

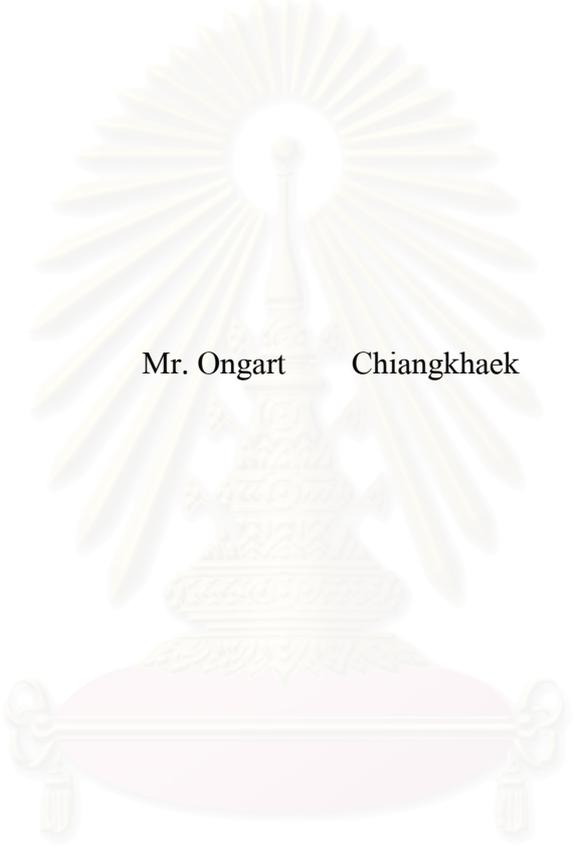
ความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยจิตเภทในขณะที่ผู้ป่วยพักรักษาอยู่ในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา



นายองอาจ เชียงแขก

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์  
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
ปีการศึกษา 2550  
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ANXIETY IN CAREGIVERS OF PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA DURING ADMISSION IN  
SOMDET CHAOPRAYA INSTITUTE OF PSYCHIATRY



Mr. Ongart      Chiangkhaek

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements  
for the Degree of Master of science Program in Mental Health

Department of Psychiatry

Faculty of Medicine

Chulalongkorn University

Academic Year 2007

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยจิตเภทในขณะที่ผู้ป่วยพักรักษาอยู่ใน  
สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา

โดย

นายองอาจ เชียงแขก

สาขาวิชา

สุขภาพจิต

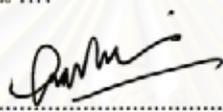
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์ชัยชนะ นิ่มนวล

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

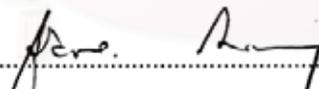
อาจารย์นายแพทย์นรวิรุฬห์ พุ่มจันทร์

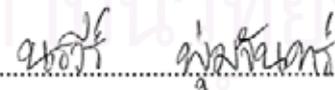
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้นำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของ  
การศึกษาดตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

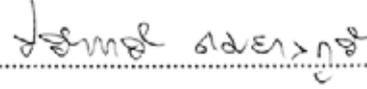
  
.....คณบดีคณะแพทยศาสตร์  
(รองศาสตราจารย์นายแพทย์อดิศร ภัทราดุลย์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

  
..... ประธานกรรมการ  
(รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงบุรณี กาญจนดวลย์)

  
..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์ชัยชนะ นิ่มนวล)

  
..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม  
(อาจารย์นายแพทย์นรวิรุฬห์ พุ่มจันทร์)

  
..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย  
(อาจารย์นายแพทย์ปราการ ถมยางกูร)

องอาจ เชียงแขก : ความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยจิตเภทในขณะที่ผู้ป่วยพักรักษาอยู่ใน  
สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา. (ANXIETY IN CAREGIVERS OF PATIENTS WITH  
SCHIZOPHRENIA DURING ADMISSION IN SOMDET CHAOPRAYA INSTITUTE OF  
PSYCHIATRY). อ. ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ผศ.นพ.ชัยชนะ นิ่มนวล, อ. ที่ปรึกษาร่วม: นพ.นรวิ  
พุ่มจันทร์, 76 หน้า.

การวิจัยนี้เป็น การวิจัยเชิงพรรณนา ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่งเพื่อศึกษาภาวะวิตกกังวลและปัจจัยที่  
เกี่ยวข้องกับภาวะความวิตกกังวลของผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภทในขณะที่ผู้ป่วยเข้าพักรักษาอยู่ในสถาบันจิตเวช  
ศาสตร์สมเด็จ เจ้าพระยาโดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่กำลังพักรักษาตัวอยู่ในสถาบันจิตเวช  
ศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา จำนวน 120 คน ด้วยการเลือกโดยวิธีสุ่ม ตัวอย่างแบบแบ่งชั้น จากนั้นใช้  
แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และ แบบประเมินภาวะวิตกกังวล State-Trait Anxiety Inventory (STAI)  
และวิเคราะห์ตัวแปรร่วมกันหลายตัวโดยวิธี Multiple Linear Regression Analysis

ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความวิตก กังวลของผู้ดูแลมี  
ค่าเท่ากับ 38.13 และ 9.98 ตามลำดับ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเพิ่มความวิตกกังวลของผู้ดูแลจากการ  
วิเคราะห์ด้วย Multiple linear regression ได้แก่ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยซึ่งนานความวิตกกังวลยิ่งสูง  
( $\beta=2.82$ ,  $SE=0.85$ ,  $p=0.001$ ) และจำนวนครั้งในการเป็นผู้ป่วยใน โดยการเข้าเป็นผู้ป่วยใน ครั้งแรกๆมี  
ความวิตกกังวลสูงกว่าครั้งหลังๆ( $\beta=-3.82$ ,  $SE=1.17$ ,  $p=0.001$ ) ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีแนวโน้มค่อนข้าง  
วิตกกังวล อยู่ในระดับปานกลาง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มที่ดูแลผู้ป่วยมานาน และดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการ  
รักษาในโรงพยาบาลในครั้งแรกๆ ผลการวิจัยนี้สามารถใช้เป็นแนวทางให้กับ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องใน  
การหาแนวทางป้องกันความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มดังกล่าวได้

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาควิชา จิตเวชศาสตร์ ลายมือชื่อนิติศ..... *ชเดชา เชียงแขก*  
สาขาวิชา สุขภาพจิต ลายมืออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก..... *นพ.นรวิ พุ่มจันทร์*  
ปีการศึกษา 2550 ลายมืออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม..... *นพ.ชัยชนะ นิ่มนวล*

##4974798330: MAJOR MENTAL HEALTH

KEY WORD; ANXIETY / CAREGIVERS / SCHIZOPHRENIA PATIENTS

ONGART CHIANGKHAEK : ANXIETY IN CAREGIVERS OF PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA DURING ADMISSION IN SOMDET CHAOPRAYA INSTITUTE OF PSYCHIATRY. THESIS PRINCIPAL ADVISOR: ASST.PROF. CHAICHANA NIMNUAN, M.D., THESIS COADVISOR: NORRAWEE PHOOMCHAN, M.D., 76 pp.

The purpose of this cross-sectional descriptive study was to explore the level of anxiety and its associated factors in caregivers of patients with schizophrenia during admission in Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry. One hundred and twenty caregivers of patients with schizophrenia admission in Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry were recruited by stratified random sampling. Their general information were collected using questionnaires. Anxiety was measured by State-Trait Anxiety Inventory. Univariate analysis was done using independent T-test or One-Way ANOVA as appropriate. Multiple Linear Regression Model was used for multivariable analysis.

The results, caregivers had of mean and SD of anxiety score at 38.13 and 9.89 respectively. Factors associated with an increased anxiety score, examined by multiple linear regression, were longer duration of care ( $\beta = 2.82$ ,  $SE = 0.85$ ,  $p = 0.001$ ) and fewer times of admission ( $\beta = -3.82$ ,  $SE = 1.17$ ,  $p = 0.001$ ). Caregivers of patients have moderately high score of anxiety, especially those who take care of patients for long time and whose patients have fewer numbers of admission. The finding can be used by the institute to develop a program to prevent anxiety among such group.

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Department	Psychiatry	Student's signature..... <i>ONGART CHIANGKHAEK</i>
Field of study	Mental Health	Principal Advisor's signature..... <i>CHAICHANA NIMNUAN</i>
Academic year	2007	Co-Advisor's signature..... <i>NORRAWEE PHOOMCHAN</i>

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วย ความกรุณา ช่วยเหลือ และให้ความอนุเคราะห์จากบุคคลหลายท่าน

ขอกราบขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ชัชชนะ นิ่มนวล อาจารย์ที่ปรึกษา ที่กรุณาให้คำปรึกษา ช่วยเหลือ ติดตามการทำดำเนินการวิจัย และแนะนำแนวทางในการทำวิทยานิพนธ์นี้อย่างละเอียดถี่ถ้วน จนวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จ

ขอกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์แพทย์หญิงบุรณี กาญจนถวัลย์ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ อาจารย์นายแพทย์นริวีร์ พุ่มจันทร์ และอาจารย์นายแพทย์ปรภากร ถมยางกูร กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำแนะนำและตรวจสอบแก้ไขวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา ที่ให้ความอนุเคราะห์ให้เก็บข้อมูลภายในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา ขอขอบคุณบุคลากรของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยาทุกท่าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งคุณวิภาวี เผ่ากันธรากร หัวหน้าศูนย์วิจัยและพัฒนาคุณมนัสวี สงัดศัพท์ หัวหน้าฝ่ายแผนงานและประเมินผล บุคลากรกลุ่มงานอาชีวบำบัด พยาบาลและเจ้าหน้าที่ประจำหอผู้ป่วยใน ที่อำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล ขอขอบคุณญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่คนที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามและเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ เนื่องจากพระคุณของคุณพ่อคุณแม่ และบุคคลในครอบครัวทุกคนที่เป็นกำลังใจและสนับสนุนผู้วิจัยด้วยดีมาตลอด ขอขอบคุณเพื่อนๆ สาขาสุขภาพจิต โดยเฉพาะ สุรพิเชษฐ์ สุขโชติ ศิริพร กล้าหาญ และปณัสยา น้ารัก สำหรับการช่วยเหลือ ให้กำลังใจและมิตรภาพที่ดีเสมอมา

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญภาพ.....	ญ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามของการวิจัย.....	3
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	3
ข้อจำกัดของการวิจัย.....	4
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	4
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	5
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย.....	6
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	7
ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท.....	7
การดูแลผู้ป่วยจิตเภท.....	14
ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับความวิตกกังวล.....	16
ทฤษฎีของความวิตกกังวล.....	19
การปรับตัวเมื่อเผชิญกับความวิตกกังวล.....	20
อาการของภาวะวิตกกังวล.....	21
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยจิตเภท.....	23
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	28
รูปแบบการวิจัย.....	28
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	28
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	30
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	31
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	32

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	33
ข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ดูแลผู้ป่วย.....	35
ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภท.....	38
วิเคราะห์ค่าคะแนนความวิตกกังวล ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท.....	42
การวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความวิตกกังวลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท.....	44
การวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุ.....	51
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	55
อภิปรายผลการวิจัย.....	55
ข้อจำกัดในการแปลผล.....	60
ข้อเสนอแนะในการปฏิบัติ.....	61
ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป.....	61
สรุป.....	62
รายการอ้างอิง.....	63
ภาคผนวก.....	67
-แบบประเมินฉบับสมบูรณ์ที่ใช้เก็บข้อมูลในการวิจัย.....	68
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	76

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## สารบัญตาราง

		หน้า
ตารางที่ 1	ขนาดตัวอย่างตามการแปรของค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้.....	29
ตารางที่ 2	จำนวนผู้ป่วยในที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วย ของสถาบันจิตเวชศาสตร์ สมเด็จพระเจ้าพระยา ช่วง เดือน มกราคม –มีนาคม 2551.....	29
ตารางที่ 3	ข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท.....	35
ตารางที่ 4	ความพึงพอใจของญาติผู้ดูแลผู้ป่วย ต่อระบบของสถานพยาบาล ในขณะที่ ผู้ป่วยพักรักษาตัวอยู่ในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา.....	38
ตารางที่ 5	ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภท .....	38
ตารางที่ 6	ค่าทางสถิติภาวะวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยจิตเภทในรูปแบบ State anxiety....	42
ตารางที่ 7	แสดงค่าร้อยละของความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลมีญาติป่วยจิตเภทขณะพักรักษา อยู่ในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา (State Anxiety).....	43
ตารางที่ 8	ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลจำแนกตาม ข้อมูลทั่วไป.....	44
ตารางที่ 9	ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลด้านความพึง พอใจต่อระบบของโรงพยาบาล .....	47
ตารางที่ 10	ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลจำแนกตาม ข้อมูลผู้ป่วย.....	48
ตารางที่ 11	ตัวแปรที่สามารถอธิบายความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแล ตามปัจจัยของผู้ดูแล (Model 1) .....	51
ตารางที่ 12	ตัวแปรที่สามารถอธิบายความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแล ตามปัจจัยของญาติผู้ดูแล (Model 2).....	52
ตารางที่ 13	ตัวแปรที่สามารถอธิบายความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลตามปัจจัยของผู้ป่วย (Model 3) .....	52
ตารางที่ 14	ตัวแปรที่สามารถอธิบายความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลตามปัจจัยของผู้ป่วย (Model 4) .....	52
ตารางที่ 15	ตัวแปรที่สามารถอธิบายความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลโดยวิเคราะห์ปัจจัยทั้ง จากญาติผู้ดูแล และ ปัจจัยจากผู้ป่วยจิตเภทร่วมกัน (Model 5).....	53
ตารางที่ 16	ตัวแปรที่สามารถอธิบายความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแล โดยวิเคราะห์ปัจจัยทั้ง จากญาติผู้ดูแล และ ปัจจัยจากผู้ป่วยจิตเภท ร่วมกัน Model สุดท้าย.....	53

## สารบัญภาพ

		หน้า
ภาพที่ 1	กรอบแนวความคิดในการวิจัย .....	5
ภาพที่ 2	ภาพสีสโทแกรมคะแนนความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ขณะ ผู้ป่วยพักรักษาอยู่ในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา .....	42



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

# บทที่ 1

## บทนำ

### ความสำคัญและที่มาของปัญหาการวิจัย

การดำรงชีวิตประจำวันของคนเรามักจะพบภาวะการณ์ต่างๆ มากมาย ที่ทำให้มนุษย์เราต้องมีการปรับตัวอยู่ตลอดเวลา ความเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทั้งในด้านเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม ส่งผลให้เกิดความเครียดแก่ประชาชนทั่วไป จากภาวะการณ์ดังกล่าวส่งผลต่อภาวะสุขภาพจิตต่อประชาชนเป็นอย่างมาก ทำให้ผู้ที่ไม่สามารถปรับตัวกับความเปลี่ยนแปลงนี้ได้ก็จะป่วยด้วยโรคจิตเวชได้ ซึ่งจากสถิติของกรมสุขภาพจิต ปี พ.ศ. 2544 พบว่า ในประชากร 100,000 คน จะมีคนเจ็บป่วยเป็นโรคทางจิตเวชทั้งสิ้น 2,200 คน หรือคิดเป็น ร้อยละ 2.2 และในจำนวนนี้ มีอัตราการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้ป่วยโรคทางจิตเวช ร้อยละ 3.05 ต่อปี

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นหนึ่งในโรคทางจิตเวชที่พบได้มากในกลุ่มผู้ป่วยดังกล่าวซึ่งผู้ป่วยจิตเภทในปัจจุบันมีความชุกอยู่ที่ร้อยละ 0.59 ของประชากรไทย โดยมีความผิดปกติเกิดขึ้นอย่างซับซ้อน และมีความยุ่งยากในการวินิจฉัยเพราะความผิดปกติเกิดในหลาย ๆ ด้านและการดำเนินของโรคมักไม่เด่นชัด เป็นแบบค่อยเป็นค่อยไป อาการแรกเริ่มอาจแสดงถึงความบกพร่องในด้านมนุษยสัมพันธ์ เช่น เป็นคนเงียบเฉยหรือไม่ค่อยสนใจผู้อื่น ต่อเมื่อมีเหตุการณ์บางอย่างมากระตุ้น ซึ่งส่วนมากเป็นเหตุการณ์ที่ทำให้เครียด อาจทำให้บุคคลนั้นแสดงอาการผิดปกติเด่นชัดขึ้นมา ซึ่งพบว่าอาการผิดปกติที่ยังไม่สามารถระบุได้ชัดเจนจึงทำให้การป้องกันการเกิดโรคค่อนข้างทำได้ยาก ผู้ป่วยจิตเภท มักมีกลุ่มอาการความผิดปกติทางอารมณ์ การรับรู้ กระบวนการคิด พฤติกรรม และบุคลิกภาพโดยรวม ความผิดปกติทางอารมณ์แสดงออกโดยผู้ป่วยแสดงอารมณ์ตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมไม่สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริง ความผิดปกติทางด้านการรับรู้แสดงออกโดยผู้ป่วยรับรู้สิ่งต่าง ๆ ที่ไม่มีจริง เช่น ได้ยินเสียงโดยไม่มีเสียงจริง ๆ ความผิดปกติของกระบวนการคิดแสดงออกโดยผู้ป่วยมีความคิดไม่เป็นที่ยอมรับของสังคมทั่ว ๆ ไป เช่น ความคิดหลงผิด ส่วนทางด้านพฤติกรรมและบุคลิกภาพ พบว่า มีพฤติกรรมแยกตัว พฤติกรรมถดถอย และมีพฤติกรรมแปลกๆ มีอาการหูแว่ว และมีภาพหลอนได้ในบางคน [1]

ความบกพร่องในการดูแลตนเอง ไม่ว่าจะเป็นการดูแลกิจวัตรประจำวัน การพักผ่อน การมีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่น รวมทั้งการรับประทานยาและการจัดการกับอาการต่างๆ มักจะก่อให้เกิดปัญหาที่ทำให้ผู้ป่วยต้องพึ่งพา ผู้ดูแลเป็นอย่างมาก ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยแต่เดิมญาติมักจะเลือกวิธีการที่จะนำผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทางจิตเวช ที่ส่วนใหญ่มักจะถูกสร้างอยู่ในที่ไกลจากชุมชน เนื่องจากแนวคิดที่ว่าหากอยู่ในชุมชน ผู้ป่วยจะถูกรังเกียจ และอาจทำให้เกิดความเดือดร้อนแก่ชุมชนได้ การที่โรงพยาบาลทางจิตเวชรับผู้ป่วยไว้รักษานั้น มีเป้าหมายพื้นฐานที่สำคัญคือ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการ

รักษาพยาบาลอย่างถูกต้องจนสามารถควบคุมพฤติกรรมตนเองได้ ได้รับการแก้ไขปัญหาทางจิตและเรียนรู้ที่จะดำเนินชีวิตต่อไปได้อย่างมีความสุข ผู้ป่วยจะพักรักษาตัวใน โรงพยาบาลเป็นเวลานานมาก แต่เมื่อนำผลที่ผู้ป่วยจิตพักอยู่ในโรงพยาบาลเป็นเวลานานๆ มาศึกษาพบว่า การพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลนานๆ นั้น ไม่ก่อให้เกิดผลดีกับผู้ป่วยเนื่องจากวิถีชีวิตในโรงพยาบาลจะส่งต่อการพึ่งพาและการถดถอย ซึ่งเป็นผลมาจากการจัดการของโรงพยาบาลมุ่งเน้นความมีระเบียบที่ง่ายต่อการจัดการและควบคุมดูแล ลักษณะการจัดการในโรงพยาบาลจึงไม่ยืดหยุ่น ผู้ป่วยต้องอยู่ ภายใต้การควบคุมอย่างใกล้ชิด ไม่ต้องเลือก ไม่ต้องตัดสินใจ และยังคงอยู่ภายใต้กฎเกณฑ์ของโรงพยาบาล [2]

การอยู่ในโรงพยาบาลนานเกินไปทำให้เกิดสภาพติดโรงพยาบาลได้ คือผู้ป่วยขาดการริเริ่มที่ดีไม่สนใจสังคมรอบตัว ไม่เป็นตัวของตัวเอง และบุคลิกภาพเสื่อมถอย นอกจากนี้ยังทำให้ความสัมพันธ์ของผู้ป่วยกับครอบครัวห่างเหินกันไป เมื่อกลับบ้านต้องมีการปรับตัวใหม่ โรงพยาบาลจิตเวชในปัจจุบันจึงมีนโยบายในการรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล เฉพาะรายที่มีอาการรุนแรงหรืออาการเด่นชัด และจำหน่ายผู้ป่วยให้กลับไปอยู่บ้าน ชุมชน ให้เร็วที่สุด [3]

การดูแลผู้ป่วยของญาติหลังจากที่ผู้ป่วยถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลนั้น พบว่า การดูแลดังกล่าวได้ก่อให้เกิดความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเป็นอย่างยิ่งจะเห็นได้จาก บางรายงานพบว่าครอบครัวที่มีรายได้สูงและมีระดับคะแนนความวิตกกังวลที่สูง มักจะประสบปัญหาของภาวะพึ่งพาผู้ดูแลค่อนข้างสูง, ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยหลายๆ ชั่วโมง, การมีผู้ดูแลเป็นผู้ชาย, การที่ผู้ป่วยมีปัญหาด้านความจำ พฤติกรรม มักจะทำให้เกิดความวิตกกังวลและการพึ่งพาผู้ดูแลค่อนข้างสูงเช่นกัน[4] แนวทางหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ดูแลควรจะต้องปฏิบัติในขณะที่ให้การดูแลผู้ป่วยก็คือ การควบคุมความโกรธ ความรุนแรงในการตอบสนองกับผู้ป่วย, การลดการเผชิญกับความรู้สึกทางสังคมภายนอก และการเสียดสีของบุคคลใดบุคคลหนึ่งในบ้าน จะมีผลดีต่อความเครียดของผู้ดูแล อีกทั้งสิ่งเหล่านี้ยังจะช่วยทำให้เกิดความสามัคคีในครอบครัวและคุณภาพชีวิตที่ดีเกิดขึ้นอีกด้วย [5]

จากการสำรวจความคิดเห็นของพี่หรือน้องของผู้ป่วยจิตเภทที่มีต่อผู้ป่วยนั้น พบว่าความคิดเห็นดังกล่าวค่อนข้างเป็นไปในทิศทางเดียวกันคือ ความคิดเห็นด้านอารมณ์มักจะ รู้สึก รัก เสียใจ โกรธ อิจฉา ผู้ป่วย ละอาย และรู้สึกผิดต่อผู้ป่วย ซึ่งความรู้สึกเหล่านี้จะสัมพันธ์กับสถานการณ์ที่บุคคลนั้นจะต้องเผชิญกับผู้ป่วย เช่น หลีกเลียง แยกตัวออกห่าง ทำเหมือนไม่มีอะไรเกิดขึ้น ให้การดูแลเพิ่มขึ้น และแสดงความทุกข์ใจเพิ่มขึ้น ซึ่งทั้งหมดนี้ได้สร้างความวิตกกังวลให้กับบุคคลกลุ่มดังกล่าวมากขึ้นเนื่องจากเกรงว่า การเจ็บป่วยเป็นโรคจิตเภทจะเกิดขึ้นกับตน ตามสาเหตุทางกรรมพันธุ์ [6] ซึ่งผลที่จะตามมาหลังจากที่ผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้านได้ระยะหนึ่ง ก็คือ การกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลครั้งแล้วครั้งเล่า

ดังนั้นการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภท ได้สร้างความวิตกกังวลต่อญาติ ผู้ดูแลเป็นอันมาก กอปรกับภาวะอาการของผู้ป่วยเองที่ยังไม่สามารถระบุความแน่นอนของการหายขาดได้ ทำให้ความวิตกกังวลของญาติเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง การให้ผู้ป่วยจิตเภทพักรักษาตัวในโรงพยาบาล เป็นแนวทางการรักษาหนึ่งที่ญาติมักจะเลือกใช้ เพราะการเข้ารับบริการจากโรงพยาบาลเป็นการเพิ่มความเชื่อมั่นของญาติที่ว่าโรงพยาบาลนั้นสามารถช่วยลดภาวะอาการของผู้ป่วยลงได้ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา เป็นสถานพยาบาลผู้ป่วยโรคทางจิตเวช ของรัฐแห่งหนึ่ง ที่ประชาชนนำผู้ป่วยมารับบริการที่นี้จะเห็นได้จากสถิติพบว่า สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ให้บริการผู้ป่วยโรคทางจิตเวชแบบผู้ป่วยนอกจำนวน 111,928 ราย และ แบบผู้ป่วยใน 9,903 ราย [7] และในจำนวนนี้คิดเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยในถึง ร้อยละ 55.07 (อ้างอิงตามรายงาน การจำแนกผู้ป่วยตามการวินิจฉัย สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ปี 2549)

แม้ว่าการนำผู้ป่วยมารักษาในสถานพยาบาลจะช่วยลดความกังวลด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทได้บ้าง แต่ความวิตกกังวลด้านอื่นๆ ทั้งที่เกี่ยวกับตัวผู้ป่วย และความวิตกกังวลที่ไม่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยของญาติผู้ดูแลที่ยังไม่สามารถจัดการได้นั้น ยังไม่มีผู้ใดศึกษามาก่อน ผู้วิจัยจึงมีความต้องการที่จะศึกษาความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแล ในขณะที่ผู้ป่วยจิตเภทเข้าพักรักษาในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาขึ้น และผลการวิจัยครั้งนี้อาจใช้เป็นแนวทางในการให้การช่วยเหลือญาติผู้ดูแลผู้ป่วยในการจัดการกับความวิตกกังวลนั้นในลักษณะองค์รวมต่อไป

### คำถามการวิจัย

4.1 ภาวะวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยจิตเภทในขณะที่ผู้ป่วยเข้าพักรักษาตัวในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาอยู่ในระดับใด

4.2 มีปัจจัยใดบ้างที่สัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวล ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในขณะที่ผู้ป่วยเข้าพักรักษาตัวในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

5.1 เพื่อศึกษาระดับภาวะวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยจิตเภทในขณะที่ผู้ป่วยเข้าพักรักษาอยู่ในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

5.2 เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยจิตเภท

## ขอบเขตการวิจัย

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่เข้ารับการรักษา แบบผู้ป่วยใน ณ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา เขตคลองสาน กรุงเทพมหานคร โดยใช้แบบสอบถามที่มีตัวแปรที่จะศึกษาคือ

- ปัจจัยของญาติผู้ดูแลผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรสความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยระยะเวลาที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วย ภาวะสุขภาพ รายได้ของครอบครัว และ จำนวนสมาชิกในครอบครัว

- ปัจจัยของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา เจ็บป่วยครั้งแรกเมื่ออายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วย การประกอบอาชีพก่อนการเจ็บป่วย การรักษาที่ได้รับ ครั้งที่รักษาเป็นผู้ป่วยใน ความร่วมมือในการกินยา ก่อนเข้า Admit พฤติกรรมขณะผู้ป่วยอยู่ที่บ้าน ระยะเวลาวันนอน รพ.ในการรักษาครั้งนี้ ครั้งที่มารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน และ สิทธิในการรักษา

- ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรงพยาบาล ได้แก่ ระบบของการให้บริการ การเดินทางจากบ้านมาโรงพยาบาล ค่ารักษา และการรอเข้ารับการรักษา Admit

- ระดับความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

## ข้อจำกัดในการวิจัย

ผู้วิจัยทำการศึกษาเฉพาะความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยจิตเภท ในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา เท่านั้น จึงทำให้ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ไม่ได้เป็นตัวแทนของความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยจิตเภททั้งหมดได้

## คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ภาวะวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง กลุ่มอาการที่รู้สึกว่าจะตนเองไม่สบาย กระวนกระวายใจและมีอาการไม่สบายต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตัวญาติผู้ดูแลผู้ป่วย ในขณะที่ผู้ป่วยซึ่งอยู่ในความดูแลของญาติได้พักรักษาตัวอยู่ในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา อาจมีผลต่อความต้องการทางความคาดหวัง หรือค่านิยมของตนเอง หรืออาจกล่าวได้ว่าเป็นความรู้สึกที่เกิดการมีสิ่งคุกคามต่อความมั่นคงของตนเอง หรือมีการตอบสนองพร้อมทั้งแสดงออกในรูปแบบต่างๆ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และพฤติกรรม ซึ่งเป็นการวัดภาวะวิตกกังวล ณ ช่วงเวลาที่กำลังประสบกับสถานการณ์นั้นอยู่ (State Anxiety) โดยใช้เครื่องมือ State-Trait Anxiety Inventory (STAI) [8]

ภาพที่ 1 กรอบแนวความคิดในการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวความคิดในการวิจัย

## ผลหรือประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย

1. ได้ข้อมูลความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยจิตเภท ในขณะที่ผู้ป่วยเข้าพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล ว่ามีความวิตกกังวลมากน้อยเท่าใด

2. เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการแก่ญาติผู้ป่วยจิตเภทและญาติผู้ป่วยโรคอื่นๆ เพื่อให้ตระหนักถึงความสำคัญและผลกระทบที่เกิดขึ้นในส่วนของ การดูแลผู้ป่วย ซึ่งผล การศึกษาดังกล่าวจะใช้เป็นแนวทางในการให้บริการดูแลญาติของผู้ป่วยจิตเภท เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของ การดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้งที่บ้านและในโรงพยาบาลให้สอดคล้องกัน



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## บทที่ 2

### เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ต้องการศึกษาความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยจิตเภท ในขณะที่ผู้ป่วยพักรักษาอยู่ในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา ซึ่งมีแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังต่อไปนี้

- 1.ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท
- 2.การดูแลผู้ป่วยจิตเภท
- 3.ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับความวิตกกังวล
- 4.ความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยจิตเภท

#### ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท

ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท (Schizophrenia) โรคจิตเภทเป็นโรคจิตที่พบบ่อยที่สุด เป็นความผิดปกติทางจิตที่อยู่ในกลุ่มโรคจิต(Psychosis) หรือในภาษาคนทั่วไปใช้คำว่าบ้า (Insanity) โดยคำว่าโรคจิตหรือบ้า ในทางการแพทย์นั้น จะมีความหมายเฉพาะ หมายถึง อาการประสาทหลอน (Hallucination) ความคิดหลงผิด ( Delusion) หรือพฤติกรรมผิดปกติรุนแรง/แปลกประหลาด (Gross disorganized/ Bizarre behavior) ซึ่งผู้ที่อาการดังกล่าวไม่ตระหนักถึงความผิดปกติของตนเอง อนึ่ง อาการทางพฤติกรรมหรือจิตใจที่ผิดปกติไม่มาก แต่มีหลายอาการรวมกันอาจมีมากพอจนเข้าข่ายโรคจิตได้ ซึ่งต้องพิจารณาด้วยความรอบคอบ และตัดสินใจเฉพาะแต่ละกรณีไป

สำหรับผู้ป่วยจิตเภทนั้นเป็นผู้ป่วยจะมีอาการมีความคิดหลงผิด ประสาทหลอน เช่น หูแว่วหรือเห็นภาพหลอนมักจะแสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่ามีความคิดและการพูดที่ไม่ต่อเนื่อง เป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือนโดยผู้ป่วยไม่มีโรคทางกาย โรคของสมอง หรือพิษจากยา ที่เป็นสาเหตุของอาการดังกล่าว และในส่วนของ คนใกล้ชิดสามารถสังเกตเห็นพฤติกรรมและการเคลื่อนไหวแปลกประหลาดที่คนปกติไม่กระทำกัน ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการเฉยเมย ที่ดูแล้วผิดปกติ ไม่เหมาะสม บางคนจะมีพฤติกรรมถดถอย เป็นเด็กกว่าวัยมากๆ โดยไม่รู้ว่ตนเองผิดปกติ และที่สำคัญคือ ผู้ป่วยมักจะปฏิเสธการรักษา โรคจิตเภทเกิดจากการแปรปรวนของสารเคมีบางชนิดในสมอง ซึ่งอาจเกิดขึ้นเอง โดยมีการปัจจัยทางพันธุกรรมเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย [9]

Sadock, B.J และ Sadock, V.A.(2000) [10] กล่าวว่า โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่ไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด มีลักษณะอาการทางบวก (Positive symptoms) และอาการทางลบ (Negative symptoms) ถึงแม้ไม่มีความคิดผิดปกติทางการรับรู้ (Cognitive disorders) แต่โรคจิตเภทเป็นสาเหตุของความเสื่อมด้านการรับรู้(Cognitive Impairment) ดังนั้นอาการของโรคจิตเภท จึงมีผลต่อการรับรู้ ความรู้สึก พฤติกรรม สังคม และการทำหน้าที่

## สาเหตุ

สาเหตุของการเกิดโรคจิตเภท ยังไม่สามารถหาข้อสรุปที่แน่นอนได้ และปัจจัยที่ได้รับการยอมรับอย่างมากได้แก่

### 1. ปัจจัยด้านชีววิทยา (Biological Factors) ได้แก่

1.1. พันธุกรรม ( Genetic Factors) จากการศึกษาพบว่าญาติของผู้ป่วยมีโอกาสเป็นโรคจิตเภทสูงกว่าประชากรทั่วไป ยิ่งมีความใกล้ชิดทางสายเลือดมากยิ่งมีโอกาสสูง เมื่อมีบุคคลในครอบครัวป่วยด้วยโรคจิตเภท สมาชิกในครอบครัวมีแนวโน้มที่จะป่วยด้วยโรคจิตเภทมากกว่าประชาชนทั่วไป[11]

1.2. สารเคมีในสมอง (Biochemical factors) เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสารสื่อประสาทในสมอง (Neurotransmitter) ในระบบประสาทส่วนกลาง ( Central nervous system ) สมมติฐานเดิมที่ยังคงเป็นที่ยอมรับกันในปัจจุบัน คือ สมมติฐานโดปามีน (Dopamine hypothesis) โดยเชื่อว่า การหลั่งสารโดปามีนมากผิดปกติ ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิต ซึ่งสมมติฐานนี้ ได้รับการสนับสนุนจากการที่ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการดีซันมีอาการดีซัน เมื่อได้รับยาต้านโรคจิตที่มีฤทธิ์ระงับการทำงานของสารโดปามีน ปัจจุบันเชื่อว่าการบกพร่องของการหลั่งสารโดปามีน ในบริเวณ Prefrontal cortex ทำให้เกิดอาการทางลบ และการทำงานที่ผิดปกติของโดปามีนที่ striatum ซึ่งทำให้มีการปล่อยสารโดปามีนทำให้เกิดอาการทางด้านบวก นอกจากนี้ยังมีข้อสันนิษฐานว่า โรคจิตเภทเกิดจากภาวะสมดุลระหว่างสารซีโรโตนินกับสารโดปามีนมีความผิดปกติ

1.3. ด้านกายวิภาคของสมอง มีผู้ป่วยโรคจิตเภทอยู่จำนวนหนึ่งที่มีความผิดปกติทางด้านกายวิภาคของสมอง เช่น มี Ventricle โตกว่าปกติ ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้ส่วนใหญ่มีอาการด้านลบเป็นอาการเด่น มีการศึกษาเกี่ยวสมองของผู้ป่วยจิตเภทในช่วงที่มีอาการและช่วงที่ไม่ได้รับการรักษาพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 20-50 มีความผิดปกติของโครงสร้างสมอง [12]

1.4. ด้านประสาทสรีรวิทยา พบว่า Cerebral blood flow และ glucose metabolism ลดลงในบริเวณ frontal lobe

## 2. ปัจจัยทางด้านจิตใจ (Psychological factors)

เป็นปัจจัยทางความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและปัจจัยทางด้านสังคม ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนาบุคลิกภาพ ซึ่งทฤษฎีจิตวิเคราะห์เชื่อว่า อาการของโรคจิตเป็นผลมาจากความผิดปกติในหน้าที่ของ Ego และภาวะเครียดทางด้านจิตสังคม นับเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้พัฒนาเป็นโรคจิตเภทได้ [13]

## 3. ปัจจัยทางด้านสังคมและวัฒนธรรม

สังคมและสิ่งแวดล้อมที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโรคจิตเภท ส่วนมากจะพบในสังคมที่มีเศรษฐกิจต่ำ ซึ่งอาจเกิดจากการที่ผู้ป่วยมีอาการโรคจิตอยู่เรื่อยๆ ทำให้การดำรงชีพไม่สามารถคงอยู่ในสถานภาพเดิม (downward drift hypothesis) หรือจากการที่สภาพสังคมบีบคั้น ทำให้คนเป็นโรคจิตเภทมากขึ้น มุ่งเน้นในเรื่องของครอบครัวเป็นหลัก โดยลักษณะครอบครัวที่มีความเกี่ยวข้องกับโรคจิตเภท ได้แก่ ครอบครัวที่มีการตำหนิ วิจารณ์ (Criticism) การไม่เป็นมิตร (Hostility) การเข้าไปยุ่งเกี่ยวข้องจัดการมากเกินไป (Over involvement) ในระดับสูง ในขณะที่เดียวกันมีการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน (Support) ในระดับต่ำ และมีการสื่อสารกันที่ไม่ชัดเจน ใช้ภาษาคลุมเครือ กำกวม [14]

ส่วนสมมติฐานด้านอื่น ที่พอจะอธิบายสาเหตุของการเกิดโรคได้นั้น เช่น ในเชิงพุทธิปัญญา พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภท มีความผิดปกติของขบวนการจัดการข้อมูล (Information Processing) ตั้งแต่มีความลำบากในการจดจ่อกับเรื่องใดเรื่องหนึ่งอย่างมีสมาธิ มีปัญหาในการแยกแยะสิ่งกระตุ้นว่าสิ่งใดสำคัญและเหมาะสมในสถานการณ์ต่างๆ รวมทั้งมีการสูญเสียการใช้ความคิดรวบยอดและนามธรรม ส่วนในเชิงประสมประสาน (Integrative Model) หรืออาจเรียกว่า Vulnerability - stress หรือ stress-diathesis model จัดเป็น Bio-Psycho-Social model โดยเกี่ยวข้องกับปัจจัยต่างๆ 3 กลุ่ม

-ปัจจัยด้านความเปราะบาง (Vulnerability factors) เป็นปัจจัยที่ส่งผลให้คนใดคนหนึ่งมีแนวโน้มจะเกิดโรคจิตเภท มักเกี่ยวข้องกับลักษณะที่ติดตัวบุคคลนั้นมา เช่น กรรมพันธุ์ ปัจจัยทางชีวภาพอื่นๆ

-ปัจจัยสิ่งแวดล้อม หรือความเครียด เป็นตัวที่มีอิทธิพลต่อการเริ่มและการดำเนินโรค ความเครียดอาจเป็นวิกฤติของชีวิตหรือความเครียดในชีวิตประจำวันก็ได้

-ปัจจัยปกป้อง (Protective factors) เป็นปัจจัยที่ลดผลรวมของ ปัจจัยด้านความเปราะบางและความเครียด มีผลป้องกันหรือลดความรุนแรงของโรค ปัจจัยที่สำคัญที่สุดได้แก่ ยารักษาโรคจิต ปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ การมีการสนับสนุนช่วยเหลือทางสังคม หรือการมีทักษะการแก้ปัญหาที่ดี เป็นต้น

**ลักษณะอาการทางคลินิก** อาการแสดงของโรคจิตเภทอาจแบ่งออกเป็นสองกลุ่ม คือ กลุ่มอาการด้านบวก และกลุ่มอาการด้านลบ ดังต่อไปนี้ [15]

**ก. กลุ่มอาการด้านบวก (Positive Symptoms)** แสดงออกในด้านความผิดปกติของความคิด การรับรู้ การติดต่อสื่อสาร และพฤติกรรม ซึ่งแบ่งตามลักษณะอาการออกเป็น 2 ด้านใหญ่

- 1) Psychotic dimension ได้แก่ อาการหลงผิด และอาการประสาทหลอน
- 2) Disorganization dimension ได้แก่ disorganized behavior และ disorganized speech

**อาการหลงผิด (Delusion)** ชนิดที่พบบ่อย ได้แก่ persecutory delusion, delusion of reference รวมทั้งอาการหลงผิดที่จัดอยู่ในกลุ่มอาการหลักของ Schneider ส่วนอาการหลงผิดอื่น ๆ ที่พบบ้าง เช่น somatic delusion, religious delusion หรือ grandiose delusion เป็นต้น อาการหลงผิดที่มีน้ำหนักในการวินิจฉัย ได้แก่ bizarre delusion ซึ่งเป็นอาการหลงผิดที่มีลักษณะแปลก ฟังไม่เข้าใจ หรือเป็นไปได้เลย อาการหลงผิดที่จัดอยู่ในกลุ่มอาการหลักของ Schneider จัดว่าเป็น bizarre delusion

**อาการประสาทหลอน (Hallucination)** ที่พบบ่อยเป็น auditory hallucination อาจเป็นเสียงคนพูดกันเรื่องของผู้ป่วย เสียงคอยวิจารณ์ตัวผู้ป่วย หรือสั่งให้ทำตาม นอกจากนี้อาจเป็นเสียงอื่น ๆ ที่ไม่มี ความหมาย อาการประสาทหลอนชนิดอื่นอาจพบได้บ้างเช่น tactile หรือ somatic hallucination อาการประสาทหลอนที่มีน้ำหนักในการวินิจฉัย ได้แก่ auditory hallucination ที่จัดอยู่ในกลุ่มอาการหลักของ Schneider disorganized speech ผู้ป่วยไม่สามารถรวบรวมความคิดให้เป็นไปในแนวทางเดียวกันได้ตลอด ซึ่งจะแสดงออกมาให้เห็น โดยผ่านทาง การพูดสนทนา อาการที่แสดงออกนี้ต้องเป็นมากจนไม่สามารถ สื่อสารกับผู้อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตัวอย่างอาการเช่น loose associations, incoherent speech, หรือ tangentiality เป็นต้น

**Disorganized behavior** เป็นพฤติกรรมที่ผิดไปจากปกติอย่างมาก ผู้ป่วยแต่งตัวสกปรก แปลก เช่น สวมเสื้อหลายตัวทั้งที่อากาศร้อนจัด บางคนปัสสาวะกลางที่สาธารณะ บางคนจู่ ๆ ก็ร้องตะโกนโดยที่ ไม่มีเรื่องอะไรมากระตุ้น

**ข. กลุ่มอาการด้านลบ (Negative Symptoms)** เป็นภาวะที่ขาดในสิ่งที่คนทั่ว ๆ ไปควรมี เช่น ใน ด้านความรู้สึก ความต้องการในสิ่งต่าง ๆ อาการเหล่านี้ ได้แก่ Alogia, Affective flattening, Avolition, Asociality

## การดำเนินโรค

**อาการและอาการแสดงเดิมาก่อนป่วย (Pre morbid sign & symptoms)** บางครั้งการแยกระดับ pre morbid personality กับ Prodromal phase ของคนไข้ว่าเริ่มต้นเมื่อไรกระทำได้ลำบาก ระยะโรคอาการป่วย อาจเกิดขึ้นแบบค่อยเป็นค่อยไป โดยทั่วไปอาจแบ่งได้เป็น 3 ระยะ [14, 15] คือ

**ระยะการดำเนินโรค (Prodromal Phase)** เป็นระยะก่อนหน้า active phase อาจกินเวลาเป็นสัปดาห์ หรือเดือน หรืออาจเป็นปี ผู้ป่วยส่วนใหญ่เริ่มมีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป มักมีปัญหาในด้านหน้าที่ความ รับผิดชอบหรือด้านสัมพันธภาพ การเรียนหรือการทำงานเริ่มแย่ลง ญาติสังเกตว่าเกียจคร้านกว่าเดิม ไม่ค่อยไปกับเพื่อนเหมือนเคย เก็บตัวอยู่แต่ในห้อง ละเลยเรื่องสุขอนามัยหรือการแต่งกาย อาจหันมาสนใจ ในด้านปรัชญา ศาสนา หรือจิตวิทยา มีการใช้คำหรือสำนวนแปลกๆ บางครั้งมีพฤติกรรมที่ดูแล้วแปลกๆ แต่ก็ไม่ถึงกับผิดปกติชัดเจนหรือมีอาการทางกาย เช่น ปวดหัว ปวดท้องแบบแปลกๆ มีการเสื่อมลงในการ ทำงานด้านต่างๆ หรือ การเรียน ญาติและคนใกล้ชิดเริ่มกังวลและเห็นว่าผู้ป่วยไม่เหมือนคนเดิม

**ระยะอาการกำเริบ (Active Phase)** เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการตามเกณฑ์การวินิจฉัย ได้แก่ อาการ ทางจิต เช่น อาการหลงผิด ประสาทหลอน พุดจาไม่ปะติดปะต่อไม่รู้เรื่อง พฤติกรรมเพี้ยน อารมณ์ไม่ เหมาะสม หากไม่ได้รับการรักษา ระยะนี้อาจหายไปหรือเป็นต่อเนืองไปตลอดก็ได้ ซึ่งโดยส่วนใหญ่เป็น อาการด้านบวก

**ระยะอาการหลงเหลือ (Residual phase)** อาการคล้ายคลึงกับระยะเริ่มมีอาการอาจพบ flat affect หรือเสื่อมลงมากกว่า อาการโรคจิตเช่น ประสาทหลอนหรือหลงผิดอาจยังมีอยู่แต่ได้มีผลต่อผู้ป่วยมาก เหมือนในช่วงแรก พบว่า ร้อยละ 25 ของผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอาการซึมเศร้าร่วมด้วย ซึ่งส่วนใหญ่เกิด ในช่วงนี้ ในระยะอาการหลงเหลือผู้ป่วยอาจมีอาการกำเริบเป็นครั้งคราว พบว่าผู้ป่วยจะทนต่อความ กดดันด้านจิตใจได้ไม่ดี อาการส่วนใหญ่กำเริบ เมื่อมีความกดดันด้านจิตใจ อาการเปลี่ยนแปลงก่อนกำเริบ ที่พบบ่อย ได้แก่ การนอนหลับผิดปกติ แยกตัว วิดกกังวล หงุดหงิด คิดฟุ้งซ่าน และมักเชื่อมโยงเหตุการณ์ ต่างๆ เข้ากับตนเอง มีผู้ป่วยโรคจิตเภทอยู่จำนวนหนึ่งที่เป็นครั้งเดียวแล้วหายขาด หรือเป็น 2-3 ครั้ง และ แต่ละครั้งที่หายก็กลับคืนสู่สภาพเดิมก่อนป่วย (Complete remission) แต่พบได้น้อย ส่วนใหญ่หลังจากที่ อาการทุเลาลงจะยังคงมีอาการหลงเหลืออยู่บ้าง (Incomplete remission) และมีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ ยิ่ง เป็นบ่อยครั้งก็จะยังมีอาการหลงเหลือมากขึ้นหรือเสื่อมลงไปเรื่อยๆ อาการด้านบวกจะค่อยๆ ลดความ รุนแรงลง แต่อาการด้านลบกลับจะมีความเด่นชัดขึ้นในระยะหลัง

โดยทั่ว ๆ ไปผู้ป่วยจิตเภทมีอาการเริ่มในช่วงวัยรุ่นหรือวันผู้ใหญ่ตอนต้น โดยมีอาการมาก่อน (Prodromal symptoms) เป็นวันหรือเดือนหรืออาจเป็นปี จุดเริ่มต้นของอาการทางจิตเด่นชัดอาจถูกกระตุ้นโดยการเปลี่ยนแปลงทางสังคมหรือสิ่งแวดล้อม เช่น ย้ายที่เรียน การใช้สาร การเสียชีวิตของญาติใกล้ชิด หลังจากแสดงอาการทางจิตครั้งแรก ผู้ป่วยจะมีช่วงของการหายแบบค่อยเป็นค่อยไป และอาจกลับไปเกือบปกติ อย่างไรก็ตามมักพบการกลับเป็นซ้ำ อัตราการเป็นซ้ำ พบประมาณ ร้อยละ 40 ในช่วง 2 ปี ที่ได้รับการรักษา และพบ ร้อยละ 80 ถ้าหยุดยา รูปแบบของการป่วยใน 5 ปีแรก นับจากวินิจฉัยโรคมักบ่งบอกถึงลักษณะการดำเนินโรคต่อไป หลังจากการกลับเป็นซ้ำแต่ละครั้ง ผู้ป่วยมักมีการเสื่อมถอยลงของความสามารถในหน้าที่ต่างๆ ลักษณะการดำเนินโรคที่เป็นแบบฉบับของโรคจิตเภท คือ มีการกำเริบและสงบบนความเรื้อรัง

**การรักษา** การรักษาที่ได้ผลดี คือ การใช้ยา แพทย์จะให้ยารับประทานต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน บางรายอาจต้องรับประทานยาต่อไปอีกหลายปี เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ผู้ป่วยไม่ควรหยุดรับประทานยาเองโดยเด็ดขาด ญาติผู้ป่วยอาจต้องคอยดูแลเรื่องการรับประทานยาให้สม่ำเสมอ ยาต้านโรคจิตได้ถูกพัฒนาขึ้นมาเมื่อประมาณ 50 ปีก่อน ซึ่งช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทได้มากที่สุดเดียวในการลดอาการที่ป่วยอยู่ และช่วยให้กลับมาทำงานได้เกือบเหมือนเดิม แต่ยาก็ยังไม่สามารถรักษาผู้ป่วยจิตเภทให้หายขาดได้ หรือไม่สามารถรับประกันได้ว่าอาการของโรคจะกำเริบกลับมาเป็นใหม่อีก พบว่า ร้อยละ 80 ของผู้ป่วยจิตเภทถ้าไม่ได้รับยาต่อเนื่องมักมีอาการกลับเป็นซ้ำของโรคอีก เพราะฉะนั้นส่วนใหญ่จึงจะต้องใช้ยารักษาเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค ผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์ ในช่วงแรกหลังจากที่ได้รับยา ผู้ป่วยมักจะมีอาการง่วงนอน กระสับกระส่าย ปวดเมื่อย ตัวสั่น ตาพร่ามัว ซึ่งอาการเหล่านี้สามารถรักษาได้ด้วยยาอีกตัวหนึ่งที่แก้ผลข้างเคียงเหล่านี้[9] นอกเหนือจากวิธีการใช้ยา เพื่อการรักษาผู้ป่วยที่ให้ผลดีแล้วยังมีวิธีการรักษาในรูปแบบอื่นๆ ที่นำมาใช้กับผู้ป่วยอีกมากมาย ได้แก่

**การรักษาด้วยไฟฟ้า** ( Electroconvulsive Therapy, ECT) เป็นอีกวิธีการรักษาหนึ่ง มีประโยชน์ในบางกลุ่มของผู้ป่วย มักใช้เมื่อมีข้อบ่งชี้ชัดเจน โคนทั่วไปข้อบ่งชี้ในโรคจิตเภทได้แก่ ผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูงต่อการฆ่าตัวตาย ผู้ป่วยมีอาการทางจิตรุนแรง และมีพฤติกรรมที่ก้าวร้าวหรือรุนแรง จนอาจเป็นอันตรายต่อตนเองหรือบุคคลอื่น ผู้ป่วยชนิด Catatonia รุนแรง ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางอารมณ์รุนแรง ผู้ป่วยที่ไม่สามารถทนต่อฤทธิ์ยาได้ ผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองด้วยการรักษาด้วยวิธีอื่น ซึ่งการรักษาด้วยไฟฟ้านี้ อาจจะไม่ได้ผลดีเท่ากับการรักษาด้วยยา โดยทั่วไปจะใช้ในกรณีผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา โดยใช้การรักษาด้วยไฟฟ้าร่วมกับการรักษาด้วยยารักษาโรคจิต

**การรักษาด้วยจิตสังคมหรือการฟื้นฟูสภาพจิตใจ** เป็นวิธีการรักษาผู้ป่วยจิตเภทโดยที่ไม่ใช่ยา เนื่องจากอาการของผู้ป่วยมักก่อให้เกิดปัญหา ระหว่างตัวผู้ป่วยกับสังคมรอบข้าง แม้ในระยะอาการดีขึ้นบ้างแล้ว ปัญหาทางสังคมก็ยังคงมีอยู่ หากผู้รักษาไม่ได้สนใจแก้ไข รวมทั้งอาการด้านลบ ภาวะท้อแท้หมดกำลังใจ ไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องคำนึงถึงปัจจัยด้านจิตสังคมของผู้ป่วย เพื่อที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยทุกๆ ด้าน[16] เพื่อใช้ผู้ป่วยเข้าใจตนเองและปัญหาของตนเองมากขึ้น และเรียนรู้ที่จะแยกแยะสิ่งที่เป็นความจริงกับที่ไม่ใช่ความจริงมีซึ่งวิธีการรักษาด้วยจิตสังคมนั้นด้วยกันหลากหลายวิธี ได้แก่

**1.การบำบัดรักษาทางจิต (Psychotherapy)** แบ่งเป็นรายบุคคลและรายกลุ่ม หมายถึง กระบวนการรักษาโดยใช้การมีสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้และผู้รับการบำบัด มุ่งชี้เฉพาะจุดของปัญหาและการทำความเข้าใจปัญหาของผู้รับการบำบัด โดยเฉพาะการทำจิตบำบัดรายกลุ่ม เป็นรูปแบบการรักษาที่สำคัญ เป็นส่วนหนึ่งของความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การรักษาแบบกลุ่มให้มีประสิทธิภาพ ได้ผลดีขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลัก 3 ประการคือ ความเข้าใจ ความรัก และพฤติกรรม

**2.กิจกรรมบำบัด (Occupational Therapy)** หมายถึงการบำบัดผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตด้วย กิจกรรม โดยจะมีการจัดกิจกรรมในหลายๆ รูปแบบเพื่อเป็นสื่อในการรักษาอาการของผู้ป่วย เช่น เพื่อสร้างความสนุกสนาน กระตุ้นความคิด แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ซึ่งกันและกัน[17]

เนื่องจากการจัดกิจกรรมกลุ่มบำบัดเป็นการใช้รูปแบบของการทำงานเป็นกลุ่ม ผู้ดำเนินกลุ่มจึงต้องมีความรู้พื้นฐานเรื่องการรักษาแบบกลุ่ม กระบวนการกลุ่ม โครงสร้างของกลุ่ม บทบาทหน้าที่ของผู้นำกลุ่ม ผู้ช่วยกลุ่มและสมาชิกกลุ่ม ผู้นำกลุ่มควรมีทักษะความริเริ่ม เอื้ออำนวยให้สมาชิกได้แสดงความรู้สึกรักษาทัศนคติ การเป็นตัวอย่างอย่างจริงจัง การฟังอย่างตั้งใจ การตั้งคำถาม การสะท้อนความเนื้อหาและความรู้สึก รวมทั้งการเสียบ[18] ชนิดของกลุ่มกิจกรรมบำบัด เช่น กิจกรรมการดูแลตัวเอง กิจกรรมทางสังคม กิจกรรมร่วมกับครอบครัว กิจกรรมยามว่าง กิจกรรมการพักผ่อน หรือกิจกรรมเพื่อการประกอบอาชีพขั้นพื้นฐาน เป็นต้น

**3.นิเวศน์บำบัด (Mileu Therapy)** หมายถึง การจัดสภาพบรรยากาศเพื่อการบำบัดอย่างมีจุดมุ่งหมาย มีแบบแผน มีหลักการ มีวัตถุประสงค์ และวิธีการเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตเท่านั้น เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเกิดทัศนคติที่ดีต่อการรักษา ค้ำกันให้ผู้ป่วยปลอดภัย ฝึกทักษะการอยู่ในสังคม เพิ่มความเข้มแข็งแกร่งของจิตใจ และพัฒนาเสริมสร้างคุณค่าของตนเอง

**4.จิตบำบัด** ส่วนใหญ่เป็นแบบประคับประคอง เน้นที่การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย สื่อสารกับผู้ป่วยให้เข้าใจความคิดและพฤติกรรมของตนเอง ช่วยให้ผู้ป่วยกลับสู่โลกของความเป็นจริง ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจและยอมรับการเจ็บป่วยของตนเอง บางครั้งอาจเป็นการให้คำแนะนำ ให้ความมั่นใจ หรือให้ความรู้ความเข้าใจของการเจ็บป่วยก็ได้

**5.ครอบครัวบำบัด** มีความสำคัญในการช่วยลดอัตราการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วย แพทย์ต้องให้ครอบครัวของผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่ต้น ญาติผู้ป่วย นอกจากให้ประวัติและข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยแล้วยังช่วยให้ผู้รักษาได้เห็นปฏิสัมพันธ์ในครอบครัว ในขณะที่เดียวกันผู้รักษาต้องอธิบายให้ญาติเข้าใจ ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติต่อผู้ป่วย ส่วนใหญ่มีจุดมุ่งหมายที่จะส่งเสริมความสัมพันธ์ในครอบครัวผู้ป่วยให้เป็นไปในลักษณะที่ถูกต้องเหมาะสม สร้างสรรค์ แก้ไขปัญหาหรือความสัมพันธ์ที่ผิดปกติ ช่วยให้ทุกฝ่ายได้ระบายนความรู้สึกร่วมกัน โดยมีผู้รักษาเป็นคนกลางที่ช่วยให้ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจกันดีขึ้น และเรียนรู้ที่จะปฏิบัติต่อกันอย่างเหมาะสม

จากที่ได้กล่าวเกี่ยวกับโรคจิตเภทมาทั้งหมดข้างต้น สรุปได้ว่าผู้ป่วยจิตเภท เป็นผู้ป่วยที่มีจำนวนมากที่สุดในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวช และโรคจิตเภทมีผลกระทบต่อเศรษฐกิจ และสังคมของประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านทรัพยากรบุคคล สาเหตุของโรคจิตเภทเกิดจากด้านร่างกายและด้านจิตสังคม การรักษาต้องผสมผสานระหว่างการรักษาด้านร่างกายคือ การใช้ยาและการรักษาด้านจิตสังคมด้วยกันจึงจะได้ผลดี สามารถช่วยให้ผู้ป่วยกลับคืนสู่ภาวะปกติได้มากที่สุด

### การดูแลผู้ป่วยจิตเภท

การดูแลผู้ป่วยจิตเภทนั้น จะเป็นการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทุเลาพอที่จะอยู่บ้านได้ และในสังคมเดิมของเขาได้ โดยมีญาติดูแลและมีทีมสุขภาพจิตของโรงพยาบาลจิตเวชออกติดตามดูแลให้คำแนะนำและให้การรักษาพยาบาล โดยไปเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อติดตามให้การรักษาพยาบาล ฟื้นฟูสมรรถภาพ ส่งเสริมสุขภาพจิต และป้องกันการกลับเป็นซ้ำ อย่างเหมาะสมกับสภาพแวดล้อมที่บ้านของตนเอง

ศาสตราจารย์นายแพทย์ฝน แสงสิงแก้ว ได้เสนอแนวคิดที่ว่า หากญาติของผู้ป่วยจิตเภท ได้ร่วมมือใกล้ชิดกับแพทย์ ได้รับฟังความคิดเห็น และได้สังเกตการณ์ดูแลรักษาตามเทคนิคที่ถูกต้อง แล้วญาตินำเอาวิธีการไปปฏิบัติ ไปใช้ที่บ้านช่วยดูแลผู้ป่วยต่อ ถ้าจำเป็นก็กลับมาปรึกษาและรักษาเป็นครั้งคราวจะได้ผลดีและช่วยป้องกันการป่วยซ้ำ ได้อย่างมาก การที่ญาติมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจต่อชีวิต มีความหวัง รู้สึกอบอุ่น รู้สึกมีคุณค่า มีคนต้องการ มีคนห่วงใย เข้าใจ มีความเชื่อมั่นในตนเองยิ่งขึ้น

สำหรับการดูแลผู้ป่วยในชุมชนนั้น รุจา ภูโพนุทธ์(อ้างใน ฉวีวรรณ สัตยธรรม)[19] ได้กล่าวถึงความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะปกติที่บ้าน ได้รับการยอมรับทั่วไปว่ามีประสิทธิภาพและประหยัด เมื่อเทียบกับการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล แต่การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตที่บ้าน ยังได้รับความสนใจน้อยกว่าผู้ป่วยประเภทอื่นๆ

แนวคิดในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีมาช้านานเห็นได้จากแนวคิดของ ศาสตราจารย์ นายแพทย์ฝน แสงสิงแก้ว บิดาแห่งจิตเวชศาสตร์ ได้เสนอ “โครงการสุขภาพจิต ซึ่งสามารถปฏิบัติได้ ในประเทศไทย” แก่รัฐบาลตั้งแต่ปี 2510 โดยมีแนวคิดที่พอสรุปได้ดังนี้คือ

1. จัดตั้งศูนย์สุขภาพจิต (Mental Health Center) ให้มีทั่วประเทศ หากยังจัดไม่ได้ให้ผสมผสานเข้ากับสถานีอนามัยชั้นหนึ่งและชั้นสอง
2. ฝึกอบรมพนักงานสุขภาพจิตและส่งไปทำงานในศูนย์/หน่วยสุขภาพจิตนั้น
3. จัดให้มีศูนย์สุขภาพจิตใหญ่ 1 แห่ง ในแต่ละภาพ รับผิดชอบที่ปรึกษา และศูนย์การศึกษาของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต่างๆ
4. จัดให้มีกลุ่มชุมชน ประกอบด้วยชาวบ้าน บิดา มารดา ครู อาจารย์และผู้นำท้องถิ่นช่วยกันแก้ปัญหาสุขภาพจิตเสื่อมของชุมชน
5. ให้ชุมชนช่วยจัดการให้ผู้ป่วย ได้อาศัยอยู่กับครอบครัว โดยสมาชิกในครอบครัวจัดที่อยู่อาศัย และจัดหางานในท้องถิ่นให้ทำ
6. ลดจำนวนเตียงในโรงพยาบาลจิตเวชลง
7. เพิ่มบริการที่ดีในครอบครัวและชุมชน
8. ศูนย์สุขภาพจิตชุมชนจะครองงานและทำงานในชุมชนได้ดีคือ
  - คัดกรองโรคจิตเวชเฉียบพลันให้โรงพยาบาลจิตเวช
  - คัดกรองโรคจิตเวชเรื้อรังในชุมชน
  - ดูแลปัญหาเรื่องยาเสพติด
  - ดูแลปัญหาเรื่องติดเหล้า
  - ดูแลปัญหาเรื่องผู้สูงอายุ
  - ดูแลและแก้ปัญหาเรื่องเด็กที่มีปัญหาต่างๆ

นอกจากนี้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนนั้นปัจจุบันมีรูปแบบของการให้การดูแลผู้ป่วยตามโครงสร้างการดูแลดังนี้

1. การส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) กิจกรรมหรือการปฏิบัติใด ๆ ของปัจเจกบุคคลที่กระทำไปเพื่อจุดประสงค์ในการส่งเสริม ป้องกัน หรือบำรุงรักษาสุขภาพ โดยไม่คำนึงถึงสถานะสุขภาพที่ดำรงอยู่หรือรับรู้ได้ ไม่ว่าพฤติกรรมนั้น ๆ จะสัมฤทธิ์ผลสมความมุ่งหมายหรือไม่ในที่สุด มุ่งยกระดับความเป็นอยู่ที่ดีมีสุขภาวะ[20] ซึ่งเป็นจุดเน้นของการให้บริการของวิชาชีพทางสาธารณสุข ที่มีลักษณะเป็นองค์รวมของบุคคลและสิ่งแวดล้อม เพื่อให้เกิดการปฏิบัติและการดำเนินชีวิตที่มีสุขภาวะที่ดี ( อ่างใน ทิพวรรณ น่วมทอง)[21]

2.การเยี่ยมบ้านและครอบครัว (Home Care) เป็นกระบวนการที่มุ่งให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง และดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้ตามศักยภาพ ครอบครัวมีการเรียนรู้และเข้าใจถึงวิธีการดูแลช่วยเหลือ ประคับประคอง ให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม ชุมชนยอมรับและมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยอยู่ร่วมกับครอบครัวและชุมชนได้อย่างมีความสุข

3.การส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้ชุมชนมีความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา การตัดสินใจแก้ไขปัญหา ตลอดจนติดตามประเมินผลงานนั้นเอง ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้รับการส่งเสริมสนับสนุนให้ช่วยเหลือตนเอง มีการประกอบอาชีพตามศักยภาพ และลดโอกาสในการป่วยซ้ำ โดยการจัดอบรม จัดกิจกรรมในชุมชน

การจัดกิจกรรมส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยส่วนใหญ่เป็นการให้ความรู้แก่สมาชิกในชุมชน ซึ่งมีผลให้สมาชิกในชุมชนมีความรู้ความเข้าใจ มีความเห็นอกเห็นใจ ผู้ป่วยจิตเภทมากยิ่งขึ้น แต่ยังไม่มีการรวมตัวของชุมชนที่จะจัดการดำเนินการช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวอย่างเป็นระบบ ซึ่งปัจจุบันอยู่ในระหว่างพัฒนารูปแบบที่สามารถนำไปใช้ในชุมชนได้อย่างเหมาะสม

### ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับความวิตกกังวล

ภาวะวิตกกังวลเป็นภาวะความหวาดหวั่นที่มีความรู้สึกว่ามีอันตรายและสิ่งคุกคามต่อตนเอง ร่วมกับอาการกระสับกระส่าย ตึงเครียด หัวใจเต้นเร็ว (tachycardia) และหายใจขัด (dyspnia) โดยมีได้เกิดจากสิ่งกระตุ้นที่ชัดเจน[22] การคุกคามมักเกี่ยวข้องกับร่างกาย เช่น มีสิ่งๆ ทำให้ร่างกายบาดเจ็บเป็นอันตรายหรือถึงแก่ชีวิตได้ ส่วนทางจิตใจเป็นการคุกคามต่อความภูมิใจแห่งตนเองหรือความนับถือตนเอง (self-esteem) และความผาสุก (well-being) สาเหตุของความวิตกกังวลบางครั้งไม่ชัดเจน ระบุแน่นอนไม่ได้และบางครั้งอาจจะไม่สามารถทราบได้เลยว่าเกิดจากอะไร การแสดงออกทางร่างกายของภาวะวิตกกังวลมีความคล้ายคลึงกับอาการที่เกิดขึ้นจากความกลัว แต่ความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากความกลัว จะมีความจำ เพราะเจาะจงและรุนแรงกว่า อาการวิตกกังวลเป็นผลที่เกิดจากความเครียด เป็นอารมณ์อย่างหนึ่งที่สามารถพบได้ในทุกคนและเป็นเรื่องหลีกเลี่ยงไม่ได้[23]

นอกจากนี้อาการวิตกกังวล ยังเป็นกลุ่มอาการที่รู้สึกว่าคุณไม่สบาย ภาวะวุ่นวาย และมีอาการไม่สบายต่างๆ เช่น จุกแน่น อึดอัดในอกหรือหัวใจ เหนือออกตามแขน-ขา ปวดศีรษะ ปวดปัสสาวะ ทันทิ (ANS disturbance) ลุกลุกกลอน เดินไปเดินมา แขน-ขา ลั่น (Psychomotor) นอกจากนี้อาการวิตกกังวลยังเป็นผลต่อการรับรู้ต่างๆและความคิด โดยทำให้สมาธิไม่ดี ความจำไม่ดี และการแปลความหมายสิ่งที่ได้รับมาผิดพลาดได้ [24] อาการวิตกกังวล แบ่งเป็น 3 ประเภทตามการแบ่งของ Freud ได้ดังนี้ (อ้างใน ศรีเรือน แก้วกังวล)[25] คือ

1.Reality Anxiety หมายถึง ความวิตกกังวลและหวาดกลัวสิ่งแวดล้อมทางสังคมที่อยู่รอบตัว เป็นความกังวลส่วนใหญ่ที่เกิดในมนุษย์

2.Neurotic Anxiety หมายถึง ความวิตกกังวล และความหวาดกลัวว่าตนเองจะไม่สามารถคุมสถานการณ์ได้ จะทำสิ่งที่น่าอับอายขายหน้า จะถูกประจาน ประณามและถูกลงโทษ

3.Moral Anxiety หมายถึง ความวิตกกังวล และหวาดกลัวที่เกิดจากความสำนึกผิดชอบชั่วดี นอกจากการแบ่งของพรอยด์แล้ว ความวิตกกังวลยังแบ่งตามการวินิจฉัย แยกโรค เป็นกลุ่มอาการต่างๆ ของโรควิตกกังวล[23] ได้แก่

### **1.Panic disorder และ Agoraphobia**

ในกลุ่มนี้จะต้องมีอาการของ Panic attack ขณะกำลังทำอะไรบางสิ่งบางอย่างอยู่ เช่น กำลังอยู่ในงานเลี้ยง ขณะขับรถ หรือขณะกำลังจะนอนหลับ อาการเกิดขึ้นทันทีทันใดและมีความรู้สึกกลัวและผู้ป่วยเองไม่สามารถบอกได้ว่ากลัวอะไร อาการรุนแรงจนคนที่เขาคิดว่าตนเองกำลังจะตายหรือรู้สึกว่าจะควบคุมสติตนเองไม่อยู่กลัวจะเป็นบ้า อาการเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วจนมีอาการสูงสุดประมาณเป็นนาทีหรือวินาที และหายไปเองในเวลาต่อมา คนที่เป็นจะไม่รู้ตัวว่าเกิดอาการขึ้นมาเวลาไหน ที่ไหน และสถานการณ์ไหน แต่คนที่เขาคือจะระแวงระวังต่อสถานการณ์ที่เคยมีอาการ panic attack เกิดขึ้น ผู้ป่วยจะรู้สึกไม่สบายและทรมาณมากและพยายามออกจากสถานการณ์นั้นเมื่อไปพบแพทย์

### **2.Specific and Social Phobia**

Specific Phobia ผู้ป่วยมีอาการกลัวมากและเป็นทุกครั้งที่พบสิ่งของ สัตว์ หรือ สถานการณ์บางสถานการณ์ ความสูง ถูกลึกดำ หรือกลัวว่าจะพบสิ่งที่กลัว คือพยายามหลีกเลี่ยง ถ้าเลี่ยงไม่ได้ผู้ป่วยจะมีอาการกลัวอย่างมาก หรือมีความรู้สึกไม่สบายมากถึงขั้นเป็น panic attack ได้ ซึ่งคนที่กลัวก็จะรู้ว่าไม่มีเหตุผลและกลัวมากจนเกินไป

ส่วน Social Phobia นั้น เป็นลักษณะของการกลัวในเรื่องกริยาท่าทางขณะอยู่ในสังคม (Interpersonal situation) ในสถานการณ์บางอย่าง เช่น การเขียนหนังสือต่อหน้าคนแปลกหน้า และผู้ป่วยมีอาการวิตกกังวลและพยายามหลีกเลี่ยงจากสถานการณ์นั้นที่ผู้ป่วยคิดว่ากริยาที่แสดงออกมาจะถูกวิจารณ์โดยคนในสังคม ผู้ป่วยรู้ว่าเป็นความกลัวที่มากขึ้นไปจนเป็นปัญหากับหน้าที่การทำงานและชีวิตประจำวัน สถานการณ์อย่างใดอย่างหนึ่งที่กลัวจะเป็นประสบการณ์ที่ซ้ำๆ

### 3. Obsessive-Compulsive disorder

ภาวะการย้ำคิดย้ำทำ เป็นหนึ่งในความวิตกกังวลที่พบบ่อยในปัจจุบัน ซึ่งภาวะนี้จะแสดงออก โดยการมีภาวะย้ำคิด (Obsession) ได้แก่ การที่มีความคิด (Thinking) ความเห็น (Idea) ความรู้สึก (Feeling, Sensation) มโนภาพ (Image) หรือความต้องการ (Impulse) เกิดขึ้นบ่อยๆ ซ้ำๆ ครอบงำผู้ป่วย และไม่ใช่เกี่ยวกับปัญหาหรือการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยที่ผู้ป่วยไม่สามารถห้ามหรือขจัดออกไปหรือหันเหความสนใจไปสู่สิ่งอื่น ทำให้ผู้ป่วยกังวลอย่างมากและเป็นความคิดของผู้ป่วยเอง ในส่วนของภาวะย้ำทำ (Compulsion) จะเป็นการกระทำซ้ำๆ ที่ตั้งใจซึ่งอาจจะเป็นผลของความคิดหรือสิ่งๆ ที่ผู้ป่วยคิดว่าควรจะทำ เพื่อให้เกิดความสบายใจหรือหลีกเลี่ยงจากความกลัวบางสิ่งบางอย่าง ซึ่งการกระทำซ้ำๆ นั้น อาจจะไม่เป็นเหตุเป็นผลกับสิ่งๆ ที่ผู้ป่วยคิดหรือกลัวก็ได้ โดยที่ Obsession จะก่อให้เกิดความวิตกกังวลส่วน Compulsion ทำแล้วผู้ป่วยจะหายกังวล

### 4. Generalized Anxiety disorder

จะเป็นภาวะวิตกกังวลที่มีความวิตกกังวลอย่างมากและหลายเรื่อง เป็นเรื่องกังวลที่ไม่สมเหตุสมผล เช่นกังวลเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง ทั้งๆ ที่ไม่พบพยาธิสภาพของโรค กลัวจะไม่มีเงินใช้ (ทั้งๆ ที่มีเงินทองมากมาย) กลัวลูกจะเป็นอันตราย (ทั้งๆ ที่ทุกคนก็ใช้ชีวิตปกติเหมือนคนอื่นๆ ทั่วไป) ร่วมกับมีอาการทางกาย เช่น เหนื่อยง่าย อ่อนเพลีย ไม่มีแรง กระวนกระวาย นิ่งไม่คิด หงุดหงิดง่าย ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อติดต่อกันนานเกิน 6 เดือน

### 5. Posttraumatic stress disorder

ภาวะวิตกกังวลนี้จะเป็นความวิตกกังวลเกี่ยวกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในอดีต ซึ่งผู้ป่วยเองประสบกับเหตุการณ์นั้นอย่างรุนแรงกับตนเองทำให้ผู้ป่วยฝังใจและครุ่นคิดถึงเหตุการณ์นั้นอยู่ตลอดเวลา เช่น เหตุการณ์ที่เกี่ยวกับความเป็นความตาย อุบัติเหตุที่รุนแรง ภัยพิบัติทางธรรมชาติ เป็นต้น ซึ่งเมื่อผ่านมาระยะหนึ่งผู้ป่วยเองยังไม่สามารถลืมเหตุการณ์เหล่านั้นได้ นึกถึงเหตุการณ์ดังกล่าวซ้ำๆ ด้วยความกลัวและไม่สบายใจ ไม่ว่าจะมีความกลัว อาการในเรื่องความคิด ภาพเหตุการณ์ ความฝัน ทำให้ผู้ป่วยพยายามหลีกเลี่ยงจากสิ่งที่กระตุ้นถึงเหตุการณ์นั้น และส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน

ความวิตกกังวลเพียงเล็กน้อย หรือในระดับที่ไม่มากจนเกินไปมีลักษณะเป็นแรงจูงใจที่สำคัญอย่างหนึ่งซึ่งทำให้เรารู้จักกระตือรือร้นที่จะจัดการหน้าที่ของตนเองให้ลุล่วงไปด้วยดี เมื่อใดก็ตามที่อาการวิตกกังวล มีความรุนแรงและรู้สึกต่อเนื่องอยู่นานจนทำให้บุคคลนั้นไม่สามารถกระทำการที่จำเป็นหรือในสิ่งที่ตนเองต้องการและไม่สามารถหาทางจัดการหรือทนต่อไปอีกได้ก็นับว่าอาการวิตกกังวลนั้นก่อให้เกิดปัญหาและเมื่อเป็นเช่นนี้บุคคลนั้นๆ อาจไม่สามารถควบคุมความคิดวิตกกังวลได้และไม่สามารถหยุด ความกังวลได้เอง[26] และจะถือว่าเป็นความวิตกกังวลที่ผิดปกติไป ต่อเมื่อความวิตกกังวลนี้มากจนรบกวนกิจวัตรประจำวัน หรือเป้าหมายของงานต่างๆ และกระทบต่ออารมณ์ความรู้สึกอย่างมาก[27]

## ทฤษฎีของความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลเป็นอารมณ์อย่างหนึ่ง ที่ได้รับการศึกษามานานแล้ว ตั้งแต่ระยะเริ่มต้นของจิตวิเคราะห์ ในมุมมองของตัวแบบทางจิตสังคม ทฤษฎีของความวิตกกังวล[28]แบ่งออกได้ดังนี้

### 1. ความวิตกกังวลในฐานะเป็นความขัดแย้งในจิตไร้สำนึก (Anxiety as an Unconscious Conflict)

ทฤษฎีนี้ได้รับอิทธิพลจากทฤษฎีจิตวิเคราะห์ของ Freud ซึ่งเชื่อว่า ความวิตกกังวลเป็นผลของความขัดแย้งในจิตไร้สำนึกระหว่างพลังกระทบของ Id ที่ส่วนใหญ่ได้แก่แรงขับทางเพศ และความก้าวร้าว กับการควบคุมของ Ego และ Superego พลังกระทบของ Id หลายอย่างอาจก่อให้เกิดการคุกคามต่อคนเราเพราะว่าไปขัดแย้งกับค่านิยมของคนหรือบรรทัดฐานที่สังคมวางไว้ ความวิตกกังวลแบบนี้พอจะแยกออกได้เป็น

1.Signal anxiety ความวิตกกังวลในแนวคิดนี้มีหน้าที่เป็นสัญญาณ เพื่อเตือนให้รู้ว่า Ego กำลังถูกคุกคามจากแรงขับสัญญาณ หรือ Id ดังนั้นเมื่อใดก็ตามที่การตอบสนองความพอใจของ Id ไม่เป็นที่ยอมรับโดย Ego ความวิตกกังวลจะเกิดขึ้นและคนเราก็มักหาทางจัดการกับความรูสึกเช่นนี้โดยใช้กลไกป้องกันทางจิต (Defense Mechanisms) ชนิดต่างๆ

2.Separation anxiety เป็นความวิตกกังวลที่เกี่ยวข้องกับความกลัวว่าจะถูกทอดทิ้งหรือสูญเสียบุคคลที่ตนต้องการ พบได้บ่อยในเด็กที่ยังต้องพึ่งพาอาศัยพ่อแม่ คนที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะ

3.Castration anxiety ความวิตกกังวลในผู้ชายอาจมีสาเหตุมาจากความกลัวว่าอวัยวะเพศจะถูกตัดออกไป ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของปมปีตุมาต (Oedipus complex) ที่ยังหลงเหลืออยู่ ความวิตกกังวลเช่นนี้มักแสดงออกมาในรูปของความกลัวว่าร่างกายอาจถูกทำลาย อวัยวะบางส่วนอาจถูกตัดออกไป หรือความสามารถของตนถูกทำให้ด้อยลง

4.Superego anxiety เกิดจากความขัดแย้งระหว่าง Superego กับ Id มโนธรรมหรือความรู้สึกผิดชอบชั่วดีต้องการให้มีการลงโทษ นอกจากความวิตกกังวลแล้วผลตามมาที่สำคัญอีกอย่างหนึ่งคือความสำนึกผิด

5.Id หรือ Impulse anxiety บางครั้งผู้ป่วยแสดงความกลัวหรือความวิตกกังวลอย่างสุดขีดหรืออาการตื่นตระหนกออกมา รู้สึกว่าตนไม่สามารถควบคุมแรงผลักดันภายในบางอย่างได้ อยากแสดงพฤติกรรมที่ไร้เหตุผล หรือบ้าๆ บอๆ ออกมา

### 2. ความวิตกกังวลในรูปแบบของการตอบสนองที่เกิดจากการเรียนรู้ (Anxiety as a Learned Response)

เมื่อเปรียบเทียบกับทฤษฎีจิตวิเคราะห์ แนวความคิดของทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social learning theory) มิได้มุ่งไปที่ความขัดแย้งภายในจิตใจ แต่กลับเน้นให้เห็นว่าความวิตกกังวลมีความเกี่ยวข้องกับสถานการณ์บางอย่างโดยอาศัยการเรียนรู้

ผู้ใหญ่บางคนอาจยังคงหลีกเลี่ยงหนีสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลในวัยเด็ก ถ้าเขาไม่มีโอกาสพิจารณาอีกครั้งถึงธรรมชาติที่แท้จริงของสิ่งที่มาคุกคามหรือหาวิธีที่จะจัดการกับสถานการณ์ เช่นนั้น ได้อย่างเหมาะสม คนที่ตกอยู่ภายใต้ความกลัวภายใต้ความกลัวอย่างรุนแรงในวัยเด็กมีแนวโน้มที่จะเป็นคนที่มีความวิตกกังวลสูงต่อไป นอกจากนั้นเด็กยังเรียนรู้ลักษณะการตอบสนองต่อความวิตกกังวลจากพ่อ แม่ ได้

**3.ความวิตกกังวลในรูปแบบที่ขาดการควบคุม (Anxiety as Lack of Control)** คนบางคนประสบความวิตกกังวลทุกครั้งที่ต้องเผชิญกับสถานการณ์ซึ่งดูเหมือนว่าอยู่นอกเหนือการควบคุมของเขา อาจเป็นสถานการณ์ที่ใหม่ ซึ่งบางครั้งเขาต้องเข้าไปจัดการและผสมผสานให้เข้ากันกับโลกทัศน์รวมทั้งโมภาพของเขา ความรู้สึกเกี่ยวกับการขาดความช่วยเหลือ และการไม่สามารถควบคุมสิ่งที่กำลังเกิดขึ้นได้ เป็นแกนสำคัญของทฤษฎีของความวิตกกังวลส่วนใหญ่ ตัวอย่างตามทฤษฎีจิตวิเคราะห์ ความวิตกกังวลเกิดขึ้นเมื่อ Ego ถูกควบคุมโดยแรงขับที่ไม่อาจควบคุมได้ ตามทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม คนเรารู้สึกวิตกกังวลเมื่อต้องเผชิญกับสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความปวดร้าวหรือความกลัว ซึ่งสามารถควบคุมได้เพียงอย่างเดียวโดยการหลีกเลี่ยง ระดับของความวิตกกังวลที่คนเราประสบ ในสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดส่วนใหญ่ขึ้นอยู่กับความรู้สึกว่าเราสามารถควบคุมเหตุการณ์ดังกล่าวได้มากน้อยเพียงไร

#### **4.ความวิตกกังวลในรูปแบบการตอบสนองทางสรีรวิทยา (Anxiety as a Physiological Response)**

มีหลักฐานที่แสดงให้เห็นว่า Catecholamines เกี่ยวข้องกับปฏิกิริยาของความเครียด และความวิตกกังวล ความสนใจได้มุ่งไปที่ ตำแหน่งของการเกิดความวิตกกังวลในสมอง ปัจจุบันความเจริญทางประสาทวิทยาศาสตร์ก้าวหน้าไปอย่างมาก มีหลักฐานทางการวิจัยเพิ่มขึ้น เพื่อแสดงให้เห็นว่า กลไกทางชีวภาพมีความเชื่อมโยงกับการเกิดอาการวิตกกังวลบางอย่าง

กลไกทางประสาทสรีรวิทยา อาจก่อให้เกิดรูปแบบที่มีการปรับตัวของความวิตกกังวลที่มีลักษณะเป็นสัญญาณ (Signal anxiety) รวมทั้งรูปแบบที่มีพยาธิสภาพวิทยาของความวิตกกังวลเรื้อรังได้ ปัจจุบันยอมรับว่าการรักษาทางจิตใจมีผลอย่างสำคัญต่อการทำงานของสมอง และอาจมีอิทธิพลต่อกลไกทางชีวภาพของความวิตกกังวลที่เกี่ยวข้องด้วย[29]

#### **การปรับตัวเมื่อเผชิญกับความวิตกกังวล**

เมื่อบุคคลใดเกิดความวิตกกังวลขึ้นในชีวิตประจำวันซึ่งเป็นความวิตกกังวลในระดับต่ำมักจะมี การปรับตัวได้ ภาวะวิตกกังวลในบางลักษณะสามารถก่อให้เกิดประโยชน์ได้เนื่องจากกระตุ้นให้บุคคลมีความตื่นตัวและเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานและทำหน้าที่ต่างๆได้ แต่ถ้าความวิตกกังวลมากเกินไปก็ จะทำให้เกิดผลเสียตามมา[30] ซึ่งผลที่ตามมาของแต่ละบุคคลก็แตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับว่าบุคคลนั้นมีวิธีเผชิญกับปัญหาอย่างไร ซึ่งพบได้ 4 ลักษณะดังนี้คือ

1.การเผชิญโดยมุ่งที่ปัญหา (task-oriented reaction) หมายถึง การพยายามแก้ไขปัญหาลดความวิตกกังวลโดยใช้สติปัญญามองตามสถานะความเป็นจริง เพื่อลดความขัดแย้ง และสร้างความพึงพอใจ เป็นปฏิกิริยาที่บุคคลทำไปโดยรู้สึกตัว เช่น การต่อสู้ การหลีกเลี่ยง การประนีประนอม เป็นต้น การแก้ไขปัญหามีประสิทธิภาพเพียงใดขึ้นกับความมั่นใจของแต่ละบุคคลที่คิดว่าจะสามารถแก้ปัญหานั้นให้ลุล่วงไปได้รวมทั้งประสบการณ์ในอดีตที่เคยแก้ปัญหาลักษณะเดียวกันได้และยังขึ้นกับความเชื่อที่ว่าตนเองจะสามารถทนอยู่กับปัญหานั้นๆ ได้

2.การเผชิญโดยใช้กลไกทางจิต (ego-oriented reaction) หมายถึง การใช้กระบวนการทางจิตที่เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติขจัดความวิตกกังวลให้หมดไปจากจิตสำนึก มิได้แก้โดยตรงที่ปัญหา กลไกทางจิตที่พบได้บ่อย ได้แก่ การเก็บกด การหาเหตุผลเข้าข้างตัวเอง การโยนความผิดให้ผู้อื่น เป็นต้น กลไกเหล่านี้ อาจทำให้จิตใจคลายความวิตกกังวล แต่ เป็นการที่บุคคลหลีกเลี่ยงหรือหลบหนีปัญหาถ้าใช้บ่อยๆ อาจเกิดเป็นนิสัย หรืออาจเกิดเป็นโรคจิตประสาทได้

3.การแปลงผันเป็นอาการทางจิต (Psychological conversions) ถ้าการใช้กระบวนการทางจิตไม่ประสบผลสำเร็จและระดับของความวิตกกังวลยังคงสูงอยู่ บุคคลอาจใช้กลไกการจัดการที่ผิดปกติ และผันแปรไปเป็นโรคประสาทได้ เช่น เกิดความกลัว (Phobia reaction) ต่อสิ่งที่ไม่มียอันตรายต่อบุคคลนั้นๆ การสูญเสียการรู้ตัวในช่วงที่มีความวิตกกังวลสูง (Dissociative reaction) การเกิดภาวะย้ำคิดย้ำทำ เป็นต้น

4.การแปลงผันเป็นอาการทางกาย หมายถึงการที่ความวิตกกังวลจะเปลี่ยนเป็นอาการทางกายแทนซึ่งจะมีผลกระทบต่อระบบต่างๆ ของร่างกายได้แก่ผิวหนัง ระบบทางเดินหายใจ ระบบหลอดเลือดและหัวใจ ระบบกล้ามเนื้อ ระบบทางเดินอาหาร และระบบขับถ่าย เช่น แขนขาเป็นอัมพาต ชัก หรือพูดไม่ได้

#### อาการของภาวะวิตกกังวล

เมื่อตกอยู่ภายใต้ภาวะวิตกกังวล บุคคลอาจมีอาการดังต่อไปนี้[29, 30, 31]

1.ด้านร่างกาย เกิดการกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติโดยเฉพาะ ประสาท Sympathetic ทำให้เกิดการ ทำงานของระบบต่างๆ ในร่างกายเปลี่ยนแปลงไปและเกิดอาการต่างๆ เช่น ใจสั่น หัวใจเต้นเร็ว ชีพจรเพิ่ม เหงื่อออก ความดันโลหิตสูงขึ้น วิงเวียน เป็นลม มือทำเย็น เหงื่อออก หน้าอก หายใจเป็นจังหวะ สั่น ไม่เต็มที่ อาการอยู่ไม่นิ่ง กล้ามเนื้อตึงตัว ปวดเมื่อย อ่อนเพลีย ท้องอืด คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร รู้สึกปั่นป่วนในท้อง ท้องเดิน ท้องผูก ปวดแสบปวดร้อนในกระเพาะอาหาร รู้สึกซ่าๆ บริเวณปลายมือปลายเท้า ประจำเดือนผิดปกติไปจนถึงนอนไม่หลับ

**2.ด้านอารมณ์** ทำให้เกิดความตึงเครียด อึดอัด หวาดหวั่น หงุดหงิด กระวนกระวาย อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย ท้อแท้ ลึกลับ รู้สึกไร้คุณค่า ต่ำหนืดตนเองและผู้อื่น รู้สึกว่ามีสิ่งเลวร้ายเกิดขึ้นและไม่สามารถควบคุมอารมณ์หรือช่วยเหลือตนเองได้ บางคนอาจมีความคาดหวังที่น่าสะพรึงกลัว คิดกลับไปมา ขอบคาคการณ์ล่วงหน้าว่าจะมีเคราะห์ร้ายเกิดขึ้นกับตนหรือคนอื่น มักคิดตนไปก่อนไข้ กลัวว่ากำลังจะตาย กำลังจะเป็นบ้าหรือเสียสติ

**3.ด้านพฤติกรรม** มีการแสดงออกของพฤติกรรมทั้งคำพูดและท่าทาง เช่น หน้ามึนคิ้วขมวด กระสับกระส่ายกำมือแน่น พูดเร็ว พูดซ้ำเรื่องเดิม ใจลอย เคลื่อนไหวโดยไม่มีจุดหมาย แยกตัว พฤติกรรมถดถอย หลีกเลียจจากบุคคลหรือสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล

**4.ด้านความคิด สติปัญญาและการรับรู้** โดยมีความคิดหมกมุ่น ฟุ้งซ่านไม่มีสมาธิ ความจำลดลง ลืมง่าย สับสน ความสามารถในการตัดสินใจลดลง สูญเสียการควบคุมตนเอง ระดับการรับรู้ลดลง

โดยสรุปอาการเด่นของภาวะวิตกกังวล ได้แก่ มีความวิตกกังวลเกินกว่าที่ควรจะเป็น คิดฟุ้งซ่าน สะอึกตกลใจง่าย นอนไม่หลับ ใจลอย และหลงลืมง่าย ร่วมกับมีอาการจากระบบประสาทอัตโนมัติ (Autonomic nervous system) ทำงานมากเกินไป ทำให้เกิดอาการใจสั่น เหงื่อออก หายใจได้ไม่เต็มที่มีมือเท้าชา แน่นท้อง เป็นต้น[32] เมื่อภาวะวิตกกังวลรุนแรงมากขึ้นก็อาจก่อให้เกิดกลุ่มโรควิตกกังวลได้ ผู้ที่เริ่มมีอาการไม่นาน เช่นยังไม่ถึงเดือน ส่วนใหญ่มักเป็นมาจากการที่ไม่สามารถปรับตัวต่อปัญหากดดันจากภายนอกได้ ( Adjustment disorder) ซึ่งผู้ป่วยจะมีอาการวิตกกังวลเป็นอาการเด่น ซึ่งจะเป็นความวิตกกังวลที่สัมพันธ์กับเรื่องที่มากดดันนั้น ส่วนอาการด้านระบบประสาทอัตโนมัติมักไม่ชัดเจนนัก

ผู้ป่วยในกลุ่มโรควิตกกังวล มักมีอาการมานานหลาย ๆ เดือน เช่น 5-6 เดือน บางรายมีอาการเรื้อรังมาเป็นปีๆ โรคที่พบบ่อยในเวชปฏิบัติทั่วไปได้แก่ Generalized anxiety disorder(GAD) และ panic disorder. ส่วน Phobic disorder และ Phobic Disorder และ Obsessive-Compulsive Disorder นั้นพบได้ไม่บ่อยนัก ส่วนการลดอาการวิตกกังวลในผู้ที่มีภาวะวิตกกังวลจากสภาพแวดล้อมที่กดดัน มีอาการนอนไม่หลับ รู้สึกตึงเครียด ที่นิยมใช้กันคือ การให้ยาในกลุ่ม Benzodiazepine ชนิด long acting ก่อนนอน โดยทั่วไปแล้วเมื่อสภาพแวดล้อมเปลี่ยนแปลงไป ผู้ป่วยปรับตัวได้ดีขึ้น หรือมีคนให้คำปรึกษาความวิตกกังวลก็จะลดลงได้ [9, 27, 32]

## งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยจิตเภท

รัชณี อุปเสน[33] กล่าวว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเภท ต้องใช้ระยะเวลาในการบำบัดรักษาที่ยาวนาน ย่อมทำให้ผู้ดูแลเกิดภาวะเครียด ผิดบาปและวิตกกังวลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยค่อนข้างมาก ความไม่แน่นอนของโรค ประกอบกับอาการของผู้ป่วยที่ไม่ดีขึ้นหรือรุนแรงมากกว่าเดิม ย่อมทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความท้อแท้หมดกำลังใจหรือเพิกเฉยต่อการดูแลผู้ป่วยไป ซึ่งจะก่อให้เกิดความเครียดเนื่องจากความวิตกกังวลในเรื่อง การดูแลด้านต่างๆ ของผู้ป่วยมากขึ้น แต่ด้วยความรับผิดชอบและความห่วงใยที่ผูกพันซึ่งกันและกัน ตามลักษณะครอบครัวของคนไทย ทำให้บุคคลที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องแสดงบทบาทในการดูแลผู้ป่วยต่อไปภายใต้ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นอยู่ตลอดเวลา

มูจรินทร์ พัดน้อย[34] กล่าวว่า ความวิตกกังวลต่อตัวผู้ป่วยของญาติผู้ดูแล แสดงออกมาในลักษณะของความเป็นห่วงเป็นใยในด้านความสามารถของผู้ป่วยที่บกพร่องไปไม่ว่าจะเป็นด้านการดูแลตนเอง การตัดสินใจ การรับรู้รวมถึงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วย ที่ขาดความเข้าใจสภาพความเป็นจริง ดังนั้นผู้ดูแลจึงมีความสำคัญมากในการที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเหล่านี้อย่างใกล้ชิด ไม่ว่าจะเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยทานยาอย่างสม่ำเสมอ การไปพบแพทย์ตามนัด ตลอดจนกระตุ้นและฝึกฝนให้ผู้ป่วยสามารถรับผิดชอบตนเองได้ อยู่ร่วมกับสังคม ครอบครัวและชุมชนได้อย่างมีความสุข ซึ่งการปฏิบัติเหล่านี้ล้วนก่อให้เกิดความวิตกกังวลต่อญาติผู้ดูแลทั้งสิ้น เพราะผู้ดูแลเองมักคิดว่าเป็นการดำเนินชีวิตที่เต็มไปด้วยความไม่มั่นใจและไม่เคยมีอยู่ในรูปแบบของการดำเนินชีวิตตามปกติซึ่งเกรงว่าอาจจะส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วยได้

ชะฤทธิ พงศ์อนุตรี[35] อธิบายว่า การที่ญาติผู้ดูแล ต้องรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ย่อมทำให้ญาติเกิดการตอบสนองทางอารมณ์ต่างๆ ความวิตกกังวล (Anxiety) เป็นอีกภาวะความรู้สึกหนึ่งที่ทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกตึงเครียดตลอดเวลา คอยเฝ้าดูว่าผู้ป่วยจะมีการกำเริบขึ้นอีกเมื่อใด ญาติบางคนรู้สึกว่าตนผิด คิดว่าตนมีส่วนทำให้ผู้ป่วยเกิดโรคนี้ ญาติหลายครอบครัวมีความรู้สึกเครียดถึงขนาดที่ต้องการใครสักคนที่จะพูดคุยด้วย เพื่อจะได้รับรู้ความรู้สึกและปัญหาซึ่งกันและกัน

ภรดี ไชยสิน[36] กล่าวว่า การเข้าไปยุ่งเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยมาก หรือแสดงความวิตกกังวลเกี่ยวกับการใช้ชีวิตของผู้ป่วยมากเกินไปทำให้ญาติผู้ดูแลมักจะแสดงออกถึงความเสียสละ (Self-Sacrificing) หรือ กระทำแทนผู้ป่วย (Devoted Behavior) จนทำให้ลืมนึกไปว่า การกระทำดังกล่าว นั้นเป็นการแสดงออกที่ไปจำกัดความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วย และยังเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ขาดอิสระในการตัดสินใจหรือกระทำการใดๆ ด้วยตนเอง

ประไพศรี บูรณางกูร[37] กล่าวว่า ปัจจัยของความวิตกกังวลในการดูแลผู้ป่วยโรคจิต ส่วนใหญ่ญาติมักจะมี ความวิตกกังวลในด้านอาการและการดูแลผู้ป่วยมากที่สุด โดยจะมีความเป็นห่วงต่อความเจ็บป่วยที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยอีกนอกเหนือจากความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ มีความลำบากใจในการดูแลผู้ป่วยเมื่อมีอาการกำเริบ รวมทั้งวิตกกังวลว่าในอนาคตผู้ป่วยจะใช้ชีวิตอย่างไรถ้าหากตนเองไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้ จากความวิตกกังวลดังกล่าวญาติผู้ดูแลมักจะให้การดูแลผู้ป่วยอย่างทะนุถนอม ตามใจและรักษาน้ำใจอยู่เสมอ ส่วนความวิตกกังวลด้านเศรษฐกิจและสังคมนั้น ญาติส่วนใหญ่จะวิตกในเรื่องค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น และการเสียเวลาในการที่ต้องพาผู้ป่วยไปพบแพทย์จนทำให้ต้องสูญเสียรายได้จากการประกอบอาชีพหลักไปนอกจากนี้ เอื้ออารีย์ สาลิกา[38] ยังพบว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเอง จะมีความวิตกกังวลต่อผู้ป่วยที่เป็นเพศชายในส่วนของกรกลัวว่าจะไปสร้างความเดือดร้อนหรือก่อความเสียหายให้กับผู้อื่นเป็นหลัก ส่วนในผู้ป่วยเพศหญิงจะวิตกกังวลในส่วนของกรกลัวที่จะถูกล่อลวงสู่การกระทำผิดทางเพศโดยบุคคลอื่นมากกว่า

ความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยจิตเภทมักเกิดจากการที่ต้องเผชิญกับความเครียด ซึ่งถือว่าเป็นความเครียดเรื้อรังจากปัญหาของผู้ป่วย การเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว ไม่ว่าจะเป็นใครก็ตาม ล้วนก่อให้เกิดความวิตกกังวลแก่ญาติผู้ดูแลทั้งสิ้น ซึ่งเป็นเพราะว่าตัวญาติเองไม่มีความรู้เกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยเป็น รวมถึงการบำบัดรักษาที่ถูกต้องต่อผู้ป่วย จึงทำให้ญาติมีความเป็นห่วงเป็นใยผู้ป่วยเป็นอย่างมากเพิ่มขึ้น [39]

บุญวดี เพชรรัตน์ และ พิไลรัตน์ ทองอุไร[40] พบว่าญาติผู้ป่วยทางจิตที่มีเพศ ช่วงอายุ ศาสนา สถานภาพการสมรส สถานภาพภายในครอบครัว ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และระดับฐานะทางเศรษฐกิจที่แตกต่างกัน มีปัญหาความวิตกกังวลต่อผู้ป่วยทางจิตทั้งความวิตกกังวลโดยรวม เฉพาะด้านอาการและการดูแลผู้ป่วย ด้านสังคมและเศรษฐกิจของผู้ป่วยและญาติ ไม่แตกต่างกัน ส่วนระดับการศึกษาที่แตกต่างกัน จะมีปัญหาความวิตกกังวลโดยรวม ด้านสังคมและเศรษฐกิจของผู้ป่วยและญาติ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และญาติผู้ป่วยที่มีอาชีพแตกต่างกัน จะมีปัญหาความวิตกกังวลเฉพาะด้านสังคมและเศรษฐกิจของผู้ป่วยและญาติแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และยังพบว่าญาติผู้ป่วยเกือบทุกสถานภาพทางสังคมจะมีปัญหาความวิตกกังวลต่อผู้ป่วยระหว่างด้านอาการและการดูแลผู้ป่วย กับด้านสังคมและเศรษฐกิจของผู้ป่วยและญาติ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้นญาติผู้ป่วยซึ่งมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็นบุตร มีอาชีพรับจ้าง และมีระดับฐานะทางเศรษฐกิจดีมาก จะมีปัญหาความวิตกกังวลระหว่างสองด้านดังกล่าวไม่แตกต่างกัน นอกจากนี้ยังพบว่า ญาติผู้ป่วยเกือบทุกสถานภาพทางสังคมมีปัญหาความวิตกกังวลด้านอาการและการดูแลผู้ป่วยมากกว่าด้านสังคมและเศรษฐกิจของผู้ป่วยและญาติ ยกเว้นญาติผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาระดับอุดมศึกษาขึ้นไปเป็นหัวหน้าครอบครัว และมีอาชีพรับราชการ จะมีปัญหาความวิตกกังวลต่อผู้ป่วยในด้านสังคมและเศรษฐกิจของผู้ป่วยและญาติมากกว่าด้านอาการและการดูแลผู้ป่วย

วรช นิชกุล[41] กล่าวว่าญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความเครียดและความวิตกกังวลสูงสุดเกี่ยวกับความกังวลว่ามีโอกาสน้อยมากที่จะรักษาผู้ป่วยให้หายดีดั้งเดิม มีความเครียดระดับปานกลางเกี่ยวกับด้านสัมพันธภาพภายในครอบครัว พฤติกรรมของผู้ป่วยชีวิตสังคมและส่วนตัวของญาติ และความน่าอับอายเรื่องโรคจิต นอกจากนี้ยังพบว่า บิดาหรือมารดาที่มีความเครียดสูงกว่าญาติอีกกลุ่ม เกี่ยวกับผู้ป่วยไม่ช่วยทำงานบ้านและความเชื่อที่ว่า การเลี้ยงดูหรือการปฏิบัติของญาติมีส่วนทำให้ผู้ป่วยป่วยเป็นโรคจิต คู่สมรสหรือพี่-น้อง หรือบุตรมีความเครียดสูงกว่าบิดาหรือมารดาเกี่ยวกับเรื่องการใช้อารมณ์กับผู้ป่วย การให้บริการที่โรงพยาบาลล่าช้าและความเชื่อของญาติว่าผู้ป่วยและพบว่าญาติที่มีภูมิลำเนาในชนบทมีความเครียดสูงกว่าญาติผู้ป่วยที่อยู่ในเมือง

สนาม บินชัย[42] กล่าวว่าความเครียดและความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านครึ่งหนึ่งมีความเครียด โดยหนึ่งในสี่มีระดับความเครียดเล็กน้อย พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านของญาติผู้ป่วยจิตเภท ครึ่งหนึ่งไม่ได้ดูแล ผู้ป่วยไม่กินยา มากกว่าครึ่งหนึ่งมีการดูแลผู้ป่วยไม่พูด ซึมเฉย แยกตัว ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม การดูแลผู้ป่วยหวาดกลัว คุร้าย วุ่นวาย ทำลายของ และการดูแลผู้ป่วยทำกิจวัตรด้วยตนเอง ปัจจัยการศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนของญาติผู้ป่วยจิตเภท ส่วน ปัจจัย เพศ อายุ รายได้ครอบครัว อาชีพ สถานภาพบุคคลไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนของญาติผู้ป่วยจิตเภท ปัจจัยเพศ อายุ รายได้ครอบครัว การศึกษา สถานภาพบุคคล ลักษณะครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ความเครียดมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนของญาติผู้ป่วยจิตเภท อายุ และระดับการศึกษาต่างกันมีผลให้ความเครียดของญาติผู้ป่วยจิตเภทต่างกัน ส่วนรายได้ครอบครัว อาชีพ และลักษณะครอบครัวต่างกันมีผลให้ความเครียดของญาติผู้ป่วยจิตเภทไม่ต่างกัน

ประไพศรี บูรณางกูร[43] กล่าวว่าปัจจัยความวิตกกังวลของญาติต่อผู้ป่วยโรคจิตในด้านอาการและการดูแลผู้ป่วยอยู่ ได้แก่ ห่วงใยต่อความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ถ้าหากใจในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อมีอาการ กังวลว่าในอนาคตผู้ป่วยจะดำเนินชีวิตต่อไปอย่างไร ต้องตามใจและถนอมน้ำใจผู้ป่วยเสมอ และไม่ทราบว่าจะดูแลผู้ป่วยถ้าญาติต้องเสียชีวิต สำหรับปัจจัยความวิตกกังวลของญาติต่อผู้ป่วยโรคจิต ในด้านสังคมและเศรษฐกิจอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ เสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นเป็นค่าเดินทางและค่ายาเมื่อพาผู้ป่วยมาพบแพทย์ ญาติขาดรายได้เมื่อต้องพาผู้ป่วยมาพบแพทย์ ญาติต้องเสียเวลาทำงานเพื่อพาผู้ป่วยมาพบแพทย์ญาติหรือสมาชิกคนใดคนหนึ่งในครอบครัวต้องหยุดงานดูแลผู้ป่วยทำให้ขาดรายได้ และขาดรายได้จากการประกอบอาชีพของผู้ป่วย

ปรารธนา บริจันท์[44] กล่าวว่าพฤติกรรมกรรมการเผชิญปัญหาของญาติผู้ป่วยโรจิต ด้านอารมณ์ 5 อันดับแรก ได้แก่ กังวลใจ ปลอดภัยตัวเองว่า "อย่ากังวลไปเลยทุกอย่างทุกอย่างคงจะคลี่คลายไปในทางที่ดีขึ้น" หวังว่าทุกสิ่งทุกอย่างจะดีขึ้น เตรียมพร้อมที่จะรับเหตุการณ์ที่อาจเลวร้ายที่สุด การปลอดภัยหรือช่วยเหลือจากญาติสนิทหรือเพื่อน ส่วนพฤติกรรมกรรมการแก้ปัญหาของญาติผู้ป่วยโรจิต 5 อันดับแรก ได้แก่ ยอมรับเหตุการณ์หรือสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดตามที่เป็นอย่างจริง ยอมรับในสิ่งที่ดี รองลงมาจากสิ่งที่ต้องการจริง พยายามควบคุมเหตุการณ์หรือสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดเท่าที่จะทำได้ คิดหาวิธีการต่าง ๆ เพื่อแก้ปัญหาหรือควบคุมเหตุการณ์หรือสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียด พยายามมองเหตุการณ์หรือสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดนั้นอย่างมีความหมาย

Brag G.[45] กล่าวว่า วิธีการหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ดูแลลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยนั้นก็คือ การที่ผู้ดูแลต้องมีความสม่ำเสมอในการดูแลผู้ป่วย ให้ความรัก ความเอาใจใส่ อยู่เป็นเพื่อนกับผู้ป่วย เพื่อสร้างความมั่นใจให้กับผู้ป่วยว่า เขาไม่ได้แตกต่างจากผู้อื่นในสังคม และที่สำคัญ อย่ากดดันผู้ป่วยให้ทำอะไรอย่างโน้นอย่างนี้ ควรใช้วิธีการอธิบายและวิธีการอื่นๆ ที่นิ่มนวลกว่าการบังคับขู่เข็ญ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้สัมผัสกับประสบการณ์ต่างๆ ด้วยตนเองเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ว่าควรจะทำอย่างไรต่อสถานการณ์ต่างๆ เหล่านี้ได้อย่างไรจึงจะเหมาะสมโดยญาติผู้ดูแลเองมีหน้าที่กำกับและอธิบายถึงผลที่จะตามมาภายหลังการตัดสินใจของผู้ป่วย

Dyck D.G.[46] กล่าวว่า เมื่อมีผู้ป่วยจิตเภทเกิดขึ้นในบ้าน ผู้ดูแลมักจะกลัดกลุ้มเกี่ยวกับปัญหาที่กำลังจะเกิดขึ้นตามมา รวมถึงพยายามที่จะหลีกเลี่ยงกับปัญหาเหล่านั้น และในขณะเดียวกันก็พยายามสร้างขอบเขตของตัวเองกับผู้ป่วยเพิ่มขึ้น นั่นเป็นเพราะว่าไม่อยากเข้าไปยุ่งเกี่ยวกับความเจ็บป่วยนั้น ซึ่งคิดว่าการสร้างขอบเขตของผู้ดูแลขึ้นอยู่กับ วัฒนธรรม ศาสนา การได้รับการสนับสนุนจากคนอื่นๆ ในบ้าน เพื่อน หรือคนรอบข้าง ซึ่งอย่างน้อยการสร้างขอบเขตดังกล่าวก็ช่วยเสริมสร้างกำลังใจให้กับตัวเองในการที่จะดูแลผู้ป่วยอยู่

Case S.[47] กล่าวว่า สิ่งที่ผู้ดูแลวิตกกังวลและต้องการหาคำตอบ ในขณะที่ต้องดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ อย่างแรกคือความเจ็บป่วยของผู้ป่วยว่าจะมีแนวโน้มของอาการเป็นไปในทิศทางใดและต้องให้การดูแลอย่างไรจึงจะถูกต้องเหมาะสม อย่างที่สองคือความปลอดภัยของตนเองในขณะที่ให้การดูแลผู้ป่วยว่าจะมีวิธีการอย่างไรบ้างที่จะดูแลตนเองไม่ให้ได้รับอันตรายจากผู้ป่วย อันดับต่อมาคือการรักษาทางการแพทย์ ทั้งการใช้ยาและวิธีการอื่น ซึ่งจะทำให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจได้ว่า ยังมีวิธีที่ดีที่สุดในการรับมือผู้ป่วยนอกเหนือจากการดูแลของญาติเพียงลำพัง และสุดท้ายคือการยอมรับจากคนรอบข้าง สังคม และชุมชน ซึ่งหากได้รับการสนับสนุนจากกลุ่มคนเหล่านี้ สภาพจิตใจของผู้ดูแลก็จะดีขึ้นเพราะคิดว่าอย่างน้อยๆ ก็มีคนอื่นเข้าอกเข้าใจตนเอง

Mitsonis N.K.[48] กล่าวว่า ปัจจัยที่ส่งเสริมให้ความวิตกกังวลในผู้ดูแลเพิ่มขึ้น ได้แก่ อาการของผู้ป่วยจิตเภทที่เรื้อรังและไม่มีความคืบหน้า การรับการรักษาที่ไม่ต่อเนื่องของผู้ป่วยเอง อาทิเช่น การไม่รับประทานยาสม่ำเสมอ การไม่ยอมไปพบแพทย์ตามนัด นอกจากนี้การสูญเสียแรงงานเนื่องจากการเจ็บป่วยของผู้ป่วย หรือการเสียแรงงานเนื่องจากต้องดูแลผู้ป่วยก็ดี ล้วนแล้วแต่สร้างปัญหาให้กับครอบครัวทั้งสิ้น ทั้งนี้ สังคมรอบข้างไม่ว่าจะเป็น เครือญาติ คนในชุมชน ก็เป็นปัจจัยภายนอกครอบครัวอีกประการหนึ่งที่ทำให้ผู้ดูแลต้องเผชิญกับความลำบากในการดำเนินชีวิตในสังคม



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## บทที่ 3

### วิธีดำเนินการวิจัย

#### รูปแบบการวิจัย (Research Design)

การศึกษาวิจัยนี้เป็น การวิจัยเชิงพรรณนา ศึกษา ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง ( Cross-sectional Descriptive study) โดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการศึกษา

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากรเป้าหมาย (Target Population)** คือ ญาติผู้ป่วยจิตเภท ที่เข้ามารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน ของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

**ประชากรตัวอย่าง (Population to be sample)** ได้แก่ ญาติผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ามารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน ของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ในช่วงเวลาที่ผู้วิจัยทำการศึกษา

**ตัวอย่าง (Sample)** คือ ญาติผู้ป่วยจิตเภท ที่เข้ามารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน ของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ซึ่งเป็นญาติของผู้ป่วยจิตเภท ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็น Schizophrenia เป็นผู้ดูแลและรับผิดชอบผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป อยู่ร่วมครอบครัวเดียวกับผู้ป่วย ดูแลผู้ป่วยโดยไม่มีค่าตอบแทนเป็นรางวัล และเป็นผู้ที่สามารถตอบคำถามเกี่ยวกับผู้ป่วยได้ จำนวน 1 คนจากครอบครัวของผู้ป่วย และลงนามในใบยินยอมการเข้าร่วมวิจัยนี้ ด้วยความสมัครใจ โดยผู้วิจัยเริ่มเก็บข้อมูล จากตัวอย่างดังกล่าวตั้งแต่ เดือนมกราคม – มีนาคม 2551 จำนวนทั้งสิ้น 120 คน ตามการคำนวณหาขนาดตัวอย่างตามสูตร[49] ดังนี้

$$n = \frac{Z^2 pq}{d^2}$$

n = ขนาดตัวอย่าง

Z = ระดับความเชื่อมั่นที่ 92.5% ซึ่งมีค่าเท่ากับ 1.78

P = อัตราการเกิดความเครียดจากการความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วย เท่ากับ 0.25[50]

q = 1-0.25 = 0.75

d = ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับ 0.075\*

กำหนดจากการคำนวณ หากกลุ่มตัวอย่าง ด้วยความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ ค่าต่างๆ และรวมกับจำนวนจากการเพิ่มความเชื่อมั่น 10 % กรณีไม่ตอบแบบสอบถาม ได้ดังนี้

ตารางที่ 1 ขนาดตัวอย่างตามการแปรของค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้

ระดับความเชื่อมั่น (ค่าความคลาดเคลื่อน)	จำนวนที่ได้ (คน)	เพิ่มความเชื่อมั่น 10% (คน)	รวม (คน)
0.1	50	5	55
0.075	105	11	116 **
0.05	288	29	317
0.025	1,505	150	1,655

จากข้อจำกัดเรื่องเวลาและจำนวนผู้ป่วยในจากข้อมูลการ รักษาผู้ป่วยประเภทผู้ป่วยใน ช่วงเดือน มกราคม – กุมภาพันธ์ 2551 พบว่า สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา รับผู้ป่วยจิตเภทไว้เป็นผู้ป่วยใน จำนวน 265 คน ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในกลุ่มประสาทจิตเวชศาสตร์สูงอายุ จำนวน 20 คน ดังนั้น จึงมี กลุ่มตัวอย่างที่พอจะทำการเก็บข้อมูลได้ เท่ากับ 245 คน

ดังนั้นจึงพิจารณาใช้ค่าความคลาดเคลื่อน 0.075 ในการศึกษาวิจัยนี้

-วิธีการเลือกตัวอย่าง เลือกตัวอย่างใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (Stratified Random sampling) ตามเพศ โดยกำหนดสัดส่วนเท่าๆกัน คือ เพศชาย 60 คน และเพศหญิง 60 คน จากนั้นในแต่ละเพศ กำหนดสัดส่วนจำนวนของญาติผู้ป่วยจิตเภทแยกตามหอผู้ป่วย ได้แก่หอผู้ป่วยสามัญและหอผู้ป่วยพิเศษ ดังตาราง 2 เนื่องจากการให้บริการในแง่ของการรักษาและการจัดสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้ป่วยจิตเภท ของสองรูปแบบนี้มีความแตกต่างกัน จึงจัดเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างโดยแบ่งตามประเภทหอผู้ป่วยด้วย

ตารางที่ 2 จำนวนผู้ป่วยในที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วย ของสถาบันจิตเวชศาสตร์

สมเด็จเจ้าพระยา ช่วง เดือน มกราคม – มีนาคม 2551

ประเภทหอผู้ป่วย	จำนวนผู้ป่วย	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
หอผู้ป่วยสามัญ	184	90
หอผู้ป่วยพิเศษ	61	30
รวม	245	120

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามที่ประกอบด้วย

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแล ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ ศาสนา สถานภาพ สมรส ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ภาวะสุขภาพ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย รายได้ของครอบครัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว และข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยที่ญาติรับรู้ ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพก่อนการเจ็บป่วย อายุเมื่อป่วยครั้งแรก ระยะเวลาเจ็บป่วยถึงปัจจุบัน การรักษาที่เคยได้รับ จำนวนครั้งที่รักษาแบบผู้ป่วยใน ความร่วมมือในการรับประทุพพิษ พดดิกรรมขณะผู้ป่วยอยู่ที่บ้าน จำนวนระยะเวลาในการนอนของผู้ป่วยในการรักษาครั้งนี้ และ สิทธิในการรักษา นอกจากนี้ยังมีข้อมูลด้านความพึงพอใจของญาติต่อระบบของโรงพยาบาล ได้แก่ ระบบการให้บริการ การเดินทางจากบ้านมาโรงพยาบาล ค่ารักษาที่เรียกเก็บ และการรอเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน

ตอนที่ 2 เป็นชุดแบบสอบถามเพื่อประเมินภาวะวิตกกังวล แบบสอบถามนี้เป็นแบบสอบถามให้ตอบคำถามด้วยตนเอง (Self-report questionnaire) [8] แปลเป็นภาษาไทยโดย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นิตยา ฅชภัคดี และคณะ จาก The State- Trait Anxiety Inventory (STAI) ของ Spielberger ซึ่งแบบสอบถามนี้ประกอบด้วย 2 ตอน คือ ตอนแรกเรียกว่า X-I เป็นการวัดความวิตกกังวลแบบสแตต (State) เป็นการวัดความวิตกกังวลต่อสภาพการณ์ใด สภาพการณ์หนึ่ง ที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลนั้น ตอนที่สอง เรียกว่า X-II เป็นการประเมินระดับความวิตกกังวลแบบเทรต (Trait) เป็นการวัดความวิตกกังวลที่มีประจำตัวบุคคล ซึ่งเป็นการประเมินความรู้สึกของตนเองที่เกิดขึ้นกับสถานการณ์ต่างๆไป ในการวิจัยนี้จะใช้ข้อคำถามของ X-I เท่านั้น เพื่อสะท้อนถึงภาวะวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทขณะพักรักษาตัวอยู่ในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

ในการวิจัยครั้งนี้ได้ใช้วัด X-I ซึ่งจะประกอบด้วยข้อรายการที่แสดงถึงความรู้สึกที่เกี่ยวกับความวิตกกังวลตอนละ 20 ข้อ ซึ่งเป็นแบบสอบถามแบบมาตราส่วนให้ค่า (Rating Scale) แต่ละข้อมีคำตอบให้เลือก 4 คำตอบดังนี้ [51]

ไม่รู้สึกเลย	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบ
รู้สึกบ้าง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบเล็กน้อย
รู้สึกพอสมควร	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบพอสมควร
รู้สึกมากที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบมากที่สุด

แบบวัด X-I ประกอบด้วยข้อความที่มีลักษณะไปในทางบวก 10 ข้อ ได้แก่ข้อ 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 และ 20 กำหนดคะแนนเรียงตามลำดับจากไม่เลยถึงมากที่สุด เป็น 4 3 2 1 และข้อความที่มีลักษณะไปในทางลบ 10 ข้อ ได้แก่ ข้อ 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17 และ 18 กำหนดคะแนนเรียงตามลำดับจากไม่เลยถึงมากที่สุด เป็น 1 2 3 4 คะแนนสูงสุด 80 คะแนน และมีคะแนนต่ำสุด 20 คะแนน ซึ่งคะแนนรวมมาก หมายถึง ระดับความวิตกกังวลสูง คะแนนรวมน้อย หมายถึง ระดับความวิตกกังวลต่ำ

อร่ามศรี เกสจินดา [8] ได้พิจารณาระดับความวิตกกังวลโดยศึกษาจากผลการศึกษาของ Spielberger และคณะ แบ่งออกได้เป็น 3 ระดับ คือ

- |                                  |                                |
|----------------------------------|--------------------------------|
| 1.ระดับความวิตกกังวลระดับต่ำ     | มีค่าคะแนนระหว่าง 20 -40 คะแนน |
| 2.ระดับความวิตกกังวลระดับปานกลาง | มีค่าคะแนนระหว่าง 41- 60 คะแนน |
| 3.ระดับความวิตกกังวลระดับสูง     | มีค่าคะแนนระหว่าง 61- 80 คะแนน |

สำหรับการหาความเที่ยงแบบประเมินความวิตกกังวล Spielberger และคณะ ได้ทดสอบกับนักศึกษา ระดับอุดมศึกษา จำนวน 977 คน ในช่วงเวลาปกติ ผลการทดสอบพบว่า มีค่าเฉลี่ย 36.90 โดยได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาได้ 0.83-0.94 และเมื่อใช้แบบทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างจริงในการศึกษานี้พบว่ามีความเที่ยงสัมประสิทธิ์อัลฟา 0.91

#### การเก็บรวบรวมข้อมูล (Data Collection)

1.ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อเสนอเรื่องขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา

2.ผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และขออนุญาตดำเนินการเก็บข้อมูลในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา ในระหว่างช่วงเดือน มกราคม – มีนาคม 2551

3.ผู้วิจัยเสนอนิทรรศการต่อคณะกรรมการจริยธรรมของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา เพื่อพิจารณาถึงความถูกต้องในการดำเนินการวิจัยภายในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา

4.ทำการเก็บข้อมูลจากญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยผู้วิจัยได้ขอความร่วมมือกับหอผู้ป่วยใน ของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยาเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม โดยจะเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือน มกราคม-มีนาคม 2551 หรือจนกระทั่งได้ข้อมูลครบตามที่ได้กำหนดไว้ในระเบียบวิธีวิจัยนี้

5.ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความถูกต้อง และความครบถ้วนของข้อมูลที่ได้ เพื่อให้ได้คำตอบที่มีความสมบูรณ์มากที่สุดเพื่อจะเป็นประโยชน์ต่อการศึกษาวิจัยครั้งนี้

6.นำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ทางสถิติ

## การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis)

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม สำเร็จรูป SPSS for Windows โดยใช้สถิติดังต่อไปนี้

1. ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน และ Inter –quartile range เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างและความวิตกกังวลซึ่งเป็นตัวแปรสำคัญ นอกจากนี้ยังใช้สถิติเชิงพรรณนาในการจัดรวมถึงแบ่งค่าของตัวแปร(Categorization) เพื่อนำไปสู่การวิเคราะห์ตัวแปรที่ละคู่ระหว่างความวิตกกังวลของญาติ ผู้ดูแลผู้ป่วย และปัจจัยที่เกี่ยวข้องตามความเหมาะสมทางสถิติต่อไป

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ละคู่ โดยใช้ Independent – Samples T-test สำหรับตัวแปรที่มีค่าได้ 2 ค่า One-Way ANOVA สำหรับตัวแปรที่มี 3 ค่าขึ้นไป โดยตัวแปรที่เป็น ordinal จะใช้ค่า F-statistics จาก Polynomial contrast (Unweight) เพื่อดูความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงเป็นหลัก

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรพร้อมกันหลายตัวที่อาจเป็นปัจจัยต่อความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทขณะพักรักษาตัวอยู่ในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอย Multiple Linear Regression Analysis อย่างเป็นลำดับขั้น โดยเลือกตัวแปรเข้าวิเคราะห์จากผลการวิเคราะห์เบื้องต้นของตัวแปรที่ละคู่ (Univariate analysis) ร่วมกับแนวคิดทางทฤษฎีที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม แบ่งตัวแปรเบื้องต้นเป็น 2 กลุ่ม คือ ตัวแปรที่เกี่ยวกับญาติผู้ดูแล และตัวแปรที่เกี่ยวกับผู้ป่วย วิเคราะห์ทีละ Model และเลือกตัวแปรที่ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญออกทีละตัวในแต่ละกลุ่ม หลังจากนั้น นำตัวแปรที่เหลือสุดท้ายของทั้งสองกลุ่มมาวิเคราะห์ร่วมกัน โดยใช้เกณฑ์เลือกตัวแปรออกทีละตัวเช่นเดียวกัน จนได้ Model สุดท้าย

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ประกอบด้วย 4 ตอนตามลำดับดังนี้

- ตอนที่ 1 แสดงลักษณะทั่วไปของ ญาติผู้ป่วยจิตเภท ขณะที่ผู้ป่วยพักรักษาตัวอยู่ในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
- ตอนที่ 2 วิเคราะห์ค่าคะแนนความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยจิตเภท ขณะที่ผู้ป่วยพักรักษาตัวอยู่ในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
- ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความวิตกกังวลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทขณะพักรักษาตัวอยู่ในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา (State Anxiety)
- ตอนที่ 4 การวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุ

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

<b>N</b>	แทน	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
<b>Mean</b>	แทน	ค่าเฉลี่ย
<b>Median</b>	แทน	ค่ามัธยฐาน
<b>Min</b>	แทน	ค่าต่ำสุด
<b>Max</b>	แทน	ค่าสูงสุด
<b>SD</b>	แทน	ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน
<b>t</b>	แทน	ค่าการทดสอบโดยใช้สถิติ Independent-Samples T-test
<b>F</b>	แทน	ค่าการทดสอบโดยใช้สถิติ One-Way ANOVA
<b>df</b>	แทน	องศาอิสระ
<b>p-value</b>	แทน	ค่าความน่าจะเป็นของสถิติที่ใช้ทดสอบ
<b>Constant</b>	แทน	ค่าคงที่ของสมการทำนาย
<b>R</b>	แทน	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ
<b>R<sup>2</sup></b>	แทน	สัมประสิทธิ์การตัดสินใจ
<b>B</b>	แทน	สัมประสิทธิ์การถดถอยของตัวทำนายซึ่งทำนายในรูปคะแนนดิบ
<b><math>\beta</math></b>	แทน	สัมประสิทธิ์การถดถอยของตัวทำนายในรูปคะแนนมาตรฐาน
<b>S.E.B</b>	แทน	ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของสัมประสิทธิ์การถดถอยของตัวทำนาย
<b>S.E. est</b>	แทน	ค่าที่วัดการกระจายของค่าคลาดเคลื่อนรอบๆ เส้นตรง

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ลักษณะทั่วไปของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ตารางที่ 3 ข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ลักษณะทั่วไปของญาติผู้ป่วยจิตเภท	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>เพศ (N=120)</b>		
ชาย	60	50.0
หญิง	60	50.0
<b>อายุ (N=120)</b>		
ต่ำกว่า 30 ปี	16	13.3
30- 39 ปี	25	20.8
40-49 ปี	28	23.3
50- 60 ปี	34	28.3
มากกว่า 60 ปี	17	14.2
Mean= 46.84 , S.D.=12.846		
<b>ศาสนา (N=120)</b>		
พุทธ	116	96.7
อื่นๆ	4	3.3
<b>การศึกษา (N=120)</b>		
ไม่ได้เรียน	13	10.8
ประถมศึกษา	26	21.7
มัธยมศึกษาตอนต้น	20	16.7
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช.	21	17.5
อนุปริญญา/ ปวส.	10	8.3
ปริญญาตรี	28	23.3
สูงกว่าปริญญาตรี	2	1.7

ตารางที่ 3 ข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

ลักษณะทั่วไปของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท	จำนวน	ร้อยละ
<b>อาชีพ (N=119)</b>		
เกษตรกร	8	6.7
รับจ้าง/พนักงานบริษัท	41	34.5
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	39	32.8
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	15	12.6
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	16	13.4
<b>สถานภาพ (N=120)</b>		
โสด	24	20.0
สมรส	77	64.2
หย่าร้าง	4	3.3
แยกกันอยู่	3	2.5
หม้าย	12	10.0
<b>ปัญหาด้านสุขภาพ (N=120)</b>		
มี	37	30.8
ไม่มี	83	69.2
<b>รายได้ของครอบครัว (N=120)</b>		
ไม่มีรายได้	8	6.7
รายได้ไม่เกิน 5,000บาท/เดือน	36	30.0
รายได้ 5,000-10,000 บาท/เดือน	35	29.2
รายได้ 10,001-20,000 บาท/เดือน	23	19.2
สูงกว่า 20,000 บาท/เดือน	18	15.0

ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นเพศชายและหญิงจำนวนเท่ากัน อายุเฉลี่ย 46.84 ปี ส่วนใหญ่อายุระหว่าง 30 -60 ปี และนับถือศาสนาพุทธ ระดับการศึกษาของผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่เกินระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย สถานภาพสมรส และไม่มีปัญหาด้านสุขภาพ ส่วนรายได้ของญาติผู้ดูแลนั้น 2 ใน 3 มีรายได้ไม่เกิน 10,000 บาทต่อเดือน

ตารางที่ 3 ข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

ลักษณะทั่วไปของญาติผู้ป่วยจิตเภท	จำนวน	ร้อยละ
<b>ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย (N=117)</b>		
พ่อ-ลูก	20	17.1
แม่-ลูก	32	27.4
พี่-น้อง	41	35.0
สามี-ภรรยา	24	20.5
<b>จำนวนสมาชิกในบ้าน (N=120)</b>		
2-3 คน	25	21.0
4 คน	32	26.9
5 คน	28	23.5
มากกว่า 5 คน	34	28.3
<b>ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย (N=120)</b>		
6เดือน ถึง 1ปี	30	25.0
1-3 ปี	38	31.7
มากกว่า 3 - 5 ปี	12	10.0
มากกว่า 5-10 ปี	21	17.5
มากกว่า 10ปี	19	15.8

ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย เป็นลักษณะ พี่-น้อง ถึง 1 ใน 3 เกินครึ่งหนึ่งของญาติมีขนาดครอบครัว ที่มีจำนวนสมาชิกในบ้านอยู่ตั้งแต่ 5 คนขึ้นไป และญาติ ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมาแล้วเป็นเวลาไม่เกิน 3 ปี

ตารางที่ 4 ความพึงพอใจของญาติผู้ดูแลผู้ป่วย ต่อระบบของสถานพยาบาล ในขณะที่ผู้ป่วยพักรักษาตัวอยู่ในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา (N=120)

	พอใจ (ร้อยละ)	ไม่พอใจ (ร้อยละ)
1.ระบบการให้บริการของโรงพยาบาล	116 (95.0)	4 (5.0)
2.การเดินทางจากบ้านมาโรงพยาบาล	95 (79.2)	25(20.8)
3.ค่ารักษาพยาบาลที่เรียกเก็บ	111 (92.5)	9 (7.5)
4.การรอเวลาที่โรงพยาบาลรับเป็นผู้ป่วยใน	94 (78.3)	26(21.7)

ญาติผู้ดูแล มีความพึงพอใจต่อระบบของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา โดยเฉพาะด้านการให้บริการ ส่วนผู้ดูแลญาติผู้ดูแล 1 ใน 5 ไม่พอใจ ต่อระบบการเดินทางจากบ้านมาโรงพยาบาลและการรอเวลาที่โรงพยาบาลรับเป็นผู้ป่วยใน

ตารางที่ 5 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภท

ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ (N=120)</b>		
ชาย	61	50.8
หญิง	59	49.2
<b>อายุ (N=120)</b>		
ต่ำกว่า 30 ปี	27	22.5
31-40 ปี	44	36.7
41-50 ปี	25	20.8
มากกว่า 50 ปี	24	20.0
Mean= 40.67 , S.D.=12.682		

ตารางที่ 5 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย	จำนวน	ร้อยละ
<b>ระดับการศึกษาของผู้ป่วยจิตเภท (N=120)</b>		
ไม่ได้เรียน	9	7.5
ประถมศึกษา	22	18.3
มัธยมศึกษาตอนต้น	26	21.7
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช.	34	28.3
อนุปริญญา/ ปวส.	16	13.3
ปริญญาตรี	11	9.2
สูงกว่าปริญญาตรี	2	1.7
<b>อาชีพของผู้ป่วยก่อนการป่วย (N=118)</b>		
เกษตรกรกรรม	4	3.3
รับจ้าง/พนักงานบริษัท	63	53.4
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	24	20.3
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	7	5.8
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	20	16.9
<b>อายุที่เริ่มป่วย (N=120)</b>		
ต่ำกว่า 20 ปี	16	13.3
21-30 ปี	50	41.7
31-40 ปี	29	24.2
41-50 ปี	15	12.5
สูงกว่า 50 ปี	10	8.3
<b>ระยะเวลาเจ็บป่วยถึงปัจจุบัน (N=120)</b>		
น้อยกว่า 2 ปี	35	29.2
2-4 ปี	27	22.5
มากกว่า 4-8 ปี	28	23.3
มากกว่า 8 ปี	30	25.0

ตารางที่ 5 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

การรักษาที่เคยได้รับ		ร้อยละ
การรักษาด้วยยา(N=120)	เคย	119 99.2
	ไม่เคย	1 0.8
การรักษาด้วยไฟฟ้า(N=120)	เคย	32 26.7
	ไม่เคย	88 73.3
การรักษาด้วยกลุ่มบำบัด(N=120)	เคย	36 30.0
	ไม่เคย	84 70.0
การรักษาอื่น(N=120)	เคย	22 18.3
	ไม่เคย	98 81.7
<b>จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน (N=107)</b>		
ครั้งแรก	15	14.0
ครั้งที่ 2	22	20.6
ครั้งที่ 3	23	21.5
ครั้งที่ 4	14	13.1
ครั้งที่ 5 - 7	17	15.9
มากกว่า 7 ครั้ง	16	15.0
Mean= 4.38 , S.D.= 3.570		
<b>ความร่วมมือในการทานยาก่อนการ admit (N=118)</b>		
สม่ำเสมอ	51	43.2
ไม่สม่ำเสมอ	67	56.8
<b>พฤติกรรมขณะอยู่ที่บ้านของผู้ป่วย ( N=120)</b>		
เหมาะสม	15	12.5
ไม่เหมาะสม	105	87.5

ตารางที่ 5 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

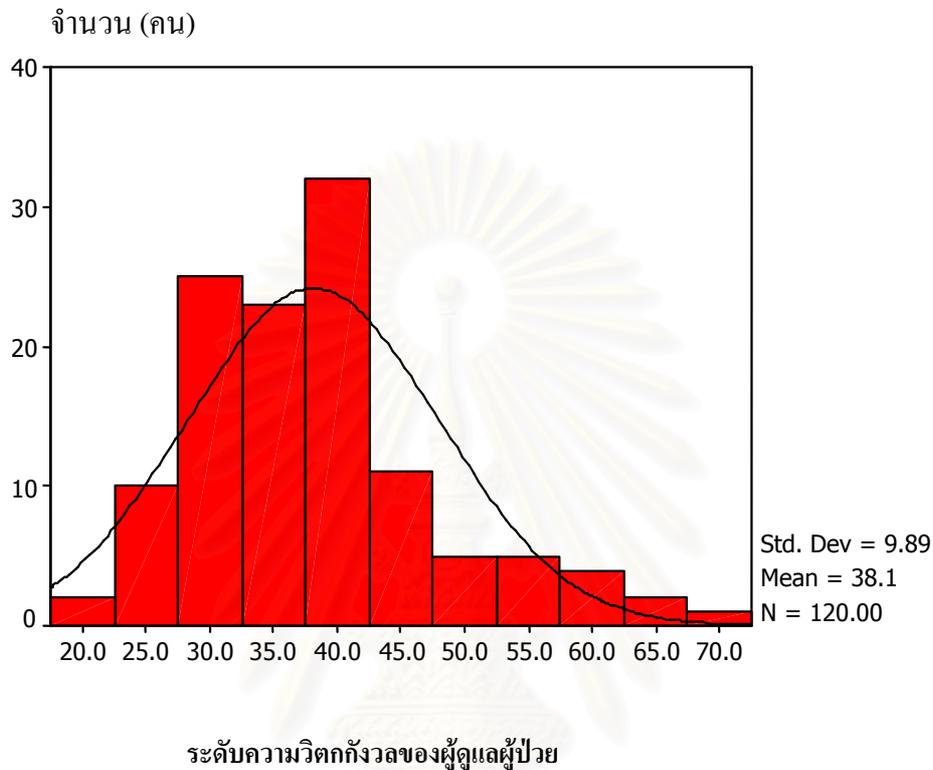
ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย	จำนวน	ร้อยละ
<b>ระยะเวลาการพักรักษาตัวในโรงพยาบาลครั้งนี้ (N=119)</b>		
ไม่เกิน 1 สัปดาห์	6	5.0
1-2 สัปดาห์	35	29.4
2-4 สัปดาห์	44	37.0
มากกว่า 4 สัปดาห์	34	28.6
<b>สิทธิในการรักษา (N=120)</b>		
บัตร 30 บาท	74	61.7
ประกันสังคม	4	3.3
สิทธิข้าราชการ/ต้นสังกัด	12	10.0
ชำระเงินเอง	26	21.7
ยกเว้นค่ารักษา	4	3.3

ผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในความดูแลของญาติผู้ดูแล มีอายุเฉลี่ย 40.67 และ 3 ใน 4 มีระดับการศึกษาไม่เกินมัธยมศึกษาตอนปลาย เกินครึ่งของผู้ป่วยกลุ่มนี้ก่อนการเจ็บป่วยประกอบอาชีพ รับจ้างหรือพนักงานบริษัท และเริ่มเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท ในขณะที่มีอายุต่ำกว่า 30 ปี

ก่อนการเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในครั้งนี ผู้ป่วยเคยได้รับการรักษาด้วยยา มากกว่าการรักษาแบบอื่น และมีจำนวนถึง 1 ใน 3 ของผู้ป่วย เคยรักษาแบบผู้ป่วยในมาแล้ว มากกว่า 5 ครั้ง ขณะพักรักษาตัวอยู่ที่บ้านผู้ป่วยมักมีพฤติกรรมไม่เหมาะสมและรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ การพักรักษาตัวแบบผู้ป่วยใน ครั้งนี้มีระยะเวลาเฉลี่ย 2-4 สัปดาห์เป็นส่วนใหญ่ และสิทธิในการรักษาส่วนใหญ่ใช้สิทธิ บัตรทอง 30 บาท

## ตอนที่ 2 วิเคราะห์ค่าคะแนนความวิตกกังวล ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ภาพที่ 2 ภาพฮิสโทแกรมคะแนนความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ขณะผู้ป่วยพักรักษาอยู่ในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา



ตารางที่ 6 ค่าทางสถิติของภาวะวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในรูปแบบ State anxiety

	N	$\bar{x}$	S.D.	Median	IQR	Min	Max
State Anxiety	120	38.13	9.89	37.50	10	22	71

ส่วนค่าเฉลี่ยของความวิตกกังวลของญาติมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 38.13 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 9.89 ซึ่งมีค่าต่ำสุดคือ 22 คะแนนและสูงสุด 71 คะแนน โดยมีการกระจายของข้อมูลที่เบ้ขวาเล็กน้อยหรือเกือบเข้าใกล้การกระจายปกติ ดังภาพ (ภาพที่ 2)

ตารางที่ 7 แสดงค่าร้อยละของความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลมีญาติป่วยจิตเภทขณะพักรักษาอยู่ใน  
สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา (State Anxiety)

ความวิตกกังวล	Mean	S.D.	ไม่รู้สึก เลย	รู้สึกบ้าง เล็กน้อย	รู้สึก พอสมควร	รู้สึก มากที่สุด
1. ท่านรู้สึกสงบ	3.03	0.75	2.5	19.2	51.7	26.7
2. ท่านรู้สึกมั่นคง	3.36	0.81	5.0	5.8	37.5	51.7
3. ท่านรู้สึกตึงเครียด	2.31	0.84	15.8	45.8	30.3	8.3
4. ท่านรู้สึกเสียใจ	1.79	0.96	49.2	31.7	10.0	9.2
5. ท่านรู้สึกสบายใจ	2.81	0.81	8.3	19.2	55.8	16.7
6. ท่านรู้สึกหงุดหงิด	1.53	0.83	63.3	25.0	6.7	5.0
7. ท่านรู้สึกกังวลกับเคราะห์ร้ายต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น	1.68	0.94	58.3	22.5	12.5	6.7
8. ท่านรู้สึกว่าได้พักผ่อน	3.11	0.74	5.0	7.5	59.2	28.3
9. ท่านรู้สึกวิตกกังวล	2.29	0.72	10.0	55.8	29.2	5.0
10. ท่านรู้สึกสะดวกสบาย	2.84	0.83	6.7	23.3	49.2	10.8
11. ท่านรู้สึกเชื่อมั่นในตนเอง	2.99	0.88	7.5	16.7	45.0	30.8
12. ท่านรู้สึกตื่นเต้นง่าย	1.43	0.75	70.0	20.8	5.8	3.3
13. ท่านรู้สึกกระสับกระส่าย	1.83	0.70	71.7	20.8	5.0	2.5
14. ท่านรู้สึกอึดอัดใจ	1.57	0.85	62.5	22.5	10.8	4.2
15. ท่านรู้สึกผ่อนคลาย	3.01	0.80	5.0	16.7	50.8	27.5
16. ท่านรู้สึกพึงพอใจ	3.13	0.81	5.8	9.2	50.8	34.2
17. ท่านรู้สึกกังวลใจ	2.28	0.72	9.2	60.8	23.3	6.7
18. ท่านรู้สึกตื่นตระหนก	1.38	0.73	74.2	17.5	5.0	3.3
19. ท่านรู้สึกรำเริงเบิกบาน	2.49	0.85	10.0	44.2	32.5	13.3
20. ท่านรู้สึกแถมใส	2.60	0.85	6.7	44.2	31.7	17.5

เมื่อพิจารณาจากค่าร้อยละของความวิตกกังวล แบบ State Anxiety ในหัวข้อคำถามทางบวก ซึ่งได้แก่ข้อ 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 และ 20 พบว่า ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความรู้สึกในหัวข้อต่างๆ ในระดับเล็กน้อยและพอสมควร ส่วนข้อคำถามทางลบนั้น มักจะไม่มีความรู้สึกดังกล่าวเกิดขึ้น

และเมื่อพิจารณาความรู้สึกรายชื่อ ของความวิตกกังวลแบบ State Anxiety พบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีการแสดงความรู้สึก ในหัวข้อ ท่านรู้สึกมั่นคง มากที่สุด ซึ่งหัวข้อในทางบวก ส่วนหัวข้อในทางลบนั้น ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทแสดงความรู้สึกในหัวข้อ ท่านรู้สึกตึงเครียด มาก

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความวิตกกังวลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทขณะพักรักษาอยู่ใน  
สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา

ตารางที่ 8 ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลจำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ตัวแปร	Mean	SD	Statistics	df	Sig (2-tailed)
<b>ข้อมูลของญาติผู้ดูแล</b>					
<b>เพศ (N=120)</b>					
ชาย	35.50	8.34	t=-3.014	118	0.003
หญิง	40.77	10.65			
<b>ศาสนา (N=120)</b>					
พุทธ	38.03	9.58	t=-0.639	118	0.524
ศาสนาอื่น (คริสต์,อิสลาม)	41.25	18.61			
<b>ปัญหาด้านสุขภาพ (N= 120)</b>					
มี	39.49	10.54	t=1.001	118	0.319
ไม่มี	37.53	9.59			
<b>อายุ (N=120)*</b>					
ต่ำกว่า 30 ปี	37.50	7.73	F=0.755	1,115	0.360
30-39 ปี	35.32	9.11			
40-49 ปี	38.86	13.01			
50- 59 ปี	39.59	8.97			
60 ปีขึ้นไป	38.76	8.76			
<b>การศึกษา (N= 120)*</b>					
ไม่ได้เรียนและประถมศึกษา	39.87	9.25	F=0.891	1,117	0.251
มัธยมศึกษา	37.29	9.61			
สูงกว่ามัธยมศึกษา	37.30	10.77			

\*วิเคราะห์โดยใช้ polynomial contrast : linear

ตารางที่ 8 ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลจำแนกตามข้อมูลทั่วไป (ต่อ)

ตัวแปร	Mean	SD	Statistics	df	Sig (2-tailed)
<b>อาชีพ (N=119)</b>					
ค้าขาย หรือเกษตรกรรม	38.70	10.66	F=1.714	3,115	0.168
รับจ้าง/พนักงานบริษัท	35.78	8.34			
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	38.13	12.26			
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	42.13	8.13			
<b>สถานภาพ (N=120)</b>					
โสด	39.21	10.14	F=1.547	2,117	0.217
สมรส	37.04	9.52			
อื่นๆ	41.21	10.78			
<b>รายได้ของครอบครัว (N=120)*</b>					
ต่ำกว่า 5,000 บาท/เดือน	40.00	9.99	F=1.448	1,117	0.094
5,001-10,000 บาท/เดือน	37.83	8.51			
สูงกว่า 10,000 บาท/เดือน	36.39	10.74			
<b>ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย (N=117)</b>					
พ่อ-ลูก	36.45	7.31	F=3.893	3,113	0.011
แม่-ลูก	42.50	9.97			
พี่-น้อง	37.83	11.46			
สามี-ภรรยา	33.96	7.17			
<b>จำนวนสมาชิกในบ้านที่อาศัยร่วมกัน (N=119)*</b>					
2-3 คน	42.16	9.83	F=2.06	1,115	0.019
4 คน	37.88	10.21			
5 คน	37.18	11.15			
มากกว่า 5 คน	35.97	7.93			

\*วิเคราะห์โดยใช้ polynomial contrast : linear

ตารางที่ 8 ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลจำแนกตามข้อมูลทั่วไป (ต่อ)

ตัวแปร	Mean	SD	Statistics	df	Sig (2-tailed)
ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย (N= 120)*					
ไม่เกิน 1 ปี	35.40	9.62	F=3.83	1,116	0.009
1-3 ปี	37.34	9.90			
3-6 ปี	35.78	8.22			
มากกว่า 6 ปี	42.68	11.58			

\*วิเคราะห์โดยใช้ polynomial contrast : linear

ลักษณะทั่วไปของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ เพศ ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย จำนวนสมาชิกในครอบครัว และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย มีความเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลในขณะที่ผู้ป่วยพักรักษาตัวอยู่ในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา (State Anxiety) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ  $p < 0.05$  โดยเพศหญิงจะวิตกกังวลมากกว่าเพศชาย ความเกี่ยวข้องแบบ แม่-ลูก จะมีผลต่อความวิตกกังวลมากเมื่อเทียบกับความสัมพันธ์แบบอื่น (โดยใช้กลุ่มอ้างอิงเป็น สามิ-ภรรยา) จำนวนสมาชิกในครอบครัวยิ่งน้อยก็ยิ่งกังวลมาก และยังมีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยนานขึ้นก็จะยิ่งวิตกกังวลสูงเช่นกัน

ปัจจัยด้านศาสนา อายุ การศึกษา สถานภาพ อาชีพ รายได้และปัญหาด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทนั้นไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**ตารางที่ 9** ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลด้านความพึงพอใจต่อระบบของโรงพยาบาล

ตัวแปร	Mean	SD	Statistics	df	Sig (2-tailed)
<b>ความคิดเห็นต่อระบบโรงพยาบาล</b>					
<b>ระบบการให้บริการของโรงพยาบาล</b>					
พอใจ	38.39	9.723	t=1.222.	118	0.224
ไม่พอใจ	33.33	12.738			
<b>การเดินทางจากบ้านมาโรงพยาบาล</b>					
พอใจ	37.39	9.66	t= -1.62	118	0.109
ไม่พอใจ	40.96	10.45			
<b>ค่ารักษาพยาบาลที่เรียกเก็บ</b>					
พอใจ	37.94	9.98	t= -0.763	118	0.447
ไม่พอใจ	40.56	8.92			
<b>การรอเวลาที่โรงพยาบาลรับเป็นผู้ป่วยใน</b>					
พอใจ	38.90	10.54	t= 1.635	118	0.105
ไม่พอใจ	35.35	6.46			

ผลของความคิดเห็นต่อระบบโรงพยาบาล (สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา) ต่อความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในขณะที่ผู้ป่วยพักรักษาตัวอยู่ในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา (State Anxiety) ไม่มีความความแตกต่างกัน ไม่ว่าจะเป็นด้านระบบการให้บริการ การเดินทางจากบ้านมายังโรงพยาบาล ค่ารักษาพยาบาลที่เรียกเก็บ หรือ การรอเวลาที่โรงพยาบาลรับเป็นผู้ป่วยใน

ตารางที่ 10 ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลจำแนกตามข้อมูลผู้ป่วย

ตัวแปร	Mean	SD	Statistics	df	Sig (2-tailed)
<b>ข้อมูลของผู้ป่วยจิตเภท</b>					
<b>เพศ (N=120)</b>					
ชาย	38.11	8.87	t= -0.021	118	0.983
หญิง	38.15	10.92			
<b>ความร่วมมือในการทานยาของผู้ป่วย (N= 118)</b>					
ทานยาสม่ำเสมอ	37.96	10.49	t= 0.011	116	0.991
ทานยาไม่สม่ำเสมอ	37.94	9.32			
<b>พฤติกรรมของผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้าน (N=120)</b>					
เหมาะสม	40.33	10.71	t= 0.920	118	0.359
ไม่เหมาะสม	37.82	9.78			
<b>สิทธิในการรักษาครั้งนี้ (N= 120)</b>					
บัตร 30 บาท	37.89	9.05	t= -0.338	118	0.736
สิทธิการรักษาอื่นๆ	38.52	11.21			
<b>อายุ (N=120)*</b>					
ไม่เกิน 30 ปี	42.74	10.02	F= 2.909	1,116	0.008
31 - 40 ปี	37.52	10.96			
41 – 50 ปี	36.92	8.83			
มากกว่า 50 ปี	35.33	7.17			
<b>การศึกษา (N=120)*</b>					
ไม่ได้เรียน หรือ ระดับประถมศึกษา	40.68	9.24	F=2.637	1,117	0.913
มัธยมศึกษา	36.38	8.83			
สูงกว่ามัธยมศึกษา	40.38	12.02			

\* วิเคราะห์โดยใช้ polynomial contrast :linear

ตารางที่ 10 ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลจำแนกตามข้อมูลผู้ป่วย(ต่อ)

ตัวแปร	Mean	SD	Statistics	df	Sig (2-tailed)
<b>อาชีพก่อนการเจ็บป่วยของผู้ป่วย (N=118)</b>					
รับจ้าง	38.44	9.94	F=1.099	2, 115	0.337
อาชีพอื่นๆ	36.17	10.30			
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	40.10	9.31			
<b>อายุเมื่อเจ็บป่วยครั้งแรก (N= 119)*</b>					
ไม่เกิน 25 ปี	43.43	9.07	F=5.710	1, 116	<0.001
25-30 ปี	38.83	10.81			
31 -40 ปี	35.10	9.87			
มากกว่า 40 ปี	34.28	6.26			
<b>ระยะเวลาของการเจ็บป่วย (N= 120)*</b>					
น้อยกว่า 2 ปี	35.91	8.20	F=2.294	1, 116	0.016
2-4 ปี	37.15	9.31			
5-8 ปี	37.71	11.78			
มากกว่า 8 ปี	42.00	9.65			
<b>จำนวนครั้งของการเข้ารับรักษาแบบผู้ป่วยใน ( N=107)*</b>					
1-2 ครั้ง	39.62	10.24	F=2.396	1, 104	0.033
3-4 ครั้ง	36.70	9.12			
ตั้งแต่ 5 ครั้งขึ้นไป	34.82	8.27			
<b>ระยะวันนอนของผู้ป่วยในการรักษาครั้งนี้ (N = 120)*</b>					
ไม่เกิน 2 สัปดาห์	38.39	10.48	F=1.624	1, 116	0.415
2-4 สัปดาห์	36.23	8.97			
มากกว่า 4 สัปดาห์	40.26	10.25			

\* วิเคราะห์โดยใช้ polynomial contrast : linear

ตารางที่ 10 ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลจำแนกตามข้อมูลผู้ป่วย(ต่อ)

ตัวแปร	Mean	SD	Statistics	df	Sig (2-tailed)
<b>การรักษาที่เคยได้รับ (N= 120 )</b>					
<b>การรักษาด้วยยา</b>					
เคย	119	9.88	t=1.104	118	0.272
ไม่เคย	1	-			
<b>การรักษาด้วยไฟฟ้า</b>					
เคย	32	8.37	t= 1.667	118	0.098
ไม่เคย	88	10.28			
<b>การรักษาด้วยกลุ่มบำบัด</b>					
เคย	36	10.57	t= 1.350	118	0.180
ไม่เคย	84	7.91			
<b>การรักษาด้วยวิธีอื่น</b>					
เคย	98	10.26	t= -0.263	118	0.793
ไม่เคย	22	8.23			

ลักษณะของผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ อายุ อายุเมื่อเจ็บป่วยครั้งแรก ระยะเวลาของการป่วยเป็นจิตเภท และจำนวนครั้งของการรักษาเป็นผู้ป่วยใน มีค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ขณะผู้ป่วยพักรักษาตัวอยู่ในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา (State Anxiety) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p < 0.05$  โดยผู้ป่วยที่มีอายุไม่เกิน 30 ปีจะมีผลต่อความวิตกกังวลของญาติมากกว่า ผู้ป่วยที่อายุเกิน 30 ปี อายุของการเจ็บป่วยเป็นจิตเภทครั้งแรก ยิ่งเจ็บป่วยอายุน้อยๆ ก็จะมีผลต่อความวิตกกังวลของญาติมาก ในขณะที่เดียวกันระยะเวลาของการเจ็บป่วยที่ยาวนานของผู้ป่วยก็มีผลต่อความวิตกกังวลระยะเจ็บป่วยเพียงสั้นๆ และการเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน 1-2 ครั้งแรกจะมีผลต่อความวิตกกังวลของญาติมากกว่าการเข้ารับการรักษาหลายๆ ครั้ง

ปัจจัยจากผู้ป่วย ด้านอื่นๆ ไม่ว่าจะเป็น เพศ ความร่วมมือในการทานยา พฤติกรรมของผู้ป่วย การศึกษา อาชีพก่อนการเจ็บป่วย ระยะเวลาพักรักษาครั้งนี้ สิทธิในการรักษาและการรักษาที่เคยได้รับ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

#### ตอนที่ 4 การวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุ

ผู้วิจัยวางแผนวิเคราะห์เป็นลำดับขั้นโดยเลือกตัวแปรจากความเป็นไปได้ทางทฤษฎี งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และจากการวิเคราะห์เบื้องต้นของตัวแปรที่ละคู่ แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มแรกคือตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับผู้ดูแล ซึ่งมีด้วยกันทั้งหมด 4 ตัว (Model 1: ตาราง 11) ต่อมาเลือกตัวแปรที่ไม่มีความสัมพันธ์กับตัวแปรตามอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p = 0.05$  ออกจาก Model ทีละตัว จนได้ Model สุดท้ายของการวิเคราะห์ปัจจัยด้านญาติผู้ดูแล (Model 2: ตารางที่ 12) จากนั้นวิเคราะห์แบบเดิมซ้ำกับตัวแปรกลุ่มที่ 2 คือลักษณะของผู้ป่วยจิตเภท (Model 3: ตารางที่ 13 และ Model 4: ตารางที่ 14) ต่อมานำตัวแปรที่เหลือของ Model 2 และ 4 มาวิเคราะห์ร่วมกัน (Model 5: ตารางที่ 15) จนได้ Model สุดท้าย (ตารางที่ 16)

**ตารางที่ 11** ตัวแปรที่สามารถอธิบายความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแล ตามปัจจัยของญาติผู้ดูแล (Model 1) (N= 119)

ตัวแปร	B	S.E B	B	t	Sig
เพศ	1.477	2.006	0.075	0.737	0.463
ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย	2.023	0.730	0.236	2.772	0.007
ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ( เทียบกับความสัมพันธ์แบบ สามิ-ภรรยา )					
ความสัมพันธ์แบบพ่อ-ลูก	3.100	2.707	0.118	1.145	0.255
ความสัมพันธ์แบบแม่-ลูก	8.248	2.683	0.367	3.074	0.003
ความสัมพันธ์แบบพี่-น้อง	4.151	2.314	0.200	1.794	0.076
จำนวนสมาชิกในครอบครัว	-2.341	0.775	-0.264	-3.020	0.003
Constant	32.856	3.950		8.319	< 0.001
R=0.467	R <sup>2</sup> =0.218	S.E est.= 8.993	F= 5.192	p-value < 0.001	

**ตารางที่ 12** ตัวแปรที่สามารถอธิบายความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแล ตามปัจจัยของญาติผู้ดูแล (Model 2)  
(N= 119)

ตัวแปร	B	S.E B	$\beta$	t	Sig
ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย	2.148	0.721	0.251	2.979	0.004
ความสัมพันธ์แบบแม่ลูก	6.295	1.902	0.280	3.309	0.001
จำนวนสมาชิกในครอบครัว	-2.151	0.752	-0.242	-2.860	0.005
Constant	36.724	2.749		13.359	< 0.001
R=0.432	R <sup>2</sup> =0.187	S.E est.= 9.048	F= 8.806	p-value < 0.001	

**ตารางที่ 13** ตัวแปรที่สามารถอธิบายความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลตามปัจจัยของผู้ป่วยจิตเภท (Model 3)  
(N= 120)

ตัวแปร	B	S.E B	$\beta$	t	Sig
อายุ	-1.949	1.438	-0.210	-1.355	0.178
อายุในการเจ็บป่วยครั้งแรก	-0.597	1.417	-0.066	-0.421	0.674
ระยะเวลาของการเจ็บป่วย	2.792	1.000	0.333	2.793	0.006
จำนวนการเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล	-3.697	1.139	-0.319	-3.245	0.002
Constant	44.017	3.399		12.951	< 0.001
R=0.439	R <sup>2</sup> =0.192	S.E est.= 8.615	F= 6.074	p-value < 0.001	

**ตารางที่ 14** ตัวแปรที่สามารถอธิบายความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลตามปัจจัยของผู้ป่วยจิตเภทใน (Model 4)  
(N= 120)

ตัวแปร	B	S.E B	$\beta$	t	Sig
ระยะเวลาของการเจ็บป่วย	2.610	0.838	0.311	3.113	0.002
จำนวนการเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล	-3.842	1.158	-0.332	-3.318	0.001
Constant	38.622	2.484		15.546	< 0.001
R=0.467	R <sup>2</sup> =0.218	S.E est.= 8.993	F= 5.192	p-value < 0.001	

ตารางที่ 15 ตัวแปรที่สามารถอธิบายความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลโดยวิเคราะห์ปัจจัยทั้งจากญาติผู้ดูแล และ ปัจจัยจากผู้ป่วยจิตเภทร่วมกัน (Model 5)

ตัวแปร	B	S.E B	$\beta$	t	Sig
ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย	2.693	1.392	0.318	1.935	0.056
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย (เมื่อเทียบกับ รูปแบบ สามี-ภรรยา)					
ความสัมพันธ์แบบพ่อ-ลูก	4.317	2.721	0.177	1.586	0.116
ความสัมพันธ์แบบแม่-ลูก	7.556	2.657	0.347	2.843	0.005
ความสัมพันธ์แบบพี่-น้อง	4.794	2.515	0.245	1.906	0.060
จำนวนสมาชิกในครอบครัว	-1.648	0.808	-0.196	-2.039	0.044
ระยะเวลาของการเจ็บป่วย	-0.051	1.435	-0.006	-0.035	0.972
จำนวนการเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล	-3.120	1.263	-0.269	-2.471	0.015
Constant	37.066	3.137		11.817	< 0.001
R= 0.466	R <sup>2</sup> = 0.218	S.E. est.= 8.615	F= 3.893	p-value = 0.001	

ตารางที่ 16 ตัวแปรที่สามารถอธิบายความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแล โดยวิเคราะห์ปัจจัยทั้งจากญาติผู้ดูแล และ ปัจจัยจากผู้ป่วยจิตเภท ร่วมกัน ใน Model สุดท้าย

ตัวแปร	B	S.E B	$\beta$	t	Sig
ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย	2.818	0.850	0.332	3.314	0.001
จำนวนครั้งในการรักษาเป็นผู้ป่วยใน	-3.822	1.170	-0.330	-3.268	0.001
ความสัมพันธ์แบบ แม่-ลูก	3.607	1.960	0.167	1.840	0.069
Constant	37.138	2.518		14.750	< 0.001
R= 0.411	R <sup>2</sup> = 0.169	S.E. est.= 8.699	F= 6.960	p-value = 0.001	

ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย และจำนวนครั้งในการรักษาเป็นผู้ป่วยใน เป็นตัวแปรที่สามารถอธิบายความวิตกกังวล ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยที่ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยที่ยังนาน ยิ่งส่งผลต่อความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลมากตามไปด้วย ส่วนจำนวนครั้งในการรักษาเป็นผู้ป่วยในนั้น พบว่าการเข้ารับการรักษาในช่วงแรกๆ จะมีผลต่อความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลสูงกว่าการเข้ารับการรักษาในครั้งหลังๆ

ส่วนปัจจัยด้านความสัมพันธ์แบบ แม่-ลูก เมื่อเทียบกับความสัมพันธ์แบบสามี-ภรรยา(อ้างอิง) นั้น แม้จะไม่ใช่ตัวแปรที่สามารถอธิบายความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ใน ระดับ  $p < 0.05$  แต่ ความสัมพันธ์เชิงแม่-ลูก ก็มีความกังวลสูงกว่าความสัมพันธ์เชิงสามี-ภรรยาอย่างชัดเจน ( $B=3.61, S.E.B=1.96$ )

สมการความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ขณะพักรักษาตัวอยู่ในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา เป็นดังนี้

$$Y = 37.14 + 2.82X_1 - 3.82 X_2$$

$$Y = \text{ความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในขณะที่รักษาตัวอยู่ในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา}$$

$$X_1 = \text{ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท}$$

$$X_2 = \text{จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน}$$

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-Sectional Descriptive Studies) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในขณะที่ผู้ป่วยพักรักษาตัวอยู่ในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา

กลุ่มตัวอย่าง ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ขณะที่ผู้ป่วยพักรักษาตัวอยู่ในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวล เท่ากับ 38.13 และมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 9.89 ซึ่งจัดอยู่ในระดับความวิตกกังวลระดับต่ำ ตามเกณฑ์การศึกษาของ Spielberg (อ้างใน อร่ามศรี เกสจินดา)[8] ที่พบว่าคะแนนความวิตกกังวลดังกล่าว เป็นความวิตกกังวลอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งมีความวิตกกังวลเพียงเล็กน้อย มีผลทำให้บุคคลตื่นตัว ความสามารถในการรับรู้ของระบบประสาทต่างๆ การเรียนรู้และการแก้ปัญหาดีขึ้น มีการตื่นตัว พร้อมทั้งจะรับสิ่งที่มากระตุ้นและปรับตัวเข้ากับเหตุการณ์ได้ดี[51]

### อภิปรายผลการวิจัย

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลจากการวิเคราะห์ตัวแปรที่ละคู่พบว่า ผู้ดูแลเพศหญิงมีความวิตกกังวลสูงกว่าเพศชาย ซึ่งสอดคล้องกับบุญวดี เพชรรัตน์กับพิไลรัตน์ ทองอุไร[40] ที่พบว่าญาติผู้ป่วยเพศหญิง มีปัญหาความวิตกกังวลต่อผู้ป่วยทางจิตระหว่างด้านอาการและการดูแลผู้ป่วย รวมถึง Frydenberg & Lewis (อ้างใน Aysaan และคณะ)[53] ก็พบว่าเพศหญิงมักจะกังวลและแสดงความวิตกกังวลกับปัญหามากกว่าเพศชาย

ผลการศึกษาค้นพบว่าการศึกษาที่ต้องดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานานขึ้น มีแนวโน้มสร้างความวิตกกังวลให้กับญาติผู้ดูแลมากกว่า ซึ่งสอดคล้องกับ ษะฤทธิ พงศ์อนุตรีและคณะ[35] ที่พบว่าการศึกษาผู้ดูแล ต้องรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานานๆ ย่อมทำให้ญาติเกิดการตอบสนองทางอารมณ์ต่างๆ ความวิตกกังวล (Anxiety) เป็นอีกภาวะความรู้สึกหนึ่งที่ทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกตึงเครียดตลอดเวลา คอยเฝ้าดูว่าผู้ป่วยจะมีอาการกำเริบขึ้นอีก

ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทนั้นก่อให้เกิดภาระแก่ครอบครัว ซึ่งเป็นผู้ดูแลหลัก โดยความวิตกกังวลนี้ ได้แก่ กลัวว่าผู้ป่วยจะหลงผิด ประสาทหลอน พุคคนเดียว คำว่าเพื่อนบ้าน ก้าวร้าว ฆ่าตัวตาย ทำร้ายผู้อื่น ไม่เข้าสังคม นอนมาก นอกจากนี้ญาติมักจะรู้สึกลำบากใจ ถ้าผู้ป่วยไม่ยอมรับว่าตนเองป่วย รวมถึงหากภาระของการเจ็บป่วยนานขึ้น นั้นหมายถึงว่าระยะเวลาที่ต้องดูแลนานขึ้น ไปด้วย [54]

ในด้านรูปแบบความสัมพันธ์ พบว่ารูปแบบความสัมพันธ์มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญ จากการวิเคราะห์ห้รายคู่ โดยความเป็นแม่-ลูก จะแตกต่างจากความสัมพันธ์แบบสามี-ภรรยา แต่ไม่ต่างจากความสัมพันธ์แบบพ่อ-ลูก ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ วรข นิธิกุล[41] ที่พบว่า ความเครียดและความวิตกกังวลของความสัมพันธ์แบบสามี-ภรรยาและ พี่-น้อง จะ มีความเครียดและวิตกกังวลสูงกว่า พ่อหรือแม่และลูก การมีผู้ป่วยโรคจิตเภทในบ้านทำให้เกิดผลกับครอบครัว คือ ญาติ ไม่ว่าจะ เป็น พ่อ แม่ พี่ น้อง คนในครอบครัว ถึง ร้อยละ 57.58[55] ซึ่งผลการศึกษาที่ไม่สอดคล้องกันนี้อาจเนื่องมาจาก เครื่องมือที่ใช้ในการวัดความวิตกกังวล ลักษณะตัวแปรต้น ที่แตกต่างกัน จึงทำให้ผลที่ได้ไม่สอดคล้องกัน

ปัจจัยด้านจำนวนสมาชิกในครอบครัว เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่ง ครอบครัวที่มีจำนวนสมาชิกน้อย จะมีภาวะวิตกกังวลมากกว่าครอบครัวที่มีจำนวนสมาชิกมาก อาจจะยังไม่มีข้อมูลทางการศึกษายืนยันที่แน่ชัดว่า จำนวนสมาชิกในครอบครัวมีผลต่อความวิตกกังวล แต่ถ้าหากจะพิจารณาถึงความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทแล้ว พบว่าครอบครัวที่มีสมาชิกที่มากกว่าจะมีทางเลือกในการดูแลผู้ป่วยมากกว่า เนื่องจากว่าการแบ่งเบาภาระในการดูแลผู้ป่วยเป็นระยะ ตามสัดส่วนของสมาชิก จะทำให้สมาชิกรู้สึกที่ไม่ได้รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยเพียงคนเดียว

จากการศึกษาวิจัยนี้พบว่า ปัจจัยด้านอายุของผู้ดูแลนั้นไม่มีอิทธิพลต่อความวิตกกังวลในการดูแลผู้ป่วยขณะผู้ป่วยพักรักษาอยู่ในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยาอย่างมีนัยสำคัญ แต่จากการศึกษาของ ศศิพัฒน์ ยอดเพชร[56] พบว่า อายุของผู้ดูแลยิ่งมาก หมายถึงประสบการณ์ชีวิตที่เพิ่มขึ้น จะช่วยให้สามารถรับมือกับปัญหาและจัดการกับความเครียดได้มากขึ้น สำหรับปัจจัยด้านอาชีพของผู้ดูแลมักจะเชื่อมโยงกับรายได้ที่ผู้ดูแลได้รับด้วย ซึ่ง บุญวดี เพชรรัตน์และพิไลรัตน์ ทองอุไร[40] พบว่า สภาพสังคมและเศรษฐกิจของญาติผู้ป่วยที่มีอาชีพแตกต่างกัน จะมีปัญหาความวิตกกังวลเฉพาะด้าน สังคมและเศรษฐกิจของผู้ป่วยและญาติแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และยังพบว่าญาติผู้ป่วยเกือบทุกสถานภาพทางสังคมจะมีปัญหาความวิตกกังวลต่อการผู้ป่วย ยกเว้นญาติผู้ป่วยที่มีระดับฐานะทางเศรษฐกิจดีมาก จะมีปัญหาความวิตกกังวลระหว่างสองด้านดังกล่าวไม่แตกต่างกัน นอกจากนี้ยังพบว่า ญาติผู้ป่วยเกือบทุกสถานภาพทางสังคมมีปัญหาความวิตกกังวลด้านอาการและการดูแลผู้ป่วยมากกว่า ด้านสังคมและเศรษฐกิจของผู้ป่วยและญาติ ยกเว้นญาติผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาชั้นอุดมศึกษาขึ้นไปเป็นหัวหน้าครอบครัว และมีอาชีพรับราชการ จะมีปัญหาความวิตกกังวลต่อผู้ป่วยในด้านสังคมและเศรษฐกิจของผู้ป่วยและญาติมากกว่าด้านอาการและการดูแลผู้ป่วย

ประไพศรี บูรณางกูร[43] กล่าวว่า ในด้านสังคมและเศรษฐกิจอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ เสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นเป็นค่าเดินทาง และค่ายาเมื่อพาผู้ป่วยมาพบแพทย์ ญาติขาดรายได้เมื่อต้องพาผู้ป่วยมาพบแพทย์ ญาติต้องเสียเวลาทำงานเพื่อพาผู้ป่วยมาพบแพทย์ญาติหรือสมาชิกคนใดคนหนึ่งในครอบครัวต้องหยุดงานดูแลผู้ป่วยทำให้ขาดรายได้ และขาดรายได้จากการประกอบอาชีพของผู้ป่วย

ปัจจัยด้านสถานภาพของผู้ดูแล จากการศึกษาวิจัยนี้ ร้อยละ 64.2 มีสถานภาพสมรส ส่วนสถานภาพโสดมีเพียงร้อยละ 20.0 แม้ปัจจัยดังกล่าวจะไม่มีอิทธิพลต่อความวิตกกังวลต่อการดูแลผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่จากทฤษฎีความวิตกกังวลในรูปแบบแนวคิดของทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมพบว่าความวิตกกังวลของคนเรามักเกี่ยวข้องกับกับสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมหรือสถานภาพ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวมักส่งผลต่อความวิตกกังวลที่จะเกิดตามมา และเมื่อพิจารณาถึงบทบาทที่เพิ่มขึ้นของบุคคลซึ่งได้แก่บทบาทของความเป็นสามี หรือ ภรรยา แล้วก็น่าจะเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่น่าไปสู่ความวิตกกังวลให้กับบุคคลได้ เนื่องจากบทบาทดังกล่าวเป็นบทบาทที่เพิ่มขึ้นจากบทบาทเดิมของบุคคล แต่ทั้งนี้ทั้งนั้นความวิตกกังวลของบุคคลที่มีสถานภาพสมรสและสถานภาพโสดนั้นก็ยังคงต้องพิจารณาถึงปัจจัยอื่นๆที่เกี่ยวข้องร่วมด้วย ไม่ว่าจะเป็น ความรับผิดชอบของบุคคล บุคลิกลักษณะ พื้นฐานทางอารมณ์ ฯลฯ จึงจะสรุปความวิตกกังวลในระหว่างสองกลุ่มนี้ได้อย่างชัดเจน

เช่นเดียวกับภาวะความเจ็บป่วยของร่างกาย ซึ่งก็ส่งผลต่อความวิตกกังวลต่อบุคคลได้เช่นกัน แต่ก็ขึ้นอยู่กับว่าตัวบุคคลนั้นจะให้ความสำคัญกับการเจ็บป่วยของตนมากหรือน้อยกว่าปัญหาอื่นๆ ที่เกิดขึ้นในขณะเดียวกัน

สำหรับปัจจัยด้านผู้ป่วยจิตเภทพบว่า อายุของผู้ป่วย อายุเมื่อเจ็บป่วยครั้งแรกของผู้ป่วย ระยะเวลาของการเจ็บป่วยถึงปัจจุบัน และจำนวนการเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลจากการวิเคราะห์รายคู่

ผู้ดูแลจะมีความวิตกกังวลในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุน้อยมากกว่า ซึ่งอธิบายไว้โดย สมภพ เรืองตระกูล (อ้างใน อร่ามศรี เกสจินดา)[8] ปัญหาทางเศรษฐกิจทางสังคมที่ต่ำ ซึ่งอาจเป็นเพราะความยากจน ทำให้เกิดความไม่มั่นคงของปัญหาการเจ็บป่วย อีกทั้งหากคนที่อยู่ในวัยทำงาน เกิดเจ็บป่วย นอกจากจะทำให้ครอบครัวขาดรายได้จากผู้ป่วย การสูญเสียแรงงานแล้ว ก็จะทำให้รายจ่ายของครอบครัวเพิ่มขึ้นด้วย

การศึกษานี้พบว่า อายุในการเจ็บป่วยจิตเภทครั้งแรก มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งเป็นที่ทราบกันดีว่าการเจ็บป่วยเป็นจิตเภทตั้งแต่อายุ น้อยๆ มักมีการพยากรณ์โรคที่ไม่ค่อยดี หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งก็คือ การเริ่มเจ็บป่วยตั้งแต่อายุยังน้อยมักจะเป็นการเจ็บป่วยชนิดเรื้อรัง ซึ่งความเจ็บป่วยเรื้อรังดังกล่าวมักส่งผลกระทบต่อ ครอบครัวเป็นอย่างมาก

นอกจากนี้ยังพบว่าปัจจัยระยะการเจ็บป่วย ที่ยาวนานมีผลต่อความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลที่สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ การบำบัดรักษาที่ยาวนาน ย่อมทำให้ผู้ดูแลเกิดภาวะเครียด และวิตกกังวลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยซึ่งอาจเกิดจาก ความไม่แน่นอนของโรค ประกอบกับอาการของผู้ป่วยที่ไม่ดีขึ้นหรือรุนแรงมากกว่าเดิม อาจทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความท้อแท้หมดกำลังใจ[33]

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า จำนวนการเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน สัมพันธ์กับความวิตกกังวลของผู้ดูแล การเข้ารับรักษาครั้งแรกๆ จะเกิดความวิตกกังวลมากกว่าครั้งต่อๆ ไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอาจเนื่องมาจากการนำผู้ป่วยเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ครั้งแรกๆ มักจะเป็นไปตามอาการที่เกิดขึ้น และญาติเองไม่มีความรู้เพียงพอในการที่จะจัดการกับภาวะอาการเหล่านั้น รวมถึงอาจต้องปรับตัวกับระบบของโรงพยาบาล ตักผู้ป่วย การอยู่ร่วมกันของผู้ป่วยและผู้ป่วยคนอื่น ซึ่งผู้ดูแลไม่คุ้นเคย

อย่างไรก็ตามปัจจัยต่างๆ ที่สัมพันธ์กับความวิตกกังวลเบื้องต้น อาจได้รับอิทธิพลจากตัวแปรอื่นร่วมกัน ผู้วิจัยจึงวิเคราะห์เพิ่มเติมถึง Confounding effect ที่อาจมีต่อกันโดยวิธี Multiple Linear Regression ผลพบว่าตัวแปรที่สามารถอธิบายความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลได้ คือ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย โดยยิ่งดูแลผู้ป่วยในระยะเวลาาน ความวิตกกังวลลดลง ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับการที่ญาติมีการพัฒนาวิธีการดูแลและรับมือกับอาการของผู้ป่วยอย่างมีเป้าหมาย อาจมาจากการเรียนรู้ที่เกิดขึ้น หรือการได้รับความรู้จากผู้เชี่ยวชาญมากขึ้น ทำให้ญาติลดภาวะวิตกกังวลดังกล่าวลงได้

ส่วนอีกหนึ่งปัจจัยที่มีผลต่อความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก็คือ จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ยิ่งเข้ารับการรักษาบ่อย ผู้ดูแลยิ่งมีความวิตกกังวลน้อยลง ดังอธิบายไว้ข้างต้น

สำหรับตัวแปรด้านความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย พบว่าความสัมพันธ์เชิง แม่-ลูก มีความวิตกกังวลสูงเมื่อเทียบกับความสัมพันธ์แบบสามี-ภรรยา ถึงแม้ว่าจะไม่ถึงระดับนัยสำคัญที่  $p=0.05$  วรทช นธิกุล[41] บิดาหรือมารดาที่มีความเครียดและวิตกกังวลสูงกว่าญาติกลุ่มอื่นเพราะคิดว่าการเลี้ยงดูหรือการปฏิบัติของญาติมีส่วนทำให้ผู้ป่วยป่วยเป็นโรคจิตเภท ส่วนคู่สมรส มีความเครียดและวิตกกังวลสูงกว่าบิดาหรือมารดาในด้านเกี่ยวกับเรื่องการใช้อารมณ์กับผู้ป่วย มากกว่า เป็นไปได้ว่าความสัมพันธ์แบบแม่-ลูก เป็นความสัมพันธ์ที่มีมายาวนานกว่า ความสัมพันธ์แบบสามี-ภรรยา จึงส่งผลให้มีอิทธิพลต่อความวิตกกังวลของผู้ดูแลมากกว่า

ส่วนปัจจัยด้านอื่นๆ เมื่อวิเคราะห์ตามข้อมูลของผู้ป่วย ไม่ว่าจะเป็น เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ การรักษาที่เคยได้รับ ความร่วมมือในการรับประทานยา พฤติกรรมของผู้ป่วยก่อนการรักษาในโรงพยาบาล จำนวนวันนอนในการรักษาครั้งนี้และสิทธิในการรักษา นั้น ไม่มีอิทธิพลต่อความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแล ในขณะที่ผู้ป่วยพักรักษาตัวอยู่ในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เอื้ออารีย์ สาลิกา[38] พบว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเอง จะมีความวิตกกังวลต่อผู้ป่วยที่เป็นเพศชายในส่วนของอาการกลัวว่าจะไปสร้างความเดือดร้อนหรือก่อความเสียหายให้กับผู้อื่นเป็นหลัก ส่วนในผู้ป่วยเพศหญิงจะวิตกกังวลในส่วนของอาการกลัวที่จะถูกล่อลวงสู่การกระทำผิดทางเพศโดยบุคคลอื่นมากกว่า ซึ่งจะเห็นว่าเพศของผู้ป่วยก็มีส่วนทำให้ญาติผู้ดูแลวิตกกังวลเช่นกัน

ระดับการศึกษาของผู้ป่วยในการศึกษานี้ 3 ใน 4 มีระดับการศึกษาไม่เกินระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย การประกอบอาชีพส่วนใหญ่เป็นอาชีพรับจ้าง เมื่อเกิดการเจ็บป่วยจึงทำให้บทบาทหน้าที่ของการทำงานดังกล่าวจึงยุติไปโดยปริยาย ก่อปรกกับการยอมรับทางสังคมและโอกาสที่จะได้รับหน้าที่การทำงานใหม่ภายหลังจากการเจ็บป่วยน้อยทำให้ญาติผู้ดูแลมีความวิตกกังวลกับการดูแลผู้ป่วยในระยะยาวต่อไป ซึ่งจากการศึกษาของ ประไพศรี บูรณางกูร[37] พบว่าญาติมักจะวิตกกังวลเกี่ยวกับการดูแลตัวเองในอนาคต ถ้าหากผู้ดูแลไม่สามารถดูแลผู้ป่วยต่อไปได้ หากไม่ประกอบอาชีพด้วยตัวเองได้ ใครจะเป็นคนดูแลผู้ป่วยต่อจากตนเอง ทำให้ญาติจึงดูแลผู้ป่วยอย่างทะนุถนอมเพื่อมิให้อาการกำเริบจนเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยได้

ความร่วมมือในการรับประทานยา เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่สร้างความวิตกกังวลต่อญาติผู้ดูแล โดย มุจรินทร์ พัดน้อย[34] พบว่า ผู้ดูแลจะต้องคอยดูแลอย่างใกล้ชิดไม่ว่าจะเป็นเรื่องการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับประทานยา การพาไปพบแพทย์ ซึ่งถ้าหากผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมเหล่านี้แล้วก็จะทำให้ควบคุมการดำเนินโรคและดูแลผู้ป่วยเป็นไปด้วยความยากลำบาก ซึ่งญาติคิดว่าหากผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาและเชื่อฟังผู้ดูแลจะทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสที่จะหายจากโรคได้หรืออย่างน้อยก็จะทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่เหมาะสมและอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้

การรักษาที่เคยได้รับในอดีตของผู้ป่วยเป็นอีกปัจจัยหนึ่งของการศึกษานี้ที่ไม่ส่งผลต่อระดับความวิตกกังวลของผู้ดูแลในขณะที่ผู้ป่วยพักรักษาอยู่ในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การรักษาด้วยไฟฟ้า ซึ่งการศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างที่เคยได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้ามาก่อนมีอยู่ร้อยละ 26.7 เป็นการรักษาที่ใช้กับผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้อาการที่ชัดเจนและรุนแรง เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง พฤติกรรมก้าวร้าว จนอาจเป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น จากนิยามการรักษาด้วยไฟฟ้าดังกล่าว น่าจะบ่งบอกถึงระดับความรุนแรงของผู้ป่วยภายใต้การดูแลของผู้ดูแลได้ จากการศึกษาดังกล่าวถึงปัจจัยของความวิตกกังวลของผู้ดูแลที่มีต่อระดับอาการของผู้ป่วย สนาม บินชัย [42] พบว่าญาติผู้ดูแลจะวิตกกังวลกับอาการของผู้ป่วยมาก ไม่ว่าจะเป็นด้านพฤติกรรมที่แสดงออกแบบไม่เหมาะสม เช่น คุร้าย ทำลายข้าวของหรือทำร้ายผู้อื่น โดยกลุ่มอาการดังกล่าวเข้าข่ายที่จะต้องได้รับการด้วยไฟฟ้า ตามนิยามข้างต้น ดังนั้นการรักษาด้วยไฟฟ้าของผู้ป่วยน่าจะเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่อาจมีอิทธิพลต่อระดับความวิตกกังวลของผู้ดูแลในขณะที่ผู้ป่วยพักรักษาในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาได้

ส่วนระแวงวันนอนโรงพยาบาลของการเข้ารับการรักษาครั้งนี้ไม่ส่งผลต่อระดับความวิตกกังวลของญาติโดยตรงแต่อาจจะมีส่วนของความวิตกกังวลด้านอื่นเด่นกว่านั่นก็คือ ค่าใช้จ่ายที่จะตามภายหลังการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นเวลานานๆ ซึ่งจากการศึกษาของ ประไพศรี บุรณางกูร[43] ที่พบว่าญาติมักจะกังวลด้านค่าใช้จ่ายที่จะเพิ่มขึ้นหลังจากที่มีคนป่วยเกิดขึ้นในบ้านและหลังจากที่ต้องพาผู้ป่วยไปรับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งปัจจัยนี้สอดคล้องกับปัจจัยด้านสิทธิการรักษาของผู้ป่วย ที่การศึกษานี้พบว่าไม่มีอิทธิพลต่อความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน

### ข้อจำกัดในการแปลผล

การแปลผลการวิจัยในครั้งนี้จำเป็นต้องพิจารณาถึงข้อจำกัดดังต่อไปนี้

1. ช่วงเวลาในการเก็บข้อมูลดังกล่าวเป็นช่วงเวลาทางสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยามโฆษาปรับเปลี่ยนการให้บริการผู้ป่วยนั่นคือให้บริการผู้ป่วยในแบบแบ่งเขตพื้นที่บริการ หรือ Ward Zone โดยการให้บริการดังกล่าวจะจัดให้หอผู้ป่วยบริการผู้ป่วยตามภูมิลำเนาของผู้ป่วยทำให้ภายในหอผู้ป่วยหนึ่งๆ จะมีผู้ป่วยในเขตพื้นที่ภูมิลำเนาเหมือนกัน ส่วนผู้ป่วยที่อยู่นอกเขตบริการ ทางสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยามโฆษาก็จะให้การบริการดูแลรักษาในเบื้องต้นก่อนแล้วส่งต่อไปยังโรงพยาบาลเครือข่าย ซึ่งเป็นเขตรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยหลักต่อไป ซึ่งจากระบบบริการดังกล่าวทำให้กลุ่มตัวอย่างมีขนาดลดลง ซึ่งขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้อาจจะไม่ครอบคลุมถึงกลุ่มตัวอย่างเดิมได้อย่างทั่วถึง

2. อาจมีตัวแปรซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ต้องทำการศึกษาเพิ่มเติมเช่น สถานภาพของผู้ป่วย ความรุนแรงของอาการ เป็นต้น ซึ่งจะส่งผลถึงความสัมพันธ์และอธิบายการเกิดความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในขณะที่พักรักษาอยู่ในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยามโฆษา ต่างไปจากผลการศึกษาในครั้งนี้

3. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ อาจไม่ใช่ผู้ดูแลหลัก ซึ่งหากมีผู้ดูแลหลายๆคน อาจมีระดับความวิตกกังวลต่างกันไป การนำผลไปใช้จึงต้องพิจารณาถึงลักษณะกลุ่มตัวอย่างด้วย

## ข้อเสนอแนะในการปฏิบัติ

1. สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยาควรมีการส่งเสริมกลุ่มของญาติผู้ป่วยจิตเภทให้มีภาวะสุขภาพจิตที่ดีอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะการรักษาแบบผู้ป่วยในครั้งแรกๆ เพราะจะช่วยทำให้ลดภาวะวิตกกังวลของผู้ดูแลได้ และจะเป็นผลดีต่อการดูแลผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยกลับไปพักรักษาตัวที่บ้าน ทั้งนี้อาจเป็นการดูแลโดยองค์กรร่วม ซึ่งจะทำให้การดูแลครอบคลุมถึงกลุ่มญาติผู้ดูแลอย่างทั่วถึง

2. ส่งเสริมความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทระยะยาวให้กับกลุ่มญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง เพราะกลุ่มผู้ดูแลเหล่านี้มักจะประสบกับความวิตกกังวลที่ยาวนานอันเนื่องมาจากความเรื้อรังของอาการป่วยของผู้ป่วย กอปรกับป้องกันการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วย เพราะเมื่อผู้ดูแลปราศจากความวิตกกังวลในการดูแลผู้ป่วย ก็จะทำให้การดูแลนั้นมีคุณภาพที่ดีขึ้นและส่งผลให้การส่งตัวผู้ป่วยเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในย่อมลดลงด้วย โดยเฉพาะในกลุ่มญาติและผู้ป่วยที่มีความสัมพันธ์กันในรูปแบบ แม่-ลูก ควรให้มีทีมดูแลสุขภาพจิตของผู้ดูแลกลุ่มนี้อย่างใกล้ชิด เนื่องจากกลุ่มดังกล่าวมีแนวโน้มที่จะมีภาวะวิตกกังวลสูงกว่ากลุ่มอื่น

## ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

### 1. กลุ่มตัวอย่าง

ควรทำการศึกษาในญาติผู้ป่วยจิตเภท ในโรงพยาบาลอื่นๆ ด้วย เนื่องจากระบบการให้บริการของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยานันท์มักเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยอาการรุนแรงซึ่งอาจจะมีส่วนเกี่ยวข้องต่อความวิตกกังวล รวมทั้งอาจศึกษาญาติผู้ดูแลขณะดูแลผู้ป่วยที่บ้าน การเลือกตัวอย่างที่มีความหลากหลายอาจทำให้เข้าใจความวิตกกังวลของผู้ดูแลได้ครอบคลุมขึ้น

### 2. เครื่องมือในการวิจัย

ควรเพิ่ม ปัจจัยที่เป็นข้อมูลพื้นฐานของญาติผู้ดูแล และผู้ป่วยให้ครอบคลุม ลักษณะพื้นฐานของกลุ่มประชากรให้มากขึ้น ในบางหัวข้อคำถามย่อยควรใช้คำที่เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง เช่น ท่านมีปัญหาสุขภาพหรือไม่ ซึ่งไม่ได้เจาะจงในเรื่องเวลาของการเจ็บป่วย ทำให้ญาติอาจจะไม่เข้าใจว่า ปัญหาสุขภาพนั้น หมายถึง ช่วงเวลาใด เป็นต้น เพื่อเพิ่มความเข้าใจในการตอบแบบสอบถาม

## สรุป

การศึกษาความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในขณะที่พักรักษาอยู่ในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยาและปัจจัยเกี่ยวข้องกับความวิตกกังวล พบว่า ค่าเฉลี่ยของความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท อยู่ในระดับปานกลางเมื่อเทียบกับการศึกษาก่อนหน้านี้ โดยมีการกระจายของค่าคะแนนเข้าใกล้การกระจายแบบปกติ นอกจากนี้พบว่า ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ยังนานยิ่งมีผลต่อความวิตกกังวลของผู้ดูแล และจำนวนการเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในครั้งแรกๆ จะทำให้เกิดความวิตกกังวลมากกว่าการรักษาในครั้งต่อมา ซึ่งทั้งสองปัจจัยนี้สามารถอธิบายความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในขณะที่พักรักษาอยู่ในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยาได้ แต่อายุของผู้ดูแล อายุของผู้ป่วย จำนวนสมาชิกในครอบครัว อายุการป่วยครั้งแรก และระยะเวลาของการเจ็บป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวล เมื่อนำมาวิเคราะห์พร้อมกันโดยวิธี Multiple linear regression ส่วนความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยนั้น ความสัมพันธ์ในรูปแบบ แม่-ลูก จะมีผลต่อความวิตกกังวลมากที่สุดเมื่อเทียบกับความสัมพันธ์แบบสามี-ภรรยา ผลการวิจัยนี้อาจใช้เป็นแนวทางให้กับ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการหาแนวทางป้องกันความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในอนาคตได้

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## รายการอ้างอิง

- [1]. Ka-Poom. โรควิตกกังวล (Schizophrenia) ,งานของคนจิตเวช [ Online ] 2005. Available from:  
<http://www.gotoknow.org>, [cited 2007, December 20]
- [2]. ศิริพร จิรวัดน์กุล. **ถิ่นผู้มีปัญหาทางจิตให้ชุมชน พุดง่ายทำงานจริงหรือ**. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 7 (มิถุนายน 2536): 25.
- [3]. จลี เรณูสรรพ. **ปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยโรควิตกกังวลกลับมารักษาซ้ำ ในโรงพยาบาลสวนสราญรมย์**.วารสารสมาคม พยาบาลแห่งประเทศไทย 13 (กันยายน 2538): 15.
- [4]. Varona R, Saito T, Takahashi M, Kai I. **Caregiving in the Philippines**. Tokyo: University of Tokyo Press, 2006.
- [5]. Croog SH, Bureson JA, Sudilovsky A, Baume RM. **Spouse caregivers of Alzheimer patients: problem responses to caregiver burden** .CT: University of Connecticut, 2006.
- [6]. Stalberg G, Ekerwald H, Hultman CM. **At issue: siblings of patients with schizophrenia: sibling bond, coping patterns, and fear of possible schizophrenia heredity**. Stockholm, Sweden: Reston, 2004.
- [7]. กรมสุขภาพจิต. **ผู้ป่วยในจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต ปี 2540-2549** [Online] 2005. Available from:  
<http://www.dmh.go.th/report/report1.asp>, [2007, December 15]
- [8]. อร่ามศรี เกสจินดา. **ผลของการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มแก่ญาติผู้ป่วยจิตเภทต่อความวิตกกังวล**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2537.
- [9]. สมภพ เรื่องตระกูลและคณะ. **ตำราจิตเวชศาสตร์**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เรือนแก้ว, 2542.
- [10]. Sandock, J.B. and Sadock V.A. **Comprehensive Textbook of Psychiatry**. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2000.
- [11]. ไพรัตน์ พุกษาชาติคุณากร. **จิตเวชศาสตร์เล่ม3**. เชียงใหม่: หน่วยวารสารวิชาการ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2543.
- [12]. Taylor, M.C. **Essentials of Psychiatric Nursing**. St. Louis: Mosby, 1994.
- [13]. เกษม ต้นติผลาชีวะ. **ตำราจิตเวชศาสตร์ สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย พิมพ์ครั้งที่ 2**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2536.
- [14]. ชัยชนะ นิ่มนวล. **Schizophrenia. พฤติกรรมมนุษย์และความผิดปกติทางจิต พิมพ์ครั้งที่ 2**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2547.
- [15]. มาโนช หล่อตระกูล. **โรควิตกกังวล (Schizophrenia)**. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข: โรงพิมพ์อักษรไทย, 2549.

- [16]. ปาหนัน บุญหลง. **สุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช**. กรุงเทพมหานคร: บริษัทสยามเจริญพานิช, 2534.
- [17]. Judith,H , and Others.**Comprehensive Psychiatric Nursing**. New York: McGraw-Hill Book Company, 1989.
- [18]. Trotzer,J.P. **The Counselor and the Group: Integration theory, Training and Practice**, California: Brook Cole Publishing, 1997.
- [19]. นวีวรรณ สัตยธรรม. **การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต**.นนทบุรี: ยุทธรินทร์การพิมพ์, 2541.
- [20]. ปณิธาน หล่อเลิศวิทย์. **นิยามศัพท์ส่งเสริมสุขภาพ**. กรุงเทพมหานคร: ดีไซน์, 2541.
- [21]. ทิพวรรณ น่วมทอง. **การศึกษาการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อำเภอไชโย จังหวัดอ่างทอง**.วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2547.
- [22]. Dirckx, J. H., editor. **Steadman’s Concise Medical & Allied Health Dictionary**. Baltimore: Williams & Wilkins, 1997.
- [23]. อติษฐ มาลากุล ณ อยุธยา. **ความวิตกกังวลซึมเศร้าในนิสิตคณะทันตแพทย์**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2546.
- [24]. รวีวรรณ นิวัตพันธุ์. **Anxiety Disorder.พฤติกรรมมนุษย์และความผิดปกติทางจิต พิมพ์ครั้งที่ 2**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2547.
- [25]. ศรีเรือน แก้วกังวาน. **ทฤษฎีจิตวิทยาบุคลิกภาพ**. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน, 2544.
- [26]. Dennis, C. **Introduction to Psychology: Gateways to Mind and Behavior**. Belmont: Wadsworth Thomson Learning, 2001.
- [27]. ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, มาโนช หล่อตระกูล. **คู่มือการวินิจฉัยและดูแลรักษาโรควิตกกังวล ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2**. กรุงเทพมหานคร: เอสซีพรินท์, 2540.
- [28]. จำลอง ดิษขวนิช, พร้มเพรา ดิษขวนิช. **ความเครียด คามวิตกกังวล และสุขภาพ**. เชียงใหม่: เชียงใหม่โรงพิมพ์แสงศิลป์, 2545
- [29]. Stuart, G. W., Sundeen, S. J. **Principle and Practice of Psychiatric Nursing**. 3<sup>rd</sup> ed. St. Louis: Mosby, 1987.
- [30]. Montgomery, B., Morris, L. **Living with Anxiety**. In. Port Melbourne, Australia: Lothian, 1992.
- [31]. Kaplan, H. I., Sadock, B. J., Grebb, J. A. **Kaplan and Sadock’s synopsis of psychiatry: Behavioral sciences. Clinical psychiatry**. 7<sup>th</sup> ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1994.

- [32]. ปราโมทย์ สุคนิชย์. การเตรียมจิตใจของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและญาติ. วารสารคลินิกเวชปฏิบัติ (2545): 15-20.
- [33]. รัชนิกร อุปเสน. การศึกษาบทบาทและภาระของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2541.
- [34]. มุจรินทร์ พัดน้อย. ความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของญาติแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2549.
- [35]. ชะฤทธิ พงศ์อนุตรีและคณะ. การช่วยเหลือญาติผู้ป่วยโรคจิตเภท : การจัดกลุ่มญาติ. รายงานในการประชุมวิชาการประจำปี 2530 ของสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย.(มิถุนายน 2530): 25-26.
- [36]. ภรดี ไชยสิน. การแสดงออกทางอารมณ์ของญาติต่อผู้ป่วยจิตเภท : การศึกษาในโรงพยาบาลจิตเวชแห่งหนึ่งในภาคอีสาน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2545.
- [37]. ประไพศรี บุรณางกูร. การศึกษาความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยโรคจิต. [Online] 2005. Available from: [http://61.19.124.3/library/research/16\\_38.htm](http://61.19.124.3/library/research/16_38.htm); [2008, January, 4].
- [38]. เอื้ออารีย์ สาลิกา. ความเครียดและการเผชิญความเครียด ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท. วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2543.
- [39]. อัญชลี โสภณ. ความวิตกกังวลและความต้องการได้รับคำปรึกษาของผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย: วิทยานิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2545.
- [40]. บุญวดี เพชรรัตน์, พิไลรัตน์ ทองอุไร. การศึกษาปัญหาความวิตกกังวลของญาติต่อผู้ป่วยทางจิตเวช วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ 9 (กรกฎาคม-กันยายน 2532): 10-21.
- [41]. วรกช นิธิกุล. การศึกษาความเครียดของญาติผู้ป่วยโรคจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2534.
- [42]. สนม บินชัย. ความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในเขตสาธารณสุข 8. นครสวรรค์: โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์, 2543.
- [43]. ประไพศรี บุรณางกูร. การศึกษาความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยโรคจิต. การประชุมวิชาการกรมสุขภาพจิตครั้งที่ 1 สิงหาคม 2538: 19-20.
- [44]. ประรณนา บริจันทร์. การศึกษาความวิตกกังวลและพฤติกรรมเผชิญปัญหาของญาติผู้ป่วยโรคจิต. ขอนแก่น: โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น, 2536.

- [45]. Barg, G. **Caregiver and Schizophrenia: How to Handle the Psychosis** [online]. 2004.  
Available from: [http://www.caregiver.com/schizophrenia/articles/caregiver\\_and\\_schiz.htm](http://www.caregiver.com/schizophrenia/articles/caregiver_and_schiz.htm),  
[2008, January 4].
- [46]. Dyck, D.G., R. Short, and P.P. Vitaliano. **Predictors of burden and infectious illness in schizophrenia caregivers**. *Psychosomatic Medicine* 61( July-August 1999): 411.
- [47]. Case, S. **Schizophrenia: What every caregiver needs to know**. [Online]. 2007. Available from:  
<http://www.revolutionhealth.com/conditions/mental-behavioral-health/schizophrenia>,  
[2007 May 29].
- [48]. Mitsonis<sup>a</sup>, N.K. Pagkalis<sup>a</sup>, N.P. Dimopoulos<sup>a</sup>, K.I. **Factors associated with caregiver psychological distress in chronic schizophrenia**. Athens, Greece: P087, 2007.
- [49]. ภิรมย์ กมลรัตนกุล, มนต์ชัย ซาลาประวรตน์, ทวีสิน ต้นประยูร. **หลักการทําวิจัยให้สำเร็จ**. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น, 2548: 40-56.
- [50]. ปัทมา ทัพเสริผลไท. **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนตัวการสนับสนุนทางสังคมกับการเผชิญภาวะความเครียดของ ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท**. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2534.
- [51]. Graves, T. **Anxiety : A Mental Health Vital Sign. In Clinical Practice in Psychosocial Nursing Assessment and Intervention**. NY: Reg Artur. 1978.
- [52]. นภาพร ตั้งพลผลวนิชย์, มัทนา ดันดิวัฒนเสถียร, พรรณงาม โคตรสมบัติ. **ผลการทำกลุ่มจิตบำบัดต่อการลดความวิตกกังวลในผู้ที่มีความวิตกกังวล**. [Online] 2005 .Available from:  
<http://www.jvkk.go.th/researchnew/details.asp>, [cited 2007, September 30]
- [53]. Aysoan, F., Thompson, D.,& Hamarat, E. **Test anxiety, coping strategies, and perceived health in a group of high school student: A Turkish sample**. *Journal of Genetic Psychology*, ( 2001).
- [54]. Bernheim, K.F. **Supportive family counseling**, *Schiz Bull* 8 (March 1982): 634-640.
- [55]. จารุวรรณ ต.สกุล. **ปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทกลับมารักษาซ้ำ**. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2524.
- [56]. ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. **ผู้ดูแลผู้สูงอายุ; การสังเคราะห์องค์ความรู้**. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2547: 20-22.



**ภาคผนวก**

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



**แบบประเมินฉบับสมบูรณ์ที่ใช้เก็บข้อมูลในการวิจัย**

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## เอกสารข้อมูล คำอธิบาย/ชี้แจง ผู้เข้าร่วมวิจัย

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
การวิจัยเรื่อง ความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยจิตเภท ในขณะที่ผู้ป่วยพักรักษาตัวอยู่ใน  
สถาบันจิตเวชศาสตร์เด็พระเจ้าพระยา

เรียน ท่านผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกท่าน

ท่านรับเชิญจากผู้วิจัยให้เข้าร่วมการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยจิตเภท ในขณะที่ผู้ป่วยพักรักษาตัวอยู่ในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา เนื่องจากท่านเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องเป็นระยะเวลาเกินกว่า 6 เดือน ก่อนที่ท่านจะตกลงเพื่อเข้าร่วมการศึกษาดังกล่าว ขอเรียนให้ท่านทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

งานวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับภาวะวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยจิตเภท ในขณะที่ผู้ป่วยเข้าพักรักษาตัวอยู่ในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา และปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยจิตเภท ผลการศึกษานี้จะนำไปใช้เป็นประโยชน์ในการวางแผนส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล อันจะส่งผลดีต่อทั้งผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภท ให้สามารถปรับตัวต่อการดำเนินชีวิตประจำวันร่วมกับครอบครัวและสังคมได้อย่างเป็นสุข หากท่านได้ตกลงที่จะเข้าร่วมการศึกษา จะมีขั้นตอนต่อไปนี้

ผู้วิจัยจะสอบถามคำถามท่านเพียงครั้งเดียวเกี่ยวกับ ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งประกอบด้วยข้อมูลทั้งหมด 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 11 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 12 ข้อ ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับความคิดเห็นต่อโรงพยาบาล จำนวน 4 ข้อ ส่วนที่ 4 แบบวัดความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วย จำนวน 40 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยคาดว่า การสัมภาษณ์และการตอบแบบสอบถามทั้งหมดจะใช้เวลาประมาณ 30 นาที

ประการสำคัญที่ท่านควรทราบ คือ การเข้าร่วมการศึกษานี้ ท่านมีสิทธิที่จะไม่ตอบคำถามที่ท่านรู้สึกไม่สบายใจ ท่านจะไม่ได้รับสิทธิประโยชน์ใดๆ โดยตรงและการเข้าร่วมการศึกษานี้เป็นไปโดยสมัครใจ ท่านอาจปฏิเสธที่จะเข้าร่วมการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อการศึกษาผู้ป่วยจิตเภทที่ท่านให้การดูแล ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลของท่านเป็นความลับและจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่เป็นสรุปผลการวิจัยเท่านั้น

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด กรุณาติดต่อ นายองอาจ เชียงแขก กลุ่มงานฟื้นฟูสมรรถภาพ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา โทร 02-4730200 ต่อ 4331 หรือ หมายเลข 081-450-1449 ซึ่งจะให้คำชี้แจงแก่ท่านทุกประการ หรือหากท่านมีข้อร้องเรียนปัญหาจริยธรรมการวิจัย ขอให้ติดต่อสำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โทร. 02-2564455 ต่อ 14-15 หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่าน และขอขอบคุณในความร่วมมือของท่าน มา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

.....

นายองอาจ เชียงแขก

ใบยินยอมเลขที่.....

การวิจัยเรื่อง : ความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยจิตเภท ในขณะที่ผู้ป่วยพักรักษาอยู่ในโรงพยาบาล

วัน.....เดือน.....พ.ศ.....

ก่อนที่ข้าพเจ้าจะลงนามยินยอมในการวิจัยครั้งนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลญาติของผู้ป่วยจิตเภทที่มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท อีกทั้งเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้มากขึ้น

วิธีการวิจัย จะทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามซึ่งครอบคลุมเรื่องปัจจัยที่เกี่ยวข้องและระดับความวิตกกังวล โดยข้อมูลที่ได้จะนำมาวิเคราะห์ในภาพรวม ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลของแต่ละคนไว้เป็นความลับและจะเปิดเผยในรูปของสรุปผลรวมของการวิจัย

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่างๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ อีกทั้งข้าพเจ้ายังมีสิทธิในการปฏิเสธที่จะให้ความร่วมมือในการวิจัยเมื่อใดก็ได้

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความดังกล่าวข้างต้นแล้วมีความเข้าใจดีทุกประการจึงลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(.....)

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

### แบบสอบถาม

เรื่อง การศึกษาวิจัยเรื่องความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยจิตเภทในขณะที่ผู้ป่วยพักรักษาตัวใน  
สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

คำชี้แจงแบบสอบถามชุดนี้ ประกอบด้วยเนื้อหา 2 ชุด

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบ่งเป็น 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วย จำนวน 12 ข้อ

ตอนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลของผู้ป่วย (ผู้ดูแลเป็นผู้ตอบ) จำนวน 12 ข้อ

ชุดที่ 2 แบบวัดความวิตกกังวล State Trait Anxiety Inventory จำนวน 40 ข้อ

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 1.1 ข้อมูลของผู้ดูแลผู้ป่วย

กรุณาทำเครื่องหมาย  ลงในช่อง  หรือเติมข้อความลงในช่องว่างตามความเป็นจริง

1.เพศ ชาย  1  
หญิง  2

2.อายุ .....ปี

3.ศาสนา พุทธ  1  
คริสต์  2  
อิสลาม  3  
อื่นๆ  4

4.การศึกษา ไม่ได้เรียน  1  
ประถมศึกษา(ป.1-ป.6)  2  
มัธยมศึกษาตอนต้น (ม.1-ม.3)  3  
มัธยมศึกษาตอนปลาย(ม.4-ม.6/  
ปวช.)  4  
อนุปริญญา/ ปวส.  5  
ปริญญาตรี  6  
สูงกว่าปริญญาตรี  7

- 5.อาชีพของท่าน
- |                       |                          |   |
|-----------------------|--------------------------|---|
| เกษตรกรรม             | <input type="checkbox"/> | 1 |
| รับจ้าง/พนักงานบริษัท | <input type="checkbox"/> | 2 |
| ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว  | <input type="checkbox"/> | 3 |
| รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ | <input type="checkbox"/> | 4 |
| ไม่ได้ประกอบอาชีพ     | <input type="checkbox"/> | 5 |
- 6.สถานภาพของท่าน
- |            |                          |   |
|------------|--------------------------|---|
| โสด        | <input type="checkbox"/> | 1 |
| สมรส       | <input type="checkbox"/> | 2 |
| หย่าร้าง   | <input type="checkbox"/> | 3 |
| แยกกันอยู่ | <input type="checkbox"/> | 4 |
| หม้าย      | <input type="checkbox"/> | 5 |
- 7.ท่านมีปัญหาด้านสุขภาพหรือไม่
- |       |                          |   |
|-------|--------------------------|---|
| มี    | <input type="checkbox"/> | 1 |
| ไม่มี | <input type="checkbox"/> | 2 |
- 8.รายได้ของครอบครัว.....บาท/เดือน
- 1
- 9.ท่านกับผู้ป่วยมีความเกี่ยวข้องกัน คือ
- |                 |                          |   |
|-----------------|--------------------------|---|
| พ่อ-ลูก         | <input type="checkbox"/> | 1 |
| แม่-ลูก         | <input type="checkbox"/> | 2 |
| พี่-น้อง        | <input type="checkbox"/> | 3 |
| สามี-ภรรยา      | <input type="checkbox"/> | 4 |
| ลูกพี่-ลูกน้อง  | <input type="checkbox"/> | 5 |
| อื่นๆ ระบุ..... | <input type="checkbox"/> | 6 |
- 10.จำนวนสมาชิกที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกับผู้ป่วย.....คน
- 11.ระยะเวลาที่ท่านดูแลผู้ป่วย.....ปี.....เดือน
- 1
- 12.ความคิดเห็นต่อระบบของโรงพยาบาล
- |  |      |                          |   |         |                          |   |
|--|------|--------------------------|---|---------|--------------------------|---|
| 12.1.ระบบการให้บริการของโรงพยาบาล          | พอใจ | <input type="checkbox"/> | 1 | ไม่พอใจ | <input type="checkbox"/> | 2 |
| 12.2.การเดินทางจากบ้านมาโรงพยาบาล          | พอใจ | <input type="checkbox"/> | 1 | ไม่พอใจ | <input type="checkbox"/> | 2 |
| 12.3.ค่ารักษาพยาบาลที่เรียกเก็บ            | พอใจ | <input type="checkbox"/> | 1 | ไม่พอใจ | <input type="checkbox"/> | 2 |
| 12.4.การรอเวลาที่โรงพยาบาลรับเป็นผู้ป่วยใน | พอใจ | <input type="checkbox"/> | 1 | ไม่พอใจ | <input type="checkbox"/> | 2 |

## ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

### ส่วนที่ 1.2 ข้อมูลของผู้ป่วย

กรุณาทำเครื่องหมาย  ลงในช่อง  หรือเติมข้อความลงในช่องว่างตามความเป็นจริง

- 1.เพศ ชาย  1  
หญิง  2
- 2.อายุ .....ปี
- 3.การศึกษา ไม่ได้เรียน  1  
ประถมศึกษา(ป.1-ป.6)  2  
มัธยมศึกษาตอนต้น (ม.1-ม.3)  3  
มัธยมศึกษาตอนปลาย(ม.4-ม.6/ปวช.)  4  
อนุปริญญา/ ปวส.  5  
ปริญญาตรี  6  
สูงกว่าปริญญาตรี  7
- 4.อาชีพก่อนการเจ็บป่วย เกษตรกรกรรม  1  
รับจ้าง/พนักงานบริษัท  2  
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว  3  
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ  4  
ไม่ได้ประกอบอาชีพ  5
- 5.เจ็บป่วยครั้งแรกเมื่ออายุ.....ปี
- 6.ระยะเวลาการเจ็บป่วยถึงปัจจุบัน.....ปี
- 7.การรักษาที่เคยได้รับ รักษาด้วยยา  1  
รักษาด้วยไฟฟ้า  2  
รักษาด้วยกลุ่มบำบัด  3  
การรักษาที่นอกเหนือจากการแพทย์แผนปัจจุบัน เช่น การ  
สะกดจิต ความเชื่อเรื่องจิตวิญญาณ ฯลฯ  4

8.ครั้งที่รับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน.....

- |   |                   |                          |   |
|---|-------------------|--------------------------|---|
| 9.ความร่วมมือในการกินยาก่อนเข้าพักรักษาตัว<br>เป็นผู้ป่วยใน | สม่ำเสมอ          | <input type="checkbox"/> | 1 |
|   | ไม่สม่ำเสมอ       | <input type="checkbox"/> | 2 |
| 10.พฤติกรรมของผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้าน<br>ในความคิดเห็นของท่าน | เหมาะสม           | <input type="checkbox"/> | 1 |
|   | ไม่เหมาะสม        | <input type="checkbox"/> | 2 |
| 11.ระยะเวลาวันนอนของผู้ป่วยในการรักษาครั้งนี้               | ไม่เกิน 1 สัปดาห์ | <input type="checkbox"/> | 1 |
|   | 1-2 สัปดาห์       | <input type="checkbox"/> | 2 |
|   | 2-4 สัปดาห์       | <input type="checkbox"/> | 3 |
|   | มากกว่า 4 สัปดาห์ | <input type="checkbox"/> | 4 |
| 12.สิทธิในการรักษา  | บัตร 30 บาท       | <input type="checkbox"/> | 1 |
|   | ประกันสังคม       | <input type="checkbox"/> | 2 |
|   | สิทธิข้าราชการ    | <input type="checkbox"/> | 3 |
|   | ชำระเงินเอง       | <input type="checkbox"/> | 4 |
|   | ยกเว้นค่ารักษา    | <input type="checkbox"/> | 5 |

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## ตอนที่ 2 แบบวัดความวิตกกังวล (State Trait Anxiety Inventory)

**คำชี้แจง** แบบสอบถามวัดความวิตกกังวลรวมทั้งหมดมี 40 ข้อ โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อความอย่างรอบคอบ และกรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด แต่ละข้อของแบบสอบถามนี้ขอให้ท่านตอบคำถามเพียงคำตอบเดียว และกรุณาตอบทุกข้อ

ไม่รู้สึกเลย หมายถึง เมื่อท่านรู้สึกว่าข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของท่านเลย  
 รู้สึกบ้างเล็กน้อย หมายถึง เมื่อท่านรู้สึกว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านบ้างเล็กน้อย  
 รู้สึกพอสมควร หมายถึง เมื่อท่านรู้สึกว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านพอสมควร  
 รู้สึกมากที่สุด หมายถึง เมื่อท่านรู้สึกว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

หัวข้อคำถาม	ความรู้สึก			
	ไม่รู้สึกเลย	รู้สึกบ้างเล็กน้อย	รู้สึกพอสมควร	รู้สึกมากที่สุด
1. ท่านรู้สึกสงบ				
2. ท่านรู้สึกมั่นคง				
3. ท่านรู้สึกดีใจ				
4. ท่านรู้สึกเสียใจ				
5. ท่านรู้สึกสบายใจ				
6. ท่านรู้สึกหงุดหงิด				
7. ท่านรู้สึกกังวลกับเคราะห์ร้ายต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น				
8. ท่านรู้สึกว่าได้พักผ่อน				
9. ท่านรู้สึกวิตกกังวล				
10. ท่านรู้สึกสะดวกสบาย				
11. ท่านรู้สึกเชื่อมั่นในตนเอง				
12. ท่านรู้สึกตื่นเต้นง่าย				
13. ท่านรู้สึกกระสับกระส่าย				
14. ท่านรู้สึกอึดอัดใจ				
15. ท่านรู้สึกผ่อนคลาย				
16. ท่านรู้สึกพึงพอใจ				
17. ท่านรู้สึกกังวลใจ				
18. ท่านรู้สึกตื่นตระหนก				
19. ท่านรู้สึกรำเริงเบิกบาน				
20. ท่านรู้สึกแจ่มใส				

## ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

ชื่อ นายองอาจ นามสกุล เชียงแขก  
 วัน เดือน ปีเกิด 6 เมษายน 2521 จังหวัด ลำปาง ปัจจุบันอายุ 30 ปี

- พ.ศ. 2544 สำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาตรี คณะ เทคนิคการแพทย์  
 สาขา กิจกรรมบำบัด มหาวิทยาลัย เชียงใหม่
- พ.ศ. 2544 ทำงานในตำแหน่ง นักกิจกรรมบำบัด (ลูกจ้างชั่วคราว)  
 สถานที่ทำงาน โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ จังหวัดเพชรบูรณ์
- พ.ศ. 2545 ทำงานในตำแหน่ง นักอาชีวบำบัด/ กิจกรรมบำบัด 3  
 สถานที่ทำงาน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา จังหวัด กรุงเทพมหานคร
- ปัจจุบัน ทำงานในตำแหน่ง นักอาชีวบำบัด / กิจกรรมบำบัด 5  
 สถานที่ทำงาน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา จังหวัดกรุงเทพมหานคร  
 และเข้าศึกษาต่อ ในระดับปริญญาโท สาขา สุขภาพจิต  
 ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
 เมื่อปีการศึกษา 2549

สถาบันวิทยบริการ  
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย