

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ค้นคว้า เอกสาร ตำรา วารสาร บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
ครอบคลุมในหัวข้อดังต่อไปนี้

1. โรคจิตเภท
2. ผู้ดูแล และผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท
3. แนวคิดเกี่ยวกับความเครียด และปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดในผู้ดูแล
4. แนวคิดการปรับพฤติกรรมทางปัญญา

โรคจิตเภท

ความหมาย

โรคจิตเภท หมายถึง ผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการความผิดปกติทางอารมณ์ การรับรู้กระบวนการคิด พฤติกรรม และบุคลิกภาพโดยรวม มีอาการต่อเนื่องกันนาน 6 เดือนขึ้นไป (มาโนช
หล่อตระกูล, 2547) โดยมีการวินิจฉัยจากเกณฑ์การจำแนกโรค Diagnostic and Statistical Manual
of Mental Disorders, 4th edition (DSM - IV) ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกา ดังนี้

1. ลักษณะอาการจำเพาะ มีอาการต่อไปนี้อย่างน้อยสองข้อขึ้นไป โดยมีแต่ละอาการอยู่
นานพอสมควร ในช่วงเวลา 1 เดือน (หรือน้อยกว่านี้ หากรักษาได้ผล)

1.1 อาการหลงผิด

1.2 อาการประสาทหลอน

1.3 ไม่สามารถรวบรวมความคิดให้เป็นไปในแนวทางเดียวกันได้ตลอด ซึ่งจะแสดง
ออกมาให้เห็นทางการพูด มีการพูดที่กระจัดกระจาย (Disorganized Speech) เช่น มีพูดไม่ตรง
ประเด็น (Irrelevant) หรือไม่ปะติดปะต่อ (Incoherence) อยู่บ่อย ๆ

1.4 มีพฤติกรรมที่ผิดไปจากปกติอย่างมาก ผู้ป่วยแต่งตัวสกปรก สวมเสื้อผ้าไม่
สะอาด หรือแต่งตัวแปลกไปจากปกติ (Disorganized) หรือ มีความผิดปกติด้านการเคลื่อนไหว
(Catatonic) อย่างเห็นได้ชัด เช่น อยู่นิ่งในท่าเดิมเป็นเวลานาน

1.5 อาการด้านลบ (Negative Symptoms) ได้แก่ อารมณ์เรียบเฉย (Affective
Flattening) พูดน้อยหรือไม่พูด (Alogia) หรือขาดความกระตือรือร้น (Avolition)

หมายเหตุ แม้มีเพียงอาการเดียวก็ถือว่าเข้าเกณฑ์ หากเป็นความคิดหลงผิดที่แปลกประหลาด (Bizarre Delusion) เสียงคำหับ (Voice Commenting) หรือเสียงพูดคุยโต้ตอบกัน (Voice Discussing)

2. มีปัญหาด้านสังคมหรือการทำงาน ตั้งแต่เริ่มเจ็บป่วยกิจกรรมด้านต่างๆของผู้ป่วยบกพร่องลงจากระดับเดิมก่อนป่วยอย่างชัดเจน อย่างน้อย 1 ด้านขึ้นไป เช่น การงาน สัมพันธภาพกับผู้อื่น หรือการดูแลตนเอง โดยมีปัญหานี้อยู่นานพอสมควร (หรือหากป่วยตั้งแต่เด็กหรือวัยรุ่น ผู้ป่วยมีพัฒนาการไม่ถึงเป้าหมายตามวัยในด้านของสัมพันธภาพกับผู้อื่น การเรียน หรือการงาน)

3. ระยะเวลา มีอาการของความผิดปกติอย่างต่อเนื่องนานอย่างน้อย 6 เดือน ซึ่งภายใน 6 เดือนนี้ต้องมีอาการตามเกณฑ์ข้อ 1 (ระยะอาการกำเริบ) นานอย่างน้อย 1 เดือน (หรือน้อยกว่านี้ หากรักษาได้ผล) และอาจรวมถึงระยะที่มีอาการเริ่มต้น (Prodromal Symptoms) หรืออาการหลงเหลือ (Residual Symptoms) ด้วย ในระยะเริ่มต้น หรือระยะหลงเหลือ อาจมีอาการเพียงแต่อาการด้านลบ หรืออาการตามเกณฑ์ในข้อ 1 สองข้อขึ้นไป แต่อาการเบาบางกว่า เช่น มีความคิดแปลก ๆ มีการรับรู้ที่ต่างไปจากปกติ (Unusual Perceptual Experience)

4. อาการเหล่านี้ต้องแยกจากโรค Schizoaffective และ Mood Disorder ที่มีอาการโรคจิต โดยข้อใดข้อหนึ่ง (1) ไม่มี Major Depression, Manic หรือ Mixed Episode ในระยะอาการโรคจิตกำเริบ (2) หากมีอาการด้านอารมณ์ขณะที่มีอาการโรคจิตกำเริบช่วงเวลาที่มียาอาการด้านอารมณ์โดยรวมทั้งหมดจะสั้น เมื่อเทียบกับระยะอาการโรคจิตกำเริบ และระยะที่มีอาการโรคจิตหลงเหลือ

5. อาการเหล่านี้ไม่รวมถึงภาวะจากการใช้สารหรือโรคทางกาย อาการมิได้เป็นจากผลโดยตรงด้านสรีรวิทยาของสาร (เช่น สารเสพติด, ยา) หรือจากภาวะความเจ็บป่วยทางกาย

5. ถ้ามีความเกี่ยวข้องกับ Pervasive Developmental Disorder หากมีประวัติของ Autistic Disorder หรือ Pervasive Developmental Disorder อื่น ๆ จะวินิจฉัยว่าเป็น Schizophrenia ต่อเมื่อผู้ป่วยมีอาการหลงผิดหรือประสาทหลอนอย่างชัดเจนนานอย่างน้อย 1 เดือน หรือน้อยกว่านี้ หากรักษาได้ผล (ปราโมทย์ สุคนิชย์ และ มาโนช หล่อตระกูล, 2541)

อุบัติการณ์

โรคจิตเภทมีอุบัติการณ์ของโรคประมาณ 0.1 – 0.5 ต่อ 1,000 การศึกษาถึงความชุก 2.5 – 5.3 ต่อ 1,000 ความชุกโดยคำนวณตลอดชีวิต (Life Time Prevalence) 7.0 – 9.0 ต่อ 1,000 สามารถพบได้ทั้งในผู้หญิงและผู้ชายพอ ๆ กัน ชายเริ่มเป็นอายุน้อยกว่าผู้หญิง อายุที่พบอยู่ในช่วง 15 – 54 ปี ส่วนใหญ่เริ่มมีอาการช่วงวัยรุ่น หรือผู้ใหญ่ตอนต้น

สาเหตุ

จากการค้นคว้าพบว่ามีหลายสาเหตุที่มีผลต่อการเกิดโรคจิตเภท มีดังนี้

1. ปัจจัยด้านพันธุกรรม (Genetic Factors)

ได้มีการศึกษาด้านพันธุกรรมของบุคคลที่ป่วยเป็นโรคจิตเภท พบว่ามีการถ่ายทอดทางพันธุกรรม ในกลุ่มผู้ที่มีญาติพี่น้องป่วยด้วยโรคจิตเภทมีอัตราการเกิดโรคจิตเภทร้อยละ 10 - 16 และจากการศึกษาในฝาแฝดไข่ใบเดียวกันพบอัตราการเกิดโรคร้อยละ 35 - 58 และในฝาแฝดไข่คนละใบมีอัตราการเกิดโรคได้ร้อยละ 16 (Wilson & Kneisl, 1996)

2. ปัจจัยทางชีววิทยา (Biological Factors)

ปัจจัยทางชีวภาพเป็นอีกหนึ่งในสมมติฐานที่เชื่อว่ามีส่วนเกี่ยวข้องในการเกิดโรคจิตเภท โดยมีการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจิตเภท มีความสัมพันธ์กับ Dopamine ในสมอง โดยมีข้อค้นพบดังนี้

2.1 ผู้ป่วยจิตเภท มีปริมาณสาร โดปามีน (Dopamine) ในสมองมากเกินไป

2.2 มีจำนวน Post-Synaptic Receptor มากเกินไป

2.3 มีความไม่สมดุลระหว่าง Excitatory Action ของอะซิติลโคลีน (Acetylcholine) กับ Inhibitory Action ของโดปามีน (Dopamine) และกรดแกมมา-อะมิโนบิวทีริก แอซิด (Gamma-Amino Butyric Acid)

นอกจากนี้ยังมีการศึกษาค้นพบว่าในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง มีระดับ Monoamine Oxidase ในเกร็ดเลือดต่ำ แต่ไม่เป็นที่ยืนยันแน่ชัด

จากการศึกษาค้นคว้าด้านกายวิภาคของผู้ป่วยจิตเภทด้วย CT Scan บางรายพบว่าการขยายของ Lateral Ventricles บางรายพบว่ามีปริมาณของ Salcal Fluid Volume เพิ่มขึ้น บางรายพบว่าการฝ่อของ Anterior Vermis ของ Cerebellum อย่างไรก็ตามข้อมูลนี้ยังไม่มีการยืนยันที่แน่นอนเหมือนโรคทางกายอื่น ๆ

3. ปัจจัยทางจิตใจ (Psychological Factors)

จากการค้นคว้าพบว่ามีปัจจัยทางจิตใจที่มีผลต่อการเกิดโรคทางจิตเวชไว้หลายปัจจัย ดังนี้

3.1 จากทฤษฎีจิตวิเคราะห์ และทฤษฎีจิตวิทยาพัฒนาการ พบว่าเป็นความผิดปกติจากพัฒนาการทางบุคลิกภาพของบุคคลในวัยเด็ก โดยเฉพาะในขวบปีแรก มีผลให้เกิดพยาธิสภาพส่วนที่ทำหน้าที่ในการปรับตัว การควบคุมพฤติกรรม และการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น โดยเฉพาะพัฒนาการด้านภาษา สถิติปัญญา การคิด ความจำ การตัดสินใจ ความสนใจ และการรับรู้

3.2 ผู้ป่วยอาจมีการรับรู้ และไวต่อความเครียดมากกว่าปกติ และสามารถตอบสนองต่อความเครียดได้ไม่ดี

3.3 ผู้ป่วยมีความขัดแย้งในใจ ที่เกิดจากสภาวะทางวัฒนธรรมชาติมีมาก และไม่
สามารถควบคุมได้ ขาดสำนึกในการควบคุมตนเอง และความรู้สึกผิด ชอบ ชั่ว ดี ชอบเอาชนะ และ
ขัดแย้งกับผู้อื่น เกิดความคับข้องใจ ไม่แนใจ (Ambivalence)

4. ปัจจัยทางสังคม สิ่งแวดล้อม และวัฒนธรรม (Sociocultural Factors)

ปัจจัยทางสังคม สิ่งแวดล้อม และวัฒนธรรมเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดโรค
จิตเภทได้ มีการศึกษาพบว่า สภาพแวดล้อมทางสังคม เศรษฐกิจ และวัฒนธรรมที่มีผลต่อการป่วย
เป็นโรคจิตเภท ก็คือประชาชนที่มีฐานะยากจนป่วยเป็นโรคจิตเภทมากกว่าประชาชนที่มีฐานะดี
ประชาชนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดีต้องเผชิญกับสภาวะเครียดมากกว่าประชาชนที่มีฐานะทาง
เศรษฐกิจดี

นอกจากนี้ยังมีรายงานพบว่าเด็กที่ป่วยเป็นโรคจิตเภท มีบิดามารดาที่มีความขัดแย้งกัน
พยายามดึงเด็กมาเป็นพวกของตน ในที่สุดเด็กเกิดความลังเลไม่แนใจ ซึ่งเป็นอาการสำคัญของโรค
จิตเภท หรือบิดามารดาที่เลี้ยงลูกแบบปกป้องมากเกินไป เด็กไม่สามารถพัฒนาบุคลิกภาพของตน
ได้เหมาะสม

กล่าวโดยสรุปแล้ว สาเหตุของโรคจิตเภทมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายปัจจัย และแต่ละปัจจัย
อาจมีผลต่อการเจ็บป่วยในผู้ป่วยแต่ละรายไม่เท่ากัน คนที่ได้รับการถ่ายทอดทางพันธุกรรมอาจมีผล
ต่อการเกิดโรคได้มากกว่าในกลุ่มอื่น ๆ แต่ความผิดปกติที่ได้รับทางพันธุกรรมอาจเป็นเพียงปัจจัย
นำ (Predisposing Factor) โดยมีสิ่งแวดล้อมเป็นตัวกระตุ้นให้ความผิดปกตินั้นแสดงอาการออกมา
ก็ได้ ทั้งนี้ต้องปัจจัยด้านอื่นๆมาสนับสนุนร่วมด้วยเช่นกัน

ลักษณะทางคลินิก

อาการแสดงของโรคจิตเภทอาจแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มอาการด้านบวก และกลุ่ม
อาการด้านลบ ดังต่อไปนี้

1. กลุ่มอาการด้านบวก (Positive Symptoms) แสดงออกในด้านความผิดปกติของ
ความคิด การรับรู้ การติดต่อสื่อสาร และพฤติกรรม ซึ่งแบ่งตามลักษณะอาการออกเป็น 2 ด้าน
ใหญ่ ๆ

1.1 Psychotic Dimension ได้แก่ อาการหลงผิด และอาการประสาทหลอน

อาการหลงผิดชนิดที่พบบ่อย ได้แก่ Persecutory Delusion, Delusion of Reference
รวมทั้งอาการหลงผิดอื่น ๆ ที่พบบ้าง เช่น Somatic Delusion, Religious Delusion หรือ Grandiose
Delusion เป็นต้น อาการหลงผิดที่มีน้ำหนักในการวินิจฉัย ได้แก่ Bizarre Delusion ซึ่งเป็นอาการ
หลงผิดที่มีลักษณะแปลก ฟังไม่เข้าใจ หรือเป็นไปไม่ได้เลย อาการหลงผิดที่จัดอยู่ในกลุ่มอาการ

หลักของ Schneider จัดว่าเป็น Bizarre Delusion (มีการหลงผิดที่แปลกประหลาด เช่น เป็นมนุษย์ต่างดาว)

อาการประสาทหลอนที่พบบ่อยคืออาการหลอนประสาททางการได้ยินเสียง (Auditory Hallucination) อาจเป็นเสียงคนพูดกันเรื่องของผู้ป่วย เสียงคอยวิจารณ์ตัวผู้ป่วย หรือสั่งให้ทำตาม นอกจากนี้อาจเป็นเสียงอื่น ๆ ที่ไม่มีความหมาย อาการประสาทหลอนชนิดอื่นอาจพบได้บ้าง เช่น การหลอนที่รู้สึกเหมือนมีอะไรไต่ตามผิวหนัง (Tactile) หรือ Somatic Hallucination อาการประสาทหลอนที่มีประโยชน์อย่างมากในการช่วยวินิจฉัย ได้แก่ อาการหลอนประสาททางการได้ยินเสียง Auditory Hallucination ที่จัดอยู่ในกลุ่มอาการหลักของ Schneider

1.2 Disorganization Dimension ได้แก่ Disorganized Behavior และ Disorganized Speech

อาการ Disorganized Speech คือผู้ป่วยไม่สามารถรวบรวมความคิดให้เป็นไปในแนวทางเดียวกันได้ตลอด ซึ่งจะแสดงออกมาให้เห็น โดยผ่านทาง การพูดสนทนา อาการที่แสดงออกนี้ต้องเป็นมากจนไม่สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตัวอย่างอาการ เช่น Loose Associations, Incoherent Speech หรือ Tangentiality เป็นต้น

อาการ Disorganized Behavior คือมีพฤติกรรมที่ผิดไปจากปกติอย่างมาก ผู้ป่วยแต่งตัวสกปรก แปลกประหลาด เช่น สวมเสื้อหลายตัวทั้งที่อากาศร้อนจัด บางคนไปสวาทกลางที่สาธารณะ บางคนงู ๆ กิ้งกือ โกง โดยที่ไม่มีเรื่องอะไรมากระตุ้น

2. กลุ่มอาการด้านลบ (Negative Symptoms) เป็นภาวะที่ขาดในสิ่งที่คนทั่ว ๆ ไปควรมี เช่น ในด้านความรู้สึก ความต้องการในสิ่งต่าง ๆ อาการเหล่านี้ได้แก่

2.1 Alogia พูดน้อย เนื้อหาที่พูดมีน้อย ใช้เวลานานกว่าจะตอบ

2.2 Affective Flattening การแสดงออกทางด้านอารมณ์ลดลงมาก หน้าตาเฉยเมย ไม่ค่อยสบตา แม้ว่าบางครั้งอาจยิ้มหรือมีอารมณ์ดีบ้าง แต่โดยรวมแล้วการแสดงออกของอารมณ์จะลดลงมาก

2.3 Avolition ขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยชาลง ไม่สนใจเรื่องการแต่งกายผู้ป่วย อาจนั่งอยู่เฉย ๆ ทั้งวันโดยไม่ทำอะไร

2.4 Asociality มีพฤติกรรมเก็บตัว เฉย ๆ ไม่ค่อยแสดงออก หรือไม่มิกิจกรรมที่สนุกสนาน

จากลักษณะอาการทางคลินิกที่พบบนนั้น จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทนั้นมักจะมีพฤติกรรมที่แปลกประหลาด ในรายที่มีอาการมากจะสามารถสังเกตได้ชัดเจน มีพฤติกรรมถดถอยออกไปจากสังคม ไม่ค่อยสนใจตัวเอง และสิ่งแวดล้อม มีความคิด และการรับรู้ที่แปลกประหลาดผิด

ไปจากความเป็นจริง ดังนั้นสังคมจึงไม่ค่อยยอมรับผู้ป่วย อีกทั้งการที่ผู้ป่วยมีอาการนาน ๆ หรือรับการรักษาไม่ต่อเนื่องนั้นมีผลให้อาการของผู้ป่วยแย่ลงจากเดิม จึงมีผลกระทบต่อครอบครัวที่จะต้องช่วยเหลือ และดูแลผู้ป่วยในระยะเวลาที่ยาวนาน

ผู้ดูแล และผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

โรคจิตเภทนั้นเป็นถือเป็นโรคหนึ่งที่ทำให้เกิดการไร้สมรรถนะ มีการลดถอยทางด้านความคิดและพฤติกรรม ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีผู้ดูแลใกล้ชิดเพื่อช่วยเหลือฟื้นฟูให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างปกติ ผู้ดูแลจึงมีส่วนสำคัญในการดูแลผู้ป่วย ดังนั้นจึงขอกกล่าวถึงผู้ดูแล และผลกระทบของผู้ดูแลจากการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ดังนี้

ผู้ดูแล

ผู้ดูแล (Caregiver) หมายถึง ญาติ หรือผู้ที่ให้การช่วยเหลือ หรือดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

(Davis, 1992) ที่กระทำโดยตรง (Direct) หรือโดยอ้อม (Indirect) ต่อผู้รับการดูแล โดยผู้รับการดูแลต้องเป็นบุคคลที่มีสุขภาพเปลี่ยนแปลง เนื่องจากโรค ความพิการ หรือความเสื่อมถอยของสมรรถภาพทางร่างกาย จิตใจ หรือก่อให้เกิดความต้องการในการดูแล โดยความต้องการดังกล่าวเกิดขึ้นต้องได้รับการตอบสนอง หรือดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง ลักษณะของผู้ดูแลสามารถสรุปได้ดังต่อไปนี้

1. ญาติ หรือบุคคล อาจเป็นคู่สมรส บิดา มารดา บุตร พี่ น้อง ซึ่งจำแนกตามระดับความช่วยเหลือ ผู้ดูแลหลัก (Primary Caregiver) คือผู้ที่ปฏิบัติกิจกรรมการดูแลที่กระทำต่อผู้ป่วยโดยตรง (Direct Care) โดยใช้เวลาในการดูแลสม่ำเสมอ และต่อเนื่องมากกว่าคนอื่น ๆ ในขณะที่ผู้ดูแลรอง (Secondary Caregiver) เป็นบุคคลอื่นที่อยู่ในเครือข่ายการดูแล มีหน้าที่จัดการด้านอื่น ๆ ซึ่งไม่ใช่การดูแลที่กระทำต่อตัวผู้ป่วยโดยตรง (Indirect Care) เช่น ช่วยเหลือผู้ดูแลหลัก (Horowitz, 1985 อ้างถึงใน จอม สุวรรณโณ, 2541)
2. การให้ความช่วยเหลือดูแลโดยไม่ได้รับค่าจ้างตอบแทน หรือรางวัล
3. สถานการณ์ในการให้ความช่วยเหลือดูแลที่บ้าน หรือชุมชนแหล่งอาศัย ไม่ใช่ภายในโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลต่าง ๆ
4. ผู้ดูแลต้องเป็นบุคคลที่มีภาวะสุขภาพเปลี่ยนแปลงจากโรคความพิการ หรือความเสื่อมถอยของสมรรถภาพของร่างกาย จิตใจ หรืออารมณ์ และสติปัญญา การรู้คิดตัดสินใจต่าง ๆ หรือก่อให้เกิดความต้องการดูแล และบำบัดรักษาที่เฉพาะ ตลอดจนการแสดงบทบาทหน้าที่ และมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม โดยความต้องการดังกล่าวต้องได้รับการตอบสนอง หรือดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องในช่วงระยะเวลาหนึ่ง หรือตลอดไป (ยูพาพิน สิริโพธิ์งาม, 2539; Barer & Johnson, 1990)

นอกจากนี้ยังสามารถแบ่งผู้ดูแลตามความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแล และผู้รับการดูแล เป็น 2 ประเภท (George, 1996) ได้แก่

1. ผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ (Informal Caregiver) หมายถึง ผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์ส่วนตัวกับผู้รับการดูแล เช่น สมาชิกในครอบครัว ญาติ เพื่อน เป็นต้น โดยมุ่งเน้นเฉพาะการดูแลโดยไม่รับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัล

2. ผู้ดูแลอย่างเป็นทางการ (Formal Caregiver) หมายถึงผู้ดูแลที่ไม่มีความสัมพันธ์ส่วนตัวกับผู้รับการดูแล เช่น ลูกจ้างดูแล พยาบาล ทีมสุขภาพ องค์กรต่าง ๆ โดยอาจจะไม่รับหรือรับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้าง หรือรางวัลก็ได้ตามข้อตกลง

กล่าวโดยสรุปถึงความหมายของผู้ดูแล ในการวิจัยนี้ หมายถึงผู้ที่ทำหน้าที่รับผิดชอบดูแลโดยตรงต่อผู้ป่วยโรคจิตเภทในระยะรับการรักษาทางยาที่บ้าน ซึ่งอาจเกี่ยวข้องเป็นสมาชิกครอบครัว พี่น้อง บุตรหลาน หรือญาติของผู้ป่วย และบุคคลเหล่านี้ไม่ได้รับค่าตอบแทนในการดูแลผู้ป่วย

ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

โรคจิตเภทนั้นเป็นอีกโรคที่เรื้อรังและมีผลทำให้ประสิทธิภาพในการทำหน้าที่ต่าง ๆ ของบุคคลลดลง จากการมีความคิดและการรับรู้ที่ผิดปกติไป ถึงแม้จะได้รับการรักษาแล้วก็ยังคงมีอาการบางอย่างหลงเหลือที่ต้องอาศัยผู้ดูแลคอยช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง จึงจะทำให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตอยู่ในสังคมปกติได้ ผู้ดูแลจึงต้องเข้ามาเป็นบทบาทสำคัญเนื่องจากผู้ป่วยจะต้องอยู่กับครอบครัว และผู้ดูแลเป็นส่วนใหญ่ การดูแลผู้ป่วยจิตเภทนั้นก็จะมีความยุ่งยากซับซ้อน เนื่องจากไม่สามารถคาดเดาอาการของผู้ป่วยได้ ต้องดูแลอย่างใกล้ชิด ในช่วงที่มีอาการกำเริบอาจทำความเดือดร้อนแก่ผู้ดูแล คนในครอบครัว และชุมชนได้ จึงมีผลกระทบต่อผู้ดูแลได้มากในหลาย ๆ ด้านสามารถสรุปได้ดังนี้

1. ด้านร่างกาย (Physical Domain) เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทมีอาการเรื้อรังและต้องใช้ระยะเวลาในการดูแล และการรักษาพยาบาลนาน ส่งผลกระทบต่อร่างกายผู้ดูแลคือ ผู้ดูแลมีอาการนอนไม่หลับ หรือหลับไม่สนิท อ่อนเพลีย เหนื่อยล้า มีปัญหาระบบทางเดินอาหาร และผู้ดูแลบางรายอาจถูกทำร้ายร่างกาย (วรกษ นิธิกุล, 2535; Adamec, 1996; Doombos, 1997; Provencher, 1996; Salleh, 1994; Song, Liyo, Bjegel, & Millign, 1997) จากการวิจัยของเอื้ออารีย์ สาลิกา (2543) ได้ศึกษาลักษณะความเครียดของผู้ดูแลโรคจิตเภท พบว่าผู้ดูแลจะมีอาการทางกาย เช่น นอนไม่หลับ ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย ส่งผลทำให้การดำเนินชีวิตเปลี่ยนไป เช่น รับประทานอาหารไม่เป็นเวลา มีความกังวลใจนอนไม่หลับ ไม่มีเวลาออกกำลังกาย กิจกรรมในชุมชนลดลงเพราะไม่มีเวลาต้องอยู่ดูแลผู้ป่วย (วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช, 2537) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ที่เป็นโรคจิตเภทซึ่งอยู่ในระยะกำเริบ (Active Phase) ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมที่คาดเดาไม่ได้ เช่น มีพฤติกรรมรุนแรง

เดินไปเดินมา นอนไม่หลับ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุวนิชย์, 2544) สอดคล้องกับการวิจัยของมัลลิกา สิงห์สุริยะ (2547) ซึ่งศึกษาการจัดการพฤติกรรมผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของผู้ดูแลพบว่าผลกระทบพฤติกรรมทางร่างกายจากการเฝ้าติดตามสังเกตอาการ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเวลาพักผ่อน มีความเหนื่อย อ่อนเพลียจากการดูแล สุขภาพทรุดโทรม นอกจากนี้งานวิจัยของวรภข นิธิกุล (2535) ซึ่งศึกษาเรื่องความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมที่เป็นปัญหาต่อผู้ดูแลอย่างมาก คือ ผู้ป่วยจะไม่ยอมนอนในเวลากลางคืน มีพฤติกรรมรบกวนผู้อื่น ทำลายข้าวของในบ้าน ทำร้ายผู้อื่น ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจะขัดขวางการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ดูแล ส่งผลให้ผู้ดูแลเหนื่อยล้าและเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย

2. ด้านจิตใจ (Psychological Domain) นอกจากผู้ดูแลผู้ป่วยจะได้รับผลกระทบด้านร่างกายแล้ว ยังส่งผลกระทบทางด้านจิตใจด้วยเช่นกัน จากการวิจัยพบว่า ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงหรือมีความเครียดเกิดขึ้นมากเกินไปในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง สมาชิกอาจเกิดปัญหาได้ (McCubbin et al., 1982 อ้างถึงใน อูมาพร ตรังคสมบัติ, 2544) ซึ่งการเจ็บป่วยของสมาชิกคนใดคนหนึ่งในกลุ่มครอบครัว มีผลให้สมาชิกในครอบครัวการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ มีผลต่อสภาวะจิตใจของผู้ดูแล ทำให้เกิดความเครียดขึ้น (ทานตะวัน แยมบุญเรือง, 2540; ทิปประพิณ สุขเขียว, 2543; เวทีณี สุขมาก, เปรมฤทัย ศรีจันทร์ห่อ, และ อุไรวรรณ โชครัตน์หิรัญ, 2544) เกิดความไม่สงบในใจ รู้สึกอับอาย (มัลลิกา สิงห์สุริยะ, 2547) สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับปัญหาทางอารมณ์และการจัดการกับปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช พบว่า ผู้ดูแลมีปัญหาทางอารมณ์ ได้แก่ เป็นห่วง สงสาร เครียด หงุดหงิด โกรธ วิตกกังวล ท้อแท้ อ่อนล้า เศร้า รู้สึกผิด รู้สึกเป็นดราม่า (จิตลัดดา ไชยมงคล, ทิพย์ภา เชษฐไชยาลิต, พรณี อ่วมเจริญ, และศรีสุดา วนาลิสัน, 2546) ซึ่งเป็นประสบการณ์ที่ไม่น่าพึงพอใจซึ่งจะส่งผลกระทบต่อจิตใจ และก่อให้เกิดความเครียดในผู้ดูแลได้ (รุจิรา จงสกุล, สิวลี เปาโรหิตย์, วรรณภา แห้วดี, เพ็ญศิริ สมใจ และวัชนี หักพนม, 2540) โดยเฉพาะโรคจิตเภทก่อให้เกิดความเครียดในครอบครัวเป็นอย่างมาก (Baker, 1989) ทั้งนี้ผู้ดูแลเกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้นในชีวิตประจำวัน (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2545) ต้องอดทนกับพฤติกรรม อารมณ์ของผู้ป่วยที่มีภาวะผิดปกติหลงเหลืออยู่ (จอม สุวรรณโณ, 2541; ถวิล นภาพงศ์สุริยา, พวงเพ็ญ เจียมปัญญรัตน์, เฟลิน เสี่ยงโชคอยู่ และยาใจ สัทธิมงคล, 2543) รวมถึงบทบาทในการดูแลที่เพิ่มขึ้น ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด (จอม สุวรรณโณ, 2541) ผู้ดูแลจำนวนมากต้องเผชิญกับความรู้สึกถูกคามข่มขู่จากผู้ป่วยเป็นประจำ สร้างความตึงเครียดต่อเนื่องทำให้มีปัญหาด้านสุขภาพจิตและสุขภาพกาย รู้สึกโกรธกับการไร้ความสามารถของผู้ป่วย

(Hyde, 2003) นอกจากนี้มีการศึกษาของเพลิน เสียงโซลอยู่, ถวิล นภาพงศ์สุริยา, ขาใจ สิทธิมงคล และ พวงเพ็ญ เจียมปัญญารัตน์ (2543) ที่ศึกษาถึงพฤติกรรมเผชิญความเครียดของญาติในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังพบว่า ผู้ดูแลมีพฤติกรรมการเผชิญความเครียดด้านการแสดงออกในด้านอารมณ์อยู่ในระดับค่อนข้างมาก เนื่องจากผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยมานาน อีกทั้งพฤติกรรมของผู้ป่วยซึ่งยังมีความผิดปกติหลงเหลืออยู่ โดยเฉพาะในช่วงที่มีอาการกำเริบ และภาระค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ซึ่งก่อให้เกิดความเครียดแก่ญาติขึ้นเรื่อย ๆ ทำให้ผู้ดูแลแสดงออกทางด้านอารมณ์ออกมาเป็นสิ่งที่แสดงออกถึงสภาพจิตใจของผู้ดูแลที่มีความเครียด ซึ่งสนับสนุนงานวิจัยของ มนตรี อมรพิเชษฐกุล และพรชัย พงษ์สงวนสิน (2544) เรื่องการรักษายาบาลผู้ป่วยจิตเวชตามการรับรู้ของครอบครัวพบว่า ผู้ดูแลร้อยละ 66.67 มีภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยทางจิต

3. ด้านระดับความเป็นอิสระของบุคคล (Level of Independence Domain) เนื่องจากหน้าที่และบทบาทหลาย ๆ อย่างซึ่งต้องปฏิบัติกับผู้ป่วย และจากการของผู้ป่วยซึ่งมีอาการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาไม่สามารถกำหนดเวลาได้แน่นอน ทำให้ผู้ดูแลไม่มีอิสระในการประกอบกิจกรรมส่วนตัว (Hoyert & Seltzer, 1992) ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทต้องช่วยกระตุ้น หรือ รับผิดชอบช่วยเหลือในการทำกิจวัตร การสังเกตอาการ ดูแลให้รับประทานยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากการหยุดรับประทานยาหรือรับประทานยาไม่ต่อเนื่องมักทำให้อาการผู้ป่วยกำเริบขึ้นอีก (มานิต ศรีสุรภานนท์, 2537; อำไพพนินฐา สมานวงศ์ไทย, 2544; วันเพ็ญ ยืนยงแสน, 2545) ทำให้เวลาการเป็นส่วนตัวลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ มนตรี อมรพิเชษฐกุล และพรชัย พงษ์สงวนสิน (2544) เรื่องการรักษายาบาลผู้ป่วยจิตเวชตามการรับรู้ของครอบครัวพบว่า ผู้ดูแลร้อยละ 41.67 มีชีวิตความเป็นส่วนตัวแย่งกว่าเดิม และร้อยละ 40.11 มีความสามารถในการทำงานแย่งหลังจากดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท

4. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social Relationship Domain) เนื่องจากปัญหาต่าง ๆ ดังเช่นที่กล่าวมาทำให้ผู้ดูแลต้องอยู่ดูแลผู้ป่วยอยู่ตลอดเวลาไม่สามารถทิ้งผู้ป่วยให้อยู่ตามลำพัง ผู้ดูแลจึงไม่สามารถไปร่วมกิจกรรมในสังคมได้ ทำให้ความสัมพันธ์ทางด้านสังคมบกพร่อง (มนตรี อมรพิเชษฐกุล และพรชัย พงษ์สงวนสิน, 2544)

จากการศึกษาของ วรภช นิธิกุล (2535) ซึ่งศึกษาความเครียดในญาติผู้ป่วยจิตเภทพบว่า ผู้ให้การดูแลไม่มีเวลาเพียงพอที่จะไปร่วมกิจกรรมทางสังคมได้ดังแต่ก่อน สอดคล้องกับงานวิจัยของ มนตรี อมรพิเชษฐกุล และพรชัย พงษ์สงวนสิน (2544) เรื่องการรักษายาบาลผู้ป่วยจิตเวชตามการรับรู้ของครอบครัวพบว่า ครอบครัวของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับผู้อื่นแย่ง ร้อยละ 10.16 และเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมลดลงกว่าเดิม คล้ายคลึงกับการศึกษาของ ปัทมา ทัพเสรีไพท (2533) ที่ศึกษาเรื่องการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเวชที่โรงพยาบาลสมเด็จเจ้าพระยา จำนวน 197 ราย พบว่า

ผู้ดูแลมีการเชิญเพื่อนบ้านมาสังสรรค์ที่บ้านน้อยลงซึ่งอาจจะเป็นเพราะผู้ดูแลรู้สึกอับอายที่มีญาติเป็นผู้ป่วยทางจิตซึ่งอาจจะแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมออกไป ไม่อยากตอบคำถามเพื่อน ๆ ไม่อยากพบปะใคร ๆ จึงหลีกเลี่ยงออกจากสังคม

การดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทนั้นส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลอย่างมาก ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ ความเป็นอิสระของบุคคล และด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ซึ่งผลกระทบที่เกิดขึ้นนั้นมีผลทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดขึ้นได้ขึ้นอยู่กับการปรับตัว และการจัดการกับสถานการณ์ที่ทำให้เครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยด้วย ถ้าผู้ดูแลไม่สามารถปรับตัวในบทบาทของผู้ดูแล หรือมีความขัดแย้งกับผู้ป่วยตลอดเวลา ก็จะส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดเรื้อรัง อาจเกิดเป็นโรคทางจิตเวชต่อไปได้

แนวคิดเกี่ยวกับความเครียด และปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดในผู้ดูแล

ความหมายของความเครียด

ความเครียดนั้นมีผู้ที่ศึกษาหลากหลายทั้งนักสังคมวิทยา นักจิตวิทยา และกลุ่มวิชาชีพในทีมสุขภาพ ทำให้เกิดแนวคิดที่หลากหลายตามพื้นฐานความรู้ของแต่ละวิชาชีพ ซึ่งคำนิยามเหล่านี้สามารถจัดกลุ่มได้ 3 กลุ่มใหญ่ (Dunn et al., 1995; Goldberger & Breznitz, 1982)

1. การให้คำนิยามโดยเน้นที่สิ่งเร้า (Stimulus Definition) ซึ่งแนวคิดนี้ให้ความสำคัญกับสิ่งเร้า เหตุการณ์หรือสิ่งแวดล้อมที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง หรือความตึงเครียดในบุคคล ผู้ที่ให้คำอธิบายที่เน้นสิ่งเร้าได้แก่ Luckman and Sorensen (1984) ได้กล่าวไว้ว่า ความเครียดเป็นสิ่งที่วัดตามที่รบกวนความต้องการขั้นพื้นฐาน หรือคุกคามสภาวะสมดุลย์ของร่างกาย และ Antonovsky (1982) ได้ให้คำนิยามไว้ว่า ความเครียดเป็นความต้องการซึ่งเกิดจากสิ่งแวดล้อมภายในหรือภายนอกบุคคล ซึ่งจะรบกวนสภาวะสมดุลย์ของร่างกาย นอกจากนี้ พยอมน อิงदानุวัฒน์ (2526) ได้กล่าวว่า ความเครียดเป็นต้นเหตุขัดขวางหรือสิ่งเร้าที่ทำให้มนุษย์พยายามหลีกเลี่ยง หรือเป็นสิ่งที่กระตุ้นที่คุกคามต่อสวัสดิภาพทางกายและทางใจของบุคคล และศิริพร จิรวัดนกุล (2527) กล่าวว่า ความเครียดเป็นอิทธิพลใด ๆ ที่ตามที่เกิดจากสิ่งแวดล้อมภายในหรือภายนอกร่างกาย ซึ่งจะรบกวนความต้องการพื้นฐานของร่างกาย สภาวะสมดุลย์ของร่างกาย และพัฒนาการทางด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งนิยามนี้ไม่ได้มุ่งอธิบายความแตกต่างระหว่างบุคคลในการประเมินสถานการณ์ ปฏิกริยาบุคคลต่อสิ่งเร้าในสถานการณ์ต่าง ๆ กัน และความสามารถในการปรับตัวของแต่ละบุคคล

2. การให้คำนิยามที่เน้นปฏิกริยาโต้ตอบของร่างกาย (Response Definition)

แนวความคิดนี้เป็นปฏิกริยาโต้ตอบของร่างกาย นักวิชาการในกลุ่มนี้ได้แก่ Selye (1976) ได้ให้นิยามว่า ความเครียดเป็นปฏิกริยาตอบสนองทางชีวภาพอย่างไม่เฉพาะเจาะจง เมื่อมีข้อเรียกร้องหรือสิ่ง

คุกคามทั้งหมดที่กระทำต่อบุคคล โดยแบ่งปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกายออกเป็น 3 ระยะ คือระยะปฏิกิริยาต่อสิ่งเตือนภัย (Alarm Reaction) ระยะต่อต้าน (Stage of Resistance) และระยะเหนื่อยล้า (Exhaustion Stage) (Murry & Huelskotter, 1987, pp. 326 - 329) นอกจากนี้ Levy et al. (1984) กล่าวว่า ความเครียดหมายถึงปฏิกิริยาทางด้านร่างกายและจิตใจในการตอบสนองต่อสิ่งที่มากระตุ้นและสับสนนี้ เกี่ยวกับแก้ว (2527) กล่าวถึงความเครียดว่า คือการตอบสนองของบุคคลที่ระมัดระวังไม่ได้ต่อสภาวะการณ์บางอย่างที่คุกคามต่อความมั่นคงปลอดภัยของชีวิต ซึ่งการตอบสนองนี้มีลักษณะเฉพาะในแต่ละบุคคล ซึ่งนิยามนี้มองว่าบุคคลมีปฏิกิริยาโต้ตอบต่อสิ่งเร้าโดยหลีกเลี่ยงไม่ได้

3. การให้คำนิยามโดยเน้นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal) และสิ่งแวดล้อม (Environment) นักวิชาการที่เสนอแนวคิดนี้ ได้แก่ Lazarus and Folkman (1984) กล่าวถึงความเครียดว่า เป็นผลมาจากความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม โดยบุคคลเป็นผู้ประเมินด้วยสติปัญญาว่า ความสัมพันธ์นั้นจะเป็นโทษหรือมีผลเสียต่อสุขภาพของบุคคลหรือไม่ ซึ่งการประเมินขึ้นอยู่กับคุณลักษณะของแต่ละบุคคล เช่น ความคิด ความจำ ประสบการณ์ เมื่อบุคคลประเมินว่ามีผลต่อสวัสดิภาพของตนเอง บุคคลจะดึงเอาแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่มาใช้ในการปรับตัวอย่างเต็มที่ หรือเกินกำลังความสามารถของแหล่งประโยชน์ ซึ่งภาวะเช่นนี้ เรียกว่า ภาวะเครียด นอกจากนี้ Sutterley and Connelly (1984) ได้ให้ความหมายที่ในทำนองเดียวกันว่า ความเครียดเกิดจากการปฏิสัมพันธ์กันกับบุคคลและสิ่งแวดล้อม เมื่อบุคคลแปลความหมายว่าเป็นอันตราย หรือคุกคาม หรือท้าทาย จะทำให้บุคคลใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในการเผชิญกับความเครียด ซึ่งการแปลความหมายขึ้นอยู่กับกระบวนการรับรู้ความเครียดของแต่ละบุคคลที่มีความแตกต่างกันทางพันธุกรรม โครงสร้างร่างกาย ประสบการณ์ในอดีต

การศึกษาลักษณะนี้ใช้แนวคิดความเครียดของ Lazarus and Folkman (1984) ที่กล่าวว่า ความเครียดเป็นผลของปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม ซึ่งบุคคลประเมินว่าต้องใช้แหล่งประโยชน์อย่างเต็มที่ หรือต้องใช้มากกว่าที่ตนเองมีอยู่ และส่งผลกระทบต่อความผาสุก อันเป็นแนวคิดที่มีความสำคัญกับกระบวนการประเมินค่าทางปัญญา (Cognitive Process of Appraisal) ในการประเมินสถานการณ์ หรือสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับความเครียดนั้น

การประเมินความเครียดแบ่งออกเป็น 3 ลักษณะ ดังนี้

1. การประเมินชนิดปฐมภูมิ (Primary Appraisal) เป็นการประเมินตัดสินถึงความสำคัญ และความรุนแรงของเหตุการณ์ต่อความผาสุกของตนเอง โดยที่บุคคลประเมินตัดสินว่าตนเอง มีส่วนได้เสียกับเหตุการณ์นั้นหรือไม่ การประเมินชนิดปฐมภูมิประกอบด้วย

1.1 ไม่มีความสำคัญกับตนเอง (Irrelevant) คือการที่บุคคลพิจารณาว่าเหตุการณ์นั้นไม่มีส่วนได้ส่วนเสียกับตนเอง

1.2 มีผลในทางที่ดีกับตนเอง (Benign Positive) คือการที่บุคคลพิจารณาว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นมีผลในทางที่ดีต่อความสุขของตนเอง เกิดขวัญและกำลังใจ หรือมีความพึงพอใจในชีวิต (Morale or Life Satisfaction) ดังนั้นบุคคลจึงไม่ต้องใช้ความพยายามในการปรับตัว หรือจัดการกับเหตุการณ์นั้น

1.3 เป็นภาวะเครียด (Stressful) คือการที่บุคคลมีการพิจารณาตัดสินว่าเหตุการณ์นั้นจำเป็นต้องดึงแหล่งประโยชน์ในการปรับตัวมาใช้อย่างเต็มที่หรือเกินกำลังของแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ ซึ่งการประเมินทำได้ 3 ลักษณะ คือ

1.3.1 เป็นอันตรายหรือสูญเสีย (Harm & Loss) หมายถึงการที่บุคคลประเมินว่าเกิดการสูญเสีย หรือเสียหายขึ้นกับตนเอง

1.3.2 เป็นภาวะที่คุกคาม (Threat) เป็นการประเมินถึงอันตราย หรือการสูญเสียที่จะเกิดขึ้นในอนาคต

