

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

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

ในปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัดของโรคจิตเภท แต่เป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปว่าโรคจิตเภท ไม่ได้เกิดจากสาเหตุใดสาเหตุหนึ่งแต่เกิดจากหลายปัจจัยร่วมกัน อาการของโรคจิตเภทจะแตกต่างกันออกไป โดยในระยะแรกของโรค (Prodromal phase) ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงแบบค่อยเป็นค่อยไป พบว่ามีปัญหาในด้านการทำหน้าที่และความรับผิดชอบ มีปัญหาด้านสัมพันธภาพ และละเลยเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย ในระยะอาการกำเริบ (Active phase) ผู้ป่วยจะมีอาการทางจิตชัดเจน ส่วนใหญ่เป็นอาการทางบวก ได้แก่ อาการหลงผิด ประสาทหลอน

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

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

กับความเครียดในชีวิต เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิตรุนแรงขึ้น ถึงแม้ผู้ป่วยจะได้รับยาต้านอาการทางจิต (Norman et al., 2002)

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

ประสิทธิภาพ จำเป็นต้องทราบถึงสาเหตุของความเครียดที่มีลักษณะเฉพาะ (Specific stress) ในผู้ป่วยจิตเภท

ซึ่งปัจจัยที่เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความเครียด ได้แก่ การเผชิญกับอาการทางจิต เนื่องจากเป็นสิ่งที่รบกวนจิตใจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกกดดัน ทุกข์ทรมานจากอาการ (Wiedl et al., 1991; Nuechterlein et al., 1994) การรับประทานยารักษาอาการทางจิต เนื่องจากผู้ป่วยต้องอดทนกับอาการข้างเคียงของยา ต้องรับประทานยาเป็นเวลาดูแลต่อเนื่องยาวนาน (ผลทิพย์ ปานแดง, 2547) และการถูกบังคับให้ต้องรับประทานยา จึงเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด (จรัสรัตน์ ลิ้มพัฒนศิริ, 2548) ปัญหาการสื่อสารและการมีปฏิสัมพันธ์ของผู้ป่วยกับบุคคลอื่น เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบมักแยกตัวอยู่ตามลำพัง ไม่ต้องการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น (ทูลภา บุญผาสังข์, 2545) ส่วนผู้ป่วยที่มีอาการทางด้านบวกโดยเฉพาะอาการประสาทหลอนและหวาดระแวง ทำให้ผู้ป่วยมีการแสดงออกต่อผู้อื่นอย่างไม่เหมาะสม (Cook et al., 2007) จากพฤติกรรมดังกล่าวทำให้ผู้อื่นแสดงท่าทีไม่เป็นมิตร วิพากษ์วิจารณ์หรือติเตียนผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยขาดเครือข่ายการสนับสนุนทางสังคม จึงเป็นสาเหตุสำคัญอีกประการหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความเครียด (จิราภรณ์ สรรพวิรวงศ์, 2544) และปัญหาด้านภาวะสุขภาพ เนื่องจากผู้ป่วยมีความบกพร่องด้านการดูแลตนเอง มักขาดความสนใจในการรักษาความสะอาดร่างกาย ขาดความสนใจด้านสุขภาพ มีการใช้สารเสพติด (สมภพ เรื่องตระกูล, 2549) จากการศึกษาของ เปรมฤดี คำรักษ์ (2545) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีความพร้อมความสามารถในการดูแลตนเอง เช่น การเลือกรับประทานอาหาร การดูแลความสะอาดร่างกาย การนอนหลับพักผ่อน ซึ่งปัญหาด้านภาวะสุขภาพเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความเครียดขึ้น และยังส่งผลต่อความสามารถในการจัดการความเครียด เนื่องจากผู้ป่วยจะขาดพลังงานที่จะนำมาใช้ในการจัดการกับความเครียด ต่างจากบุคคลที่สุขภาพดีและแข็งแรง (Lazarus and Folkman, 1984)

เนื่องจากปัจจุบันการรักษาผู้ป่วยจิตเภทให้ได้ผลดี ไม่ได้ใช้ยาเพียงอย่างเดียว แต่ต้องให้การบำบัดทางจิตสังคมควบคู่กันไปด้วย เพื่อช่วยลดความรุนแรงของอาการทางจิต ป้องกันการป่วยซ้ำ (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2546) พบว่ามีการบำบัดที่ช่วยลดความรุนแรงของอาการทางจิตในหลายแนวทาง ได้แก่ การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม โดยการเพิ่มกลยุทธ์ในการจัดการกับอาการทางจิตและวิธีการแก้ปัญหา (Terrier et al., 1993) การพัฒนาทักษะการจัดการความเครียดและการ

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

คำถามการวิจัย

การใช้โปรแกรมการจัดการความเครียดช่วยลดอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทหรือไม่

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียด
2. เพื่อเปรียบเทียบอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

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

ดังนั้นการจะช่วยลดความรุนแรงของอาการทางจิตในผู้ป่วยจึงต้องช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงได้นำแนวทางการจัดการความเครียดของ Norman et al. (2002) มาประยุกต์ใช้ เนื่องจากกิจกรรมในโปรแกรมครอบคลุมการจัดการกับปัจจัยที่มีผลต่ออาการทางจิต และปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท โดยโปรแกรมใช้การจัดการความเครียดใน 3 แนวทาง คือ 1) ลดปฏิกิริยาตอบสนองทางร่างกายต่อความเครียด โดยการใช้การฝึกการผ่อนคลาย 2) ส่งเสริมความแข็งแรงของร่างกายโดยการพักผ่อน ออกกำลังกายและโภชนาการที่เหมาะสม 3) พัฒนาทักษะด้านการรู้คิดและพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเผชิญความเครียด ในการดำเนินกิจกรรมใช้หลักการเรียนรู้ จากการฝึกปฏิบัติ (Practice) การฝึกในสถานการณ์สมมติ (Role play) การให้ข้อมูลสะท้อนกลับ (Feedback) และการมอบหมายงาน (Home work) ซึ่งมีผลต่อการจัดการความเครียดของผู้ป่วย โดยโปรแกรมครอบคลุมการให้ความรู้และการฝึกปฏิบัติใน 6 กิจกรรม ดำเนินกิจกรรมเป็นรายกลุ่ม ใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรม 90 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ติดต่อกัน 6 สัปดาห์ โดยมีรายละเอียดของกิจกรรม ดังต่อไปนี้

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

กิจกรรมที่ 2 การเสริมสร้างความแข็งแรงของร่างกาย เพื่อสร้างเสริมภาวะสุขภาพ ช่วยให้ผู้ป่วยมีความอดทนต่อความเครียดมากขึ้น สามารถจัดการความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลช่วยควบคุมอาการทางจิตได้ดีขึ้น (Norman et al., 2002) เนื่องจากสุขภาพร่างกายที่แข็งแรงถือเป็นแหล่งประโยชน์ที่มีผลต่อพฤติกรรมในการจัดการความเครียด บุคคลที่เจ็บป่วยอ่อนแอ ย่อมมีพลังงานที่นำมาใช้ในการจัดการความเครียดน้อยกว่าบุคคลที่มีสุขภาพดีและแข็งแรง (Lazarus and Folkman, 1984) โดยการให้ความรู้ให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการนอนหลับพักผ่อน นิสัยการบริโภคอาหารและเครื่องดื่มที่มีผลต่อการส่งเสริมความแข็งแรงของร่างกาย (Norman et al., 2002) และการออกกำลังกาย (Duraiswamy et al., 2007) ฝึกการยืดกล้ามเนื้อก่อนและหลังการออกกำลังกาย สรุปล และวางแผนการดำเนินกิจกรรมในครั้งต่อไป

กิจกรรมที่ 3 การจัดการกับอาการทางจิต เนื่องจากการที่ผู้ป่วยไม่สามารถจัดการกับอาการทางจิต ไม่สามารถสังเกตอาการนำก่อนอาการกำเริบทำให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตรุนแรงขึ้น (Hayward et al, 1995; Kaplan and Sadock, 2000) กิจกรรมนี้ช่วยให้ผู้ป่วยมีแนวทางในการจัดการกับอาการทางจิตที่เกิดขึ้น สามารถปรับตัวต่อความเครียดที่เกิดจากอาการทางจิต และส่งผลให้มีอาการทางจิตลดลง (Nuechterlein et al., 1994; Norman et al., 2002) โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท ความรู้เกี่ยวกับอาการทางจิต อาการเตือนก่อนอาการกำเริบ และผลของอาการทางจิตต่อความเครียดของผู้ป่วย แนะนำวิธีการจัดการกับอาการทางจิตโดยสอนให้ผู้ป่วยตระหนักถึงการรับรู้ที่ผิดปกติ เนื้อหาความคิดที่แปลกๆ หรือผิดปกติ ให้ผู้ป่วยฝึกการสังเกตปฏิกิริยาทางอารมณ์และพฤติกรรมที่มีต่อการรับรู้หรือความคิดที่ผิดปกตินั้น และสามารถรายงานอาการทางจิตที่เพิ่มขึ้น ฝึกเทคนิคในการจัดการกับอาการทางจิต (Terrier et al., 1993; Norman et al., 2002) ได้แก่ เทคนิคทางการรู้คิด เช่น การเบี่ยงเบนความสนใจ เทคนิคทางพฤติกรรม เช่น เพิ่มการทำกิจกรรมให้มากขึ้น เพิ่มการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม การแยกตัวจากสถานการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดอาการทางจิต เป็นต้น เทคนิคทางสรีระ เช่น ใช้เทคนิคการผ่อนคลายที่ได้เรียนรู้ไป แนวทางการฝึกทักษะคือ เลือกรายการอาการทางจิตที่เป็นปัญหาของกลุ่ม ใช้เป็นสถานการณ์มาแสดงบทบาทสมมติถึงวิธีการจัดการกับอาการทางจิตที่เหมาะสม สรุปล และวางแผนการดำเนินกิจกรรมในครั้งต่อไป ให้การบ้านให้ผู้ป่วยนำวิธีการจัดการกับอาการทางจิตที่ได้เรียนรู้ไปใช้เมื่อเกิดอาการทางจิตที่บ้าน และนำผลมาสรุปล ทบทวนในการเข้ากิจกรรมครั้งต่อไป

กิจกรรมที่ 4 การจัดการความเครียดที่เกิดจากการรับประทานยา เนื่องจากการขาดยาและการไม่รับประทานยาตามแผนการรักษา เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตรุนแรงขึ้น จนเกิดการกำเริบของโรค (Gray, Wykes and Goumay, 2002) และการรับประทานยารักษาอาการทางจิตยังเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความเครียด (ผลทิพย์ ปานแดง, 2547; จงรัตน์ ลิมพ์พัฒนศิริ, 2548) กิจกรรมนี้ช่วยให้ผู้ป่วยเพิ่มความตระหนักถึงความสำคัญของการรับประทานยา มีทัศนคติที่ดีต่อการรับประทานยา รับประทานยาได้อย่างถูกต้อง ช่วยควบคุมไม่ให้มีอาการทางจิตกำเริบ และสามารถจัดการความเครียดที่เกิดจากการรับประทานยาได้ โดยการให้ความรู้เรื่องยารักษาอาการทางจิต กระตุ้นให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการรับประทานยา ให้ความรู้เกี่ยวกับอาการข้างเคียงของยาและวิธีการจัดการอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้น กระตุ้นให้ผู้ป่วยบอกปัญหาความกังวลใจในการรับประทานยา โดยใช้สถานการณ์สมมติให้ผู้ป่วยฝึกวิธีการจัดการความรู้สึกกดดันที่เกิดจากการต้องรับประทานยา ฝึกรายงานอาการข้างเคียงของยา (Norman et al., 2002) สรุปและวางแผนการดำเนินกิจกรรมในครั้งต่อไป

กิจกรรมที่ 5 การแก้ไขปัญหาในชีวิตประจำวัน เนื่องจากปัญหาในการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยเฉพาะปัญหาด้านการเงินเป็นปัญหาสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด และมีอาการทางจิตรุนแรงขึ้น (สมภพ เรืองตระกูล, 2549) และความบกพร่องด้านการรู้คิด ผู้ป่วยจึงไม่สามารถประเมิน วิเคราะห์สถานการณ์ความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ และไม่สามารถเลือกวิธีในการจัดการความเครียดที่เหมาะสม (Moller and Murphy, 2001) จึงนำไปสู่การแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม และมีอาการทางจิตกำเริบ ดังนั้นการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการแก้ไขปัญหาในชีวิตประจำวัน จึงเป็นแนวทางช่วยลดความเครียด และควบคุมอาการทางจิต (Norman et al., 2002) โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับแนวทางการแก้ไขปัญหาในชีวิตประจำวัน (Lieberman, Eckman and Marder, 2001) การบริหารจัดการด้านการเงินและเวลา ฝึกทักษะการแก้ปัญหาเป็นลำดับ โดยใช้สถานการณ์สมมติให้ผู้ป่วยฝึกทักษะการแก้ปัญหาเป็นลำดับ โดยให้สมาชิกกลุ่มเลือกสถานการณ์ความเครียดในชีวิตประจำวัน ปัญหาการจัดการด้านการเงินและเวลา ช่วยให้สมาชิกวิเคราะห์สถานการณ์ความเครียด ระบุปัญหา ขั้นตอนการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพ ฝึกเทคนิคการบริหารจัดการด้านการเงินและเวลา เช่น ทำแผนการใช้จ่ายเงิน ฝึกการบันทึกบัญชีรายรับรายจ่าย วางแผนการทำงานและกิจกรรมต่างๆ โดยการฝึกทำตารางเวลา (Norman et al., 2002) สรุปและวางแผน

แผนการดำเนินกิจกรรมในครั้งต่อไป ให้การบ้านให้ผู้ป่วยบันทึกบัญชีรายรับรายจ่าย และจัดทำตารางเวลาการทำงานหรือกิจกรรมตามวิธีที่ได้เรียนรู้ไป และนำผลมาสรุปบทวนในการเข้ากิจกรรมครั้งต่อไป

กิจกรรมที่ 6 การพัฒนาทักษะการสื่อสารและสัมพันธภาพ เนื่องจากปัญหาการสื่อสารและการมีปฏิสัมพันธ์ของผู้ป่วยกับบุคคลอื่นเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความเครียด (จิราภรณ์ สรรพวิรวงศ์, 2544) และนำมาซึ่งการกำเริบของอาการทางจิต ดังนั้นการช่วยให้ผู้ป่วยได้พัฒนาทักษะการสื่อสารและสัมพันธภาพจึงเป็นแนวทางช่วยลดความเครียด และลดอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภท (Norman et al., 2002) โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับความสำคัญของการสื่อสารแนวทางในการติดต่อสื่อสารกับผู้อื่น และการแสดงออกกับผู้อื่นอย่างเหมาะสม ฝึกทักษะการสร้างสัมพันธภาพ ทักษะการสื่อสาร และการแสดงออกอย่างเหมาะสม (Lee et al., 2006) โดยใช้สถานการณ์สมมติให้ผู้ป่วยฝึกการสื่อสารและการแสดงออก เมื่อเผชิญกับความไม่เข้าใจหรือความขัดแย้งกับผู้อื่น และเมื่อต้องการขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น เพื่อส่งเสริมภาพลักษณ์ เพิ่มความสามารถในการติดต่อสื่อสาร ทำให้ผู้ป่วยได้รับการยอมรับจากสังคม เมื่อเผชิญกับความเครียดสามารถใช้ทักษะด้านการสื่อสารในการติดต่อขอความช่วยเหลือ และความร่วมมือจากบุคคลอื่น ทำให้ผู้ป่วยมีความสะดวกหรือความง่ายในการจัดการแก้ไขปัญหาและจัดการความเครียดได้ และช่วยส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมากขึ้น (Norman et al., 2002) สรุป และบทวนการดำเนินกิจกรรมทั้งหมด

สมมติฐานการวิจัย

1. อาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับ โปรแกรมการจัดการความเครียด ต่ำกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมการจัดการความเครียด
2. อาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการจัดการความเครียด ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ศึกษาแบบสองกลุ่ม วัดผลสองครั้ง ก่อนและหลังการทดลอง

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) และมารับการตรวจรักษาที่หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกจิตเวช

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท ซึ่งเข้ารับการรักษาที่หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลรามารับดี ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยได้กำหนดไว้

ตัวแปรที่ศึกษา มีดังนี้

ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการจัดการความเครียด

ตัวแปรตาม คือ อาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

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

กลุ่มอาการด้านบวก หมายถึง อาการหลงผิด ความคิดสับสน อาการประสาทหลอน อาการตื่นเต้น กระวนกระวาย ความคิดว่าตนมีความสามารถเกินจริง ความรู้สึกกระแวงว่ามีคนมุ่งร้าย และความรู้สึกไม่เป็นมิตร

