

ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดร่วมกับโยคะบำบัด ต่อความเครียด อาการทางจิต คุณภาพชีวิต และการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท

ประคอง นาโพณฑัน¹ พย.ม. (การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต)

อชรา ฤชา² ปพย.

บทคัดย่อ: การวิจัยเชิงทดลองเพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดร่วมกับโยคะบำบัด กับการบำบัดตามปกติ ต่อความเครียด อาการทางจิต คุณภาพชีวิต และการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภท อายุระหว่าง 20-59 ปี สุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการกับความเครียดร่วมกับการฝึกโยคะต่อเนื่อง จำนวน 10 ครั้ง กลุ่มควบคุมได้รับการบำบัดตามปกติ เครื่องมือวิจัยใช้ Brief Psychotic Rating Scale: BPRS, Thai version of the Perceived Stress Scale:T-PSS-10 และ WHOQOL-BREF-Thai วัดผลก่อนและหลังบำบัด ติดตามผล 1 เดือน และ 3 เดือน ระหว่างเดือน ธันวาคม 2562-พฤศจิกายน 2563 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ repeated measures ANOVA ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียด และอาการทางจิตลดลง แต่มีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และไม่พบการกลับมารักษาซ้ำภายใน 3 เดือน ในขณะที่กลุ่มควบคุมพบการกลับมารักษาซ้ำ 5 คน จึงควรใช้โปรแกรมการจัดการความเครียดร่วมกับโยคะบำบัดในการช่วยลดความเครียด อาการทางจิต และลดการกลับมารักษาซ้ำในขณะที่ช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยจิตเภทได้

วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย 2564; 8(2): 54-71

คำสำคัญ: โปรแกรมการจัดการความเครียด โยคะบำบัด ผู้ป่วยจิตเภท อาการทางจิต คุณภาพชีวิต

¹พยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูง, พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์; ผู้เขียนหลัก, Email: napontunkong@gmail.com

²พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

วันที่รับบทความ 9 มิถุนายน 2564 วันที่แก้ไขบทความ 9 สิงหาคม 2564 วันที่ตอบรับบทความ 13 กันยายน 2564

The Effect of Stress Management with Yoga Therapy Program on Stress, Psychotic Symptoms, Quality of Life, and Relapse among Schizophrenia Patients

Prakhong Napontun¹ MNS. (Psychiatric and Mental Health)

Achara Laucha² Dip.BN.

Abstract: This randomized control trails (RCTs) aimed to evaluate the effects of stress management with yoga therapy program on stress, psychotic symptoms, quality of life and relapse in schizophrenia patients. The sample consisted of schizophrenic patients, aged 20–59 years. They were randomly selected to the experimental and the control group with 20 people in each group. The experimental group received 10 sessions of stress management in conjunction with yoga practices. The control group received usual care. The study was conducted during December 2019 to November 2020. The research tools were: the Brief Psychotic Rating Scale: BPRS; the Thai version of the PSS-10; the Perceived Stress Scale: T-PSS-10; and the WHOQOI-BREF-THAI. Data were analyzed using repeated measure ANOVA. Results showed that the experimental group had lower mean scores of stress and psychotic symptoms, but higher in quality of life than the control group with statistically significant differences ($p < 0.05$). The sample in the experimental group, had not been readmitted; while in the control group, 5 subjects had been readmitted within 3 months. The stress management with yoga therapy program should be used to reduce stress, psychotic symptoms, and readmission rate; while help improve quality of life of people with schizophrenia.

Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice 2021; 8(2): 54–71

Key words: stress management program, yoga therapy, schizophrenia patient, psychotic symptom, quality of life

¹Advanced Practice Nurse, Khon Kaen Rajanagarindra Psychiatric Hospital, Khon Kaen province; Corresponding Author, Email: napontunkong@gmail.com

²Professional Nurse, Professional Level, Khon Kaen Rajanagarindra Psychiatric Hospital, Khon Kaen province.

Received June 9, 2021; Revised August 9, 2021; Accepted September 13, 2021

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่พบมากที่สุด เมื่อเทียบกับโรคจิตชนิดอื่นโดยมีลักษณะของโรคที่ซับซ้อน รุนแรง เรื้อรัง และมีอาการกำเริบซ้ำบ่อย มีอัตราการเกิดโรคร้อยละ 1-2 ของประชากรโลก ด้วยพยาธิสภาพของโรคจิตเภทที่ทำให้เกิดความผิดปกติด้านความคิด อารมณ์ พฤติกรรมอันส่งผลกระทบต่อการทำหน้าที่ทางสังคม ความเสื่อมถอยสมรรถภาพด้านต่างๆเป็นอย่างมาก แม้ผู้ป่วยจะได้รับการรักษา แต่ส่วนมากยังคงมีอาการทางจิตหลงเหลืออยู่ จึงส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน และมีความทุกข์ทรมานจากอาการทางจิตจากฤทธิ์ข้างเคียงของการรักษา ประกอบกับความสามารถในการปรับตัวและการจัดการกับความเครียดน้อยกว่าบุคคลทั่วไป เมื่อต้องเผชิญกับความเครียดอย่างรอบด้านจึงส่งผลให้เกิดอาการกำเริบ จนต้องกลับไปรักษาแบบผู้ป่วยในซ้ำบ่อยครั้ง¹⁻³ โดยความเครียดเป็นปัจจัยกระตุ้นอย่างมีนัยสำคัญต่อการเกิดอาการกำเริบซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท⁴⁻⁵ ความเครียดเป็นเหตุการณ์ในชีวิตที่มีการให้ความหมายแตกต่างกันไปตามแต่ละบุคคล เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล สิ่งแวดล้อม และอารมณ์ที่มีความซับซ้อนและเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา² ซึ่งส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจที่เกิดปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเครียด โดยกระตุ้นซิมพาเทติก (sympathetic) ทำให้อะดรีนาลิน (adrenaline) เพิ่มขึ้น ส่งผลให้ความดันโลหิตสูง หัวใจเต้นเร็ว อุณหภูมิร่างกายเพิ่มขึ้น อัตราการหายใจเพิ่มขึ้น กล้ามเนื้อตึงตัวมากขึ้น ด้านจิตใจทำให้กังวล ไม่มีสมาธิ นอนไม่หลับ ถ้ามีความเครียดในระดับสูงและเรื้อรังจะส่งผลให้สารชีวเคมีในสมองไม่สมดุล การทำหน้าที่ด้านต่างๆของบุคคลผิดปกติ (dysfunctional) และเป็นสาเหตุให้เกิดการพัฒนาเป็นความผิดปกติ

ทางจิต ดังนั้นความเครียดจึงเป็นทั้งปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยกระตุ้นให้เกิดอาการทางจิตโดยเฉพาะผู้ป่วยจิตเภท ทำให้เกิดอาการกำเริบซ้ำของโรคบ่อยและเป็นแบบเรื้อรัง จึงต้องการการจัดการกับความเครียดอย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง⁴⁻⁶ ความเครียดในผู้ป่วยจิตเภทเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเปราะบางของผู้ป่วย สารสื่อประสาทโดปามีน และปัจจัยความเครียดจากสิ่งแวดล้อม เหตุการณ์ในชีวิตประจำวัน ผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ที่บ้านหรือนอนรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชล้วนยังต้องเผชิญกับความเครียดอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ถึงแม้สภาพแวดล้อมของหอผู้ป่วยที่จัดเพื่อการบำบัดฟื้นฟูก็ยังมีโอกาสทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดและไม่สามารถจัดการได้ จึงเกิดอาการกำเริบรุนแรงและบ่อยครั้งเกิดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ในลักษณะต่างๆ เช่น ก้าวร้าว ทำร้ายตนเอง ทำร้ายผู้อื่น ไม่ร่วมมือในการรักษา และพยายามหลบหนีจากโรงพยาบาล⁶⁻⁸

หอผู้ป่วยราชพฤกษ์ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ เป็นหอผู้ป่วยจิตเวชชาย มีขนาด 55 เตียง ให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการทางจิตสงบ โดยบำบัดทางจิตสังคมเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช ตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย และเตรียมผู้ป่วยก่อนกลับสู่ชุมชน การรายงานในระยะเวลา 6 เดือน (กุมภาพันธ์-กรกฎาคม พ.ศ. 2562) พบว่า มีผู้ป่วยโรคจิตเภท (schizophrenia) จำนวน 260 คน คิดเป็นร้อยละ 76.92 พบอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นได้แก่ ผู้ป่วยพยายามทำร้ายตนเอง (self-harm /suicide) จำนวน 5 ครั้ง มีพฤติกรรมก้าวร้าวจนต้องย้ายกลับไปยังตึกแรกรับ (acute ward) และได้รับการฉีดยาเพิ่มเมื่อจำเป็นจำนวน 12 ราย รายงานอุบัติการณ์ผู้ป่วยก้าวร้าว (violent) จำนวน 4 ใบอุบัติการณ์ ผู้ป่วย

พยายามหลบหนีออกนอกโรงพยาบาล (escape) จำนวน 5 ใบอุบัติเหตุการณ์ เมื่อวิเคราะห์สาเหตุจากการสังเกต การประเมิน และจากการสนทนากลุ่ม (focus group) พบว่าอุบัติเหตุการณ์ดังกล่าวมีสาเหตุจากความเครียดเป็นตัวกระตุ้นโดยสาเหตุของความเครียดเกิดจากผู้ป่วยต้องการกลับบ้าน ญาติไม่มารับตามนัดนอนโรงพยาบาลนาน กังวลเรื่องอาการเจ็บป่วยและฤทธิ์ข้างเคียงของยา จากอุบัติเหตุการณ์ดังกล่าวส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยปฏิบัติงานและผู้ป่วย ทั้งด้านร่างกาย และจิตใจโดย บุคลากรจำนวน 3 คนได้รับบาดเจ็บจากการควบคุมพฤติกรรมผู้ป่วยจนไม่สามารถปฏิบัติงานได้ช่วงระยะเวลาหนึ่ง ส่วนผู้ป่วยได้รับผลกระทบด้านร่างกาย โดยได้รับบาดเจ็บตั้งแต่ระดับเล็กน้อย ถึงระดับรุนแรง ต้องส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาลเฉพาะทางฝ่ายกาย ผลกระทบด้านจิตใจ ทำให้รู้สึก วิตกกังวล กลัว รู้สึกไม่ปลอดภัย และไม่มั่นใจ⁹ และส่งผลกระทบต่อองค์กร ได้แก่ ความเชื่อมั่นด้านการบำบัดรักษาของผู้รับบริการลดลง เมื่อเกิดอุบัติเหตุการณ์ในระดับรุนแรงที่กระทบต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย และผู้ปฏิบัติงาน ค่าใช้จ่ายในการบำบัดรักษาเพิ่มขึ้น เพิ่มการรักษาด้านร่างกาย การเกิดความพิการด้านร่างกาย และรุนแรงที่สุด คือ การเสียชีวิตในโรงพยาบาลส่งผลต่อความไม่พึงพอใจของญาติ อาจนำมาซึ่งการถูกร้องเรียน ฟ้องร้อง และเกิดผลกระทบอื่นๆที่จะตามมาอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้⁹⁻¹¹ ซึ่งสถานการณ์ดังกล่าวนี้ ทุกโรงพยาบาลไม่ต้องการให้เกิดขึ้น จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาโปรแกรมการช่วยเหลือเพื่อลดผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ดังกล่าวโดยมุ่งให้ความสำคัญที่การลดความเครียดในผู้ป่วยจิตเภท

การช่วยเหลือเพื่อลดความเครียดที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยจิตเภทที่นอนรักษาในหอผู้ป่วยราชพฤกษ์ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ มีการบำบัด

แบบรายบุคคล ตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย และการบำบัดแบบกลุ่ม ได้แก่ กลุ่มจิตบำบัด ประคับประคอง (supportive psychotherapy group) กลุ่มเตรียมความรู้ก่อนกลับบ้าน (psycho-education group) กลุ่มอาชีพบำบัด (occupational therapy) กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการเกษตร (recovery) กลุ่มเลิกสารเสพติด (matrix program) การบำบัดรายบุคคล ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด การแนะนำ (advice) การบำบัดดังกล่าวช่วยลดความเครียดของผู้ป่วยได้ แต่ไม่มีการบำบัดเฉพาะเพื่อลดความเครียดในผู้ป่วยจิตเภทจึงเป็นโอกาสพัฒนาคุณภาพการพยาบาลที่เป็นทางเลือกในการบำบัดรักษาและเกิดผลลัพธ์ที่ดีทางการพยาบาล

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการลดความเครียดในผู้ป่วยจิตเภท พบว่า โยคะ (yoga) เป็นทางเลือกที่ได้ผลดีอย่างมีนัยสำคัญ และเป็นที่ยอมรับในระดับสากล รู้จักอย่างแพร่หลายนานกว่า 5,000 ปี โยคะ เป็นเทคนิคการคลายเครียด เป็นการเคลื่อนไหวที่บูรณาการจิตและกาย ให้เป็นหนึ่งเดียว และเกิดความสมดุล (harmony) ช่วยพัฒนาร่างกาย จิตใจ ความคิด และจิตวิญญาณ โดยมีกลไกที่ช่วยลดระดับ cortisol ได้ช่วยลดอาการของโรคจิตเภท ทั้งด้านบวก (positive symptoms) และด้านลบ (negative symptoms)¹²⁻¹⁵ ผลจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systematic review) และการวิเคราะห์แบบอภิมาน (meta-analysis) พบว่า โยคะสามารถนำมาใช้ร่วมกับการรักษาโรคจิตเภทได้ โดยมีผลลดอาการทางจิต เพิ่มการทำหน้าที่ทางสังคม เพิ่มคุณภาพชีวิต และลดการกลับมารักษาซ้ำได้¹⁵⁻¹⁷

ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจพัฒนาทางเลือกในการจัดการกับความเครียดโดยนำโยคะเข้ามาช่วยเหลือเพิ่มเข้ามาในการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเภทเพื่อเพิ่ม

ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดร่วมกับโยคะบำบัด ต่อความเครียด อาการทางจิต คุณภาพชีวิต และการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท

ประสิทธิภาพการรักษาพยาบาล และเป็นโอกาสพัฒนาการบำบัดช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีขึ้น เนื่องจากปัจจุบันไม่มีการบำบัดเพื่อลดความเครียดในผู้ป่วยจิตเภทโดยเฉพาะ และมีการศึกษาเกี่ยวกับการใช้ศาสตร์ของโยคะที่เป็นทางเลือกสำหรับผู้ป่วยจิตเภทมีจำนวนน้อยในบริบทของโรงพยาบาลจิตเวชในประเทศไทย เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาต่อยอดและโอกาสในการพัฒนาทั้งด้านผลลัพธ์ทางการพยาบาลและการศึกษาวิจัยต่อไป

