

ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท

นางพรรพร ผู้ปฎิเวธ

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2554

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)

เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

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

SELECTED FACTORS RELATED TO COPING OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS

Mrs. Pacharaporn Phoopatiwate

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Mental Health and Psychiatric Nursing
Faculty of Nursing
Chulalongkorn University
Academic Year 2011
Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียด ของผู้ป่วยจิตเภท
โดย	นางพรรณร ผู้ปฏิเวธ
สาขาวิชา	การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็น
ส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจเอกหญิง ดร. ยูพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ)

..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(อาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ชัมภลลิขิต)

พชรพร ผู้ปฏิเวธ : ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท
(SELECTED FACTORS RELATED TO COPING OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS)

อ. ที่ปริกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ผศ. ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ, 149 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาวิธีการเผชิญความเครียดและความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ ระดับการศึกษา อายุ อาการทางบวก อาการทางลบ ความบกพร่องทางประสาทการรู้คิด การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน กับการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ จำนวน 150 คน ได้จากการสุ่มแบบง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินการเผชิญความเครียด แบบประเมินอาการทางบวก แบบประเมินอาการทางลบ แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม และแบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เครื่องมือทุกชุดได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน และ มีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .93, .90, .85, .80, .86 และ .80 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน และเพียร์สัน

ผลการวิจัยที่สำคัญสรุปได้ ดังนี้

1. ผู้ป่วยจิตเภทมีคะแนนเฉลี่ยของการเผชิญความเครียดด้วยวิธีการจัดการกับปัญหาสูงที่สุด และอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.71$, S.D. = 11.23)
2. การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม อาการทางลบ ความบกพร่องทางประสาทการรู้คิด และอาการทางบวก มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดด้วยวิธีการจัดการกับปัญหาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .731, .546, -.380, -.183$ และ $-.173$ ตามลำดับ)
3. อาการทางบวก มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดด้วยวิธีการใช้อารมณ์และความรู้สึกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .258$)
4. การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน อาการทางลบ และความบกพร่องทางประสาทการรู้คิดมีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดด้วยวิธีการหลีกเลี่ยงสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .479, .438, -.539$ และ $-.191$ ตามลำดับ)
5. ระดับการศึกษา และอายุไม่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สาขาวิชา.....การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช..... ลายมือชื่อนิสิต.....

ปีการศึกษา.....2554..... ลายมือชื่อ อ.ที่ปริกษาวิทยานิพนธ์หลัก.....

5277814936 : MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING

KEYWORDS : SELECTED FACTOR / COPING / SCHIZOPHRENIC PATIENTS

PACHARAPORN PHOOPATIWATE : SELECTED FACTORS RELATED TO
COPING OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS

ADVISOR : ASST. PROF. PENPAKTR UTHIS, Ph. D., 149 pp.

The purposes of this descriptive research were to study coping of schizophrenic patients and the relationships between selected factors including education, age, positive symptoms, negative symptoms, cognitive impairments, social supports and self-efficacy with coping. A total of 150 subjects, who met the inclusion criteria, were drawn from patients with schizophrenia who sought treatment at outpatients department of psychiatry using systematic random selection method. 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 and reliability by 5 experts. The Cronbach's Alpha coefficient reliability of these instruments were .93, .90, .85, .80, .86 and .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 (\bar{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.

Field of Study...Mental Health and Psychiatric Nursing.. Student's Signature.....

Academic Year.....2011..... Advisor's Signature.....

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์นี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยความกรุณาของ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ซึ่งเมตตาให้ความรู้ คำแนะนำ และข้อคิดอันมีคุณค่าในการทำวิจัย ตลอดทั้งเป็นผู้สร้างแรงบันดาลใจให้ผู้วิจัยมีกำลังใจและรู้สึกที่จะพัฒนาตนเอง ผู้วิจัยขอรำลึกความกรุณาของท่านด้วยความซาบซึ้งอย่างจริงใจ และขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ถิ่นบุญรัชชัย ประธานสอบวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ชัมภลิจิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ได้ให้ข้อเสนอแนะอันมีคุณค่าในการแก้ไขวิทยานิพนธ์ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบคุณผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา ราชพยาบาลศรีธัญญา สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่เกี่ยวข้องที่ช่วยอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลวิจัยครั้งนี้จนสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ขอบคุณเพื่อนๆ สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ที่ศึกษาาร่วมกันมา และคอยให้กำลังใจ ช่วยเหลือด้วยดีตลอดมา

ท้ายที่สุดนี้ ผู้วิจัยขอขอบคุณ คุณสมนึก แก้วพวง ผู้เป็นมารดา คุณอัมพร แก้วพวง ผู้เป็นพี่สาว คุณฉัตรชัย ผู้ปฎิเวร ผู้เป็นสามี และลูกสาวตัวน้อย ด.ญ.เบญญาภา ผู้ปฎิเวร ที่เป็นทั้งกำลังใจและเป็นกำลังสนับสนุนให้ผู้วิจัยได้ทำงานวิจัยครั้งนี้ให้สำเร็จด้วยดี

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฌ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	5
แนวเหตุและสมมติฐานของการวิจัย.....	5
ขอบเขตของการวิจัย.....	10
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	10
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	13
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	14
ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท.....	15
แนวคิดของความเครียดและการเผชิญความเครียด.....	19
การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท.....	28
ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท.....	40
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	44
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	49
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	50
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	50
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	52
การหาความตรงตามเนื้อหา.....	57

บทที่	หน้า
การหาความเที่ยง.....	61
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	62
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	64
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	65
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	66
5 สรุปและอภิปรายผล.....	81
สรุปผลการวิจัย.....	85
อภิปรายผลการวิจัย.....	86
ข้อเสนอแนะ.....	93
รายการอ้างอิง.....	95
ภาคผนวก.....	103
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	105
รายนามผู้เชี่ยวชาญ.....	106
ภาคผนวก ข ข้อมูลสำหรับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยหรือผู้ให้ข้อมูล.....	108
ใบยินยอมของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยหรือผู้ให้ข้อมูล.....	111
ภาคผนวก ค จดหมายขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญ.....	113
เอกสารรับรองโครงการวิจัยโดยคณะกรรมการพิจารณา จริยธรรมการวิจัยในคน.....	123
จดหมายขออนุญาตใช้เครื่องมือในการวิจัย.....	126
ภาคผนวก ง ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	129
ผลของการ Back Translation.....	139
ภาคผนวก จ ทักษะการคลายเครียด.....	143
ภาคผนวก ฉ ตารางสถิติ.....	146
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	149

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างของผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการใน แผนกผู้ป่วยนอกจำแนกตามโรงพยาบาล.....	51
2	ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	61
3	ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามเมื่อนำไปทดลองใช้ และเมื่อนำไปเก็บข้อมูลจริง.....	62
4	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ป่วยจิตเภท จำแนกตามเพศอายุ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา.....	67
5	พิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ป่วยจิตเภท จำแนกตามวิธีการเผชิญความเครียด.....	68
6	จำนวน ร้อยละของผู้ป่วยจิตเภท จำแนกตามการเผชิญความเครียด ด้วยวิธีการจัดการกับปัญหาเป็นรายชื่อ.....	69
7	จำนวน ร้อยละของผู้ป่วยจิตเภท จำแนกตามการเผชิญความเครียด ด้วยวิธีการใช้อารมณ์และความรู้สึกเป็นรายชื่อ.....	71
8	จำนวน ร้อยละของผู้ป่วยจิตเภท จำแนกตามการเผชิญความเครียด ด้วยวิธีการหลีกเลี่ยงสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียดเป็นรายชื่อ.....	73
9	จำนวน ร้อยละ พิสัย (Range) ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ป่วย จิตเภท จำแนกตามอาการทางบวก และ อาการทางลบ และ Composite Scale.....	75
10	จำนวน ร้อยละ พิสัย (Range) ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ป่วย จิตเภท จำแนกตามความบกพร่องทางประสาทการรู้คิด.....	76
11	จำนวน ร้อยละ พิสัย (Range) ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ป่วย จิตเภท จำแนกตามการสนับสนุนทางสังคม.....	77
12	จำนวน ร้อยละ พิสัย (Range) ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ป่วย จิตเภท จำแนกตามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน.....	78

ตารางที่	หน้า
13	ค่าสหสัมพันธ์สเปียร์แมน (Spearman's Rank Correlation) ระหว่าง ระดับการศึกษากับการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท..... 79
14	ค่าสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation) ระหว่างอายุ อาการทางบวก อาการทางลบ ความบกพร่องทางประสาทการรู้คิด การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน กับการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท..... 79

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความผิดปกติทางการรู้คิด อารมณ์ ประสาทสัมผัส และพฤติกรรม เป็นสาเหตุอันดับ 5 ของโรคทั้งหมดที่ทำให้ผู้ป่วยไร้ความสามารถ และเป็นโรคทางจิตที่พบมากที่สุด (พิเชษฐ์ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกานานนท์, 2552) จากการศึกษาในประเทศแถบซีกโลกตะวันตก โดยสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน พบค่าอุบัติการณ์ของโรคจิตเภทอยู่ระหว่าง 0.11 – 0.70 ต่อประชากร 1,000 ราย (Eaton et al., 2006 อ้างถึงใน พิเชษฐ์ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกานานนท์, 2552) ส่วนในประเทศไทยพบว่า ในช่วงปีงบประมาณ 2550 – 2552 โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตที่มีมากเป็นอันดับ 1 ในจำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการทั้งหมดในหน่วยงานสังกัดกรมสุขภาพจิต โดยคิดเป็นร้อยละ 48.37, 49.78 และ 51.54 ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับสถิติผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกสังกัดกรมสุขภาพจิตในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ได้แก่ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา โรงพยาบาลศรีธัญญา และสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ซึ่งพบว่ามียังมีจำนวนมากเป็นลำดับ 1 เช่นกัน โดยคิดเป็นร้อยละ 43.23, 43.99 และ 45.15 ตามลำดับ (ศูนย์สารสนเทศ กองแผนงานกรมสุขภาพจิต, 2552)

โรคจิตเภทเป็นโรคจิตเวชชนิดรุนแรง มีการดำเนินโรคที่เรื้อรัง เมื่อเป็นแล้วมักไม่หายขาด ส่วนใหญ่มีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ โดยเฉพาะเมื่อเกิดความกดดันด้านจิตใจ (พิเชษฐ์ อุดมรัตน์, 2547) ซึ่งอาการนำที่มักพบได้ก่อนอาการกำเริบ ได้แก่ สมาธิแย่ง การตีความสิ่งต่างๆ และการตอบสนองบกพร่องไป มีความบกพร่องด้านการจดจำ ไม่สามารถคิดอย่างเป็นเหตุเป็นผล การนอนหลับผิดปกติ มีพฤติกรรมแยกตัวเอง มักเชื่อมโยงเหตุการณ์ต่างๆ เข้ากับตนเอง และจะทนต่อความกดดันด้านจิตใจได้ไม่ดี (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2548) ส่งผลให้มีปัญหาเรื่องการดูแลตนเอง ด้านอาชีพการงาน และการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น (สมภพ เรื่องตระกูล, 2547) และหากไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกต้องและเพียงพอ จะมีอาการกำเริบจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง (สุพัฒนา เชาชาติวงศ์ ณ อยุธยา อ้างถึงใน ไพรัตน์ พุกยชาติคุณากร, 2542) โดยพบว่าหลังจากเข้ารับการรักษา ร้อยละ 50 ของผู้ป่วยจิตเภทจะมีอาการกลับเป็นซ้ำในช่วง 1 ปีแรก (Equilus and Guimon, 1999 อ้างถึงใน ยาวลักษ์ณ์ มีบุญมาก และคณะ, 2546) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยจะได้รับผลกระทบต่างๆ ตามมาจากการเจ็บป่วยที่เรื้อรัง เช่น ผู้ป่วยมีความยากลำบากในการพูดคุยสื่อสารและสัมพันธภาพ ทำให้ไม่มีโอกาสใช้ความสามารถที่มีอยู่ ขาดอิสรภาพในการทำกิจกรรมต่างๆ บางรายถูกทอดทิ้งให้อยู่โดดเดี่ยว ไม่ยอมรับในตัวผู้ป่วย และไม่เชื่อว่าผู้ป่วยจะทำประโยชน์ได้ (สัมพันธ มณีรัตน์ และอรพรรณ ลือบุญ

รัชชชัย, 2547) อีกทั้งอาจถูกรังเกียจจากสังคม กลายเป็นบุคคลที่น่ากลัว ไม่น่าคบหาสมาคม เนื่องจากไม่สามารถคาดเดาพฤติกรรมที่แสดงออกได้ จึงถูกคิดว่าเป็นผู้มีอันตรายต่อผู้อื่น (เพ็ญญา แดงด้อม ยุทธ และคณะ, 2547) พยาธิสภาพของโรคและผลกระทบที่ตามมาจากการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทดังกล่าวข้างต้นถือเป็นสถานการณ์เครียด (Stressful events) ที่ผู้ป่วยโรคจิตเภทต้องเผชิญอยู่ตลอดเวลาในการดำเนินชีวิตอยู่กับโรคนี้ ทั้งนี้จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการศึกษาที่ผู้ป่วยต้องประสบกับสถานการณ์ที่เครียดซึ่งมีระดับมากเกินกว่าที่ผู้ป่วยจะสามารถเผชิญกับมันได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Ineffective Coping Strategies) คือสาเหตุสำคัญ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอาการทางจิตกำเริบ (Myim – Germeys, Van Os, Schwartz, Stone and Delespaul, 2001; Nuechterlein and Dawson, 1984 ; Nuechterlein et al., 1994 ; Zubin and Spring, 1977) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Lobban et al. (2004) ซึ่งทำการศึกษากการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยโรคจิตเภทในประเทศอังกฤษ โดยใช้แบบสัมภาษณ์ประสบการณ์การเผชิญความเครียด พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกมีการเผชิญความเครียดในด้านลบ หรือใช้วิธีการที่ไม่เหมาะสม ร้อยละ 17 สำหรับผลการศึกษาในประเทศไทยก็มีความสอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบในต่างประเทศ ดังจะเห็นได้จากผลการศึกษาของ จิราภรณ์ สรรพวิรวงศ์ และคณะ (2544) ซึ่งทำการศึกษาค่าความเครียดและการเผชิญความเครียดในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภท ภาควิชาจิตเวช โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอที่เข้ารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 100 คน โดยใช้แบบสัมภาษณ์คำถามปลายเปิดในการประเมินวิธีการเผชิญความเครียด ผลการศึกษาค้นพบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทมีการใช้วิธีการเผชิญความเครียดที่ไม่เหมาะสมร้อยละ 19 และนอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความเครียดในระดับมากถึงร้อยละ 39 สอดคล้องกับการศึกษาของ โปรยทิพย์ กสิพันธุ์ (2548) ซึ่งทำการศึกษาค่าความเครียดและความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับบริการแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 80 คน ผลการศึกษาค้นพบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความสามารถในการเผชิญปัญหาด้านความเครียดโดยรวมในระดับพอใช้ นอกจากนี้ยังพบการศึกษาของ ชาดิชาย ไบทัตทิม (2547) ซึ่งทำการศึกษากการดำเนินชีวิตในสังคมหลังการบำบัดของผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลศรีธัญญา จำนวน 10 ราย ผลการศึกษาค้นพบว่าผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 5 ราย ใช้วิธีการเผชิญความเครียดที่ไม่เหมาะสม ในลักษณะของการหลีกเลี่ยง หลีกเลียง และยอมจำนนต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวชี้ให้เห็นว่าผู้ป่วยจิตเภทในประเทศไทยยังมีปัญหาการเผชิญความเครียดที่ไม่มีประสิทธิภาพ ซึ่งปัญหานี้หากไม่ได้รับการแก้ไข จะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดอาการทางจิตกำเริบตามมาได้ (Horan and Blanchard, 2003)

Endler and Parker (1990, 1994) ได้ให้ความหมายของการเผชิญความเครียดไว้ว่า หมายถึงพฤติกรรมแสดงออกของบุคคลถึงการจัดการปัญหาทั้งในด้านความคิดและการกระทำเมื่อต้องเผชิญความตึงเครียดของจิตใจ เพื่อจะบรรเทาความเครียดหรือคลี่คลายปัญหานั้น โดยกล่าวว่าบุคคลจะมีการ

เผชิญความเครียด 3 ลักษณะ คือ 1) การจัดการกับปัญหา (task – oriented coping) คือ การแสดงออกของบุคคลถึงวิธีการจัดการกับความเครียด โดยมุ่งแก้ไขสาเหตุที่ทำให้เกิดปัญหานั้น โดยตรง ด้วยการมองปัญหาเป็นลำดับอย่างมีสติ พยายามปรับเปลี่ยนสถานการณ์ให้ดีขึ้นและเน้นไปที่การวางแผนแก้ไขอย่างเป็นขั้นเป็นตอน มีการไตร่ตรอง ทบทวนสาเหตุของปัญหา และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น และพยายามหาวิธีการให้เกิดผลกระทบจากปัญหาน้อยที่สุด ซึ่ง Lazarus and Folkman (1984) กล่าวว่าวิธีการเผชิญความเครียดแบบนี้ถือเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพซึ่งส่งผลดีต่อการปรับตัวในระยะยาว เพราะเป็นการไปจัดการโดยตรงกับสาเหตุหรือสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียด 2) การใช้อารมณ์และความรู้สึก (emotional – oriented coping) คือ การแสดงออกของบุคคลถึงการจัดการกับความเครียดโดยใช้ความรู้สึกนึกคิด ในลักษณะต่างๆ เช่น เข้าข้างตนเอง โทษตนเอง แสดงอารมณ์โมโหตอบโต้ และเพื่อฟื้นเพื่อรับมือกับสถานการณ์เลวร้ายที่เกิดขึ้น จึงเป็นการลดอารมณ์ที่ตึงเครียดเพื่อบรรเทาการรับรู้ความรุนแรงของเหตุการณ์ให้ลดลง โดยไม่ได้มีการจัดการเพื่อเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ที่เกิดขึ้นแต่อย่างใด จึงถือเป็นวิธีการเผชิญกับความเครียดที่ไม่มีประสิทธิภาพและ 3) การหลีกเลี่ยงสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียด (avoidance – oriented coping) คือ การแสดงออกของบุคคลถึงวิธีการเผชิญความเครียดจากสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียด ด้วยการพยายามหลีกเลี่ยงเหตุการณ์ที่เคร่งเครียดโดยใช้วิธีการด้านบวกลักษณะต่างๆ เช่น การเข้าหาคนอื่น (Social diversion) หรือเลี่ยงไปทำกิจกรรมอื่นทดแทน (Distraction) ทั้งนี้ Endler and Parker (1990) แสดงทัศนะว่า วิธีการเผชิญความเครียดในแบบหลังนี้อาจช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกดีขึ้นชั่วคราวในระยะสั้นๆ แต่หากพิจารณาจากผลลัพธ์การปรับตัวในระยะยาวที่เกิดขึ้น จะพบว่า เป็นวิธีการที่ไม่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากไม่ได้ไปจัดการกับสาเหตุหรือสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียด (stressors) แต่อย่างใด ทำให้สิ่งเร้าเหล่านั้นยังคงมีอยู่ และอาจเป็นต้นเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดได้ซ้ำๆ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีวิธีการเผชิญความเครียดที่แตกต่างกัน สอดคล้องกับความหมายของการเผชิญความเครียดที่ Endler and Parker (1990, 1994) ได้นิยามไว้ข้างต้น โดยพบว่าบางกลุ่มใช้วิธีการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพซึ่งทำให้เกิดผลลัพธ์การปรับตัวที่ดีในระยะยาว เช่น การคิดในแง่บวก และการใช้เหตุผลในการแก้ปัญหา (Lysaker et al., 2005) ในขณะที่มีผู้ป่วยจิตเภทอีกจำนวนหนึ่งที่ใช้วิธีการเผชิญความเครียดซึ่งมีประสิทธิภาน้อย คือทำให้ลดความเครียดได้เพียงช่วงสั้นๆ เช่น การหลีกเลี่ยงสิ่งเร้าที่ทำให้เครียดด้วยการเข้าหาคนอื่น (Social diversion) หรือ เลี่ยงไปทำกิจกรรมอื่น (Distraction) ทดแทน (Christina et al., 1997; Strous et al., 2005; Cohen, 1993) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยจิตเภทจำนวนมากที่ใช้วิธีการเผชิญความเครียดที่ไม่มีประสิทธิภาพทั้งในระยะสั้นและระยะยาว เช่น ไม่ยอมรับรู้ปัญหายอมจำนนกับสภาพการณ์ที่เกิดขึ้น โดยไม่คิดแก้ปัญหา มีการเผชิญหน้ากับปัญหาต่ำ ใช้อารมณ์ในการตัดสินใจ ขาดสติยังคิด และแสดงการไม่เป็นมิตรกับใคร (Lysaker et al., 2004; Wield, 1992; Rolling et al., 1999; Taskai et al., 1990 ;

McNally and Goldberg, 1997; Bak et al., 2001) ด้วยเหตุนี้จึงจำเป็นที่จะต้องพัฒนาและส่งเสริมให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้สามารถใช้วิธีการเผชิญกับความเครียดที่มีประสิทธิภาพได้มากขึ้น

การที่จะสามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทมีวิธีการเผชิญความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพและเหมาะสมได้นั้น จำเป็นต้องศึกษาเพื่อให้ได้คำตอบว่าผู้ป่วยจิตเภทใช้วิธีการเผชิญความเครียดในลักษณะใดบ้าง อีกทั้งต้องค้นหาว่ามีปัจจัยใดบ้างที่มีความสัมพันธ์กับวิธีการเผชิญความเครียดในแต่ละลักษณะของผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยจากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศพบว่าสามารถจำแนกปัจจัยที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภทตามแนวคิดเรื่องการเผชิญความเครียดของ Endler and Parker (1990, 1994) ได้เป็น 3 กลุ่มใหญ่ๆ คือ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล (Demographic Factors) ได้แก่ ระดับการศึกษา ซึ่งพบว่ามีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียด โดยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียดด้วยวิธีการจัดการกับปัญหา (Lysaker et al., 2005) อายุ พบว่าอายุของผู้ป่วยจิตเภทมีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียด โดยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียดด้วยวิธีการหลีกเลี่ยงสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียด (Cohen, 1993) เพศ โดยพบว่าผู้ป่วยจิตเภทเพศหญิงและเพศชายมีการใช้วิธีการเผชิญความเครียดที่แตกต่างกัน (Modestin et al., 2004; Ritsner and Ratner, 2006) ส่วนปัจจัยเรื่องอาชีพ และรายได้ พบว่า การไม่มีงานทำและไม่มีรายได้ ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการเผชิญความเครียดไม่เหมาะสม (Nuechterlein et al., 1994) 2) ปัจจัยด้านอาการ (Clinical Symptoms) ได้แก่ อาการทางบวก พบว่าอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทมีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียด โดยมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเผชิญความเครียดด้วยวิธีการจัดการกับปัญหา (Lysaker et al., 2005) และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียดด้วยวิธีการใช้อารมณ์และความรู้สึก (Ritsner et al., 2003) ส่วน อาการทางลบพบว่ามีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียด โดยมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเผชิญความเครียดด้วยวิธีการหลีกเลี่ยงสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียด (Lysaker et al., 2005; Modestin et al., 2004; Rudnick and Kravetz, 2001; Wilder et al., 2002) และปัจจัยด้านความบกพร่องทางประสาทการรู้คิด พบว่าความบกพร่องทางประสาทการรู้คิดของผู้ป่วยจิตเภทมีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียด โดยมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเผชิญความเครียดด้วยวิธีการหลีกเลี่ยงสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียด (Lysaker et al., 2004; Van den et al., 1992) 3) ปัจจัยด้านจิตสังคม (Psychosocial Factors) ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม โดยพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียด โดยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียดด้วยวิธีการหลีกเลี่ยงสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียด (Christina et al., 1997; Strous et al., 2005) ส่วนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยจิตเภท พบว่า มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียด โดยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียดด้วยวิธีการจัดการกับปัญหา (Strous et al., 2005; Ventura et al., 2004)

แม้ว่าจะมีการศึกษาจำนวนมากถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภทในต่างประเทศแล้ว แต่จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยพบว่า มีเพียงการศึกษาวิจัยของโปรยทิพย์ กสิพันธุ์ (2548) ชาติชาย ไบทัตทิม (2547) และจิราภรณ์ สรรพวิรวงศ์ และคณะ (2544) ซึ่งทำการศึกษาเพื่อสำรวจวิธีการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท แต่อย่างไรก็ตามการศึกษาทั้ง 3 เรื่องดังกล่าว ไม่ได้ศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับตัวแปรนี้อีกทั้งผลการศึกษายังไม่สามารถอ้างอิงถึงกลุ่มประชากรผู้ป่วยจิตเภทในภาพกว้างได้เนื่องจากการศึกษาเฉพาะกรณีในโรงพยาบาลเฉพาะแห่งเท่านั้น ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยในฐานะที่เป็นพยาบาลซึ่งปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จึงมีความสนใจทำการศึกษาเพื่อให้ทราบว่าผู้ป่วยจิตเภทใช้วิธีการเผชิญความเครียดแบบใด และมีปัจจัยใดบ้างที่สัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยเลือกศึกษาผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวชในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ได้แก่ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา โรงพยาบาลศรีธัญญาและสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ เนื่องจากสถิติของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยโรคจิตเภทของสถาบันและโรงพยาบาลทั้งสามแห่งมีจำนวนมากและจัดอันดับอยู่ในอันดับ 1 ของการเจ็บป่วยทางจิตทั้งหมดในทุกปีงบประมาณดังที่ได้กล่าวแล้วข้างต้น อีกทั้งยังเป็นสถาบันและโรงพยาบาลจิตเวชระดับตติยภูมิจำนวนมากในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑลที่เป็นตัวแทนของสถาบันและโรงพยาบาลจิตเวชสังกัดกรมสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุข ที่ให้บริการผู้ป่วยจิตเวชอย่างครบวงจร และได้รับการส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลที่อยู่ในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิทั่วประเทศเพื่อรับการรักษา โดยผู้วิจัยคาดว่าผลการศึกษาที่ได้จะเป็นประโยชน์ในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีการเผชิญความเครียดที่เหมาะสมและสามารถดำรงชีวิตในชุมชนได้อย่างปกติสุข

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาวิธีการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวชในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษา อายุ อาการทางบวก อาการทางลบ ความบกพร่องทางประสาทการรู้คิด การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวชในเขตกรุงเทพมหานคร และปริมณฑล

แนวเหตุและสมมติฐานการวิจัย

โรคจิตเภทเป็นโรคที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติของสารที่อยู่ในวงจรประสาท ที่เรียกว่าโดปามีน(Dopamine) ส่งผลให้สมองมีความบกพร่องในหน้าที่ทางการรู้คิด และมีความไวอย่างจำเพาะ

ต่อสิ่งกระตุ้นที่เกิดจากความเครียดแม้เพียงเล็กน้อย ได้แก่ เหตุการณ์ในชีวิตที่ทำให้เกิดความเครียด (Holmes and Rahe, 1967 อ้างถึงใน จำลอง ดิษยาวิช และพริ้มเพรา ดิษยาวิช, 2545) สิ่งแวดล้อมทางครอบครัวและสังคม (Jones and Tarrant., 2000) เมื่อเกิดความเครียดพบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้มีปัญหาการเผชิญความเครียดที่ไม่มีประสิทธิภาพ (Lobban et al., 2004; โปรยทิพย์ กสิพันธุ์, 2548; ชาติชาย ไบทัตทิม, 2547; จิราภรณ์ สรรพวีรวงศ์ และคณะ, 2544) ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยพบว่า มีเพียงการศึกษาวิจัยของโปรยทิพย์กสิพันธุ์ (2548) ชาติชาย ไบทัตทิม (2547) และจิราภรณ์ สรรพวีรวงศ์ และคณะ (2544) ที่ทำการศึกษาเพื่อสำรวจวิธีการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลเฉพาะแห่งจึงมีข้อจำกัดเรื่องการเป็นตัวแทนของประชากรอื่นทั้งยังไม่พบการศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มนี้ ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้ จึงมีเป้าหมายเพื่อศึกษาว่าผู้ป่วยจิตเภทซึ่งมารับบริการแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวชในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล มีการเผชิญความเครียดอย่างไร และค้นหาว่ามีปัจจัยใดบ้างที่สัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยกลุ่มนี้ ทั้งนี้เพื่อนำไปสู่การพัฒนาการให้บริการพยาบาลที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยศึกษาวิธีการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้แนวคิดการเผชิญความเครียดของ Endler and Parker (1990, 1994) ซึ่งกล่าวว่าผู้ป่วยจิตเภทจะมีการเผชิญความเครียดใน 3 ลักษณะ คือ 1) การจัดการกับปัญหา (task – oriented coping) หมายถึง พฤติกรรมที่ผู้ป่วยจิตเภทแสดงออกถึงวิธีการจัดการกับความเครียด โดยมุ่งแก้ไขสาเหตุที่ทำให้เกิดปัญหานั้นโดยตรง ด้วยกรมองปัญหาเป็นลำดับอย่างมีสติ พยายามปรับเปลี่ยนสถานการณ์ให้ดีขึ้นโดยเน้นไปที่การวางแผนแก้ไขอย่างเป็นขั้นเป็นตอน มีการไตร่ตรอง ทบทวนสาเหตุของปัญหา และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น และพยายามหาวิธีการให้เกิดผลกระทบจากปัญหาน้อยที่สุด 2) การใช้อารมณ์และความรู้สึก (emotional – oriented coping) หมายถึง พฤติกรรมที่ผู้ป่วยจิตเภทแสดงออกถึงการจัดการกับความเครียดโดยใช้ความรู้สึกนึกคิด ในลักษณะต่างๆ เช่น เข้าข้างตนเองโทษตนเอง แสดงอารมณ์โมโหตอบโต้และเพื่อฝัน เพื่อรับมือกับสถานการณ์เลวร้ายที่เกิดขึ้นและ 3) การหลีกเลี่ยงสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียด (avoidance – oriented coping) หมายถึง พฤติกรรมที่ผู้ป่วยจิตเภทแสดงออกถึงวิธีการเผชิญความเครียดจากสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียดโดยพยายามหลีกเลี่ยงเหตุการณ์ที่เคร่งเครียดด้วยวิธีการด้านบวกลักษณะต่างๆ เช่น การเข้าหาคนอื่น (Social diversion) หรือเลี่ยงไปทำกิจกรรมอื่นทดแทน (Distraction)

สำหรับกรอบในการคัดเลือกปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภทนั้น ผู้วิจัยพิจารณาจากแนวคิดการเผชิญความเครียดของ Endler and Parker (1990, 1994) ดังที่กล่าวข้างต้น ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศที่เกี่ยวข้อง พบว่าสามารถจำแนกปัจจัยดังกล่าว ได้เป็น 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ อาชีพ รายได้ ระดับการศึกษา 2) ปัจจัยด้าน

อาการ ได้แก่ อาการทางบวก อาการทางลบ ความบกพร่องทางประสาทการรู้คิด และ 3) ปัจจัยด้านจิตสังคม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน อย่างไรก็ตามในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยไม่ได้เลือกปัจจัยบางประการ ได้แก่ เพศ อาชีพ และรายได้ มาเป็นปัจจัยคัดสรรในการศึกษาครั้งนี้ เนื่องจากผลการวิจัยที่ผ่านมาชี้ให้เห็นว่าปัจจัยเหล่านี้มีความสัมพันธ์ระดับต่ำกับการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยจิตเภท อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษาในการศึกษานี้มีลักษณะที่ใกล้เคียงกันในปัจจัยดังกล่าว ส่วนปัจจัยอื่นๆ ที่เหลือเป็นปัจจัยซึ่งมีข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนว่ามีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้คัดเลือกมาเป็นปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภทในการศึกษาครั้งนี้ โดยมีรายละเอียดของความสัมพันธ์ ดังนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่

1.1 ระดับการศึกษา พบว่า ระดับการศึกษาของผู้ป่วยจิตเภทมีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียด โดยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียดด้วยวิธีการจัดการกับปัญหาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Lysaker et al., 2005) เนื่องจากการศึกษาทำให้บุคคลมีความคิดในแง่บวก และใช้เหตุผลในการแก้ปัญหา (Lysaker et al., 2005) อีกทั้งระดับการศึกษาช่วยพัฒนาให้บุคคลมีความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่างๆ ส่งผลให้มีวิสัยทัศน์ที่กว้างไกล และเมื่อต้องเผชิญกับปัญหาหรือสถานการณ์ความเครียด ก็สามารถที่จะนำประสบการณ์จากการเรียนรู้ที่เข้ามาช่วยแก้ไขปัญหา ก่อนที่สถานการณ์จะเลวร้ายลงไปอีก ดังนั้นการศึกษาที่ดีจะช่วยให้บุคคลสามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม (Jalowice and Power, 1981)

1.2 อายุ พบว่า อายุของผู้ป่วยจิตเภทมีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียด โดยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียดด้วยวิธีการหลีกเลี่ยงสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Cohen, 1993) โดยผู้ป่วยจิตเภทที่มีอายุมากจะมีการเผชิญความเครียดด้วยวิธีการหลีกเลี่ยงสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียด มากกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีอายุน้อย เนื่องจากบุคคลที่มีอายุมากขึ้น จะมีแนวโน้มในการทำใจที่จะยอมรับ อดทน และเรียนรู้ในการใช้ชีวิตมากขึ้น ดังนั้น เมื่อมีความเครียดหรือปัญหาผ่านเข้ามาในชีวิต ผู้ที่มีอายุมากกว่าจึงมีแนวโน้มที่จะใช้การเผชิญความเครียดด้วยวิธีการด้านบวก เพื่อหลีกเลี่ยงสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียด เช่น การเข้าหาคนอื่น หรือ การทำกิจกรรมอื่นทดแทนมากกว่า (Lazarus and Folkman, 1984; Cohen, 1993)

2. ปัจจัยด้านอาการ ได้แก่

2.1 อาการทางบวก พบว่า อาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทมีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียด โดยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียดด้วยวิธีการใช้อารมณ์และความรู้สึก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Ritsner et al., 2003) และ มีความสัมพันธ์ทางลบกับการเผชิญความเครียดด้วยวิธีการจัดการกับปัญหา (Lysaker et al., 2005) ทั้งนี้ เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางบวก จะมี

อาการเด่นในลักษณะต่างๆ ได้แก่ อาการหลงผิด ประสาทหลอน พฤติกรรมแปลกประหลาด มีการแสดงอารมณ์ไม่เหมาะสมกับสถานการณ์หรือไม่สัมพันธ์กับความคิดหรือคำพูด เป็นต้น ส่งผลให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักจะใช้วิธีการเผชิญกับความเครียดในลักษณะที่ไม่เหมาะสมด้วยการแสดงอารมณ์ออกมาอย่างทันทีทันใด เช่น จะแสดงความโกรธออกมาอย่างรุนแรงทั้งที่มีปัญหาหรือข้อถกเถียงเพียงแค่นี้เล็กน้อย (พิเชษฐ์ อดมรัตน์ และสรยุทธ วาतिकานนท์, 2552) หรือมีการแสดงออกถึงการเผชิญความเครียดเป็นไปในลักษณะการใช้อารมณ์และความรู้สึก เช่น ขาดสติยังคิด ไม่เป็นมิตรกับใคร ใช้อารมณ์ในการตัดสินใจ มีการเผชิญหน้ากับปัญหาโดยไม่คิดแก้ปัญหา (McNally and Goldberg, 1997; Bak et al., 2001; Taskai et al., 1990; Rolling et al., 1999; Wield, 1992) ในขณะที่การเผชิญความเครียดด้วยวิธีการจัดการกับปัญหาจะพบได้ค่อนข้างน้อย (Lysaker et al., 2005)

2.2 อาการทางลบ พบว่า อาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทมีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดโดยมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเผชิญความเครียดด้วยวิธีการหลีกเลี่ยงสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Lysaker et al., 2005; Modestin et al., 2004; Rudnick and Kravetz.,2001; Wilder et al., 2002) ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบจะมีลักษณะเด่น คือ พูดน้อย เนื้อหาที่พูดมีน้อย ใช้เวลานานกว่าจะตอบ การแสดงออกทางด้านอารมณ์ลดลง ไม่ค่อยสบตา ขาดความกระตือรือร้น เจ็บชาลง ไม่สนใจเรื่องการแต่งกาย และไม่ค่อยแสดงออก (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุขนิษฐ์, 2548) ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีแนวโน้มที่จะไม่ใช้วิธีการเผชิญความเครียดเพื่อหลีกเลี่ยงเหตุการณ์ที่เคร่งเครียดโดยใช้วิธีการด้านบวกลักษณะต่างๆ เช่น การเข้าหาคนอื่น (Social diversion) หรือ เลี่ยงไปทำกิจกรรมอื่น (Distraction) ทดแทน (Lysaker et al.,2005; Modestin et al.,2004)

2.3 ความบกพร่องทางประสาทการรู้คิด พบว่าความบกพร่องทางประสาทการรู้คิดของผู้ป่วยจิตเภทมีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดโดยมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเผชิญความเครียดด้วยวิธีการหลีกเลี่ยงสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Lysaker et al., 2004; Van den et al., 1992) เนื่องจากความบกพร่องทางประสาทการรู้คิดเป็นความบกพร่องของสมรรถภาพสมองที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับการรับรู้ การจำ การคิด สมาธิ การสื่อสาร และการระลึกได้ (Carayannis, 2000; Stone, Wyman and Salisbury, 1999 อ้างถึงใน Kiatlaekakul, 2005) หรือการรับรู้ การจำ ความใส่ใจ การคิด วางแผน และการแก้ปัญหา (Lysaker et al., 2004; Van den et al., 1992) ดังนั้น ความบกพร่องทางประสาทการรู้คิดจึงทำให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงของกระบวนการจำแนกข้อมูลที่รับเข้าไปตามช่องทางการรับรู้ต่างๆ การแปลความหมาย การทำความเข้าใจ และการจดจำ รวมถึงการดัดแปลงใช้ข้อมูลนั้นในการแสดงออกอย่างเหมาะสม (กิ่งแก้ว ปาจารย์, 2550) ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ยอมรับรู้ปัญหา แต่ยอมจำนนกับสภาพการณ์ที่เกิดขึ้น และเมื่อเกิดความเครียดก็จะไม่เข้าหา

คนอื่น หรือ ไม่ทำกิจกรรมอื่นทดแทน ทำให้เกิดความยากลำบากในการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลและสิ่งแวดล้อมตามมา (Lysaker et al., 2004)

3. ปัจจัยด้านจิตสังคม ได้แก่

3.1 การสนับสนุนทางสังคม พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดโดยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียดด้วยวิธีการหลีกเลี่ยงสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Christina et al., 1997; Strous et al., 2005) เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง การที่ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุน และช่วยเหลือจากเครือข่ายสังคมทั้งด้านอารมณ์ สังคม สิ่งของ หรือข้อมูล ซึ่งการสนับสนุนนี้ จะช่วยให้ผู้ป่วยเผชิญกับความเครียด และตอบสนองต่อความเครียดได้ในระยะเวลาที่รวดเร็วขึ้น (Thoits, 1982 อ้างถึงใน สดใส คุ่มทรัพย์อนันต์, 2546) นอกจากนี้การสนับสนุนทางสังคมยังเป็นสิ่งสำคัญที่บุคคลได้รับการเอาใจใส่เมื่อประสบปัญหา อีกทั้งช่วยลดความเครียด และสร้างให้เกิดความมั่นคงทางสุขภาพ (House, 1981 อ้างถึงใน หงษ์ บันเทิงสุข, 2548) ดังนั้น เมื่อบุคคลเกิดความเครียดจากเหตุการณ์ต่างๆ การสนับสนุนทางสังคม จึงเป็นแรงผลักดันที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีวิธีเผชิญการเผชิญกับความเครียดที่เหมาะสม ส่งผลให้มีสุขภาพจิตที่ดีตามมา (จำลอง คิชยาวาณิช และพริ้มเพรา คิชยาวาณิช, 2545)

3.2 การรับรู้สมรรถนะแห่งตน พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยจิตเภทมีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดโดยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียดด้วยวิธีการจัดการกับปัญหาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Strous et al., 2005; Ventura et al., 2004) เนื่องจากการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นการคาดหมายของบุคคลในความสามารถของตนเอง และตัดสินใจว่าตนเองสามารถประกอบกิจกรรมที่กำหนดภายใต้สถานการณ์ที่จำเพาะได้หรือไม่ ซึ่งความสามารถนั้นเปลี่ยนแปลงได้ตามลักษณะของงาน หรือกิจกรรมที่กำหนดและสถานการณ์ที่เผชิญอยู่ การที่จะสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเองต่อเรื่องใดเรื่องหนึ่งนั้นเกิดจากการเรียนรู้ที่ได้จากแหล่งต่างๆ แต่ในขณะที่บุคคลมีความเครียดจะมีปัญหาด้านสภาวะจิตใจทำให้มีการรับรู้ถึงสมรรถนะของตนไม่ดี (Bandura, 1997 อ้างถึงใน ทศนีย์ ประสภิตตติคุณ, 2544) ในทางตรงข้าม หากบุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนดี จะส่งผลให้มีการปรับตัว มีขวัญกำลังใจ มีความเข้มแข็งและมีสุขภาพจิตที่ดี ทำให้สามารถเผชิญกับความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ (รัชดา ไชยโยธา, 2543; นัตรกมล ออกกิจวัตร, 2546 อ้างถึงใน อังศิรินทร์ อินทรกำแหง, 2551)

จากแนวคิดและสมมุติฐานดังกล่าวผู้วิจัยจึงกำหนดสมมุติฐานการวิจัยไว้ ดังนี้

1. ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท
2. อายุ มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท
3. อาการทางบวก มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท
4. อาการทางลบ มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท

5. ความบกพร่องทางประสาทการรู้คิดมีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท
6. การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท
7. การรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายความสัมพันธ์ภาคตัดขวาง (Crosssectional Correlation Descriptive Research) (รัตนศิริ ทาโต, 2551)

ประชากรคือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตาม ICD-10 ว่าเป็นโรคจิตเภทที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลจิตเวชสังกัดกรมสุขภาพจิต

ตัวแปรที่ศึกษาในครั้งนี้ ได้แก่

- ตัวแปรต้น คือ ระดับการศึกษา อายุ อาการทางบวก อาการทางลบ ความบกพร่องทางประสาทการรู้คิด การสนับสนุนทางสังคม และ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน

- ตัวแปรตาม คือ การเผชิญความเครียด

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

การเผชิญความเครียด หมายถึง พฤติกรรมแสดงออกของผู้ป่วยจิตเภทถึงการจัดการปัญหาทั้งในด้านความคิดและการกระทำเมื่อต้องเผชิญความตึงเครียดของจิตใจ เพื่อจะบรรเทาความเครียดหรือคลี่คลายปัญหานั้น ประเมินโดยแบบประเมินการเผชิญความเครียด (Coping Inventory for Stressful Situations: CISS) ตามแนวคิดของ Endler and Parker (1990, 1994) ประกอบด้วย การเผชิญความเครียดใน 3 ลักษณะ คือ

1) การจัดการกับปัญหา (task-oriented coping) หมายถึง พฤติกรรมแสดงออกของผู้ป่วยจิตเภทถึงวิธีการจัดการกับความเครียด โดยมุ่งแก้ไขสาเหตุที่ทำให้เกิดปัญหานั้นโดยตรง ด้วยการมองปัญหาเป็นลำดับอย่างมีสติ พยายามปรับเปลี่ยนสถานการณ์ให้ดีขึ้น โดยเน้นไปที่การวางแผนแก้ไขอย่างเป็นขั้นเป็นตอน มีการไตร่ตรอง ทบทวนสาเหตุของปัญหา และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น และพยายามหาวิธีจัดการให้เกิดผลกระทบจากปัญหาน้อยที่สุด

2) การใช้อารมณ์และความรู้สึก (emotional-oriented coping) หมายถึง พฤติกรรมแสดงออกของผู้ป่วยจิตเภทถึงการจัดการกับความเครียดโดยใช้ความรู้สึกนึกคิด ในลักษณะต่างๆ เช่น เข้าข้างตนเอง โทษตนเอง แสดงอารมณ์โมโหตอบโต้และเพื่อฝัน เพื่อรับมือกับสถานการณ์เลวร้ายที่เกิดขึ้น

3) การหลีกเลี่ยงสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียด (avoidance-oriented coping) หมายถึง พฤติกรรมแสดงออกของผู้ป่วยจิตเภทถึงวิธีการเผชิญความเครียดจากสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียด โดยพยายามหลีกเลี่ยงเหตุการณ์ที่เคร่งเครียดด้วยวิธีการด้านบวกลักษณะต่างๆ เช่น การเข้าหาคนอื่น (Social diversion) หรือเลี่ยงไปทำกิจกรรมอื่นทดแทน (Distraction)

ระดับการศึกษา หมายถึง การศึกษาสูงสุดในสถาบันการศึกษาของผู้ป่วยจิตเภท นับถึงวันที่ได้รับการสัมภาษณ์ ประเมินจากการที่ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและบันทึกลงในแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

อายุ หมายถึง จำนวนเต็มเป็นปีของอายุของผู้ป่วยจิตเภทนับถึงวันที่ได้รับการสัมภาษณ์ โดยหากจำนวนเดือนมากกว่าหรือเท่ากับ 6 เดือน ปัดเศษเป็น 1 ปี

อาการทางบวก หมายถึง อาการที่ผู้ป่วยจิตเภทแสดงออกในด้านอาการหลงผิด ความคิดสับสน อาการประสาทหลอน อาการตื่นเต้น กระวนกระวาย ความคิดว่าตนมีความสามารถเกินความเป็นจริง ความรู้สึกกระแวงว่ามีคนมุ่งร้าย และความรู้สึกไม่เป็นมิตร ประเมินได้จากแบบประเมินอาการทางบวก ที่แปลมาใช้เป็นภาษาไทยโดย ธนา นิลชัยโกวิทย์ (2550) ซึ่งสร้างขึ้นตามแนวคิดของ Kay et al. (1987)

อาการทางลบ หมายถึง อาการที่ผู้ป่วยจิตเภทแสดงออกด้าน การแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ เฉยเมย ไม่สบตา มนุษยสัมพันธ์บกพร่อง แยกตัวจากสังคม มีปัญหาในการใช้ความคิดนามธรรม การสนทนาไม่เกิดขึ้นอย่างเป็นธรรมชาติและไม่ตื่นใหลอย่างต่อเนื่องและมีการคิดอย่างตายตัว ประเมินได้จากการใช้แบบประเมินอาการทางลบ ที่แปลมาใช้เป็นภาษาไทยโดย ธนา นิลชัยโกวิทย์ (2550) ซึ่งสร้างขึ้นตามแนวคิดของ Kay et al. (1987)

ความบกพร่องทางประสาทการรู้คิด หมายถึง ความบกพร่องของสมรรถภาพสมองผู้ป่วยจิตเภทซึ่งทำหน้าที่เกี่ยวกับการรับรู้ การจำ การคิด ความใส่ใจ การสื่อสารและ การระลึกได้ ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของกระบวนการจำแนกข้อมูล แปลความหมาย ทำความเข้าใจ จดจำ และการดัดแปลงใช้ข้อมูลนั้นในการแสดงออกอย่างเหมาะสม ประเมินได้จากแบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย Thai Mental State Exam (TMSE) ซึ่งพัฒนาขึ้นโดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง Train the Brain Forum Thailand (สุชีรา ภัทรายุทธวรรตน์, 2545) จากแบบทดสอบสภาพสมองแบบย่อ (Mini mental state examination: MMSE) ซึ่งใช้ทดสอบสมรรถภาพของสมองในเชิงปริมาณ ด้วยการประเมินปัญหาด้านการรู้คิด และคัดกรองความเป็นไปได้ของความผิดปกติในกลุ่มโรคจิตเภท โรคอารมณ์แปรปรวน และโรคสมองเสื่อม (Marshall et al.,1975) ด้วยการทดสอบสมรรถภาพของสมอง 6 ด้าน ได้แก่ 1) ด้าน Orientation 2) ด้าน Registration 3) ด้าน Attention 4) ด้าน Calculation 5) ด้าน Language 6) ด้าน Recall

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความคิดหรือการรับรู้ของผู้ป่วยจิตเภทต่อการได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือและประคับประคองจากสมาชิกในครอบครัว เพื่อนฝูง เครือข่าย และบุคลากรใน

ที่มสุขภาวะขณะที่อยู่ในชุมชน ในเรื่องของการสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากร ประเมินได้จากแบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทที่ หงส์ บรรเทิงสุข (2545) ดัดแปลงและพัฒนามาจากแบบสอบถามเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมของ จิราพร อมราภิบาล (2536) ซึ่งสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดของ Schaefer et al. (1981) ประกอบด้วยการสนับสนุนทางสังคม 3 ด้าน ดังนี้

1) การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ หมายถึง ความคิดหรือการรับรู้ของผู้ป่วยจิตเภทต่อการได้รับความห่วงใย ความเห็นอกเห็นใจ มีที่พึ่ง รับฟังความคิดเห็นและได้รับความเคารพยกย่องจากสมาชิกในครอบครัว เพื่อนฝูง และบุคลากรในที่มสุขภาวะขณะที่อยู่ในชุมชน

2) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร หมายถึง ความคิดหรือการรับรู้ของผู้ป่วยจิตเภทต่อการได้รับข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำ ข้อคิดเห็น เกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคจิตเภท การรักษา และการดูแลตนเองขณะที่อยู่ในชุมชน

3) การสนับสนุนด้านทรัพยากร หมายถึง ความคิดหรือการรับรู้ของผู้ป่วยจิตเภทต่อการได้รับการช่วยเหลือในด้านเงินทอง สิ่งของเครื่องใช้ที่จำเป็น การอำนวยความสะดวก และการช่วยเหลือในการทำกิจกรรมประจำวันขณะที่อยู่ในชุมชน

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน หมายถึง ระดับการรับรู้ หรือ ความเชื่อมั่น หรือการตัดสินใจพิจารณาของผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการประกอบกิจกรรมที่กำหนด และการจัดการกับสถานการณ์ที่เผชิญอยู่ ประเมินได้จากแบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่ผู้วิจัยปรับปรุงจากแบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าของ อังคณา หมอนทอง (2549) ซึ่งพัฒนามาจากแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ของ Brandura (1977) และได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index, CVI) จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย 3 ด้าน ดังนี้

1) ระดับความยากง่ายของพฤติกรรมหรือกิจกรรมที่ต้องทำ (level) หมายถึง การที่บุคคลจะมีความเชื่อในความสามารถของตนต่อกิจกรรมที่ไม่ยากนักเท่านั้นแต่เมื่อกิจกรรมนั้นมีความยากลำบากหรือต้องใช้ความพยายามมากขึ้น ความเชื่อในความสามารถของตนจะลดลง

2) ระดับความเชื่อหรือความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองต่อกิจกรรมที่ต้องทำ (strength) หมายถึง การที่บุคคลที่มีความเชื่ออย่างแรงกล้าในความสามารถของตนเอง และจะไม่ล้มเลิกความตั้งใจได้โดยง่ายแม้ว่ากิจกรรมที่จะต้องกระทำนั้นมีความยากลำบากมาก

3) ระดับความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมภายใต้สถานการณ์หนึ่งไปยังสถานการณ์หนึ่ง (generality) หมายถึง การที่บุคคลที่เคยเผชิญกับสถานการณ์และประสบความสำเร็จในการกระทำพฤติกรรมนั้น อาจมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการกระทำพฤติกรรมนั้นอีกในสถานการณ์อื่นอีกได้

ผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่อายุระหว่าง 20 – 59 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตาม ICD – 10 ว่าเป็นโรค จิตเภท (Schizophrenia) และเป็นผู้มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชและทีมบุคลากรทางสุขภาพ สามารถนำปัจจัยที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภทมาออกแบบกิจกรรมการพยาบาลและการดูแลที่เหมาะสม เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ความเครียดอันเกิดจากการดำรงชีวิตอยู่กับการเจ็บป่วยอย่างเรื้อรัง และจากผลกระทบของการเจ็บป่วยลดลง
2. เป็นแนวทางในการวิจัยเพื่อพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลซึ่งจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนมีการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม นำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่องนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาวิธีการเผชิญความเครียด และหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท โดยคัดเลือกตัวแปรต่างๆที่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภททั้งหมด 7 ตัวแปรซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าแหล่งความรู้ทั้งเอกสาร วารสาร บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการศึกษา โดยจะนำเสนอเป็นลำดับ ดังนี้

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท
 - 1.1 ความหมายของโรคจิตเภท
 - 1.2 สาเหตุของโรคจิตเภท
 - 1.3 เกณฑ์การจำแนกโรคจิตเภท
 - 1.4 การดำเนินโรคจิตเภท
 - 1.5 การพยากรณ์โรคจิตเภท
 - 1.6 การรักษาโรคจิตเภท
2. แนวคิดของความเครียดและการเผชิญความเครียด
 - 2.1 ความหมายของความเครียด
 - 2.2 ความหมายของการเผชิญความเครียด
 - 2.3 แนวคิดทฤษฎีของความเครียดและการเผชิญความเครียด
 - 2.4 ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความเครียดและการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยจิตเภท
 - 2.5 เครื่องมือในการประเมินการเผชิญความเครียด
3. การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท
 - 3.1 ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
 - 3.2 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทตามกระบวนการพยาบาล
 - 3.3 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
 - 3.4 บทบาทและกิจกรรมการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท
4. ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท
 - 4.1 ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่
 - 4.1.1 ระดับการศึกษา
 - 4.1.2 อายุ

- 4.2 ปัจจัยด้านอาการ ได้แก่
 - 4.2.1 อาการทางบวก
 - 4.2.2 อาการทางลบ
 - 4.2.3 ความบกพร่องทางประสาทการรับรู้
- 4.3 ปัจจัยด้านจิตสังคม ได้แก่
 - 4.3.1 การสนับสนุนทางสังคม
 - 4.3.2 การรับรู้สมรรถนะแห่งตน
- 5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- 6. กรอบแนวคิดในการวิจัย

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท

1.1 ความหมายของโรคจิตเภท

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคที่ผู้ป่วยมีความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม มีผู้ได้อธิบายความหมายของโรคจิตเภทไว้พอสรุป ดังนี้

เกษม ต้นติผลาชีวะ (2539) กล่าวถึง โรคจิตเภทตามความหมายของ ICD – 10 ว่าเป็นโรคที่มีความผิดปกติของบุคลิกภาพ และความผิดปกติด้านการรับรู้ที่มีลักษณะ ทางพฤติกรรม และอารมณ์ไม่เหมาะสม (Blunted) โดยสติสัมปชัญญะ และเขavnปัญญา มักคืออยู่ แม้ว่าจะมีการสูญเสียของการรับรู้ (Cognitive)

สมภพ เรืองตระกูล (2542) กล่าวว่า โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความผิดปกติของความคิด (Thought) อารมณ์ (Affect) การรับรู้ (Perception) และพฤติกรรม (Behavior) เป็นลักษณะสำคัญโดยไม่มีโรคทางกายหรือทางสมอง

นันทิกา ทวิชาชาติ (2548) กล่าวว่า โรคจิตเภทมีลักษณะสำคัญคือ มีอาการโรคจิตที่จำเพาะ (หลงผิด ประสาทหลอน ความคิดผิดปกติ พฤติกรรมผิดปกติที่วุ่นวาย หรือ Catatonia อาการด้านลบ) มีความบกพร่องด้านสังคม และการประกอบอาชีพการงาน (บทบาทหน้าที่ต่ำกว่าระดับที่เคยทำได้ ก่อนป่วย) อาการเจ็บป่วยเป็นมานาน 6 เดือน รวมทั้งอาการก่อนระยะเกิดโรค อาการหลงเหลือ และอาการโรคจิตดังกล่าวนี้ นาน 1 เดือน

จากนิยามดังกล่าวข้างต้นสรุปได้ว่า โรคจิตเภทเป็นโรคที่ผู้ป่วยมีความผิดปกติของความคิด มีผลต่อการรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม รวมทั้งความบกพร่องทางด้านสังคม โดยไม่มีโรคทางกาย หรือสูญเสียการทำงานของอวัยวะทางสมอง

1.2 สาเหตุของโรคจิตเภท

โรคจิตเภทเกิดได้หลายสาเหตุ ดังนี้ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุขนิษฐ์, 2548)

1.2.1 พันธุกรรม โดยพบว่าหากมีญาติป่วยเป็นโรคจิตเภทโอกาสที่ผู้ป่วยจะเป็นโรคจิตเภทสูงกว่าบุคคลทั่วไป และถ้ายังมีความใกล้ชิดทางสายเลือดมากเท่าไร ยิ่งมีโอกาสเป็นได้มากเท่านั้น เชื่อว่าโรคนี้อาจเกิดจากความผิดปกติของยีนหลายแห่งร่วมกัน การศึกษาเพื่อหา ยีนที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคยังไม่พบตำแหน่งยีนที่ผิดปกติชัดเจน

1.2.2 ระบบสารชีวเคมีในสมอง เชื่อว่าโรคนี้อาจเกิดจาก dopaminergic hyperactivity โดยเฉพาะในบริเวณ mesolimbic และ mesocortical tract การศึกษาในระยะหลังพบว่า N-methyl-D-aspartic acid (NMDA) receptor ซึ่งเป็น receptor ของ glutamate มีส่วนเกี่ยวข้องในการเกิดโรคนี้ การทดลองพบว่าหาก NMDA receptor ถูกยับยั้ง จะทำให้ glutamateric neurotransmission ที่ receptor complex นี้ลดลง ผู้ป่วยจะเกิดอาการโรคจิตเหมือนที่พบในโรคจิตเภท รวมทั้งยังพบอาการด้านลบ และ cognitive dysfunction ด้วย

1.2.3 กายวิภาคของสมอง ผู้ป่วยโรคจิตเภทจำนวนหนึ่งมีความผิดปกติด้านกายวิภาคของสมอง เช่น มี ventricle โตกว่าปกติ ปริมาณเนื้อสมองน้อยกว่าปกติ โดยเฉพาะในส่วนของ cortical gray matter แนวคิดในปัจจุบันมองว่าโรคนี้อาจเป็น neurodevelopmental disorder

1.2.4 ประสาทสรีรวิทยา พบว่า cerebral blood flow และ glucose metabolism ลดลง ในบริเวณ frontal lobe เชื่อว่าอาการด้านลบ และอาการด้าน cognitive มีความสัมพันธ์กับ prefrontal lobe dysfunction ซึ่งแนวคิดปัจจุบันมีความเห็นว่า การทำงานของสมองในผู้ป่วยโรคจิตเภท ไม่ได้เป็นจากความผิดปกติเฉพาะบริเวณใดบริเวณหนึ่งของสมอง แต่เป็นความผิดปกติในการทำงานของสมองหลายๆ วงจรที่เกี่ยวข้องกัน ทั้งในระดับ cortical และ subcortical

1.2.5 ครอบครัวยุติธรรม สภาพครอบครัวมีผลต่อการกำเริบของโรค โดยพบว่าครอบครัวของผู้ป่วยที่มีการใช้อารมณ์ต่อกันสูง (high expressed emotion ; EE) ได้แก่ การตำหนิวิพากษ์วิจารณ์ (criticism) มีท่าทีไม่เป็นมิตร (hostility) หรือจู้จี้เกี่ยวกับผู้ป่วยมากเกินไป (emotional overinvolvement) จะทำให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบบ่อยครั้ง นอกจากนี้ยังพบผู้ป่วยโรคจิตเภทเป็นจำนวนมากในสังคมที่มีเศรษฐกิจต่ำ ซึ่งมีสมมติฐานว่าการที่ผู้ป่วยมีอาการของโรคจิตกำเริบอยู่บ่อยครั้ง จะทำให้ไม่สามารถดำรงชีพอยู่ในสถานภาพเดิมได้ (Downward drift hypothesis) หรือกระทั่งการอยู่ในสภาพสังคมที่บีบคั้นจะทำให้คนเป็นโรคจิตเภทมากขึ้น (Social causation hypothesis)

1.3 เกณฑ์การจำแนกโรคจิตเภท

สามารถแบ่งเกณฑ์การจำแนกไว้ ดังนี้ (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2545)

1.3.1 ลักษณะอาการของผู้ป่วยต้องมีอาการอย่างน้อย 2 อาการขึ้นไป และมีอาการเด่นชัดเป็นเวลา 1 เดือน โดยมีอาการดังนี้

1.3.1.1 มีอาการหลงผิดที่ไม่เป็นความจริง ได้แก่ หลงผิดคิดว่าตนเองเป็นผู้วิเศษ ตนเองมีอำนาจเหนือธรรมชาติ หรือคิดว่าผู้อื่นปองร้ายตนเอง

1.3.1.2 มีอาการประสาทหลอนทางประสาททั้งห้า โดยไม่มีสิ่งกระตุ้นจากภายนอก ได้แก่ หูแว่วได้ยินเสียงคนมาพูดคุยด้วย เป็นต้น

1.3.1.3 มีอาการพูดคนเดียว เนื้อหาสาระไม่สัมพันธ์กัน ไม่เป็นเรื่องราว มีการสร้างคำขึ้นเองโดยผู้อื่นไม่เข้าใจ มีพฤติกรรมแปลกไปต่างจากคนปกติ ได้แก่ การนั่งนิ่งทำเฉยมานานๆ

1.3.1.4 มีอารมณ์เฉยเมย ราบเรียบ และไม่พูดกับใคร

1.3.2 ขาดความรับผิดชอบในหน้าที่การงาน สัมพันธภาพกับผู้อื่นเสียไป มีพฤติกรรมแยกตัว ไม่สนใจการดูแลตนเอง

1.3.3 อาการจะมีอยู่ต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน ไม่ใช่เกิดจากภาวะผิดปกติทางอารมณ์ และไม่ใช่ว่าจากการได้รับสารเคมีหรือยาตัวอื่น

1.3.4 อาการมีความสัมพันธ์กับประวัติความผิดปกติด้านพัฒนาการ ได้แก่ ออติสติก

1.4 การดำเนินโรคจิตเภท

การดำเนินโรคจิตเภท สามารถอธิบายได้ดังนี้ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542; มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548)

ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีอาการเป็นแบบค่อยเป็นค่อยไป โดยมีระยะก่อนเริ่มมีอาการ (prodromal phase) นำมาก่อน ได้แก่ มีพฤติกรรมแยกตัวออกจากสังคม ขาดความสนใจในการเรียนหรือการทำงาน มีพฤติกรรมที่ผิดปกติ ญาติสังเกตว่าผู้ป่วยเปลี่ยนไปจากคนเดิม ไม่ค่อยไปกับเพื่อนเหมือนเคย เก็บตัวอยู่แต่ในห้อง ไม่สนใจสุขอนามัยตนเอง จะหันไปสนใจเกี่ยวกับด้านปรัชญา ศาสนา หรือจิตวิทยา และมีการใช้คำหรือสำนวนแปลกๆ ระยะเวลาที่เป็นโดยเฉลี่ยนานประมาณ 1 ปีก่อนอาการกำเริบและแสดงอาการของโรคชัดเจน ซึ่งได้แก่ อาการหูแว่ว หรือหลงผิด การพยากรณ์โรคจะไม่ดีหากระยะนี้เป็นอยู่นาน

ผู้ป่วยแต่ละคนจะมีการดำเนินโรคที่แตกต่างกัน บางรายเป็นๆหายๆขณะที่บางรายเป็นเรื้อรัง ในระยะแรกของการดำเนินโรคจะมีอาการด้านลบเด่นชัด ต่อมาจึงมีอาการด้านบวกปรากฏขึ้น และเมื่อได้รับการบำบัดรักษาแล้ว อาการด้านบวกจะหมดไป แต่ยังคงมีอาการด้านลบหลงเหลืออยู่ และอาจจะเป็นรุนแรงขึ้น ซึ่งทั่วไปพบว่า ผู้ป่วยมักจะไม่หายเป็นปกติ อาการของโรคมักจะทรง หรือทรุดลงตามลำดับ จนผู้ป่วยไร้ประสิทธิภาพ

1.5 การพยากรณ์โรคจิตเภท

การพยากรณ์โรคของผู้ป่วยจะขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ ดังนี้ (พิเชษฐ อนุกรมรัตน์ และ สรยุทธ วาสีกนันท์, 2552)

1.5.1 การพยากรณ์โรคดี ผู้ป่วยเริ่มมีอาการขณะอายุน้อย มีปัจจัยกระตุ้นชัดเจน ลักษณะการเริ่มต้นเกิดโรคเฉียบพลัน มีประวัติการทำงานทางสังคมและทางเพศเมื่อก่อนป่วยดี มีอาการความคิดปกติทางอารมณ์โดยเฉพาะอาการซึมเศร้า สถานภาพสมรสแต่งงาน มีประวัติสมาชิกในครอบครัวป่วยเป็นโรคทางอารมณ์ (mood disorders) มีระบบสนับสนุนดี อาการสำคัญและประวัติการดำเนินโรคจะมีอาการกำเริบน้อย

1.5.2 การพยากรณ์โรคไม่ดี ผู้ป่วยเริ่มมีอาการขณะอายุมาก ไม่มีปัจจัยกระตุ้นชัดเจน ลักษณะการเริ่มต้นเกิดโรคค่อยเป็นค่อยไป มีประวัติการทำงานทางสังคมและทางเพศเมื่อก่อนป่วยไม่ดี มีพฤติกรรมแยกตัว และอาการอติสติก สถานภาพสมรสโสด หย่า หรือหม้าย มีประวัติสมาชิกในครอบครัวป่วยเป็นโรคจิตเภท มีระบบสนับสนุนไม่ดี อาการสำคัญเป็นอาการด้านลบ และอาการแสดงของโรคทางระบบประสาท ประวัติการดำเนินโรคจะมีอาการกำเริบหลายครั้ง และไม่สงบในช่วง 3 ปี

1.6 การรักษาโรคจิตเภท

การรักษาโรคจิตเภทนั้น อัมไพพรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์ (2543) ได้กล่าวไว้ดังนี้คือ

1.6.1 การรักษาด้านร่างกาย การรักษาด้วยยารักษาโรคจิตเป็นหัวใจของการรักษา เนื่องจากยามีผลต่อ dopamine receptor ซึ่งช่วยลดอาการทางจิตต่างๆ ได้แก่ อาการหูแว่ว หลงผิด ประสาทหลอน และนอกจากนี้ยังมีการรักษาด้วยไฟฟ้า (electroconvulsive therapy) โดยแพทย์เป็นผู้พิจารณาใช้การรักษานี้กับผู้ป่วยเฉพาะราย ได้แก่ กรณีผู้ป่วยที่มีอาการหลงผิดที่มีความเสี่ยงและก่อให้เกิดอันตรายกับตัวผู้ป่วยเองหรือผู้อื่น หรือใช้ในกรณีผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา

1.6.2 การรักษาด้านจิตใจ เป็นการรักษาที่เรียกว่า จิตบำบัด ซึ่งอาจเป็นจิตบำบัดรายบุคคล หรือรายกลุ่ม เป้าหมายเพื่อปรับประคองให้กำลังใจผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ และดำเนินการรักษาอย่างต่อเนื่อง และอาจนำหลักการปรับพฤติกรรม (behavior modification) โดยใช้หลักการทฤษฎีการเรียนรู้ มาใช้เพื่อปรับปรุงพฤติกรรมผู้ป่วย ซึ่งหากต้องการเพิ่มพฤติกรรมใดให้กับผู้ป่วย พฤติกรรมนั้นควรได้รับแรงเสริม ได้แก่ คำชม รางวัล ตรงกันข้ามหากต้องการลดพฤติกรรมใดให้กับผู้ป่วย พฤติกรรมนั้นไม่ควรได้รับแรงเสริม ได้แก่ ไม่ได้รับความสนใจ คำชม หรือรางวัล

1.6.3 การรักษาทางสังคม การฟื้นฟูทักษะทางสังคมเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยในการปรับตัวของผู้ป่วยได้ เป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยมีกลุ่มเพื่อน มีกิจกรรม มีงานให้รับผิดชอบ เป็นการพัฒนาผู้ป่วยทางด้านบุคลิกภาพ ด้านสังคม และด้านการทำงาน นอกจากนี้การจัดกลุ่มญาติในการให้ข้อมูลการดูแลผู้ป่วย เป็นสิ่งที่ต้องคำนึงถึง เพื่อให้ญาติสามารถเข้าใจและปรับตัวกับสภาพการเจ็บป่วยของผู้ป่วยภายหลังออกจากโรงพยาบาล

2. แนวคิดของความเครียดและการเผชิญความเครียด

2.1 ความหมายของความเครียด

ความเครียด คือ การตอบสนองของบุคคลที่ระบอบอย่างชัดเจนไม่ได้ต่อสภาวะการณ์ที่คุกคามความมั่นคงปลอดภัยของชีวิต เมื่อบุคคลรู้สึกถูกคุกคามต่อความมั่นคงในชีวิต จะมี การตอบสนองต่อปัญหาหรือสิ่งคุกคามนั้นต่างๆ กัน ซึ่งจะปรากฏให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลง ในด้านการปรับตัวทั้งทางร่างกายและจิตใจ มีนักทฤษฎีได้ให้ความหมายของความเครียดไว้ ดังนี้

กรมสุขภาพจิต (2541) กล่าวว่า ความเครียดเป็นปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกาย จิตใจ ความรู้สึก และพฤติกรรมของบุคคลที่มีต่อสิ่งเร้าภายในและภายนอก ซึ่งอาจเป็นบุคคล ความรู้สึกนึกคิด สถานการณ์ หรือสิ่งแวดล้อม โดยบุคคลจะรับรู้ว่าเป็นภาวะที่กดดัน คุกคาม บีบคั้น ถ้าบุคคลนั้นมีการปรับตัว และมีความพึงพอใจ จะทำให้เกิดการตื่นตัว เกิดพลังในการจัดการกับสิ่งต่างๆ อีกทั้งเป็นการเสริมความแข็งแรงของร่างกายและจิตใจ แต่ถ้าไม่มีความพึงพอใจ และไม่สามารถปรับตัวได้ จะทำให้บุคคลนั้นเกิดความเครียด ซึ่งส่งผลต่อการเสียสมดุลในการดำเนินชีวิตในสังคม

Selye (1956; 1993 อ้างถึงใน จำลอง ดิษยาณิช แล พร็ิมเพรา ดิษยาณิช, 2545) กล่าวถึงความเครียดว่าเป็นปฏิกิริยาการตอบสนองของร่างกายที่ไม่จำเพาะเจาะจงต่อสิ่งที่มากระทบกับร่างกาย ไม่ว่าจะเป็นอะไรก็ตาม ทำให้เกิดปฏิกิริยาการปรับตัว เพื่อนำมาซึ่งภาวะดำรงดุลของร่างกาย

Lazaus and Folkman (1984) กล่าวว่า ความเครียดเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม โดยบุคคลประเมินว่าเหตุการณ์ที่ตนกำลังประสบอยู่นั้นเป็นภาวะคุกคาม อาจก่อให้เกิดอันตราย มีผลต่อสวัสดิภาพของตน ทั้งยังประเมินว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นตนเองจะใช้ความสามารถจัดการได้

Endler and Parker (1990) กล่าวว่า ความเครียดเป็นกลไกในการปกป้องตนเองจากปัญหา โดยเป็นกระบวนการที่มนุษย์ทำไปโดยไม่รู้ตัว เป็นวิธีการที่บุคคลใช้รับมือกับปัญหาที่เป็น ไปแบบแตกต่างกันตามสมรรถนะส่วนตัวของแต่ละบุคคล รวมทั้งลักษณะสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับบุคคลนั้นๆ ด้วย

จากความหมายข้างต้น สรุปได้ว่า ความเครียด หมายถึง ปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกาย จิตใจ ความรู้สึก และพฤติกรรมของบุคคล ต่อสิ่งที่มากระทบ ทำให้เกิดปฏิกิริยาการปรับตัว ซึ่งเป็นไปในลักษณะแตกต่างกันตามลักษณะส่วนตัวของบุคคลและสถานการณ์ที่เกิดขึ้น

2.2 ความหมายของการเผชิญความเครียด

การเผชิญความเครียด หมายถึง การที่บุคคลพบเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดแล้วมีการปรับตัวให้ตนเองอยู่ในภาวะสมดุล ทั้งนี้แต่ละบุคคลมีการเผชิญความเครียดได้แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับความรุนแรง และการเกิดขึ้นอย่างกะทันหันของสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดความเครียด มีนักทฤษฎีได้ให้ความหมายของการเผชิญความเครียดไว้ ดังนี้

เพ็ชรดี เปี่ยมมงคล (2553) กล่าวว่า การเผชิญความเครียดเป็นวิธีการคิด การกระทำที่บุคคลใช้ในการปรับตัว ทั้งในระดับจิตสำนึก (conscious) และในระดับจิตไร้สำนึก (unconscious) เมื่อพบกับความเครียด

Lazaus and Folkman (1984) กล่าวว่า การเผชิญความเครียดเป็นการจัดการกับเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดด้วยวิธีการต่างๆ โดยมีรูปแบบการจัดการที่เป็นกระบวนการแบบมีขั้นตอน ซึ่งบุคคลต้องใช้ศักยภาพที่ตนเองมีอยู่ในการจัดการกับความเครียดนั้นๆ เป็นความพยายามของบุคคลที่จะปรับตัวทั้งทางด้านการกระทำและความคิด เมื่อประสบกับเหตุการณ์ความตึงเครียด ไม่ว่าจะผลของการกระทำหรือความคิดนั้นจะออกมาดีหรือไม่ก็ตาม ซึ่งบุคคลจะมีรูปแบบการจัดการกับเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดต่างๆกันไปในแต่ละสถานการณ์ที่ต้องเผชิญ โดยจะแตกต่างกันไปตามเงื่อนไขที่หลากหลาย อาทิเช่น ระดับของปัญหา ความรุนแรงของสถานการณ์ วัสดุ การศึกษา และวุฒิภาวะ ซึ่งการเผชิญความเครียด (coping) ตามความหมายดังกล่าวนี้ในคำภาษาอังกฤษ อาจมีการใช้คำหลายคำซึ่งมีความหมายเดียวกัน ได้แก่ coping, coping style หรือ coping pattern

Endler and Parker (1990) กล่าวว่า การเผชิญความเครียดเป็นการแสดงออกถึงการจัดการในด้านความคิด และการกระทำ เพื่อบรรเทาความเครียดหรือคลี่คลายปัญหานั้น

จากความหมายข้างต้น สรุปได้ว่าการเผชิญความเครียดหมายถึง การที่บุคคลแสดงออกถึงการจัดการในด้านความคิด และการกระทำเมื่อพบกับความเครียด โดยจะใช้วิธีการใดก็ตามเพื่อบรรเทาความเครียดหรือคลี่คลายปัญหา

2.3 แนวคิดทฤษฎีของความเครียดและการเผชิญความเครียด

เมื่อบุคคลมีการเผชิญเหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่ง ความเครียดเป็นปฏิกิริยาที่เราต้องปรับตัวต่อเหตุการณ์นั้นๆ ซึ่งมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ อารมณ์ พฤติกรรม และสรีระของร่างกาย แนวคิดทฤษฎีของความเครียดและการเผชิญความเครียด จึงสรุปได้ดังนี้

2.3.1 ทฤษฎีของความเครียด

สามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ทฤษฎี ดังนี้ (Holmes and Rahe, 1967 ; Selye, 1993 ; Lazaus and Folkman, 1984 อ้างถึงใน จำลอง ดิษยวานิช และพริ้มเพรา ดิษยวานิช, 2545)

2.3.1.1 ทฤษฎีเชิงสิ่งเร้า (Stimulus – Oriented theories) ทฤษฎีนี้ถือว่าความเครียดเกิดจากสิ่งเร้าที่มีอยู่ในสิ่งแวดล้อมของบุคคล เป็นสิ่งเร้าที่ทำให้เกิดปฏิกิริยาของความตึงเครียด มีการเน้นที่เหตุการณ์ (Event) และการเกิด (Occurrence) ของความเครียด ถ้าเหตุการณ์ใดก็ตามนำไปสู่ความยุ่งยากทางด้านจิตใจ เกิดความวุ่นวายของพฤติกรรมหรือความเสื่อมเสียของการกระทำ (Performance) ในหน้าที่เหตุการณ์นั้นๆ เรียกว่า สิ่งที่ทำให้เกิดความเครียด (Stressors) โดยแบ่งความเครียดเป็น

2.3.1.1.1 สิ่งที่ทำให้เกิดความเครียดแบบเฉียบพลันและมีช่วงระยะเวลาจำกัด (Acute, Time – limited stressors) เช่น เดินไปตามท้องถนนแล้วเจอกับสุนัขดุ ขณะที่กำลังรอผลตรวจ HIV จากห้องปฏิบัติการ สตรีรอผลตรวจการตั้งครรภ์ เป็นต้น

2.3.1.1.2 ผลต่อเนื่องจากสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียด (Stressor sequences) เช่น การตกงาน หรือการตายของสมาชิกในครอบครัว เหตุการณ์เหล่านี้ก่อให้เกิดผลที่ไม่ดีตามมาได้

2.3.1.1.3 สิ่งที่ทำให้เกิดความเครียดเรื้อรังเป็นช่วงๆ (Chronic intermittent stressors) เช่น การสอบไล่ของนักศึกษา การเรียนขับรถ และ การผ่าตัด เป็นต้น

2.3.1.1.4 สิ่งที่ทำให้เกิดความเครียดเรื้อรัง (Chronic stressors) เช่น มีผู้ตรวจการที่ดุ มีปัญหาการเงิน ปัญหาที่เกี่ยวกับความผิดปกติทางเพศ (Sexual dysfunction) เป็นต้น

2.3.1.2 ทฤษฎีเชิงการตอบสนอง (Response – Oriented theories) เป็นทฤษฎีที่มุ่งเน้นปฏิกิริยาของการตอบสนอง (Responses) ต่อสิ่งเร้า (Stimulus) โดยกล่าวว่า ความเครียดเป็นการตอบสนองที่ไม่จำเพาะเจาะจง (Non – specific response) ที่มีต่อร่างกายไม่ว่าโดยทางใดก็ตาม เชื่อว่าการตอบสนองต่อความเครียดทางสรีรวิทยา (Physiological stress) ไม่ได้ขึ้นอยู่กับชนิดของสิ่งเร้า แต่ขึ้นอยู่กับ การตอบสนอง (Response) ไม่ว่าสิ่งเร้าจะเป็นชนิดใดก็ตาม ซึ่งความแตกต่างของระดับ (Degree) การตอบสนองขึ้นอยู่กับปริมาณความต้องการในการปรับตัว สิ่งที่ทำให้เกิดความเครียด อาจจะเป็นสิ่งเร้าที่ทำให้เกิดความพอใจหรือความไม่พอใจ (Pleasant or Unpleasant stimuli) ก็ได้ เมื่อมีความเครียดเกิดขึ้นจะก่อให้เกิด General Adaption Syndrome หรือ GAS ซึ่งมี 3 ระยะด้วยกัน ดังนี้

2.3.1.2.1 ระยะตกใจ (Alarm reaction) แสดงลักษณะที่ร่างกายมีปฏิกิริยาเมื่อเผชิญกับสิ่งเร้า จะมีการกระตุ้นหรือช่วยให้ตื่นตัว แบ่งออกเป็น 1) ระยะช็อก (Shock phase) เป็นระยะแรก ที่เป็นปฏิกิริยาตอบโต้ทันทีทันใดต่อสิ่งที่เป็นภัย ปฏิกิริยาของร่างกายในระยะนี้มีอยู่สองแบบ คือ สู้ (Fight) หรือ หนี (Flight) ระยะนี้จะมีการเปลี่ยนแปลงหลายอย่างเกิดขึ้น ซึ่งเป็นผลจากการกระตุ้นของระบบประสาท Sympathetic เช่น หัวใจเต้นเร็ว กล้ามเนื้ออ่อนแรง อุนหภูมิลดลง และความดันโลหิตต่ำลง 2) ระยะต้านช็อก (Counter shock phase) เป็นระยะการเกิดปฏิกิริยาสะท้อนกลับ (Rebound reaction) adrenal cortex จะโตขึ้น และมีการหลั่งของ Corticoid hormones และ adrenalin หรือ Epinephrine ทำให้การหายใจเร็วขึ้น ความดันโลหิตสูงขึ้น เลือดแข็งตัวเร็วขึ้น น้ำตาลถูกปล่อยออกมาจากตับ และมีการเคลื่อนไ้วของกล้ามเนื้อเพิ่มมากขึ้น

2.3.1.2.2 ระยะต้านทาน (Stage of resistance) หรือระยะปรับตัว (Adaptation stage) ระยะนี้ร่างกายจะพยายามปรับตัวต่อสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียด (Stressor) และทำให้สภาพทั่วไปดีขึ้น อาการต่างๆ จะหายไป ความพยายามของร่างกายในการปรับตัว มีส่วนช่วยให้พลังงานที่สูงสูญหายไปกลับคืนมา และยังคงช่วยซ่อมแซมส่วนที่ถูกลทำลายไปให้ดีขึ้น

2.3.1.2.3 ระยะเวลาหมดแรง (Stage of exhaustion) ถ้าสิ่งทำให้เกิดความเครียด ยังไม่ได้รับการแก้ไขอย่างเพียงพอ ร่างกายจะเข้าสู่ระยะหมดแรง เนื่องจากความเครียดยังคงมีอยู่ไม่หมดไป พอร่างกายโดนความเครียดเล่นงานซ้ำอีก จะส่งผลให้ร่างกายเสื่อมโทรมและเกิดเป็นโรคต่างๆได้ในที่สุด

2.3.1.3 ทฤษฎีเชิงอันตรกิริยา (Interactional Theories) เป็นทฤษฎีเชิงการกระทำระหว่างกันเกี่ยวกับการรับรู้ความเครียด (Cognitive transactional theory) ซึ่งกล่าวว่า ความเครียดทางจิตใจ (Psychological stress) เป็นสิ่งที่เกิดจากการกระทำอย่างจำเพาะเจาะจงระหว่างกัน (Interaction) ของบุคคลกับสิ่งเร้าจากสิ่งแวดล้อม ซึ่งการที่บุคคลจะรับรู้ว่ามีสิ่งเร้าใดก่อให้เกิดความเครียด ก็ต่อเมื่อบุคคลได้ประเมินว่าสิ่งเร้าเหล่านั้นมีมากกว่าความสามารถของตนในการจัดการ หรือ เป็นสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อตน ถือเป็น การประเมินค่าสถานการณ์โดยใช้การรู้คิด (Cognitive appraisal) ทฤษฎีนี้กล่าวว่า เหตุการณ์จากสิ่งแวดล้อมอย่างเดียวกัน อาจได้รับการแปลความหมายว่าทำให้เกิดความเครียด โดยคนหนึ่ง แต่ไม่ใช่โดยอีกคนหนึ่ง หรือแม้แต่ภายในบุคคลคนเดียวกัน การประเมินค่าด้วยการรู้คิด อาจทำให้บุคคลแปลความหมายของเหตุการณ์หนึ่งว่าเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียด แต่เมื่อพบกับอีกสถานการณ์หนึ่งที่มีความใกล้เคียงกัน ก็อาจประเมินว่าไม่ใช่เหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดก็ได้ เนื่องจากการประเมินค่าด้วยการรู้คิดนี้อาจขึ้นอยู่กับปัจจัยแวดล้อมขณะนั้นหลายประการ เช่น การเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกาย หรือสภาวะจิตใจของบุคคลนั้นๆ ด้วย

2.3.2 ทฤษฎีการเผชิญความเครียด

ภายหลังจากที่บุคคลประเมินสถานการณ์แล้วว่าเป็นเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด บุคคลจะมีรูปแบบการจัดการทั้งด้านความคิด และการกระทำกับเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดนั้นแตกต่างกันไป สามารถแบ่งเป็น 2 รูปแบบดังนี้ (Lasarus and Folkman, 1984)

2.3.2.1 การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา เป็นวิธีการที่บุคคลกำหนดปัญหา และหาวิธีหรือทางเลือกในการแก้ปัญหา ซึ่งมีลักษณะคล้ายกับการแก้ปัญหาตามกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ ทั้งนี้ บุคคลจะมีการพิจารณาถึงผลดีและผลเสียก่อนแล้วจึงเลือกวิธีที่เหมาะสมในดำเนินการแก้ปัญหาเหล่านั้นๆ

2.3.2.2 การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ บุคคลจะใช้รูปแบบนี้มากเมื่อประเมินแล้วว่าตนเองไม่สามารถควบคุม หรือเปลี่ยนแปลงแก้ไขภาวะคุกคามหรือสิ่งแวดล้อมได้ โดยแบ่งได้เป็น 3 รูปแบบ ดังนี้

2.3.2.2.1 รูปแบบการใช้กระบวนการทางความคิด เพื่อทำให้อารมณ์ความตึงเครียดลดลง ซึ่งเป็นรูปแบบส่วนใหญ่ของการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์

2.3.2.2.2 รูปแบบการใช้กระบวนการทางความคิด เพื่อทำให้อารมณ์ความตึงเครียดเพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นรูปแบบที่มีไม่มาก โดยอาจต้องการให้มีความตึงเครียดก่อนในระยะแรก เพื่อทำให้อารมณ์ความตึงเครียดนั้นลดลงหรือทำให้สถานการณ์ดีกว่าในภายหลัง

2.3.2.2.3 รูปแบบอื่น ซึ่งไม่ใช่กระบวนการทางความคิด แต่จะเป็นการกระทำที่ทำให้ล้มปัญหา

การเผชิญความเครียดเป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ซึ่งเป็นการผสมผสานระหว่างการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา และการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ โดยอาจจะให้ทั้งผลดีและผลเสีย ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับบุคคลแต่ละคนที่จะประเมินสถานการณ์นั้นๆ

2.4 ทฤษฎีที่เกี่ยวกับความเครียดและการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยจิตเภท

2.4.1 ทฤษฎีที่เกี่ยวกับความเครียดในผู้ป่วยจิตเภท

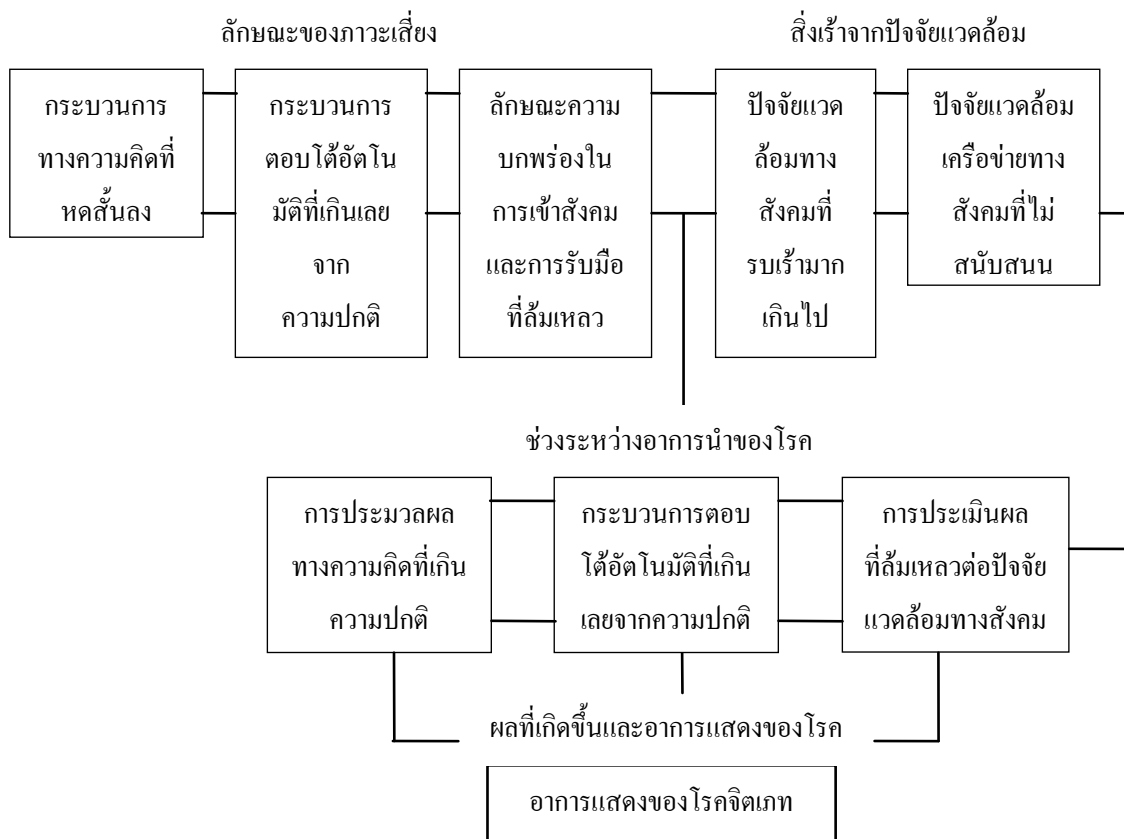
การป่วยเป็นโรคจิตเภท มีสมมติฐานที่เป็นที่ยอมรับในปัจจุบัน คือ สมมติฐานโดปามีน (Dimsdale et al., 2000 อ้างถึงใน จำลอง ดิษขวณิช และพริ้มเพรา ดิษขวณิช, 2545) ซึ่งเชื่อว่าเกี่ยวข้องกับความคิดผิดปกติของสารสื่อประสาท Dopamine ไปกระตุ้นเซลล์ประสาทสมองมากเกินไป เกิดความคิดผิดปกติใน Dopaminergic function ภายใน Mesocortical system ทำให้ผู้ป่วยมีความบกพร่องในหน้าที่ทางการรู้คิด (Cognitive function) นอกจากนี้ยังพบว่าบริเวณ Prefrontal cortex มีความไวอย่างจำเพาะต่อการกระตุ้นที่เกิดจากความเครียด โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มี Prefrontal cortex ขนาดเล็กจะเป็นกลุ่มที่มีความไวมากต่อการกระตุ้นที่เกิดจากความเครียด

เมื่อพิจารณาความเครียดในผู้ป่วยจิตเภทแล้ว ผู้ศึกษาพบว่ามีความเกี่ยวข้องกับสมมติฐานโดปามีน (the dopamine hypothesis) ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีความไวอย่างจำเพาะต่อการกระตุ้นที่เกิดจากความเครียด ประกอบกับทฤษฎีของความเครียดข้างต้น กล่าวคือ 1) ทฤษฎีเชิงสิ่งเร้า (Stimulus – Oriented theories) อธิบายว่า ความเครียดของผู้ป่วยเกิดจากสิ่งเร้าที่มีอยู่ในสิ่งแวดล้อม เป็นสิ่งเร้าที่ทำให้เกิดปฏิกิริยาของความตึงเครียด โดยเป็นความเครียดจากเหตุการณ์ที่ทราบว่าเป็นโรคทางจิต เป็นเหตุการณ์ที่นำไปสู่ความยุ่งยากทางจิตใจ และเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียด (Stressors) 2) ทฤษฎีเชิงการตอบสนอง (Response – Oriented theories) อธิบายว่า เมื่อผู้ป่วยได้รับสิ่งเร้าที่ทำให้เกิดความเครียด จะมีปฏิกิริยาของการตอบสนอง (Responses) ต่อสิ่งเร้า (Stimulus) นั้น และก่อให้เกิดปฏิกิริยาของการปรับตัว มีการหลั่งสารที่มีผลกระตุ้นระบบประสาททำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย เพื่อพยายามปรับตัวต่อสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียด และหากสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียดไม่ได้รับการแก้ไข ความเครียดยังคงมีอยู่ และถูกเล่นงานซ้ำแล้วซ้ำอีก ก็จะทำให้เกิดการป่วยซ้ำของโรคได้ และ 3) ทฤษฎีเชิงอันตรกิริยา (Interactional Theories) อธิบายว่า ความเครียดของผู้ป่วย เป็นสิ่งที่เกิดจากการกระทำอย่างจำเพาะเจาะจงระหว่างกัน (Interaction) ของตัวผู้ป่วยเองกับสิ่งเร้าจากสิ่งแวดล้อม ซึ่งการที่ผู้ป่วยจะรับรู้ว่ามีสิ่งเร้าใดก่อให้เกิดความเครียด ก็ต่อเมื่อได้ประเมินว่าสิ่งเร้าเหล่านั้นมีมากกว่าความสามารถของตนในการจัดการ หรือเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อตน เป็นการประเมินค่าสถานการณ์โดยใช้การรู้คิด (Cognitive appraisal) ผู้ป่วยจิตเภทมีความผิดปกติของการรู้คิด การ

ประเมินค่าสถานการณ์โดยใช้การรู้คิด ทำให้การแปลความหมายของเหตุการณ์ว่าเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดได้ง่ายกว่าคนปกติ

นอกจากนี้ ยังพบการอธิบายถึงการเกิดความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท ตามแนวคิด The Stress – Vulnerability Model ของ Nuechterlein and Dawson (1984) ซึ่งเชื่อว่าการที่ผู้ป่วยโรคจิตเภทต้องประสบกับสถานการณ์ที่เครียดซึ่งมากกว่าที่ผู้ป่วยจะสามารถเผชิญกับมันได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Ineffective coping strategies) เป็นสาเหตุสำคัญซึ่งทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิตกำเริบ (Myin – Germeys, Van OS, Schwartz, Stone and Dellspaud, 2001; Nuechterlein and Dawson, 1984; Nuechterlein et al., 1994; Rubin and Spring, 1997) ทฤษฎีนี้กล่าวว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีการประมวลผลทางความคิดที่บกพร่อง และมีการตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่ผิดปกติ เช่น ตอบสนองเกินเลยไปกับสิ่งเล็กๆ น้อยๆ และมีหน่วยความจำที่ด้อยกว่าคนปกติ การประมวลผลทางความคิดที่บกพร่องนำมาสู่การทำหน้าที่และแสดงพฤติกรรมแบบบกพร่อง ได้แก่ 1) มีการตัดสินใจทำสิ่งใดที่ไม่เหมาะสมกับวัตถุประสงค์ของหน้าที่ที่ผู้ป่วยต้องการจะทำ 2) มีการตอบสนองสิ่งเร้าทั้งจากภายในและภายนอกอย่างผิดปกติ 3) การตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่ธรรมดาสามัญซึ่งบุคคลสามารถตอบโต้ได้ตามแบบปกติ แต่ผู้ป่วยโรคจิตเภทจะต้องใช้เวลาคิดไตร่ตรองนานกว่าที่จะตัดสินใจได้ 4) มีหน่วยความคิดและความคิดที่น้อยกว่าระดับของบุคคลทั่วไป นอกจากนี้สถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด ได้แก่ การแสดงท่าทางรังเกียจ ซึ่งเกิดจากคนรอบข้าง สังคม และเครือข่ายสังคม ไม่สนับสนุนผู้ป่วย เป็นสาเหตุสำคัญที่นำไปสู่การทรุดหนักและการกลับกำเริบของอาการทางจิต ดังแผนภูมิที่ 1

แผนภูมิที่ 1 แสดงปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยจากสิ่งแวดล้อมที่ก่อให้เกิดอาการกำเริบของโรคจิตเภท
(Nuechterlein and Dawson, 1984)



2.4.2 ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยจิตเภท

ผู้ป่วยโรคจิตเภทเป็นผู้ที่มีความผิดปกติด้านความคิด และการรับรู้ ทำให้มีการแสดงออกทางพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม จะมีการดำเนินโรคที่เรื้อรัง และยาวนาน เมื่อได้รับการรักษาและออกไปใช้ชีวิตอยู่ในชุมชน การเจ็บป่วยทางจิต ส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้ป่วย ผู้ป่วยจะรู้สึกเป็นปมด้อย เกิดความหวาดระแวง ครอบครัวยังไม่ยอมรับ และสังคมรังเกียจ (จันทร์ฉาย เนตรสุวรรณ, 2545) ซึ่งสถานการณ์ที่ผู้ป่วยเผชิญอยู่ทำให้มีความยากลำบากในการดำเนินชีวิต จนส่งผลให้เกิดความเครียดตามมาได้ง่าย (ไพรัตน์ พุกษชาติคุณากร, 2542) จากการทบทวนวรรณกรรม เอกสาร และตำราที่เกี่ยวข้องกับการเผชิญความเครียด พบว่าผู้ป่วยจิตเภทใช้วิธีการเผชิญความเครียดตามแนวคิดของ Endler and Parker (1990, 1994) ประกอบด้วย 3 ลักษณะ คือ การจัดการกับปัญหา (Task – oriented coping) การใช้อารมณ์และความรู้สึก (Emotional – oriented coping) และการหลีกเลี่ยงสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียด โดยมีรายละเอียด ดังนี้

2.4.2.1 การจัดการกับปัญหา (Task - oriented coping) หมายถึง การแสดงออกของผู้ป่วยจิตเภทถึงวิธีการจัดการกับความเครียด โดยมุ่งแก้ไขสาเหตุที่ทำให้เกิดปัญหานั้นโดยตรง ด้วย

การมองปัญหาอย่างเป็นลำดับและมีสติ แล้วพยายามปรับเปลี่ยนสถานการณ์ให้ดีขึ้น โดยเน้นไปที่ การวางแผนแก้ไขอย่างเป็นขั้นเป็นตอน มีการไตร่ตรอง ทบทวนสาเหตุของปัญหา และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น และพยายามหาวิธีจัดการให้เกิดผลกระทบจากปัญหาน้อยที่สุดไปหาปัญหาที่ใหญ่ขึ้น

2.4.2.2 การใช้อารมณ์และความรู้สึก (Emotional – oriented coping) หมายถึง การแสดงออกของผู้ป่วยจิตเภทถึงวิธีการจัดการกับความเครียดโดยใช้ความรู้สึกนึกคิดในลักษณะต่างๆ เช่น เข้าข้างตนเอง โทษตนเอง แสดงอารมณ์โมโหตอบโต้ รวมทั้งการเพื่อฝัน เพื่อรับมือกับสถานการณ์เลวร้ายที่เกิดขึ้น

2.4.2.3 การหลีกเลี่ยงสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียด (avoidance – oriented coping) หมายถึง การแสดงออกของผู้ป่วยจิตเภทถึงวิธีการจัดการกับความเครียด โดยพยายามหลีกเลี่ยงเหตุการณ์ที่เคร่งเครียดด้วยวิธีการด้านบวก เช่น การเข้าหาคนอื่น (Social diversion) หรือ เลี่ยงไปทำกิจกรรมอื่น (Distraction) ทดแทน

2.5 เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินการเผชิญความเครียด

1) Coping Inventory for Stressful Situations (CISS) เป็นเครื่องมือประเมินการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยที่มีอาการทาง Neurotic และ psychotic ซึ่งพัฒนาขึ้นโดย Endler and Parker (1990, 1994) จากทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของ Lazarus and Folkman (1980) ทั้งนี้ Endler and Parker ได้นำแบบประเมินที่พัฒนาขึ้น ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่หลากหลาย ได้แก่ เด็กวัยรุ่น ผู้ใหญ่ ผู้สูงอายุ รวมทั้งผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตทั้งทาง Neurotic และ psychotic ลักษณะเครื่องมือเป็นคำถามปลายปิด จำนวน 48 ข้อ ประกอบด้วย 3 วิธี คือ 1) การเผชิญความเครียดด้วยวิธีการจัดการกับปัญหาจำนวน 16 ข้อ 2) การเผชิญความเครียดด้วยวิธีการใช้อารมณ์และความรู้สึกจำนวน 16 ข้อ และ 3) การเผชิญความเครียดด้วยวิธีการหลีกเลี่ยงสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียดจำนวน 16 ข้อ การนำเครื่องมือไปใช้โดยแจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบแบบสอบถามเอง เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ไม่ใช้วิธีนั้นเลยให้ 1 คะแนน จนถึงใช้มากที่สุดให้ 5 คะแนน คิดคะแนนแยกรายด้าน โดยคะแนนที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 16-80 คะแนน

2) Coping Responses Inventory (CRI) เป็นเครื่องมือประเมินการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยจิตเภท โดย Moss & Schaefer (1993) ซึ่งพัฒนามาจากทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของ Lazarus and Folkman (1984) เช่นเดียวกับ CISS ลักษณะเครื่องมือเป็นคำถามปลายปิด มี 48 ข้อคำถาม ประเมินการเผชิญความเครียดทั้งหมด 8 ด้าน ด้านละ 6 ข้อ คือ 1) Logical Analysis 2) Positive Reappraisal 3) Seeking Guidance and Support 4) Problem Solving 5) Cognitive Avoidance 6) Acceptance or Resignation 7) Seeking Alternative Rewards และ 8) Emotion Discharge การนำเครื่องมือไปใช้โดยแจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบแบบสอบถามเอง เป็นมาตรา

ส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ไม่ใช้ด้านนั้นเลยให้ 1 คะแนน จนถึงใช้ประจำให้ 4 คะแนน คะแนนที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 48-192 คะแนน

3) Ways of Coping Questionnaire (WCQ) เป็นเครื่องมือประเมินการเผชิญความเครียดใน Chronic Psychiatric Illness พัฒนาโดย Lazarus and Folkman (1988) พัฒนามาจากทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของ Lazarus and Folkman (1984) ลักษณะเครื่องมือเป็นคำถามปลายปิด มี 50 ข้อคำถาม ประเมินการเผชิญความเครียด 2 แบบ 8 วิธี คือ 1) แบบมุ่งแก้ปัญหา 12 ข้อ ประกอบด้วย 2 วิธี ได้แก่ การเผชิญหน้ากับปัญหา 6 ข้อ และการวางแผนแก้ปัญหา 6 ข้อ 2) แบบมุ่งปรับอารมณ์ 38 ข้อ ประกอบด้วย 6 วิธี ได้แก่ การประเมินค่าใหม่ทางบวก 7 ข้อ การแสดงความรับผิดชอบต่อปัญหา 4 ข้อ การควบคุมตนเอง 7 ข้อ การแสวงหาการสนับสนุนทางสังคม 6 ข้อ การถอยห่างปัญหา 6 ข้อ และการหลีกเลี่ยงปัญหา 8 ข้อ การนำเครื่องมือไปใช้โดยแจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบแบบสอบถามเอง เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ไม่เคยใช้เลยให้ 0 คะแนน จนถึงเคยใช้ประจำให้ 3 คะแนน คะแนนที่เป็นไปได้ของการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาอยู่ระหว่าง 0-36 คะแนนและคะแนนที่เป็นไปได้ของการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์อยู่ระหว่าง 0-114 คะแนน

4) Personal Vision of Recovery Questionnaire (PVRQ) เป็นเครื่องมือประเมินการเผชิญความเครียดใน Mental Illness โดย Endfield (1998) และ Endfield et al. (1999) พัฒนามาจากทฤษฎีของ Endfield et al. (1996) ลักษณะเครื่องมือเป็นคำถามปลายปิด มี 24 ข้อคำถาม ประเมินการเผชิญความเครียด 5 ด้าน คือ 1) Support 2) Personal Challenges 3) Professional Assistance 4) Action and Help Seeking และ 5) Hope and Spiritual การนำเครื่องมือไปใช้โดยแจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบแบบสอบถามเอง เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งให้ 1 คะแนน จนถึงเห็นด้วยอย่างยิ่งให้ 5 คะแนน คะแนนที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 24-120 คะแนน

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินการเผชิญความเครียด Coping Inventory for Stressful Situations (CISS) ของ Endler and Parker (1990, 1994) เนื่องจากแบบประเมินนี้ได้มีการพัฒนาขึ้น และนำมาใช้กับผู้ป่วยจิตเภท โดยมีลักษณะของข้อคำถามที่ครอบคลุมการประเมินด้านความรู้สึก การแสดงออกทางอารมณ์ และพฤติกรรม โดยข้อคำถามมีเนื้อหาของวิธีการเผชิญความเครียดที่ผู้ป่วยจิตเภทใช้ อีกทั้งเป็นข้อคำถามที่สามารถทำความเข้าใจได้ง่าย และไม่ซับซ้อน จึงมีความเหมาะสมในการนำไปใช้กับผู้ป่วยจิตเภท

3. การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

3.1 ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

โรคจิตเภท เป็นโรคจิตที่มีความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม เป็นโรคที่รุนแรง และเรื้อรัง ซึ่งจำเป็นจะต้องได้รับการบำบัดรักษา และเมื่อผู้ป่วยได้เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาแล้ว กลับไปใช้ชีวิตอยู่ในครอบครัวและชุมชน พบว่า การเจ็บป่วยทางจิตทำให้ผู้ป่วย เกิดความเครียด และความวิตกกังวล ซึ่งถ้าหากมีความรุนแรง ก็จะส่งผลทำให้การดำเนินชีวิตของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ดังนี้ (ชาติชาย ไบทัตทิม, 2547)

3.1.1 มีอาการแสดงออกทางจิต จากการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท เช่น อาการหูแว่วมีเสียงสั่งให้ผู้ป่วยทำร้ายตัวเองหรือผู้อื่น สร้างความหวาดกลัว วิตกกังวล และความทุกข์ทรมานให้กับผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด หวาดระแวง นอนไม่หลับ และไม่สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ

3.1.2 เมื่ออาการเป็นมากจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การรับรู้ของผู้ป่วยต่อวิธีการตรวจรักษาบางอย่าง รวมถึงความยุ่งยากสลับซับซ้อนทางเทคโนโลยี เช่น การเจาะเลือด หรือการช็อตไฟฟ้า ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด และวิตกกังวลได้

3.1.3 ฤทธิ์ข้างเคียงจากการรับประทานยารักษาโรคจิต เช่น อาการตัวแข็ง ลิ้นแข็ง เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยไม่ยอมให้เกิดขึ้น แต่ก็เป็นสิ่งสำคัญที่ผู้ป่วยต้องรับประทานเพื่อควบคุมอาการทางจิตไม่ให้กำเริบขึ้น

3.1.4 การสูญเสียตัวตนเดิมของผู้ป่วย โดยผู้ป่วยจะมองตนเองว่าไม่ปกติ เป็นผู้ป่วยทางจิต หรือเคยเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช ทำให้รู้สึกว้าหากคนอื่นรู้ จะรังเกียจ และไม่ยอมรับตนเอง ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่มั่นใจในตนเอง และปกปิดสถานภาพของตน

3.1.5 ปัญหาทางเศรษฐกิจ เนื่องจากผู้ป่วยถูกรังเกียจจากคนในสังคม จึงไม่ได้รับการว่าจ้างให้ทำงาน ส่งผลทำให้ต้องสูญเสียอาชีพการงานเดิม

3.1.6 ปัญหาความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัว พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับญาติพี่น้องไม่ราบรื่น ผู้ป่วยถูกตำหนิ ไม่ได้รับการยอมรับ มีความโดดเดี่ยว เก็บตัวอยู่แต่ในห้อง มีโลกส่วนตัว และมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อครอบครัว

3.1.7 ปัญหาการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ไม่ว่าจะกิจกรรมเหล่านั้นจะมีลักษณะใดก็ตาม ผู้ป่วยไม่ต้องการมีส่วนร่วมในกิจกรรมเหล่านั้น เพราะรู้สึกกลัวการถูกล้อเลียน ถูกตีตราจากสังคมในฐานะผู้ป่วยทางจิต เกิดความไม่มั่นใจในการแสดงออกของตนเอง เนื่องจากรู้สึกว่าตนเองไม่เท่าเทียมหรือไม่ได้รับการยอมรับในฐานะของสมาชิกคนหนึ่ง จึงมีพฤติกรรมตัดขาดจากสังคม

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น พบว่า ทั้งจากพยาธิสภาพของโรค และผลกระทบที่ตามมา ถือเป็นสถานการณ์เครียดที่ผู้ป่วยจะต้องเผชิญ เป็นปัญหาที่ผู้ป่วยต้องได้รับการบำบัดรักษา และหากไม่ได้รับการบำบัดรักษา และให้การพยาบาลที่ถูกต้อง ก็จะทำให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบได้

3.2 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทตามกระบวนการพยาบาล

ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ การรับรู้ กระบวนการคิด พฤติกรรม และบุคลิกภาพ (อำเภอพรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543) ดังนั้นการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท ผู้ที่ให้การพยาบาลจะต้องตรงไปตรงมา ไม่อ้อมค้อม เนื้อหาสาระที่พยาบาลสื่อกับผู้ป่วยต้องอยู่ในความเป็นจริง ไม่ล้อเลียนผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยไม่สามารถแยกการล้อเลียนและการพูดความจริงได้ (สุวนีย์ เกียรติกิ่งแก้ว, 2545) การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทจึงต้องใช้กระบวนการพยาบาล ดังนี้ (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2545)

3.2.1 การประเมินสภาพปัญหา เพื่อการวิเคราะห์ระดับของพฤติกรรมและสาเหตุของพฤติกรรม ต้องรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยทุกด้านที่จะนำไปสู่การวางแผนการพยาบาลอย่างครอบคลุมโดย

3.2.1.1 การประเมินสภาพด้านร่างกาย ประเมินบุคลิกภาพ การแต่งกาย ความสะอาด การดูแล และเอาใจใส่ต่อสุขภาพตนเอง รวมถึงการรับประทานอาหาร ผู้ป่วยปฏิเสธอาหารหรือไม่ ได้รับสารอาหารและน้ำอย่างเพียงพอหรือไม่ การพักผ่อน ผู้ป่วยนอนหลับได้เพียงพอหรือไม่ พยาบาลใช้การสังเกตและการสัมภาษณ์และการตรวจสอบทั่วไปเพื่อดูสุขภาพทางด้านร่างกาย

3.2.1.2 การประเมินด้านการคิด ผู้ป่วยมีความผิดปกติระดับใด มีอาการหลงผิด ประสาทหลอนหรือไม่ มีความคิดว่าผู้อื่นจะมาบงการตนหรือไม่ มีระดับความรุนแรงเพียงใด ต้องได้รับการช่วยเหลืออย่างเร่งด่วนและระมัดระวังเป็นพิเศษเพียงใด

3.2.1.3 ด้านการรับรู้ของผู้ป่วย ผู้ป่วยมีระดับการรับรู้เพียงใด มีอาการประสาทหลอนเกิดขึ้นบ้างไหม และเกิดขึ้นในตอนใด มีการตอบสนองอย่างไร เพื่อกำหนดแนวทางการช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

3.2.1.4 ด้านพฤติกรรมของผู้ป่วย ผู้ป่วยแสดงออกต่ออาการทางจิตอย่างไร ส่วนใหญ่มักมีอาการย้ำคิดย้ำทำ มีอาการไม่แน่ใจ ไม่อยู่นิ่ง ระบายผู้อื่น มีพฤติกรรมกระสับกระส่ายจากอาการหลงผิด ประสาทหลอน ต้องได้รับความช่วยเหลือ

3.2.1.5 ด้านสัมพันธภาพ ผู้ป่วยแยกตัว ปฏิเสธการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น พยาบาลต้องใช้เทคนิคในการสื่อสารสร้างสัมพันธภาพ และสร้างความไว้วางใจก่อน อย่าเร่งรีบเพื่อหาข้อมูลจากผู้ป่วยเร็วไป อาจมีผลเสียในด้านความไว้วางใจ และทำให้ขาดความร่วมมือในการบำบัดขั้นต่อไป

3.2.2 การวินิจฉัยการพยาบาล ข้อวินิจฉัยการพยาบาลในผู้ป่วยจิตเภท ควรพิจารณาทั้งด้านสภาพทางร่างกาย ความคิด การรับรู้ พฤติกรรม และสัมพันธภาพ มักมีลักษณะดังนี้

3.2.2.1 ร่างกายสกปรก ไม่สนใจดูแลสุขภาพอนามัยของตนเอง

3.2.2.2 ขาดอาหารและน้ำเนื่องจากปฏิเสธอาหารและระแวงว่ามียาพิษในอาหาร

3.2.2.3 เสี่ยงต่ออันตรายจากอุบัติเหตุจากการพยายามหนีจากอาการหลงผิดและประสาทหลอน

3.2.2.4 พฤติกรรมถดถอยเนื่องจากการรับรู้เสีย

3.2.2.5 แยกตัว เนื่องจากไม่มั่นใจการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น

3.2.2.6 ไม่สามารถสื่อสารได้ดีเนื่องจากการรับรู้บกพร่อง

3.2.2.7 สับสนวุ่นวายจากอาการหลงผิดและประสาทหลอน

3.2.3 การวางแผนการพยาบาล การวางแผนระยะสั้นและระยะยาว เน้นหลักการดังนี้

3.2.3.1 การวางแผนระยะสั้น เน้นการช่วยเหลือในช่วงแรก โดยเฉพาะการดูแลผู้ป่วยในระยะที่มีอาการ จำเป็นต้องได้รับการดูแลจากพยาบาลโดยตรงในปัญหาต่างๆ ได้แก่

3.2.3.1.1 การดูแลความปลอดภัย ให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย โดยเฉพาะการระวังเรื่องอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นจากภาวะหลงผิด ประสาทหลอน อาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกหวาดกลัวจนมีพฤติกรรมรุนแรง

3.2.3.1.2 การดูแลสภาพร่างกาย ให้ผู้ป่วยได้รับอาหาร น้ำดื่ม การพักผ่อนนอนหลับ และสุขอนามัยที่ดี เนื่องจากผู้ป่วยมักหมกมุ่นกับเรื่องของตนเองจนขาดความสนใจในสิ่งเหล่านี้

3.2.3.1.3 การดูแลด้านการบำบัดทางชีวภาพ ให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างถูกต้องและปลอดภัย สังเกตและระมัดระวังอาการที่อาจเกิดจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา

3.2.3.1.4 ผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดด้วยไฟฟ้า (ECT) ต้องกำหนดแผนการพยาบาลที่เน้นการดูแลทั้งด้านร่างกายและจิตใจ รวมถึงการฟื้นฟูสภาพ และการป้องกันอันตรายจากพฤติกรรมต่อต้านและภาวะสับสนมีนงง

3.2.3.1.5 การพัฒนาทักษะสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและกลุ่ม โดยการสร้างสัมพันธภาพด้วยความเข้าใจ ไว้วางใจ และสนับสนุนผู้ป่วยให้เรียนรู้ประโยชน์และทักษะของการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น ทั้งรายบุคคลและเป็นกลุ่ม

3.2.3.1.6 พัฒนาการปรับตัว การมองตน และมองโลกในทางที่ดี

3.2.3.2 การวางแผนระยะยาว เป็นการกำหนดแผนการพยาบาลที่เน้นการดูแลระยะยาวและต่อเนื่อง โดยครอบคลุมถึงเป้าหมายและการดำเนินชีวิตระยะยาวในอนาคต ซึ่งประกอบด้วยแผนที่ควรดำเนินการ ได้แก่

3.2.3.2.1 การดูแลตนเองด้านสุขภาพและการบำบัดอย่างต่อเนื่อง เน้นการใช้ยาอย่างถูกต้อง เน้นการรับประทานอาหาร การมีกิจกรรมต่างๆ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของทั้งผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแลที่บ้าน

3.2.3.2.2 การกำหนดแผนการดำเนินชีวิต ในครอบครัวและในสังคมอย่างเหมาะสม

3.2.3.2.3 การใช้แหล่งบริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชนและหน่วยงานใกล้เคียง เช่น ศูนย์บริการสุขภาพจิตเขตต่างๆ

3.2.4 การปฏิบัติการพยาบาล ปฏิบัติตามแผนการพยาบาล โดยพิจารณาปรับตามความเหมาะสม ใช้เทคนิคการพยาบาล ได้แก่

3.2.4.1 เสริมสร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจ

3.2.4.2 ลดความวิตกกังวลด้วยการยอมรับ เสนอแนะ และส่งเสริมการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม

3.2.4.3 รักษาสมดุลด้านชีววิทยา

3.2.4.4 ใช้ความคงเส้นคงวาและชัดเจนในการติดต่อสื่อสาร

3.2.4.5 ใช้หลักสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด

3.2.4.6 นำผู้ป่วยเข้าสู่ความเป็นจริงโดยการจัดให้มีกิจกรรมบำบัดที่เหมาะสม

3.2.4.7 ระวังระวังอันตรายที่จะเกิดกับผู้ป่วยและผู้ที่อยู่ข้างเคียง ในช่วงที่ผู้ป่วยมีอาการรุนแรง

3.2.5 การประเมินผล ในการประเมินผลการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทนั้น พยาบาลนำข้อมูลของผู้ป่วยที่ประเมินได้ตั้งแต่เริ่มต้น จนหลังให้การพยาบาลเสร็จสิ้นแล้ว เปรียบเทียบกับเกณฑ์ประเมินผล ผลการประเมินที่ควรพิจารณาได้แก่

3.2.5.1 ผู้ป่วยมีความปลอดภัยจากอันตรายและอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นในภาวะที่ไม่รู้สติ

3.2.5.2 ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพในการบำบัดด้วยยาและการบำบัดทางชีวภาพ

3.2.5.3 ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นได้ดีขึ้น

3.2.5.4 ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพกับครอบครัวดีขึ้น

3.2.5.5 ผู้ป่วยได้รับการเรียนรู้และพัฒนาทักษะการสื่อสารกับบุคคลอื่นและสังคมดีขึ้น

3.2.5.6 ผู้ป่วยรับรู้และมุ่งมั่นในการปฏิบัติบทบาทของตนเองในครอบครัวดีขึ้น ผู้ป่วยสามารถกลับไปทำงานได้ตามปกติ

สรุป การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทต้องใช้กระบวนการพยาบาล ประกอบด้วย การประเมินสภาพปัญหา การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผล

นอกจากนี้ เพียร์ดี เปี่ยมมงคล (2553) ได้กล่าวเพิ่มเติมในเรื่องการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท ดังนี้

1. สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย (therapeutic nurse client relationship)

เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไว้วางใจในตัวพยาบาล ผู้ป่วยโรคจิตเภทบ่อยครั้งจะต่อต้านการเข้าไปสร้างสัมพันธภาพ เนื่องจากผู้ป่วยเคยถูกปฏิเสธหรือผู้ป่วยมีความล้มเหลวในการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นมาก่อน หรือผู้ป่วยอยู่ในภาวะของความหวาดระแวงซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของอาการเจ็บป่วยทางจิต ถ้าผู้ป่วยมีอาการประสาทหลอน ภาพลักษณ์ของบุคคลอื่นอาจจะบิดเบือนไปจากความเป็นจริง ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกตกใจกลัว พยาบาลควรเข้าไปพบผู้ป่วยด้วยท่าทางสงบและเป็นมิตร สำหรับผู้ป่วยที่กำลังมีอาการทางจิตรุนแรง ควรเข้าไปพบผู้ป่วย ใช้เวลาสั้นๆ แต่สม่ำเสมอ การมีปฏิสัมพันธ์อย่างสม่ำเสมอช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไว้วางใจ

2. การพยาบาลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมแยกตัวจากสังคม (social isolation) มีดังนี้

2.1 พยาบาลต้องตระหนักว่า ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะมีลักษณะที่แสดงออกมาว่า แยกตัวเอง ไม่ชอบติดต่อกับบุคคลอื่น แต่ความรู้สึกที่แท้จริงนั้น ผู้ป่วยมีความต้องการติดต่อกับบุคคลอื่นมาก แต่ไม่มีทักษะขอความเป็นมิตรจากบุคคลอื่นได้ พยาบาลไม่ควรปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่คนเดียวตลอดไป ควรเข้าไปติดต่อกับผู้ป่วยด้วยท่าทางที่ยอมรับและมีความเป็นมิตร

2.2 ผู้ป่วยมักจะอยู่ในโลกของความเพ้อฝัน (fantasy world) ไม่สนใจตนเองและสิ่งแวดล้อม พยาบาลควรให้การดูแลความเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย (physical illness) สุขอนามัยส่วนบุคคล (personal hygiene) โดยกระตุ้นให้ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันของตนเอง กระตุ้นให้รับประทานอาหารให้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย ตลอดจนกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้มีการเคลื่อนไหว และการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เนื่องจากผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะแยกตัวออกจากโลกของความจริง พยาบาลควรกระตุ้นผู้ป่วยให้เข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมต่างๆ และเข้าไปติดต่อกับผู้ป่วยบ่อยๆ จะทำให้ผู้ป่วยค่อยๆ อยู่ในโลกของความคิดฝันของตนเองน้อยลง และอยู่ในโลกของความเป็นจริงมากขึ้น

2.3 ผู้ป่วยอาจจะมีความคิดหลงผิด (delusion) หรือประสาทหลอน (hallucination) ได้ เนื่องจากผู้ป่วยมักจะอยู่แต่ในโลกของความเพ้อฝัน (fantasy world) ของตนเอง บางครั้งผู้ป่วยจะมีความงุนงงสับสนว่าอะไรคือโลกที่เขานึกฝัน หรืออะไรคือโลกที่เป็นความจริง เพราะฉะนั้น พยาบาลควรให้ความจริง (presenting reality) กับผู้ป่วยทุกครั้งที่พบว่าผู้ป่วยมีอาการประสาทหลอน

3. การพยาบาลผู้ป่วยที่มีอาการประสาทหลอน (hallucinations) มีดังนี้

3.1 สังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยและประเมินดูว่าผู้ป่วยมีอาการประสาทหลอนชนิดไหน และในสถานการณ์ใด

3.2 ถามผู้ป่วยว่าเสียงที่ผู้ป่วยได้ยิน พูดว่าอะไร หรือผู้ป่วยมองเห็นอะไร เพื่อให้พยาบาลเข้าใจความรู้สึกและพฤติกรรมของผู้ป่วย ถ้าเสียงที่ผู้ป่วยได้ยินเป็นคำสั่ง และคำสั่งที่ผู้ป่วย

ได้ยื่นสั่งให้ผู้ป่วยทำอะไร บ่อยครั้งเสียงที่เป็นคำสั่งมักจะสั่งให้ผู้ป่วยทำร้ายตนเองหรือทำร้ายผู้อื่น ถ้าเป็นเช่นนี้ เจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพจะได้ปกป้องตัวผู้ป่วยเองของบุคคลอื่นได้

3.3 ให้ความจริงกับผู้ป่วย (presenting reality) ทุกครั้งที่พบว่าผู้ป่วยมีอาการประสาทหลอน โดยไม่ขัดแย้งหรือตำหนิผู้ป่วย

3.4 ไม่คล้อยตามไปกับอาการประสาทหลอนของผู้ป่วย เพราะถ้าคล้อยตามจะเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีอาการประสาทหลอนมากขึ้น

3.5 บางครั้งจะพบว่าผู้ป่วยรู้ว่าตัวเองมีอาการประสาทหลอน ผู้ป่วยจะสนใจค้นหาเหตุผลว่าทำไมตนเองจึงประสาทหลอน และจะแก้ไขอย่างไรดี ซึ่งเป็นสัญญาณที่ดีแสดงว่าผู้ป่วยมีความเข้าใจในอาการของตนเองดี (insight) พยาบาลสามารถที่จะสอนให้ผู้ป่วยรู้จักการควบคุมตนเอง และกระตุ้นผู้ป่วยให้สัมผัสกับสิ่งที่จริงได้ เช่น บอกผู้ป่วยว่าอย่าอยู่คนเดียว ให้หาเพื่อนคุย หรือหากิจกรรมอื่นทำเพื่อเบนความสนใจ อาการประสาทหลอนจะได้หายไป หรือเมื่อผู้ป่วยรู้ว่าตนเองมีอาการประสาทหลอนเกิดขึ้น อย่าไปสนใจกับอาการประสาทหลอน เพียงให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณมีอาการประสาทหลอนเกิดขึ้นเท่านั้น หรืออาจจะใช้วิธีการที่ให้ผู้ป่วยควบคุมตนเอง เมื่อมีอาการประสาทหลอนโดยบอกให้ผู้ป่วยใช้เสียงของตนเองขับไล่เสียงที่ผู้ป่วยได้ยินนั้นไป

3.6 ในรายที่ผู้ป่วยไม่รู้ตัวว่าตนเองมีอาการประสาทหลอนหรือผู้ป่วยไม่บอกว่ามีอาการประสาทหลอน พยาบาลต้องสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยที่มีอาการประสาทหลอนเกิดขึ้น เช่น ผู้ป่วยทำท่าตั้งใจฟัง แล้วพูดคุยโดยไม่มีใครปรากฏตัวอยู่ตรงนั้น หรือผู้ป่วยพูดพึมพำคนเดียว พยาบาลจะต้องอธิบายให้ผู้ป่วยฟังว่าสิ่งต่างๆที่ผู้ป่วยเห็นหรือได้ยินนั้นไม่มีตัวตนจริงๆ ซึ่งพยาบาลจะกระทำอย่างนี้ได้ต่อเมื่อพยาบาลและผู้ป่วยมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ผู้ป่วยให้ความไว้วางใจในตัวพยาบาลแล้ว

3.7 ในขณะที่ผู้ป่วยมีอาการประสาทหลอน ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกกลัวหรือก้าวร้าวคนอื่น พยาบาลต้องมีความเข้าใจ และให้ความมั่นใจกับผู้ป่วยว่าเขาอยู่ที่นี้ปลอดภัย และช่วยป้องกันผู้ป่วยจากการทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น

3.8 ให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมบำบัดของหอผู้ป่วย เช่น กลุ่มนันทนาการ กลุ่มอาชีพะบำบัด กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยมีเวลาที่จะอยู่คนเดียวและจินตนาการในสิ่งต่างๆ มากเกินไป

4. การพยาบาลผู้ป่วยที่มีอาการหลงผิด (delusions) มีดังนี้

4.1 รับฟังความคิดเห็นของผู้ป่วยโดยไม่ตัดสินหรือไม่ตำหนิผู้ป่วย

4.2 หลีกเลี่ยงการแสดงออกของความไม่น่าเชื่อถือ การขบขันหรือการสนับสนุนคล้อยตามผู้ป่วย

4.3 ไม่ได้เถียงกับผู้ป่วยหรือให้เหตุผลว่าความเชื่อของผู้ป่วยเป็นความเชื่อที่ผิด

4.4 จัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกปลอดภัย

4.5 จัดให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมบำบัดในหอผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้ติดต่อกับสิ่งที่เป็นอยู่จริง จะทำให้ความหลงผิดค่อยๆลดลง

5. การพยาบาลผู้ป่วยที่มีอาการหวาดระแวง (paranoid) มีดังนี้

5.1 ผู้ป่วยหวาดระแวงเป็นผู้ที่ขาดความมั่นใจในตนเอง พยาบาลจะต้องสำรวจดูว่าความสามารถด้านใดของผู้ป่วยที่ยังดีอยู่ พยายามชี้ให้ผู้ป่วยเห็นและกระตุ้นให้ผู้ป่วยใช้ความสามารถที่เหลืออยู่ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความภาคภูมิใจในตนเอง

5.2 เนื่องจากผู้ป่วยหวาดระแวงมีแนวโน้มที่จะไม่ไว้วางใจผู้อื่นอยู่แล้ว สิ่งที่สำคัญมากในการเข้าไปติดต่อกับผู้ป่วย คือ การติดต่อกับผู้ป่วยด้วยท่าทางเป็นมิตรทุกครั้ง จะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าเขาได้รับการยอมรับและรู้สึกมั่นคงปลอดภัย พยาบาลควรหลีกเลี่ยงการพุดชบชับกับคนอื่นต่อหน้าผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยไม่ได้ยินจะระแวงได้

5.3 ผู้ป่วยหวาดระแวงจะแสดงออกมาในรูปการมีความหลงผิด (delusion) เช่น บอกว่าในอาหารมียาพิษ มีคนจะมาทำร้าย พยาบาลจะต้องรับฟังด้วยท่าทางที่ยอมรับ และหาทางให้ความจริง (presenting reality) แทนที่ ในการให้ความจริงกับผู้ป่วยนั้น พยาบาลต้องจัดบรรยากาศให้ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัยหรือสะดวกใจต่อการพิสูจน์ความจริง อาจเป็นคำพูดหรือการกระทำที่ดูก็ได้ เช่น ชิมอาหารให้ผู้ป่วยดู หรืออาจให้ผู้ป่วยสังเกตการกระทำของผู้ป่วยอื่นก็ได้ การช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการหลงผิดลดลงอีกประการหนึ่ง คือการให้ผู้ผู้ป่วยทำกิจกรรมให้มาก เวลาในการคิดจะน้อยลง อาการหลงผิดก็จะน้อยลงด้วย

5.4 ผู้ป่วยจะมีความโกรธ (anger) และความก้าวร้าว (aggression) พยาบาลต้องยอมรับและอดทนต่อพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออก และพยายามให้ผู้ผู้ป่วยได้ทำกิจกรรมที่ต้องใช้กำลังกายเพื่อลดความโกรธ และความก้าวร้าวในตัวผู้ป่วย

5.5 ผู้ป่วยระแวงมักจะกลัวคนทั่วไป และพยายามแยกตัวออกห่างจากผู้อื่น ผู้ป่วยเชื่อว่าวิธีที่ดีที่สุดในการปกป้องคุ้มครองตนเอง คือการรุกรานผู้อื่นเสียก่อน จึงพบว่าผู้ป่วยมักจะทะเลาะกล่าวโทษผู้อื่นหรือทำร้ายผู้อื่นก่อนเสมอ พยาบาลต้องคอยสังเกตผู้ป่วยว่าผู้ป่วยมีความหลงผิดอย่างไร และมีความรู้สึกเช่นไร ถ้าพบว่าผู้ป่วยกลัวใครจะมาทำร้าย จะต้องให้ความมั่นใจว่า อยู่ที่นี่เขาปลอดภัย พยาบาลจะช่วยดูแลไม่ให้ใครเข้ามาทำอันตรายเขาได้ และจัดให้ผู้ผู้ป่วยอยู่ในห้องที่สงบและรู้สึกว่าคุณปลอดภัย เพื่อป้องกันอันตรายที่จะเกิดกับตัวผู้ป่วยเองและบุคคลอื่น

5.6 ในการที่จะทำให้ผู้ป่วยทำอะไร ควรเป็นคำพูดที่ “ชักชวน” หรือ “ขอร้อง” ซึ่งจะดีกว่าการใช้คำสั่งให้ผู้ผู้ป่วยทำ เพราะถ้าเป็นคำสั่งผู้ป่วยจะต่อต้าน

สรุป การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางด้านอารมณ์ การรับรู้ กระบวนการคิด พฤติกรรม และบุคลิกภาพ ผู้ให้การพยาบาลจะต้องมีความละเอียดรอบคอบ มี

การใช้กระบวนการพยาบาลในการให้การพยาบาลผู้ป่วย โดยเริ่มจากประเมินสภาพผู้ป่วยอย่างครอบคลุม ในทุกๆด้าน วินิจฉัยทางการพยาบาลให้ตรงกับสิ่งที่ประเมิน วางแผนการพยาบาล และให้การพยาบาลอย่างครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย ความคิด การรับรู้ พฤติกรรม และสัมพันธภาพ และสุดท้ายต้องมีการประเมินผลทางการพยาบาล

3.3 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

การดูแลผู้ป่วยจิตเภท ภายหลังจากการบำบัดรักษาในโรงพยาบาลและกลับไปใช้ชีวิตอยู่ในชุมชน เป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชและทีมสุขภาพ ในการส่งเสริมและคงไว้ซึ่งสุขภาพจิตที่ดีของผู้ป่วย รวมทั้งการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยมีแนวคิดการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ดังนี้ (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2552)

แนวคิดการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชยึดหลักการปฏิบัติ เพื่อตอบสนองความต้องการของบุคคล ซึ่งลักษณะสำคัญของการปฏิบัติการพยาบาล คือ

1. พยาบาลต้องมีความยึดมั่นผูกพัน (Commitment) ต่อการปฏิบัติการพยาบาลเป็นเบื้องต้น การที่พยาบาลมีความเมตตา กรุณา ยึดมั่น ประโยชน์ที่ผู้ใช้บริการจะได้รับเป็นสำคัญ (Compassion) ให้ความสำคัญกับความต้องการและการตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการอย่างเป็นธรรม เต็มกำลัง เต็มความสามารถตลอดเวลา ดูแลช่วยเหลือจนเกิดผลลัพธ์ โดยผู้ใช้บริการมีความพึงพอใจ มีความสุข สามารถดำรงชีวิตได้อย่างเป็นสุข (Conscience)

2. พยาบาลต้องศึกษาหาความรู้จนเข้าใจธรรมชาติของผู้ใช้บริการ การดำรงชีวิตของผู้ป่วย หรือผู้ที่มีปัญหาสุขภาพภายใต้สภาพแวดล้อมที่เป็นสภาพการณ์จริง ทำความเข้าใจกับประสบการณ์การเจ็บป่วย ตามมุมมองของผู้ป่วย ตลอดจนการพัฒนาความรู้ และความชำนาญในการดูแลช่วยเหลือ สามารถแก้ปัญหาสุขภาพ บรรเทาความทุกข์ของผู้ป่วย สร้างความสุขสบาย และสามารถพัฒนาคุณภาพชีวิตให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตที่เป็นสุขภายใต้ครอบครัวที่อบอุ่น และมีการสนับสนุนเอื้ออาทรกันในชุมชนที่เข้มแข็ง

3. พยาบาลใช้วิธีการปฏิบัติการพยาบาลอย่างเป็นขั้นตอน ซึ่งเป็นระบบการพยาบาลที่ยึดผลลัพธ์ทางการพยาบาลเป็นเป้าหมาย ด้วยการปฏิบัติเป็นขั้นตอนดังนี้

- 3.1 วินิจฉัยปัญหาหรือความต้องการการพยาบาลของผู้ใช้บริการ โดยการคิดไตร่ตรอง วิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูลสุขภาพของผู้ใช้บริการ และองค์ความรู้ทางการพยาบาลอย่างรอบคอบ

- 3.2 กำหนดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่พึงประสงค์ ทั้งผลลัพธ์ระยะสั้นและระยะยาว รวมทั้งเกณฑ์การประเมินผลลัพธ์สำหรับผลลัพธ์นั้นๆ

3.3 กำหนดวิธีปฏิบัติการพยาบาลอย่างเป็นระบบ ทั้งที่เป็นการปฏิบัติการพยาบาลที่กระทำโดยตรงต่อผู้ใช้บริการ และครอบครัว รวมทั้งการบริหารจัดการระบบบริการพยาบาลที่มุ่งสู่ผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ตั้งไว้

3.4 ปฏิบัติกิจกรรมตามที่กำหนดไว้ รวมทั้งรวบรวมผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ทั้งที่เป็นผลลัพธ์ที่เกิดจากการปฏิบัติการพยาบาลโดยตรงและผลลัพธ์อื่นๆ ตามมา

3.5 ประเมินความสำเร็จของการปฏิบัติการพยาบาลจากความสำเร็จของผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผลลัพธ์ที่คาดหวัง และพิจารณาคุณค่าของผลลัพธ์อื่นที่เกิดขึ้น ต่อการดำรงชีวิตของผู้ใช้บริการร่วมด้วย

3.6 จัดระบบบริการพยาบาลใหม่อย่างต่อเนื่องเพื่อมุ่งผลลัพธ์ระยะยาว คือ การมีสุขภาพดี หรือการมีชีวิตที่ปกติสุข

สรุป การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช พยาบาลต้องปฏิบัติการพยาบาลอย่างเป็นขั้นตอน ด้วยองค์ความรู้ มุ่งสู่ผลลัพธ์ทางการพยาบาล สามารถแก้ปัญหาสุขภาพ โดยผู้ใช้บริการมีความพึงพอใจ สามารถดำรงชีวิตได้อย่างเป็นสุข

การปฏิบัติงานของพยาบาลจิตเวช จึงครอบคลุมบทบาทที่หลากหลายขึ้นอยู่กับสิ่งแวดล้อม และภาวะสุขภาพของผู้ใช้บริการ โดยมีกระบวนการพยาบาลแบบผู้ใช้บริการเป็นศูนย์กลาง มุ่งพัฒนาผู้ใช้บริการในฐานะบุคคล ในลักษณะเป็นหน่วยเดียวที่มีองค์ประกอบด้านกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ ครอบคลุมบทบาท 6 บทบาท ดังนี้ (เสาวนีย์ เมืองด้วง, 2551)

1. บทบาทผู้เลี้ยงดู โดยการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ทั้งอันตรายที่เกิดจากปัจจัยภายในตัวผู้ป่วยเอง และปัจจัยภายนอก พยาบาลจะต้องยอมรับผู้ป่วยอย่างไม่มีเงื่อนไข และมุ่งสนับสนุนและพัฒนาการส่วนบุคคลในทุกด้าน

2. บทบาทผู้ประสานงาน พยาบาลจะต้องวางแผน ดำเนินการ และประสานการจัดกิจกรรม ทั้งกิจกรรมที่เกี่ยวกับการพยาบาล กิจกรรมทางสังคม สันทนาการ ที่มุ่งพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ใช้บริการ พยาบาลจึงรับหน้าที่ประเมินความก้าวหน้าของผู้ป่วย ซึ่งเป็นผลมาจากกระบวนการรักษาพยาบาล และบันทึกผลการประเมินนี้สำหรับบุคลากรในทีมสุขภาพ

3. บทบาทผู้แทนสังคม พยาบาลเป็นผู้ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยพัฒนาพฤติกรรมทางสังคมที่เหมาะสม โดยการจัดให้ผู้ป่วยได้ฝึกทดลองพฤติกรรมทางสังคมใหม่ในการดำรงชีวิตประจำวัน ร่วมกับบุคคลอื่นๆ เป็นกลุ่มเล็กและให้ข้อมูลเกี่ยวกับการแสดงพฤติกรรมของผู้ป่วยและการตอบสนองของผู้ป่วยต่อบุคคลรอบตัว เพื่อเตรียมให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสม

4. บทบาทผู้ให้คำปรึกษา พยาบาลจะช่วยเหลือผู้ใช้บริการให้สำรวจปัญหาแบบแผนการแก้ปัญหาเดิมของตน และพัฒนาหรือแสวงหาวิธีการแก้ปัญหาใหม่ ปรับวิธีการคิด ปรับความรู้สึกต่อตนเองใหม่ รวมทั้งรับผิดชอบในการกระทำของตนเพื่อตนเอง เพื่อลดความทุกข์ทรมาน

ของตนเอง และสามารถแสวงหาความช่วยเหลือ จากผู้ใกล้ชิดและทีมสุขภาพได้ ช่วยให้ผู้ใช้มีกำลังใจ จะต่อสู้และปรับตัวในสภาพการณ์ที่เป็นอยู่ได้ดีขึ้น

5. ผู้ให้ความรู้/ ผู้สอน พยายามจะทำหน้าที่เป็นครูหรือผู้สอนให้ความรู้ สนับสนุนให้ข้อมูลย้อนกลับ ให้กำลังใจเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและการดูแลตนเอง ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมอย่างถาวร

6. ผู้ชำนาญการทางเทคนิค พยายามจะช่วยเหลือผู้ป่วยโดยการกระทำกิจกรรมแทนผู้ป่วย ในส่วนที่ผู้ป่วยกระทำเองไม่ได้ การดูแลผู้ป่วยในด้านที่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาล และการช่วยเหลือผู้ป่วยให้พ้นจากความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกายและจิตใจ พยายามจะใช้ความรู้ความสามารถทางเทคนิค การรักษาพยาบาล การสนับสนุน การประคับประคองช่วยเหลือผู้ป่วย เมื่อมีปัญหาเฉพาะอย่าง

แนวทางในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและการฟื้นฟูสภาพสำหรับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนควรได้รับการส่งเสริมสุขภาพและฟื้นฟูสภาพ ดังนี้ (กฤษณ์ชลธิเพียรทอง, 2547)

1. ควรเน้นงานด้านอาชีวะบำบัด เพื่อฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยได้มีอาชีพและมีรายได้เลี้ยงตนเองอย่างเพียงพอ เมื่อผู้ป่วยมีรายได้เพียงพอที่สามารถเลี้ยงตนเองได้ ผลที่ตามมาคือผู้ป่วยรู้สึกถึงความมีคุณค่า ภาคภูมิใจในตนเอง และพึงพอใจในการใช้ชีวิต ซึ่งทั้งนี้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการประสานงาน และร่วมมือกันในการส่งเสริมเรื่องดังกล่าว

2. ควรให้ความรู้ และให้คำปรึกษาเรื่องโรคและวิธีการดูแลตนเองกับผู้ป่วย โดยให้ครอบครัว และชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม ทั้งนี้เพื่อเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ มีความภาคภูมิใจ มีความรู้สึก และทัศนคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง

3. ควรมีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้เป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว และชุมชน โดยมีการแลกเปลี่ยนความรู้สึกระหว่างกัน ทำให้ผู้ป่วยเกิดการสนับสนุนซึ่งกันและกัน เมื่อผู้ป่วยมีเครือข่ายการช่วยเหลือ ก็จะทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกว่าตนเองอ้างว้างและ โดดเดี่ยว เมื่อมีปัญหายังมีผู้ช่วยเหลือ และได้รับการยอมรับจากสังคม ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความสนใจในการดูแลตนเอง และสามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่น ได้ มีสุขภาวะที่ดีตามมา

4. แนะนำให้ผู้ป่วยรู้จักกับองค์กร หรือหน่วยงานด้านสาธารณสุข และแหล่งความรู้ที่ผู้ป่วยสามารถรับความช่วยเหลือได้เมื่อมีปัญหา ตลอดจนการให้คำปรึกษา ให้ความรู้ในเรื่องข้อมูลข่าวสาร และการตอบคำถามในข้อที่สงสัย

3.4 บทบาทและกิจกรรมการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท

เมื่อบุคคลประสบกับเหตุการณ์ตึงเครียดในชีวิต จะมีการวิเคราะห์และประเมินเหตุการณ์ตึงเครียดนั้นอย่างมีแบบแผนและเป็นขั้นเป็นตอน และในเหตุการณ์หรือสถานการณ์นั้นๆ บุคคลจะมีความสามารถในการเผชิญกับความเครียดได้แตกต่างกัน ซึ่งขึ้นอยู่กับความรุนแรง และการเกิดขึ้นอย่างกะทันหันของสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดความเครียด (เพียร์ดี เปี่ยมมงคล, 2553) หรือจะแตกต่างกันไปตามเงื่อนไขต่างๆ เช่น ระดับความมากน้อยของปัญหา ความรุนแรงของสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด วิทยุติ การศึกษา และวุฒิภาวะ (Lazaus and Folkman, 1984) ดังนั้น การส่งเสริมศักยภาพให้บุคคลมีการเผชิญกับความเครียดที่เหมาะสม เป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยลดความตึงเครียดที่เกิดขึ้นได้ ดังนี้ (เพียร์ดี เปี่ยมมงคล, 2553)

1. การตระหนักรู้ถึงความเครียดที่มีอยู่ (Awareness) ในระยะแรกต้องตระหนักรู้ถึงความเครียดที่มีอยู่โดยการสำรวจความรู้สึกที่เกิดขึ้นของตนเอง ทบทวนเหตุการณ์ต่างๆและวิเคราะห์ว่ามีเหตุการณ์อะไรที่ทำให้เกิดความเครียด
2. วางแผนแก้ไขปัญหา (Problem solving) เมื่อทราบสาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียด ควรคิดหาวิธีการแก้ไขปัญหาที่ทำให้เกิดความเครียด โดยอาจจะคิดหาวิธีการแก้ไขปัญหาหลายๆ วิธี และพิจารณาเลือกวิธีที่ดีที่สุดแล้วนำไปปฏิบัติ อาจปรึกษาผู้ใกล้ชิดหรือผู้ที่เชื่อถือไว้วางใจได้
3. หาที่ปรึกษา การพูดถึงความรู้สึกไม่สบายใจให้บุคคลที่เข้าใจฟัง จะช่วยลดความกดดันทางอารมณ์ได้ ทำให้มองเห็นปัญหาในแง่ใหม่ หรืออาจได้ข้อคิดในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น
4. เมื่อมีปัญหาเข้ามาอย่ามองในแง่ร้าย ให้พยายามคิดในเชิงบวก และมองปัญหาในหลายแง่มุม
5. หยุดพักการทำงานหรือกิจกรรมที่กำลังทำอยู่นั้นชั่วคราว และเบี่ยงเบนไปทำกิจกรรมอื่นๆ แทน มีการแบ่งเวลาให้เหมาะสมกับงานในแต่ละวัน
6. มีการใช้อารมณ์ขัน และการหัวเราะ ซึ่งจะช่วยลดความรู้สึกวิตกกังวล และความตึงเครียด หรือสถานการณ์ที่ทำให้รู้สึกไม่สุขสบายได้ โดยการหัวเราะจะส่งผลดีต่อการหายใจ และอัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิต และทำให้กล้ามเนื้อคลายตัว
7. ใช้วิธีผ่อนคลายโดยทั่วไป ได้แก่ การดูโทรทัศน์ ดูภาพยนตร์ ฟังดนตรี ร้องเพลง หรือฟังเพลง เพลงที่จะทำให้เกิดการผ่อนคลายควรเป็นเพลงทำนองช้าๆ เสียงสัตว์หรือเล่นกับสัตว์เลี้ยง พบปะสังสรรค์กับเพื่อน ปลูกต้นไม้ รดน้ำต้นไม้ หรือดูแลต้นไม้
8. ใช้เทคนิคคลายเครียด ได้แก่ การฝึกหายใจแบบลึก (Deep breathing exercise) การทำสมาธิเบื้องต้น (Meditation) การสวดมนต์ (Prayer) การออกกำลังกาย (Physical exercise) การนวด (Massage) การผ่อนคลายกล้ามเนื้อทั่วร่างกาย (Progressive relaxation) และการจินตนาการทางด้านบวก (Positive Visualization or Imaginary) เป็นต้น

ผู้ป่วยจิตเภทมีการประมวลผลทางความคิดที่บกพร่อง และมีการตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่ผิดปกติ ด้วยเหตุนี้จึงทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ความเครียดได้ง่ายกว่าบุคคลกลุ่มอื่นๆ เนื่องจากผู้ป่วยมีความไวต่อตัวกระตุ้นที่ทำให้เกิดความเครียด (จำลอง ดิษยาณิช และ พร็ิมเพรา ดิษยาณิช, 2545) นอกจากนี้ผู้ป่วยยังต้องเผชิญกับสถานการณ์กดดันที่ทำให้เกิดความเครียดอยู่ตลอดเวลา ได้แก่ การแสดงท่าทางรังเกียจของครอบครัว สังคม และเครือข่ายสังคม ทำให้ผู้ป่วยขาดการสนับสนุน เป็นสาเหตุสำคัญที่นำไปสู่การทรุดหนักและการกลับกำเริบของอาการทางจิต (Myin – Germeys, Van OS, Schwartz, Stone and Delspaud, 2001; Nuechterlein and Dawson, 1984; Nuechterlein et al., 1994; Zubin and Spring, 1997) ดังนั้น เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยเกิดอาการกำเริบของโรค พยาบาลจึงเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม โดยใช้กระบวนการพยาบาลดังนี้ (ละเอียด แจ่มจันทร์ และสุธี ชันธรัชวงษ์, 2549)

1. การประเมินปัญหาทางการพยาบาล ซึ่งนอกจากจะประเมินการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย และจิตใจแล้ว พยาบาลควรประเมินสิ่งกระตุ้นที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด
2. การวินิจฉัยทางการพยาบาล จะเน้นปัญหาที่เกิดขึ้นซ้ำๆ และพฤติกรรมต่างๆ ที่บ่งบอกถึงผลที่เกิดจากความเครียด เช่น ผู้ป่วยมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเครียดที่เกิดจากภาวะสูญเสีย ผู้ป่วยมีพฤติกรรมแสดงออกทางด้านอารมณ์ และความคิด พยาบาลก็จะเน้นการวินิจฉัยการพยาบาลที่อารมณ์ และความคิดของผู้ป่วย ซึ่งเป็นผลจากความเครียดที่เกิดจากภาวะสูญเสียนั้น
3. กิจกรรมทางการพยาบาล จะเน้นที่การช่วยเหลือสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวกับภาวะความเจ็บป่วย การเกิดโรค หรือภาวะพึ่งพา การพยาบาลจะเริ่มตั้งแต่ การให้ข้อมูลข่าวสาร การให้ความรู้ และเป็นที่ปรึกษา การหากิจกรรมที่เป็นประโยชน์ การสนับสนุนให้ผู้ป่วยรับรู้ความเป็นจริงเกี่ยวกับสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดความเครียด นอกจากนี้พยาบาลควรจัดการกับสิ่งคุกคามต่างๆ ให้เป็นพลังท้าทายความสามารถของผู้ป่วย และใช้กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมใหม่เพื่อแก้ไขความเครียดนั้น
4. การประเมินผลทางการพยาบาล โดยจะเน้นที่ปัญหาของผู้ป่วย และกิจกรรมการพยาบาล พยาบาลสามารถประเมินว่าผู้ป่วยมีความเครียดลดลงจากพฤติกรรมทางด้านร่างกาย และสติปัญญา ความเครียดถึงแม้ว่าไม่สามารถวัดปริมาณได้ แต่สามารถจัดการให้ลดลงได้ โดยประเมินทั้งจากพฤติกรรมผู้ป่วย ระยะเวลาที่เกิดพฤติกรรมต่างๆ ระดับความรุนแรง และแหล่งสนับสนุนต่างๆของผู้ป่วยในการที่จะช่วยลดความเครียด

4. ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้คัดเลือกตัวแปรจากแนวคิดของ Endler and Parker (1990, 1994) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยในต่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับการเผชิญความเครียด พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งสามารถจำแนกเป็น 3 ด้าน ได้แก่

1. ปัจจัยส่วนบุคคล (Demographic factors) ได้แก่ ระดับการศึกษา (Lysaker et al., 2005) อายุ (Cohen, 1993)
2. ปัจจัยด้านอาการ (Clinical symptoms) ได้แก่ อาการทางบวก (Lysaker et al., 2005; Ritsner et al. 2003) อาการทางลบ (Lysaker et al., 2005 ; Modestin et al., 2004 ; Rudnick and Kravetz, 2001 ; Wilder et al., 2002) และความบกพร่องทางประสาทการรู้คิด (Lysaker et al., 2004 ; Van den et al., 1992)
3. ปัจจัยด้านจิตสังคม (Psychosocial factors) ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม (Christina et al., 1997; Strous et al., 2005) และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Strous et al., 2005 ; Ventura et al., 2004) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

4.1 ปัจจัยส่วนบุคคล (Demographic factors)

4.1.1 ระดับการศึกษา (Education)

การศึกษาช่วยพัฒนาให้บุคคลมีความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่างๆ ส่งผลให้มีวิสัยทัศน์ที่กว้างไกล และ เมื่อต้องเผชิญกับปัญหาหรือสถานการณ์ความเครียด ก็สามารถที่จะนำประสบการณ์จากการเรียนรู้ที่เข้ามาช่วยแก้ไขปัญหาก่อนที่จะสถานการณ์จะเลวร้ายลงไปอีก การศึกษาที่ดีจะช่วยให้บุคคลสามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ (Jalowice and Power, 1981) ดังนั้นการศึกษาทำให้บุคคลมีความคิดในแง่บวก และใช้เหตุผลในการแก้ปัญหา (Lysaker et al., 2005)

ความสัมพันธ์ของระดับการศึกษากับการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท

Lysaker et al. (2005) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ของประสาทการรู้คิด ความวิตกกังวล อาการทางบวกและอาการทางลบกับการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 42 คน โดยพบว่าปัจจัยส่วนบุคคลในด้านระดับการศึกษาที่ผู้ป่วยจิตเภทได้รับในระดับสูง มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภทโดยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียดด้วยวิธีการจัดการกับปัญหาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังนั้น จึงสรุปได้ว่า ระดับการศึกษาเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท

4.1.2 อายุ (Age)

อายุ บุคคลเมื่อมีอายุมากขึ้น มีการทำใจที่จะยอมรับ อดทน และเรียนรู้ที่จะใช้ชีวิตมากขึ้น ดังนั้น เมื่อมีความเครียดหรือปัญหาผ่านเข้ามาในชีวิต ผู้ที่มีอายุมากกว่าจึงมีแนวโน้มที่จะใช้การเผชิญความเครียดด้วยวิธีการด้านบวก เพื่อหลีกเลี่ยงสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียด เช่น การเข้าหาคนอื่น หรือ การทำกิจกรรมอื่นทดแทน (Lazarus and Folkman, 1984; Cohen , 1993) มากกว่า

ความสัมพันธ์ของอายุกับการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท

Cohen (1993) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ของอายุกับการจัดการกับอาการของผู้ป่วยจิตเภท ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 86 คน พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดโดยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียดด้วยวิธีการหลีกเลี่ยงสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

4.2 ปัจจัยด้านอาการ (Clinical Symptoms)

4.2.1 อาการทางบวก (Positive Symptoms)

อาการทางบวกเป็นอาการของโรคจิตเภท ได้แก่ อาการหลงผิด ประสาทหลอน พฤติกรรมแปลกประหลาด การแสดงอารมณ์ของผู้ป่วยจะไม่เหมาะสมกับสถานการณ์ ไม่สัมพันธ์กับความคิดหรือคำพูด มักจะใช้วิธีการเผชิญกับความเครียดในลักษณะที่ไม่เหมาะสมโดยแสดงอารมณ์ออกมาอย่างทันทีทันใด เช่น จะแสดงความโกรธออกมาอย่างรุนแรงทั้งที่มีปัญหาหรือข้อถกเถียงเพียงแค่อเล็กน้ย (พิเชษฐ อดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกานนท์, 2552) อาการทางบวกส่งผลให้ผู้ป่วยขาดสติยังคิด ไม่เป็นมิตรกับใคร ใช้อารมณ์ในการตัดสินใจ มีการเผชิญหน้ากับปัญหาและไม่คิดแก้ปัญหา (McNally and Goldberg, 1997; Bak et al., 2001; Taskai et al., 1990; Rolling et al., 1999; Wield, 1992)

ความสัมพันธ์ของอาการทางบวกกับการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท

จากการศึกษาของ Lysaker et al. (2005) และการศึกษาของ Ritsner et al. (2003) ระบุว่าอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทมีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดโดยมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเผชิญความเครียดด้วยวิธีการจัดการกับปัญหา และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียดด้วยวิธีการใช้อารมณ์และความรู้สึกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าอาการทางบวกมีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท

4.2.2 อาการทางลบ (Negative Symptoms)

อาการทางลบ เป็นอาการแสดงของโรคจิตเภท ซึ่งแสดงออกในด้านความคิดปกติ ได้แก่ 1) Alogic พูดน้อย เนื้อหาที่พูดมีน้อย ใช้เวลานานกว่าจะตอบ 2) Affective flattening การแสดงออกทางด้านอารมณ์ลดลง หน้าตาเฉยเมย ไม่ค่อยสบตา แม้ว่าบางครั้งอาจยิ้มหรือมีอารมณ์ดีบ้าง แต่โดยรวมแล้วการแสดงออกของอารมณ์จะลดลงมาก 3) Avolition ขาดความกระตือรือร้น

เฉื่อยชาลง ไม่สนใจเรื่องการแต่งกาย ผู้ป่วยอาจนั่งเฉยๆ ทั้งวันโดยไม่ทำอะไร 4) Asociality เก็บตัวเฉยๆ ไม่ค่อยแสดงออก (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2548) ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีแนวโน้มที่จะไม่ใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านบวกลักษณะต่างๆ เพื่อหลีกเลี่ยงเหตุการณ์ที่เคร่งเครียด เช่น การเข้าหาคนอื่น (Social diversion) หรือ เลี่ยงไปทำกิจกรรมอื่น (Distraction) ทดแทน (Lysaker et al.,2005; Modestin et al.,2004)

ความสัมพันธ์ของอาการทางลบกับการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท

จากการศึกษาของ Lysaker et al.(2005) และ Modestin et al.(2004) พบว่าอาการทางลบมีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภทโดยมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเผชิญความเครียดด้วยวิธีการหลีกเลี่ยงสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียด เนื่องจากผู้ป่วยมักจะขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยชาไม่ค่อยแสดงออก สอดคล้องกับการศึกษาของ Rudnick and Kravetz (2001) และ Wilder et al. (2002) ที่พบว่าอาการทางลบมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเผชิญความเครียดด้วยวิธีการหลีกเลี่ยงสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) ดังนั้น จึงสรุปได้ว่า อาการทางลบมีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท

4.2.3 ความบกพร่องทางประสาทการรู้คิด (Neurocognitive Deficits)

ความบกพร่องทางประสาทการรู้คิด หมายถึง ความบกพร่องของสมรรถภาพสมองที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับการรับรู้ การจำ การคิด สมาธิการสื่อสาร และการระลึกได้ (Carayannis, 2000; Stone, Wyman and Salisbury, 1999 อ้างถึงใน Kiatlaekakul, 2005) และหรือการรับรู้ การจำ ความใส่ใจ การคิด วางแผน และการแก้ปัญหา (Lysaker et al., 2004; Van den et al., 1992) ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของกระบวนการจำแนกข้อมูลที่ได้รับเข้าไปตามช่องทางการรับรู้ต่างๆ แปร ความหมาย ทำความเข้าใจ จดจำ รวมถึงการตัดแปลงใช้ข้อมูลนั้นในการแสดงออกอย่างเหมาะสม (กิ่งแก้ว ปาจารย์, 2550) ทำให้ผู้ป่วยไม่ยอมรับรู้ปัญหา และยอมจำนนกับสภาพการณ์ที่เกิดขึ้น เมื่อเกิดความเครียดก็จะไม่เข้าหาคนอื่นเพื่อขอความช่วยเหลือ หรือไม่ทำกิจกรรมอื่นๆ ทดแทน อีกทั้งผู้ป่วยจะมีความยากลำบากในการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลและสิ่งแวดล้อม (Lysaker et al., 2004)

ความสัมพันธ์ของความบกพร่องทางประสาทการรู้คิด กับการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท

จากการศึกษาของ Lysaker et al. (2004) และการศึกษาของ Van den et al. (1992) พบว่า ความบกพร่องทางประสาทการรู้คิดมีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท โดยมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเผชิญความเครียดด้วยวิธีการหลีกเลี่ยงสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) ดังนั้น จึงสรุปได้ว่า ความบกพร่องทางประสาทการรู้คิดมีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท

4.3 ปัจจัยด้านจิตสังคม (Psychosocial factors)

4.3.1 การสนับสนุนทางสังคม (Social support)

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือจากเครือข่ายสังคมด้านอารมณ์ สังคม สิ่งของ หรือข้อมูล ซึ่งการสนับสนุนนี้ จะช่วยให้ผู้ป่วยเผชิญกับความเครียด และตอบสนองต่อความเครียดได้ในระยะเวลาที่รวดเร็วขึ้น (Thoits, 1982 อ้างถึงใน สดใส คุ่มทรัพย์ อนันต์, 2546) การสนับสนุนทางสังคมยังเป็นสิ่งสำคัญที่บุคคลได้รับการเอาใจใส่เมื่อประสบปัญหา อีกทั้งช่วยลดความเครียด และสร้างให้เกิดความมั่นคงทางสุขภาพ (House, 1981 อ้างถึงใน หงษ์ บันเทิงสุข, 2548) ดังนั้น เมื่อบุคคลเกิดความเครียดจากเหตุการณ์ต่างๆ การสนับสนุนทางสังคม จึงเป็นแรงผลักดันที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีวิธีการเผชิญกับความเครียดที่เหมาะสม ส่งผลให้มีสุขภาพจิตที่ดีตามมา (จำลอง ดิษยาณิษ และพริ้มเพรา ดิษยาณิษ, 2545)

ความสัมพันธ์ของการสนับสนุนทางสังคมกับการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท

Christina et al. (1997) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม กับการเผชิญความเครียดในเหตุการณ์การดำเนินชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 42 คน พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท โดยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียดด้วยวิธีการหลีกเลี่ยงสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Strous et al. (2005) ซึ่งทำการศึกษาระยะยาวถึงความสามารถในการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท โดยเป็นผู้ป่วยระยะมีอาการทางจิตจำนวน 237 คน และเป็นผู้ป่วยระยะอาการสงบจำนวน 148 คน ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท โดยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียดด้วยวิธีการหลีกเลี่ยงสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) จึงกล่าวได้ว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท

4.3.2 การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self - Efficacy)

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน หมายถึง การคาดหมายของบุคคลในความสามารถของตนเอง และตัดสินใจว่าตนเองสามารถประกอบกิจกรรมที่กำหนดภายใต้สถานการณ์ที่จำเพาะได้หรือไม่ ซึ่งความสามารถนั้นเปลี่ยนแปลงได้ตามลักษณะของงาน หรือกิจกรรมที่กำหนดและสถานการณ์ที่เผชิญอยู่ การที่จะสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเองต่อเรื่องใดเรื่องหนึ่งนั้นเกิดจากการเรียนรู้ที่ได้จากแหล่งต่างๆ แต่ในขณะที่บุคคลมีความเครียดจะมีปัญหาด้านสภาวะจิตใจทำให้มีการรับรู้ถึงสมรรถนะของตนไม่ดี (Bandura, 1997 อ้างถึงใน ทศนีย์ ประสพกิตติคุณ, 2544) ในทางตรงข้าม หากบุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนดี จะส่งผลให้มีการปรับตัว มีขวัญกำลังใจ มีความ

เข้มแข็งและมีสุขภาพจิตที่ดี ทำให้สามารถเผชิญกับความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ (รัชดา ไชยโยธา, 2543; ฉัตรกมล ออกกจิวัตร, 2546 อ้างถึงใน อังศินันท์ อินทรกำแหง, 2551)

ความสัมพันธ์ของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับการเผชิญความเครียดของผู้ป่วย จิตเภท

จากการศึกษาของ Strous et al. (2005) ซึ่งทำการศึกษาระยะยาวถึงความสามารถในการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท โดยทำการศึกษาทั้งผู้ป่วยในระยะมีอาการทางจิตจำนวน 237 คน และผู้ป่วยในระยะอาการสงบจำนวน 148 คน ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท โดยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียดด้วยวิธีการจัดการกับปัญหาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และ การศึกษาของ Ventura et al. (2004) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการรู้คิดกับการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 29 คน ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท โดยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียดด้วยวิธีการจัดการกับปัญหาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) จึงกล่าวได้ว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

5.1 งานวิจัยในประเทศ

จิราภรณ์ สรรพวิรวงศ์ และคณะ (2544) ได้ทำการศึกษาวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชีวิตประจำวันกรณีศึกษาโรงพยาบาลสมเด็จพระยา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มาขอรับบริการแผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 100 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย 1) แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลประกอบด้วยข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย 2) แบบสัมภาษณ์ระดับความเครียด 3) คำถามปลายเปิดเพื่อใช้ในการสัมภาษณ์วิธีการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยโรคจิตเภท ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยนอกโรคจิตเภทมีความเครียดระดับมากร้อยละ 39 และใช้วิธีที่ไม่เหมาะสมร้อยละ 19 โดยจะเป็นลักษณะการแสดงอารมณ์โกรธกับบุคคลโดยไม่มีการยับยั้งชั่งใจ

ชาติชาย ไบทัตทิม (2547) ศึกษาการดำเนินชีวิตในสังคมหลังการบำบัดของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มาได้รับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีธัญญาซึ่งผ่านการบำบัดรักษา และดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมเป็นระยะเวลา 6 เดือนขึ้นไป จำนวน 10 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย 1) แบบสัมภาษณ์ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย 2) แถบบันทึกเสียงในการสัมภาษณ์ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 5 ราย (ร้อยละ 50) ใช้วิธีการ

เผชิญความเครียดที่ไม่เหมาะสม ในลักษณะของการหลีกเลี่ยง หลีกเลี้ยง และยอมจำนนต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น

โปรยทิพย์ กสิพันธุ์ (2548) ศึกษาความเครียดและความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยโรคจิตเภท กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการจำแนกประเภทอยู่ในประเภทผู้ป่วยเรื้อรังบำบัด จำนวน 80 คน ที่มารับการรักษาแผนกผู้ป่วยในจิตเวช โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย 1) ข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินความเครียด 3) แบบประเมินความสามารถในการเผชิญความเครียด ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยในโรคจิตเภทมีความสามารถในการเผชิญปัญหาด้านความเครียดโดยรวมในระดับพอใช้ ($\bar{x}=1.87$, $SD = 0.36$)

5.2 งานวิจัยในต่างประเทศ

Van den et al. (1992) ทำการศึกษาการเผชิญความเครียดและความบกพร่องทางประสาทการรู้คิดในผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 30 คน ที่มารับบริการในโรงพยาบาล Academic ประเทศเนเธอร์แลนด์ เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ 1) แบบสอบถาม Cognitive Failures Questionnaire (CFQ) สอบถามการรู้คิดด้านการรับรู้ และการจำ 2) แบบทดสอบ Test of Attention and Interpersonal Style (TAIS) ทดสอบการรู้คิดด้านความใส่ใจ 3) แบบวัด Utrecht Coping List (UCL) วัดการเผชิญความเครียด ผลการศึกษาพบว่าความบกพร่องทางประสาทการรู้คิดมีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียด โดยมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเผชิญความเครียดด้วยวิธีการหลีกเลี่ยงสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

Cohen (1993) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ของอายุกับการจัดการกับอาการของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างจำนวน 86 คน ที่มารับบริการในโรงพยาบาลจิตเวช เมืองบรูคลิน ประเทศสหรัฐอเมริกา เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ แบบสัมภาษณ์การจัดการกับอาการ ในรูปแบบต่างๆ ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ 30 นาที ถึงวิธีการจัดการกับอาการในรูปแบบต่างๆซึ่งรวมถึงวิธีการจัดการกับความเครียดและการเผชิญความเครียด โดยผลการศึกษาพบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียด โดยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียดด้วยวิธีการหลีกเลี่ยงสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

Christina et al. (1997) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับการเผชิญความเครียด ในเหตุการณ์ของชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 42 คน ที่มารับบริการในโรงพยาบาลจิตเวชประเทศสวีเดน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ 1) แบบสัมภาษณ์การเผชิญความเครียด Ways of Coping 2) แบบสัมภาษณ์ Interview Scheduld for Social Interaction (ISSI) สัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับ

การเผชิญความเครียด โดยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียดด้วยวิธีการหลีกเลี่ยงสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$)

Rudnick and Kravetz (2001) ทำการศึกษาความสัมพันธ์ของการสนับสนุนทางสังคมต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 58 คน ที่มารับบริการในศูนย์สุขภาพจิต ประเทศอิสราเอล เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ 1) Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) ประเมินอาการทางบวกและอาการทางลบ 2) แบบวัด Ways of Coping Checklist วัดการเผชิญความเครียด 3) แบบประเมิน Wisconsin Quality of Life Index (W-QLI) ใช้ประเมินคุณภาพชีวิต 4) แบบประเมิน Wisconsin Quality of life Index (W-QLT) ใช้ประเมินการสนับสนุนทางสังคม ผลการศึกษาพบว่าอาการทางลบมีความสัมพันธ์ที่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียด โดยมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเผชิญความเครียดด้วยวิธีการหลีกเลี่ยงสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$)

Wilder et al. (2002) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างหน้าที่การรู้คิดและความสามารถในการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 35 คน ที่เข้ามาใช้บริการในเมืองนิวยอร์ก ประเทศสหรัฐอเมริกา เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ 1) Personal Vision of Recovery Questionnaire (PVRQ) ประเมินความสามารถในการเผชิญความเครียด 2) แบบประเมิน Weschler Adult Intelligence Scale – III (WAIS - III) ประเมินความสามารถการรู้คิด 4) แบบประเมิน California Verbal Learning Test (CVLT) ประเมินความจำ 5) Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) ประเมินอาการทางบวกและอาการทางลบ ผลการศึกษาพบว่าอาการทางลบมีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียด โดยมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเผชิญความเครียดด้วยวิธีการหลีกเลี่ยงสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

Ritsner et al. (2003) ทำการศึกษาคุณภาพชีวิตและการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 161 คน ที่เข้ามาใช้บริการในเมือง Haifa ประเทศอิสราเอล เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ 1) แบบประเมิน Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) ใช้ประเมินอาการทางบวกและอาการทางลบ 2) แบบวัด Talbieh Brief Distress Inventory (TBDI) ใช้วัดระดับความเครียด 3) แบบประเมิน Coping Inventory for Stressful Situation (CISS) ประเมินวิธีการเผชิญความเครียด 4) แบบประเมิน Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire ใช้ประเมินคุณภาพชีวิต ผลการศึกษาพบว่าอาการทางบวกมีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียด โดยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียดด้วยวิธีการใช้อารมณ์และความรู้สึกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

Lobban et al. (2004) ทำการศึกษาผลของความเชื่อเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตและการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 124 คน ที่มารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอก ในโรงพยาบาล

เมืองลิเวอร์พูล ประเทศอังกฤษ เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเป็นแบบสัมภาษณ์ประสบการณ์การเผชิญความเครียด โดยให้ผู้ป่วยอธิบายวิธีการเผชิญความเครียดที่เคยใช้ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอกในประเทศอังกฤษ มีการเผชิญความเครียดในด้านลบ หรือใช้วิธีการไม่เหมาะสมร้อยละ 17

Modestin et al. (2004) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ของการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยโรคจิต ของโรงพยาบาลแห่งมหาวิทยาลัยซุริก ประเทศสวิสเซอร์แลนด์ จำนวน 75 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย 1) แบบประเมิน Integration / Sealing Over Scale (ISOS) ประเมินการเผชิญความเครียด 2) แบบวัด Frankfurt Self – Concept Inventory (FSKN) วัดความแตกต่างของบุคลิกภาพ 3) แบบประเมิน Positive and Negative Syndrome Scale for Schizophrenia (PANSS) ประเมินอาการทางบวกและอาการทางลบสำหรับผู้ป่วยจิตเภท ผลการศึกษาพบว่า อาการทางลบมีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียด โดยมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเผชิญความเครียดด้วยวิธีการหลีกเลี่ยงสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$)

Lysaker et al. (2004) ทำการศึกษากการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยจิตเภท : ความสัมพันธ์ของความบกพร่องทางประสาทการรู้คิดและบุคลิกภาพ จำนวน 71 คน ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกใน Veterans Affairs เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ 1) Ways of Coping Questionnaire (WCQ) ใช้วัดการเผชิญความเครียด 2) แบบประเมิน Wisconsin Card Sorting Test (WCST) ประเมินการรู้คิดด้านการคิด วางแผน และการแก้ปัญหา 3) แบบประเมิน Weschler Memory Scale – Revived (WMS-R) ประเมินการรู้คิดด้านความจำ 4) แบบประเมิน NEO Five Factor Inventory ประเมินบุคลิกภาพ ผลการศึกษาพบว่าความบกพร่องทางประสาทการรู้คิดมีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียด โดยมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเผชิญความเครียดด้วยวิธีการหลีกเลี่ยงสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$)

Ventura et al. (2004) ทำการศึกษารความสัมพันธ์ของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการรู้คิดกับการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 29 คน ที่มารับบริการในโรงพยาบาลจิตเวชเมืองลอสแอนเจลิส ประเทศสหรัฐอเมริกา เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ 1) แบบประเมิน Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) ประเมินความรุนแรงของอาการทางจิต 2) แบบประเมิน Coping Responses Inventory (CRI) ประเมินวิธีการเผชิญความเครียด 3) แบบวัด Cognitive Appraisal of Life Events Scale (CALES) วัดการรู้คิดของผู้ป่วยด้านความเครียดต่อเหตุการณ์ในชีวิต 4) แบบประเมิน Degraded – Stimulus Continuous Performance Test (DS – CPT) ประเมินความตั้งใจในการใช้เหตุผลแก้ปัญหา 5) แบบประเมิน California Verbal Learning Test (CVLT) ประเมินความจำ 6) แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน Self – Efficacy ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมี

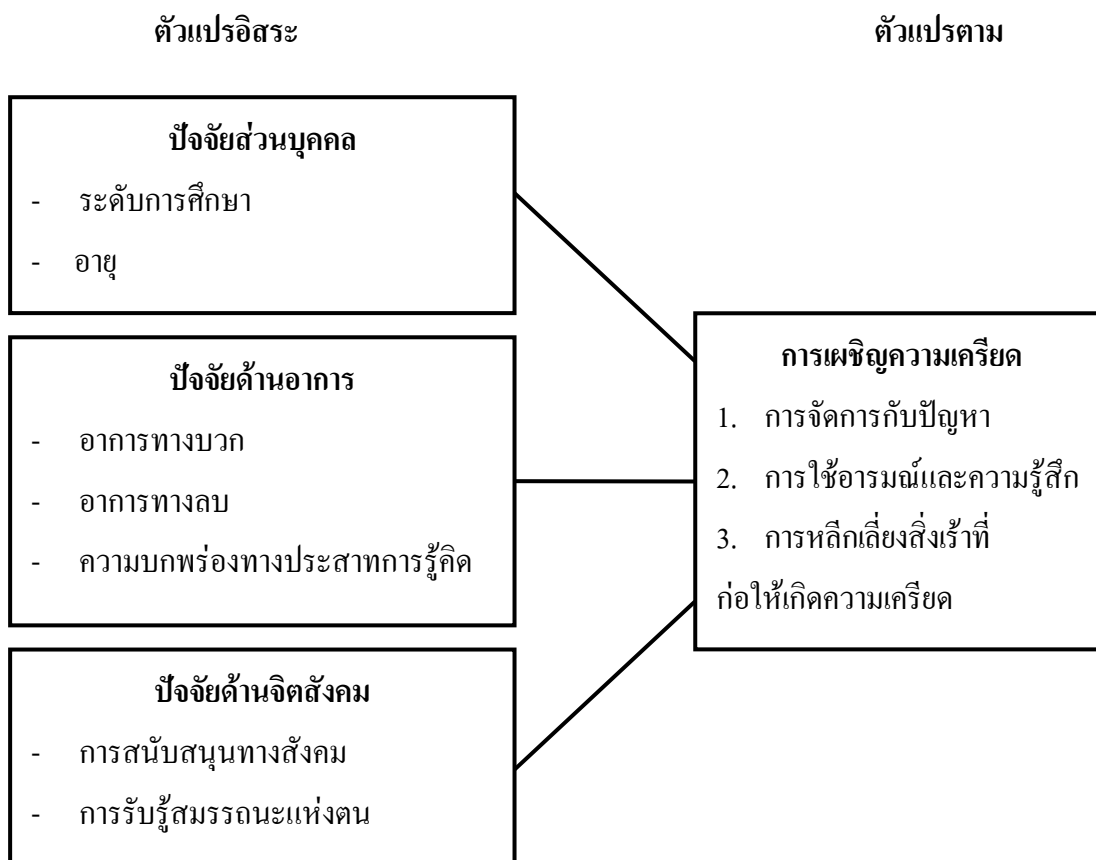
ความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียด โดยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียดด้วยวิธีการจัดการกับปัญหา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$)

Lysaker et al. (2005) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ของประสาทการรู้คิด ความวิตกกังวล อาการทางบวกและอาการทางลบ กับการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 42 คน เป็นผู้ป่วยนอกที่มารับบริการในโรงพยาบาลกลางวัน เมืองอินเดียน่า ประเทศสหรัฐอเมริกา เครื่องมือที่ใช้ ในการศึกษาได้แก่ 1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป 2) แบบวัด Ways of Coping Questionnaire (WCQ) วัดการเผชิญความเครียด 3) แบบวัด State Trail Anxiety Inventory from Y (STAI) วัดความวิตกกังวลและการตอบสนองต่อความเครียด 4) แบบประเมิน Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) ประเมินอาการทางบวกและอาการทางลบ 5) แบบประเมิน Wisconsin Card Sorting Test (WCST) ประเมินระบบประสาทการรู้คิด การศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการศึกษาระดับสูง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียดด้วยวิธีการจัดการกับปัญหา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอาการทางบวกและอาการทางลบ พบว่า อาการทางบวกมีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียด โดยมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเผชิญความเครียดด้วยวิธีการจัดการกับปัญหา และอาการทางลบมีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียด โดยมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเผชิญความเครียดด้วยวิธีการหลีกเลี่ยงสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$)

Strous et al. (2005) ทำการศึกษาระยะยาวถึงความสามารถในการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภททั้งในระยะมีอาการทางจิตและระยะอาการสงบ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 385 คน แบ่งเป็นผู้ป่วยระยะมีอาการทางจิตจำนวน 237 คน และเป็นผู้ป่วยระยะอาการสงบจำนวน 148 คน ที่มารับบริการในศูนย์สุขภาพจิต Sha'ar Mena she ประเทศอิสราเอล เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ 1) Coping Inventory for Stressful Situations (CISS) ประเมินวิธีการเผชิญความเครียด 2) Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) ประเมินอาการทางบวกและอาการทางลบ 3) แบบประเมิน General Self - Efficacy Scale (GSES) ประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน 4) แบบวัด Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) วัดการสนับสนุนทางสังคม ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียด โดยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียดด้วยวิธีการจัดการกับปัญหา และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียด โดยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียดด้วยวิธีการหลีกเลี่ยงสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องจึงนำเสนอกรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ ดังนี้

6. กรอบแนวคิดการวิจัย



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายความสัมพันธ์ภาคตัดขวาง (Crossectional Correlation Descriptive Research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาวิธีการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท

ประชากร

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตาม ICD – 10 ว่าเป็นโรคจิตเภทที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลจิตเวชสังกัดกรมสุขภาพจิต

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา โรงพยาบาลศรีธัญญา และสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลจิตเวชระดับตติยภูมิมิขนาดใหญ่ และเป็นตัวแทนของโรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิตที่ให้บริการผู้ป่วยจิตเวชทั่วประเทศอย่างครบวงจร โดยเน้นหนักที่งานบำบัดรักษาให้ครอบคลุม 4 มิติ โดยรับผู้ป่วยที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อนจากการส่งต่อทั้งจากโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิ และระดับตติยภูมิเพื่อเข้ารับการรักษาที่จิตแพทย์ จึงทำให้มีผู้ป่วยที่เข้ารับบริการมีเป็นจำนวนมาก คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง มีดังต่อไปนี้

1. เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia)
2. เป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทวัยผู้ใหญ่ มีอายุระหว่าง 20 – 59 ปี
3. พูด อ่าน เขียนและฟังภาษาไทยได้รู้เรื่อง สามารถสื่อสารกับผู้วิจัยได้
4. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยด้วยการเซ็นยินยอมในการให้ข้อมูล

เกณฑ์การคัดออก

1. ผู้ป่วยที่ไม่สมัครใจตอบแบบสัมภาษณ์ต่อระหว่างดำเนินการสัมภาษณ์
2. ผู้ป่วยที่มีภาวะเครียด ไม่สามารถดำเนินการสัมภาษณ์ต่อได้

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

คำนวณโดยสูตรของ Thorndike (1978) ซึ่งมีสูตรในการคำนวณดังนี้ $N = 10k + 50$ (เมื่อ N = จำนวนกลุ่มตัวอย่าง k = จำนวนตัวแปรที่ศึกษา) การศึกษาครั้งนี้มีจำนวนตัวแปร 10 ตัวแปร ดังนั้นขนาดของกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้จึงเท่ากับ 150 คน

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยทำการคัดเลือกผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา โรงพยาบาลศรีธัญญา และสถาบันกัลยาณราชนครินทร์ ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยวิธีการสุ่มแบบง่าย (Systematic Random Selection) ด้วยการนำเอาหมายเลขบัตรตรวจ คือ หมายเลขคู่ และ หมายเลขคี่ มาทำฉลาก แล้วจับฉลากขึ้นมา 1 ใบ เพื่อให้ได้หมายเลขตั้งต้น โดยในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจับฉลากได้หมายเลขคี่ ดังนั้นในการเก็บข้อมูลในแต่ละวัน ผู้วิจัยเลือกเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยจิตเภทตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้เฉพาะหมายเลขบัตรตรวจที่เป็นเลขคี่ หากไม่ตรงคุณสมบัติที่กำหนดไว้ก็ดึงออก โดยดำเนินการเช่นเดียวกันในทุกโรงพยาบาล จนเก็บข้อมูลได้ครบ 150 คน โดยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในแต่ละโรงพยาบาลตามสัดส่วนจำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก ตามรายงานประจำปี 2552 ดังนี้

ตารางที่ 1 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างของผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก จำแนกตามโรงพยาบาล

โรงพยาบาล	ประชากร	กลุ่มตัวอย่าง
1. สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา	9,798	67
2. โรงพยาบาลศรีธัญญา	9,654	66
3. สถาบันกัลยาณราชนครินทร์	2,342	17
รวม	21,796	150

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ในช่วงวันจันทร์ – ศุกร์ เวลา 8.00 – 16.00 น. ระหว่างวันที่ 5 กันยายน – 16 กันยายน พ.ศ. 2554 โรงพยาบาลศรีธัญญาในช่วงวันจันทร์ – ศุกร์ เวลา 8.00-16.00 น. ระหว่างวันที่ 19 กันยายน - 30 กันยายน พ.ศ. 2554 และสถาบันกัลยาณราชนครินทร์ในช่วงวันจันทร์ – ศุกร์ เวลา 8.00-16.00 น. ระหว่างวันที่ 3 ตุลาคม - 14 ตุลาคม พ.ศ. 2554 รวมทั้งสิ้น 6 สัปดาห์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 7 ชุด คือ

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล
2. แบบประเมินการเผชิญความเครียด
3. แบบประเมินอาการทางบวกของโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย
4. แบบประเมินอาการทางลบของโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย
5. แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย
6. แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม
7. แบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

โดยมีรายละเอียดของเครื่องมือดังนี้

1. **แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล** เป็นแบบบันทึก ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นเอง ลักษณะคำถามเป็นแบบปลายเปิดให้เติมข้อความจำนวน 1 ข้อ ได้แก่ อายุ และเป็นแบบปลายปิดให้เลือกตอบจำนวน 3 ข้อ ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา

2. **แบบประเมินการเผชิญความเครียด** (Coping inventory for Stressful Situation: CISS) ของ Endler and Parker (1990, 1994) เป็นเครื่องมือประเมินการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยที่มีอาการทาง Neurotic และ psychotic ซึ่งพัฒนาขึ้นโดย Endler and Parker (1990, 1994) จากทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของ Lazarus and Folkman (1980) ทั้งนี้ Endler and Parker ได้นำแบบประเมินที่พัฒนาขึ้น ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่หลากหลาย ได้แก่ เด็ก วัยรุ่น ผู้ใหญ่ ผู้สูงอายุ รวมทั้งผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตทั้งทาง Neurotic และ psychotic และได้มีการพัฒนาเพื่อนำมาใช้กับผู้ป่วยจิตเภท ผ่านการทดสอบความตรงเชิงตามเนื้อหา (Content Validity) และหาค่าความเที่ยง (Reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) 3 วิธี เท่ากับ .86, .84 และ .95 ตามลำดับ

แบบประเมินนี้มีลักษณะเป็นคำถามปลายปิด มีคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยให้ผู้ตอบประเมินว่าได้ใช้วิธีการเผชิญความเครียดที่ระบุไว้ในแต่ละข้อมากน้อยเพียงไร โดยให้ค่าน้ำหนักคะแนนเป็น 1 – 5 คะแนน จาก ไม่เลย น้อย ปานกลาง มาก และ มากที่สุด ตามลำดับ ประกอบด้วยข้อคำถามถึงวิธีการเผชิญความเครียดทั้ง 3 วิธี แต่ละวิธีมีจำนวน 16 ข้อ รวมข้อคำถามทั้งสิ้น จำนวน 48 ข้อ

การคิดคะแนนทำได้โดยคิดคะแนนทุกข้อคำถามแล้วนำคะแนนทุกข้อมารวมกันวิเคราะห์ โดยหาค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนที่เป็นไปได้ของแต่ละวิธีอยู่ระหว่าง 16 – 80 คะแนน พิจารณาตามเกณฑ์ 5 ระดับ โดยนำคะแนนเต็มมาหารด้วยจำนวนข้อ แล้วแบ่งเป็น 5 ช่วง การแปลผลคะแนนดังนี้ (ประคอง วรรณสุต, 2542)

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 4.50-5.00 หมายถึง	ใช้การเผชิญความเครียดด้วยวิธีนั้นมากที่สุด
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 3.50-4.49 หมายถึง	ใช้การเผชิญความเครียดด้วยวิธีนั้นมาก
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.50-3.49 หมายถึง	ใช้การเผชิญความเครียดด้วยวิธีนั้นปานกลาง
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.50-2.49 หมายถึง	ใช้การเผชิญความเครียดด้วยวิธีนั้นน้อย
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00-1.49 หมายถึง	ไม่ได้ใช้การเผชิญความเครียดด้วยวิธีนั้นเลย

เครื่องมือนี้ผู้วิจัยได้รับอนุญาตจากเจ้าของเครื่องมือ Endler and Parker ดังจดหมายการขอ อนุญาตในการนำเครื่องมือมาใช้ (ในภาคผนวก ก) ซึ่งภายหลังได้รับอนุญาตให้ใช้และแปลเครื่องมือ เป็นภาษาไทยจากเจ้าของเครื่องมือแล้ว ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ได้รับอนุญาตฉบับภาษาอังกฤษมาพัฒนา เป็นภาษาไทยด้วยวิธี Back Translation ซึ่งเป็นเทคนิคในการแปลเครื่องมือ ดำเนินการโดย ผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาคนแรก แปลเครื่องมือต้นฉบับจากภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย จากนั้น ผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาคนที่สองแปลเครื่องมือฉบับภาษาไทยที่ถูกแปลโดยผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาคน แรก กลับไปเป็นภาษาอังกฤษ และให้ผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาคนที่สามตรวจสอบว่าฉบับที่แปลกลับ เป็นภาษาอังกฤษโดยผู้เชี่ยวชาญคนที่สอง นั้น มีความทัดเทียม หรือ สามารถสื่อความหมายได้คงเดิม กับต้นฉบับที่เป็นภาษาอังกฤษ หรือไม่เพียงใด และมีการปรับข้อความในฉบับที่แปลเป็นภาษาไทย โดยผู้เชี่ยวชาญคนหนึ่ง เพื่อให้มีความสอดคล้องและตรงกับต้นฉบับมากที่สุด

หลังจากผ่านการพัฒนาเป็นภาษาไทยด้วยวิธี Back Translation ดังข้างต้นแล้ว เครื่องมือชุดนี้ ยังผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน (ดังรายชื่อในภาคผนวก ก) พบว่ามีความครบถ้วนของเนื้อหา และความเหมาะสมกับวัฒนธรรมของคนไทย โดยมีค่าความ ตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ทั้งฉบับเท่ากับ .96 ภายหลังพัฒนาเป็นภาษาไทยแล้วได้นำไปใช้ สัมภาษณ์ผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 30 คน มีค่าความเที่ยง (Reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟา ของครอนบาค (Cronbach's alpha) ทั้งฉบับเท่ากับ .91 และมีค่าความเที่ยง (Reliability) ของแต่ละวิธี ดังนี้ คือ 1) การเผชิญความเครียดด้วยวิธีการจัดการกับปัญหา มีค่าความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ .94 2) การเผชิญความเครียดด้วยวิธีการใช้อารมณ์และความรู้สึกมีค่าความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ .92 3) การเผชิญความเครียดด้วยวิธีการหลีกเลี่ยงสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียดมีค่าความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ .89 ซึ่งถือว่ามีความเหมาะสมที่จะนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้

3. แบบประเมินอาการทางบวกของโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย (PASS – T) ที่แปลมาเป็น ฉบับภาษาไทย โดย ธนา นิลชัยโกวิท (2550) ซึ่งเป็นเครื่องมือประเมินอาการทางจิตที่มีคุณภาพสูง และได้มาตรฐาน ใช้ประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยด้านอาการทางบวก (Positive symptoms) 7 อาการ ได้แก่ 1) อาการหลงผิด 2) ความคิดสับสน 3) อาการประสาทหลอน 4) อาการตื่นเต้นกระวน กระวาย 5) คิดว่าตนมีความสามารถพิเศษเกินความเป็นจริง 6) ความรู้สึกแหว่งว่ามีคนมุ่งร้าย 7) ความรู้สึกที่ไม่เป็นมิตร โดยผู้ประเมินจะต้องสัมภาษณ์ผู้ป่วยและให้คะแนนตามระดับความรุนแรง

ของอาการทางจิต โดยให้ค่าคะแนนเป็น 1-7 คะแนนจาก ไม่มีอาการ มีอาการขั้นต่ำสุด มีอาการเล็กน้อย มีอาการปานกลาง มีอาการค่อนข้างรุนแรง มีอาการรุนแรง และมีอาการรุนแรงมาก ตามลำดับ

เครื่องมือนี้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน พบว่ามีความครบถ้วนของเนื้อหา โดยมีค่าความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) เท่ากับ 1.00 ก่อนนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะเดียวกับประชากรที่จะศึกษาจำนวน 30 คน พบว่ามีค่าความเที่ยง (Reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) เท่ากับ .82 ซึ่งถือว่ามีความเหมาะสมที่จะนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้

การคิดค่าคะแนน Positive Scale จะมีคะแนนได้ตั้งแต่ 7 – 49 นอกจากนี้ยังสามารถคิดคะแนนของ Composite Scale ได้ โดยนำคะแนนของ Negative Scale มาลบออกจากคะแนน Positive Scale ซึ่งจะได้คะแนนตั้งแต่ -42 ถึง +42 การแปลผลคะแนน ถ้าผู้ป่วยมีคะแนนใน Composite Scale เป็นบวก (>0) จะถูกจัดเป็นอาการทางบวก

4. แบบประเมินอาการทางลบของโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย (NASS – T) ที่แปลมาเป็นฉบับภาษาไทย โดย ธนา นิลชัยโกวิทย์ (2550) ซึ่งเป็นเครื่องมือประเมินอาการทางจิตที่มีคุณภาพสูง และได้มาตรฐาน ใช้ประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยด้านอาการทางลบ (Negative symptoms) 7 อาการ ได้แก่ 1) การแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ 2) มีอารมณ์เฉยเมย 3) มนุษย์สัมพันธ์บกพร่อง 4) แยกตัวออกจากสังคม 5) มีปัญหาในการใช้ความคิดนามธรรม 6) การสนทนาเกิดขึ้นอย่างไม่เป็นธรรมชาติ และขาดความถี่ไหลต่อเนื่อง 7) การคิดอย่างตายตัวโดยไม่ยอมเปลี่ยนความคิด โดยผู้ประเมินจะต้องสัมภาษณ์ผู้ป่วยและให้คะแนนตามระดับความรุนแรงของอาการทางจิต โดยให้ค่าคะแนนเป็น 1-7 คะแนนจาก ไม่มีอาการ มีอาการขั้นต่ำสุด มีอาการเล็กน้อย มีอาการปานกลาง มีอาการค่อนข้างรุนแรง มีอาการรุนแรง และมีอาการรุนแรงมาก ตามลำดับ

เครื่องมือนี้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน พบว่ามีความครบถ้วนของเนื้อหา โดยมีค่าความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) เท่ากับ 1.00 ก่อนนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะเดียวกับประชากรที่จะศึกษาจำนวน 30 คน พบว่ามีค่าความเที่ยง (Reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) เท่ากับ .80 ซึ่งถือว่ามีความเหมาะสมที่จะนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้

การคิดค่าคะแนน Positive Scale จะมีคะแนนได้ตั้งแต่ 7 – 49 นอกจากนี้ยังสามารถคิดคะแนนของ Composite Scale ได้ โดยนำคะแนนของ Negative Scale มาลบออกจากคะแนน Positive Scale ซึ่งจะได้คะแนนตั้งแต่ -42 ถึง +42 การแปลผลคะแนน ถ้าผู้ป่วยมีคะแนนใน Composite Scale เป็นลบ (<0) จะถูกจัดเป็นอาการทางลบ

5. แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย(Thai Mental State Exam: TMSE) ซึ่งพัฒนาขึ้น โดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง Train the Brain Forum Thailand จากแบบทดสอบสภาพสมองแบบย่อ (Mini mental state examination: MMSE) ซึ่งใช้ทดสอบสมรรถภาพของสมองในเชิงปริมาณ ด้วยการประเมินปัญหาด้านการรู้คิด และคัดกรองความเป็นไปได้ของความผิดปกติ ในกลุ่มโรคจิตเภท โรคอารมณ์แปรปรวน และโรคสมองเสื่อม (Marshal et al., 1975) ด้วยการทดสอบสมรรถภาพของสมอง 6 ด้านได้แก่ 1) ด้าน Orientation 2) ด้าน Registration 3) ด้าน Attention 4) ด้าน Calculation 5) ด้าน Language 6) ด้าน Recall

แบบทดสอบนี้ประกอบด้วยข้อคำถาม 6 ด้านจำนวน 30 ข้อ โดยมีหลักเกณฑ์การให้คะแนนแต่ละด้าน ดังนี้

- 1) ด้าน Orientation เป็นการทดสอบเกี่ยวกับการรับรู้ประกอบด้วย 6 ข้อคำถาม 6 คะแนน
 - 2) ด้าน Registration เป็นการทดสอบเกี่ยวกับการจดจำประกอบด้วย 3 ข้อคำถาม 3 คะแนน
 - 3) ด้าน Attention เป็นการทดสอบเกี่ยวกับความใส่ใจประกอบด้วย 5 ข้อคำถาม 5 คะแนน
 - 4) ด้าน Calculation เป็นการทดสอบเกี่ยวกับการคิดคำนวณประกอบด้วย 3 ข้อคำถาม 3 คะแนน
 - 5) ด้าน Language เป็นการทดสอบเกี่ยวกับภาษาประกอบด้วย 10 ข้อคำถาม 10 คะแนน
 - 6) ด้าน Recall เป็นการทดสอบเกี่ยวกับการระลึกได้ ประกอบด้วย 3 ข้อคำถาม 3 คะแนน
- เครื่องมือนี้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน พบว่ามีความครบถ้วนของเนื้อหา โดยมีค่าความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) เท่ากับ 1.00 ก่อนนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะเดียวกับประชากรที่จะศึกษาจำนวน 30 คน พบว่ามีค่าความเที่ยง (Reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) เท่ากับ .80 ซึ่งถือว่ามีความเหมาะสมที่จะนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้

การคิดค่าคะแนน ทำโดยคิดคะแนนทุกข้อคำถามของแต่ละด้าน แล้วนำคะแนนรวมมาวิเคราะห์ค่าคะแนน โดยจะมีคะแนนรวมทั้งฉบับเท่ากับ 30 คะแนน โดยมีค่าคะแนนที่เป็นไปได้เท่ากับ 0-30 คะแนน การแปลผลคะแนน ดังนี้

ถ้าได้คะแนนต่ำกว่า 23 คะแนน แสดงว่าผู้ป่วยมีความบกพร่องของสมรรถภาพสมอง

6. แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม ที่หงษ์ บรรเทิงสุข (2545) ดัดแปลงมาจากแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมของจิราพร อมราภิบาล (2536) ซึ่งสร้างขึ้นตามกรอบ

แนวคิดของ Schaefer et al. (1981) ใช้ประเมินการสนับสนุนทางสังคม 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านอารมณ์ 2) ด้านข้อมูลข่าวสาร และ 3) ด้านทรัพยากร

แบบสัมภาษณ์นี้ประกอบด้วยข้อคำถาม 15 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยผู้สัมภาษณ์จะต้องสัมภาษณ์ตามข้อคำถามที่ระบุไว้ในแบบสัมภาษณ์ โดยให้ค่าน้ำหนักคะแนนเป็น 1 – 5 คะแนน ลักษณะข้อคำถาม แบ่งเป็น 2 ประเภท คือข้อคำถามที่เป็นข้อความทางบวก และข้อคำถามที่เป็นข้อความทางลบ กำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบได้ 1 คำตอบ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนในข้อคำถามที่เป็นข้อความทางบวก คือ ค่าคะแนนเท่ากับ 5, 4, 3, 2, 1 และในข้อคำถามที่เป็นข้อความทางลบ คือ ค่าคะแนนเท่ากับ 1, 2, 3, 4, 5 ตามลำดับ

เครื่องมือนี้ หงษ์ บันเทิงสุข (2545) ได้ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 7 ท่านตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยพบว่ามีความครบถ้วนของเนื้อหา โดยมีค่าความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) เท่ากับ .86 และได้นำไปใช้กับผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 30 คน พบว่ามีค่าความเที่ยง (Reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) เท่ากับ .81 ก่อนนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะเดียวกับประชากรที่จะศึกษาแต่ต่างกลุ่มกัน จำนวน 30 คน พบว่ามีค่าความเที่ยง (Reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) เท่ากับ .84 ซึ่งถือว่ามีความเหมาะสมที่จะนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้

การคิดคะแนนทำได้โดยคิดคะแนนทุกข้อคำถามแล้วนำคะแนนทุกข้อมารวมกันวิเคราะห์โดยหาค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 15 – 75 คะแนน พิจารณาตามเกณฑ์ 5 ระดับ โดยนำคะแนนเต็มมาหารด้วยจำนวนข้อ แล้วแบ่งเป็น 5 ช่วง การแปลผลคะแนน ดังนี้ (ประคอง กรรณสูต, 2542)

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 4.50-5.00 (68-75 คะแนน)	หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากที่สุด
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 3.50-4.49 (53-67 คะแนน)	หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.50-3.49 (38-52 คะแนน)	หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.50-2.49 (23-37 คะแนน)	หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00-1.49 (15-22 คะแนน)	หมายถึง ไม่ได้ได้รับการสนับสนุนทางสังคมเลย

7. แบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ที่ผู้วิจัยปรับปรุงจากแบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าของ อังคณา หมอนทอง (2549) ซึ่งพัฒนาตามแนวคิดการรับรู้สมรรถนะ

แห่งตน ของ Brandura (1977) และได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index, CVI) จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย 3 ด้าน ดังนี้ 1) ระดับความยากง่ายของพฤติกรรม 2) ระดับความเชื่อหรือมั่นใจในความสามารถของตนเองต่อกิจกรรมที่ต้องทำ (Strength) 3) ระดับความสามารถที่จะทำพฤติกรรมภายใต้สถานการณ์หนึ่งไปยังอีกสถานการณ์หนึ่ง (Generality)

แบบวัดนี้ประกอบด้วยข้อคำถาม 9 ข้อ เป็นมาตรฐานประมาณค่า 4 ระดับ โดยผู้วัดจะต้องวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนตามข้อความที่ระบุไว้ในแบบวัด โดยให้ค่านำหนักคะแนนเป็น 1 – 4 คะแนน โดยผู้วัดจะต้องวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนตามข้อความที่ระบุไว้ในแบบวัด โดยให้ค่านำหนักคะแนนเป็น 1-4 คะแนน จาก ไม่เห็นด้วยเลยๆ หรือไม่แน่ใจเห็นด้วยและเห็นด้วยอย่างยิ่ง ตามลำดับ

เครื่องมือนี้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน พบว่ามีความครบถ้วนของเนื้อหา โดยมีค่าความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) เท่ากับ 1.00 ก่อนนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะเดียวกับประชากรที่จะศึกษาจำนวน 30 คน พบว่ามีค่าความเที่ยง (Reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) เท่ากับ .85 ซึ่งถือว่ามีความเหมาะสมที่จะนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้

การคิดคะแนนทำได้โดยคิดคะแนนทุกข้อคำถามแล้วนำคะแนนทุกข้อมารวมกันวิเคราะห์โดยหาค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 9 – 36 คะแนน พิจารณาตามเกณฑ์ 3 ระดับ โดยนำคะแนนเต็มมาหารด้วยจำนวนข้อ แล้วแบ่งเป็น 3 ช่วง การแปลผลคะแนน ดังนี้ (ประคอง วรรณสูตร, 2542)

คะแนนเฉลี่ย 3.1-4.0 (28-36 คะแนน) หมายถึง มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน
ในระดับสูง

คะแนนเฉลี่ย 2.1-3.0 (19-27 คะแนน) หมายถึง มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนใน
ระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.0-2.0 (9-18 คะแนน) หมายถึง มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนใน
ระดับต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การหาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยทุกชุด ยกเว้นแบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม มาหาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินการเผชิญความเครียด แบบประเมินอาการทางบวกของโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย แบบประเมินอาการทางลบของโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย และแบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบ

ความเหมาะสมของข้อความ ความครอบคลุมของเนื้อหา การใช้ภาษา แล้วนำมาปรับปรุงให้เหมาะสม หลังจากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย พร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ไปขอความอนุเคราะห์จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์จิตแพทย์ จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลประจำภาควิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 2 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพชำนาญการที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 2 ท่าน

เมื่อตรวจสอบความสมบูรณ์ของเนื้อหา ความถูกต้องตามเนื้อหา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา ความชัดเจน และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ตลอดจนการจัดลำดับของเนื้อหา และข้อเสนอแนะในการปรับปรุง โดยจัดทำเป็นตารางให้ผู้ทรงคุณวุฒิแสดงระดับความคิดเห็น ตั้งแต่ 1 ถึง 4 ดังนี้

- คะแนน 1 หมายถึง คำถามในข้อนั้นๆ ไม่สอดคล้องกับคำนิยาม
- คะแนน 2 หมายถึง คำถามในข้อนั้นๆ สอดคล้องกับคำนิยามน้อย
- คะแนน 3 หมายถึง คำถามในข้อนั้นๆ ค่อนข้างสอดคล้องกับคำนิยาม
- คะแนน 4 หมายถึง คำถามในข้อนั้นๆ สอดคล้องกับคำนิยามมาก

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินการเผชิญความเครียด แบบประเมินอาการทางบวกของโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย แบบประเมินอาการทางลบของโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย และแบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน มาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ผู้วิจัยได้รับข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ ในเรื่องความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ในข้อคำถามการวิจัย โดยได้ปรับข้อคำถามบางข้อให้กระชับ เพื่อช่วยให้เข้าใจง่ายขึ้น เหมาะสมในการนำไปใช้กับผู้ป่วยจิตเภท แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา ซึ่งข้อคำถามที่มีการปรับปรุงใหม่ มีดังนี้

1. แบบประเมินการเผชิญความเครียด

1.1 การเผชิญความเครียดด้วยวิธีการจัดการกับปัญหา มีการปรับแก้ข้อคำถามในข้อ 1.2, 1.5, 1.6, 1.8, 1.9, 1.10, 1.13, 1.15, และข้อ 1.16 โดยมีข้อความที่ปรับใหม่ดังนี้

- ข้อที่ 1.2 มุ่งที่ตัวปัญหาและพิจารณาว่าจะจัดการกับปัญหานั้นได้อย่างไร
- ข้อที่ 1.5 ทบทวนถึงวิธีการแก้ไขปัญหาคือคล้ายๆกันซึ่งตนเองเคยประสบมา
- ข้อที่ 1.6 กำหนดขั้นตอนในการแก้ไขปัญห และลงมือทำตามนั้น
- ข้อที่ 1.8 แก้ไขปัญหาด้วยวิธีการที่ถูกต้องทันที
- ข้อที่ 1.9 ทบทวนเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นและเรียนรู้จากข้อผิดพลาดของตนเอง
- ข้อที่ 1.10 วิเคราะห์ปัญหาก่อนตัดสินใจทำสิ่งใดลงไป
- ข้อที่ 1.13 ใช้ความพยายามมากขึ้นในการทำสิ่งต่างๆให้สำเร็จ

ข้อที่ 1.15 พยายามวางแผนแก้ไขปัญหาอย่างเป็นขั้นตอนเพื่อให้มั่นใจว่าจะสามารถผ่านสถานการณ์นั้นไปได้

ข้อที่ 1.16 หาวิธีการแก้ไขปัญหามาในหลายๆแบบ

1.2 การเผชิญความเครียดด้วยวิธีการใช้อารมณ์และความรู้สึก มีการปรับปรุงข้อคำถาม ข้อ 2.2, 2.4, 2.8, 2.10, 2.11, 2.13, 2.14 และข้อ 2.15 โดยมีข้อความที่ปรับเปลี่ยน ดังนี้

ข้อที่ 2.2 หมกมุ่นอยู่กับความรู้สึกเจ็บปวดของตนเอง

ข้อที่ 2.4 รู้สึกวิตกกังวลที่ตนเองไม่สามารถแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นได้

ข้อที่ 2.8 รู้สึกหดหู่มากเมื่อมีปัญหา

ข้อที่ 2.10 หยุดนึ่ง ตกตะลึงและไม่รู้จะแก้ไขสถานการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างไร

ข้อที่ 2.11 หวังว่าตนเองจะสามารถกลับไปแก้ไขสิ่งที่เกิดขึ้นหรือความรู้สึกของตนเองได้

ข้อที่ 2.13 บอกตนเองว่าจะไม่ให้เกิดปัญหาแบบนี้ขึ้นอีก

ข้อที่ 2.14 คิดถึงแต่ข้อบกพร่องของตนเอง

ข้อที่ 2.15 มีความรู้สึกโกรธ

1.3 การเผชิญความเครียดด้วยวิธีการหลีกเลี่ยงสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียด มีการปรับปรุงข้อคำถามข้อ 3.11 และข้อ 3.12 โดยมีข้อความที่ปรับเปลี่ยน ดังนี้

ข้อที่ 3.11 ใช้เวลาอยู่กับคนรู้ใจเมื่อมีปัญหา

ข้อที่ 3.12 หาคำปรึกษาจากคนที่ตนเองให้ความเชื่อถือ

2. แบบประเมินอาการทางบวกของโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย มีการปรับปรุงคำถามข้อ 5 ดังนี้

ข้อที่ 5. คิดว่าตนมีความสามารถพิเศษเกินความเป็นจริง

3. แบบประเมินอาการทางลบของโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย มีการปรับปรุงคำถามข้อ 2, 4, 6 และข้อ 7 โดยมีข้อความที่ปรับเปลี่ยน ดังนี้

ข้อที่ 2. มีอารมณ์เฉยเมย

ข้อที่ 4. แยกตัวออกจากสังคม

ข้อที่ 6. การสนทนาเกิดขึ้นอย่างไม่เป็นธรรมชาติ และขาดความสนใจต่อเนื่อง

ข้อที่ 7. การคิดอย่างตายตัวโดยไม่ยอมเปลี่ยนความคิด

4. แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย มีการปรับปรุงคำถามข้อ 4 และข้อ 5 สรุปได้ ดังนี้

ข้อที่ 4. CALCULATION ให้คำนวณ $100 - 7$ ไปเรื่อยๆ 3 ครั้ง (ให้ 1 คะแนน ในแต่ละครั้งที่ตอบถูกใช้เวลาคิดในแต่ละช่วงคำตอบไม่เกิน 1 นาที หลังจากจบคำถาม) ถ้าผู้ถูกทดสอบไม่

ตอบคำถามที่ 1 ให้ตั้งเลข 93 – 7 ลองทำในการคำนวณครั้งต่อไป และ 86 – 7 ในครั้งสุดท้ายตามลำดับ

100 – 7

93 – 7

86 – 7

ข้อที่ 5. LANGUAGE

- ผู้ทดสอบชี้ไปที่นาฬิกาข้อมือ แล้วถามผู้ถูกทดสอบว่าโดยทั่วไปเราเรียกสิ่งนี้ว่าอะไร (นาฬิกา)

- ผู้ทดสอบชี้ไปที่ปากกา แล้วถามผู้ถูกทดสอบว่าโดยทั่วไปเราเรียกสิ่งนี้ว่าอะไร (ปากกา)

- ผู้ทดสอบบอกผู้ถูกทดสอบว่า จงฟังประโยคต่อไปนี้ให้ดีแล้วจำไว้จากนั้นให้พูดตาม “ยายพาหลานไปซื้อขนมที่ตลาด”

- จงทำตามคำสั่งต่อไปนี้ (มี 3 ขั้นตอนคำสั่ง) ให้ถูกผู้ทดสอบตั้งใจฟังและทำตามคำสั่ง 3 ขั้นตอน

“หยิบกระดาษด้วยมือขวา”

“พับกระดาษเป็นครึ่งแผ่น”

“แล้วส่งกระดาษให้ผู้ตรวจ”

- ให้ผู้ถูกทดสอบอ่านแล้วทำตาม

“หลับตา” (ข้อความอยู่ด้านหลัง)

- จงวาดภาพต่อไปนี้ให้เหมือนตัวอย่างมากที่สุดเท่าที่จะสามารถทำได้ (ภาพอยู่ด้านหลัง และให้ผู้ถูกทดสอบดูตัวอย่างตลอดเวลาที่วาด)

- กล้วยกับส้มเหมือนกันคือเป็นผลไม้แล้วถ้าแมวกับสุนัขเหมือนกันอย่างไร (เป็นสัตว์, เป็นสิ่งมีชีวิต)

การตรวจสอบความตรงของเครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยนำผลการวิจัยมาคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index, CVI) โดยถือเกณฑ์ตามผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นตรงกัน และสอดคล้องกัน ซึ่งค่าที่ยอมรับได้คือ .80 ขึ้นไป (สุจิตรา เทียนสวัสดิ์, 2550) โดยคำนวณได้จากสูตร ดังนี้

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

ผู้วิจัยนำมาวิเคราะห์ความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน โดยแสดงรายละเอียดของค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาในรูปแบบตาราง ดังนี้

ตารางที่ 2 แสดงค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือ	ค่า CVI
แบบประเมินการเผชิญความเครียด	.96
- การเผชิญความเครียดด้วยวิธีการจัดการกับปัญหา	.88
- การเผชิญความเครียดด้วยการใช้อารมณ์และความรู้สึก	1.00
- การเผชิญความเครียดด้วยการหลีกเลี่ยงสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียดแบบ	1.00
ประเมินอาการทางบวกโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย	1.00
แบบประเมินอาการทางลบของโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย	1.00
แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย	1.00
แบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน	1.00

2. การหาความเที่ยง (Reliability)

การวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมีขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือทุกชุด ยกเว้นแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลซึ่งปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และผ่านความเห็นชอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์แล้ว ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา ที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ รวมทั้งสิ้น 30 คน ในระหว่างวันที่ 5 กันยายน – 7 กันยายน พ.ศ. 2554 และนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริง รวมทั้งสิ้น 150 คน ในระหว่างวันที่ 8 กันยายน – 14 ตุลาคม พ.ศ. 2554 ซึ่งพบว่าผู้ตอบแบบสอบถามให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี

2. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลที่ได้รับกลับมา แล้วลงคะแนนเพื่อเตรียมข้อมูลให้สมบูรณ์ตามที่กำหนดไว้

3. นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือทุกชุด ในส่วนของแบบประเมินการเผชิญความเครียด แบบประเมินอาการทางบวกโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย แบบประเมินอาการทางลบของโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม และแบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน รวมทั้งหมด 6 ชุด โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha) ซึ่งผู้วิจัยได้นำเสนอรายละเอียดไว้ในตาราง ดังนี้

ตารางที่ 3 ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามเมื่อนำไปทดลองใช้ และนำไปเก็บข้อมูลจริง

แบบสอบถาม	ค่าความเที่ยง	
	ทดลองใช้ (30 คน)	ใช้กับกลุ่ม ตัวอย่าง (150 คน)
1. แบบประเมินการเผชิญความเครียด	.91	.93
1.1 การเผชิญความเครียดด้วย วิธีการจัดการกับปัญหา	.94	.94
1.2 การเผชิญความเครียดด้วย วิธีการใช้อารมณ์และความรู้สึก	.92	.93
1.3 การเผชิญความเครียดด้วย วิธีการหลีกเลี่ยงสิ่งเร้าที่ ก่อให้เกิดความเครียด	.89	.92
2. แบบประเมินอาการทางบวกโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย	.82	.90
3. แบบประเมินอาการทางลบของโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย	.80	.85
4. แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย	.80	.80
5. แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม	.84	.86
6. แบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน	.85	.80

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 5 กันยายน – 14 ตุลาคม พ.ศ 2554 ดำเนินตามขั้นตอนดังนี้

1. ขั้นตอนเตรียมการ

1.1 ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลในการทำวิจัยไปยังผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา โรงพยาบาลศรีธัญญา และสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

1.2 เมื่อได้รับอนุมัติจากผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา โรงพยาบาลศรีธัญญา และสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์แล้ว ทำหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับย่อ ถึงผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา

โรงพยาบาลศรีธัญญา และสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในคนของทั้งสามโรงพยาบาล

1.3 ภายหลังจากได้รับการอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูลจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในคนของทั้งสามโรงพยาบาล ผู้วิจัยขออนุญาตพบหัวหน้าส่วนงานที่รับผิดชอบในการทำวิจัยของโรงพยาบาลทั้งสามแห่ง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย และขอความร่วมมือในการตรวจสอบคุณสมบัติเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่างจากแฟ้มประวัติ

2. ขั้นตอนการ

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลโดยดำเนินการดังนี้

2.1 เมื่อผู้ป่วยเข้ามาใช้บริการในแผนกผู้ป่วยนอกในช่วงเวลาดำเนินการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยประเมินคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง โดยดูจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยและดำเนินการสุ่มกลุ่มตัวอย่างจากผู้ป่วยที่มีอายุบัตรตรวจตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ด้วยวิธีการสุ่มแบบง่าย (Systematic Random Selection) โดยใช้วิธีจับฉลาก ด้วยการนำเอาหมายเลขบัตรตรวจ คือหมายเลขคู่ และ หมายเลขคี่ มาทำฉลาก แล้วจับฉลากขึ้นมา 1 ใบ เพื่อให้ได้หมายเลขตั้งต้น ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้พบว่าจับฉลากได้หมายเลขคี่ ดังนั้น การเก็บรวบรวมข้อมูลในแต่ละวัน ผู้วิจัยจึงเลือกเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ เฉพาะผู้ป่วยที่มีลำดับคิวการตรวจในวันนั้นๆ เป็นหมายเลขคี่เท่านั้น

2.2 ผู้วิจัยขออนุญาตแพทย์เจ้าของไข้ ก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากนั้น ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตัวและแจ้งวัตถุประสงค์ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย ผู้วิจัยขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม โดยการชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างให้ทราบว่ามีสิทธิตอบหรือปฏิเสธการตอบแบบสอบถามในครั้งนี้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการ เมื่อระหว่างการเข้าร่วมวิจัยหากกลุ่มตัวอย่างไม่พอใจ หรือไม่ต้องการเข้าร่วมการทำวิจัยต่อ สามารถบอกเลิกได้ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการชี้แจงข้อมูลว่าข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น หลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อ ในหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2.3 ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามคนละ 40 นาที ทั้งหมด 7 ส่วน จำนวนทั้งสิ้น 96 ข้อ โดยต้องเริ่มจากแบบสอบถามที่ใช้ความคิดในการตอบน้อยไปยังแบบสอบถามที่ใช้ความคิดในการตอบเพิ่มมากขึ้น ตามลำดับ ดังนี้ 1) ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 4 ข้อ 2) ส่วนที่ 7 แบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจำนวน 9 ข้อ 3) ส่วนที่ 6 แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมจำนวน 15 ข้อ 4) ส่วนที่ 5 แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย จำนวน 6 ข้อ 5) ส่วนที่ 2 แบบประเมินการเผชิญความเครียดจำนวน 48

ข้อ 7) ส่วนที่ 3 แบบประเมินอาการทางบวกของโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย จำนวน 7 ข้อ และ 8) ส่วนที่ 4 แบบประเมินอาการทางลบของโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย จำนวน 7 ข้อ ระหว่างการตอบแบบสอบถามหากกลุ่มตัวอย่างรู้สึกกระทบกระเทือนทางจิตใจมีอาการเครียด โดยผู้วิจัยประเมินอาการที่เกิดขึ้นด้วยการสังเกตความเครียดที่เกิดขึ้นในขณะนั้นจากผู้ป่วยโดยตรง หากผู้ป่วยมีอาการดังต่อไปนี้คือ ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย หายใจไม่อิ่ม หงุดหงิด สับสน กัดอะไรไม่ออก ผู้วิจัยอนุญาตให้กลุ่มตัวอย่างหยุดการตอบแบบสอบถาม พร้อมทั้งผู้วิจัยให้การพยาบาลเบื้องต้นโดยใช้ทักษะการคลายเครียดด้วยวิธีการผ่อนคลายกล้ามเนื้อและมีการส่งต่อเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการบำบัดอย่างเหมาะสมหากกลุ่มตัวอย่างมีอาการดีขึ้น กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิให้ตอบแบบสอบถามต่อ หรือบอกเลิกการตอบแบบสอบถามได้ ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ไม่พบว่ามีผู้ป่วยเกิดความเครียดจากการตอบแบบสอบถาม

2.4 หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลเรียบร้อยแล้ว นำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามเป็นรายฉบับก่อนจนครบทั้ง 150 ฉบับ หลังจากนั้นนำแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์แล้วนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้เสนอคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในคนของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพะพระยา โรงพยาบาลศิริราช และสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง และได้ผ่านการเห็นชอบ ของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในคนทั้งสามโรงพยาบาล ซึ่งเป็นแหล่งเก็บข้อมูล (ดังเอกสารรับรอง โครงการวิจัยโดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในคน ในภาคผนวก ค) อีกทั้งในการดำเนินโครงการวิจัย ผู้วิจัยคำนึงถึงการยินยอมของกลุ่มตัวอย่างเป็นหลัก โดยเริ่มจากการประเมินคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างตามที่กำหนดไว้ รวบรวมข้อมูลบางส่วนก่อนพบผู้ป่วยจากเวชระเบียน เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างตามที่กำหนด ผู้วิจัยจะประสานงานกับหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก และพยาบาลที่ประจำหน่วยตรวจผู้ป่วยนอก ก่อนเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อรวบรวมข้อมูล เพื่อชี้แจงเกี่ยวกับการวิจัยและวัตถุประสงค์ของการวิจัยแก่ผู้ป่วยจิตเภท เพื่อขอความร่วมมือในการเป็นผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัยในครั้งนี้ โดยยึดถือความสมัครใจของผู้ป่วยเป็นหลัก

เมื่อได้ผู้ป่วยที่สมัครใจในการเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยจิตเภทเป็นรายบุคคล เพื่ออธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย สิทธิประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่างพึงได้รับ ประโยชน์ของการนำข้อมูลจากการวิจัยครั้งนี้ไปใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อสังคม ชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ให้ทราบว่าผู้ป่วยมีสิทธิตอบรับหรือปฏิเสธการตอบแบบสอบถามในครั้งนี้โดยไม่มีผลต่อการให้บริการแต่อย่างใด รวมทั้งผู้วิจัยทำการชี้แจงข้อมูลว่าข้อมูลที่ได้ทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุลที่แท้จริง และนำเสนอในภาพรวม หากขณะ

ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามยังไม่เสร็จเรียบร้อยถึงเวลาแพทย์เรียกตรวจ ผู้ป่วยต้องได้รับการตรวจทันที และหากได้รับการตรวจจากแพทย์เรียบร้อยแล้ว จึงขอให้ผู้ป่วยกลับมาทำแบบสอบถามอีกครั้ง กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิให้ตอบแบบสอบถามต่อ หรือบอกเลิกการตอบแบบสอบถามได้ และหากกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมงานวิจัยแล้วไม่พอใจ หรือไม่ต้องการตอบแบบสอบถามต่อ สามารถบอกเลิกได้โดยไม่มีผลกระทบใดต่อการบริการที่ได้รับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์ ซึ่งมีขั้นตอนดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา นำมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงค่าความถี่ และร้อยละ
2. ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ นำมาวิเคราะห์โดยแจกแจงค่าความถี่ ร้อยละ หาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. การศึกษาค่าคะแนนอาการทางบวก และอาการทางลบ นำมาวิเคราะห์โดยแจกแจงค่าความถี่ ร้อยละ หาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แล้วนำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ของแต่ละแบบวัด
4. การศึกษาค่าคะแนนความบกพร่องทางประสาทการรู้คิด การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการเผชิญความเครียด นำมาวิเคราะห์โดยแจกแจงค่าความถี่ ร้อยละ หาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แล้วนำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ของแต่ละแบบวัด
5. วิเคราะห์ค่าความสัมพันธ์ของตัวแปร ระดับการศึกษา กับการเผชิญความเครียดด้วยสถิติสหสัมพันธ์สเปียร์แมน (Spearman's Rank Correlation) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
6. วิเคราะห์ค่าความสัมพันธ์ของตัวแปร อายุ อาการทางบวก อาการทางลบ ความบกพร่องของประสาทการรู้คิด การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน กับการเผชิญความเครียด ด้วยสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาวิธีการเผชิญความเครียด และ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท โดยผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นลำดับ ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา

ตอนที่ 2 ข้อมูลการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท

ตอนที่ 3 ข้อมูลอาการทางบวก อาการทางลบ ของผู้ป่วยจิตเภท

ตอนที่ 4 ข้อมูลความบกพร่องทางประสาทการรู้คิด การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยจิตเภท

ตอนที่ 5 ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษา อายุ อาการทางบวก อาการทางลบ ความบกพร่องทางประสาทการรู้คิด การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน กับ การเผชิญความเครียด

ในการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในตารางต่างๆ มีการใช้สัญลักษณ์ ดังนี้

\bar{X} หมายถึง ค่าเฉลี่ย

S.D. หมายถึง ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

Range หมายถึง ค่าพิสัย

p หมายถึง ระดับของความมีนัยสำคัญ

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา

ตารางที่ 4 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ป่วยจิตเภทจำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา (n = 150)

ตัวแปร	จำนวน (คน)	ร้อยละ	\bar{X}	S.D.
เพศ				
ชาย	91	60.7		
หญิง	59	39.3		
อายุ			37.42	8.67
20 – 30 ปี	30	20.0		
31 – 40 ปี	70	46.7		
41 – 50 ปี	38	25.3		
51– 59 ปี	12	8.0		
สถานภาพสมรส				
โสด	108	72.0		
คู่	25	16.7		
หม้าย	5	3.3		
หย่าร้าง	6	4.0		
แยกกันอยู่	6	4.0		
ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษา	27	18.0		
มัธยมศึกษาตอนต้น	40	26.7		
มัธยมศึกษาตอนปลาย / ประกาศนียบัตรวิชาชีพ	42	28.0		
อนุปริญญา/ ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง	9	6.0		
ปริญญาตรี	29	19.3		
สูงกว่าปริญญาตรี	3	2		

จากตารางที่ 4 พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 60.7) มีอายุอยู่ในช่วง 31- 40 ปี (ร้อยละ 46.7) รองลงมาคือช่วงอายุ 41- 50 ปี (ร้อยละ 25.3) โดยมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 37.42 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสโสด (ร้อยละ 72) รองลงมาคือสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 16.7) และมีระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลาย/ประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ร้อยละ 28) รองลงมาคือระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ 26.7)

ตอนที่ 2 ข้อมูลการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท

ตารางที่ 5 แสดง พิสัย (Range) ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ป่วยจิตเภทจำแนกตามวิธีการเผชิญความเครียด ($n = 150$)

วิธีการเผชิญความเครียด	ค่าคะแนนที่เป็นไปได้	Range	\bar{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

จากตารางที่ 5 พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 150 คนใช้วิธีการเผชิญความเครียดทั้ง 3 วิธี ทั้งนี้ มีการใช้วิธีการจัดการกับปัญหามากที่สุด โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.71 ซึ่งถือว่ามีการใช้วิธีการนี้อยู่ในระดับมาก รองลงมา คือ ใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้วยการหลีกเลี่ยงสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียด ($\bar{X} = 3.13$) และ วิธีการเผชิญความเครียดด้วยการใช้อารมณ์และความรู้สึก ($\bar{X} = 3.11$) ตามลำดับ โดยการใช้วิธีการเผชิญความเครียดในสองแบบหลังนี้ถือว่ามีการใช้ในระดับปานกลาง

ตารางที่ 6 แสดงจำนวน ร้อยละของผู้ป่วยจิตเภท จำแนกตามการเผชิญความเครียดด้วยวิธีการจัดการ กับปัญหาเป็นรายข้อ (n = 150)

การเผชิญความเครียดด้วย วิธีการจัดการกับปัญหา	จำนวน (ร้อยละ)				
	ใช้มากที่สุด	ใช้มาก	ใช้ปานกลาง	ใช้น้อย	ไม่ใช้เลย
1. วางแผนจัดการเวลาใช้ชีวิตประจำวันของตนเองให้ดีขึ้น	42 (28.0)	47 (31.3)	50 (33.3)	9 (6.0)	2 (1.3)
2. มุ่งที่ตัวปัญหาและพิจารณาว่าจะจัดการกับปัญหานั้นได้อย่างไร	30 (20.0)	42 (28.0)	67 (44.7)	9 (6.0)	2 (1.3)
3. ทำในสิ่งที่ตนเองคิดว่าดีที่สุด	49 (32.7)	60 (40.0)	34 (22.7)	6 (4.0)	1 (0.7)
4. จัดลำดับความสำคัญของสิ่งที่ตนเองจะต้องปฏิบัติ	41 (27.3)	46 (30.7)	49 (32.7)	13 (8.7)	1 (0.7)
5. ทบทวนถึงวิธีการแก้ไขปัญหาที่คล้ายๆกันซึ่งตนเองเคยประสบมา	32 (21.3)	49 (32.7)	52 (34.7)	13 (8.7)	4 (2.7)
6. กำหนดขั้นตอนในการแก้ไขปัญหา และลงมือทำตามนั้น	35 (23.3)	49 (32.7)	43 (28.7)	16 (10.7)	7 (4.7)
7. ทำความเข้าใจกับปัญหาที่เกิดขึ้น	38 (25.3)	62 (41.3)	36 (24.0)	10 (6.7)	4 (2.7)
8. แก้ไขปัญหาด้วยวิธีการที่ถูกต้องทันที	38 (25.3)	42 (28.0)	53 (35.3)	12 (8.0)	5 (3.3)
9. ทบทวนเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และเรียนรู้จากข้อผิดพลาดของตนเอง	38 (25.3)	59 (39.3)	35 (23.3)	13 (8.7)	5 (3.3)

ตารางที่ 6 (ต่อ)

การเผชิญความเครียดด้วย วิธีการจัดการกับปัญหา	จำนวน (ร้อยละ)				
	ใช้มากที่สุด	ใช้มาก	ใช้ปานกลาง	ใช้น้อย	ไม่ใช้เลย
10. วิเคราะห์ปัญหาก่อน ตัดสินใจทำอะไรลงไป	32 (21.3)	51 (34.0)	47 (31.3)	16 (10.7)	4 (2.7)
11. ปรับเปลี่ยนลำดับ ความสำคัญของสิ่งที่ตนเอง จะต้องปฏิบัติ	36 (24.0)	45 (30.0)	51 (34.0)	15 (10.0)	3 (2.0)
12. พยายามควบคุมสถานการณ์ ให้ได้	42 (28.0)	49 (32.7)	46 (30.7)	12 (8.0)	1 (0.7)
13. ใช้ความพยายามมากขึ้นใน การทำให้สำเร็จ	42 (28.0)	65 (43.3)	35 (23.3)	7 (4.7)	1 (0.7)
14. ใช้สถานการณ์เป็นเครื่อง พิสูจน์ว่าตนเองสามารถแก้ไข ปัญหาได้	34 (22.7)	45 (30.0)	55 (36.7)	14 (9.3)	2 (1.3)
15. พยายามวางแผนแก้ไข ปัญหาอย่างเป็นขั้นตอนเพื่อให้ มั่นใจว่าจะสามารถผ่าน สถานการณ์นั้นไปได้	32 (21.3)	56 (37.3)	52 (34.7)	8 (5.3)	2 (1.3)
16. หาวิธีการแก้ไขปัญหาใน หลายๆแบบ	35 (23.3)	45 (30.0)	46 (30.7)	18 (12.0)	6 (4.0)

จากตารางที่ 6 เมื่อพิจารณาการใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้วยการจัดการกับปัญหาเป็นรายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้การเผชิญความเครียดด้วยวิธีการจัดการกับปัญหาทุกข้ออยู่ในระดับมาก โดยเฉพาะในบางข้อ เช่น การใช้ความพยายามมากขึ้นในการทำให้สำเร็จ การทำความเข้าใจกับปัญหาที่เกิดขึ้น การทำในสิ่งที่ตนเองคิดว่าดีที่สุด การทบทวนเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และเรียนรู้จากข้อผิดพลาดของตนเอง และการพยายามวางแผนแก้ไขปัญหาอย่างเป็นขั้นตอน เพื่อให้มั่นใจว่าจะสามารถผ่านสถานการณ์นั้นไปได้ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างตอบว่าได้ใช้วิธีการในแต่ละข้อสูงถึง ร้อยละ 43.3, 41.3, 40.0, 39.3 และ 37.3 ตามลำดับ

ตารางที่ 7 แสดง จำนวน ร้อยละของผู้ป่วยจิตเภท จำแนกตามการเผชิญความเครียดด้วยวิธีการใช้อารมณ์และความรู้สึกเป็นรายข้อ (n = 150)

การเผชิญความเครียดด้วย วิธีการใช้อารมณ์และ ความรู้สึก	จำนวน (ร้อยละ)				
	ใช้มากที่สุด	ใช้มาก	ใช้ปานกลาง	ใช้น้อย	ไม่ใช้เลย
1. ต่ำหนิตนเองที่ ฝัดวันประกันพรุ่ง	28 (18.7)	34 (22.7)	59 (39.3)	18 (12.0)	11 (7.3)
2. หมกมุ่นอยู่กับความรู้สึก เจ็บปวดของตนเอง	26 (17.3)	25 (16.7)	51 (34.0)	27 (18.0)	21 (14.0)
3. ต่ำหนิตนเองที่เป็นคนสร้าง ปัญหา	20 (13.3)	24 (16.0)	52 (34.7)	30 (20.0)	24 (16.0)
4. รู้สึกวิตกกังวลที่ตนเองไม่ สามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ได้	23 (15.3)	37 (24.7)	50 (33.3)	23 (15.3)	17 (11.3)
5. รู้สึกตึงเครียดมากเมื่อเจอ ปัญหา	25 (16.7)	44 (29.3)	44 (29.3)	25 (16.7)	12 (8.0)
6. บอกตนเองว่าปัญหาที่เกิดขึ้น ไม่ใช่เรื่องจริง	19 (12.7)	21 (14.0)	55 (36.7)	38 (25.3)	17 (11.3)
7. ต่ำหนิตนเองที่หวั่นไหว เกินไปกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น	19 (12.7)	31 (20.7)	62 (41.3)	27 (18.0)	11 (7.3)
8. รู้สึกหดหู่มากเมื่อมีปัญหา	31 (11.3)	30 (17.3)	46 (30.7)	26 (20.0)	17 (20.7)

ตารางที่ 7 (ต่อ)

การเผชิญความเครียดด้วย วิธีการใช้อารมณ์และ ความรู้สึก	จำนวน (ร้อยละ)				
	ใช้มากที่สุด	ใช้มาก	ใช้ปานกลาง	ใช้น้อย	ไม่ใช้เลย
9. โทษตนเองว่าไม่รู้จะ แก้ปัญหาได้อย่างไร	24 (16.0)	35 (23.3)	46 (30.7)	30 (20.0)	15 (10.0)
10. หยุดหนึ่ง ตกตะลึงและไม่รู้ จะแก้ไขสถานการณ์ที่เกิดขึ้น อย่างไร	20 (13.3)	31 (20.7)	38 (25.3)	41 (27.3)	20 (13.3)
11. หวังว่าตนเองจะสามารถ กลับไปแก้ไขสิ่งที่เกิดขึ้นหรือ ความรู้สึกของตนเองได้	34 (22.7)	41 (27.3)	50 (33.3)	20 (13.3)	5 (3.3)
12. คิดวิตกกังวลในสิ่งที่ตนเอง กำลังจะทำ	20 (13.3)	36 (24.0)	50 (33.3)	31 (20.7)	13 (8.7)
13. บอกตนเองว่าจะไม่ให้เกิด ปัญหาแบบนี้ขึ้นอีก	35 (23.3)	32 (21.3)	49 (32.7)	26 (17.3)	8 (5.3)
14. คิดถึงแต่ข้อบกพร่องของ ตนเอง	22 (14.7)	43 (28.7)	39 (26.0)	31 (20.7)	15 (10.0)
15. มีความรู้สึกโกรธ	25 (16.7)	20 (13.3)	45 (30.0)	45 (30.0)	15 (10.0)
16. โยนปัญหาไปให้ผู้อื่น	17 (11.3)	22 (14.7)	31 (20.7)	32 (21.3)	48 (32.0)

จากตารางที่ 7 เมื่อพิจารณาการใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้วยการใช้อารมณ์และ
ความรู้สึกเป็นรายชื่อ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้การเผชิญความเครียดด้วยวิธีการใช้อารมณ์และ
ความรู้สึกทุกข้ออยู่ในระดับปานกลาง โดยเฉพาะในบางข้อ เช่น ต่ำหนิตตนเองที่หัวน้ไหวเกินไปกับ
เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ต่ำหนิตตนเองที่ผัดวันประกันพรุ่ง บอกตนเองว่าปัญหาที่เกิดขึ้นไม่ใช่เรื่องจริง
และต่ำหนิตตนเองที่เป็นคนสร้างปัญหาซึ่งกลุ่มตัวอย่างตอบว่าได้ใช้วิธีการในแต่ละข้อสูงถึงร้อยละ
41.3, 39.3, 36.7 และ 34.7 ตามลำดับ

ตารางที่ 8 แสดงจำนวน ร้อยละของผู้ป่วยจิตเภท จำแนกตามการเผชิญความเครียดด้วยวิธีการหลีกเลี่ยงสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียดเป็นรายข้อ (n = 150)

การเผชิญความเครียดด้วย วิธีการหลีกเลี่ยงสิ่งเร้าที่ ก่อให้เกิดความเครียด	จำนวน (ร้อยละ)				
	ใช้มากที่สุด	ใช้มาก	ใช้ปานกลาง	ใช้น้อย	ไม่ใช้เลย
1. เดินเล่นเรื่อยเปื่อยตามแหล่ง ช้อปปิ้ง	24 (16.0)	18 (12.0)	39 (26.0)	38 (25.3)	31 (20.7)
2. พยายามพักสมองจากเรื่อง เครียดโดยการนอนหลับ	34 (22.7)	48 (32.0)	49 (32.7)	11 (7.3)	8 (5.3)
3. รับประทานอาหารหรือของ ว่างงานโปรดเพื่อคลายเครียด	22 (14.7)	29 (19.3)	51 (34.0)	28 (18.7)	20 (13.3)
4. ออกไปหาของกินแก้เครียด	21 (14.0)	24 (16.0)	46 (30.7)	35 (23.3)	24 (16.0)
5. ซื่อของที่ตนเองอยากได้เพื่อ คลายเครียด	21 (14.0)	24 (16.0)	43 (28.7)	32 (21.3)	30 (20.0)
6. ออกไปดูหนังเพื่อคลายเครียด	16 (10.7)	20 (13.3)	38 (25.3)	38 (25.3)	38 (25.3)
7. ปล่อยางและถอยตนเองจาก ปัญหาเพื่อผ่อนคลายชั่วคราว	28 (18.7)	40 (26.7)	42 (28.0)	23 (15.3)	17 (11.3)
8. เปิดทีวีดูเพื่อผ่อนคลาย	33 (22.0)	64 (42.7)	30 (20.0)	14 (9.3)	9 (6.0)
9. พยายามพบปะกับผู้อื่น	29 (19.3)	40 (26.7)	40 (26.7)	26 (17.3)	15 (10.0)

ตารางที่ 8 (ต่อ)

การเผชิญความเครียดด้วย วิธีการหลีกเลี่ยงสิ่งเร้าที่ ก่อให้เกิดความเครียด	จำนวน (ร้อยละ)				
	ใช้มากที่สุด	ใช้มาก	ใช้ปานกลาง	ใช้น้อย	ไม่ใช้เลย
10. ออกไปพบปะเพื่อน	20 (13.3)	33 (22.0)	47 (31.3)	30 (20.0)	20 (13.3)
11. ใช้เวลาอยู่กับคนรู้ใจเมื่อมี ปัญหา	27 (18.0)	41 (27.3)	37 (24.7)	29 (19.3)	16 (10.7)
12. หาคำปรึกษาจากคนที่ ตนเองให้ความเชื่อถือ	39 (26.0)	46 (30.7)	29 (19.3)	23 (15.3)	13 (8.7)
13. โทรศัพท์หาเพื่อน	20 (13.3)	31 (20.7)	34 (22.7)	35 (23.3)	30 (20.0)
14. นึกถึงสิ่งดีๆ ที่เคยเกิด ขึ้นกับตนเอง	45 (30.0)	42 (28.0)	38 (25.3)	15 (10.0)	10 (6.7)
15. ออกไปสังสรรค์กับเพื่อนๆ	15 (10.0)	26 (17.3)	40 (26.7)	39 (26.0)	30 (20.0)
16. ออกไปเดินเล่นเพื่อ ผ่อนคลาย	32 (21.3)	37 (24.7)	40 (26.7)	26 (17.3)	15 (10.0)

จากตารางที่ 8 เมื่อพิจารณาการใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้วยการหลีกเลี่ยงสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียดเป็นรายชื่อ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้การเผชิญความเครียดด้วยวิธีการหลีกเลี่ยงสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียดทุกข้ออยู่ในระดับปานกลาง โดยเฉพาะในบางข้อ เช่น รับประทานอาหารหรือของว่างงานโปรดเพื่อคลายเครียด พยายามพักสมองจากเรื่องเครียดโดยการนอนหลับ และออกไปพบปะเพื่อน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างตอบว่าได้ใช้วิธีการในแต่ละข้อสูงถึงร้อยละ 34.0, 32.7 และ 31.3 ตามลำดับ

ตอนที่ 3 ข้อมูลอาการทางบวก และอาการทางลบ ของผู้ป่วยจิตเภท

ตารางที่ 9 แสดงจำนวน ร้อยละ พิสัย (Range) ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ป่วยจิตเภท จำแนกตามอาการทางบวก และ อาการทางลบ และ Composite Scale (n = 150)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ	Range	\bar{X}	S.D.	ระดับ
อาการทางบวก	-	-	7-28	1.57	4.88	ต่ำ
อาการทางลบ	-	-	7-26	1.80	4.84	ต่ำ
Composite Scale						
- อาการเด่นทางบวก	48	32	-	-	-	-
- อาการเด่นทางลบ	102	68	-	-	-	-
รวม	150	100				

จากตารางที่ 9 พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 150 คน มีอาการทางบวกอยู่ในช่วง 7-28 คะแนน (ค่าเฉลี่ยที่เป็นไปได้เท่ากับ 7-49 คะแนน) คิดเป็นคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.57 (S.D. = 4.88) ซึ่งถือว่ามีอาการทางบวกในระดับต่ำ และพบว่า มีอาการทางลบ ในช่วง 7-26 คะแนน (ค่าเฉลี่ยที่เป็นไปได้เท่ากับ 7-49 คะแนน) คิดเป็นคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.80 (S.D.=4.84) ซึ่งถือว่ามีอาการทางลบโดยเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ และเมื่อพิจารณาค่า Composite Scale ซึ่งได้จากการนำคะแนนของ Negative Scale มาลบออกจากคะแนน Positive Scale การแปลผลคะแนน ถ้าผู้ป่วยมีคะแนนใน Composite Scale เป็นบวก (>0) จะถูกจัดเป็นอาการทางบวก และถ้ามีคะแนนใน Composite Scale เป็นลบ (<0) จะถูกจัดเป็นอาการทางลบ ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาการเด่นจัดเป็นอาการทางลบ จำนวน 102 คน คิดเป็นร้อยละ 68 ที่เหลือ มีอาการเด่นจัดเป็นอาการทางบวก จำนวน 48 คน คิดเป็นร้อยละ 32

ตอนที่ 4 ข้อมูลความบกพร่องทางประสาทการรู้คิด การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้สมรรถนะ
 แห่งตนของผู้ป่วยจิตเภท

ตารางที่ 10 แสดงจำนวน ร้อยละ พิสัย (Range) ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ป่วย
 จิตเภท จำแนกตามความบกพร่องทางประสาทการรู้คิด (n = 150)

คะแนน	จำนวน	ร้อยละ	Range	\bar{X}	S.D.
ความบกพร่องทางประสาทการรู้คิด			14-29	21.10	5.23
- บกพร่อง (ต่ำกว่า 23 คะแนน)	87	58.0	-	-	-
- ไม่บกพร่อง (สูงกว่าหรือเท่ากับ 23 คะแนน)	63	42.0	-	-	-
รวม	150	100			

จากตารางที่ 10 พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 150 คน มีค่าคะแนน ความ
 บกพร่องทางประสาทการรู้คิด อยู่ในช่วง 14-29 คะแนน (ค่าคะแนนที่เป็นไปได้เท่ากับ 0 – 30
 คะแนน) คิดเป็นคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 21.10 (S.D. = 5.23) ซึ่งถือว่าอยู่ในระดับมีความบกพร่อง และ
 เมื่อพิจารณาจำแนกตามเกณฑ์การตัดสินระดับความพร่องทางประสาทการรู้คิด พบว่าผู้ป่วยส่วน
 ใหญ่ คือ จำนวน 87 คน (ร้อยละ 58.0) มีความบกพร่องทางประสาทการรู้คิด (มีคะแนนต่ำกว่า 23
 คะแนน) ส่วนผู้ป่วยที่เหลือจำนวน 63 คน (ร้อยละ 42) เป็นผู้ที่ไม่มี ความบกพร่องทางประสาทการรู้
 คิด (มีคะแนนสูงกว่าหรือเท่ากับ 23 คะแนน)

ตารางที่ 11 แสดงจำนวน ร้อยละ พิสัย (Range) ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ป่วยจิตเภท จำแนกตามการสนับสนุนทางสังคม (n = 150)

คะแนน	จำนวน	ร้อยละ	Range	\bar{X}	S.D.
การสนับสนุนทางสังคม			15-75	3.76	10.96
- ระดับมากที่สุด (68-75 คะแนน)	25	16.7	-	-	-
- ระดับมาก (53-67 คะแนน)	77	51.3	-	-	-
- ระดับปานกลาง (38-52 คะแนน)	41	27.3	-	-	-
- ระดับน้อย (23-37 คะแนน)	6	4.0	-	-	-
- ไม่ได้รับเลย (15-22 คะแนน)	1	0.7	-	-	-
รวม	150	100			

จากตารางที่ 11 พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 150 คน ส่วนใหญ่ คือ จำนวน 77 คน คิดเป็นร้อยละ 51.3 มีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก รองลงมา คือ จำนวน 41 คน คิดเป็นร้อยละ 27.3 มีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 16.7 มีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมากที่สุด จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 4.0 มีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับน้อย และจำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.7 ไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมเลย และเมื่อพิจารณาค่าคะแนนการสนับสนุนทางสังคม พบว่า มีค่าคะแนนอยู่ในช่วง 15-75 คะแนน (ค่าเฉลี่ยที่เป็นไปได้เท่ากับ 15 – 75 คะแนน) คิดเป็นคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.76 (S.D. = 10.96) ซึ่งถือว่าการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก

ตารางที่ 12 แสดงจำนวน ร้อยละ พิสัย (Range) ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ป่วยจิตเภท จำแนกตามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (n = 150)

คะแนน	จำนวน	ร้อยละ	Range	\bar{X}	S.D.
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน			14-36	3.01	4.56
- ระดับสูง (28-36 คะแนน)	65	43.3	-	-	-
- ระดับปานกลาง (19-27 คะแนน)	81	54.0	-	-	-
- ระดับต่ำ (9-18 คะแนน)	4	2.7	-	-	-
รวม	150	100			

จากตารางที่ 12 พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 150 คน ส่วนใหญ่จำนวน 81 คน คิดเป็นร้อยละ 54.0 มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับปานกลาง รองลงมา จำนวน 65 คน คิดเป็นร้อยละ 43.3 มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับสูง และจำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 2.7 มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับต่ำ และเมื่อพิจารณาค่าคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตน พบว่า มีค่าคะแนนอยู่ในช่วง 14-36 คะแนน (ค่าเฉลี่ยที่เป็นไปได้เท่ากับ 9 – 36 คะแนน) คิดเป็นคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.01 (S.D. = 4.56) ซึ่งถือว่ามี การรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับปานกลาง

ตอนที่ 5 ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษา อายุ อาการทางบวก อาการทางลบ

ความบกพร่องทางประสาทการรู้คิด การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน กับการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษา กับการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภทด้วยการคำนวณหาค่าสหสัมพันธ์สเปียร์แมน (Spearman's Rank Correlation) ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างอายุ อาการทางบวก อาการทางลบ ความบกพร่องทางประสาทการรู้คิด การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน กับการเผชิญความเครียด ของผู้ป่วยจิตเภท ด้วยการคำนวณหาค่าสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation) โดยนำเสนอค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ และระดับของการมีนัยสำคัญทางสถิติ (p - value) ในรูปแบบของตารางดังนี้

ตารางที่ 13 ค่าสหสัมพันธ์สเปียร์แมน (Spearman's Rank Correlation) ระหว่างระดับการศึกษากับการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท (n = 150)

วิธีการเผชิญความเครียด	ค่าสหสัมพันธ์	
	rho	p - value
การเผชิญความเครียดด้วยวิธีการจัดการกับปัญหา	.133	.106
การเผชิญความเครียดด้วยวิธีใช้อารมณ์และความรู้สึก	.036	.660
การเผชิญความเครียดด้วยวิธีหลีกเลี่ยงสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียด	.136	.098

จากตารางที่ 13 พบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภททั้ง 3 วิธี ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

ตารางที่ 14 ค่าสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation) ระหว่างอายุ อาการทางบวก อาการทางลบ ความบกพร่องทางประสาทการรู้คิด การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน กับการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท

ปัจจัย	การเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท		
	วิธีการจัดการกับปัญหา	วิธีใช้อารมณ์และความรู้สึก	วิธีหลีกเลี่ยงสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียด
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

จากตารางที่ 14 พบว่า ผลการศึกษาที่เป็นไปตามสมมุติฐาน มีดังนี้

อาการทางบวก มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท โดยมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเผชิญความเครียดด้วยวิธีการจัดการกับปัญหา ($r = -.173, p < .05$) และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียดด้วยวิธีการใช้อารมณ์และความรู้สึก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .258, p < .01$)

อาการทางลบ มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท โดยมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเผชิญความเครียดด้วยวิธีการหลีกเลี่ยงสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.539, p < .01$) และมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเผชิญความเครียดด้วยวิธีการจัดการกับปัญหา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.380, p < .01$)

ความบกพร่องทางประสาทการรู้คิด มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท โดยมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเผชิญความเครียดด้วยวิธีการหลีกเลี่ยงสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.191, p < .05$) และมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเผชิญความเครียดด้วยวิธีการจัดการกับปัญหา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.183, p < .05$)

การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท โดยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียดด้วยวิธีการหลีกเลี่ยงสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .479, p < .01$) และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียดด้วยวิธีการจัดการกับปัญหา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .546, p < .01$)

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท โดยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียดด้วยวิธีการจัดการกับปัญหา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .731, p < .01$) และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียดด้วยวิธีการหลีกเลี่ยงสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .438, p < .01$)

และพบว่า ผลการศึกษาที่ไม่เป็นไปตามสมมุติฐาน ดังนี้

อายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงบรรยายความสัมพันธ์ภาคตัดขวาง (Crosssectional Correlation Descriptive Research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาวิธีการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท

สมมติฐานการวิจัย

1. ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท
2. อายุ มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท
3. อาการทางบวก มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท
4. อาการทางลบ มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท
5. ความบกพร่องทางประสาทการรู้คิด มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท
6. การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท
7. การรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตาม ICD-10 ว่าเป็นโรคจิตเภท ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต

กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก ของสถาบันจิตเวชศาสตร์ สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ เจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนา กรมหลวงนราธิวาสราชนครินทร์ จำนวน 150 คน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การคำนวณตามสูตรของ Thorndike (1978 อ้างถึงใน รัตน์ศิริ ทาโต, 2551) ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท มีอายุระหว่าง 20 – 59 ปี พูด อ่าน เขียน และฟังภาษาไทยได้รู้เรื่อง สามารถสื่อสารกับผู้วิจัยได้ ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยด้วยการเซ็นยินยอมในการให้ข้อมูล และไม่อยู่ในเกณฑ์การคัดออก คือ ผู้ป่วยที่ไม่สมัครใจตอบแบบสัมภาษณ์ต่อระหว่างดำเนินการสัมภาษณ์ และผู้ป่วยที่มีภาวะเครียด ไม่สามารถดำเนินการสัมภาษณ์ต่อได้ ทั้งนี้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

จากแต่ละโรงพยาบาลคิดตามสัดส่วนจำนวนผู้ป่วยจิตเภทตามรายงานประจำปี 2552 ของโรงพยาบาล
นั้นๆ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มีทั้งหมด 7 ชุด คือ

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นเอง ลักษณะคำถามเป็นแบบปลายเปิดให้เติมข้อความ และเป็นแบบปลายปิดให้เลือกตอบ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา

2. แบบประเมินการเผชิญความเครียด (Coping inventory for Stressful Situation: CISS) ของ Endler and Parker (1990, 1994) ซึ่งผู้วิจัยได้รับอนุญาตจากเจ้าของเครื่องมือในการนำมาใช้ และพัฒนาเป็นภาษาไทยด้วยวิธี Back Translation โดยนักภาษาศาสตร์และผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน เครื่องมือชุดนี้ประกอบด้วยข้อคำถามถึงวิธีการเผชิญความเครียด 3 วิธี ได้แก่ 1) การจัดการกับปัญหา 2) การใช้อารมณ์และความรู้สึก และ 3) การหลีกเลี่ยงสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียด วิธีละ 16 ข้อ รวมข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 48 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตรวจสอบคุณภาพโดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 30 คน พบว่ามีค่าความเที่ยง (Reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) ของเครื่องมือทั้งฉบับ และการเผชิญความเครียดในแต่ละวิธีเท่ากับ .91, .94, .92 และ .89 ตามลำดับ

3. แบบประเมินอาการทางบวกของโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย (PASS - T) ซึ่งธนา นิลชัย โกวิทย์ (2550) แปลมาเป็นฉบับภาษาไทย ใช้ประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยด้านอาการทางบวก (Positive symptoms) 7 อาการ ได้แก่ 1) อาการหลงผิด 2) ความคิดสับสน 3) อาการประสาทหลอน 4) อาการตื่นเต้นกระวนกระวาย 5) คิดว่าตนมีความสามารถพิเศษเกินความเป็นจริง 6) ความรู้สึกกระแวงว่ามีคนมุ่งร้าย 7) ความรู้สึกที่ไม่เป็นมิตร ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 7 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 7 ระดับ ตามระดับความรุนแรงของอาการทางจิต ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 30 คน พบว่ามีค่าความเที่ยง (Reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) ได้เท่ากับ .82

4. แบบประเมินอาการทางลบของโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย (NASS-T) ซึ่งธนา นิลชัย โกวิทย์ (2550) แปลมาเป็นฉบับภาษาไทย ใช้ประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยด้านอาการทางลบ (Negative symptoms) 7 อาการ ได้แก่ 1) การแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ 2) มีอารมณ์เฉยเมย 3) มนุษยสัมพันธ์บกพร่อง 4) แยกตัวออกจากสังคม 5) มีปัญหาในการใช้ความคิดนามธรรม 6) การสนทนาเกิดขึ้นอย่างไม่เป็นธรรมชาติ และขาดความลื่นไหลต่อเนื่อง 7) การคิดอย่างตายตัวโดยไม่ยอมเปลี่ยนความคิด ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 7 ข้อ ลักษณะคำถามเป็น มาตราส่วนประมาณค่า 7 ระดับ

ตามระดับความรุนแรงของอาการทางจิต ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 30 คน พบว่ามีความเที่ยง(Reliability)โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) ได้เท่ากับ .80

5. แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย (Thai Mental State Exam: TMSE) พัฒนาขึ้นโดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง Train The Brain Forum Thailand ซึ่งอาศัยพื้นฐานการคิดมาจากแบบทดสอบสภาพสมองแบบย่อ (Mini mental state examination: MMSE) เป็นแบบทดสอบสมรรถภาพของสมองในเชิงปริมาณ ใช้ประเมินปัญหาด้านการรู้คิด และคัดกรองความเป็นไปได้ของความผิดปกติในกลุ่มโรคจิตเภท โรคอารมณ์แปรปรวน และโรคสมองเสื่อม (Marshal et al.,1975) ประกอบด้วยการทดสอบสมรรถภาพของสมอง 6 ด้าน ได้แก่ 1) ด้าน Orientation 2) ด้าน Registration 3) ด้าน Attention 4) ด้าน Calculation 5) ด้าน Language 6) ด้าน Recall ประกอบด้วยข้อคำถาม 30 ข้อ โดยมีหลักเกณฑ์การให้คะแนนแต่ละด้าน ตามที่ผู้ถูกทดสอบทำได้ ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 30 คน พบว่ามีความเที่ยง(Reliability)โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) ได้เท่ากับ .80

6. แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมของ Schaefer et al. (1981) ที่หงส์ บรรเทิงสุข (2545) ดัดแปลงและพัฒนามาจากแบบสอบถามเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมของ จิราพร อมราภิบาล (2536) ใช้สัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านอารมณ์ 2) ด้านข้อมูลข่าวสาร 3) ด้านทรัพยากร ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 30 คน พบว่ามีความเที่ยง (Reliability)โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) ได้เท่ากับ .84

7. แบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Brandura (1977) ที่ผู้วิจัยปรับปรุงจากแบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าของ อังคณา หมอนทอง (2549) โดยผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index, CVI) จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ใช้วัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน 3 ด้าน ได้แก่ 1) ระดับความยากง่ายของพฤติกรรม 2) ระดับความเชื่อหรือมั่นใจในความสามารถของตนเองต่อกิจกรรมที่ต้องทำ (Strength) 3) ระดับความสามารถที่จะทำพฤติกรรมภายใต้สถานการณ์หนึ่งไปยังอีกสถานการณ์หนึ่ง (Generality) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 9 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 30 คน พบว่ามีความเที่ยง(Reliability)โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) ได้เท่ากับ .85

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล เสนอต่อผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา โรงพยาบาลศิริราช และสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์เพื่อขอรับการอนุมัติเก็บรวบรวมข้อมูลจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในคนของทั้งสามโรงพยาบาล
2. ภายหลังจากได้รับการอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูลจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในคนของทั้งสามโรงพยาบาลผู้วิจัยขออนุญาตพบหัวหน้าส่วนงานที่รับผิดชอบในการทำวิจัยของโรงพยาบาลทั้งสามโรงพยาบาลเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย และขอความร่วมมือในการตรวจสอบคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง
3. ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในระหว่างวันที่ 5 กันยายน – 14 ตุลาคม พ.ศ 2554
4. จัดเตรียมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีทางสถิติเพื่อสรุปผลการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์ ซึ่งมีขั้นตอนดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา นำมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงค่าความถี่ และร้อยละ
2. ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ นำมาวิเคราะห์โดยแจกแจงค่าความถี่ ร้อยละ หาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. การศึกษาค่าคะแนนอาการทางบวก และอาการทางลบ นำมาวิเคราะห์โดยแจกแจงค่าความถี่ ร้อยละ หาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แล้วนำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ของแต่ละแบบวัด
4. การศึกษาค่าคะแนนความบกพร่องทางประสาทการรู้คิด การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการเผชิญความเครียด นำมาวิเคราะห์โดยแจกแจงค่าความถี่ ร้อยละ หาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แล้วนำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ของแต่ละแบบวัด
5. วิเคราะห์ค่าความสัมพันธ์ของตัวแปร ระดับการศึกษา กับการเผชิญความเครียดด้วยสถิติสหสัมพันธ์สเปียร์แมน (Spearman's Rank Correlation) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
6. วิเคราะห์ค่าความสัมพันธ์ของตัวแปร อายุ อาการทางบวก อาการทางลบ ความบกพร่องของประสาทการรู้คิด การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน กับการเผชิญความเครียด ด้วยสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปผลการวิจัย

จากการศึกษาวิธีการเผชิญความเครียด และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภทมีผลการวิจัย สรุปได้ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล จากผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 60.7) มีอายุอยู่ในช่วง 31- 40 ปี (ร้อยละ 46.7) รองลงมาคือช่วงอายุ 41 – 50 ปี (ร้อยละ 25.3) โดยมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 37.42 ปี (SD = 8.67) และพบว่าส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสโสด (ร้อยละ 72) รองลงมาคือสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 16.7) นอกจากนี้ยังพบว่าส่วนใหญ่มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลาย/ประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ร้อยละ 28) รองลงมาคือ ระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ 26.7)

2. คะแนนการเผชิญความเครียด

จากผลการวัดคะแนนการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 150 คน ใช้การเผชิญความเครียดด้วยวิธีการจัดการกับปัญหามากที่สุด โดยมีคะแนนเฉลี่ยในระดับมาก (\bar{X} = 3.71, S.D. = 11.23) รองลงมา คือ ใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้วยการหลีกเลี่ยงสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียด (\bar{X} = 3.13, S.D. = 13.40) และ วิธีการเผชิญความเครียดด้วยการใช้อารมณ์และความรู้สึก (\bar{X} = 3.11, S.D. = 13.23) ตามลำดับ โดยการใช้วิธีการเผชิญความเครียดในสองแบบหลังนี้ถือว่ามีการใช้ในระดับปานกลาง

3. ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยคัดสรรกับการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภทพบว่า

1. ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. อายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. อาการทางบวกมีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท โดยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียดด้วยวิธีการใช้อารมณ์และความรู้สึกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (r = .258) และมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเผชิญความเครียดด้วยวิธีการจัดการกับปัญหา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = -.173)

4. อาการทางลบมีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท โดยมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเผชิญความเครียดด้วยวิธีหลีกเลี่ยงสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียด และวิธีการจัดการกับปัญหา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (r = -.539 และ -.380 ตามลำดับ)

5. ความบกพร่องทางประสาทการรู้คิดมีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท โดยมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเผชิญความเครียดด้วยวิธีหลีกเลี่ยงสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียด และวิธีการจัดการกับปัญหาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.191$ และ $r = -.183$ ตามลำดับ)

6. การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท โดยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียดด้วยวิธีหลีกเลี่ยงสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียด และวิธีการจัดการกับปัญหาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .479$ และ $r = .546$ ตามลำดับ)

7. การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท โดยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียดด้วยวิธีการจัดการกับปัญหาและวิธีหลีกเลี่ยงสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .731$ และ $r = .438$ ตามลำดับ)

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภทผู้วิจัยขอเสนอการอภิปรายผล จำแนกตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. ศึกษาวิธีการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท

จากผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 150 คน ใช้การเผชิญความเครียดด้วยวิธีการจัดการกับปัญหามากที่สุด โดยมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก รองลงมา คือใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้วยการหลีกเลี่ยงสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียด และการใช้อารมณ์และความรู้สึก ตามลำดับ ซึ่งผลการศึกษาค้นนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Carr and Katsikitis (1987) และ Tarrier (1987) ที่พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ใช้การเผชิญความเครียดด้วยวิธีการจัดการกับปัญหา

ผลการวิจัยดังกล่าวอธิบายได้ว่า การที่ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ใช้การเผชิญความเครียดด้วยวิธีการจัดการกับปัญหานั้น อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างมีลักษณะบางประการและบริบทแวดล้อมที่เอื้อให้มีการใช้การเผชิญความเครียดด้วยวิธีนี้ในระดับมาก เช่น จากข้อมูลส่วนบุคคลพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 60.7) ซึ่งเป็นเพศที่มีการยอมรับและมีการพิจารณาแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น และมักจะเผชิญปัญหาด้วยการควบคุมอารมณ์มากกว่าการใช้อารมณ์และความรู้สึก (Thoits, 1995 ; Patterson and Semple, 1997 อ้างถึงใน สมดี จอบสูงเนิน, 2545) นอกจากนี้เพศชายเป็นเพศที่สามารถนำทรัพยากรหรือแหล่งประโยชน์ต่างๆ มาใช้ในการแก้ปัญหาได้ดีกว่าเพศหญิง (Caplan, 1974 cited in Roth, 1989 อ้างถึงใน ปราณี มิ่งขวัญ, 2542) ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด (ร้อยละ 72) ซึ่งเอื้อให้มีการเผชิญปัญหาได้ดี เนื่องจากจะสามารถควบคุม

สถานการณ์และแก้ไขปัญหาต่างๆได้ด้วยตนเองทั้งหมด มากกว่าผู้ป่วยที่มีสถานภาพคู่ ซึ่งอาจจำเป็นต้องรอรับฟังความคิดเห็นจากคู่ของตนก่อนจึงจะสามารถตัดสินใจแก้ไขปัญหาใดๆได้ อีกทั้งสถานภาพสมรสคู่ อาจเป็นต้นเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดได้ หากคู่สมรสไม่เข้าใจ ไม่ได้ให้ความช่วยเหลือ เอาใจใส่ ให้คำปรึกษาหารือ หรือเป็นคู่คิดที่ดี (Lazarus and Folkman, 1984 อ้างถึงใน ปารวี เกื้อกูลรัฐ, 2553) ดังนั้น คุณลักษณะส่วนบุคคลที่สำคัญทั้งสองประการนี้จึงอาจส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการเผชิญความเครียดด้วยวิธีการจัดการกับปัญหาในระดับมาก

นอกจากนี้เมื่อพิจารณาถึงระบบการดูแลผู้ป่วยของทั้งสามโรงพยาบาล ซึ่งเป็นแหล่งเก็บข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า เป็นโรงพยาบาลเฉพาะทางจิตเวชขนาดใหญ่ ซึ่งมีกิจกรรมการพยาบาลในรูปแบบการให้ความรู้ ให้คำปรึกษา โดยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ วางแผน และแก้ไขปัญหา ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้ และทักษะในการเผชิญความเครียด โดยใช้วิธีการที่เหมาะสมด้วยการเรียนรู้ที่จะปรับตัวอย่างเหมาะสมเมื่อเกิดความเครียดขึ้น (Carr and Katsikitis., 1987) อีกทั้งมีความพยายามเข้าใจปัญหาที่เกิดขึ้น มองชีวิตในด้านบวก ปฏิบัติตนเองให้ดี ทบทวน และเรียนรู้ประสบการณ์ของตนเองที่ผ่านมา (Tarrier, 1987; Lee et al., 1993) ดังนั้น เมื่อเกิดปัญหาขึ้นก็จะพยายามแก้ไขปัญหานั้นให้สำเร็จ (Singh, 2003) สอดคล้องกับผลการศึกษา เมื่อพิจารณาคำตอบเป็นรายชื่อ ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เลือกใช้ วิธีการเผชิญความเครียดรายชื่อที่สะท้อนให้เห็นถึงการจัดการกับปัญหา ได้แก่ การใช้ความพยายามมากขึ้นในการทำสิ่งต่างๆให้สำเร็จ การทำความเข้าใจกับปัญหาที่เกิดขึ้น การทำในสิ่งที่ตนเองคิดว่าดีที่สุดการทบทวนเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นและเรียนรู้จากข้อผิดพลาดของตนเองและ การพยายามวางแผนแก้ไขปัญหาย่างเป็นขั้นตอนเพื่อให้มั่นใจว่าจะสามารถผ่านสถานการณ์นั้นไปได้ โดยมีอัตราการใช้สูงถึงร้อยละ 43.3, 41.3, 40.0, 39.3 และ 37.3 ตามลำดับ ด้วยเหตุนี้จึงพบว่าผู้ป่วยจิตเภทในการศึกษาครั้งนี้มีการเผชิญความเครียดด้วยวิธีการจัดการกับปัญหาในระดับมาก

2. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ระดับการศึกษา อายุ อาการทางบวก อาการทางลบ ความบกพร่องทางประสาทการรู้คิด การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน กับการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท

ผู้วิจัยขออภิปรายผลการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับวิธีการเผชิญความเครียดทั้งสามวิธีของผู้ป่วยจิตเภท คือ วิธีการจัดการกับปัญหา วิธีการใช้อารมณ์และความรู้สึก และ วิธีการหลีกเลี่ยงสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียด ตามลำดับดังนี้

2.1 ผลการศึกษาพบว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดด้วยวิธีการจัดการกับปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีทั้งหมด 5 ตัวแปร คือ อาการทางบวก อาการทางลบ ความบกพร่องทางประสาทการรู้คิด การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน สามารถอภิปรายผลการศึกษา ได้ดังนี้

อาการทางบวก จากผลการศึกษาพบว่า อาการทางบวกมีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท โดยมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเผชิญความเครียดด้วยวิธีการจัดการกับปัญหา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อธิบายได้ว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางบวก มักจะขาดความสามารถในการตัดสินใจเลือกแนวทางแก้ไขปัญหา จึงไม่ค่อยใช้เหตุผลในการแก้ปัญหา (Lysaker et al., 2005) ดังนั้น เมื่อมีเหตุการณ์หรือปัญหาเกิดขึ้น ผู้ป่วยจะมีการเผชิญหน้ากับปัญหาต่ำ หรือไม่คิดแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้น (Rolling et al., 1999; Wield, 1992) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Lysaker et al. (2005) ที่พบว่า อาการทางบวกมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเผชิญความเครียดด้วยวิธีการจัดการกับปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อาการทางลบ จากผลการศึกษาพบว่า อาการทางลบมีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท โดยมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเผชิญความเครียดด้วยวิธีการจัดการกับปัญหา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 อธิบายได้ว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ จะมีอาการเด่นคือ มีพฤติกรรมแบบแยกตัว และมีความยากลำบากในการแก้ปัญหาหรือจัดการกับปัญหา หรือมีความสามารถในการจัดการกับปัญหาในชีวิตประจำวันลดน้อยลง และขาดประสิทธิภาพ ดังนั้น ผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงไม่พยายามแก้ไขปัญหาใดๆ แต่มักยอมจำนนต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น (Lysaker et al., 2005) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Strous et al. (2005) ที่พบว่า อาการทางลบมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเผชิญความเครียดด้วยวิธีการจัดการกับปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ความบกพร่องทางประสาทการรู้คิด จากผลการศึกษาพบว่า ความบกพร่องทางประสาทการรู้คิดมีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท โดยมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเผชิญความเครียดด้วยวิธีการจัดการกับปัญหา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อธิบายได้ว่าความบกพร่องทางประสาทการรู้คิดของผู้ป่วยจิตเภท เป็นความบกพร่องของสมรรถภาพสมองที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับการรับรู้ การจำ การคิด และการบริหารจัดการในการแก้ปัญหา ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาการเผชิญความเครียดที่เหมาะสมด้วยการจัดการหรือแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้น (Wilder et al., 2002) ส่งผลทำให้ผู้ป่วยขาดแรงจูงใจ ขาดสมาธิ และขาดความสามารถ ที่จะทำงานให้สำเร็จ จิตใจวุ่นวาย ต้องใช้ทรัพยากรเป็นจำนวนมากเกินไป เพื่อจัดการกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด ทำให้ความสามารถในการตัดสินใจ และการแก้ปัญหาลดลง (จำลอง ดิษยาภิษ และพริ้มเพรา ดิษยาภิษ, 2545) ดังนั้น ผู้ป่วยจิตเภทที่มีความบกพร่องทางประสาทการรู้คิดมาก จึงมีแนวโน้มที่จะใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้วยวิธีการจัดการกับปัญหาได้น้อย สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Wilder et al. (2002) ที่พบว่าความบกพร่องทางประสาทการรู้คิดมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเผชิญความเครียดด้วยวิธีการจัดการกับปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การสนับสนุนทางสังคม จากผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท โดยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญ

ความเครียดด้วยวิธีการจัดการกับปัญหา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 อธิบายได้ว่า เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อการประเมินความหมาย หรือความรุนแรงของสถานการณ์ โดยบุคคลจะสามารถนำข้อมูลที่ได้รับเกี่ยวกับความรุนแรงของสถานการณ์เครียดและแหล่งประโยชน์ที่จะช่วยในการเผชิญปัญหามาใช้ในการประเมินสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเอง ทำให้บุคคลมีการรับรู้ต่อตนเอง และสิ่งแวดล้อมได้อย่างถูกต้อง และนำคำแนะนำกับกลวิธีใหม่ๆ ไปใช้ในการแก้ปัญหา ส่งผลให้บุคคลสามารถเผชิญความเครียดได้ดีขึ้น (Wartman, 1984 อ้างถึงใน อัจฉริยาภรณ์ สุพิชต์, 2546) ดังนั้น ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอ จึงมีแนวโน้มที่จะใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้วยวิธีการจัดการกับปัญหามากขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Ritsner and Ratner (2006) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียดด้วยวิธีการจัดการกับปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน จากผลการศึกษาพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท โดยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียดด้วยวิธีการจัดการกับปัญหา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 อธิบายได้ว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นการคาดหมายของบุคคลในความสามารถของตนเอง และตัดสินใจว่าตนเองสามารถประกอบกิจกรรมที่กำหนดภายใต้สถานการณ์ที่จำเพาะได้หรือไม่ ซึ่งความสามารถนั้นเปลี่ยนแปลงได้ตามลักษณะของงาน หรือกิจกรรมที่กำหนดและสถานการณ์ที่เผชิญอยู่ การที่จะสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเองต่อเรื่องใดเรื่องหนึ่งนั้น เกิดจากการเรียนรู้ที่ได้จากแหล่งต่างๆ แต่ในขณะที่บุคคลมีความเครียดจะมีปัญหาด้านสภาวะจิตใจทำให้มีการรับรู้ถึงสมรรถนะของตนไม่ดี ทำให้ไม่สามารถจัดการกับปัญหาได้ (Bandura, 1997 อ้างถึงใน ทศนีย์ ประสบกิตติคุณ, 2544) ในทางตรงข้าม หากบุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนดี จะส่งผลให้มีการปรับตัว มีขวัญกำลังใจ มีความเข้มแข็งและมีสุขภาพจิตที่ดี ทำให้สามารถเผชิญกับความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ (รัชดา ไชยโยธา, 2543; ฉัตรกมล ออกกจิวัตร, 2546 อ้างถึงใน อังศิรินทร์ อินทรกำแหง, 2551) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Strous et al. (2005) และ Ventura et al. (2004) ที่พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียดด้วยวิธีการจัดการกับปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2.2 ผลการศึกษาพบว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดด้วยวิธีการใช้อารมณ์และความรู้สึก ของผู้ป่วยจิตเภท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มี 1 ตัวแปร คือ อาการทางบวก ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ สามารถอภิปรายผลการศึกษา ดังนี้

อาการทางบวก จากผลการศึกษาพบว่า อาการทางบวกมีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท โดยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียดด้วยวิธีการใช้อารมณ์และความรู้สึก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 อธิบายได้ว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการ

ทางบวก ได้แก่ อาการหลงผิด ประสาทหลอน พฤติกรรมแปลกประหลาด การแสดงอารมณ์ของผู้ป่วยจะไม่เหมาะสมกับสถานการณ์ ไม่สัมพันธ์กับความคิดหรือคำพูด นอกจากนี้อาการทางบวกยังส่งผลให้ผู้ป่วยขาดสติยังคิด ไม่เป็นมิตรกับใคร ใช้อารมณ์ในการตัดสินใจ (McNally and Goldberg, 1997; Bak et al., 2001; Taskai et al., 1990) ด้วยเหตุนี้ ผู้ป่วยที่มีอาการทางบวกจึงมักจะใช้วิธีการเผชิญกับความเครียดในลักษณะที่ไม่เหมาะสมโดยแสดงอารมณ์ออกมาอย่างทันทีทันใด เช่น จะแสดงความโกรธออกมาอย่างรุนแรงทั้งที่มีปัญหาหรือข้อถกเถียงเพียงแค่อเล็กน้ย (พิเชษฐ อดุมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกานนท์, 2552) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Ritsner et al. (2003) ที่พบว่า อาการทางบวกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียดด้วยวิธีการใช้อารมณ์และความรู้สึกของผู้ป่วยจิตเภท

2.3 ผลการศึกษาพบว่าตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดด้วยวิธีการหลีกเลี่ยงสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีทั้งหมด 4 ตัวแปร คือ อาการทางลบ ความบกพร่องทางประสาทการรู้คิด การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน สามารถอภิปรายผลการศึกษา ดังนี้

อาการทางลบ จากผลการศึกษาพบว่า อาการทางลบมีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท โดยมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเผชิญความเครียดด้วยวิธีการหลีกเลี่ยงสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ มักจะมีอาการเด่น คือ พุดน้อย เนื้อหาที่พุดมีน้อย ใช้เวลานานกว่าจะตอบ การแสดงออกทางด้านอารมณ์ลดลง ไม่ค่อยสบตา ขาดความกระตือรือร้น เนื้อชาลาง ไม่สนใจเรื่องการแต่งกาย และไม่ค่อยแสดงออก (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548) ผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงไม่ค่อยมีความสนใจทั้งต่อตนเองและสิ่งแวดล้อม รวมทั้งขาดแรงจูงใจในการทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่น ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีแนวโน้มที่จะไม่ใช้วิธีการเผชิญความเครียดเพื่อหลีกเลี่ยงเหตุการณ์ที่เคร่งเครียดโดยใช้วิธีการด้านบวกลักษณะต่างๆ เช่น การเข้าหาคนอื่น (Social diversion) หรือ เลี่ยงไปทำกิจกรรมอื่น (Distraction) ทดแทน (Lysaker et al., 2005; Modestin et al., 2004) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Lysaker et al. (2005) ; Modestin et al. (2004); Rudnick and Kravetz. (2001) และ Wilder et al. (2002) ที่พบว่าอาการทางลบมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเผชิญความเครียดด้วยวิธีการหลีกเลี่ยงสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ความบกพร่องทางประสาทการรู้คิด จากผลการศึกษาพบว่า ความบกพร่องทางประสาทการรู้คิดมีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท โดยมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเผชิญความเครียดด้วยวิธีการหลีกเลี่ยงสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อธิบายได้ว่าผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางประสาทการรู้คิดจะมีความบกพร่องของสมรรถภาพสมองที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับ การรับรู้ การจำ การคิด สมาธิ การสื่อสาร และการระลึกได้

(Carayannis, 2000 ; Stone, Wyman and Salisbury, 1999 อ้างถึงใน Kiatlaekakul, 2005) และหรือการรับรู้ การจำ ความใส่ใจ การคิด วางแผน และการแก้ปัญหา (Lysaker et al., 2004 ; Van den et al., 1992) ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ลดน้อยลง ทั้งในเรื่องกระบวนการจำแนกข้อมูลที่รับเข้าไปตามช่องทางการรับรู้ต่างๆ การแปลความหมาย การทำความเข้าใจ การจดจำ รวมถึงการคิดแปลงใช้ข้อมูลนั้นในการแสดงออกอย่างเหมาะสม (กึ่งแก้ว ปาจารย์, 2550) ส่งผลให้ผู้ป่วยที่มีความพร่องทางประสาทการรู้คิดไม่ยอมรับปัญหา ยอมจำนนกับสภาพการณ์ที่เกิดขึ้น เมื่อเกิดความเครียดไม่เข้าหาคนอื่น หรือไม่ทำกิจกรรมอื่นทดแทนและมีความยากลำบากในการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลและสิ่งแวดล้อม (Lysaker et al., 2004) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Lysaker et al. (2004) และ Van den et al. (1992) ที่พบว่าความบกพร่องทางประสาทการรู้คิดมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเผชิญความเครียดด้วยวิธีการหลีกเลี่ยงสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การสนับสนุนทางสังคม จากผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท โดยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียดด้วยวิธีการหลีกเลี่ยงสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 อธิบายได้ว่า การที่ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือจากเครือข่ายสังคมด้านอารมณ์ สังคม สิ่งของ หรือข้อมูล จะช่วยให้ผู้ป่วยเผชิญกับความเครียด และตอบสนองต่อความเครียดได้ในระยะเวลาที่รวดเร็วขึ้น (Thoits, 1982 อ้างถึงใน สดใส คุ่มทรัพย์อนันต์, 2546) เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งสำคัญที่บุคคลได้รับการเอาใจใส่เมื่อประสบปัญหา ช่วยลดความเครียด และสร้างความมั่นคงของสุขภาพ (House, 1981 อ้างถึงใน หงษ์ บรรเทิงสุข, 2548) ดังนั้น เมื่อบุคคลเกิดความเครียดจากเหตุการณ์ต่างๆ การสนับสนุนทางสังคม จึงเป็นแรงผลักดันที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีวิธีเผชิญการเผชิญกับความเครียด ที่เหมาะสม ส่งผลให้มีสุขภาพจิตที่ดีตามมา (จำลอง ดิษยาณิช และพริ้มเพรา ดิษยาณิช, 2545) การสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้ผู้ป่วยมีการรับมือกับปัญหาหรือความเครียด ด้วยเหตุนี้หากผู้ป่วยจิตเภทได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดีและมากขึ้นเท่าไรเมื่อเกิดปัญหาหรือความเครียด ผู้ป่วยก็จะไม่เก็บปัญหาไว้คนเดียว เพราะทราบว่าความเครียดจะบรรเทาเบาบางลงได้จากการช่วยเหลือจากคนรอบข้าง (Christina et al., 1997) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Christina et al. (1997) และ Strous et al. (2005) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียดด้วยวิธีการหลีกเลี่ยงสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน จากผลการศึกษาพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท โดยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียดด้วยวิธีการหลีกเลี่ยงสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

อธิบายได้ว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยจิตเภทเป็นการคาดหวังเกี่ยวกับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นถ้าหากตนเองรับเอาพฤติกรรมนั้นมาปฏิบัติ และเชื่อว่าสามารถที่จะมีพฤติกรรมหรือประกอบกิจกรรมที่กำหนดภายใต้สถานการณ์ที่จำเพาะได้ (Bandura, 1997) ผู้ป่วยจิตเภทที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน จะมีการรับรู้และเข้าใจในโรคที่ตนเองเป็นอยู่ ดังนั้น เมื่อเกิดความเครียดหรือสถานการณ์ที่ตึงเครียดอันเกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยของตน จึงมักมีความกระตือรือร้นและไม่เฉื่อยชากับการปรับตัวเพื่อแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้น และมีการเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้วยการหลีกเลี่ยงสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียดและแสวงหาการช่วยเหลือจากคนอื่น ๆ และสังคมแทน เมื่อเกิดปัญหา สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Strous et al. (2005) ที่พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียดด้วยวิธีการหลีกเลี่ยงสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียดของผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2.4 ผลการศึกษาพบว่า ตัวแปรที่ไม่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีทั้งหมด 2 ตัวแปร คือ ระดับการศึกษา และอายุ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ สามารถอภิปรายผลการศึกษา ดังนี้

ระดับการศึกษา จากผลการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภททั้ง 3 วิธีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีระดับการศึกษาต่างกันอาจมีการใช้การเผชิญความเครียดในแต่ละวิธี คือ การจัดการกับปัญหา การใช้อารมณ์และความรู้สึก และการหลีกเลี่ยงสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียดไม่แตกต่างกัน แม้ว่า Jalowice and Power (1981) จะกล่าวว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับวิธีการเผชิญกับความเครียดของบุคคล เนื่องจากการศึกษาช่วยพัฒนาให้บุคคลมีความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่างๆ ส่งผลให้มีวิสัยทัศน์ที่กว้างไกล และ เมื่อต้องเผชิญกับปัญหาหรือสถานการณ์ความเครียด ก็สามารถที่จะนำประสบการณ์จากการเรียนรู้นั้นเข้ามาช่วยแก้ไขปัญหาก่อนที่สถานการณ์จะเลวร้ายลงไปอีก ดังนั้น การศึกษาที่ดีจะมีผลต่อการรับรู้ ทำความเข้าใจ รวมทั้งการแสดงออกอย่างเหมาะสม และช่วยให้บุคคลรู้จักแสวงหาความช่วยเหลือจากแหล่งต่างๆ จนสามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม (สมดี งามสูงเนิน, 2545) แต่ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท ทั้งนี้ อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ คือ ร้อยละ 54.7 มีการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา จำแนกเป็นมัธยมศึกษาตอนต้นร้อยละ 26.7 และ มัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 28 จึงอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการประเมินสถานการณ์การเผชิญความเครียดที่ใกล้เคียงกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ Ritsner et al. (2006) ที่พบว่า ระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อายุ จากผลการศึกษาพบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภททั้ง 3 วิธีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้อาจเนื่องจากพบว่ากลุ่มตัวอย่างใน

การศึกษาครั้งนี้ส่วนใหญ่ คือร้อยละ 46.7 มีอายุอยู่ในช่วง 31-40 ปี ซึ่งถือเป็นวัยผู้ใหญ่ที่มีความมั่นคงทางอารมณ์ มีการแก้ปัญหาอย่างรอบคอบ และมีความสามารถในการปรับตัวต่อสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป (Striruang, 2002 อ้างถึงใน เทียรทอง นิมศิริ, 2553) อีกทั้งเป็นวัยที่มีความมุ่งมั่นในการทำงาน มีความมั่นใจในตนเอง เป็นตัวของตัวเอง และมีความพร้อมในการเผชิญปัญหาต่างๆ (Newman and Newman, 1979 อ้างถึงใน คณินนิตย์ นุเกตุ, 2551) และเป็นช่วงวัยที่มีวุฒิภาวะ และสามารถประเมินสถานการณ์ได้ (Orem, 1985 อ้างถึงใน เสวิกุล จำสนอง, 2546) ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยกลุ่มนี้ มีความเครียดหรือสถานการณ์ที่ยากลำบากผ่านเข้ามาในชีวิต จึงมีการประเมินสถานการณ์และเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดในลักษณะที่ใกล้เคียงกัน ส่งผลให้อายุไม่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภทในการศึกษาครั้งนี้ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Strous et al. (2005) และ Ritsner et al. (2006) ที่พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นกัน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. จากผลการวิจัย พบว่า อาการทางบวก อาการทางลบ และความบกพร่องทางประสาทการรับรู้ มีความสัมพันธ์ทางลบกับการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท โดยมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเผชิญความเครียดด้วยวิธีการจัดการกับปัญหา ซึ่งถือเป็นวิธีการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ ดังนั้นพยาบาลจึงควรจัดกิจกรรมกลุ่มในลักษณะการจัดการอาการทางบวก และการจัดการอาการทางลบ ตลอดจนควรจัดกิจกรรมการพยาบาลที่ส่งเสริมการรับรู้ ในผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้ผู้ป่วยมีการเผชิญความเครียดที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

2. จากผลการวิจัย พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท โดยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียดด้วยวิธีการจัดการกับปัญหา ดังนั้นกิจกรรมที่พยาบาลจัดควรเป็นกิจกรรมที่ออกแบบให้สมาชิกในครอบครัว เครือข่ายเพื่อนฝูง บุคลากรในทีมสุขภาพ มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีการเผชิญความเครียดด้วยวิธีการจัดการกับปัญหาอย่างเหมาะสม

3. จากผลการวิจัย พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท โดยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียดด้วยวิธีการจัดการกับปัญหา ดังนั้นเพื่อให้ผู้ป่วยมีการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ พยาบาลควรมีกิจกรรมการสอน แนะนำ และให้คำปรึกษาในการที่จะส่งเสริมศักยภาพหรือพัฒนาให้ผู้ป่วยมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมากขึ้น

4. จากผลการวิจัย แม้จะพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้วยการจัดการกับปัญหา แต่ก็ยังพบว่าผู้ป่วยจำนวนหนึ่งที่ใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้วยการใช้อารมณ์และความรู้สึก ซึ่งเป็นวิธีการที่ไม่มีประสิทธิภาพ และใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้วยการหลีกเลี่ยงสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียด ซึ่งเป็นวิธีที่อาจช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกดีขึ้นชั่วคราวในระยะสั้นๆ แต่หากพิจารณาจากผลลัพธ์การปรับตัวในระยะยาวที่เกิดขึ้น จะพบว่า เป็นวิธีการที่ไม่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากไม่ได้ไปจัดการกับสาเหตุหรือสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียด (stressors) แต่อย่างไรก็ตาม ทำให้สิ่งเร้าเหล่านั้นยังคงมีอยู่ และอาจเป็นต้นเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดได้ซ้ำๆ ดังนั้นพยาบาลควรจัดกิจกรรมโดยมีการจำลองสถานการณ์ และฝึกปฏิบัติให้ผู้ป่วยได้ใช้วิธีการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ

ด้านการวิจัย

1. ควรนำผลการวิจัยครั้งนี้ไปจัดโปรแกรมการวิจัยเชิงทดลอง โดยนำปัจจัยที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ อาการทางบวก อาการทางลบ ความบกพร่องทางประสาท การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เพื่อพัฒนาโปรแกรมสำหรับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ และเปรียบเทียบผลการวิจัยระหว่างผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับ โปรแกรมฯ กับผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

2. ควรมีการศึกษาในลักษณะการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย

3. ควรศึกษาวิธีการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยกลุ่มโรคทางจิตเวชอื่นๆต่อไป

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

สุภาพจิต, กรม. กระทรวงสาธารณสุข. เทคโนโลยีการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์พัฒนาสุขภาพจิต, 2541.

กิ่งแก้ว ปาจารย์. การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. กรุงเทพมหานคร : เอ็น พี เพรส, 2552.

คุณท์ชลิ เพียรทอง. ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน.

วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2547.

เกษม ต้นติผลาชีวะ. ตำราจิตเวชศาสตร์. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2539.

คณินนิตย์ นุเกตุ. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

กับพฤติกรรมการเผชิญความเครียดในการทำงานของพยาบาลโรงพยาบาลน่าน.

การค้นคว้าอิสระปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาการศึกษา คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2551.

จิราพร อมราภิบาล. ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อ

โรคเอดส์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2536.

จิราภรณ์ สรรพวีรวงศ์ และคณะ. ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท

ในชีวิตประจำวัน กรณีศึกษาโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 14, 2 (กรกฎาคม – ธันวาคม 2544) : 52-65.

จำลอง ดิษขวาณิช และพริ้มเพรา ดิษขวาณิช. ความเครียด ความวิตกกังวล และสุขภาพ.

เชียงใหม่ : โรงพิมพ์แสงศิลป์, 2545.

ฉวีวรรณ สัตยธรรม. การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. พิมพ์ครั้งที่ 10. นนทบุรี :

ยุทธรินทร์การพิมพ์, 2552.

จันทร์ฉาย เนตรสุวรรณ. พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภท.

วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2545.

- ชาติชาย ไบทัตทิม. การดำเนินชีวิตในสังคมหลังการบำบัดของผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลศรีธัญญา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสังคมสงเคราะห์ คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2547.
- ทัศนีย์ ประสบกิตติคุณ. การรับรู้สมรรถนะของตนเองกับพฤติกรรมสุขภาพ. วารสารการพยาบาล. 16, 3 (กรกฎาคม – กันยายน 2544) : 1 – 10.
- เทียรทอง นิมศิริ. ความสามารถในการทำนายของปัจจัยคัดสรร ต่อความรู้สึที่ไม่แน่นอนในการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและการเผชิญความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับขยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลมารดาและทารก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2553.
- ธนา นิลชัยโกวิทย์. Positive and Negative Syndrome Scale ฉบับภาษาไทย (PANSS - T). พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: แจนเซ็น-ซีแลก, 2550.
- นิพนธ์ พวงวรินทร์ และคณะ. แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย. สารศิริราช 45, 6 (มิถุนายน 2536) : 359– 374.
- นันทิกา ทวิชาชาติ. ระบาดวิทยาทางสุขภาพจิตและจิตเวช. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2548.
- บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร. ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร : ยูเออนด์ไออินเตอร์มีเดีย, 2553.
- ประคอง กรณสุด. สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร : ด้านสุทธาการพิมพ์, 2542.
- โปรยทิพย์ กสิพันธุ์. ความเครียดและการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท. รายงานการวิจัยวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข, 2548.
- พิเชษฐ์ อุดมรัตน์. ระบาดวิทยาของปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวชในประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร : บริษัทลิบบราเคอร์การพิมพ์, 2547.
- พิเชษฐ์ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกานนท์. ตำราโรคจิตเภท. สงขลา : ชานเมืองการพิมพ์, 2552.
- เพียรดี เปี่ยมมงคล. การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. กรุงเทพมหานคร : ธรรมสาร, 2553.
- เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ, อรพรรณ ลือบุญรัชชัย และชนกพร จิตปัญญา. ตราบาป : การรับรู้และผลกระทบของผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัว. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 18, 1 (มกราคม – มิถุนายน 2547) : 1– 9.
- ไพรัตน์ พุกษชาติคุณากร. จิตเวชศาสตร์สำหรับประชาชน. เชียงใหม่ : โรงพิมพ์นันทพันธ์, 2542.

- ไพรัตน์ พุกยชาติคุณากร. โรคจิตเภท. ใน มานิตย์ ศรีสุรภานนท์ และจำลอง คิชยวานิช,
ตำราจิตเวชศาสตร์. เชียงใหม่ : โรงพิมพ์แสงศิลป์, 2542.
- มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์. จิตเวชศาสตร์รามาชิปดี. พิมพ์ครั้งที่ 2.
กรุงเทพมหานคร : บิยอนด์เอนเตอร์ไพรซ์, 2548.
- เยาวลักษณ์ มีบุญมาก, วรเดช ช่างแก้ว และสุนิรัตน์ จันทร์ศรี. ผลของการเรียนรู้แบบมี
ส่วนร่วมต่อทักษะชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต
17, 2 (กรกฎาคม – ธันวาคม 2546) : 56– 66.
- รัตน์ศิริ ทาโต. การวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์ : แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้. พิมพ์ครั้งที่ 2.
กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2551.
- ละเอียด แจ่มจันทร์ และสุธี ชันชรัถยวงศ์. การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชศาสตร์.
พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร : จุดทอง, 2549.
- ศูนย์สารสนเทศ กองแผนงาน สุขภาพจิต, กรม. รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต
ปีงบประมาณ 2552. กรุงเทพมหานคร : บางกอกบล็อก, 2552.
- สดใส คุ่มทรัพย์อนันต์. ปัจจัยทางสังคมกับการกลับรักษาของผู้ป่วยจิตเภทโรงพยาบาลศรีธัญญา.
รายงานการวิจัย, กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2546.
- สมคิด งามสูงเนิน. การศึกษารูปแบบการเผชิญความเครียดที่มีผลต่อผลของการปรับตัวของ
ผู้ใช้บริการที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในอำเภอเมืองนครปฐมจังหวัดนครปฐม. รายงาน
การวิจัย, สถาบันอุดมศึกษาเอกชน ทบวงมหาวิทยาลัย, 2545.
- สมภพ เรืองตระกูล. ตำราจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่ง
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2542.
- สมภพ เรืองตระกูล. ตำราจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์, 2545.
- สุชีรา ภัทรายุทธวรรณ์. คู่มือการวัดทางจิตวิทยา. กรุงเทพมหานคร : เมดิคัลมีเดีย, 2545.
- สุภาพร จงประกอบกิจ. ความเครียด การเผชิญความเครียดและแรงสนับสนุนทางสังคม
ของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต,
สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2551.
- สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว. การพยาบาลจิตเวช. พิษณุโลก : รัตนสุวรรณการพิมพ์, 2545.
- เสวีกุล จำสนอง. พฤติกรรมการณ์ตนเองและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการณ์ตนเองของ
ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์และสถาบันจิตเวช
ศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิต
เวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2546.

- เสาวนีย์ เมืองค้วง. การศึกษาการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อความสามารถใน
การดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนโรงพยาบาลสวนผึ้งจังหวัดราชบุรี.
โครงการศึกษาอิสระปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิต
และจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2551.
- หงษ์ บันเทิงสุข. ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาล
พระศรีมหาโพธิ์.วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิต
และจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2545.
- อรพรรณ ลีอนุชรัชชัย. การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช.กรุงเทพมหานคร : ด้านสุขภาพการพิมพ์,
2545.
- อำไพพรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์. การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตแนวการปฏิบัติตามพยาธิสภาพ.
พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : บริษัทธรรมสาร, 2543.
- อัจฉริยาภรณ์ สุพิชญ์. คุณภาพชีวิตและการสนับสนุนทางสังคมของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท.
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2546.
- อังคณา หมอนทอง. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพการรับรู้สมรรถนะแห่งตน
ความหวังกับพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า.
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาล
ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2549.
- อังศินันท์อินทรกำแหง. การสังเกตการณ์งานวิจัยที่เกี่ยวกับความเครียดและการเผชิญ
ความเครียดของคนไทย.วารสารพฤติกรรมศาสตร์14, 1 (กันยายน 2551) ; 135 – 150.

ภาษาอังกฤษ

- Bak, M., Van der Spil, F., Gunther, N., Radstake, S., Delespau, P. and Van OS, J.
MACS – II : Dose coping Enhance subjective control over psychotic symptoms?.
Acta Psychiatrica Scandinavica 103 (January 2001) : 460 – 464.
- Bandura, A. Self – efficacy : Toward a unifying theory of behavioral change.
Psychological Review 84 (March 1997) : 191 – 215.
- Carr, V. and Katsikitis, M. Illness behavior and schizophrenia.Psychiatric Medicine, 5
(March 1987) :163 -170.

- Cohen, C.I. Age-related correlations in patient symptom management strategies in schizophrenia: An exploratory study. International Journal of Geriatric Psychiatry8 (August 1993) 211–213.
- Christina, M., Hultman, Ing-Marie Wieselgren and Arne Ohman. Relationships between social support, social coping and life events in the relapse of schizophrenia patients. Scandinavian Journal of Psychology 38 (January 1997) : 3-13.
- Dimsdale JE, Keete FS and Stein MB. Stress and Psychiatry. In :Sadock BI, Sadockva, editors. Comprehensive textbook 18 (2000) : 35 – 44.
- Endler, N.S. and Parker, J.D. Multidimensional assessment of coping: acritical evaluation. J Pers Soc Psychol58 (August 1990) : 844 – 854.
- Endler, N.S. and Parker, J.D. Multidimensional assessment of coping : task, emotion and avoidance strategies. Psychol Assess6 (March 1994) : 50-60.
- Ensfield, L.B. The personal vision of recovery questionnaire. The development of a consumer-derived scale. In D. Roth (Ed.) *New Research in Mental Health, Vol. 13* : pp. 255-262. Columbus, OH: Ohio Department of Mental Health, 1998.
- Ensfield, L.B., Steffen, J.J., Borkin, J.R. and Schafer, J.C. The personal vision of recovery questionnaire : the development of a consumer - derived scale. *New Research in Mental Health* Columbus, OH : Ohio Department of Mental Health, 1999.
- Horan, W.P. and Blanchard, J.J. Emotional responses to psychosocial stress in schizophrenia : the role of individual difference in affective traits and coping. Schizophrenia Research 60 (April 2003) : 271 – 283.
- Jalowiec, A. and Power, M. J. Stress and coping in hypertensive and emergency room patients. Nursing Research 30 (May 1981) : 10-15.
- Jones PB. And Tarrant CJ. Developmental processors and biological markers for schizophrenia and effective disorders : Specificity and public health implications. Eur Arch Psychiatry Clin Neuro250 (February 2000) : 286 – 291.
- Kaplan, H.L. and Sadock, B.J. Synopsis of psychiatry. volume 1 (9th ed) : Baltimore : Williams and Wilkins, 1998.
- Kay, S.R., Fiszbein, A. and Oplu, L.A. The Positive and Negative syndrome scale (PANSS) for Schizophrenia. Schizophrenia Bulletin. 13 (February 1987) : 261 – 276.

- Kiatlaekakul, S. Factors related to cognitive status among the elderly. Master degree in nursing Science, Prince of Songkhla University, 2005.
- Lazarus, R.S. and Folkman, S. Stress appraisal and coping. New York : Springer, 1984.
- Lazarus, R.S. and Folkman, S. (1988). Ways of Coping Questionnaire Manual. Consulting Psychologists Press, Palo Alto CA, 1988.
- Lee, P.W.H., Lieh-Mak, F., Yu, K.K. and Spinks, J.A. (1993). Coping strategies of schizophrenic patients and their relationship to outcome. British Journal of Psychiatry 163 (1993) : 177-182.
- Lobban, F., Cluough, C. and Jones, S. (2004). The impact of beliefs about mental health problems and coping on outcome of schizophrenia. Psychological Medicine 34 (October 2004) : 1165 – 1176.
- Lysaker, P.H., Bryson, G.J., Marks, K., Greig, T.C. and Bell, M.D. (2004). Coping style in schizophrenia : association with neurocognitive deficits and personality. Schizophrenia Bulletin 30 (2004) : 113 – 121.
- Lysaker, P, H., Louanne, W, Davis., Jeffrey Lightfoot., Nicole Hunter and Amy Stasburger. Association of neurocognition, anxiety, positive and negative symptoms with coping preference in schizophrenia spectrum disorders. Schizophrenia Research 80 (July 2005) : 163-171.
- MaNally, S.E. and Goldberg., J.O. Natural cognitive coping strategies in schizophrenia. British Journal of Medical Psychology 70 (June 1997) : 159 – 167.
- Marshall, F., Folstein., Susan, E., Folstein and Paul, R., Mchugh. 'Mini-mental stage' A practical method for grading the cognitive state patients for the clinician. J psychiatry 12 (November 1975) : 189-198.
- Moss, R.H and Schaefer, J. Coping resources and processes current concepts and measures. Handbook of Stress : Theoretical and Clinical Aspects, pp. 234-257., 1993.
- Modestin, J., Soult, J. and Malti, T. (2004). Correlates of Coping Styles in Psychotic Illness. Psychopathology 37 (June 2004) : 175 – 180.
- Myin – Germeys, I., Van OS, J., Schwartz, J.E., Stone, A.A. and Delespau, P.A. Emotional reactivity to daily life stress in psychosis. Arcives of General Psychiatry 58 (December 2001) : 1137 – 1144.

- Nuechterlein, K.H. and Dawson, M.E. A heuristic vulnerability / stress model of schizophrenic episodes. Schizophrenia Bulletin 10 (1984) : 300-312.
- Nuechterlein, K.H., Dawson, M.E., Ventura, J., Gitlin, M., Subotnik, K.L. and Snyder, K.S. The vulnerability / stress model of schizophrenic relapse : A longitudinal study. Acta Psychiatrica Scandinavica 89 (1994) : 58 – 64.
- Ritsner, M., Ben-Avi, I., Ponizovsky, A., Timinsky, I., Bistrov, E. and Modai, I. Quality of life and coping with schizophrenia symptoms: Quality of life and coping. Quality of Life Research 12 (April 2003) : 1 – 9.
- Ritsner, M. and Ratner, Y. The long - term changes in coping strategies in schizophrenia. The Journal of Nervous and Mental Disease 194 (April 2006) : 261-267.
- Ritsner Michael S. Ritsner, Anatoly Gibel, Alexander M. Ponizovsky, Evgeny Shinkarenko, Yael Ratner and Rena Kurs. Coping patterns as a valid presentation of the diversity of Coping responses in schizophrenia patients. Psychiatry Research 144 (September 2006) : 139-152.
- Rollin, A. L., Bond, G. R. & Lysaker, P, H. Characteristics of coping with the symptoms of schizophrenia. Schizophrenia Research 36 (April 1999) : 30 – 36.
- Rudnick, A. and Kravetz, S. The relation of social support-seeking to quality of life in schizophrenia. Journal of Nervous and Mental Disease 189 (April 2001) : 258 – 262.
- Schaefer, C., Colyne, C. and Lazarus, R.S. The health related functions of social support. Journal of behavior medicine 4 (December 1981) : 381 – 406.
- Singh, G., Sharan, P. and Kulhara, P. Role of coping strategies and attitudes in mediating distress due to hallucinations in schizophrenia. Psychiatry and Clinical Neurosciences. 57 (2003) : 517-522.
- Strous, R. D., Ratner, Y ., Gibel, A., Ponizovsky, A. and Ritsner, M. Longitudinal assessment of coping abilities at exacerbation and stabilization in schizophrenia. Comprehensive Psychiatry 46 (2005) : 167-175.
- Tarrier, N. An investigation of residual psychotic symptoms in discharged schizophrenic patients. British Journal of Clinical Psychology 26 (May 1987) : 141-143.
- Tarrier, N., Harwood, S., Yusopoff, L., Beckett, R. and Baker, S. Coping strategy enhancement (CSE): A method of treating residual schizophrenic symptoms. Behavioral Psychotherapy 18 (May 1990) : 283-293.

- Taskai, A., Uematsu, M., Kaiya, H., Inoue, M. and Ueki, H. Coping styles to basic disorders among schizophrenias. Acta Psychiatrica Scandinavica 82 (October 1990) : 289-294.
- Van den Bosch, R.J., van Asma, M.J.O., Rambouts, R. and Louwerens, J.W. Coping style and cognitive dysfunction in schizophrenic patients. British of Psychiatry 161 (1992) : 123-128.
- Ventura, J., Nuechterlein, K.H., Subotnik, K.L., Green, M.F. and Gitlin, M.J. Self-efficacy and neurocognition may be related to coping responses in recent-onset schizophrenia. Schizophrenia Research 69 (December 2004) : 343-352.
- Wiedl, K.H. Assessment of coping with schizophrenia: Stressors, appraisal and coping behavior. Britis Journal of Psychiatry 161 (October 1992) : 114-122.
- Wilder-Willis, K.E., Shear, P., Steffen, J.J. and Borkin, J. The relation between cognition dysfunction and coping abilities in schizophrenia. Schizophrenia Research 55 (2002) : 259-267.
- Zubin, J. and Spring, B. Vulnerability: A new view of schizophrenia. Journal of Abnormal Psychology 86 (April 1977) : 103-126.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้เชี่ยวชาญ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ชื่อ – สกุล	ตำแหน่งและสถานที่ปฏิบัติงาน
1. นายแพทย์ธีระ ลีลานนทกิจ	นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ศิริลักษณ์ เวชการวิทยา	อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
3. อาจารย์ดร.รัชนิกร เกิดโชค	อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
4. นางสาวสมลักษณ์ เขียวสด	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลราชบุรี
5. ดร.ชลพร กองคำ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา

รายนามผู้เชี่ยวชาญ

ชื่อ – สกุล	ตำแหน่งและสถานที่ปฏิบัติงาน
1. นายพิริยะ ธรรมะโก	นักวิเทศสัมพันธ์ ฝ่ายอำนวยการและประสานงานจัดหาต่างประเทศ กรมชลประทาน
2. อาจารย์ ปัญญา ปัญญาพร	อาจารย์สอนภาษาอังกฤษ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
3. อาจารย์อรุณี ลิ้มมณี	อาจารย์ประจำหลักสูตรศิลปศาสตรบัณฑิต หมวดวิชาการศึกษาทั่วไป (ภาคภาษาอังกฤษ) วิทยาลัยดุริยางคศิลป์มหาวิทยาลัยมหิดล

ภาคผนวก ข

ข้อมูลสำหรับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยหรือผู้ให้ข้อมูล
ไบอินยอมของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยหรือผู้ให้ข้อมูล

ข้อมูลสำหรับประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Patient/Participant Information Sheet)

ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท
 ชื่อผู้วิจัย นางพรรณร ผู้ปฏิเวช นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 สถานที่ปฏิบัติงาน 112 สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา คลองสาน กรุงเทพมหานคร 10600
 โทรศัพท (ที่ทำงาน) 0-2437-0200 ต่อ 4161
 E-mail : pppw111@gmail.com

ข้อมูลประกอบการให้คำยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย

1. โครงการวิจัยนี้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท
2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อศึกษาวิธีการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ระดับการศึกษา อายุ อาการทางบวก อาการทางลบ ความบกพร่องทางประสาทการรู้คิด การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน กับการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท
3. ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยคัดเลือกโรงพยาบาล โดยคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ทำการศึกษาในโรงพยาบาลจิตเวชระดับตติยภูมิมิขนาดใหญ๋ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล จำนวนทั้งสิ้น 3 โรงพยาบาลได้แก่ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา โรงพยาบาลศรีธัญญา และสถาบันกัลยาณราชนครินทร์ โดยผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ในแต่ละโรงพยาบาลตามสัดส่วนจำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก ตามรายงานประจำปี 2552 ดังนี้ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา จำนวน 67 คน โรงพยาบาลศรีธัญญา จำนวน 66 คน และสถาบันกัลยาณราชนครินทร์ จำนวน 17 คน ที่มีอายุระหว่าง 20 – 59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง โดยเดินทางมารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวชระดับตติยภูมิมิขนาดใหญ๋ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑลตามแผนการรักษา
4. ในการวิจัยครั้งนี้ ใช้วิธีตอบแบบสอบถามจำนวน 7 ส่วนจะไม่มีความเสี่ยงใดเกิดขึ้นกับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ในการเป็นผู้ตอบแบบสอบถาม การตอบแบบสอบถามจะไม่ระบุชื่อ – นามสกุล และที่อยู่ลงในรายงานการวิจัย การนำเสนอจะนำเสนอในเชิงวิชาการ และจะไม่ทำความเสียหายต่อผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามทั้ง 7 ส่วน จะถูกเก็บไว้เป็นความลับและทำลายเมื่อสิ้นสุดการวิจัย

5. รายละเอียดและขั้นตอนการวิจัยที่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยได้รับการปฏิบัติมีดังต่อไปนี้

5.1 ในงานวิจัยครั้งนี้เรียกผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยว่า ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย (Participants) ซึ่งผู้วิจัยจะเป็นผู้แจกแบบสอบถามด้วยตนเอง และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามโดยคำนึงถึงความยินยอมของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเป็นหลัก โดยผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยตอบแบบสอบถาม โดยใช้เวลาประมาณ 40 นาที ทั้งหมด 7 ส่วน จำนวนทั้งสิ้น 96 ข้อ

5.2 ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยวิธีการตอบแบบสอบถามจากผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวชระดับตติยภูมิมขนาดใหญ่ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล จำนวนทั้งสิ้น 3 โรงพยาบาล ได้แก่ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา โรงพยาบาล ศรีธัญญา และสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

5.3 ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย มีสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการให้ข้อมูลหรือตอบแบบสอบถามในครั้งนี้ โดยไม่มีผลต่อการได้รับการบริการ หากขณะผู้ป่วยตอบแบบสอบถามยังไม่เสร็จเรียบร้อยถึงเวลาแพทย์เรียกตรวจ ผู้ป่วยต้องได้รับการตรวจทันที และหากได้รับการตรวจจากแพทย์เรียบร้อยแล้ว จึงขอให้ผู้ป่วยกลับมาทำแบบสอบถามอีกครั้ง นอกจากนี้เมื่อระหว่างการให้ข้อมูลหรือตอบแบบสอบถาม หากผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยไม่พอใจหรือไม่ต้องการเข้าร่วมทำวิจัยต่อ ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย สามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะ โดยไม่สูญเสียประโยชน์ที่พึงได้รับ

5.4 ผู้วิจัยตรวจแบบสอบถามจากผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยทุกรายก่อนแยกจากกลุ่มตัวอย่างในกรณีที่พบว่าแบบสอบถามมีคะแนนมากกว่าเกณฑ์ปกติ จะส่งต่อให้พยาบาลที่รับผิดชอบทันที เพื่อให้การดูแลตามแนวทางของแต่ละโรงพยาบาลและระหว่างการตอบแบบสอบถามหากกลุ่มตัวอย่างรู้สึกกระตือรือร้นทางจิตใจมีอาการเครียด โดยผู้วิจัยประเมินอาการที่เกิดขึ้นด้วยการสังเกตความเครียดที่เกิดขึ้นในขณะนั้นจากผู้ป่วยโดยตรง หากผู้ป่วยมีอาการดังต่อไปนี้คือ ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย หายใจไม่อิ่ม หงุดหงิด สับสน คิดอะไรไม่ออก ผู้วิจัยอนุญาตให้กลุ่มตัวอย่างหยุดการตอบแบบสอบถาม พร้อมทั้งผู้วิจัยให้การพยาบาลเบื้องต้นโดยใช้ทักษะการคลายเครียดด้วยวิธีการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ หากกลุ่มตัวอย่างมีอาการดีขึ้น กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิให้ตอบแบบสอบถามต่อ หรือบอกเลิกการตอบแบบสอบถามได้

5.5 หากผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยมีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติมได้ โดยสามารถติดต่อกับผู้วิจัยในกรณีที่มีปัญหาโดยติดต่อกับผู้วิจัย คือ นางพรรณร ผู้ปฏิบัติ ทางโทรศัพท์หมายเลข 0-2437-0200 ต่อ 4161

5.6 ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมและนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของงานวิจัยนี้เท่านั้น ส่วนชื่อและที่อยู่ของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยนั้น จะได้รับการปกปิดอยู่เสมอ การเปิดเผยชื่อของผู้ให้ข้อมูลจะกระทำเฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางกฎหมายเท่านั้น

5.7 ในงานวิจัยครั้งนี้ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทน

6. ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัยครั้งนี้ จะเป็นข้อมูลในการสร้างแนวทางบำบัดที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยจิตเภท และเป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทางด้านสุขภาพจิต ในการกำหนดแผนงานและจัดให้การบริการพยาบาลในโรงพยาบาล เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสม

7. หากผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าว สามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147 โทรสาร 0-2218-8147 E-mail : eccu@chula.ac.th

ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท
 เลขที่ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามทำหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วม โครงการวิจัยเรื่องปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท ของผู้วิจัยชื่อ นางพชรพร ผู้ปฏิบัติหน้าที่ติดต่อ 112 สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา คลองสาน กรุงเทพมหานคร 10600 โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 0-2437-0200 ต่อ 4161

ข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด และได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัยจนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยข้าพเจ้ายินยอมตอบแบบสอบถามทั้งหมด 7 ส่วน จำนวน 96 ข้อ และได้ทราบถึงประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้แล้ว

ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามวัตถุประสงค์โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบในทางใดๆ ต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในกลุ่มคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147 โทรสาร 0-2218-8147 E-mail : eccu@chula.ac.th

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนานี้แสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ.....

(นางพชรพร ผู้ปฏิบัติ)

ผู้วิจัยหลัก

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน

ภาคผนวก ค

จดหมายขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญ

เอกสารรับรองโครงการวิจัยโดยคณะกรรมการพิจารณา

จริยธรรมการวิจัยในคน

จดหมายขออนุญาตการใช้เครื่องมือวิจัย

ที่ ศธ 0512.11/ 08๕๗



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๕
๕ เมษายน 2554

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางพชรพร ผู้ปฏิบัติ นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญบุคลากรในหน่วยงานของท่าน เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการ ดังนี้

- | | |
|------------------------------|--|
| 1. นายแพทย์ ชีระ ลีลานันทกิจ | ที่ปรึกษาสถาบัน |
| 2. ดร. ชลพร กองคำ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ผู้ปฏิบัติการพยาบาล
ขั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช) |

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

นายแพทย์ ชีระ ลีลานันทกิจ และ ดร. ชลพร กองคำ

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ โทร. 0-2218-1160

ชื่อนิสิต

นางพชรพร ผู้ปฏิบัติ โทร. 08-1441-9513

ที่ ศร 0512.11/ 0๕๕7



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๙ เมษายน 2554

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางพชรพร ผู้ปฏิเวธ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ศิริลักษณ์ เวชการวิทยา อาจารย์พยาบาล ภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติกรแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ศิริลักษณ์ เวชการวิทยา

งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-1131 โทรสาร 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ โทร. 0-2218-1160

ชื่อนิสิต นางพชรพร ผู้ปฏิเวธ โทร. 08-1441-9513



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน งานบริการการศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาฯ โทร. 81131 โทรสาร 81130

ที่ ศษ 0512.11/ 04 ห้ 7

วันที่ ๕ เมษายน 2554

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน อาจารย์ ดร. รัชนิกร เกิดโชค

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางพชรพร ผู้ปฏิเวธ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ โทร. 0-2218-1160

ชื่อนิสิต

นางพชรพร ผู้ปฏิเวธ โทร. 08-1441-9513

ที่ ศธ 0512.11/ ๐๕๑๗



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๕ เมษายน 2554

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลราชบุรี

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางพชรพร ผู้ปฏิเวธ นิสิตชั้นปริญญาโท นิติตันปริชญานามบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสาวสมลักษณ์ เขียวสด พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช) เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิติตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน นางสาวสมลักษณ์ เขียวสด

งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-1131 โทรสาร 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ โทร. 0-2218-1160

ชื่อนิติต นางพชรพร ผู้ปฏิเวธ โทร. 08-1441-9513

ที่ ศธ 0512.11/ 1148



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

31 พฤษภาคม 2554

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน หัวหน้าฝ่ายอำนวยการและประสานงานจัดหาต่างประเทศ กรมชลประทาน

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางพชรพร ผู้ปฏิเวธ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นายพิริยะ ธรรมยะโก นักวิทยาศาสตร์ เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาในการตรวจสอบคุณภาพการแปลภาษาของเครื่องมือการวิจัย คือ แบบประเมินการเผชิญความเครียด เพื่อนำมาสร้างเป็นเครื่องมือการวิจัย เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้เชี่ยวชาญดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ร.ด.อ.หญิง ดร. ยูพิน อังสุโรจน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน	นายพิริยะ ธรรมยะโก
ฝ่ายวิชาการ	โทร. 0-2218-1131 โทรสาร 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ โทร. 0-2218-1160
ชื่อนิสิต	นางพชรพร ผู้ปฏิเวธ โทร. 08-1441-9513

ที่ ศธ 0512.11/ 1178



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒) พฤษภาคม 2554

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน คณบดีวิทยาลัยนานาชาติเพื่อศึกษาความยั่งยืน มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางพชรพร ผู้ปฏิบัติหน้าที่ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ อาจารย์ ปัญญา ปัญญาพร อาจารย์สอนภาษาอังกฤษ เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาในการตรวจสอบคุณภาพการแปลภาษาของเครื่องมือการวิจัย คือ แบบประเมินการเผชิญความเครียด เพื่อนำมาสร้างเป็นเครื่องมือการวิจัย เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้เชี่ยวชาญดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ยูพิน อังสุโรจน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน	อาจารย์ ปัญญา ปัญญาพร
ฝ่ายวิชาการ	โทร. 0-2218-1131 โทรสาร 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ โทร. 0-2218-1160
ชื่อนิสิต	นางพชรพร ผู้ปฏิบัติ โทร. 08-1441-9513

ที่ ศบ 0512.11/ 1178



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตวรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

3/ พฤษภาคม 2554

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน คณบดีวิทยาลัยดุริยางคศิลป์ มหาวิทยาลัยมหิดล

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางพรพร ผู้ปฏิเวธ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ อาจารย์ อรุณี ลิ้มมณี อาจารย์ประจำหลักสูตรศิลปศาสตรบัณฑิตหมวดวิชาการศึกษาทั่วไป (ภาคภาษาอังกฤษ) เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาในการตรวจสอบคุณภาพการแปลภาษาของเครื่องมือการวิจัย คือ แบบประเมินการเผชิญความเครียด เพื่อนำมาสร้างเป็นเครื่องมือการวิจัย เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้เชี่ยวชาญดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ยูพิน อังสุโรจน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน	อาจารย์ อรุณี ลิ้มมณี
ฝ่ายวิชาการ	โทร. 0-2218-1131 โทรสาร 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ โทร. 0-2218-1160
ชื่อ นิสิต	นางพรพร ผู้ปฏิเวธ โทร. 08-1441-9513

ที่ ศธ 0512.11/1754



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒/ มิถุนายน 2554

เรื่อง ขอเสนอ โครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรม การทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย และเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา

เนื่องด้วย นางพรพร ผู้ปฏิเวธ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้ ประสงค์จะขอเสนอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ซึ่ง โครงการวิจัยได้ผ่านการคัดกรองการวิจัย เพื่อเข้ารับการพิจารณาจริยธรรมโดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับคณะแล้ว และใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย จำนวน 30 คน และเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จำนวน 67 คน จากกลุ่มตัวอย่างกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่มีอายุระหว่าง 20-59 ปี และมารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางพรพร ผู้ปฏิเวธ เสนอ โครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรม ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย และเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติกรแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน	หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล
ฝ่ายวิชาการ	โทร. 0-2218-1131 โทรสาร 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ โทร. 0-2218-1160
ชื่อนิสิต	นางพรพร ผู้ปฏิเวธ โทร. 08-1441-9513

ที่ ศบ 0512.11/ 1954



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒1 มิถุนายน 2554

เรื่อง ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรม และขอความอนุเคราะห์
ให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริสัญญา

เนื่องด้วย นางพชรพร ผู้ปฏิเวธ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้ ประสงค์จะขอเสนอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ซึ่งโครงการวิจัยได้ผ่านการคัดกรองการวิจัย เพื่อเข้ารับการพิจารณาจริยธรรมโดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับคณะแล้ว และใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จำนวน 66 คน จากกลุ่มตัวอย่างกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่มีอายุระหว่าง 20-59 ปี และมารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริสัญญา

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางพชรพร ผู้ปฏิเวธ เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรม และเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรากรณ์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ โทร. 0-2218-1160

ชื่อนิสิต

นางพชรพร ผู้ปฏิเวธ โทร. 08-1441-9513

ที่ ศธ 0512.11/ 1359



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรชัย ชั้น II
ถนนพระราม I แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒๑ มิถุนายน 2554

เรื่อง ขอเสนอ โครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรม และขอความอนุเคราะห์
ให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

เนื่องด้วย นางพชรพร ผู้ปฏิเวธ นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้ ประสงค์จะขอเสนอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ซึ่ง โครงการวิจัยได้ผ่านการคัดกรองการวิจัย เพื่อเข้ารับการพิจารณาจริยธรรมโดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับคณะแล้ว และใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จำนวน 17 คน จากกลุ่มตัวอย่างกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่มีอายุระหว่าง 20-59 ปี และมารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางพชรพร ผู้ปฏิเวธ เสนอ โครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรม และเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ โทร. 0-2218-1160

ชื่อนิสิต

นางพชรพร ผู้ปฏิเวธ โทร. 08-1441-9513



เอกสารรับรองโครงการวิจัย*

โดย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

.....

โครงการวิจัยเรื่อง ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท

ผู้ดำเนินการวิจัยโดย นางพชรพร ผู้ปฏิเวธ

สถานที่ดำเนินการวิจัย สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

ระยะเวลาดำเนินการ กรกฎาคม ๒๕๕๓ - ตุลาคม ๒๕๕๔

เอกสารที่อนุมัติ

โครงการวิจัยเรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท”
 คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ได้พิจารณาโครงการแล้ว
 คณะกรรมการฯ พิจารณาอนุมัติในแง่จริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าวได้ จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการวิจัย
 เรื่องดังกล่าวข้างต้นได้

↙ >

(นายสินเงิน สุขสมบัติ)

ผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

,

,



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ คณะกรรมการด้านการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลศรีธัญญา โทร. ๒๑๓๑

ที่ สธ.๐๘๐๗.๒๒/ ๖ ๕๕๖๐ วันที่ ๗ กันยายน ๒๕๕๔

เรื่อง การแจ้งผลการพิจารณาขอเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย

เรียน นางพรพร ผู้ป่วย

ตามหนังสือที่ สธ ๐๕๑๒.๑๑ / ๑๓๕๔ ลงวันที่ ๒๑ มิถุนายน ๒๕๕๔ จากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรม และขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลจากผู้ป่วย ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีธัญญา เพื่อทำการศึกษาวินิจฉัยเรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท” นั้น

บัดนี้ ขอแจ้งว่าการศึกษาวินิจฉัยเรื่องดังกล่าว ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการด้านการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในคนโรงพยาบาลศรีธัญญา เมื่อวันที่ ๑๒ กรกฎาคม ๒๕๕๔ โดยคณะกรรมการฯ มีมติให้การรับรองตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นสากล ได้แก่ หลักเกณฑ์ตามคำประกาศเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) และแนวทางการปฏิบัติการวิจัยทางคลินิกที่ดี (ICH GCP) และให้ดำเนินการวิจัยในโรงพยาบาลศรีธัญญาได้ โดยดำเนินการดังนี้

๑. ผู้ศึกษาเป็นผู้ดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตัวเองที่แผนกผู้ป่วยนอก
๒. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ จำนวน ๖๖ คน โดยเข้าถึงเวชระเบียนผู้ป่วย
๓. ระยะเวลาการเก็บรวบรวมข้อมูล ๖ เดือน คือ วันที่ ๑๒ กันยายน ๒๕๕๔ - ๑๑ มีนาคม ๒๕๕๕)
๔. ประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยนำเอกสารแจ้งผลการพิจารณานี้ แสดงต่อหน่วยงานที่ต้องการเก็บข้อมูลก่อนการดำเนินการ
๕. หลังจากดำเนินการศึกษาวินิจฉัยเสร็จสิ้น กรุณาส่งเอกสารฉบับสมบูรณ์จำนวน ๒ เล่ม ที่ฝ่ายวิจัย โรงพยาบาลศรีธัญญา เพื่อเผยแพร่ต่อไป
๖. คณะกรรมการด้านวิจัยฯ มีอำนาจหน้าที่ในการกำกับ/ ติดตามการดำเนินการวิจัยให้เป็นไปตามจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์

ลงนาม.....*[Signature]*.....

(แพทย์หญิงอรพรรณ ศิลปกิจ)

ประธานคณะกรรมการด้านการวิจัย

และจริยธรรมการวิจัยในคน

วันที่ ๗ กันยายน ๒๕๕๔

ลงนาม.....*[Signature]*.....

(นายแพทย์ศักดิ์ กาญจนาวโรจน์กุล)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีธัญญา

วันที่ ๗ กันยายน ๒๕๕๔

ที่ สธ ๐๘๐๘.๙/ ๒๗๓/๕



สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต
๒๓ หมู่ ๘ ถนนพุทธมณฑลสาย ๔
เขตทวีวัฒนา กรุงเทพมหานคร ๑๐๑๗๐

๑๕ สิงหาคม ๒๕๕๔

เรื่อง การดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ของ นางพชรพร ผู้ปฏิเวธ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

อ้างถึง หนังสือคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ ศธ ๐๕๑๒.๑๑/๑๓๕๔
ลงวันที่ ๒๑ กันยายน ๒๕๕๔

ตามหนังสือคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรม และขอความอนุเคราะห์ให้ นางพชรพร ผู้ปฏิเวธ ทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จำนวน ๑๗ คน จากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเภทที่มีอายุระหว่าง ๒๐ - ๕๙ ปี และมารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ นั้น

สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ โดยคณะกรรมการพิจารณาผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเรียบร้อยแล้ว และอนุเคราะห์ให้ นางพชรพร ผู้ปฏิเวธ ทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ณ แผนกผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ตั้งแต่นี้เป็นต้นไปจนกว่าจะแล้วเสร็จ โดยมีมอบหมาย นางสาวสำราญ บุญรักษา ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ เป็นผู้ประสานงานการเก็บข้อมูลดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(นายศิริศักดิ์ รัตติลภรณ์)

ผู้อำนวยการสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

กลุ่มพัฒนาวิชาการและจัดการความรู้

โทร. ๐ ๒๕๐๕ ๒๐๒๙, ๐ ๒๕๘๙ ๙๐๖๖ ต่อ ๑๕๓๗

โทรสาร. ๐ ๒๕๘๙ ๙๐๘๓

Dear Sir

This email is submitted to you as intended as my educational request to your kind support. My name is Pacharaporn Phoopatiwate. I am taking the program of Master of Mental Health and Psychiatric Nursing Science at Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand.

I am now carrying on my research entitled “Selected factors related to coping of schizophrenic patients”, which is a thesis as require by the program. I am interested in using your instrument “**The Endler& Parker’s CISS (Coping Inventory for Stressful Situations)**” in my master thesis.

Accordingly, I am asking for your permission to translate this questionnaire to Thai language to be used in my research. If you allow me to use and translate your instrument, would you please send me the instrument package including its scoring and quality information. Please also notice me the detail and term of expenses.

I would be highly grateful if this request is valid and going to be approved by you.

Thank you in advance. I am looking forward to see your reply at your earliest convenience.

Best regards,

Pacharaporn Phoopatiwate

Hi:

Enclosed is a copy of the instrument, instructions for the respondents,
instructions for scoring, and relevant references.

Best of luck with your research project.

Cheers,

James D. A. Parker, Ph.D.,
Vice-President: Research & International;
Canada Research Chair in Emotion & Health;
& Professor of Psychology,
1600 West Bank Drive,
Trent University,
Peterborough, Ontario
Canada K9J 7B8

Tel: 705-748-1011 x7935

Fax: 705-748-1587

ภาคผนวก ง
ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
ผลของการ Back Translation

ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดเติมข้อความในช่องว่าง และทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน () หน้าข้อความที่ตรงกับสภาพที่เป็นจริงของผู้รับการสัมภาษณ์ และเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว

1. เพศ

- () ชาย
() หญิง

2. อายุปัจจุบันของท่าน.....ปี (มากกว่าหรือเท่ากับ 6 เดือน ปีเศษเป็น 1 ปี)

3. สถานภาพสมรส

- () โสด
() คู่
() หม้าย
() หย่าร้าง
() แยกกันอยู่

4. ระดับการศึกษา

- () ไม่ได้เรียนหนังสือ
() ประถมศึกษา
() มัธยมศึกษาตอนต้น
() มัธยมศึกษาตอนปลาย / ประกาศนียบัตรวิชาชีพ
() อนุปริญญา / ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง
() ปริญญาตรี
() สูงกว่าปริญญาตรี

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการเผชิญความเครียด

คำชี้แจง สำหรับผู้สัมภาษณ์ แบบประเมินนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบวิธีการหรือพฤติกรรมที่ใช้ในการรับมือกับปัญหา, สถานการณ์ที่ยากลำบาก หรือความตึงเครียดที่ผ่านเข้ามาในชีวิตของผู้ป่วย จำนวน 48 ข้อ โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับคำตอบของผู้รับการสัมภาษณ์ ซึ่งแต่ละคำตอบมีเกณฑ์การพิจารณา ดังนี้

มากที่สุด	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดของท่านมากที่สุด
มาก	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดของท่านมาก
ปานกลาง	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดของท่านปานกลาง
น้อย	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดของท่านน้อย
ไม่เลย	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดของท่านเลย

1. การเผชิญความเครียดด้วยวิธีการจัดการกับปัญหา

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่เลย
1.1 วางแผนจัดการเวลาใช้ชีวิตประจำวันของตนเองให้ดีขึ้น					
1.2 มุ่งที่ตัวปัญหาและพิจารณาว่าจะจัดการกับปัญหานั้นได้อย่างไร					
1.3 ทำในสิ่งที่ตนเองคิดว่าดีที่สุด					
1.4					
1.16 หาวิธีการแก้ไขปัญหาในหลายๆแบบ					

2. การเผชิญความเครียดด้วยวิธีการใช้อารมณ์และความรู้สึก

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่เลย
2.1 ดำเนินตนเองที่ผัดวันประกันพรุ่ง					
2.2 หมกมุ่นอยู่กับความรู้สึกเจ็บปวดของตนเอง					
2.3 ดำเนินตนเองที่เป็นคนสร้างปัญหา					
2.4					
2.16 โยนปัญหาไปให้ผู้อื่น					

3. การเผชิญความเครียดด้วยวิธีการหลีกเลี่ยงสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียด

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่เลย
3.1 เดินเล่นเรื่อยเปื่อยตามแหล่งช้อปปิ้ง					
3.2 พยายามพักสมองจากเรื่องเครียดโดยการนอนหลับ					
3.3 รับประทานอาหารหรือของว่างงานโปรดเพื่อคลายเครียด					
3.4					
3.16 ออกไปเดินเล่นเพื่อผ่อนคลาย					

ส่วนที่ 3 แบบประเมินอาการทางบวกของโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย (PASS - T)

คำชี้แจง แบบประเมินอาการทางบวกของโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย (PASS - T) เป็นเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นให้เป็นเครื่องมือที่มีมาตรฐานในการจำแนกชนิดและลักษณะอาการทางบวกของโรคจิตเภท โดยประกอบด้วยข้อคำถาม 7 ข้อ โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับคำตอบของผู้รับการสัมภาษณ์ ซึ่งแต่ละคำตอบมีพิสัยของการให้คะแนนในแต่ละข้อ ตั้งแต่ 1 – 7 ดังนี้

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

อาการทางบวก	คะแนน						
	1	2	3	4	5	6	7
1. อาการหลงผิด							
2. ความคิดสับสน							
3. อาการประสาทหลอน							
4.							
5.							
6.							
7. ความรู้สึกที่ไม่เป็นมิตร							

ส่วนที่ 4 แบบประเมินอาการทางลบของโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย (NASS – T)

คำชี้แจง แบบประเมินอาการทางลบของโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย (NASS - T) เป็นเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นให้เป็นเครื่องมือที่มีมาตรฐานในการจำแนกชนิดและลักษณะอาการทางลบของโรคจิตเภท โดยประกอบด้วยข้อคำถาม 7 ข้อ โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับคำตอบของผู้รับการสัมภาษณ์ ซึ่งแต่ละคำตอบมีพิสัยของการให้คะแนนในแต่ละข้อ ตั้งแต่ 1 – 7 ดังนี้

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

อาการทางลบ	คะแนน						
	1	2	3	4	5	6	7
1. การแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ							
2. มีอารมณ์เฉยเมย							
3. มนุษย์สัมพันธ์บกพร่อง							
4.							
5.							
6.							
7. การคิดอย่างตายตัวโดยไม่ยอมเปลี่ยนความคิด							

ส่วนที่ 5 แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย

คำชี้แจง เป็นเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นให้เป็นแบบทดสอบสมรรถภาพของสมองในเชิงปริมาณ ใช้ประเมินปัญหาด้านการรู้คิด และคัดกรองความเป็นไปได้ของความผิดปกติ โดยทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วย มีจำนวน 6 ข้อทดสอบโปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับคำตอบของผู้รับการสัมภาษณ์ ซึ่งแต่ละคำตอบมีพิสัยของการให้คะแนนในแต่ละข้อตามที่ระบุ

ข้อทดสอบ	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้
<p>1. ORIENTATION (6 คะแนน)</p> <p>-วันนี้ วันอะไรของสัปดาห์ (จันทร์ อังคาร พุธ พฤหัสบดี ศุกร์ เสาร์ อาทิตย์)</p> <p>-</p> <p>-</p> <p>-</p> <p>-ที่นี้ที่ไหน (บริเวณที่ตรวจ)</p> <p>-</p>		
<p>2. REGISTRATION (3 คะแนน)</p> <p>ผู้ทดสอบบอกชื่อของ 3 อย่าง โดยพูดห่างกันครั้งละ 1 วินาที (ต้นไม้ รถยนต์ มือ) เพียงครั้งเดียว แล้วจึงให้ผู้ถูกทดสอบบอกให้ครบตามที่ผู้ทดสอบบอกในครั้งแรก ให้ 1 คะแนน ในแต่ละคำตอบที่ถูกต้อง</p> <p>* หมายเหตุ หลังจากให้คะแนนแล้วให้บอกซ้ำให้ผู้ถูกทดสอบจำได้ทั้ง 3 อย่าง</p> <p>และบอกให้ผู้ถูกทดสอบทราบว่าสักครูจะกลับมาถามอีกครั้ง (เป็นการทดสอบ RECALL ในข้อที่ 6 ต่อไป)</p>		

ข้อทดสอบ	คะแนน เต็ม	คะแนนที่ ได้
<p>3. ATTENTION (5 คะแนน)</p> <p>ให้บอกวันอาทิตย์ – วันเสาร์ ย้อนหลังให้ครบสัปดาห์ (ให้ตอบซ้ำได้ 1 ครั้ง)</p> <p>ศุกร์ พฤหัสบดี</p>		
<p>4. CALCULATION (3 คะแนน)</p> <p>ให้คำนวณ $100 - 7$ ไปเรื่อยๆ 3 ครั้ง (ให้ 1 คะแนน ในแต่ละครั้งที่ตอบถูก ใช้เวลาคิดในแต่ละช่วงคำตอบไม่เกิน 1 นาที หลังจากจบคำถาม)</p> <p>ถ้าผู้ถูกทดสอบไม่ตอบคำถามที่ 1 ให้ตั้งเลข $93 - 7$ ลองทำในการคำนวณครั้งต่อไป และ $86 - 7$ ในครั้งสุดท้ายตามลำดับ</p> <p>$100 - 7$</p>		

ข้อทดสอบ	คะแนน เต็ม	คะแนนที่ ได้
<p>5. LANGUAGE (10 คะแนน)</p> <p>-ผู้ทดสอบชี้ไปที่นาฬิกาข้อมือ แล้วถามผู้ถูกทดสอบว่า โดยทั่วไปเราเรียกสิ่งนี้ว่าอะไร (นาฬิกา)</p> <p>-ผู้ทดสอบชี้ไปที่ปากกา แล้วถามผู้ถูกทดสอบว่า โดยทั่วไปเราเรียกสิ่งนี้ว่าอะไร (ปากกา)</p> <p>-</p> <p>-</p> <p>-</p> <p>-</p> <p>-กล้วยกับส้มเหมือนกันคือเป็นผลไม้ แล้วถ้าแมวกับสุนัขเหมือนกันอย่างไร (เป็นสัตว์, เป็นสิ่งมีชีวิต)</p>		
<p>6. RECALL (3 คะแนน)</p> <p>สิ่งของ 3 อย่างที่บอกให้จำเมื่อสักครู่นี้มีอะไรบ้าง</p> <p>-ต้นไม้</p> <p>-</p> <p>-</p>		

ส่วนที่ 6 แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจงสำหรับผู้สัมภาษณ์ แบบสัมภาษณ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบการสนับสนุนช่วยเหลือและประคับประคองจากบุคคลต่างๆ ได้แก่ สมาชิกในครอบครัว เครือข่าย เพื่อนฝูง และบุคลากรในทีมสุขภาพ โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับคำตอบของผู้รับการสัมภาษณ์ ซึ่งแต่ละคำตอบมีเกณฑ์การพิจารณา ดังนี้

- 5 หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความเป็นจริง หรือความรู้สึกของท่านมากที่สุด
- 4 หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความเป็นจริง หรือความรู้สึกของท่านเป็นส่วนมาก
- 3 หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความเป็นจริง หรือความรู้สึกของท่านปานกลาง
- 2 หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความเป็นจริง หรือความรู้สึกของท่านเล็กน้อย
- 1 หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความนั้นในประโยคไม่ตรงกับความเป็นจริง หรือความรู้สึกของท่านเลย

ข้อความ	ระดับคะแนน				
	5	4	3	2	1
1. แพทย์และพยาบาลให้ความช่วยเหลือท่านด้วยความเต็มใจ					
2. ท่านได้รับการดูแลช่วยเหลือเมื่อท่าน ไม่สบายใจ					
3. บุคคลรอบข้างทำให้ท่านรู้สึกว่าคุณมีความสำคัญต่อเขา					
4. ท่านสามารถบอกความคับข้องใจกับผู้ที่ท่านไว้วางใจได้					
5.					
15. มีคนช่วยแบ่งเบาภาระของท่านทั้งที่บ้านและที่ทำงาน					

ส่วนที่ 7 แบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

คำชี้แจงสำหรับผู้สัมภาษณ์ แบบวัดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวัดระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วย จำนวน 9 ข้อ โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับคำตอบของผู้รับการสัมภาษณ์ ซึ่งแต่ละคำตอบมีเกณฑ์การพิจารณา ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านมากที่สุด
เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านค่อนข้างมาก
เฉยๆ หรือไม่แน่ใจ	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นหรือรู้สึกไม่แน่ใจในข้อความประโยคนั้น
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านเลย

ข้อความ	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	เฉยๆ หรือไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
1. ฉันทำกิจกรรมต่างๆ ได้ตามความสามารถของตนเอง				
2. ฉันรู้ว่าตนเองมีความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ได้ในระดับที่แตกต่างกัน				
3. กิจกรรมบางอย่างที่ยากเกินความสามารถฉันยอมรับว่าฉันทำไม่ได้				
4. ฉันมีความมั่นใจในการทำกิจกรรมด้วยตนเอง				
5.				
9. ฉันมีวิธีการดูแลตนเองเพื่อป้องกันความรุนแรงของโรค				

ผลของการ Back translation

แบบประเมินการเผชิญความเครียด

ข้อความ ภาษาอังกฤษ ต้นฉบับ	ผู้เชี่ยวชาญภาษาคนแรก แปลเป็นภาษาไทย	ผู้เชี่ยวชาญภาษาคนที่สอง แปลจากภาษาไทยกลับไป เป็นภาษาอังกฤษ	ผู้เชี่ยวชาญภาษาคนที่ สามตรวจสอบ
1. Task-oriented coping	การเผชิญความเครียด ด้วยการจัดการกับปัญหา	Task-oriented coping	การเผชิญความเครียด ด้วยวิธีการจัดการกับ ปัญหา
1.1 Schedule my time better	วางแผนจัดการเวลาใน ชีวิตประจำวันของ ตนเองให้ดีขึ้น	Schedule my time better	วางแผนจัดการเวลาให้ ชีวิตประจำวันของ ตนเองให้ดีขึ้น
1.2..... .....	..... .....	..... .....	..... .....
1.3.....	.....	.....	.....
1.4 Outline my priorities	เรียงลำดับความสำคัญ ของสิ่งที่ตนเองจะต้อง ปฏิบัติ	Determine priorities	เรียงลำดับความสำคัญ ของสิ่งที่ตนเองจะต้อง ปฏิบัติ
1.5..... .....	..... .....	..... .....	..... .....
1.15..... .....	..... .....	..... .....	..... .....
1.16 Come up with several different solutions to the problem	มองหาวิธีการแก้ไข ปัญหาในหลายๆ มุมมอง	Seek out the different solutions to the problem	หาวิธีการแก้ไขปัญหา ในหลายๆแบบ

ข้อคำถาม ภาษาอังกฤษ ต้นฉบับ	ผู้เชี่ยวชาญภาษาคน แรกแปลเป็นภาษาไทย	ผู้เชี่ยวชาญภาษาคนที่สอง แปลจากภาษาไทยกลับไป เป็นภาษาอังกฤษ	ผู้เชี่ยวชาญภาษาคนที่ สามตรวจสอบ
2. Emotion- oriented coping	การเผชิญความเครียด ด้วยการใช้อารมณ์และ ความรู้สึก	Emotion- oriented coping	การเผชิญความเครียด ด้วยวิธีการใช้อารมณ์ และความรู้สึก
2.1 Blame myself for procrastinating	ตำหนิตนเองที่ ผัดวันประกันพรุ่ง	Blame myself for Wasting time	ตำหนิตนเองที่ ผัดวันประกันพรุ่ง
2.2 Preoccupied with aches and pains	หมกมุ่นตนเองอยู่กับ ปัญหาและความ เจ็บปวด	Preoccupied with minor aches and pains	หมกมุ่นอยู่กับ ความรู้สึกเจ็บปวดของ ตนเอง
2.3..... .....	..... .....	..... .....	..... .....
2.4..... .....	..... .....	..... .....	..... .....
2.14..... .....	..... .....	..... .....	..... .....
2.15 Get angry	แสดงความรู้สึกโกรธ ออกมา	Become angry	มีความรู้สึกโกรธ
2.16 Take it out on other people	โยนปัญหาไปให้ผู้อื่น	Take it out on other	โยนปัญหาไปให้ผู้อื่น

ข้อคำถาม ภาษาอังกฤษ ต้นฉบับ	ผู้เชี่ยวชาญภาษาคนแรก แปลเป็นภาษาไทย	ผู้เชี่ยวชาญภาษาคนที่สอง แปลจากภาษาไทยกลับไป เป็นภาษาอังกฤษ	ผู้เชี่ยวชาญภาษาคนที่ สามตรวจสอบ
3. Avoidance-oriented coping	การเผชิญความเครียดด้วยการหลีกเลี่ยงสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียด	Avoidance-oriented coping	การเผชิญความเครียดด้วยวิธีการหลีกเลี่ยงสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียด
3.1 Window shop	เดินเล่นเรื่อยเปื่อยตามแหล่งช้อปปิ้ง	Window – shop at the shopping mall	เดินเล่นเรื่อยเปื่อยตามแหล่งช้อปปิ้ง
3.2 Try to go to sleep	พยายามพักผ่อนจากรื่องเครียด โดยการนอนหลับ	Try to get some sleep	พยายามพักผ่อนจากรื่องเครียด โดยการนอนหลับ
3.3..... .....	..... .....	..... .....	..... .....
3.4..... .....	..... .....	..... .....	..... .....
3.12 Talk to someone whose advice I value	หาคำปรึกษาจากคนที่ไว้ใจ	Consult with someone who see me worthwhile	หาคำปรึกษาจากคนที่เห็นคุณค่าของฉัน
3.13..... .....	..... .....	..... .....	..... .....
3.14 Think about the good times I've had	นึกถึงสิ่งดีๆ ที่เคยเกิดขึ้นกับตัวเอง	Think about good old. times	นึกถึงสิ่งดีๆ ที่เคยเกิดขึ้นกับตนเอง
3.15..... .....	..... .....	..... .....	..... .....
3.16 Go for a walk	ออกไปเดินเล่นเพื่อผ่อนคลาย	Go for a walk	ออกไปเดินเล่นเพื่อผ่อนคลาย

ภาคผนวก จ
ทักษะการคลายเครียด

การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

ความเครียดและความกดดันทางจิตใจต่างๆ มักจะมีมาร่วมกันกับการตึงเครียดของกล้ามเนื้อที่ถูกกระตุ้นนานๆ ก็จะทำให้เกิดความตึงกล้ามเนื้อ ดังนั้นความตึงเครียดของร่างกายทั้งระบบจึงทำให้กล้ามเนื้อตึงแข็ง ลำ และปวดเมื่อยโดยเฉพาะกล้ามเนื้อบริเวณรอบหัวไหล่ คอ ศีรษะ จนส่งผลกระทบต่อสภาพร่างกายและจิตใจ ตลอดจนส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ดังนั้นเพื่อเป็นการป้องกันมิให้เกิดความตึงเครียดมากเกินไป ควรผ่อนคลายความเครียด วิธีการผ่อนคลายกล้ามเนื้อนี้จะก่อให้เกิดประโยชน์ คือจะรู้สึกดีขึ้นทันทีที่เริ่มฝึกการผ่อนคลายใบหน้า คอ และไหล่เพียง 5 นาที จะทำให้หายปวดศีรษะและรู้สึกสดชื่นขึ้น การผ่อนคลายอย่างลึก 20 นาที จะช่วยให้สมองและร่างกายพักผ่อนมากเท่ากับการนอนหลับถึง 2 ชั่วโมง

วิธีการฝึกผ่อนคลายจะเป็นวิธีที่ค่อนข้างง่ายและได้ผลเร็ว สามารถเลือกทำก็ได้ ทำก็ได้ ขึ้นอยู่กับว่าเกิดความตึงเครียดตรงส่วนไหนของร่างกาย ก็ให้เลือกฝึกวิธีผ่อนคลาย ที่ช่วยผ่อนคลายความตึงเครียดตรงส่วนนั้น เช่น หากเกิดอาการเกร็งที่ศีรษะ คอ ก็ให้เลือกทำการบริหารเฉพาะส่วนที่มีอาการตึงเครียด

กล้ามเนื้อที่ฝึกมี 10 กลุ่ม คือ

1. แขนขวา
2. แขนซ้าย
3. หน้าผาก
4. ตา แก้ม และจมูก
5. ขากรรไกร ริมฝีปาก และลิ้น
6. คอ
7. อก หลัง และไหล่
8. หน้าท้อง และก้น
9. ขาขวา
10. ขาซ้าย

วิธีการฝึก

- นั่งในท่าที่สบายที่สุด วางแขน ขา อย่างสบายๆ ทิ้งน้ำหนักตัวทั้งหมดลงในเก้าอี้ และหลับตาลง
- เกร็งกล้ามเนื้อไปที่ละกลุ่ม ค้างไว้สัก 10 นาที แล้วจึงค่อยๆ คลายออก จากนั้นเริ่มเกร็งใหม่สลับกันไปประมาณ 10 ครั้ง ค่อยๆ ทำไปจนครบทั้ง 10 กลุ่ม
- เริ่มจากการกำมือ มุ่งความสนใจไปที่มือและแขนทั้งสองข้างกำมือและเกร็งแขนให้แน่นจนรู้สึกเกร็งมากที่สุด เกร็งไว้ประมาณ 10 นาที แล้วจึงค่อยคลายออก

- บริเวณหน้าผาก คิ้ว ตา และจมูกให้เกร็งโดยการย่นหน้าผาก คิ้ว ตา และจมูกให้มากที่สุด ค้างไว้สักครู่หนึ่ง แล้วค่อยคลายออก

- ขากรรไกร คอ ริมฝีปาก และลิ้น ให้เหยียดริมฝีปากออกไปให้มากที่สุด พร้อมทั้งให้เพดานปากแน่นที่สุดท่านจะรู้สึกตึงเครียดบริเวณลำคอ ริมฝีปาก ขากรรไกร ลิ้น เกร็งไว้ประมาณ 10 นาที แล้วจึงค่อยผ่อนคลาย

- ออกหลังและไหล่ ให้หายใจเข้าลึกๆและกลั้นหายใจไว้สักครู่หนึ่งจะรู้สึกตึงบริเวณหน้าอก หน้าท้อง และก้น ให้เขม่วท้องโดยทำท้องให้แฟบมากที่สุด เกร็งไว้สักครู่ แล้วค่อยผ่อนคลาย คราวนี้ให้ท้องพองออกมากที่สุด เกร็งไว้สักครู่แล้วค่อยผ่อนคลาย ส่วนก้นให้ใช้วิธีขมิบก้นแล้วคลาย

- เท้าทั้งสองข้าง ให้กดปลายเท้าทั้งสองข้างลงกับพื้นให้มากที่สุด จะรู้สึกตึงเครียดบริเวณกล้ามเนื้อน่อง เกร็งไว้สักครู่หนึ่งแล้วจึงค่อยผ่อนคลาย

หลังจากที่ทำครบทั้ง 10 ขั้นตอนแล้วให้ลองสำรวจดูกล้ามเนื้อส่วนต่างๆอีกครั้ง จะรู้สึกความผ่อนคลายได้มากยิ่งขึ้น และจะรู้สึกถึงความแตกต่างระหว่างความตึงเครียดและการผ่อนคลายนี้ จะได้ผลดีก็ต่อเมื่อได้ฝึกเป็นประจำสม่ำเสมอ

ภาคผนวก ฉ

ตารางสถิติ

1. การหาค่าความสัมพันธ์ของตัวแปร ระดับการศึกษา กับการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท ด้วยสถิติสหสัมพันธ์สเปียร์แมน (Spearman's Rank Correlation)

Correlations

			การศึกษา	การเผชิญความเครียดด้วยวิธีการจัดการกับปัญหา	การเผชิญความเครียดด้วยวิธีการใช้อารมณ์และความรู้สึก	การเผชิญความเครียดด้วยวิธีการหลีกเลี่ยงสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียด
Spearman's rho	การศึกษา	Correlation Coefficient	1.000	.133	.036	.136
		Sig. (2-tailed)	.	.106	.660	.098
		N	150	150	150	150
	การเผชิญความเครียดด้วยวิธีการจัดการกับปัญหา	Correlation Coefficient	.133	1.000	.082	.472**
	Sig. (2-tailed)	.106	.	.317	.000	
	N	150	150	150	150	
การเผชิญความเครียดด้วยวิธีการใช้อารมณ์และความรู้สึก	การเผชิญความเครียดด้วยวิธีการใช้	Correlation Coefficient	.036	0.82	1.000	.012
		Sig. (2-tailed)	.660	.317	.	.888
		N	150	150	150	150
	การเผชิญความเครียดด้วยวิธีการหลีกเลี่ยงสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียด	Correlation Coefficient	.136	.472**	.012	1.000
	Sig. (2-tailed)	.098	.000	.888	.	
	N	150	150	150	150	

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed)

2. การหาค่าความสัมพันธ์ของตัวแปร อายุ อาการทางบวก อาการทางลบ ความบกพร่องทางประสาทการรู้คิด การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน กับการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท ด้วยสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation)

Correlations

		อายุ	อาการทางบวก	อาการทางลบ	ความบกพร่องทางประสาทการรู้คิด	การสนับสนุนทางสังคม
อายุ	Pearson Correlation	1	-.005	-.050	.016	.048
	Sig. (2-tailed)	.	.950	.540	.844	.561
	N	150	150	150	150	150
อาการทางบวก	Pearson Correlation	-.005	1	.150	.058	-.077
	Sig. (2-tailed)	.950	.	.066	.480	.350
	N	150	150	150	150	150
อาการทางลบ	Pearson Correlation	-.050	.150	1	.005	-.343**
	Sig. (2-tailed)	.540	.066	.	.954	.000
	N	150	150	150	150	150
ความบกพร่องทางประสาทการรู้คิด	Pearson Correlation	.016	.058	.005	1	-.123
	Sig. (2-tailed)	.844	.480	.954	.	.135
	N	150	150	150	150	150
การสนับสนุนทางสังคม	Pearson Correlation	.048	-.077	-.343**	-.123	1
	Sig. (2-tailed)	.561	.350	.000	.135	.
	N	150	150	150	150	150
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	Pearson Correlation	.127	-.197*	-.339**	-.116	.501**
	Sig. (2-tailed)	.122	.015	.000	.159	.000
	N	150	150	150	150	150
การเผชิญความเครียดด้วยวิธีการจัดการกับปัญหา	Pearson Correlation	.069	-.173*	-.380**	-.183*	.546**
	Sig. (2-tailed)	.403	.034	.000	.025	.000
	N	150	150	150	150	150
การเผชิญความเครียดด้วยวิธีการใช้อารมณ์และความรู้สึก	Pearson Correlation	.118	.258**	-.038	-.041	.073
	Sig. (2-tailed)	.149	.001	.643	.622	.375
	N	150	150	150	150	150
การเผชิญความเครียดด้วยวิธีการหลีกเลี่ยงสิ่งเร้า	Pearson Correlation	.061	-.150	-.539**	-.191*	.479**
	Sig. (2-tailed)	.456	.067	.000	.019	.000
	N	150	150	150	150	150

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed)

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed)

2. การหาค่าความสัมพันธ์ของตัวแปร อายุ อาการทางบวก อาการทางลบ ความบกพร่องทางประสาทการรู้คิด การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน กับการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท ด้วยสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation) (ต่อ)

Correlations

		การรับรู้ สมรรถนะ แห่งตน	การเผชิญ ความเครียดด้วย วิธีการจัดการกับ ปัญหา	การเผชิญ ความเครียดด้วย วิธีการใช้อารมณ์ และความรู้สึก	การเผชิญ ความเครียดด้วย วิธีการหลีกเลี่ยง สิ่งเร้า
อายุ	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.127 .122 150	.069 .403 150	.118 .149 150	.061 .456 150
อาการทางบวก	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-.197* .015 150	-.173* .034 150	.258** .001 150	-.150 .067 150
อาการทางลบ	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-.339** .000 150	-.380** .000 150	-.038 .643 150	-.539** .000 150
ความบกพร่องทางประสาท การรู้คิด	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-.116 .159 150	-.183* .025 150	-.041 .622 150	-.191* .019 150
การสนับสนุนทางสังคม	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.501** .000 150	.546** .000 150	.073 .375 150	.479** .000 150
การรับรู้สมรรถนะ แห่งตน	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	1 .000 150	.731** .000 150	.143 .082 150	.438** .000 150
การเผชิญความเครียดด้วย วิธีการจัดการกับปัญหา	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.731** .000 150	1 .000 150	.074 .367 150	.488** .000 150
การเผชิญความเครียดด้วย วิธีการใช้อารมณ์และ ความรู้สึก	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.143 .082 150	.074 .367 150	1 .000 150	.031 .708 150
การเผชิญความเครียดด้วย วิธีการหลีกเลี่ยง สิ่งเร้า	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.438** .000 150	.488** .000 150	.031 .708 150	1 .000 150

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed)

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed)

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางพรรณพร ผู้ปฏิเวธ เกิดวันที่ 13 มีนาคม 2515 ที่โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช จังหวัด กรุงเทพมหานคร สำเร็จการศึกษาประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ จากวิทยาลัยพยาบาลกรุงเทพ ปีการศึกษา 2536 และเข้าศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปี 2552

ปัจจุบันดำรงตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา เขตคลองสาน จังหวัดกรุงเทพมหานคร