

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

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

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียด
2. เพื่อเปรียบเทียบอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการจัดการความเครียดกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. อาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับ โปรแกรมการจัดการความเครียด ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียด
2. อาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภตก่อนที่ได้รับ โปรแกรมการจัดการความเครียด ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) และมารับการตรวจรักษาที่หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกจิตเวช

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท ซึ่งเข้ารับการรักษที่หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลรามารักษ์ จำนวน 40 คน ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ในการคัดเลือก

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

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

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

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

กิจกรรมที่ 1 การให้ความรู้เรื่องความเครียด และฝึกทักษะการผ่อนคลาย

กิจกรรมที่ 2 การเสริมสร้างความแข็งแรงของร่างกาย

กิจกรรมที่ 3 การจัดการกับอาการทางจิต

กิจกรรมที่ 4 การจัดการความเครียดที่เกิดจากการรับประทานยา

กิจกรรมที่ 5 การแก้ไขปัญหาในชีวิตประจำวัน

กิจกรรมที่ 6 การฝึกทักษะการสื่อสารและสัมพันธภาพ

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

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาที่เจ็บป่วย และจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาด่วนในโรงพยาบาล

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

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

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

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

การดำเนินการทดลอง

1. ระยะเตรียมการทดลอง

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

1.2 ผู้วิจัยสร้างโปรแกรมการจัดการความเครียด และเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัย

1.3 ผู้วิจัยส่งโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ ที่ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการบริหารคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย แก่คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ

1.4 ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับหัวหน้าภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริบัติ เพื่อขออนุญาตทำการวิจัย และเก็บรวบรวมข้อมูล

1.5 ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยผู้วิจัย จำนวน 1 คน เพื่อเป็นผู้ช่วยผู้วิจัยในการดำเนินการกิจกรรมตามโปรแกรมการจัดการความเครียด

1.6 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 40 คน แล้วสุ่มเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน ตามขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ให้ข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง เกี่ยวกับการทำวิจัย แจ้งวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการทำวิจัย การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย จากนั้นให้ลงลายมือชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย

2. ระยะดำเนินการทดลอง

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

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

3. ระยะรวบรวมข้อมูล

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

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

3.3 ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบประเมินทุกชุดก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติ มีรายละเอียด ดังนี้

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

สรุปผลการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการจัดการความเครียด หลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปได้ว่าผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 คือ อาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียด

2. หลังการทดลอง พบว่าคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียด ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปได้ว่าผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 คือ อาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียด ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ดังนั้น จากผลการวิจัยครั้งนี้สรุปได้ว่า การใช้โปรแกรมการจัดการความเครียด มีผลทำให้อาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทลดลง

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่ออาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท ผลการวิจัยครั้งนี้สนับสนุนสมมติฐานการวิจัยทั้ง 2 ข้อ กล่าวคือ ข้อที่ 1 อาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียด ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียด และข้อที่ 2 อาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียด ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งผู้วิจัยขออภิปรายผลการศึกษาที่พบดังต่อไปนี้

จากผลการวิจัยพบว่าสอดคล้องกับแนวคิด Vulnerability -Stress Model (Zubin and Spring, 1977) ที่พบว่าความเครียดสัมพันธ์กับการเกิดอาการทางจิต โดยความเครียดที่เพิ่มขึ้นจะมีผลต่อการกำเริบของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภท เนื่องจากกิจกรรมในโปรแกรมการจัดการความเครียด ทั้ง 6 กิจกรรม ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้ ความเข้าใจ และมีทักษะในการจัดการกับความเครียดอย่างเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ Vrdoljak et al., (2008) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการใช้โปรแกรมการจัดการความเครียดกับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน พบว่าช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนสามารถจัดการความเครียดที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น และกิจกรรมในโปรแกรมยังช่วยจัดการกับปัจจัยสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิตรุนแรงขึ้น และสาเหตุของความเครียดที่มีลักษณะเฉพาะ (Specific stress) ในผู้ป่วยจิตเภทได้ ได้แก่ ปัญหาภาวะสุขภาพร่างกาย การเผชิญกับอาการทางจิต การรับประทานยารักษาอาการทางจิต ปัญหาในการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยเฉพาะ

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

เมื่อพิจารณารายละเอียดของกิจกรรมทั้ง 6 กิจกรรมในโปรแกรมการจัดการความเครียดพบว่าแต่ละกิจกรรมช่วยเพิ่มความสามารถในการจัดการความเครียด และจัดการกับสาเหตุของความเครียดในผู้ป่วยจิตเภทได้ ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การให้ความรู้เรื่องความเครียดและฝึกทักษะการผ่อนคลาย กิจกรรมนี้ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับความเครียดทั้งด้านสาเหตุ อาการ ผลกระทบของความเครียด และแนวทางการจัดการความเครียด เพิ่มความตระหนักถึงความเครียดที่มีต่ออาการทางจิต ต่อสุขภาพด้านร่างกายและจิตใจ นอกจากความรู้ที่ได้รับแล้ว ผู้ป่วยยังได้ฝึกทักษะการจัดการความเครียด ตั้งแต่การฝึกทักษะการสังเกตความตึงเครียดที่เกิดขึ้นโดยการประเมินความเครียดด้วยตนเอง ฝึกปฏิบัติการผ่อนคลายความเครียด ด้วยเทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้ออย่างเป็นระบบ และการสร้างจินตนาการ ซึ่งเป็นวิธีที่ช่วยผ่อนคลายความตึงเครียดทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เนื่องจากทำให้ร่างกายและจิตใจอยู่ในภาวะที่สงบ และผ่อนคลาย ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมดีขึ้น (Gispens-de Wied, 2000) ช่วยเพิ่มความสามารถในการจัดการกับความเครียดของผู้ป่วย ซึ่งถือเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยลดความเครียดลงก่อนที่ความเครียดนั้นจะมากระตุ้นให้เกิดอาการทางจิตรุนแรงขึ้น (Norman et al., 2002) ช่วยลดอาการทางจิตโดยตรง ได้แก่ อาการทางจิตด้านความตึงเครียด อาการวิตกกังวล และอาการตื่นเต้นกระวนกระวาย

กิจกรรมที่ 2 การเสริมสร้างความแข็งแรงของร่างกาย กิจกรรมนี้ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพร่างกาย มีความรู้ ความเข้าใจในการดูแลตนเอง โดยเฉพาะเรื่องการนอนหลับพักผ่อน การออกกำลังกาย และการบริโภคอาหาร เพื่อเสริมสร้างร่างกายให้แข็งแรง ทำให้พร้อมที่จะรับมือกับความเครียด และปรับตัวเผชิญกับความเครียดได้ดีขึ้น เนื่องจากผู้ที่มีความสุขดีและแข็งแรงจะมีพลังงานที่จะนำมาใช้ในการจัดการกับความเครียดได้ดีกว่าบุคคลที่สุขภาพอ่อนแอ (Lazarus and Folkman, 1984; Norman et al., 2002) และช่วยลดอาการทางจิตของผู้ป่วยโดยตรง โดยเฉพาะความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการทางกาย

กิจกรรมที่ 3 การจัดการกับอาการทางจิต เนื่องจากการไม่สามารถจัดการกับอาการทางจิต ไม่สามารถสังเกตอาการนำก่อนอาการกำเริบทำให้อาการทางจิตรุนแรงขึ้น (Hayward et al, 1995; Kaplan and Sadock, 2000) และการเผชิญกับอาการทางจิต ยังเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภท เกิดความเครียด เพราะเป็นสิ่งที่รบกวนจิตใจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกกดดัน ทุกข์ทรมานจากอาการ (Nuechterlein et al., 1994) กิจกรรมนี้ช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท และอาการทางจิตอย่างถูกต้อง มีทัศนคติที่ดีต่อการเจ็บป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีความตระหนักรู้ต่อความเจ็บป่วยที่ดี ช่วยสร้างแรงจูงใจต่อการรักษา ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยมีการเผชิญความเครียดอย่างเหมาะสม (Lysaker, 2005) และการฝึกทักษะการจัดการกับอาการทางจิต ทำให้ผู้ป่วยสามารถสังเกตอาการนำก่อนอาการกำเริบได้ สามารถจัดการกับอาการทางจิตที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสม ช่วยให้ปรับตัวต่อความเครียดที่เกิดจากอาการทางจิตได้ ช่วยให้อาการทางจิตลดลง ทั้งอาการด้านบวก อาการด้านลบ และอาการทางจิตทั่วไป

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

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

เกิดอาการของโรคจิตเภท (สมภพ เรืองตระกูล, 2549) กิจกรรมนี้ช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวทางในการจัดการกับปัญหาในชีวิตประจำวันอย่างชัดเจน เป็นลำดับ รู้ถึงแนวทางในการบริหารจัดการด้านการเงินและเวลา และได้ฝึกทักษะในการแก้ปัญหาในชีวิตประจำวัน ฝึกแนวทางในการบริหารจัดการด้านการเงินและเวลา โดยการวางแผนการใช้จ่ายเงิน การทำบัญชีรายรับรายจ่าย ฝึกวางแผนการทำกิจกรรม โดยการทำตารางเวลาการกิจกรรม ผู้ป่วยสามารถนำวิธีการที่ได้เรียนรู้ ไปปรับใช้ในชีวิตประจำวันได้ ทำให้ผู้ป่วยมีแนวจัดการกับความเครียดอย่างเหมาะสม ช่วยลดความเครียดในการดำเนินชีวิตประจำวัน และช่วยลดอาการทางจิตได้ในที่สุด (Norman et al., 2002)

กิจกรรมที่ 6 การพัฒนาทักษะการสื่อสารและสัมพันธภาพ เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทมักมีความพร่องด้านการสื่อสาร การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบมักแยกตัวอยู่ตามลำพัง ไม่มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น (ทูลตา นุปผาสังข์, 2545) ส่วนผู้ป่วยที่มีอาการทางด้านบวก โดยเฉพาะอาการประสาทหลอนและหวาดระแวง ทำให้ผู้ป่วยมีการแสดงออกที่ไม่เหมาะสมต่อผู้อื่น (Cook et al., 2007) ส่งผลให้ผู้อื่นแสดงท่าทีไม่เป็นมิตร วิพากษ์วิจารณ์หรือตีตนนินดาผู้ป่วย จึงเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความเครียด (จิราภรณ์ สรรพวิรวงศ์, 2544) และเป็นสิ่งกระตุ้นให้อาการทางจิตกำเริบได้ (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุนิษฐ์, 2555) กิจกรรมนี้ช่วยให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญ และประโยชน์ของการสื่อสาร มีความรู้ ความเข้าใจถึงแนวทางในการติดต่อสื่อสารและการแสดงออกกับผู้อื่นอย่างเหมาะสม ได้ฝึกทักษะการสื่อสารและการแสดงออกกับผู้อื่นอย่างเหมาะสม สามารถใช้ทักษะการสื่อสารในการจัดการความขัดแย้ง การขอความเห็น ความช่วยเหลือจากผู้อื่นในการจัดการกับความเครียด ช่วยให้ผู้ป่วยจัดการกับความเครียดที่เกิดจากการสื่อสารและการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นได้ ช่วยลดอาการทางจิต โดยเฉพาะอาการด้านลบ ได้แก่ การแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ มนุษยสัมพันธ์บกพร่อง และการแยกตัวจากสังคม

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

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

ปัจจัยและกระบวนการต่างๆเหล่านี้ในโปรแกรมการจัดการความเครียด มีผลต่อการพัฒนาทักษะการจัดการความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท ทำให้ผู้ป่วยสามารถจัดการความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ จัดการกับปัจจัยสาเหตุที่ทำให้อาการทางจิตรุนแรงขึ้น ช่วยลดอาการทางจิต และส่งผลในการป้องกันการกำเริบซ้ำของโรคได้ (Norman et al., 2002) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Andres et al. (2003) ที่ได้ศึกษาถึงผลของการบำบัดทางจิตใจที่ช่วยเพิ่มความสามารถในการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วย จิตเภทมีระดับความรุนแรงของอาการทางจิตลดลง และจากการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดจากการทำงานในผู้ป่วยจิตเภทของ Lee et al. (2006) ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีความเครียดที่เกิดจากการทำงาน และอาการทางจิตลดลง

จึงสรุปได้ว่า การให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้โปรแกรมการจัดการความเครียด มีผลทำให้อาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทลดลงอย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากความสามารถในการจัดการกับความเครียดของผู้ป่วย ถือเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยลดความเครียดลงก่อนที่ความเครียดนั้นจะมากระตุ้นให้เกิดอาการทางจิตรุนแรงขึ้น จนเกิดการกำเริบของโรค (Norman et al., 2002) ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยสามารถจัดการความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพจึงเป็นแนวทางที่ช่วยลดอาการทางจิตของผู้ป่วยช่วยให้ผู้ป่วยปรับจิตใจให้เข้าสู่ภาวะสมดุล ป้องกันการป่วยซ้ำของโรค และสามารถใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข

ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตโดยรวมหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง เมื่อพิจารณาจากคะแนนดิบของอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มควบคุมแต่ละคน (ดังแสดงในตารางที่ 13 ภาคผนวก) พบว่ามีผู้ป่วยในกลุ่มนี้เพียง 2 คน ที่มีคะแนนอาการทางจิตหลังการทดลองสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลอง ทำให้ดังคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตของผู้ป่วยทั้งกลุ่มสูงขึ้น จากการสัมภาษณ์เพื่อประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยหลังการทดลองพบว่าผู้ป่วยทั้ง 2 คน ไม่ได้รับประทานยารักษาอาการทางจิตต่อเนื่อง โดยผู้ป่วยคนแรกหยุดยาเอง เพราะคิดว่าตนเองไม่มีอาการแล้วจึงไม่ยอมรับรับประทานยาต่อ คนที่สองเครียดเรื่องสอบไม่ผ่าน จึงหยุดยาเองเพราะรู้สึกว่ายาทาให้หิวมากจนไม่สามารถอ่านหนังสือได้ จะเห็นได้ว่าความเครียด และการจัดการความเครียดอย่างไม่เหมาะสม และการไม่รับประทานยามีผลทำให้อาการทางจิตในผู้ป่วยรุนแรงขึ้น (Gray, Wykes and Gournay, 2002 ;Norman et al., 2002)

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

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

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะทั่วไป

1.1 โปรแกรมการจัดการความเครียดในการศึกษาครั้งนี้ เป็นกระบวนการบำบัดที่ช่วยลดอาการทางจิต ช่วยเพิ่มทักษะการจัดการความเครียดในผู้ป่วยจิตเภท ดังนั้นจึงควรมีการติดตามระยะยาว เพื่อเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้นำความรู้ และทักษะที่ได้รับไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง สม่าเสมอ เพื่อป้องกันการกำเริบซ้ำของโรคต่อไป

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

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

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาอย่างต่อเนื่อง โดยติดตามประเมินผลระยะยาวในชุมชน เพื่อเป็นการส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทเป็นระยะๆ ทำให้เกิดการคง

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

2.2 ควรมีการศึกษาวิจัยในผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มอื่นๆเช่นเดียวกัน โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีอาการทางจิตร่วมด้วย เพื่อเปรียบเทียบผลการวิจัยในผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มอื่น ว่ามีความแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร และมีปัจจัยใดบ้างที่มีผลต่ออาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการทางจิตร่วมด้วย

2.3 ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดในผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่ได้รับการรักษาตัวในโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยใน เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนที่ผู้ป่วยจะกลับไปใช้ชีวิตในชุมชน และสามารถจัดการความเครียดที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ป้องกันการกำเริบซ้ำของโรค

2.4 ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดแก่ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล เป็นรายครอบครัว หรือรายกลุ่ม เพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจผู้ป่วยจิตเภทมากขึ้น มีปฏิสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว ผู้ดูแลได้ตระหนักถึงบทบาทหน้าที่ และมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถจัดการกับความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.5 ควรมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดทางจิตสังคมที่ช่วยลดความรุนแรงของกลุ่มอาการด้านลบในผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อจำกัด

เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเป็นผู้ประเมินตัวแปรตาม ได้แก่ อาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภททั้งในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมด้วยตนเอง ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ตระหนักและระมัดระวังในการประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มโดยได้วางแผนไว้ตั้งแต่เริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลว่าจะคิดคะแนนโดยไม่ดูรายละเอียดและชื่อของผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งหากผู้สนใจจะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองในครั้งต่อไป ควรวางแผนให้ผู้ช่วยผู้วิจัยหรือบุคคลอื่นที่ไม่เกี่ยวข้องกับการวิจัยเป็นผู้ประเมิน เพื่อลดอคติ และมั่นใจในผลการวิจัยว่าเป็นผลที่เกิดขึ้นจากการทดลองจริง