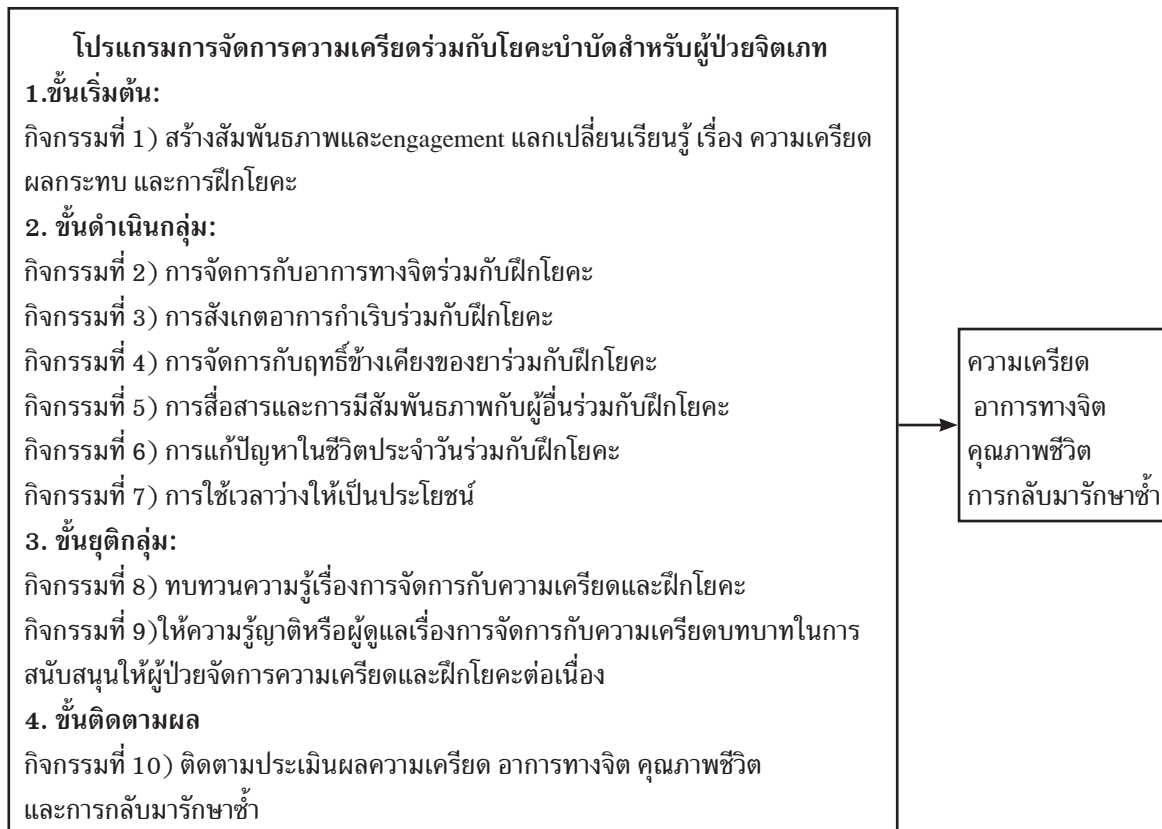
วัตถุประสงค์

เพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดร่วมกับโยคะบำบัด กับการบำบัดตามปกติ ต่อความเครียด อาการทางจิต คุณภาพชีวิต และการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยนำแนวคิดการผ่อนคลายด้วยโยคะและการจัดการความเครียดของ Norman et al.¹⁸ ที่อธิบายความเครียดในผู้ป่วยจิตเภท เกิดจาก 3 ปัจจัย คือ 1) ปัจจัยด้านการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท 2) ปัจจัยด้าน

ตัวผู้ป่วย และ 3) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม โดยใช้ในการจัดการความเครียด 3 แนวทาง คือ 1) ลดการตอบสนองทางร่างกายต่อความเครียดโดยการฝึกผ่อนคลาย 2) ส่งเสริมความแข็งแรงของร่างกาย การพักผ่อน การรับประทานอาหาร และการออกกำลังกาย 3) พัฒนาทักษะการรู้คิดและพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเผชิญความเครียด มี 12 หลักการ คือ 1) ให้ความรู้เรื่องความเครียดและการผ่อนคลาย 2) การเผชิญความเครียดจากการรับประทานยา 3) การเผชิญกับอาการทางจิต 4) การเสริมสร้างความแข็งแรงของร่างกาย 5) การบริโภคที่มีผลต่อความเครียด 6) การจัดการการเงิน 7) การจัดการเวลา 8) การแก้ปัญหา 9) การพัฒนามิตรภาพ 10) การเผชิญตรรกะ 11) การเผชิญสถานการณ์ความเครียดและปฏิสัมพันธ์กับคนอื่น 12) การทบทวนและติดตามร่วมกับแนวคิดการฝึกโยคะพัฒนาเป็นโปรแกรมการจัดการความเครียดร่วมกับโยคะบำบัด ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน 10 กิจกรรม โดยทำกิจกรรมต่อเนื่องทุกวัน วันละ 60-90 นาที กรอบแนวคิดการวิจัย ดังในแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

สมมติฐานการวิจัย

ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดร่วมกับโยคะบำบัด มีความเครียด อาการทางจิตลดลง มีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและไม่กลับมารักษาซ้ำภายใน 3 เดือน เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการบำบัดตามปกติ

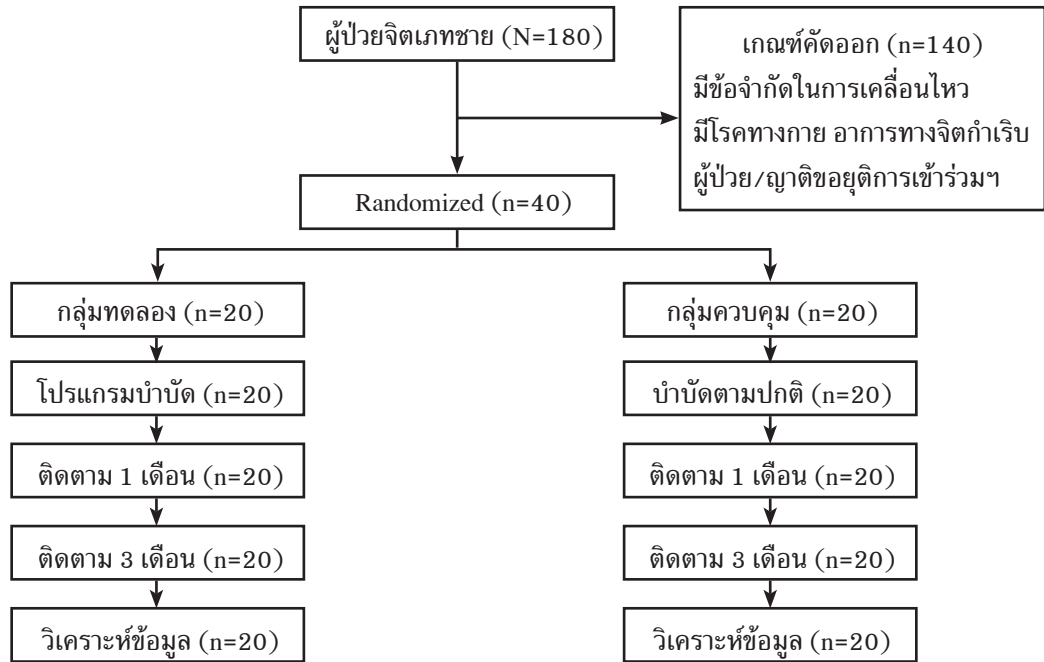
ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (randomized control trial: RCTs) มีกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง รูปแบบวัดก่อน และหลังสิ้นสุดโปรแกรม และติดตามผล 1 เดือน และ 3 เดือน

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรค (International Classification of Diseases, Tenth Revision: ICD-10) เข้ารับบริการเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลที่ศึกษา ในช่วงเดือน ธันวาคม พ.ศ. 2562-มีนาคม พ.ศ. 2563 คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G* Power3 ได้ขนาดตัวอย่างทั้งหมด 40 คน สุ่มอย่างง่าย เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 20 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทชาย ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria) ถูกคัดเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังแผนภาพที่ 2

ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดร่วมกับโยคะบำบัด ต่อความเครียด อาการทางจิต คุณภาพชีวิต และการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท



แผนภาพที่ 2 แสดงการคัดเลือกกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน โดยการจับคู่รายบุคคล (subject matching) ในตัวแปรด้าน 1) กลุ่มอายุ 2) ระยะเวลาการเจ็บป่วย และ 3) ระดับความเครียด มีการป้องกันอคติในการวัดและประเมินผล (blinding) โดย ผู้เข้าร่วมวิจัย (participant) และ ผู้ประเมินผลผลลัพธ์ (assessor) ไม่รู้ว่าตนเองอยู่กลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือดำเนินการทดลอง คือ โปรแกรมการจัดการความเครียดร่วมกับโยคะบำบัดที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ Norman et al.¹⁸ ที่อธิบายลักษณะของความเครียดและแนวทางการจัดการความเครียดในผู้ป่วยจิตเภทร่วมกับแนวคิดและหลักการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อด้วยโยคะเป็นกิจกรรมการ

ให้ความรู้ร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อโดยการเคลื่อนไหวร่างกาย ร่วมกับการควบคุมการหายใจตามหลักโยคะแบบกลุ่ม จำนวน 10 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาทีต่อเนื่อง โดยแบ่งเป็น 3 ขั้นตอน 10 กิจกรรม ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 เริ่มต้น

กิจกรรมที่ 1) การสร้างสัมพันธภาพ และ engagement สร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัด สร้างบรรยากาศที่ผ่อนคลาย ประโยชน์ที่จะได้รับ บทบาทในการเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรม แลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องความเครียด ผลกระทบ การจัดการความเครียด แนะนำประโยชน์และหลักการฝึกโยคะ นำฝึกโยคะ

ขั้นตอนที่ 2 ดำเนินการ

กิจกรรมที่ 2) ให้ความรู้เรื่องการจัดการกับอาการทางจิต เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจการจัดการกับอาการทางจิต สังเกตอาการการตอบสนองทางอารมณ์และพฤติกรรม มีแนวทางในการจัดการ

กับอาการทางจิตที่เหมาะสม และฝึกผ่อนคลายโดยการฝึกโยคะ

กิจกรรมที่ 3) การสังเกตอาการกำเริบ ร่วมกับการฝึกโยคะ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเรื่องอาการกำเริบ สามารถสังเกตตนเองและมีแนวทางแก้ปัญหาเมื่อเกิดอาการกำเริบ ร่วมกับการผ่อนคลายด้วยการฝึกโยคะ

กิจกรรมที่ 4) การจัดการกับฤทธิ์ข้างเคียงของยา ร่วมกับฝึกโยคะ เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจและสามารถจัดการกับฤทธิ์ข้างเคียงของยาได้ลดความเครียดและวิตกกังวลเรื่องฤทธิ์ข้างเคียงของยามั่นใจและร่วมมือในการรักษา และผ่อนคลายโดยการฝึกโยคะ

กิจกรรมที่ 5) การสื่อสารและการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นร่วมกับการฝึกโยคะเพื่อสามารถสื่อสารเพื่อบอกความต้องการได้ ฝึกการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น ผ่อนคลายด้วยการฝึกโยคะต่อเนื่อง

กิจกรรมที่ 6) การแก้ปัญหาในชีวิตประจำวัน เพื่อให้มีความรู้วิธีการแก้ปัญหา สร้างความมั่นใจว่าสามารถแก้ปัญหาได้ คาดการณ์ปัญหาที่จะเกิดขึ้น ร่วมกันหาวิธีการแก้ปัญหา ผ่อนคลายด้วยการฝึกโยคะ

กิจกรรมที่ 7) การใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ ร่วมกับการฝึกโยคะ เพื่อให้เห็นความสำคัญของการใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ วางแผนการใช้เวลาว่างของตนเอง ผ่อนคลายด้วยการฝึกโยคะ

ขั้นตอนที่ 3 ยุติกลุ่ม

กิจกรรมที่ 8) ทบทวนความรู้เรื่องการจัดการกับความเครียดร่วมกับฝึกโยคะ เพื่อทบทวนความรู้ทั้งหมดตั้งแต่กิจกรรมที่ 1-7 และผ่อนคลายด้วยโยคะ

กิจกรรมที่ 9) ให้ความรู้ญาติหรือผู้ดูแลเรื่องการจัดการกับความเครียดบทบาทในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยจัดการความเครียดและฝึกโยคะต่อเนื่องเพื่อให้ญาติเห็นความสำคัญเรื่องความเครียดที่มีผลให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบ สนับสนุนให้ญาติช่วยเหลือผู้ป่วยจัดการกับความเครียดและกระตุ้นให้ฝึกโยคะต่อเนื่อง

ขั้นตอนที่ 4 ติดตามประเมินผล

กิจกรรมที่ 10) ติดตามประเมินผลความเครียด อาการทางจิต คุณภาพชีวิตและการกลับมารักษาซ้ำ เมื่อผู้ป่วยมาตามนัด หรือติดตามประเมินทางโทรศัพท์ตามความเหมาะสม

เครื่องมือวิจัยนี้ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 1 คน ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 1 คน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 1 คน และนำโปรแกรมที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน ปรับแก้ไข จนมีความเหมาะสมและสามารถใช้ได้จริง จึงนำไปใช้ในการทดลอง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้ศึกษาสร้างขึ้น เพื่อบันทึกข้อมูลพื้นฐาน ได้แก่ อายุ สถานภาพ อาชีพ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการเจ็บป่วย รายได้ต่อเดือน

ส่วนที่ 2 แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychotic Rating Scale: BPRS) ใช้เพื่อประเมินอาการทางจิต และคัดกลุ่มเป้าหมายเข้าสู่การศึกษา และใช้ประเมินผล แบบประเมินนี้ถูกพัฒนาขึ้นโดย Overall & Gorham¹⁹ และนำมาแปลเป็นภาษาไทย

โดย พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์ ประกอบด้วยอาการทางจิต 18 ข้อ มีมาตรวัด 7 ระดับ มีระดับความเชื่อมั่นของค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 0.62- 0.87 คะแนนก่อนนำมาใช้ได้หาความเชื่อมั่นโดยวิธี Cronbach's alpha coefficient ในบริบทของผู้ป่วยโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ได้ 0.84

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความเครียดของผู้ป่วยจิตเภทฉบับภาษาไทย (Thai version of the PPS-10: The perceived Stress Scale: T-PSS-10) พัฒนาโดย Nathathai Wongpakaran & Tinakon Wongpakaran²⁰ เป็นเครื่องมือประเมินตนเองเกี่ยวกับความรู้สึกและความคิดในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมาโดยวัดระดับเหตุการณ์ในชีวิต การรับรู้ส่วนบุคคล สิ่งที่เกิดขึ้นในชีวิตที่ไม่สามารถทำนายได้ มีความไวต่อความเครียดที่มีลักษณะเรื้อรังในชีวิต มี 10 ข้อ ลักษณะแบบประเมินเป็น Likert scale 5 ระดับ ตั้งแต่ 0-4 คะแนน มีความเชื่อมั่น 0.80

ส่วนที่ 4 แบบประเมินคุณภาพชีวิต/เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) มีการศึกษาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยมีค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.84 ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.65 WHOQOL-BREF-Thai ทบทวนและปรับปรุงโดยสุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุลและคณะ²¹ มีจำนวน 26 ข้อ ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยมีค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.84

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ (รหัสโครงการ 017/2562) กลุ่มตัวอย่างทุกคนได้รับการ

ชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัยโดยพยาบาลวิชาชีพที่ไม่ใส่ชุดเครื่องแบบพยาบาล และไม่รู้จักคุ้นเคยกับกลุ่มตัวอย่างมาก่อน รายละเอียดการชี้แจงประกอบด้วย ประโยชน์ที่จะได้รับ ระยะเวลา การช่วยเหลือเมื่อเกิดความเสี่ยงอันเนื่องจากการเข้าร่วมการวิจัย การเก็บรักษาความลับ สิทธิการยกเลิกการเข้าร่วมวิจัย ให้เวลาซักถามข้อสงสัยและตัดสินใจเข้าร่วมวิจัย จึงให้ลงลายมือในเอกสารยินยอมเข้าร่วมวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงบรรยาย

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความเครียด อาการทางจิต คุณภาพชีวิต ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน 3 เดือนใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนเมื่อมีการวัดซ้ำ (repeated measures ANOVA) ซึ่งได้มีการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ ดังนี้ วิเคราะห์การกระจายของข้อมูลโดยใช้สถิติ Kolmogorov-Sminov test ในคะแนนความเครียดก่อนและหลังทดลองในกลุ่มทดลอง ได้ค่า Kolmogorov-Sminov Z=.67 และ.75 ค่า p=.75 และ.62 ($p>.05$) ในกลุ่มควบคุมได้ค่า Kolmogorov-Sminov Z=.70 และ1.02 ค่า p=.71 และ.24 ($p>.05$) ซึ่งมีการกระจายแบบปกติ (normal distribution) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $\alpha=.05$ เช่นเดียวกับการกระจายของคะแนนอาการทางจิตและคุณภาพชีวิตซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น

ทดสอบ ความแปรปรวนของตัวแปรตาม และความแปรปรวนร่วม ในแต่ละกลุ่มมีค่าเท่ากัน (homogeneity of variance) โดยใช้ Levene's test ค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดตามช่วงเวลาที่ได้รับ

ได้ค่า $F=.170, 10.220, .774, 14.021$ และค่า $p=.682, .003, .387, .001$ เช่นเดียวกับค่าเฉลี่ยคะแนนอาการทางจิต และคุณภาพชีวิต การทดสอบความแปรปรวนในการวัดซ้ำแต่ละครั้งไม่แตกต่างกัน หรือคุณสมบัติ compound symmetry โดยใช้ Mauchly's test of sphericity ค่า $p=.415$ ความสัมพันธ์ของตัวแปรตามแต่ละคู่ที่วัดซ้ำไม่แตกต่างกัน และความแปรปรวนของตัวแปรที่วัดซ้ำแต่ละครั้งไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>.05$) ซึ่งสอดคล้องกับข้อตกลงเบื้องต้น

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม พบว่ามีลักษณะคล้ายคลึงกัน โดยกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม ส่วนใหญ่ มีอายุ 40-49 ปี (ร้อยละ 50) มีสถานภาพสมรสโสด (ร้อยละ 62.50) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 42.50) มีอาชีพเป็นเกษตรกร (ร้อยละ 32.50) มีรายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 3,000 บาท (ร้อยละ 75.00) มีระยะเวลาเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทอยู่ในช่วง 16-20 ปี (ร้อยละ 40.00) และมีความเครียดในระดับสูง (ร้อยละ 70)

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความเครียด อาการทางจิต และคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนทดลอง หลังทดลอง และติดตามผล 1 เดือน และ 3 เดือน

จากตารางที่ 1 พบว่า ค่าเฉลี่ยของความเครียด อาการทางจิต และคุณภาพชีวิตในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F_{1,38} = 4.39; p=0.04$) ($F_{1,38} = 14.45; p=0.00$) ($F_{1,38} = 13.96; p=0.00$) ตามลำดับและค่าเฉลี่ยของความเครียด อาการทางจิต และคุณภาพชีวิตในช่วงเวลาที่วัด คือ ก่อนและหลังการทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือนและ 3 เดือนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F_{3,114} = 22.08; p=0.00$) ($F_{3,114} = 12.59; p=0.00$) ($F_{3,114} = 9.42; p=0.00$) ตามลำดับ และพบว่า ปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลอง และระยะเวลาการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีผลต่อค่าเฉลี่ยของความเครียด อาการทางจิต และคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F_{3,114} = 7.90; p=0.00$) ($F_{3,114} = 5.81; p=0.00$) ($F_{3,114} = 27.90; p=0.00$) ตามลำดับ เนื่องจากช่วงเวลาที่วัดมีอย่างน้อย 1 คู่ ที่แตกต่างกันจึงวิเคราะห์เปรียบเทียบพหุคูณเพื่อหาคู่ที่แตกต่างโดยใช้วิธี Bonferroni ดังตารางที่ 2

ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดร่วมกับโยคะบำบัด ต่อความเครียด อาการทางจิต คุณภาพชีวิต
และการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยของความเครียด อาการทางจิต คุณภาพชีวิตในกลุ่ม
ทดลอง และกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนทดลอง หลังทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน 3 เดือน

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p
ความเครียด					
ระหว่างกลุ่ม					
วิธีการทดลอง	250.00	1	250.00	4.39	0.04 [*]
ความคลาดเคลื่อนที่ 1	2162.60	38	56.91		
ภายในกลุ่ม					
ระยะเวลาการทดลอง	2326.35	3	775.45	22.08	0.00 [*]
ปฏิสัมพันธ์วิธีการทดลอง*เวลา	831.65	3	271.22	7.90	0.00 [*]
ความคลาดเคลื่อนที่ 2	4003.00	114	35.11		
อาการทางจิต					
ระหว่างกลุ่ม					
วิธีการทดลอง	980.10	1	980.10	14.45	0.00 [*]
ความคลาดเคลื่อนที่ 1	2576.80	38	67.81		
ภายในกลุ่ม					
ระยะเวลาการทดลอง	2328.90	3	776.30	12.59	0.00 [*]
ปฏิสัมพันธ์วิธีการทดลอง*เวลา	1074.50	3	358.17	5.81	0.00 [*]
ความคลาดเคลื่อนที่ 2	7029.60	114	61.66		
คุณภาพชีวิต					
ระหว่างกลุ่ม					
วิธีการทดลอง	5417.26	1	5417.26	13.96	0.00 [*]
ความคลาดเคลื่อนที่ 1	1493.31	38	13493.31		
ภายในกลุ่ม					
ระยะเวลาการทดลอง	1493.31	1	1493.31	9.42	0.00 [*]
ปฏิสัมพันธ์วิธีการทดลอง*เวลา	4422.70	1	4422.70	27.90	0.00 [*]
ความคลาดเคลื่อนที่ 2	6023.04	38	158.50		

*p< .05

ตารางที่ 2 ความแตกต่างรายคู่ของคะแนนความเครียด อาการทางจิต คุณภาพชีวิต ในระยะก่อนทดลอง หลังทดลอง และ ระยะติดตามผล 1 เดือน และ 3 เดือน ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ระยะเวลาการทดลอง		Mean Difference	Std. Error	p-value
ความเครียด				
ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	-1.68	1.18	0.97
	ติดตามผล 1 เดือน	-7.12	1.25	0.00*
	ติดตามผล 3 เดือน	-9.30	1.29	0.00*
หลังทดลอง	ติดตามผล 1 เดือน	-5.45	1.29	0.00*
	ติดตามผล 3 เดือน	-7.63	1.33	0.00*
ติดตามผล 1 เดือน	ติดตามผล 3 เดือน	-2.18	1.59	1.00
อาการทางจิต				
ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	3.95	1.10	0.00*
	ติดตามผล 1 เดือน	-2.25	1.72	1.00
	ติดตามผล 3 เดือน	-6.60	1.92	0.00*
หลังทดลอง	ติดตามผล 1 เดือน	-6.20	1.70	0.00*
	ติดตามผล 3 เดือน	-10.55	1.85	0.00*
ติดตามผล 1 เดือน	ติดตามผล 3 เดือน	-4.35	2.08	0.26
คุณภาพชีวิต				
ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	-4.85	2.16	0.18
	ติดตามผล 1 เดือน	1.10	2.76	1.00
	ติดตามผล 3 เดือน	7.13	2.63	0.06
หลังทดลอง	ติดตามผล 1 เดือน	5.59	1.88	0.02*
	ติดตามผล 3 เดือน	11.96	1.10	0.00*
ติดตามผล 1 เดือน	ติดตามผล 3 เดือน	6.03	1.48	0.00*

*p< .05

จากตารางที่ 2 พบว่า คะแนนความเครียดก่อนทดลองและหลังทดลองไม่แตกต่างกันแต่เมื่อติดตามผล 1 เดือน และ 3 เดือน คะแนนความเครียดลดลงมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ส่วนคะแนนความเครียดระยะติดตามผล 1 เดือน และ 3 เดือนไม่แตกต่างกัน คะแนนอาการทางจิตหลังทดลอง และติดตามผล 3 เดือนลดลงมากกว่า

ก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) อาการทางจิตในระยะติดตามผล 1 เดือน และ 3 เดือนลดลงมากกว่าหลังทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) อาการทางจิตในระยะติดตามผล 1 เดือน และ 3 เดือนไม่แตกต่างกัน คะแนนคุณภาพชีวิตก่อนทดลองและหลังทดลองและติดตามผล 1 เดือน และ 3 เดือนไม่แตกต่างกัน แต่ในระยะติดตาม 1 เดือน

และ 3 เดือนเพิ่มขึ้นมากกว่าหลังทดลอง และในระยะติดตามผล 3 เดือนเพิ่มขึ้นมากกว่าในระยะติดตามผล 1 เดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

3. ผลการติดตามการกลับมารักษาซ้ำแบบผู้ป่วยในหลังจำหน่าย 1 เดือน และ 3 เดือน

การรวบรวมข้อมูลจากฐานข้อมูลโรงพยาบาล พบว่า กลุ่มทดลองไม่มีการกลับมารักษาซ้ำภายใน 1 เดือน และ 3 เดือน ในขณะที่กลุ่มควบคุม มีผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำรวมทั้งสิ้น 5 คน คือ 2 คนภายใน 1 เดือน และ 3 คนภายใน 3 เดือน

อภิปรายผล

1. ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดร่วมกับโยคะบำบัดต่อความเครียด

จากการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเครียดในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองสิ้นสุดทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน และ 3 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่าวิธีการทดลองและระยะเวลาการทดลองมีผลต่อคะแนนเฉลี่ยความเครียดในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (ตารางที่ 1) แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดร่วมกับโยคะบำบัดมีความเครียดลดลงมากกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการบำบัดตามปกติ เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างช่วงเวลาที่วัด (ตารางที่ 2) พบว่า คะแนนเฉลี่ยความเครียดก่อนทดลองและหลังทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน และ 3 เดือนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันแม้ว่าคะแนนเฉลี่ยความเครียดในกลุ่มทดลองจะลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ก่อนทดลองได้ matching subject ความเครียด ทั้ง 2 กลุ่มพบว่าส่วนมากอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 70) เนื่องจากทั้ง 2 กลุ่ม ต่างได้รับการช่วยเหลือตามปกติ ได้แก่ การให้คำปรึกษารายบุคคล การแนะนำ การช่วยเหลือเพื่อลดความเครียดและวิตกกังวล การชมเชยให้กำลังใจ และการเข้ากลุ่มบำบัดชนิดต่างๆ ที่ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก รวมทั้งการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัดให้เกิดความรู้สึกผ่อนคลาย จึงทำให้ความเครียดของผู้ป่วยจิตเภททั้ง 2 กลุ่มลดลง แต่ในระยะติดตามผล 1 เดือนและ 3 เดือนหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล พบว่า ในกลุ่มทดลองมีความเครียดลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (ตารางที่ 2) ซึ่งอธิบายได้ว่าเมื่อจำหน่ายผู้ป่วยกลับสู่ครอบครัวและชุมชน ผู้ป่วยต้องเผชิญความเครียดรอบด้านตามบริบทของตนอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ความเครียดที่ลดลงในกลุ่มทดลองแสดงถึงการมีความสามารถในการจัดการกับความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งอาจเป็นผลเนื่องมาจากโปรแกรมการจัดการความเครียดร่วมกับโยคะบำบัด ซึ่งพัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ Norman et al. (2002)¹⁸ ที่อธิบายการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยจิตเภท 3 แนวทาง คือ 1) ลดปฏิกิริยาการตอบสนองต่อความเครียดโดยการฝึกผ่อนคลาย 2) จัดการกับปัจจัยที่มีผลต่ออาการทางจิต และความเครียด และ 3) พัฒนาทักษะด้านการรู้คิดและการเผชิญความเครียด ประกอบด้วย 10 กิจกรรมโดยแต่ละกิจกรรมแบ่งเป็นขั้นตอนการให้ความรู้ในปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดความเครียดในผู้ป่วยจิตเภทและขั้นตอนการฝึกผ่อนคลายด้วยโยคะกิจกรรมที่ 1-8 เน้นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยจิตเภท ส่วนกิจกรรมที่ 9-10 เน้นการมีส่วนร่วมและบทบาทของญาติและการติดตาม

ประเมินผลสอดคล้องกับการศึกษาของ พรทิพย์ ไชสะอาด และเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ²² และ Ramajaya²³ ที่พบว่าโปรแกรมการคลายเครียดที่ให้ความรู้เรื่องความเครียดและการจัดการกับอาการทางจิตช่วยให้อาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตามพบว่าความเครียดในระยะติดตามผล 1 เดือน และ 3 เดือนในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันแสดงให้เห็นว่าความคงทนของผลการบำบัดอาจลดลงตามระยะเวลา

2. ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดร่วมกับโยคะบำบัดต่ออาการทางจิต

จากการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองสิ้นสุดทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน และ 3 เดือนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า วิธีการทดลองและระยะเวลาการทดลองมีผลต่อคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (ตารางที่ 1) แสดงว่าโปรแกรมการจัดการความเครียดร่วมกับโยคะบำบัดสามารถลดอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทมากกว่าการบำบัดตามปกติ เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างช่วงเวลาที่พัก (ตารางที่ 2) พบว่า คะแนนเฉลี่ยอาการทางจิต ก่อนทดลองและหลังทดลองทันที ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แสดงให้เห็นว่าในเนื้อหาของโปรแกรมทั้ง 10 กิจกรรมส่งผลให้ความเครียดลดลงดังกล่าวข้างต้น ดังนั้นจึงส่งผลให้อาการทางจิตลดลงได้ในกิจกรรมที่ 2 ให้ความรู้และฝึกทักษะการจัดการกับอาการทางจิตรวมกับการฝึกโยคะซึ่งโดยหลักการฝึกโยคะที่เป็นการเคลื่อนไหวร่างกาย ควบคู่กับการควบคุมลมหายใจให้ความรู้สึผ่อนคลาย เพิ่มสมาธิและฝึกการอยู่กับ

ปัจจุบันขณะ (here and now) แม้มีอาการทางจิต เช่น อาการด้านบวก มีหูแว่ว หรือภาพหลอนเกิดขึ้นแต่ขณะฝึกโยคะผู้ป่วยจะจดจ่ออยู่กับการเคลื่อนไหวและการหายใจเข้าออกยาวและลึก ไม่สนใจต่ออาการไม่ตอบสนองต่ออาการ จึงเป็นการฝึกที่ช่วยควบคุมอาการ²³⁻²⁵ การฝึกโยคะทำให้ร่างกายและจิตใจเกิดความสมดุล (harmony) ที่สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและควบคุมการตอบสนองต่ออาการทางจิตได้ลดความคิดด้านลบ ลดความกดดันจิตใจ และมีผลดีระยะยาว สอดคล้องกับการศึกษาของ Govindary et al.; Jayarm et al.; Gautam et al.^{3,4,25} ส่วนคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตก่อนทดลองและติดตามผล 1 เดือน และ 3 เดือนไม่แตกต่างกันเนื่องจากคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตก่อนทดลองเป็นช่วงคะแนนที่อาการทางจิตอยู่ในเกณฑ์ปกติหรือมีอาการทางจิตสงบบน ความว่าในระยะติดตามผล 1 เดือน และ 3 เดือน ผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม ยังมีอาการทางจิตสงบถึงแม้ในกลุ่มทดลองจะมีคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตลดลง แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุมแต่พบว่า คะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตระยะหลังทดลองและติดตามผล 1 เดือน และ 3 เดือนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ส่วนคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตระยะติดตามผล 1 เดือน และ 3 เดือนไม่แตกต่างกันแสดงให้เห็นว่าการเปลี่ยนแปลงของอาการทางจิตยังลดลงแต่มีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นเมื่อติดตามนานขึ้นผู้ป่วยอาจไม่มีการฝึกโยคะอย่างต่อเนื่องหรือเกิดจากปัจจัยอื่น ๆ ซึ่งอาจต้องพิจารณากระตุ้นการบำบัดตามโปรแกรมเพื่อให้ผลการบำบัดคงอยู่นาน

3. ผลของโปรแกรมการจัดการกับความเครียดร่วมกับโยคะบำบัดต่อคุณภาพชีวิต

จากการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองสิ้นสุดทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน และ 3 เดือน ระหว่าง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่าวิธีการทดลองและ ระยะเวลาการทดลองมีผลต่อคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมที่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (ตารางที่ 1) และ พบว่าในระยะก่อนทดลอง หลังสิ้นสุดการทดลองทันที ระยะติดตามผล 1 เดือน 3 เดือน คะแนนเฉลี่ย คุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นในกลุ่มทดลองแต่ไม่แตกต่างจาก กลุ่มควบคุม แต่คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตในระยะ หลังทดลองทันทีและระยะติดตามผล 1 เดือน 3 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) คุณภาพชีวิตเป็นผลลัพธ์สำคัญในการรักษา พยาบาลผู้ป่วยจิตเภท สำหรับผู้ป่วยจิตเภทอาการทาง คลินิก การทำหน้าที่ทางสังคมและความคิด อาการซึม เศร้าในระดับรุนแรง ความวิตกกังวล เป็นตัวทำนาย คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท ดังนั้น จึงควรให้ความสำคัญกับการบำบัดอาการด้านลบ อาการซึมเศร้า เครียด วิตกกังวล²³⁻²⁵

คุณภาพชีวิตที่ต่ำมีความสัมพันธ์กับอาการด้านลบที่รุนแรง ร่วมกับ ระยะเวลาการเจ็บป่วย อายุ และ สภาพที่อยู่อาศัย การมีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเองและมีครอบครัวดูแลจะทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีคุณภาพชีวิตที่ดี¹²⁻¹³ คุณภาพชีวิตมีหลายมิติ ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดร่วมกับโยคะบำบัดมีผลต่อการเพิ่มคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยจิตเภท เนื่องจากใน กิจกรรม 1-8 เน้นการเปลี่ยนแปลงในตัวผู้ป่วยที่มีความรู้ ความเข้าใจและฝึกทักษะที่จะช่วยลดความเครียดที่จะเกิดขึ้นกับตนเอง จึงทำให้สามารถจัดการกับความเครียดได้ร่วมกับการฝึกโยคะที่ช่วย

ให้ร่างกายแข็งแรงขึ้น การเคลื่อนไหวคล่องขึ้น มีสมาธิ และช่วยในการฟื้นฟูการทำหน้าที่ทางสังคมดีขึ้น ช่วยลดอาการทั้งด้านบวก และด้านลบ อารมณ์ดีขึ้นจึงส่งผลให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น^{8,22} สอดคล้องกับการศึกษาของ Govindary et al.³ การช่วยเหลือที่เน้นเรื่องการปรับตัว การมีสัมพันธภาพ การผ่อนคลาย และการจัดการกับความเครียดการฝึกทักษะในการแก้ปัญหา จะช่วยให้ความเครียดลดลงอาการทางจิตลดลงและเพิ่มคุณภาพชีวิต^{7,16}

4. ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดร่วมกับโยคะบำบัดต่อการกลับมารักษาซ้ำ

จากการติดตามประเมินผลโดยรวมข้อมูลจากระบบคอมพิวเตอร์ออนไลน์ พบว่า กลุ่มทดลองไม่กลับมารักษาซ้ำภายใน 1 เดือน และ 3 เดือน ในขณะที่กลุ่มควบคุมกลับมารักษาซ้ำ 2 คนใน 1 เดือน และ 3 คนใน 3 เดือน รวมกลับมารักษาซ้ำจำนวน 5 คนในระยะเวลา 3 เดือน หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล ปัจจัยความเครียดทั้งภายในและภายนอกมีบทบาทสำคัญที่เป็นตัวกระตุ้นให้อาการคงอยู่ และกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท โปรแกรมการจัดการความเครียดร่วมกับการฝึกโยคะเข้าไปช่วยลดตัวกระตุ้นและเพิ่มปัจจัยปกป้อง จึงทำให้ผู้ป่วยมีอาการคงที่และควบคุมอาการของตนเองได้นานในกิจกรรมที่ 9 เป็นการให้ความสำคัญกับญาติโดยให้ความรู้ในการดูแลบทบาทในการช่วยเหลือผู้ป่วยในการจัดการกับความเครียด ผู้ป่วยจึงไม่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลในช่วงติดตามผล 3 เดือน สอดคล้องกับการศึกษาของ พรทิพย์ ไชสะอาด และเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ²² พบว่าโปรแกรมการคลายเครียดที่ให้ความรู้เรื่องความเครียด และการจัดการกับอาการทางจิตช่วยให้อาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ในโปรแกรมฯให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของญาติในการให้กำลังใจ และกระตุ้นให้ผู้ป่วยฝึกโยคะต่อเนื่องที่บ้านการฝึกโยคะมีผลลดออกซิโตซินทำให้ลดความบกพร่องด้านการรู้คิด เพิ่มการทำหน้าที่ทางสังคมและลดอาการทางจิตและช่วยให้ผู้ป่วยอยู่ในครอบครัวและสังคมได้นานขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁴⁻⁵ อย่างไรก็ตาม มีการศึกษาพบว่าการฝึกโยคะ 1 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ต่อเนื่อง 8 ครั้ง ไม่มีนัยสำคัญต่อการลดความเครียดในผู้ป่วยจิตเภท⁶ ซึ่งผลดังกล่าวอาจเนื่องมาจากการฝึกโยคะในแต่ละครั้งห่างกันและไม่มีการให้ความรู้เรื่องการจัดการกับความเครียดและปัจจัยอื่นที่ช่วยลดความเครียดร่วมกับโยคะ

การศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่า โปรแกรมการจัดการความเครียดร่วมกับโยคะบำบัดในการช่วยลดความเครียด อาการทางจิต และลดการกลับมารักษาซ้ำในขณะที่ช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยจิตเภทได้ แม้ว่าลักษณะของโรคจิตเภทจะมีข้อจำกัดในการปรับตัวต่อความกังวล และความเครียด โปรแกรมการจัดการกับความเครียดร่วมกับโยคะบำบัดเป็นทางเลือกที่สามารถช่วยได้จึงควรนำโยคะเข้ามารักษา ร่วมกับการรักษาด้วยยาและการบำบัดทางจิตสังคมอื่น ๆ^{11,17-18}

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านปฏิบัติการพยาบาล ควรนำโปรแกรมการจัดการความเครียดร่วมกับโยคะบำบัดไปขยายผลใช้ในโรงพยาบาลและนำเข้าสู่การปฏิบัติงานประจำในการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท และมีการฝึกอบรมพยาบาลให้สามารถนำโปรแกรมไปใช้ได้
2. ด้านบริหารการพยาบาล ควรผลักดันเชิงนโยบายในการขยายผลนำไปใช้ภายในองค์กร

3. ด้านการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการติดตามผลที่นานขึ้น 1 ถึง 2 ปี มีการกระตุ้นการบำบัดเพื่อให้ผลการบำบัดคงอยู่นานและต่อเนื่อง ควรศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทที่รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกและทดลองศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทหญิงต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

เอกสารอ้างอิง

1. Wuttilliuk P. Nursing care of patients with schizophrenia: role and process. 2nd ed. Chiang Mai: Design print media; 2018. (In Thai)
2. Lazarus S, Flokman S. Stress appraisal and coping. New York: Springer Publishing; 1984.
3. Govindary R, Naik S, Manjunath NK, Varambally S. Add on yoga therapy for social cognition in schizophrenia 2018;11:242-44.
4. Jayaram N, Varamball S, Behere RV, Venkatasubramanian G. Effect of yoga therapy on plasma oxytocin and facial emotion recognition deficits in patients of schizophrenias. Acta Psychiatrica Scand 2017;123(2):147-53.
5. Paikkatt B, Ranjan Singh A, Kumar Singh P, Jahan M, Rajan JK. Efficacy of yoga therapy for the management of psychopathology of patients having chronic schizophrenia. India J Psychiatry 2016;57(4):355-60.
6. Neuechterlein HK, Dewson ME, Ventura J, Gitlin M, Subotnik KL, Snyder KS. The vulnerability-stress model of schizophrenia relapse: A longitudinal study. Acta Psychiatrica Scandinavica 1994; (89): 58-64.

ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดร่วมกับโยคะบำบัด ต่อความเครียด อาการทางจิต คุณภาพชีวิต และการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท

7. Lasaker PH, Carclone A, Dimaggio G, Johannesen LK, Nicolo G, Procacci M, Semerari A. Metacognition amidst narrative of self and illness in schizophrenia: associations with neurocognition, symptoms insight and quality of life. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2005;112(1):64-71.
8. Darmedru C, Franck N. Cognitive remediation and social cognitive training for violence in schizophrenia: A systematic review. *Schizophrenia Bull*;2017.
9. Fangkaew P, Deangdoomyut P. Effect of anger management focus on cognitive of aggressive behavior among schizophrenic patients. *Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health* 2562;33(1):53-65. (In Thai)
10. Udomrat P, Wasiknanon S. Textbook for mental illness. Songkla: Chanmeang printing;2552.(In Thai)
11. Kavak F, Ekinci M. The effect of yoga on functional recovery level in schizophrenia patients. *Archives of Psychiatric Nursing* 2016;30:761-67.
12. Zubin J, Spring B. Vulnerability: A new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology* 1977; 86:103-26.
13. Bhere RV, Arasappa R, Jagannathan A, Varambally S, Venkatasubramanian G, Thirthalli J, et al. Effect of yoga therapy on facial emotion recognition deficits, symptoms and functioning in patients with schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2011;123:147-53.
14. Cramer H, Lauche R, Klose P, Langhorst J, Dobus G. Yoga for schizophrenia: A systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry* 2013;13-32.
15. Dominguez G, Viechtbaure W, Simons CJ, Van J, Krabbendam L. Are psychotic psychopathology and neurocognition orthogonal? A systematic review of their associations. *Psychol Bull* 2015;135:157-71.
16. Patricia Cabral BA, Hilary B, Meyer BA, Donna Ames. Effectiveness of yoga therapy as a complementary treatment for major psychiatric: A Meta-analysis. *The primary care companion for CNS disorder* 2012;13(4):652-57.
17. Banalore N, Varambally S. Yoga therapy for schizophrenia. *International Journal of Yoga* 2012;5 (2):58-91.
18. Norman RG, Mall AK, Mclean EM, Neufeld RW, Vouganji LP, et al. An evaluation of a stress management program for individual with schizophrenia. *Schizophrenia Research* 2002;58: 293-303.
19. Overall J E, Gorham D R. The Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychological Reports* 1962;10(3): 799-812.
20. Wongpakaran N, Wongpakaran T. The Thai version of the PSS-10: An investigation of its psychometric properties. *Boipsychosocial Medicine* 2010;(12):4-6.
21. Mahatnirankul S, Tantiphiwattanasakul W, Phumpaisanchai W, et al. Thai version of the World Health Organization Quality of Life Indicators. Nonthaburi: Department of Mental Health; 2002. (In Thai)
22. Khisaxad P, Dangdomyuth P. Effect of stress management on psychotic symptoms in patient with schizophrenia. [Dissertation]. Bangkok: Chulalongkorn university;2014. (In Thai)
23. Kumar S, Subramaniam E, Bhavanani AB, Sarkar S, Balasundaram S. Effect of adjunct yoga therapy in depressive disorders: Findings from a randomized controlled study. *Indian J Psychiatry* 2019;61 (6):592-7.

24. Gautam S, Jain A, Marwale AV, Gautam A. Clinical practice guidelines for yoga and other alternative therapies for patients with mental disorders. Indian J Psychiatry 2020;62 (12):272-9.
25. Kishan P. Yoga and spirituality in mental health: illness to wellness. Indian J Psychol Med 2020;42(5):411-20.