กลุ่มอาการด้านลบ หมายถึง การแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ การแยกตัวทางอารมณ์ มนุษย์สัมพันธ์บกพร่อง แยกตัวจากสังคม มีปัญหาในการคิดแบบนามธรรม การคิดอย่างตายตัว การสนทนาไม่เกิดขึ้นเองอย่างเป็นธรรมชาติและไม่สิ้นเปลืองอย่างต่อเนื่อง

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

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

ผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ซึ่งมีอายุระหว่าง 20 - 59 ปี มีอาการทางจิตหลงเหลือในระดับที่ไม่ได้เข้ารับการรักษาด่วนในโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยใน และไม่ได้รับการปรับเพิ่มยาภายในระยะเวลา 3 เดือน และมารับการตรวจที่หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลรามารับได้อย่างต่อเนื่อง

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

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

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

กิจกรรมที่ 3 การจัดการกับอาการทางจิต หมายถึง การดำเนินกิจกรรมครั้งที่ 3 ในสัปดาห์ที่ 3 โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท อาการของโรค และผลของอาการทางจิตต่อความเครียด แนะนำวิธีการจัดการกับอาการทางจิตโดยสอนให้ผู้ป่วยตระหนักถึงการรับรู้อาการทางจิต ฝึกการรายงานอาการทางจิตที่เพิ่มขึ้น และการฝึกทักษะในการจัดการกับอาการทางจิต สรุปและวางแผนการดำเนินกิจกรรมในครั้งต่อไป รวมทั้งการมอบหมายการบ้าน

กิจกรรมที่ 4 การจัดการความเครียดที่เกิดจากการรับประทายา หมายถึง การดำเนินกิจกรรมครั้งที่ 4 ในสัปดาห์ที่ 4 โดยการให้ความรู้เรื่องยารักษาอาการทางจิต กระตุ้นให้ผู้ป่วยตระหนักในความสำคัญของการรับประทายา ให้ความรู้เกี่ยวกับอาการข้างเคียงของยา กระตุ้นให้ผู้ป่วยบอกปัญหาความกังวลใจจากการได้รับยาทางจิตเวช โดยใช้สถานการณ์สมมติฝึกบอกความกังวลใจที่เกิดจากการรับประทายาและรายงานอาการข้างเคียงของยา สรุปและการวางแผนการดำเนินกิจกรรมในครั้งต่อไป

กิจกรรมที่ 5 การแก้ไขปัญหาในชีวิตประจำวัน หมายถึง การดำเนินกิจกรรมครั้งที่ 5 ในสัปดาห์ที่ 5 โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับการแก้ไขปัญหาในชีวิตประจำวัน การบริหารจัดการด้านการเงินและเวลา ฝึกทักษะการแก้ปัญหาเป็นลำดับ ฝึกเทคนิคการจัดการด้านการเงินและเวลา สรุปและการวางแผนการดำเนินกิจกรรมในครั้งต่อไป รวมทั้งการมอบหมายการบ้าน

กิจกรรมที่ 6 การพัฒนาทักษะการสื่อสารและสัมพันธภาพ หมายถึง การดำเนินกิจกรรมครั้งที่ 6 ในสัปดาห์ที่ 6 โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับความสำคัญและแนวทางในการติดต่อสื่อสาร การแสดงออกกับผู้อื่นอย่างเหมาะสม ฝึกทักษะการสร้างสัมพันธภาพ ทักษะการสื่อสาร พฤติกรรมการแสดงออกอย่างเหมาะสม โดยใช้สถานการณ์สมมติ ฝึกการสื่อสาร และการแสดงออกเมื่อเผชิญกับความไม่เข้าใจ หรือความขัดแย้งกับผู้อื่น และเมื่อต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่น สรุป และทบทวนการดำเนินกิจกรรมทั้งหมด

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลจิตเวช ปฏิบัติต่อผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการที่หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลรามารับดี ประกอบด้วย การซักประวัติ การตรวจคัดกรอง การจัดสิ่งแวดล้อม และให้บริการก่อนพบแพทย์ การให้คำปรึกษาตามปัญหาของผู้ป่วย และคำแนะนำในการดูแลตนเองที่บ้าน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลที่ช่วยลดอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. เป็นแนวทางสำหรับการศึกษาวิจัย เพื่อพัฒนารูปแบบการให้บริการที่ช่วยลดอาการทางจิต ของผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยทางจิตประเภทอื่นๆ