

ผลของการจัดการความเครียดแบบกลุ่มต่ออาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภท



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2562

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF GROUP STRESS MANAGEMENT ON POSITIVE SYMPTOMS OF
SCHIZOPHRENIC PATIENTS



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science in Nursing Science

Field of Study of Nursing Science

FACULTY OF NURSING

Chulalongkorn University

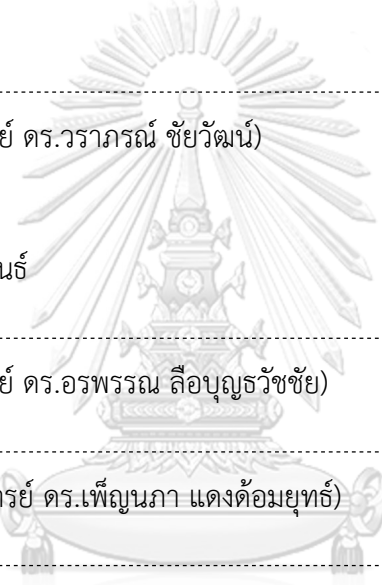
Academic Year 2019

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ผลของการจัดการความเครียดแบบกลุ่มต่ออาการทางบวก ของผู้ป่วยจิตเภท
โดย	น.ส.วิลาสินี กำลังมาก
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่ง
ของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

.....	คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)	
คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์	ประธานกรรมการ
.....	
(รองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลือบุญวัชชัย)	
.....	อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์)	
.....	กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(รองศาสตราจารย์ ดร.ธีระ สิ้นเดชารักษ์)	


CHULALONGKORN UNIVERSITY

วิลาสินี กำล้งมาก : ผลของการจัดการความเครียดแบบกลุ่มต่ออาการทางบวกของผู้ป่วยจิต
 เภท. (THE EFFECT OF GROUP STRESS MANAGEMENT ON POSITIVE SYMPTOMS
 OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS) อ.ที่ปรึกษาหลัก : ผศ. ดร.เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์

การวิจัยกึ่งทดลองนี้เป็นการศึกษาแบบสองกลุ่มวัดผลสองครั้งก่อนและหลังการทดลอง มี
 วัตถุประสงค์ คือ 1) เพื่อเปรียบเทียบอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างก่อนและหลังได้รับการจัดการ
 ความเครียดแบบกลุ่ม และ 2) เพื่อเปรียบเทียบอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับการจัดการ
 ความเครียดแบบกลุ่มกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการที่แผนก
 ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ จำนวน 24 คน ซึ่งได้รับการจับคู่เข้ากลุ่ม
 ทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวนกลุ่มละ 12 คน กลุ่มทดลองได้รับการจัดการความเครียดแบบกลุ่ม ส่วนกลุ่ม
 ควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) การจัดการความเครียดแบบกลุ่มของผู้ป่วย
 จิตเภท 2) แบบประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท ฉบับภาษาไทย ซึ่งได้ผ่านการทดสอบความตรงเชิงเนื้อหา
 จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน มีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบราวน์เท่ากับ 0.82 วิเคราะห์ข้อมูลโดย
 ใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอนพาราเมตริก

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

- 1) อาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับการจัดการความเครียดแบบกลุ่ม ต่ำกว่าก่อนได้รับการ
 จัดการความเครียดแบบกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
- 2) อาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับการจัดการความเครียดแบบกลุ่ม ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับ
 การพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 CHULALONGKORN UNIVERSITY

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์

ปีการศึกษา 2562

ลายมือชื่อนิสิต

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

6077325436 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORD: GROUP STRESS MANAGEMENT, POSITIVE SYMPTOMS, SCHIZOPHRENIC PATIENTS

Wilasinee Kumlungmak : THE EFFECT OF GROUP STRESS MANAGEMENT ON POSITIVE SYMPTOMS OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS. Advisor: Asst. Prof. Pennapa Dangdomyouth, Ph.D.

The purposes of this quasi – experimental research using the pretest-posttest design were : 1) to compare the positive symptoms of schizophrenic patients before and after received the group stress management, 2) to compare the positive symptoms of schizophrenic patients who received group stress management and those who received regular nursing care. Twenty-four samples were schizophrenic patients who received services at the outpatient of Prasimahabhodi psychiatric hospital, who met the inclusion criteria, were matched pair and randomly assigned to experimental group and control group, 12 subjects in each group. The experimental group received the group stress management, 2) The positive and negative syndrome scale (PANSS-T). The instrument was tested for content validity by 5 professional experts. The reliability of the instrument was reported by Chronbach's Alpha coefficient of 0.82. Data were analyzed using descriptive statistics and Mann Whitney U test and Wilcoxon signed Rank Test.

Major findings were as follows :

1. The positive symptoms of schizophrenic patients who received the group stress management was significantly lower than that before at the .05 level.
2. The positive symptoms of schizophrenic patients who received the group stress management was significantly lower than those who received regular nursing care, at the .05 level.

Field of Study: Nursing Science

Student's Signature

Academic Year: 2019

Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้อย่างสมบูรณ์ด้วยความกรุณาจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์ ที่ได้กรุณาเสียสละเวลาอันมีคุณค่าให้คำปรึกษา ชี้แนะแนวทางในการทำวิทยานิพนธ์ ตลอดจนช่วยตรวจสอบ ปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความทุ่มเทเอาใจใส่ผู้วิจัยตลอดมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและเป็นเกียรติอันสูงส่งที่ได้รับการประสิทธิประสาทวิชาความรู้จากอาจารย์ตลอดมา ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณท่านอาจารย์เป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย ประธานสอบวิทยานิพนธ์ และรองศาสตราจารย์ ดร. ธีระ สิ้นเดชารักษ์ กรรมการสอบภายนอกมหาวิทยาลัย ที่กรุณาให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์และมีคุณค่ายิ่งต่อการทำวิทยานิพนธ์เล่มนี้ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่กรุณาตรวจสอบความถูกต้องของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือวิจัยให้มีความเหมาะสมกับงานวิจัยมากที่สุด

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ ประสบการณ์และคำแนะนำต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์ตลอดเวลาของการศึกษาที่ผ่านมา ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่านที่อำนวยความสะดวกในการติดต่อเอกสารในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ ขอกราบขอบพระคุณ บัณฑิตวิทยาลัยที่กรุณาสับสนุนทุนการศึกษาในระดับปริญญาโทฉบับนี้

ขอกราบขอบพระคุณท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ที่ให้โอกาสศึกษาเรียนรู้ คณะกรรมการจริยธรรมโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก และเพื่อนร่วมงานทุกท่าน ที่ช่วยอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลสำหรับการวิจัย ครั้งนี้ ขอขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ที่ได้ให้ข้อมูลและมีส่วนร่วมให้การทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ ประสบผลลุล่วงไปด้วยดี

ขอรำลึกถึงพระคุณบิดามารดา ผู้ให้กำเนิด และทุกคนในครอบครัวที่เป็นแรงสนับสนุนที่สำคัญยิ่งในความสำเร็จครั้งนี้

สุดท้ายนี้คุณค่าและผลลัพธ์จากวิทยานิพนธ์เล่มนี้ ขอให้เป็นประโยชน์สำหรับผู้ป่วยจิตเภททุกท่าน ขอให้มีความสุขกาย และสุขภาพใจที่สมบูรณ์ แข็งแรงตลอดไป

วิลาสินี กำลังมาก

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ง
กิตติกรรมประกาศ.....	จ
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ช
บทที่ 1 บทนำ	1
ความสำคัญและความเป็นมาของปัญหา	1
คำถามการวิจัย	7
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	7
แนวเหตุผลและสมมุติฐานการวิจัย.....	7
สมมุติฐานการวิจัย	12
ขอบเขตของการวิจัย.....	12
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	12
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	14
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	15
1. ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท	16
2. อาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภท.....	34
3. ความเครียด	42
4. แนวคิดการจัดการความเครียดของ Norman et al (2002).....	52
5. แนวคิดเกี่ยวกับกลุ่มบำบัดของ Yalom	53
6. การจัดการกับความเครียดแบบกลุ่มต่ออาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภท	60

7. เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	63
8. กรอบแนวคิดการวิจัย.....	67
บทที่ 3 วิธีดำเนินงานวิจัย.....	68
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	68
การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง.....	69
ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	69
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	70
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	71
การดำเนินการทดลอง.....	86
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	95
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	97
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	102
สรุปผลการวิจัย.....	108
อภิปรายผลการวิจัย.....	108
ข้อเสนอแนะ.....	113
บรรณานุกรม.....	114
ภาคผนวก.....	122
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ.....	123
ภาคผนวก ข ผลการพิจารณาจริยธรรม ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และหนังสือยินยอมประชากรกลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....	125
ภาคผนวก ค สถิติที่ใช้ในการวิจัย.....	137
ภาคผนวก ง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	140
ประวัติผู้เขียน.....	152

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1	สรุปการบูรณาการแนวคิดแนวทางการจัดการความเครียดของ Norman et al. (2002) และแนวคิดของ Yalom (1995).....	60
ตารางที่ 2	การเปรียบเทียบคุณลักษณะ (matched - pair) ของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นรายคู่ (โดยให้มีคะแนนแตกต่างกันไม่เกิน 1 คะแนน)	70
ตารางที่ 3	การดำเนินการตามการจัดการความเครียดแบบกลุ่มต่ออาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภท89	
ตารางที่ 4	คะแนนความเครียดและการแปลผลของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนการทดลอง (pre-test) และหลังการทดลอง (post-test) (n=24).....	94
ตารางที่ 5	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพ ศาสนา และระดับการศึกษา	98
ตารางที่ 6	เปรียบเทียบคะแนนอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง (n=12).....	100
ตารางที่ 7	เปรียบเทียบอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง (n=24).....	101

บทที่ 1

บทนำ

ความสำคัญและความเป็นมาของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่พบมากเป็นอันดับ 1 ในจำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจิตเวช และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นพบได้ประมาณร้อยละ 1 ของประชากรทั่วโลก (กรมสุขภาพจิต, 2560) โดยพบความชุกในประชากรทั่วไปร้อยละ 1-1.5 และพบอุบัติการณ์ของโรคประมาณร้อยละ 2.5-5 ต่อประชากร 1,000 รายและคาดว่าจะสูงกว่าร้อยละ 15 ใน ค.ศ.2020 (Murray & Lopez, 2010) จากรายงานประจำปี 2560 ของกรมสุขภาพจิตพบผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 480,266 ราย ซึ่งพบมากที่สุดเป็นอันดับ 1 คิดเป็นจำนวนมากกว่า 1 ใน 3 ของผู้ป่วยนอกที่เป็นโรคจิตเวชทั้งหมด (กรมสุขภาพจิต, 2560) โรคจิตเภทมีแนวโน้มสูงขึ้นในแต่ละปีและเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญอีกโรคหนึ่งของประเทศส่งผลกระทบต่อการศึกษาและเศรษฐกิจของประเทศ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2558) จากข้อมูลสถิติการให้บริการโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ปีงบประมาณ 2560 - 2562 พบว่า มีผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 86,015 ราย 92,480 ราย และ 100,603 ราย ตามลำดับ เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทมากที่สุด จำนวน 29,269 ราย 26,724 ราย และ 26,030 ราย คิดเป็นร้อยละ 34.02, 28.89 และ 25.87 ตามลำดับ

โรคจิตเภทมีระยะการดำเนินโรคแบบเรื้อรังและยาวนาน โดยทั่วไปแบ่งการดำเนินโรคออกเป็น 3 ระยะ คือ 1) ระยะเริ่มมีอาการ (prodromal phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการเปลี่ยนแปลงแบบค่อยเป็นค่อยไป เช่น เริ่มแยกตัว สัมพันธภาพกับคนอื่นลดลง มีปัญหาในการทำงาน เริ่มมีความคิดแปลก ๆ 2) ระยะอาการกำเริบ (active phase) เป็นระยะที่ส่วนใหญ่เป็นอาการทางบวก โดยผู้ป่วยที่มีอาการนำจะถูกกระตุ้นด้วยเหตุการณ์ได้ตามช่วงวัยซึ่งเป็นปัจจัยกดดันที่ทำให้ผู้ป่วยซึ่งพร้อมการรับรู้ความจริง พร้อมความสามารถในการควบคุมความขัดแย้งเมื่อเกิดความโกรธจะแสดงอารมณ์ออกมาด้วยลักษณะความก้าวร้าว (Hodgins, 2008) รวมถึงแสดงอาการต่าง ๆ ของโรคออกมา (มาโนช หล่อตระกูล, และปราโมทย์ สุคนิชย์ 2555) 3) ระยะอาการหลงเหลือ (residual phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการคงที่ทั้งในระดับอาการและความสามารถในการทำหน้าที่ และอาจมีอาการอื่นที่ไม่ใช่อาการของโรคจิตร่วมด้วย เช่น วิตกกังวล ตึงเครียด นอนไม่หลับ เป็นต้น (มาโนช หล่อตระกูล, 2555) จากรายงานของกรมสุขภาพจิต มักพบผู้ป่วยที่อยู่ในระยะอาการกำเริบที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล (กรมสุขภาพจิต, 2557) และระยะที่อาการกำเริบโดยส่วนใหญ่มักเป็นอาการทางบวก (ยาใจ สิทธิมงคล และคณะ, 2559)

อาการทางบวกเป็นความผิดปกติด้านเนื้อหาของความคิดและการเชื่อมโยงความคิดร่วมกับความผิดปกติของการรับรู้ ซึ่งมีอยู่หลายอาการด้วยกันแต่ที่พบบมากที่สุดและมีอาการเด่นชัดคือ อาการหลงผิด (delusion) และประสาทหลอนทางหูหรือหูแว่ว (auditory hallucination) (สมภพ เรื่องตระกูล, 2553) อาการทางบวกมีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดโดยวิธีการใช้อารมณ์และความรู้สึกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Ritsner et al., 2003) ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางบวกจะมีอาการเด่นในลักษณะต่าง ๆ เช่น อาการประสาทหลอน อาการหลงผิด การแสดงออกของอารมณ์ไม่เหมาะสม และมีพฤติกรรมแปลกประหลาด ส่งผลให้มีการกำเริบซ้ำ (พัชรินทร์ อติสรณกุล และคณะ, 2554) อาการทางบวกจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมและอารมณ์ที่รุนแรงขึ้น มีพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่นและส่งผลกระทบต่อสัมพันธภาพภายในครอบครัว สมาชิกที่อาศัยอยู่ร่วมกับผู้ป่วยจะรู้สึกหวาดกลัว ระวัง ต้องอดทนต่อการเจ็บป่วยเรื้อรัง และอาการกำเริบบ่อย ๆ ของผู้ป่วยไม่ได้ (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2555) อาการทางบวกสามารถเกิดขึ้นในช่วงใดของโรคก็ได้ ส่วนใหญ่เป็นความผิดปกติด้านเนื้อหาของความคิดและการเชื่อมโยงความคิดร่วมกับความผิดปกติของการรับรู้ ซึ่งมีอยู่หลายอาการด้วยกันแต่ที่พบบมากที่สุดและมีอาการเด่นชัดคือ อาการหลงผิด (delusion) และประสาทหลอนทางหูหรือหูแว่ว (auditory hallucination) (พิมพ์ชนา ศิริเหมอนนต์ และคณะ, 2555) และมักมีความสัมพันธ์กับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Ritsner et al., 2003) ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558) มีผลกระทบหลายด้าน ได้แก่ ผลกระทบต่อตนเอง พบว่า ผู้ป่วยมีโอกาสในการที่ถูกขัดขวางไม่ให้เข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน ทำให้มีความรู้สึกถูกทอดทิ้ง ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง และไม่กล้ามีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น (วีระยุทธ บุปผาธา, 2554) หรือมีการแสดงออกถึงการเผชิญความเครียดเป็นไปในลักษณะการใช้อารมณ์และความรู้สึก เช่น ขาดสติยังคิด ไม่เป็นมิตรกับใคร (McNally & Goodberg, 1997; Bak et al., 2001) ผลกระทบต่อครอบครัว พบว่าส่งผลให้สมาชิกที่อยู่ร่วมกับผู้ป่วยจะรู้สึกหวาดกลัว ระวัง (Lewis S., et al, 2002) ผลกระทบต่อสังคม พบว่า เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงานไม่ยอมคบหา ไม่ยอมรับและไม่เชื่อว่าผู้ป่วยจะสามารถทำสิ่งที่ เป็นประโยชน์ได้ (วัลย์พร สุวรรณบุรณ์, สายใจ พัวพันธ์, สงวน ธาณี และจิณห์จุฑา ชัยเสนา ดาลาส, 2558) ซึ่งส่งผลต่อสังคมและประเทศชาติทำให้รัฐต้องสูญเสียงบประมาณค่าใช้จ่ายจำนวนมากในการรักษา (พิมพ์ชนา ศิริเหมอนนต์ และคณะ, 2555)

ปัจจัยของการเกิดอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทปัจจุบันพบว่ายังไม่สามารถหาข้อสรุปถึงสาเหตุของอาการป่วยด้วยโรคจิตเภทที่ชัดเจน แต่การศึกษาที่ผ่านมาได้มีผู้พยายามศึกษาถึงสาเหตุการป่วยด้วยโรคจิตเภทไว้หลากหลายและสาเหตุที่ได้รับการยอมรับกันมาก ได้แก่ 1) ปัจจัยทางชีวภาพ สมมติฐานของสารโดปามีน (dopamine hypothesis) เชื่อว่าโรคจิตเภทเกิดจากสารโดปามีนทำงานมากเกินไป (hyper dopaminergic action) (นงพะงา ลิ้มสุวรรณ และ ศิริไชย หงส์

สงวนศรี, 2558) 2) ปัจจัยทางจิตใจ ตามแนวคิด stress-diathesis model เชื่อว่า ผู้ป่วยมีแนวโน้มหรือจุดอ่อนบางอย่างอยู่แล้ว เมื่อเผชิญกับภาวะกดดันบางประการทำให้เกิดอาการของโรคจิตเภทตามมา (ยาใจ สิทธิมงคล และคณะ, 2559) เช่น การเผชิญความเครียดแบบมุ่งใช้อารมณ์และขาดความเข้าใจในทักษะการเผชิญความเครียด (Tan et al., 2012 อ้างถึงใน สุดาพร สถิตยยุทธการ, 2559) 3) ปัจจัยทางสังคม สภาพครอบครัวมีผลต่อการกำเริบของโรค เช่น ปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัวไม่ดี มีการแสดงอาการรุนแรง ต่ำหนิวิพากษ์วิจารณ์ผู้ป่วยมีทัศนคติไม่ดีต่อผู้ป่วย (ณัฐติกา ชูรัตน์, 2559) นอกจากนี้จากการศึกษายังมีปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้องกับการเกิดอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภท คือ เพศชายมักมีอาการทางบวกกำเริบมากกว่าเพศหญิง เนื่องจากเพศชายมักจะทนต่อความกดดันทางจิตใจไม่ดี (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558) และยังมีอาการกำเริบบ่อยครั้ง และส่งผลให้มีความผิดปกติทางจิตเพิ่มมากขึ้น (Holtzman, 2013) ซึ่งความเครียดมีความสัมพันธ์กับการป่วยด้วยโรคจิตเภท (Zubin & Spring, 1977) เนื่องจากผู้ป่วยมักทนกับความกดดันด้านจิตใจไม่ดีและมีปัญหาในการดำเนินชีวิต ขาดทักษะชีวิตในการจัดการกับปัญหา ไม่ยอมรับการรักษา ส่งผลให้เกิดความเครียดได้ง่าย (มานิช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2555)

ความเครียด หรือ ประสบการณ์ของความเครียดมีความสัมพันธ์กับการป่วยด้วยโรคจิตเภท (Zubin & Spring, 1977) และยังส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความผิดปกติทางจิตเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะจากปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่ก่อให้เกิดความเครียดรวมถึงความเครียดที่เกิดขึ้นภายในจิตใจ (Huttenen & Niskanen, 1978) Ponizovsky et al (2004) พบว่า ความเครียดที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยมีระดับความทุกข์ทางอารมณ์ที่สูงขึ้นและผู้ป่วยขาดทักษะในการเผชิญความเครียด (Ritsner et al., 2003) ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง แยกตนเอง ขาดทักษะในการเข้าสังคม บุคลิกภาพ เสื่อมถอย (ชนมาภรณ์ พงศจันทร์เสถียร, 2552) ไม่สามารถระบุความรู้สึกของตนเองได้และมีปัญหามากมายในการรับรู้อารมณ์เชิงลบ (Salvatore et al., 2007) นอกจากนี้ Norman & Malla (1994) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ของความเครียดกับอาการทางบวกและความรุนแรงของอาการของผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้เครื่องมือประเมิน Daily Hassles Stress แบบสั้นที่พัฒนาโดย Lazarus & Folkman (1984) ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีความเครียดที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์และแหล่งสนับสนุนทางสังคมและความเครียดที่เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของอาการในโรคจิตเภท และเมื่อเผชิญกับความเครียดหรือความกดดันในจิตใจทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางบวกกำเริบ (มานิช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558) เนื่องจากผู้ป่วยขาดทักษะการจัดการกับอาการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางบวก ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด และความสามารถในการปรับตัวทางสังคมลดลง (Erol et al., 2009) เกิดพฤติกรรมแยกตัว ปฏิเสธการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม (McDonald & Badger, 2002) นอกจากนี้ปัญหาจากอาการของโรคแล้วยังพบว่า 2 ใน 3 ของผู้ป่วยจิตเภทยังพบปัญหาจากการรับประทานยา โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อการเกิดอาการข้างเคียงจากยา ทำให้ผู้ป่วยมักไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา หยุดรับประทานยาเอง หรือปรับลดขนาดยาเอง (Tranulis, Goff, Henderson, &

Freudenreich, 2011) ผู้ป่วยส่วนใหญ่หลังได้รับการรักษาจึงมักมีอาการกำเริบเป็นระยะ ๆ รวมถึงมีอาการหลงเหลืออยู่ ทำให้เกิดปัญหาต่อตัวผู้ป่วยและผู้ดูแล (Higashi, Medic, Littlewood, Diez, & Granström, De Hert, 2013) ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดเพิ่มขึ้น (Rusch et al., 2009) และเมื่อผู้ป่วยจิตเภทเกิดความเครียดและไม่สามารถจัดการกับความเครียดนั้นได้ส่งผลให้อาการทางบวกกำเริบ (Nuechterlein et al., 1994) ส่งผลกระทบให้ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมและอารมณ์ที่รุนแรงขึ้น มีพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558) ด้วยเหตุนี้จึงจำเป็นต้องให้การพยาบาลเพื่อจัดการความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท เพราะนอกจากจะเป็นการช่วยผู้ป่วยให้มีการจัดการความเครียดที่เกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพแล้ว ยังจะส่งผลให้ช่วยป้องกันอาการทางบวกกำเริบได้

ในปัจจุบันการรักษาด้วยยาต้านอาการทางจิตเป็นที่ยอมรับว่าเป็นการบำบัดรักษาที่มีประสิทธิภาพ โดยยาจะไปทำให้อาการทางจิตสงบ ป้องกันการเกิดอันตรายต่อผู้ป่วยและผู้อื่น และการให้การรักษาดูแลในระยะยาวเป็นการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (Staring et al., 2013) อย่างไรก็ตามถึงแม้ว่าจะพบว่ายามีประสิทธิภาพในการควบคุมอาการทางจิต และป้องกันการเกิดอาการกำเริบซ้ำของโรคจิตเภทได้ดี แต่ก็ยังพบว่าผู้ป่วยจิตเภทไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาดูแล (Harrow & Jobe, 2013) เนื่องจากไม่ยอมรับการเจ็บป่วย เกิดฤทธิ์ข้างเคียงจากยาต้านอาการทางจิต ในระยะเวลาเจ็บป่วยที่ยาวนานและทุกข์ทรมานจากความรุนแรงของอาการทางจิต (Brain et al., 2013) ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดได้ง่ายและมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอาการกำเริบของโรคได้ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทต้องเข้ารับการรักษาไว้ในโรงพยาบาลซ้ำ (Ronnachai et al., 2007)

จากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศ พบว่า มีการศึกษาการจัดการความเครียดที่ช่วยลดอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ การฝึกการผ่อนคลาย (Clark et al., 2006) การบำบัดด้วยดนตรี (Maratos et al., 2008) การฝึกโยคะ (Silva et al., 2009) แต่ที่ผ่านมาเป็นเพียงการช่วยจัดการความเครียดเพียงวิธีใดวิธีหนึ่ง อย่างไรก็ตามมีการศึกษาผลของการใช้การจัดการความเครียดหลากหลายวิธีการพร้อมกัน เช่น การศึกษาของ Norman et al. (2002) ได้ใช้วิธีการจัดการความเครียดและการแก้ปัญหาในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้โปรแกรม Stress Management Programs ในระยะเวลา 12 สัปดาห์ ประกอบด้วยกิจกรรม 12 กิจกรรม ได้แก่ 1) การให้ความรู้เรื่องการเผชิญความเครียดและฝึกทักษะการผ่อนคลาย (coping with stress and relaxation training) 2) การเผชิญความเครียดที่เกิดจากการรับประทานยา (coping with medication stress) 3) การเผชิญกับอาการทางจิต (coping with symptoms) 4) การเสริมสร้างความแข็งแรงของร่างกาย (building physical stamina-sleep and exercise) 5) การบริโภคที่มีผลต่อความเครียด (what you consume and stress) 6) การบริหารจัดการด้านการเงิน (managing money) 7) การบริหารจัดการกับเวลา (Managing your time) 8) การแก้ปัญหาเฉพาะบุคคล (personal problem-solving) 9) การใช้ทักษะการแก้ปัญหาไปใช้ในการพัฒนาและดำรง

รักษามิตรภาพ (problem-solving-application to developing and maintaining friendship) 10) การเผชิญตราบบ (coping with stigma) 11) การเผชิญสถานการณ์ความเครียดที่เกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (coping with stressful interpersonal interaction) 12) ทบทวนวางแผนเพื่อติดตาม (review, plan for follow) ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีระดับความรุนแรงของอาการทางบวกลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 มีการรับรู้ความเครียดและมีทักษะชีวิตในการทำหน้าที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และในระยะติดตามผล 1 ปี พบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดมีจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาลดลงต่ำกว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุมที่ได้รับกิจกรรมทางสังคมเพียงอย่างเดียวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และในประเทศไทยมีการศึกษาเกี่ยวกับการจัดการกับความเครียด ดังเช่น การศึกษาของบุษกร ศุภอักษร (2553) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน พบว่าการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน หลังได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการศึกษาของพรทิพย์ ไชสะอาด (2555) ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่ออาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้แนวคิดของ Norman et al. (2002) ของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาในหน่วยตรวจผู้ป่วยนอกจิตเวช พบว่าอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จะเห็นได้ว่าโปรแกรมการจัดการความเครียดสามารถช่วยลดความเครียดและอาการทางจิตที่เป็นปัจจัยกระตุ้นทำให้เกิดอาการทางบวกได้

การทำกลุ่มบำบัดเป็นกิจกรรมสำคัญหนึ่งที่ช่วยฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวช โดยกลุ่มที่มีปัญหาคลายคลึงกันหรือกลุ่มโรคเดียวกัน (homogeneous group) มีประโยชน์ในด้านการปรับตัวการดำเนินชีวิต การแก้ไขปัญหในเรื่องหรือสถานการณ์เดียวกัน (Yalom, 1995) ส่งผลให้อาการทางจิตของผู้ป่วยลดลง เช่น การมีหูแว่วลดลง ลดอาการของโรคเครียดหลังผ่านเหตุการณ์ร้ายแรง เป็นต้น ช่วยให้เกิดทักษะการเข้าสังคม เพิ่มการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม (Castillo, Lacefield, Baca, Blankenship, & Qualls, 2014; Lockwood, Page, & Conroy-Hiller, 2004; Lu et al., 2013; Zanello, Mohr, Merlo, Huguelet, & Rey-Bellet, 2014 ; จุฑาทิพย์ กิ่งแก้ว, 2557) ส่งเสริมการปรับตัวทางสังคม (สุดา รองเมือง, กนกพร เรื่องเพิ่มพูล, พชรินทร์ นินทจันทร์, 2556; จุฑาทิพย์ กิ่งแก้ว, 2557) ช่วยให้ผู้ป่วยที่ติดสุราลดพฤติกรรมการดื่ม (สุนทรี ศรีโกไสย, สมพร กิ่งแก้ว, ทิพศมัย ทายะรังษี, 2553) นอกจากนี้กลุ่มบำบัดยังเป็นการเสริมสร้างความหวัง ลดอารมณ์ซึมเศร้า ลดความรู้สึกริดก้างวล ช่วยให้ปรับตัวต่อความเครียดและสามารถเผชิญกับปัญหาได้ดีขึ้น (พรนิภา หาญละคร, สมใจ รัตนมณี, และ ประกอบ ชันทอง, 2552; Honagodu, Krishna, & Lepping, 2013; Krishna et al., 2010; Marmarosh & Tasca, 2013; Pessagno & Hunker, 2012;

Walwyn & Rowley, 2011; จุฑาทิพย์ กิ่งแก้ว, 2557) ช่วยให้ผู้ป่วยมองเห็นคุณค่าในตัวเองมากขึ้น เกิดความมั่นใจในตนเอง เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ไปในทางที่ดีขึ้น (Sayin, Candansayar, & Wilkin, 2012; Williams, 2014 ; บรรจงศรี พักสมบูรณ์, 2554)

การนำแนวคิดการจัดการความเครียดของ Norman et al. (2002) และแนวคิด กระบวนการกลุ่มของ Yalom (1995) มาผสมผสานในการบำบัดจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการ บำบัดให้ดียิ่งขึ้น ซึ่ง Norman et al. (2002) กล่าวว่า การจัดการความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วยหลักการ 3 ประการ คือ 1) การลดปฏิกิริยาตอบสนองทางร่างกายต่อความเครียดโดยการฝึกการผ่อนคลาย 2) ส่งเสริมความแข็งแรงของร่างกายโดยการพักผ่อน การออกกำลังกาย และ โภชนาการที่เหมาะสม 3) พัฒนาทักษะการรู้คิดและพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเผชิญความเครียด จะช่วยทำให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจสภาวะของบุคคลในเรื่องความเครียด รวมทั้งความเข้าใจในภาวะ สุขภาพกายและจิตสังคมของกลุ่มบุคคลภายในสภาพแวดล้อมที่เหมือนหรือแตกต่างกันนำไปสู่การ เรียนรู้การแก้ปัญหา และลดความเครียดของผู้ป่วย ดังนั้น การมีวิธีการจัดการกับความเครียด และ ทักษะที่จำเป็นในการจัดการความเครียด จึงเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการช่วยบุคคลเกิดความมั่นใจใน การจัดการความเครียด ลดการเจ็บป่วยทางจิตและการกลับเป็นซ้ำ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ขึ้น และเมื่อนำกระบวนการกลุ่มของ Yalom (1995) ซึ่งเป็นรูปแบบที่ช่วยให้สมาชิกเกิดการเรียนรู้ เปลี่ยนแปลงความคิดความรู้สึกและพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสมตามปัจจัยบำบัด (Therapeutic factors) โดยกลุ่มบำบัดจะพัฒนาผู้ป่วยผ่านทางปัจจัยบำบัดที่เกิดขึ้นจากการทำกลุ่ม เช่น การที่ ผู้ป่วยได้มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลความคิดเห็นกัน การได้ระบายปลดปล่อยความคิดความรู้สึกและการ ตระหนักได้ว่าตนเองไม่ใช่คนเดียวที่มีปัญหา สิ่งเหล่านี้จะช่วยทำให้ผู้ป่วยเกิดความหวัง ความมีคุณค่า ในชีวิต รวมถึงการได้เรียนรู้วิธีที่จะติดต่อและสร้างความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ถ้าที่จะมีปฏิสัมพันธ์ กับผู้อื่นมากขึ้น โดยอาศัยกลุ่มเป็นที่ฝึกซ้อมในการเข้าสังคม (Yalom, 1995)

จากเหตุผลดังกล่าว การส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถจัดการความเครียดได้อย่างมี ประสิทธิภาพจึงเป็นแนวทางที่ช่วยลดอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทได้ ผู้วิจัยในฐานะพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช จึงเห็นความสำคัญของการพัฒนาการจัดการความเครียดแบบกลุ่ม เพื่อช่วยลด ปัจจัยที่มีผลต่อความรุนแรงของอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทโดยตรง ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีทักษะ การจัดการกับความเครียดอย่างเหมาะสม สามารถจัดการกับปัจจัยสาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียดได้ ลดอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพ ป้องกันการป่วยซ้ำและสามารถใช้ชีวิตใน สังคมได้อย่างปกติสุข

คำถามการวิจัย

1. อาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับการจัดการความเครียดแบบกลุ่มแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร
2. อาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับการจัดการความเครียดแบบกลุ่มกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับการจัดการความเครียดแบบกลุ่ม
2. เพื่อเปรียบเทียบอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับการจัดการความเครียดแบบกลุ่มกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

แนวเหตุผลและสมมุติฐานการวิจัย

อาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทมีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดโดยวิธีการใช้อารมณ์และความรู้สึก (Ritsner et al., 2003) ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยมักจะใช้วิธีการเผชิญกับความเครียดในลักษณะที่ไม่เหมาะสมด้วยการแสดงอารมณ์ออกมาอย่างทันทีทันใดและจะแสดงอาการออกมาอย่างรุนแรงทั้งที่มีปัญหาหรือข้อขัดแย้งเพียงแค่อเล็กน้ย (พิเชฐ อุดมรัตน์ และ สรยุทธ วาสิกานนท์, 2552) หรือมีการแสดงออกถึงการเผชิญความเครียดเป็นไปในลักษณะการใช้อารมณ์และความรู้สึก เช่น ขาดสติยั้งคิด ไม่เป็นมิตรกับใคร (McNally & Goodberg, 1997; Bak et al., 2001) ส่งผลกระทบหลายๆ ด้าน (วัลย์พร สุวรรณบุรณ์, สายใจ พัวพันธ์, สงวน ธาณี และ จิณห์จุฑา ชัยเสนา ดาลลาส, 2558) และเมื่อผู้ป่วยจิตเภทเกิดความเครียดและไม่สามารถจัดการกับความเครียดนั้นได้สัมพันธ์กับอาการทางจิตที่รุนแรงขึ้น (Nuechterlein et al., 1994) ซึ่งถ้าไม่ได้รับการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถจัดการความเครียดจะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดอาการทางบวกกำเริบได้ (Horan & Blanchard et al., 2013) ดังนั้น การที่จะช่วยให้ลดอาการทางบวกของผู้ป่วยจึงต้องช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการความเครียดที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ การส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้มีทักษะในการจัดการความเครียดได้อย่างเหมาะสมเพื่อลดอาการทางบวก การวิจัยครั้งนี้ได้นำแนวคิดการจัดการความเครียดของ Norman et al. (2002) พัฒนาเป็นการจัดการความเครียดโดยผสมผสานการดำเนินการรูปแบบกลุ่มตามแนวคิดของ Yalom (1995) ที่กล่าวว่า การทำกลุ่มบำบัดเป็นกิจกรรมสำคัญที่ช่วยฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวช โดยกลุ่มที่มีปัญหาคล้ายคลึงกันหรือกลุ่มโรคเดียวกัน (homogeneous group) มีประโยชน์ในด้านการปรับตัวในการดำเนินชีวิต การแก้ไขปัญหในเรื่องหรือสถานการณ์เดียวกัน (Yalom, 1995) ส่งผลให้อาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทลดลงและการ

ป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งกิจกรรมในการจัดการความเครียดแบบกลุ่มจะครอบคลุมการจัดการกับอาการทางบวกและปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วยหลักการ 3 ประการ คือ 1) การลดปฏิกิริยาตอบสนองทางร่างกายต่อความเครียดโดยการฝึกการผ่อนคลาย 2) ส่งเสริมความแข็งแรงของร่างกายโดยการพักผ่อน การออกกำลังกาย และโภชนาการที่เหมาะสม 3) พัฒนาทักษะการรู้คิดและพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเผชิญความเครียด ประกอบด้วยหลักการสำคัญ 12 ประการ ประกอบด้วยกิจกรรม 12 กิจกรรม ได้แก่ 1) การให้ความรู้เรื่องการเผชิญความเครียดและฝึกทักษะการผ่อนคลาย (coping with stress and relaxation training) 2) การเผชิญความเครียดที่เกิดจากการรับประทานยา (coping with medication stress) 3) การเผชิญกับอาการทางจิต (coping with symptoms) 4) การเสริมสร้างความแข็งแรงของร่างกาย (building physical stamina-sleep and exercise) 5) การบริโภคที่มีผลต่อความเครียด (what you consume and stress) 6) การบริหารจัดการด้านการเงิน (managing money) 7) การบริหารจัดการกับเวลา (Managing your time) 8) การแก้ปัญหาเฉพาะบุคคล (personal problem-solving) 9) การใช้ทักษะการแก้ปัญหาไปใช้ในการพัฒนาและดำรงรักษามิตรภาพ (problem-solving-application to developing and maintaining friendship) 10) การเผชิญตราบาป (coping with stigma) 11) การเผชิญสถานการณ์ความเครียดที่เกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (coping with stressful interpersonal interaction) 12) ทบทวน วางแผนเพื่อติดตาม (review, plan for follow) ประกอบด้วยกิจกรรม จำนวน 6 กิจกรรม ครอบคลุมทั้งการจัดการกับปัจจัยที่มีผลต่ออาการความเครียด เพื่อช่วยลดอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภท และป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ ซึ่งการดำเนินกิจกรรมใช้หลักการเรียนรู้จากการฝึกปฏิบัติ (practice) การฝึกในสถานการณ์สมมติ (role play) และการให้ข้อมูลสะท้อนกลับ (feedback) และการมอบหมายงาน (home work) ดำเนินกิจกรรมครั้งละ 60 - 90 นาที ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม 2 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 3 กิจกรรม ดังต่อไปนี้

ขั้นที่ 1 initial phase (ระยะเริ่มกลุ่ม) เป็นระยะเตรียมความพร้อมผู้ป่วย ระยะนี้จะเป็นการสื่อสารในเชิงสร้างสัมพันธภาพ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความผ่อนคลายด้วยการแนะนำตัวเอง บอกวัตถุประสงค์ กฎกติกา วิธีการดำเนินกลุ่ม หน้าที่ของสมาชิกกลุ่ม การเข้ากลุ่มทำให้สมาชิกได้รู้ตัวตนเองพูดและแสดงความคิดเห็นอะไรกับกลุ่ม รู้ว่าผู้อื่นคิดอย่างไรต่อตนเองและการสะท้อนกลับของกลุ่ม ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีทักษะในการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ๆ เพิ่มขึ้น และนำไปปรับปรุงตนเองได้ช่วยให้ได้เรียนรู้การอยู่ใกล้ชิดกับบุคคลอื่น มีความเชื่อใจไว้วางใจบุคคลอื่น มี 1 กิจกรรม ประกอบด้วย

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ ให้ความรู้เรื่องความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท ผลกระทบที่เกิดจากความเครียด Nuechterlein, Dewson, Ventura, Gitlin, Subotnik, & Snyder. (1994) กล่าวว่า แนวคิดของ Stress –Vulnerability Model เชื่อว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีการประมวลผลทางความคิดที่บกพร่อง และมีการตอบสนองความเครียดที่ผิดปกติ เช่น ตอบสนองเกินเลยไปกับสิ่งเล็ก ๆ น้อย ๆ และมีหน่วยความจำมากกว่าปกติ การประมวลผลทางความคิดที่บกพร่องนำมาสู่การแสดงพฤติกรรมที่บกพร่อง เนื้อหาประกอบด้วย สร้างสัมพันธภาพเพื่อให้เกิดความสัมพันธ์เชิงบำบัดเกิดการยอมรับซึ่งกันและกันไว้วางใจกัน เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการทำกิจกรรมให้ความรู้เรื่องความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท ผลกระทบที่เกิดจากความเครียดความรู้เกี่ยวกับเรื่องความเครียด สาเหตุ อาการ รวมถึงผลกระทบที่เกิดจากความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจเกี่ยวกับความเครียดที่เกิดขึ้นกับตนเอง และสามารถประเมินสาเหตุของความเครียดที่เกิดขึ้นได้

ขั้นที่ 2 working phase (ระยะทำงานร่วมกัน) เป็นระยะพัฒนาทักษะด้านการรู้คิดและพฤติกรรมเมื่อเผชิญกับอาการทางบวก และความเครียดที่เกิดจากอาการทางบวก เป็นระยะฝึกปฏิบัติวิธีการจัดการความเครียดและฝึกปฏิบัติเพื่อให้ผู้ป่วยได้มีทักษะในการจัดการกับความเครียดที่ถูกต้องเหมาะสม โดยอาศัยกระบวนการกลุ่มที่จะช่วยให้ผู้ป่วยจะได้เรียนรู้ทักษะทางสังคมในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ได้สังเกตบุคคลอื่นในการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมและสามารถนำมาเป็นแบบอย่างของตนเองได้ นอกจากนี้กลุ่มยังช่วยเป็นแหล่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ ผู้ป่วยในกลุ่มเกิดการพัฒนาความรู้สึกความเป็นเจ้าของ มีความรู้สึกรับผิดชอบต่อส่วนรวม เกิดความมั่นใจในตนเอง เกิดผลดีต่อด้านร่างกาย ส่งเสริมการเคลื่อนไหว ลดความวิตกกังวล ได้ระบายความคิดความรู้สึกเกิดความรู้สึกผ่อนคลาย มองเห็นคุณค่าในตัวเองมากขึ้นและมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ไปในทางที่ดีขึ้น ซึ่งกิจกรรมในขั้นที่ 2 ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 2 การฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อโดยการฝึกทักษะการผ่อนคลายแบบ progressive muscle และการฝึกหายใจ (breathing exercise) จากทฤษฎีการตอบสนอง Response-Oriented theories อธิบายว่า เมื่อผู้ป่วยได้รับสิ่งเร้าที่ทำให้เกิดความเครียด จะมีปฏิกิริยาตอบสนอง (response) ต่อสิ่งเร้า (stimulus) นั้นและก่อให้เกิดปฏิกิริยาของการปรับตัว มีการหลั่งสารที่มีผลกระทบต่อระบบประสาททำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย การผ่อนคลายแบบ progressive muscle ทำให้กล้ามเนื้อทุกระบบในร่างกายหดตัว เนื่องจากเวลาเครียดเรามากจะทำหน้านิ้วคิ้วขมวดกำหมัด กัดฟัน ทุกครั้งที่รู้สึกเครียด ทำให้กล้ามเนื้อเกร็งตัวเกิดอาการเจ็บปวด เช่น ปวดต้นคอ ปวดหลัง ปวดไหล่ การฝึกคลายกล้ามเนื้อแบบ progressive muscle จะช่วยลดอาการหดเกร็งของกล้ามเนื้อลง เพราะในขณะที่ฝึกจิตใจของเราจะจดจ่ออยู่กับการคลายกล้ามเนื้อ ความคิดฟุ้งซ่าน และความวิตกกังวลก็ลดลงช่วยให้จิตใจจะมีสมาธิมากขึ้น และการฝึกหายใจ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีทักษะในการจัดการกับอาการทางบวกที่เกิดขึ้น ทำให้อาการทางบวกสงบลง และมีทักษะในการ

จัดการกับความเครียดเพิ่มขึ้น โดยใช้เทคนิคของกระบวนการกลุ่มในด้านการสร้างการจูงใจ (suggestion) ซึ่งเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยมีความคิด เชื่อว่า ความไม่สบายใจหรืออาการที่ไม่พึงปรารถนา สามารถบรรเทาลงได้

กิจกรรมที่ 3 การจัดการกับอาการทางบวกร่วมกับการจัดการความเครียดที่เกิดจากการรับประทานยา และการเสริมสร้างสุขภาพ ความเข้มแข็งของร่างกาย การรักษาด้วยยารักษาโรคจิตเภทเป็นหัวใจสำคัญของการรักษา นอกจากนี้เพื่อควบคุมอาการทางบวกล้วยังสามารถลดการกำเริบซ้ำของโรคได้ และผู้ป่วยยังได้รับยาต่อเนื่องเพื่อควบคุมอาการต่อไปรวมถึงป้องกันการเกิดอาการกำเริบซ้ำ จากระยะเวลาของการรับประทานยาที่นานและผู้ป่วยมักเกิดอาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิตเภท หรือการถูกบังคับให้รับประทานยา เป็นเหตุให้ผู้ป่วยจิตเภทรู้สึกเบื่อหน่าย รู้สึกว่าตนเองเป็นคนป่วยตลอดเวลา จนเกิดความเครียดตามมา ดังนั้นการช่วยให้ผู้ป่วยจัดการความเครียดที่เกิดจากการรับประทานยาจะช่วยให้ผู้ป่วยมีทัศนคติที่ดีต่อการรับประทานยา สามารถจัดการกับอาการข้างเคียงที่เกิดจากการรับประทานยาได้ในเบื้องต้น พร้อมทั้งให้ความรู้เกี่ยวกับความสำคัญของการนอนหลับพักผ่อน การออกกำลังกาย การบริโภคอาหารที่มีผลต่อการส่งเสริมความแข็งแรงของร่างกายอีกด้วย โดยกระบวนการกลุ่มจะช่วยให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสรับทราบข้อมูลข่าวสารที่เป็นการแลกเปลี่ยนระหว่างผู้ป่วย หรือจากผู้นำไปสู่กลุ่ม และมีการอภิปรายเกี่ยวกับปัญหานั้น ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจต่อกลุ่ม

กิจกรรมที่ 4 การฝึกการแก้ไขปัญหาในชีวิตประจำวัน ผู้ป่วยจิตเภทจำนวนมากมักใช้วิธีการเผชิญกับความเครียดที่ไม่มีประสิทธิภาพทั้งในระยะสั้นและระยะยาว เช่น ใช้อารมณ์ในการแก้ไข ปัญหา ขาดสติ ไม่รับรู้ปัญหาที่เกิดขึ้น ยอมจำนนกับปัญหาที่เกิดขึ้น และไม่คิดแก้ปัญหา (Lysaker et al., 2004) ซึ่งปัญหาที่พบของผู้ป่วยจิตเภทและมีปัญหาในชีวิตประจำวันมากที่สุด คือ ปัญหาทางการเงิน (สมภพ เรื่องตระกูล, 2557) ความเครียดของผู้ป่วยจิตเภทเป็นสิ่งที่เกิดจากการกระทำที่จำเพาะเจาะจงระหว่างกัน (interaction) ของตัวผู้ป่วยเองกับสิ่งเร้ากับสิ่งแวดล้อม ซึ่งการที่ผู้ป่วยจะรับรู้ถึงสิ่งเร้าใดก่อให้เกิดความเครียดก็ต่อเมื่อได้ประเมินว่า สิ่งเร้าเหล่านั้นมีมากเกินกว่าความสามารถของตนในการจัดการ หรือเป็นสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อตน เป็นการประเมินค่าสถานการณ์โดยใช้การรู้คิด (cognitive appraisal) ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทมีความบกพร่องในการรู้คิด การประเมินค่าสถานการณ์โดยใช้การรู้คิด ทำให้การแปลความหมายของเหตุการณ์ว่าเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดได้ง่ายกว่าคนปกติ (Dimsdel et al., 2000; จำลอง ดิษยวานิช และพริ้มเพรา ดิษยวานิช, 2545; พชรพร ผู้ปฏิเวธ และเพ็ญพัทธ์ อูทิศ, 2554) ดังนั้นจึงจำเป็นต้องส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีวิธีการแก้ไขปัญหามีประสิทธิภาพมากขึ้น การเข้ากลุ่มจะทำให้ผู้ป่วยตระหนักว่า คนทุกคนมีปัญหาเหมือนกันหมด ซึ่งเป็นเรื่องธรรมดา ที่ว่าตนเองมีความทุกข์อยู่คนเดียวก็แค่ลดลงและเกิดความรู้สึกใหม่ว่าเขาไม่ได้อยู่คนเดียวบนโลกนี้ เขายังมีเพื่อนที่มีความทุกข์และมีปัญหาเช่นเดียวกัน

นอกจากนี้การเข้ากลุ่มยังทำให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา ได้มีโอกาสให้ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยคนอื่น ๆ เกิดความกระตือรือร้นที่จะช่วยเหลือและเห็นความสำคัญของคนอื่นมากกว่าตนเอง ทำให้ผู้ป่วยมองเห็นคุณค่าตนเอง ในกิจกรรมนี้เนื้อหาประกอบด้วยวิธีการแก้ไขปัญห โดยใช้เทคนิคการแก้ไขปัญหา problem solving เป็นแนวคิด เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจในสถานการณ์ปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเอง ปรับมุมมองที่มีต่อปัญหา รวมถึงมีวิธีการแก้ไขปัญหามากมาย คาดการณ์ผลของการแก้ไขปัญหที่จะเกิดขึ้น และยอมรับได้

กิจกรรมที่ 5 เนื้อหาประกอบด้วยการฝึกทักษะการสื่อสารและการฝึกการเผชิญตราบาปจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีความบกพร่องด้านความสามารถในการปรับตัวทางสังคม เช่น มีความผิดปกติด้านความคิด มีปัญหาการสื่อสารกับผู้อื่น สัมพันธภาพระหว่างครอบครัวและบุคคลอื่นไม่ดี ไม่รวมกิจกรรมต่างๆ กับครอบครัว ปฏิเสธการร่วมกิจกรรมทางสังคม ไม่ออกไปสังสรรค์นอกบ้าน ดังนั้นการช่วยให้ผู้ป่วยได้มีการพัฒนาทักษะด้านการสื่อสาร จึงเป็นแนวทางในการช่วยลดความเครียด และลดอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทได้ (Norman et al., 2002) โดยเนื้อหาประกอบด้วย การแสดงบทบาทสมมติในการฝึกทักษะการสื่อสาร การฝึกบอกความรู้สึกและความต้องการของผู้ป่วย และการฝึกให้ผู้ป่วยยอมรับในการเผชิญกับตราบาปเกี่ยวกับการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยทำหน้าที่ด้านการสื่อสารและการติดต่อทางสังคมได้ดีขึ้น เพื่อส่งเสริมภาพลักษณ์ ความสามารถในการติดต่อสื่อสารเมื่อเผชิญกับความขัดแย้งกับบุคคลอื่น รวมถึงการร้องขอความช่วยเหลือและความร่วมมือจากบุคคลในชุมชนได้ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการยอมรับจากสังคม และสามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้ การเรียนรู้มนุษยสัมพันธ์ (interpersonal learning) การเข้ากลุ่มทำให้ผู้ป่วยมีทักษะในการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ๆ เพิ่มขึ้น และนำไปปรับปรุงตนเองได้รวมทั้งเรียนรู้ที่จะเข้าใจความรู้สึกของผู้อื่น ซึ่งจะมีประโยชน์ต่อสมาชิกเมื่อนำไปใช้กับสังคมภายนอกต่อไป

ขั้นที่ 3 terminal phase (ระยะยุติกลุ่ม) เป็นระยะทบทวนและประเมินทักษะการจัดการความเครียดเป็นระยะทบทวนเนื้อหาและวิธีการจัดการกับความเครียด ซึ่งกระบวนการกลุ่มจะช่วยให้สมาชิกเกิดความมุ่งมั่นต่อเป้าหมายความร่วมมือในการจัดการกับความเครียดของตนเองได้ ประกอบด้วย 1 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 6 เข้าใจตนเอง ปรับมุมมอง ทบทวนและประเมินทักษะการจัดการความเครียดและยุติกลุ่ม เป็นกิจกรรมการสรุปผลการให้การดูแลที่ต่อเนื่อง ความสำเร็จและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับตนเองเมื่อสามารถจัดการกับความเครียดของตนเองได้ รวมถึงทบทวนแนวทางการฝึกควบคุมตนเองที่ยังไม่สามารถนำไปใช้ได้จริง เสริมทักษะสนับสนุนให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการจัดการและเผชิญกับความเครียดได้ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง

สมมุติฐานการวิจัย

1. อาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับการจัดการความเครียดแบบกลุ่ม ต่ำกว่าก่อนได้รับการจัดการความเครียดแบบกลุ่ม
2. อาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับการจัดการความเครียดแบบกลุ่ม ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – experimental Research) แบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest control group design)

ประชากร คือ ผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งได้รับการวินิจฉัยโรคตามคู่มือการวินิจฉัยแยกโรคทางจิตเวชตามการจำแนกโรคระหว่างประเทศฉบับประเทศไทย ฉบับที่ 10 (The 10th Revision of the International Statistical Classification of Diseases and Related health Problems:ICD-10) ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลจิตเวชแห่งหนึ่ง เขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภททั้งเพศหญิงและเพศชาย อายุระหว่าง 20-59 ปีที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (F20.0-F20.9) ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี

ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา

ตัวแปรต้น ได้แก่ การจัดการความเครียดแบบกลุ่ม

ตัวแปรตาม ได้แก่ อาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภท

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

อาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง ความผิดปกติของการทำหน้าที่ของจิตใจที่มากเกินไปส่งผลให้เกิดความผิดปกติด้านเนื้อหาของความคิดเชื่อมโยงร่วมกับความผิดปกติของการรับรู้ โดยมีอาการเด่นชัด คือ อาการหลงผิด อาการหูแว่ว และมีพฤติกรรมแปลกประหลาด มักใช้การเผชิญความเครียดแบบใช้อารมณ์และแสดงพฤติกรรมออกมาด้วยความโกรธอย่างรุนแรงจนส่งผลกระทบต่อตนเองและบุคคลรอบข้าง สามารถประเมินอาการทางบวกได้ด้วยแบบประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท ฉบับภาษาไทย (positive and negative syndrome scale : PANSS-T)

การจัดการความเครียดแบบกลุ่มต่ออาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง กิจกรรมที่พยาบาลดำเนินการสำหรับผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ใช้เวลาดำเนินกิจกรรม ครั้งละ 60-90 นาที โดยมีรายละเอียดของกิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ ให้ความรู้เรื่องความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง กิจกรรมที่ช่วยลดผลกระทบที่เกิดจากความเครียดเพื่อให้เกิดความสัมพันธ์เชิงบำบัดเกิดการยอมรับซึ่งกันและกัน ไว้วางใจกัน เกิดความร่วมมือในการทำกิจกรรม และเตรียมผู้ป่วยให้มีความรู้เรื่องความเครียดและผลกระทบที่เกิดขึ้น

กิจกรรมที่ 2 การฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อโดยการฝึกทักษะการผ่อนคลายแบบ progressive muscle และการฝึกหายใจ (breathing exercise) หมายถึง กิจกรรมที่ช่วยฝึกเพื่อลดอาการที่เกิดจากความเครียด ส่งผลต่อการทำงานของอวัยวะภายในร่างกายให้มีการเปลี่ยนแปลง ทำให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ที่จะเข้าใจและใส่ใจความรู้สึกสัมผัสที่เกิดขึ้นในระบบสรีระทำให้เกิดความนึกคิดอย่างรู้ตัวว่ารู้สึกอย่างไรในขณะที่ตึงเครียดและผ่อนคลาย ช่วยให้เกิดความสามารถในการควบคุมความตึงเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ และทำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงสัญญาณเตือนของความเครียดที่เพิ่มขึ้นในร่างกายและสามารถจัดการความเครียดที่เกิดขึ้นให้ผ่อนคลายได้

กิจกรรมที่ 3 การจัดการกับอาการทางบวกร่วมกับการจัดการความเครียดที่เกิดจากการรับประทานยา และการเสริมสร้างสุขภาพ ความแข็งแรงของร่างกาย หมายถึง กิจกรรมที่ช่วยเน้นการรักษาด้วยยารักษาโรคจิตเภทช่วยให้ผู้ป่วยจัดการความเครียดที่เกิดจากการรับประทานยาจะช่วยให้ผู้ป่วยมีทัศนคติที่ดีต่อการรับประทานยา สามารถจัดการกับอาการข้างเคียงที่เกิดจากการรับประทานยาได้ในเบื้องต้น พร้อมทั้งให้ความรู้เกี่ยวกับความสำคัญของการนอนหลับพักผ่อน การออกกำลังกาย การบริโภคอาหารที่มีผลต่อการส่งเสริมความแข็งแรงของร่างกายอีกด้วย

กิจกรรมที่ 4 การฝึกการแก้ไขปัญหาในชีวิตประจำวัน หมายถึง กิจกรรมที่ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจในสถานการณ์ปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเอง ปรับมุมมองที่มีต่อปัญหา รวมถึงมีวิธีการแก้ไขปัญหาที่หลากหลาย คาดการณ์ผลของการแก้ไขปัญหาที่จะเกิดขึ้น และยอมรับได้

กิจกรรมที่ 5 การฝึกทักษะการสื่อสารและการฝึกการเผชิญตราบาป หมายถึง กิจกรรมที่ช่วย เพื่อให้ผู้ป่วยฝึกทักษะการสื่อสาร การฝึกบอกความรู้สึกและความต้องการของผู้ป่วย และการฝึกให้ผู้ป่วยยอมรับในการเผชิญกับตราบาปเกี่ยวกับการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยทำหน้าที่ด้านการสื่อสารและการติดต่อทางสังคมได้ดีขึ้น

กิจกรรมที่ 6 เข้าใจตนเอง ปรับมุมมอง ทบทวนและประเมินทักษะการจัดการความเครียด หมายถึง กิจกรรมที่สรุปผลการให้การดูแลที่ต่อเนื่อง ความสำเร็จและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับตนเองเมื่อสามารถจัดการกับความเครียดของตนเองได้ รวมถึงทบทวนแนวทางการฝึกควบคุมตนเองที่ยังไม่สามารถนำไปใช้ได้จริง เสริมทักษะสนับสนุนให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการจัดการและเผชิญกับความเครียดได้ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง

ผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรค ICD-10 (International Classification of Disease) ขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2006) เป็นผู้ป่วยซึ่งมีความผิดปกติด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม มีการใช้ชีวิตอยู่กับครอบครัว และไม่มีพยาธิสภาพทางกายหรือภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง มีระดับคะแนนตามแบบประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท ฉบับภาษาไทย (positive and negative syndrome scale : PANSS-T) เท่ากับ 56-60 คะแนน ซึ่งอยู่ในระดับสูงกว่าเกณฑ์เฉลี่ยเล็กน้อย และคะแนนอาการทางบวกเท่ากับ 8-35 คะแนน ซึ่งอยู่ในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลจิตเวชปฏิบัติต่อผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี ประกอบด้วย การซักประวัติ การตรวจคัดกรอง การจัดสิ่งแวดล้อม และการให้บริการก่อนพบแพทย์ การให้คำปรึกษาตามปัญหาผู้ป่วย การให้คำปรึกษาในการใช้ยา และคำแนะนำในการดูแลตนเองที่บ้าน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลจิตเวชในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้สามารถจัดการความเครียดแบบกลุ่ม ซึ่งจะช่วยลดอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างต่อเนื่อง
2. เป็นการช่วยส่งเสริม สนับสนุนให้ลดอาการทางบวกและช่วยให้จัดการกับความเครียดของผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพ

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – experimental Research) เพื่อศึกษาผลของการจัดการความเครียดแบบกลุ่มต่ออาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้เป็นแนวทางการศึกษา โดยครอบคลุมเนื้อหาดังต่อไปนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท

- 1.1 ความหมายของโรคจิตเภท
- 1.2 อุบัติการณ์การเกิดโรค
- 1.3 อาการทางคลินิกของโรคจิตเภท
- 1.4 การวินิจฉัยโรคจิตเภท
- 1.5 การดำเนินโรค
- 1.6 สาเหตุของการเกิดโรคจิตเภท
- 1.7 การพยากรณ์โรค
- 1.8 การรักษาผู้ป่วยจิตเภท
- 1.9 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

2. อาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภท

- 2.1 ความหมายเกี่ยวกับอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภท
- 2.2 ลักษณะของอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภท
- 2.3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภท
- 2.4 การประเมินอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภท
- 2.5 การบำบัดเพื่อลดอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภท
- 2.6 อาการทางบวกและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล
- 2.7 การพยาบาลเพื่อลดอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภท

3. ความเครียด

- 3.1 ความหมายของความเครียด
- 3.2 สาเหตุของความเครียด
- 3.3 การเผชิญความเครียด
- 3.4 ความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท
- 3.5 การเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท

4. แนวคิดการจัดการความเครียดของ Norman
5. แนวคิดเกี่ยวกับกลุ่มบำบัดของ Yalom
6. การจัดการความเครียดแบบกลุ่มต่ออาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภท
7. เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
 - 7.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องในประเทศไทย
 - 7.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องในต่างประเทศ
8. กรอบแนวคิดการวิจัย

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท

1.1 ความหมายของโรคจิตเภท

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นคำที่มาจากภาษากรีกว่า “ Skizo ” หมายถึงการแยกออก “split” และ “phren” หมายถึง จิตใจ (mind) เมื่อรวมกันจึงหมายถึงบุคคลที่มีจิตใจแตกแยกในทางจิตเวชศาสตร์ โรคจิตเภท (Schizophrenia) หมายถึง เป็นโรคที่มีความผิดปกติของความคิด (thought) เป็นอาการเด่นแต่มีผลถึงการรับรู้ (perception) อารมณ์ (affect) และพฤติกรรม (behavior) Eugen Bleuler เป็นผู้ตั้งชื่อโรคนี้ว่า Schizophrenia ในปี ค.ศ. 1911 และใช้มาจนปัจจุบัน โดยที่ Bleuler เห็นว่าโรคนี้เป็น โรคที่มีความผิดปกติของกระบวนการคิด (cognitive) และไม่มีพยาธิสภาพทางสมอง โดยผู้ป่วยไม่มีอาการทางกายหรือสูญเสียการทำงานของอวัยวะทางสมอง ส่วนใด (นิตยา ศรีจำนง, 2558)

1.2 อุบัติการณ์การเกิดโรค

จากการศึกษาอุบัติการณ์พบว่า โรคจิตเภทพบได้ประมาณร้อยละ 0.9 ของประชากรทั่วไป พบในคนทุกเชื้อชาติในอัตราที่ใกล้เคียงกัน ประมาณร้อยละ 50-80 ของผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวช เป็นโรคนี้ โรคจิตเภทเกิดในเพศชายมากกว่าเพศหญิง และพบได้มากในครอบครัวที่มีฐานะยากจน โรคนี้เกิดในผู้ที่มี อายุระหว่าง 15-34 ปี ผู้ป่วยจึงเป็นตั้งแต่อายุน้อยจึงไม่สามารถทำให้เรียนได้สูง ในสหรัฐอเมริกาพบว่าชาวผิวดำเป็นมากกว่าผิวขาว

1.3 อาการทางคลินิกของโรคจิตเภท

อาการแสดงของโรคจิตเภท แบ่งออกเป็น 2 อาการ คือ อาการทางบวกและอาการทางลบ ดังนี้ (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2558)

1. อาการทางบวก (positive symptoms) แสดงออกในด้านความผิดปกติของความคิด การรับรู้ การติดต่อสื่อสารและพฤติกรรม ซึ่งแบ่งตามลักษณะอาการออกเป็น 2 ด้านใหญ่

1.1 อาการโรคจิต (psychotic dimension) ได้แก่

1.1.1 อาการหลงผิด (delusion) ชนิดที่พบบ่อยได้แก่ หลงผิดคิดว่ามีคนอื่นร้าย (persecutory delusion) หลงผิดว่าเรื่องราวต่าง ๆ เกี่ยวโยงกับตนเอง (delusion of reference) รวมทั้งอาการหลงผิดที่จัดอยู่ในอาการหลักของ schneider ได้แก่ หลงผิดว่าจู่ ๆ ความคิดเกิดหายไปกะทันหันจากการที่มีบุคคลหรืออำนาจภายนอกมาดึงออกไป (thought withdrawal) หลงผิดว่าความคิดที่มีอยู่ไม่ใช่ของตนแต่เป็นของคนอื่นที่สอดแทรกความคิดเข้ามาสู่ตนเอง (thought insertion) หลงผิดว่าความคิดของตนแผ่ออกไปภายนอกทำให้คนอื่นล่วงรู้ความคิดของตน (thought broadcasting) เชื่อมโยงเหตุการณ์ที่รับรู้เข้ากับอาการหลงผิดของตนเองที่เกิดขึ้นมาในขณะที่เกิดเหตุการณ์นั้น (delusion Perception) หลงผิดว่ามีอำนาจภายนอกมาควบคุมบังคับในตนทำตาม (delusion of control) ส่วนอาการหลงผิดอื่น ๆ พบบ้าง เช่น หลงผิดว่าตนเองมีการเจ็บป่วยทางกาย (somatic delusion) หลงผิดเกี่ยวกับศาสนา (religious delusion) หรือ หลงผิดว่าตนเองมีอำนาจหรือความสามารถพิเศษ (grandiose delusion) เป็นต้น อาการหลงผิดที่มีน้ำหนักในการวินิจฉัยได้แก่ หลงผิดแบบพิลึกพิลั่น (bizarre delusion) ซึ่งมีลักษณะแปลก ฟังไม่เข้าใจหรือเป็นไปไม่ได้เลย

1.1.2 อาการประสาทหลอน (hallucination) ที่พบบ่อยเป็นประสาทหลอนทางหู (auditory hallucination) อาจเป็นเสียงคนพูดเรื่องราวของตน คอยวิพากษ์วิจารณ์ตน หรือสั่งให้ทำตาม นอกจากนี้อาจเป็นเสียงอื่น ๆ ที่ไม่มีความหมาย อาการประสาทหลอนอื่นที่พบได้บ้าง เช่น ประสาทหลอนทางสัมผัส (tactile หรือ somatic hallucination) ประสาทหลอนทางตา (visual hallucination) อาการประสาทหลอนที่มีน้ำหนักในการวินิจฉัย ได้แก่ ประสาทหลอนทางหู (auditory hallucination)

1.2 อาการด้านคำพูด (disorganized speech) ผู้ป่วยไม่สามารถรวบรวมความคิดให้เป็นแนวทางเดียวกันได้ตลอด ซึ่งจะแสดงให้เห็นโดยผ่านทาง การพูดสนทนา แต่ไม่สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากการพูดจากที่ไม่ต่อเนื่องกัน พูดเรื่องหนึ่งยังไม่ทันจบก็เปลี่ยนเรื่องทันที โดยไม่เกี่ยวข้องกับเรื่องเดิมหรือเกี่ยวเนื่องกันเล็กน้อย (loosening of association) การวางประโยคสับสน ฟังไม่เข้าใจ (incoherent speech) หรือบางคนใช้คำพูดแปลก ๆ ที่ไม่มีใครเข้าใจนอกจากตนเอง (neologism)

1.3 อาการด้านพฤติกรรม (disorganized behavior) เป็นพฤติกรรมที่ผิดปกติอย่างมาก ผู้ป่วยแต่งตัวสกปรก แปลก เช่น สวมเสื้อหลายตัวทั้งที่อาการร้อนจัด ปัสสาวะกลางที่สาธารณะ บางคนจู่ ๆ ก็ร้องตระโกนโดยที่ไม่มีเรื่องอะไรมากระตุ้น

2. อาการทางลบ (negative symptoms) เป็นภาวะที่ขาดในสิ่งที่คนทั่ว ๆ ไปควรมี เช่น ในด้านความรู้สึก ความต้องการในสิ่งต่าง ๆ อาการเหล่านี้ ได้แก่ พูดน้อย (alogia) เนื้อหาที่พูดมีน้อย ใช้เวลานานกว่าจะตอบ การแสดงออกทางด้านอารมณ์ลดลงมาก (affective flattening)

หน้าตาเฉยเมย ไม่ค่อยสบตา ขาดความกระตือรือร้น (avolition) เฉื่อยชาลง ไม่สนใจเรื่องการแต่งกาย ผู้ป่วยอาจนั่งเฉย ๆ ทั้งวันโดยไม่ทำอะไร เก็บตัว (asociality) เฉย ๆ ไม่ค่อยแสดงออกหรือไม่มีกิจกรรมที่สนุกสนาน

สรุป อาการทางจิต แบ่งออกได้เป็น 2 อาการ คือ 1) อาการทางบวก และ 2) อาการทางลบ แต่อาการที่พบได้บ่อยของผู้ป่วยจิตเภทคืออาการทางบวก ในงานวิจัยครั้งนี้ผู้ศึกษาเลือกศึกษาอาการทางบวกเนื่องจากเป็นอาการที่สามารถเกิดขึ้นได้ในทุกช่วงของโรคและส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยมาก

1.4 การวินิจฉัยโรคจิตเภท

เกณฑ์การวินิจฉัยขององค์การอนามัยโลก ฉบับที่ 10 (ICD-10) อาการต่าง ๆ ของโรคจิตเภท สามารถแบ่งเป็นกลุ่มเพื่อสร้างเป็นเกณฑ์สำหรับการวินิจฉัยโรค ดังนี้

1. Thought eco, thought insertion, thought withdrawal และ thought broadcasting เป็นอาการที่แสดงว่ามีความผิดปกติของความคิด
2. Delusion of control, influence หรือ passivity เป็นการหลงผิดว่าการเคลื่อนไหวของแขน ขา หรือความคิดหรือการกระทำ หรือการรับรู้ความรู้สึก ถูกควบคุมโดยอำนาจภายนอก ส่วน delusion perception เป็นอาการหลงผิดเกี่ยวกับสิ่งที่ได้รับรู้จริง ๆ
3. มีเสียงหลอนหรือเสียงแว่วที่คอยวิพากษ์วิจารณ์ของผู้ป่วย หรือหูแว่วได้ยินเสียงพูดหลายเสียงกำลังวิพากษ์วิจารณ์เกี่ยวกับผู้ป่วย หรือเป็นเสียงหลอนที่มาจากบางส่วนของร่างกาย
4. มีอาการหลงผิดอย่างอื่นโดยที่อาการหลงผิดนั้นอยู่เรื่อย ๆ และไม่สอดคล้องกับวัฒนธรรมและบริบทที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่และเป็นไปไม่ได้
5. มีอาการประสาทหลอนอยู่เรื่อย ๆ โดยจะเป็นชนิดใดก็ได้แต่ส่วนมากแล้วจะเป็นประสาทหลอนทางหูและต้องเป็นร่วมกับอาการหลงผิด
6. กระแสความคิดแตกกระจายหรือผู้ป่วยเติมความคิดไปมากจนทำให้ความคิดมีลักษณะไม่เชื่อมโยงกันหรือพูดไม่ตรงประเด็นหรือมีลักษณะ neologism
7. มีพฤติกรรมแบบ catatonia เช่น ทำท่าค้างอยู่ในท่าใดท่าหนึ่งนาน ๆ หรือทำท่าแข็งทื่อเหมือนหุ่นขี้ผึ้ง (waxy flexibility) ทำท่าต่อต้าน (negativism) หรือเป็นใบ้ (mutism) หรือมีพฤติกรรมนิ่งเสมือนหนึ่งไม่มีชีวิต
8. มีอาการทางลบ เช่น สีหน้าที่ไม่แสดงอารมณ์ พูดน้อยมาก การตอบสนองทางอารมณ์ไม่เหมาะสม

9. มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากในพฤติกรรมส่วนบุคคล และเป็นการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง เช่น เปลี่ยนแปลงไปสู่การไม่สนใจ ไม่มีเป้าหมายในชีวิต เกียจคร้าน หมกมุ่นกับตนเอง แยกตัวออกจากสังคม เป็นต้น

ตามปกติแล้วจะวินิจฉัยผู้ป่วยว่าเป็นโรคจิตเภทตาม ICD-10 ก็ต่อเมื่อผู้ป่วยมีอาการตามข้อที่ 1 ถึงข้อที่ 4 อย่างชัดเจนมากๆ ถ้าหากอาการไม่ชัดเจนนักก็ให้มีอาการ 2 หรือมากกว่า แต่ถ้าเป็นอาการตามข้อที่ 5 ถึงข้อที่ 8 ก็ให้มีอาการอย่างน้อยที่สุด 2 ข้อ อาการตามเกณฑ์เหล่านี้ต้องเป็นนานอย่างน้อย 1 เดือน หรือมากกว่า

1.5 การดำเนินโรค

โดยทั่วไปการดำเนินของโรคจิตเภท แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558)

1.5.1 ระยะเริ่มมีอาการ (prodromal phase) ระยะนี้เป็นระยะที่เริ่มมีอาการแต่ไม่แสดงอาการเด่นชัด ส่วนใหญ่การเปลี่ยนแปลงจะค่อยเป็นค่อยไป มักมีปัญหาในด้านหน้าที่ความรับผิดชอบหรือด้านสัมพันธภาพ การเรียนหรือการทำงาน ระยะนี้อาจมีอาการนานเป็นเดือน ๆ ถึงปี และจะแสดงอาการผิดปกติชัดเจนขึ้น ในช่วงที่ผู้ป่วยดื่มสุรามาก หรือเครียดมาก ๆ ในบางคนอาจไม่เห็นระยะนี้ชัดเจน เมื่อมีเรื่องกดดันจิตใจจึงเกิดอาการทางจิตรุนแรงขึ้น ประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยจิตเภทมีอาการมาหลายปีก่อนปรากฏอาการทางจิตชัดเจน ทำให้ญาติสังเกตไม่เห็นความเปลี่ยนแปลง จึงให้ประวัติว่าเมื่อผู้ป่วยเริ่มมีอาการผิดปกติชัดเจน เช่น แยกตัวเองออกจากเพื่อน เก็บตัว สัมพันธภาพกับบุคคลอื่นลดลง ห่างเหินจากสังคม เชื่องช้า มีปัญหาในเรื่องการเรียน และขาดความสนใจต่อการประสบความสำเร็จ เป็นต้น

1.5.2 ระยะอาการกำเริบ (active phase) ในระยะนี้มีความผิดปกติโดยแสดงอาการทางบวกมากขึ้นอย่างเห็นได้ชัด เช่น หูแว่ว ประสาทหลอน หลงผิด และมีพฤติกรรมแปลก ๆ เป็นต้น ส่วนใหญ่มีอาการกำเริบรุนแรงเป็นระยะเมื่อมีปัจจัยส่งเสริม เช่น 1) ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการเจ็บป่วยเป็นระยะเวลายาวนานและปฏิเสธการรักษา 2) เมื่อผู้ป่วยจิตเภทเข้ารับการรักษาช้า เนื่องจากผู้ป่วยและครอบครัวรอดูอาการนานเกินไป และ 3) มีการดื่มสุราหรือใช้สารเสพติด (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558)

1.5.3 ระยะอาการหลงเหลือ (residual phase) เป็นระยะที่เกิดขึ้นหลังจากได้รับการรักษาและผู้ป่วยกินยาอย่างต่อเนื่อง ในระยะนี้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตสงบลงแต่ยังมีหลงเหลืออยู่ โดยเฉพาะผู้ที่ป่วยนาน พบว่าอาการทางบวก (positive symptoms) เริ่มลดลงขณะที่อาการทางลบ (negative symptoms) กลับมีอาการมากขึ้น เพราะยารักษาโรคจิตมีประสิทธิภาพต่อการรักษาอาการทางจิต (psychotic symptoms) และอาการแตกแยก (disorganized) ซึ่งเป็นอาการทางบวกมากกว่าอาการทางลบ โดยทั่วไปพบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีความเสื่อมในด้านต่าง ๆ ไปเรื่อย ๆ

ตามระยะเวลาที่ป่วย เช่น ด้านบุคลิกภาพ ด้านการทำบทบาทหน้าที่ทางสังคม เป็นต้น และเกิดอาการกำเริบอย่างเฉียบพลันเป็นระยะ ๆ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความลำบากในการดำเนินชีวิตประจำวันเกิดความเครียดได้ง่ายซึ่งเป็นปัจจัยกระตุ้นให้อาการทางบวกกำเริบเฉียบพลันได้ นอกจากนี้ยังพบว่า ร้อยละ 25 ของผู้ป่วยจิตเภทมีอาการซึมเศร้าร่วมด้วย อาการนี้ถือว่าเป็นลักษณะสำคัญของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง อุบัติการณ์ของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทมีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการทางจิตกำเริบ การฆ่าตัวตายและการทำบทบาทหน้าที่ได้ไม่ดี (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558)

ลักษณะการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภททำให้การทำหน้าที่ต่าง ๆ ในการดำเนินชีวิตประจำวันเปลี่ยนแปลงไปในทางเลวลง เช่น ไม่ประสบผลสำเร็จในการทำงาน บางคนตกงาน ขาดสัมพันธภาพทางสังคม ไม่สนใจดูแลตนเองทั้งที่แต่ก่อนสามารถทำได้และผลการเรียนตกต่ำ เป็นต้น ผลการรักษาผู้ป่วยจิตเภทพบว่า ร้อยละ 20-30 ของผู้ป่วยจิตเภทจะมีชีวิตกลับเป็นปกติ ร้อยละ 20-30 จะมีอาการระดับปานกลางอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 40-60 จะมีอาการรุนแรงและกระทบกระเทือนต่อการทำหน้าที่ทุกด้านตลอดชีวิต (สมภพ เรื่องตระกูล, 2557)

สรุป การดำเนินของโรคจิตเภท แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะเริ่มมีอาการ (prodromal phase) 2) ระยะอาการกำเริบ (active phase) 3) ระยะอาการหลงเหลือ (residual phase) ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกผู้ป่วยจิตเภทในระยะอาการหลงเหลือ (residual phase) เนื่องจากในระยะนี้ผู้ป่วยมีกระบวนการรู้คิดที่เริ่มดีขึ้นและมีอาการทางจิตสงบลง

1.6 สาเหตุของการเกิดโรคจิตเภท

ปัจจุบันสาเหตุของการเกิดโรคจิตเภทยังไม่ทราบแน่ชัด เชื่อว่าโรคจิตเภทเป็นอาการที่มีสาเหตุมาจากหลาย ๆ ปัจจัยร่วมกัน สาเหตุที่ได้รับการตั้งสมมติฐานว่าเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคจิตเภท มีดังนี้

1.6.1 ปัจจัยด้านพันธุกรรม (genetic factors) ได้มีการศึกษาด้านพันธุกรรมของบุคคลที่ป่วยเป็นโรคจิตเภท พบว่า มีการถ่ายทอดทางพันธุกรรม จากการศึกษาของ Franz Kallmann ได้ศึกษาพบว่าการเกิดโรคนี้มีความสัมพันธ์กันในฝาแฝดพบว่าคนหนึ่งเป็นอีกคนหนึ่งเป็นได้ถึงร้อยละ 77.60 และในฝาแฝดไข่ใบเดียวกันที่อยู่ด้วยกันร้อยละ 91.50

1.6.2 ปัจจัยด้านชีวเคมีของสมอง (biological factors) มีการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีความสัมพันธ์กับ dopamine ในสมอง โดยมีข้อค้นพบ 3 ประการ คือผู้ป่วยจิตเภทมีปริมาณ dopamine ที่ synapse ในสมองมากเกินไป มีจำนวน post synaptic receptor มากเกินไปมีความไม่สมดุลระหว่าง excitatory action ของ acetylcholine กับ inhibitory action ของ dopamine และ Gamma - amino butyric acid สันนิษฐานว่าความผิดปกติของ catecholamine metabolism โดยมี hyperactive ของ dopamine เป็นสาเหตุสำคัญประการหนึ่งของโรคจิตเภท

นอกจากนี้ยังมีการศึกษาค้นพบว่าของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง มีระดับ monoamine oxidase ต่ำใน blood platelet แต่ไม่เป็นที่ยืนยันแน่ชัด

จากการศึกษาค้นคว้าด้านกายวิภาคของผู้ป่วยจิตเภทด้วย CT scan บางรายพบว่ามี การขยายของ lateral ventricles บางรายพบว่ามีปริมาณของ calcarine fluid volume เพิ่มขึ้น บางรายพบมีการฝ่อของ anterior vermis ของ cerebellum ซึ่งยังไม่มีการยืนยันที่แน่นอน เหมือนโรคทางกายอื่น ๆ

1.6.3 ปัจจัยด้านจิตใจ (psychological factors) จากทฤษฎีจิตวิเคราะห์และทฤษฎี จิตวิทยาพัฒนาการ พบว่าเป็นความผิดปกติจากพัฒนาการทางบุคลิกภาพของบุคคลในวัยเด็ก โดยเฉพาะในขวบปีแรก มีผลให้เกิดพยาธิสภาพส่วนที่ทำหน้าที่ในการปรับตัว การควบคุมพฤติกรรม และการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น โดยเฉพาะพัฒนาการด้าน ภาษา สติปัญญา การคิด การจำ การตัดสินใจ ความสนใจ และการรับรู้ ผู้ป่วยอาจมีการรับรู้ และไวต่อความเครียดมากกว่าปกติและ สามารถตอบสนองต่อความเครียดได้ไม่ดี นอกจากนี้ผู้ที่มีโอกาสเป็นโรคจิตเภทง่ายจะมีบุคลิกภาพ ชนิด schizoid เป็นคนเก็บตัวไม่ชอบเข้าสังคม ไม่มีเพื่อน พูดน้อย ไม่ไวใจคน ระแวง ขาดน้ำใจ ประหม่าง่ายเวลาพบคนอื่น และอารมณ์แปรปรวนง่ายกว่าธรรมดา ความผิดปกติของอุปนิสัยดังกล่าว นี้ส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากพันธุกรรม

1.6.4 ปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรม (sociocultural factors) จากการศึกษ พบว่า สภาพแวดล้อมทางสังคมและวัฒนธรรมที่มีผลต่อการป่วยเป็นโรคจิตเภท ก็คือ ประชากรที่มี ฐานะยากจนป่วยเป็นโรคจิตเภทมากกว่าประชากรที่มีฐานะดีประชากรที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำต้อง เผชิญกับสถานะเครียดมากกว่าประชากรที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสูง

นอกจากนี้ยังมีรายงานพบว่า เด็กที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทมีบิดามารดาที่มีความขัดแย้ง กันพยายามดึงเด็กมาเป็นพวกของตน ในที่สุดเด็กเกิดความลังเลไม่แน่ใจ (ambivalence) ซึ่งเป็น อาการสำคัญของโรคจิตเภท หรือบิดามารดาที่เลี้ยงลูกแบบปกป้องมากเกินไป over possessive และ over control ทำให้เด็กเติบโตมาเป็นแบบ dependent ต้องพึ่งผู้อื่นอยู่เสมอ ไม่สามารถช่วย ตัวเองได้ เด็กไม่สามารถพัฒนาบุคลิกของตนได้เหมาะสม

ผลจากสิ่งแวดล้อมดังกล่าว ถ้ามีประวัติพันธุกรรม ญาติเป็นโรคจิตเภท ผู้ป่วยซึ่งมี แนวโน้มจะเป็นโรคนี้อาจอยู่แล้วจากการได้รับ gene ที่เป็นโรคมานี้แล้วเมื่อเติบโตขึ้นมาภายใต้ภาวะที่ กดดันจะเป็น stress ส่งเสริมทำให้เป็นโรคจิตเภท

1.7 การพยากรณ์โรค

มีหลายการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของ โรงพยาบาลมากกว่า 5-10 ปี มีเพียงร้อยละ 10-20 ของผู้ป่วยที่มีผลลัพธ์การรักษาที่ดี มากกว่าร้อยละ

ละ 50 ของผู้ป่วยมีการกลับมารักษาซ้ำ มีอาการกำเริบ มีอาการของความผิดปกติทางอารมณ์และพยายามฆ่าตัวตาย ซึ่งมีหลายปัจจัยที่สัมพันธ์กับการพยากรณ์โรค ดังต่อไปนี้

การพยากรณ์โรคของผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ เริ่มป่วยในวัยผู้ใหญ่ มีปัจจัยกระตุ้นชัดเจน อาการ เกิดขึ้นเฉียบพลัน มีอาการด้านอารมณ์ร่วมด้วย (โดยเฉพาะอาการซึมเศร้า) การเข้าสังคมและหน้าที่การงานเดิมดีก่อนเกิดอาการ มีประวัติโรคอารมณ์แปรปรวนในครอบครัว ระดับสติปัญญาดี ไม่มีประวัติโรคจิตเภทในครอบครัว ได้รับการรักษาเร็วหลังป่วย สมรส และได้รับการดูแลช่วยเหลือดี (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558)

การพยากรณ์โรคไม่ดีของผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ เริ่มป่วยขณะวัยรุ่น ไม่พบปัจจัยกระตุ้น อาการเป็นแบบค่อยเป็นค่อยไป อารมณ์เรี่ยราด มีพฤติกรรมแยกตัว มีอาการทางลบ การเข้าสังคมและหน้าที่การงานไม่ดีก่อนเกิดอาการ สติปัญญาดำ มีประวัติโรคจิตเภทในครอบครัวป่วยมานานก่อนการรักษา โสด หย่า หรือเป็นหม้าย ไม่มีคนช่วยเหลือดูแล มีอาการและอาการแสดงทางระบบประสาท มีประวัติได้รับการกระทบกระเทือนก่อนหรือระหว่างคลอด และมีอาการของโรคกำเริบบ่อยครั้ง (สมภพ เรื่องตระกูล, 2557)

นอกจากนี้ มีรายงานอัตราการหายอยู่ในช่วงร้อยละ 10-60 และประมาณร้อยละ 20-30 ของผู้ป่วยจิตเภท สามารถที่จะกลับไปใช้ชีวิตตามปกติในบางครั้ง ประมาณร้อยละ 20-30 ของผู้ป่วยยังคงมีอาการในระดับปานกลาง และร้อยละ 40-60 ของผู้ป่วยยังคงมีความบกพร่องมาจากความผิดปกติ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558)

1.8 การรักษาผู้ป่วยจิตเภท

การศึกษาทางระบาดวิทยาในประเทศสหรัฐอเมริการายงานว่า มีเพียงร้อยละ 0.05 ของประชากรทั้งหมดที่ได้รับการรักษาสำหรับโรคจิตเภทในแต่ละปี และมีเพียงครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาทั้ง ๆ ที่มีความผิดปกติอย่างรุนแรง (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558) ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการรักษาแบบร่วมกันของการรักษาทั้งทางด้านชีวภาพ จิตใจ และสังคม โดยมีวิธีการรักษาต่าง ๆ ดังนี้

1. การรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล (hospitalization)

การรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาลมีข้อบ่งชี้เพื่อวัตถุประสงค์ ดังต่อไปนี้ 1) เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยจากความคิดและพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น 2) เพื่อการดูแลอย่างใกล้ชิด เช่น มีอาการข้างเคียงจากการใช้ยาอย่างรุนแรง 3) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาต่อเนื่องในกรณีผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานยา 4) เพื่อการวินิจฉัยในกรณีที่มีปัญหาในการวินิจฉัย 5) เพื่อรับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมหรือรุนแรงมาก และ 6) เพื่อให้การดูแลตามความต้องการพื้นฐานในกรณีที่ผู้ป่วยในกรณีนี้ผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองได้ เช่น อาหาร การแต่งกาย และที่พักอาศัย รวมทั้งเป็น

การช่วยลดความเครียดที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยและครอบครัวโดยการดูแลจากบุคลากรด้านจิตเวช ซึ่งมีระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาล 3-6 สัปดาห์

ผู้ป่วยจิตเภทที่ต้องเข้ารับไว้รักษาภายในโรงพยาบาล จะได้รับการรักษาในระยะเฉียบพลัน (acute phase) ส่วนในระยะที่มีอาการหลงเหลือจะได้รับการรักษาแบบระยะทำให้คงสภาพ (stabilization phase) และระยะอาการคงสภาพ (stable phase) (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุขนิชย์, 2558) ซึ่งการรักษาใช้วิธีผสมผสานทั้งการรักษาด้วยยา การรักษาด้วยไฟฟ้า และการรักษาด้วยจิตสังคม

1.1 การรักษาด้วยยา ยาต้านอาการทางจิตเป็นกลุ่มยาที่ใช้รักษาอาการโรคจิต (psychosis) ที่เกิดจากสาเหตุต่าง ๆ เช่น โรคจิตเภท โรคจิตหวาดระแวง โรคซึมเศร้าที่มีอาการทางจิตร่วมด้วยรวมทั้งอาการทางจิตเวชที่เกิดจากพยาธิสภาพทางกาย ยาต้านอาการทางจิตไม่ได้รักษาโรคแต่เป็นยาควบคุมอาการของโรคเท่านั้น คือช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นจนสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมและปรับตัวได้ดีขึ้น ส่วนใหญ่ยาทางจิตเวชในแต่ละกลุ่มมีประสิทธิภาพไม่แตกต่างกันนัก การเลือกใช้ยาควรคำนึงถึงประวัติการตอบสนองต่อการรักษาในอดีต ความเจ็บป่วยทางกาย ปฏิกริยากับยารักษาโรคอื่นที่ผู้ป่วยอาจได้รับอยู่ และฤทธิ์ข้างเคียงของยาต้านอาการทางจิตมีฤทธิ์ทางคลินิก 6 ประการ คือ ทำให้สงบลง (sedative) ลดอาการคลุ้มคลั่ง (anti manic) ลดอาการเพ้อฝัน (anti autistic) ต้านอาการทางจิต (antipsychotic) อาการบิดเบือนของกล้ามเนื้อ การเคลื่อนไหวผิดปกติ ความรู้สึกกระวนกระวาย (extrapyramidal Symptoms) และระบบประสาทอัตโนมัติทำงานผิดปกติทำให้ความดันโลหิตต่ำ (adrenolytic) การรักษาผู้ป่วยด้วยยาต้านอาการทางจิตในแต่ละระยะมีเป้าหมายหลักดังนี้ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2557)

1.1.1 ระยะเฉียบพลัน (acute phase) ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตรุนแรงหรือมีปัญหาที่ต้องดูแลอย่างใกล้ชิด เช่น ผู้ป่วยมีความเสี่ยงที่จะทำร้ายผู้อื่น ทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตายและไม่สามารถดูแลตนเองได้หรือพฤติกรรมไม่มีระเบียบแบบแผนอย่างมาก (Severe disorganization) เป้าหมายระยะนี้ เพื่อควบคุมอาการให้สงบลงโดยเร็ว มีการควบคุมเรื่องยาและการติดตามผลการรักษาด้วยยา ในระยะนี้จะคงขนาดยาที่พอเพียงเป็นเวลาอย่างน้อย 4-6 สัปดาห์

1.1.2 ระยะทำให้คงสภาพ (stabilization phase) เป้าหมายเพื่อการพิจารณาถึงขนาดของระดับยาที่ทำให้ผู้ป่วยอาการดีขึ้นควรให้ขนาดเท่ากันต่ออีก 6 เดือน

1.1.3 ระยะคงสภาพ (stable phase) การรักษาให้คงสภาพในระยะอาการคงสภาพ มีเป้าหมายหลัก คือ การป้องกันอาการกำเริบ ป้องกันการกลับเป็นซ้ำขนาดของยาจะลดลงในการลดยาทุกครั้ง ควรลดยาลงช้า ๆ ผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภทครั้งแรกเมื่อหายเป็นปกติแล้วควรให้ยาต่อไปอีก 12 - 24 เดือน ถ้าป่วยมากกว่า 1 ครั้ง ควรให้การรักษาแบบคงสภาพเป็นเวลาอย่างน้อย 5 ปี หรือตลอดชีวิต

1.2 การรักษาด้วยไฟฟ้า (electroconvulsive Therapy : ECT) เป็นการรักษาโดยให้กระแสไฟฟ้าขนาดต่ำจำนวนหนึ่งผ่านสมองบริเวณที่กำหนด เพื่อกระตุ้นให้เกิดอาการชักแบบทั้งตัว (generalized Seizure) การรักษาด้วยไฟฟ้าใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา โดยใช้ยาร่วมกับ ECT ซึ่งเป็นการรักษาผู้ป่วยในระยะเฉียบพลัน (acute phase) ซึ่งเชื่อว่ามีผลในการรักษาโดยไปทำให้เกิดสมดุลของระบบสื่อประสาทและมีฤทธิ์คล้ายยารักษาอาการชัก (anticonvulsant) การทำ ECT ซ้ำ ๆ ทำให้ผู้ป่วยมีความทนต่อการเกิดการชัก (seizure Threshold) สูงขึ้น นอกจากนี้ยังใช้กับผู้ป่วยที่มีความผิดปกติด้านการเคลื่อนไหว (catatonic) หรือผู้ป่วยที่ซึมเศร้าอย่างรุนแรง (severe Depression) มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง ส่วนใหญ่จะทำ ECT วันเว้นวัน ประมาณ 6-8 ครั้ง ผลข้างเคียงของการทำ ECT อาจพบหัวใจเต้นผิดปกติ อาการปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน และมีผลต่อระบบประสาทส่วนกลาง คือ ความจำเสื่อม งุนงง สับสน พบได้ในระยะ 1-2 ชั่วโมงหลังการรักษา หลังจากนั้นอาการจะหายไป แต่ในผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการหลงลืมซึ่งจะมากขึ้นตามจำนวนครั้งที่ทำ ECT เมื่อหยุดทำการรักษาอาการหลงลืมจะค่อยๆ ดีขึ้น และหายไประยะ 3-6 เดือน (สมภพ เรืองตระกูล, 2557)

1.3 การรักษาด้านจิตสังคม เป็นส่วนสำคัญของการรักษาเนื่องจากอาการของผู้ป่วยที่มักก่อให้เกิดปัญหาระหว่างผู้ป่วยกับสังคมรอบข้าง เช่น อาการทางลบที่ขาดความกระตือรือร้นหรือท้อแท้หมดกำลังใจ ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา จึงมีความจำเป็นต้องให้การรักษาด้านจิตสังคมซึ่งมีหลายวิธีควบคู่ไปกับการให้ยา (มานิช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558) ดังนี้

1.3.1 จิตบำบัด (psychotherapy) ใช้วิธีการจิตบำบัดชนิดประคับประคองหลักการ คือ ส่งเสริมให้กำลังใจ อธิบายให้ผู้ป่วยทราบแนวทางการรักษา และรับประทานยาครบตามกำหนด แนะนำแนวทางแก่ผู้ป่วยในการแก้ปัญหาทางจิตใจ และให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมดีขึ้น (สมภพ เรืองตระกูล, 2557) ผู้บำบัดควรตั้งเป้าหมายที่เป็นจริงและผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติได้ เช่น ช่วยผู้ป่วยในการหาวิธีแก้ปัญหาในแบบต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยพอทำได้ ให้คำแนะนำในฐานของผู้ที่มีความรู้มากกว่า ช่วยผู้ป่วยค้นหาปัญหาหรือสาเหตุของปัญหา เป็นต้น (มานิช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558)

1.3.2 การให้การแนะนำปรึกษาแก่ครอบครัว (family counseling or psycho-education) ผู้ปกครองส่วนหนึ่งเข้าใจว่าเพราะการเลี้ยงดูไม่ดีจึงทำให้ผู้ป่วยเป็นโรคจิตเกิดความรู้สึกผิด และกล่าวโทษตัวเอง นอกจากนี้บางครอบครัวมีการใช้อารมณ์ต่อกันสูงและอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยเป็นเวลานานซึ่งอาจเพิ่มความกดดันแก่ผู้ป่วย ในกรณีเช่นนี้การทำครอบครัวบำบัดหรือให้ความรู้ในเรื่องโรครวมทั้งสิ่งที่ญาติควรปฏิบัติต่อผู้ป่วยจะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวอยู่ร่วมกันได้ดียิ่งขึ้น

1.3.3 กลุ่มบำบัด (group Therapy) เป็นการจัดกิจกรรมกลุ่มระหว่างผู้ป่วย โดยส่งเสริมให้เกิดความรู้สึกว่ามีเพื่อน มีคนเข้าใจ ไม่โดดเดี่ยว มีการช่วยเหลือแก้ไขปัญหา และให้คำแนะนำ แก่กัน ฝึกทักษะทางสังคม (social Skills Training) เน้นการสนับสนุนให้กำลังใจ

1.3.4 การจัดกลุ่มกิจกรรม (activities and groups) เป็นการจัดให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในกิจกรรมกลุ่มที่เหมาะสมกับระดับความสามารถ ซึ่งจะช่วยลดอาการถอยหนีจากสังคม สร้างแรงจูงใจ ปรับพฤติกรรมที่ไม่ได้รับการยอมรับ ได้รับการประคับประคองจิตใจและข้อมูลย้อนกลับจากบุคลากรและเพื่อน และเพิ่มความเข้มแข็งในการเข้าสังคม กิจกรรมต่าง ๆ เช่น การวาดภาพ การอ่านโคลงกลอน นิตยสารหรือหนังสือพิมพ์ และการฟังเพลง เป็นต้น มุ่งเน้นให้มีการสนทนา ส่งเสริมการฟื้นฟูความคิด การแสดงออกทางอารมณ์และการทำให้เกิดการเห็นคุณค่าในตนเอง (Halter MJ, 2014 อ้างถึงใน ยาใจ สิทธิมงคล และ คณะ, 2558)

1.3.5 การบำบัดโดยการปรับความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavioral therapy) วิธีนี้นำมาใช้ของผู้ป่วยจิตเภท เพื่อที่จะทำให้การเบี่ยงเบนทางความคิดดีขึ้น ลดความไม่มีสมาธิ และทำการตัดสินใจที่ผิดพลาดให้ถูกต้อง มีรายงานว่า การใช้วิธีนี้ทำให้ผู้ป่วยบางคนจากความคิดหลงผิด และประสาทหลอน โดยทั่วไปผู้ป่วยที่จะได้รับประโยชน์จากวิธีนี้ควรมีการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยอยู่บ้าง (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุขนิษฐ์, 2558)

1.3.6 นิเวศน์บำบัด (milieu Therapy) เป็นการจัดสภาพแวดล้อมในโรงพยาบาลเพื่อช่วยส่งเสริมกระบวนการรักษา ประกอบด้วยการจัดกิจกรรมและสภาพแวดล้อมต่าง ๆ ภายในหอผู้ป่วยให้น่าอยู่ ระบบการบริหารเป็นแบบให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเป็นบางส่วน ผู้ป่วยต้องช่วยและทำกิจกรรมต่าง ๆ เท่าที่ทำได้เพื่อส่งเสริมให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเองของผู้ป่วย (สมภาพ เรื่องตระกูล, 2557) การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัดเป็นสิ่งที่มีความสำคัญของพยาบาลจิตเวชในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสามารถจัดให้ได้ทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีการทำหน้าที่ได้ดีในสิ่งแวดล้อมที่สงบและลดความตึงเครียด (Halter MJ, 2014 อ้างถึงใน ยาใจ สิทธิมงคล และคณะ, 2558)

1.9. การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท (เนาวรัตน์ สุขณะล้ำ, 2556)

1.9.1 การประเมินสภาพ (assessment) พยาบาลต้องให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในทุกหน่วย เช่น อาจเป็นแผนกผู้ป่วยนอก ที่บ้าน หรือในหอผู้ป่วยที่โรงพยาบาลต่าง ๆ ซึ่งการประเมินสภาพผู้ป่วยอาจต้องประเมินสภาพผู้ป่วยในสภาพที่มีประวัติพร้อม หรือ อาจต้องประเมินผู้ป่วยในขณะที่ไม่มีประวัติอะไรเลย ถึงจะมีแบบประเมินอยู่แล้ว แต่ในการประเมินผู้ป่วยยังจำเป็นที่พยาบาลจะต้องใช้การสัมภาษณ์และการสังเกตจากพฤติกรรมของผู้ป่วยโดยตรงด้วย

การประเมินสภาพ เริ่มจากการสัมภาษณ์โดยเน้นที่อาการและอาการแสดงระดับ ความรุนแรงของกระบวนการคิดที่ผิดปกติไป ความเสี่ยงที่จะทำร้ายตนเองของผู้ป่วยหรือความเสี่ยงที่

จะเป็นอันตรายต่อผู้อื่น และระบบการดูแลช่วยเหลือที่ผู้ป่วยได้รับในขณะนั้น พยาบาลอาจต้องสัมภาษณ์บุคคลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย เช่น เพื่อนหรือคนในครอบครัวที่ทราบข้อมูลของผู้ป่วยทั้งประวัติครอบครัว ประวัติการเจ็บป่วยของผู้ป่วย อาการและอาการแสดงครั้งล่าสุดที่ผู้ป่วยเข้าโรงพยาบาล หรือที่มีอาการกำเริบเวลาที่เกิดอาการครั้งแรกสุด และความคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายหรือการทำร้ายคนอื่นหรือพฤติกรรมรุนแรงที่เกิดขึ้นครั้งล่าสุด

1.9.1.1 การประเมินสภาวะอารมณ์และสภาวะของการคิด (mood and cognitive state) พยาบาลต้องประเมินอารมณ์ของผู้ป่วย (mood) รวมถึงอารมณ์ต่อสถานการณ์ใด ๆ (emotion) แรงจูงใจ (motivation) และทักษะสัมพันธภาพระหว่างบุคคล รวมถึงต้องพิจารณาถึงสภาพวัฒนธรรมดั้งเดิมของผู้ป่วยด้วย อาการและอาการแสดงผู้ป่วยที่ต้องให้ความสำคัญ ได้แก่

- 1) การแสดงความรู้สึกทางสีหน้าและท่าทาง
- 2) เนื้อหาของภาษาที่ใช้ หรือบทสนทนาเพื่อที่จะทำความเข้าใจ
- 3) การออกเสียงคำพูดหรือน้ำเสียง
- 4) มีความคิดว่าสิ่งทั่วไปมีความหมายเป็นพิเศษเสมอ (idea of reference)
- 5) การแสดงความรู้สึกออกมาไม่ตรงกับความเป็นจริง
- 6) มีอาการประสาทหลอน เช่น บอกว่ามีบางอย่างเกิดขึ้น อาจเป็นเสียง

หรือกลิ่นที่แตกต่างจากที่คนทั่วไปรับรู้ได้

โดยทั่วไปแล้วพยาบาลต้องสอบถามผู้ป่วยถึงความสามารถในการดำเนินชีวิตที่ผ่านมาว่า ผู้ป่วยมีศักยภาพมากน้อยเพียงใด ในการที่จะดูแลตนเองหรือการดำเนินชีวิตทั่วไปตามบริบทชีวิตของตัวผู้ป่วยเองในสภาพที่เป็นผู้ป่วยจิตเภทที่ต้องรับประทานยาที่บ้านในชุมชนที่ตนเองอาศัยอยู่ เพื่อเป็นการประเมินสภาพแวดล้อมที่แท้จริงของผู้ป่วยและศักยภาพที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้ในการดำเนินชีวิตต่อไป ซึ่งจะช่วยให้การวางแผนฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยมีความเฉพาะเจาะจงและตอบสนองปัญหาของผู้ป่วยมากที่สุด

อาการและอาการแสดงอื่น ๆ ที่ต้องประเมิน ได้แก่ การนอนหลับที่เปลี่ยนแปลงไป การพูดบ่นถึงอาการเจ็บป่วยทางกายและการแยกตัวจากสังคม ตามถึงสาเหตุการเจ็บป่วยล่าสุดของผู้ป่วยด้วยว่า สิ่งใดเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบซ้ำในครั้งนี้อันตรายที่สุดและอาการนำที่เกิดขึ้นก่อนที่ผู้ป่วยจะเกิดอาการและอาการแสดงของโรค ซึ่งอาจเป็นการนอนหลับที่เปลี่ยนแปลง อารมณ์ที่เปลี่ยนแปลง อาการอยากอาหารลดลงหรือการบ่นถึงอาการทางกาย เช่น ปวดศีรษะ ความรู้สึกปวดไม่สบายหรือท้องผูก เป็นต้น การกลับเป็นซ้ำจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการแยกตัว ต่อต้านการรักษา และก่อให้เกิดอาการทางจิตมากขึ้น

1.9.1.2 การประเมินความเสี่ยงที่จะเกิดพฤติกรรมรุนแรง (potential for violence) ผู้ป่วยจิตเภทบางรายมีพฤติกรรมรุนแรงได้ ซึ่งอาจเป็นทั้งการทำร้ายคนอื่นและทำร้าย

ตนเอง ซึ่งพยาบาลจะต้องประเมินความเสี่ยงของการเกิดพฤติกรรมรุนแรงด้วย โดยต้องสอบถามเกี่ยวกับสิ่งต่อไปนี้

1. ประวัติพฤติกรรมรุนแรงหรือประวัติการทำร้ายตนเอง
2. ระดับความรุนแรงของการแยกตัวจากสังคม
3. ความรู้สึกหวาดระแวงว่าจะมีคนมาทำร้ายหรือมีคนมาคอยควบคุมตนเอง
4. อาการหูแว่วที่เป็นเสียงบอกให้แสดงพฤติกรรมรุนแรง
5. ประวัติการใช้สารเสพติด
6. ประวัติการไม่รับประทานยา
7. ความรู้สึกโกรธ ความระแวงหรือความรู้สึกไม่เป็นมิตร

พยาบาลจะต้องส่งต่อข้อมูลให้ทีมสุขภาพ ตระหนักถึงความเสี่ยงในการเกิดพฤติกรรมรุนแรง รวมถึงป้องกันอันตรายที่จะเกิดกับผู้ป่วยและบุคคลอื่น ๆ ด้วย

1.9.1.3 การประเมินการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วย (social support) ในการประเมินด้านการสนับสนุนทางสังคม พยาบาลจะต้องประเมินให้ครอบคลุมว่า ผู้ป่วยมีบทบาทอย่างไรในชุมชน และชุมชนที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่มีแหล่งสนับสนุนทางสังคมอย่างไรบ้าง มีหน่วยบริการทางสุขภาพใดบ้างในชุมชนที่ผู้ป่วยจะสามารถเข้าถึงได้ มีแหล่งช่วยเหลือทางสังคมอื่น ๆ อย่าวาง ในชุมชนที่มีอยู่และจะเอื้อประโยชน์กับการดำรงชีวิตของผู้ป่วยได้ เพราะการดูแลช่วยเหลือจากครอบครัวและชุมชนจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความหวังในการดำเนินชีวิตและเกิดแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพของตน ดังนั้น การที่พยาบาลประเมินได้ว่า บุคคลใดบ้างที่มีความสำคัญต่อผู้ป่วย จะทำให้สามารถวางแผนการให้ความรู้และแนวทางการรักษาต่าง ๆ ได้ ซึ่งการสนับสนุนทางสังคม เป็นเสมือนด่านป้องกันผลกระทบจากความเครียดในการที่จะแปลความหมายสถานการณ์ต่าง ๆ ในทางลบให้น้อยลง (Bengtsson -Tops A, Hansson L., 2001 อ้างถึงใน ขวัญสุดา บุญทศ, อมรรัตน์ ศรีคำสุข ไซโตะ, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, 2554)

1.9.1.4 การประเมินความรู้ของผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับโรคจิตเภท การรักษา โอกาสการกลับเป็นซ้ำเป็นสิ่งที่จำเป็นมากเพราะจากผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับประเด็นต่าง ๆ เหล่านี้แล้ว จะทำให้ช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามแนวทางให้ยา รวมถึงแนวทางการรักษาอื่น ๆ ได้ดีขึ้นด้วย เพราะผู้ป่วยจะได้ทราบถึงการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่เกิดขึ้นในผู้ป่วย อาการแสดงที่บอกว่าผู้ป่วยจะกลับเป็นซ้ำ บทบาทของครอบครัวในการรักษาผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยและญาติจะไม่ได้เน้นความรู้เฉพาะที่เกี่ยวกับโรคเท่านั้น แต่จะต้องมีความรู้เกี่ยวกับญาติควรจะได้รับ วัตถุประสงค์ของการดูแลและความช่วยเหลือหรือบริการจากชุมชนที่ผู้ป่วยและญาติควรจะได้รับ

ได้รับ ซึ่งการที่ประเมินความรู้ในส่วนนี้ จะทำให้พยาบาลสามารถให้ความรู้ที่ถูกต้อง เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติได้รับการบริการต่าง ๆ อย่างเหมาะสมต่อไป

1.9.2 การวินิจฉัยทางการพยาบาล (nursing diagnosis) แนวทางการวินิจฉัยทางการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทตามแนวทางสมาคมพยาบาลอเมริกาเหนือ (NANDA-1, 2007 อ้างถึงใน เนาวรัตน์ สุขณะล้ำ, 2556) มีดังนี้

1.9.2.1 ความผิดปกติ (disturbed Thought Process) เนื่องจากขาดความไม่สมดุลของสารชีวเคมี ซึ่งข้อมูลสนับสนุน ได้แก่ อาการแสดงถึงความหวาดระแวง การขาดสมาธิหรือขาดความสนใจใน สิ่งต่าง ๆ การที่ไม่สามารถเรียบเรียงความคิดได้ การตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นไม่เหมาะสมและความคิดไม่อยู่ในพื้นฐานของความจริงโดยทั่วไป

1.9.2.2 การรับรู้ผิดปกติ (disturbed sensory perception) เนื่องจากความไม่สมดุลของสารเคมี ข้อมูลสนับสนุน ได้แก่ หูแว่ว เห็นภาพหลอน

1.9.2.3 เสี่ยงต่อการเป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น (risk for other-directed or self-directed violence) เนื่องจากมีภาวะหลงผิด มีหูแว่วสั่งให้ทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น หรือภาวะตื่นตระหนก ข้อมูลสนับสนุน ได้แก่ มีพฤติกรรมก้าวร้าวอย่างชัดเจน แสดงท่าทางก้าวร้าวหรือคุกคาม โดยสังเกตจากลักษณะท่าทางการเดินหรือจ้องหวั่นก้าวเดิน ความคิดจะฆ่าตัวตายหรือการวางแผนการฆ่าตัวตาย

1.9.2.4 การแยกตัวจากสังคม (social Isolation) เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงสภาพจิตและขาดความสามารถในการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ข้อมูลสนับสนุน ได้แก่ อาการเศร้า เฉยเมย ขาดการดูแลจากญาติหรือบุคคลสำคัญของผู้ป่วย แยกตัวไม่มีการติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่น ขาดทักษะในการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น

1.9.2.5 ปฏิเสธการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องตามแผนการรักษา (non compliance with medication) เนื่องจากความเชื่อทางสุขภาพและขาดแรงจูงใจ ข้อมูลสนับสนุน ประวัติการขาดยา ประวัติ การมารับยาที่ไม่ต่อเนื่อง

1.9.2.6 ทักษะการเผชิญปัญหาขาดประสิทธิภาพ (ineffective problem) เนื่องจากกระบวนการทางความคิดผิดปกติ ข้อมูลสนับสนุน ขาดความสามารถในการดูแลตนเองตามความจำเป็นพื้นฐาน

1.9.2.7 ขาดความต่อเนื่องในกระบวนการของครอบครัว (interrupt family processes) เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพของสมาชิกครอบครัวและมีภาวะวิกฤติในครอบครัว ข้อมูลสนับสนุน มีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนของครอบครัวหรือมีการเปลี่ยนแปลงพิธีการหรือพิธีกรรมที่สำคัญของครอบครัว

1.9.2.8 เสี่ยงต่อการบริหารจัดการเกี่ยวกับแนวทางการบำบัดของครอบครัวที่ขาดประสิทธิภาพ (risk for ineffective family management of therapeutic regimen) เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจและความยุ่งยากซับซ้อนของความต้องการการดูแลของผู้ป่วย

1.9.3 วัตถุประสงค์การพยาบาลและแผนการพยาบาล (outcome and planning)

การวางแผนการบำบัดรักษาของผู้ป่วยจิตเภทต้องเป็นการวางแผนร่วมกันระหว่างทีมสุขภาพจิต ผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งแผนการพยาบาลต้องมีความเหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยแต่ละคน เนื่องจากผู้ป่วยมีบริบทที่แตกต่างกัน ทั้งความสามารถ ความต้องการและข้อจำกัดต่าง ๆ ก็แตกต่างกัน ถึงแม้ว่าจะมีแนวทางที่เป็นมาตรฐานของแผนการพยาบาลที่เฉพาะโรคจิตเภท แต่ของผู้ป่วยจิตเภทแต่ละคนย่อมมีความแตกต่างกันทั้งตัวผู้ป่วยและครอบครัว

วัตถุประสงค์สำคัญในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีดังนี้

- 1) เพื่อปรับเปลี่ยนความคิดที่ผิดปกติ
- 2) เพื่อควบคุมหรือเฝ้าระวังพฤติกรรมรุนแรง
- 3) เพื่อฝึกทักษะทางสังคม
- 4) เพื่อส่งเสริมทักษะการเผชิญปัญหาของครอบครัว

1.9.4 การปฏิบัติการพยาบาล (implement)

การวางแผนปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยจิตเภท ต้องเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับสัมพันธภาพเชิงวิชาชีพ ซึ่งพยาบาลผู้ให้การดูแลผู้ป่วยต้องมีความตรงไปตรงมา มีความหวังว่าจะดูแลผู้ป่วยให้หายได้หรือดีขึ้นได้ ยอมรับผู้ป่วยได้โดยไม่มีเงื่อนไข ให้ความเคารพในคุณค่าและศักดิ์ศรีของผู้ป่วย ในการดูแลผู้ป่วยต้องคำนึงถึงศักยภาพและบริบทของผู้ป่วยแต่ละคนด้วย พยาบาลจะต้องแสดงถึงการยอมรับพฤติกรรมต่าง ๆ ของผู้ป่วยโดยไม่ตัดสิน ถึงแม้บางครั้งพฤติกรรมของผู้ป่วยอาจทำให้พยาบาลไม่พอใจหรือโกรธ แต่พยาบาลต้องยอมรับว่า นั่นคือ อาการป่วยทางจิตของผู้ป่วย การจะประสบผลสำเร็จหรือล้มเหลวในการให้การพยาบาลขึ้นอยู่กับความไว้วางใจในสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย และการยอมรับผู้ป่วยอย่างไม่มีเงื่อนไขของพยาบาล กิจกรรมการพยาบาลที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาความผิดปกติของความคิดที่สำคัญ มีดังนี้

1. การฟังอย่างใส่ใจ
2. การลดความวิตกกังวล
3. การสร้างสัมพันธ์ที่ซับซ้อน
4. การจัดการภาวะหลงผิด
5. การจัดการพลังงาน
6. การจัดการสิ่งแวดล้อม
7. การป้องกันพฤติกรรมรุนแรง

8. การสร้างเสริมความเข้มแข็งของครอบครัว
9. การสร้างความสัมพันธ์ในครอบครัว
10. การจัดการการรับรู้ที่ผิดปกติ
11. การส่งเสริมการดูแลกิจวัตรประจำวันผู้ป่วยเอง
12. ส่งเสริมสัมพันธภาพในสังคมให้เพิ่มขึ้น

1.9.5 การประเมินผลการพยาบาล (nursing evaluation)

แนวทางการประเมินผลทางพยาบาลในผู้ป่วยจิตเภทจะให้ความสำคัญที่ความเฉพาะเจาะจงในผู้ป่วยแต่ละราย เนื่องจากการประเมินผลจะขึ้นอยู่กับสภาพของผู้ป่วยและครอบครัวของผู้ป่วยเป็นปัจจัยสำคัญ ซึ่งถ้าหากผู้ป่วยและครอบครัวรับรู้ถึงความสะดวก ปลอดภัย และมีความพึงพอใจในคุณภาพชีวิตของพวกเขาแล้ว ให้ถือได้ว่า การพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่ให้ไปบรรลุผล (Sheila & Videbeck, 2001)

มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท (ชมรมเครือข่ายพยาบาลจิตเวช กรมสุขภาพจิต, 2553)

มาตรฐานที่ 1 ผู้ป่วยปลอดภัยจากความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนทางการพยาบาลที่ป้องกันได้
เกณฑ์เชิงผลลัพธ์

1. ผู้ป่วยปลอดภัยจากการได้รับอันตรายต่อตนเอง/ผู้อื่น/สิ่งแวดล้อมและอุบัติเหตุ
2. ผู้ป่วยไม่ได้รับอันตรายจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา
3. ผู้ป่วยไม่ได้รับอันตรายจากการผูกมัด
4. ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาด้วยไฟฟ้า
5. ผู้ป่วยไม่หลบหนี (ให้ความร่วมมือในการอยู่รักษาในโรงพยาบาล)

ตัวชี้วัด

1. จำนวนอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อน (ตามผลลัพธ์ 5 ข้อ)
2. สร้างสัมพันธภาพเพื่อความไว้วางใจ ให้ความร่วมมือในการรักษา ให้ข้อมูลตามแนวทางหรือคู่มือการสอน แนะนำ ให้คำปรึกษา (ตามผลลัพธ์ 5 ข้อ)
3. จำกัดพฤติกรรมเพื่อการรักษาพยาบาลในกรณีผู้ป่วยก้าวร้าวเป็นอันตราย ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผูกมัด
4. จัดสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันอันตรายและความเสี่ยงที่สามารถป้องกันได้
5. ให้การพยาบาลผู้ป่วยรักษาด้วยไฟฟ้า ในกรณีแพทย์สั่งการรักษา
6. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษา

มาตรฐานที่ 2 การบรรเทาทุกข์ทรมานของผู้ใช้บริการ

เกณฑ์เชิงผลลัพธ์

1. ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองความต้องการพื้นฐานด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ
2. ผู้ป่วยรับรู้และสามารถจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาความทุกข์ทรมานได้ตามศักยภาพ
3. ญาติมีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถจัดการความเครียดของตนเองได้อย่างเหมาะสม

1. ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ
2. ผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพร่างกายปกติ
3. ผู้ป่วยสามารถจัดการภาวะทางคลินิกได้อย่างเหมาะสม
4. ผู้ป่วยร่วมมือในการทำกิจกรรม
5. ผู้ป่วยบอกเล่าและดำเนินบทบาทในการปฏิบัติตนได้อย่างเหมาะสม
6. ญาติสามารถบอกวิธีการจัดการกับความเครียดได้ และระดับความเครียดลดลง

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินและระบุปัญหา ความต้องการทางร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณเพื่อวางแผนการพยาบาล
2. ให้การบำบัดทางจิตโดยสนทนาเพื่อการบำบัด (therapeutic relationship) จิตบำบัดรายบุคคล (individual psychotherapy)
3. ให้การบำบัดครอบครัวโดยการให้คำปรึกษาครอบครัว (family counseling) ครอบครัวบำบัด (family therapy) รวมทั้งการจัดการความเครียดของญาติ
4. สอนและฝึกทักษะการจัดการกับอาการทางจิตที่เป็นปัญหาและก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน (symptoms management) แก่ผู้ป่วยและญาติ เช่น การจัดการกับอาการหิวแหว่ ภาพหลอน ฤทธิ์ข้างเคียงของยา เป็นต้น
5. จัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด (milieu therapy) เพื่อส่งเสริมการรู้จักสิ่งแวดล้อม บุคคลตามความเป็นจริงและป้องกันผลกระทบจากอาการทางคลินิก

มาตรฐานที่ 3 ผู้ใช้บริการมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการรักษาพยาบาล

เกณฑ์เชิงผลลัพธ์

1. ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการรักษาพยาบาล
2. ญาติมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการรักษาพยาบาล

ตัวชี้วัด

1. ผู้ป่วยบอกเกี่ยวกับโรคที่เป็น ยาที่ใช้รักษา และการปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง

2. ญาติบอกเกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยเป็น ยาที่ใช้รักษา อาการเตือนที่อาจนำไปสู่การป่วยซ้ำและวิธีการดูแลผู้ป่วยได้

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความรู้ ความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับโรค อาการ การจัดการกับอาการ การรักษาและการดูแลตนเอง

2. สอนสุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับโรค อาการ การจัดการกับอาการ การรักษาและการดูแลตนเอง ตามปัญหาและความพร้อมของผู้ป่วยแต่ละราย

3. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนทางสังคมและเครือข่ายแหล่งสุขภาพในชุมชนเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยในพื้นที่ เพื่อเป็นแนวทางในการขอความช่วยเหลือการดูแลผู้ป่วยในชุมชน

มาตรฐานที่ 4 ความสามารถในการดูแลตนเอง

เกณฑ์เชิงผลลัพธ์

1. ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง
2. ผู้ป่วยสามารถสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลในครอบครัวและในชุมชนได้
3. ผู้ป่วยสามารถทำหน้าที่ตามบทบาทของตนเองในครอบครัวและสังคม
4. ผู้ป่วยหรือญาติมีทักษะในการดูแลผู้ป่วยในส่วนที่บกพร่องตัวชีวิต

1. คะแนนความสามารถในการฝึกทักษะชีวิตคงเดิมหรือเพิ่มขึ้น

2. ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัว หรือชุมชนได้ตามศักยภาพ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสมรรถภาพในการดำรงชีวิต 6 ทักษะ ได้แก่ ทักษะการดูแลตนเอง ทักษะการใช้ชีวิตที่บ้าน ทักษะการนอนหลับพักผ่อน ทักษะทางสังคม ทักษะการใช้ชีวิตในชุมชนและทักษะการทำงานอาชีพ

2. วางแผนและให้การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยตามทักษะที่พร่อง

3. ประเมินและวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเนื่องในชุมชน

4. เตรียมผู้ป่วยและหรือครอบครัว เพื่อกลับสู่ครอบครัวและชุมชน

5. เตรียมประสานเครือข่ายเพื่อการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในชุมชน

มาตรฐานที่ 5 ความพึงพอใจของผู้รับบริการ

เกณฑ์เชิงผลลัพธ์

1. ผู้ใช้บริการมีความพึงพอใจต่อบริการพยาบาล

ตัวชี้วัด

1. อัตราความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ให้การพยาบาลด้วยความเอาใจใส่โดยการให้การดูแลผู้ป่วยอย่างเต็มความสามารถด้วยความระมัดระวัง ค้นหาและป้องกันความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย นำข้อมูลมาประเมินและวางแผนแก้ปัญหาครบถ้วน เผื่อระวังการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดและตอบสนองอย่างเหมาะสม
2. เคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ให้บริการผู้ป่วยเท่าเทียมกัน ไม่เลือกปฏิบัติ เนื่องจากความแตกต่างด้านฐานะ เชื้อชาติ สัญชาติ ลัทธิการเมือง เพศ อายุ และลักษณะของความเจ็บป่วย
3. ให้การพยาบาลด้วยการสำนึกในคุณค่าของผู้ใช้บริการ ให้การยอมรับ ไม่แสดงท่าทีคุกคามหรือตำหนิ เสริมสร้างกำลังใจ โดยเน้นให้ผู้ใช้บริการรับรู้ถึงคุณค่าและความสามารถของตนเอง
4. จัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัดโดยเน้นให้ผู้ใช้บริการรับรู้ถึงคุณค่าและความสามารถของตนเอง
5. สื่อสารเพื่อการบำบัดโดยใช้ทักษะในการติดต่อสื่อสารโน้มน้าวใจกับผู้ป่วยและญาติในการอธิบายเกี่ยวกับโรค ขั้นตอนการตรวจรักษาและการพยาบาลตามความเหมาะสมและความจำเป็น
6. สำรวจความต้องการของผู้ใช้บริการ โดยรับฟังข้อร้องเรียน ข้อคิดเห็น การสอบถามความต้องการเพื่อตอบสนองความต้องการอย่างเหมาะสมและพัฒนางานให้ดีขึ้น
7. ให้การพยาบาลโดยเคารพสิทธิของผู้ป่วย ตามสิทธิพื้นฐานที่ผู้ป่วยพึงได้รับ
8. ให้ข้อมูลที่จำเป็นเพื่อการตัดสินใจในการใช้บริการของผู้ป่วยและญาติ โดยให้ข้อมูลอย่างเพียงพอและชัดเจนตรงความเหมาะสม เพื่อให้สามารถตัดสินใจในการใช้บริการและไม่เป็นการละเมิดสิทธิส่วนบุคคล
9. ให้การพยาบาลอย่างต่อเนื่องขณะอยู่ในโรงพยาบาล โดยการส่งต่อปัญหาให้เวรต่อไป
10. เตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและญาติให้พร้อมในการจัดการปัญหาของตนเองเมื่อกลับสู่ชุมชน
11. แนะนำแหล่งบริการสาธารณสุขใกล้บ้านและแหล่งสนับสนุนทางสังคม

2. อาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภท

2.1 ความหมายเกี่ยวกับอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภท

อาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภท มีหลายท่านได้ให้ความหมายไว้ ดังนี้

Jachson (1985) กล่าวว่า อาการทางบวก คือ ความผิดปกติของการทำหน้าที่ของจิตใจ ที่มากเกินไป เช่น อาการหลงผิด หูแว่ว ประสาทหลอน การพูดหรือมีพฤติกรรมแบบ disorganize

Kay SR., Fiszbien A. and Opler A. (1987) กล่าวว่า อาการทางบวก คือ อาการหลงผิด อาการประสาทหลอน อาการตื่นเต้นกระวนกระวาย ความคิดว่าตนมีความสามารถเกินจริง ความคิดสับสน ความรู้สึกว่ามีคนมุ่งร้ายและความรู้สึกไม่เป็นมิตร

พิเชษฐ อุดมรัตน์ และ สรยุทธ วาสิกานนท์ (2552) กล่าวว่า อาการทางบวก คือ อาการของโรคจิตเภท ประกอบด้วย อาการประสาทหลอน หลงผิด และมีพฤติกรรมแปลกประหลาด มีการแสดงอารมณ์ไม่สัมพันธ์กับเหตุการณ์หรือสถานการณ์ มักใช้วิธีการเผชิญกับความเครียดแบบมุ่งใช้อารมณ์ และแสดงความโกรธออกมาอย่างรุนแรงทั้งที่มีปัญหาหรือข้อถกเถียงเพียงเล็กน้อย

พิมพ์ชนา ศิริเหมอนันต์, อัจฉราพร สีหิรัญวงศ์, และอทิตยา พรชัยเกตุ โอบ ยอง (2555) กล่าวว่า อาการทางบวก คือ ความผิดปกติด้านเนื้อหาของความคิดและการเชื่อมโยงความคิดร่วมกับความผิดปกติของการรับรู้ ซึ่งมีอยู่หลายอาการด้วยกัน แต่ที่พบมากที่สุดและมีอาการเด่นชัด คือ อาการหลงผิด (delusion) และประสาทหลอนทางหูหรือหูแว่ว (auditory hallucination)

ศิริพรรณ ธนันชัย (2558) กล่าวว่า อาการทางบวก คือ อาการที่ผู้ป่วยแสดงออกในด้านความผิดปกติของ ความคิด การสื่อสาร การรับรู้และพฤติกรรม ตามลักษณะอาการแบ่งออกเป็น 2 ด้านใหญ่ คือ อาการหลงผิดและอาการประสาทหลอน (psychotic dimension) และการพูดไม่เป็นเหตุเป็นผล ไม่ปะติดปะต่อ การแสดงออกทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมหรือมีพฤติกรรมแปลกประหลาด (disorganize dimension)

โดยสรุป อาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง ความผิดปกติของการทำหน้าที่ของจิตใจที่มากเกินไป ส่งผลให้เกิดความผิดปกติด้านเนื้อหาของความคิดเชื่อมโยงร่วมกับความผิดปกติของการรับรู้ โดยมีอาการเด่นชัด คือ อาการหลงผิด และอาการหูแว่ว และมีพฤติกรรมแปลกประหลาด มักใช้การเผชิญความเครียดแบบใช้อารมณ์และแสดงพฤติกรรมออกมาด้วยความโกรธอย่างรุนแรงจนส่งผลกระทบต่อตนเองและบุคคลรอบข้าง

2.2 ลักษณะของอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภท

อาการทางบวก (positive symptoms) ประกอบด้วย

2.1.1 อาการหลงผิด (delusion) เป็นความเชื่อที่ฝังแน่น (fixed belief) ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ แม้จะมีเหตุผลหลักฐานมาแย้ง ชนิดที่พบบ่อยในโรคจิตเภท ได้แก่ หลงผิดว่าตนเองถูกปองร้ายหรือกลั่นแกล้ง (persecutory delusion) หลงผิดว่าพฤติกรรมหรือคำพูดของคนอื่นหรือ

เรื่องต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นรอบ ๆ ตัวเกี่ยวข้องกับตนเอง (delusion of reference) หลงผิดว่ามีความเจ็บป่วยทางร่างกาย (somatic delusion) หลงผิดว่าตนเองมีอำนาจ มีความสามารถพิเศษหรือเป็นบุคคลสำคัญ (grandiose delusion) หลงผิดว่ามีคนมาหลงรักตน (erotomanic delusion) คิดว่ามีอำนาจบางอย่างจากภายนอกสามารถควบคุมความรู้สึกความคิดและการกระทำของตนเอง (delusion of being controlled) เป็นต้น (สมภพ เรื่องตระกูล, 2557)

2.2.2 อาการประสาทหลอน (hallucination) เป็นการรับรู้โดยปราศจากสิ่งเร้าภายนอก ชนิดที่พบบ่อย คือ อาการประสาทหลอนทางการได้ยิน หรืออาการหูแว่ว (auditory hallucination) โดยผู้ป่วยอาจจะได้ยินเสียงคนพูดกันเรื่องของผู้ป่วย (voice discussing) และเสียงวิจารณ์การดำเนินชีวิตหรือพฤติกรรมของผู้ป่วย (voice commenting) โดยเสียงที่ได้ยินจะเป็นเรื่องราวที่ชัดเจน อาจเป็นเสียงที่ทำให้ผู้ป่วยถูกคุกคาม หยาบคาย ต่อว่าหรือดูถูกผู้ป่วย เป็นเสียงที่มาจากร่างกายในร่างกายตนเอง เช่น สมอ่ง หัวใจ หรือภายนอกร่างกายตนเอง เช่น หลังกาบ้าน พัดลมดวงดาว เป็นเสียงของผู้ชาย ผู้หญิง มนุษย์ต่างดาวหรืออาจไม่สามารถระบุได้ อาจเป็นเสียงของคนที่รู้จักหรือที่ไม่รู้จักกับผู้ป่วย และอาจได้ยินเพียงหนึ่งหรือมากกว่าหนึ่งเสียง อาการประสาทหลอนชนิดที่มักพบรองลงมา คือ อาการประสาทหลอนทางการมองเห็น หรือเห็นภาพหลอน (visual hallucination) เช่น เห็นภาพคน ผี หรือสิ่งของ เป็นต้น ส่วนอาการประสาทหลอนทางการสัมผัสทางร่างกาย (tactile hallucination) การได้กลิ่น (olfactory hallucination) และการรับรส (gustatory hallucination) พบได้น้อย ซึ่งอาการประสาทหลอนต้องแยกออกจากการรับรู้ที่ผิดปกติที่ผู้ป่วยแปลสิ่งเร้าภายนอกภายนอกผิดไปจากความเป็นจริง (illusion) เช่น เห็นเชือกเป็นงู เห็นเสื้อกันหนาวที่ห้อยไว้กับที่แขวนเป็นหมี

2.3.3 ความผิดปกติของความคิด (disorganized thinking) ผู้ป่วยไม่สามารถรวบรวมความคิดให้เป็นไปในแนวทางเดียวกันได้ตลอดและแสดงออกทางคำพูด (disorganized speech) โดยต้องเป็นมากไม่สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น การมีความคิดไม่ต่อเนื่อง พูดเปลี่ยนจากเรื่องหนึ่งไปเป็นอีกเรื่องหนึ่งโดยขาดความเชื่อมโยงกัน หรืออาจเกี่ยวข้องกันเพียงเล็กน้อย (loose association) ไม่สามารถลำดับความคิดตามขั้นตอนเหตุการณ์ หากเป็นการพูดจะสับสนจนทำให้ไม่เข้าใจว่าผู้ป่วยต้องการที่จะสื่อสารอะไรหรือพูดไม่รู้เรื่อง (incoherence speech) ทำให้ผู้อื่นไม่เข้าใจและไม่อยากพูดคุยกับผู้ป่วย

2.4.5 ความผิดปกติของพฤติกรรม (grossly disorganized or abnormal disorganized behavior) เป็นพฤติกรรมที่ไม่สมเหตุผล ไม่มีจุดมุ่งหมาย เช่น สวมเสื้อหลายตัวทั้ง ๆ ที่อากาศร้อน หัวเราะโดยไม่มีเหตุผล ร้องเอะอะโวยวาย นอกจากนี้ ยังมีอาการแบบ catatonic behavior คือ ผู้ป่วยมีอาการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมลดลงชัดเจน เช่น อยู่นิ่ง ๆ ไม่เคลื่อนไหว

(catatonic stupor) หรือเคลื่อนไหวมากมีพฤติกรรมวุ่นวายอย่างคาดเดาไม่ได้ (catatonic excitement)

2.3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภท

ปัจจัยของการเกิดอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภท ปัจจุบันพบว่ายังไม่สามารถหาข้อสรุปถึงสาเหตุของอาการป่วยด้วยโรคจิตเภทที่ชัดเจนแต่การศึกษาที่ผ่านมาได้มีผู้พยายามศึกษาถึงสาเหตุการป่วยด้วยโรคจิตเภทไว้หลากหลาย และสาเหตุที่ได้รับการยอมรับกันมาก ได้แก่

2.3.1 ปัจจัยทางด้านชีวภาพ เชื่อว่า เกิดจากสารสื่อประสาทโดปามีนที่หลังมากผิดปกติใน mesolimbic tract และน้อยเกินไปที่ mesocortica ซึ่งอาการทางบวกของโรคจิตเภทมีสาเหตุจากการทำงานมากเกินไป (over activity) ของ mesolimbic dopaminergic pathways และการยับยั้งการดูดกลับของ post-synaptic D2receptor ซึ่งสารสื่อประสาทเหล่านี้จะช่วยลดอาการทางบวกลงได้

2.3.2 ปัจจัยทางด้านจิตใจ

มีทฤษฎีหลายทฤษฎีได้อธิบาย ปัจจัยของการเกิดอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภท ดังนี้ ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (psychoanalytic theories) Sigmund Freud ตั้งข้อสันนิษฐานว่า อาการต่างๆ ของโรคจิตเภทมีความหมายสำหรับผู้ป่วย ความรู้สึกเป็นปมด้อยถูกแทนที่ด้วยความหลงผิดที่คิดว่าตนเป็นบุคคลสำคัญ มีอำนาจมาก ภาวะประสาทหลอนอาจแทนที่ความสามารถของผู้ป่วยที่จะจัดการกับความจริงอย่างเป็นรูปธรรม และอาจจะแสดงถึงความปรารถนาภายในหรือความกลัว ส่วนความคิดหลงผิดเป็นการถดถอย การพยายามกลับสู่สภาพปกติที่จะสร้างสรรค์ความเป็นจริงขึ้นมาใหม่ หรือเป็นการแสดงออกของความกลัวหรือแรงผลักดันที่เก็บซ่อนไว้ (Sadock & Sadock, 2015)

ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (interpersonal theories) Harry Stack Sullivan มีมุมมองเกี่ยวกับโรคจิตเภทว่า เป็นความแปรปรวนของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ความวิตกกังวลอย่างมากของผู้ป่วย ทำให้เกิดความรู้สึกของการไม่มีความสัมพันธ์กับผู้อื่นและถูกเปลี่ยนเป็นความเปียงเบน แหล่งที่มาของความวิตกกังวลเป็นผลจากการสะสมของประสบการณ์ซึ่งบอบช้ำทางจิตใจในช่วงพัฒนาการ (Sadock & Sadock, 2015)

แนวคิดของ stress-diathesis model เชื่อว่า ผู้ป่วยมีแนวโน้มหรือจุดอ่อนบางอย่างอยู่แล้ว เมื่อพบกับสภาวะกดดันบางประการทำให้เกิดอาการทางบวกของโรคจิตเภทขึ้นมา เช่น ความเครียด เป็นปัจจัยกระตุ้นทำให้เกิดอาการทางบวกได้ง่ายขึ้น (สมภพ เรื่องตระกูล, 2553) การที่ผู้ป่วยไม่สามารถสังเกตอาการนำก่อนจะมีอาการทางบวกกำเริบรวมถึงไม่สามารถจัดการกับอาการทางบวกได้ ส่งผลให้อาการทางบวกกำเริบรุนแรง (Hayward et al., 1995; Kaplan & Saddock, 2000) ขาดทักษะการจัดการกับอาการทางบวกที่เป็นปัญหาต่อการใช้ชีวิตและการปรับตัว

ทางสังคม (Erol et al., 2009) ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่าย ไม่มีกำลังใจในการจัดการอาการทางบวกที่เกิดขึ้น (Barry, 2011) การขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยเรื้อรัง โรคจิตเภทและการรักษาด้วยยา ขาดการรักษาที่ต่อเนื่อง (Gray, Wykes & Gournay, 2002)

2.3.3 ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม การไม่มีอาชีพเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลถึงการปรับตัวเพื่อกลับสู่สังคมของผู้ป่วย (Melle I., Friis S., Hauff E., & Vaglum P., 2000) ผู้ป่วยจิตเภทเมื่อเกิดความเครียดมักจะสื่อสารกับบุคคลอื่นไม่เข้าใจ หรือมีอาการพูดคนเดียว ระวังคนแปลกหน้า แยกตัวเองออกจากสังคม ขาดความอดทน ไม่มีสมาธิพอที่จะทำงานหรือประกอบอาชีพได้ (สุจรรยา โลหาชีวะ, 2561) ถูกตีตราว่าเป็นบุคคลไร้ความสามารถ ส่งผลให้เกิดการปฏิเสธการจ้างงาน ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไร้ค่า หดพลัง (Marwaha & Johnson, 2004)

สรุปปัจจัยที่ส่งผลต่ออาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทพบว่า แนวคิดของ stress-diathesis model เป็นแนวคิดที่นำมาใช้เพื่อช่วยลดอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างดี เนื่องจากจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถสังเกตอาการนำก่อนจะมีอาการทางบวกกำเริบรวมถึงสามารถจัดการกับอาการทางบวกได้อย่างมีประสิทธิภาพ ป้องกันการเกิดอาการทางบวกกำเริบรุนแรง

2.4 การประเมินอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภท

การประเมินอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภท มีการใช้แบบประเมิน ดังนี้

2.4.1 แบบประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท ฉบับภาษาไทย (positive and negative syndrome scale: PANSS-T) พัฒนาเป็นฉบับภาษาไทย โดย ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ (2550) เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทในด้านอาการทางบวก (positive symptom) ประกอบด้วยจำนวนคำถาม 7 ข้อ และมีการตรวจสอบคุณภาพความเที่ยงของเครื่องมือ พบค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach' Alpha Coefficient) เท่ากับ .82 ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (rating scale) 7 ระดับ

เกณฑ์การให้คะแนนตามระดับความรุนแรงของโรค ดังนี้ คือ

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

การคิดคะแนน ทำโดยคิดคะแนนทุกข้อคำถาม ค่าคะแนนที่เป็นไปได้ของอาการทางบวก ต้องอยู่ในช่วง 7-49 คะแนน แปลผลค่าคะแนนโดย ค่าคะแนนสูงสุดมีอาการทางบวกมาก ค่าคะแนนต่ำมีอาการทางบวกน้อย โดยแบ่งระดับคะแนน ดังนี้

36-49 คะแนน	หมายถึง	มีอาการทางบวกมาก
22-35 คะแนน	หมายถึง	มีอาการทางบวกปานกลาง
8-21 คะแนน	หมายถึง	มีอาการทางบวกน้อย

2.4.2 แบบประเมินอาการทางจิต (brief psychiatric rating scale: BPRS) เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินระดับความรุนแรงของอาการทางจิตของผู้ป่วย พัฒนาขึ้นโดย Overall and Gorham (1962) แปลเป็นภาษาไทยโดย พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์ (2549) ประกอบด้วย 18 คำถาม การให้คะแนน มี 7 ระดับตั้งแต่ 0-6 คะแนน คะแนน 0 = ไม่มีอาการ คะแนน 6 = อาการรุนแรงมากที่สุด การตรวจสอบคุณภาพความเที่ยงของเครื่องมือ มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach' Alpha Coefficient) เท่ากับ .87

2.4.3 แบบประเมินอาการทางบวก (scale for assessment of positive symptom : SAPS) พัฒนาขึ้นโดย Andreasen (1989) ใช้ประเมินผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 30 ข้อ เครื่องมือเป็นแบบ Likert scale 6 ระดับ (0-5) ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ ประสาทหลอน (hallucination), หลงผิด (delusion), พฤติกรรมแปลกประหลาด (bizarre behavior), และด้านความคิดผิดปกติ (formal thought disorder) คะแนนอยู่ในช่วงระหว่าง 0-150 คะแนน

สรุป ผู้วิจัยเลือกใช้เครื่องมือ แบบประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทฉบับภาษาไทย (positive and negative syndrome scale: PANSS-T) มาเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล เนื่องจากเครื่องมือนี้สามารถประเมินอาการทางบวกได้อย่างชัดเจน มีความเชื่อถือได้ (reliability) และมีความแม่นยำตรง (validity) อยู่ในเกณฑ์ดีและนิยมใช้เพื่อประเมินอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภท

2.5 การบำบัดเพื่อลดอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภท

การรักษาอาการทางบวกที่เป็นหลักคือ การรักษาด้วยยาต้านโรคจิต ซึ่งสามารถควบคุมอาการทางบวกแล้วยังสามารถลดการกลับเป็นซ้ำของโรคได้ ซึ่งใช้ได้ทั้งยาต้านโรคจิตกลุ่มเก่า (typical antipsychotic drugs) และยาต้านโรคจิตกลุ่มใหม่ (atypical antipsychotic drugs) ผู้ป่วยจิตเภทระยะเฉียบพลันที่มีอาการทางบวกจะตอบสนองต่อยาต้านโรคจิตได้ดีแต่ยังมีปัญหาการกลับเป็นซ้ำและมีผู้ป่วยประมาณร้อยละ 10-20 ที่ไม่ตอบสนองต่อยา (สมภพ เรื่องตระกูล, 2557) ผู้ป่วยจิตเภทระยะเรื้อรังส่วนใหญ่การรักษาด้วยยาไม่สามารถรักษาอาการทางบวกให้หายขาดได้ การรักษาเป็นแบบคงสภาพ จากการศึกษาของเบเคอร์ (Baker P, 1995) พบว่าอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทจะหายไป ถ้าผู้ป่วยรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และอีกประมาณร้อยละ 30 อาการก็ยังคงอยู่

แต่ลดความรุนแรงลง และอีกร้อยละ 20-30 ของผู้ป่วยที่มีอาการหูแว่วไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาต้านโรคจิต (Buccheri R. et al., 2004)

2.6 การพยาบาลเพื่อลดอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภท

ในการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางบวก ควรมีการประเมินเพื่อวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยให้ครอบคลุมตามหัวข้อดังต่อไปนี้

2.6.1 การได้รับยาและสถานะที่อาจทำให้ผลเหมือนกับโรคจิต เช่น พิษของยา ภาวะเพื่อ มีไข้ พิษของยาต้านโคลิเนอร์จิก หรือยาติจิตาธิส การกระทบกระเทือนทางสมอง

2.6.2 ภาวะติดยาหรือสารเสพติด

2.6.3 ความเสี่ยงต่อตนเองและผู้อื่น

2.6.4 ภาวะประสาทหลอน

2.6.5 ความคิดหลงผิด

2.6.6 ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

2.6.7 ความสามารถในการดูแลตนเองและความปลอดภัยของผู้ป่วย ได้แก่ การได้รับสารอาหารและน้ำเพียงพอ การดูแลสุขอนามัยของตนเอง ความสามารถในการเคลื่อนไหวอย่างปลอดภัย การควบคุมอารมณ์ตนเองได้ การตัดสินใจปกติและการแต่งกายเหมาะสม

2.6.8 การรับประทานยาตามแผนการรักษาและปัจจัยที่มีผลต่อการรับประทานยาของผู้ป่วย

2.6.9 การตรวจสภาพจิต บันทึกอาการที่ปรากฏว่ามีผลต่อการทำหน้าที่ต่าง ๆ ของผู้ป่วยอย่างไรและผู้ป่วยจัดการอย่างไร

2.6.10 การรู้จักตนเองของผู้ป่วย ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย สัมพันธภาพและระบบสนับสนุนช่วยเหลือ แหล่งช่วยเหลือในการเผชิญปัญหาและความเข้มแข็ง

2.6.11 ความรู้ของครอบครัวและการตอบสนองต่อความเจ็บป่วยของผู้ป่วยและแหล่งช่วยเหลือบรรเทา

2.7 อาการทางบวกและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

อาการทางบวก	ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล
- ได้ยินเสียงที่คนอื่นไม่ได้ยิน (auditory hallucination)	- การรับรู้ทางสัมผัสแปรปรวน (disturbed sensory perception: auditory2visual)
- มองเห็นภาพที่คนอื่นไม่เห็น (visual hallucination)	- เสี่ยงต่อการมีพฤติกรรมรุนแรงทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น (risk for self-directed/other-directed violence)
- ได้ยินเสียงบอกให้ทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น (command hallucination)	- กระบวนการคิดแปรปรวน (disturbed

อาการทางบวก	ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล
<ul style="list-style-type: none"> - ความคิดหลงผิด (delusion) - แสดงการขาดความเชื่อมโยงในชีวิต (associative looseness) - สนทนาอ้อมค้อมในรายละเอียดที่ไม่จำเป็น และน่าเบื่อ (circumstantiality) 	thought process) - การติดต่อสื่อสารบกพร่อง (impaired verbal communication)

เป้าหมายทางการพยาบาล

การระบุเป้าหมาย/ผลลัพธ์ที่คาดหวังของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางบวก (Halter MJ, 2014 อ้างถึงใน ยาใจ สิทธิมงคล และคณะ, 2558) มีดังนี้ ระยะเฉียบพลัน (acute phase) เป็นระยะที่มีอาการทางจิตเด่นชัด ซึ่งส่วนใหญ่เป็นอาการทางบวก เป้าหมายโดยรวม คือ ผู้ป่วยปลอดภัยอาการคงที่ ถ้าผู้ป่วยเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น ผลลัพธ์แรกควรเป็นเรื่องความปลอดภัย เช่น ผู้ป่วยไม่ทำร้ายตนเอง ผลลัพธ์อื่น คือ ผู้ป่วยบอกว่าภาวะประสาทหลอนไม่เป็นความจริง เป็นอาการของความเจ็บป่วย

ระยะอาการสงบ (stabilization phase) มุ่งผลลัพธ์ที่การช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจโรคและการรักษาให้ความร่วมมือในการรับประทานยาสม่ำเสมอ และควบคุมหรือเผชิญอาการได้ ดังนั้นผลลัพธ์จึงมุ่งเป้าหมายที่อาการทางลบและความสามารถที่จะประสบความสำเร็จในสังคม อาชีพ หรือกิจกรรมดูแลตนเอง

ระยะคงที่ (maintenance phase) มุ่งผลลัพธ์ที่ การคงไว้ซึ่งแรงจูงใจ การร่วมมือในการรักษาป้องกันการกลับเป็นซ้ำ พึ่งพาตนเองได้และพึงพอใจในคุณภาพชีวิต

การวางแผนและการปฏิบัติการพยาบาล

การวางแผนการพยาบาลเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติการพยาบาล มีแนวทางในการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ดังต่อไปนี้

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะประสาทหลอน (hallucination)

เมื่อผู้ป่วยมีอาการประสาทหลอน พยาบาลควรมุ่งเน้นที่ความเข้าใจประสบการณ์ และการตอบสนองภาวะประสาทหลอนของผู้ป่วย โดยเฉพาะการสั่งให้ทำร้ายตนเองหรือทำร้ายผู้อื่น เช่น ผู้ป่วยได้ยินเสียงบอกว่า ผู้ป่วยอีกคนกำลังจะทำร้ายเขา อาจจะทำให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวต่อผู้ป่วยคนนั้นได้ ซึ่งมีความจำเป็นต้องมีมาตรการความปลอดภัยที่เหมาะสม เช่น การให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดแบบหนึ่ง ต่อหนึ่ง หรือย้ายผู้ป่วยที่จะถูกทำร้ายไปหน่วยอื่น ผู้ป่วยที่กำลังมีอาการประสาทหลอนจะรู้สึกว่าเป็นความจริงสำหรับผู้ป่วยและอาจถูกเบี่ยงเบนความสนใจได้ในระหว่างการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและพยาบาล พยาบาลควรเรียกชื่อผู้ป่วย ใช้คำพูดง่าย ๆ และเสียงดังเพียง

พอที่จะทำให้ผู้ป่วยได้ยิน แสดงออกด้วยลักษณะที่ไม่คุกคามและให้การประคับประคองผู้ป่วย สบตา และให้ข้อมูลย้อนกลับที่ผู้ป่วยให้ความสนใจกับการสนทนา (Halter MJ, 2014 อ้างถึงใน ยาใจ สิทธิมงคล และคณะ, 2558)

การสอนผู้ป่วยและญาติในการเผชิญภาวะประสาทหลอน (Halter MJ, 2014 อ้างถึงใน ยาใจ สิทธิมงคล และคณะ, 2558)

- ใช้สิ่งเร้าทางการได้ยิน เช่น ฟังเพลง อ่านออกเสียงดัง ๆ นับตัวเลขถอยหลังโดยเริ่มจาก 100 พูดคุยกับผู้อื่น

- สนับสนุนการทดสอบความจริง เช่น มองไปที่คนอื่น ๆ เพื่อดูว่า คนอื่นได้ยินเสียงหรือมองเห็นสิ่งซึ่งผู้ป่วยเห็นหรือได้ยินหรือไม่ ถามคนอื่นว่าพวกเขากำลังมีประสบการณ์เดียวกับผู้ป่วยหรือไม่ ถ้าคนอื่นไม่มีประสบการณ์เดียวกับผู้ป่วย ผู้ป่วยสามารถเพิกเฉยต่อเสียงที่ได้ยินหรือภาพที่เห็นได้อย่างปลอดภัย

- ทำกิจกรรมต่าง ๆ เช่น ทำความสะอาดบ้าน อาบน้ำ เล่นดนตรี ร้องเพลง ไปสถานที่ชอบที่มีคนอื่นอยู่ด้วย เช่น ห้างสรรพสินค้า สถานที่ท่องเที่ยวต่าง ๆ

- พูดกับตนเอง เช่น บอกเสียงที่ได้ยินให้ออกไป บอกตนเองว่าเสียงที่ได้ยินเป็นอาการและไม่เป็นจริง บอกตนเองว่าไม่ว่าจะได้ยินเสียงอะไร สามารถเพิกเฉยเสียงนั้นได้อย่างปลอดภัย

- มีการติดต่อกับผู้อื่น เช่น พูดคุยกับญาติหรือเพื่อนที่ไว้วางใจ โทรศัพท์ขอความช่วยเหลือหรือไปที่ศูนย์ช่วยเหลือ

- ทำกิจกรรมอื่น ๆ เช่น ออกไปเดินหรือออกกำลังกายแบบอื่น ใช้การกำหนดลมหายใจและวิธีคลายเครียดแบบอื่น

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีความคิดหลงผิด (delusion)

ความคิดหลงผิดอาจจะเป็นความพยายามของผู้ป่วยที่จะเข้าใจความสับสน และประสบการณ์ที่บิดเบือนไปจากความเป็นจริง พยาบาลควรให้การยอมรับผู้ป่วย สื่อถึงการร่วมเข้าใจความรู้สึกของผู้ป่วย หลีกเลี่ยงการถามเนื้อหาความคิดหลงผิด รวมทั้งไม่ควรโต้แย้ง ถกเถียง หรือพยายามที่จะห้ามปรามผู้ป่วยจากความคิดหลงผิดซึ่งสามารถทำให้มีความเชื่อที่ไม่มีเหตุผลนั้นรุนแรงขึ้น และเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยปฏิเสธหรือคุกคามพยาบาลได้ แต่ควรประเมินความรู้สึกของผู้ป่วย ทำความกระจ่างต่อการแปลความหมายของสิ่งแวดล้อมผิด และให้คำอธิบายอย่างสุภาพที่อยู่บนพื้นฐานความเป็นจริง การมุ่งเน้นเฉพาะกิจกรรมที่อยู่บนพื้นฐานความเป็นจริงและเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน จะช่วยลดความสนใจต่อความคิดหลงผิด ยังมีการใช้เวลาในการทำกิจกรรมต่าง ๆ หรือใช้เวลาร่วมกับคนอื่นมากขึ้น ยังมีโอกาสที่จะได้ข้อมูลย้อนกลับและอยู่กับความเป็นจริง พยาบาลควร

ร่วมกับผู้ป่วยในการค้นหาวิธีการเผชิญปัญหาที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถนำมาใช้ในการแก้ปัญหาให้ดีที่สุด (Halter MJ, 2014 อ้างถึงใน ยาใจ สิทธิมงคลและคณะ, 2558)

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรง

ผู้ป่วยจิตเภทในระยะเฉียบพลันอาจแสดงความเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรง ส่วนใหญ่เป็นการตอบสนองต่อภาวะประสาทหลอน (โดยเฉพาะประสาทหลอนทางการได้ยินที่มีเสียงสั่งให้ทำร้าย) ความคิดหลงผิด ความหวาดระแวง และการตัดสินใจบกพร่องหรือขาดความยับยั้งชั่งใจ เมื่อมีแนวโน้มจะเกิดพฤติกรรมรุนแรง การป้องกันผู้ป่วยและผู้อื่นจึงเป็นสิ่งสำคัญ ควรให้การพยาบาลโดยเพิ่มการดูแลและเฝ้าระวังลดสิ่งเร้า จัดการปัญหาความคิดหวาดระแวง และอาการอื่น ๆ โดยหันเหความสนใจและให้ระบายพลังทางร่างกายออกมา สอนและฝึกทักษะการเผชิญปัญหา ใช้การปรับความคิดและพฤติกรรม ลดการพูดถึงความตึงเครียด ถ้าจำเป็นต้องให้ยาตามแผนการรักษา ส่งเข้าห้องแยกหรือผูกมัดผู้ป่วย

3. ความเครียด

3.1 ความหมายของความเครียด

Lazarus. R.S. (1976 อ้างถึงใน จิราพร หินทอง, 2551) ความเครียด เป็นภาวะตอบสนองของร่างกายหรือจิตใจต่อสิ่งที่มาคุกคามแล้วทำให้เกิดภาวะความไม่สมดุลขึ้นโดยแสดงออกทั้งด้านร่างกาย จิตใจและความคิด ซึ่งเป็นผลมาจากการที่บุคคลรับรู้หรือประเมินสิ่งที่ผ่านเข้ามาในประสบการณ์ของตนว่าเป็นสิ่งที่คุกคามร่างกายและจิตใจทำให้เกิดการตั้งกลไกการป้องกันตนเองมาใช้ เพื่อทำให้ความรู้สึกถูกกดดันหรือความเครียดเหล่านั้นคลายลงและกลับเข้าสู่ภาวะสมดุลอีกครั้งหนึ่ง

Selye (1956 อ้างถึงใน สืบตระกูล ต้นตลานุกูล และปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์, 2560) ความเครียด หมายถึง ภาวะที่ร่างกายและจิตใจมีปฏิกิริยาตอบสนองมากระตุ้นทั้งภายในร่างกายและภายนอกร่างกาย

Goldberg (2014) ความเครียดเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสภาวะทางอารมณ์หรือความรู้สึก ส่วนใหญ่มักจะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลต้องประสบกับปัญหาต่างๆ และรับรู้หรือประเมินว่าปัญหาเหล่านั้นเป็นสิ่งที่คุกคามต่อตนเอง มีผลทำให้เกิดความรู้สึกคับข้องใจ ไม่สบายใจ ถูกกดดัน กลัว วิดกกังวล วุ่นวายใจ ตลอดจนถูกบีบคั้น ซึ่งอาจจะเป็นสาเหตุที่ก่อให้เกิดอันตราย อันเป็นผลให้สภาวะสมดุลของร่างกายและจิตใจเสียไป

มยุรี ตานินทร์ (2552) ให้ความหมายของ ความเครียด ว่าเป็นภาวะการเปลี่ยนแปลงของบุคคลเมื่อตกอยู่ภายใต้สถานการณ์แวดล้อมที่รับรู้ว่ามีมาคุกคามต่อความผาสุกของบุคคล โดยการเปลี่ยนแปลงจะแสดงออกมาในลักษณะของการตื่นตัวของร่างกาย ความรู้สึกทุกข์ใจ และมีพฤติกรรม

ที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างเห็นได้ชัด บุคคลได้ให้ความหมายของความเครียดว่าเป็นความเครียดหรือไม่นั้น ขึ้นอยู่กับการให้ความสำคัญกับสิ่งนั้น ๆ ไม่ว่าจะเป็นเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่ก่อให้เกิด ความเครียดต่างๆในชีวิตทำให้บุคคลมีปฏิกิริยาตอบโต้ต่อความเครียด ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เป็นทั้งผลดีและผลเสียขึ้นอยู่กับการประเมินความเครียดนั้น ว่ามากน้อยเพียงใดซึ่งจะนำไปสู่ กระบวนการปรับตัวหรือการเผชิญความเครียดที่เกิดขึ้นในลำดับต่อไป

วนรัตน์ สิงใส (2555) ความเครียด หมายถึง ภาวะที่ร่างกายได้รับผลกระทบจาก เหตุการณ์ต่าง ๆ แล้วส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจและแสดงความผิดปกติต่าง ๆ ในรูปแบบของ เกิดการเจ็บป่วยทางกาย และทางจิต

โดยสรุป ความเครียด หมายถึง ปฏิกริยาทางร่างกายและจิตใจเกิดการตอบสนองต่อสิ่ง ที่มาคุกคามแล้วส่งผลให้เกิดความไม่สมดุลของร่างกาย จิตใจและความคิด และเป็นปฏิกิริยา ตอบสนองของร่างกายที่ไม่สามารถระงับได้แน่ชัดต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเอง ขึ้นอยู่กับการรับรู้ และประสบการณ์ของบุคคลว่าจะสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์นั้นอย่างไร ส่งผลให้บุคคลต้องใช้ กลไกทางจิตป้องกันตนเองเพื่อให้บุคคลนั้นกลับสู่ภาวะสมดุลอีกครั้ง

3.2 สาเหตุของความเครียด

สาเหตุของความเครียด Engel (อ้างถึงใน กมลมาลย์ อุปพันธ์, 2551) ได้แบ่งสาเหตุของ ความเครียดไว้ 3 ลักษณะ คือ

1. ความเครียดที่เกิดจากการสูญเสียเป็นการสูญเสียสิ่งมีค่า สิ่งที่เป็นของรักหรือ มีความสำคัญต่อตน หรือเป็นเพียงความรู้สึกเกรงว่าจะสูญเสียสิ่งที่มีค่า หรือทรัพย์สินสมบัติของตน ก็ทำ ให้เกิดความรู้สึกเครียดขึ้นได้ ตัวอย่างเช่น การสูญเสียอวัยวะของร่างกาย สูญเสียญาติสนิท การ สูญเสียหน้าที่การงานหรือบทบาท ในสังคม เป็นต้น

2. ความเครียดที่เกิดจากการได้รับอันตรายหรือเกรงว่าจะได้รับอันตราย เช่น การที่ จะต้องอยู่ในภาวะสงคราม อยู่ในที่ซึ่งไม่คุ้นเคยหรือไม่ปลอดภัย การพบเหตุการณ์ที่น่าตกใจโดยไม่ คาดคิด การต้อง สอบแข่งขัน การต้องรับผิดชอบในหน้าที่ที่ไม่เคยทำมาก่อน

3. ความเครียดที่เกิดจากความซับซ้อนใจ อันเนื่องมาจากความต้องการของ สัญชาตญาณไม่สมปรารถนา โดยที่มนุษย์เรามีความต้องการทางด้านร่างกาย ทางอารมณ์ จิตใจ และ ทางสังคมในการดำรงชีวิต เมื่อความต้องการเหล่านั้น ไม่เป็นไปตามความคาดหวังก็จะเกิดเป็นความ คับข้องใจแสดงออกมาในรูปของความเครียด เช่น ความหิว ความอยากมีชื่อเสียง ความก้าวหน้าใน อาชีพการงาน เป็นต้น

Miller & Keane (1983 อ้างใน มยุรี ตานินทร์, 2552) กล่าวว่า มูลเหตุของ ความเครียด อาจเกิดจากสิ่งแวดล้อมนอกร่างกายหรือเกิดจากภาวะภายในร่างกายก็ได้ ดังนี้

1. ความเครียดภายในร่างกาย (internal stress) ซึ่งเกิดได้จาก

1.1 ความเครียดทางชีววิทยา (biological stress) เกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายหรือทางชีวภาพ หรือเกี่ยวข้องกัน สิ่งที่เป็นต่อการดำรงชีวิต เช่น อาหาร อากาศ น้ำซึ่งร่างกายได้รับไม่เพียงพอก็จะมีผลทำให้เกิดความรู้สึกไม่สบาย เช่น หงุดหงิด ปวดศีรษะ ฉุนเฉียวเกิดเป็นความเครียดขึ้น

1.2 ความเครียดทางพัฒนาการ (developmental stress) เป็นความเครียดที่เกิดในช่วงของพัฒนาการในแต่ละวัย โดยเป็นความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นตามความต้องการของจิตใจจากเหตุจูงใจทางสังคม ได้แก่ ความต้องการความรัก ความต้องการมีชื่อเสียง การได้รับการยกย่องนับถือความต้องการมีเพื่อน เป็นต้น ซึ่งความต้องการดังกล่าวไม่เป็นไปตามความคาดหวังที่ตนต้องการก็จะก่อให้เกิดความเครียด

2. ความเครียดจากภายนอกร่างกาย (external stress) หรืออาจเรียกว่า ความเครียดจากสิ่งแวดล้อม เกิดได้จาก

2.1 สภาพแวดล้อมภายนอกทางด้านกายภาพหรือสถานการณ์หรือวิกฤตการณ์ที่ก่อให้เกิดอันตรายหรือความเจ็บปวดแก่ร่างกายจะทำให้เกิดความเครียดได้เช่น ความร้อน ฝุ่นละออง เชื้อโรค ภาวะน้ำท่วม ไฟไหม้ ภาวะสงคราม เป็นต้น

2.2 ข้อเรียกร้องทางสังคมที่เกิดจากกฎระเบียบ วัฒนธรรม ประเพณีซึ่งบุคคลนั้นไม่สามารถปฏิบัติตนให้สอดคล้องกับความต้องการของสังคมได้ก็ย่อมก่อให้เกิดความทุกข์ใจ เกิดความเครียด

Goodel et.al. (1986 อ้างถึงใน มยุรี ตานินทร์ 2552) พบว่า การเกิดความเครียด มี 2 รูปแบบ คือ

1. ความเครียดที่เกิดจากการกระตุ้นของปัจจัยภายนอก (a stimulus-based model of stress: external factors) รูปแบบการเกิดความเครียดในลักษณะนี้ ได้นำแนวความคิดในวิชาฟิสิกส์และวิศวกรรมมาจับต้องกับการเกิดความเครียด โดยเปรียบเทียบความเครียดได้กับแรงต้านที่มนุษย์ขับออกมาจากภายในตน เพื่อต้านกับแรงกดดันภายนอกที่มากระทบ และจากสภาวะการต้านนั้นเองทำให้เกิดความเครียด สิ่งต่าง ๆ ที่อยู่บนโลกนี้ ไม่ว่าจะเป็นสิ่งมีชีวิต หรือไม่มีชีวิตก็ตามก็มีความสามารถรับความต้านทานอยู่ในระดับหนึ่ง สิ่งที่หนักเกินกำลังก็จะเป็นอันตรายเสียหาย ซึ่งอาจเกิดขึ้นเป็นการชั่วคราว หรือถาวรก็ได้ สิ่งที่ก่อ ความเครียดในลักษณะปัจจัยภายนอกในทฤษฎีนี้ มักให้ความสำคัญแก่แหล่งที่เกิดความเครียดที่เกิดขึ้นในลักษณะที่สัมผัสและมองเห็นได้ เช่น ลักษณะของสภาพของการทำงานภายใต้อุณหภูมิสูง หรือต่ำเกินไป แสง เสียง หรือสภาพชุมชนที่แออัด เป็นต้น

2. ความเครียดที่เกิดจากปฏิกิริยาตอบสนอง (a response-based model of stress: personal factors) รูปแบบการเกิดความเครียดในลักษณะนี้ มีเรื่องเกี่ยวข้อง เฉพาะคุณสมบัติของบุคคลใน 5 ประการดังนี้ คือ

2.1 ความเครียดที่เกิดจากการใช้ความรู้สึกมากำหนดพิจารณาว่าสิ่งที่พบเห็นเป็นความเครียด แล้วเกิดความเครียดขึ้น (cognitive appraisal)

2.2 ประสบการณ์ (experience) การสัมผัสกับความเครียดต่าง ๆ ที่ผ่านเข้ามาจะถูกมองว่า เป็นสาเหตุแห่งความเครียดหรือไม่ขึ้นอยู่กับระดับความคุ้นเคยกับเหตุการณ์นั้น มากน้อยเพียงใด ประสบการณ์ดังกล่าวหมายถึงจากประสบการณ์ตรงการสั่งสอน การเรียนรู้ให้เกิดการระงับภัย หรือความกังวลในสิ่งนั้น ๆ คือวัคซีนรับความเครียดได้มากน้อยของแต่ละบุคคลนั่นเอง

2.3 ความปรารถนาอย่างแรงกล้า (demand) เป็นสาเหตุแห่งความเครียด อันเกิดจากการไม่ได้รับผลตามที่คาดหวัง หรือไม่มีความสามารถในการดำเนินการได้อย่างที่หวัง ความต้องการ ความปรารถนาอย่างแรงกล้า เป็นความรู้สึกกระตุ้นความเครียดให้สูงขึ้นในทันทีทันใด ในขณะที่รู้สึกไม่เป็นอย่างที่คาดหวัง

2.4 การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นที่ก่อให้เกิดความเครียด (interpersonal influence) เมื่อไม่มีการสมาคมกับใคร ความเครียดจากผู้อื่นก็แทบไม่มี เมื่อต้องมีคนอยู่ใกล้ชิดมาก ๆ หรือการจากหายของผู้อื่นไป ก็ก่อให้เกิดความเครียดได้เช่นกัน แต่จะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับสัมพันธภาพที่ดีหรือไม่ดีต่อกันอยู่ระดับใด รักกันมากจากกันไปก็เครียด กังวล เสียใจ เกลียดกันจากไปก็ชอบใจ ดังนี้ เป็นต้น

2.5 การแสดงออกสภาวะการเครียด (a state of stress) และอาการที่แสดงออกมาจากความพยายามในการจัดการต่อการเกิดความเครียดของคนนั้น ๆ มีลักษณะต่าง ๆ กัน บางคนสูบบุหรี่มวนต่อมวน เพิ่มการดื่มสุรา พึงยานอนหลับ ปล่อยความเครียดให้อยู่ในระยะยาว อาจแสดงออกมาในลักษณะโรคภัยไข้เจ็บ เช่น โรคหัวใจ โรคกระเพาะอาหาร เป็นต้น

นิตยา ศรีจันทน์ (2550) กล่าวถึง สาเหตุของความเครียดว่า

1. สาเหตุจากภายนอกตัวบุคคล ได้แก่

1.1 สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ได้แก่ สิ่งของรอบตัวที่เราสัมผัสได้ด้วยประสาทสัมผัส ทั้งหก เช่น สภาพอากาศร้อนเกินไป หนาวเกินไป แสงจ้าเกินไป อากาศที่ไม่บริสุทธิ์ กลิ่นควันต่าง ๆ เสียงที่ดังมาก เป็นต้น หากต้องอยู่ในภาวะดังกล่าวเราจะรู้สึกไม่สบาย ปวดศีรษะ และอารมณ์เสียได้ง่าย นั่นเพราะว่าเรากำลังอยู่ในอารมณ์เครียด นอกจากนี้ การขาดแคลนปัจจัยที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต เช่นอาหาร น้ำ เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย และยารักษาโรคเป็นสาเหตุของความเครียดได้ สภาวะเหล่านี้เป็นอุปสรรคต่อการปรับตัวของมนุษย์จึงจำเป็นต้องหาทางลดความเครียดจากสาเหตุดังกล่าว

1.2 สังคมและสัมพันธภาพกับคนอื่น ๆ การมีสังคมและมีความสัมพันธ์กับคนในแวดลอมอาจช่วยลดความเครียด หรือทำให้เกิดความเครียดได้ในขณะเดียวกัน ความไม่ปรองดอง การทะเลาะเบาะแว้งของบุคคลในครอบครัว เป็นสาเหตุสำคัญในการเกิดความเครียดภายในครอบครัว

การอิจฉาริษยากัน เป็นต้นเหตุของใจที่ไม่สงบก่อให้เกิดความเครียดทางใจ การอยู่กันอย่างแออัด เป็นต้นเหตุแห่งความเครียด เช่น การทะเลาะเลียดสีกัน การแก่งแย่ง ล้วนเป็นความเครียดจากสังคมและความสัมพันธ์กับคนอื่น ๆ ทั้งสิ้น การขาดเพื่อน ต้องอยู่คนเดียวอย่างโดดเดี่ยวก็ทำให้เกิดความเครียด ซึ่งถือว่า มีสาเหตุจากสังคมได้เช่นกัน

1.3 สภาวะการณ์และเหตุการณ์อื่น ๆ เหตุการณ์อันเป็นสาเหตุของความเครียดนั้น อาจเป็นเหตุการณ์อันเลวร้าย หรือเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความชื่นชมยินดีก็ได้เช่นกัน เหตุการณ์เลวร้าย รันทดใจก่อให้เกิดความเครียดเรียกว่า distress ตัวอย่างเช่น การหย่าร้าง บุคคลในครอบครัว เสียชีวิต ไม่ประสบความสำเร็จ ตกงาน เศรษฐกิจทรุด เป็นต้น เหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความชื่นชมยินดี เป็นสภาวะการณ์ที่ทำให้บุคคลต้องมีการปรับตัวและเปลี่ยนแปลง ความเครียดชนิดนี้เรียกว่า eustress ได้แก่ การแต่งงาน ได้เลื่อนชั้น จบการศึกษาใหม่ การตั้งครุฑและคลอดบุตร ศึกษาต่อต่างประเทศ ประสบความสำเร็จเรื่องหน้าที่การงาน

2. สาเหตุจากภายในตัวบุคคล โครงสร้างของร่างกายและสภาวะทางสรีระวิทยา โครงสร้างของร่างกายเป็นส่วนที่ได้รับการถ่ายทอดจากบรรพบุรุษ บางคนรับส่วนที่ดีของพ่อแม่ทำให้มีสุขภาพดี ร่างกายสมบูรณ์ บางคนรับเอาส่วนด้อยของพ่อแม่ทำให้ร่างกายเติบโตอย่างไม่สมบูรณ์เกิดโรคได้ง่าย ความสามารถที่ซ่อนแฝงอยู่น้อยทำให้การแก้ปัญหาไม่ดinkin ทนต่อสภาวะความเครียดได้ไม่ดีเป็นสาเหตุทำให้เกิดความเครียดได้ง่าย ระดับพัฒนาการ ร่างกายมีพัฒนาการไม่ปกติเนื่องจากได้รับสารอาหารไม่พอ ทำให้เจริญเติบโตช้า เตี้ยแคระเกิดโรคได้ง่ายเช่นเดียวกับจิตใจที่พัฒนาการไม่ดี มีแนวโน้มที่จะทำให้เกิดความเครียดได้ง่ายทั้งนี้เนื่องจากความไม่สมดุลกันระหว่างความคาดหวังของคนแวดล้อม กับความสามารถของบุคคลในการ สนองตอบความคาดหวังนั้น ๆ ระดับพัฒนาการของจิตใจมีผลต่อการรับรู้และแปลเหตุการณ์ หากระดับพัฒนาการของจิตใจไม่ดีทำให้มีการรับรู้เหตุการณ์แบบเด็ก ๆ แปลเหตุการณ์แบบเด็ก ๆ และแก้ปัญหาแบบ เด็ก ๆ ส่งผลให้ปัญหาไม่ได้รับการแก้ไข ก่อให้เกิดความเครียดตามมาอีก

การรับรู้และการแปลเหตุการณ์ เหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดอารมณ์กลัว โกรธ เกลียด กังวล หรือตื่นเต้น ถือเป็นเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด ทำให้ร่างกายถูกกระตุ้นและมีการสนองตอบทางด้านสรีระวิทยา ดังนั้นการรับรู้และแปลเหตุการณ์มีส่วนสำคัญในการสนองตอบต่อเหตุการณ์ไปในทางที่ดีหรือในทางที่เลวร้าย ในแต่ละคนอาจมีการสนองตอบต่อเหตุการณ์ที่แตกต่างกัน ทั้งนี้เพราะบุคคลมีความต้องการขั้นพื้นฐานต่างกัน มีประสบการณ์ชีวิตไม่เหมือนกัน ทัศนคติการมองโลก ความคาดหวัง การรับรู้ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ชีวิตเดิม คนหนึ่งอาจรู้สึกตื่นเต้นและทำหาย ขณะที่อีกคนกำลังกลัวและกังวล เป็นต้น สิ่งที่คุกคามต่อสภาพพจน์ของคุณคน สูญเสียเอกลักษณ์ความเป็นหญิงจากการผ่าตัดเต้านม การตัดมดลูก การทำให้ร่างกายต้องพิการเช่นการตัดแขน ขา ความเจ็บป่วยที่ทำให้ความพิการหลงเหลืออยู่ เช่น อัมพาต ล้วนเป็นสิ่งคุกคามต่อร่างกายบุคคลที่ทำให้เกิดความเครียดได้

ความเจ็บปวด การเคลื่อนไหวไม่ได้ การสูญเสียและการเปลี่ยนแปลง การสูญเสียบุคคลที่รัก ทำให้เกิดความเครียดทางอารมณ์ได้ การเปลี่ยนแปลงของสถานภาพทางสังคม การเปลี่ยนแปลงเนื่องมาจากการสูญเสียก็เป็นสาเหตุทำให้เกิดความเครียดที่พบได้ทั่วไปเช่นในผู้สูงอายุคนใกล้เกษียณอายุ เป็นต้น

การตอบสนองต่อความเครียด เมื่อเราเกิดความเครียด ร่างกายและจิตใจเราจะมี การตอบสนองอยู่สองประเภท คือการสนองตอบทางด้านร่างกายและการสนองตอบทางด้านจิตใจ

1. การสนองตอบทางด้านร่างกาย บางครั้งเรียกว่า เป็นการปรับตัว (adaptation) ซึ่งมี 2 ลักษณะ คือ general adaptation และ local adaptation การปรับตัวทั้งสองลักษณะทำให้เกิดอาการจากการปรับตัว ดังนี้

1.1 general adaptation syndrome (GAS) ได้แก่อาการที่เกิดขึ้นเนื่องจากการปรับตัวของร่างกายโดยทั่ว ๆ ไป เช่น ต่อมใต้สมองจะถูกกระตุ้นและระบบการสร้างภูมิคุ้มกันโรคของร่างกายจะถูกรบกวนด้วยโดยการปรับตัวแบบนี้เกิดขึ้น 3 ระยะเรียกว่า alarm, resistance และ exhaustion ซึ่งแต่ละระยะนั้น แบ่งได้ตามการสนองตอบทางร่างกายและสามารถรับรู้แต่ละระยะโดยอาการแสดงออกทางอารมณ์สติปัญญาและทางพฤติกรรมของบุคคล

alarm stage เป็นระยะที่ร่างกายถูกกระตุ้น เพื่อสร้างกลไกการต่อต้านภาวะความเครียด ร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงของระบบต่าง ๆ เริ่มต้นที่ hypothalamus จะหลั่งสารออกมากระตุ้น ระบบต่อมไร้ท่อและระบบประสาทอัตโนมัติ adrenal medulla หลั่ง epinephrine ออกสู่กระแสเลือด ทำให้มีการหลั่งของน้ำตาลและทำให้หัวใจเต้นแรงขึ้นและทำให้มีกลไกการเปลี่ยนแปลงอีกหลาย ๆ อย่างกลไกในระยะนี้อาจนำไปสู่ภาวะการปรับตัว (adaptation) หรืออาจเข้าสู่ภาวะการต่อต้าน (resistance)

resistance stage เป็นระยะที่ร่างกายปรับภาวะความไม่สมดุลของระบบต่าง ๆ เพื่อกลับคืนสู่ภาวะปกติ ความพยายามของร่างกายจะอยู่ที่อวัยวะที่กระทำการเมื่อต่อสู้ภาวะความเครียด เมื่อเข้าสู่ระยะนี้จะมีการเก็บน้ำตาลและระบบสร้างภูมิคุ้มกันจะกลับคืนสู่ภาวะปกติ

exhaustion เป็นระยะสุดท้ายถูกภาวะความเครียดรุนแรง นาน และภาวะความไม่สมดุลทางร่างกายยังคงอยู่ต่อไป แม้ไข่มไม่ได้ร่างกายไม่สามารถกลับคืนสู่ภาวะปกติผลของการปรับตัวทั้งสองขั้นที่กล่าว มาล้มเหลวและเข้าสู่ภาวะสุดท้ายคือ exhaustion มีผลทำให้ตายได้

1.2 local adaptation syndrome (LAS) ได้แก่ อาการเฉพาะที่เป็นการปรับตัวเฉพาะที่ บริเวณที่ได้รับ stress เป็นต้น ว่าร่างกายได้รับบาดเจ็บเนื่องจากมีบาดเจ็บ แผลลึงกัดต่อยหรือถูกกระแทกจะมีอาการร้อน บวมแดง เนื่องจากการอักเสบ อาการเหล่านี้เป็นการปรับตัวเฉพาะแห่งของร่างกายเมื่อได้รับภาวะความเครียด การทำหน้าที่ของบริเวณที่มี stress จะเสื่อมลงถ้าการปรับตัวเฉพาะแห่งล้มเหลวอาจเป็นเหตุให้เกิด localized exhaustion ได้

2. การสนองตอบด้านจิตใจเมื่อเกิดความเครียดจิตใจของคนเราจะมีการกระทำ ที่เป็นการปกป้อง ตัวเองให้พ้นจากความไม่สุขสบายอันเกิดจากสภาวะเครียด และจะหากวิธีในการลดและขจัดภาวะการณที่ก่อให้เกิดความเครียดนั้น เรียกกลไกดังกล่าวว่า coping mechanism ซึ่งส่วนหนึ่งคือกลไกทางจิต defense mechanism ที่เราใช้กันอยู่ในชีวิตประจำวันนั่นเอง แต่ coping มีความจำเพาะเจาะจงและแคบกว่าโดยรวม หมายความว่าถึงพฤติกรรมของจิตใจในกระบวนการปรับสมดุลทางอารมณ์ หรือกลวิธีทางด้านจิตใจที่บุคคลใช้เพื่อแก้ไขสภาวะที่ถูกคุกคามต่อเสถียรภาพทางด้านจิตใจเพื่อลดความกดดันทางจิตใจอารมณ์

Chodoff และคณะ ให้ความหมาย ความเครียด คือ การสนองตอบทางด้านจิตใจโดยทั่วไปแล้วแยกได้เป็นสามประเภท คือ 1) หันและเลี่ยง 2) ยอมรับพร้อมทั้งเผชิญกับความเครียดนั้น ๆ 3) เรียนรู้ที่จะอยู่กับภาวะเครียด

2.1 การหนีและเลี่ยง (flight) เป็นกลไกที่พบได้ในคนส่วนใหญ่บางคนหนีและเลี่ยงภาวะ ความเครียดโดยการปฏิเสธ (denial) ปฏิเสธว่าตนเครียด กำลังมีปัญหาที่แก้ไม่ตก บางคนใช้สุราเพื่อการหนีและหลีกเลี่ยงความเครียดนั้นจนกลายเป็นคนติดสุรา บางคนใช้ยาเป็นตัวช่วย เช่น ใช้กัญชาและยาเสพติดทั้งหลาย บางคนหลีกเลี่ยงด้วยการนอนหลับ เพื่อจะได้ไม่ต้องรับรู้เหตุการณ์ใด ๆ อาจเลี่ยงด้วยการแยกตัวออกมาแล้วฝันกลางวัน สร้างวิมานในอากาศ

2.2 ยอมรับพร้อมทั้งเผชิญกับภาวะเครียด (fight) การยอมรับและเผชิญภาวะเครียดเพื่อที่จะหาทางแก้ไขสภาวะการณที่ก่อให้เกิดความเครียด หรือแก้ไขตนเอง เปลี่ยนตัวเองเพื่อลดภาวะเครียด การยอมรับและเผชิญจึงมีสองลักษณะคือแก้ไขภาวะนอกตัวเราที่สร้างความเครียด หรือแก้ไขตัวเอง สร้างตัวเอง ให้เข้มแข็งและแกร่งขึ้นเพื่อที่จะได้ทนต่อความเครียดได้มากขึ้นแสวงหาความช่วยเหลือเพื่อที่จะหาทาง แก้ไขภาวะความเครียด

2.3 เรียนรู้ที่จะอยู่กับความเครียด (coexistence) ในยามที่เราไม่สามารถหนีจากภาวะความเครียด หรือไม่อาจแก้ไขภาวะความเครียดได้นั้น เราต้องใช้วิธีใหม่ คือเรียนรู้ที่จะอยู่กับมันเสีย ปรับเปลี่ยนตัวเอง โดยใช้กลไกทางจิตต่าง ๆ เช่น suppression, repression, substitution, withdrawal เมื่อเผชิญภาวะเครียด และใช้กลวิธีอื่น ๆ เช่น การทำสมาธิ การวิปัสสนา แสวงหาคนช่วยเหลือเพื่อประคับประคองจิตใจอารมณ์ เป็นต้น

3.3 การเผชิญความเครียด

วิธีการเผชิญความเครียดตามแนวคิดของลาซารัสและโพล์คแมน (Lazarus and Folkman, 1984) ได้กล่าวถึงการเผชิญความเครียดเกิดขึ้น เมื่อบุคคลรับรู้ว่าการเปลี่ยนแปลงระหว่างตนเองและสิ่งแวดล้อม เมื่อมีปัญหาหรือเหตุการณ์มากระทบ บุคคลจะใช้กระบวนการทางความคิดในการประเมินสถานการณ์ที่คุกคามต่อบุคคลว่าจะเกิดผลดีหรือผลเสียต่อตนเอง มีผล

ร้ายแรงหรือผลในทางบวกกับตนเอง การที่บุคคลประเมินสถานการณ์ดังกล่าวก่อให้เกิดภาวะเครียด ซึ่งจะมีการจัดการกับปัญหา ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน ได้แก่

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินสถานการณ์ แบ่งย่อยเป็น 2 ระยะ ดังนี้

1.1 การประเมินปฐมภูมิ คือ การที่บุคคลใช้สติปัญญา ความรู้และประสบการณ์มา ประเมินสถานการณ์เพื่อตัดสินใจว่ามีผลกระทบต่อตนเองอย่างไร

1.2 การประเมินทุติยภูมิ เป็นการประเมินตัดสินใจ โดยพิจารณาจากแหล่งประโยชน์และ ทางเลือกที่จะจัดการกับเหตุการณ์นั้น ๆ ที่ตนได้ประเมินแล้วว่า อันตรายหรือคุกคามต่อตนเอง

การประเมินชนิดทุติยภูมิอาจเกิดขึ้นหลังการประเมินแล้ว บุคคลจะเลือกใช้วิธีการ เผชิญกับความเครียด หากความเครียดไม่ลดลงหรือหมดไป บุคคลจะต้องเปลี่ยนการประเมินใหม่ว่ามี ผลดีผลเสียกับตนเองหรือเป็นภาวะความตึงเครียดที่ยังคงมีอยู่

ขั้นตอนที่ 2 การเผชิญความเครียด เมื่อบุคคลประเมินสถานการณ์นั้นว่าก่อให้เกิดภาวะ ความเครียด หรือปัญหากับตนเอง เขาก็จะเผชิญกับปัญหานั้น ๆ โดยแบ่งย่อยเป็น 2 ประเภท ดังนี้

2.1 การเผชิญความเครียดโดยมุ่งแก้ไขปัญหา (problem-focused coping) เป็นความ พยายามที่มุ่งกำหนดขอบเขตของปัญหา หาทางเลือก พิจารณาข้อดีและข้อบกพร่องของแต่ละ ทางเลือก ตัดสินใจเลือกทางเลือกและลงมือแก้ไขปัญหา โดยการมุ่งที่ปัญหานั้นมีเป้าหมายที่ สิ่งแวดล้อมรวมทั้งเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ให้ลดแรงคุกคาม ประเมินสิ่งกีดขวาง และวิธีดำเนินการ และมีเป้าหมายช่วยให้สามารถแก้ไขปัญหา เช่น การยอมรับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น การแสวงหาข้อมูล การแสวงหาทรัพยากรการพยายามหาวิธีแก้ปัญหอย่างเหมาะสม รวมทั้งการเรียนรู้ทักษะและวิธีการ ใหม่ ๆ

2.2 การเผชิญความเครียดโดยมุ่งแก้ไขอารมณ์ (emotional focused coping) เป็นการ เผชิญความเครียดที่มุ่งลดอารมณ์หรือความรู้สึกที่ไม่เป็นสุข ไม่สบายใจโดยไม่เปลี่ยนแปลง สถานการณ์จริง นำเอากระบวนการทางความคิดหรือการใช้กลไกทางจิตเกิดขึ้นในระดับที่รับรู้ตัว

2.2.1 การเปลี่ยนแปลงความหมายของสถานการณ์ใหม่ (cognitive reappraisal) เช่น การค้นหาข้อดีจากสถานการณ์นั้นใหม่ หรืออาจใช้กลไกทางจิต (defensive reappraisal) เช่น การปฏิเสธ ความจริง ซึ่งบิดเบือนความเป็นจริงและหลอกตัวเอง

2.2.2 การไม่ได้เปลี่ยนแปลงความหมายของสถานการณ์ เช่น หลีกเลียงไม่คิดถึง

2.2.3 กลยุทธ์ทางพฤติกรรม เช่น การออกกำลังกาย การสะกดจิต การดื่มเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ การระบายอารมณ์โกรธ การแสวงหา การสนับสนุนทางอารมณ์จากผู้อื่น เป็นต้น การเผชิญความเครียดเป็นกระบวนการที่บุคคลใช้นั้นเป็นการผสมผสานระหว่างการมุ่งแก้ไขปัญหา และการมุ่งลดอารมณ์ตึงเครียดในการเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดนั้น

ทั้งนี้ Lazarus (1966) ได้สรุปวิธีเผชิญปัญหาต่อภาวะเครียดไว้ 3 ลักษณะคือ

1. การเข้าต่อสู้ (attack) เป็นความพยายามของบุคคลที่จะขจัดสิ่งที่มาขัดขวางเป้าหมาย โดย พยายามเอาชนะอุปสรรคด้วยการเลือกวิธีการที่เหมาะสม ปรับปรุงวิธีการที่มีอยู่เพื่อเอาชนะอุปสรรค
2. การถอยหนี (withdrawal) บุคคลเรียนรู้ตั้งแต่วัยเด็กเมื่อพบกับสิ่งที่เป็นอันตราย มักจะใช้วิธีการถอยหนีเช่น การชักมือหรือเท้าเพื่อหนีไฟ เมื่อเป็นผู้ใหญ่จะใช้วิธีการแบบเดิมที่เคยใช้ในวัยเด็ก คือลักษณะการหลีกเลี่ยง ลดการเข้าไปเกี่ยวข้องกับสถานการณ์เหล่านั้น ได้แก่ การเก็บกด (repression) การถดถอยการแยกตนเองหรือหลีกเลี่ยง (withdrawal) การเพ้อฝัน (fantasy) เป็นต้น
3. การประนีประนอม (compromise) บุคคลจะใช้วิธีการเผชิญความเครียดแบบประนีประนอม เมื่อต้องเผชิญปัญหาที่ยุ่งยากมาก ๆ' ซึ่งไม่สามารถเอาชนะได้ ขณะเดียวกันก็ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ บุคคลจะใช้วิธีประนีประนอมเพื่อให้บรรลุเป้าหมายได้มากที่สุด หรือบางครั้งอาจต้องเปลี่ยนเป้าหมาย ได้แก่ การชดเชย การหาเหตุผลเข้าข้างตนเอง (rationalization) การเลียนแบบ (identification)

3.4 ความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท

ความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท มีทฤษฎีที่เกี่ยวข้องหลายทฤษฎี (Dimsdel et al., 2000 อังโน พชรพร ผู้ประเวช และเพ็ญพัทธ์ อุทิศ, 2554) ได้แก่

3.4.1 ทฤษฎีทางชีวภาพ สามารถอธิบายได้ว่า การเกิดโรคจิตเภทเกิดจากสมมติฐานโดปามีน (the dopamine hypothesis) ซึ่งเชื่อว่า ความผิดปกติของสารสื่อประสาท dopamine ที่มีมากเกินไปจะไปกระตุ้นเซลล์สมองมากเกินไป ส่งผลให้เกิดความผิดปกติของ dopaminergic function ภายใน mesocortical system ทำให้ผู้ป่วยบกพร่องในกระบวนการคิด (cognitive function) ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการทางบวกของโรคจิตเภทมากขึ้น (พิมพ์ชนา ศิริเหมอนนต์ และคณะ, 2555) นอกจากนี้ยังพบว่า prefrontal cortex มีความไวจำเพาะต่อการกระตุ้นที่เกิดจากความเครียด โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีขนาดของ prefrontal cortex เล็กกว่าปกติ

3.4.2 ทฤษฎีสั่งรับ (stimulus - oriented theories) อธิบายว่า ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความเครียดจากสิ่งเร้าที่มีอยู่ในสิ่งแวดล้อม เป็นสิ่งเร้าที่ทำให้เกิดปฏิกิริยาความตึงเครียด โดยเป็นความเครียดจากเหตุการณ์ที่ทราบว่าเป็นผู้ป่วยด้วยโรคจิตเภท เป็นเหตุการณ์ที่นำไปสู่ความยุ่งยากใจ และเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียด (stressor)

3.4.3 ทฤษฎีเชิงการตอบสนอง (response - oriented theories) อธิบายว่า เมื่อผู้ป่วยจิตเภทได้รับสิ่งเร้าที่ทำให้เกิดความเครียดจะมีการตอบสนองต่อสิ่งเร้าเหล่านั้นและก่อให้เกิดปฏิกิริยาการปรับตัว มีการหลั่งสารที่มีผลกระตุ้นระบบประสาททำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย เพื่อพยายามปรับตัวต่อสิ่งเร้าที่ทำให้เกิดความเครียด และหากสิ่งเร้าที่ทำให้เกิดความเครียดไม่ได้รับการแก้ไข ความเครียดยังคงมีอยู่และถูกเล่นงานซ้ำแล้วซ้ำอีก ก็จะทำให้เกิดการป่วยซ้ำอีก

3.4.4 ทฤษฎีเชิงอันตรกิริยา (interaction theories) อธิบายว่า ความเครียดของผู้ป่วยจิตเภทเป็นสิ่งที่เกิดจากการกระทำที่จำเพาะเจาะจงระหว่างกัน (interaction) ของตัวผู้ป่วยเองกับสิ่งเร้ากับสิ่งแวดล้อม ซึ่งการที่ผู้ป่วยจะรับรู้ว่ามีสิ่งเร้าใดก่อให้เกิดความเครียด ก็ต่อเมื่อได้ประเมินว่า สิ่งเร้าเหล่านั้นมีมากกว่าความสามารถของตนในการจัดการ หรือเป็นสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อตน เป็นการประเมินค่าสถานการณ์โดยใช้การรู้คิด (cognitive appraisal) ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทที่มีความบกพร่องในการรู้คิด การประเมินค่าสถานการณ์โดยใช้การรู้คิด ทำให้การแปลความหมายของเหตุการณ์ว่าเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดได้ง่ายกว่าคนปกติ

3.4.5 แนวคิด the stress - vulnerability model (Myin - Germey, Van OS, Schwartz, Stone and Dellspaud, 2001; Nuechterlein and Dawson, 1984; Nuechterlein et al., 1994; Rubin & Spring, 1997 อ้างถึงใน พชรพร ผู้ปฏิเวธ, 2554) เชื่อว่าเมื่อผู้ป่วยจิตเภทเผชิญกับสถานการณ์ความเครียดซึ่งมากกว่าที่ผู้ป่วยจะสามารถเผชิญมันได้อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดอาการทางบวกกำเริบ

3.5 การเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท

ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ที่มีความผิดปกติด้านความคิดและการรับรู้ ทำให้มีการแสดงออกของพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม จะมีการดำเนินโรคที่เรื้อรังและยาวนาน เมื่อได้รับการรักษาและออกไปใช้ชีวิตอยู่ในชุมชน การเจ็บป่วยทางจิตส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้ป่วย ซึ่งสถานการณ์ที่ผู้ป่วยเผชิญอยู่ทำให้มีความยากลำบากในการดำเนินชีวิต จนส่งผลให้เกิดความเครียดตามมาได้ง่าย (พชรพร ผู้ปฏิเวธ, 2554) และอาการทางบวกส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกกลัวอาการจะกลับมาเกิดความรู้สึกประหลาดทางอารมณ์ ไม่กล้าเข้าสังคม หรือแม้แต่การคงความสัมพันธ์ที่ดีกับครอบครัว อีกทั้งความรู้สึกที่เรียกว่าตราบาบที่ผู้ป่วยได้รับส่งผลให้ผู้ป่วยขาดความมั่นใจ รู้สึกด้อยค่า มองว่าตนเองเป็นคนระดับล่าง (Deborah J Coring, Joanne V Cook, 2007 อ้างถึงใน ขวัญสุดา บุญทศ, อมรรัตน์ ศรีคำสุข ไซโตะ, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, 2554) ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการเผชิญความเครียดและมีการตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่ผิดปกติ เช่น การตอบสนองเกินเลยไปกับสิ่งเล็ก ๆ น้อย ๆ และมีหน่วยความจำที่ด้อยกว่าคนปกติ การประมวลผลทางความคิดที่บกพร่อง นำไปสู่การทำหน้าที่และแสดงพฤติกรรมแบบบกพร่อง ได้แก่

- 1) มีการตัดสินใจทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่ไม่เหมาะสมกับวัตถุประสงค์ของหน้าที่ที่ผู้ป่วยต้องการจะทำ
- 2) มีการตอบสนองสิ่งเร้าทั้งจากภายในและภายนอกอย่างผิดปกติ
- 3) การตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่ธรรมดาสามัญซึ่งบุคคลสามารถตอบโต้ได้ตามแบบปกติ แต่ผู้ป่วยจิตเภทต้องใช้เวลาคิดตรองนานกว่าที่จะตัดสินใจได้
- 4) มีหน่วยความคิดและความคิดที่น้อยกว่าบุคคลทั่วไป

4. แนวคิดการจัดการความเครียดของ Norman et al (2002)

แนวคิดการจัดการความเครียดของ Norman et al (2002) เป็นการใช้การจัดการความเครียด 3 แนวทาง คือ

1. การลดปฏิกิริยาตอบสนองทางร่างกายต่อความเครียดโดยการฝึกการผ่อนคลาย
2. ส่งเสริมความแข็งแรงของร่างกายโดยการพักผ่อน การออกกำลังกาย และโภชนาการที่เหมาะสม
3. พัฒนาทักษะการรู้คิดและพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเผชิญความเครียด ประกอบด้วยกิจกรรม 12 กิจกรรม ได้แก่
 - 3.1 การให้ความรู้เรื่องการเผชิญความเครียดและฝึกทักษะการผ่อนคลาย (coping with stress and relaxation training)
 - 3.2 การเผชิญความเครียดที่เกิดจากการรับประทานยา (coping with medication stress)
 - 3.3 การเผชิญกับอาการทางจิต (coping with symptoms)
 - 3.4 การเสริมสร้างความแข็งแรงของร่างกาย (building physical stamina-sleep and exercise)
 - 3.5 การบริโภคที่มีผลต่อความเครียด (what you consume and stress)
 - 3.6 การบริหารจัดการด้านการเงิน (managing money)
 - 3.7 การบริหารจัดการกับเวลา (Managing your time)
 - 3.8 การแก้ปัญหาเฉพาะบุคคล (personal problem-solving)
 - 3.9 การใช้ทักษะการแก้ปัญหาไปใช้ในการพัฒนาและดำรงรักษามิตรภาพ (problem-solving-application to developing and maintaining friendship)
 - 3.10 การเผชิญตราบาป (coping with stigma)
 - 3.11 การเผชิญสถานการณ์ความเครียดที่เกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (coping with stressful interpersonal interaction)
 - 3.12 ทบทวน วางแผนเพื่อติดตาม (review, plan for follow)

5. แนวคิดเกี่ยวกับกลุ่มบำบัดของ Yalom

กลุ่มบำบัดตามแนวคิดของ Yalom (1995) เน้นสัมพันธภาพระหว่างบุคคล มีพื้นฐานมาจากแนวคิดที่ว่าบุคลิกภาพของคนเราพัฒนาจากอิทธิพลของประสบการณ์ในเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่สำคัญในอดีต เน้นอาการป่วยของผู้ป่วย อาการป่วยของผู้ป่วยในปัจจุบันเกิดขึ้นเนื่องจาก ความล้มเหลวในการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ดังนั้น ในการบำบัดด้วยกลุ่มจึงเน้นถึงความสำคัญของกระบวนการกลุ่ม คือการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันของสมาชิก งานของผู้บำบัด คือการช่วยให้สมาชิกกลุ่มได้เรียนรู้เรื่องสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่บิดเบือนไม่ถูกต้อง ซึ่งส่งผลให้เกิดปัญหาขึ้นกับตัวเขาเอง ตลอดจนบุคคลที่เกี่ยวข้อง นอกจากนี้ผู้บำบัดต้องช่วยเหลือผู้ป่วย หาทางแก้ไขปัญหาโดยใช้ประสบการณ์กลุ่มเป็นเครื่องมือ การเข้ากลุ่มเปรียบเสมือนการเข้าสังคมจำลอง (social microcosm) คือ ถ้าให้เวลามากพอจะแสดงพฤติกรรมไม่เหมาะสมในกลุ่มให้เห็นอย่างชัดเจน ผู้บำบัดและสมาชิกในกลุ่มจะใช้กลุ่มเป็นเครื่องมือในการแก้ไขปัญหายุติกรรมดังกล่าว โดยค่อย ๆ ชี้แจงให้ทราบภายใต้หลักเกณฑ์สำคัญๆ คือ เน้น “ที่นี่และเดี๋ยวนี้” สนใจเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในขณะนั้น กระบวนการกลุ่มจะทำให้เกิดปัจจัยบำบัด ซึ่งมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของสมาชิกทั้งในด้านอาการและสัมพันธภาพกับผู้อื่น (Yalom, 1995)

เป้าหมายของกลุ่มบำบัดตามแนวคิดของยาลอมมีดังนี้

1. เพื่อให้สมาชิกได้อยู่ร่วมกันจนตลอดกระบวนการรักษาแบบกลุ่ม ถือเป็นแขนงหนึ่งของ การรักษา เมื่อสมาชิกเข้าร่วมกลุ่มแล้วจะทำให้ได้รับประสบการณ์การรักษาที่ประโยชน์ต่อตนเอง และเกิดความรู้สึกสบายใจขึ้น มองเห็นคุณค่าของการบำบัดด้วยกลุ่ม

2. เพื่อให้สมาชิกที่เข้าร่วมกลุ่มบำบัดได้เกิดการเรียนรู้ การได้พูดระบายในกลุ่มเป็นสิ่งที่ มีประโยชน์ช่วยให้สมาชิกเกิดความรู้สึกผ่อนคลาย ทำให้เกิดปัจจัยบำบัด ความรู้สึกเป็นสากล คือรู้สึก ว่าตนเองไม่ได้เป็นคนเดียวที่มีปัญหา กลุ่มจะช่วยให้สมาชิกได้เรียนรู้ว่าผู้อื่นก็มีปัญหา เช่นเดียวกัน และตนเองไม่ได้แตกต่างไปจากคนอื่น

3. เพื่อช่วยให้สมาชิกสำรวจปัญหา รู้ว่าอะไรเป็นปัญหาและหาแนวทางในการแก้ไข ปัญหา เกิดการยอมรับว่าตนเองมีความเกี่ยวข้องกับปัญหาอย่างไร ทำให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้พฤติกรรม การมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นที่เป็นปัญหาและเกิดประสบการณ์ในการแก้ไขปัญหา

4. เพื่อช่วยลดความวิตกกังวลของสมาชิก การเข้าร่วมกลุ่มจะทำให้สมาชิกได้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น การให้ข้อมูลซึ่งกันและกันซึ่งสามารถทำให้ความวิตกกังวลลดลงได้

การทำกลุ่มบำบัดตามแนวคิดของยาลอม เป็นการทำกลุ่มบำบัดขนาดเล็กที่ควรมีสมาชิกกลุ่ม ประมาณ 8-12 คน หากสมาชิกกลุ่มจำนวนน้อยเกินไป จะทำให้กลุ่มรู้สึกตึงเครียด สมาชิกต้องรับผิดชอบในการพูดในกลุ่มมากแต่หากสมาชิกมีจำนวนมากเกินไป อาจส่งผลต่อ กระบวนการกลุ่ม อาจทำให้การพูดเป็นไปไม่ทั่วถึง หรือสมาชิกมีโอกาสในการพูดน้อยลงและอาจมี

การแบ่งกลุ่มย่อยเกิดขึ้น ระยะเวลาในการทำกลุ่มบำบัดแต่ละครั้ง ประมาณ 60-90 นาที หากใช้เวลา น้อยไป จะทำให้ประเด็นที่อภิปรายเป็นไปอย่างทั่วถึง หากใช้เวลามากไปจะส่งผลให้ทั้งสมาชิกกลุ่ม บำบัดเกิดความ เหนื่อยล้ามากเกินไป ดังนั้น สถานที่ที่เตรียมต้องสามารถใช้ได้ในเวลาที่กำหนด โดย ไม่มีผู้ใดหรือเหตุการณ์ใดมาขัดจังหวะ (Yalom, 1995)

Yalom แบ่งพัฒนาการกลุ่มเป็น 3 ระยะดังนี้ (Yalom, 1995)

1. ระยะสร้างสัมพันธภาพ (initiating phase) ระยะนี้จะเป็นการสื่อสารในเชิงสร้าง สัมพันธภาพ ทำให้สมาชิกผ่อนคลายด้วยการแนะนำตัวเอง บอกวัตถุประสงค์ กฎกติกา วิธีการดำเนิน กลุ่ม ความสำคัญและประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้ากลุ่ม หน้าที่ของสมาชิกกลุ่ม เพื่อให้สมาชิกรู้จักและ คำนึงถึงกัน มีความไว้วางใจ ผูกพัน มีความเข้าใจตรงกันกับผู้บำบัด ทำให้เกิดความร่วมมือในการนำ กลุ่มไปสู่เป้าหมาย ลดการต่อต้านของสมาชิกกลุ่ม สร้างแรงจูงใจและกระตุ้นสมาชิกให้มีความ กระตือรือร้นต่อการเข้ากลุ่ม

2. ระยะทำงานร่วมกัน (working phase) ผู้นำกลุ่มกำหนดประเด็นในการสนทนาแล้ว เปิดโอกาสให้สมาชิกแสดงความรู้สึก ความคิด ออกมากระตุ้นให้สมาชิกทุกคนมีส่วนร่วมในการแสดง ความคิดเห็น เพื่อก่อให้เกิดความผูกพัน เป็นหนึ่งเดียว มองเห็นคุณค่าของกันและกันและตั้งใจ ที่จะ ทำให้งานของกลุ่มให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ ผู้บำบัดต้องช่างสังเกตและตระหนักถึงพฤติกรรม บางอย่างของสมาชิกที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งอาจเป็นอุปสรรคของการดำเนินกลุ่ม ผู้บำบัดต้องเข้าใจและ แก้ปัญหาเพื่อให้กลุ่มดำเนินต่อไป ผู้บำบัดต้องควบคุมและยึดมั่นในกระแสของกลุ่ม เข้าใจกลไกทาง จิตของแต่ละคน หาสาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้นการช่วยเหลือประคับประคองกันและกันแสดงด้วย การเปิดเผยตนเอง ทั้งนี้เนื่องจากมีความไว้วางใจในกลุ่ม ความสามัคคีในกลุ่ม สมาชิกมักแสดงออก ด้วยการเปิดเผยตนเอง ทั้งนี้เนื่องจากมีความไว้วางใจในกลุ่ม และรู้สึกเป็นพวกเดียวกัน ผู้นำกลุ่มต้อง มีการวางแผนการสิ้นสุดสัมพันธภาพกลุ่มด้วยการแจ้งกำหนดการยุติกลุ่ม แจ้งความก้าวหน้าของกลุ่ม การบรรลุวัตถุประสงค์ ตระหนักถึงความผูกพันที่เกิดขึ้น เพื่อป้องกันความวิตกกังวลต่อการสิ้นสุด สัมพันธภาพ กระตุ้นให้สมาชิกหาแนวทางในการกลับไป ดำเนินชีวิตต่อเมื่อกลุ่มสิ้นสุด ให้โอกาส สมาชิกพูดความรู้สึก ความประทับใจต่อกลุ่ม เพื่อให้สมาชิกได้รับประสบการณ์ที่ดีจากการทำกลุ่ม และเกิดความรู้สึกที่ดีต่อการเข้ากลุ่มในครั้งต่อไปในกลุ่ม ได้หาแนวทางแก้ไข เพื่อป้องกันความขัดแย้ง และมุ่งมั่นที่จะดำเนินกลุ่มให้บรรลุวัตถุประสงค์

3. ระยะยุติกลุ่ม (terminal phase) เป็นระยะที่สมาชิกจะแสดงออกถึงความรู้สึกผูกพัน ต่อกลุ่ม สังเกตได้จากความรู้สึกร่วมกันของกลุ่ม ความมุ่งมั่นของกลุ่มต่อเป้าหมายความร่วมมือ และการประสานงานภายในกลุ่ม

เทคนิคที่ใช้ในการดำเนินกลุ่ม

1. การให้ความมั่นใจ (reassurance) การปลอบใจการให้กำลังใจ ซึ่งจะทำให้ความหวาดกลัว ความวิตกกังวลหมดไป
2. การสนับสนุน (encouragement) เป็นการส่งเสริมให้สมาชิกพยายามเอาชนะปัญหาที่เกิดขึ้น พยายามอดทนแก้ปัญหาที่ละอย่าง จะช่วยให้สมาชิกรู้สึกมั่นใจและเกิดความพยายามมากขึ้น
3. การแนะแนว (guidance) เป็นการช่วยให้ความคิดเห็นในการตัดสินใจของสมาชิก เช่น การให้ข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องการเจ็บป่วยกับหน้าที่การงานข้อมูลต่าง ๆ ของสมาชิกมากขึ้น
4. การหันเหความสนใจไปสู่ภายนอก (externalization of interest) เป็นการหันเหความสนใจไปสู่สิ่งแวดล้อมไม่ให้หมกมุ่นกับปัญหามากเกินไป
5. การจูงใจ (suggestion) เป็นการช่วยให้สมาชิกมีความคิดแบบตรงไปตรงมาหรือให้เชื่อว่า ความไม่สบายใจหรืออาการที่ไม่พึงปรารถนาสามารถบรรเทาได้
6. การโน้มน้าว (persuasion) เป็นการช่วยให้สมาชิกรู้จักควบคุมวิถีชีวิตของตนเองอย่างมีเหตุผลและเหมาะสม โดยผู้บำบัดพยายามอธิบายอย่างมีเหตุผลเพื่อให้สมาชิกมีแนวคิดใหม่ที่ถูกต้อง
7. การระบายอารมณ์ (catharsis) เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกที่เก็บกดอยู่ออกมาทำให้สบายใจขึ้นโดยใช้ทักษะต่าง ๆ เช่น
 - 7.1 giving recognition เป็นการแสดงการรับรองว่า สมาชิกเป็นบุคคลหนึ่งที่รู้จัก โดยการทักทาย เรียกชื่อได้ถูกต้อง จำเรื่องราวที่สมาชิกเคยได้พูดถึง
 - 7.2 giving information เป็นการแจ้งเรื่องราวต่าง ๆ ให้สมาชิกทราบอาจเป็นข้อมูลหรือข่าวสารที่เป็นจริง
 - 7.3 offering self การพยายามในการเสนอตัวในการให้ความช่วยเหลือสมาชิก
 - 7.4 presenting reality คือการบอกหรือเสนอข้อความหรือสิ่งที่เป็นจริงหรือเหตุการณ์ สภาพการณ์ที่เป็นข้อเท็จจริงให้สมาชิกทราบและพิจารณาตัดสินใจด้วยตัวเอง
 - 7.5 accepting reality เป็นการแสดงให้สมาชิกเห็นว่า พยาบาลยอมรับสมาชิกว่าเป็นบุคคลหนึ่ง และเข้าใจในความหมายของพฤติกรรมที่แสดงออกมา
 - 7.6 acknowledge the patient's feeling เป็นการรับรู้ความรู้สึกของสมาชิก ที่มีภาวะซึมเศร้าและยอมรับว่าการที่สมาชิกมีความรู้สึกเช่นนั้นเป็นที่ยอมรับ และไม่ใช้สิ่งผิดปกติ
8. เทคนิคที่กระตุ้นให้สมาชิกเป็นฝ่ายนำการสนทนา

8.1 giving broad opening การให้คำถามปลายเปิด เป็นการนำการสนทนาไปสู่ประเด็นสำคัญ กระตุ้นให้สมาชิกเล่าเรื่องราวที่เขาต้องการเล่า นำไปสู่การระบายออกมาซึ่งความคับข้องใจของสมาชิก

8.2 giving general lead การพูดเพื่อการกระตุ้นให้สมาชิกพูดต่อไป เป็นการแสดงว่าพยาบาลสนใจสมาชิกที่พูดออกมา

9. เทคนิคที่ช่วยให้สมาชิกระบายความคิด ความรู้สึก

9.1 making observation คือการบอกกล่าวถึงสิ่งที่พยาบาล สังเกตเห็นในตัวของสมาชิก ซึ่งสมาชิกอาจมีพฤติกรรมถึงความวิตกกังวล หลาย ๆ อย่าง เป็นการกระตุ้นให้สมาชิกพูดถึงความรู้สึกที่แท้จริงออกมา พยาบาลต้องแสดงท่าทียอมรับความรู้สึกที่แสดงออกมาไม่ว่า จะเป็นด้านดีหรือไม่ดีก็ตาม

9.2 using silence เป็นการใช้ความเงียบในการสนทนา เพื่อให้เกิดประโยชน์ดังนี้ คือ เป็นการกระตุ้นให้สมาชิกได้เล่าเรื่องราวของตนต่อไปและแสดงความพร้อมของพยาบาลในการฟัง และเป็นการให้เวลาแก่สมาชิกได้มีโอกาสย้อนหลังสิ่งที่พูดไป รวมถึงคิดถึงสิ่งที่ที่จะพูดต่อไปด้วย อีกทั้งเปิดโอกาสให้พยาบาลได้สังเกตปฏิกิริยาของสมาชิก

9.3 encouraging evaluation เป็นการประเมินประสบการณ์หรือสถานการณ์ที่เผชิญของสมาชิกมาคิดพิจารณา เพื่อให้สมาชิกรู้สึกที่ตนเองมีคุณค่า เช่น เหตุการณ์นี้ทำให้คุณรู้สึกอย่างไร กินยาแล้วคุณรู้สึกอย่างไร หรือสิ่งที่คุณพูด กระทำลงไปแล้วคุณรู้สึกอย่างไรบ้าง

9.4 listening เป็นการฟังเพื่อเปิดโอกาสให้สมาชิกได้ระบายว่ามีคนสนใจให้ความสำคัญ เกิดความไว้วางใจโดยพยายามแสดงออกได้โดยมองสบตา สีหน้าสนใจตั้งใจฟัง

10. เทคนิคที่ช่วยให้สมาชิกไตร่ตรองเรื่องใหม่

10.1 exploring คือ การแสดงออกเพื่อให้ได้ข้อมูลมากขึ้น กระจ่างขึ้น ทำให้ทราบความคิดหรือเรื่องราวของสมาชิกมากขึ้น บางครั้งสมาชิกอาจเล่าเรื่องราวของเขาไม่ละเอียด

10.2 reflecting การสะท้อนคำพูดของสมาชิกให้สมาชิกมีความคิด ความรู้สึกของตนเองรู้จักการตัดสินใจ

10.3 restating การพูดซ้ำความหมายในสิ่งที่สมาชิกได้พูดออกมา เพื่อให้สมาชิกได้คิดและเข้าใจในสิ่งที่ตนพูดออกมา

11. เทคนิคในการส่งเสริมให้ทั้งสองฝ่ายเข้าใจตรงกัน

11.1 seeking clarification คือการขอความกระจ่างในคำพูดที่ไม่ชัดเจน หรือขอร้องให้สมาชิกอธิบายความหมายของคำหรือของประโยคที่สมาชิกพูดแล้วเราไม่เข้าใจ

11.2 validating เป็นการตรวจสอบความเข้าใจของผู้บำบัดด้วยว่า ตรงกับความ ต้องการ และความรู้สึกของสมาชิกหรือไม่ เช่น คุณคงสบายใจขึ้นหลังจากได้เล่าเรื่องราวต่าง ๆ เหล่านี้ ความเข้าใจของดิฉัน ในเรื่องนี้ตรงกับของคุณหรือไม่หรือคุณใช้คำนี้เพื่อหมายถึง.....ใช่ไหม

11.3 focusing เป็นการนำเสนอให้รวมจุดสนใจอยู่ที่เรื่องใดเรื่องหนึ่ง ในกรณีนี้ผู้ บำบัดรู้สึกยังจับใจความไม่ได้ เช่น เรื่องนี้เป็นเรื่องที่น่าสนใจมาก หรือจุดนี้เป็นจุดที่เราควรทำความเข้าใจให้กระจ่าง

11.4 summarizing เป็นการสรุปข้อความเมื่อสมาชิกพูดจบ เป็นการตรวจสอบกับ สมาชิกว่าเรื่องที่สมาชิกเล่าานั้น ผู้บำบัดเข้าใจถูกต้องหรือไม่

สำหรับผู้ป่วย สิ่งที่ต้องคำนึงถึงในการทำกลุ่มบำบัด คือ กิจกรรมไม่เป็นการแข่งขัน เปิด โอกาสให้มีการตัดสินใจ พูดคุยเกี่ยวกับประสบการณ์ชีวิตในอดีต วิเคราะห์ตนเองผ่านความฝันหรือ เรื่องราวต่าง ๆ การตรวจสอบความรู้สึกซึมเศร้าเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยดีขึ้น ไม่ได้เป็นการพยายาม กระตุ้นอารมณ์ หรือปฏิเสธความสูญเสีย ความผิดหวังของผู้ป่วย และการสร้างบรรยากาศเป็นกันเอง เพื่อให้เกิดความรู้สึกเข้าใจและเห็นใจซึ่งกันและกัน

ปัจจัยบำบัดตามแนวคิดของ Yalom

แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยบำบัด (therapeutic factors) พัฒนาโดย Yalom โดยเผยแพร่ใน ปี ค.ศ. 1975 ต่อมามีการปรับปรุงในปีค.ศ. 1985 และ 1995 (Yalom, 1995) ซึ่ง Yalom ได้ทำการ สังเกต บันทึก และต่อมาได้ทำการวิจัยในสิ่งที่เกิดขึ้น หลังจากได้ทำกลุ่มจิตบำบัดให้ผู้ป่วย Yalom ได้ เสนอปัจจัยบำบัดทั้งหมด 11 ปัจจัย โดยปัจจัยบำบัดเหล่านี้เกิดขึ้นหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับกลุ่ม จิตบำบัด ปัจจัยบำบัดอาจเกิดขึ้นไม่ครบทั้งหมด ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ พลวัตรกลุ่ม ความเชี่ยวชาญของผู้นำกลุ่ม และลักษณะของสมาชิก นอกจากนี้ปัจจัยบำบัดตัวหนึ่ง อาจเป็นพื้นฐานต่อปัจจัยบำบัดอีกตัวหนึ่งหรือเอื้อให้เกิดปัจจัยบำบัดต่อไป โดยปัจจัยบำบัดทั้ง 11 ปัจจัย มีดังต่อไปนี้

1. การรู้ถึงคุณค่าของตนเอง (altruism) การเข้ากลุ่มทำให้สมาชิกได้มีส่วนร่วมในการ แก้ปัญหา ได้มีโอกาสให้ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ต่อสมาชิกคนอื่น ๆ มีความกระตือรือร้นที่จะ ช่วยเหลือและเห็นความสำคัญของคนอื่นมากกว่าตนเอง ทำให้สมาชิกมองเห็นคุณค่าตนเอง

2. การผูกพันจิตใจต่อกัน (group cohesiveness) การเข้ากลุ่มอย่างสม่ำเสมอจะทำให้ สมาชิกรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม มีความรู้สึกเป็นเจ้าของกลุ่มร่วมกัน กล้าที่จะช่วยเปิดเผย ตนเอง มีความรู้สึกใกล้ชิดผูกพัน ทำให้ความรู้สึกโดดเดี่ยวอ้างว้างหมดไป

3. การมีความเป็นสากล (universality) การเข้ากลุ่มทำให้สมาชิกตระหนักว่า คนทุกคน มีปัญหาเหมือนกันหมด ซึ่งเป็นเรื่องธรรมดาที่ว่า ตนเองมีความทุกข์อยู่คนเดียวก็จะลดลงและเกิด ความรู้สึกใหม่ว่า เขาไม่ได้อยู่คนเดียวบนโลกนี้ เขายังมีเพื่อนที่มีความทุกข์และมีปัญหาเช่นเดียวกัน

4. การเรียนรู้มนุษย์สัมพันธ์ (interpersonal learning) การเข้ากลุ่มทำให้สมาชิกได้รู้ว่าคุณลักษณะของตนเองและแสดงความคิดเห็นอะไรกับกลุ่ม รู้ว่าผู้อื่นคิดอย่างไรต่อตนเองและการสะท้อนกลับของกลุ่ม ซึ่งจะช่วยให้สมาชิกมีทักษะในการสร้างสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ๆ เพิ่มขึ้น และนำไปปรับปรุงตนเองได้ช่วยให้ได้เรียนรู้การอยู่ใกล้ชิดกับบุคคลอื่น มีความเชื่อถือไว้วางใจบุคคลอื่น

5. การให้ข้อมูล (imparting of information) เป็นการให้ข้อมูลข่าวสารที่เป็นการแลกเปลี่ยนระหว่างสมาชิก หรือจากผู้นำไปสู่กลุ่ม มีการอภิปรายเกี่ยวกับปัญหานั้น ข้อมูลที่ให้ต้องเป็นความจริงและกระจ่างชัด การให้ข้อมูลเป็นสิ่งที่จำเป็นมากที่ต้องให้ในระยะแรกของการทำกลุ่ม เพื่อสร้างความไว้วางใจของสมาชิกต่อกัน

6. การได้ระบายออก (catharsis) การเข้ากลุ่มช่วยให้สมาชิกได้พูดระบายออกทั้งในสิ่งที่ดีและไม่ดีกับความคับข้องใจ ความวิตกกังวลให้กับสมาชิกกลุ่มได้รับฟัง ซึ่งถ้ากลุ่มมีความผูกพันทางจิตใจสูง สมาชิกจะมีการได้พูดระบายออกและการเปิดเผยตนเองสูงด้วยการระบายออกนี้จะช่วยให้สมาชิกมีความสบายใจ มองดูโลกด้วยใจที่เป็นกลาง ทำให้เข้าใจชีวิตและส่งผลให้มีการพัฒนาการด้านจิตใจและอารมณ์ในทางที่ดีและมีแนวทางในการแก้ปัญหาชีวิตได้

7. การได้เลียนแบบ (imitative behavior) การเข้ากลุ่มทำให้สมาชิกได้ลอกเลียนแบบพฤติกรรมของคนอื่นที่ตนแอบพอใจ ทั้งจากผู้นำกลุ่มและสมาชิก ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้

8. การแก้ไขประสบการณ์เดิมในครอบครัว (the corrective recapitulation of the primary family group member) สถานการณ์ในกลุ่มนั้นคล้ายกับสถานการณ์ในครอบครัว ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยนึกถึงปัญหาความขัดแย้งในครอบครัวของตนเองและแสดงพฤติกรรมแบบเก่า ที่เป็นปัญหาออกมา ซึ่งอาจเป็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม กลุ่มจึงต้องเสนอแนะถึงพฤติกรรมที่เหมาะสมต่อสมาชิก ทำให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ที่จะแก้ไขพฤติกรรมนั้น ๆ อย่างถูกต้อง

9. การพัฒนาเทคนิคเพื่อการเข้าสังคม (development of socializing techniques) การเข้ากลุ่มทำให้สมาชิกมีทักษะในการสร้างสัมพันธ์ทางสังคมเพิ่มขึ้น ทำให้สมาชิกเรียนรู้ทักษะทางสังคม รวมทั้งเรียนรู้ที่จะเข้าใจความรู้สึกของผู้อื่น ซึ่งจะมีประโยชน์ต่อสมาชิกเมื่อนำไปใช้กับสังคมภายนอกต่อไป

10. การรู้สึกมีความหวัง (instillation of hope) การเข้ากลุ่มทำให้สมาชิกที่เคยท้อแท้หมดหวังในชีวิต เกิดความหวังขึ้นมาใหม่ได้ว่าอาจมีชีวิตที่ดีขึ้น ทำให้มีกำลังใจในการต่อสู้ เมื่อได้เห็นสมาชิกคนอื่นในกลุ่มมีการพัฒนาขึ้นในทางที่ดี

11. การได้รู้ถึงความจริงของชีวิต (existential factors) การเข้ากลุ่มช่วยให้สมาชิกได้เข้าใจธรรมชาติของชีวิตว่า บางครั้งก็สมหวัง บางครั้งก็ผิดหวัง ทุกสิ่งมีการเปลี่ยนแปลง มีการแยกจากกันซึ่งจะทำให้สมาชิกกลุ่มสามารถเผชิญชีวิตและอุปสรรคต่าง ๆ ได้ เกิดความเชื่อมั่นและมีความ

พึงพอใจในตนเอง ทำให้ความรู้สึกต่ำต้อย เสียใจ ท้อถอยกับชีวิตตนเองลดลงหรือหมดไป สมาชิกจะดำรงชีวิตอยู่ได้ด้วยความสุข

ประสิทธิภาพของกลุ่มบำบัด

กลุ่มบำบัดเป็นวิธีการบำบัดอย่างหนึ่งที่มีประสิทธิภาพในการช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชทั้งสำหรับผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลกลางวันและผู้ป่วยในบ้านพักฟื้น ผู้ป่วยจิตเวช (Lambert & Ogles, 2004; Puskar et al., 2012 อ้างถึงใน จุฑาทิพย์ กิ่งแก้ว, 2557)

กลุ่มบำบัดกับผู้ป่วยจิตเวช กลุ่มบำบัดช่วยให้ผู้ป่วยจิตเวชเกิดการเรียนรู้ในการแก้ปัญหาจากการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กันในกลุ่ม และจากข้อเสนอแนะของสมาชิกในกลุ่ม ทำให้ได้รับการประคับประคองจิตใจซึ่งเกิดจากบรรยากาศของกลุ่มที่ผ่อนคลายมีความรู้สึกที่คล้ายกันกับสมาชิกในกลุ่ม มีโอกาสได้ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ลดความรู้สึกโดดเดี่ยวและเกิดความรู้สึกเห็นอกเห็นใจกันได้ เรียนรู้ทักษะทางสังคมเพราะกลุ่มเปิดโอกาสให้สมาชิกได้มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ได้สังเกตบุคคลอื่นในการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมและสามารถนำมาเป็นแบบอย่างของตนเองได้กลุ่มยังเป็นแหล่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ สมาชิกกลุ่มจะเกิดการพัฒนาความรู้สึกความเป็นเจ้าของ ทำให้เกิดความรับผิดชอบต่อส่วนรวม เกิดความมั่นใจในตนเองเกิดผลดีต่อด้านร่างกายส่งเสริมการเคลื่อนไหวลดความวิตกกังวล ได้รับความคิดความรู้สึกเกิดความรู้สึกผ่อนคลาย (เพียรดี เปี่ยมมงคล, 2553) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ได้มีการศึกษาผลการใช้กลุ่มบำบัดอย่างหลากหลายทั้งในผู้ป่วยจิตเวช และผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต จากงานวิจัยเหล่านี้ พบว่า การเข้ากลุ่มบำบัดส่งผลให้อาการทางจิตของผู้ป่วยลดลง ช่วยให้เกิดทักษะการเข้าสังคม เพิ่มการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม (Castillo, Lacefield, Baca, Blankenship, & Qualls, 2014; Lockwood, Page, & Conroy-Hiller, 2004; Lu et al., 2013; Zanello, Mohr, Merlo, Huguelet, & Rey-Bellet, 2014 อ้างถึงใน จุฑาทิพย์ กิ่งแก้ว, 2557) ช่วยให้เกิดการปรับตัวทางสังคม (สุดา รongเมือง, กนกพร เรื่องเพิ่มพูล, พชรินทร์ นินทจันทร์, 2556) ลดพฤติกรรมดื่มสุราในผู้ป่วยติดสุรา (สุนทรี ศรีโกไสย, สมพร กิ่งแก้ว, ทิพศมัย ทายะรังษี, 2553) การเข้ากลุ่มบำบัดยังเป็นการเสริมสร้างความหวัง ลดอารมณ์ซึมเศร้าลดความรู้สึกวิตกกังวล ช่วยให้ปรับตัวต่อความเครียดและสามารถเผชิญกับปัญหาได้ดีขึ้น (Honagodu, Krishna, & Lepping, 2013; Krishna et al., 2010; Marmarosh & Tasca, 2013; Pessagno & Hunker, 2012; Walwyn & Rowley, 2011 อ้างถึงใน พรนิภา หาญละคร, สมใจ รัตนมณี, และประกอบ ชันทอง, 2552) ลดความรู้สึกแยกตัวและความรู้สึกเป็นตราบาป เกิดความมั่นใจในตนเอง ช่วยให้เห็นคุณค่าในตัวเองมากขึ้นเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ไปในทางที่ดีขึ้น (Sayin, Candansayar, & Wilkin, 2012; Williams, 2014 อ้างถึงใน บรรจงศรี พิกสมบุญ, 2554) การทำกลุ่มให้เกิดประสิทธิภาพนั้นประกอบด้วย 2 ส่วนสำคัญ คือ เนื้อหา (content) และกระบวนการ

(process) ซึ่งเนื้อหา ได้แก่ คำพูดต่าง ๆ ประเด็นในการอภิปรายกันในกลุ่ม ส่วนกระบวนการ ได้แก่ ปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างสมาชิกในกลุ่ม (Yalom, 1995)

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้รูปแบบการบำบัดกลุ่มตามแนวคิดของยาลอมที่เน้นสัมพันธภาพระหว่างบุคคล โดยใช้หลักการ “ที่นี่และเดี๋ยวนี้” เพื่อเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถและความตั้งใจในการจัดการความเครียดต่ออาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภท

6. การจัดการกับความเครียดแบบกลุ่มต่ออาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภท

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการจัดการความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้โปรแกรมการจัดการความเครียดต่ออาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทของ พรทิพย์ ไชสะอาด (2555) ตามแนวคิดการจัดการความเครียดของ Norman et al. (2002) และนำมาผสมผสานในรูปแบบกระบวนการกลุ่มตามแนวคิดของ Yalom (1995) ประกอบด้วยการดำเนินกิจกรรมที่สำคัญ ดังนี้ 1) สร้างสัมพันธภาพ ให้ความรู้เรื่องความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท ผลกระทบที่เกิดจากความเครียด 2) การฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อโดยการฝึกทักษะการผ่อนคลายแบบ progressive muscle การฝึกหายใจ 3) การจัดการกับอาการทางบวกร่วมกับการจัดการความเครียดที่เกิดจากการรับประทานยา และการเสริมสร้างสุขภาพ ความแข็งแรงของร่างกาย 4) การฝึกการแก้ไขปัญหาในชีวิตประจำวัน 5) การฝึกทักษะการสื่อสารและการฝึกการเผชิญตราบ 6) เข้าใจตนเอง ปรับมุมมอง ทบทวนและประเมินทักษะการจัดการความเครียด และยุติกลุ่มโดยผู้ป่วยจะได้พบพยาบาลทั้งหมด 6 ครั้ง ใช้เวลาบำบัดครั้งละ 60 – 90 นาที มีรายละเอียดของกิจกรรม ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สรุปการบูรณาการแนวคิดแนวคิดการจัดการความเครียดของ Norman et al. (2002) และแนวคิดของ Yalom (1995)

แนวคิดการจัดการความเครียดของ Norman et al. (2002)	แนวคิดของ Yalom (1995)	การนำมาประยุกต์ใช้ในโปรแกรม
การให้ความรู้เรื่องความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท การเผชิญคามเครียด ผลกระทบที่เกิดจากความเครียด	สร้างสัมพันธภาพ เพื่อให้สมาชิกรู้จักและคุ้นเคยกัน มีความไว้วางใจ ผูกพัน ทำให้เกิดความร่วมมือในการ	กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ ให้ความรู้เรื่องความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท ผลกระทบที่เกิดจากความเครียด ผู้วิจัยได้รวบรวมเนื้อหาความรู้เกี่ยวกับสาเหตุ อาการและผลกระทบของความเครียด

แนวคิดการจัดการ ความเครียดของ Norman et al. (2002)	แนวคิดของ Yalom (1995)	การนำมาประยุกต์ใช้ในโปรแกรม
	นำกลุ่มไปสู่เป้าหมาย ลดการต่อต้านของ สมาชิกกลุ่ม สร้าง แรงจูงใจและกระตุ้น สมาชิกให้มีความ กระตือรือร้นต่อการเข้า กลุ่ม	
การลดปฏิกิริยา ตอบสนองทาง ร่างกายต่อ ความเครียดโดยการ ฝึกการผ่อนคลาย	กระตุ้นให้สมาชิกทุกคน มีส่วนร่วมในการแสดง ความคิดเห็น เพื่อ ก่อให้เกิดความผูกพัน เป็นหนึ่งเดียว มองเห็น คุณค่าของกันและกัน และตั้งใจ ที่จะทำให้ งานของกลุ่มให้บรรลุ เป้าหมายที่ตั้งไว้	กิจกรรมที่ 2 การลดปฏิกิริยาตอบสนองทาง ร่างกายต่อความเครียดฝึกการผ่อนคลาย กล้ามเนื้อโดยการฝึกทักษะการผ่อนคลายแบบ progressive muscle และการฝึกหายใจ (breathing exercise) โดยเน้นให้สมาชิกสมาชิก ทุกคนมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น และ เห็นคุณค่าของกันและกัน
พัฒนาทักษะการรู้คิด และพฤติกรรมที่ เกี่ยวข้องกับ เผชิญความเครียด	มีความเข้าใจและ แก้ปัญหาเพื่อให้กลุ่ม ดำเนินต่อไป เข้าใจ กลไกทางจิตของแต่ละ คน หาสาเหตุของ ปัญหาที่เกิดขึ้นการ ช่วยเหลือประคับประ ครองกันและกัน	กิจกรรมที่ 3 การจัดการกับอาการทางบวก ร่วมกับการจัดการความเครียดที่เกิดจากการ รับประทานยา และการเสริมสร้างสุขภาวะ ความเข้มแข็งของร่างกายด้วยการพักผ่อน การ บริโภคอาหาร การออกกำลังกาย

แนวคิดการจัดการ ความเครียดของ Norman et al. (2002)	แนวคิดของ Yalom (1995)	การนำมาประยุกต์ใช้ในโปรแกรม
พัฒนาทักษะการรู้คิด และพฤติกรรมที่ เกี่ยวข้องกับการ เผชิญความเครียด	สมาชิกสำรวจปัญหา รู้ว่าอะไรเป็นปัญหา และหาแนวทางในการ แก้ไขปัญหา เกิดการ ยอมรับว่าตนเองมี ความเกี่ยวข้องกับ ปัญหาอย่างไร ทำให้ ผู้ป่วยได้เรียนรู้ พฤติกรรม การมี สัมพันธภาพกับบุคคล อื่นที่เป็นปัญหาและเกิด ประสบการณ์ในการ แก้ไขปัญหา	กิจกรรมที่ 4 การฝึกการแก้ไขปัญหาใน ชีวิตประจำวัน โดยใช้เทคนิคการแก้ไขปัญหา problem solving เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจใน สถานการณ์ปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเอง ปรับ มุมมองที่มีต่อปัญหา รวมถึงมีวิธีการแก้ไข ปัญหาที่หลากหลาย คาดการณ์ผลของการแก้ไข ปัญหาที่จะเกิดขึ้น และยอมรับได้
พัฒนาทักษะการรู้คิด และพฤติกรรมที่ เกี่ยวข้องกับการ เผชิญความเครียด	การช่วยให้สมาชิกกลุ่ม ได้เรียนรู้เรื่อง สัมพันธภาพระหว่าง บุคคลที่บิดเบือนไม่ ถูกต้อง ซึ่งส่งผลให้เกิด ปัญหาขึ้นกับตัวเอง ตลอดจนบุคคลที่ เกี่ยวข้อง และหาทาง แก้ไขปัญหาโดยใช้ ประสบการณ์กลุ่มเป็น เครื่องมือ การเข้ากลุ่ม เปรียบเสมือนการเข้า สังคมจำลอง	กิจกรรมที่ 5 การฝึกทักษะการสื่อสารและการ ฝึกการเผชิญตราบ ช่วยให้ผู้ป่วยทำหน้าที่ ด้านการสื่อสารและการติดต่อทางสังคมได้ดีขึ้น เพื่อส่งเสริมภาพลักษณ์ ความสามารถในการ ติดต่อสื่อสารเมื่อเผชิญกับความขัดแย้งกับ บุคคลอื่น รวมถึงการร้องขอความช่วยเหลือและ ความร่วมมือจากบุคคลในชุมชนได้ ทำให้ผู้ป่วย ได้รับการยอมรับจากสังคม และสามารถดำเนิน ชีวิตในสังคมได้

แนวคิดการจัดการ ความเครียดของ Norman et al. (2002)	แนวคิดของ Yalom (1995)	การนำมาประยุกต์ใช้ในโปรแกรม
พัฒนาทักษะการรู้คิด และพฤติกรรมที่ เกี่ยวข้องกับการ เผชิญความเครียด	สมาชิกได้หาแนวทางใน การกลับไปดำเนินชีวิต ต่อเมื่อกลุ่มสิ้นสุด สมาชิกได้รับ ประสบการณ์ที่ดีจาก การทำกลุ่ม และเกิด ความรู้สึกที่ดีต่อการเข้า กลุ่ม	กิจกรรมที่ 6 เข้าใจตนเอง ปรับมุมมอง ทบทวน และประเมินทักษะการจัดการความเครียด ผู้วิจัยสรุปผลการให้การดูแลที่ต่อเนื่อง ความสำเร็จและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับ ตนเองเมื่อสามารถจัดการกับความเครียดของ ตนเองได้ ทบทวนแนวทางการฝึกควบคุมตนเอง ที่ยังไม่สามารถนำไปใช้ได้จริง เสริมทักษะ สนับสนุนให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการจัดการ และเผชิญกับความเครียดได้ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง

7. เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

7.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องในประเทศไทย

บุษกร ศุภอักษร (2553) ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ในผู้ป่วยที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศูนย์ราชบุรี จำนวน 40 คน พบว่า 1) การทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนหลังได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 2) การทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

พชรพร ผู้ปฏิเวธ (2554) ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท ของผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต จำนวน 150 คน พบว่า 1) ผู้ป่วยจิตเภทมีคะแนนเฉลี่ยของการเผชิญความเครียดด้วยวิธีการจัดการกับปัญหาสูงที่สุดและอยู่ในระดับมาก 2) การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคมอาการทางบวก อาการทางลบ ความบกพร่องทางประสาทการรู้คิดมีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดด้วยวิธีการจัดการกับปัญหาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 3) อาการทางบวกมีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดด้วยวิธีการใช้อารมณ์ละความรู้สึกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 4) การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน อาการทางลบ และความบกพร่องทางประสาทการรู้คิดมีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดด้วยวิธีการหลีกเลี่ยงสิ่งเร้าที่เกิดที่

ก่อให้เกิดความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 5) ระดับการศึกษาและอายุไม่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

มณฑา ปิ่นวิเศษ (2554) ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการอาการต่ออาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวช จำนวน 40 คน โดยจับคู่แล้วสุ่มแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน กลุ่มควบคุม 20 คน พบว่า 1) อาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการอาการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 2) อาการทางจิตกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

พรทิพย์ ไชสะอาด (2555) ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่ออาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท ในผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาในหน่วยตรวจผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลรามาริบัติ จำนวน 40 คน ซึ่งได้รับการจับคู่เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวน กลุ่มละ 20 คน ผลการศึกษา พบว่า 1) อาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 2) อาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อาภรณ์ สิงห์ซาดา, กุลวดี โรจน์ไพศาลกิจ และ สมใจ นกดี (2559) ศึกษา ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่อความเครียดของผู้สูงอายุ กลุ่มทดลองเป็นผู้สูงอายุในตำบลดอนทราย อำเภอบ้านโพธิ์ จังหวัด ฉะเชิงเทรา จำนวน 30 ราย กลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 30 ราย เป็นผู้สูงอายุในตำบลหนองบัว อำเภอบ้านโพธิ์ จังหวัดฉะเชิงเทรา โดยกลุ่มทดลองได้เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความเครียดเป็นระยะ เวลา 8 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองได้แก่โปรแกรมการจัดการความเครียด โดยประยุกต์ใช้ ทฤษฎีความเครียดของลาซาลัสและโพล์คแมน (Lazarus and Folkman. 1984) ทฤษฎีแรงสนับสนุน ทางสังคมของ House ซึ่งประกอบด้วยวิธีการจัดการความเครียด 4 วิธี คือ 1) ฝึกการหายใจ 2) ฝึกผ่อนคลายด้วยการเกร็งและคลายกล้ามเนื้อ (progressive muscle relaxation) 3) ฝึกผ่อนคลาย กล้ามเนื้อด้วยการหายใจแบบลึก (autogenic training) และ 4) ฝึกสมาธิ ผลการศึกษา พบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความเครียด ผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง มีความเครียดต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 หลังการเข้าร่วมโปรแกรมผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีความเครียดต่ำกว่าผู้สูงอายุกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05

อรพรรณ ประทุมรัตน์ (2560) ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดร่วมกับโยคะ ต่อความรุนแรงของอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทหญิง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทหญิงที่รักษาแบบผู้ป่วยในของสถาบันสมเด็จพระยาจำนวน 40 คน โดยจับคู่แล้วสุ่มแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน กลุ่มควบคุม 20 คน พบว่า 1) ความรุนแรงของอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทหญิงในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดร่วมกับโยคะหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 2) ความรุนแรงของอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทหญิงในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดร่วมกับโยคะต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

7.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องในต่างประเทศ

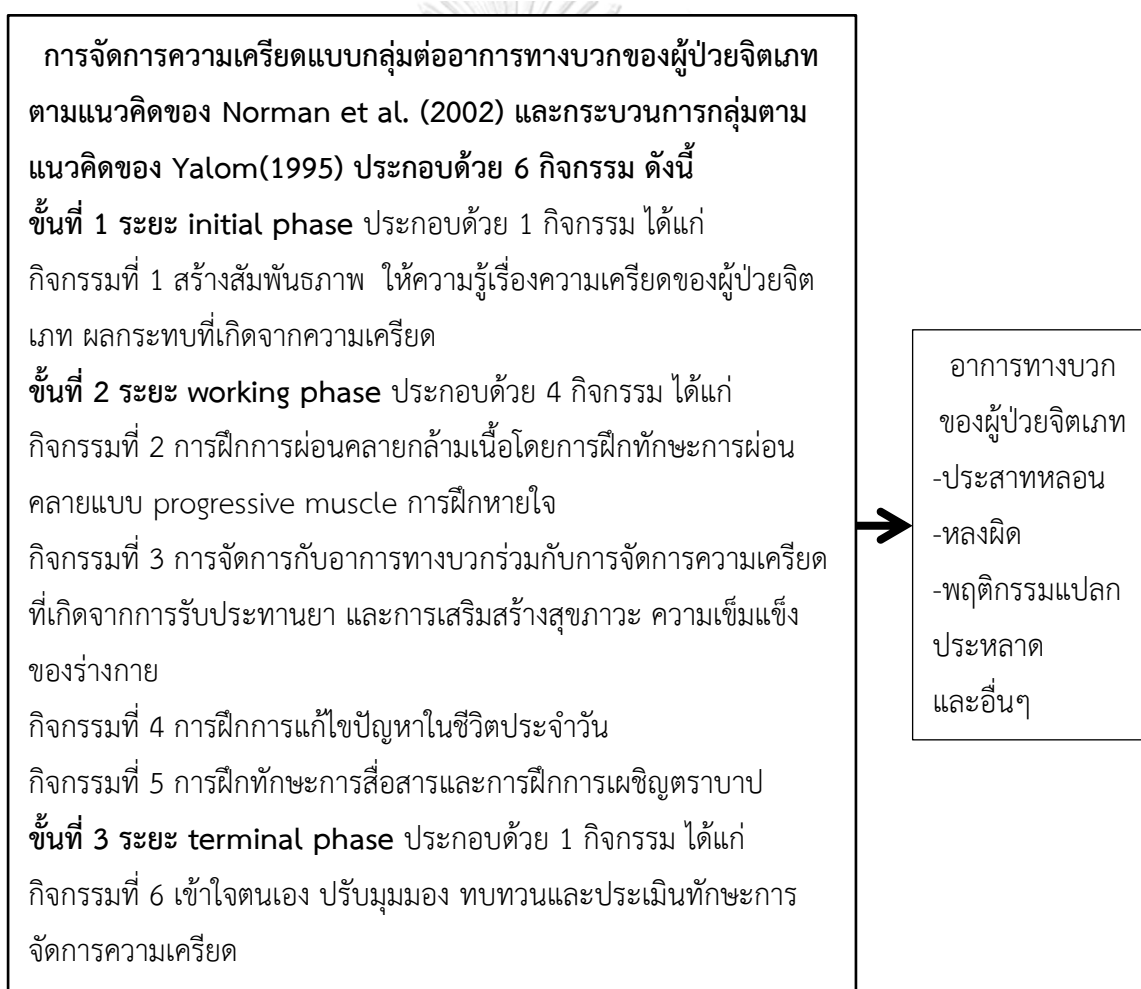
Norman et al. (2002) ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดสำหรับผู้ป่วยจิตเภทในการบำบัดฟื้นฟูในกรุงลอนดอน กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตคงที่ คือไม่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและไม่ต้องเพิ่มยาภายในระยะเวลา 3 เดือน จำนวน 130 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 64 คน และกลุ่มควบคุม 66 คน กลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามโปรแกรมการจัดการความเครียด ประกอบไปด้วย 12 กิจกรรม ในระยะเวลา 12 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า 1) ภายหลังการสิ้นสุดการทดลองทันทีแล้ว ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียด และกลุ่มกิจกรรมทางสังคมมีระดับความรุนแรงของอาการทางบวกและอาการทางลบลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05, .01 ตามลำดับ และมีการรับรู้ความเครียดและทักษะชีวิตดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 2) ในระยะติดตามผล 1 ปีผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดมีจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาหลังการบำบัดน้อยกว่าผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมที่ได้รับกิจกรรมทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Lee et al, (2006) ศึกษาผลของโปรแกรมจัดการความเครียดจากการทำงานของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังต่อการรับรู้ความเครียดจากการทำงาน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 29 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมความเครียดจากการทำงาน จำนวน 14 คน และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการฟื้นฟูตามปกติ จำนวน 15 คน ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดจากการทำงานมีค่าคะแนนความเครียดจากการทำงานลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากแนวคิดของ stress-diathesis model เชื่อว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีแนวโน้มในการเกิดความเครียดได้ง่ายกว่าคนอื่น เมื่อพบกับสภาวะกดดันบางประการทำให้เกิดอาการทางบวกของโรคจิตเภทขึ้นมา เช่น ความเครียด (สมภพ เรื่องตระกูล, 2553) และจากทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (interpersonal theories) Harry Stack Sullivan มีมุมมองเกี่ยวกับอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทว่าเป็นความแปรปรวนของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ความวิตกกังวลอย่างมากของผู้ป่วย ทำให้เกิดความรู้สึกของการไม่มีความสัมพันธ์กับผู้อื่นและถูกเปลี่ยนเป็นความเปราะบาง (Sadock & Sadock, 2015) ดังนั้น การส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถจัดการความเครียดและสัมพันธภาพระหว่างบุคคลได้อย่างมีประสิทธิภาพจะช่วยลดอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทได้ ผู้วิจัยสนใจการนำแนวคิดการจัดการความเครียดของ Norman et al. (2002) และนำมาผสมผสานในรูปแบบกระบวนการกลุ่มตาม แนวคิดการบำบัดกลุ่มของยาลอม (Yalom, 1995) โดยใช้แนวทางการจัดการความเครียด 3 แนวทาง คือ 1) การลดปฏิบัติการตอบสนองทางร่างกายต่อความเครียดโดยการฝึกการผ่อนคลาย 2) ส่งเสริมความแข็งแรงของร่างกายโดยการพักผ่อน การออกกำลังกาย และโภชนาการที่เหมาะสม 3) พัฒนาทักษะการรู้คิดและพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเผชิญความเครียด และแนวคิดการทำกลุ่มบำบัด และเน้นสัมพันธภาพระหว่างบุคคล จากแนวคิดที่ว่าบุคลิกภาพของคนเราพัฒนาจากอิทธิพลของประสบการณ์ในเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่สำคัญในอดีต และจากการศึกษาของ Lee et al, (2006) พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดจากการทำงานมีค่าคะแนนความเครียดจากการทำงานลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะนำการจัดการความเครียดในการส่งเสริมทักษะการจัดการความเครียดเพื่อลดอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพ

8. กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้ป่วยจิตเภทมักบกพร่องในการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้น ซึ่งความเครียดเป็นปัจจัยสำคัญในการเกิดอาการทางบวก (positive symptoms) กำเริบ ดังนั้นเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทได้มีแนวทางในการจัดการความเครียด ป้องกันการเกิดอาการทางบวก ผู้วิจัยได้พัฒนารูปแบบการจัดการความเครียดของผู้ป่วยจิตเภทตามแนวคิดการจัดการความเครียดของ Norman et al. (2002) และนำมาผสมผสานในรูปแบบกระบวนการกลุ่มตามแนวคิดของ Yalom (1995) ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวจะช่วยลดอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภท สรุปเป็นกรอบแนวคิดวิจัย ดังนี้



บทที่ 3

วิธีดำเนินงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ใช้รูปแบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest control group design) (Politt and Hungler, 1999; รัตน์ศิริ ทาโต, 2561) มีจุดประสงค์เพื่อศึกษาผลของการจัดการความเครียดแบบกลุ่มต่ออาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภท ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี ตัวแปรต้น คือ การจัดการความเครียดแบบกลุ่ม ตัวแปรตาม คือ อาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภท โดยมีรูปแบบการทดลองดังนี้

O ₁	X	O ₂ กลุ่มทดลอง
O ₃		O ₄ กลุ่มควบคุม

โดย

O₁ หมายถึง อาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทก่อนเข้าร่วมการทดลองของกลุ่มทดลอง

O₂ หมายถึง อาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทหลังเข้าร่วมการทดลองของกลุ่มทดลอง

X หมายถึง การจัดการความเครียดแบบกลุ่ม

O₃ หมายถึง อาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติของกลุ่มควบคุม

O₄ หมายถึง อาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับการพยาบาลตามปกติของกลุ่มควบคุม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งได้รับการวินิจฉัยโรคตามคู่มือการวินิจฉัยแยกโรคทางจิตเวชตามการจำแนกโรคระหว่างประเทศฉบับประเทศไทย ฉบับที่ 10 (The 10th Revision of the International Statistical Classification of Diseases and Related health Problems:ICD-10) ที่รับไว้รักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวช เขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภททั้งเพศหญิงและเพศชาย อายุระหว่าง 20-59 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (F20.0-F20.9) ที่มารับบริการในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ที่แผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 24 คน จากนั้นทำการสุ่มแบบง่ายด้วยวิธีการจับฉลากเพื่อสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 12 คนโดยมีเกณฑ์คัดเลือกผู้ป่วย ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่การศึกษา (Inclusion criteria) มีดังนี้

1. มีคะแนนความเครียดมากกว่า 18 คะแนน (ระดับสูงกว่าปกติเล็กน้อย)

2. มีอาการทางจิตในระดับสูงกว่าเกณฑ์เฉลี่ยเล็กน้อย มีคะแนน PANSS-T 56 – 60 คะแนน และคะแนนอาการทางบวกในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง 8 - 35 คะแนน
3. มีความสามารถพูดคุยสื่อสารได้ด้วยภาษาไทย
4. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์ในการคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria) มีดังนี้

1. มีอาการทางจิตกำเริบรุนแรง
2. มีโรคแทรกซ้อนทางกาย
3. ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมครบทุกขั้นตอน

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยการวิเคราะห์อำนาจทดสอบด้วยโปรแกรม Power Analysis of Sample Size (PASS) (รัชนีศิริ ทาโต, 2561) โดยนำผลการศึกษาของ พรทิพย์ ไชสะอาด (2554) เรื่อง ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่ออาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท มาใช้ในการคำนวณกลุ่มตัวอย่างเพื่อให้มีอำนาจการทดสอบร้อยละ 80 มีโอกาสเกิดความคลาดเคลื่อนที่ระดับนัยสำคัญ .05 ค่าเฉลี่ยหลังการทดลอง (Mean) เท่ากับ 1.77 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานหลังการทดลอง (S.D.) เท่ากับ 0.53 พบว่าขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการแต่ละกลุ่มคือ กลุ่มละ 12 คน รวมทั้งหมด 24 คน

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ที่แผนกผู้ป่วยนอก โดยศึกษาประวัติเวชระเบียน เพื่อพิจารณาคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดในการคัดเลือกกลุ่ม บริเวณจุดคัดกรองหน้าห้องตรวจโรค
2. ผู้วิจัยขอความร่วมมือกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อประเมินระดับของอาการทางบวกตามแบบประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทฉบับภาษาไทย (positive and negative syndrome scale: PANSS-T) เพื่อคัดเลือกผู้ป่วยที่มีระดับอาการทางจิตที่อยู่ในระดับสูงกว่าเกณฑ์เฉลี่ยเล็กน้อย (56 – 60 คะแนน) และคะแนนอาการทางบวกในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง (8-35 คะแนน) และมีระดับความเครียดสูงกว่าปกติ (มากกว่า 18 คะแนน) จากการประเมินความเครียดจากแบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
3. ผู้วิจัยทำการจับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (matched paired) ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันเพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจส่งผลต่อการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ เพศ เนื่องจากพบว่าผู้ป่วยเพศ

หญิงจะมีอาการของโรครุนแรงน้อยกว่าเพศชาย (Leung,2000) และระดับคะแนนตามแบบประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทฉบับภาษาไทย (positive and negative syndrome scale: PANSS-T) จากนั้นจึงสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวนกลุ่มละ 12 คน รวมจำนวน 24 คน ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคุณลักษณะ (matched - pair) ของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นรายคู่ (โดยให้มีคะแนนแตกต่างกันไม่เกิน 1 คะแนน)

คู่ที่	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	เพศ	คะแนน PANSS - T	เพศ	คะแนน PANSS - T
1	ชาย	56	ชาย	56
2	ชาย	56	ชาย	56
3	ชาย	58	ชาย	58
4	ชาย	60	ชาย	60
5	ชาย	57	ชาย	57
6	ชาย	60	ชาย	60
7	ชาย	58	ชาย	58
8	ชาย	56	ชาย	56
9	หญิง	56	หญิง	56
10	หญิง	59	หญิง	60
11	หญิง	58	หญิง	57
12	หญิง	57	หญิง	57

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยนำโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ การจัดการความเครียดแบบกลุ่มต่ออาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภท และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยทุกชุด นำเสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จ.อุบลราชธานี ได้รับรองโครงการวิจัยที่ 001 / 2563 วันที่ 28 มกราคม 2563 นอกจากนี้เพื่อพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ได้มาจากการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง โดยสุ่มกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยกำหนด ซึ่งในการดำเนินการวิจัยกลุ่มตัวอย่างทุกรายจะได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาที่ใช้ในการวิจัย และการยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยในระหว่างขั้นตอนของการวิจัย โดยที่กลุ่มตัวอย่างจะ

ยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยเมื่อไหร่ก็ได้ โดยการยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยนั้นไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษา รวมทั้งหากกลุ่มตัวอย่างมีคำถามหรือเกิดความสงสัยใด ๆ ในระหว่างขั้นตอนการวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถสอบถามได้จากผู้วิจัยโดยตรง ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะปกปิดเป็นความลับ ผลการวิจัยผู้วิจัยจะเสนอในภาพรวมเท่านั้น จะไม่มีการเปิดเผยข้อมูลให้ผู้อื่นทราบ หากกลุ่มตัวอย่างตอบรับในการวิจัย ผู้วิจัยจึงจะให้ลงลายมือชื่อในเอกสารยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วยเครื่องมือ 3 ชุด ได้แก่

ชุดที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่ การจัดการความเครียดแบบกลุ่ม

ชุดที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทฉบับภาษาไทย (positive and negative syndrome scale: PANSS-T) โดย ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ (2550)

ชุดที่ 3 เครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลอง ได้แก่ แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2550)

โดยมีรายละเอียดเครื่องมือแต่ละชุด ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่ การจัดการความเครียดแบบกลุ่ม ตามแนวคิดของ Norman et al. (2002) โดยมีขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ ดังนี้

1.1 ศึกษาตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดรูปแบบการจัดการความเครียด นอกจากนั้นยังได้ศึกษาเนื้อหาที่สำคัญมีความเกี่ยวข้อง และครอบคลุมในเรื่องของการจัดการความเครียด การบำบัดเพื่อลดความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท

1.2 จัดทำจัดการความเครียดแบบกลุ่มต่ออาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้แนวคิดการจัดการความเครียดของ Norman et al. (2002) นำมาผสมผสานในรูปแบบกระบวนการกลุ่มตามแนวคิด Yalom (1995) มาในการพัฒนา หลังจากนั้นได้กำหนดโครงสร้างของกิจกรรม โดยแต่ละกิจกรรมจะเน้นที่การจัดการกับความเครียด ผลกระทบที่เกิดจากความเครียด และการฝึกผ่อนคลายความเครียด การจัดการกับอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภท รวมถึงให้ผู้ป่วยได้รับรู้ถึงปฏิกิริยาของร่างกายที่เกิดขึ้นเมื่อเกิดความเครียด เพื่อให้ผู้ป่วยจะได้ฝึกการรับรู้ถึงสัญญาณเตือนที่จะเกิดความเครียดกับตนเองและสามารถจัดการกับความเครียดนั้นได้ถูกวิธี รวมถึงฝึกการแก้ไขปัญหาที่เป็นสาเหตุในการเกิดความเครียดของตนเองในชีวิตประจำวันเมื่อต้องกลับไปเผชิญเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน ซึ่งดำเนินกิจกรรมเป็นรายกลุ่ม ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน 6 กิจกรรม มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ ให้ความรู้เรื่องความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท ผลกระทบที่เกิดจากความเครียด

ระยะเวลาที่ใช้ในการดำเนินการ 60-90 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้บำบัดกับผู้ป่วย และระหว่างผู้ป่วยด้วยกันเอง
2. เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจวัตถุประสงค์ของการทำกลุ่มการจัดการกับความเครียดต่ออาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภท ตลอดจนบทบาทหน้าที่ของผู้ป่วยและการมีส่วนร่วมในกลุ่ม
3. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้เรื่องความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท และผลกระทบที่เกิดจากความเครียด

สาระสำคัญ

การสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้เกิดความสัมพันธเชิงบำบัด ใช้หลักในการฟังที่มีการเห็นอกเห็นใจ (empathy) การสำรวจ และการทำความเข้าใจตนเองและผู้อื่น เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วยผู้ป่วยและผู้ป่วย เกิดการยอมรับซึ่งกันและกัน ไว้วางใจกัน เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการทำกิจกรรม ผู้บำบัดมีบทบาท เช่น แนะนำ ช่วยเหลือ ช่วยแก้ไขปัญหาแวล้อม ทำเท่าที่จำเป็น และใช้เทคนิคการใช้คำถามปลายเปิด (questioning), การเงียบ (silence), การฟังอย่างตั้งใจ (listening), การสังเกต (observation), การติดตามเรื่อง (tracking), การสื่อสารทางวาจา (verbal communication), การสื่อสารไม่ใช้วาจา (nonverbal communication) เช่น การพยักหน้าสบตา แววตาที่แสดงถึงความเข้าใจ (empathy), การชมเชย (praise), การกำหนดปัญหา (naming the problem), การตระหนักรู้ (awareness), เพื่อให้ผู้ป่วยสำรวจความคิด ความรู้สึกของตนเองอย่างอิสระ การเพิ่มทักษะในการปรับตัว (adaptive skill) ร่วมกับความเชื่อ ความศรัทธาวิถีชีวิตของชาวไทยที่นิยมปฏิบัติสืบต่อ จะช่วยให้จิตใจที่สับสนและว้าวุ่นเกิดความสงบมีความสุข ปรับปรุงการทำงานของสภาวะจิตให้มั่นคง การเรียนรู้เพื่อจัดการความกดดันจากสถานการณ์ต่าง ๆ การเผชิญปัญหา การจัดการความเครียด

ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม

1. ผู้นำกลุ่มเริ่มสร้างสัมพันธภาพโดยการจัดเตรียมสถานที่บำบัดให้มีบรรยากาศเหมาะสม เอื้ออำนวยต่อการทำกลุ่มบำบัด พูดคุยเรื่องทั่วไปเพื่อให้เกิดความรู้สึกผ่อนคลาย
2. ให้ผู้ป่วยทำสมาธิ 1 นาทีก่อนเริ่มกิจกรรม
3. ผู้นำกลุ่มและผู้ป่วยร้องเพลง “สวัสดีวันนี้พบกัน” พร้อมทำท่าประกอบ เพื่อให้บรรยากาศผ่อนคลาย
4. ผู้นำกลุ่มแจกกระดาษรูปหัวใจและดินสอให้ผู้ป่วยแต่ละคน มีชื่อกิจกรรมว่า “คุณรู้อะไรเกี่ยวกับคนที่คุณคุยด้วยบ้าง”

5. ผู้นำกลุ่มสรุปเชื่อมโยงการสร้างสัมพันธภาพ
6. ผู้นำกลุ่มชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำกลุ่ม ข้อตกลง ขั้นตอนของการบำบัด ระยะเวลาที่ใช้ในการดำเนินกลุ่ม ซึ่งมีรูปแบบการบำบัดเป็นลักษณะกลุ่มให้ผู้ป่วยทุกคนฟัง
7. ผู้นำกลุ่มเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกหรือความในใจที่มีอยู่ในขณะนี้ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจตนเองมากขึ้น ซึ่งจะช่วยเสริมสร้างให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ความสามารถของตนเองมองตนเองอย่างมีคุณค่า
8. ผู้นำกลุ่มให้ผู้ป่วยประเมินความเครียดด้วยตนเองโดยใช้แบบประเมินความเครียดของกรมสุขภาพจิต และสรุปผลจากแบบประเมินความเครียด
9. ผู้นำกลุ่มสนทนาเกี่ยวกับประสบการณ์ความเครียดที่ผ่านมาของผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยแต่ละคนเล่าถึงประสบการณ์ความเครียดที่เกิดขึ้นกับตนเอง และประสบการณ์ในการจัดการความเครียดของผู้ป่วยแต่ละคน รวมถึงผลของการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้น
10. ผู้นำกลุ่มสนทนาในหัวข้อ ความเครียด ผลกระทบที่เกิดจากความเครียดความสัมพันธ์ของความเครียดกับอาการทางบวก
11. ผู้นำกลุ่มให้ผู้ป่วยชมวีดิทัศน์ ตอน สุขภาพจิตดี เริ่มที่บ้าน ของกรมสุขภาพจิต
12. ผู้นำกลุ่มมอบการบ้านให้ผู้ป่วยฝึกสังเกตปฏิกิริยาทางร่างกายของตนเองเมื่อเกิดความเครียด
13. ผู้นำกลุ่มสรุปการดำเนินกิจกรรมครั้งนี้ ทั้งด้านความรู้ อารมณ์ ความรู้สึก นัดหมายในการทำกิจกรรมครั้งต่อไป

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบกิจกรรมที่ 1.1 เรื่อง คุณรู้อะไรเกี่ยวกับคนที่คุณคุยด้วยบ้าง
2. ใบความรู้ที่ 1.1 เรื่อง ความรู้เกี่ยวกับความเครียด
3. ใบการบ้านที่ 1.1 เรื่อง มาฝึกสังเกตตัวเรากันเถอะ
4. แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเองของกรมสุขภาพจิต
5. กระดาษโปสเตอร์ (flip chart) , ป้ายชื่อ , กระดาษรูปหัวใจ
6. ปากกาเมจิก / ดินสอ
7. วีดิทัศน์ ตอน สุขภาพจิตดี เริ่มที่บ้าน ของกรมสุขภาพจิต

การประเมินผล

- ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพกับคนอื่น สามารถบอกชื่อผู้เพื่อนในกลุ่มได้อย่างน้อย 3 คน
- ผู้ป่วยสามารถบอกถึงผลกระทบที่เกิดจากความเครียดได้ถูกต้อง
- ผู้ป่วยสามารถบอกถึงการจัดการกับความเครียดได้ถูกต้อง
- ผู้ป่วยสามารถบอกถึงความเชื่อมโยงของความเครียดกับอาการทางบวกได้

กิจกรรมที่ 2 การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และการฝึกหายใจ

ระยะเวลาที่ใช้ในการดำเนินการ 60-90 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยมีเทคนิคในการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบ progressive muscle ได้อย่างเหมาะสม
2. เพื่อให้ผู้ป่วยมีเทคนิคในการฝึกหายใจ (breathing exercise) ได้อย่างเหมาะสม
3. เพื่อให้ผู้ป่วยฝึกสังเกตสัญญาณเตือนของความเครียดที่เกิดขึ้นในร่างกายและสามารถจัดการความเครียดที่เกิดขึ้นให้ผ่อนคลายได้

สาระสำคัญ

เมื่อผู้ป่วยได้รับสิ่งเร้าที่ทำให้เกิดความเครียด จะมีปฏิกิริยาตอบสนอง (response) ต่อสิ่งเร้านั้น (stimulus) นั้นและก่อให้เกิดปฏิกิริยาของการปรับตัว มีการหลั่งสารที่มีผลกระทบต่อระบบประสาททำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ทำให้กล้ามเนื้อทุกระบบในร่างกายหดตัว เนื่องจากเวลาเครียดเรามากจะทำให้นิวคิ้วขมวดกำหมัด กัดฟัน ทุกครั้งที่รู้สึกเครียด ทำให้กล้ามเนื้อเกร็งตัวเกิดอาการเจ็บปวด เช่น ปวดต้นคอ ปวดหลัง ปวดไหล่ การฝึกคลายกล้ามเนื้อจะช่วยลดอาการหดเกร็งของกล้ามเนื้อลง เพราะในขณะที่ฝึกจิตใจของเราจะจดจ่ออยู่กับการคลายกล้ามเนื้อ ความคิดฟุ้งซ่าน และความวิตกกังวลก็ลดลงช่วยให้จิตใจจะมีสมาธิมากขึ้น และการฝึกหายใจเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีทักษะในการจัดการกับอาการทางบวกที่เกิดขึ้น ทำให้อาการทางบวกสงบลง และมีทักษะในการจัดการกับความเครียดเพิ่มขึ้น

ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม

1. ผู้นำกลุ่มทักทายผู้ป่วย พูดคุยเรื่องทั่วไปเพื่อให้เกิดความรู้สึกละลาย
2. ให้ผู้ป่วยทำสมาธิ 1 นาทีก่อนเริ่มกิจกรรม
3. ทบทวนการบ้านที่มอบหมายให้ผู้ป่วย เรื่อง การฝึกสังเกตฝึกสังเกตปฏิกิริยาทางร่างกายของตนเองเมื่อเกิดความเครียด รวมถึงวิธีการจัดการความเครียดที่เกิดขึ้น
4. ผู้นำกลุ่มสรุปวิธีการจัดการความเครียดด้วยตนเองของผู้ป่วยที่ผ่านมา และสอบถามผลที่เกิดขึ้นหลังจัดการกับความเครียดเป็นอย่างไร
5. ผู้นำกลุ่มสอบถามผู้ป่วยว่า เมื่อเวลาเกิดความเครียด ร่างกายเราเป็นอย่างไรบ้าง ให้ผู้ป่วยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ หลังจากนั้น ผู้นำกลุ่มเกริ่นว่า การผ่อนคลายความเครียดมีหลายแบบแต่การผ่อนคลายความเครียดที่ได้ผลดีและสามารถช่วย ผ่อนคลายความเครียดที่ทำได้ง่าย มี 2 แบบ คือ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และการหายใจ
6. ผู้นำกลุ่มให้ผู้ป่วยชมวีดิทัศน์ เรื่อง เทคนิคการผ่อนคลายความเครียด (relaxation technique) ของคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และบอกผู้ป่วยว่าจะเริ่มทำความเข้าใจ

การผ่อนคลายความเครียดแต่ละแบบ โดยเริ่มต้นที่ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบ progressive muscle เป็นอันดับแรก

7. ผู้นำกลุ่มให้ความรู้เรื่อง การผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบ progressive muscle
8. ผู้นำกลุ่มให้ผู้ปวยนั่งในท่าที่สบาย หลับตา ทำใจให้ว่าง แล้วเริ่มการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อตามใบความรู้ที่ 2.1 โดยค่อยๆ ฝึกไปกล้ามเนื้อทีละส่วน โดยกำหนดให้ผู้ปวยเกร็งกล้ามเนื้อนั้บ 1-5 ในใจช้า ๆ และผ่อนคลายกล้ามเนื้อโดยนั้บ 10-15 ในใจช้า ๆ โดยแต่ละกลุ่มกล้ามเนื้อฝึกทำประมาณ 8 -12 ครั้ง เพื่อให้เกิดความชำนาญ
9. ผู้นำกลุ่มให้ผู้ปวยนั่งในท่าที่สบาย ให้ผู้ปวยหลับตาแล้วเอามือประสานไว้บริเวณท้อง หลังจากนั้นให้ผู้ปวยค่อยๆฝึก หายใจเข้า พร้อมๆ กับนั้บเลข 1 ถึง 4 เป็นจังหวะช้าๆ
10. ผู้นำกลุ่มสรุปการดำเนินกิจกรรมครั้งนี้ ทั้งด้านความรู้ อารมณ์ ความรู้สึก มอบการบ้านให้ผู้ปวยฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และการฝึกหายใจทุกวัน และนัดหมายในการทำกิจกรรมครั้งต่อไป

สื่อการสอน / อุปกรณ์

1. ใบความรู้ที่ 2.1 เรื่อง การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ
2. ใบความรู้ที่ 2.2 เรื่อง การฝึกหายใจ
3. ใบกิจกรรมที่ 2.1 เรื่อง การฝึกผ่อนคลายความเครียด
4. ใบการบ้านที่ 2.1 เรื่อง ฉันทาได้จริง
5. กระดาษโปสเตอร์ (flip chart)
6. ปากกาเมจิก / ดินสอ
7. คลิปเสียงเพลงบรรเลงบำบัดความเครียด
8. วีดิทัศน์ เรื่อง เทคนิคการผ่อนคลายความเครียด (relaxation technique) ของคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

การประเมินผล

- ประเมินพฤติกรรม อารมณ์ ความตั้งใจฝึกการผ่อนคลาย และการแสดงความคิดเห็นขณะร่วมกิจกรรม
- ผู้ปวยสามารถบอกสัญญาณเตือนของความเครียดที่เกิดขึ้นในร่างกายได้ถูกต้อง
- ผู้ปวยสามารถปฏิบัติการผ่อนคลายความเครียดได้ทั้ง 2 แบบ

กิจกรรมที่ 3 การจัดการกับอาการทางบวกร่วมกับการจัดการความเครียดที่เกิดจากการ

รับประทานยา และการเสริมสร้างสุขภาพ ความเข้มแข็งของร่างกาย

ระยะเวลาที่ใช้ในการดำเนินการ 60-90 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ปวยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับยารักษาโรคจิตเภท

2. เพื่อให้ผู้ป่วยมีวิธีการจัดการกับอาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิตเภท
3. เพื่อให้ผู้ป่วยมีทัศนคติที่ดีต่อการรับประทานยารักษาโรคจิตเภท
4. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความสำคัญของการนอนหลับพักผ่อน ออกกำลังกาย และการบริโภคอาหารที่ช่วยส่งเสริมความแข็งแรงของร่างกาย

สาระสำคัญ

การรักษาด้วยยารักษาโรคจิตเภทเป็นหัวใจสำคัญของการรักษา นอกจากเพื่อควบคุมอาการทางบวกแล้วยังสามารถลดการกำเริบซ้ำของโรคได้ และผู้ป่วยยังได้รับยาต่อเนื่องเพื่อควบคุมอาการต่อไป รวมถึงป้องกันการเกิดอาการกำเริบซ้ำ จากระยะเวลาของการรับประทานยาที่นานและผู้ป่วยมักเกิดอาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิตเภท หรือ การถูกบังคับให้รับประทานยา เป็นเหตุให้ผู้ป่วยจิตเภทรู้สึกเบื่อหน่าย รู้สึกว่าตนเองเป็นคนป่วยตลอดเวลา จนเกิดความเครียดตามมา ดังนั้นการช่วยให้ผู้ป่วยจัดการความเครียดที่เกิดจากการรับประทานยาจะช่วยให้ผู้ป่วยมีทัศนคติที่ดีต่อการรับประทานยา สามารถจัดการกับอาการข้างเคียงที่เกิดจากการรับประทานยาได้ในเบื้องต้น พร้อมทั้งให้ความรู้เกี่ยวกับความสำคัญของการนอนหลับพักผ่อน การออกกำลังกาย การบริโภคอาหารที่มีผลต่อการส่งเสริมความแข็งแรงของร่างกายอีกด้วย

ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม

1. ผู้นำกลุ่มกล่าวทักทายผู้ป่วย พูดคุยเรื่องทั่วไป เพื่อให้เกิดความรู้สึกละaxed
2. ให้ผู้ป่วยทำสมาธิ 1 นาทีก่อนเริ่มกิจกรรม
3. ผู้นำกลุ่มทบทวนการบ้านที่มอบหมายให้ผู้ป่วย ฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และการฝึกการหายใจ
4. ผู้นำกลุ่มสอบถามประสบการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท โดยให้ผู้ป่วยแต่ละคนเล่าประสบการณ์การเจ็บป่วยของตนเอง ประสบการณ์การเกิดอาการทางบวกว่ามีอะไรบ้าง และมีวิธีการจัดการอย่างไร และผู้นำกลุ่มบอกให้ผู้ป่วยตระหนักรู้ถึงอาการทางจิตที่เกิดขึ้น และการรักษาผู้ป่วยต้องได้รับประทานยาต้านอาการทางจิต หลังจากนั้นให้ความรู้ “การสังเกตสังเกตอาการเตือนอาการทางจิตกำเริบ”
5. ผู้นำกลุ่มสรุป การรักษาด้วยยาเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยจัดการกับอาการทางบวกได้ เนื่องจากอาการทางบวกมักทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานหรือรบกวนการทำหน้าที่ของผู้ป่วย และจากการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง อาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทจะหายไปและเพื่อป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ
6. ผู้นำกลุ่มสอบถามผู้ป่วย “รู้สึกอย่างไรในการรับประทานยาต้านอาการทางจิต” “ท่านมีปัญหาในการรับประทานยาอย่างไรบ้าง และเมื่อมีปัญหาเกี่ยวกับการรับประทานยามีวิธีการจัดการกับปัญหานั้นอย่างไรบ้าง” ผู้นำกลุ่มเขียนในกระดาษโปสเตอร์เพื่อให้ผู้ป่วยได้เห็นปัญหาจากการ

รับประทานยาและแนวทางการจัดการกับปัญหาของผู้ป่วยแต่ละคนและให้ผู้ป่วยแต่ละคนแสดงความคิดเห็น และผู้นำกลุ่มสรุปประเด็น

7. ผู้นำกลุ่มให้ผู้ป่วยแบ่งกลุ่มเป็น 2 กลุ่มเพื่อทำกิจกรรม โดย “ให้ช่วยกันคิดคำขวัญที่แสดงให้เห็นถึงประโยชน์ของการรับประทานยา” และ ข้อดี ข้อเสียของการรับประทานยา

8. ผู้นำกลุ่มเปิดประเด็น “จากการรับประทานยาต้านอาการทางจิต คุณเคยมีอาการจากผลข้างเคียงของยาอย่างไรบ้าง” “และเมื่อมีอาการจากผลข้างเคียงจากยา คุณทำอย่างไรบ้าง” ผู้นำกลุ่มสรุปประเด็นการสนทนา หลังจากนั้นผู้นำกลุ่มให้ความรู้เรื่องยาต้านอาการทางจิตและการสังเกตอาการข้างเคียงจากการรับประทานยาเปิดโอกาสให้ซักถาม

9. ผู้นำกลุ่มสรุปแนวทางในการจัดการอาการข้างเคียงจากการรับประทานยาต้านอาการทางจิตเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจได้ถูกต้องตรงกัน

10. ผู้นำกลุ่มให้ความรู้ พร้อมทั้งแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ เรื่องการนอนหลับพักผ่อน การออกกำลังกาย การบริโภคอาหารที่ช่วยส่งเสริมความแข็งแรงของร่างกาย

11. ผู้นำกลุ่มมอบหมายการบ้านมอบการบ้านให้ผู้ป่วยสังเกตอาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิตเภทที่เกิดขึ้นกับตนเองและแนวทางการจัดการกับอาการเบื้องต้น

12. ผู้นำกลุ่มสรุปการดำเนินกิจกรรมครั้งนี้ ทั้งด้านความรู้ อารมณ์ ความรู้สึก นัดหมายในการทำกิจกรรมครั้งต่อไป

สื่อการสอน / อุปกรณ์

1. ใบความรู้ที่ 3.1 ยารักษาโรคจิตเภท และอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากการรับประทานยา
2. ใบกิจกรรมที่ 3.1 ข้อดี ข้อเสีย ของการรับประทานยา
3. ใบการบ้านที่ 3.1 สังเกตอาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิตเภทที่เกิดขึ้นกับตนเองและแนวทางการจัดการกับอาการข้างเคียงเบื้องต้น
4. กระดาษโปสเตอร์ (flip chart)
5. ปากกาเมจิก / ดินสอ

การประเมินผล

- ประเมินพฤติกรรม อารมณ์ ความตั้งใจ และการแสดงความคิดเห็นขณะร่วมกิจกรรม
- ผู้ป่วยสามารถบอกความสำคัญ ประโยชน์ ข้อดี ข้อเสีย ผลข้างเคียง ยารักษาโรคจิตได้
- ผู้ป่วยบอกถึงการจัดการกับอาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิตเภทได้

กิจกรรมที่ 4 การฝึกการแก้ไขปัญหาในชีวิตประจำวัน

ระยะเวลาที่ใช้ในการดำเนินการ 60-90 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยมีวิธีการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสม

สาระสำคัญ

เหตุการณ์ในชีวิตประจำวัน เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทมักมีการแก้ไขปัญหาลักษณะแบบหลีกเลี่ยง การเพิ่มทักษะในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน จะช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้เกี่ยวกับปัญหาที่เกิดขึ้น มีแนวทางในการจัดการกับปัญหาที่เหมาะสมมากขึ้น

ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม

1. ผู้นำกลุ่มกล่าวทักทายผู้ป่วย พูดคุยเรื่องทั่วไป เพื่อให้เกิดความรู้สึกผ่อนคลาย
2. ผู้นำกลุ่มทบทวนการบ้านที่มอบหมายให้ผู้ป่วยสอบถามปัญหาอุปสรรคในการสังเกตอาการข้างเคียงของยาโรคจิตเภทที่เกิดขึ้นกับตนเองและแนวทางการจัดการกับอาการข้างเคียงเบื้องต้น
3. ผู้นำกลุ่มให้ผู้ป่วยชมวีดิทัศน์ ละคร ตอน “ทุกปัญหามีทางออกเสมอ ฉันพร้อมจะฟังนะ”
4. ให้ผู้ป่วยเขียนปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน โดยการเลือกมา 1 ปัญหา และวิธีการแก้ไขปัญหาที่ผ่านมา เช่น ปัญหาการทำงาน ปัญหาการเข้าสังคม ปัญหาด้านการทำงาน ปัญหาทางการเงิน ปัญหาครอบครัว ปัญหาด้านจิตใจ อารมณ์ เป็นต้น และวิธีการแก้ไขปัญหาที่ผ่านมา
5. ผู้นำกลุ่มให้ผู้ป่วยประชุมกัน แล้วเลือกปัญหามา 1 และให้ผู้ป่วยช่วยกันลองหาทางเลือกในการแก้ไขปัญหามาหลาย ๆ วิธี หลังจากนั้นให้ผู้ป่วยช่วยกันพิจารณาถึงข้อดีและข้อเสียของแต่ละวิธีที่แก้ปัญหามาและช่วยกันเรียงลำดับของวิธีการในการเลือกมาแก้ไขปัญหามาโดยกำหนดลำดับในการแก้ไขปัญหามา หลังจากนั้นผู้นำกลุ่มให้ผู้ป่วยเลือกทางเลือกในการแก้ไขปัญหามาและฝึกทำนายผลลัพธ์ทางเลือก โดยพิจารณาถึงผลทางบวกและผลทางลบที่คาดว่าจะเกิดขึ้น รวมถึงคาดการณ์ถึงอุปสรรคที่อาจจะเกิดขึ้น
6. ผู้นำกลุ่มให้ผู้ป่วยช่วยกันเลือกปัญหามาอีก 1 ปัญหา และให้ผู้ป่วยช่วยกันฝึกการแก้ไขปัญหามาตามแนวทางที่ผู้นำกลุ่มได้พาทำในข้างต้น ผู้นำกลุ่มสอบถามความรู้สึกหลังการที่ผู้ป่วย “รู้สึกอย่างไรบ้างจากการที่ได้ลองฝึกแก้ไขปัญหามาด้วยกัน”
7. ผู้นำกลุ่มอธิบายว่า ปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเป็นสถานการณ์ที่ไม่คาดหวัง ไม่คาดคิดมาก่อน ไม่คุ้นเคย ขาดทักษะที่ทำให้บุคคลรับรู้ว่าตนเองต้องการศักยภาพ พลัง หรือวิธีการจากภายในภายนอกตนเอง การคิดหาวิธีแก้ไขปัญหานั้น จะต้องใช้ความคิดสร้างสรรค์อย่างเต็มที่เพื่อหาวิธีที่มีความแตกต่างและหลากหลาย โดยควรจะวิเคราะห์หาสาเหตุที่แท้จริงเสียก่อน แล้วพยายามใช้ความคิดสร้างสรรค์ เพ้นหาวิธีแก้ไขไว้มากๆ อย่างน้อย 4 วิธี ซึ่งมีหลักง่ายๆที่ช่วยให้เราคิดได้มากขึ้น ดังนี้คือพยายามคิดนอกกรอบประสบการณ์และความชำนาญที่เรามีอยู่ ให้ความสำคัญกับทุกความคิดหรือทุกๆ วิธีแก้เท่าๆ กัน หลีกเลี่ยงการวิพากษ์วิจารณ์หรือตัดสินความคิดใหม่ๆ ที่เพิ่งคิดออก แต่ควร

ใช้ความคิดนั้นเป็น ตัวกระตุ้นให้เกิดความคิดสร้างสรรค์ เพื่อหาวิธีแก้ที่สืบเนื่องต่อมาจากความคิดนั้น แม้ว่าเราจะคิดหาทางแก้ได้ดีที่สุดแล้วก็ไม่ควรหยุดความพยายามที่จะคิดหาวิธีต่อไป พยายามทำความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีแก้ทุกวิธีให้ชัดเจน เพราะจะช่วยทำให้เราเกิดความคิดใหม่ๆ ขึ้นมาได้ และสรุปแนวทางการแก้ไขปัญหตามใบความรู้เรื่องแนวทางการแก้ไขปัญหา

8. มอบการบ้านให้ผู้ป่วยฝึกการแก้ไขปัญหาด้วยตนเองโดยให้เลือกมา 1 ปัญหา และผู้นำกลุ่มสรุปการดำเนินกิจกรรมครั้งนี้ ทั้งด้านความรู้ อารมณ์ ความรู้สึก นัดหมายในการทำกิจกรรมครั้งต่อไป

สื่อการสอน / อุปกรณ์

1. ใบความรู้ที่ 4.1 แนวทางการแก้ไขปัญหา
2. ใบกิจกรรมที่ 4.1 การฝึกทักษะการแก้ไขปัญหา
3. ใบการบ้านที่ 4.1 ใบบันทึกสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับตัวเองในชีวิตประจำวันและแนวทางการแก้ไขปัญหา
4. วีดิทัศน์ละคร เรื่องกรงกรรม ตอน ทุกปัญหามีทางออกเสมอ ฉันทพร้อมจะฟังนะ
5. กระดาษ A4
6. ปากกาเมจิก / ดินสอ

การประเมินผล

- ประเมินพฤติกรรม อารมณ์ ความตั้งใจฟัง และการแสดงความคิดเห็นขณะร่วมกิจกรรม
- ผู้ป่วยสามารถบอกถึงการแก้ไขปัญหที่เหมาะสมได้

กิจกรรมที่ 5 การฝึกทักษะการสื่อสาร และ การฝึกการเผชิญตรบาบ

ระยะเวลาที่ใช้ในการดำเนินการ 60-90 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยมีทักษะการสื่อสารที่เหมาะสม
2. เพื่อให้ผู้ป่วยมีแนวทางในการเผชิญตรบาบที่เหมาะสม

สาระสำคัญ

การช่วยให้ผู้ป่วยได้มีการพัฒนาทักษะด้านการสื่อสาร จึงเป็นแนวทางในการช่วยลดความเครียด และลดอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทได้ (Norman et al., 2002) โดยเนื้อหาประกอบด้วย การแสดงบทบาทสมมติในการฝึกทักษะการสื่อสาร การฝึกบอกความรู้สึกและความต้องการของผู้ป่วย และการฝึกให้ผู้ป่วยยอมรับในการเผชิญกับตรบาบเกี่ยวกับการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยทำหน้าที่ด้านการสื่อสารและการติดต่อทางสังคมได้ดีขึ้น เพื่อส่งเสริมภาพลักษณ์ ความสามารถในการติดต่อสื่อสารเมื่อเผชิญกับความขัดแย้งกับบุคคลอื่น รวมถึงการร้อง

ขอความช่วยเหลือและความร่วมมือจากบุคคลในชุมชนได้ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการยอมรับจากสังคม และสามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้

ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม

1. ผู้นำกลุ่มกล่าวทักทายผู้ป่วย พุดคุยเรื่องทั่วไป เพื่อให้เกิดความรู้สึกผ่อนคลาย
2. ผู้นำกลุ่มทบทวนการบ้าน และการฝึกการแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง ปัญหา อุปสรรคที่เกิดขึ้นในการฝึกทักษะในการแก้ปัญหา ให้ผู้ป่วยร่วมแสดงความคิดเห็น
3. ผู้นำกลุ่มสุ่มถามผู้ป่วย ด้วยคำถาม “ที่ผ่านเรามาเคยบอกความต้องการของตนเองให้ผู้อื่นได้รับรู้บ้างหรือไม่ เพราะอะไร ผลเป็นอย่างไรบ้าง”
4. ผู้นำกลุ่มให้ความรู้ เรื่อง การสื่อสารเพื่อบอกความต้องการ หลังจากนั้นผู้นำกลุ่มสาธิตการสื่อสารเพื่อบอกความต้องการตามบทสาธิต สอบถามผู้ป่วย “คุณคิดว่าการสื่อสารบอกความต้องการตามบทสาธิตที่ผู้นำกลุ่มแสดงให้ดู มีประโยชน์อย่างไร” “และคิดว่าคุณจะนำการสื่อสารแบบนี้ไปใช้ในชีวิตประจำวันได้หรือไม่ เพราะเหตุใด”
5. ผู้นำกลุ่มให้ผู้ป่วยจับคู่กัน และให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติสลับบทบาทกัน ตามประเด็นที่กำหนดให้ โดยผู้นำกลุ่มกำหนดขั้นตอนการสื่อสารเพื่อบอกความต้องการที่กระต่ายโปสเตอร์ กำหนดประเด็นคือ ประเด็นที่ 1 เมื่อต้องการบอกหม่อมว่ามีอาการข้างเคียงจากยาแล้วขอลดยาลง ประเด็นที่ 2 เมื่อต้องการบอกเพื่อนว่าอย่าชวนดื่มสุราอีก
6. ผู้นำกลุ่มสุ่มถามผู้ป่วยถึงความรู้สึกระหว่างการเป็นผู้สื่อสารและผู้รับสาร มีความรู้สึกอย่างไร ถ้าอยากปรับให้การสื่อสารให้เหมาะสมควรปรับแบบไหน ให้ผู้ป่วยร่วมกันวิเคราะห์
7. ผู้นำกลุ่มสรุป การสื่อสารเพื่อบอกความต้องการตามใบความรู้การสื่อสารบอกความต้องการ
8. ผู้นำกลุ่มให้ผู้ป่วยเขียน “ความรู้สึกต่อการเจ็บป่วยและความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท” โดยเน้นให้ผู้ป่วยเขียนความรู้สึกของตนเอง หลังจากนั้นผู้นำกลุ่มสุ่ม 4-5 คน ให้ผู้ป่วยอ่านความรู้สึกต่อการเจ็บป่วยและความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท และให้ผู้ป่วยอื่นร่วมแสดงความคิดเห็น
9. ผู้นำกลุ่มสรุปว่า การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทเป็นตราบาปที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ดังนั้นการที่เรายอมรับการเจ็บป่วยจะช่วยให้เราทำหน้าที่และการติดต่อทางสังคมได้ดีขึ้น
10. ผู้นำกลุ่มสอบถามผู้ป่วย “เมื่อพบเหตุการณ์ที่เกิดตราบาปกับตนเอง มีวิธีการจัดการอย่างไร” ผู้นำกลุ่มสรุปเรื่องตราบาป และวิธีเผชิญตราบาปตามที่ผู้ป่วยร่วมแสดงความคิดเห็น ผู้นำกลุ่มให้ความรู้เรื่องตราบาป ตามใบความรู้ และแนวทางในการดูแลตนเองเมื่อต้องเผชิญตราบาป
11. ผู้นำกลุ่มให้ผู้ป่วยเขียนวิธีการคิดต่อเหตุการณ์ตราบาป และการแก้ไขปัญหามาในใบกิจกรรมที่ 5.4 หลังจากนั้น ผู้นำกลุ่มยกตัวอย่างการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น ความดัน

เบาหวาน ซึ่งการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทก็เหมือนกับการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังทั่วไป ไม่ว่าจะเป็
โรคเบาหวานหรือโรคความดัน โรคหัวใจ ที่ต้องมีการปฏิบัติดูแลเพื่อสุขภาพของตนเอง และสรุป
เน้นว่า “โรคจิตเภทเป็นโรคทางสมองชนิดหนึ่ง การทำงานหรือการหลั่งสารออกมาไม่สมดุลทำให้เกิด
อาการกำเริบ จึงเป็นเหตุผลสำคัญที่ต้องมีการรับประทานยาต่อเนื่อง ห้ามหยุดหรือขาดยา”

12. ผู้นำกลุ่มสรุปการดำเนินกิจกรรมครั้งนี้ ทั้งด้านความรู้ อารมณ์ ความรู้สึก มอบการบ้าน
ให้การฝึกเผชิญตราบาป และนัดหมายในการทำกิจกรรมครั้งต่อไป

สื่อการสอน / อุปกรณ์

1. ใบความรู้ที่ 5.1 เรื่อง การสื่อสารเพื่อบอกความต้องการ
2. ใบกิจกรรมที่ 5.1 บทสาธิต การสื่อสารบอกความต้องการ
3. ใบกิจกรรมที่ 5.2 เรื่อง ทักษะการสื่อสารบอกความต้องการ
4. ใบกิจกรรมที่ 5.3 เรื่อง ความรู้สึกเป็นอย่างไรบ้างนะ
5. ใบความรู้ที่ 5.2 เรื่อง การเผชิญตราบาป
6. ใบกิจกรรมที่ 5.4 เรื่อง การฝึกเผชิญกับผู้อื่นในสังคม
7. ใบการบ้านที่ 5.1 เรื่อง ฉันทัดดีแล้วฉันทารมณ์ดี
8. กระดาษโปสเตอร์ (flip chart)
9. ปากกาเมจิก , ดินสอ

การประเมินผล

- ประเมินพฤติกรรม อารมณ์ ความตั้งใจฟัง และการแสดงความคิดเห็นขณะร่วมกิจกรรม
- ผู้ป่วยมีทักษะการสื่อสารที่เหมาะสม สามารถบอกความต้องการของตนเองได้อย่างเหมาะสม
- ผู้ป่วยบอกถึงแนวทางในการเผชิญตราบาปที่เหมาะสมได้

กิจกรรมที่ 6 เรื่อง เข้าใจตนเอง ปรับมุมมอง ทบทวนและประเมินทักษะการจัดการความเครียด

ระยะเวลาที่ใช้ในการดำเนินการ 45-60 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความเข้าใจในตนเอง และปรับมุมมองในทางบวกได้ดีขึ้น
2. เพื่อยุติการทำกรบำบัด

สาระสำคัญ

เป็นการยุติการจัดการจัดการกับความเครียดแบบกลุ่ม เมื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับ
ความรู้สึกต่างๆที่เกิดขึ้นในกระบวนการบำบัด มีความเข้าใจ ยอมรับตนเองมากขึ้น มีความรับผิดชอบ
ในความคิดความรู้สึก และการกระทำของตน มีพัฒนาการด้านจิตอารมณ์ มีความเข้าใจตนเองในด้าน
การมีความสัมพันธ์กับผู้อื่นมากขึ้น เกิดการเรียนรู้วิธีคิดใหม่ๆมองปัญหาใหม่และพฤติกรรมใหม่

เรียนรู้ที่จะแก้ปัญหาด้วยวิธีต่างๆ ในระยะนี้การส่งเสริมสนับสนุนให้กำลังใจมีความสำคัญจะช่วยให้ผู้รับการบำบัดมีพฤติกรรมการเรียนรู้ใหม่มีความมั่นใจในตนเอง เกิดความรู้สึกต้องการช่วยเหลือซึ่งกันและกันระหว่างผู้ปวยระยะจากกันมี ผลกระทบต่อจิตใจ ต้องเตรียมตัวล่วงหน้า ก่อนหยุดรักษาให้มีเวลาปรับตัวเมื่อหยุดการบำบัดแล้วก็อนุญาตให้กลับมาหาใหม่ได้เมื่อจำเป็น

ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม

1. ผู้นำกลุ่มทบทวนการฝึกการปรับความคิดเมื่อมีเหตุการณ์ตราบาปเกิดขึ้น ปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นในการฝึกการปรับความคิดเมื่อมีเหตุการณ์ตราบาป ผู้นำกลุ่ม “ใครอยากจะทำออกมาแนะนำเสนอการบ้านให้เพื่อนฟังบ้างคะ” ให้ผู้ปวยร่วมแสดงความคิดเห็น

2. ผู้นำกลุ่มเลือกเหตุการณ์ที่เกิดตราบาปมา 2 เหตุการณ์ แล้วให้เพื่อนสมาชิกแสดงความคิดเห็นและวิธีการคิดต่อเหตุการณ์นั้นรวมถึงแนวทางในการแก้ไขเพิ่มเติม ใช้เวลาประมาณ ข้อละ 10 นาที

3. ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้ผู้ปวยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในประเด็น ทบทวนเหตุการณ์รอบด้านที่มีผลทำให้สมาชิกเกิดความเครียด จากนั้นผู้นำกลุ่มสรุปประเด็น

4. ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกแลกเปลี่ยนความคิดเห็นต่อปัญหา ประสบการณ์และแนวทางในการแก้ไขปัญหาต่างๆ ของผู้ปวยทุกคนอย่างทั่วถึง

5. ผู้นำกลุ่มให้ความรู้ เรื่อง การคิดบวก และให้ผู้ปวยฝึกการคิดบวกต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นและลองนำไปปฏิบัติ เปิดโอกาสให้ผู้ปวยซักถามข้อสงสัยเพิ่มเติม

6. ผู้นำกลุ่มสรุปการดำเนินกิจกรรมทั้งหมด กล่าวชื่นชม (praise) กล่าวขอบคุณที่ร่วมทำกิจกรรมกลุ่มบำบัดพร้อมทั้งให้กำลังใจ ผู้ปวยในการดูแลตนเองเพื่อลดในการจัดการกับความเครียดเพื่อลดอาการทางบวก และดำเนินชีวิตต่อไปในครอบครัวและสังคมได้ กล่าวปิดการทำกลุ่มบำบัด

สื่อการสอน / อุปกรณ์ CHULALONGKORN UNIVERSITY

1. ใบความรู้ที่ 6.1 เรื่อง การฝึกคิดบวก
2. กระดาษโปสเตอร์ (flip chart)
3. ปากกามาจิก / ดินสอ

การประเมินผล

- ประเมินพฤติกรรม อารมณ์ ความตั้งใจฟัง และการแสดงความคิดเห็นขณะร่วมกิจกรรม
- ผู้ปวยนำเสนอเหตุการณ์ และสามารถบอกถึงการคิดบวกได้
- ผู้ปวยสามารถแสดงความรู้สึกในการเข้าร่วมการบำบัดได้

การตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรม

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยนำโครงสร้างของการจัดการความเครียดแบบกลุ่มต่ออาการทางบวกของ

ผู้ป่วยจิตเภทที่รวบรวมมา นำเสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อตรวจสอบเนื้อหาและภาษาที่ใช้ให้มีความเหมาะสม จากนั้นนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย

- 1) จิตแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท 1 ท่าน
- 2) พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 3 ท่าน
- 3) อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 1 ท่าน

เพื่อตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ รูปแบบและความเหมาะสมของกิจกรรมในโปรแกรม ความตรงเชิงโครงสร้างของแต่ละกิจกรรม การจัดลำดับของเนื้อหาและความเหมาะสมของระยะเวลาที่ใช้ในแต่ละกิจกรรม หลังจากนั้นผู้วิจัยได้นำข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุงแก้ไขในโปรแกรมที่สร้างขึ้น ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 กิจกรรมให้ปรับเพิ่มเรื่อง social skill training และให้เพิ่มเนื้อหาในใบความรู้ เรื่องความเชื่อมโยงความเครียดส่งผลกระทบต่ออาการทางบวกอย่างไร

กิจกรรมที่ 2 เพิ่มเติมวีดิทัศน์การผ่อนคลายกล้ามเนื้อและการฝึกหายใจ และปรับการเขียนในใบความรู้โดยไม่ให้เขียนภาษาอังกฤษ เพื่อความเข้าใจของผู้ป่วย

กิจกรรมที่ 4 ปรับปรุงในส่วนการประเมินการแก้ไขปัญหา กิจกรรมที่รวมหลายๆคน เพื่อให้เกิดทักษะการแก้ไขปัญหในระดับดี และปรับใบกิจกรรมโดยกำหนดวิธีแก้ไขปัญหาลง

กิจกรรมที่ 5 ปรับใบกิจกรรมให้เรื่องใกล้เคียงกับบริบทผู้ป่วยมากที่สุด เพื่อความเข้าใจง่ายขึ้น

หลังจากนั้นผู้วิจัยนำการจัดการความเครียดแบบกลุ่มไปทดลองใช้ (try-out) กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 8 คน ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างเดียวกับที่จะใช้ในการวิจัยครั้งนี้ จนครบทุกกิจกรรมเพื่อประเมินความเป็นไปได้ของการจัดการความเครียดแบบกลุ่มก่อนที่จะนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง พบว่าผู้ป่วยสามารถเข้าใจในกิจกรรมได้ดีพอสมควร แต่บางกิจกรรมต้องมีการยกตัวอย่างเพิ่มเติมให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจมากขึ้น และพบว่าสามารถดำเนินกิจกรรมได้ตามเวลาที่กำหนด โดยระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมแต่ละครั้งประมาณ 60 – 90 นาที ผู้วิจัยได้นำปัญหาที่พบจากการทดลองใช้การจัดการความเครียดแบบกลุ่มมาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาอีกครั้ง เพื่อให้การจัดการความเครียดแบบกลุ่มมีความสมบูรณ์มากที่สุดก่อนนำไปใช้จริง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลพัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัย ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ สมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาของการเจ็บป่วย จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษา

2.2 แบบประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท ฉบับภาษาไทย (positive and negative syndrome scale: PANSS-T) พัฒนาเป็นฉบับภาษาไทย โดย ธนา นิลชัยโกวิท และ

คณะ (2550) เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทในด้านอาการทางบวก (positive symptom) ประกอบด้วยจำนวนคำถาม 7 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตรฐานประเมินค่า (Rating scale) 7 ระดับ

เกณฑ์การให้คะแนนตามระดับความรุนแรงของโรค ดังนี้ คือ

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

การคิดคะแนน ทำโดยคิดคะแนนทุกข้อคำถาม ค่าคะแนนที่เป็นไปได้ของอาการทางบวก ต้องอยู่ในช่วง 7-49 คะแนน แปลผลค่าคะแนนโดย ค่าคะแนนสูงสุดมีอาการทางบวกมาก ค่าคะแนนต่ำมีอาการทางบวกน้อย โดยแบ่งระดับคะแนน ดังนี้

36-49 คะแนน	หมายถึง	มีอาการทางบวกมาก
22-35 คะแนน	หมายถึง	มีอาการทางบวกปานกลาง
8-21 คะแนน	หมายถึง	มีอาการทางบวกน้อย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรง (Content Validity) ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือที่สร้างขึ้นไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย

- 1) จิตแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท 1 ท่าน
- 2) พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 3 ท่าน
- 3) อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 1 ท่าน

ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความชัดเจน ความถูกต้อง ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และลำดับของเนื้อหา โดยให้คะแนนความคิดเห็นเป็นระดับ 1-4 คะแนน คือ เห็นด้วยมากที่สุด 4 คะแนน และไม่เห็นด้วย 1 คะแนน นอกจากนั้นยังได้ให้ผู้ทรงคุณวุฒิเขียนข้อเสนอแนะลงในช่องว่างที่เว้นไว้ในแต่ละข้อ โดยการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index: CVI) ซึ่งถือเกณฑ์ตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นและมีความสอดคล้องกัน ซึ่งค่าที่ยอมรับได้คือ .80 ขึ้นไป (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2553) ซึ่งผู้วิจัยได้คำนวณดัชนี ความตรงตามเนื้อหา (CVI) จากสูตรดังนี้

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

จากการคำนวณพบว่า แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล มีดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1.0

2. ผู้วิจัยตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) ด้วยการนำแบบประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทฉบับภาษาไทย (positive and negative syndrome scale: PANSS-T) ในด้านอาการทางบวก (positive symptom) มีข้อคำถามทั้งหมด 7 ข้อ ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำมาคำนวณหาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) เท่ากับ .82

3. เครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลอง ได้แก่ แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเองของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2550) ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ เป็นแบบประเมินค่ามี 4 ระดับ คือ ไม่เคยเลย เป็นครั้งคราว เป็นบ่อย ๆ และเป็นประจำ การแบ่งระดับความเครียดจากเกณฑ์ของ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ดังนี้

0-5	หมายถึง	ผู้ตอบไม่จริงจัง หรือไม่แน่ใจในคำถาม
6-17	หมายถึง	ไม่เครียด หรือ ปกติ
18-25	หมายถึง	เครียดสูงกว่าปกติเล็กน้อย
26-29	หมายถึง	เครียดปานกลาง
มากกว่า 30 ขึ้นไป	หมายถึง	เครียดมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงของเครื่องมือโดยการหาความตรงตามสภาพ (Concurrent Validity) ในกลุ่มตัวอย่าง 523 คน เครื่องมือมาตรฐานที่ใช้คือค่าความเครียดของกล้ามเนื้อ (electromyography: EMG) ซึ่งมีความแม่นยำตรงตามสภาพมากกว่า 0.27 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่ออิงตามค่า EMG ที่ช่วงความเชื่อมั่น 95%

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) แบบประเมินความเครียด ผู้วิจัยนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำมาคำนวณหาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) เท่ากับ .79

การดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองโดยแบ่งการทดลองออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเตรียมการทดลอง ระยะดำเนินการทดลอง และระยะประเมินผลการทดลอง เพื่อให้ดำเนินการทดลองได้อย่างมีประสิทธิภาพ และให้ผลการวิจัยที่มีความน่าเชื่อถือ ผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการวิจัยตามขั้น ดังนี้

1. ระยะเตรียมการทดลอง

1.1 ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของผู้วิจัยในด้านองค์ความรู้ แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการจัดการความเครียดต่ออาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภท โดยการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองจากอ่านตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ศึกษาแนวคิดทฤษฎี งานวิจัยเชิงทดลองที่เกี่ยวข้องกับความเครียด ทั้งในกลุ่มประชากรที่เป็นโรคจิตเภทและกลุ่มประชากรอื่น ร่วมกับการปรึกษาขอคำแนะนำจากอาจารย์ ที่ปรึกษา ได้ผ่านการฝึกอบรมการทำกลุ่มกิจกรรมบำบัดต่างๆสำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช ฝึกการทำกลุ่มกิจกรรมบำบัดต่างๆกับผู้ป่วยจิตเวช ฝึกทักษะการจัดการความเครียดแก่ผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม เพื่อให้การศึกษาดำเนินไปตามขั้นตอนที่ถูกต้องและครอบคลุมที่สุด

1.2 ผู้วิจัยเตรียมเครื่องมือและปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1.3 ผู้วิจัยนำเสนอโครงร่างวิจัยฉบับสมบูรณ์ที่ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการบริหาร คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย แก่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในคน ของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

1.4 เมื่อได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์แล้ว ผู้วิจัยติดต่อประสานกับรองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล โดยทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมทั้งส่งโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยที่ได้ยื่นขออนุญาตต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในคนของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ เพื่อทำการขออนุญาตทำการศึกษา โดยแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับการดำเนินการทดลอง วัน เวลา และสถานที่

1.5 เมื่อได้รับการอนุมัติจากรองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ผู้วิจัยจึงประสานกับหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก เพื่อแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีดำเนินการวิจัย ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง วัน เวลา สถานที่ในการดำเนินการวิจัย และขอความร่วมมือในการทำการวิจัยครั้งนี้

1.6 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ที่แผนกผู้ป่วยนอก โดยศึกษาประวัติจากเวชระเบียน เพื่อพิจารณาคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดในการคัดเลือกเข้ากลุ่ม

1.7 ผู้วิจัยขอความร่วมมือในการตอบแบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข และประเมินอาการทางบวก ด้วยแบบประเมินอาการทางจิตของ

ผู้ป่วยจิตเภทฉบับภาษาไทย (positive and negative syndrome scale: PANSS-T) เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ที่บริเวณหน้าคลินิกโรคจิตเภท แผนกผู้ป่วยนอกเมื่อได้ผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดในการคัดเลือกเข้ากลุ่ม จึงขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย และให้ข้อมูลผู้ป่วยว่าจะโทรศัพท์เพื่อนัดหมาย

1.8 เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติครบถ้วนแล้ว ผู้วิจัยจึงพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ ให้ข้อมูลในการทำวิจัย แจ้งวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการทำวิจัย การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย ลงชื่อในใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ก่อนการทดลอง (pre-test) และประเมินอาการทางบวกด้วยแบบประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทฉบับภาษาไทย (positive and negative syndrome scale: PANSS-T)

1.9 ผู้วิจัยจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกัน (matched paired) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจส่งผลต่อการทำวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ เพศ และระดับคะแนน PANSS-T ได้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 24 คน แล้วจับฉลากเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 12 คน

1.10 ก่อนเริ่มการดำเนินกิจกรรมตามการจัดการความเครียดแบบกลุ่ม 1 สัปดาห์ ผู้วิจัยดำเนินการ กับกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังนี้

1.10.1 ผู้วิจัยได้นัดหมายผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยนัดผู้ป่วยกลุ่มทดลองในวันแรก และนัดกลุ่มควบคุมในวันถัดมา เพื่อให้ผู้ป่วยตอบแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และผู้วิจัยเป็นผู้ประเมินอาการทางบวกของผู้ป่วยก่อนการวิจัย (pre-test) จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโดยตรงเป็นรายบุคคลและจากการสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยระหว่างการสัมภาษณ์โดยใช้แบบประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท ฉบับภาษาไทย (positive and negative syndrome scale : PANSS-T) ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ผู้ป่วยแต่ละคนประมาณ 30 นาที

1.10.2 กลุ่มทดลอง

1.10.2.1 ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินกิจกรรมตามการจัดการความเครียดแบบกลุ่มต่ออาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภท โดยดำเนินกิจกรรมจำนวน 6 ครั้ง สัปดาห์ละ 3 ครั้ง วันจันทร์ พุธ ศุกร์ ใช้เวลาครั้งละ 60-90 นาที เป็นระยะเวลาติดต่อกัน 2 สัปดาห์

1.10.2.2 ให้ข้อมูลถึงการได้รับกิจกรรมการพยาบาลที่จะได้รับ ขณะที่มารับบริการในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ที่แผนกผู้ป่วยนอก ได้แก่ การประเมินอาการของผู้ป่วยด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ การให้การพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพโดย ประเมินความเครียด การให้ยาฉีด ยารับประทานตามแผนการรักษา การจำกัดพฤติกรรม การแยก

ผู้ป่วยในห้องแยกเมื่อเกิดอาการทางบวก การประเมินความต้องการของผู้ป่วย และการจัดสิ่งแวดล้อม รวมถึงการได้เข้าร่วมการจัดการความเครียดแบบกลุ่มต่ออาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภท

1.10.2.3 ผู้วิจัยนัดหมายวัน เวลา สถานที่ในการดำเนินการจัดการความเครียดแบบกลุ่มต่ออาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภท พร้อมทั้งมอบตารางในการเข้าร่วมกิจกรรม

1.10.3 กลุ่มควบคุม

1.10.2.1 ผู้วิจัยให้ข้อมูลถึงการได้รับกิจกรรมการพยาบาลตามปกติที่จะได้รับขณะที่มารับบริการในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ที่แผนกผู้ป่วยนอก ได้แก่ การประเมินอาการของผู้ป่วยด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ การให้การพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพโดย การประเมินความเครียด การให้ยาฉีด ยารับประทานตามแผนการรักษา การจำกัดพฤติกรรม การแยกผู้ป่วยในห้องแยกเมื่อเกิดอาการทางบวก การประเมินความต้องการของผู้ป่วย และการจัดสิ่งแวดล้อม

1.10.2.2 ผู้วิจัยดูแลให้ผู้ป่วยได้รับกิจกรรมการพยาบาลตามปกติเป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์

2. ระยะดำเนินการทดลอง

2.1 กลุ่มควบคุม สัปดาห์ที่ 1-2 จะได้รับกิจกรรมการพยาบาลแบบผู้ป่วยนอกตามปกติ ได้แก่ ประกอบด้วย การซักประวัติ การตรวจคัดกรอง การจัดสิ่งแวดล้อม และการให้บริการก่อนพบแพทย์ การให้คำปรึกษาตามปัญหาผู้ป่วย การให้คำปรึกษาในการใช้ยา และคำแนะนำในการดูแลตนเองที่บ้าน

2.2 กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการจัดการความเครียดแบบกลุ่มต่ออาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลอง โดยทำเป็นรายกลุ่ม กลุ่มทดลอง 12 คน ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมครั้งละ 60-90 นาที สัปดาห์ละ 3 ครั้ง จนครบ 6 ครั้ง เป็นระยะเวลาติดต่อกัน 2 สัปดาห์ หลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 2 ผู้วิจัยทำการกำกับการทดลองทันที โดยให้กลุ่มทดลองตอบคำถามตามแบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ผลจากการกำกับการทดลอง ผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจด้านการใช้ภาษา การทำกิจกรรม พบว่าสามารถดำเนินกิจกรรมได้ตามเวลาที่กำหนดไว้ คือ กิจกรรมทุกครั้งที่ใช้เวลาครั้งละประมาณ 120 นาที และในการดำเนินกิจกรรมครั้งที่ 6 เป็นการประเมินผลการทดลอง ผู้วิจัยได้นำปัญหาที่พบและเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นขณะทำการทดลองใช้โงารจัดการความเครียดแบบกลุ่มมาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา ได้แก่

ใบการบ้านที่ 1.1 ให้เพิ่มอาการ ไม่มีสมาธิ เดินไปมา อยู่ไม่นิ่ง ทำงานที่ได้รับมอบหมายไม่สำเร็จ และปรับขนาดตัวหนังสือให้ใหญ่ขึ้น

ในการบ้านที่ 2.1 ให้มีลายเซ็นผู้รับรองว่าฝึกปฏิบัติจริง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถฝึกปฏิบัติได้อย่างถูกต้องและเข้าใจมากยิ่งขึ้น ทั้งนี้เป็นการปรับปรุงและเตรียมความพร้อมเพื่อให้การจัดการความเครียดแบบกลุ่มมีความสมบูรณ์ต่อการนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างให้มากที่สุด ก่อนนำไปใช้ในกลุ่มทดลองจริง

ตารางที่ 3 การดำเนินการตามการจัดการความเครียดแบบกลุ่มต่ออาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภท

ว/ด/ป	เวลา	กิจกรรม
สัปดาห์ที่ 1		
17/2/63	9.30 – 11.00น.	กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ ให้ความรู้เรื่องความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท ผลกระทบที่เกิดจากความเครียด
19/2/63	9.30 – 11.00น.	กิจกรรมที่ 2 การฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อโดยการฝึกทักษะการผ่อนคลายแบบ progressive muscle และ การฝึกหายใจ (breathing exercise)
21/2/63	9.30 – 11.00น.	กิจกรรมที่ 3 การจัดการความเครียดที่เกิดจากการรับประทานยา และการเสริมสร้างสุขภาวะ ความเข้มแข็งของร่างกาย
สัปดาห์ที่ 2		
24/2/63	9.30 – 11.00น.	กิจกรรมที่ 4 การแก้ไขปัญหาในชีวิตประจำวัน
26/2/63	9.30 – 11.00น.	กิจกรรมที่ 5 การฝึกทักษะการสื่อสารและการฝึกการเผชิญตราบ
28/2/63	9.30 – 11.00น.	กิจกรรมที่ 6 เข้าใจตนเอง ปรับมุมมอง ทบทวนเนื้อหาการบำบัด ยุติกลุ่ม และตอบคำถามตามแบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

ผลที่ได้รับจากการดำเนินกิจกรรมในแต่ละครั้ง มีรายละเอียดโดยสรุป ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ ให้ความรู้เรื่องความเครียด ผลกระทบที่เกิดจากความเครียด ความสัมพันธ์ของความเครียดกับอาการทางบวก

ช่วงที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ จากการสังเกต พบว่า ผู้ป่วยที่เข้าร่วมกลุ่มทดลอง บางคนมีความคุ้นเคยกันมาก่อน มีความไว้วางใจในพยาบาลและผู้ป่วยกันเอง สังเกตจากสีหน้า การพูดคุย ซักถามประเด็นการมาโรงพยาบาล การเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของตนเอง นอกจากนี้หลังจากพยาบาลให้ข้อมูลเรื่องการเข้าร่วมกิจกรรม ผู้ป่วยให้ความสนใจและร่วมมือตลอดการร่วมกิจกรรม มีความเข้าใจถึงวัตถุประสงค์ในการเข้ากลุ่มว่า เพื่อลดความเครียดในการป้องกันการเกิดอาการทางบวกของตนเอง

“ตอนแรกไม่กล้าเข้ามาในกลุ่ม แต่เห็นพี่เขายิ้มให้ ก็รู้สึกสบายใจ”

ช่วงที่ 2 การประเมินความเครียด จากการประเมินความเครียด พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความเครียดระดับปานกลาง โดยมีระดับคะแนนที่ 21 – 29 คะแนน ซึ่งจากการประเมินความเครียด ทำให้ผู้ป่วยได้เห็นอาการของความเครียดที่เกิดขึ้นกับตนเอง และสังเกตเห็นผลกระทบความเครียดที่เกิดขึ้นกับตนเอง ซึ่งแสดงให้เห็นจากคำพูดผู้ป่วย ดังนี้

“ตอนแรกก็ไม่คิดว่าตนเองจะมีความเครียด แต่เมื่อได้ทำแบบประเมินจึงได้รู้ว่าเราก็อึดเครียดมากเหมือนกัน”

“ผมคิดว่า ผมมีเรื่องเครียดอยู่คนเดียว แต่เข้ามาในกลุ่ม มีเพื่อนที่มีเรื่องเครียดเหมือนกันเลยครับ”

กิจกรรมที่ 2 การฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อโดยการฝึกทักษะการผ่อนคลายแบบ progressive muscle และการฝึกหายใจ (breathing exercise)

ช่วงที่ 1 ทบทวนการฝึกสังเกตฝึกสังเกตปฏิกิริยาทางร่างกายของตนเองเมื่อเกิดความเครียด รวมถึงวิธีการจัดการความเครียดที่เกิดขึ้นเมื่อกลับบ้าน ผู้ป่วยสามารถสังเกตอาการและนำกลับมาเล่าประสบการณ์ของการสังเกตอาการเครียดที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ ซึ่งแสดงให้เห็นจากคำพูดผู้ป่วย ดังนี้

“ตอนนี้รู้แล้วว่า ถ้ามีอาการแบบที่คุณหมอแนะนำ คือ หนูเริ่มเครียดแล้ว และฝึกสังเกตตนเองได้ค่ะ”

“ตอนนั้นถ้าเครียด มันจะหงุดหงิด ทำอะไรไม่ถูกเลยคะ ข้าวปลาก็ไม่อยากกิน บางทีอยู่ในห้องคนเดียว บางทีก็หิวแหว่”

ช่วงที่ 2 การฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบ progressive muscle และ การฝึกหายใจ (breathing exercise) ในช่วงแรกผู้ป่วยยังไม่ปฏิบัติได้ไม่ถูกต้อง ต้องมีการทวนซ้ำ 2 รอบ ผู้ป่วยจึงสามารถเข้าใจและปฏิบัติตามได้ถูกต้อง ประเมินผลจากการทำทางการปฏิบัติตามการฝึกที่พยาบาลได้ให้ฝึกปฏิบัติ ดังตัวอย่างคำพูด

“รับรู้ถึงความเกร็งของกล้ามเนื้อส่วนต่าง ๆ เมื่อผ่อนคลายแล้วรู้สึกดีขึ้นมากค่ะ ”

“ตอนนี้รู้จักว่าถ้าเครียดต้องจัดการกับตนเองอย่างไรแล้วค่ะ จะไปบอกคนที่บ้านด้วย”

“เมื่อก่อนผมเครียด ผมจะไปหาเพื่อน สูบบุหรี่ กินเหล้าตลอดเลย การฝึกผ่อนคลายทั้ง 2 วิธี ผมรู้สึกว่าความตึงเครียดที่เกิดขึ้นกับเราผ่อนคลายไปได้มาก”

“ถ้ามีอาการเครียดเกิดขึ้น หนูก็จะทำตามอย่างที่คุณหมอสอนในวันนี้ ง่ายมากเลยค่ะ”

“ผมชอบวิธีการเกร็งกล้ามเนื้อแบบนี้ มันรู้สึกผ่อนคลายดีมากครับ”

“ผมจะเอาวิธีการจัดการความเครียดทั้ง 2 แบบไปฝึกทำครับ ทำง่ายดีครับ”

กิจกรรมที่ 3 การจัดการความเครียดที่เกิดจากการรับประทานยา และการเสริมสร้างสุขภาพ ความแข็งแรงของร่างกาย

ช่วงที่ 1 สอบถามประสบการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท โดยให้ผู้ป่วยแต่ละคนเล่า ประสบการณ์การเจ็บป่วยของตนเอง ประสบการณ์การเกิดอาการทางบวกว่ามีอะไรบ้าง ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการทางบวก เช่น อาการหูแว่ว บางครั้งมีพฤติกรรมก้าวร้าว รุนแรงคนอื่น

ช่วงที่ 2 ให้ผู้ป่วยเล่าประสบการณ์ของการรับประทานยาต้านอาการทางจิต ปัญหา อุปสรรค ในการรับประทานยา ผู้ป่วยร่วมมือในการเล่าประสบการณ์การรับประทานยา ปัญหาอุปสรรคในการ รับประทานยา ตลอดจนมีความรู้ความเข้าใจและตระหนักถึงการรับประทานยา มีการซักถามข้อสงสัย เกี่ยวกับการรับประทานยา ดังตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วยต่อไปนี้

“เมื่อก่อนไม่อยากกินยาเลยคะ กินแล้วบางทีชมพูปาก ปากแห้ง ไม่ค่อยสบาย ไม่ค่อยสบายตัว เลยคะ เลยไม่ค่อยอยากกินยา วันนี้ได้มารู้ว่ายามีความจำเป็นและมีความสำคัญมากกับโรคของเรา ต่อไปนี้หนูจะไม่หยุดยาเองแล้ว กลัวได้มานอนโรงพยาบาลอีก กินยาต่อเนื่องหนูก็จะอยู่บ้านและ ทำงานได้ด้วย”

“ต่อไปนี่ผมจะกินยาตรงตามเวลาที่หมอบอก”

“ถ้ากินยาแล้วง่วงนอนมาก ก็จะไม่นอนพักก่อน ไม่ไปขับรถหรือทำงาน”

“ถ้ามีอันอื่นอีก ตัวแข็งอีก ก็จะมาพบคุณหมอ จะไม่หยุดยาเองแล้ว”

ช่วงที่ 3 ให้ผู้ป่วยช่วยกันคิดคำขวัญที่แสดงให้เห็นถึงประโยชน์ของการรับประทานยา พบว่า หลังจากที่ผู้ป่วยได้ร่วมกันแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการจัดทำคำขวัญเกี่ยวกับประโยชน์ของการ รับประทานยา ดังตัวอย่างคำขวัญ

“ถ้าอยากหายต้องกินยา”

“กินยาตลอด จะปลอดภัยจากโรคจิต”

“กินยารวันละนิด สุขภาพจิตแข็งแรง”

ช่วงที่ 4 ให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ เช่น เรื่องการนอนหลับพักผ่อน การออกกำลังกาย การบริโภคอาหารที่ช่วยส่งเสริมความแข็งแรงของร่างกาย ผู้ป่วยร่วมมือในการรับฟังและร่วมแสดงความคิดเห็นและซักถามในประเด็นที่สงสัยเป็นอย่างดี ดังตัวอย่างคำพูด

“เราต้องนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ จะไม่นอนดึก เพราะส่งผลเสียต่อสุขภาพ”

“ต่อไปนี้จะต้องเริ่มฝึกออกกำลังกาย เพื่อลดน้ำหนักตนเอง และจะได้หลับสบาย”

“ต้องงดเครื่องดื่มบำรุงกำลังทั้งหลายแล้ว ไม่ดีต่อสุขภาพ”

กิจกรรมที่ 4 การฝึกการแก้ไขปัญหาในชีวิตประจำวัน

ให้ผู้ป่วยชมวีดิทัศน์ ละคร ตอน “ทุกปัญหามีทางออกเสมอ ฉันพร้อมจะฟังนะ” แล้วให้ผู้ป่วยเลือกปัญหา เพื่อช่วยกันแก้ไขปัญหา พบว่า ปัญหาที่เลือกมาแก้ไขคือเรื่อง การเงิน ผู้ป่วยช่วยกันหาทางแก้ไขปัญหามีทางออกที่เหมาะสม

“ปัญหาของผม คือ ไม่มีเงินครับ จากการที่ได้ฝึกการแก้ปัญหา ผมเลือกวิธีเลี้ยงกบครับ เพราะเคยทำ ผมจะขายด้วย”

“เมื่อก่อนไม่รู้ว่าจะหาเงินมาจากไหน คิดแล้วคิดอีก บางทีคิดขายยาบ้าก็มี แต่พอได้ฝึกหาวิธีการแก้ปัญหามีทางออกเลยครับเลยครับ เพื่อนช่วยคิดด้วย คุณหมอก็ช่วยด้วย ดีใจมากครับ”

“หนูก็เห็นทางออกในการหาเงินแล้ว จะเลี้ยงกบขายเหมือนเพื่อน แล้วแบ่งเงินจากการขายกบมาเป็นเงินเก็บ และจะหางานทำเพิ่มเหมือนเพื่อนค่ะ”

กิจกรรมที่ 5 การฝึกทักษะการสื่อสารและการฝึกการเผชิญตราบ

ช่วงที่ 1 ให้ผู้ป่วยแสดงบทบาทสมมติขั้นตอนการสื่อสารเพื่อบอกความต้องการ ตามประเด็นคือ เมื่อต้องการบอกหมอมามีอาการข้างเคียงจากยาแล้วขอลดยา และเมื่อต้องการบอกเพื่อนว่าอย่าชวนดื่มสุราอีก ผู้ป่วยต่างจับคู่และร่วมแสดงบทบาทสมมติได้ดี ทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการสื่อสารบอกความต้องการได้มากขึ้น ดังตัวอย่างคำพูด

“เมื่อก่อนไม่ค่อยกล้าคุยกับใคร บางทีอยากได้เงินไปซื้อถ้วยเดียว ก็ไม่กล้าขอพี่ชายกลัวเขาจะด่า เพราะผมไม่ได้ทำงาน จะเอาการพูดที่ได้ฝึกวันนี้ไปลองพูดกับพี่ชายดูครับ”

“ผมรู้แล้วว่าจะต้องพูดกับคนในบ้านอย่างไรจึงจะให้คนในครอบครัวรับรู้ความต้องการของเรา”

“เวลาที่ชาวบ้าน ญาติพี่น้องไม่ให้ผมทำงาน ผมก็จะขอเขาทำและจะบอกว่า ผมทำได้”

ช่วงที่ 2 ให้ผู้ป่วยร่วมแสดงความคิดเห็นในประเด็น “เมื่อพบเหตุการณ์ที่เกิดตราบกับตนเอง มีวิธีการจัดการอย่างไร” พบว่า ผู้ป่วยร่วมแสดงความคิดเห็นได้ดี ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการเผชิญกับตราบไปได้ดีขึ้น ดังตัวอย่างคำพูด

“ชาวบ้านชอบมาล่อเวลาผมมารักษาที่โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ เมื่อก่อนน้อยใจ และรู้สึกโกรธ แต่ไม่ได้โต้ตอบอะไร แต่ตอนนี้เข้าใจแล้ว คิดว่าเขาคงไม่เข้าใจโรคที่ผมเป็น ผมก็ยังคงรักษาตัวให้หายดีต่อไป”

กิจกรรมที่ 6 เรื่อง เข้าใจตนเอง ปรับมุมมอง

ให้ความรู้ เรื่อง การคิดบวก และให้ผู้ป่วยฝึกการคิดบวกต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นและลงนำไปปฏิบัติ ผู้ป่วยสนใจซักถาม เข้าใจในการฝึกคิดบวกและสนใจในการฝึกปฏิบัติเป็นอย่างดี และถามถึงความรู้สึกของสมาชิกกลุ่มที่เกิดขึ้น ในขณะที่ทำกิจกรรมที่ผ่านมาปัญหา และอุปสรรคต่างๆ พบว่า ผู้ป่วยมีความรู้สึกดีใจที่ได้เข้าร่วมกิจกรรม และมีความมั่นใจในการกลับไปดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข ดังตัวอย่างคำพูด

“รู้สึกดีใจที่เข้าร่วมกลุ่มบำบัด มีประโยชน์และได้แนวทางในการดูแลตนเองต่อเนืองที่บ้าน”

“มีประโยชน์ในการเรียนรู้วิธีการฝึกการผ่อนคลายความเครียดที่ถูกต้อง”

“มั่นใจที่จะกลับไปใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข”

“ถึงแม้ใครจะไม่เข้าใจในการเจ็บป่วยของเรา แต่เราเข้าใจการเจ็บป่วยของตนเอง เราจะรักษาตัวเองให้หายดี”

หลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมที่ 6 ทันทิ ผู้วิจัยแจ้งขั้นตอนการสิ้นสุดกระบวนการทำวิจัย และนัดพบในสัปดาห์ที่ 4 เพื่อประเมินอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภท จากนั้นผู้วิจัยได้รวบรวมคะแนนจากแบบประเมินของผู้ป่วยแต่ละคน ซึ่งพบว่าคะแนนความเครียดของผู้ป่วยกลุ่มทดลองทุกคนมีคะแนนความเครียดลดลง อยู่ในระดับปกติถึงปานกลาง ดังแสดงในตารางที่ 4 จึงสรุปได้ว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองทุกคนได้รับการบำบัดตามกิจกรรมการจัดการความเครียดแบบกลุ่มต่ออาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทอย่างครบถ้วนและมีประสิทธิภาพ

ตารางที่ 4 คะแนนความเครียดและการแปลผลของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนการทดลอง (pre-test) และหลังการทดลอง (post-test) (n=24)

คนที่	กลุ่มควบคุม				กลุ่มทดลอง			
	ก่อน ทดลอง	แปลผล	หลัง ทดลอง	แปลผล	ก่อน ทดลอง	แปลผล	หลังทดลอง	แปลผล
1	24	เล็กน้อย	20	เล็กน้อย	21	เล็กน้อย	15	ปกติ
2	27	ปานกลาง	24	เล็กน้อย	24	เล็กน้อย	10	ปกติ
3	22	เล็กน้อย	21	เล็กน้อย	27	ปานกลาง	14	ปกติ
4	23	เล็กน้อย	18	เล็กน้อย	18	เล็กน้อย	17	ปกติ
5	18	เล็กน้อย	18	เล็กน้อย	22	เล็กน้อย	18	เล็กน้อย
6	20	เล็กน้อย	18	เล็กน้อย	24	เล็กน้อย	17	ปกติ
7	27	ปานกลาง	25	เล็กน้อย	25	เล็กน้อย	18	เล็กน้อย
8	22	เล็กน้อย	19	เล็กน้อย	23	เล็กน้อย	18	เล็กน้อย
9	24	เล็กน้อย	17	ปกติ	23	เล็กน้อย	17	ปกติ
10	24	เล็กน้อย	19	เล็กน้อย	29	ปานกลาง	19	เล็กน้อย
11	26	ปานกลาง	20	เล็กน้อย	24	เล็กน้อย	17	ปกติ
12	19	เล็กน้อย	16	ปกติ	20	เล็กน้อย	18	เล็กน้อย
\bar{X}	23		19.58		23.33		16.50	
S.D	2.95		2.67		2.96		2.46	

จากตารางที่ 4 พบว่า คะแนนความเครียดของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง เท่ากับ 23 (S.D. = 2.95) และ 19.58 (S.D. = 2.67) ตามลำดับ และกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง เท่ากับ 23.33 (S.D. = 2.96) และ 16.50 (S.D. = 2.46) ตามลำดับ โดยหลังได้รับการจัดการกับความเครียดแบบกลุ่ม ทุกคนมีคะแนนความเครียดลดลง โดยมีคะแนนความเครียดอยู่ในระดับปกติถึงเล็กน้อย (10-19 คะแนน)

3. ระยะประเมินผลการทดลอง

3.1 กลุ่มทดลอง หลังเสร็จสิ้นการดำเนินการจัดการความเครียดแบบกลุ่ม ผู้วิจัยแจ้งขั้นตอนการสิ้นสุดกระบวนการทำวิจัย และนัดพบในสัปดาห์ที่ 4 เพื่อประเมินอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภท จากนั้นทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลที่ได้ แล้วนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

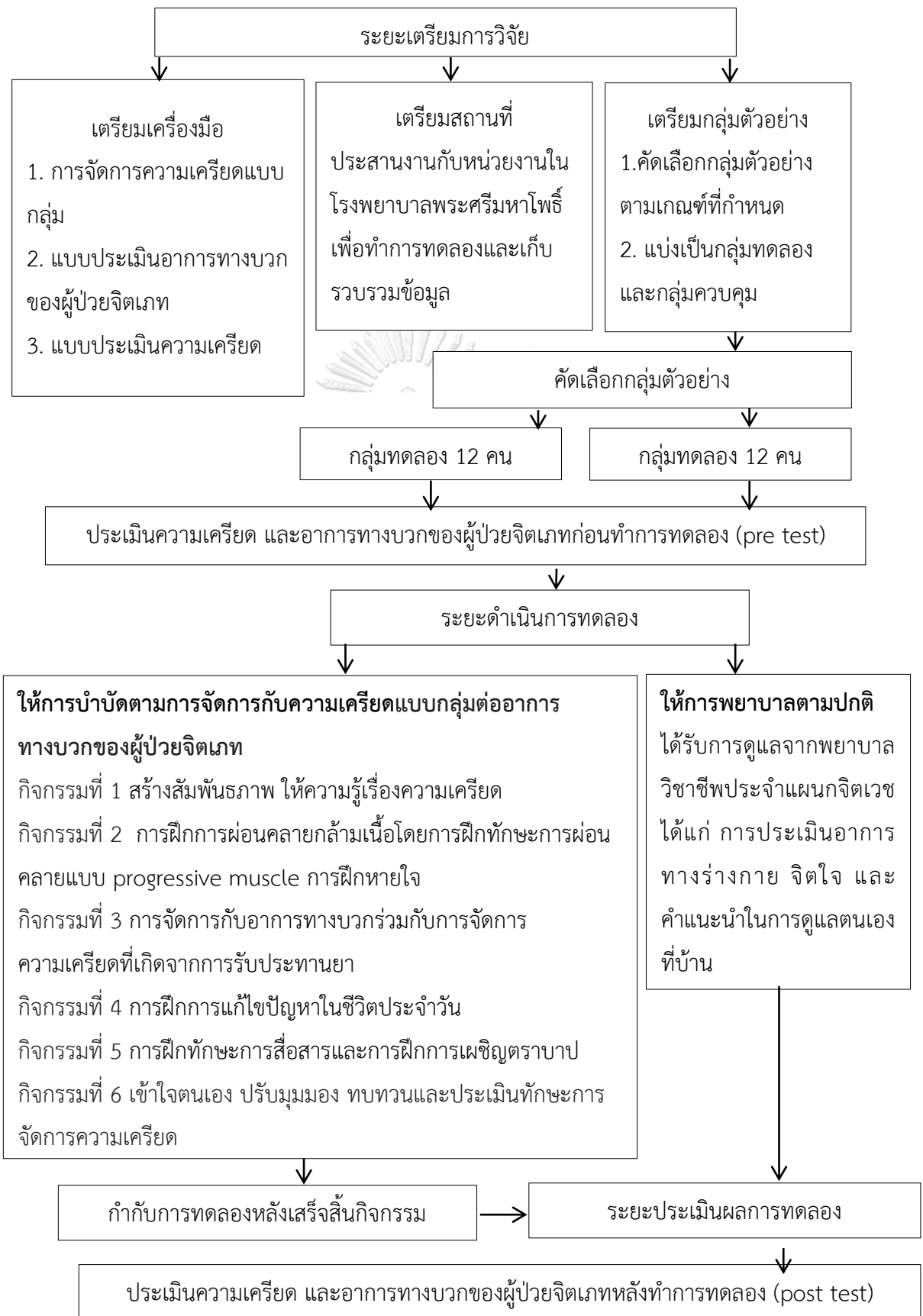
3.2 กลุ่มควบคุม เมื่อครบกำหนด 2 สัปดาห์ ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างในสัปดาห์ที่ 4 เพื่อขอความร่วมมือในประเมินอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภท เมื่อเสร็จเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยให้ข้อมูลการจัดการความเครียด และแจกคู่มือการจัดการความเครียดเพื่อลดอาการทางบวก จากนั้นทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลที่ได้ แล้วนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยดำเนินการเป็นลำดับขั้น ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างนำมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบคะแนนอาการทางบวกในแต่ละกลุ่มคือในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการได้รับการจัดการกับความเครียดแบบกลุ่ม และในกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติทดสอบ non parametric statistics (Wilcoxon Signed - Rank test)
3. เปรียบเทียบคะแนนอาการทางบวกระหว่างกลุ่มคือระหว่างกลุ่มทดลองก่อนและหลังการได้รับการจัดการกับความเครียดแบบกลุ่ม กับกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติโดยใช้สถิติทดสอบ non parametric statistics (Mann - Whiney U test)
4. กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัย



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ผลของการจัดการความเครียดแบบกลุ่มต่ออาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภท โดยเปรียบเทียบอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับการจัดการความเครียดแบบกลุ่มกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภท ซึ่งได้รับการวินิจฉัยโรคตามคู่มือการวินิจฉัยแยกโรคทางจิตเวชตามการจำแนกโรคระหว่างประเทศฉบับประเทศไทย ฉบับที่ 10 (The 10th Revision of the International Statistical Classification of Diseases and Related health Problems:ICD-10) ทั้งเพศหญิงและเพศชาย อายุระหว่าง 20-59 ปี ที่มารับบริการในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ที่แผนกผู้ป่วยนอกจำนวน 24 คน ซึ่งถูกจับคู่ (matched-pair) ให้มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันเรื่องเพศและคะแนน PANSS-T และถูกสุ่มเป็นกลุ่มทดลอง 12 คน กลุ่มควบคุม 12 คน โดยมีการประเมินอาการทางบวกก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest control group design)

สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปแบบตารางประกอบการบรรยาย โดยนำเสนอรายละเอียดตามลำดับ ดังนี้

ตอนที่ 1 ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบอาการทางบวกโดยรวมของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพ ศาสนา และระดับการศึกษา

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง(n=12)		กลุ่มควบคุม(n=12)		รวม(n=24)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	8	66.6	8	66.6	16	66.6
หญิง	4	33.4	4	33.4	8	33.4
อายุ						
20-29 ปี	-	-	1	8.3	1	4.2
30-39 ปี	1	8.3	4	33.3	5	20.8
40-49 ปี	6	50	5	41.7	11	45.8
50-59 ปี	5	41.7	2	16.7	7	29.2
สถานภาพสมรส						
โสด	10	83.3	5	41.7	15	62.5
คู่	2	16.7	6	50.0	8	33.3
หม้าย	-	-	-	-	-	-
หย่า/ร้าง/แยก	-	-	1	8.3	1	4.2
นับถือศาสนา						
พุทธ	12	100	12	100	24	100
อิสลาม	-	-	-	-	-	-
คริสต์	-	-	-	-	-	-
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา	3	25	5	41.7	8	33.3
มัธยมศึกษาตอนต้น	2	16.7	3	25	5	20.8
มัธยมศึกษาตอนปลาย	4	33.3	4	33.3	8	33.3
ปวช./ปวส.	2	16.7	-	-	2	8.4
ปริญญาตรี	1	8.3	-	-	1	4.2

ตารางที่ 5 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง(n=12)		กลุ่มควบคุม(n=12)		รวม(n=24)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ						
ไม่มี	3	25	5	41.7	8	33.3
รับจ้าง	4	33.3	3	25	7	29.2
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	1	8.4	1	8.4	2	8.3
เกษตรกรกรรม	4	33.3	3	25	7	29.2
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน						
ไม่มีรายได้	4	33.3	5	41.7	9	37.5
ไม่เกิน 2,000 บาท	6	50	4	33.3	10	41.7
2,001-4,000 บาท	1	8.4	3	25	4	16.7
4,001-6,000 บาท	1	8.4	-	-	1	4.1
มากกว่า 6,000 บาท	-	-	-	-	-	-
ระยะเวลาการเจ็บป่วย						
1 - 2 ปี	-	-	1	8.4	1	4.1
มากกว่า 2 ปี	12	100	11	91.6	23	95.9
จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาล						
ไม่เคย	3	25	4	33.3	7	29.2
1-2 ครั้ง	5	41.6	4	33.3	9	37.5
3-4 ครั้ง	1	8.4	2	16.7	3	12.5
5 ครั้งขึ้นไป	3	25	2	16.7	5	20.8

จากตารางที่ 5 พบว่าผู้ป่วยจิตเภททั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 66.6 กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่อายุ 40-49 ปี คิดเป็นร้อยละ 50.0 และ 41.7 ตามลำดับ ผู้ป่วยกลุ่มทดลองส่วนใหญ่สถานภาพสมรสโสด คิดเป็นร้อยละ 83.3 กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่สถานภาพคู่ คิดเป็นร้อยละ 50.0 ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมนับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 100 กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ มีระดับการศึกษา ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย คิดเป็นร้อยละ 33.3 ส่วนกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ระดับการศึกษาที่ระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 41.7 ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่ม

ทดลองส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างและเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 33.3 และกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 41.7 กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เกิน 2,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 50 ส่วนกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ไม่มีรายได้ คิดเป็นร้อยละ 41.7 ระยะเวลาในการป่วยของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มากกว่า 2 ปี คิดเป็นร้อยละ 100 และ ร้อยละ 91.6 ตามลำดับ จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เข้ารับการรักษา 1-2 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 41.6 และร้อยละ 33.3 ตามลำดับ

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed Ranks test

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบคะแนนอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง (n=12)

อาการทางบวก	Mean Rank	Sum of Rank	Z	Asymp. Sig. (2-tailed)
ก่อนการทดลอง-หลังการทดลอง	12.50	300	-4.300 ^a	.000 *

^aBased on Negative Ranks = อาการทางบวกหลังการทดลอง < อาการทางบวกก่อนการทดลอง

*Wilcoxon signed-rank test

จากตารางที่ 6 ผลการวิเคราะห์โดยใช้สถิติ Wilcoxon signed-rank test พบว่า อาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทก่อนการทดลองและหลังการทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) สอดคล้องกับสมมติฐาน ข้อที่ 1 ของการวิจัย คือ อาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับการจัดการความเครียดแบบกลุ่มต่ำกว่าก่อนได้รับการจัดการความเครียดแบบกลุ่ม

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Mann - Whiney U – test

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง (n=24)

เปรียบเทียบ คะแนนเฉลี่ย อาการทางบวก	Mean Rank	Sum of Rank	Mann - Whiney U	Z	Asymp. Sig. (2-tailed)
ก่อนการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	11.00	132		-1.069	
กลุ่มควบคุม	14.00	148	54		.285
หลังการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	8.25	99		-3.056	
กลุ่มควบคุม	16.75	201.00	21.000		.002

*Mann-Whitney U-test

จากตารางที่ 7 ผลการวิเคราะห์โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U-test พบว่า ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนอาการทางบวกไม่แตกต่างกัน ($p > 0.05$) และเมื่อพิจารณาหลังการทดลองพบว่า คะแนนอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐาน ข้อที่ 2 ของการวิจัย คือ อาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับการจัดการความเครียดแบบกลุ่ม ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – experimental Research) ศึกษาแบบสองกลุ่มวัดผลสองครั้ง ก่อนและหลังการทดลอง (The pretest - posttest control group design) เพื่อศึกษาผลการจัดการความเครียดแบบกลุ่มต่ออาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภท ทำการศึกษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี ตัวแปรต้น คือ การจัดการความเครียดแบบกลุ่ม ตัวแปรตาม คือ อาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภท

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับการจัดการความเครียดแบบกลุ่ม
2. เพื่อเปรียบเทียบอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับการจัดการความเครียดแบบกลุ่ม กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ

สมมุติฐานการวิจัย

1. อาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับการจัดการความเครียดแบบกลุ่ม ต่ำกว่าก่อนได้รับการจัดการความเครียดแบบกลุ่ม
2. อาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภตก่อนที่ได้รับการจัดการความเครียดแบบกลุ่ม ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งได้รับการวินิจฉัยโรคตามคู่มือการวินิจฉัยแยกโรคทางจิตเวช ตามการจำแนกโรคระหว่างประเทศฉบับประเทศไทย ฉบับที่ 10 (The 10th Revision of the International Statistical Classification of Diseases and Related health Problems: ICD-10) ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลจิตเวช ที่แผนกผู้ป่วยนอก เขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภททั้งเพศหญิงและเพศชาย อายุระหว่าง 20 -59 ปีที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (F20.0-F20.9) ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยการวิเคราะห์อำนาจทดสอบด้วยโปรแกรม Power Analysis of Sample Size (PASS) (รัตน์ศิริ ทาโต, 2561) โดยนำผลการศึกษาของ พรทิพย์ ไชสะอาด (2554) เรื่อง ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่ออาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท มาใช้ในการคำนวณกลุ่มตัวอย่างเพื่อให้มีอำนาจการทดสอบร้อยละ 80 มีโอกาสเกิดความคลาดเคลื่อนที่ระดับนัยสำคัญ .05 ค่าเฉลี่ยหลังการทดลอง (mean) เท่ากับ 1.77 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานหลังการทดลอง (S.D.) เท่ากับ 0.53 พบว่าขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการแต่กลุ่มคือกลุ่มละ 12 คน เพื่อป้องกันการสูญเสียกลุ่มตัวอย่างระหว่างการทดลองผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มละ 12 คน รวมทั้งหมด 12 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่ การจัดการความเครียดแบบกลุ่มต่ออาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภท โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยลดอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้การจัดการความเครียดตามแนวคิดของ Norman et al. (2002) และนำมาผสมผสานในรูปแบบกระบวนการกลุ่มตามแนวคิดของ Yalom (1995) ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ดังนี้

ขั้นที่ 1 ระยะ Initial Phase ประกอบด้วย 1 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ ให้ความรู้เรื่องความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท ผลกระทบที่เกิดจากความเครียด

ขั้นที่ 2 ระยะ Working Phase ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมที่ 2 การฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อโดยการฝึกทักษะการผ่อนคลายแบบ progressive muscle การฝึกหายใจ (breathing exercise) กิจกรรมที่ 3 การจัดการกับอาการทางบวกพร้อมกับการจัดการความเครียดที่เกิดจากการรับประทานยา และการเสริมสร้างสุขภาพ ความเข้มแข็งของร่างกาย กิจกรรมที่ 4 การฝึกการแก้ไขปัญหาในชีวิตประจำวัน กิจกรรมที่ 5 การฝึกทักษะการสื่อสารและการฝึกการเผชิญตราบาป

ขั้นที่ 3 ระยะ Terminal phase ประกอบด้วย 1 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมที่ 6 เข้าใจตนเอง ปรับมุมมอง ทบทวนและประเมินทักษะการจัดการความเครียด

เครื่องมือชุดนี้ผู้วิจัยนำโครงสร้างของการจัดการความเครียดแบบกลุ่มต่ออาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทที่สร้างขึ้นนำเสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษา จากนั้นนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ รูปแบบและความเหมาะสมของกิจกรรมในการจัดการความเครียดแบบกลุ่ม ความตรงเชิงโครงสร้างของแต่ละกิจกรรม การจัดลำดับของเนื้อหาและความเหมาะสมของระยะเวลาที่ใช้ในแต่ละกิจกรรม หลังจากนั้นนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไขในการจัดการความเครียดแบบกลุ่มที่

สร้างขึ้น หลังจากนั้นนำการจัดการความเครียดแบบกลุ่มไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 8 คน เพื่อประเมินความเป็นไปได้ของการจัดการความเครียดแบบกลุ่ม และมีการปรับปรุงให้สมบูรณ์อีกครั้ง ก่อนที่จะนำไปใช้จริง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลพัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัย ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ สมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาของการเจ็บป่วย จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษา

2.2 แบบประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท ฉบับภาษาไทย (positive and negative syndrome scale: PANSS-T) พัฒนาเป็นฉบับภาษาไทย โดย ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ (2550) เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท ในด้านอาการทางบวก (positive symptom) ประกอบด้วยจำนวนคำถาม 7 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.82 ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตรฐานประเมินค่า (Rating scale) 7 ระดับ

เกณฑ์การให้คะแนนตามระดับความรุนแรงของโรค ดังนี้ คือ

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

การคิดคะแนน ทำโดยคิดคะแนนทุกข้อคำถาม ค่าคะแนนที่เป็นไปได้ของอาการทางบวก ต้องอยู่ในช่วง 7-49 คะแนน แปลผลค่าคะแนนโดย ค่าคะแนนสูงสุดมีอาการทางบวกมาก ค่าคะแนนต่ำมีอาการทางบวกน้อย โดยแบ่งระดับคะแนน ดังนี้

36-49 คะแนน	หมายถึง	มีอาการทางบวกมาก
22-35 คะแนน	หมายถึง	มีอาการทางบวกปานกลาง
8-21 คะแนน	หมายถึง	มีอาการทางบวกน้อย

3. เครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลอง ได้แก่ แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ เป็นแบบประเมินค่า มี 4 ระดับ คือ ไม่เคยเลย เป็นครั้งคราว เป็นบ่อย ๆ และเป็นประจำ การแบ่งระดับความเครียด ปรับจากเกณฑ์ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ดังนี้คะแนน 0-17 คะแนน หมายถึง ระดับ

ความเครียดปกติคะแนน 18-29 คะแนน หมายถึง ระดับความเครียดปานกลาง และคะแนน 30-60 คะแนน หมายถึง ระดับความเครียดสูง มีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.79

การดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองโดยแบ่งการทดลองออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเตรียมการทดลอง ระยะดำเนินการทดลอง และระยะประเมินผลการทดลอง เพื่อให้ดำเนินการทดลองได้อย่างมีประสิทธิภาพ และให้ผลการวิจัยที่มีความน่าเชื่อถือ ผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการวิจัยตามขั้น ดังนี้

1. ระยะเตรียมการทดลอง

1.1 ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของผู้วิจัยในด้านความรู้ แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการจัดการความเครียดแบบกลุ่มต่ออาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภท โดยการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองจากอ่านตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ศึกษาแนวคิดทฤษฎี งานวิจัยเชิงทดลองที่เกี่ยวข้องกับความเครียดทั้งในกลุ่มประชากรที่เป็นจิตเภทและกลุ่มประชากรอื่น ร่วมกับการปรึกษาขอคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อให้การศึกษาดำเนินไปตามขั้นตอนที่ถูกต้องและครอบคลุมที่สุด

1.2 ผู้วิจัยสร้างการจัดการความเครียดแบบกลุ่มต่ออาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภท และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองจากการศึกษาค้นคว้าทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1.3 นำเสนอโครงร่างวิจัยฉบับสมบูรณ์ให้คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในคนของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

1.4 จัดทำแผนการทดลองโดยเตรียมสถานที่ในการทำการทดลอง โดยประสานงานกับรองผู้อำนวยการ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ โดยทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมทั้งส่งโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยที่ได้ยื่นขออนุญาตต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในคนของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ เพื่อทำการขออนุญาตทำการศึกษา โดยแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับการดำเนินการทดลอง วัน เวลา และสถานที่

1.5 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ที่แผนกผู้ป่วยนอก โดยศึกษาแฟ้มประวัติของผู้ป่วย เพื่อพิจารณาคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดในการคัดเลือกเข้ากลุ่ม

1.6 เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติครบถ้วนแล้ว ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ ให้ข้อมูลในการทำวิจัย แจ้งวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการทำวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย ลงชื่อในใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ก่อนการทดลอง (pre-test)

และประเมินอาการทางบวกด้วยแบบประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท ฉบับภาษาไทย (positive and negative syndrome scale: PANSS-T)

1.7 ผู้วิจัยจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกัน (matched paired) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจส่งผลต่อการทำวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ เพศ และระดับคะแนน PANSS-T ได้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 24 คน แล้วจับฉลากเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 12 คน จากนั้นดำเนินการในแต่ละกลุ่มดังนี้

1.7.1 กลุ่มทดลอง

1.7.1.1 ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินกิจกรรมการจัดการความเครียดแบบกลุ่ม โดยดำเนินกิจกรรมจำนวน 6 ครั้ง สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 60-90 นาที เป็นระยะเวลาติดต่อกัน 2 สัปดาห์

1.7.1.2 ให้ข้อมูลถึงการได้รับกิจกรรมการพยาบาลที่จะได้รับขณะที่มารับบริการในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ที่แผนกผู้ป่วยนอก ได้แก่ การประเมินอาการของผู้ป่วยด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ การให้การพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพโดย การประเมินความเครียด การให้ยาฉีด ยารับประทานตามแผนการรักษา การจำกัดพฤติกรรม การแยกผู้ป่วยในห้องแยกเมื่อเกิดอาการทางบวก การประเมินความต้องการของผู้ป่วย และการจัดสิ่งแวดล้อม รวมถึงการได้เข้าร่วมการจัดการความเครียดแบบกลุ่มต่ออาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภท

1.7.1.3 ผู้วิจัยนัดหมายวัน เวลา สถานที่ในการดำเนินการจัดการความเครียดแบบกลุ่ม พร้อมทั้งมอบตารางในการเข้าร่วมกิจกรรม

1.7.2 กลุ่มควบคุม

1.7.2.1 ผู้วิจัยให้ข้อมูลถึงการได้รับกิจกรรมการพยาบาลตามปกติที่จะได้รับขณะที่มารับบริการในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ที่แผนกผู้ป่วยนอก ได้แก่ การประเมินอาการของผู้ป่วยด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ การให้การพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพโดย การประเมินความเครียด การให้ยาฉีด ยารับประทานตามแผนการรักษา การจำกัดพฤติกรรม การแยกผู้ป่วยในห้องแยกเมื่อเกิดอาการทางบวก การประเมินความต้องการของผู้ป่วย และการจัดสิ่งแวดล้อม

1.7.2.2 ผู้วิจัยดูแลให้ผู้ป่วยได้รับกิจกรรมการพยาบาลตามปกติเป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์

2. ระยะดำเนินการทดลอง

2.1 กลุ่มควบคุมสัปดาห์ที่ 1-2 จะได้รับกิจกรรมการพยาบาลตามปกติ ได้แก่ การประเมินอาการของผู้ป่วยด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ การให้การพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ โดยการประเมินพฤติกรรมความเครียด การให้ยาฉีด ยารับประทานตามแผนการรักษา การจำกัด

พฤติกรรม การแยกผู้ป่วยในห้องแยกเมื่อเกิดอาการทางบวก การประเมินความต้องการของผู้ป่วย และการจัดสิ่งแวดล้อม

2.2 กลุ่มทดลองผู้วิจัยดำเนินการจัดการความเครียดแบบกลุ่มต่ออาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลอง โดยทำเป็นรายกลุ่ม ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมครั้งละ 60-90 นาที สัปดาห์ละ 3 ครั้ง จนครบ 6 ครั้ง เป็นระยะเวลาติดต่อกัน 2 สัปดาห์ หลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 2 ผู้วิจัยทำการกำกับการทดลองทันที โดยให้กลุ่มทดลองตอบคำถามตามแบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

3. ระยะประเมินผลการทดลอง

3.1 กลุ่มทดลองหลังเสร็จสิ้นการดำเนินการจัดการความเครียดแบบกลุ่มต่ออาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยแจ้งขั้นตอนการสิ้นสุดกระบวนการทำวิจัย และนัดพบในสัปดาห์ที่ 4 เพื่อประเมินอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทจากนั้นทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลที่ได้ แล้วนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

3.2 กลุ่มควบคุมเมื่อครบกำหนด 2 สัปดาห์ ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างในสัปดาห์ที่ 4 เพื่อขอความร่วมมือในประเมินอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภท เมื่อเสร็จเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยให้ข้อมูลการจัดการความเครียด และแจกคู่มือการจัดการความเครียดเพื่อลดอาการทางบวก จากนั้นทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลที่ได้ แล้วนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยดำเนินการเป็นลำดับขั้น ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างนำมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบคะแนนอาการทางบวกในแต่ละกลุ่มคือในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการได้รับการจัดการกับความเครียดแบบกลุ่มและในกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติทดสอบ non parametric statistics (Wilcoxon Signed - Rank test)

3. เปรียบเทียบคะแนนอาการทางบวกระหว่างกลุ่มคือระหว่างกลุ่มทดลองก่อนและหลังการได้รับการจัดการกับความเครียดแบบกลุ่มกับกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติโดยใช้สถิติทดสอบ non parametric statistics (Mann - Whitney U test)

4. กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปผลการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยอาการทางบวกโดยรวมของผู้ป่วยจิตเภท หลังการทดลอง ต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปได้ว่า ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐาน ข้อที่ 1 ของการวิจัย คือ อาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับการจัดการความเครียดแบบกลุ่ม ต่ำกว่าก่อนได้รับการจัดการความเครียดแบบกลุ่ม

2. หลังการทดลองอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับการจัดการความเครียดแบบกลุ่ม ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปได้ว่า ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐาน ข้อที่ 2 ของการวิจัย คือ อาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับการจัดการความเครียดแบบกลุ่ม ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาผลของการจัดการความเครียดแบบกลุ่มต่ออาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภท ผลการวิจัย ครั้งนี้ สนับสนุนสมมติฐานการวิจัยทั้ง 2 ข้อ กล่าวคือ ข้อที่ 1 อาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภท หลังได้รับการจัดการความเครียดแบบกลุ่ม ต่ำกว่าก่อนได้รับการจัดการความเครียดแบบกลุ่ม และข้อที่ 2 อาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับการจัดการความเครียดแบบกลุ่ม ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งผู้วิจัยขออภิปรายผลที่พบ ดังนี้

จากผลการวิจัย พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทเมื่อเกิดความเครียดจะมีการตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่ผิดปกติ นำไปสู่การทำหน้าที่และแสดงพฤติกรรมแบบบกพร่อง การเข้าร่วมกิจกรรมการจัดการความเครียดแบบกลุ่มทั้ง 6 กิจกรรม เป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถจัดการความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพและช่วยลดอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ บุซกร ศุภอักษร (2553) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน พบว่า การทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน หลังได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการศึกษาของ พรทิพย์ ไชสะอาด (2555) ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่ออาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้แนวคิดของ Norman et al. (2002) ของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาในหน่วยตรวจผู้ป่วยนอกจิตเวช พบว่าอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และกิจกรรมในโปรแกรมยังช่วยผู้ป่วยลดความเครียดอย่างเฉพาะเจาะจง มีทักษะในการจัดการความเครียดที่เหมาะสม นอกจากนี้ยังช่วยให้ผู้ป่วยมีการพัฒนาทักษะการรู้คิดและพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเผชิญความเครียด (Norman et

al.,2002) ดังนั้นการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพจึงเป็นแนวทางที่จะช่วยลดอาการทางบวกของผู้ป่วย สามารถดำเนินชีวิตได้ปกติสุขและช่วยป้องกันอาการกำเริบของโรคได้

เมื่อพิจารณารายละเอียดของกิจกรรมทั้ง 6 กิจกรรมในการจัดการความเครียดแบบกลุ่มต่ออาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภท พบว่า แต่ละกิจกรรมสามารถช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นกับตนเองได้

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ ให้ความรู้เรื่องความเครียด ผลกระทบที่เกิดจากความเครียด ความสัมพันธ์ของความเครียดกับอาการทางบวก ได้แก่ อาการทางบวก เช่น อาการหูแว่ว ประสาทหลอน ซึ่งเป็นผลมาจากอารมณ์ทางบวกของผู้ป่วยที่มาจากความเครียด นอกจากนี้ผู้ป่วยยังได้ฝึกสังเกตปฏิกิริยาทางร่างกายของตนเองเมื่อเกิดความเครียด กิจกรรมนี้ช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความเครียดที่เกิดขึ้นกับตนเอง และเข้าใจปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นกับตนเองคือความเครียดสอดคล้องกับ แนวคิดการจัดการกับอาการของ Dodd et al. (2001 อ้างใน จิตินันท์ อ้วนล้ำ, สุนิดา ปริชาวงษ์, และ รัชนิกร อุปเสน, 2562) กล่าวว่า การจัดการกับอาการของผู้ป่วยจิตเภทประกอบด้วย 3 ส่วน คือ 1) การรับรู้กับอาการที่เกิดขึ้น 2) การประเมินอาการที่เกิดขึ้นว่ามีความรุนแรง ความถี่รวมถึงผลกระทบของอาการที่เกิดขึ้นว่ามีผลมากน้อยเพียงใด และ 3) การตอบสนองต่ออาการ จะนำไปสู่การจัดการกับอาการที่เหมาะสมกับตนเอง ตัวอย่างคำพูดจากผู้ป่วย “ตอนนี้รู้แล้วว่า ถ้ามีอาการแบบที่คุณหมอแนะนำ คือ หูเริ่มเครียดแล้ว และฝึกสังเกตตนเองได้ค่ะ” “ตอนนี้รู้จักว่าถ้าเครียดต้องจัดการกับตนเองอย่างไรแล้วค่ะ จะไปบอกคนที่บ้านด้วย” “ผมคิดว่า ผมมีเรื่องเครียดอยู่คนเดียว แต่เข้ามาในกลุ่ม มีเพื่อนที่มีเรื่องเครียดเหมือนกันเลยครับ” “ตอนนั้นถ้าเครียด มันจะหงุดหงิด ทำอะไรไม่ถูกเลยค่ะ ข้าวปลาก็ไม่อยากกิน บางทีอยู่ในห้องคนเดียว บางทีก็หูแว่ว”

กิจกรรมที่ 2 การฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อโดยการฝึกทักษะการผ่อนคลายแบบ progressive muscle และการฝึกหายใจ (breathing exercise) การฝึกทักษะการผ่อนคลายทั้ง 2 แบบ เป็นเทคนิคที่นำมาใช้เพื่อลดความตึงเครียดและความวิตกกังวลโดยการฝึกให้ผู้ป่วยหรือบุคคลสามารถบังคับกล้ามเนื้อที่อยู่ใต้อำนาจจิตใจได้ในเวลาใดก็ได้ที่ต้องการ ซึ่งเป็นวิธีที่ทำได้ง่าย สามารถฝึกและปฏิบัติได้ด้วยตัวเองโดยไม่ต้องใช้อุปกรณ์ นิยมใช้เพื่อบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และผู้ป่วยที่มีความเครียด ซึมเศร้า อาการเจ็บปวดเรื้อรัง การหายใจแบบลึก จะช่วยให้ร่างกายได้อากาศเข้าสู่ปอดมากขึ้น เพิ่มออกซิเจนในเลือด การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อจะทำให้ความตึงของกล้ามเนื้อลดลง ซึ่งส่งผลต่อจิตใจทำให้รู้สึกผ่อนคลาย เกิดความสงบ มีสมาธิไม่คิดฟุ้งซ่าน ทำให้อนอนหลับได้ดี ลดความเจ็บปวด ความวิตกกังวล ลดความเมื่อยล้า ความดันโลหิต อัตราหัวใจเต้นและชีพจรลดลง (Astin, et al., 2003; กระทรวงสาธารณสุข กรมสุขภาพจิต, 2546; ธวัชชัย กฤษณะประกรกิจ, สมจิตร ห่องบุตรศรี และ ผ่องพรรณ กฤษณะประกรกิจ, 2552) รู้สึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อผ่อนคลาย

ความเครียด สามารถควบคุมภาวะทางอารมณ์และจิตใจ (emotions and mind) ได้ดีขึ้น (Chiesa & Serretti, 2010; ธวัชชัย กฤษณะประกรกิจ, สมจิตร์ ห่องบุตรศรี และ ผ่องพรรณ กฤษณะประกรกิจ, 2552) ตัวอย่างคำพูดผู้ป่วย “เมื่อก่อนผมเครียด ผมจะไปหาเพื่อน สูบบุหรี่ กินเหล้าตลอดเลย การฝึกผ่อนคลายทั้ง 2 วิธี ผมรู้สึกถึงความตึงเครียดที่เกิดขึ้นกับเรามากน้อยไปได้นะ” “ถ้ามีอาการเครียดเกิดขึ้น หนูก็จะทำตามอย่างที่คุณหมอสอนในวันนี้ ง่ายมากเลยล่ะ” “ผมชอบวิธีการเกร็งกล้ามเนื้อแบบนี้ มันรู้สึกผ่อนคลายดีมากครับ” “ผมจะเอาวิธีการจัดการความเครียดทั้ง 2 แบบไปฝึกทำครับ ทำง่ายดีครับ”

กิจกรรมที่ 3 การจัดการกับอาการทางบวกร่วมกับการจัดการความเครียดที่เกิดจากการรับประทานยา และการเสริมสร้างสุขภาพ ความเข้มแข็งของร่างกาย Larson et al., (1994) กล่าวว่า การบำบัดที่ลดความรุนแรงอาการทางจิตมีหลายรูปแบบ วิธีการหนึ่งที่ได้ผลดี คือ การจัดการกับอาการ (symptom management) เพื่อให้อาการทางจิตลดลง ซึ่งจะนำไปสู่วิธีการจัดการอาการทางบวกรที่เหมาะสมกับตนเอง กิจกรรมนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยมีแนวทางในการจัดการกับอาการทางบวกรที่เกิดขึ้นกับตนเอง และป้องกันการกำเริบของโรคได้ ตัวอย่างคำพูด “เมื่อก่อนไม่อยากกินยาเลยล่ะ กินแล้วบางทีขมปาก ปากแห้ง ไม่ค่อยสบาย ไม่ค่อยสบายตัวเลยล่ะ เลยไม่ค่อยอยากกินยา วันนี้ได้มารู้ว่ายามีความจำเป็นและมีความสำคัญมากกับโรคของเรา ต่อไปนี้หนูจะไม่หยุดยาเองแล้ว กลัวได้มานอนโรงพยาบาลอีก กินยาต่อเนื่องหนูก็จะอยู่บ้านและทำงานได้ด้วย” “ต่อไปนี่ผมจะกินยาตรงตามเวลาที่หมอบอก” “ถ้ากินยาแล้วง่วงนอนมาก ก็ง่วงนอนพักก่อน ไม่ไปขับรถหรือทำงาน” “ถ้ามือสั่นอีก ตัวแข็งอีก ก็จะมาพบคุณหมอ จะไม่หยุดยาเองแล้ว”

กิจกรรมที่ 4 การฝึกการแก้ไขปัญหาในชีวิตประจำวัน เนื่องจากปัญหาในชีวิตประจำวัน โดยเฉพาะปัญหาเรื่องการเงิน ถือเป็นเหตุสำคัญของการเกิดความเครียดในผู้ป่วยจิตเภท (Moller & Murphy, 2001) ผู้ป่วยจิตเภทจำนวนมากมักใช้วิธีการเผชิญกับความเครียดที่ไม่มีประสิทธิภาพทั้งในระยะสั้นและระยะยาว เช่น ใช้อารมณ์ในการแก้ไขปัญหา ขาดสติ ไม่รับรู้ปัญหาที่เกิดขึ้น ยอมจำนนกับปัญหาที่เกิดขึ้น และไม่คิดแก้ปัญหา (Lysaker et al., 2004) ในกิจกรรมใช้เทคนิคการแก้ไขปัญหา problem solving เป็นแนวคิด เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจในสถานการณ์ปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเอง ปรับมุมมองที่มีต่อปัญหา รวมถึงมีวิธีการแก้ไขปัญหาที่หลากหลาย คาดการณ์ผลของการแก้ไขปัญหาที่จะเกิดขึ้น และยอมรับได้ ตัวอย่างคำพูด “ปัญหาของผม คือ ไม่มีเงินครับ จากการที่ได้ฝึกการแก้ปัญหา ผมเลือกวิธีเลี้ยงกบครับเพราะเคยทำ ผมจะขายด้วย” “เมื่อก่อนไม่รู้ว่าจะหาเงินมาจากไหน คิดแล้วคิดอีก บางทีคิดขายยาบ้าก็มี แต่พอได้ฝึกหาวิธีการแก้ปัญหา มีทางออกเลยครับ เพื่อนช่วยคิดด้วย คุณหมอก็ช่วยด้วย ดีใจมากครับ” “หนูก็เห็นทางออกในการหาเงินแล้ว จะเลี้ยงกบขายเหมือนเพื่อนแล้วแบ่งเงินจากการขายกบมาเป็นเงินเก็บ และจะหางานทำเพิ่มเหมือนเพื่อนล่ะ”

กิจกรรมที่ 5 การฝึกทักษะการสื่อสารและการฝึกการเผชิญตราบบ ผู้ป่วยจิตเภทมีความบกพร่องด้านความสามารถในการปรับตัว ทางสังคม เช่น มีความผิดปกติด้านความคิด มีปัญหาการสื่อสารกับผู้อื่น สัมพันธภาพระหว่างครอบครัวและบุคคลอื่นไม่ดี ปฏิเสธการร่วมกิจกรรมทางสังคม ในกิจกรรมนี้ประกอบด้วย การแสดงบทบาทสมมติในการฝึกทักษะการสื่อสาร การฝึกบอกความรู้สึกและความต้องการของผู้ป่วย และการฝึกให้ผู้ป่วยยอมรับในการเผชิญกับตราบบเกี่ยวกับการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยทำหน้าที่ด้าน การสื่อสารและการติดต่อทางสังคมได้ดีขึ้น ทำให้ผู้ป่วยได้รับการยอมรับจากสังคม และสามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้ ตัวอย่างคำพูด “เมื่อก่อนไม่ค่อยกล้าคุยกับใคร บางทีอยากได้เงินไปซื้อถ้วยเดียว ก็ไม่กล้าขอพี่ชายกลัวเขาจะตำ เพราะผมไม่ได้ทำงาน จะเอาการพูดที่ได้ฝึกวันนี้ไปลองพูดกับพี่ชายดูครับ” “ผมรู้แล้วว่าต้องพูดกับคนในบ้านอย่างไรจึงจะให้คนในครอบครัวรับรู้ความต้องการของเรา” “เวลาที่ชาวบ้าน ญาติพี่น้องไม่ให้ผมทำงาน ผมก็จะขอเขาทำและจะบอกว่า ผมทำได้” “ชาวบ้านชอบมาล่อเวลาผมมารักษาที่โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ เมื่อก่อนน้อยใจ และรู้สึกโกรธ แต่ไม่ได้โต้ตอบอะไร แต่ตอนนี้เข้าใจแล้ว คิดว่า เขาคงไม่เข้าใจโรคที่ผมเป็น ผมก็ยังคงรักษาตัวให้หายดีต่อไป”

กิจกรรมที่ 6 เข้าใจตนเอง ปรับมุมมอง ทบทวนและประเมินทักษะการจัดการความเครียด ในกิจกรรมนี้เป็นการยุติการจัดการกับความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับความเครียดต่างๆ ที่เกิดขึ้นในกระบวนการบำบัด มีความเข้าใจ ยอมรับตนเองมากขึ้น มีความรับผิดชอบในความคิดความรู้สึก และการกระทำของตน มีพัฒนาการด้านจิตอารมณ์ มีความเข้าใจตนเองในด้านการมีความสัมพันธ์กับผู้อื่นมากขึ้น เกิดการเรียนรู้วิถีคิดใหม่ๆ มองปัญหาใหม่และพฤติกรรมใหม่ เรียนรู้ที่จะแก้ปัญหาด้วยวิธีต่าง ๆ โดยในกิจกรรมนี้ ประกอบด้วย การทบทวนความรู้เรื่องความเครียดและการจัดการความเครียด โรคจิตเภทและการดูแล กิจกรรมการทำ progressive muscle การผ่อนคลายด้วยการฝึกการหายใจ การฝึกแก้ไขปัญหา และถามถึงความรู้สึกของสมาชิกกลุ่มที่เกิดขึ้น ในขณะที่ทำกิจกรรมที่ผ่านมาปัญหา และอุปสรรคต่างๆ และสิ่งที่ได้จากการเข้าร่วมกลุ่มบำบัด ซึ่งจะช่วยส่งเสริมสนับสนุน ให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยให้มีพฤติกรรมการเรียนรู้ใหม่มีความมั่นใจในตนเองในการกลับไปดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข “รู้สึกดีใจที่เข้าร่วมกลุ่มบำบัด มีประโยชน์ และได้แนวทางในการดูแลตนเองต่อเนืองที่บ้าน” “มีประโยชน์ในการเรียนรู้วิธีการฝึกการผ่อนคลายความเครียดที่ถูกต้อง” “มั่นใจที่จะกลับไปใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข” “ถึงแม้ใครจะไม่เข้าใจในการเจ็บป่วยของเรา แต่เราเข้าใจการเจ็บป่วยของตนเอง เราจะรักษาตัวเองให้หายดี”

รูปแบบการดำเนินกิจกรรมการจัดการความเครียดแบบกลุ่มต่ออาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทใช้รูปแบบของกระบวนการกลุ่ม ซึ่งกลุ่มบำบัดเป็นวิธีการบำบัดอย่างหนึ่งที่มีประสิทธิภาพในการช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชทั้งสำหรับผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก (Lambert & Ogles, 2004; Puskar et al., 2012 อ้างถึงใน จุฑาทิพย์ กิ่งแก้ว, 2557) โดยกลุ่มบำบัดจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ในการแก้ปัญหา จากการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กันในกลุ่ม และจากข้อเสนอแนะของสมาชิกในกลุ่ม ทำให้

ได้รับการประคับประคองจิตใจซึ่งเกิดจากบรรยากาศของกลุ่มที่ผ่อนคลายมีความรู้สึกที่คล้ายกันกับสมาชิกในกลุ่ม มีโอกาสได้ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ลดความรู้สึกโดดเดี่ยวและเกิดความรู้สึกเห็นอกเห็นใจกันได้เรียนรู้ทักษะทางสังคมเพราะกลุ่มเปิดโอกาสให้สมาชิกได้มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ได้สังเกตบุคคลอื่นในการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมและสามารถนำมาเป็นแบบอย่างของตนเองได้กลุ่มยังเป็นแหล่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ ลดความวิตกกังวล เกิดความรู้สึกผ่อนคลาย (เพียรดี เปี่ยมมงคล, 2553) ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทจัดการอาการทางบวกได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถลดอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทได้

ภายหลังการศึกษาพบว่า อาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทก่อนการทดลองและหลังการทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) สอดคล้องกับสมมติฐาน ข้อที่ 1 ของการวิจัย คือ อาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับการจัดการความเครียดแบบกลุ่มต่ำกว่าก่อนได้รับการจัดการความเครียดแบบกลุ่ม และ เปรียบเทียบอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลองก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนอาการทางบวกไม่แตกต่างกัน ($p > 0.05$) และเมื่อพิจารณาหลังการทดลองพบว่า คะแนนอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีคะแนนอาการทางบวกแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐาน ข้อที่ 2 ของการวิจัย คือ อาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับการจัดการความเครียดแบบกลุ่ม ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ซึ่งสามารถอธิบายไว้ ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการดูแลตามปกติ ของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ได้แก่ การซักประวัติ การตรวจคัดกรอง การจัดสิ่งแวดล้อม และการให้บริการก่อนพบแพทย์ การให้คำปรึกษาตามปัญหาผู้ป่วย การให้คำปรึกษาในการใช้ยา และคำแนะนำในการดูแลตนเองที่บ้าน จึงส่งผลให้สามารถลดอาการทางบวกได้เพียงเล็กน้อย เนื่องจากยังไม่มีรูปแบบหรือการทำกิจกรรมที่ชัดเจนในการช่วยจัดการความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท การดูแลรักษาตามปกติจะเป็นเพียงการให้ความรู้ คำแนะนำจากพยาบาลจิตเวชเป็นหลัก ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทขาดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้หรือวิธีการจากปัญหาจากบุคคลอื่น ๆ นอกจากนี้ผู้ป่วยจิตเภทไม่ได้รับการบำบัดจากกิจกรรมต่าง ๆ ที่จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดการความเครียดเพื่อลดอาการทางบวก ทำให้ผลการทดลองของกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างจากก่อนการทดลองมากนัก

จึงสรุปได้ว่า การให้การพยาบาลผู้ป่วยโดยใช้การจัดการความเครียดแบบกลุ่มต่ออาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภท มีผลทำให้อาการทางบวกของผู้ป่วยลดลงอย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากความสามารถในการจัดการความเครียดของผู้ป่วยเป็นปัจจัยสำคัญในการช่วยลดความเครียดลงก่อนที่จะมากระตุ้นให้เกิดอาการทางบวกรุนแรงขึ้น จนเกิดการกำเริบของโรคจิตเภท (Norman et al., 2002) แสดงให้เห็นว่า การจัดการความเครียดแบบกลุ่มเป็นแนวทางที่ช่วยลดอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภท ตลอดจนป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำของโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 การจัดการความเครียดแบบกลุ่มต่ออาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทในการศึกษาครั้งนี้ เป็นการบำบัดที่ช่วยลดความรุนแรงของอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภท ช่วยเพิ่มทักษะในการจัดการความเครียดของผู้ป่วยจิตเภทในด้านต่างๆ ดังนั้นจึงมีการติดตามระยะยาวเพื่อเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้นำความรู้และทักษะในการเรียนรู้ไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ โดยให้มีการประเมินผลทุก 3 เดือน 6 เดือน หรือตามความเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคต่อไป

1.2 การดำเนินกิจกรรมการจัดการความเครียดแบบกลุ่มต่ออาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภท พยาบาลผู้ให้การบำบัดต้องส่งเสริมการสร้างบรรยากาศการเรียนรู้ คือ เป็นบรรยากาศที่อบอุ่น มีทำที่ที่ผ่อนคลายและเป็นมิตร มีทักษะการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของกลุ่ม เพื่อให้สามารถดำเนินกิจกรรมของการจัดการความเครียดแบบกลุ่มได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ด้านการศึกษา

2.1 พยาบาลวิชาชีพควรได้มีการศึกษา อบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการบำบัดทางจิตสังคมของผู้ป่วยจิตเภทให้ทันสมัยอยู่เสมอ เพื่อช่วยเพิ่มศักยภาพในการให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างครอบคลุมและเป็นองค์รวมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณและสามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข

3. ด้านการวิจัย

3.1 ควรมีการศึกษาผลของการจัดการความเครียดแบบกลุ่มแก่ผู้ป่วยในอาการด้านอื่นๆ หรือจัดการความเครียดในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพื่อเพิ่มศักยภาพให้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้สามารถจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

บรรณานุกรม

ภาษาไทย

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต. (2560)[Online]. ได้จาก:

<https://www.dmh.go.th/report/datacenter/map/reds.asp> [สืบค้นเมื่อวันที่ 1 มีนาคม 2563].

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.(2557). **เทคโนโลยีการดูแลผู้ป่วยจิตเภท**.นนทบุรี:

สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต.

กมลมาลย์ อุปพันธ์. (2551). **การจัดการความเครียดของพนักงานสายการบินที่ทำหน้าที่ตรวจบัตร**

ผู้โดยสารสายการบินไทย.วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ขวัญสุดา บุญทศ, อมรรัตน์ ศรีคำสุขไชโตะ และ สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล.(2554). การสนับสนุนทาง

สังคม ต่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภท. **การประชุมวิชาการ ครั้งที่ 27 ประจำปี 2554**, ขอนแก่น, 186-189.

จุฑาทิพย์ กิ่งแก้ว. (2557) .กลุ่มบำบัดกับพยาบาลจิตเวช .**วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต**,

28 (1) : 1-15.

จิราพร ทินทอง. (2551).การจัดการกับความเครียด.[ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ 25 พฤษภาคม 2562,

จาก http://www.rtafa.ac.th/science/article/pdf/bla_2_2551_Stress.pdf

ชมรมเครือข่ายพยาบาลจิตเวช กรมสุขภาพจิต. (2553). **มาตรฐานทางการพยาบาลจิตเวช**. นนทบุรี:

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

ชนมาภรณ์ พงศจันทร์เสถียร (2552) .ปัจจัยทำนายนายการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัว

ผู้ป่วยจิตเภท ภาคใต้ตอนบน **วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา**,3 (2) : 42-56.

ณัฐติกา ชูรัตน์. (2559). การศึกษาสาเหตุและแนวทางการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทใน

ชุมชนเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านปีเหล็ง ที่ประสบเหตุการณ์ความไม่สงบใน

จังหวัดชายแดนภาคใต้.**วารสารการนราธิวาสราชนครินทร์ สาขามนุษยศาสตร์**,3 (1) : 24-36.

ฐิตินันท์ อ้วนล้ำ, สุนิดา ปรีชาวงษ์, และ รัชนิกร อุปเสน, (2562). ผลของโปรแกรมการจัดการอาการ

โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่ออาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. **วารสารการ**

พยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 33(3), 56-67.

ธนา นิลชัยโกวิท. (2543). **เครื่องมือวัดอาการบวกและลบของโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย (PANSS-T):**

การตรวจสอบความแม่นยำและความน่าเชื่อถือ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์

มหาวิทยาลัย.

ธวัชชัย กลุณณะประกกรกิจ, สมจิตร์ ห่องบุตรศรี และ ผ่องพรรณ กลุณณะประกกรกิจ. (2552). **สมาธิ**

บำบัดทางจิตเวชศาสตร์ และสุขภาพจิตขอนแก่น: คณะแพทยศาสตร์

มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

นางพะงา ลิ้มสุวรรณ และ ศิริไชย หงส์สงวนศรี.(2558). **Aggression and violence in**

adolescents. [online] 2561. Available from :<http://www.rcpsych.org>. [2562,

ตุลาคม 25]

นิตยา ศรีจำนง. เครื่องมือในการบำบัดรักษาทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช [อินเทอร์เน็ต].

(2558) [เข้าถึงเมื่อ 2562, ตุลาคม 25]. เข้าถึงได้จาก:

https://www.teacher.ssru.ac.th/nitaya_si/pluginfile.php.

เนาวรัตน์สุขขณะลา . (2556). โรควิตกกังวลและการพยาบาล (Nursing Care for Schizophrenia

Patients). ใน ฉวีวรรณ สัตยธรรม, แพ จันทรสุข และศุภกรใจ เจริญสุข (บรรณาธิการ), **การ**

พยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต (ฉบับปรับปรุง) เล่ม 2 (หน้า 122-130). กรุงเทพฯ: ธนา

เพรส.

บรรจง ศรีพิภสมบูรณ.(2554). **ผลของกิจกรรมกลุ่มบำบัดที่มีต่อการเห็นคุณค่าในตนเองของเด็ก**

สมาธิสั้น: กรณีศึกษาโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตร

มหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา, คณะศึกษาศาสตร์, มหาวิทยาลัยรามคำแหง.

บุญใจ ศรีสถิตนรากร.(2553). **ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์.** พิมพ์ครั้งที่ 5.

กรุงเทพมหานคร: บริษัท ยูแอนดีไอ อินเตอร์มีเดีย จำกัด.

บุษกร ศุภอักษร.(2553). **ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท**

ในชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและ

จิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

พรพร ผู้ปฏิเวธ และ เพ็ญพัทธ์ อุทิศ.(2554). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียด

ของผู้ป่วยจิตเภท. **วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต**,27(1): 29-44.

พัชรินทร์ อติสรณกุล และคณะ. (2554). ผลการดูแลผู้ป่วยจิตเภท หอผู้ป่วยจิตเวช กลุ่มการพยาบาล

โรงพยาบาลกาฬสินธุ์. **วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์**, 1(3), 97-

100.

พรทิพย์ ไชสะอาด. (2555). **ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่ออาการทางจิตของ**

ผู้ป่วยจิตเภท.วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิต

และจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

พรนิภา หาญละคร, สมใจ รัตนมณี, และประกอบ ชันทอง. (2552). ผลของกลุ่มบำบัดแบบพฤติกรรม

- ปัญญานิยมต่อความหวังและความซึ่มเศร้าในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส.
รามาริบัติพยาบาลสาร,15(2), 206-220.
- พิมพ์ชนา ศิริเหมอนนต์, อัจฉราพร สีหิรัญวงศ์, อติตยาพร ชัยเกตุโอวอยอง. (2555). การบำบัดการรู้คิด
 ปรับพฤติกรรมเพื่อลดอาการทางบวกในผู้ป่วยจิตเภท: การทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อใช้
 ในการปฏิบัติ. **วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย**, 57(2), 235-248.
- เพียรดี เปี่ยมมงคล.(2553). **การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช**.พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ; บริษัทธรรม
 สาร.
- มณฑา ปิ่นวิเศษ. (2554). **ผลของโปรแกรมการจัดการต่ออาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท**.
 วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มานิช หล่อตระกูล (2555). **จิตเวชศาสตร์รามาริบัติ**.พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร : ภาควิชาจิตเวช
 ศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มานิช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์. (2558). **จิตเวชศาสตร์รามาริบัติ**.พิมพ์ครั้งที่ 4.
 กรุงเทพมหานคร : ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ
 มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มยุรี ตานินทร์. (2552). **ความเครียดและพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิต
 เภท โรงพยาบาลศรีธัญญา จังหวัดนนทบุรี** . [การค้นคว้าอิสระวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต].
 พิษณุโลก:มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- ยาใจ สิทธิมงคล,พวงเพชร เกษรสมุทร,นพพร ว่องสิริมาศ และ อติตยา พรชัยเกตุ โอว ยอง. (2559).
การพยาบาลจิตเวชศาสตร์ ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1.พิมพ์ครั้งที่ 2.นครปฐม :สแกนอาร์ตการ
 พิมพ์. **CHULALONGKORN UNIVERSITY**
- รัตน์ศิริ ทาโต. (2561). **การวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์: แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้**. พิมพ์ครั้งที่ 4.
 กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วนรัตน์ สิงใส. (2555). **การจัดการความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลมหาราช
 นครเชียงใหม่**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิต
 และจิตเวช มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วัลย์พร สุวรรณบุรณ์, สายใจ พัวพันธ์, สงวน ธาณี และ จินห์จุฑา ชัยเสนา ดาลลาส. (2558). **ผลของ
 การใช้โปรแกรมกลุ่มบำบัดตามแนวคิดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิต
 เภท**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
 มหาวิทยาลัยบูรพา.
- วีรยุทธ บุพผาธา. (2554). **รูปแบบการบำบัดในชุมชนเพื่อลดการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล**

สำหรับผู้ป่วยนิติจิตเวช : การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มหาวิทยาลัยมหิดล. สมภพ เรื่องตระกูล. (2557). **ตำราจิตเวชศาสตร์(ฉบับปรับปรุงตาม DSM-V).** พิมพ์ครั้งที่10.

กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.

สุดา รองเมือง, กนกพร เรื่องเพิ่มพูล, พัชรินทร์นันทจันทร์. (2556). ผลของกลุ่มส่งเสริมการปรับตัวทางสังคมโดยใช้เทคนิคละครจิตบำบัดในนักศึกษาพยาบาล. **รามาริบัติพยาบาลสาร**, 19(1),114-127.

สุดาพร สถิตยยุทธการ. (2559). การกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง:สถานการณ์และแนวทางป้องกัน.

วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.28(3):1-15.

สุนทร ศรีโกไสย, สมพร กิวแก้ว, และทิพศมัย ทายะรังษี. (2553). การพัฒนาโปรแกรมการบำบัดทางจิตสังคมแบบกลุ่มสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีการกลับป่วยซ้ำ.**วารสารสภาการพยาบาล**, 25(4), 67-79.

สีบตระกูล ต้นตลานุกูล และ ปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์. (2560). ความเครียดและการจัดการความเครียดของนักศึกษาพยาบาล. **วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์**, 9(1), 81-92.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2558). **รายงานผลการดำเนินงานสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าปีงบประมาณ 2558.** กรุงเทพมหานคร.มปท.

อรพรรณ ประทุมพันธ์. (2557). **ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่ออาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท.** วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ภาษาอังกฤษ

Bak, M., Van der Spil, F., Gunther, N., Radstake, S., Delespau, P., & Van OS, J. (2001). MACS-II: Does coping enhance subjective control over psychotic symptoms. **Acta Psychiatric Scandinavica**. 103(460-464).

Baker, FA. (1989). Living with a chronically ill schizophrenia can place great stress on individual family members and the family unit: How Families Cope: **Journal of Psychosocial Nursing**, 27(1), 31-35.

Brain, C., Allerby,K.,Sameby,B., Quinlan,P., Joas,E.,Karilampi, U., . . . Waern, M. (2013). Drug attitude and other predictors of medication adherence in schizophrenia: 12 months of electronic monitoring (MEMS(R)), in the Swedish COAST – study. **European Neuropsychopharmacol**, 23(12), 1754-1762.

- Buccheri, R.K. et al. (2004). **Long-term effect of teaching behavioral strategies for management persistent auditory hallucination in schizophrenia.** *Journal of Psychosocial Nursing*, 42(1), 18-27.
- Clark, D. M., Ehlers, A., Hackman, A., McManus, F., Fennell, M., Louise, N. G., (2006). Cognitive therapy versus exposure and applied relaxation in social phobia: A randomized controlled trial. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 74, 568–578.
- Erol, A., Ünal, E. k., Aydin, E.T., & Mete, L. (2009). Predictors of Social Functioning in Schizophrenia. **Turkish of Journal of Psychiatry**, 20(4), 1-8.
- Staring, A. B., Van der Gaag, M., & Mulder, C. L. (2013). Schizophrenia and antipsychotic medication- better adherence, better outcomes?. **Schizophrenia Research**, 151(1-3), 296-297.
- Higashi K, Medic G, Littlewood KJ, Diez T, & Granström O, De Hert M., (2013). Medication adherence in schizophrenia: factors influencing adherence and consequences of nonadherence, a systematic literature review. **Therapeutic advance in Psychopharmacology** , 3(4) :200–218.[PubMed: 24167693]
- Hodgins, S. (2008). **Violent behaviour among people with schizophrenia: a framework for investigations of causes, and effective treatment, and prevention.** Downloaded from rstb.royalsocietypublishing.org on September 15, 2014.
- Holtzman CW, Trotman HD, Goulding SM, Ryan AT, Macdonald AN, Shapiro DI, Rasfield JL, Walker EF. (2013). Stress and neurodevelopmental processes in the emergence of psychosis. **Neuroscience**, 249:172-191.
- Horan WP, Blanchard JJ. (2013). Emotional responses to psychosocial stress in schizophrenia: the role of individual differences in affective traits and coping. **Schizophrenia Research** ,60:271–283.[PubMed: 12591589]
- Huttenen & Niskanen, 1978 Prenatal loss of father and psychiatric disorders. **Jama psychiatry**. 35(4):429-31
- Jackson JH. (1985). Positive and Negative Symptoms and Jackson A conceptual history. **Jama psychiatry**. 42(1).95-97.
- Kay SR., Fiszbien A. and Opler A. (1987). **The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia.** *Schizophr Bull.* 13: 261-276.

- Larson, P. J., Carrieri-Kohlman, V., Dodd, M. J., Douglas, M., Faucett, J., Froelicher, E. S., et al.(1994). **A model for symptom management. Image Journal of Nursing Scholarship**, 26(4), 272 – 276.
- Lazarus, R.S. and Folkman, S. (1984). **Stress appraisal and coping**. New York: Springer.
- Lee, H. L. et al.(2006).Effective of a work – relate stress management program in patient with chronic schizophrenia. **The American Journal of occupational Therapy**. 50(4): 435-441.
- [Lewis, S](#), TARRIER, N, [Haddock, G](#), Bentall, R, Kinderman, P, Kingdon, D, Siddle, R, [Drake, R](#), Everitt, J, Leadley, K, Benn, A, Grazebrook, K, Haley, C, Akhtar, S, [Davies, L](#), Palmer, S, Faragher, B & [Dunn, G](#). (2002). '[Randomised controlled trial of cognitive-behavioural therapy in early schizophrenia: Acute-phase outcomes](#)', **British Journal of Psychiatry**, vol. 181, no. 43, pp. s91-s97. <https://doi.org/10.1192/bjp.181.43.s.91>.
- Lysaker, H. P., Davis, W. L., Lightfoot, J., Hunter, N., & Stasburger, A. (2005). Association of neurocognition, anxiety, positive and negative Symptoms with coping preference in schizophrenia spectrum disorder. **Schizophrenia Research**, 80,163-171.
- Maratos, A. S., Gold, C., Wang, X., & Crawford, M. J. (2008). **Music therapy for depression. Cochran Database of Systematic Reviews**, 1, CD004517. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004517>. pub2
- McDonald, J., & Badger, T. A. (2002). Social function of persons with schizophrenia. **Journal of Psychosocial Nurse and Mental Health Service**, 40 (6), 11-6
- McNally, S.E., & Goodberg, J.O. (1997).Natural conitive coping strategies in schizophrenia. **British Journal of Medical Psychology**. 70: 159-167.
- Moller M. & Murphy M. (2001). Neuro Biological response and Schizophrenia Psychotic disorder. In: Stuart GW & Lalia. Editors. **Principle and practice of Psychiatric Nursing**. Louis: Mosby;403-37.
- Murray, C. J. L., & Lopez, A. D. (2010). Rethinking. DALYs. In **The global burden of disease**. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Nuechterlein, H. K., Dewson, M. E., Ventura, J., Gitlin, M., Subotnik, K. L., & Snyder, K. S. (1994). The Vulnerability-Stress model of schizophrenia relapse: A longitudinal

- study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89,58-64.
- Norman, R. M. G., Malla, A. K., McLean, T. S., McIntosh, E. M., Neufeld, R. W. J., Voruganti, L. P., et al. (2002). An evaluation of a stress management program for individuals with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 58, 293–303.
- Ponizovsky, A.M.; Modai, I., Nechamkin, Y., Barshtein, G., Ritsner, M.S., Yedgar, S., Lecht, S., & Bergelson, L.D. (2004). Phospholipid patterns of erythrocytes in schizophrenia: Relationships to symptomatology. *Schizophrenia Research*, 52:123-128.
- Ritsner, M. and Ratner, Y. (2003). The long - term changes in coping strategies in schizophrenia. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 194, 261-267.
- Ronnachai, K., & Buranee, K. (2007). Cost analysis of treatment for schizophrenic patients in social security scheme, Thailand. *ASEAN Journal of Psychiatry*, 8(2), 118-123.
- Rusch, N., Corrigan, P. W., Powell, K., Rajah, A., Olschewski, M., Wilkniss, S., et al. (2009). A stress-coping model of mental illness stigma: II. Emotional stress responses, coping behavior and outcome. *Schizophrenia Research*, 110 (1-3), 65-71.
- Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz, P. (2015). **Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry (Eleventh edition.)**. Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Sheila, L & Videbeck. (2001). **Psychiatric mental health nursing**. Philadelphia: Lippincott.
- Silva, T. L., Ravindran, L. N., & Ravindran, A. V. (2009). Yoga in the treatment of mood and anxiety disorders: A review. *Asian Journal of Psychiatry*, 2, 6–16.
- Staring, A. B., Van der Gaag, M., & Mulder, C. L. (2013). Schizophrenia and antipsychotic medication- better adherence, better outcomes?. *Schizophrenia Research*, 151(1-3), 296-297.
- Tranulis C, Goff D, Henderson DC & Freudenreich O. (2011). Becoming adherent to antipsychotics: a qualitative study of treatment-experienced schizophrenia patients. *PSYCHIATRIC SERVICES*, ps.psychiatryonline.org. 62(8), 888-892.
- World Health Organization. (WHO) (2006). **ICD-10: International statistical classification of diseases and related problems (10th ed.)**. Geneva: World Health

Organization.

Yalom, I.D. (1995). **The theory and practice of group psychotherapy**. (4th ed.). New York: Basic Books.

Zubin, J., & Spring, B. (1977). Vulnerability – a new view on schizophrenia. **Journal Abnormally Psychology**, 6,103-126.





ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน
นายแพทย์วัฒนพงษ์ พันธุ์สวัสดิ์	นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จ.อุบลราชธานี
อ.ดร. กชพงษ์ สารการ	อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี
ดร. อัครเดช กลิ่นพิบูลย์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น ราชนครินทร์
นางเยาวลักษณ์ การกล้า	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จ.อุบลราชธานี
นางสาวโสธยา ศุภโรจน์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา



ที่ สธ ๐๘๓๑/๓๖๗๒



โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์
๒๐๒ ถนนแจ้งสนิท ตำบลเมือง
จังหวัดอุบลราชธานี ๓๕๐๐๐

๓๐ มกราคม ๒๕๖๓

เรื่อง ขอส่งหนังสืออนุมัติการพิจารณาด้านจริยธรรมการศึกษาในมนุษย์เพื่อเก็บข้อมูลวิจัย

เรียน นางสาววิลาสินี คำสิงห์มาก และ ผศ.ดร.เพ็ญนภา แดงด้วงมุกข์

สิ่งที่ส่งมาด้วย เอกสารรับรองโครงการวิจัย ผลของการจัดการความเครียดแบบกลุ่มต่ออาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภท

ตามที่ ท่านขอเสนอโครงการวิจัย เพื่อรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย เรื่อง ผลของการจัดการความเครียดแบบกลุ่มต่ออาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภท นั้น

บัดนี้ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ได้พิจารณารับรองโครงการวิจัยดังกล่าวเป็นที่เรียบร้อยแล้ว และได้ส่งเอกสารรับรองโครงการวิจัย ความรายละเอียดที่แนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(นายประภาส อุดรานันท์)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย

โทรศัพท์ ๐ ๔๕๓๕ ๒๕๐๖

โทรสาร ๐ ๔๕๓๕ ๒๕๑๗

COA No. 001/2563



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์
กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

ที่อยู่เลขที่ 212 ถนนแจ้งสนิท ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี รหัสไปรษณีย์ 34000
โทร. 045 352506 หรือ 045 352597

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ที่เป็นมาตรฐานสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

- ชื่อโครงการ : ผลของการจัดการความเครียดแบบกลุ่มต่ออาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภท
- เลขที่โครงการวิจัย : 001/2563
- ผู้วิจัย : นางสาววิลาสินี กำลังมาก และ ผศ.ดร.เพ็ญภา แดงด้อมฤทธิ์
- สังกัดหน่วยงาน : นิสิตปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- วิธีทบทวน : คณะกรรมการเต็มชุด (Full board)
- รายงาน : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือส่งรายงานฉบับสมบูรณ์หาก
- ความก้าวหน้า : ดำเนินโครงการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี
- เอกสารรับรอง
1. แบบเสนอโครงการวิจัย รวมทั้งเครื่องมือและเอกสารที่เกี่ยวข้อง Version 3 วันที่ 28 มกราคม 2563
 2. เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่อาสาสมัคร Version 3 วันที่ 28 มกราคม 2563
 3. หนังสือแสดงเจตนาเข้าร่วมโครงการวิจัย Version 3 วันที่ 28 มกราคม 2563
 4. แบบประวัติผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย Version 3 วันที่ 28 มกราคม 2563

ลงนาม
(นางพันธิพิทย์ โกศลวัฒน์)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ลงนาม
(นางสาวพัชร์รัตน์ สยามอินทร์)

กรรมการและเลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย
ในมนุษย์

วันที่รับรอง : 28 มกราคม 2563

วันหมดอายุ : 28 มกราคม 2564

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย
(Research Subject Information sheet)

ชื่อโครงการวิจัย ผลของการจัดการความเครียดแบบกลุ่มต่ออาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภท

วันที่ชี้แจง วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ผู้วิจัย นางสาววิลาสินี กำลังมาก นิสิตปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์
ผศ.ดร. เพ็ญญา แดงค้อมยุทธ์ อาจารย์ที่ปรึกษา คณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ชื่อและสถานที่ทำงานของผู้วิจัย งานการพยาบาลจิตเวชชายเร่งรัดบำบัด 2

โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี

ผู้ให้ทุนวิจัย ไม่มี

ท่านได้รับการเชิญชวนให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ แต่ก่อนที่ท่านจะตกลงใจเข้าร่วมหรือไม่ โปรดอ่านข้อความในเอกสารนี้ทั้งหมด เพื่อให้ทราบว่า เหตุใดท่านจึงได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ โครงการวิจัยนี้ทำเพื่ออะไร หากท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ท่านจะต้องทำอะไรบ้าง รวมทั้งข้อดีและข้อเสียที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างการศึกษาวิจัย

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามผู้วิจัยหรือผู้ช่วยผู้วิจัยที่ทำโครงการนี้เพื่อให้อธิบายจนกว่าท่านจะเข้าใจ ท่านจะได้รับเอกสารนี้ 1 ชุด กลับไปอ่านที่บ้านเพื่อปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อน หรือแพทย์ที่ท่านรู้จัก ให้ช่วยตัดสินใจว่าควรเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้หรือไม่ **การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้จะต้องเป็นความสมัครใจของท่าน** ไม่มีการบังคับหรือชักจูง ถึงแม้ท่านจะไม่เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านก็จะได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติ การไม่เข้าร่วมหรือถอนตัวจากโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อการใช้บริการ การรักษาพยาบาลหรือผลประโยชน์ที่พึงจะได้รับของท่านแต่อย่างใด

โปรดอย่าลงลายมือชื่อของท่านในเอกสารนี้จนกว่าท่านจะแน่ใจว่ามีความประสงค์จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ คำว่า “ท่าน” ในเอกสารนี้ หมายถึงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยในฐานะเป็นอาสาสมัครในโครงการวิจัยนี้ หากท่านเป็นผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้ที่จะเข้าร่วมในโครงการวิจัย และลงนามแทนในเอกสารนี้ โปรดเข้าใจว่า “ท่าน” ในเอกสารนี้หมายถึงผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยท่านนั้น

โครงการวิจัยนี้มีที่มาอย่างไร และวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย

โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่มีการดำเนินโรคที่เรื้อรังและทำให้บุคคลเกิดการเสื่อมสมรรถภาพเป็นอย่างมาก และพบได้มากที่สุดเป็นอันดับหนึ่งของโรคทางจิตเวชทั้งหมด เมื่อผู้ป่วยมีอาการสงบและสามารถกลับไปใช้ชีวิตในชุมชนได้นั้น ผู้ป่วยยังมีโอกาสเกิดอาการกำเริบได้เป็นครั้งคราว เนื่องจากผู้ป่วยมีการจัดการอาการทางจิตไม่เหมาะสมโดยเฉพาะอาการทางบวก มีการจัดการความเครียดที่ไม่เหมาะสม มีทักษะการแก้ปัญหาไม่เหมาะสม มีพฤติกรรมการรับประทานยาไม่ถูกต้อง มีปัญหาสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ส่งผลทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดซึ่งกระตุ้นทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการทางบวกกำเริบ ซึ่งอาการทางบวกจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมและอารมณ์ที่รุนแรงขึ้น มีพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น มีการนำโปรแกรมการจัดการความเครียดต่ออาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทไปบำบัดในผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาในหน่วยตรวจผู้ป่วยนอก พบว่าอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดลดลง จะเห็นได้ว่าการจัดการความเครียดสามารถช่วยลดความเครียดและอาการทางจิตที่เป็นปัจจัยกระตุ้นทำให้เกิดอาการทางบวกได้

ด้วยเหตุนี้จึงจำเป็นต้องให้การพยาบาลเพื่อจัดการความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท เพราะนอกจากจะเป็นการช่วยผู้ป่วยให้มีการจัดการความเครียดที่เกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพแล้ว ยังจะส่งผลให้ช่วยป้องกันอาการทางบวกกำเริบได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการบำบัดด้วยการจัดการความเครียดต่ออาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภท ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เพราะคุณสมบัติที่เหมาะสมดังต่อไปนี้

1. มีคะแนนความเครียดมากกว่า 18 คะแนน (ระดับสูงกว่าปกติเล็กน้อย)
2. มีอาการทางจิตในระดับสูงกว่าเกณฑ์เฉลี่ยเล็กน้อย มีคะแนน PANSS- T 56 – 60 คะแนน และคะแนนอาการทางบวกในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง 8-35 คะแนน
3. มีความสามารถพูดคุยสื่อสารได้ด้วยภาษาไทย
4. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ท่านไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้หากท่านมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

1. มีอาการทางจิตกำเริบรุนแรง
2. มีโรคแทรกซ้อนทางกาย
3. ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมครบทุกขั้นตอน

จะมีการทำโครงการวิจัยนี้ที่ใด และมีจำนวนผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทั้งสิ้นเท่าไร

เมื่อผู้ป่วยเข้ามารักษาที่กลุ่มแผนกผู้ป่วยนอกก่อนพบแพทย์ผู้ป่วยจะได้รับการบำบัดด้วยการจัดการความเครียดแบบกลุ่ม ณ ห้องกิจกรรมกลุ่ม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ โดยมีผู้เข้าร่วมการวิจัยทั้งสิ้น 24 คน

ระยะเวลาที่ท่านจะต้องร่วมโครงการวิจัยและจำนวนครั้งี่นัด

ผู้ป่วยจะได้พบพยาบาล 8 ครั้ง โดยนัดวัน จันทร์ พุธ ศุกร์ ใช้เวลาบำบัด ครั้งละ 60 – 90 นาที

- ครั้งที่ 1 ผู้วิจัยนัดผู้ป่วย เพื่อประเมินอาการทางบวก และ แบบประเมินความเครียดด้วยตนเอง
- ครั้งที่ 2 กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ ให้ความรู้เรื่องความเครียดในผู้ป่วยจิตเภท ผลกระทบที่เกิดจากความเครียด
- ครั้งที่ 3 กิจกรรมที่ 2 การฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อโดยการฝึกทักษะการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การฝึกหายใจ
- ครั้งที่ 4 กิจกรรมที่ 3 การจัดการกับอาการทางบวกร่วมกับการจัดการความเครียดที่เกิดจากการรับประทานยา
- ครั้งที่ 5 กิจกรรมที่ 4 การฝึกการแก้ไขปัญหาในชีวิตประจำวัน
- ครั้งที่ 6 กิจกรรมที่ 5 การฝึกทักษะการสื่อสารและการฝึกการเผชิญตราบ
- ครั้งที่ 7 กิจกรรมที่ 6 เข้าใจตนเอง ปรับมุมมอง ทบทวนและประเมินทักษะการจัดการความเครียด และให้ผู้ป่วยประเมินความเครียดด้วยตนเองหลังสิ้นสุดการทดลองทันที
- ครั้งที่ 8 หลังสิ้นสุดการบำบัด จะมีการติดตามเพื่อสรุปผลการดำเนินกิจกรรม และประเมินอาการทางบวก จำนวน 1 ครั้ง โดยจะนัดหมายในอีกสัปดาห์ที่ 2 หลังสิ้นสุดการบำบัด ที่ห้องกิจกรรมกลุ่มบำบัด แผนกผู้ป่วยนอก พร้อมทั้งแจ้งผลการประเมินอาการทางบวกแก่ท่าน

หากท่านเข้าร่วมโครงการวิจัย ท่านจะต้องปฏิบัติตามขั้นตอน หรือได้รับการปฏิบัติอย่างไร

ท่านจะได้รับบริการตามระบบของโรงพยาบาล เมื่อแพทย์ทำการวินิจฉัยลงความเห็นว่าเป็นโรคจิตเภท ท่านจะได้รับการรักษาด้วยยา และท่านจะได้รับคัดกรองว่าท่านมีคุณสมบัติที่เหมาะสมที่จะเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ โดยการประเมินความเครียดด้วยตนเอง มีคะแนนความเครียดมากกว่า 18 คะแนน (ระดับสูงกว่าปกติ) และมีคะแนนอาการทางจิตอยู่ในช่วง 55 – 65 คะแนน ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์เฉลี่ยเล็กน้อยและคะแนนอาการทางบวกในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง 8-35 คะแนนตามแบบประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยจะแนะนำโครงการ และท่านสนใจเข้าร่วมโครงการโดยได้ลงนามในเอกสารยินยอมที่จะเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ แล้วทีมผู้วิจัยได้ทำการสุ่มรหัสแล้วใส่รหัสเป็น

จดหมายปิดผนึกแยกอาสาสมัครที่เข้าร่วมโครงการเป็น 2 กลุ่ม โดยท่านจะได้รับจดหมายปิดผนึกที่ใส่รหัสในซองเพื่อส่วมเข้ากลุ่มใดกลุ่มหนึ่งที่บำบัดด้วยการจัดการความเครียดแบบกลุ่ม และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยผู้วิจัยจะขอความร่วมมือจากท่านดังนี้

- ท่านจะได้จับฉลาก โดยมีทีมผู้วิจัยที่ไม่ใช่ผู้บำบัดเป็นผู้เปิดฉลากพาท่านเข้ารับการบำบัดด้วยการจัดการความเครียดแบบกลุ่ม กลุ่มใดกลุ่มหนึ่งที่จะดำเนินการโดยพยาบาลจิตเวชที่มีความเชี่ยวชาญในการบำบัด และอีกกลุ่มจะได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งท่านจะไม่รู้ว่า จะได้รับการบำบัดกลุ่มใด
- ผู้วิจัยจะทำการสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของท่าน ตามแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ใช้เวลาประมาณ 5 นาที
- ผู้วิจัยจะทำการประเมินอาการทางบวกของท่านด้วยแบบประเมินอาการทางจิต ใช้เวลาประมาณ 20 นาที
- ผู้วิจัยให้ท่านประเมินความเครียดด้วยตนเองด้วยแบบประเมินความเครียด ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ใช้เวลาประมาณ 5 นาที
- ท่านจะได้รับการนัดหมายมาเข้ากลุ่มบำบัดเป็นระยะเวลาทั้งหมด 2 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ในวันเวลาราชการโดยกำหนดเป็น วันจันทร์ วันพุธ และ วันศุกร์ ตั้งแต่เวลา 09.00 น. -10.00 น. ณ ห้องกิจกรรมกลุ่ม ของแผนกผู้ป่วยนอก
- รวมเวลาจากขั้นตอนการสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปจนถึงสิ้นสุดกิจกรรมบำบัดใช้เวลาทั้งสิ้นประมาณ 1 ชั่วโมง 30 นาที
- มีผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ทั้งสิ้น จำนวน 24 คน โดยเก็บข้อมูลที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี
- หลังสิ้นสุดการบำบัดทุกครั้ง จะมีการประเมินอาการทางบวกเพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลง และให้การช่วยเหลือท่าน
- ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยอาจถูกขอให้ออกจากโครงการวิจัยถ้ามีอาการทางจิตกำเริบเพื่อเข้ารับการรักษาตามระบบบริการโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์
- หลังสิ้นสุดการบำบัด จะมีการติดตามเพื่อสรุปผลการดำเนินกิจกรรม และประเมินอาการทางบวก จำนวน 1 ครั้ง โดยจะนัดหมายในอีกสัปดาห์ที่ 2 หลังสิ้นสุดการบำบัด ที่ห้องกิจกรรมกลุ่ม ของแผนกผู้ป่วยนอก พร้อมทั้งแจ้งผลการประเมินอาการทางบวกแก่ท่าน

ความไม่สุขสบาย หรือความเสี่ยงต่ออันตรายที่อาจจะได้รับจากกรรมวิธีการวิจัยมีอะไรบ้าง และวิธีการป้องกัน/แก้ไขที่ผู้วิจัยเตรียมไว้หากมีเหตุการณ์ดังกล่าวเกิดขึ้น

การวิจัยครั้งนี้ไม่ได้กระทำการทดลองหรือปฏิบัติหัตถการใด ๆ ที่เป็นการรุกรานร่างกาย และคุกคามด้านจิตใจ แต่อาจต้องใช้เวลาในการบำบัดที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อระยะเวลาความเป็นส่วนตัวของท่าน และอาจทำให้เกิดความเหนื่อยล้า ความเครียด ความวิตกกังวล อาจเกิดผลกระทบต่ออารมณ์ความรู้สึกของท่าน ความรู้สึกผิดของท่านที่อาจเกิดจากการดำเนินการวิจัย หรือลำบากใจในการให้ข้อมูล ทั้งช่วงการตอบแบบสอบถาม และช่วงการบำบัด ขณะดำเนินการหากท่านต้องการความช่วยเหลือหรือเกิดความกระทบกระเทือนทางจิตใจ เช่น มีความรู้สึกกังวลลำบากใจ มีความคิดฆ่าตัวตาย ผู้วิจัยจะพิจารณายุติการดำเนินกิจกรรม เพื่อให้ท่านได้ผ่อนคลาย และดำเนินการช่วยเหลือท่านด้วยการประเมินอาการทางจิต และให้คำปรึกษาเบื้องต้นโดยผู้วิจัย หากมีอาการรุนแรงจะได้รับการส่งต่อให้พยาบาลเจ้าของไข้ หรือแพทย์ผู้ดูแล พร้อมรายละเอียดอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นขณะเก็บข้อมูล เพื่อให้การรักษาพยาบาลที่เหมาะสม ท่านมีสิทธิจะไม่ตอบคำถาม ข้อใดก็ได้หรือยุติการตอบคำถามเมื่อใดก็ได้ โดยจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษา และสิทธิประโยชน์ที่ท่านจะได้รับ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากโครงการวิจัย

1. ผู้ป่วยจิตเภทอื่นที่มีความเครียด ได้มีแนวทางการประเมินความเครียดด้วยตนเอง รวมทั้งฝึกทักษะการจัดการความเครียด เพื่อส่งเสริมความสามารถในการจัดการความเครียดเพื่อป้องกันการเกิดอาการทางบวกกำเริบให้ดียิ่งขึ้น
2. ได้เทคโนโลยีการจัดการความเครียดที่ลดอาการทางบวกให้กับพยาบาลสำหรับพยาบาลจิตเวชที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภท ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองและลดอาการทางจิตได้

ค่าใช้จ่ายที่ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยจะต้องรับผิดชอบ (ถ้ามี)

การเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ท่านไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใด ๆ ทั้งสิ้น ในการบำบัดในโครงการครั้งนี้ หากอาการเจ็บป่วยอื่นของท่าน จำเป็นต้องได้รับการรักษาอื่นก็จะเสียค่าใช้จ่ายตามปกติหรือตามสิทธิการรักษาพยาบาลตามการรักษานั้นๆ

ค่าตอบแทนที่จะได้รับเมื่อเข้าร่วมโครงการวิจัย (ถ้ามี)

ในการมาโรงพยาบาลเพื่อรับการบำบัดตามการจัดการความเครียดแบบกลุ่ม และพบผู้วิจัย เพื่อประเมินอาการ ท่านจะได้รับค่าเดินทางเป็นจำนวนเงิน 150 บาท/ครั้ง

หากท่านไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ท่านมีทางเลือกอื่นอย่างไรบ้าง

หากท่านไม่เข้าร่วมโครงการในครั้งนี้ ท่านยังได้รับการบริการตามระบบการดูแลรักษาของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ โดยจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษาพยาบาลของท่าน

หากเกิดอันตรายที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัยนี้ จะติดต่อกับใครและได้รับการปฏิบัติอย่างไร

การเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ ท่านจะได้รับการบำบัดด้วยการจัดการความเครียดแบบกลุ่มที่ดำเนินการโดย ผู้วิจัย นางสาววิลาสินี กำลิ่งมาก ปฏิบัติงานที่งานการพยาบาลจิตเวชชายเร่งรัด บำบัด 2 ที่อยู่ 212 ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี 34000 โทรศัพท์ 0-4535-2500 ต่อ 61-538 (มือถือ) 061-1563951 ท่านสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดระยะเวลาการวิจัย ขณะดำเนินการหากท่านต้องการความช่วยเหลือหรือเกิดความกระทบกระเทือนทางจิตใจ เช่น มีความรู้สึกกังวล ลำบากใจ มีความคิดฆ่าตัวตาย ผู้วิจัยจะพิจารณายุติการดำเนินกิจกรรมเพื่อให้ท่านได้ผ่อนคลาย และดำเนินการช่วยเหลือท่านด้วยการประเมินอาการทางจิตและให้คำปรึกษาเบื้องต้นโดยผู้วิจัย หากมีอาการรุนแรงจะได้รับการส่งต่อให้พยาบาลเจ้าของไข้ หรือแพทย์ผู้ดูแล พร้อมรายละเอียดอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นขณะเก็บข้อมูล เพื่อให้การรักษาพยาบาลที่เหมาะสม

หากท่านมีคำถามที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย จะถามใคร ระบุชื่อผู้วิจัยหรือผู้ร่วมวิจัย

ท่านสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดระยะเวลาการวิจัย ผู้วิจัย นางสาววิลาสินี กำลิ่งมาก ปฏิบัติงานที่งานการพยาบาลจิตเวชชายเร่งรัด บำบัด 2 ที่อยู่ 212 ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี 34000 โทรศัพท์ 0-4535-2500 ต่อ 61-538 (มือถือ) 061-1563951

หากท่านรู้สึกว่าจะได้รับการปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรมในระหว่างโครงการวิจัยนี้ ท่านอาจแจ้งเรื่องได้ที่

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ หรือ เลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ตึกอาคารผู้ป่วยนอกและอำนวยการ หมายเลขโทรศัพท์มือถือ 081-7259292, 089-7224801 หรือ 0-4535-2500 ต่อ 61-506 หรือ 61-597

ข้อมูลส่วนตัวของท่านที่ได้จากโครงการวิจัยครั้งนี้จะถูกนำไปใช้ดังต่อไปนี้

ข้อมูลที่ได้จากโครงการวิจัยจะนำไปใช้เพื่อประโยชน์ทางวิชาการจะไม่เปิดเผยชื่อ นามสกุล ที่อยู่ และอ้างอิงถึงท่าน โดยใช้ชื่อของท่านในรายงานใดๆที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาครั้งนี้ เพื่อป้องกันการเปิดเผยและเป็นไปตามระเบียบจริยธรรมการวิจัย ผู้วิจัยจะเก็บรักษาข้อมูลส่วนตัวของท่านเป็นความลับ ใช้รหัสแทนชื่อนามสกุลจริงของท่าน การนำข้อมูลไปอภิปราย หรือพิมพ์เผยแพร่จะกระทำ

ในภาพรวมของผลการวิจัยเท่านั้น ผู้วิจัยจะกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยความระมัดระวัง จะเก็บรักษาข้อมูลส่วนตัวของท่านเป็นความลับ และจะดำเนินการอย่างรัดกุม ปลอดภัย โดยเฉพาะการแยกเก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์ข้อมูลการบำบัด และใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย เพื่อป้องกันการตรวจสอบข้อมูลของท่านได้ โดยแยกเก็บในตู้ล็อกเกอร์ส่วนตัวที่บ้านคนละตู้ และมีกุญแจถือคไว้โดยผู้วิจัยมีกุญแจเปิด - ปิด แต่เพียงผู้เดียว คือ ผู้วิจัย จะไม่มีการอ้างถึงท่านโดยใช้ชื่อของท่านในรายงานใด ๆ ที่เกี่ยวกับการศึกษาครั้งนี้ทั้งนี้สิทธิประโยชน์อื่น อันเกิดจากการศึกษาให้เป็นไปตามระเบียบข้อบังคับของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

ท่านจะถอนตัวออกจากโครงการวิจัยหลังจากได้ลงนามเข้าร่วมโครงการวิจัยแล้วได้หรือไม่

การเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ขึ้นอยู่กับ การตัดสินใจของท่าน ท่านมีสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมการศึกษาของท่านครั้งนี้ ถ้าท่านมีเหตุผลส่วนตัวที่ทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยต่อไป ท่านสามารถถอนตัวจากการศึกษาภายหลังได้โดยมีสิทธิที่จะไม่เปิดเผยเหตุผลหากท่านไม่สะดวกใจโดยการตัดสินใจของท่านจะไม่มีผลเสียผลประโยชน์ใด ๆ รวมทั้งไม่มีผลกระทบต่อ การได้รับบริการของโรงพยาบาล หากระหว่างการดำเนินการวิจัยท่านมีอาการทางจิตรุนแรงเพิ่มขึ้นจนอาจเป็นอันตรายต่อตัวท่าน เพื่อให้ท่านได้รับการบำบัดรักษาที่เหมาะสม ผู้วิจัยอาจจำเป็นต้องขอให้ถอนออกจากโครงการวิจัยในครั้งนี้

หากมีข้อมูลใหม่ที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย ท่านจะได้รับแจ้งข้อมูลนั้นโดยผู้วิจัยทันทีและขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงที่ท่านได้สละเวลาเข้าร่วมโครงการวิจัยมา ณ โอกาสนี้ด้วย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

คณะผู้วิจัย

หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Informed Consent)

วันที่.....

ข้าพเจ้า (ชื่อ/สกุล)..... ขอแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วม
โครงการวิจัยเรื่อง ผลของการจัดการความเครียดแบบกลุ่มต่ออาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภท

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึง
วัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้ง
ประโยชน์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด และมีความเข้าใจดีแล้ว

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ และไม่ปิดบังซ่อนเร้น จน
ข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้าเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ โดยปราศจากการบังคับหรือชักจูง

ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกนี้จะไม่
ผลต่อการรักษาพยาบาลที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับในปัจจุบันและในอนาคต

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยเฉพาะในรูปของ
สรุปผลการวิจัยโดยไม่มีการระบุชื่อนามสกุลของข้าพเจ้า การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าต่อ
หน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง จะกระทำด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

ผู้วิจัยรับรองว่าหากเกิดอันตรายใด ๆ จากการวิจัย ข้าพเจ้าจะได้รับการรักษาพยาบาล
ตามที่ระบุในเอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

ข้าพเจ้าจะได้รับเอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย เก็บไว้ 1 ชุด

ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อความข้างต้น มีความเข้าใจดี และลงนามในใบยินยอมด้วยความเต็มใจ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

ลงชื่อผู้เข้าร่วมการวิจัย

(.....ชื่อ-นามสกุล ตัวบรรจง)

ลงชื่อ.....ผู้ดำเนินโครงการวิจัย

(.....ชื่อ-นามสกุล ตัวบรรจง)

ลงชื่อ ลงชื่อ

พยาน (.....ชื่อ-นามสกุล ตัวบรรจง) พยาน (.....ชื่อ-นามสกุล ตัวบรรจง)

ในกรณีผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเองและไม่สามารถลงลายมือชื่อด้วยตนเองได้
 ข้าพเจ้าในฐานะเป็น (บิดา/มารดา/สามี ภรรยา/
 ผู้ปกครอง/ผู้แทนโดยชอบธรรม) ของอนุญาตให้
เข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้
 ลงชื่อ.....บิดา/มารดา/สามี/ภรรยา/ผู้ปกครอง/ผู้แทนโดยชอบธรรม
 (.....ชื่อ-นามสกุล ตัวบรรจง)

ลงชื่อ ลงชื่อ
 พยาน (.....ชื่อ-นามสกุล ตัวบรรจง) พยาน (.....ชื่อ-นามสกุล ตัวบรรจง)





การคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา

การตรวจความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) คำนวณได้จากสูตรดังนี้
(บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2553)

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

1. ค่าความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ของแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

$$CVI = \frac{4}{4} = 1.0$$

2. ค่าความเที่ยงของแบบประเมินความเครียดด้วยตนเองของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient)

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.079	20

3. ค่าความเที่ยงของแบบประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท ฉบับภาษาไทย (positive and negative syndrome scale : PANSS-T) ในด้านอาการทางบวก (positive symptoms) โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient)

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.082	7



เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องสี่เหลี่ยมหน้าข้อความที่ตรงกับตัวท่าน

1.เพศ

ชาย

หญิง

2.อายุ

20-29ปี

30-39ปี

40-49 ปี

50-59 ปี

3.สถานภาพสมรส

โสด

สมรส

หม้าย

หย่า/ร้าง

แยกทางกันอยู่

4.นับถือศาสนา

พุทธ

อิสลาม

คริสต์

อื่นๆ.....

5.การศึกษา

ไม่ได้ศึกษา

ประถมศึกษา

มัธยมศึกษาตอนต้น

มัธยมศึกษาตอนปลาย

อนุปริญญา/ป.ว.ช./ป.ว.ส.

ปริญญาตรี

สูงกว่าปริญญาตรี

6.อาชีพ

ไม่มีอาชีพ

รับจ้าง

ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว

เกษตรกรกรรม

อื่นๆ (ระบุ).....

7. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน

ไม่มีรายได้

ไม่เกิน 2,000 บาท

2,001 – 4,000 บาท

4,001 – 6,000 บาท

มากกว่า 6,000 บาท

8. ระยะเวลาที่เจ็บป่วย

1-2 ปี

มากกว่า 2 ปี

9.จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษา

ไม่เคย

1-2 ครั้ง

3-4 ครั้ง

5 ครั้งขึ้นไป

ส่วนที่ 2 แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง (20 ข้อ)

ในระยะเวลา 2 เดือนที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบันนี้ ท่านมีอาการ พฤติกรรมหรือความรู้สึกต่อไปนี้
 มากน้อยเพียงใด และขีดเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องแสดงความถี่ของอาการที่เกิดขึ้นกับตัวท่านเอง ตอบ
 ใกล้เคียงความรู้สึกของท่าน

ลำดับ คำถาม	หัวข้อ	ไม่ เคย เลย	เป็น ครั้ง คราว	เป็น บ่อยๆ	เป็น ประจำ
1	นอนไม่หลับ คิดมาก หรือกังวลใจ				
2	รู้สึกหงุดหงิดรำคาญใจ				
3	ทำอะไรไม่ได้เลยเพราะประสาทตึงเครียด				
4	มีความวุ่นวายใจ				
5	ไม่ชอบพบปะผู้คน				
6	ปวดหัวข้างเดียวหรือปวดบริเวณขมับทั้งสองข้าง				
7	รู้สึกไม่มีความสุขและเศร้าหมอง				
8	รู้สึกหมดหวังในชีวิต				
9	รู้สึกว่าชีวิตของตนไม่มีคุณค่า				
10	กระวนกระวายอยู่ตลอดเวลา				
11	รู้สึกว่าตนเองไม่มีสมาธิ				
12	รู้สึกเปลืองใจไม่มีแรงจะทำอะไร				
13	รู้สึกเหนื่อยหน่ายไม่อยากทำอะไร				
14	มีอาการหัวใจเต้นแรง				
15	เสียงสั่น ปากสั่น หรือมือสั่นเวลาไม่พอใจ				
16	รู้สึกกลัวผิดพลาดในการทำสิ่งต่าง ๆ				
17	ปวดหรือเกร็งกล้ามเนื้อบริเวณท้ายทอย หลังหรือ ไหล่				
18	ตื่นตื่นง่ายกับเหตุการณ์ที่ไม่คุ้นเคย				
19	มีเหงื่อหรือเวียนศีรษะ				
20	ความสุขทางเพศลดลง				

คะแนน	0 = ไม่เคยเลย	1 = เป็นครั้งคราว (1-2 ครั้ง/เดือน)
	2 = เป็นบ่อย ๆ (3-4 ครั้ง/เดือน)	3 = เป็นประจำ (ทุกสัปดาห์)

คะแนนที่คุณทำได้ = คะแนน

ความหมายของผลรวมการประเมินความเครียดด้วยตนเอง

0-5	หมายถึง	ผู้ตอบไม่จริงจัง หรือไม่แน่ใจในคำถาม
6-17	หมายถึง	ไม่เครียด หรือ ปรกติ
18-25	หมายถึง	เครียดสูงกว่าปกติเล็กน้อย
26-29	หมายถึง	เครียดปานกลาง
มากกว่า 30 ขึ้นไป	หมายถึง	เครียดมาก



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ส่วนที่ 3 แบบประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท ฉบับภาษาไทย (positive and negative syndrome Scale : PANSS-T)

ลักษณะอาการ	คะแนน
อาการทางบวก หรือ Positive Scale (P)	
P1 อาการหลงผิด (Delusions)	
P2 ความคิดสับสน (Conceptual disorganization)	
P3 อาการประสาทหลอน (Hallucinatory behavior)	
P4 อาการตื่นเต้นกระวนกระวาย (Excitement)	
P5 ความคิดว่าตนมีความสามารถเกินความเป็นจริง (Grandiosity)	
P6 ความคิดระแวงว่ามีคนมุ่งร้าย (Suspiciousness/persecution)	
P7 ความรู้สึกไม่เป็นมิตร (Hostility)	
อาการทางลบ หรือ Negative Scale (N)	
N1 การแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ (Blunted affect)	
N2 การแยกตัวทางอารมณ์ (Emotional withdrawal)	
N3 มนุษย์สัมพันธ์บกพร่อง (Poor rapport)	
N4 อาการแยกตัวจากสังคม (Passive/apathetic social withdrawal)	
N5 มีปัญหาในการใช้ความคิดนามธรรม (Difficulty in abstract thinking)	
N6 การสนทนาไม่เกิดขึ้นอย่างเป็นธรรมชาติไม่มีการลื่นไหลต่อเนื่อง (Lack of spontaneity and flow of conversation)	
N7 การคิดอย่างตายตัว (Stereotyped thinking)	
อาการทางจิตทั่วไป หรือ General Psychopathology Scale (G)	
G1 ความกังวลเกี่ยวกับอาการทางกาย (Somatic concerns)	
G2 อาการวิตกกังวล (Anxiety)	
G3 ความรู้สึกผิด (Guilt feelings)	
G4 ความตึงเครียด (Tension)	
G5 ท่าทางและการเคลื่อนไหวผิดปกติ (Mannerisms and posturing)	
G6 อาการซึมเศร้า (Depression)	
G7 การเคลื่อนไหวเชื่องช้า (Motor retardation)	
G8 การไม่ร่วมมือ (Uncooperativeness)	
G9 เนื้อหาความคิดผิดปกติ (Unusual thought content)	

ลักษณะอาการ	คะแนน
G10 อาการไม่รู้เวลา สถานที่ บุคคล (Disorientation)	
G11 อาการสมาธิ แสดงความสนใจเสีย (Poor attention)	
G12 การตัดสินใจและการหยั่งรู้ตนเองเสีย (Lack of judgment and insight)	
G13 การไม่สามารถควบคุม ตัดสินใจหรือริเริ่มสิ่งต่างๆด้วยตนเอง (Disturbance of volition)	
G14 ความสามารถควบคุมแรงผลักดันไม่ดี (Poor impulse control)	
G15 ความคิดหมกมุ่น (Preoccupation)	
G16 การหลีกเลี่ยงการเข้าสังคม (Active social avoidance)	
อาการก้าวร้าว Supplementary item for the aggression risk profile (S)	
S1 ความรู้สึกโกรธ (Anger)	
S2 อดใจรอการตอบสนองความต้องการไม่ได้ (Difficulty in delay gratification)	
S3 อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย (Affective Lability)	

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)

การคิดคะแนน ทำโดยคิดคะแนนทุกข้อคำถาม ค่าคะแนนที่เป็นไปได้ของกลุ่มอาการทางบวก ต้องอยู่ในช่วง 7-49 คะแนน แปลผลค่าคะแนนโดย ค่าคะแนนสูงสุดมีอาการทางบวกมาก ค่าคะแนนต่ำมีอาการทางบวกลด โดยแบ่งระดับคะแนน ดังนี้

36-49 คะแนน หมายถึง มีอาการทางบวกมาก

22-35 คะแนน หมายถึง มีอาการทางบวกปานกลาง

8-21 คะแนน หมายถึง มีอาการทางบวกลด

การจัดการความเครียดแบบกลุ่มต่ออาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภท



จัดทำโดย

นางสาววิลาสินี กำลั้งมาก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์

หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต (นอกเวลาราชการ)

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

หลักการและเหตุผล

ความเครียด หรือ ประสบการณ์ของความเครียดมีความสัมพันธ์กับการป่วยด้วยโรคจิตเภท (Zubin & Spring, 1977) และยังส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความผิดปกติทางจิตเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะจากปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่ก่อให้เกิดความเครียดรวมถึงความเครียดที่เกิดขึ้นภายในจิตใจ (Huttenen & Niskanen, 1978) Ponizovsky et al (2004) พบว่า ความเครียดที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยมีระดับความทุกข์ทางอารมณ์ที่สูงขึ้นและผู้ป่วยขาดทักษะในการเผชิญความเครียด (Ritsner et al., 2006) ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง แยกตนเอง ขาดทักษะในการเข้าสังคม บุคลิกภาพเสื่อมถอย (ชนมาภรณ์ พงศจันทร์เสถียร, 2552) ไม่สามารถระบุความรู้สึกของตนเองได้และมีปัญหามากมายในการรับรู้อารมณ์เชิงลบ (Salvatore et al., 2007) เมื่อผู้ป่วยจิตเภทเกิดความเครียดและไม่สามารถจัดการกับความเครียดนั้นได้สัมพันธ์กับอาการทางจิตที่รุนแรงขึ้นแม้ว่าผู้ป่วยจะรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ (Nuechterlein et al., 1994) ซึ่งถ้าไม่ได้รับการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถจัดการความเครียดจะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดอาการทางบวกกำเริบได้ (Horan & Blanchard, 2003) การส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถจัดการความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพจึงเป็นแนวทางที่ช่วยลดอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภท ดังนั้น การส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถจัดการความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพจึงเป็นแนวทางที่ช่วยลดอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทได้

การจัดการความเครียดแบบกลุ่มต่ออาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภท

ตามแนวคิดการจัดการความเครียดของ Norman et al. (2002) นำมาผสมผสานในรูปแบบกระบวนการกลุ่มตามแนวคิดของ Yalom (1995) ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน 6 กิจกรรม ดังนี้

ขั้นที่ 1 initial Phase (ระยะเริ่มกลุ่ม)

เป็นการเริ่มต้นสัมพันธภาพ ซึ่งเป็นระยะสำคัญในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้เกิดความสัมพันธ์เชิงบำบัด ผู้บำบัดเริ่มต้นประเมินสภาพทั่วไปของผู้ป่วย สร้างความคุ้นเคย และยอมรับนับถือผู้ป่วย ยอมรับศักยภาพของผู้ป่วย รวมถึงการให้ความรู้เรื่องความเครียด ผลกระทบที่เกิดจากความเครียด รับรู้อาการทางบวกที่เกิดขึ้นกับตนเอง เช่น อาการหูแว่ว ประสาทหลอน พฤติกรรมก้าวร้าว รวมถึงความคิดหลงผิดที่รุนแรงเพิ่มขึ้น ประเมินความเครียดที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย วิธีการจัดการกับความเครียดที่ผ่านมาของผู้ป่วย ตกลงนัดหมายกันในเรื่องเวลาที่พบ จำนวนครั้งในการบำบัด ระยะเวลาสถานที่ให้การบำบัด

ขั้นที่ 2 working phase (ระยะทำงานร่วมกัน)

ในขณะนี้ขั้นที่ผู้ป่วยยอมรับ ไว้วางใจในผู้บำบัดว่าจะเป็นผู้ช่วยเหลือสนับสนุนเกิดความตระหนักว่าตนเองมีส่วนร่วมรับผิดชอบในความรู้สึกที่เกิดขึ้นของตน มีส่วนร่วมในการสร้างความเข้มแข็งของจิตใจการปรับตัวการจัดการกับอาการทางจิตของตนเอง เพื่อที่จะให้เกิดการเรียนรู้ที่จะ

เผชิญและจัดการเหตุการณ์ที่จะเข้ามาในชีวิตของตนเพื่อไม่ให้ผู้รับการบำบัดใช้วิธีเบี่ยงเบนหรือโทษคนอื่น ผู้บำบัดเปิดโอกาสให้ผู้รับการบำบัดได้ออกเล่าเรื่องราวต่างๆ อย่างอิสระ (สุวนีย์ เกี่ยววกิงแก้ว, 2554) ซึ่งผู้บำบัดรับฟังอย่างตั้งใจ ใส่ใจยอมรับความคิดและการแสดงออกอย่างไม่มีเงื่อนไขของผู้ป่วย พร้อมทั้งชื่นชมให้ความมั่นใจในการกระตุ้น ส่งเสริมให้กำลังใจในการจัดการกับอาการทางบวกที่เกิดขึ้นเมื่อมีความเครียดการปรับตัว และปรับมุมมองใหม่ มีการประเมินเป็นระยะ กระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในตนเอง ระยะนี้พึงระวังการตัดสินใจหรือชี้นำ ตระหนักเสมอว่าการจัดการความเครียดต้องมีความสมดุลในการกำหนดเป้าหมายทั้งผู้บำบัดและผู้ป่วย

ขั้นที่ 3 terminate Phase (ระยะยุติกลุ่ม)

เป็นขั้นตอนที่ผู้ป่วยสามารถจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นกับตนเอง ในกระบวนการบำบัด ผู้ป่วยมีความเข้าใจ ยอมรับตนเองมากขึ้น มีความรับผิดชอบในความคิด ความรู้สึก และการกระทำของตนเอง มีพัฒนาการด้านจิตอารมณ์ มีความเข้าใจตนเองในด้านการมีสัมพันธ์กับผู้อื่นมากขึ้น มองความเครียดที่เกิดขึ้นกับตนเองเป็นสิ่งที่ท้าทาย เรียนรู้ที่จะจัดการกับความเครียดเพื่อลดอาการทางบวกของตนเองด้วยวิธีการต่าง ๆ ส่งเสริม สนับสนุน ให้กำลังใจผู้ป่วยในการเกิดการเรียนรู้ใหม่

กิจกรรมที่ 1

สร้างสัมพันธภาพ ให้ความรู้เรื่องความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท ผลกระทบที่เกิดจากความเครียด
ระยะเวลาที่ใช้ในการดำเนินการ 60-90 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้บำบัดกับผู้ป่วย และระหว่างผู้ป่วยด้วยกันเอง
2. เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจวัตถุประสงค์ของการทำกลุ่มการจัดการกับความเครียดต่ออาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภท ตลอดจนบทบาทหน้าที่ของผู้ป่วยและการมีส่วนร่วมในกลุ่ม
3. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้เรื่องความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท และผลกระทบที่เกิดจากความเครียด

สาระสำคัญ

การสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้เกิดความสัมพันธ์เชิงบำบัด ใช้หลักในการฟังที่มีการเห็นอกเห็นใจ (Empathy) การสำรวจ และการทำความเข้าใจตนเองและผู้อื่น เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วยผู้ป่วยและผู้ป่วย เกิดการยอมรับซึ่งกันและกัน ไว้วางใจกัน เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการทำกิจกรรม ผู้บำบัดมีบทบาท เช่น แนะนำ ช่วยเหลือ ช่วยแก้ไขปัญหาแวล้อม ทำเท่าที่จำเป็น และใช้เทคนิคการใช้คำถามปลายเปิด (questioning), การเงียบ (silence), การฟังอย่างตั้งใจ (listening), การสังเกต (observation), การติดตามเรื่อง (tracking), การสื่อสารทางวาจา (verbal communication), การสื่อสารไม่ใช้วาจา (nonverbal communication) เช่น การพยักหน้าสบตา แววตาที่แสดงถึงความเข้าใจ (empathy), การชมเชย (praise), การกำหนดปัญหา (naming the problem), การตระหนักรู้ (awareness), เพื่อให้ผู้ป่วยสำรวจความคิด ความรู้สึกของตนเองอย่างอิสระ การเพิ่มทักษะในการปรับตัว (adaptive skill) ร่วมกับความเชื่อ ความศรัทธาวิถีชีวิตของชาวไทยที่นิยมปฏิบัติสืบต่อ จะช่วยให้จิตใจที่สับสนและว้าวุ่นเกิดความสงบมีความสุข ปรับปรุงการทำงานของสภาวะจิตให้มั่นคง การเรียนรู้เพื่อจัดการความกดดันจากสถานการณ์ต่างๆ การเผชิญปัญหาการจัดการความเครียด

สื่อการสอน/อุปกรณ์

8. ใบกิจกรรมที่ 1.1 เรื่อง คุณรู้อะไรเกี่ยวกับคนที่คุณคุยด้วยบ้าง
9. ใบความรู้ที่ 1.1 เรื่อง ความรู้เกี่ยวกับความเครียด
10. ใบการบ้านที่ 1.1 เรื่อง มาฝึกสังเกตตัวเรากันเถอะ
11. แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเองของกรมสุขภาพจิต
12. กระดาษโปสเตอร์ (flip chart) , ป้ายชื่อ , กระดาษรูปหัวใจ
13. ปากกาเมจิก / ดินสอ
14. วีดิทัศน์ ตอน สุขภาพจิตดี เริ่มที่บ้าน ของกรมสุขภาพจิต

ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม

องค์ประกอบ เวลา	กิจกรรม	สื่อ / อุปกรณ์
<p>การสร้าง สัมพันธภาพ (3 นาที)</p> <p>(10 นาที)</p> <p>(2 นาที)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้นำกลุ่มเริ่มสร้างสัมพันธภาพโดยการจัดเตรียมสถานที่ บำบัดให้มีบรรยากาศเหมาะสมเอื้ออำนวยต่อการทำกลุ่ม บำบัด พูดคุยเรื่องทั่วไปเพื่อให้เกิดความรู้สึกผ่อนคลาย 2. ให้ผู้ป่วยทำสมาธิ 1 นาทีก่อนเริ่มกิจกรรม 3. ผู้นำกลุ่มและผู้ป่วยร้องเพลง “สวัสดีวันนี้พบกัน” พร้อม ทำท่าประกอบ เพื่อให้บรรยากาศผ่อนคลาย 4. ผู้นำกลุ่มแจกกระดาษรูปหัวใจและดินสอให้ผู้ป่วยแต่ละ คน มีชื่อกิจกรรมว่า “คุณรู้อะไรเกี่ยวกับคนที่คุณคุยด้วย บ้าง?” โดยให้พูดคุยสนทนากับเพื่อนอย่างน้อย 3 คน แล้ว เขียนลงในกระดาษรูปหัวใจ หลังจากนั้นผู้นำกลุ่มสุ่มถาม ผู้ป่วย “รู้สึกอย่างไรเมื่อเราได้พูดคุยกับเพื่อน” “เรามีวิธีการเข้าไปพูดคุยสอบถามเพื่อนอย่างไร” “ความรู้สึกก่อนและหลังรู้จักเพื่อนเหมือนหรือแตกต่างกัน อย่างไร” 5. ผู้นำกลุ่มสรุปเชื่อมโยงการสร้างสัมพันธภาพ 6. ผู้นำกลุ่มชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำกลุ่ม ข้อตกลง ขั้นตอนของการบำบัด ระยะเวลาที่ใช้ในการดำเนินกลุ่ม ซึ่งมี รูปแบบการบำบัดเป็นลักษณะกลุ่มให้ผู้ป่วยทุกคนฟัง 	<p>-ใบกิจกรรมที่ 1.1 เรื่อง “คุณรู้อะไร เกี่ยวกับคนที่คุณคุย ด้วยบ้าง”</p> <p>-ดินสอ</p>
<p>นำเข้าสู่ กิจกรรม (10 นาที)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 7. ผู้นำกลุ่มเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกหรือความ ในใจที่มีอยู่ในขณะนี้ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจตนเองมาก ขึ้น ซึ่งจะช่วยเสริมสร้างให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ความสามารถของ ตนเองมองตนเองอย่างมีคุณค่า 	
<p>(5 นาที)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 8. ผู้นำกลุ่มให้ผู้ป่วยประเมินความเครียดด้วยตนเองโดยใช้ แบบประเมินความเครียดของกรมสุขภาพจิต และสรุปผล จากแบบประเมินความเครียด 	<p>-แบบประเมินและ วิเคราะห์ความเครียด ด้วยตนเอง</p>

องค์ประกอบ เวลา	กิจกรรม	สื่อ / อุปกรณ์
ค้นหา ประสบการณ์ (15 นาที)	9. ผู้นำกลุ่มสนทนาเกี่ยวกับประสบการณ์ความเครียดที่ผ่าน มาของผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยแต่ละคนเล่าถึงประสบการณ์ ความเครียดที่เกิดขึ้นกับตนเอง และประสบการณ์ในการจัด ความเครียดของผู้ป่วยแต่ละคน รวมถึงผลของการจัดการกับ ความเครียดที่เกิดขึ้น โดยผู้นำกลุ่มเขียนความเครียดของ ผู้ป่วยแต่ละคนและวิธีการจัดการที่ผ่านมาลงกระดาษ โปสเตอร์ และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็น	-กระดาษโปสเตอร์ -ปากกาเมจิก
(15 นาที)	8. ผู้นำกลุ่มสนทนาในหัวข้อ ความเครียด ผลกระทบที่เกิด จากความเครียดความสัมพันธ์ของความเครียดกับอาการ ทางบวก ได้แก่ อาการทางบวก เช่น อาการหูแว่ว ประสาท หลอน พฤติกรรมก้าวร้าว ซึ่งเป็นผลมาจากอารมณ์ทางลบ ของผู้ป่วยที่มาจากความเครียด แนะนำให้ผู้ผู้ป่วยฝึกสังเกต ปฏิกิริยาทางร่างกายของตนเองเมื่อเกิดความเครียด เช่น อาการปวดศีรษะ กล้ามเนื้อตึงตัว หัวใจเต้นเร็ว เป็นต้น เปิด โอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้ซักถาม	-ใบความรู้ที่ 1.1 เรื่อง ความรู้เกี่ยวกับ ความเครียด
(5 นาที)	9. ผู้ป่วยให้ผู้ป่วยชมวิดีโอทัศน์ ตอน สุขภาพจิตดี เริ่มที่บ้าน ของกรมสุขภาพจิต	-วิดีโอทัศน์
(5 นาที)	9. ผู้นำกลุ่มมอบการบ้านให้ผู้ผู้ป่วยฝึกสังเกตปฏิกิริยาทาง ร่างกายของตนเองเมื่อเกิดความเครียด	-ใบการบ้านที่ 1.1 เรื่อง มาฝึกสังเกตตัว เรากันเถอะ
(5 นาที)	10. ผู้นำกลุ่มสรุปการดำเนินกิจกรรมครั้งนี้ ทั้งด้านความรู้ อารมณ์ ความรู้สึก นัดหมายในการทำกิจกรรมครั้งต่อไป	

การประเมินผล

- ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพกับคนอื่น สามารถบอกชื่อผู้เพื่อนในกลุ่มได้อย่างน้อย 3 คน
- ผู้ป่วยสามารถบอกถึงผลกระทบที่เกิดจากความเครียดได้ถูกต้อง
- ผู้ป่วยสามารถบอกถึงการจัดการกับความเครียดได้ถูกต้อง
- ผู้ป่วยสามารถบอกถึงความเชื่อมโยงของความเครียดกับอาการทางบวกได้

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	นางสาววิลาสินี กำลังมาก
วัน เดือน ปี เกิด	1 เมษายน 2533
สถานที่เกิด	จังหวัดชัยภูมิ
วุฒิการศึกษา	หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นพรัตน์ วชิระ สถาบันสมทบมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ กรุงเทพมหานคร ในปี การศึกษา 2555
ที่อยู่ปัจจุบัน	16 หมู่ 13 ตำบลบ้านเป้า อำเภอเกษตรสมบูรณ์ จังหวัดชัยภูมิ



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY