

ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดร่วมกับโยคะต่อความรุนแรง
ของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทหญิง



นางอรพรรณ ประทุมรัตน์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR)
are the thesis authors' files submitted through the University Graduate School.

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2560

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF STRESS MANAGEMENT COMBINED WITH YOGA PROGRAM ON
PSYCHOTIC SYMPTOMS SEVERITY IN FEMALE SCHIZOPHRENIC PATIENTS

Mrs. Oraphan Prathumnan



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Science

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2017

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์ ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดร่วมกับโยคะต่อ
ความรุนแรงของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทหญิง
โดย นางอรพรรณ ประทุมรัตน์
สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชนิกร อูปเสน

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วน
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุรีพร ธนศิลป์)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชนิกร อูปเสน)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(อาจารย์ ดร.อัครเดช เกตุฉ่ำ)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

อรรถพรณ ประทุมรัตน์ : ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดร่วมกับโยคะต่อความรุนแรงของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทหญิง (THE EFFECT OF STRESS MANAGEMENT COMBINED WITH YOGA PROGRAM ON PSYCHOTIC SYMPTOMS SEVERITY IN FEMALE SCHIZOPHRENIC PATIENTS) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ผศ. ดร.รัชนิกร อุปเสน, 159 หน้า.

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อเปรียบเทียบความรุนแรงของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทหญิงก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดร่วมกับโยคะ 2) เพื่อเปรียบเทียบความรุนแรงของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทหญิงระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดร่วมกับโยคะ กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทหญิงที่รักษาแบบผู้ป่วยในของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยาและมิ่งคุณสมบัติ ตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 40 คน ได้รับการจับคู่เข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน จับคู่ด้วยสถานภาพสมรส และจำนวนครั้งในการนอนโรงพยาบาล กลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามโปรแกรมการจัดการความเครียดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ตามแนวคิดรูปแบบการจัดการความเครียดของ Norman et al. (2002) ประกอบด้วยการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม 9 ครั้ง ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ 1) โปรแกรมการจัดการความเครียดร่วมกับโยคะ 2) แบบประเมินทักษะการจัดการความเครียด 3) แบบประเมินอาการทางจิต Brief Psychiatric Rating เครื่องมือทุกชุดผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติทดสอบที่

ผลการวิจัย สรุปได้ดังนี้

1. ความรุนแรงของอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทหญิงในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดร่วมกับโยคะ หลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. ความรุนแรงของอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทหญิงในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดร่วมกับโยคะ ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์

ปีการศึกษา 2560

ลายมือชื่อนิสิต

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

5777328736 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS: SCHIZOPHERNIA / STRESS MANAGEMENT / PSYCHOTIC / SYMPTOM / YOGA

ORAPHAN PRATHUMNAN: THE EFFECT OF STRESS MANAGEMENT COMBINED WITH YOGA PROGRAM ON PSYCHOTIC SYMPTOMS SEVERITY IN FEMALE SCHIZOPHRENIC PATIENTS. ADVISOR: ASST. PROF. RACHANEEKORN UPASEN, Ph.D., 159 pp.

The purposes of this quasi-experimental research using the pretest-posttest design were: 1) to compare the psychotic symptoms severity of female schizophrenic patients before and after received the stress management program combined with yoga program , and 2) to compare the psychotic symptoms severity of female schizophrenic patients who received stress management program combined with yoga program and those who received routine nursing care. Forty of female schizophrenic patients receiving in Inpatients department of Somdetchaopraya institute of psychiatry ,who met the inclusion criteria, were matched pair and assigned to experimental group and control group, 20 subjects in each group. The experimental group received the stress management program combined with yoga program based on the concept of stress management model of Norman et al.(2002) composed of 9 group activities . Research instruments were: 1) the stress management program, 2) The Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS), and 3) The Stress management skill scale. The instruments were tested for content validity and the t-test was used in data analysis.

Major findings were as follows:

1. The psychotic symptoms severity of female schizophrenic patients who received the stress management program combined with yoga program was significantly lower than before, at the .05 level.

2. The psychotic symptoms severity of female schizophrenic patients who received the stress management program combined with yoga program was significantly lower than that who received received regular nursing care activities, at the .05 level.

Field of Study: Nursing Science

Student's Signature

Academic Year: 2017

Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้อย่างสมบูรณ์ด้วยความกรุณาจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชนิกร อุปเสน ที่ได้กรุณาเสียสละเวลาอันมีคุณค่าให้คำปรึกษาและคำแนะนำซึ่งเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ ตลอดจนช่วยตรวจสอบ ปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความทุ่มเท เอาใจใส่ผู้วิจัยตลอดมา ผู้วิจัยซาบซึ้งในความเมตตา ความเสียสละ ความเอื้ออาทรที่ท่านอาจารย์มอบให้โดยตลอด จึงขอกราบขอบพระคุณท่านอาจารย์เป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.สุรียพร รัตนศิลป์ ประธานสอบวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร. อัครเดช เกตุฉ่ำ กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย ที่กรุณาให้คำแนะนำ และข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการทำวิทยานิพนธ์เล่มนี้ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ที่กรุณาให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะในการปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น วิจัยในครั้งนี้ ขอขอบคุณ คุณวีระ เนริกุล ที่ได้เสียสละเวลาเป็นผู้ช่วยวิจัยในครั้งนี้ และขอขอบพระคุณ คุณพรทิพย์ ไชยสะอาด ที่อนุญาตให้ใช้เครื่องมือในการวิจัย

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทความรู้ ประสบการณ์และคำแนะนำต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ตลอดระยะเวลาของการศึกษาที่ผ่านมา ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่านที่อำนวยความสะดวกในการติดต่อเอกสารในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ รวมถึงพี่ๆ และเพื่อนๆ ทุกคนที่คอยช่วยเหลือ ให้กำลังใจตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา

ขอขอบพระคุณ ท่านอธิบดีกรมสุขภาพจิต ที่ได้อนุมัติทุนสนับสนุนการศึกษาในครั้งนี้ ขอขอบพระคุณ ท่านผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา ที่ให้โอกาสศึกษาเรียนรู้ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา หัวหน้ากลุ่มภารกิจการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกและบุคลากร และผู้ที่เกี่ยวข้องทุกท่านที่คอยช่วยเหลือ และเอื้ออำนวยความสะดวกในการดำเนินการวิจัยให้สำเร็จตามวัตถุประสงค์ ตลอดจนขอขอบพระคุณผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกท่านที่ได้กรุณาเสียสละเวลาและความสุขสบายส่วนตัวมาเข้าร่วมในการศึกษาวิจัย ซึ่งทุกท่านมีส่วนร่วมและเป็นส่วนสำคัญยิ่งในความสำเร็จในครั้งนี้

สุดท้ายนี้ขอกราบขอบพระคุณ และรำลึกถึงพระคุณของ คุณพ่อไพรวรรณ คุณแม่อัจฉรา ศรีโปฏก ผู้ให้กำเนิด และขอขอบคุณทุกคนในครอบครัวที่เป็นแรงสนับสนุนที่สำคัญยิ่งในความสำเร็จครั้งนี้

และสุดท้ายนี้ คุณค่าและประโยชน์ใดที่เกิดจากวิทยานิพนธ์เล่มนี้ ผู้วิจัยขอมอบแด่บุคลากรคณาจารย์ ผู้ประสิทธิ์ประสาทวิชา และทุกท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการวิจัยครั้งนี้ ขอให้ท่านมีสุขภาพกายที่แข็งแรง มีพลังใจที่เข้มแข็งต่อไป

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ญ
สารบัญภาพ	ฎ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามการวิจัย	5
วัตถุประสงค์การวิจัย	6
แนวเหตุผลและสมมุติฐานการวิจัย.....	6
สมมุติฐานการวิจัย	9
ขอบเขตการวิจัย	9
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	9
ประโยชน์ที่ได้รับ.....	12
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	13
1. ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท	14
2. อาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท	28
3. แนวคิดเกี่ยวกับความเครียดในผู้ป่วยจิตเภท.....	33
4. แนวคิด ทฤษฎี และองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับโยคะ	46
5. โปรแกรมการจัดการความเครียดร่วมกับการผ่อนคลายด้วยเทคนิคโยคะ	51
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	54

7. กรอบแนวคิดการวิจัย	59
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	60
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	60
การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง	62
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	63
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	80
การดำเนินการทดลอง	81
การวิเคราะห์ข้อมูล	94
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	96
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	102
สรุปผลการวิจัย.....	108
ข้อเสนอแนะ	113
รายการอ้างอิง	115
ภาคผนวก.....	120
ภาคผนวก ก รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย	121
ภาคผนวก ข การคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาและการตรวจสอบความเที่ยง	123
ภาคผนวก ค เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (ตัวอย่าง).....	127
ภาคผนวก ง ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และแบบแสดงความ ยินยอมผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย	146
ภาคผนวก จ ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย.....	152
ภาคผนวก ฉ จดหมายขออนุญาตใช้เครื่องมือในการวิจัย	154
ภาคผนวก ช ตัวอย่างแบบฟอร์มความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ โปรแกรมการจัดการ ความเครียดร่วมกับโยคะ	156
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์	159

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบ Stress management program ตามแนวคิดของ Norman et al. (2002) และแนวคิดการผ่อนคลายด้วยโยคะ (Vancampfort et al.,2012) ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น.....	52
ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคุณลักษณะ (Matched-pair) ของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นรายคู่.....	83
ตารางที่ 3 กำหนดการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมการจัดการความเครียดร่วมกับโยคะ ต่อความรุนแรงของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภท.....	86
ตารางที่ 4 คะแนนทักษะการจัดการความเครียดของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียด (n=20).....	92
ตารางที่ 5 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพ และระดับการศึกษา	97
ตารางที่ 6 จำนวน และร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาการเจ็บป่วย และจำนวนครั้งการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล.....	98
ตารางที่ 7 ตารางเปรียบเทียบคะแนนความรุนแรงของอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทหญิง ในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดร่วมกับโยคะ และกลุ่มควบคุม (n=20).....	99
ตารางที่ 8 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของอาการทางจิตโดยรวม ของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง (n=40).....	100
ตารางที่ 9 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของอาการทางจิตโดยรวมของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง (n=40).....	101

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย	59
ภาพที่ 2 สรุปขั้นตอนการดำเนินการทดลอง.....	95



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทจัดเป็นโรคทางจิตเวชชนิดรุนแรงและเรื้อรัง ผู้ป่วยจะมีความผิดปกติทั้งด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม (Sadock and Sadock, 2007) พบว่ามีอุบัติการณ์การเกิดโรค ประมาณร้อยละ 0.85 ของประชากรทั่วโลก (Sadock & Sadock, 2000) เป็นโรคที่เป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขทั่วโลก จากการศึกษาขององค์การอนามัยโลกถึงภาระโรค พบว่าโรคจิตเภทเป็นปัญหา 1 ใน 10 โรคแรกที่เป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability Adjusted Life Years) (WHO, 2001) และเป็นสาเหตุอันดับ 5 ของบรรดาโรคทั้งหมดที่ทำให้ผู้ป่วยไร้ความสามารถและตายก่อนเวลาอันควร (พิเชฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนันทน์, 2552) ทั้งนี้ยังเป็นปัญหาสำคัญสำหรับประเทศไทยเช่นกัน พบความชุกในประเทศไทยร้อยละ 0.59 (มานิตย์ ศรีสุรภานนท์, 2547) จากการศึกษาอัตราอุบัติการณ์ของโรคจิตเภท พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทหญิง ในชนบทมีจำนวนสูงที่สุด คิดเป็น 0.47 ราย ต่อประชากร 1000 คน และมีจำนวนต่ำสุดในเพศชายในเมือง คิดเป็น 0.37 รายต่อประชากร 1000 คน (Chandigarh ,2015) และจากสถิติของผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต มีผู้ป่วยนอกที่รับบริการในโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิตปีงบประมาณ 2559 มีจำนวน 214,193 ราย มากที่สุด คือโรคจิตเภทจำนวน 82,838 ราย และสถิติการรับไว้รักษาแบบผู้ป่วยในของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาในปี พ.ศ. 2557-2559 มีจำนวน 4,298 ราย, 4,329 ราย และ 4,431 ราย ตามลำดับ พบว่ามีผู้ป่วยจิตเภทมากเป็นลำดับ 1 ซึ่งมีหอผู้ป่วยที่รับการรักษาแบบผู้ป่วยในเพศหญิง จำนวน 3 ตึก แต่ละตึกมีผู้ป่วยจำนวนเฉลี่ยตึกละ 50 คน จากการประเมินผู้ป่วยหญิงที่เข้ามารับการรักษาแบบผู้ป่วยในนั้น พบว่าผู้ป่วยสียังมีสีหน้าท่าที่ระแวง สีหน้าวิตกกังวล ซึ่งมีอาการทางจิตอยู่ในระดับรุนแรงปานกลาง มีค่าคะแนนเฉลี่ยของอาการทางจิต (BPRS) เท่ากับ 52.96 (กชพร รัตนสมพร,2556)

จากข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยจิตเภทยังคงมีอาการทางจิตที่หลงเหลือและมีแนวโน้มรุนแรงเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ และเนื่องจากผู้ป่วยโรคจิตเภท แม้จะได้รับการรักษาจนอาการทุเลาลงกลับไปใช้ชีวิตในสังคมได้ แต่พบว่ายังมีอาการหลงเหลือ และมีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ เมื่อเผชิญกับความเครียดหรือความกดดันในจิตใจ และยังมีอาการกำเริบบ่อยครั้ง ก็ยังมีอาการหลงเหลือมากขึ้นหรือเสื่อมลงเรื่อยๆ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2555) จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทร้อยละ 70 มีการกลับเป็นซ้ำในช่วง 1 ปีแรกหลังจากเข้ารับการรักษา และพบว่าเป็นเพศหญิงมีอัตราการกลับเป็นซ้ำเท่ากับเพศชาย (Lindstrom and Bingerfors, 2000) และพบว่า

ร้อยละ 80 ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ยังคงมีความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรมบางอย่าง (อุมพร ตรังคสมบัติ, 2544) ทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถทางสังคมลดลง ขาดความสนใจและความกระตือรือร้นในการทำกิจกรรมประจำวันหรือการทำงาน ส่งผลให้เกิดการไร้ความสามารถ คุณภาพชีวิตไม่ดี เป็นภาระต่อครอบครัวและสังคม (Cunningham, 2007)

ความรุนแรงของอาการทางจิต ตามแนวคิดของ Overall & Gorham (1962) หมายถึง การแสดงออกถึงความผิดปกติด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรม ได้แก่ มีความกังวลเกี่ยวกับสุขภาพทางกาย กลัวสิ่งต่างๆในอนาคต รู้สึกเศร้าใจ รู้สึกตำหนิตนเองเป็นคนไม่ดี หงุดหงิด อารมณ์เสีย รู้สึกว่าตนเองเป็นใหญ่ ระแวงคนอื่นประสงค์ร้ายกับตน ประสาทหลอน หลงผิด สับสนต่อวัน เวลา สถานที่ มีความคิดสับสน สีหน้าไม่แสดงความรู้สึก แยกตัว เครียด ตื่นเต้นง่าย มีท่าทีต่อต้าน ไม่เป็นมิตรกับผู้อื่น พูดและเคลื่อนไหวช้า และมีพฤติกรรมแปลกๆ

ในปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัดของโรคจิตเภท แต่เป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปว่าโรคจิตเภท ไม่ได้เกิดจากสาเหตุใดสาเหตุหนึ่งแต่เกิดจากหลายปัจจัยร่วมกัน อาการของโรคจิตเภทจะแตกต่างกันออกไป โดยในระยะแรกของโรค (Prodromal phase) ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงแบบค่อยเป็นค่อยไป พบว่ามีปัญหาในด้านการทำหน้าที่และความรับผิดชอบ มีปัญหาด้านสัมพันธภาพ และละเลยเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย ในระยะอาการกำเริบ (Active phase) ผู้ป่วยจะมีอาการทางจิตชัดเจน ส่วนใหญ่เป็นอาการทางบวก ได้แก่ อาการหลงผิด ประสาทหลอนมีพฤติกรรมวุ่นวาย ก้าวร้าว (Lindenmayer et al.,1994) ส่วนในระยะอาการหลงเหลือ (Residual phase) ผู้ป่วยจะมีอาการสงบ แต่ยังมีอาการทางจิตหลงเหลืออยู่แต่ไม่รุนแรง เช่น อาการหงุดหงิดวิตกกังวล อาการหลงผิด ประสาทหลอน ส่วนมากในระยะนี้พบว่าผู้ป่วยมีอาการทางลบ คือ มีอารมณ์เฉยเมย ไม่สนใจสิ่งรอบตัว บกพร่องทักษะการติดต่อทางสังคม ความสามารถในการทำหน้าที่ต่างๆลดลง อาการซึมเศร้าจะพบได้บ่อยในระยะนี้ ในระยะอาการหลงเหลือผู้ป่วยอาจมีอาการกำเริบเป็นครั้งคราว (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2555) ซึ่งอาการของโรคจิตเภทต่างๆเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียความสามารถในการดูแลตนเอง การมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งในเรื่องการใช้ชีวิตในสังคม การเรียน การประกอบอาชีพ และยังเป็นภาระต่อครอบครัวและสังคม (พิเชษฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกานานนท์, 2552) ดังนั้นการทำความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องอาการทางจิตของผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งสำคัญในการวางแผนการช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างเหมาะสมต่อไป

จากการทบทวนวรรณกรรมพบปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิตรุนแรงขึ้นคือ

- 1) ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย ได้แก่ การจัดการความเครียดที่ไม่มีประสิทธิภาพของผู้ป่วย โดยผู้ป่วยมักหลีกเลี่ยงที่จะเผชิญปัญหา ต่อต้าน ไม่มีกำลังใจ ทำให้มีอาการทางจิตรุนแรงขึ้น จนเกิดการป่วยซ้ำ (เพชร คันธสายบัว, 2544) การจัดการความเครียดไม่เหมาะสมเป็นปัจจัยหนึ่งซึ่งส่งผลให้มีอาการกำเริบซ้ำ (พัชรินทร์ อติสรณกุล และคณะ, 2554) นอกจากนี้ยังพบว่าเพศมีผลต่อการเกิดความเครียด

ซึ่งพบว่าเพศหญิงมีความเสี่ยงที่จะเกิดความเครียดได้ง่ายกว่าเพศชาย สาเหตุส่วนหนึ่งเพราะผู้หญิงส่วนใหญ่ต้องรับผิดชอบทั้งงานนอกบ้านและงานในบ้าน คอยดูแลเอาใจใส่สมาชิกทุกคนในครอบครัว จนไม่มีเวลาดูแลสุขภาพจิตใจของตนเอง นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนในช่วงต่างๆ เช่น ช่วงมีประจำเดือน การตั้งครรภ์ ภาวะหลังคลอด มีผลต่อสภาพอารมณ์ของผู้หญิงทั้งนั้น และนอกจากนี้ยังพบว่าเพศหญิง เป็นเพศที่มีมนุษยสัมพันธ์ดีชอบสื่อสารสนทนา จดจำรายละเอียด แยกสี และรับรู้ความรู้สึกอ่านภาษากายได้ดีกว่าผู้ชาย เป็นผลมาจากฮอร์โมนเอสโตรเจน กับฮอร์โมนออกซิโทซิน และการพัฒนาของสมองส่วน ฮิปโปแคมปัสที่ใหญ่กว่าเพศชาย (Maryam Khodadadi et al., 2016) และการไม่รับประทายตามแผนการรักษา (Gray, Wykes and Gournay, 2002) เนื่องจากผู้ป่วยขาดความรู้ ความเข้าใจด้านการรักษาด้วยยา ขาดการตระหนักรู้ต่อความเจ็บป่วย ปฏิเสธความเจ็บป่วยของตนเอง (มานิตย์ ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษยวณิช, 2542) และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย (กชพร, 2556) และจากผลข้างเคียงของยา ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่สุขสบาย จนไม่ยอมรับประทานยา (Kaplan and Sadock, 2000) การไม่สามารถจัดการกับอาการทางจิต ไม่สามารถสังเกตอาการนำก่อนอาการกำเริบจึงทำให้อาการทางจิตรุนแรงขึ้น (Hayward et al, 1995; Kaplan and Sadock, 2000) การมีปัญหาด้านการเงิน พบว่าผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่จะอยู่ในสังคมที่มีเศรษฐกิจฐานะต่ำ มีวิถีชีวิตที่ยากจน ทำให้ผู้ป่วยประสบปัญหาในการดำเนินชีวิตมากขึ้น เป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดอาการของโรคจิตเภท (สมภพ เรื่องตระกูล, 2549) 2) ปัจจัยด้านครอบครัวและสังคม พบว่าปัญหาสัมพันธภาพกับคนในครอบครัว และบุคคลอื่น ครอบครัวที่มีการใช้อารมณ์ต่อกันสูง ได้แก่ การตำหนิ วิพากษ์วิจารณ์ มีท่าทีไม่เป็นมิตร หรือเข้าไปยุ่งกับผู้ป่วยมากเกินไป มีผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิตรุนแรงขึ้น จนเกิดการกำเริบของโรค(เพชรี คันธสายบัว, 2544) นอกจากนี้ประสิทธิภาพในการแก้ปัญหาของครอบครัวผู้ป่วย การบำบัดทางจิตสังคมที่ผู้ป่วยได้รับ และรูปแบบการสนับสนุนทางสังคม (Social support) มีการศึกษาพบว่า ถ้าผู้ป่วยมีทักษะในการหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม มีการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยกลับสู่ครอบครัวและชุมชน (Pitschel et al., 2006) พบว่าสถานภาพสมรส การแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัว ส่งผลต่อการกำเริบของอาการทางจิตได้เช่นกัน (กชพร ,2556)และร่วมกับการที่สังคมหรือชุมชนให้การยอมรับและให้ออกาสผู้ป่วย นั้นหมายความว่าผู้ป่วยมีแหล่งสนับสนุนทางสังคม มีการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ มีการเตรียมความพร้อมของชุมชนก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ส่งเสริมให้ชุมชนได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย จะทำให้ผู้ป่วยคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และสามารถลดการกลับเป็นซ้ำหรือการป่วยซ้ำได้สูง (Corrigan et al., 2008) การทำหน้าที่ของครอบครัว ถ้าครอบครัวใดมีความผูกพันทางด้านอารมณ์ซึ่งกันและกันสูงมากหรือต่ำมาก จะสะท้อนถึงการทำหน้าที่ที่ได้ไม่มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะครอบครัวของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจะทำให้เกิดภาวะ เสี่ยงในการป่วยซ้ำของผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภท (Samuel T, 2002; Friedman, 2003) และพบว่าการเผชิญกับความเครียดในชีวิต เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิต

รุนแรงขึ้น ถึงแม้ผู้ป่วยจะได้รับยาต้านอาการทางจิต (Norman et al., 2002) ซึ่งสอดคล้องกับรายงานกรมสุขภาพจิต (2556) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบ ผู้ป่วยมักมีสีหน้าเฉยเมย ไม่พูดจากับใคร แยกตัวอยู่ตามลำพัง ไม่มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น มีปัญหาการสื่อสารส่งผลทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด และเมื่อไม่สามารถจัดการกับความเครียดนั้นได้ จะยิ่งทำให้เกิดอาการทางจิตที่รุนแรงขึ้น (Nuechterlein et al., 1994) ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถจัดการความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพจึงเป็นแนวทางที่ช่วยลดอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทได้) หากผู้ป่วยไม่ได้รับการช่วยเหลือ อาจส่งผลทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง จะยิ่งส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบได้ง่ายและรุนแรงขึ้นเมื่อมีสิ่งกระตุ้น จนทำให้การดำเนินชีวิตในสังคมไม่มีประสิทธิภาพ (WHO, 2001) ผลกระทบที่ตามมาของผู้ป่วยจิตเภทมีการกลับเป็นซ้ำเพิ่มขึ้น

นอกจากนี้ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ต้นแบบความเปราะบางต่อความเครียดของ Nuechterlein et al. (1992) สามารถอธิบายได้ว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้แนวคิด The vulnerability-stress-model ยังเกิดจากการที่ผู้ป่วยมีความเปราะบางของผู้ป่วยสูงกว่าปัจจัยปกป้องตนเอง ส่งผลให้ผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำได้ พบว่าปัจจัยส่วนบุคคล (Personal vulnerability factors) เป็นปัจจัยความเปราะบางเฉพาะบุคคล ที่ทำให้คนๆ นั้นมีโอกาสเกิดอาการของทางจิต ได้แก่ ความผิดปกติของสารสื่อประสาทและ ปัจจัยปกป้องส่วนบุคคล (Personal Protectors) ได้แก่ สมรรถนะและทักษะในการเผชิญกับความเครียด การได้รับยารักษาโรคจิตเภท จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่จะมี ความเปราะบางต่อความเครียดที่เกิดขึ้นได้ง่าย มีความอดทนต่อความเครียดได้ต่ำ (Nuechterlein et al., 1992) จากการศึกษา พบว่าการส่งเสริมให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรับประทานยาตามแผนการรักษา (Drug compliance) เป็นสิ่งสำคัญ ส่งผลให้อาการทางจิตของผู้ป่วยสงบลง ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ และลดการกลับเป็นซ้ำได้ (มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษยวณิชย์, 2547) และการศึกษาเกี่ยวกับการเผชิญความเครียดกับการป่วยซ้ำพบว่า เมื่อผู้ป่วยมีเหตุการณ์ตึงเครียดเกิดขึ้น เช่น การทำงาน การเผชิญปัญหา จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความเครียดเกิดขึ้น และจะส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตที่รุนแรงขึ้น (Rummel et al., 2006) อย่างไรก็ตาม มีการศึกษาพบว่าหากผู้ป่วยมีทักษะในการจัดการกับปัญหาที่ดี หรือมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ดีในการช่วยให้ผู้ป่วยเข้มแข็งขึ้นในการเผชิญปัญหา ก็จะทำให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับปัญหาได้ดีขึ้น ส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีการเผชิญกับปัญหาต่อไปในอนาคต (Pratt et al., 2007)

จากการศึกษาของพรทิพย์ ไชสะอาด, (2555) ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่ออาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท ผลการศึกษาพบว่า เป็นผู้ป่วยจิตเภทหญิงมากกว่าผู้ป่วยจิตเภทเพศชาย และหลังได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียด อาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งในงานวิจัยนี้พบว่าการจัดการกับปัจจัยที่มีผลต่อความรุนแรงของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภท โดยการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีทักษะการจัดการกับความเครียดเพียงอย่าง

เดียว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะนำการบำบัดอย่างอื่นที่ช่วยลดความรุนแรงของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภท เพื่อจัดการกับปัจจัยความเครียดของผู้ป่วยในด้านร่างกายและทางด้านจิตใจร่วมด้วย ผู้วิจัยจึงสนใจนำแนวความคิดการผ่อนคลายและการออกกำลังกายด้วยโยคะของ Vancampfort et al.(2012) มาประยุกต์ใช้ในการบำบัด เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีการผ่อนคลายทั้งทางด้านร่างกายและทางด้านจิตใจ ซึ่งจะส่งผลให้ความวิตกกังวลและความเครียดในผู้ป่วยจิตเภทลดลง โดยโยคะเป็นการออกกำลังกายชนิดแอโรบิก ทำให้ร่างกายทุกส่วนได้ออกกำลัง เน้นการเคลื่อนไหวช้าๆ ช่วยชะลอความเสื่อมของอวัยวะทำให้ร่างกายเกิดการผ่อนคลาย ส่งผลทำให้จิตใจสงบ มีสมาธิมากขึ้น ส่งผลทำให้มีความจำดีขึ้น เป็นการบริหารร่างกายและจิตใจไปพร้อมๆกัน การออกกำลังกายด้วยโยคะช่วยกระตุ้นต่อมใต้สมอง และระบบประสาทส่วนกลาง ลดการหลั่งสาร Cortisol และสาร Catecholamine เป็นผลทำให้ช่วยลดการทำงานของประสาท Sympathetic ลดอัตราการเผาผลาญของร่างกาย ทำให้ร่างกายและจิตใจมีการผ่อนคลาย (Khalsa ,2004) นอกจากนี้ยังช่วยลดความวิตกกังวล อาการซึมเศร้า ความโกรธ และอาการหวาดกลัว ส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตดีขึ้น (Kirkwood,2005;Lee et al.,2013) และพบว่าเมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิตลดลง ส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Gorzynski et al.,2010 ;Visceglia et al.,2011; Bhatia et al.,2012) จะเห็นได้ว่าโยคะช่วยทำให้เกิดการผ่อนคลายทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ส่งผลทำให้ช่วยลดความวิตกกังวลและความเครียดในผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งจะช่วยให้ความรุนแรงของอาการทางจิตลดลง และยังส่งผลทำให้มีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรงขึ้น ส่วนในประเทศไทยยังไม่พบการบำบัดรูปแบบนี้

จากเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยในฐานะเป็นพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจิตเวช ซึ่งมีบทบาทโดยตรงในการให้การพยาบาลผู้ป่วยได้เล็งเห็นความสำคัญในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีทักษะการจัดการความเครียดได้อย่างเหมาะสม เพื่อป้องกันการกำเริบของอาการทางจิต จึงมีความสนใจที่จะนำแนวความคิดการจัดการความเครียดของ Norman et al.(2002) และ Vancampfort et al.(2012) มาพัฒนาเป็นโปรแกรมการจัดการความเครียดร่วมกับการผ่อนคลายด้วยเทคนิคโยคะ เพื่อนำมาใช้บำบัดผู้ป่วยจิตเภทในบริบทของประเทศไทยต่อไป

คำถามการวิจัย

- 1) ความรุนแรงของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทหญิงก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดร่วมกับโยคะ มีความแตกต่างกันหรือไม่
- 2) ความรุนแรงของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทหญิงกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดร่วมกับโยคะ กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีความแตกต่างกันหรือไม่

วัตถุประสงค์การวิจัย

- 1) เพื่อเปรียบเทียบความรุนแรงของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทหญิงก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดร่วมกับโยคะ
- 2) เพื่อเปรียบเทียบความรุนแรงของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทหญิงระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดร่วมกับโยคะ กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

แนวเหตุผลและสมมุติฐานการวิจัย

ผู้ป่วยจิตเภทต้องเผชิญกับพยาธิสภาพของโรคที่สามารถแสดงอาการ ความผิดปกติออกมาได้หลายรูปแบบ ทั้งด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม ซึ่งอาการต่างๆเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทเป็นอย่างมาก และจากแนวคิด Vulnerability-Stress model ที่พบว่าความเครียดสัมพันธ์กับอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท (Zubin and Spring, 1977) ดังนั้นการจะช่วยลดความรุนแรงของอาการทางจิตในผู้ป่วยจึงต้องช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ จากเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยในฐานะเป็นพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจิตเวช ซึ่งมีบทบาทโดยตรงในการให้การพยาบาลผู้ป่วยได้สังเกตเห็นความสำคัญในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีทักษะการจัดการความเครียดได้อย่างเหมาะสม เพื่อป้องกันอาการทางจิตกำเริบ จึงมีความสนใจที่จะนำแนวคิดการจัดการความเครียดของ Norman et al.(2002) พัฒนาเป็นโปรแกรมการจัดการความเครียดร่วมกับการผ่อนคลายด้วยเทคนิคโยคะ เพื่อนำมาใช้บำบัดผู้ป่วยจิตเภทในบริบทของประเทศไทยต่อไป เพื่อช่วยลดความรุนแรงของอาการทางจิต และป้องกันการป่วยซ้ำ (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2546) เนื่องจากกิจกรรมในโปรแกรมครอบคลุมการจัดการกับปัจจัยที่มีผลต่ออาการทางจิต และปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท โดยโปรแกรมใช้การจัดการความเครียดใน 3 แนวทาง คือ 1) ลดปฏิกิริยาตอบสนองทางร่างกายต่อความเครียด โดยใช้การฝึกการผ่อนคลาย 2) ส่งเสริมความแข็งแรงของร่างกายโดยการพักผ่อน ออกกำลังกายและโภชนาการที่เหมาะสม 3) พัฒนาทักษะด้านการรู้คิดและพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเผชิญความเครียดประกอบด้วยหลักการสำคัญ 12 ประการได้แก่ 1) การให้ความรู้เรื่องการเผชิญความเครียด และฝึกทักษะการผ่อนคลาย 2) การเผชิญความเครียดที่เกิดจากการรับประทานยา 3) การเผชิญกับอาการทางจิต 4) การเสริมสร้างความแข็งแรงของร่างกายโดยการพักผ่อนและการออกกำลังกาย 5) การบริโภคที่มีผลต่อความเครียด 6) การบริหารจัดการด้านการเงิน 7) การบริหารจัดการกับเวลา 8) การแก้ปัญหาเฉพาะบุคคล 9) การนำทักษะการแก้ปัญหา ไปใช้ในการพัฒนาและดำรงรักษามิตรภาพ 10) การเผชิญกับตราบาป 11) การเผชิญกับสถานการณ์ความเครียดที่เกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล 12) ทบทวนวางแผนเพื่อติดตาม นำมาประยุกต์ใช้บำบัดรายกลุ่ม จำนวน 9

กิจกรรม ครอบคลุมทั้งการจัดการกับปัจจัยที่มีผลต่ออาการทางจิต เพื่อช่วยลดอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท และป้องกันการกำเริบของโรค ในการดำเนินกิจกรรมใช้หลักการเรียนรู้ จากการศึกษาปฏิบัติ (Practice) การฝึกในสถานการณ์สมมุติ (Role play) การให้ข้อมูลสะท้อนกลับ (Feedback) และการมอบหมายงาน (Home work) ซึ่งมีผลต่อการจัดการความเครียดของผู้ป่วย ทั้งนี้มีงานวิจัยที่สนับสนุนว่าการฝึกผ่อนคลายด้วยโยคะนั้น ช่วยทำให้ร่างกายเกิดการผ่อนคลาย มีจิตใจที่สงบ มีสมาธิมากขึ้น ส่งผลให้มีความจำดีขึ้น ทำให้ความวิตกกังวลและความเครียดในผู้ป่วยจิตเภทลดลงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.0001$) (Vancampfort et al., 2011) และพบว่าเมื่อออกกำลังกายด้วยโยคะอย่างต่อเนื่อง จะช่วยลดอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทได้ (Behere et al., 2011) นำมาประยุกต์ใช้บำบัดรายกลุ่ม จำนวน 9 กิจกรรม ครอบคลุมทั้งการจัดการกับปัจจัยที่มีผลต่ออาการทางจิต มีจำนวน 2 กลุ่ม กลุ่มละ 10 คน ดำเนินกิจกรรมเป็น 2 ระยะแบ่งเป็นระยะที่ 1 แบบผู้ป่วยใน และระยะที่ 2 แบบผู้ป่วยนอก มีระยะเวลาดำเนินการ 4 สัปดาห์ ดำเนินการในระยะที่ 1 แบบผู้ป่วยใน จำนวน 2 สัปดาห์ จำนวน 7 ครั้ง แต่ละครั้งใช้เวลา 60-90 นาที ระยะที่ 2 แบบผู้ป่วยนอก จะดำเนินการหลังผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในสัปดาห์ที่ 3 และ 4 มีทั้งหมด 2 ครั้ง โดยโปรแกรมใช้การจัดการความเครียดใน 3 แนวทางดังต่อไปนี้

1) ลดปฏิกิริยาตอบสนองทางร่างกายต่อความเครียด โดยใช้การฝึกการผ่อนคลาย การฝึกการสังเกตความตึงเครียดด้านร่างกายและจิตใจ ฝึกการประเมินความเครียดด้วยตนเอง และด้วยการผ่อนคลายด้วยเทคนิคโยคะ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการผ่อนคลาย มีจิตสงบ ทำให้มีสมาธิมากขึ้น ลดความวิตกกังวลและความเครียด การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท อาการทางจิต ความเครียดที่เกิดจากอาการทางจิต พบว่าการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพจึงเป็นแนวทางช่วยลดอาการทางจิตในผู้ป่วย และการให้ความรู้เกี่ยวกับความเครียด ทบทวนผลของความเครียดต่อสุขภาพด้านร่างกายและจิตใจ ความรู้เกี่ยวกับการจัดการความเครียด เพิ่มความตระหนักรู้ในตนเองของผู้ป่วยเกี่ยวกับอารมณ์ด้านลบในขณะที่มีความเครียด เช่น ความโกรธ ความวิตกกังวล

2) ส่งเสริมความแข็งแรงของร่างกายโดยการพักผ่อน ออกกำลังกายและโภชนาการที่เหมาะสม โดยการเสริมสร้างสุขภาวะและความแข็งแรงของร่างกายด้วยการผ่อนคลายด้วยเทคนิคโยคะ เพื่อสร้างเสริมภาวะสุขภาพ ช่วยให้ผู้ป่วยมีความอดทนต่อความเครียดมากขึ้น สามารถจัดการความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลช่วยควบคุมอาการทางจิตได้ดีขึ้น เนื่องจากสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง ถือเป็นแหล่งประโยชน์ที่มีผลต่อพฤติกรรมจัดการความเครียด บุคคลที่เจ็บป่วยอ่อนแอ ย่อมมีพลังงานที่นำมาใช้ในการจัดการความเครียดน้อยกว่าบุคคลที่มีสุขภาพดีและแข็งแรง โดยการให้ความรู้ให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการนอนหลับพักผ่อน นิสัยการบริโภคอาหารและเครื่องดื่มที่มีผลต่อการส่งเสริมความแข็งแรงของร่างกาย และการออกกำลังกาย ฝึกการยืดกล้ามเนื้อก่อนและหลังการออกกำลังกาย

3) **พัฒนาทักษะด้านการรู้คิดและพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเผชิญความเครียด** โดยให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท อาการทางจิต ความเครียดที่เกิดจากอาการทางจิต ความรู้เกี่ยวกับความเครียด ทบทวนผลของความเครียดต่อสุขภาพด้านร่างกายและจิตใจ ความรู้เกี่ยวกับการจัดการความเครียด เพิ่มความตระหนักรู้ในตนเองของผู้ป่วยเกี่ยวกับอารมณ์ด้านลบในขณะที่มีความเครียด เช่น ความโกรธ ความวิตกกังวล ฝึกทักษะการจัดการกับอาการทางจิต ช่วยให้ผู้ป่วยมีแนวทางในการจัดการกับอาการทางจิตที่เกิดขึ้น โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท ความรู้เกี่ยวกับอาการทางจิต อาการเตือนก่อนอาการกำเริบ และผลของอาการทางจิตต่อความเครียดของผู้ป่วย แนะนำวิธีการจัดการกับอาการทางจิตโดยสอนให้ผู้ป่วยตระหนักถึงการรับรู้ที่ผิดปกติ เนื้อหาความคิดที่แปลกๆ หรือผิดปกติ ให้ผู้ป่วยฝึกการสังเกตปฏิกิริยาทางอารมณ์และพฤติกรรมที่มีต่อการรับรู้หรือความคิดที่ผิดปกตินั้น ฝึกเทคนิคในการจัดการกับอาการทางจิต ได้แก่ เทคนิคทางการรู้คิด เช่น การเบี่ยงเบนความสนใจ เทคนิคทางพฤติกรรม เช่น เพิ่มการทำกิจกรรมให้มากขึ้น เพิ่มการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม การแยกตัวจากสถานการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดอาการทางจิต เป็นต้น กิจกรรมฝึกทักษะการจัดการความเครียดที่เกิดขึ้นจากการรับประทานยาทางจิต เพิ่มความตระหนักถึงความสำคัญของการรับประทานยา มีทัศนคติที่ดีต่อการรับประทานยา รับประทานยาได้อย่างถูกต้อง ช่วยควบคุมไม่ให้อาการทางจิตกำเริบ และสามารถจัดการความเครียดที่เกิดจากการรับประทานยาได้ โดยการให้ความรู้เรื่องยารักษาอาการทางจิต กระตุ้นให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการรับประทานยา ให้ความรู้เกี่ยวกับอาการข้างเคียงของยาและวิธีการจัดการอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้น กระตุ้นให้ผู้ป่วยบอกปัญหาความกังวลใจในการรับประทานยา กิจกรรมเรียนรู้และฝึกทักษะการแก้ไขปัญหาเฉพาะบุคคลและในชีวิตประจำวัน การช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการแก้ไขปัญหาในชีวิตประจำวัน เป็นแนวทางช่วยลดความเครียด และควบคุมอาการทางจิต โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับแนวทางการแก้ไขปัญหาในชีวิตประจำวัน การบริหารจัดการด้านการเงินและเวลา ฝึกทักษะการแก้ปัญหาเป็นลำดับ โดยใช้สถานการณ์สมมติให้ผู้ป่วยฝึกทักษะการแก้ปัญหาเป็นลำดับ วางแผนการทำงานและกิจกรรมต่างๆ โดยการฝึกทำตารางเวลา พัฒนาทักษะการสื่อสารและสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น เนื่องจากปัญหาการสื่อสารและการมีปฏิสัมพันธ์ของผู้ป่วยกับบุคคลอื่นเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความเครียด และนำมาซึ่งการกำเริบของอาการทางจิต ดังนั้นการช่วยให้ผู้ป่วยได้พัฒนาทักษะการสื่อสารและสัมพันธ์ภาพจึงเป็นแนวทางช่วยลดความเครียด และลดอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภท โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับความสำคัญของการสื่อสาร แนวทางในการติดต่อสื่อสารกับผู้อื่น และการแสดงออกกับผู้อื่นอย่างเหมาะสม ฝึกทักษะการสร้างสัมพันธ์ภาพ ทักษะการสื่อสาร และการแสดงออกอย่างเหมาะสม โดยใช้สถานการณ์สมมติให้ผู้ป่วยฝึกการสื่อสารและการแสดงออก เมื่อเผชิญกับความไม่เข้าใจหรือความขัดแย้งกับผู้อื่น และเมื่อต้องการขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น เพื่อส่งเสริมภาพลักษณ์ เพิ่มความสามารถในการติดต่อสื่อสาร ทำให้ผู้ป่วยได้รับการยอมรับจากสังคม

เมื่อเผชิญกับความเครียดสามารถใช้ทักษะด้านการสื่อสารในการติดต่อขอความช่วยเหลือ และความร่วมมือจากบุคคลอื่น ทำให้ผู้ป่วยมีความสะดวกหรือความง่ายในการจัดการแก้ไขปัญหาและจัดการความเครียดได้ และช่วยส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมากขึ้น

สมมุติฐานการวิจัย

- 1) ความรุนแรงของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทหญิง หลังได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดร่วมกับโยคะ ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดร่วมกับโยคะ
- 2) ความรุนแรงของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทหญิง กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดร่วมกับโยคะ ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง(Quasi-experimental Research) ใช้รูปแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-post-test randomized control group design) (Politt and Hungler, 1999)

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) เพศหญิงที่มีอายุระหว่าง 20-59 ปี ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวช

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเพศหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภท และได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา

ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการจัดการความเครียดร่วมกับโยคะ

ตัวแปรตาม คือ ความรุนแรงของอาการทางจิต

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ความรุนแรงของอาการทางจิต หมายถึง การแสดงออกของผู้ป่วยจิตเภทถึงความผิดปกติด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรม ได้แก่ มีความกังวลเกี่ยวกับสุขภาพทางกาย กลัวสิ่งต่างๆ ในอนาคต รู้สึกเศร้าใจ รู้สึกตำหนิตนเองเป็นคนไม่ดี หงุดหงิดอารมณ์เสีย รู้สึกว่าตนเองเป็นใหญ่ ระแวงคนอื่นประสังข์ร้ายกับตน ประสาทหลอน หลงผิด สับสนต่อวัน เวลา สถานที่ มีความคิดสับสน สิ้นหน้ำไม่แสดงความรู้สึก แยกตัว เครียด ตื่นเต้นง่าย มีท่าทีต่อต้าน ไม่เป็นมิตรกับผู้อื่น พุดและเคลื่อนไหวช้า และมีพฤติกรรมแปลกๆ

ผู้วิจัยประเมินความรุนแรงของอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้แบบประเมินอาการทางจิต Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) เป็นแบบวัดที่พัฒนาขึ้นโดย Overall & Gorham (1962) แปลเป็นฉบับภาษาไทย โดยพันธุภา กิตติรัตน์ไพบูลย์ (2544)

ผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (F20.0-F20.9) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยระบบการจำแนกโรค ขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ซึ่งมีอายุระหว่าง 20 - 59 ปี มีความรุนแรงของอาการทางจิต ในระดับปานกลางถึงมาก ที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยใน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

โปรแกรมการจัดการความเครียดร่วมกับโยคะ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่ผู้วิจัยให้แก่ผู้ป่วยจิตเภทเป็นรายกลุ่ม โดยผู้วิจัยสร้างจากแนวคิดการจัดการความเครียด ของ Norman et al. (2002) ใช้การจัดการความเครียดใน 3 แนวทาง คือ 1) ลดปฏิกิริยาตอบสนองทางร่างกายต่อความเครียด โดยใช้การฝึกการผ่อนคลาย 2) ส่งเสริมความแข็งแรงของร่างกายโดยการพักผ่อน ออกกำลังกายและโภชนาการที่เหมาะสม 3) พัฒนาทักษะด้านการรู้คิดและพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเผชิญความเครียด และผสมผสานการฝึกผ่อนคลายด้วยโยคะ (Vancampfort et al., 2012) ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์ เป้าหมาย และกิจกรรม เพื่อลดความรุนแรงของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยนำมาประยุกต์ใช้บำบัดรายกลุ่ม จำนวน 9 กิจกรรม ครอบคลุมทั้งการจัดการกับปัจจัยที่มีผลต่ออาการทางจิต มีจำนวน 2 กลุ่ม กลุ่มละ 10 คน ดำเนินกิจกรรมเป็น 2 ระยะ แบ่งเป็นระยะที่ 1 แบบผู้ป่วยใน และ ระยะที่ 2 แบบผู้ป่วยนอก มีระยะเวลาดำเนินการ 4 สัปดาห์ แต่ละครั้งใช้เวลา 60-90 นาที มีการดำเนินการวิจัยดังนี้

ในระยะที่ 1 แบบผู้ป่วยใน

การพยาบาลแบบผู้ป่วยใน หมายถึงกิจกรรมการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับขณะนอนโรงพยาบาล ประกอบด้วย 7 กิจกรรม

กิจกรรมที่ 1 ให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท อาการทางจิต ความเครียดที่เกิดจากอาการทางจิต หมายถึง การให้ความรู้เกี่ยวกับความเครียด ทบทวนผลของความเครียดต่อสุขภาพด้านร่างกายและจิตใจ ความรู้เกี่ยวกับการจัดการความเครียด เพิ่มความตระหนักรู้ในตนเองของผู้ป่วยเกี่ยวกับอารมณ์ด้านลบในขณะที่มีความเครียด

กิจกรรมที่ 2 การเสริมสร้างสุขภาวะและความแข็งแรงของร่างกาย หมายถึง การสอนผ่อนคลายด้วยเทคนิคโยคะ ช่วยให้ผู้ป่วยมีความอดทนต่อความเครียดมากขึ้น สามารถจัดการความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลช่วยควบคุมอาการทางจิตได้ดีขึ้น (Norman et al., 2002)

กิจกรรมที่ 3 ฝึกทักษะการจัดการกับอาการทางจิตหมายถึง การช่วยให้ผู้ป่วยมีแนวทางในการจัดการกับอาการทางจิตที่เกิดขึ้น สามารถปรับตัวต่อความเครียดที่เกิดจากอาการทาง

กิจกรรมที่ 4 ฝึกทักษะการจัดการความเครียดที่เกิดขึ้นจากการรับประทานยาทางจิต หมายถึง การช่วยให้ผู้ป่วยเพิ่มความตระหนักถึงความสำคัญของการรับประทานยา มีทัศนคติที่ดีต่อการรับประทานยา และสามารถจัดการความเครียดที่เกิดจากการรับประทานยาได้

กิจกรรมที่ 5 เรียนรู้และฝึกทักษะการแก้ไขปัญหาเฉพาะบุคคลและในชีวิตประจำวัน หมายถึง การให้ความรู้เกี่ยวกับแนวทางการแก้ไขปัญหาในชีวิตประจำวัน การบริหารจัดการด้านการเงินและเวลา ฝึกทักษะการแก้ปัญหาเป็นลำดับ

กิจกรรมที่ 6 พัฒนาทักษะการสื่อสารและสัมพันธภาพกับผู้อื่น ช่วยให้ผู้ป่วยได้พัฒนาทักษะการสื่อสารและสัมพันธภาพจึงเป็นแนวทางช่วยลดความเครียด และลดอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภท

กิจกรรมที่ 7 เตรียมความพร้อมผู้ป่วยและผู้ดูแลก่อนการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล สรุปลผลและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประโยชน์ที่ได้รับในแต่ละกิจกรรม หมายถึง การให้ความรู้และสอนทักษะการสื่อสาร และสัมพันธภาพภายในครอบครัว ตกลงบริการกับผู้ดูแลในการโทรศัพท์ติดตามผลการฝึกการผ่อนคลายด้วยเทคนิคโยคะ และประเมินอาการผู้ป่วย ทั้งนี้เพื่อช่วยลดความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในเรื่องต่างๆ

ระยะที่ 2 แบบผู้ป่วยนอก

การพยาบาลแบบผู้ป่วยนอก หมายถึงกิจกรรมการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับหลังจากออกนอกโรงพยาบาลประกอบด้วย 2 กิจกรรม ได้แก่

กิจกรรมที่ 8 การโทรศัพท์ติดตามสอบถามอาการและทบทวนวิธีการจัดการกับความเครียด หมายถึงการเสริมสร้างแรงจูงใจในการฝึกการผ่อนคลายด้วยเทคนิคโยคะ ด้วยตนเองตามคู่มือการออกกำลังกายด้วยโยคะ และการจัดการความเครียดด้วยตนเองสำหรับผู้ป่วยจิตเภท

กิจกรรมที่ 9 สรุปลผลและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประโยชน์ที่ได้รับในแต่ละกิจกรรม ร่วมกับผู้ป่วยและผู้ดูแล หมายถึงและเพื่อประเมินทักษะการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและญาติ

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลจิตเวช ปฏิบัติต่อผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ได้แก่การประเมินอาการผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ การประเมินทางด้านต่างๆ ของผู้ป่วย การให้คำแนะนำทางการดูแลสุขภาพ การออกกำลังกายช่วงเช้าใช้เวลา 30 นาที ด้วยการออกกำลังกายยืดเหยียดกล้ามเนื้อท่าต่างๆ ทำทุกวันจันทร์-ศุกร์ ประมาณ 20 ครั้ง/เดือน การให้คำปรึกษาตามสภาพปัญหาด้านสุขภาพจิตและจิตเวช การให้สุขภาพจิตศึกษารายบุคคลและรายกลุ่ม การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะอยู่โรงพยาบาลและเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

ประโยชน์ที่ได้รับ

1. ได้โปรแกรมการจัดการความเครียดร่วมกับโยคะ เพื่อเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลจิตเวชในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจิตเภทหญิง ซึ่งจะช่วยลดความรุนแรงของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทหญิงได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยใช้บทบาทของพยาบาลด้านสุขภาพจิตและจิตเวช
2. เป็นแนวทางสำหรับการศึกษาวิจัย เพื่อพัฒนารูปแบบการให้บริการที่ช่วยลดความรุนแรงของอาการทางจิตในผู้ป่วยหญิงที่มีการเจ็บป่วยทางจิตประเภทอื่นๆ



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi- experimental Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาโปรแกรมการจัดการความเครียดร่วมกับการผ่อนคลายด้วยเทคนิคโยคะ ต่อความรุนแรงของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาจากตำรา เอกสารและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องทั้งงานวิจัยในประเทศไทย และในต่างประเทศ โดยครอบคลุมเนื้อหาดังต่อไปนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท

- 1.1 ความหมายของโรคจิตเภท
- 1.2 สาเหตุของการเกิดโรคจิตเภท
- 1.3 ลักษณะอาการและการดำเนินของโรคจิตเภท
- 1.4 การวินิจฉัยโรคจิตเภท
- 1.5 การรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภท
- 1.6 การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท

2. อาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท

- 2.1 ความหมายของอาการทางจิต
- 2.2 กลุ่มอาการทางจิต
 - 2.2.1 อาการด้านบวก
 - 2.2.2 อาการด้านลบ
- 2.3 ปัจจัยที่มีผลต่ออาการทางจิต
- 2.4 การประเมินอาการทางจิต

3. แนวคิดเกี่ยวกับความเครียดในผู้ป่วยจิตเภท

- 3.1 ความหมายของความเครียด
- 3.2 ปฏิกริยาตอบสนองต่อความเครียด
- 3.3 การเผชิญความเครียด
- 3.4 ผลกระทบของความเครียด
- 3.5 ความเครียดในผู้ป่วยจิตเภท
- 3.6 การประเมินความเครียด
- 3.7 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทเพื่อลดความเครียด
- 3.8 แนวคิดการจัดการความเครียดของ Norman et al.(2002)

4. แนวคิด ทฤษฎี และองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับโยคะ

- 4.1 ความหมายของโยคะ
- 4.2 ประเภทของโยคะ
- 4.3 ประโยชน์ของโยคะ
- 4.4 จุดประสงค์ของการฝึกโยคะ
- 4.5 ข้อควรปฏิบัติในการฝึกโยคะ

5. โปรแกรมการจัดการความเครียดร่วมกับโยคะ

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

- 5.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องในประเทศไทย
- 5.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องในต่างประเทศ

7. กรอบแนวคิดการวิจัย

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท

1.1 ความหมายของโรคจิตเภท

Sadock & Sadock (2000) ให้ความหมายของโรคจิตเภท หมายถึง โรคที่ทำให้ผู้ป่วย มีความผิดปกติด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้ มีพฤติกรรมที่ผิดปกติจากคนทั่วไป

องค์การอนามัยโลก (WHO, 2006) ได้ให้ความหมายของโรคจิตเภทว่า เป็นโรคที่มีลักษณะทั่วไป คือมีความผิดปกติของบุคลิกภาพ มีความผิดปกติด้านความคิด และการรับรู้ที่มีลักษณะเฉพาะ มีอารมณ์ไม่เหมาะสม สติสัมปชัญญะ และความสามารถด้านเข้าใจปัญญามักติดอยู่แม้จะมีการสูญเสียของการนึกคิด โดยมีระยะการเจ็บป่วยอย่างน้อย 6 เดือน

American Psychiatric Association (2000) ได้ให้ความหมายของโรคจิตเภทตามแนวทางการจำแนกโรคของ DSM-IV (Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorder Forth Edition) ว่าเป็นลักษณะการเจ็บป่วยทางจิตที่ส่งผลต่อการทำหน้าที่ต่างๆ ลดลง ซึ่งแบ่งออกเป็นกลุ่มอาการทางบวกและอาการทางลบ อาการทางบวกประกอบด้วยความคิดหลงผิด ประสาทหลอน ความผิดปกติของการพูด ความผิดปกติด้านพฤติกรรม ส่วนอาการทางลบประกอบด้วย อารมณ์เฉยเมย พูดน้อย หรือไม่พูดและขาดความสนใจในการทำกิจกรรมทุกชนิด โดยจะต้องมีระยะเวลาติดต่อกันอย่างน้อย 6 เดือน

สมภพ เรื่องตระกูล (2554) ให้ความหมายว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภท หมายถึง ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางความคิด อารมณ์การรับรู้ และพฤติกรรม เป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน โดยที่ผู้ป่วยไม่มีโรคทางกาย โรคทางสมอง หรือพิษจากยา ซึ่งเป็นสาเหตุของอาการดังกล่าว

อรพรรณ ลือบุญวัชชัย (2554) ให้ความหมายของโรคจิตเภทว่า หมายถึง โรคที่มีความผิดปกติของความคิดเป็นอาการเด่น แต่มีผลของการรับรู้ อารมณ์และพฤติกรรม

ดังนั้น จึงสรุปได้ว่าโรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม โดยผู้ป่วยไม่มีโรคทางกาย ทางสมอง พิษจากยาสารเสพติด และมีระยะเวลาการเจ็บป่วยอย่างน้อย 6 เดือน

1.2 สาเหตุของการเกิดโรคจิตเภท

จากการศึกษาในปัจจุบันปัจจัยของการเกิดโรคจิตเภท อาจเกิดจากปัจจัยต่างๆ ได้แก่ ปัจจัยทางชีววิทยา ปัจจัยด้านครอบครัวและสังคม และปัจจัยทางจิตใจ ดังนี้ (อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, 2554; มาโนช หล่อตระกูล, 2558)

1.2.1 ปัจจัยทางชีววิทยา (biological factors) ได้แก่

1.2.1.1 สารเคมีประสาทในสมอง ได้แก่ แนวคิดปัจจุบันมองว่าโรคจิตเภทเป็น brain disorder โดยมีการพบหลักฐานทางชีวภาพในด้านต่างๆ มากขึ้น (มานิต ศรีสุรภานนท์ และ จำลอง ดิษยวณิช, 2542; มาโนช หล่อตระกูล, 2548) ดังนี้ Striatal D2 receptor เพิ่มขึ้น มีการกว้างขึ้นของ lateral ventricle มี Cortical 5-HT 2A receptors ลดลง มีการทำงานลดลงบริเวณ frontal lobes amygdala และ hippocampus มีปริมาณลดลงของ basal-ganglia มีปริมาณเพิ่มขึ้นของ และ เซลล์สมองบริเวณ dorsal thalamus มีจำนวนลดลง

1.2.1.2 พันธุกรรม จากการศึกษาพบว่าญาติของผู้ป่วยมีโอกาสเป็นโรคจิตเภทสูงกว่า ประชากรทั่วไปยังมีความใกล้ชิดทางสายเลือดมากยิ่งขึ้นมีโอกาสเป็นสูง โรคนี้เกิดจากความผิดปกติของ ยีนหลายแห่งร่วมกัน ทำให้เกิดความผิดปกติในระดับเซลล์ ซึ่งส่งผลต่อการสร้าง synapse การเชื่อมโยงระหว่างเซลล์ประสาท (neuronal connectivity) และกระบวนการจัดการข้อมูลของวงจรต่าง ๆ ในระบบประสาท (มาโนช หล่อตระกูลและ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2555)

1.2.1.3 กายวิภาคของสมอง ผู้ป่วยจิตเภทจำนวนหนึ่งมีความผิดปกติด้านกายวิภาคของ สมอง ได้แก่ มีปริมาณเนื้อสมองน้อยกว่าปกติ โดยเฉพาะในส่วนของ cortical gray matter และมี ventricle โตกว่าปกติ ซึ่งความผิดปกตินี้จะมีความสัมพันธ์กับการมีอาการด้านลบ การตอบสนองต่อการรักษาไม่ดี และการปกพร่องทางด้าน cognition (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2555)

1.2.1.4 ประสาทสรีรวิทยา พบว่า cerebral blood flow และ glucose metabolism ลดลงในบริเวณ frontal lobe เชื่อว่าอาการด้านลบและอาการด้านcognitive มีความสัมพันธ์กับ prefrontal lobe dysfunction (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2555)

1.2.2 ปัจจัยด้านครอบครัวและสังคม

สภาพครอบครัวมีผลต่อการกำเริบของโรค พบว่าครอบครัวผู้ป่วยที่อาการกำเริบบ่อย จะมีการใช้อารมณ์ต่อกันสูง ได้แก่ การตำหนิวิพากษ์วิจารณ์ มีท่าที่ไม่เป็นมิตร (hostility) หรือยุ่งเกี่ยวกับผู้ป่วยมากเกินไป ผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภทพบมากในสังคมที่มีเศรษฐกิจต่ำซึ่งมีสมมติฐานว่าการที่ผู้ป่วยมีอาการโรคจิตอยู่เรื่อย ๆ ทำให้สถานภาพทางสังคมต่ำลงกว่าเดิม หรือการที่สภาพสังคมบีบคั้นทำให้คนเป็นโรคจิตเภทมากขึ้น

1.2.3 ปัจจัยทางด้านจิตใจ (psychological factors)

จากการทบทวนพบว่าปัจจัยทางด้านจิตใจ ที่ส่งผลให้เกิดโรคจิตเภท สามารถอธิบายได้ว่าการรู้คิดที่ผิดปกติ จะเป็นตัวยึดผู้ป่วยให้อยู่ในวงจรของความพ่ายแพ้และล้มเหลว ผู้ป่วยจึงไม่ขาดความสามารถในการคิดที่จะวางแผนเป้าหมายสำหรับตนเอง (Perivoliotis & Cather, 2009) รวมถึงขาดความสามารถในการคิดที่จะเรียนรู้และเผชิญปัญหาจากความล้มเหลวที่ผ่านมาได้ (Shepard, Holcomb & Gold, 2006) ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดปัญหาเรื่องขาดความสนใจไม่สามารถแยกแยะข้อมูล ต่าง ๆ รอบตัวได้ ขาดการริเริ่มและดำเนินการตามแผนและไม่สามารถวางแผนเพื่อเผชิญปัญหาในชีวิตได้ จนส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการแสดงที่สำคัญในเรื่องของความพร่องในการทำหน้าที่ด้านต่างๆตามมา เช่น มีปัญหาเกี่ยวกับทักษะทางสังคม หรือการประกอบอาชีพที่ล้มเหลว และเมื่อศึกษาถึงประวัติในอดีตจะพบความล้มเหลวในเรื่องต่างๆซ้ำๆ กัน เช่น การศึกษาการทำงานหรือบทบาททางสังคมสอดคล้องกัน ทำให้ผู้ป่วยติดอยู่กับความคิดที่วนเวียนในเรื่องความล้มเหลวและพ่ายแพ้ในชีวิตซ้ำแล้วซ้ำอีก นำไปสู่การเกิดความเชื่อที่บิดเบือน

โดยสรุปจะพบว่าโรคจิตเภท มีปัจจัยสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคหลายปัจจัย ทั้งทางด้านชีววิทยา ได้แก่ ปัจจัยด้านพันธุกรรม ระบบสารชีวเคมีในสมอง และกายวิภาคของสมองที่ผิดปกติ และปัจจัยด้านจิตสังคม ได้แก่ ความผิดปกติจากพัฒนาการทางบุคลิกภาพของบุคคลในวัย เด็ก รวมทั้งปัจจัยด้านครอบครัวและสังคม

1.3 ลักษณะอาการและการดำเนินของโรคจิตเภท

1.3.1 ลักษณะอาการ แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มอาการ (เพียร์ดี เปี่ยมมงคล, 2553)

1.3.1.1 กลุ่มอาการด้านบวก มี 3 กลุ่มอาการย่อย คือ ประสาทหลอน ความหลงผิดมีการพูด และพฤติกรรมผิดปกติ มีรายละเอียดดังนี้

1) ประสาทหลอน (hallucination) เป็นความผิดปกติของการรับรู้ หมายถึง การรับรู้ ผิดๆ ทางการรับรู้ ทั้ง 5 (ตา หู จมูก ลิ้น ผิวหนัง) โดยไม่มีสิ่งกระตุ้นจากภายนอก

2) ความหลงผิด (delusion) เป็นความผิดปกติของความคิด (thought) หมายถึง การมี ความคิดที่ผิดไปจากความเป็นจริง เป็นความเชื่อผิด (false believe) ซึ่งไม่สามารถแก้ไขให้เข้าใจถูกต้องได้ด้วยเหตุผล ต้องคำนึงถึงวัฒนธรรม ความเชื่อของบุคคลนั้นด้วย

3) มีการพูดและพฤติกรรมผิดปกติ (disorganization in speech and behavior) ได้แก่ มีการพูดสับสน (disorganized in speech) เป็นความผิดปกติของกระบวนการคิด และการแสดงออกโดยผ่านการพูด เช่น อาจจะมีการพูดไม่มีความต่อเนื่องโดยอาจจะพูดเปลี่ยนจากเรื่องหนึ่งไปอีกเรื่องหนึ่งซึ่งไม่เกี่ยวข้องกัน (loosening of association)

1.3.1.2 กลุ่มอาการทางลบ (Negative symptoms) ได้แก่ การแสดงออกของอารมณ์ลดลง หน้าตาเฉยเมย (flat affect) ผู้ป่วยขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยชาของผู้ป่วยไม่มีความสุขในกิจกรรมต่างๆ (anhedonia) ผู้ป่วยพูดน้อยเนื่องจากเนื้อหาของความคิดมีน้อย

1.3.2 การดำเนินโรคจิตเภท มาโนซ หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์ (2558) ได้อธิบายการดำเนินโรคจิตเภทโดยทั่วไป แบ่งออกเป็น 4 ระยะ ดังนี้

1.3.2.1 ระยะก่อนป่วย (Premorbid phase) ผู้ป่วยเริ่มบกพร่องทางสังคม การเคลื่อนไหว ด้านการรู้คิดในระดับเล็กน้อย ไม่ชัดเจน อาจพบลักษณะทางร่างกายต่างจากปกติ

1.3.2.2 ระยะอาการนำ (Prodromal phase) ผู้ป่วยจะเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงค่อยเป็นค่อยไป โดยช่วงแรกอาจมีอาการวิตกกังวลหรือซึมเศร้า ที่ไม่เฉพาะเจาะจงกับเรื่องใดเรื่องหนึ่ง โดยจะค่อยๆ แยกตัวไม่เข้าสังคมเหมือนเคย มีปัญหาในด้านหน้าที่ความรับผิดชอบ ใจดูแลตัวเองลดลง เริ่มมีอาการด้านบวก เช่น เชื่อเรื่องโศกกลาง ไสยศาสตร์ มีการใช้จำนวนแปลกๆ มีพฤติกรรมที่ดูแล้วแปลกๆ ระวัง วิตกกังวล การแสดงออกของอารมณ์ลดลงหรือไม่เหมาะสม เช่น สมาธิลดลง เหม่อลอย ระยะนี้ไม่แน่นอนอาจมีอาการเป็นสัปดาห์จนถึงเป็นปี

1.3.2.3 ระยะโรคกำเริบ (Active phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการส่วนใหญ่เป็นกลุ่มอาการด้านบวก โดยผู้ป่วยที่มีอาการนำจะถูกกระตุ้นโดยเหตุการณ์ที่พบได้ตามช่วงวัย ซึ่งเป็นปัจจัยกดดันที่ทำให้ผู้ป่วยมีความเปราะบางอยู่ระดับหนึ่งอยู่ แล้วไม่สามารถปรับตัวต่อไปได้อีก จึงแสดงอาการต่างๆ ของโรคออกมา ในเพศชายคือช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนต้นไปจนถึงวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง ส่วนเพศหญิงจะเริ่มในช่วงอายุปลายๆ ในการป่วยครั้งแรก

1.3.2.4 ระยะเรื้อรัง (Chronic phase) ในระยะนี้เริ่มคงที่ในด้านของระดับอาการ และความสามารถในการทำหน้าที่ต่างๆ ของผู้ป่วย ในระยะยาวแม้มีอาการด้านบวกอยู่บ้าง ก็ไม่ได้มีผลต่อผู้ป่วยมากเหมือนในช่วงแรก ในขณะที่อาการด้านลบและอาการด้าน cognitive จะยังอยู่ในระดับคงที่ตลอดการเจ็บป่วยและไม่ตอบสนองต่อการรักษาในปัจจุบัน

โดยสรุปการรักษาโรคจิตเภทต้องรักษาให้สอดคล้องกับระยะของโรค ว่าอยู่ในระยะเฉียบพลันหรือระยะอาการคงที่ และควรเป็นการรักษาแบบครอบคลุมทั้งการใช้ยา การรักษาทางจิต สังคม และการฟื้นฟูทางจิตเวช

1.4 การวินิจฉัยโรคจิตเภท

ปัจจุบันเกณฑ์การวินิจฉัยโรคจิตเภทมีระบบในการจำแนกโรคที่นิยมใช้กันในปัจจุบันมีอยู่ 2 ระบบ ได้แก่ 1.) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition (DSM-IV) คือ เกณฑ์การจำแนกโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน 2.) International Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th revision (ICD-10) คือเกณฑ์การจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก โดยมีรายละเอียดดังนี้

1.4.1 เกณฑ์การจำแนกโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition (DSM-IV) ได้จำแนกโรคจิตเภทออกเป็น 3 แนวทางดังนี้

1.4.1.1 วินิจฉัยตามลักษณะอาการ (descriptive approach) วินิจฉัยโดยยึดอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยเป็นหลักไม่อิงทฤษฎีใดทฤษฎีหนึ่งในแง่ของสาเหตุ

1.4.1.2 วินิจฉัยโดยอิงตามเกณฑ์ (diagnostic criteria) ใช้วิธีดูว่าเข้าตามเกณฑ์ (criteria) ที่กำหนดไว้ ซึ่งเป็นวิธีที่เหมาะสมในการศึกษาและวิจัย เพราะมีเกณฑ์ที่ใช้ในการแยกโรคที่ชัดเจน ในทางปฏิบัตินั้นอาการผู้ป่วยเหลื่อมล้ำก้ำกึ่งกันระหว่างหลายๆโรค ส่วนในเวชปฏิบัตินั้นจะใช้เกณฑ์เหล่านี้เป็นเพียงแนวทางในการวินิจฉัยเท่านั้น

1.4.1.3 Multiaxial evaluation เพื่อให้ผู้ตรวจสนใจผู้ป่วยในทุกๆด้าน ไม่ใช่เพียงการวินิจฉัยโรคเท่านั้น เกณฑ์การจำแนกโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน DSM-IV ได้กำหนดให้ประเมินผู้ป่วยใน 5 ด้านด้วยกัน ได้แก่ 1) ด้านที่ 1 โรคและภาวะอื่น ๆ ที่ผู้ตรวจสนใจ 2) ด้านที่ 2 Personality disorders และ mental retardation 3) ด้านที่ 3 ภาวะความเจ็บป่วยทางกายของผู้ป่วย ในขณะนี้ไม่ว่าจะเกี่ยวข้องกับด้านที่ 1 หรือไม่ก็ตาม 4) ด้านที่ 4 ปัญหาจากจิตสังคมหรือสิ่งแวดล้อมในช่วงปีที่ผ่านมาที่มีส่วนสำคัญ ในการก่อโรคหรือทำให้โรคกำเริบ 5) ด้านที่ 5 เป็นการประเมินประสิทธิภาพของผู้ป่วยโดยรวม โดยใช้ global assessment of functioning scale อาจเป็นการประเมินขณะก่อนป่วย ขณะป่วยครั้งนี้ หรือขณะจำหน่ายจากโรงพยาบาล

1.4.2 เกณฑ์การจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก International Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th revision (ICD-10) ได้จำแนกโรคจิตเภทออกเป็น 9 ประเภท ดังนี้

1.4.2.1 โรคจิตเภทชนิดหวาดระแวง (Paranoid Schizophrenia) เป็นโรคจิตเภท ชนิดที่พบมากที่สุด จะมีอาการหวาดระแวง หลงผิด มีอาการโกรธง่าย ก้าวร้าว

1.4.2.2 โรคจิตเภทชนิดเฮบิฟรินิก (Hebephrenic Schizophrenia) เป็นโรคจิตเภทชนิดที่พบในวัยหนุ่มสาวระหว่าง 15-25 ปี อาการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ผู้ป่วยจะมีอาการของความคิด และคำพูดไม่สอดคล้องกัน (incoherence) อารมณ์เฉยเมย

1.4.2.3 โรควิตเภทชนิดคาทาโทนิค (Catatonic Schizophrenia) ผู้ป่วยมีอาการสำคัญ คือมีความผิดปกติที่พฤติกรรมเคลื่อนไหว อาจเป็นได้ทั้งแบบเฉยทื่อ (stupor) ปฏิเสธต่อต้าน (negativism) ยืนกราน (rigidity) หรือตื่นเต้น รุนววย (excitement)

1.4.2.4 โรควิตเภทชนิดเรื้อรังที่มีอาการหลงเหลือ (Residual Schizophrenia) ผู้ป่วยโรควิตเภท ชนิดนี้ จะเคยเป็นโรควิตเภทชนิดใดชนิดหนึ่งมาก่อนแล้ว อาการดี

1.4.2.5 โรควิตเภทชนิดจำแนกไม่ได้ (Undifferentiated Schizophrenia) ผู้ป่วยประเภทนี้ มีอาการของโรควิตเภทไม่ชัดเจน ไม่สามารถจำแนกประเภทอื่นๆ ได้ มีอาการหลงผิด ประสาทหลอน ความคิดไม่ปะติดปะต่อกัน

1.4.2.6 โรควิตเภทชนิดเศร้าภายหลัง (Post-Schizophrenic Depression) เป็นภาวะซึมเศร้า ที่เกิดหลังจากป่วยด้วยโรควิตเภท มีอาการซึมเศร้าร่วมกับอาการแยกตัวจากสังคม

1.4.2.7 โรควิตเภทชนิดพฤติกรรมเสื่อมถอย (Simple Schizophrenia) ผู้ป่วยมีพฤติกรรมเสื่อมถอยโดยเริ่มมาเรื่อยๆ ตั้งแต่เริ่มจนมีอาการชัดเจน

1.4.2.8 โรควิตเภทชนิดอื่นๆ (Other Schizophrenia) เป็นโรควิตเภทชนิดที่ไม่เข้าเกณฑ์ใดๆ ที่กล่าวมาข้างต้น

1.4.2.9 โรควิตเภทชนิดที่ไม่สามารถระบุได้ (Unspecified Schizophrenia) เป็นโรควิตเภทที่ไม่สามารถระบุประเภทได้

1.5 การรักษาผู้ป่วยโรควิตเภท

มานุษ หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์ (2558) เสนอแนวทางการรักษาผู้ป่วยไว้ ดังนี้

1.5.1 การรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล รับไว้รักษากรณีที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมเป็นอันตรายต่อตนเอง หรือผู้อื่น หรือก่อความเดือดร้อนรำคาญแก่ผู้อื่น มีปัญหาที่ต้องดูแลใกล้ชิด เช่น มีอาการข้างเคียงจากการใช้ยาที่รุนแรง หรือกรณีผู้ป่วยไม่ยอมรับประทาน

1.5.2 การรักษาด้วยยารักษาโรควิตเภท นอกจากเพื่อควบคุมอาการด้านบวกแล้วยังสามารถลดการกำเริบซ้ำของโรคได้ พบว่าผู้ป่วยที่กลับมีอาการกำเริบซ้ำ ส่วนใหญ่มีปัญหาการขาดยา

การจำแนกยาต้านโรควิตเภท ตามโครงสร้างทางเคมี แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มดังนี้

1) ยาต้านโรควิตเภทกลุ่ม typical มีความแรงต่างกันในการปิดกั้น D2 Receptor แต่มีความสามารถสูง (efficacy) เท่ากันกลไกการออกฤทธิ์ ฤทธิ์ต้านโรควิตเภทเกิดจากการปิดกั้น Dopamine D2 receptor ใน mesolimbic system และ mesocortical system

ประโยชน์ในการรักษาของยาต้านโรควิตเภทกลุ่ม typical มีดังนี้

- ใช้รักษาโรควิตเภท ยาใช้ได้ผลดีในระยะเฉียบพลันซึ่งมีอาการทางบวกเด่น เช่น มีความเชื่อผิดๆ หรือหลงผิด (delusion) หูแว่ว (auditory hallucination)

- รักษาภาวะโรคจิต (psychotic state) วุ่นวาย (agitation) หรือคลั่ง (mania) เช่น ในผู้ป่วย bipolar disorder
- ใช้ haloperidol รักษาโรคจิตเวชอื่นๆ เช่น Huntington's disease และ ภาวะพิษจากการได้รับ phencyclidine เกินขนาด
- ใช้เป็นยาคั่นไส้อาเจียน ฤทธิ์แก้คลื่นไส้อาเจียนมีในยาในกลุ่ม phenothiazide (ยกเว้น thioridazine)
 - ใช้ในการสลบก่อนผ่าตัด
 - ใช้รักษาอาการคัน
 - ใช้รักษาอาการสะอึก (intractable hiccups) ที่การรักษาอย่างอื่นไม่ได้ผล ใช้ chlorpromazine
- ผลข้างเคียงยาของต้านโรคจิตกลุ่ม typical มีดังนี้
 - ที่เกิดจากการปิดกั้น H1- receptor ทำให้หิว
 - ที่เกิดจากการปิดกั้น α_1 - M3- receptor ทำให้ความดันเลือดต่ำ เสื่อมสมรรถภาพทางเพศชาย การหลั่งอสุจิผิดปกติ
 - ที่เกิดจากการปิดกั้น M3- receptor ทำให้ตาแห้ง ปากแห้ง ปัสสาวะคั่ง ท้องผูก ตาพร่า
 - Neuroleptic malignant syndrome มีอาการกล้ามเนื้อแข็ง (muscle rigidity) ใช้สูงมากความดันเลือดสูง หัวใจเต้นผิดจังหวะ และภาวะจิตใจเปลี่ยนแปลง
- จากการปิดกั้น Dopamine D1 และ D2 receptor ทำให้เกิดอาการข้างเคียงทางระบบประสาทที่เรียกว่า Extrapyrimal symptom (EPS) ได้แก่
 - Acute dystonia คอแข็ง ลิ้นแข็ง กล้ามเนื้อแข็ง ภาวะนี้รักษาโดยการใช้ยา anticholinergic เช่น diphenhydramine หรือ trihexyphenidyl (Artane)
 - Akinesia เดินก้าวสั้น แกว่งแขนน้อย เริ่มเคลื่อนไหวลำบาก เช่น เริ่มลุกจากเก้าอี้
 - Parkinsonian syndrome มีอาการคล้ายโรค Parkinson เช่น สั่น กล้ามเนื้อแข็งแรงเกร็งและเคลื่อนไหวช้า หน้าไม่ยิ้มหรือแสดงความรู้สึกเหมือนใส่หน้ากาก (mask-like face)
 - Akathisia อยู่นิ่งไม่ได้ ต้องเคลื่อนไหวตลอดเวลา เดินไปมา ผุดลุกผุดนั่งตลอดเวลา
 - Tardive dyskinesia เกิดภายหลังได้รับยาในระยะยาว ผู้ป่วยที่ได้รับยากลุ่ม typical ถ้าตรวจพบควรรีบหยุดยาทันที อาการอาจหายไปเมื่อหยุดยาหรืออาจเป็นถาวรก็ได้

2) ยาด้านโรคจิตกลุ่ม atypical ฤทธิ์การต้านโรคจิตเกิดจากการปิดกั้น receptor อื่นในสมองที่ไม่ใช่ D2 receptor เช่น 5-HT_{2A} , D4 และ α receptor ดังนั้นยากกลุ่มนี้จะมีอาการทาง EPS น้อยกว่ากลุ่ม typical สามารถจำแนกยาตามความสามารถในการจับ affinity กับ D2 receptor ยาที่มีความแรงต่ำ เช่น quetiapine ยาที่มีความแรงปานกลาง เช่น clozapine ยาที่มีความแรงสูง เช่น olanzapine , risperidal , pimozide

ประโยชน์ในการรักษา เชื่อว่าดีกว่ายากกลุ่ม typical เพราะมีผลข้างเคียงน้อยกว่า และรักษาอาการลบดีกว่า ใช้รักษาโรคต่อไปนี้

- โรคจิตเภท
- โรคอารมณ์แปรปรวน
- ภาวะโรคจิต

ผลข้างเคียงยาด้านโรคจิตกลุ่ม atypical มีดังนี้

- ระดับในกลูโคสในเลือดสูง
- ยา clozapine อาจทำให้เม็ดเลือดขาวต่ำ
- อาจทำให้ซั๊ก
- ความดันโลหิตต่ำ
- น้ำหนักตัวเพิ่ม
- ง่วง
- ท้องผูก

การรักษานั้นอาจแบ่งออกได้เป็น 3 ช่วง ดังนี้

1.5.2.1 ระยะเวลาเฉียบพลัน (acute phase) เป้าหมายของการรักษาในระยะนี้ คือ การลด อาการโรคจิตลง ยาขนานแรก ได้แก่ haloperidol โดยให้ขนาด 6 มก./วัน หากผู้ป่วยมีอาการมาก อาจให้ 10-15 มก./วัน ร่วมกับ diazepam 5 มก. รับประทานวันละ 3-4 เวลา รวมไปถึงด้วยหลังจาก นั้น 2 สัปดาห์ถ้าไม่ดีขึ้น จึงปรับขนาดยา โดยทั่วไปไม่ให้ haloperidol เกิน 20 มก./วัน ถ้ามีอาการ EPS (extrapyramidal side effect) หลังให้ยา haloperidol 4-6 มก./วันร่วมกับ trihexyphenidyl ควรเปลี่ยนยาเป็น risperidone ขนาด 4 มก./วัน

1.5.2.2 ระยะเวลาทำให้คงสภาพ (stabilization phase) หลังจากมีอาการทุเลาลงบ้างแล้ว ผู้ป่วยยังต้องรับยาต่อเนื่อง เพื่อควบคุมอาการต่อไป ยารักษาโรคจิตที่ใช้ควรให้ขนาดเท่าเดิมต่อไป นาน 6 เดือน การลดยาเร็วหรือหยุดยาในช่วงนี้ อาจทำให้อาการกำเริบได้

1.5.2.3 ระยะเวลาการคงที่ (maintenance phase) เป็นช่วงที่อาการ ทุเลาลงแล้วแต่ยังคงต้องให้ยาต่อเนื่อง เพื่อป้องกันมิให้กลับมามีอาการกำเริบซ้ำ ยิ่งผู้ป่วยที่มีพยากรณ์โรคที่ไม่ดี การควบคุมด้วยยาเป็นสิ่งสำคัญ ขนาดของยา จะต่ำกว่าที่ใช้ในระยะแรก โดยทั่วไป เมื่อไม่มี อาการ

ด้านบวกที่ชัดเจนแล้ว จะค่อยๆลดขนาดยาลงร้อยละ 20 ทุก 4-6 เดือน จนถึงขนาดต่ำสุดที่คุม อาการได้ โดยขึ้นอยู่กับผู้ป่วยแต่ละคน ขนาดยา haloperidol ที่ใช้ในขณะนี้ โดยเฉลี่ยอยู่ประมาณ 2-4 มก./วัน ในผู้ป่วยที่มีปัญหาไม่ยอมกินยาอาจใช้ยาชนิดประเภท long acting ผู้ป่วยกลุ่มที่หยุดยา หลัง 1-2 ปี แล้ว ไม่มีอาการกำเริบอีกนี้จัดเป็นกลุ่มที่พบน้อย โดยเป็นกลุ่มอาการที่ไม่รุนแรง หายเร็ว การพยากรณ์โรคดี ผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบครั้งที่ 2 ขึ้นไป ควรให้ยาต่อเนื่อง อย่างน้อย 5 ปี หรือตลอดชีวิต

1.5.3 การรักษาด้วยไฟฟ้า (electroconvulsive therapy: ECT) การรักษาด้วยไฟฟ้า ใน ผู้ป่วยจิตเภทนั้น โดยทั่วไปจะใช้ในกรณีผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการ รักษาด้วยยา โดยใช้ ECT ร่วมไปด้วย โดยทำสัปดาห์ละ 3 ครั้ง จำนวนทั้งหมดประมาณ 12 ครั้ง นอกจากนี้ ยังอาจใช้ในผู้ป่วยชนิด catatonic หรือผู้ป่วยที่มี severe depression ร่วมด้วย

การรักษาด้วยไฟฟ้า หรือ Electroconvulsive Therapy เป็นวิธีการรักษาโดยใช้ กระแสไฟฟ้าที่มีความเข้มข้นต่ำผ่านสมองเป็นระยะเวลาสั้นๆ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดอาการชัก ซึ่งจะส่งผลให้ อาการทางจิตดีขึ้น เปรียบเทียบง่ายๆ คือ การทำ ECT เป็นการใช้กระแสไฟฟ้าไปกระตุ้นให้สารสื่อประสาทภายในสมองที่หลังผลิตปกติได้กลับมาทำงานโดยสม่ำเสมอ เมื่อสารสื่อประสาทหลังอย่าง ต่อเนื่องดีแล้วกระบวนการทำงานทางจิต รวมถึงสภาวะทางอารมณ์ ความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรม ต่างๆ ก็จะกลับสู่ภาวะปกติ

ข้อดีของการรักษาด้วยไฟฟ้า จะช่วยให้อาการทางจิตของผู้ป่วยทุเลาอย่างรวดเร็ว สามารถคงสภาพไม่ให้อาการกำเริบซ้ำ การรักษาด้วยไฟฟ้าจึงเหมาะกับผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตรุนแรงมีความจำเป็นต้องรับการรักษาเร่งด่วนเพื่อควบคุมอาการของผู้ป่วยให้สงบลง เช่น ผู้ป่วยก้าวร้าวรุนแรง มีอาการคลุ้มคลั่ง หรือผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้ารุนแรงที่มีความคิดฆ่าตัวตายตลอดเวลาหรือมีพฤติกรรม พยายามฆ่าตัวตาย นอกจากผู้ป่วยจิตเวชที่จำเป็นต้องให้การรักษาแบบเร่งด่วนแล้ว การรักษาด้วยไฟฟ้า สามารถรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่ไม่ตอบสนองต่อยาหรือมีความเสี่ยงต่อการใช้ยาเช่น ผู้ป่วยจิตเวชที่กำลัง ตั้งครรภ์ หรือผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ หรือผู้ป่วยจิตเวชที่ไม่สามารถทนต่ออาการข้างเคียงของยาได้ ผู้ป่วย จิตเวชที่ถูกพิจารณาให้รักษาด้วยไฟฟ้าจะต้องเข้ารับการรักษาประมาณ 6-12 ครั้งอย่างต่อเนื่องโดย เฉลี่ยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง จำนวนครั้งและความถี่ในการรักษาด้วยไฟฟ้าอาจมากขึ้นแตกต่างกันในผู้ป่วย แต่ละราย ทั้งนี้จิตแพทย์จะเป็นผู้ประเมินผลการรักษาและพิจารณายุติการรักษาด้วยไฟฟ้าเมื่อผู้ป่วยมี อาการดีขึ้นหรือพบความเสี่ยงที่ไม่อาจให้การรักษาด้วยไฟฟ้าต่อไปได้ อาการข้างเคียงจากการรักษาด้วย ไฟฟ้ามีตั้งแต่ ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ไม่สบายตัว สับสน สูญเสียความจำชั่วคราว บางรายมี ผลข้างเคียงที่รุนแรงอาจทำให้กระดูกหัก ข้อเคลื่อน หรืออาจเสียชีวิตได้ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีโรคทาง กายร่วม เช่น โรคหัวใจ โรคทางสมอง โรคกระดูกและกล้ามเนื้อ เป็นต้น

การปฏิบัติตัวในการรักษาด้วยไฟฟ้า

- เตรียมตัวก่อนทำการรักษาล่วงหน้า 1 วัน โดย

- ทำความสะอาดร่างกาย สระผม ตัดเล็บให้สั้น ไม่ทาเล็บมือ-เล็บเท้า
- งดน้ำ งดอาหารหลังเที่ยงคืนจนเสร็จสิ้นกระบวนการรักษา
- นอนหลับให้เพียงพอ อย่างน้อย 6-8 ชั่วโมง
- ในขณะที่เข้ารับการรักษาด้วยไฟฟ้า
- ให้สวมเสื้อผ้าสะอาด ผสมแห้ง ไม่ทาแป้งบริเวณใบหน้า ไม่สวมเครื่องประดับ
- หากมีภาวะความดันโลหิตสูง จิตแพทย์จะพิจารณาให้ยาลดความดันในเวลา 06.00 น.

และดื่มน้ำได้ไม่เกิน 30-60 ซีซี

- ถอดฟันปลอม หากมีปัญหาฟันผุ ฟันโยกต้องแจ้งพยาบาลก่อนเสมอ
- ปัสสาวะก่อนทำการรักษา
- การปฏิบัติตัวหลังการรักษา หากมีอาการข้างเคียงเกิดขึ้น เช่น
- ปวดศีรษะ ให้ประคบเย็นแล้วนอนพัก 30 นาที – 2 ชั่วโมง หากอาการไม่ดีขึ้น

สามารถทานยาบรรเทาปวดได้

- หากปวดเมื่อยจากการเกร็งกล้ามเนื้อ ให้ประคบร้อนหรือประคบเย็น หรือนวดเบาๆ ผ่อนคลายกล้ามเนื้อ
- หากมีอาการหลงลืม ให้ญาติช่วยกระตุ้นความจำของผู้ป่วย ความทรงจำจะค่อยๆ ฟื้นตัวภายในระยะเวลา 2 สัปดาห์ – 6 เดือน

1.5.4 การรักษาด้านจิตสังคม การรักษานี้เป็นส่วนสำคัญ เนื่องจากอาการผู้ป่วยมักก่อให้เกิดปัญหาระหว่างตัวผู้ป่วยกับสังคมรอบข้าง แม้ในระยะอาการดีขึ้นแล้ว ปัญหาด้านสังคมก็ยังคงอยู่ นอกจากนี้อาการบางอย่าง เช่น อาการด้านลบ หรือภาวะ ท้อแท้หมดกำลังใจ โดยการบำบัดทางจิตสังคมที่นิยมใช้ในผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่

1.5.4.1 จิตบำบัด (psychotherapy) ใช้วิธีการของจิตบำบัดประคับประคอง ผู้รักษาตั้งเป้าหมายตามที่เป็นจริง และผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติได้ เช่น ช่วยผู้ป่วยในการหาวิธีการแก้ปัญหาในแบบอื่นที่ผู้ป่วยพอทำได้ เป็นต้น

1.5.4.2 การให้คำแนะนำแก่ครอบครัว ผู้ปกครองมักเข้าใจว่า เป็นเพราะตนเองเลี้ยงดูไม่ดี จึงทำให้ผู้ป่วยเป็นโรคจิตเกิดความรู้สึกผิด กล่าวโทษ ตนเอง บางครอบครัว ใช้อารมณ์ต่อกันสูง และอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยเป็นเวลานาน ซึ่งอาจกดดันผู้ป่วย การทำครอบครัวบำบัดจึงสามารถช่วยได้

1.5.4.3 กลุ่มบำบัด (group therapy) เป็นการจัดกิจกรรมระหว่างผู้ป่วยโดยส่งเสริมให้เกิดความรู้สึกว่ามีเพื่อน มีคนเข้าใจ ไม่โดดเดี่ยว มีการช่วยเหลือแก้ไขปัญหาและให้คำแนะนำแก่กัน ฝึก ทักษะทางสังคม เน้นการสนับสนุน ให้กำลังใจ

1.5.5 สิ่งแวดล้อมบำบัด (Milieu therapy) คือ การวางแผนอย่างมีขั้นตอนในการจัดสภาพแวดล้อม เพื่อประโยชน์ในการบำบัดรักษา โดยใช้สิ่งแวดล้อมเพื่อการพัฒนาทักษะด้านสังคมและ

อารมณ์ สนับสนุนให้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน อันจะเป็นประโยชน์ในการดำเนินชีวิตประจำวัน จะมุ่งเน้นการลดความกดดันของผู้ป่วยโดยจัดสิ่งแวดล้อมให้สงบผ่อนคลาย และส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ทำกิจกรรม เพื่อคงสภาพการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หรืออาจใช้การผูกมัด และการจำกัดบริเวณ ซึ่งจะใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมตนเองได้ หรือมีพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2555)

โดยสรุปการรักษาโรคจิตเภทต้องรักษาให้สอดคล้องกับระยะของโรค ว่าอยู่ในระยะเฉียบพลันหรือระยะอาการคงที่ และควรเป็นการรักษาแบบครอบคลุมทั้งการใช้ยา การรักษาทางจิตสังคม และการฟื้นฟูทางจิตเวช

1.6 การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท

ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ที่มีความผิดปกติด้านความคิด การรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรมทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆที่ตนเอง และสังคมลดลง ส่งผลให้เกิดภาวะพึ่งพิงบุคคลอื่น ปัญหาต่างๆเหล่านี้พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชซึ่งมีบทบาทในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย จึงจำเป็นต้องหาวิธีการหรือแนวทางในปฏิบัติการพยาบาลเพื่อดูแลช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง สามารถปรับตัวดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุขตามความสามารถที่ผู้ป่วยมีอยู่ และไม่เกิดการป่วยซ้ำ การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีการให้การพยาบาลที่แตกต่างกันไป ดังนี้

1.6.1 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาด้วยยา การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในระยะต่างๆ ที่ได้รับการรักษาด้วยยา แบ่งออกเป็น 3 ระยะ (ชลธิดา สิมะวงศ์ และคณะ, 2551) ดังนี้

1.6.1.1 ระยะเฉียบพลัน (Acute) การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทระยะเฉียบพลัน (Acute) ในระยะนี้เน้นการดูแลให้มีพฤติกรรมเป็นปกติโดยเร็วที่สุด เพื่อไม่ให้เกิดอันตรายต่อตัวผู้ป่วยเอง และป้องกันอันตรายต่อผู้อื่น โดยการลดความรุนแรงของอาการทางจิต และอาการอื่นๆ เช่น พฤติกรรมก้าวร้าว อาการหวาดระแวง ลักษณะอาการทางลบ เช่น อาการซึม ไม่พูด แยกตัวเองการรักษาจะเริ่มทันทีหลังจากการประเมินทางคลินิก พยาบาลควรสร้างสัมพันธ์ภาพเชิงรักษากับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ และร่วมมือในการรักษา ในกรณีที่ผู้ป่วยปฏิเสธการรักษาหรือรับประทานยา อาจให้ญาติช่วยดูแลร่วมกับการให้ข้อมูลของการบำบัดรักษาซึ่งการร่วมมือของคนรอบข้างมีส่วนช่วยในการบำบัดด้วยยา ตลอดช่วงเวลาของการบำบัดรักษา ในระยะนี้พยาบาลควรให้การพยาบาลดังนี้

1.6.1.1.1 ตรวจสอบสัญญาณชีพ ความสมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ ความรู้สึกตัว สังเกตการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์

1.6.1.1.2 สังเกตอาการข้างเคียงของยา เช่น กลุ่มอาการ EPS ที่สำคัญซึ่งอาจเกิดขึ้นได้ภายใน 1-5 วัน เช่น อาการ Dystonia อาการที่พบคือ ศีรษะและคอบิดเบี้ยวลำตัวแอ่น ตาค้าง และเหลือกขึ้น อาการ Akathisia อาการกระวนกระวาย เดินไปมา ผุดลุกผุดนั่ง อาการเหมือน

Parkinson จะมีอาการกล้ามเนื้อเกร็ง ทำเดินขอยเท้า อาการ Akinesia อาการอ่อนเพลีย กล้ามเนื้ออ่อนแรง การเคลื่อนไหวช้า อาการ NMS จะมีไข้สูง กล้ามเนื้อแข็งเกร็ง

1.6.1.3 สังเกตอาการ agranulocytosis เช่น มีไข้ หนาวสั่น เจ็บคอ ไอ ปวดหลัง สังเกตอาการผิดปกติ เช่น ชัก หายใจลำบาก มีไข้ ความดันโลหิตเปลี่ยนแปลง เหงื่อออกมาก กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ผิวหนังซีด อ่อนแรง ให้รายงานแพทย์

1.6.1.4 ถ้ามีอาการท้องผูก ให้รับประทานผัก ผลไม้ ดื่มน้ำสะอาด ให้เพียงพอวันละ 2,500-3,000 มิลลิลิตร และออกกำลังกายที่เหมาะสมกับสุขภาพ

1.6.2 ระยะเวลาเสถียร (Stabilization) ในระยะนี้ ควรมีการปรับระดับประคอง ควบคุมอาการและความรุนแรงของอาการทางจิต ลดความเครียดของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรับการรักษาที่ต่อเนื่อง ลดการกำเริบใหม่ โดยให้การพยาบาลดังนี้

1.6.2.1 การประเมินอาการทางคลินิก ได้แก่ อาการหิวแหว่ ประสาทหลอน หวาดระแวงนอนไม่หลับ อาการง่วงซึม แยกตัวเอง และระดับความสามารถในการดูแลตนเอง

1.6.2.2 ประเมินอาการข้างเคียงของยาต้านโรคจิตที่ได้รับ ได้แก่ อาการง่วงซึม อาการตาพร่ามัว หัวใจเต้นเร็ว น้ำนมไหล ปากแห้ง คอแห้ง ลิ้นแข็ง พุดไม่ชัด ตาเหลือก คอบิด หลังแอ่น น้ำลายไหล เป็นต้น หากพบอาการดังกล่าวให้รายงานแพทย์

1.6.2.3 ประเมินอาการข้างเคียงของยาหลังจากที่แพทย์ได้ปรับแผนการรักษา และให้คำแนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว เมื่อเกิดอาการข้างเคียงของยาดังนี้หลีกเลี่ยงการขับรถหรือทำงานเกี่ยวกับเครื่องจักรกล หรือการใช้ของมีคม แนะนำจิบน้ำบ่อย

1.6.2.4 แนะนำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยง/ปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทุกชนิด และการใช้ยาในทางที่ผิด

1.6.2.5 ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น ในกรณีนี้ผู้ป่วยได้รับยา clozapine อาจทำให้เกิดภาวะ agranulocytosis จึงควรมีการติดตามผลการตรวจ

1.6.3 ระยะอาการคงที่ (Stable) ในระยะนี้ ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะถูกจำหน่ายกลับมาอยู่กับครอบครัวและชุมชน การพยาบาลในระยะนี้ เน้นเรื่องการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง มีการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม และวิธีการแก้ไขเมื่อเกิดอาการข้างเคียงของยาโดยมีแนวทางการพยาบาลดังนี้

1.6.3.1 แนะนำและสอนผู้ป่วย ญาติ ผู้ดูแล เกี่ยวกับการสังเกตอาการผิดปกติของผู้ป่วย เช่น อาการนอนไม่หลับ หวาดระแวง แยกตัว อาการหิวแหว่ ประสาทหลอน เพื่อที่จะสามารถให้การรักษาผู้ป่วยได้อย่างทันที่

1.6.3.2 สังเกตอาการข้างเคียงของยาที่อาจเกิดขึ้นได้แก่ อาการง่วงซึม ตาพร่ามัว หัวใจเต้นเร็ว น้ำนมไหล ปากแห้ง คอแห้ง ลิ้นแข็ง หากพบอาการดังกล่าวให้รายงานแพทย์

1.6.3.3 ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตนขณะใช้ยา ดังนี้ มารับการตรวจตามนัด และรับยาอย่างต่อเนื่องตามแผนการรักษา ห้ามหยุดยาเอง หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เครื่องดื่มชูกำลัง งดสูบบุหรี่หรือจิบน้ำบ่อย ๆ รับประทานอาหารที่มีกากใย เช่น ผัก ผลไม้ หลีกเลี่ยง อาหารรสหวาน ออกกำลังกายสม่ำเสมอ ควรหลีกเลี่ยงการอยู่ในแสงแดดจ้า เนื่องจากเกิดความไวต่อแสงควรใช้ครีมทา กันแดดเมื่อต้องสัมผัสกับแสงแดด

1.6.2 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทจำเป็นต้องมีความตรงไปตรงมา ไม่อ้อมค้อมและสิ่งสำคัญเหนือการให้การพยาบาลผู้ป่วยต้องอยู่ในความเป็นจริง โดยทั่วไปแล้วการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วยหลักการพยาบาลโดยทั่วไป ซึ่งจะครอบคลุมการพยาบาลทั้งด้านร่างกาย ด้านความคิดด้าน จิตใจอารมณ์ และด้านสังคม (สุวนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2554)

1.6.2.1 การพยาบาลด้านร่างกาย เริ่มต้นโดยการส่งเสริมความสะดวกและ สุขอนามัยทั่วไปให้แก่ผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่จะบกพร่องด้านการดูแลตนเอง เมื่อผู้ป่วยเข้ารับกา รักษาในโรงพยาบาล พยาบาลควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยดูแลความสะดวกด้านสุขอนามัยตนเอง

1.6.2.2 การพยาบาลด้านความคิด สิ่งที่พยาบาลควรปฏิบัติ คือการหา ความหมายของความคิด ในการสนทนากับผู้ป่วยจะทำให้พยาบาลได้ทราบถึงความคิดของผู้ป่วยได้ นอกจากนี้การหาความหมายของพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกให้พยาบาลได้ทราบความคิดของผู้ป่วยที่ สื่อออกมาทางพฤติกรรมได้ และสุดท้ายคือ การให้ข้อมูลที่แท้จริงแก่ผู้ป่วยและมีการส่งเสริมให้ผู้ป่วย อยู่ กับความเป็นจริง (reinforcing reality)

1.6.2.3 การพยาบาลด้านจิตใจ ผู้ป่วยจิตเภทจะมีความผิดปกติด้านอารมณ์ที่ เห็นได้ชัดคือ อารมณ์ราบเรียบ ไม่สวดอารมณ์ไม่สอดคล้องกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ดังนั้นพยาบาล จำเป็นต้องมีความเข้าใจและอดทนต่ออารมณ์ที่ไม่ผิดปกติเหล่านี้ รวมถึงควรมีการเสริมสร้างพฤติกรรม และการตอบสนองทางอารมณ์ให้เหมาะสมกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น

1.6.2.3 การพยาบาลด้านสังคม พยาบาลควรมีการประเมินความสามารถด้าน สังคมของผู้ป่วยที่เหลืออยู่และความมีการเสริมสร้างทักษะทางสังคมที่เหลืออยู่การส่งเสริมการดูแลด้าน สุขอนามัยส่วนบุคคลของตนเอง พัฒนาทักษะสังคมที่ถูกต้องตามความเหมาะสมด้วยหลักการเรียนรู้

1.5.2 การใช้กระบวนการพยาบาล

การประเมินสภาพผู้ป่วย การประเมินสภาพทั่วไปและอาการของผู้ป่วยจะ เริ่มประเมิน จากความคิด การรับรู้และพฤติกรรมทั่วไปของผู้ป่วย และอาการที่ผิดปกติที่เป็นสาเหตุที่นำส่ง โรงพยาบาล โดยประกอบด้วย

การประเมินสุขภาพร่างกายทั่วไป โดยประเมินการแต่งกาย ความสะดวกของ ร่างกายและเสื้อผ้า ด้านสุขอนามัย การได้รับสารอาหาร การนอนหลับพักผ่อน และ นอกจากนี้ควรมีการ ประเมินภาวะน้ำเป็นพิษ (water intoxication) ด้วย

การประเมินด้านความคิดและการรับรู้ของผู้ป่วย ประเมินว่า ผู้ป่วยมีภาวะหลงผิดหรือไม่และมีการรับรู้เป็นอย่างไร

การประเมินพฤติกรรมผู้ป่วย การประเมินพฤติกรรมผิดปกติของผู้ป่วย เช่น การหนีผู้คน การหลบซ่อนตัวนอกจากนี้ผู้ป่วยอาจมีพฤติกรรมมากเกินไป ทำให้ผู้ป่วยอยู่ไม่นิ่ง พฤติกรรมทำตามสั่งอย่างอัตโนมัติ พฤติกรรมของผู้ป่วยอาจก่อความรำคาญหรือเป็นอันตราย ต่อตนเองและผู้อื่นได้

การประเมินด้านสัมพันธภาพ พยาบาลควรมีการประเมินด้าน การอยู่ร่วมกันกับผู้อื่น เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถอยู่ร่วมกันกับผู้อื่นอย่างราบรื่น และควรมีการประเมิน ปัญหาด้านการอยู่ในสังคมที่อาจพบได้ในผู้ป่วย เพื่อที่จะหาวิธีการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข

การวินิจฉัยการพยาบาล เป็นการวางแผนทางการวางแผนทางการพยาบาล และการปฏิบัติการพยาบาลในขั้นต่อมา โดยทั่วไปแล้วการวินิจฉัยทางการพยาบาลจะต้องมีความ สอดคล้องกันกับอาการของผู้ป่วยจิตเภท

การวางแผนการพยาบาล จะประกอบด้วยวางแผนการพยาบาลระยะสั้นและการวางแผนทางการพยาบาลระยะยาว และควรมีการกำหนดวัตถุประสงค์ในการ ดูแล ลักษณะพฤติกรรมที่ต้องการให้เกิดขึ้นและสามารถเป็นไปได้

การปฏิบัติการพยาบาลในขณะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เนื่องจากไม่สามารถควบคุมตนเองได้และเป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่นในชุมชนที่อาศัยอยู่ การปฏิบัติการพยาบาลจะปรับตามความเหมาะสมและใช้เทคนิคการพยาบาลต่างๆ สำหรับระยะเวลาที่ ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ใช้ในการรักษาในโรงพยาบาลประมาณ 16 วัน

การประเมินผลการพยาบาล เป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการพยาบาล โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อประเมินว่าปัญหานั้นๆได้รับการแก้ไขแล้ว และปัญหาใดที่ยังคงอยู่

โดยสรุป การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท ควรมีการกำหนดแผนการพยาบาลที่เน้นการดูแลระยะยาว และต่อเนื่อง โดยให้ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ แบบองค์รวมโดยการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย ใช้หลักการกระบวนการ พยาบาลโดยต้องคำนึงถึงครอบครัวและชุมชนของผู้ป่วย ควบคู่กับการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยพยาบาลควรสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ และร่วมมือในการรักษา

2. อาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท

2.1 ความหมายของอาการทางจิต

Overall and Gorham (1962) ได้อธิบายไว้ว่า อาการทางจิต หมายถึง การแสดงออกของผู้ป่วยจิตเภทถึงความผิดปกติด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรม ได้แก่ มีความกังวลเกี่ยวกับสุขภาพทางกาย กลัวสิ่งต่าง ๆ ในอนาคต รู้สึกเศร้าใจ รู้สึกตำหนิตนเองเป็นคนไม่ดี หงุดหงิดอารมณ์เสีย รู้สึกว่าตนเองเป็นใหญ่ ระแวงคนอื่นประสงค์ร้ายกับตน ประสาทหลอน หลงผิด สับสนวันเวลา เวลาและสถานที่ มีความคิดสับสน สีหน้าไม่แสดงความรู้สึก แยกตัว เครียด ตื่นเต้นง่าย มีท่าทีต่อต้าน ไม่เป็นมิตรกับผู้อื่น พูดและเคลื่อนไหวช้า และมีพฤติกรรมแปลกๆ

Kay, Fiszbein and Opler (1987) ได้อธิบายไว้ว่า อาการทางจิต หมายถึง อาการที่เกิดขึ้นเนื่องจากความผิดปกติของระบบความคิด อารมณ์ หรือพฤติกรรม ประกอบด้วย อาการหลงผิด ประสาทหลอน และพฤติกรรมแปลกประหลาด มีพฤติกรรมวุ่นวาย ก้าวร้าว สามารถแบ่งเป็นอาการหลัก 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มอาการด้านบวก กลุ่มอาการด้านลบ และกลุ่มอาการทางจิตทั่วไป

Boyd (2005) ได้อธิบายไว้ว่า เป็นอาการที่เกิดขึ้นแบบเฉียบพลันและรุนแรงที่มีการแสดงออกทางพฤติกรรมและการรับรู้ อารมณ์ที่ผิดปกติจากคนทั่วไป แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มอาการด้านบวก เป็นการแสดงออกความผิดปกติในด้านของความคิด การรับรู้ การติดต่อสื่อสาร เช่น อาการประสาทหลอน หลงผิด และกลุ่มอาการด้านลบ เป็นภาวะที่ขาดในสิ่งที่คนทั่ว ๆ ไปควรมี เช่น ไม่สบตา ขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยชาลง ไม่ค่อยแสดงออกทางอารมณ์

โดยสรุป อาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทสามารถแสดงอาการออกมาได้หลายรูปแบบ โดยอาการหลักๆ ได้แก่ กลุ่มอาการด้านบวก กลุ่มอาการด้านลบ และอาการทางจิตทั่วไป ซึ่งอาการต่าง ๆ เหล่านี้ ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยโดยตรงและบุคคลรอบข้าง

2.2 กลุ่มอาการทางจิต

อาการทางจิตสามารถแบ่งเป็นอาการหลัก 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มอาการด้านบวก และกลุ่มอาการด้านลบ โดยมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้ (พิเชษฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนันนท์ , 2552 ; Overall & Gorham ,1962)

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

2.2.1.1 อาการหลงผิด (Delusion) คืออาการที่ผู้ป่วยมีความเชื่อผิดไปจากความเป็นจริง หรือไม่มีหลักฐานสนับสนุน และเป็นความเชื่อที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ อาการหลงผิดสามารถแบ่งเป็น 9 ชนิด ได้แก่

1) อาการหลงผิดว่าถูกปองร้ายกลั่นแกล้ง (Persecutory delusion) ผู้ป่วยจะหลงผิดคิดว่าตนเองถูกปองร้าย ถูกติดตาม หรือตกเป็นเหยื่อในเหตุการณ์ต่าง ๆ อาการนี้เป็นอาการทางจิตที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยจิตเภท อาการหลงผิดชนิดนี้อาจจะเป็นแบบคลุมเครือ ไม่คงที่ และมีจำนวนน้อย

2) หลงผิดว่าเรื่องต่างๆ ที่เกิดขึ้นรอบตัวเกี่ยวข้องกับหรือสื่อถึงตนเอง ผู้ป่วยหลงผิดว่าคำพูดหรือท่าทางของผู้อื่นมีเจตนาเกี่ยวข้องกับตนเองทั้งที่ความจริงไม่ได้เป็นเช่นนั้น ผู้ป่วยเชื่อว่าสิ่งที่ตนเองคิดเป็นความจริงแน่นอนโดยไม่ต้องหลักฐานมายืนยัน อาการหลงผิดชนิดนี้ที่พบได้บ่อย เช่น คิดว่ารายการโทรทัศน์กล่าวถึงตนเอง คิดว่าผู้อื่นพูดถึงตนเองในทางเสื่อมเสีย วางแผนจะทำร้ายตนเอง หรือพูดว่าตนเองเป็นคนสำคัญ

3) อาการหลงผิดว่าตนเองถูกควบคุมจากอำนาจภายนอก (Delusion of being controlled) ผู้ป่วยจะรู้สึกว่ามีอำนาจภายนอกหรือองค์กรต่าง ๆ พยายามควบคุมความคิด ความรู้สึกหรือร่างกายตนเองอยู่ ซึ่งความหลงผิดนี้ต้องมากกว่าความรู้สึกว่าถูกชักจูงหรือถูกบังคับ ความหลงผิดชนิดนี้มักเกี่ยวข้องกับอาการประสาทหลอนทางกาย

4) อาการหลงผิดว่าตนเองถูกสอดแทรกความคิด (Thought insertion) ผู้ป่วยจะมีความเชื่อว่าความคิดบางส่วนไม่ได้เป็นของตนเอง แต่ได้รับการสอดแทรกจากภายนอก ทำให้ผู้ป่วยไม่พอใจที่ถูกรบกวนความคิด อาจนำไปสู่พฤติกรรมแปลกประหลาดหรือก้าวร้าว

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

6) อาการหลงผิดเรื่องความรู้สึกผิดที่มากเกินไป (Delusions of sin or guilt) โดยผู้ป่วยเชื่อว่าตนเองได้ทำความผิดที่ใหญ่หลวง สมควรได้รับการโทษ มักพบว่าในอดีตผู้ป่วยมีประวัติการทำความผิดเล็กน้อย มาก่อน

7) อาการหลงผิดว่าตนเองมีความสามารถพิเศษหรือเป็นบุคคลสำคัญ (Grandiose delusion) ผู้ป่วยมีความเชื่อว่าตนเองมีพลังพิเศษ ร่ำรวยมีชื่อเสียงหรือมีพรสวรรค์

8) อาการหลงผิดที่เกี่ยวกับเรื่องศาสนา (Religious delusions) ผู้ป่วยจะมีความคิดหมกมุ่นอยู่กับเรื่องศาสนามากกว่าที่เป็นตามวัฒนธรรมของสังคม

9) อาการหลงผิดทางกาย (Somatic delusions) ผู้ป่วยจะหมกมุ่นอยู่กับการที่อวัยวะบางส่วนหรือร่างกายทำงานผิดปกติไป หรือหมกมุ่นอยู่กับการป่วยของตนเอง โดยที่ได้รับการตรวจร่างกาย และส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการต่าง ๆ มาหมดแล้ว แต่ไม่พบความผิดปกติ

2.2.1.2 อาการประสาทหลอน (Hallucination) เป็นการรับรู้โดยที่ไม่มีสิ่งเร้าภายนอกมากระตุ้น ทั้งการรับรู้ทางรูป รส กลิ่น เสียง และสัมผัส (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ ,2546) ได้แก่

1) อาการหูแว่ว (Auditory hallucinations) เป็นอาการประสาทหลอนที่พบมากที่สุดของผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยพบประมาณร้อยละ 50-70 ของผู้ป่วย โดยส่วนใหญ่พบร่วมกับอาการหลงผิดด้วยเสมอ เสียงที่ได้ยินมักเป็นเสียงที่ตำหนิ หรือพูดเกี่ยวกับตัวผู้ป่วย อาจเป็นเสียงพูดขู่ คุกคามผู้ป่วย หรือเป็นเสียงสั่งให้ผู้ป่วยทำตาม

2) อาการเห็นภาพหลอน (Visual hallucinations) ผู้ป่วยจะเห็นภาพคน สิ่งของหรือสัตว์ต่าง ๆ ที่ไม่มีอยู่จริง โดยไม่มีสิ่งกระตุ้นจากภายนอก อาการนี้พบได้น้อยในโรคจิตเภทเมื่อเทียบกับภาวะ Delirium โดยในภาวะ Delirium นั้นผู้ป่วยมักเห็นเป็นภาพสัตว์ และอาจพ่วงกับอาการประสาทหลอนทางประสาทสัมผัส

3) ประสาทหลอนทางร่างกาย และประสาทสัมผัส (Somatic and Tactile hallucinations) อาการนี้เป็นความรู้สึกทางกาย เช่น รู้สึกว่าถูกสัมผัส หรือรู้สึกว่าร่างกายของตนเองเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม และอาจมีความรู้สึกร้อน เย็น หรือเหมือนถูกไฟฟ้าช็อตตาม

4) ประสาทหลอนในการได้กลิ่น (Olfactory hallucinations) ผู้ป่วยจะได้กลิ่นแปลกๆ ที่บุคคลรอบข้างไม่ได้กลิ่นนั้น ส่วนใหญ่พบร่วมกับอาการประสาทหลอนทางรสชาติ

2.2.1.3 อาการพฤติกรรมแปลกประหลาด (Bizarre behavior) โดยผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมแปลกประหลาดเมื่อเปรียบเทียบกับคนทั่วไปในสังคม เช่น ผู้ป่วยอาจจะพูดคนเดียว เดินถอยหลัง หัวเราะอย่างไม่มีเหตุผล การแสดงออกทางอารมณ์ไม่สอดคล้องกับเรื่องที่พูด

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

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

3) การเคลื่อนไหว (Motor behavior) ผู้ป่วยจะมีการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติได้หลายแบบ เช่น การเคลื่อนไหวซ้ำ ๆ ต่อเนื่องเป็นเวลานานโดยไม่มีเป้าหมายที่ชัดเจน การค้างอยู่ในท่าใดท่าหนึ่งนาน ๆ (Catatonic motor behavior) การอยู่ในท่าหนึ่งเฉยเหมือนหุ่นขี้ผึ้ง และเมื่อจับแขนขาของผู้ป่วยให้หันไปในทิศทางใด ผู้ป่วยจะค้างอยู่ในท่านั้น

4) การแสดงออกทางอารมณ์อย่างไม่เหมาะสม (Inappropriate affect) โดย การแสดงอารมณ์ของผู้ป่วยไม่เหมาะสมกับสถานการณ์ และไม่สัมพันธ์กับความคิดหรือคำพูดของผู้ป่วย

2.2.2 กลุ่มอาการด้านลบ (Negative symptoms) เป็นภาวะที่ขาดในสิ่งที่คนทั่ว ๆ ไป ควรจะมี เช่น ด้านความรู้สึก ความต้องการในสิ่งต่าง ๆ อาการเหล่านี้ได้แก่ (พิเชษฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกานานนท์, 2552)

2.2.2.1 อารมณ์เฉยเมย (Blunt affect) คือการไม่มีหรือการลดลงของการ ตอบสนองทางอารมณ์ต่อสิ่งเร้าต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นอารมณ์โกรธ ดีใจ หรือเศร้า เคลื่อนไหวลดลง หน้าตา เฉยเมย

2.2.2.2 การไม่สามารถสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่นได้ (Poor rapport) เนื่องจากตัวผู้ป่วยเองไม่สามารถรับรู้ถึงความต้องการทางอารมณ์ของผู้อื่น ผู้ป่วยจะแสดงออกโดยการ พยายามไม่สบตา ไม่ตอบคำถามหรือสื่อสารกับผู้อื่นลดลง ความต้องการและความสนใจทางเพศลดลง

2.2.2.3 การคิดซ้ำ ๆ หรือคิดอะไรเพียงเรื่องเดียว (Stereotyped thinking) ผู้ป่วยจะคิดอะไรซ้ำ ๆ หรือมีความคิดในลักษณะที่ไม่น่าสนใจ อาจมีความเชื่อในเรื่องที่ไม่เป็นเหตุเป็นผล ซึ่งเปลี่ยนแปลงไม่ได้ หรือเป็นความเชื่อที่มากเกินไป

2.2.2.4 ขาดความกระตือรือร้น และสีหน้าไม่แสดงอารมณ์ (Apathy) โดยจะ แสดงอาการออกมาในรูปของการหมดพลังงาน หมดความสนใจสิ่งต่าง ๆ อย่างชัดเจน ไม่มี แรงจูงใจใน การทำงานให้สำเร็จจุลวง ไม่มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ ไม่สนใจดูแลตนเอง ทำทางเฉื่อยชา

2.3 ปัจจัยที่มีผลต่ออาการทางจิต

2.3.1 ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย คือ ความเครียด พบว่าเมื่อผู้ป่วยไม่สามารถจัดการกับ อาการและสังเกตอาการนำก่อนอาการกำเริบได้ อีกทั้งได้รับผลข้างเคียงของยา ทำให้รู้สึกไม่อยาก รับประทานยา การถูกบังคับให้ต้องรับประทานยา ผู้ป่วยจะรู้สึกเครียด (Kaplan and Sadock, 2000; จง รัตน์ ลิ้มพัฒนศิริ, 2548) ขาดความรู้และความเข้าใจในด้านการรักษาด้วยยา ขาดความตระหนัก ไม่เห็น ความสำคัญของการรับประทานยา ปฏิเสธความเจ็บป่วยของตนเอง (มานิตย์ ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษยวณิช, 2542) นอกจากนี้ยังพบว่าเพศมีผลต่อการเกิดความเครียด ซึ่งพบว่าเพศหญิงมีความเสี่ยงที่จะ เกิดความเครียดได้ง่ายกว่าเพศชาย สาเหตุส่วนหนึ่งเพราะผู้หญิงส่วนใหญ่ต้องรับผิดชอบทั้งงานนอกบ้าน และงานในบ้าน คอยดูแลเอาใจใส่สมาชิกทุกคนในครอบครัว จนไม่มีเวลาดูแลสุขภาพจิตใจของตนเอง นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนในช่วงต่างๆ เช่น ช่วงมีประจำเดือน การตั้งครรภ์ ภาวะหลัง คลอด มีผลต่อสภาพอารมณ์ของผู้หญิงทั้งนั้น และนอกจากนี้ ยังพบว่าเพศหญิง เป็นเพศที่มีมนุษย สัมพันธ์ดีชอบสื่อสารสนทนา จดจำรายละเอียด แยกสี และรับรู้ความรู้สึกอ่านภาษากายได้ดีกว่าผู้ชาย เป็นผลมาจากฮอร์โมนเอสโตรเจน กับฮอร์โมนออกซิโทซิน และการพัฒนาของสมองส่วน ฮิปโปแคมปัสที่ ใหญ่กว่าเพศชาย (Maryam Khodadadi et al., 2016) ความเจ็บป่วยทางกาย ทำให้มีพลังงานที่นำมาใช้

ในการจัดการความเครียดน้อยกว่าบุคคลที่มีสุขภาพดีและแข็งแรง (Lazarus and Folkman, 1984) การที่ผู้ป่วยไม่สามารถจัดการกับความเครียดนั้นได้ จะยิ่งทำให้เกิดอาการทางจิตที่รุนแรงขึ้น (Nuechterlein et al., 1994) ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถจัดการความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงเป็นแนวทางที่ช่วยลดอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทได้ (พรทิพย์ ไชสะอาด, 2555)

2.3.2 ปัจจัยด้านครอบครัวและสังคม พบว่าปัญหาสัมพันธภาพกับคนในครอบครัวและบุคคลอื่น ครอบครัวที่มีการใช้อารมณ์ต่อกันสูง ได้แก่ การตำหนิ และการวิพากษ์วิจารณ์ มีทำที่ไม่เป็นมิตร หรือเข้าไปยุ่งกับผู้ป่วยมากเกินไป มีผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิตรุนแรงขึ้น จนเกิดการกำเริบของโรค (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2555) จากปัญหาการสื่อสารและการมีปฏิสัมพันธ์ของผู้ป่วยกับบุคคลอื่น เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความเครียด (จิราภรณ์ สรรพวีรวงศ์, 2544) และนำมาซึ่งการกำเริบของอาการทางจิต ดังนั้นการช่วยให้ผู้ป่วยได้ พัฒนาทักษะการสื่อสารและสัมพันธภาพจึงเป็นแนวทางช่วยลดความเครียด และลดอาการทางจิต ในผู้ป่วยจิตเภทได้ (Norman et al., 2002)

2.4 การประเมินอาการทางจิต

การประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท ได้มีการพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ประเมินอาการทางจิต โดยมีกรอบแนวคิดมาจากอาการที่พบในผู้ป่วย เพื่อจำแนกอาการหลักของโรคจิตเภทหรือโรคจิตชนิดอื่น ๆ ใช้ประเมินความรุนแรงและความถี่ของอาการ ช่วยในการวางแผนการรักษา และมักนำมาใช้ใน งานวิจัยทางคลินิก เพื่อประเมินประสิทธิภาพของการรักษา (พิเชษฐ อุดมรัตน์ และ สรยุทธ วาสิกนันทน์, 2552) เครื่องมือที่นิยมใช้ ในกลุ่มนี้ ได้แก่

2.4.1 Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) ที่สร้างโดย Kay, Fiszbein and Opler (1987) ได้แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ (2550) ใช้ประเมินความรุนแรงของกลุ่มอาการด้านบวก กลุ่มอาการด้านลบ อารมณ์ และจิตพยาธิสภาพทั่วไปของผู้ป่วยโรคจิตเภทและโรคจิตอื่น ๆ ซึ่งมี 3 ส่วนย่อย ได้แก่ กลุ่มอาการด้านบวก 7 อาการ กลุ่มอาการด้านลบ 7 อาการ และอาการความผิดปกติทางจิตทั่วไป 16 อาการ โดยมีรายละเอียด ดังนี้ 1) กลุ่มอาการด้านบวก ได้แก่ อาการหลงผิด ความคิดสับสน อาการประสาทหลอน อาการตื่นเต้นกระวนกระวาย ความคิดว่ามีความสามารถเกินจริง ระแวงว่ามีคนมุ่งร้าย รู้สึกไม่เป็นมิตร 2) กลุ่มอาการด้านลบ ได้แก่ การแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ มนุษย์สัมพันธ์บกพร่อง แยกตัวออกจากสังคม

2.4.2 Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) เป็นแบบประเมินความรุนแรงของอาการทางจิตในผู้ป่วยโรคจิตเภท และโรคจิตอื่น ๆ ที่สร้างโดย Overall and Gorham (1962) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 18 ข้อ ได้แก่ ความกังวลเกี่ยวกับสุขภาพร่างกาย อาการวิตกกังวล ความรู้สึกผิด ความคิดว่าตนเองมีความสามารถเกินความเป็นจริง อารมณ์ซึมเศร้า ความรู้สึกไม่เป็นมิตร ความรู้สึกหวาดระแวง อาการประสาทหลอน เนื้อหาความคิดผิดปกติ อาการไม่รู้เวลา สถานที่ และ

บุคคล การแยกตัวทางอารมณ์ ความคิดสับสน ความตึงเครียด ท่าทางและการเคลื่อนไหวผิดปกติ เชื่องช้า การไม่ร่วมมือ การแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ และอาการตื่นเต้นกระวนกระวาย ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) 7 ระดับ ตั้งแต่ 1-7 แปลเป็นฉบับภาษาไทย โดย พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์ (2544) ซึ่งมีทั้งหมด 18 ข้อ เครื่องมือเป็นแบบ Likert scale

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้แบบประเมินอาการทางจิต Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) ฉบับภาษาไทย เพื่อใช้ประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยแต่ละคน ซึ่งประเมินความรุนแรงของอาการทางจิตทั่วไป ซึ่งแบบประเมินอาการทางจิต Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) ฉบับภาษาไทยนี้ เป็นเครื่องมือที่ได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพแล้วว่ามีที่น่าเชื่อถือ และได้ถูกนำมาใช้อย่างแพร่หลายทั้งในการวิจัยและการรักษาผู้ป่วยจิตเภท

3. แนวคิดเกี่ยวกับความเครียดในผู้ป่วยจิตเภท

3.1 ความหมายของความเครียด ผู้วิจัยได้ศึกษาถึงความหมายของความเครียด มีรายละเอียดดังนี้

สมิต อาชวนิจกุล (2537:1) กล่าวว่า ความเครียด คือสภาวะที่ซับซ้อนของร่างกายและจิตใจ อันเกิดจากสภาวะแวดล้อม หรือสถานการณ์ที่บีบบังคับให้ร่างกายและจิตใจเปลี่ยนแปลงไป ความเครียดเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้กับทุกคน ในทุกช่วงเวลาและเมื่อเกิดความเครียดในตัวบุคคลแล้วจะทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ต่าง ๆ ทั้งทางร่างกายและจิตใจ เช่นหงุดหงิด กลัว วิดตกังวล ปวดศีรษะ อาหารไม่ย่อย นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย หมดเรื้อรหมดแรง ย้ำคิดย้ำทำ เกิดอาการผิดปกติทางประสาทได้ และได้กล่าวถึงความเครียด ดังนี้

- 1) ความเครียดเป็นปฏิกิริยาที่ทำให้มนุษย์ สามารถทำในสิ่งที่ยากเกินกว่ากำลังสติปัญญา ความสามารถในเวลาปกติจะทำได้ จึงเป็นเครื่องมือสำคัญของมนุษย์ที่มีประโยชน์ต่อการดำรงชีวิต
- 2) สาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียดส่วนใหญ่เกิดจากจิตใจ แต่ปฏิกิริยาของความเครียดเกิดขึ้นโดยอัตโนมัติทั้งร่างกายและจิตใจ เรื่องที่เกิดจากจิตใจไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยกำลังทางร่างกาย
- 3) ความเครียดเป็นสิ่งที่มนุษย์ในยามจำเป็นหากรู้จักใช้ให้ดี ดังนั้นสิ่งที่เป็ผลเสียของความเครียดคือความเครียดส่วนเกิน ซึ่งหมายถึงปฏิกิริยาของความเครียดที่เกิดขึ้นมากกว่าความจำเป็น ซึ่งจะเป็ผลเสียต่อการแก้ปัญหา และต่อทั้งร่างกายและจิตใจตนเอง

Lazarus (อ้างถึงใน กรมสุขภาพจิต, 2541:12) ได้อธิบายไว้ว่า ความเครียด หมายถึง ภาวะชั่วคราวของความไม่สมดุล ซึ่งเกิดจากกระบวนการรับรู้ หรือการประเมินของบุคคลต่อสิ่งที่เข้าใน ประสบการณ์ว่า สิ่งนั้นเป็สิ่งคุกคามโดยเป็ผลจากการกระทำของสภาพแวดล้อมภายนอกได้แก่

สิ่งแวดล้อมในสังคม ในการทำงาน และเหตุการณ์ต่าง ๆ ในชีวิตกับปัจจัยภายในของคุณ เช่น ทัศนคติ อารมณ์ ประสบการณ์ในอดีต ตลอดจนความต้องการของคุณนั้น

กรมสุขภาพจิต (2543) ให้ความหมายว่า ความเครียดเป็นปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกาย และจิตใจของคุณที่มีต่อสิ่งเร้าภายในและภายนอก โดยคุณรับรู้ว่าเป็นภาวะที่กดดัน คุกคาม หรือบีบคั้น ทำให้เกิดการตื่นตัวเตรียมรับมือกับเหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่ง ถ้าคุณสามารถปรับตัวจะทำให้เกิดพลังงานในการจัดการกับสิ่งต่าง ๆ แต่ถ้าไม่สามารถปรับตัว ให้ความเครียดเพิ่มมากขึ้น และเสียสมดุลในการดำเนินชีวิตในสังคมได้

4.1 ความหมายของความเครียดและการเผชิญความเครียด

ความเครียด เป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และสิ่งแวดล้อม เมื่อคุณรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อม จะพยายามจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างเต็มที่โดยการแสดงออกทางอารมณ์และพฤติกรรม (Lazarus & Folkman, 1984) ผ่านกระบวนการรับรู้หรือการประเมินของคุณต่อสิ่งที่เข้ามาในประสบการณ์ว่าสิ่งนั้นเป็นสิ่งคุกคาม ซึ่งการประเมินนี้เป็นผลจากการกระทำร่วมกันของสภาพแวดล้อมภายนอก (กุลธิดา สุภาคุณ, 2555) และในชีวิตประจำวันคุณมักเผชิญกับภาวะเครียด จากสิ่งแวดล้อมภายนอกและภายในตัวอย่างต่อเนื่อง ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงและปรับตัวได้ในระดับที่แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับการเรียนรู้และประสบการณ์ของคุณนั้น โดยมีผู้ให้ความหมายของความเครียดไว้หลากหลายแนวคิด เช่น

Selye (1976) กล่าวว่า ความเครียดเป็นการแสดงปฏิกิริยาตอบสนองร่างกายต่อสิ่งที่มีคุกคามหรืออันตราย ส่งผลให้โครงสร้างและสารเคมีในร่างกายเปลี่ยนแปลงไป และแสดงออกมาให้เห็นในด้านร่างกายเช่น ปวดศีรษะ ปวดหลัง เป็นต้น ซึ่งปฏิกิริยาตอบสนองนั้นมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล

Lazarus & Folkman (1984) กล่าวว่า ความเครียดเป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม เป็นภาวะพลวัตสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา ซึ่งเกิดจากกระบวนการประเมินทางความคิดของคุณนั้น (Cognitive appraisal) ว่าสิ่งที่เกิดขึ้นนั้นเป็นสิ่งคุกคามที่ส่งผลให้ตนเองเกิดอันตราย หรือความเสียหายหรือไม่ ขึ้นอยู่กับความรู้และประสบการณ์ของแต่ละบุคคล

Luckman and Sorensen (1993) กล่าวว่า ความเครียดเป็นสิ่งที่เข้ามาคุกคาม หรือสิ่งท้าทายทำลายบุคคล ส่งผลให้เกิดความไม่สมดุลในร่างกาย และก่อให้เกิดความผิดปกติทางด้านร่างกายและจิตใจ

Caplan (1981) กล่าวว่า ความเครียดเป็นภาวะที่ขาดความสมดุลหรือความไม่เหมาะสมระหว่างความคาดหวังและความสามารถของคุณในการตอบสนองต่อสิ่งที่เกิดขึ้น และการขาดความสมดุลนี้ ส่งผลต่อความมั่นคง ความปลอดภัย ของคุณนั้นในอนาคต

Sarafino (1990) กล่าวว่า ความเครียดเป็นผลลัพธ์เมื่อมีการโต้ตอบระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม ทำให้แต่ละบุคคลมีการรับรู้ที่แตกต่างกันระหว่างความต้องการของสถานการณ์และทรัพยากรทางด้านบุคคล ทั้งทางด้านชีวภาพ จิตวิทยา หรือระบบสังคม

ศรีพิมล ดิษยบุตร (2553) กล่าวว่า ความเครียดเป็นการปรับตัวที่เกิดขึ้นทางจิตใจและร่างกายจากสาเหตุที่ไม่เฉพาะเจาะจง ที่อาจเกิดขึ้นอย่างค่อยเป็นค่อยไปหรือกะทันหัน ซึ่งคนเรามักประสบเสมอในชีวิตการทำงานและชีวิตประจำวันที่จะหลีกเลี่ยงได้ ก่อให้เกิดความผิดปกติทางจิตใจและร่างกายขึ้นอย่างชั่วคราว

สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว (2554) กล่าวว่า ความเครียดคือการตอบสนองของบุคคลที่ระบุอย่างชัดเจนไม่ได้ต่อสถานการณ์บางอย่างที่คุกคามต่อความมั่นคงปลอดภัยของชีวิต ซึ่งการตอบสนองนี้ มีลักษณะเฉพาะในแต่ละคน ไม่จำเป็นจะต้องเหมือนกัน จะปรากฏให้เห็นในรูปอาการแสดงออกบางอย่าง และเป็นต้นเหตุทำให้มีการเปลี่ยนแปลงหลายๆอย่างภายในร่างกายของบุคคล ทำให้บุคคลต้องมีการปรับตัวทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ สถานการณ์อย่างเดียวกันอาจทำให้เกิดความเครียดไม่เท่ากันขึ้นอยู่กับประสบการณ์และการรับรู้ของบุคคล

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (2552) กล่าวว่า ความเครียดคือสภาวะที่บุคคลเผชิญกับสิ่งที่มาคุกคามหรือพยายามทำลายบุคคลทั้งทางตรงและทางอ้อม เป็นสิ่งที่ทำให้บุคคลประสบกับความไม่พึงพอใจ และกระทบต่อภาวะสมดุลของบุคคลนั้นทั้งด้านสรีระ จิตใจ จิตวิญญาณ และสังคมของบุคคล ความเครียดจะเป็นสิ่งขัดขวางพัฒนาการทางด้านร่างกายและจิตใจของมนุษย์จนเกิดภาวะเสียสมดุล

สรุปได้ว่า ความเครียดเป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อมที่อาจเกิดขึ้นอย่างค่อยเป็นค่อยไปหรืออย่างกะทันหัน และความเครียดเป็นพลวัตสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา เป็นสิ่งที่คุกคามหรือทำลายบุคคลทั้งทางตรงและทางอ้อม ส่งผลให้บุคคลสูญเสียหรือขาดความสมดุลทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ความมั่นคงและความปลอดภัยของบุคคลในอนาคต เป็นปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกายที่ไม่สามารถระบุได้อย่างชัดเจนต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ขึ้นอยู่กับการรับรู้ การประเมินทางความคิด และประสบการณ์ของแต่ละบุคคลว่าสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์นั้นอย่างไร ซึ่งความเครียดเป็นสิ่งที่ขัดขวางพัฒนาการทางด้านร่างกายและจิตใจมนุษย์ โดยมักแสดงออกมาให้เห็นอย่างชัดเจนทางด้านร่างกายเป็นอาการต่างๆ เช่น ปวดศีรษะ ปวดหลัง ความดันโลหิตสูง เป็นต้น

สรุปได้ว่า ความเครียดหมายถึง ภาวะที่ร่างกายและจิตใจถูกกระตุ้นจากสิ่งเร้าทั้งภายในและภายนอกตัวบุคคล บุคคลรับรู้ว่าเป็นความรู้สึกอึดอัด คับข้องใจ ทำให้เกิดการตอบสนองในระบบต่างๆของร่างกาย การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจและพฤติกรรมที่แสดงออก

3.2 ปฏิกริยาตอบสนองต่อความเครียด

เมื่อมีความเครียดเกิดขึ้นบุคคลจะมีปฏิกริยาตอบสนองต่อความเครียดใน 4 ทางด้วยกัน ได้แก่ (กิติกร มีทรัพย์ และไพบูลย์ ดวงจันทร์, 2541)

3.2.1 ตอบสนองทางความนึกคิดและการรับรู้ เมื่อบุคคลรับรู้ว่าคุณค่าความจะตกอยู่ในภาวะเครียด และจะมีกลไกการป้องกันตนเอง เพื่อลดหรือขจัดสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดนั้น โดยทั่วไปการตอบสนองทางความนึกคิดและการรับรู้แบ่งออกเป็น 3 ประเภท คือ

3.2.2 การหนีและเลี่ยง โดยบุคคลจะนึกคิดหรือรับรู้เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในลักษณะของการเข้าข้างตนเอง การรับรู้บิดเบือนหรือปฏิเสธสิ่งที่เกิดขึ้น เนื่องจากเหตุการณ์จริงที่เกิดขึ้นนั้นไม่เป็นไปตามที่ตนคาดหวังไว้ กระบวนการเหล่านี้เป็นความพยายามที่จะจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นเพื่อทำให้บุคคลรู้สึกว่าร้ายหรือการควบคุมจิตใจนั้นลดลงหรือหมดไป

3.2.3 การยอมรับและการเผชิญกับความเครียด คือการที่บุคคลพยายามนึกทบทวนถึงที่มาของความเครียด เพื่อนำมาแก้ไข ซึ่งมีอยู่ 2 ลักษณะ คือการแก้ไขปัจจัยภายนอกที่ก่อให้เกิดความเครียด การแก้ไขตัวเราเองให้มีความเข้มแข็งเพื่อที่จะเผชิญกับความเครียดได้มากขึ้น

3.2.4 การเรียนรู้ที่จะอยู่กับความเครียด ใช้ในภาวะที่ไม่สามารถจะหนี หรือแก้ไขภาวะเครียดได้ จึงต้องเรียนรู้ที่จะอยู่กับความเครียดด้วยกลวิธีต่าง ๆ เช่น ใช้เทคนิคการผ่อนคลายความเครียด การแสวงหาคนช่วยเหลือ เป็นต้น

3.3 การเผชิญความเครียด

Lazarus and Folkman (1984) การเผชิญความเครียด เป็นความพยายามของบุคคลในการใช้ทั้งความคิดและการกระทำ เพื่อที่จะควบคุมหรือลดความรุนแรงของสิ่งเร้าที่มาคุกคามความปลอดภัย อันเป็นสาเหตุของความเครียดโดยต้องใช้กำลังความสามารถ และแหล่งประโยชน์ต่างๆ กระบวนการการเผชิญความเครียด การเผชิญความเครียดมีกระบวนการเป็น ขั้นตอน ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ (Lazarus and Folkman ,1984)

3.3.1 สถานการณ์ หรือสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียด (Stressor) เป็นเหตุการณ์ หรือสิ่งที่มาคุกคามความปลอดภัยของบุคคลทำให้เกิดความตึงเครียดซึ่งบุคคลจะพยายามควบคุมสิ่งคุกคามนั้น เพื่อให้ร่างกายและจิตใจอยู่ในภาวะสมดุล สิ่งที่ทำให้เกิดความเครียด จะมีความหมายมาน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับประเมนของบุคคล

3.3.2 การประเมินสถานการณ์ (Appraisal) เป็นกระบวนการทางความคิดที่เกิดขึ้นระหว่างปัญหากับการตอบสนองทางอารมณ์และพฤติกรรม

3.3.3 การเผชิญความเครียด (Coping) หลังจากบุคคลประเมินสถานการณ์แล้วว่า เป็นความเครียด บุคคลจะเลือกวิธีการต่าง ๆ เพื่อจัดการกับปัญหาและแสดงออกทางความรู้สึกนึกคิดหรือการกระทำต่าง ๆ ซึ่งสามารถแบ่งได้เป็น 2 รูปแบบ (Lazarus and Folkman, 1984) ดังนี้

3.3.3.1 การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา (Problem-focused coping) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลพยายามใช้กระบวนการแก้ปัญหา โดยเผชิญกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง มีลักษณะคล้ายคลึงกับการแก้ปัญหาตามหลักวิทยาศาสตร์ คือมีการกำหนดปัญหา วางแผนขั้นตอนในการแก้ปัญหา ทาวิธีหรือทางเลือกในการแก้ปัญหาหลายๆทาง พิจารณาทางเลือก โดยพิจารณาผลดีผลเสีย เลือกวิธีที่เหมาะสม แล้วดำเนินการแก้ไขปัญหานั้น

3.3.3.2 การเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์ (Emotion-focus coping) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลนำกลไกทางจิต เข้ามาช่วยบรรเทาภาวะเครียดที่เกิดขึ้นเพื่อรักษาสมดุลของจิตใจไว้ โดยบุคคลพยายามที่จะจัดการกับอารมณ์ทางลบทั้งหลายที่เกิดขึ้น ซึ่งเป็นวิธีการ

3.4 แนวคิดในการเผชิญความเครียด

เผชิญความเครียดที่ไม่ได้แก้ไขที่ตัวปัญหาแต่ช่วยให้บุคคลมีความรู้สึกดีขึ้น บุคคลจะใช้พฤติกรรมนี้มากเมื่อประเมินว่าไม่สามารถควบคุมหรือเปลี่ยนแปลงแก้ไขภาวะคุกคามได้

Lazarus & Folkman (1984) กล่าวว่า การเผชิญความเครียดเป็นการเปลี่ยนแปลงความคิด และพฤติกรรมที่พยายามจะจัดการกับสิ่งที่เกิดขึ้นทั้งปัจจัยภายในตัวบุคคลและปัจจัยภายนอก ซึ่งบุคคลนั้นประเมินแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ว่าสามารถนำมาใช้ในการจัดการกับสถานการณ์ที่เผชิญได้อย่างเต็มที่และเพียงพอ โดยการแสดงออกทางอารมณ์และพฤติกรรม เพื่อตอบสนองต่อความเครียด โดยการปรับตัวให้เหมาะสมกับสถานการณ์นั้น จนสามารถทำให้ความเครียดที่เกิดขึ้นนั้นเบาลงได้ ซึ่งการเผชิญความเครียดมีลักษณะที่สำคัญ ดังนี้ 1) เป็นกระบวนการ (process) โดยเน้นด้านการคิด การสังเกต การประเมิน และปฏิบัติจริงในการเผชิญกับความเครียด ความคิดและการกระทำจะทำให้เข้าใจถึงการเผชิญ ความเครียดกับสถานการณ์นั้น หากสถานการณ์มีการเปลี่ยนแปลงไปหรือเกิดการเผชิญหน้าครั้งใหม่ ความคิดและการกระทำย่อมเปลี่ยนแปลงตามไปด้วย

เนื่องจากความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีทั้งปัจจัยภายในและภายนอก ซึ่งเป็นสิ่งกระตุ้นให้เกิดการตอบสนองต่อร่างกายและจิตใจ ความเครียดเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม โดยแต่ละบุคคลจะมีความสามารถในการเผชิญปัญหาแตกต่างกัน และได้ผลดีเพียงใดนั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ ดังนี้ (Lazarus & Folkman, 1984: 157-164)

1. ภาวะสุขภาพและพลังงาน (Health and Energy) การที่บุคคลมีสุขภาพร่างกายแข็งแรงดีและมีพลังงานในร่างกายอย่างเพียงพอเป็นตัวเอื้อให้ความสามารถในการเผชิญปัญหาเป็นไปอย่างเต็มความสามารถที่บุคคลมีอยู่ ทำให้สามารถจัดการกับความเครียดหรือปัญหาที่เกิดขึ้นได้ดีกว่าคนที่สุขภาพที่ไม่แข็งแรง อ่อนแอ เจ็บป่วย หรืออ่อนเพลีย

2. ความเชื่อทางที่ดี (Positive Beliefs) ความเชื่อนี้มีอิทธิพลต่อการรับรู้และการประเมินค่าสถานการณ์ ถ้าบุคคลเชื่อในเรื่องความยุติธรรม อิศรภาพ และคิดในทางบวก เป็นสิ่งที่สำคัญที่ช่วยให้บุคคลมีความหวัง และช่วยให้สามารถเผชิญกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ ความเชื่อ

ทางบวกทำให้บุคคลสามารถควบคุมตนเองได้ โดยการแสดงออกมาให้เห็นในเรื่องความคาดหวัง ซึ่งเป็นสิ่งที่อยู่ในตัวของบุคคลนั่นเอง โดยส่งผลให้สามารถควบคุมสถานการณ์และมีพลังในการเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. ทักษะในการแก้ไขปัญหา (Problem-solving skills) เป็นความสามารถของบุคคลในการหาข้อมูล เพื่อนำมาใช้ในการวิเคราะห์สถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริง ระบุปัญหา โดยการแยกปัญหาจากการคิด วิเคราะห์ตามการรับรู้ และหาทางเลือกที่เหมาะสมในการแก้ไขปัญหา และเตรียมการเผชิญปัญหากันกับสถานการณ์โดยมีการวางแผนก่อนล่วงหน้าที่จะกระทำ ซึ่งทักษะนี้ถือว่าเป็นสิ่งสำคัญสำหรับใช้ในการเผชิญความเครียด

4. ทักษะด้านสังคม (Social skills) เป็นความสามารถในด้านการสื่อสารและการทำงานร่วมกับผู้อื่นในสังคมที่อยู่อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ เพราะช่วยให้บุคคลมีการปรับตัว โดยมีการติดต่อสื่อสารกับผู้อื่น และปฏิบัติตัวให้เป็นไปตามสังคมอย่างเหมาะสม ซึ่งหากบุคคลมีสัมพันธภาพที่ดีจะช่วยให้สามารถหาทางแก้ไขปัญหาร่วมกับผู้อื่นได้ โดยการขอความร่วมมือหรือการช่วยเหลือจากผู้อื่นได้มากขึ้น หรือการสนับสนุนจากสังคมได้ง่ายขึ้น ทักษะด้านสังคมนี้มีความสำคัญเนื่องจากใช้เป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นจากการสื่อสารของแต่ละบุคคลได้

5. แหล่งสนับสนุนทางสังคม (Social support) อาจเป็นบุคคล เช่น เพื่อน บุคคลใกล้ชิด ครอบครัว และสังคมรอบข้างที่อาศัยอยู่ที่ให้การช่วยเหลือด้านอารมณ์ ความรู้สึก เช่น ความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ ให้กำลังใจ ยอมรับฟังความรู้สึก เป็นต้น หรือการได้รับข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ในการเผชิญความเครียด การที่บุคคลได้รับความช่วยเหลือดังกล่าวทำให้บุคคลนั้นมีกำลังใจ รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและเป็นที่ยอมรับของคนใกล้ชิดส่งผลให้บุคคลสามารถเผชิญความเครียดได้ดีขึ้น

6. แหล่งประโยชน์ทางด้านวัตถุ (Material Resources) คือ การมีเงิน สิ่งของ อุปกรณ์เครื่องใช้ที่จำเป็นแก่ผู้ป่วย และสิ่งอำนวยความสะดวกที่สามารถซื้อได้ สิ่งเหล่านี้มีความสำคัญและมีความเกี่ยวข้องกับสถานะทางการเงิน ความสามารถในการซื้อเป็นสิ่งของที่ปรากฏให้เห็นชัดเจน และมีเพียงเล็กน้อยในการนำมาพิจารณาเกี่ยวกับการเผชิญปัญหา โดยพบว่า บุคคลหรือครอบครัวที่มีทรัพยากรด้านการเงินสามารถเข้าถึงบริการได้ง่าย มีทางเลือกในการแก้ไขปัญหาได้มากกว่าบุคคลหรือครอบครัวที่ขาดปัจจัยทางด้านนี้

Garland & Bush (1982) ได้กล่าวว่า การประเมินสถานการณ์เป็นสิ่งสำคัญในการกำหนดรูปแบบพฤติกรรมการเผชิญความเครียด ซึ่งมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล โดยขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ ดังนี้

1. อายุ พบว่า อายุที่เพิ่มขึ้นจะช่วยให้เกิดความรอบคอบในการเผชิญความเครียดมากขึ้น และสามารถเลือกแนวทางที่จะใช้ในการเผชิญความเครียดได้มากขึ้น

2. ระดับการศึกษา ถือได้ว่าเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเผชิญความเครียด เพราะบุคคลที่มีการศึกษาที่ดีกว่าจะทำให้สามารถเลือกใช้ประโยชน์จากความรู้ หรือผลสะท้อนจากพฤติกรรมที่ปฏิบัติอยู่มาใช้เพื่อป้องกันการเกิดปัญหาซ้ำ

3. ลักษณะของความเครียด ซึ่งขึ้นอยู่กับการรับรู้ของแต่ละบุคคลและมีผลต่อพฤติกรรมการเผชิญปัญหาที่แตกต่างกัน เช่น บุคคลหนึ่งสามารถเผชิญความเครียดที่รุนแรงเรื่องหนึ่งได้ แต่ประสบความล้มเหลวเมื่อเผชิญกับเรื่องที่เกิดขึ้นหลายๆ เรื่องในเวลาเดียวกันแม้ว่าความรุนแรงจะน้อยกว่า

4. ประสบการณ์ในอดีต บุคคลส่วนใหญ่มักใช้รูปแบบการเผชิญความเครียดแบบเดิมที่เคยใช้ได้ผลมาใช้จัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น หากใช้วิธีเดิมแล้วไม่ได้ผลก็จะเลือกใช้วิธีใหม่

Shelley E. Taylor & Annette L. Stanton (2007) ได้ให้ความหมายการเผชิญความเครียดว่า เป็นการกระทำและความพยายามที่จะจัดการความเครียด ขึ้นอยู่กับความแตกต่างของบุคคล การเรียนรู้ ความเชื่อมั่นในตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม โดยอาศัยประสบการณ์ในวัยเด็กและการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม เพื่อช่วยในการเผชิญความเครียดของแต่ละคน Folkman & Judith (2004) ได้ให้ความหมายการเผชิญความเครียดว่า เป็นความคิดและ พฤติกรรมที่ใช้ในการจัดการกับความต้องการภายในและภายนอก เมื่อเผชิญกับสถานการณ์ที่ทำให้ เกิดความเครียด ซึ่งการเผชิญความเครียดทำให้เกิดผลต่อสุขภาพ ภาวะอันตราย และส่งผลกระทบต่อ การรับรู้ของแต่ละบุคคล จนทำให้ความเครียดนั้นลดลงได้

Folkman & Judith, (2004) การเผชิญความเครียดเป็นกระบวนการซึ่งอยู่ในบริบทของสถานการณ์หรือภายใต้เงื่อนไขว่า แต่ละบุคคลจะประเมินว่าเป็นอันตราย สูญเสีย หรือเป็นภาวะคุกคาม การประเมินนี้เป็นลักษณะการ แสดงออกทางอารมณ์ด้านลบซึ่งเกิดขึ้นได้บ่อย การเผชิญความเครียดเริ่มต้นจากการใช้อารมณ์และ มักใช้เป็นอันดับแรก โดยแสดงออกมาเป็นอารมณ์ด้านลบ ส่งผลให้เกิดความเครียดต่อตนเองและอาจ มีผลถึงรูปแบบในการเผชิญความเครียดได้ ดังนั้นจึงควรมีการเผชิญ ปัญหาที่ดี เพื่อให้ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นช่วยแก้ไขหรือกำจัดอาการแสดงที่เกิดขึ้น เช่น ความวิตกกังวล ความกลัว ความโศกเศร้า หรือความรู้สึกลึบ ซึ่ง เป็นอาการที่แสดงถึงภาวะอันตรายหรือภาวะคุกคาม แก่บุคคลนั้นได้ และการเผชิญความเครียดจะมีประสิทธิภาพเมื่อได้กระทำดังนี้ 1) สามารถเก็บความโศกเศร้าเสียใจให้อยู่ในระดับที่สามารถจัดการได้ 2) ก่อให้เกิดความหวังและกำลังใจ 3. การมองในด้านบวกหรือมีความรู้สึกที่ดี 4) สามารถรักษาไว้หรือสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับคนที่มีความสำคัญในชีวิตตนเอง 5) เพิ่มความหวังในการสถานการณ์ที่เป็นประโยชน์ (ระหว่างบุคคล สังคม และ เศรษฐกิจ) (Miller, 1992 อ้างถึงใน วราภรณ์ ประทีปธีรานันต์, 2555; รัตนา พันจยู, 2555)

สรุปได้ว่า การเผชิญความเครียด หมายถึง การเปลี่ยนแปลงความคิดและพฤติกรรมที่พยายามจะจัดการกับสิ่งที่เกิดขึ้นทั้งปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกตัวบุคคล เมื่อเผชิญกับ

สถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด ซึ่งบุคคลนั้นประเมินถึงแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ว่านำมาใช้ในการจัดการกับสถานการณ์นั้นได้อย่างเต็มที่ ซึ่งการเผชิญความเครียดทำให้เกิดผลต่อสุขภาพ ภาวะอันตราย และส่งผลต่อการรับรู้ของแต่ละบุคคล โดยการแสดงออกทางอารมณ์และพฤติกรรม เพื่อตอบสนองต่อความเครียด จนสามารถทำให้ความเครียดที่เกิดขึ้นนั้นเบาลงได้

3.4 ผลกระทบของความเครียด

ผลกระทบของความเครียดมีหลายอย่าง ซึ่งอาจเกิดพร้อม ๆ กันได้ แต่ก็สามารถแบ่งออกได้เป็น 3 กลุ่มดังนี้ (สุพานี สฤกษ์วานิช , 2552)

1) ผลทางด้านจิตใจและอารมณ์ (Psychological Symptoms) ผลของความเครียดทางด้านอารมณ์และจิตใจ เช่น เกิดความวิตกกังวลใจ ไม่มีสมาธิ หลงลืม หรืออาจทำให้พอใจในงานลดลง เบื่องาน เป็นต้น อาการทางร่างกายที่แสดงว่าบุคคลมีความเครียดเกิดขึ้นแล้ว สังเกตได้ดังนี้

2) ผลทางด้านร่างกาย (Physiological Symptoms) มักจะทำให้เกิดโรคต่างๆ ซึ่งในทางการแพทย์เรียกว่าเป็น Functional Disease เพราะว่ามันเป็นโรคที่ไม่ได้มีสาเหตุมาจากเชื้อโรค เช่น เวลาเครียดแล้ว จะเกิดอาการนอนไม่หลับ ปวดหัว ไมเกรน มีนหัว ตื้อคืดอะไรไม่ออก ปวดท้อง ท้องเสีย เป็นโรคกระเพาะ ความดันขึ้นสูง หัวใจสั่น และอาจเป็นโรคหัวใจตามมา อาการที่แสดงว่าบุคคลมีความเครียดเกิดขึ้นแล้วสังเกตได้ดังนี้

3) ผลทางด้านพฤติกรรม (Behavioral Symptoms) ผลทางด้านพฤติกรรมที่เกิดขึ้นมีมากมาย ซึ่งเป็นผลเนื่องมาจากผลทางจิตใจและร่างกาย เช่น อาจทำให้คนมีการทำร้ายตนเอง เช่น กรีดแขน มีการติดยา (ยานอนหลับ ยาแก้เครียด ยาเสพติด เช่น ยาอี) ติดยาเสพติด ติดยา

สมิต อาชนิจกุล (2537:5) กล่าวว่า ความเครียดเกิดขึ้นได้กับทุกคน มากหรือน้อยตามสาเหตุของความเครียดนั้นๆ แต่เมื่อเกิดความเครียดเรื้อรัง อาจส่งผลทำให้เกิดโรคทางกายขึ้น โรคที่เกิดจากความเครียดนานๆนั้น มีดังต่อไปนี้ 1) โรคแผลในกระเพาะอาหารและลำไส้ 2) โรคขาดสารอาหาร 3) โรคอ้วน 4) โรคความดันโลหิตสูง 5) โรคติดเชื้ออื่น ๆ

ผู้ป่วยจิตเภทสามารถพบกับสถานการณ์ความเครียดในชีวิตได้จาก 3 สถานการณ์ ได้แก่

1. การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท เนื่องจาก ทำให้กระบวนการทางสรีระผิดปกติ การรับรู้ผิดปกติ มีความคิดผิดปกติ มีภาวะสิ้นยินดี การได้รับผลข้างเคียงจากยารักษาอาการทางจิต และอาการทางคลินิกของโรค

2. ความเครียดที่มีสาเหตุจากตัวผู้ป่วยเอง ได้แก่ การรับรู้ตนเอง ความสัมพันธ์กับผู้อื่น ผลกระทบของโรคจิตเภท การสูญเสียเป้าหมายในชีวิต การประกอบอาชีพ การใช้เวลาว่างและการพักผ่อน รวมทั้งปัญหาสุขภาพการเงิน

3. ความเครียดจากสิ่งแวดล้อม ได้แก่ สัมพันธภาพกับครอบครัว และบุคคลอื่นการรับบริการด้านสุขภาพ และการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล

ความเครียด เป็นปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นภายในตัวเรา เกิดขึ้นเพื่อตอบสนองต่อเหตุการณ์หรือสิ่งเร้าต่าง ๆ ที่มากระทบหรือกระตุ้นจากภายนอกตัวเรา ในชีวิตประจำวันทุกคนจะมีความเครียดเกิดขึ้นต่อตนเอง จะรุนแรงหรือไม่ขึ้นอยู่กับเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เข้ามากระทบ เมื่อมีความเครียดเกิดขึ้นจะมีอาการแสดงดังต่อไปนี้

1. ด้านจิตใจ ได้แก่ รู้สึกวิตกกังวลมากขึ้น ไม่มีสมาธิในการทำงานหรือการเรียน หมดความรู้สึกสนุกสนาน คิดมาก ฝันร้าย อารมณ์ไม่มั่นคง เปลี่ยนแปลงง่าย หงุดหงิด โกรธง่ายกว่าปกติ รู้สึกเหงา ว่าเหว รู้สึกว่าตัวเองไร้ค่า ไม่มีใครต้องการ รู้สึกสิ้นหวังในชีวิต หมดความสนใจในตัวเองและสิ่งแวดล้อม รู้สึกเบื่อหน่ายอย่างบอกไม่ถูก ซึมเศร้า อายากร้องไห้ หวาดระแวง ไม่ไว้วางใจใคร หลงลืมง่ายกว่าปกติ ด้านร่างกาย ปวดศีรษะ นอนไม่หลับหรือง่วงนอนตลอดเวลา ท้องเสียหรือท้องผูกบ่อยๆ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ เช่น ปวดหลัง ปวดต้นคอโดยไม่เกี่ยวกับลักษณะงานที่ทำ เบื่ออาหารหรือรับประทานมากกว่าปกติ อ่อนเพลีย โดยไม่ได้ทำงานหนัก ท้องอืด เพื่อ อาหารไม่ย่อย ประจำเดือนมาไม่ปกติ หรือปวดท้องขณะมีประจำเดือน เสื่อมสมรรถภาพทางเพศมือเท้าเย็น มีเหงื่อออกตามมือตามเท้า ใจสั่น หัวใจเต้นแรงกว่าปกติ หายใจไม่อิ่ม ต้องถอนหายใจบ่อยๆ เป็นหวัดบ่อย ๆหรือแพ้ากาศ ชอบกัดฟัน ขบกราม ผิวหนังเป็นผื่นคัน น้ำหนักลด หรือเพิ่มอย่างผิดปกติ

2.ด้านพฤติกรรม ได้แก่ สูบบุหรี่จัด ดื่มสุรามากขึ้น ดื่มชา กาแฟหรือเครื่องดื่มที่มีกาเฟอีนมากขึ้น ต้องใช้ยานอนหลับหรือยาแก้ปวดประสาท ใช้ยาเสพติดชนิดต่าง ๆ แกล้งฝันทำว่าตนเองมีความสุข ชอบปลีกตัวอยู่คนเดียว ชอบดิ่งผม ถอนผมของตัวเอง มีพฤติกรรมทางเพศเพิ่มขึ้นหรือลดลง ทำงานหรือเรียนแย่งลง มีอุบัติเหตุเล็ก ๆ น้อย ๆ อยู่เป็นประจำ มีปัญหาขัดแย้งกับผู้อื่นบ่อยๆ ผุดลุกผุดนั่ง อยู่ไม่เป็นสุข เจ็บขริม ไม่อยากพูดกับใคร

โดยสรุป ผลกระทบของความเครียดมีหลายอย่างซึ่งอาจเกิดพร้อมๆผลทางด้านจิตใจและอารมณ์ทางด้านร่างกาย ทางด้านพฤติกรรม ความเครียดเกิดขึ้นได้กับทุกคน มากหรือน้อยตามสาเหตุของความเครียดนั้นๆ แต่เมื่อเกิดความเครียดเรื้อรัง อาจส่งผลทำให้เกิดโรคทางกายขึ้น

3.5 ความเครียดในผู้ป่วยจิตเภท

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

3.5.1 การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท เนื่องจาก ทำให้กระบวนการทางสรีระผิดปกติ การรับรู้ผิดปกติ มีความคิดผิดปกติ มีภาวะสิ้นยินดี การได้รับผลข้างเคียงจากยารักษา อาการทางจิตและอาการทางคลินิกของโรค

3.5.2 ความเครียดที่มีสาเหตุจากตัวผู้ป่วยเอง ได้แก่การรับรู้ตนเอง ความสัมพันธ์กับผู้อื่น ผลกระทบของโรคจิตเภท การสูญเสียเป้าหมายในชีวิต การประกอบอาชีพ การใช้เวลาว่างและการพักผ่อน รวมทั้งปัญหาสภาพการเงิน

3.5.3 ความเครียดจากสิ่งแวดล้อม ได้แก่ สัมพันธภาพกับครอบครัว และบุคคลอื่น การรับบริการด้านสุขภาพ และการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล

จากแนวคิดการจัดการความเครียดของ Norman et al. (2002) ใช้การจัดการความเครียดใน 3 แนวทาง คือ 1) ลดปฏิกิริยาตอบสนองทางร่างกายต่อความเครียด โดยใช้การฝึกการผ่อนคลาย 2) ส่งเสริมความแข็งแรงของร่างกายโดยการพักผ่อน ออกกำลังกายและโภชนาการที่เหมาะสม 3) พัฒนาทักษะด้านการรู้คิดและพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเผชิญความเครียดประกอบด้วยหลักการสำคัญ 12 ประการได้แก่ 1) การให้ความรู้เรื่องการเผชิญความเครียด และฝึกทักษะการผ่อนคลาย 2) การเผชิญความเครียดที่เกิดจากการรับประทานยา 3) การเผชิญกับอาการทางจิต 4) การเสริมสร้างความแข็งแรงของร่างกายโดยการพักผ่อนและการออกกำลังกาย 5) การบริโภคที่มีผลต่อความเครียด 6) การบริหารจัดการด้านการเงิน 7) การบริหารจัดการกับเวลา 8) การแก้ปัญหาเฉพาะบุคคล 9) การนำทักษะการแก้ปัญหา ไปใช้ในการพัฒนาและดำรงรักษามิตรภาพ 10) การเผชิญกับตราบาป 11) การเผชิญกับสถานการณ์ความเครียดที่เกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล 12) ทบทวนวางแผนเพื่อติดตาม

ความเครียดและการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท

จากแนวคิด Stress Model (Zubin and Spring, 1977) พบว่าความเครียดที่เพิ่มขึ้นจะมีผลต่อการกำเริบของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภท และแนวคิด stress model of schizophrenia relapse (Nuechterlein et al., 1994) ได้อธิบายการกลับเป็นซ้ำของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทว่า เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยความเปราะบางของผู้ป่วย ปัจจัยความเครียดจากสิ่งแวดล้อม และปัจจัยปกป้องของผู้ป่วยจิตเภท กล่าวคือ

1) ปัจจัยเปราะบางของผู้ป่วย ได้แก่ความผิดปกติของระดับสารสื่อประสาทโดปามีน ความสามารถของกระบวนการคิดที่ลดลง ปฏิกริยาตอบสนองของระบบประสาทอัตโนมัติมากกว่าปกติ

2) ปัจจัยความเครียดจากสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การตำหนิผู้ป่วย การแสดงออกทางอารมณ์ที่สูงเกินไป สังคมไม่ยอมรับ และมีทัศนคติทางลบต่อผู้ป่วย รวมทั้งเหตุการณ์ในชีวิตประจำวัน ที่ก่อให้เกิดความทุกข์ จะส่งผลต่อการกำเริบของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภท

3.6 การประเมินความเครียด

การประเมินความเครียดต้องใช้หลายวิธีมาช่วยในการตัดสินใจ และประเมินภาวะเครียด เนื่องจากความเครียดทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งการทำหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย และ สภาพจิตใจ การประเมินความเครียดจึงจำแนกได้เป็น 3 วิธี ดังนี้ (มรรยาท รุจิวิทย์, 2548)

3.6.1 การประเมินการเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยา โดยการวัดการเปลี่ยนแปลงภายในร่างกายของผู้ที่อยู่ในภาวะเครียด เช่น อัตราการเต้นของหัวใจ การหายใจ ความดันโลหิต เป็นต้น ซึ่งการประเมินนี้ต้องใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ในการวัด

3.6.2 การประเมินจากพฤติกรรม หรือการแสดงออก ซึ่งสามารถสังเกตเห็นได้โดยสังเกตด้านความคิด คำพูด และการติดต่อสื่อสารโดยไม่ใช้คำพูด การรับรู้ ความจำ วิธีการตัดสินใจ และการแก้ไขปัญหา ซึ่งสามารถสังเกตเห็นและสามารถบันทึกพฤติกรรมนั้นได้ แบบประเมินพฤติกรรมนี้ต่อมาถูกพัฒนาและนำมาใช้ในการประเมินภาวะจิตสังคมของผู้ที่มีความเจ็บป่วยทางจิต

3.6.3 การประเมินโดยใช้แบบวัดหรือแบบสอบถาม เป็นการประเมินภาวะเครียดที่เป็นความรู้สึกของตนเองต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ที่สามารถรับรู้หรือบอกได้ แล้วจึงมารวบรวมเป็นระดับของความเครียด ซึ่งได้มีผู้สร้างขึ้นมาใช้อยู่หลายประเภท ได้แก่

3.6.3.1 แบบวัดความเครียดสวนปรง (Suanprung Stress Test) เป็นแบบวัดความเครียดที่สร้างขึ้นเพื่อวัดความเครียดที่เหมาะสมสำหรับคนไทย เพื่อประเมินความเครียดว่า อยู่ในระดับใด ก่อนจะนำไปสู่การแก้ไขที่เหมาะสม โดยผู้ตอบ ตอบตามข้อความที่ตรงกับความรู้สึกหรือประสบการณ์จริงที่เกิดขึ้น แบบวัดความเครียดสวนปรงจะมี 3 ชุด คือ ชุด 102 ข้อ 60 ข้อ และ 20 ข้อ แต่ละข้อมี 5 คำตอบ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ

3.6.3.2 Perceived Stress Scale (PSS) เป็นแบบวัดการรับรู้ความเครียดของ Cohen et al. (1983) เพื่อใช้วัดการรับรู้ความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ โดยข้อ 4, 5, 7 และ 8 เป็นคำถามทางบวก ส่วนที่เหลืออีก 6 ข้อเป็นคำถามทางลบ ลักษณะ คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) มี 5 ระดับ ลักษณะคำถามเกี่ยวกับความรู้สึกของผู้ป่วยใน 1 เดือนที่ผ่านมา ให้ตอบตามความถี่ของความรู้สึกที่เกิดขึ้น

3.6.3.3 The Cornell Medical Index Health Questionnaire (CMI) เป็นแบบสำรวจ สุขภาพจิตทั่วไป เป็นการวัดอาการแสดงของความเจ็บป่วยทางจิต ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 195 ข้อ โดยถามถึงภาวะทางจิต ได้แก่ ความเครียด ความวิตกกังวล และความรู้สึกโกรธ

3.6.3.4 แบบประเมินทักษะการจัดการความเครียดของพรทิพย์ ไชสะอาด (2555) โดยสร้างขึ้นตามแนวคิดการจัดการความเครียดของ Norman et al. (2002) ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 12 ข้อ ที่ใช้วัดทักษะการจัดการความเครียด 6 ด้าน ได้แก่ ความเครียด และการผ่อนคลายความเครียด การส่งเสริมความแข็งแรงของร่างกาย การจัดการกับอาการทางจิต การจัดการ

ความเครียดที่เกิดจากการรับประทานยา การแก้ไขปัญหาในชีวิตประจำวัน การบริหารจัดการด้านการเงินและเวลา และทักษะการสื่อสารและสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น

ลักษณะมาตรวัดเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) 4 ระดับ ประเมินตามความบ่อยครั้งของการปฏิบัติในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ ได้แก่

ไม่ได้ปฏิบัติ	ได้ 0 คะแนน
ปฏิบัตินานๆ ครั้ง	ได้ 1 คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง	ได้ 2 คะแนน
ปฏิบัติเป็นประจำ	ได้ 3 คะแนน

การแปลผลคะแนน คะแนนรวมของแบบประเมินทักษะการจัดการความเครียดทั้งหมด มีค่าระหว่าง 0 - 36 คะแนนโดยแบ่งระดับคะแนนทักษะการจัดการความเครียดเป็น 3 ระดับดังนี้ ช่วงคะแนน 0 - 12 คะแนน หมายถึง มีทักษะการจัดการความเครียดระดับต่ำ ช่วงคะแนน 13 - 24 คะแนน หมายถึง มีทักษะการจัดการความเครียดระดับปานกลาง ช่วงคะแนน 25 - 36 คะแนน หมายถึง มีทักษะการจัดการความเครียดระดับสูง

ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยพัฒนาและประยุกต์ใช้จากแบบสอบถามทักษะการจัดการความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท สร้างขึ้นตามแนวคิดการจัดการความเครียดของ Norman et al. (2002) ซึ่งพัฒนาโดยพรทิพย์ ไชสะอาด (2555) เพื่อประเมินทักษะการจัดการความเครียด

3.7 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทเพื่อลดความเครียด

ความเครียดในผู้ป่วยจิตเภทผู้ป่วยจิตเภทประสบกับสถานการณ์ความเครียดในชีวิตได้จาก 3 สถานการณ์ ได้แก่

3.7.1 การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท เนื่องจาก ทำให้กระบวนการทางสรีระผิดปกติ การรับรู้ผิดปกติ มีความคิดผิดปกติ มีภาวะสิ้นยินดี การได้รับผลข้างเคียงจากยารักษาอาการทางจิต และอาการทางคลินิกของโรค

3.7.2 ความเครียดที่มีสาเหตุจากตัวผู้ป่วยเอง ได้แก่ การรับรู้ตนเอง ความสัมพันธ์กับผู้อื่น ผลกระทบของโรคจิตเภท การสูญเสียเป้าหมายในชีวิต การประกอบอาชีพ การใช้เวลาว่าง และการพักผ่อน รวมทั้งปัญหาสภาพการเงิน

3.7.3 ความเครียดจากสิ่งแวดล้อม ได้แก่ สัมพันธภาพกับครอบครัว และบุคคลอื่น การรับบริการด้านสุขภาพ และการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล

การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทเพื่อลดความเครียด พยาบาลสามารถช่วยบุคคลหรือผู้ป่วยที่มีปัญหาความเครียดได้โดยใช้กระบวนการพยาบาล (เพียร์รี เปี่ยมมงคล, 2553) ซึ่งต้องประเมินให้ครอบคลุมข้อมูลในด้านต่างๆ ได้แก่

1) ประสพการณ์ในอดีต เช่น มีการเปลี่ยนแปลงอะไรบางอย่างที่สำคัญในชีวิต วิธีการจัดการกับความเครียดที่ผ่านมา รวมทั้งแหล่งช่วยเหลือทางสังคมและที่พึ่งทางจิตใจ

2) การรับรู้สาเหตุของความเครียด

3) ปฏิกริยาของการปรับตัวเป็นอย่างไร ทั้งการปรับตัวทางด้านจิตใจ ด้านร่างกาย และด้านพฤติกรรม เช่น ตื่นสູรา สູบບູหູรູ นອນไม่หลับ มีสัมพันธ์กับผู้อื่นเปลี่ยนแปลง เป็นต้น

3.8 แนวคิดการจัดการความเครียดของ Norman et al.(2002)

แนวความคิดการจัดการความเครียดของ Norman et al.(2002) เป็นการใช้การจัดการความเครียดใน 3 แนวทาง คือ

1) ลดปฏิกริยาตอบสนองทางร่างกายต่อความเครียด โดยใช้การฝึกการผ่อนคลาย
2) กิจกรรมในโปรแกรมครอบคลุมการจัดการกับปัจจัยที่มีผลต่ออาการทางจิต และปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท โดยส่งเสริมความแข็งแรงของร่างกายโดยการพักผ่อน ออกกำลังกายและโภชนาการที่เหมาะสม

3) พัฒนาทักษะด้านการรู้คิดและพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเผชิญความเครียด ประกอบด้วยหลักการสำคัญ 12 ประการได้แก่

3.1) การให้ความรู้เรื่องการเผชิญความเครียด และฝึกทักษะการผ่อนคลาย

3.2) การเผชิญความเครียดที่เกิดจากการรับประทศนยา

3.3) การเผชิญกับอาการทางจิต

3.4) การเสริมสร้างความแข็งแรงของร่างกายโดยการพักผ่อนและการออกกำลังกาย

3.5) การบริโภคนที่มีผลต่อความเครียด

3.6) การบริหารจัดการด้านการเงิน

3.7) การบริหารจัดการกับเวลา

3.8) การแก้ปัญหาเฉพาะบุคคล

3.9) การนำทักษะการแก้ปัญหา ไปใช้ในการพัฒนาและดำรงรักษามิตรภาพ

3.10) การเผชิญกับตรบาบาป

3.11) การเผชิญกับสถานการณ์ความเครียดที่เกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล

3.12) ทบทวนวางแผนเพื่อติดตามความรุนแรงของอาการทางจิตต่อ

โดยสรุปแนวความคิดการจัดการความเครียดของ Norman et al.(2002) เป็นการใช้การจัดการความเครียดใน 3 แนวทาง คือ 1) ลดปฏิกริยาตอบสนองทางร่างกายต่อความเครียด โดยใช้การฝึกการผ่อนคลาย 2) กิจกรรมในโปรแกรมครอบคลุมการจัดการกับปัจจัยที่มีผลต่ออาการทางจิต และปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท โดยส่งเสริมความแข็งแรงของร่างกายโดยการพักผ่อน ออกกำลังกายและโภชนาการที่เหมาะสม 3) พัฒนาทักษะด้านการรู้คิดและพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเผชิญความเครียดประกอบด้วยหลักการสำคัญ 12 ประการ

4. แนวคิด ทฤษฎี และองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับโยคะ

4.1 ความหมายของโยคะ

ชัญญู มหาพรหม (2548) กล่าวว่า โยคะ หมายถึง การบริหารกาย ลมหายใจ และการผ่อนคลาย อาสนะและปรายณยามะ การบริหารกายแบบโยคะ เป็นการบริหารกายโดยการดัดตนในท่าต่าง ๆ จึงต้องปฏิบัติอย่างช้าๆ ให้สัมพันธ์กับการหายใจ ต้องใช้สมาธิในการปฏิบัติ

สุนีย์ ยุวจิตติ (2549) กล่าวว่า โยคะ แปลว่า รวม คือ เป็นวิธีฝึกกาย จิต ให้เป็นหนึ่งเดียว หรือหมายถึง วิธีพัฒนากายและจิตให้ทำหน้าที่สัมพันธ์กัน ก่อให้เกิดมีสุขภาพดีทั้งร่างกายและจิตใจ

สรสิทธิ์ ไชยสิทธิ์ (2550) กล่าวว่า โยคะ เป็นการใช้ท่าและสมาธิ เพื่อให้ร่างกายและจิตเชื่อมถึงกัน หลักของโยคะมีส่วนประกอบที่สำคัญ 4 อย่าง คือ การหายใจ(Breathing) ,ท่า(Pose) , การผ่อนคลาย (Relaxation) , และการทำสมาธิ (Meditation)

โดยสรุป โยคะ หมายถึงเป็นวิธีฝึกกาย จิต ให้เป็นหนึ่งเดียวหรือหมายถึง วิธีพัฒนากายและจิตให้ทำหน้าที่สัมพันธ์กัน ก่อให้เกิดมีสุขภาพดีทั้งร่างกายและจิตใจ

4.2 ประเภทของโยคะ ประเภทของโยคะ

4.2.1 หะฐะโยคะ เป็นสาขาของโยคะที่ถือกายเป็นฐานแรกที่จะต้องบังคับควบคุม และทำให้บริสุทธิ์สะอาดเสียก่อน เพื่อสะดวกแก่การบังคับจิตใจขั้นสูงต่อไป

4.2.2 ลายะโยคะ ตามรูปศัพท์ หมายถึง พลังที่ซ่อนอยู่ เป็นการแสดงถึงความสำคัญของโยคะนี้ว่า มุ่งถึงการบังคับใจให้นิ่ง แล้วใช้ความนิ่งของใจนั้นปลุกพลังที่ซ่อนอยู่ภายใน

4.2.3 มนตรโยคะ โยคะสาขานี้ถือเป็นการท่องมนต์เป็นสิ่งสำคัญ และถือเป็นทางไปสู่ความหลุดพ้น ส่วนมนต์ที่ต้องท่องนั้นต้องเป็นมนต์ที่ปรมาจารย์เป็นผู้ผูกขึ้น

4.2.4 ภัคติโยคะ เป็นโยคะที่ถือการบรวงสรวงเป็นหลัก เป็นสาขาของโยคะที่ปฏิบัติกันอย่างแพร่หลายมากในอินเดีย และมักจะผสมผสานกับมนตรโยคะ เนื่องจากมีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด เป็นโยคะซึ่งมุ่งเน้นความสำคัญไปที่ด้านจิตใจ

4.2.5 กรรมโยคะ เป็นโยคะที่ถือการกระทำเป็นหลัก มีรากฐานมาจากเหตุผล คือ มีกรรมก็ต้องมีผลกรรมควบคู่กันไป จัดเป็นโยคะที่อิงความเชื่อทางศาสนามากที่สุด

4.2.6 ญาณโยคะ ญาณแปลว่า “ความรู้ ปัญญา ปรีชาหยั่งรู้” เป็นโยคะที่เชื่อในเรื่องความจริง และเชื่อว่าความรู้ที่ได้จากการฝึกปฏิบัติโยคะอย่างมีสมาธิ

4.2.7 ราชาโยคะ เป็นโยคะที่เน้นการเข้าฌานเพื่อทำให้เกิดสมาธิ ซึ่งต้องการความสงบทั้งร่างกายและจิตใจ ข้อดีของการฝึกโยคะชนิดนี้

ข้อแตกต่างระหว่างโยคะอาสนะกับการออกกำลังกาย

โยคะอาสนะ

1. หมายถึงการนิ่ง ท่าของร่างกายที่นิ่ง
2. เป็นสภาวะนิ่ง เป็นแบบรับ passive ความตึงของกล้ามเนื้อค่อยๆ ผ่อนคลาย
3. เป็นการเหยียดมากกว่าเกร็งที่เน้นที่การประสานของประสาทกับกล้ามเนื้อ
4. เป็นการเรียนรู้สิ่ง ที่เกิดขึ้นภายในตนเอง ใช้ความรู้สึกภายในเป็นตัวนำ
5. พัฒนาอวัยวะภายในทรวงอกและอวัยวะภายในช่องท้อง บริเวณแขน ขา
6. พิจารณามนุษย์อย่างเป็นองค์รวม ช่วยรักษาสมดุลของทั้งร่างกาย
7. กระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติที่รับผิดชอบด้านการผ่อนคลาย
8. อาสนะเป็นการใช้แรงน้อยที่สุดเท่าที่จะทำได้ไม่มีการฝืนแต่อย่างใด
9. ลดการรับรู้ของประสาทสัมผัสทั้งห้า
10. เป็นกิจกรรมที่ใช้ “ความรู้สึก” เป็นตัวนำ ให้ความสำคัญที่จิต

การออกกำลังกาย

1. หมายถึง การเคลื่อนไหว การใช้แรง
2. เป็นการท่าซ้ำ ๆ กล้ามเนื้อตึง เกร็งอยู่ตลอดเวลาเป็นแบบ Active
3. เป็นการเกร็งกล้ามเนื้อ พัฒนาระบบกล้ามเนื้อโดยตรง
4. เป็นการรับรู้จากภายนอก ใช้การรับรู้ต่อสภาวะภายนอกเป็นตัวนำ
5. พัฒากล้ามเนื้อกลุ่มหลัก ๆ ของร่างกายโดยเฉพาะบริเวณแขน ขา
6. เน้นความเชี่ยวชาญ ความชำนาญที่ส่วนหนึ่งส่วนเดียว
7. กระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติที่รับผิดชอบด้านการตื่นตัว
8. การออกกำลังกายเป็นการใช้แรงให้มากที่สุด ใช้แรงเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ
9. เปิดประสาทสัมผัสทั้งห้า
10. เป็นกิจกรรมที่ใช้ “การกระทำ” เป็นตัวนำ ให้ความสำคัญที่กล้ามเนื้อ

4.3 ประโยชน์ของโยคะ

4.3.1 ประโยชน์ของโยคะ ประโยชน์ด้านการเสริมสร้างสุขภาพกาย(สุนีย์,2531)

4.3.1.1 ประโยชน์ของโยคะต่อระบบโครงร่าง อาสนะช่วยให้ทุกส่วนของร่างกายได้เคลื่อนไหว แขน ขา ข้อต่อทั่วร่างกาย แม้แต่กล้ามเนื้อยึด - หดสลับกันไป เป็นการพัฒนาโครงร่างโดยตรงให้รูปร่างสมส่วน สง่างาม

4.3.1.2 ประโยชน์ของโยคะต่อระบบประสาท เมื่อฝึกโยคะหรืออาสนะฝึกหายใจหรือปราณยัมะ และฝึกสมาธิ ส่งสมาธิไปตามศูนย์รวมตามตำแหน่งที่ตั้งในร่างกาย เมื่อฝึกอย่างถูกวิธีแล้ว นอกจากจะช่วยให้ร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ ยังช่วยการฝึกกระตุ้นระบบประสาท

4.3.1.3 ประโยชน์ของโยคะต่อระบบการหายใจ การฝึกปราณยามะ ช่วยเพิ่มปริมาณออกซิเจนในกระแสโลหิต ไทลเวียนไปเลี้ยงทั่วร่างกาย

4.3.1.4 ประโยชน์ของโยคะต่อระบบการย่อยอาหาร การที่จะช่วยอวัยวะเหล่านี้ให้แข็งแรง โดยวิธีการนวดตามธรรมชาติอยู่ตลอดเวลาตามจังหวะการหายใจ เมื่อหายใจเข้าท้องพองกล้ามเนื้อหน้าท้องจะขยายตัวและกล้ามเนื้อกระบังลมหย่อนลงมาในช่องท้อง เมื่อหายใจออกกล้ามเนื้อหน้าท้องจะบีบตัว หรือหดตัว ช่วยดันอวัยวะในช่องท้อง ขึ้นลงตามจังหวะการหายใจ

4.3.1.5 ประโยชน์ของโยคะต่อระบบการขับถ่าย ถ้ามีการฝึกอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่องจะช่วยให้อวัยวะที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องแข็งแรง ทำหน้าที่ดี จะช่วยขับของเสียออกจากร่างกาย จนหมดไม่ตกค้างทำให้เกิดพิษ ทำที่มีประโยชน์ต่อระบบขับถ่าย

4.3.1.6 ประโยชน์ของโยคะต่อระบบต่อมไร้ท่อ (ฮอร์โมน) เมื่อได้ฝึกทำเหล่านี้สม่ำเสมอและต่อเนื่องจะช่วยให้ต่อมพิทูอิทารี ซึ่งเป็นต่อมไร้ท่อที่สำคัญ สามารถควบคุมการทำหน้าที่ของต่อมไร้ท่ออื่นๆได้

4.4 จุดประสงค์ของการฝึกโยคะ

สุนีย์ (2531) ได้กล่าวถึงจุดประสงค์ของการฝึกโยคะ มีดังนี้

4.4.1 เพื่อให้ร่างกายและกล้ามเนื้อแข็งแรง

4.4.2 เพื่อให้ร่างกายอ่อนช้อย ยังความเป็นหนุ่มสาว กระชุ่มกระชวยนานที่สุด

4.4.3 เพื่อให้ร่างกายมีความต้านทานต่อโรคมัยไข้เจ็บเป็นอย่างดีที่สุด

4.4.4 เมื่อร่างกายเกิดโรคมัยไข้เจ็บขึ้นแล้ว โยคะช่วยบำบัดให้หายได้

4.4.5 เพื่อให้เกิดสุขภาพจิตที่ดี ลดความหวาดกลัวและมีการยับยั้งชั่งใจ

สาตี สุภภรณ์ (2547) จุดประสงค์ของการฝึกโยคะ ดังนี้

1. ช่วยเหลือลดไทลเวียนไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ได้ดีขึ้น การยืดเหยียดทำให้หลอดเลือดขยายตัว และเลือดสามารถไหลเวียนไปยังส่วนนั้นได้มากขึ้น

2. ช่วยเพิ่มความยืดหยุ่นให้กับข้อต่อต่าง ๆ ทำให้ข้อต่อสามารถเคลื่อนไหวได้ระยะ หรือมุมการเคลื่อนไหวที่มากกว่าเดิม

3. ช่วยแก้ไขทรวดทรง (Posture) ให้ดูดีขึ้น การฝึกโยคะจะเป็นการฝึกการทรงตัว และกระจายน้ำหนักผ่านแขน ขา และกระดูกสันหลังอย่างเหมาะสม

4. ช่วยบรรเทาอาการปวดเมื่อยอันเนื่องมาจากการเล่นกีฬาหรือทำงานในชีวิตประจำวัน

5. ช่วยผ่อนคลายและลดความตึงเครียดที่เกิดจากการทำงานในชีวิตประจำวัน โยคะเป็นการฝึกการหายใจให้สอดคล้องกับการปฏิบัติทำโยคะ นอกจากนั้นยังมีการฝึกกำหนดลมหายใจ หรือที่เรียกว่าปราณ (Pranayama) ซึ่งให้ผลโดยตรงในด้านการผ่อนคลายทั้งร่างกายและจิตใจ

6. ช่วยทำให้สมาธิดีขึ้น การฝึกโยคะจะเป็นการฝึกให้จิตใจจดจ่ออยู่กับสิ่งใดสิ่งหนึ่ง เช่น การฝึกนับลมหายใจเข้า-ออก ก็จะเป็นการฝึกจิตใจให้คิดอยู่กับสิ่งเดียว ซึ่งถือเป็นการฝึกสมาธิอีกรูปแบบหนึ่ง
7. ช่วยเพิ่มความสามารถในการทรงตัว เพราะท่าโยคะหลายท่า เช่น ท่าภูเขา ท่านักรบ เน้นในเรื่องของการรักษาสมดุลขณะที่อยู่ในท่า ทั้งนี้ รวมถึงท่าที่ต้องมีการทรงตัวบนเท้าข้างเดียวด้วย
8. ช่วยทำให้ใจเย็นลง โยคะมีการฝึกหายใจ ผู้ฝึกสามารถหายใจได้ยาวและลึกขึ้นกว่าเดิม การหายใจช้าๆ และลึก จะช่วยระงับความรุนแรงของความโกรธให้ทุเลาลงได้
9. ใช้ในทางบำบัดรักษาโรคต่าง ๆ ที่มีสาเหตุมาจากความเครียด เช่น ไมเกรน
10. ช่วยลดอาการปวดประจำเดือน
11. เพิ่มความมีสติ คือ ผู้ฝึกสามารถรับรู้ท่าทางการเคลื่อนไหวที่ไม่ถูกต้องของตนเองได้เร็วขึ้น ในขณะที่อยู่ในท่านั่ง นอน ยืน เดิน หรือทำงานในชีวิตประจำวัน

4.5 ข้อควรปฏิบัติในการฝึกโยคะ

สุณีย์ (2531) ได้กล่าวถึงข้อควรปฏิบัติในการฝึกโยคะ มีดังนี้

- 4.5.1 อย่าบริหารร่างกายด้วยการทำอาสนะบนที่นอน หรือเบาะที่อ่อนจนเกินไป
- 4.5.2 อย่าหายใจเข้าทางปากเวลาการทำอาสนะ ให้หายใจเข้าทางจมูกเท่านั้น
- 4.5.3 ฝึกอาสนะตามที่สามารถทำได้ก่อน เมื่อได้แล้วจึงค่อยพยายามทำท่าอื่นต่อไป
- 4.5.4 ทำอาสนะใดที่ทำไม่ได้ทุกชั้นตอน ให้ยืดหยุ่นและดัดแปลงเองตามสะดวก
- 4.5.5 ควรสวมใส่เสื้อผ้าที่เหมาะสม เช่น เสื้อยืด กางเกงยืด
- 4.5.6 ควรรับประทานอาหารก่อนการฝึกปฏิบัติ ดังนี้
 - 4.5.6.1 อาหารมื้อหนัก เช่น อาหารตามมื้ออาหาร อย่างน้อย 3 ชั่วโมง
 - 4.5.6.2 อาหารมื้อเบา เช่น อาหารว่าง (ขนมปัง, แขนดวีซาลฯ) อย่างน้อย 1 ชั่วโมง
- 30 นาที
- 4.5.7 เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมให้แก่ร่างกาย เนื่องจากหากท้องอืดอาจทำให้เกิดความรู้สึกอึดอัด ไม่สบายตัวในขณะที่ฝึกปฏิบัติได้
- 4.5.8 ควรทำธุระส่วนตัวให้เรียบร้อย หรือกรณีที่ปวดปัสสาวะ อุจจาระในระหว่างทำ ควรไปถ่ายเสียก่อนไม่ควรฝืนฝึกฝนเป็นอันขาด
- 4.5.9 ถอดเครื่องประดับเช่นแหวน สร้อยข้อมือ นาฬิกา กรณีผมยาวควรรวบผมให้เรียบร้อย กิ๊บ หรือที่รัดผมควรอยู่ในตำแหน่งที่ไม่เป็นอุปสรรคต่อการฝึก
- 4.5.10 สำรวมจิตใจอยู่กับท่าทางการฝึกผสมผสานกับการทำสมาธิ สติตั้งมั่น ละทิ้งทุกเรื่องทุกสิ่งที่ไม่เกี่ยวข้องข้อกับโยคะ
- 4.5.11 อย่าหายใจทางปากระหว่างการปฏิบัติ ควรหายใจเข้าและออกทางจมูกเท่านั้น

4.5.12 พยายามหายใจเข้า –ออกให้ถูกต้องและช้า ๆ เป็นจังหวะให้สอดคล้องกับท่าทาง

4.5.13 หากรู้สึกเจ็บปวดร่างกายในขณะที่ฝึกควรผ่อนคลายสัก 1-2 นาที ไม่ควรฝืนร่างกายหรือหักโหมเกินไป

4.5.14 ควรฝึกปฏิบัติสม่ำเสมออย่างตั้งใจ เพื่อสุขภาพกายและจิตที่ดีอย่างต่อเนื่อง

4.5.15 หลังจากฝึกปฏิบัติเสร็จทุกครั้งจงพักในท่าศพอย่างน้อย 10 นาที เพื่อเป็นการผ่อนคลายที่ได้จากการฝึกโยคะ ดื่มน้ำหรือน้ำผลไม้ 1 แก้ว หลังการฝึกทุกครั้ง

4.6 ข้อควรระวังในการฝึกโยคะ

ข้อควรระวังในการฝึกโยคะ มีดังนี้

1. ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพ หญิงตั้งครรภ์ ผู้สูงอายุ ควรปรึกษาแพทย์ก่อนฝึก โยคะ ถูกนำมาใช้ควบคู่กับบำบัดโรคหลายๆ อย่าง แต่ในท่าแต่ละท่าก็มีบางจุดที่อาจเป็นอันตรายกับโรคบางโรคได้ เช่น คนที่มีความดันโลหิตสูงและต่ำไม่ควรทำท่ากัมศิระชะ คนที่มีปัญหาที่คอจะไม่สามารถแหงนและบิดคอมากๆ ได้ ดังนั้นผู้ที่มีปัญหาสุขภาพ ควรให้แพทย์ยืนยันก่อนว่าสามารถฝึกได้ และควรฝึกโดยมีผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด ปัญหาสุขภาพที่ควรปรึกษาก่อนการฝึกโยคะ (Yoga) ก็คือ ความดันโลหิตสูง มีปัญหาเกี่ยวกับหัวใจ มีอาการวิงเวียน มะเร็ง เนื้องอก เป็นโรคเบาหวาน โรคเอดส์ โรคแข็งตัวหลายอย่าง เยื่อเมือกเป็นแผล เป็นโรคเนื้อเยื่อไหล หูหรือตามีปัญหา มีการเจ็บป่วยมานาน ผ่าตัดมาใหม่ๆ
2. ควรฝึกในห้องโล่ง ไม่มีเฟอร์นิเจอร์เกะกะ และไม่มีเสียงรบกวน เลือกสถานที่ๆ ทำให้จิตใจสงบผ่อนคลายที่สุด หลีกเลี้ยงที่ๆ มีเสียงดังเพราะจะรบกวนสมาธิ ส่วนอุปกรณ์ในการฝึกนั้นไม่จำเป็นต้องซื้อเพิ่ม นอกจากพวกเสื่อโยคะต่างๆ ซึ่งที่จริงแล้วถ้ามีพรมหรือเสื่อกี๊ใช้แทนได้
3. ไม่ควรฝึกหลังอาหารทันที ก่อนฝึกควรเว้นช่วงอย่างน้อย 1-3 ชั่วโมง เพื่อหลีกเลี่ยงอาการจุก และถ้าเป็นไปได้ควรขยับถ่ายก่อน นอกจากนั้นควรเลือกเสื่อผ้าสวมใส่สบายพอดีตัว ไม่หลวมหรือคับจนเกินไป ควรหลีกเลี่ยงการใส่ชุดออกกำลังกายที่รัดรูป เพราะจะทำให้เลือดไหลเวียนได้ไม่ดี และหลังจากฝึก ควรเว้นช่วงอย่างน้อย 1 ชั่วโมง จึงจะทานอาหารหนักได้
4. ระวังไว้เสมอว่า หัวใจสำคัญของโยคะคือการผ่อนคลาย แม้หลายๆ คนอาจฝึกโยคะเพื่อต้องการมีรูปร่างสมส่วน หรือฝึกเพื่อบรรเทาอาการเจ็บป่วย แต่ก็อย่ามุ่งหวังที่ผลเหล่านั้นมากเกินไป ระหว่างฝึกควรปล่อยจิตใจให้สบาย เป็นสมาธิ ให้ร่างกายรู้สึกว่าการผ่อนคลายที่สุด เมื่อเป็นดังนั้นได้แล้ว ผลที่ตามมาก็จะดีเอง
5. ทำความเข้าใจในแต่ละท่าที่จะฝึกให้ดีก่อนนำมาปฏิบัติ ควรศึกษาข้อแนะนำ คำเตือนให้ดีกว่าก่อนว่าแต่ละท่าควรปฏิบัติอย่างไร หายใจอย่างไร และให้ความสำคัญกับคำเตือนในแต่ละท่าไม่อย่างนั้นอาจเกิดอาการบาดเจ็บได้

6. ผู้ฝึกใหม่ ตอนแรกไม่ต้องกังวลกับการหายใจ ให้ฝึกท่าก่อน การหายใจแบบโยคะจะไม่เหมือนการหายใจแบบปกติ คนฝึกใหม่หลายๆ คนอาจไม่ชินและเป็นกังวลมากไประหว่างฝึกจนบางทีก็ทำท่าผิดพลาด ขอแนะนำให้ทำใจให้สบาย หายใจปกติไปก่อน ถ้ายังทำแบบโยคะไม่ได้ ฝึกท่าแต่ละท่าให้เชี่ยวชาญเสียก่อนแล้วค่อยมาดูเรื่องการหายใจ และแนะนำว่า การหายใจ ควรหายใจเข้าออกทางจมูก ไม่ต้องอ้าปากสูดหายใจ ถ้าคุณรู้สึกว่าจะต้องหายใจทางปากเพราะรู้สึกหายใจไม่ทัน แสดงว่าคุณฝึกมากเกินไปแล้ว ให้ค่อยๆ คลายจากท่าที่กำลังฝึกแล้วมาอยู่ในท่าพัก

7. เริ่มจากท่าง่ายไปท่ายาก อย่าก้าวกระโดด บางคนอาจใจร้อนอยากทำท่ายากให้ได้เร็วๆ แต่ถ้าร่างกายยังไม่พร้อมและเราไม่ได้ศึกษามาดีพอ ก็อาจเกิดอาการบาดเจ็บได้

8. อย่าเกร็ง อย่ารีบร้อน หัวใจสำคัญในการฝึกโยคะคือการทำให้ร่างกายผ่อนคลายที่สุด ท่าแต่ละท่าที่ฝึกผู้ฝึกควรจะสามารถทำได้อย่างสบายๆ เมื่อไหร่ที่ปฏิบัติโยคะแล้วรู้สึกอึดอัดเจ็บปวด ให้ค่อยๆ คลายตัวมาอยู่ในท่าพัก ส่วนท่าไหนรู้สึกว่าจะต้องฝืน ไม่อย่างนั้นจะทำได้ก็ไม่ควรฝึกหรือหากอยากฝึกควรให้ครูฝึกแนะนำว่าจะปฏิบัติได้อย่างไรและที่สำคัญ แต่ละท่าควรปฏิบัติอย่างช้าๆ อย่างระมัดระวัง ระวัง อาจเกิดอาการบาดเจ็บได้

9. ไม่ควรฝืนร่างกายตัวเอง ในท่าบางท่าคุณอาจจะไม่สามารถทำได้อย่างที่ครูฝึกทำ เช่น ท่าที่ต้องก้มตัวเอามือแตะพื้น แต่ปลายเท้า ก็ไม่ควรฝืนให้ตัวเองแตะให้ได้ สิ่งที่คุณควรจะทำคือทำให้มากที่สุดเท่าที่เราสามารถทำได้ โดยที่ร่างกายยังรู้สึกผ่อนคลายอยู่

10. อย่ามองถึงผลที่อยากได้ แต่มองที่ความศึบหน้า การฝึกโยคะนั้นถ้าปฏิบัติอย่างถูกวิธี ยืนยันได้ว่าต้องได้ผลดีกับร่างกายอย่างแน่นอน เพียงแต่ผลที่ได้อาจช้าไม่ตรงกับเป้าหมายที่หวังไว้ ใครที่กำลังรู้สึกอย่างนี้อยากให้ปรับมุมมองเสียใหม่ และดูความแตกต่างระหว่างก่อนฝึกจนถึงปัจจุบัน เชื่อได้เลยว่าคุณจะต้องเห็นความแตกต่าง

5. โปรแกรมการจัดการความเครียดร่วมกับการผ่อนคลายด้วยเทคนิคโยคะ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับแนวทางการจัดการความเครียด ผู้วิจัยสนใจด้วยการนำแนวคิดการจัดการกับความเครียดของ Norman et al. (2002) โดยใช้การจัดการความเครียดใน 3 แนวทางคือ 1) ลดปฏิกริยาตอบสนองทางร่างกายต่อความเครียดโดยใช้การฝึกการผ่อนคลาย 2) ส่งเสริมความแข็งแรงของร่างกายโดยการพักผ่อน ออกกำลังกายและโภชนาการที่เหมาะสม 3) พัฒนาทักษะด้านารรู้คิดและพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเผชิญความเครียด ประกอบด้วยหลักการสำคัญ 12 ประการได้แก่ 1) การให้ความรู้เรื่องการเผชิญความเครียด และฝึกทักษะการผ่อนคลาย 2) การเผชิญความเครียดที่เกิดจากการรับประทานยา 3) การเผชิญกับอาการทางจิต 4) การเสริมสร้างความแข็งแรงของร่างกายโดยการพักผ่อนและการออกกำลังกาย 5) การบริโภคที่มีผลต่อความเครียด 6) การบริหาร

จัดการด้านการเงิน 7) การบริหารจัดการกับเวลา 8) การแก้ปัญหาเฉพาะบุคคล 9) การนำทักษะการแก้ปัญหา ไปใช้ในการพัฒนาและดำรงรักษามิตรภาพ 10) การเผชิญกับตราบาป 11) การเผชิญกับสถานการณ์ความเครียดที่เกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล 12) ทบทวนวางแผนเพื่อติดตาม นำมาประยุกต์ใช้บำบัดรายกลุ่ม จำนวน 9 กิจกรรม ครอบคลุมทั้งการจัดการกับปัจจัยที่มีผลต่ออาการทางจิต เพื่อช่วยลดอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท และป้องกันการกำเริบของโรค

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบ Stress management program ตามแนวคิดของ Norman et al. (2002) และแนวคิดการผ่อนคลายด้วยโยคะ (Vancampfort et al.,2012) ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น

แนวคิดการจัดการ ความเครียด	แนวคิดโยคะ	การพัฒนากิจกรรมในโปรแกรม
การให้ความรู้เรื่องความเครียด การเผชิญความเครียด และการลดปฏิกิริยาตอบสนองทางร่างกายต่อความเครียด	มีส่วนประกอบ 4 อย่าง คือการหายใจ (Breathing), ท่า (Pose) , การผ่อนคลาย (Relaxation) , และการทำสมาธิ (Meditation)	กิจกรรมที่ 1 ให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท ความเครียดที่เกิดจากอาการทางจิต ผู้วิจัยได้รวบรวมเนื้อหาความรู้เกี่ยวกับ สาเหตุ อาการ และผลกระทบของความเครียด และแนวทางในการจัดการกับความเครียด รวมทั้งแนวทางการฝึกการผ่อนคลายด้วยเทคนิคโยคะ
ส่งเสริมความแข็งแรงของร่างกายโดยการพักผ่อน ออกกำลังกาย โภชนาการที่เหมาะสม	โยคะช่วยทำให้เกิดการผ่อนคลาย ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ	กิจกรรมที่ 2 การเสริมสร้างสุขภาพและความแข็งแรงของร่างกายด้วยการผ่อนคลายด้วยเทคนิคโยคะ ให้มีความรู้ความสำคัญของการออกกำลังกาย การนอนหลับพักผ่อนที่เพียงพอ การรับประทานอาหาร
พัฒนาทักษะด้านการรู้คิด และ พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเผชิญความเครียด จากอาการทางจิต	โยคะช่วยทำให้เกิดการผ่อนคลาย ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ	กิจกรรมที่ 3 ฝึกทักษะการจัดการกับอาการทางจิต การผ่อนคลายด้วยเทคนิคโยคะ สอนการฝึกทักษะการจัดการกับอาการทางจิต การจัดการกับอาการหูแว่ว การเรียนรู้อยู่ในโลกแห่งความเป็นจริงเมื่อมีอาการหลงผิด

แนวคิดการจัดการ ความเครียด	แนวคิดโยคะ	การพัฒนากิจกรรมในโปรแกรม
พัฒนาทักษะด้านการรู้ คิด และ พฤติกรรมที่ เกี่ยวข้องกับการเผชิญ ความเครียด จากการ รับประทานยา	โยคะช่วยทำให้เกิด การผ่อนคลาย ทั้ง ทางด้านร่างกาย และจิตใจ	กิจกรรมที่ 4 ฝึกทักษะการจัดการความเครียดที่เกิด จากการรับประทานยา การผ่อนคลายด้วยเทคนิค โยคะ ให้ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานยาอย่างถูก วิธี และวิธีการจัดการกับอาการข้างเคียง
การแก้ไขปัญหามา ในชีวิตประจำวัน	โยคะช่วยทำให้เกิด การผ่อนคลาย ทั้ง ทางด้านร่างกาย และจิตใจ	กิจกรรมที่ 5 เรียนรู้และฝึกทักษะการแก้ไขปัญหา เฉพาะบุคคลและในชีวิตประจำวัน การผ่อนคลาย ด้วยเทคนิคโยคะ และฝึกทักษะในการแก้ปัญหาใน ชีวิตประจำวัน การบริหารจัดการด้านการเงินและ เวลา การทำบัญชีรายรับรายจ่าย
การพัฒนาทักษะการ สื่อสารและสัมพันธภาพ กับผู้อื่น	โยคะช่วยทำให้เกิด การผ่อนคลาย ทั้ง ทางด้านร่างกาย และจิตใจ	กิจกรรมที่ 6 พัฒนาทักษะการสื่อสารและ สัมพันธภาพกับผู้อื่น การผ่อนคลายด้วยเทคนิค โยคะ และฝึกทักษะการสื่อสารและการแสดงออก ได้แก่ การสื่อสารทางบวก การสื่อสารทางลบ
การพัฒนาทักษะการ สื่อสารและสัมพันธภาพ กับครอบครัว	โยคะช่วยทำให้เกิด การผ่อนคลาย ทั้ง ทางด้านร่างกาย และจิตใจ	กิจกรรมที่ 7 เตรียมความพร้อมผู้ป่วยและผู้ดูแล ให้ความรู้และสอนทักษะการสื่อสาร และ สัมพันธภาพภายในครอบครัว ตกลงบริการกับ ผู้ดูแลในการโทรศัพท์ติดตาม
ทบทวนวางแผนเพื่อ ติดตามการพัฒนาทักษะ การเผชิญความเครียด จากอาการทางจิต		กิจกรรมที่ 8 โทรศัพท์ติดตามสอบถามอาการและ ทบทวนวิธีการจัดการกับความเครียด และ เสริมสร้างแรงจูงใจในการฝึกการผ่อนคลายด้วย เทคนิคโยคะ ด้วยตนเองตามคู่มือ
ทบทวนวางแผนเพื่อ ติดตามการพัฒนาทักษะ การเผชิญความเครียด จากอาการทางจิต		กิจกรรมที่ 9 สรุปผลและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประโยชน์ที่ได้รับในแต่ละกิจกรรม ร่วมกับผู้ป่วย และผู้ดูแล เพื่อประเมินทักษะการสื่อสารระหว่าง ผู้ป่วยและผู้ดูแล

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

6.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องในประเทศไทย

เกียรติศักดิ์ อองกุลนะ (2551) ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความเครียด โดยการใช้แบบ อริยสัจสี่และการบริหารร่างกายแบบโยคะต่อพฤติกรรมการจัดการความเครียดและระดับความเครียด ของนักศึกษาพยาบาล กลุ่มตัวอย่างคือ นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 2 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก และวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สวรรค์ประชารักษ์นครสวรรค์ จังหวัดนครสวรรค์ ที่กำลังศึกษาภาคปลาย ปีการศึกษา 2550 จำนวน 72 คน กลุ่มทดลองได้รับ โปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างตามแนวคิดการจัดการความเครียดของลาซาลัส ประกอบด้วยการจัดการ ความเครียด 2 แบบ ได้แก่ แบบมุ่งแก้ไขที่ปัญหาโดยใช้กระบวนการคิดแบบอริยสัจสี่ และแบบมุ่งแก้ไขที่ อารมณ์โดยใช้การบริหารร่างกายแบบโยคะ จำนวนสัปดาห์ละ 2 วัน เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ ส่วนกลุ่ม ควบคุม ได้รับการปรึกษาจากอาจารย์ประจำชั้นปกติ ผลการศึกษาพบว่า 1) พฤติกรรมการจัดการ ความเครียดของนักศึกษาพยาบาลในกลุ่มทดลองดีกว่าก่อนทดลอง และดีกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 2) ระดับความเครียดของนักศึกษาในกลุ่มทดลองต่ำกว่าก่อนทดลองและ ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

รวินันท์ นุชศิลป์ (2552) ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดโดยการใช้การ รับรู้สมรรถนะตนเอง ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อระดับความเครียด ของพนักงานสถาน ประกอบการขนาดกลาง โดยกลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจงจากพนักงานหญิงสถานประกอบการขนาด กลาง ประเภทกิจการผลิตภัณฑ์อาหารในจังหวัดราชบุรี แบ่งเป็นกลุ่มทดลองซึ่งได้รับโปรแกรมการ จัดการความเครียดซึ่งประกอบด้วย การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การสาธิต การฝึกปฏิบัติ การสนับสนุน จากหัวหน้างานและคู่มือฝึกปฏิบัติ จำนวน 35 คน และกลุ่มควบคุมได้รับความรู้จากบอร์ด แผ่นพับ และ คู่มือฝึกปฏิบัติ จำนวน 35 คน ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีการรับรู้สมรรถนะตนเอง ในการจัดการความเครียดสูงกว่าก่อนทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนการรับรู้ความคาดหวังผลดีจากการปฏิบัติในการจัดการความเครียดสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

บุษกุล ศุภอักษร (2553) ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่อการทำหน้าที่ของ ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ได้รับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศูนย์ราชบุรี ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ จำนวน 40 คน และได้รับการจับคู่แล้วสุ่มเข้ากลุ่ม ทดลอง และ กลุ่มควบคุมกลุ่มละ 20 คน กลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามโปรแกรมการจัดการความเครียด ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยการดำเนินกลุ่ม 7 ครั้ง เพื่อพัฒนาทักษะที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การผ่อนคลาย การรับประทานยา การจัดการกับอาการทางจิต การเสริมสร้างความเข้มแข็งของร่างกาย การบริหารเงิน

และเวลา การสื่อสาร และการเผชิญกับการรับรู้ตราบาป ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ ผลการศึกษาพบว่า 1) การทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน หลังได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียด สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม การจัดการความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 2) การทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

พรทิพย์ ไชสะอาด (2555) ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่ออาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาในหน่วยตรวจผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลรามธิบดี และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ จำนวน 40 คน ซึ่งได้รับการจับคู่เข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน กลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามโปรแกรมการจัดการความเครียดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม 6 ครั้ง ได้แก่ การให้ความรู้เรื่องความเครียดและฝึกทักษะการผ่อนคลาย การเสริมสร้างความแข็งแรงของร่างกาย การจัดการความเครียดที่เกิดจากการรับประทานยา การจัดการกับอาการทางจิต การแก้ไขปัญหาในชีวิตประจำวัน และการพัฒนาทักษะการสื่อสาร ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการศึกษาพบว่า 1) อาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียด ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ 2) อาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียด ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

วรรณวดี เนียมสกุล (2557) ศึกษาประสบการณ์ชีวิตของนักศึกษาพยาบาลในการบริหารกายแบบโยคะ ซึ่งมีรูปแบบการวิจัยแบบปรากฏการณ์วิทยา กลุ่มตัวอย่างคือ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลบัณฑิตชั้นปีที่ 2 ของวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่งที่ศึกษาการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ โดยการบริหารกายแบบโยคะ การรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกและบันทึกเทป การสังเกตอย่างไม่มีส่วนร่วม การบันทึกภาคสนาม การอภิปรายกลุ่มและการบันทึกไดอารี่ เลือกนักศึกษาผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 10 คน ผลการศึกษาพบว่า นักศึกษามีประสบการณ์ชีวิตเกี่ยวกับการบริหารกายแบบโยคะ ส่งผลทำให้นักศึกษามีการเรียนที่ดีขึ้น จากการมีสมาธิและมีร่างกายที่แข็งแรง หายจากอาการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ นักศึกษาพบว่าการบริหารกายแบบโยคะ มีประโยชน์ต่อสุขภาพของตนเองทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ

มัลลิกา จันทร์เพ็ญ (2557) ศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ในเขตอำเภอบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์จำนวน 40 คน ได้รับการจับคู่ด้วยอายุและระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย แล้วถูกสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน ผู้ดูแลในกลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียด ส่วนผู้ดูแลในกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการศึกษาพบว่า 1) ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิต

เกณฑ์ในชุมชน หลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 2) ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05

6.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องในต่างประเทศ

Norman et al. (2002) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดสำหรับผู้ป่วยจิตเภท โดยกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตคงที่ คือไม่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและไม่ต้องเพิ่มยาภายในระยะเวลา 3 เดือน จำนวน 130 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 64 คน และกลุ่มควบคุม 66 คน โดย กลุ่มทดลองคือกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียด และกลุ่มควบคุมคือกลุ่มที่ได้รับกิจกรรมทางสังคม ได้ศึกษาเปรียบเทียบความรุนแรงของอาการทางจิต การรับรู้ความเครียด ทักษะชีวิตในการทำหน้าที่ และจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ผลการศึกษาหลังสิ้นสุดการทดลองทันที พบว่าผู้ป่วยจิตเภททั้งกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียด และกลุ่มที่ได้รับกิจกรรมทางสังคม มีระดับความรุนแรงของอาการทางจิตด้านบวก และอาการทางจิตด้านลบลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ .01 ตามลำดับ มีการรับรู้ความเครียดและทักษะชีวิตในการทำหน้าที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ในระยะติดตามผล 1 ปี พบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดมีจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในน้อยกว่าผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมที่ได้รับกิจกรรมทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Khalsa (2004) ศึกษาผลของโยคะ พบว่าโยคะทำให้จิตสงบ ทำให้มีสมาธิมากขึ้น ส่งผลทำให้มีความจำดีขึ้น เป็นการบริหารร่างกายและจิตใจไปพร้อม ๆ กัน ช่วยกระตุ้นต่อมใต้สมอง และระบบประสาทส่วนกลาง ลดการหลั่งสารCortisol และสาร Catecholamine เป็นผลทำให้ช่วยลดการทำงานของประสาท Sympathetic ลดอัตราการเผาผลาญของร่างกาย ทำให้ร่างกายและจิตใจมีการผ่อนคลาย

Lee et al. (2006) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดจากการทำงานในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังต่อการรับรู้ความเครียดจากการทำงาน กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคจิตเภท จำนวน 29 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดจากการทำงาน จำนวน 14 คน และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการฟื้นฟูตามปกติ จำนวน 15 คน ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดจากการทำงานมีคะแนนความเครียดที่เกิดจากการทำงานลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Behere et al. (2011) ศึกษาผลของโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยโยคะต่ออาการทางจิตของ ผู้ป่วยจิตเภท ตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 27 คน กลุ่มทดลองเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยา รักษาโรคจิต กลุ่มทดลองที่ได้รับการฝึกโยคะ (n = 27) ออกกำลังกาย (n = 17) หรือ Waitlist group (n

= 22) ได้รับการทดลองเดือนที่ 2 และเดือนที่ 4 และการประเมินอาการทางจิต (PANSS) เครื่องซั่งการทำงานทางสังคมและอาชีพ (SOFS) และเครื่องมือในการรับรู้อารมณ์ในความผิดปกติของระบบประสาท (TRENDS) มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญระหว่างพื้นฐานกับการทำงานด้านสังคมและอาชีพ ($r = 0.3, P = 0.01$) การทดสอบกลุ่มตัวอย่าง t test แสดงให้เห็นถึงพัฒนาการที่สำคัญในแง่บวกและลบอาการการทำงานทางสังคมและอาชีพและประสิทธิภาพของ TRENDS ($P < 0.05$) ในกลุ่มโยคะ แต่ไม่พบในอีกสองกลุ่ม การปรับปรุงที่ดีที่สุดเกิดขึ้นเมื่อสิ้น 2 เดือนและอาการดีขึ้นในช่วงปลายเดือนที่ 4 ผลการศึกษาพบว่าหลังได้รับโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยโยคะ ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางบวกและอาการทางลบลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $.05$ ($p < .05$)

Visciglia et al. (2011) ศึกษาผลของการออกกำลังกายด้วยโยคะต่อความรุนแรงของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภท คุณภาพชีวิตของผู้ใหญ่ที่เป็นโรคจิตเภทในสถานบริการทางจิตเวชของรัฐ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 18 คน ที่เป็นโรคจิตเภท (อายุเฉลี่ย = 42 ± 13.5) 18 รายได้รับการสุ่มตัวอย่างเข้าโปรแกรมการบำบัดด้วยการบำบัดแบบโยคะ 8 สัปดาห์ และกลุ่มทดลอง ได้แก่ ทำโยคะการหายใจและการผ่อนคลาย ในช่วงเริ่มต้นและที่ 8 สัปดาห์อาการได้รับการวัดโดยใช้ PosSS และ Negative Syndrome Scale (PANSS) ผลการประเมินประสิทธิภาพทุกมิติโดยวัดจากแบบสอบถาม BREF คุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (WHOQOL-BREF) ผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลอง เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม ผลการศึกษาพบว่า อาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -2.64, p = 0.02$) อาการทางลบลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -3.04, p < 0.01$) พบว่ากลุ่มทดลองมีอาการดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม รวมทั้งคะแนน PANSS ในกลุ่มอาการบวก ($t = -2.64, p = 0.02$) อาการติดลบ ($t = -3.04, p < 0.01$) ($t = -2.29, p < 0.04$), ความหวาดระแวง ($t = -2.89, p < 0.01$) และภาวะซึมเศร้า ($t = -2.62, p < 0.02$) . คะแนนรวมของ PANSS ลดลงสำหรับกลุ่ม YT ($t = -4.54, p < 0.00$) YT มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ($t = 2.38, p < 0.04$) และด้านจิตวิทยา ($t = 2.88, p < 0.01$)

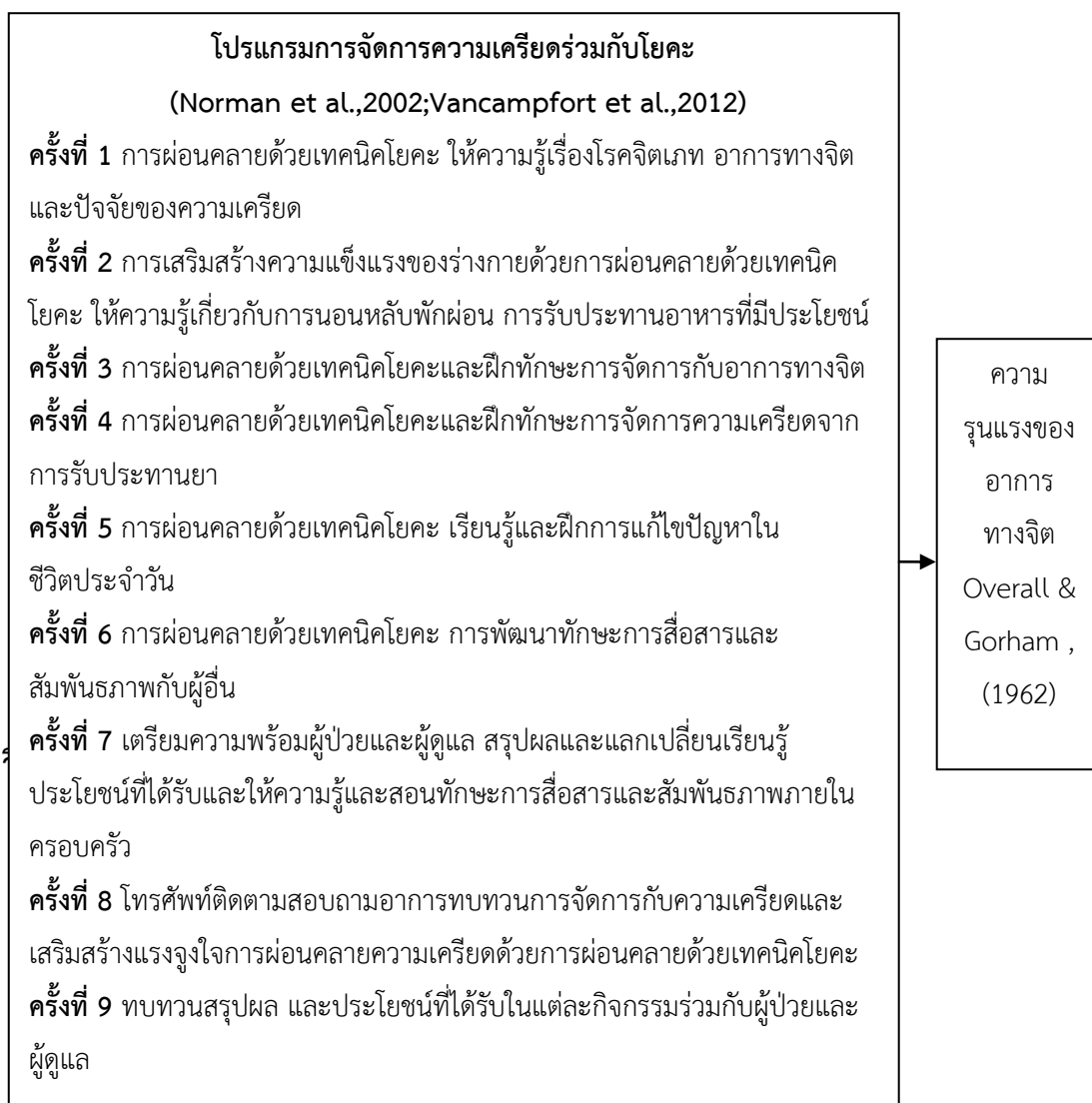
Vancampfort et al. (2012) ศึกษาความเครียดและความวิตกกังวลในผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 40 คน โดยการฝึกโยคะและการออกกำลังกายแอโรบิก โดยฝึกผ่อนคลายด้วยโยคะ 30 นาที เปรียบเทียบกับการออกกำลังกายแอโรบิก 20 นาที ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลอง ความวิตกกังวลลดลง ($p < .0001$) และมีความเครียดลดลง ($p < .0001$)

Cramer H, et al. (2013). ได้ศึกษาโยคะสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยการทบทวนอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์ ผลของโยคะต่ออาการของทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท คุณภาพชีวิตการทำงานและการรักษาตัวในโรงพยาบาลในผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างได้รับการคัดเลือกจนถึงเดือนสิงหาคม 2555 การวิเคราะห์แบบ randomized controlled trials (RCTs) เปรียบเทียบโยคะกับการดูแลตามปกติ ผลการศึกษาพบว่า มีผู้ป่วยจำนวนทั้งสิ้น 337 คนที่ได้รับการตรวจ RCTs; 2 RCTs มีความ

เสี่ยงต่ำของอคติ สอง RCTs เปรียบเทียบโยคะกับการดูแลตามปกติ; 1 RCT เปรียบเทียบโยคะกับการออกกำลังกาย และ เปรียบเทียบโยคะกับการดูแลและการออกกำลังกายตามปกติ ไม่มีหลักฐานที่พบในผลกระทบระยะสั้นของโยคะเมื่อเทียบกับการดูแลตามปกติในผู้ป่วยที่มีอาการทางบวก (SMD = -0.58; CI 95% -1.52 ถึง 0.37; P = 0.23)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าในปัจจุบัน ปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิตรุนแรงขึ้น คือ ความเครียด และเมื่อผู้ป่วยไม่สามารถจัดการกับความเครียดนั้นได้ จะยิ่งทำให้เกิดอาการทางจิตที่รุนแรงขึ้น ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถจัดการความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพจึงเป็นแนวทางที่ช่วยลดอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทได้ ผู้วิจัยสนใจด้วยการนำแนวคิดการจัดการกับความเครียดของ Norman et al. (2002) โดยใช้การจัดการความเครียดในแนวทางคือ 1) ลดปฏิกิริยาตอบสนองทางร่างกายต่อความเครียดโดยใช้การฝึกการผ่อนคลาย 2) ส่งเสริมความแข็งแรงของร่างกายโดยการพักผ่อน ออกกำลังกายและโภชนาการที่เหมาะสม 3) พัฒนาทักษะด้านการรู้คิดและพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเผชิญความเครียด และจากการศึกษาของ Vancampfort et al.(2012) พบว่าการฝึกการผ่อนคลายด้วยโยคะช่วยลดความวิตกกังวลและความเครียดในผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.0001$) ผู้วิจัยจึงสนใจประยุกต์ใช้เพื่อส่งเสริมทักษะให้แก่ผู้ป่วย ครอบคลุมทั้งการจัดการกับปัจจัยที่มีผลต่ออาการทางจิต ซึ่งสามารถแสดงในภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัยได้ดังนี้

7. กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ใช้รูปแบบสองกลุ่ม วัตก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest control group design) (Politt and Hungler, 1999) มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดร่วมกับโยคะ ต่อ อาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทหญิง ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการจัดการความเครียดร่วมกับโยคะ ตัวแปรตามคือ อาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทหญิง ซึ่งมีรูปแบบการทดลองดังนี้

O1	X	O2	กลุ่มทดลอง
O3		O4	กลุ่มควบคุม

โดย X = การใช้โปรแกรมการจัดการความเครียดร่วมกับโยคะ

O1 = คะแนนอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทหญิงก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดร่วมกับโยคะ

O2 = คะแนนอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทหญิงหลังได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดร่วมกับโยคะ

O3 = คะแนนอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทหญิงก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ

O4 = คะแนนอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทหญิงหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) เพศหญิงที่มีอายุระหว่าง 20-59 ปี ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวช

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทซึ่งได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา วินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 20 คน โดยกลุ่มตัวอย่างได้จากการเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria)

- 1) มีอายุระหว่าง 20-59 ปี เป็นเพศหญิง
- 2) ผู้ป่วย มีอาการทางจิตในระดับปานกลาง มีคะแนน BPRS > 36-72 คะแนน
- 3) มีคะแนนความเครียดสูงกว่าปกติ (คะแนนจากแบบประเมินความเครียดด้วยตนเองของกรมสุขภาพจิต มากกว่า 18 คะแนน)
- 4) สามารถฟัง พูด อ่านและเขียนภาษาไทยได้
- 5) ยินดีเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ

เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria)

- 1) ผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบในระดับสูง มีคะแนน BPRS >72 คะแนน
- 2) ผู้ป่วยมีปัญหาด้านสุขภาพร่างกาย จนเป็นอุปสรรคขณะเข้าร่วมกิจกรรม

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ ด้วยโปรแกรม Power Analysis of Sample Size (PASS) (รัตนศิริ ทาโต, 2552) และงานวิจัยของ Visceglia et al. (2011) ศึกษาเรื่อง Yoga therapy as an adjunctive treatment for schizophrenia: a randomized, controlled pilot study มาใช้คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้มีอำนาจการทดสอบที่ร้อยละ 80 มีโอกาสเกิดความคลาดเคลื่อนที่ระดับนัยสำคัญ .05 พบว่าขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการในแต่ละกลุ่มคือ 16 คน แต่เพื่อป้องกันการสูญเสียกลุ่มตัวอย่างระหว่างการทดลอง จึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็น กลุ่มละ 20 คน รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดคือ 40 คน ผู้วิจัยทำการจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (Matched-pair) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลต่อการการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่

1) สถานภาพสมรส เนื่องจากพบว่า ผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรส จะมีการเกื้อหนุนทางสังคม มีคนคอยให้ความช่วยเหลือและให้กำลังใจ กล่าวได้ว่าถ้าผู้ป่วยจิตเภทที่มีสถานภาพสมรส จะช่วยลดอาการทางจิตได้ (กชพร รัตนสมพร, 2556)

2) จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยใน เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการกำเริบหรือการป่วยซ้ำมากจะสัมพันธ์กับการดำเนินโรคที่รุนแรงเพิ่มขึ้น และมีระดับการฟื้นตัวกลับมาของโรคไม่ดี (พิเชษฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนันทน์, 2552)

ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง 20 คน และทำการจับคู่กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มทดลองจนครบ 20 คู่

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1) หลังผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการด้านการวิจัยของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเภทหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยโรคตามเกณฑ์การวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท รหัส F20 (F20.0 – F20.9) ตามเกณฑ์คือ การจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ที่เข้ารับการรักษาในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา จากนั้นคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนดในการคัดเลือกเข้ากลุ่มตัวอย่าง จำนวน 40 คน

2) ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับการทำวิจัย การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย แล้วลงชื่อในใบยินยอมของประชากรตัวอย่าง หรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

3) ผู้วิจัย จับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (Matched Paired) โดยการควบคุมให้ทั้ง 2 กลุ่มมีลักษณะใกล้เคียงกัน คือ สถานภาพสมรส (กขพร รัตนสมพร, 2556) และจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยใน (พิเชษฐ อุตมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกานนท์, 2552) เดียวกัน เมื่อจับคู่ได้ครบ 20 คู่ แล้ว จึงใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับสลาก เพื่อสุ่มกลุ่มตัวอย่างแต่ละคู่เข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม จนครบทั้ง 20 คู่ ได้กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง 20 คน และ กลุ่มควบคุม 20 คน

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยขออนุญาตทำการศึกษา โดยนำโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ โปรแกรมการจัดการความเครียดร่วมกับโยคะ พร้อมทั้งเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย เสนอต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา เอกสารรับรองโครงการที่ ๐๒๒ /๒๕๖๑ นอกจากนี้ เพื่อพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยสุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างทุกรายจะได้รับการบอกถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดในการวิจัย ระยะเวลาที่ใช้ โดยคำนึงถึงความยินยอมของกลุ่มตัวอย่างเป็นหลัก รวมทั้งได้รับการตอบคำถามจนเข้าใจ และได้รับการชี้แจงว่าระหว่างขั้นตอนของการวิจัย กลุ่มตัวอย่างจะขอยกเลิกการเข้าร่วมเมื่อไรก็ได้ โดยไม่ต้องบอกเหตุผล และจะไม่มีผลกระทบใดต่อการรักษาพยาบาล รวมทั้งหากมีคำถามหรือเกิดความสงสัยใด ๆ ในระหว่างขั้นตอนของการวิจัยสามารถสอบถามจากผู้วิจัยโดยตรง

นอกจากนี้ผู้วิจัยได้เน้นย้ำให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะปกปิดเป็นความลับ ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น จะไม่มีการเปิดเผยให้ผู้ที่ไม่เกี่ยวข้องทราบ หากกลุ่มตัวอย่างตอบรับการวิจัย ผู้วิจัยจึงให้ลงลายมือในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัยไว้อย่างเป็นทางการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วยเครื่องมือจำนวน 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 เครื่องมือการดำเนินการทดลอง คือ โปรแกรมการจัดการความเครียดร่วมกับโยคะ

ชุดที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล จำแนกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

- 2.1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
- 2.2) แบบประเมินอาการทางจิตฉบับภาษาไทย (BPRS)
- 2.3) แบบประเมินความเครียดด้วยตนเอง กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

ชุดที่ 3 เครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลอง คือ แบบประเมินทักษะการจัดการความเครียดของพรทิพย์ ไชสะอาด (2555) โดยมีรายละเอียดของเครื่องมือแต่ละชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 เครื่องมือการดำเนินการทดลอง

คือ โปรแกรมการจัดการความเครียดร่วมกับโยคะ เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดรูปแบบการจัดการความเครียดของ Norman et al. (2002) ใช้การจัดการความเครียดใน 3 แนวทาง คือ 1) ลดปฏิกิริยาตอบสนองทางร่างกายต่อความเครียด โดยใช้การฝึกการผ่อนคลาย 2) ส่งเสริมความแข็งแรงของร่างกายโดยการพักผ่อน ออกกำลังกายและโภชนาการที่เหมาะสม 3) พัฒนาทักษะด้านการรู้คิดและพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเผชิญความเครียด โดยมีขั้นตอนการสร้างและการตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรม ดังนี้ สร้างโปรแกรมการจัดการความเครียดร่วมกับการผ่อนคลายด้วยเทคนิคโยคะ จากการศึกษาตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสภาพปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท ปัญหาการดูแลผู้ป่วยจิตเภท แนวคิดเกี่ยวกับอาการทางจิต การเกิดความเครียด และการจัดการความเครียดในผู้ป่วยจิตเภท และการฝึกอบรมทักษะการผ่อนคลายด้วยโยคะทั้งทางภาคทฤษฎีและปฏิบัติ รวมทั้งการศึกษารูปแบบของการจัดการความเครียดตามแนวคิดของ Norman et al. (2002) นำมาประยุกต์ใช้บำบัดรายกลุ่มจำนวน 9 กิจกรรม ครอบคลุมทั้งการจัดการกับปัจจัยที่มีผลต่ออาการทางจิต ในการดำเนินกิจกรรมใช้หลักการเรียนรู้จากการฝึกปฏิบัติ (Practice) มีจำนวน 2 กลุ่ม กลุ่มละ 10 คน ดำเนินกิจกรรมเป็น 2 ระยะ แบ่งเป็นระยะที่ 1 แบบผู้ป่วยใน และ ระยะที่ 2 แบบผู้ป่วยนอก มีระยะเวลาดำเนินการเป็นเวลา 4 สัปดาห์ ดำเนินการในระยะที่ 1 แบบผู้ป่วยใน จำนวน 2 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 5 ครั้ง แต่ละครั้งใช้เวลา 60 - 90 นาที ระยะที่ 2 แบบผู้ป่วยนอก จะดำเนินการหลังผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ใน สัปดาห์ที่ 3 และ 4 มีกิจกรรมจำนวน 2 ครั้ง มีดังนี้

กิจกรรมที่ 1 ให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท อาการทางจิต ความเครียดที่เกิดจากอาการทางจิต และการฝึกโยคะ

ระยะเวลา 60-90 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย และระหว่างผู้ป่วยด้วยกัน ให้เกิดความไว้วางใจและยินยอมเปิดเผยข้อมูลของตนเอง
2. เพื่อให้ผู้ป่วยทราบวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่จะได้รับ ลักษณะของการดำเนินกิจกรรมและระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม
3. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคจิตเภท สาเหตุ อาการ และการดูแลตนเอง
4. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจสาเหตุ อาการ และผลกระทบของ ความเครียดที่เกิดขึ้น และมีทักษะการจัดการความเครียด ด้วยเทคนิคการผ่อนคลายความเครียดด้วยโยคะ

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 1 สมาชิกภายในกลุ่มสามารถ

1. เปิดเผยข้อมูลต่อพยาบาลและสมาชิกภายในกลุ่มร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม
2. บอกวัตถุประสงค์ และประโยชน์ที่จะได้รับในการเข้าร่วมกิจกรรม
3. บอกเกี่ยวกับสาเหตุ อาการ และผลกระทบของความเครียดได้
4. ประเมินความเครียดด้วยตนเองได้
5. ใช้เทคนิคการผ่อนคลายความเครียดได้อย่างเหมาะสม

สาระสำคัญ

เริ่มต้นกิจกรรมด้วยการสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้เกิดความไว้วางใจและความร่วมมือ โดยการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของโปรแกรม ประโยชน์ที่จะได้รับ ลักษณะของโปรแกรม และระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม ฝึกการผ่อนคลายความเครียดด้วยเทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อด้วยโยคะ ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท สาเหตุ อาการ และการดูแลตนเอง การให้ความรู้เกี่ยวกับความเครียด ทบทวนผลของความเครียดต่อสุขภาพด้านร่างกายและจิตใจ ความรู้เกี่ยวกับการจัดการความเครียด เพิ่มความตระหนักรู้ในตนเองของผู้ป่วยเกี่ยวกับอารมณ์ด้านลบในขณะที่มีความเครียด เช่น ความโกรธ ความวิตกกังวล การฝึกสังเกตความตึงเครียดโดยการประเมินความเครียดด้วยตนเอง

กิจกรรม

1. สร้างสัมพันธภาพ ด้วยการแนะนำตัวเองและพูดคุยด้วยบรรยากาศที่เป็นมิตร เพื่อสร้างความคุ้นเคย และให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ
2. ทบทวนขั้นตอน และข้อตกลงในการดำเนินกิจกรรมในโปรแกรม เกี่ยวกับวัตถุประสงค์ ระยะเวลา ขั้นตอนในการดำเนินกิจกรรม และการประเมินผล

3. ผู้วิจัยสอนวิธีการจัดการความเครียดด้วยเทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อด้วยโยคะตามใบความรู้ที่ 1/2 เรื่อง เทคนิคการผ่อนคลายความเครียด และให้ผู้ป่วยฝึกเทคนิคการผ่อนคลายที่ได้เรียนรู้ไป

4. ผู้วิจัยนำเข้าสู่เนื้อหากิจกรรมโดยกล่าวถึงความรู้เรื่องโรคจิตเภท อาการทางจิต ความเครียดที่เกิดจากอาการทางจิต ความเครียดที่แต่ละคนเคยประสบมาให้ผู้ป่วยแต่ละคนเล่าถึงประสบการณ์ความเครียดของตน และผลกระทบจากความเครียดที่เกิดขึ้น

5. ผู้วิจัยสรุปปัญหาความเครียดของผู้ป่วย และให้ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุ อาการและผลกระทบของความเครียดต่อร่างกาย และจิตใจ โดยเฉพาะผลต่ออารมณ์ด้านลบในขณะที่มีความเครียด เช่น อารมณ์โกรธ วิตกกังวล ตามใบความรู้ที่ 1/1 มารู้จักโรคจิตเภทกันเถอะและ ใบความรู้ที่ 1/2 เรื่อง มารู้จักความเครียดกันเถอะ

6. ให้ผู้ป่วยฝึกสังเกตความตึงเครียดด้านร่างกาย และอารมณ์ด้วยการทำแบบประเมินความเครียดด้วยตนเองตามใบงานที่ 1/1 ได้แก่ แบบประเมินความเครียดด้วยตนเอง ของกรมสุขภาพจิต ผู้วิจัยสรุปผลจากการทำแบบประเมินความเครียด

7. สรุปผลการดำเนินกิจกรรม ให้การบ้านให้ผู้ป่วยกลับไปฝึกเทคนิคการผ่อนคลายด้วยโยคะที่ได้เรียนรู้ไป ตามใบงานที่ 1/2 เรื่อง เทคนิคการผ่อนคลายความเครียดด้วยโยคะ และนัดหมายวันเวลา ในการดำเนินกิจกรรมครั้งต่อไป

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบความรู้ที่ 1/1 มารู้จักโรคจิตเภทกันเถอะ
2. ใบความรู้ที่ 1/2 เรื่อง มารู้จักความเครียดกันเถอะ
3. ใบความรู้ที่ 1/2 เรื่อง เทคนิคการผ่อนคลายความเครียดด้วยโยคะ
4. ใบงานที่ 1/1 แบบประเมินความเครียดด้วยตนเอง
5. ใบงานที่ 1/2 การบ้าน เรื่อง เทคนิคการผ่อนคลายความเครียดด้วยโยคะ
6. เสื่อโยคะ

การประเมินผล

1. จากการสังเกตพฤติกรรม การพูดคุย ซักถาม ความสนใจและความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรม
2. ผลลัพธ์จากกิจกรรมที่ให้ทำเป็นการบ้าน ผู้ป่วยมีการฝึกปฏิบัติการผ่อนคลายความเครียดอย่างถูกต้อง และสามารถจัดการกับปัญหา อุปสรรคที่เกิดขึ้นกับการฝึกได้

กิจกรรมที่ 2 การเสริมสร้างสุขภาวะและความแข็งแรงของร่างกายและการฝึกโยคะ

ระยะเวลา 60-90 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับความสำคัญของการนอนหลับพักผ่อน การออกกำลังกาย นิสัยการบริโภคอาหาร ที่ช่วยส่งเสริมความแข็งแรงของร่างกาย
2. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ และมีแนวทางทางการจัดการกับปัญหาด้านการนอน การออกกำลังกาย และการเลือกบริโภคอาหารที่ช่วยส่งเสริมความแข็งแรงของร่างกาย

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 2 ผู้ป่วยสามารถ

1. บอกเกี่ยวกับความสำคัญของการนอนหลับพักผ่อน การออกกำลังกาย นิสัยการบริโภคอาหารที่ช่วยส่งเสริมความแข็งแรงของร่างกาย
2. บอกแนวทางทางการจัดการกับปัญหาด้านการนอนได้
3. เลือกวิธีการเสริมสร้างความแข็งแรงเหมาะสมกับตนเอง
4. นำวิธีการผ่อนคลายด้วยเทคนิคโยคะที่ได้เรียนรู้ไปปฏิบัติได้
5. บอกถึงชนิด หรือประเภทของอาหารที่ช่วยส่งเสริมสุขภาพร่างกาย

สาระสำคัญ

ฝึกการผ่อนคลายความเครียดด้วยเทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อด้วยโยคะ และให้ความรู้เกี่ยวกับความสำคัญของการนอนหลับพักผ่อน การออกกำลังกาย นิสัยการบริโภคอาหารที่มีผลต่อการส่งเสริมความแข็งแรงของร่างกาย ให้ความรู้เกี่ยวกับแนวทางทางการจัดการกับปัญหาด้านการนอน ช่วยให้ผู้ป่วยมีความอดทนต่อความเครียดมากขึ้น สามารถเผชิญความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยให้ความรู้เกี่ยวกับแนวทางทางการจัดการกับปัญหาด้านการนอน

กิจกรรม

1. ผู้วิจัยทบทวน สรุปผลกิจกรรมที่ให้ทำเป็นการบ้าน โดยให้ผู้ป่วยแต่ละคนรายงานผล การฝึกปฏิบัติ ตลอดจนปัญหา และอุปสรรคที่เกิดขึ้น รวมทั้งแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน โดยผู้วิจัยเป็นผู้สรุป
2. ฝึกการยืดกล้ามเนื้อ โดยฝึกการผ่อนคลายด้วยเทคนิคโยคะ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถนำไปใช้ในการยืดและผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ตามใบความรู้ที่ 1/2 เรื่อง เทคนิคการผ่อนคลายความเครียดด้วยโยคะ
3. ผู้วิจัยนำเข้าสู่เนื้อหากิจกรรมโดย ให้ผู้ป่วยแต่ละคนเล่าถึงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและปัญหาสุขภาพของตนเอง และผู้วิจัยสรุปประเด็นจากที่ผู้ป่วยเล่า

4. ผู้วิจัยให้ความรู้ พร้อมทั้งแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ เรื่อง การนอนหลับพักผ่อน การออกกำลังกาย การบริโภคอาหารที่ช่วยส่งเสริมความแข็งแรงของร่างกาย ตามใบความรู้ที่ 2/1 เรื่อง ดูแลตนเองอย่างไร ให้ร่างกายแข็งแรง
5. เปิดโอกาสให้สมาชิกพูดคุย ชักถามข้อสงสัย
6. สรุปผลการดำเนินกิจกรรม และนัดหมายวัน เวลา ในการดำเนินกิจกรรมครั้งต่อไป

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบความรู้ที่ 2/1 เรื่อง ดูแลตนเองอย่างไร ให้ร่างกายแข็งแรง
2. ใบงานที่ 2/1 เรื่อง วิธีการจัดการกับความเครียด

การประเมินผล

จากการสังเกตพฤติกรรม การพูดคุย ชักถาม ความสนใจและความร่วมมือในการ ปฏิบัติกิจกรรม

กิจกรรมที่ 3 ฝึกทักษะการจัดการกับอาการทางจิต

ระยะเวลา 60-90 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการทางจิตที่เกิดขึ้น ตลอดจนผลของ อาการทางจิตต่อความเครียด
2. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถสังเกตอาการทางจิตที่เกิดขึ้น และผลของอาการทางจิตที่มีต่ออารมณ์ และพฤติกรรม
3. เพื่อให้ผู้ป่วยมีแนวทางที่เหมาะสมในการจัดการกับอาการทางจิต

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 3 ผู้ป่วยสามารถ

1. บอกถึงสาเหตุ และลักษณะอาการทางจิตที่เกิดขึ้น
2. บอกถึงผลของอาการทางจิตที่มีต่ออารมณ์และพฤติกรรมได้
3. เลือกแนวทาง หรือเทคนิคในการจัดการกับอาการทางจิตที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม

สาระสำคัญ

ฝึกการผ่อนคลายความเครียดด้วยเทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อด้วยโยคะ และให้ความรู้ และทำความเข้าใจกับผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตเภท และผลของอาการทางจิตต่อความเครียด วิธีการจัดการกับอาการทางจิตโดยสอนให้ผู้ป่วยตระหนักถึงการรับรู้ที่ผิดปกติ ฝึกการสังเกตปฏิกิริยาทางอารมณ์และพฤติกรรมที่มีต่อการรับรู้หรือความคิดที่ผิดปกติ และการรายงานอาการทางจิตที่เพิ่มขึ้น ฝึกเทคนิคต่าง ๆ ในการจัดการกับอาการทางจิต เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีแนวทางในการจัดการกับอาการทางจิตที่เกิดขึ้น มี

อาการทางจิตลดลง สามารถปรับตัวต่อความเครียดที่เกิดจากอาการทางจิตซึ่งเป็นการป้องกันไม่ให้อาการทางจิตรุนแรงมากขึ้น

กิจกรรม

1. ผู้วิจัยทบทวนความรู้ และผลของการดำเนินกิจกรรมครั้งที่แล้ว
2. ผู้วิจัยสอนวิธีการจัดการความเครียดด้วยเทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อด้วยโยคะตามใบความรู้ที่ 1/2 เรื่อง เทคนิคการผ่อนคลายความเครียด และ ให้ผู้ช่วยฝึกเทคนิคการผ่อนคลายที่ได้เรียนรู้ไป
3. ผู้วิจัยนำเข้าสู่เนื้อหากิจกรรมโดย ให้ผู้ช่วยแต่ละคนเล่าอาการทางจิตที่เกิดขึ้นกับตนเอง และอาการเตือนก่อนอาการทางจิตกำเริบโดยผู้วิจัยสรุปประเด็นที่สมาชิกเล่า
4. ให้ผู้ช่วยสำรวจอาการทางจิตของตนเองตามใบงานที่ 3/1 เรื่อง เคยเป็นแบบนี้ไหม ผู้วิจัยสรุปเนื้อหาจากแบบสำรวจอาการ
5. ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท และอาการเตือนที่พบได้บ่อยก่อนจะเกิดการกำเริบของโรคตามใบความรู้ที่ 3/1 เรื่อง รู้จักและเข้าใจโรคจิตเภท
6. ให้ผู้ช่วยแต่ละคนเล่าถึงวิธีการจัดการเมื่อเกิดอาการทางจิต ผู้วิจัยเป็นผู้สรุปประเด็น
7. ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องวิธีการจัดการกับอาการทางจิต ตามใบความรู้ที่ 3/2 เรื่อง ทำอย่างไรให้ห่างไกลจากอาการทางจิต
8. ให้ผู้ช่วยฝึกรายงานอาการทางจิตที่เกิดขึ้น และฝึกเทคนิคในการจัดการกับอาการทางจิต โดยผู้ช่วยเลือกอาการทางจิตที่เป็นปัญหาของกลุ่ม นำมาเป็นสถานการณ์ และใช้บทบาทสมมติให้ผู้ช่วยฝึกปฏิบัติตามวิธีการที่ได้เรียนรู้ไป ตามใบงานที่ 3/2 เรื่อง จัดการอย่างไรเมื่อเกิดอาการทางจิต
9. สรุปผลการดำเนินกิจกรรม ให้การบ้านให้ผู้ช่วยนำวิธีการจัดการกับอาการทางจิตที่ได้ เรียนรู้ไปใช้เมื่อเกิดอาการทางจิตที่บ้าน ตามใบงานที่ 3/3 เรื่อง จัดการอย่างไรเมื่อเกิดอาการทางจิต และนัดหมายวัน เวลา ในการดำเนินกิจกรรมครั้งต่อไป

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบความรู้ที่ 3/1 เรื่อง รู้จักและเข้าใจโรคจิตเภท
2. ใบความรู้ที่ 3/2 เรื่อง ทำอย่างไรให้ห่างไกลจากอาการทางจิต
3. ใบงานที่ 3/1 เรื่อง สถานการณ์สมมติ เรื่อง จัดการอย่างไรเมื่อเกิดอาการทางจิต
4. ใบงานที่ 3/2 การบ้าน เรื่อง จัดการอย่างไรเมื่อเกิดอาการทางจิต

การประเมินผล

1. จากการสังเกตพฤติกรรม การพูดคุย ซักถาม ความสนใจและความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรม

2. ผลลัพธ์จากกิจกรรมที่ให้ทำเป็นการบ้าน คือผู้ป่วยสามารถฝึกการจัดการกับอาการ ทางจิตที่เกิดขึ้นที่บ้านได้อย่างเหมาะสม

กิจกรรมที่ 4 ฝึกทักษะการจัดการความเครียดที่เกิดจากการรับประทานยา

ระยะเวลา 60-90 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับความสำคัญของการรับประทานยา อาการข้างเคียงของยา และวิธีการจัดการเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากยา
2. เพื่อให้ผู้ป่วยมีแนวทางในการจัดการความคับข้องใจ และความกังวลใจที่เกิดจากการรับประทานยา
3. เพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาที่เหมาะสม

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 4 ผู้ป่วยสามารถ

1. บอกถึงความสำคัญของการรับประทานยา รายงานอาการข้างเคียงของยา และบอกวิธีการจัดการเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากยา
2. บอกถึงปัญหาความคับข้องใจ ความกังวลใจในการรับประทานยา และแนวทางในการจัดการปัญหานั้น

สาระสำคัญ

ฝึกการผ่อนคลายความเครียดด้วยเทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อด้วยโยคะ ให้ความรู้และกระตุ้นให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการรับประทานยา ให้ความรู้เกี่ยวกับอาการข้างเคียงของยาและวิธีการจัดการกับอาการข้างเคียงนั้น กระตุ้นให้ผู้ป่วยบอกปัญหาความกังวลใจในการรับประทานยา ฝึกวิธีการจัดการความกดดัน หรือความรู้สึกคับข้องใจที่ต้องรับประทานยา ฝึกทักษะให้ผู้ป่วยสามารถรายงานอาการข้างเคียงของยา ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยมีทัศนคติที่ดีและสามารถจัดการความเครียดที่เกิดจากการรับประทานยาได้

กิจกรรม

1. ผู้วิจัยทบทวนความรู้ และผลของการดำเนินกิจกรรมครั้งที่แล้ว
2. ผู้วิจัยสอนวิธีการจัดการความเครียดด้วยเทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อด้วยโยคะตามใบความรู้ที่ 1/2 เรื่อง เทคนิคการผ่อนคลายความเครียดด้วยโยคะ และให้ผู้ผู้ป่วยฝึกเทคนิคการผ่อนคลายที่ได้เรียนรู้ไป
3. ผู้วิจัยนำเข้าสู่เนื้อหากิจกรรมโดย ให้ผู้ป่วยแต่ละคนเล่าถึงการรักษา การรับประทานยา และผลการรักษาที่ผ่านมา โดยผู้วิจัยสรุปประเด็นที่สมาชิกเล่า

4. ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่อง เหตุผล และความสำคัญของการรับประทานยาตามใบความรู้ที่ 4/1 เรื่อง ยานี้สำคัญไฉน

5. ให้ผู้ป่วยสำรวจอาการข้างเคียงจากยาที่ได้รับ ตามใบงานที่ 4/1 เรื่อง ผลข้างเคียงของยา พร้อมทั้งรายงาน และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันภายในกลุ่ม โดยผู้วิจัยช่วยสรุปประเด็น

6. ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องอาการข้างเคียงของยา และการจัดการเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากยา ตามใบความรู้ที่ 4/2 เรื่อง จัดการอย่างไร ให้สุขใจเมื่อกินยา

7. ผู้วิจัย และผู้ป่วยร่วมกันคิดสถานการณ์ และให้ผู้ป่วยแสดงบทบาทสมมติในการบอกปัญหาความกังวลใจ ความรู้สึกกดดันในการรับประทานยา ตามใบงานที่ 4/2 เรื่อง บอกความในใจ

8. สรุปผลการดำเนินกิจกรรม และนัดหมายวัน เวลา ในการดำเนินกิจกรรมครั้งต่อไป

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบความรู้ที่ 4/1 เรื่อง ยานี้สำคัญไฉน
2. ใบความรู้ที่ 4/2 เรื่อง จัดการอย่างไร ให้สุขใจเมื่อกินยา
3. ใบงานที่ 4/1 เรื่อง ผลข้างเคียงของยา
4. ใบงานที่ 4/2 สถานการณ์สมมติ เรื่อง บอกความในใจ

การประเมินผล

จากการสังเกตพฤติกรรม การพูดคุย ซักถาม ความสนใจและความร่วมมือในการ ปฏิบัติกิจกรรม

กิจกรรมที่ 5 เรียนรู้และฝึกทักษะการแก้ไขปัญหาเฉพาะบุคคลและในชีวิตประจำวัน

ระยะเวลา 60-90 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวทางการแก้ไขปัญหาในชีวิตประจำวัน
2. เพื่อให้ผู้ป่วยเห็นถึงความสำคัญและประโยชน์ในการบริหารจัดการด้านการเงินและ เวลา
3. เพื่อให้ผู้ป่วยมีทักษะการแก้ปัญหาเป็นลำดับ และมีแนวทางในการบริหารจัดการด้านการเงิน

และเวลา

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 5 ผู้ป่วยสามารถ

1. บอกถึงแนวทางการแก้ไขปัญหาในชีวิตประจำวัน โดยการแก้ปัญหาเป็นลำดับ
2. เลือกและใช้แนวทางในการบริหารจัดการด้านการเงินและเวลาได้อย่างเหมาะสม

สาระสำคัญ

ให้ผู้ป่วยมีแนวทางในการแก้ไขปัญหาในชีวิตประจำวัน และการจัดการด้านการเงินและเวลา ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมความเครียดอย่าง

เหมาะสม โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับแนวทางการแก้ไขปัญหาในชีวิตประจำวันรวมทั้งความรู้ด้านการบริหารจัดการด้านการเงินและเวลา และฝึกทักษะการแก้ปัญหาเป็นลำดับ ฝึกเทคนิคการบริหารจัดการด้านการเงินและเวลา

กิจกรรม

1. ผู้วิจัยทบทวน สรุปผลกิจกรรมที่ให้ทำเป็นการบ้าน โดยให้ผู้ป่วยแต่ละคนรายงานผลการฝึกปฏิบัติ ตลอดจนปัญหา และอุปสรรคที่เกิดขึ้น รวมทั้งแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน โดยผู้วิจัยเป็นผู้สรุปประเด็น
2. ผู้วิจัยสอนวิธีการจัดการความเครียดด้วยเทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อด้วยโยคะตามใบความรู้ที่ 1/2 เรื่อง เทคนิคการผ่อนคลายความเครียด และให้ผู้ป่วยฝึกเทคนิคการผ่อนคลายที่ได้เรียนรู้ไป
3. ผู้วิจัยนำเข้าสู่เนื้อหากิจกรรมโดย ให้ผู้ป่วยแต่ละคนเล่าปัญหาในชีวิตประจำวัน โดยเฉพาะปัญหาด้านการเงินและเวลา รวมทั้งวิธีการจัดการกับปัญหาที่ผู้ป่วยใช้ โดยผู้วิจัยสรุปประเด็นที่สมาชิกเล่า
4. ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องแนวทางการแก้ไขปัญหาในชีวิตประจำวัน โดยใช้การแก้ปัญหา เป็นลำดับ ตามใบความรู้ที่ 5/1 เรื่อง แก้ปัญหาได้ ก็หายเครียด
5. ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องเทคนิคการบริหารจัดการด้านการเงินและเวลา ตามใบความรู้ที่ 5/2 เรื่อง ใช้เงินและเวลาอย่างไร ให้ชีวิตไม่ติดลบ
6. ให้ผู้ป่วยฝึกทักษะการแก้ปัญหาเป็นลำดับ โดยผู้ป่วยและผู้วิจัยเลือกสถานการณ์ที่เป็นปัญหาในชีวิตประจำวันของกลุ่ม ใช้บทบาทสมมติให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติตามวิธีการที่ได้เรียนรู้ไป ตามใบงานที่ 5/1 เรื่อง เมื่อเกิดปัญหา ทำอย่างไร
7. ให้ผู้ป่วยฝึกเทคนิคการบริหารจัดการด้านการเงินและเวลา โดยฝึกการบันทึกรายรับ รายจ่ายประจำวัน การจัดทำตารางเวลาในการทำงานและกิจกรรมประจำวัน ตามใบงานที่ 5/2 เรื่อง ฝึกทำบัญชีรายรับรายจ่าย และตารางเวลากันเถอะ
8. สรุปผลการดำเนินกิจกรรม

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบความรู้ที่ 5/1 เรื่อง แก้ปัญหาได้ ก็หายเครียด
2. ใบความรู้ที่ 5/2 เรื่อง ใช้เงินและเวลาอย่างไร ให้ชีวิตไม่ติดลบ
3. ใบงานที่ 5/1 สถานการณ์สมมติ เรื่อง เมื่อเกิดปัญหา ทำอย่างไร
4. ใบงานที่ 5/2 เรื่อง ฝึกทำบัญชีรายรับรายจ่าย และตารางเวลากันเถอะ

การประเมินผล

1. จากการสังเกตพฤติกรรม การพูดคุย ซักถาม ความสนใจและความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรม
2. ผลลัพธ์จากกิจกรรมที่ให้ทำเป็นการบ้าน คือ ผู้ป่วยได้ฝึกการบันทึกบัญชีรายรับรายจ่าย และจัดทำตารางเวลาการทำงานและกิจกรรมประจำวัน

กิจกรรมที่ 6 พัฒนาทักษะการสื่อสารและสัมพันธภาพกับผู้อื่น

ระยะเวลา 60-90 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวทางการติดต่อสื่อสาร การแสดงออกกับผู้อื่นอย่างเหมาะสม
2. เพื่อให้ผู้ป่วยเห็นถึงความสำคัญและประโยชน์ในการติดต่อสื่อสาร การแสดงออกกับผู้อื่นในอย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 6 ผู้ป่วยสามารถ

1. บอกถึงแนวทางทาง ความสำคัญ และประโยชน์ในการติดต่อสื่อสาร การแสดงออกกับผู้อื่นอย่างเหมาะสม
2. เลือกแนวทางในการติดต่อสื่อสาร และการแสดงออกกับผู้อื่นอย่างเหมาะสม

สาระสำคัญ

เพื่อเพิ่มความสามารถในการติดต่อสื่อสาร การแสดงออกกับผู้อื่นอย่างเหมาะสม เมื่อเผชิญกับความเครียดผู้ป่วยสามารถใช้ทักษะด้านการสื่อสารในการติดต่อขอความช่วยเหลือ และความร่วมมือจากบุคคลอื่น ทำให้ผู้ป่วยมีความสะดวกหรือความง่ายในการจัดการแก้ไขปัญหาและช่วยลดความเครียดจากปัญหานั้น ๆ โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับความสำคัญและแนวทางในการติดต่อสื่อสารกับผู้อื่น การฝึกทักษะการสร้างสัมพันธภาพ ฝึกทักษะการสื่อสาร พฤติกรรมกล้าแสดงออกอย่างเหมาะสม

กิจกรรม

1. ผู้วิจัยทบทวน สรุปผลกิจกรรมที่ให้ทำเป็นการบ้าน โดยให้ผู้ป่วยแต่ละคนรายงานผลการฝึกปฏิบัติ ตลอดจนปัญหา และอุปสรรคที่เกิดขึ้น รวมทั้งแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน โดยผู้วิจัยเป็นผู้สรุปประเด็น
2. ผู้วิจัยสอนวิธีการจัดการความเครียดด้วยเทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อด้วยโยคะตามใบความรู้ที่ 1/2 เรื่อง เทคนิคการผ่อนคลายความเครียด และให้ผู้ผู้ป่วยฝึกเทคนิคการผ่อนคลายที่ได้เรียนรู้ไป

3. ผู้วิจัยนำเข้าสู่เนื้อหากิจกรรมโดยให้ผู้ป่วยแต่ละคน พุดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น เกี่ยวกับการติดต่อสื่อสารกับผู้อื่น ประเด็นเกี่ยวกับบุคคลหรือแหล่งให้ความช่วยเหลือในขณะที่ผู้ป่วย มีปัญหา เกิดความเครียด ไม่สบายใจ ผู้ป่วยมีใครที่สามารถให้ความช่วยเหลือหรือให้คำปรึกษาหรือไม่ รวมทั้งความขัดแย้งที่เกิดขึ้นจากการติดต่อสื่อสารในชีวิตประจำวัน ผู้วิจัยสรุปประเด็นที่สมาชิกเล่า

4. ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องความสำคัญ ประโยชน์ แนวทางในการติดต่อสื่อสาร และการ แสดงออกกับผู้อื่นอย่างเหมาะสม ตามใบความรู้ที่ 6/1 เรื่อง การสื่อสารสร้างความสุข

5. ให้ผู้ป่วยฝึกทักษะการสื่อสาร และการแสดงออกกับผู้อื่นโดยผู้ป่วยและผู้วิจัยเลือก สถานการณ์เมื่อผู้ป่วยเกิดปัญหาในชีวิตประจำวันและต้องการความช่วยเหลือ 1 เหตุการณ์ และ เหตุการณ์ความขัดแย้งในชีวิตประจำวัน 1 เหตุการณ์ และใช้บทบาทสมมติให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติตาม วิธีการที่ได้เรียนรู้ไป ตามใบงานที่ 6/1 เรื่อง สื่อสารอย่างไรดี

6. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พุดคุย ชักถามข้อสงสัยต่าง ๆ

7. สรุปผลการดำเนินกิจกรรมทั้งหมด และนัดหมายวัน เวลา เพื่อประเมินผลในครั้งต่อไป

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบความรู้ที่ 6/1 เรื่อง การสื่อสารสร้างความสุข

2. ใบงานที่ 6/1 สถานการณ์สมมติ เรื่อง สื่อสารอย่างไรดี

การประเมินผล

ประเมินจากการสังเกตพฤติกรรม การพุดคุย ชักถาม ความสนใจและความร่วมมือในการ ปฏิบัติกิจกรรม

กิจกรรมที่ 7 เตรียมความพร้อมผู้ป่วยและผู้ดูแลก่อนการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ระยะเวลา 60-90 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยและผู้ดูแล และระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล ให้เกิดความไว้วางใจและยินยอมเปิดเผยข้อมูลของตนเอง

2. เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลทราบวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่จะได้รับ ลักษณะของการดำเนิน กิจกรรมและระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม

3. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับสาเหตุ อาการ และผลกระทบของ ความเครียดที่ เกิดขึ้น

4. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ และมีทักษะการจัดการความเครียด ด้วยเทคนิคการผ่อนคลายความเครียด

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 7 ผู้ป่วยสามารถ

1. เปิดเผยข้อมูลต่อพยาบาลและผู้ดูแล ร่วมมือในการดำเนินกิจกรรม
2. บอกวัตถุประสงค์ และประโยชน์ที่จะได้รับในการเข้าร่วมกิจกรรม
3. บอกเกี่ยวกับสาเหตุ อาการ และผลกระทบของความเครียดได้
4. ใช้เทคนิคการผ่อนคลายความเครียดได้อย่างเหมาะสม

สาระสำคัญ

เริ่มต้นกิจกรรมด้วยการสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้เกิดความไว้วางใจและความร่วมมือ โดยการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของโปรแกรม ประโยชน์ที่จะได้รับ ลักษณะของโปรแกรม และระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมแก่ญาติ ให้ความรู้และสอนทักษะการสื่อสาร และสัมพันธภาพภายในครอบครัว การให้ความรู้เกี่ยวกับความเครียดที่ส่งผลต่ออาการทางจิตของผู้ป่วย ทบทวนผลของความเครียดต่อสุขภาพด้านร่างกายและจิตใจ ความรู้เกี่ยวกับการจัดการความเครียด การฝึกสังเกตความตึงเครียดผู้ป่วย ขณะอยู่ที่บ้าน สรุปผลและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประโยชน์ที่ได้รับในแต่ละกิจกรรม ตกลงบริการกับผู้ดูแล ในการโทรศัพท์ติดตามผลการผ่อนคลายด้วยเทคนิคโยคะ และประเมินอาการผู้ป่วย

กิจกรรม

1. สร้างสัมพันธภาพ ด้วยการแนะนำตัวเองและพูดคุยด้วยบรรยากาศที่เป็นมิตร เพื่อสร้างความคุ้นเคย และให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกิดความไว้วางใจ
2. ทบทวนขั้นตอน และข้อตกลงในการดำเนินกิจกรรมในโปรแกรม เกี่ยวกับวัตถุประสงค์ ระยะเวลา ขั้นตอนในการดำเนินกิจกรรม และการประเมินผล
3. ผู้วิจัยสรุปปัญหาความเครียดของผู้ป่วย และให้ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุ อาการและผลกระทบของความเครียดต่อร่างกาย และจิตใจ โดยเฉพาะผลต่ออารมณ์ด้านลบในขณะที่มีความเครียด เช่น อารมณ์โกรธ วิตกกังวล ตามใบความรู้ที่ 1/1 เรื่อง มารู้อัจฉริยภาพความเครียดกันเถอะ
4. ให้ความรู้และสอนทักษะการสื่อสาร และสัมพันธภาพภายในครอบครัว ตามใบความรู้ที่ 6/1 เรื่อง การสื่อสารสร้างความสุข การให้ความรู้เกี่ยวกับความเครียดที่ส่งผลต่ออาการทางจิตของผู้ป่วย ทบทวนผลของความเครียดต่อสุขภาพด้านร่างกายและจิตใจ ความรู้เกี่ยวกับการจัดการความเครียด
5. สรุปผลการดำเนินกิจกรรม ให้การบ้านให้ผู้ป่วยกลับไปฝึกเทคนิคการผ่อนคลายที่ได้เรียนรู้ไป ตามใบงานที่ 1/2 เรื่อง เทคนิคการผ่อนคลายความเครียดด้วยโยคะ และนัดหมายวัน เวลา ในการดำเนินกิจกรรมครั้งต่อไป
6. สรุปผลและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประโยชน์ที่ได้รับในแต่ละกิจกรรม ตกลงบริการกับผู้ดูแลในการโทรศัพท์ติดตามผลการผ่อนคลายด้วยเทคนิคโยคะ และประเมินอาการผู้ป่วย

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบความรู้ที่ 1/1 เรื่อง มารู้อัจฉริยภาพความเครียดกันเถอะ

2. ใบความรู้ที่ 1/2 เรื่อง เทคนิคการผ่อนคลายความเครียด
3. ใบความรู้ที่ 6/1 เรื่อง การสื่อสารสร้างความสุข
4. ใบงานที่ 6/1 สถานการณ์สมมติ เรื่อง สื่อสารอย่างไรดี

การประเมินผล

1. จากการสังเกตพฤติกรรม การพูดคุย ซักถาม ความสนใจและความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรม
2. ผลลัพธ์จากกิจกรรมที่ให้ทำเป็นการบ้าน ผู้ป่วยมีการฝึกปฏิบัติการผ่อนคลายความเครียดอย่างถูกต้อง และสามารถจัดการกับปัญหา อุปสรรคที่เกิดขึ้นกับการฝึกได้

กิจกรรมที่ 8 โทรศัพท์ติดตามสอบถามอาการ และทบทวนวิธีการจัดการกับความเครียด

ระยะเวลา 30-45 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อสอบถามและประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วย
2. เพื่อทบทวนวิธีการจัดการกับความเครียด
3. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ และมีทักษะการจัดการความเครียด ด้วยเทคนิคการผ่อนคลายความเครียดด้วยโยคะ

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 8 ผู้ป่วยสามารถ

1. ผู้ป่วยและผู้ดูแล เปิดเผยข้อมูลต่อพยาบาล ให้ความร่วมมือในการตอบคำถาม
2. บอกประโยชน์ที่จะได้รับในการ ใช้เทคนิคการผ่อนคลายความเครียดด้วยตนเอง
3. ผู้ป่วยสามารถใช้เทคนิคการผ่อนคลายความเครียดได้อย่างเหมาะสม

สาระสำคัญ

การโทรศัพท์ติดตามสอบถามอาการและทบทวนวิธีการจัดการกับความเครียด และเสริมสร้างแรงจูงใจในการฝึกการผ่อนคลายด้วยเทคนิคโยคะด้วยตนเอง ตามคู่มือและแผ่นซีดีโยคะ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถจัดการความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

กิจกรรม

1. ผู้วิจัยโทรศัพท์สร้างสัมพันธ์ภาพ ด้วยการแนะนำตัวเองทางโทรศัพท์ และพูดคุยด้วยบรรยากาศที่เป็นมิตร เพื่อสร้างความคุ้นเคย ให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกิดความไว้วางใจ
2. ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามสอบถามอาการและทบทวนวิธีการจัดการกับความเครียด
3. ผู้วิจัยให้กำลังใจและเสริมสร้างแรงจูงใจในการฝึกการผ่อนคลายด้วยเทคนิคโยคะด้วยตนเองที่บ้าน

4. ผู้วิจัยทบทวนวันนัดพบแพทย์ ให้ข้อมูลการมาแพทย์ตามนัด นัดหมายวัน เวลา ในการดำเนินกิจกรรมครั้งต่อไป

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. โทรศัพท์
2. คู่มือการผ่อนคลายด้วยเทคนิคโยคะด้วยตนเอง

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยเปิดเผยข้อมูลต่อผู้วิจัย ให้ความร่วมมือในการตอบคำถาม
2. ผู้ป่วยสามารถบอกประโยชน์ที่จะได้รับในการใช้เทคนิคการผ่อนคลายความเครียด
3. ผู้ป่วยใช้เทคนิคการผ่อนคลายความเครียดได้อย่างเหมาะสม และมีแรงจูงใจในการฝึกการผ่อนคลายด้วยเทคนิคโยคะด้วยตนเอง
4. ผู้ป่วยสามารถบอกวิธีการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง

กิจกรรมที่ 9 สรุปผลและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประโยชน์ที่ได้รับในแต่ละกิจกรรม ร่วมกับผู้ป่วยและผู้ดูแล

ระยะเวลา 60 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยกับผู้ป่วยและผู้ดูแล และระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลให้เกิดความไว้วางใจและยินยอมเปิดเผยข้อมูล
2. เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลทราบวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่จะได้รับ และสิ้นสุดระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม
3. เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจผลกระทบของความเครียดที่ส่งผลต่ออาการทางจิต
4. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ และมีทักษะการจัดการความเครียด

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 9 ผู้ป่วยสามารถ

1. ผู้ป่วยเปิดเผยข้อมูล ต่อผู้วิจัยและผู้ดูแล ร่วมมือในการดำเนินกิจกรรม
2. ผู้ป่วยบอกวัตถุประสงค์ และประโยชน์ที่จะได้รับในการเข้าร่วมกิจกรรม
3. ผู้ป่วยบอกเกี่ยวกับสาเหตุ อาการ และผลกระทบของความเครียดได้
4. ผู้ป่วยใช้เทคนิคการผ่อนคลายความเครียดได้อย่างเหมาะสม

สาระสำคัญ

เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยกับผู้ป่วยและผู้ดูแล และระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลให้เกิดความไว้วางใจและยินยอมเปิดเผยข้อมูล สรุปผลและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประโยชน์ที่ได้รับในแต่ละ

กิจกรรมสรุปผลและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประโยชน์ที่ได้รับในแต่ละกิจกรรม ร่วมกับผู้ป่วยและผู้ดูแล และประเมินทักษะการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล และผู้วิจัยแจ้งสิ้นสุดระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม ผู้วิจัยให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล ให้มีความเข้าใจผลกระทบของความเครียดที่ส่งผลต่ออาการทางจิต สอนทักษะให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดการความเครียด

กิจกรรม

1. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลให้เกิดความไว้วางใจและยินยอมเปิดเผยข้อมูล
2. ผู้วิจัยประเมินอาการทางจิตโดยใช้แบบประเมินอาการทางจิต Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) ฉบับภาษาไทย
3. ผู้วิจัยชี้แจงให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลทราบวัตถุประสงค์การดำเนินกิจกรรม สรุปผลและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประโยชน์ที่ได้รับในแต่ละกิจกรรม
4. ผู้วิจัยประเมินทักษะการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล
5. ผู้วิจัยแจ้งสิ้นสุดระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบงานที่ 9/1 แบบประเมินอาการทางจิต (BPRS) ฉบับภาษาไทย
2. ปากกา

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยสามารถเปิดเผยข้อมูลต่อผู้วิจัยและผู้ดูแล ร่วมมือในการดำเนินกิจกรรม
2. ผู้ป่วยสามารถบอกวัตถุประสงค์ และประโยชน์ที่จะได้รับในการเข้าร่วมกิจกรรม
3. ผู้ป่วยสามารถบอกเกี่ยวกับสาเหตุ อาการ และผลกระทบของความเครียดได้
4. ผู้ป่วยสามารถใช้เทคนิคการผ่อนคลายความเครียดได้อย่างเหมาะสม

ชุดที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

จำแนกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

2.1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบบันทึกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เพื่อรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลที่สำคัญซึ่งได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัวต่อเดือน ระยะเวลาการเจ็บป่วย และจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล จำนวน 8 ข้อ

2.2) แบบประเมินอาการทางจิตฉบับภาษาไทย ซึ่งเป็นแบบวัดที่พัฒนาขึ้นโดย Overall & Gorham (1962) แปลเป็นฉบับภาษาไทย โดยพันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์ (2544) เพื่อใช้ประเมินความรุนแรงอาการทางจิตของผู้ป่วยแต่ละคนซึ่งมีทั้งหมด 18 ข้อ ประกอบด้วย 3 ด้าน โดยแบ่งเป็นด้าน

อาการทางบวก (Positive) จำนวน 6 ข้อด้านอาการทางลบ (Negative) จำนวน 2 ข้อ และด้านอาการทั่วไป (General Psychopathology) จำนวน 10 ข้อเครื่องมือเป็นแบบ Likert scale 7 ระดับ

เพื่อประเมินความรุนแรงของโรคจิตเภทโดยทั่วไป ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเป็นผู้ประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทโดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโดยตรง และการสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยระหว่างการสัมภาษณ์ ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) 7 ระดับ โดยคะแนนในแต่ละชั้นจะแสดงถึงระดับความรุนแรงของความผิดปกติทางจิตที่เพิ่มขึ้นตามลำดับ ดังนี้

- 1 หมายถึง ไม่มีอาการ
- 2 หมายถึง มีอาการขั้นต่ำสุด
- 3 หมายถึง มีอาการเล็กน้อย
- 4 หมายถึง มีอาการปานกลาง
- 5 หมายถึง มีอาการค่อนข้างรุนแรง
- 6 หมายถึง มีอาการรุนแรง
- 7 หมายถึง มีอาการรุนแรงมาก

การคิดคะแนนจะคิดโดยรวมคะแนนของข้อต่างๆในแต่ละกลุ่มอาการ ซึ่งคะแนนรวมของแบบประเมินทั้งหมด มีค่าระหว่าง 18-126 คะแนน การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้แปลผลคะแนนเฉลี่ย ได้ดังนี้

18-35	หมายถึง	ไม่มีอาการ
36-53	หมายถึง	มีอาการขั้นต่ำสุด
54-71	หมายถึง	มีอาการเล็กน้อย
72-89	หมายถึง	มีอาการปานกลาง
90-107	หมายถึง	มีอาการค่อนข้างรุนแรง
108-125	หมายถึง	มีอาการรุนแรง
126	หมายถึง	มีอาการรุนแรงมาก

พื้นฐานที่ใช้ในการให้คะแนน ได้แก่ ลักษณะการใช้คำพูด และความคิดของผู้ป่วย ระหว่างการสัมภาษณ์

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้แบบประเมินของอาการทางจิต Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) ฉบับภาษาไทย เพื่อใช้ประเมินความรุนแรงของอาการทางจิตของผู้ป่วยแต่ละคน และเป็นเครื่องมือที่ได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพแล้วว่ามีที่น่าเชื่อถือ และได้ถูกนำมาใช้อย่างแพร่หลายทั้งในการวิจัยและการรักษาผู้ป่วยจิตเภท

ชุดที่ 3 เครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลอง

คือ แบบประเมินทักษะการจัดการความเครียดของพรทิพย์ ไชสะอาด (2555) โดยสร้างขึ้นตามแนวคิดการจัดการความเครียดของ Norman et al. (2002) ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 12 ข้อที่ใช้วัดทักษะการจัดการความเครียด 6 ด้าน ตามเนื้อหากิจกรรมในโปรแกรม ได้แก่ ความเครียด และการผ่อนคลายความเครียด การส่งเสริมความแข็งแรงของร่างกาย การจัดการกับอาการทางจิต การจัดการความเครียดที่เกิดจากการรับประทานยา การแก้ไขปัญหาในชีวิตประจำวัน การบริหารจัดการด้านการเงินและเวลา และทักษะการสื่อสาร โดยมีขั้นตอนการสร้างแบบประเมินทักษะการจัดการความเครียด ดังนี้ 1) ศึกษารายละเอียดของเนื้อหาในโปรแกรมการจัดการความเครียดที่สร้างขึ้น 2) กำหนดโครงสร้างของแบบสอบถามให้ครอบคลุมทักษะทั้ง 9 กิจกรรม 3) กำหนดมาตรวัด และเกณฑ์การให้คะแนน 4) ตรวจสอบโครงสร้างและรายละเอียดของเนื้อหาในแต่ละข้อคำถาม ลักษณะมาตรวัดเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) 4 ระดับ ประเมินตามความบ่อยครั้งของการปฏิบัติในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ ได้แก่

- 0 คะแนน = ไม่ได้ปฏิบัติ
- 1 คะแนน = ปฏิบัตินานๆ ครั้ง
- 2 คะแนน = ปฏิบัติบางครั้ง
- 3 คะแนน = ปฏิบัติเป็นประจำ

การแปลผลคะแนน คะแนนรวมของแบบประเมินทักษะการจัดการความเครียดทั้งชุด มีค่าระหว่าง 0-36 คะแนนโดยแบ่งระดับคะแนนทักษะการจัดการความเครียดเป็น 3 ระดับดังนี้

ช่วงคะแนน 0 - 12 คะแนน หมายถึง มีทักษะการจัดการความเครียดระดับต่ำ

ช่วงคะแนน 13 - 24 คะแนน หมายถึง มีทักษะการจัดการความเครียดระดับปานกลาง

ช่วงคะแนน 25 - 36 คะแนน หมายถึง มีทักษะการจัดการความเครียดระดับสูง

เกณฑ์กำกับการทดลอง

เมื่อสิ้นสุดการดำเนินกิจกรรมในโปรแกรมการจัดการความเครียดร่วมกับโยคะ ผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์กำกับการทดลองว่ากลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองต้องมีคะแนนทักษะการจัดการความเครียดในระดับปานกลางถึงสูง (13-36 คะแนน) หากพบว่าผู้ป่วยมีคะแนนทักษะการจัดการความเครียดน้อยกว่า 13 คะแนน ผู้วิจัยจะประเมินผลร่วมกับผู้ป่วยว่าเกิดจากสาเหตุใด และพิจารณาแก้ไขตามสาเหตุนั้นจนผู้ป่วยมีคะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรมการจัดการความเครียดร่วมกับโยคะ ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยนำโปรแกรมการจัดการความเครียดร่วมกับโยคะ ที่พัฒนาขึ้นในลักษณะของแผนกิจกรรมในโปรแกรมการจัดการความเครียดร่วมกับโยคะ ไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ให้เหมาะสม และมีความสอดคล้องกับการศึกษา จากนั้นนำเครื่องมือไปตรวจสอบคุณภาพโปรแกรม ด้วยการหาความตรงของเนื้อหา โดยนำฉบับที่แก้ไขตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาแล้ว ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย ดังนี้

- 1) จิตแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทจำนวน 1 ท่าน
- 2) พยาบาลปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 3 ท่าน
- 3) อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 1 ท่าน

หลังจากนั้นทำการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) และการใช้ภาษา ภายหลังจากการแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ เมื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะแล้ว จึงนำมาปรับปรุงแก้ไขตามที่คุณวุฒิได้เสนอแนะให้สมบูรณ์ ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อให้เกิดความครอบคลุมของเนื้อหาในกิจกรรม รวมทั้งความถูกต้องเหมาะสมของภาษาอีกครั้งก่อนนำไปใช้จริง

2. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินอาการทางจิตฉบับภาษาไทย เครื่องมือกำกับการทดลอง คือ แบบประเมินทักษะการจัดการความเครียดของพรทิพย์ ไชสะอาด (2555) ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย จิตแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทจำนวน 1 ท่าน พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 3 ท่าน และอาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 1 ท่าน ทำการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) แล้วนำมาหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ซึ่งใช้เกณฑ์ $> .8$ (Davis, 1992 อ้างใน บุญใจ ศรีสถิตวรางกูร, 2553) โดยผู้ทรงคุณวุฒิให้คะแนนความสอดคล้อง เป็นระดับ 1 - 4 คะแนน สอดคล้องมาก = 4 คะแนน ค่อนข้างสอดคล้อง = 3 คะแนน สอดคล้องน้อย = 2 คะแนน และไม่สอดคล้อง = 1 คะแนน และเขียนข้อเสนอแนะเติมลงในช่องว่างที่เว้นไว้ในแต่ละข้อ โดยการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (CVI: Content Validity Index) ถู้อ้างอิงตามผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นสอดคล้องกัน ค่าที่ยอมรับได้คือ .80 ขึ้นไป ซึ่งผู้วิจัยได้คำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) จากสูตรดังนี้ (Polit and Hunger, 1999)

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนให้คะแนนความสอดคล้องในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

จากการคำนวณ พบว่าแบบประเมินทักษะการจัดการความเครียด มีดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1.0 ดังนั้นเครื่องมือชุดนี้จึงมีความตรงตามเนื้อหาผ่านเกณฑ์ ซึ่งผู้วิจัยได้ปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือชุดนี้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา ดังนี้

3. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ด้วยการนำเครื่องมือทุกชุดไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีลักษณะใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ซึ่งไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ซึ่งค่าที่ยอมรับได้ คือ .80 ขึ้นไป

การดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยแบ่งการดำเนินการทดลองออกเป็น 3 ระยะ คือ

- 1) ระยะเตรียมการทดลอง
- 2) ระยะดำเนินการทดลอง
- 3) ระยะรวบรวมข้อมูล

โดยมีรายละเอียดในแต่ละขั้นตอน ดังนี้

1.ระยะเตรียมการทดลอง มีขั้นตอนการดำเนินการศึกษา เพื่อให้สามารถดำเนินการวิจัยได้อย่างถูกต้องและได้ผลการวิจัยที่มีความน่าเชื่อถือ ผู้วิจัยจึงต้องมีความพร้อมในการดำเนินการวิจัย โดยการเตรียมตัว ดังนี้

1.1 ผู้วิจัยได้เตรียมความพร้อมของผู้วิจัยในด้านองค์ความรู้ แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการจัดการความเครียด ได้ผ่านการฝึกอบรมการทำกลุ่มกิจกรรมบำบัดต่างๆสำหรับผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช ฝึกอบรมเทคนิคการผ่อนคลายความเครียดด้วยโยคะ ได้ฝึกการทำกลุ่มกิจกรรมบำบัดต่างๆกับผู้ป่วยจิตเวช ฝึกทักษะการจัดการความเครียดแก่ผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม จากการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยจิตเวช สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2552-2561 นอกจากนี้ผู้วิจัยยังได้ทำการศึกษาค้นคว้าเพิ่มเติมเกี่ยวกับการบำบัดทางจิตสังคมตามแนวทางของโปรแกรมการจัดการความเครียด

1.2 ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมในเรื่องการศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความเครียด และเข้าร่วมอบรมความรู้ภาคทฤษฎี และภาคปฏิบัติที่เกี่ยวข้องใน

เรื่องการออกกำลังกายด้วยโยคะ รวมถึงการขอคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อให้การศึกษา
ดำเนินการไปในทางที่ถูกต้อง

1.3 ผู้วิจัยจัดทำแผนการดำเนินการศึกษา และการเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา
ได้แก่

- 1) โปรแกรมการจัดการความเครียดร่วมกับโยคะ
- 2) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
- 3) แบบประเมินอาการทางจิต Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)
ฉบับภาษาไทย
- 4) แบบประเมินทักษะการจัดการความเครียด

1.4 ผู้วิจัยยื่นเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ ต่อคณะกรรมการบริหารคณะ
พยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พิจารณา

1.5 ผู้วิจัยเตรียมสถานที่ในการดำเนินการทดลอง โดยติดต่อประสานงานกับ
ผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา เพื่อแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการ วัตถุประสงค์ใน
การวิจัย ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย
และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล ส่งโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ ที่ผ่านความเห็นชอบจากคณะ
กรรมการบริหารคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมการ
วิจัยในมนุษย์ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา

1.6 เมื่อผ่านการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สถาบันจิตเวช
ศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยาแล้ว ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้าหน่วยงาน
การพยาบาลผู้ป่วยในและแผนกผู้ป่วยนอก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา เพื่อขออนุญาตทำ
การวิจัย และเก็บรวบรวมข้อมูล โดยทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อม
โครงร่างวิทยานิพนธ์ และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ถึงหัวหน้าการพยาบาล หัวหน้าหน่วยงานการ
พยาบาลผู้ป่วยในและแผนกผู้ป่วยนอก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา เพื่อแจ้งรายละเอียด
เกี่ยวกับวิธีดำเนินการวิจัย ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง วัน เวลา สถานที่ในการดำเนินการวิจัย และขอ
ความร่วมมือในการทำการวิจัยครั้งนี้

1.7 ผู้วิจัยจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (Matched-pair) เพื่อควบคุมตัว
แปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลกระทบต่อการทำวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ สถานภาพสมรส (กขพร รัตนสมพร, 2556)
และจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยใน (พิเชฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธวาลิก
นานนท์, 2552) โดยใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง 20 คน และทำการจับคู่กลุ่มตัวอย่างในกลุ่ม
ควบคุมที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มทดลองจนครบ 20 คู่ จากนั้นดำเนินการดังนี้

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคุณลักษณะ (Matched-pair) ของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นรายคู่

คู่ที่	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	สถานภาพสมรส	จำนวนครั้งการรักษา ในโรงพยาบาล	สถานภาพสมรส	จำนวนครั้งการรักษา ในโรงพยาบาล
1	คู่	2	คู่	1
2	หม้าย	2	หม้าย	2
3	โสด	2	โสด	3
4	คู่	4	คู่	3
5	หย่า/ร้าง/แยก	2	หย่า/ร้าง/แยก	2
6	โสด	5	โสด	5
7	คู่	6	คู่	6
8	หม้าย	6	หม้าย	6
9	คู่	3	คู่	3
10	คู่	3	คู่	3
11	คู่	5	คู่	5
12	โสด	3	โสด	3
13	โสด	7	โสด	6
14	หม้าย	7	หม้าย	6
15	คู่	3	คู่	3
16	หย่า/ร้าง/แยก	3	หย่า/ร้าง/แยก	3
17	หย่า/ร้าง/แยก	2	หย่า/ร้าง/แยก	2
18	หม้าย	1	หม้าย	1
19	คู่	1	คู่	1
20	หย่า/ร้าง/แยก	2	หย่า/ร้าง/แยก	2

จากตารางที่ 2 พบว่าผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็น สถานภาพสมรสคู่ มากที่สุด กลุ่มละ 8 คนเท่ากัน สถานภาพ โสด ,หย่า/ร้าง/แยก , หม้าย กลุ่มละ 4 คน เท่ากัน ใน กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ที่จำนวนครั้งที่เข้ารับ การรักษาในโรงพยาบาล <5 ครั้ง กลุ่มละ 18 คน และจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 6-10 ครั้ง กลุ่มละ 2 คน

1.8 ก่อนเริ่มการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการจัดการความเครียด 1 สัปดาห์ ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ดังนี้

1) ผู้วิจัยได้นัดหมายผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยนัดผู้ป่วยกลุ่มทดลองในวันแรก และนัดผู้ป่วยกลุ่มควบคุมในวันถัดมา เพื่อให้ผู้ป่วยตอบแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และผู้วิจัยเป็นผู้ประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยก่อนการวิจัย (Pre-test) จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโดยตรงเป็นรายบุคคลและจากการสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยระหว่างการสัมภาษณ์ โดยใช้แบบประเมินอาการทางจิต Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) ฉบับภาษาไทย ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ผู้ป่วยแต่ละคนประมาณ 30-40 นาที

2) ผู้วิจัย ให้ข้อมูลถึงการพยาบาลปกติที่ผู้ป่วยทั้งในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมจะได้รับเมื่อมาติดตามการรักษา ตามนัดที่มารับการตรวจที่หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกจิตเวช

3) ผู้วิจัยให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยกลุ่มทดลอง เกี่ยวกับการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการจัดการความเครียดร่วมกับโยคะ ซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้ให้การบำบัด และมีผู้ช่วยผู้วิจัย 1 คน และหลังจากเสร็จสิ้นการบำบัดทันที จะขอความร่วมมือผู้ป่วยตอบแบบประเมินทักษะการจัดการความเครียด พร้อมทั้งนัดหมายวัน เวลา สถานที่ในการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการจัดการความเครียดร่วมกับโยคะ และมอบตารางในการเข้ารับการบำบัดแต่ละครั้ง

4) ผู้วิจัยให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยกลุ่มควบคุมรายบุคคลตามปัญหาที่พบ และให้คำแนะนำในการดูแลตนเองที่บ้าน เช่น การรับประทานยา การมาตรวจตามนัด การสังเกตอาการเตือนก่อนมีอาการกำเริบ ใช้เวลาในการให้คำแนะนำประมาณ 15-20 นาที

5) ผู้วิจัยให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมว่าในสัปดาห์ที่ 4 ผู้วิจัยจะนัดผู้ป่วยเพื่อมาประเมินอาการทางจิตหลังการทดลอง โดยใช้แบบประเมินอาการทางจิต Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) ฉบับภาษาไทย

2. ระยะดำเนินการทดลอง

2.1 กลุ่มควบคุม

2.1.1 หลังจากกลุ่มตัวอย่าง เช่นยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ซึ่งประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส รายได้ของครอบครัวต่อเดือน ระยะเวลาการเจ็บป่วย และประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยก่อนการวิจัย (Pre-test) โดยใช้แบบประเมินอาการทางจิต Positive and Negative Syndrome Scale (BPRS) ฉบับภาษาไทย

2.1.2 ผู้วิจัยให้ข้อมูลแก่กลุ่มควบคุม ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการให้การพยาบาลตามปกติที่จะได้รับ เมื่อเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในได้แก่ การประเมินอาการผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ การประเมินทางด้านต่างๆของผู้ป่วย การให้คำแนะนำทางด้าน การดูแลสุขภาพ การออกกำลังกายช่วง

เข้า 30 นาที การให้คำปรึกษาตามสภาพปัญหาด้านสุขภาพจิตและจิตเวช การให้สุขภาพจิตศึกษา รายบุคคลและรายกลุ่ม การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะอยู่โรงพยาบาลและเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

2.2 กลุ่มทดลอง

2.2.1 หลังจากกลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ซึ่งประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส รายได้ ของครอบครัวต่อเดือน ระยะเวลาการเจ็บป่วย และประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยก่อนการวิจัย (Pre-test) จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโดยตรงเป็นรายบุคคลและจากการสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วย ระหว่างการสัมภาษณ์ โดยใช้แบบประเมินอาการทางจิต Positive and Negative Syndrome Scale (BPRS) ฉบับภาษาไทย

2.2.2 ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับการพยาบาลปกติและรายละเอียด เกี่ยวกับวิธีการ วัตถุประสงค์ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย

ในขั้นดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างโดยให้กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดร่วมกับโยคะ ดังนี้

1) กลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติในสัปดาห์ ที่ 1- 4 ได้แก่ การประเมินอาการผู้ป่วย ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ การประเมินทางด้านต่างๆของผู้ป่วย การให้คำแนะนำทางการดูแลสุขภาพ การออกกำลังกายช่วงเช้าใช้เวลา 30 นาที การให้คำปรึกษาตามสภาพปัญหาด้านสุขภาพจิต และจิตเวช การให้สุขภาพจิตศึกษารายบุคคลและรายกลุ่ม การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะ อยู่โรงพยาบาลและเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

2) กลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดรวมกับการผ่อนคลายด้วยเทคนิคโยคะ ตามวัน เวลาที่กำหนดไว้ ซึ่งประกอบไปด้วยการดำเนินกิจกรรมแบบกลุ่มจำนวน 9 กิจกรรม ครอบคลุม ทั้งการจัดการกับปัจจัยที่มีผลต่ออาการทางจิต ดำเนินกิจกรรมเป็น 2 ระยะโดยระยะที่ 1 แบบผู้ป่วยใน และ ระยะที่ 2 แบบผู้ป่วยนอก มีระยะเวลาดำเนินการเป็นเวลา 4 สัปดาห์ และให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยกลุ่ม ทดลอง และกลุ่มควบคุมว่าในสัปดาห์ที่ 4 จะนัดผู้ป่วยมาประเมินอาการทางจิตหลังการทดลองโดยใช้ แบบประเมินอาการทางจิต Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) ฉบับภาษาไทย

ตารางที่ 3 กำหนดการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมการจัดการความเครียดร่วมกับโยคะ ต่อความรุนแรงของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภท

กิจกรรม	สัปดาห์ที่	เวลา	
		กลุ่มที่1	กลุ่มที่2
กิจกรรมที่ 1 ให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท อาการทางจิต ความเครียดที่เกิดจากอาการทางจิต และการฝึกโยคะ	1	10.00-12.00น.	13.00-15.00น.
กิจกรรมที่ 2 การเสริมสร้างสุขภาพและความแข็งแรงของร่างกายและการฝึกโยคะ	1	10.00-12.00น.	13.00-15.00น.
กิจกรรมที่ 3 ฝึกทักษะการจัดการกับอาการทางจิตและการฝึกโยคะ	1	10.00-12.00น.	13.00-15.00น.
กิจกรรมที่ 4 ฝึกทักษะการจัดการความเครียดที่เกิดจากการรับประทานยา และการฝึกโยคะ	1	10.00-12.00น.	13.00-15.00น.
กิจกรรมที่ 5 เรียนรู้และฝึกทักษะการแก้ไขปัญหาเฉพาะบุคคล และในชีวิตประจำวัน และการฝึกโยคะ	1	10.00-12.00น.	13.00-15.00น.
กิจกรรมที่ 6 พัฒนาทักษะการสื่อสารและสัมพันธภาพกับผู้อื่น และการฝึกโยคะ	2	10.00-12.00น.	13.00-15.00น.
กิจกรรมที่ 7 เตรียมความพร้อมผู้ป่วยและผู้ดูแลก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล	2	10.00-12.00น.	13.00-15.00น.

กิจกรรม		เวลา	
		กลุ่มที่1	กลุ่มที่2
กิจกรรมที่ 8 โทรศัพท์ติดตาม สอบถามอาการและทบทวน วิธีการจัดการกับความเครียด	3	10.00-12.00น.	13.00-15.00น.
กิจกรรมที่ 9 สรุปผลและ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประโยชน์ที่ได้รับในแต่ละกิจกรรม ร่วมกับ ผู้ป่วยและผู้ดูแล	4	10.00-12.00น.	13.00-15.00น.

ผลที่ได้รับจากการดำเนินกิจกรรมในแต่ละครั้ง มีรายละเอียดโดยสรุป ดังต่อไปนี้

กิจกรรมที่ 1 ให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท อาการทางจิต ความเครียดที่เกิดจากอาการทางจิต

โดยเริ่มด้วยการสร้างสัมพันธภาพ ผู้วิจัย เริ่มต้นด้วยการกล่าวทักทาย สร้างสัมพันธภาพ ด้วยการแนะนำตัวเองและพูดคุยกับผู้ป่วยเรื่องทั่วไป แสดงท่าทีที่เป็นมิตร จริงใจ พร้อมทั้งจะให้การช่วยเหลือ และยอมรับในตัวผู้ป่วย การชี้แจงวัตถุประสงค์ของโปรแกรม ลักษณะของการดำเนินกิจกรรม และประโยชน์ที่จะได้รับ และการผ่อนคลายด้วยเทคนิคโยคะ โดยการผ่อนคลายด้วยเทคนิคโยคะใช้เวลาทั้งหมด 30 นาที และให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท อาการทางจิต ความเครียดที่เกิดจากอาการทางจิต ผลกระทบของความเครียด และแนวทางการจัดการความเครียด ในกิจกรรมพบว่าผู้ป่วยในกลุ่ม มีความไว้วางใจผู้วิจัย และผู้ป่วยด้วยกันเอง ประเมินจากสีหน้ายิ้มแย้ม แจ่มใส ผู้ป่วยมีท่าทีผ่อนคลาย เกิดความคุ้นเคย และเกิดความไว้วางใจกันมากขึ้น ผู้วิจัยให้สมาชิกแนะนำตัว ทำความรู้จักกันภายในกลุ่ม สร้างบรรยากาศที่เป็นกันเอง เพื่อให้สมาชิกในกลุ่มเกิดความไว้วางใจ กล้าที่จะเปิดเผยข้อมูลของตนเอง ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการดำเนินกิจกรรมครั้งต่อไป มีการสนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน กล้าเปิดเผยข้อมูลส่วนตัว และเล่าถึงปัญหาต่างๆของตนกับกลุ่มได้ ผู้ป่วยให้ความร่วมมือกับกิจกรรม ประเมินจากท่าทีสนใจในกิจกรรม และบอกว่าเข้าร่วมกิจกรรมด้วยความเต็มใจ ผู้ป่วยเข้าใจวัตถุประสงค์ของโปรแกรมว่าช่วยให้สามารถจัดการกับความเครียดร่วมกับการออกกำลังกายด้วยโยคะได้อย่างเหมาะสม และทำให้เป็นแนวทางในการลดอาการทางจิต ผู้ป่วยบางคนอาจจะยังพูดคุยน้อย ไม่กล้าแลกเปลี่ยนและแสดงความคิดเห็นในเรื่องของตนเอง แต่ก็ให้ความร่วมมือกับสมาชิกในกลุ่ม ตั้งใจฟังในขณะที่ผู้ป่วยอื่นแสดงความคิดเห็น ยินดีรับทราบไปทำไปงานเรื่องการผ่อนคลายด้วยเทคนิคโยคะ

ผู้วิจัยอธิบาย ชี้แจงวัตถุประสงค์ และข้อตกลงในการดำเนินกิจกรรม รูปแบบกระบวนการในการบำบัด ภูมิศึกษา และระยะเวลา ขั้นตอนในการดำเนินกิจกรรม และการประเมินผล รวมถึงประโยชน์ที่จะได้รับในการเข้าร่วมกิจกรรม และชี้แจงเกี่ยวกับการรักษาความลับในการเข้าร่วมกิจกรรมบำบัด และเปิดโอกาสให้สมาชิกในกลุ่มได้ซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับรูปแบบ และขั้นตอนของการดำเนินกิจกรรม ผู้วิจัยสอนวิธีการจัดการความเครียดด้วยเทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อด้วยโยคะตามใบความรู้ที่ 1/3 เรื่อง เทคนิคการผ่อนคลายความเครียดด้วยโยคะ ใช้ระยะเวลา 30 นาที และให้ผู้ป่วยฝึกเทคนิคการผ่อนคลายที่ได้เรียนรู้ไป

4. ผู้วิจัยนำเข้าสู่เนื้อหากิจกรรมโดยกล่าวถึงความรู้เรื่องโรคจิตเภท อาการทางจิต ความเครียดที่เกิดจากอาการทางจิต ที่เกิดจากอาการทางจิต ความเครียดที่แต่ละคนเคยประสบมาให้ผู้ป่วยแต่ละคนเล่าถึงประสบการณ์ความเครียดของตน และผลกระทบจากความเครียดที่เกิดขึ้น

5. ผู้วิจัยสรุปปัญหาความเครียดของสมาชิกภายในกลุ่มและให้ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุ อาการ และผลกระทบของความเครียดต่อร่างกาย และจิตใจ โดยเฉพาะผลต่ออารมณ์ด้านลบในขณะที่มีความเครียด เช่น อารมณ์โกรธ วิตกกังวล ตามใบความรู้ที่ 1/1 มารู้อัจฉริยะจิตเภทกันเถอะและ ใบความรู้ที่ 1/2 เรื่อง มารู้อัจฉริยะกันเถอะ

6. ให้สมาชิกภายในกลุ่มฝึกสังเกตความตึงเครียดด้านร่างกาย และอารมณ์ด้วยการทำแบบประเมินความเครียดด้วยตนเองตามใบงานที่ 1/1 ได้แก่ แบบประเมินความเครียดด้วยตนเอง ของกรมสุขภาพจิต ผู้วิจัยสรุปผลจากการทำแบบประเมินความเครียด

7. สรุปผลการดำเนินกิจกรรม ให้การบ้านให้ผู้ป่วยกลับไปฝึกเทคนิคการผ่อนคลายด้วยโยคะที่ได้เรียนรู้ไป ตามใบงานที่ 1/2 เรื่อง เทคนิคการผ่อนคลายความเครียดด้วยโยคะ และนัดหมายวันเวลา ในการดำเนินกิจกรรมครั้งต่อไป

กิจกรรมที่ 2 การเสริมสร้างสุขภาวะและความแข็งแรงของร่างกายด้วยการผ่อนคลายด้วยเทคนิคโยคะ กิจกรรมนี้ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการเสริมสร้างสุขภาวะและความแข็งแรงของร่างกาย โดยเริ่มกิจกรรมด้วยการผ่อนคลายด้วยเทคนิคโยคะ หลังจากนั้นให้ความรู้เกี่ยวกับความสำคัญของการนอนหลับพักผ่อน การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การบริโภคอาหารและเครื่องดื่มที่ช่วยส่งเสริมความแข็งแรงของร่างกาย ช่วยสร้างเสริมภาวะสุขภาพและช่วยให้ผู้ป่วยมีความอดทนต่อความเครียด ผู้ป่วยบางคนอาจจะยังพูดคุยน้อย เวลากระตุ้นการแสดงความคิดเห็นร่วมมือดี กล่าวแลกเปลี่ยนและแสดงความคิดเห็นมากขึ้นให้ความร่วมมือกับสมาชิกในกลุ่ม ตั้งใจฟังในขณะที่มีผู้อื่นแสดงความคิดเห็น ไม่มีการแสดงท่าทีเบื่อการทำกิจกรรม

กิจกรรมที่ 3 ฝึกทักษะการจัดการกับอาการทางจิต ผู้ป่วยสามารถบอกได้เกี่ยวกับความหมายของโรคจิตเภท อาการทางจิตได้อย่างถูกต้อง ผู้ป่วยบางคนรับรู้ต่อความเจ็บป่วยที่ดี มีแรงจูงใจต่อการรักษา และการฝึกทักษะการจัดการกับอาการทางจิต ทำให้ผู้ป่วยสามารถสังเกต

อาการนำก่อนอาการกำเริบได้ โดยให้เล่าเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และการจัดการกับอาการทางจิตที่เกิดขึ้นกับตนเองอย่างเหมาะสม สสำรวจอาการทางจิตตนเองได้ โดยให้ผู้ป่วยเล่าถึงอาการทางจิตของตนเองและให้สำรวจอาการทางจิตจากแบบประเมินอาการ พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการทางจิตที่สำคัญ ได้แก่ อาการ หูแว่ว มีความคิดหลงผิดคิดว่าคนรอบข้างพูดถึงตน นินทาตนเองว่าเป็นคนไม่ดี ผู้วิจัยได้ให้ความรู้ เรื่องโรคจิตเภท อาการของโรค และอาการเตือนก่อนอาการกำเริบ พบว่าผู้ป่วยให้ความสนใจ ตั้งใจฟัง มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น และซักถามข้อสงสัยต่างๆเป็นอย่างดี และมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภททั้งด้านสาเหตุ อาการ การรักษา อาการเตือนก่อนอาการกำเริบ ตลอดจนวิธีดูแลตนเองเพื่อไม่ให้อาการกำเริบ ประเมินจากตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วย เช่น

“พี่คิดตลอดว่ามีคนอื่น มานินทา ถามหลาน หลานยังไม่เชื่อเลย พี่เพิ่งเข้าใจแล้วว่าพี่ผิดปกติทางด้านสมอง”

“คนอื่นก็มีอาการหูแว่วเหมือนป่า ป้าคิดว่าเป็นแบบนี้คนเดียวซะอีก”

“ถ้ามีอาการหูแว่วจะรีบมาหาหมอเลย ไม่รอให้ถึงวันนัดหรอกเนาะ”

“เพิ่งรู้ว่าถ้าเครียดมากๆ หรือนอนไม่พอ ทำให้อาการทางจิตกำเริบได้”

กิจกรรมที่ 4 ฝึกทักษะการจัดการความเครียดที่เกิดจากการรับประทานยา เริ่มจากการให้ผู้ป่วยเล่าถึงประสบการณ์ในการรับประทานยารักษาอาการทางจิต พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่รับประทานยาตามที่แพทย์สั่ง แต่อาจรับประทานไม่ตรงเวลาหรือลืมบางมื้อ มีความเข้าใจความสำคัญของยาเพียงบางส่วน เช่น เพื่อช่วยให้นอนหลับได้ ช่วยคลายความเครียด ช่วยแก้อาการหูแว่ว เป็นต้น มีเพียงผู้ป่วยบางคนที่ไม่รับประทานยาต่อเนื่อง และหยุดยาเองเมื่อคิดว่าตนเองหายแล้ว จากการให้ความรู้เรื่องยารักษาอาการทางจิต พบว่าผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความสำคัญของการรับประทานยา รับประทานยาอย่างถูกวิธีมากขึ้น ประเมินจากตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วย เช่น

“ยาต้านอาการทางจิต ก็เหมือนยาเบาหวานที่พี่กินอยู่ ก็ต้องกินไปตลอดเหมือนกัน”

“ต่อไปนี้จะกินยาเป็นเวลา ไม่กินตามมื้ออาหารแล้ว เพราะกินข้าวไม่เป็นเวลา”

“จะไม่หยุดยาเองแล้วครับ ถ้าอาการกำเริบ อาการหนักกว่าเดิมจะยิ่งรักษายาก”

หลังจากนั้นให้ผู้ป่วยเล่าถึงประสบการณ์การได้รับอาการข้างเคียงจากยา และสำรวจอาการข้างเคียงจากยา พบว่า ผู้ป่วยทุกคนได้รับผลข้างเคียงจากยา แต่ระดับความรุนแรงแตกต่างกันไป ที่พบบ่อย ได้แก่ คอแห้ง ท้องผูก มือสั่น ง่วงนอน หิวบ่อย กินเก่ง น้ำหนักขึ้น จากการให้ความรู้เกี่ยวกับอาการข้างเคียงจากยา และการจัดการอาการข้างเคียง พบว่าผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการข้างเคียงของยา และสามารถบอกวิธีการจัดการกับอาการข้างเคียงจากยาได้มากขึ้น เมื่อมีอาการผู้วิจัยสามารถประเมินจากตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วย เช่น

“เพิ่งรู้ว่าอาการข้างเคียงจากยา กับอาการแพ้ยาคนละอย่างกัน”

“ยาทำให้หิวบ่อย กินเก่งขึ้น ต้องกินผักผลไม้เยอะๆไม่กินพวกแป้ง ไขมันเยอะ”

“กินยาแล้วถ้า่วงมาก ก็ต้องนอนพักก่อน ไม่ฝืนขับรถ”

“ถ้ามีอาการมือสั่น คอแข็งๆ ก็มาบอกหมอ ไม่หยุดยาเอง”

กิจกรรมที่ 5 เรียนรู้และฝึกทักษะการแก้ไขปัญหาเฉพาะบุคคลและในชีวิตประจำวัน เริ่มกิจกรรมด้วยการผ่อนคลายด้วยเทคนิคโยคะ หลังจากนั้นผู้วิจัยนำเข้าสู่เนื้อหากิจกรรมโดยให้ผู้ป่วยแต่ละคนเล่าปัญหาในชีวิตประจำวัน โดยเฉพาะปัญหาด้านการเงินและเวลา รวมทั้งวิธีการจัดการกับปัญหาที่ผู้ป่วยใช้ โดยผู้วิจัยสรุปประเด็นที่สมาชิกเล่า และฝึกทักษะในการแก้ปัญหาในชีวิตประจำวัน ฝึกแนวทางในการบริหารจัดการด้านการเงินและเวลาโดยการวางแผนการใช้จ่ายเงิน การทำบัญชีรายรับรายจ่าย ฝึกวางแผนการทำกิจกรรม โดยการทำตารางเวลาการทำกิจกรรม จากการทำเนิกรวิจย ผู้ป่วยสามารถบอกวิธีการที่ได้เรียนรู้ ไปปรับใช้ในชีวิตประจำวันได้ สามารถบอกแนวจัดการกับความเครียดอย่างเหมาะสม ช่วยให้มีทักษะการแก้ไขปัญหา รวมทั้งการบริหารจัดการด้านการเงินและเวลาที่เหมาะสม ผู้วิจัยสามารถประเมินจากตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วย เช่น

“ทีนี้เรารู้แล้ว ว่าต้องใช้เงินยังไง ไม่ฟุ่มเฟือยแล้ว”

“ได้ฟังแบบนี้แล้ว ป้าต้องเริ่มเก็บเงินไว้ใช้ยามแก่แล้วนะเนี่ยะ”

“หลังออกโรงพยาบาลไป พี่ต้องทำบัญชีรายรับรายจ่ายบ้างแล้ว จะได้มีตังค์เก็บ เวลาจะซื้อของใช้จะได้ซื้อ”

ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยฝึกทักษะการแก้ปัญหาเป็นลำดับ โดยผู้ป่วยและผู้วิจัยเลือกสถานการณ์ที่เป็นปัญหาในชีวิตประจำวันของกลุ่ม ใ้บทบาทสมมติให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติตามวิธีการที่ได้เรียนรู้ไป ผู้ป่วยสามารถบอกวิธีการแก้ปัญหาชีวิตประจำวันได้อย่างถูกต้อง

กิจกรรมที่ 6 พัฒนาทักษะการสื่อสารและสัมพันธภาพกับผู้อื่น เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทมักมีความพร่องด้านการสื่อสาร การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบมักแยกตัวอยู่ตามลำพัง ไม่มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ส่วนผู้ป่วยที่มีอาการทางด้านบวกโดยเฉพาะอาการประสาทหลอนและหวาดระแวง ทำให้ผู้ป่วยมีการแสดงออกที่ไม่เหมาะสมต่อผู้อื่น ส่งผลให้ผู้อื่นแสดงท่าทีที่ไม่เป็นมิตร หรือตีเถียนผู้ป่วย จึงเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความเครียด และเป็นสิ่งกระตุ้นให้อาการทางจิตกำเริบได้ กิจกรรมนี้ช่วยให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญ และประโยชน์ของการสื่อสาร ส่งเสริมให้มีความรู้ความเข้าใจถึงแนวทางในการติดต่อสื่อสารและการแสดงออกกับผู้อื่นอย่างเหมาะสม เริ่มกิจกรรมด้วยการผ่อนคลายด้วยเทคนิคโยคะ และฝึกทักษะการสื่อสารและการแสดงออกกับผู้อื่นอย่างเหมาะสม ได้แก่ การสื่อสารทางบวก การสื่อสารทางลบ การดำรงและรักษามิตรภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใช้ทักษะด้านการสื่อสารอย่างเหมาะสม และช่วยให้ผู้ป่วยจัดการกับความเครียดที่เกิดจากการสื่อสารและการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นได้

หลังเสร็จสิ้นกิจกรรมที่ 6 ทันที ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยกลุ่มทดลองทำแบบประเมินทักษะการจัดการความเครียดด้วยตนเอง ใช้เวลาในการทำแบบประเมิน ประมาณ 15 นาที จากนั้นผู้วิจัยได้รวบรวม

คะแนนจากแบบประเมินของผู้ป่วยแต่ละคน ซึ่งพบว่าคะแนนทักษะการจัดการความเครียดของผู้ป่วย กลุ่มทดลองทุกคนผ่านเกณฑ์ที่กำหนดไว้ คือ มีคะแนนทักษะการจัดการความเครียดในระดับปานกลางถึงสูง (13-36 คะแนน) จึงสรุปได้ว่าผู้ป่วยในกลุ่มทดลองทุกคนได้รับการบำบัดตามกิจกรรมในโปรแกรมการจัดการความเครียดร่วมกับโยคะอย่างครบถ้วนและมีประสิทธิภาพ

กิจกรรมที่ 7 เตรียมความพร้อมผู้ป่วยและผู้ดูแลก่อนการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
สรุปผลและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประโยชน์ที่ได้รับในแต่ละกิจกรรม ผู้วิจัยให้ความรู้และสอนทักษะการสื่อสาร และสัมพันธภาพภายในครอบครัว ให้ข้อมูลเกี่ยวกับความจำเป็นของการสื่อสารที่ดี เพราะการสื่อสารนั้น จะช่วยส่งผลต่อความรุนแรงของอาการทางจิตของผู้ป่วย การสื่อสารที่ดีจะช่วยลดปัญหาระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล ซึ่งจะช่วยลดการเกิดความขัดแย้งในครอบครัว ที่จะส่งผลทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการทางจิตกำเริบได้

ผู้วิจัยได้ตกลงบริการกับผู้ดูแลและผู้ป่วย ในการโทรศัพท์ติดตามผลการฝึกการผ่อนคลายด้วยเทคนิคโยคะของผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้าน และประเมินอาการของผู้ป่วยในการดูแลตนเองเพื่อที่จะช่วยป้องกันการเกิดอาการทางจิตที่กำเริบ ผู้ดูแลมีความสนใจและยินดีให้ความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรม ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถบอกวิธีการฝึก และสามารถออกกำลังกายด้วยโยคะ และสามารถบอกแนวทางวิธีการจัดการกับปัญหา และอุปสรรคที่เกิดขึ้นอาจเกิดกับการฝึกได้

ระยะที่ 2 แบบผู้ป่วยนอก ประกอบด้วย

กิจกรรมที่ 8 โทรศัพท์ติดตามสอบถามอาการและทบทวนวิธีการจัดการกับความเครียด
 และเสริมสร้างแรงจูงใจในการฝึกการผ่อนคลายความเครียดด้วยการผ่อนคลายด้วยเทคนิคโยคะ ด้วยตนเองตามคู่มือการฝึกโยคะ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง เริ่มด้วยการโทรศัพท์ติดตามสอบถามอาการ โดยผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพ ด้วยการแนะนำตัวเองทางโทรศัพท์ สอบถามอาการ และพูดคุยด้วยบรรยากาศและน้ำเสียงที่เป็นมิตร เพื่อสร้างความคุ้นเคย หลังจากนั้น ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกิดความไว้วางใจกับผู้วิจัย จำเสียงผู้วิจัยได้ สอบถามกลับมา ถามว่า “พยาบาลสบายดีไหม” หลังจากนั้นผู้วิจัย ทบทวนวิธีการจัดการกับความเครียดของผู้ป่วย และเสริมสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยในการฝึกการผ่อนคลายด้วยโยคะด้วยตนเองตามคู่มือสำหรับผู้ป่วย ผู้ดูแลแจ้งว่า ผู้ป่วยชอบที่จะออกกำลังกายด้วยโยคะ เพราะทำง่าย ทำได้เองที่บ้าน เวลาว่างๆก็ทำได้ ทำแล้วรู้สึกดี สบายตัว เมื่อผู้วิจัยสอบถามอาการทางจิตจากผู้ดูแล แจ้งว่า อาการปกติดี ผู้ป่วยรับประทานยาต่อเนื่อง สม่าเสมอ ไม่มีอาการหิวแหว่หรืออาการผิดปกติอื่นๆ หลังจากนั้นผู้วิจัยทบทวนวันนัดพบแพทย์ ให้ข้อมูลการมาแพทย์ตามนัด นัดหมายวัน เวลา ในการดำเนินกิจกรรมครั้งต่อไป ผู้ดูแลรับฟังคำแนะนำ เข้าใจคำแนะนำ สามารถบอกวันที่แพทย์นัดได้ถูกต้อง

กิจกรรมที่ 9 สรุปผลและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประโยชน์ที่ได้รับในแต่ละกิจกรรม ร่วมกับผู้ป่วยและผู้ดูแล

ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและผู้ดูแลในวันที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัด ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความไว้วางใจและยินยอมเปิดเผยข้อมูล ผู้ป่วยและผู้ดูแลรับทราบวัตถุประสงค์การดำเนินกิจกรรม และสามารถสรุปประโยชน์ที่ได้รับในแต่ละกิจกรรมอย่างสั้นๆได้ ผู้วิจัยประเมินอาการทางจิตโดยใช้แบบประเมินอาการทางจิต Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) ฉบับภาษาไทย ผู้ป่วยสามารถตอบข้อซักถามได้ดี ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยสามารถบอกเกี่ยวกับสาเหตุ อาการ และผลกระทบของความเครียดที่ส่งผลต่ออาการทางจิตได้ ผู้ป่วยสามารถใช้เทคนิคการผ่อนคลายความเครียดด้วยโยคะได้อย่างเหมาะสม และถูกต้อง เมื่อผู้วิจัยชี้แจงให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลทราบวัตถุประสงค์การดำเนินกิจกรรม สรุปผล และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประโยชน์ที่ได้รับในแต่ละกิจกรรม พร้อมทั้งประเมินทักษะการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล พบว่าผู้ป่วยและผู้ดูแลมีการสื่อสารที่ดีต่อกัน ผู้ป่วยและผู้ดูแล มีความเข้าใจผลกระทบของความเครียดที่ส่งผลต่ออาการทางจิต มีมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดการความเครียดได้อย่างถูกต้อง ผู้ป่วยสามารถบอกวัตถุประสงค์ และประโยชน์ที่จะได้รับในการเข้าร่วมกิจกรรม บอกเกี่ยวกับสาเหตุ อาการ และผลกระทบของความเครียดได้ เมื่อแจ้งสิ้นสุดระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม

ตารางที่ 4 คะแนนทักษะการจัดการความเครียดของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียด (n=20)

คนที่	คะแนนทักษะการจัดการ ความเครียด	แปลผล
1	22	ระดับปานกลาง
2	21	ระดับปานกลาง
3	22	ระดับปานกลาง
4	24	ระดับปานกลาง
5	23	ระดับปานกลาง
6	22	ระดับปานกลาง
7	16	ระดับปานกลาง
8	24	ระดับปานกลาง
9	25	ระดับสูง
10	23	ระดับปานกลาง

คนที่	คะแนนทักษะการจัดการ ความเครียด	แปลผล
11	20	ระดับปานกลาง
12	23	ระดับปานกลาง
13	25	ระดับสูง
14	24	ระดับปานกลาง
15	23	ระดับปานกลาง
16	25	ระดับสูง
17	26	ระดับสูง
18	19	ระดับปานกลาง
19	24	ระดับปานกลาง
20	24	ระดับปานกลาง

จากตารางที่ 4 พบว่าคะแนนทักษะการจัดการความเครียดของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดร่วมกับโยคะ ทุกคนมีคะแนนผ่านเกณฑ์ที่กำหนดไว้ คือมีคะแนนทักษะการจัดการความเครียดในระดับปานกลางถึงสูง (13-36 คะแนน)

3. ระยะเวลารวบรวมข้อมูล

3.1 ก่อนดำเนินการกิจกรรมตามโปรแกรม 1 สัปดาห์ ผู้วิจัยนำกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เพื่อประเมินความรุนแรงของอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนการวิจัย (Pre-test) โดยใช้แบบประเมินอาการทางจิต Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) ฉบับภาษาไทย

3.2 หลังเสร็จสิ้นการดำเนินการกิจกรรมตามโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 4 ซึ่งเป็นวันที่ผู้วิจัยพบผู้ป่วยและญาติในวันที่มาพบแพทย์ตามนัด ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองทำแบบประเมินกำกับการทดลองทันที หลังเสร็จสิ้นการดำเนินการกิจกรรมตามโปรแกรม คือในสัปดาห์ที่ 4 ผู้วิจัยได้นำกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเพื่อประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยหลังการวิจัย (Post-test) ซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้ประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยรายบุคคล จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโดยตรง และจากการสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยระหว่างการสัมภาษณ์ โดยใช้แบบประเมินอาการทางจิต Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) ฉบับภาษาไทย ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ผู้ป่วยแต่ละคนประมาณ 20-30 นาที และแจ้งให้กลุ่มทดลองทราบว่าสิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่างการวิจัยแล้ว พร้อมแสดงความขอบคุณผู้ป่วยและผู้ดูแลที่ให้ความร่วมมือ

3.3 ผู้วิจัยตรวจสอบข้อมูลและความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม นำข้อมูลไปวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์นำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้ มาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป การวิเคราะห์ข้อมูลมีดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง นำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย และร้อยละ
2. เปรียบเทียบคะแนนความรุนแรงของอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดร่วมกับการผ่อนคลายด้วยเทคนิคโยคะ โดยใช้สถิติทดสอบที (Paired t-test)
3. เปรียบเทียบคะแนนความรุนแรงของอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดร่วมกับการผ่อนคลายด้วยเทคนิคโยคะ กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติทดสอบที (Independent t-test)
4. กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ .05





ภาพที่ 2 สรุปขั้นตอนการดำเนินการทดลอง

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดร่วมกับโยคะ ต่อความรุนแรงของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทหญิง โดยเปรียบเทียบความรุนแรงของอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทหญิงในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทหญิงที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดร่วมกับโยคะ กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ซึ่งเข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยในที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา จำนวน 40 คน ซึ่งถูกจับคู่ (Matched-pair) ให้มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันในเรื่อง สถานภาพสมรส และจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยใน และถูกสุ่มเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน โดยมีการวัดความรุนแรงของอาการทางจิตของผู้ป่วย จิตเภทก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest control group design)

สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยาย โดยนำเสนอรายละเอียดตามลำดับ ดังนี้

ตอนที่ 1 ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบความรุนแรงของอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทหญิงก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบความรุนแรงของอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทหญิง ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 5 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพ และระดับการศึกษา

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		รวม (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
หญิง	20	100.00	20	100.00	40	100
อายุ						
20 - 29 ปี	4	20.00	3	15.00	7	17.50
30 - 39 ปี	9	45.00	6	30.00	15	37.50
40 - 49 ปี	7	35.00	8	40.00	15	37.50
50 - 59 ปี	-	-	3	15.00	3	7.50
	Max 53	Min 20		Mean 38.4		SD 7.99
สถานภาพ						
โสด	4	20.00	4	20.00	8	20.00
คู่	8	40.00	8	40.00	16	40.00
หม้าย	4	20.00	4	20.00	8	20.00
หย่า/ร้าง/แยก	4	20.00	4	20.00	8	20.00
ระดับการศึกษา						
ไม่ได้เรียน	-	-	4	20.00	4	10.00
ประถมศึกษา	6	30.00	5	25.00	11	27.50
มัธยมศึกษาตอนต้น	6	30.00	2	10.00	8	20.00
มัธยมศึกษาตอนปลาย	5	25.00	6	30.00	11	27.50
ปริญญาตรี	3	15.00	3	15.00	6	15.00

จากตารางที่ 5 พบว่าผู้ป่วยจิตเภททั้งหมดในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เป็นเพศหญิงทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 100 ตามเกณฑ์การคัดเลือก กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 30-39 ปี คิดเป็นร้อยละ 45 กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 40-49 ปี คิดเป็นร้อยละ 40 อายุสูงสุด คือ 53 ปี อายุต่ำสุด 20 ปี อายุเฉลี่ยทั้งหมด 38.4 ปี ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ คิดเป็น ร้อยละ 40 ทั้งสองกลุ่ม และในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีการศึกษาในอยู่ในระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษาตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 30 เท่ากัน และในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษาตอนปลาย คิดเป็นร้อยละ 27.50 เท่ากัน

ตารางที่ 6 จำนวน และร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาการเจ็บป่วย และจำนวนครั้งการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		รวม (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ						
ไม่มี	11	55.00	8	40.00	19	47.50
รับจ้าง	8	40.00	5	25.00	13	32.50
ค้าขาย / ธุรกิจส่วนตัว	1	5.00	4	20.00	5	12.50
เกษตรกรกรรม	-	-	3	15.00	3	7.50
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน						
น้อยกว่า 3,000	12	60.00	9	45.00	21	52.50
3,001-6000	6	30.00	1	5.00	7	17.50
6,001-9000	2	10.00	5	25.00	7	17.50
9001-12,000	-	-	2	10.00	2	5.00
มากกว่า12,000	-	-	3	15.00	3	7.50
ระยะเวลาการเจ็บป่วย						
≤5 ปี	17	85.00	9	45.00	26	65.00
6-10ปี	3	15.00	11	55.00	14	35.00
จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล						
≤5 ครั้ง	18	90.00	18	90.00	36	90.00
6-10 ครั้ง	2	10.00	2	10.00	2	10.00

จากตารางที่ 6 พบว่าผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่ไม่มีอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 55 และร้อยละ 47.50 ตามลำดับ และในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมประกอบอาชีพรับจ้างเป็นลำดับที่ 2 คิดเป็นร้อยละ 40 และร้อยละ 32.50 ตามลำดับ มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน <3,000 บาท ทั้งสองกลุ่ม คิดเป็นร้อยละ 60 และ 52.5 ตามลำดับ กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเจ็บป่วย ≤5 ปี คิดเป็นร้อยละ 85 และในกลุ่มควบคุม ผู้ป่วยมีระยะเวลาการเจ็บป่วย 6-10ปี คิดเป็นร้อยละ 55 และส่วนใหญ่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ≤5 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 90 เท่ากันทั้งสองกลุ่ม

ตารางที่ 7 ตารางเปรียบเทียบคะแนนความรุนแรงของอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทหญิง ในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดร่วมกับโยคะ และกลุ่มควบคุม (n=20)

คู่ที่	กลุ่มทดลอง						กลุ่มควบคุม			
	ก่อนทดลอง(n=20)			หลังทดลอง(n=20)			ก่อนทดลอง(n=20)		หลังทดลอง(n=20)	
	คะแนน	ระดับ	อาการ	คะแนน	ระดับ	อาการ	คะแนน	ระดับ	อาการ	
1	59	ปานกลาง		30	เล็กน้อย		49	ปานกลาง	50	ปานกลาง
2	55	ปานกลาง		37	ปานกลาง		46	ปานกลาง	39	ปานกลาง
3	52	ปานกลาง		37	ปานกลาง		46	ปานกลาง	49	ปานกลาง
4	54	ปานกลาง		30	เล็กน้อย		43	ปานกลาง	43	ปานกลาง
5	46	ปานกลาง		30	เล็กน้อย		46	ปานกลาง	44	ปานกลาง
6	41	ปานกลาง		36	ปานกลาง		45	ปานกลาง	46	ปานกลาง
7	49	ปานกลาง		19	เล็กน้อย		42	ปานกลาง	38	ปานกลาง
8	49	ปานกลาง		46	ปานกลาง		50	ปานกลาง	39	ปานกลาง
9	46	ปานกลาง		40	ปานกลาง		47	ปานกลาง	41	ปานกลาง
10	48	ปานกลาง		41	ปานกลาง		47	ปานกลาง	52	ปานกลาง
11	51	ปานกลาง		36	ปานกลาง		45	ปานกลาง	47	ปานกลาง
12	43	ปานกลาง		39	ปานกลาง		46	ปานกลาง	44	ปานกลาง
13	51	ปานกลาง		30	เล็กน้อย		45	ปานกลาง	45	ปานกลาง
14	42	ปานกลาง		37	ปานกลาง		48	ปานกลาง	46	ปานกลาง
15	52	ปานกลาง		24	เล็กน้อย		46	ปานกลาง	45	ปานกลาง
16	44	ปานกลาง		37	ปานกลาง		43	ปานกลาง	43	ปานกลาง
17	43	ปานกลาง		37	ปานกลาง		48	ปานกลาง	37	ปานกลาง
18	44	ปานกลาง		30	เล็กน้อย		40	ปานกลาง	39	ปานกลาง
19	50	ปานกลาง		45	ปานกลาง		51	ปานกลาง	44	ปานกลาง
20	41	ปานกลาง		45	ปานกลาง		46	ปานกลาง	46	ปานกลาง

จากตารางที่ 7 พบว่าคะแนนความรุนแรงของอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท ในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดร่วมกับโยคะ ทุกคนมีคะแนนลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดร่วมกับโยคะ และคะแนนสูงสุดในกลุ่มทดลอง เท่ากับ 46 คะแนน รองลงมา เท่ากับ 45 คะแนน ส่วนในกลุ่มควบคุม มีผู้ป่วยที่คะแนนความรุนแรงของอาการทางจิต เพิ่มขึ้น จำนวน 5 คน ซึ่งมีคะแนนสูงสุด 52 คะแนน รองลงมาคือ 50 คะแนน

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนความรุนแรงของอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทหญิง ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Paired t - test)

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของอาการทางจิตโดยรวม ของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง (n=40)

เปรียบเทียบคะแนน						
ความรุนแรงของอาการทางจิต	Mean	S.D.	ระดับ	df	t	p-value
กลุ่มทดลอง (n=20)						
ก่อนการทดลอง	48	5.06	ปานกลาง			
				19	5.80	<.00
หลังการทดลอง	35.3	6.96	เล็กน้อย			
กลุ่มควบคุม (n=20)						
ก่อนการทดลอง	45.95	2.65	ปานกลาง			
				19	2.16	.04
หลังการทดลอง	43.85	4.09	เล็กน้อย			

จากตารางที่ 8 พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลองและหลังมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งสองกลุ่ม คะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของอาการทางจิตโดยรวมของผู้ป่วยจิตเภท ในกลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดร่วมกับโยคะ เท่ากับ 48 และหลังจากได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดร่วมกับโยคะ เท่ากับ 35.5 ผลการเปรียบเทียบทางสถิติ พบว่าหลังการทดลอง คะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของอาการทางจิตโดยรวมของผู้ป่วยจิตเภทต่ำกว่าคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนความรุนแรงของอาการทางจิตโดยรวมของผู้ป่วยจิตเภท หญิง
ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง (Independent t - test)

ตารางที่ 9 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของอาการทางจิตโดยรวมของผู้ป่วยจิตเภท
ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง (n=40)

คะแนนเฉลี่ยของ							
ความรุนแรงของ	\bar{x}	S.D.	ระดับ	df	t	p	
อาการ							
ทางจิตโดยรวม							
ก่อนการทดลอง							
กลุ่มทดลอง	48.00	5.05	ปานกลาง				
กลุ่มควบคุม	45.95	2.64	ปานกลาง				
				28.67	1.61	.12	
หลังการทดลอง							
กลุ่มทดลอง	35.30	6.96	เล็กน้อย				
กลุ่มควบคุม	43.85	4.09	ปานกลาง				
				30.75	-4.74	.00	

จากตารางที่ 9 พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของอาการทางจิตโดยรวม ของผู้ป่วยจิตเภท
ก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน แต่ภายหลังการทดลอง พบว่า
คะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่
ระดับ .05 โดยคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่ง
สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2 ของการวิจัย คือ ความรุนแรงของอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่ม
ที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดร่วมกับโยคะ ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดร่วมกับโยคะ ต่อความรุนแรงของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทหญิง ที่แผนกผู้ป่วยในและแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการจัดการความเครียดร่วมกับโยคะ ตัวแปรตาม คือ ความรุนแรงของอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทหญิง

วัตถุประสงค์การวิจัย

- 1) เพื่อเปรียบเทียบความรุนแรงของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทหญิง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดร่วมกับโยคะ
- 2) เพื่อเปรียบเทียบความรุนแรงของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทหญิง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดร่วมกับโยคะ กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

- 1) ความรุนแรงของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทหญิง หลังได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดร่วมกับโยคะ ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดร่วมกับโยคะ
- 2) ความรุนแรงของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทหญิง กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดร่วมกับโยคะ ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) เพศหญิงที่มีอายุระหว่าง 20-59 ปี ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทหญิง ซึ่งได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ที่ได้รับการวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 20 คน โดยกลุ่มตัวอย่างได้จากการเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria)

- 1) มีอายุระหว่าง 20-59 ปี เป็นเพศหญิง
- 2) ผู้ป่วยมีอาการทางจิตในระดับปานกลาง มีคะแนน BPRS > 36-72 คะแนน
- 3) มีคะแนนความเครียดสูงกว่าปกติ (คะแนนจากแบบประเมินความเครียดด้วยตนเองของกรมสุขภาพจิต มากกว่า 18 คะแนน)
- 4) สามารถฟัง พูด อ่านและเขียนภาษาไทยได้
- 5) ยินดีเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ ด้วยโปรแกรม Power Analysis of Sample Size (PASS) (รัตน์ศิริ ทาโต, 2561) จากการศึกษาของ Lee et al. (2006) เรื่อง Effective of a work-Relate Stress Management Program in patients with chronic schizophrenia มาใช้คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้มีอำนาจการทดสอบที่ร้อยละ 80 มีโอกาสเกิดความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 2 เป็นร้อยละ 20 ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 พบว่าขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการในแต่ละกลุ่มคือ 16 คน แต่เพื่อป้องกันการสูญเสียกลุ่มตัวอย่างระหว่างการทดลอง จึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็น กลุ่มละ 20 คน รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดคือ 40 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลองในครั้งนี้ คือโปรแกรมการจัดการความเครียดร่วมกับโยคะ เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัย สร้างขึ้นตามแนวคิดการจัดการความเครียดของ Norman et al. (2002) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเสริมสร้างให้ผู้ป่วยจิตเภทมีทักษะการจัดการความเครียดที่มีประสิทธิภาพ และช่วยลดอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วยการดำเนินกิจกรรมเป็นรายกลุ่ม จำนวน 9 กิจกรรม ใช้ระยะเวลากิจกรรมละ 60-90 นาที ติดต่อกัน 4 สัปดาห์ ได้แก่

ระยะที่ 1 แบบผู้ป่วยใน ประกอบด้วย

กิจกรรมที่ 1 ให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท อาการทางจิต ความเครียดที่เกิดจากอาการทางจิต

กิจกรรมที่ 2 การเสริมสร้างสุขภาวะและความแข็งแรงของร่างกายด้วยการผ่อนคลายด้วยเทคนิคโยคะ

กิจกรรมที่ 4 ฝึกทักษะการจัดการความเครียดที่เกิดขึ้นจากการรับประทานยาทางจิต

กิจกรรมที่ 5 เรียนรู้และฝึกทักษะการแก้ไขปัญหาเฉพาะบุคคลและในชีวิตประจำวัน

กิจกรรมที่ 6 พัฒนาทักษะการสื่อสารและสัมพันธภาพกับผู้อื่น

กิจกรรมที่ 7 เตรียมความพร้อมผู้ป่วยและผู้ดูแลก่อนการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ระยะที่ 2 แบบผู้ป่วยนอก ประกอบด้วย

กิจกรรมที่ 8 โทรศัพท์ติดตามสอบถามอาการและทบทวนวิธีการจัดการกับความเครียด

กิจกรรมที่ 9 สรุปผลและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประโยชน์ที่ได้รับในแต่ละกิจกรรม ร่วมกับผู้ป่วยและผู้ดูแล และเพื่อประเมินทักษะการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและญาติ

เครื่องมือชุดนี้ได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพ โดยผู้วิจัยนำโปรแกรมที่สร้างขึ้นซึ่งผ่านความเห็นชอบจากอาจารย์ที่ปรึกษา ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และนำมาปรับปรุงแก้ไขตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิให้ข้อเสนอแนะ จากนั้นนำโปรแกรมไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภท 1 กลุ่ม จำนวน 3 คน เพื่อดูความเป็นไปได้ที่จะนำไปใช้ทำการศึกษาวิจัย และมีการปรับปรุงให้สมบูรณ์อีกครั้งก่อนนำไปใช้จริง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาที่เจ็บป่วย และจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล

2.2 แบบประเมินอาการทางจิตฉบับภาษาไทย Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) ซึ่งเป็นแบบวัดที่พัฒนาขึ้นโดย Overall & Gorham (1962) แปลเป็นฉบับภาษาไทย โดย พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์ (2544) เพื่อใช้ประเมินความรุนแรงอาการทางจิตของผู้ป่วยแต่ละคนซึ่งมีทั้งหมด 18 ข้อ ประกอบด้วย 3 ด้าน โดยแบ่งเป็นด้านอาการทางบวก (Positive) จำนวน 6 ข้อด้านอาการทางลบ (Negative) จำนวน 2 ข้อ และด้านอาการทั่วไป (General Psychopathology) จำนวน 10 ข้อ เครื่องมือเป็นแบบ Likert scale 7 ระดับ เพื่อประเมินความรุนแรงของโรคจิตเภท โดยทั่วไป ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเป็นผู้ประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทโดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโดยตรง และการสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยระหว่างการสัมภาษณ์ ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) 7 ระดับ โดยคะแนนในแต่ละขั้นจะแสดงถึงระดับความรุนแรงของความผิดปกติทางจิตที่เพิ่มขึ้นตามลำดับ

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง

เครื่องมือกำกับการทดลองที่ใช้ในการทดลองครั้งนี้ คือ แบบประเมินทักษะการจัดการความเครียดของพรทิพย์ ไชสะอาด (2555) โดยสร้างขึ้นตามแนวคิดการจัดการความเครียดของ Norman et al. (2002) ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 12 ข้อ ที่ใช้วัดทักษะการจัดการความเครียด 6 ด้าน ตามเนื้อหากิจกรรมในโปรแกรม ได้แก่ ความเครียดและการผ่อนคลายความเครียด การส่งเสริมความแข็งแรงของร่างกาย การจัดการกับอาการทางจิต การจัดการความเครียดที่เกิดจากการ

รับประทานยา 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 และนำข้อมูลที่ได้อามาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) เท่ากับ .80

การดำเนินการทดลอง

1. ระยะเตรียมการทดลอง มีขั้นตอนการดำเนินการ ดังนี้

1.1 ผู้วิจัยได้เตรียมความพร้อมของผู้วิจัยในด้านองค์ความรู้ แนวคิด เอกสารงานวิจัย ทฤษฎีเกี่ยวกับ การจัดการความเครียดและฝึกทักษะการจัดการความเครียดแก่ผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม จากการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยในของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2552-2561 นอกจากนี้ผู้วิจัยยังได้ทำการศึกษาค้นคว้าเพิ่มเติมเกี่ยวข้องกับการบำบัดทางจิตสังคมตามแนวทางของโปรแกรมการจัดการความเครียด และการไปศึกษาการผ่อนคลายกล้ามเนื้อด้วยโยคะทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ

1.2 ผู้วิจัยทำแผนการดำเนินการศึกษาและจัดเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่

1.2.1 ผู้วิจัยสร้างโปรแกรมการจัดการความเครียดร่วมกับโยคะ และเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัย

1.2.2 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

1.2.3 แบบประเมินอาการทางจิตฉบับภาษาไทย (BPRS)

1.2.4 แบบประเมินความเครียดด้วยตนเอง กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

1.2.5 แบบประเมินทักษะการจัดการความเครียดของพรทิพย์ ไชสะอาด (2555)

1.3 ผู้วิจัยยื่นเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ ให้แก่คณะกรรมการบริหารคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยพิจารณา

1.4 ผู้วิจัยเตรียมสถานที่ในการทดลอง โดยติดต่อประสานงานกับสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา เพื่อขอความร่วมมือในการศึกษาวิจัย โดยผู้วิจัยดำเนินการยื่นเอกสารขออนุญาตจากคณะกรรมการบริหารคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมนำเสนอโครงร่างฉบับ

สมบูรณ์และเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาทดลอง เพื่อขออนุมัติในการทำการศึกษา ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา เพื่อขออนุญาตทำการวิจัย และเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากผ่านการอนุมัติคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ผู้วิจัยติดต่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาและขออนุญาตทำการวิจัย ณ หัวหน้าแผนกผู้ป่วยในหญิง คือ หอผู้ป่วยลัดดาวัลย์ หอผู้ป่วยจามจุรี และ หอผู้ป่วยพวงชมพู และติดต่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาและขออนุญาตทำการวิจัย ต่อหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก ของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

1.5 ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยผู้วิจัย จำนวน 1 คน โดยพิจารณาเลือกผู้ช่วยผู้วิจัยที่มีคุณสมบัติเป็นพยาบาลวิชาชีพ มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเวช และผ่านการอบรมทางด้านการพยาบาลเฉพาะทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช เพื่อเป็นผู้ช่วยผู้วิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูล ชี้แจงวัตถุประสงค์ชี้แจงรายละเอียด และช่วยเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และช่วยในการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการจัดการความเครียดร่วมกับโยคะที่เตรียมไว้ ทำหน้าที่สังเกตและจดบันทึกการพัฒนาของกลุ่มวิจัย

1.6 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 40 คน แล้วสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน ตามขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ให้ข้อมูลแก่กลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับการทำวิจัย แจ้งวัตถุประสงค์ ขั้นตอนกระบวนการในการทำวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย และก่อนดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม 1 สัปดาห์ ผู้วิจัยนัดกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เพื่อประเมินความรุนแรงของอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทก่อนการวิจัย (Pre-test) โดยใช้แบบประเมินความรุนแรงของอาการทางจิต Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) ฉบับภาษาไทย แบบประเมินความเครียดด้วยตนเอง กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข และแบบประเมินทักษะการจัดการความเครียดของพรทิพย์ ไชสะอาด (2555) จากนั้น ผู้วิจัยนัดหมายวันเวลา และสถานที่ในการดำเนินตามโปรแกรมการจัดการความเครียดร่วมกับโยคะ

2. ระยะดำเนินการทดลอง

หลังจากผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 40 คน แล้วสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มละ 20 คน ตามขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง จึงได้ดำเนินการทดลอง ดังนี้

2.1 กลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติ ในสัปดาห์ที่ 1-4 ได้แก่ การประเมินอาการกลุ่มตัวอย่างทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ การประเมินทางด้านต่างๆของกลุ่มตัวอย่าง การจัดสิ่งแวดล้อมบำบัด การให้คำแนะนำทางการดูแลสุขภาพ การให้ออกกำลังกายช่วงเช้าใช้เวลา 30 นาที การให้คำปรึกษาตามสภาพปัญหาด้านต่างๆ และการให้คำแนะนำในการดูแลตนเองที่บ้าน และการให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพกลุ่มตัวอย่างแก่ผู้ดูแลก่อนการจำหน่าย

2.2 กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการทดลองโปรแกรมการจัดการความเครียดร่วมกับโยคะ ในผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มทดลองในการวิจัยมีจำนวน 20 คน โดยผู้วิจัยจะแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 10 คน ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรม 9 กิจกรรม ใช้ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม กิจกรรมละ 60-90 นาที ติดต่อกัน 4 สัปดาห์ ที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

3. ระยะเวลารวบรวมข้อมูล

3.1 ก่อนดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม 1 สัปดาห์ ผู้วิจัยนัดกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เพื่อประเมินความรุนแรงของอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทก่อนการวิจัย (Pre-test) โดยใช้แบบประเมินความรุนแรงของอาการทางจิต Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) ฉบับภาษาไทย

ผู้วิจัยนัดกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เพื่อประเมินความรุนแรงของอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทก่อนการวิจัย (Pre-test) โดยใช้แบบประเมินความรุนแรงของอาการทางจิต Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) ฉบับภาษาไทย แบบประเมินความเครียดด้วยตนเอง กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข และจากนั้น ผู้วิจัยนัดหมายวัน เวลา และสถานที่ในการดำเนินตามโปรแกรมการจัดการความเครียดร่วมกับโยคะ

3.2 หลังเสร็จสิ้นการดำเนินโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 4 ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองทำแบบประเมินกำกับการทดลองทันที คือ แบบประเมินทักษะการจัดการความเครียดของพรทิพย์ ไชสะอาด (2555) และประเมินความรุนแรงของอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภททั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการวิจัย (Post-test) โดยใช้แบบประเมินความรุนแรงของอาการทางจิต Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) ฉบับภาษาไทย และแจ้งให้กลุ่มทดลองทราบว่าสิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่างการวิจัยแล้ว พร้อมแสดงความขอบคุณผู้ป่วยและผู้ดูแลที่ให้ความร่วมมือ

3.3 ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบประเมินทุกชุดก่อนนำไปวิเคราะห์ ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติ มีรายละเอียด ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าเฉลี่ย ร้อยละ
2. เปรียบเทียบคะแนนความรุนแรงของอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทหญิง ในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดร่วมกับโยคะ โดยใช้สถิติทดสอบที (Paired t-test)
3. เปรียบเทียบคะแนนความรุนแรงของอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทหญิง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดร่วมกับโยคะ กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติทดสอบที (Independent t-test)
4. กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปผลการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดร่วมกับโยคะ หลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปได้ว่าผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 คือ ความรุนแรงของอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดร่วมกับโยคะ ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดร่วมกับโยคะ

2. หลังการทดลอง พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดร่วมกับโยคะ ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปได้ว่าผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 คือ ความรุนแรงของอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดร่วมกับโยคะ ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

อภิปรายผลการวิจัย ได้ดังนี้

การศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดร่วมกับโยคะ ต่อความรุนแรงของอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทหญิง ผลการวิจัยครั้งนี้สนับสนุนสมมติฐานการวิจัยทั้ง 2 ข้อ กล่าวคือ ข้อที่ 1 ความรุนแรงของอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทหญิง หลังได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดร่วมกับโยคะ ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดร่วมกับโยคะ และข้อที่ 2 ความรุนแรงของอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทหญิง กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดร่วมกับโยคะ ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งผู้วิจัยขออภิปรายผลการศึกษาที่พบดังต่อไปนี้

จากผลการวิจัยที่กล่าวมาข้างต้นสามารถอภิปรายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่สามารถพบได้มากที่สุดอยู่ในช่วงอายุ ระหว่าง 30-39 ปี ซึ่งสอดคล้องกับผู้ป่วยจิตเภทพบมากในช่วงอายุ 15-54 ปี (มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิชย์, 2555) พบว่าสอดคล้องกับแนวคิด Vulnerability-Stress Model (Zubin and Spring, 1977) ที่พบว่าความเครียดสัมพันธ์กับการเกิดอาการทางจิต โดยความเครียดที่เพิ่มขึ้นจะมีผลต่อการกำเริบของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภท ผู้ป่วยบางรายแม้อาการจะดีขึ้นมาก แต่ผู้ป่วยยังคงมีอาการทางจิตกำเริบและรุนแรงขึ้นได้ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2555) ผู้ป่วยบางรายแม้อาการจะดีขึ้นมาก แต่ผู้ป่วยยังคงมีอาการทางจิตกำเริบและรุนแรงขึ้นได้เช่นกัน (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2555)

จากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ พบว่าความรุนแรงของอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทหญิง ลดลงหลังได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดร่วมกับโยคะ และผู้ป่วยสามารถบอกเกี่ยวกับ

โปรแกรมการจัดการความเครียดต่ออาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทพบว่า ความรุนแรงของอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทลดลง หลังได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (พรทิพย์ ไชสะอาด , 2555) และจากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศ พบว่ารูปแบบฝึกผ่อนคลายและออกกำลังกายด้วยโยคะ สามารถลดความรุนแรงของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทได้ (Behere et al.,2011) ซึ่งโยคะเป็นการออกกำลังกายชนิดแอโรบิก ที่ทำให้ร่างกายทุกส่วนได้ออกกำลัง เน้นการเคลื่อนไหวช้าๆ ช่วยชะลอความเสื่อมของอวัยวะทำให้ร่างกายเกิดการผ่อนคลาย ส่งผลทำให้จิตใจสงบ มีสมาธิมากขึ้น ส่งผลทำให้มีความจำดีขึ้น เป็นการบริหารร่างกายและจิตใจไปพร้อมๆกัน การออกกำลังกายด้วยโยคะช่วยกระตุ้นต่อมใต้สมอง และระบบประสาทส่วนกลาง ลดการหลั่งสาร Cortisol และสาร Catecholamine เป็นผลทำให้ช่วยลดการทำงานของประสาท Sympathetic ลดอัตราการเผาผลาญของร่างกาย ทำให้ร่างกายและจิตใจมีการผ่อนคลาย (Khalsa ,2004) นอกจากนี้ยังช่วยลดความวิตกกังวล อาการซึมเศร้า ความโกรธ และอาการหวาดกลัว ส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตดีขึ้น (Kirkwood,2005;Lee et al.,2013) และจากการศึกษาของ Vancampfort et al.(2011) พบว่าการฝึกการผ่อนคลายด้วยโยคะช่วยลดความวิตกกังวลและความเครียดในผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.0001$) และพบว่าเมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิตลดลง ส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Gorzynski et al.,2010 ;Visciglia et al.,2011; Bhatia et al.,2012) จะเห็นได้ว่าโยคะช่วยทำให้เกิดการผ่อนคลาย ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ส่งผลทำให้ช่วยลดความวิตกกังวล และความเครียดในผู้ป่วยจิตเภท ทำให้มีอาการทางจิตลดลง

จากการศึกษาสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิตรุนแรงขึ้น และสาเหตุของความเครียดที่มีในผู้ป่วยจิตเภทได้ ได้แก่ ปัญหาในการดำเนินชีวิตประจำวันโดยเฉพาะด้านการเงิน การเผชิญกับอาการทางจิต การรับประทานยารักษาอาการทางจิต ปัญหาภาวะสุขภาพร่างกาย และปัญหาด้านการสื่อสาร หรือการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ซึ่งปัจจัยเหล่านี้สามารถจัดการได้ ด้วยการเสริมทักษะให้แก่ผู้ป่วย ส่งผลให้ความรุนแรงของอาการทางจิตลดลง และป้องกันการกำเริบของโรค (Norman et al.,2002) เมื่อพิจารณารายละเอียดของกิจกรรมทั้ง 9 กิจกรรมในโปรแกรมการจัดการความเครียดร่วมกับโยคะ พบว่าแต่ละกิจกรรมช่วยเพิ่มทักษะและความสามารถในการจัดการความเครียดของผู้ป่วยจิตเภทได้ และช่วยจัดการกับสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด จนนำไปสู่ออาการทางจิตที่รุนแรงได้ ดังนี้ กิจกรรมให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท อาการทางจิต ความเครียดที่เกิดจากอาการทางจิต เริ่มด้วยการผ่อนคลายด้วยเทคนิคโยคะ ช่วยทำให้ร่างกายผู้ป่วยเกิดการผ่อนคลาย มีจิตสงบ ทำให้มีสมาธิมากขึ้น การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท อาการทางจิต ความเครียดที่เกิดจากอาการทางจิต ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความเครียดทั้งด้านสาเหตุ อาการผลกระทบของความเครียด และแนวทางการจัดการความเครียด เพิ่มความตระหนักถึงความเครียดที่มีต่ออาการทางจิต สามารถจัดการความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ การสอนทักษะการจัดการ

ความเครียด ทักษะการสังเกตความตึงเครียดที่เกิดขึ้นโดยการประเมินความเครียดด้วยตนเอง ทั้งทางร่างกายและจิตใจให้อยู่ในภาวะที่สงบ และผ่อนคลาย ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมดีขึ้น ช่วยเพิ่มความสามารถในการจัดการกับความเครียดของผู้ป่วย ซึ่งถือเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยลดความเครียดลง ก่อนที่ความเครียดนั้นจะมากระตุ้นให้เกิดอาการทางจิตรุนแรงขึ้น

กิจกรรม การเสริมสร้างสภาวะและความแข็งแรงของร่างกายด้วยการผ่อนคลายด้วยเทคนิคโยคะ กิจกรรมนี้ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทได้มีการตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพร่างกาย มีความรู้ ความเข้าใจในการดูแลตนเองโดยเฉพาะเรื่องการออกกำลังกาย การนอนหลับพักผ่อน และการบริโภคอาหาร เพื่อเสริมสร้างร่างกายให้แข็งแรง ทำให้มีความสามารถจัดการกับความเครียด และปรับตัวกับความเครียดได้ดีขึ้น การฝึกผ่อนคลายและออกกำลังกายด้วยโยคะ สามารถลดความรุนแรงของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทได้ (Behere et al.,2011) พบว่ารูปแบบฝึกผ่อนคลายและออกกำลังกายด้วยโยคะ สามารถลดความรุนแรงของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทได้ (Behere et al.,2011) ซึ่งโยคะเป็นการออกกำลังกายชนิดแอโรบิก ที่ทำให้ร่างกายทุกส่วนได้ออกกำลัง เน้นการเคลื่อนไหวช้าๆ ช่วยชะลอความเสื่อมของอวัยวะทำให้ร่างกายเกิดการผ่อนคลาย ส่งผลทำให้จิตใจสงบ มีสมาธิมากขึ้น ส่งผลทำให้มีความจำดีขึ้น เป็นการบริหารร่างกายและจิตใจไปพร้อมๆกัน เป็นผลทำให้ช่วยลดการทำงานของประสาท Sympathetic ลดอัตราการเผาผลาญของร่างกาย ทำให้ร่างกายและจิตใจมีการผ่อนคลาย (Khalisa ,2004) นอกจากนี้ยังช่วยลดความวิตกกังวล อาการซึมเศร้า ความโกรธ และอาการหวาดกลัว ส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตดีขึ้น (Kirkwood,2005;Lee et al.,2013) และจากการศึกษาของ Vancampfort et al.(2011) พบว่าการฝึกการผ่อนคลายด้วยโยคะช่วยลดความวิตกกังวลและความเครียดในผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .0001$) จะเห็นได้ว่าโยคะช่วยทำให้เกิดการผ่อนคลาย ทั้งทางทางด้านร่างกายและจิตใจ ส่งผลทำให้ช่วยลดความวิตกกังวล และความเครียดในผู้ป่วยจิตเภท ทำให้มีอาการทางจิตลดลง

กิจกรรมการฝึกทักษะการจัดการกับอาการทางจิต ผู้ป่วยจิตเภทสามารถจัดการกับความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพนำไปสู่ความเครียดที่มากขึ้น (Norman et al., 2002; Vrdoljak et al.,2008) ส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตมากขึ้น (สมภพ เรื่องตระกูล, 2549) ซึ่งสอดคล้องกับรายงานกรมสุขภาพจิต (2556) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตโดยเฉพาะอาการทางลบ ผู้ป่วยมักมีสีหน้าเฉยเมย ไม่พูดจากับใคร แยกตัวอยู่ตามลำพัง ไม่มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น มีปัญหาการสื่อสาร ส่งผลทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด และเมื่อไม่สามารถจัดการกับความเครียดนั้นได้ จะยิ่งทำให้เกิดอาการทางจิตที่รุนแรงขึ้น (Nuechterlein et al.,1994)

ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถจัดการความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพจึงเป็นแนวทางที่ช่วยลดอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทได้ กิจกรรมนี้ช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค

จิตเภท และอาการทางจิตอย่างถูกต้อง มีทัศนคติที่ดีต่อการเจ็บป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีความตระหนักรู้ต่อความเจ็บป่วยที่ดี ช่วยสร้างแรงจูงใจต่อการรักษา ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยมีการเผชิญความเครียดอย่างเหมาะสม เริ่มกิจกรรมด้วยการผ่อนคลายด้วยเทคนิคโยคะ และการฝึกทักษะการจัดการกับอาการทางจิต ทำให้ผู้ป่วยสามารถสังเกตอาการนำก่อนอาการกำเริบได้ สามารถจัดการกับอาการทางจิตที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสม ช่วยให้ปรับตัวต่อความเครียดที่เกิดจากอาการทางจิตได้ ช่วยให้อาการทางจิตลดลง ทั้งอาการด้านบวก และอาการด้านลบ ได้แก่ การจัดการกับอาการหูแว่ว การเรียนรู้อยู่ในโลกแห่งความเป็นจริงเมื่อมีอาการหลงผิด เพื่อเสริมทักษะในการจัดการกับอาการทางจิตที่เกิดขึ้น

กิจกรรมการฝึกทักษะการจัดการความเครียดที่เกิดจากการรับประทาน การได้รับผลข้างเคียงของยา ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทรู้สึกไม่ยอมรับประทานยา การถูกบังคับให้ต้องรับประทานยา ผู้ป่วยจะรู้สึกเครียด (Kaplan and Sadock , 2000 ; จงรัตน์ ลิ้มพัฒนศิริ,2548) นอกจากนี้ผู้ป่วยจิตเภทจะไม่สามารถจัดการกับความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพนำไปสู่ความเครียดที่มากขึ้น (Norman et al., 2002; Vrdoljak et al.,2008) ส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตมากขึ้น (สมภพ เรื่องตระกูล, 2549) ซึ่งกิจกรรมนี้ช่วยให้เห็นถึงความสามารถในการจัดการกับความเครียดที่เกิดจากการรับประทานยา ช่วยให้ผู้ป่วยมีทัศนคติที่ดีต่อการรับประทานยา รับประทานยาครบถ้วน ส่งผลช่วยลดอาการทางจิต โดยเฉพาะอาการด้านบวก และป้องกันการกำเริบของโรค และทำให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญ และมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้อง มีทักษะในการจัดการกับความเครียดที่เกิดจากการรับประทานยาได้

กิจกรรมการเรียนรู้และฝึกทักษะการแก้ไขปัญหาเฉพาะบุคคลและในชีวิตประจำวัน การแก้ไขปัญหาในชีวิตประจำวัน เนื่องจากปัญหาในการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยเฉพาะปัญหาด้านการเงินและเวลา ถือเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดความเครียดในผู้ป่วยจิตเภท (Moller and Murphy, 2001) และเป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดอาการของโรคจิตเภท (สมภพ เรื่องตระกูล, 2549) เกษ กิจกรรมนี้ช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวทางในการจัดการกับปัญหาในชีวิตประจำวันอย่างชัดเจน เป็นลำดับ รู้ถึงแนวทางในการบริหารจัดการด้านการเงินและเวลา ช่วยฝึกทักษะในการแก้ปัญหาในชีวิตประจำวัน ฝึกแนวทางในการบริหารจัดการด้านการเงินและเวลาโดยการวางแผนการใช้จ่ายเงิน การทำบัญชีรายรับรายจ่าย ฝึกวางแผนการทำกิจกรรม โดยการกำหนดตารางเวลาการทำกิจกรรม ผู้ป่วยสามารถนำวิธีการที่ได้เรียนรู้ ไปปรับใช้ในชีวิตประจำวันได้ ทำให้มีแนวจัดการกับความเครียดอย่างเหมาะสม เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีทักษะการแก้ไขปัญหา รวมทั้งการบริหารจัดการด้านการเงิน และเวลาที่เหมาะสม

กิจกรรมการพัฒนาทักษะการสื่อสารและสัมพันธ์กับผู้อื่น เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทมักมีความพร่องด้านการสื่อสาร การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบมักแยกตัวอยู่ตามลำพัง ไม่มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น บุคคลจะมีสุขภาพจิตที่ดีได้ จะต้องมีความสามารถส่งและรับ

ข่าวสารที่เป็นความต้องการ ความคิด ความรู้สึกระหว่างบุคคลได้อย่างมีและสิทธิภาพ กระบวนการที่ทำให้บุคคลอื่นรับรู้ความต้องการของตนเอง และความสามารถในการรับรู้ความต้องการของบุคคลอื่น เป็นสิ่งสำคัญในการดูแลด้านสุขภาพจิต สาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความเครียด (จิราภรณ์ สรรพวีรวงศ์, 2544) เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทมักมีความพร้อมด้านการสื่อสาร การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบมักแยกตัวอยู่ตามลำพัง ไม่มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ส่งผลให้ผู้อื่นแสดงท่าทีไม่เป็นมิตร หรือตีเถียนผู้ป่วย จึงเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความเครียด กระตุ้นให้อาการทางจิตกำเริบได้ กิจกรรมนี้ช่วยให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญ และประโยชน์ของการสื่อสาร ส่งเสริมให้มีความรู้ความเข้าใจถึงแนวทางในการติดต่อสื่อสาร และการแสดงออกกับผู้อื่นอย่างเหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใช้ทักษะด้านการสื่อสารอย่างเหมาะสม และช่วยให้ผู้ป่วยจัดการกับความเครียดที่เกิดจากการสื่อสารและการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นได้ และมีการบำบัดโดยใช้กระบวนการกลุ่ม ซึ่งจะช่วยให้สมาชิกในกลุ่มร่วมกันแสดงความคิดเห็น ส่งเสริมการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพได้

กิจกรรมเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและผู้ดูแลก่อนการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล สรุปผล และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประโยชน์ที่ได้รับในแต่ละกิจกรรม เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใช้ทักษะด้านการสื่อสารอย่างเหมาะสม และช่วยให้ผู้ป่วยจัดการกับความเครียดที่เกิดจากการสื่อสารและการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นได้ ตกผลงบริการกับผู้ดูแลในการโทรศัพท์ติดตามผลการฝึกการผ่อนคลายด้วยเทคนิคโยคะและประเมินอาการผู้ป่วย

จึงสรุปได้ว่า การให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้โปรแกรมการจัดการความเครียดร่วมกับโยคะ มีผลทำให้อาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทลดลงอย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากความสามารถในการจัดการกับความเครียดของผู้ป่วย ถือเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยลดความเครียดลงก่อนที่ความเครียดนั้นจะมากกระตุ้นให้เกิดอาการทางจิตรุนแรงขึ้น จนเกิดการกำเริบของโรค (Norman et al., 2002) ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถจัดการความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพจึงเป็นแนวทางที่ช่วยลดอาการทางจิตของผู้ป่วยช่วยให้ผู้ป่วยปรับจิตใจให้เข้าสู่ภาวะสมดุล ป้องกันการป่วยซ้ำของโรค และสามารถใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข

ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตโดยรวมหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง เมื่อพิจารณาจากคะแนนดิบของอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มควบคุมแต่ละคน (ดังแสดงในตารางที่ 5 ภาคผนวก) พบว่ามีผู้ป่วยในกลุ่มนี้เพียง 5 คน ที่มีคะแนนอาการทางจิตหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง ทำให้ดึงคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตของผู้ป่วยทั้งกลุ่มสูงขึ้น จากการสัมภาษณ์เพื่อประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยหลังการทดลอง พบว่าผู้ป่วยทั้ง 2 คน ไม่ได้รับประทานยารักษาอาการทางจิตต่อเนื่อง โดยจากการสอบถามพบว่า มีผู้ป่วย 3 ราย คิดว่าตนเองไม่เป็นอะไร อาการดีขึ้นแล้ว จึงหยุดรับประทานยา ผู้ป่วยอีก 1 ราย ทำยาหาย จึงขาดยา

ไม่ได้รับประทานยาประมาณ 3 วัน อีก 1 รายรับประทานยาแล้ววางทำงานไม่ไหว จึงหยุดรับประทานยาส่งผลทำให้มีอาการทางจิตที่รุนแรงมากขึ้น (Norman et al., 2002)

ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อเกี่ยวกับคะแนนดิบของอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลอง พบว่า คะแนนความตึงเครียด (Tension) ข้อที่ 6 ในแบบประเมินอาการทางจิต (BPRS) มีค่าคะแนนสูงที่สุด 72 คะแนน ส่วนในกลุ่มควบคุมมีคะแนนดิบของอาการทางจิตเท่ากับ 77 คะแนน

ข้อจำกัดในการวิจัย

1. ผู้วิจัยไม่ได้ประเมินความเครียดของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลอง หลังจากดำเนินกิจกรรม เนื่องจาก ผู้วิจัยได้ใช้แบบประเมินความเครียดด้วยตนเองของกรมสุขภาพจิต ในกรณีผู้ป่วยที่มีคะแนนความเครียดมากกว่า 18 คะแนน เข้ามาเป็นกลุ่มวิจัยในครั้งนี้ ในการวิจัยครั้งต่อไปควรมีการประเมินความเครียดเพื่อจะได้ทราบว่าผู้ป่วย

2. งานวิจัยนี้ เป็นการทดลองในผู้ป่วยจิตเภทหญิง เนื่องจากมีการทบทวนวรรณกรรม พบว่า เพศหญิงเป็นเพศที่มีความเครียดได้ง่ายกว่าเพศชายทั้งทางด้านอารมณ์และพฤติกรรม

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะทั่วไป

1.1 โปรแกรมการจัดการความเครียดร่วมกับโยคะในการศึกษาครั้งนี้ เป็นกระบวนการบำบัดที่ช่วยลดความรุนแรงของอาการทางจิต ช่วยเพิ่มทักษะการจัดการความเครียดในผู้ป่วยจิตเภทหญิง ดังนั้นจึงควรมีการติดตามระยะยาว เพื่อเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้นำความรู้ และทักษะที่ได้รับไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ เพื่อป้องกันการกำเริบซ้ำของโรคต่อไป

1.2 การดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการจัดการความเครียดร่วมกับโยคะ พยาบาลผู้ให้การบำบัดต้องสร้างบรรยากาศที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ คือ เป็นบรรยากาศที่อบอุ่น เป็นมิตรผ่อนคลาย พยาบาลต้องยอมรับและเข้าใจผู้ป่วย มีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วย มีการพูดและการกระทำที่สอดคล้องกัน เพื่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดี ผู้ป่วยให้การยอมรับและเชื่อมั่นในตัวผู้บำบัด ให้ความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรม สามารถแสดงอารมณ์ความรู้สึกที่แท้จริง ได้เรียนรู้จากเห็นแบบอย่างที่ดี ปรับเปลี่ยนวิธีการคิด และสามารถพัฒนาพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสม

1.3 การศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดร่วมกับโยคะในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการรักษาตัวในโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยใน สามารถช่วยทำให้เตรียมความพร้อมก่อนที่ผู้ป่วยจะกลับไปใช้ชีวิตในชุมชน และพยาบาลมีการติดตามประเมินความรุนแรงของอาการทางจิตต่อ โดยมี

การประสานให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลและเฝ้าระวังอาการเตือน ทางจิตที่อาจเกิดขึ้น และสามารถจัดการความเครียดที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ป้องกันการกำเริบซ้ำของโรค

1.4 การศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดร่วมกับโยคะในผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่ได้รับการรักษาตัวในโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยใน ควรมีการทดลองในผู้ป่วยที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยใกล้เคียงกัน ทั้งสองกลุ่ม เนื่องจากพบว่าในงานวิจัย กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีจำนวนผู้ป่วยที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยแตกต่างกัน โดยพบว่ากลุ่มควบคุม มีจำนวนผู้ป่วย

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาอย่างต่อเนื่อง โดยติดตามประเมินผลระยะยาวในชุมชน เพื่อเป็นการส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทเป็นระยะๆ ทำให้เกิดการคงอยู่ของความรู้ ความสามารถ และทักษะในการจัดการความเครียด การผ่อนคลายด้วยโยคะ ส่งผลให้ช่วยลดอาการทางจิต ป้องกันการกำเริบซ้ำของโรค โดยการประเมินติดตามผลที่บ้านในระยะ 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี หลังการทดลอง หรือตามความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละราย

2.2 ควรมีการศึกษาวิจัยในผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มอื่นๆเช่นเดียวกัน โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีอาการทางจิตร่วมด้วย เพื่อเปรียบเทียบผลการวิจัยในผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มอื่น ว่ามีความแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร และมีปัจจัยใดบ้างที่มีผลต่ออาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการทางจิตร่วมด้วย

2.3 ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดแก่ผู้ป่วยจิตเภทในเพศชายหรือ ผู้ดูแล ควรมีการทำกิจกรรมรายครอบครัว หรือรายกลุ่ม เพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจในผู้ป่วยจิตเภทมากขึ้น มีปฏิสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว ผู้ดูแลได้ตระหนักถึงบทบาทหน้าที่ และมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถจัดการกับความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

กขพร รัตนสมพร .(2556).ปัจจัยทำนายอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท.*วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต* . 29 , 3(2558): 99-112

กรมสุขภาพจิต.(2549).รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ2549.นนทบุรี:กองแผนงาน.

กรมสุขภาพจิต.

กรมสุขภาพจิต. (2557). รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ2557. นนทบุรี:กองแผนงาน.กรมสุขภาพจิต.

เกียรติศักดิ์ อองกุลนะ. (2551). ผลของการใช้โปรแกรมการจัดการความเครียดโดยการคิดแผน อริยสัจสี่ และการบริหารร่างกายแบบโยคะต่อพฤติกรรมการจัดการความเครียดและ ระดับความเครียดของนักศึกษาพยาบาล. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยนเรศวร.

จรงรัตน์ ลิ้มพัฒนศิริ. (2547). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับประทานยาต่อเนื่องของผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

ธนา นิลชัยโกวิทย์และคณะ.(2550) . Positive and Negative Syndrome Scale ฉบับภาษาไทย (PANSS-T)(พิมพ์ครั้งที่2).กรุงเทพฯ:แจนเซน-ซีแลก.

มัลลิกา จันทรเพ็ญ (2557) . ผลของโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน.วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

บุษกุล ศุภอักษร.ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน.วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต.*วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต* .25, 2(2554): 79-91

ปราโมทย์ สุคนิษฐ์ และมาโนช หล่อตระกูล. (2541). *เกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช DSM-IV ฉบับภาษาไทย (ใช้รหัส ICD-10)*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ ชวนพิมพ์.

พรทิพย์ ไชยสะอาด .(2555) . ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่ออาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท .*วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต* . 28 , 1(2557): 43-55.

มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษยวณิช. (2542). ตำราจิตเวชศาสตร์. เชียงใหม่: แสงศิลป์.

มานิต ศรีสุรภานนท์. (2552). โรควิตกกังวล(Schizophrenia): ระบาดวิทยาและการรักษา. ภาควิชา

จิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์. (2555). จิตเวชศาสตร์รามธิบดี. พิมพ์ครั้งที่ 3.

กรุงเทพฯ:

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี .มหาวิทยาลัยมหิดล.

มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์. (2558). จิตเวชศาสตร์รามธิบดี. พิมพ์ครั้งที่ 4.

กรุงเทพฯ:ภาควิชาจิตเวชศาสตร์คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดีมหาวิทยาลัยมหิดล.

รายงานผลการปฏิบัติงานประจำปีงบประมาณ 2560. กรุงเทพมหานคร: สถาบันจิตเวชศาสตร์

สมเด็จพระเจ้าพระยา . กรมสุขภาพจิต .กระทรวงสาธารณสุข.

รัตน์ศิริ ทาโต. (2561). การวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์: แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้ พิมพ์ครั้งที่ 3.

กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

วรรณวดี เนียมสกุล . (2557). ประสบการณ์ชีวิตของนักศึกษาพยาบาลในการบริหารกายแบบ

โยคะ. วารสารพยาบาลศาสตร์ . 32 , 2(2557): 71-79.

สาตี สุภาภรณ์ (2547), *ตำราไวยากรณ์โยคะ* พิมพ์ครั้งที่ 3 กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์เฟื่องฟ้าพรินต์ติ้ง

อรรพวรรณ ลีอนุญชัชชัย. (2554). การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ:

สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ภาษาอังกฤษ

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorder*. 4th ed. Text Revision. Washington DC: American Psychiatric Association. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Ampalam, P., Deepthi, R., & Vadaparty, P. (2012). Schizophrenia-insight, depression: A correlation study. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 34:44–48.

Andreasen, N.C. (1990). Methods for assessing positive and negative symptoms. *Modern Problems of Pharmacopsychiatry*, 24, 73–88.

Bhatia, T. et al. (2012). Adjunctive cognitive remediation for schizophrenia using yoga: an open, non-randomised trial. *Acta Neuro psychiatrica* 24: 91–100

Behere et al. (2011). Effect of yoga therapy on facial emotion recognition deficits, Symptoms and functioning in patients with schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 123 :147–153.

Cramer H. et al. (2011): “I’m more in balance.” A qualitative study of yoga for patients with chronic neck pain. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 123 :127–135.

- Cramer H, Lauche R, Langhorst J, Dobos G: Effectiveness of yoga for menopausal symptoms - a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Evid Based Complement Alternat Med*, in press. *Altern Complement Med*, in press.
- Cramer, H., Lauche, R., Klose, P., Langhorst, J., & Dobos, G. (2013). Yoga for schizophrenia: A systematic review and meta-analysis. *Bmc Psychiatry*, 13, 32. doi:10.1186/1471-244X13-32
- Davy Vancamfort. et al. (2012). State anxiety, psychological stress and positive well-being responses to yoga and aerobic exercise in people with schizophrenia: a pilot study. *Disability and Rehabilitation*, 33:8: 684-689.
- Duraiswamy, G., Thirthalli, J., Nagendra, H. R. and Gangadhar, B. N. (2007). Yoga therapy As An add-on treatment in the management of patients with schizophrenia-a randomized controlled trial. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 116 (3): 226-232.
- Gray, R., Wykes, T., and Gournay, K. (2002). From compliance to concordance: A review of the literature on interventions to enhance compliance with antipsychotic medication. *Journal of psychiatric and Mental Health Nursing* 9: 277-284.
- Gorczyński P. et al. (2010). Exercise therapy for schizophrenia. *Schizophrenia Research*. 4:700 *Psychology* 6: 103-126
- Kaplan, H. I. and Sadock, B. J. (2000). Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: *Behavioral sciences and clinical psychiatry (8th ed.)*. Baltimore: Williams and Wilkins.
- Kay, S.R., Fiszbein, A. and Opler, L.A. (1987). The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 13(2):261-276.
- Khalsa, S. B. (2004). Yoga as a therapeutic intervention : a bibliometric analysis of Published studies. *Indian Journal Psychiatry Pharmacol*. 48(3): 269-285.
- Kirkwood, G. et al. (2005). Yoga for anxiety : a systematic review of the research evidence. *The British Journal of Psychiatry Sports Med* 39: 884-891.
- Cramer H, et al. (2013). Yoga for schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*. 18:13-32.
- Lazarus, S., & Folkman, S. (1984). *Stress Appraisal and Coping*. New York: Springer Publishing Company.

- Lee, H. L. et al. (2006). Effective of a work-Relate Stress Management Program in patients with chronic schizophrenia. *The American Journal of occupational Therapy* 50(4): 435-441.
- Duraiswamy G, Thirthalli J, Nagendra HR, Gangadhar BN. (2007). Yoga therapy as an add-on treatment in the management of patients with schizophrenia – A randomized controlled trial. *Acta Psychiatrica scandinavica* 116:226–32.
- Norman, Ross MG. et al. (2002). An evaluation of a stress management program for individual with schizophrenia. *Schizophrenia Research* 58: 293-303.
- Nuechterlein, H. K. et al. (1994). The Vulnerability-Stress model of schizophrenia relapse: A longitudinal study. *Acta Psychiatrica scandinavica* 89: 58-64.
- Overall, J. E. & Gorham, D. R. (1962) The Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychological Reports*, 10, 799– 812.
- Overall, J.E., Gorham, D.R., 1988. The Brief Psychiatric Rating Scale BPRS.: recent developments in ascertainment and scaling. *Psychopharmacology Bulletin* 24, 97-99.
- Polit F. and Bernadette Hungler P. (1999) . Principles and Methods. University of Michigan. *Nursing Research*. 6:769
- Patterson TL, Leeuwenkamp OR. (2008). Adjunctive psychosocial therapies for the treatment of schizophrenia. *Schizophrenia Research* .100:108-119.
- Sadock, B.J., and Sadock, V.A. (2007) . Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry Acta Psychiatrica scandinavica (10th ed.). Philadelphia: Williams and Willkins. New York.
- with schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand*. 125:352-62.
- Vancampfort D. et al. (2012). State anxiety, psychological stress and positive well-being responses to yoga and aerobic exercise in people with schizophrenia: a pilot study.
- Vancampfort D. et al. (2012). Yoga in schizophrenia: a systematic review of randomised controlled trials. *Acta Psychiatr Scand* .126:12-20.
- Vancampfort D. et al. (2016). Prevalence and predictors of treatment dropout from physical activity intervention in schizophrenia : a meta-analysis . *Gemeral Hospital Psychiatry*. 39:15-23.

- Varambally S, et al. (2012). Therapeutic efficacy of add-on yogasana intervention in stabilized outpatient schizophrenia: Randomized controlled comparison with exercise and waitlist. *Indian Journal Psychiatry* 54:227–232.
- Visceglia E, Lewis S. (2011). Yoga therapy as an adjunctive treatment for schizophrenia: a randomized , controlled pilot study. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine* 17(7):601–607.
- Vrdoljak, M., Ivezic, S., & Jukic, M. K. (2008). Social functioning and stress coping in schizophrenic patients. *European Psychiatry*, 23(2), 90-91.
- World Health Organization. (2001). Mental Health Report 2001. Mental Health: new understanding, new hope. Geneva: *World Health Organization*.
- World Health Organization. (2006). ICD-10: International Classification of Diseases and Related Health Problems Tenth edition. Geneva: *World Health Organization*.
- Zubin, J., & Spring, B. (1977). Vulnerability – a new view on schizophrenia. *Journal Abnormally Psychology*, 6, 103-12.





ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน
1. นายแพทย์วิญญู ชะนะกุล	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา
2. ดร.เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์	อาจารย์พยาบาล สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. นางเพชรี คันธสายบัว	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช) สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา
4. นางอุ้นจิตร कुमारักษ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช) สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา
5. นางรัชณี ธนวรรณ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช) สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา



การคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา

การตรวจความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) คำนวณได้จากสูตรดังนี้
(บุญใจ ศรีสถิตยน์รากูร, 2553)

$$\text{CVI} = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

1. ค่าความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index; CVI) ของโปรแกรมการจัดการ
ความเครียดร่วมกับโยคะ ต่อความรุนแรงของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภท

$$\text{CVI} = \frac{12}{14} = .85$$

2. ค่าความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index; CVI) ของแบบประเมินทักษะการ
จัดการความเครียด

$$\text{CVI} = \frac{12}{12} = 1.0$$

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ

1.แบบประเมินทักษะการจัดการความเครียด

เมื่อนำข้อมูลของแบบประเมินทักษะการจัดการความเครียด มาวิเคราะห์เพื่อหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือพบว่า ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .88

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.883	12

2. ข้อมูลแสดง จำนวน และร้อยละของ อายุ ของ กลุ่มตัวอย่าง

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Age	40	20.00	53.00	38.4000	7.99936
Valid N (listwise)	40				

ตาราง เปรียบเทียบคะแนนความรุนแรงของอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทหญิง ในกลุ่มทดลองก่อน และหลังได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดร่วมกับโยคะ และกลุ่มควบคุม (n=20)

ลำดับ	กลุ่มทดลอง						กลุ่มควบคุม					
	ก่อนทดลอง(n=20)			หลังทดลอง(n=20)			ก่อนทดลอง(n=20)			หลังทดลอง(n=20)		
	คะแนน	ระดับ	อาการ	คะแนน	ระดับ	อาการ	คะแนน	ระดับ	อาการ	คะแนน	ระดับ	อาการ
1	59	ปานกลาง		30	เล็กน้อย		49	ปานกลาง		50	ปานกลาง	
2	55	ปานกลาง		37	ปานกลาง		46	ปานกลาง		39	ปานกลาง	
3	52	ปานกลาง		37	ปานกลาง		46	ปานกลาง		49	ปานกลาง	
4	54	ปานกลาง		30	เล็กน้อย		43	ปานกลาง		43	ปานกลาง	
5	46	ปานกลาง		30	เล็กน้อย		46	ปานกลาง		44	ปานกลาง	
6	41	ปานกลาง		36	ปานกลาง		45	ปานกลาง		46	ปานกลาง	
7	49	ปานกลาง		19	เล็กน้อย		42	ปานกลาง		38	ปานกลาง	
8	49	ปานกลาง		46	ปานกลาง		50	ปานกลาง		39	ปานกลาง	
9	46	ปานกลาง		40	ปานกลาง		47	ปานกลาง		41	ปานกลาง	
10	48	ปานกลาง		41	ปานกลาง		47	ปานกลาง		52	ปานกลาง	
11	51	ปานกลาง		36	ปานกลาง		45	ปานกลาง		47	ปานกลาง	
12	43	ปานกลาง		39	ปานกลาง		46	ปานกลาง		44	ปานกลาง	
13	51	ปานกลาง		30	เล็กน้อย		45	ปานกลาง		45	ปานกลาง	
14	42	ปานกลาง		37	ปานกลาง		48	ปานกลาง		46	ปานกลาง	
15	52	ปานกลาง		24	เล็กน้อย		46	ปานกลาง		45	ปานกลาง	
16	44	ปานกลาง		37	ปานกลาง		43	ปานกลาง		43	ปานกลาง	
17	43	ปานกลาง		37	ปานกลาง		48	ปานกลาง		37	ปานกลาง	
18	44	ปานกลาง		30	เล็กน้อย		40	ปานกลาง		39	ปานกลาง	
19	50	ปานกลาง		45	ปานกลาง		51	ปานกลาง		44	ปานกลาง	
20	41	ปานกลาง		45	ปานกลาง		46	ปานกลาง		46	ปานกลาง	

จากตาราง พบว่าคะแนนความรุนแรงของอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท ในกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดร่วมกับโยคะ ทุกคนมีคะแนนลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดร่วมกับโยคะ และคะแนนสูงสุดในกลุ่มทดลอง เท่ากับ 46 คะแนน รองลงมา เท่ากับ 45 คะแนน ส่วนในกลุ่มควบคุม มีผู้ป่วยที่คะแนนความรุนแรงของอาการทางจิต เพิ่มขึ้น จำนวน 5 คน ซึ่งมีคะแนนสูงสุด 52 คะแนน รองลงมาคือ 50 คะแนน



เลขที่แบบสอบถาม.....

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ลงใน หน้าข้อความตามความเป็นจริง

1. เพศ

 ชาย หญิง

2. อายุ

 20-29 ปี 30-39 ปี 40-49 ปี 50-59 ปี

3. สถานภาพ

 โสด คู่ หม้าย หย่า/ร้าง/แยก

4. ระดับการศึกษา

 ไม่ได้เรียน ประถมศึกษา มัธยมศึกษาตอนต้น มัธยมศึกษาตอนปลาย
 ปริญญาตรี สูงกว่าปริญญาตรี

5. อาชีพ

 ว่างาน รับจ้าง ค้าขาย / ธุรกิจส่วนตัว รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ
 เกษตรกรรม อื่นๆ ระบุ.....

6. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน

 น้อยกว่า 3,000 บาท 3,001-6,000 บาท 6,001-9,000 บาท
 9,001-12,000 บาท มากกว่า 12,000 บาท

7. ระยะเวลาที่เจ็บป่วย

 น้อยกว่า 5 ปี 5-10 ปี 11-15 ปี 15-20 ปี มากกว่า 20 ปี

8. จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล.....ครั้ง

เลขที่แบบสอบถาม.....

แบบประเมินทักษะการจัดการความเครียด

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องว่างที่ตรงกับการกระทำของท่านมากที่สุดในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา

ปฏิบัติเป็นประจำ	หมายถึง ทำกิจกรรมนั้นประมาณ	5 - 7 ครั้ง / สัปดาห์
ปฏิบัติบางครั้ง	หมายถึง ทำกิจกรรมนั้นประมาณ	2 - 4 ครั้ง / สัปดาห์
ปฏิบัตินานๆครั้ง	หมายถึง ทำกิจกรรมนั้นประมาณ	1 ครั้ง / สัปดาห์
ไม่ได้ปฏิบัติ	หมายถึง ไม่ได้ทำกิจกรรมนั้นเลยในช่วง 1 เดือน	

ข้อคำถาม	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติบางครั้ง	ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	ไม่ได้ปฏิบัติ
1. ฉันสังเกตความเปลี่ยนแปลงของตัวเองเมื่อมีความเครียดเกิดขึ้น				
2. ฉันใช้เทคนิคการผ่อนคลายคลายเครียด				
3. ฉันออกกำลังกายอย่างน้อยครั้งละ 30 นาที				
4. ฉันกินอาหารครบ 5 หมู่ใน 1 วัน				
5. ฉันบอกญาติหรือคนใกล้ชิดเมื่อมีอาการข้างเคียงจากยามากขึ้น				
6. ฉันกินยาเองตามที่แพทย์สั่ง				
7.....				
8.....				
9.				
10.				
11.				
12.				
รวม				

เลขที่แบบสอบถาม.....

แบบประเมินอาการทางจิต Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)

พื้นฐานที่ใช้ในการให้คะแนน ลักษณะการใช้คำพูด และความคิดระหว่างการสัมภาษณ์ การให้ค่า
คะแนน ดังนี้

ค่าคะแนน 1 หมายถึง ไม่มีอาการ (absent)

ค่าคะแนน 2 หมายถึง มีอาการขั้นต่ำสุด (minimal)

ค่าคะแนน 3 หมายถึง มีอาการเล็กน้อย (mild)

ค่าคะแนน 4 หมายถึง มีอาการปานกลาง (moderate)

ค่าคะแนน 5 หมายถึง มีอาการค่อนข้างรุนแรง (moderate severe)

ค่าคะแนน 6 หมายถึง มีอาการรุนแรง (severe)

ค่าคะแนน 7 หมายถึง มีอาการรุนแรงมาก (extreme)

แบบประเมิน Brief Psychiatric Rating Scale	คะแนน
1. ความกังวลเกี่ยวกับอาการทางกาย (Somatic Concern)	
2.	
3.	
4.	
5. ความรู้สึกผิด (Guilt Feelings)	
6. ความตึงเครียด (Tension)	
7. ท่าทางและการเคลื่อนไหวผิดปกติ (Mannerisms and Posturing)	
8. ความคิดว่าตนเองมีความสามารถเกินจริง (Grandiosity)	
9. อารมณ์ซึมเศร้า (Depression)	
10.	
11.	
12.	
13.	
14. การไม่ร่วมมือ (Uncooperativeness)	
15. เนื้อหาความคิดผิดปกติ (Unusual Thought Content)	
16. การแสดงออกทางอารมณ์น้อยกว่าปกติ (Blunted Affect)	
17. อาการตื่นเต้น กระวนกระวาย (Excitement)	
18. อาการไม่รู้เวลาสถานที่ (Disorientation)	

เลขที่แบบสอบถาม.....

แบบประเมินความเครียดด้วยตนเอง กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

โปรดทำเครื่องหมาย / ลงใน ช่องที่ตรงกับระดับอาการที่เกิดขึ้นกับตัวท่าน มากที่สุดในระยะเวลา 2 เดือนที่ผ่านมา

อาการ พฤติกรรม หรือความรู้สึก	ระดับอาการ			
	0	1	2	3
	ไม่เคย เลย	เป็น ครั้ง คราว	เป็น บ่อย	เป็น ประจำ
1. นอนไม่หลับเพราะคิดมากหรือกังวลใจ				
2. รู้สึกหงุดหงิด รำคาญใจ				
3. ทำอะไรไม่ได้เลยเพราะประสาทตึงเครียด				
4.				
5.				
6.				
7. รู้สึกไม่มีความสุขและเศร้าหมอง				
8. รู้สึกหมดหวังในชีวิต				
9. รู้สึกว่าชีวิตของตนไม่มีคุณค่า				
10.				
11. รู้สึกว่าตนเองไม่มีสมาธิ				
12. รู้สึกเพลียไม่มีแรงจะทำอะไร				
13.				
14.				
15.				
16.				
17. ปวดหรือเกร็งกล้ามเนื้อบริเวณท้ายทอยหลังหรือ ไหล่				
18. ตื่นเต้นง่ายกับเหตุการณ์ไม่คุ้นเคย				
19. มึนงงหรือเวียนศีรษะ				
20. ความสุขทางเพศลดลง				

**ตารางสรุปการดำเนินโปรแกรมการจัดการความเครียดร่วมกับโยคะ ต่อความรุนแรง
ของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภท**

ลำดับที่	กิจกรรม	วิธีการดำเนินกิจกรรม
1	กิจกรรมที่ 1 ให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท อาการทางจิต ความเครียดที่เกิดจากอาการทางจิต และการฝึกโยคะ	การสร้างสัมพันธภาพ การชี้แจงวัตถุประสงค์ของโปรแกรม ให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท อาการทางจิต ความเครียดที่เกิดจากอาการทางจิต ทั้งด้านสาเหตุ อาการ ผลกระทบของความเครียด แนวทางการจัดการความเครียด และการฝึกโยคะ
	กิจกรรมที่ 2 การเสริมสร้างสุขภาวะและความแข็งแรงของร่างกายและการฝึกโยคะ	ฝึกการผ่อนคลายด้วยเทคนิคโยคะ ให้ความรู้เกี่ยวกับความสำคัญของการดูแลสุขภาพร่างกาย และการดูแลตนเองโดยเฉพาะเรื่อง การนอนหลับพักผ่อนที่เพียงพอ การบริโภคอาหารและเครื่องดื่มที่ช่วยส่งเสริมความแข็งแรงของร่างกาย การออกกำลังกาย
	กิจกรรมที่ 3 ฝึกทักษะการจัดการกับอาการทางจิตและการฝึกโยคะ	ฝึกการผ่อนคลายด้วยเทคนิคโยคะและฝึกทักษะการจัดการกับอาการทางจิต การสังเกตอาการนำก่อนอาการกำเริบได้ สามารถจัดการกับอาการทางจิตที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสม
	กิจกรรมที่ 4 ฝึกทักษะการจัดการความเครียดที่เกิดจากการรับประทานยา และการฝึกโยคะ	ฝึกการผ่อนคลายด้วยเทคนิคโยคะและให้ความรู้ส่งเสริมความเข้าใจถึงความสำคัญและประโยชน์ของการรับประทานยา รับประทานยาอย่างถูกวิธี รู้ถึงอาการข้างเคียงจากยา และวิธีการจัดการกับอาการข้างเคียงนั้น
	กิจกรรมที่ 5 เรียนรู้และฝึกทักษะการแก้ไขปัญหาเฉพาะบุคคลและในชีวิตประจำวัน	ฝึกการผ่อนคลายด้วยเทคนิคโยคะและฝึกทักษะในการแก้ปัญหาในชีวิตประจำวัน ฝึกแนวทางในการบริหารจัดการด้านการเงินและเวลา โดยการวางแผน

สัปดาห์ที่	กิจกรรม	วิธีการดำเนินกิจกรรม
	และการฝึกโยคะ	แผนการใช้จ่ายเงิน การทำบัญชีรายรับรายจ่าย ฝึกวางแผนการทำงานกิจกรรม
2	กิจกรรมที่ 6 พัฒนาทักษะการสื่อสารและสัมพันธภาพกับผู้อื่น และการฝึกโยคะ	ฝึกการผ่อนคลายด้วยเทคนิคโยคะและฝึกทักษะการสื่อสาร และการแสดงออกกับผู้อื่นอย่างเหมาะสม ได้แก่ การสื่อสารทางบวก และรักษามิตรภาพ
	กิจกรรมที่ 7 เตรียมความพร้อมผู้ป่วยและผู้ดูแลก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล	ฝึกการผ่อนคลายด้วยเทคนิคโยคะและให้ความรู้ส่งเสริมความเข้าใจถึงความสำคัญและประโยชน์ของการรับประทานยา รับประทานยาอย่างถูกวิธี รู้ถึงอาการข้างเคียงจากยา และวิธีการจัดการกับอาการข้างเคียงนั้น
3	กิจกรรมที่ 8 โทรศัพท์ติดตามสอบถามอาการและทบทวนวิธีการจัดการกับความเครียด	สรุปผลและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประโยชน์ที่ได้รับในแต่ละกิจกรรม ให้ความรู้และสอนทักษะการสื่อสาร และสัมพันธภาพภายในครอบครัว ตกลงบริการกับผู้ดูแลในการโทรศัพท์ติดตามผลการฝึกโยคะและประเมินอาการผู้ป่วยโทรศัพท์ติดตามสอบถามอาการและทบทวนวิธีการจัดการกับความเครียด และเสริมสร้างแรงจูงใจในการฝึกการผ่อนคลายด้วยเทคนิคโยคะด้วยตนเองตามคู่มือและแผ่นซีดีโยคะ
4	กิจกรรมที่ 9 สรุปผลและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประโยชน์ที่ได้รับ ในแต่ละกิจกรรม ร่วมกับผู้ป่วยและผู้ดูแล	สรุปผลและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประโยชน์ที่ได้รับในแต่ละกิจกรรม ร่วมกับผู้ป่วยและผู้ดูแลและประเมินทักษะการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล

คู่มือสำหรับพยาบาล

“โปรแกรมการจัดการความเครียดร่วมกับโยคะ ต่อความรุนแรงของอาการทางจิต
ในผู้ป่วยจิตเภท”



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
โดย
นางอรพรรณ ประทุมรัตน์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชนิกร อุปเสน

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แนวคิดและหลักการ

จากปัญหาที่พบว่าเมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีความเครียดและไม่สามารถจัดการกับความเครียดได้ ส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตที่รุนแรงขึ้น แม้ว่าผู้ป่วยจะได้รับยาต้านอาการทางจิต (Norman et al., 2002) ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถจัดการความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพจึงเป็นแนวทางที่ช่วยลดอาการทางจิตของผู้ป่วยได้ และจากการทบทวนพบปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้อาการทางจิตรุนแรงขึ้นได้แก่ ความเครียดที่มีสาเหตุการได้รับผลข้างเคียงจากยารักษาอาการทางจิต การรับรู้ตนเองและความสัมพันธ์กับผู้อื่น การใช้เวลาว่างและการพักผ่อน รวมทั้งปัญหาด้านการเงิน สัมพันธภาพกับครอบครัวและบุคคลอื่น (Wiedl, 1992; Norman et al., 2002) ทั้งนี้มีงานวิจัยสนับสนุนว่า การฝึกผ่อนคลายด้วยโยคะนั้น ช่วยทำให้ร่างกายเกิดการผ่อนคลาย มีจิตใจที่สงบ มีสมาธิมากขึ้น ส่งผลให้มีความจำดีขึ้น ส่งผลทำให้ความวิตกกังวลและความเครียดในผู้ป่วยจิตเภทลดลงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.0001$) (Vancampfort et al., 2011) และพบว่าเมื่อออกกำลังกายด้วยโยคะอย่างต่อเนื่อง จะช่วยลดอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทได้ (Behere et al., 2011)

ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจด้วยการนำแนวคิดการจัดการกับความเครียดของ Norman et al. (2002) โดยใช้การจัดการความเครียดใน 3 แนวทางคือ 1) ลดปฏิกริยาตอบสนองทางร่างกายต่อความเครียดโดยใช้การฝึกการผ่อนคลาย 2) ส่งเสริมความแข็งแรงของร่างกายโดยการพักผ่อน ออกกำลังกายและโภชนาการที่เหมาะสม 3) พัฒนาทักษะด้านการรู้คิดและพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเผชิญความเครียด ซึ่งประกอบด้วยหลักการสำคัญ 12 ประการได้แก่ 1) การให้ความรู้เรื่องการเผชิญความเครียด และฝึกทักษะการผ่อนคลาย 2) การเผชิญความเครียดที่เกิดจากการรับประทานยา 3) การเผชิญกับอาการทางจิต 4) การเสริมสร้างความแข็งแรงของร่างกายโดยการพักผ่อนและการออกกำลังกาย 5) การบริโภคที่มีผลต่อความเครียด 6) การบริหารจัดการด้านการเงิน 7) การบริหารจัดการกับเวลา 8) การแก้ปัญหาเฉพาะบุคคล 9) การนำทักษะการแก้ปัญหา ไปใช้ในการพัฒนาและดำรงรักษามิตรภาพ 10) การเผชิญกับตราบาป 11) การเผชิญกับสถานการณ์ความเครียดที่เกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล 12) ทบทวนวางแผนเพื่อติดตาม นำมาประยุกต์ใช้บำบัดรายกลุ่ม จำนวน 14 กิจกรรม ครอบคลุมทั้งการจัดการกับปัจจัยที่มีผลต่ออาการทางจิต มีจำนวน 2 กลุ่ม กลุ่มละ 10 คน ดำเนินกิจกรรมเป็น 2 ระยะแบ่งเป็นระยะที่ 1 แบบผู้ป่วยใน และ ระยะที่ 2 แบบผู้ป่วยนอก มีระยะเวลาดำเนินการ 4 สัปดาห์ แต่ละครั่งใช้เวลา 60-90 นาที ระยะที่ 2 แบบผู้ป่วยนอก จะดำเนินการหลังผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในสัปดาห์ที่ 3 และ 4 มีทั้งหมด 2 ครั้ง มีโปรแกรมมีดังนี้

กิจกรรมที่ 1 ให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท อาการทางจิต ความเครียดที่เกิดจากอาการทางจิต และการฝึกโยคะ โดยเริ่มด้วยการสร้างสัมพันธภาพ การชี้แจงวัตถุประสงค์ของโปรแกรม ลักษณะของการดำเนินกิจกรรม และประโยชน์ที่จะได้รับ และการผ่อนคลายด้วยเทคนิคโยคะได้แก่

(1) Cardiovascular warming-up exercises (2) Abdominal breathing (3)Asanas ได้แก่ Tadasana ,Vrikshasana, Bidalasana,Bhujangasana , Apanasana (4) Relaxation technique โดยการผ่อนคลายด้วยเทคนิคโยคะใช้เวลาทั้งหมด 30 นาที เพื่อให้ร่างกายผู้ป่วยเกิดการผ่อนคลาย มี

กิจกรรมที่ 2 การเสริมสร้างสุขภาวะและความแข็งแรงของร่างกายและการฝึกโยคะ
กิจกรรมนี้ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการเสริมสร้างสุขภาวะและความแข็งแรงของร่างกาย โดยเริ่มกิจกรรมด้วยการผ่อนคลายด้วยเทคนิคโยคะ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการผ่อนคลาย มีจิต.....

กิจกรรมที่ 3 ฝึกทักษะการจัดการกับอาการทางจิตและการฝึกโยคะ กิจกรรมนี้ช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท และอาการทางจิตอย่างถูกต้อง มีทัศนคติที่ดีต่อการเจ็บป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีความตระหนักรู้ต่อความเจ็บป่วยที่ดี ช่วยสร้างแรงจูงใจต่อการรักษา ซึ่งส่งผล.....

กิจกรรมที่ 4 ฝึกทักษะการจัดการความเครียดที่เกิดจากการรับประทานยา และการฝึกโยคะ เนื่องจากผู้ป่วยขาดความรู้ ความเข้าใจด้านการรักษาด้วยยา และการรับประทานยารักษาอาการ ทางจิตยังทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด เพราะผู้ป่วยต้องอดทนกับอาการข้างเคียงของยา ต้องรับประทานยาเป็นเวลาต่อเนื่องยาวนาน จนเกิดความเบื่อหน่าย หรือเครียดจากการถูกบังคับให้ต้อง.....

กิจกรรมที่ 5 เรียนรู้และฝึกทักษะการแก้ไขปัญหาเฉพาะบุคคลและในชีวิตประจำวัน และการฝึกโยคะ เนื่องจากปัญหาในการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยเฉพาะปัญหาด้านการเงินและเวลา ถือเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดความเครียดในผู้ป่วยจิต และเป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดอาการของโรคจิตเภท กิจกรรมนี้ช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวทางในการจัดการกับปัญหาใน

กิจกรรมที่ 6 พัฒนาทักษะการสื่อสารและสัมพันธภาพกับผู้อื่น และการฝึกโยคะ

เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทมักมีความพร่องด้านการสื่อสาร การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบมักแยกตัวอยู่ตามลำพัง ไม่มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ส่วนผู้ป่วยที่มีอาการทางด้านบวก โดยเฉพาะอาการประสาทหลอนและหวาดระแวง ทำให้ผู้ป่วยมีการแสดงออกที่ไม่เหมาะสมต่อผู้อื่น ส่งผลให้ผู้อื่นแสดงท่าทีไม่เป็นมิตร หรือตีเตียนผู้ป่วย จึงเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิด.....

กิจกรรมที่ 6 พัฒนาทักษะการสื่อสารและสัมพันธภาพกับผู้อื่น เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทมักมีความพร่องด้านการสื่อสาร การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบมักแยกตัวอยู่ตามลำพัง ไม่มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ส่วนผู้ป่วยที่มีอาการทางด้านบวก โดยเฉพาะอาการประสาท.....

กิจกรรมที่ 7 เตรียมความพร้อมผู้ป่วยและผู้ดูแลก่อนการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้วิจัย สรุปผลและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประโยชน์ที่ได้รับในแต่ละกิจกรรม โดยเริ่มด้วยการสร้างสัมพันธภาพ เพื่อสร้างความคุ้นเคย และให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกิดความไว้วางใจ ทบทวนขั้นตอนและ.....

ระยะที่ 2 แบบผู้ป่วยนอก ประกอบด้วย

กิจกรรมที่ 8 โทรศัพท์ติดตามสอบถามอาการและทบทวนวิธีการจัดการกับความเครียด การโทรศัพท์ติดตามสอบถามอาการ โดยผู้วิจัย โทรศัพท์สร้างสัมพันธภาพ ด้วยการแนะนำตัวเองทาง.....

กิจกรรมที่ 9 สรุปผลและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประโยชน์ที่ได้รับ ในแต่ละกิจกรรม ร่วมกับผู้ป่วยและผู้ดูแล เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยกับผู้ป่วยและผู้ดูแล และระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลให้เกิดความไว้วางใจและยินยอมเปิดเผยข้อมูล สรุปผลและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประโยชน์ที่ได้รับในแต่ละกิจกรรมสรุปผลและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประโยชน์ที่ได้รับในแต่ละกิจกรรม ร่วมกับผู้ป่วยและ.....

ตารางนัดหมายการทำกิจกรรม

ชื่อ-สกุล.....ตึก.....

ที่อยู่ติดต่อได้หลังจำหน่าย

.....

เบอร์โทรศัพท์.....

ครั้ง	ว/ด/ป	เวลา	เรื่อง
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			

ใบความรู้ที่ 1/1 มารู้จักโรคจิตเภทกันเถอะ

ความหมายของโรคจิตเภท

โรคจิตเภท เป็นโรคทางจิตเวชชนิดหนึ่งที่มีความผิดปกติของความคิดเป็นลักษณะเด่น การแสดงออก ของพฤติกรรม การรับรู้ และอารมณ์ ผิดปกติจากคนทั่วไป เช่น เก็บตัวอยู่คนเดียว ไม่สนใจตนเอง ร้องไห้หรือหัวเราะคนเดียวไม่สมเหตุผล หลงผิดระแวงคิดว่าคนอื่นจะมาทำร้าย ประสาทหลอน หูแว่ว มีเสียงมาสั่งให้ทำในสิ่งที่ไม่เหมาะสม เป็นต้น โดยมีระยะเวลาเจ็บป่วยอย่างน้อย 6 เดือน

สาเหตุของการเกิดโรคจิตเภท

ปัจจุบันยังไม่สามารถบอกสาเหตุได้แน่ชัด แต่เชื่อว่าเป็นกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นจากหลายๆสาเหตุ ดังนี้

1. ปัจจัยด้านร่างกาย

1.1 กรรมพันธุ์ ครอบครัวหรือฝาแฝดที่เคยมีญาติพี่น้องป่วยทางจิต จะมีโอกาสป่วยทางจิตมากกว่าผู้อื่น

1.2 การได้รับสารกระตุ้นทางสมอง เช่น สารเสพติดต่าง ๆ เช่น สุรา ยาบ้า สารระเหย เป็นต้น

1.3 การเปลี่ยนแปลงของสารเคมีในสมอง

1.4

1.5

2. ปัจจัยด้านจิตใจ

จิตใจที่ผิดปกติมาตั้งแต่วัยเด็ก เมื่อโตขึ้นเผชิญกับความเครียดไม่สามารถแก้ไข
ปัญหา.....

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

3. ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม

ผู้ป่วยจิตเภท มักพบมากในครอบครัวที่มีความเครียดสูง

.....
.....

ใบความรู้ที่ 1/2 เรื่อง มารู้จักความเครียดกันเถอะ

ความเครียด

ความเครียด เป็นภาวะของอารมณ์หรือความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลต้องเผชิญกับปัญหาต่างๆ และทำให้รู้สึกถูกกดดัน ไม่สบายใจ วุ่นวายใจ กลัว วิตกกังวล ตลอดจนถูกบีบคั้น เมื่อบุคคลรับรู้หรือประเมินว่าปัญหาเหล่านั้นเป็นสิ่งที่คุกคามจิตใจ หรืออาจจะก่อให้เกิดอันตรายแก่ร่างกาย จะส่งผลให้สภาวะสมดุลของร่างกายและจิตใจเสียไป

สาเหตุของความเครียด ความเครียดเกิดจากสาเหตุ 2 ประการ

1. **ตัวบุคคล** ได้แก่ เป็นคนคิดมาก วิตกกังวลล่วงหน้ากับสิ่งที่ยังไม่เกิด เป็นคนชอบมองโลกในแง่ร้าย ขาดทักษะในการแก้ปัญหา เป็นคนไม่ชอบสังคม ทำให้ขาดเพื่อนคู่คิด กลัวทำงานไม่สำเร็จ
2. **ปัญหาต่าง ๆ ในชีวิต** ได้แก่ ปัญหาการเรียน ปัญหาการทำงาน ปัญหาสุขภาพ การเจ็บป่วยรุนแรงเรื้อรัง และไม่รุนแรง ปัญหาครอบครัว ปัญหาเกี่ยวกับเพื่อน ปัญหาสิ่งแวดล้อมและสังคม

ความเครียดในผู้ป่วยจิตเภท

ผู้ป่วยจิตเภทสามารถพบกับสถานการณ์ความเครียดในชีวิตได้จาก 3 สถานการณ์ ได้แก่

1. **การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท** เนื่องจาก ทำให้กระบวนการทางสรีระผิดปกติ การรับรู้ผิดปกติ มีความคิดผิดปกติ มีภาวะสิ้นยินดี การได้รับผลข้างเคียงจากยารักษาอาการทางจิต และ.....

2. **ความเครียดที่มีสาเหตุจากตัวผู้ป่วยเอง** ได้แก่ การรับรู้ตนเอง ความสัมพันธ์กับผู้อื่น ผลกระทบของโรคจิตเภท การสูญเสียเป้าหมายในชีวิต การประกอบอาชีพ การใช้เวลาว่างและการ.....

3. **ความเครียดจากสิ่งแวดล้อม** ได้แก่ สัมพันธภาพกับครอบครัว และบุคคลอื่น การรับบริการด้านสุขภาพ และการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล

ความเครียด เป็นปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นภายในตัวเรา เกิดขึ้นเพื่อตอบสนองต่อเหตุการณ์หรือสิ่งเร้าต่างๆ ที่มากระทบหรือกระตุ้นจากภายนอกตัวเรา ในชีวิตประจำวันทุกคนจะมีความเครียด

ด้านจิตใจ

* รู้สึกวิตกกังวลมากขึ้น

- * ไม่มีสมาธิในการทำงานหรือการเรียน
- * หหมดความรู้สึกสนุกสนาน

ด้านร่างกาย

- * ปวดศีรษะ
- * นอนไม่หลับหรือง่วงนอนตลอดเวลา
- * ท้องเสียหรือท้องผูกบ่อย ๆ

ด้านพฤติกรรม

- * สูบบุหรี่จัด ดื่มสุรามากขึ้น
- * ดื่มชา กาแฟหรือเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนมากขึ้น
- * ต้องใช้ยานอนหลับหรือยาแก้ปวดประสาท

การจัดการกับความเครียด

ความเครียดเป็นส่วนหนึ่งที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันของคนเรา ความเครียดที่เกิดขึ้นปกติจะไม่รุนแรงเกินไปเราจะสามารถปรับตัวหรือจัดการกับความเครียดนั้นได้ เมื่อเกิดความเครียดแล้วจะมีวิธีการดังต่อไปนี้

1. วิธีการด้านอารมณ์

- * ยอมรับกับความผิดหวัง
- * รู้จักปลง
- * ออกกำลังกายที่ชอบ

2. วิธีการด้านแก้ไข้ปัญหา

ใบความรู้ที่ 1/3 เรื่อง เทคนิคการผ่อนคลายความเครียดด้วยโยคะ

โยคะ และความหมายของโยคะ

โยคะ หมายถึง ร่างกาย จิตใจและ ลมหายใจ การฝึกโยคะเป็นการรวมกายและใจเข้าด้วยกัน เหมือนกับการที่เรานั่งสมาธิให้ ต้องมีกายสงบแน่วแน่ และลมหายใจที่เป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน เพื่อให้ เกิดความสมดุลในร่างกายเรา เมื่อมีกายที่สมดุล มีจิตที่สงบนิ่งมั่นคง การฝึกโยคะนั้นเราจึงต้องมีสติ กับกายที่รู้อยู่ ตลอดเวลาจึงเกิดสมาธิผสานกับลมหายใจเข้าออกก่อให้เกิดเป็นสมาธิ

ประโยชน์จากการฝึกโยคะ

การฝึกโยคะทำให้ กาย จิตใจ ของเราแน่วแน่ว สงบและ มีสมาธิ ร่างกายผ่อนคลายจากการ ตึงเครียด นอกจากนี้ ยังช่วยรักษาระบบต่างๆของร่างกาย กล้ามเนื้อกระดูก ระบบเส้นประสาทต่างๆ ให้สมบูรณ์ และสร้างสมดุลให้ร่างกาย ประโยชน์ของการฝึกโยคะมีดังนี้

ประโยชน์การฝึกโยคะด้านสุขภาพ

- ทำให้ร่างกายเพิ่มความยืดหยุ่น การเคลื่อนไหวออกกำลังสะดวก

.....

.....

ประโยชน์การฝึกโยคะด้านจิตใจและสมาธิ

- ทำให้มีความสดใสสร้างแรงในการดำเนินชีวิต

.....

.....

อุปกรณ์ของการฝึกโยคะ

1. เสื่อหรือพรมเสื่อบาง ๆ ไม่ควรเป็นเสื่อที่นุ่มหรือมีลักษณะเป็นฟองน้ำ
2. ผ้าห่มหรือหมอนสี่เหลี่ยมผ้าห่มนวมหนึ่งหรือสองพับ จะป้องกันกระดูกสันหลังและคอใน

ท่าฝึกที่มีการเอี้ยวตัว

การเตรียมตัวก่อนเริ่มต้นการฝึกโยคะ

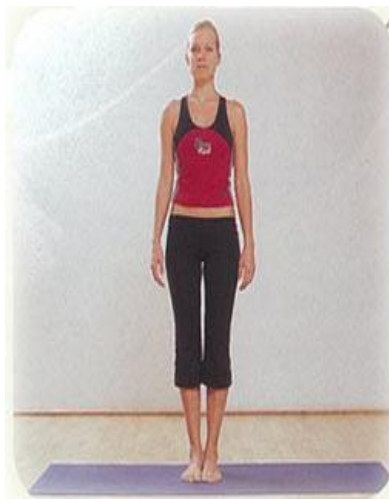
1. เครื่องประดับ ให้นำเครื่องประดับต่าง ๆ เช่น นาฬิกา สร้อย แหวน กำไล ตุ้มหู ฯลฯ ถอด ออกให้หมด

.....

.....

ใบความรู้ที่ 1/3 เรื่อง เทคนิคการผ่อนคลายความเครียดด้วยโยคะ

วิธีปฏิบัติโยคะท่าต่าง ๆ



วิธีปฏิบัติท่าที่ 1 : ท่าภูเขา

- 1.ยืนตรงเท้าชิดกัน สันเท้าและฝ่าเท้าตรงกัน
- 2.เหยียดขาให้ตึง เกร็งกล้ามเนื้อต้นขาให้เข้ากระชับ
- 3.เกร็งกล้ามเนื้อหน้าท้อง ยึดอก หลังเหยียดตรง คอตั้งตรง ตามองตรงไปข้างหน้า
- 4.รักษาสสมดุลของร่างกายให้น้ำหนักผ่านแนวตรงจากศีรษะ ไหล่มายังกึ่งกลางสะโพก ข้อเข่าและข้อเท้าไปยังฝ่าเท้าทั้งสองข้าง
- 5.แขนอาจจะวางแนบลำตัว หรือพนมมือเหนือศีรษะ หรือพนมมือจรดหน้าอก



วิธีปฏิบัติท่าที่ 2 : ทำต้นไม้

- 1.ยืนเท้าชิด แขนแนบลำตัว งอเข่าขวา ยกต้นขาขวา และยก สันเท้าขวาไปบนต้นขาซ้ายด้านในให้โค้งที่สุดเท่าที่จะทำได้
- 2.ทรงตัว บนเท้าซ้าย
- 3.ยกแขนทั้งสอง ข้างขึ้นเหนือศีรษะ อย่าให้ข้อศอกงอ และให้ฝ่ามือประชิดกัน คงท่านี้ไว้ขณะค่อยๆ หายใจ ประมาณ 10 ช่วงหายใจเข้าออก
- 4.ลดแขนและขาขวาลง และกลับไปสู่ตำแหน่งในข้อ 1 คือการยืนหน้าชิด แขนแนบลำตัว หยุดพักสักครู่ และทำซ้ำด้วยขาข้างหนึ่ง



วิธีปฏิบัติท่าที่ 3 : ท่าแมว

- 1.คุกเข่า เข่าทั้งสองห่างกันเท่าช่วงไหล่
- 2.ระยะห่างระหว่างมือเท่าช่วงไหล่ แขนเหยียดตรง
- 3.เงยศีรษะขึ้น แอนเอวให้มากที่สุด คงท่าไว้
- 4.ก้มศีรษะลงจนชิดหน้าอกพร้อมกับโก่งหลังขึ้นให้มากที่สุด
- 5.คล้ายท่ากลับไปยังท่าที่สองอีกครั้ง ทำซ้ำประมาณ 10 ครั้ง โดยกำหนดลมหายใจเข้าออก



วิธีปฏิบัติท่าที่ 4 : ท่างู

1. คลำตัวลงกับพื้น
2. ขยายแขนออกมาด้านหน้า ยึดตัวและศีรษะขึ้น ให้ความรู้สึกยืด หน้าท้องและส่วนไหล่ ผ่อนคลาย
3. ทำนานค้างไว้ 30 วินาที




วิธีปฏิบัติท่าที่ 5 : ท่าลมปราณ

1. เริ่มต้นที่ท่าศพอาสนะ
2. หายใจเข้า พร้อมกับยกเข่าขึ้นชิดอก แล้วกอดไว้ด้วยแขนทั้ง 2 ข้าง
3. หายใจออก พร้อมยกศีรษะขึ้นให้หน้าผากจรดหัวเข่า แล้วค้างท่าไว้ กำหนดลมหายใจเข้า-ออก สักครู่ ค้างไว้ 30 วินาที แล้วทำซ้ำสลับข้าง
4. หายใจออกพร้อมคลายท่า



วิธีปฏิบัติท่าที่ 6 : ท่าศพ

1. เริ่มต้นด้วยการนั่งบนพื้นชันเข่า ใช้มือสองข้างยันพื้นทางด้านหลัง แล้วยกสะโพกเคลื่อนไปทางด้านหลัง แล้วค่อย ๆ เหยียดขาขวาออกตามด้วยขาซ้าย
2. ใช้มือประคองต้นคอ แล้วค่อย ๆ นอนหงายลงที่พื้น
3. ยกแขนขึ้นตั้งฉากกับพื้น แล้วปล่อยแขนลงที่ข้างตัว หงายมือออก เหยียดแขนและขาตรงที่ข้างลำตัว โดยมีมือห่างสะโพกเล็กน้อย
4. กลับตา แล้วกำหนดลมหายใจเข้า-ออก
5. เกร็งกล้ามเนื้อแต่ละส่วนของร่างกาย โดยเริ่มที่นิ้วเท้า เกร็งค้างไว้ 5-6 วินาที แล้วปล่อย จากนั้นเลื่อนขึ้นมาเกร็งกล้ามเนื้อขา เข่า ต้นขา สะโพก หน้าท้อง ทรวงอก แขน มือ นิ้วมือ หัวไหล่ คอ และหน้าตามลำดับ ส่วนละ 5-6 วินาทีแล้วปล่อย
6. จากนั้นผ่อนคลายส่วนต่าง ๆ ของร่างกายและจิตใจ ปล่อยวางความคิดต่าง ๆ พงษ์สมาธิที่การกำหนดลมหายใจเพียงเท่านั้น



ภาคผนวก ง
ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
และแบบแสดงความยินยอมผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

เอกสารการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง
ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
(Patient/Participant Information Sheet)

ชื่อโครงการวิจัย	ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดร่วมกับโยคะ ต่อความรุนแรงของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภท
ชื่อผู้วิจัย	นางอรพรรณ ประทุมพันธ์ นิสิตสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ แขนงวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
สถานที่ติดต่อผู้วิจัย	112 ถ.สมเด็จพระเจ้าพระยา แขวงคลองสาน เขตคลองสาน กรุงเทพมหานคร 10600
โทรศัพท์ (มือถือ)	064-3293132
E-mail Address	maijaja2011@hotmail.com

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้คำยินยอมในการวิจัย ประกอบด้วยคำอธิบาย ดังต่อไปนี้

1. ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัย ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย มีความจำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้ทำเพราะเหตุใด และเกี่ยวข้องกับอะไร กรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบ และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไม่ชัดเจนได้ตลอดเวลา
2. โครงการวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองเพื่อศึกษา ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดร่วมกับโยคะ ต่อความรุนแรงของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภท
3. วัตถุประสงค์ของการวิจัย
 - 1) เพื่อเปรียบเทียบความรุนแรงของอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดร่วมกับโยคะ
 - 2) เพื่อเปรียบเทียบความรุนแรงของอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดร่วมกับโยคะ กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
4. รายละเอียดของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ที่มีอายุระหว่าง 20-59 ปี ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวช จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 20 คน และกลุ่มทดลอง 20 คน คุณสมบัติการคัดเลือกเข้ากลุ่ม (inclusion criteria) ดังนี้

- 1) มีอายุระหว่าง 20-59 ปี เป็นเพศหญิง
- 2) ผู้ป่วย มีอาการทางจิตในระดับปานกลาง BPRS > 36-72 คะแนน
- 3) มีคะแนนความเครียดสูงกว่าปกติ (คะแนนจากแบบประเมินความเครียดด้วยตนเองของกรมสุขภาพจิต มากกว่า 18 คะแนน)
- 4) สามารถฟัง พูด อ่านและเขียนภาษาไทยได้
- 5) ยินดีเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ

คุณสมบัติการคัดออกกลุ่ม (Exclusion criteria) ดังนี้

- 1) ผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบในระดับสูง
- 2) ผู้ป่วยมีปัญหาด้านสุขภาพร่างกาย จนเป็นอุปสรรคขณะเข้าร่วมกิจกรรม
5. กระบวนการวิจัยที่กระทำต่อกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดร่วมกับโยคะ ต่อความรุนแรงของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภท มีดังนี้

กลุ่มที่ 1 กลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติในสัปดาห์ที่ 1- 4 ได้แก่ การประเมินอาการผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ การประเมินทางด้านต่าง ๆ ของผู้ป่วย การให้คำแนะนำทางด้านการดูแลสุขภาพ การออกกำลังกายช่วงเช้าใช้เวลา 30 นาที การให้คำปรึกษาตามสภาพปัญหาด้านสุขภาพจิตและจิตเวช การให้สุขภาพจิตศึกษารายบุคคลและรายกลุ่ม การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะอยู่โรงพยาบาลและเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

กลุ่มที่ 2 กลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดร่วมกับโยคะ ตามวัน เวลาที่กำหนดไว้ ซึ่งประกอบไปด้วยการดำเนินกิจกรรมแบบกลุ่มจำนวน 9 กิจกรรม ครอบคลุมทั้งการจัดการกับปัจจัยที่มีผลต่ออาการทางจิต ดำเนินกิจกรรมเป็น 2 ระยะโดยระยะที่ 1 แบบผู้ป่วยใน และ ระยะที่ 2 แบบผู้ป่วยนอก มีระยะเวลาดำเนินการเป็นเวลา 4 สัปดาห์

6. การเข้าร่วมเป็นกลุ่มประชากรในการวิจัยเป็นโดยสมัครใจ สามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือขอถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะ โดยการปฏิเสธที่จะเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ไม่มีผลต่อการได้รับการดูแลจากเจ้าหน้าที่ แต่ประการใด

7. การใช้เวชระเบียนได้รับการอนุมัติจากผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา และจากตัวผู้ป่วยเอง

8. การเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้มีประโยชน์ต่อผู้ป่วย คือ เป็นแนวทางสำหรับพัฒนาการให้บริการของพยาบาลจิตเวช โดยการฟื้นฟูสุขภาพทางจิตและสุขภาพทางกายของผู้ป่วยจิตเภทให้มีความรุนแรงของอาการทางจิตลดลง

9. หากท่านมีข้อสงสัย สามารถสอบถามเพิ่มเติมได้โดยติดต่อกับผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือโทษเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบโดยเร็ว

10. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับท่านจะเก็บเป็นความลับ หากมีการเสนอผลการวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวม ข้อมูลใดที่สามารถระบุถึงตัวท่านได้จะไม่ปรากฏในรายงาน

11. การวิจัยในครั้งนี้ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนให้แก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย

12. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวสามารถร้องเรียนได้ที่ เลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา เบอร์โทร 02-4422500 ต่อ 59447

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ทำที่.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามทำหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดร่วมกับโยคะ ต่อความรุนแรงของอาการ

ทางจิตในผู้ป่วยจิตเภท

ชื่อผู้วิจัย นางอรพรรณ ประทุมพันธ์

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย (ที่ทำงาน) สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา 112 ถนน สมเด็จเจ้าพระยา แขวงคลองสาน เขตคลองสาน กรุงเทพมหานคร 10600

โทรศัพท์มือถือ 064-3293132 E-mail Address: maijaja2011@hotmail.com.

ข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอน

ต่าง ๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ ข้าพเจ้าได้อ่านรายละเอียด ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด และได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัยซึ่งเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ภายใต้เงื่อนไขที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยข้าพเจ้ายินยอมตอบแบบสอบถามที่เกี่ยวข้องในงานวิจัย

ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบในทางใดๆ ต่อดัวข้าพเจ้าทั้งสิ้น และจะได้รับการดูแลจากเจ้าหน้าที่เช่นเดิม

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะนำเสนอข้อมูลจากการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่เลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา เบอร์โทร 02-4422500

ข้าพเจ้าได้ลงลายชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจง
ผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ.....

(.....นางอรพรรณ ประทุมรัตน์.....)

ผู้วิจัยหลัก

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้เข้าร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY





เอกสารรับรองโครงการวิจัย

โดย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

โครงการวิจัยเรื่อง : ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดร่วมกับโยคะ ต่อความรุนแรง
ของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภท

ผู้ดำเนินการวิจัย : นางอรพรรณ ประทุมพันธ์

สถานที่ดำเนินการวิจัย : สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

ระยะเวลาดำเนินการวิจัย: พฤษภาคม ๒๕๖๑ - พฤษภาคม ๒๕๖๒

เอกสารที่อนุมัติ

๑. โครงการวิจัย
๒. เครื่องมือในการทำวิจัย
๓. หนังสือแสดงความยินยอมผู้ร่วมโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ได้พิจารณาอนุมัติ
ในแง่จริยธรรมการวิจัยแล้วนั้น จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการวิจัยเรื่องดังกล่าวข้างต้นได้

(นายแพทย์นพดล วาณิชชิตี)

ผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

เอกสารรับรองโครงการที่ ๐๒๒ /๒๕๖๑ วันที่อนุมัติ.....2 พ.ค.2561.....




ภาคผนวก ฉ
จดหมายขออนุญาตใช้เครื่องมือในการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

📧 ใหม่ | 🔄 ตอบกลับ | 🗑️ ลบ | 📧 เก็บถาวร | 📧 ชขยะ | 📧 ล้าง | 📧 ย้ายไปยัง | ⋮ | ⬆️ | ⬇️ | ✖️ | 🔄 เล็กทำ

Re: letter for permission

 Elizabeth Visceglia <evisceglia@gmail.com> 🔄 ตอบกลับ | 📧
อ. 19/4/2016, 3:20
คุณ 📧

คุณส่งข้อความนี้เมื่อ 18/6/2018 13:03

Thanks so much for writing!
Its fine for you to use our article and our work as much as you would like. We did not use a strict protocol because we wanted the fluidity to change the class depending on the needs of the patients -- this is our understanding of yoga therapy. If you would like to talk more about this, I am happy to set up a time to talk.
Warmly,
Elizabeth

On Fri, Apr 15, 2016 at 12:40 PM, อรพรรณ ประทุมพันธ์ <majaja2011@hotmail.com> wrote:

|



ภาคผนวก ข
ตัวอย่างแบบฟอร์มความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ
โปรแกรมการจัดการความเครียดร่วมกับโยคะ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ฉัตรตรวจสอบเครื่องมือ
ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดร่วมกับโยคะต่อความรุนแรงของอาการทางจิต
ในผู้ป่วยจิตเภท
(สำหรับผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ)

ชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ	นางเพชรี คันธสายบัว
ชื่อผู้ศึกษา	นางอรพรรณ ประทุมพันธ์
สาขาวิชา	การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (ภาคนอกเวลาราชการ)
อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชนีกร อุปเสน
เบอร์ที่สามารถติดต่อได้	064-3293-132
หัวข้อวิทยานิพนธ์	ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดร่วมกับโยคะ ต่อความรุนแรงของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภท
เครื่องมือที่ใช้	เป็นแบบประเมินทั้งหมด 4 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ส่วนที่ 2 ตัวอย่างเครื่องมือแบบประเมินทักษะการจัดการความเครียด ส่วนที่ 3 แบบประเมินอาการทางจิต (BPRS) ส่วนที่ 4 แบบประเมินความเครียดด้วยตนเอง กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
กลุ่มตัวอย่าง	ผู้ป่วยจิตเภทซึ่งได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา วินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองกลุ่มละ 20 คน โดยกลุ่มตัวอย่างได้จากการเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling)

ลงชื่อ

(นางเพชรี คันธสายบัว)

ผู้ตรวจสอบเครื่องมือ

ความคิดเห็น

1. รูปแบบกิจกรรม

- เหมาะสม ควรปรับปรุง

ข้อเสนอแนะ

.....

.....

2. จำนวนครั้งในการจัดกิจกรรม

- เหมาะสม ควรปรับปรุง

ข้อเสนอแนะ

.....

.....

3. เนื้อหาของกิจกรรม

3.1 กิจกรรมครั้งที่ 1 ให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท อาการทางจิต ความเครียดที่เกิดจากอาการทางจิต

- เหมาะสม ควรปรับปรุง

ข้อเสนอแนะ

.....

.....

3.2 กิจกรรมครั้งที่ 2 การเสริมสร้างสุขภาวะและความแข็งแรงของร่างกายด้วยโยคะ

- เหมาะสม ควรปรับปรุง

ข้อเสนอแนะ

.....

.....

ลงชื่อ.....

นางเพชรี คันทสายบัว)

ผู้ตรวจสอบเครื่องมือ

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางอรพรรณ ประทุมรัตน์ เกิดเมื่อวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2529 ที่อำเภอ อุ้มทอง จังหวัด สุพรรณบุรี สำเร็จการศึกษาปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี เมื่อปีการศึกษา 2551 และเข้าศึกษาต่อในระดับปริญญาโท หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ แขนงวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ที่คณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปีการศึกษา 2557 ปัจจุบันปฏิบัติงานตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ระดับปฏิบัติการ หอผู้ป่วยจิตเวชสามัญชาย ตึกพยัคฆมอก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา กรุงเทพมหานคร



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY