

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความผิดปกติในการทำหน้าที่ของสมองด้านความคิด การรับรู้ ส่วนใหญ่อาการมักจะเริ่มในช่วงวัยรุ่น เมื่อเป็นแล้วมักไม่หายขาด ส่วนใหญ่มีอาการกำเริบเป็นช่วง ๆ อาการในช่วงกำเริบมักเป็นกลุ่มอาการด้านบวก เช่น ประสาทหลอน หลงผิด และในระยะหลังส่วนใหญ่จะเป็นกลุ่มอาการด้านลบ เช่น พูดน้อย เฉื่อยชา แยกตัว (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุขนิษฐ์, 2542) การพยากรณ์โรคมักไม่ดีและมีผลต่อการทำหน้าที่ในชีวิตปกติของบุคคล (World Health Organization: WHO, 1992) หลังได้รับการรักษาแล้วมักมีร่องรอยโรคเหลืออยู่ และมีอัตราการป่วยซ้ำในระดับสูง โดยร้อยละ 90 มีโอกาสกลับเป็นซ้ำถ้าไม่ได้รับการรักษาต่อเนื่องภายใน 1 ปี เมื่อเจ็บป่วยครั้งแรก ส่วนในกลุ่มที่รักษาต่อเนื่องก็มีโอกาสป่วยซ้ำได้ถึงร้อยละ 30 (Health on the Net Foundation, 2004) โรคจิตเภทนับเป็นโรคทางจิตเวชที่รุนแรง และก่อให้เกิดการไร้สมรรถภาพได้มากที่สุด (Elizabeth, 1999)

จากสถิติอุบัติการณ์ของโรคจิตเภทนั้น พบได้ประมาณร้อยละ 0.85 ของประชากรทั่วโลก และพบได้ทุกเชื้อชาติ (Kaplan & Sadock, 2000) จากการสำรวจความชุกของโรคจิตเวชในประเทศไทย ปี 2546 ซึ่งได้นำเสนอในภาพรวมของโรค พบผู้ป่วยโรคจิตร้อยละ 1.8 (กรมสุขภาพจิต, 2546) และจากสถิติของกรมสุขภาพจิตในปี 2547 พบมีผู้ป่วยโรคจิตจำนวน 520,013 คน หรือ คิดเป็นอัตราส่วน 828.05 ต่อประชากรแสนคน จากสถิติผู้มารับบริการผู้ป่วยนอก แผนกจิตเวช โรงพยาบาลชลบุรี ปี 2549 มีจำนวนทั้งหมด 12,021 ราย พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยโรคจิตเภทเข้ามารับบริการมากเป็นอันดับแรกของผู้มารับบริการทั้งหมด มีจำนวนถึง 7,155 ราย จากจำนวนที่เพิ่มขึ้นของผู้ป่วยโรคจิตเภท สะท้อนให้เห็นว่าต้องมีผู้ดูแลเพิ่มขึ้นด้วยเช่นกัน เนื่องจากในปัจจุบันการรักษาโรคจิตเภทด้วยยามีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น อีกทั้งมีนโยบายที่จะให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษายู่ในโรงพยาบาลสั้นลง โดยผู้ป่วยใช้เวลาอยู่ในโรงพยาบาลประมาณ 3 - 4 สัปดาห์ (พิเชษฐ อุดมรัตน์, สุกมด วิภาวีพลกุล, และ พันธุ์นภา กิตติรัตน์ไพบูลย์, 2547) เมื่ออาการสงบลงผู้ป่วยจะต้องกลับไปใช้ชีวิตส่วนใหญ่อยู่กับครอบครัว มักพบว่าผู้ป่วยจะยังมีอาการทางจิตหลงเหลืออยู่ และสามารถดูแลตนเองได้เพียงบางส่วน ผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ภาวะต่าง ๆ จึงต้องตกอยู่กับผู้ดูแลซึ่งส่วนใหญ่คือบุคคลในครอบครัว จึงเป็นหน้าที่ของผู้ดูแลในครอบครัวที่จะช่วยเหลือช่วยกระตุ้นหรือรื้อฟื้นช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจวัตร สังเกตอาการ และดูแลให้รับประทาน

ยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากการหยุดรับประทานยาหรือรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง มักทำให้อาการผู้ป่วยกำเริบขึ้นอีก (มานิต ศรีสุรภานนท์, 2537; อัมไพพนินฐา สมานวงศ์ไทย, 2544; วันเพ็ญ ยืนยงแสน, 2545) การให้การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทนั้นเป็นงานที่หนัก และส่งผลกระทบต่อความรู้สึกทางด้านร่างกายและจิตใจของสมาชิกในครอบครัวเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงที่ผู้ป่วยมีอาการกำเริบ เช่น มีอาการวุ่นวาย ก้าวร้าว เป็นต้น (ชฎาภจ ประเสริฐทรง, 2543) มีผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจำนวนมากตกอยู่ในภาวะของความเหนื่อยหน่าย ท้อแท้ และผิดหวัง รู้สึกว่าไม่มีใครช่วยให้สถานการณ์ดีขึ้น ทำให้มีสภาพจิตใจที่ตึงเครียด ขาดความสุขในชีวิต (ยอดสร้อย วิเวกวรรณ, 2543) และมีผู้ดูแลจำนวนมากต้องเผชิญกับความรู้สึกถูกความข่มขู่จากผู้ป่วยเป็นประจำ สร้างความตึงเครียดต่อเนื่องทำให้มีปัญหาสุขภาพจิตและสุขภาพกาย รู้สึกโกรธกับการไร้ความสามารถของผู้ป่วย (Hydc, 1997)

จากภาวะที่ผู้ดูแลต้องเผชิญในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทนั้นนับว่าปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดได้สูง และยาวนานกว่ากลุ่มคนปกติ เนื่องจากต้องมีการดูแลผู้ป่วยที่ต่อเนื่อง โดยไม่รู้ว่าจะสิ้นสุดเมื่อใด ซึ่งก่อให้เกิดความเครียดต่อเนื่องเป็นเวลานาน หากผู้ดูแลมีวิธีการเผชิญกับความเครียดที่ไม่เหมาะสม ไม่สามารถปรับตัวต่อความเครียดได้ ก็จะมีผลให้เกิดการเจ็บป่วยต่าง ๆ ได้ เช่น ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ แผลในกระเพาะอาหาร ไมเกรน การเจ็บป่วยทางจิต และอื่น ๆ จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่าภาระที่ต้องดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทนั้นมีผลกระทบต่อสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจของผู้ดูแล ซึ่งจากการศึกษาของศรีสุดา วนาสิลิน, ทิพย์ภา เซษฐุ์เชาวลิต, พรรณี อ่าวเจริญ และจิตลัดดา ไชยมงคล (2546) พบว่าร้อยละ 81.25 ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช มีความเครียด หงุดหงิด โกรธ จากการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด จึงกล่าวได้ว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทมีแนวโน้มที่จะเกิดปัญหาสุขภาพจิตได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ จุฬพล สมประสงค์ (2540) ที่พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตมีปัญหาสุขภาพจิตถึงร้อยละ 60 การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทนั้นก่อให้เกิดความเครียดและเหนื่อยล้าจากการที่ต้องดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง มีผลทำให้เกิดความเครียดที่เรื้อรัง และอาจทำให้เป็นโรคทางจิตเวชต่อไปได้ บุคคลในกลุ่มนี้จึงจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือ และมีการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดเพื่อป้องกันและเพื่อลดความความรุนแรงของโรคจิตเวชตามนโยบายของกรมสุขภาพจิตที่จะลดอัตราการป่วยด้วยโรคจิตของประชาชนไทยลงจากเดิมร้อยละ 1.8 ให้เหลือไม่เกิน ร้อยละ 1.7 เมื่อสิ้นแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 9

การจัดการกับความเครียดของมนุษย์นั้นสามารถมีวิธีการจัดการได้หลากหลาย แต่วิธีหนึ่งที่สามารถจัดการกับความเครียดได้ผลดี คือ การแก้ไขที่กระบวนการคิด ที่เรียกว่า การปรับพฤติกรรมทางปัญญา (Cognitive Behavior Therapy) เป็นกระบวนการนำบัตรรักษาที่ปรับเปลี่ยน

