



Res.031

รายงานวิจัย

เรื่อง

การศึกษาความวิตกกังวลและพฤติกรรมการเผชิญปัญหาของญาติผู้ป่วยโรคจิต

นางสาวปรนธนา	บริจิภรณ์
นริศนันท์	หัตถอนันต์
เกษมณิต	แก้วอร
นภสรียา	ราชบุตร

ฝ่ายการพยาบาล
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น

พ.ศ. 2536

ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจาก มูลนิธิศาสตราจารย์นายแพทย์ฝน แสงสิงแก้ว
ประจำปี 2534

ในครอบครัว ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย อาชีพ และระดับฐานะทางเศรษฐกิจที่แตกต่างกัน มีปัญหาความวิตกกังวลต่อผู้ป่วยทางจิตไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้น ญาติผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาที่แตกต่างกัน จะมีปัญหาความวิตกกังวลต่อผู้ป่วยทางจิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

2) ญาติผู้ป่วยทางจิตที่มีเพศ ช่วงอายุ ศาสนา สถานภาพสมรส สถานภาพในครอบครัว ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย อาชีพ และระดับฐานะทางเศรษฐกิจที่แตกต่างกัน มีปัญหาความวิตกกังวลต่อผู้ป่วยทางจิตในด้านอาการและการดูแลผู้ป่วยไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3) ญาติผู้ป่วยทางจิตที่มีเพศ ช่วงอายุ ศาสนา สถานภาพสมรส สถานภาพภายในครอบครัว ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และระดับฐานะทางเศรษฐกิจที่แตกต่างกัน มีปัญหาความวิตกกังวลต่อผู้ป่วยทางจิตในด้านสังคมและเศรษฐกิจของผู้ป่วย และญาติไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้นญาติผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษา และอาชีพที่แตกต่างกัน และมีปัญหาความวิตกกังวลต่อผู้ป่วยทางจิตในด้านสังคม และเศรษฐกิจของผู้ป่วยและญาติแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และ 0.05 ตามลำดับ

วรกช นิธิกุล (2535) ได้ศึกษาความเครียดของญาติผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างคือ ญาติของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่พาผู้ป่วยมาได้รับการรักษาที่ตึกผู้ป่วยนอก หรือมาเยี่ยมผู้ป่วยในของโรงพยาบาลศรีธัญญา จำนวน 120 คน แบ่งเป็น กลุ่มบิดา หรือมารดา 1 กลุ่ม คู่สมรสหรือพี่น้อง หรือบุตรอีก 1 กลุ่ม จำนวนกลุ่มละ 60 คน โดยการสุ่มตัวอย่างตรงตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามแบบมาตราประเมินค่าที่ผู้วิจัยสร้างเอง การเก็บข้อมูลใช้วิธีสัมภาษณ์ ตามแบบสอบถามที่สร้างขึ้น ผลการวิจัยพบว่า ญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความเครียดสูงสุดเกี่ยวกับความกังวลว่ามีโอกาสน้อยมากที่จะรักษาผู้ป่วยให้หายดังเดิม มีความเครียดระดับปานกลางเกี่ยวกับด้านสัมพันธ์สภาพภายในครอบครัว พฤติกรรมของผู้ป่วย ชีวิตและสังคมและส่วนตัวของญาติและความน่าอับอายเรื่องโรคจิต นอกจากนี้ยังพบว่า บิดาหรือมารดามีความเครียดสูงกว่าญาติอีกกลุ่ม เกี่ยวกับผู้ป่วยไม่ช่วยทำงานบ้าน และความเชื่อที่ว่า การเลี้ยงดูหรือปฏิบัติของญาติมีส่วนทำให้ผู้ป่วย เป็นโรคจิต คู่สมรส หรือพี่น้อง หรือบุตร มีความเครียดสูงกว่าบิดา หรือมารดาเกี่ยวกับเรื่องการใช้อารมณ์กับผู้ป่วย การให้บริการที่โรงพยาบาลล่าช้า และความเชื่อของข้าของผู้ป่วย และพบว่าญาติที่มีภูมิลำเนาในชนบทมีความเครียดสูงกว่าญาติผู้ป่วยที่อยู่ในเมือง

องค์ประกอบที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล

เมลวิน เกรย์ (Melvin Gray, 1978) ได้กล่าวถึงองค์ประกอบที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลมี 3 ประการคือ

1. สัญลักษณ์ (symbol) ได้แก่ความคิดเห็น (ideas) มโนทัศน์ (concepts) ค่านิยม (values) หรือระบบของความคิด (systems of thought) ซึ่งบุคคลจะให้ความ

หมายของสัญลักษณ์เหล่านี้ทั้งต่อสิ่งภายนอก และภายในตัวเอง เมื่อเกิดการคุกคามหรือสูญเสียสัญลักษณ์เหล่านี้ทั้งต่อสิ่งภายนอกและภายในตนเองก็จะก่อให้เกิดความวิตกกังวลได้

2. การคาดการณ์ล่วงหน้า (anticipation) คือการประเมินหรือคาดการณ์ล่วงหน้า ถึงสิ่งที่จะมาคุกคาม ทำให้เกิดความขัดแย้ง ซึ่งอาจเกิดได้ทั้งในจิตสำนึก และจิตใต้สำนึก ความขัดแย้งนี้เป็นผลให้เกิดความวิตกกังวล

3. ความไม่แน่นอน (uncertainty) คือ ความคลุมเครือของเหตุการณ์ในอนาคต เป็นสิ่งที่ไม่อาจล่วงรู้ได้ และไม่แน่นอน ซึ่งบุคคลรู้สึกว่าเป็นการคุกคามมีผลก่อให้เกิดความวิตกกังวล

กลไกการเกิดความวิตกกังวล

กลไกการเกิดความวิตกกังวลตามแนวคิดของ ฮิลด์การ์ด อี. เพพลาว (Hildegard E. Peplau, 1975) แบ่งไว้ 5 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนแรก เริ่มต้นด้วยบุคคลมีความคาดหวัง มีความปรารถนา มีความต้องการอย่างใดอย่างหนึ่งเด่นชัดขึ้นมา ความต้องการนั้นมีพลังผลักดันสูงกว่าความต้องการเรื่องอื่น ๆ เช่นในเวลาเที่ยงผู้ป่วยนั่งรออาหารอยู่ที่ระเบียงด้วยความกระวนกระวายใจ ทำไมจึงไม่มีใครมาเยี่ยมทั้ง ๆ ที่ไม่ได้รับประทานอาหารก็ไม่รู้สึกหิว เพราะใจจดจ่อ เป็นกังวล หรือปรารถนาจะพบญาติสำคัญกว่าเรื่องอื่น ๆ ในเวลานั้น

ขั้นตอนที่สอง ความคาดหวัง ความต้องการไม่ได้รับการตอบสนอง จะด้วยเหตุใดก็ตาม จนกระทั่งป่วยโหมง ญาติผู้ป่วยก็ไม่มาตามนัด บุคคลจะรู้สึกว่าการต้องการของตนได้รับการขัดขวาง มีอุปสรรค ความคับข้องใจตามมาเป็นลำดับ

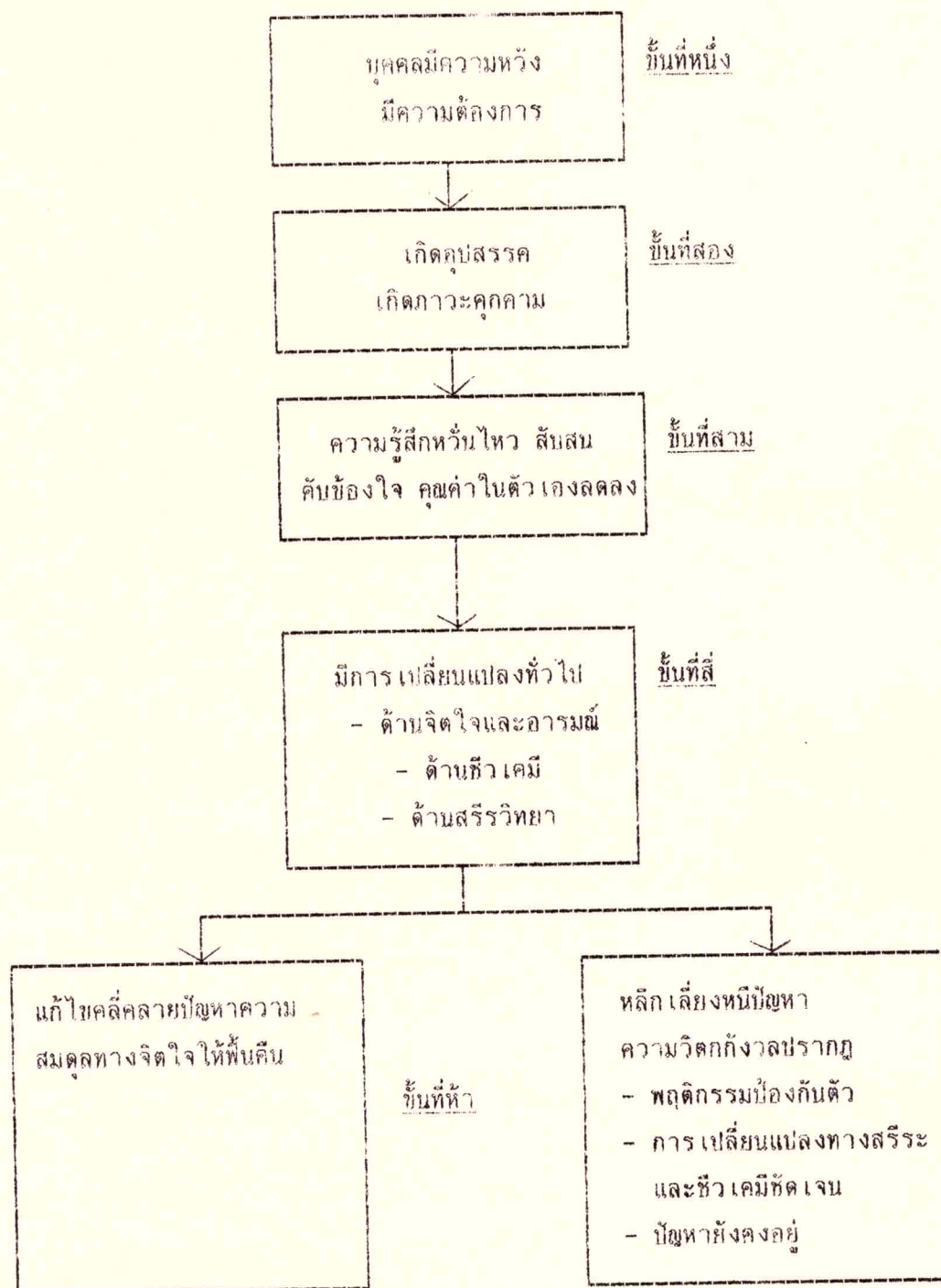
ขั้นตอนที่สาม ในภาวะคับข้องใจ บุคคลจะไม่มีความสุข หวั่นไหว สับสน ทำอะไรไม่ถูก รู้สึกหมดหนทางที่จะช่วยเหลือตัวเอง ไม่มีพลังที่จะจัดการกับเหตุการณ์ข้างหน้าต่อไป ความสำนึกในคุณค่าของตน ลดน้อยลงอย่างมากทันที

ขั้นตอนที่สี่ โดยธรรมชาติของการปรับตัว กระบวนการในขั้นตอนที่สามจะไม่คงอยู่นาน พลังงานที่ก่อตัวมา เป็นระยะจะผันแปร เปลี่ยนรูปไปสู่การเปลี่ยนแปลง 2 แนวทาง แนวทางหนึ่ง เป็นพฤติกรรมมุ่งไปสู่การหลีกเลี่ยง หนีปัญหา การผันเปลี่ยนพลังงานจากขั้นตอนที่สามนี้ ไม่ว่าจะมุ่งไปสู่แนวทางใด ยังอยู่ในสภาพลังเลเลื่อน ไม่อาจกำหนดทิศทางได้ชัดเจน จนกว่ากระบวนการจะผ่านไป ถึงขั้นตอนที่ห้า ในขั้นตอนนี้ องค์ประกอบทั้งหมดของร่างกาย ไม่ว่าจะเป็นด้านชีวเคมี สรีระ จิตการณ มีปฏิกิริยาเปลี่ยนแปลงขึ้นโดยรวม ๆ ทั้งหมด

ขั้นตอนที่ห้า เป็นขั้นตอนที่ความวิตกกังวลถูกแก้ไขให้หมดไป ถ้าพลังถูกผันเปลี่ยนมุ่งไปสู่การแก้ไขคลี่คลายปัญหา บุคคลอาจมีความรู้สึกแสดงออกทางสีหน้าว่าอึดอัด กังวล ไม่สบายใจ แต่ก็พยายามแยกแยะทางเหตุแห่งปัญหา หาวิธีคลี่คลาย อาจจะด้วยการลดความต้องการเดิมของตน

หรือใช้วิธีประนีประนอมหรือกระทำอย่างใดอย่างหนึ่งให้ปัญหาหมดไป กลไกการป้องกันทางจิต (defensive mechanism) ที่ถูกดึงมาใช้จะไม่ก่อโทษต่อไป เช่น การเลียนแบบ (identification) การทดแทน (substitution) การชดเชย (compensation) การประนีประนอม (compromise) การหาเหตุเข้าข้างตนเอง (rationalization) ในที่สุดเมื่อปัญหาคลี่ยความสับสนอกสลายใจก็เกิดขึ้น คุณภาพทั้งหลายที่กลับคืน

พลังในการหลีกเลี่ยงหนีปัญหาบุคคลจะมีพฤติกรรม สื่อความวิตกกังวล แสดงออกชัดเจน ทั้งสีหน้า และอาการกิริยา บุคคลจะพยายามยกเลิกความต้องการเดิม หรือพยายามลืม พยายามข่มความรู้สึกทุกอย่างไว้ พลังงานทั้งหมดจะถูกใช้เพื่อดำรงไว้ซึ่งความมั่นคง ความปลอดภัยของตัวเอง ฝ่ายเดียว กลไกการป้องกันทางจิตที่ถูกดึงมาใช้ จะมุ่งช่วยลดความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นเท่านั้น เช่น ทำเป็นสนุกสนาน ครึกครื้นเกินเหตุ (euphoria) ชดเชยมากเกินไป (overcompensation) ก้าวร้าว (aggressive) ถอนตัวหนี (withdraw) ทำตรงข้าม (negativism) หรือลงโทษตัวเอง (self - punishment) เป็นต้น



แผนภูมิที่ 1 แสดงขั้นตอนการเกิดความวิตกกังวล

ปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดความวิตกกังวล

1. ร่างกายและพันธุกรรม ความเชื่อกันว่าพันธุกรรมมีผลในด้านการนี้ยังไม่แน่นอน บางคนเชื่อว่าผู้ที่มียีนร่างกายบาง และสูงโปร่ง มีแนวโน้มที่จะเกิดความวิตกกังวลได้ง่าย ส่วนพันธุกรรมนั้น มีความสำคัญในแง่ที่ว่าอาจเป็นตัวกำหนดว่าคน ๆ นั้น ถูกกระตุ้นให้เกิดความวิตกกังวล โดยสิ่งเร้าจากภายนอกได้รวดเร็วเพียงใด

2. ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล คาเรน ฮอว์นีย์ (Karen Horney, 1885 - 1952) เชื่อว่าความวิตกกังวลขั้นพื้นฐานของเด็ก คือ การที่เด็กขาดความสัมพันธ์ที่ดีกับพ่อแม่ เช่น เด็กถูกบังคับมาก พ่อแม่ไม่เสมอต้นเสมอปลาย และเฉยเมยไม่ยินดียินร้ายกับเด็ก ทำให้เด็กขาดความรู้สึกเป็นเจ้าของ ไม่มีความเชื่อมั่นในตัวเอง

แฮร์รี สแตค ซุลลิแวน (Harry Stack Sullivan, 1894 - 1949) เชื่อว่าความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลมีส่วนในการสร้างบุคลิกภาพทั้งทางด้านปกติ และผิดปกติ เขาเชื่อว่าบุคลิกภาพเกิดจาก แรงกระทำ 2 ชนิด คือ แรงจากตัวเอง และแรงจากสังคม ความวิตกกังวล ของทารกเกิดจากความสัมพันธ์ที่ผิดปกติระหว่างเด็กกับแม่

สำหรับบทบาทของครอบครัว ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในครอบครัวต่อผู้ป่วยมีความสำคัญมาก เพราะสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยในเรื่องพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนให้กลับปกติสุขได้ ดังนั้น ความวิตกกังวลท่วงโยมมากน้อยเพียงใดขึ้นกับความใกล้ชิดหรือความสัมพันธ์ที่ผูกพันมากกว่า จากการศึกษา ซิมมอน และฟรีแมน (Simmon และ Freeman อ้างถึงใน ซากุล สนิชโย, 2520) ซึ่งศึกษาผู้ป่วยที่กลับมารักษาในโรงพยาบาลซ้ำ พบว่า ผู้ป่วยที่กลับไปอยู่กับพ่อแม่จะกลับมาโรงพยาบาลน้อยกว่าผู้ที่กลับไปอยู่กับคู่สมรส หรือภรรยาจะทนต่อพฤติกรรมเบี่ยงเบนของผู้ป่วยที่เป็นคู่สมรสของตนน้อยกว่าพ่อแม่ อาจเนื่องมาจากคู่สมรสคาดหวังพฤติกรรมของผู้ป่วยมากกว่าพ่อแม่

นอกจากนี้ สุชาติ ตันตราภรณ์ (2524) ได้ศึกษา "ทัศนคติของญาติต่อผู้ป่วยโรคจิต" พบว่าญาติส่วนใหญ่จะมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วย คือ ญาติจะสงสารยอมรับผู้ป่วย ให้ความสนใจ และเอาใจใส่ ส่วน สาโรจน์ คำรัตน์ และคณะ (2525) ได้สรุปจากการศึกษา "ทัศนคติวัยรุ่น หญิง - ชาย ที่มีต่อการเลี้ยงดูของบิดามารดา" ว่าความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวมีผลต่อความเป็นอยู่อย่างปกติสุข ถ้ามีความขัดแย้งกัน มีความไม่สัมพันธ์กันในเรื่องใดก็ตาม ก็จะมีผลกระทบกระเทือนต่อการปรับตัวของสมาชิก ถ้าครอบครัวมีพื้นฐานที่ดีในเรื่องการเลี้ยงดู การให้ความรัก ความเอาใจใส่ เมื่อเกิดมีปัญหาก็จะปรับตัวได้ แต่เมื่อใดมีปัญหาในครอบครัว แม้แต่บุคคลที่มีภาวะสุขภาพจิตดีก็จะกระทบกระเทือนด้วย

3. การเรียนรู้

การเรียนรู้ มีทฤษฎีที่อธิบายพฤติกรรมนี้ 3 วิธี คือ การเรียนรู้แบบวางเงื่อนไข การเรียนรู้แบบมีเงื่อนไขและมีแรงเสริม การลอกเลียนแบบ การเรียนรู้ดังกล่าวทำให้เกิดความวิตกกังวลได้ดังนี้

การเรียนรู้แบบวางเงื่อนไข ถ้าบุคคลมีความวิตกกังวลอยู่แล้วไปพบนายจ้าง ซึ่งดูเขาหลายครั้ง การดูเป็นการสร้างเงื่อนไขขึ้น ทำให้เกิดการตอบสนองทางอารมณ์ คือความกังวล เมื่อสิ่งเร้า 2 อย่างคือ การถูกดู และนายจ้าง ทั้งหากเกิดร่วมกันบ่อย ๆ ทำให้บุคคลนั้นเกิดความรู้สึกวิตกกังวล เมื่อพบนายจ้างไม่ว่านายจ้างจะดูหรือไม่ก็ตาม เพราะนายจ้างกับความกังวลมีความสัมพันธ์กันอย่างมีเงื่อนไข

วิธีการเรียนรู้แบบมีเงื่อนไขและมีแรงเสริม จากความกังวลดังกล่าวข้างต้น ถ้าได้รับการเสริมแรงโดยไม่รู้ตัว จากบิดามารดา หรือคนใกล้ชิดด้วยการเอาใจใส่ เห็นอกเห็นใจ และช่วยเหลือเวลาที่เขาวิตกกังวล แต่ถ้าได้รับแรงเสริมเช่นนั้นบ่อย ๆ ความวิตกกังวลก็จะฝังแน่นกลายเป็นนิสัยไป

วิธีลอกเลียนแบบ บุคคลอาจเกิดความวิตกกังวลได้จากการที่บิดาหรือมารดาที่มีความวิตกกังวลเสมอ เขาได้เรียนรู้พฤติกรรมเช่นนั้นของบิดามารดาเป็นประจำ ก็จะลอกเลียนแบบมาเป็นบุคลิกลักษณะของตนได้

4. เพศ

จากการศึกษาของกิริ ลาโนซีทซ์ และแลนยอน (Geer and Lanosebitz and Lanyon, 1965) ที่ให้เห็นว่า เพศหญิง มีความโน้มเอียงที่จะกลัวมากกว่าเพศชาย

สมิธ และ เลียงโล (2521) ศึกษาความวิตกกังวล และวิธีลดความวิตกกังวลของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย สังกัดกรมสามัญศึกษา เขตกรุงเทพฯ พบว่า นักเรียนหญิงมีความวิตกกังวลทางสังคมมากกว่านักเรียนชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติสำหรับความวิตกกังวลส่วนตัว และการเรียนกับอาชีพไม่แตกต่างกัน

อัมพร โอตระกูล และคณะ (2525) ศึกษาปัญหาสุขภาพจิตในเขตเมือง พบว่า เพศชายมีอารมณ์ปกติมากกว่าเพศหญิงทุกประเภทที่สำรวจ ซึ่งสอดคล้องกับคำরাส่วนใหญ่ ที่กล่าวว่า โรคจิตแปรปรวนทางอารมณ์ (affective disorder) พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย

ฉวีวรรณ ศิริพันธ์ และประวัน สันเศรษฐกุล (2525) ศึกษาผู้ป่วยโรคประสาทชนิดกังวล และซึมเศร้าในโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ พบว่า ผู้ป่วยโรคประสาทชนิดกังวล เพศชายจะมีความวิตกกังวลในเรื่องเศรษฐกิจมากกว่าเพศหญิง แต่ปัญหาที่กังวลพบว่า เพศหญิงมีมากกว่าเพศชาย

เพ็ญใจ สันธนาคร และคณะ (2527) ศึกษาไต่หาสุขภาพจิตของนักศึกษามหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ พบว่า นักศึกษาชายและนักศึกษาหญิงมีระดับความวิตกกังวลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยพบ: คะแนนเฉลี่ยของนักศึกษาเพศหญิงสูงกว่านักศึกษาชาย

สรุป เรื่องสุขภาพจิต รวมทั้งความวิตกกังวล เมื่อเปรียบเทียบตัวแปรเกี่ยวกับเพศตามที่นักศึกษาวัยรุ่น พบว่า ส่วนใหญ่เพศหญิงมีความวิตกกังวลสูงกว่าเพศชาย

5. วัย

ในบางช่วงอายุบุคคลจะมีความผันแปรง่ายกว่าบุคคลอื่น โดยเฉพาะในช่วงวัยเริ่มต้นของชีวิต และวัยต่อระยะต่าง ๆ เมื่อประสบกับสถานการณ์ต่าง ๆ จะทำให้เกิดความวิตกกังวล หรืออาการทางจิตได้บ่อย หรือง่ายกว่าในช่วงวัยอื่น ช่วงวิกฤตที่เกิดขึ้นตามขั้นตอนพัฒนาการ ได้แก่ วัยเริ่มต้นชีวิต วัยรุ่น วัยกลางคน และวัยชรา

ในช่วงวัยต้นของชีวิต เด็กอายุ 2 - 3 ปี ที่ตกอยู่ในช่วงวัยของระยะทวารหนักหรือขี้ถ่าย (anal stage) ตามทฤษฎีพัฒนาการของฟรอยด์ เด็กจะมีนิสัยดื้อรั้น ถ้าพ่อแม่เข้มงวด กวดขันเรื่องการขี้ถ่ายมากเกินไป เมื่อโตเป็นผู้ใหญ่ เด็กจะกลายเป็นคนมีความเครียด หรือวิตกกังวลตลอดเวลา เมื่อโตเป็นผู้ใหญ่ นอกจากนั้นในวัยนี้ เด็กอาจมีความวิตกกังวล ถ้าได้น้องใหม่ เพราะกลัวถูกแย่งความรัก หรือของเล่น

ช่วงวัยรุ่น อายุ 12 - 18 ปี เป็นช่วงเด็กแสดงบทบาทตามเพศของตน มีความต้องการอิสระจากพ่อแม่ และผู้อื่น เตรียมและเลือกที่จะประกอบอาชีพในอนาคต ความเครียด หรือความวิตกกังวลในวัยนี้ได้แก่ การแสดงบทบาททางเพศกับความต้องการมีอิสระจากพ่อแม่ หรือกฎเกณฑ์ต่าง ๆ ดังนั้น ในวัยนี้จึงควรระวังในเรื่องความสับสนบทบาททางเพศ และควรเปิดโอกาสให้เด็กมีความเป็นตัวของตัวเองพอสมควร

วัยผู้ใหญ่ อายุ 19 - 40 ปี เป็นช่วงเลือกคู่ครอง เรียนรู้การดำเนินชีวิตคู่ การประกอบอาชีพ ความรับผิดชอบต่อครอบครัวและสังคม ความวิตกกังวลของวัยนี้ ได้แก่ การจากบ้านเพื่อทำงานทำและหาคู่ครอง ความเครียดจากการสับสนบทบาทของพ่อแม่ พัฒนาการในช่วงวัยนี้คือ ความเป็นส่วนตัว (intimacy) และพัฒนาการที่ไม่พึงประสงค์คือ การแยกตัวออกจากสังคม (isolation)

วัยกลางคน อายุ 40 - 65 ปี เป็นช่วงดำรงฐานะทางเศรษฐกิจ และชีวิตความเป็น

อยู่ รวมทั้งความรับผิดชอบต่อสังคม และชุมชน การปรับตัวต่อสภาพการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย การสั่งสอนและเฝ้าดูความเจริญก้าวหน้าของบุตรหลาน ความเครียด หรือความวิตกกังวลของวัยนี้ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ บุตรแยกครอบครัว เรรยหายงานหรืออาชีพ ความรับผิดชอบต่อสังคม

วัยสูงอายุ อายุ 65 ปีขึ้นไป เป็นช่วงการปรับตัวต่อการเสื่อมถอยของร่างกาย การเกษียณจากงาน และรายได้ที่ลดลง ปรับตัวต่อการจากไปของคู่สมรสและเพื่อนฝูงในวัยเดียวกัน ความเครียดหรือความวิตกกังวลของวัยนี้ คือ สถานภาพทางสังคมและความสามารถลดลง สูญเสียความพึงพอใจในหลาย ๆ ด้าน กลัวความตายที่จะมาเยือน

6. สังคม เศรษฐกิจและชนชั้น

ความวิตกกังวลในตัวบุคคลนอกจากเกิดจากบุคลิกดั้งเดิม ซึ่งมีผลมากจากการเลี้ยงดูในระยะแรกของชีวิตแล้ว ยังได้รับผลจากความไม่สามารถในการปรับตัวของบุคคลต่อสถานการณ์และสิ่งแวดล้อมทางสังคมอีกด้วย

จากผลของการวิจัยของฟรีแมน (Freeman, 1961) พบว่า ทักษะคติของญาติต่อผู้ป่วยจิตเวชแตกต่างกันไปตามชนชั้น สังคม และระดับการศึกษา และระดับการศึกษาของญาติกับแนวโน้มในการดำเนินเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กัน

นอกจากนี้ ผลการวิจัยเรื่อง "ทัศนคติของครอบครัวที่มีผลต่อผู้ป่วยทางจิตของวานิค วอชเบิร์น และเชฟฟ์ (Vanic Washburn and Scheff, 1978) สรุปผลของการวิจัยได้ว่าทัศนคติของญาติผู้ป่วยจิตเวชมีความสัมพันธ์กับพื้นฐานทางสังคม วัฒนธรรมมากกว่า สถานการณ์ชั่วคราวที่ได้รับ

2.2 พฤติกรรมและการเผชิญปัญหา ของญาติผู้ป่วยโรคจิต

แนวคิด เกี่ยวกับการเผชิญปัญหา

พฤติกรรมการเผชิญปัญหา เป็นผลจากการใช้กระบวนการคิดโดยใช้สติปัญญาในการประเมินขั้นปฐมภูมิว่า สถานการณ์นั้น เป็นสิ่งคุกคาม ต่อมาประเมินขั้นทุติยภูมิ เพื่อประเมินแหล่งประโยชน์และวิถีทางแก้ไข ซึ่งพฤติกรรมที่ใช้ในการเผชิญปัญหา ลาซารัส (Lazarus, 1966) ได้แบ่งออกเป็น 2 ประเภทคือ การเผชิญปัญหาโดยตรง ได้แก่ การเข้าต่อสู้ (attack) การหลีกเลี่ยง (avoidance) การไม่มีปฏิกิริยา (inaction) และการใช้กลไกทางจิต (defensive mechanism) แต่ในการศึกษาพฤติกรรมการเผชิญที่ตัวปัญหา และมุ่งแก้ที่ตัวเองหรือปรับสิ่งแวดล้อม

และพฤติกรรมการเผชิญปัญหาที่เป็นการใช้การมี (emotion focused coping behavior) เป็นการใช้การมีเป็นหลักในการแก้ไขสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวล เรย์ ลินดอป และ กิบสัน (Ray, Lindop and Gibson, 1982) ได้อธิบายว่า การเผชิญปัญหาคือ การขจัดและบรรเทาสถานการณ์ที่เป็นปัญหา โดยมีเป้าหมายเพื่อเปลี่ยนสถานการณ์หรือทำความเข้าใจสถานการณ์ที่เป็นปัญหา หรือจัดสภาวะอารมณ์ที่เป็นแง่ลบ เมื่อคนประสบกับความเครียด ความวิตกกังวล การเลือกวิธีการเผชิญปัญหานั้นขึ้นอยู่กับการประเมินปัญหาของแต่ละบุคคลต่อสถานการณ์นั้น การประเมินปัญหานั้นขึ้นอยู่กับความควบคุมตนเองของบุคคล (personal control) ว่าสถานการณ์ความเครียดจะเป็นสิ่งที่คุกคามอันตรายหรือทำลาย วิธีการเผชิญปัญหาประกอบด้วย การปฏิเสธ การควบคุมปัญหาที่เกิดขึ้น การเอาปัญหาลอกไป การพึ่งพาผู้อื่น การหลีกเลี่ยงปัญหา และการทำให้เห็นเป็นเรื่องเล็กน้อย สก็อตต์, โอเบิร์ต และดรอพกิน (Scott, Oberst and Dropkin, 1980) ได้อธิบายว่าการเผชิญปัญหาเป็นกระบวนการของการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นให้เกิดความเครียด โดยพฤติกรรมการเผชิญปัญหามีอิทธิพลมาจากการให้สติปัญญาโดยตรง ซึ่งปฏิกิริยาได้ตอบความเครียดทางอารมณ์ และปฏิกิริยาได้ตอบความเครียดทางร่างกาย มีเป้าหมายที่จะทำให้ความเครียดหมดสิ้นไป เมงเงิล (Mengel, 1982) ได้อธิบายว่า แนวคิดการเผชิญปัญหาประกอบด้วยปรัชญาการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (philosophy of holistic health care) ซึ่งสุขภาพไม่เพียงแต่การไม่เกิดเจ็บป่วยเท่านั้น แต่จะมองมากกว่านั้นคือ แผนแผนการดำรงชีวิตที่มีความเป็นอยู่ที่ดี และการตอบสนองกับความเครียดในทางบวก และเปลี่ยนแปลงความเครียดที่เกิดจากสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอก ซึ่งบุคคลจะต้องมีการเจริญเติบโตมีความรู้และสามารถแก้ไขด้วยตนเองเมื่อบุคคลนั้นจะต้องประสบกับความเครียด ความวิตกกังวล

รูปแบบของการเผชิญปัญหา (Coping Function)

การเผชิญปัญหาแต่ละครั้งนั้นบุคคลจะมีพฤติกรรมการเผชิญปัญหาหลาย ๆ วิธีในเวลาเดียวกัน ลาซารัส ได้แบ่งการเผชิญปัญหาเป็น 2 ชนิด คือ การมุ่งแก้ปัญหา (problem focused coping) โดยการกำหนดขอบเขตปัญหา หาวิธีการแก้ปัญหาหลาย ๆ วิธี เลือกวิธีการที่เหมาะสมและลงมือแก้ปัญหา โดยวิธีการมุ่งแก้ปัญหาได้ บุคคลนั้นจะใช้วิธีการเผชิญปัญหาแบบที่ 2 คือ การเผชิญปัญหาด้วยการใช้ความคิดเพื่อลดความเครียด (emotion focused coping) ซึ่งเป็นการเผชิญปัญหาด้วยการใช้ความคิดเพื่อลดความเครียดที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลขึ้น การหลีกเลี่ยง การทำให้เห็นเป็นเรื่องเล็กน้อย แต่ในชีวิตประจำวันจะมีการทั้ง 2 ชนิด เปลี่ยนกลับไปมาตลอดเวลา

วิธีการเผชิญปัญหา (Coping Mode)

ลาซารัสได้เสนอว่า วิธีการมีอยู่ 4 แบบที่บุคคลนำไปใช้ในการเผชิญปัญหาไม่ว่าจะเป็นการมุ่งแก้ปัญหา หรือลดอารมณ์ตึงเครียดได้แก่ (1) การค้นหาข้อมูล (information seeking)

โดยการพยายามเรียนรู้ให้มากขึ้น เพื่อนำมาประเมินภาวะคุกคามนั้นใหม่ (2) การมีปฏิกิริยาโดยตรง (direct action) เป็นการกระทำของบุคคลเพื่อทำลายความเครียดที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลโดยไม่ใช้ความคิดเข้าช่วย เช่น การใช้พลังกำลัง (การยับยั้งการกระทำ (inhibition of action) ตรงข้ามกับการมีปฏิกิริยาโดยตรงเป็นการยับยั้งหรือเก็บกด ซึ่งอาจจะก่อให้เกิดอันตรายแก่บุคคลมากกว่าการที่จะมีปฏิกิริยาออกมาเลย (4) การปรับอารมณ์ (intrapsychic) เป็นกระบวนการเรียนรู้ทั้งหมดที่นำมาใช้เพื่อลดความวิตกกังวล เช่นการทำสมาธิ ซึ่งเชื่อว่าจะช่วยให้บุคคลมีความสุข ลดความวิตกกังวลได้ ซึ่ง ดาเลย์ (Daley, 1973) และชมชื่น สมประเสริฐ (2524) พบว่าการทำสมาธิสามารถลดความวิตกกังวลได้

แหล่งประโยชน์ที่มีผลต่อการเผชิญปัญหา (Coping Resource)

ลาซารัสได้กล่าวถึงแหล่งประโยชน์ที่บุคคลดึงมาใช้ในการเผชิญปัญหาได้แก่ (1) การทำให้ร่างกายมีสุขภาพแข็งแรงมีพลังงาน (health and energy) เพื่อนำมาต่อต้านกับภาวะเจ็บป่วย (2) ความเชื่อในทางที่ดี (positive beliefs) เช่นการนำเอาความหวังมาใช้ร่วมด้วยเพื่อลดความวิตกกังวล (3) การมุ่งแก้ไขปัญหา (problem solving) เป็นการค้นหาข้อมูลมาวิเคราะห์สถานการณ์เพื่อเลือกหาทางแก้ไข (4) การเข้าสังคม (social skill) เป็นความสามารถในการติดต่อบุคคลอื่นเพื่อที่จะขอความช่วยเหลือ ทักษะในการติดต่อกับบุคคลอื่นจะช่วยส่งเสริมให้บุคคลจัดการกับปัญหาในชีวิตประจำวันได้ดีขึ้น (5) แหล่งประโยชน์ทางวัตถุ (material resources) ได้แก่ เงินสิ่งของต่าง ๆ การบริการที่ต้องใช้เงิน (6) การสนับสนุนทางสังคม (social support) เช่น การปลอบโยน ขำครว และข้อมูลที่ได้จากเจ้าหน้าที่ที่มีสุขภาพพบว่าสามารถช่วยลดความวิตกกังวลได้

บรรยากาศและสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยโรคจิต การเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ อาจเป็นสาเหตุของความเครียด ความวิตกกังวลและญาติผู้ป่วยประเมินเหตุการณ์นี้ว่าเป็นภาวะคุกคาม โดยมีการตอบสนองออกมาทางด้านอารมณ์ในรูปแบบของความวิตกกังวลในสภาวะความวิตกกังวลเช่นที่ญาติผู้ป่วยเผชิญอยู่อาจทำให้ญาติไม่สามารถหาแหล่งประโยชน์ที่จะใช้ในการเผชิญปัญหาได้ ดังนั้น การให้ความรู้แก่ญาติผู้ป่วย เพื่อการดูแลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ ญาติก็จะได้ประเมินสถานการณ์ใหม่หรือการมีปฏิสัมพันธ์กับญาติ เพื่อให้การสนับสนุนทางสังคม จะเป็นการลดความวิตกกังวลให้แก่ญาติได้

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการเผชิญปัญหาของญาติผู้ป่วยโรคจิต

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการเผชิญปัญหาของญาติผู้ป่วยโรคจิต ยังไม่มีผู้ใดทำการศึกษาไว้ จึงเป็นแรงจูงใจให้คณะผู้วิจัยทำการศึกษาในเรื่องนี้

2.3 กรอบแนวคิดในการศึกษาวิจัย

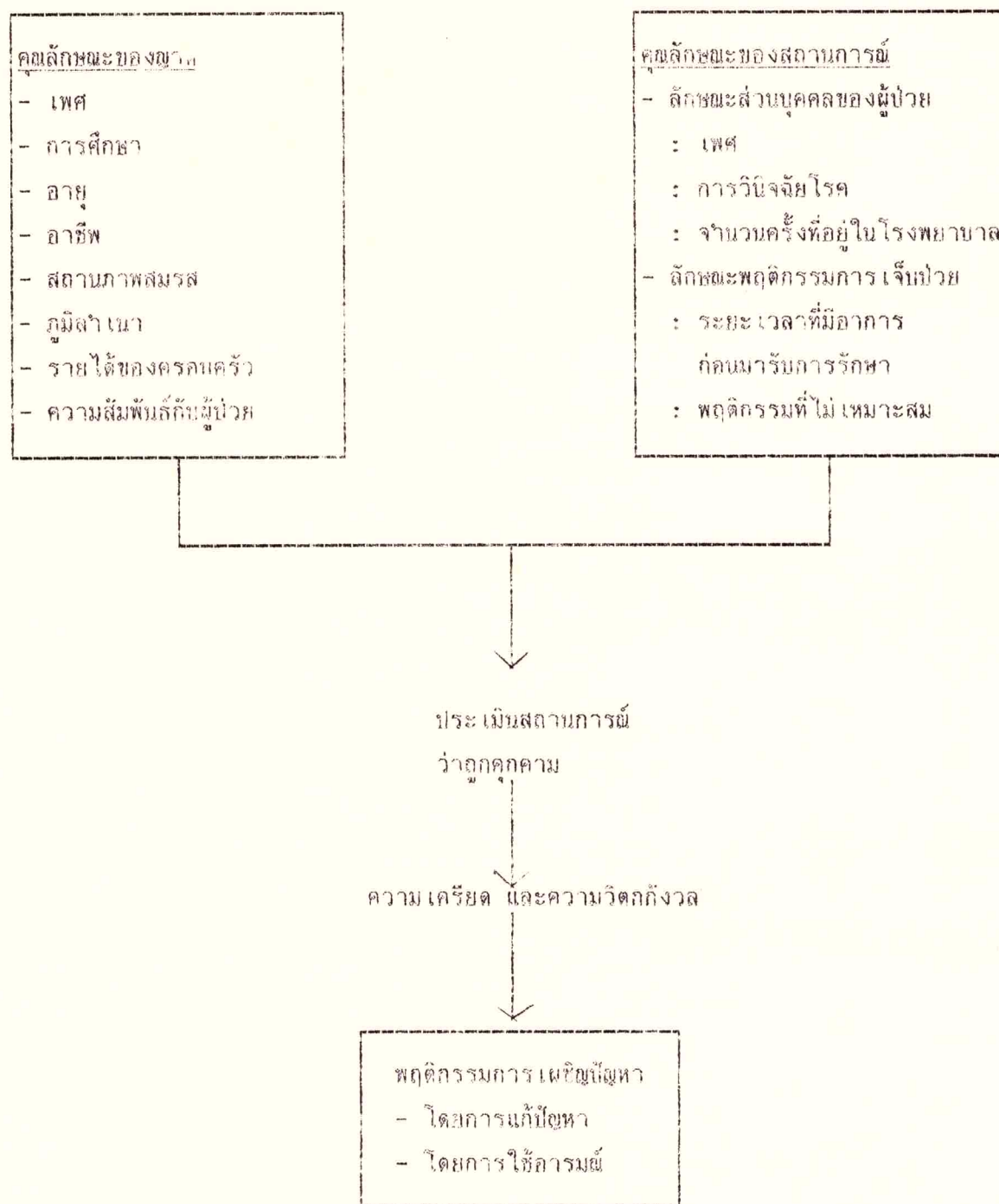
การประเมินเครือข่ายทางสังคมที่ให้การช่วยเหลือผู้ป่วย เป็นกิจกรรมหนึ่งของพยาบาลจิตเวช การพิจารณาให้ความช่วยเหลือขึ้นอยู่กับปัจจัย 2 ประการคือ คุณลักษณะของบุคคล และคุณลักษณะของสถานการณื

คุณลักษณะของบุคคลในที่นี้ เป็นคุณลักษณะของญาติที่ให้การดูแลผู้ป่วยในครอบครัว ได้แก่ อายุ เพศ การศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส รายได้ของครอบครัว และลักษณะความสัมพันธ์กับผู้ป่วย วิธีการเผชิญปัญหา

คุณลักษณะของสถานการณืได้แก่ ลักษณะของผู้ป่วย การเจ็บป่วย พฤติกรรม และระยะเวลาของการรักษา

ปัจจัยทั้งสองมีความสัมพันธ์กับความเครียดกล่าวคือ คุณลักษณะของญาติที่ให้การดูแลผู้ป่วย อาจะอยู่ในภาวะวิกฤติที่เป็นผลมาจากพัฒนาการของชีวิต และ เมื่อมีการเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว ภาวะวิกฤติเกิดขึ้นจากสถานการณืที่ไม่ได้เตรียมตัวมาก่อน ทำให้ญาติผู้ป่วยไม่รู้วิธีการที่จะจัดการกับสถานการณืที่ไม่ได้ เตรียมตัวมาก่อน ทำให้ญาติผู้ป่วยไม่รู้วิธีการที่จะจัดการกับสถานการณืที่ไม่คุ้นเคย หรือลักษณะพฤติกรรมของผู้ป่วยที่ไม่เหมาะสม หรือขาดการช่วยเหลือสนับสนุนจากบุคคล/หน่วยงาน ทำให้บุคคลประเมินสถานการณ์ที่เกิดขึ้นว่าเป็นสิ่งที่คุกคาม เป็นอันตรายต่อความมั่นคง และความปลอดภัย ความเครียดก็จะเกิดขึ้น

เมื่อบุคคลประสบกับความเครียด บุคคลจะตอบสนองโดยใช้พฤติกรรมการเผชิญปัญหา ซึ่งมี 2 ลักษณะ คือ การเผชิญปัญหาโดยการแก้ปัญหา และการเผชิญปัญหาโดยใช้อารมณ์ ดังแสดงในแผนภูมิที่ 2



บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) เพื่อศึกษาถึงความวิตกกังวลและพฤติกรรมการเผชิญปัญหาของญาติผู้ป่วยโรคจิต

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ญาติผู้ป่วยโรคจิต เฉพาะผู้ป่วยโรคจิตที่แพทย์ให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia) โรคจิตทางอารมณ์ (Affective Psychoses) สภาวะระแวง (Paranoid States) และโรคจิตอื่น ๆ ที่ไม่ได้มีสาเหตุมาจากร่างกาย (Other Nonorganic Psychosis) และเข้ารับการรักษากับผู้ป่วยใน ตึกชงโค ศรีตรัง และญาติผู้ป่วยที่มาติดต่อรับยาให้ผู้ป่วยที่ตึกผู้ป่วยนอก

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา เป็นญาติผู้ป่วยตามลักษณะประชากรดังกล่าวที่มารับบริการตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2534 - 31 มีนาคม 2535 รวมกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ 90 คน โดยแบ่งออกเป็นญาติผู้ป่วยตึกชงโค 30 คน ตึกศรีตรัง 30 คน และตึกผู้ป่วยนอก 30 คน

ญาติผู้ป่วยที่นำมาศึกษาในครั้งนี้ ไม่จำกัด เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ ภูมิฐานะ ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย แต่ต้องเป็นผู้ที่ใกล้ชิดและรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยโดยตรงขณะอยู่ที่บ้านและสามารถให้ข้อมูลและสื่อสารกับผู้สัมภาษณ์ได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสัมภาษณ์แบ่งออกเป็น 5 หมวด โดยมีรายละเอียดดังนี้

หมวดที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ป่วยโรคจิตประกอบด้วย เพศ อายุ ที่อยู่ปัจจุบัน ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย อาชีพ ฐานะเศรษฐกิจ รวม 8 ข้อ

หมวดที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับตัวผู้ป่วยจำนวน 6 ข้อ ประกอบด้วย จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยอยู่รักษาในโรงพยาบาล การวินิจฉัยโรค เพศ ตึกที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาระยะเวลาที่ผู้ป่วยมีอาการก่อนมาโรงพยาบาล อาการของผู้ป่วยก่อนมาโรงพยาบาลครั้งนี้

หมวดที่ 3 แบบสำรวจปัจจัยเครียดที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล จำนวน 24 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยได้คัด-

29.
พท 105
ป 170
2536
ก.2



000083

25

แปลงมาจากแบบสำรวจปัญหาความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยทางจิต ของ บัญญัติ เพชรรัตน์ และพิไลรัตน์ ทองอุไร (2530) ซึ่งได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ 0.7347 เครื่องมือมีลักษณะการวัดเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ การให้คะแนนเป็นการให้คะแนนรายข้อแบบ Likert's scale โดยมีช่วงคะแนนตั้งแต่ 1 ถึง 5 ดังนี้

วิตกกังวลในด้านอาการและการดูแลผู้ป่วยในเรื่องนั้นน้อยที่สุด	1	คะแนน
วิตกกังวลในด้านอาการและการดูแลผู้ป่วยในเรื่องนั้นน้อย	2	คะแนน
วิตกกังวลในด้านอาการและการดูแลผู้ป่วยในเรื่องนั้นปานกลาง	3	คะแนน
วิตกกังวลในด้านอาการและการดูแลผู้ป่วยในเรื่องนั้นมาก	4	คะแนน
วิตกกังวลในด้านอาการและการดูแลผู้ป่วยในเรื่องนั้นมากที่สุด	5	คะแนน

หมวดที่ 4 แบบวัดพฤติกรรมในการเผชิญปัญหาของญาติผู้ป่วย จำนวน 40 ข้อ ใช้ของ นิตยา

สุทธยากร (2531) ซึ่ง นิตยา ได้แปลงมาจากแบบวัดพฤติกรรมในการเผชิญปัญหาของ Jalowice (1981) และได้นำเครื่องมือดังกล่าวมาทดสอบหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือกับญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองปัจจุบันจำนวน 30 รายได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.88 เครื่องมือมีลักษณะการวัดเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) แบ่งออกเป็น 5 ระดับ การให้คะแนนให้เป็นรายข้อ แบบ Likert's scale โดยมีช่วงคะแนน ตั้งแต่ 1 - 5 แบ่งดังนี้

ไม่เคยใช้วิธีนั้นในการเผชิญปัญหา	1	คะแนน
ใช้วิธีนั้นนาน ๆ ครั้ง	2	คะแนน
ใช้วิธีนั้นเป็นบางครั้ง	3	คะแนน
ใช้วิธีนั้นบ่อย ๆ	4	คะแนน
ใช้วิธีนั้นเกือบทุกครั้ง	5	คะแนน

หัวข้อในการเผชิญปัญหาที่เน้นการแก้ปัญหาจำนวน 15 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 6, 11, 13, 14, 17, 18, 19, 20, 25, 32, 33, 35, 36, 38, 40,

ส่วนหัวข้อในการเผชิญปัญหาที่เน้นด้านอารมณ์ จำนวน 25 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 12, 15, 16, 21, 22, 23, 24, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 34, 37, 39

การหาคุณภาพของ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การหาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยการนำแบบสัมภาษณ์ทั้งฉบับให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาทั้งหมด 12 คน ประกอบด้วยจิตแพทย์ 3 คน พยาบาลจิตเวช 7 คน นักสังคมสงเคราะห์ 1 คน และนักจิตวิทยา 1 คน หลังจากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยการนำแบบสัมภาษณ์ไปทดลองใช้ (Tryout) ในญาติผู้ป่วยโรคจิต จำนวน 20 คน แล้วนำมาคำนวณหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือในหมวดที่ 3 และ 4 โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (Coefficient alpha or Cronbach Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสำรวจปัจจัยที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยโรคจิตเท่ากับ 0.706 แบบวัดพฤติกรรมการเผชิญปัญหาได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.783 และได้ค่าความเที่ยงทั้งฉบับ (หมวดที่ 2 และหมวดที่ 3 รวมกัน) เท่ากับ 0.784

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ โดยเก็บข้อมูลจากญาติผู้ป่วยโรคจิตที่นำผู้ป่วยมาได้รับการรักษา ณ ด็กชงโค ศรีตรัง และด็กผู้ป่วยนอก ในช่วงเดือนตุลาคม 2534 - มีนาคม 2535 การเก็บข้อมูลในครั้งนี้ใช้วิธีการเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 90 คน

การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลต่าง ๆ ได้ครบตามต้องการแล้ว ผู้วิจัยแปลงข้อมูลที่ได้เป็นคะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนด และเตรียมข้อมูล พร้อมทั้งตรวจสอบให้ถูกต้องครบถ้วน ก่อนนำมาคำนวณด้วยเครื่องคิดเลข (Scientific Calculator) โดยใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของญาติและผู้ป่วย วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่หาค่าร้อยละ
2. ใช้สถิติ t - test เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับคะแนนความวิตกกังวล
3. ใช้สถิติ F - test เพื่อวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวของตัวแปร 3 ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับคะแนนความวิตกกังวล
4. ใช้วิธีทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยด้วยวิธี Newman - Keuls test Method เพื่อหาตัวแปรที่มีผลต่อความวิตกกังวลที่แตกต่างกัน

บทที่ 4 ผลการวิจัย

ในการเสนอผลการวิจัย ผู้วิจัยได้นำเสนอโดยจำแนกออกเป็น 4 หมวดดังต่อไปนี้

- หมวดที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ป่วยและผู้ป่วยโรคจิต
- หมวดที่ 2 วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยโรคจิต
- หมวดที่ 3 วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยโรคจิต
- หมวดที่ 4 วิเคราะห์พฤติกรรมการเผชิญปัญหาของญาติผู้ป่วยโรคจิต

หมวดที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ป่วย และผู้ป่วยโรคจิต

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของญาติผู้ป่วยโรคจิต โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น จำแนกตามเพศ อายุ และสถานภาพสมรส

ข้อมูลทั่วไป		จำนวน	ร้อยละ
เพศ			
	ชาย	50	55.56
	หญิง	40	44.44
อายุ			
	ต่ำกว่า 15 ปี	-	-
	15 - 24 ปี	3	3.33
	25 - 44 ปี	40	44.45
	45 - 64 ปี	43	47.78
	64 ปีขึ้นไป	4	4.44
สถานภาพสมรส			
	โสด	7	7.78
	คู่	71	78.89
	หม้าย, หย่า	11	12.22
	ร้าง	1	1.11
	อื่น ๆ	-	-

จากตาราง พบว่า ญาติผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 55.56 รองลงมา

เป็นเพศหญิงร้อยละ 44.44 มีอายุอยู่ในช่วง 45 - 64 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 47.78 รองลงมา มีอายุอยู่ในช่วง 25 - 44 ปี คิดเป็นร้อยละ 44.45 น้อยที่สุดมีอายุอยู่ในช่วง 15 - 24 ปี ร้อยละ 3.33

สำหรับสถานภาพสมรสของญาติผู้ป่วย พบว่า ญาติผู้ป่วยส่วนใหญ่ มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 78.89 รองลงมา มีสถานภาพสมรสหย่า หย่า ร้อยละ 12.22 น้อยที่สุด คือ สถานภาพสมรส ร้าง ร้อยละ 1.11

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของญาติผู้ป่วยโรคจิต โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น จำแนกตามระดับการศึกษาและอาชีพ

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	3	3.33
ประถมศึกษา	67	74.45
มัธยมศึกษา	11	12.22
อาชีวศึกษา ปริญญาตรีและ สูงกว่าปริญญาตรี อื่น ๆ	9	10.00
อาชีพ		
ค้าขาย	6	6.67
เกษตรกร	58	64.44
แม่บ้าน	3	3.33
รับราชการ	9	10.00
รับจ้าง	13	14.45
ว่างงาน	1	1.11
อื่น ๆ	-	-

จากตาราง พบว่า ญาติผู้ป่วยส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 74.45 รองลงมาจบการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 12.22 น้อยที่สุด ไม่ได้เรียนหนังสือ ร้อยละ 3.33

ในด้านอาชีพ พบว่า ญาติผู้ป่วยส่วนใหญ่ มีอาชีพเกษตรกร (ทำนา) คิดเป็นร้อยละ 64.44 รองลงมาประกอบอาชีพ รับจ้าง ร้อยละ 14.45 น้อยที่สุด อาชีพ ว่างงาน ร้อยละ 1.11

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของญาติผู้ป่วยโรคจิต โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น จำแนกตามความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย และรายได้ของครอบครัว

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย		
บิดามารดา	41	45.56
สามี ภรรยา	11	12.22
บุตร	5	5.56
พี่หรือน้อง	26	28.89
ญาติสนิท	7	7.77
อื่น ๆ	-	-
รายได้ของครอบครัว		
รายได้พอกับรายจ่าย	32	35.56
รายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่าย	51	56.67
มีหนี้สิน		
มีเงินเหลือเก็บ	4	4.44
ไม่มีรายได้	3	3.33
อื่น ๆ		

จ. กตาราง พบว่า ญาติผู้ป่วยส่วนใหญมีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยในฐานะ บิดา มารดา คิดเป็นร้อยละ 45.56 รองลงมาได้ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยในฐานะ พี่ น้อง ร้อยละ 28.89 น้อยที่สุดเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยในฐานะบุตร ร้อยละ 5.56 และรายได้ของครอบครัวส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่ายมีหนี้สินคิดเป็นร้อยละ 56.67 รองลงมาได้พอกับรายจ่ายคิดเป็นร้อยละ 35.56 น้อยที่สุดครอบครัวไม่มีรายได้ร้อยละ 3.33

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของที่อยู่ปัจจุบันของญาติผู้ป่วยโรคจิต

ที่อยู่ปัจจุบัน	จำนวน	ร้อยละ
ขอนแก่น	25	27.77
อุดรธานี	14	15.56
หนองคาย	3	3.33
เลย	6	6.67
สกลนคร	6	6.67
จังหวัดนอกเขตที่รับผิดชอบ	36	40.00
รวม	90	100.00

จากตาราง พบว่า ญาติผู้ป่วยส่วนใหญ่มีที่อยู่ในปัจจุบันอยู่ในเขตจังหวัดนอกเขตที่รับผิดชอบ คิดเป็นร้อยละ 40 รองลงมา คือ มีที่อยู่ในปัจจุบันอยู่ที่จังหวัดขอนแก่นคิดเป็นร้อยละ 27.77 น้อยที่สุด คือ ญาติผู้ป่วยที่มีที่อยู่ในปัจจุบันอยู่ที่จังหวัดหนองคาย คิดเป็นร้อยละ 3.33

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคจิต จำแนกตาม เพศ การวินิจฉัยโรค

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคจิต	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	46	51.11
หญิง	44	48.89
การวินิจฉัยโรค		
จิตเภท	62	68.89
โรคจิตอื่น ๆ	28	31.11

จากตาราง พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 51.11 และ 48.89 ตามลำดับ การวินิจฉัยโรคของผู้ป่วยโรคจิต พบว่า เป็นโรคจิตเภทมากกว่าโรคจิตอื่น ๆ คิดเป็นร้อยละ 68.89 และ 31.11 ตามลำดับ

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคจิต จำแนกตามจำนวนครั้งที่ผู้ป่วยอยู่รักษาระยะเวลาที่ผู้ป่วยมีอาการก่อนมาโรงพยาบาล อาการของผู้ป่วยก่อนมาโรงพยาบาลครั้งนี้

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคจิต	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยอยู่รักษา		
ครั้งที่ 1	39	43.33
ครั้งที่ 2	19	21.11
ครั้งที่ 3	10	11.11
ครั้งที่ 4	6	6.67
ครั้งที่ 5	6	6.67
มากกว่า 5 ครั้ง	10	11.11
ระยะเวลาที่ผู้ป่วยมีอาการก่อนมาโรงพยาบาล		
1 - 7 วัน	37	41.11
8 - 30 วัน	26	28.89
ตั้งแต่ 1 เดือนขึ้นไป	27	30.00
อาการของผู้ป่วยก่อนมาโรงพยาบาลครั้งนี้		
เอะอะอาละวาด	45	50.00
มีอาการรุนแรงเป็นระยะ ๆ	34	37.78
ไม่สนใจตนเองและสิ่งแวดล้อม	11	12.22

จากตาราง พบว่า จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยอยู่รักษาในโรงพยาบาลมากที่สุด คือ ครั้งที่ 1 คิดเป็นร้อยละ 43.33 รองลงมาคือครั้งที่ 2 คิดเป็นร้อยละ 21.11 และจำนวนครั้งที่ผู้ป่วยอยู่รักษาต่ำสุดคือครั้งที่ 4 และครั้งที่ 5 คิดเป็นร้อยละ 6.67 เท่ากัน ระยะเวลาที่ผู้ป่วยมีอาการก่อนมาโรงพยาบาลมากที่สุดคือ 1 - 7 วัน คิดเป็นร้อยละ 41.11 รองลงมาคือตั้งแต่ 1 เดือนขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 30 และระยะเวลาที่ผู้ป่วยมีอาการก่อนมาโรงพยาบาลต่ำที่สุด คือ 8 - 30 วัน คิดเป็นร้อยละ 28.89 อาการของผู้ป่วยก่อนมาโรงพยาบาลครั้งนี้พบมากที่สุด คือ เอะอะอาละวาด คิดเป็นร้อยละ 50 รองลงมาคือ มีอาการรุนแรงเป็นระยะ ๆ คิดเป็นร้อยละ 37.78 ต่ำสุดคือ อาการไม่สนใจตนเองและสิ่งแวดล้อม คิดเป็นร้อยละ 12.22

หมวดที่ 2 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยโรคจิต

ตารางที่ 7 คะแนนเฉลี่ยสูงสุดตามลำดับ และค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานของปัจจัยที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยโรคจิตในด้านอาการและการดูแล

ข้อที่	ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล	$\bar{x}$	S.D.	ลำดับที่
5	ท่านรู้สึกหวั่นไหวและเห็นใจต่อความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นของผู้ป่วย	4.52	0.782	1
6	ท่านต้องคอยเอาใจ และถนอมน้ำใจผู้ป่วยตลอดเวลา	3.82	0.881	2
10	ท่านต้องคอยเป็นธุระทุกอย่างให้ผู้ป่วย	3.71	1.062	3
2	อาการผู้ป่วยเกิดขึ้นไม่แน่นอน	3.7	0.977	4
9	อนาคตของผู้ป่วย เช่น การเรียน การทำงาน ไม่แน่นอน	3.41	1.15	5

จากตาราง พบว่า ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลแก่ญาติผู้ป่วยในด้านอาการและการดูแลมากที่สุด 5 อันดับแรกได้แก่ รู้สึกหวั่นไหวและเห็นใจต่อความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นของผู้ป่วย มีค่าเฉลี่ย 4.52 (S.D. = 0.782) ต้องคอยเอาใจและถนอมน้ำใจผู้ป่วยตลอดเวลา มีค่าเฉลี่ย 3.82 (S.D. 0.881) ต้องคอยเป็นธุระทุกอย่างให้ผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ย 3.71 (S.D. 1.062) อาการผู้ป่วยเกิดขึ้นไม่แน่นอนมีค่าเฉลี่ย 3.7 (S.D. 0.977) และอนาคตของผู้ป่วย เช่น การเรียน การทำงาน ไม่แน่นอน มีค่าเฉลี่ย 3.41 (S.D. 1.15)

ตารางที่ 8 คะแนนเฉลี่ยสูงสุดตามลำดับ ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของปัจจัยที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยโรคจิตในด้านสังคมและเศรษฐกิจ

ข้อที่	ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล	ข	S.D.	ลำดับที่
17	เมื่อพาผู้ป่วยมาพบแพทย์ท่านต้องหยุดกิจการงานประจำวัน	4.3	1.096	1
18	ท่านต้องใช้เงินเพิ่มขึ้นในการดูแลรักษาผู้ป่วย	3.61	1.04	2
22	เสียกำลังใจสำคัญของบ้านในการหารายได้เข้าครอบครัว	3.12	1.27	3
15	ท่านมีปัญหาเรื่องเงินที่จะนำผู้ป่วยมารับการรักษาทุกครั้ง	3.1	1.21	4
19	ไม่อยากให้ใครทราบว่าท่านมีญาติป่วยเป็นโรคจิต	2.54	1.41	5

จากตาราง พบว่าปัจจัยที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลแก่ญาติผู้ป่วยในด้านสังคมและเศรษฐกิจมากที่สุด 5 อันดับแรกได้แก่ เมื่อพาผู้ป่วยมาพบแพทย์ท่านต้องหยุดกิจการงานประจำวัน มีค่าเฉลี่ย 4.3 (S.D. 1.096) ต้องใช้เงินเพิ่มขึ้นในการดูแลรักษาผู้ป่วย มีค่าเฉลี่ย 3.61 (S.D. 1.04) เสียกำลังใจสำคัญของบ้านในการหารายได้เข้าครอบครัว มีค่าเฉลี่ย 3.12 (S.D. 1.27) มีปัญหาเรื่องเงินที่จะนำผู้ป่วยมารับการรักษาทุกครั้ง มีค่าเฉลี่ย 3.1 (S.D. 1.21) ไม่อยากให้ใครทราบว่าท่านมีญาติป่วยเป็นโรคจิต มีค่าเฉลี่ย 2.54 (S.D. 1.41)

หมวดที่ 3 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยโรคจิต

ตารางที่ 9 คะแนนเฉลี่ยของความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยโรคจิต ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าที โดยจำแนกตามเพศ

ญาติผู้ป่วยเพศ	จำนวน	$\bar{x}$	S.D.	t	P
ชาย	50	69.72	13.054	1.296	2.00
หญิง	40	66.25	12.061		

$$P < .05$$

จากตาราง พบว่า ญาติผู้ป่วยเพศชาย และเพศหญิง มีความวิตกกังวล (ด้านอาการและการดูแลผู้ป่วย และด้านสังคมและเศรษฐกิจ) ไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 10 คะแนนเฉลี่ยของความวิตกกังวล: ญาติผู้ป่วยโรคจิต ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าที โดยจำแนกตามอายุ

ญาติผู้ป่วยเพศที่มีอายุ	จำนวน	$\bar{X}$	S.D.	t	P
มากกว่า 44 ปี	47	68.32	12.434	0.35	2.00
น้อยกว่า 44 ปี	43	68.02	13.072		

$$P < .05$$

จากตาราง พบว่า ญาติผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 44 ปี และน้อยกว่า 44 ปี มีความวิตกกังวล (ด้านอาการและการดูแลผู้ป่วย และด้านสังคมเศรษฐกิจ) ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05

ตารางที่ 11 คะแนนเฉลี่ยของความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยโรคจิต ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าที โดยจำแนกตาม สถานภาพสมรส

สถานภาพสมรส	จำนวน	$\bar{X}$	S.D.	t	P
คู่	71	68.76	12.922	0.84	2.00
โสด หม้าย หย่าร้าง	19	66.00	11.757		

$$P < .05$$

จากตาราง พบว่า ญาติผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสคู่ และโสด หม้าย หย่าร้าง มีความวิตกกังวล (ด้านอาการและการดูแล และด้านสังคมเศรษฐกิจ) ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางเศรษฐกิจที่ระดับ .05

ตารางที่ 12 คะแนนเฉลี่ยของความวิตกกังวล (เฉพาะด้านอาการ และการดูแลผู้ป่วย) ของญาติผู้ป่วยโรคจิต ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าที โดยจำแนกตามจำนวนครั้งที่ผู้ป่วยได้รับการรักษา

จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยได้รับการรักษา	จำนวน	$\bar{x}$	S.D.	t	P
1 - 2 ครั้ง	58	40.29	7.525	2.244*	2.00
มากกว่า 2 ครั้ง	32	44.13	8.273		

$$P* < .05$$

จากตาราง พบว่า ญาติผู้ป่วยที่นำผู้ป่วยมารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น ครั้งที่ 1 - 2 และมากกว่า 2 ครั้งขึ้นไป มีความวิตกกังวล (ด้านอาการและการดูแลผู้ป่วย) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 13 คะแนนเฉลี่ยของความวิตกกังวล (เฉพาะด้านสังคมและเศรษฐกิจ) ของญาติผู้ป่วยโรคจิต ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่า t โดยจำแนกตามจำนวนครั้งที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษ

จำนวนครั้งผู้ป่วยเข้ารับการรักษ	จำนวน	$\bar{x}$	S.D.	t	P
1 - 2 ครั้ง	58	26.33	5.68	0.331	2.00
มากกว่า 2 ครั้ง	32	26.81	8.07		

$$P < .05$$

จากตาราง พบว่า ญาติผู้ป่วยที่นำผู้ป่วยมารับการรักษเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น ครั้งที่ 1 - 2 และมากกว่า 2 ครั้งขึ้นไป มีความวิตกกังวลด้านสังคมและเศรษฐกิจ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 14 คะแนนเฉลี่ยของความวิตกกังวล (เฉพาะด้านอาการและการดูแลผู้ป่วย) ของญาติผู้ป่วยโรคจิต ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าที จำแนกตามภาวะหนี้สิน

ภาวะหนี้สิน	จำนวน	$\bar{x}$	S.D.	t	P
มีหนี้สิน	54	42.72	8.704	1.552	2.00
ไม่มีหนี้สิน	36	40.06	6.511		

$$P < .05$$

จากตาราง พบว่า ญาติผู้ป่วยโรคจิตที่มีหนี้สินและไม่มีหนี้สิน มีความวิตกกังวลด้านอาการและการดูแลผู้ป่วย ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 15 คะแนนเฉลี่ยของความวิตกกังวล (เฉพาะด้านสังคมและเศรษฐกิจ) ของญาติผู้ป่วย
โรคจิต ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าที่ จำแนกตามภาวะหนึ่ล้น

ภาวะหนึ่ล้น	จำนวน	$\bar{X}$	S.D.	t	P
มีหนึ่ล้น	54	28.02	6.476	2.689*	2.00
ไม่มีหนึ่ล้น	36	24.28	6.234		

$$P* < .05$$

จากตาราง พบว่า ญาติผู้ป่วยที่มีหนึ่ล้น และไม่มีหนึ่ล้นมีความวิตกกังวลด้านสังคมและเศรษฐกิจ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 16 คะแนนเฉลี่ยของความวิตกกังวล (ด้านอาการและการดูแลผู้ป่วย) ของญาติผู้ป่วยโรคจิต ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าที่ จำแนกตามเพศของผู้ป่วย

ญาติผู้ป่วยที่ต้องดูแลผู้ป่วย	จำนวน	$\bar{X}$	S.D.	t	P
เพศชาย	46	44.35	8.672	3.074*	2.00
เพศหญิง	44	39.295	6.653		

$P^* < .05$

จากตาราง พบว่า ญาติผู้ป่วยที่ต้องดูแลผู้ป่วยเพศชาย มีความวิตกกังวล (ด้านอาการและการดูแลผู้ป่วย) มากกว่าญาติผู้ป่วยที่ต้องดูแลผู้ป่วยเพศหญิง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 17 คะแนนเฉลี่ยของความวิตกกังวล (ด้านสังคมและเศรษฐกิจ) ของญาติผู้ป่วยโรคจิต
ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าที่ จำแนกตามเพศของผู้ป่วย

ญาติผู้ป่วยที่ต้องดูแลผู้ป่วย	จำนวน	$\bar{X}$	S.D.	t	P
เพศชาย	46	27.46	6.772	1.41	2.00
เพศหญิง	44	25.5	6.31		

$$P < .05$$

จากตาราง พบว่า ญาติผู้ป่วยที่ต้องดูแลผู้ป่วยเพศชาย และเพศหญิงมีความวิตกกังวล
(ด้านสังคมและเศรษฐกิจ) ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 18 เปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวล (ด้านอาการและการดูแลผู้ป่วย) ของญาติผู้ป่วย
โรคจิต จำแนกตามการศึกษา

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	P
ระหว่างกลุ่ม	2	60.12	30.06	.468	3.09
ภายในกลุ่ม	87	5592.20	64.278		
รวม	89	5652.32			

$$P < .05$$

จากตาราง ผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้วย ANOVA พบว่า ญาติผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาที่แตกต่างกัน (ไม่ได้เรียนหนังสือและประถมศึกษา มัธยมศึกษา สูงกว่ามัธยมศึกษา) มีความวิตกกังวล (ด้านอาการและการดูแลผู้ป่วย) ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 19 เปรียบเทียบคะแนนความวิตกกัง (ด้านสังคมและเศรษฐกิจ) ของญาติผู้ป่วยโรคจิต
จำแนกตามการศึกษา

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	P
ระหว่างกลุ่ม	2	75.898	37.949	0.872	3.09
ภายในกลุ่ม	87	3786.602	43.524		
รวม	89	3862.5			

$$P < .05$$

จากตาราง ผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้วย ANOVA พบว่า ญาติผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาที่แตกต่างกัน (ไม่ได้เรียนหนังสือและประถมศึกษา มัธยมศึกษา สูงกว่ามัธยมศึกษา) มีความวิตกกังวลในด้านสังคมและเศรษฐกิจไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

หมวดที่ 4 ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมและการเผชิญปัญหาของญาติผู้ป่วยโรคจิต

ตารางที่ 20 แสดงค่าเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของพฤติกรรมและการเผชิญปัญหาของญาติผู้ป่วยโรคจิต (เน้นการแก้ปัญหา)

ข้อที่	วิธีเผชิญปัญหา	$\bar{x}$	S.D.	ลำดับที่
17	ยอมรับเหตุการณ์หรือสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดตามที่แท้จริง	3.81	0.79	1
40	ยอมรับในสิ่งที่ต้องลงมาจากสิ่งที่ต้องการจริง	3.74	0.89	2
19	พยายามควบคุมเหตุการณ์หรือสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดเท่าที่จะทำได้	3.6	0.79	3
6	คิดหาวิธีการต่าง ๆ เพื่อแก้ปัญหาหรือควบคุมเหตุการณ์หรือสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียด	3.58	0.9	4
20	พยายามมองเหตุการณ์หรือสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดนั้นอย่างมีความหมาย	3.5	0.95	5

จากตาราง พบว่า พฤติกรรมการเผชิญปัญหาของญาติผู้ป่วยโรคจิต (เน้นการแก้ปัญหา) ที่ใช้มากที่สุด 5 อันดับแรกได้แก่ ยอมรับเหตุการณ์หรือสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดตามที่แท้จริง มีค่าเฉลี่ย 3.81 (S.D. 0.79) ยอมรับในสิ่งที่ต้องลงมาจากสิ่งที่ต้องการจริง มีค่าเฉลี่ย 3.74 (S.D. 0.89) พยายามควบคุมเหตุการณ์หรือสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดเท่าที่จะทำได้ มีค่าเฉลี่ย 3.6 (S.D. 0.79) คิดหาวิธีการต่าง ๆ เพื่อแก้ปัญหาหรือควบคุมเหตุการณ์หรือสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียด มีค่าเฉลี่ย 3.58 (S.D. 0.9) และพยายามมองเหตุการณ์หรือสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดนั้นอย่างมีความหมาย มีค่าเฉลี่ย 3.5 (S.D. 0.95)

ตารางที่ 21 แสดงค่าเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของพฤติกรรมการเผชิญปัญหาของญาติผู้ป่วยโรคจิต (พฤติกรรมการเผชิญปัญหาด้านอารมณ์)

ข้อที่	วิธีเผชิญปัญหา	$\bar{x}$	S.D.	ลำดับที่
1	กังวลใจ	4.23	1.03	1
39	(ปลอบใจตัวเองว่า) "อย่างกังวลไปเลย ทุกสิ่งทุกอย่างคงจะคลี่คลายไปในทางที่ดีขึ้น"	3.52	0.82	2
4	หวังว่าทุกสิ่งทุกอย่างจะดีขึ้น	3.51	0.95	3
15	เตรียมพร้อมที่จะรับเหตุการณ์ที่อาจเลวร้าย ที่สุด	3.48	0.88	4
30	การปลอบใจหรือช่วยเหลือจากญาติสนิทหรือเพื่อน	3.14	1.097	5

จากตาราง จากการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการเผชิญปัญหาของญาติผู้ป่วยโรคจิต (เน้นด้านอารมณ์) ที่ใช้มากที่สุด 5 อันดับแรกได้แก่ กังวลใจมีค่าเฉลี่ย 4.23 (S.D. 1.03) ปลอบใจตัวเองว่า "อย่ากังวลไปเลยทุกสิ่งทุกอย่างคงจะคลี่คลายไปในทางที่ดีขึ้น" มีค่าเฉลี่ย 3.52 (S.D. 0.82) หวังว่าทุกสิ่งทุกอย่างจะดีขึ้นมีค่าเฉลี่ย 3.51 (S.D. 0.95) เตรียมพร้อมที่จะรับเหตุการณ์ที่อาจเลวร้ายที่สุด มีค่าเฉลี่ย 3.48 (S.D. 0.88) และการปลอบใจหรือการช่วยเหลือจากญาติสนิทหรือเพื่อน มีค่าเฉลี่ย 3.14 (S.D. 1.097)

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) เพื่อศึกษาถึงความวิตกกังวล และพฤติกรรมการเผชิญปัญหาของญาติผู้ป่วยโรคจิต กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือญาติผู้ป่วยโรคจิต เฉพาะผู้ป่วยโรคจิตที่แพทย์ให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท โรคจิตทางอารมณ์ สภาวะระแวง และโรคจิตอื่น ๆ ที่ไม่ได้มีสาเหตุมาจากร่างกาย และเข้ารับการรักษเป็นผู้ป่วยใน ตึกชงโค ศรีตรัง และญาติผู้ป่วยที่มาติดต่อขอรับยาที่ตึกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นรวมจำนวนญาติผู้ป่วยที่ใช้ในการศึกษาทั้งหมด 90 คน โดยแบ่งเก็บข้อมูล ตึกละ 30 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) และช่วงเวลาในการเก็บข้อมูล ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2534 - 31 มีนาคม 2535 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือแบบ

สำรวจปัจจัยเครียดที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลของญาติต่อผู้ป่วยทางจิต ของ บุญดี เพชรรัตน์ และ พิไลรัตน์ ทองอุไร (2530) และแบบวัดพฤติกรรมการเผชิญปัญหาของ นิทยา สุทธยากร (2531)

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้เครื่องคิดเลข (Scientific Calculator) และใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของญาติและผู้ป่วย ใช้การแจกแจงความถี่และหาค่าร้อยละ
2. ใช้สถิติ t - test เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างตัวแปรที่มีความ

สัมพันธ์กับคะแนนความวิตกกังวล

3. ใช้สถิติ F - test เพื่อวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวของตัวแปร 3 ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับคะแนนความวิตกกังวล

4. ใช้วิธีทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยด้วยวิธี Newman - Keuls Test Method เพื่อหาตัวแปรที่มีผลต่อความวิตกกังวลที่แตกต่างกัน

ผลการวิจัย

1. ลักษณะข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ป่วยและผู้ป่วยโรคจิต

จากการศึกษาข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ป่วยพบว่า ญาติผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (55.56%) มีอายุอยู่ในช่วง 45 - 64 ปีมากที่สุด (47.78%) รองลงมา มีอายุอยู่ในช่วง 25 - 44 ปี (44.45%) มีสถานภาพสมรสคู่ (78.89%) ในด้านการศึกษาญาติผู้ป่วยส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา (74.45%) มีอาชีพเกษตรกร มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในฐานะ บิดา มารดา (45.56%) รองลงมา

เป็นผู้หรือน้อง (28.89%) สำหรับรายได้ของครอบครัวพบว่า รายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่ายมีหนี้สินมากที่สุด (56.67%) รองลงมาคือรายได้พอกับรายจ่าย (35.56%)

เมื่อศึกษาถึงสถานที่อยู่ปัจจุบันพบว่าส่วนใหญ่ อยู่ในจังหวัดนอกเขตที่รับผิดชอบคิดเป็นร้อยละ 40 รองลงมาคือจังหวัดขอนแก่น ซึ่งเป็นสถานที่ตั้งของโรงพยาบาลคิดเป็นร้อยละ 27.77

ด้านรายละเอียดของข้อมูลทั่วไปที่เกี่ยวข้องกับตัวผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (51.11%) ได้รับการวินิจฉัยโรคจิตเภทร้อยละ 68.89 จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยอยู่รักษาในโรงพยาบาลมากที่สุดคือ 1 ครั้ง (43.33%) รองลงมาคือครั้งที่ 2 (21.11%) ระยะเวลาที่ผู้ป่วยมีอาการก่อนมาโรงพยาบาลมากที่สุด 1 - 7 วันก่อนมาโรงพยาบาล (41.11%) รองลงมาได้แก่ตั้งแต่ 1 เดือนขึ้นไป สำหรับอาการของผู้ป่วยก่อนมาโรงพยาบาลครั้งนี้ส่วนใหญ่มาด้วยอาการอะละอะละวาด (50%) รองลงมาคือมีอาการรุนแรงเป็นระยะ ๆ

2. ปัจจัยเครียดที่มีผลต่อความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยโรคจิต

จากการศึกษาพบว่าปัจจัยเครียดที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลแก่ญาติผู้ป่วยโรคจิต (ด้านอาการและการดูแล) มากที่สุด 5 อันดับแรกได้แก่ รู้สึกท้อใจ และเห็นใจต่อความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นของผู้ป่วย ต้องคอยเอาใจ และถนอมน้ำใจผู้ป่วยตลอดเวลา ต้องคอยเป็นธุระทุกอย่างให้ผู้ป่วย อาการผู้ป่วยเกิดขึ้นไม่แน่นอน อนาคตของผู้ป่วย เช่น การเรียน การทำงานไม่แน่นอน

สำหรับปัจจัยเครียดที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลแก่ญาติผู้ป่วยโรคจิต (ด้านสังคมและเศรษฐกิจ) มากที่สุด 5 อันดับแรกได้แก่ เมื่อผู้ป่วยมาพบแพทย์ญาติผู้ป่วยต้องหยุดกิจการงานประจำทั้งวัน ต้องใช้เงินเพิ่มขึ้นในการดูแลรักษาผู้ป่วย เสียกำลังใจสำคัญของบ้านในการหารายได้เข้าครอบครัวมีปัญหาเรื่องเงินที่จะนำผู้ป่วยมารับการรักษาทุกครั้ง และไม่อยากจะให้ใครทราบว่าท่านมีญาติเป็นโรคจิต

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยโรคจิต

3.1 เพศของญาติผู้ป่วย

จากการศึกษาถึงเพศของญาติผู้ป่วยว่ามีความวิตกกังวล ในการดูแลผู้ป่วยและด้านสังคม เศรษฐกิจแตกต่างกันหรือไม่ พบว่า ญาติผู้ป่วยเพศชาย และเพศหญิงมีความวิตกกังวลไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3.2 อายุ

เมื่อศึกษาด้านอายุของญาติว่า กลุ่มอายุของญาติที่แตกต่างกัน มีความวิตกกังวลแตกต่างกันหรือไม่ พบว่า ญาติที่มีอายุมากกว่า 44 ปี และญาติที่มีอายุน้อยกว่า 44 ปี มีความวิตกกังวล (ด้านอาการ การดูแลผู้ป่วย และด้านสังคมเศรษฐกิจ) ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3.3 สถานภาพสมรส

สถานภาพสมรสของญาติผู้ป่วย พบว่า ญาติผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสคู่ และญาติผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรส โสด หย่า หย่าร้าง มีความวิตกกังวล (ด้านอาการ การดูแลผู้ป่วย และด้านสังคม เศรษฐกิจ) ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3.4 จำนวนครั้งของผู้ป่วยที่มารักษาในโรงพยาบาล

จากการศึกษาถึงจำนวนครั้งของผู้ป่วยที่มารักษาในโรงพยาบาล ว่ามีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยหรือไม่ พบว่า ญาติผู้ป่วยที่นำผู้ป่วยมารักษาในโรงพยาบาล 1 - 2 ครั้ง กับญาติผู้ป่วยที่นำผู้ป่วยมารักษา มากกว่า 2 ครั้ง ขึ้นไป มีความวิตกกังวล (เฉพาะด้านอาการและการดูแลผู้ป่วย) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยญาติผู้ป่วยที่นำผู้ป่วยมารักษาในโรงพยาบาลมากกว่า 2 ครั้ง จะวิตกกังวลมากกว่า ญาติผู้ป่วยที่นำผู้ป่วยมารักษาเป็นผู้ป่วยในเพียง 1 - 2 ครั้ง

เมื่อศึกษาต่อไปถึงความวิตกกังวลด้านสังคม เศรษฐกิจของญาติผู้ป่วยที่นำผู้ป่วยมารักษาในโรงพยาบาล 1 - 2 ครั้ง กับญาติผู้ป่วยที่นำผู้ป่วยมารักษา มากกว่า 2 ครั้ง ขึ้นไป พบว่า ญาติผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม มีความวิตกกังวลไม่แตกต่างกัน

3.5 ภาวะหนี้สิน

ผลการศึกษาถึงภาวะหนี้สินของญาติผู้ป่วยโรคจิตว่ามีผลต่อปัจจัยที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล (ด้านสังคม เศรษฐกิจ) หรือไม่ พบว่า ญาติผู้ป่วยโรคจิตที่มีหนี้สิน และไม่มีหนี้สิน มีความวิตกกังวลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สำหรับการศึกษาถึงภาวะหนี้สินของญาติผู้ป่วยโรคจิต ว่ามีผลต่อความวิตกกังวล (ด้านอาการ และการดูแลผู้ป่วย) พบว่า ญาติผู้ป่วยโรคจิตที่มีหนี้สิน และไม่มีหนี้สินมีความวิตกกังวลไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05

3.6 เพศของผู้ป่วย

ในด้านการดูแล ผู้ป่วยที่มีเพศ แตกต่างกัน พบว่า ญาติผู้ป่วยที่ต้องดูแลผู้ป่วยเพศชายมีความวิตกกังวล (ด้านอาการ และการดูแลผู้ป่วย) มากกว่าญาติผู้ป่วยที่ต้องดูแลผู้ป่วยเพศหญิง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

แต่เมื่อศึกษาถึงความวิตกกังวล (ด้านสังคม และเศรษฐกิจ) ของญาติผู้ป่วยที่ต้องดูแล ผู้ป่วยเพศชาย และเพศหญิง พบว่า มีความวิตกกังวลไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3.7 ระดับการศึกษาของญาติผู้ป่วย

จากการศึกษาถึงระดับการศึกษาที่แตกต่างกัน พบว่า ญาติผู้ป่วยที่มีการศึกษาในระดับ สูงกว่ามัธยมศึกษา ระดับมัธยมศึกษา และไม่ได้เรียนหนังสือหรือประถมศึกษา มีความวิตก-

กังวล (ด้านอาการ และการดูแลผู้ป่วย) ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .05 และเมื่อศึกษาต่อไปว่า ระดับการศึกษาของญาติผู้ป่วยที่แตกต่างกันมีความวิตกกังวล (ด้านสังคม เศรษฐกิจ) แตกต่างกันหรือไม่ พบว่า ญาติผู้ป่วยที่มีการศึกษาในระดับที่แตกต่างกันมีความวิตกกังวลไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

4. พฤติกรรมการเผชิญปัญหาของญาติผู้ป่วยโรคจิต

จากการศึกษา พฤติกรรมการเผชิญปัญหา (ในการแก้ปัญหา) พบว่า 5 อันดับแรกที่ญาติผู้ป่วยใช้มากที่สุด ได้แก่ ยอมรับเหตุการณ์หรือสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดตามที่เป็นอย่างจริง ยอมรับในสิ่งที่ต้องลงมาจากสิ่งที่ต้องการจริง พยายามควบคุมเหตุการณ์หรือสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดเท่าที่จะทำได้ คิดหาวิธีการต่าง ๆ เพื่อแก้ปัญหาหรือควบคุมเหตุการณ์ หรือสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียด พยายามมองเหตุการณ์หรือสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดนั้นอย่างมีความหมาย

ในด้านพฤติกรรมการเผชิญปัญหาของญาติผู้ป่วยโรคจิต (พฤติกรรมการเผชิญปัญหาด้านอารมณ์) พบว่า 5 อันดับแรกที่ใช้มากที่สุด ได้แก่ กังวลใจ (ปลอบใจตัวเองว่า) "อย่ากังวลไปเลย ทุกสิ่งทุกอย่างคงคลี่คลายไปในทางที่ดีขึ้น" หวังว่าทุกสิ่งทุกอย่างจะดีขึ้น เตรียมพร้อมที่จะรับเหตุการณ์ที่อาจเลวร้ายที่สุด การปลอบใจหรือช่วยเหลือจากญาติสนิทหรือเพื่อน

อภิปรายผล

จากการศึกษาลักษณะข้อมูลทั่วไป ญาติผู้ป่วย พบว่า ญาติผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 15 - 44 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ จบการศึกษาระดับประถมศึกษา อาชีพเกษตรกร เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยในฐานะบิดามารดา หรือเป็นพี่ และน้องของผู้ป่วย รายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่าย มีหนี้สิน และผู้ป่วยที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลส่วนใหญ่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท ถึงร้อยละ 68.89 ทั้งนี้เป็นเพราะว่าโรคจิตเภทเป็นโรคที่เกิดขึ้นในวัยหนุ่มสาว พบสูงสุดในช่วงอายุ 15 - 20 ปีในเพศชายและ 25 - 35 ปีในเพศหญิง ญาติผู้ป่วยที่ทำการรักษาส่วนใหญ่จึงเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยในฐานะบิดามารดาที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย และโรคนี้ยังพบได้บ่อยในผู้ที่มีเศรษฐกิจต่ำอีกด้วย (ไพรัตน์ พฤกษชาติคุณากร, 2534)

เมื่อศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยโรคจิตในด้านอาการและการดูแล 5 อันดับแรก พบว่า ญาติรู้สึกท้อแท้ และเห็นใจต่อความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นของผู้ป่วย ญาติต้องคอยเอาใจ และถนอมหัวใจผู้ป่วยตลอดเวลา ญาติต้องคอยเป็นธุระทุกอย่างให้ผู้ป่วย อาการของผู้ป่วยเกิดขึ้นไม่แน่นอน อนาคตของผู้ป่วย เช่น การเรียน การทำงานไม่แน่นอน จะเห็นได้ว่าความวิตกกังวลของญาติเกี่ยวข้องกับบุคลิกภาพที่เปลี่ยนไปจากเดิม ทั้งนี้เพราะผู้ป่วยโรคจิตเภทส่วนใหญ่จะมีความผิดปกติของ อารมณ์ ความคิด การรับรู้ และโรคนี้ส่วนใหญ่จะเป็นเรื้อรัง เมื่อเป็นโรคนี้แล้ว

มักไม่หายปกติเหมือนเดิม ยังคงมีความวิตกกังวลของบุคลิกภาพให้เห็นได้ สำหรับความรุนแรงของโรคจิตเภทนั้น ถือว่าเป็นโรคจิตที่เรื้อรัง และรุนแรง มากที่สุดจนบางคนเรียกว่า เป็นมะเร็งของจิตเวช (สุวิทนา อารีพรศ, 2524) และเป็นภาระอย่างมากแก่ญาติและครอบครัว เพราะเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง หรือไร้สมรรถภาพ หรือมีอาการแสดงทางจิตเวชอย่างรุนแรงเป็นระยะ ๆ (Kane, 1984) สิ่งเหล่านี้ล้วนก่อให้เกิดผลกระทบต่อการเรียนหรือการทำงานของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก

สำหรับปัจจัยที่มีผลต่อความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยโรคจิต ในด้านสังคม และเศรษฐกิจ 5 อันดับแรก คือ เมื่อพาผู้ป่วยมาพบแพทย์ญาติต้องหยุดกิจการงานประจำทั้งวัน ญาติต้องใช้เงินเพิ่มขึ้นในการดูแลรักษาผู้ป่วย เสียกำลังสำคัญของบ้านในการหารายได้เข้าครอบครัว ญาติมีปัญหาระงือเงาที่จะพาผู้ป่วยมารับการรักษาทุกครั้ง และไม่ยากให้ใครทราบว่ามีญาติเป็นผู้ป่วยโรคจิต ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยโรคจิตส่วนใหญ่ มีความจำเป็นที่ต้องติดต่อขอรับยาจากโรงพยาบาลไปรับประทานต่อ ขณะอยู่ที่บ้านอย่างต่อเนื่อง ต้องใช้เวลาในการรักษานาน ญาติต้องมีรายจ่ายเพิ่มขึ้น และในด้านตัวผู้ป่วยเองถึงแม้จะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้ว ก็ยังคงมีอาการหลงเหลืออยู่บ้าง และมีปัญหาในการดำเนินชีวิต เช่น การเรียน การทำงาน ตลอดจนการตัดสินใจ และการปรับตัวต่อปัญหาไม่ได้ (สุวิทนา อารีพรศ, 2524) จึงทำให้ครอบครัวขาดกำลังสำคัญจากผู้ป่วยที่จะช่วยหารายได้เข้าสู่ครอบครัว ประกอบกับการเดินทางมารับยาที่โรงพยาบาลทุกครั้ง ล้วนต้องใช้จ่ายเงินในการเดินทางด้วยทุกครั้ง ซึ่งจากการศึกษาพบว่า มีเพียงร้อยละ 27.77 เท่านั้น ที่มีที่อยู่อาศัยในจังหวัดขอนแก่น นอกนั้นจะอาศัยอยู่ในต่างจังหวัดทั้งสิ้น ญาติจึงมีความจำเป็นต้องหาเงินเพื่อเป็นค่าใช้จ่าย ทั้งค่าเดินทาง ค่าอาหาร ค่ายา และค่าที่พักในกรณีที่ไม่สามารถเดินทางกลับบ้านในวันเดียวกันได้ ซึ่งจะต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายทั้งสิ้น เฉลี่ยรายละ 215 บาท (สุชาติ ศรีทิพย์ธิดม และคณะ, 2530) นอกจากนี้ การมีญาติเจ็บป่วยด้วยโรคจิตก็เป็นสิ่งที่ก่อความกังวลใจให้แก่เพื่อนบ้าน เพราะเป็นภัยกับสังคม (ทนายวารี ทวนสนธิ, 2512) จึงเป็นเหตุผลที่ญาติไม่ยอมพาให้ผู้เจ็บป่วยด้วยโรคจิตอยู่ในครอบครัวตนเอง และนอกจากนี้ ญาติผู้ป่วยโรคจิตอาจกลัวความอับอายจากสังคมที่คิดว่าการมีญาติป่วยเป็นโรคจิตเป็นความโศกพิ탄ถะของตนเอง (วรกษ นริกุล, 2535)

ญาติผู้ป่วยโรคจิตทั้งเพศชาย และหญิงมีความวิตกกังวล ด้านอาการ และการดูแลผู้ป่วย และด้านสังคมเศรษฐกิจ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ บุคกี เพอร์เน และ นิโคไรต์ ทองอุไร (2530) พบว่า ญาติผู้ป่วยซึ่งเป็นเพศชายและเพศหญิงมีปัญหาความวิตกกังวลต่อผู้ป่วยในด้านอาการและการดูแลผู้ป่วย ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เช่นเดียวกับปัญหาความวิตกกังวลต่อผู้ป่วยในด้านสังคม และเศรษฐกิจ จากการวิจัยของ ฮอดเจส และ เฟลลิง (Hodges and Felling, 1990) ซึ่งศึกษาความวิตกกังวลที่มีความสัมพันธ์กับเพศพบว่า ความแตกต่างของความวิตกกังวล ระหว่างเพศชาย และหญิง จะมีเฉพาะในด้านอันตรายที่เกิดขึ้นทางร่างกาย และความเจ็บปวดเท่านั้น นอกจากนี้ในครอบครัวของผู้ป่วย

โรคจิตอาจมีสมาชิก หรือญาติที่ช่วยดูแลผู้ป่วยอยู่หลายคน ญาติอาจจะไม่ได้ดูแลผู้ป่วยคนเดียวจึงทำให้ความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยโรคจิตทั้งเพศชาย และเพศหญิง ในด้านอาการและการดูแล และในด้านสังคม เศรษฐกิจไม่แตกต่างกัน

ญาติผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 44 ปี และมีน้อยกว่า 44 ปี มีความวิตกกังวล (ด้านอาการและการดูแลผู้ป่วย และด้านสังคม เศรษฐกิจ) ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 มาลี ล้วนแก้ว (2522) พบว่า ความเครียดของญาติผู้ป่วยมีความแตกต่างกัน โดยเฉพาะบางช่วงอายุเท่านั้น บุญวดี เพชรรัตน์ และพิไลรัตน์ ทองอุไร (2530) พบว่า ญาติผู้ป่วยในทุกช่วงอายุไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (0.05) ในด้านอาการและการดูแลผู้ป่วย ในด้านสังคมและเศรษฐกิจ รวมทั้งในด้านปัญหาความวิตกกังวลโดยรวม มาอภิปรายให้เห็นว่าความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยโรคจิตทุกช่วงอายุ มีความวิตกกังวลด้านอาการ และการดูแลผู้ป่วย และด้านสังคม เศรษฐกิจไม่แตกต่างกัน

ญาติผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรส และโสด หม้าย หย่าร้าง มีความวิตกกังวล (ด้านอาการ และการดูแล และด้านสังคม เศรษฐกิจ) ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อาจเนื่องมาจากภายในครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคจิตอาศัยอยู่ อาจมีญาติพี่น้องหลายคน ช่วยกันดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วย จึงแตกต่างจากสาเหตุการกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการทางจิตของ ศิริพร จีรวัฒนกุล (2526) กล่าวว่า ความแปรปรวนทางจิตใจพบได้บ่อยที่สุดในคนที่หย่าร้าง คนที่มีแนวโน้มที่จะเกิดจิตพยาธิสภาพมักเป็นคนที่ไม่สามารถสร้างสัมพันธภาพในชีวิตสมรสได้ แต่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ บุญวดี เพชรรัตน์ และพิไลรัตน์ ทองอุไร (2530) พบว่า ความวิตกกังวลของญาติต่อผู้ป่วยทางจิตในด้านอาการและการดูแลผู้ป่วย และด้านสังคม เศรษฐกิจ รวมทั้งในด้านปัญหา ความวิตกกังวลโดยรวมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เนื่องจากการเจ็บป่วยยังไม่มีใครหรือทฤษฎีอะไรที่สามารถจะอธิบายสาเหตุของการเจ็บป่วยได้อย่างครอบคลุมทั้งหมด และไม่สามารถประเมินได้อย่างแน่นอนว่าหายหรือไม่หาย (วัลลภ นิยมโนธรรม, 2531) ฉะนั้น ไม่ว่าญาติผู้ป่วยในสถานภาพสมรสใด ย่อมมีความวิตกกังวลในด้านอาการและการดูแล และด้านสังคม เศรษฐกิจไม่แตกต่างกัน

ญาติผู้ป่วยโรคจิตที่นำผู้ป่วยมารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น ครั้งที่ 1-2 และมากกว่า 2 ครั้งขึ้นไปมีความวิตกกังวล (ด้านอาการและการดูแลผู้ป่วย) แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เนื่องจากอาการของผู้ป่วยเกิดขึ้นบ่อย ๆ และเรื้อรัง ผู้ป่วยจะต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างน้อย 1 ครั้ง เมื่อได้รับการรักษาและดีขึ้นแล้วมักมีอาการบางอย่างเหลืออยู่ โรคมักจะกลับเป็นใหม่อีก เมื่อเป็นหลาย ๆ ครั้งผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวลมากขึ้น ทำให้มีปัญหาในการดำเนินชีวิตและการทำงานตลอดจนเป็นการระของญาติพี่น้องอย่างมาก ผู้ป่วยจะไม่สามารถทำงาน หรือช่วยตัวเองได้ ผู้ป่วยมักแยกตัวเองอยู่ตามลำพัง ขาดความสัมพันธ์กับ

ญาติพี่น้อง มีพฤติกรรมแปลก ๆ รวมทั้งมีอาการ ระส่ำระสายและอาการหลงผิด (สมภาพ เรื่องกระดูก และคณะ, 2533) ฉะนั้น ญาติผู้ป่วยโรคจิตที่นำผู้ป่วยมารับการรักษา มากกว่า 2 ครั้งขึ้นไป ย่อมมีความวิตกกังวล ด้านอาการ และการดูแลผู้ป่วยมากกว่าญาติผู้ป่วยที่นำผู้ป่วยมารับการรักษาครั้งที่ 1-2

แต่เมื่อศึกษาความวิตกกังวล (ด้านสังคมและเศรษฐกิจ) ระหว่างญาติผู้ป่วยโรคจิตที่นำผู้ป่วยมารับการรักษาในโรงพยาบาล ครั้งที่ 1 - 2 และมากกว่า 2 ครั้งขึ้นไป พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าการรักษาผู้ป่วยโรคจิตถึงแม้ว่าจะต้องใช้เวลาในการรักษานาน แต่ทางโรงพยาบาลก็สามารถช่วยเหลือผู้ป่วย และญาติได้โดยให้การส่งเคราะห์ค่ารักษาพยาบาลโดยไม่คิดมูลค่า หรือคิดในอัตราที่น้อยที่สุดที่ญาติพอจะช่วยเหลือโรงพยาบาลได้

ญาติผู้ป่วยที่มีหนี้สิน และไม่เห็นสินมีความวิตกกังวลด้านสังคม และเศรษฐกิจ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เนื่องจากญาติผู้ป่วยที่ฐานะทางเศรษฐกิจไม่ใคร่ดี และขาดความช่วยเหลือจากครอบครัว อาจมีปัญหาด้านการเงินด้วย (สุวิทนา อารีพรรค, 2524) นอกจากนี้ วาสนา ศรีมณี และคณะ (2517) ศึกษาข้อสังเกตด้านสังคม และจิตวิทยาของผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยเกือบทั้งหมดมีรายได้ต่ำ เมื่อมีญาติป่วยทำให้ฐานะทางเศรษฐกิจทางบ้านต่ำลงไปมาก จึงทำให้ญาติผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลได้ และ สุพัศร์ พูลเกษ (2522) ศึกษาพบว่า ครอบครัวใดที่มีคนสุขภาพจิตไม่ปกติ นอกจากจะสูญเสียกำลังและงานอันนำมาซึ่งรายได้ และความมั่นคงทางเศรษฐกิจของครอบครัวแล้วยังเป็นภาระที่ครอบครัวจะต้องดูแล ซึ่งในรายที่มีอาการรุนแรง ย่อมก่อให้เกิดความไม่ปกติสุขในครอบครัว ดังนั้น ญาติผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง ย่อมก่อให้เกิดความไม่ปกติสุขใจครอบครัว ดังนั้น ญาติผู้ป่วยที่มีหนี้สิน ย่อมจะมีความวิตกกังวลด้านสังคมและเศรษฐกิจ มากกว่าญาติผู้ป่วยที่ไม่มีหนี้สิน

ญาติผู้ป่วยที่ต้องดูแลผู้ป่วยเพศชาย มีความวิตกกังวลด้านอาการและการดูแลผู้ป่วย มากกว่าญาติผู้ป่วยที่ต้องดูแลผู้ป่วยเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เนื่องจากผู้ป่วยเพศชาย มีพฤติกรรมก้าวร้าว รุนแรง เช่น เอะอะอาละวาด ทำลายข้าวของ ทำร้ายญาติใกล้ชิด หรือบุคคลที่ใกล้ชิด และก่อความวุ่นวายให้กับเพื่อนบ้านและสังคมได้มากกว่าเพศหญิง ดังจะเห็นได้จากสถิติ การรับผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจิตเวชทุกแห่งในประเทศไทย จะมีผู้ป่วยเพศชายมากกว่าเพศหญิง เช่น สถิติของโรงพยาบาลสวนปรุง เชียงใหม่ ที่รับผู้ป่วยไว้รักษา (กุมภาพันธ์ - พฤษภาคม 2531) จำแนกเป็นผู้ป่วยเพศชาย 691 ราย เพศหญิง 384 ราย และของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น ในปีงบประมาณ 2535 รับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล เป็นเพศชาย 1,816 ราย และเพศหญิง 904 ราย จะสังเกตได้ว่าจำนวนผู้ป่วยชายที่อยู่รักษามีมากกว่าประมาณ 2 เท่า ของผู้ป่วย ที่เป็นเช่นนี้เพราะเมื่อผู้ป่วยชายมีอาการกำเริบ ญาติจะมีปัญหามากในการควบคุมดูแล ขณะอยู่ที่บ้านจึงมีความจำเป็นต้องนำส่งเพื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ญาติผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาที่แตกต่างกัน (ไม่ได้เรียนหนังสือ และประถมศึกษา ระดับมัธยมศึกษา สูงกว่ามัธยมศึกษา) มีความวิตกกังวล ด้านอาการและการดูแล หรือด้านสังคม เศรษฐกิจ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ บุญดี เพชรรัตน์ และพิไลรัตน์ ทองอุไร (2530) ซึ่งพบว่า ญาติผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีความวิตกกังวลในด้านอาการและการดูแล หรือ ด้านสังคมเศรษฐกิจ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

พฤติกรรมการเผชิญปัญหาของญาติผู้ป่วยโรคจิต โดยเน้นการแก้ปัญหาที่ญาติใช้มากที่สุด 5 อันดับแรก ได้แก่ ยอมรับเหตุการณ์หรือสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดตามที่เป็นจริง ยอมรับในสิ่งที่ต้องลงมาจากสิ่งที่ต้องการจริง พยายามควบคุมเหตุการณ์ หรือสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียด พยายามมองเหตุการณ์หรือสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดนั้นอย่างมีความหมาย จากผลการศึกษาพฤติกรรมการเผชิญปัญหาของญาติผู้ป่วยโรคจิต พบว่า 5 อันดับแรกที่ญาติใช้มากเป็นพฤติกรรมที่ดีและเหมาะสม เป็นการแก้ปัญหาแบบมุ่งแก้ไขตามปัญหา ซึ่งเป็นความพยายามของบุคคลโดยตรงในการเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้น ค้นหาความหมายของปัญหา พิจารณาทางเลือกตามวิธีที่เห็นว่ามีประโยชน์แก่ตัวเอง มากที่สุด (Lazarus and Folkman, 1984) นอกจากนี้ บิลลิง และมอส (Billing and Moos, 1981) ยังได้แบ่งพฤติกรรมเผชิญความเครียด โดยการเผชิญหน้ากับปัญหาที่เกิดขึ้น และพฤติกรรมเผชิญความเครียด โดยไม่ตรงต่อ พยายามมองสถานการณ์ในด้านดี และพยายามพิจารณาทางเลือกหลาย ๆ ทาง ในการจัดการกับเหตุการณ์

พฤติกรรมการเผชิญปัญหาในวัยเยาวชนมีที่พบบ่อย และลักษณะพฤติกรรมการเผชิญปัญหา เน้นด้านอารมณ์ใช้อย่างเด่นชัด กังวลใจ (ปลอบใจตัวเอง) "อย่ากังวลไปเลยทุกสิ่งทุกอย่างคงจะคลี่คลายไปในทางที่ดีขึ้น" ทว่าทุกสิ่งทุกอย่างจะดีขึ้น เตรียมพร้อมที่จะรับเหตุการณ์ที่อาจเลวร้ายที่สุดและการปลอบใจหรือการช่วยเหวี่ยงอารมณ์หรือเงื่อนไข

ลาซารัส และฟอล์คแมน (Lazarus and Folkman, 1984) ได้อธิบายว่าพฤติกรรมการเผชิญปัญหาเน้นด้านอารมณ์ เป็นพฤติกรรมระบายนอารมณ์ต่อสิ่งที่ประเมินว่าเป็นสิ่งคุกคาม การใช้พฤติกรรมการเผชิญปัญหานี้เพื่อดำรงรักษาความหวัง และทำให้รู้สึกสบายใจในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ป่วยพยายามเผชิญปัญหาเน้นด้านอารมณ์ จะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 25-64 ปี อยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่ จึงแสดงออกต่อความเครียดด้วยความวิตกกังวล เนื่องจากสภาพสมรสส่วนใหญ่คู่ จึงได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์จากญาติ โดยเฉพาะจากคู่สมรสและลูกหลาน สังคมไทยให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุ โดยจะต้องได้รับการดูแลเอาใจใส่จากบุตรหลาน และครอบครัว (พันธุทิพย์ รามสูตร , 2527)

ข้อเสนอแนะ

1. ในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยให้ปฏิบัติตามกิจวัตรประจำวัน อาการที่เกิดขึ้นไม่แน่นอน และอนาคตการเรียนและการทำงานของผู้ป่วย การให้ความรู้แก่ญาติผู้ป่วยในการดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้านจึงมีความจำเป็นอย่างมาก นอกจากนี้การแนะนำให้ญาติทราบถึงอาการเตือนล่วงหน้าของผู้ป่วย ก่อนมีอาการกำเริบซ้ำ จะช่วยให้ญาติดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม และลดความเครียดและความวิตกกังวลในเรื่องเหล่านี้ลงได้บ้าง การให้ความรู้ในด้านอาการและการดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้าน อาจจัดเป็นรายกลุ่มหรือรายบุคคล ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ทั้งนี้แล้วแต่ความพร้อมของเจ้าหน้าที่ หรือตามความเหมาะสมของลักษณะผู้ป่วยและญาติ

1.2 อย่างไรก็ตามการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเป็นภาระที่หนักและใช้เวลาในการรักษานานการให้ความช่วยเหลือของทางโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น โดยทางบัตรส่งเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยให้แก่ผู้ป่วย ก็เป็นหนทางหนึ่งที่จะช่วยให้ญาติลดความวิตกกังวลเรื่องภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยได้บ้าง ซึ่งควรสนับสนุนให้ต่อไป ทั้งนี้ เพราะถ้าช่วยให้ญาติดูแลในเรื่องการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยได้ ก็จะช่วยลดอัตราการเจ็บป่วยซ้ำ (Relapse) ได้อย่างมาก ซึ่งเป็นการลดการสูญเสีย ทั้งเงินและเวลาของญาติและโรงพยาบาลเป็นอย่างมาก

1.3 ปัจจุบันเครือข่ายที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลที่สำคัญอีกประการหนึ่ง คือเมื่อพาผู้ป่วยมาพบแพทย์ญาติต้องหยุดกิจการงานประจำทั้งวัน โรงพยาบาลควรจัดให้มีการประชาสัมพันธ์ให้ญาติผู้ป่วยทราบถึงบริการส่งยาทางไปรษณีย์ หรือระบบส่งต่อ (Referral System) เพื่อไปรับยาที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน หรือในกรณีที่มีญาติเฝ้าอยู่นอกเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น การให้บริการยารักษาแก่ผู้ป่วยครั้งละ 2 - 3 เดือนก็มีความจำเป็นต่อญาติผู้ป่วยที่ต้องกังวลกับการหยุดงานประจำทั้งวัน แต่อาจให้บริการนี้แก่ผู้ป่วยที่อาการคงที่แล้ว หากใช้วิธีดังกล่าวข้างต้น ก็สามารถลดจำนวนครั้งของการมารับยาได้ แต่ผู้ป่วยสามารถรับยาไปรับประทานอย่างต่อเนื่องได้ทุกเดือน ซึ่งเป็นการลดค่าใช้จ่ายในการเดินทาง และลดเวลาที่ต้องสูญเสียลงไปได้อีกด้วย

1.4 ควรมีหน่วยงานที่รับผิดชอบโดยจัดให้มีญาติผู้ป่วย (เฉพาะผู้ป่วยที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลตั้งแต่ครั้ง 2 ขึ้นไป) มาเข้ากลุ่มร่วมกัน เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้าน และให้ระบายความรู้สึกกังวลใจ ไม่สบายใจ รวมทั้ง ความเครียดในการต้องดูแลผู้ป่วย ทั้งนี้เพื่อช่วยให้ญาติผู้ป่วยมีแนวทางที่เหมาะสมในการลดความเครียดและความวิตกกังวลลงได้บ้าง หรือถ้าญาติผู้ป่วยรายใด เจ้าหน้าที่ประเมินสภาพจิตใจแล้วว่าค่อนข้างมีปัญหาทางสุขภาพจิต อาจจะหาจิตบำบัดรายบุคคลให้เพื่อเป็นการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพจิตของญาติผู้ป่วยอันจะเป็นกำลังสำคัญในการดูแลผู้ป่วยในครอบครัวต่อไป

1.5 หรืออาจให้จิตบำบัดแบบประคับประคองแก่ญาติผู้ป่วยในขณะชักประวัติเมื่อ

เจ้าหน้าที่พิจารณาเห็นว่า ญาติผู้ป่วยกำลังมีปัญหาสุขภาพจิต โดยเฉพาะญาติผู้ป่วยที่นำผู้ป่วยมารับการรักษามากกว่า 2 ครั้ง และเป็นผู้ป่วยเพศชาย

1.6 จัดโครงการให้ความรู้แก่กลุ่มญาติผู้ป่วยโรคจิตเกี่ยวกับ การดูแลผู้ป่วยและพฤติกรรมที่เหมาะสมในแบบที่เหมาะสม เพื่อให้ญาติได้สำรวจถึงปัญหาและพิจารณาหาแนวทางในการส่งเสริม ป้องกันสุขภาพจิต โดยตัวของญาติเองหรือสามารถประสานขอความร่วมมือจากชุมชนหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้

1.7 จัดให้มีผู้ศึกษาและประชาสัมพันธ์ตามหน่วยงานต่าง ๆ ที่ญาติผู้ป่วยต้องไปใช้บริการ เช่น แผนกผู้ป่วยนอก ตึกผู้ป่วยใน ดังต่อไปนี้

1.7.1 เขียนแผ่นป้าย เพื่อให้คำแนะนำเรื่องโรค อาการ และการดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้าน ติดประกาศไว้ที่แผนกผู้ป่วยนอก และหอผู้ป่วยในของโรงพยาบาล เพื่อให้ญาติผู้ป่วยที่มาขอรับบริการตามตึกต่าง ๆ ได้อ่านหาความเข้าใจ

1.7.2 ฉายเรื่องความรู้เกี่ยวกับโรคจิต และการดูแลจากวิดีโอเทป ที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล ซึ่งแต่ละวันมีญาติผู้ป่วยมาขอรับบริการเป็นจำนวนมาก

1.7.3 ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตและการดูแลทางเสียงตามสายให้ได้ยินทั่วทุกจุด โดยเฉพาะแผนกผู้ป่วยนอก และตึกผู้ป่วยใน เพื่อให้ญาติผู้ป่วยได้ทราบถึงวิธีการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมขณะอยู่ที่บ้าน

1.7.4 จัดทำคู่มือในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเพื่อแจกแก่ญาติผู้ป่วยได้นำไปศึกษา และประยุกต์ใช้ขณะดูแลผู้ป่วยอยู่ที่บ้าน คู่มือที่จัดทำจะต้องเป็นภาษาที่อ่านเข้าใจง่าย และสะดวกต่อการนำไปปฏิบัติ

1.7.5 จัดบริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ หรือทางจดหมายแก่ญาติ โดยมีการประชาสัมพันธ์ให้ญาติผู้ป่วยทราบถึงบริการนี้พร้อมทั้งแจ้งรายละเอียดของการติดต่อขอรับบริการให้ทราบ

2. ในการทบทวนครั้งต่อไป

2.1 ในการศึกษาครั้งนี้ศึกษาเฉพาะญาติผู้ป่วยโรคจิตเท่านั้น ควรทำการศึกษาในญาติของผู้ป่วยโรคประสาท และโรคทางระบบประสาทด้วย ว่าให้ผลแตกต่างกันหรือไม่

2.2 ควรศึกษาเจาะลึกถึงความต้องการของญาติผู้ป่วยว่ามีความต้องการความรู้ความเข้าใจในเรื่องอาการ และการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเพียงใด และอย่างไร เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนให้ความรู้ได้ตรงจุดที่ต้องการรู้มากยิ่งขึ้น เพื่อสามารถนำไปใช้ในการอยู่ร่วมกับผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

2.3 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาควรมีมากกว่านี้

2.4 ควรทำการศึกษาเปรียบเทียบความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยโรคจิตที่ได้รับความรู้ในเรื่องอาการ และการดูแลผู้ป่วย กับญาติที่ไม่ได้รับความรู้ว่ามีผลแตกต่างกันหรือไม่

บรรณานุกรม

ภาษาไทย

- กองสิน คติการ. ความเครียดและพฤติกรรมการเผชิญปัญหาในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. ปรินญาพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2534.
- จารุวรรณ ต.สกุล. ปัจจัยผลักดันให้ผู้ป่วยจิตเภทกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2524.
- ชะฤทธิ์ พงศ์อนุตรี และคณะ. คู่มือสำหรับญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท. กรุงเทพฯ : ศูนย์การพิมพ์พลชัย, 2530.
- ชนชื่น สมประเสริฐ. ผลการฝึกสมาธิต่อระดับความวิตกกังวล. ปรินญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาคลินิก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2524.
- นิตยา สุทธากร. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการเผชิญปัญหากับความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองปัจจุบันของญาติ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531.
- นิโลบล กฤษณพันธุ์. วิธีเผชิญปัญหาและภาวะอารมณ์ทุกข์โศกในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา. ปรินญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532.
- บุญรัตน์ มิ่งาม. "ทัศนคติของญาติต่อผู้ป่วยโรคจิตที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลสวนปรุง." วารสารสวนปรุง 3 (กรกฎาคม - กันยายน) : 33 - 50.
- บุญวดี เพชรรัตน์ และพิไลรัตน์ ทองอุไร. การศึกษาความวิตกกังวลของญาติต่อผู้ป่วยทางจิต. สงขลา : โรงพยาบาลสงขลา, 2530.
- ผ่องศรี ศรีมรกต. วิธีการเผชิญปัญหาและการปรับตัวด้านจิตใจในผู้ป่วยอุบัติเหตุที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล. ปรินญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532.
- พเยาว์ หวานสนิท. "ปัญหาสังคมบางประการที่ทำให้คนไข้อยู่บ้านไม่ได้ ญาติต้องส่งเข้าโรงพยาบาลอีก". วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 14, 2 (เมษายน - มิถุนายน 2512): 103
- พิกุล ดันติธรรม. ผลการเตรียมญาติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก โดยการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อระดับความวิตกกังวล. ปรินญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.
- พันธ์ทิพย์ รามสูตร. "ความต้องการของคนสูงอายุ". วารสารสุขศึกษา, 7, 22 : 32 - 35.
- เพชรรา อินอัม. "ความคิดเห็นของญาติต่อผู้ป่วยจิตเภท". วารสารสุขภาพจิตชุมชน, 9 (กรกฎาคม - สิงหาคม 2531) : 16 - 18.

ไพรัตน์ พุกษาศิคุณกร. จิตเวชศาสตร์ เล่ม 3. พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่ : คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2534.

ภาลี ล้วนแก้ว. ความเครียดในญาติของผู้ป่วยที่มีอาการหนัก. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2522.

ยุวดี ภาษาและคณะ. คู่มือวิจัยทางการแพทย์. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์และทำปกเจริญผล, 2531.

รจนา กลุรัตน์. ศึกษาการจัดกลุ่มให้คำปรึกษาแก่ญาติผู้ป่วยโรคจิตในโรงพยาบาลสมเด็จพระยา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2526.

วรกช นิธิกุล. การศึกษาความเครียดของญาติผู้ป่วยโรคจิตเภท. ปริญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต ภาควิชาจิตวิทยา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2535.

วาสนา สรสมัยและคณะ. "ข้อสังเกตด้านสังคมและจิตวิทยา". วารสารจิตวิทยาคลินิก. 5, 1 : 16 - 17.

วัชนี หัตถพนม และคณะ. ปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น. ขอนแก่น : โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น, 2529.

วัลลภ ปิยะมโนธรรม. เทคนิคการรักษาโรคประสาทด้วยตัวเอง. กรุงเทพฯ:บริษัทบุคพัฒน์ลิชเชอร์, 2531.

ศิริพร จีรวัดน์กุล. ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตและความเจ็บป่วยทางจิตสำหรับครู. ภาควิชาพยาบาลจิตเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์. ขอนแก่น : มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2526.

สงัน สุวรรณเลิศ และลัดดาวัลย์ ขวัญสง. "บทบาทของญาติต่อการผสมผสานงานสุขภาพจิต". รายงานการประชุมวิชาการสุขภาพจิต กรมการแพทย์ ครั้งที่ 30 โรงพยาบาลสวนปรุง เชียงใหม่ : เชียงใหม่, 14 - 19 กุมภาพันธ์ 2520 (อัดสำเนา)

เสงี่ยม สารบัณฑิตกุล และคณะ. "การสำรวจระยะเวลาของการพักรักษาของผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น". วารสารจิตเวชขอนแก่น. 1, 4 (ตุลาคม - ธันวาคม 2530) : 205 - 208.

สมัญญา เสียงใส. ความวิตกกังวลและวิถีลดความวิตกกังวลของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายสังกัดกรมสามัญศึกษา เขตกรุงเทพมหานคร ปี 2521. วิทยานิพนธ์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรทรวโรธประสานมิตร, 2521.

สาโรจน์ คาร์ตัน และคณะ. บิดามารดาในชีวิตจริงและชีวิตฝันของบุตร. วารสารจิตวิทยาคลินิก. 13, 1 : 16 - 17.

สุชาดา ตันตราภรณ์. ความคิดเห็นของญาติผู้ป่วยจิตเวชต่อผู้ป่วยจิตเวช. วิทยานิพนธ์ครุศาสตร์บัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2519.

สุชาติ ตริทิพย์ธิคุณ และคณะ. ปัญหาของผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น. ขอนแก่น : โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น, 2530.

- สุปราณี วศินอมร. การพยาบาลพื้นฐานแนวคิดและการปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ : เจริญผล, 2532.
- สุพัฒนา เดชวงศ์ ณ อยุธยา. "ประวัติจิตเวชศาสตร์สากล". ตำราจิตเวชศาสตร์ของสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. กรุงเทพฯ : อักษรไทย, 2520.
- สุภัทร พูลเกษ และคณะ. โครงการสำรวจจำนวนผู้ป่วยทางจิตและทัศนคติต่อผู้ป่วยของประชาชนแขวงคลองส่วน เขตคลองสาน พ.ศ. 2521. การประชุมวิชาการสุขภาพจิตครั้งที่ 32 วันที่ 12 - 17 กุมภาพันธ์ กรมการแพทย์ ณ โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา, 2522.
- สุพรรณีย์ สุ่มเล็ก. ผลของการพยาบาลต่อการลด ความกลัว ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า และความรู้สึกท้อแท้ที่ทราบจากความเจ็บปวดในผู้ป่วยมะเร็ง. ปริญญานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2527.
- สุนีย์ ตันติพัฒนานันท์. การพยาบาลจิตเวช. กรุงเทพฯ : อักษรสัมพันธ์, 2522.
- สุวิทนา อารีพรรค. ความผิดปกติทางจิต. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2524.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. เครื่องชี้ภาวะสังคม 2532. กรุงเทพฯ : เม็ดทรายปริ้นท์, 2535.
- สมพัฒน์ ศรีแก้ว และคณะ. "การสำรวจความเครียดของญาติผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลสวนปรุง เชียงใหม่". วารสารสวนปรุง. 5, 3 (เมษายน - มิถุนายน 2532) : 27 - 31.
- อุบล นิวัติชัย. "พฤติกรรมที่เป็นปัญหาทางจิตอารมณ์และการพยาบาล". เอกสารการสอนชุดวิชา. กรมเลือกสรรการพยาบาลมารดาและทารก และการพยาบาลจิตเวช มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. กรุงเทพฯ : นำกึ่งการพิมพ์, 2528 : 111 - 115.
- อัมพร โอตะระกุล และคณะ. "ปัญหาสุขภาพจิตในเขตเมือง". วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 17, 3 (กรกฎาคม - กันยายน 2535) : 121 - 133.

ภาษาอังกฤษ

- Alanen, Y.O., et al. Towards Need - Specific Treatment of Schizophrenic Psychoses : A Study of the Development and Results of a Global Psychotherapeutic Approach to Psychoses of the Schizophrenia Group in Iurku, Finland. Berlin Heidelberg : Springer - Verlag, 1986.
- Asai, K. "Response of Japanese Families to Mental Disorder". International Journal of Social Psychiatry 29 (Winter 1983) : 257 - 263.
- Baker, A.F. "Living with a Chronically III Schizophrenic can Place Great Stress on Individual Family Members and the family Unit : How

- Families Cope". Journal of Psychosocial Nursing 27 (January 1989) : 31 - 36.
- Bernheim, K.F., and Lewine, R.R.J. Schizophrenia : Symptoms, Causes, Treatments. New York : W.W. Norton Company, 1979.
- Brown, G.W., et al, Schizophrenia and Social Care : A Comparative Follow - up Study of 339 Schizophrenia Patients, London : Oxford University Press, 1966.
- Chafetz, L., Gold finger SM : Residential instability in a psychiatric emergency setting. Psychiatr. Q 1984; 56 (1) : 20 - 24.
- Creer, C., and Wing, J.K. Schizophrenia at Home. London : Institute of Psychiatry, 1974. cited by Creer, C. "Social Work With Patients and Their Families". in Schizophrenia Towards a New Synthesis, pp. 223 - 251 Edited by J.K. Wing. London : Academic Press, 1978.
- _____. Schizophrenia at Home. London : Institute of Psychiatry, 1974. cited by Kane, C. "The Outpatient Comes Home : The Family's Response to Deinstitutionalization". Journal of Psychosocial Nursing 22 (November 1984) : 19 - 25.
- Darley, J.M., Gluckberg, S.K., and Kincha, R.A. Psychology. 3rd ed., Englewood Cliffs, New Jersey : Prentice - Hall, Inc., 1986.
- Evans, A.S. "Social Case work with Chronic Schizophrenia Patients and Their Families". in Drug and Social Therapy in Chronic Schizophrenia, p.p. 180 - 191. Edited by M. Greenblatt, M.H. Solomon and G.W. Brooks, Illinois : Charles C. Thomas Publisher, 1965.
- Fadden, G., Bebbington, P., and Kuipers, L. "The Burden of Care : The Impact of Functional Psychiatric Illness on the Patient's Family". British Journal of Psychiatry 150 (March 1987) : 285 - 292.
- Francell, C.G. Conn, V.S., and Gray D.P. "Families, Perceptions of Burden of Care for Chronic Mentally Ill Relatives". Hospital and Community Psychiatry 39 (December 1988) : 1296 - 1300.

- Hatfield, A.B. "Psychological Costs of Schizophrenia to the Family".
Social Work 23 (1978) : 355 - 359, cited by Kane, C. "The
 Outpatient Comes Home : The Family's Response to
 Deinstitutionalization". Journal of Psychosocial Nursing 22
 (November 1984) : 19 - 25.
- Hodges, W.F., and Felling, J.P. "Type of Stressful Situations and
 their relation to trait anxiety and sex". Journal of Consulting
 and Clinical Psychology. 34 (3) : 333 - 337.
- Jennings, A. et al. "A Parents Survey of Problems Faced by Mentally III
 Daughters". Hospital and Community Psychiatry 38 (June 1987) :
 668 - 670.
- Lazarus, R.S. Psychological Stress and the Coping Process. New York :
 Mc Graw - Hill Book Company, 1966.
- Lazarus, R.S., and Folkman, S. Stress, Appraisal, and Coping. New York :
 Spring Publishing, 1984.
- Lefley, H.P. "Aging Parents as Caregivers of Mentally III Adult Children:
 An Emerging Social Problem". Hospital and Community Psychiatry 38
 (October 1987) : 1063 - 1070.
- Makanjuola, R.O.A. "The Nigerian Psychiatric Patient and His Family".
International Journal of Family Psychiatry 8 (No. 4 1987) : 363 -
 373.
- Morgqn, C.T., et al. Introduction to Psychology. 7th ed. New York : Mc
 Graw - Hill Book Company, 1986.
- Mengel, A. "The Concept of Coping". Topics in Clinical Nursing , 1982;
 41 (2) : 1 - 3.
- Ray, C., Lindop, J., and Gibson , S. "The Concept of Coping".
Psychological Medicine , 1982; 12 : 385 - 395.
- Scott, D.W., Oberst, M.T. and Dropkin, M.J. "A Stress coping Model".
Advances in Nursing Science, 1980; 3 (1) : 9 - 23.
- Torrey, E.F. Surviving Schizophrenia : A Family Manual. New York : Harper
 Colophon Books, 1983.
- Whitley, M.P., and Madden L. "Endcountering Dysfunction in the Family
 System". Clinical Practice in Psychosocial Nursing : Assessment

and Intervention , p.p. 259 - 279. Edited by D.C. Longo and R.A. Williams 2nd ed. Norwalk, Connecticut : Appleton Century Crofts, 1986.

Yarrow, M., Clausen, J., and Robbing, P. "The Social Meaning of Mental Illness". Journal of Social Issue II (1955 a) : 33 - 48, cited by Fadden, G. Bebbington, P. and Kuippers, L. "The Burden of Care : The Impact of Functional Psychiatric Illness on the Patient's Family". British Journal of Psychiatric 150 (March 1987) : 285 - 292.

ภาคผนวก

แบบสำรวจปัจจัยที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลและวัดพฤติกรรมการเผชิญปัญหาของญาติผู้ป่วยโรคจิต

แบ่งออกเป็น 4 ส่วน คือ

- ส่วนที่ 1 แบบสำรวจข้อมูลทั่วไปของญาติ
- ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับตัวผู้ป่วย
- ส่วนที่ 3 แบบสำรวจปัจจัยที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลของญาติต่อผู้ป่วยจิตเวช
- ส่วนที่ 4 แบบวัดพฤติกรรมการเผชิญปัญหา

ส่วนที่ 1 แบบสำรวจข้อมูลทั่วไปของญาติ

- 1. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
- 2. อายุของท่าน.....ปี
- 3. ที่อยู่ปัจจุบัน อำเภอ.....จังหวัด.....
- 4. ระดับการศึกษา
 - ☐ ไม่ได้เรียนหนังสือ
 - ☐ ประถมศึกษาปีที่ 1 - 6
 - ☐ มัธยมศึกษาปีที่ 1 - 6
 - ☐ วิทยาลัยอาชีวศึกษา
 - ☐ อุดมศึกษา (มหาวิทยาลัย)
 - ☐ สูงกว่าปริญญาตรี
 - ☐ อื่น ๆ โปรดระบุ.....
- 5. สถานภาพสมรส
 - ☐ โสด ☐ สมรส (คู่)
 - ☐ หย่า ☐ หม้าย
 - ☐ ร้าง ☐ อื่น ๆ โปรดระบุ.....
- 6. ท่านเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโดยเป็น
 - ☐ บิดา - มารดา ☐ สามี - ภรรยา
 - ☐ บุตร ☐ พี่ หรือน้อง
 - ☐ ญาติสนิท ☐ อื่น ๆ โปรดระบุ.....
- 7. อาชีพของท่าน
 - ☐ ค้าขาย ☐ รับราชการ
 - ☐ เกษตรกร (ทำไร่, ทำนา) ☐ รับจ้าง
 - ☐ แม่บ้าน ☐ ว่างงาน
 - ☐ อื่น ๆ โปรดระบุ.....

8. ตามความรู้สึกรู้สึกของท่าน ท่านคิดว่าฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวอยู่ในระดับใด
- ☐ รายได้พอกับรายจ่าย
 - ☐ รายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่ายมีหนี้สิน
 - ☐ มีเงินเหลือเก็บ
 - ☐ ไม่มีรายได้
 - ☐ อื่น ๆ โปรดระบุ.....

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับตัวผู้ป่วย

1. จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาล.....ครั้ง
2. การวินิจฉัยโรคที่ได้รับครั้งนี้.....
3. ท่านดูแลผู้ป่วยเพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
4. ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่ตึก
☐ ชงโค ☐ ศรีตรัง ☐ บุษบง
5. ระยะเวลาที่ผู้ป่วยมีอาการก่อนมาโรงพยาบาล
☐ 1 ถึง 7 วัน
☐ 8 ถึง 30 วัน
☐ ตั้งแต่ 1 เดือนขึ้นไป
6. อาการของผู้ป่วยก่อนมาโรงพยาบาลครั้งนี้
☐ เอะอะอาละวาด คลุ้มคลั่ง ทำลายข้าวของ หวาดกลัวคนมาทำร้าย พยายามฆ่าตัวตาย อาการเกิดขึ้นรุนแรง และระยะเวลาไม่นานก่อนมาโรงพยาบาล
☐ มีอาการรุนแรงเป็นระยะ ๆ บางช่วงก็สามารถปฏิบัติงานได้ตามปกติ
☐ ไม่สนใจตนเองและสิ่งแวดล้อม หรือการดูแลความสะอาดของตนเอง ภารกิจต่าง ๆ ต้องคอยกระตุ้นดูแล เก็บสะสมสิ่งของ แต่งกายสกปรก

ส่วนที่ 3 แบบสำรวจปัจจัยที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยโรคจิต

ท่านมีความรู้สึกต่อข้อความต่อไปนี้มากน้อยเพียงใด

ลำดับ	ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1.	ด้านอาการและการดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยอาจจะทำร้ายตนเองและผู้อื่น					
2.	อาการผู้ป่วยเกิดขึ้นไม่แน่นอน					
3.	ไม่ทราบวิธีการดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วย มีอาการ					
4.	ไม่มี เวลาที่จะดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาตาม แพทย์สั่ง					
5.	ท่านรู้สึกห่วงใยและ เห็นใจต่อความ เจ็บป่วยที่เกิดขึ้นของผู้ป่วย					
6.	ท่านต้องคอย เฝ้าใจ และถนอมน้ำใจ ผู้ป่วยตลอดเวลา					
7.	เมื่อท่านไม่มี เวลาดูแลผู้ป่วยท่านหงุดหงิด หรือกักขังผู้ป่วยไว้					
8.	เมื่อผู้ป่วย ไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำท่านอยาก ดุด่า หรือลงโทษผู้ป่วย					
9.	อนาคตของผู้ป่วย เช่น การเรียน การทำงาน ไม่แน่นอน					
10.	ท่านต้องคอย เป็นธุระทุกอย่างให้ผู้ป่วย					
11.	ผู้ป่วย เกียจคร้านการงาน เอาเปรียบ คนในบ้าน					
12.	ขณะที่ท่านพาผู้ป่วยมารับการรักษากลัวผู้ป่วย หนี และทำร้ายผู้อื่น					
13.	ผู้ป่วยสร้างความยุ่งยากต่าง ๆ ให้กับ ครอบครัวของท่าน					

ลำดับ	ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
14.	ท่านอยากให้โรงพยาบาลรับผู้ป่วยไว้รักษาตลอดไป					
15.	<u>ด้านสังคมและ เศรษฐกิจ</u> ท่านมีไข้อา เรื่อง เงินที่จะเข้าผู้ป่วยมา รับการรักษาทุกครั้ง					
16.	ขณะ เดินทางมาพบแพทย์มีผู้อื่น พังมองท่าน และผู้ป่วยตลอดเวลา					
17.	เมื่อพาผู้ป่วยมาพบแพทย์ท่านต้องหยุด กิจการงานประจำทั้งวัน					
18.	ท่านต้องใช้เงิน เพิ่มขึ้นในการดูแลรักษา ผู้ป่วย					
19.	ไม่อยากให้ใครทราบว่าท่านมีญาติป่วย เป็นโรคจิต					
20.	ท่านอยากหนี ไปให้พ้น ๆ จากการป่วย ของผู้ป่วย					
21.	ชาวบ้านรังเกียจครอบครัวของท่านที่มี ญาติป่วย เป็นโรคทางจิต					
22.	เสียกำลังสำคัญของบ้านในการหารายได้ เข้าครอบครัว					
23.	ท่านไม่อยากพบนะกับชาวบ้าน เพราะ กลัวถูกถาม เรื่อง เกี่ยวกับผู้ป่วย					
24.	สังคมปึกปำใน เรื่องการอบรม เลี้ยงดู หรือ ความเป็นอยู่ในครอบครัวของท่าน					

ส่วนที่ 4 แบบวัดพฤติกรรมการเผชิญปัญหา

คำชี้แจง - โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อต่อไปนี้ ท่านใช้วิธีการเผชิญปัญหาอย่างไร

(ท่านได้ประเมินในแบบสอบถามส่วนที่ 3) โดยใส่เครื่องหมาย "/"

ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านที่สุดในแต่ละข้อมีเพียงคำ

ตอบเดียว กรุณาตอบทุกข้อ การเลือกตอบถือเกณฑ์ดังนี้

ไม่เคย หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความเป็นจริงของท่านเลย หรือท่าน

ไม่เคยใช้วิธีนั้นในการจัดการกับปัญหา

นาน ๆ ครั้ง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงของท่านบ้างเล็กน้อย หรือ

ท่านเคยใช้วิธีนั้นนาน ๆ ครั้ง

เป็นบางครั้ง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงของท่านเพียงครั้งหนึ่งหรือ

ท่านเคยใช้วิธีนั้นบ่อย ๆ

เกือบทุกครั้ง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด หรือท่าน

เคยใช้วิธีนั้นเกือบทุกครั้ง

ลำดับ	วิธีเผชิญปัญหา	ไม่เคย	นาน ๆ ครั้ง	เป็น บางครั้ง	บ่อย ๆ	เกือบ ทุกครั้ง
		1	2	3	4	5
1.	กังวลใจ					
2.	ร้องไห้					
3.	ระบายความเครียดด้วยการออกกำลังกายหรือการออกกำลังกาย					
4.	หวังว่าทุกสิ่งทุกอย่างจะดีขึ้น					
5.	วางแผนต่อเหตุการณ์หรือสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดโดยคิดว่าทุกสิ่งทุกอย่างอาจเลวร้ายลงกว่านี้ก็ได้					
6.	คิดหาวิธีการต่าง ๆ เพื่อแก้ปัญหาหรือควบคุมเหตุการณ์หรือสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียด					

ลำดับ	วิธีเผชิญปัญหา	ไม่เคย 1	นานๆ ครั้ง 2	เป็น บางครั้ง 3	บ่อยๆ 4	เกือบ ทุกครั้ง 5
34.	ปลงตก เพราะ เป็นชะตากรรมของตน ดังนั้น การพยายามทำอะไรก็ตามที่จะ แก้ปัญหาจึงไร้ความหมาย					
35.	พยายามนำประสบการณ์เดิมมาใช้ใ้จัดการ แก้ปัญหา					
36.	พยายามแก้ปัญหาออกเป็นส่วนตัวๆ เพื่อ ที่จะสามารถแก้ไขได้ดีขึ้น					
37.	เข้านอนโดยคิดว่าทุกสิ่งอาจดีขึ้นในเช้า วันรุ่งขึ้น					
38.	กำหนดเป้าหมายเฉพาะ เพื่อช่วยแก้ปัญหา					
39.	(ปลอบใจตัวเองว่า) "อย่ากังวลไปเลย ทุกสิ่งทุกอย่างคงจะคลี่คลายไปในทาง ที่ดีขึ้น"					
40.	ยอมรับในสิ่งที่ตรงลงมาจากสิ่งที่ต้องการ จริง ๆ					