำเนินกิจกรรมในครั้งต่อไป ให้การบ้านให้ผู้ป่วยกลับไปฝึกเทคนิคการผ่อนคลายที่ได้เรียนรู้ไป

กิจกรรมที่ 2 การเสริมสร้างความแข็งแรงของร่างกาย

เพื่อสร้างเสริมภาวะสุขภาพ ช่วยให้ผู้ป่วยมีความอดทนต่อความเครียดมากขึ้น สามารถจัดการความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากสุขภาพร่างกายที่แข็งแรงถือเป็นแหล่งประโยชน์ที่มีผลต่อการจัดการความเครียด บุคคลซึ่งเจ็บป่วยอ่อนแอ ย่อมมีพลังงานซึ่งจะนำมาใช้ประโยชน์ในการจัดการความเครียดน้อยกว่าบุคคลที่สุขภาพดีและแข็งแรง โดยการให้ความรู้ให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการนอนหลับพักผ่อน การออกกำลังกาย การบริโภคอาหารที่มีผลต่อการส่งเสริมความแข็งแรงของร่างกาย ฝึกการ ยืดกล้ามเนื้อก่อนและหลังการ ออกกำลังกาย สรุป และวางแผนการดำเนินกิจกรรมในครั้งต่อไป

กิจกรรมที่ 3 การจัดการกับอาการทางจิต

เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีแนวทางในการจัดการกับอาการทางจิตที่เกิดขึ้น มีอาการทางจิตลดลง สามารถปรับตัวต่อความเครียดที่เกิดจากอาการทางจิตโดยให้ความรู้เกี่ยวกับ โรคจิตเภท อาการทางจิต และผลของอาการทางจิตต่อความเครียดหรือความทุกข์ใจของผู้ป่วย แนะนำวิธีการจัดการกับอาการทางจิตโดยสอนให้ผู้ป่วยตระหนักถึงการรับรู้ที่ผิดปกติ (Hallucination) เนื้อหาความคิดที่แปลกๆ หรือผิดปกติ เช่น ความคิดหลงผิด (delusion) ให้ผู้ป่วยฝึกการสังเกตปฏิกิริยาทางอารมณ์ และพฤติกรรมที่มีต่อการรับรู้หรือความคิดที่ผิดปกตินั้น และสามารถรายงานอาการทางจิตที่เพิ่มขึ้น ฝึกเทคนิคในการจัดการกับอาการทางจิต ได้แก่ เทคนิคทางการรู้คิด เช่น การเบี่ยงเบนความสนใจ เทคนิคทางพฤติกรรม เช่น เพิ่มการทำกิจกรรมให้มากขึ้น เพิ่มการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม การแยกตัวจากสถานการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดอาการทางจิต การตรวจสอบความจริง เป็นต้น เทคนิคทาง สรีระ เช่น ใช้เทคนิคการผ่อนคลายที่ได้เรียนรู้ไป แนวทางการฝึกทักษะคือ เลือกออาการทางจิตที่เป็นปัญหาของกลุ่ม ใช้เป็นสถานการณ์ มาแสดงบทบาทสมมติถึง วิธีการจัดการกับอาการทางจิตที่

เหมาะสม สรุปลงและวางแผนการดำเนินกิจกรรมในครั้งต่อไป ให้การบ้านให้ผู้ป่วยนำวิธีการจัดการกับอาการทางจิตที่ได้เรียนรู้ไปใช้ เมื่อเกิดอาการทางจิตที่บ้านนำผลมาสรุปลงทบทวนในการเข้ากิจกรรมครั้งต่อไป

กิจกรรมที่ 4 การจัดการความเครียดที่เกิดจากการรับประทานยา

โดยการให้ความรู้เรื่องยารักษาอาการทางจิต ช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการรับประทานยา ให้ความรู้เกี่ยวกับอาการข้างเคียงของยา และวิธีการจัดการกับอาการข้างเคียงจากยา กระตุ้นให้ผู้ป่วยบอกปัญหาความกังวลใจในการรับประทานยาทางจิตเวช โดยใช้สถานการณ์สมมติ ให้ผู้ป่วยฝึกวิธีการจัดการความรู้สึกกดดันที่เกิดจากการต้องรับประทานยา ฝึกรายงานอาการข้างเคียงของยา ช่วยให้ผู้ป่วยมีทัศนคติที่ดีและสามารถจัดการความเครียดที่เกิดจากการรับประทานยาได้ สรุปลงและวางแผนการดำเนินกิจกรรมในครั้งต่อไป

กิจกรรมที่ 5 การแก้ไขปัญหาในชีวิตประจำวัน

ให้ผู้ป่วยมีแนวทางในการแก้ไขปัญหาในชีวิตประจำวัน และการจัดการด้านการเงิน และเวลา ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยจัดการกับความเครียดได้อย่างเหมาะสม โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับแนวทางในการแก้ไขปัญหาในชีวิตประจำวัน ความรู้ เรื่องการบริหารจัดการด้านการเงินและเวลา การฝึกทักษะการแก้ปัญหาเป็นลำดับ คือเริ่มต้นจากการให้ผู้ป่วยระบุปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน โดยเฉพาะด้านการเงิน และเวลา การหาทางเลือกในการจัดการแก้ไขปัญหา พิจารณาข้อดีข้อเสียและความเป็นไปได้ในแต่ละทางเลือก การตัดสินใจเลือกทางเลือกในการแก้ปัญหาที่ดีที่สุดสำหรับตนเอง ปฏิบัติตามทางเลือกนั้น และประเมินผลลัพธ์ ถ้าผลไม่เป็นที่น่าพอใจ ให้พิจารณาทางเลือกในการแก้ปัญหาใหม่ และปฏิบัติตามทางเลือกนั้น โดยใช้สถานการณ์สมมติ ให้ผู้ป่วยฝึกทักษะการแก้ปัญหาเป็นลำดับ ฝึกเทคนิคการบริหารจัดการด้านการเงินและเวลา ได้แก่ ฝึกวางแผนการใช้จ่ายเงิน โดยฝึกการบันทึกบัญชีรายรับรายจ่าย ฝึกวางแผนการทำงานและกิจกรรมต่างๆ โดย จัดทำตารางเวลา สรุปลง และวางแผนการดำเนินกิจกรรมในครั้งต่อไป ให้การบ้านให้ผู้ป่วยบันทึกบัญชีรายรับรายจ่าย และจัดทำตารางเวลาตามวิธีที่ได้เรียนรู้ไป และนำผลมาสรุปลงทบทวนในการเข้ากิจกรรมครั้งต่อไป

กิจกรรมที่ 6 การพัฒนาทักษะการสื่อสาร และสัมพันธภาพ

การดำเนินกิจกรรมนี้เพื่อเพิ่มความสามารถในการติดต่อสื่อสาร การแสดงออกกับผู้อื่น ในทางที่เหมาะสม เมื่อเผชิญกับความเครียดสามารถใช้ทักษะด้านการสื่อสารในการติดต่อขอความช่วยเหลือ และความร่วมมือจากบุคคลอื่น ทำให้ผู้ป่วยมีความสะดวกหรือความง่ายในการจัดการ แก้ไขปัญหา และจัดการความเครียดได้อย่างเหมาะสม โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับความสำคัญและแนวทางในการติดต่อสื่อสารกับผู้อื่น และการแสดงออกกับผู้อื่นอย่างเหมาะสม ฝึกทักษะการสร้างสัมพันธภาพ ฝึกทักษะการสื่อสาร พฤติกรรม การแสดงออกอย่างเหมาะสม โดยใช้สถานการณ์สมมติให้ผู้ป่วยฝึกการ สื่อสารและการแสดงออก เมื่อเผชิญกับความไม่เข้าใจ หรือความขัดแย้งกับผู้อื่น และเมื่อต้องการขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น เพื่อส่งเสริมภาพลักษณ์ เพิ่มความสามารถในการติดต่อสื่อสาร ทำให้ ผู้ป่วยได้รับการยอมรับจากสังคม เมื่อเผชิญกับความเครียดสามารถใช้ทักษะด้านการสื่อสารในการติดต่อขอความช่วยเหลือ และความร่วมมือจากบุคคลอื่น ทำให้ผู้ป่วยมีความสะดวกหรือความง่ายในการจัดการ แก้ไขปัญหาและจัดการความเครียดได้ ซึ่งจะช่วยส่งเสริมความรู้สึกรักมีคุณค่าในตนเองมากขึ้น สรุป และทบทวนการดำเนินกิจกรรมทั้งหมด

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

6.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องในประเทศไทย

จิราภรณ์ สรรพวีรวงศ์ (2544) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภทในชีวิตประจำวัน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระยาโดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 100 คน เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ โดยใช้แบบสัมภาษณ์ระดับความเครียดและการเผชิญความเครียดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างประเมินสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดในชีวิตประจำวัน 3 ด้าน ได้แก่ ด้านบทบาทหน้าที่ทางสังคม ด้านปฏิสัมพันธ์ในครอบครัว และด้านปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในสังคม ส่วนวิธีการเผชิญความเครียดพบว่ากลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการเผชิญความเครียดหลายวิธีเพื่อเผชิญความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน ซึ่งสามารถสรุปได้ 8 วิธี ได้แก่ การแสวงหาความช่วยเหลือและการสนับสนุนทางสังคม การทำกิจกรรมเพื่อบรรเทาความเครียด การกระทำโดยตรง การทำใจและการปลง การคิดในแง่ดีของสถานการณ์ การแสวงหาที่พึ่งทางใจ

ตามความเชื่อทางศาสนา การหลีกเลี่ยงปัญหา และการแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ การแสดงพฤติกรรมรุนแรง

เกียรติศักดิ์ อองกุลนะ (2551) ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความเครียด โดยการใช้แบบอริยสัจสี่และการบริหารร่างกายแบบโยคะต่อพฤติกรรมจัดการความเครียดและระดับความเครียดของนักศึกษาพยาบาล กลุ่มตัวอย่างคือนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 2 วิทยาลัยพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก และวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 72 คน คัดเลือกโดยการจับคู่และสุ่มเข้ากลุ่มทดลอง จำนวน 36 คน ที่ได้รับ โปรแกรมการจัดการความเครียด ที่ประกอบด้วยการจัดการความเครียด 2 แบบ คือ แบบมุ่งแก้ไขที่ปัญหาโดยการใช้แบบอริยสัจสี่ และแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์โดยการบริหารร่างกายแบบโยคะและกลุ่มควบคุมจำนวน 36 คน ที่ได้รับการปรึกษาจากอาจารย์ที่ปรึกษาตามปกติ ผลการศึกษาพบว่า 1) พฤติกรรมจัดการความเครียดของนักศึกษาพยาบาลในกลุ่มทดลองดีกว่าก่อนทดลอง และดีกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 2) ระดับความเครียดของนักศึกษาพยาบาลในกลุ่มทดลองต่ำกว่าก่อนทดลอง และต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

รวินันท์ นุชศิลป์ (2552) ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดโดยการประยุกต์ใช้การรับรู้สมรรถนะตนเอง ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อระดับความเครียด ของพนักงานสถานประกอบการขนาดกลาง โดยกลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจงจากพนักงานหญิงสถานประกอบการขนาดกลาง ประเภทกิจการผลิตภัณฑ์อาหารในจังหวัดราชบุรี แบ่งเป็นกลุ่มทดลองซึ่งได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดซึ่งประกอบด้วย การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การสาธิต การฝึกปฏิบัติ การสนับสนุนจากหัวหน้างานและคู่มือฝึกปฏิบัติ จำนวน 35 คน และกลุ่มควบคุมได้รับความรู้จากบอร์ด แผ่นพับ และคู่มือฝึกปฏิบัติ จำนวน 35 คน ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีการรับรู้สมรรถนะตนเองในการจัดการความเครียดสูงกว่าก่อนทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนการรับรู้ความคาดหวังผลดีจากการปฏิบัติในการจัดการความเครียดสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

บุษกุล ศุภอักษร (2553) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ได้รับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศูนย์ราชบุรี ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ จำนวน 40 คน ได้รับการจับคู่และสุ่มเข้ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียด จำนวน 20 คน และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ จำนวน 20 คน ผลการศึกษาพบว่า การทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนหลังได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดสูงกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมการจัดการความเครียด และสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

6.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องในต่างประเทศ

Norman et al. (2002) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดสำหรับผู้ป่วยจิตเภท โดยกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตคงที่ คือไม่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และไม่ต้องเพิ่มยาภายในระยะเวลา 3 เดือน จำนวน 130 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 64 คน และกลุ่มควบคุม 66 คน โดยกลุ่มทดลองคือกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียด และกลุ่มควบคุมคือกลุ่มที่ได้รับกิจกรรมทางสังคม ได้ศึกษาเปรียบเทียบอาการทางจิต การรับรู้ความเครียด ทักษะชีวิตในการทำหน้าที่ และจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ผลการศึกษาหลังสิ้นสุดการทดลองทันทีพบว่าผู้ป่วยจิตเภททั้งกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียด และกลุ่มที่ได้รับกิจกรรมทางสังคม มีระดับความรุนแรงของอาการทางจิตด้านบวก และอาการทางจิตด้านลบลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ .01 ตามลำดับ มีการรับรู้ความเครียดและทักษะชีวิตในการทำหน้าที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ในระยะติดตามผล 1 ปี พบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดมี จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในน้อยกว่าผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการบำบัดทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Andres et al. (2003) ได้ศึกษาถึงผลของการบำบัดทางจิตใจเพื่อเพิ่มความสามารถในการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคจิตเภทจำนวน 32 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองได้รับการบำบัดเพื่อเพิ่มความสามารถในการเผชิญความเครียด จำนวน 17 คน และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการบำบัดแบบกลุ่มสนับสนุน จำนวน 15 คน ได้ศึกษาประเมินผลลัพธ์ด้านต่างๆ

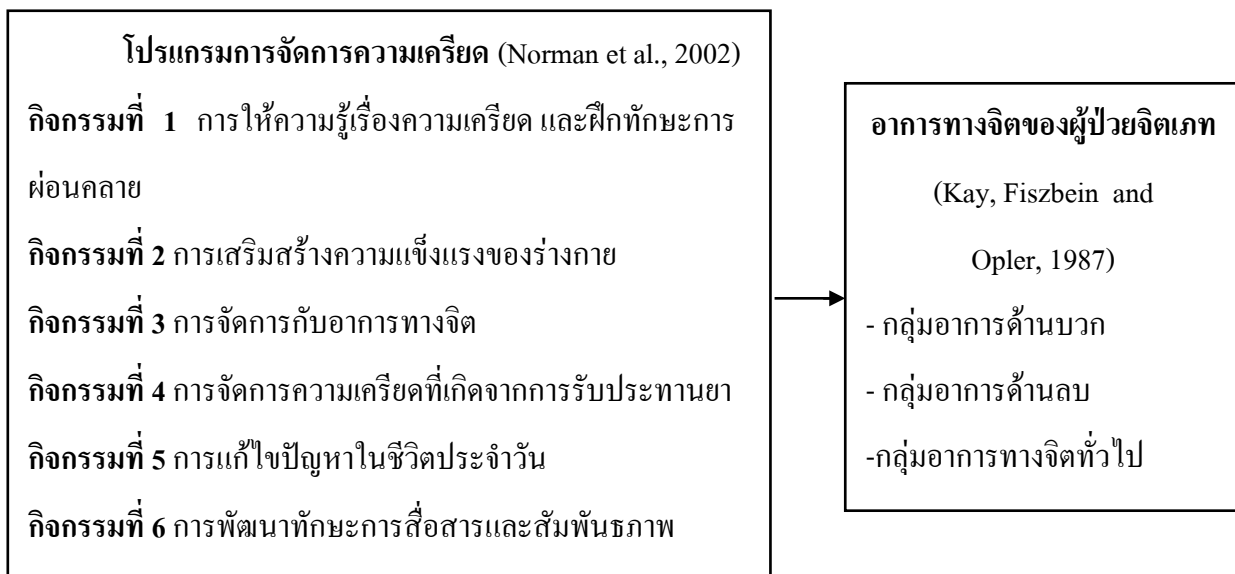
หลังสิ้นสุดการบำบัดทันที ติดตามผลในระยะ 6 เดือน 12 เดือน และ 18 เดือน ผลการศึกษาพบว่า

- 1) ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความรู้เรื่องโรค การรักษาเพิ่มขึ้นเมื่อสิ้นสุดการบำบัดทันที และระยะติดตามผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .00
- 2) ระดับความรุนแรงของอาการทางจิตลดลงเมื่อสิ้นสุดการบำบัดทันที และระยะติดตามผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และ .002 ตามลำดับ
- 3) คุณภาพด้านที่อยู่อาศัยและการทำงานดีขึ้นเมื่อสิ้นสุดการบำบัดทันที และระยะติดตามผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และ .00 ตามลำดับ
- 4) คุณภาพและจำนวนการติดต่อทางสังคมเพิ่มขึ้นเมื่อสิ้นสุดการบำบัดทันที และระยะติดตามผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .017

Lee et al. (2006) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดจากการทำงานในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ต่อการรับรู้ความเครียดจากการทำงาน กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคจิตเภทเรื้อรัง ที่ทำงานแบบบางเวลา และได้คำตอบแทน ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ คือ มีคะแนนความเครียดจากการทำงานสูงกว่า 15 คะแนน ผู้ป่วยยังมีอาการทางจิตหลงเหลือแต่อาการคงที่ไม่มีการปรับเพิ่มยาภายในระยะเวลา 3 เดือน จำนวน 29 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดจากการทำงาน จำนวน 14 คน และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการฟื้นฟูตามปกติ จำนวน 15 คน โดยเปรียบเทียบการรับรู้ความเครียดจากการทำงานระหว่าง 2 กลุ่ม ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดจากการทำงานมีคะแนนความเครียดที่เกิดจากการทำงานลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น ผู้วิจัยได้สรุปแนวทางการดำเนินกิจกรรมในโปรแกรมการจัดการความเครียด เป็น 6 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมที่ 1 การให้ความรู้เรื่องความเครียด และฝึกทักษะการผ่อนคลาย กิจกรรมที่ 2 การเสริมสร้างความแข็งแรงของร่างกาย กิจกรรมที่ 3 การจัดการกับอาการทางจิต กิจกรรมที่ 4 การจัดการความเครียดที่เกิดจากการรับประทานยา กิจกรรมที่ 5 การแก้ไขปัญหาในชีวิตประจำวัน และ กิจกรรมที่ 6 การ พัฒนาทักษะ การสื่อสารและสัมพันธภาพ ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวจะช่วยลดอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท สรุปเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย ได้ดังนี้

กรอบแนวคิดในการวิจัย



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ใช้รูปแบบสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest control group design) (Politt and Hungler, 1999) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของ โปรแกรมการจัดการความเครียดต่ออาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการจัดการความเครียด ตัวแปรตามคือ อาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งมีรูปแบบการทดลองดังนี้

O1	X	O2	กลุ่มทดลอง
O3		O4	กลุ่มควบคุม

โดย X = การใช้โปรแกรมการจัดการความเครียด

O1 = คะแนนอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทก่อนได้รับ โปรแกรมการจัดการความเครียด

O2 = คะแนนอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับ โปรแกรมการจัดการความเครียด

O3 = คะแนนอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ

O4 = คะแนนอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ที่เข้ารับการรักษาที่หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกจิตเวช

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ที่เข้ารับการรักษาที่หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลรามารับดี จำนวน 40 คน โดยได้จากการสุ่มแบบเจาะจง พิจารณาจากผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ดังนี้

เกณฑ์ในการคัดเข้า (Inclusion Criteria)

1. มีอายุระหว่าง 20-59 ปี ทั้งเพศหญิงและชาย

2. มีอาการทางจิตหลงเหลือในระดับที่ ไม่ได้เข้ารับการรักษาด่วนในโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยใน และไม่ต้องปรับเพิ่มยาภายในระยะเวลา 3 เดือน
3. มีคะแนนความเครียดสูงกว่าปกติ (คะแนนจากแบบประเมินความเครียดด้วยตนเอง ของกรมสุขภาพจิต มากกว่า 18 คะแนน)
4. สามารถฟัง พูด อ่านและเขียนภาษาไทยได้
5. ยินดีเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ

เกณฑ์ในการคัดออกจากการวิจัย (Exclusion Criteria)

1. ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดโปรแกรมการบำบัด
2. มีอาการทางจิตกำเริบ
3. มีปัญหาด้านสุขภาพร่างกาย จนเป็นอุปสรรคขณะเข้าร่วมกิจกรรม

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ ด้วยโปรแกรม Power Analysis of Sample Size (PASS) (รัตน์ศิริ ทาโต, 2552) จากการศึกษาของ Lee et al. (2006) เรื่อง Effective of a work-Relate Stress Management Program in patients with chronic schizophrenia 11 ใช้คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้มีอำนาจการทดสอบที่ร้อยละ 80.02 มีโอกาสเกิดความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 2 เป็นร้อยละ 19.98 ที่ระดับนัยสำคัญ .05 พบว่าขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการในแต่ละกลุ่มคือ 16 คน แต่เพื่อป้องกันการสูญเสียกลุ่มตัวอย่างระหว่างการทดลอง จึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็น กลุ่มละ 20 คน รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดคือ 40 คน

ผู้วิจัยทำการจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (Matched-pair) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลต่อการ การวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ 1) เพศ เนื่องจากพบว่าผู้ป่วยเพศหญิงจะมีอาการของโรครุนแรงน้อยกว่าเพศชาย (Leung, 2000) 2) จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยใน เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการกำเริบหรือการป่วยซ้ำ มักจะสัมพันธ์กับการดำเนินโรครุนแรงเพิ่มขึ้น และมีระดับการฟื้นตัวกลับมาของโรคไม่ดี (พิเชษฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกานานนท์, 2552) โดยผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง 20 คน และทำการจับคู่กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มทดลองจนครบ 20 คู่

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยเรื่องนี้ได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี วันที่ 20 สิงหาคม 2555 นอกจากนี้เพื่อพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยคัดเลือกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์อธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทุกคนทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดในการวิจัย โดยคำนึงถึงความยินยอมของกลุ่มตัวอย่างเป็นหลัก กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้โดยไม่มีผลต่อการรักษา และการรับ บริการแต่อย่างใด นอกจากนี้ในระหว่างการดำเนินการวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดระยะเวลาการวิจัย โดยไม่ต้องบอกเหตุผล และเน้นย้ำให้ทราบว่าข้อมูลทุกอย่างจะปกปิดเป็นความลับ ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้นจากนั้นสอบถามความสมัครใจ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจึงให้ลงลายมือในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบไปด้วยเครื่องมือ 3 ชุด ได้แก่

ชุดที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการจัดการความเครียด

ชุดที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินอาการทางจิต Positive and Negative Syndrome Scale ฉบับภาษาไทย (PANSS-T)

ชุดที่ 3 เครื่องมือกำกับการทดลอง คือ แบบประเมินทักษะการจัดการความเครียดของผู้ป่วยจิตเภทที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองตามแนวคิดการจัดการความเครียด ของ Norman et al. (2002)

โดยมีรายละเอียดของเครื่องมือแต่ละชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการจัดการความเครียด เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดรูปแบบการจัดการความเครียดของ Norman et al. (2002) โดยมีขั้นตอนการสร้างและการตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรม ดังนี้

สร้างโปรแกรมการจัดการความเครียด จากการศึกษาตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสภาพปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท ปัญหาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท แนวคิด เกี่ยวกับอาการทางจิต การเกิดความเครียด และการจัดการความเครียดในผู้ป่วยจิตเภท รวมทั้ง รูปแบบของการจัดการ

ความเครียดตามแนวคิดของ Norman et al. (2002) เพื่อนำมาประยุกต์และสร้างเป็นโปรแกรมการจัดการความเครียดในผู้ป่วยจิตเภท โดยโปรแกรมจะใช้แนวทางการจัดการความเครียดใน 3 แนวทาง คือ 1) ลดปฏิกิริยาตอบสนองทางร่างกายต่อความเครียด โดยใช้การฝึกการผ่อนคลาย 2) ส่งเสริมความแข็งแรงของร่างกายโดยการพักผ่อน ออกกำลังกายและโภชนาการที่เหมาะสม 3) พัฒนาทักษะด้านการรู้คิดและพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเผชิญความเครียด ในการดำเนินกิจกรรมใช้หลักการเรียนรู้จากการฝึกปฏิบัติ (Practice) การฝึกปฏิบัติจริงในสถานการณ์สมมติ (Role play) การให้ข้อมูลสะท้อนกลับ (Feedback) และการมอบหมายงาน (Home work) เนื้อหาในแต่ละกิจกรรมจะช่วยส่งเสริมทักษะในการจัดการความเครียด และส่งเสริมปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท โดยโปรแกรมครอบคลุมการให้ความรู้และการฝึกปฏิบัติใน 6 กิจกรรม ดำเนินกิจกรรมเป็นรายกลุ่ม กลุ่มละ 10 คน ใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรม กิจกรรมละ 90 นาที สัปดาห์ละ 1 กิจกรรม ติดต่อกัน 6 สัปดาห์ ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

กิจกรรมที่ 1 การให้ความรู้เรื่องความเครียดและฝึกทักษะการผ่อนคลาย

ระยะเวลา 90 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย และระหว่างผู้ป่วยด้วยกัน ให้เกิดความไว้วางใจและยินยอมเปิดเผยข้อมูลของตนเอง
2. เพื่อให้ผู้ป่วยทราบวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่จะได้รับ ลักษณะของการดำเนินกิจกรรม และระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม
3. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับสาเหตุ อาการ และผลกระทบของความเครียดที่เกิดขึ้น
4. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ และมีทักษะการจัดการความเครียด ด้วยเทคนิคการผ่อนคลายความเครียด

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 1 ผู้ป่วยสามารถ

1. เปิดเผยข้อมูลต่อพยาบาลและสมาชิกกลุ่ม ร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม
2. บอกรายละเอียดวัตถุประสงค์ และประโยชน์ที่จะได้รับในการเข้าร่วมกิจกรรม

3. บอกเกี่ยวกับสาเหตุ อาการ และผลกระทบของความเครียดได้
4. ประเมินความเครียดด้วยตนเองได้
5. ใช้เทคนิคการผ่อนคลายความเครียดได้อย่างเหมาะสม

สาระสำคัญ

เริ่มต้นกิจกรรมด้วยการสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้เกิดความไว้วางใจและความร่วมมือ โดยการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของโปรแกรม ประโยชน์ ที่จะได้รับ ลักษณะของโปรแกรม และระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม การให้ความรู้เกี่ยวกับความเครียด ทบทวนผลของความเครียดต่อสุขภาพด้านร่างกายและจิตใจ ความรู้เกี่ยวกับการจัดการความเครียด เพิ่มความตระหนักรู้ในตนเองของผู้ป่วยเกี่ยวกับอารมณ์ด้านลบในขณะที่มีความเครียด เช่น ความโกรธ ความวิตกกังวล การฝึกสังเกตความตึงเครียดโดยการประเมินความเครียดด้วยตนเอง ฝึกการผ่อนคลายความเครียดด้วยเทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้ออย่างเป็นระบบ และการสร้างจินตนาการ

กิจกรรม

1. สร้างสัมพันธภาพ ด้วยการแนะนำตัวเองและพูดคุยด้วยบรรยากาศที่เป็นมิตร เพื่อสร้างความคุ้นเคย และให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ
2. ทบทวนขั้นตอน และข้อตกลงในการดำเนินกิจกรรมในโปรแกรม เกี่ยวกับวัตถุประสงค์ ระยะเวลา ขั้นตอนในการดำเนินกิจกรรม และการประเมินผล
3. ผู้วิจัยนำเข้าสู่เนื้อหากิจกรรมโดยกล่าวถึงความเครียดที่แต่ละคนเคยประสบมา ให้ผู้ป่วยแต่ละคนเล่าถึงประสบการณ์ความเครียดของตน และผลกระทบจากความเครียดที่เกิดขึ้น
4. ผู้วิจัยสรุปปัญหาความเครียดของผู้ป่วย และให้ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุ อาการและผลกระทบของความเครียดต่อร่างกาย และจิตใจ โดยเฉพาะผลต่ออารมณ์ด้านลบในขณะที่มีความเครียด เช่น อารมณ์โกรธ วิตกกังวล ตามใบความรู้ที่ 1/1 เรื่อง มารู้อัจฉความเครียดกันเถอะ
5. ให้ผู้ป่วยฝึกสังเกตความตึงเครียดด้านร่างกาย และอารมณ์ด้วยการทำแบบประเมินความเครียดด้วยตนเองตามใบงานที่ 1/1 ได้แก่ แบบประเมินความเครียดด้วยตนเอง ของกรมสุขภาพจิต ผู้วิจัยสรุปผลจากการทำแบบประเมินความเครียด

6. ผู้วิจัยสอนวิธีการจัดการความเครียดด้วยเทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้ออย่างเป็นระบบ และการสร้างจินตนาการ ตามใบความรู้ที่ 1/2 เรื่อง เทคนิคการผ่อนคลายความเครียด และให้ผู้ป่วยฝึกเทคนิคการผ่อนคลายที่ได้เรียนรู้ไป

7. สรุปผลการดำเนินกิจกรรม ให้การบ้านให้ผู้ป่วยกลับไปฝึกเทคนิคการผ่อนคลายที่ได้เรียนรู้ไป ตามใบงานที่ 1/2 เรื่อง เทคนิคการผ่อนคลายความเครียดด้วยตนเอง และนัดหมายวัน เวลาในการดำเนินกิจกรรมครั้งต่อไป

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบความรู้ที่ 1/1 เรื่อง มารู้อัจฉความเครียดกันเถอะ
2. ใบความรู้ที่ 1/2 เรื่อง เทคนิคการผ่อนคลายความเครียด
3. ใบงานที่ 1/1 แบบประเมินความเครียดด้วยตนเอง
4. ใบงานที่ 1/2 การบ้าน เรื่อง เทคนิคการผ่อนคลายความเครียดด้วยตนเอง

การประเมินผล

1. จากการสังเกตพฤติกรรม การพูดคุย ซักถาม ความสนใจและความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรม

2. ผลลัพธ์จากกิจกรรมที่ให้ทำเป็นการบ้าน ผู้ป่วยมีการฝึกปฏิบัติการผ่อนคลายความเครียดอย่างถูกต้อง และสามารถจัดการกับปัญหา อุปสรรคที่เกิดขึ้นกับการฝึกได้

กิจกรรมที่ 2 การเสริมสร้างความแข็งแรงของร่างกาย

ระยะเวลา 90 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับความสำคัญของการนอนหลับพักผ่อน การออกกำลังกาย นิสัยการบริโภคอาหาร ที่ช่วยส่งเสริมความแข็งแรงของร่างกาย

2. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ และมีแนวทางทางการจัดการกับปัญหาด้านการนอน การออกกำลังกาย และการเลือกบริโภคอาหารที่ช่วยส่งเสริมความแข็งแรงของร่างกาย

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 2 ผู้ป่วยสามารถ

1. บอกเกี่ยวกับความสำคัญของการนอนหลับพักผ่อน การออกกำลังกาย นิสัยการบริโภคอาหารที่ช่วยส่งเสริมความแข็งแรงของร่างกาย

2. บอกแนวทางทางการจัดการกับปัญหาด้านการนอนได้
3. เลือกรูปแบบการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับตนเอง
4. นำวิธีการยืดกล้ามเนื้อที่ได้เรียนรู้ไปปฏิบัติในออกกำลังกายได้
5. บอกถึงชนิด หรือประเภทของอาหารที่ช่วยส่งเสริมสุขภาพร่างกาย

สาระสำคัญ

ให้ความรู้ เกี่ยวกับ ความสำคัญของการนอนหลับพักผ่อน การออกกำลังกาย นิสัยการบริโภคอาหารที่มีผลต่อการส่งเสริมความแข็งแรงของร่างกาย ให้ความรู้เกี่ยวกับแนวทางการจัดการกับปัญหาด้านการนอน ช่วยให้ผู้ป่วยมีความอดทนต่อความเครียดมากขึ้น สามารถเผชิญความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยให้ความรู้เกี่ยวกับแนวทางการจัดการกับปัญหาด้านการนอน ฝึกการยืดกล้ามเนื้อก่อนและหลังการออกกำลังกาย

กิจกรรม

1. ผู้วิจัยทบทวน สรุปผลกิจกรรมที่ให้ทำเป็นการบ้าน โดยให้ผู้ป่วยแต่ละคนรายงานผลการฝึกปฏิบัติ ตลอดจนปัญหา และอุปสรรคที่เกิดขึ้น รวมทั้งแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน โดยผู้วิจัยเป็นผู้สรุป
2. ผู้วิจัยนำเข้าสู่เนื้อหากิจกรรมโดย ให้ผู้ป่วยแต่ละคนเล่าถึงพฤติกรรมดูแลสุขภาพ และปัญหาสุขภาพของตนเอง และผู้วิจัยสรุปประเด็นจากที่ผู้ป่วยเล่า
3. ผู้วิจัยให้ความรู้ พร้อมทั้งแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ เรื่องการนอนหลับพักผ่อน การออกกำลังกาย การบริโภคอาหารที่ ช่วยส่งเสริมความแข็งแรงของร่างกาย ตามใบความรู้ที่ 2/1 เรื่อง ดูแลตนเองอย่างไร ให้ร่างกายแข็งแรง
4. เปิดโอกาสให้สมาชิกพูดคุย ซักถามข้อสงสัย
5. ฝึกการยืดกล้ามเนื้อเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถนำไปใช้ในการยืดและผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ก่อนและหลังการออกกำลังกายที่บ้านได้ ตามใบงานที่ 2/1 เรื่อง การยืดกล้ามเนื้อก่อนและหลังการออกกำลังกาย
6. สรุปผลการดำเนินกิจกรรม และนัดหมายวัน เวลา ในการดำเนินกิจกรรมครั้งต่อไป

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบความรู้ที่ 2/1 เรื่อง ดูแลตนเองอย่างไร ให้ร่างกายแข็งแรง

2. ใบงานที่ 2/1 เรื่อง การยืดกล้ามเนื้อก่อนและหลังการออกกำลังกาย

การประเมินผล

จากการสังเกตพฤติกรรม การพูดคุย ซักถาม ความสนใจและความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรม

กิจกรรมที่ 3 การจัดการกับอาการทางจิต

ระยะเวลา 90 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการทางจิตที่เกิดขึ้น ตลอดจนผลของอาการทางจิตต่อความเครียด
2. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถสังเกตอาการทางจิตที่เกิดขึ้น และผลของอาการทางจิตที่มีต่ออารมณ์และพฤติกรรม
3. เพื่อให้ผู้ป่วยมีแนวทางที่เหมาะสมในการจัดการกับอาการทางจิต

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 3 ผู้ป่วยสามารถ

1. บอกถึงสาเหตุ และลักษณะอาการทางจิตที่เกิดขึ้น
2. บอกถึงผลของอาการทางจิตที่มีต่ออารมณ์และพฤติกรรมได้
3. เลือกแนวทาง หรือเทคนิคในการจัดการกับอาการทางจิตที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม

สาระสำคัญ

ให้ความรู้และทำความเข้าใจกับผู้ป่วยเกี่ยวกับ โรคจิตเภท และผลของอาการทางจิตต่อความเครียด วิธีการจัดการกับอาการทางจิตโดยสอนให้ผู้ป่วยตระหนักถึงการรับรู้ที่ผิดปกติ ฝึกการสังเกตปฏิบัติการทางอารมณ์และพฤติกรรมที่มีต่อการรับรู้หรือความคิดที่ผิดปกติ และการรายงานอาการทางจิตที่เพิ่มขึ้น ฝึกเทคนิคต่างๆในการจัดการกับอาการทางจิต เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีแนวทางในการจัดการกับอาการทางจิตที่เกิดขึ้น มีอาการทางจิตลดลง สามารถปรับตัวต่อความเครียดที่เกิดจากอาการทางจิตซึ่งเป็นการป้องกันไม่ให้อาการทางจิตรุนแรงมากขึ้น

กิจกรรม

1. ผู้วิจัยทบทวนความรู้ และผลของการดำเนินกิจกรรมครั้งที่แล้ว
2. ผู้วิจัยนำเข้าสู่เนื้อหากิจกรรมโดย ให้ผู้ป่วยแต่ละคนเล่าอาการทางจิตที่เกิดขึ้นกับ

ตนเอง และอาการเตือนก่อนอาการทางจิตกำเริบโดยผู้วิจัยสรุปประเด็นที่สมาชิกเล่า

3. ให้ผู้ป่วยสำรวจอาการทางจิตของตนเองตามใบงานที่ 3/1 เรื่อง เคยเป็นแบบนี้ไหม ผู้วิจัยสรุปเนื้อหาจากแบบสำรวจอาการ
4. ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท และอาการเตือนที่พบได้บ่อยก่อนจะเกิดการกำเริบของโรค ตามใบความรู้ที่ 3/1 เรื่อง รู้จักและเข้าใจโรคจิตเภท
5. ให้ผู้ป่วยแต่ละคนเล่าถึงวิธีการจัดการเมื่อเกิดอาการทางจิต ผู้วิจัยเป็นผู้สรุปประเด็น
6. ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องวิธีการจัดการกับอาการทางจิต ตามใบความรู้ที่ 3/2 เรื่อง

ทำอย่างไร ให้ห่างไกลจากอาการทางจิต

7. ให้ผู้ป่วยฝึกรายงานอาการทางจิตที่เกิดขึ้น และฝึกเทคนิคในการจัดการกับอาการทางจิต โดยผู้ป่วยเลือกอาการทางจิตที่เป็นปัญหาของกลุ่ม นำมาเป็นสถานการณ์ และใช้บทบาทสมมติให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติตามวิธีการที่ได้เรียนรู้ไป ตามใบงานที่ 3/2 เรื่อง จัดการอย่างไรเมื่อเกิดอาการทางจิต
8. สรุปผลการดำเนินกิจกรรม ให้การบ้านให้ผู้ป่วยนำวิธีการจัดการกับอาการทางจิตที่ได้เรียนรู้ไปใช้เมื่อเกิดอาการทางจิตที่บ้าน ตามใบงานที่ 3/3 เรื่อง จัดการอย่างไรเมื่อเกิดอาการทางจิตที่บ้าน และนัดหมายวัน เวลา ในการดำเนินกิจกรรมครั้งต่อไป

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบความรู้ที่ 3/1 เรื่อง รู้จักและเข้าใจโรคจิตเภท
2. ใบความรู้ที่ 3/2 เรื่อง ทำอย่างไร ให้ห่างไกลจากอาการทางจิต
3. ใบงานที่ 3/1 เรื่อง เคยเป็นแบบนี้ไหม
4. ใบงานที่ 3/2 สถานการณ์สมมติ เรื่อง จัดการอย่างไรเมื่อเกิดอาการทางจิต
5. ใบงานที่ 3/3 การบ้าน เรื่อง จัดการอย่างไรเมื่อเกิดอาการทางจิตที่บ้าน

การประเมินผล

1. จากการสังเกตพฤติกรรม การพูดคุย ซักถาม ความสนใจและความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรม
2. ผลลัพธ์จากกิจกรรมที่ให้ทำเป็นการบ้าน คือผู้ป่วยสามารถฝึกการจัดการกับอาการทางจิตที่เกิดขึ้นที่บ้าน ได้อย่างเหมาะสม

กิจกรรมที่ 4 การจัดการความเครียดที่เกิดจากการรับประทานยา

ระยะเวลา 90 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับความสำคัญของการรับประทานยา อาการข้างเคียงของยา และวิธีการจัดการเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากยา
2. เพื่อให้ผู้ป่วยมีแนวทางในการจัดการความคับข้องใจ และความกังวลใจที่เกิดจากการรับประทานยา
3. เพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาที่เหมาะสม

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 4 ผู้ป่วยสามารถ

1. บอกถึงความสำคัญของการรับประทานยา รายงานอาการข้างเคียงของยา และบอกวิธีการจัดการเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากยา
2. บอกถึงปัญหาความคับข้องใจ ความกังวลใจในการรับประทานยา และแนวทางในการจัดการปัญหานั้น

สาระสำคัญ

ให้ความรู้และกระตุ้นให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการรับประทานยา ให้ความรู้เกี่ยวกับอาการข้างเคียงของยาและวิธีการจัดการกับอาการข้างเคียงนั้น กระตุ้นให้ผู้ป่วยบอกปัญหาความกังวลใจในการรับประทานยา ฝึกวิธีการจัดการความกดดัน หรือความรู้สึกคับข้องใจที่ต้องรับประทานยา ฝึกทักษะให้ผู้ป่วยสามารถรายงานอาการข้างเคียงของยา ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยมีทัศนคติที่ดี และสามารถจัดการความเครียดที่เกิดจากการรับประทานยาได้

กิจกรรม

1. ผู้วิจัยทบทวนความรู้ และผลของการดำเนินกิจกรรมครั้งที่แล้ว
2. ผู้วิจัยนำเข้าสู่เนื้อหากิจกรรมโดย ให้ผู้ป่วยแต่ละคนเล่าถึงการรักษา การรับประทานยา และผลการรักษาที่ผ่านมา โดยผู้วิจัยสรุปประเด็นที่สมาชิกเล่า
3. ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่อง เหตุผล และความสำคัญของการรับประทานยาตามใบความรู้ที่ 4/1 เรื่อง ยานั่นสำคัญไฉน
4. ให้ผู้ป่วยสำรวจอาการข้างเคียงจากยาที่ได้รับ ตามใบงานที่ 4/1 เรื่อง ผลข้างเคียงของยา

พร้อมทั้งรายงาน และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันภายในกลุ่ม โดยผู้วิจัยช่วยสรุปประเด็น

5. ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องอาการข้างเคียงของยา และการจัดการเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากยา ตามใบความรู้ที่ 4/2 เรื่อง จัดการอย่างไร ให้สุขใจเมื่อกินยา
6. ผู้วิจัย และผู้ป่วยร่วมกันคิดสถานการณ์ และให้ผู้ป่วยแสดงบทบาทสมมติในการบอกปัญหาความกังวลใจ ความรู้สึกกดดันในการรับประทานยา ตามใบงานที่ 4/2 เรื่อง บอกความในใจ
7. สรุปผลการดำเนินกิจกรรม และนัดหมายวัน เวลา ในการดำเนินกิจกรรมครั้งต่อไป

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบความรู้ที่ 4/1 เรื่อง ยานี้สำคัญไหน
2. ใบความรู้ที่ 4/2 เรื่อง จัดการอย่างไร ให้สุขใจเมื่อกินยา
3. ใบงานที่ 4/1 เรื่อง ผลข้างเคียงของยา
4. ใบงานที่ 4/2 สถานการณ์สมมติ เรื่อง บอกความในใจ

การประเมินผล

จากการสังเกตพฤติกรรม การพูดคุย ซักถาม ความสนใจและความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรม

กิจกรรมที่ 5 การแก้ไขปัญหาในชีวิตประจำวัน

ระยะเวลา 90 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้ปวยมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวทางการแก้ไขปัญหาในชีวิตประจำวัน
2. เพื่อให้ผู้ปวยเห็นถึงความสำคัญและประโยชน์ในการบริหารจัดการด้านการเงินและเวลา
3. เพื่อให้ผู้ปวยมีทักษะการแก้ปัญหาเป็นลำดับ และมีแนวทางในการบริหารจัดการด้านการเงินและเวลา

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 5 ผู้ปวยสามารถ

1. บอกถึงแนวทางการแก้ไขปัญหาในชีวิตประจำวัน โดยการแก้ปัญหาเป็นลำดับ
2. เลือกและใช้แนวทางในการบริหารจัดการด้านการเงินและเวลาได้อย่างเหมาะสม

สาระสำคัญ

ให้ผู้ป่วยมีแนวทางในการแก้ไขปัญหาในชีวิตประจำวัน และการจัดการด้านการเงินและเวลา ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมและการเผชิญความเครียดอย่างเหมาะสม โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับแนวทางการแก้ไขปัญหาในชีวิตประจำวัน รวมทั้งความรู้ด้านการบริหารจัดการด้านการเงินและเวลา และฝึกทักษะการแก้ปัญหาเป็นลำดับ ฝึกเทคนิคการบริหารจัดการด้านการเงินและเวลา

กิจกรรม

1. ผู้วิจัยทบทวน สรุปผลกิจกรรมที่ให้ทำเป็นการบ้าน โดยให้ผู้ป่วยแต่ละคนรายงานผลการฝึกปฏิบัติ ตลอดจนปัญหา และอุปสรรคที่เกิดขึ้น รวมทั้งแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน โดยผู้วิจัยเป็นผู้สรุปประเด็น
2. ผู้วิจัยนำเข้าสู่เนื้อหากิจกรรม โดยให้ผู้ป่วยแต่ละคนเล่าปัญหาในชีวิตประจำวัน โดยเฉพาะปัญหาด้านการเงินและเวลา รวมทั้งวิธีการจัดการกับปัญหาที่ผู้ป่วยใช้ โดยผู้วิจัยสรุปประเด็นที่สมาชิกเล่า
3. ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องแนวทางการแก้ไขปัญหาในชีวิตประจำวัน โดยใช้การแก้ปัญหาเป็นลำดับ ตามใบความรู้ที่ 5/1 เรื่อง แก้ปัญหาได้ ก็หายเครียด
4. ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องเทคนิคการบริหารจัดการด้านการเงินและเวลา ตามใบความรู้ที่ 5/2 เรื่อง ใช้เงินและเวลาอย่างไร ให้ชีวิตไม่ติดลบ
5. ให้ผู้ป่วยฝึกทักษะการแก้ปัญหาเป็นลำดับ โดยผู้ป่วยและผู้วิจัยเลือกสถานการณ์ที่เป็นปัญหาในชีวิตประจำวันของกลุ่ม ใช้บทบาทสมมติให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติตามวิธีการที่ได้เรียนรู้ไป ตามใบงานที่ 5/1 เรื่อง เมื่อเกิดปัญหา ทำอย่างไร
6. ให้ผู้ป่วยฝึกเทคนิคการบริหารจัดการด้านการเงินและเวลา โดยฝึกการบันทึกรายรับรายจ่ายประจำวัน การจัดทำตารางเวลาในการทำงานและกิจกรรมประจำวัน ตามใบงานที่ 5/2 เรื่อง ฝึกทำบัญชีรายรับรายจ่าย และตารางเวลากันเถอะ
7. สรุปผลการดำเนินกิจกรรม ให้การบ้านให้ผู้ป่วยบันทึกบัญชีรายรับรายจ่าย และจัดทำตารางเวลาการทำงานและกิจกรรมประจำวัน ตามใบงานที่ 5/3 และนัดหมายวัน เวลา ในการดำเนินกิจกรรมครั้งต่อไป

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบความรู้ที่ 5/1 เรื่อง แก้ปัญหาได้ ก็หายเครียด
2. ใบความรู้ที่ 5/2 เรื่อง ใช้เงินและเวลาอย่างไร ให้ชีวิตไม่ติดลบ
3. ใบงานที่ 5/1 สถานการณ์สมมติ เรื่อง เมื่อเกิดปัญหา ทำอย่างไร
4. ใบงานที่ 5/2 เรื่อง ฝึกทำบัญชีรายรับรายจ่าย และตารางเวลาพักผ่อน
5. ใบงานที่ 5/3 การบ้าน เรื่อง ฝึกทำบัญชีรายรับรายจ่าย และตารางเวลาที่บ้าน

การประเมินผล

1. จากการสังเกตพฤติกรรม การพูดคุย ซักถาม ความสนใจและความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรม

2. ผลลัพธ์จากกิจกรรมที่ให้ทำเป็นการบ้าน คือ ผู้ป่วยได้ฝึกการบันทึกบัญชีรายรับรายจ่าย และจัดทำตารางเวลาการทำงานและกิจกรรมประจำวัน

กิจกรรมที่ 6 การพัฒนาทักษะการสื่อสารและสัมพันธภาพ

ระยะเวลา 90 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวทางการติดต่อสื่อสาร การแสดงออกกับผู้อื่นอย่างเหมาะสม
2. เพื่อให้ผู้ป่วยเห็นถึงความสำคัญและประโยชน์ในการติดต่อสื่อสาร การแสดงออกกับผู้อื่นในอย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 6 ผู้ป่วยสามารถ

1. บอกถึงแนวทางทาง ความสำคัญ และประโยชน์ในการติดต่อสื่อสาร การแสดงออกกับผู้อื่นอย่างเหมาะสม
2. เลือกแนวทางในการติดต่อสื่อสาร และการแสดงออกกับผู้อื่นอย่างเหมาะสม

สาระสำคัญ

เพื่อเพิ่มความสามารถในการติดต่อสื่อสาร การแสดงออกกับผู้อื่น อย่างเหมาะสม เมื่อเผชิญกับความเครียดผู้ป่วยสามารถใช้ทักษะด้านการสื่อสารในการติดต่อขอความช่วยเหลือ และความร่วมมือจากบุคคลอื่น ทำให้ผู้ป่วยมีความสะดวกหรือความง่ายในการจัดการแก้ไขปัญหาและช่วยลด

ความเครียดจากปัญหานั้นๆ โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับความสำคัญและแนวทางในการติดต่อสื่อสารกับผู้อื่น การฝึกทักษะการสร้างสัมพันธภาพ ฝึกทักษะการสื่อสาร พฤติกรรมกล้าแสดงออกอย่างเหมาะสม

กิจกรรม

1. ผู้วิจัยทบทวน สรุปผลกิจกรรมที่ให้ทำเป็นการบ้าน โดยให้ผู้ป่วยแต่ละคนรายงานผลการฝึกปฏิบัติ ตลอดจนปัญหา และอุปสรรคที่เกิดขึ้น รวมทั้งแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน โดยผู้วิจัยเป็นผู้สรุปประเด็น

2. ผู้วิจัยนำเข้าสู่เนื้อหากิจกรรม โดยให้ผู้ป่วยแต่ละคน พุดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับการติดต่อสื่อสารกับผู้อื่น ประเด็นเกี่ยวกับบุคคลหรือแหล่งให้ความช่วยเหลือในขณะที่ผู้ป่วยมีปัญหา เกิดความเครียด ไม่สบายใจ ผู้ป่วยมีใครที่สามารถให้ความช่วยเหลือหรือให้คำปรึกษาหรือไม่ รวมทั้งความขัดแย้งที่เกิดขึ้นจากการติดต่อสื่อสารในชีวิตประจำวัน ผู้วิจัยสรุปประเด็นที่สมาชิกเล่า

3. ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องความสำคัญ ประโยชน์ แนวทางในการติดต่อสื่อสาร และการแสดงออกกับผู้อื่นอย่างเหมาะสม ตามใบความรู้ที่ 6/1 เรื่อง การสื่อสารสร้างความสุข

4. ให้ผู้ป่วยฝึกทักษะการสื่อสาร และการแสดงออกกับผู้อื่น โดยผู้ป่วยและผู้วิจัยเลือกสถานการณ์เมื่อผู้ป่วยเกิดปัญหาในชีวิตประจำวันและต้องการความช่วยเหลือ 1 เหตุการณ์ และเหตุการณ์ความขัดแย้งในชีวิตประจำวัน 1 เหตุการณ์ และใช้บทบาทสมมติให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติตามวิธีการที่ได้เรียนรู้ไป ตามใบงานที่ 6/1 เรื่อง สื่อสารอย่างไรดี

5. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พุดคุย ชักถามข้อสงสัยต่างๆ

6. สรุปผลการดำเนินกิจกรรมทั้งหมด และนัดหมายวัน เวลา เพื่อประเมินผลในครั้งต่อไป

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบความรู้ที่ 6/1 เรื่อง การสื่อสารสร้างความสุข
2. ใบงานที่ 6/1 สถานการณ์สมมติ เรื่อง สื่อสารอย่างไรดี

การประเมินผล

ประเมินจากการสังเกตพฤติกรรม การพุดคุย ชักถาม ความสนใจและความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรม

การตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรม

การตรวจสอบความตรง ตามเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำโปรแกรมที่สร้างขึ้นไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบแก้ไขเนื้อหา และภาษาที่ใช้ให้มีความเหมาะสม สอดคล้องกับการวิจัย แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 5 คน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและการใช้ภาษา ซึ่งประกอบด้วยอาจารย์แพทย์ประจำภาควิชาจิตเวชศาสตร์ 1 คน อาจารย์พยาบาลสาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 1 คน พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 2 คน และพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยจิตเวช 1 คน จากนั้น ได้ปรับปรุงแก้ไขโปรแกรมตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา ก่อนนำไปใช้จริง โดยมีประเด็นที่ต้องปรับแก้ ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 ใบงานที่เป็นการบ้าน อาจเพิ่มเติมคำสั่งให้ผู้ป่วยทราบว่าจำเป็นต้องปฏิบัติอย่างไร เพื่อเป็นการทบทวนความเข้าใจของผู้ป่วย ผู้วิจัยปรับแก้ภาษาให้ชัดเจน และเข้าใจง่ายขึ้น

กิจกรรมที่ 3 เรื่องอาการของโรคจิตเภท ให้รายละเอียดเยอะและมีส่วนที่ซ้ำกัน เวลาสอนผู้ป่วยอาจสับสน ผู้วิจัยปรับแก้ โดยแบ่งแยกกลุ่มอาการให้ชัดเจนขึ้น โดยแบ่งเป็นกลุ่มอาการด้านบวก และกลุ่มอาการด้านลบ