1.3.3 เป็นภาวะที่ท้าทาย (Challenge) เป็นการพิจารณาตัดสินว่าเหตุการณ์นั้นอาจเป็นอันตรายแต่มีทางที่จะควบคุมได้ หรืออาจจะใช้ประโยชน์กับตนเองทำให้มีขวัญและกำลังใจดีขึ้น

2. การประเมินชนิดทุติยภูมิ (Secondary Appraisal) เป็นการประเมินแหล่งประโยชน์และทางเลือกที่จะจัดการกับเหตุการณ์นั้น ๆ ซึ่งการจัดการกับความเครียดเป็นการใช้สติปัญญา ความรู้ และประสบการณ์เพื่อแสวงหาทางเลือก

3. การประเมินใหม่ (Reappraisal) หมายถึง การประเมินเนื่องจากการได้ข้อมูลมาใหม่จากสิ่งแวดล้อม การประเมินจึงสามารถเปลี่ยนแปลงได้อีกตลอดเวลา ที่ได้มีการปฏิสัมพันธ์ระหว่างคนกับสิ่งแวดล้อม ซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อการประเมินสถานการณ์ของบุคคลนั้นประกอบด้วย 2 ปัจจัยที่สำคัญคือ ปัจจัยด้านบุคคล (Personal Factors) และปัจจัยด้านสถานการณ์ (Situation Factors) (Lazarus & Folkman, 1984)

1. ปัจจัยด้านบุคคล (Personal Factors) ประกอบด้วย ความยึดมั่นผูกพัน (Commitment) และความเชื่อ (Beliefs) ของบุคคลนั้น

1.1 ความยึดมั่นผูกพัน (Commitment) เป็นการมองเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นว่ามีความสำคัญหรือมีความหมายต่อตนเองมากน้อยเพียงใด ยิ่งมีมากจะทำให้บุคคลประเมินสถานการณ์นั้นว่าคุกคามต่อตนเองมาก การมีความยึดมั่นผูกพันต่อเหตุการณ์นั้นอาจทำให้เกิดแรงผลักดันในการกระทำเพื่อแก้ไขสถานการณ์นั้นให้ดียิ่งขึ้น

1.2 ความเชื่อ (Beliefs) บุคคลที่เชื่อว่าตนเองสามารถควบคุมเหตุการณ์ที่ประสบอยู่ได้ มักจะประเมินค่าเหตุการณ์นั้นในลักษณะท้าทาย แต่ถ้าเชื่อว่าตนเองไม่สามารถควบคุมได้ก็จะประเมินเหตุการณ์นั้นในลักษณะอันตราย สูญเสีย หรือคุกคาม

2. ปัจจัยด้านสถานการณ์ (Situation Factors)

ปัจจัยด้านสถานการณ์นั้นอาจเกิดจากหลายสถานการณ์ที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

2.1 การเชื่อมโยงสิ่งที่พบเห็น ได้ยิน หรือสถานการณ์ใหม่ (Novelty) กับประสบการณ์เดิม เช่น การประเมินว่าคุกคามเกิดจากการเชื่อมโยงกับสถานการณ์ในอดีตที่เคยประเมินว่าเป็นอันตรายมาก่อน

2.2 ความไม่แน่ใจในเหตุการณ์ (Event Uncertainty) เป็นภาวะที่ข้อมูลไม่ชัดเจน หรือไม่เพียงพอทำให้ไม่สามารถคาดเดาได้แน่ชัดว่าจะเกิดอะไรขึ้น ภาวะเช่นนี้จะสร้างความรู้สึกคุกคามได้มาก

2.3 ปัจจัยด้านเวลา โดยทั่วไปเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างฉับพลัน (Imminence) มีผลต่อความเร่งรีบในการประเมินตัดสิน โดยเฉพาะเหตุการณ์ที่สื่อคำว่าจะเป็นอันตราย หรือมีโอกาที่จะควบคุมไม่ได้

ปัจจัยด้านบุคคลและปัจจัยด้านสถานการณ์ จะมีความสัมพันธ์เกี่ยวเนื่องซึ่งและกัน ปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ ความยึดมั่นผูกพัน ความเชื่อ ปัจจัยด้านสถานการณ์ ได้แก่ การเชื่อมโยงสิ่งที่พบเห็น (Novelty) ความไม่แน่ใจในเหตุการณ์ (Event Uncertainty) และปัจจัยด้านเวลา อย่างไรก็ตามการที่จะประเมินว่ามีความเครียดเกิดขึ้นนั้น ปัจจัยเพียงด้านใดด้านหนึ่งไม่เพียงพอต่อการอธิบายถึงการประเมินสถานการณ์ของบุคคลได้ ดังนั้นจึงต้องพิจารณาปัจจัยทั้ง 2 ด้านควบคู่กันไปในการทำความเข้าใจการประเมินตัดสินสำหรับผู้ดูแลผู้ที่เป็น โรคจิตเภท

สาเหตุของความเครียด

สาเหตุของความเครียด ซึ่งรวมไปถึงความวิตกกังวลมีมากมายหลายอย่าง ตามด้วยแบบชีวจิตสังคม (Biopsychosocial Model) (Engel, 1980 อ้างถึงใน จำลอง ดิษยวิช และพริ้มเพรา ดิษยวิช, 2545) พบว่าเกิดจากปัจจัยที่สำคัญ 3 อย่าง ได้แก่

1. ปัจจัยทางชีวภาพ (Biological Factors)

มีปัจจัยทางชีวภาพที่เกี่ยวข้องในการเกิดความเครียดพอสรุปได้ ดังนี้

1.1 ระบบประสาท (Nervous Systems) ระบบประสาทมีความสัมพันธ์กับ

โครงสร้างทางร่างกายอย่างมาก คนบางคนมีความไว้มากยิ่งขึ้นที่จะเกิดความเครียด และความวิตกกังวลได้มากกว่าคนอื่นทั้ง ๆ ที่เผชิญกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดอย่างเดียวกัน

การกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติ (Autonomic Nervous System) โดยเฉพาะส่วน Sympathetic

สามารถทำให้เกิดอาการใจสั่น ชีพจรเต้นเร็ว หายใจเร็ว แขนงอ ปวดศีรษะ ท้องเดิน เหมือนอย่างที่เราพบเวลาที่มีความวิตกกังวล และในช่วงนี้จะมีการหลั่งของ Epinephrine จากต่อมหมวกไตออกมา คนที่มีความวิตกกังวลได้ง่ายพบว่าระบบประสาทอิสระมักมีการตอบสนองต่อสิ่งเร้ามากกว่าธรรมดา

ประสาทชีวเคมี ความวิตกกังวลมักสัมพันธ์กับการหลั่งของ Catecholamine ที่เพิ่มขึ้น Norepinephrine Metabolites จะเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะ 3-Methoxy-4-Hydroxy-Phenylglycol (MHPG) ในปัสสาวะ ในผู้ป่วยบางรายถ้าระดับของ Serotonin ลดลงจะเกิดความวิตกกังวล และการที่ Dopaminergic Activity เพิ่มขึ้นก็สัมพันธ์กับความวิตกกังวล Neuropeptides บางตัว เช่น Corticotropin Releasing Factor (CRF) และ Cholecystokinin มีส่วนเกี่ยวข้องกับความเครียดและความวิตกกังวลด้วย

1.2 พันธุกรรม (Genetic) มีความเกี่ยวข้องกับระบบประสาท และการที่บางคนมีการตอบสนองต่อสิ่งเร้าทำให้เกิดความเครียด (Stressor) ที่มีลักษณะเหมือนกันมากกว่าอีกคนหนึ่ง แสดงว่ามีเรื่องของพันธุกรรมเข้ามาเกี่ยวข้องประมาณครึ่งหนึ่งหรือมากกว่าของผู้ป่วยที่เป็นโรคต้นตระกูล จะมีประวัติครอบครัวที่เป็นโรคนี้ ถึงแม้เรื่องพันธุกรรมยังไม่ชัดเจนนัก

1.3 บุคลิกภาพ (Personalities) มีการศึกษาวิจัยของ Friedman and Rosenman (1974) ในผู้ป่วยโรคหัวใจเป็นเวลาหลายปี พบว่าคนที่ป่วยโรคหัวใจ (Coronary Heart Disease) มักมีพฤติกรรมที่เรียกว่า Type A Behavior ซึ่งลักษณะเฉพาะของผู้ที่มีพฤติกรรมแบบนี้คือชอบแข่งขันอย่างจริงจัง มีความทะเยอทะยานสูง มีความรู้สึกริ่งแรง และชอบทำงานแข่งกับเวลา ขาดความอดทน และชอบโกรธเมื่อต้องเผชิญกับความล่าช้า

2. ปัจจัยทางจิตใจ (Psychological Factors)

จากการค้นคว้าพบว่ามีปัจจัยทางจิตใจที่มีส่วนทำให้เกิดความเครียดได้จากหลายปัจจัยพอสรุปได้ดังนี้

2.1 ความกดดัน (Pressure) ความกดดันทั้งจากภายนอกและจากภายในมีส่วนทำให้เกิดความเครียดได้บ่อยอย่างหนึ่ง ผลจากการศึกษาของ Maddi (1989) พบว่าความกดดันมักเกิดขึ้นเมื่อคนเรารู้สึกว่าบังคับที่จะต้องทำอะไรอย่างรีบเร่ง หรือเปลี่ยนทิศทางของพฤติกรรมให้เป็นไปตามมาตรฐานขั้นสูงที่วางไว้

2.2 ความคับข้องใจ (Frustration) มนุษย์ทุกคนมีแรงจูงใจต่างกันไป แต่บางคนอาจมีลักษณะคล้ายคลึงกันได้ ความคับข้องใจเป็นสภาวะที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลถูกขัดขวางโดยอุปสรรคใด ๆ ก็ตามเพื่อไม่ให้บรรลุวัตถุประสงค์ตามที่ต้องการ เป็นสภาวะจิตใจที่เกิดขึ้นเมื่อเราไม่ได้สิ่งที่ต้องการ ปรารถนาสิ่งใดแล้วไม่ได้สิ่งนั้น

2.3 ความขัดแย้ง (Conflict) ในบางครั้งอาจเกิดความขัดแย้งของแรงจูงใจ

(Conflict of Motives) ซึ่งจะนำไปสู่ความเครียดหรือความวิตกกังวล เช่น ผู้หญิงที่ต้องการเป็นแพทย์แต่ก็อยากแต่งงาน ถ้าต้องไปเรียนแพทย์ก็ต้องรอกการแต่งงานไปอีกหลายปี ลักษณะเช่นนี้จะก่อให้เกิดความขัดแย้งภายในจิตใจซึ่งมีผลทำให้จิตใจไม่สบาย และวิตกกังวล

2.4 เจตคติและความเชื่อ (Attitudes and Beliefs) สาเหตุของความเครียดและความ

วิตกกังวลส่วนมากมักจะเกี่ยวข้องกับเหตุการณ์และสิ่งแวดล้อมภายนอก อย่างไรก็ตามบางครั้งคนเราก็สร้างปัญหาให้กับตัวเองโดยการมีเจตคติหรือความเชื่อบางอย่างที่ไม่ตรงต่อความเป็นจริง ตัวอย่าง Ellis (1973) มีทฤษฎีว่าคนส่วนมากมีกลุ่มของความเชื่อที่ขัดแย้งกัน และทำให้ตนเองต้องพ่ายแพ้ ต่อชีวิต บุคคล และเหตุการณ์ต่าง ๆ จนทำให้ความเครียดของชีวิตในระดับปกติเพิ่มขึ้น ความเชื่อที่ขัดแย้งกันเหล่านี้ ถ้ามีมากเกินไปก็ทำให้คนเราเกิดความผิดปกติทางจิตใจและอารมณ์ได้

3. ปัจจัยทางสังคม (Social Factors)

มีปัจจัยทางสังคมหลายด้านที่มีส่วนทำให้เกิดความเครียดซึ่งพอสรุปได้ ดังนี้

3.1 เหตุการณ์ในชีวิต (Life Events) เหตุการณ์ชีวิตเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียด

ทางสังคม ซึ่งตามปกติมักจะสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงในวิถีชีวิตของคนเรา ยังมีการเปลี่ยนแปลงมากและบ่อยเท่าไรก็ยังทำให้คนเรานเครียดมากขึ้นเท่านั้น

3.2 เรื่องรบกวนเล็กน้อย (Hassles) โดย Lazarus (1981) ซึ่งชี้ให้เห็นว่าความเครียดส่วนใหญ่เกิดจากเรื่องรบกวนหรือเรื่องรบกวนเล็กน้อยในชีวิตประจำวัน (Daily Hassles) เช่น จำที่วาง

ของไม่ได้ เป็นหนี้ มีความรับผิดชอบมากเกินไป นอนไม่พอ รู้สึกเบื่อและเซ็งกับงานที่ได้รับมอบหมาย เป็นต้น เหตุการณ์ต่าง ๆ ที่กล่าวมาแล้วไม่ว่าจะเป็นเรื่องเล็กหรือเรื่องใหญ่ ถือได้ว่าเป็นสาเหตุสำคัญของความเครียด นอกจากนั้นเหตุการณ์หรือสถานการณ์เหล่านี้ยังก่อให้เกิดความรู้สึกของความกดดัน ความคับข้องใจ และความขัดแย้ง ประสบการณ์ทางอารมณ์ เหล่านี้มีส่วนทำให้เกิดความเครียดที่มีอยู่แล้วรุนแรงขึ้น

3.3 ชั้นทางสังคม (Social Class) มีการศึกษาหลายเรื่องที่แสดงให้เห็นว่า

พฤติกรรมที่ผิดปกติ เช่น อาชญากรรม ทุพกรรรม การติดยาเสพติด ความรุนแรงในครอบครัว และโรคจิต มักพบในชนชั้นทางสังคมระดับต่ำ ในชนชั้นทางสังคมระดับต่ำความเครียดเกิดจากการปรับตัวที่ไม่ดีอันเป็นผลมาจากการมีรายได้ต่ำ ระดับการศึกษาต่ำ การคมนาคมและการสื่อสารไม่ดี รวมทั้งวิธีการจัดการกับปัญหาที่ไม่ค่อยได้ผล คนในกลุ่มนี้เชื่อว่ามีอิทธิพลจากภายนอกมาควบคุมวิถีชีวิตของเขา เช่น เทพเจ้า ภูตผี ปีศาจ โสยศาสตร์ พิธีกรรมทั้งหมดบางอย่าง เป็นต้น ไม่ยอมมองที่ปัญหาหรือหาวิธีการจัดการกับปัญหาที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ ปัจจัยเหล่านี้มีส่วนทำ

ให้กลุ่มคนชนชั้นทางสังคมระดับสูง และระดับปานกลาง เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้นถ้าทักษะในการจัดการไม่ดีพอ อาจทำให้บางคนมาอยู่ในพวกชนชั้นระดับต่ำได้

นอกจากสาเหตุดังกล่าวแล้วเบื้องต้นยังมีสาเหตุอื่น ๆ ได้แก่ สิ่งแวดล้อม การว่างงาน การหย่าร้าง การสูญเสีย การต่อสู้ในสนามรบ กับภัยพิบัติจากธรรมชาติหรือ

นอกจากนี้ Wallace and Mc Donald (1978) ได้จำแนกสาเหตุของความเครียดเป็น 2 สาเหตุ ดังนี้

1. ความเครียดจากสาเหตุจากภายใน (Endogenous Stressor) เป็นความเครียดที่เกิดจากตัวบุคคล ได้แก่ โครงสร้างของร่างกายที่มีสภาวะทางสรีรวิทยาระดับพัฒนาการ และการรับรู้ของบุคคล นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่น ๆ คือ ความเจ็บป่วย ความคิด ความฝัน ความคาดหวังต่าง ๆ

2. ความเครียดจากสาเหตุจากภายนอก (Exogenous Stressor) เป็นความเครียดที่เกิดจากสิ่งแวดล้อม สังคม สัมพันธภาพระหว่างบุคคล แบ่งออกเป็น

2.1 ความเครียดจากสาเหตุที่เกิดภายในครอบครัว เช่น การตั้งครวญ การคลอดบุตร ความไม่ปรองดองกันของบุคคลในครอบครัว การทะเลาะเบาะแว้ง การโต้เถียงกัน การเสียชื่อเสียง แก่งแย่งกัน การอิจฉาริษยา การเสียชีวิตของบุคคลในครอบครัว หรือสภาพเศรษฐกิจ ความเป็นอยู่ แออัด

2.2 ความเครียดจากสาเหตุที่เกิดจากสังคมภายนอก เช่น การไม่ประสบความสำเร็จในหน้าที่การงาน การเลื่อนตำแหน่ง การศึกษาต่อ การเข้าทำงานใหม่ การเปลี่ยนนิสัยการนอน เพราะต้องทำงานกลางคืน การเปลี่ยนกิจกรรมทางสังคม การเปลี่ยนที่อยู่ ความสัมพันธ์ระหว่างผู้บังคับบัญชาและผู้ใต้บังคับบัญชา ความสัมพันธ์ระหว่างเพื่อนร่วมงาน ขวัญ และกำลังใจในการทำงาน

ปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกายต่อความเครียด

เมื่อเกิดความเครียดบุคคลจะแสดงอาการของความเครียดแตกต่างกันออกไป มิลเลอร์ และคณะ (Miller et al., 1993) ได้อธิบายว่า เมื่อบุคคลเกิดความเครียดบุคคลนั้นจะแสดงออกถึงอาการของความเครียดโดยเกิดจากการมีปฏิกิริยาตอบสนองเข้าไปสู่ขอบเขตอันตรายของการปลุกเร้าทางสรีรวิทยา (Physiological Arousal Danger Zones)

ปฏิกิริยาตอบสนองเมื่อเกิดความเครียด แบ่งได้ตามระบบต่าง ๆ ของร่างกาย 7 ระบบ ดังนี้

1. ระบบกล้ามเนื้อ (Muscular System)

เมื่อเกิดความเครียดสิ่งที่สามารถสังเกตได้ คือ การเกร็งของกล้ามเนื้อ เนื่องจากกล้ามเนื้อเป็นพื้นฐานที่จำเป็นเมื่อเกิดการต่อสู้หรือหนีภัย แรงกดดันที่ทำให้เกิดความเครียด มีผล

ให้ระบบประสาทกัตโนมีติซิมพาทริคหลั่งสารนอร์อะดรีนาลีน (noradrenaline) ออกมาทำให้กล้ามเนื้อเกิดการเกร็งตัวอย่างรวดเร็วเพื่อตอบสนองภาวะฉุกเฉินหรืออันตราย

2. ระบบประสาทพาราซิมพาทริค (Parasympathetic Nervous System)

ระบบประสาทพาราซิมพาทริคเป็นระบบประสาทที่ลดปฏิกิริยาต่อการกระตุ้นทางร่างกาย เมื่อมีความเครียดเกิดขึ้นระบบประสาทพาราซิมพาทริคจะยับยั้งการทำงานของระบบประสาทซิมพาทริค โดยจะช่วยให้ระบบการทำงานของร่างกายกลับเข้าสู่ภาวะปกติภายหลังถึงเครียด และเมื่อบุคคลเกิดความเครียดจะมีผล ถึง กระตุ้นให้เพิ่มการหลั่งเมื่อย่อยและสารคัดหลั่งจากต่อมต่าง ๆ ในระบบทางเดินอาหาร (สุพรพิมพ์ เจียสกุล และคณะ, 2542) ทำให้เกิดการระคายเคืองของกระเพาะอาหาร ลำไส้ ระบบขับถ่าย และการทำงานของกล้ามเนื้อเรียบมีผลทำให้เกิดอาการต่าง ๆ เช่น อาหารไม่ย่อย จุกเสียดแน่นในท้อง ท้องอืด ท้องเสีย ท้องผูก ลำไส้อักเสบ ปัสสาวะขัด เป็นต้น บางครั้งความเครียดหายไปแต่อาการเหล่านี้ยังคงอยู่ หากได้รับการกระตุ้นอีกจะทำให้เกิดอาการได้อีก ดังนั้นเมื่อเกิดความเครียดบ่อย ๆ กรดจะหลั่งออกจากกระเพาะอาหารมากทำให้เกิดอาการจุกเสียด และกระเพาะอาหารอักเสบได้

3. ระบบประสาทซิมพาทริค (Sympathetic Nervous System)

ระบบประสาทซิมพาทริคจะทำงานร่วมกันกับระบบประสาทพาราซิมพาทริค เมื่อบุคคลเกิดความเครียดระบบประสาทซิมพาทริคมีบทบาทหลักในการกระตุ้นการทำงานของร่างกายให้ตื่นตัวในการรับกับสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดซึ่งมีผลกับจิตใจได้ โดยที่ระบบประสาทซิมพาทริคจะกระตุ้นไฮโปทาลามัสให้หลั่งนอร์อิพิเนฟริน ทำให้มีการเพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจ แรงบีบตัวของหัวใจ และความตึงตัวของหลอดเลือด (Starefos & Prater, 1990) และผลของการกระตุ้นระบบประสาทซิมพาทริคต่อหัวใจและหลอดเลือดโดยรวมนั้นทำให้ความดันโลหิตเพิ่มอย่างมาก (สุพรพิมพ์ เจียสกุล และคณะ, 2542) ความเครียดทางร่างกายจะกระตุ้นให้ระบบประสาทซิมพาทริคทำงานมากขึ้น เรียกว่า Sympathetic Stress Reaction และยังช่วยเพิ่มการทำงานในสถานะตึงเครียดเกี่ยวกับอารมณ์ (Emotion Stress) เช่น ขณะโกรธไฮโปทาลามัสถูกกระตุ้นส่งสัญญาณไปที่ เรติคิวลาร์ ฟอर्मชัน (Reticular Formation) และไขสันหลังทำให้กระตุ้นต่อระบบประสาทซิมพาทริคอย่างรุนแรง เรียกว่า Sympathetic Alarm Reaction หรือบางทีเรียกว่า Fight or Flight คือ ตัดสินใจว่าจะสู้หรือหนี

4. ระบบลิมบิกหรือด้านอารมณ์ (Limbic System)

