

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษา ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่ออาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าแนวคิดและทฤษฎีต่างๆจากตำรา เอกสาร วารสาร บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้สรุปสาระที่สำคัญและเป็นประโยชน์ต่อการวิจัย โดยนำเสนอเป็นลำดับ ดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท

- 1.1 ความหมายของโรคจิตเภท
- 1.2 สาเหตุ
- 1.3 การวินิจฉัยโรค
- 1.4 การดำเนินโรค และการพยากรณ์โรค
- 1.5 การรักษา

2. อาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท

- 2.1 กลุ่มอาการด้านบวก
- 2.2 กลุ่มอาการด้านลบ
- 2.3 กลุ่มอาการทางจิตทั่วไป
- 2.4 การประเมินอาการทางจิต

3. การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

- 3.1 แนวทางการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท
- 3.2 หลักการในการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

4. แนวคิดเกี่ยวกับความเครียดในผู้ป่วยจิตเภท

- 4.1 ความหมายของความเครียด
- 4.2 ปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเครียด
- 4.3 การเผชิญความเครียด
- 4.4 ผลกระทบของความเครียด
- 4.5 ความเครียดในผู้ป่วยจิตเภท

4.6 การประเมินความเครียด

4.7 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทเพื่อลดความเครียด

5. โปรแกรมการจัดการความเครียด

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท

1.1 ความหมายของโรคจิตเภท

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

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

สมภพ เรืองตระกูล (2549) ได้ให้คำจำกัดความของโรคจิตเภทว่า เป็นโรคที่มีลักษณะสำคัญ คือผู้ป่วยมีความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรมเป็นเวลายาวนานอย่างน้อย 6 เดือน

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (2554) ได้ให้ความหมายของโรคจิตเภทว่า เป็นโรคที่มีความผิดปกติของความคิดเป็นอาการเด่น แต่มีผลถึงการรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรม

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า โรคจิตเภท คือ โรคทางจิตเวชชนิดหนึ่ง ที่มีความผิดปกติด้านความคิด การรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรม ที่มีการดำเนินโรคต่อเนื่อง และมีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ

1.2 สาเหตุ

ในปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัดของโรคจิตเภท แต่เป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปว่า โรคจิตเภท ไม่ได้เกิดจากสาเหตุใดสาเหตุหนึ่งแต่เกิดจากหลายปัจจัยร่วมกัน แนวคิดหนึ่งที่ช่วยอธิบายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคจิตเภทที่ยอมรับกันในปัจจุบันคือ Vulnerability-Stress model (Zubin and Spring, 1977) แนวคิดนี้เชื่อว่าโรคจิตเภทเกิดจากบุคคลที่มีความอ่อนแอพื้นฐาน หรือจุดอ่อนบางประการอยู่แล้ว (Personal Vulnerability factor) เมื่อพบกับสภาพกดดันหรือปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่ก่อให้เกิดความเครียด (Environmental stress) จะส่งผลให้เกิดสภาวะอารมณ์

แปรปรวนได้ง่ายกว่าบุคคลทั่วไปทำให้มีพฤติกรรมที่ผิดปกติที่แสดงถึงอาการของโรคจิตเภท โดยสามารถจำแนกปัจจัยสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคจิตเภทได้ดังนี้

1.2.1 ปัจจัยด้านพันธุกรรม การศึกษาด้านพันธุกรรมสนับสนุน ปัจจัยทางพันธุกรรมว่ามีความสัมพันธ์กับสาเหตุของโรคจิตเภท ผลการศึกษาโรคจิตเภทในฝาแฝด คนในครอบครัว และบุตรบุญธรรม พบว่าญาติของผู้ป่วยมีโอกาสเป็นโรคจิตเภทสูงกว่าประชากรทั่วไป ความใกล้ชิดทางสายเลือดยังมีโอกาสเป็นสูง (มานิช ห่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2555)

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

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

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

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

ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่พบมากในสังคมที่มีเศรษฐกิจต่ำ เนื่องจากความเครียดและวิถีชีวิตที่ยากจน เป็นปัจจัยกระตุ้นทำให้เกิดโรค (สมภพ เรื่องตระกูล, 2549)

โดยสรุปจะพบว่าโรคจิตเภทมีปัจจัยสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคหลายปัจจัย ทั้งทางด้านชีววิทยา ได้แก่ ปัจจัยด้านพันธุกรรม ระบบสารชีวเคมีในสมอง และกายวิภาคของสมองที่ผิดปกติ และปัจจัยด้านจิตสังคม ได้แก่ ความผิดปกติจากพัฒนาการทางบุคลิกภาพของบุคคลในวัยเด็ก รวมทั้งปัจจัยด้านครอบครัวและสังคม

1.3 การวินิจฉัยโรค

1.3.1 การวินิจฉัยโรคตามการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลกฉบับปรับปรุงครั้งที่10 (International Classification of Diseases and Related Health Problems Tenth edition; ICD-10) มีแนวทางการวินิจฉัยโรคจิตเภทโดยผู้ป่วยต้องมีอาการชัดเจน 1 ข้อ หรือมากกว่า 2 ข้อถ้าไม่ชัดเจนในข้อ 1-4 หรือมีอาการมากกว่า 2 ข้อขึ้นไปในข้อ 5-9 และมีอาการติดต่อกันไม่น้อยกว่า 1 เดือน ลักษณะอาการดังกล่าวมีดังต่อไปนี้ (พิเชฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนันทน์, 2552)

- 1) ได้ยินเสียงความคิดของตนเอง (Thought echo) ความคิดของตนเองถูกดึงออกหรือถูกแทรกหายไปที่กะทันหัน (Thought withdrawal or insertion) และความคิดของตนเองดังออกไปจนคนอื่นได้ยิน (Thought broadcasting)
- 2) มีอาการหลงผิดว่าตนเองถูกอำนาจภายนอกควบคุม (Delusion of control) และหลงผิดในการแปลความหมายของสิ่งเร้า (Delusional perceptions)
- 3) อาการประสาทหลอนทางหู
- 4) ความหลงผิดชนิดอื่น ซึ่งเป็นอยู่ยาวนานและไม่สอดคล้องตามความเชื่อของสังคมและวัฒนธรรมนั้นๆ
- 5) อาการประสาทหลอนอื่นๆซึ่งเป็นอยู่ยาวนาน
- 6) ความคิดแตกแยก ไม่ประติดประต่อ ทำให้การพูดฟังไม่รู้เรื่อง (Incoherent) ตอบไม่ตรงคำถาม (Irrelevant) หรือพูดภาษาที่สร้างขึ้นใหม่เอง (Neologisms)
- 7) พฤติกรรมการเคลื่อนไหวผิดปกติ (Catatonic behavior) อาจมีการเคลื่อนไหวมากผิดปกติ (Excitement) จับอยู่ท่าใดมกอยู่ท่านั้นนานๆ (Waxy flexibility) ไม่เคลื่อนไหวเลย (Stupor) หรือกระทำต่อต้าน (Negativism) เช่น ให้นั่งผู้ป่วยจะยืน

8) อาการด้านลบ (Negative Symptoms)

9) พฤติกรรมบางด้านเปลี่ยนแปลงไปอย่างชัดเจนโดยแสดงออกถึงการขาดความสนใจสิ่งต่างๆ ไม่มีจุดหมาย เกียจคร้าน เก็บตัว หมกมุ่นกับตนเอง

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

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

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

3) Delusional disorder ใน Delusional disorder นั้น ลักษณะของอาการหลงผิดไม่ประหลาดเหมือนในโรคจิตเภท เนื้อหาของความหลงผิดจะเกี่ยวโยงกันเป็นเรื่องราว และโดยทั่วไปผู้ป่วยโรคจิตเภทจะมีบุคลิกภาพและพฤติกรรมเสื่อมถอยมากกว่า

4) Personality disorder บางชนิดโดยเฉพาะใน Cluster A บางครั้งจะมีความคิดที่แปลก ไม่ค่อยเข้าสังคม ซึ่งคล้ายกับระยะอาการหลงเหลือในโรคจิตเภท แต่แยกโดยผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่เคยมีอาการของโรคจิตเภทในระยะกำเริบ

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

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

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

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

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

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

1.5 การรักษา โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความสลับซับซ้อน สาเหตุของโรคไม่ได้เกิดจากปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งเพียงอย่างเดียว การบำบัดรักษาจึงใช้การผสมผสานหลายวิธีร่วมกัน ดังนี้

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

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

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

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

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

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

โดยสรุปการรักษาโรคจิตเภทต้องรักษาให้สอดคล้องกับระยะของโรค ว่าอยู่ในระยะเฉียบพลัน หรือระยะอาการคงที่ และควรเป็นการรักษาแบบครอบคลุมทั้งการใช้ยา การรักษาทางจิตสังคม และการฟื้นฟูทางจิตเวช

2. อาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท

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

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

2.1.1 อาการหลงผิด (Delusion) คืออาการที่ผู้ป่วยมีความเชื่อผิดไปจากความเป็นจริง หรือไม่มีหลักฐานสนับสนุน และเป็นความเชื่อที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ โดยความหลงผิดนี้ต้องแยกออกจากความเชื่อตามขนบธรรมเนียม ประเพณี และวัฒนธรรมของผู้ป่วย ซึ่งเป็นความเชื่อที่เชื่อกันโดยทั่วไปในสังคมที่ผู้ป่วยอยู่ และไม่ส่งผลกระทบต่อชีวิตด้านต่างๆของผู้ป่วยเหมือนอาการหลงผิดที่เกิดในผู้ป่วย อาการหลงผิดสามารถแบ่งเป็น 9 ชนิด ได้แก่

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

2) หลงผิดว่าเรื่องต่างๆที่เกิดขึ้นรอบตัวเกี่ยวข้องกับหรือสื่อถึงตนเอง (Delusion of reference) ผู้ป่วยหลงผิดว่าคำพูดหรือท่าทางของผู้อื่นมีเจตนาเกี่ยวข้องกับตนเองทั้งที่ความจริงไม่ได้เป็นเช่นนั้น ผู้ป่วยเชื่อว่าสิ่งที่ตนเองคิดเป็นความจริงแน่นอนโดยไม่ต้องการหลักฐานมายืนยัน อาการหลงผิดชนิดนี้ที่พบได้บ่อย เช่น คิดว่ารายการโทรทัศน์กล่าวถึงตนเอง คิดว่าผู้อื่นพูดถึงตนเองในทางเลื่อมเสีย วางแผนจะทำร้ายตนเอง หรือพูดว่าตนเองเป็นคนสำคัญ

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

4) อาการหลงผิดว่าตนเองถูกสอดแทรกความคิด (Thought insertion) ผู้ป่วยจะมีความเชื่อว่าความคิดบางส่วนไม่ได้เป็นของตนเอง แต่ได้รับการสอดแทรกจากภายนอก ทำให้ผู้ป่วยไม่พอใจที่ถูกครอบงำความคิด อาจนำไปสู่พฤติกรรมแปลกประหลาดหรือก้าวร้าว

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

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

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

8) อาการหลงผิดที่เกี่ยวกับเรื่องศาสนา (Religious delusions) ผู้ป่วยจะมีความคิดหมกมุ่นอยู่กับเรื่องศาสนามากกว่าที่เป็นตามวัฒนธรรมของสังคม

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

2.1.2 อาการประสาทหลอน (Hallucination) เป็นการรับรู้โดยที่ไม่มีสิ่งเร้า

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

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

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

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

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

2.1.3 อาการพฤติกรรมแปลกประหลาด (Bizarre behavior) โดยผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมแปลกประหลาดเมื่อเปรียบเทียบกับคนทั่วไปในสังคม เช่น ผู้ป่วยอาจจะพูดคนเดียว เดินลอยหลัง หัวเราะอย่างไม่มีเหตุผล การแสดงออกทางอารมณ์ไม่สอดคล้องกับเรื่องที่พูด หรือมีพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสมในที่สาธารณะ เป็นต้น ซึ่งอาจแสดงออกในลักษณะต่างๆ ดังนี้

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

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

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

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

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

2.2 กลุ่มอาการด้านลบ (Negative symptoms) เป็นภาวะที่ขาดในสิ่งที่คนทั่วไปควรมี เช่น ด้านความรู้สึกรู้สึก ความต้องการในสิ่งต่างๆ อาการเหล่านี้ได้แก่ (พิเชฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนันทน์, 2552)

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

2.2.2 การไม่สามารถสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่นได้ (Poor rapport) เนื่องจากตัว

ผู้ป่วยเองไม่สามารถรับรู้ถึงความต้องการทางอารมณ์ของผู้อื่น ผู้ป่วยจะแสดงออกโดยการพยายามไม่สบตา ไม่ตอบคำถามหรือสื่อสารกับผู้อื่นลดลง ความต้องการและความสนใจทางเพศลดลง

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

2.2.4 ขาดความกระตือรือร้น (Avolition) และสับสนไม่แสดงอารมณ์ (Apathy) โดยจะแสดงอาการออกมาในรูปของการหมดพลังงาน หมดความสนใจสิ่งต่างๆอย่างชัดเจน ไม่มีแรงจูงใจในการทำงานให้สำเร็จลุล่วง ไม่มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ ไม่สนใจดูแลตนเอง ทำทางเฉื่อยชา ไม่มีชีวิตชีวา ความสามารถในการทำงานหรือการเรียนรู้ลดลง

2.3 กลุ่มอาการทางจิตทั่วไป โดยสามารถแบ่งได้เป็น อาการด้านการคิด อาการซึมเศร้า และอาการวิตกกังวล โดยมีรายละเอียดแต่ละอาการ ดังต่อไปนี้

2.3.1 อาการด้านการคิด (Cognition) เดิมความผิดปกติด้านการคิดนี้ถูกจัดอยู่ในกลุ่มอาการด้านบวก แต่การศึกษาในปัจจุบันชี้ให้เห็นว่าความผิดปกติด้านนี้เป็นอาการเฉพาะอีกอาการหนึ่งของโรคจิตเภท ซึ่งมักแสดงอาการออกมาให้เห็นทางคำพูด แบ่งเป็นชนิดต่างๆ ดังนี้

- 1) อาการความคิดไม่ปะติดปะต่อ (Loosening of associations) โดยคำพูดของผู้ป่วยจะไม่เป็นเหตุเป็นผล หรือไม่มีความหมายที่ต่อเนื่องกันในระหว่างคำพูดหรือประโยค
- 2) อาการตอบเฉียง (Tangentiality) โดยผู้ป่วยจะตอบคำถามไม่ตรงประเด็น แต่การพูดยังคงต่อเนื่อง
- 3) อาการพูดไม่ปะติดปะต่อ (Incoherent) โดยประโยคที่ผู้ป่วยพูดจะไม่ปะติดปะต่อกันเลย อาจพูดไม่จบประโยคหรือวลี ทำให้ไม่ได้ความหมาย
- 4) อาการคิดไม่สมเหตุสมผล (Illogicality) โดยผู้ป่วยจะตอบคำถามอย่างไม่สมเหตุสมผล สรุปเรื่องราวต่างๆผิดไปจากความเป็นจริง
- 5) อาการพูดอ้อมค้อม (Circumstantialities) โดยผู้ป่วยจะพูดให้รายละเอียดมากเกินไปเกินความจำเป็น แต่ในท้ายที่สุด จะตอบได้ตรงกับเรื่องที่พูดไว้ในตอนต้น

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

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

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

โดยสรุป อาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทสามารถแสดงอาการออกมาได้หลายรูปแบบ โดยอาการหลักๆ ได้แก่ อาการด้านบวก อาการด้านลบ อาการด้านการคิด รวมทั้งอาการซึมเศร้า

และอาการวิตกกังวล ซึ่งอาการต่างๆเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อทั้งตัวผู้ป่วยและครอบครัวรอบข้าง

2.4 การประเมินอาการทางจิต

การประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท ได้มีการพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ประเมินอาการทางจิตโดยมีกรอบแนวคิดมาจากอาการที่พบในผู้ป่วย เพื่อจำแนกอาการหลักของโรคจิตเภทหรือโรคจิตชนิดอื่นๆ ใช้ประเมินความรุนแรงและความถี่ของอาการ ช่วยในการวางแผนการรักษาและมักนำมาใช้ในงานวิจัยทางคลินิก เพื่อประเมินประสิทธิภาพของการรักษา (พิเชฐ อดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนันท์, 2552) เครื่องมือในกลุ่มนี้ที่นิยมใช้ได้แก่

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

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

1) กลุ่มอาการด้านบวก ได้แก่ อาการหลงผิด ความคิดสับสน อาการประสาทหลอน อาการตื่นเต้นกระวนกระวาย ความคิดว่าตนมีความสามารถเกินจริง ความรู้สึกกระแวงว่ามีคนมุ่งร้าย และความรู้สึกไม่เป็นมิตร

2) กลุ่มอาการด้านลบ ได้แก่ การแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ การแยกตัวทาง

อารมณ์ มนุษย์สัมพันธ์บกพร่อง การแยกตัวจากสังคม มีปัญหาในการใช้ความคิดแบบนามธรรม กระแสการสนทนาขาดการต่อเนื่องอย่างราบรื่น การคิดอย่างตายตัว

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

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้ Positive and Negative Syndrome Scale ฉบับภาษาไทย (PANSS-T) มาใช้เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่ได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพแล้วว่ามีความน่าเชื่อถือ และถูกนำมาใช้อย่างแพร่หลายทั้งในการวิจัยและการรักษาผู้ป่วยจิตเภท

3. การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ที่มีความผิดปกติด้านความคิด การรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรม ทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆที่ตนเอง และสังคมลดลง ส่งผลให้เกิดภาวะพึ่งพิงบุคคลอื่น ปัญหาต่างๆเหล่านี้พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชซึ่งมีบทบาทในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องหาวิธีการหรือแนวทางในปฏิบัติการพยาบาลเพื่อดูแลช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง สามารถปรับตัวดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุขตามความสามารถที่ผู้ป่วยมีอยู่ และไม่เกิดการป่วยซ้ำ

3.1 แนวทางการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

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

- 1) เน้นการให้การพยาบาลแบบองค์รวม โดยการให้การพยาบาลต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ รวมถึงจิตสังคม และจิตวิญญาณ
- 2) คำนึงถึงครอบครัว และชุมชนของผู้ป่วยควบคู่กับการดูแลช่วยเหลือ ซึ่งการทำ

หน้าที่ของพยาบาลจะสมบูรณ์ตามขอบเขตของกฎหมาย นอกจากจะให้ความใส่ใจต่อการตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของผู้รับบริการแล้ว ยังต้องคำนึงถึงการดูแลช่วยเหลือการตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของครอบครัว รวมทั้งดำเนินการด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพนั้นๆ ที่ส่งผลกระทบต่อชุมชนอีกด้วย

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

แนวทางการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทโดยยึดหลักการปฏิบัติ 4 มิติ ได้แก่ (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2541)

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

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

3) การบำบัดรักษา (Therapeutic or restoration of mental health) การที่บุคคลมี ปัญหาสุขภาพจิต หากไม่ขจัดให้หมดไปโดยเร็วอาจทำให้เจ็บป่วยเรื้อรังและรุนแรงได้ มีผลกระทบ ต่อเศรษฐกิจและสังคมอย่างมาก แนวทางปฏิบัติการการพยาบาล คือ จัดกิจกรรมการพยาบาลเพื่อ เสริมสร้างให้ผู้ป่วยมีสภาวะจิตใจที่เข้มแข็งเช่นเดิม เช่น การสร้างสัมพันธภาพ และการมี ปฏิสัมพันธ์เพื่อการบำบัดรักษา การให้ยา การดูแลทางด้านร่างกาย เป็นต้น

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

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

3.2 หลักการในการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทมีปัญหาด้านการรับรู้ การสื่อความหมาย และด้านสังคม การให้การ พยาบาลผู้ป่วยจิตเภทจึงต้องใช้การสื่อสารอย่างตรงไปตรงมา ไม่อ้อมค้อม เพราะการสื่อสารหรือ พุดยาวๆ ทำให้การรับรู้ของผู้ป่วยถูกบิดเบือน เกิดการตีความหมายสิ่งที่รับรู้ผิดมากขึ้น และเนื้อหา ที่สื่อสารต้องอยู่ในความเป็นจริง ไม่ล้อเลียนผู้ป่วย โดยหลักการทั่วไปในการให้การพยาบาลผู้ป่วย จิตเภท มีดังนี้ (สุวนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2547)

3.2.1 การพยาบาลด้านร่างกาย โดยเริ่มต้นที่การส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลความ สะอาดและด้านสุขอนามัยทั่วไป เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีปัญหาด้านการดูแลตนเอง ภาวะ ด้านสุขอนามัยจะไม่ดี ผู้ป่วยที่หิวกระหาย อาจไม่ยอมรับประทานอาหาร ไม่ดื่มน้ำ

3.2.2 การพยาบาลด้านความคิด คือ การหาความหมายของความคิดของผู้ป่วย

และพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออก จะช่วยให้เราเข้าใจความคิดของผู้ป่วยที่สื่อออกมา และพยายามต้องให้ความจริงแก่ผู้ป่วยและส่งเสริมให้ผู้ป่วยอยู่กับความจริง โดยมีหลักการ คือ

1) การหาความหมายของคำพูด และพฤติกรรมที่แปรปรวน เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทมีความผิดปกติด้านความคิด ซึ่งความคิดของผู้ป่วยจะถ่ายทอดออกมาทางคำพูดและพฤติกรรมที่ผู้อื่นไม่เข้าใจ พยาบาลจึงควรหาความหมายของคำพูดและพฤติกรรมนั้นๆ โดยการฟังและสังเกตพฤติกรรม และอาจต้องตรวจสอบความหมายของคำพูดหรือพฤติกรรมนั้นกับผู้ป่วย

2) การให้ความจริงกับผู้ป่วย และส่งเสริมให้ผู้ป่วยอยู่กับความเป็นจริง โดยไม่ขัดแย้งกับความรู้สึก ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการประสาทหลอน ผู้ป่วยอาจจะบอกพยาบาลในสิ่งที่เขารับรู้ พยาบาลควรให้ความจริงกับผู้ป่วยแต่ไม่ทำให้ขัดแย้งกับความรู้สึกของผู้ป่วย โดยบอกในลักษณะว่าการได้ยินเสียงของผู้ป่วยนั้นจริงสำหรับผู้ป่วย แต่พยาบาลไม่ได้ยินเสียงที่ผู้ป่วยได้ยิน

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

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

โดยสรุป การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท ต้องอาศัยองค์ความรู้ทั้งทางด้านการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวชและศาสตร์สาขาอื่นๆ ให้การพยาบาลแบบองค์รวมโดยการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย ใช้หลักการของกระบวนการพยาบาลโดยต้องคำนึงถึงครอบครัวและชุมชนของผู้ป่วยควบคู่กับการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย

4. แนวคิดเกี่ยวกับความเครียด

4.1 ความหมายของความเครียด

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

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

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

สรุปได้ว่า ความเครียดหมายถึง ภาวะที่ร่างกายและจิตใจถูกกระตุ้นจากสิ่งเร้าทั้งภายในและภายนอกตัวบุคคล บุคคลรับรู้ว่าเป็นความรู้สึกอึดอัด คับข้องใจ ทำให้เกิดการตอบสนองในระบบต่างๆของร่างกาย การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจและพฤติกรรมที่แสดงออก

4.2 ปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเครียด เมื่อมีความเครียดเกิดขึ้นบุคคลจะมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเครียดใน 4 ทางด้วยกัน ได้แก่ (กิติกร มีทรัพย์ และไพบุลย์ ดวงจันทร์, 2541)

4.2.1 ตอบสนองทางความนึกคิดและการรับรู้ เมื่อบุคคลรับรู้ว่าจะถูกคุกคามจะตกอยู่ในภาวะเครียด และจะมีกลไกการป้องกันตนเอง เพื่อลดหรือขจัดสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดนั้น โดยทั่วไปการตอบสนองทางความนึกคิดและการรับรู้แบ่งออกเป็น 3 ประเภท คือ

1) การหนีและเลี่ยง โดยบุคคลจะนึกคิดหรือรับรู้เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในลักษณะ

ของการเข้าข้างตนเอง การรับรู้บิดเบือนหรือปฏิเสธสิ่งที่เกิดขึ้น เนื่องจากเหตุการณ์จริงที่เกิดขึ้นนั้นไม่เป็นไปตามที่ตนคาดหวังไว้ กระบวนการเหล่านี้เป็นความพยายามที่จะจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้น เพื่อให้บุคคลรู้สึกว่าอันตรายหรือการควบคุมจิตใจนั้นลดลงหรือหมดไป

2) การยอมรับและการเผชิญกับความเครียด คือการที่บุคคลพยายามนึกบทวนถึงที่มาของความเครียดเพื่อนำมาแก้ไข ซึ่งมีอยู่ 2 ลักษณะ คือการแก้ไขปัจจัยภายนอกที่ก่อให้เกิดความเครียด การแก้ไขตัวเราเองให้มีความเข้มแข็งเพื่อที่จะเผชิญกับความเครียดได้มากขึ้น

3) การเรียนรู้ที่จะอยู่กับความเครียด ใช้ในภาวะที่ไม่สามารถจะหนี หรือแก้ไขภาวะเครียดได้ จึงต้องเรียนรู้ที่จะอยู่กับความเครียดด้วยกลวิธีต่างๆ เช่น ใช้เทคนิคการผ่อนคลายความเครียด การแสวงหาคนช่วยเหลือ เป็นต้น

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

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

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

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

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

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

เมื่อบุคคลตกอยู่ในภาวะเครียด ทั้งร่างกายและจิตใจจะมีปฏิกิริยาตอบสนองเพื่อพยายามทำให้ภาวะสมดุลที่เสียไปนั้นกลับคืนมา การตอบสนองของแต่ละบุคคลจะมีลักษณะที่แตกต่างกันไป บางคนตอบสนองอย่างเหมาะสมทำให้ประสบความสำเร็จในการปรับตัว ในขณะที่บางคนตอบสนองอย่างไม่เหมาะสมจึงเกิดความล้มเหลวในการปรับตัว

4.3 การเผชิญความเครียด

4.3.1 ความหมายการเผชิญความเครียด

Lazarus and Folkman (1984) การเผชิญความเครียด เป็นความพยายามของบุคคลในการใช้ทั้งความคิดและการกระทำ เพื่อที่จะควบคุมหรือลดความรุนแรงของสิ่งเร้าที่มาคุกคามความปลอดภัย อันเป็นสาเหตุของความเครียด โดยต้องใช้กำลังความสามารถ และแหล่งประโยชน์ต่างๆ

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

1) สถานการณ์ หรือสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียด (Event or Stressor) เป็นเหตุการณ์ หรือสิ่งที่มาคุกคามความปลอดภัยของบุคคลทำให้เกิดความตึงเครียด ซึ่งบุคคลจะพยายามควบคุมสิ่งคุกคามนั้น เพื่อให้ร่างกายและจิตใจอยู่ในภาวะสมดุล สิ่งที่ทำให้เกิดความเครียด จะมีความหมายมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับการประเมินของบุคคล

2) การประเมินสถานการณ์ (Appraisal) เป็นกระบวนการทางความคิดที่เกิดขึ้นระหว่างปัญหากับการตอบสนองทางอารมณ์และพฤติกรรม ซึ่งมี 3 ขั้นตอน ได้แก่

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

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

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

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

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

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

4.3.3 ปัจจัยที่มีผลต่อการเผชิญความเครียด

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

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

2) ประสบการณ์ในอดีต เป็นศักยภาพของแต่ละบุคคลซึ่งช่วยในการตัดสินใจหรือจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น บุคคลจะนำรูปแบบพฤติกรรมการเผชิญความเครียดเดิมที่เคยใช้ได้ผลมาใช้จัดการกับปัญหา ซึ่งถ้าไม่ประสบความสำเร็จก็จะหาวิธีใหม่ นอกจากนี้ประสบการณ์ในอดีต มักทำให้เพิ่มความทนต่อความเครียดอีกด้วย

3) ระดับการศึกษา โดยระดับการศึกษาที่ดีกว่าจะทำให้บุคคลสามารถเลือกปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการเผชิญความเครียดได้เหมาะสม ตลอดจนใช้ประโยชน์จากความรู้ หรือผลสะท้อนจากพฤติกรรมเดิมที่เคยปฏิบัติมาพิจารณาใช้เพื่อป้องกันการเกิดปัญหาซ้ำอีก

4) ทักษะในการแก้ปัญหา เป็นความสามารถเฉพาะของแต่ละบุคคลที่จะนำประสบการณ์ สถิติปัญหาและความรู้มาใช้แก้ปัญหา เช่น ความสามารถในการค้นหาข้อมูลที่เป็นประโยชน์ การจำแนกวิเคราะห์ปัญหา ตลอดจนทางเลือกที่เหมาะสม

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

6) ภาวะสุขภาพและพลังงาน ถือเป็นแหล่งประโยชน์ทางด้านร่างกายที่มีผลต่อพฤติกรรมในการเผชิญความเครียด บุคคลซึ่งเจ็บป่วยอ่อนแอ ย่อมมีพลังงานซึ่งจะนำมาใช้ประโยชน์ในการเผชิญความเครียดน้อยกว่าบุคคลที่สุขภาพดี แข็งแรง

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

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

9) แหล่งประโยชน์ทางวัตถุ ได้แก่ เงิน สิ่งของ และสิ่งจำเป็นในการดำเนินชีวิต บุคคลซึ่งมีแหล่งอำนวยความสะดวกสบาย โดยเฉพาะถ้าใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ย่อมมีทางเลือก และมีความพร้อมที่จะเผชิญความเครียดมากกว่าบุคคลที่ขาดแคลน ดังจะเห็นได้จากอุบัติการณ์ของความผิดปกติทางจิต ซึ่งพบมากในกลุ่มบุคคลซึ่งมีเศรษฐกิจต่ำ เชื่อว่ามีสาเหตุสำคัญประการหนึ่งมาจากการต้องประสบกับปัญหา และความเครียดในการดำเนินชีวิตมากขึ้น

4.4 ผลกระทบของความเครียด

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

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

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

4.4.3 ความผิดปกติด้านพฤติกรรม ได้แก่ มีการรับประทานอาหารเพิ่มขึ้นหรือลดลง สูบบุหรี่ ดื่มสุรามากขึ้น ใช้สารเสพติด ใช้ยานอนหลับ จู้จี้ขี้บ่น มีเรื่องขัดแย้งกับผู้อื่นบ่อยๆ ดื่มผง กัดเล็บ กัดฟัน เจ็บข้อมือ เก็บตัว เป็นต้น

4.5 ความเครียดในผู้ป่วยจิตเภท

4.5.1 สถานการณ์ความเครียดในผู้ป่วยจิตเภท

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

1) การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท เนื่องจากทำให้กระบวนการทางสรีระผิดปกติ การรับรู้ผิดปกติ มีความคิดผิดปกติ มีภาวะสิ้นยินดี (Adhedonia) การได้รับผลข้างเคียงจากยารักษาอาการทางจิต และอาการทางคลินิกของโรค

2) ความเครียดที่มีสาเหตุจากตัวผู้ป่วยเอง ได้แก่ ผลกระทบของโรคจิตเภท การสูญเสียเป้าหมายในชีวิต การรับรู้ตนเองและความสัมพันธ์กับผู้อื่น การประกอบอาชีพ การใช้เวลาว่างและการพักผ่อน รวมทั้งปัญหาสภาพการเงิน

3) ความเครียดจากสิ่งแวดล้อม ได้แก่ สัมพันธภาพกับครอบครัว และบุคคลอื่น การรับบริการด้านสุขภาพ และการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล

4.5.2 ความเครียดและการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท

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

กลับเป็นซ้ำของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทว่าเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยความเปราะบางของผู้ป่วย ปัจจัยความเครียดจากสิ่งแวดล้อม และปัจจัยปกป้องของผู้ป่วยจิตเภท กล่าวคือ

1) ปัจจัยเปราะบางของผู้ป่วย ได้แก่ ความผิดปกติของระดับสารสื่อประสาท โดปามีน ความสามารถของกระบวนการคิดที่ลดลง ปฏิกริยาตอบสนองของระบบประสาทอัตโนมัติมากกว่าปกติ และบุคลิกภาพแบบจิตเภท

2) ปัจจัยความเครียดจากสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การที่สังคมไม่ยอมรับ และมีทัศนคติทางลบต่อผู้ป่วย การวิพากษ์วิจารณ์ การตำหนิผู้ป่วย การแสดงออกทางอารมณ์ที่สูงเกินไป รวมทั้งเหตุการณ์ในชีวิตประจำวันที่ทำให้เกิดความทุกข์ และรบกวนผู้ป่วย

3) ปัจจัยปกป้องของผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย

3.1) ปัจจัยปกป้องเฉพาะบุคคล ได้แก่ ทักษะการเผชิญ และจัดการความเครียด การได้ยารักษาอาการทางจิต

3.2) ปัจจัยปกป้องจากสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ความสามารถในการแก้ปัญหาในครอบครัวผู้ป่วย การบำบัดทางจิตสังคมที่ผู้ป่วยได้รับ และการสนับสนุนทางสังคม

แนวคิดนี้อธิบายว่า การกลับเป็นซ้ำของอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทเกิดจากความเปราะบางของผู้ป่วยสูงกว่าปัจจัยปกป้อง เมื่อผู้ป่วยเผชิญกับปัจจัยความเครียดจากสิ่งแวดล้อม จึงทำให้มีอาการทางจิตรุนแรงขึ้น ดังนั้นการให้การบำบัดช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภท เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค จึงเป็นการส่งเสริมปัจจัยปกป้องเฉพาะบุคคลและปัจจัยปกป้องจากสิ่งแวดล้อมให้แก่ผู้ป่วย

4.6 การประเมินความเครียด

การประเมินความเครียดต้องใช้หลายวิธีมาช่วยในการตัดสินใจ และประเมินภาวะเครียดเนื่องจากความเครียดทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆในร่างกาย และสภาพจิตใจ การประเมินความเครียดจึงจำแนกได้เป็น 3 วิธี ดังนี้ (มรรยาทร รุจิวิทย์, 2548)

4.6.1 การประเมินการเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยา โดยการวัดการเปลี่ยนแปลงภายในร่างกายของผู้ที่อยู่ในภาวะเครียด เช่น อัตราการเต้นของหัวใจ การหายใจ ความดันโลหิต เป็นต้น ซึ่งการประเมินนี้ต้องใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ในการวัด

4.6.2 การประเมินจากพฤติกรรม หรือการแสดงออกซึ่งสามารถสังเกตเห็นได้

โดยสังเกตจากความผันแปรในด้านความคิด คำพูด และการติดต่อสื่อสารโดยไม่ใช้คำพูด การรับรู้ ความจำ วิธีการแก้ไขปัญหา และการตัดสินใจ ซึ่งบุคคลอื่นสามารถสังเกตเห็นและสามารถบันทึก พฤติกรรมนั้นได้ แบบประเมินพฤติกรรมนี้ต่อมาถูกพัฒนาและนำมาใช้ในการประเมินภาวะ จิตสังคมของผู้ที่มีความเจ็บป่วยทางจิต

4.6.3 การประเมินโดยใช้แบบสอบถาม หรือแบบวัด เป็นการประเมินภาวะ เครียด ที่เป็นความรู้สึกลงของตนเองต่อการดำเนินชีวิตประจำวันที่คนคนนั้นสามารถรับรู้หรือบอกได้ แล้วจึงมารวบรวมเป็นระดับของความเครียด ซึ่งได้มีผู้สร้างขึ้นมาใช้อยู่หลายประเภท ได้แก่

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

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

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

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

โดยสรุปการประเมินความเครียด สามารถประเมินได้จากการเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยา ประเมินจากพฤติกรรมหรืออาการที่แสดงออกซึ่งสามารถสังเกตเห็นได้ และประเมินจากการรับรู้ของบุคคลนั้นโดยประเมินในรูปของแบบสอบถามหรือแบบวัดความเครียด

4.7 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทเพื่อลดความเครียด พยาบาลสามารถช่วยบุคคลหรือผู้ป่วยที่มีปัญหาความเครียดได้โดยใช้กระบวนการพยาบาล ได้แก่ (เพียรดี เปี่ยมมงคล, 2553)

4.7.1 การประเมิน ซึ่งต้องประเมินครอบคลุมข้อมูลในด้านต่างๆ ได้แก่

1) ประสบการณ์ในอดีต เช่น มีการเปลี่ยนแปลงอะไรบ้างที่สำคัญในชีวิต วิธีการจัดการกับความเครียดที่ผ่านมา รวมทั้งแหล่งช่วยเหลือทางสังคม และที่พึ่งทางจิตใจ

2) การรับรู้สาเหตุของความเครียด

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

4.7.2 การวินิจฉัยการพยาบาล เพื่อเป็นแนวทางการวางแผนการพยาบาลต่อไป ซึ่งจะสอดคล้อง และสัมพันธ์กับอาการของผู้ป่วย เช่น มีความวิตกกังวล เสรี ขาดความรู้เกี่ยวกับการจัดการกับความเครียดและการดูแลตนเอง และการมีอาการทางจิตกำเริบ เป็นต้น

4.7.3 การวางแผนการพยาบาล ซึ่งแผนการพยาบาลจะประกอบด้วย

1) เป้าหมาย การพยาบาล ได้แก่ เป้าหมายระยะสั้น ในที่นี้ ก็เพื่อช่วยให้อาการผิดปกติจากการปรับตัวต่อความเครียดในปัจจุบันลดน้อยลง เป้าหมายระยะยาว คือ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยใช้ศักยภาพที่มีอยู่ให้เป็นประโยชน์สูงสุดเพื่อความผาสุกของชีวิต

2) กิจกรรมการพยาบาลซึ่งต้องสอดคล้องกับปัญหา เป้าหมายที่ต้องการและควรมีรายละเอียดที่ชัดเจน

4.7.4 การปฏิบัติการพยาบาล เป็นขั้นตอนของการปฏิบัติตามแผนการพยาบาลที่ได้กำหนดไว้ เช่น การช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความเครียดและผลของความเครียด ให้ผู้ป่วยพูดระบายถึงความเครียด ฝึกทักษะการจัดการกับความเครียด และเทคนิคการผ่อนคลาย เป็นต้น

4.7.5 การประเมินผลการพยาบาล เป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการพยาบาล

พยาบาลจะตรวจสอบการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยภายหลังการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ว่าเป็นไปตามเป้าหมายหรือไม่ ซึ่งเป็นการตรวจสอบเพื่อปรับปรุงแผนการพยาบาลต่อไป

โดยสรุป เมื่อบุคคลมีความเครียดจะมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ ซึ่งความเครียดมีทั้งผลดีและผลเสียต่อบุคคล การมีความเครียดที่พอดี จะทำให้บุคคลตื่นตัวในการเรียนหรือการทำงาน แต่การมีความเครียดสูง และมีอยู่เป็นเวลานานจะทำให้เกิดความเจ็บป่วยได้ทั้งร่างกายและจิตใจ พยาบาลควรมีความรู้เกี่ยวกับความเครียด และวิธีการจัดการความเครียดที่เหมาะสม เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

5. โปรแกรมการจัดการความเครียด

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับแนวทางและ โปรแกรมในการจัดการความเครียด ทั้งในบุคคลทั่วไปและในผู้ป่วยจิตเภท มีแนวทางในการจัดการความเครียดหลายแนวทาง ดังต่อไปนี้

5.1 แนวทางการจัดการความเครียดของกรมสุขภาพจิต (2541)

เป้าหมายของการจัดการกับความเครียดไม่ใช่การระงับหรือหลีกเลี่ยงความเครียด หากแต่จะเน้นเรื่องการจัดการกับอารมณ์และช่วยให้บุคคลสามารถแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้อย่างเหมาะสม เพื่อไม่ให้เกิดผลทางลบตามมา

5.1.1 หลักการในการจัดการกับความเครียดของกรมสุขภาพจิต ได้แก่

1) ต้องรู้จักตัวเอง คือรู้ว่าปกติเรามีปฏิกิริยาต่อความเครียดอย่างไร การรู้ตัวเป็นเรื่องสำคัญที่สุด ดังนั้นจึงควรหมั่นสังเกตความคิดปกติทางร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรมที่เกิดจากความเครียด

2) ตรวจสอบความคิดของตนเอง ที่มีต่อสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียด ว่าเป็นอย่างไรเพื่อให้ทราบถึงความรู้สึกที่เกิดขึ้น จะได้เข้าใจว่าส่วนไหนเป็นความจริง ส่วนไหนเป็นเพียงความคิดของเรา

3) จัดการกับสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียด กรณีที่เปลี่ยนแปลงแก้ไขอะไรไม่ได้ ต้องหาทางยอมรับว่าต้องเป็นเช่นนั้นอาจต้องใช้วิธีหลบออกมาก่อน ควรมีแนวทางในการแก้ปัญหาไว้หลายทาง เพื่อเลือกหนทางที่ดีที่สุดหรือใช้หลายแนวทางร่วมกัน

4) เสริมสร้างและรักษาสุขภาพให้ดี รวมทั้งฝึกวิธีผ่อนคลายความเครียด

5.1.2 แนวทางในการจัดการกับความเครียดของกรมสุขภาพจิต (2541) ได้แก่

- 1) ด้านร่างกาย เทคนิคที่ใช้ เช่น การฝึกผ่อนคลายด้วยการหายใจ การฝึกสมาธิ โยคะ มวยจีน รวมทั้งการรักษาร่างกายให้อยู่ในสถานะสมดุลอยู่เสมอ
- 2) ด้านพฤติกรรม เทคนิคที่ใช้ เช่น ทักษะทางสังคม ความเห็นอกเห็นใจผู้อื่น จะช่วยให้ได้รับความรักจากคนรอบข้าง ซึ่งนับเป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อการช่วยเหลือตนเอง ให้สามารถจัดการกับความเครียดได้
- 3) ด้านความคิดและอารมณ์ เทคนิคที่ใช้ เช่น การใช้เหตุผลในการแก้ปัญหา ทักษะการตัดสินใจและการบริหารเวลา ทักษะที่ช่วยให้ดำเนินชีวิตได้ดีขึ้น เช่น การสร้างพลังใจ แนวโน้มที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ความคิดในทางบวกและความคิดที่มีเหตุผล

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

- 1) ให้ความรู้เกี่ยวกับความเครียดที่มีผลต่ออารมณ์ ความคิด และพฤติกรรม เพื่อเพิ่มความรู้ในตนเองของผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับอารมณ์ด้านลบขณะที่มีความเครียด และฝึกทักษะการจัดการกับอารมณ์ด้านลบ เช่น การหายใจลึกๆ (Deep breathing) การออกกำลังกาย
- 2) ให้ความรู้เกี่ยวกับความฉลาดทางอารมณ์ (Emotional intelligence) และฝึกปฏิบัติวิธีทำให้เกิดความฉลาดทางอารมณ์
- 3) พัฒนาปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมการเผชิญความเครียดในผู้ป่วย โดยการฝึกทักษะการสื่อสาร ฝึกพฤติกรรมการกล้าแสดงออก ฝึกทักษะการแก้ปัญหา
- 4) ให้ความรู้และฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดการกับภาวะวิกฤติในการทำงาน

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

5.3.1 ขั้นตอนในการพัฒนาโปรแกรมการจัดการความเครียด มีดังนี้

- 1) การทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวกับ วิธีการจัดการความเครียดที่มีประสิทธิภาพ สำหรับคนทั่วไปและผู้ป่วยจิตเวช
- 2) จากการศึกษากรณีเกี่ยวกับการบำบัด ที่มีประสิทธิภาพสำหรับผู้ป่วยจิตเภท
- 3) ใช้ความบกพร่องด้านความรู้คิดของผู้ป่วยจิตเภท ที่มีผลต่อการเกิดความเครียด และการจัดการความเครียดมาเป็นข้อพิจารณาในการจัดโปรแกรม

4) ใช้ประสบการณ์ทางคลินิก และข้อมูลป้อนกลับจากกลุ่มผู้ป่วย ที่ทดลองใช้โปรแกรมการจัดการความเครียดฉบับร่าง

5.3.2 โปรแกรมใช้แนวทางการจัดการความเครียดใน 3 แนวทาง ได้แก่

1) ลดปฏิกิริยาตอบสนองทางร่างกายต่อความเครียด โดยใช้การฝึกการผ่อนคลาย
2) ส่งเสริมความแข็งแรงของร่างกาย โดยการพักผ่อน ออกกำลังกาย และ
โภชนาการที่เหมาะสม

3) พัฒนาทักษะด้านการรู้คิด และพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเผชิญความเครียด

ในการดำเนินกิจกรรมใช้หลักการเรียนรู้ จากการฝึกปฏิบัติ (Practice) การฝึกปฏิบัติจริงในสถานการณ์สมมติ (Role play) การให้ข้อมูลสะท้อนกลับ (Feedback) และการมอบหมายงาน (Home work) ซึ่งมีผลต่อการพัฒนาด้านทักษะในการจัดการความเครียด โปรแกรมมีลักษณะการบำบัดรายกลุ่ม จำนวน 12 สัปดาห์ ประกอบด้วย 12 กิจกรรม ได้แก่ 1) การให้ความรู้เรื่องการเผชิญความเครียด และฝึกทักษะการผ่อนคลาย (Coping with stress and relaxation training) 2) การเผชิญความเครียดที่เกิดจากการรับประทานยา (Coping with medication stress) 3) การเผชิญกับอาการทางจิต (Coping with symptoms) 4) การเสริมสร้างความแข็งแรงของร่างกายโดยการพักผ่อนและการออกกำลังกาย (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) การนำทักษะการแก้ปัญหาไปใช้ในการพัฒนาและดำรงรักษามิตรภาพ (Problem-Solving-application to developing and maintaining friendship) 10) การเผชิญกับตราบาป (Coping with stigma) 11) การเผชิญกับสถานการณ์ความเครียดที่เกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Coping with stressful interpersonal interaction) 12) ทบทวน วางแผน เพื่อติดตาม (Review, Plan for follow)

ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดโปรแกรมการจัดการความเครียดของ Norman et al. (2002) มาเป็นแนวทางในการสร้างโปรแกรมการจัดการความเครียด เพื่อช่วยลดอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท และป้องกันการกำเริบของโรค เนื่องจากเป็นโปรแกรมที่ครอบคลุมกิจกรรมที่ช่วยจัดการกับปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิตรุนแรงขึ้น และจัดการกับสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิด

ความเครียด และปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยพร่องความสามารถในการจัดการกับความเครียดโดยประยุกต์กิจกรรมตามแนวคิดนี้ให้ตรงตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย และสอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วยจิตเภทในประเทศไทย โปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างนี้ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ซึ่งได้รวมกิจกรรมที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันเข้าไว้ด้วยกัน ส่วนกิจกรรมที่ 12 จากแนวคิดข้างต้น คือการทบทวน และวางแผน จะทำตลอดการดำเนินการในทุกกิจกรรม ดังแสดงใน ตารางที่ 1

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

กิจกรรมในโปรแกรม	แนวคิดหลัก	การพัฒนา
1.การให้ความรู้เรื่องความเครียดและฝึกทักษะการผ่อนคลาย	การให้ความรู้เรื่องความเครียด การเผชิญความเครียด และการลดปฏิกิริยาตอบสนองทางร่างกายต่อความเครียดโดยฝึกการผ่อนคลาย	ผู้วิจัยได้รวบรวมเนื้อหาความรู้เกี่ยวกับความเครียด ทั้งด้านสาเหตุ อาการ และผลกระทบของความเครียดที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยจิตเภท และแนวทางในการจัดการกับความเครียด รวมทั้งแนวทางการฝึกการผ่อนคลายความเครียดที่ใช้ได้ผลดีในผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้ผู้ป่วยทบทวนผลของความเครียดต่อสุขภาพด้านร่างกายและจิตใจ ได้เพิ่มความตระหนักรู้ในตนเองของผู้ป่วยเกี่ยวกับอารมณ์ด้านลบ ในขณะที่มีความเครียด สามารถประเมินความเครียดที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเองและฝึกการผ่อนคลายความเครียดด้วยตนเองได้ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถลดความเครียดของตนเองลงก่อนที่จะมีความเครียดนั้นจะมากระตุ้นให้อาการทางจิตกำเริบ

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

กิจกรรมในโปรแกรม	แนวคิดหลัก	การพัฒนา
2.การเสริมสร้างความ แข็งแรงของร่างกาย	ส่งเสริมความแข็งแรงของ ร่างกายโดยการพักผ่อน ออกกำลังกาย และ โภชนาการ	ผู้วิจัยได้รวบรวมเนื้อหาเกี่ยวกับการส่งเสริม ความแข็งแรงของร่างกายสำหรับผู้ป่วย ทั้ง เรื่องการนอนหลับพักผ่อน การออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร โดยรวมเนื้อหาของ กิจกรรมใน Stress management program ได้แก่ กิจกรรมที่ 4 เรื่อง การเสริมสร้างความ แข็งแรงของร่างกายโดยการพักผ่อนและการ ออกกำลังกาย และกิจกรรมที่ 5 เรื่อง การ บริโภคและความเครียด เนื่องจากมาจาก แนวคิดเดียวกันคือการส่งเสริมความแข็งแรง ของร่างกายเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีความอดทน ต่อความเครียดมากขึ้น สามารถเผชิญ ความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ
3.การจัดการกับอาการ ทางจิต	พัฒนาทักษะด้านการรู้คิด และพฤติกรรมเมื่อเผชิญ กับอาการทางจิตและ ความเครียดที่เกิดจาก อาการทางจิต	ผู้วิจัยได้รวบรวมความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท ผลของอาการทางจิตต่อความเครียดของ ผู้ป่วย และฝึกทักษะการจัดการกับอาการ ทางจิต เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีแนวทาง และ ทักษะในการจัดการกับอาการทางจิตที่เกิดขึ้น มีอาการทางจิตลดลง สามารถปรับตัวต่อ ความเครียดได้

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

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

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

กิจกรรมในโปรแกรม	แนวคิดหลัก	การพัฒนา
6. การพัฒนาทักษะการสื่อสารและสัมพันธภาพ	พัฒนาทักษะด้านการรู้คิดและพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเผชิญความเครียดที่เกิดจากการสื่อสาร และการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น	ผู้วิจัยได้รวบรวมทักษะการสื่อสารและการแสดงออกกับผู้อื่นในทางที่เหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับความเครียดที่เกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น สามารถใช้ทักษะด้านการสื่อสารจัดการความเครียดได้อย่างเหมาะสมเพื่อช่วยควบคุมและลดอาการทางจิต โดยผู้วิจัยได้รวมเนื้อหาของกิจกรรมใน Stress management program ได้แก่ กิจกรรมที่ 9 เรื่อง การนำทักษะการแก้ปัญหาไปใช้ในการพัฒนาและดำรงรักษามิตรภาพ กิจกรรมที่ 10 เรื่อง การเผชิญกับตราบาป และกิจกรรมที่ 11 เรื่อง การเผชิญกับสถานการณ์ความเครียดที่เกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เพื่อความกระชับของเนื้อหาเนื่องจากในแต่ละกิจกรรมเน้นการพัฒนาทักษะการสื่อสาร การมีปฏิสัมพันธ์และการแสดงออกกับผู้อื่น

โดยมีรายละเอียดของโปรแกรมที่สร้างขึ้นใช้ในการศึกษารังนี้ ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การให้ความรู้เรื่องความเครียดและฝึกทักษะการผ่อนคลาย

เริ่มต้นด้วยการสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของโปรแกรม ประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับ ลักษณะของโปรแกรม และเวลาในการดำเนินกิจกรรม โดยกิจกรรมนี้ ประกอบด้วยการให้ความรู้ และการฝึกปฏิบัติ คือให้ความรู้เกี่ยวกับความเครียด ทบทวน

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

กิจกรรมที่ 2 การเสริมสร้างความแข็งแรงของร่างกาย

เพื่อสร้างเสริมภาวะสุขภาพ ช่วยให้ผู้ป่วยมีความอดทนต่อความเครียดมากขึ้น สามารถจัดการความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากสุขภาพร่างกายที่แข็งแรงถือเป็นแหล่งประโยชน์ที่มีผลต่อการจัดการความเครียด บุคคลซึ่งเจ็บป่วยอ่อนแอ ย่อมมีพลังงานซึ่งจะนำมาใช้ประโยชน์ในการจัดการความเครียดน้อยกว่าบุคคลที่สุขภาพดีและแข็งแรง โดยการให้ความรู้ให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการนอนหลับพักผ่อน การออกกำลังกาย การบริโภคอาหารที่มีผลต่อการส่งเสริมความแข็งแรงของร่างกาย ฝึกการยืดกล้ามเนื้อก่อนและหลังการออกกำลังกาย สรุป และวางแผนการดำเนินกิจกรรมในครั้งต่อไป

กิจกรรมที่ 3 การจัดการกับอาการทางจิต

เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีแนวทางในการจัดการกับอาการทางจิตที่เกิดขึ้น มีอาการทางจิตลดลง สามารถปรับตัวต่อความเครียดที่เกิดจากอาการทางจิต โดยให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท อาการทางจิต และผลของอาการทางจิตต่อความเครียดหรือความทุกข์ใจของผู้ป่วย แนะนำวิธีการจัดการกับอาการทางจิต โดยสอนให้ผู้ป่วยตระหนักถึงการรับรู้ที่ผิดปกติ (Hallucination) เนื้อหาความคิดที่แปลกๆ หรือผิดปกติ เช่น ความคิดหลงผิด (delusion) ให้ผู้ป่วยฝึกการสังเกตพฤติกรรมทางอารมณ์ และพฤติกรรมที่มีต่อการรับรู้หรือความคิดที่ผิดปกตินั้น และสามารถรายงานอาการทางจิตที่เพิ่มขึ้น ฝึกเทคนิคในการจัดการกับอาการทางจิต ได้แก่ เทคนิคทางารรู้คิด เช่น การเบี่ยงเบนความสนใจ เทคนิคทางพฤติกรรม เช่น เพิ่มการทำกิจกรรมให้มากขึ้น เพิ่มการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม การแยกตัวจากสถานการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดอาการทางจิต การตรวจสอบความจริง เป็นต้น เทคนิคทางสรีระ เช่น ใช้เทคนิคการผ่อนคลายที่ได้เรียนรู้ไป แนวทางการฝึกทักษะคือ เลือกรายการทางจิตที่เป็นปัญหาของกลุ่ม ใช้เป็นสถานการณ์มาแสดงบทบาทสมมติถึงวิธีการจัดการกับอาการทางจิตที่

เหมาะสม สรุปและวางแผนการดำเนินกิจกรรมในครั้งต่อไป ให้การบ้านให้ผู้ป่วยนำวิธีการจัดการกับอาการทางจิตที่ได้เรียนรู้ไปใช้ เมื่อเกิดอาการทางจิตที่บ้านนำผลมาสรุปทบทวนในการเข้ากิจกรรมครั้งต่อไป

กิจกรรมที่ 4 การจัดการความเครียดที่เกิดจากการรับประณามยา

โดยการให้ความรู้เรื่องการรักษาอาการทางจิต ช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการรับประณามยา ให้ความรู้เกี่ยวกับอาการข้างเคียงของยา และวิธีการจัดการกับอาการข้างเคียงจากยา กระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยบอกปัญหาความกังวลใจในการรับประณามยาทางจิตเวช โดยใช้สถานการณ์สมมติให้ผู้ผู้ป่วยฝึกวิธีการจัดการความรู้สึกกดดันที่เกิดจากการต้องรับประณามยา ฝึกรายงานอาการข้างเคียงของยา ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยมีทัศนคติที่ดีและสามารถจัดการความเครียดที่เกิดจากการรับประณามยาได้ สรุปและวางแผนการดำเนินกิจกรรมในครั้งต่อไป

กิจกรรมที่ 5 การแก้ไขปัญหาในชีวิตประจำวัน

ให้ผู้ผู้ป่วยมีแนวทางในการแก้ไขปัญหาในชีวิตประจำวัน และการจัดการด้านการเงิน และเวลา ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยจัดการกับความเครียดได้อย่างเหมาะสม โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับแนวทางการแก้ไขปัญหาในชีวิตประจำวัน ความรู้เรื่องการบริหารจัดการด้านการเงินและเวลา การฝึกทักษะการแก้ปัญหาเป็นลำดับ คือเริ่มต้นจากการให้ผู้ผู้ป่วยระบุปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน โดยเฉพาะด้านการเงิน และเวลา การหาทางเลือกในการจัดการแก้ไขปัญหา พิจารณาข้อดีข้อเสียและความเป็นไปได้ในแต่ละทางเลือก การตัดสินใจเลือกทางเลือกในการแก้ปัญหาที่ดีที่สุดสำหรับตนเอง ปฏิบัติตามทางเลือกนั้น และประเมินผลลัพธ์ ถ้าผลไม่เป็นที่น่าพอใจ ให้พิจารณาทางเลือกในการแก้ปัญหาใหม่ และปฏิบัติตามทางเลือกนั้น โดยใช้สถานการณ์สมมติให้ผู้ผู้ป่วยฝึกทักษะการแก้ปัญหาเป็นลำดับ ฝึกเทคนิคการบริหารจัดการด้านการเงินและเวลา ได้แก่ ฝึกวางแผนการใช้จ่ายเงิน โดยฝึกการบันทึกบัญชีรายรับรายจ่าย ฝึกวางแผนการทำงานและกิจกรรมต่างๆ โดยจัดทำตารางเวลา สรุป และวางแผนการดำเนินกิจกรรมในครั้งต่อไป ให้การบ้านให้ผู้ผู้ป่วยบันทึกบัญชีรายรับรายจ่าย และจัดทำตารางเวลาตามวิธีที่ได้เรียนรู้ไป และนำผลมาสรุปทบทวนในการเข้ากิจกรรมครั้งต่อไป

กิจกรรมที่ 6 การพัฒนาทักษะการสื่อสาร และสัมพันธภาพ

การดำเนินกิจกรรมนี้เพื่อเพิ่มความสามารถในการติดต่อสื่อสาร การแสดงออกกับผู้อื่น ในทางที่เหมาะสม เมื่อเผชิญกับความเครียดสามารถใช้ทักษะด้านการสื่อสารในการติดต่อขอความช่วยเหลือ และความร่วมมือจากบุคคลอื่น ทำให้ผู้ป่วยมีความสะดวกหรือความง่ายในการจัดการ แก้ไขปัญหา และจัดการความเครียดได้อย่างเหมาะสม โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับความสำคัญและแนวทางในการติดต่อสื่อสารกับผู้อื่น และการแสดงออกกับผู้อื่นอย่างเหมาะสม ฝึกทักษะการสร้างสัมพันธภาพ ฝึกทักษะการสื่อสาร พฤติกรรมการแสดงออกอย่างเหมาะสม โดยใช้สถานการณ์สมมติให้ผู้ป่วยฝึกการสื่อสารและการแสดงออก เมื่อเผชิญกับความไม่เข้าใจหรือความขัดแย้งกับผู้อื่น และเมื่อต้องการขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น เพื่อส่งเสริมภาพลักษณ์ เพิ่มความสามารถในการติดต่อสื่อสาร ทำให้ผู้ป่วยได้รับการยอมรับจากสังคม เมื่อเผชิญกับความเครียดสามารถใช้ทักษะด้านการสื่อสารในการติดต่อขอความช่วยเหลือ และความร่วมมือจากบุคคลอื่น ทำให้ผู้ป่วยมีความสะดวกหรือความง่ายในการจัดการ แก้ไขปัญหาและจัดการความเครียดได้ ซึ่งจะช่วยส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมากขึ้น สรุปและทบทวนการดำเนินกิจกรรมทั้งหมด

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

6.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องในประเทศไทย

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

ตามความเชื่อทางศาสนา การหลีกหนีปัญหา และการแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ การแสดงพฤติกรรมรุนแรง

เกียรติศักดิ์ อองกุลนะ (2551) ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดโดยการคิดแบบอริยสัจสี่และการบริหารร่างกายแบบโยคะต่อพฤติกรรมการจัดการความเครียดและระดับความเครียดของนักศึกษาพยาบาล กลุ่มตัวอย่างคือนักศึกษาพยาบาลศาสตรชั้นปีที่ 2 วิทยาลัยพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก และวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 72 คน คัดเลือกโดยการจับคู่และสุ่มเข้ากลุ่มทดลอง จำนวน 36 คน ที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดที่ประกอบด้วยการจัดการความเครียด 2 แบบ คือ แบบมุ่งแก้ไขที่ปัญหาโดยการคิดแบบอริยสัจสี่ และแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์โดยการบริหารร่างกายแบบโยคะและกลุ่มควบคุมจำนวน 36 คน ที่ได้รับการปรึกษาจากอาจารย์ที่ปรึกษาตามปกติ ผลการศึกษาพบว่า 1) พฤติกรรมการจัดการความเครียดของนักศึกษาพยาบาลในกลุ่มทดลองดีกว่าก่อนทดลอง และดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 2) ระดับความเครียดของนักศึกษาพยาบาลในกลุ่มทดลองต่ำกว่าก่อนทดลอง และต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

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

บุญกล ศุภอักษร (2553) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ได้รับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศูนย์ราชบุรี ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ จำนวน 40 คน ได้รับการจับคู่และสุ่มเข้ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียด จำนวน 20 คน และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ จำนวน 20 คน ผลการศึกษาพบว่า การทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนหลังได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียด และสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

6.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องในต่างประเทศ

Norman et al. (2002) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดสำหรับผู้ป่วยจิตเภท โดยกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตคงที่ คือไม่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและไม่ต้องเพิ่มยาภายในระยะเวลา 3 เดือน จำนวน 130 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 64 คน และกลุ่มควบคุม 66 คน โดยกลุ่มทดลองคือกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียด และกลุ่มควบคุมคือกลุ่มที่ได้รับการกิจกรรมทางสังคม ได้ศึกษาเปรียบเทียบอาการทางจิต การรับรู้ความเครียด ทักษะชีวิตในการทำหน้าที่ และจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยใน ผลการศึกษาหลังสิ้นสุดการทดลองทันทีพบว่าผู้ป่วยจิตเภททั้งกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียด และกลุ่มที่ได้รับการกิจกรรมทางสังคม มีระดับความรุนแรงของอาการทางจิตด้านบวก และอาการทางจิตด้านลบลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ .01 ตามลำดับ มีการรับรู้ความเครียดและทักษะชีวิตในการทำหน้าที่ที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ในระยะติดตามผล 1 ปี พบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดมี จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยในน้อยกว่าผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการกิจกรรมทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

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

หลังสิ้นสุดการบำบัดทันที ติดตามผลในระยะ 6 เดือน 12 เดือน และ 18 เดือน ผลการศึกษาพบว่า

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

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

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น ผู้วิจัยได้สรุปแนวทางการดำเนินกิจกรรมในโปรแกรมการจัดการความเครียด เป็น 6 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมที่ 1 การให้ความรู้เรื่องความเครียด และฝึกทักษะการผ่อนคลาย กิจกรรมที่ 2 การเสริมสร้างความแข็งแรงของร่างกาย กิจกรรมที่ 3 การจัดการกับอาการทางจิต กิจกรรมที่ 4 การจัดการความเครียดที่เกิดจากการรับประทานยา กิจกรรมที่ 5 การแก้ไขปัญหาในชีวิตประจำวัน และกิจกรรมที่ 6 การพัฒนาทักษะการสื่อสารและสัมพันธภาพ ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวจะช่วยลดอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท สรุปเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย ได้ดังนี้

กรอบแนวคิดในการวิจัย

