ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท*

Selected Factors Related to Coping of Schizophrenic Patients

*พชรพร ผู้ปฏิเวธ (Pacharaporn Phoopatiwate, M.N.S., RN)***

*เพ็ญพักตร์ อุทิศ (Penpaktr Uthis, Ph.D., RN)****

Abstract

The purposes of this descriptive research were study coping of schizophrenic patients, and study the relationships between coping and selected factors including education, age, positive symptoms, negative symptoms, cognitive impairments, social supports and self-efficacy schizophrenic patients. A total of 150 subjects were drawn from patients diagnosed with schizophrenia who sought treatment at outpatients department of psychiatry using simple random sampling. The research instruments were demographic questionnaires, Coping Inventory for Stressful Situations, Positive and Negative Syndrome Scale, Thai Mental State Exam, Social Support Interview, and Self-Efficacy Scale. All instruments were tested for content validity by 5 experts. The Cronbach's Alpha coefficient reliability of all instruments except demographic questionnaires were .93, .90, .85, .80, .86and .80 respectively. Statistic techniques utilized in data analysis were frequency, percentages, mean, standard deviation, Spearman's Rank and Pearson Product Moment Correlation Coefficient. Major finding of this study were as follows:

1. The schizophrenic patients had the highest scores on task-oriented coping, which was in the high level ($\overline{X}$ = 3.71, S.D. = 11.23).

2. Self-efficacy, social supports, negative symptoms, cognitive impairment and positive symptoms were statistical significantly related to task-oriented coping (r = .731, .546, -.380, -.183 and -.173, respectively).

3. Positive symptoms was statistical significantly related to emotional-oriented coping (r=.258).

4. Social supports, self-efficacy, negative symptoms and cognitive impairment were statistical significantly related to avoidance-oriented coping (r = .479, .438, -.539 and -.191 respectively).

5. Education and age reported had no significantly related to any type of coping.

Key words: selected factors, coping, schizophrenic patients

---

* วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

** พยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

*** Corresponding author, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
E-mail: Penpaktr_uthis@hotmail.com

_13-1068(029-044)P4.indd 29 9/24/13 3:12:39 PM

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาวิธีการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ระดับการศึกษา อายุ อาการทางบวก อาการทางลบ ความบกพร่องทางประสาทการรู้คิด การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน กับการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต จำนวน 150 คน ได้จากการสุ่มแบบง่าย เครื่องมือในการวิจัย คือ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินการเผชิญความเครียด แบบประเมินอาการทางบวก แบบประเมินอาการทางลบ แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม และแบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เครื่องมือทุกชุดได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และมีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของเครื่องมือทุกชุด ยกเว้นแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล เท่ากับ .93,.90, .85,.80, .86 และ .80 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน และเพียร์สัน

ผลการวิจัยสรุปได้ว่า

1. ผู้ป่วยจิตเภทมีคะแนนเฉลี่ยของการเผชิญความเครียดด้วยวิธีการจัดการกับปัญหาสูงที่สุดและอยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$=3.71, S.D.=11.23)

2. การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม อาการทางลบ ความบกพร่องทางประสาทการรู้คิด และอาการทางบวกมีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดด้วยวิธีการจัดการกับปัญหาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=.731,.546, -.380, -.183 และ -.173 ตามลำดับ)

3. อาการทางบวกมีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดด้วยวิธีการใช้อารมณ์และความรู้สึกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .258)

4. การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน อาการทางลบ และความบกพร่องทางประสาทการรู้คิดมีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดด้วยวิธีการหลีกเลี่ยงสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .479, .438, -.539 และ -.191 ตามลำดับ)

5. ระดับการศึกษา และอายุไม่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ: ผู้ป่วยจิตเภท, การเผชิญความเครียด, ปัจจัยคัดสรร

ความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นการเจ็บป่วยทางจิตซึ่งพบมากที่สุด โดยพบสัดส่วนผู้ป่วยโรคจิตเภทต่อผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการทั้งหมดในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิตในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ได้แก่ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา โรงพยาบาลศรีธัญญา และสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์คิดเป็นร้อยละ 43.23, 43.99 และ 45.15 ตามลำดับ (ศูนย์สารสนเทศ กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต, 2552) ผู้ป่วยจิตเภทจะมีความผิดปกติทางด้านการรู้คิด อารมณ์ และพฤติกรรม ไม่สามารถคิดอย่างเป็นเหตุเป็นผล และทนต่อความกดดันด้านจิตใจได้ไม่ดี (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2548) อีกทั้งเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังที่

_13-1068(029-044)P4.indd 30 9/24/13 3:12:39 PM

ส่งผลกระทบตามมา เช่น ขาดความสามารถทำหน้าที่ด้านต่างๆ (สัมพันธ์ มณีรัตน์ และอรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2547) และถูกรังเกียจจากสังคม เนื่องจากมักมีอาการกำเริบบ่อยครั้งจนถูกมองว่าเป็นบุคคลที่น่ากลัวและมีอันตราย (เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ และคณะ, 2547) ซึ่งพยาธิสภาพโรคและผลกระทบที่ตามมาถือเป็นสถานการณ์เครียด (Stressful events) ที่ผู้ป่วยต้องเผชิญอยู่ตลอดเวลา และหากขาดความสามารถในการเผชิญกับสถานการณ์เครียด (Ineffective Coping Strategies) ก็จะเป็นเหตุให้เกิดอาการทางจิตกำเริบ (Myin – Germeys, Van Os, Schwartz, Stone and Delespaul, 2001; Nuechterlein and Dawson, 1984; Nuechterlein et al., 1994 ; Zubin and Spring, 1977)

มีข้อมูลหลักฐานบางส่วนที่ชี้ให้เห็นว่าผู้ป่วยจิตเภทในประเทศไทยมีปัญหาการใช้วิธีการเผชิญความเครียดที่ไม่เหมาะสมหรือไม่มีประสิทธิภาพ เช่น การหลีกหนี หลีกเลี่ยงและยอมจำนนต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น (จิราภรณ์ สรรพวีรวงศ์ และคณะ, 2544; ชาติชาย ใบทับทิม, 2547;โปรยทิพย์ กสิพันธุ์, 2548) ซึ่งหากไม่ได้รับการแก้ไข จะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดอาการทางจิตกำเริบได้ (Horan and Blanchard, 2003) โดย Endler and Parker (1990, 1994) กล่าวว่า “การเผชิญความเครียด” (coping) หมายถึง พฤติกรรมแสดงออกของบุคคลถึงการจัดการปัญหาทั้งในด้านความคิดและการกระทำเมื่อต้องเผชิญความตึงเครียดของจิตใจ เพื่อจะบรรเทาความเครียดหรือคลี่คลายปัญหานั้น โดยจำแนกได้ดังนี้ 1) การจัดการกับปัญหา (task – oriented coping) โดยมุ่งแก้ไขสาเหตุของปัญหา มองปัญหาอย่างมีสติ พยายามปรับเปลี่ยนสถานการณ์ให้ดีขึ้นและวางแผนแก้ไขอย่างเป็นขั้นตอน ไตร่ตรองทบทวนสาเหตุ และหาวิธีจัดการให้เกิดผลกระทบน้อยที่สุด ซึ่งเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพ 2) การใช้อารมณ์และความรู้สึก (emotional – oriented coping) โดยใช้ความรู้สึกนึกคิด เช่น เข้าข้างตนเอง โทษตนเอง แสดงอารมณ์โมโหตอบโต้และเพ้อฝัน เพื่อรับมือกับสถานการณ์เลวร้าย เป็นวิธีการที่ไม่มีประสิทธิภาพ และ 3) การหลีกเลี่ยงสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียด (avoidance – oriented coping) ด้วยการหลีกเลี่ยงเหตุการณ์ที่เคร่งเครียดโดยใช้วิธีการด้านบวกต่างๆ เช่น การเข้าหาคนอื่น (Social diversion) หรือเลี่ยงไปทำกิจกรรมอื่นแทน (Distraction) ซึ่งช่วยให้รู้สึกดีขึ้นชั่วคราว แต่หากเป็นวิธีการที่ไม่มีประสิทธิภาพเมื่อพิจารณาผลในระยะยาว เพราะไม่ได้จัดการกับสาเหตุหรือสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียดทำให้สิ่งเร้ายังคงมีอยู่ และเป็นต้นเหตุที่ทำให้เกิดความเครียดได้ซ้ำๆ

จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทย พบว่า มีเพียงการศึกษาของโปรยทิพย์ กสิพันธุ์ (2548) ชาติชาย ใบทับทิม (2547) และจิราภรณ์ สรรพวีรวงศ์ และคณะ (2544) เพื่อสำรวจวิธีการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท เป็นรายกรณีในโรงพยาบาลเฉพาะแห่ง ไม่สามารถอ้างอิงถึงกลุ่มประชากรผู้ป่วยจิตเภทในภาพกว้างได้ และยังไม่พบการศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับตัวแปรนี้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจทำการศึกษาเพื่อให้ทราบว่าผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ใช้วิธีการเผชิญความเครียดแบบใด และมีปัจจัยใดบ้างที่สัมพันธ์กับการเผชิญความเครียด โดยได้ทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศพบว่ามีปัจจัยที่คาดว่าจะมีความ

_13-1068(029-044)P4.indd 31 9/24/13 3:12:39 PM

สัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ ระดับการศึกษา อายุ (Cohen,1993) อาการทางบวก (Ritsner et al., 2003) อาการทางลบ (Modestin et al., 2004; Rudnick and Kravetz, 2001; Wilder et al., 2002) ความบกพร่องทางประสาทการรู้คิด (Van den et al., 1992) การสนับสนุนทางสังคม (Christina et al., 1997; Strous et al., 2005) และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Strous et al., 2005; Ventura et al., 2004) เพื่อผลการศึกษาที่ได้จะเป็นประโยชน์ในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาวิธีการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวชในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล

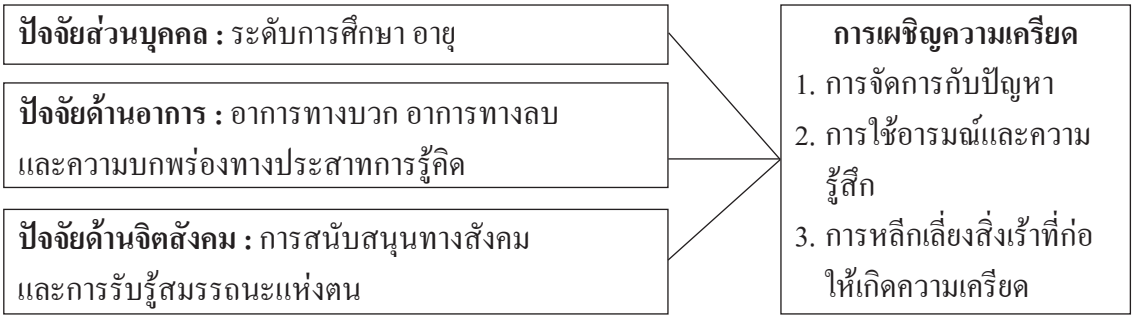
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษา อายุ อาการทางบวก อาการทางลบ ความบกพร่องทางประสาทการรู้คิด การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวชในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล

สมมติฐานการวิจัย

ระดับการศึกษา อายุ อาการทางบวก อาการทางลบ ความบกพร่องทางประสาทการรู้คิด การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ได้นำแนวคิดการเผชิญความเครียดของ Endler and Parker (1990, 1994) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศที่เกี่ยวข้อง พบว่าการเผชิญความเครียดมีความสัมพันธ์กับปัจจัยหลายด้าน ได้แก่ อายุ (Cohen, 1993) ระดับการศึกษาอาการทางบวก (Ritsner et al., 2003) อาการทางลบ (Modestin et al., 2004; Rudnick and Kravetz, 2001; Wilder et al., 2002) ความบกพร่องทางประสาทการรู้คิด (Van den et al., 1992)การสนับสนุนทางสังคม (Christina et al., 1997; Strous et al., 2005) และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Strous et al., 2005; Ventura et al., 2004) ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายความสัมพันธ์ภาคตัดขวาง ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคจิตที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตาม ICD – 10 มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวชสังกัดกรมสุขภาพจิตกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา โรงพยาบาลศรีธัญญา และสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ อายุ 20 – 59 ปี พูด อ่าน เขียน ฟังภาษาไทยรู้เรื่อง และสื่อสารกับผู้วิจัยได้ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากสูตร Thorndike (1978) เท่ากับ 150 คน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนจำนวนผู้ป่วยจิตเภทจากรายงานประจำปี 2552 ดังนี้ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา 67 คน โรงพยาบาลศรีธัญญา 66 คน และสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ 17 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มีทั้งหมด 7 ชุด ดังนี้ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา 2) แบบประเมินการเผชิญความเครียดของ Endler and Parker (1990, 1994) ที่ผู้วิจัยได้รับอนุญาตให้พัฒนาเป็นภาษาไทยด้วยวิธี Back Translation ประกอบด้วยข้อคำถาม 48 ข้อ แบ่งเป็น วิธีการจัดการกับปัญหา 16 ข้อ การใช้อารมณ์และความรู้สึก 16 ข้อ และการหลีกเลี่ยงสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียด 16 ข้อ 3) แบบประเมินอาการทางบวกของโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย ที่แปลเป็นภาษาไทย โดย ธนา นิลชัยโกวิทย์ (2550) 7 ข้อ 4) แบบประเมินอาการทางลบของโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย ที่แปลเป็นภาษาไทย โดย ธนา นิลชัยโกวิทย์ (2550) 7 ข้อ 5) แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทยที่พัฒนาขึ้นโดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง Train The Brain Forum Thailand (สุชีรา ภัทรายุตวรรตน์, 2545) 30 ข้อ 6) แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมที่ หงษ์ บรรเทิงสุข (2545) ดัดแปลงและพัฒนามาจากแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมของ จิราพร อมราภิบาล (2536) ซึ่งสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดของ Schaefer et al. (1981) 15 ข้อ และ 7) แบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ที่ผู้วิจัยปรับปรุงจากแบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าของ อังคณา หมอนทอง (2549) ซึ่งสร้างจากกรอบแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ของ Brandura (1977) 9 ข้อ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยทุกชุดได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน จากนั้นนำเครื่องมือไปทดสอบกับกลุ่มประชากรที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือในส่วนของ แบบประเมินการเผชิญความเครียด แบบประเมินอาการทางบวกของโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย แบบประเมินอาการทางลบของโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม และแบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's alpha) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .91, .82, .80, .80, .84 และ .85 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลหลังจากผ่านการเห็นชอบของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในคนจากแหล่งเก็บข้อมูล และพิทักษ์

สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย สิทธิประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่างพึงได้รับ การตอบรับหรือปฏิเสธการตอบแบบสอบถามไม่มีผลต่อการให้บริการแต่อย่างใด การพิทักษ์สิทธิในการปกปิดข้อมูลส่วนบุคคลเป็นความลับ ผู้ป่วยที่สมัครใจเข้าร่วมวิจัยลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยวิธีการสัมภาษณ์และให้ตอบแบบสอบถามที่แผนกผู้ป่วยนอก โดยวิธีการสุ่มแบบง่ายด้วยการนำเอาหมายเลขบัตรตรวจ คือ หมายเลขคู่ และหมายเลขคี่ มาทำฉลาก แล้วจับฉลากขึ้นมา 1 ใบ เพื่อให้ได้หมายเลขตั้งต้น โดยจับฉลากได้บัตรตรวจหมายเลขคี่ ผู้วิจัยจึงเลือกเก็บข้อมูลตามคุณสมบัติที่ได้กำหนดไว้ จนครบตามจำนวนทั้งสิ้น 150 คน ตามสัดส่วนของประชากรแต่ละโรงพยาบาล ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 5 กันยายนถึง 14 ตุลาคม 2554 รวม 6 สัปดาห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการคำนวณหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน และเพียร์สัน กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

1. ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 60.7) มีอายุอยู่ในช่วง 31- 40 ปี (ร้อยละ 46.7) โดยมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 37.42 ปี (SD = 8.67) และพบว่าส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสโสด (ร้อยละ 72) นอกจากนั้นยังพบว่าส่วนใหญ่มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลาย/ประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ร้อยละ 28) รองลงมาคือ ระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ 26.7)

2. ผู้ป่วยจิตเภทใช้วิธีการเผชิญความเครียดทั้ง 3 วิธี ทั้งนี้ มีการใช้วิธีการจัดการกับปัญหามากที่สุด โดย มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.71 ซึ่งถือว่ามีการใช้วิธีการนี้อยู่ในระดับมาก รองลงมา คือใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้วยการหลีกเลี่ยงสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียด ($\overline{X}$ = 3.13) และวิธีการเผชิญความเครียดด้วยการใช้อารมณ์และความรู้สึก ($\overline{X}$ = 3.11) ตามลำดับ โดยการใช้วิธีการเผชิญความเครียดในสองแบบหลังนี้ถือว่ามีการใช้อยู่ในระดับปานกลาง ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงพิสัย (Range) ค่าเฉลี่ย ($\overline{X}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ป่วยจิตเภทจำแนกตามวิธีการเผชิญความเครียด

วิธีการเผชิญความเครียด	ค่าคะแนนที่เป็นไปได้	Range	$\overline{X}$	S.D.	ระดับ
การจัดการกับปัญหา	16-80	33-80	3.71	11.23	มาก
การหลีกเลี่ยงสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียด	16-80	16-80	3.13	13.40	ปานกลาง
การใช้อารมณ์และความรู้สึก	16-80	25-78	3.11	13.23	ปานกลาง

3. ปัจจัยที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดด้วยวิธีการจัดการกับปัญหา ได้แก่อาการทางบวก (r= -.173, p<.05) อาการทางลบ (r=-.380, p<.01) ความบกพร่องทางประสาทการรู้คิด (r=-.183, p<.05) การสนับสนุนทางสังคม (r= .546, p<.01) และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (r= .731, p<.01) และปัจจัยที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดด้วยวิธีการใช้อารมณ์และความรู้สึก คือ อาการทางบวก (r=.258, p<.01) ส่วนปัจจัยที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดด้วยวิธีการหลีกเลี่ยงสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียด ได้แก่ อาการทางลบ (r=-.539, p<.01) ความบกพร่องทางประสาทการรู้คิด (r=-.191, p<.05) การสนับสนุนทางสังคม (r=.479, p<.01) และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (r=.438, p<.01) ส่วนปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียด ได้แก่ อายุ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation) ระหว่างอายุ อาการทางบวก อาการทางลบ ความบกพร่องทางประสาทการรู้คิด การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน กับการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท

ปัจจัย	การเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท		
	วิธีการจัดการกับปัญหา	วิธีการใช้อารมณ์และความรู้สึก	วิธีการหลีกเลี่ยงสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียด
อายุ	.069	.118	.061
อาการทางบวก	-.173*	.258**	-.150
อาการทางลบ	-.380**	-.038	-.539**
ความบกพร่องทางประสาทการรู้คิด	-.183*	-.041	-.191*
การสนับสนุนทางสังคม	.546**	.073	.479**
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	.731**	.143	.438**

*p<.05, **p<.01

4. ปัจจัยที่พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียด ได้แก่ ระดับการศึกษา ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เปียร์แมน (Spearman's Rank Correlation) ระหว่างระดับการศึกษา กับการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท

วิธีการเผชิญความเครียด	ค่าสหสัมพันธ์	
	r_s	p-value
วิธีการจัดการกับปัญหา	.133	.106
วิธีการใช้อารมณ์และความรู้สึก	.036	.066
วิธีการหลีกเลี่ยงสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียด	.136	.098

อภิปรายผลการวิจัย ผู้วิจัยขออภิปรายผลการวิจัยจำแนกตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังต่อไปนี้

1. ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่าง ใช้การเผชิญความเครียดด้วยวิธีการจัดการกับปัญหามากที่สุด โดยมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ Carr and Katsikitis (1987) ที่พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ใช้การเผชิญความเครียดด้วยวิธีการจัดการกับปัญหา อธิบายได้ว่า อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างมีลักษณะบางประการและบริบทแวดล้อมที่เอื้อให้มีการใช้การเผชิญความเครียดด้วยวิธีนี้ในระดับมาก เช่น ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 60.7) ซึ่งเป็นเพศที่มีการยอมรับและมีการพิจารณาแก้ไขปัญหาและมักจะเผชิญปัญหาด้วยการควบคุมอารมณ์มากกว่าการใช้อารมณ์และความรู้สึก (Thoits, 1995; Patterson and Semple, 1997 อ้างถึงในสมดี งอบสูงเนิน, 2545) ประกอบกับมีสถานภาพโสด (ร้อยละ 72) ซึ่งเอื้อให้มีการเผชิญปัญหาได้ดีมากกว่าผู้ป่วยที่มีสถานภาพคู่ ซึ่งอาจจำเป็นต้องรอรับฟังความคิดเห็นจากคู่ของตนก่อนจึงตัดสินใจแก้ไขปัญหาใดๆได้ อีกทั้งสถานภาพสมรสคู่อาจเป็นต้นเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดได้หากคู่สมรสไม่เข้าใจ หรือเป็นคู่คิดที่ดี (Lazarus and Folkman, 1984 อ้างถึงใน ปารวี เกื้อกูลรัฐ, 2553) นอกจากนี้การได้รับการดูแลจากโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านจิตเวชซึ่งผ่านการประกันคุณภาพบริการ มีการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ วางแผน แก้ไขปัญหา และได้รับการพัฒนาให้เกิดทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ เมื่อเกิดความเครียดจะมีการปรับตัวอย่างเหมาะสม (Carr and Katsikitis., 1987) ส่งผลให้ผู้ป่วยพยายามแก้ไขปัญหาให้สำเร็จ (Singh, at al., 2003)

2. ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท

2.1 ผลการศึกษาพบว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดด้วยวิธีการจัดการกับปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทอย่าง

มีนัยสำคัญทางสถิติมีทั้งหมด 5 ตัวแปร คือ อาการทางบวก อาการทางลบ ความบกพร่องทางประสาทการรู้คิด การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ สามารถอภิปรายผลการศึกษาได้ดังนี้

อาการทางบวก มีความสัมพันธ์ทางลบกับการเผชิญความเครียดด้วยวิธีการจัดการกับปัญหา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อธิบายได้ว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางบวกมักจะขาดความสามารถในการตัดสินใจเลือกแนวทางแก้ไขปัญหา จึงไม่ค่อยใช้เหตุผลในการแก้ปัญหา ดังนั้น เมื่อมีเหตุการณ์หรือปัญหาเกิดขึ้น จะมีการเผชิญหน้ากับปัญหาต่ำ หรือไม่คิดแก้ไขปัญหา (Wiedl, 1992) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Lysaker et al. (2005) ที่พบว่าอาการทางบวกมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเผชิญความเครียดด้วยวิธีการจัดการกับปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อาการทางลบ มีความสัมพันธ์ทางลบกับการเผชิญความเครียดด้วยวิธีการจัดการกับปัญหา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 อธิบายได้ว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ จะมีพฤติกรรมแบบแยกตัว และมีความยากลำบากในการแก้ปัญหาหรือจัดการกับปัญหา ดังนั้น ผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงไม่พยายามแก้ไขปัญหาใดๆ แต่มักยอมจำนนต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Strous, et al. (2005) ที่พบว่าอาการทางลบมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเผชิญความเครียดด้วยวิธีการจัดการกับปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ความบกพร่องทางประสาทการรู้คิด มีความสัมพันธ์ทางลบกับการเผชิญความเครียดด้วยวิธีการจัดการกับปัญหา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อธิบายได้ว่าความบกพร่องทางประสาทการรู้คิดเป็นความบกพร่องของสมรรถภาพสมองที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับการรับรู้ การจำ การคิด และการบริหารจัดการในการแก้ปัญหา ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาการเผชิญความเครียดที่เหมาะสมด้วยการจัดการหรือแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น (Wilder et al., 2002) ส่งผลทำให้ผู้ป่วยขาดแรงจูงใจ สมาธิ และความสามารถ ที่จะทำงานให้สำเร็จ ทำให้ความสามารถในการตัดสินใจและการแก้ปัญหาลดลง (จำลอง ดิษยวาณิช และพริ้มเพรา ดิษยวาณิช, 2545) ดังนั้น จึงมีแนวโน้มที่จะใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้วยวิธีการจัดการกับปัญหาได้น้อย สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Wilder et al. (2002) ที่พบว่าความบกพร่องทางประสาทการรู้คิดมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเผชิญความเครียดด้วยวิธีการจัดการกับปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียดด้วยวิธีการจัดการกับปัญหา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 อธิบายได้ว่า การสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อการประเมินความหมาย หรือความรุนแรงของสถานการณ์ เป็นแหล่งประโยชน์ที่จะช่วยในการเผชิญปัญหา ทำให้บุคคลมีการรับรู้ต่อตนเองและสิ่งแวดล้อมได้อย่างถูกต้อง นำคำแนะนำกลวิธีใหม่ๆ ไปใช้ในการแก้ปัญหา ส่งผลให้บุคคลสามารถเผชิญความเครียดได้ดีขึ้น (Wartman, 1984 อ้างถึงใน อัจฉริยาภรณ์ สุพิชต์, 2546) ดังนั้น การได้รับการสนับสนุนทางสังคม

_13-1068(029-044)P4.indd 37 9/24/13 3:12:41 PM

เพียงพอ จึงมีแนวโน้มที่ผู้ป่วยจะใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้วยการจัดการกับปัญหามากขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Ritsner and Ratner (2006) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียดด้วยวิธีการจัดการกับปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียดด้วยวิธีการจัดการกับปัญหา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 อธิบายได้ว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นการคาดหมายในความสามารถของตนเอง และตัดสินว่าตนเองสามารถประกอบกิจกรรมที่กำหนดภายใต้สถานการณ์ที่จำเพาะได้หรือไม่ และเกิดจากการเรียนรู้จากแหล่งต่างๆแต่ในขณะที่บุคคลมีความเครียดจะมีปัญหาด้านสภาวะจิตใจทำให้มีการรับรู้ถึงสมรรถนะของตนไม่ดี ทำให้ไม่สามารถจัดการกับปัญหาได้ ในทางตรงข้าม หากบุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนดีจะส่งผลให้มีการปรับตัว มีขวัญกำลังใจ มีความเข้มแข็งและมีสุขภาพจิตที่ดีทำให้สามารถเผชิญกับความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ (ฉัตรกมล ออกกิจวัตร, 2546 อ้างถึงใน อังศินันท์ อินทรกำแหง, 2551) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Strous et al. (2005) และ Ventura et al. (2004) ที่พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียดด้วยวิธีการจัดการกับปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2.2 ผลการศึกษา พบว่าอาการทางบวกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียดด้วยวิธีการใช้อารมณ์และความรู้สึกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 อธิบายได้ว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางบวก ได้แก่ อาการหลงผิด ประสาทหลอน การแสดงอารมณ์ไม่เหมาะสมกับสถานการณ์ ส่งผลให้ผู้ป่วยขาดสติยั้งคิด ไม่เป็นมิตรกับใคร ใช้อารมณ์ในการตัดสินใจ (McNally and Goldberg, 1997; Bak et al., 2001; Taskai et al., 1990) มักจะใช้วิธีการเผชิญกับความเครียดในลักษณะไม่เหมาะสมโดยแสดงอารมณ์ออกมาอย่างทันที ทันใดเช่นแสดงความโกรธออกมาอย่างรุนแรง ทั้งที่มีปัญหาหรือข้อถกเถียงเพียงแค่เล็กน้อย (พิเชษฐ์ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนานนท์, 2552) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Ritsner et al. (2003) ที่พบว่า อาการทางบวกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียดด้วยวิธีการใช้อารมณ์และความรู้สึกของผู้ป่วยจิตเภท

2.3 ผลการศึกษา พบว่าตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดด้วยวิธีการหลีกเลี่ยงสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีทั้งหมด 4 ตัวแปร คือ อาการทางลบ ความบกพร่องทางประสาทการรู้คิด การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน สามารถอภิปรายผลการศึกษาได้ดังนี้

อาการทางลบ มีความสัมพันธ์ทางลบกับการเผชิญความเครียดด้วยวิธีการหลีกเลี่ยงสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ มักจะมีอาการเด่น คือ พูดน้อย ใช้เวลานานกว่าจะตอบ การแสดงออกทางด้านอารมณ์ลดลง ขาดความกระตือรือร้น และไม่ค่อยแสดงออก (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์

สุคนิชย์, 2548) จึงไม่ค่อยมีความสนใจทั้งต่อตนเองและสิ่งแวดล้อม รวมทั้งขาดแรงจูงใจในการทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่น ทำให้มีแนวโน้มที่จะไม่ใช้วิธีการเผชิญความเครียดเพื่อหลีกเลี่ยงเหตุการณ์ที่เคร่งเครียดโดยใช้วิธีการด้านบวกลักษณะต่างๆ เช่น การเข้าหาคนอื่น (Social diversion) หรือเลี่ยงไปทำกิจกรรมอื่น (Distraction) ทดแทน (Modestin et al., 2004) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Modestin, et al. (2004); Rudnick and Kravetz. (2001) และ Wilder et al. (2002) ที่พบว่าอาการทางลบมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเผชิญความเครียดด้วยวิธีการหลีกเลี่ยงสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ความบกพร่องทางประสาทการรู้คิด มีความสัมพันธ์ทางลบกับการเผชิญความเครียดด้วยวิธีการหลีกเลี่ยงสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อธิบายได้ว่าผู้ป่วยจะมีความบกพร่องของสมรรถภาพสมองที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับ การรับรู้ การจำ การคิด สมาธิ การสื่อสาร และการระลึกได้ (Stone, Wyman and Salisbury, 1999 อ้างถึงใน Taboonpong, S., Kiatlaekakul, S., Piriyakultol, S., 2007) และหรือการรับรู้ การจำ ความใส่ใจ การคิด วางแผน และการแก้ปัญหา (Van den et al., 1992) ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ลดน้อยลง ในเรื่องกระบวนการจำแนกข้อมูลที่รับเข้าไปตามช่องทางการรับรู้ต่างๆการแปลความหมาย การทำความเข้าใจ การจดจำ รวมถึงการดัดแปลงใช้ข้อมูลนั้นในการแสดงออกอย่างเหมาะสม (กิ่งแก้ว ปาจารีย์, 2552) ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ยอมรับรู้ปัญหา ยอมจำนนกับสภาพการณ์ที่เกิดขึ้นมีความยากลำบากในการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลและสิ่งแวดล้อมเมื่อเกิดความเครียดไม่ทำกิจกรรมอื่นทดแทน สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Van den et al. (1992) ที่พบว่าความบกพร่องทางประสาทการรู้คิดมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเผชิญความเครียดด้วยวิธีการหลีกเลี่ยงสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียดด้วยวิธีการหลีกเลี่ยงสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 อธิบายได้ว่าการช่วยเหลือจากเครือข่ายสังคมจะช่วยให้ผู้ป่วยเผชิญกับความเครียดและตอบสนองต่อความเครียดได้ในระยะเวลาที่รวดเร็วขึ้น (Thoits, 1982 อ้างถึงใน สดใส คุ้มทรัพย์อนันต์, 2546) เป็นปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้ผู้ป่วยมีการรับมือกับปัญหาหรือความเครียด หากผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดีและมากขึ้นเท่าไหร่เมื่อเกิดปัญหาหรือความเครียด จะไม่เก็บไว้คนเดียว เพราะทราบว่าความเครียดจะบรรเทาเบาบางลงได้จากการช่วยเหลือจากคนรอบข้าง (Christina et al., 1997) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Christina et al. (1997) และ Strous et al. (2005) ที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียดด้วยวิธีการหลีกเลี่ยงสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท โดยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียดด้วยวิธีการหลีกเลี่ยงสิ่งเร้าที่ก่อให้

เกิดความเครียด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน จะมีการรับรู้และเข้าใจในโรคที่ตนเองเป็นอยู่ ดังนั้น เมื่อเกิดความเครียดหรือสถานการณ์ที่ตึงเครียดที่เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนมักมีความกระตือรือร้นกับการปรับตัวเพื่อแก้ไขปัญหา และมีการเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้วยการแสวงหาการช่วยเหลือจากคนอื่นๆ และสังคมแทนเมื่อเกิดปัญหา สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Strous et al. (2005) ที่พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียดด้วยวิธีการหลีกเลี่ยงสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียดของผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2.4 ผลการศึกษาพบว่า ตัวแปรที่ไม่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีทั้งหมด 2 ตัวแปร คือ ระดับการศึกษา และอายุ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ สามารถอภิปรายผลการศึกษาได้ดังนี้

ระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภททั้ง 3 วิธีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่มีระดับการศึกษาต่างกันอาจมีการใช้การเผชิญความเครียดในแต่ละวิธีไม่แตกต่างกัน แม้ Jalowiec and Power (1981) จะกล่าวว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับวิธีการเผชิญกับความเครียดของบุคคล เมื่อผู้ป่วยต้องเผชิญกับสถานการณ์ความเครียด จะนำประสบการณ์จากการเรียนรู้นั้นเข้ามาช่วยแก้ไขปัญหาก่อนที่สถานการณ์จะเลวร้ายลงไปอีก ดังนั้น การศึกษาจะช่วยให้บุคคลรู้จักแสวงหาความช่วยเหลือจากแหล่งต่างๆ จนสามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม (สมดี งอบสูงเนิน, 2545) แต่การศึกษาครั้งนี้พบว่าการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท ทั้งนี้ อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 54.7 มีการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา จึงอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการประเมินสถานการณ์การเผชิญความเครียดที่ใกล้เคียงกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ Ritsner et al. (2006) ที่พบว่า ระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภททั้ง 3 วิธีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อาจเนื่องจากส่วนใหญ่ ร้อยละ 46.7 มีอายุในช่วง 31-40 ปี ซึ่งถือเป็นวัยผู้ใหญ่ที่มีความมั่นคงทางอารมณ์ มีการแก้ปัญหาอย่างรอบคอบ และมีความสามารถในการปรับตัวต่อสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป (Striruang, 2002 อ้างถึงใน เทียรทอง นิ่มศิริ, 2553) อีกทั้งเป็นวัยที่มีความมุ่งมั่นในการทำงาน มั่นใจในตนเอง และมีความพร้อมในการเผชิญปัญหาต่างๆ (Newman and Newman, 1979 อ้างถึงใน คนึงนิตย์ นุเกตุ, 2551) ดังนั้นเมื่อมีความเครียดหรือสถานการณ์ที่ยากลำบากผ่านเข้ามาในชีวิต จึงมีการประเมินและเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดในลักษณะที่ใกล้เคียงกันส่งผลให้อายุไม่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภทในการศึกษาครั้งนี้ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Strous et al. (2005) และ Ritsner et al. (2006) ที่พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดของผู้ป่วย

_13-1068(029-044)P4.indd 40 9/24/13 3:12:42 PM

จิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

1. จากผลการวิจัยพบว่า อาการทางบวก อาการทางลบ และความบกพร่องทางประสาทการรู้คิด มีความสัมพันธ์ทางลบกับการเผชิญความเครียดด้วยวิธีการจัดการกับปัญหา จึงควรจัดกิจกรรมการพยาบาลในลักษณะการจัดการอาการทางบวกอาการทางลบ และกิจกรรมการพยาบาลที่ส่งเสริมการรู้คิดเพื่อให้ผู้ป่วยมีการเผชิญความเครียดที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

2. จากผลการวิจัยพบว่าการสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียดด้วยวิธีการจัดการกับปัญหา กิจกรรมการพยาบาลควรให้สมาชิกในครอบครัว และเครือข่ายสังคมมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย และส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยให้มากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

กิ่งแก้ว ปาจารีย์.(2552). *การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.*กรุงเทพ-มหานคร : เอ็น พีเพรส.

คนึงนิตย์ นุเกตุ. (2551). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองกับพฤติกรรมการเผชิญความเครียดในการทำงานของพยาบาลโรงพยาบาลน่าน.* การค้นคว้าอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาการปรึกษา มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ชาติชาย ใบทับทิม. (2547). *การดำเนินชีวิตในสังคมหลังการบำบัดของผู้ป่วยจิตเภทโรงพยาบาลศรีธัญญา.* วิทยานิพนธ์ สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาสังคมสงเคราะห์ คณะสังคมสงเคราะห์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

จิราพร อมราภิบาล. (2536). *ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อ โรคเอดส์.*วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

จิราภรณ์ สรรพวีรวงศ์ และคณะ. (2544). ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภทในชีวิตประจำวัน กรณีศึกษาโรงพยาบาลสมเด็จเจ้าพระยา. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 14* (2), 52-65.

จำลอง ดิษยวาณิช และพริ้มเพรา ดิษยวาณิช. (2545). *ความเครียด ความวิตกกังวล และสุขภาพ.* เชียงใหม่ : โรงพิมพ์แสงศิลป์.

เทียรทอง นิ่มศิริ. (2553). *ความสามารถในการทำนายของปัจจัยคัดสรร ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและการเผชิญความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยายับยั้งการเจ็บครรภ์คลอด.* วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลมารดาและทารก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

ธนา นิลชัยโกวิทย์. (2550). *Positive and Negative Syndrome Scale ฉบับภาษาไทย (PANSS - T).* พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: แจนเซ่น-ซีแลก.

_13-1068(029-044)P4.indd 41 9/24/13 3:12:43 PM

ปารวี เกื้อกูลรัฐ. (2553). *ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดของตำรวจจราจร กทม.*วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

โปรยทิพย์ กสิพันธุ์. (2548). *ความเครียดและการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท.*รายงานการวิจัย วิทยาลัยพยาบาล บรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข.

พิเชษฐ์ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนานนท์. (2552). *ตำราโรคจิตเภท.*สงขลา :ชานเมืองการพิมพ์.

เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ, อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และชนกพร จิตปัญญา. (2547). ตราบาป: การรับรู้และผลกระทบของผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัว.*วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 18* (1), 1– 9.

มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์. (2548). *จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี.* พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: บียอนด์ เอนเตอร์ไพรซ์.

สมดี งอบสูงเนิน. (2545). *การศึกษารูปแบบการเผชิญความเครียดที่มีผลต่อผลของการปรับตัวของผู้ใช้บริการที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในอำเภอเมืองนครปฐม จังหวัดนครปฐม.* รายงานการวิจัย, สถาบันอุดมศึกษาเอกชน ทบวงมหาวิทยาลัย.

สุชีรา ภัทรายุตวรรตน์. (2545). *คู่มือการวัดทางจิตวิทยา.* กรุงเทพมหานคร: เมดิคัลมีเดีย..

สัมพันธ์ มณีรัตน์และอรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2547). ผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน.*วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 18*(2), 85– 97.

หงษ์ บันเทิงสุข. (2545). *ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์.*วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อังคณา หมอนทอง. (2549). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความหวังกับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 22*(1), 25-38.

อัจฉริยาภรณ์ สุพิชญ์. (2546). *คุณภาพชีวิตและการสนับสนุนทางสังคมของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท.* วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

อังศินันท์ อินทรกำแหง. (2551). การสังเกตการณ์งานวิจัยที่เกี่ยวกับความเครียดและการเผชิญความเครียดของคนไทย.*วารสารพฤติกรรมศาสตร์,* 14(1), 135 – 150.

Bak, M., Van der Spil, F., Gunther, N., Radstake, S., Delespau, P. and Van OS, J. (2001). MACS– II : Dose coping Enhance subjective control over psychotic symptoms?. *Acta Psychiatric Scandinavia, 103,* 460 – 464.

Carr, V. and Katsikitis. (1987). M. Illness behavior and schizophrenia. *Psychiatric Medicine, 5,* 163 -170.

Cohen, C.L. (1993). Age-related correlations in patient symptom management strategies in schizophrenia: An exploratory study. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 8,* 211–213.

Christina, M.,Hultman, Ing-Marie Wieselgren and Arne Ohman. (1997). Relationships between social support, social coping and life events in the relapse of schizophrenia patients. *Scandinavian Journal of Psychology, 38,* 3-13.

Endler, N.S. and Parker, J.D. (1990). Multidimensional assessment of coping: a critical evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 844 – 854.

Endler, N.S. and Parker, J.D. (1994). Multidimensional assessment of coping : task, emotion and avoidance strategies. *Psychology Assess, 6,* 50-60.

Horan, W.P. and Blanchard, J.J. (2003). Emotional responses to psychosocial stress in schizophrenia : the role of individual difference in affective traits and coping. *Schizophrenia Research, 60,* 271 – 283.

Jalowiec, A. and Power, M. J.(1981). Stress and coping in hypertensive and emergency room patients. *Nursing Research, 30,* 10-15.

McNally, S.E. and Goldberg., J.O. (1997). Natural cognitive coping strategies in schizophrenia. *British Journal of Medical Psychology, 70,* 159 – 167.

Modestin, J., Soult, J., & Malti, T. (2004). Correlates of Coping Styles in Psychotic Illness. *Psychopathology,* 37, 175 – 180.

Myin – Germeys, I., Van, O.SJ., Schwartz, J.E., Stone, A.A. and Delespau, P.A. (2001). Emotional reactivity to daily life stress in psychosis. *Archives of General Psychiatry, 58,* 1137 – 1144.

Nuechterlein, K.H. and Dawson, M.E. (1984). A heuristic vulnerability / stress model of schizophrenic episodes. *Schizophrenia Bulletin, 10,* 300-312.

Nuechterlein, K.H., Dawson, M.E., Ventura, J., Gitlin, M., Subotnik, K.L. and Snyder, K.S. (1994). The vulnerability / stress model of schizophrenic relapse : A longitudinal study. *Acta Psychiatrica Scandinavica,* 89, 58 – 64.

Ritsner, M., Ben-Avi, I., Ponizovsky, A., Timinsky, I., Bistrov, E. and Modai, I. (2003). Quality of life and coping with schizophrenia symptoms: Quality of life and coping. *Quality of Life Research, 12,* 1 – 9.

Ritsner, M. and Ratner, Y. (2006). The long - term changes in coping strategies in schizophrenia. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 194,* 261-267.

_13-1068(029-044)P4.indd 43 9/24/13 3:12:44 PM

Ritsner Michael S. Ritsner, Anatoly Gibel, Alexander M. Ponizovsky, Evgeny Shinkarenko, Yael Ratner and Rena Kurs. (2006). Coping patterns as a valid presentation of the diversity of Coping responses in schizophrenia patients. *Psychiatry Research, 144*, 139-152.

Rudnick, A. and Kravetz, S. (2001). The relation of social support-seeking to quality of life in schizophrenia. *Journal of Nervous and Mental Disease, 189,* 258 – 262.

Schaefer, C., Colyne, C. and Lazarus, R.S. (1981). The health related functions of social support. *Journal of behavior medicine, 4*, 381 – 406.

Singh, G., Sharan, P. and Kulhara, P. (2003). Role of coping strategies and attitudes in mediating distress due to hallucinations in schizophrenia. *Psychiatry and Clinical Neurosciences, 57,* 517-522.

Strous, R, D., Ratner, Y., Gibel, A., Ponizovsky, A. and Ritsner, M. (2005). Longitudinal assessment of coping abilities at exacerbation and stabilization in schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry, 46,* 167-175.

Taboonpong, S., Kiatlaekakul, S. and Piriyakultol, S. (2007). Factors related to cognitive status among elders in Songkla province. *Thai Journal of Nursing Research, 11*(3), 177-188

Taskai, A., Uematsu, M., Kaiya, H., Inoue, M. and Ueki, H. (1990). Coping styles to basic disorders among schizophrenias. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 82,* 289-294.

Thorndike, M.R. (1978). Correlation procedures for research. New York: Gardner Press.

Van den Bosch, R.J., van Asma, M.J.O., Rambouts, R. and Louwerens, J.W. (1992).Coping style and cognitive dysfunction in schizophrenic patients. *British of Psychiatry, 161,* 123-128.

Ventura, J., Nuechterlein, K.H., Subotnik, K.L., Green, M.F. and Gitlin, M.J. (2004). Self-efficacy and neurocognition may be related to coping responses in recent-onset schizophrenia. *Schizophrenia Research, 69,* 343-352.

Wiedl, K.H. (1992). Assessment of coping with schizophrenia: Stressors, appraisal and coping behavior. *British Journal of Psychiatry, 161,* 114-122.

Wilder-Willis, K.E., Shear, P., Steffen, J.J. and Borkin, J. (2002).The relation between cognition dysfunction and coping abilities in schizophrenia. *Schizophrenia Research, 55,* 259-267.

Zubin, J. and Spring, B. (1977). Vulnerability: A new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology, 86,* 103-126.

_13-1068(029-044)P4.indd 44 9/24/13 3:12:44 PM