เมื่อมีความเครียดในระดับที่สูงขึ้นจนถึงระดับอันตราย จะส่งผลให้บุคคลนั้น

เกิดอารมณ์โกรธ วิดกกังวล และ/ หรือมีอาการซึมเศร้า ความเครียดมีผลกระทบทั้งร่างกายและจิตใจ เมื่อมีความเครียดเกิดขึ้นมักจะแสดงออก 3 อาการดังที่กล่าวข้างต้นซึ่งอารมณ์ที่เกิดจากความเครียดจะแยกคำมาก

5. ระบบนีโอคอร์ติคอลหรือด้านความคิด (Neocortical System)

การแบ่งแยกลักษณะจิตวิทยา ความคิด การรับรู้ เป็นกระบวนการที่ซับซ้อนหลายขั้นตอน เมื่อเกิดความคิดสมองของเราจะทำงานอย่างซับซ้อน ซึ่งเมื่อเกิดความคิดร่างกายจะหลั่งสารอะดรีนาลีนจากสมองส่วนที่เรียกว่า ระบบแอสเซนดิง เรติคิวลา แอกทิเวชัน (Ascending Reticular Activation System [ARAS]) จะกระตุ้นทุกส่วนของสมองให้ทำงานเร็วเป็นสองถึงสามเท่าของปกติ สมองจะคิดเร็วขึ้น แต่ทำให้มีผลเสียคือ ความคิดไม่ต่อเนื่อง ความจำเสีย การตัดสินใจไม่เหมาะสม ขาดการยับยั้งไตร่ตรอง

6. ระบบต่อมไร้ท่อ (Endocrine System)

ระบบฮอร์โมนในร่างกายจะถูกกระตุ้นมากเมื่อเกิดความเครียดและตอบสนองการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ซึ่งสมองส่วนไฮโปทาลามัสจะกระตุ้นต่อมพิทูอิทารี ให้หลั่งฮอร์โมนไปกระตุ้นต่อมต่างๆ ในร่างกาย ซึ่งฮอร์โมนที่มีผลโดยตรงคือ ACTH และ คอร์ติซอล โดยที่ ACTH มีบทบาทที่สำคัญคือเมื่อเกิดความเครียดจะเพิ่มปริมาณน้ำตาลในตับและกระตุ้นอินซูลินจากตับอ่อนเพื่อเพิ่มพลังงานเมื่อต้องการจะต่อสู้หรือหนี ส่วนคอร์ติซอล เป็นฮอร์โมนที่หลั่งออกจากอะดรีนัล คอร์เทกซ์ คอร์ติซอลในระดับปกติจะทำหน้าที่ปรับร่างกายให้ตอบสนองต่อภาวะเครียด โดยเพิ่มเมตาบอลิซึมของสารอาหาร เพิ่มความอยากอาหาร มีบทบาทต่อการตื่นตัวรับรู้ การเกิดอารมณ์ อาจทำให้อารมณ์รุนแรงหรือซึมเศร้าผิดปกติ และมีผลต่อการนอนหลับ (สุพรพิมพ์ เจริญกุล และคณะ, 2542)

7. ระบบภูมิคุ้มกัน (Immune System)

ระบบภูมิคุ้มกันในร่างกายแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ฮิวโมรอล (Humoral) และเซลล์ูลาร์ (Cellular) ส่วนฮิวโมรอลจะอยู่ในของเหลวในร่างกายทำหน้าที่ต่อสู้แบคทีเรียและไวรัสที่เข้ามาในร่างกาย เซลล์ูลาร์ทำหน้าที่ต่อสู้ไวรัสที่เข้ามาในเซลล์ของร่างกาย เช่น เชื้อรา (Fungi) โปรโตซัว (Protozoa) และเซลล์มะเร็ง (Cancer Cells) เป็นต้น เมื่อใดที่ฮิวโมรอลทำงานผิดปกติจะทำให้ร่างกายติดเชื้อได้ง่าย เช่น เป็นหวัด ไข้หวัดใหญ่ เป็นต้น และเมื่อใดที่เซลล์ูลาร์ทำงานผิดปกติจะทำให้ร่างกายทำงานผิดปกติทำให้เสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งได้

ปฏิกิริยาของระบบประสาท และระบบต่อมไร้ท่อ เมื่อมีความเครียดก่อให้เกิดผลต่อร่างกายสรุปได้ดังนี้

1. ความดันโลหิตสูง เนื่องจากการกั่งของน้ำและเกลือโซเดียม ปริมาณเลือดในหลอดเลือดเพิ่มขึ้น ทำให้มีการตีตัวของเส้นเลือดฝอย ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เกิดความดันโลหิตสูงขึ้น
2. เลือดไปเลี้ยงอวัยวะส่วนปลายน้อยลง ทำให้ผิวหนังบริเวณนั้นซีดและเย็น
3. มีอัตราการหายใจเพิ่มขึ้น ลักษณะการหายใจจะเร็วและลึก เพื่อเพิ่มจำนวนออกซิเจนไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายได้อย่างเพียงพอ
4. อัตราการเผาผลาญสารอาหารเพิ่มสูงขึ้น ทำให้อุณหภูมิของร่างกายสูงกว่าปกติ
5. ระดับน้ำตาลในกระแสเลือดเพิ่มขึ้น เนื่องจากการจับสารกลูโคสที่คอรีคัลเพิ่มขึ้น
6. การทำงานของกล้ามเนื้อเพิ่มมากขึ้น อาจมีการสั่น กระตุก เมื่อยล้าตึงตัว
7. ภูมิคุ้มกันต้านร่างกายลดลง เนื่องจากต่อมไทมัสและลิมโฟไซด์เหี่ยว จึงมีการทำลายเม็ดเลือดขาวลิมโฟไซด์ ลดการดูดซึมผ่านเข้าไปในเซลล์ที่เกิดการอักเสบ
8. ระยะเวลาในการแข็งตัวของเลือดลดลง เนื่องจากการสร้างสารที่ช่วยในการแข็งตัวของเลือดเพิ่มขึ้น และปริมาณของเม็ดเลือดเพิ่มขึ้น ทำให้โลหิตเข้มข้นขึ้น
9. ร่างกายและจิตใจมีการตื่นตัว กระฉับกระเฉง ตื่นเต้น หรือกระวนกระวายใจเนื่องจากการกระตุ้นต่อระบบประสาทอัตโนมัติซิมพาเทติก

ผลและปฏิกิริยาการตอบสนองต่อความเครียด

เมื่อมีความเครียดและกลไกการเผชิญปัญหา และการปรับตัวใช้ไม่ได้ผล บุคคลก็จะประสบกับการเปลี่ยนแปลงในด้านความคิด (Cognition) อารมณ์ (Affect) พฤติกรรม (Behavior) สังคม (Social) และสรีระของร่างกาย (Physiological) ถ้าความเครียดยังคงอยู่ต่อไปแสดงว่าร่างกายปรับตัวไม่ได้และหากไม่สามารถระงับความเครียดได้ อาจนำไปสู่ความเจ็บป่วยและอาจถึงแก่ความตายได้ (วณิช นิธิกุล, 2536) และ ปัทมา ทัพสรีไพท (2534) ได้อธิบายว่าเมื่ออยู่ในภาวะเครียด บุคคลจะมีปฏิกิริยาตอบสนองทั้งที่สังเกตได้และสังเกตไม่ได้ ซึ่งปฏิกิริยาที่ตอบสนองนี้จะแตกต่างกันในแต่ละบุคคลพอจะจำแนกได้ 2 ประเภท คือ

1. ปฏิกิริยาตอบสนองด้านจิตใจ เมื่ออยู่ในภาวะเครียดสภาพอารมณ์ ความรู้สึก การรับรู้ความสามารถในการคิด การตัดสินใจ การปฏิบัติงาน จะมีการเปลี่ยนแปลงจากปกติ สภาพอารมณ์ความรู้สึกในทางลบ ได้แก่ ความรู้สึกตื่นเต้น ตกใจ อึดอัด ไม่สบายใจ หงุดหงิด กัดกรุ่นใจ คับข้องใจ พะวักพะวง สงสัย ว้าวุ่น ลังเลใจ รู้สึกสองจิตสองใจ กลัว โกรธ เหนว วุ่นวาย เสรีาโศก เสียใจ รู้สึกสำนึกผิด บางรายที่รู้สึกทางบวกก็จะรู้สึกทำหาย พลใจ
2. ปฏิกิริยาตอบสนองด้านร่างกาย จะมีการเปลี่ยนแปลงในระบบร่างกาย เช่น หัวใจเต้นเร็ว ม่านตาขยาย กล้ามเนื้อมีการตึงตัว

Selye (1976) ได้ศึกษาถึงปฏิกิริยาการตอบสนองของร่างกายต่อความเครียดพบว่า การตอบสนองนั้นจะแสดงออกในลักษณะของกลุ่มอาการที่ไม่เฉพาะเจาะจงที่เรียกว่า กลุ่มอาการการปรับตัวโดยทั่วไป (General Adaptation Syndrome หรือ GAS) ซึ่งเกิดขึ้นเป็น 3 ระยะ คือ

1. ระยะเตือน (Alarm Reaction) เป็นปฏิกิริยาตอบสนองของบุคคลต่อสิ่งเร้าหรือตัวกระตุ้นที่ก่อให้เกิดภาวะเครียดในระยะแรก ปฏิกิริยานี้จะเกิดขึ้นเพียงระยะสั้น ๆ ตั้งแต่เพียงไม่กี่นาทิจึง 48 ชั่วโมง ขึ้นกับความรุนแรงของตัวกระตุ้น อาการแสดงนั้นเป็นผลเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทอัตโนมัติซิมพาเทติก และต่อมพิทูอิทารีส่วนหน้า ระยะเตือนนี้สามารถแบ่งออกเป็น 2 ระยะ คือ

1.1 ระยะช็อก (Shock Phase) หรือออดรีเนอจิก เฟส (Adrenergic Phase) เป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทันทีที่มีภาวะเครียด โดยเริ่มต้นที่ไฮโปทาลามัส (Hypothalamus) จะกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติกให้มากระตุ้นต่อมหมวกไตส่วนเมดัลลา (Adrenal Medulla) ให้หลั่งเมคทีโคลามีนส์ (Catecholamines) คือ อีพิเนฟริน (Epinephrine) และนอร์อีพิเนฟริน (Norepinephrine) เพิ่มมากขึ้นเพื่อเร่งระดมเซลล์ทั่วร่างกายทำงานต่อต้านอย่างไม่มีระเบียบ มีผลต่อระบบต่าง ๆ ในร่างกาย ดังนี้

1.1.1 ระบบประสาท ทำให้ร่างกาย จิตใจ มีอาการตื่นตัว (Alertness)

1.1.2 การทำงานของกล้ามเนื้อ (Muscles Tone) เพิ่มขึ้น อาจมีการสั่นกระตุก (Tremors) หน้าตาบูดบึ้ง (Grimacing) งุ่มง่าม (Clumsiness) หรือพบว่ามีอาการเมื่อยล้าทั่วร่างกาย นอกจากนั้นกล้ามเนื้อจะมีการตึงตัวโดยเฉพาะบริเวณกล้ามเนื้อทราเปซียส (Trapezius Muscle) ซึ่งพบได้บ่อย ๆ ว่าเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดอาการปวดศีรษะในผู้ป่วยได้

1.1.3 ระบบทางเดินอาหาร เมื่ออยู่ในภาวะเครียด เช่น โกรธ เชื้อบูกระเพาะอาหารจะแดง มีการหลั่งน้ำย่อย และมีการเพิ่มอัตราการบีบตัวของกระเพาะอาหารและลำไส้ ทำให้เกิดอาการปวดท้อง ท้องเดิน ในทางตรงข้ามถ้ามีอาการเครียด ความผิดหวัง เสียใจ กลัว จำทำให้ผนังของกระเพาะอาหาร ลำไส้ซิด หลั่งน้ำย่อยน้อย เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ปากคอแห้งเนื่องจากต่อมน้ำลายไม่ทำงาน ทำให้ความอยากอาหารน้อยลง

1.1.4 ระบบหัวใจและการไหลเวียนโลหิต หัวใจเต้นเร็วและแรงขึ้น ปริมาณของเลือดที่บีบออกนอกหัวใจ (Cardiac Output) เพิ่มขึ้น ชีพจรเต้นเร็วและแรงขึ้น ทำให้รู้สึกใจสั่น มีการเต้นของหัวใจผิดปกติ (Arrhythmia) หรือมีอาการใจสั่น (Palpitation) ได้ ความดันโลหิตสูงขึ้น

1.1.5 ระบบหายใจ จะพบอัตราการหายใจเพิ่มขึ้นและลึกเพื่อให้มีจำนวนออกซิเจนไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายได้เพียงพอ พบว่าเมื่อมีการตื่นเต้นตกใจจะมีการกระตุ้นประสาทซิมพาเทติก ทำให้หลอดลมขยายตัว

1.1.6 ไต ผลจากอิพิเนฟรินและนอร์อิพิเนฟริน ทำให้หลอดเลือดไปเลี้ยงไต มีการหดตัว มีเลือดไปเลี้ยงไตน้อยลง มีผลกระตุ้นระบบเรนิน (Renin) ของจิโอเทนซิน (Angiotensin) ทำให้เกิดแองจิโอเทนซินทู (Angiotensin II) ซึ่งมีผลกระตุ้นต่อมหมวกไตส่วน คอร์เท็กซ์ (Adrenal Cortex) ให้หลั่งแอลโดสเตอโรน (Aldosterone) ทำให้การขับโซเดียมทาง ปัสสาวะน้อยลง มีปัสสาวะน้อยลง มีการดูดกลืนของน้ำเพิ่มขึ้นเพื่อรักษาระดับเลือดในร่างกาย (Blood Volume) ให้เพียงพอ

1.1.7 ผิวหนังซีด เข้ม มีเหงื่อออกมากตามฝ่ามือ ฝ่าเท้า เนื่องจากผลของบลที โคลามีนส ทำให้หลอดเลือดฝอยบริเวณผิวหนัง ขน ขนหดตัว ทำให้มีเลือดไปเลี้ยงส่วนปลายลด น้อยลง

1.1.8 ม่านตาขยาย เพื่อเพิ่มการรับรู้ทางสายตา และแสง

1.1.9 อัตราการเผาผลาญสารอาหาร (Metabolism) สูง เพื่อให้พลังงานแก่การ เผชิญภาวะฉุกเฉิน อุณหภูมิของร่างกายสูงกว่าปกติ พบว่ามีอาการขาดน้ำ (Dehydration) หากการ เผาผลาญสารอาหารยังคงอยู่ยาวนาน จะพบว่ามีอาการนอนไม่หลับและเมื่อยล้า ในระยะนี้ถ้าปฏิกิริยา รุนแรงจะทำให้ความดันโลหิตลดลง ปริมาณเลือดที่ขับออกจากหัวใจลดลง ชี้อัตราการเต้นและหายใจได้

1.2 ระยะต้านช็อก (Counter Shock Phase) เป็นระยะถัดจากระยะช็อกซึ่งร่างกาย เริ่มปรับตัวกลับสู่ภาวะสมดุล โดยจะมีการดึงเอากลไกการต่อสู้ของร่างกายออกมาช่วยเหลือระบบ ต่าง ๆ ของร่างกายเริ่มประสานกันอย่างมีระเบียบ ต่อมาพิทูอิทารีจะขับฮอร์โมนคอร์ติโคโทรฟิค เพิ่มขึ้น ส่วนต่อมหมวกไตจะหลั่งฮอร์โมนกลูโคคอร์ติคอยด์เพิ่มขึ้น ทำให้อัตราการเผาผลาญของ ร่างกายสูงขึ้นร่วมกับการเร่งของประสาทอัตโนมัติซิมพาเทติก อาการแสดงที่ตรวจพบคือ อัตราการ เต้นของหัวใจจะแรงและเร็ว ความดันโลหิตสูงขึ้น หายใจเร็ว มีอาการคลื่นไส้หรืออาเจียนม่านตา ขยาย และเหงื่อออกมาผิดปกติ

2. ระยะต่อต้าน (Stage of Resistance) สิ่งมีชีวิตจะปรับตัวอย่างเต็มที่ต่อตัวกระตุ้นให้ เกิดความเครียด และผลที่ตามมาคืออาการจะดีขึ้นหรือหายไป ลักษณะที่ปรากฏในระยะนี้จะ แตกต่างหรือมีลักษณะตรงข้ามกับระยะเดือน เช่น ในระยะเดือนเซลล์คอร์เท็กซ์ของต่อมหมวกไตจะ ปลดปล่อยฮอร์โมนเข้าสู่กระแสเลือด เพราะฉะนั้นจะไม่มีฮอร์โมนคอร์ติคอยด์เกินสะสมไว้ แต่ในระยะ ต่อต้านคอร์เท็กซ์จะมีฮอร์โมนเก็บไว้มาก ในระยะเดือนเลือดจะเข้มข้นและกลอไรด์ต่ำและมีการ ทำลายของเนื้อเยื่อมาก แต่ในระยะต่อต้านเลือดจะเจือจางกลอไรด์สูงและเซลล์มีการซ่อมแซมให้ น้ำหนักเข้าสู่ปกติ แต่ถ้าสิ่งมีชีวิตนั้นยังได้รับการกระตุ้นจากสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียด ไม่ว่าจะเป็น สิ่งกระตุ้นชนิดที่เป็นชีวภาพ จิตใจ หรือสังคมอยู่เพียงชนิดเดียวหรือหลาย ๆ ชนิด ได้เกิดขึ้นเป็น

ระยะเวลายาวนานโดยไม่ได้ปลดปล่อยออกไปข้างนอกเพียงพอ ระยะต่อด้านจะคงอยู่ต่อไป
สิ่งมีชีวิตนั้นจะสูญเสียการปรับตัวอีกและจะเข้าสู่ระยะที่ 3 คือ ระยะหมดกำลัง

3. ระยะหมดกำลัง (State of Exhaustion) เนื่องจากความสามารถในการปรับตัวของ
สิ่งมีชีวิตต้องมีจุดจบถ้าตัวกระตุ้นให้เกิดความเครียดรุนแรง และไม่สามารถจะขจัดออกไปได้
สิ่งมีชีวิตจะเกิดการหมดกำลัง อาการต่าง ๆ ที่เกิดในระยะเดือนก็จะกลับมาอีก และถ้าหากไม่ได้รับ
ความช่วยเหลือหรือประคับประคองจากภายนอกอย่างเพียงพอ กลไกการปรับตัวจะล้มเหลวเกิดโรค
และเสียชีวิตได้ในที่สุด

ระดับความเครียด

Jeynis (1952) และ Wallace and McDonal (1978) แบ่งความเครียดออกเป็น 3 ระดับ คือ

1. ความเครียดระดับต่ำ (Mild Stress) เป็นความเครียดที่เกิดขึ้น และหมดไปในระยะเวลา
อันสั้นเพียงนาทีเดียวหรือชั่วโมงเท่านั้น เกี่ยวข้องอยู่กับสาเหตุหรือเหตุการณ์เพียงเล็กน้อยใน
ชีวิตประจำวัน เช่น การจราจรติดขัด การพลาดเวลานัดหมาย เป็นต้น

2. ความเครียดระดับปานกลาง (Moderate Stress) ความเครียดระดับรุนแรงนี้รุนแรง
กว่าระดับแรก อาจอยู่เป็นเวลาหลายชั่วโมง เกี่ยวข้องอยู่กับสาเหตุหรือเหตุการณ์เพียงเล็กน้อยใน
ชีวิตประจำวัน เช่น การจราจรติดขัด การพลาดเวลานัดหมาย เป็นต้น

3. ความเครียดระดับสูง (Severe Stress) จะอยู่นานเป็นสัปดาห์ หรืออาจเป็นเดือน
เป็นปี ซึ่งเกิดจากสาเหตุรุนแรงสาเหตุเดียวหรือหลายสาเหตุ เช่น การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก
ความเจ็บป่วยที่รุนแรง การเสียอวัยวะของร่างกายที่มีความสำคัญต่อการดำรงชีวิต เป็นต้น

จากการศึกษาของสุวรรณ มหัตนรินทร์กุล และคณะ (2545) ได้แบ่งระดับความเครียด
ออกเป็น 4 ระดับ มีดังนี้

1. ความเครียดระดับต่ำ (Mild Stress) หมายถึงความเครียดขนาดน้อย ๆ และหายไป
ในระยะเวลาอันสั้น เป็นความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน ความเครียดระดับนี้ไม่ถูกกลามต่อ
การดำเนินชีวิต บุคคลที่มีการปรับตัวอย่างอัตโนมัติ เป็นการปรับตัวด้วยความเคยชิน และการ
ปรับตัวต้องการพลังงานเพียงเล็กน้อยเป็นภาวะที่ร่างกายผ่อนคลาย

2. ความเครียดในระดับปานกลาง (Moderate Stress) หมายถึงความเครียดที่เกิดขึ้นใน
ชีวิตประจำวัน เนื่องจากมีสิ่งคุกคาม หรือพบเหตุการณ์สำคัญ ๆ ในสังคม บุคคลจะมีปฏิกิริยา
ตอบสนองออกมาในลักษณะความวิตกกังวล ความกลัว ฯลฯ ถือว่าอยู่ในเหตุการณ์ปกติทั่ว ๆ ไป
ไม่รุนแรงจนก่อให้เกิดอันตรายแก่ร่างกาย เป็นระดับความเครียดที่ทำให้บุคคลเกิดความกระตือรือร้น

3. ความเครียดในระดับสูง (High Stress) เป็นระดับที่บุคคลได้รับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดสูง ไม่สามารถปรับตัวให้ลดระดับความเครียดลงได้ในเวลาอันสั้นถือว่าอยู่ในเขตอันตราย หากไม่ได้รับการบรรเทาจะนำไปสู่ความเครียดเรื้อรัง เกิดโรคต่าง ๆ ในภายหลังได้

4. ความเครียดระดับรุนแรง (Severe Stress) เป็นความเครียดระดับสูงที่ดำเนินติดต่อกันอย่างต่อเนื่อง จนทำให้บุคคลมีความล้มเหลวในการปรับตัวจนเกิดความเบื่อหน่าย ท้อแท้ หมดแรง ควบคุมตัวเองไม่ได้ เกิดอาการทางกาย หรือโรคร้ายต่าง ๆ ตามมาได้โดยง่าย

การวัดความเครียด

ความเครียดเป็นภาวะของความกดดันที่เราไม่สามารถสังเกตได้เมื่อบุคคลรู้สึกเครียดจะมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเครียด ด้านความนึกคิด อารมณ์ พฤติกรรมและสรีระ ดังนั้นเราจะประเมินความเครียดได้โดยการวัดปฏิกิริยาตอบสนองจากสิ่งเหล่านี้ได้ 4 วิธี ดังนี้

1. การให้บุคคลรายงานเกี่ยวกับตนเอง (Self Report) เช่น การตอบแบบสอบถาม แบบสำรวจ หรือแบบทดสอบมาตรฐานที่สร้างขึ้น และมีการหาคุณภาพของแบบทดสอบเหล่านี้ทั้งในด้านความเที่ยงตรง และความเชื่อมั่น
2. การใช้เทคนิคฉายภาพ (Projection Techniques) เป็นการวัดการตอบสนองของบุคคลต่อสิ่งเร้าที่กำหนดให้เป็นการฉายภาพบุคคลนั้นผ่านการตอบสนองของเขา เช่น แบบทดสอบของรอร์สชาค (Rorschach) แบบทดสอบทีเอที (TAT: Thematic Apperception Test) การวัดโดยวิธีนี้ต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญเฉพาะในการแปลผล
3. การใช้การสังเกต (Observation) เราสามารถสังเกตได้จากพฤติกรรมที่แสดงออกเมื่อบุคคลตกอยู่ในภาวะเครียด เช่น พุดจาเกรี้ยวกราด เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ไม่มีสมาธิ หรือจากท่าทาง เช่น ถอนหายใจ ทำหน้านิ่ง
4. การวัดการเปลี่ยนแปลงทางสรีระ (Neurophysiological Change) เป็นการวัดการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย เช่น การวัดความตึงตัวของกล้ามเนื้อโดยใช้เครื่องมือ Electromyograph (EMG) ซึ่งเครื่อง อีเอ็มจี ไบโอฟีดแบค นี้เป็นกระบวนการหรือเทคนิควิธีที่บุคคลเรียนรู้ที่จะควบคุมการทำงานของจิตใจซึ่งปกติไม่ได้อยู่ภายใต้การทำงานของจิตใจ เช่น การตึงตัวของกล้ามเนื้อ ความดันโลหิต อัตราการหายใจ ชีพจร โดยอาศัยเครื่องมืออิเล็กทรอนิกส์บันทึกการเปลี่ยนแปลงของสรีระภายในร่างกายที่ต้องการควบคุมและป้อนข้อมูลให้บุคคลทราบโดยผ่านสัญญาณเสียง แสง หรือ ภาพ (จุฑามาศ แหนจอ, 2549) เครื่องมือเทอร์โมมิเตอร์ (Thermometer) ใช้วัดอุณหภูมิของผิวหนังส่วนปลายที่บริเวณต่าง ๆ เช่น นิ้วมือ นิ้วเท้า เป็นต้น

การวัดความเครียดนั้นสามารถใช้ได้หลายวิธีดังที่กล่าวข้างต้น ในงานวิจัยครั้งนี้เลือกใช้แบบวัดความเครียดของคนไทย ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่ให้ผู้คลลรายงานเกี่ยวกับตนเอง (Self Report) และการวัดความตึงตัวของกล้ามเนื้อซึ่งเป็นการวัดการเปลี่ยนแปลงทางสรีระ (Neurophysiological Change) ซึ่งสมบัติ ดาปัญญา (2526) กล่าวถึงการประเมินความเครียดกับการใช้ข้อมูลย้อนกลับที่ได้จากร่างกาย (Biofeedback) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่บอกให้ทราบได้ว่าขณะนี้ร่างกายมีความเครียดมากน้อยระดับใด เครื่องมือนี้มีหลายแบบ เช่น วัดอุณหภูมิบนผิวหนัง วัดกระแสไฟฟ้าในกล้ามเนื้อ ข้อมูลย้อนกลับนี้จะแสดงข้อมูลให้ผู้ใช้นั้นเห็นว่าขณะนี้มีความเครียดระดับใด โดยอาจแสดงให้เห็นในรูปของเข็มมิเตอร์หรือเสียง

แนวความคิดหลัก ๆ เกี่ยวกับกระบวนการของข้อมูลย้อนกลับ (Biofeedback) สรุปได้ดังนี้ (มนตรี นามมงคลและ วนิดา พุ่มไพศาลชัย, 2540)

1. เป็นสภาวะอย่างหนึ่งของร่างกายเพราะพฤติกรรมและการเรียนรู้เป็นผลมาจากการแสดงถึงเหตุการณ์ภายในร่างกายออกมา
2. เป็นการลดความเครียด เป็นแนวทางที่ร่างกายตอบสนองต่ออันตรายที่มาคุกคาม
3. เป็นกลไกการเรียนรู้ของร่างกาย

เครื่องอีเอ็มจีไบโอฟีดแบค เป็นวิธีที่มีประโยชน์มากที่สุดในการวัดเครื่องมือทั้งหลาย เนื่องจากสามารถสร้างเครื่องมือวัดได้และง่ายต่อผู้ป่วยที่จะเรียนรู้ในการนำไปใช้

ความผิดปกติที่ตอบสนองต่ออีเอ็มจีไบโอฟีดแบค มี 2 ประเภท คือ

1. ความผิดปกติทางด้านอารมณ์ที่สะท้อนถึงความตึงเครียดทางด้านร่างกาย เช่น ความวิตกกังวล วิตกกังวลจากความเครียด
2. ความผิดปกติของกล้ามเนื้อลาย โดยกล้ามเนื้อทำงานน้อยลง เช่นกล้ามเนื้อเป็นอัมพาต กระตุก สั่น เป็นต้น

ในงานวิจัยนี้เลือกใช้เครื่อง อี เอ็ม จี ไบโอฟีดแบค รุ่น PE 100 I วัดความตึงตัวของกล้ามเนื้อบริเวณหน้าผาก (Frontalis Muscle) เนื่องจากเป็นดัชนีที่บ่งชี้ความตึงตัวและการผ่อนคลายกล้ามเนื้อทั่วร่างกาย ซึ่งการประเมินผลจากค่าคะแนนจากเครื่อง อี เอ็ม จี ไบโอฟีดแบค รุ่น PE 100 I นี้แล้วนำไปเปรียบเทียบกับค่าคะแนนที่กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (มนตรี นามมงคล และวณิดา พุ่มไพศาลชัย, 2540) ได้ทำการวิจัยโดยการใช้เครื่องอี เอ็ม จี ไบโอฟีดแบค วัดความตึงตัวของกล้ามเนื้อ โดยใช้ค่า I (Integrate Mode) คือ ค่าเฉลี่ยใน 15 วินาที ได้ค่าความตึงตัวของกล้ามเนื้อเทียบกับระดับความเครียด ได้ ดังนี้

ความตึงตัวของกล้ามเนื้อ 0 - 6 ไมโคร โวลท์ แปลว่า มีความเครียดระดับต่ำ

ความตึงตัวของกล้ามเนื้อ 6.1 - 9 ไมโคร โวลท์ แปลว่า มีความเครียดระดับปานกลาง

ความตึงตัวของกล้ามเนื้อ 9.1 - 16.7 ไมโครโวลต์ แปลว่า มีความเครียดระดับสูง
ความตึงตัวของกล้ามเนื้อ มากกว่า 16.7 ไมโครโวลต์ แปลว่า มีความเครียดระดับสูงมาก

ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดในผู้ดูแล

ผู้วิจัยได้สรุป เกี่ยวกับปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียดในผู้ดูแลผู้ที่เป็น โรคจิตเภท โดยจะขอ
นำเสนอปัจจัยเหล่านี้ตามกรอบแนวคิดของ Lazarus and Folkman (1984) ในการประเมินตัดสินซึ่ง
ประกอบด้วยปัจจัยดังนี้

1. ปัจจัยด้านบุคคล (Personal Factors)

ปัจจัยด้านบุคคลเป็นส่วนหนึ่งที่สามารถทำให้บุคคลเกิดความเครียดแตกต่างกันไป ซึ่ง
ประกอบด้วย

1.1 ความเชื่อ (Beliefs) หมายถึงการที่บุคคลเชื่อว่าตนเองสามารถควบคุมเหตุการณ์ที่
ประสบอยู่ได้มักจะประเมินค่าเหตุการณ์นั้นในลักษณะท้าทาย แต่หากประเมินว่าตนเองไม่สามารถ
ควบคุมได้ ก็จะประเมินเหตุการณ์นั้นว่าคุกคาม สูญเสีย และเป็นอันตราย ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิด
ความเครียดการที่ผู้ดูแลจะเชื่อว่าการดูแลเป็นสิ่งที่ท้าทาย และตนเองสามารถจะควบคุมสถานการณ์ได้
หรือไม่ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบที่ผู้ดูแลมี ความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคจิตเภท ทักษะการสื่อสาร ตลอดจนการ
แก้ไขปัญหาที่จะเกิดขึ้นในระหว่างการดูแล

1.2 ความยึดมั่นผูกพัน (Commitment) เป็นการมองเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นว่ามี
ความสำคัญหรือมีความหมายต่อตนเองมากน้อยเพียงใด ยิ่งมีมากยิ่งทำให้บุคคลประเมิน
สถานการณ์นั้นว่าคุกคามต่อตนเองมาก การมีความยึดมั่นผูกพันต่อเหตุการณ์นั้นอาจทำให้เกิด
แรงผลักดันในการกระทำเพื่อแก้ไขสถานการณ์ให้ดีขึ้น

ในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทนั้นส่วนใหญ่ผู้ดูแลจะเป็นบิดามารดาของผู้ที่เป็น โรคจิตเภท
ซึ่งมีถึงร้อยละ 62.9 (ยอดสร้อย วิเวกวรรณ, 2543) การที่ผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางสายเลือดกับผู้ที่เป็น
โรคจิตเภทนั้นอาจส่งผลให้ผู้ดูแลมีความยึดมั่นผูกพันที่จะดูแลผู้ป่วยให้ดีที่สุด และมีความคาดหวังที่
จะแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดกับผู้ที่เป็นโรคจิตเภท เมื่อไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้ตามที่คาดหวังส่งผล
ให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดได้ เช่น การศึกษาของขวัญพนมไทย (2544) ที่ศึกษาความเครียดและ
รูปแบบการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นพบว่า ผู้ดูแลผู้ที่เป็น โรคจิตเภทที่มี
ความเครียดจะมีความสัมพันธ์เป็นบิดามารดาของผู้ป่วยเป็นส่วนใหญ่ และจากการศึกษาของ
วรภช นิธิกุล (2535) ที่ศึกษาเรื่องความเครียดของญาติผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่าบิดามารดาของ
ผู้ที่เป็น โรคจิตเภทจะมีความเครียดสูงกว่าคู่สมรส หรือพี่น้อง ในด้านความรู้สึกคิดว่าการเลี้ยงดู
หรือการปฏิบัติของญาติมีส่วนให้ผู้ป่วยป่วยเป็นโรคจิต และในด้านพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ที่
เป็นโรคจิตเภท

จากการศึกษาดังกล่าวพอสรุปได้ว่าสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องที่นำมาใช้ในการประเมินสถานการณ์ต่างๆจากการดูแลผู้ป่วย ซึ่งถ้าความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยเป็นไปในทางลบ ก็จะส่งผลทำให้เกิดความเครียดเพิ่มขึ้นได้

2. ปัจจัยด้านสถานการณ์ (Situation Factors)

การที่ผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจะประเมินสถานการณ์ว่าเป็นความเครียดนั้นขึ้นอยู่กับ การเชื่อมโยงสิ่งที่พบเห็นกับประสบการณ์เดิมของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ความไม่แน่ใจในเหตุการณ์ในการดูแล และระยะเวลาที่เกิดสถานการณ์นั้น

2.1 การเชื่อมโยงกับสิ่งที่พบเห็น กับประสบการณ์เดิม (Novelty) ผู้ดูแลมักจะ ประเมินว่าคุกคามต่อตนเอง ซึ่งจากงานวิจัยของ วรทศ นิธิกุล (2535) ซึ่งศึกษาเรื่องความเครียดของ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมที่เป็นปัญหาต่อผู้ดูแลอย่างมาก คือ ผู้ป่วยจะไม่ยอมนอนในเวลากลางคืน ทำลายข้าวของในบ้าน มีพฤติกรรมรบกวนผู้อื่น และทำร้ายผู้อื่น จากสถานการณ์ดังกล่าวทำให้ผู้ดูแลเกิดการเชื่อมโยงจากสถานการณ์เดิมในสถานการณ์ใหม่ที่เกิดขึ้น จึงทำให้เกิดความเครียด

2.2 ความไม่แน่ใจในเหตุการณ์ (Event Uncertainty) เป็นภาวะที่ข้อมูลไม่ชัดเจน หรือไม่เพียงพอทำให้ไม่สามารถคาดเดาได้ว่าจะเกิดอะไรขึ้น ซึ่งจะสร้างความรู้สึกคุกคามได้มากใน ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมักจะมีพฤติกรรมที่ผู้ดูแลไม่สามารถคาดเดาได้ จากการศึกษาของ ประหยัด ประภาพรหม (2539) ศึกษาเรื่องความไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย และพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของ ญาติผู้ป่วยจิตเภท พบว่าการรับรู้ความไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม เผชิญความเครียดแบบมุ่งลดอารมณ์ เนื่องจากสถานการณ์ในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทนั้น ผู้ดูแลไม่สามารถคาดเดาได้ว่าจะเกิดอะไรขึ้น ผู้ดูแลจะรู้สึกคุกคามได้มาก และหากเวลาผ่านไป ผู้ดูแลไม่ได้รับ ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลใด ๆ เพิ่มเติม ก็จะทำให้มีแหล่งประโยชน์ไม่เพียงพอ ก่อให้เกิดการ ประเมินสถานการณ์ว่าเป็นความเครียดของผู้ดูแลขึ้น เมื่อมีการประเมินใหม่ผู้ดูแลอาจจะประเมินว่า เป็นความเครียดเหมือนเดิมได้

2.3 ปัจจัยด้านเวลา เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นฉับพลัน มีผลต่อการเร่งรีบในการตัดสินใจ โดยเฉพาะเหตุการณ์ที่สื่อเค้าว่าจะเป็นอันตราย หรือควบคุมไม่ได้ก็จะก่อให้เกิดความเครียดได้ ในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท มักจะมีเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างฉับพลัน และเร่งด่วนที่ไม่สามารถ คาดการณ์ล่วงหน้าได้ ซึ่งจะสร้างความรู้สึกคุกคามและก่อให้เกิดความเครียด เช่น ในกรณีที่ผู้ป่วยมี อาการกำเริบเฉียบพลัน (Active Phase) ผู้ป่วยจะมีการเดินไปเดินมา ก้าวร้าว ทำร้ายผู้อื่น ทำลาย ข้าวของ (มาโนช หล่อตระกูล และประวิทย์ สุคนิษฐ์, 2544) การกำเริบของโรคที่เกิดขึ้น เฉียบพลันของผู้ป่วย ผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจะประเมินว่าเป็นความเครียดได้

(มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2544) จากงานวิจัยของเอื้ออารีย์ สาลิกา (2543) ที่ศึกษาเรื่องความเครียด และการเผชิญความเครียดของญาติผู้ป่วยจิตเภท พบว่าผู้ดูแลจะมีความเครียดมากเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าว ทำร้ายผู้อื่น ซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเฉียบพลัน และเป็นอันตรายต่อผู้อื่น

จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นว่ามียาหลายปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ไม่ว่าจะเป็นปัจจัยด้านบุคคล หรือปัจจัยด้านสถานการณ์ที่ผู้ดูแลมีประสบการณ์จากการที่ดูแลผู้ป่วย ดังนั้นผู้ดูแลจะต้องเผชิญภาวะกดดัน คุกคาม วิตกกังวล เกิดความเครียด จนทำให้เกิดความเบื่อหน่าย ท้อแท้เกิดขึ้นในระยะยาวได้

แนวคิดเกี่ยวกับโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญา (Cognitive Behavior Modification)

แนวคิดการปรับพฤติกรรมทางปัญญานั้นแยกออกมาจากการปรับพฤติกรรมที่มีพื้นฐานจากทฤษฎีการเรียนรู้ โดยสิ่งต่างที่ต่างกันนั้นอยู่ที่การปรับพฤติกรรมทางปัญญาจะเน้นที่การปรับเปลี่ยนแนวความคิดเพื่อนำไปสู่การแปลงพฤติกรรมโดยตรง แนวความคิดดังกล่าวได้เกิดขึ้นมาในช่วงทศวรรษที่ และเด่นชัดในช่วงปลายทศวรรษที่ 1960 จนถึงต้นทศวรรษที่ 1970 (Kazdin, 1978)

Kazdin (1978) ได้ให้ความหมายการปรับพฤติกรรมทางปัญญาไว้ว่าเป็นกระบวนการเปลี่ยนพฤติกรรมภายนอกโดยการเปลี่ยนความคิด การตีความ การตั้งข้อสมมติฐานหรือกลวิธีในการสนองตอบ หรืออีกนัยหนึ่ง คือ การเปลี่ยนตัวแปรทางปัญญาเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั่นเอง โดยที่นักปรับพฤติกรรมทางปัญญามีความเชื่อที่ว่า

1. กิจกรรมทางปัญญานั้นมีผลต่อพฤติกรรม
2. กิจกรรมทางปัญญาสามารถจัดให้มีขึ้นได้และเปลี่ยนแปลงได้
3. พฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป อาจจะเป็นผลเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงทางปัญญาดังนั้นจุดมุ่งหมายของแนวคิดนี้จะมุ่งที่การเปลี่ยนแปลงทางปัญญาเพื่อว่าที่พฤติกรรมภายนอกจะเกิดการเปลี่ยนแปลง

แนวคิดการปรับพฤติกรรมทางปัญญานี้ ได้ถูกพัฒนาขึ้นจากผู้นำในแนวคิดการบำบัดทางปัญญา (Cognitive Therapy) ซึ่งมีบุคคล 2 ท่านที่มีความสำคัญ คือ Ellis และ Beck โดย Ellis นั้นได้เสนอเทคนิคที่เรียกว่า การบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ (Rational Emotion Therapy หรือ RET) โดยที่ Ellis (1962) มีความเชื่อว่าพฤติกรรมที่ปรับตัวไม่ได้ของคนเรานั้นเป็นเพราะเราคิดแบบไม่มีเหตุผล ไม่ใช่เป็นเพราะว่ามีอะไรหรือใครทำอะไรกับเรา หากแต่ขึ้นอยู่กับความคิดที่เราคิดถึงสิ่งที่เกิดขึ้นกับเรามากกว่า วิธีการบำบัดก็คือ เปลี่ยนแปลงความคิดของเราจาก

ไม่มีเหตุผลให้มีเหตุผล ส่วนงานของ Beck (1976) กล่าวว่าปัญหาทางด้านจิตนั้นเกิดขึ้นเพราะว่าบุคคลมีความคิดในลักษณะการปรับตัวไม่ได้ เช่น ความคิดที่ไม่เหมาะสม ไม่มีเหตุผล หรือการพูดกับตนเองอย่างไม่มีเหตุผล เป็นต้น ซึ่งเป็นการสะท้อนให้เห็นความเชื่อของเขาที่มีต่อตนเอง และต่อโลกที่เขาอยู่ วิธีการบำบัดก็คือ เขาจะมุ่งเน้นที่ความเชื่อพื้นฐานมากกว่าที่จะมุ่งที่การกล่าวกับตนเอง

รูปแบบของการบำบัดทางพฤติกรรมและปัญญาของ Beck นี้เชื่อว่า อารมณ์ที่ผิดปกติของคนเราเป็นผลมาจากการบิดเบือนความคิดหรือการประเมินเหตุการณ์ในชีวิตด้วยความคิดที่ไม่ตรงกับความเป็นจริง นอกจากนี้ Beck เชื่อว่าความรู้สึกและความคิดนั้นมีความสัมพันธ์กันและมักจะเสริมแรงซึ่งกันและกันจึงเป็นผลทำให้เกิดความบกพร่องทางอารมณ์และความคิดมากยิ่งขึ้น (Beck, 1971 อ้างถึงใน สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2543)

Beck กล่าวว่า อารมณ์ซึมเศร้าเกิดจากกระบวนการคิดที่บิดเบือน (Cognitive triad) 3 ด้าน ได้แก่ การมองตนเอง การมองโลก และอนาคตในทางลบ การคิดการเข้าใจที่ผิดพลาด (Cognitive Error) และเกิดจากการที่ผู้ป่วยมีแบบแผนการคิดไปในทางลบ (Negative Thought) Beck เชื่อว่าความคิดด้านลบนี้จะนำไปสู่พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมดังนี้ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 กระบวนการคิดที่บิดเบือนและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วย

แบบแผนการคิด (Cognitive Pattern)	การคิด (Thought)	พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม (Maladaptive Behavior)
มองตนเองด้านลบ	ไร้ค่า, ไม่ดีพอ	ปฏิเสธ, แยกตัว
มองโลกด้านลบ	ไม่มีใครช่วยเหลือ, ไม่ยุติธรรม	สิ้นหวัง
มองอนาคตด้านลบ	ล้มเหลว	ฆ่าตัวตาย

แบบแผนในการคิดแบบหรือ (Schemas) ซึ่ง Beck ให้ความหมายของ Schemas ว่าเป็นแบบแผนการคิดที่ใช้ในการดำเนินชีวิต เป็นตัวกำหนดแนวคิดของบุคคลต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นซึ่งจะแสดงให้เห็นว่าบุคคลมีทัศนคติ และมีกลยุทธ์ในการแก้ไขปัญหอย่างไร นอกจากนี้ Wright and Beck (1993) ได้กล่าวถึงแบบแผนการคิดว่าเป็นรูปแบบโครงสร้างของความคิดในระดับลึกซึ่งประกอบไปด้วย การตรวจสอบ การกลั่นกรอง การใช้ข้อมูลข่าวสารที่ได้รับจากสิ่งแวดล้อม ซึ่งโครงสร้างความคิดนี้พัฒนามาจากประสบการณ์ในวัยเด็กและจะมีบทบาทที่จะช่วยในการปรับตัวรวมไปถึงการสามารถนำข้อมูลข่าวสารที่ได้มาเชื่อมโยงเพื่อช่วยในการตัดสินใจ อย่างไรก็ตามใน

การเจ็บป่วยทางจิตจะมีกลุ่มความคิดปกติของแบบแผนการคิดซึ่งส่งผลให้เกิดความผิดปกติทางอารมณ์นำไปสู่การมีพฤติกรรมที่ผิดไปจากปกติ (Wright & Beck, 1993) ซึ่งแสดงในตารางที่ 2 ดังนี้

ตารางที่ 2 ตัวอย่างแบบแผนการคิด (Schemas) ที่เหมาะสม (Adaptive) และไม่เหมาะสม (Maladaptive)

Adaptive	Maladaptive
- ถ้ามีเหตุการณ์ใด ๆ เกิดขึ้นฉันก็สามารถจัดการกับเหตุการณ์นั้นได้ - ถ้าฉันทำอะไรบางอย่างฉันสามารถควบคุมสิ่งที่ฉันทำได้ - ฉันเป็นนักค้นหาจึงไม่กลัวความล้มเหลว - คนอื่นไว้วางใจฉันได้ - ผู้คนเคารพนับถือฉัน - ฉันสามารถคาดการณ์ เหตุการณ์ - ถ้าฉันมีการเตรียมตัวต่ออนาคตฉันจะทำได้	- ฉันจะต้องจัดการกับเหตุการณ์ใด ๆ ก็ตามให้เรียบร้อยสมบูรณ์แบบเท่านั้น - ถ้าฉันเลือกทำอะไรสิ่งนั้นต้องสำเร็จ - ฉันรู้สึกไม่ดี แย่ กลัว กังวลกับสิ่งที่ทำ - คนอื่นไม่เชื่อใจฉัน ไม่มีใครไว้วางใจฉัน - ฉันไม่มีใครนับถือ - ฉันไม่รู้จะทำอะไรเพราะไม่ว่าจะทำอะไรมันจะไม่ประสบความสำเร็จ - ฉันไม่เคยรู้สึกสะดวกสบายหรือพึงพอใจกับอะไร

ความคิดอัตโนมัติด้านลบ หรือ Automatic Thought เป็นความคิดที่เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติทันทีทันใดค่อนข้าง ไม่มีเหตุผล และค่อนข้างไม่เป็นตามความเป็นจริงสามารถเรียกอีกอย่างหนึ่งว่า Cognitive Error (Wright & Beck, 1993) แบบแผนการคิดด้านลบประกอบไปด้วยแบบแผนต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

1. การสรุปเหตุการณ์แบบครอบคลุมเรื่องอื่นที่นอกเหนือออกไป (Overgeneralization) เช่น นักเรียนคนที่สอบตกมีความคิดว่า “ฉันไม่เคยสอบผ่านเลย ถ้าหากฉันสอบไม่ผ่านอีกในภาคเรียนนี้ฉันต้องถูกไล่ออกจากโรงเรียน”

2. นำเอาเหตุการณ์ภายนอกเข้ามาสัมพันธ์กับตนโดยไม่มีเหตุผล (Personalization) เช่น “ผู้จัดการของฉันบอกว่าสินค้าของบริษัทเราขายได้น้อยลง แต่ฉันรู้ว่าต้องหมายถึงฉันแน่เลย”

3. มีการแปลความหมายเป็น 2 สิ่งที่ตรงข้ามกันชัดเจน (ดีทั้งหมดหรือไม่มีอะไรดีเลย) (Dichotomous Thinking) เช่น “ถ้าสามีของฉันทิ้งฉันไปฉันต้องตายแน่นอน”

4. การมองเหตุการณ์และการมองบุคคลไปในทางร้ายหรือการมองโลกในแง่ร้าย (Catastrophizing) เช่น “ฉันต้องทำงานนี้ไม่สำเร็จแน่นอนและฉันรู้สึกทำงานนี้ยากเกินไปสำหรับฉัน”

5. การเลือกเก็บรายละเอียดโดยมีการสรุปโดยยึดเอารายละเอียดส่วนหนึ่งส่วนใดโดยไม่สนใจส่วนอื่น (Selective Abstraction) เช่น ครูสรุปว่านักเรียนเพื่อการสอนของคนทั้ง ๆ ที่สังเกตเห็นเพียง 2 คน ที่มีท่าทีเบื่อหน่าย

6. การสรุปไปในทางลบโดยไม่มีเหตุการณ์สนับสนุน (Arbitrary Inference) เช่น หญิงคนหนึ่งสรุปว่า “เพื่อนของฉันต้องไม่ชอบฉันอย่างมาก” เพราะเธอไม่ได้รับบัตรอวยพรวันเกิดจากเพื่อน

7. การที่คิดว่าตนสามารถรู้ว่ามีฝ่ายคิดอย่างไรกับตน (Mind Reading) เช่น “พวกเขาต้องคิดว่าฉันอ้วนและน่าเกลียด”

8. การให้ความสำคัญกับเหตุการณ์บางผิดไป (มากหรือน้อยเกินไป) (Magnification/Minimization) เช่น ผู้ป่วยขยายความยากลำบากของการทำข้อสอบ จากการที่ไม่สามารถตอบคำถามในข้อสอบได้จึงลดความสามารถของตนโดยคิดว่าไม่รู้เรื่องเกี่ยวกับวิชาที่สอบทั้งหมด

9. ความคิดที่ว่าทุกอย่างต้องสมบูรณ์แบบ (Perfectionism) เช่น “ฉันประสบความสำเร็จล้มเหลวถ้าหากว่าฉันไม่ได้ A ทุกตัวในการสอบ”

10. การให้คุณค่าแก่คนใดคนหนึ่งโดยยึดรูปลักษณะภายนอก (Externalization of Self Worth) เช่น “ฉันต้องดูดีตลอดเวลา”

เมื่อเกิดความคิดอัตโนมัติในทางลบก็จะส่งผลให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวล และเกิดเป็นการเจ็บป่วยต่อไปได้ วิธีการจัดการกับความเครียดจึงเป็นวิธีการช่วยเหลือก่อนที่จะเกิดเป็นความเจ็บป่วยขึ้น ซึ่งสามารถมีวิธีการจัดการได้หลากหลาย แต่วิธีหนึ่งที่สามารถจัดการกับความเครียดได้ผลดี คือ การแก้ไขที่กระบวนการคิด ที่เรียกว่า การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยกระบวนการรู้คิด (Cognitive Behavior Therapy) เป็นกระบวนการบำบัดรักษาที่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยการเปลี่ยนแปลงตัวแปรทางความคิด แนวคิดนี้มีความเชื่อว่าพฤติกรรมเกิดขึ้นจากสิ่งเร้าหรือเงื่อนไขนำ และกระบวนการคิด ดังนั้นการสร้างเสริมหรือปรับแก้พฤติกรรมมนุษย์จึงสามารถทำได้โดยการปรับที่สิ่งเร้าหรือเงื่อนไขนำหรือกระบวนการคิด โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สามารถกระทำได้ด้วยความร่วมมือของผู้ที่ต้องการจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Boekaerts, Pintrich, & Zeidner, 2000; Clark & Fairburn, 1997; Clark, Hawton, Kirk, & Salkovsky, 1990) โดยคาดหมายว่าเมื่อบุคคลมีความรู้ ความเข้าใจในสาเหตุของปัญหา และมีความคิดเปลี่ยนแปลงไป จะส่งผลต่อการแสดงออกของพฤติกรรมด้วย เทคนิค การบำบัดแบบ Cognitive Behavior Therapy

จะช่วยทำให้ผู้เข้ารับการฝึกเกิดการเรียนรู้ใหม่ทางความคิด วิธีคิด การคิดดี เรียนรู้วิธีคิดแบบใหม่ แก่ไขการเรียนรู้แบบเก่า การเข้าใจความคิดความรู้สึกรู้สึกของตนเอง แก่ไขอาการทางอารมณ์ได้ด้วย ตัวเอง กลายเครียดและความกังวลได้

หลักการบำบัดการปรับพฤติกรรมทางปัญญา

การปรับพฤติกรรมทางปัญญาเป็นการบำบัดที่เน้นปัญหาสำคัญ ซึ่งเป็นปัญหาปัจจุบันที่ผู้ป่วยเผชิญ มีเป้าหมายในการบำบัดรักษาที่ชัดเจน การบำบัดนี้พัฒนามาจากความเชื่อที่ว่าพฤติกรรมที่เป็นปัญหาสามารถปรับเปลี่ยนได้ด้วยการเปลี่ยนความคิดหรือความเชื่อของบุคคลนั้น เป้าหมายของการบำบัด คือการเปลี่ยนแปลงความเชื่อและความคิดที่ไม่สมเหตุผล มีหลักการที่สำคัญ ดังนี้

1. การบำบัดมุ่งเน้นผู้รับการบำบัดเป็นศูนย์กลาง (Totally Patient Centered) โดยผู้บำบัดจะมองผู้รับบริการว่าเป็นบุคคลหนึ่งซึ่งประสบหรือเผชิญกับปัญหามากกว่าที่จะมองว่าเป็นผู้มีพยาธิสภาพหรือเจ็บป่วยทางจิต ซึ่งมีสาเหตุหรือแรงผลักดันจากที่มาหรือสาเหตุแรงผลักดันในจิตใจไว้ สำนักนักบำบัดทางความคิดมองเห็นว่าพฤติกรรมที่เป็นปัญหาเป็นผลมาจากการเรียนรู้ที่ไม่ถูกต้อง วิธีการแก้ไขจึงมุ่งที่การตรวจสอบพฤติกรรมและแก้ไขปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นปัญหานั้น
2. การปฏิบัติการมุ่งเน้นความร่วมมือของผู้รับการบำบัดอย่างเต็มที่ (High Degree of Mutuality) การบำบัดจะมุ่งเน้นความร่วมมือของผู้รับการบำบัดอย่างแท้จริง การบำบัดจะมีลักษณะของการร่วมกันค้นหาปัญหา ระบุปัญหา กำหนดเป้าหมาย และกลยุทธ์ในการบำบัด รวมถึงการประเมินความก้าวหน้าที่เกิดขึ้น โดยต้องอาศัยการมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่จากผู้รับการบำบัด ผู้บำบัดจะทำหน้าที่เป็นเพียงผู้ช่วยให้การบำบัดเป็นไปอย่างราบรื่น (Facilitative Role)
3. ตัวผู้บำบัดจะแสดงออกถึงความจริงใจ (Genuineness) ความอบอุ่น (Warmth) ความเข้าใจ ความเห็นอกเห็นใจ (Empathy) และใช้สัมพันธภาพในการบำบัด (Therapeutic relationship) อย่างเหมาะสม

กระบวนการปรับพฤติกรรมทางปัญญา

กระบวนการในการบำบัดมี 2 ขั้นตอนดังนี้

1. การประเมินพฤติกรรมความคิด (Cognitive Behavioral Assessment)

การประเมินพฤติกรรมความคิดเป็นกระบวนการบำบัดที่สำคัญที่สุด ในการประเมินผู้รับการบำบัดจะไม่ได้ให้ความสนใจกับบุคลิกภาพ (Personality Traits) ของผู้รับการบำบัด กลไกการป้องกันทางจิต (Defense Mechanisms) หรือกลไกทางจิต แต่จะให้ความสนใจกับพฤติกรรมหรือการกระทำของผู้รับการบำบัด ผู้บำบัดจะทำการเก็บรวบรวมข้อมูล และระบุปัญหาจากข้อมูล การระบุพฤติกรรมที่เป็นปัญหารวมถึงการวัดพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ตัวแปรด้านสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมที่เป็นปัญหาและการทบทวนจุดแข็งจุดอ่อนในตัวของผู้รับการบำบัด

การระบุปัญหาของผู้รับบริการที่ดีควรจะมีการถูกต้องและชัดเจนที่สุด ในเบื้องต้นควรประเมินปัญหาของผู้รับบริการให้ดีด้วยคำถามต่อไปนี้

1. ปัญหาคืออะไร
2. ปัญหาเกิดขึ้นที่ไหน
3. ปัญหาเกิดขึ้นเมื่อใด
4. ใครหรืออะไรทำให้เกิดปัญหาขึ้น
5. ผลกระทบที่เกี่ยวข้องกับปัญหานั้นคืออะไร

ผู้บำบัดควรประเมินถึงความถี่ ความรุนแรงของปัญหาและระยะเวลาของปัญหาที่เกิดขึ้นหลังจากนั้นผู้บำบัดค้นหาประสบการณ์ของผู้ป่วยในปัญหานั้น ๆ โดยอาศัยการวิเคราะห์พฤติกรรม ซึ่งประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

1. สิ่งที่เกิดขึ้นก่อน (Antecedent) หมายถึงสิ่งกระตุ้นหรือสิ่งที่เกิดขึ้นก่อนพฤติกรรมนั้น ๆ เป็นตัวทำให้เกิดพฤติกรรมนั้น ๆ ขึ้น รวมไปถึงสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ หรือทางสังคม หรือพฤติกรรม ความคิด หรืออารมณ์ความรู้สึกที่เกิดขึ้นก่อนพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่งจะเกิดขึ้นด้วย
2. พฤติกรรม (Behavior) หมายถึงสิ่งที่บุคคลนั้นๆ พยายามกระทำ หรือแสดงออกมาให้เห็นได้ชัดได้
3. ผลที่ตามมา (Consequence) หมายถึงผลที่ตามมาที่บุคคลนั้นๆ คิดไว้ว่าน่าจะเกิดขึ้นหลังจากกระทำพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่ง ผลนั้นอาจเป็นผลทางบวกที่น่าพอใจหรือผลทางลบที่ไม่น่าพอใจ

2. ขั้นตอนการปรับพฤติกรรมทางปัญญา

การบำบัดจะเน้นการจัดการกระทำ 4 ประการ ดังนี้

1. การเพิ่มการมีกิจกรรม (Increasing Activity) เน้นการให้ผู้รับบริการบำบัดเป็นผู้กระทำ
2. การลดพฤติกรรมที่ไม่ต้องการ (Reducing Unwanted Behavior) เน้นการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาเท่านั้น พฤติกรรมที่ดีไม่จำเป็นต้องจัดการ
3. การเพิ่มความพึงพอใจ (Increasing Pleasure) การจัดการต้องเกิดจากความพึงพอใจของผู้รับบริการบำบัด
4. การเพิ่มทักษะทางสังคม (Enhancing Social Skills) เน้นการสร้างเสริมทักษะในการปฏิสัมพันธ์ทางสังคม

วิธีการปรับพฤติกรรมทางความคิด

วิธีการปรับพฤติกรรมทางความคิดมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

1. วิธีการลดความวิตกกังวล (Anxiety Reduction) สามารถทำได้หลากหลายวิธี เช่น

1.1 การฝึกการผ่อนคลาย (Relaxation Training) การฝึกการผ่อนคลายเป็นวิธีการลดความตึงเครียดและความวิตกกังวล สามารถใช้เป็นการบำบัดเพียงอย่างเดียวหรือใช้ร่วมกับเทคนิคอื่น ๆ หลักการของเทคนิคนี้ ได้แก่ การฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อและการดึงตัวของกล้ามเนื้อซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับความวิตกกังวล ถ้าทำให้เกิดการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ความวิตกกังวลก็จะลดไป วิธีการที่สามารถนำมาใช้ ได้แก่ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อตามลำดับขั้น (Progressive Muscle Relaxation) การฝึกการหายใจ (Breathing Exercise) การใช้จินตนาภาพ (Mental Imagery) หรือการทำสมาธิ (Meditation)

1.2 การใช้เครื่องวัดสัญญาณทางชีวภาพ (Bio-feedback) การใช้เครื่องมือวัดสัญญาณชีวภาพต่าง ๆ ได้แก่ อัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิต ความตึงตัวของกล้ามเนื้อ อุณหภูมิร่างกาย เพื่อให้ผู้รับการบำบัดทราบว่าขณะนั้นตนเองมีความตึงเครียดหรือความวิตกกังวลมากน้อยเพียงไร เมื่อผู้บำบัดได้ฝึกการผ่อนคลาย แล้วมาวัดซ้ำ สัญญาณความตึงเครียดหรือความวิตกกังวลก็จะลดลง

1.3 การลดความไวในการตอบสนองต่อสิ่งเร้าอย่างเป็นระบบ (Systematic Desensitization) เป็นการลดถอนหนีจากสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดความรู้สึกกลัว เช่น ลดความกลัวความสูงหรือกลัวการโดยสารเครื่องบิน

1.4 การเผชิญความกลัวสูงสุดในทันที (Flooding) เป็นรูปแบบหนึ่งของการบำบัดด้วยการเผชิญสิ่งที่กลัวโดยตรง (Exposure Therapy) เป็นการให้ผู้รับการบำบัดเผชิญกับสิ่งที่กระตุ้นให้เกิดความกลัวในระดับสูงสุดในสถานการณ์จริงทันที

1.5 การไม่ให้เกิดการกระทำพฤติกรรมเพื่อลดความกลัวหรือความกังวล (Response Prevention) ผู้บำบัดจะให้ผู้รับการบำบัดเผชิญสิ่งที่กลัว โดยไม่ให้เกิดการกระทำพฤติกรรมเพื่อลดความกลัวหรือความกังวลนั้น

2. วิธีการสร้างความคิดที่ถูกต้องขึ้นใหม่ (Cognitive Restructuring) การสร้างความคิดขึ้นใหม่ประกอบด้วยขั้นตอนต่าง ๆ ดังนี้

2.1 การตรวจสอบความคิดและความรู้สึก (Monitoring Thoughts and Feelings) การปรับเปลี่ยนความคิดเริ่มด้วยการค้นหาสิ่งที่จะเป็นตัวเสริมแรงและก่อให้เกิดความคิดไม่เหมาะสมและพฤติกรรมที่ยังเป็นปัญหา

2.2 การถามถึงหลักฐานยืนยัน (Questioning The Evidence) ขั้นที่สองของการบำบัด ได้แก่ การที่ผู้รับการบำบัดและผู้บำบัดช่วยกันตรวจสอบหลักฐานที่ยืนยันหรือสนับสนุนความเชื่อของผู้รับการบำบัด รวมไปถึงแหล่งที่มาของข้อมูลด้วย ผู้รับการบำบัดมักจะให้น้ำหนักของแหล่งข้อมูลที่สนับสนุนความคิดที่บิดเบือน

2.3 การตรวจสอบทางเลือกอื่น ๆ (Examining Alternatives) ผู้รับการบำบัดหลายคนมักจะรู้สึกว่าตนเองไม่มีหนทางแก้ไขปัญหาที่ตนเองประสบอยู่

2.4 การลองให้คาดการณ์ถึงสถานการณ์ที่รุนแรงที่สุด (Decatastrophizing) เป็นเทคนิคที่ให้ผู้รับการบำบัดคาดการณ์ถึงสถานการณ์รุนแรงที่สุดที่อาจจะเกิดขึ้น ผู้บำบัดใช้คำถามเพื่อให้ผู้รับการบำบัดได้คิดทบทวนและประเมินสถานการณ์รุนแรงที่คาดว่าจะเกิดนั้นเป็นอย่างไร

2.5 การเปลี่ยนมุมมองเดิมเป็นมุมมองทางบวก (Reframing) เป็นวิธีการเปลี่ยนมุมมองการรับรู้สถานการณ์หรือพฤติกรรม ได้แก่ การช่วยให้ผู้รับการบำบัดมองปัญหาในมุมมองที่แตกต่างไปจากเดิม ให้เห็นในทุกแง่มุม ทั้งข้อดีและข้อเสีย จะช่วยให้มีมุมมองต่อปัญหาอย่างรอบด้าน

2.6 การหยุดความคิด (Thought Stopping) ปัญหาของผู้รับบริการบางครั้งอาจเป็นปัญหาที่เล็กและไม่สำคัญ แต่เมื่อเวลาผ่านไปนานขึ้น ดูเหมือนปัญหานั้นจะมากขึ้นและสำคัญมากขึ้น อาจจะทำให้ผู้รับการบำบัดหยุดหรือเลิกคิดได้ยาก เทคนิคการหยุดความคิดสามารถใช้ได้ดีในความคิดที่เป็นปัญหาระยะเริ่มต้น

3. วิธีการเรียนรู้พฤติกรรมใหม่ (Learning New Behavior) เน้นการสร้างพฤติกรรมใหม่ในผู้รับการบำบัด เช่น

3.1 การเลียนแบบ (Modeling) หมายถึงวิธีการที่ใช้เพื่อสร้างรูปแบบของพฤติกรรมใหม่ที่ต้องการให้เกิดขึ้น เพิ่มทักษะต่างๆที่ดีที่ต้องการและลดพฤติกรรมการหลีกเลี่ยง

3.2 การปรับแต่งพฤติกรรม (Shaping) เป็นการกระตุ้นให้ผู้รับการบำบัดเกิดพฤติกรรมใหม่ที่ต้องการ โดยอาศัยวิธีการเสริมแรง (Reinforcement) เช่น การให้ความสนใจ การให้คำชมเชย

3.3 การให้เกียรติรอก (Token Economy) เป็นรูปแบบหนึ่งของการเสริมแรงโดยอาศัยหลักการของการเสริมแรงหรือการให้รางวัลเมื่อกระทำพฤติกรรมที่เหมาะสม

3.4 การแสดงบทบาทสมมติ (Role Playing) เป็นวิธีการช่วยให้ผู้รับการบำบัดได้มีโอกาสฝึกซ้อมการทำพฤติกรรมที่รู้สึกว่ายากหรือลำบาก โดยได้รับการย้อนกลับจากการแสดงพฤติกรรมนั้น

3.5 การฝึกทักษะทางสังคม (Social Skills Training) ทักษะทางสังคมเป็นทักษะที่จำเป็นสำหรับการมีชีวิตอยู่ร่วมกับบุคคลอื่น ๆ

3.6 การให้สิ่งที่ไม่น่าพึงพอใจ (Aversive Therapy) เป็นการช่วยลดพฤติกรรมที่ไม่ต้องการโดยให้สิ่งที่ไม่น่าพึงพอใจหลังจากมีพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่งซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ไม่ต้องการเกิดขึ้น เช่น เมื่อมีพฤติกรรมที่ไม่ต้องการเกิดขึ้น จะได้รับคำตักเตือนหรือลงมือกระทำที่ชอก เช่น ดูโทรทัศน์

การฝึกการป้องกันความเครียด (Stress Inoculation Training) เป็นการบำบัดอย่างหนึ่ง ซึ่งอยู่ในกลุ่มของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางปัญญา (Cognitive Behavior Therapy) โดย Meichenbaum (1973) โดยได้รวบรวมบทบาทของกระบวนการคิด และปัจจัยที่มีผลในกระบวนการจัดการปัญหาที่เกี่ยวข้องกับความคิดในรูปของเทคโนโลยีของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยกระบวนการรู้คิด (Meichenbaum & Deffenbacher, 1988) โดยมีความเชื่อว่าความเครียดที่เกิดขึ้นมักสัมพันธ์กับความคิดที่ผิดไปจากความจริง (Misconceptions) เกี่ยวกับสิ่งเหล่านั้น ปัญหาของผู้ป่วยเกิดจากความเชื่อที่ปรับตัวไม่เหมาะสม (Maladaptive Beliefs) ซึ่งจะนำไปสู่ความผิดปกติทางอารมณ์ และพฤติกรรม การฝึกการป้องกันความเครียด (Stress Inoculation Training) มีการนำมาใช้ทั้งในรายบุคคลและกลุ่ม สามารถนำมาใช้ในงานการป้องกัน การรักษา รวมถึงในรายที่มีประสิทธิภาพ ความเครียด (Meichenbaum, 1985, 1993)

การฝึกการป้องกันความเครียดมีการนำมาใช้อย่างกว้างขวางในการฝึกเพื่อขจัดความเครียด และเป็นเครื่องมือที่หลากหลายในการนำไปประยุกต์ใช้ เช่น ความวิตกกังวลในเรื่องการพูด (Altmeyer, Leary, Halpern, & Sellers, 1985) ความเครียดจากการประกอบอาชีพ (Sharp & Forman, 1995) การต่อต้านการรักษา (Jay & Elliott, 1990) และเป็นการพัฒนาความสำเร็จภายใต้ความเครียด (Bloom & Hautaluoma, 1990) จากการค้นคว้าพบว่า การฝึกการป้องกันความเครียดในงานป้องกันประสบผลสำเร็จดีในผู้ป่วยผ่าตัด ผู้ป่วยที่มีภาวะเครียด ผู้ที่ทำการฟอกเลือด และกลุ่มอาชีพที่มีความเครียดต่าง ๆ เช่น ทหาร ตำรวจ นักดับเพลิง พยาบาล ครู ผู้บริหาร การฝึกการป้องกันความเครียดในโรคที่ก่อให้เกิดการเจ็บปวด ความดันโลหิตสูง มะเร็ง ผลเรื้อรัง ผู้ป่วยแผลไฟไหม้ ผู้ป่วยโรคอดส์ เด็กหอบหืด ในผู้ป่วยโรคจิต มีการนำมาใช้ในผู้มีปัญหาการควบคุมอารมณ์โกรธ ความวิตกกังวล โรคหวาดกลัว เมื่อยล้าจากการทำทางเพศ และโรคจิตเรื้อรัง (Driskell, Johnston, Saunders, & Salas, 1996; Maag & Kottlach, 1994; Meichenbaum, 1996, 2001)

แนวคิดสำคัญเกี่ยวกับการนำเอาโปรแกรมไปใช้ ควรจะพิจารณาดังต่อไปนี้

(Meichenbaum, 1973)

1. ในการฝึกทักษะในการเอาชนะปัญหานั้นจะต้องมีความยืดหยุ่นสูง และสามารถที่จะนำเอามาร่วมใช้กับกลวิธีในการปรับพฤติกรรมอื่นๆได้
2. เทคนิคในการฝึกนั้นควรที่จะคำนึงถึงความแตกต่างระหว่างบุคคล วัฒนธรรม และสภาพการณ์
3. ในการฝึกทักษะนั้นควรจะให้ผู้ได้รับการฝึก สามารถนำเอาข้อมูลที่ตนเองมีอยู่มาพิจารณาร่วมกับสภาพการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด

4. การให้ผู้รับการฝึกได้เผชิญสภาพการณ์จริงที่ก่อให้เกิดความเครียดเล็กน้อยจะเป็นประโยชน์อย่างมาก

Meichenbaum (1985) เสนอว่าถ้าจะทำให้บุคคลไม่เกิดความเครียดได้ง่ายแล้ว ควรจะให้เขาได้มีประสบการณ์ก่อนหน้าด้วยสิ่งเร้าที่เกี่ยวข้องกับความเครียดนั้น เหมือนกับเป็นการสร้างภูมิคุ้มกัน ถ้าบุคคลมีโอกาสดูแลจัดการกับสิ่งเร้าที่ทำให้เกิดความเครียดในระดับต่ำแล้ว เขาก็มีแนวโน้มที่จะจัดการกับสิ่งเร้าที่คล้าย ๆ กันในระดับที่สูงกว่าในอนาคตได้

ในการบำบัดด้วยการปรับพฤติกรรมทางปัญญานั้นสามารถทำได้ทั้งในรายบุคคลและแบบเป็นกลุ่ม แต่ในการวิจัยครั้งนี้เลือกใช้โปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญาแบบกลุ่ม ซึ่ง Mahler (1969) กล่าวถึงการให้คำปรึกษาว่าสมาชิกในกลุ่มไม่ควรเกิน 10 คน จะช่วยทำให้เกิดการมีส่วนร่วมสูงสุด (Maximum Participation) มีการบรรลุงานสูงสุด (Maximum Performance) ทำให้ได้ประสิทธิผลสูงสุด ซึ่งเป็นเหตุผลที่สอดคล้องกับโอห์ลเซน (Ohlsen, 1970) ที่เสนอความคิดเห็นว่า ควรมีสมาชิกกลุ่มประมาณ 4-8 คน ถ้าสมาชิกมากจะทำให้เกิดการแตกแยกเป็นกลุ่มย่อย ไม่สนใจกลุ่มเท่าที่ควร ดังนั้นในงานวิจัยครั้งนี้จึงเลือกสมาชิกจำนวน 9 คน

เป้าหมายของการฝึกป้องกันความเครียด

การฝึกการป้องกันความเครียดมีเป้าหมายเพื่อสนับสนุนให้ผู้รับการฝึกเผชิญกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีความมั่นใจและสามารถประยุกต์ทักษะการเผชิญในสถานการณ์ที่เปลี่ยนไป มีการประเมินสถานการณ์ความเครียดในรูปแบบต่าง ๆ เป็นการเตรียมบุคคลช่วยให้ตอบสนองต่อสถานการณ์ความเครียดได้ดีขึ้น ตลอดจนสอนการจัดการกับพฤติกรรมที่มีความยืดหยุ่น สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในแต่ละเวลา และสถานการณ์ได้

ขั้นตอนการฝึกการป้องกันความเครียด

การฝึกการป้องกันความเครียดสามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ระยะ ของการฝึก ดังต่อไปนี้

ระยะที่ 1 เป็นการสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้เกิดความร่วมมือระหว่างผู้รับการฝึก และผู้ให้การฝึก โปรแกรมในระยะแรกของการฝึกเป็นการรวบรวมแนวคิด หรือส่วนของการให้ความรู้ โดยให้ความรู้เรื่องความเครียด เพื่อให้ผู้รับการฝึกเข้าใจถึงธรรมชาติของความเครียดของตนเอง และผลกระทบของความเครียด ด้วยการสำรวจร่วมกันถึงความเชื่อ และเจตคติของผู้รับการฝึกเกี่ยวกับสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดของแต่ละคน เป็นการทำให้ผู้ปวยพัฒนารูปแบบของความเครียดในการมีส่วนร่วมของผู้รับการฝึกเป็นการสนับสนุนให้เขาหรือเธอเห็นปฏิกิริยาที่เป็นการเพิ่มความเครียด ผู้รับการฝึกไม่เป็นเหยื่อของความเครียด หรือเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด ผู้รับการฝึกเป็นผู้สังเกตสิ่งที่ถูกถาม ลักษณะของความคาดหวังของเขาต่อสถานการณ์ และปฏิกิริยานั้นมีผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลง การสอนอย่างกระชับ มุ่งที่ปัญหา หรืออารมณ์ที่สังเกตเห็นในสถานการณ์ที่

ก่อให้เกิดความเครียด (Folkman, 1991) การรวบรวมข้อมูลในระยะนี้ ผู้ฝึกสาธิตแก่ผู้รับการฝึก ปรับรูปแบบความคิดเกี่ยวกับธรรมชาติความเครียด และการเผชิญปัญหาของตนเอง สิ่งที่สำคัญในระยะนี้คือ 1) การมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ให้การฝึกโปรแกรมและผู้รับการฝึก จะมีผลต่อการยอมรับในการฝึก สบายใจที่จะเปิดเผยความคิดความรู้สึกต่าง ๆ 2) มีการประเมินความคาดหวังของการฝึก โปรแกรมและวางแผนการมีส่วนร่วมในการฝึก 3) ให้ข้อมูลและวิเคราะห์สถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด การตอบสนองต่อความเครียดและผลที่ตามมา โดยใช้การเฝ้าระวังด้วยตนเองโดยการจดบันทึกพฤติกรรมและการจินตนาการถึงสถานการณ์ที่ทำให้เครียดในอดีต 4) ให้ความรู้เกี่ยวกับธรรมชาติของความเครียดและการจัดการกับความเครียด เป็นการสอนผู้รับการฝึกพึ่งพาตัวเองหรือเธอในการตอบสนองความเครียด เป้าหมายของระยะนี้เป็นการช่วยให้บุคคลเข้าใจธรรมชาติของความเครียดและผลกระทบของความเครียดได้ดีขึ้น

ระยะที่ 2 เป็นการสอนให้ผู้รับการฝึกเรียนรู้แนวทางในการจัดการกับปัญหาทั้งทักษะทางพฤติกรรม ทักษะทางปัญญา ได้เรียนรู้ทักษะเฉพาะในการเผชิญกับความเครียดจากการปรับกระบวนการคิด การฝึกการป้องกันความเครียดมีประสิทธิภาพเมื่อผู้รับการฝึกสามารถแนะนำเทคนิคเฉพาะในการเผชิญปัญหา สามารถซักซ้อม และนำไปใช้ ซึ่งทั้งสองทักษะมีส่วนช่วยฝึกทักษะการเผชิญปัญหา เน้นการฝึกทักษะซ้ำ ๆ และการซักซ้อม ให้มีความยืดหยุ่นและเข้าใจ เป็นการสอนและการปฏิบัติครั้งแรกในคลินิก หรือสถานที่สำหรับฝึก ใช้การซักซ้อมอย่างซ้ำ ๆ เป็นการซ้อมแบบลักษณะเฉพาะของตัวกระตุ้นที่ผู้ป่วยมี เช่น การเจ็บป่วยหรือรัง ค้ำกระตุ้นจากการถูกกระทบกระเทือนด้านจิตใจ งานที่มีผลให้เกิดความเครียด การผ่าตัด กีฬา ทหารผ่านศึก อื่น ๆ ทักษะที่เฉพาะในการเผชิญปัญหาอาจรวมถึง การมีอารมณ์ที่ปกติ การยอมรับตนเอง การผ่อนคลาย การฝึกสอนตนเอง การปรับโครงสร้างความคิด การหาทางออกของปัญหา ทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคล การเบี่ยงเบนความสนใจ การสนับสนุนทางสังคม ในซักซ้อมการเรียนรู้ทักษะใหม่ บทบาทสมมุติ และเทคนิคการจินตนาการอาจจะใช้ส่งเสริมทักษะการเผชิญปัญหา (Goldfried & Davison, 1976) เป้าหมายของระยะนี้เป็นการพัฒนาและฝึกปฏิบัติทักษะการเผชิญปัญหาเพื่อลดความวิตกกังวล และเพิ่มความสามารถในการตอบสนองต่อสถานการณ์ที่เกิดความเครียด

ทักษะต่าง ๆ ที่นำมาให้ผู้รับการฝึกปฏิบัตินั้นมีได้หลายอย่าง ซึ่งได้กล่าวมาข้างต้น แต่ในการวิจัยครั้งนี้จะฝึกทักษะในการสอนตนเอง ทักษะการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้า และทักษะการหายใจ และมีการฝึกปฏิบัติทักษะต่าง ๆ เพื่อให้เกิดความชำนาญในการนำทักษะไปใช้ในสถานการณ์จริง โดยเลือกจากทักษะที่สามารถนำไปใช้ได้จริง เข้าใจง่าย และสามารถใช้ได้สถานการณ์ต่าง ๆ ได้

ระยะที่ 3 เป็นการประยุกต์ใช้และการติดตามผล โดยผ่านการนำไปประยุกต์ใช้ทักษะการเผชิญปัญหาในสถานการณ์ที่ใกล้เคียงกับสิ่งแวดล้อม ทำให้มีการนำทักษะการเผชิญปัญหาไปใช้ในสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด ระยะนี้เป็นการฝึกเพื่อให้เกิดแรงจูงใจในการใช้โดยทั่วไป และการคงไว้ซึ่งทักษะการเผชิญปัญหาด้วยการช่วยให้ผู้รับบริการเห็นความจริงของสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูงอย่างช้า ๆ ถ้าเกิดความล้มเหลวในการเผชิญปัญหาหรือการกลับมาเกิดความเครียดซ้ำ ซึ่งเป็นสิ่งที่ต้องสนใจต้องมีการพัฒนากลยุทธ์และติดตามสัณฐานณ์ มีการเพิ่มการฝึกฝนของผู้รับการฝึกด้วยการจินตนาการ การแสดงบทบาทสมมติ การเป็นตัวแทน และการชักชวนพฤติกรรม ประยุกต์ใช้ทักษะการเผชิญปัญหาหลาย ๆ ทักษะ เพื่อเพิ่มระดับของตัวกระตุ้น (แนวคิดของการให้ภูมิคุ้มกัน) ที่นำทักษะเกี่ยวกับการเผชิญกับความเครียดไปประยุกต์ใช้เมื่อต้องเจอกับสถานการณ์จริง หลังจากที่มีความชำนาญกับทักษะการจัดการความเครียด ผู้รับการฝึกควรมีการเก้นที่จะทำให้สำเร็จตามเป้าหมาย และมีการประเมินผลในการพาดกันครั้งต่อไป ถ้าผู้รับการฝึกล้มเหลวในการฝึก ผู้ฝึกและผู้รับการฝึกต้องพยายามหาว่าอะไรเป็นปัจจัยที่ทำให้ล้มเหลวและอะไรเป็นสาเหตุของความล้มเหลวนั้น

การประยุกต์ใช้ทักษะต่างๆสามารถใช้ได้หลายวิธี แต่ในการวิจัยครั้งนี้ เลือกใช้เทคนิคการจำลองสถานการณ์ให้แสดงบทบาทสมมติ ซึ่งเป็นเทคนิคที่ทำให้เห็นถึงการใช้ทักษะต่าง ๆ ได้ โดยให้ผู้รับการฝึกใช้ทักษะต่าง ๆ ที่เรียนรู้ในสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดนั้น เพื่อให้ผู้รับการฝึกเกิดความมั่นใจในการใช้ทักษะต่าง ๆ ก่อนเผชิญกับสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดในชีวิตจริง

จากการศึกษาค้นคว้าเกี่ยวกับโปรแกรมการฝึกการป้องกันความเครียด ยังไม่พบข้อจำกัดในการนำโปรแกรมไปใช้ในการฝึก ในทางตรงกันข้ามได้มีการนำไปประยุกต์ใช้กับบุคคลในกลุ่มต่างๆอย่างกว้างขวาง ผลจากการใช้โปรแกรมสามารถช่วยลดความเครียด ความวิตกกังวล ช่วยให้เกิดความมั่นใจมากขึ้น ดังนั้นจึงทำให้เกิดความมั่นใจในการนำมาใช้ในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทได้

ทักษะที่นำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้

การฝึกการป้องกันความเครียดนั้นสามารถใช้ได้หลายทักษะ ในที่นี้จะขอล่าวถึงทักษะที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ซึ่งประกอบด้วย 3 ทักษะ ดังนี้

1. ทักษะการสอนตนเอง (Self – Instruction Training)

เป็นเทคนิคที่พัฒนาขึ้นในช่วงต้นของทศวรรษที่ 1970 โดย Meichenbaum ซึ่งเขาได้ขยายมาจากงานวิจัยของเขาในเรื่อง “การพูดเพื่อสุขภาพ” (Healthy Talk) เป็นงานวิจัยที่อาศัยทฤษฎีการเรียนรู้แบบการกระทำเป็นทฤษฎีพื้นฐาน โดยงานที่เขานั้นทำกับคนไข้ที่เป็นจิตเภท

(Schizophrenia) เขาฝึกให้คนไข้จิตเภทเหล่านั้นพูดตามที่เขาให้พูด แล้วพบว่าพฤติกรรมของคนไข้จิตเภทเหล่านั้นดีขึ้น ทำให้เกิดความคิดขึ้นมาใหม่ว่าถ้าให้จนทั่วไปพูดภายในใจของตนเอง เหมือนกับที่เขาชี้มาให้คนไข้จิตเภทพูดแล้วก็น่าจะได้ผลเช่นกัน ดังนั้นเขาจึงได้พัฒนาเทคนิคใหม่ของเขาขึ้นมาเรียกว่า การสอนตนเอง (Self – Instruction)

ด้วยความคิดดังกล่าวนี้เองทำให้ Meichenbaum หันมาสนใจเกี่ยวกับกระบวนการพัฒนาทางภาษา ซึ่งเป็นสาขาหนึ่งของจิตวิทยาพัฒนาการทางปัญญา นักจิตวิทยาที่ศึกษาเกี่ยวกับพัฒนาการทางภาษาที่ Meichenbaum ให้ความสนใจ และนำมาใช้เป็นพื้นฐานของการพัฒนาเทคนิคการฝึกสอนตนเองของเขาคืองานของนักจิตวิทยาชาวรัสเซีย 2 คน ซึ่งได้แก่ Luria และ Vygotsky ที่ได้เสนอแนะว่าพฤติกรรมต่อต้านของเด็กนั้นจะอยู่ภายใต้ของการควบคุมทางด้านภาษาของสภาพแวดล้อมในสังคม (ผู้ใหญ่) และค่อย ๆ พัฒนาไปสู่การที่เด็กเรียนรู้ที่จะควบคุมพฤติกรรมของเขาได้เอง โดยครั้งแรกจะเริ่มจากการใช้คำพูดจากภายนอก และต่อมาใช้คำพูดจากภายในใจของเขา ซึ่งแนวคิดดังกล่าว Meichenbaum and Goodman (1971) ได้พัฒนาโปรแกรมการสอนตนเองขึ้นมาสอนเด็กที่มีลักษณะหุนหันพลันแล่น (Impulsive) โดยเริ่มจากการให้เด็กดูตัวแบบพูดว่าเขาจะทำอะไร แล้วให้เด็กทำตามครั้งแรกก็ให้ พูดด้วยเสียงอันดัง จากนั้นก็ค่อย ๆ พูดให้เบาลง จนในที่สุดก็พูดกับตนเองภายในใจ ซึ่งพบว่าได้ผลดี จากนั้นจึงได้มีการนำเอาเทคนิคการสอนตนเองไปใช้ในการลดพฤติกรรมก้าวร้าว ลดพฤติกรรมการอยู่ไม่สุข ลดความกลัว เพิ่มสัมฤทธิ์ผลทางการเรียน และฝึกความสามารถในการเข้าสังคมให้กับเด็ก (Craighead et al., 1978; Kendall & William, 1981) นอกจากนี้ยังได้มีการนำเอาไปใช้กับผู้ใหญ่ที่มีความวิตกกังวลสูง ก้าวร้าว ขาดทักษะทางสังคม และจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพอีกด้วย (Meichenbaum, 1977)

วิธีการในการฝึกสอนตนเองนั้น Meichenbaum ใช้ทั้งตัวแบบ และการเสริมแรงโดยที่ให้ผู้เด็กหรือบุคคลที่จะได้รับการฝึกสอนตนเองสังเกตตัวแบบ และดำเนินการตามตัวแบบตามขั้นตอนในลักษณะดังต่อไปนี้

1. ตัวแบบเสนอพฤติกรรมการทำงาน พร้อมทั้งพูดขั้นตอนการทำงานด้วยเสียงอันดังในขณะที่ผู้ที่ได้รับการฝึกการสอนตนเองนั้นสังเกตอยู่
2. ให้ผู้ที่รับการฝึกการสอนตนเองทำงานเช่นเดียวกับตัวแบบ และทำไปพร้อมกับตัวแบบตามขั้นตอนที่ตัวแบบบอก
3. ให้ผู้ที่ได้รับการฝึกการสอนตนเองทำงานเช่นเดียวกับตัวแบบนี้ แต่จะต้องพูดขั้นตอนในการทำงานเช่นเดียวกับตัวแบบพูดด้วยเสียงอันดัง
4. ให้ผู้ที่ได้รับการฝึกการสอนตนเองทำงานเช่นเดียวกับตัวแบบนี้ แต่ให้พูดขั้นตอนต่างๆพร้อมกับทำไปด้วยนั้นด้วยเสียงที่เบา

5. ให้ผู้ที่ได้รับการฝึกสอนตนเองทำงานเช่นเดียวกับตัวแบบ แต่พูดถึงขั้นตอนต่าง ๆ ในใจพร้อมกับทำไปด้วย

รูปแบบของคำพูดที่พูดกับตนเองในการฝึกสอนตนเองนั้น ควรจะจัดรูปแบบของการพูดในลักษณะดังต่อไปนี้

1. ถามคำถามที่ตรงกับงานที่จะต้องทำ เช่น ในผู้ดูแลผู้ป่วย ควรถามคำถามที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย
2. ตอบคำถามเหล่านั้นในรูปแบบของการทบทวนความจำในความคิด เช่น เมื่อผู้ดูแลตอบคำถามในการดูแล ควรช่วยให้ผู้ดูแลได้คิดทบทวนว่ามีความคิดอย่างไรกับสถานการณ์นั้น
3. ใช้การสอนตนเองในรูปแบบของการขึ้นนำตนเองขณะที่ทำงาน เช่น เมื่อจะต้องดูแลผู้ป่วยก็ใช้การสอนตนเองเสมอขณะที่ต้องดูแลผู้ป่วย
4. พูดชมเชยตนเอง หรือเรียกว่าทำการเสริมแรงตนเอง เช่น เมื่อผู้ดูแลสามารถสอนตนเองแล้วเกิดผลดี ก็ให้พูดชมเชยตนเอง

ขั้นตอนการฝึกการสอนตนเอง

1. ผู้ฝึกต้องช่วยให้ผู้รับการฝึกทราบลักษณะเฉพาะของตัวกระตุ้นจากภายในร่างกาย ที่มีต่อสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด และบอกถึงความคิดด้านลบที่พวกเขาหรือเธอทำ เช่น ฉันเป็นคนไม่ดี ฉันไม่สามารถเกี่ยวข้องกับสิ่งนี้ได้ ให้ผู้รับการฝึกได้เรียนรู้ตัวกระตุ้นจากภายในให้ออกมาในรูปแบบที่เหมาะสมด้วยการสอนตัวเอง
2. มีการฝึกซ้อมพฤติกรรมโดยใช้ตัวแบบ ให้ผู้รับการฝึกเรียนรู้วิธีการพูดกับตนเองที่จะขัดขวางความคิดด้านลบที่มีของตนเองในสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด เช่น ในผู้ที่ไม่เคยพูดในที่ชุมชนมาก่อนจะบอกตัวเองว่า “นั่นคือความจริงฉันรู้สึกกังวลก่อนที่จะพูดแต่ไม่ได้หมายความว่าฉันจะเป็นไปตามนั้น ฉันจะมีการเตรียมตัวที่ดีและทำมันให้ดี”
3. ผู้รับการฝึกจะใช้วิธีการสอนตนเองที่เหมาะสมด้วยการพูดออกมา เช่น “ฉันหายใจเข้าลึก ๆ 3 ครั้ง ยิ้ม และทำในสิ่งที่คิดไว้แล้วพูดออกมา”
4. ผู้รับการฝึกให้กำลังใจตัวเองในช่วงสั้น ๆ หลังจากที่สามารถจัดการในสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดได้สำเร็จ เช่น “ฉันสามารถทำมันได้” และต่อไปก็ช่วยให้ผู้รับการฝึกได้พัฒนาทักษะที่จะจัดการกับปัญหาในสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดในสิ่งแวดล้อมของตนเอง โดยผู้ฝึกเป็นเพียงผู้ให้ภูมิคุ้มกันเพื่อใช้ป้องกันความเครียด

2. การฝึกการหายใจ (Breathing Training)

การฝึกการหายใจเป็นอีกวิธีหนึ่งซึ่งช่วยลด และควบคุมความเครียด ความวิตกกังวลโดยกลไกของการหายใจหรือการแลกเปลี่ยนก๊าซมีส่วนสำคัญต่อร่างกาย ซึ่งการฝึกการหายใจช่วยให้

ปริมาณออกซิเจนในเลือดเพิ่มมากขึ้น เพิ่มความแข็งแรงให้กล้ามเนื้อท้องและลำไส้ (กินทรา พัวสกุลและคณะ, 2541) หากมีการหายใจที่ไม่ถูกวิธีก็จะทำให้เราได้รับก๊าซออกซิเจนเข้าไปในร่างกายไม่เพียงพอจะส่งผลทำให้เกิดอาการต่าง ๆ ตามมา โดยปกติคนเราจะหายใจเข้า ออก ในแต่ละครั้งใช้ออกซิเจนประมาณ 250 มิลลิลิตร และคายคาร์บอนไดออกไซด์ประมาณ 200 มิลลิลิตร ซึ่งความสมดุลของก๊าซมีผลทำให้เลือดเป็นกรด ทำให้เราจะรู้สึกสบายและผ่อนคลาย หากการหายใจเข้า ออกมีปริมาณก๊าซออกซิเจนและคาร์บอนไดออกไซด์ไม่สมดุลกันแล้ว คือลักษณะการหายใจสั้นและถี่ ถือเป็นการหายใจที่ผิด เลือดจะมีฤทธิ์เป็นด่างมากเกินไป มีผลให้ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ในสมองลดลง ทำให้เกิดอาการกระวนกระวายหรือเกิดความเครียดเกิดขึ้นได้ โดยจะมีอาการมึนงง เป็นลม เหงื่อออกมาก ใจสั่น และเจ็บหน้าอก ซึ่งเป็นสัญญาณที่เตือนว่าเรากำลังหายใจมากเกินไป เช่น หายบ่อย ขยับนในคอ กลืนหายใจบ่อย การหายใจแบบนี้มักพบในผู้ที่มีความเครียด ทำงานหนัก เคร่งเครียดมากเกินไป การฝึกการหายใจด้วยการผ่อนคลายนี้จึงนับว่าเป็นวิธีที่ง่ายที่สุดในการฝึกการผ่อนคลายเพราะการหายใจเป็นสิ่งที่มนุษย์ทุกคนต้องทำเป็นปกติ ทุก ๆ วัน วิธีนี้ผู้ฝึกต้องควบคุมการหายใจให้ลึกขึ้น แรงขึ้น สม่ำเสมอ และนำอากาศเข้าไปในร่างกายให้ได้มากขึ้น เพื่อนำพลังงานไปใช้ในร่างกายโดยตรง การหายใจวิธีนี้ต่างกับการหายใจปกติ เพราะการหายใจชนิดนี้จะทำให้กระบังลมเคลื่อนไหวของกระบังลมนี้มีผลต่อการขยายตัวของปอด (สิรินาถ มีเจริญ, 2541) โดยในระยะพักปกติคนเราจะหายใจ 14 - 16 ครั้งต่อนาที แต่เมื่อออกกำลังกายด้วยสถานการณ์ และเหตุการณ์ที่เราไม่คุ้นเคย หรือภาวะฉุกเฉิน คนเราจะหายใจเร็วขึ้น ตื้นขึ้น จากการเกร็งตัวของช่องอก ทำให้อัตราการหายใจเพิ่มได้ถึง 60 ครั้งต่อนาที ตามความต้องการของออกซิเจนของร่างกายที่เพิ่มขึ้น ทำให้ระบบประสาทพาราซิมพาเทติก (Para Sympathetic) จะทำงานมากกว่าระบบประสาทซิมพาเทติก (Sympathetic) เพื่อช่วยให้เกิดความสมดุลในร่างกาย ซึ่งการหายใจโดยใช้กระบังลมจะมีผลโดยตรงต่อการหายใจ เนื่องจากผลของการสั่นสะเทือนที่เกิดขึ้นทำให้แรงบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้ายดีขึ้นทำให้เลือดไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายทั่วถึง และหัวใจมีระยะพักมากขึ้น

3. การผ่อนคลายกล้ามเนื้อตามลำดับ (Progressive Muscle Relaxation)

การผ่อนคลายกล้ามเนื้อตามลำดับ คือความพยายามในการควบคุมการตอบสนองต่อความตึงตัว และความวิตกกังวลของร่างกายผู้ป่วยเอง การดูแลตนเองอย่างอิสระจะเกิดขึ้น โดยผู้เราสามารถแยกความแตกต่างของประสบการณ์ความรู้สึกของกล้ามเนื้อที่ผ่อนคลายแล้วกับการก่อนผ่อนคลาย (Jacobson, 1929) เมื่อใช้วิธีนี้อย่างต่อเนื่องการแยกความแตกต่างของความรู้สึกระหว่างความเครียดกับการผ่อนคลายจะกระทำได้โดยไม่ต้องใช้การสั่งงานของกลุ่มกล้ามเนื้อ หรืออธิบายได้ว่าเมื่อเผชิญสถานการณ์เครียดมาก ๆ บุคคลจะสามารถลดการตอบสนองต่อความเครียด โดยการ

ผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และไม่จำเป็นต้องใช้การสั่งการของร่างกายเลยถ้าความเครียดนั้นไม่ได้ต้องการการปฏิบัติเป็นพิเศษ ความหลากหลายของการผ่อนคลายแบบก้าวหน้ามักต่างกันในแต่ละขั้นตอนการผ่อนคลาย ตามปกติคนเราไม่สามารถจะมีความรู้สึกผ่อนคลาย และเบาสบายในเวลาเดียวกันกับขณะที่มีความเครียดทางจิตใจขึ้น ในขณะที่มีความเครียดเกิดขึ้นจะมีการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อ และในทางตรงกันข้ามเมื่อมีการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อ คนเราจะรู้สึกเกรียด และกีดขัด จากความสัมพันธ์ดังกล่าวพบว่าความผ่อนคลายของกล้ามเนื้อจะทำให้อัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิต และอัตราการหายใจลดลง การผ่อนคลายของกล้ามเนื้อที่มากพอสามารถนำมาใช้ในการลดความเครียดได้ (จำลอง ดิษยณิษ และพริ้มเพรา ดิษยณิษ, 2545) คนส่วนมากไม่ทราบว่ากล้ามเนื้อส่วนไหนมีความตึงเครียดเรื้อรัง การผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าพอจะช่วยทำให้ทราบว่ากล้ามเนื้อที่จำเพาะ หรือกลุ่มกล้ามเนื้อส่วนใดมีความตึงเครียด และยังช่วยให้เห็นความแตกต่างระหว่างความรู้สึกของความตึงเครียด และการผ่อนคลายที่ลึก กล้ามเนื้อที่สำคัญมีอยู่ 4 กลุ่มใหญ่ดังนี้

1. มือ แขน ส่วนล่าง และขานส่วนบน

2. ศีรษะ หน้า คอ และไหล่ รวมทั้งหน้าผาก แก้ม คาง จมูก ริมฝีปาก ขากรรไกร ลิ้น และคอ เมื่อมองในทิวทัศน์ของอารมณ์ กล้ามเนื้อที่สำคัญส่วนใหญ่ตั้งอยู่บริเวณรอบ ๆ ศีรษะ

3. หน้าอก ท้อง และหลังส่วนล่าง

4. โคนขา ตะโพก แก้มก้น น่อง และเท้า

การผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบ่งออกเป็น 2 ชนิด ดังนี้

1. การฝึกคลายกล้ามเนื้อทีละส่วนโดยการเกร็งเต็มที่ก่อนแล้วคลายออก (Active

Progressive Muscle Relaxation) เป็นการช่วยให้บุคคลแยกความแตกต่างระหว่างความรู้สึกเกร็ง และความรู้สึกผ่อนคลายของกล้ามเนื้อ โดยฝึกแต่ละกลุ่มของกล้ามเนื้อ ใช้เวลาเกร็งประมาณ

8-10 วินาที และผ่อนคลายในเวลาต่อมาโดยใช้เวลาประมาณ 20-30 วินาที ทำซ้ำ ๆ กัน ให้

ครอบคลุมกล้ามเนื้อแต่ละมัด ได้แก่ กล้ามเนื้อบริเวณมือ แขน กล้ามเนื้อไบเซพ (Biceps) กล้ามเนื้อบริเวณศีรษะ ไบหน้า คอ ไหล่ กล้ามเนื้อบริเวณหน้าอก ท้อง หลังส่วนล่าง และกล้ามเนื้อบริเวณต้นขา น่อง เท้า ข้อควรระวังคือ ไม่ควรเกร็งกล้ามเนื้อคอและหลังมากเกินไป เพราะอาจเกิดอันตรายต่อเนื้อเยื่อและกระดูกสันหลังได้ อีกทั้ง การเกร็งนิ้วเท้าและกล้ามเนื้อเท้ามาก อาจทำให้เกิดตะคริวได้

2. การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อทีละส่วนโดยไม่ต้องเกร็งก่อน (Passive Progressive

Muscle Relaxation) เป็นการผ่อนคลายแบบไม่ต้องเกร็งกล้ามเนื้อก่อน ซึ่งมีความแตกต่างจาก

วิธีการเกร็งแล้วคลาย ตรงที่การผ่อนคลายวิธีนี้เป็นการผ่อนคลายด้วยการใช้ความรู้สึกหรือจิต

สัมผัสอยู่ที่แต่ละส่วนของร่างกายให้รู้ตัวและพิจารณาว่ากล้ามเนื้อตรงจุดนั้น ๆ ผ่อนคลายหรือไม่

การผ่อนคลายโดยวิธีนี้จะเริ่มจากการผ่อนคลายกล้ามเนื้อส่วนที่มีการผ่อนคลายง่ายที่สุดก่อน คือ นิ้วเท้า แล้วค่อยผ่อนคลายต่อเนื่องไปยังกล้ามเนื้อส่วนที่มีการผ่อนคลายยากที่สุด คือ ในส่วนบริเวณศีรษะ โดยเรียงลำดับดังต่อไปนี้ คือ เท้า น่อง ขา สะโพก หลังส่วนล่าง แขนส่วนล่างและมือ หน้าอกและกระบังลม หน้าท้อง เชิงกราน คอ หน้าผากและใบหน้าส่วนบน ปาก และขากรรไกร จนกระทั่งทุกส่วนอยู่ในสภาพที่ผ่อนคลาย

การฝึกให้เกิดความผ่อนคลายกล้ามเนื้อตามลำดับ สามารถทำได้ในท่านอน หรือท่านั่งในเก้าอี้ที่มีที่รองศีรษะ กล้ามเนื้อแต่ละมัด หรือแต่ละกลุ่มถูกทำให้เกิดความเครียด เป็นเวลาห้าถึงเจ็ดวินาที และต่อมาถูกทำให้เกิดความผ่อนคลายเป็นเวลา 20 - 30 วินาที วิธีการนี้จะต้องทำซ้ำอย่างน้อยหนึ่งครั้ง ถ้าบริเวณใดยังตึงเครียดอยู่สามารถทำซ้ำได้ถึงห้าครั้งในขณะที่ทำให้เกิดความผ่อนคลาย อาจใช้คำพูดประกอบด้วย เช่น “หย่อน และผ่อนคลาย”

ประโยชน์จากการฝึกให้กล้ามเนื้อผ่อนคลายสามารถนำมาใช้ในการรักษาโรคปวดศีรษะข้างเดียว (Migraine) หรือโรคปวดหัวเนื่องจากความตึงเครียด (Tension Headache) ความดันโลหิตสูง อาการปวด และอาการนอนไม่หลับ ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการทดสอบ หรือการทำงาน กลัวการเดินทางโดยเครื่องบิน และยังสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในทางคลินิกสำหรับเด็กที่มีอาการทางกายสัมพันธ์กับความเครียด ช่วยลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่เป็น โรคกลัวที่แคบ หรือที่มิดชิด มีการใช้วิธีการฝึกให้กล้ามเนื้อผ่อนคลาย เพื่อลดอาการข้างเคียงจากเคมีบำบัด ในผู้ป่วยมะเร็ง มีการศึกษาผลของการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อต่อความเครียดของสตรีที่เป็นมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์ จำนวน 30 ราย ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มที่ได้รับการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ มีระดับคะแนนความเครียดต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการฝึกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (วรวรรณ พุทธิพงษ์, 2548) และยังมีการนำไปใช้ในผู้ป่วยที่เป็นโรคหอบหืดเพื่อลดระดับความวิตกกังวล ผลการวิจัยพบว่าภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการฝึก (วิไล นาป่า, 2545)

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ณัฐทิพร ชัยประทาน (2547) ที่ศึกษาการให้คำปรึกษารายบุคคลโดยใช้แนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิด และพฤติกรรมร่วมกับการฝึกผ่อนคลายสมอง และการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ในผู้ป่วยโรควิตกกังวล จำนวน 22 คน ที่คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลหนองบัวลำภู ผลการศึกษาพบว่าความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน และความวิตกกังวลประจำตัวของผู้ป่วยโรควิตกกังวลหลังการบำบัดน้อยกว่าก่อนการบำบัด และระยะติดตามผลน้อยกว่าหลังการบำบัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผลจากการวิเคราะห์เนื้อหาการบำบัดพบว่า ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ และเข้าใจภาวะเจ็บป่วย

ของตน ตลอดจนมีการปรับเปลี่ยนความคิด หรือมุมมองต่อการเผชิญปัญหาเป็นไปในทางบวก หรือ ยึดหยุ่นขึ้น

พัชนี มากเมือง (2547) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญาต่อ ความเครียดในผู้ป่วยเบาหวานในคลินิกเบาหวาน จำนวน 22 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 11 คน และ กลุ่มควบคุม 11 คน ที่โรงพยาบาลไทรทอง จังหวัดกำแพงเพชร ด้วยโปรแกรมการฝึกการปรับ พฤติกรรมทางปัญญาแบบกลุ่ม จำนวน 8 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที ผลการศึกษาพบว่า ในระยะหลังการ ทดลองทันที และระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีระดับความเครียดต่ำกว่าก่อนการทดลอง และต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

วิมลทิพย์ แก้วตา (2546) ที่ศึกษาเกี่ยวกับผลของการฝึกการผ่อนคลายร่วมกับการใช้ ไบโอฟีดแบคต่อความเครียดและความดันโลหิตสูง พบว่าผู้ที่มีความดันโลหิตสูงทั้งในกลุ่มทดลองที่ ได้รับการผ่อนคลายร่วมกับการใช้ไบโอฟีดแบค และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการผ่อนคลายอย่างเดียวมี ระดับคะแนนความเครียดลดลง เมื่อเทียบกับก่อนการฝึก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 แสดงให้เห็นว่า การฝึกผ่อนคลายร่วมกับการใช้ไบโอฟีดแบคสามารถลดความเครียดและความดัน โลหิตในผู้ที่มีความดันโลหิตสูงได้ นอกจากนั้น การใช้ไบโอฟีดแบคร่วมกับการผ่อนคลายยัง ส่งเสริมการลดความเครียดและความดันโลหิตได้ดีกว่าการใช้วิธีการผ่อนคลายเพียงอย่างเดียว

Kilpatrick et al. (1982) ได้ศึกษาผลของการใช้การฝึกการป้องกันความเครียดในผู้หญิงที่ เป็นโรค PTSD ผลการศึกษาพบว่าสามารถลดความกลัวและวิตกกังวลจากการถูกข่มขืนได้

Angie and James (2004) ได้ศึกษาผลของการใช้การฝึกการป้องกันความเครียดในผู้ป่วย โรค PTSD จากการผ่าตัดระบบสืบพันธุ์ ในผู้ป่วยอายุ 27 ปี ที่ผ่านการผ่าตัดมดลูก 3 สัปดาห์หลัง คลอดลูกคนแรก จำนวน 1 คน ติดตามเป็นระยะเวลา 30 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยหญิงมี ประสบการณ์การเครียดไม่นาน มีแนวโน้มที่ดีขึ้น และระดับความไม่สุขสบายจากสิ่งแวดล้อมที่ กระตุ้นถูกกำจัดออกไปได้

Joan and Eduardo (1996) ได้รวบรวมผลของการใช้การฝึกการป้องกันความเครียดในผู้ที่ มีความวิตกกังวล และความสำเร็จที่เกิดขึ้น จากการศึกษาทั้งหมด 37 การศึกษาพบว่าข้อบ่งชี้การใช้ โปรแกรมการฝึกการป้องกันความเครียดประสบผลสำเร็จในการลดระดับความวิตกกังวล ลดระดับ ความวิตกกังวล และช่วยส่งเสริมให้ประสบความสำเร็จในการลดความเครียดได้

Jay and Elliott (1990) ได้ศึกษาผลการใช้โปรแกรมการฝึกการป้องกันความเครียดแบบ กลุ่มในพ่อแม่ ของเด็กที่เจ็บปวดจากการรักษา จำนวน 72 คน ของเด็กที่เป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว อายุ 3 - 12 ปี ที่ทำการเจาะไขกระดูก (n=28) หรือเจาะน้ำไขสันหลัง (n=44) ผลการศึกษาพบว่า

สามารถลดระดับคะแนนความวิตกกังวล และคะแนนการประเมินตนเองในทางบวกสูงกว่าพ่อ แม่ ที่ไม่ได้รับการทดลอง

Foa, Rothbaum, Riggs, and Murdock (1991) ได้ศึกษาการรักษาผู้ป่วย PTSD จากการถูกข่มขืน เปรียบเทียบระหว่างการฝึกการป้องกันความเครียด และการให้คำปรึกษา ผลของการศึกษาพบว่า การฝึกการป้องกันความเครียดสามารถทำให้อาการของผู้ป่วยโรค PTSD ดีขึ้นมากกว่าการให้คำปรึกษาหลังการทดลอง และระยะติดตามผล

จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่าการฝึกการป้องกันความเครียด (Stress Inoculation Training) เป็นโปรแกรมหนึ่งที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลสามารถลดความเครียด ช่วยให้มองเห็นปัญหา และเกิดความคิดใหม่ที่ดีขึ้นกว่าเดิม จากการศึกษาครั้งนี้พบว่ามีการนำวิธีการฝึกการป้องกันความเครียดมาใช้กันอย่างแพร่หลายในหลายกลุ่ม ทั้งในกลุ่มที่ป้องกัน และกลุ่มที่นำมาใช้ในการบำบัดรักษา ผู้วิจัยมองเห็นว่าวิธีการนี้จะมีประโยชน์ต่อผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ซึ่งจัดว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาสุขภาพจิตได้ ผู้วิจัยจึงสนใจนำแนวคิดนี้มาประยุกต์ใช้การส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทมีทักษะในการเผชิญกับความเครียดได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ และมีผลในการลดความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแลได้