

ผลของการจัดการความเครียดแบบกลุ่มต่ออาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภท*

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

วิลาสินี กำลังมาก, พย.บ. (Wilasinee Kumlungmak, BNS., RN)**

เพ็ญญา แดงค้อมยุทธ์, Ph.D. (Pennapa Dangdomyouth, Ph.D., RN)***

Abstract

Objectives: To compare positive symptoms of schizophrenic patients before and after receiving group stress management, and to compare positive symptoms of schizophrenic patients who received group stress management and those who received regular nursing care.

Methods: The sample consisted of 24 schizophrenic patients who received services at the outpatients department, Prasrimahabhodi psychiatric hospital. They were matched pair and randomly assigned into experimental group and control group, 12 subjects in each group. The experimental group received group stress management, and the control group received regular nursing care. Research instruments comprised of: 1) The group stress management, 2) The Positive and Negative Syndrome Scale

(PANSS-T), and 3) The stress inventory scale. All instruments were verified for content validity by 5 professional experts. The reliability of the 2nd instruments was reported by Cronbach's Alpha as of 0.82. Data were analyzed using descriptive statistics, Mann Whitney U test and Wilcoxon signed Rank Test.

Results: 1) The positive symptoms of schizophrenic patients who received the group stress management was significantly lower than that before at the .05 level. 2) After the experiment, the positive symptoms of schizophrenic patients who received the group stress management was significantly lower than that of whom received routine nursing care at the .05 level.

Keywords: Group stress management, Positive symptoms, Schizophrenic patients

*วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (Thesis, Master of Nursing Science Program in Psychiatry and Mental Health Nursing, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University)

**นิสิต หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (Student, Master of Nursing Science Program in Psychiatry and Mental Health Nursing, Faculty of nursing, Chulalongkorn University)

***Corresponding author, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (Corresponding author, Assistant Professor, Faculty of nursing, Chulalongkorn University), E-mail: dnayus@yahoo.com

วันที่รับ (received) 26 พฤษภาคม 2563 วันที่แก้ไข (revised) 7 สิงหาคม 2563 วันที่ตอบรับ (accepted) 25 กันยายน 2563

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อเปรียบเทียบอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับการจัดการความเครียดแบบกลุ่มและเพื่อเปรียบเทียบอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับการจัดการความเครียดแบบกลุ่มกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

วิธีการศึกษา: กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษา งานการพยาบาลจิตเวชผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์จำนวน 24 คน ซึ่งได้รับการจับคู่เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำนวนกลุ่มละ 12 คน กลุ่มทดลองได้รับการจัดการความเครียดแบบกลุ่ม ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) การจัดการความเครียดแบบกลุ่ม 2) แบบประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทฉบับภาษาไทย และ 3) แบบประเมินความเครียดด้วยตนเอง เครื่องมือทุกชุดผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน เครื่องมือชุดที่ 2 มีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.82 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยายและสถิติอนุมานพารามetric ได้แก่ Mann Whitney U test and Wilcoxon signed Rank Test

ผลการศึกษา: 1) อาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับการจัดการความเครียดแบบกลุ่มต่ำกว่าก่อนได้รับการจัดการความเครียดแบบกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 2) หลังการทดลอง อาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับการจัดการความเครียดแบบกลุ่มต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: การจัดการความเครียดแบบกลุ่ม อาการทางบวก ผู้ป่วยจิตเภท

ความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภท (schizophrenia) เป็นโรคทางจิตเวชที่มีการดำเนินโรคที่เรื้อรังและทำให้บุคคลเกิดการเสื่อมสมรรถภาพเป็นอย่างมาก (National Institute of Mental Health, 2006) และพบได้มากที่สุดเป็นอันดับหนึ่งของโรคทางจิตเวชทั้งหมด (Feng et al., 2007) อาการของโรคจิตเภทแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มอาการใหญ่ๆ คือ 1) กลุ่มอาการทางบวก ประกอบด้วย อาการหลงผิด ประสาทหลอน มีพฤติกรรมก้าวร้าว วุ่นวาย และ 2) กลุ่มอาการทางลบ ประกอบด้วย อารมณ์เฉยเมย พูดน้อย ขาดความสนใจที่จะร่วมกิจกรรมทุกชนิด (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2555) แต่กลุ่มอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยจิตเภทคือกลุ่มอาการทางบวก (positive symptoms)

อาการทางบวกมีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดโดยวิธีการใช้อารมณ์และความรู้สึก (Ritsner & Ratner, 2006) ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางบวกจะมีการเด่นในลักษณะต่างๆ เช่น อาการประสาทหลอน อาการหลงผิด การแสดงออกของอารมณ์ไม่เหมาะสม และมีพฤติกรรมแปลกประหลาด ส่งผลให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักจะใช้วิธีการเผชิญกับความเครียดในลักษณะที่ไม่เหมาะสม แม้จะมีปัญหาหรือข้อขัดแย้งเพียงเล็กน้อย (พิเชฐ อุดมพัฒน์ และสรยุทธ วาสิกนันท์, 2552) ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2558) หรือมีการแสดงออกถึงการเผชิญความเครียดในลักษณะการใช้อารมณ์และความรู้สึก เช่น ขาดสติยังคิด ไม่เป็นมิตรกับใคร (Bak et. al., 2001: McNally & Goldberg, 1997) แนวคิด Stress-

diathesis model เชื่อว่าผู้ป่วยมีแนวโน้มหรือจุดอ่อนบางอย่างอยู่แล้ว เมื่อเผชิญกับภาวะกดดันบางประการทำให้เกิดอาการของโรคจิตเภทตามมา (ยาใจ สิทธิมงคล, พวงเพชร เกษรสมุทร, นพพร ว่องสิริมาศ และอติยา พรชัยเกตุ โอว ยอง, 2559) เช่น การเผชิญความเครียดแบบมุ่งใช้อารมณ์และขาดความเข้าใจในทักษะการเผชิญความเครียด (Tan et al., 2012 อ้างถึงใน สุดาพร สถิตยยุทธการ, 2559) ไม่สามารถระบุความรู้สึกของตนเองได้และมีปัญหามากมายในการรับรู้อารมณ์เชิงลบ ขาดทักษะการจัดการกับอาการทางจิตและความสามารถในการปรับตัวทางสังคมลดลง (Erol, Ünal, Aydin, & Mete, 2009) มีปัญหาจากการรับประทานยา โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อการเกิดอาการข้างเคียงจากยา ทำให้ผู้ป่วยมักไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา หยุดรับประทานยาเอง หรือปรับลดขนาดยาเอง (Tranulis, Goff, Henderson, & Freudenreich, 2011)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีการศึกษาการจัดการความเครียดที่ช่วยลดอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ การฝึกการผ่อนคลาย (Clark et al., 2006) การบำบัดด้วยดนตรี (Maratos, Gold, Wang, & Crawford, 2008) การฝึกโยคะ (Silva, Ravindran, & Ravindran, 2009) แต่ที่ผ่านมาเป็นเพียงการช่วยจัดการความเครียดเพียงวิธีใดวิธีหนึ่ง อย่างไรก็ตามมีการศึกษาผลของการใช้การจัดการความเครียดหลากหลายวิธีการพร้อมกัน เช่น การศึกษาของ Norman et al. (2002) ได้ใช้แนววิธีการจัดการความเครียดและการแก้ปัญหาในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้โปรแกรม Stress Management Programs ในระยะเวลา 12 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีระดับความรุนแรงของอาการทางบวกลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

มีการรับรู้ความเครียดและมีทักษะชีวิตในการทำหน้าที่ดีขึ้น ในระยะติดตามผล 1 ปี พบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดมีจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในน้อยกว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุมที่ได้รับกิจกรรมทางสังคมเพียงอย่างเดียวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและในประเทศไทยมีการศึกษาเกี่ยวกับการจัดการกับความเครียด เช่น การศึกษาของ บุญกร สุภอักษร (2553) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน พบว่าการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน หลังได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติและการศึกษาของ พรทิพย์ ไชสะอาด (2555) ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่ออาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้แนวคิดของ Norman et al. (2002) ในผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาในหน่วยตรวจผู้ป่วยนอกจิตเวช พบว่าอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการศึกษาที่ผ่านมาจะเห็นได้ว่าโปรแกรมการจัดการความเครียดสามารถช่วยลดความเครียดและอาการทางจิตที่เป็นปัจจัยกระตุ้นทำให้เกิดอาการทางบวกได้ ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จึงเห็นความสำคัญของการพัฒนาการจัดการความเครียดแบบกลุ่ม เพื่อช่วยในการจัดการกับปัจจัยที่มีผลต่อความรุนแรงของอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทโดยตรง ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีทักษะการจัดการกับความเครียดอย่างเหมาะสม และสามารถใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับการจัดการความเครียดแบบกลุ่ม
2. เพื่อเปรียบเทียบอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับการจัดการความเครียดแบบกลุ่มกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการจัดการความเครียดของ Norman et al. (2002) โดยใช้นิยามของการจัดการความเครียด 3 แนวทาง คือ 1) การลดปฏิกิริยาตอบสนองทางร่างกายต่อความ

เครียดโดยการฝึกการผ่อนคลาย 2) ส่งเสริมความแข็งแรงของร่างกายโดยการพักผ่อน การออกกำลังกาย และโภชนาการที่เหมาะสม 3) พัฒนาศักยภาพการรู้คิดและพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเผชิญความเครียดและผสมผสานแนวคิดการบำบัดกลุ่มของ Yalom (1995) ที่เน้นสัมพันธภาพระหว่างบุคคล จากแนวคิดที่ว่าบุคลิกภาพของคนเราพัฒนาจากอิทธิพลของประสบการณ์ในเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่สำคัญในอดีต ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ระยะเวลา 2 สัปดาห์ ดำเนินการวันเว้นวัน ครั้งละ 60 - 90 นาที ดังแผนภาพที่ 1

การจัดการกับความเครียดแบบกลุ่ม

แนวคิดการจัดการความเครียดของ Norman et al. (2002) และแนวคิดของ Yalom (1995) ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ดังนี้

ขั้นที่ 1 ระยะ Initial Phase ประกอบด้วย 1 กิจกรรม ได้แก่

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ ให้ความรู้เรื่องความเครียดและผลกระทบที่เกิดขึ้น

ขั้นที่ 2 ระยะ Working Phase ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ได้แก่

กิจกรรมที่ 2 การฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อโดยการฝึกทักษะการผ่อนคลายแบบ progressive muscle การฝึกหายใจ (breathing exercise)

กิจกรรมที่ 3 การจัดการกับอาการทางบวกร่วมกับการจัดการความเครียดที่เกิดจากการรับประทานยา และการเสริมสร้างสุขภาพ ความเข้มแข็งของร่างกาย

กิจกรรมที่ 4 การฝึกการแก้ไขปัญหาในชีวิตประจำวัน

กิจกรรมที่ 5 การฝึกทักษะการสื่อสารและการเผชิญตราบ

ขั้นที่ 3 ระยะ Terminal phase ประกอบด้วย 1 กิจกรรม ได้แก่

กิจกรรมที่ 6 เข้าใจตนเอง ปรับมุมมอง ทบทวนและประเมินทักษะการจัดการความเครียด

อาการ
ทางบวก

สมมติฐานการวิจัย

1. อาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับการจัดการความเครียดแบบกลุ่ม ต่ำกว่าก่อนได้รับการจัดการความเครียดแบบกลุ่ม
2. อาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับการจัดการความเครียดแบบกลุ่ม ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (the pretest - posttest control group design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (schizophrenia F20.0-F20.9) โดยใช้รหัสการจำแนกโรคตามบัญชีการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD 10) ที่มารับบริการแบบแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยทั้งเพศชายและหญิงมีอายุ 20 - 59 ปี ที่ได้รับวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท ตามเกณฑ์การจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD 10) ที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จำนวน 24 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 12 คน จากนั้นทำการสุ่มแบบง่ายด้วยวิธีการจับสลากตามเกณฑ์คุณสมบัติดังนี้ 1) มีคะแนนความเครียดมากกว่า 18 คะแนน (ระดับสูงกว่าปกติ) ประเมินจากแบบประเมินความเครียดด้วยตนเองของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข 2) มีอาการทางจิตในระดับสูงกว่าเกณฑ์เฉลี่ยเล็กน้อย

มีคะแนน PANSS - T 56 - 60 คะแนน และคะแนนด้านอาการทางบวกในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง (8 - 35 คะแนน) 4) มีความสามารถพูดคุยสื่อสารได้ด้วยภาษาไทย 5) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และมีเกณฑ์ในการคัดออกดังนี้ 1) กลุ่มตัวอย่างที่อาการทางจิตกำเริบรุนแรง 2) กลุ่มตัวอย่างที่มีโรคแทรกซ้อนทางกาย 3) กลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมครบทุกขั้นตอน

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยการวิเคราะห์อำนาจทดสอบด้วยโปรแกรม Power Analysis of Sample Size (PASS) (รัตน์ศิริ ทาโต, 2561) โดยนำผลการศึกษาของ พรทิพย์ ไชสะอาด (2555) เรื่อง ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่ออาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทมาใช้ในการคำนวณกลุ่มตัวอย่างเพื่อให้มีอำนาจการทดสอบร้อยละ 80 มีโอกาสเกิดความคลาดเคลื่อนที่ระดับนัยสำคัญ .05 ค่าเฉลี่ยหลังการทดลอง (Mean) เท่ากับ 1.77 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานหลังการทดลอง (SD) เท่ากับ 0.53 พบว่าขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการแต่ละกลุ่มคือกลุ่มละ 12 คน รวมทั้งหมด 24 คน

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัยของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ เอกสารรับรองโครงการวิจัยที่ 001 / 2563 ลงวันที่ 28 มกราคม พ.ศ. 2563 ซึ่งกลุ่มตัวอย่างทุกรายได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาที่ใช้วิธีการ ผลประโยชน์ที่ได้รับ พร้อมทั้งชี้แจงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการยินยอมให้ข้อมูล และระหว่างขั้นตอนของการวิจัย กลุ่มตัวอย่างจะขอยกเลิกการเข้าร่วมกลุ่มเมื่อไรก็ได้

โดยไม่ต้องบอกเหตุผล และจะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการรักษาพยาบาล รวมทั้งหากมีคำถามหรือเกิดการสงสัยใดๆ ในระหว่างขั้นตอนของการวิจัย สามารถสอบถามได้จากผู้วิจัยโดยตรง โดยเน้นย้ำให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะปกปิดเป็นความลับ จะไม่มีการเปิดเผยให้ผู้ที่ไม่มี ความเกี่ยวข้องทราบ และผลการวิจัยจะนำเสนอ ในภาพรวมเท่านั้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง คือ การจัดการความเครียดแบบกลุ่มของผู้ป่วย จิตเภท โดยใช้แนวคิดการจัดการความเครียดของ Norman et al. (2002) มาในการพัฒนา ซึ่งดำเนิน กิจกรรมเป็นรายกลุ่ม ประกอบด้วย 6 กิจกรรม โดยดำเนินกิจกรรม สัปดาห์ละ 3 ครั้ง วันจันทร์ พุธ ศุกร์ ใช้เวลาครั้งละ 60-90 นาที เป็นระยะเวลา ติดต่อกัน 2 สัปดาห์ มีรายละเอียดของโปรแกรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ ให้ความรู้ เรื่องความเครียดในผู้ป่วยจิตเภท โดยสร้างความ สัมพันธ์เชิงบวกทำให้เกิดการยอมรับ ไว้วางใจกัน เกิดความร่วมมือในการทำกิจกรรม และเตรียม ผู้ป่วยให้มีความรู้เรื่องความเครียดและผลกระทบที่ เกิดขึ้น (ดำเนินกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 1)

กิจกรรมที่ 2 การฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ โดยการฝึกทักษะการผ่อนคลายแบบ **progressive muscle** และการฝึกหายใจ โดยให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจและใส่ใจความรู้สึกสัมผัสที่เกิดขึ้นใน ระบบสรีระ ช่วยควบคุมความตึงเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ และทำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงสัญญาณ เตือนของความเครียดที่เพิ่มขึ้นในร่างกายและ สามารถจัดการความเครียดที่เกิดขึ้นให้ผ่อนคลาย

ได้ (ดำเนินกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 1)

กิจกรรมที่ 3 การจัดการกับอาการทางบวก ร่วมกับการจัดการความเครียดที่เกิดจากการ รับประทานยา และการเสริมสร้างสุขภาพ ความ แข็งแรงของร่างกาย ช่วยให้ผู้ป่วยจัดการความ เครียดที่เกิดจากการรับประทานยา สามารถจัดการ กับอาการข้างเคียงที่เกิดจากการรับประทานยาได้ ในเบื้องต้น ให้ความรู้เรื่องการนอนหลับพักผ่อน การออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร (ดำเนิน กิจกรรมในสัปดาห์ที่ 1)

กิจกรรมที่ 4 การฝึกการแก้ไขปัญหาใน ชีวิตประจำวัน ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจในสถานการณ์ ปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเอง ปรับมุมมองที่มีต่อปัญหา รวมถึงมีวิธีการแก้ไขปัญหาที่หลากหลาย คาดการณ์ ผลของการแก้ไขปัญหาที่จะเกิดขึ้น และยอมรับได้ (ดำเนินกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 2)

กิจกรรมที่ 5 การฝึกทักษะการสื่อสารและ การฝึกการเผชิญความเครียด ให้ผู้ป่วยฝึกทักษะการ สื่อสาร การฝึกบอกความรู้สึก ความต้องการ และ การฝึกยอมรับในการเผชิญกับสถานการณ์เกี่ยวกับการ เจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยทำ หน้าที่ด้านการสื่อสารและการติดต่อทางสังคมได้ ดีขึ้น (ดำเนินกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 2)

กิจกรรมที่ 6 เข้าใจตนเอง ปรับมุมมอง ทบทวนและประเมินทักษะการจัดการความเครียด การให้การดูแลที่ต่อเนื่อง ความสำเร็จและการ เปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับตนเองเมื่อสามารถจัดการ กับความเครียดของตนเองได้ ทบทวนแนวทางการ ฝึกควบคุมตนเองที่ยังไม่สามารถนำไปใช้ได้จริง เสริมทักษะสนับสนุนให้เกิดความมั่นใจในการ จัดการและเผชิญกับความเครียดได้อย่างต่อเนื่อง (ดำเนินกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 2)

ตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรมโดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน และนำโปรแกรมที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 8 คน เพื่อดูความเหมาะสม ชัดเจนของภาษา กิจกรรมที่นำไปใช้ ความเข้าใจของกลุ่มตัวอย่าง ความเหมาะสมของเวลา รวมทั้งปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น ก่อนนำไปใช้จริง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาของการเจ็บป่วย จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษา

2.2 แบบประเมินอาการทางจิตผู้ป่วยจิตเภทแบบภาษาไทย (Positive and Negative Syndrome Scale: PANSS-T) พัฒนาเป็นฉบับภาษาไทย โดย ธนา นิลชัยโกวิทย์ (2550) เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทในด้านอาการทางบวก (positive symptoms) ประกอบด้วยจำนวนคำถาม 7 ข้อ เครื่องมือชุดนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1.0 นำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน มีค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .82

3. เครื่องมือที่ใช้กับการทดลองได้แก่
แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข มีข้อคำถาม 20 ข้อ โดยเกณฑ์กำกับการทดลองต้องมีคะแนน 6-17 คะแนน ซึ่งถือว่าความเครียด

อยู่ในระดับไม่เครียดหรือปกติ จึงจะแสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเป็นไปตามที่กำหนด ถ้าระดับคะแนนความเครียดไม่เป็นไปตามเกณฑ์คะแนนข้างต้น ผู้วิจัยจะดำเนินการแก้ไขโดยการพูดคุยกับกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล เพื่อวิเคราะห์ปัญหาและเสริมในส่วนของกิจกรรมที่พบว่าเป็นปัญหา จนกว่าจะมีคะแนนถึงเกณฑ์ที่กำหนด เครื่องมือชุดนี้มีค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .79

วิธีดำเนินการวิจัย

1. ระยะเตรียมการ

1.1 การเตรียมความรู้ของผู้วิจัยเกี่ยวกับการจัดการความเครียดแบบกลุ่มต่ออาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภท มีการพัฒนาทักษะการทำกลุ่มโดยฝึกปฏิบัติจริงกับผู้ป่วยจิตเภทในแผนกผู้ป่วยนอก

1.2 เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินอาการทางจิตผู้ป่วยจิตเภทแบบภาษาไทย (Positive and Negative Syndrome Scale: PANSS-T) แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

1.3 เตรียมสถานที่ที่ใช้ทำการวิจัย โดยขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ เมื่อได้รับการอนุมัติแล้วจึงติดต่องานพยาบาลจิตเวชผู้ป่วยนอก จังหวัดอุตรดิตถ์ ขันตอนการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

1.4 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดมีจำนวน 24 คน ผู้วิจัยทำการ

ประเมินความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท (pre - test) ทำการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจส่งผลกระทบต่อผลการวิจัยโดยการจับคู่กลุ่มตัวอย่าง (matched pair) ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมให้มีลักษณะใกล้เคียงกันมากที่สุด โดยแบ่งเป็นเพศและระดับคะแนน PANSS-T จากนั้นสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับสลากกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทีละคู่จนครบทั้ง 12 คู่ ซึ่งจะได้กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำนวนกลุ่มละ 12 คน

2. ระยะดำเนินการทดลอง

2.1 กลุ่มควบคุมสัปดาห์ที่ 1-2 จะได้รับการบริการพยาบาลแบบผู้ป่วยนอกตามปกติ ได้แก่ ประกอบด้วย การซักประวัติ การตรวจคัดกรอง การจัดสิ่งแวดล้อม และการให้บริการก่อนพบแพทย์ การให้คำปรึกษาตามปัญหาผู้ป่วย การให้คำปรึกษาในการใช้ยาและคำแนะนำในการดูแลตนเองที่บ้าน

2.2 กลุ่มทดลองผู้วิจัยดำเนินการจัดการความเครียดแบบกลุ่มต่ออาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลอง โดยทำเป็นรายกลุ่ม กลุ่มทดลอง 12 คน ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมครั้งละ 60 - 90 นาที สัปดาห์ละ 3 ครั้ง วันเว้นวัน จนครบ 6 ครั้ง เป็นระยะเวลาติดต่อกัน 2 สัปดาห์ หลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 2 ผู้วิจัยทำการกำกับการทดลองทันที โดยให้กลุ่มทดลองตอบคำถามตามแบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง

3. ระยะสรุปผลการดำเนินกิจกรรม

หลังจากดำเนินกิจกรรมครบทั้ง 6 กิจกรรม ประเมินกลุ่มทดลองด้วยเครื่องมือกำกับการทดลอง (แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วย

ตนเอง) ทันทีพบว่ามีความเครียดคะแนนเป็นไปตามที่กำหนด และนัดพบในสัปดาห์ที่ 4 ผู้วิจัยทำการวัดผลตัวแปรตามโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทฉบับภาษาไทย (post - test) จากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามก่อนนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย คือ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบคะแนนอาการทางบวกก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับความเครียดแบบกลุ่ม โดยใช้สถิติทดสอบ Non Parametric Statistics (Wilcoxon Signed - Rank test)

3. เปรียบเทียบคะแนนอาการทางบวกระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับความเครียดแบบกลุ่มกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติโดยใช้สถิติทดสอบ Non Parametric Statistics (Mann - Whitney U test)

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไป

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยจิตเภทเพศชาย กลุ่มทดลองคิดเป็นร้อยละ 66.7 และกลุ่มควบคุมคิดเป็นร้อยละ 75 ส่วนใหญ่อายุ 40 - 49 ปี คิดเป็นร้อยละ 50.0 และ 41.7 ตามลำดับ ผู้ป่วยกลุ่มทดลองส่วนใหญ่สถานภาพสมรสโสด คิดเป็นร้อยละ 83.3 กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่สถานภาพคู่ คิดเป็นร้อยละ 50.0 ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมนับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 100 กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ มีการ

ศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย คิดเป็นร้อยละ 33.3 ส่วนกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ระดับการศึกษา ประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 41.7 กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างและเกษตรกรกรรม คิดเป็นร้อยละ 33.3 และกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ ไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 41.7 กลุ่ม ทดลองส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เกิน 2,000 บาทต่อ เดือน คิดเป็นร้อยละ 50 ส่วนกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่

ไม่มีรายได้คิดเป็นร้อยละ 41.7 ระยะเวลาในการป่วย ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มากกว่า 2 ปี คิดเป็นร้อยละ 100 และ ร้อยละ 91.6 ตามลำดับ จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลทั้ง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เข้ารับการ รักษา 1 - 2 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 41.6 และร้อยละ 33.3 ตามลำดับ

2. เปรียบเทียบอาการทางบวกผู้ป่วยจิตเภท

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนอาการทางบวกผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง (n = 12)

อาการทางบวก	Mean Rank	Sum of Rank	Z	p - value
ก่อนการทดลอง - หลังการทดลอง	12.50	300	-4.300 ^a	.000*

^aBased on Negative Ranks = อาการทางบวกหลังการทดลอง < อาการทางบวกก่อนการทดลอง

จากตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์โดยใช้สถิติ Wilcoxon signed-rank test พบว่า อาการทางบวก ของผู้ป่วยจิตเภทก่อนการทดลองและหลังการ ทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติ ($p < .05$) โดยอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภท หลังได้รับการจัดการความเครียดแบบกลุ่มต่ำกว่า ก่อนได้รับการจัดการความเครียดแบบกลุ่ม

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและ หลังการทดลอง (n = 24) โดยใช้สถิติ Mann - Whitney U - test

อาการทางบวก	Mean Rank	Sum of Rank	Z	p - value
ก่อนการทดลอง				
กลุ่มทดลอง	11.00	132	-1.069	.285
กลุ่มควบคุม	14.00	148		
หลังการทดลอง				
กลุ่มทดลอง	8.25	99.00	-3.056	.002
กลุ่มควบคุม	16.75	201.00		

จากตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์โดยใช้สถิติ Mann - Whitney U - test พบว่า ก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนอาการทางบวกไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) และเมื่อพิจารณาหลังการทดลองพบว่า คะแนนอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับการจัดการความเครียดแบบกลุ่มต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

การอภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของการจัดการความเครียดแบบกลุ่มต่ออาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทสามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้

จากผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ที่มีความผิดปกติด้านความคิดและการรับรู้ มีการดำเนินโรคที่เรื้อรังและยาวนาน เมื่อออกไปใช้ชีวิตอยู่ในชุมชน เจอสถานการณ์ที่ผู้ป่วยเผชิญอยู่ทำให้มีความยากลำบากในการดำเนินชีวิต จนส่งผลให้เกิดความเครียดตามมาได้ง่าย (พชรพร ผู้ปฏิเวช และเพ็ญพักตร์ อุทิศ, 2556) นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทเมื่อเกิดความเครียดจะมีการตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่ผิดปกติ เช่น การตอบสนองเกินเลยไปกับสิ่งเล็กๆ น้อยๆ และมีการประมวลผลทางความคิดที่บกพร่อง นำไปสู่การทำหน้าที่และแสดงพฤติกรรมแบบบกพร่อง การเข้าร่วมกิจกรรมการจัดการความเครียดแบบกลุ่มต่ออาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภททั้ง 6 กิจกรรม เป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถจัดการความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพและช่วยลดอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ บุญกร

ศุภอักษร (2553) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน พบว่า การทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน หลังได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการศึกษาของ พรทิพย์ ไชสะอาด (2555) ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่ออาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้แนวคิดของ Norman et al. (2002) ในผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาในหน่วยตรวจผู้ป่วยนอกจิตเวช พบว่าอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และกิจกรรมในโปรแกรมยังช่วยผู้ช่วยลดความเครียดอย่างเฉพาะเจาะจง มีทักษะในการจัดการความเครียดที่เหมาะสม นอกจากนี้ยังช่วยให้ผู้ป่วยมีการพัฒนาทักษะการรู้คิดและพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเผชิญความเครียด (Norman et al., 2002) ดังนั้นการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพจึงเป็นแนวทางที่จะช่วยลดอาการทางบวกของผู้ป่วย สามารถดำเนินชีวิตได้ปกติสุขและช่วยป้องกันอาการกำเริบของโรคได้

เมื่อพิจารณารายละเอียดของกิจกรรมทั้ง 6 กิจกรรมในการจัดการความเครียดแบบกลุ่มต่ออาการทางบวกในผู้ป่วยจิตเภท พบว่าแต่ละกิจกรรมสามารถช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ ให้ความรู้เรื่องความเครียด ผลกระทบที่เกิดจากความเครียด

ความสัมพันธ์ของความเครียดกับอาการทางบวก ได้แก่ อาการทางบวก เช่น อาการหิวแหว่ ประสาทหลอน ซึ่งเป็นผลมาจากอารมณ์ของผู้ป่วยที่มาจากความเครียด นอกจากนี้ผู้ป่วยยังได้ฝึกสังเกตปฏิกิริยาทางร่างกายของตนเองเมื่อเกิดความเครียด กิจกรรมนี้ช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความเครียดที่เกิดขึ้นกับตนเองและเข้าใจปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นกับตนเองคือความเครียด สอดคล้องกับแนวคิดการจัดการกับอาการของ Dodd et al. (2001 อ้างใน จิตินันท์ อ้วนล้ำ, สุณิดา ปรีชาวงษ์, และ รัชนิกร อุปเสน, 2557) กล่าวว่า การจัดการกับอาการของผู้ป่วยประกอบด้วย 3 ส่วน คือ 1) การรับรู้กับอาการที่เกิดขึ้น การพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ภายในกลุ่ม การพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ต่างๆ ภายในกลุ่ม ส่งผลให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ และเป็นการสร้างความตระหนักให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าตนเองมีอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น 2) การประเมินอาการที่เกิดขึ้นว่ามีความรุนแรง ความถี่รวมถึงผลกระทบของอาการที่เกิดขึ้นว่ามีผลมากน้อยเพียงใด และ 3) การตอบสนองต่ออาการ ซึ่งจะเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยรับรู้และประเมินอาการ แล้วจึงจะมีอาการตอบสนองต่ออาการที่เกิดขึ้น ซึ่งจะนำไปสู่การจัดการกับอาการทางบวกที่เหมาะสมต่อไป

กิจกรรมที่ 2 การฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ โดยการฝึกทักษะการผ่อนคลายแบบ progressive muscle และการฝึกหายใจ (breathing exercise) การฝึกทักษะการผ่อนคลายทั้ง 2 แบบ เป็นเทคนิคที่นำมาใช้เพื่อลดความตึงเครียดและความวิตกกังวลโดยการฝึกให้ผู้ป่วยหรือบุคคลสามารถบังคับกล้ามเนื้อที่อยู่ได้อ่านาจิตใจได้ในเวลาใดก็ได้ที่ต้องการ เทคนิคการหายใจแบบลึก และ

การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ เป็นวิธีที่ทำได้ง่าย สามารถฝึกและปฏิบัติได้ด้วยตัวเองโดยไม่ต้องใช้อุปกรณ์ นิยมใช้เพื่อบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และผู้ป่วยที่มีความเครียด ซึมเศร้า อาการเจ็บปวดเรื้อรัง การหายใจแบบลึกโดยสูดหายใจเข้าทางจมูกลึกๆ ซ้ำๆ และหายใจออกทางปากช้า ๆ หายใจเข้าและออกอย่างสม่ำเสมอ 4 ครั้งต่อนาที จะช่วยให้ร่างกายได้ออกซิเจนเข้าสู่ปอดมากขึ้นเพิ่มออกซิเจนในเลือด ผู้ที่มีความเครียดจะทำให้กล้ามเนื้อหดเกร็ง ขมับตึง หลอดเลือดโป่ง กล้ามเนื้อเกร็งค้างนานๆ จะทำให้รู้สึกปวด การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อจะทำให้ความตึงของกล้ามเนื้อลดลง กล้ามเนื้อแต่ละส่วน เช่น แขน ขา ใบหน้า ลำคอ ขากรรไกร ไหล่ หลัง มีการเกร็งและคลาย ซึ่งส่งผลต่อจิตใจทำให้รู้สึกผ่อนคลายเกิดความสงบ มีสมาธิไม่คิดฟุ้งซ่าน ทำให้อนอนหลับได้ดี ลดความเจ็บปวด ความวิตกกังวล ลดความเมื่อยล้า ความดันโลหิต อัตราหัวใจเต้นและชีพจรลดลง (กระทรวงสาธารณสุข กรมสุขภาพจิต, 2546; ธวัชชัย กฤษณะประกรกิจ, สมจิตร ห่องบุตรศรี และ ผ่องพรรณ กฤษณะประกรกิจ, 2552) รู้สึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อผ่อนคลายความเครียดสามารถควบคุมภาวะทางอารมณ์และจิตใจ (emotions and mind) ความจำและการเรียนรู้ (memory and learning) ดีขึ้น (Chiesa & Serretti, 2010 อ้างใน ธวัชชัย กฤษณะประกรกิจ, สมจิตร ห่องบุตรศรี และ ผ่องพรรณ กฤษณะประกรกิจ, 2552)

กิจกรรมที่ 3 การจัดการกับอาการทางบวก ร่วมกับการจัดการความเครียดที่เกิดจากการรับประทานยา และการเสริมสร้างสุขภาวะ ความเข้มแข็งของร่างกาย การได้รับผลข้างเคียงของยา ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทไม่ยอมรับรับประทานยา ผู้ป่วย

จะรู้สึกเครียด (Kapland & Sadock, 2002 อ้างถึงใน อรพรรณ ประทุมรัตน์, 2557) กิจกรรมนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยมีแนวทางในการจัดการกับอาการทางบวกที่เกิดขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การรับรู้อาการทางจิตที่ไม่ถูกต้องจะนำไปสู่การจัดการอาการทางจิตที่ไม่เหมาะสม Larson และคณะ (1994) กล่าวว่า การบำบัดที่ลดความรุนแรงอาการทางจิตมีหลายรูปแบบ วิธีการหนึ่งที่ได้ผลดี คือ การจัดการกับอาการ (symptom management) เพื่อให้อาการทางจิตลดลง ซึ่งจะนำไปสู่วิธีการจัดการอาการทางบวกที่เหมาะสมกับตนเอง การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท ความรู้เรื่องยารักษาโรคจิตเภท และอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากการรับประทานยาและวิธีจัดการกับอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นเบื้องต้น ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับยารักษาโรคจิตเภทและมีทัศนคติที่ดีต่อการรับประทานยา สามารถจัดการกับอาการข้างเคียงที่เกิดจากการรับประทานยาได้ สามารถฝึกสังเกตอาการทางบวกที่เกิดขึ้น และเทคนิคในการจัดการกับอาการทางบวกที่เกิดขึ้นกับตนเอง ส่งผลให้ช่วยลดอาการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางบวก และป้องกันการกำเริบของโรคได้

กิจกรรมที่ 4 การฝึกการแก้ไขปัญหาในชีวิตประจำวัน เนื่องจากปัญหาในชีวิตประจำวัน โดยเฉพาะปัญหาเรื่องการเงิน ถือเป็นเหตุสำคัญของการเกิดความเครียดในผู้ป่วยโรคจิตเภท (Moller & Murphy, 2001) ผู้ป่วยจิตเภทจำนวนมากมักใช้วิธีการเผชิญกับความเครียดที่ไม่มีประสิทธิภาพทั้งในระยะสั้นและระยะยาว เช่น ใช้อารมณ์ในการแก้ไขปัญหา ขาดสติ ไม่รับรู้ปัญหาที่เกิดขึ้น ขอมงานกับปัญหาที่เกิดขึ้น และไม่คิดแก้ไขปัญหา (Lysaker et al., 2004) เนื่องจากมี

ความบกพร่องในการรู้คิด ทำให้ก่อให้เกิดความเครียดได้ง่ายกว่าคนปกติ (พชรพร ผู้ประเวช และเพ็ญพิศตร ฤทธิศ, 2556) ในกิจกรรมนี้เนื้อหาประกอบด้วยวิธีการแก้ไขปัญหา โดยใช้เทคนิคการแก้ไขปัญหา Problem solving เป็นแนวคิดเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจในสถานการณ์ปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเอง ปรับมุมมองที่มีต่อปัญหา รวมถึงมีวิธีการแก้ไขปัญหาที่หลากหลาย คาดการณ์ผลของการแก้ไขปัญหาที่จะเกิดขึ้น และยอมรับได้ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีวิธีการแก้ไขปัญหาที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น

กิจกรรมที่ 5 การฝึกทักษะการสื่อสารและการฝึกการเผชิญตรบาป ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความบกพร่องด้านความสามารถในการปรับตัว ทางสังคม เช่น มีความผิดปกติด้านความคิด มีปัญหาการสื่อสารกับผู้อื่น สัมพันธภาพระหว่างครอบครัวและบุคคลอื่นไม่ดี ไม่ร่วมกิจกรรมต่าง ๆ กับครอบครัว ปฏิเสธการร่วมกิจกรรม ทางสังคม ไม่ออกไปสังสรรค์นอกบ้าน ซึ่งในกิจกรรมนี้ประกอบด้วย การแสดงบทบาทสมมติในการฝึกทักษะการสื่อสาร การฝึกบอกความรู้สึกและความต้องการของผู้ป่วย และการฝึกให้ผู้ป่วยยอมรับในการเผชิญกับตรบาปเกี่ยวกับการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยทำหน้าที่ด้านการสื่อสารและการติดต่อทางสังคมได้ดีขึ้น ส่งเสริมความสามารถในการติดต่อสื่อสารเมื่อเผชิญกับความขัดแย้งกับบุคคลอื่น รวมถึงการร้องขอความช่วยเหลือและความร่วมมือจากบุคคลในชุมชนได้ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการยอมรับจากสังคม และสามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้ ดังนั้นการช่วยให้ผู้ป่วยได้มีการพัฒนาทักษะด้านการสื่อสาร จึงเป็นแนวทางในการช่วยลดความเครียด และลด

อาการทางบวกในผู้ป่วยได้ (Norman et al., 2002)

กิจกรรมที่ 6 เข้าใจตนเอง ปรับมุมมอง ทบทวนและประเมินทักษะการจัดการความเครียด และชุดกลุ่ม ในกิจกรรมนี้เป็นการยุติการจัดการกับความเครียดในผู้ป่วยจิตเภท เมื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับความรู้สึกต่างๆ ที่เกิดขึ้นในกระบวนการบำบัด มีความเข้าใจ ยอมรับตนเองมากขึ้น มีความรับผิดชอบในความคิดความรู้สึก และการกระทำของตน มีพัฒนาการด้านจิตอารมณ์ มีความเข้าใจตนเองในด้านการมีความสัมพันธ์กับผู้อื่นมากขึ้น เกิดการเรียนรู้วิถีคิดใหม่ๆ มองปัญหาใหม่และพฤติกรรมใหม่ เรียนรู้ที่จะแก้ปัญหาด้วยวิธีต่าง ๆ ประกอบด้วย การทบทวนความรู้เรื่อง ความเครียดและการจัดการความเครียด โรคจิตเภท และการดูแล กิจกรรมการทำ progressive muscle การผ่อนคลายด้วยการฝึกการหายใจ การฝึกแก้ไข ปัญหา และถามถึงความรู้สึกของสมาชิกกลุ่มที่เกิดขึ้น ในขณะที่ทำกิจกรรมที่ผ่านมา ปัญหา และอุปสรรคต่างๆ และสิ่งที่ได้จากการเข้าร่วมกลุ่ม บำบัด ซึ่งจะส่งเสริมสนับสนุน ให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยให้มีพฤติกรรมการเรียนรู้ใหม่มีความมั่นใจ ในการกลับไปดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข

ภายหลังการศึกษาพบว่าอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทก่อนการทดลองและหลังการทดลอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) สอดคล้องกับสมมติฐาน ข้อที่ 1 ของการวิจัย คือ อาการทางบวกของผู้ป่วยโรคจิตเภท หลังได้รับการโปรแกรมการจัดการความเครียด ต่ำกว่าหลังได้รับการโปรแกรมการจัดการความเครียด และเปรียบเทียบอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อน และหลังการทดลองก่อนการทดลองระหว่างกลุ่ม

ทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนอาการทางบวก ไม่แตกต่างกัน ($p > 0.05$) และเมื่อพิจารณาหลังการทดลองพบว่า คะแนนอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีคะแนนอาการทางบวกแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐาน ข้อที่ 2 ของการวิจัย คือ อาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียด ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการดูแลตามปกติของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ได้แก่ การซักประวัติ การตรวจคัดกรอง การจัดส่งเวชล้อน และการให้บริการก่อนพบแพทย์ การให้คำปรึกษาตามปัญหาผู้ป่วย การให้คำปรึกษาในการใช้ยาและคำแนะนำในการดูแลตนเองที่บ้าน ที่เป็นบทบาทของพยาบาลที่เป็นผู้จัดกระทำให้กับผู้ป่วยยังไม่เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดคุย บอกเล่าปัญหาของตนรวมทั้งได้รับฟังปัญหาของผู้ป่วยอื่นที่มีปัญหาเหมือนกัน นอกจากนี้ผู้ป่วยจิตเภทไม่ได้รับการบำบัดจากกิจกรรมต่าง ๆ ที่จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดการความเครียด เพื่อลดอาการทางบวกจึงทำให้อาการทางบวกของผู้ป่วยกลุ่มควบคุมลดลงเพียงเล็กน้อย

จึงสรุปได้ว่า การให้การพยาบาลผู้ป่วยโดยใช้การจัดการความเครียดแบบกลุ่มต่ออาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภท มีผลทำให้อาการทางบวกของผู้ป่วยลดลงอย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากความสามารถในการจัดการความเครียดของผู้ป่วยจิตเภทเป็นปัจจัยสำคัญในการช่วยลดอาการทางบวก จนเกิดการกำเริบของโรคจิตเภท (Norman et al., 2002) แสดงให้เห็นว่า การจัดการความเครียดแบบกลุ่มเป็นแนวทางที่ช่วยลดอาการ

ทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทตลอดจนป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำของโรคจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 การจัดการความเครียดแบบกลุ่มต่ออาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทในการศึกษาครั้งนี้เป็นกระบวนการบำบัดที่ช่วยลดความรุนแรงของอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภท ช่วยเพิ่มทักษะในการจัดการความเครียดของผู้ป่วยจิตเภทในด้านต่างๆ ดังนั้นจึงควรมีการติดตามระยะยาวเพื่อเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้นำความรู้และทักษะในการเรียนรู้ไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง สม่าเสมอ โดยให้มีการประเมินผลทุก 3 เดือน 6 เดือน หรือตามความเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคต่อไป

1.2 การดำเนินกิจกรรมการจัดการความเครียดแบบกลุ่มต่ออาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทพยาบาลผู้ให้การบำบัดต้องส่งเสริมการสร้างบรรยากาศการเรียนรู้ คือ เป็นบรรยากาศที่อบอุ่น มีทำที่ที่ผ่อนคลายและเป็นมิตร ต้องมีทักษะการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของกลุ่ม เพื่อให้สามารถดำเนินกิจกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นพยาบาลควรมีการฝึกทักษะการทำกลุ่มเพื่อให้สามารถนำไปใช้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ด้านการวิจัย

2.1 ควรมีการศึกษาผลของการจัดการความเครียดแบบกลุ่มแก่ผู้ป่วยในอาการด้านอื่นๆ หรือจัดการความเครียดในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพื่อเพิ่มศักยภาพให้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้สามารถจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

กิตติกรรมประกาศ

ขอบพระคุณอาจารย์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทความรู้ ประสบการณ์ และคำแนะนำต่างๆ เป็นประโยชน์ตลอดเวลาของการศึกษาที่ผ่านมา ขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในงานวิจัยเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

- จิตินันท์ อ้วนล้ำ, สุนิดา ปรีชาวงษ์, และรัชณีกร อุปเสน, (2562). ผลของโปรแกรมการจัดการอาการโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่ออาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*. 33(3), 56-67.
- ธวัชชัย กฤษณะประกกรกิจ, สมจิตร ห่องบุตรศรี และผ่องพรรณ กฤษณะประกกรกิจ. (2552). *สมาธิบำบัดทางจิตเวชศาสตร์และสุขภาพจิต*. ขอนแก่น: คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัย ขอนแก่น.
- ธนา นิลชัยโกวิทย์. (2550) . *Positive and negative syndrome scale ฉบับภาษาไทย (PANSS-T)*. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- บุญกร สุภอักษร. (2553). *ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พชรพร ผู้ภูเวระ และเพ็ญพัศตร์ อุทิศ. (2556). ปัจจัยกีดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 27(1), 29-44.

- พรทิพย์ ไชสะอาด. (2555). *ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่ออาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พิเชฐ อุดมพัฒน์และ สรยุทธ วาสิกนันนท์. (2552). *คำরাโรจิตเภท*. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- มานิช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิษฐ์. (2555). *จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี*. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร : ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ยาใจ สิทธิมงคล, พวงเพชร เกษรสมุทร, นพพร ว่องสิริมาศและอติตยา พรชัยเกตุ โอวของ. (2559). *การพยาบาลจิตเวชศาสตร์ ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1*. พิมพ์ครั้งที่ 2. นครปฐม: สแกนอาร์ตการพิมพ์.
- รัตน์สิริ ทาโต. (2561). *การวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์: แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้*. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุดาพร สถิตยยุทธการ. (2559). การกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง: สถานการณ์และแนวทางป้องกัน. *วารสารพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 28(3), 1-15.
- อรพรรณ ประทุมรัตน์. (2557). *ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดร่วมกับโยคะต่อความรุนแรงของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทหญิง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- Bak, M., Van der Spil, F., Gunther, N., Radstake, S., Delespau, P., & Van OS, J. (2001). MACS-II: Does coping enhance subjective control over psychotic symptoms. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 103(460-464).
- Clark, D. M., Ehlers, A., Hackman, A., McManus, F., Fennell, M., Louise, N. G., et al. (2006). Cognitive therapy versus exposure and applied relaxation in social phobia: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 568-578.
- Chiesa, A., & Serretti, A. (2010). Mindfulness Based Cognitive Therapy for Psychiatric Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Psychiatry Research*, 187, 441-453. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2010.08.011>.
- Erol, A., Ünal, E. K., Aydin, E.T., & Mete, L. (2009). Predictors of Social Functioning in Schizophrenia. *Turkish of Journal of Psychiatry*, 20(4), 1-8.
- Feng, S., Ten, H., Bengamin, A., Wen, S., Liv, A., Zhou, J., et al. (2007). Social support and posttraumatic stress disorder among flood victims in Hunan, China. *National Center for Biotechnology Information*, 17(10), 827-833. doi:10.1016/j.annepidem. 2007. 04.002.
- Larson, P. J., Carrieri-Kohlman, V., Dodd, M. J., Douglas, M., Faucett, J., Froelicher,

- E. S., et al. (1994). A model for symptom management. *Image Journal of Nursing Scholarship*, 26(4), 272-276.
- Lysaker, H. P., Davis, W. L., Lightfoot, J., Hunter, N., & Stasburger, A. (2005). Association of neurocognition, anxiety, positive and negative symptoms with coping preference in schizophrenia spectrum disorder. *Schizophrenia Research*, 80, 163-171.
- Maratos, A. S., Gold, C., Wang, X., & Crawford, M. J. (2008). Music therapy for depression. *Cochran Database of Systematic Reviews*, 23(1). doi: 10.1002/14651858.CD004517.
- McNally, S. E., & Goldberg, J. O. (1997). Natural cognitive coping strategies in schizophrenia. *British Journal of Medical Psychology*, 70, 159-167.
- Moller M., & Murphy M. (2001). Neuro biological response and schizophrenia psychotic disorder. In G. W. Stuart & M. T. Laraia (Eds.), *Principle and Practice of psychiatric Nursing* (pp. 403-437). Louis: Mosby.
- National Institute of Mental Health. (2006). *Schizophrenia*. [online]. Retrieved February 23, 2019, from <http://www.nimh.nih.gov/publicat/schizoph.cfm>.
- Norman, R. M. G., Malla, A. K., McLean, T. S., McIntosh, E. M., Neufeld, R. W. J., Voruganti, L. P., et al. (2002). An evaluation of a stress management program for individuals with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 58(2-3), 293-303.
- Ritsner, M. S., & Ratner, Y. (2006). The long - term changes in coping strategies in schizophrenia. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 194(4), 261-267.
- Silva, T. L., Ravindran, L. N., & Ravindran, A. V. (2009). Yoga in the treatment of mood and anxiety disorders: A review. *Asian Journal of Psychiatry*, 2, 6-16.
- Tranulis, C., Goff, D., Henderson, D. C., & Freudenreich, O. (2011). Becoming adherent to antipsychotics: A qualitative study of treatment-experienced schizophrenia patients. *Psychiatric Services*, 62(8), 888-892.
- Yalom, I. D. (1995). *The theory and practice of group psychotherapy* (4th ed.) New York: Basic Books.