พฤติกรรมโดยการเปลี่ยนแปลงตัวแปรทางความคิด แนวคิดนี้มีความเชื่อว่า พฤติกรรมเกิดขึ้นจากสิ่งเร้าหรือเงื่อนไข และกระบวนการคิด ดังนั้นการสร้างเสริมหรือปรับแก้พฤติกรรมมนุษย์จึงสามารถทำได้โดยการปรับที่สิ่งเร้าหรือเงื่อนไขหรือกระบวนการคิด โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สามารถกระทำได้ด้วยความร่วมมือของผู้ที่ต้องการจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Boekaerts, Pintrich, & Zeidner, 2000; Clark & Fairburn, 1997; Clark, Kirk, Hawton, & Salkovsky, 1990) โดยคาดหมายว่าเมื่อบุคคลมีความรู้ ความเข้าใจในสาเหตุของปัญหา และมีการปรับเปลี่ยนความคิดจะส่งผลต่อการแสดงออกของพฤติกรรมด้วย

Meichenbaum (1973) ได้พัฒนาแนวคิดการให้คำปรึกษาการปรับพฤติกรรมทางปัญญาของ Beck (1967) ขึ้นมาเพื่อประยุกต์ใช้ในการฝึกการป้องกันความเครียด (Stress Inoculation Training) โดยได้รวบรวมบทบาทของกระบวนการคิด และปัจจัยที่มีผลในกระบวนการจัดการปัญหาที่เกี่ยวข้องกับความคิดในรูปของเทคโนโลยีของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยกระบวนการรู้คิด โดยมีแนวคิดว่าความเครียดที่เกิดขึ้นมักสัมพันธ์กับความคิดที่ผิดไปจากความจริง (Misconception) ปัญหาของผู้ป่วยเกิดจากความเชื่อที่ไม่ถูกต้องหรือเหมาะสม (Maladaptive Beliefs) ซึ่งจะนำไปสู่ความผิดปกติทางอารมณ์และพฤติกรรม

การฝึกการป้องกันความเครียดนั้นมีเป้าหมายเพื่อสอนการจัดการกับพฤติกรรมที่มีความยืดหยุ่น และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในแต่ละเวลา และสถานการณ์ได้ ซึ่งแบ่งการฝึกออกเป็น 3 ระยะ (Meichenbaum & Cameron, 1983) คือระยะที่ 1 เป็นการสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้เกิดความร่วมมือระหว่างผู้รับการฝึก และผู้ให้การฝึก โปรแกรม โดยให้ความรู้เรื่องความเครียด เพื่อให้ผู้รับการฝึกเข้าใจถึงธรรมชาติของความเครียดของตนเอง และผลกระทบของความเครียดที่เกิดขึ้น มีการสำรวจร่วมกันถึงความเชื่อ และเจตคติของผู้รับการฝึกเกี่ยวกับสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด ระยะที่ 2 เป็นการสอนให้ผู้รับการฝึกเรียนรู้แนวทางในการจัดการกับปัญหาทั้งทักษะทางพฤติกรรม ทักษะทางปัญญา ระยะที่ 3 มีการนำทักษะเกี่ยวกับการเผชิญกับความเครียดไปประยุกต์ใช้เมื่อต้องเจอกับสถานการณ์จริง

ในการวิจัยครั้งนี้ นำโปรแกรมนี้มาประยุกต์ใช้โดยแบ่งการฝึกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ระยะที่ 1 เป็นการสร้างสัมพันธภาพและให้ความรู้เกี่ยวกับธรรมชาติของความเครียด ผลกระทบของความเครียด และการปรับเปลี่ยนความคิดในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ระยะที่ 2 เป็นการฝึกทักษะต่าง ๆ ผู้วิจัยใช้ทักษะในการสอนตนเอง (Self-Instruction Training) การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (Progressive Muscle Relaxation) และการฝึกการหายใจ (Breathing Training) และให้ผู้รับการฝึกในกลุ่มทดลองใช้ทักษะต่าง ๆ เพื่อให้เกิดความชำนาญก่อนนำทักษะไปใช้ในสถานการณ์จริง ระยะที่ 3 ใช้เทคนิคการจำลองสถานการณ์ แล้วให้ผู้รับการฝึกใช้ทักษะต่าง ๆ เมื่อเกิดสถานการณ์ที่

ทำให้เกิดความเครียดขึ้น เพื่อให้เกิดความมั่นใจในการใช้ทักษะต่าง ๆ ก่อนเผชิญกับสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดในชีวิตจริง

จากการทบทวนเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในต่างประเทศพบว่า การฝึกการป้องกันความเครียด (Stress Inoculation Training) สามารถนำไปใช้ในการลดความเครียดในผู้ที่มีความเครียดด้านต่าง ๆ เช่น ผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บปวดทางร่างกาย ผู้มีปัญหารวมถึงโรค และผู้มีปัญหาโรคกลัว (Deffenbacher & Meichenbaum, 1988; Meichenbaum, 1993) ผู้มีปัญหากังวลเรื่องการพูด (Altmaier, Halpern, Leary, & Sellers, 1985) ผู้ที่ทำงานที่ก่อให้เกิดความเครียด (Sharp & Forman, 1985) ผู้ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวช (Driskell, Johnston, Salas, & Saunders, 1996; Kotlash & Maag, 1994; Meichenbaum, 1996, 2001) จากการศึกษาไม่พบข้อห้ามในการนำโปรแกรมไปใช้ ซึ่งสามารถนำมาใช้ได้ทั้งการทั่วไปเป็นกลุ่มและรายบุคคล สำหรับในประเทศไทย มีการนำแนวคิดโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญาของ Meichenbaum มาใช้เพื่อลดความเครียดในผู้ป่วยเบาหวาน โดยแบ่งการทดลองเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 11 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 11 คน ผลการศึกษาพบว่าสามารถลดความเครียดของกลุ่มทดลองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (พัชนี มากเมือง, 2547) สำหรับในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทพบว่า ยังไม่เคยมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการใช้เทคนิคการฝึกการป้องกันความเครียดมาก่อน

การป้องกันการเกิดโรคนั้นแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม (Gordon, 1987 cite in Price, 1998) ได้แก่ 1) การป้องกันในกลุ่มคนทั่วไป (Universal Interventions) 2) การป้องกันในกลุ่มเสี่ยง (Selected Intervention) และ 3) การป้องกันในบุคคลที่มีอาการเริ่มแรกของโรค (Indicated Intervention) จากการแบ่งกลุ่มดังกล่าวจะเห็นได้ว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทนั้นถือเป็นกลุ่มเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาด้านสุขภาพจิตและการเจ็บป่วยทางจิตต่อไปได้ เนื่องจากมีโอกาสเกิดความเครียดได้สูงจากการดูแลผู้ป่วย ผู้วิจัยในฐานะที่เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช ตระหนักถึงความสำคัญของการจัดการและป้องกันความเครียดเพื่อลดอัตราการเกิดโรคหรือความผิดปกติทางจิตเวชได้ ผู้วิจัยจึงสนใจนำแนวคิดของ Meichenbaum (1973) ด้านโปรแกรมการฝึกการป้องกันความเครียด (Stress Inoculation Training) มาประยุกต์ใช้เพื่อช่วยส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทมีทักษะในการเผชิญกับความเครียด มีภูมิคุ้มกันเมื่อเกิดสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด สามารถจัดการกับความเครียดได้อย่างเหมาะสม และมีประสิทธิภาพ เมื่อผู้ดูแลสามารถจัดการกับความเครียดได้ดีก็จะเป็นการส่งเสริมให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น อีกทั้งยังเป็นการป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิต โรคทางจิตเวชในระยะยาวต่อไป และยังมีส่วนช่วยส่งเสริมคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยให้ดีขึ้นอีกด้วย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญาต่อความเครียดในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในระยะติดตามผล 1 เดือนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
3. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที
4. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองระหว่างก่อนการทดลองและในระยะติดตามผล 1 เดือน
5. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองระหว่างหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีและในระยะติดตามผล 1 เดือน
6. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพึงตัวของกลุ่มเนื้อของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
7. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพึงตัวของกลุ่มเนื้อของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในระยะติดตามผล 1 เดือนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
8. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพึงตัวของกลุ่มเนื้อของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที
9. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพึงตัวของกลุ่มเนื้อของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองระหว่างก่อนการทดลองและในระยะติดตามผล 1 เดือน
10. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพึงตัวของกลุ่มเนื้อของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองระหว่างหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีและในระยะติดตามผล 1 เดือน

สมมติฐานของการวิจัย

1. มีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลองต่อคะแนนเฉลี่ยความเครียด

2. ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีต่ำกว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มควบคุม
3. ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดในระยะติดตามผล 1 เดือนต่ำกว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มควบคุม
4. ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีต่ำกว่าก่อนการทดลอง
5. ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดในระยะติดตามผล 1 เดือนต่ำกว่าก่อนการทดลอง
6. ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดในระยะติดตามผล 1 เดือนไม่แตกต่างจากในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที
7. มีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลองต่อคะแนนเฉลี่ยความตึงตัวของกล้ามเนื้อ
8. ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความตึงตัวของกล้ามเนื้อหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีต่ำกว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มควบคุม
9. ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความตึงตัวของกล้ามเนื้อในระยะติดตามผล 1 เดือนต่ำกว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มควบคุม
10. ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความตึงตัวของกล้ามเนื้อหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีต่ำกว่าก่อนการทดลอง
11. ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความตึงตัวของกล้ามเนื้อในระยะติดตามผล 1 เดือนต่ำกว่าก่อนการทดลอง
12. ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความตึงตัวของกล้ามเนื้อในระยะติดตามผล 1 เดือนไม่แตกต่างจากในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ด้านปฏิบัติการพยาบาล บุคลากรพยาบาลสามารถนำโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญาไปใช้เพื่อช่วยลดความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทหรือโรคเรื้อรังอื่น ๆ ได้
2. ด้านการศึกษาพยาบาล คณาจารย์ในสถาบันการศึกษาพยาบาลและนักศึกษาพยาบาลสามารถนำรูปแบบโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญาที่พัฒนาขึ้นในงานวิจัยนี้ไปประยุกต์ใช้ในกิจกรรมการเรียนการสอน และสามารถนำไปใช้ในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในการลดความเครียดกับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท และโรคเรื้อรังอื่น ๆ ได้

3. ด้านการวิจัย นักวิจัยทางการแพทย์สามารถนำวิธีการหรือรูปแบบโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญา ไปประยุกต์ใช้ในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับแนวทางการลดความเครียดแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ ในครั้งต่อไป

4. ด้านการบริหาร ผู้บริหารในโรงพยาบาลสามารถนำโปรแกรมไปประยุกต์ใช้เพื่อพัฒนาบุคลากรในหน่วยงานในการช่วยเหลือผู้ที่มีความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยและผู้ที่มีปัญหาเครียดทั้งที่อยู่ในโรงพยาบาล และผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน รวมถึงเจ้าหน้าที่ที่เครียดจากการดูแลผู้ป่วย

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญาในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่นำผู้ป่วยโรคจิตเภทมารับการรักษาหรือเป็นผู้รับยาแทนผู้ป่วย ที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชลบุรี ซึ่งอาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ระหว่างเดือน กุมภาพันธ์ ถึง พฤษภาคม 2550

ตัวแปรที่ศึกษา

1. ตัวแปรอิสระ: วิธีการจัดการเพื่อลดความเครียด
2. ตัวแปรตาม: ระดับความเครียด และระดับความตึงตัวของกล้ามเนื้อของผู้ดูแลผู้ป่วย

โรคจิตเภท

นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท หมายถึง ผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการความผิดปกติทางอารมณ์ การรับรู้ กระบวนการคิด พฤติกรรมและบุคลิกภาพโดยรวม มีอาการต่อเนื่องกันนาน 6 เดือนขึ้นไป และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การจำแนกโรค

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th editio (DSM - IV) ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน

ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง ผู้ทำหน้าที่รับผิดชอบดูแล โดยตรงต่อผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในระยะรับการรักษาทางยาที่บ้าน อย่างน้อย 1 เดือน โดยเกี่ยวข้องเป็นสามี ภรรยา บิดา พี่น้อง บุตร หลาน หรือญาติของผู้ป่วย และบุคคลเหล่านี้ไม่ได้รับค่าตอบแทนในการดูแลผู้ป่วย

ความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วย หมายถึง อาการแสดงทางร่างกาย เช่น ปวดศีรษะ ใจสั่น กระสับกระส่าย ความรู้สึกกดดัน ความวิตกกังวล ความไม่สบายใจ ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทใน

การวิจัยครั้งนี้ประเมินโดยแบบประเมินความเครียดของคนไทย (Thai Stress Test) ที่พัฒนาโดย สุชีรา ภัทรายุศวรรัตน์ (2545)

ความตึงตัวของกล้ามเนื้อ หมายถึง ความตึงตัวของกล้ามเนื้อ ซึ่งเกิดจากความเครียด สามารถประเมินจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายด้วยเครื่อง อี เอ็ม จี ไบโอมิโอฟิตแบค รุ่น PE 100 I วัดความตึงตัวของกล้ามเนื้อบริเวณหน้าผาก (Frontalis Muscle) และแปลผลเป็นระดับความเครียด

โปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญา หมายถึง โปรแกรมซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดของ Meichenbaum (1977) เกี่ยวกับการฝึกการป้องกันความเครียด (Stress Inoculation Training) โดยมีเป้าหมายเพื่อสอนการจัดการกับพฤติกรรมที่มีความยืดหยุ่น และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการจัดการกับความเครียดได้ การฝึกโปรแกรมแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ในระยะที่ 1 เป็นการสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้เกิดการร่วมมือระหว่างผู้รับการฝึก และผู้ฝึกโปรแกรม ระยะที่ 2 เป็นการสอนให้ผู้รับการฝึกเรียนรู้แนวทางในการจัดการกับปัญหาทั้งทักษะทางพฤติกรรม และทักษะทางปัญญา ระยะที่ 3 เป็นการนำทักษะเกี่ยวกับการเผชิญกับความเครียดไปประยุกต์ใช้เมื่อต้องเจอกับสถานการณ์จริง

การรับบริการตามปกติ หมายถึง กิจกรรมที่ทีมสุขภาพปฏิบัติต่อผู้ป่วยและผู้ดูแลโรคจิตเภท ที่มารับบริการตามปกติ ได้แก่ การซักถามปัญหาในการดูแลผู้ป่วยทั่วไปและการให้คำแนะนำ

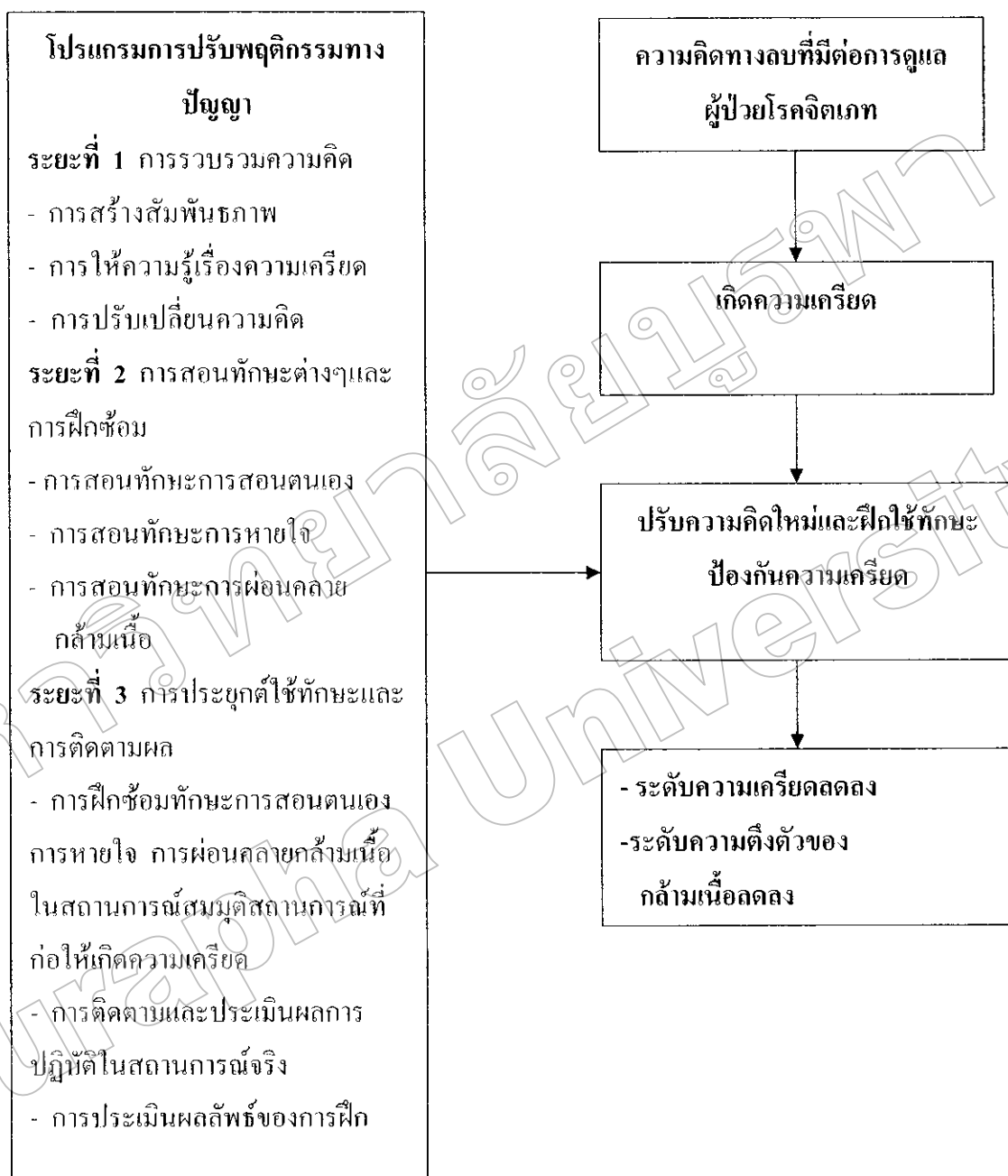
กลุ่มทดลอง หมายถึง ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มที่ได้รับการฝึกโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญา

กลุ่มควบคุม หมายถึง ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มที่ได้รับการบริการตามปกติที่ได้รับจากแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช

กรอบแนวคิดในการวิจัย

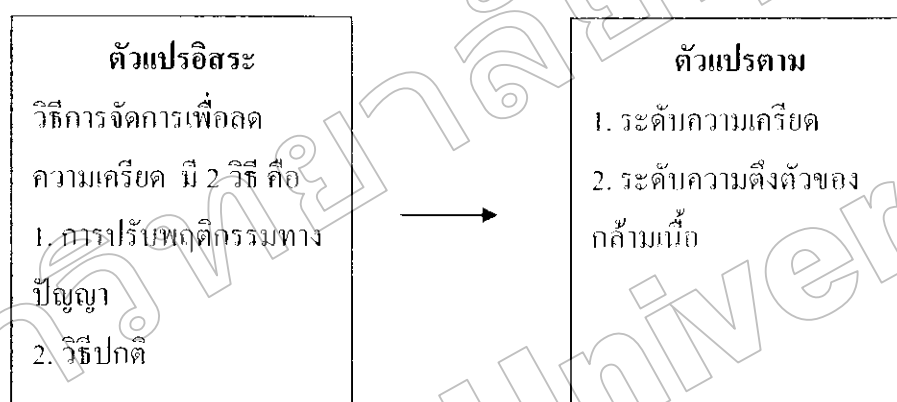
การศึกษาผลของโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญาในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดที่เกี่ยวกับทฤษฎีเชิงการกระทำระหว่างกันเกี่ยวกับการรู้คิด (Cognitive Transactional Theory) ซึ่งกล่าวว่าความเครียดทางจิตใจ (Psychological Stress) เป็นสิ่งที่เกิดจากการกระทำระหว่างกัน (Interaction) ที่จำเพาะเจาะจงระหว่างบุคคล (Person) กับสิ่งเร้าจากสิ่งแวดล้อม (Environmental Stimulus) บุคคลจะมองว่าสิ่งเร้าดังกล่าวที่ก่อให้เกิดความเครียดเกินความสามารถของตนในการจัดการ และเป็นอันตรายต่อบุคคลนั้นมากน้อยเพียงไรด้วยการประเมินทางความคิด (Cognitive Appraisal) มีปัจจัยเกี่ยวข้อง 3 อย่าง คือ 1) บุคคล 2) สิ่งแวดล้อมหรือสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียด 3) การประเมินค่าด้วยการรู้คิด ซึ่งการเกิด

ความเครียดเป็นความสัมพันธ์ระหว่างสามสิ่งนี้ (Lazarus & Folkman, 1984) และใช้แนวคิดการให้คำปรึกษาที่ใช้การนึกคิดและการปรับพฤติกรรมของ Beck ซึ่ง Meichenbaum ได้พัฒนาขึ้นมาประยุกต์เพื่อใช้ป้องกันความเครียด โดยเชื่อว่าความเครียดที่เกิดขึ้นมักสัมพันธ์กับความคิดที่ผิดไปจากความจริง (Misconception) ซึ่งในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทนั้น จะต้องเผชิญกับภาวะที่ถูกกล่าวทำให้เกิดเป็นความคิดที่บิดเบือนไปในทางลบในการดูแลผู้ป่วย และอาจนำไปสู่การเกิดความเครียดขึ้น โดยเป้าหมายของโปรแกรมเป็นการสอนการจัดการกับพฤติกรรมที่มีความยืดหยุ่น และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในแต่ละเวลาและสถานการณ์ได้ แบ่งออกเป็น 3 ระยะ โดยระยะที่ 1 เป็นการสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้เกิดการร่วมมือระหว่างผู้รับบริการและผู้ให้การฝึกโปรแกรม ตลอดจนให้ความรู้เรื่องความเครียด เพื่อให้ผู้รับบริการเข้าใจถึงธรรมชาติของความเครียดของตนเอง และผลกระทบของความเครียด โดยให้ผู้รับบริการฝึกสำรวจร่วมกันถึงความเชื่อ และเจตคติในสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดของแต่ละคน ระยะที่ 2 เป็นการสอนทักษะต่างๆ เพื่อให้ผู้รับบริการเรียนรู้แนวทางในการจัดการกับความเครียดทั้งทักษะทางพฤติกรรม ทักษะทางปัญญา ในการวิจัยครั้งนี้ใช้ทักษะในการสอนตนเอง การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และการฝึกการหายใจ และมีการฝึกปฏิบัติทักษะต่าง ๆ เพื่อให้เกิดความชำนาญก่อนนำทักษะไปใช้ในสถานการณ์จริง ระยะที่ 3 เป็นการนำทักษะเกี่ยวกับการเผชิญกับความเครียดไปประยุกต์ใช้เมื่อต้องเจอกับสถานการณ์จริง โดยการวิจัยนี้ใช้เทคนิคการจำลองสถานการณ์ แล้วให้ผู้รับบริการใช้ทักษะต่าง ๆ เมื่อเกิดสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดขึ้น เพื่อให้เกิดความมั่นใจในการใช้ทักษะต่าง ๆ ก่อนเผชิญกับสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดในชีวิตจริง ผู้วิจัยคาดว่าเมื่อผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้รับการฝึกการปรับพฤติกรรมทางปัญญาซึ่งช่วยส่งเสริมให้มีทักษะในการป้องกันและจัดการกับความเครียดที่ดีขึ้น จะช่วยให้ผู้ดูแลมีการจัดการกับความเครียดได้อย่างเหมาะสม และมีประสิทธิภาพ สรุปเป็นแผนภาพกลไกการเกิดความเครียดและผลของโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญานี้ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กลไกการเกิดความเครียดและผลของโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญต่อ
ความเครียด

จากแนวคิดดังสรุปในภาพที่ 1 ที่อธิบายถึงกลไกการเกิดความเครียดและผลของโปรแกรมที่มีต่อความเครียด ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญาขึ้น โดยนำไปใช้กับผู้ดูแลในกลุ่มทดลอง โดยคาดว่า การได้รับการฝึกโปรแกรมนี้จะช่วยให้ผู้ดูแลมีความเครียดลดลง มีการจัดการกับความเครียดที่เหมาะสมขึ้น และเพื่อเป็นการแสดงให้เห็นประสิทธิผลของโปรแกรมนี้ ผู้วิจัยจึงเปรียบเทียบระดับความเครียดของผู้ดูแลที่ได้รับโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญากับกลุ่มผู้ดูแลที่ได้รับบริการตามปกติ สามารถสรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 กรอบแนวคิดในการวิจัย