กิจกรรมที่ 4 การให้ความรู้เรื่องการรักษาด้วยยา เนื้อหาที่สอนผู้ป่วยควรเน้นเฉพาะประเด็นที่ผู้ป่วยนำไปใช้ได้จริง ให้เห็นภาพชัดเจนขึ้น ผู้วิจัยปรับแก้ โดยให้เฉพาะความรู้ที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยนำไปใช้ได้ เรียงลำดับเนื้อหาใหม่ให้กระชับและเข้าใจง่ายขึ้น

หลังจากนั้น ผู้วิจัยนำโปรแกรมไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง 1 กลุ่ม จำนวน 3 คน ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างเดียวกับที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ โดยดำเนินกิจกรรมจนครบทั้ง 6 กิจกรรม เพื่อดูความเป็นไปได้ที่จะนำโปรแกรมไปใช้ ความเหมาะสมของภาษา และเวลาในการดำเนินกิจกรรม ตลอดจนอุปสรรคที่อาจจะเกิดขึ้นได้ หลังจากการทดลองใช้โปรแกรม พบว่าผู้ป่วยสามารถเข้าใจในกิจกรรมได้ดีพอสมควร แต่ บางกิจกรรม ต้องมีการยกตัวอย่างเพิ่มเติมให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจ มากขึ้น และพบว่าสามารถดำเนินกิจกรรมได้ตามเวลาที่กำหนด โดยระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมแต่ละครั้งประมาณ 60-90 นาที ผู้วิจัยได้นำปัญหาที่พบจากการทดลองใช้โปรแกรมมาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาอีกครั้ง เพื่อให้โปรแกรมมีความสมบูรณ์มากที่สุดก่อนนำไปใช้จริง

ชุดที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาที่เจ็บป่วย และจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล

2) แบบประเมินอาการทางจิต ของ Kay, Fiszbein and Opler (1987) ได้แก่ Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) ได้รับการแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ (2550) ได้แก่ Positive and Negative Syndrome Scale ฉบับภาษาไทย (PANSS-T) เป็นเครื่องมือมาตรฐานที่ใช้ประเมินความรุนแรงของอาการทางจิตในผู้ป่วยโรคจิตเภท ประกอบด้วยข้อคำถาม 30 ข้อ แบ่งเป็น กลุ่มอาการด้านบวก (Positive Scale) 7 ข้อ เพื่อประเมินอาการที่เกินจากสภาพจิตปกติ กลุ่มอาการด้านลบ (Negative Scale) 7 ข้อ เพื่อประเมินอาการที่ขาดไปจากสภาพจิตปกติ และอาการความผิดปกติทางจิตทั่วไป (General Psychopathology Scale) 16 ข้อ เพื่อประเมินความรุนแรงของโรคจิตเภทโดยทั่วไป ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเป็นผู้ประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทโดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโดยตรง และการสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยระหว่างการสัมภาษณ์

ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) 7 ระดับ โดยคะแนนในแต่ละขั้นจะแสดงถึงระดับความรุนแรงของความผิดปกติทางจิตที่เพิ่มขึ้นตามลำดับ ดังนี้

1	หมายถึง	ไม่มีอาการ
2	หมายถึง	มีอาการขั้นต่ำสุด
3	หมายถึง	มีอาการเล็กน้อย
4	หมายถึง	มีอาการปานกลาง
5	หมายถึง	มีอาการค่อนข้างรุนแรง
6	หมายถึง	มีอาการรุนแรง
7	หมายถึง	มีอาการรุนแรงมาก

การคิดคะแนนจะคิดโดยรวมคะแนนของข้อต่างๆในแต่ละกลุ่มอาการ ซึ่งคะแนนรวมของแบบประเมินทั้งหมด มีค่าระหว่าง 30-210 คะแนน และนำคะแนนรวมมาหาค่าเฉลี่ยโดยหารด้วยจำนวนข้อทั้งหมด คือ 30

การศึกษานี้ผู้วิจัยได้แปลผลคะแนนเฉลี่ย ได้ดังนี้

1	หมายถึง	ไม่มีอาการ
1.1 - 2	หมายถึง	มีอาการขั้นต่ำสุด
2.1 - 3	หมายถึง	มีอาการเล็กน้อย

3.1 - 4	หมายถึง	มือการปานกลาง
4.1 - 5	หมายถึง	มือการค่อนข้างรุนแรง
5.1 - 6	หมายถึง	มือการรุนแรง
6.1 - 7	หมายถึง	มือการรุนแรงมาก

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยการหาความเที่ยง (Reliability) ด้วยการนำเครื่องมือชุดนี้ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีลักษณะใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ซึ่งไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) เท่ากับ .82

ชุดที่ 3 เครื่องมือกำกับการทดลอง คือ แบบประเมินทักษะการจัดการความเครียดของผู้ป่วยจิตเภทที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองตามแนวคิด การจัดการความเครียด ของ Norman et al. (2002) ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 12 ข้อ ที่ใช้วัดทักษะการจัดการความเครียด 6 ด้าน ตามเนื้อหา กิจกรรมในโปรแกรม ได้แก่ ความเครียด และการผ่อนคลายความเครียด การส่งเสริมความแข็งแรงของร่างกาย การจัดการกับอาการทางจิต การจัดการความเครียดที่เกิดจากการรับประทานยา การแก้ไขปัญหาในชีวิตประจำวัน การบริหารจัดการด้านการเงินและเวลา และทักษะการสื่อสาร

โดยมีขั้นตอนการสร้างแบบประเมินทักษะการจัดการความเครียด ดังนี้

- 1) ศึกษารายละเอียดของเนื้อหาในโปรแกรมการจัดการความเครียดที่สร้างขึ้น
- 2) กำหนดโครงสร้างของแบบสอบถามให้ครอบคลุมทักษะทั้ง 6 กิจกรรม
- 3) กำหนดมาตรวัด และเกณฑ์การให้คะแนน
- 4) ตรวจสอบโครงสร้างและรายละเอียดของเนื้อหาในแต่ละข้อคำถาม

ลักษณะมาตรวัดเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) 4 ระดับ ประเมินตามความบ่อยครั้งของการปฏิบัติในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ ได้แก่

ไม่ได้ปฏิบัติ ได้	0 คะแนน
ปฏิบัตินานๆ ครั้ง ได้	1 คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง ได้	2 คะแนน
ปฏิบัติเป็นประจำ ได้	3 คะแนน

การแปลผลคะแนน คะแนนรวมของแบบประเมินทักษะการจัดการความเครียด ทั้งชุด มีค่าระหว่าง 0 - 36 คะแนน โดยแบ่งระดับคะแนนทักษะการจัดการความเครียดเป็น 3 ระดับดังนี้

ช่วงคะแนน 0 - 12 คะแนน หมายถึง มีทักษะการจัดการความเครียดระดับต่ำ
 ช่วงคะแนน 13 - 24 คะแนน หมายถึง มีทักษะการจัดการความเครียดระดับปานกลาง
 ช่วงคะแนน 25 - 36 คะแนน หมายถึง มีทักษะการจัดการความเครียดระดับสูง

เกณฑ์กำกับการทดลอง

เมื่อสิ้นสุดการดำเนินกิจกรรมในโปรแกรมการจัดการความเครียด ผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์กำกับการทดลองว่ากลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองต้องมีคะแนนทักษะการจัดการความเครียดในระดับปานกลางถึงสูง (13-36 คะแนน) หากพบว่าผู้ป่วยมีคะแนนทักษะการจัดการความเครียดน้อยกว่า 13 คะแนน ผู้วิจัยจะประเมินผลร่วมกับผู้ป่วยว่าเกิดจากสาเหตุใด และพิจารณาแก้ไขตามสาเหตุนั้น จนผู้ป่วยมีคะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. ตรวจสอบความตรง ตามเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำ เครื่องมือ ที่สร้างขึ้น ไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบแก้ไขเนื้อหา และภาษาที่ใช้ให้มีความเหมาะสม สอดคล้องกับการวิจัย แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 5 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและการใช้ภาษา ซึ่งประกอบด้วยอาจารย์แพทย์ประจำภาควิชาจิตเวชศาสตร์ 1 คน อาจารย์พยาบาลสาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 1 คน พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาล ชั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 2 คน และพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยจิตเวช 1 คน โดยผู้ทรงคุณวุฒิให้คะแนนความสอดคล้อง เป็นระดับ 1 - 4 คะแนน สอดคล้องมาก = 4 คะแนน ค่อนข้างสอดคล้อง = 3 คะแนน สอดคล้องน้อย = 2 คะแนน และไม่สอดคล้อง = 1 คะแนน และเขียนข้อเสนอแนะเติมลงในช่องว่างที่เว้นไว้ในแต่ละข้อ โดยการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (CVI: Content Validity Index) ถือเป็นเกณฑ์ตามผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นสอดคล้องกัน ค่าที่ยอมรับได้คือ .80 ขึ้นไป ซึ่งผู้วิจัยได้คำนวณดัชนี ความตรงตามเนื้อหา (CVI) จากสูตรดังนี้ (Polit and Hunger, 1999)

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนให้คะแนนความสอดคล้องในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

จากการคำนวณพบว่า แบบประเมินทักษะการจัดการความเครียด มีดัชนี ความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1.0 ดังนั้นเครื่องมือชุดนี้จึงมี ความตรงตามเนื้อหาผ่านเกณฑ์ ซึ่งผู้วิจัยได้ปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือชุดนี้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา ดังนี้

ข้อ 4 และข้อ 6 ใช้คำว่า กิน แทนคำว่า รับประทาน เนื่องจากเป็นภาษาที่กระชับ เข้าใจง่าย เหมาะสำหรับผู้ป่วยจิตเภทส่วนมาก

ข้อ 9 ปรับข้อความจาก เมื่อเกิดปัญหา ฉันคิดหาทางเลือกในการแก้ปัญหา นั้น เป็น เมื่อเกิดปัญหาฉันพยายามหาทางแก้ไขปัญหานั้น

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ด้วยการนำเครื่องมือที่ได้ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีลักษณะใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ซึ่งไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) เท่ากับ .78

การดำเนินการทดลอง

1. ระยะเตรียมการทดลอง

1.1 ผู้วิจัยได้เตรียมความพร้อมของผู้วิจัยในด้านองค์ความรู้ แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการจัดการความเครียด ได้ผ่านการฝึกอบรมการทำกลุ่มกิจกรรมบำบัดต่างๆสำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช ฝึกอบรมเทคนิคการผ่อนคลายความเครียด ได้ ฝึกการทำกลุ่มกิจกรรมบำบัดต่างๆกับผู้ป่วยจิตเวช ฝึกทักษะการจัดการความเครียดแก่ผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม จากการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลรามาริบัติตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548-2555 นอกจากนี้ผู้วิจัยยังได้ทำการศึกษาค้นคว้าเพิ่มเติมเกี่ยวกับการบำบัดทางจิตสังคมตามแนวทางของโปรแกรมการจัดการความเครียด

1.2 ผู้วิจัยสร้างโปรแกรมการจัดการความเครียด และเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1.3 ผู้วิจัยส่ง โครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ ที่ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการบริหารคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย แก่คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ

1.4 เมื่อได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ แล้ว ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับ หัวหน้าภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ เพื่อขออนุญาตทำการวิจัย และเก็บรวบรวมข้อมูล โดยทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ถึงหัวหน้าภาควิชาจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริบัติ

1.5 เมื่อได้รับการอนุมัติจากหัวหน้าภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี ผู้วิจัยจึง ประสานงานกับ หัวหน้าหน่วยตรวจผู้ป่วยนอกจิตเวช เพื่อแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีดำเนินการวิจัย ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง วัน เวลา สถานที่ในการดำเนินการวิจัย และขอความร่วมมือในการทำการวิจัยครั้งนี้

1.6 ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยผู้วิจัย จำนวน 1 คน โดยพิจารณาเลือกผู้ช่วยผู้วิจัยที่มีคุณสมบัติเป็นพยาบาลวิชาชีพ มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภท และปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลรามาธิบดี เป็นเวลา 4 ปี เพื่อเป็นผู้ช่วย ผู้วิจัย ในระหว่าง การดำเนินกิจกรรม ตามโปรแกรมการจัดการความเครียด

1.7 ผู้วิจัย ติดตาม คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการรักษาที่หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกจิตเวช โดยศึกษาประวัติจากเวชระเบียน เพื่อพิจารณาคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด เมื่อ พบผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ผู้วิจัยจึงแนะนำตัว ให้ข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับการทำวิจัย แจ้งวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการทำวิจัย การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยโดยคำนึงถึงความยินยอมของผู้ป่วยเป็นหลัก จากนั้นให้ลงลายมือชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย

1.8 ผู้วิจัยจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (Matched-pair) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลกระทบต่อการทำวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ เพศ จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยใน โดยใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง 20 คน และทำการจับคู่กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มทดลองจนครบ 20 คู่ (ดังแสดงในตารางที่ 1)

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคุณลักษณะ (Matched-pair) ของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นรายคู่

คู่ที่	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	เพศ	จำนวนครั้งการรักษาใน โรงพยาบาล	เพศ	จำนวนครั้งการรักษาใน โรงพยาบาล
1	ชาย	2	ชาย	2
2	ชาย	7	ชาย	6
3	ชาย	1	ชาย	1
4	หญิง	1	หญิง	1
5	หญิง	0	หญิง	0
6	ชาย	2	ชาย	2
7	หญิง	4	หญิง	4
8	ชาย	3	ชาย	4
9	ชาย	1	ชาย	1
10	ชาย	0	ชาย	0
11	ชาย	1	ชาย	1
12	หญิง	0	หญิง	0
13	หญิง	1	หญิง	1
14	หญิง	0	หญิง	0
15	หญิง	0	หญิง	0
16	ชาย	2	ชาย	2
17	ชาย	0	ชาย	0
18	หญิง	0	หญิง	0
19	ชาย	3	ชาย	3
20	ชาย	5	ชาย	6

จากตารางที่ 2 พบว่าผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นเพศชาย กลุ่มละ 12 คน เพศหญิงกลุ่มละ 8 คน เท่ากัน ผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ที่ไม่เคยเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล กลุ่มละ 7 คน เคยรับการรักษาในโรงพยาบาล 1-2 ครั้ง กลุ่มละ 8 คน เคยรับการรักษาในโรงพยาบาล 3-4 ครั้ง กลุ่มละ 3 คน เคยรับการรักษาในโรงพยาบาลตั้งแต่ 5 ครั้งขึ้นไป กลุ่มละ 2 คน

1.9 ก่อนเริ่มการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการจัดการความเครียด 1 สัปดาห์ ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ดังนี้

1) ผู้วิจัยได้นัดหมายผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยนัดผู้ป่วยกลุ่มทดลองในวันแรก และนัดผู้ป่วยกลุ่มควบคุมในวันถัดมา เพื่อให้ผู้ป่วยตอบแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และผู้วิจัยเป็นผู้ประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยก่อนการวิจัย (Pre-test) จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโดยตรงเป็นรายบุคคลและจากการสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยระหว่างการสัมภาษณ์ โดยใช้แบบประเมินอาการทางจิต Positive and Negative Syndrome Scale ฉบับภาษาไทย ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ผู้ป่วยแต่ละคนประมาณ 30-40 นาที

2) ผู้วิจัยให้ข้อมูลถึงการพยาบาลปกติที่ผู้ป่วยทั้งในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม จะได้รับเมื่อมาติดตามการรักษา ตามนัดที่หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกจิตเวช

3) ผู้วิจัยให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยกลุ่มทดลอง เกี่ยวกับการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการจัดการความเครียด ซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้ให้การบำบัด และมีผู้ช่วยผู้วิจัย 1 คน และหลังจากเสร็จสิ้นการบำบัดทันทีจะขอความร่วมมือผู้ป่วยตอบแบบประเมินทักษะการจัดการความเครียด พร้อมทั้งนัดหมายวัน เวลา สถานที่ในการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการจัดการความเครียด และมอบตารางในการเข้ารับการบำบัดแต่ละครั้ง

4) ผู้วิจัยให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยกลุ่มควบคุมรายบุคคลตามปัญหาที่พบ และให้คำแนะนำในการดูแลตนเองต่อที่บ้าน เช่น การรับประทานยา การมาตรวจตามนัด การสังเกตอาการเตือนก่อนมีอาการกำเริบ ใช้เวลาในการให้คำแนะนำประมาณ 15-20 นาที

5) ผู้วิจัยให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมว่าในสัปดาห์ที่ 7 ผู้วิจัยจะนัดผู้ป่วยมาประเมินอาการทางจิตหลังการทดลองโดยใช้แบบประเมินอาการทางจิต Positive and Negative Syndrome Scale ฉบับภาษาไทย (Post-test)

2. ระยะดำเนินการทดลอง

2.1 กลุ่มควบคุม ในสัปดาห์ที่ 1-6 เมื่อผู้ป่วยมาติดตามการรักษาตามที่แพทย์นัด ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำหน่วยตรวจผู้ป่วยนอกจิตเวช ได้แก่ การซักประวัติ การตรวจคัดกรอง การจัดสิ่งแวดล้อม และให้บริการก่อนพบแพทย์ การให้คำปรึกษาตามปัญหาของผู้ป่วย และคำแนะนำในการดูแลตนเองที่บ้าน

กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการทดลอง โปรแกรมการจัดการความเครียดในผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มทดลอง 20 คน โดยจะแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มๆละ 10 คน ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรม 6 กิจกรรม ใช้ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม กิจกรรมละ 90 นาที สัปดาห์ละ 1 กิจกรรม ติดต่อกัน 6 สัปดาห์ ที่ห้องเรียน 1 หน้าที่หอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลรามารับดี

ตารางที่ 3 กำหนดการในการดำเนินกิจกรรม โปรแกรมการจัดการความเครียด

กิจกรรม	ว/ด/ป	เวลา	
		กลุ่มที่ 1	กลุ่มที่ 2
กิจกรรมที่ 1 การให้ความรู้เรื่องความเครียด และฝึกทักษะการผ่อนคลาย	23 ธ.ค. 55	10.00-12.00 น.	13.00-15.00 น.
กิจกรรมที่ 2 การเสริมสร้างความแข็งแรงของร่างกาย	28 ธ.ค. 55	10.00-12.00 น.	13.00-15.00 น.
กิจกรรมที่ 3 การจัดการกับอาการทางจิต	6 ม.ค. 56	10.00-12.00 น.	13.00-15.00 น.
กิจกรรมที่ 4 การจัดการความเครียดที่เกิดจากการรับประทานยา	13 ม.ค. 56	10.00-12.00 น.	13.00-15.00 น.
กิจกรรมที่ 5 การแก้ไขปัญหาในชีวิตประจำวัน	20 ม.ค. 56	10.00-12.00 น.	13.00-15.00 น.
กิจกรรมที่ 6 การพัฒนาทักษะการสื่อสารและสัมพันธภาพ	27 ม.ค. 56	10.00-12.00 น.	13.00-15.00 น.

ผลที่ได้รับจากการดำเนินกิจกรรมในแต่ละครั้ง มีรายละเอียดโดยสรุป ดังต่อไปนี้

กิจกรรมที่ 1 การให้ความรู้เรื่องความเครียดและฝึกทักษะการผ่อนคลาย

ช่วงที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ พบว่าผู้ป่วยในกลุ่มคุ้นเคยกันมากขึ้น มีความไว้วางใจ พยาบาล และผู้ป่วยด้วยกันเอง ประเมินจากสีหน้ายิ้มแย้ม มีการสนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน กล่าวเปิดเผยข้อมูลส่วนตัว และเล่าถึงปัญหาต่างๆของตนกับกลุ่ม ผู้ป่วยให้ความร่วมมือกับกิจกรรม ประเมินจากท่าที่สนใจในกิจกรรม และบอกว่าเข้าร่วมกิจกรรมด้วยความเต็มใจ เข้าใจวัตถุประสงค์ของโปรแกรมว่าช่วยให้สามารถจัดการกับความเครียดได้อย่างเหมาะสม และเป็นแนวทางในการลดอาการทางจิต แม้ว่าผู้ป่วยบางคนอาจจะยังพูดคุยแลกเปลี่ยน แสดงความคิดเห็นในเรื่องของตนเองไม่มากเท่าที่ควร แต่ก็ให้ความร่วมมือกับสมาชิกในกลุ่ม สนใจรับฟังในขณะที่ผู้อื่นแสดงความคิดเห็น

ช่วงที่ 2 การประเมินความเครียดและให้ความรู้เรื่องความเครียด จากการให้ผู้ป่วยเล่าถึงประสบการณ์ความเครียดของตนเอง พบว่าผู้ป่วยสามารถเล่าถึงประสบการณ์ความเครียดของแต่ละคนได้ ซึ่งให้รายละเอียดของเรื่องที่เล่ามาน้อยแตกต่างกันไป สามารถสรุปสาเหตุของความเครียดที่สำคัญของผู้ป่วยในกลุ่ม ได้ดังนี้ 1) การเผชิญกับอาการทางจิต ส่วนมากได้แก่ อาการหูแว่ว ความคิดหลงผิด หวาดระแวง 2) ปัญหาด้านการเงิน จากการไม่มีงานทำ ไม่มีรายได้ และรายได้ไม่พอใช้จ่าย 3) ปัญหาสัมพันธภาพกับครอบครัว รู้สึกว่าไม่มีใครเข้าใจ เข้ากับคนอื่นไม่ได้ และจากอาการทางจิต หลงผิด หวาดระแวงทำให้ไม่อยากพูดคุยหรือไม่กล้าพูดคุยกับผู้อื่น และ 4) ปัญหาการรับประทานยา เนื่องจากเบื่อหน่ายการรับประทานยา และการเผชิญกับอาการข้างเคียงของยา

จากการให้ผู้ป่วยทำแบบประเมินความเครียดด้วยตนเอง พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความเครียดในระดับสูงกว่าปกติเล็กน้อย และปานกลาง มีเพียงผู้ป่วย 4 คน ที่มีความเครียดอยู่ในระดับมาก ทำให้ผู้ป่วยได้ตระหนักถึงอาการแสดงของภาวะเครียดและผลกระทบของความเครียดที่เกิดขึ้นกับตนเองมากขึ้น ประเมินจากตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วย เช่น

“ที่มีอาการต่างๆเหล่านี้เกือบทั้งหมดเลย ไม่เคยได้สำรวจตัวเอง ว่าเราก็กะเครียดมาก”

“บางทีเราเครียด แต่ไม่รู้ตัวว่าเครียด ทำแบบประเมินแบบนี้ก็ดีเหมือนกัน จะได้รู้เท่าทัน”

จากการให้ความรู้เรื่องความเครียด พบว่า ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความเครียดมากขึ้น ประเมินจากตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วย จากเรื่องสาเหตุของความเครียด เช่น

“ความเครียดเกิดได้จากสาเหตุจากตัวเรา และจากสิ่งแวดล้อม”

เรื่องผลกระทบของความเครียด เช่น

“เวลาเครียดมากจะมีผลกระทบไปหมดทั้งร่างกาย จิตใจ ทั้งนอนไม่หลับ โรคกระเพาะ
กำเริบ หงุดหงิด ไม่มีสมาธิ”

เรื่องการจัดการความเครียด เช่น

“คนเราเครียด ได้ก็เป็นเรื่องปกติ แต่เราต้องรู้เท่าทัน และหาทางจัดการกับมัน”

“พี่จะพยายามมอง โลกในแง่บวก อย่างคุณพยาบาลว่า จะได้สบายใจขึ้น”

ช่วงที่ 3 การฝึกทักษะการผ่อนคลาย จากการศึกษาเทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้ออย่างเป็นระบบ และการสร้างจินตนาการ พบว่า ผู้ป่วยชื่นชอบกับกิจกรรม รู้สึกผ่อนคลาย สบายใจ และมีกำลังใจมากขึ้น ประเมินจากตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วย เช่น

“ดีจังเลยคะ พี่รู้สึกโล่งสบาย ฝึกก็ไม่ยาก ไว้พี่ไปทำที่บ้านต่อ”

“รู้สึกผ่อนคลายดีครับ ทั้งร่างกายและสมอง”

“คำพูดตอนท้ายของการจินตนาการ ที่เป็นการให้กำลังใจตัวเอง ทำให้รู้สึกมีพลังและกำลังใจขึ้นมาเลยคะ”

จากกิจกรรมการบ้านที่ให้ผู้ป่วยกลับไปฝึกเทคนิคการผ่อนคลายที่ได้เรียนรู้ไป พบว่า ผู้ป่วยทุกคนสามารถกลับไปฝึกที่บ้านได้ อย่างน้อยคนละ 1 ครั้ง ในช่วง 1 สัปดาห์ ซึ่งช่วยให้รู้สึกผ่อนคลายได้ ประเมินจากตัวอย่างประโยคที่ผู้ป่วยเขียนในใบงานการบ้านและคำพูดของผู้ป่วย เช่น

“คิดนั้ทำตอนก่อนนอน รู้สึกผ่อนคลาย หลับสบาย”

“เวลานั่งทำงานนานๆจะปวดท้ายทอย ปวดหลัง ปวดไหล่ การฝึกเกร็งและคลายกล้ามเนื้อช่วยทำให้ผ่อนคลาย หายปวดเร็วขึ้น”

กิจกรรมที่ 2 การเสริมสร้างความแข็งแรงของร่างกาย

ช่วงที่ 1 สำรวจภาวะสุขภาพ จากการใช้ผู้ประเมินถึงภาวะสุขภาพและการดูแลสุขภาพร่างกาย พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีปัญหาหน้าหนักเกินมาตรฐาน หิวบ่อย รับประทานเก่ง ไม่ได้ออกกำลังกาย ผู้ป่วยบางส่วนมีปัญหาการนอน บางคนสูบบุหรี่และดื่มสุราเป็นประจำ และพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้ใส่ใจดูแลสุขภาพร่างกายเท่าที่ควร

ช่วงที่ 2 ให้ความรู้เรื่อง ดูแลตนเองอย่างไร ให้ร่างกายแข็งแรง จากการใช้ความรู้เรื่อง การเสริมสร้างความแข็งแรงของร่างกาย ในด้านการเลือกบริโภคอาหาร การนอนหลับพักผ่อน และการออกกำลังกาย พบว่า ผู้ป่วยตระหนักถึงปัญหาสุขภาพ ให้ความสนใจในการดูแลสุขภาพมากขึ้น และมีความรู้ความเข้าใจเรื่องการเสริมสร้างความแข็งแรงของร่างกาย ประเมินจากการที่ผู้ป่วยตั้งใจ ฟัง สนใจซักถามประเด็นข้อสงสัยต่างๆ แลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน จากตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วย เช่น

“คงต้องออกกำลังกายอย่างจริงจังแล้ว ช่วยลดความอ้วน นอนหลับสบาย ร่างกายแข็งแรงด้วย ก็ทานนี้เป็นยาวิเศษจริงๆ”

“พี่จะเลือกอาหารที่ให้พลังงานน้อยๆแทน เวลาหิวเน้นกินผักผลไม้”

“ต้องลดน้ำอัดลม และน้ำหวานๆลง เพราะทุกวันนี้คิมเยอะมาก”

“เข้านอนเป็นเวลา ตื่นนอนเป็นเวลา ไม่นอนกลางวันเยอะการนอนจะได้ไม่มีปัญหา”

ช่วงที่ 3 ฝึกการยืดกล้ามเนื้อก่อนและหลังการออกกำลังกาย จากการให้ผู้ป่วยฝึกทำยืดกล้ามเนื้อเพื่อใช้ก่อนและหลังออกกำลังกาย พบว่า ผู้ป่วยให้ความร่วมมือ มีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับวิธี และประโยชน์ในการยืดกล้ามเนื้อ สามารถฝึกได้อย่างถูกต้อง ประเมินจากท่าทางที่ผู้ป่วยฝึกตามที่บอก และจากตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วย เช่น

“บางทีดิฉันออกกกำลังกายก็ไม่ได้ยืดกล้ามเนื้อก่อน ต่อไปจะเป็นประจำ เพื่อป้องกันการบาดเจ็บ”

กิจกรรมที่ 3 การจัดการกับอาการทางจิต

ช่วงที่ 1 สํารวจอาการทางจิต โดยให้ผู้ป่วยเล่าถึงอาการทางจิตของตนเองและให้สํารวจอาการทางจิตจากแบบประเมินอาการ พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการทางจิตที่สำคัญ ได้แก่ อาการหูแว่ว มีความคิดหลงผิดว่าคนรอบข้างพูดถึงตน นินทาตน

ช่วงที่ 2 ให้ความรู้เรื่อง รู้จักและเข้าใจโรคจิตเภท จากการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท อาการของโรค และอาการเตือนก่อนอาการกำเริบ พบว่าผู้ป่วยให้ความสนใจ ตั้งใจฟัง มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น และซักถามข้อสงสัยต่างๆเป็นอย่างดี และมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภททั้งด้านสาเหตุ อาการ การรักษา อาการเตือนก่อนอาการกำเริบ ตลอดจนวิธีดูแลตนเองเพื่อไม่ให้มีอาการกำเริบ ประเมินจากตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วย เช่น

“หนูคิดมาตลอดว่าคนรอบข้างคอยมอง คอยจับผิด นินทาหนู ทั้งที่แม่กับพี่สาวก็บอกตลอดว่าไม่จริง หนูเพิ่งเข้าใจว่ามันเป็นอาการจากสารในสมองหนูคิดปกติ”

“คนอื่นก็มีอาการหูแว่วเหมือนผม ผมคิดว่าผมเป็นแบบนี้คนเดียว”

“ถ้าเราเริ่มมีอาการเตือนพวกนี้ มาหาหมอก่อนนัดเลยไม่ต้องรอให้ถึงวันนัด”

“เพิ่งรู้ว่าถ้าเราเครียดมากๆ หรือนอนไม่พอทำให้มีอาการทางจิตกำเริบได้”

แต่มีผู้ป่วยบางคนมียังคงเชื่อว่าอาการทางจิตบางอาการของตนเป็นเรื่องจริง คือ คิดว่าตนสามารถสื่อสารทางจิตใจกับผู้อื่นได้ในบางครั้ง ผู้วิจัยช่วยเหลือผู้ป่วยโดยรับฟัง และให้ความจริงกับผู้ป่วยแต่ไม่ทำให้ขัดแย้งกับความรู้สึกของผู้ป่วย โดยบอกในลักษณะว่า สิ่งที่ผู้ป่วยคิดนั้นอาจจริงสำหรับผู้ป่วย แต่ คนทั่วไปไม่ได้คิดแบบนั้น ผู้ป่วยอาจคิดได้แต่ให้ระมัดระวังท่าที การแสดงออก

กับผู้อื่น และใช้กระบวนการกลุ่มช่วย สมาชิกในกลุ่มช่วยให้ความจริง ผู้ป่วยรับฟัง ด้วยท่าทางเป็นมิตร ไม่ต่อต้าน และมีความเข้าใจกับอาการมากขึ้น ประเมินจากตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วย ได้แก่

“อาจเป็นไปได้ว่ามันเป็นอาการ ผมจะระวังไม่แสดงออกกับผู้อื่น เดี่ยวเค้าจะว่าผมบ้าได้”

ช่วงที่ 3 การให้ความรู้เรื่อง ทำอย่างไร ให้ห่างไกลจากอาการทางจิต โดยการให้ความรู้ถึงวิธีการจัดการกับอาการทางจิต เริ่มจากให้ผู้ป่วยเล่าถึงวิธีการจัดการกับอาการทางจิตที่ผ่านมา พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีวิธีการในการจัดการกับอาการทางจิต หรือใช้วิธีที่ไม่เหมาะสม เช่น แยกตัว ไม่คุยกับใคร เข้าไปต่อว่าผู้อื่น เป็นต้น มีผู้ป่วยบางส่วนที่มีวิธีจัดการกับอาการทางจิตได้เหมาะสม เช่น พยายามไม่สนใจเสียงหูแว่ว หากิจกรรมทำ และจากการให้ความรู้เกี่ยวกับเทคนิคและวิธีการจัดการกับอาการทางจิต พบว่า ผู้ป่วยมีความรู้และความเข้าใจถึงวิธีการจัดการเมื่อมีอาการทางจิต ประเมินจากตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วย เช่น

“อันดับแรกต้องตั้งสติรู้เท่าทัน แยกให้ได้ว่านี่เป็นอาการ ไม่ใช่เรื่องจริง”

“ก็ไม่ต้องไปสนใจ ไปหาอะไรที่มีประโยชน์ทำ ยิ่งหมกมุ่นกะมันยิ่งเครียด”

ช่วงที่ 4 การฝึกทักษะการจัดการกับอาการทางจิต โดยให้ผู้ป่วยเลือกอาการทางจิตที่เป็นปัญหาส่วนใหญ่ของสมาชิกในกลุ่ม มาแสดงบทบาทสมมติถึงวิธีการจัดการกับอาการทางจิตนั้น พบว่าผู้ป่วยทุกคนให้ความร่วมมือ อาสาสมัครแสดงบทบาทสมมติ และแสดงวิธีการจัดการกับอาการทางจิตได้อย่างเหมาะสม ตัวอย่างสถานการณ์ที่กลุ่มเลือกมาแสดง ได้แก่ สถานการณ์อาการหลงผิดคิดว่าคนรอบข้างพูดถึงตน และมีอาการหูแว่วร่วมด้วย ผู้ป่วยอาสาสมัครใช้วิธีการจัดการโดยตั้งสติ แยกแยะว่าเป็นอาการหรือเป็นเรื่องจริงโดยสังเกตพฤติกรรมคนรอบข้าง จึงคิดได้ว่าคนเหล่านั้นไม่น่าจะพูดถึงตนเพราะไม่ได้มองหรือสนใจตน และถามคนใกล้ชิดที่ตนไว้วางใจได้ยื่นคนรอบข้างพูดถึงตนหรือไม่เพื่อยืนยัน เมื่อได้คำตอบว่าไม่ จึงเบี่ยงเบนความสนใจจากอาการทางจิต โดยการชวนเพื่อนไปเล่นกีฬา

จากกิจกรรมที่ให้ผู้ป่วยกลับไปฝึกเทคนิคการจัดการกับอาการทางจิตที่บ้าน พบว่าผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตเกิดขึ้น สามารถใช้วิธีการที่ได้เรียนรู้ไปอย่างเหมาะสม ตัวอย่างวิธีการที่ผู้ป่วยใช้ได้แก่ การตั้งสติแยกแยะว่าเป็นอาการทางจิต ตรวจสอบความจริงโดยการถามคนใกล้ชิด การแยกตัวออกจากสถานการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดอาการ และการหากิจกรรมทำเพื่อเบี่ยงเบนความสนใจ ซึ่งผลลัพธ์จากการจัดการพบว่าผู้ป่วยรู้สึกเครียดจากอาการทางจิตลดลง คนรอบข้างรู้สึกดีกับผู้ป่วยมากขึ้น ได้ทำกิจกรรมที่มีประโยชน์ แทนที่จะหมกมุ่นกับอาการทางจิต

กิจกรรมที่ 4 การจัดการความเครียดที่เกิดจากการรับประทุษร้าย

ช่วงที่ 1 ให้ความรู้เรื่องยานั้นสำคัญไฉน เริ่มจากการให้ผู้ป่วยเล่าถึงประสบการณ์ในการรับประทุษร้ายรักษาอาการทางจิต พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่รับประทุษร้ายตามที่แพทย์สั่ง แต่อาจ

รับประทานไม่ตรงเวลาหรือลืมนางมือ มีความเข้าใจความสำคัญของยาเพียงบางส่วน เช่น เพื่อช่วยให้นอนหลับได้ ช่วยคลายความเครียด ช่วยแก้อาการหิวแหว่ เป็นต้น มีเพียงผู้ป่วยบางคนที่ไม่รับประทานยาต่อเนื่อง และหยุดยาเองเมื่อคิดว่าตนเองหายแล้ว

จากการให้ความรู้เรื่องยารักษาอาการทางจิต พบว่าผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความสำคัญของการรับประทานยา รับประทานยาอย่างถูกวิธีมากขึ้น ประเมินจากตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วย เช่น

“ยาต้านอาการทางจิต ก็เหมือนยาเบาหวานที่พินกินอยู่ ก็ต้องกิน ไปตลอดเหมือนกัน”

“ต่อไปนี้จะกินยาเป็นเวลา ไม่กินตามมื้ออาหารแล้ว เพราะกินข้าวไม่เป็นเวลา”

“จะไม่หยุดยาเองแล้วครับ ถ้าอาการกำเริบ อาการหนักกว่าเดิมจะยิ่งรักษายาก”

ช่วงที่ 2 ให้ความรู้เรื่อง จัดการอย่างไรให้สุขใจเมื่อกินยา เริ่มจากให้ผู้ป่วยเล่าถึง

ประสบการณ์การได้รับอาการข้างเคียงจากยา และสำรวจอาการข้างเคียงจากยาจากแบบสำรวจอาการ พบว่า ผู้ป่วยทุกคนได้รับผลข้างเคียงจากยา แต่ระดับความรุนแรงแตกต่างกันไป ที่พบบ่อยได้แก่ ง่วงนอน หิวบ่อย กินเก่ง น้ำหนักขึ้น คอแห้ง ท้องผูก มือสั่น

จากการให้ความรู้เกี่ยวกับอาการข้างเคียงจากยา และการจัดการอาการข้างเคียง พบว่าผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการข้างเคียงของยา และวิธีการจัดการเมื่อมีอาการข้างเคียงมากขึ้น ประเมินจากตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วย เช่น

“เพิ่งรู้ว่าอาการข้างเคียงจากยา กับอาการแพ้ยาคนละอย่างกัน”

“ยาทำให้หิวบ่อย กินเก่งขึ้น จะพยายามเลือกทานอาหารที่ให้พลังงานไม่สูง”

“กินยาแล้วอ้วงมาก ก็รีบสักครึ่ง ถึงหนึ่งชั่วโมง”

“ถ้ามีอาการข้างเคียงมากๆก็มาบอกหมอ อย่าหยุดยาเอง”

ช่วงที่ 3 ฝึกบอกความไม่สบายใจและปัญหาในการรับประทานยา โดยใช้การแสดงบทบาทสมมติ ตัวอย่างสถานการณ์ที่กลุ่มเลือกมาแสดง ได้แก่ สถานการณ์เกี่ยวกับการบอกความรู้สึกเบื้องต้นในการรับประทานยาแก่ญาติ และการบอกอาการข้างเคียงต่างๆแก่ญาติและแพทย์ผู้รักษา พบว่าผู้ป่วยทุกคนให้ความร่วมมือ และอาสาสมัครสามารถแสดงบทบาทสมมติได้อย่างเหมาะสม

กิจกรรมที่ 5 การแก้ไขปัญหาในชีวิตประจำวัน

ช่วงที่ 1 ให้ความรู้เรื่องแก้ปัญหาได้ ก็หายเครียด เริ่มจาก ให้ผู้ป่วยเล่าถึงปัญหาในชีวิตประจำวัน รวมทั้งวิธีการจัดการกับปัญหาที่ผู้ป่วยใช้ พบว่าผู้ป่วยส่วนมากมีปัญหาเรื่องการเงิน เนื่องจาก การไม่มีรายได้ การไม่มีงานทำ รายได้น้อยกว่ารายจ่าย บางคนมีปัญหาเกี่ยวกับการดำเนิน

ชีวิตประจำวัน คือรู้สึกว่าคุณเองใช้ชีวิตเรื่อยเปื่อย ปล่อยให้เวลาให้ผ่านไปในแต่ละวัน โดยไม่ได้ทำประโยชน์อะไร บางคนทำงานหนักจนไม่มีเวลาพักผ่อน

จากการให้ความรู้เกี่ยวกับ แนวทางการแก้ไขปัญหาในชีวิตประจำวัน พบว่าผู้ปวยมีความรู้ความเข้าใจถึงแนวทางในการจัดการกับปัญหาในชีวิตประจำวันอย่างเป็นลำดับมากขึ้น ประเมินจากตัวอย่างคำพูดของผู้ปวย เช่น

“ก่อนอื่นต้องตั้งสติ จัดลำดับความสำคัญของปัญหา”

“หาทางเลือกในการแก้ไขปัญหา แล้วค่อยวางแผนต่อ”

ช่วงที่ 2 ให้ความรู้เรื่องใช้เงินและเวลาอย่างไรให้ชีวิตไม่ติดลบ โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับเทคนิคการบริหารจัดการด้านการเงินและเวลา พบว่าผู้ปวยมีความรู้ความเข้าใจถึงแนวทางในการบริหารจัดการด้านการเงินและเวลามากขึ้น ประเมินจากตัวอย่างคำพูดของผู้ปวย เช่น

“ต้องออมก่อนจ่าย ออมมาก ออมน้อย ขอให้ออม”

“ซื้อเฉพาะของจำเป็น ของฟุ่มเฟือยต้องหลีกเลี่ยง”

“วางแผนว่างานอะไรต้องทำก่อน ทำหลัง จะได้ไม่สับสน”

“ไม่ทำอะไรหลายๆอย่างในเวลาเดียวกัน จะออกมาไม่ดีสักอย่าง ทำให้เครียดด้วย”

แต่ผู้ปวยส่วนใหญ่ไม่มั่นใจว่าจะปฏิบัติได้ ผู้วิจัยให้กำลังใจ และแนะนำให้ผู้ปวยลองเริ่มจากวิธีง่ายๆที่เหมาะสมกับตนเองก่อน แล้วลองฝึกตามวิธีที่ได้เรียนรู้ไป ผู้ปวยรับฟัง และบอกว่าจะลองทำตามวิธีที่ได้เรียนรู้ เพื่อผลดีต่อตนเอง

ช่วงที่ 3 ฝึกทักษะการแก้ปัญหาเป็นลำดับ โดยใช้การแสดงบทบาทสมมติ ผู้ปวยช่วยกันเลือกสถานการณ์ที่เป็นปัญหาในชีวิตประจำวันของกลุ่ม ใช้บทบาทสมมติ ในการฝึกปฏิบัติตามวิธีการที่ได้เรียนรู้ไป พบว่า ผู้ปวยทุกคนให้ความร่วมมือ และผู้ที่เป็นอาสาสมัครสามารถแสดงบทบาทสมมติในการแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสม ตัวอย่างสถานการณ์ที่กลุ่มเลือกมาแสดง ได้แก่ สถานการณ์ความเครียดจากปัญหาการเงิน และวางแผนแก้ปัญหาโดย หาสาเหตุของปัญหา คือ รายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่าย หาทางเลือกในการแก้ไขปัญหาโดย วางแผนการใช้จ่ายเงิน จัดลำดับความสำคัญในการใช้จ่าย ทำบัญชีรายรับรายจ่าย ออมเงินก่อนนำมาใช้ เป็นต้น

ช่วงที่ 4 ฝึกทำบัญชีรายรับรายจ่ายและตารางเวลา โดยแนะนำวิธีการทำบัญชีรายรับรายจ่าย และตารางเวลา พร้อมทั้งให้ตัวอย่างแก่ผู้ปวย พบว่า ผู้ปวยสามารถทำบัญชีรายรับรายจ่าย และตารางเวลาอย่างง่ายได้

จากกิจกรรมที่ให้ผู้ปวยกลับไปฝึกทำบัญชีรายรับรายจ่าย และตารางเวลา พบว่าผู้ปวยส่วนใหญ่ได้นำกลับไปทำ และทำได้เหมาะสมตามความสามารถของผู้ปวยแต่ละคน แต่มีผู้ปวยบาง

คน ไม่ได้ฝึกทำบัญชีรายรับรายจ่าย เนื่องจากผู้ป่วยให้เหตุผลว่าตนไม่มีรายได้และญาติเป็นคนจัดการเรื่องรายจ่ายทั้งหมดให้

กิจกรรมที่ 6 การพัฒนาทักษะการสื่อสารและสัมพันธภาพ

ช่วงที่ 1 ให้ความรู้เรื่อง การสื่อสารสร้างความสุข เริ่มจากการให้ผู้ป่วยพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับการติดต่อสื่อสาร รวมถึงปัญหาในการสื่อสารและการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น พบว่าผู้ป่วยส่วนหนึ่งมีปัญหาในการติดต่อสื่อสารที่สำคัญได้แก่ การไม่สามารถควบคุมอารมณ์ตนเองได้เมื่อมีเรื่องไม่เข้าใจกับผู้อื่นหรือมีความคิดเห็นขัดแย้ง ทำให้ใช้คำพูดรุนแรงหรือมีพฤติกรรมก้าวร้าว ประเมินจากตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วย เช่น

“เดือนก่อนทะเลาะกับแฟน ผมโมโหเลยเอาน้ำสาดหน้าเค้า และไล่เค้าออกจากบ้าน”

“พี่ได้ยื่นคนข้างบ้านนิทาที่ เลยออกไปค้าเค้าเลยละ”

บางคนมีปัญหาไม่กล้าสื่อสารบอกความต้องการ ไม่กล้าปรึกษา หรือไม่กล้าขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น เนื่องจากคิดว่าผู้อื่นไม่เข้าใจ และรังเกียจตน ประเมินจากตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วย เช่น

“ตั้งแต่พักการเรียนมา ไม่ได้คุยกับเพื่อนเลยละ ไม่กล้า คิดว่าเค้าคงรู้ว่าเราป่วยทางจิต”

“มีเรื่องอะไรก็ไม่ค่อยบอกใครคะ ที่บ้านเค้าไม่เข้าใจ บอกไปก็คิดว่าเราอาการจะกำเริบ”

จากการให้ความรู้เรื่องการสื่อสาร พบว่าผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจ เรื่องความสำคัญ และประโยชน์ของการสื่อสาร แนวทางในการติดต่อสื่อสารและการแสดงออกกับผู้อื่นอย่างเหมาะสม ประเมินจากตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วย เช่น

“จะเอาคู่มือที่คุ้มพยาบาลให้ไปให้ที่บ้านอ่าน และบอกเค้าว่าถึงเราป่วยแต่เราสามารถใช้ชีวิตอย่างคนปกติได้ ถ้าเราดูแลตัวเอง เค้าจะได้เข้าใจเรามากขึ้น”

“จะรวบรวมความกล้าไปขอโทษ คนที่เราทำผิดต่อเค้าไว้ละ”

“แต่ก่อนที่ผมระแวงคนอื่น ทำให้ผมไม่กล้ามองหน้าสบตาใครเลยครับ พอคุณพยาบาล

แนะนำให้ลองดู ผมยิ้มให้เค้า ทักทาย สวัสดี เค้าก็ทักทายคุยกับผมดี ผมถึงได้รู้ว่าผมคิดไปเอง”

ช่วงที่ 2 ฝึกทักษะการสื่อสาร จากการให้ผู้ป่วยแสดง บทบาทสมมติฝึกทักษะการสื่อสารในสถานการณ์ เมื่อเกิดปัญหาในชีวิตและต้องการความช่วยเหลือ 1 เหตุการณ์ และ สถานการณ์ ความขัดแย้งกับผู้อื่น 1 เหตุการณ์ และ ใช้บทบาทสมมติให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติตามวิธีการที่ได้เรียนรู้ไป พบว่าผู้ป่วยทุกคนให้ความร่วมมือ และอาสาสมัครสามารถแสดงทักษะการสื่อสารและการแสดงออกกับผู้อื่นได้เหมาะสมตัวอย่างเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยเลือกมาแสดง

เหตุการณ์ที่ 1 คือหลังจากผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบจึงพักการเรียนไป ต้องการติดต่อเพื่อนเพื่อขอความช่วยเหลือเรื่องการเรียน พบว่าผู้ป่วยสามารถแสดงบทบาทได้เหมาะสม โดย

ผู้ป่วยเลือกโทรไปบอกเพื่อนถึงความจำเป็นที่ต้องหยุดเรียน ว่าตนไม่สบาย และขอเยี่ยมสมุคจุด และให้เพื่อนช่วยอธิบายเรื่องการบ้านต่างๆ

เหตุการณ์ที่ 2 คือ เหตุการณ์ผู้ป่วยทะเลาะกับสามีเรื่องตนระแวงผู้อื่น ซึ่งสามีไม่เข้าใจ บอกว่าผู้ป่วยบ้า จึงมีปากเสียงกัน ผู้ป่วยสามารถแสดงบทบาทได้เหมาะสม โดยผู้ป่วยใช้วิธีบอกกับสามีดีๆว่าสิ่งที่ตนระแวงอาจเป็นจากอาการของโรค แต่ตนไม่ได้บ้า และบอกความรู้สึกกับสามีว่า รู้สึกเสียใจและไม่ชอบที่สามีว่าตนบ้า อยากให้เข้าใจและไม่พูดแบบนี้อีก

2.2 หลังเสร็จสิ้นกิจกรรมที่ 6 ทันที ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยกลุ่มทดลองทำแบบประเมิน ทักษะการจัดการความเครียดด้วยตนเอง ใช้เวลาในการทำแบบประเมิน ประมาณ 15 นาที จากนั้นผู้วิจัยได้รวบรวมคะแนนจากแบบประเมินของผู้ป่วยแต่ละคน ซึ่งพบว่าคะแนนทักษะการจัดการความเครียดของผู้ป่วยกลุ่มทดลองทุกคนผ่านเกณฑ์ที่กำหนดไว้ คือ มีคะแนนทักษะการจัดการความเครียดในระดับปานกลางถึงสูง (13-36 คะแนน) (ดังแสดงในตารางที่ 4) จึงสรุปได้ว่าผู้ป่วยในกลุ่มทดลองทุกคนได้รับการบำบัดตามกิจกรรมในโปรแกรมการจัดการความเครียดอย่างครบถ้วนและมีประสิทธิภาพ

ตารางที่ 4 คะแนน ทักษะการจัดการความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท ในกลุ่มทดลองหลังได้รับ โปรแกรมการจัดการความเครียด (n=20)

คนที่	คะแนนทักษะการจัดการ ความเครียด	แปลผล
1	21	ระดับปานกลาง
2	26	ระดับสูง
3	19	ระดับปานกลาง
4	21	ระดับปานกลาง
5	26	ระดับสูง
6	20	ระดับปานกลาง
7	25	ระดับสูง
8	30	ระดับสูง
9	24	ระดับปานกลาง
10	30	ระดับสูง
11	29	ระดับสูง
12	27	ระดับสูง
13	20	ระดับปานกลาง
14	23	ระดับปานกลาง
15	20	ระดับปานกลาง
16	22	ระดับปานกลาง
17	27	ระดับสูง
18	28	ระดับสูง
19	32	ระดับสูง
20	26	ระดับสูง

จากตารางที่ 4 พบว่าคะแนน ทักษะการจัดการความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท ในกลุ่มทดลอง หลังได้รับ โปรแกรมการจัดการความเครียด ทุกคนมีคะแนนผ่านเกณฑ์ที่กำหนดไว้ คือ มีคะแนน ทักษะการจัดการความเครียดในระดับปานกลางถึงสูง (13-36 คะแนน)

3. ระยะเวลารวบรวมข้อมูล

3.1 ก่อนดำเนินการกิจกรรมตามโปรแกรม 1 สัปดาห์ ผู้วิจัยนำกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เพื่อประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนการวิจัย (Pre-test) โดยใช้แบบประเมินอาการทางจิต Positive and Negative Syndrome Scale ฉบับภาษาไทย

3.2 หลังเสร็จสิ้นการดำเนินการกิจกรรมตามโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 6 ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองทำแบบประเมินกำกับการทดลองทันที และเมื่อครบกำหนด 1 สัปดาห์ หลังเสร็จสิ้นการดำเนินการกิจกรรมตาม โปรแกรม คือในสัปดาห์ที่ 7 ผู้วิจัยได้นำกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เพื่อประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยหลังการวิจัย (Post-test) ซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้ประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วย ระบุบุคคล จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโดยตรง และจากการสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยระหว่างการสัมภาษณ์ โดยใช้แบบประเมินอาการทางจิต Positive and Negative Syndrome Scale ฉบับภาษาไทย ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ผู้ป่วยแต่ละคนประมาณ 30-40 นาที และแจ้งให้ผู้ป่วยทราบว่าได้สิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่าง พร้อมแสดงความขอบคุณ

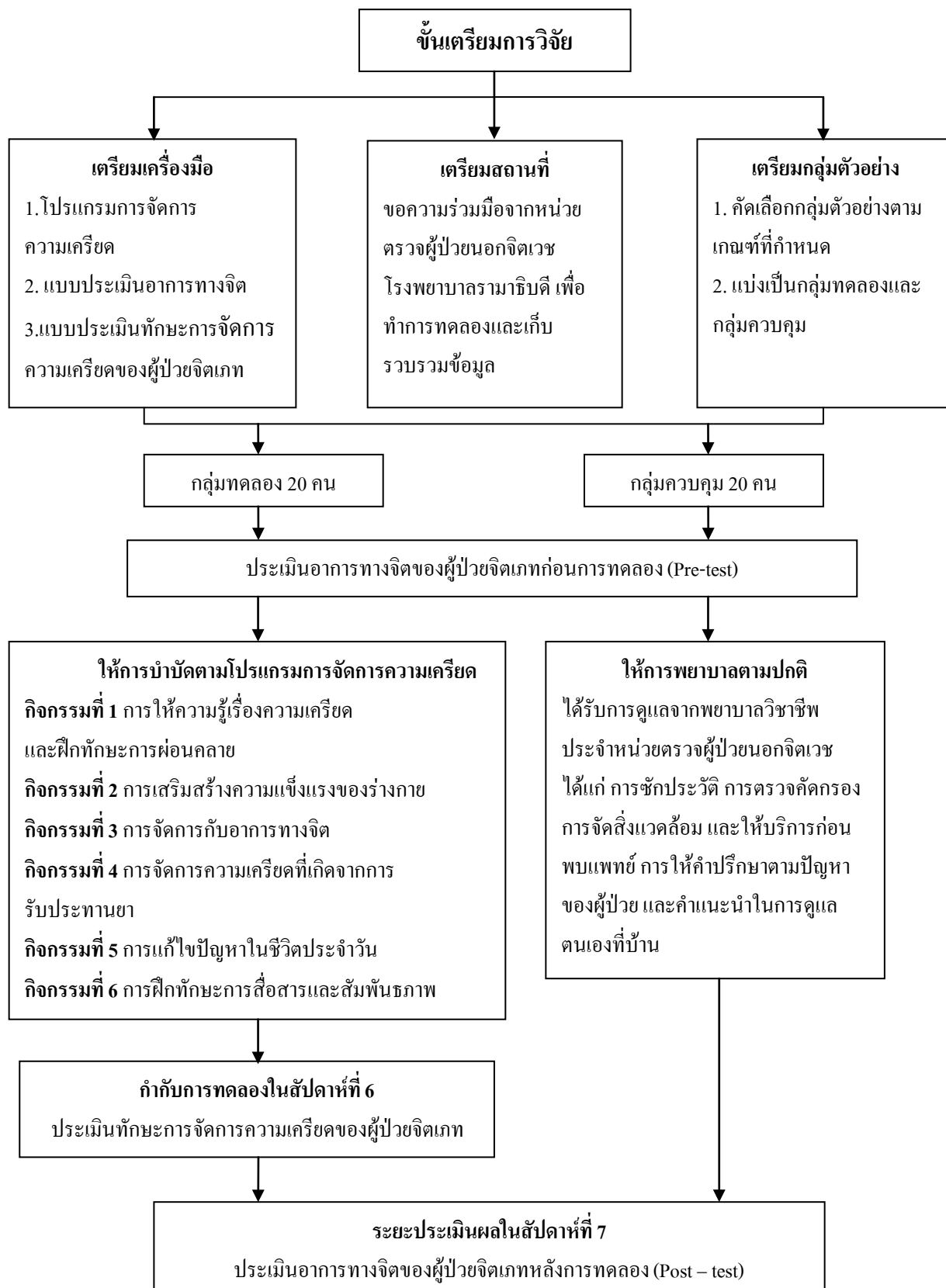
3.3 ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบประเมินทุกชุดก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัย วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติ โดยมีรายละเอียดต่อไปนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ
2. เปรียบเทียบคะแนนอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียด โดยใช้สถิติทดสอบที (Paired t-test)
3. เปรียบเทียบคะแนนอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการจัดการความเครียดกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติทดสอบที (Independent t-test)
4. กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่ออาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท โดยเปรียบเทียบอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ซึ่งเข้ารับการรักษาที่หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลรามาริบัติ จำนวน 40 คน ซึ่งถูกจับคู่ (Matched-pair) ให้มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันในเรื่องเพศ และจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยใน และถูกสุ่มเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน โดยมีการวัดอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest control group design)

สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยาย โดยนำเสนอรายละเอียดตามลำดับ ดังนี้

ตอนที่ 1 ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบอาการทางจิตของ ผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 5 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพ และระดับการศึกษา

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		รวม (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	12	60.0	12	60.0	24	60.0
หญิง	8	40.0	8	40.0	16	40.0
อายุ						
20 - 29 ปี	3	15.0	2	10.0	5	12.5
30 - 39 ปี	9	45.0	6	30.0	15	37.5
40 - 49 ปี	5	25.0	10	50.0	15	37.5
50 - 59 ปี	3	15.0	2	10.0	5	12.5
สถานภาพ						
โสด	15	75.0	13	65.0	28	70.0
คู่	4	20.0	4	20.0	8	20.0
หม้าย	0	0.0	2	10.0	2	5.0
หย่า/ร้าง/แยก	1	5.0	1	5.0	2	5.0
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา	2	10.0	2	10.0	4	10.0
มัธยมศึกษาตอนต้น	6	30.0	7	35.0	13	32.5
มัธยมศึกษาตอนปลาย	10	50.0	8	40.0	18	45.0
ปริญญาตรี	2	10.0	3	15.0	5	12.5

จากตารางที่ 5 พบว่าผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 60 กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 30-39 ปี คิดเป็น ร้อยละ 45 กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 40-49 ปี คิดเป็น ร้อยละ 50 ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด คิดเป็น ร้อยละ 75 และ 65 ตามลำดับ และ ส่วนใหญ่การศึกษาอยู่ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย คิดเป็นร้อยละ 50 และ 40 ตามลำดับ

ตารางที่ 6 จำนวน และร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอาชีพ รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย และจำนวนครั้งการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง(n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		รวม (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ						
ไม่มี	6	30.0	5	25.0	11	27.5
รับจ้าง	6	30.0	6	30.0	12	30.0
ค้าขาย / ธุรกิจส่วนตัว	5	25.0	5	25.0	10	25.0
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	1	5.0	3	15.0	4	10.0
อื่นๆ	2	10.0	1	5.0	3	7.5
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน						
ไม่มีรายได้	6	30.0	6	30.0	12	30.0
ไม่เกิน 2,000 บาท	5	25.0	5	25.0	10	25.0
2,001-4,000 บาท	5	25.0	3	15.0	8	20.0
4,001-6,000 บาท	3	15.0	3	15.0	6	15.0
มากกว่า 6,000 บาท	1	5.0	3	15.0	4	10.0
ระยะเวลาการเจ็บป่วย						
1 - 2 ปี	2	10.0	0	0.0	2	5.0
มากกว่า 2 ปี	18	90.0	20	100.0	38	95.0
จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล						
ไม่เคย	7	35.0	7	35.0	14	35.0
1-2 ครั้ง	8	40.0	8	40.0	16	40.0
3-4 ครั้ง	3	15.0	3	15.0	6	15.0
5 ครั้ง ขึ้นไป	2	10.0	2	10.0	4	10.0

จากตารางที่ 6 พบว่าผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ไม่มีอาชีพ และอาชีพรับจ้างจำนวนเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 30 กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 30 ผู้ป่วยทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ไม่มีรายได้ คิดเป็นร้อยละ 30 เท่ากัน ส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยมากกว่า 2 ปี คิดเป็นร้อยละ 90 และ 100 ตามลำดับ และส่วนใหญ่มีจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาด้านในโรงพยาบาล 1-2 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 40 เท่ากัน

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนน อาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Paired t - test)

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิต โดยรวมของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง (n=20)

เปรียบเทียบคะแนน	Mean	S.D.	ระดับ	df	t	p-value
อาการทางจิตโดยรวม						
ก่อนการทดลอง	2.27	0.58	เล็กน้อย			
				19	9.86	0.00
หลังการทดลอง	1.63	0.32	ต่ำสุด			

จากตารางที่ 7 พบว่าคะแนนเฉลี่ย อาการทางจิต โดยรวมของผู้ป่วยจิตเภท ในกลุ่มทดลอง ก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดเท่ากับ 2.27 และหลังจากได้รับ โปรแกรมการจัดการความเครียด เท่ากับ 1.63 ผลการเปรียบเทียบทางสถิติ พบว่าหลังการทดลอง คะแนนเฉลี่ยอาการทางจิต โดยรวม ของผู้ป่วยจิตเภท ต่ำกว่าคะแนนเฉลี่ย ก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1 ของการวิจัย คือ อาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับ โปรแกรมการจัดการความเครียด ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียด

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิต รายด้านของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง (n=20)

เปรียบเทียบคะแนน อาการทางจิตรายด้าน	Mean	S.D.	ระดับ	df	t	p-value
อาการด้านบวก						
ก่อนการทดลอง	2.44	0.80	เล็กน้อย	19	8.36	0.00
หลังการทดลอง	1.77	0.53	ต่ำสุด			
อาการด้านลบ						
ก่อนการทดลอง	2.10	0.77	เล็กน้อย	19	5.86	0.00
หลังการทดลอง	1.56	0.41	ต่ำสุด			
อาการทางจิตทั่วไป						
ก่อนการทดลอง	2.26	0.48	เล็กน้อย	19	9.57	0.00
หลังการทดลอง	1.54	0.19	ต่ำสุด			

จากตารางที่ 8 พบว่าคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตรายด้าน ได้แก่ อาการด้านบวก อาการด้านลบ และอาการทางจิตทั่วไป ของผู้ป่วยจิตเภท ในกลุ่มทดลอง หลังจากได้รับ โปรแกรมการจัดการ ความเครียดต่ำกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมการจัดการความเครียดทุกด้าน และผลการเปรียบเทียบทาง สถิติพบว่า หลังการทดลอง คะแนนเฉลี่ยอาการทางจิต รายด้าน ทุกด้าน ของผู้ป่วยจิตเภท ลดลงจาก คะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 9 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของอาการทางจิตโดยรวมของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่ม ควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง (n=20)

เปรียบเทียบคะแนน อาการทางจิตโดยรวม	Mean	S.D.	ระดับ	df	t	p-value
ก่อนการทดลอง	2.19	0.46	เล็กน้อย	19	-0.40	0.70
หลังการทดลอง	2.21	0.41	เล็กน้อย			

จากตารางที่ 9 พบว่าคะแนนเฉลี่ย อาการทางจิต โดยรวมของผู้ป่วยจิตเภท ในกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองเท่ากับ 2.19 และหลังการทดลองเท่ากับ 2.21 ผลการเปรียบเทียบทางสถิติ พบว่า หลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตโดยรวมของผู้ป่วยจิตเภท ในกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างจาก ก่อนการทดลอง

ตารางที่ 10 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของอาการทางจิต รายด้าน ของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่ม ควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง (n=20)

เปรียบเทียบคะแนน อาการทางจิตรายด้าน	Mean	S.D.	ระดับ	df	t	p-value
อาการด้านบวก						
ก่อนการทดลอง	2.59	0.82	เล็กน้อย	19	0.52	0.61
หลังการทดลอง	2.54	0.68	เล็กน้อย			
อาการด้านลบ						
ก่อนการทดลอง	1.74	0.66	ต่ำสุด	19	-1.50	0.15
หลังการทดลอง	1.82	0.58	ต่ำสุด			
อาการทางจิตทั่วไป						
ก่อนการทดลอง	2.24	0.43	เล็กน้อย	19	-0.58	0.57
หลังการทดลอง	2.26	0.41	เล็กน้อย			

จากตารางที่ 10 พบว่าคะแนนเฉลี่ย อาการทางจิต รายด้าน ของผู้ป่วยจิตเภท ในกลุ่มควบคุม อาการด้านบวกหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง ส่วนอาการด้านลบ และอาการทางจิตทั่วไป หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง ผลการเปรียบเทียบทางสถิติ พบว่าหลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตรายด้านของผู้ป่วยจิตเภท ในกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างจากก่อนการทดลอง

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนอาการทางจิตโดยรวมของผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง (Independent t - test)

ตารางที่ 11 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิต โดยรวมของผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง (n=40)

เปรียบเทียบคะแนน อาการทางจิตโดยรวม	Mean	S.D.	ระดับ	df	t	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	2.27	0.58	เล็กน้อย	38	0.47	0.64
กลุ่มควบคุม	2.19	0.46	เล็กน้อย			
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	1.63	0.32	ต่ำสุด	38	-5.01	0.00
กลุ่มควบคุม	2.21	0.41	เล็กน้อย			

จากตารางที่ 11 พบว่าคะแนนเฉลี่ย อาการทางจิต โดยรวมของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกัน แต่ภายหลังการทดลอง พบว่าคะแนนเฉลี่ย อาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 โดยคะแนนเฉลี่ย อาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลอง ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งสอดคล้องกับ สมมติฐานข้อที่ 2 ของการวิจัย คือ อาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการจัดการความเครียด ต่ำกว่า กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตารางที่ 12 เปรียบเทียบ คะแนนเฉลี่ยอาการทางจิต รายด้านของผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง (n=40)

เปรียบเทียบคะแนน อาการทางจิตรายด้าน	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม			t	p-value
	Mean	S.D.	ระดับ	Mean	S.D.	ระดับ		
ก่อนการทดลอง								
อาการด้านบวก	2.44	0.80	เล็กน้อย	2.59	0.82	เล็กน้อย	-0.56	0.58
อาการด้านลบ	2.10	0.77	เล็กน้อย	1.74	0.66	ต่ำสุด	1.58	0.12
อาการทางจิตทั่วไป	2.26	0.48	เล็กน้อย	2.23	0.43	เล็กน้อย	0.13	0.90
หลังการทดลอง								
อาการด้านบวก	1.77	0.53	ต่ำสุด	2.54	0.68	เล็กน้อย	-4.01	0.00
อาการด้านลบ	1.56	0.41	ต่ำสุด	1.82	0.58	ต่ำสุด	-1.61	0.12
อาการทางจิตทั่วไป	1.54	0.19	ต่ำสุด	2.26	0.41	เล็กน้อย	-7.07	0.00

จากตารางที่ 12 พบว่าคะแนนเฉลี่ย อาการทางจิต รายด้านของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกัน แต่ภายหลังการทดลอง พบว่าคะแนนเฉลี่ย อาการทางจิตรายด้านของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลอง ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม โดยคะแนนเฉลี่ย อาการด้านบวก และอาการทางจิตทั่วไป ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคะแนนเฉลี่ยอาการด้านลบไม่แตกต่างกัน

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ศึกษาแบบสองกลุ่ม วัตถุประสงค์ก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest control group design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่ออาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท ที่หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลรามารับดี ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการจัดการความเครียด ตัวแปรตาม คือ อาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมการจัดการความเครียด
2. เพื่อเปรียบเทียบอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการจัดการความเครียดกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. อาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับ โปรแกรมการจัดการความเครียด ต่ำกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมการจัดการความเครียด
2. อาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการจัดการความเครียด ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น โรคจิตเภท ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) และมารับการตรวจรักษาที่หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกจิตเวช

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น โรคจิตเภท ซึ่งเข้ารับการรักษาที่หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลรามารับดี จำนวน 40 คน ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ในการคัดเลือก

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ ด้วยโปรแกรม Power Analysis of Sample Size (PASS) (รัตนศิริ ทาโต, 2552) จากการศึกษารายงานของ Lee et al. (2006) เรื่อง Effective of a work-Relate Stress Management Program in patients with chronic schizophrenia มาใช้คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้มีอำนาจการทดสอบที่ร้อยละ 80.02 มีโอกาสเกิดความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 2 เป็นร้อยละ 19.98 ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 พบว่าขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการในแต่ละกลุ่มคือ 16 คน แต่เพื่อป้องกันการสูญเสียกลุ่มตัวอย่างระหว่างการทดลอง จึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็น กลุ่มละ 20 คน รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดคือ 40 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. **เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง** ได้แก่ โปรแกรมการจัดการความเครียด เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดรูปแบบการจัดการความเครียดของ Norman et al. (2002) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเสริมสร้างให้ผู้ป่วยจิตเภทมีทักษะการจัดการความเครียดที่มีประสิทธิภาพ และช่วยลดอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วยการดำเนินกิจกรรมเป็นรายกลุ่ม จำนวน 6 กิจกรรม กิจกรรมละ 90 นาที ดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 กิจกรรม ติดต่อกัน 6 สัปดาห์ ได้แก่

กิจกรรมที่ 1 การให้ความรู้เรื่องความเครียด และฝึกทักษะการผ่อนคลาย

กิจกรรมที่ 2 การเสริมสร้างความแข็งแรงของร่างกาย

กิจกรรมที่ 3 การจัดการกับอาการทางจิต

กิจกรรมที่ 4 การจัดการความเครียดที่เกิดจากการรับประทานยา

กิจกรรมที่ 5 การแก้ไขปัญหาในชีวิตประจำวัน

กิจกรรมที่ 6 การฝึกทักษะการสื่อสาร

เครื่องมือชุดนี้ได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพ โดยผู้วิจัยนำโปรแกรมที่สร้างขึ้นซึ่งผ่านความเห็นชอบจากอาจารย์ที่ปรึกษา ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และนำมาปรับปรุงแก้ไขตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิให้ข้อเสนอแนะ จากนั้นนำโปรแกรมไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภท 1 กลุ่ม จำนวน 3 คน เพื่อดูความเป็นไปได้ที่จะนำไปใช้ และมีการปรับปรุงให้สมบูรณ์อีกครั้ง ก่อนนำไปใช้จริง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาที่เจ็บป่วย และจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล

2.2 แบบประเมินอาการทางจิต ของ Kay, Fiszbein and Opler (1987) ได้แก่ Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) ได้รับการแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ (2550) ได้แก่ Positive and Negative Syndrome Scale ฉบับภาษาไทย (PANSS-T) เป็นเครื่องมือมาตรฐานที่ใช้ประเมินความรุนแรงของกลุ่มอาการด้านบวก กลุ่มอาการด้านลบ และอาการความผิดปกติทางจิตทั่วไปของผู้ป่วยโรคจิตเภท ประเมินโดยผู้วิจัย แบบประเมินมี 3 ส่วนย่อย ได้แก่ กลุ่มอาการด้านบวก (Positive Scale) 7 อาการ กลุ่มอาการด้านลบ (Negative Scale) 7 อาการ และอาการความผิดปกติทางจิตทั่วไป (General Psychopathology Scale) 16 อาการ ผู้วิจัยตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือ โดยนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีลักษณะใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ซึ่งไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ และนำข้อมูลที่ได้อาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) เท่ากับ .82

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง คือ แบบประเมินทักษะการจัดการความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองตามแนวคิด การจัดการความเครียด ของ Norman et al. (2002) ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 12 ข้อ ที่ใช้วัดทักษะการจัดการความเครียด 6 ด้าน ตามเนื้อหา กิจกรรมในโปรแกรม ได้แก่ ความเครียดและการผ่อนคลายความเครียด การส่งเสริมความแข็งแรงของร่างกาย การจัดการกับอาการทางจิต การจัดการความเครียดที่เกิดจากการรับประทานยา การแก้ไขปัญหาในชีวิตประจำวัน การบริหารจัดการด้านการเงินและเวลา และทักษะการสื่อสาร ซึ่งสอดคล้องกับเนื้อหาที่ต้องการวัดทักษะการจัดการความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท

เครื่องมือชุดนี้ได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพ โดยผู้วิจัยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นซึ่งผ่านความเห็นชอบของอาจารย์ที่ปรึกษา ไปให้ ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1.0 และนำมาปรับปรุงแก้ไขตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิให้ข้อเสนอแนะ จากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือ โดยนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีลักษณะใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ซึ่งไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ และนำข้อมูลที่ได้อาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ

โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) เท่ากับ .78

การดำเนินการทดลอง

1. ระยะเตรียมการทดลอง

1.1 ผู้วิจัยได้เตรียมความพร้อมของผู้วิจัยในด้านองค์ความรู้ แนวคิด ทฤษฎี เกี่ยวกับการจัดการความเครียด และฝึกทักษะการจัดการความเครียดแก่ผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต และจิตเวชทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม จากการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลรามาริบัติ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548-2555 นอกจากนี้ผู้วิจัยยังได้ทำการศึกษาค้นคว้าเพิ่มเติมเกี่ยวข้องกับการบำบัดทางจิตสังคมตามแนวทางของโปรแกรมการจัดการความเครียด

1.2 ผู้วิจัยสร้างโปรแกรมการจัดการความเครียด และเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัย

1.3 ผู้วิจัยส่งโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ ที่ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการบริหารคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย แก่ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ

1.4 ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับหัวหน้าภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ เพื่อขออนุญาตทำการวิจัย และเก็บรวบรวมข้อมูล

1.5 ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยผู้วิจัย จำนวน 1 คน เพื่อเป็นผู้ช่วย ผู้วิจัย ในการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการจัดการความเครียด

1.6 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 40 คน แล้วสุ่มเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน ตามขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ให้ข้อมูล กลุ่มตัวอย่าง เกี่ยวกับการทำวิจัย แจกวัสดุประสงค์ ขั้นตอนในการทำวิจัย การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย จากนั้นให้ลงลายมือชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย

2. ระยะดำเนินการทดลอง

2.1 กลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติ ในสัปดาห์ที่ 1-6 ได้แก่ การซักประวัติ การตรวจคัดกรอง การจัดสิ่งแวดล้อม และให้บริการก่อนพบแพทย์ การให้คำปรึกษาตามปัญหาของผู้ป่วย และคำแนะนำในการดูแลตนเองที่บ้าน

2.2 กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการทดลองโปรแกรมการจัดการความเครียดในผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มทดลอง 20 คน โดยจะแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มๆละ 10 คน ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรม 6 กิจกรรม ใช้ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม กิจกรรมละ 90 นาที สัปดาห์ละ 1 กิจกรรม ติดต่อกัน 6 สัปดาห์ ที่ห้องเรียน 1 หน้าที่หอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลรามารัตนบุรี

3. ระยะเวลารวบรวมข้อมูล

3.1 ก่อนดำเนินการกิจกรรมตามโปรแกรม 1 สัปดาห์ ผู้วิจัยนำกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เพื่อประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทก่อนการวิจัย (Pre-test) โดยใช้แบบประเมินอาการทางจิต Positive and Negative Syndrome Scale ฉบับภาษาไทย

3.2 หลังเสร็จสิ้นการดำเนินโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 6 ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองทำแบบประเมินกำกับการทดลองทันที และเมื่อครบกำหนด 1 สัปดาห์ หลัง เสร็จสิ้น โปรแกรม ผู้วิจัยประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภททั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการวิจัย (Post-test) โดยใช้แบบประเมินอาการทางจิต Positive and Negative Syndrome Scale ฉบับภาษาไทย

3.3 ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบประเมินทุกชุดก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติ มีรายละเอียด ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ หากค่าเฉลี่ย ร้อยละ
2. เปรียบเทียบคะแนนอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียด โดยใช้สถิติทดสอบที (Paired t-test)
3. เปรียบเทียบคะแนนอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติทดสอบที (Independent t-test)
4. กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปผลการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียด หลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปได้ว่าผลการวิจัยเป็นไปตาม สมมติฐานข้อที่ 1 คือ อาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับ โปรแกรมการจัดการความเครียดต่ำกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมการจัดการความเครียด

2. หลังการทดลอง พบว่าคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการจัดการความเครียด ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

สรุปได้ว่าผลการวิจัยเป็นไปตาม สมมติฐานข้อที่ 2 คือ อาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการจัดการความเครียด ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ดังนั้น จากผลการวิจัยครั้งนี้สรุปได้ว่า การใช้โปรแกรมการจัดการความเครียด มีผลทำให้ อาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทลดลง

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่ออาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท ผลการวิจัยครั้งนี้สนับสนุน สมมติฐานการวิจัยทั้ง 2 ข้อ กล่าวคือ ข้อที่ 1 อาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับ โปรแกรมการจัดการความเครียด ต่ำกว่าก่อนได้รับ โปรแกรม การจัดการความเครียด และข้อที่ 2 อาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียด ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งผู้วิจัยขออภิปรายผลการศึกษาที่พบดังต่อไปนี้

จากผลการวิจัยพบว่าสอดคล้องกับ แนวคิด Vulnerability -Stress Model (Zubin and Spring ,1977) ที่พบว่าความเครียดสัมพันธ์กับการเกิดอาการทางจิต โดยความเครียดที่เพิ่มขึ้นจะมีผลต่อการกำเริบของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภท เนื่องจากกิจกรรมในโปรแกรมการจัดการความเครียด ทั้ง 6 กิจกรรม ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้ ความเข้าใจ และมีทักษะในการจัดการกับความเครียดอย่างเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ Vrdoljak et al., (2008) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการใช้โปรแกรมการจัดการความเครียดกับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน พบว่าช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนสามารถจัดการความเครียดที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น และกิจกรรมใน โปรแกรมยังช่วยจัดการกับปัจจัยสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิตรุนแรงขึ้น และสาเหตุ ของความเครียดที่มีลักษณะเฉพาะ (Specific stress) ในผู้ป่วยจิตเภทได้ ได้แก่ ปัญหาภาวะสุขภาพร่างกาย การเผชิญกับอาการทางจิต การรับประทานยารักษาอาการทางจิต ปัญหาในการดำเนินชีวิตประจำวันโดยเฉพาะ

ด้านการเงิน และปัญหาด้านการสื่อสาร หรือการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ซึ่งปัจจัยการบำบัดเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถจัดการความเครียดที่เกิดขึ้นได้ ส่งผลช่วยลดอาการทางจิต และป้องกันการกำเริบของโรค (Norman et al.,2002)

เมื่อพิจารณารายละเอียดของกิจกรรมทั้ง 6 กิจกรรมในโปรแกรมการจัดการความเครียด พบว่าแต่ละกิจกรรมช่วยเพิ่มความสามารถในการจัดการความเครียด และ จัดการกับสาเหตุ ของความเครียดในผู้ป่วยจิตเภทได้ ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การให้ความรู้เรื่องความเครียดและฝึกทักษะการผ่อนคลาย กิจกรรมนี้ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับความเครียดทั้งด้าน สาเหตุ อาการ ผลกระทบของ ความเครียด และแนวทางการจัดการความเครียด เพิ่มความตระหนักถึง ความเครียด ที่มีต่ออาการทางจิต ต่อ สุขภาพด้านร่างกายและจิตใจ นอกจากนี้ความรู้ที่ได้รับแล้ว ผู้ป่วยยังได้ฝึกทักษะการจัดการความเครียด ตั้งแต่การฝึกทักษะการสังเกตความตึงเครียดที่เกิดขึ้น โดย การประเมินความเครียดด้วยตนเอง ฝึกปฏิบัติการผ่อนคลายความเครียด ด้วยเทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้ออย่างเป็นระบบ และการสร้างจินตนาการ ซึ่งเป็นวิธีที่ช่วยผ่อนคลายความตึงเครียดทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เนื่องจากทำให้ร่างกายและจิตใจอยู่ในภาวะที่สงบ และผ่อนคลาย ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมดีขึ้น (Gispens-de Wied, 2000) ช่วยเพิ่มความสามารถในการจัดการกับความเครียดของผู้ป่วย ซึ่งถือเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยลดความเครียดลงก่อนที่ความเครียดนั้นจะมากระตุ้นให้เกิดอาการทางจิตรุนแรงขึ้น (Norman et al.,2002) ช่วยลดอาการทางจิตโดยตรง ได้แก่ อาการทางจิตด้านความตึงเครียด อาการวิตกกังวล และอาการตื่นตระหนกกระวนกระวาย

กิจกรรมที่ 2 การเสริมสร้างความแข็งแรงของร่างกาย กิจกรรมนี้ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทตระหนักถึงความสำคัญ ของการดูแลสุขภาพร่างกาย มีความรู้ ความเข้าใจในการดูแลตนเอง โดยเฉพาะเรื่องการ นอนหลับพักผ่อน การออกกำลังกาย และการบริโภคอาหาร เพื่อเสริมสร้างร่างกายให้แข็งแรง ทำให้พร้อมที่จะรับมือกับความเครียด และปรับตัวเผชิญกับความเครียด ได้ดีขึ้น เนื่องจากผู้ที่มีความสุขดีและแข็งแรงจะมีพลังงานที่จะนำมาใช้ในการจัดการกับความเครียด ได้ดีกว่าบุคคลที่สุขภาพอ่อนแอ (Lazarus and Folkman, 1984; Norman et al., 2002) และช่วยลดอาการทางจิตของผู้ป่วยโดยตรง โดยเฉพาะความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการทางกาย

กิจกรรมที่ 3 การจัดการกับอาการทางจิต เนื่องจากการไม่สามารถจัดการกับอาการทางจิต ไม่สามารถสังเกตอาการนำก่อนอาการกำเริบทำให้อาการทางจิตรุนแรงขึ้น (Hayward et al, 1995; Kaplan and Sadock, 2000) และการเผชิญกับอาการทางจิต ยังเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภท เกิดความเครียด เพราะ เป็นสิ่งที่รบกวนจิตใจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกกดดัน ทุกข์ทรมานจากอาการ (Nuechterlein et al., 1994) กิจกรรมนี้ช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท และอาการทางจิตอย่างถูกต้อง มีทัศนคติที่ดีต่อการเจ็บป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีความตระหนักรู้ต่อความเจ็บป่วยที่ดี ช่วยสร้างแรงจูงใจต่อการรักษา ซึ่งส่งผล ให้ผู้ป่วยมีการเผชิญความเครียดอย่างเหมาะสม (Lysaker, 2005) และการฝึกทักษะการจัดการกับอาการทางจิต ทำให้ผู้ป่วยสามารถสังเกตอาการนำก่อนอาการกำเริบได้ สามารถจัดการกับอาการทางจิต ที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสม ช่วยให้ปรับตัวต่อความเครียดที่เกิดจากอาการทางจิต ได้ ช่วยให้ อาการทางจิตลดลง ทั้งอาการด้านบวก อาการด้านลบ และอาการทางจิตทั่วไป

กิจกรรมที่ 4 การจัดการความเครียดที่เกิดจากการรับประทานยา เนื่องจากสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิตรุนแรงขึ้น คือ การไม่รับประทานยาตามแผนการรักษา (Gray, Wykes and Gournay, 2002) เนื่องจากผู้ป่วยขาดความรู้ ความเข้าใจด้านการรักษาด้วยยา และการรับประทานยารักษาอาการทางจิต ยังทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด เพราะผู้ป่วยต้องอดทนกับอาการข้างเคียงของยา ต้องรับประทานยาเป็นเวลาต่อเนื่องยาวนาน จนเกิดความเบื่อหน่าย (ผลทิพย์ ปานแดง, 2547) หรือเครียดจากการถูกบังคับให้ต้องรับประทานยา (จรัสรัตน์ ลิ้มพัฒนศิริ, 2548) กิจกรรมนี้ช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจถึงความสำคัญและประโยชน์ของการรับประทานยา รับประทานยาอย่างถูกวิธี รู้ถึงอาการข้างเคียงจากยา และวิธีการจัดการกับอาการข้างเคียงนั้น ช่วยฝึกให้ผู้ป่วยสามารถบอกความรู้สึกไม่สบายใจ ความคับข้องใจในการรับประทานยา ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความสามารถในการจัดการกับความเครียดที่เกิดจากการรับประทานยา ช่วยให้ผู้ปวยมีทัศนคติที่ดีต่อการรับประทานยา รับประทานยาครบถ้วน ส่งผลช่วยลดอาการทางจิต โดยเฉพาะอาการด้านบวก ป้องกันการกำเริบของโรค

กิจกรรมที่ 5 การแก้ไขปัญหาในชีวิตประจำวัน เนื่องจากปัญหาในการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยเฉพาะปัญหาด้านการเงินและเวลา ถือเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดความเครียด ในผู้ป่วยจิตเภท (Nuechterlein et al., 1994; Moller and Murphy, 2001) และเป็นปัจจัยกระตุ้นให้

เกิดอาการของโรคจิตเภท (สมภพ เรื่องตระกูล, 2549) กิจกรรมนี้ช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับแนวทางในการจัดการกับปัญหาในชีวิตประจำวันอย่าง ชัดเจน เป็นลำดับ รู้ถึงแนวทางในการบริหารจัดการด้านการเงินและเวลา และได้ฝึกทักษะในการแก้ปัญหาในชีวิตประจำวัน ฝึกแนวทางในการบริหารจัดการด้านการเงินและเวลา โดยการวางแผนการใช้จ่ายเงิน การทำบัญชี รายรับรายจ่าย ฝึกวางแผนการทำกิจกรรม โดยการตารางเวลาการกิจกรรม ผู้ป่วยสามารถนำวิธีการที่ได้เรียนรู้ ไปปรับใช้ในชีวิตประจำวันได้ ทำให้ผู้ป่วยมีแนวจัดการกับความเครียดอย่างเหมาะสม ช่วยลดความเครียดในการดำเนินชีวิตประจำวัน และช่วยลดอาการทางจิตได้ในที่สุด (Norman et al., 2002)

กิจกรรมที่ 6 การพัฒนาทักษะการสื่อสารและสัมพันธภาพ เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทมักมีความพร่องด้านการสื่อสาร การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบมักแยกตัวอยู่ตามลำพัง ไม่มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น (ทูลภา บุญผาสังข์, 2545) ส่วนผู้ป่วยที่มีอาการทางด้านบวก โดยเฉพาะอาการประสาทหลอนและหวาดระแวง ทำให้ผู้ป่วยมีการแสดงออกที่ไม่เหมาะสม ต่อผู้อื่น (Cook et al., 2007) ส่งผลให้ผู้อื่นแสดงท่าทีไม่เป็นมิตร วิวาทษ์วิจารณ์หรือติเตียนผู้ป่วย จึงเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความเครียด (จิราภรณ์ สรรพวิรวงศ์, 2544) และเป็นสิ่งกระตุ้นให้อาการทางจิตกำเริบได้ (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2555) กิจกรรมนี้ช่วยให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญ และประโยชน์ของการสื่อสาร มีความรู้ ความเข้าใจถึงแนวทางในการติดต่อสื่อสารและการแสดงออกกับผู้อื่นอย่างเหมาะสม ได้ฝึกทักษะการสื่อสารและการแสดงออกกับผู้อื่นอย่างเหมาะสม สามารถใช้ทักษะการสื่อสารในการจัดการความขัดแย้ง การขอความเห็น ความช่วยเหลือจากผู้อื่นในการจัดการกับความเครียด ช่วยให้ผู้ป่วยจัดการกับความเครียดที่เกิดจากการสื่อสารและ การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ได้ ช่วยลดอาการทางจิต โดยเฉพาะอาการด้านลบ ได้แก่ การแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ มนุษย์สัมพันธ์บกพร่อง และการแยกตัวจากสังคม

นอกจากนี้การบำบัดโดยใช้กระบวนการกลุ่ม ทำให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสพูดคุย แลกเปลี่ยนความคิดเห็น รับฟังปัญหาของผู้อื่น ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ได้ฝึกกลวิธีในการติดต่อสื่อสาร การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นอย่างเหมาะสม ช่วยพัฒนาทักษะทางสังคม เป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นมากขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยบางคนเดิมมีพฤติกรรมแยกตัวเมื่อมีอาการทางจิต เช่น อาการหูแว่ว หวาดระแวง ทำให้พฤติกรรมแยกตัวของผู้ป่วยลดลง และยังทำให้ความรู้สึกวิตกกังวล

เครียด กลัว หวาดระแวง ซึ่งเป็นอาการทางจิตลดลงอย่างชัดเจน โดยผู้ป่วยมีท่าทีผ่อนคลาย เป็นมิตรมากขึ้น เปิดใจรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น สามารถแสดงอารมณ์ ความรู้สึก และความคิดเห็น รวมไปถึงประเด็นที่สนทนา จากการได้แลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็นซึ่งกันและกัน ทำให้ผู้ป่วยได้แนวทางการจัดการความเครียดมากขึ้น และการได้ระบายความทุกข์ใจ ความไม่สบายใจกับผู้ที่มีความเข้าใจตนเองอย่างแท้จริง ทำให้ผู้ป่วยเรียนรู้ว่าตนเองไม่ได้มีปัญหาเพียงคนเดียว ปัจจัยที่เกิดขึ้นในกลุ่มทำให้ผู้ป่วยทุกคนรู้สึกว่ามีปัญหาเหมือนกัน ซึ่งการมีความรู้สึกคล้ายคลึงกัน ทำให้ความรู้สึกทุกข์ เครียด ความรู้สึกเศร้าใจ ท้อแท้ สิ้นหวังของตนเองลดลง มีการเปิดเผยตนเองมากขึ้น มีความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน ทักษะต่างๆ ที่ได้ฝึกในกลุ่มเปรียบเสมือนสังคมจำลองให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของตน (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2544) และยังช่วยให้ผู้ป่วยได้รับรู้ถึงการได้รับการยอมรับจากผู้อื่น รู้สึกถึงการมีส่วนร่วม การเป็นส่วนหนึ่งของสังคม จนรับรู้ถึงคุณค่าของตนเองมากขึ้น ช่วยเสริมสร้างความมั่นใจว่าตนเองจะสามารถจัดการกับความเครียด และอาการทางจิตที่เกิดขึ้นได้ และในกระบวนการกลุ่ม ใช้หลักการเรียนรู้ จากการฝึกปฏิบัติ (Practice) การฝึกในสถานการณ์สมมุติ (Role play) การมอบหมายงาน (Home work) ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยได้ฝึกการแสดงออกที่เหมาะสม เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในสถานการณ์จริงในสังคมได้ และการให้ข้อมูลสะท้อนกลับ (Feedback) ทำให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ผลของการกระทำหรือพฤติกรรมของตนเองจากผู้อื่น ช่วยให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการกระทำที่ไม่เหมาะสม และเป็นการส่งเสริมให้กระทำพฤติกรรมที่เหมาะสมต่อไป (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2546)

ปัจจัยและกระบวนการต่างๆ เหล่านี้ในโปรแกรมการจัดการความเครียด มีผลต่อการพัฒนาทักษะการจัดการความเครียด ของผู้ป่วยจิตเภท ทำให้ผู้ป่วยสามารถจัดการความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ จัดการกับปัจจัยสาเหตุที่ทำให้อาการทางจิตรุนแรงขึ้น ช่วยลดอาการทางจิต และส่งผลในการป้องกันการกำเริบซ้ำของโรคได้ (Norman et al., 2002) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Andres et al. (2003) ที่ได้ศึกษาถึงผลของการบำบัดทางจิตใจ ที่ช่วยเพิ่มความสามารถในการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วย จิตเภทมีระดับความรุนแรงของอาการทางจิตลดลง และจากการศึกษา ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดจากการทำงานในผู้ป่วยจิตเภท ของ Lee et al. (2006) ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีความเครียดที่เกิดจากการทำงาน และอาการทางจิตลดลง

จึงสรุปได้ว่า การให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้โปรแกรมการจัดการความเครียด มีผลทำให้อาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทลดลงอย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากความสามารถในการจัดการกับความเครียดของผู้ป่วย ถือเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยลดความเครียดลงก่อนที่ความเครียดนั้นจะมากกระตุ้นให้เกิดอาการทางจิตรุนแรงขึ้น จนเกิดการกำเริบของโรค (Norman et al., 2002) ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถจัดการความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพจึงเป็นแนวทางที่ช่วยลดอาการทางจิตของผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยปรับจิตใจให้เข้าสู่ภาวะสมดุล ป้องกันการป่วยซ้ำของโรค และสามารถใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข

ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตโดยรวมหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง เมื่อพิจารณาจากคะแนนดิบของอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มควบคุมแต่ละคน (ดังแสดงในตารางที่ 13 ภาคผนวก) พบว่ามีผู้ป่วยในกลุ่มนี้เพียง 2 คน ที่มีคะแนนอาการทางจิตหลังการทดลองสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลอง ทำให้ดังคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตของผู้ป่วยทั้งกลุ่มสูงขึ้น จากการสัมภาษณ์เพื่อประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยหลังการทดลอง พบว่าผู้ป่วยทั้ง 2 คน ไม่ได้รับประทานยารักษาอาการทางจิตต่อเนื่อง โดยผู้ป่วยคนแรกหยุดยาเอง เพราะคิดว่าตนเองไม่มีอาการแล้วจึงไม่ยอมรับรับประทานยาต่อ คนที่สองเครียดเรื่องสอบไม่ผ่าน จึงหยุดยาเองเพราะรู้สึกว่ายากทำห้วงวงมากจนไม่สามารถอ่านหนังสือได้ จะเห็นได้ว่าความเครียดและการจัดการความเครียดอย่างไม่เหมาะสม และการไม่รับประทานยามีผลทำให้อาการทางจิตในผู้ป่วยรุนแรงขึ้น (Gray, Wykes and Gournay, 2002 ;Norman et al., 2002)

นอกจากนี้ในการศึกษาครั้งนี้ ที่พบว่าคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตด้านลบหลังการทดลองของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุม แต่ไม่ได้ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ดังแสดงในตารางที่ 12) สามารถอภิปรายผลได้ว่า เนื่องจากอาการด้านลบเป็นอาการซึ่งคงอยู่นาน มีการดำเนินแบบเรื้อรัง มีลักษณะอาการค่อนข้างคงที่กว่าอาการด้านบวก (Fuller, Schultz and Andreason, 2003) และอาการด้านลบยังแบ่งเป็น 2 ชนิด คือ กลุ่มอาการด้านลบที่เกิดจากตัวโรคเอง (Primary negative symptoms) จะแสดงออกถึงการขาดความกระตือรือร้น ซึ่งไม่ค่อยมีการเปลี่ยนแปลงตลอดระยะเวลาของการดำเนินโรค และไม่ขึ้นอยู่กับสถานการณ์ใดๆ อาการนี้เรียกอีกอย่างหนึ่งว่า Deficit syndrome ส่วนกลุ่มอาการด้านลบที่เกิดจากสาเหตุอื่น (Secondary negative symptoms) นั้นสามารถหายได้ ส่วนใหญ่เกิดจากผลข้างเคียงของยารักษาอาการทางจิต

เกิดจากโรคซึมเศร้า หรือเกิดจากการขาดการกระตุ้นเป็นเวลานานๆ ในทางปฏิบัติการประเมินเพื่อแยกอาการด้านลบที่เกิดขึ้นเอง กับอาการด้านลบที่เกิดจากสาเหตุอื่นนั้นทำได้ยาก (Carpenter and Kirkpatrick, 1998; Lindenmayer and Khan, 2006) จากเหตุผลดังกล่าวทำให้ผลการศึกษาคั้งนี้พบว่าอาการด้านลบของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่ได้แตกต่างกันอย่างชัดเจน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะทั่วไป

1. 1 โปรแกรมการจัดการความเครียดในการศึกษาคั้งนี้ เป็นกระบวนการบำบัดที่ช่วยลดอาการทางจิต ช่วยเพิ่มทักษะการจัดการความเครียดในผู้ป่วยจิตเภท ดังนั้นจึงควรมีการติดตามระยะยาว เพื่อเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้นำความรู้ และทักษะที่ได้รับไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ เพื่อป้องกันการกำเริบซ้ำของโรคต่อไป

1.2 การดำเนินกิจกรรมตาม โปรแกรมการ จัดการความเครียด พยาบาลผู้ให้การบำบัดต้องสร้างบรรยากาศที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ คือ เป็นบรรยากาศที่อบอุ่น เป็นมิตร ผ่อนคลาย พยาบาลต้องยอมรับ และเข้าใจผู้ป่วย มีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วย มีการพูดและการกระทำที่สอดคล้องกัน เพื่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดี ผู้ป่วยให้การยอมรับและเชื่อมั่นในตัวผู้บำบัด ให้ความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรม สามารถแสดงอารมณ์ความรู้สึกที่แท้จริง ได้เรียนรู้จากเห็นแบบอย่างที่ดี ปรับเปลี่ยนวิธีการคิด และสามารถพัฒนาพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสม

1.3 การดำเนินกิจกรรมตาม โปรแกรมการ จัดการความเครียด ควรเรียงลำดับกิจกรรมตามลำดับขั้นจากง่ายไปหายาก เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจและทำตามกิจกรรมได้ เป็นการเสริมสร้างความมั่นใจ ความภาคภูมิใจ และช่วยสร้างแรงจูงใจ ให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ ในการเข้าร่วมกิจกรรมในครั้งต่อไป และควรนำสื่อการสอนมาใช้เพื่อกระตุ้นความสนใจของผู้ป่วย ช่วยให้เข้าใจง่ายขึ้น และส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้ เช่น ภาพพลิก ซีดีเพลงผ่อนคลายความเครียด และมีคู่มือโปรแกรมการจัดการความเครียดสำหรับผู้ป่วย ซึ่งมีเนื้อหาสาระกระชับ เข้าใจง่าย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถนำไปอ่านทบทวนได้ตลอดเวลา

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

2. 1 ควรมีการศึกษาอย่างต่อเนื่อง โดยติดตามประเมินผลระยะยาวในชุมชน เพื่อเป็นการส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทเป็นระยะๆ ทำให้เกิดการคง

อยู่ของความรู้ ความสามารถ และทักษะในการจัดการความเครียด ส่งผลให้ช่วยลดอาการทางจิต ป้องกันการกำเริบซ้ำของโรค โดยการประเมินติดตามผลที่บ้านในระยะ 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี หลังการทดลอง หรือตามความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละราย

2.2 ควรมีการศึกษาวิจัยในผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มอื่นๆเช่นเดียวกัน โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการทางจิตร่วมด้วย เพื่อเปรียบเทียบผลการวิจัยในผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มอื่น ว่ามีความแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร และมีปัจจัยใดบ้างที่มีผลต่ออาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตร่วมด้วย

2.3 ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดในผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่ได้รับการรักษาตัวในโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยใน เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนที่ผู้ป่วยจะกลับไปใช้ชีวิตในชุมชน และสามารถจัดการความเครียดที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ป้องกันการกำเริบซ้ำของโรค

2.4 ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดแก่ผู้ป่วยจิตเภทและ ผู้ดูแล เป็นรายครอบครัว หรือรายกลุ่ม เพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจผู้ป่วยจิตเภทมากขึ้น มีปฏิสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว ผู้ดูแลได้ตระหนักถึงบทบาทหน้าที่ และมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถจัดการกับความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.5 ควรมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดทางจิตสังคมที่ช่วยลดความรุนแรงของ กลุ่มอาการด้านลบในผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อจำกัด

เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเป็นผู้ประเมินตัวแปรตาม ได้แก่ อาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภททั้งในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมด้วยตนเอง ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ตระหนักและระมัดระวังในการประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม โดยได้วางแผนไว้ตั้งแต่เริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลว่าจะคิดคะแนนโดยไม่ดูรายละเอียดและชื่อของผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งหากผู้สนใจจะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองในครั้งต่อไป ควรวางแผนให้ผู้ช่วยผู้วิจัยหรือบุคคลอื่นที่ไม่เกี่ยวข้องกับการวิจัยเป็นผู้ประเมิน เพื่อลดอคติ และมั่นใจในผลการวิจัยว่าเป็นผลที่เกิดขึ้นจากการทดลองจริง

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2541). **คู่มือคลายเครียดด้วยตนเอง**. กรุงเทพฯ:

โรงพิมพ์ชุมนุมชนสหกรณ์.

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2543). **คู่มือการดำเนินการในคลินิกคลายเครียด (ฉบับ**

ปรับปรุง). พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.

กิติกร มีทรัพย์ และไพบุลย์ ดวงจันทร์. (2541). **พฤติกรรมความเครียดและการตอบสนองต่อ**

ความเครียด. กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

เกียรติศักดิ์ อองกุลนะ. (2551). **ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดโดยการคิดแบบอริยสัจสี่**

และการบริหารร่างกายแบบโยคะต่อพฤติกรรมจัดการความเครียดและระดับความ

เครียดของนักศึกษาพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต , สาขาวิชาการพยาบาล

เวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร.

เกษม ดันติผลาชีวะ. (2544). **การบริหารความเครียดและสุขภาพจิต**. นนทบุรี: สำนักพิมพ์สนุก่อาน.

จรรย์รัตน์ ลิ้มพัฒนศิริ. (2547). **ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับประทานยาต่อเนื้อของผู้ป่วยจิตเภท**.

วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต , สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

คณะ พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

จินตนา ยูนิพันธุ์. (2542). **การพยาบาลเพื่อชีวิตที่ปกติสุข**. วารสารพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต

13 (มกราคม-มิถุนายน): 1-13.

จิราภรณ์ สรรพวีรวงศ์. (2544). **ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภทใน**

ชีวิตประจำวัน กรณีศึกษาโรงพยาบาลสมเด็จพระยา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ,

สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

จำลอง ดิษขวนิช และพริ้มเพรา ดิษขวนิช. (2545). **ความเครียด ความวิตกกังวล และสุขภาพ**.

เชียงใหม่: โรงพิมพ์แสงศิลป์.

ฉวีวรรณ สัตยธรรม. (2541). **การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต**. พิมพ์ครั้งที่3. กรุงเทพฯ:

ยุทธรินทร์การพิมพ์ .

- ฐานียา สุทะปา. (2553). ผลของโปรแกรมการจัดการอาการหวัดต่ออาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท
โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ . การศึกษาค้นคว้าแบบอิสระปริญญาโทมหาบัณฑิต ,
สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ทูลกา บุปผาสังข์. (2545). ภาวะและความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลกับการกลับเป็นซ้ำของผู้
ที่เป็นโรคจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต , สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาล
จิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ. (2550). **Positive and Negative Syndrome Scale ฉบับภาษาไทย
(PANSS-T)**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : แจนเซน-ซีแลค.
- ธวัชชัย ลีพหานาจ. (2552). ตำราโรคจิตเภท. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากุล. (2553). ระเบียบวิธีวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์. กรุงเทพฯ: ยูเออนด์ไอ
อินเตอร์ มีเดีย.
- บุญเรือง ร่วมแก้ว. (2552). การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมสำหรับความคิดหลงผิดและ
ประสาทหลอนทางหูในผู้ป่วยจิตเภท . การศึกษาค้นคว้าแบบอิสระปริญญาโทมหาบัณฑิต,
สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- บุษกมล ศุภอักษร. (2553). ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท
ในชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต , สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประเวศ ะสี. (2539). วิถีคลายเครียด. พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพฯ : หมอชาวบ้าน.
- ปราโมทย์ สุกนิษฐ์ และมาโนช หล่อตระกูล. (2541). **เกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช DSM-IV
ฉบับภาษาไทย (ใช้รหัส ICD-10)**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ ชวนพิมพ์.
- เปรมฤดี คำรักษ์. (2545). การศึกษาสุขภาพภาวะของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนสามจังหวัดชายแดนภาคใต้.
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต , สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
คณะ พยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ผลทิพย์ ปานแดง. (2547). ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อผู้ป่วยและผู้ดูแลต่อพฤติกรรมการใช้
ยาตาม **เกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภท** . วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต , สาขาวิชา
การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

พิเชษฐ อุคมรัตน์ และสรยุทธ วาสีกานานนท์. (2552). ตำราโรคจิตเภท. พิมพ์ครั้งแรก. สงขลา :

ชวนเมืองการพิมพ์.

เพชร คันธสายบัว. (2544). การวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ.

วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต , สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะ
พยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

เพียรดี เปี่ยมมงคล. (2553). การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. กรุงเทพฯ : ธรรมสาร.

มรรยาท รุจิวิทย์. (2548). การจัดการความเครียดเพื่อสร้างเสริมสุขภาพจิต. พิมพ์ครั้งที่ 1.

ปทุมธานี: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษยวณิช. (2542). ตำราจิตเวชศาสตร์. เชียงใหม่: แสงศิลป์.

มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์. (2555). จิตเวชศาสตร์รามธิบดี. พิมพ์ครั้งที่ 3.

กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล.

รวินันท์ นุชศิลป์. (2552). ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดโดยการประยุกต์ใช้การรับรู้

สมรรถนะตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อระดับความเครียด ของพนักงานสถาน
ประกอบการขนาดกลาง . วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต , สาขาวิชาเอก
การพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

รังสิมันต์ สุนทรไชยา. (2553). เอกสารประกอบการสอนการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูง

สำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทวัยผู้ใหญ่ในชุมชน . คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

รัตน์ศิริ ทาโต. (2552). การวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์ : แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้. พิมพ์ครั้งที่ 2.

กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

รัตน์ฤดี ลิ้มฉาย. (2552). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อส่งเสริมการเผชิญ

ความเครียดของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง . สารนิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต , สาขาวิชา
การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

เรณุการ์ ทองคำรอด. (2549). ผลของการจัดกระทำแบบหลายขั้นปัจจัยต่อการกำเริบของอาการทาง

จิตในผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภทครั้งแรก . วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต , สาขาวิชา
การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

วิมลพร เกียรติคุณินท์ และคณะ. (2551). **ประสิทธิภาพของโปรแกรมการจัดการกับอาการหูแว่วต่อ ลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่ว และอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภท**. กรุงเทพฯ:

สถาบันจิตเวชศาสตร์ สมเด็จพระเจ้าพระยา.

สมพร รุ่งเรืองกลกิจ. (2544). **กรอบแนวคิดในการฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเภท. วารสารพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 14(พฤษภาคม-สิงหาคม): 15-23.**

สมพร รุ่งเรืองกลกิจ. (2546). **พยาบาลกับการดูแลบุคคลที่เป็นโรคจิตเภท. ขอนแก่น: คลังนาเนา.**

สมภพ เรืองตระกูล. (2549). **จิตเวชศาสตร์พื้นฐาน และโรคทางจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.**

สุขภาพจิต, กรม. (2553). **รายงานประจำปี. นนทบุรี: ศูนย์สุขภาพจิตและศูนย์สารสนเทศ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.**

สุวนีย์ เกียวกิ่งแก้ว. (2547). **แนวคิดพื้นฐานการพยาบาลจิตเวช. พิษณุโลก: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์.**

สุวรรณ อนุสันติ. (2546). **บริหารความเครียด. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.**

อรพรรณ ลือบุญรัชชัย. (2554). **การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.**

อารีย์วรรณ อ่วมธานี. (2554). **การพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.**

อุมาพร ตรังคสมบัติ (2544). **จิตบำบัดและการให้คำปรึกษารอบครัว. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: เฟื่องฟ้าพรินติ้ง.**

ภาษาอังกฤษ

Alan, S. et al. (2007). **Assessment of Community Functioning in People with Schizophrenia and Other Severe Mental Illnesses : A write Paper Based on an NIMH-Sponsored Workshop. Schizophrenia Bulletin 33(3): 805-822.**

- Andres, K., Pfammatter, M., Fries, A. and Brenner, H. D. (2003). The significance of coping as a therapeutic variable for the outcome of psychological therapy in schizophrenia. **European Psychiatry** 18(4): 149-154.
- Carpenter, WT. and Kirkpatrick, B. (1998). The heterogeneity of the long-term course of schizophrenia. **Schizophrenia Bulletin** 14: 645-652.
- Cohen, S., Kamarck, T., and Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. **Journal of Health and Social Behavior** 24(4): 385-396.
- Cook, M. et al. (2007). Insight, distress and coping styles in schizophrenia. **Schizophrenia Research** 94: 12-22.
- Cunningham, P.A. (2007). The role of psychiatric nurse in home care. **Home Healthcare Nurse** 25(10): 645-652.
- Duraiswamy, G., Thirthalli, J., Nagendra, H. R. and Gangadhar, B. N. (2007). Yoga therapy as An add-on treatment in the management of patients with schizophrenia-a randomized controlled trial. **Acta Psychiatrica Scandinavica** 116(3): 226-232.
- Fuller, RML. and Schultz, SK. (2003). **The symptom of schizophrenia**. In : Hirsch RR, Weinberger D. eds. Schizophrenia. Massachusetts: Blackwell Publishing.
- Gispens-de Wied, C.C. (2000). Stress in Schizophrenia: an integrative view. **European Journal of Pharmacology** 405(1-3): 375-348.
- Gray, R., Wykes, T., and Gournay, K. (2002). From compliance to concordance: A review of the literature on interventions to enhance compliance with antipsychotic medication. **Journal of psychiatric and Mental Health Nursing** 9: 277-284.
- Hayward et al. (1995). Predicting the revolving door phenomenon among patients with schizophrenia, schizoaffective and affective disorder. **American of psychiatry** 152(6): 856-861.

- Hedlund L. Nancy and Jeffy B. Finis. (1993). Overview of Psychiatric nursing. In Rawlins P. Ruth, Williams, R., Sophronia and Beck K. Cornelia (eds.), **Mental Health- Psychiatric Nursing A Holistic Life-Cycle Approach** (pp.2). St.Louis: Mosby-Year Book.
- Kaplan, H. I. and Sadock, B. J. (2000). **Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences and clinical psychiatry** (8th ed.). Baltimore: Williams and Wikins.
- Kay, S.R., Fiszbein, A. and Opler, LA. (1987). The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for Schizophrenia. **Schizophrenia Bulletin** 13: 261-276.
- Lazarus, S., Richard and Folkman Susan. (1984). **Stress Appraisal and Coping**. New York : Springer Pulishing.
- Lecomte, T. (2005). The stress process perspective and adaptation of people with schizophrenia. **Soc psychiatry Epidemiology** 40(4): 139-148.
- Lee, H. L. et al. (2006). Effective of a work-Relate Stress Management Program in patients with chronic schizophrenia. **The American Journal of occupational Therapy** 50(4): 435-441.
- Leung, A. and Chue, P. (2000). Sex differences in schizophrenia, a review of literature. **Acta Psychiatrica scandinavica** 401: 3-38.
- Liberman, R. P., Eckman, T. A., and Marder, S. R. (2001). Training in social problem solving Among Persons with schizophrenia. **Psychiatric services** 52(2): 31-33.
- Lindenmayer, J.P. and Khan A. (2006). **Psychopathology**. In: Lieberman, JA. Stroup,. TS. Perkins, DO.eds. Textbook of Schizophrenia. Washington DC: American Psychiatric Publishing.
- Lindstrom, E. and Bingerfors, K. (2000). Patients compliance with drug therapy. **Schizophrenia phamacoeconomic** 18(2): 105-124.
- Lukoff, D., Synder, K., Ventura J. and Nuechterlein, K.H. (1984). Life events, familial stress, and coping in developmental course of schizophrenia. **Schizophrenia Bulletin** 10: 258-292.

- Lysaker, H.P. et al. (2004). Assessing Coping in schizophrenia a Rationally desired scoring scheme to assess coping in schizophrenia : Internal Consistency and association with work performance. **Journal Psychosocial Rehabilitation** 8(5): 73-83.
- Lysaker, H.P. et al. (2004). Coping style in schizophrenia : Association with neurocognitive deficits and personality. **Schizophrenia Bulletin** 5: 30-45.
- Lysaker, H.P. et al. (2005). Association of neurocognition, anxiety, positive and negative Symptoms with coping preference in schizophrenia spectrum disorder. **Schizophrenia Research** 80: 163-171.
- Meijel, B.V., Gaag, M.V.D., Kahn, R.S. and Gryphonck, M.H.F. (2003). Relapse Prevention in Patients with Schizophrenia. **Archives of Psychiatric Nursing** 17: 117-125.
- Moller, M.D. and Murphy, M.F. (2001). **Neuro biological responses schizophrenia and psychotic disorder**. St. Louis Missouri: In Stuart, G.W. and Lara, M.T. Principle and practice of psychiatric nursing.
- Moore, O., Cassidy, E., Carr, A. and O'Callaghan, E. (1999). Unawareness of illness and its relationship with depression and self-deception in schizophrenia. **European Psychiatry** 14: 264-269.
- Norman, Ross MG. et al. (2002). An evaluation of a stress management program for individual with schizophrenia. **Schizophrenia Research** 58: 293-303.
- Nuechterlein, H. K. et al. (1994). The Vulnerability-Stress model of schizophrenia relapse: A longitudinal study. **Acta Psychiatrica scandinavica** 89: 58-64.
- Overall, J.E., and Gorham, D.R. (1962). Brief Psychiatric Rating Scale. **Psychological Reports** 10: 799-812.
- Polit, D.F., and Hunger B.P. (1999). **Nursing Research : Principle and methods (6th.ed.)**. Philadelphia: J.B. Lippincott.
- Ritsner, M. S. et al. (2006). Coping patterns as a valid presentation of the diversity of coping Responses in schizophrenia patients. **Psychiatry Research** 114: 139-152.

- Sadock, B.J., and Sadock, V.A. (2007). **Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry : Behavioral Sciences and clinical psychiatry (10th.ed.)**. Philadelphia : Williams and Willkins. NewYork.
- Takai, A. et al. (1990). Coping styles to basic disorder among schizophrenia. **Acta Psychiatrica scandinavica** 82: 289-294.
- Terrier, N. et al. (1993). A trial of two cognitive-behavioral methods of treating drug Resistant residual psychotic symptoms in schizophrenia patients: I Outcome. **The British Journal of Psychiatry** 162: 524-532.
- Vasile, D. et al. (2008). Coping mechanisms evaluation in chronic schizophrenia patients. **European Psychiatry** 23: 151-152.
- Ventura, J. et al. (2003). Self-efficacy and neurocognitive may be related to coping responses in recent-onset Schizophrenia. **Schizophrenia research** 69: 343-352.
- Vrdoljak, M., Ivezic, S., and Jukic, M.K. (2008). Social functioning and stress coping in schizophrenic patients. **European Psychiatry** 23(2): 90-91.
- Wiedl, K. H. (1992). Assessment of coping with schizophrenia : Stressor, appraisals and coping behavior. **The British Journal of Psychiatry** 161: 114-122.
- Wiedl, K. H. and Schottner B. (1991). Coping With Symptoms Related to Schizophrenia. **Schizophrenia Bulletin** 17(3): 525-538.
- World Health Organization. (2001). Mental Health Report 2001. **Mental Health: new understanding, new hope**. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2006). ICD-10: **International Classification of Diseases and Relate Health Problems Tenth edition**. Geneva: World Health Organization.
- Zubin, J. and Spring, B. (1977). Vulnerability – a new view on schizophrenia. **Journal Abnormal Psychology** 6: 103-126.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก**รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบเครื่องมือ**

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

ชื่อ – สกุล	ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน
1. แพทย์หญิง ธนิตา หิรัญเทพ	อาจารย์แพทย์ ประจำภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
2. อาจารย์ ดร. มาลาตี รุ่งเรืองศิริพันธ์	อาจารย์พยาบาล สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและ สุขภาพจิต ประจำโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี
3. นางทิพวรรณ เหลืองอร่ามชัย	ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลท่าเรือ
4. นางกมลรัตน์ ช้วนินิ	ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า
5. นางสาวดุสิตา เครือคำปิว	พยาบาลวิชาชีพ รักษาการหัวหน้างานการพยาบาล จิตเวชและสุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

ภาคผนวก ข
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน () หน้าข้อความตามความเป็นจริง

1. เพศ () ชาย () หญิง
2. อายุ.....ปี
3. สถานภาพ
() โสด () คู่
() หม้าย () หย่า /ร้าง/แยก
4. ระดับการศึกษา
() ประถมศึกษา () มัธยมศึกษาตอนต้น
() มัธยมศึกษาตอนปลาย () ปริญญาตรี
5. อาชีพ
() ไม่มี () รับจ้าง
() ค้าขาย / ธุรกิจส่วนตัว () รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ
() อื่นๆ
6. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน.....บาท
7. ระยะเวลาที่เจ็บป่วย..... ปี
8. จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล.....ครั้ง

แบบประเมินอาการทางจิต Positive and Negative Syndrome Scale ฉบับภาษาไทย (PANSS-T)

การให้ค่าคะแนน

- ค่าคะแนน 1 หมายถึง ไม่มีอาการ (absent)
- ค่าคะแนน 2 หมายถึง มีอาการขั้นต่ำสุด (minimal)
- ค่าคะแนน 3 หมายถึง มีอาการเล็กน้อย (mild)
- ค่าคะแนน 4 หมายถึง มีอาการปานกลาง (moderate)
- ค่าคะแนน 5 หมายถึง มีอาการค่อนข้างรุนแรง (moderate severe)
- ค่าคะแนน 6 หมายถึง มีอาการรุนแรง (severe)
- ค่าคะแนน 7 หมายถึง มีอาการรุนแรงมาก (extreme)

ลักษณะอาการ	คะแนน
กลุ่มอาการด้านบวก หรือ Positive Scale (P)	
P1 อาการหลงผิด (Delusion)	
P2 ความคิดสับสน (Conceptual disorganization)	
P3 อาการประสาทหลอน (Hallucinatory Behavior)	
P4 อาการตื่นเต้นกระวนกระวาย (Excitement)	
P5	
P6	
P7.....	
กลุ่มอาการด้านลบ หรือ Negative Scale (N)	
N1 การแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ (Blunted affect)	
N2 การแยกตัวทางอารมณ์ (Emotional withdrawal)	
N3 มนุษย์สัมพันธ์บกพร่อง (Poor rapport)	
N4 การแยกตัวจากสังคม (Passive/Apathetic/Social withdrawal)	
N5	
N6	
N7	

ลักษณะอาการ	คะแนน
อาการทางจิตทั่วไป หรือ General Psychopathology Scale (G)	
G1 ความกังวลเกี่ยวกับอาการทางกาย (Somatic concern)	
G2 อาการวิตกกังวล (Anxiety)	
G3 ความรู้สึกผิด (Guilt feeling)	
G4 ความตึงเครียด (Tension)	
G5 ท่าทางและการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติ (Mannerism and Posturing)	
G6 อาการซึมเศร้า (Depression)	
G7 การเคลื่อนไหวเชื่องช้า (Motor retardation)	
G8 การไม่ร่วมมือ (Uncooperativeness)	
G9 เนื้อหาความคิดผิดปกติ (unusual thought)	
G10 อาการไม่รู้เวลา สถานที่ บุคคล (Disorientation)	
G11	
G12	
G13	
G14	
G15	
G16	

แบบประเมินทักษะการจัดการความเครียด

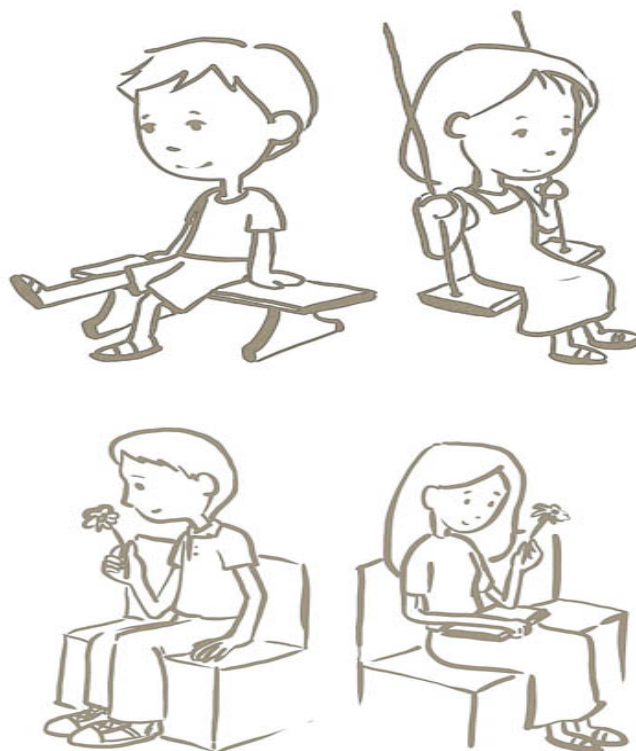
คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับการกระทำของท่านมากที่สุด

ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา

ปฏิบัติเป็นประจำ	หมายถึง ทำกิจกรรมนั้นประมาณ	5 - 7 ครั้ง / สัปดาห์
ปฏิบัติบางครั้ง	หมายถึง ทำกิจกรรมนั้นประมาณ	2 - 4 ครั้ง / สัปดาห์
ปฏิบัติหลายๆ ครั้ง	หมายถึง ทำกิจกรรมนั้นประมาณ	1 ครั้ง / สัปดาห์
ไม่ได้ปฏิบัติ	หมายถึง	ไม่ได้ทำกิจกรรมนั้นเลยในช่วง 1 เดือน

ข้อคำถาม	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติบางครั้ง	ปฏิบัติหลายๆ ครั้ง	ไม่ได้ปฏิบัติ
1.ฉันสังเกตความเปลี่ยนแปลงของตัวเองเมื่อมีความเครียดเกิดขึ้น				
2.ฉันใช้เทคนิคการผ่อนคลายคลายเครียด				
3.ฉันออกกำลังกายอย่างน้อยครั้งละ 30 นาที				
4.ฉันกินอาหารครบ 5 หมู่ใน 1 วัน				
5.ฉันบอกญาติหรือคนใกล้ชิดเมื่อมีอาการข้างเคียงจากยามากขึ้น				
6. ฉันกินยาเองตามที่แพทย์สั่ง				
7.....				
8.....				
9.....				
10.....				
11.....				
12.....				

โปรแกรมการจัดการความเครียด



โดย

นางสาวพรทิพย์ ไชสะอาด

อาจารย์ ดร. เพ็ญนภา แดงค้อมยุทธ์

สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

คณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คำนำ

ผู้ป่วยโรคจิตเภทต้องเผชิญกับอาการทางจิต ที่สำคัญ ได้แก่ อาการหลงผิด ประสาทหลอน สับสนวุ่นวาย อารมณ์เฉยเมย ไม่สนใจสิ่งรอบตัว ไม่ดูแลตนเอง ซึ่งอาการของต่างๆเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียความสามารถในการดูแลตนเอง การมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งในเรื่องการใช้ชีวิตในสังคม การเรียน การประกอบอาชีพ และยังเป็นภาระต่อครอบครัวและสังคม ซึ่งในผู้ป่วยจิตเภทพบว่าความเครียดสัมพันธ์กับการเกิดอาการทางจิต เนื่องจากผู้ป่วยจะมีความรู้สึกไวต่อความเครียดต่าง ๆ มากกว่าคนปกติ มีความยากลำบากในการอดทนต่อความเครียด มีความพร้อมด้านทักษะในการจัดการความเครียด ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถจัดการความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพจึงเป็นแนวทางที่ช่วยลดอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดการจัดการความเครียดของ Norman et al. (2002) มาประยุกต์ และสร้างเป็นโปรแกรมการจัดการความเครียดสำหรับผู้ป่วยจิตเภทขึ้น ซึ่งใช้การจัดการความเครียดใน 3 แนวทาง คือ 1) ลดปฏิกริยาตอบสนองทางร่างกายต่อความเครียด โดยใช้การฝึกการผ่อนคลาย 2) ส่งเสริมความแข็งแรงของร่างกายโดยการพักผ่อน ออกกำลังกายและโภชนาการที่เหมาะสม 3) พัฒนาทักษะด้านการรู้คิดและพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเผชิญความเครียด ประกอบด้วยกิจกรรมหลัก 6 กิจกรรม ได้แก่

กิจกรรมที่ 1 การให้ความรู้เรื่องความเครียด และฝึกทักษะการผ่อนคลาย

กิจกรรมที่ 2 การเสริมสร้างความแข็งแรงของร่างกาย

กิจกรรมที่ 3 การจัดการกับอาการทางจิต

กิจกรรมที่ 4 การจัดการความเครียดที่เกิดจากการรับประทานยา

กิจกรรมที่ 5 การแก้ไขปัญหาในชีวิตประจำวัน

กิจกรรมที่ 6 การพัฒนาทักษะการสื่อสารและสัมพันธภาพ

ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่า คู่มือฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยโรค จิตเภท ในด้านการเพิ่มทักษะการจัดการความเครียด ช่วยลดอาการทางจิต และป้องกันการกำเริบของโรค

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
กิจกรรมที่ 1 การให้ความรู้เรื่องความเครียด และฝึกทักษะการผ่อนคลาย	1
กิจกรรมที่ 2 การเสริมสร้างความแข็งแรงของร่างกาย	14
กิจกรรมที่ 3 การจัดการกับอาการทางจิต	25
กิจกรรมที่ 4 การจัดการความเครียดที่เกิดจากการรับประทานยา	33
กิจกรรมที่ 5 การแก้ไขปัญหาในชีวิตประจำวัน	41
กิจกรรมที่ 6 การพัฒนาทักษะการสื่อสารและสัมพันธภาพ	52

แผนการดำเนินโปรแกรมการจัดการความเครียด

กิจกรรมที่ 1

การให้ความรู้เรื่องความเครียดและฝึกทักษะการผ่อนคลาย

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภท

ระยะเวลา 90 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย และระหว่างผู้ป่วยด้วยกัน ให้เกิดความไว้วางใจและยินยอมเปิดเผยข้อมูลของตนเอง
2. เพื่อให้ผู้ป่วยทราบวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่จะได้รับ ลักษณะของการดำเนินกิจกรรม และระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม
3. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับสาเหตุ อาการ และผลกระทบของความเครียดที่เกิดขึ้น
4. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจและมีทักษะการจัดการความเครียดด้วยเทคนิคการผ่อนคลายความเครียด

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 1 ผู้ป่วยสามารถ

1. เปิดเผยข้อมูลต่อพยาบาลและสมาชิกกลุ่ม ร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม
2. บอกวัตถุประสงค์ และประโยชน์ที่จะได้รับในการเข้าร่วมกิจกรรม
3. บอกเกี่ยวกับสาเหตุ อาการ และผลกระทบของความเครียดได้
4. ประเมินความเครียดด้วยตนเองได้
5. ใช้เทคนิคการผ่อนคลายความเครียดได้อย่างเหมาะสม

เนื้อหาสาระ

เริ่มต้นกิจกรรมด้วยการสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้เกิดความไว้วางใจและความร่วมมือโดยการแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์ของโปรแกรม ประโยชน์ที่ได้รับ ลักษณะของโปรแกรม และระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม การให้ความรู้เกี่ยวกับความเครียด ทบทวนผลของความเครียดต่อสุขภาพด้านร่างกายและจิตใจ ความรู้เกี่ยวกับการจัดการความเครียด เพิ่มความตระหนักรู้ในตนเอง

ของผู้ป่วยเกี่ยวกับอารมณ์ด้านลบในขณะที่มีความเครียด เช่น ความโกรธ ความวิตกกังวล การฝึกตั้งสติความตึงเครียดโดยการประเมินความเครียดด้วยตนเอง ฝึกการผ่อนคลายความเครียดด้วยเทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้ออย่างเป็นระบบ และการสร้างจินตนาการ

กิจกรรม

1. เริ่มต้นสร้างสัมพันธภาพ ด้วยการแนะนำตัวเองและพูดคุยด้วยบรรยากาศที่เป็นมิตร เพื่อสร้างความคุ้นเคย และให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ
2. ทบทวนขั้นตอน และข้อตกลงในการดำเนินกิจกรรมในโปรแกรม เกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการทำกิจกรรม ระยะเวลา ขั้นตอนในการดำเนินกิจกรรม และการประเมินผล จากนั้นมอบตารางนัดหมายในการทำกิจกรรมให้แก่ผู้ป่วย
3. ผู้วิจัยนำเข้าสู่เนื้อหากิจกรรมโดยกล่าวถึงความเครียดที่แต่ละคนเคยประสบมา ให้ผู้ป่วยแต่ละคนเล่าถึงประสบการณ์ความเครียดของตน และผลกระทบจากความเครียดที่เกิดขึ้น
4. ผู้วิจัยสรุปปัญหาความเครียดของผู้ป่วย และให้ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุ อาการและผลกระทบของความเครียดต่อร่างกาย และจิตใจ โดยเฉพาะผลต่ออารมณ์ด้านลบในขณะที่มีความเครียด เช่น อารมณ์โกรธ วิตกกังวล ตามใบความรู้ที่ 1/1 เรื่อง มารู้อัจฉริยภาพความเครียดกันเถอะ
5. ให้ผู้ป่วยฝึกสังเกตความตึงเครียดด้านร่างกาย และอารมณ์ด้านลบด้วยการทำแบบประเมินความเครียดด้วยตนเองตามใบงานที่ 1/1 ได้แก่ แบบประเมินความเครียดด้วยตนเอง ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ผู้วิจัยสรุปผลจากการทำแบบประเมินความเครียด
6. ผู้วิจัยสอนวิธีการจัดการความเครียดด้วยเทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้ออย่างเป็นระบบ และการสร้างจินตนาการ ตามใบความรู้ที่ 1/2 เรื่อง เทคนิคการผ่อนคลายความเครียด และให้ผู้ผู้ป่วยฝึกเทคนิคการผ่อนคลายที่ได้เรียนรู้ไป
7. สรุปผลการดำเนินกิจกรรม ให้การบ้านให้ผู้ผู้ป่วยกลับไปฝึกเทคนิคการผ่อนคลายที่ได้เรียนรู้ไป ตามใบงานที่ 1/2 เรื่อง เทคนิคการผ่อนคลายความเครียดด้วยตนเอง และนัดหมายวัน เวลาในการดำเนินกิจกรรมครั้งต่อไป

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบความรู้ที่ 1/1 เรื่อง มารู้อัจฉริยภาพความเครียดกันเถอะ
2. ใบความรู้ที่ 1/2 เรื่อง เทคนิคการผ่อนคลายความเครียด

3. ใบงานที่ 1/1 แบบประเมินความเครียดด้วยตนเอง
4. ใบงานที่ 1/2 การบ้าน เรื่อง เทคนิคการผ่อนคลายความเครียดด้วยตนเอง

การประเมินผล

1. จากการสังเกตพฤติกรรม การพูดคุย ซักถาม ความสนใจและความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรม
2. ผลลัพธ์จากกิจกรรมที่ให้ทำเป็นการบ้าน ผู้ป่วยได้ฝึกปฏิบัติการผ่อนคลาย

ใบความรู้ที่ 1/1

มารู้จักความเครียดกันเถอะ

ในการดำรงชีวิตประจำวันนั้น ย่อมมีปัญหาไม่สบายกาย ไม่สบายใจเกิดขึ้นได้เสมอ เมื่อเกิดความไม่สบายใจและไม่สามารถกำจัดไปได้ ก็ก่อให้เกิดความเครียดขึ้น ในผู้ป่วยจิตเภทพบว่า ความเครียดสัมพันธ์กับอาการทางจิต โดยเมื่อผู้ป่วย เกิดความเครียด จะทำให้เกิดสภาวะอารมณ์แปรปรวนและแสดงอาการทางจิตขึ้น ทำให้บุคคลรอบข้างเมื่อเจอพฤติกรรมของผู้ป่วยจะรู้สึกไม่ดี และมีการตอบสนองกลับมาด้วยการใช้อารมณ์หรือเพิกเฉยต่อผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความเครียดมากขึ้น

ความหมายของความเครียด

ความเครียด หมายถึง ความรู้สึกหรือปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกายและจิตใจ ที่เกิดขึ้น เพื่อต่อต้านสิ่งที่มาคุกคามเพื่อรักษาภาวะสมดุลของร่างกายไว้

สาเหตุของความเครียด

สาเหตุของความเครียด สามารถแบ่งได้เป็น 2 สาเหตุ คือ ความเครียดที่เกิดจากสาเหตุภายในตัวบุคคลและสาเหตุภายนอก หรือจากสิ่งแวดล้อม

1. ความเครียดจากสาเหตุภายในตัวบุคคล ได้แก่

- การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย เช่น การเจ็บไข้ ไม่สบายเล็กน้อย ไปจนถึงความเจ็บป่วยด้วยโรคที่รุนแรงและเรื้อรัง รวมทั้งการเกิดอาการข้างเคียงจากยารักษาอาการทางจิต
- การเปลี่ยนแปลงในชีวิต เช่น การเปลี่ยนช่วงวัย การแต่งงาน การตั้งครรรค์ การเริ่มเข้าทำงาน การเปลี่ยนงาน การเกษียณอายุ การย้ายบ้าน การสูญเสียคนรัก เป็นต้น
- ภาวะจิตใจ เช่น ความกลัว ความวิตกกังวลล่วงหน้ากับสิ่งที่ยังไม่เกิดขึ้น ความรู้สึกหนักใจในงาน หรือภาระต่างๆ รู้สึกว่าตัวเองต้องทำสิ่งที่ยากเกินความสามารถ ความเบื่อหน่ายที่ต้องรับประทานยาเป็นเวลานานต่อเนื่องยาวนาน หรือถูกบังคับให้ต้องรับประทานยา รวมทั้งการเกิดอาการทางจิตถือเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด
- อุปนิสัยส่วนตัว เช่น นิสัยชอบแข่งขันสูง เข้มงวด เอาจริงเอาจังกับทุกอย่างไม่มีการผ่อนปรน ใจร้อน โกรธง่าย ช่างวิตกกังวล พยายามทำอะไรหลายๆอย่างในเวลาเดียวกัน

2. ความเครียดจากสาเหตุภายนอกร่างกาย หรือจากสิ่งแวดล้อม ได้แก่

- สภาพแวดล้อมทั่วไป เช่น ภาวะน้ำท่วม ไฟไหม้ ความร้อน ฝุ่น ละออง เป็นต้น
- สภาพแวดล้อมทางสังคม และเศรษฐกิจ เช่น สภาพการทำงานที่ยากลำบาก

ปริมาณงานมาก ปัญหา การบริหารจัดการด้านการเงิน รายได้น้อยกว่ารายจ่าย ปัญหาการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น มีความขัดแย้ง รวมทั้งการแสดงท่าทีไม่เป็นมิตร หรือติเตียนผู้ป่วย

ผลกระทบของความเครียด

1. ผลต่อสุขภาพทางกาย ได้แก่ อาการไม่สบายทางกายต่างๆ เช่น ปวดหัว ปวดเมื่อยตามส่วนต่างๆของร่างกาย ความดันโลหิตสูง โรคกระเพาะ อาการท้องผูกท้องเสียบ่อยๆ นอนไม่หลับ

2. ผลต่ออารมณ์และจิตใจ นำไปสู่ ความวิตกกังวล ซึมเศร้า กลัวอย่างไร้เหตุผล หลงลืมง่าย ไม่มีสมาธิ อารมณ์ไม่มั่นคง หงุดหงิด ฉุนเฉียว เปลี่ยนแปลงง่าย จนถึงเกิดอาการทางจิตกำเริบ

3. ผลต่อพฤติกรรม เช่น ดื่มสุรา สูบบุหรี่ รับประทานมากขึ้นหรือน้อยลง เป็นต้น

ผลกระทบของความเครียดดังกล่าวจะส่งผลไปถึงประสิทธิภาพในการดำเนินชีวิต

ประจำวัน การเรียน การทำงาน และสัมพันธภาพต่อครอบครัวและบุคคลแวดล้อม แต่ความเครียดอาจไม่ใช่สิ่งเลวร้ายเสมอไป ความเครียดในระดับน้อยๆ จะกระตุ้นให้ร่างกายเกิดความพยายามอดทนและต่อสู้เพื่อจัดการความเครียดและส่งเสริมให้เกิดความเข้มแข็ง สามารถเอาชนะปัญหาและอุปสรรคได้ แต่ถ้าความเครียดเกิดรุนแรงและอยู่นานเกินไป ก็จะทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต หรือเจ็บป่วยทางจิตได้

การจัดการความเครียด

เมื่อเราต้องเผชิญกับความเครียดคนเราจะมีความสามารถในการจัดการความเครียดได้แตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่าง การจัดการความเครียดมีแนวทางที่เหมาะสม ดังนี้

1. การสำรวจความเครียด และผลกระทบของความเครียด เมื่อเกิดความเครียดมักส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกายและจิตใจ แต่ในบางคนไม่สามารถสังเกตเห็นการเปลี่ยนแปลงของอาการได้ชัดเจน และไม่ทราบว่าตนเองมีความเครียดหรือไม่ อาจใช้แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง สำรวจความเครียดของตนเอง

2. การเสริมสร้างสุขภาพร่างกายให้แข็งแรง โดยการรับประทานอาหารที่มีคุณค่า

ออกกำลังกายเป็นประจำสม่ำเสมอ นอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ หลีกเลี่ยงการกระทำที่จะเป็นอันตรายต่อสุขภาพ เช่น การดื่มเหล้า สูบบุหรี่ ใช้น้ำเสพติด เป็นต้น

3. การวางแผนแก้ไขปัญหา โดยพยายามค้นหาสาเหตุของความเครียดแล้วแก้ไขให้ตรง

จุด ซึ่งการค้นหาสาเหตุของความเครียดอาจใช้วิธีการสำรวจตนเอง นึกทบทวนเหตุการณ์ต่างๆ และวิเคราะห์สถานการณ์ หรือความรู้สึกต่างๆ ที่เกิดขึ้น ในบางโอกาสอาจพูดคุยกับผู้ใกล้ชิดเพื่อปรึกษา และช่วยค้นหาสาเหตุและวิธีการแก้ไขปัญหานั้น โดยอาจมองหาวิธีการแก้ไขปัญหาหลายๆวิธี และพิจารณาวิธีที่ดีที่สุดแล้ว จึงลงมือแก้ไขปัญหา

4. การปรับเปลี่ยนมุมมองความคิด และจิตใจ ได้แก่

- การคิดในเชิงบวกและมองโลกในหลาย ๆ แง่มุม เช่น มองว่างานหนัก งานยาก เป็นการท้าทายความสามารถ เป็นการเพิ่มประสบการณ์ให้กับตัวเรา การที่คนอื่นตำหนิเราเป็นการช่วยให้เราได้เห็นตนเองในส่วนที่ควรปรับปรุง และสามารถพัฒนาตนเองให้ดีขึ้นไปอีก ขอมรับว่าทุกคนมีโอกาสประสบกับปัญหาและมีโอกาสผิดพลาดได้ทั้งนั้น และเราควรแก้ไขข้อผิดพลาดเหล่านั้น ทำสิ่งต่าง ๆ ให้ดีขึ้นได้

- การมีอารมณ์ขันจะช่วยผ่อนคลายความเครียดในชีวิตลงได้

- การให้อภัย เนื่องความโกรธแค้นที่อัดแน่นอยู่ในใจ เป็นเหตุให้จิตใจขาดความสุข หากเรียนรู้ที่จะโกรธน้อยลงและรู้จักให้อภัย จิตใจก็จะสบายขึ้น

- ให้กำลังใจตนเอง เมื่อมีปัญหาแล้วยังหาวิธีแก้ไขไม่ได้ บางครั้งทำให้เกิดความรู้สึกท้อแท้ หหมดกำลังใจ ต้องสร้างกำลังใจให้ตนเอง โดยคิดว่าจะต้องเข้มแข็งเพื่อตัวเองและคนที่รัก ไม่มัวแต่หมดอาลัย ท้อแท้หรือคิดรอโชคชะตา แม้ยังไม่สำเร็จตั้งใจแต่ถ้าพยายามให้มากขึ้น ความมีใจมุ่งมั่น จะช่วยให้สามารถเอาชนะความเครียดได้

5. การปรับเปลี่ยนวิธีการดำเนินชีวิต ได้แก่

- เปลี่ยนแปลงนิสัยและทัศนคติต่อการดำเนินชีวิต เช่น ปรับปรุงสัมพันธภาพต่อคนในครอบครัวและสังคมให้ดีขึ้น รู้จักผ่อนปรน ลดความเข้มงวด ในเรื่องต่างๆ

- ปรับปรุงสถานที่ไม่ว่าจะเป็นบ้านหรือที่ทำงานหากมีสถานที่ไม่เหมาะสม เช่น

สกปรก อากาศร้อนหรือเย็นเกินไป หรือมีฝุ่นควันมาก ควรหาทางปรับปรุงแก้ไขให้มีสภาพน่าอยู่อาศัย หรือนำทำงานให้มากขึ้น บรรยากาศที่ดีจะช่วยลดความเครียดได้มาก

- ปรับปรุงการทำงาน โดยพิจารณาหาทางปรับปรุงแก้ไขวางแผนจัดลำดับ

ความสำคัญของงาน เลือกทำงานเร่งด่วนก่อน โดยอาจหาคนมาช่วย หาที่ปรึกษา

- เปลี่ยนบรรยากาศชั่วคราว เมื่อเกิดความเครียด ซึ่งยังไม่สามารถหาทางแก้ไขได้

หรือมีอาการหงุดหงิดฉุนเฉียวที่เกิดจากความเครียด ควรหลีกเลี่ยงสถานการณ์ไปชั่วคราว รอให้อารมณ์สงบลงจึงค่อยมาเผชิญปัญหาใหม่ หากรู้สึกเครียดมาก ๆ ควรหาเวลาหยุดพักผ่อนบ้าง อาจไปเที่ยวเปลี่ยนบรรยากาศ หรือทำงานอดิเรกที่สนใจและชื่นชอบ จะทำให้เกิดความรู้สึกเพลิดเพลิน สนุกหรือมีความสุข ลืมความเครียดที่มีอยู่ไปขณะหนึ่ง ทำให้ไม่หมกมุ่นกับปัญหาที่ทำให้รู้สึกเครียดได้ ทำให้คลายความเครียดลงได้ และมีความพร้อมที่จะกลับมาเผชิญกับความเครียด

6. การฝึกผ่อนคลายความตึงเครียดด้วยวิธีที่เหมาะสม เช่น การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

ฝึกการหายใจให้ถูกวิธี การฝึกสมาธิ การออกกำลังกายแบบง่ายๆ การนวด การใช้จินตนาการ การใช้เสียงดนตรีคลายเครียดด้วยตัวเอง เป็นต้น

ใบงานที่ 1/1

แบบประเมินความเครียดด้วยตนเอง กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับระดับอาการที่เกิดขึ้นกับตัวท่าน มากที่สุดในระยะเวลา 2 เดือนที่ผ่านมา

อาการ พฤติกรรม หรือความรู้สึก	ระดับอาการ			
	0	1	2	3
	ไม่เคยเลย	เป็นครั้งคราว	เป็นบ่อย	เป็นประจำ
1. นอนไม่หลับเพราะคิดมากหรือกังวลใจ				
2. รู้สึกหงุดหงิด รำคาญใจ				
3. ทำอะไรไม่ได้เลยเพราะประสาทตึงเครียด				
4. มีความวุ่นวายใจ				
5. ไม่อยากพบปะผู้คน				
6. ปวดหัวข้างเดียว หรือปวดขมับทั้ง 2 ข้าง				
7. รู้สึกไม่มีความสุขและเศร้าหมอง				
8. รู้สึกหมดหวังในชีวิต				
9. รู้สึกว่าชีวิตของตนไม่มีคุณค่า				
10. กระวนกระวายอยู่ตลอดเวลา				
11. รู้สึกว่าตนเองไม่มีสมาธิ				
12. รู้สึกเปลี่ยวไม่มีแรงจะทำอะไร				
13. รู้สึกเหนื่อยไม่อยากทำอะไร				
14. มีอาการหัวใจเต้นแรง				
15. เสียงสั่น ปากสั่น หรือมือสั่นเวลาไม่พอใจ				
16. รู้สึกกลัวผิดพลาดในการทำสิ่งต่างๆ				
17. ปวด หรือเกร็งกล้ามเนื้อบริเวณท้ายทอย หลัง หรือไหล่				
18. ตื่นเต้นง่ายกับเหตุการณ์ไม่คุ้นเคย				
19. มึนงงหรือเวียนศีรษะ				
20. ความสุขทางเพศลดลง				

ใบงานที่ 1/2

การบ้าน เรื่อง เทคนิคการผ่อนคลายความเครียดด้วยตนเอง

1. การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

ให้ฝึกเทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อที่บ้านด้วยตนเองวันละ 1 ครั้ง หรือเมื่อมีความเครียดเกิดขึ้น
การเตรียมตัว

- สถานที่ ควรเป็นห้องที่มีแสงสว่างไม่จ้ามากเกินไป ควรเป็นที่เงียบๆปราศจากเสียงรบกวนจากภายนอก
- นั่งหรือนอนในท่าที่สบาย ให้คลายเสื้อผ้า เข็มขัด รองเท้า หรือเครื่องประดับต่าง ๆ เพื่อไม่ให้รัดส่วนต่าง ๆ ของร่างกายแน่นเกินไป
- หลับตา และมุ่งความสนใจไปยังกล้ามเนื้อแต่ละส่วน ดังนี้

1. หน้าผาก

- หายใจเข้าลึก ๆ พร้อมย่นหน้าผาก ค้างไว้
- ค่อย ๆ หายใจออกช้า ๆ ปล่อยให้หน้าผากเรียบและผ่อนคลาย

2. ตา

- หายใจเข้าลึก ๆ หลับตาแน่นเกร็ง (พร้อมทำหน้ายู่) ค้างไว้
- ค่อย ๆ หายใจออกช้า ๆ คลายออกและผ่อนคลาย

3. ปาก

- หายใจเข้าลึก ๆ อ้าปากให้กว้างที่สุดเท่าที่จะทำได้ ค้างไว้
- ค่อย ๆ หายใจออกช้า ๆ หุบปากลงช้า ๆ ให้ริมฝีปากสัมผัสกัน

4. กราม

- หายใจเข้าลึก ๆ ขบกรามให้แน่น ค้างไว้
- ค่อย ๆ หายใจออกช้า ๆ ปล่อยให้กล้ามเนื้อใบหน้าคลายตัว และผ่อนคลาย

5. คอและไหล่

- หายใจเข้าลึก ๆ พร้อมเกร็งกล้ามเนื้อคอและไหล่ ค้างไว้
- ค่อย ๆ หายใจออกช้า ๆ คลายกล้ามเนื้อคอและไหล่ ปล่อยให้แขนและมือให้สบายอยู่บนพื้น

6. แขนและมือ

- หายใจเข้าลึก ๆ พร้อมเกร็งกล้ามเนื้อแขนและมือ ค้างไว้
- ค่อย ๆ หายใจออกช้า ๆ คลายกล้ามเนื้อแขนและมือ ปล่อยแขนและมือให้สบายอยู่บนพื้น

7. หน้าอก และท้อง

- หายใจเข้าลึก ๆ เกร็งกล้ามเนื้อหน้าอกและท้อง ค้างไว้
- ค่อย ๆ หายใจออกช้า ๆ คลายกล้ามเนื้อหน้าอกและท้อง

8. หลัง

- หายใจเข้าลึก ๆ แอ่นหลัง ค้างไว้
- ค่อย ๆ หายใจออกช้า ๆ ปล่อยหลังให้ราบกับพื้น และผ่อนคลาย

9. สะโพก ก้น ขาและเท้า

- หายใจเข้าลึก ๆ เกร็งกล้ามเนื้อสะโพก ก้น ขา และเท้า ค้างไว้
- ค่อย ๆ หายใจออกช้า ๆ คลายกล้ามเนื้อสะโพก ก้น ขา และเท้า

10. หายใจเข้า ออก พร้อมผ่อนคลายทุกส่วนของร่างกาย

- หายใจเข้าสบาย หายใจออกผ่อนคลาย
- อยู่กับความรู้สึกผ่อนคลายสักระยะหนึ่ง

ผลการฝึกปฏิบัติ

.....

.....

.....

.....

.....

ปัญหา และอุปสรรคที่เกิดขึ้น

.....

.....

.....

.....

ภาคผนวก ค

ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

หนังสือรับรองการพิจารณาจริยธรรม



คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
 ๒๗๐ ถนนพระราม ๖ แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กทม. ๑๐๔๐๐
 โทร. ๐-๒๓๕๔-๗๒๗๕, ๐-๒๒๐๑-๑๒๖๖ โทรสาร ๐-๒๓๕๔-๗๒๓๓
Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University
 270 Rama VI Road, Ratchathewi, Bangkok 10400, Thailand
 Tel. (+66) 2354-7275, (+66) 2201-1296 Fax (+66) 2354-7233

เอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

เลขที่ ๒๕๕๕/๓๑๕

ชื่อโครงการ	ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่ออาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท
เลขที่โครงการ/รหัส	ID ๐๗ - ๕๕ - ๒๗ ๖
ชื่อหัวหน้าโครงการ	นางสาวพรทิพย์ ไชสะอาด
ที่ทำงาน	ฝ่ายการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับแนวปฏิบัติ
 เอลซิงกิ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

ลงนาม
 กรรมการและเลขานุการจริยธรรมการวิจัยในคน (ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงดวงฤดี วัฒนศิริชัยกุล)

ลงนาม
 ประธานกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน (ศาสตราจารย์ นายแพทย์บุญส่ง องค์พัฒน์กุล)

วันที่รับรอง ๒๐ สิงหาคม ๒๕๕๕

ภาคผนวก ง

ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ใบอนุญาตของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

เอกสารชี้แจงข้อมูล/คำแนะนำแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย

(Patient/Participant Information Sheet)

1. ชื่อโครงการ ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่ออาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท

2. ชื่อผู้วิจัย นางสาวพรทิพย์ ไชสะอาด

3. สถานที่วิจัย หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลรามารบดิ

4. บุคคลและวิธีการติดต่อเมื่อมีเหตุฉุกเฉินหรือความผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับการ

นางสาวพรทิพย์ ไชสะอาด โทรศัพทมือถือ 089-154-1359

อาจารย์ ดร. เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์ โทรศัพทมือถือ 081-874-4569

5. ความเป็นมาของโครงการ

โรคจิตเภทจัดเป็นโรคทางจิตเวชชนิดรุนแรงและเรื้อรัง ผู้ป่วยจะมีความผิดปกติทั้งด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม แม้จะได้รับการรักษาจนอาการทุเลาลงกลับไปใช้ชีวิตในสังคมได้ แต่พบว่ายังมีอาการหลงเหลือ และมีอาการกำเริบเป็นครั้งคราว เมื่อเผชิญกับความเครียดหรือความกดดันในจิตใจ และจากแนวคิด Vulnerability -Stress Model พบว่าความเครียดสัมพันธ์กับการเกิดอาการทางจิต โดยความเครียดที่เพิ่มขึ้นจะมีผลต่อการกำเริบของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งการป่วยซ้ำจะส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความเสื่อมถอยของบุคลิกภาพ อารมณ์ การรับรู้และมีความบกพร่องในการทำหน้าที่สำคัญต่างๆ ตามมา เช่น การดูแลตนเอง การทำงาน

นอกจากการรักษาอาการทางจิตแล้ว ความสามารถในการจัดการกับความเครียดของผู้ป่วยถือเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยลดความเครียดลงก่อนที่ความเครียดนั้นจะมากกระตุ้นให้เกิดอาการทางจิตรุนแรงขึ้น จนเกิดการกำเริบของโรค ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จึงเห็นความสำคัญของการพัฒนาโปรแกรมการจัดการความเครียดสำหรับผู้ป่วยจิตเภท เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีทักษะการจัดการกับความเครียด สามารถปรับจิตใจให้เข้าสู่ภาวะสมดุล ลดอาการทางจิต ป้องกันการป่วยซ้ำของโรค และสามารถใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข

6. วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อเปรียบเทียบอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียด
- 2) เพื่อเปรียบเทียบอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

7. รายละเอียดที่จะปฏิบัติต่อผู้เข้าร่วมการวิจัย

1) ผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับคำแนะนำ และการอธิบายจากผู้วิจัยจนเข้าใจ ถึงวิธีการดำเนินการวิจัย ผลประโยชน์ที่จะได้รับ และผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นตามความเป็นจริง ผู้เข้าร่วมการวิจัยสามารถถอนตัวออกจากโครงการนี้ได้ตามความสมัครใจ โดยไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาล และสามารถสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัยได้ตลอด โครงการวิจัย ก่อนตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยและเซ็นยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยความสมัครใจ

2) ผู้วิจัยจะทำการคัดเลือกผู้ป่วยตามเกณฑ์ที่กำหนด และดำเนินการทดลองตามโปรแกรมการจัดการความเครียดในผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมกลุ่ม 6 กิจกรรม ได้แก่

กิจกรรมที่ 1 การให้ความรู้เรื่องความเครียด และฝึกทักษะการผ่อนคลาย

กิจกรรมที่ 2 การเสริมสร้างความแข็งแรงของร่างกาย

กิจกรรมที่ 3 การจัดการกับอาการทางจิต

กิจกรรมที่ 4 การจัดการความเครียดที่เกิดจากการรับประทานยา

กิจกรรมที่ 5 การแก้ไขปัญหาในชีวิตประจำวัน

กิจกรรมที่ 6 การพัฒนาทักษะการสื่อสารและสัมพันธภาพ

ใช้ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม กิจกรรมละ 90 นาที ที่หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกจิตเวช และเก็บข้อมูลอาการทางจิตของผู้ป่วยโดยใช้แบบประเมินอาการทางจิต (Positive and Negative Syndrome Scale ฉบับภาษาไทย)

8. ประโยชน์และผลข้างเคียงที่จะเกิดแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย

ประโยชน์ต่อผู้ป่วย เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลที่ช่วยลดอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ผลข้างเคียงต่อผู้ป่วย หนึ่งในกิจกรรมของการวิจัยครั้งนี้คือการฝึกให้ผู้ป่วยยืดกล้ามเนื้อ ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการบาดเจ็บได้ แต่ผู้วิจัยจะพยายามป้องกันไม่ให้เกิดการบาดเจ็บดังกล่าว โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยจะดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ตั้งแต่การประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนการฝึก ดูแลให้ผู้ป่วยฝึกในท่าทางที่ถูกต้อง ซึ่งเป็นท่ายืดกล้ามเนื้อแบบพื้นฐาน และง่ายต่อการปฏิบัติ ประมาณ 10-12 ท่า เท่านั้น

9. การเก็บข้อมูลเป็นความลับ

ข้อมูลต่างๆของผู้เข้าร่วมวิจัยจะถูกปกปิดเป็นความลับ จะไม่มีการเปิดเผย ชื่อ - นามสกุล หรือรายละเอียดที่เกี่ยวกับผู้เข้าร่วมวิจัยให้ผู้ที่ไม่เกี่ยวข้องทราบ การนำเสนอข้อมูลต่างๆจะเสนอในภาพรวมเท่านั้น ถ้าท่านมีปัญหาข้อใจหรือรู้สึกกังวลใจกับการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถติดต่อกับประธานกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานวิจัยคณะฯ อาจารย์วิจัยและสวัสดิการ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

หนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ

(Informed Consent Form)

ชื่อโครงการ ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่ออาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท

ชื่อผู้วิจัย นางสาวพรทิพย์ ไชสะอาด

*ชื่อผู้เข้าร่วมการวิจัย

อายุ เลขที่เวชระเบียน

คำยินยอมของผู้เข้าร่วมการวิจัย

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว ได้ทราบ
รายละเอียดของ โครงการวิจัยตลอดจนประโยชน์ และข้อเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นต่อข้าพเจ้าจากผู้วิจัยแล้ว
อย่างชัดเจน ไม่มีสิ่งใดปิดบังซ่อนเร้นและยินยอมให้ทำการวิจัยในโครงการที่มีชื่อข้างต้น และ
ข้าพเจ้ารู้ว่าถ้ามีปัญหาหรือข้อสงสัยเกิดขึ้นข้าพเจ้าสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ และข้าพเจ้าสามารถ
ไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาที่ข้าพเจ้าพึงได้รับ นอกจากนี้
ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับและจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่เป็นสรุป
ผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง กระทำได้เฉพาะกรณี
จำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

ลงชื่อ..... (ผู้เข้าร่วมการวิจัย)

..... (พยาน)

..... (พยาน)

วันที่

คำอธิบายของแพทย์หรือผู้วิจัย

ข้าพเจ้าได้อธิบายรายละเอียดของโครงการ ตลอดจนประโยชน์ของการวิจัย รวมทั้งข้อเสี่ยง
ที่อาจจะเกิดขึ้นแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบแล้วอย่างชัดเจน โดยไม่มีสิ่งใดปิดบังซ่อนเร้น

ลงชื่อ.....

นางสาวพรทิพย์ ไชสะอาด (ผู้วิจัย)

วันที่.....

ภาคผนวก จ

ตารางคะแนนอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภท

กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

ตารางที่ 13 คะแนนอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อน (Pre-test) และ หลังการทดลอง (Post-test)

คะแนนอาการทางจิต				
คู่ที่	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง
1	93	68	85	82
2	72	47	51	50
3	69	45	72	72
4	54	44	57	57
5	50	41	51	50
6	63	47	74	71
7	85	57	57	56
8	70	49	89	78
9	61	42	72	69
10	58	46	64	63
11	65	48	53	52
12	56	44	87	85
13	76	55	63	83
14	43	36	50	81
15	52	39	67	66
16	88	64	68	67
17	64	47	45	44
18	49	38	80	77
19	77	49	60	60
20	86	70	87	81
Mean	2.27	1.63	2.19	2.21
S.D.	0.58	0.32	0.46	0.41

จากตารางที่ 13 พบว่าคะแนนอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลอง หลังการทดลอง ทุกคน มีคะแนนลดลง สำหรับคะแนน อาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มควบคุม หลังการทดลอง พบว่า 15 คน มีคะแนนลดลง 3 คนมีคะแนนเท่าเดิม และ 2 คน มีคะแนนเพิ่มขึ้น

จากคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิต คิด โดยนำคะแนนดิบของผู้ป่วยแต่ละคนหารด้วยจำนวนข้อ ทั้งหมด (30 ข้อ) และนำมาคิดเป็นคะแนนเฉลี่ยของผู้ป่วยแต่ละกลุ่ม พบว่าผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิต ก่อนการทดลองเท่ากับ 2.27 หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตลดลง เท่ากับ 1.63 ส่วนผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตก่อนการทดลอง เท่ากับ 2.19 หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตเพิ่มขึ้น เท่ากับ 2.21

ภาคผนวก จ

ผลการวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ

ตารางที่ 14 ผลการวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของแบบประเมินอาการทางจิต Positive and Negative Syndrome Scale ฉบับภาษาไทย (PANSS-T) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient)

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.822	.822	30

จากตารางที่ 14 พบว่า ค่าความเที่ยงของแบบประเมินอาการทางจิต Positive and Negative Syndrome Scale ฉบับภาษาไทย (PANSS-T) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ 0.822

ตารางที่ 15 ผลการวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของแบบประเมินทักษะการจัดการความเครียดของผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient)

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.784	.784	12

จากตารางที่ 15 พบว่าค่าความเที่ยงของแบบประเมินทักษะการจัดการความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ 0.784

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาว พรทิพย์ ไชสะอาด เกิดเมื่อวันที่ 2 พฤษภาคม พ.ศ. 2525 ที่อำเภอสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี สำเร็จการศึกษาปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ปีการศึกษา 2548 และได้เข้ารับการศึกษาคือในระดับปริญญาโท หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (ภาคปกติ) ที่คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในภาคการศึกษาต้น ประจำปีการศึกษา 2553 ปัจจุบันปฏิบัติงานตำแหน่งพยาบาล ประจำหอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลรามาธิบดี